

我國軍隊重大事件心理衛生工作的執行現況與展望：美國災 難心理衛生工作的借鏡

吳嘉蓉*

摘要

近年來，全球天候異常，加以科技發達，天災、人禍已是常態。2009 年，災害防救成為國軍常態性的任務之一，歷年來，許多造成重大傷亡的事件都可以看到國軍官兵的身影，對於官兵的生、心理都造成相當大的影響。當救災成為官兵的重要任務，國軍落實重大事件心理衛生工作便有其必要性，自 2008 年國防部策頒「重大事件心理衛生因應計畫」以來，國軍於期間經歷了一次又一次的救災行動，現階段的心理衛生工作執行與流程雖然已有固定模式並趨於成熟，然而，尚有仍待改善的進步空間。本研究即借鏡美國歷經多次災難心理衛生工作的經驗，結合國內相關實務做法及國軍救災心理衛生現況，從組織架構、執行人員與工作內涵提出相關建議；另建議彈性調整心輔官於救災期間之角色任務，並將營區內、外傷亡事件納入重大事件心理衛生工作項目，做為政策規劃之參考。

關鍵詞：軍隊、救災、重大事件、心理衛生工作

* 國防大學心理及社會工作學系中校助理教授、國立政治大學社會工作研究所博士；通訊作者 E-mail: chloe0813wu@gmail.com

The Current Status and Prospects of Disaster Mental Health Service in ROC Military : The American Experience

Chia-Jung, Wu*

Abstract

In recent years, natural and man-made disasters have increased and become a normal phenomenon because of abnormal global climate and technology development. In 2009, disaster relief became one of the most important tasks and routine mission of military. Over the years, military personnel have been involved in many emergencies that have caused heavy casualties, creating considerable physical and psychological impact. When disaster relief turned an important task of military personnel, it is essential to implement the mental health service in disaster relief. Since the Disaster Relief Mental Health Practice Plan was promulgated in 2008, the military personnel has undertook disaster relief tasks again and again. While the current execution and processes of mental health work have become more standardized and mature, there is still room for improvement. This study proposes relevant recommendations related to organizational structure, personnel roles, and responsibility. Additionally, it suggests flexible adjustments to the roles of mental health officers during the period of disaster relief and the inclusion of on-base and off-base casualties in mental health initiatives.

Keywords: Military, Disaster Relief, Mental Health Service

* Lieutenant Colonel Assistant Professor, Department of Psychology and Social Work, National Defense University; PhD, Graduate School of Social Work, National Chengchi University; Corresponding author: E-mail: chloe0813wu@gmail.com

壹、前言

近年來，全球氣候異常，天災不斷發生，地震、海嘯、颱風、旱災、水災、寒害、土石流等，加以因科技發達間接造成的人禍，包含戰爭、空難、海難、各種交通意外等，顯示災害已是一種常態。臺灣是一個海島型的國家，需要經常面對災難，更是地球上最常發生災難的國家之一，根據世界銀行 2005 年出版的「自然災害熱點：全球風險分析」(Natural Disaster Hotspots: A Global Risk Analysis)研究報告指出，臺灣可能是世界上最易受到天然災害衝擊國家之一，因為臺灣約有 73% 的人口居住在有三種以上災害可能衝擊的地區，遭受兩種災害衝擊之國土地區更高達 90% 以上；英國於 2011 年出版的「2011 年自然災害風險圖譜」(Natural Hazards Risk Atlas 2011)，列出 196 個國家的天然災害風險排名，調查報告指出美國、日本及臺灣都是天然災害高風險國家；勞依茲(Lloyd's)根據劍橋大學賈奇商學院風險研究中心，於 2015 年發表「2015-2025 城市風險指標」的調查報告，評估 18 項災害(天然或人為災害)對全球 301 個主要城市在未來 10 年內可能造成的經濟損失，結果排名前三的城市分別是臺北、東京與首爾(謝龍生等，2016)。2019 年德國看守協會(Germanwatch)發表的「全球氣候風險指數」(Global Climate Risk index, CRI)報告亦指出，臺灣在 2017 年排名第 90 名，1998 至 2017 年間的全球平均排名則為第 42 名(陳禮仁，2020)；交通部中央氣象署地震測報中心的地震資訊災害潛勢圖更顯示，未來 30 年內臺灣許多地區將有 50% 的機率發生規模 6.0 以上的地震(中央氣象署，2023)。前述研究報告都可看出，天然災害對於臺灣的威脅不可輕忽，加以災難特性具不可預測性與突發性，故應於平日做好萬全準備。

在災難心理衛生工作方面，臺灣此方面的實務工作，剛開始是以民間專業人士的自發性服務為主，均屬片段性的任務。1984 年，臺北市螢橋國小發生潑酸事件，即由臺大醫院兒童心理衛生中心協助學童心理復健，之後歷經 1991 年的日月潭船難，亦由臺中澄清醫院資深社工師李開敏和林芳皓協助罹難者家屬走出陰霾，當時臺灣政府及社會對於災難心理衛生普遍了解不深，也尚未建立防患未然觀念，直至 1999 年，921 大地震發生，不僅顯現出臺灣在災害防救體系與應變能力上的不足，也才察覺到，重建不只是把房子蓋起來，受創的心靈，才是規模更大、更漫長的重建工作(曹馥年，2019；鄭淑心，2015；魯中興，2001)。因此，1999 年可以說是「臺灣災難心理衛生元年」，政府除了開始在臺中、南投等成立災難心理衛生中心，並

於 2000 年由行政院核定「心理衛生重建計畫」，系統性地規劃災難心理衛生服務，包含人員培訓、編印災難心理衛生工作手冊、救災人員災難心理衛生服務手冊等，此外，精神科團隊、心理輔導界、社工界、宗教界也才開始有大量的人才投入災難心理衛生實務與研究工作(Myers, 1994/2001；曹馥年，2019；鄭淑心，2015；羅達中、劉晉良，2019)。2009 年，莫拉克風災發生，除了驗證政府在災害防救架構以及心理衛生工作方面的成果，此次事件後也訂定了國軍應主動救災的法源依據，政府於 2010 年修正公布「災害防救法」第 34 條規定，增訂國軍部隊應主動協助災害防救條例，並完成「國軍協助災害防救辦法」及「國軍戰備規定及突發狀況處置規定」等法規的增修訂作業，在「救災就是作戰」的政策指導下，將災害防救納為國軍常態性任務之一(張駿桓，2019；趙晞華，2012)。

然而，國軍參與救災工作早在前述法案立法前就已在進行，從 1997 年的口蹄疫及 1999 年的 921 大地震，甚至之後 2000 年的新航空難、2002 年澎湖華航空難等救災任務，這些造成重大傷亡的事件中，都可以看到國軍官兵的身影，此時軍隊雖有心輔專業人員主動投入救災，協助處理官兵救災後的心緒議題，惟國防部此時仍缺乏完整的心理衛生執行計畫。Fournier(2002)曾言，一件災禍發生，在精神上會有相當程度的創傷，而對受創者而言，事件發生後的感受更為真實，就像事件重演一般，剛要開始而非結束，痛苦所延長的時間與空間就會拉長，就像人間煉獄。從諸多學者研究(朱美珍、胡正申，2000；林秀程，2004；胡正申，2000；賀光宗，2003)亦可看出，諸多參與救災的官兵在災後皆產生了噁心、注意力不專注、失眠、無法進食、體重下降等負向的生理反應，以及惡夢、焦躁、情緒不穩、恐懼、麻木、過度警覺、驚悚場景重複出現等典型的創傷後壓力症狀。2008 年，國防部才於「國軍心理衛生(輔導)工作教則」(國防部，2008)以專章規範重大事件各階段中各層級心理衛生單位的任務與執行要領，並於 2011 年再依不同災害類別、屬性、災損範圍，依不同任務階段訂定「重大災害(意外)事件心理衛生(輔導)工作實施計畫」，藉以滿足官兵在救災期間及之後的心理健康需求(國防部，2011)，惟歷經十年的時間，重大事件心理衛生工作的實際執行狀況，仍有待討論及進步的空間。當救災成為官兵重要的任務之一，國軍落實災難心理衛生工作的重要性便不可忽視。本研究目的即參考《災難與重建：心理衛生實務手冊》一書(Myers, 1994/2001)，結合臺灣災難心理衛生的推展及國軍救災心理衛生現況，從組織層次提出幾點對於國軍重大事件心理衛生工作的建議。

貳、災難與軍隊重大事件定義及其對於官兵的影響

災難(Disaster)源自拉丁文的 Dis 與 Astral，前者是「紊亂」，後者為「星球」，結合在一起之意，即表示衝擊到連星球的運行都紊亂的事件(魯中興，2001)。根據 1992 年世界衛生組織(WHO)定義，災難乃嚴重破壞生態及社會心理，且超過受影響地區所能應變的能力，聯合國國際減災策略組織(International Strategy of Disaster Reduction, ISDR)則定義災難是一種自然、人為環境與社會過程複雜互動下，產生對人類及永續環境的傷害(林萬億，2011)。依據臺灣「災害防救法」對於災難之定義，包含風災、水災、震災、旱災、土石流災和等天然災害，以及火災、爆炸、公用氣體與油料管線、輸電線路災害、礦災、空難、海難、陸上交通事故、毒性化學物質災害等造成之禍害，較為具體的事件。前述可知，災難是指造成多人死亡與受傷的各種災難，其發生可能因為天災或人禍，而同一事件可能兼具兩種以上災難，生活在一個社區中的所有人生基本生活供應受到影響，自救已成為不可能的狀態(林萬億，2011)。Drabek(1970)與 Fothergill 等人(1999)等人進一步指出災難特性包含：突發性、不熟悉、未預期、高度地區性，以及警報脈絡的變異等(林萬億，2011)，有些災難發生前會有 2-3 天的預警，有些則突然發生，而不管是否有預警，結果都很難預期得到，且相同類型的災難，也很難有一模一樣的情勢與處理方式，災難發生後，也隨著不同國情或文化有不同的警報方式(正式的或非正式的)，使民眾了解當前的災情資訊。因此，災難通常猝不及防，若能在災前作好預防與整備的減災工作，勢必能降低災難帶來的各層面的衝擊。

對於國軍而言，「重大事件」定義係指事件的嚴重性導致官兵、人民生命、財物損失(如部隊演訓、意外傷亡、地震、空難、風災、水災等)，且無法透過一般程序及社會資源處理之災難事件(國防部，2008)。事件發生後，短時間內民間動員或復原能力不足，為避免使國家、官兵、人民遭受更大損失，經國防部主管單位核准，相關單位即派遣兵力與裝備前往支援救援工作，協助人民生活正常運作(國防部，2008)。前述可知，國軍重大事件定義除了軍隊於演訓期間發生的重大事故外，亦與民眾生命及安全福祉息息相關，加以災難的突發性與不可預期等特性，國軍弟兄必須隨時做好出任務的準備。

其次，災難對於人類的影響，可以從災難本身的嚴重度與媒體效應，及民眾本身的特質，包含災民本身、救難人員與易受報導影響族群等兩大部分進行區分。大部分的問題及災後症狀，只是正常人面對不正常狀況所產生的正常反應(Myers,

1994/2001)。諸多研究也顯示，面對災難時，個體會出現較多心理障礙或精神疾病，與災難相關的精神疾病以 PTSD 及重鬱症占較高比例，但對於大部分的個體而言，有些失衡只是暫時的，仍可以依靠個人的心理調適在短時間內回復到正常的生活狀態，甚至產生正向成長，當然，也有些心理傷害會持續數年之久，且影響深遠(周煌智、蔡冠逸、吳泓機、蘇東平、周碧瑟，2006)。災難後一個月內，罹難者親友、目睹者、救災人員或旁觀者，都可能會在身體、認知、情緒及行為上產生身心壓力反應，或出現經驗重現、逃避麻木、神經過敏、靈異事件等「經」、「逃」、「神」、「靈」的急性壓力身心反應(Acute Stress Disorder, ASD)，皆屬正常，但若超過一個月，且影響到職業或社交功能，就有可能達到更嚴重的創傷後壓力症(Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)的診斷標準(王鵬為，2018；行政院衛生福利部，2015；黃龍杰，2018)。

除了第一線的災民可能會顯現出較多的心理障礙或精神疾病，像是創傷後壓力症、重鬱症、睡眠障礙、焦慮症與物質濫用(Tsai et al., 2007，周煌智，2018)，第二線的救災人員，如消防人員、軍人、護理師等，也會因目睹災難或親歷災難，相較一般人也有較高比例的人產生精神症狀(周煌智，2005)，而各種災難現場畫面與創傷報導，透過 SNG 車的直播報導，也可能對於視聽的觀眾或聽眾產生程度不一的影響，心理衛生對於所有人的重要性可見一般。

國軍投入民間救災從早期的 1999 年的 921 大地震、2000 年新航空難、2002 年澎湖華航空難、2009 年莫拉克風災、2014 及 2015 年復興航空空難、2016 年高雄美濃地震、2017 年花蓮地震、2018 年普悠瑪列車及 2021 年太魯閣列車出軌，以及國軍於訓練過程中發生的重大傷亡事件，像是 0102 專案、訓練機失事等，都可以看到國軍官兵前往搜救的身影。諸多文獻指出，這些救災經驗皆有可能引發官兵生、心理反應，包含：食慾不振、失眠、作噩夢、驚心畫面歷歷在目，不時浮現、疏離他人、對未來悲觀絕望、失去興趣、暴躁易怒、過度警覺等(王硯洲，2013；朱美珍、胡正申，2000；林秀程，2004；林耀盛，1999；賀光宗，2003)，即使是在事前已做好任務提示和心理建設，但面對滿目瘡痍、怵目驚心的景象，仍然會對官兵造成精神上及心理上的影響，甚至在救災結束後持續一段時間(丁華，2016)。

對於大部分未具備災難心理衛生專業知能的救災官兵而言，有賴救災部隊心輔幹部於接獲救災任務後，透過篩選適當人員並協助做好心理建設，降低救災期間可能受到的心理影響；救災期間更必須依賴心輔幹部透過勤勞走動、敏銳觀察及即

時處遇與後送、轉介等，減少官兵創傷反應與症狀發生機率，並在復原階段持續追蹤心理健康狀態。因此，國軍心理衛生工作者對於官兵於救災期間及復原階段的心理健康維護，扮演極為重要角色，工作者必須於災與不同團隊合作及工作。反之，對於僅接受一般心理衛生訓練而未接受過災難心理衛生訓練的軍隊工作者，若僅因職務需要而前往災區協助輔導官兵，也有可能因為同樣淪為目睹者而有創傷症狀或反應產生，除了己身受影響外，更不利於維護官兵身心健康。

參、美國災難心理衛生工作與臺灣本土化經驗的結合

美國學者 Diane Myers 所著之《災難與重建：心理衛生實務手冊》(Disaster Response and Recovery: A Handbook for Mental Health Professionals)一書，是美國經歷多次重大災難後，在心理衛生工作方面的制度化心血結晶，陳錦宏等國內學者在 921 大地震後，有感於重大災難心理衛生重要性，便致力於該書的翻譯並完成《災難與重建：心理衛生實務手冊》中文譯本，使臺灣從事救災工作的政府機關、民間團體、各領域專業人員及教育者有所參考並運用。雖然是美國經驗，但吳英璋(2001)在該書的推薦序當中即指出，書中有些原則與作法若能適時區辨差異並因地制宜，該書仍可做為本土災後心理衛生工作之借鏡。因此，國內學者除了翻譯此書外，亦在每個章節的導讀之處，增加了國內不同災難之後的本土化經驗與建議，提供國內各領域工作者進行災後心理衛生實務之參考。另一方面，921 大地震後迄今，國內災難心理衛生工作的流程與做法雖趨於成熟，然而，卻尚未將本土化經驗進行制度化的整理與整體呈現。因此，本文仍參考 Myers 的中譯書籍《災難與重建：心理衛生實務手冊》一書，結合國內相關實務作法，歸納災難心理衛生工作在不同階段的實施原則與方法，進一步做為軍隊重大事件心理衛生工作處理原則之借鏡。其中，救援期間的心理衛生工作，雖為美國心理衛生專業人員面對倖存者的工作建議，但對於國軍來說，救災已成為責無旁貸的任務，而比起一般救難人員，未接受過心理衛生專業訓練的大批救災官兵，更有可能在非常態性的救災過程中，因目睹災難而成為受影響者，產生創傷反應，更需要專業支持與協助。因而本文認為其方法也同樣適用於接受過完整災難心理衛生工作訓練之軍隊工作者於救援期間協助官兵維護心理健康之借鏡參考，亦為筆者後續做為軍隊重大事件心理衛生工作執行之省思及建議基礎。

一、 平時的心理衛生工作

(一) 救災組織架構與應變計畫

Myers(1994/2001)指出，擁有一個整合災難心理衛生緊急反應與其他救災機構的災難心理衛生計畫是基本要務，並強烈建議每個部門都要有心理衛生災難因應計畫，當作單位緊急應變計畫的一部分。陳錦宏等(Myers, 1994/2001)亦主張事先設定救災的組織架構與應變計畫可加速心理衛生服務的輸送，減少災後的混亂，並降低救災人員的壓力，故於平日應邀集專業團體、民間機構、政府部門，共同簽訂合作協定或協同計畫，確定彼此的角色責任和合作的方向，萬一發生災難，才能有條不紊，各就各位、分工合作。災難心理衛生計畫應簡短，有彈性，要說明何地、何時、及如何對特定心理需求有效回應，也應與救災體系建立關係，預估災難心理衛生服務如何整合進入整體救災的運作，爭取心理衛生人員的服務機會。計畫內容應包含(Myers, 1994/2001)：

- 1.任命救災主持人(即心理衛生代表)與救災行動團隊：救災主持人須對「災難心理衛生」領域有特殊專長，亦必須被授權作關鍵性決策，且能分析手邊正確資訊以便迅速而有效分配心理衛生資源。此人也要了解其他相關部門的決定和工作，即其他單位的決策是否會影響心理衛生工作。
- 2.提供教育訓練給救災人員及心理衛生人員。
- 3.救災演習：心理衛生人員平常應加入救災演習，藉以測試召集程序、集合地點、溝通管道和角色職責等，測試救災時可能出現的問題，前述都可以確保對受影響者的心理健康提供有效率、整合性、有效果的服務，同時也能讓不同救災專業的工作人員了解心理衛生人員的角色功能。
- 4.發動並協調心理衛生應變措施：心理衛生代表於災後的首要任務，包含蒐集災情，評估可能的心理需求，發動心理衛生團隊，以及與應變中心其他領域的代表協商。
- 5.建立心理服務處所：受影響者可在此獲得心理篩檢、危機諮商或轉介給適當資源。
- 6.危機諮商：在時間上應把握「立即性」，空間上應把握「就近性」，且要有「預期性」，預期受影響者可恢復正常功能，故應透過主動出訪，儘速在聚居的地方施行。
- 7.對救災人員提供支持性服務：救災前提供心理衛生教育、諮詢給救災人員、

其家人與上司，強化心理復原力(Resilience)。在救援工作告一段落時，更要提供「安心座談或安心團體(Debriefing)」等解除壓力的方法，藉機評估身心反應。

- 8.大型安心團體或安心座談(Large Group Debriefing)：心理衛生人員應主動拜訪人群聚集之處，提供一小時左右，教導為主的大型團體回顧，提供減壓的自助方法，或教育受影響者何時該求助，去何處求助，且讓個人有機會彼此交流情緒，降低孤單無助感。

- 9.追蹤評估：對受影響者或家屬長期追蹤甚為必要。

陳錦宏等(Myers, 1994/2001)也提醒應於計畫中增列後續治療的責任單位，並明訂轉介程序，以免災難心理衛生工作落得虎頭蛇尾，個案求助無門，衍生憂鬱症或自殺的結果。

最後，值得注意的是，並非所有的重大災難都提供與心理衛生服務相關之「個別協助」，包含危機諮商計畫、個人及家庭補助、臨時屋補助等。根據美國史塔福災難緩和方案(Stafford Disaster Relief)及緊急援助法案 416 條規定，惟有經總統宣告重大災難後，才同意提供相關經費進行心理衛生服務，否則僅提供清除廢棄物、修復公共財產與水源控制設施、緊急保護措施等「公眾協助」(Myers, 1994/2001)。

(二) 心理衛生人員的篩選與訓練

基於「不是所有人都適合從事救難工作」的原則，Myers 主張傳統心理衛生訓練並未著重在受災難影響的人們的許多問題，因此必須設計特殊的訓練方式，培養工作人員適應災區心理工作的特殊性(FEMA, 1988, Myers; 1994/2001)，而依美國紅十字會規定，提供災難心理衛生服務的專業人員，事先均應接受兩天標準化的課程並取得證明，完整的訓練目標與課程內容包含：與自己的情緒「工作」、了解人在重大災難中的行為表現、有效處置災難中的特殊族群、了解災難心理衛生工作的重要概念與原則、對倖存者及工作人員提供適當的心理衛生協助、了解救災工作必然的壓力等，藉以培養工作人員適應災區心理工作的特殊性(Myers, 1994/2001)。除此之外，由於災難因應的急迫性，建議應事先「篩選」並「指派」一組核心工作人員，將其訓練成為救難因應團隊，可以減少很多災難衝擊時期的困擾和壓力，並且針對相關人員定期實施在職訓練，幫助維持技巧的熟稔，萬一被大型災難衝擊時，團隊會有一些經驗做後盾，立即提供

協助；若這樣的核心團隊原本不存在，在災難因應初期及復原期間，即應開始籌畫訓練，且最好由擁有災難處理經驗或善於危機介入的專家提供，至少應有半日的時間進行訓練及了解狀況，且有一個半小時至兩個小時的時間做為訓練前的 Debriefing。在人員篩選條件方面，除了人口的地域性、種族與語言外，陳錦宏等(Myers, 1994/2001)即建議應以心理素質較佳的人為優先，像是社交上較為外向，有親和力、主動、積極、行動派、能隨機應變、有彈性，也能在混亂甚至惡劣的環境下工作的人，且能以非傳統的方法－「以社區為中心」的方法提供服務。最後，心理衛生主責單位亦應臚列相關訓練經費，使人員都能接受完整的災難心理衛生訓練，且不僅限於心理衛生人員，建議所有參與災難因應及復原工作的人都應接受完整的災難心理衛生工作訓練課程，包含救災人員與管理者。

二、救援期間的心理衛生工作

救災期間的心理衛生工作，在救災人員一開始進入救援時就開始了，包含領導者的適時支援、減少責難並給予鼓勵等，並隨時調派人力，有效輪替工作(周煌智，2018)。心理衛生工作人員的在救援期間也必須擱置傳統方法，以順利介入災難事件的處理，且應採取積極主動的接觸方式－透過「外展服務」的方式，直接去受影響者日常生活的地方，包含避難所、用餐地點等，與他們直接面對面，以期成功介入(Myers, 1994/2001)。此外，災難心理衛生工作者角色與責任是多元化的，亦應該依照工作人員的能力與人格特質委派任務，期間任務包含(Myers, 1994/2001)：

- (一) 主動接觸個案：在災區環境下工作的人，需要擅長非傳統的心理衛生服務方法，包括「積極地主動接觸(Aggressive Hanging Out)」、「喝一杯咖啡(Over a Cup of Coffee)」及「巡迴(Roaming)」時進行評估及處理。
- (二) 大眾教育：擅長公開演講與媒體接觸，藉以提供大眾或學校等單位心理健康教育及訓練，將心理衛生觀念融入生活，或具有良好的寫作技巧以製作心理衛生手冊，此部分包含安心講座(演說)、安心文宣、安心訪視、安心諮詢等，目的是要針對大眾提供情緒支持和紓解及機會教育(黃龍杰，2010)。
- (三) 社區聯繫：與社區各領導者建立及維持關係，需要擁有能夠了解及有效處理各團體間微妙關係的能力，或對行政人員提供災後心理衛生諮詢。

(四) 危機輔導：長時間的心理治療是不需要也不適合的。危機處理、短期治療、心理支持性團體及工作上的實際援助都十分有效。災難心理衛生工作者必須對這些方法有所認識，並具備純熟技巧。

上述都顯見災難心理衛生工作有別於一般心理衛生工作，有其專業的特殊性，且並非人人都適合救災。另一方面，Dr. Mitchell 在 1983 年提出「危機事件心理減壓」(Critical Incident Stress Debriefing，簡稱為 CISM)，或稱「安心座談或安心團體」(Debriefing)，主張在危機事件發生後的黃金 72 小時內，邀請相關當事人共同形成一個團體，由專業帶領者引導成員講述創傷故事、探索期間的想法與感受，教導創傷常見反應及應對技巧，藉以減緩危機事件所造成的影響，並協助參與者從危機事件的正常壓力反應中儘速復元(Karen, 2003)。CISM 不是治療，而是一種危機支持方法，透過團體凝聚力，使情緒得以紓解、反應正常化，促進正向認知的控制，藉以預防不必要的後遺症並加速復元(Dyregrov, 1997, Cite in Karen, 2003)。Myers 在書中亦強調 Debriefing 在救災期間的重要性，然而，缺乏經驗的工作人員，若未能辨識當事人狀態是否適合，假使其仍處於驚愕階段，勉強要其說出感受與重述事件，只會令其重新經歷事件，加深創傷，將會適得其反。加州大學洛杉磯分校的創傷精神醫學部團隊即指出，災後初期一窩蜂投入 Debriefing，成效可疑(陳錦宏等，Myers, 1994/2001)，晚近不少隨機控制試驗研究也發現，相較於未接受介入組，接受 Debriefing 非但無明顯效果，部分研究甚至發現存在負向效果(McNally, Bryant, & Ehler, 2003，蘇逸人，2012; Karen, 2003; Barboza, 2005)。因此，救災初期，國際間目前也已採用具有實證基礎的「心理急救模式(Psychological First Aid, PFA)²」取代傳統作法 CISM。PFA 採取「逐步照護取向(Stepped Care Approach)」，依初級預防、二級預防及三級介入等不同階段，各有特定的介入對象、時機與及目標(如下表 1)，意即災後心理介入的深度與密集度，應隨受影響者嚴重程度而異。過去研究也發現，創傷初期存在顯著焦慮或生理反應者，日後產生 PTSD 的風險比較高，

² 介入原則包括「安、靜、能、繫、望」五字訣，「安」，促進安全感，創傷後復原的首要目標，安全氛圍有助於減輕創傷反應、修復身心資源，改善妨礙復原的認知因素；「靜」，促進平靜，能降低後續創傷症狀的風險；「能」，促進效能，透過提醒、促進及肯定效能，使受影響者感覺有能力改善與解決自身困境，掌控困擾的情緒與想法，有利復原；「繫」，促進聯繫，協助缺乏支持、孤立或支持不良者；「望」，灌輸希望，是災後介入的關鍵希望，災後呈現正向結果者，通常維持樂觀、正向期待、有信心、保有希望性信念。配合能反映五項原則之八項核心行動，包含：接觸與允諾協助、安全與安適、協助穩定、蒐集訊息、實用性協助、連結社會支持、因應資訊、和協同服務連結。

若能在災後初期促使受影響者平靜，即可降低創傷風險，此即為災後初期心理衛生工作的重要目標之一(蘇逸人，2012)，而 PFA 即能有效達到前述降低 PTSD 風險之目標，有效減低創傷事件引發的初期不適感，並提升短期與長時的適應性功能與因應，且適用於所有受影響者。

表 1 災難心理衛生三級防治觀點

防治層次	時機	說明	
初級預防/ 資源提供及 心理急救	初期 約災後一個月期間	對象	所有受災者
		目標	促進個人安全、滿足實際需求、提升因應效能、穩定受影響者，以及將需要的人員轉介至額外資源
二級預防/ 心理復原技術	初中期 約災後兩周至數個月	對象	受影響較嚴重者
		目標	透過早期辨識與介入，減少創傷心理疾患的盛行率及嚴重性
三級介入/ 心理健康治療	不分時期	對象	存在心理疾患或顯著心理健康問題者
		目標	減輕心理障礙的持續時間、嚴重度及對廣泛心理社會功能的影響

另一方面，部分學者亦建議可先透過具有信、效度的量表篩選出少數高危險個案，將人員分類，找出疑似案例，進一步針對疑似案例作第二階段診斷，隨後視情況進行心理與藥物治療等，更為適當。除此之外，迅速製造衛教單張做為宣傳工具，透過知識與理念的傳達，也有助於眾多不願意或不方便接受輔導的潛在個案維持正向心理健康(周煌智，2018；陳錦宏等，2001)。

最後，在災難心理衛生工作執行方面，救災期間心理衛生團隊應以兩人一組方式分派工作，藉以形成一種「夥伴關係」，可以觀測彼此的壓力程度、提供支持和鼓勵，而除了在救災前，團體成員先行透過分享統整團體梳理自己的情緒外，在一個行動或一天結束後，也應由團隊成員自行發起「減壓」行動，目的是讓工作者有機會表達救援工作對他造成的情緒或心理上的衝擊，使工作人

員的反應「正常化」，提供同儕支持。

三、復原階段的心理衛生工作

當救援任務結束時，受影響者的生活將日益困難。因此，長期的心理衛生復原計畫，往往在災後持續一個月至一年之久，故需要追蹤，且最重要的是，能整合至其他針對受影響者的服務，與其他機構密切合作。此階段心理衛生工作重點強調持續追蹤與整合服務的重要性。

肆、國軍重大事件心理衛生工作相關規範與執行情形

「重大事件心理衛生工作」係指國軍心輔單位，針對所有參與災難事件、演訓或意外傷亡之救援任務官兵，訂頒各階段心理衛生工作計畫，訂定各級幹部工作職掌與流程，有效執行各項心理衛生工作，以期建立官兵完整之心理衛生知識，因應救援官兵及受災官兵面臨之心理衝擊與特殊心理需求，維護官兵身心健康，確保救援任務遂行與受災官兵之權益(國防部，2008)。國防部對於國軍重大事件心理衛生工作之指導，以專章規範於 2008 年的國軍心理衛生(輔導)工作教則中，明定應針對救援及受災官兵心理輔導需求，應統整並策頒可行之「重大事件心理衛生因應計畫」，納入各軍種「重大事件救援準則」中共同執行；另要求國防部及參與救援任務之各司令部心理輔導單位，平時即應編組「重大事件心理衛生工作小組」，在接獲任務 24 小時內應召集所屬心理輔導、輔導行政、精神醫療等小組成員，由單位政戰主任召開「重大事件心理衛生工作小組會議」，並協請相關聯參部會共同協商，依救援任務性質、區域、範圍、派遣兵力執行心理衛生工作。最後，依救援前(又區分平時與執行救援前兩階段)、中、後等三階段，律定各層級部隊與心理衛生單位於各階段的任務目標及實施作為。

2009 年的八八風災，初次驗證了國軍在救災心理衛生工作的實際執行成效。胡正申等(2009)即曾以八八風災任務為主題，記錄國軍於此次重大事件的心理衛生的執行工作，說明該次救災是以「三級防處」架構為基礎，並在「國軍精神醫療資源」及「民間相關專業機構」的輔助下，充分運用現有心輔人力進行，進一步依實際執行救災層面，呈現國軍心輔人員於各階段所採取的輔導協處作為，是一次成功的經驗。然而，災難的不可預期性，即使同樣類型的災難，在不同的環境下發生，便會有不同的後果發生，而災難雖然沉痛，但每一次都是珍貴的學習機會，臺灣心理衛生工作經歷過數次不同類型的重大災難，已逐次記取教訓並累積每次救災行

動中的寶貴經驗，彈性調整作法，國軍災難心理衛生工作更應如此。自 2008 年策頒「重大事件心理衛生因應計畫」以來，國軍於其間經歷了一次又一次的救災行動，現階段的心理衛生工作執行與流程雖然已有固定模式並趨於成熟，然而，仍有尚待改善的進步空間。

伍、國軍重大事件心理衛生工作執行現況之反思與芻議

吳英璋(2001)認為，災難心理衛生應該要有具體的策略、執行方式、以極熟練的行動能力，並不是只靠「說一說」就已經完成。災難因其不可預測性，有時候來得措手不及，因此，做好萬全的準備，可以降低災難後的傷害。國軍重大事件心理衛生工作雖已訂定相關因應計畫，具明確組織架構與任務內容，惟執行迄今，在實際執行層面仍有待討論之處，接續筆者將參考美國救災心理衛生工作經驗，結合國軍救災心理衛生現況，分從救災心理衛生體系架構、執行人員與工作內涵、心輔官角色之調整、營區內外傷亡應納入重大事件心理衛生工作項目等方面提出反思與芻議。

一、救災心理衛生體系架構部分

首先，國防部雖制定完整「重大事件心理衛生因應計畫」，且納入各單位救援計畫，惟實際執行時，救災指揮體系未將心輔系統納入整體考量規劃，往往忽略救災期間心理衛生之重要性，顯見平日缺乏橫向聯繫與演練。其次，心輔幹部隸屬指揮體系之下，其行動常在指揮體系與心輔體系間產生兩難，假若平時缺乏橫向聯繫或聯合演練機會，災難來時，恐會有多頭馬車的混亂情形產生。第三，缺乏標準化程序及具體動員計畫，教則中明訂於災後應立即成立「重大事件心理衛生工作小組」，納編地區心理衛生中心、各軍司令部心輔人員，以及非第一線救災部隊心輔官(士、員)，雖有律定明確編組及任務，但實際上在災難發生後，常依國防部指導或指揮體系之決策，亦或由各層級心輔官視狀況動員。第四，雖明訂應於平時與相關機構簽署支援協定，但實際上尚未有與民間心理衛生機構的合作機制，或者與國軍精神醫療體系分工之具體作法。最後，一般國軍救災與重大事件(傷亡)之心理衛生工作執行流程與方法未有明確分野，只要國軍動員前往救災，即依救災心理衛生工作計畫執行相關工作。因此建議：

(一)區分一般及重大事件心理衛生工作：國軍重大事件心理衛生工作因應計畫應依災害發生區域、規模及官兵可能受創傷程度等(即可能造成多人死亡與受

傷的各種災難)，區分一般救災及重大事件心理衛生工作，事先律定負責層級，以及具有決策能力的心理衛生主持人、支援與動員計畫(包含編組人力、任務內容等)，並納入各軍種或各單位救援計畫中共同規劃，分工實施。

- (二)律定負責層級與主持人：負責層級之主持人於災難發生之初即進駐指揮中心，藉以蒐集災情，評估災官兵身心可能的受影響程度及心理需求，動員心衛救災團隊前往支援，並與應變中心裡的其他專業代表進行協商或共同進行決策。
- (三)參與年度演習，強化橫向聯繫：平時應與指揮體系共同配合年度「全民防衛動員暨災害防救演習」實施動員，藉以強化各參之間的橫向聯繫，並使小組成員彼此培養默契，熟悉流程與工作內涵，以因應突如其來的災難。
- (四)與政府(民間)相關單位簽訂協定：國軍災難心理衛生工作之執行，除了與民間或政府精神醫療機構合作並簽訂計畫外，軍隊的三級防處機制的第三道防線－軍隊醫療體系亦為有利資源，可第一線支援，尤其在復原階段更為重要。因此，平日應邀集相關單位討論並依任務及階段進行分工，確定彼此的角色責任和合作的方向，也有助於復原階段協助官兵回復心理健康。

二、執行人員與工作內涵方面

首先，「重大事件心理衛生工作小組」乃依受災區域範圍臨時成軍並賦予任務，且以三級防處架構中的心輔官(員)為主，若相關成員未於平時接受災難心理衛生工作基礎訓練並定期演練，熟稔各組與自身任務內容，包含提供衛教單張、宣傳災難心理衛生基礎觀念、施測量表以篩選高風險人員、提供心理急救與即時個別處遇等，以及自我照護能力，在救災期間執行心理衛生工作之成效勢必有限。其次，未於每年定期安排相關課程，或即使有安排相關課程，考量訓練經費以及將人員由原單位暫時抽離以接受訓練之窒礙，無法使所有心理衛生人員或相關人員接受災難心理衛生訓練。第三，心輔人員執行工作內容仍以「救災經驗統整(CISD)」團體輔導為主，在不熟悉災難心理衛生的狀況以及考量受影響者狀況之下操作，恐有其風險。因此建議：

- (一)提供災難專業訓練：若以心輔官做為救災期間主要的輔導者，應在有災難心理衛生工作專業訓練的前提下前往支援，建議透過心輔講習等在職訓練傳授知識與技巧，包含自我照護的能力，確保其專業能力足以應付災難現場各種狀況。
- (二)編列充足心理衛生訓練經費：編列充足訓練經費並定期安排年度課程，使有

機會參與救災的心理衛生人員取得專業證照並定期接受在職訓練，甚至救災部隊幹部與官兵都能獲得災難心理衛生基礎知識。

- (三)充實救災相關知識與技巧：救災初期的工作模式以心理急救(PFA)取代危機事件壓力減壓(CISD)。

在工作內涵方面，配合心理衛生架構內容的調整建議：

- (一)平時：依災害發生區域、規模、類型及官兵可能受創傷程度等，訂定支援計畫(包含區分一般救災與重大災難之計畫、負責層級、心輔官人力編組、各組任務內容等)，編制內之心輔官皆應接受災難心理衛生專業培訓及定期的在職訓練，且與指揮體系共同參與年度演習，強化橫向聯繫與培養小組成員間默契；
- (二)災難發生期間：與救災指揮體系分頭並進，心理衛生部分由國防部主導，依區域、規模、類型及官兵可能受創傷程度等，打破各層級心衛中心建制，管制由負責層級實施動員，避免多頭馬車，並由負責層級心理衛生主持人召集「前線救災輔導組」成員，立即前往第一線前進指揮所支援，協助救災部隊輔導長進行心理衛生教育，協助潛在個案維持心理健康，並於救災期間進行量表篩檢，找出高危險個案，續由原單位心輔官進行第二階段(追蹤、輔導)評估，視情況轉介醫療單位。
- (三)救災結束前：依受影響程度，偕同軍隊、政府或民間精神醫療單位的專業人員以同心圓方式針對救災官兵實施安心團體(Debriefing)，教導創傷常見反應與應對技巧，協助救災人員從危機事件的正常壓力反應中盡速復元，亦可在團體過程中發掘潛在人員，交由單位心輔人員追蹤處理。

最後，三級防處架構中的救災部隊心輔官(員)在復原階段扮演重要角色，在救災任務結束後必須要持續關照救災弟兄的身心狀況，故建議亦應該接受一般災難心理衛生基本知識，包含心理急救，以及透過身心評量工具篩選需進一步協助人員，協助轉介至三級醫療單位接受服務。

三、心輔官角色之調整

陳晏琮與丁華(2004)研究指出，軍隊心輔人員的救災工作的特色即包含職務異動率高、非依專業需求投入災區、救災期程較短、主要接觸對象廣泛及偏向同儕支持系統等方面，與民間社會工作者有所差異。筆者亦認為以心輔官做為主要輔導者，除了面對災難專業知能不足外，也可能因為職務特殊性而有以下

議題：(一)救災經驗無法累積：因為心輔官終究需要輪調，即使接受過災難心理衛生專業培訓並取得證書，也會因為職務調動而無法傳承或累積經驗，新任心輔官除了經驗不足外，甚至有可能面臨在尚未接受災難心理衛生專業培訓，就必須前往支援的狀況發生；(二)心輔官是體制內的人，可能會遭遇同處體制內官兵有口難言的狀況，且心輔官身處第一線救災現場，同時身為救災者與輔導者，亦有可能使自己產生創傷或替代性創傷而淪為受影響者，如此一來，如何處理救災官兵心理衛生議題？在陳晏琮與丁華(2004)研究中，受訪者回應也可顯見此兩議題。

心輔官在國軍三級防處體系內做為救災輔導工作的主力，背負期待又責無旁貸。然而，基於 Myers 主張並非人人都適合救災的原則，研究者進一步建議可以透過於平日建立專業人才資料庫的方式，回歸個人特質與心理韌性層次，於平時篩選人格特質較為正向，且對於周遭環境能彈性應對，有能力在複雜和充滿政治因素及官僚的網絡中工作的心輔官，依不同區域及個人特質納編「國軍救災心輔工作小組」做為一組核心成員，並由國防部心理衛生中心有救災經驗之心輔老師擔任專業督導，在與政府或民間精神醫療單位合作狀況下，平時即依重大事件支援計畫進行訓練與分工，接受災難心理衛生專業培訓及定期的在職訓練。此部分可以抵銷心輔官(員)頻繁調動議題，有利於累積經驗，亦可避免心輔官身為體制內的人面臨同為救災者的困境，以及官兵面對體制內的輔導者有口難言的問題，同時也可以處理心輔官(員)未廣泛接受專業訓練，因災難心理衛生專業能力不足所造成的個人創傷議題。

四、營區內、外傷亡事件(包含自我傷害)應納入重大事件心理衛生工作項目

筆者認為，當募兵成為目前主要的兵源時，維持每一位官兵的身心健康都是軍隊重要任務，應審慎視之，並建議臚列重大事件心理衛生工作項目。自殺防處部分，除了於平時提供生命教育及情緒教育做為預防工作外，亦可透過心理衛生三級防處機制，及早透過量表篩選高風險人員，協助轉介輔導或治療，而當不幸事件發生時，包含營區內、外意外傷亡事件，建議依以受影響程度差異的同心圓方式，區分幹部與弟兄，視時機由外部單位或精神醫療體系的心理衛生工作人員進行團體或個別輔導工作，藉使每一位官兵都能在團體當中暢所欲言，降低事件的負面影響，將危機化為轉機，達到輔導效果。

陸、結語

國軍現階段的心理衛生工作執行與流程雖然已有固定模式並趨於成熟，然而，仍有尚待改善的空間，「他山之石，可以攻玉」，本文旨在藉由美國災難心理衛生工作之經驗，結合軍隊現況，從組織架構、執行人員與工作內涵等層面提出相關建議，做為政策規劃之參考，未來有興趣的研究者可以進一步以各層級的心輔工作者為對象，透過半結構的訪談，從實務層面了解工作者在執行相關工作時遇到的政策議題與建議，做為政策與實務之間的對話，以使整體救災心理衛生工作更臻於周延。重大事件心理衛生工作在承平時期的並非顯學，更可以說是冷門議題，但臺灣卻禁不起任何一次重大災難的衝擊。臺灣災難心理衛生能一步一腳印走到今天，甚至獲得大部分人的重視，都是每一件沉痛災難背後帶來的啟示，每一次的災難都予以心理衛生人員寶貴經驗。對於國軍而言，既然「救災視同作戰」且成為國軍本務，對於參與救災任務官兵的心理衛生更不容忽視，也不能只是求有，或以「兵來將擋」的心態處之，更需要靠綿密完整的因應與動員計畫，以及心輔人員平日紮實的訓練與定期參與演練，才能在每一次的重大事件當中，官兵在完成任務之餘，亦能確保其身心健康，維護部隊戰力。

參考文獻

一、中文部分

- 丁華(2016)。重大災害事件軍隊社會工作。國防大學政治作戰學院編印。
- 王硯洲(2013)。以 ABCX 理論探討參與救災任務官兵的壓力反應及適應歷程〔未出版之碩士論文〕。國防大學政戰學院社會工作研究所。
- 王鵬為(2018)。創傷常見的精神疾患。在黃志中(主編)，明天之前－災難心理衛生實務(頁 89-102)。翰蘆出版社。
- 中央氣象署(2023)。潛勢圖。中央氣象署地震測報中心。取自 <https://scweb.cwb.gov.tw/zh-tw/earthquake/potential/2023>(檢索日期：2024/8/15)
- 朱美珍、胡正申(2000)。國軍救災官兵身心反應與生活適應之探討。社區發展季刊，90，154-169。
- 行政院衛生福利部(2015)。災難心理衛生教材手冊(104 年版)。行政院衛生福利部。
- 林耀盛(1999)。救難人員的心理復原。輔導季刊，3，63-64。
- 林秀程(2004)。澎湖空難救援經驗與心理衛生處遇之研究〔未出版之碩士論文〕。政治作戰學校軍事社會行為科學研究所。
- 林萬億(2011)。災難管理與社會工作實務手冊。巨流圖書公司。
- 周煌智(2005)。災後心理反應歷程與心理處置歷程之長期追蹤研究－子計畫。都會地區救難人員的精神心理障礙與心理輔導成效評估－以高雄市為例。行政院國家科學委員會專題研究成果報告。
- 周煌智、蔡冠逸、吳泓機、蘇東平、周碧瑟(2006)。災難與創傷後壓力症候群。臺灣精神醫學，20(2)，85-103。
- 周煌智(2018)。災難精神醫學於大災難後的運用。在黃志中(主編)，明天之前－災難心理衛生實務(頁 71-88)。翰蘆出版社。
- 吳英璋(2001 年)。心理的復(重)建與心靈的復(重)建。921 災後心理輔導與諮商資訊網。教育部全國 921 災後心理輔導與諮商資訊網相關災後應變文章資料庫(heart.net.tw)
- 吳英璋(2001)。建立對「意外災難」有準備的社會。在陳錦宏等譯，災難與重建：心理衛生實務手冊(頁 7-9)。心靈工坊。
- 胡正申、李倫文、丁華、周姿葶、洪婉恬(2009)。從動員到復原：國軍心輔人員參與「八八水災」救援行動紀實。復興崗學報，96，1-28。
- 胡正申(2000)。九二一救災士兵「團體處遇方案」設計與評估之研究。軍事社會科

學學刊，6，1-30。

陳晏琮、丁華(2004)。看不見的傷痛：從災難事件探討國軍心輔人員面對替代性創傷的歷程與回應。復興崗學報，105，135-160。

陳清文(2008)。國軍部隊執行救災任務之心理壓力與防處作為。聯合後勤季刊，14，80-89。

陳禮仁(2020)。近年世界重大天然災害的回顧與省思。土木水利，47(2)。

國防部(2008)。國軍心理衛生(輔導)工作教則(第二版)。國防部。

國防部(2011)。國軍執行「重大災害(意外)事件」心理衛生(輔導)工作實施計畫。國防部。

張駿桓(2019)。國軍災難救援心理輔導工作作為研析。〔未出版之碩士論文〕。義守大學公共政策與管理學系。

曹馥年(2019/9/18)。震後的臺灣災難心理圖譜：支持力愈大、受傷的心愈強韌。報導者 921 地震 20 週年系列專題。【921 心理重建篇】震後的臺灣災難心理圖譜：支持力愈大、受傷的心愈強韌 - 報導者 *The Reporter*。取自 <https://www.twreporter.org/>(檢索日期：2024/8/15)

黃龍杰(2018)。從替代性創傷到安心服務。在黃志中(主編)，明天之前－災難心理衛生實務(頁 127-144)。翰蘆出版社。

黃龍杰(2010)。災難後安心服務(圖解版)。張老師文化。

賀光宗(2003)。拭不去的淚痕－國軍官兵執行空難救援任務之研究－以新航空難為例〔未出版之碩士論文〕。政治作戰學校軍事社會行為科學研究所。

趙晞華(2012)。國軍救災之法治演變與問題對策。軍法專刊，58(4)，105-138。

鄭淑心(2015/9/18)。臺灣災難心理衛生政策與發展。衛生福利部心理及口腔健康司。災難心理作為。取自 <https://www.mohw.gov.tw/mp-1.html>(檢索日期：2024/8/15)
臺大心理學系季報 108 年 10 月刊。研究所專欄－臺大心理學系季報。取自 <http://ntu.edu.tw/> (檢索日期：2024/8/15)

魯中興(2001)。台灣災難心理衛生的寇與俠。在陳錦宏等譯，災難與重建：心理衛生實務手冊(頁 15-18)。心靈工坊。

謝龍生、蘇昭郎、蘇文瑞、陳天健、許建智、許丁友、廖宏儒等(2016 年 11 月 15 日)。精進防災科技減少災害衝擊。臺灣災害管理學會電子報第 26 期。臺灣災害管理學會電子報。取自 <http://dmst.org.tw/new/> (檢索日期：2024/8/15)

蘇逸人(2012)。心理急救與核心行動介紹。在行政院衛生署(主編)，災難心理衛生教

材手冊(104 年版)(頁 52-584)。行政院衛生署。

羅達中、劉晉良(2019)。搖完後，留下了什麼？九二一大地震 20 週年報導。

Diane Myers, R.N., M.S.N.(2001)。災難與重建－心理衛生實務手冊(陳錦宏、劉慧卿、林博、鍾明勳、廖定烈、劉時寧、李秋月、林秀慧、林明雄、巫毓荃譯。心靈工坊。(原著出版於 1994 年)

二、英文部分

Barboza, K. (2005). Critical Incident Stress Debriefing(CISD): Efficacy in Question. *The New School Psychology Bulletin*, 3(2), 49-70. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/e741582011-004>(檢索日期：2024/8/15)

Diane Myers, R.N., M.S.N. (2001)。災難與重建－心理衛生實務手冊(陳錦宏、劉慧卿、林博、鍾明勳、廖定烈、劉時寧、李秋月、林秀慧、林明雄、巫毓荃譯。心靈工坊。(原著出版於 1994 年)

Fournier, R. R.(2002). A Trauma Education Workshop on Posttraumatic Stress. *Health & social work*, 27(2), 113-124. Retrieved from <http://doi.org/10.1093/hsw/27.2.113>(檢索日期：2024/8/15)

Karen, F. C. (2003). *Critical Incident Stress Debriefings for Cross-Cultural Workers: Harmful or Helpful?* Mobile Member Care Team. Microsoft Word - 07 CISD for Cross-Cultural Workers - Helpful or Harmful .doc. Retrieved from <https://www.mmct.org/>(檢索日期：2024/8/15)

收件日期：2023 年 12 月 19 日

一審日期：2024 年 01 月 22 日

二審日期：2024 年 03 月 29 日

採用日期：2024 年 04 月 03 日

The Current Status and Prospects of Disaster Mental Health Service in ROC Military : The American
Experience
Chia-Jung, Wu
(本頁空白)