



# 臺灣健康促進學校協會

Taiwan Health Promoting School Association

114年度電子年刊

114年12月31日發行

# 目錄

**page**

## **3 理事長的話**

### **健康促進學校實務案例手冊介紹**

**5**      《臺灣健康促進學校 學生參與推動案例》

**7**      《健康促進學校這樣做：績優案例指南》

**9**      建置在地化正確使用鎮靜安眠藥暨  
藥物濫用防制衛教模式計畫

### **114年健康促進學校特色獎勵計畫：**

#### **卓越金質獎-實例分享**

**14**      • 新北市雙峰國小

**18**      • 彰化縣橋頭國小

**22**      • 屏東縣春日國小

**26**      114年 會務成果

**27**      會員廣播站

## 理事長的話

臺灣健康促進學校協會自成立以來，始終懷抱著一份對教育與健康的熱忱，持續陪伴學校推動健康促進學校的理念與實踐，隨著健康促進理念逐漸在校園中深耕，越來越多學校主動投入、用心實踐，也累積了許多感動人心的成果。為了讓這些寶貴經驗能被更多夥伴看見與運用，本年度電子年刊特別介紹兩本彙集優秀實務案例的參考手冊。

首先，回應近年教育部國民及學前教育署高度重視的「學生參與」核心精神，國民健康署於112年出版《臺灣健康促進學校－學生參與推動案例》，透過豐富實例呈現學生不只是健康教育的學習者，更是校園健康行動中不可或缺的參與者與夥伴，為學校提供具體可行的實務啟發。

另一方面，國民健康署於114年出版《健康促進學校這樣做：績優案例指南》，精選歷屆獎勵競賽中的傑出學校經驗，協助第一線教育工作者在推動健康促進計畫時能有所參考。

本期電子報也特別與大家分享協會於2025年的兩項重要成果：

其一，本協會榮譽理事長紀雪雲教授承接食藥署委託之「**建置在地化正確使用鎮靜安眠藥暨藥物濫用防制衛教模式計畫**」，透過在地衛教中心的深耕與陪伴，協助民眾正確認識並安全使用鎮靜安眠藥，逐步建構藥物濫用防制的支持網絡，守護多元族群的用藥安全。

其二，「**健康促進學校特色獎勵競賽**」在國民健康署與國民及學前教育署的共同努力下，今年已邁入第三屆，持續以HPS 3.0標準，肯定那些整合學校、社區與政府資源、用心推動全校健康發展的學校。本期亦特別介紹114年榮獲卓越金質獎的三所學校，從中我們看見校長堅定的領導，凝聚親師生力量，善用社區資源、活化校園空間，營造兼顧身心健康與生態永續的學習環境；並將健康議題自然融入課程，結合科技、食農與人文教育，發展出深具在地特色的校本課程，陪伴孩子一步步培養健康素養。

展望2026年，我們衷心期盼，健康促進不僅是一項政策或計畫，而能成為每一位學校工作者共同珍惜的價值信念，融入日常生活行動。讓我們持續攜手同行，為全校師生、也為自己，共同打造更健康、更溫暖、更美好的教育環境。

最後，誠摯祝福所有夥伴身心安康、新的一年充滿希望與喜悅!!

理事長

陳富莉 于 2025.12 筆 



# 健康促進學校 實務案例手冊介紹

## 《臺灣健康促進學校 學生參與推動案例》

臺灣自2002年實施健康促進學校計畫至今，已累積許多成果。隨著世界衛生組織(WHO)及聯合國教科文組織(UNESCO)發表最新的健康促進學校國際標準，我國為與國際接軌而修訂「第三代健康促進學校(HPS 3.0)」標準。HPS 3.0不僅強調政府層級的政策與資源挹注，也著重學校全體成員投入健康促進。

這意味著校長、教職員工、家長、社區居民外，學生也應積極參與健康促進，共同打造健康校園。而這本《臺灣健康促進學校-學生參與推動案例》是彙整了國高中小及大學，由學生們親自參與、推動各項健康議題的精華總集。提供給學校健康促進工作者做為參考，讓大家瞭解「學生可以怎麼動起來」。



圖1-1：《臺灣健康促進學校 學生參與推動案例》

### 學生為什麼要參與健康促進？

過去學生在推行學校健康促進的決策中常居於被動，然而作為社區的一份子，學生有能力為校園健康盡一份力量，並對自身健康負責，將其視為等同於學業成就的重要資產。參與健康促進活動，學生不僅照顧自身健康，也能延伸至家人與社區，更能帶來全方位的好處。參與健康促進能提升學生的健康擁有權、健康知識、技能與自信，從而改善健康行為。學生投入也能優化師生、同儕間的關係，增加合作機會，並改變校園文化，讓學校更尊重、傾聽學生意見，透過合作減輕教職員工工作負擔，帶動家長參與。

## 學生怎麼「動起來」？

手冊共有七篇案例，涵蓋了國高中小學及大學層級，展現學生在不同健康議題上主動參與的方式與策略、成果亮點與未來展望。

### 國高中小篇

該篇共收錄四篇案例。學生主動參與偏鄉口腔、視力保健、校園菸害防制等議題，並透過健康主播活動提升健康素養，篇名分別為：



1. 偏鄉地區學生倡議及投入健康促進學校計畫學校口腔保健計畫之成效-嘉義縣大鄉國小為例。
2. 偏鄉學校視力保健健康促進計畫成效之探討：以松梅國小為例。
3. 共創無菸海山。
4. 健康促進學校校園健康主播活動促進臺灣學生的參與、健康素養和行為。

### 大學篇

該篇共收錄三篇案例。大學生結合服務學習與專業知識，推動校園反菸、參與世代共融計畫，並透過設計思考提升健康行為，篇名分別為：



5. 某大學校園反菸大使計畫之探討：案例分析。
6. 因應少子高齡社會，推動服務學習，參與「預防及延緩失能運動指導員培訓」世代共融計畫。
7. 設計思考代間服務學習課程模組對於台灣大學生代間關係與健康行為之影響。

這本手冊是學校健康促進朝向學生參與的成果。它呈現了學生從被動的受教育者轉變為主動的參與者與倡議者的歷程。書中案例為學校實務工作者提供參考，也體現HPS3.0中「涵蓋全校成員投入」之意涵。期望未來有更多學生能積極投入學校健康促進，共同為提升整體健康與福祉而努力。

# 《健康促進學校這樣做：績優案例指南》

為提升兒童及青少年健康並推廣新一代健康促進學校標準，國民健康署與國民及學前教育署自2023年起共同舉辦「健康促進學校特色獎勵競賽」，評選積極投入並表現優異之學校，作為其他學校的標竿。競賽針對全國中小學，評選當年度整體表現傑出的卓越獎學校與特定面向表現優異的特色獎學校。

而這本《健康促進學校這樣做：績優案例指南》彙整了歷屆獲獎學校的成功經驗，希望每位有意投身健康促進的學校工作者，能在書中找尋實用且滿足學校健康需求的靈感，共同將學校打造成一個更健康、更幸福的生活環境。

## 書中有哪些「好點子」？

### 1. 背景

以前一代標準為基礎，我國參考WHO及UNESCO提出的健康促進學校國際標準，發展出兼具本土特色與國際趨勢的第三代健康促進學校(HPS 3.0)標準。相較於前代以學校為主體的六大標準，第三代延伸至政府層級，不僅仰賴學校的努力，更需要政府的政策支持與資源投入。學校層級則納入更全面的健康促進治理，涵蓋每位成員的投入，並與社區形成緊密的夥伴關係。全面關懷學校成員身心健康與福祉。



圖1-2：《健康促進學校這樣做：績優案例指南》

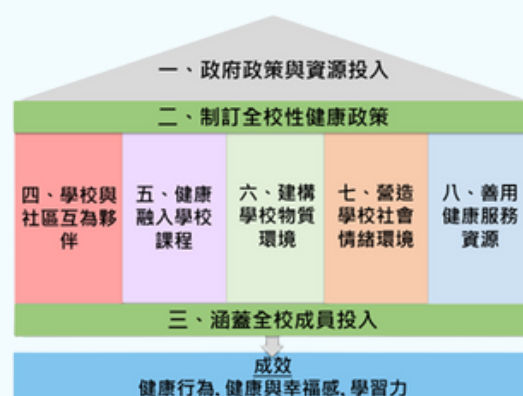


圖1-3：健康促進學校 3.0

手冊包含「縣市政府篇」、「學校篇」與「實務者專篇」三大篇章，每位讀者可依據自身需求閱讀相應的篇章：

## 2. 縣市政府篇

該篇著重於政策規劃與資源整合，透過四個案例縣市的衛生與教育單位進行跨單位合作之架構及發展政策，讓讀者瞭解如何釐清合作過程的困境、整合內外部資源、確立共同目標並規劃相應策略。

## 3. 學校篇

因應不同學制的差異，該篇分成國小組及國高中組呈現學校的實踐模式。經由案例引導，讓各級學校實務工作者依學制性質瞭解親師生健康問題，並制定相應且合適的健康策略。過程中強化全員投入、整合社區健康資源，帶領學校往更好的發展方向。案例包含：卓越學校案例(成功整合HPS 3.0八大標準且各項健康指標表現優異之學校)與特色學校案例(在夥伴關係、創意課程、永續環境、健康服務等特定面向展現創新的學校)。

## 4. 實務者專篇

該篇收錄了七位實務工作者的推動歷程與實務經驗分享。透過校長、主任、組長及護理師等工作者的話語，給予正在推動健康促進的人員最有溫度的建議與鼓勵，也讓讀者瞭解想推動健康促進學校應具備的要素。

這本手冊記錄著臺灣健康促進學校的推動成果。它呈現了不同縣市、學校及實務工作者推動學校健康促進的實踐軌跡。這些經驗的積累為HPS 3.0的發展提供了堅實的基礎。期望這本書能引領更多學校工作者加入健康促進的行列，推動更多具有特色的健康策略，一同為親師生建構一個永續、健康的校園。

本次介紹的兩篇案例手冊，其完整內容皆已上架於國民健康署健康九九網站，歡迎有興趣的實務工作者前往查閱。以下提供兩本手冊的下載連結(點選下方書名)及QR code供讀者參考：

《臺灣健康促進學校 學生參與推動案例》

《健康促進學校這樣做：績優案例指南》





# 建置在地化正確使用鎮靜安眠藥 暨藥物濫用防制衛教模式計畫

計畫主持人：紀雪雲教授 / 臺灣健康促進學校協會榮譽理事長

本計畫在北、中、南、東共維運10處「正確使用鎮靜安眠藥暨藥物濫用防制衛教中心」的量能，其和225個機關團體合作推廣在地化的正確使用鎮靜安眠藥暨藥物濫用防制教育，引入人力、物力及經費等資源，其中有122處願意共同持續協助在地推廣相關教育活動(稱為外展點)，建立全國正確使用鎮靜安眠藥暨藥物濫用防制的支持網絡，提高民眾接受相關正確資訊的可近性，達成建構預防藥物濫用的支持性環境。



圖2-1：114年度成果分享交流會

本(114)年度培育465名師資，辦理正確使用鎮靜安眠藥教育宣導暨藥物濫用防制教育宣導382場，總宣導人數為19,314人次。從其抽樣，共蒐集正確使用鎮靜安眠藥教育成效問卷892份及藥物濫用防制教育成效問卷854份。



正確使用鎮靜安眠藥後測認知高於前測(前測0.76、後測0.87)，呈現結果達到統計上顯著意義。

表1：正確使用鎮靜安眠藥認知分析(N=892)(基本資料)

| 族群                     | 前測          | 後測          | 後測減前測       | p value   |           |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|
|                        | 平均數±標準差     | 平均數±標準差     | 平均數±標準差     | 組內比較      | 組間比較      |
| 鎮靜安眠藥使用認知總平均           |             |             |             |           | 0.337     |
| 男性(n = 328)            | 0.64 ± 0.34 | 0.77 ± 0.30 | 0.13 ± 0.28 | <0.001*** |           |
| 女性(n = 562)            | 0.83 ± 0.24 | 0.94 ± 0.16 | 0.11 ± 0.22 | <0.001*** |           |
| 鎮靜安眠藥使用認知總平均           |             |             |             |           | 0.262     |
| ≥65 歲(n = 419)         | 0.83 ± 0.26 | 0.94 ± 0.16 | 0.11 ± 0.22 | <0.001*** |           |
| <65 歲(n = 473)         | 0.69 ± 0.31 | 0.82 ± 0.27 | 0.12 ± 0.26 | <0.001*** |           |
| 鎮靜安眠藥使用認知總平均           |             |             |             |           | 0.609     |
| 國中以下(n = 278)          | 0.77 ± 0.30 | 0.88 ± 0.22 | 0.11 ± 0.24 | <0.001*** |           |
| 高中職(n = 320)           | 0.78 ± 0.27 | 0.91 ± 0.21 | 0.13 ± 0.22 | <0.001*** |           |
| 大專以上(n = 293)          | 0.72 ± 0.32 | 0.84 ± 0.26 | 0.11 ± 0.27 | <0.001*** |           |
| 鎮靜安眠藥使用認知總平均           |             |             |             |           | <0.001*** |
| 有吸菸(n = 126)           | 0.64 ± 0.34 | 0.83 ± 0.26 | 0.19 ± 0.27 | <0.001*** |           |
| 沒有吸菸(n = 766)          | 0.78 ± 0.28 | 0.88 ± 0.23 | 0.10 ± 0.24 | <0.001*** |           |
| 鎮靜安眠藥使用認知總平均           |             |             |             |           | 0.011*    |
| 有喝酒(n = 301)           | 0.74 ± 0.32 | 0.89 ± 0.24 | 0.15 ± 0.25 | <0.001*** |           |
| 沒有喝酒(n = 591)          | 0.77 ± 0.28 | 0.87 ± 0.23 | 0.10 ± 0.24 | <0.001*** |           |
| 鎮靜安眠藥使用認知總平均           |             |             |             |           | 0.442     |
| 有睡眠不良(n = 492)         | 0.79 ± 0.28 | 0.90 ± 0.21 | 0.11 ± 0.24 | <0.001*** |           |
| 沒有睡眠不良(n = 400)        | 0.72 ± 0.31 | 0.85 ± 0.26 | 0.12 ± 0.25 | <0.001*** |           |
| 鎮靜安眠藥使用認知總平均           |             |             |             |           | 0.985     |
| 因睡眠不良就醫(n = 216)       | 0.76 ± 0.32 | 0.87 ± 0.25 | 0.12 ± 0.25 | <0.001*** |           |
| 沒有睡眠不良就醫(n = 676)      | 0.76 ± 0.28 | 0.88 ± 0.23 | 0.12 ± 0.24 | <0.001*** |           |
| 鎮靜安眠藥使用認知總平均           |             |             |             |           | 0.211     |
| 曾無處方箋購買鎮靜安眠藥(n = 62)   | 0.68 ± 0.37 | 0.84 ± 0.27 | 0.16 ± 0.30 | <0.001*** |           |
| 未曾無處方箋購買鎮靜安眠藥(n = 830) | 0.77 ± 0.29 | 0.88 ± 0.23 | 0.11 ± 0.24 | <0.001*** |           |
| 鎮靜安眠藥使用認知總平均           |             |             |             |           | 0.382     |
| 曾分送鎮靜安眠藥給他人(n = 49)    | 0.65 ± 0.35 | 0.80 ± 0.28 | 0.15 ± 0.28 | <0.001*** |           |
| 未曾分送鎮靜安眠藥給他人(n = 843)  | 0.77 ± 0.29 | 0.88 ± 0.23 | 0.11 ± 0.24 | <0.001*** |           |

正確使用鎮靜安眠藥後測效能低於前測(前測2.39、後測2.27)，呈現結果達到統計上顯著意義。

表2：正確使用鎮靜安眠藥效能分析(N=892)(基本資料)

| 族群                         | 前測          | 後測          | 後測減前測        | p value   |           |
|----------------------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-----------|
|                            | 平均數±標準差     | 平均數±標準差     | 平均數±標準差      | 組內比較      | 組間比較      |
| 鎮靜安眠藥使用效能總平均               |             |             |              |           | 0.143     |
| 男性 (n = 328)               | 2.45 ± 0.49 | 2.28 ± 0.87 | -0.17 ± 0.89 | <0.001*** |           |
| 女性(n = 562)                | 2.35 ± 0.48 | 2.26 ± 0.74 | -0.09 ± 0.76 | 0.007**   |           |
| 鎮靜安眠藥使用效能總平均               |             |             |              |           | <0.001*** |
| ≥65 歲(n = 419)             | 2.33 ± 0.47 | 2.10 ± 0.78 | -0.23 ± 0.77 | <0.001*** |           |
| <65 歲(n = 473)             | 2.44 ± 0.49 | 2.42 ± 0.77 | -0.02 ± 0.83 | 0.672     |           |
| 鎮靜安眠藥使用效能總平均               |             |             |              |           | <0.001*** |
| 國中以下(n = 278)              | 2.29 ± 0.44 | 2.27 ± 0.63 | -0.02 ± 0.57 | 0.602     |           |
| 高中職(n = 320)               | 2.34 ± 0.49 | 1.92 ± 0.90 | -0.42 ± 0.97 | <0.001*** |           |
| 大專以上(n = 293)              | 2.60 ± 0.66 | 2.69 ± 0.65 | 0.09 ± 0.83  | 0.081     |           |
| 鎮靜安眠藥使用效能總平均               |             |             |              |           | 0.048*    |
| 有吸菸(n = 126)               | 2.38 ± 0.54 | 2.11 ± 0.91 | -0.27 ± 0.95 | 0.002**   |           |
| 沒有吸菸(n = 766)              | 2.39 ± 0.48 | 2.29 ± 0.77 | -0.09 ± 0.79 | 0.001**   |           |
| 鎮靜安眠藥使用效能總平均               |             |             |              |           | <0.001*** |
| 有喝酒(n = 301)               | 2.39 ± 0.50 | 1.87 ± 0.90 | -0.52 ± 0.95 | <0.001*** |           |
| 沒有喝酒(n = 591)              | 2.38 ± 0.48 | 2.47 ± 0.64 | 0.09 ± 0.64  | <0.001*** |           |
| 鎮靜安眠藥使用效能總平均               |             |             |              |           | 0.002**   |
| 有睡眠不良(n = 492)             | 2.32 ± 0.48 | 2.13 ± 0.78 | -0.19 ± 0.83 | <0.001*** |           |
| 沒有睡眠不良(n = 400)            | 2.47 ± 0.48 | 2.44 ± 0.77 | -0.03 ± 0.78 | 0.493     |           |
| 鎮靜安眠藥使用效能總平均               |             |             |              |           | 0.011*    |
| 因睡眠不良就醫(n = 216)           | 2.37 ± 0.50 | 2.12 ± 0.86 | -0.24 ± 0.84 | <0.001*** |           |
| 沒有睡眠不良就醫(n = 676)          | 2.39 ± 0.48 | 2.32 ± 0.76 | -0.08 ± 0.80 | 0.012*    |           |
| 鎮靜安眠藥使用效能總平均               |             |             |              |           | 0.044*    |
| 曾購買無處方箋鎮靜安眠藥<br>(n = 62)   | 2.23 ± 0.43 | 1.93 ± 0.80 | -0.30 ± 0.70 | 0.001**   |           |
| 未曾購買無處方箋鎮靜安眠藥<br>(n = 830) | 2.40 ± 0.49 | 2.29 ± 0.78 | -0.10 ± 0.82 | <0.001*** |           |
| 鎮靜安眠藥使用效能總平均               |             |             |              |           | 0.135     |
| 曾分送鎮靜安眠藥給他人<br>(n = 49)    | 2.31 ± 0.49 | 2.33 ± 0.70 | 0.03 ± 0.68  | 0.781     |           |
| 未曾分送鎮靜安眠藥給他人<br>(n = 843)  | 2.39 ± 0.49 | 2.27 ± 0.79 | -0.13 ± 0.82 | <0.001*** |           |

藥物濫用後測防制認知高於前測(前測0.65、後測0.88)，呈現結果達到統計上顯著意義。

表3：藥物濫用防制認知分析(N = 854)(基本資料)

| 族群                   | 前測          | 後測          | 後測減前測       | p value   |           |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|
|                      | 平均數±標準差     | 平均數±標準差     | 平均數±標準差     | 組內比較      | 組間比較      |
| 藥物濫用防制認知總平均          |             |             |             |           | 0.613     |
| 男性(n = 373)          | 0.65 ± 0.28 | 0.88 ± 0.18 | 0.23 ± 0.31 | <0.001*** |           |
| 女性(n = 477)          | 0.66 ± 0.27 | 0.87 ± 0.17 | 0.22 ± 0.31 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制認知總平均          |             |             |             |           | <0.001*** |
| ≥65 歲(n = 178)       | 0.46 ± 0.26 | 0.95 ± 0.12 | 0.49 ± 0.32 | <0.001*** |           |
| <65 歲(n = 676)       | 0.70 ± 0.25 | 0.86 ± 0.18 | 0.15 ± 0.27 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制認知總平均          |             |             |             |           | <0.001*** |
| 國中以下(n = 91)         | 0.53 ± 0.24 | 0.88 ± 0.19 | 0.35 ± 0.33 | <0.001*** |           |
| 高中職(n = 337)         | 0.55 ± 0.28 | 0.91 ± 0.16 | 0.36 ± 0.34 | <0.001*** |           |
| 大專以上(n = 426)        | 0.76 ± 0.22 | 0.85 ± 0.18 | 0.09 ± 0.22 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制認知總平均          |             |             |             |           | 0.184     |
| 有吸菸(n = 160)         | 0.60 ± 0.28 | 0.86 ± 0.18 | 0.25 ± 0.33 | <0.001*** |           |
| 沒有吸菸(n = 694)        | 0.66 ± 0.27 | 0.88 ± 0.17 | 0.22 ± 0.31 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制認知總平均          |             |             |             |           | <0.001*** |
| 有喝酒(n = 280)         | 0.53 ± 0.28 | 0.90 ± 0.18 | 0.37 ± 0.35 | <0.001*** |           |
| 沒有喝酒(n = 574)        | 0.71 ± 0.25 | 0.87 ± 0.17 | 0.15 ± 0.27 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制認知總平均          |             |             |             |           | 0.006**   |
| 有吃檳榔(n = 31)         | 0.46 ± 0.31 | 0.88 ± 0.22 | 0.42 ± 0.38 | <0.001*** |           |
| 沒有吃檳榔(n = 823)       | 0.66 ± 0.27 | 0.88 ± 0.17 | 0.22 ± 0.31 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制認知總平均          |             |             |             |           | 0.002**   |
| 使用安眠藥助眠(n = 101)     | 0.55 ± 0.30 | 0.88 ± 0.18 | 0.33 ± 0.37 | <0.001*** |           |
| 沒有使用安眠藥助眠(n = 753)   | 0.67 ± 0.26 | 0.88 ± 0.17 | 0.21 ± 0.30 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制認知總平均          |             |             |             |           | <0.001*** |
| 有使用睡眠保健品(n = 105)    | 0.56 ± 0.28 | 0.90 ± 0.19 | 0.33 ± 0.34 | <0.001*** |           |
| 沒有使用睡眠保健品(n = 749)   | 0.67 ± 0.27 | 0.87 ± 0.17 | 0.21 ± 0.30 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制認知總平均          |             |             |             |           | 0.515     |
| 同事和朋友使用毒品(n = 14)    | 0.58 ± 0.34 | 0.87 ± 0.19 | 0.29 ± 0.40 | 0.019*    |           |
| 同事和朋友沒有使用毒品(n = 767) | 0.66 ± 0.27 | 0.88 ± 0.17 | 0.21 ± 0.31 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制認知總平均          |             |             |             |           | 0.604     |
| 有嘗試大麻(n = 24)        | 0.48 ± 0.27 | 0.74 ± 0.28 | 0.26 ± 0.39 | 0.003**   |           |
| 沒有嘗試大麻(n = 830)      | 0.66 ± 0.27 | 0.88 ± 0.17 | 0.22 ± 0.31 | <0.001*** |           |

藥物濫用後測防制效能高於前測(前測2.47、後測2.77)，呈現結果達到統計上顯著意義。

表4：藥物濫用防制失眠效能分析(N = 854)(基本資料)

| 族群                    | 前測          | 後測          | 後測減前測       | p value   |           |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------|
|                       | 平均數±標準差     | 平均數±標準差     | 平均數±標準差     | 組內比較      | 組間比較      |
| 藥物濫用防制效能總平均           |             |             |             |           | 0.204     |
| 男性 (n = 373)          | 2.43 ± 0.47 | 2.76 ± 0.35 | 0.33 ± 0.47 | <0.001*** |           |
| 女性 (n = 477)          | 2.50 ± 0.51 | 2.79 ± 0.41 | 0.29 ± 0.51 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制效能總平均           |             |             |             |           | <0.001*** |
| ≥65 歲 (n = 178)       | 2.28 ± 0.47 | 2.90 ± 0.27 | 0.62 ± 0.58 | <0.001*** |           |
| <65 歲 (n = 676)       | 2.52 ± 0.49 | 2.74 ± 0.40 | 0.23 ± 0.44 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制效能總平均           |             |             |             |           | <0.001*** |
| 國中以下 (n = 91)         | 2.44 ± 0.47 | 2.76 ± 0.42 | 0.31 ± 0.57 | <0.001*** |           |
| 高中職 (n = 337)         | 2.27 ± 0.44 | 2.81 ± 0.33 | 0.54 ± 0.54 | <0.001*** |           |
| 大專以上 (n = 426)        | 2.63 ± 0.48 | 2.75 ± 0.41 | 0.12 ± 0.34 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制效能總平均           |             |             |             |           | 0.172     |
| 有吸菸 (n = 160)         | 2.34 ± 0.45 | 2.70 ± 0.37 | 0.36 ± 0.49 | <0.001*** |           |
| 沒有吸菸 (n = 694)        | 2.50 ± 0.50 | 2.79 ± 0.38 | 0.30 ± 0.50 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制效能總平均           |             |             |             |           | <0.001*** |
| 有喝酒 (n = 280)         | 2.30 ± 0.45 | 2.83 ± 0.31 | 0.53 ± 0.53 | <0.001*** |           |
| 沒有喝酒 (n = 574)        | 2.55 ± 0.49 | 2.75 ± 0.41 | 0.20 ± 0.44 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制效能總平均           |             |             |             |           | 0.019*    |
| 有吃檳榔 (n = 31)         | 2.25 ± 0.47 | 2.81 ± 0.29 | 0.57 ± 0.60 | <0.001*** |           |
| 沒有吃檳榔 (n = 823)       | 2.47 ± 0.49 | 2.77 ± 0.38 | 0.30 ± 0.49 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制效能總平均           |             |             |             |           | 0.168     |
| 使用安眠藥助眠 (n = 101)     | 2.31 ± 0.50 | 2.70 ± 0.47 | 0.40 ± 0.70 | <0.001*** |           |
| 沒有使用安眠藥助眠 (n = 753)   | 2.49 ± 0.49 | 2.78 ± 0.37 | 0.30 ± 0.46 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制效能總平均           |             |             |             |           | 0.031*    |
| 有使用睡眠保健品 (n = 105)    | 2.38 ± 0.66 | 2.82 ± 0.61 | 0.44 ± 0.67 | <0.001*** |           |
| 沒有使用睡眠保健品 (n = 749)   | 2.48 ± 0.46 | 2.77 ± 0.34 | 0.29 ± 0.46 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制效能總平均           |             |             |             |           | 0.792     |
| 同事和朋友使用毒品 (n = 14)    | 2.33 ± 0.49 | 2.67 ± 0.45 | 0.34 ± 0.53 | 0.032*    |           |
| 同事和朋友沒有使用毒品 (n = 767) | 2.47 ± 0.50 | 2.77 ± 0.38 | 0.30 ± 0.50 | <0.001*** |           |
| 藥物濫用防制效能總平均           |             |             |             |           | 0.778     |
| 有嘗試大麻 (n = 24)        | 2.33 ± 0.25 | 2.66 ± 0.34 | 0.33 ± 0.43 | <0.001*** |           |
| 沒有嘗試大麻 (n = 830)      | 2.47 ± 0.50 | 2.78 ± 0.38 | 0.31 ± 0.50 | <0.001*** |           |



失眠嚴重度方面（分數愈高，失眠嚴重度愈高），正確使用鎮靜安眠藥（前測9.20、後測9.01）及藥物濫用防制（前測8.22、後測6.27）均有改善，且均達統計上顯著意義。

衛教中心擇定8處職場及10處長者進行深度關懷陪伴，職場部分以白領階級的上班族居多，長者部份則多以社區據點為主；職場陪伴方式包括運動、手作、正確使用鎮靜安眠藥講座、睡眠衛生教育以及情緒管理等至少陪伴2次以上，最多4次；長者陪伴方式包括運動、桌遊、闖關遊戲、正確使用鎮靜安眠藥講座、睡眠衛生教育以及情緒管理等等至少陪伴2次以上，最多4次。



圖2-2：結合多元教具、闖關辦理正確使用鎮靜安眠藥與藥物濫用防制教育活動



職場深度關懷陪伴正確使用鎮靜安眠藥教育成效問卷128份。職場認知前測0.81、後測0.90；職場效能前測2.31、後測2.56，進步均達統計水準；職場失眠嚴重度前測10.83、後測7.18，改善達統計差異。

表 5：深度關懷陪伴-職場正確使用鎮靜安眠藥失眠嚴重度(N=128)(基本資料)

| 族群                      | 前測           | 後測            | 後測減前測         | p value   |           |
|-------------------------|--------------|---------------|---------------|-----------|-----------|
|                         | 平均數±標準差      | 平均數±標準差       | 平均數±標準差       | 組內比較      | 組間比較      |
| 失眠嚴重度總分                 |              |               |               |           | 0.110     |
| 男性 (n = 57)             | 12.53 ± 5.04 | 7.95 ± 5.62   | -4.58 ± 7.05  | <0.001*** |           |
| 女性 (n = 70)             | 9.36 ± 6.69  | 6.63 ± 5.67   | -2.73 ± 5.56  | <0.001*** |           |
| 失眠嚴重度總分                 |              |               |               |           | 0.006**   |
| ≥40 歲 (n = 164)         | 12.46 ± 6.44 | 7.24 ± 6.03   | -5.22 ± 6.77  | <0.001*** |           |
| <40 歲 (n = 127)         | 9.25 ± 5.54  | 7.12 ± 5.32   | -2.12 ± 5.60  | 0.003**   |           |
| 失眠嚴重度總分                 |              |               |               |           | <0.001*** |
| 國中以下 (n = 8)            | 16.00 ± 5.42 | 5.38 ± 8.68   | -10.62 ± 9.20 | 0.014*    |           |
| 高中職 (n = 13)            | 16.92 ± 4.55 | 4.23 ± 5.43   | -12.69 ± 6.34 | <0.001*** |           |
| 大專以上 (n = 107)          | 9.70 ± 5.81  | 7.67 ± 5.34   | -2.03 ± 4.71  | <0.001*** |           |
| 失眠嚴重度總分                 |              |               |               |           | 0.141     |
| 有吸菸 (n = 2)             | 14.00 ± 9.90 | 15.50 ± 12.02 | 1.50 ± 2.12   | 0.500     |           |
| 沒有吸菸 (n = 126)          | 10.78 ± 6.16 | 7.05 ± 5.50   | -3.73 ± 6.39  | <0.001*** |           |
| 失眠嚴重度總分                 |              |               |               |           | 0.097     |
| 有喝酒 (n = 25)            | 14.20 ± 5.56 | 8.52 ± 6.92   | -5.68 ± 6.74  | <0.001*** |           |
| 沒有喝酒 (n = 103)          | 10.01 ± 6.08 | 6.85 ± 5.30   | -3.16 ± 6.21  | <0.001*** |           |
| 失眠嚴重度總分                 |              |               |               |           | <0.001*** |
| 有睡眠不良 (n = 62)          | 14.37 ± 5.15 | 8.79 ± 6.63   | -5.58 ± 6.78  | <0.001*** |           |
| 沒有睡眠不良 (n = 66)         | 7.50 ± 5.17  | 5.67 ± 4.07   | -1.83 ± 5.42  | 0.008**   |           |
| 失眠嚴重度總分                 |              |               |               |           | 0.654     |
| 因睡眠不良就醫 (n = 12)        | 12.33 ± 7.14 | 7.83 ± 7.81   | -4.50 ± 6.80  | 0.043*    |           |
| 沒有睡眠不良就醫 (n = 116)      | 10.67 ± 6.10 | 7.11 ± 5.43   | -3.56 ± 6.35  | <0.001*** |           |
| 失眠嚴重度總分                 |              |               |               |           | 0.104     |
| 曾購買無處方箋鎮靜安眠藥 (n = 3)    | 14.67 ± 4.93 | 2.33 ± 1.15   | -12.33 ± 5.51 | 0.061     |           |
| 未曾購買無處方箋鎮靜安眠藥 (n = 124) | 10.81 ± 6.18 | 7.34 ± 5.68   | -3.47 ± 6.28  | <0.001*** |           |
| 失眠嚴重度總分                 |              |               |               |           | NA        |
| 曾分送鎮靜安眠藥給他人 (n = 1)     | NA           | NA            | NA            | NA        |           |
| 未曾分送鎮靜安眠藥給他人 (n = 127)  | 10.84 ± 6.21 | 7.21 ± 5.67   | -3.63 ± 6.39  | <0.001*** |           |

0-7：無明顯失眠困擾；8-14：稍有睡眠困擾；

15-21：有明顯失眠困擾；22-28：有嚴重失眠困擾

長者深度關懷陪伴正確使用鎮靜安眠藥教育成效問卷163份，長者認知前測0.75、後測0.87，長者效能前測2.25、後測2.56，進步均達統計水準；長者失眠嚴重度前測10.10、後測8.23，改善達統計差異。兩者的失眠嚴重度均有改善，且達統計上的顯著水準。

表 6：深度關懷陪伴-長者正確使用鎮靜安眠藥失眠嚴重度(N=163)(基本資料)

| 族群                         | 前測           | 後測          | 後測減前測        | p value   |           |
|----------------------------|--------------|-------------|--------------|-----------|-----------|
|                            | 平均數±標準差      | 平均數±標準差     | 平均數±標準差      | 組內比較      | 組間比較      |
| 失眠嚴重度總分                    |              |             |              |           | 0.075     |
| 男性 (n = 36)                | 10.22 ± 6.30 | 6.67 ± 4.43 | -3.56 ± 7.28 | 0.006**   |           |
| 女性(n = 127)                | 8.88 ± 4.86  | 7.68 ± 4.83 | -1.20 ± 4.88 | 0.006**   |           |
| 失眠嚴重度總分                    |              |             |              |           | 0.288     |
| ≥65 歲(n = 159)             | 9.23 ± 5.26  | 7.43 ± 4.76 | -1.80 ± 5.58 | <0.001*** |           |
| <65 歲(N = 4)               | 7.00 ± 3.27  | 8.25 ± 4.99 | 1.25 ± 4.72  | 0.633     |           |
| 失眠嚴重度總分                    |              |             |              |           | <0.001*** |
| 國中以下(n = 94)               | 7.90 ± 3.97  | 7.14 ± 4.18 | -0.77 ± 4.95 | 0.137     |           |
| 高中職(n = 42)                | 10.36 ± 5.89 | 8.29 ± 5.56 | -2.07 ± 5.79 | 0.026*    |           |
| 大專以上(n = 27)               | 11.78 ± 6.59 | 7.26 ± 5.26 | -4.52 ± 6.38 | 0.001**   |           |
| 失眠嚴重度總分                    |              |             |              |           | 0.104     |
| 有吸菸(n = 8)                 | 13.62 ± 5.32 | 6.88 ± 4.39 | -6.75 ± 7.96 | 0.048*    |           |
| 沒有吸菸(n = 155)              | 8.95 ± 5.13  | 7.48 ± 4.78 | -1.46 ± 5.32 | <0.001*** |           |
| 失眠嚴重度總分                    |              |             |              |           | 0.017*    |
| 有喝酒(n = 11)                | 12.55 ± 5.68 | 4.91 ± 2.34 | -7.64 ± 7.35 | 0.006**   |           |
| 沒有喝酒(n = 152)              | 8.93 ± 5.12  | 7.64 ± 4.83 | -1.30 ± 5.19 | 0.002**   |           |
| 失眠嚴重度總分                    |              |             |              |           | 0.534     |
| 有睡眠不良(n = 79)              | 9.70 ± 4.92  | 8.25 ± 4.97 | -1.44 ± 5.59 | 0.025*    |           |
| 沒有睡眠不良(n = 84)             | 8.69 ± 5.47  | 6.70 ± 4.43 | -1.99 ± 5.56 | 0.002**   |           |
| 失眠嚴重度總分                    |              |             |              |           | 0.659     |
| 因睡眠不良就醫(n = 45)            | 10.10 ± 5.68 | 8.10 ± 4.53 | -2.00 ± 4.81 | 0.006**   |           |
| 沒有睡眠不良就醫(n = 115)          | 8.79 ± 4.99  | 7.18 ± 4.83 | -1.61 ± 5.87 | 0.004**   |           |
| 失眠嚴重度總分                    |              |             |              |           | 0.355     |
| 曾購買無處方箋鎮靜安眠藥<br>(n = 8)    | 6.50 ± 3.25  | 5.50 ± 2.20 | -1.00 ± 1.85 | 0.170     |           |
| 未曾購買無處方箋鎮靜安眠藥<br>(n = 155) | 9.32 ± 5.27  | 7.55 ± 4.83 | -1.76 ± 5.69 | <0.001*** |           |
| 失眠嚴重度總分                    |              |             |              |           | 0.355     |
| 曾分送鎮靜安眠藥給他人<br>(n = 10)    | 9.30 ± 4.57  | 7.10 ± 3.67 | -2.20 ± 3.33 | 0.066     |           |
| 未曾分送鎮靜安眠藥給他人<br>(N = 153)  | 9.17 ± 5.27  | 7.48 ± 4.82 | -1.69 ± 5.69 | <0.001*** |           |

0-7：無明顯失眠困擾；8-14：稍有睡眠困擾；

15-21：有明顯失眠困擾；22-28：有嚴重失眠困擾

本次研究顯示一般活動在正確使用鎮靜安眠藥和藥物濫用防制教育在認知方面，各族群均有改善，且達統計上的差異。但效能和行為就受人口學因素影響，例如一般宣導活動在鎮靜安眠藥效能後測退步，經檢視人口學變項，主要受學歷影響，但若2次以上的陪伴則效能都改善，故若要改善行為、生活型態等，未來在教育介入應提供二次以上的連續關懷才有效。



但職場或各據點的年度課程常只排一次，民眾若無深交，也只接受一次性的宣導或教育，故建議類似以行為改變為目標的計畫須以中長程計畫，方能從初步認識建立夥伴關係至深度合作排入隔年的行事曆。

因此社區結盟理論和夥伴關係的經營在深度陪伴關懷非常重要，亦即施教者和參與者間的人際關係越緊密越能深入了解對方需求，並提供更適切的協助，介入成效較能顯現。



# 雙峰<sup>5</sup>正展能 健康<sup>4</sup>樂同行

新北市雙峰國民小學

114年健康促進學校特色獎勵競賽-卓越金質獎

雙峰國小坐落於新北市新店區的山林間，生態豐富、青山環繞，孩子們能在這綠意盎然的環境中成長。從學校更可遠眺著名景點—雙峰山，學校也因而得名。在王耀德校長的帶領下，學校結合山川地景，建構出體現學校願景的山野教育與校訂特色課程，也在師生協力、家長參與及社區合作下，落實健康政策，營造快樂學習與正向成長的校園氛圍。長期經營下，教職員、家長與學生相互信賴，攜手實踐健康生活，為彼此的健康邁進。





## 親師生協力，共築健康防護網

校長帶領行政與教師團隊，與全校成員凝聚健康促進之共識，學校成員主動投入健康促進之業務。教職員藉由團隊會議共同設計教學課程、相互討論並解決問題，護理師也針對健康議題給予相應的推動策略及建議。校長作為代表，主動帶頭入班操作督導式潔牙等課程，讓其他教職員效仿，作為學生的楷模與一起建構健康觀念。

學生端，師生共同創作巧推口腔故事。教師讓學生自主學習的引導過程，不僅培養學生團隊合作與溝通能力，也讓學生產生口腔保健知識及對自身潔牙進行承諾宣言，從而建立正確潔牙的觀念。家長也是維護學生健康的夥伴，與學童在家潔牙，做到監督效果也促進家庭感情。家長們自主成立臉書粉絲團，協助發布學校健促活動訊息。



圖3-1：校長帶頭入班與師生共同操作督導式潔牙



圖3-2：師生共創巧推口腔故事，培養學生健康觀念

## 在地人文融合健康，形塑特色課程

雙峰國小將健康議題融入課程，結合生態教育、創新科技等內涵，設計具學校特色的校本課程。學校運用鄰近文山步道之優勢，發展「春遊健行課程」。依據一至六年級安排不同的登山路線來鍛鍊學生體力，也讓學生從中瞭解山林生態。學校也邀請家長擔任活動志工，讓學生在安全的登山環境中透過正向參與增加身體活動量及培養出正向心理。



圖3-3：家長與六年級學生共同攀登雙峰山



隨著氣候變遷、傳染病、新式菸品等新式健康議題備受重視，學校為調整課程而逐步引進創新科技。雙峰國小近年來以科技為基礎設計創新課程，令人印象深刻的是運用凱比機器人進行「電子煙防制創新教學-密室逃脫」課程。學生在闖關過程中跟著機器人學習電子煙的知識以及健康危害，從而培養識別電子煙的能力與健康素養。



圖3-4：結合AI機器人設計電子煙創新教學課程

## 健康支持環境，守護學生成長

學校開闢蚓菜共生農場，透過農場實作課讓學生瞭解種植蔬菜的過程，也增加戶外活動的時間。收成的蔬菜在學校廚師阿姨的烹調下，變成美味的營養午餐，產生的果皮、菜葉等廚餘則回收變成農場的肥料，一系列過程達到了生態循環；蔬菜從栽種到收成再變成營養午餐也讓學生體會珍惜食物的重要性，進而養成正確飲食、不挑食的好習慣。



圖3-5：透過蚓菜生態永續理念讓學生吃得更健康

為了改善學生因坐姿不正確導致的骨骼發展與視力不良等問題。學校除了編列經費更新課桌椅，也在教育局的媒合下，獲得張榮發基金會的慷慨捐贈。基金會為全校添購了總計400套新式課桌椅，讓每位學生能依據自己的身高，選擇最合適的課桌椅，不僅有效維護他們的身體健康，也建構出更舒適的學習環境。



圖3-6：學校汰換課桌椅，維護學生健康發展

## 結語

雙峰國小在校長的領導下，整合親師生及社區與政府資源，善用在地生態環境加上新興科技等元素，發展多元的健康促進學校策略。全校親師生共同促進彼此健康，搭配豐富的課程內容，讓健康融入學童的生活中，從而養成好習慣。該校的健康策略完整地體現出健康促進學校3.0指標的核心意涵。







# 活力橋頭 享受愛學習

彰化縣橋頭國民小學

114年健康促進學校特色獎勵競賽-卓越金質獎

橋頭國小位處於芭樂與織襪聞名的社頭鄉，是一所精緻化小校，師生互動緊密。學校秉持「許孩子一雙改變未來的翅膀」的教育理念，發展系統化健康促進學校教育策略，結合傳統文化及產業規劃系列課程及活動，成立多元藝文及體育性社團，落實SH150鼓勵師生運用下課時間走出戶外。學校更有效整合民間團體、醫療機關團體及家長會力量，深化健康促進行動推動深度。在團隊用心經營之下，親師生與社區民眾齊心對健康正向投入，成功打造彰化在地健康優質校園。





## 學校、社區及家庭的同心推動

學校所在社區蘊含豐富傳統產業與人情味，校方善加運用此優勢，與社區發展協會、宮廟等地方民間組織、企業團體、衛生醫療機關(如衛生所、衛生局、醫療院所)及家長會建立友善夥伴關係，形成生命共同體。例如：與湳底社區合作，共同提供免費課後照顧服務，督導落實用眼原則；與社區及宮廟合作辦理元宵節聯合踩街繞境，親子一同踏查家鄉，增加運動量並能凝聚社區情感。

儘管經費資源有限，學校積極推動多樣性藝文及體育社團，爭取地方企業及民間團體的支持，募集資源贊助才藝學習基金，全面實施「一人一社團、一人一才藝」，豐富學習歷程，如太鼓社、直排輪社、舞蹈社等。而體制健全的家長會暨志工隊(成員近百人)，對於學校支持不遺餘力，例如家長會主動辦理假日桌球班，免費指導孩子桌球，提供學生假日遠離3C的休閒活動。



圖4-1：攜手社區 提供學童免費課後照顧服務



圖4-2：開設多元社團-太鼓社

## 發展系統化健康促進教學，健康落實日常

學校有效運作課發會，帶領教學團隊將健康議題融入領域課程，並結合閱讀教育、SDGs校訂課程及食農教育，推動系統化健康促進教學。閱讀教育結合健康促進元素辦理主題書展、行動圖書館等多采多姿活動。SDGs校訂課程以水資源、生態保育、海洋教育及氣候變遷等主題為核心，融入語文、綜合、自然及數學跨領域課程，增進孩子永續發展素養。



圖4-3：行動圖書館結合健康促進

健康行為養成有賴日常生活的實踐。學校積極落實SH150計畫，成立運動校隊及社團，推動普及化運動全面實施跳繩及晨跑運動，辦理班際體育競賽(籃球賽、躲避球賽、大隊接力賽)，讓運動內化成為生活一部分。下課期間，師長發揮身教之效，與學生課餘時間在操場上一起運動，激發學童喜愛運動的良好習慣。



圖4-4：下課時間師生一起運動

## 醫療夥伴結盟 建構健康支持系統

學校結盟地方醫療院所相關資源，與員林基督教醫院、員榮醫院、衛生局、衛生所及診所共同合作，提供親師生健康服務。例如，在校慶活動中，結合員基、員榮及署立醫院設置健檢站，提供家長及社區民眾簡易健檢服務。學校護理師也走入社區服務民眾，參與湳底社區與醫院提供的巡迴醫療服務，協助社區民眾進行健康檢查及慢性病管理等服務。



圖4-5：湳底社區健檢

對於教職員工的健康，健康中心提供體重監控服務，邀請有意願參與的教職員工加入，定期測量體重，並提供校內簡易健康諮詢及服務，如疾病諮詢、血壓、血氧等測量，及早發現健康問題。另一方面，為了讓教職員工養成運動習慣，校內設置健康促進專屬場地及健身設施，鼓勵教職員工利用課餘時間運動、釋放壓力，促進身心健康。



圖4-6：教職員工測量血壓



## 結語

橋頭國小與在地社區資源策略聯盟，為健康促進的推動注入活水，串聯「學校-社區-家庭」成為緊密共同體。搭配系統化課程教學、多元化社團、融合傳統文化的特色活動，落實下課時間師生至戶外運動，加上完善的健康服務，培養學生及社區養成良好的健康習慣。透過這些紮實行動，橋頭國小涵養學童品格力、健康力及生活力，成功邁向「全人品格、健康活力、多元學習」目標。





# 春暖花開 日益健康

## 屏東縣春日國民小學 114年健康促進學校特色獎勵競賽-卓越金質獎

春日鄉地處屏東縣的東南隅，三面環山、正面俯瞰臺灣海峽。這裡有座富有原住民風情的學校—春日國小。春日鄉是以排灣族人為主的原住民鄉鎮，學校以原民文化為出發點，長年與家長、社區人士密切互動，健康促進活動與策略強化學校與社區的緊密結合，從社區端獲得許多幫助也積極參與社區活動回饋居民，共創健康環境。學校也把健康議題結合民族教育，搭配周遭山林所形成的「天然運動場」，設計出富有原住民特色的校本課程。



## 社區學校零距離，共創健康校園生活

學校將健康議題融入本位課程，邀請社區專業人士擔任講師教授傳統文化，例如：學校邀請社區耆老結合親師生，進行傳統作物種植與烹調課程，學習在地文化也吸收健康知識。春日國小也和臺灣防盲基金會達成結盟，每學期到校追蹤學生視力及實施義診，建立視力存摺以紀錄學童視力變化，也協助學校追蹤視力不良的高風險個案，一同守護孩童視力。

與社區協力合作，健康促進理念不僅深植校園，也擴展至家長與社區。例如：學校舉辦親子闖關活動，寓教於樂同時向家長傳遞健康知能。為了將愛與關懷傳遞到社區的每個角落，學校響應當地舉辦的「歲末寒冬送暖」計畫。學生們前往部落的老人照護中心與文健站，透過音樂表演為長者們帶來溫暖與歡笑，藉此傳達關愛與祝福。

## 課程融入文化，實踐健康日常

健康議題、民族教育及天然的運動場，這些元素讓學校發展出風格鮮明的校本課程與社團活動。校內的族語課程加入口腔、視力保健內容，學習族語也兼顧健康知能。學校設計部落踏查戶外課程，讓學童瞭解原民文化、增加戶外活動時間並強化視力應用。



圖5-1：臺灣防盲基金會到校做視力檢查



圖5-2：歲末寒冬學生至養護中心為社區長者表演



圖5-3：部落踏查課程，強化學生視力應用



教師們創意地將山坡地轉化為訓練場地，讓柔道隊員在自然環境中鍛煉體能，增強學生體魄更培養適應環境的能力。學校也強調「精力善用、自他共榮」的精神，培養學生關愛他人、相互扶持的文化，就像高年級隊員透過團隊訓練將技術與經驗傳承給學弟妹；隊員參與校外比賽，全校師生給予真摯的歡送與祝福，增加選手在賽場上的自信心。



圖5-4：柔道社團訓練，  
鍛鍊學生強健體魄

## 營造校園情緒環境，培養學生正向心理

學校規劃多元獎勵機制，將品德教育融入獎勵制度，進而增加學生的正向心理與自信心。例如：校內舉辦健康勇士、健康公主選拔賽，選拔出BMI正常、視力良好、無齲齒、具良好衛生習慣及正向心理的學生並公開表揚，藉此提升學生的正向成就。平日裡，也能利用良好表現來累積榮譽點數，以此更換獎品禮物，鼓勵學生正向行為表現及自信心。



圖5-5：健康勇士/公主選拔賽，  
培養學生良好生活態度

除了校內營造社會情緒環境外，參與校外多元活動，讓學生能在正向環境中培養良好人際關係和情緒能力也非常重要。學生們參與醫院舉辦的公益表演活動，不僅建立自我認同，更藉此培養社會責任感，讓愛與關懷能擴展得更遠；學生也在公益社團舉辦的捐贈活動中將自己的東西捐贈給有需要的人，以此培養感恩的心，將來也能成為捐贈之人。



圖5-6：古謠隊展演，增強自我  
認同與表達能力。



## 結語

春日國小以「樂觀、用心、認真、負責、進取」為健康促進願景。與家長、社區居民建立深厚友誼，共同打造健康快樂的共榮環境。結合民族教育、戶外活動及人文關懷以發展校本課程，傳遞民族文化、強化學生體能、提高個人健康意識，營造健康友善的學習環境，提升學生心理健康與正向發展。



# 114年 會務成果

秘書處：郭亭亞、棘信元

## 🎁 年度宣傳品

“ 今年我們訂購了實用又時尚的戶外保溫袋，贈送給每位會員，以感謝會員對本會多年來的愛護與支持！這份禮物能陪伴您享受用餐時光，同時鼓勵您多動手準備料理，把健康與美味帶在身邊。 ”



## 🎯 規劃在臺設立 IUHPE Hub

本會陳富莉理事長及多位會員，於114年9月24日在臺北松暉酒店，與Dr. Didier Jourdan進行交流。雙方針對協會未來的合作發展進行討論，期盼透過合作提升健康促進。本次交流以「在臺設立國際健康促進與教育聯盟區域樞紐 (IUHPE Hub)」為主題。內容旨在臺灣成立一個區域中心，推動亞洲地區的健康促進工作，並發揮臺灣在此領域的專業優勢，深化國際學術與實務的連結。未來於亞洲推廣健康促進活動、籌備研討會等分享活動、辦理專業進修培訓課程等實務工作。



# 會員廣播站

## 【入會辦法】

欲入會者，請先至協會網站 (<http://www.thpsa2014.com>)  
下載填寫「會員入會申請書」，並繳納入會費。

 學生會員：免繳納

 個人會員：新台幣1,000元

 團體會員：新台幣1,000元

Join  
US!



## 【繳交常年會費】

 學生會員：新台幣100元（每年繳納）

 個人會員：新台幣1,000元（每年繳納）

 團體會員：新台幣2,000元（每年繳納）

 個人永久會員：新台幣10,000元（一次付清）

 團體永久會員：新台幣20,000元（一次付清）


## 【匯款帳號】

郵局代號 - 700

帳號 - 2441376 0518939

戶名：臺灣健康促進學校協會陳富莉

以上匯款後，請務必將匯款證明、收據抬頭/統一編號掃描至  
協會Email，並來電確認，以利開立收據。

 協會電話：(02) 2905-2056

 協會信箱：thpsa2014@gmail.com

# 臺灣健康促進學校協會 114年電子年刊

**出版單位：臺灣健康促進學校協會**

**第四屆理事長：陳富莉**

**第四屆榮譽理事長：紀雪雲**

**第四屆理事：張鳳琴、陳志哲、郭鐘隆、劉影梅  
胡益進、張麗春、李春輝、吳文琪**

**第四屆監事：劉潔心、吳仁宇、余坤煌**

## 年刊企劃團隊

**總編輯：陳富莉**

**編輯：棘信元、郭亭亞**

**設計：棘信元**

**特別感謝：臺灣健康促進學校協會專案計畫  
陳穆蓉 研究助理**



本刊保留所有權，同時授權健康促進學校國際網絡推廣中心做推廣使用。  
欲利用者請洽臺灣健康促進學校協會。





**臺灣健康促進學校協會**

**電話：(02)2905-2056**

**信箱：thpsa2014@gmail.com**

**網站：<http://www.thpsa2014.com>**