

學 校

醫護人員工作手冊





出版:教育暨青年局

澳門約翰四世大馬路 7-9 號一樓

電話:(853)28555533

傳真:(853)28713089

網址:www.dsej.gov.mo

編撰:香港中文大學醫學院公共衛生及基層醫療學院健康教育及促進中心總監 李大拔教授

設計及印刷:星願廣告

印製數量:400本(非賣品)

版次:澳門·2011年11月第一版,中文版

版權:教育暨青年局

ISBN:978-99965-44-02-6



手冊內容

分類

頁數

學校醫護人員工作指引

回顧學校健康服務的演進	3
手冊簡介	5

學校醫護人員的角色和責任

第一部份 駐校醫療護理

一、 治理受傷的學生	8
二、 為患急性疾病的學生提供治療	9
三、 為患慢性疾病的學生提供治療	10
1. 過重和肥胖	11
2. 預防營養不良	13
3. 精神及行為問題	14
4. 哮喘	18
四、 青春期	21
五、 服藥	22
六、 處理緊急醫療事件	23
七、 處理健康危機	23
八、 制定和保存完整的學生健康記錄	24
九、 健康輔導	25
十、 與其他醫療機構/人員作統籌	26
十一、 醫療室和急救設施	26
十二、 校本診所	26

表一:按精神問題的風險水平和複雜性水平的管理架構

圖一:Robert 七個危機介入步驟

第二部份 疾病預防及健康推廣

一、 健康檢查	27
二、 免疫接種	29
三、 預防服務	30
四、 評估學生參與運動的準備	41

表二:有效性教育計劃的特點(Kirby et al, 2006)

表三:加拿大運動生理學協會訂立的運動準備程度問卷(2002)

圖二:潛在的虐兒個案

第三部份 健康教育資源者

一、 學校醫護人員為有需要的學生提供特殊的健康教育	44
二、 評估學校健康教育的需要	49
三、 為健康教育教師提供資料	49

手冊內容

分類

頁數

四、推動學校健康教育 49

表四:傳統健康教育模式和自我管理教育模式的比較

圖三:全面的學校健康計劃 (Lee, 2002)

圖四:協助有特殊需要學生的流程圖

第四部份 建立健康和安全的學校環境

一、感染控制 50

二、衛生 51

三、飲食環境的健康安全 51

四、人體工效學 52

五、校風/人際關係 52

圖五:世界衛生組織的四層全校策略

第五部份 員工的健康推廣

一、個人化的健康推廣活動 54

二、員工發展計劃 54

參考資料..... 56

附件

附件1	急性足踝受傷	64
附件2A	學校教師於沙士期間的管理流程圖	67
附件2B	學校爆發豬流感(新型 H1N1 流感)的管理流程圖 李大拔教授2009	68
附件3	過重和肥胖學生的管理貼士(Lee, 2009a)	69
附件4	學校健康模式以改善流感的感染控制 李大拔教授 2009	73
附件5	以健康學校模式處理濫藥個案 李大拔教授 2009	74
附件6	美國醫學會的青少年預防服務建議 (AMA, 1997)	75
附件7	兒童生命週期的預防服務(RACGP, 2005)	80
附件8	透過健康推廣學校模式，改善學校對傳染病的認識 李大拔教授2009 (Lee, 2010)	81
附件9	英國衛生部給予醫護人員的指引 - 未經家長同意下，向十六歲以下青少年提供避孕建議或治療 (www.dh.gov.uk search for: 3382)	82
附件10	對戒煙的最低限度臨床介入(5個A)(Zwar, 2008)	83
附件11	酗酒的相關問題(White and Labouve, 1989)	85
附件12	注意力不足過度活躍症的主要症狀和治理方法(Kondon et al, 2003)	87
附件13	自閉症的主要特徵和治理方法	88

學校醫護人員工作指引

李大拔教授

回顧學校健康服務的演進

學校健康服務由學校的其中一項服務，轉變為針對二十一世紀學生全人健康的需要。健康促進學校在全球迅速發展，並經證實可有效改善學生的整體健康和福祉 (Lee, 2009. Lee et al, 2008, Lee et al, 2006, Stewart Brown, 2006 Blum et al, 2002; Patton et al, 2006)。在健康促進學校的理念下，全面的學校健康計劃不但包括恆常的健康檢查和疾病預防措施，還應涵蓋全人的策略，改善學生、教師和整體家庭的身、心、社、靈健康。學校醫護人員所擔當的角色，不應停留於傳統的健康服務，而應專注全新的健康促進服務。在1999年，學校護理人員協會(National Association of School Nurses) 董事會為學校護理作出定義：

「專業護理可提升學生的全人健康、成績和長遠成就.....學校醫護人員促進學生正面回應正常的身心發展；促進健康和安全的意識；介入潛在和實際的健康問題；提供個案管理服務；積極與不同人士合作，建立學生和家庭的適應力、自我照顧、自我推動和學習的能力。」

美國兒科學會 (The American Academy of Paediatrician) 所指的學校健康計劃目的，直接與以下健康服務元素相關 (AAP, 1993)：

- 1 確保能使用基層醫療服務
- 2 建立制度，處理健康危機
- 3 提供必須的檢查和免疫接種監察
- 4 建立流程，尋找和針對一些影響學生表現的健康需要

學校醫護人員工作指引

在青春期，性腺荷爾蒙的發展影響多個神經突，包括神經傳導物受體的敏感度，從而影響認知能力、侵略性行動，以及情感、學習和記憶的控制。雖然傳統的學校健康服務在教育、服務和環境方面仍然有可取之處，但必須作進一步改進，加強學生的生理、認知、社交和情感發展。否則在青春期中出現心理社交的負面因素，將令青少年產生更多健康問題。

現時在多個國家，學校護士負責領導校內的健康服務。隨著其他專業服務的需要增加包括輔導、社會服務、營養服務、運動推廣、安全等，護士應提升為統籌員的角色，負責統合學生、教師和學校的相關服務和健康活動。一般而言，學校護士均與社區基層醫生或兒科醫生緊密合作，採納他們的專業醫療建議。學校健康服務應針對青少年的多種複雜健康需要為主，但在這壓力沉重的教育界，似乎難以實踐。而灌輸健康生活方式的責任，應由駐校醫護人員擔當較為合適和理想。

澳門特區政府投放資源於學校的健康工作，每所學校設立駐校醫護人員。雖然學校醫生、護士及其他醫護人員的角色有所不同，但均為駐校專業人士，具有一定的功能和角色。學校醫護人員在健康計劃方面任重而道遠，為學生提供急性、慢性、偶發性和緊急的醫療護理，同時推行健康教育、輔導，關顧殘障學生的需要(AAP,2001)。根據AAP有關學校健康的文獻所指，學校應提供三種服務：(1)健康檢查、免疫接種審查、傳染病通報；(2)評估輕微的健康問題、藥物管理和照顧有特殊健康需要的學生；以及(3)處理緊急和危急情況(AAP,2004)。其他全面的服務還包括進行免疫接種、個案管理、全人健康推廣、家長教育，以及專為有特殊需要學生而設的服務，如物理治療、復康等。學校醫護人員成為健康服務的支柱，並擔當管理統籌的角色，推行各種相關的學校健康服務(Brener et al, 2007)。

手冊簡介

在本手冊中，學校醫護人員的角色和責任分為五個主要類別：駐校醫療服務、健康促進服務及疾病預防、健康教育的資源者、建立健康環境、員工的健康推廣。在每一個範疇下均設有多個環節，針對不同的關注事宜。在每一個環節中，均列出學校醫護人員的角色和責任。有關的角色和責任均適用於從事學校健康工作的醫生、護士或其他專業人員，醫護人員應按照個別專業能力從事不同層次的學校健康工作。本手冊只作參考之用，而不是學校醫護人員的「教科書」，當中不會涵蓋工作的所有細節，但會列舉例子，建議醫護人員在不同健康課題上的回應和對策。本手冊可讓醫護人員了解其應具備的技巧和能力，以便在學校推行各種健康服務。

由於不同國家的學校健康服務在資源分配、地理、文化、醫療系統和社會需要方面均存在差異，本手冊不會詳列每一範疇的細節，但會指出在每一範疇下對學校醫護人員的期望。本手冊已考慮到澳門學校的基本需要，以及醫護人員的專業要求。此外，本單位已進行調查研究和焦點研究，並探討學校醫護人員的工作領域，因此本手冊將有助醫護人員在持續教育和專業發展方面進行策劃，加強他們的技巧和知識；協助策劃新入職相關的訓練和在職訓練；加強學校人員了解醫護人員的角色和責任，充份發展他們的功能。

學校醫護人員的角色和責任

簡述

醫護人員的其中一項重任，是為患病者提供治療。在某些國家，學校位處偏僻，難以使用醫療設施，學校成為預防疾病及至治療疾病的主要據點。但在澳門，學生均可於就近地區使用基層醫療服務，學校醫護人員的角色必需清晰界定。學校醫護人員的基本責任是治療病人，協助他們康復，改善健康。這與學校醫護人員在校建立健康環境、擔當健康教育資源者、提供健康促進及疾病預防服務的角色和責任不謀而合。至於患病學生的治理，學校醫護人員的角色必需清晰界定，以免與學生的家庭醫生角色產生重疊和衝突。

學校醫護人員在治理急性疾病方面的角色和責任：

- 1 按學校的基本設施，為學生進行初部的臨床評估，適當作出不同分類；
- 2 需要在醫院進行緊急治療，如骨折；
- 3 需要在門診進行緊急治療，如發熱；
- 4 需要診治，但情況不危急，如患上呼吸道感染但沒有發熱；
- 5 需要在家休息，如肌肉輕微拉傷；
- 6 提供基本的治療（包括使用學生現有的藥物及/或毋須處方的基本藥物），以穩定學生的情況、舒緩不適和確保安全；
- 7 在校提供基本的急救措施；
- 8 被轉介的醫護人員溝通；
- 9 建議家人和教職員採取適當措施。

學校醫護人員的角色和責任

學校醫護人員對一般患病或長期患病的學生的角色和責任：

- 1 提供特殊健康教育，協助學生遵從主診醫生的指示和治理；
- 2 監督學生採取合適的行動，控制病況，保持健康；
- 3 協助學生改善健康行為，控制病況；
- 4 提供輔導，協助學生應付健康問題；
- 5 建議學校如何配合學生的治療計劃，以助他們盡可能維持正常的學校生活；
- 6 與學生的主診醫生溝通，了解學校醫生/護士如何在學校為學生提供治理；
- 7 加強學生自我照顧的能力；
- 8 支援學校和家長在學校和在家中照顧學生的健康。



第一部份

駐校醫療護理

一. 治理受傷的學生

孩童和青少年受傷到急症室及/或診所求醫的情況十分普遍。雖然學校已設有安全指引和程序避免學生受傷，但學生經常參與多種活動，難免容易受傷。肌肉拉傷和挫傷在學校是十分常見的，家庭醫生或基層護理人員的責任是為受傷者作初部評估，以及進行基本的急救措施和治療。家庭醫生或基層護理人員必須有創傷治療的經專業訓練，然而，學校與診所或醫院的設施不同，家庭醫生或基層護理人員的角色必須清楚界定，例如學校醫生不能進行X光檢查、學校護士不能進行複雜的包紮工作等。

操作 (Action)

- 1 學校醫護人員可進行基本的急救措施，如清洗傷口和包紮。如需要更深層次急救措施，學生就必須到醫務所或醫院求診。
- 2 燙傷(被火或熱力燙傷) 是另一種可能在校發生的傷患。如學生燙傷，就需恰當地包紮傷口及到醫療診所，減低嚴重燙傷的機會。如燙傷已超過一級程度，學校醫護人員應建議學生立刻求診。
- 3 學校醫護人員應與學生家長溝通，交代合適的治療和轉介的安排。如有需要，他們將撰寫轉介信予其他醫療機構，並記錄學生的相關臨床健康狀況和在校受傷情況。
- 4 學校醫護人員亦須建議合適的預防方法，防患於未然。

★ 可訂立在校受傷評估和治療計劃的詳細指引。

學校醫護人員當接受創傷評估培訓，可進行詳細的傷患評估，並在合理的時間內重新審視，以決定是否需要作出轉介。附件一闡釋了基層醫生如何評估足踝傷患。至於其他肌肉拉傷的情況，則按基本原則處理。最重要的原則是察覺緊急的症狀，以作即時轉介、進一步檢查和評估。至於挫傷方面，基層醫護人員如需要按受傷的原因，評估肌肉組織受傷的程度。一些臨床症狀如受傷部位腫脹、觸及痛楚的程度，以及其他身體症狀等，可能代表學生已嚴重受傷，如頭部劇痛、視力模糊、嘔吐、頭部受傷後視力下降、腹部劇痛、腹部繃緊等，均可能是警示症狀。醫生須回顧該年齡組別學生的常見受傷類別數據，並參考文獻了解重要的警示症狀，決定是否可在校進行臨床評估工作，就如足踝受傷的例子，以便了解受傷學生的實際情況。

二. 為患急性疾病的學生提供治療

學校醫護人員在校內應關注的疾病

根據香港青少年常見健康問題研究調查，學校醫護人員應為患上一般急性疾病的學生提供初步治理(Lo YC, Lam LK, Lam TP, Lee A, et al; 2009)，當中包括上呼吸道感染、腸胃炎、感冒、哮喘、皮膚炎、過敏性鼻炎、急性扁桃腺炎、急性中耳炎、腹痛、紅眼症和暗瘡等。

操作 (Action)

1. 慢性病突發處理

學校醫護人員應接受基本評估技巧的訓練，分辨出輕微或嚴重。需要按診斷提供簡單的自我護理技巧，如沒有改善，則再諮詢主診醫生。如某些疾病急劇惡化，如哮喘、癩癩症等，學校醫護人員就應先提供初部的急救措施，然後轉介學生至合適的醫療機構作進一步治療。

2. 傳染病

至於上呼吸道感染、疑似感冒症狀和急性支氣管炎等，難處就是分辨可自行痊癒的呼吸道疾病，以及需要公共衛生關注的疾病。如學生出現咳嗽和傷風，但沒有發熱，就更難辨別。附件2A及2B的管理流程圖於沙士(SARS)(Lee et al, 2003) 及 H1N1(Lee, 2009) 期間制定，可為學校醫護人員提供管理上的指引。當學校爆發其他傳染病時，就可加以引用。

- 應制定詳細的疾病評估和治療計劃指引，以便在校處理一般的急性疾病，亦須提供恰當的訓練。

如學校醫護人員曾接受基層醫療培訓，應評估症狀會否自行痊癒，或有沒有惡化的跡象，然後建議學生自我護理，或進一步求診。例如學生皮膚出疹，學校醫生就會初部評估其狀況是否帶傳染性；如不具傳染性，就建議學生放學後求診，以及教導其恰當的自我照顧方法，令皮膚狀況穩定下來。如懷疑狀況具傳染性，就建議學生求診。應跟進診斷，然後決定在學校的層面是否需要作進一步行動，如跟進與患病學生有緊密接觸的同學，在需要時採取合適的衛生措施等。

三. 為患慢性疾病的學生提供治療

慢性疾病照護原則

學校醫護人員採納基層醫療的慢性疾病護理模式，並與其他專業人員合作，如營養師/營養學家、臨床/教育心理學家、社會工作者、物理治療師、職業治療師、言語治療師等，為患有慢性疾病的學生提供治理。慢性疾病可包括哮喘、癲癇、糖尿病、肥胖和過重、過輕、發育和青春問題、營養不良，以及身體殘障如視力和聽力問題、精神和行為問題(憂慮、抑鬱、注意力不足過度活躍症)、飲食失調等。應制定指引，讓學校醫護人員採取慢性護理的模式，從而治理某些慢性疾病，亦需要提供恰當的訓練。

對於長期病患的學生，學校醫護人員應與相關專家共同合作，確保提供持續的治療，讓學生盡可能恢復正常的學校生活。可按主診醫生的指示，在校提供持續護理。學校醫護人員在協助長期病患學生方面舉足輕重，尤其可協助青少年遵照主診醫生的指示和治療。事實上，遵從指示和治療都是長期病患者的主要難處。

在此環節將闡述不同健康問題的管理指引如過重和肥胖、營養不良、精神健康問題、哮喘和青春期等，以便醫護人員可在校處理這些情況，以及作為治理慢性疾病的一般指引。

1. 過重和肥胖

澳門學生狀況

過重和肥胖已是澳門學生的主要健康問題。當地最近進行一項澳門學生營養狀況的研究調查(Lee et al, 2009a)，在1,998名年齡介乎5至22歲的受訪學生中(994名男生;1004名女生)，17.2%的男生和9.0%的女生過重，9.2%的男生和4.9%的女生屬肥胖。9至12歲群組的男生和10至11歲的女生，過重和肥胖問題最為嚴重。至於身體脂肪分佈方面，15.6%的男生和16.9%的女生屬中央肥胖。整體來說，約30%的學生每天進食超過兩份蔬菜(高年班學生=25.8%；初中生=26.7%；高中生=32.4%)，只有四成的小學生及15%的中學生達致每天進食水果的要求份量；少於20%的學生遵從均衡飲食，包括主要進食穀物，繼而蔬菜和肉類。有關青少年治療過重的藥物實證不多(Yanovsk, 2001)，而藥物治療可能對於基因和代謝出現問題的學生來說較為奏效。現時基本的治療策略包括飲食調整、減少靜態活動和多做運動(NHMRC, 2007； Daniels et al, 2005)。由此可見，學校醫護人員對學生控制體重方面擔當重要的角色。

校本處理學生過重和肥胖的原則

在年青的組別，飲食管理還應包括攝取適當份量的卡路里和營養，以助發育和成長。飲食控制應循序漸進，避免過度飢餓的感覺；此外應選擇低脂和低碳水化合物食物，避免糖份飲料，並小心選取外賣食物，以及多閱讀食物包裝上的營養資料。澳洲有關健康飲食的指引提供了與年齡相關的營養要求(NHMRC, 2007)，而香港中文大學健康教育及促進健康中心制定的《學前兒童健康飲食指引》亦提供有用的資訊，讓兒童及早培養健康的飲食習慣(Centre for Health Education and Health Promotion, 2006a)。青少年每天應進食兩份水果和五份蔬菜，並應嘗試找出所喜愛的蔬果，以及每天吃早餐。

澳洲政府建議孩童和青少年的活動量如下(Australian Government, 2007)：

- 1 青少年每天應進行至少60分鐘的中度至劇烈運動；
 - 2 青少年每天使用電子媒體娛樂的時間不應多於兩小時，尤其是日間；
 - 3 青少年應多步行往返學校、多做家務、多與朋友接觸，而不應只在網上交談。
- 其他實用的貼士包括多在家中用膳，以及多與家人進餐。嘗試讓孩童和青少年自行進餐，避免過度餵食或過度控制他們的飲食行為。

操作 (Action)

學校醫護人員可參考香港中文大學健康教育及促進健康中心制定的《學前兒童運動指引》，可及早培養孩童恆常運動的習慣(Centre for Health Education and Health Promotion, 2006b)；青少年亦應多發掘運動方面的興趣，家長亦應參與其中、多加鼓勵。然而，家長須留意青少年日漸發展的獨立自主性，參與要合宜。

青少年發育迅速，因此減重時應考慮到此元素，女性發育較早，男性則較遲。對於青少年來說，平均每月減重1至2公斤已甚為理想。

專家委員會建議使用系統式的策略，以分階段的治療，融合各種具實證基礎的治療元素(Barlow and Expert Committee, 2007)。其為大部份過重和肥胖的孩童進行簡單、以校本的介入方法，有系統地加強成效。附件三提供更詳盡的實用貼士，讓學校醫護人員更有效控制學生的體重(Lee, 2009a)。至於促進行為改變的基本技巧，將於第一部份的第九點的「健康輔導」闡釋。

2. 預防營養不良

若日常飲食缺乏重要的維他命和礦物質，影響甚為深遠 (WHO, 1998)。學校醫護人員應保持警覺，以下為營養不良的重要狀況和影響：

- 1 缺乏營養，沒有足夠的能量和營養→體重過輕、肌肉流失
- 2 蛋白質--熱能營養不良→缺乏活力、抵抗力差、容易受感染
- 3 缺鐵性貧血症→疲乏↑、集中力↓、工作能力↓、對抗感染能力↓
- 4 維他命A缺乏症→夜盲症
- 5 維他命D缺乏症→佝僂/骨質軟化
- 6 缺碘→碘有助細胞分化和甲狀腺荷爾蒙合成,缺乏碘將影響神經發展，引致智障

操作 (Action): 學校醫護人員應如何建議合適的飲食，減低營養不良的風險？

- 1 進食多種穀類食物/飯或麵包、蔬果
- 2 選擇全麥和新鮮食物
- 3 選擇的食物應含豐富而又重要的維他命和礦物質，如維他命 A、維他命 C、鐵質、碘
- 4 少吃鹽、糖、脂肪
- 5 多在家中用膳
- 6 定時飲食，份量適中
- 7 均衡飲食，多做運動
- 8 使用安全食水、恰當儲存食物、徹底煮熟食物才可進食



3.精神及行為問題

處理原則

情緒問題的治理十分複雜，往往需要多個專業範疇的配合。學校醫護人員的主要角色就是了解學生出現情緒問題的潛在風險，留意學生是否已獲適當的照顧。此外，還須及早找出精神問題的症狀，如抑鬱、憂慮等，同時了解治理的策略，盡可能處理學生的情況。此部份指出如何將學生的精神健康問題分成不同風險和複雜程度，並了解焦慮症和抑鬱症的診斷特點。此部份並非用以訓練學校醫護人員為有精神問題的學生提供治療，只是配合相關治療而已。至於行為問題，醫護人員可參考最近出版的文獻，與家長合力協助出現不同行為問題的學生(Hong Kong Health Education and Promotion Foundation, 2010)。

精神健康問題風險水平、複雜程度的分類

精神健康問題乃根據困擾的程度分成多個不同風險水平 (Lee, 2009):

- ◆ 低風險 — 可容忍的困擾程度
- ◆ 中等風險 — 嚴重影響生活
- ◆ 高風險 — 可能對自己和其他人造成嚴重的傷害，如自殺、暴力行為等

精神健康問題可分為不同的複雜程度，當中包括只是適應反應的低複雜性，及至具有並存疾病和家族病史的高複雜性。

- ◆ 低複雜性 — 如屬適應問題，通常在家人、家庭醫生和社區的支援下，可在數星期或數月內痊癒，而毋須任何正規治療。
- ◆ 中等複雜性 — 精神健康問題如抑鬱症、恐懼症等，沒有治療的情況下，痊癒一般十分緩慢。一般需要心理和藥物治療，成效顯著。
- ◆ 高複雜性 — 長時間抑鬱、心情惡劣、並存疾病、多於一位家族成員出現精神問題、家庭暴力、重覆性自我傷害等行為。

操作 (Action) :

學校醫護人員根據風險水平及複雜程度建議學生、家長如何尋找協助 (表一) :

- ① 凡屬高風險或高複雜性者，就須轉介至精神科專家，並須與已接受輔導訓練和精神問題處理訓練的家庭醫生共同配合和照顧。
- ② 至於屬低風險和低複雜性者，由已接受輔導訓練和精神問題基本處理訓練的家庭醫生負責，再由輔導員作支援；或由這些已接受全面訓練的家庭醫生在社區裡處理精神問題的個案。
- ③ 至於低風險和中等複雜性者，或低複雜性及中等風險者，可由已接受輔導訓練和精神問題處理訓練的家庭醫生負責，再由專職輔導員作支援；又或由這些已受全面訓練的家庭醫生，與專職輔導員一起治理。
- ④ 至於中等風險和複雜性者，就需要已受上述訓練的家庭醫生及專職輔導員共同合作。

學校醫護人員應與家庭醫生評估社區輔導員資源是否足夠、家庭醫生在精神健康方面的訓練水平，以及個案的風險和複雜性，從而決定是否需要轉介學生至精神科醫生。

表一:按精神問題的風險和複雜性水平的管理架構

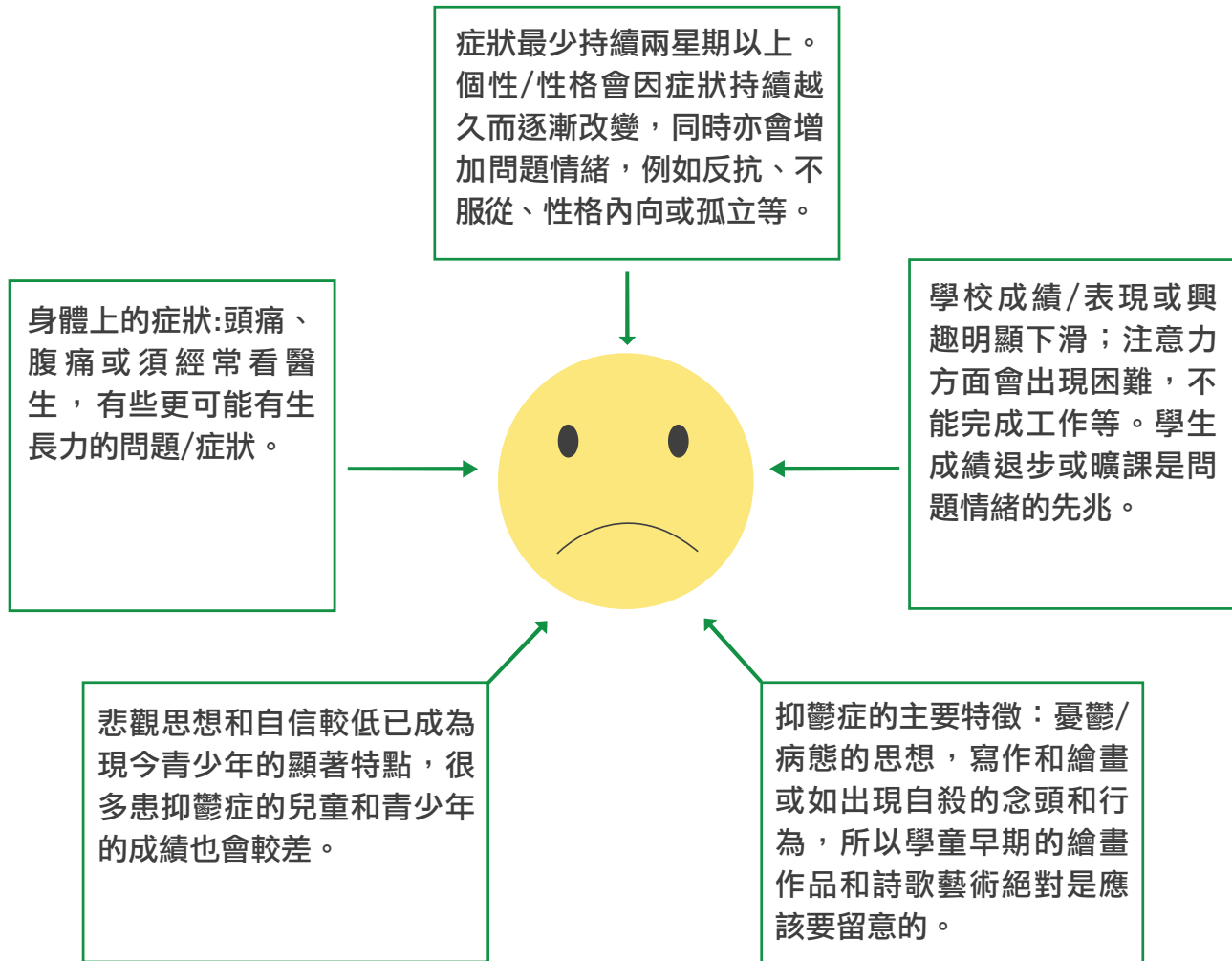
風險水平/問題複雜性	低複雜性	中等複雜性	高複雜性
低風險	1, 3 或 2	2,4 或 1,4	5, 4, 2
中等風險	2,4 或 1,4	2,4	5, 4, 2
高風險	5, 4, 2	5, 4, 2	5, 4, 2

*粗體字代表共同照顧；斜體字代表支援服務。

- 1 - 已接受基本輔導訓練和具有基本心理社交問題處理技巧的家庭醫生
- 2 - 已接受結構式輔導訓練和心理社交問題處理訓練的家庭醫生
- 3 - 一般輔導員或已受訓的自助組織
- 4 - 專職輔導員，如臨床心理學家或受特別訓練的社會工作者/輔導員
- 5 - 精神健康專家

如何察覺到孩童和青少年抑鬱症的診斷特點？

DUMPS代表診斷孩童和青少年抑鬱症的五個標準(Carlson, 2000)：



如何察覺到焦慮症的診斷特點？

身體表徵：

- ◆ 心血管系統 - 心悸、胸痛、昏倒、發紅、冒汗
- ◆ 呼吸系統 - 呼吸短促、過度換氣
- ◆ 消化系統 - 窒息、哽咽、口乾、噁心/嘔吐、腹瀉
- ◆ 神經系統 - 頭暈、頭痛、發麻
- ◆ 肌骼 - 肌肉疼痛、肌肉繃緊、顫抖、靜不下來

持久性焦慮症的身體表徵：

- ◆ 疲倦
- ◆ 容易受到驚嚇
- ◆ 煩躁
- ◆ 難以集中精神
- ◆ 便秘或腹瀉
- ◆ 小便頻密
- ◆ 難以入睡或難以熟睡
- ◆ 感覺消沉
- ◆ 緊張不安



3.1 治理的基本原則 - 心理治療，包括：

3.1.1 教育策略

- a. 心理教育 (Psycho-education) 是指教育病人以恰當方式了解自己的問題，並向其解釋問題。
- b. 動機式會談 (Motivational Interviewing) 旨在找出應付問題的方法，第九部份的「健康輔導」將列出相關貼士。

3.1.2 人際關係

- a. 家庭治療主要關注家庭中的利害關係，從而解決引致張力的元素，加強建立和諧關係的技巧。
- b. 人際關係治療主要關注患者與生命中重要人物所產生的張力。
- c. 敘事治療回顧 (Narrative therapy) 現有問題的演進和成因，找出解決問題的機遇和威脅。

3.1.3 認知行為治療 (Cognitive-behavioural therapy)

- a. 認知的部份主要針對患者的負面思想，協助其找出引致抑鬱的思想。這可重整患者面對生命挑戰的態度。
- b. 行為部份建基於學習理論，以時間改變患者的行為。
- c. 結構式解難方法 (Structured problem solving) 有助病人找出問題的解決方法，治療者不會提供答案，只會協助病人找出其所面對的困難和症狀之間的關係，並協助其找出解決方法，付諸實行。

3.1.4 藥物治療

最理想的方法為先嘗試心理治療，如在四至六星期內情況未有改善，才考慮藥物治療(NICE, 2005)。除了處方抑鬱藥外，還可配合心理治療，而患有輕微抑鬱症的青少年則毋須使用此方法(NICE, 2005)。氟西汀(Fluoxetine)是經常處方予青少年的其中一種藥物(Rowe, 2004)；根據英國的指引，西酞普蘭(citalopram)和舍曲林(sertraline)為二線藥物。起始的劑量應較低，然後逐漸增加份量，直至達致理想的治療水平。

4. 哮喘

現時在治理哮喘方面設有指引，如GINA(2009)。大部份學生的哮喘問題均由其家庭醫生診治。學校醫護人員主要負責病人的自我管理和支持病人，這可配合主診醫生的工作，同時彌補服務的不足。尤其是傳統指標以外的臨床成效，而這些成效往往可決定控制哮喘的穩定性。

操作 (Action)： 學校醫護人員應確保除了傳統的臨床指標外，臨床成效包括：

- 1 病人和家人均了解疾病；
- 2 病人和家人對疾病的治理抱正面的態度；
- 3 不單只是按指示服藥，還遵照醫生的其他指示；
- 4 奉行健康的生活模式，避免病情惡化；

操作 (Action) : 學校醫護人員處理哮喘病症時,衡量成效的指標應包括 :

- 1 日常運動量與患者之年齡及性別相乎；
- 2 遵守規定服藥量的難處；
- 3 病人及其家人對使用吸入器的態度；
- 4 病人及其家人為避免接觸過敏原所採取的行動。

除了關注學生的病情外，也需關注家長的憂慮(Lai et al, 2005)，才可以讓學生有效控制病情。此外，慢性疾病的成效評估，如哮喘，還應包括病人的生活質素(Lee 2006)。

操作 (Action) : 學校醫護人員可用以下問題了解疾病對家人的影響

- ★ 過去一星期，你是否經常因為孩子咳嗽、發出氣喘聲或難以呼吸而感到無助或害怕？
- ★ 過去一星期，你的家庭是否經常因孩子的哮喘病而需要改變原定計劃？
- ★ 過去一星期，你是否經常為了孩子因哮喘病而煩躁，感到灰心或失去耐性？
- ★ 過去一星期，你孩子的哮喘病是否經常影響到你的工作或家務？
- ★ 過去一星期，你是否經常因為孩子咳嗽、發出氣喘聲或表現得難以呼吸而感到低落？
- ★ 過去一星期，你是否經常因為孩子的哮喘病而失眠？
- ★ 過去一星期，你是否經常因為孩子的哮喘病影響到家庭關係而感到煩擾？
- ★ 過去一星期，你是否經常因為孩子的哮喘病而在夜半驚醒？
- ★ 過去一星期，你是否經常因為孩子患有哮喘病而感到憤怒？

- ★ 過去一星期，你為了孩子在日常活動中的表現感到有多緊張或關心？
- ★ 過去一星期，你有多緊張或關心孩子進食的藥量及藥物的副作用？
- ★ 過去一星期，你有多緊張或擔心你會過度保護你的孩子？
- ★ 過去一星期，你有多緊張或擔心你的孩子能否過正常的生活？

操作 (Action)： 協助患有慢性病學生遵照醫生建議

協助學生依照醫生建議處理慢性病是學校醫護人員的重要角色，令青少年遵醫囑是極高難度。

改善青少年遵醫囑的實用貼士：

- ✓ 單獨會面，不帶批判性，多使用開放式問題
- ✓ 避免令其覺得沒有遵醫囑就是「犯錯」
- ✓ 了解其對疾病的認識、態度和治療期望
- ✓ 討論潛在的障礙，共同尋找合適的提醒方法
- ✓ 推動家人、可信的朋輩、重要的成年人和學校支持

四. 青春期

青少年早熟對性和生殖健康推行的挑戰

在已發展國家和發展中國家，女性月經初潮的年齡均見提早，在已發展國家中，月經初潮的平均年齡為12至13歲(Parent et al, 2003; Juul et al, 2006)。這預表生殖系統已見成熟，而性方面的成熟度比適婚和任家長等角色，早了十年(Patton and Viner, 2007)。在青少年中期開始，年青人對異性已產生興趣(McIntosh et al, 2003)。發育和性方面過於早熟，可能更早出現親密的性接觸。過早出現性行為也是健康服務所面對的難題之一，現今兒童健康服務並不包含性和生殖健康等服務，而成年人的性健康服務亦似乎不太合適青少年人。

根據香港的調查數據，青少年一般未能正確使用避孕套，如避孕套和荷爾蒙避孕丸等(Lee et al, 2004)。然而在英國，青少年初期首次性行為使用避孕方法的比率為75%，而青少年中期使用比率則為85%，可見比率較高，而他們在最後一次性行為均使用有效的避孕方法(Tripp and Vincer, 2005)。

操作 (Action)：學校醫護人員如何促進性和生殖健康

因此，學校醫護人員將面對這項難題，要作好準備向青少年提供性健康方面的建議。他們可彌補現有服務的不足，避免青少年進行沒有計劃和不安全性行為。以下為一些指引，醫護人員可向16歲以下青少年提供避孕建議：

- 1 青少年明白建議，包括在道德、社會和情感上的顯示
- 2 不可游說他們告知家長，或讓其醫生告知家長
- 3 他們現正進行不安全性行為，或很可能進行不安全性行為
- 4 除非獲取建議，否則他們的生理和心理健康會轉壞
- 5 有需要在未得到家長同意下，向青少年提供避孕建議對他們是急需的

基層醫療如何推廣青少年使用避孕方法？

- 1 容易得到避孕配套
- 2 在候診區張貼性教育資料，讓青少年閱讀
- 3 張貼海報，鼓勵青少年向家庭醫生查詢進一步資料
- 4 建議緊急避孕法，皆因很多青少年(少於半數)並不知道72小時的事後避孕法
- 5 避孕方法應是可接受、可負擔和適合青少年使用

學校醫護人員關顧學生的性健康時，必須顧及校本計劃和考慮。他們須了解學校的文化背景、學生的需要以及其他適用的服務。最理想的方法，就是由醫護人員按最近的實證資料和學校背景，與學校和家長達成共識，訂立校本策略。

五. 服藥

按澳門現時情況、架構和可用的設施下，學校醫護人員應監督患病學生服食主診醫生處方的藥物，觀察有否任何副作用，然後告知主診醫生作進一步行動。

六. 處理緊急醫療事件

學校醫護人員將接受基本和高級急救訓練，以便需要時在學校進行急救。此外，他們亦應為各種不同情況提供治理，包括急性哮喘發作、癲癇發作、過敏反應如過敏性休克、處理傷口，以及各種出血情況如流鼻血等。應訂立以校為本的指引，並提供恰當的訓練。

已受訓的學校醫生應在學生送院前，為其進行緊急的醫療救治，以免延誤診治。

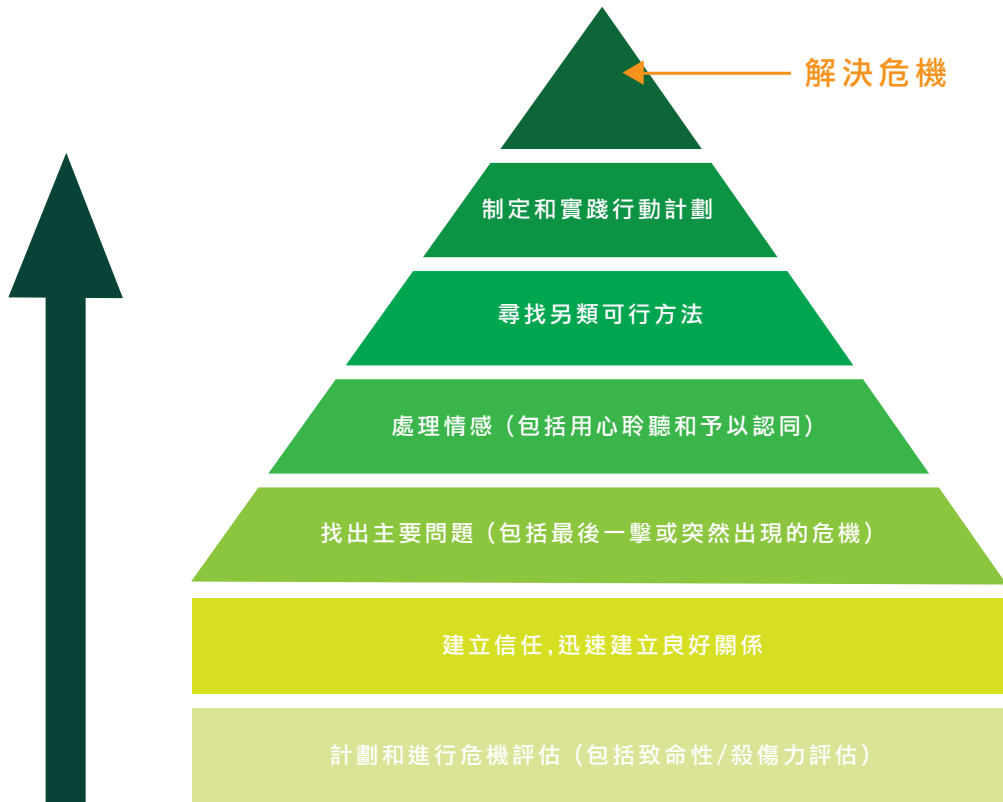
七. 處理健康危機

基本原則

學校醫護人員應協助學校處理各種公共衛生危機，如學校爆發傳染病、流行病(如感冒)盛行的管理等。醫護人員將組織和統籌有關個案的呈報，協助疾病控制中心進行調查、監察和控制，並執程序控制爆發的情況。

以下為 Robert 的七個危機介入步驟，學校醫護人員可加以參考（圖一）。

圖一：Robert 七個危機介入步驟



操作 (Action)：處理健康危機

附件四闡述學校健康架構，以減低流感在校廣泛傳播。學校醫護人員亦須與其他專業人員緊密合作，處理其他健康危機事件，如情緒危機、喪親、自殺、暴力和欺凌、虐待個案(身體、情緒和性方面)、濫用藥物、青少年懷孕等問題。附件五列舉例子，指出健康學校架構如何協助學校管理和預防濫藥的情況(Lee, 2009)。應給予工作指引和恰當訓練。

八.制定和保存完整的學生健康記錄

學校醫護人員可參考《香港健康學校獎勵計劃實用指引》第三部份(2)的第4.5 節：建立完善的學生健康記錄(Lee, 2002)。

操作 (Action)

- 1 必須記錄所有新入學學生的健康狀況，包括現有健康問題、過往病歷、免疫接種記錄、過敏、家族病史、用藥、家庭醫生聯絡方法、過往醫療記錄(如適用)、成長里程碑、家庭背景(家系圖和家庭成員關係)、相關社交記錄、生活模式如運動、飲食習慣等。
- 2 獲取學生的基本資料，如身高體重、視力(視覺敏銳度、色盲)、聽力、脊柱側彎症、體格，並以合適的量度工具了解其情感狀況；此外還包括血壓、肺功能等。必需量度、記錄和分析所有入學時的檢查數據和定期身體檢查(請參考健康檢查部份)數據，以便需要時作進一步行動。
- 3 應通知家長和/或學生有關量度結果，指出需要注意的地方。
- 4 如情況許可，至少每年量度和記錄學生書包體重一次，然後作出跟進。
- 5 制定和保存合適的制度，以便記錄學生的個人健康資料，同時顧及機密性和可使用度。

九. 健康輔導

基本原則

學校醫護人員針對多個健康問題提供輔導服務，包括健康檢查結果、青春期適應(包括性疑難、情緒等)、蓄意或非蓄意的傷害、戒煙和戒酒等。醫護人員須與其他醫護人員合作，提供輔導服務。然而，醫護人員仍是學生接觸醫療服務的據點。動機式會談(Motivational Interviewing)有助鼓勵學生改變健康行為(Rollnick et al, 2010)，而當中更設有十個問題，讓醫護人員協助學生踏出第一步。可在此範疇提供更多訓練，鼓勵學生實踐健康的行為。

- 1 你最想談及哪些轉變？
- 2 你有沒有發覺...？

- 1 改變.....對於你來說有多重要？
- 2 你有多自信自己能改變？
- 3 你認為.....的好處是什麼？
- 4 你認為.....的壞處是什麼？
- 5 你認為什麼最合理？
- 6 如你.....情況有何不同？
- 7 你可如何改變.....？
- 8 現在情況如何？

操作 (Action)：提供個人化的健康教育計劃給特殊需要的學生

經健康檢查/教師/家長/其他醫護人員斷定有特殊需要的學生，醫護人員將提供個人化的健康教育計劃和醫療計劃。醫護人員可參考《香港健康學校獎勵計劃實用指引》第四部份的第四點：校風/人際關係(Lee, 2002)。

十. 與其他醫療機構/人員作統籌

如學生需要其他醫療機構/人員的協助，學校醫護人員就是主要的聯繫人。專員將繼續跟進和監察進展，協助學生健康快樂地學習。

十一. 醫療室和急救設施

學校醫護人員須確保醫療室的設施符合標準，能滿足學生的健康需要。專員應檢查和審核學校不同位置的急救設施是否完備，並負責統籌訓練，為特定數目的學校員工提供訓練，以便提供急救服務。學校醫護人員可參考《香港健康學校獎勵計劃實用指引》第三部份(2)的第3.3及3.4節:學校健康服務之醫療室參考；以及第三部份(2)的第5節:在校提供急救服務(Lee, 2002)。

十二. 校本診所

學校醫護人員可考慮與社區家庭醫生合作，按李大拔教授等編著的文獻(Lee et al, 2004) 在學校設立診所。



第二部份

疾病預防及健康推廣

一. 健康檢查

根據國家/當地政府的法定要求，學生是需要接受健康檢查的。澳洲皇家全科醫學院 (Royal Australian College of General Practitioners) 的預防疾病指引，以及美國醫學會 (American Medical Association) 的青少年預防疾病服務指引均為優質的參考指引 (RACGP, 2005, AMA, 1997)。在定期檢查中，必需包括生理及心理社交健康。Zuckerbrot et al (2007) 所制定的指引，也是在基層醫療評估青少年抑鬱症的理想指引。

附件六列出 Guidelines of Adolescent Preventive Services (GAPS) 的22項建議。

附件七按RACGP指引，訂立了一套評估時間表(RACGP, 2005)。如某些建議不屬恆常檢查涵蓋的範圍，醫護人員可決定這些範疇是否適合該校學生的情況。

操作 (Action)

1. 評估成長狀況

- 1 身高
- 2 體重
- 3 不同年齡和性別的身體質量指數
- 4 腰圍
- 5 青春期發展
- 6 性發展

2. 評估心理社交健康

- 1 找出情緒和行為問題 (壓力、憂慮、抑鬱、注意力不足過度活躍症)。有關焦慮和抑鬱症的診斷特點，可參考本手冊第一部份的3c環節；至於注意力不足過度活躍症和其他行為問題，可參考本手冊第三部份的第一節以及香港健康促進及教育協會的文獻 (HEP, 2010)。

- 2 辨別潛在的生理、情緒或性虐個案，作出轉介。
- 3 辨別情緒有問題的學生 (Box 1)。
- 4 辨別具有家庭危機的學生 (Box 2)。

Box 1. PLOTS 和 SPACE 評估兒童精神健康問題

訂立了一套簡單的家長會談模式，讓學校醫護人員可按PLOTS和 SPACE兩種方法，向家長了解兒童的精神健康問題，以便及早診治、讓家長參與，並提供初部的治理框架 (Luk et al, 1999)。學校醫護人員也可使用PLOTS和SPACE在校評估兒童是否出現精神健康問題，然後作進一步的跟進。

P – usual **P**ATTERN of the problem (is this the usual pattern?)

L – the **L**ENGTH of the problem

O – any **O**THER problems

T – any previous **T**RAUMATIC experiences

S – any recent **S**TRESSES/changes

P – 問題的一般模式 (PATTERN) (這屬於一般模式嗎?)

L – 問題的持續性 (LENGTH)

O – 有否其他 (OTHER) 問題

T – 過往有否傷痛 (TRAUMATIC) 的經歷

S – 最近有沒有壓力 (STRESSES)/改變

S – **S**CHOOL aspects such as performance, reading, bullying, attendance

P – **P**HYSIOLOGICAL symptoms such as sleep problems, toilet habits, eating, sweating, palpitation
A – **A**TENTIONAL and impulse control problems

C – **C**ONDUCT problems

E – **E**MOTIONAL problems

S – **S**Ocial aspects such as relationships with friends, activities and communications

S – 學校 (SCHOOL) 的範疇，包括成績、閱讀、欺凌、出席等

P – 生理 (PHYSIOLOGICAL) 症狀如睡眠問題、如廁習慣、飲食、出汗、心悸

A – 注意力 (ATTENTIONAL) 和衝動控制的問題

C – 行為 (CONDUCT) 問題

E – 情感 (EMOTIONAL) 問題

S – 社交 (SOCIAL) 問題如與朋友的關係、活動和溝通等

Box 2. 家庭危機的風險因素：

1. 家庭破碎（孩童可能參照家長的破裂關係和不理想的溝通方法）。在家長離異的首年，孩童出現精神問題的比率可高達 80%
2. 母體精神健康問題，尤其是發展的重要階段，如生產後首數星期的適應
3. 家長的社會問題，如犯罪、酗酒、精神病態
4. 虐待
5. 貧窮
6. 家長之間的衝突
7. 不一致、不清晰或過份嚴苛的教導
8. 敵對的關係
9. 未能滿足發展中的需要
10. 喪親或喪友（包括朋友或友誼）

3. 精簡學校醫護人員學生評估之工作

學校的學生人數眾多，醫護人員難以全面評估所有學生。如醫護人員可擔當以下兩個健康評估的重任，就較符合成本效益：

- (1) 在健康中心評估學生狀況後，監察一些結果不正常的學生，了解這些學生是否已獲跟進及/或學生是否已作出行動，改善自己的情況。
- (2) 額外評估一些健康中心未能涵蓋的範疇，這將是良好的預防方法。

學校醫護人員可訂立一套健康問卷，找出潛在高危的學生，以便作進一步評估。曾接受基層醫療培訓的學校醫療人員考慮作進一步的檢查項目，包括多種化驗。

二. 免疫接種

操作 (Action)

- 1 更新免疫狀況，恰當地存檔；
- 2 如家長和學生不完全明白在各人生階段接受免疫接種的意義，醫護人員就應提供更多資訊加深他們的了解，讓他們知悉免疫接種的時間表。此外，亦應安排充足的時間，加以解釋和回答問題，包括一些副作用和禁忌症等；

- 3 家長須同意學生接受免疫接種（遺漏及/或未來的免疫接種）；
- 4 建議遺漏接種的學生重新安排疫苗注射的時間；
- 5 評估學生是否適合免疫接種，為接種後一般出現的輕微不適提供自我照顧的建議；
- 6 在場管理免疫接種後的副作用；
- 7 找出須特別安排免疫接種的風險群組；
- 8 如學生、家長和學校需要新型免疫接種的進一步資料，醫護人員可按疾病控制中心的指引和最新的實證提供建議，如人類乳頭狀瘤病毒疫苗（預防子宮頸癌）、H1N1或其他未經計劃的免疫接種項目如水痘。

三. 預防服務

學校醫護人員應在學校健康教育方面擔任顧問和資源者的角色(Bradley, 1997)，並與其他負責學校健康計劃的人士通力合作，設立預防計劃，涵蓋下列各範疇和隨時出現的重大健康問題 (AMA,1997;RACGP,2005)。

1. 孩童特定建議

- 1 運動和體格輔導
 - a. 每天至少60分鐘（及至數小時）的中度至劇烈運動
 - b. 每天使用電子媒體玩樂（如使用電腦、看電視、上網等）的時間不多於兩小時
- 2 營養和飲食輔導
 - a. 享用多種營養食物
 - b. 多吃蔬果和豆類食物
 - c. 穀物（包括麵包、飯、意大利麵和粉麵等，以全麥最為理想）
 - d. 瘦肉、魚、家禽及/或其他選擇
 - e. 奶類、乳酪、芝士及/或其他選擇
 - f. 水為主要的飲料
 - g. 低鹽食物
 - h. 攝取較少的脂肪，全脂攝取適中
 - i. 攝取適當份量的糖份和帶糖食物
 - j. 口腔衛生

3 預防受傷及安全輔導

學校醫護人員應查核學校正規課程和課外活動有否涵蓋上述範疇，如沒有，就應在其指導下，納入課程和活動當中。香港兒童安全促進會訂立的安健學校計劃的教授和學習導引，均為理想的參考書籍(CIPRA, 2003)。

以下為小學生按其年齡應有一定理解的安全事項：

- a. 能辨別危險狀況
- b. 知道緊急求助電話號碼是999以及如何正確使用
- c. 行人安全
- d. 防火安全
- e. 水道安全
- f. 藥物安全和辨別毒藥
- g. 電力安全
- h. 單車安全
- i. 運動和休閒活動時的安全
- j. 基本燙傷急救
- k. 哽塞的基本急救

4 預防傳染病

要預防傳染病，就要先認識傳染病。如在健康推廣學校的框架下建立預防傳染病的健康素養，就更有效和持久。附件八闡述這如何實踐 (Lee, 2010) 以及學校醫護人員如何推進整個過程。

5 預防欺凌和暴力

定義

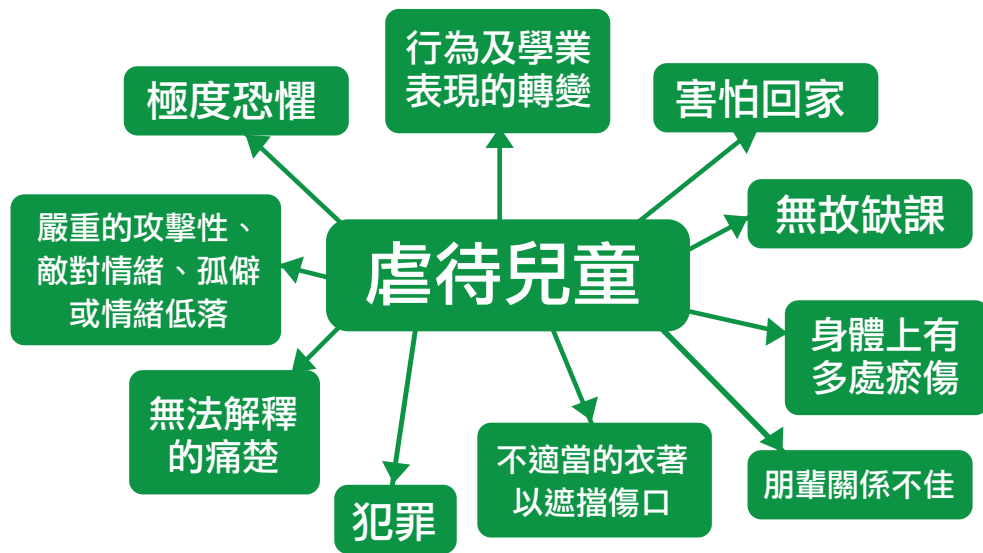
兒童欺凌一般是指蓄意、重覆性的傷害，包括行動、言語或其他行為，如改花名、威嚇及/或被一位或多位兒童排斥。此等行動並非由受害者引致的，而要界定為欺凌，欺凌者和受傷者在實際或認定的權力上均存在不平等的狀況。

操作 (Action)： 學校醫護人員的責任就是建議校方採取預防欺凌和暴力行為的步驟。

- a. 透過學生和員工問卷，評估學校欺凌問題的認知程度和範圍。
 - b. 密切留意學生在學校操場、課程、走廊、休息室、小食部或其他可能出現欺凌事件的地方。
 - c. 於全校早會宣揚訊息，為教師/員工提供訓練，加強意識，對這種行為採取零容忍的態度。
 - d. 要接納和聆聽家長呈報欺凌事件；建立程序，迅速調查和解決事件以防延長欺凌事件的時間。
 - e. 訂立策略，獎勵正面和包融的學生。
 - f. 訂立增強自尊的全校或班級活動，發掘學生的專長、興趣和能力，加強學生之間的了解。
- 學校醫護人員亦須協助學校找出潛在的虐兒個案。圖二表達如何發現潛在的虐待個案，以便作進一步跟進和介入 (Box3)。

圖二:潛在的虐兒個案

案例



Box 3. 校本預防欺凌和暴力事件的建議

- ▶ 1. 分享真實個案和發人深省的故事
- ▶ 2. 探訪警署、高等法院、懲教署、監獄等
- ▶ 3. 提供外展或紀律訓練
- ▶ 4. 志願工作
- ▶ 5. 到欺凌者和受害者的家中探訪,多了解他們的家庭狀況

2. 青少年

青少年身心促健康發展

如青少年在具有保護元素和著重青少年發展的社會環境中成長，就可改善健康和減少風險行為(Resnick,2000)。在青少年發展方面投放資源，可改善其短期和長遠的健康狀況(Resnick,2005; Lonczak et al, 2002)。學校醫護人員須透過不同方式鼓勵青少年的參與，促進其健康發展(Beainger et al, 2007)。

操作 (Action)： 學校醫護人員協助青少年健康發展

- 1 社區活動旨在讓青少年獲取新技巧和新機遇，並用以幫助或服務他人
- 2 在參加各項活動後，給予機會作反思及分享所得的經驗
- 3 以參與服務方式學習
- 4 與同年齡組別的活動，或與較年幼或較年長組別的活動（指導年幼學生或為長者作出支援）
 - a. 促進父母對子女健康需要的回應能力
請參考附件四的第四項建議。
 - b. 促進青春期的適應
請參考第一部份第四節的「青春期」。
 - c. 安全問題及預防受傷
舉行教育活動以增加安全工具的使用，以及推行家長教育減低家居意外等，均有助改變行為，減低受傷的危機 (Towner and Ward, 1998)。受傷數據更有助按當地情況推動預防受傷的意識(Towner et al, 1998)。學校醫護人員可參考《香港健康學校獎勵計劃實用指引》第二部份(學校健康服務)的第五節(學校急救服務)附件，當中談及員工和學生受傷記錄，相關詳細的受傷記錄可有助策劃預防受傷的計劃(Lee, 2002)。
 - d. 促進強健體魄
 - e. 推廣健康的飲食習慣，防止飲食失調及癡肥
請參考附件三有關體重管理的方法。
 - f. 促進心理性交發展的適應，防止性行為引致的負面健康情況
文獻指出，課程為本的教育計劃對青少年的危險性行為帶正面影響，當中並找出有效計劃的17個共通特點 (表二) (Kirby et al, 2006)。一些廣義的計劃如預防性病或懷孕，比單單講述一種生殖健康問題(如愛滋病)較能減少危險性行為的機會(Dehne and Riedner, 2005)。有關性健康的資訊，請參考第一部份的第四節；有關16歲以下青少年的避孕建議，請參考附件九。

表二：有效性教育計劃的特點 (Kirby et al, 2006)

課程發展

1. 讓不同背景的人士參與其中，包括理論、研究和性教育等。
2. 訂立特殊的健康目標，辨別影響這些目標的行為，繼而找出影響這些行為的風險和保護因素，還有針對這些因素的活動。
3. 評估目標群體的相關需要和優勢。
4. 訂立的活動必需符合社區價值和可用資源(如員工技巧、時間、空間、供應等)。
5. 為課程活動進行實驗測試。

課程內容

1. 為參加的青少年營造安全的社交環境。
2. 至少集中討論三個健康目標中的其中一個--預防愛滋病、其他性病及/或意外懷孕。
3. 專注討論導致這些問題的性行為(如避免發生性行為、使用避孕套)；清晰交代這些行為；指出引致這些行為的處境，以及如何避免。
4. 針對影響這些行為的心理社交風險和保護因素(如知識、認知的危機、態度、認知的規範、自我效能)。
5. 以多種不同活動，改變每一個風險和保護因素。
6. 以合適的教學方法，主動邀請青少年參與，協助他們以個人處境解讀資訊。
7. 活動應符合青少年的文化、發展水平和過往的性經驗。
8. 以邏輯方法解讀題目。

課程執行

1. 選取合適個性的教育人員，為課程的執行提供訓練。
2. 確保獲取合適機構最低限度的支持(如衛生局、學校議會、社區組織)。
3. 如需要，運用推廣招攬青少年參與，減少他們參與的障礙。
4. 所有課程活動必須著重誠信。

2.1 預防高血壓

請參考附件六的第十一項建議。

2.2 預防高血脂症

請參考附件六的第十二項建議。

2.3 防止使用煙草產品

附件十指出家庭醫生在學生戒煙方面最低限度的介入方式(Zwar, 2008)。學校、醫護人員可使用此策略，加以運用於學校的環境中。

2.4 防止使用及濫用酒精及其他藥物

濫用藥物背後原因

在文獻評讀中可找出四個主要推動青少年濫藥的元素：跟風、個性化、逃避困擾、自我管理和控制 (Toumbourou, 2005)。Boxes 4-7列出學校醫護人員如何採取行動預防學生濫用藥物

(1) 避免跟風受社交群體的影響和控制 (Box 4)

Box 4

1. 學校需要建立一個抗毒環境，訂立一套健康政策推廣抗毒和反酗酒
2. 學校所建立的校風，必須帶出濫藥和酗酒都是有違社會道德的行為，以對抗流行的說法
3. 健康政策中，必須獎勵良好的行為典範，而對濫藥和酗酒等行為採取零容忍的態度

(2) 提供機會令青少年建立個人促健康文化 (Box 5)

Box 5

1. 學校提供機會讓青少年見多識廣，營造正面健康的青少年文化
2. 學校醫護人員須尋找與慢性病康復和濫藥的相關服務，讓青少年視野更廣。

- (3) 學校醫護人員應留意早在出生前(母體懷孕時接觸酒精和藥物)及至孩童發展所面對的困難，都會產生逃避困擾的問題(Ferguson et al, 1995)。研究指出，如長時間出現某幾種風險因素，就很有可能出現發展問題 (Toumbourou et al, 2007; Newcomb and Felix-Ortiz, 1992; Bry et al, 1982)(Box 6)

Box 6

1. 學校醫護人員應指導學校改善家庭及學校生活，促進孩童和青少年的健康發展。
2. 嘗試辨識具潛在風險的學生，如出現發展困難症狀的學生，了解他們的家庭背景，找出風險因素，從而訂立介入方法。

- (4) 學校醫護人員應改變學生及家長自我管理和控制隱含的意思，避免由於藥物的發展，演變為對藥物的過度依賴(Toumbourou, 2005) (Box 7)

Box 7

學校醫護人員應學生強調自我管理和自我照顧一般的疾病，讓他們明白當中的解難技巧，以及在其他措施皆不奏效時，指出使用藥物的基本概念。

操作 (Action): 學校醫護人員介入方法

- 1 學校醫護人員可運用簡單的動機式介入方法，及早發現學生的濫藥問題本手冊第一部份第九節有關健康輔導的內容，指出動機式會談 (Motivational interviewing) 的幾個基本貼士。
- 2 參考附件十有關戒煙、濫藥和酗酒的最低限度介入方法。事實上，使用減低傷害 (Harm reduction) 的策略是較為奏效的，這代表減少濫藥和酗酒的傷害，而未必減少劑量。一些旨在減少傷害的計劃，在鼓勵青少年使用適中和傷害較少的模式方面較成功(McBride et al, 2003)

- 3 學校醫護人員可使用 Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI)作為評估酗酒問題的方法(White and Labouvie,1989)。RAPI包括一系列評估問題引致的多種結果，包括醉酒、認知能力受損、人際衝突，但只加強對成年人的診斷，卻未有針對青少年的特殊問題。(附件十一)

2.5 預防嚴重或反覆性的抑鬱症及自殺念頭

請參考第一部份3a有關抑鬱症的進一步資料。

預防自我傷害

自我傷害是自殺念頭的最佳表徵(Lee et al, 2009b)，大部份青少年的自我傷害情況都屬輕微損傷，毋須求診(Hawton and James, 2009)，因此學校醫護人員在促進青少年的精神健康方面舉足輕重，可避免他們自我傷害及進一步的自殘行動。醫護人員應先了解他們的背後原因、引致自我傷害的事件、重覆性傷害的相關因素、傷害的特點是否預表較強的自殺動機(Box 8)，從而評估青少年的自我傷害行為，訂立對策(Hawton and James, 2007)(Box 9)。

Box 8. 自我傷害的潛在成因及相關因素

自我傷害的潛在成因：

1. 尋死
2. 想逃避煩惱
3. 想改變他人的行為
4. 想逃避現實
5. 想向他人表達絕望
6. 想向他人報復或令他們感內疚
7. 盼望從壓抑中獲得釋放
8. 想求助

引致自我傷害的問題：

1. 家庭難題
2. 工作或學校的問題
3. 不同關係的問題（兄弟姐妹、父母、伴侶、朋輩）
4. 身體欠佳
5. 抑鬱
6. 欺凌
7. 自尊心低落
8. 濫用藥物
9. 性問題
10. 人際關係的危機（失去家庭中的親密成員或親密朋友）
11. 學校表現欠佳

重覆自我傷害的相關因素：

1. 曾自我傷害
2. 個性問題
3. 抑鬱
4. 濫用藥物或酗酒
5. 長期的心理社交及行為問題
6. 與家人關係的問題
7. 被孤立
8. 學校表現欠佳

自我傷害引致較強自殺意欲的特點：

1. 單獨進行
2. 為傷害行為計時
3. 避免被發現
4. 在周詳考慮下預備實行
5. 留下紙條或訊息

Box 9. 評估及治理自我傷害的青少年

1. 自我傷害的相關因素
2. 嘗試自殺的程度
3. 同時發生的事件

4. 潛在的精神問題
5. 過往病歷或家族病史
6. 潛在的精神問題或過往的精神病史
7. 可給予青少年的資源或支援
8. 重覆自我傷害的風險
9. 對自我幫助的態度
10. 家庭結構及關係
11. 重覆發生的家庭事件
12. 事件的情況
13. 家人的反應及對問題的處理

對自我傷害的青少年的治理選擇：

1. 解決問題（Problem solving）
2. 認知行為治療（Cognitive-behavioural therapy）
3. 治療現有的精神問題
4. 濫用藥物的治療
5. 處理憤怒或情緒失控的情況
6. 家庭治療（解決問題）
7. 小組治療（解決問題、認知行為治療、處理成長及情緒問題）

2.6 預防身體、性和精神虐待

圖二指出孩童虐待個案，也可能是潛在青少年虐待個案的提示。學校醫護人員應與教師緊密合作，及早找出虐待過案，恰當地進行介入。

2.7 預防學習問題

學習障礙包括讀寫困難及其他的學習問題，包括閱讀、書寫、拼字、算術等問題。透過課堂學習可辨別這些問題，從而轉介至教育心理學家作進一步評估和治理。學校醫護人員的角色主要找出影響學校表現的各種情況，如聽力或視力問題、神經性異常等），以及找出影響學習的心理社交和環境因素，如家庭騷擾、朋輩關係較差、經濟困難和文化差異等(Michaud and Fombonne,2005)。

2.8 預防傳染病

附件八闡述如何透過健康促進學校的框架，改善學校對傳染病的認識。

四. 評估學生參與運動的準備

1. 突發心臟病

運動可強身健體，但避免青少年出現突發性心臟病都是重要的元素。Drezner and Khan (2008) 指出多個與青少年運動員發生突發性心臟病的相關特點：

- 1 青少年運動員(<35 歲) 患上的突發性心臟病都是由多種結構性心臟病所引致的，如心肌病 (Cardiomyopathy) 等。
- 2 潛在心臟病的警示症狀包括呼吸異常困難、昏厥、原因不明的抽搐，要即時停止運動，以作進一步檢查。
- 3 家族成員在50歲前死亡，死因不明，又或突然死亡，顯示可能存在家族遺傳的心臟病。

2. 心電圖檢查的作用

歐洲篩檢草案建議所有參與運動的青少年應接受 12 導程心電圖檢查(Corrado et al, 2005)，這份文件旨在按以下基礎，強調所有青少年在參加運動前進行檢查的原則：

- 1 12導程心電圖的成效已獲證實（加上病歷及身體檢查），可找出運動引致突然死亡的常見疾病 - 心肌肥厚症，避免相關的死亡個案。
- 2 還可透過辨識異常的心電圖規律，找出其他致命的心臟病。
Sofi et al (2008) 根據以下基礎，建議在劇烈運動前進行心血管的檢查，包括靜態心電圖和運動心電圖。
- 3 最常見的異常狀況為心室早期收縮及上心室早期收縮 (65%)，女性發生率較高。
- 4 大部份不合資格參加者的靜態心電圖均屬正常。
- 5 最常見的靜態心電圖異常狀況，均可於運動員心臟出現。
- 6 大部份在運動心電圖發現心臟異常的情況，可顯示潛在致命的心律不正和冠心病。
- 7 隨著年齡增長，不合資格的風險越高；而三十歲以上出現異常運動心電圖結果的風險亦隨之增加。

操作 (Action):

學校醫護人員的主要責任，就是學生參加劇烈運動前所應接受的檢查程度，尤其是大型運動比賽(如國際性比賽)。當然全面的檢查是理想的，但這可能費時失事，影響參與過程，因此要取得極佳的平衡。

PAR-Q 作用

加拿大運動生理學協會訂立的運動準備程度問卷(Physical Activity Readiness Questionnaire)將是理想的初部評估方式。此表格可於 <http://www.csep.ca/English/view.asp?x=698> 下載。此份問卷專為15至69歲的人士而設，而高年班學生可自行填寫表三，年幼學生可由家長填寫。這些問題已涵蓋 Drezner and Khan (2008) 所提出的問題。

PAR-Q 作用

- 1 學校醫護人員的責任是確保他們清楚明白所有問題
- 2 如參與劇烈運動的學生在上述問題(包括家長代子女回答的問題)以及所有額外問題全為「否」，他們須在學校醫護人員的見證下簽署
- 3 學生應接受基本的評估，包括脈搏(規律)、血壓、肺功能(呼氣流速)、心臟和胸腔聽診*
- 4 至於參與大型劇烈運動的學生，則應考慮進行12導程靜態心電圖
- 5 如結果正常以及其他評估均屬正常，學生就可參加運動，並遵從此問卷的一般指引(表三)
- 6 如學生所有問題答案是否但有家族成員在50歲前不明確離世，靜態心電圖正常可考慮進行運動心電圖測試
- 7 如學生在上述任何問題回答「是」，或任何臨床評估或靜態心電圖呈陽性結果，就應向醫生求診

*大部份評估可由學校醫護人員指導下進行，個別檢查如心臟和胸腔聽診及進一步評估，校方可考慮聘用專家。心電圖可由專家分析。

表三:加拿大運動生理學協會訂立的運動準備程度問卷 (2002)

1. 你的醫生曾否指出，你的心臟出現問題並只可以進行一些醫生建議的運動？
2. 你做運動時胸口感疼痛嗎？
3. 在過去一個月，沒有運動的時候有否感到胸口疼痛？
4. 曾否因為眩暈或失去知覺而失去平衡？
5. 你有沒有任何骨骼或關節的問題（如背部、膝蓋或髖部），以致轉換運動模式後會令情況變壞？
6. 醫生是否正處方藥物治療你的血壓或心臟問題？
7. 你知否任何不能參與運動的其他原因？

問卷以外的額外問題：

1. 家族成員在50歲前死亡，原因不明；或突然死亡。

如你誠實回答後，發覺所有答案均為「否」：

1. 可開始進行多項運動 — 循序漸進是最安全和最容易的方法。
2. 參加體格評估。
3. 如感不適，待康復後才運動。
4. 如懷孕，請先會見醫生才開始運動。

如上述任何問題的答案為「是」，請建議你的學生告知醫生有關問題。

1. 告知醫生想參加的運動類型，聽從意見。
2. 慢慢開始，循序漸進。
3. 只參加安全的運動。
4. 找出何種計劃是安全的。



第三部份

健康教育資源者

學校醫護人員在學校推行健康教育方面的角色

早前已提及，學校醫護人員應在健康教育方面擔當顧問和資源者的角色，而不是負責在校進行健康教育的教導工作(Bradley, 1997)。雖然他們具有專業知識，並可以進行教導，但學校的健康計劃必須由已受訓的教師或健康教育家進行管理、教授和評估。早前於第一部份第九節提及由學校醫護人員進行的「一對一」健康教育，其實是一種「輔導」而不是教導。

一． 學校醫護人員為有需要的學生提供特殊的健康教育

- 1 學校醫護人員應協助學校由傳統的健康教育模式，轉變為自我管理的教育模式
- 2 加強員工、學生和家長的能力，學習面對和解決問題
- 3 改善他們的自我效能，使他們更具信心處理不同的健康問題
- 4 學校醫護人員應協助學校建立合適的環境，讓這些學生在主診醫生的治療外加以支援外,加以支援。

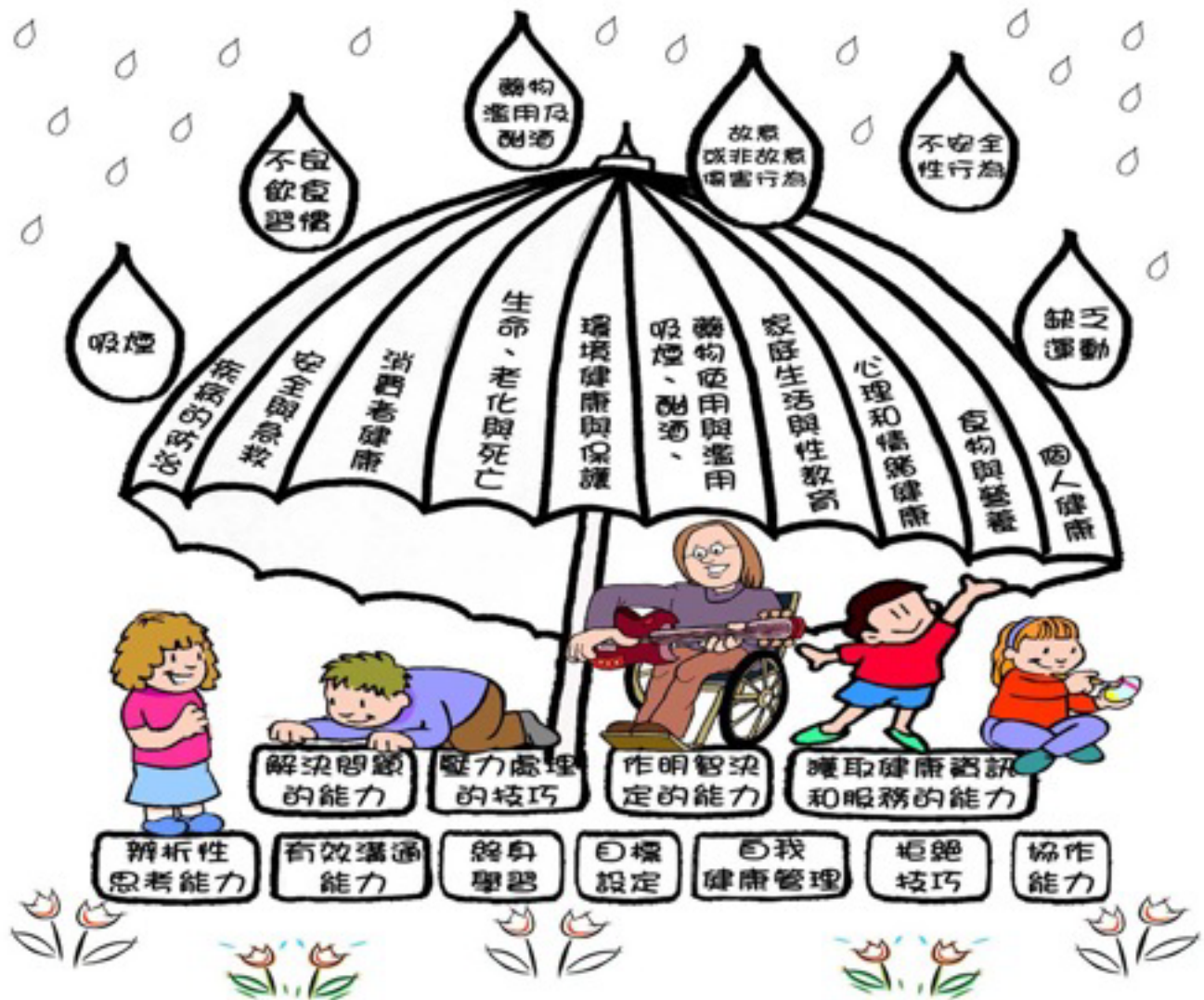
表四為傳統健康教育模式和自我管理教育的比較 (Bodenheimer et al, 2002)。《香港健康學校獎勵計劃實用指引》第三部份闡述了如何加強個人的健康技能；第三部份的第二節講述十個主要健康範疇，以減低風險行為，並促進自我管理和解難的技能 (圖三)。

Box10列出提供特殊健康教育的方針。圖四為學校醫護人員與學校人員合作處理特殊需要學生的流程。附件十二和附件十三指出注意力不足過度活躍症和自閉症的症狀，以及管理兩者的指引。

表四：傳統健康教育模式和自我管理教育模式的比較

	傳統健康教育模式	自我管理教育模式
教授內容	疾病的資訊和相關技巧。	針對流行病問題的應對技巧。
如何闡述問題？	問題反映未能充份控制疾病。	經歷可能與特定疾病有關或無關。
教育與疾病的關係	教育以每一種疾病為主,教授該種疾病的資訊和相關技巧。	教育提供與健康問題相關的解難技巧。
教育背後的理論為何？	疾病的知識帶來行為的轉變。	個人具有較大信心保護自己,作出生命的改變(自我效能),盡可能達致良好的健康成效,及維持正常的生活。
目的為何？	實行已教授的行為改變。	增強自我效能,加強應付技巧,改善健康。
誰是教育者？	醫護人員。	醫護人員、朋輩領袖或群體組別中的個體。

圖三：全面的學校健康計劃 (Lee,2002)



Box 10. 為有特殊需要的學生、家庭；教師、學校員工及同學提供特殊的健康教育

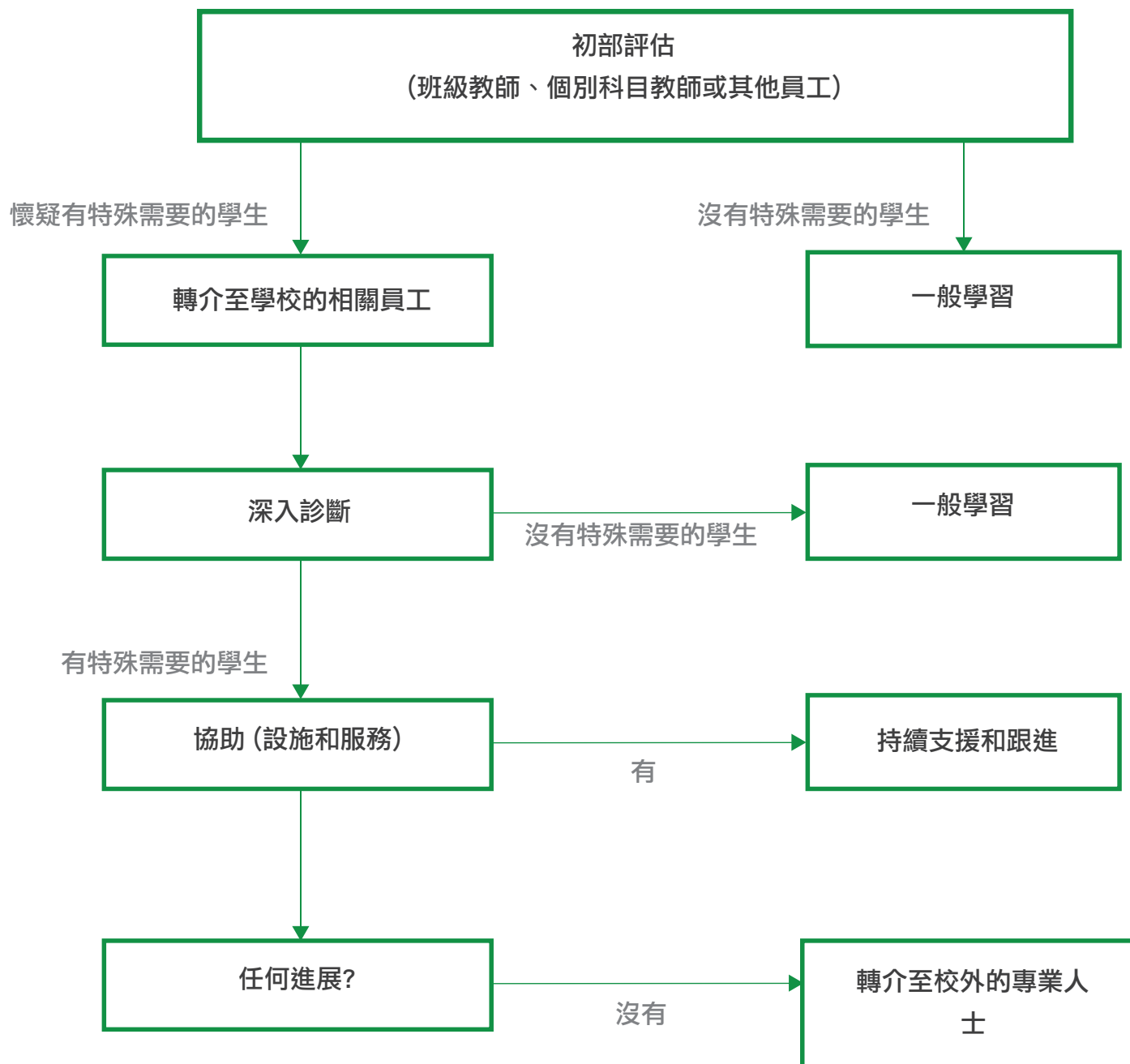
隨著學生罹患慢性病的問題日益增加，在校需要照顧和治理的情況亦加劇，學生和家長均須參加健康教育計劃，增加應付技巧。

- 學校醫護人員會根據慢性照護模式(Wagner et al, 1996)，協助慢性病患學生及其家人增強自我管理的技巧。
- 教師、學校人員、同學等亦應接受特殊的教育，協助這些有特別需要的學生，同時促進彼此照顧、同理心、避免標籤化和分化，並在危急情況下減少不必要的恐慌。第一部份第三節最後部份將為學校醫護人員提供實用貼士，以助慢性病患學生更有效遵從醫生的指示和治療。

孩童和青少年的行為問題很少被認定為臨床問題，但對家庭、社會服務和教育界則帶來一定的困難。如學生同時出現其他情況，如抑鬱症和濫藥，醫護人員就須介入(Michaud and Fomboune, 2005)。青少年首次出現行為問題是難以了解成因的，但突然出現新的行為問題，可能反映潛在的家庭問題、抑鬱或濫藥等情況。

- 當學生出現其他心理社交疾病時，學校醫護人員就應辨識其是否出現行為問題。
- 協助教師分辨具有行為障礙及紀律問題的學生，避免過度診斷和標籤化。

圖四：協助有特殊需要學生的流程圖



學校醫護人員在全校教育方面擔當特殊角色，除支援學生的特殊需要外，亦擔負起評估健康教育需要、推廣學校健康教育，並為教師的健康問題提供專業意見。

二． 評估學校健康教育的需要

學校醫護人員將協助教師解讀和分析學校的健康數據，該數據可能反映區內學生的健康狀況，從而有助決定學校健康教育和推廣計劃的優先範疇。這些計劃均納入正規課程和課外活動。《香港健康學校獎勵計劃實用指引》第三部份第三節(個人健康技能)闡述健康教育的優先範疇；第四部份提供學校健康課程的發展藍圖 (Lee, 2002)。

三． 為健康教育教師提供資料

學校醫護人員可以透過與其他醫療機構、醫護人員、學術機構、社區組織、公共衛生人員、社會服務機構、志願醫療機構等網絡，獲取最新的資訊和計劃，為健康教育教師提供健康課題的資源。他們亦可擔任演講嘉賓，或尋找合適人員，講解特定的健康課題，有助加強教師的健康推廣訊息。

四． 推動學校健康教育

學校醫護人員應是健康課程策劃委員會、學生健康政策制定委員會的其中一員，代表學校參與區內委員會有關健康推廣的工作。



第四部份

建立健康和安全的學校環境

——健康和安全的學校環境包括實際環境、心理社交學習環境和健康推廣的環境。學校醫護人員應與學校成員緊密合作，確保建立理想的環境。

一． 感染控制

學校醫護人員根據政府的感染控制指引，協助學校加以實行，尤其是流感爆發方面的控制措施。專員可參與學校在處理沙士期間的措施 (Lee et al, 2003)，以及世界衛生組織即將出版的文獻，名為《加強學校、工作間和市內預防和應付流感爆發的警覺性》 (Enhancing resiliency in preparing and responding to influenza pandemic within school, workplace and municipalities)，協助學校和社區作好準備，在可能出現流感和傳染病爆發時作出恰當和迅速的回應。

學校醫護人員必需採用正確的教育方法，才可加強傳染病控制的能力，當中包括：

- 1 教育有關現存和新式傳染病的預防和控制方法。
- 2 協助學生和學校員工建立正確的行為，保持健康，預防傳染病。例如在用餐和如廁後必須洗手，或被呼吸道分泌物沾污雙手後要洗手；不共用毛巾、用即棄紙巾、打噴嚏和咳嗽時要掩蓋口和鼻、小心處理呼吸道分泌物，避免傳播細菌。
- 3 訓練學生和學校人員在校保持良好的衛生環境，如不隨地拋垃圾，這可減低疾病的傳播。
- 4 奉行均衡飲食、多攝取水份、多做運動、充足睡眠、舒緩壓力、戒煙、不喝酒和濫藥等，有助增強人體免疫力。
- 5 如懷疑學生、教師或員工感染呼吸道疾病或其他傳染性疾病，就應建議他們及早求診，並在家休息。
- 6 在校增加不同設施的適用度和透明度，鼓勵學生透徹了解和使用，有助預防和控制傳染病。
- 7 推行家長教育，以助建立健康衛生的學校環境。

在傳染病爆發期間，學校需要進行消毒的工作。消毒旨在清除病原，當中包括以焚燒、煮沸、紫外光或其他化學方法，處理可能傳播疾病的排泄物和分泌物。學校可在傳染病爆發期間進行以下消毒工作：

- 1 使用1比99的家用漂白水（一份漂白水混合99份清水）消毒傢具、地板和洗手間，30分鐘後以清水清洗，然後抹乾。
- 2 恰當地處理已使用的廁紙，已使用的廁紙必須立刻扔在有蓋垃圾桶裡；已使用的毛巾亦須以1比99的家用漂白水浸洗30分鐘，然後以清水清洗。
- 3 至於被嘔吐物、排泄物、分泌物或血液沾污的表面，應先將毛巾浸在1比49的家用漂白水溶液中30分鐘，然後清洗沾污的表面(抹拭後應棄置毛巾)。
- 4 以1比49的家用漂白水消毒洗手間和坐廁，30分鐘後以清水清洗。

請參考附件 2A 及 2B 有關沙士和 H1N1 期間的管理流程圖。

二．衛生

檢視學校的衛生情況不應是學校醫護人員的單一責任，學校應遵從政府部門訂立的衛生指引，而醫護人員則擔當顧問的角色，建議在校使用何種指引，以切合學生和員工的需要。此外，專員亦應建議學校環境作適當調整，以符合社區和現有公共衛生措施的轉變。有關詳情請參考《香港健康學校獎勵計劃實用指引》第三部份第六節（學校環境）(Lee, 2002)。

三．飲食環境的健康和安全

檢視學校供應食物的營養元素、食物安全性以及飲食環境也不應是學校醫護人員的單一責任。學校應遵照政府部門的相關指引，而醫護人員則擔當顧問的角色，提出恰當建議以達致學生的健康需要。醫護人員可與營養師商討某些學生的特殊營養需要；對於患急性疾病的學生，學校醫護人員亦應向教師和家長提供飲食建議。有關詳情，請參考《香港健康學校獎勵計劃實用指引》第三部份第六節(學校環境)。最近發表的一項諮詢報告名為《澳門學童的飲食模式和營養評估》，當中列出多個建議重點，可作有用的參考。

四．人體工效學

學校醫護人員應與職業健康人員緊密合作確保為學生和員工提供合宜的人體工學措施。學校醫生應為具有姿勢問題的學生和員工進行初部評估，提供合適的建議，並在需要時作轉介。《香港健康學校獎勵計劃實用指引》第二部份第六節(職業健康和 safety)可作參考(Lee, 2002)。

五．校風 / 人際關係

健康和安全的學校環境必須包括良好的校風，這可加強學生的社交和心理健康，主要特點如下：

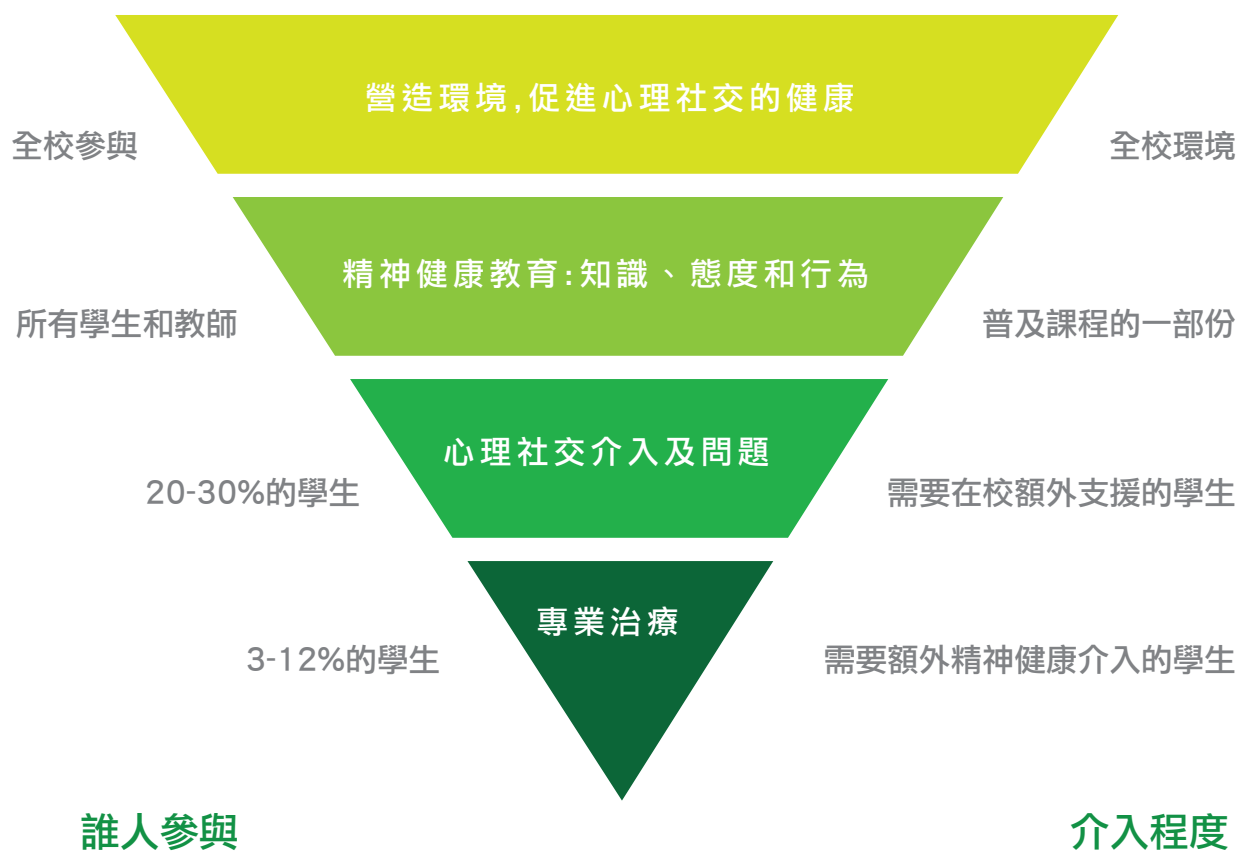
- 1 建立彼此關心、互信和關愛的環境，不存在欺凌和暴力
- 2 獎勵學習，避免懲罰
- 3 加強合作而非競爭
- 4 促進彼此支持和開放的溝通
- 5 為眾人提供創新和平等的機會

由於這是學校的主要元素，這不應是醫護人員的單一責任。然而學校醫護人員卻應強化良好校風，促進健康。《健康推廣學校》(Lee, 2002)有關校風主要元素如下：

- 1 針對學生和員工的需要
- 2 友好、關愛和互信的氣氛
- 3 協助有特殊需要的學生
- 4 有價值和互相尊重的環境

根據世界衛生組織的四層策略(圖五)，學校醫護人員可提供第二層精神健康教育支援；並與其他專業人士合作第三層的心理社交介入方式；以及在學校的層面裡，支援專家進行第四層的专业治療工作(Wyn et al, 2000)。

圖五:世界衛生組織的四層全校策略



第五部份

員工的健康推廣

——學校醫護人員將與其他專家合作，為學校員工提供健康推廣的服務，這可以是個人化的，也可以是員工發展計劃的一種，讓他們獲取更佳的技巧，向學生推廣健康。



一．個人化的健康推廣活動

應推廣以下的員工健康活動：

- 1 體重管理
- 2 飲食和營養建議
- 3 壓力管理
- 4 運動和體能
- 5 職業健康和安全
- 6 個人問題的危機處理
- 7 緩解衝突
- 8 基本急救訓練
- 9 建立健康的生活模式
- 10 產前和產後教育
- 11 準備退休



二．員工發展計劃

- 1 為危急事件作準備
- 2 影響學生的常見慢性疾病
- 3 協助學生調整風險行為
- 4 照顧有特殊需要的學生

重點包括：

- 1 學校應主動推廣職業健康的訊息，並應訂立職業健康政策。
- 2 學校應透過不同渠道照顧員工的健康，包括定期健康檢查、及時免疫接種以及其他由勞工署建議的健康活動。
- 3 學校應設立機制，關顧員工在情感上的需要。
- 4 學校應配合員工在社交上的需要。
- 5 學校應建立一個安全的工作環境。

學校應為所有員工建立健康檔案，並保持機密。請參考《香港健康學校獎勵計劃實用指引》第二部份（學校健康服務）第六節（職業健康和安全）(Lee, 2002)。

參考資料：

- American Medical Association (1997). **Guidelines for Adolescent Preventive Services** (GAPS).
- American Academy of Paediatrics (2004). **School Health: Policy and Practice**. ELK Grove Village, Ill:
- American Academy of Paediatrics American Academy of Paediatrics (2001). The role of the School Nurse in Providing School Health Services. **Pediatrics**, 108: 1231-32.
- American Academy of Paediatrics, Committee on School Health (1993). **School Health: Policy and Practice**. Page 9-16. ELK Grove Village, Ill:
- Aronen JG and Garrick JG (2010). Office Management of Acute Ankle Injuries. **Medical Progress**, 37(6):265-270.
- Bachmann LM et al (2003). Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. **BMJ**, 326: 417
- Barlow SE and Expert Committee (2007). Expert Committee Recommendation Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. **Pediatrics**, 120 (suppl 4): S164-192.
- Beaninger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. **Lancet** 369: 1220-1231.
- Blum R, McNeely C, Rinehart P (2002) **Improving the odds: The untapped power of schools to improve the health of teens**. Center for Adolescent Health and Development, University of Minnesota
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K (2002). Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. **JAMA** 288:2469 – 2475.

- Bradley BJ (1997). The School Nurse as Health Educator. *J Sch Health, 67: 3-8*.
- Brener NC., Wheeler L., Wolfe LC., Vernon-Smiley M., Caldart-Olson L (2007). Health Services: Results from the School Health Policies and Programs Study 2006. *J Sch Health, 77: 464-485*.
- Carlson, G.A. (2000). The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. *Journal of Affective Disorders, 61, S3-S8*.
- Centre for Health Education and Health Promotion (2006a). Healthy Schools (Pre-school) Award Scheme - Healthy Eating Guidelines for Pre-school Children. Centre for Health Education and Health Promotion, The Chinese University of Hong Kong. <健康幼稚園獎勵計劃 —— 學前教育機構健康飲食指引> ISSN 988-99166-8-1 (in Chinese).
- Centre for Health Education and Health Promotion (2006b). *Healthy Schools (Pre-school) Award Scheme - Physical Activity Guidelines for Kindergartens*. Centre for Health Education and Health Promotion, The Chinese University of Hong Kong. <健康幼稚園獎勵計劃 —— 促進幼兒運動能力實用指引> ISSN 978-988-99655-2-5 (in Chinese)
- CIPRA 香港兒童安全促進會(2003). *Injury Prevention Programme in Primary Schools (I.P.P.S.) 校本意外預防課程. Teaching and learning packs for Primary School General Knowledge curriculum and Teachers' Guidebook 教材套 - 小學常識科應用教學本、教師指導手冊*。CIPRA 香港兒童安全促進會
- Corrado D, Pelliccia A, Bjornstad HH, et al (2005). Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol.*European Heart Journal, 26(5): 516-524*. Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika SK, Robinson TN, Scott BJ, St. Jeor S, Williams CL (2005). Overwigh in Children and Adolescents: Pathophysiology, Consequences,Prevention and Treatment.*Circulation* 111, 1999-2012.

Davis MM, Gance-Cleveland B, Hassink S, Johnson R, Paradis G, Resnicow G (2007). Recommendation for prevention of childhood obesity. *Pediatrics*, 120 (suppl 4): S228-252.

Dehne KL, Riedner G (2005). ***Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services***. Geneva: World Health Organisation, 2005.

Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey M (1994). The childhoods of multiple problem adolescents: A 15 year longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 35: 1123-40.

Hawson K, James A (2005). ABC of adolescence: Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 330: 891-894.

Hong Kong Health Education and Health Promotion Foundation (HEP) (2010). 香港健康促進及教育協會 (2010)。《打開孩子心窗-教師手冊》。香港：香港健康促進及教育協會。ISSN: 978-988-19208-1-2.

Kirby D, Laris BA, Roller L (2006). Impact of sex and HIV education programs in sexual behaviors of youth in developing and developed countries: FHI youth research working papers no 2. ***North Carolina: Family Health International***: 1-56.

Juul A, Teilmann G, Scheile T, et al (2006). Pubertal development in danish children: comparison of recent European and US data. *Int J Androl* 29, 247-55.

Kondo DG, Chrisman AK, March JS (2003). An evidence-based medicine approach to combined treatment for ADHD in children and adolescents. ***Psychopharmacol Bull*** 37(3): 7-23.

Lai KY, Lam KKL, Lam SC, Tang ACW, Yeung LKK, Wong MCS, Lee A (2005). Exploring parents' understandings and concerns on self management of childhood asthma. ***Hong Kong Practitioners***, 27(5): 172-178.

Lee A (2010). ***Healthy and Sustainable Settings: Reflections and Future Directions***. Sub-plenary session. 20th International Union for Health Promotion and Education

Education World Conference. 12-15 July, 2010, organised by Swiss Health Promotion and IUHPE, Geneva, Switzerland.

Lee A. Common Adolescence Health Problems in Community (2009). In Yang BF, Lee A, Zhu SZ **Handbook for Primary Care Practitioners**: MIMS Primary Care Clinic Series. CMP Medica Pacific Ltd. ISSN 2073-8986.

Lee A., Ho M., Keung MW., Wong KK (2009a).. Assessment of Dietary Pattenrt and Nutritional Status in Macao School Children.\Full report in Chinese (105 pages) with Summary Report in English & Chinese, Centre for Health Education and Health Promotion, School of Public Health and Primary Care, The Chinese University of Hong Kong, Oct 2009.

http://www.dsej.gov.mo/~webdsej/www/grp_db/dsejdoc_20091020_e.pdf?sid=&pt=http://&ip=&searchstyle=&clearorder=&time=1256356058&

Lee A., Wong SYS., Tsang KK., Ho GSM., Wong CW., Cheng F (2009b). Understanding of suicidality and correlates amongst Chinese secondary students in Hong Kong. **Health Promotion International 24(2): 156-165.**

Lee A., Wong MCS., Keung VMW., Yuen HSK., Cheng F., Mok JSY (2008). Can the concept of Health Promoting Schools help to improve students' health knowledge and practices to combat the challenge of communicable diseases: Case study in Hong Kong? **BMC Public Health, 8:42.**

Lee A., Cheng F., Fung Y., St Leger L (2006). Can Health Promoting Schools contribute to the better health and well being of young people: Hong Kong experience? **Journal of Epidemiology and Community Health, 60:530-536**

Lee A (2006). **Quality of Life: Important Outcome measures in Primary Care.** Cross Strait Family Medicine Conference, by Beijing Capital Medical University, Beijing April, 2006.

Lee A., Tsang KK., Healthy Schools Research Support Group (2004). Youth Risk Behaviour in a Chinese Population: A territory wide Youth Risk Behavioural Surveillance in Hong Kong. **Public Health, 118(2): 88-95.**

Lee A., Wong WCW, Wong SYS, Tsang KK (2004). How would Family Physicians strengthen the School Health Service. **Chinese General Practice**, 7(23): 1732-33.

Lee A., Cheng F., Yuen H., Ho M., Healthy Schools Support Group (2003). How would schools step up public health measure to control spread of SARS? **Journal of Epidemiology and Community Health**, 57:945-949.

Lee A (2003). **Hong Kong Healthy Schools Award Scheme: Practical Guide to the Health Promoting School**. Full manual (Pages) and Abridged version (74pages ISSN 962-86985-1-6).Centre for Health Education and Health Promotion, School of Public Health, The Chinese University of Hong Kong.

Lonczak HS, Abbott RD, Hawkins JD, Kosterman R, Catalano RF (2002).Effects of the Seattle social development project on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes by age 21 years. **Arch Pediatr Adolesc Med** 156: 438-47.

McBride N, Farrington F, Midford R, Meruleners L, Philips M (2003). Early unseper-vised drinking- reducing the risks. The School Health and Alcohol Harm Reduction Project. **Drug Alcohol Rev** 22: 263-76.

McIntosh N, Helms O, Smyth E, eds (2003). Early unsepervised drinking-reducing-reducing the risks. The School Health and Alcohol Harm Reduction Project. **Drug Alcohol Rev** 22:263-76.

McIntosh N, Helms O, Smyth E, eds (2003). Forfar and Arneol's textbook of paediatrics. 6 Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Medical Officers of Schools Association (1998). **Handbook of School Health**. Trentham Books Ltd.. Michaud PA and Fombonne E (2005). ABC of adolescence: Common mental health problems. **BMJ** 330: 835-838.

National Health and Medical Research Council (2007). Clinical practice guidelines

for the management of overweight and obesity in children and adolescents.
www.health.gov.au/wcms/publishing.nst/content/obesityguidelines-guidelines-childre
n.htm (Accessed 11 April, 2007).

National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). ***Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care.*** Clinical Guideline 28 By national Collaborating Centre for Mental Health. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Newcomb M, Felix-Ortiz M (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: cross sectional and prospective findings. ***J Pers Soc Psychol*** 63: 280-296.

arent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bouguinon JP (2003). The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. ***Edocri Rev*** 24, 668-93.

Patton GC, Vincer GC (2007). Adolescent Health 1: Pubertal transistions in health. ***Lancet*** 369, 1130-1139.

Patton, G. Bond, L., Carlin, J., Thomas, L. Butler, H., Glover, S., Catalano, R. & Bowes G. (2006) Promoting social inclusion in schools: A group-randomized trial on student health risk behaviour and well-being. ***American Journal of Public Health***, 96: 9.

Petratis J, Flay BR, Miller TQ, Torpy EJ, Greiner B (1998). Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. ***Substance Use Misuse*** 33: 2561-604.

Resnick MD (2005). Health youth development: getting our priorities right. ***Med J Australia*** 183: 398-400.

Resnick MD (2000). Protective factors, resiliency and healthy youth development. ***Adolesc Med*** 11:157-65.

Rollnick S, Butler CC, Kinnnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational Interviewing *BMJ* 2010;340:c1900

Rowe L (2005). This summer, start a small social revolution. *Aus Fam Phy*, 34(1-2): 11-12.

Royal Australian College of General Practitioners (2005). *Preventive Guidelines in General Practice*, 6 Edition.,

Sofi F et al (2008). Cardiovascular evaluation, including resting and exercise ECG before participation in competitive sports: cross sectional study. *BMJ* 337: 88-92

Silver HK., Igoe JB., Mcatee PM (1976). The School Nurse Practitioner: Providing Improved Health Care to Children. *Pediatrics*, 58: 580-584. Steinberk K (2007).

Adolescent overweighth and obesity: How to best manage in the general practice setting. *Aus Fam Phy*, 36(8): 606-12.

Stewart-Brown S (2006) What is the evidence on school health promotion in improving school health or preventing disease and specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: World Health Organization.

Towner E, Ward H (1998). Prevention of injuries to children and young people: the way ahead for the UK. *Injury Prevention* 4 (suppl): S17-S25.

Towner E, Carter Y, Hayes M (1998). Implementation of injury prevention for children and young people. *Injury Prevention* 4(suppl): S26-S33.

Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 39: 1391-401.

Toumbourou JW (2005). Alcohol and drug use theoretically integrated interventions to prevent harm. In: *Browning C, Thomas S. eds. Behaviour change an evidence based handbook for social and public health*. International: Elsevier/Churchill Livingstone, 2005: 87-114.

- Tripp J, Vincer R (2005). ABC of adolescence: Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *BMJ* 330, 590-593.
- Wagner E., Austin B, Von Korff M (1996). Organising care for patients with chronic illness. *Midbank Q* 74: 511-44
- White RH and Labouvie EW (1989). Towards the Assessment of Adolescent Problem Drinking. *Journal of Studies on Alcohol* 50(1): 30-37.
- WHO(1998). WHO Information series on school health Document 4: Healthy Nutrition. Geneva.
- Wyn J, Cahill H, Holdworth R, Rowling L, Carson S (2001). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34: 594-601.
- Yanovski JA (2001). Intensive therapies for paediatric obesity. *Pediatr Clin North Am.* 48, 1041-53.
- Zwar N. Smoking Cessation: What works? *Aus Fam Phy* 2008; 37(1/2): 10-14 Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Ste REK, Laraque D, and the GLAD-PC Steering Group (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment and Initial Management. *Pediatrics* 120(5): e1299-e1312

附件一：急性足踝受傷

學生扭傷足踝的情況很普遍，雖然骨折的情況不多，但往往發生時卻不易察覺。大約 85% 的足踝傷患均屬外側韌帶拉傷(Aronen and Garrick, 2010)。在扭傷足踝後和初部評估前，軟組織可能已腫脹，在身體和功能上已呈轉變。軟組織產生腫脹，患者會感到不適和痛楚，隨之就是骨折部位觸及痛楚。因此，學校醫生應及時評估學生的受傷情況，了解事件經過，從而得知學生在當時和隨後的受傷程度。校方可按渥太華的足踝評估原則 (Ottawa Ankle Rules)，評估受傷學生的情況 (圖一)。此方法具有接近 100% 的敏感度，可減低不必要的 X 光檢查達 30% 至 40% (Bachmann et al, 2003)。如臨床檢查發現不屬骨折或肌腱受傷，要主要觸及痛楚位置為前距腓韌帶及跟腓韌帶上外踝的前下方位置 (圖二)，就很有可能屬外側足踝扭傷。

渥太華足踝扭傷評估 (排除骨折) 原則

- 1 受傷後能即時行走四步
- 2 足踝 (Malleolus) 後方邊緣或足踝尖 (四點) 局部觸及痛楚
- 3 可行走，注意到舟骨或第五跖骨底部局部觸及痛楚
- 4 評估具高度敏感度和中度特異度

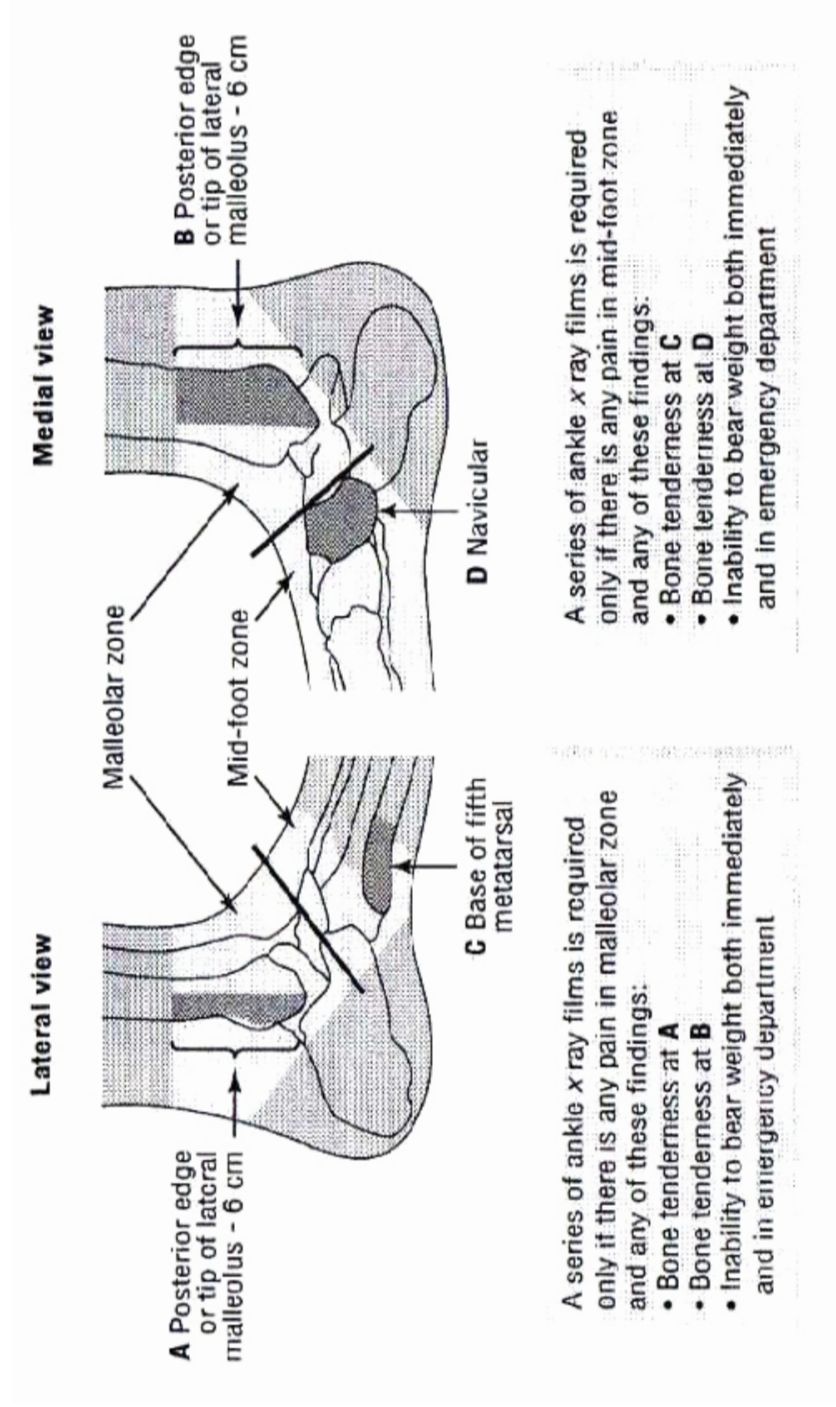


Fig 1 Ottawa ankle rules

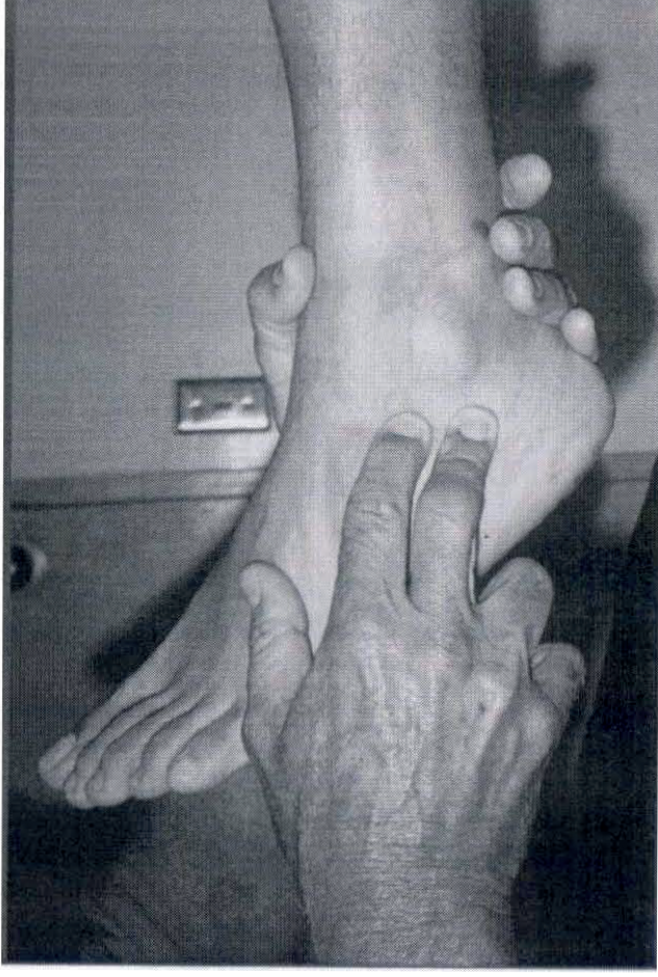
如足踝痛楚及出現以下情況，就須拍攝一系列X光照片：

- A部位骨骼觸及痛楚
- B部位骨骼觸及痛楚
- 受傷後及在急症室均未能承受重量

如足部中央痛楚及出現以下情況，就須拍攝一系列X光照片：

- C部位骨骼觸及痛楚
- D部位骨骼觸及痛楚
- 受傷後及在急症室均未能承受重量

圖二：主要觸及痛楚位置為前距腓韌帶及跟腓韌帶上外踝的前下方位置

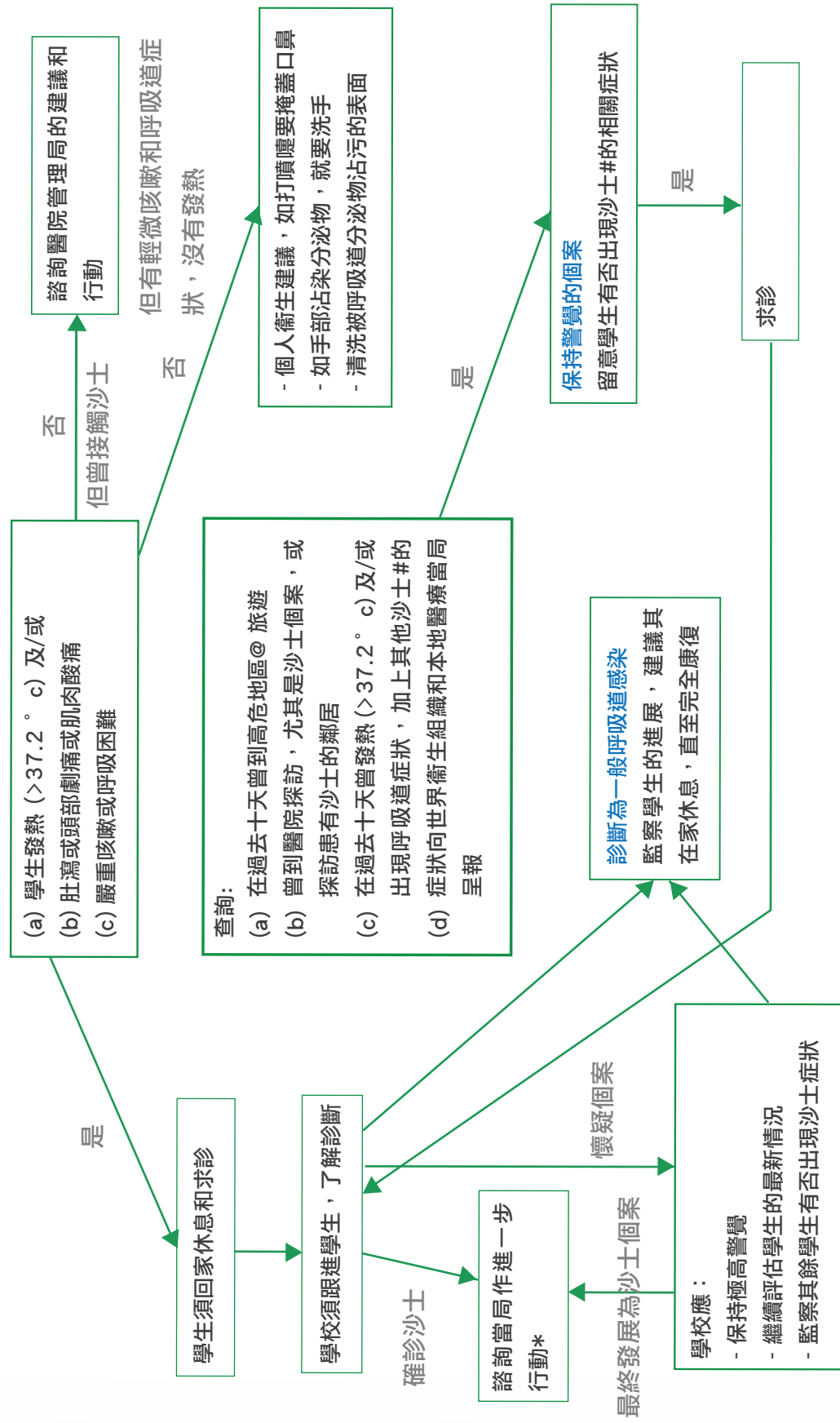


Bachmann LM et al (2003). Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. *BMJ*, 326: 417

Aronen JG and Garrick JG (2010). Office Management of Acute Ankle Injuries. *Medical Progress*, 37(6):265-270.

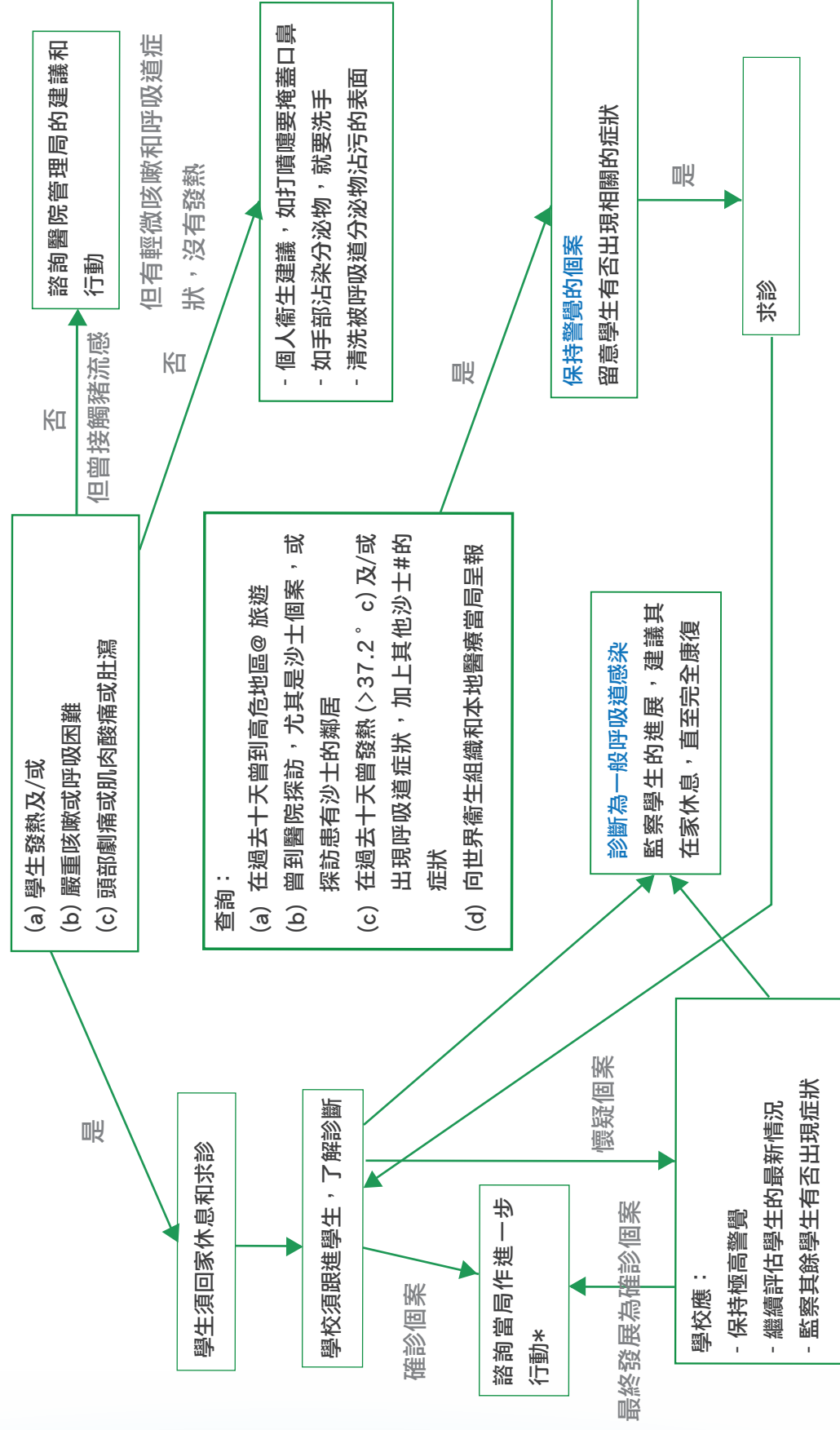
附件 2A：學校教師於沙士期間的管理流程圖

Lee et al. Journal of Epidemiology and Community Health 2003;57:945-949



*在香港，如學校發現沙士個案，須停課十天，教職員和學生須接受醫學監察。學校亦須全面消毒。
沙士患者除了出現發熱和呼吸道症狀外，也可能出現頭痛、肌肉僵硬、肌肉僵硬、食慾不振、不適、錯亂和肚瀉

附件 2B：學校爆發豬流感（新型 H1N1 流感）的管理流程圖 李大拔教授 2009



The school might need to be closed for a certain period according to advice by local health authorities and staff and students will be under surveillance. School will be disinfected. 根據本地醫療當局建議，學校須關閉一段時間，教職員和學生須接受醫學監察，應須全校消毒。

附件三：過重和肥胖學生的管理貼士 (Lee, 2009a)

學校醫護人員須留意學生的成長和發展是否正常，而過重和肥胖通常都沒有繼續性的成因的(Steinbeck, 2007)。身體質量指數與身體脂肪比例和健康危機有關，如身體質量指數超過85個百分位數，就是過胖，此評估可定期進行，同時與更精確的身體脂肪測量方法(如雙能量X光吸收儀)作比較。在澳洲，國家健康及醫療研究委員會 (National Health and Medical Research Council) 的指引將超過85個百分位數定義為過重；超過95個百分位數就是肥胖(NHMRC, 2007)。青少年肥胖可定義為身體質量指數超過95個百分位數，或 ≥ 30 公斤/米²，以較低者為準。

除了身體的指標外，家庭醫生亦須評估青少年的飲食模式。高糖/卡路里飲料、水果、蔬菜、快餐或餐廳食物、每天進食早餐、零食種類等，均可評估學生肥胖的可能性。此外，評估運動量和靜態生活模式，如較多時間看電視、與做功課無關的上網活動等，都有一定評估功能。以下各行動證實有助學生控制體重 (Davis et al, 2007)：

- 減少飲用帶糖飲料
- 鼓勵進食理想份量的蔬果
- 減少看電視和上網
- 每天吃早餐
- 減少外出用膳，尤其是快餐店
- 鼓勵在家中用膳，並與家人一起用餐
- 減少份量(避免如美國人的過多用餐份量)

小組更提出以下建議：

- 高鈣飲食
- 高纖飲食
- 飲食具備多量營養元素（脂肪、碳水化合物中的能量；按年齡比例的蛋白質）
- 鼓勵餵哺母乳，及至嬰兒六個月大
- 每天至少進行六十分鐘中度至劇烈的運動
- 減少進食過高熱量的食物
- 如生活習慣、文化和環境均屬較少運動和攝取較多能量，就要鼓勵家庭作出改變

家庭具備以下重要性：

- 家長是孩童在飲食和活動方面的楷模。
- 鼓勵家長營造健康的家居環境；家庭醫生可透過其專業知識，教導孩童改變習慣，同時鼓勵家長實踐。
- 家庭醫生可與家長討論或提供嬰兒安全活動的資料、學行兒童的合適飲食份量、學前兒童減少使用嬰兒車，以及青少年的簡易早餐選擇等。

青少年正值發育時期，因此減重的目標要合乎現實。通常女性的青春期較早，男性較遲。而青少年持續每月減少1-2公斤已是合理水平(Steinbeck, 2007)。

專家委員會建議系統式的策略，以分階段的治療，融合各種具實證基礎的治療元素(Barlow and Expert Committee, 2007)。

第一階段：預防方法

旨在改善身體質量指數，而不是單單維持健康的指標
健康飲食和運動方式如下：

- 1 每天進食 ≥ 5 份蔬果，家人可逐步增加至每日9份。詳情請參考 USDA 網頁：www.mypyramid.gov。
- 2 減少帶糖飲料。
- 3 每天看電視的時間減少 ≤ 2 小時。如孩童為 < 2 歲以下，目標為不看電視。
- 4 多做運動，每天 ≥ 1 小時。隨意的遊玩方式最適合幼童；而較年長的孩童則可進行自己喜愛的運動。
- 5 多在家中用膳。
- 6 每星期與家人一起用餐至少五至六次。
- 7 每天奉行健康飲食。
- 8 家人一起奉行生活模式上的轉變。
- 9 讓孩童自行進食，避免過度餵食。
- 10 幫助家庭按其既有的文化價值調整行為。

要實行預防方法 (Prevention Plus)，重點如下：

- 家人和醫護人員可通力合作，辨別要針對的行為。考慮包括現時導致能量失衡的行為、家人文化價值和意願、家人經濟狀況、鄰居、時間、推動孩童和家人一起作出改變。如使用動機式會談方法，醫護人員可讓孩童和家人確認優先處理的行為，這自然可融合家庭狀況和價值。
- 肥胖孩童可每天開始運動 15 分鐘，然後增加至 60 分鐘；或家人可事先選擇三個目標，隨時間增加目標行為的數量。
- 覆診次數按個別家庭而定，而動機式會談方法可能對於訂立次數發揮作用。
- 醫生、資深護士、醫生助手等在接受恰當訓練後，可給予此水平的治療。
- 如孩童在三至六個月後未能有所改善，就要提升治療水平，即是結構式的體重管理方法。

第二階段：結構式的體重管理方法

- 1 計劃每天的飲食
- 2 限定每天的膳食和小吃（早餐、午餐、晚餐以及一至兩次定時的小吃，其餘時間不進食或不飲用含卡路里的飲料）
- 3 進一步減少看電視和上網的時間至每天 ≤ 1 小時。
- 4 每天進行60分鐘的規劃性運動或活動，並須接受監管。
- 5 記錄和監察行為。
- 6 達致目標行為後的獎勵。

要實行結構式的體重管理方法，重點如下：

- 由營養師或已接受額外訓練的醫生為孩童制定飲食計劃。
- 已接受動機式會談訓練、監察和強化技巧教導方式訓練的教職員可與家人訂立初步目標，並跟進個案。
- 有些家庭可能需要輔導員協助，包括親子技巧、緩解家庭衝突或推動力等。
- 轉介至物理治療師或運動治療師，有助孩童和家人建立良好的運動習慣。
- 每月覆診。
- 有些人認為分組環節有效益。

第三階段：全面的跨界別介入方法

要進行全面的跨界別方法，重點如下：

- 1 行為調整計劃應至少包括飲食監察、訂立短期的飲食和運動目標、應變計劃。
- 2 計劃範圍須包括飲食和運動調整所引致的負能量平衡。
- 3 12 歲以下孩童需要家長參與行為調整的過程。
- 4 家長須接受家居環境改善的訓練。
- 5 在計劃過程中，應在基準和特定時段評估身體指標、飲食、運動等狀況。（建議）
- 6 對兒童肥胖問題具資深經驗的跨界別團隊，包括行為輔導員（如社會工作者、心理學家、其他精神健康服務機構/人員或已受訓的護士）、註冊營養師、運動專家（物理治療師或其他已受訓治療師，或協助肥胖兒童的社區計劃）
- 7 每月覆診，至少維持八至十二星期，效果最佳。其後可每月覆診，維持實踐健康行為。
- 8 以組別形式覆診更有成效，治療效果更佳。
- 9 可考慮商業的體重管理計劃，但基層醫療機構/人員應先評估計劃，確保採用的方法是健康和符合孩童的年齡。治療報告已包括評估的指引。

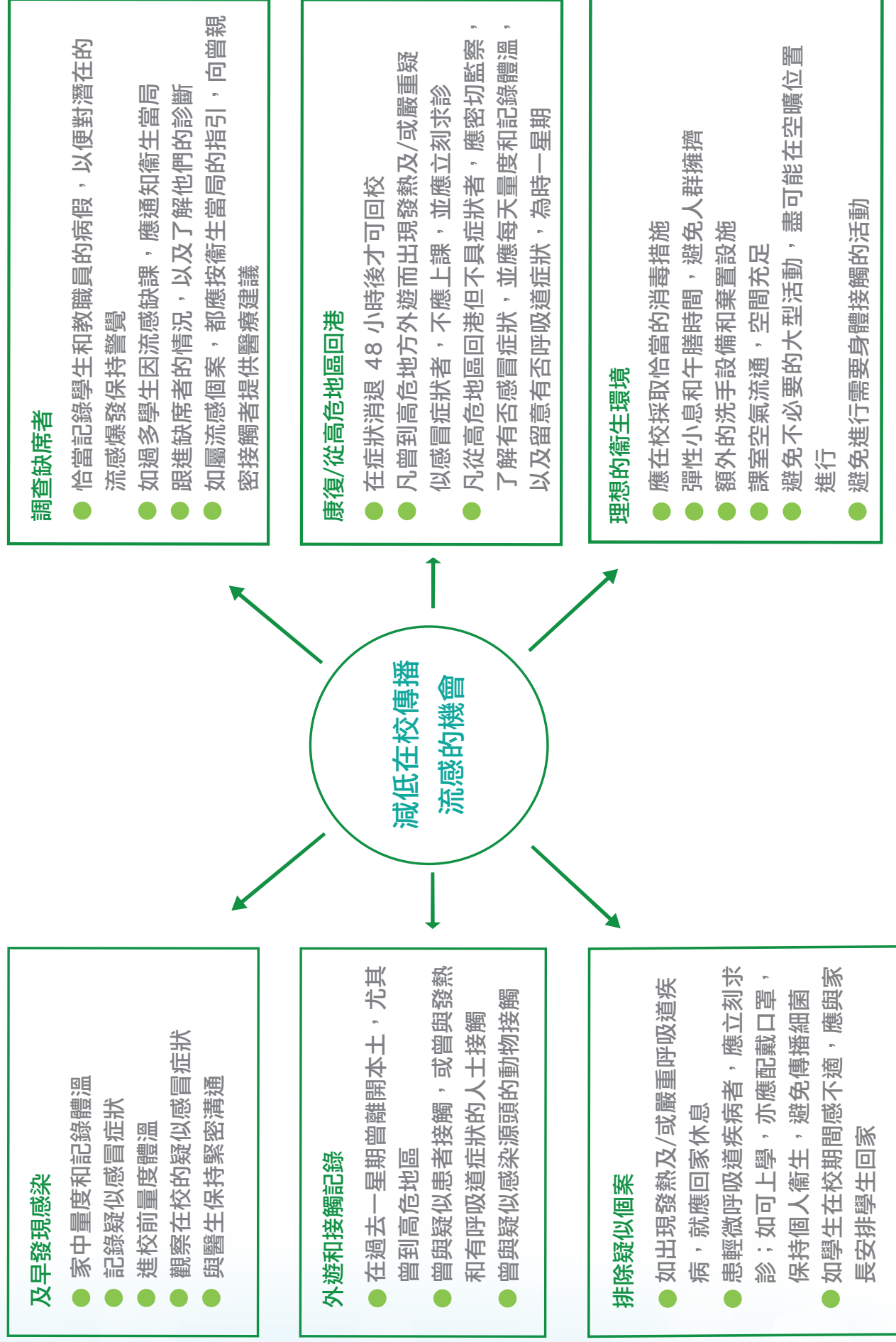
第四階段：第三層醫療介入方法（不適用於學校醫護人員，因此沒有列出詳情）

個別病人的分階段策略

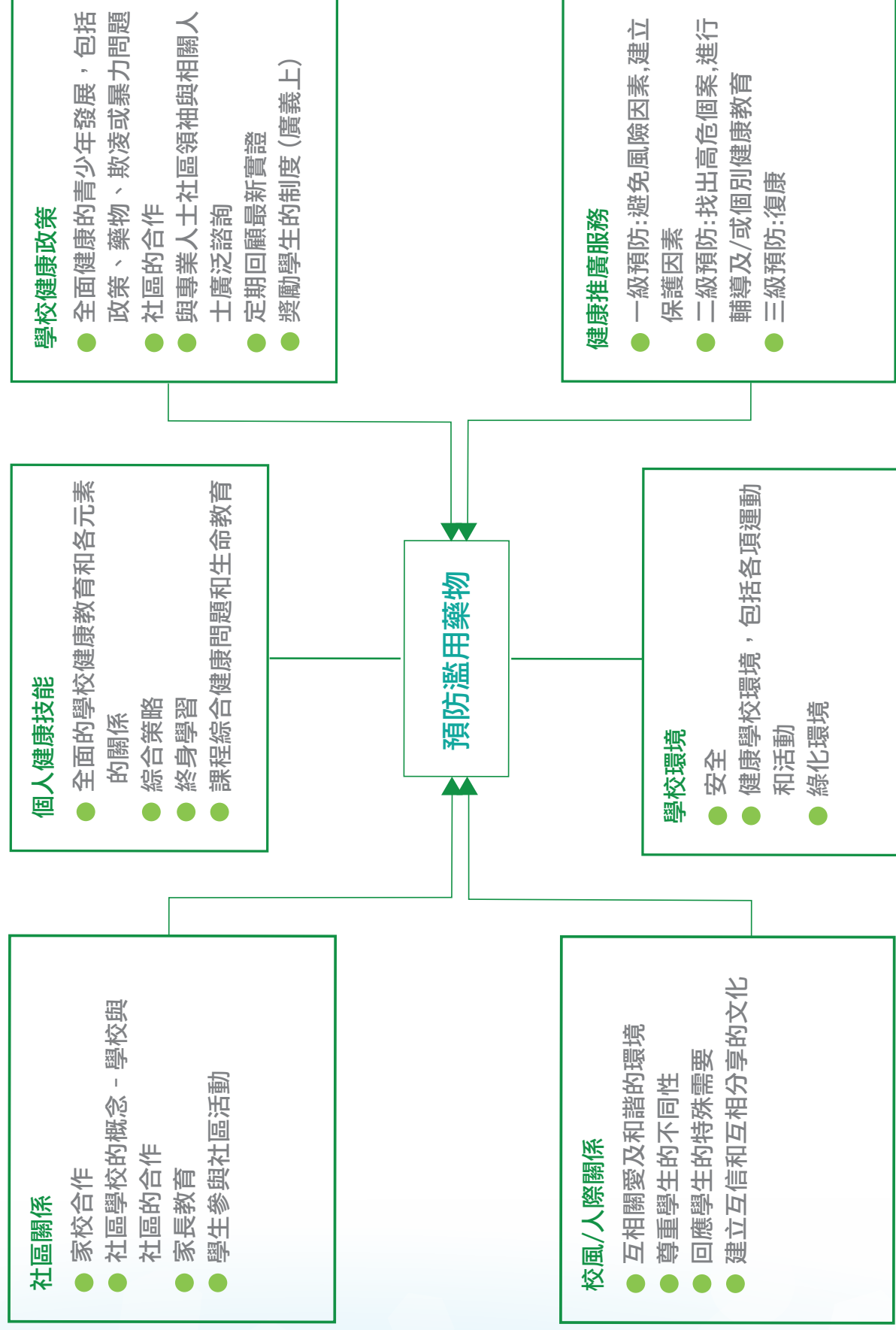
- 1 首先提出預防方法 (Prevention Plus)。
- 2 如預防方法在三至六個月後均未見成效，病人就應轉為結構式的體重管理計劃。
- 3 三至六個月的結構式體重管理計劃後，一些未能達致目標的病人會轉為全面的跨界別介入方法。
- 4 避免帶糖飲料、飲用過多果汁和奶類（每天 > 16-24 安士的奶類飲品可增加能量，或取代其他營養素）。
- 5 每日三餐與家人一起進膳，但不可看電視。
- 6 家人不應限制孩童進膳時或吃小食時的份量，但確保所有食物均為健康，並有充足的蔬果。
- 7 支援性計劃可容許每星期出外一次，但必需為運動或活動。

要成功處理營養問題是有一定難度的，皆因這屬於長期性的問題，而且返回原狀的機會較高，因此需要長期的治療介入。學校醫護人員須懂得與青少年溝通，推動他們自行訂立個人管理計劃。專員需要特別的技巧，推動青少年改變行為；而且也是青少年的主要醫療服務據點，因此不可錯過讓青少年加入健康促進和預防疾病計劃的機會。

附件四：健康學校模式以改善流感的感染控制 李大拔教授 2009



附件五：以健康學校模式處理濫藥個案 李大拔教授 2009



附件六：美國醫學會的青少年預防服務建議 (AMA, 1997)

建議一：

11 歲到 21 歲的青少年應每年看一次醫生，接受預防性的健康服務。

- ◆ 看醫生時，應該同時注重生理和心理方面的健康問題，並集中於提供預防性的服務。
- ◆ 在三次的診症中，應該進行一次全面的身體檢查：
- ◆ 三次診症應該分別在青春期的早(11-14歲)、中(15-17歲)、晚期(18-21歲)，除非有臨床表徵或症狀顯示需要較為頻密的檢查。

建議二：

預防性的健康服務應適合當事人的年齡和個人發展，並應注意個人及社會文化的不同之處。

建議三：

- 醫生應該針對青少年的健康問題，制定完善的診所政策，為他們提供保密的健康服務，並考慮到父母在青少年健康問題方面的參與程度。
- 應該讓青少年及其父母清楚了解這些政策。
- 青少年預防性服務指引(GAPS)建議青少年每年接受一次健康方面的指導，幫助他們適應發育階段的挑戰、發展並保持健康的生活方式、改善飲食習慣和體格，以及預防受傷。
- GAPS 同時也建議青少年的父母和監護人接受這些健康指引，以助他們對青少年的健康需要作出適當的回應。

建議四：

- 父母或其他的成年照顧者應在孩子處的青春早期、中期及晚期時分別接受至少一次健康指導。

內容包括：

- ◆ 青春期的一般發育狀況，包括身體、性和心理方面的發展
- ◆ 疾病和情緒問題的表徵和症狀

建議五：

所有青少年應每年接受一次健康指引，讓他們更了解自己的生理、社交心理及性心理方面的發展，以及更主動參與健康的決策。

建議六：

所有青少年都應每年接受一次減低受傷機會的健康指引。

建議七：

所有青少年都應每年接受一次飲食建議，包括健康飲食習慣的好處、實踐方法，以及安全的體重管理方法。

建議八：

所有青少年都應每年接受一次運動好處的健康指引，並鼓勵青少年定期參與安全的運動。

建議九：

所有青少年都應每年接受一次負責任性行為的健康指引。

建議十：

所有青少年都應每年接受一次物質使用方面的健康指引，如避免使用煙草、酒精及其他可供濫用的物質，例如合成類固醇。

建議十一：

根據國家心、肺、血液研究所第二工作小組發表的「孩童血壓控制」指引，所有青少年都應每年進行一次高血壓篩檢。

- ◆ 在考慮了性別和年齡的分佈之後，收縮壓或舒張壓在90th百分位或以上的青少年應該在一個月內的不同時間量度高血壓三次
- ◆ 血壓基線高於95th百分位的青少年應進行一次全面的生物醫學評估，以便訂立治療方案

建議十二：

根據「兒童青少年血膽固醇水平」專家諮詢小組制定的方案，應進一步檢查篩選出來的青少年，確定他們發展高血脂症及冠心病的風險。

- ◆ 如青少年父母的血清膽固醇水平超過 240 mg/dl (~6.1 mmol/l)，19 歲以上的青少年都應至少每年檢查一次總血膽固醇水平。
- ◆ 家族史不明、或具有多項心血管疾病高危因素(例如吸煙、高血壓、癱瘓、糖尿病、攝取過多飽和脂肪和膽固醇)的青少年應按醫生指示。
- ◆ 血膽固醇讀數低於170 mg/dl (~4mmol/L) 的青少年應在五年內重覆檢驗；如讀數在170 和199mg/dl (~4-5 mmol/L)之間，則應再接受檢驗。
- ◆ 如兩次檢驗的膽固醇平均讀數在170mg/dl 或以上(~4mmol/L或以上)，或者第一次檢驗的讀數在200mg/dl (~5.1 mmol/L)或以上，就應進行脂蛋白分析。
- ◆ 如青少年的父母或祖父母一方患有冠心病、周邊血管疾病、腦血管疾病，或者在55歲之前因突發心臟病而死亡，就應進行一次空腹脂蛋白分析。
- ◆ 治療方案視乎兩次低密度脂蛋白膽固醇檢驗的平均值。讀數低於110mg/dl為可接受；讀數在110和129mg/dl(~2.6-3.3 mmol/L) 之間屬於臨界個案，應在一年內再次檢查脂蛋白水平；讀數在 130 mg/dl (~3.4mmol/L) 或以上的青少年則應接受轉介，作進一步的醫學評估和治療。

建議十三：

所有青少年都應每年接受一次飲食失調和癱瘓篩檢，並透過觀察他們的體重和身高，了解他們對身體形象和飲食習慣的看法。

- ◆ 如青少年出現以下任何一項，就應評估是否患上器官性疾病、厭食症或暴食症：體重比前輕多於10%；沒有超重但經常節食；自誘性嘔吐；服食瀉藥或利尿劑減肥；不健康的身體形象；或者身高體重指數在5th百分位以下。
- ◆ 分析BMI的性別年齡分佈之後，BMI在95th百分位以上的青少年屬於超重，應該接受詳細的飲食和健康評估，以確定他們的社交精神病患病率，以及將來發展心血管疾病的風險。
- ◆ BMI處於85th和94th百分位之間的青少年有超重的風險，須接受飲食和健康評估，確定他們的社交精神病患病率，以及將來發展心血管疾病的風險。

建議十四：

應每年詢問青少年一次有關其使用煙草產品的情況，包括吸煙和無煙產品。

- ◆ 使用煙草產品的青少年應接受進一步的評估，以確定他們的使用模式。

- ◆ 為使用煙草產品的青少年提供戒煙方案

建議十五：

應每年詢問青少年使用酒精和其他可濫用物質的習慣，以及非必要成藥或處方藥物的使用習慣，包括合成類固醇。

- ◆ 對於過去一年曾使用酒精或不當地使用藥物的青少年，應評估以下範疇：家族史、使用時的環境、使用數量和頻率、態度和動機、使用其他藥物的情況，以及身體、社交心理和學習情況。
- ◆ 凡因使用這些物質而影響健康的青少年，都應接受輔導和心理健康治療。
- ◆ 不建議定期為青少年進行尿毒篩檢。
- ◆ 對於使用酒精或其它藥物的青少年，應了解他們的性行為和使用煙草產品的情況。

建議十六：

應每年詢問青少年的性行為狀況

- ◆ 對於性活躍的青少年，應了解他們使用避孕套和避孕措施的情況和動機、他們的性取向、過去六個月裡的性伴侶數目、曾否因金錢或藥物進行性交易，以及曾否懷孕或感染性病
- ◆ 如青少年具有懷孕、感染性病(包括艾滋病)，或性剝削的風險，應接受輔導以減低風險
- ◆ 對於性活躍的青少年，也應了解他們使用煙草產品、酒精和其他藥物的習慣

建議十七：

性活躍的青少年應該接受性病的篩檢。

- ◆ 淋病篩檢：子宮頸細菌培植(女性)或尿白血球酯酵素分析（男性）。
- ◆ 以下人士應進行血清檢驗以篩檢梅毒：現居地流行梅毒、患有其他性病、過去六個月多於一位性伴侶、曾進行性交易，或男性曾與同性發生性行為。
- ◆ 利用視覺檢查(男性與女性)和柏氏抹片檢查評估有否感染人類乳頭狀瘤病毒。

建議十八：

對於有愛滋病風險的青少年，應提供保密的愛滋病檢查，包括酶聯免疫法和確診檢驗。

- ◆ 獲取青少年同意後才可進行檢驗。
- ◆ 應同時在檢驗前和檢驗後提供適當的輔導。有否感染人類乳頭狀瘤病毒。
- ◆ 愛滋病的篩檢頻率應視乎個人的風險因素。

建議十九：

性活躍或 18 歲以上的女性，應每年進行一次柏氏抹片檢驗，確定是否患上子宮頸癌

建議二十：

應每年詢問青少年的行為或情緒問題，以察覺任何重復出現或嚴重的抑鬱症，以及有否自殺的風險。

建議二十一：

應每年詢問所有青少年在精神、生理或性方面有否受到虐待。

建議二十二：

應每年詢問所有青少年的學習或學校生活問題。

- ◆ 如果有逃學、經常缺課，或者學校表現不好或退步的青少年，應評估其是否出現某些情況，阻礙了他們的學校生活，包括：學習障礙、注意力不足過度活躍症、健康問題、虐待、家庭問題、精神問題、使用酒精或其他藥物的問題。
- ◆ 應與學校和青少年的父母或照顧者一起進行評估，以及制定日後的管理方案。

附件七：兒童生命週期的預防服務 (RACGP, 2005)

病人姓名

出生日期

日期

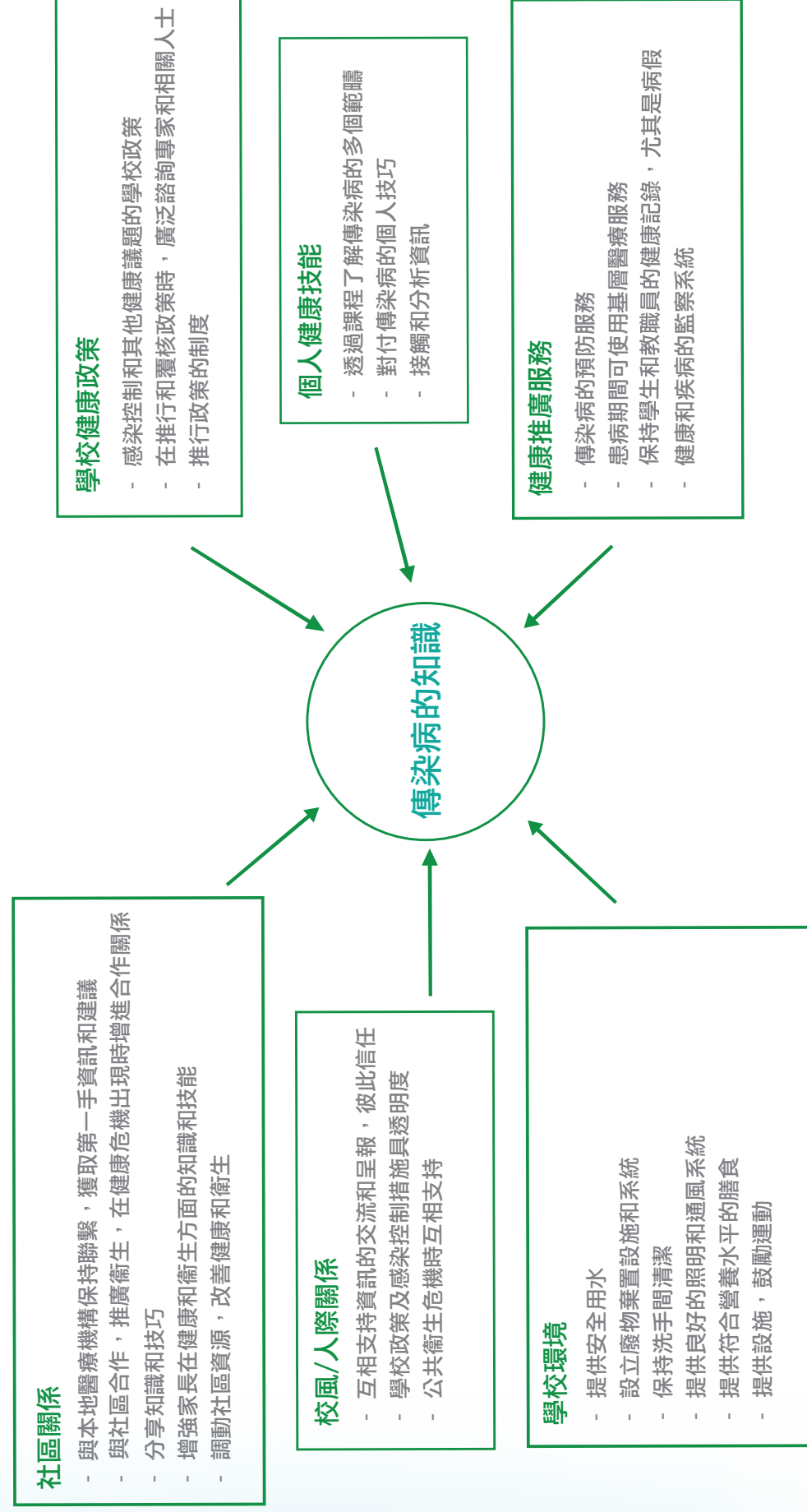
項目	次數	備註	頁數	年齡組別											
				初生嬰兒	2個月大	4個月大	6個月大	12個月大	24個月大	2-5歲	6-14歲	14-19歲			
免疫接種	參考 ASVS#		23												
初生嬰兒															
驗血	出生	甲狀腺功能不足、苯酮尿症及囊性	13												
身體檢查	出生及六週	心臟、髖、生殖器官及體重	13												
幼兒															
成長	2,4,6,12及24個月	身高及體重	13												
聽力、視力及言語	機會式		13												
減低突然死亡的風險	機會式		13												
貧血或缺鐵*	機會式	風險增加*	13												
學前															
成長	每 6-12個月	身高及體重	14												
聽力	每 6-12個月		14												
視力	每 6-12個月		14												
學齡															
成長 (參考過重和肥胖)	每年 1-2 次		15												
青少年															
健康風險行為	機會式		16												
心理社交發展	機會式		16												
教育發展	機會式		16												
性發展	機會式		16												
抑鬱及自殺	機會式		16												
虐待	機會式		16												
預防性輔導及建議															
預防意外及受傷	每次覆診	包括家居、駕駛及水上活動安全性	10												
防曬建議	每次覆診	包括防曬霜、防曬措施	10												
運動建議	每次覆診	每天 60 分鐘+ 的中度至劇烈運動 (參考國家運動指引) (National physical activity guidelines) 纖維化	10												
營養建議	每次覆診	支持母乳餵飼; 建議多種營養食物	10												
過重和肥胖															
身高、體重、腰圍和青春期發展	每年 1-2 次	參考有關兒童過重和肥胖的指引	12												

澳洲標準免疫接種時間表 (Australian Standard Vaccination Schedule) (ASVS) 載於澳洲免疫接種手冊 (Australian Immunisation Handbook) 第八版 (2003)。

* 只限風險組別: SES 較低、懷孕未治理的缺鐵症、早熟、12 個月大前飲用牛奶 (每天飲用超過 600 毫升)

附件八：透過健康推廣學校模式,改善學校對傳染病的認識 (Lee, 2010)

Appendix 8. Using HPS framework to improve health literacy on infectious disease © Professor Albert Lee 2009 Lee (2010)



附件九：英國衛生部給予醫護人員的指引 - 未經家長同意下，向十六歲以下青少年提供避孕建議或治療

(www.dh.gov.uk search for: 3382)

醫護人員須確保：

- 青少年明白建議，包括在道德、社會和情感上的顯示 - 不可游說他們告知家長，或讓其醫生告知家長
- 他們現正進行不安全行為，或很可能進行不安全性行為
- 除非獲取建議，否則他們的生理和心理健康會轉壞
- 青少年期望在沒有家長同意下取得避孕建議

附件十：對戒煙的最低限度臨床介入(5 個 A)(Zwar, 2008)

查問(Ask)每位病人是否有抽煙的習慣，並記錄下來

如果沒有 → 問：“你有沒有抽過煙？”

- 如果沒有，確認沒有抽煙，並做記錄(從未抽過煙)
- 如果有，確定戒煙的決定，記錄抽煙的狀態(前煙民)。

如果戒煙少於一年，給予忠告，以防再抽煙查問，可以令介入的效果加倍

如果有吸煙的習慣 → 勸告(Advice)

應該以清晰但非對抗的方式勸告所有抽煙的病人戒煙，例如：“保持身體健康最好的方法就是戒煙”

勸告病人戒煙 - 醫生利用3至5分鐘時間來勸病人戒煙，病人戒煙超過5個月的比率可以上升至10.2% (沒有接受醫生勸告的比率為 7.9%)

評估(Assess) 病人戒煙的意願

- 戒煙的動機和心理準備會提高戒煙率。

“現階段你對自己抽煙有什麼看法？”

“你現在做好戒煙的準備了嗎？”

評估病人改變行為和依賴尼古丁的程度

評估尼古丁依賴度 → 問：

- 睡醒以後隔多長時間抽第一支煙
 - 一天抽多少支煙？
 - 之前嘗試戒煙的時候，會出現什麼欲望或戒癮症狀？
- 睡醒後30分鐘內開始抽煙、一天抽多於15支煙、嘗試戒煙時出現戒癮症狀 → 尼古丁依賴症

研究結果顯示，對於患上尼古丁依賴症的煙民，藥物治療可以增加他們的戒煙率（約兩倍）

協助 - 未準備戒煙的組別

- 討論戒煙的好處，以及繼續抽煙的風險
- 告知吸食二手煙的壞處
- 讓他們知道想戒煙的時候，總會有人在身邊支持他們

協助 - 未確定是否戒煙的組別

- 推動性的面談，例如：“你喜歡，以及不喜歡抽煙的哪些方面？”
- 發掘出他們的疑慮
- 發掘出他們戒煙的障礙
- 製造、加強他們對抽煙的疑慮，並幫助他們打破戒煙的障礙
- 留意社區中可用的資源；當病人有需要的時候，可以即時提供援助

協助 - 準備好戒煙的組別

- 表示贊成及支持，給予鼓勵，和病人一起討論戒煙計劃，及提供“戒煙小錦囊”
- 制定戒煙的時間 - 告訴家人、朋友和同事，請他們給予支持
- 做好準備，例如：尼古丁戒癮症狀
- 從生活環境中清除煙草產品(家居、車、工作地點)
- 建議病人接受藥物治療

協助 - 已採取行動、維持戒煙狀態的組別

- 祝賀他們
- 討論防止再度抽煙的方法
- 回顧並加強戒煙的好處
- 提供相關的社區資源的資料，並轉介他們到這些社區服務組織

安排覆診

- 為準備戒煙的病人安排覆診，以跟進情況

復診的時候：

- 祝賀並再次對他們的決定表示讚許
- 檢討進度和問題
- 鼓勵繼續接受治療
- 討論防止再度抽煙的方法
- 鼓勵使用支援服務

附件十一：酗酒的相关问题 (White and Labouve, 1989)

- A1 未能完成功课或温习。
- A2 参与打鬥、行为不當、脾气暴躁。
- A3 在一段時間裡，忘記自己的說話或行動。
- A4 駕駛車輛或電單車。
- A5 為酗酒感憂慮或內疚。
- A6 花費太多金錢喝酒，而失去其他重要事情。
- A7 工作或上學時情緒高漲，甚或醉酒。
- A8 令他人尷尬。
- A9 迅速喝下多杯以達致即時的效果。
- A10 忽略你的責任。
- A11 朋友或鄰居遠離你。
- A12 親戚遠離你。
- A13 表現偏執或緊張。
- A14 你所需的酒精比實際需要還多，以達致相同的效果。
- A15 你所需的酒精比實際需要少，以達致相同的效果。
- A16 想停止，但又不能自控。
- A17 嘗試一天內只有某些時間或某些地點才喝酒，以控制喝酒的份量，換言之改變你的喝酒行為。
- A18 出現戒酒症狀，例如停止或減少喝酒時感不適。
- A19 感到性格出現轉變。
- A20 感到對酒精產生問題。
- A21 因喝酒而惹麻煩，要與警察周旋。
- A22 整個周末也在喝酒。
- A23 需要會見校方。
- A24 早餐前喝酒，甚或只喝酒而不進食。
- A25 喪失工作。
- A26 曾參與戒酒治療計劃。

- A27 曾受傷或有意外。
- A28 缺課或缺勤（一天或半天）。
- A29 嘗試減少喝酒或戒酒。
- A30 人們向你述說你所講或所做的事，但你忘記了。
- A31 突然發覺自己身在何處，但記不起為何在此。
- A32 突然昏倒。
- A33 因喝酒而犯事，與警察周旋。
- A34 與朋友打鬥、吵架或感覺不好。
- A35 與家人打鬥吵架或感覺不好。
- A36 因派對沒有酒喝而離開。
- A37 被控告醉酒駕駛。
- A38 雖然應承自己不再喝酒，但仍不能自控。
- A39 曾因喝酒求助。
- A40 覺得自己快瘋了。
- A41 光境很差。
- A42 覺得生理上或心理上依賴酒精。
- A43 醫生曾勸告戒酒或減少喝酒。
- A44 親戚曾勸告戒酒或減少喝酒。
- A45 朋友或鄰居曾勸告戒酒或減少喝酒。
- A46 喪失工作上的機遇。
- A47 令他人初次接觸酒精。
- A48 與家人產生問題。
- A49 體重明顯下降。
- A50 突然感到驚慌或無理地感到恐懼或憂慮。
- A51 非法賣酒。
- A52 在不喝酒一段時間或戒酒後，出現震顫、抽搐、癲癇，看見或聽見一些根本不存在的事物。
- A53 辨認錯誤。

附件十二：注意力不足過度活躍症(ADHD)的主要症狀和治理方法 (Kondon et al, 2003)

症狀

注意力不足

- 時常難以集中做事，在校常出現不小心的過犯
- 在工作或遊玩時經常難以維持注意力
- 當他人直接與自己談話時，經常不愛聆聽
- 經常不跟從指示，難以完成功課、雜務或工作崗位上的責任
- 經常難以組織工作和活動
- 經常被外來事物打擾，忘記每天的活動

過度活躍

- 經常在坐位中玩弄手腳
- 經常在班房中離開坐位，或在不當的情況下離開坐位（通常為青少年，因感到難以安坐）
- 經常在不當的時候奔走或攀爬（通常為青少年，因感到難以安坐）

行為策略

- 在家 - 運用簡單的指令、訂立清晰的限制和期望、獎勵理想的行為、訂立正規的時間表、使用清單和行事曆避免忘遺事件、將繁複的工作分成多個細小的工作
- 在學校 - 確保學生坐近教師，避免分散注意力；每次只給予一項工作，功課盡可能精簡；除了口頭指示外，將功課的指引書寫在筆記本上，以便帶回家中；每日或每星期寫報告；考試時給予更多時間，包括沒有目標的測驗；並請已受訓的人士幫忙。

附件十三：自閉症(Autism)的主要特徵和治理方法

- 如自閉症等發展障礙的成因至今不明，研究人員認為這是腦部神經生物問題所致

- 這與家長的教導方式關連不大

自閉症兒童的行為模式：

- 被動：被標籤和強迫性的行為，不太接受他人的意見，並需要事前給予詳細的指示
- 對光線過敏
- 不恰當行為和不懂得遵守遊戲規則
- 容易對事物產生恐懼，或被聲音嚇怕

診斷標準：

- 社交互動和非言語溝通出現嚴重障礙，如眼神接觸
- 言語發展遲緩
- 想像式或象徵式的遊戲產生障礙
- 不懂與同學/朋友相處
- 限制、反覆的行為模式、興趣及活動

自閉症的治療

至今未有確定的治療方法，選擇可包括

1) 藥物治療 (Pharmacotherapy)

- 興奮劑(Stimulants)：利他能(Ritalin)，右旋安非他命 (Dextroamphetamine) 等
- 鎮靜劑 (Sedatives)
- 抗抑鬱劑(Antidepressants)

(2) 日常生活療法

- 用以教授兒童學習日常生活技能和社交技巧，以助他們趕上教育的步伐，減低憂慮
- 透過運動增強體能和協調
- 透過學習刺激兒童的智力，如音樂、藝術和話劇等
- 控制不當的行為

- 平穩情緒
- 鼓勵自我獨立和建立自尊
- 教授恰當的溝通技巧

(3) 行為治療

- 單一嘗試訓練 (Discrete Trial Training)
- 可推動兒童
- 教授方法包括：
 - (a) 將技巧分成數個細小步驟
 - (b) 集中教授每一步驟，直至完全學會 (學會技巧，才灌輸新的概念)
 - (c) 重覆技巧
 - (d) 鼓勵恰當的回應
 - (e) 正面的回應加強兒童正面的行為 (在兒童作出恰當反應後的即時回應)

(4) 心理治療方法 (Psychotherapy)

- 擁抱治療 (Holding Therapy)
 - 透過照顧者(care taker)的溫柔說話，態度，讚賞以及緊緊的抱著孩子，從而減低學童出現生氣，擔心和焦慮的情況
 - 擁抱治療可當作為一個獎賞制度 (reward system)，當學童能做到一些要求的行為時，給與擁抱

(5) 社交訓練 (Social Skill Training)

- 直接講解 (Direct Teaching)
- 角色轉換 (Role Play)
- 模範 (Modeling)
- 故事 (Scenario)