

青少年醫療保健照護選集



財團法人李氏慈愛青少年醫學教育基金會 編撰

網址：<http://www.leefund.org.tw/index.html>

2019年7月

序

台灣青少年醫學暨保健發展源自 2004 年衛生署青少年保健門診計畫，迄今已有 20 餘年，各界更於 2005 年成立「台灣青少年醫學會」後更名「台灣青少年醫學暨保健學會」，除致力推動青少年醫學暨保健之教育訓練、服務與研究，並與「世界青少年健康學會；IAAH」、「美國青少年醫學暨保健學會；SAMH」、「世界衛生組織；WHO」及「海峽兩岸暨港澳地區青少年性與生殖健康論壇；ASRH」交流與合作，成果斐然；而其中尤以教育訓練培養青少年專業工作人員為當前會務重中之重。

「財團法人李氏慈愛青少年醫學教育基金會」與「台灣青少年醫學會」同步創立於 2005 年，原本以支持台灣青少年醫學會工作為主要宗旨，現很榮幸已成為「台灣青少年醫學暨保健學會」、「台灣婦幼衛生協會」、「台灣兒童少年健康聯盟」、「臺灣醫學生聯合會」與「兩岸四地青少年性與生殖論壇」的重要合作夥伴，十餘年來共同辦理青少年醫學暨保健碩博士論文獎，出版「青少年保健工作人員手冊」、協辦兩岸四地青少年性與生殖論壇會議，以及定期舉辦兒童少年健康論壇講座。

這次更是十分高興能夠集結本基金會李孟智董事、吳唯雅董事及詹其峰顧問重要著作為單印本，供關心青少年醫學暨保健教學、研究與服務的夥伴們參考，十分具有價值，並祝願我們為青少年服務，青少年能為社會做最大的服務。

李淑杏 敬緘

「財團法人李氏慈愛青少年醫學教育基金會」講座教授兼董事長



青少年健康照護

(Adolescents Health Care)

作者：吳唯雅 李孟智

學習目標

1. 熟悉青少年的人口學特性及現況
2. 熟悉青少年之身體和心理社會發展
3. 熟悉青少年之冒險行為和性事
4. 熟悉青少年之醫療保健照顧體系
5. 熟悉青少年醫學之教育訓練

關鍵詞：青少年(adolescents)、健康照護(health care)、醫療照護(medical care)、冒險行為(risk-taking behavior)、性事(sexuality)

本文出自：吳唯雅、李孟智：青少年健康照護。台北市：臺灣家庭醫學醫學會，第四版，2016：301-327。

前言

一、青少年的定義

青少年期(adolescence)及青少年(the adolescents, teenagers), 尚無全球性共同的定義。青少年期, 源自拉丁字: *adolescere*, 意為成長(grow up)或成長期, 它是以文化加以界定的概念, 亦即不同的文化與社會狀況, 可賦予青少年期不同的時間劃分。如在美國: 美國醫學會(American Medical Association, AMA)將之定義為 11 至 21 歲, 美國官方之疾病管制與預防中心(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)定義為 12 至 21 歲, 而美國青少年保健暨醫療學會(The Society for Adolescent Health and Medicine, SAHM)則定義為 13 至 21 歲。世界衛生組織(World Health Organization, WHO)定義為 10 至 19 歲。我國迄今無官方定義, 但習慣上將處於國、高中/高職、大專早期階段稱為青少年, 而我國法律上則將未滿 18 歲者稱為少年。總體來說; 青少年期範圍可大到 11 至 21 歲, 也可窄到 13 至 20 歲, 而台語中的青少年/少年仔, 則泛稱十幾歲的人。

青春期(puberty)這個名詞源自拉丁字: *pubescere*, 意為長毛(grow hair), 這是一個以生理變化加以界定的全球性共同名詞, 指人的第二性徵成熟及體型成長的階段, 這是由體內性荷爾蒙快速分泌, 導致身體性器官及肌肉骨骼系統等成熟的階段。依美國的調查, 女性青春期約介於 10.5 至 14 歲, 男性約 12 至 16.5 歲。如此說來, 青春期之開始還早於上述青少年期, 但在青少年期內結束, 此可由圖一顯示^[1]。青春期最早的徵兆在於第二性徵變化, 即男生始於睪丸及陰囊變大, 女性為乳房出現乳蕾(breast bud)及長大, 同時男、女性皆在長出陰毛之後才有體型快速成長。

二、青少年人口學

國內有關青少年人口學的資料取自內政部人口普查資料及衛生單位之統計資料，但由於年齡層劃分上，未能針對青少年期且相關資料不多，故在參考時略有所限。

1. 青少年人口數：我國 2005 年 10-14 歲及 15-19 歲人口各約 161 萬 2 千人及 159 萬人。
2. 青少年性別比：10-19 歲男性約有 166 萬 5 千人，女性約有 153 萬 7 千人，男與女性人口比為 1.08：1.00，男略多於女。
3. 青少年生育率：我國近年未滿 20 歲青少年女性之生育率達千分之 12.95，已知為亞洲已開發國家含日本、香港、新加坡中最高者，日本未滿 20 歲青少年女性生育率僅千分 3.6。我國每年約有逾萬名新生兒產自未成年母親。而美國青少年生育率為已開發國家之冠，每年約產下 27 萬個新生兒，造成巨額社會成本付出。
4. 青少年死亡率：我國 2004 年青少年死亡率每十萬人口 21.79 人，顯示死亡率有下降趨勢。各組死亡率中男皆高於女性，至於青少年死因，不論男、女皆以傷害事故居首位，約佔青少年總死亡數之 31.85%，且我國青少年傷害事故死亡率遠高於香港、日本、新加坡、甚至高於美國。

三、社會變遷下的青少年

台灣自光復至 90 年代，隨著現代化的腳步，社會變遷十分顯著，包括：1.經濟高度成長，2.教育普及和資訊發達，3.家庭結構與功能改變，4.社區都市化且人口流動率高，及 5.民主化快速。

上述以現代化為主軸之社會變遷對青少年可能造成的影響包括：營養偏差，意外事故增加，家庭照顧降低，人際關係複雜，價值觀改變，犯罪率上升，冒險行為(risk-taking behavior)盛行，壓力感受／精神疾病／自殺皆增加。而自始不變屬於中國傳統的士大夫思想及萬般唯有讀書高之觀念，確給我國青少年額外增加課業所帶來之壓力與適應問題。

四、當代青少年的次文化

文化(culture)是一個社會人民生活的方式，它包括知識、信仰、道德觀、風俗、價值觀，及生活習慣。次文化(subculture)則為特定年齡、性別、或團體所擁有的特殊文化，其實這不意味著次文化與主流文化完全脫節，而這也是矛盾產生的原因之一。我國最早由林宗義教授於 1959 年發表有關「太保」、「流氓」之青少年次文化類型。隨著社會變遷，現今青少年次文化又有新的風貌，可以蛋殼文化(shell culture)稱之；它具封閉性，與外界疏離性，即自成團體，深受同儕影響，缺乏對國家、社會、甚而家庭之認同和參與。蛋殼文化之外，青少年次文化的另一特質是無目標性，即對自我價值及人生之不確定，也無踏實奮鬥的目標。以上次文化特質可由輔仁大學社會系黃俊傑教授之研究顯現；即台北地區青少年生活意識中踏實型劇減而從眾型劇增。

青少年次文化之產生，可歸因於：

1. 青少年聚集：學校、青少年團體促成青少年聚集與互動，有機會發展團體特殊文化。
2. 多元化的價值觀：父母、老師、社會常以相互矛盾的價值觀加諸青少年，另其無所適從，而發展出獨特之文化以求自我肯定與滿足，及

3. 解決所面對問題：結構學派學者認為青少年次文化源自社會結構間矛盾所產生，也就是青少年面對社會如經濟結構或階級矛盾，所發展出的解決模式。

青少年藉著其次文化凸顯他們的特性或對成人社會的不滿，但隨著年齡增長及所面對環境之改變，這類特殊的行為模式及價值觀終將改變而融入成人社會中。吾人勿以異樣眼光或劇烈的反應來對待，應試著去瞭解、去接受、去幫助青少年，使其順利度過。

五、青少年照護體系

傳統上，青少年由家庭負責教養。而現今社會，青少年有大半時間在學校，與社會接觸而也很廣，因此其照顧體系應包括家庭、學校與社會，照顧者應包括家人、師長、社會人士，照顧層面應涵蓋身體、心理、社會，即須採行生物心理社會模式(biopsychosocial model)之照顧。特別要強調的是；即使學校輔導體系已逐步建立，社會中青少年心理諮商服務機構如1969年成立之「張老師」績效卓著，法令中如「少年福利法」已於1989年公佈實施，以及各地方政府成立之「少年輔導委員會」對問題青少年加以輔導，然整體青少年照顧體系之盲點仍多，諸如親職教育不普及，學校升學主義導向式教育和一般老師教育方式與能力，甚而學校專業輔導老師之利用率，社會中缺乏青少年觀懷團體和資源，及我國尚無青少年醫學專業訓練計畫等，皆有待改進，而且不宜偏重或偏廢任一者。

在歐、美國家，醫療保健體系中，家庭有家庭醫師，學校有學生健康中心，社區中有青少年心理衛生諮商中心及青少年診所(adolescent clinic)，醫院中有青少年醫學訓練計畫及青少年醫學科，醫學團體中有青少年醫學會。反觀我國，除早年由台大醫學院設「兒童心理衛生中心」兼

顧青少年精神疾病照顧外，一直沒有青少年醫學之訓練計畫，甚而缺乏青少年相關資訊，欣見行政院衛生署自 1993 年於全省包括中山醫學大學附設醫院家庭醫學科中開始設立了七所「青少年保健門診」，並逐年增加院所至 2006 年之 54 家。另有台灣青少年醫學暨保健學會(Taiwan Society for Adolescent and Health, TSAM)亦於 2004 年底，由李孟智教授發起成立，現會員近 300 人。

極盼此工作能擴展至全國各地，並有成套之青少年醫學及保健體系建立，則為我國近四百萬青少年之福，亦為社會之福也。

六、世界青少年醫學發展現況

美國是青少年醫學的重鎮，SAHM 成立於 1968 年，現有會員約 1,300 餘人，其中含國際會員及資深會員(Fellow of SAM, FSAM)約有 100 餘人，國際會員中以加拿大、英、法、瑞士、阿根廷、以色列為多，亞洲國家會員很少。美國會員中九成以上為醫師，且多為小兒科醫師，其他為家醫科醫師，另有心理、社工、營養、公共衛生等專業人士之會員。青少年醫學會每年舉行年會一次，各地區分會共有 19 個（含一個國際分會）則不定期舉辦研討會及繼續教育課程。青少年醫學會出版青少年健康雜誌 (Journal of Adolescent Health)，已被收錄於 Index Medicus 及 Science Citation Index。另有國際青少年健康學會(International Association for Adolescent Health, IAAH)，創立於 1987 年，共有北美、歐洲、非洲、中東、大洋洲分會及會員共約 300 人，出版國際青少年健康通訊，每 4 年舉行大會一次，與世界衛生組織有聯繫關係，會員以歐美等國為主。有一學術期刊 International Journal of Adolescent Medicine and Health，係由 IAAH

之主要成員國即以色列負責編輯出版。台灣青少年醫學暨保健學會已於 2005 年成為 IAAH 亞洲地區少數會員國之一。

青少年身體、心理和社會發展與評估

在診療青少年時，很重要地及很特別地就是要把握每一個會面機會，為青少年做發展評估，因為身體、心理、及社會發展狀況常與青少年的就醫或潛在問題間息息相關。青少年期泛指 13 至 20 歲的人生階段，介於兒童期與成人期間。青少年期由於身體及心理社會出現快速變化，被喻為「成長期」，「混沌期」，或「風暴期」等。有人將青少年期細分為青少年早期（13-15 歲；國中階段），中期（16-18 歲；高中/高職階段），及晚期（19 歲（含）以上；大學/就業階段），但吾人不宜完全依年齡或學校年級大小來判定青少年們的發展情形或健康照顧的需求，因為青少年的身體或心理社會發展情形，既非完全循序漸進也非人人均等，乃存在著頗大的個人差異。

青少年期的發展目標除了完成身體的成熟外，還包括獨立性，性別認同，自我認同，及生涯規畫等。此間有許多的疑惑與衝擊，給家人或社會帶來困擾，也是家庭醫師在照顧上一項重大的挑戰。遺憾的是，一般人多認為青少年們是健康的族群，但事實上青少年們存在著比想像中更多的問題，也更擔心他們自己的健康狀況，只是基於隱密性、經濟、道德、時間、及青少年專屬的醫療資源等因素，致使他們相對地較少利用醫療照顧，有的甚至自怨自艾，做出令人遺憾的行動或日後衍生憂鬱症。家庭醫師基於持續性和周全性照顧，以及以家庭為單位的照顧原則，理應積極地為青少年提供適切的照顧，首先當從瞭解青少年之身體及心理社會發展特性和如何評估著手。

一、青少年身體發展與評估

青少年的身體發展與年齡大小並未完全相合，同時也存在頗多的個體差異性。目前最常被引用的青少年身體評估法之一為 Tanner 氏性徵成熟

度分期（表一）^[2]。女性青春期發展始於乳頭及乳暈下出現乳蕾，生長快速期常發生於 Tanner 氏第 3 期(約 8.5 至 10.5 歲)，而初經(menarche)約於生長快速期結束時（骨骺生長板即將關閉）出現，在美國平均是 12.8 歲。男性青春期發展始於睪丸變大，期間約在 9.5 歲至 13.5 歲間，而生長快速期(約 9.5 至 13.5 歲)發生較女性慢，約在 Tanner 氏第 4 期。台灣之青春期發展略異於美國；男生第二性徵於 10.2 歲開始睪丸和陰莖發育，約 12.4 及 14.0 歲分別出現陰毛和腋毛，約 15 歲接近成人形態。女生自 9.5 歲起有乳房發育，於 12.0 及 14.0 出現陰毛及腋毛，初經平均為 12.5 歲。無論男、女性青少年之身高、體重均明顯增加；青春期所增加的身高約佔成人時身高之 25%，所增加的體重約佔成人時理想體重的 40%以上。此外，女性青少年的瘦肉組織量從佔身體組成之 80%降至 75%，男性青少年則由 80%升至 90%。血壓方面；男性收縮壓可顯著地持續上昇，而女性則趨緩。值得注意的是；若青少年在性徵發展成熟時血壓偏高，則很有可能日後成為本態性高血壓患者。

家庭醫師除了可主動提供青少年一般身體發展的訊息外，對青少年私下特別關心的性徵發展情形，也應主動予以評估及說明，可解不少疑惑。例如男性青少年在青少年早期時擔心太矮，但事實上他們的生長快速期較晚出現，故還有好幾年可以長高。又如有三分之二的男性青少年在 Tanner 氏第 2 期時出現男性女乳症，但大多都在性徵成熟時消失。

二、青少年心理社會發展與評估

雖然身體發展是青少年最明顯的變化，但更複雜與更易出現問題的是青少年心理社會發展情形（表二），事實上心理社會發展與身體發展間也有密切的關係。

青少年心理社會發展的任務包括：

1. 自家庭中獨立和自我認同之形成，
2. 性別認同和發展親密關係，及
3. 認知和方向感增加，以及未來志業之選擇。

就認知發展來看，從青少年早期起，青少年由兒童期固著的思考模式，轉向抽象思考模式。此外，認知及方向感的增進使得青少年在思考人生目標或自我照顧上，更加實際和可行。若抽象力及認知力不足，往往會造成青少年學習障礙，宜予輔導。就心理發展而言，青少年早期時常沈迷自我陶醉，認為無人瞭解自己，及懷疑自己是否正常。到了青少年中期則感到「只要我喜歡，有什麼不可以」，這時性活動，冒險行為如飆車、藥物濫用（含吸菸、飲酒）、及嘗試的行為皆可能出現。到了青少年晚期則多可回歸穩定及較能妥協。就人際及社會面發展來看，獨立自主是青少年期重大的發展任務，早期時對父母的活動興趣減少，與同性朋友的關係密切。中期時，青少年深受同儕影響，並挑戰父母的權威，很常見的情形包括唱反調，拒絕父母包括醫療方面的安排。晚期時，青少年可發展出親密關係能力，這時一般的人際關係及與父母的關係皆較和緩，有問題時也較能尋求幫助。

家庭醫師在瞭解青少年心理社會發展過程與特質後，應主動積極地利用每次與青少年或家長接觸的機會，施予衛教、評估、與處理，發揮所謂前瞻式照顧的特色，當使青少年或家庭週期處於有青少年期者能減少衝擊，順利過渡到成人。尤其以角色楷模的方式成為青少年學習標竿，以及協助青少年發展穩定的情緒、自我效能和生活技能，殊為重要。

青少年健康問題及特有疾病

一、青少年醫療健康照護

在美國，青少年就醫之中有 35% 是由家庭醫師診治，另有 23% 由小兒科醫師診治。乃因家庭醫師在提供持續性照顧，以家庭為單位的照顧，及以預防醫學為導向的照顧中，有意願也有機會去接觸和幫助較多的青少年人。事實上，較小兒科或婦產科醫師，青少年更樂於向家庭醫師求教或尋求幫助。雖然青少年人較其他年齡層人之就醫率低，這並不表示青少年的健康問題真正如此地低，其實青少年多有心理社會面問題，只是基於隱密性、上學、經濟和醫療資源等問題而較少主動就醫。家庭醫師既有較多的機會看到青少年病人，青少年又較能自然地與家庭醫師相處，則應把握每次接觸的機會，為青少年施予評估、衛教、和諮商與診治，使青少年不致成為當今社會中缺乏適當醫療保健照顧的弱勢族群。當然，青少年醫療保健照顧，不能單靠醫師，現今的趨勢乃以多專業人士共同努力，以預防及解決青少年身體、心理、社會面之各類問題。我國原無歐、美國等國針對青少年需求所設之青少年門診，自 1993 年 1 月起由中山醫學大學家醫科李孟智主任提出「青少年保健門診計畫」，經衛生署核准並逐年推展至全國各醫療院所^[7]，2015 年國健局共獎助 68 家青少年保健門診，6 處青少年保健中心^[8]，這些保健門診或中心大多由家庭醫學科醫師負責營運。

二、如何接觸青少年病人

處理青少年健康問題，首要建立醫師與青少年的關係，如何接觸青少年病人是件極具挑戰性且需相當技巧的工作^[9]，其原因包括：

1. 青少年表達能力不佳，尤其對抽象問題或事物之理解與表達較差，
2. 青少年不似成年人般能在短時間內與人建立關係，亦即社交能力較

差，

3. 青少年較害羞或較不願表達有關情感，思想，身心發展或性方面的問題，
4. 青少年對醫師有刻板的印象，包括醫師屬權威性，與父母立場相同，用字艱深，嚴肅而無幽默感等，以及
5. 很多青少年就醫是因父母或師長的壓力而來，並非主動就醫，故在心理上及態度上較有排斥感。

基於上述原因，在與青少年進行會談溝通時，首先要令青少年放鬆及建立信任感。一開始予以親切的招呼，先談些較不涉及私人隱密的話題，如先談他們的學校、個人嗜好、朋友、青少年熱門的話題等，接著再詢問他們有什麼不瞭解或有什麼困難（問題）是醫師可以幫忙的。對敏感或有侵犯性的話題，要採循序漸進或旁敲側擊的方式，如談到藥物濫用，則可試著說：「現在蠻多青少年有藥物問題，你所知道的情形怎樣？」會談中要有足夠的時間讓青少年敘述問題，且要運用會談的技巧去鼓勵他們發言，對他們提到的問題給予重視，並以敏銳的觀察注意他們背後隱藏的議題(hidden agendas)。醫師在態度上要親切，要尊重青少年；用成人對成人的態度來溝通，切忌嚴肅斥責，輕視，以家長而非以青少年為中心，或想急功收效的想法。會談遇有障礙，不妨換個話題或約下次再談，也可提供諮詢電話或電子信箱及網站，供其自由利用。總之，勿嚴厲及勿急功準則(no hard-and-fast rules)須謹記。Ginsburg 等人特別強調青少年重視醫師的儀容整潔，操作及環境清潔，以及誠實而清楚的病情解說，為青少年決定是否接納該醫療人員時的主要因素。

處理青少年問題，常涉及隱密性(confidentiality)及合法性的考量。有關隱密性部份，處理原則包括讓父母參與一部份會談，但部份會談或檢查

時可要求父母暫離。與青少年單獨談話時，要向青少年保證隱密性，而部份須告知父母者則與青少年商討告知的內容與方式，最後再邀父母一同會談，做一綜合性的總結，此為“三明治式”的會談方式(sandwich approach)。另也可與青少年單獨約診，當然最好事先取得父母的瞭解與同意。會談時可請護理人員暫離，但檢查異性時則須會同護理人員。有關合法性，則視各地法律規定而應注意某些治療是要經家長同意才可行。最後醫師應從與青少年接觸中去發掘可能涉及家庭問題，如青少年完全不願父母涉入或希望由醫師轉達某些訊息給父母，或在與父母互動時出現異常表現等，皆顯示其有家庭問題存在，須做家庭評估或治療。

為青少年做理學檢查的注意事項包括：

1. 青少年，尤其是處於青少年前期者，多很害羞，故檢查前先予以安慰及說明，
2. 應予充分的覆蓋及遮蔽（如用屏風），
3. 一邊檢查，一邊與青少年談話及說明，
4. 檢查異性，應有護士陪同，
5. 檢查動作要輕柔，如青少年女性骨盆檢查時要用小號陰道窺鏡，以及
6. 檢查結束後，給予青少年正向的回饋：稱讚他們的表現及合作。

當結束診查後，應為青少年做重點歸納及建議，並詢問是否還有問題，對給予的治療可鼓勵青少年如同成人般地負起配合的責任，另可告訴青少年聯絡的方式和預約下次他們方便的就診時間。給青少年的一個聯絡的電話號碼或 e-mail，是大多數青少年歡迎的方式，如此他們可自由及自然地詢問進一步的事宜。

提供親善的青少年健康照顧服務，亦即為青少年能夠接受並樂於利用

的服務，其特質是親切的、設備完善的、適當的、綜合性的、有效的、高效率的。以下是必要條件：^[10]

1. 親善的青少年政策為基礎
2. 親善的青少年程序
3. 親善的青少年健康照顧者
4. 親善的青少年支持團隊
5. 親善的青少年服務機構
6. 有青少年參與
7. 含社區參與及互動
8. 以社區為基礎，藉由一個個團體延伸出去
9. 適切而又綜合性的照顧
10. 青少年覺得有效的健康照顧
11. 高效率的照顧

三、青少年主要健康問題

1. 青少年早期健康問題

- (1) 過敏(Allergy)
- (2) 過動/偏差行為(Hyperactive/Bias behavior)
- (3) 發展障礙 (Developmental disorders)
- (4) 情緒障礙 (Emotional disorder)
- (5) 肥胖 (Obesity)

2. 青少年中晚期健康問題

- (1) 意外事件/ 傷害 (Accident/Injuries)
- (2) 懷孕/ 生產/ 性病(Pregnancy/Childbearing/STDs)

- (3) 壓力/ 憂鬱/ 自殺 (Stress/Depression/Suicide)
- (4) 物質濫用/ 暴力/ 行為問題 (Substance
abuse/Violence/Behavioral disorders)
- (5) 發展障礙 (Developmental disorders)

青少年之冒險行為(Risk-taking behaviors)

關心青少年的健康問題，其實就是關心青少年的行為問題。與青少年有關的不良健康結果，如事故傷害、厭食或暴食症、性病、不預期懷孕、酗酒及毒癮等，大多是與行為有關，學者們因此特別建構了「冒險行為」這個概念來含括這類行為^[3]。青少年的健康冒險行為與成人的健康危險行為在概念上還是有區別的，本節將介紹其定義與概念架構。

一、冒險行為的定義

冒險行為只限於青少年生物心理社會發展過程中與環境互動後產生的行為，與遺傳有關的病態行為（精神科疾病）或主要由環境造成的病態行為（他殺、故意性傷害）並不屬於此類行為。冒險行為是自己意志決定的行為，其產生負面健康結果的機率並不是很確定。青少年由於世故尚淺，進行這些行為時，大多只想到某些好處，卻不太瞭解這些行為的短期或長期後果。符合上述定義的冒險行為有：

- 不安全的性行為
- 物質濫用（菸、酒、藥物、檳榔等）
- 騎摩托車或開車

許多年輕人在青少年初期就嘗試過這些行為，到了青少年晚期發生頻率也逐漸增加，幾乎任何種族或不同社經階層的青少年都會出現這些行為，這些行為也是造成青少年死亡或罹病率的主要原因。不管是國內或國外，這類行為都是逐年增加，由於盛行率實在太高，很多青少年健康工作者甚至認為這些行為是正常的。近年來的研究已提醒大家不要小看這些冒險行為，這些行為有很強的共變性(covariation)。

二、冒險行為的共變性

不同冒險行為彼此間有很強的並存性，有物質使用行為的人也大多是較早發生性行為或高頻率性行為者。喜歡飆車的青少年，很少不會吸菸喝酒，大多也較早有性經驗及沒有避孕的習慣。

有了某些冒險行為習慣者，未來發生不良健康結果的機率也很高，俗語常說「夜路走多遇到鬼」，常喝酒的人，發生各類事故傷害的機會都比不喝酒的人高；常發生性行為又不避孕者，懷孕或罹患性病的機會當然也比較大。

單就物質使用行為的預測而言，幾乎完全驗證台灣諺語所說的「細漢偷挽匏，大漢偷牽牛」，許多世代追蹤研究都顯示青少年初期有菸酒習慣者，成年後使用非法毒品的機會也較高，發展的順序大多是：喝酒→吸菸→大麻→鎮靜劑或興奮劑→古柯鹼→海洛因等非法毒品。有些學者甚至提出孩童時期愛飲用可樂者，未來有較高機率走上此不歸路。

三、為什麼會產生冒險行為

青少年期是生命週期中重要的發展階段，這時期身心發展的變化非常大又快，而且生理心理社會及環境的互動都會影響發展的變化。冒險行為可算是這個發展過程中的必經經驗，為了培養獨立自主的個性，一個健康青少年一定會多方試驗嘗試各種行為。該如何區別這些冒險行為只是發展期的過渡行為；還是頻率或嚴重度已到了病態行為，這是不容易的挑戰。以下我們將介紹各種解釋青少年產生冒險行為的假說，帮助大家辨別這兩種行為之差異。

第一個被大家提出來的假說當然是性賀爾蒙，過去研究已證實雄性激素與男性青少年的多種冒險行為有關，但是其他性賀爾蒙的影響至今仍無定論。性荷爾蒙的確會在青春期造成生理很大的變化，但是青少年對這些

生理變化的心理主觀經驗與詮釋反而更重要，而這又與家庭互動、父母親的感覺、同儕關係與期望、親密感、對異性的興趣、行為及課業的成就有關。

因此目前最被大家接受的假說是：青少年生理、心理、社會及環境變化的不同步(asynchronous)導致冒險行為的產生。當我們遇到一位有冒險行為青少年時，我們首先要瞭解他（她）青春期的時間，以及這些性器官變化及第二性徵變化帶給他（她）哪些心理社會影響。最常產生冒險行為的兩群青少年是青春發育早熟者與晚熟者，他（她）們都經歷較複雜的生理心理社會互動。早熟的女孩在身體上比同年紀男孩及女孩成熟，她比較受到年紀大的男性注意，但卻常受到同年紀男女孩的排斥，因此她有較低的自信心，常常不滿意自己的身體特徵，也比較不快樂。早熟女孩的社會網路大多是年紀比較大的男女，她們常常希望表現的像成人並受到肯定，因此較早有菸酒使用及性行為習慣。研究指出，早熟的男孩也是有類似的情形。

晚熟的女性則受到同儕及家庭較多的呵護與支持，因此有較好的心理發展與保護。晚熟的男性則沒有那麼幸運，畢竟在青少年時期，尤其是男性，特別重視體能、運動技巧與受歡迎的外型。晚熟的男性因為身體發育較同年紀男女較慢，社交上較不利的情況，自我的認同危機較高，呈現較多負面的自我心象，因此較容易有健康冒險行為產生。

當然了，除了上述生理心理社會發展的不同步因素外，家庭或學校環境的遽變也會影響青少年是否產生冒險行為。青少年本身對這些冒險行為的認知也會隨著時間改變而有所不同，這些都是青少年健康工作者該留意的。

四、青少年性事(Sexuality)

青少年生育是一個廣受各國公共衛生界、醫療照顧提供者、以及社會重視的問題。台灣由於社會急遽西化，然而性教育及相關避孕服務仍不普及，致使青少年生育問題延續不斷，本文就青少年生育之狀況、結果、危險因子及防治之道加以闡述，盼有助日後之介入計劃。

1. 懷孕、生育狀況

台灣15-19歲青少年的年齡別生育率(age-specific fertility rate)自1956年的千分之56逐年下降，至1986年起皆維持在千分之16-18之間，2004年則下降為千分10.00（表三），雖不及美國近5年的千分之60左右那麼高，但已居亞洲已開發國家之冠，遠超過1991年時日本的千分之3.8，甚至高於法國人的千分之9.2。而每年由15-19歲青少年所產下的嬰兒數佔該年出生嬰兒總數的比率則由1988年的4.4%上升至1994年的5.0%（表三），目前每年約萬餘名嬰兒產自青少年母親。此外，15-19歲有偶青少年之年齡別生育率自1956年起，逐年高升達到1994年之最高點達千分之726（表三），遠超過美國1980年代的千分之150至200，其原因為國內青少年一旦懷孕後，若選擇繼續懷孕生子，則絕大多數會在生產前結婚所致。

至於台灣青少年實際懷孕率，由於調查困難，迄今尚無確實數字，但若依台灣省家庭計畫研究所對1984年及1989年所做之回溯性調查顯示：懷孕者中約50%者會持續懷孕並生產，另外50%則主要施行人工流產及加上部分屬自然流產^[4]。如此推估，台灣青少年實際懷孕率應約為生育率之2倍以上。

2. 生育結果

青少年生育通常衍生出多項不良的結果，台灣既往研究結果顯示^[5]，青少年懷孕會導致多重不良後果：包括非志願結婚、婚姻不穩定、在青少

年期重複生育，以及高比率的低出生體重兒、早產兒、及新生兒死亡率。

3. 懷孕的危險因子

事實上，國內有關青少年懷孕生育的危險因子之研究不多，謹就可收集到的研究結果，佐以國外資料加以說明。

(1) 家庭因素：

江千代研究顯示：青少年母親之原本家庭大多屬低社會經濟階層，特別是她們的父親之教育程度偏低。此外，青少年母親中有 36% 在 15 歲後即離家在外居住。此為國內較完整之相關研究，說明出身低社經階層家庭及過早離家在外居住為青少年生育之可能危險因子。美國的研究則顯示青少年懷孕另與不良親子關係、家庭暴力、受到身體虐待、受到性虐待和遭忽視、以及家人安排或接受其懷孕有關。

(2) 性知識及態度因素：

台灣青少年普遍存在性知識不足及性教育不普及的問題，不僅高中、高職、五專學生如此，即使大學生亦然。相關研究中，較具代表性者為林惠生等人所做台灣地區在校未成年青少年調查，結果顯示青少年性知識中以受孕／避孕方面認知最差且呈現男生比女生差及低年級比高年級差的情形。相對地，國內青少年之性態度卻日漸開放，如家庭計畫研究所於 1984 及 1994 年所做全島性青少年調查顯示；青少年認為只要相愛就可有性行為之比例從 2% 上昇到 9%，而青少男在 1994 年調查更有 19% 有此態度，是故，在性知識不足而且性態度又趨開放下，青少年懷孕或生育高居不下其來有自。

(3) 性行為及避孕因素：

國內未婚青少年有性行為的比率雖不及美國平均高達 50% 左右，但亦有快速上昇的趨勢，如由家庭計畫研究所之研究發現；1984 及 1994 年

未婚青少年有性經驗者分別是 7% 及 12%，而 1994 年未婚青少年則達 15%，然而以上統計是由自填問卷方式獲知，可能有低估現象。再者，同一調查顯示；1994 年有性經驗之未婚青少年男、女，其性伴侶在二個（含）以上者分別佔 67% 及 37%，此多重性伴侶現象常使得懷孕機率上升。而江千代 1978 年對台北市青少年母親之研究顯示；其中僅 5.9% 於初次性行為時有採避孕措施。另家庭計畫研究所於 1984 年及 1989 年之調查顯示；青少年於其初次性行為時分別有 12% 及 35% 採行避孕措施，雖採行避孕的比率增多，但這兩個年代初次性行為後均有 20% 懷孕，顯示避孕率仍然太低，不足以降低懷孕率。鍾蝶起等人針對某青少年門診求醫者所做調查，有經常性行為經驗者中 50.6% 未曾使用任何避孕方法，再有採避孕措施者中 11.3% 使用體外射精及安全期等較不可靠的避孕方法，相對地，美國青少年於初次性行為的平均避孕率從 1982 年之 48% 昇到 1988 年之 65%。且美國 15 到 17 歲及 18 到 19 歲有性生活之中分別有 72% 及 84% 採行避孕措施。綜合以上國內研究結果，國內青少年中有性行為比率日趨增加，但性知識及性行為中施行避孕措施方面仍不理想。

(4) 媒體(media)因素：

近年由於國內媒體市場日趨開放及多元化，其中不乏性暗示或煽情的內容，可影響青少年性態度及行為。林惠生等人曾報告：國內青少年自認性知識主要來源為老師傳授者約佔 35%，次為媒體含報章雜誌及電視（共約佔 2 成多），其次為朋友及同事，而父母僅佔 5% 左右。台灣近幾年則由於有線電視之普及，不久的將來則可能如同美國般；最易接觸的電視成為影響青少年性知識及態度最主要的媒介，須及時加以管制並導正為正面性教育的工具。

(5) 冒險行為因素：

國內迄今尚無青少年冒險行為及其懷孕或生育之相關研究報告。國外研究則顯示；青少年具有喝酒、吸毒、吸菸、犯罪及學校表現差與青少年性行為及懷孕息息相關。其解釋原因為：(1)喝酒及吸毒會使控制性慾的能力下降，(2)青少年可能以出賣色情來換取所需，(3)有冒險行為心理特質者，同樣也有放縱的性行為傾向，及(4)有冒險行為者亦易於受不良同儕的影響而有較放縱的性行為。是故，吾人應將具上述冒險行為的青少年，列為懷孕或生育之高危險群加以防制。

(6) 性侵犯(sexual assault)因素：

在青少年懷孕或生育中有多少是因性侵犯而導致，現並無紀錄可查。但以國內遭受強暴的婦女中有 2/5 以上為年齡小於 20 歲的青少年，加以非志願性從事色情行業如雛妓賣淫等在台灣並不少見（雛妓中約有 4 成為非志願性從娼），則推估必有部分青少年懷孕或生育乃源自性侵犯的結果，但她們卻可能與犯案人同居或結婚作為解決方式，頗令人可悲。事實上，筆者等研究^[6]顯示；成為人母的青少年之男伴有很高的比例屬高年齡層（嬰兒父親中 67% 年齡高於或等於 20 歲），而且當青少年年齡愈低，其男伴年齡愈高的事實（當青少年小於或等於 15 歲時，嬰兒父親中 57% 年齡高於或等於 30 歲）來推估，其中可能不乏性侵犯所造成的生育及婚姻。

4. 懷孕、生育防制

(1) 性教育及兩性教育：

國內各界普遍承認我國青少年之性教育課程不但不足且太過保守。所幸近年來政府及非政府單位之努力皆有重大進展，首先是 1989 年一月公佈之「青少年福利法」及 1997 年公佈之「性侵害犯罪防制法」，此兩法明訂對少年整體性教育、救援、保護、安置及處罰等流程及主管機關，尤其

重要的是明訂各級學校必須為學生每學年至少開設四小時以上的性教育課程，以及對媒體或個人有誘人以色情者均處以重罰。事實上，晏涵文等人曾以國中生為對象探討性教育的效果，發現接受性教育教學的學生比未接受者之性知識總分為高且性態度總分較正向，可反映學校性教育教學之可行性。非政府部分，國內已有成形的性教育專業團體，主動或從旁提供性教育，至少已達到喚起政府和民眾對性教育之重視。曾有人質疑性教育是否會誘導青少年更加嘗試性行為，然而 Kirby 等人以學校性教育的成效研究顯示；其成效包括青少年開始性行為的年齡延後且採行安全性行為的比率升高。晏涵文等人之研究結果亦顯示接受性教育教學之國中生對婚前性行為態度上較趨保守。此外，綜合多項研究亦顯示：愈早對愈年輕的青少年實行性教育，效果要比對年紀大的青少年施行的效果為佳。

(2) 避孕服務：

即使有再完善的性教育計劃，仍不能省卻避孕的服務。事實上，不可能完全阻絕青少年性行為，但至少要使懷孕或生育減至最低。美國賓州某社區的經驗顯示：提供社區青少年家庭計劃診所服務，確可較對照社區減少其青少女懷孕率。另美國有以學校為基礎的避孕服務，也顯示出在不增加青少年學生性活動下，還可降低學生的懷孕率。這兩類的避孕服務同時有提供隱密性的性諮商及避孕藥品或保險套，且讓青少年可選擇他(她)們自認方便的學校或社區診所。反觀國內，學校內並無此類服務，社區中的衛生所也多以已婚育齡婦女為家庭計畫的對象，所幸自 1993 年起由衛生署保健處及台灣省家庭計畫研究所共同推動之以醫院為基地的「青少年保健門診計劃」，以提供有需求的青少年之另類服務。另國民健康局於 2004 年起試辦「親善的青少年生育保健門診推廣計劃」計 4 家，專責辦理青少年高品質之生育保健服務。最後，要強調的是，避孕服務不但要存

在，而且是要可近的，不應在服務上設限太多，否則對敏感的青少年而言，將不願去尋求幫助。此外，對以懷孕或生育之青少年，也要積極列入家庭計畫工作之對象，因為如前述：她們很可能於青少年期再度懷孕生子。而具有喝酒、吸毒、逃學、逃家等冒險行為的高危險群，則要設法接觸到這些對象，並以主動及不設限方式提供性諮商及避孕服務，畢竟這些青少年是懷孕生育之主要族群。

(3) 生涯輔導：

無論有無性行為之青少年皆可能透過生涯輔導來降低懷孕及生育的機率。在美國有 30 個州設有以學校為基礎的「青少年生涯輔導計劃」，工作內容包括幫助低學業成就或有冒險行為之青少年及團體成長計劃恢復自尊和重新檢視人生努力方向，幫助青少年學習以降低中輟學率，以及安排技職訓練和就業輔導等，初步評估已顯示其效益。國內教育機構正擴大學校輔導體系功能計劃，若再配合各縣市少年輔導委員會和民間團體如「張老師」等的運作，加強是否有性行為或懷孕和生育的風險的評估及輔導，當可收效。

青少年生育對其個人、所產下嬰兒、家庭、及社會多有負面的影響。我國青少年生育率近十年皆高居不下，且有以非期望性婚姻為解決之道的特點，尤不可取。面對國內青少年性知識普遍不足，而性態度及性行為卻日趨開放的現象，吾人宜儘早施予防治，包括列為重大公共政策事項，加強性教育，提供性諮商及避孕服務，提供青少年生涯輔導服務，以及從事本土性青少年懷孕和生育之因果型研究和介入計劃。若青少年性行為確實無法禁絕，則避免其懷孕或生育則為優先的工作。

學校衛生及健康促進學校

一、美國青少年保健暨醫學會對學校衛生的建議

美國青少年保健暨醫學會(SAHM)建議青少年朋友們在上大學前需與自己的醫師逐條檢視下列清單。

1. **入學前健檢**：包括健康風險問題，例如吸菸、酗酒、藥物使用、飲食失調、過去性史和心理健康，預防接種以及確認青少年血壓和膽固醇是否正常。
2. **健康保險**：
3. **預防接種**：如表六
4. **結核菌素測試**：如果學校要求或醫師建議，則施行。
5. **醫療記錄及處方箋**：學生必須持有其所服藥物之處方記錄，註明劑量和用藥原因。此外，具慢性病或重大健康問題者，其摘要應送至學校健康中心。
6. **學生健康中心**：提供校園內的健康資源，並在晚上和週末加班期間熟悉在緊急情況中可用的資源。
7. **急救用品**：以急救箱呈裝 75%酒精棉片、優碘、生理食鹽水、滅菌紗布、三角巾、滅菌棉籤、彈性繃帶、網狀繃帶、簡易繃（Ok 繃）、剪刀、壓舌板、即冷冰袋、體溫測量器具、透氣膠帶、安全別針、塑膠袋、手套、口罩、清涼劑、止血帶

二、我國學校健康檢查（參見表四）^[11]

根據學校衛生保健實施辦法第七條之規定，各級學校有設法為在學學生辦理健康檢查的義務；

1. 健康檢查的時期

學校中的健康檢查可分為定期健康檢查和機會性健康檢查兩種：

(1) 定期健康檢查：依照規定，凡是在學學生都必須接受健康檢查。

i. 國民小學：新生在入學後的第一學期內，接受第一次健康檢查，除身高、體重、視力每學期檢查一次外，其他項目每三年檢查一次，亦即第一、四學年各檢查一次。

ii. 國民中學：新生入學後第一學期內接受健康檢查。

iii. 高級中學及大專院校：在入學及畢業時各檢查一次。

(2)臨時健康檢查

學生在校期間，除規定參加定期健康檢查外，如果教師或醫護人員認為有必要時，可以隨時實施臨時健康檢查，例如有下列各種情形時：

- i. 對定期檢查的結果認為有繼續檢查的必要時。
- ii. 重病、重傷或患傳染病後，病癒返校的學生。
- iii. 傳染病流行期，認為有檢查之必要時。
- iv. 參加運動或競賽之激烈項目，接受長期體能訓練之前。

- v. 學業成績不良或突然成績退步之學生，證明因智力或身心問題等所致時。
- vi. 其他認為有舉行臨時健康檢查之必要時。

2.健康檢查的項目：

一般學校舉行的健康檢查項目計有：身高、體重、視力、辨色力、聽力、頭蝨、頭癬、寄生蟲、眼、耳鼻喉、脊柱、畸型、皮膚、四肢、疝氣、隱睪、心臟、呼吸系、尿液（尿蛋白、尿糖、尿血）、口腔、胸部X光、B型肝炎抗原抗體及肝功能檢查、血液化驗、身心健康問卷等。

青少年健康的倫理及法律議題

青少年篩檢之倫理考量(ethical and legal considerations)包括隱密性(confidentiality)、本人及法定監護人知情同意(informed consent)、合法性(legality)、風俗與文化(customs and culture)。醫療人員之法律責任則有：

- 通報之義務
- 性侵害防治法
- 兒童及少年性交易防治條例
- 家庭暴力防治法
- 傳染病防治法
- 醫師法: 告知義務、保密義務
- 醫療法: 告知義務、保密義務
- 刑法: 妨礙秘密
- 醫師倫理規範: 醫師懲戒辦法

總的來說，對於青少年健康之檢查或處置應兼顧法理情、理法情或情理法；實務上，只要是危及青少年本人或他人安危者，均應知會法定監護人或通報。若無上開情節且無高度風險之醫療行為，應憑當事人之認知與決定能力，考量是否須取得法定監護人之知情同意。若為緊急醫療或常規醫療檢查，在取得當事人知情同意下，應無法律問題。任何以研究為目的之調查或檢查均應取得本人及監護人之知情同意。

青少年預防保健服務（疫苗、篩檢）

一、青少年的預防保健照護

青少年較少主動就醫，但不表示青少年不關心自身的健康，美國的資料顯示近四成青少年常想到健康問題，另有二成青少年經常擔心自身健康

狀態。故家庭醫師應主動地利用與青少年或其父母接觸的機會，施予衛教諮商、及評估。衛教的重點在於青少年的正常發展情形，預告未來可能的變化，如何正視性行為，預防性病和懷孕，以及衛教和諮商避免危險行為如抽菸、喝酒、藥物濫用、犯罪和飆車等。這些問題都是青少年亟欲知道，而又很少主動提出者，此外，青少年希望醫師以一種非批判或主觀認定的方式提出此類的議題。

有關青少年的保健照護，除適時衛教外，身體及心理社會發展評估，以及青少年特殊議題評估事項如表五所示，內容包括了身體發展、常見身體疾病、心理社會發展和常見障礙，以及青少年特殊事項評估等。至於評估的週期長短並無定論(每年一次為宜，至少青少年前、中、後期各一次)，總以把握每次能與青少年接觸的機會即加以評估及適時諮商／處理為原則，尤要很敏銳地發掘青少年潛在的問題並予處理，才能達到預防之目的。青少年預防注射方面：因國內 B 型肝炎盛行，國人均應該完整接種三劑疫苗。青少年期宜追種一次破傷風、減量白喉疫苗(Td)，以後每十年一次。人類乳突病毒(Human Papilloma Virus, HPV)疫苗則以十五歲前尚未有性行為的族群為最佳施打對象，以收預防子宮頸癌及性病防制之效(表六)^[12,13]。此外，在評估後，若發現有特殊家族史如 G-6-P-D 缺乏(Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase deficiency)或地中海型貧血(thalassemia)則應予篩檢，若青少年為性生活活躍(sexually active)則應予梅毒血清篩檢及子宮頸抹片檢查(Pap smear test)。

二、美國醫學會建議之青少年預防保健措施

由美國國家慢性病防治及健康提昇中心和美國疾病管制及預防中心贊助經費，美國醫學會在美國國家科技顧問委員會協助下，費時多年於

1994 年出版了「美國醫學青少年預防保健服務指引－建議與理論基礎；AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS)－Recommendations and Rationale」一書，並於 1995 年再出版了「美國醫學青少年預防保健小冊；Guidelines for Adolescent Preventive Services Recommendations Monograph」一冊，供所有醫療保健工作人員，主要是小兒科，家庭醫學科，精神科，婦產科，學校及社會青少年工作者參考(表七) [14,15]。

若與傳統對青少年之健康照顧比較，美國醫學會之指引有以下特色：

1. 強調醫療保健提供者整合青少年健康提昇工作，使青少年可從醫療人員、學校、社區均得到一致性的健康指導，
2. 預防保健措施包括青少年身體疾病以外的社會問題，如抽菸、喝酒、藥癮、性病、意外懷孕(unintended pregnancy)，飲食障礙及憂鬱症等，
3. 醫療保健提供者同時關注或同時評估/篩檢一系列的健康危險行為，而非只注意到青少年主訴的問題，
4. 建議青少年也須定期做健康篩檢，可早期提供健康指引，提早發現問題，及建立持續關係，
5. 固定在青少年早期、中期及晚期均提供一次完整的理學檢查，此為傳統照顧者未固定提供者，及
6. 建議為人父母者在其青少年子女之早、中期階段，應接受親職教育。

青少年之壓力與輔導

一、青少年常處壓力狀況

青少年期被喻為「風暴期」或「矛盾期」，乃因青少年期面臨多項且重大的身體、心理、社會發展任務，又處於多元文化的社會，再加上我國特有的課業壓力，很容易因適應及調適不良而出現情緒障礙，偏差行為或身體症狀。據輔仁大學社會學系王淑女教授(1995)研究顯示；國中、高中/高職樣本中，約 1/6 者「常常」處在無法肯定自己，低貶自己，對生活感到厭倦的不良心理狀況中。若將「常常」和「有時」合計，則有此狀況者高達 3/5。樣本中有 1/3 者感到被迫作很多自己不高興做的事，而因此有睡眠障礙及悶悶不樂。

另根據行政院主計處於民國 81 年底所做：「台灣地區青少年狀況調查」；以台灣地區 12 至 24 歲共 457 萬 5 千位青少年為對象，調查其目前生活無困擾情形，結果顯示：35.1%之青少年感到有困擾。若依教育程度分，以高中生困擾最高達 37.4%。若以在學或就業情形分，以未在學亦未就業之青少年有困擾比率最高達 44.3%。

二、青少年之壓力

壓力(stress)這個概念之最簡單詮釋為：正面或負面的生活事件(life events)，改變了心理或生活的和諧狀態。壓力常源自於生活事件使的人的需求不能足。它有資與量的兩個面向；一般而言，當質（事件嚴重度）或量（事件多寡）增大時，若無適度的資源或心理調適，則會因調適不良(maladaptation)易出現情緒或心理障礙、身心症狀、或行為問題

青少年之壓力來源(stressor)可大分為學校生活、課業、家庭、人際關係、身心發展、生涯發展及異性交友等事件，據台灣師範大學江承曉(1990)

所做台中地區國中生之生活壓力及因應行為研究顯示；國中生生活壓力事件依序為：學校生活事件、身心發展事件、及家庭事件，且年紀愈高，壓力愈大，而女生較男生易感受到壓力。另台灣大學社會學研究所廖淳婉(1985)以台北地區高職生做類似研究顯示；高職生之生活事件中以課業、生涯發展，及身心發展事件較有壓力。而筆者從事「青少年保健工作」的經驗顯示；大專生則較多兩性關係、人際關係、及生涯發展方面之壓力事件。美國一項對某高中學生所做之研究顯示；低年級時之生活事件以交友，與家人爭執，身體形象變化為主，高年級時則以與家人爭執，開始新工作，及交友為主。顯見中、美青少年之壓力事件分佈頗有不同，我方以課業、學校生活為特色，美方則以家庭事件、人際關係為主。但共同之處為；處青少年中期（高中、高職、五專前期）之青少年壓力較重。

若依行政院主計處所做：「台灣地區青少年狀況調查」結果顯示：青少年之困擾主要來自學校課業佔 44.4%，若加上選擇就讀學校則高達 51.6%，其次則為尋找工作及工作上的困擾佔 16.7%，再來為憂心前途 (12.9%)與交友(5.9%)方面的問題。另有許多研究皆稱能力分班及聯考制度是我國青少年主要壓力來源並造成多重的身心障礙。

三、青少年壓力之調適

調適(coping)能力被視為青少年是否能完成其發展任務或是否出現身、心障礙最重要的因素。所謂調適是指個人因應需求/壓力之特定認知及/或行為上反應。他不僅是知道如何去做，而是一種具彈性的及調和性的認知、社會化、及行為技能，以因應壓力事件。

研究顯示：青少年之調適行為主要源自個人經驗/或感受，家人經驗/意見。較高年紀者則還受到異性朋友之影響，其中頗令人注目的是：青

少年很少從學校老師或輔導人員中得到調適上的助益。政治大學心理學研究所朱士炘(1987)研究顯示：台北市國、高中生之壓力調適情形與其價值觀及社會支持度有關。廖淳婉(1985)之研究顯示；高職生之社會支持網路主要由同儕及家人所組成，但同儕對解決壓力之助益不如家人中的母親。行政院主計處所做：「台灣地區青少年狀況調查」顯示；青少年有困擾時，最主要商談的對象為同學或朋友佔 39.1%，其次是父母佔 38.3%（尤其是母親佔 27.3%），再者為兄弟姐妹佔 7.8%。找老師商談者僅 4.0%，找專業輔導人員者更低至 0.2%，還有約 3.9%的人會找任何人商談其困擾。以上可得知結論為：青少年面臨壓力及困擾時最常向同儕求助並受其影響，很少會向學校老師或輔導人員求助。家人（尤其是母親）是青少年求助的第二位，但卻是實際能提供協助者。

青少年面對壓力常用的調適行為模式，以美國研究為例，以向朋友求助，使用藥物，尋求宗教支持，自我嘲諷等為主。女性傾向以尋求社會支持，解決家庭問題，尋求朋友幫助，及發展自立能力為主要調式模式，男性則傾向以幽默/自我解嘲來調適。至於年紀小的青少年傾向以增加運動/活動來調適，年紀較大者除了增加活動外，有較多比例的人會採調整價值觀的模式以為因應。

調適方式可大分為 3 類：

1. 問題導向式調適：以降低需求或增加資源來處理需求。
2. 價值觀導向式調適：以重新評價需求，使得它更容易處理，及
3. 情緒導向式調適：以處理因需求而導致之情緒障礙為主。

四、青少年諮商輔導的四大要素^[16]

- 1.關係(rapport & relationship):和青少年接觸不要忘了你自己也曾是個

不折不扣的青少年。如果你自己就是眼前的這位青少年，你會希望得到怎樣的接納、包容、支持、和保密？許多失敗的輔導案例，檢討起來，關係的未能建立是最大的問題，青少年若不能感覺到所接觸的是一位真正關心他的人，若不能感受到身處一個安全包容的諮商環境，是不容易卸下防衛來傾吐與求助的。

接納(accepting)：接受他就是這樣的一個人。(to accept him as he is)

包容(permissive)：或許這是他生命中，第一次被容許做他自己而無須偽裝。

支持(supportive)：把它的問題當一個事，聽進去他所要表達的。

保密(confidential)：諮商者有保護青少年的義務與權利。

2.滌淨(catharsis)：對一個深受困擾的人而言，負面的情緒舒解了，正面的情感、思想和行動才能出得來。大人們千萬不要逃避青少年所表達或沒表達出來的不好情緒，這是一般沒經驗的諮商者很容易犯的錯誤。

在諮商過程中適當的陪著青少年停留在他的不愉快的情緒中一段時間，才能幫助他們充分體驗與感受內心深處的不快樂。諮商者若是忽略了這項重要的工作，充其量只能給予青少年一些膚淺表面的勸說，是算不上什麼諮商輔導的。在良好的諮商關係為基礎之上，情緒的宣洩與滌淨應該是最初層次的諮商效果。

3.領悟(insight)：知道自己身在何處，要往何處去，我們的腳步才走的踏實。青少年最大的困擾之一就是對自己的認識不夠，對環境的認識也相當欠缺。在諮商輔導的過程中，除了情緒的宣洩之外，增進其對自我及周圍世界的認識，即是對青少年的一項重要幫助，也是諮商輔導服務第二層次的效果。

4.學習(learning)：增加青少年適應性行為，以減少其不適應性行為，是

諮商輔導第三層次的效果。在青少年尚未學的較好的行為之前，要其放棄或改變不好的行為通常較為困難。因此諮商輔導應以增加青少年好的行為為首要目標，而非只是一味的著眼於其不良的行為，此亦為一般教師或輔導者易於忽略的重要原則。青少年的行為改善是需要時間的，而且常需要大人耐心的陪伴與鼓勵，進步的過程也常包含了退步，只有永不放棄的心，只有永不放棄的心，才能真正幫助我們的青少年。

五、與青少年諮商的有效會談技巧^[16]

1.打破僵局(ice break)：在開始談『問題』之前，不妨先與青少年進行一些打破僵局的對話，以緩和青少年的情緒，使其能自然而順利地說出自己的困擾。

2.傾聽(listening)：可分為行為上與心理上的兩個層次。

行為上的傾聽：在行為上採取一種『參與』的姿態，讓青少年感覺到專注與認真的態度。

心理上的傾聽：主動地傾聽青少年的非語言訊息與語言訊息，讓青少年感覺到你是瞭解他的。

3.沉默(silence)：沉默也是一種諮商技術。

諮商者的沉默：諮商者若能適當運用沉默則能給青少年更多的時間，使之能從容地思考與敘述其問題，喋喋不休的人絕不是好的諮商者。

青少年的沉默：對於青少年的沉默則有下述不同的處理：

- (1) 以沉默對待沉默，不必急著打破沉默。
- (2) 以語言鼓勵青少年說話。
- (3) 從青少年的非語言行為引出話題。
- (4) 結束會談，另約時間。

4. 基本同理心(primary empathy): 諮商者以自己的話語使青少年知道諮商者已了解他所『明白表示』出來的感覺與經驗。(同理心層次三; 見表七) 例如: 「你是說爸爸從來就不肯聽你的意見.....」

5. 具體(concrete): 協助青少年具體地漫談。例如: 「你說別人都不喜歡你, 能不能舉個具體的例子? 」

6. 澄清(clarification): 對青少年的言談與思考不夠清楚明確之處, 可以彈性之語氣, 將其所說的或想說的零碎資料貫起來, 或將其模糊而表達不清的想法與感覺說出來。例如: 「弟妹的爭吵聲讓你無法中心準備考試, 你有點生氣, 但是又不知如何是好, 是嗎?

7. 引導青少年自我探討(leading self-exploration): 可用發問的方式, 引導青少年從不同角度更深入的自我探討。例如: 「有沒有想過.....」、「可不可以讓我們用另外一種方式來看這件事情.....」

8. 進一步同理心(advanced empathy): 不僅對青少年明白表示出來的做反應, 同時亦對其話中隱喻及未明白敘述的部份(弦外之音)做反應。(同理心層次四、五, 見表八) 例如: 「我瞭解, 這一陣子, 你的日子確實不好受.....而且好想你也覺得唸書對你的未來沒有幫助...」

9. 自我開放分享經驗(self-disclosure): 在有益青少年的情況下, 適當地將自己過去的感覺經驗和行為與青少年分享, 以增進青少年對自己經驗及行為後果的了解。「我以前在你這樣的年紀時, 也曾覺得大人都不了解我們的感覺.....」

10. 面質(confrontation): 負責任的指出青少年行為中的矛盾、歪曲及逃避的部分, 協助青少年了解其自我破壞性的行為以及未曾善加利用的資源。例如: 「我可以瞭解到你蠻急著希望有比較實用的收穫, 可是你有沒有想過.....真正浪費時間的是在教室用心吸收一些專業知識, 還是坐

在教室裡什麼都不做？」

11. 立即性(immediacy)：與青少年就目前發生在諮商中兩人的關係，進行直接而開放的討論。例如：「你倒是給我出了個難題，不過，現在我倒是比較想知道你為什麼要問我這些問題？是不是對我還不太能夠信任的關係呢？...」

12. 摘要(summary)：把青少年所說過的內容、所表達出來的情感以及想法等，做一個整理，把相類似的訊息合併，再以簡單、明瞭、確實的方式說出來。例如：「前面你提到過.....也提到了...聽起來你的內心對父母親和對整個家庭都充滿了無奈和憤恨...卻又完全不知道自己可以做些什麼...」

13. 解釋(interpretation)：以某些理論為依據，試著去分析、描述青少年的思想、感覺和行為，協助青少年從一些新的角度去了解事情的意義，進而發掘問題的癥結。例如：「就因為不喜歡過去的自己，所以想把現在的自己塑造成完全不一樣的典型...」

14. 解決問題技術(problem-solving technique)：

- (1) 澄清問題，重新定義其問題。
- (2) (共同) 想出幾個解決問題的方案。
- (3) 選擇一個最佳方案去實行。
- (4) 如果此路不通，還有第二第三個方案。(或再回到 a)

15. 決定技術(decision-making skills)：

- (1) 確定問題之所在。
- (2) 資訊的蒐集與評估。
- (3) 價值觀分析與作決定。

16. 角色扮演(role-playing)：有時以討論的方式有所不足，角色扮

演可以增進其對自己與他人的感受、想法之了解領悟，或達到抒發情緒與行為預演之效果。

17. 家庭作業(homework)：讓青少年在諮商情境以外的日常生活中，繼續面對與改善其問題，以強化諮商輔導之效果。

除掌握上述會談技巧外，醫師本身具備正確的輔導態度亦極為重要。

綜合言之，一個良好的青少年諮商者，他的態度是尊重的而非拒絕；是深具同理心的而非僅提供膚淺的勸告；他對青少年是真誠一致而非不一致的；是促進青少年自我開放而非僅諮商員揭露的；與青少年當事人之間的關係是立即性，能針對兩人關係加以探討，而非逃避此時此刻的；探討問題是具體的而非抽象的理智化作用。能把握上述的精神，與青少年的接觸才能真正發揮諮商輔導的功效，諮商輔導才不至於流為空言。本章僅對青少年諮商與輔導的一般性原則作概要之介紹，至於心理分析、行為治療、個人中心、家族治療、等等各種學理與諮商學派分別對青少年諮商輔導各有其不同的貢獻，限於篇幅，不作贅述，讀者可以參考本章提供參考書目，做更深入的探討。

諮商與輔導工作是改變人的歷程，也有人說，諮商與輔導工作是生命與生命的相交，是成熟的生命影響不成熟的生命，對於青少年的諮商與輔導，除了專業的技術之外，更重要的恐怕還是對青少年永不放棄的愛了！

六、青少年之行為改變策略：

任何一種健康行為改變，如戒菸、減重、培養運動習慣等，均非一蹴可及，其模式往往經過五個階段^[17]，且循環不已。以戒菸為例，當青少年處於各不同階段時，我們分別採行不同的步驟與策略，以協助其促進健

康的行為：(參見表九)

1. 懵懂期(Pre-contemplation phase)：缺乏戒菸意願

此時尚不宜討論戒菸種種，應藉簡短之諮詢、並提供書面衛教資料，一再灌輸其吸菸的害處，強化其行為動機。

2. 深思期(Contemplation phase)：已有戒菸動機

可採用「增強動機之臨床策略」(5R's)，更加堅定其戒菸意願，促其加速進入準備期。

3. 準備期(Preparation phase)：打算一個月內戒

此時可提供個案戒菸計劃與方法。

4. 行動期(Action phase)：循序漸進，持之以恆

此時若遇復燃者，應告知其並非真正的失敗，且仍然不斷給予支持及鼓勵。

5. 維持期(Maintaining phase)：定期追蹤，防止復發

結語

台灣地區青少年面臨高事故傷害致死，居高不下之青少年生育問題，逐漸盛行之冒險行為，此均有賴醫療保健專業人員、家庭、學校、政府和社會人士通力合作，未雨綢繆地去提供預防與處理服務。未來吾人尚待加強有關日益增多之青少年暴力、犯罪防治，以及欣見已成立之全國性台灣青少年醫學暨保健學會正全力統合青少年健康照護工作。

參考文獻

1. Hofman AD, Greydanus DE: *Adolescent Medicine. 3rd ed.* Norwalk: Appleton & Lange, 1997.
2. Tanner JM: *Growth at Adolescence. 2nd ed.* Baltimore: Oxford, 1962.
3. 呂宗學：青少年健康／冒險行為。出自李孟智編青少年醫學保健。台北：力大圖書公司，1996：167-73。
4. 台灣婦幼衛生研究所：婦幼衛生之主要統計。台中：台灣省婦幼衛生研究所，1996。
5. Lee MC, Lee SH, Chou MC, Yen YT: The experiences of adolescent health care at a college hospital in Taiwan. *Int Adolesc Med Health* 1997; 9: 187-202.
6. Lu TH, Hwang MN, Suhung LA, Chou MC, Lee MC: Demographic characteristics of fathers of infants born to adolescent mothers in Taiwan. *J Adolesc Health* 1999; 24: 446-8.
7. 李孟智：台灣地區青少年保健門診計畫之現況與功能評估。89 年度衛生署科技計畫(DOH89-TD-1168)，台中：中山醫學大學家庭醫學科，2001。
8. 行政院衛生署：公共衛生年報，2004。台北：行政院衛生署，2005。
9. Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Jacques LB: Caring for adolescent patient. In: Sloane PD, Slatt LM, Curtins P, eds. *Essentials of Family Medicine. 4th ed.* Baltimore: Williams & Wilkins, 2002: 167-81.
10. 李孟智編審：親善的青少年健康服務。台中，台灣青少年醫學暨保健學會，2005。
11. 中華民國學校衛生學會：學校衛生工作指引。台北：教育部，1997。
12. Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, Brown DR, Barr E, Alvarez FB, Chiacchierini LM, Jansen KU, for the Proof of Principle Study Investigators: A Controlled Trial of a Human Papillomavirus Type 16 Vaccine. *N Engl J Med* 2002; 347: 1645-51.
13. Weinstock H, Berman S, Cates W Jr: Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspect Sex Reprod Health* 2004; 36: 6-10.
14. American Medical Association: *Guidelines for Adolescent Preventive Services, Recommendations Monograph. 2nd ed.* Chicago: AMA, 1995.
15. American Medical Association: *AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS)--Recommendations and Rationale.* Baltimore: Williams & Wilkins, 1994: 173-82.
16. 王慶福：青少年諮商與輔導。出自李孟智編，青少年醫學保健。台北：力大圖書公司，1996：43-51。
17. Botelho R: *Motivational practice: promoting healthy habits and self-care of chronic disease.* Rochester, NY: MHH Publication, 2004.

表一、Tanner 氏性徵成熟度分期

女：	陰毛	乳房
第 1 期	青少年期以前型態	青少年期以前型態
第 2 期	毛少，色淡，直式，長於陰唇內側	乳暈下長乳蕾，乳暈變大
第 3 期	毛多，色深，捲曲	乳暈及乳房變大，但外觀上仍為一體
第 4 期	毛粗，捲曲，量多但不及成人	乳暈及乳房突出形成丘狀
第 5 期	成人女性三角形分佈，擴及大腿內側	乳房成熟，乳暈色深

男：	陰毛	性器官
第 1 期	無	青少年期以前型態，睪丸長約 1-2 公分
第 2 期	毛少，色淡，直式	睪丸大於 2 公分
第 3 期	色深，開始捲曲，量稍增	陰莖變長，睪丸增大
第 4 期	接近成人男性外觀，但量較少，毛粗，捲曲	龜頭變寬，陰囊色深
第 5 期	成人男性型態，擴及大腿內側	成人男性型態

資料來源：參考文獻 2

表二、青少年之心理社會發展

發展項目	青少年早期	青少年中期	青少年晚期
從家庭中獨立	對父母的活動興趣減少	與父母有高度衝突	重新接受父母的建議與價值觀
身體形像	專注於青春期的變化 對自己的外觀持疑	逐漸接受身體變化 力求使身體更吸引人	接受青春期的變化
人際關係	與同性關係密切 追求與同儕一致性	深受同儕影響 增加性方面活動與嘗試	把較多時間用在較親密的人
自我認同	認知增加 理想化的生涯目標 對隱密性的需求增加 缺乏控制衝動的能力	感受事物的層面增加 智力增加 感到無所不能 有冒險行為	實際可行的生涯目標 宗教和性方面的道德感增加 有妥協或自我控制的能力

表三、台灣 15-19 歲青少年之生育情形

	1991	1993	1994	1997	2000	2002	2003	2004
所有青少年生育率	17	17	17	15	14	12.95	10.89	10.00
有偶青少年生育率*	687	702	726					
產下嬰兒數佔全國產下 嬰兒數百分比	4.69	4.92	5.02					

資料來源：參考文獻 6

*指該年每 1,000 名青少年所產下的嬰兒數

表四、學生健康檢查基準表

檢查項目		實施對象及時間					建議檢查方法	
項目	內容	國小 新生	國小 四年級	國中 新生	高中職 新生	大專 校院 新生	方法	檢查用具
體格	身高	●	●	●	●	○	身高測量	身高計
生長	體重	●	●	●	●	○	體重測量	體重計
血壓	血壓	△	△	△	○	○	血壓測量	血壓計
眼睛	視力	●	●	●	●	○	Landolt's c Chart Snellen's E Chart	視力表、視力機
	辨色力	○	○	○	△	△	色覺檢查	石原氏綜合色盲檢查本
	立體感	○	×	×	×	×	亂點立體圖檢查	NTU 亂點立體圖
	斜視、弱視	○	○	×	×	×	角膜光照反射法	小手電筒、遮眼板
	其他異常	○	○	○	○	○	交替遮眼法 視診	
頭頸	斜頸、異常腫塊及其他	○	○	○	○	○	視診、觸診	
口腔	齙齒、缺牙、咬合不正、口腔衛生及其他異常	◎	◎	○	○	○	視診	頭鏡、探針、口鏡、燈光、手套
耳鼻 喉	聽力	○	○	○	○	○	音叉檢查法	512Hz 音叉
	唇顎裂	○	×	×	×	×	視診	
	構音異常	○	○	×	×	×	分辨發音是否清晰	
	耳道畸形	○	△	△	△	△	視診、觸診	頭鏡、耳鏡、手電筒、壓舌板、燈光
	耳膜破損、耳聾、耳鳴、扁桃腺腫大及其他異常	○	○	○	○	○		
胸部	心肺疾病、胸廓異常及其他異常	○	○	○	○	○	視診、觸診、聽診	聽診器、屏風
腹部	異常腫大、疝氣及其他異常	○	○	○	○	○	視診、觸診、叩診	
皮膚	癬、疥瘡、疣、異位性皮膚炎、溼疹及其他異常	○	○	○	○	○	視診、觸診	
脊柱 四肢	脊柱側彎、肢體畸形、青蛙肢及其他異常	○	○	○	○	○	視診、觸診 Adam 前彎測驗 四肢及關節活動評估	
泌尿 生殖	隱睪	○	×	×	×	×	視診、觸診	手套、屏風 (只適用男生)
	包皮異常、精索靜脈曲張及其他異常	○	○	○	○	△	視診、觸診	
寄生 蟲	腸內寄生蟲	△	△	△	×	×	檢體檢驗	檢體收集盒
	蟯蟲	○	○	△	×	×	肛門黏貼試紙法	顯微鏡、肛門黏貼試紙
尿液	尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度	○	○	○	○	○	試紙儀器判讀法或顯微鏡法	試紙或顯微鏡
血液 檢查	血液常規：血色素、白血球、紅血球、血小板、平均血球容積比 肝功能：SGOT、SGPT 腎功能：CREATININE 尿酸 血脂肪：總膽固醇(T-CHOL) 血清免疫學：HBs Ag、Hbs Ab 及其他	△	△	△	○	○	抽血	實驗室檢查設備
X 光	胸部 X 光	△	△	△	○	○	X 光	影像檢查設備

註：實施對象及時間符號說明 ○指應檢查之項目。
◎指國小每學年亦應檢查之項目。

△指視需要而辦理之項目。 × 指不須要檢查之
●指高級中等以下學校，每學期亦應檢查之項目。

表五、青少年之保健評估

類別	評估項目	常見問題
身體評估	身高、體重、視力、牙齒、血壓、先天性異常、性徵發展、全血球計數、尿液檢查、血脂肪值、檢視疫苗注射表	肥胖、視力障礙、齙齒、疝氣、脊椎側彎症、無排卵性月經、痛經、包莖、貧血、蛋白尿等
心理社會評估	獨立性、自我認同、人際關係、身體心像	焦慮症、憂鬱症、適應障礙、飲食障礙、自殺問題等
特殊事項評估	家庭互動、同儕關係、學校成績、異性關係和性活動、危險行為	親子衝突、課業壓力、拒學、異性感情問題、性行為、性病、懷孕、抽菸、藥癮、飆車、犯罪行為、意外事故等

表六、臺美青少年預防接種建議時程表

疫苗種類	年齡	臺灣	美國			
		19-26	11-12	13-18	19-21	22-26
破傷風、白喉、百日咳相關疫苗 (Td/Tdap)		建議接種,尤其是高危險群應接種(自費)。 每 10 年接種一劑 Td,其中一劑以 Tdap 取代 Td	建議接種	先前未接種者,建議接種		建議接種,第一劑以 Tdap 取代 Td,其後每 10 年接種一劑 Td
麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗		如有感染疾病之風險,可依建議接種(自費) 2劑。	先前未接種者,建議接種		建議接種1或2劑	
水痘疫苗		無接種建議。	先前未接種者,建議接種		建議接種2劑	
小兒麻痺疫苗		無接種建議。	先前未接種者,建議接種			
季節性流感疫苗		建議接種,尤其是高危險群應接種(自費)。每年接種 1 劑	建議每年接種		一年一劑	
B 型肝炎疫苗		如有感染疾病之風險,可依建議接種(自費) 3劑。	先前未接種者,建議接種		高危險群3劑	
A 型肝炎疫苗		如有感染疾病之風險,可依建議接種(自費) 2劑。	高危險群接種		高危險群2劑	
結合型肺炎鏈球菌疫苗		無接種建議。	高危險群接種		高危險群1劑	
肺炎鏈球菌多醣體疫苗		如有感染疾病之風險,可依建議接種(自費) 1劑。	無接種建議		高危險群1或2劑	
日本腦炎疫苗		如有感染疾病之風險,可依建議接種(自費) 3劑。	無接種建議。			
流行性腦膜炎疫苗		無接種建議。	建議接種1劑	先前未接種者,建議接種1劑。 建議16歲時接種		高危險群1或多劑
b 型流行性感嗜血桿菌		無接種建議。			高危險群1或3劑	
人類乳突病毒疫苗(女)		建議接種(自費) 3 劑。	建議接種3劑	先前未接種者,建議接種		建議接種3劑
人類乳突病毒疫苗(男)		無接種建議。	建議接種3劑	先前未接種者,建議接種		建議接種3劑 高危險群3劑

表七、美國醫學會建議之青少年預防保健措施

措施	青少年早期				青少年中期			青少年晚期			
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
保健指導(health education)											
有關如何為人父母*	—	•	—		—	•	—				
身、心、社會發展	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
飲食及體能活動	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
健康的生活方式**	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
預防傷害	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
健康篩檢(screening)											
一、病史											
飲食障礙	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
性活動***	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
酒精及藥物使用	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
吸菸	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
受虐	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
學校表現	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
憂鬱	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
自殺的危險性	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
二、身體檢查(physical examination)											
血壓	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
體質指數(BMI)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
完整的理學檢查	—	•	—		—	•	—	—	•	—	
三、檢驗(laboratory examination)											
膽固醇	—	1	—		—	1	—	—	1	—	
結核菌素試驗(PPD)	—	2	—		—	2	—	—	2	—	
性病篩檢	—	3	—		—	3	—	—	3	—	
愛滋病篩檢	—	4	—		—	4	—	—	4	—	
子宮頸抹片(Pap smear)	—	5	—		—	5	—	—	5	—	
預防注射(immunization)											
麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)	—	•	—								
破傷風、減量白喉混合疫苗(Td)	—	•	—								
B 型肝炎疫苗	—	•	—		—	6	—	—	6	—	
A 型肝炎疫苗	—	7	—		—	7	—	—	7	—	
水痘疫苗	—	8	—		—	8	—	—	8	—	

* 青少年早期及中期宜對其父母施予指導。

** 包括性行為指導及避免吸菸、喝酒、毒品。

*** 包括意外懷孕及性病之病史。

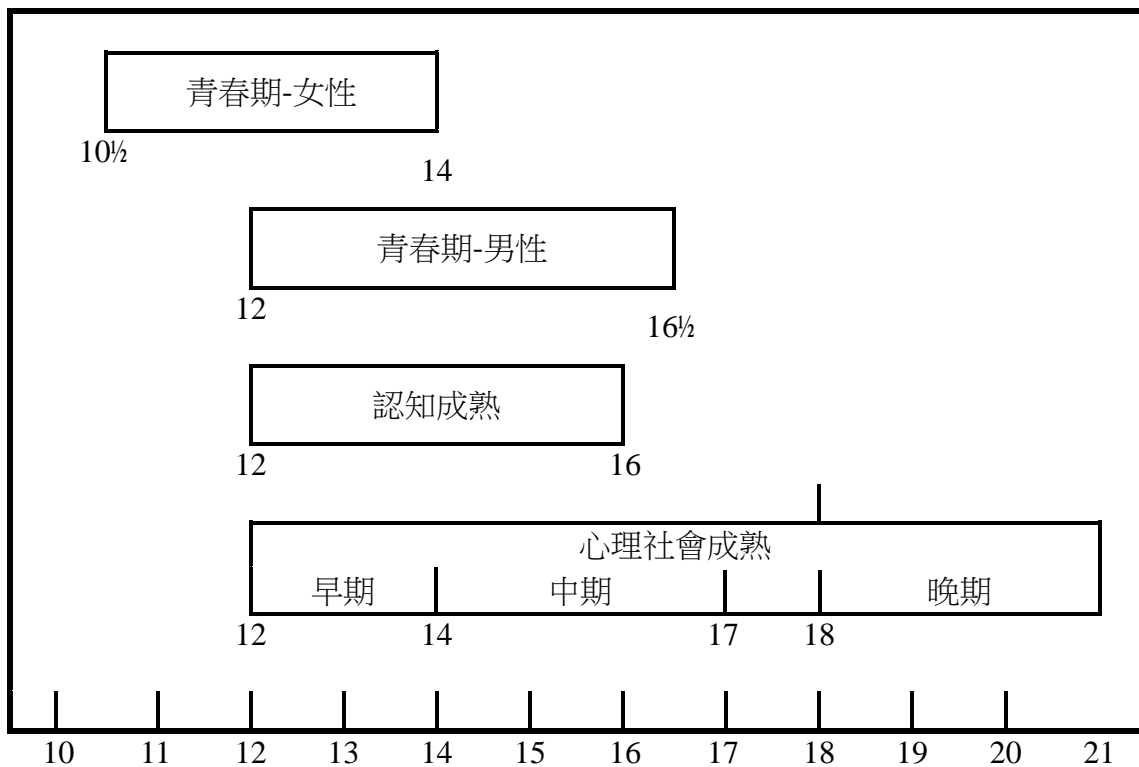
1. 若家族病史中有早發生心臟血管疾病或高血脂症者，在此期間檢驗一次。
2. 若暴露在開放性結核病人中，或生活/工作於高危險性情況下，如流浪者或醫療機構工作。
3. 若性生活頻者，每年至少一次。
4. 若為高危險群，應予篩檢。
5. 若為性生活頻繁者，或年滿(含)18 歲以上者。
6. 若為 B 型肝炎之高危險群。
7. 若有得到 A 型肝炎之危險者。
8. 未曾得過水痘者。

表八、同理心的五個層次

層次一：	諮商員並未專注於青少年所表達的感覺，因此他所表達出來的青少年感覺，要比青少年已表達的少
層次二：	雖然諮商員的確對青少年所表達的感覺做反應，但反應中很明顯的忽略青少年所表達的情感成分。
層次三：	諮商員表達出與青少年所表達的完全相同的情感與意義。
層次四：	諮商員能表達出青少年沒有表達出來的較深層的感覺。
層次五：	諮商員能表達出更多青少年沒有表達出來的更深層的感覺。

表九、行為改變的階段模式

五個階段	五個步驟 (5 A's)	五個策略 (5 R's)
懵懂期	詢問(Ask)	與個人化關聯性 (Relevance)
深思期	建議(Advise)	吸菸的危害 (Risks)
準備期	評估 (Assess)	戒菸的好處(Rewards)
行動期	協助 (Assist)	戒菸的障礙 (Roadblocks)
維持期	安排 (Arrange)	反覆嘗試 (Repetition)



年齡 (歲)

圖一、青少年期中青春期中、認知成熟、心理社會成熟之年齡階段

資料來源：參考文獻 1

吳唯雅

現職：臺中市烏日區衛生所 醫師兼主任

學歷：中山醫學大學 醫研所 博士班

中山醫學大學 醫研所 碩士

私立中山醫學院 醫學系

李孟智

現任：衛生福利部台中醫院院長

(家庭醫學科教授兼主治醫師)

學歷：日本東京醫科大學醫學博士

美國明尼蘇達大學公共衛生學碩士

中山醫學院醫學系畢業



青少年之預防性健康照護 (Preventive Health Care for the Adolescents)

作者: 吳唯雅、李孟智、詹其峰

學習目標：

- 1.了解青少年預防保健照顧的要點
- 2.學習掌握青少年健康篩檢時機
- 3.學習適時給予青少年衛教資訊

關鍵詞：青少年(adolescent)、健康照顧(health care)、預防保健(preventive services)、篩檢(screening)、評估(evaluation)

本文出自：吳唯雅、李孟智、詹其峰：青少年之預防性健康照護。
台北市：臺灣家庭醫學醫學會，第2版，2018：543-560。

一、前言

依據世界衛生組織 2014 年的報告，現今青少年重要的健康議題包括：一、體適能不足；二、營養不均衡；三、青少年吸菸；四、物質濫用與偏差行為；五、生殖健康與婦幼衛生；六、心理健康與精神衛生；七、事故傷害及暴力預防；八、HIV 感染；九、疫苗接種；十、整合性照護管理。(WHO, 2014)

青少年是國家社會未來棟樑，國人出生率的下降導致社會面臨少子化，因此提供青少年完善的預防保健服務(包含疫苗接種、健康篩檢等)，加強健康促進提升自我效能等是刻不容緩的議題，唯有落實青少年預防保健工作方能有效達成世界衛生組織（WHO）2004 年所倡議：「每個孩子都有權利生活在健康、安全的家庭、學校及社區裡；在健康支持性環境中生活、學習遊戲及成長、發展，並避免疾病發生」的目標。

青少年較少主動就醫，但不表示青少年不關心自身的健康，美國的資料顯示近四成青少年常想到健康問題，另有二成青少年經常擔心自身健康狀態。故家庭醫師應主動地利用與青少年或其父母接觸的機會，施予衛教諮商及評估。衛教與諮詢的重點在於青少年的正常發展情形，預告未來可能的變化，如何正視性行為，預防性病和懷孕，以及衛教和諮商避免危險行為如吸菸、喝酒、毒品藥物濫用、犯罪和飆

車等。這些問題都是青少年極欲知道，而又很少主動提出者，當然，青少年希望醫師們以一種非批判或主觀認定的方式提出此類的議題 [1-3]。

有關青少年的保健照顧，除適時衛教外，身體及心理社會發展評估，以及青少年特殊議題評估事項如表一所示^[4]，內容包括了身體發展、常見身體疾病、心理社會發展和常見障礙，以及青少年特殊事項評估等。至於評估的週期長短並無定論（每年一次為宜，至少青少年前、中、後期各一次），總以把握每次能與青少年接觸的機會即加以評估及適時諮商／處理為原則，尤要很敏銳地發掘青少年潛在的問題並予處理，才能達到預防之目的。

由美國國家慢性病防治及健康提昇中心和美國疾病管制及預防中心贊助經費，美國醫學會在美國國家科技顧問委員會協助下，費時多年於 1994 年出版了「美國醫學會青少年預防保健服務指引—建議與理論基礎；AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS)—Recommendations and Rationale」一書，並於 1995 年再出版了「美國醫學會青少年預防保健小冊；Guidelines for Adolescent Preventive Services Recommendations Monograph」一冊，供所有醫療保健工作人員，主要是兒科、家庭醫學科、精神科、婦產科，學校及社會青少年健康照護工作者參考（表二，圖一^[5,6]）。

(一)若與傳統對青少年之健康照顧比較，美國醫學會之指引有以

下特色：

1. 讓醫療保健提供者整合青少年健康提昇工作，使青少年可從醫療人員、學校、社區均得到一致性的健康指導，
2. 預防保健措施包括青少年身體疾病以外的社會問題，如吸菸、喝酒、毒品藥癮、性病、意外懷孕(unintended pregnancy)，飲食障礙及憂鬱症等，
3. 醫療保健提供者應同時關注或同時評估/篩檢一系列的健康危險行為，而非只注意到青少年主訴的問題，
4. 建議青少年也須定期做健康篩檢，可早期提供健康指引，提早發現問題，及建立持續關係，
5. 固定在青少年早期、中期及晚期均提供一次完整的理學檢查，此為傳統照顧者未固定提供者，
6. 建議為人父母者在其青少年子女之早、中期階段，應接受親職教育，且青少年亦應學習如何為人父母。

(二)美國醫學會之青少年預防保健指引(GAPS)雖然提供了完整的初段與二段預防保健指引，但可惜的是不但青少年很少主動到醫療院所接受預防保健服務，即便醫療人員也不夠主動地或適時地提供服務。綜觀醫護人員較少主動提供預防保健服務的原因包括：

1. 醫療人員看診服務的時間緊迫；
2. 青少年不願主動談論他們的生活方式，包括：吸菸、喝酒、藥物濫用、性行為或憂鬱狀態；
3. 醫護人員對於青少年健康照護相關的知識與能力不足；

4.醫療體系的問題，如：給付不足；

5.家長對預防保健的認同度不足。

(三)至於吾人從事青少年預防性健康篩檢及健康提升之步驟，詳見圖一。

(四)如何來促進預防保健工作之執行力？有以下的建議：

1. 把握每一次就醫的機會，提供預防保健照顧，不妨先從詳細的病史詢問和理學檢查開始做起；
2. 電腦提醒系統或提供青少年健康護照；
3. 經由教育訓練提高會談的技巧及強調隱密性增強青少年的意願；
4. 加強青少年父母對預防保健的認知，以期獲得家長的協助。
5. 透過立法機制將青少年保健服務納入學校衛生或健康保險給付機制之中。

參照 U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)、American Medical Association's Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS)、American Academy of Family Physicians (AAFP)、American Academy of Pediatrics (AAP)、Maternal and Child Health Bureau's Bright Futures 等實證醫學建議，多數專家同意提供青少年疫苗接種、提供降低青少年事故傷害風險的諮詢、提供降低心血管疾病風險的諮詢、避免青少年物質濫用與不安全性行為、保健牙齒健康等；部分同意可定期給予家長健康指導、青少年定期視力與聽力篩檢、定期檢測血比容（貧血）與尿液分析。

二、健康篩檢

一、 篩檢時程

目前較一致的建議為視個案情況每 1 到 3 年篩檢一次。

二、 篩檢場所

多數青少年在學校場所提供的健康保健服務滿意度較高，也比較能夠暢所欲言。傳統的醫療院所能提供醫療服務場所及方式不太能符合青少年的需求，如何將學校與醫療的社區在地化連結，整合青少年資源可近性高的預防保健服務為青少年健康篩選場所的首選，例如近年推廣的「青少年親善門診」。

三、 篩檢項目：

依「美國醫學會青少年預防保健服務指引」建議篩檢並諮詢的疾病或風險行為。如表二，包括：

(一)病史:特別是關於心理社會史的諮詢，可利用 **HEADSSS** 進行健康諮詢與篩檢

- 1.飲食障礙：詢問飲食（包括熱量需求、營養素攝取等）和規律運動習慣，以及對自己身體形象（**body image**）的看法。
- 2.性事（**sexuality**）：包括女性初經與經期、性傾向、性態度、非預期懷孕及性接觸傳染病之病史。
- 3.酒精及藥物使用：「您的朋友是否喝酒或嘗試過其他藥物？您呢？」
- 4.吸菸：「您的朋友是否吸菸？您呢？」
- 5.受虐：「您覺得自己生活得安全嗎？在學校？在家裡呢？（曾經覺得不安全過嗎？什麼時候？）」

- 6.學校表現：可從最喜歡／討厭的科目開始詢問起，並關心學校學習成績與表現，目的之一在了解是否有學習障礙與就學問題，跟同儕相處的狀況。
- 7.憂鬱：「假設 **0** 代表『非常傷心』，**10** 當作『非常高興』，您曾經認為自己的心情少於 5 分嗎？是什麼讓您覺得呢？」。特別需注意青少年憂鬱與成年人憂鬱表現是有明顯的差異存在。
- 8.自殺的危險性：「您有沒有想過：想要傷害您自己？認為生命是不值得的？希望睡到不會醒過來？你知不知道同儕有誰自殺了呢？」

其中有技巧地詢問相關敏感議題如下：

心理社會病史	備註
家庭 Home	家庭成員組成、環境、與家人間關係。
教育 Education /志業 Employment	學業成就、未來計畫、校園安全。 工作表現、工作場所的安全。
飲食 Eating	營養評估、肥胖風險、異常飲食行為、在乎外貌形象。
活動 Activities	與同性或異性間的友情、娛樂活動、性行為。
藥物 Drugs	抽菸酗酒物質不當使用(含自己、同儕與家人)、酒後駕車等。
性 Sexuality	性取向、性行為與性虐待。
自殺 Suicide	悲傷、孤獨感與憂鬱情緒、無用感、焦慮、自殺信念。
安全 Safety	事故傷害、加害風險、暴力虐待等。

(二)理學檢查

1.血壓：台灣兒童及青少年血壓值請參考表三^[12]。男性收縮壓可顯著地持續上昇，而女性則趨緩。青少年若有持續血壓偏高情形，應考慮次發性高血壓問題！值得注意的是：若青少年在性徵發展成熟時血壓偏高，則很有可能日後成為本態性高血壓患者。

2.身體質量指數：衛生福利部於 2002 年所公布之兒童及青少年肥胖定義係以身體質量指數(body mass index, BMI, kg/m²)為標準，詳見表四所示。

3.完整的理學檢查

(1)身高、體重：

無論男、女性，在青少年時期的身高、體重均明顯增加；青春期所增加的身高約佔成人時身高之 25%，所增加的體重約佔成人時理想體重的 40%以上。青少男體重過重或肥胖的比率遠高於青少女！

(2)Tanner 氏性徵成熟度分期：

青少年的身體發展與年齡並未完全相合，同時也存在頗多的個體差異性。目前最常被引用的青少年身體評估法之一為 Tanner 氏性徵成熟度分期(表五，圖二~四)^[10]。

(三)檢驗

1.膽固醇：若家族病史中有早發生心臟血管疾病或高血脂症者，在此期間檢驗一次。

- 2.結核菌素試驗：若暴露在開放性結核病人中，或生活/工作於高危險性情況下，如流浪者或醫療機構工作。
- 3.性病(STD)篩檢：若性生活頻繁者，每年至少一次。
- 4.愛滋病(HIV)篩檢：若為高危險群，應予篩檢。
- 5.子宮頸抹片：若 18 歲以上青少年為性生活活躍(sexually active)者，則應予梅毒血清 (VDRL) 篩檢及子宮頸抹片檢查(Pap smear)。
- 6.此外，在評估後，若發現有特殊家族史如 G-6-P-D 缺乏 (Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase deficiency)或地中海型貧血(thalassemia)則應予篩檢。

三、衛教諮詢（保健指導）

關心青少年健康的家庭醫師應主動地利用與青少年或其父母接觸的機會，施予衛教諮商、及評估。衛教的重點在於青少年的正常發展情形，預告未來可能的變化，如何正視性行為，預防性病和懷孕，以及衛教和諮商避免危險行為如吸菸、喝酒、藥物濫用、犯罪和飆車等。經由健康指導可讓青少年養成良好的習慣以降低健康風險，如健康飲食控制體重、避免交通事故、規律運動、良好的睡眠、衛生、安全性行為、避免藥物濫用、學習處理霸凌的對策、保護身體隱私等。

(一)親職教育

- 1.建議為人父母者在其青少年子女之早、中期階段，應接受親職教育：指導家中有青少年孩子的父母親學習如何適任青少年的父母，即提供青少年父母的親職教育指導技巧，包

含如何調整心態、正向鼓勵、積極傾聽支持陪伴、教導孩子如何為負責安全的性行為、了解青少年接觸的資訊如社群媒體、避免孩子受到霸凌等。當使青少年或家庭週期處於有青少年期者能減少衝擊，順利過渡到成人。

- 2.同時期青少年本身亦需學習如何為人父母：在青少年個案諮詢指導方面，教育青少年學習預備未來為人父母的知識、提供青少年衛教諮詢，包括如何提升自我照護能力、自我效能、安全性行為、性接觸傳染病的預防、正確面對社群媒體的心態、避免霸凌或被霸凌等。

(二)身、心、社會發展

青少年心理社會發展的任務包括：（詳見表六）

- 1.從家庭中獨立和自我認同之形成，
- 2.性別認同和發展親密關係，及
- 3.認知和方向感增加，以及未來志業之選擇。

(三)飲食及體能活動：健康促進 85210

8-睡滿 8 小時：良好生活作息；

5-天天五蔬果：鼓勵學生多吃蔬菜、水果；

2-四電少於二：每天用電腦、看電視、玩電玩、打電話不超過 2 小時；

1-天天運動 30 分，養成每天累積 30 分鐘的運動習慣，一週累積 210 分鐘的運動量；

0-喝足白開水：每天喝 1,500-2,000 cc.的白開水，並且少喝含糖飲料等健康促進活動。

(四)健康的生活方式

包括健康的飲食、運動、心理健康（含正向心理和提升自我效能）、性行為指導及避免吸菸、喝酒、毒品。遇有危害健康行為，應即時予以行為改變。然任何一種健康行為改變，如戒菸、減重、培養運動習慣等，均非一蹴可及，其模式往往經過五個階段^[11]，且循環不已。以戒菸為例，當青少年處於各不同階段時，我們分別採行不同的步驟與策略，以協助其促進健康的行為：（參見表七）

1. 懵懂期(Pre-contemplation phase)：缺乏戒菸意願

此時尚不宜討論戒菸種種，應藉簡短之諮詢、並提供書面衛教資料，一再灌輸其吸菸的害處，強化其行為動機。

2. 深思期(Contemplation phase)：已有戒菸動機

可採用「增強動機之臨床策略」(5R's)，更加堅定其戒菸意願，促其加速進入準備期。

3. 準備期(Preparation phase)：打算一個月內戒

此時可提供個案戒菸計劃與方法。

(1)為個別吸菸者，分別訂定不同的戒菸計劃

A. 選定戒菸日

a. 選擇穩定的情緒時機。

b. 在下定決心的兩週內，選一特定日子：如情人的生日、認識兩週年或 180 天紀念日

B. 簽「戒菸志願書」：寫上姓名、日期，戒菸的原因，

並確實遵守契約

C. 預期此次戒菸可能面臨的挑戰，並事先設想應對之道。

(2)對於滿十八歲以上之青少年，應鼓勵採用尼古丁替代療法。衛生福利部於 2012 年 3 月 1 日推出「二代戒菸服務計畫」，門診、住院、急診及社區藥局皆可提供戒菸服務。戒菸藥品比照一般健保用藥，每次藥費不超過 200 元（醫療資源缺乏地區可再減免 20%；低收入戶、山地暨離島地區全免）。

4. 行動期(Action phase)：循序漸進，持之以恆

此時若遇再次吸菸者，應告知其並非真正的失敗，且仍然不斷給予支持及鼓勵。

5. 維持期(Maintaining phase)：定期追蹤，防止復發。

(五)預防事故傷害 (Injury prevention)

事故傷害是有危險因子可以預防的^[13]。提醒青少年騎車應帶護具，坐車要繫安全帶，到密閉場所如 KTV 等，記得先察看逃生系統。

四、預防注射與化學預防

青少年預防注射(immunizations)方面：在 B 型肝炎部分，未曾接種本項疫苗者建議接種。幼時已依時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為 B 型肝炎表面抗體陰性之下列對象：(1) B 型肝炎感染高危險群（包括血液透析病人、器官移植病人、接受血液製劑治療者、免

疫不全者；多重性伴侶、注射藥癮者；同住者或性伴侶為帶原者；身心發展遲緩收容機構之住民與工作者；可能接觸血液之醫療衛生等工作人員...），可自費追加 1 劑 B 型肝炎疫苗，1 個月後再抽血檢驗，若表面抗體仍為陰性（ $< 10 \text{ mIU/ml}$ ），可以採「0-1-6 個月」之時程，接續完成第 2、3 劑疫苗。如經此補種仍無法產生抗體者，則無需再接種，但仍應採取 B 型肝炎之相關預防措施，並定期追蹤 B 型肝炎表面抗原（HBsAg）之變化。(2) 非 B 型肝炎感染高危險群：尚無須全面追加 1 劑 B 型肝炎疫苗。惟個案可自費追加 1 劑，1 個月後再抽血檢驗，若表面抗體仍為陰性，可諮詢醫師。

青少年期宜追種一次破傷風、減量白喉、非細胞性百日咳混合疫苗(Tdap)，以後每 10 年一次^[14]。人類乳突病毒(Human Papilloma Virus, HPV)疫苗則以 9 至 26 歲尚未有性行為的族群為最佳施打對象，以收預防子宮頸癌及性病防制之效^[11]。季節性流感疫苗(Influenza vaccine)亦建議接種。麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗(MMR)、水痘疫苗(Varicella vaccine)、A 型肝炎疫苗(HepA vaccine)和不活化小兒麻痺疫苗(IPV)建議未曾接種者接種。高危險群建議接種肺炎鏈球菌疫苗(Pneumococcal vaccine)及結合型流行性腦脊髓膜炎疫苗(MCV4)。

另也可參考美國疾病管制署所建議的青少年預防接種時程，詳見表 8-1。台灣衛生福利部疾病管制署所建議的青少年預防接種時程，詳見表 8-2。公費實施對象以外之青少年建議自費接種。

五、國內青少年預防性健康照護現況與展望

國內現行之學生健康檢查基準表由教育部訂之，詳如表九。但各校執行的篩檢項目不盡相同，且多半強調生理性疾病的篩檢，例如：

肺結核、貧血、高血脂、蛋白尿、糖尿病、高血壓等，其他項目如：血型、尿酸、B 型肝炎抗原與抗體、空腹血糖、電解質、白蛋白、心電圖等，不若國民健康署提供 40 歲至 64 歲的成年人每 3 年一次有實證醫學基礎的成人健康檢查。此表應協同衛生福利部國民健康署與台灣青少年醫學暨保健學會予以定期修訂與更新，如心理衡鑑（憂鬱症篩檢）項目等，至為重要。

六、倫理議題

(一) 預防性照護的實證依據

- A 級：明顯可以改善健康者
- B 級：相當程度可以改善健康者
- C 級：可以部份改善健康者
- D 級：無法改善健康者
- I 級：無證據可以改善健康者

(二) 篩檢疾病時要考量

1. 該健康問題的重要性
2. 健康問題的嚴重性
3. 有適合的篩檢工具：考量敏感性與特異性
4. 須有夠長的臨床前期
5. 早期治療的有效性
6. 醫療保健服務系統的有效性

(三) 基本倫理原則

1. 自主原則：一個具自主能力的青少年，應可不受外力干擾地完成自己的意願。包括

2. 不傷害原則：不使病人的身體與心靈受到傷害。

3. 行善原則：直接或間接執行對病人有益的行為。

4. 公平原則：以公平合理的態度對待病人與有關的第三者，於青少年個案中尤指其監護人。

(四) 青少年篩檢的倫理法律考量 (ethical and legal considerations)

1. 隱密性(confidentiality)：醫護人員尤其需要注意到對青少年個案隱私的保護，必須同時兼顧對青少年個案身體的私密性、病情，及與醫療相關之個人秘密的尊重與維護。

2. 知情同意(informed consent)：有時需同時考慮本人及法定監護人。

3. 合法性(legality)：7 歲以上未滿 20 歲之未成年人，在法律上為限制行為能力人，若為締結醫療契約之法律行為，依民法第 77 條前段規定，應得法定代理人之允許。

4. 風俗與文化(customs and culture)：

(1) 青少年，尤其是處於青少年前期者，多很害羞，故檢查前先予以安慰及說明，

(2) 予充分的覆蓋及遮蔽（如用屏風），

(3) 一邊檢查，一邊與青少年談話及說明，

(4) 檢查異性，應有護理師陪同，

(5) 檢查動作要輕柔，如青少年女性骨盆檢查時要用小號陰道窺鏡，以及

- (6) 檢查結束後，給予青少年正向的回饋：稱讚他們的表現及合作。

七、結語

青少年是國家與社會明日的主人。吾人對青少年的保健方向，應著眼在初段和二段預防，而非進入疾病期再予診治。青少年的預防保健工作，可依美國醫學會青少年預防保健服務指引為藍本，參酌我國國情與特殊性，訂出包括學生健康檢查基準表及青少年預防保健服務準則，並由教育部、衛生福利部和台灣青少年醫學暨保健學會等重視青少年健康照護專業團體予以定期修訂與更新。

參考文獻

1. Neinstein LS: *Neinstein's Adolescent and Young Adult Health Care: A Practical Guide. 6th ed.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2016.
2. Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Jacques LB: Caring for adolescent patient. In: Sloane PD, Slatt LM, Curtins P, eds. *Essentials of Family Medicine. 4th ed.* Baltimore: Williams & Wilkins, 2002: 167-81.
3. Greydanus DE, Patel DR, Pratt HD: *Essential Adolescent Medicine.* New York: McGraw Hill, 2006.
4. 李孟智 (主編): **青少年醫學與保健**。台北市: 力大圖書公司, 1996。
5. UpToDate: Guidelines for adolescent preventive services. <https://www.uptodate.com/contents/guidelines-for-adolescent-preventive-services>. Accessed March 10, 2018.
6. American Medical Association: *AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS)--Recommendations and Rationale.* Baltimore: Williams & Wilkins, 1994: 173-82.
7. 王維理、詹其峰、黃國晉: 2014 年世界青少年健康摘要報告—第二個十年第二次機會。台北市醫師公會會刊 2014; 58(12): 42-6。
8. 詹其峰: 親善的青少年健康服務。臺灣醫學 2013; 17: 180-7。
9. WHO/UNAIDS Global Standards for quality health care services for adolescents. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/. Accessed March 10, 2018.
10. Tanner JM: *Growth at Adolescence. 2nd ed.* Baltimore: Oxford, 1962.
11. 李孟智: 青少年健康。出自王榮德主編, 公共衛生, 增訂第三版。台北: 陳拱北預防醫學基金會, 2008。
12. 葉滋穗、張文道、宋育民、周崇頌、劉丕華: 兒童及青少年的新陳代謝症候群。基層醫學 2006; 21: 197-204。
13. 陳志道: 青少年五大健康問題。出自李孟智編, 青少年醫學核心教材。台中: 青少年醫學暨保健學會, 2007。

14. WHO: Core competencies in adolescent health and development for primary care providers.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/core_competencies/en/. Accessed March 10, 2018.

表一、青少年之保健評估

類別	評估項目	常見問題
身體評估	身高、體重、視力、牙齒、血壓、先天性異常、性徵發展、全血球計數、尿液檢查、血脂肪值、疫苗注射表	肥胖、視力障礙、齲齒、疝氣、脊椎側彎症、無排卵性月經、痛經、包莖、貧血、蛋白尿等
心理社會評估	獨立性、自我認同、人際關係、身體心像	焦慮症、憂鬱症、適應障礙、飲食障礙、自殺問題等
特殊事項評估	家庭互動、同儕關係、學校成績、異性關係和性活動、危險行為	親子衝突、課業壓力、拒學、異性感情問題、性行為、性病、懷孕、吸菸、毒品、飆車、犯罪行為、事故傷害等

表二、美國醫學會建議之青少年預防保健措施(GAPS)

措施	年齡	青少年早期				青少年中期			青少年晚期			
		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
保健指導(health education)												
有關如何為人父母*		—		•	—	—		•	—			
身、心、社會發展		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
飲食及體能活動		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
健康的生活方式**		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
預防傷害		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
健康篩檢(screening)												
一、病史												
飲食障礙		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
性活動***		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
酒精及藥物使用		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
吸菸		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
受虐		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
學校表現		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
憂鬱		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
自殺的危險性		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
二、身體檢查(physical examination)												
血壓		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
體質指數(BMI)		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
完整的理學檢查		—		•	—	—		•	—		•	—
三、檢驗(laboratory examination)												
膽固醇		—		1	—	—		1	—		1	—
結核菌素試驗(PPD)		—		2	—	—		2	—		2	—
性病篩檢(STD)		—		3	—	—		3	—		3	—
愛滋病篩檢(HIV)		—		4	—	—		4	—		4	—
子宮頸抹片(Pap smear)		—		5	—	—		5	—		5	—
預防注射(immunization)												
麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)		—	•	—								
破傷風、減量白喉混合疫苗(Td)		—	•	—								
B 型肝炎疫苗		—	•	—			—	6			—	6
A 型肝炎疫苗		—		7	—	—		7	—		7	—
水痘疫苗		—		8	—	—		8	—		8	—

* 青少年早期及中期宜對其父母施予指導。

** 包括性行為指導及避免吸菸、喝酒、毒品。

*** 包括意外懷孕及性病之病史。

1. 若家族病史中有早發生心臟血管疾病或高血脂症者，在此期間檢驗一次。
2. 若暴露在開放性結核病人中，或生活/工作於高危險性情況下，如流浪者或醫療機構工作。
3. 若性生活頻繁者，每年至少一次。
4. 若為高危險群，應予篩檢。
5. 若為性生活頻繁者，或年滿（含）18 歲以上者。
6. 若為 B 型肝炎之高危險群。
7. 若有得到 A 型肝炎之危險者。
8. 未曾得過水痘者。

表三、台灣兒童及青少年之血壓平均值、標準差 (1993-1996)

性別	年齡	樣本數	收縮壓		舒張壓	
			平均值	標準差	平均值	標準差
男性	4-6	464	96.3	11.2	57.3	12.1
	7-12	978	105.0	11.9	65.2	11.9
	13-18	952	117.7	12.9	69.9	12.2
女性	4-6	466	94.0	9.9	56.7	10.6
	7-12	988	104.8	12.1	64.3	11.5
	13-18	959	109.6	10.6	68.7	11.3

(取材自參考資料 12)

表四、兒童及青少年生長身體質量指數（BMI）建議值

2013年 6 月 11 日公布

BMI=體重（公斤）/身高²（公尺²）

年齡	男性				女性			
	過輕	正常範圍	過重	肥胖	過輕	正常範圍	過重	肥胖
	BMI <	BMI 介於	BMI ≥	BMI ≥	BMI <	BMI 介於	BMI ≥	BMI ≥
0.0	11.5	11.5-14.8	14.8	15.8	11.5	11.5-14.7	14.7	15.5
0.5	15.2	15.2-18.9	18.9	19.9	14.6	14.6-18.6	18.6	19.6
1.0	14.8	14.8-18.3	18.3	19.2	14.2	14.2-17.9	17.9	19.0
1.5	14.2	14.2-17.5	17.5	18.5	13.7	13.7-17.2	17.2	18.2
2.0	14.2	14.2-17.4	17.4	18.3	13.7	13.7-17.2	17.2	18.1
2.5	13.9	13.9-17.2	17.2	18.0	13.6	13.6-17.0	17.0	17.9
3.0	13.7	13.7-17.0	17.0	17.8	13.5	13.5-16.9	16.9	17.8
3.5	13.6	13.6-16.8	16.8	17.7	13.3	13.3-16.8	16.8	17.8
4.0	13.4	13.4-16.7	16.7	17.6	13.2	13.2-16.8	16.8	17.9
4.5	13.3	13.3-16.7	16.7	17.6	13.1	13.1-16.9	16.9	18.0
5.0	13.3	13.3-16.7	16.7	17.7	13.1	13.1-17.0	17.0	18.1
5.5	13.4	13.4-16.7	16.7	18.0	13.1	13.1-17.0	17.0	18.3
6.0	13.5	13.5-16.9	16.9	18.5	13.1	13.1-17.2	17.2	18.8
6.5	13.6	13.6-17.3	17.3	19.2	13.2	13.2-17.5	17.5	19.2
7.0	13.8	13.8-17.9	17.9	20.3	13.4	13.4-17.7	17.7	19.6
7.5	14.0	14.0-18.6	18.6	21.2	13.7	13.7-18.0	18.0	20.3
8.0	14.1	14.1-19.0	19.0	21.6	13.8	13.8-18.4	18.4	20.7
8.5	14.2	14.2-19.3	19.3	22.0	13.9	13.9-18.8	18.8	21.0
9.0	14.3	14.3-19.5	19.5	22.3	14.0	14.0-19.1	19.1	21.3
9.5	14.4	14.4-19.7	19.7	22.5	14.1	14.1-19.3	19.3	21.6
10	14.5	14.5-20.0	20.0	22.7	14.3	14.3-19.7	19.7	22.0
10.5	14.6	14.6-20.3	20.3	22.9	14.4	14.4-20.1	20.1	22.3
11	14.8	14.8-20.7	20.7	23.2	14.7	14.7-20.5	20.5	22.7
11.5	15.0	15.0-21.0	21.0	23.5	14.9	14.9-20.9	20.9	23.1
12	15.2	15.2-21.3	21.3	23.9	15.2	15.2-21.3	21.3	23.5
12.5	15.4	15.4-21.5	21.5	24.2	15.4	15.4-21.6	21.6	23.9
13	15.7	15.7-21.9	21.9	24.5	15.7	15.7-21.9	21.9	24.3
13.5	16.0	16.0-22.2	22.2	24.8	16.0	16.0-22.2	22.2	24.6
14	16.3	16.3-22.5	22.5	25.0	16.3	16.3-22.5	22.5	24.9
14.5	16.6	16.6-22.7	22.7	25.2	16.5	16.5-22.7	22.7	25.1
15	16.9	16.9-22.9	22.9	25.4	16.7	16.7-22.7	22.7	25.2
15.5	17.2	17.2-23.1	23.1	25.5	16.9	16.9-22.7	22.7	25.3
16	17.4	17.4-23.3	23.3	25.6	17.1	17.1-22.7	22.7	25.3
16.5	17.6	17.6-23.4	23.4	25.6	17.2	17.2-22.7	22.7	25.3
17	17.8	17.8-23.5	23.5	25.6	17.3	17.3-22.7	22.7	25.3
17.5	18.0	18.0-23.6	23.6	25.6	17.3	17.3-22.7	22.7	25.3

說明：1. 本建議值係依據陳偉德醫師及張美惠醫師2010年發表之研究成果制定。

2. 0-5歲之體位，係採用世界衛生組織（WHO）公布之「國際嬰幼兒生長標準」。

3. 7-18歲之體位標準曲線，係依據1997年台閩地區中小學學生體適能（800/1,600公尺跑走、屈膝仰臥起坐、立定跳遠、坐姿體前彎四項測驗成績皆優於25百分位值之個案）檢測資料。4. 5-7歲銜接點部份，係參考 WHO BMI rebound 趨勢，銜接前揭兩部份數據。

表五、Tanner 氏性徵成熟度分期

女：	陰毛	乳房
第 1 期	青少年期以前型態	青少年期以前型態
第 2 期	毛少，色淡，直式，長於陰唇內側	乳暈下長乳蕾，乳暈變大
第 3 期	毛多，色深，捲曲	乳暈及乳房變大，但外觀上仍為一體
第 4 期	毛粗，捲曲，量多但不及成人	乳暈及乳房突出形成丘狀
第 5 期	成人女性三角形分佈，擴及大腿內側	乳房成熟，乳暈色深
男：	陰毛	性器官
第 1 期	無	青少年期以前型態，睪丸長約 1-2 公分
第 2 期	毛少，色淡，直式	睪丸大於 2 公分
第 3 期	色深，開始捲曲，量稍增	陰莖變長，睪丸增大
第 4 期	接近成人男性外觀，但量較少，毛粗，捲曲	龜頭變寬，陰囊色深
第 5 期	成人男性型態，擴及大腿內側	成人男性型態

資料來源：參考文獻 10

表六、青少年之心理社會發展

發展項目	青少年早期	青少年中期	青少年晚期
從家庭中獨立	對父母的活動興趣減少	與父母有高度衝突	重新接受父母的建議與價值觀
身體形像	專注於青春期的變化 對自己的外觀持疑	逐漸接受身體變化 力求使身體更吸引人	接受青春期的變化
人際關係	與同性關係密切 追求與同儕一致性	深受同儕影響 增加性方面活動與嘗試	把較多時間用在較親密的人
自我認同	認知增加 理想化的生涯目標 對隱密性的需求增加 缺乏控制衝動的能力	感受事物的層面增加 智力增加 感到無所不能 有冒險行為	實際可行的生涯目標 宗教和性方面的道德感增加 有妥協或自我控制的能力

表七、行為改變的階段模式

五個階段	五個步驟 (5 A's)	五個策略 (5 R's)
懵懂期	評估 (Assess)	關聯 (Relevance)
深思期	忠告 (Advise)	危險 (Risk)
準備期	同意 (Agree)	饋償 (Reward)
行動期	協助 (Assist)	阻礙 (Roadblock)
維持期	安排 (Arrange)	重覆 (Repetition)

表八之一、美國疾病管制署所建議青少年預防注射時程





INFORMATION FOR PARENTS

2018 Recommended Immunizations for Children 7-18 Years Old

Talk to your child's doctor or nurse about the vaccines recommended for their age.

	Flu Influenza	Tdap Tetanus, diphtheria, pertussis	HPV Human papillomavirus	Meningococcal		Pneumococcal	Hepatitis B	Hepatitis A	Inactivated Polio	MMR Measles, mumps, rubella	Chickenpox Varicella
				MenACWY	MenB						
7-8 Years	Green	Orange		Green		Green	Orange	Green	Orange	Orange	Orange
9-10 Years	Green	Orange	Green, Blue	Green		Green	Orange	Green	Orange	Orange	Orange
11-12 Years	Green	Orange	Green	Green		Green	Orange	Green	Orange	Orange	Orange
13-15 Years	Green	Orange	Orange	Orange		Green	Orange	Green	Orange	Orange	Orange
16-18 Years	Green	Orange	Orange	Orange	Blue	Green	Orange	Green	Orange	Orange	Orange

More Information: Preteens and teens should get a flu vaccine every year. Preteens and teens should get one shot of Tdap at age 11 or 12 years. All 11-12 year olds should get a 2-shot series of HPV vaccine at least 6 months apart. A 3-shot series is needed for those with weakened immune systems and those age 15 or older. All 11-12 year olds should get a single shot of a meningococcal conjugate (MenACWY) vaccine. A booster shot is recommended at age 16. Teens, 16-18 years old, may be vaccinated with a serogroup B meningococcal (MenB) vaccine.

-  These shaded boxes indicate when the vaccine is recommended for all children unless your doctor tells you that your child cannot safely receive the vaccine.
-  These shaded boxes indicate the vaccine should be given if a child is catching-up on missed vaccines.
-  These shaded boxes indicate the vaccine is recommended for children with certain health or lifestyle conditions that put them at an increased risk for serious diseases. See vaccine-specific recommendations at www.cdc.gov/vaccines/pubs/ACIP-list.htm.
-  This shaded box indicates children not at increased risk may get the vaccine if they wish after speaking to a provider.



表八之二、青少年（11-18 歲）預防接種建議106.03 版

疫苗種類 \ 年齡或特定族群	11歲-12歲	13歲-15歲	16歲-18歲
破傷風白喉百日咳混合疫苗 ¹		接種 1 劑	
麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗 ²		未曾接種或未具抗體者	
水痘疫苗 ³		未曾接種且未曾感染過者	
B 型肝炎疫苗 ⁴		未曾接種者	
	依時程完成 B 型肝炎疫苗接種，經檢驗為 B 型肝炎表面抗體陰性者		
A 型肝炎疫苗 ⁵	未曾接種者，特別是高危險群及赴流行地區者		
不活化小兒麻痺疫苗 ⁶		未曾接種者	
	赴流行地區者		
季節性流感疫苗 ⁷	每年接種 1 劑		
肺炎鏈球菌疫苗 ⁸	高危險群		
人類乳突病毒疫苗 ⁹	未曾接種者		
結合型流行性腦脊髓膜炎疫苗 ¹⁰	高危險群及赴流行地區者		

依「國小學童新生入學後預防接種紀錄檢查與補種指引」補種

未曾接種、未具抗體或非公費實施對象等建議自費接種

依「國小學童新生入學後預防接種紀錄檢查與補種指引」補種

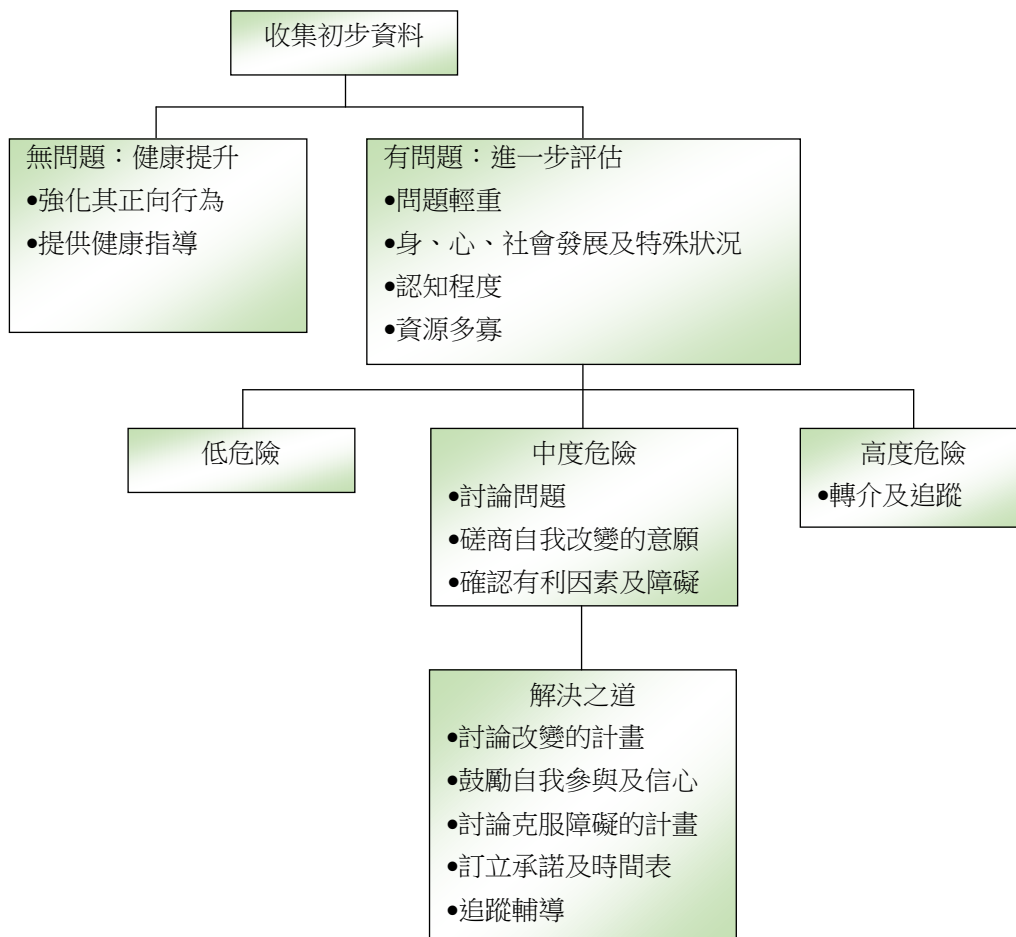
資料來源：衛生福利部疾病管制署

表九、台灣地區學生健康檢查基準表

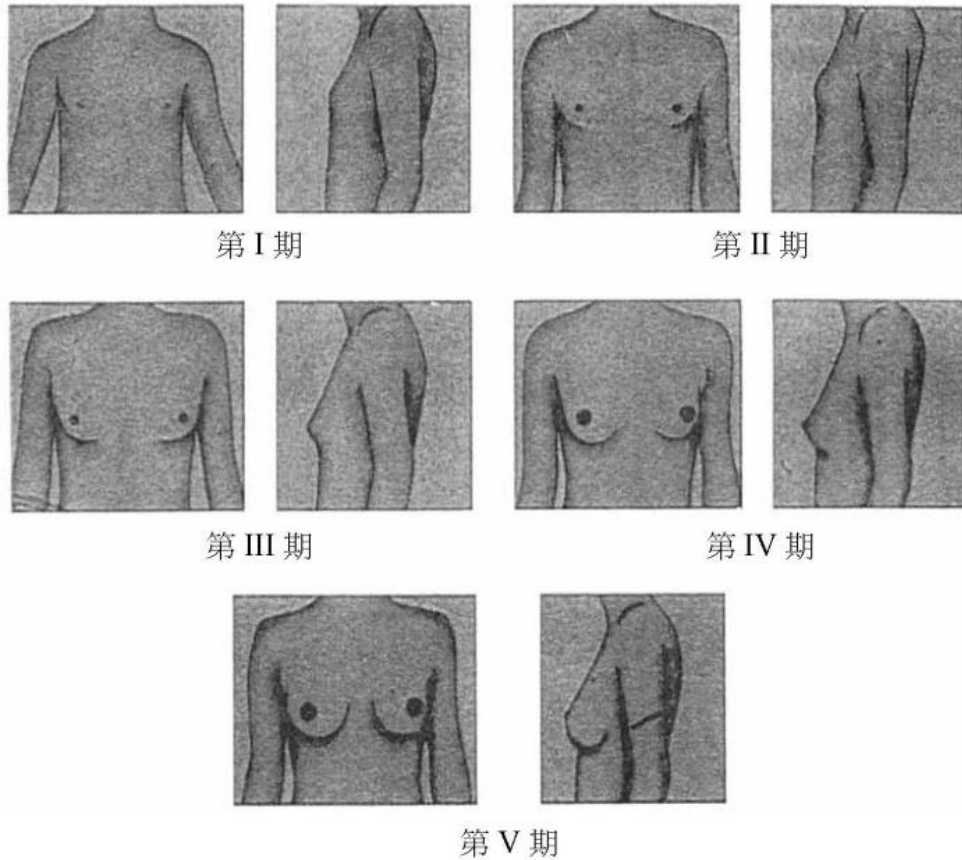
檢查項目		實施對象及時間					建議檢查方法	
項目	內容	國小 新生	國小 四年級	國中 新生	高中職 新生	大專 校院 新生	方法	檢查用具
體格	身高	●	●	●	●	○	身高測量	身高計
生長	體重	●	●	●	●	○	體重測量	體重計
血壓	血壓	△	△	△	○	○	血壓測量	血壓計
眼睛	視力	●	●	●	●	○	Landolt's c Chart Snellen's E Chart	視力表、視力機
	辨色力	○	○	○	△	△	色覺檢查	石原氏綜合色盲檢查本
	立體感	○	×	×	×	×	亂點立體圖檢查	NTU 亂點立體圖
	斜視、弱視	○	○	×	×	×	角膜光照反射法	小手電筒、遮眼板
	其他異常	○	○	○	○	○	交替遮眼法 視診	
頭頸	斜頸、異常腫塊及其他	○	○	○	○	○	視診、觸診	
口腔	齙齒、缺牙、咬合不正、口腔衛生及其他異常	◎	◎	○	○	○	視診	頭鏡、探針、口鏡、燈光、手套
耳鼻喉	聽力	○	○	○	○	○	音叉檢查法	512Hz 音叉
	唇顎裂	○	×	×	×	×	視診	
	構音異常	○	○	×	×	×	分辨發音是否清晰	
	耳道畸形	○	△	△	△	△	視診、觸診	頭鏡、耳鏡、手電筒、壓舌板、燈光
	耳膜破損、盯聾栓塞、扁桃腺腫大及其他異常	○	○	○	○	○		
胸部	心肺疾病、胸廓異常及其他異常	○	○	○	○	○	視診、觸診、聽診	聽診器、屏風
腹部	異常腫大、疝氣及其他異常	○	○	○	○	○	視診、觸診、扣診	
皮膚	癬、疥瘡、疣、異位性皮膚炎、溼疹及其他異常	○	○	○	○	○	視診、觸診	
脊柱四肢	脊柱側彎、肢體畸形、青蛙肢及其他異常	○	○	○	○	○	視診、觸診 Adam 前彎測驗 四肢及關節活動評估	
泌尿生殖	隱睪	○	×	×	×	×	視診、觸診	手套、屏風
	包皮異常、精索靜脈曲張及其他異常	○	○	○	○	△	視診、觸診	(只適用男生)
寄生蟲	腸內寄生蟲	△	△	△	×	×	檢體檢驗	檢體收集盒
	蟯蟲	○	○	△	×	×	肛門黏貼試紙法	顯微鏡、肛門黏貼試紙
尿液	尿蛋白、尿糖、潛血、酸鹼度	○	○	○	○	○	試紙儀器判讀法或顯微鏡法	試紙或顯微鏡
血液檢查	血液常規：血色素、白血球、紅血球、血小板、平均血球容積比 肝功能：SGOT、SGPT 腎功能：CREATININE 尿酸 血脂肪：總膽固醇(T-CHOL) 血清免疫學：HBs Ag、Hbs Ab 及其他	△	△	△	○	○	抽血	實驗室檢查設備
X 光	胸部 X 光	△	△	△	○	○	X 光	影像檢查設備

註：實施對象及時間符號說明

○指應檢查之項目。△指視需要而辦理之項目。×指不須要檢查之項目。◎指國小每學年亦應檢查之項目。●指高級中等以下學校，每學期亦應檢查之項目。



圖一、青少年預防性健康篩檢及健康提升流程圖



圖二、女性 Tanner 氏乳房發展分期

註：第 I 期：青少年期前、兒童型態乳房。

第 II 期：乳蕾形成、乳暈鼓起及乳頭漸鼓。

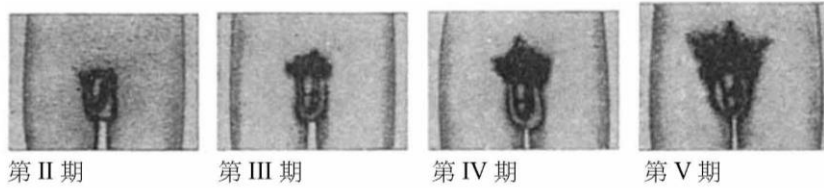
第 III 期：乳蕾較大、乳暈變大及乳頭更鼓，但乳房外形仍為一體。

第 IV 期：乳暈及乳頭與乳房外形分開，形成第二丘狀體。

第 V 期：成熟型態，即乳暈丘退至乳房外形中，乳頭更加突出。

(取材自參考資料 4)

男



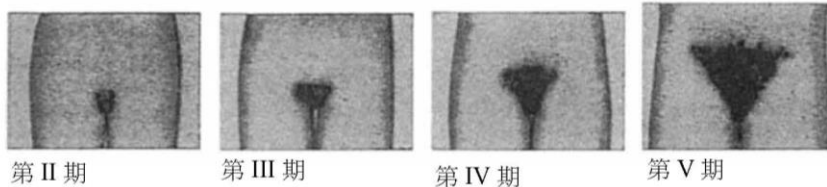
第 II 期

第 III 期

第 IV 期

第 V 期

女



第 II 期

第 III 期

第 IV 期

第 V 期

圖三、男、女性 Tanner 氏陰毛發展分期

註：第 I 期：青少年期前、無陰毛。

第 II 期：少數直，淡色毛在陰莖底部。

第 III 期：毛變深變捲、向兩側延伸。

第 IV 期：毛更捲、變粗、延伸為成人型態。

第 V 期：毛延伸至大腿內側、成熟為成人型態。

註：第 I 期：青少年期前、無陰毛。

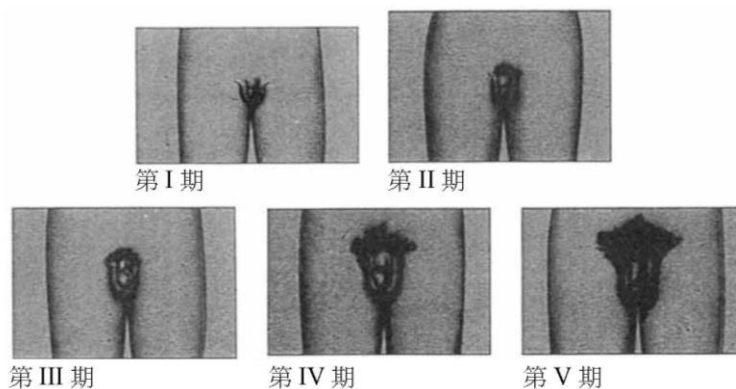
第 II 期：少數長，淡色毛在大陰唇邊緣。

第 III 期：毛變深變捲、長到恥丘上。

第 IV 期：毛更捲、變粗、數量增多。

第 V 期：成為成人倒三角型態並延至大腿內側。

(取材自參考資料 4)



第 I 期

第 II 期

第 III 期

第 IV 期

第 V 期

圖四、男性 Tanner 氏外生殖器發展分期

註：第 I 期：青少年期前、呈兒童型態。

第 II 期：睪丸增大、陰囊增大且顏色變紅、陰莖稍大。

第 III 期：睪丸、陰囊持續增大、陰莖長度增加。

第 IV 期：睪丸、陰囊持續增大、陰囊色深、陰莖寬度增加、龜頭成型。

第 V 期：外生殖器呈現成人型態及大小。

(取材自參考資料 4)

請與我們同行

我們為青少年服務 青少年為我們服務

敬請贊助：

財團法人李氏慈愛青少年醫學教育基金會

郵政劃撥帳號：22592302（捐款均開立收據，可依法折扣所得稅）

戶名：財團法人李氏慈愛青少年醫學教育基金會