

第二章 文獻探討

本章共分為四節，包括兒童傳染病流行病學現況、我國幼兒園所、學校傳染病防制工作探討、傳染病防制與教育介入相關研究、傳染病防制教育課程與幼教師資培育課程之探討。

第一節 兒童傳染病流行病學現況

根據國內疫情與教育宣導報告，我國傳染病防制重點，主要為結核病、愛滋病、登革熱、流感大流行與生物恐怖（行政院衛生署疾病管制局，2005）。有關國內疫情報告與傳染病防制，除了由行政院衛生署疾病管制局每月所發行的「疫情報導」外，各縣市政府相關單位於網站中亦有登載傳染病相關說明與教育宣導（行政院衛生署網站，2005）。台灣的輪狀病毒的傳染率非常高，幾乎五歲以下小朋友都曾經感染過輪狀病毒；5歲以內因腹瀉住院的病童中，更有將近4成是因輪狀病毒引起，其中大部分的感染者是2歲以下的幼兒。由於它無法依賴環境衛生的改善或勤洗手等動作來預防，因此被世界衛生組織列為優先發展的疫苗之一，而目前對抗輪狀病毒最有效的預防方式，便是疫苗（董美華、沈惠芳，2000）。此外，於1998年第71型腸病毒流行之後的血清流行病學發現：（1）三歲以下為高危險群，（2）家中兄弟

姐妹的感染者是一項重要感染源，(3) 多變項分析也發現上幼稚園、托兒所的危險性較高(金傳春，2006)。

根據行政院衛生署疾病管制局學校傳染病監視通報系統監測資料顯示並參考 2007 年行政院衛生署疾病管制局網站 (<http://www.cdc.gov.tw>)「校園傳染病防治計劃」參考資料，並依據傳染病統計暨監視年報資料之通報病例及確定病例數，幼童常見傳染病依序為水痘、猩紅熱、登革熱、A型肝炎、腸病毒、流感、桿菌性痢疾(行政院衛生署疾病管制局，2007)。

水痘是幼兒常見的傳染病，全世界都有發生，具高度傳染性，感染者多半是兒童，但絕大部份沒有併發症，同一家庭內的傳染率大於 85%，出紅疹之前五天起即具有傳染力，因此校園內如有水痘病例發生，蔓延的速度通常非常迅速。好發年齡以 3~9 歲為尖峰，占 60% (行政院衛生署疾病管制局，2007)。15 歲以前即有 90% 以上的人感染過水痘，而併發症的危險群為小於 5 歲、大於 20 歲者及免疫不全者。水痘原係採簡單通報及批次通報併行，自 2006 年 1 月 1 日起回歸一般通報方式，亦即依傳染病個案通報系統詳細通報表格式逕行通報，惟仍無需進行實驗室診斷確認。水痘每月均有通報病例，但多發生於冬季及春季。

行政院衛生署疾病管制局傳染病統計暨監視年報 (2003-2005)，

幼童水痘通報病例及確定病例如下：

表2-1 92-94年幼童水痘通報病例及確定病例

年度(民國)	92		93		94	
年齡別	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)
總計	12,273	-	13,219	-	13,600	-
0~4	4085	-	4433	-	4139	-
5~9	4153	-	4362	-	4795	-

資料來源：摘錄自傳染病統計暨監視年報。

猩紅熱主要是藉由直接接觸或吸入呼吸道分泌物所傳染，我國猩紅熱主要侵襲12歲以下之兒童，其中又以4至6歲幼童為主。由於幼童間親密的互動，更易造成彼此間交互感染情形發生。以往猩紅熱是十分嚴重且會致命的疾病，由於醫療水準的提升與進步，一百多年來致死率已下降，好發年齡以4~6歲發生數最多，其次7~9歲，全年每月都有病例發生，其中以3~7月的病例較多，多屬發生於托兒所、幼稚園之小規模聚集感染，由此可知，園所環境無形中提高了猩紅熱傳播的風險。

行政院衛生署疾病管制局傳染病統計暨監視年報(2003-2005)，幼童猩紅熱通報病例及確定病例如下：

表2-2 92-94年幼童猩紅熱通報病例及確定病例

年度(民國)	92		93		94	
年齡別	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)
總計	1,162	640	1,254	759	1,713	1,132
0~4	300	141	389	199	445	253
5~9	743	446	770	507	1105	779

資料來源：摘錄自傳染病統計暨監視年報。

全球登革熱發生的地區，主要在熱帶及亞熱帶有埃及斑蚊及白線斑蚊分布的國家，特別是埃及斑蚊較多之地區，包括亞洲、中南美洲、非洲及澳洲北部，以及部分太平洋地區島嶼（U.S.CDC，2005）。登革病毒在某一地區長期出現，尤其是不同型登革病毒反覆出現時，可能增加登革出血熱及休克症候群個案發生，因此登革熱若未能妥善控制，未來登革出血熱個案將大幅增加。台灣南部有埃及斑蚊分布於高雄市、高雄縣、台南市及屏東縣等縣市，屬登革熱流行高危險區域。校園常見之孳生源，包括綠化環境栽種之水生植物、花盆底盤及排水溝阻塞等，常因疏忽未定期清理，常造成病媒蚊孳生。登革熱自1953年開始，發生在菲律賓、泰國、馬來西亞、新加坡、印尼、印度、斯里蘭卡、緬甸、越南等各地的奇異登革熱，主要侵襲3~10歲的兒童，以嚴重而可能致命的出血徵候乃至休克為特徵，成為嚴重的公共衛生問題（U.S.CDC，2007）。

行政院衛生署疾病管制局傳染病統計暨監視年報（2003-2005），

幼童登革熱通報病例及確定病例如下：

表2-3 92-94年幼童登革熱通報病例及確定病例

年度(民國)	92		93		94	
年齡別	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)
總計	1,583	145	1,421	427	1,083	306
0~4	41	1	42	6	28	4
5~9	43	0	41	10	32	13

資料來源：摘錄自傳染病統計暨監視年報。

A型肝炎感染多發生在托兒所或住家內與急性期患者發生性接觸、靜脈注射毒癮者及曾到A型肝炎流行地區的旅行者。在環境衛生差的地方，A型肝炎感染頻繁，而且多發生於年齡層較低的人。目前國內每月均有確定病例，並無明顯季節性。幼童抗體盛行率低，為易感群體。A型肝炎絕大多數的人都是在孩童時期感染，約70%之兒童為無症狀感染，即使發病也多無出現黃疸症狀，疫情之監控益顯困難。近年來國際交流頻繁，境外移入病例逐年提高，在環境衛生差的地方，A型肝炎感染頻繁，而且多發生於年齡層較低的人。

在臺北市，1980年以前之研究顯示，至國小畢業時約已有43%~83%的人感染過A型肝炎，1989年研究則顯示僅5%群體感染過，而2003年的研究亦發現臺灣20歲以下的年齡層A型肝炎抗體病毒抗體之盛行率均在10%以下，隨著年齡的增加A型肝炎抗體盛行率也隨之遞增。顯示臺灣尤其是都會地區，大部份兒童及青少年都未具A型肝炎抗體；因

此，將來臺灣地區仍有機會發生A型肝炎之爆發流行。山地鄉村因環境衛生及個人衛生習慣不良容易發生流行（行政院衛生署疾病管制局，2007）。

行政院衛生署疾病管制局傳染病統計暨監視年報（2003-2005），幼童 A 型肝炎通報病例及確定病例如下：

表2-4 92-94年幼童A型肝炎通報病例及確定病例

年度(民國)	92		93		94	
年齡別	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)
總計	163	160	208	204	264	257
0~4	1	1	7	6	2	2
5~9	6	6	6	6	4	4

資料來源：摘錄自傳染病統計暨監視年報。

依據87年至95年監測資料顯示，幼童為腸病毒感染併發重症及死亡之高危險群體，重症致死率約在10.0%至25.7%之間，腸病毒疫情每年約自3月下旬開始上升，於5月底至6月中達到高峰，以臺灣地區各年齡層人口數粗估各年齡層之重症發生率，可發現年齡越小者，發生率越高，其中又以<未滿1歲嬰幼兒之發生率最高，約為千分之0.03至0.43，其次為1-至5歲幼童，約為千分之0.003至0.23。腸病毒的傳染性極強，且傳染途徑多元，容易經由學童間的親密互動進行傳播，並可能將病毒攜回家庭，造成其他幼兒感染，故校園、園所是腸病毒傳播的重要媒介。幼童為腸病毒感染併發重症的高危險群，故腸病毒防制

須向下扎根，由園所家庭做起。腸病毒防制為行政院衛生署疾病管制局重點工作之一，歷年來已陸續建立完善之監測系統及治療準則，並加強宣導落實個人良好衛生習慣，以有效掌握腸病毒流行趨勢，並降低腸病毒感染併發重症致死率。

引起腸病毒感染併發重症之型別以腸病毒71型為主，克沙奇病毒居次；一般腸病毒感染主要常見症狀為手足口病或疱疹性咽峽炎。由全國五百多個定點醫師監視系統資料顯示，腸病毒疫情每年約自3月下旬開始上升，於5月底至6月中達到高峰後，即緩慢降低，而後於10月再度出現一波流行，95年疫情相較歷年約延遲3至4週，於4月下旬疫情開始上升，至6月下旬達到高峰後逐漸下降。除2006年無死亡病例外，其於年份之致死率介於10.0至25.7%之間，死亡病例中，以5歲以下幼童最多。若以臺灣地區各年齡層人口數粗估各年齡層之重症發生率，可發現年齡越小者，發生率越高，其中又以<未滿1歲嬰幼兒之發生率最高，約為千分之0.03至0.43，其次為1歲至5歲幼童，約為千分之0.003至0.23（行政院衛生署疾病管制局，2007）。

行政院衛生署疾病管制局傳染病統計暨監視年報（2003-2005），幼童腸病毒重症通報病例及確定病例如下：

表2-5 92-94年幼童腸病毒通報病例及確定病例

年度(民國)	92		93		94	
年齡別	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)
總計	139	70	148	50	275	142
0~4	112	62	136	49	249	137
5~9	15	6	9	1	19	5

資料來源：摘錄自傳染病統計暨監視年報。

根據行政院衛生署疾病管制局學校傳染病監視通報系統監測資料指出，每年流感季（為每年10月~隔年4月），類流感大約在第45週~49週（11~12月）開始上升，約在52週~隔年12週達到高峰。95年類流感罹病率自0.257%至1.650%，最高峰出現在第52週（行政院衛生署疾病管制局，2007）。流感為具有明顯季節性特徵之流行疾病，疫情的發生通常具有週期性，臺灣地區位處於熱帶及亞熱帶地區，雖然一年四季均有病例發生，但仍以秋、冬季較容易發生流行，流行高峰期多自12月至隔年1、2月份進入高峰。流感併發重症為第三類法定傳染病，依據本局傳染病監視統計資料顯示，截至本(2007)年第10週為止，2006-2007流感流行季(2006年7月1日至2007年6月30日)共計通報流感併發重症通報病例數133例，確定病例數共計30例，其中死亡病例數為5例。由於流感在臺灣好發於冬季，尤其自10月開始病例逐漸上升，至次年3月後逐漸下降，秋冬時節正值流感及流感併發重症病例數達到高

峰的季節；因此，應及早防制，以避免感染流感併發重症或死亡之風險。

流感每年在世界各地造成相當之死亡人數，而流感疫苗是控制流感流行最重要、也最有效的方式。歐美先進國家自1940年代流感疫苗上市以來，即鼓勵老人、心肺疾病患者及幼兒等高危險群每年定期接種。為提昇流感疫苗接種群體效益，並為因應流感大流行，需擴充我國施打季節性流感疫苗之量能，行政院衛生署疾病管制局研擬逐年擴增流感疫苗接種量。96年度起針對國小一、二年級學童於學校集中接種1劑流感疫苗。免疫力常因暴露史而與年齡成正比，故以學童的感染率最高，因此，應加強兒童傳染病防制工作，以避免感染流感併發重症或死亡之風險。

行政院衛生署疾病管制局傳染病統計暨監視年報（2003-2005），幼童流感重症通報病例及確定病例如下：

表2-6 92-94年幼童流感重症通報病例及確定病例

年度(民國)	92		93		94	
	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)
總計	52	16	41	19	91	33
0~4	25	11	6	3	17	7
5~9	9	2	7	5	11	3

資料來源：摘錄自傳染病統計暨監視年報。

桿菌性痢疾三分之二之病患及大半死亡病例均為10歲以下幼童。

桿菌性痢疾好發於個人衛生及環境衛生不良地區之居民，國小、幼稚園及托兒所之幼童因團體生活，經常密切接觸，需特別注意防範。近年來，曾發生多起校園水源或飲用水遭受污染造成集體感染桿菌性痢疾的案例。因此，學校水源及飲用水品質，是預防校園發生疫病之重要措施。台灣地區之桿菌性痢疾於山地鄉有較高的發生率，而東南亞國家境外移入桿菌性痢疾事件頻傳，如未落實防疫檢疫措施，疫情即可能於社區及校園蔓延，進而危害民眾與幼童之健康。臺灣地區各年桿菌性痢疾主要發生在 0~14 歲，其中以 84 年佔當年所有病例 82% 為最高，87 年佔當年所有病例 72% 為次，最低以 92 年 36% 為最低。近十年來桿菌性痢疾慣常發生，好發於 14 歲以下之兒童，山地鄉較平地鄉有較高發生率。

行政院衛生署疾病管制局傳染病統計暨監視年報（2003-2005），幼童桿菌性痢疾通報病例及確定病例如下：

表2-7 92-94年幼童桿菌性痢疾通報病例及確定病例

年度(民國)	92		93		94	
年齡別	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)	通報病例(人)	確定病例(人)
總計	342	246	232	156	214	174
0~4	34	20	45	31	30	19
5~9	22	18	28	16	34	30

資料來源：摘錄自傳染病統計暨監視年報。

綜合以上所述，隨著生活形態改變、病原體特性突變、醫藥科技

突進，而新的傳染病不斷的發現，幼童傳染病的防疫工作便日益重要。幼兒園所是一個人口密集的團體，園所內師、生眾多，彼此接觸密切，一旦有傳染病就可能會發生交互感染之聚集現象，有些傳染病癒後不佳，不僅影響健康狀況，且可能造成終身遺憾，甚至將傳染病由園所學校蔓延至家庭，更可能波及社會，而釀成大流行。

為有效控制傳染病發生，教育單位、社政單位與衛生單位應攜手合作共同防制幼童傳染病防制工作，因教保人員傳染病防制教育是最直接有效的投資，透過教保人員傳染病防制訓練與協助，提供幼童與家長幼童常見傳染病及園所校園傳染病防治相關計劃，期能即時採取適當防疫措施，以迅速有效遏止傳染病的蔓延，達到園所、校園傳染病之監控及防治，降低傳染病對幼童與家庭所造成的影響，提升全民健康之福祉。

第二節 我國幼兒園所、學校傳染病防制工作探討

幼稚園招生年齡為四足歲以上至入國民小學前兒童，托兒所收托二至六歲學齡前兒童。在教保服務的供應上，主要有政府、非營利組織、公私合夥、私人經營四種型態。依據內政部統計處「中華民國九十五年臺閩地區兒童生活狀況調查報告分析」資料顯示：全國托兒所94年底計有4,307所，收托29萬218人。0-3歲幼童在家由母親照顧者占

52.31%最高。3-6歲兒童送到幼稚園占41.21%最高，送到托兒所占24.46%次之，由上述數據可知對大多數3-6歲兒童而言，幼兒園所在其日常活動中佔有一席之地。而我國現行兒童保健工作分為學齡前與學齡兒童。學齡前階段由行政院衛生署及各縣市衛生單位主導(吳仁宇，1997；劉丹桂，1997)，學齡兒童保健工作則由教育部及各縣市教育局體育單位主導，行政院衛生署及衛生局僅從旁協助，但多年來衛生與教育單位協調不理想，績效不彰(呂鴻基，1999)。

就學人數約佔全國總人口數之四分之一(尹祚芊，2000)，對社區防護系統而言，學校扮演很重要的角色，學校人數眾多，同儕互動頻繁，容易造成傳染病之散播，進而傳播至家庭、社區，甚至蔓延至整個社會，因此學校在傳染病的防制上是非常重要的環。由美國科羅拉多知定點學校監視系統、日本、南韓等相關研究證實指出，學校監測可有效預測小兒流行性感冒等(蘇益仁，2005；許甄晏等，2005)。我國監視通報系統主要是監測國小校園易流行的傳染病，以流行性感冒罹患率約在寒假後開學數週內，水痘監測高峰為四至五月期間。根據二年監測結果統計，兒童常見傳染病為流行性感冒、手足口病、水痘、腮腺炎、腹瀉、猩紅熱等，亦易引起校園大規模流行(許甄晏等，2005)。

行政院衛生署疾病管制局於2002年針對全國公立小學推廣傳染病

監視通報系統已建立學校傳染病監視通報系統，目前已有 448 所國小加入監視通報系統（行政院衛生署疾病管制局，2005 年）。行政院衛生署疾病管制局傳染病監視通報系統包括：法定傳染病監視通報系統、定醫監測、合約實驗室監視通報系統、感染症候群監視通報系統、學校監測及全國傳染病通報專線。疾病管制局亦每週定期出刊「學校監視週報」，以電子郵件發送各參與學校與相關單位，並定期舉辦訓練提昇校護傳染病知識及提高通報意願疫情報導。行政院衛生署網站、中華民國學校衛生學會網站、疫情報導月刊、與台灣健康促進學校網站亦提供相關的衛生教育資訊。

為加強兒童校園的健康，行政院衛生署與教育部（2004）提供健康促進學校工作指引供各學校參考。目前國民小學附設幼稚園對幼童傳染病防制工作以健康促進學校工作指引所提供的內容參閱遵行，而一般幼兒園所則未有完整的傳染病工作指引參考。依據行政院衛生署與教育部健康促進學校工作指引，學校傳染病防制工作內容包括：

- 一、配合並協助衛生單位辦理學生預防接種工作，傳染病流行期間協助施打疫苗。
- 二、指導入小學後的學生及家長妥善保存預防接種紀錄卡，以備查驗。
- 三、利用各項衛生教育單張，加強宣導各項預防接種的意義、目的及

重要性。

四、對缺、曠課學童詳加調查，若發現患有急性傳染病，則指導其隔

離方法，並提供相關衛生教育；若為法定傳染病，則依規定通報。

五、導師於晨間檢查時，若發現學童出現疑似傳染性疾病病徵，須馬

上聯絡健康中心，作妥善處理。

六、定期為全校學生進行頭蝨、頭癬、蟻蟲之檢查，若為陽性者則列

案管理，並加強個人衛生教育。

七、教職員工或學生患有疑似法定傳染病，須依規定報告教育主管機

關和當地衛生機關。

八、校內若某種疾病有異常增加現象(多於平常罹患人數 1/2 以上)，則

先向教育主管機關報告，再依指示作進一步處理。

九、依傳染病的種類，告知學生、導師及家長該傳染病的傳染方式、

傳染期、一般管制方法及預防方法，並依醫療或衛生單位規定作好

隔離措施，以免造成流行。

十、實施衛生教育

(一) 平時利用各種教學機會，教導預防及管制傳染病的知識。

(二) 傳染病流行期間，利用各種溝通管道（如專題演講、健康櫥窗或

學校網站）宣導正確資訊。

(三) 對於罹患傳染病的學生，應嚴格依照規定採隔離措施。

(四) 分發「學校傳染病一覽表」予導師，使教師能瞭解各種傳染病的早期症狀、傳染期、傳染途徑和管制方法，以便能達到早期有效控制病媒。

目前國內幼兒園所傳染病防制多依照學校衛生與衛生管理相關辦法執行，並無針對幼稚園幼童傳染病防制服務與教學等防制工作，且無幼兒園所傳染病防制工作計畫與執行指引。此外，有部分園所歸屬社政單位管轄，於防疫工作推行上有其困境，大多由衛生單位監督，但由於衛生單位常因工作量多而有無法兼顧，再加上園所施教者本身非受過衛生專業訓練，對於傳染病防制工作便流於依賴衛生單位，當園所幼兒傳染病發生時便不知所措。而幼童抵抗力較弱，為傳染病之高危險群體，若無法對幼稚園幼童傳染病防制服務與教學等防制工作，易導致園所傳染病成為傳染病防制的死角，因此為有效防止傳染病擴散，幼兒園所是防止傳染病擴散的重要一環，各園所宜制訂園所嬰幼兒傳染病防制與管理辦法，並明確規範執行細則，以便有效的執行幼兒園傳染病防制工作。為考量健康促進學校傳染病防制與幼兒園所傳染病防制的連貫性，茲從防制法制層面、管理與實務面，研究者試擬定幼兒園所傳染病防制辦法，以供各方參考，辦法內容如附錄七。

幼兒教育的品質取決於教保專業人員的專業素養與高品質的托育服務(陳惠姿,2002)，教保人員的素質對幼兒發展與健康具重要關鍵，

然而國內對於幼兒傳染病的預防與照護多以社區護士與醫院為主，鮮少對教保人員衛生教育的加強與培訓，導致教保人員缺乏對幼兒傳染病預防的共識與重視。因此加強教保人員對幼兒疾病與健康的衛生教育乃是當前幼兒教育值得被關注之課題。參考國外作法，如美國加州過去因鑒於幼兒傳染病防制的重要性，規定教保人員於證照取得與申請續發證照時須接受至少七小時的幼兒傳染病防制與傷害訓練 (prevention of infectious disease and injuries) (Zamani, Calder, and Cohen, 2001)，以確保其能提供幼兒適當照護與良好的安全衛生環境；而香港為有效預防傳染病於幼兒中心、幼稚園、學校內發生，香港衛生署衛生防護中心（2005）特製訂幼兒中心、幼稚園、學校，預防傳染病指引，規定教保工作者都有責任理解與根據指引的內容進行傳染病預防工作（香港衛生署衛生防護中心，2005）；澳洲政府為有效的落實幼兒傳染病防制工作，由國家衛生與醫療研究顧問出版幼兒照顧傳染病預防手冊（Australian Government, National Health and Medical Research Council, 2006.10），提供全國幼兒照顧者參考。反觀國內，雖有各種不同傳染性疾病防制手冊，但卻無法整體性的教導教保人員對幼兒傳染病防制的知能與技能，甚至有些幼教人員認為傳染病防制是衛生單位的職責，大部分處於被動的配合狀態，因此也導致國內幼兒傳染病防制工作流於頭痛醫頭、腳痛醫腳，一直無法將傳染病防制有效執行，

更導致醫療資源的浪費。因此，如何提升教保人員對於傳染病防制之知識、態度和行為實為當前防制體系之重要議題。

第三節 傳染病防制與教育介入相關研究

睽諸目前有關傳染病防制教育的學習與教學大都以常見的傳染性疾病為主，以疾病主題編製成冊或單張教材，並無特別的教學方案或針對園所幼童教師提供其教學資源，而且還潛隱著一些問題，例如缺乏兒童對傳染病防制的基本概念，教保人員對園所感染控制能力的匱乏等。目前國內傳染病防制教育介入，謹以特定疾病—愛滋病性教育、腸病毒、登革熱與結核病為主（行政院衛生署，2005）。

國內「衛生教育介入」之研究論文多為衛生教育學系與醫護衛生相關系所學校為主要來源，以傳染病防制教育介入則以愛滋病性教育為多，鮮少以幼兒教育「傳染病防制教育介入」相關主題之研究，在幼兒傳染病防制與幼兒教育介入文獻資料亦很缺乏，尤其是幼兒衛生教育領域。國外文獻亦多以某特定傳染病應用調查方法為主之研究，於幼教人員傳染病防制教育介入的研究仍不普遍。經教育論文摘要資料庫(Educational Resources Information Center, ERIC)、教育論文線上資料庫(Educational Documents Online, EdD Online)、中華民國期刊論文索引影像系統、文獻檢索國內外期刊，搜尋有關教保人員對傳染病防制

認知、態度、與教育需求的相關研究成果之文獻甚少。依據美國疾病管制局(Centers for Disease Control and Prevention)針對全球傳染病感染者及發病者的調查報告，沒有證據顯示教保人員有因職務關係而感染傳染病，但有相關的報導提出護理人員、警察羈押愛滋病毒感染者遭人犯咬傷，釀成身心恐懼而需心理諮商；或因工作人員感染愛滋病毒引起周遭共事同仁備感壓力進而提出相關教育需求(U.S.CDC, 2005)。

馬先芝等人(2004)針對台灣南部 1022 位警務人員愛滋病教育訓練介入，結果顯示教育訓練可以成功的提升警務人員愛滋病的認知程度。而李建廷、陳淑惠、李素真、蔡麗伶、柯昭英(2003)以高雄市左營區為前驅對象，透過社區疫情指數評估，將社區抗 SARS 宣導行動擴散應用於高屏地區。該研究設計採實驗組、對照組前測—後測評價設計，介入措施為社區抗 SARS 行動，並以有參與者為實驗組 1236 人；未參與者對照組 1118 人，進行研究比較。研究結果：實驗組與對照組民眾知識平均得分皆有上升，但二者間未達顯著差異。實驗組民眾態度平均得分明顯提升 0.69，對照組則無明顯改變。實驗組民眾行為平均得分明顯提升 2.23，對照組則無明顯改變。此外，謝枚君(2003)以高雄縣民眾為研究對象，探討政府各相關單位投入廣大人力及物力資源，對於這些資源投入後民眾對登革熱防制知識、態度及行為改變情形，結果顯示對照區與實驗區對登革熱的認知並無顯著性差異；對

照區民眾對登革熱的防制態度較實驗區民眾有較正向的防制態度，實驗區未因比對照區有較多次的衛生教育介入而有較正向的防制態度；對照區民眾對登革熱病媒蚊孳生源清除行為較實驗區民眾好。根據相關研究證實，教育介入通常可以有效的提升學習者認知效果(余惠蓮，2003；林梅香，2002；秦金生，2005；張彩秀，2004；邱襟靜，2004)。

從教育介入策略研究文獻上可知單一個理論並無法用來完全解釋一個人的行為，所以當我們在進行衛生教育時，必須考量結合不同層面的理論基礎，來進行教學課程設計(邱襟靜，2004)。許多文獻皆提出疾病的發生，多與人的行為有關(劉耿宏，2004；王佩卿，2005；丁如真，2001；謝枚君、2003)，而行為之改變可以透過各種行為改變理論與策略來加以進行(高毓秀，2002)。本研究以健康信念模式(Health Belief Model, HBM)、社會認知理論(Social Cognitive Theory)、理性行動論(Theory of Reasoned Action)為基礎設計相關介入課程。

一、健康信念模式

此模式是經由個人認知的角度去觀察其信念與行為。該理論最初是用來解釋及預測人們參與預防及篩檢計畫等健康行為影響因素。之後，更擴充應用在疾病症狀、診斷行為反應及慢性病行為上。健康信念模式主要的概念：自覺罹患性(Perceived susceptibility)、自覺嚴重性(Perceived severity)、自覺有效性(Perceived benefits of taking action)及自

覺障礙性(Perceived barriers of taking action)、和行動線索(cues to action)。自覺罹患性與自覺嚴重性會構成自覺威脅性認知(Perceived threat)。健康是有高度價值且大部分人都想達到的目標，並且認為信念與行為是可以改變的（陳曉悌、李怡娟、李汝禮，2003）。健康信念模式是從信念、態度等解釋人的行為。健康信念模式在應用時會有些受限之處，較未考慮其他非認知因素或非個人因素對行為之影響。適度的自覺嚴重性會促使健康行為之發生，但自覺嚴重性認知過高時，則可能產生負面的影響抑制採行期望之健康行為，所以對自覺嚴重性較低之疾病或許合理，對自覺嚴重性較高之疾病則未必適用（張彩秀，2004）。

1. 自覺罹患性：指個人主觀認為自己罹患該疾病的可能性。
2. 自覺嚴重性：指個人認為罹患某種疾病後的後果之嚴重度。
3. 自覺有效性：當個人感受到威脅，便會產生趨力，促使採取行動。
4. 自覺障礙性：行動者對行動過程中可能存在障礙的評估，意即個人預採取行動時，先評估此行動的利弊得失後，才採取行動。
5. 行動線索：促成採取行動的策略，如媒體宣導、教育管道、個人疾病經驗，皆為個人採取行動的行動線索來源。

此理論應用在與健康有關的行為研究上和發展衛生教育計畫的介入方面，健康信念模式中的概念對人們面對傳染病有重要的影響力及

預測力，但健康信念模式強調個人動機與知覺，忽略人格特質亦是一個重要的影響因素（石玲如，2003；陳木琳，2004；張彩秀，2004）。

二、社會認知理論

Bandura於1977年結合行為主義(Behaviorism)與社會學習(Social Learning)的概念，提出社會認知理論(Social Cognitive Theory)，且該理論被廣泛的應用在醫療、衛生、行政管理、人力資源、教育、資訊技能訓練等領域上（謝宏賜，2000）。社會認知理論以個人(Person)、行為(Behavior)以及環境(Environment)三者持續相互的影響關係來解釋人的行為。劉貴雲（1999）將社會學習理論應用到國小學童的營養教育，研究結果發現在受試者的飲食自我效能、蔬菜水果攝取及減少含糖飲料攝取的教學成效上，均優於一般的講述、問答、小組討論等。陳曉佩、晏涵文（2003）運用行為改變階段理論、社會認知理論、健康信念模式及理性行動論等，針對大專生進行性教育教學介入，結果顯示在性教育教學介入後，能顯著增進大專生之「性知識」、「性態度」、「性教育相關之自我效能」與「同儕社會支持」，有九成實驗組學生對此次教學活動所使用的教材和教學方法感到喜歡並覺得有幫助，並建議未來能繼續施行。

綜合以上結果可知，結合社會認知理論可發展出多種可運用的教學策略，且這些技巧依行為類型或計畫特性可單獨或結合使用，在行

為改變上是相當有效的。在傳染病防制教育教學上可用來增強防制處理能力的策略有：讓學員藉由觀看影片或案例中，分享的自身經驗、分享過去幾次成功的經驗，由淺入深的讓學員了解到自己的能力是逐漸增加，以減輕自覺障礙感，並可提高自我效能。另外，經由成功案例的現身說法，學習別人成功的經驗與方法，產生示範及技能訓練的效果，增強學員未來處理問題能力。

三、理性行動論

Fiskbein於1967年發展理性行動論，主要是在瞭解態度與行為之間的關係。理性行動論主張最接近行為的便是行為意向，行為意向是個人從事該行為的未來可能性，是由態度和主觀規範所決定，主觀規範是個人對重要他人或團體對於個人從事該行為的信念（陳曉佩、晏涵文，2003）。理性行動論並沒有提出行為改變的具體步驟，但是只要找出介入對象顯著的行為信念、結果評價、規範信念及動機，即可以導致行為的改變。因此，將理性行動論運用於衛生教育策略中，透過增強正向信念和態度，可以產生正向的行為。

由以上的文獻、研究結果可知，在進行衛生教育介入前，需找出有利學習者的學習管道及訊息結構，在課程設計時結合健康信念模式、社會認知理論、及理性行動論等健康行為科學理論，訂定明確的教學目標，並符合學習者的發展階段及需求，則可發展出具有效果的

教學課程。

第四節 傳染病防制教育課程與幼教師資培育課程之探討

一、傳染病防制教育課程之探討

林瑋茹（2003）認為教保人員應具備之專業能力，除教育應包括教學與課室管理等能力外，在保育部分應涵蓋照顧、安全、衛生等能力。目前國內學齡前兒童教育師資之培育過程，在兒童安全照護與衛生保健相關領域課程之訂定並無特別要求（秦金生，2005）。由教育部九十二年頒定「幼稚園及托兒所在職人員修習幼稚園教師師資職前教育課程辦法」（附錄五）與「幼稚園教師師資職前教育課程教育專業課程科目及學分」（附錄六），幼稚園教師師資培育課程中未將幼兒健康照護專業課程列入參考科目與學分數，更遑論傳染病防制教育課程，在此情況下，更造成國內教保人員在兒童疾病安全照護與衛生保健相關專業能力之嚴重不足。

從國內「九年一貫教育-健康與體育」、「社區健康營造」、「健康促進學校」陸續推展至今，不斷有許多教育與衛生界專家學者、學校衛生人員、社會人士提出呼籲，希望大家能真正重視國民的健康問題，尤其是傳染病防制教育與衛生教育宣導（行政院衛生署疾病管制局，2005）。幼兒園、學校是許多政策與理念推行的第一線，許多衛生人員

與健康教育教師亦期望自己能在這健康促進的議題上帶領學生去思考，傳染病防制與健康促進的概念也必須透過不斷的反省思考與批判才能凝聚共識。對於一個根深蒂固、深入潛意識的疾病預防與健康促進觀念要在短期之內有快速的改變並不容易，但是透過不斷的思考與討論，不僅能逐漸讓我們去思考原來觀點的妥適性，也能在不斷的爭論中找出我們期望進行的健康生活方向。

英國國家課程(National Curriculum)健康教育重視學童知能、態度與技能的培養，將健康教育(Health Education)融入各學科教學目標中，亦以多元觀念於活動教學中呈現，於(一)態度方面：強調正向態度(Positive Attitude)學習、公平遊戲(Fair Play)、個人健康科學(The Relevance of Science to Personal Health)、養成良好道德與情緒(Moral and Emotional Understanding)、重視文化與種族議題(Cultural and Ethical Issues)；(二)技能方面：強調個人與社會價值、適應與群體關係、溝通技巧(Communication)、問題解決能力(Problem Solving)；(三)資訊獲得(Information Retrieval)方面：學習教材的多元獲得、資訊的判斷與擇取(Brown, 1996)。張春興(1995)提出認為態度是在認知、感情、行為這三項成份上，對於該人、事、物或觀念的一種持久取向(Enduring Orientation)類似的觀念，所謂態度是指個人對人、事、物以及周圍世界，憑其認知及好惡所表現的一種相當持久一致的行為傾向。態度

(Attitude)是一種認知與學習過程的結果，反應對某事物喜歡或不喜歡的感受或看法，一般專家學者對態度最共通的定義結合了認知論和學習論的要素，即所謂對任何一件事物、觀念或任何一個人的態度是指「在認知、感情、行為這三項成份上，對於該人、事、物或觀念的一種持久取向」(林惠敏，2003)。汪深安(2005)將態度界定為個人對一特定對象所持有的評價以及行動傾向；認為態度是一種對人、物體或事件的評價性反應。

二、 幼教師資培育課程之探討

幼教實習教師於實習期間，進入教學現場，總是興奮、好奇、焦慮、恐懼、百感交集。在幼教職前實習是一種實務取向的訓練，實習教師可以於實習歷程中，就自己的專業成長和教學知能，理論與實務結合，增加個人專業學習與成長，因此也影響幼教實習教師以後對幼教事業的去留，但卻也影響著幼教專業的成長與未來(陳伯璋，2001；呂玉琴、陳忠照、周金城，2000；符碧真，2000)。

目前幼教師資的培育遵照「師資培育法」，自從民國八十三年二月七日公布的新修正師資培育法後，師資培育開始多元化，一般大學可以培育中等以下學校的師資。而師資培育法又歷經八十五年、八十六年、九十年、九十一年及九十二年的五次修正。最近一次的修正是於

九十三年五月五日由總統公佈。我國新制師資培育制度改變過去學校只是師資培育接受者的觀念，開始積極的將學校納入師資培育的權責單位，順應以學校為本位師資培育潮流。實習輔導教師(mentor)加入師資培育工作亦是新制教師實習一大特色，其角色責任可歸納為：受託的伙伴、新手監護人、行為榜樣者、智識啟迪者、諮商者、支持者、意見協調者（張德銳，1999；陳伯璋，2001）。

師資培育，一般而言新制教育實習制度對實習輔導老師的困擾與問題如下：意願不高、心存抗拒、研習課程不足、缺乏誘因與評鑑措施、教學困擾等問題。多元化的師資培育管道與落實職前教育實習乃是師資培育制度主軸，然亦衍生不少問題，大約歸納以下二點：1.多元開放、品質堪憂：各大學紛紛成立師資培育中心培育師資，師範院校逐年增設系所招生，師資供應量遽增，嚴重供過於求，且教授疲於指導畢業生教育實習，教學效果大受影響。2.實習引導、困難重重：教育實習之實際運作與教育實習之學習歷程有不公與不明確之情形，實習輔導老師缺乏津貼、未能積極提供實習老師協助等，實習老師過多，教育實習師徒制難以落實。陳淑琴（1999）指出托幼分歧所衍生的諸多問題與弊端，使得幼教相關單位倍感困擾，加上面對幼托合一政策，幼教師資培育機構所面臨的衝擊，並不亞於業者，因此在新制度所培育出來的教保師資也讓人憂心其幼兒教育與保育的品質。

面對新世紀，學校教育必有所變革，教育的目的不再只是教學生基本生活能力，而是要提昇學生的「知識競爭力」，自政府加入 WTO 後，學校已面臨相當大衝擊，加上年年生育率降低，幼兒人口急降，屆時部分學校園所若沒有特色，將被迫整併或關門命運，因此當務之急，就是要提昇自身能力，學習教育新思維，打造優良品牌，才能於未來生存競爭中確保生存之道。

有效的師資培育需考慮實習教師進入現場中可能產生的影響，實習教師在教學歷程中會面臨許多的變因與偶發事件，因此從培育養成的教育以致於實習時就必須學習「教與學」的知識與應變能力。實習教師須具備反省與批判能力。就新制實習制度與幼兒專業發展提出以下建議，以供參考。

- 1 重視幼教實習教師場地經驗，拓展學生系統性與統整性的學習能力。
- 2 提高幼教實習教師將理論性知識轉化為實務性知識能力。
- 3 提供幼教實習教師教學策略實際應用與練習機會。
- 4 慎選實習幼稚園所。
- 5 輔導實習教師建立正向經驗與學習態度。
- 6 建構學校園所教師專業分享的學習社群。

實習制度的成敗影響師資教育的成敗，為了提昇幼教師資專業素質，教育培育需要經過相當長的社會化歷程，此一歷程包括，入學的

選擇、職前教育訓練、教育實習、教師檢定、教師在職進修等。而若要落實師資培育法與提昇幼兒教師專業成長，則必須從每一階段中落實執行。其方法建議如下：

- 1 吸引人才入學：積極宣傳，招募優秀學生入學，廣設獎學金、充實師資陣容、改善教育環境設施，提供優質學習環境。
- 2 加強職前教育訓練：師資培育機構應科技整合教育基礎學科，多元化指導學生探討教育問題與批判思考的專業能力。
- 3 改進教育實習：提供專業實習場所，明確實習教師角色定位與權利義務，提供實習輔導老師於教學視導評鑑的訓練，讓實習教師能全力以赴，發揮教育實習功能。
- 4 推行教師在職進修：健全師資培育機構，在職進修配合教師換照制度，採教師分級制。

小結

教育是百年大計，幼兒教育攸關國民未來素質與國力指標，幼教工作不只是知識傳授，更是國家民族之教育基礎。我們需要以全新的模式，再思及重構我們的幼兒教育，世界已邁向多元全球化，並成為無界線的地球村，新的一代將會面臨迅速改變與互動的大時代，需要更具多元智能能力，方能於現今社會中生存。為配合新專業主義，最重

要的是師資培育需妥慎規劃，才能培育具有批判意識、務實、眼光遠大的教育工作者；妥善應用新科技，提高教學效能，共創幼兒福祉。

傳染病防制教育並非獨立於所有學科之外的，傳染病防制教育就在我們的生活教育中，衛生工作人員與幼兒教師時時檢視自己的疾病預防與健康概念是傳染病防制教育教學進行時最重要的關鍵，教師健康知識、健康的態度、熱誠的心胸教導孩子所有的想法、時時引導與澄清學童與家長所接收到的似是而非的健康訊息等對下一代的影響是深遠的。兒童傳染病防制教育的實施可運用圖書繪本、角色扮演、情境模擬與媒體視聽的應用進行遊戲化的課程教學，利用機會教育及身教重於言教的原則，以培養兒童良好的健康生活習慣與態度，並瞭解如何避免疾病發生與疾病發生時的應變能力。透過教學活動的設計來引導學生疾病預防與健康促進思考、辨識的能力，對帶領引導學童執行「傳染病防制」議題是非常重要的，幼兒傳染病防制宜從良好的衛生習慣與健康安全環境做起。因此將傳染病防制教育規劃入幼教師資培育課程與實習中，將有助於提升全體國民健康與幼教品質。

