

計畫編號：DOH97-TD-M-113-96015

行政院衛生署九十七年度委託科技研究計畫

「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及
未來進階護理工作模式之建構計畫

總 報 告

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：林綽娟

協同主持人：黃玉珠、馬金足、許智皓、李采娟

全程計畫： 自 96 年 03 月 01 日至 98 年 02 月 28 日止

*本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：

如對媒體發布研究成果應事先徵求本署同意*

目錄	頁數
第一章、前言	【14】
壹、偏遠地區	【15】
貳、公共衛生護理 (衛生所護理)	【25】
參、以服務為基礎的公共衛生培訓模式	【37】
第二章、實施方法與步驟	
壹、研究架構	【40】
貳、研究方法	【40】
第一年	
(壹) 研究對象	【41】
(貳) 研究工具	【42】
(參) 資料收集過程	【44】
(肆) 資料分析	【45】
(伍) 研究倫理	【45】
第二年	
(壹) 研究方法	【48】
(貳) 資料收集過程	【50】
(參) 資料分析	【50】
第三章、結果與討論	
壹、我國偏遠地區的衛生政策	【52】
貳、世界(英國、美國、日本)偏遠地區護理執業模式資料	【54】
參、離島偏遠居民的健康需求	【84】
肆、離島偏遠衛生所健康服務項目的現況	【96】
伍、護理人員業務執行內容	【102】
陸、偏遠地區衛生所健康服務的需求	【129】
柒、公共衛生護理人員的能力培訓課程	【141】
捌、偏遠地區衛生所護理工作模式與進階制度草案	【145】
(壹) 照護模式方面	【148】
(貳) 公共衛生護理人員的進階制度草案	【156】

第四章、結論與建議	
壹、結論	【178】
貳、建議	【191】
參考文獻	【195】

附件目錄

附件	頁數
附件一、衛生所服務項目核對表	【211】
附件二、衛生所護理人員工作執行現況問卷	【217】
附件三、學術研究人權維護審查通過證書	【222】
附件四、專家名單	【223】
附件五、問卷填寫同意書	【224】
附件六、草案山地離島偏遠地區進階護理工作模式與進階教育 計劃草案問卷	【226】

圖表目錄

圖表目錄	頁數
圖 1-1 公共衛生護理人員的業務	【36】
圖 1-2 三層級的照護模式	【36】
圖 1-3 以服務為基礎的公共衛生培訓模式(STMPH)	【38】
圖 2-1 STMPH 的研究架構	【40】
圖 2-2 第一年研究資料收集流程	【47】
圖 3-1 日本護理分類	【70】
圖 3-2 日本進階護理執照分類	【71】
圖 3-3 訪問看護工作示意圖	【77】

圖 4-1 公共衛生護理人員訓練規劃	【154】
圖 4-2 特殊專長護理師相互支援	【154】
圖 4-3 偏遠地區衛生所護理人員進階制度	【129】
圖 4-4 偏遠地區衛生所護理工作模式(草案)	【130】
表	
表 2-1 問卷回收率	【42】
表 2-2 問卷調查之研究對象統計表	【48】
表 3-1 偏遠地區醫事人員需求表	【53】
表 3-2 英國社區護理人員職稱更改表	【56】
表 3-3 英國註冊護士分類表	【58】
表 3-4 英國社區專護理師訓練課程內容	【59】
表 3-5 日本認定看護師和專門看護師比較	【72】
表 3-6 日本 2007 年認定看護師審查合格人數	【75】
表 3-7 美國公共衛生相關護理人員職掌	【81】
表 3-8 日本公共衛生護理人員職掌	【82】
表 3-9 英國公共衛生相關護理人員職掌	【83】
表 3-10 2006 年(底)偏遠地區人口組成一覽表	【86】
表 3-11 2006 年出生率與生育率統計表	【87】
表 3-12 2006 年死亡概況比較表	【87】
表 3-13 全國十大死因分析統計表	【88】
表 3-14 南投縣十大死因分析統計表	【89】
表 3-15 澎湖縣十大死因分析統計表	【90】
表 3-16 臺東縣十大死因分析統計表	【91】
表 3-17 屏東縣十大死因分析統計表	【92】
表 3-18 花蓮縣十大死因分析統計表	【93】
表 3-19 死因分析—慢性肝病及肝硬化的發生	【94】
表 3-20 研究對象基本人口學資料	【112】
表 3-21 研究對象緊急救護訓練統計表	【114】
表 3-22 衛生所公共衛生護理人員業務項目執行頻率分析	【115】
表 3-23 偏遠地區衛生所公共衛生護理人員業務項目執行	

頻率分析	【116】
表 3-24 平地地區衛生所公共衛生護理人員業務項目執行 頻率分析	【117】
表 3-25 衛生所護理人員從未執行的業務項目卡方統計分析表	【118】
表 3-26 衛生所公共衛生護理人員業務項目執行頻率分析 卡方檢定	【119】
表 3-27 衛生所公共衛生護理人員業務項目執行工時分析	【123】
表 3-28 衛生所公共衛生護理人員緊急救護業務自評執行 表現統計表	【125】
表 3-29 偏遠地區衛生所公共衛生護理人員緊急救護業務自評執行 表現統計表	【126】
表 3-30 平地地區衛生所公共衛生護理人員緊急救護業務自評執行 表現統計表	【127】
表 3-31 衛生所護理人員緊急救護業務從未執行卡方檢定統計表	【128】
表 3-32 衛生所公共衛生護理人員緊急救護業務自評執行表現 t 檢定統計表	【128】
表 3-33 焦點團體社區領袖的人口學資料統計表	【130】
表 3-34 焦點團體護理人員的人口學資料統計表	【131】
表 3-35 焦點團體衛生行政主管的人口學資料統計表	【132】
表 3-36 焦點團體護理長的人口學資料統計表	【132】
表 3-37 說明會出席者人口學資料	【147】
表 3-38 研究對象人口學資料	【148】
表 4-1 衛生所護理人員之專長群組及其主辦業務範圍與訓練 課程建議表	【153】
表 4-2 基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員護理工作模式 統計表	【155】
表 4-3 護理工作模式之建議	【155】
表 4-4 山地離島偏遠地區衛生所護理人員的三級能力區分表	【158】
表 4-5 基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級 統計表	【158】

表 4-6 基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三階 之建議表	【158】
表 4-7 山地離島偏遠地區衛生所護理人員 PHN 三級的名詞 界定表	【159】
表 4-8 衛生所護人員對進階制度(名詞界定)統計表	【159】
表 4-9 名詞界定(PHN1、PHN2、PH3)之建議	【159】
表 4-10 山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇統計表	【160】
表 4-11 山地離島偏遠地區 PHN 護理人員的角色範疇	【160】
表 4-12 山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇之建議	【161】
表 4-13 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階 訓練目標－基礎能力	【164】
表 4-14 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階 訓練目標－專業能力	【165】
表 4-15 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階 訓練目標－管理能力	【166】
表 4-16 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階 訓練目標統計表	【167】
表 4-17 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階 訓練目標之建議	【167】
表 4-18 山地離島偏遠地區基層護理人員臨床專業能力 訓練重點(課程大綱)	【168】
表 4-19 山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練 重點(課程大綱)統計表	【169】
表 4-20 山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練 重點(課程大綱)之建議	【169】
表 4-21 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員臨床專業能力 進階制度晉陞指標	【172】
表 4-22 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階 制度晉陞指標統計表	【173】

表 4-23 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階 制度晉陞指標之建議	【173】
表 4-24 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之 建議聘任	【173】
表 4-25 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議 考核指標	【174】
表 4-26 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階建議聘任 統計表	【174】
表 4-27 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任 之建議	【174】
表 4-28 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議 考核指標之其它建議	【175】
表 4-29 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員對進階制度統計表	【176】

摘要

研究目的：

1. 收集並整理我國偏遠地區的衛生政策資料。
2. 收集世界(美國、英國、日本等三國)偏遠地區護理執業模式資料。
3. 分析離島偏遠地區居民的健康需求。
4. 探討離島偏遠地區衛生所健康服務項目的現況。
5. 了解護理人員業務執行內容。
6. 了解護理人員與護理行政者、衛生行政主管對衛生所護理人員在目前與未來偏遠地區健康照護的角色與功能。
7. 規劃離島偏遠地區衛生所護理工作模式草案及護理人員進階培訓計劃草案。

研究方法：

1. 以文獻查證收集資料包括：我國離島偏遠地區衛生政策、居民的健康狀況，以及美國、英國及日本的離島偏遠地區護理工作模式及護理人員進階制度。
2. 以焦點團體訪談探討偏遠地區衛生所護理人員所須提供的護理服務項目、衛生所護理人員的工作職掌及所需具備的能力。焦點團體的研究對象係包括信義鄉、烏來鄉、七美鄉等三衛生所護理人員與社區領袖及護理長、衛生行政主管等八場次共66位。
3. 以問卷調查探討偏遠地區衛生所護理人員工作內容與工時情形。問卷經信效度檢定。研究對象是84個衛生所，共發出約643

份，回收率 69.2%。量表的內容包括基本資料、業務執行頻率及緊急救護執行表現。其效度執行專家效度問卷依此修正，信度以內在一致性測量為.90 與.94。

4. 專家座談：邀請二位學者、四位衛生所護理長及四位衛生局/署等相關專家學者，組成 10 人小組會議，以研議離島偏遠衛生所護理工作模式及護理人員培訓計劃。其討論次數三次。
5. 草案說明會：在中部、東部、南部與離島各舉辦一次，邀請偏遠地區衛生所護理人員。共計 78 名。
6. 問卷調查：以南投縣及台東縣之衛生所護理人員共 237 人為調查對象。包括南投縣 123 人及台東縣 117 人，與出席說明會者合計 318 人。問卷寄回並填寫完整者共有 278 人（回收率為 87.3%）

主要發現：研究結果顯示

1. 偏遠地區公共衛生護理人員在業務項目與工時與平地衛生所護理人員比較均較多，在緊急醫療救護方面，亦有相似結果。
2. 三個國家(英、美、日)均於 2006 年左右在公共衛生護理專業上有新的政策，以重新調整公共衛生護理人員的角色、職稱、職掌、訓練要求等。三個國家均提出進階護理人員執行較專精的公共衛生護理人員業務。
3. 在公共衛生護理人員養成計畫方面，未來應可適時增加名額，尤其是台灣本島以培訓在地人服務在地人，以提升偏遠地區公衛護理人員的留任。
4. 衛生所護理工作模式：衛生所在衛生局指導下，並結合區域內資源，如地區醫療診所或護理診所(專科護理師所開設的)及

IDS 醫療機構(其護理人員以專科護理師為主)區域外資源如學術/研究機構及學會等提升衛生所護理人員專業能力及衛生所照護品質。而衛生所內護理人員可分為三等級，並分別以個案、團體、社區為重，只是比例上有所不同。

5. 原則上大部份偏遠地區衛生所護理人員是贊同此草案的，只有少數須修改，及推動應注意的事項，故經研究小組第二次修訂完成。
6. 偏遠地區設置專科護理師是非常可行的，此可與 IDS 結合或另外設置。最重要的是偏遠地區民眾的就醫權與健康權是否被關心與照護是否具有品質。

結論及建議：

1. 制定行政命令或修法等要求衛生所護理人員資格及參與在職進修教育。
2. 本研究結果，建議進階制度與工作模式可委由有意願之學會與學校一起在某一縣市試辦。
3. 遠距學習是必要的，故遠距學習的軟硬體設施應及早設置。
4. 培育在地資源，尤其有醫護背景之專業人員培育成師資群。
5. 對目前現職人員應有落日條款：建議由同儕(2位)、護理長、主任及衛生局主管等五位組成審核團。
6. 建議行政人員以跨衛生所方式兼辦將可提升行政效率與品質。

關鍵詞：山地離島、偏遠地區、公共衛生護理人員、專科護理師

Abstrant

The purpose of this study was 1) to collect the health policies of rural area in Taiwan, 2) to collect nursing models of public health practice in rural area in US, UK, and Japan. 3) to analyze health needs, demands, and types of health resources in rural area, 4) to explore services provided by public health nurses and their function and role in rural area.

Three methods to collect data:

1) Applng literature review health policies and health status in Taiwan rural area, and compare to nursing models and nurse ladder system in three countries.

2) Using focus groups to get nurses, nursing administrators, and community leaders to get information about items of nursing services, job description and competency. The 66 participants were invited from community leaders and public heath nurses in Shin-I County, Wu-Lai County, and Chi-Mai County. Additionally, head nurses in rural area and health administrators.

3) Adopting surveys to get data of nursing items and time consuming. The questionnaire includes three parts: demographics, nursing items and time consuming. The questionnaire has been examined by content validity and Cronbach's alpha. The questionnaire was modified by experts' comments and Cronbach's alpha was .90 & .94. The 643 questionnaires were given to PHN in 84 health stations, return rate was 68.42%.

4) Advisor group: The 15 experts were invited to form an advisor group which included four central governors, five public health administrator, three academics, and three public health practitioners. Their specialty included medical, public health, and nursing. Three focus group meetings were taken place to develop public health nursing model and advanced continuing education program protocol.

5). Conferences: Four conferences were taken place for announcing the

protocol to public health nurses. Four conferences were taken place in middle, east, south, and Pon-Ho island. All public health nurses who work in the remote area were invited, but only 78 PHNs attended.

6). Survey: The questionnaire was given to the public health nurses in Non-To County and Tai-Don County. The 237 PHNs received which included 123 in Non-To County ad 117 in Tai-Don County. Also, it plus 78 PHNs from the conference. The total participants were 318, but only 278 PHNs completed the questionnaires. The return rate was 87.3%

The results showed as follow:

- 1) It showed that nursing items and its time consuming in rural area were more than sub-rural area. In emergency care, there were showed a similar result.
- 2) Three countries (US, UK, and Japan) proposed their public health nursing (PHN) policies around 2006 about PHNs' competency and their job title and job description. Their also proposed the need of advanced practice nurses (clinical nurse specialist) in specific area of PHN.
- 3) The need of training program for PHNs(who live in the area) in the rural area from the government to decrease turnover rate and increased PHNs' job description.
- 4) A nursing model in health stations in rural area and training program was proposed in the study.
- 5) Public health nursing model: public health station has to coordinate intra-community and inter-community resources to develop care model. Senior PHNs can be an advisor to new or junior PHNs in the community or outside of the community. The three-level continuing education program was developed. The three-level PHNs have different-level concerns in clients, family, group, and community.

- 6) The second revised protocol was presented in the report.
- 7) It is necessary to have public health nursing specialist in the remote area. This can be developed with nurses who work for IDS. It is importance that we need to concern health rights of people who live in the remote area.

CONCLUSION & SUGGESTION

1. It is necessary to develop regulations or standards to encourage PHNs to participate in the education program. Also PHN's qualification should be asked in the regulation.
2. The model and advanced continuing education program can be tested in a county by a education institution or association.
3. It is necessary to set up e-learning for PHNs who work in the remote area. Therefore, the soft-ware and hard-ware for e-learning should be concerned in the near future.
4. The senior PHNs should be trained to be the tutors in the local area.
5. This protocol developed by this project is for new nurses who will work in public health station in remote area. It is necessary to develop an article for nurses who work in public health stations now. It establish an advisor group to evaluate PHNs who are qualify in which levels of advanced PHNs. The five-people advisor group included two peers, head nurse and director of public health stations, and administrator from health care bureau.
6. It is suggested that administration jobs should do by professional administrators, not do by PHNs.

Keywords : remote area, public health nursing, nursing models, nursing ladder system.

前言

二十一世紀的醫療環境，由於科技的進步促使醫療的進步，也創造了許多就醫的可能性，例如遠距醫療。也促使許多新興照護模式，例如：整合性醫療服務、牙醫照護、社區健康營造計劃及社區公衛群，這些照護模式使衛生所的業務愈趨複雜，護理人員不僅承擔自己原有的業務，更需執行新的業務。而許多的業務有其背景因素及其執行時所需具備的知識與技能，但護理人員在未接受訓練或僅接受少數訓練的情況下，就匆促執行業務。此情況不僅讓護理人員在執行時面臨許多挫折，也使新業務的成效無法呈現，使政策難以推行。近期由於醫療資源豐沛，都市及一般型態的衛生所面臨服務型態的轉型，然而在山地離島衛生所仍是當地唯一的醫療資源，肩負居民的醫療及預防保健的責任。事實上，鴻、林、彭、呂(2002)指出我國自清朝康熙即有西方醫學開始萌芽，也陸續對離島偏遠地區設立相關的醫療政策，直至民國 87 年衛生署成立醫政處山地離島醫療科，自此離島偏遠的衛生政策邁入新的里程碑。行政院亦在山地離島規劃執行八大項工作，包括：充實醫療人力、改善醫療保健設施、整合當地醫療資源、加強醫療支援計畫、強化緊急醫療後送體系、配合全民健保推動論人計酬及論量計酬服務制度、補助原住民參加全民健康保險之保險費，以及加強民眾衛生教育宣導工作(行政院衛生署，1999)，均顯示政府對離島偏遠地區的關懷。中央健保局自 88 年也積極推動整合性醫療照護(Integrated Delivery System, IDS)。無論是在滿意度或就醫的可近性，IDS 在大部份實施的鄉鎮均有正面評價(宋、洪、李、劉，2005；陳、柯、連、阮、黃、陳等，2004)。但是雖有這麼多政策，離島偏遠醫療仍有許多困難，包括：交通不便、醫事人力不足或流動率太高、外來支援人力無法長期持續、硬體設備不足或補助之設備與實際需求不

符、缺乏夜間門診與急診服務等，而且在改善個人不良健康行為上亦有許多瓶頸(呂，2001)。不僅如此，在推動這許多的醫療策略下，公衛護理人員的工作模式是否亦隨之修正、護理人員的能力是否也能適任，以因應醫療需求及照護品質的提升，實值得進一步的探討。故如何發展山地離島的偏遠衛生所護理工作模式，使工作成效更能彰顯，不僅能符合當地民眾健康需求，更能提升照護品質使民眾受惠，是非常重要的議題。

壹、偏遠地區

山地離島地區均屬偏遠地區，而這些地區的共同特點是交通不便、人口分散、人口老化、物質生活差異、教育水準及經濟水準較低(蔡，1998)。而其醫療資源較為缺乏，不僅醫護人力在量上不足，其流動率也相當高。我國政府一直訂有離島偏遠醫師養成計劃或鼓勵偏遠地區醫師的措施，然而其人力仍然改善不多。依據潭與曾(2003)的研究指出我國偏遠地區醫事人力，以醫師數而言，由1993年147人增加到2000年的242人，增加約65%，同期間內護理人員增加約78%(由395人增至702人)。相較於全台同時期的醫事人力而言，增加幅度雖較大，然而每位醫師服務人口或每萬人醫師數而言，離島偏遠地區每位醫師服務人口為全台的2到3倍。世界衛生組織的醫師人口比例標準為1:1,000。我國經濟建設委員會所作的規劃為公元2000年須達1:750，目前全台醫師人口比例已達此目標，然而偏遠地區的比例高出目標值兩倍，亦高出世界衛生組織標準1.5倍，我國醫事人力分佈不均與偏遠地區醫事人力的缺乏仍是不爭的事實。

何謂偏遠地區？最普遍的是以其人口密度表示，依美國鄉村健康政策部門定義，鄉村地區(Rural)指的是每平方英里人口數少於99人，而偏遠地區(Frontier)指的是每平方英里人口數少於6人的地區。除此

之外，其他定義還包括如考量取得服務的距離及或獲得服務所需的時間 (distance to service and/or time to access service)。

除此，國內偏遠地區衛生所亦承擔大部份的醫療與預防保健工作，然而偏遠居民的健康問題與平地是有相當的不同。林等調查臺灣省山地及離島地區死亡率及死因，77 年 79 年間臺灣首要死因皆為惡性腫瘤，在離島地區亦為主要死因外，在山地鄉及離島地區皆非首要死因，而三年來居於臺灣地區死因第三位的意外事故及不良影響，在山地鄉及平地山胞地區卻是首要死因。三年內皆未成為臺灣地區十大死因的—結核病及自殺，三年間卻一直是山地鄉的十大死因之一 (林、胡、林、姚，1993)。所以離島偏遠地區之居民的健康問題是較為不同的。

偏遠地區公共衛生護理

山地離島等偏遠地區的公共衛生護理有許多不同的模式(Lee & Clarlene, 2004)。國外的偏遠地區護理工作模式包括醫院/住院的照護以及門診,由擁有處方權的專科護理師(nurse practitioner)執業，尤其在醫師缺乏的鄉村，衛生中心亦有住院照護，即由專科護理師的照護團隊負責居民的健康(Paliadelis, 2005；Ferrari & Rideout, 2005)，而照護團隊的成員所負責的工作各有所長。目前國外偏遠醫療照護多以社區專科護理師為主，以英國為例: practice nurse, district nurse, health visitor 提供不同的照護業務且發展出屬於自己的功能(Arnold, Topping, & Honey , 2004)。而美國則以 NP(nurse practitioner)或 APN(advance practice nurses)服務於偏遠的鄉村社區，為民眾提供長期社區照護的個案管理與健康照護活動(尹，2002； Geiss & Cavaliere, 2003)。鄰近的南韓也有設立社區照護師，丹麥甚至在哥本哈根藉由設立健康小舖 (health city shops) 執行健康諮詢，負責人都是社區專科護理師(許，2001；葉金川，2001；Gofin &

Neumark, 2002 ; Korabek , Slauenwhite , Rosenau, & Ross, 2004) 。

由於偏遠地區照護須以整合且獨立之作業型態，故對於護理人員之養成要求更高。衛生所提供的照護對偏遠地區居民的重要性及其價值是不可言喻，其照護的特質是照護的範圍廣、多樣性，且居民有被隔離感(isolation)及缺乏資源(scarce resources) 、照護角色多元等特性(Kenny & Duckett, 2003 ; Bushy, 2001; Richard, Farmer & Selvaraj, 2005)。在偏遠地區，緊急照護(emergency)及自我照護(self-care)是居民不可或缺的生活必備品(Lee & Clarlene, 2004)。

然而針對鄉村地區的特性，尤其居住在缺乏健康專業的地區的居民，護理人員為鄉村社區所提供的外展服務，必須考量服務的可及性、可近性及可接受性(availability、accessibility, and acceptability of service)。可及性(availability)，指能有充足的人員提供這些服務(the existence of services and sufficient personnel to provide those services)。鄉村地區整體而言缺乏醫師和護士，尤其產科醫師、兒科醫師、精神科醫師、家庭醫師及專科護理師(Gamm, et al, 2003. a; b; c)。

可近性(accessibility)指人們有方法去獲得服務及買得起需要的服務。面臨的問題包含：長距離的旅程、缺乏公共交通工具、缺乏電話服務、健康照護提供者短缺、不公平的補償政策(如：醫療保險與診斷相關群)、變化莫測的天氣情況、沒有能力去獲得應有權利(Gamm 等, 2003. a;b;c)。

可接受性(acceptability)提供合於特定族群價值的服務，就農村家庭之多變性，提供社區護理服務可能面臨的阻礙(Bushy, 2002)。包含：處理個人的傳統習慣問題(如：使用成藥、特定宗教儀式、禱告等)自我照顧的方式、依信仰來解釋疾病的起因和視為治癒方式(如：巫醫)、缺乏關於

身體及心理方面疾病的知識及尋求正式服務接受治療的觀念。(Gamm 等,2003. a;b;c)。

事實上，公共衛生護理人員在偏遠與平地的工作內容是有所差異最大的不同應是醫療門診的部份。其內容比較如下：

1.平地地區：

基層的公共衛生護士除了需家庭訪視、個案管理外，另需執行繁雜的保健業務，如複合式及癌症篩檢、異常個案轉介、預防接種、傳染病防治(腸病毒、登革熱、肺結核、SARS 等)、居家護理、行政工作等業務。更常利用假日、夜間時段，辦理預防保健篩檢及宣導活動(李、張、賴、李，2008)。也因應健康問題越來越多元化，護理業務內容也相對增加，例如：獨居老人照顧、早期療育、口腔癌篩檢、健康營造等。另衛生所中有 17.8%的護理人員需兼任單位內一般行政工作如主計、總務、人事、出納等(洪，1997)。

在衛生所每位護理人員都有被分配各自主辦的業務，而每項業務都訂有考核目標，主辦人需事先計畫、聯繫相關人員或單位，然後再與所有同仁團隊合作之下達成任務(李，2004)。若未能達到目標，則會影響整體衛生所競賽排名，這是工作上一大壓力源。其次，現在由於社區民眾白天多外出工作不在家，因此部分活動或是家庭訪視考慮民眾的方便及效果而在晚上或假日舉辦，連帶影響到休閒時與家人相處的時間，這亦是另一工作壓力源(李，2004；張等，1995)。

2.偏遠地區：

政府自民國四十年以來陸續制定提昇山地醫療保健服務相關政策，為普及醫療保健服務，全台灣地區於每一鄉鎮設立衛生所外，偏遠村落亦設立衛生室以提供一般門診及保健服務(黃、陳、洪，2005)。

偏遠地區衛生所護士原本只需負責所內預防保健業務，居家護理等訪視則由支援醫院或公衛護士進行之，但現在因 IDS 模式已漸走向 24 小時全年無休的方式後，護理人員需長時間額外隨同醫師看診、巡診、夜診、急診(譚、曾，2005)。在更偏遠的地方則實行通訊醫療，由衛生所室護理人員先將患者基本資料及主訴症狀，詳載於病歷上，以通訊或傳真方式告知醫師，醫師經由通訊方式或詢問患者病情，進行診療並開立處方，傳回衛生所室，由護理人員依據醫師處方治療患者(譚、曾、蕭，2003)。

在山地鄉服務的公共衛生護理人員負責的人口地段及工作量雖然比平地較少，但由於山地鄉地形較遼闊，家庭訪視時要耗費許多路程，上班時間需要通勤一個小時(單程)，身心易疲乏，雖然在山地鄉每個月多三仟多元的山地加級福利(李、張、賴、李，2008)。但現在油價高漲，不足以應付每個月的交通油費，這是山地服務工作者的壓力源。

我國平地的衛生所及偏遠地區的衛生所有共同的項目業務範疇外，平地的衛生所多以保健業務為主，較少醫療門診業務，因為衛生所所服務的民眾醫療服務選擇性多，但偏遠地區的衛生所，大多醫療資源不足，當地居民就醫時，就醫的最近地點就是衛生所、室，所以偏遠地區的衛生所常有比較多的醫療門診業務。偏遠地區衛生所的業務包括文士樂(Winslow)的三段五級，包含初段、次段及末段預防。初段預防是針對健康問題未發生前之活動，主要目的為促進健康和特殊保護；次段預防是針對疾病早期之護理活動，其目的在於早期診斷、早期治療；末段預防在於矯正病況已預防疾病和殘障的繼續惡化，主要是限制殘障及復健。不似平地衛生所僅須提供保健(初段預防)服務。

而美國的衛生所主要工作內容有生命統計資料的收集與分析、衛生教育、傳染病個案的管理與研究、保護環境及減少有害健康因子、找出公共衛生相關危險因子及高危險群、針對特殊個案提供直接照護(Fisher, 2002)。與我國公衛護理人員提供保健業務相似，但直接服務提供較少。而且其偏遠地區尚有其他服務型態即專科護理師(nurse practitioner)所提供的診所。而我國偏遠地區公共衛生護理人員不僅有保健業務的業積壓力也有醫療門診的業務。且由於人口數少護理人員的編制常也不多，故其承擔主辦的業務項目也是較多，可以是多到7~8項，不似平地衛生所2~3項，其業務的熟悉度是非常挑戰的。

衛生署於民國89年訂定「縣市衛生局所屬衛生所員額設置參考基準」，供各縣市衛生局訂定所屬衛生所員額設置參考規範。其將衛生所屬性，大致分為3類：都市地區衛生所、一般鄉鎮衛生所、偏遠地區（含山地、離島）衛生所。以偏遠地區之南投縣信義鄉衛生所組織編制為例，其人員配置，包含醫師、護理長、醫事檢驗師、醫事放射師、藥師、護理人員、保健員、課員、衛生稽查員及工友等，衛生所設置主任一人，由師級醫事人員兼任。而護理長則由護理人員兼任。

以美國為例其管理人口數於2000年每一個公共衛生護理人員平均為6896人(Gebbie, 2003)。以日本為例，一個公共衛生護理人員管理人口數為5000-8000人(Murashima, 1999)。然而，本人於九十四年執行之「公共衛生護理人員能力提升計劃」中，依照衛生署於民國89年訂定「縣市衛生局所屬衛生所員額設置參考基準」，再依內政部統計資訊服務網獲得94年各鄉鎮人口數及衛生局所提供各鄉鎮衛生所護理人員數計算，得到衛生所護理人員管理人口數，顯示衛生所護理人員的管理人

口數非常高，尤其有八個縣市衛生所護理人員管理的人口數超過萬人，少至千人以下的僅有嘉義市，各縣市的懸殊相當大。若以山地離島與非山地離島統計其管理人員數有明顯不同。山地離島衛生所護理人員平均管理人口數是 1476 人/每位護理人員。非山地離島的平均管理人口數是 7407 人/每位護理人員，可能是因山地離島衛生所地廣人稀，雖然管理的人口數少，但有時家訪一個個案來回交通就須花較平地數倍的交通時間。且山地離島衛生所常要負擔當地居民的醫療需求，故衛生所護理人員相對也花許多人力在這些門診業務。

我國衛生所，公衛護理人員業務包羅萬象，包括地段管理、資訊業務、糖尿病、癩病防治、防火管理、公寓大廈聯繫管理、醫療廢棄物、門診排班、婦幼衛生、優生保健、兒童保健、新健兒門診、中老年病防治、精神衛生、家庭計畫、民防、婦癌防治、出納、學校衛生、學校預注、預防注射、流感預注、菸害防制、結核病防治、口腔癌防治、保健志工、社區健康營造、國民營養、性病愛滋病防治、死因統計等。再看屬於台灣山地離島鄉鎮之衛生所之業務內容，除包含大部分一般鄉鎮衛生所業務外，還有藥政、藥房管理、醫政〔門診醫療、健保申報、疾病統計〕、藥品稽查、山地衛生、緊急醫療、公文收發、檔案管理、婦幼衛生、規費等。公共衛生護理實務內容相當繁瑣，包含專業與非專業，如同中老年病防治、婦幼衛生等，使公共衛生護理之專業，然而，公衛護理人員之業務內容竟也包含防火管理、公寓大廈聯繫管理、藥房管理、醫政等，顯然這並非公衛護理人員之專業，但公衛護理人員仍須對這些業務負責。另外，業務內容亦包含心理、生理、社會及環境議題，舉凡心理之精神衛生、生理之慢性病防治、服務對象小自個人，大至社區間，執行的措施也從最基本的照護，邁向社區組織，甚至參與政策發展。另

外，也由於國內衛生所/健康服務中心屬於公務機關，常需因上級政策之計畫或政策的不同，其主管單位可能是社會局、教育局、國健局、衛生局...等，衛生所不但須對這些業務內容負責，還需面對不同業務之主管。而使每年有新的工作目標，因此，面對多變的實務內容，公共衛生護理人員如何適當的扮演好自己的角色功能將是一大課題。由於其主管單位可能是社會局、教育局、國健局、衛生局...等，衛生所不但須對這些業務內容負責，還需面對不同業務之主管。除了業務內容，服務對象涵蓋層級也非單一的。衛生所護理人員服務對象，除了個人/家庭，還包括群體、社區(Clark, 2003; Greene & Kelsey, 1998; Sakamoto, & Avila, 2004; Smith, & Barakat, 2003)，甚至社區間之連繫，其工作之複雜可見而知。

因此，公衛護理人員常身兼數十種業務，如精神衛生、預防注射、社區健康營造、中老年病防治、兩性教育、總務、團體衛生教育、志工培訓、家庭訪視、自殺防治及醫療機構之聯繫...等(林，2005a)，業務內容包含生理與心理、專業及非專業，業務層級也從個人、家庭、群體到社區，卻又必須背負著大家所預期擁有的專業能力，因此，龐大的業務壓力下，護理人員的專業能力值得探討。衛生所隸屬於行政院衛生署，常需因應國家政策而有不同的業務挑戰，而衛生所的專業人員中，除了主任、醫師、稽查員...外，以護理人員佔大多數，因此，護理人員在這過程中，是影響最大的一群專業人員。而依衛生局課室分類工作統計如下：

課室	項 目
保健課	1. 社區整合式健康篩檢 2. 衛生教育 3. 健康體適能、健康促進
食品課	4. 成人及中老年病防治 5. 菸害防治
企劃課	6. 癌症管理 2. 研考
總務室	1. 長期照護、居家護理 2. 巡迴醫療、視訊遠距醫療 3. 醫療門診
會計室	4. 醫療健保申報 5. 緊急醫療救護 6. 部落社區健康營造
	7. 婦幼及優生保健 8. 兒童保健及青少年保健 9. 家庭計畫 10. 學校衛生 11. 個案管理
疾管課	1. 傳染病防治及疫調 2. 居家環境衛生指導
食品課	1. 國民營養
企劃課	1. 志工管理
總務室	1. 兼辦出納 2. 兼辦事務管理
會計室	1. 兼辦會計

課室	項 目
保健課	1. 社區整合式健康篩檢 2. 衛生教育 3. 健康體適能、健康促進 4. 成人及中老年病防治 5. 菸害防治 6. 癌症防治
醫政課	1. 長期照護、居家護理 2. 巡迴醫療、視訊遠距醫療 3. 醫療門診 4. 醫療健保申報 5. 緊急醫療救護 6. 部落社區健康營造
疾管課	1. 傳染病防治及疫調 2. 居家環境衛生指導
	7. 婦幼及優生保健 8. 兒童保健及青少年保健 9. 家庭計畫 10. 學校衛生 11. 個案管理
	7. IDS 業務 8. 精神及心理衛生 9. 原住民交通補助費業務 10. 自殺防治 11. 家暴及性侵害防治
	3. 預防注射 4. 結核病防治
	2. 研考
	3. 收、發文及公文檔案管理

目前我國護理的養成教育並未有適當的課程以培育離島偏遠的護理人員所應具備的專業能力。尤其護理人員在偏遠地區，不僅需面對急性期、慢性期病患還有緊急病重的個案。在平時更要提供以社區為基礎的照護(community-based services)。他們須具備研擬健康計劃的能力以爭取經費提供服務。他們也要能聯結資源與社區形成伙伴關係，而且還要能參與政策的制定(Mahnken, 2001)。事實上，這些課程在護理養成教育上多由碩士班提供，而對大部份離島偏遠地區的護理人員而言，大部份是大學學歷，其專業能力的培育是困難的。Kenny & Duckett (2003)建議在大學課程應加入管理與領導(management & leadership)、心理衛生(mental health)、進階生命急救課程(advanced life support,例如 ACLS)及進階評估技能(advanced assessment skills)，以培育適當的鄉村護理人才。Kreitner, Leet, Baker, Maylahn,& Brownson (2003)指出四項公共衛生專業人員主要的教育建構元素為：管理/領導、流行病學/統計、慢性病預防/政策發展及評價(evaluation)等，而遠距之資料蒐集與管理亦是未來偏遠照護工作者之學習趨勢 (Gragg, Humbert, & Doucette, 2004；Herny & Stanton , 2005)。由於地處偏僻，在職進修對護理人員而言，個人及家庭所需付出的成本及支持、遠距教學缺乏同伴、機構欠缺在職進修的支持、專業認同與生涯規劃上的欠缺、專業隔離等均是進修護理人員所需面臨的挑戰。偏遠地區護理人員與都市、一般衛生所護理人員所需承擔的工作內容及所需的專業技能是有所不同的。故偏遠地區的護理實需特別成為一次專科護理，因護理人員所提供的護理範圍涵蓋廣泛(diversity)。故其提供的服務內容不似平地衛生所以預防保健為主，偏遠地區的護理人員除了肩負預防保健的重職，亦要提供醫療與緊急照護。鄉村地區依專業人員的知識與應用方面，相當廣泛，因其面臨居民的健

康問題是非常多樣化的，故其它專科化護理人員是較難承擔的。

貳、公共衛生護理(衛生所護理)

我國衛生政策隨著民眾健康需求的改變及世界衛生組織「全民均健」的倡導等有所改變。衛生所的業務內容也因應衛生署的政策有所調整，以衛生所公衛護理人員為例，由二十年前著重於提供個案直接照護的角色，也轉為強化社區健康管理及特殊個案健康管理，目前已被要求擴展為以社區整體健康為導向（于、金，1996）。過去社區健康評估係多由公衛護理人員在衛生所（室）單方面收集資料及評估，社區居民甚少參與；目前轉變為重視社區健康營造，加強社區自主自發、由下而上的力量參與社區健康評估（台灣護理學會，2005）。為因應社會民眾的需求及醫療環境的改變，公衛護理人員之角色從早期的治療邁向初級預防，服務對象也由個人、家庭延伸至整個社區。且新興的業務持續增加，例如：社區健康營造、長期照護、早期療育及新興傳染病等，這些因素都影響著每個基層衛生所護理人員的職掌，工作合理化分配影響著人力配置，而其所承擔的工作職掌之業務內容也考驗著其專業能力。

事實上，在衛生所的業務方面，國內行政院衛生署於民國 89 年訂定『衛生所組織規程參考基準』，係針對衛生所掌理事項規範為：1.婦幼衛生、社區護理、疾病防治、預防接種、國民營養、精神衛生、衛生教育、衛生統計、食品衛生、營養衛生、家戶衛生及醫藥管理等十二事項。2.門診醫療、巡迴醫療、緊急救護及實驗診斷等事項。3.其它有關衛生保健事項。而這些事項所延伸的業務可多達百餘項。去年度本人所執行的研究計畫其結果也顯示，公共衛生護理實務內容相當繁瑣，包含專業與非專業的業務，如：中老年病防治、婦幼衛生等，是公共衛生護理之專業，然而，公衛護理人員之業務內容竟也包含防火管理、公寓大

廈聯繫管理、藥房管理、醫政等，顯然這並非公衛護理人員之專業，但公衛護理人員仍須對這些業務負責。另外，業務內容亦包含：心理、生理、社會及環境議題，舉凡心理之精神衛生、生理之慢性病防治等。而服務對象小自個人，大至社區間，執行的措施也從最基本的照護，到社區組織，甚至參與政策發展。衛生所護理人員工作項目實非常繁雜且不明確。

各國在公共衛生護理工作上有不同的護理模式，我國衛生所目前仍以綜合保健模式推展工作。換言之，公共衛生護理人員的工作大致概分二類：地段管理與主辦業務。在地段管理方面，即將衛生所管轄的地區以行政區域—「里」或「鎮」等為單位分配給護理人員管理。主辦業務則是將衛生所負責的業務分配給公共衛生護理人員負責，例如：中老年病管理...等。除此，尚有衛生所承辦醫療門診或群體醫療門診等業務。另外，目前我國衛生所護理人員職稱雖有護理師與護士之別，但工作上並無不同。惟有衛生所護理長須是護理師始能兼任，除此，護理師與護士在工作職掌並未有所不同。

我國臨床醫院護理工作已有相當規模的進階模式，但公衛護理人員少有參與進階。在進階之前需考量護理人員的核心能力。美國 Quad Council 於 1999 年發展公共衛生護理人員/社區衛生護理人員的能力進階，不同能力層級有其不同的主要核心能力。其能力層級分為：(1)資淺人員：覺醒 (awareness)、(2)資深人員：知識 (knowledge) 及(3)行政督導人員：熟練 (proficiency)。各級人員其職掌有所不同，以此推展公共衛生護理。美國公共衛生護理聯合審議會(Council on Linkages, COL)，指出公共衛生護理人員所應具備的八個核心能力，包含：分析及評估技能、政策發展及專案規劃技能、溝通技巧、文化能力技巧、社

區實務技能、基礎公共衛生服務、財務規劃及管理技能、領導力及系統性思考能力(Quad Council of Public Health Nursing Organization, 2003)。

加拿大護理學會則明列公衛護士必須具備二十四項技能，包括：個人、家庭健康評估、篩檢及診斷、預防注射技術、研究分析、社區評估、教學及代言、諮商技巧、團隊合作、團體會議、書寫及溝通技巧、主動傾聽、針對個人、家庭及社區排列需求優先順序、決策技巧、行政管理、課程規劃...等(Canadian Public Health Association,1990)。我國亦由台灣護理學會制訂核心能力，其內容包括：六大核心能力：照護能力、溝通能力、教學能力、管理能力、研究及自我成長能力但公衛護理人員並未實質參與(台灣護理學會，2004)。

衛生所護理人員的角色與功能

由於衛生所的重要性，故衛生所護理人員的專業能力就備受矚目。無論是東方或西方公共衛生護理人員都致力於提升個人、家庭、群體、社區中的健康(Yoshioka-Maeda et al, 2006 & Abrams, 2004)。依 2005 年台灣護理學會討論的衛生所(室)護理人員的專業能力包括：照護能力、管理能力、教學能力、協調能力、自我及專業成長能力、研究能力共六大能力。專業角色則包括教育訓練者、諮詢、資訊提供者、諮商者、環境監控者、預防接種者、健康監控者、健康篩檢者、照顧提供者、緊急照護者、復健者、行政者、執行者、管理者、協調者、研究者。Quad council 美國四個有關公共衛生護理學聯合會，在 2004 年提出公共衛生護理有八大能力包括：分析評估能力、政策發展及規劃能力、溝通能力、文化能力、社區照護能力、基本公共衛生護理學能力、財政規劃能力、領導能力(Swider et al, 2006 & Downing, 2008)。Fisher 在 2002 年提出美國公共衛生專業角色有倡導者、個案管理者、資源整合者、評價者、角色扮演

者、顧問、初級護理者、擴大服務者。加拿大認為公共衛生護理人員的角色與功能有教育者、諮商者、健康傳播與促進者、社區發展與合作者、研究者及評價者(Chambers., Halbert & Heale, 1994)。在日本公共衛生護理人員的角色與功能有社區評估者、健康計畫與評價者、民眾支持者、教育與啟發工作者、協調與聯繫溝通者、政策發展者(Yoshioka-Maeda et al., 2006)。在南澳大利亞農村護士角色有教育者、良師益友、經理者、研究者、專業自主者等角色(Bagg, 2004)。綜合以上各國對公共衛生護理人員的專業角色與能力呈現多元化、多樣性的全面性社區護理。

由於公共衛生業務日益複雜，保健業務不斷在增加新工作，衛生所護理人員的角色功能被期待重新定位及工作業務增加，其在某些能力與技巧上，尚需有適當的指引、補強與轉化，以因應其工作中受到的衝擊(林，2000)，因此衛生所各級護理人員應要有系統性提升能力訓練，加強在職教育訓練，以提升其專業能力因應社會需求的改變。公共衛生護理人員除了本身的公共衛生業務外，仍需花費許多時間兼辦其他非護理的行政工作，對公共衛生護理人員造成很大的負擔與壓力，因此研擬適當的措施，如工作再設計、分配，依興趣、專長能力以做為業務調配的原則；另對沒有參加在職進修的護理人員加強在職訓練，提昇護理人員的專業能力與技能，以利護理人員提供民眾最佳的業務服務(李、張、賴、李，2008)。未來公共衛生護理人員升遷管道，對行政職有興趣者，可朝護理長職位發展，對專業有興趣者可拓展服務領域，扮演專科護理師角色。澳、韓國專科護理師在偏遠、醫療資源缺乏地區，可彌補部分不足的醫療保健服務，對民眾健康有莫大貢獻(李、謝、邱，2001 & Bagg, 2004)。而在澳大利亞農村在醫師缺乏的地區，都是藉由專科護理師的護理評估、診斷及治療來陪伴病患渡過最危急的時間。在緊急及意外發生

時，專科護理師是被授權可以直接為病患評估及治療的(Bagg, 2004)。

能力可用來描述個人的知識和技能足以完成一個或多個任務(Miller, Flynn, & Umadac, 1998)。當專業能力有所不足，可能影響其工作表現(job performance)進而影響照護的品質(quality)及健康成果(health outcome)。專業能力不足易造成工作的壓力，並影響當事者的工作滿意度。Zhang, Luk, Arthur, & Thomas (2001)研究結果指出個人的技能和護理工作表現有關。Mayer (2003)亦認為能力(competency)可預測個人是否能提供適當的健康服務。Tzeng(2004)的研究顯示專業能力和工作表現是有高度相關的，為了要提供高品質的護理服務，專業能力的要求是必要的。因此，面對多變的實務內容，衛生所工作人員專業能力需求評估將是一大課題。

公共衛生護理人員專業能力與繼續教育

在公衛護理專業能力分類方面，於美國公共衛生護理組織聯合會議(Council on Linkages, COL)，這個會議組織認為公共衛生專業之核心能力分為八個領域，包含分析及評估技能、政策發展及專案規劃化技能、溝通技巧、文化能力技巧、社區實務技能、基本公共衛生實務技能、財務規劃及管理技能、領導力及系統性思考能力(Quad council of public health nursing organization, 2004)，公共衛生護理組織聯合會議也提及，公共衛生護理保持以群體為焦點，公共衛生護理獨特的貢獻之一是在持以群體為焦點實務的脈絡裡，應用個人和家庭的原則。

加拿大公共衛生學會(1990)確立公衛護理人員所應具備的技能，包括個人及家庭的健康評估、篩檢與診斷、護理技術、研究分析和發表、整體性的社區評估、教學、確認並營造個人與社區的能力、支持性諮商與危機諮商、諮詢、營造多部門共同合作關係、主持團體會議、書面溝通、和個人與團體的溝通、主動傾聽、磋商與妥協、調適能力、使用護

理過程做決策並融入倫理層面、容納不同文化、宗教、種族、生活型態的服務與計畫、連結個人與社區做決定、行政管理、方案規劃、發展、執行和評值、對社區、個人和家庭的支持，包括參與社區發展、社區組織，以符合社區健康目標、指引健康和健康相關議題的政策發展等能力。

Nickel, Pituch, Holton, Didion, Perzynski, Wise & McVey (1995)也發展公衛護理部門的 47 個能力量表，用來評值社區護理人員專業能力，分為個人、群體及社區三個層級，個人層級包含基本的溝通技能、健康評估、資料收集與應用、整體觀、自我照顧、與病人互動、基本的知識與技能、健康照護倫理、資源物質的使用、居家照護、慢性病照護、危機處理、預防的層級、健康保護與促進、營養評估、持續性照護、出院計畫、品質保證、傳染病控制、恢復期照護；群體層級包含文化能力、群聚、個案發現、家庭評估、公共/社區護理角色、家庭個案管理、團體領導力；社區層級則包含公共衛生病理生理學、以群體為基礎的照護、相互合作、社區評估、立法、環境議題、流行病學、消費者保護立場、熟悉公共衛生議題、了解公共/社區護理史、發展健康計畫、參與政治過程、公共衛生法律與規範、護理研究、統計、公共衛生行政及成本控制。Loos (1995)經由公共衛生專業持續的對話，將公衛護理能力分成九個公共衛生領域：流行病學、生物統計學、行政管理、行為科學、環境衛生、婦幼衛生、營養、衛生教育、老人學及各自的一般能力；每個領域記載所需具備的技能：分析技巧、溝通技巧、政策與規劃技能、文化能力技巧、基本公共衛生學科技能及財政及行政管理技能。而 Keller et(1998)提出的模式分為個人/家庭、社區及系統層級，在個人/家庭層級，包括個案管理、諮商/代言、授權醫療治療/觀察判斷、疾病調查、個案發現、篩檢；社區層級則包括社區組織、諮商/代言、疾病調查、衛生教育、政策發展、

篩檢、監測，而系統層級，則包括營造結盟、諮商/代言、個案發現，政策發展、社會行銷及監測。而很多專業能力的應用並非單一層級，可能包含個人、群體，甚至社區間的層級。

Bruno (1999)認為能力(competency)指受過專業化訓練，且能以熟練的方式來符合實務的標準，公衛護理人員最重要的實務標準是批判性思考、溝通和相互合作。Kristine, Gebbie, & Hwang (2000)認為公衛護理人員所必備技能，包括評估/護理過程技能、溝通/諮商技能、團體技能、批判性思考/問題解決技能、管理/領導技能、學術/臨床技能、服務需求層面的瞭解，另外，對於分析資料大部分被認為所需具備的技能為流行病學實務、測量健康狀態及組織改變、連結人至組織中、在組織中帶來改變、在不同點創造優勢、指引以人群為基礎的介入、創造結盟、加強環境衛生、發展跨部門團隊、發展和代言政策、計畫評估、設計品質提升的方式。Clark (2003)認為公衛護理人員需要有以群體為基礎技能，包括社區評估與發展技能、領導能力及改變的媒介、授與書寫(grant-writing)能力、財政及課程管理的技能。另外，有效的社區健康護理實務，則需要有資料收集、資料分析和課程評估的能力。Abrams (2004)亦認為公衛護理人員對於社區健康方案的規劃也是一個被延伸的角色，他們有義務從事對流行病學研究、田野調查及篩選人口群體之檢視，他被期望在資料分析成記錄和與方案發展的相關統計有足夠的技能，對於評價方案有監督者的技能，且強調人力和資源的服務和經濟合作和社區共同工作，增加社區居民參與。國內學者盧(1994)認為公衛護理人員以社區健康為目標，以大多數人的福祉為努力的方向，因此與以個人為對象的護理措施截然不同，社區評估、社區診斷、社區發展計劃等，都是公共衛生護理人員所需特殊專長，而這些專長須以公共衛生護理理論為基礎。邱

(1998)也認為社區衛生護理的服務是以「社區為整體」，運用「護理過程」於服務的方法中，因此社區健康評估、診斷、計劃、執行、評價，是社區衛生護理人員在日常工作中，應具備的能力。

未來，對於未來健康照護提供者，群體群健康管理(population health management)是相信是很必要的能力(Robertson, 2004)。石(2000)認為應著重執行社區健康管理的任務、醫療健康資訊的整合與民眾整體健康的改善...等，以使公共衛生護理人員成為社區健康個案管理師。劉(2003)對社區護理人員的能力提出了更高的要求，要求社區護理人員不僅要具備一般社區護理人員所應具備的護理基本能力，而且還要特別加強以下幾種能力的培養，包括人際交往、溝通能力的培養、綜合護理能力的培養、獨立判斷，解決問題能力的培養、預見能力的培養、組織、管理能力的培養、科學研究能力的培養、自我防護能力的培養。林(2005)也認為社區衛生護理人員需再學習足夠的衛生護理工作者的能力，例如：流行病學、生物統計學、護理理論、管理理論、社區評估...等，公共衛生護理人員應透過繼續教育以提升專業照護能力，使其具有執行其專業角色的能力。

綜合上述，公衛護理專業能力的應用並非單一層級，可能包含個人、家庭、群體、社區，甚至系統層級。而其專業能力可分為基本之照護能力、社區健康管理能力、行政管理能力、教學能力...等。

公共衛生護理模式

近年國內外亦不少學者、專業組織發表關於公共衛生護理之實務內容。美國公共衛生護理學會有和其他的公衛學會有描述基本的公衛服務，使用三個核心功能：評估、政策發展及品質保證為起始點，確立十

個必要的服務。在美國，醫療學會(Institute of Medicine(IOM), 1988)為提升美國之公共衛生，確立了公共衛生機構必要的三個核心功能，包括評估、政策發展及品質保證。華盛頓衛生部門(Washington Department of Health, WDOH)於 1993 年也在核心功能內公共衛生護理也建立了公衛護理人員的角色與活動。評估是在一個社區定期的收集、分析、和分享關於健康狀況、危險因子和資源的資訊。政策發展是使用評估期間收集的資訊來發展當地和州的健康政策及對於這些政策的直接資源。保證指在社區內必要的健康服務的有效性，它包含公共衛生機構及私人提供者的能力來管理每日的運作，此外有能力回應緊急狀況(Allender & Spradley, 2001; Kuss, Girouard, Lovitt, Katz, & Kennelly, 1997)。美國 1994 年公共衛生功能委員會(Public Health Functions Steering Committee, 1994)從三個核心功能提出公共衛生護理十個必要的服務，包括監測健康狀態、診斷與探索、動員社區、發展政策與計劃、倡導、教育與賦能、執行法律、聯結且提供照護、確保有能力的勞動、評價服務及研究。美國公共衛生護理組織聯合會議(Quad Council of Public Health Nursing Organization, 1999)於 1999 年亦訂定公共衛生護理實務範圍與標準，其實務過程包含評估、診斷、成果界定、計畫、保證及評價的領域，並遵守幾個準則：照護的品質、工作情況的評價、教育、同事的夥伴關係、倫理原則、相互合作、研究、資源的有效運用(Clark, 2003)。

2000 年明尼蘇答(Minnesota)公共衛生部們提出十七個公共衛生護理措施模式：定義公共衛生護理實務之形式和介入的標準(個人/家庭、社區及系統)之架構，其護理介入措施包含：代言(advocacy)、個案管理(case management)、營造結盟(coalition building)、共同合作(collaboration)、社區組織(community organizing)、諮詢(consultation)、顧

問(counseling)、協助醫療治療和觀察(delegated medical treatment and observations)、疾病探測(disease investigation)、衛生教育(health teaching)、發現個案(outreach/case finding)、政策發展(policy development)、教育提供者(provider education)、轉介與追蹤(referral and follow-up)、篩檢(screening)、社會行銷(social marketing)及監督(surveillance) (Kellor, Strohschein, Schaffer, Lia- Hoagberg & Schaffer, 1998; Minnesota department of health, public health nursing section, 1996)。

2003 年洛杉磯郡公共衛生護理部門(Los Angeles County Department of Health Service Public Health Nursing, LAC PHN)發展洛杉磯郡公共衛生護理模式(Los Angeles County public health nursing Practice Model)，此模式結合公共衛生護理實務範圍與標準、美國公共衛生功能委員會三個核心功能及十個必要的公共衛生服務。洛杉磯郡公共衛生護理模式以群體為基礎，運用公共衛生護理實務標準，應用這個標準到所有層級的群體、個人及家庭、社區和系統組織(system)，來提供必要的服務。並鼓勵公衛護士考量護理過程的每個步驟，在每個層級的評估至評價(Smith, & Barakat, 2003)。此模式並發展成公共衛生護理實務手冊，作為公共衛生護理人員之表現評值及作業標準之有效工具(Sakamoto, & Avila, 2004)。

以衛生所護理人員而言，Kuehnert 曾提出「以社區為服務對象的模式」。由圖 1-1 顯示公共衛生護理人員的業務包含三部份，以個人/家庭、團體及以整個社區等三層級為中心的照護對象。每一層級的照護包括評估(assessment)、診斷(diagnosis)、計劃(plan)、措施(intervention)、評值(evaluation)。而以社區為中心的照護層級，其照護措施是透過個人/家庭(individual/family)及團體(aggregate) 執行。Kuehnert 更進一步指出各層級的衛生所工作人員在此三層級的照護模式應有不同的比例。最基層的工作人員較多比例以個人/ 家庭為重，越高層級如主任則較多比例以社

區為重(圖 1-2)。換言之，衛生所工作人員的業務應涵蓋此三層級的業務內容，且不同層級的工作人員其比例應有所不同，然而我國衛生所在此較欠缺如此的規劃。依護理人員為例，僅有護士及護理長，雖有護理師的職稱，但護士及護理師的業務內容並無不同。事實上，一個衛生所僅有約 10 位的護理人員的編制，如何做如此的分級，並進而有不同的職掌，在在挑戰主管單位。然而，雖有許多挑戰，為提升工作效率、照護品質實有必要做進一步檢討的各級人員工作職掌，以鼓舞士氣，留任優秀人才(陳、石，1984；黃、陳、林，1996；張、余、陳、田，2005)。

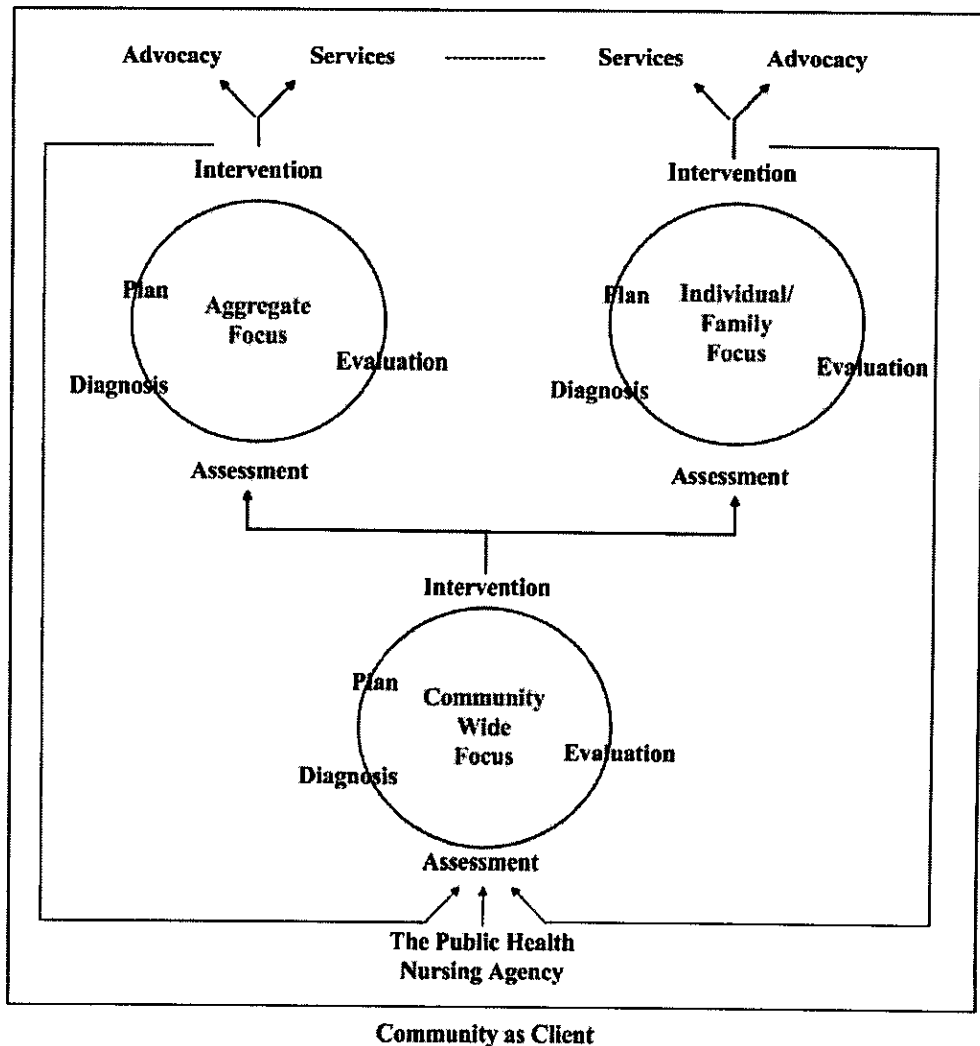


图 1-1 The Interactive and Organizational Model of Community as Client.(Adapted with permission from: Kuehnert, P. L. Community health nursing and the AIDS pandemic: Case report of one community's response. Journal of Community Health Nursing. Summer 1991.6 1991, Lawrence Erlbaum Associates.)

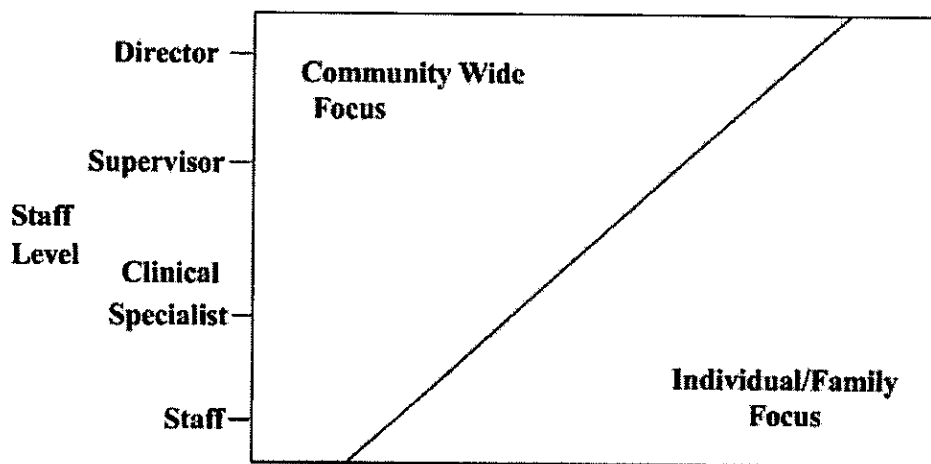


图 1-2 Primary Focus of Practice

參、以服務為基礎的公共衛生培訓模式

公衛護理人員由於工作範圍廣，其職掌涵蓋預防保健及醫療，而目前護理養成教育並未涵蓋這些業務的詳細執行內容，僅有碩士班課程有涵蓋社區評估與規劃、執行、評價等。相對的我國政府一直以來均有提供公衛護理人員在職教育，除了早期公共衛生研究所、家庭計畫研究所及婦幼衛生研究所，尚有目前的衛生署各處室及各縣市衛生局。然而由於三個研究所整併為國健局以後，公衛護理人員在職教育多由衛生局承擔。其所提供的在職教育內容多以業務為導向，少有一套完整的評估需求及規劃的模式。各縣市衛生局花了許多經費與精神培育公衛護理人員，然而仍有少數衛生局未詳盡規劃，且因公衛人員需承擔衛生局所有科室的業務，業務繁忙以致於很難有系統性參加一些訓練課程。況且公衛護理人員在各縣市人數少，由衛生局單獨籌辦其成本是昂貴的，以致各縣市衛生局很難規劃在職教育，其所能達成的效果非常的有限。Potter, Barron & Cioffi (2003)發展「以服務為基礎的公共衛生培訓模式」(Service-based Training Model for Public Health, STMPH)，本研究加以引用，做為評估公衛護理人員培訓的模式。文中提到四個概念，如下圖。

1. 組織評估(organizational assessment)
2. 個人/區域能力評估(individual/ divisional competency assessment)
3. 個人/區域能力為基礎的培訓(individual/divisional competency based training)
4. 個人/區域工作表現評價(individual/ divisional performance evaluation)

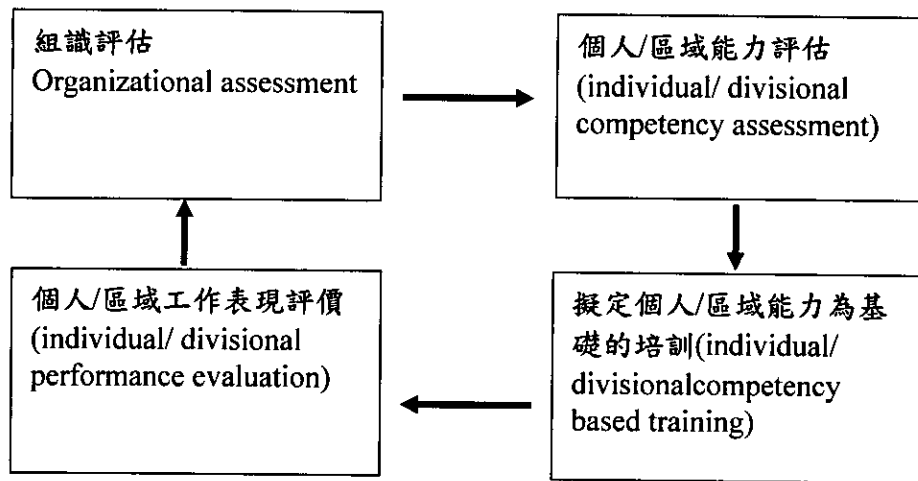


圖 1-3. 以服務為基礎的公共衛生培訓模式(STMPH)

資料來源：Potter, M. A., Barron, G., & Cioffi, J. P. (2003). A model for public health workforce development using the national public health performance standards program. *Journal Public Health Management Practice*, 9 (3), 199-207.

組織評估是為聯結個人/區域能力的適切性，以發展培訓課程。接受培訓課程後就需評價其工作表現並聯結組織表現是否共同被提升。組織評估的項目內容包括：社區的優勢、社區的健康狀況、衛生所業務目標與內容等。在個人能力評估方面，即評估個人能力在達成組織成效上所需建立的能力之優先順序，此部份不僅個人自我評估，亦可由主管評估所需的訓練內容。在培訓課程方面，則依所需的健康服務導向設計課程。在工作表現評價方面，係評價培訓在個人工作能力的成效。本研究參考此模式建構山地離島等偏遠地區衛生所進階護理工作模式護理，故本研究目的敘述如下：

1. 收集並整理我國偏遠地區的衛生政策資料。
2. 收集世界(美國、英國、日本等三國)偏遠地區護理執業模式資料。
3. 分析離島偏遠居民的健康需求。
4. 探討離島偏遠衛生所健康服務項目的現況。
5. 了解護理人員業務執行內容。

- 6.了解護理人員與護理行政者、衛生行政主管對衛生所護理人員在目前與未來偏遠地區健康照護的角色與功能。
- 7.規劃離島偏遠衛生所護理工作模式草案及護理人員進階培訓計劃草案。

第二章、實施方法與步驟

壹、研究架構

本研究將依 Potter 等的「以服務為基礎的公共衛生培訓模式」，規劃本研究架構：

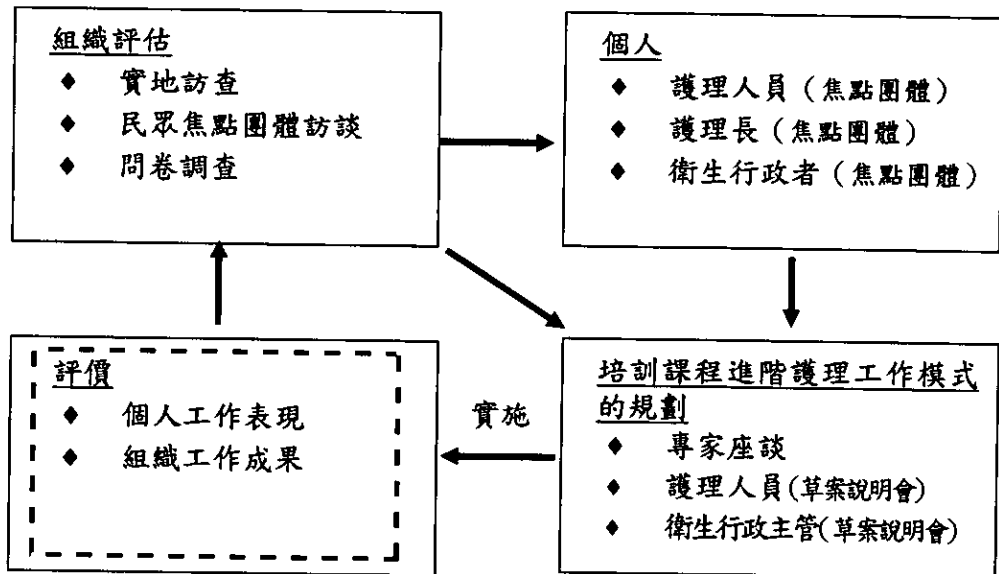


圖 2-1. 研究架構

p.s.虛線未在本研究規劃內

貳、研究方法

本研究依研究目的分二年進行，第一年以評估個人及組織需求為主，第二年以完成護理工作模式及培訓課程之規劃為主。

第一年

本研究以質性研究法之系統性文獻查證與焦點團體訪談法(focus group interview)及量性研究法之核對表(check list)做實地訪查及問卷調查法方式收集資料。

(壹)、研究對象

- 一、系統性文獻查證：由研究小組每月固定收集資料研讀並匯集成冊。資料內容包括：(一)我國離島偏遠地區衛生政策，例如：IDS 推展情形。(二)我國離島偏遠地區居民的健康狀況，例如：死因別、疾病別、平均餘命等。(三)英國、美國及日本的離島偏遠地區護理工作模式及護理人員進階制度。
- 二、焦點團體訪談的部份：研究對象包括護理人員及在地領袖等舉辦二個團體的焦點訪談。每個團體招募 8~12 人。護理人員包括所有護理人員，以任職偏遠地區衛生所工作六個月以上者並同意出席訪談者為研究對象。在地領袖方面以部落頭目、里長、鄉公所代表等為招募對象。招募方式則委請護理長於衛生所公告，並力邀符合資格的民眾出席，或以滾雪球方式，請里長等人推薦。在南投縣信義鄉、台北縣烏來鄉及澎湖縣七美鄉衛生所各舉辦二場次，共六場次的焦點團體訪談。除此，另舉辦一場次的護理長焦點團體訪談及一場次的衛生行政管理者的焦點團體訪談。前者，護理長以護理行政者的角色；後者，以衛生行政主管者包括縣市及署負責管理偏遠離島的行政主管為目標群體。以整合此八個團體的訪談資料，以擬定偏遠地區衛生所護理人員所須提供的護理服務項目、衛生所護理人員的工作職掌及所須具備的能力。
- 三、實地訪查的部份：係以南投縣信義鄉、台北縣烏來鄉及澎湖縣七美鄉衛生所等三所實地訪查，並以「服務項目核對表」了解衛生所目前所提供的服務內容與服務量。以上三所衛生所均同意協助研究計畫的進行。
- 四、問卷調查部份：研究對象是 49 個離島偏遠地區衛生所 415 名公

共衛生護理人員與 35 個非離島偏遠地區 228 名衛生所護理人員。偏遠地區包括所有山地離島的衛生所，非偏遠地區衛生所為南投縣及台東縣等所有衛生所(扣除偏遠衛生所)。共發出約 643 名。回收 464 份，扣除廢卷 19 份，回收率 69.2%(表 2-1)。郵寄「離島偏遠衛生所護理人員工作內容調查表」給護理長，委其鼓勵護理人員填寫問卷，護理人員填寫問卷後以信封密封後交護理長，由護理長統一寄回。

表 2-1. 離島偏遠衛生所護理人員工作內容問卷回收率

發出			收回			回收率(%)		
山地離島	非山地離島	合計	山地離島	非山地離島	合計	山地離島	非山地離島	合計
415	228	643	254	191	445	61.2%	83.7%	69.2%

(貳)、研究工具

研究工具包括實地訪查所須使用的核對表、問卷調查表及焦點團體的訪談大綱。

一、文獻查證的內容包括：

- (一)社區居民的健康狀況：含各山地離島居民的健康問題、十大死亡原因等。
- (二)我國偏遠地區的醫療政策。
- (三)美國、英國、日本偏遠地區的護理工作模式與相關進階計劃。

二、焦點團體的訪談大綱分為三部份：

(一)社區領袖：

- 1.社區居民有哪些健康問題?
- 2.衛生所的服務項目在量與質方面，對社區民眾的健康需求而言有哪些需要改進的?

(二)護理人員：

- 1.對社區民眾的健康需求而言，衛生所的服務項目在質與量方面，有哪些需要改進的？
- 2.未來衛生所在當地醫療及預防保健上應扮演何種功能或執行哪些業務。
- 3.基於以上的討論，護理人員應具備哪些能力，以達成衛生所應有的服務成果。
- 4.若要具備這些能力，護理人員須有哪些培訓課程？

(三)衛生行政主管：

- 1.護理人員應具備哪些能力，以達成衛生所應有的服務成果。
- 2.若要具備這些能力，護理人員須有哪些培訓課程？

三、「衛生所服務項目核對表」為訪查內容，其內容包括二部份：

(一)衛生所基本資料：該區域人口資料(Census Data)，如人口數、人口結構；與生命統計資料 (Vital Statistics，如出生率、生育率、十大死因等。

(二)服務工作項目：依文獻及實務經驗擬定，由訪查者依訪視情況勾選。其內容包括門診/群體醫療服務量、居家護理、遠距醫療、社區健康營造、牙醫醫療、健康性預防與健康促進活動等。

四、量性研究的調查表係由研究小組編制「離島偏遠衛生所護理人員工作內容調查表」基於實地訪查的內容及文獻查證，編列此量表，其內容包括：

(一)個人基本資料包括：年齡、年資、教育程度、執照類別、職稱、婚姻狀況、急重症訓練等共十題。

(二)業務項目執行頻率與所需時間執行頻率以 7 分量表測量，「從未執行」、「每年執行」、「每半年執行」、「每季執行」、「每月執行」、「每週執行」、「每天執行」等七項，共有 48 項業務。緊急救護以 6 分量表測量。「從未執行」0 分；「非常困難」1 分；「有點困難」2 分；「尚可」3 分；「好」4 分；「非常好」5 分等六項，共有 16 個項目。

(三)業務項目執行量表請護理人員依據每項工作情形填寫所投入的時間。

五、信效度

「衛生所服務項目核對表」及「離島偏遠衛生所護理人員工作內容調查表」的效度方面，均測量專家效度。邀請七位專家學者依研究目的給予各項題目的適用性進行評估。七位專家包括公衛領域、管理領域、統計領域、護理行政、衛生行政領域等，問卷修改後如附件一與附件二。

信度方面，「離島偏遠衛生所護理人員工作內容調查表」的 Cronbach's alpha。問卷發展中，經專家效度後，將問卷給予三個偏遠地區衛生所 36 位公共衛生護理人員先測試問卷是否清楚能懂。問卷依研究對象的建議而修改，其 Cronbach's alpha 值介於.90。在緊急救護量表的 Cronbach's alpha 值為.94。

(參)、資料收集過程

資料收集的流程，以形成衛生所護理工作模式及培訓課程的建議，詳細步驟敘述如下：

一、文獻查證的部份：由研究小組每個月閱讀相關文獻。

二、焦點團體訪談與實地訪查部份：

(一)招募三區離島偏遠衛生所，由當地衛生局協助鼓勵衛生所參與本研究計畫，獲得三個衛生所同意，並可配合實地訪查及並配合於當地舉辦護理人員及社區領袖的二場焦點團體訪談。

(二)發文三個衛生所協助公告招募社區領袖，由研究人員協助聯絡與說明，並寄發邀請函。

(三)請護理長協助鼓勵護理人員出席焦點團體訪談，由研究人員說明本研究計畫目的及其影響，以鼓勵護理人員出席。

(四)會議進行中，以錄影及紀錄為主。

三、量性調查法的部份：

(一)發文 49 個離島偏遠衛生所及 35 個非離島地區衛生所護理長，說明本研究計畫目的及所需填寫的量表。

(二)請護理長協助發出及收回問卷。

(肆)、資料分析

將所有收回之問卷資料輸入 Excel 軟體，再以 SPSS/PC 13.0 軟體進行整理分析。所使用的統計方法包括描述性統計、卡方統計與 t 檢定等。

質性資料焦點團體的部份由研究小組先把錄音帶內容撰寫成逐字稿，再依內容分析法分析資料。

(伍)、研究倫理

本研究經中國醫藥大學公共衛生學院學術研究人權維護審查小組

通過(附件三)。護理人員填寫問卷均填寫問卷同意書，且問卷採無記名方式，問卷上並未留有任何識別身份的記號。

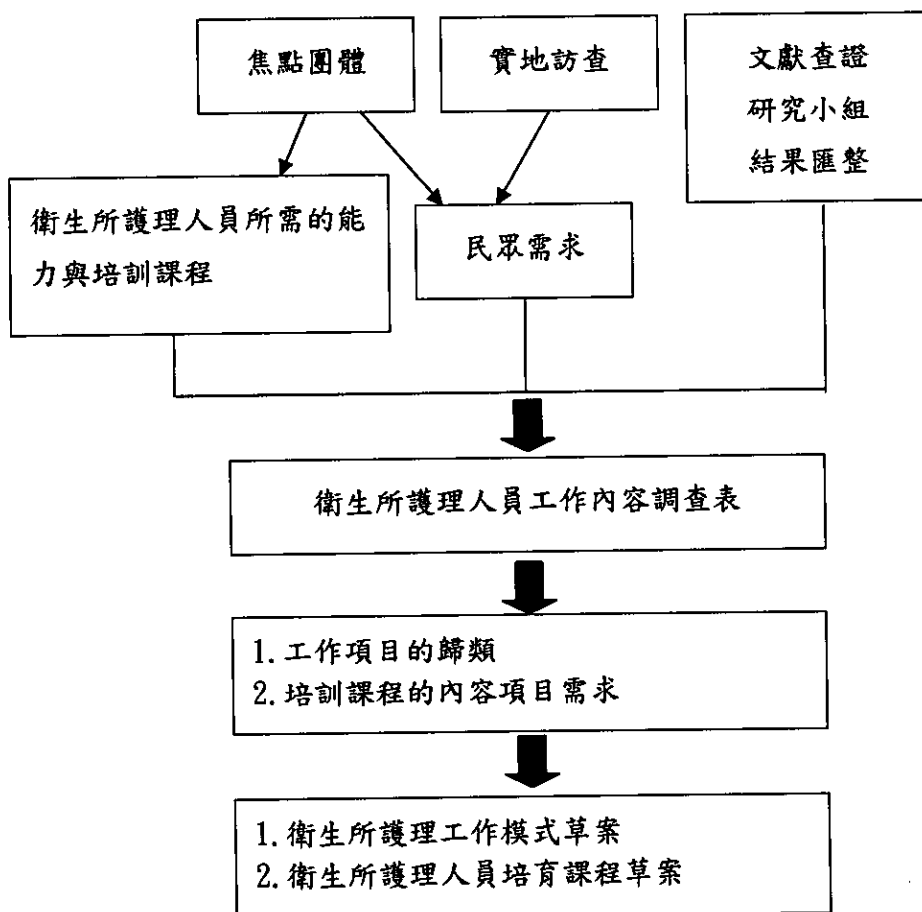


圖 2-2. 本研究第一年資料收集流程

第二年

(壹)、研究方法

一、研究對象

- (一)專家座談：邀請二位學者、四位衛生所護理長及四位衛生局/署等相關專家學者，組成 10 人小組會議，以研議離島偏遠衛生所護理工作模式及護理人員培訓計劃。其討論次數三次。
- (二)草案說明會：在中部、東部、南部與離島各舉辦一次，邀請偏遠地區衛生所護理人員。共計 78 名。
- (三)問卷調查：以南投縣及台東縣之衛生所護理人員共 237 人為調查對象。包括南投縣 123 人及台東縣 114 人。其詳細人員數見下表。與出席說明會者合計 318 人。問卷寄回並填寫完整者共有 278 人（回收率為 87.3%）。

表 2-2 問卷調查之研究對象統計表

台東縣				南投縣			
衛生所	類型	發出數	回收數	衛生所	類型	發出數	回收數
延平鄉	偏遠	7	7	水里鄉	一般	5	6
達仁鄉	偏遠	9	9	國姓鄉	一般	6	7
金峰鄉	偏遠	7	0	魚池鄉	一般	6	7
蘭嶼鄉	偏遠	7	0	埔里鎮	一般	10	5
綠島鄉	偏遠	4	4	鹿谷鄉	一般	6	6
海端鄉	偏遠	3	0	草屯鎮	一般	12	7
卑南鄉	一般	10	8	竹山鎮	一般	8	7
太麻里	一般	7	5	中寮鄉	一般	7	6
鹿野鄉	一般	11	9	集集鎮	一般	5	6
關山鎮	一般	5	5	名間鄉	一般	6	7
池上鄉	一般	6	5	仁愛鄉	偏遠	19	17
大武鄉	一般	7	7	信義鄉	偏遠	21	19
東河鄉	一般	7	6	南投市	一般	12	11
成功鎮	一般	11	8				
長濱鄉	一般	6	6				

台東市	一般	10	10			
	小計	117人	89人	小計	123人	111人
	合計		240人		回收	200人

二、研究工具

研究工具包括二部份：專家座談及量表，茲敘述如下：

- (一)專家座談：由研究團隊收集各國偏遠地區護理工作模式，彙整成果以提供專家座談會參考。初步擬定所需的衛生所護理工作模式及進階護理人員工作職掌、資格、所需培訓課程等。再由十位專家及研究團隊共同討論，以第一次修定「離島偏遠進階護理工作模式暨進階護理人員培訓計劃」草案。草案的內容包括護理工作模式，各進階人員工作職掌、資格、培訓課程、經費、權利與義務、配套措施等。
- (二)草案說明會：說明專家學者所擬定的草案。針對所擬定的草案進行了解，將依據草案擬定問卷，使護理人員之後填寫問卷。草案說明會中將包括三個活動：1.主持人說明草案內容(1小時) 2.開放討論(2小時) 3.填寫問卷(30分鐘)。
- (三)問卷調查：依據草案訂定「離島偏遠進階護理工作模式暨進階護理人員培訓計劃草案問卷調查表」，並經研究小組討論後定稿。問卷的每一題以 Likert scale 方式為勾選的選項。並以開放性問題請研究對象提供不適合的原因、改善建議及可能的配套措施。研究團隊依此分析草案每一項措施的可行性，及其可能面臨的挑戰與研擬配套措施，以利第2次修定草案。

(貳)、資料收集過程

(一)專家座談部份：

- 1.組成「十人專家團」：此十位專家係由衛生署行政主管及本研究小組共同擬定建議名單。經研究小組邀請最後名單如(附件四)。專家共包括官界 4 位、公共衛生行政 5 位、實務界 3 位、學界 3 位，且專家領域亦包括醫學、公共衛生、護理等 15 位，均是碩士層級或在此相關工作經至少五年以上。
- 2.聯絡專家說明本研究目的及其必須出席 3 次會議，取得專家首肯後發函。
- 3.於 97 年 6 月 27 日、7 月 17 日、7 月 31 日等舉辦 3 次會議。
- 4.草案第一次修定。

(二)草案說明會：

- 1.於 97 年 9 月 3 日(台中)、9 月 4 日(高雄)、10 月 9 日(澎湖)、98 年 1 月 16 日(台東)等舉辦四場次的草案說明會。會議中說明偏遠照護模式的可行方案與進階教育，並收發問卷。
- 2.與會人員的現場提問與提出建議內容以修改修正草案。

- (三)邀請二個衛生局保健課主管參與此計劃，說明本研究計畫目的及所需填寫的量表。並請護理長協助發出及收回問卷。寄發問卷的內容包括問卷填寫同意書(附件五)、草案山地離島偏遠地區進階護理工作模式與進階教育計劃草案(附件六)、問卷(附件七)等三部份。

(參)、資料分析

以歸納法將所收集的資料依照大綱分類並整體呈述，以初步擬定草案

內容。將草案給 10 位專家，事先研讀，並於專家座談會中討論，並均將討論的內容做為草案修定的依據。經過 3 次的仔細討論，能完成第二次草案修定稿。最後將此草案發給出席草案說明會的護理人員，並加以說明解釋，並開放討論及填寫問卷。討論內容將以質性資料分析歸納，量性資料即問卷的部份，將以 SPSS/PC 統計軟體分析草案的可行性。

第三章 結果與討論

壹、我國偏遠地區的衛生政策

一、行政院衛生署(2006)所擬定的山地偏遠的醫療政策如下：

- (一)強化醫療資源及措施：補助衛生所室重建及修繕、補助醫療設備及資訊設備、補助救護車及巡迴醫療車。
- (二)保障山地離島地區居民健康及就醫權利：補助健保費、推動IDS、緊急傷病患空中轉診、山地離島地區嚴重或緊急傷病患就醫交通補助要點、建置及辦理營養照護計畫。
- (三)遠距醫療會診
- (四)訂定「離島開業醫療機構講勵與補助辦法」
- (五)推動「部落社區健康營造」：本土化、訂立健康議題、建立機制
- (六)辦理醫事人員繼續教育課程
- (七)成立山地醫療守護員

二、山地偏遠的醫事人力

我國一直以來均有山地偏遠醫事人員養成計畫，其沿革如下（魏玉容，2000）

58年~78年 台灣省政府頒「台灣省山地暨離島地區醫護人員養成計畫」

79年~82年 「台灣省山地暨離島地區醫護人員養成計畫」續辦計畫

83年~90年 修正「台灣省山地方醫護人員養成第三期計畫」

90年~93年 訂定「行政院衛生署地方醫護人員養成第一期計畫」

94年 續辦第一期計畫

95年 續辦第一期計畫

96年~100年「行政院衛生署地方醫事人員養成第二期計畫(草案)」

目前山地鄉地區有30個山地鄉皆無醫院、醫師人力每萬人口醫師數皆在10以下（除瑪家鄉、春日鄉、茂林鄉外），故行政院衛生署(2007)也提出醫事人力需求(表3-1)。

表3-1. 偏遠地區醫事人員需求表(行政院衛生署，2007)

	94學年	95學年	96學年	97學年	98學年	99學年	100學年
醫師(山地)			9	12	12	11	12
醫師(離島)	8	10	25	15	14	13	13
護士(山地)			0	0	0	0	0
護士(離島)	1	1	3	3	3	2	1

衛生署的山地偏遠的醫事人力政策，偏重於「醫師」的培訓與養成；至於護理人力，於離島地區有列入政策，但名額仍有限；台灣本島山地鄉並無培訓與養成名額。

三、醫療給付效益提昇計畫：整合醫療服務經營模式(Integrated Delivery System IDS)。

IDS 對目前山地離島衛生所業務的衝擊：

- (一)現政府政策較重視醫療、人力、設施及重擴建，但對預防保健，如：環境衛生、飲水安全、衛教等業務需加強(魏，2000)。
- (二)山地離島未確立政策目標及定期評估(魏，2000)。
- (三)支援醫師面臨交通問題、醫療人力穩定性、語言問題、資源共享(魏，2000)。

(四)對偏遠、鄉村地區醫療照護模式：由偏遠地區基層院所提供初級照護，二級、三級由醫院支援專科急診；支援醫院提供輪調人員、雙向轉診、品管制度、軟硬體設施等，由行政衛生機關及地方人士共同規劃推動主導者，改變過去的協辦和承辦的角色（曾，2001）。整體而言，繼續加強醫療人員的培育養成與再訓練機會，提昇醫療品質。衛生所應有更精緻的策略要求 IDN 支援醫院以提供更優質的醫療服務。尤其 IDS 的護理人員的訓練要求須訂定。

貳、世界(英國、美國、日本等三國)偏遠地區護理執業模式資料

一、英國

在英國有 90% 的護理人力都是投注於公共衛生護理，強調初級的預防工作，1994 年之後，護理與助產士協會(Nursing and Midwifery Council ; NMC)將公共衛生護理分的角色為三種（黃玉珠）：

- (一)實務護士(practice nurse)－在社區提供全方位的照護服務，包括評估、篩檢、治療、健康照護及教育等，其服務對象由嬰幼兒至老年人，其工作內容有：
1. 提供有關健康的資訊（例如避孕知識、旅遊疾病安全）及諮詢。
 2. 協助個案的初診掛號並個案需要給予轉介服務。
 3. 提供婦幼衛生服務：例如子宮頸抹片、驗孕、預防注射等。
 4. 給予第一線的急救及一般外科手術的協助。
 5. 更新個案電腦檔案。
 6. 與其他專業服務人員保持連繫以便提供跨專業服務。
- (二)地區護士(district nurse)－屬於技術人員，由領導者來執行任務分組工作，以三人為一組，其工作分配為：1.評估並視病人需要擴大服

務範圍(包括身體、心理、社會性的服務)、2.慢性病的管理並確保照護之持續性、3.為一溝通及教育者並提供病人支持系統；當發現個案問題後，填寫評估單，再協助個案解決財政及社會協助。其工作對象，包括：老年人、臨終者、身體上傷殘者；其工作內容(Careers Scotland, n, d.)有：

1. 評估計畫並管理個案之健康照護。
2. 藥物的管理。
3. 生命徵象的監控。
4. 與醫師共同執行身體檢查。
5. 給予注射，包含點滴。
6. 傷口的清理及換藥。

(三)健康訪視員(health visitor)－主要服務對象為：母親、學齡前及學齡期兒童與婦女相關的健康議題。工作重點放在訪視時，健康訪視員負有對孩童健康及兒童發展的責任，在母親產後第十一天至六歲，這階段由健康訪視員依時間表至個案家中，評估是否有發展遲滯、成長監控、孩童虐待保護及急、慢性病管理等問題。其工作內容(NHS Career, n, d.)有：

1. 提供新手媽媽各項資訊，例如：幼兒安全、餵食等。
2. 與家庭形成夥伴關係並共同評估家庭需求及計畫解決方針。
3. 管理嬰幼兒健康狀況，例如：術後的兒童、嬰兒按摩運動及嬰幼兒的發展評估。
4. 協助解決社區的健康議題：戒菸、自我成長團體。
5. 提供產後憂鬱症諮詢及 HIV 的檢驗、診斷。
6. 與其他專業服務人員保持連繫以便提供跨專業服務。

在 2006 年，NMC 將 district nurse 及 health visitor 整合及更改其職稱，如表 3-2，且明訂社區公共護理實務準則 (NMC, 2006.10)。

表 3-2. 英國社區護理人員職稱更改表

1994 onwards	2002	2003	From Spring 2006
District nurse/health visitor formulary prescribing			All Specialist Practice community practitioner nurse prescribers
Extended formulary nurse prescribing		Supplementary nurse prescribing	Nurse independent/ supplementary prescribers, incorporating what was formerly expended and supplementary prescribers

另一方面，在英國將註冊護士分為三種不同類型：1. 護士(nurses) 2. 助產士(midwives) 3. 社區公共衛生專科護士(specialist community public Health nurses)，如表 3-3 (NMC, 2004)。在要進入此三類護士之前，需先參加 NMC 的課程可分為兩類：1. 社區專科護理師訓練課程(community practitioner nurse program)如表 3-4；2. 護士/助產士獨立處方執行者訓練課程(Nurse/Midwife Independent/Supplementary Prescribers Program)(NMC, 2006)。由於此計畫全新於 2006 展開，並無太多文獻可

說明現況，僅可知其課程內容大致分為八類：1.諮詢、決策及轉介 2.心理的影響因素 3.團隊的工作內容 4.臨床藥理學 5.與護理相關的實證與管理 6.法律、政策及倫理層面 7.專業責任與職務 8.公共衛生之法規背景。

表 3-3. 英國註冊護士分類一覽表

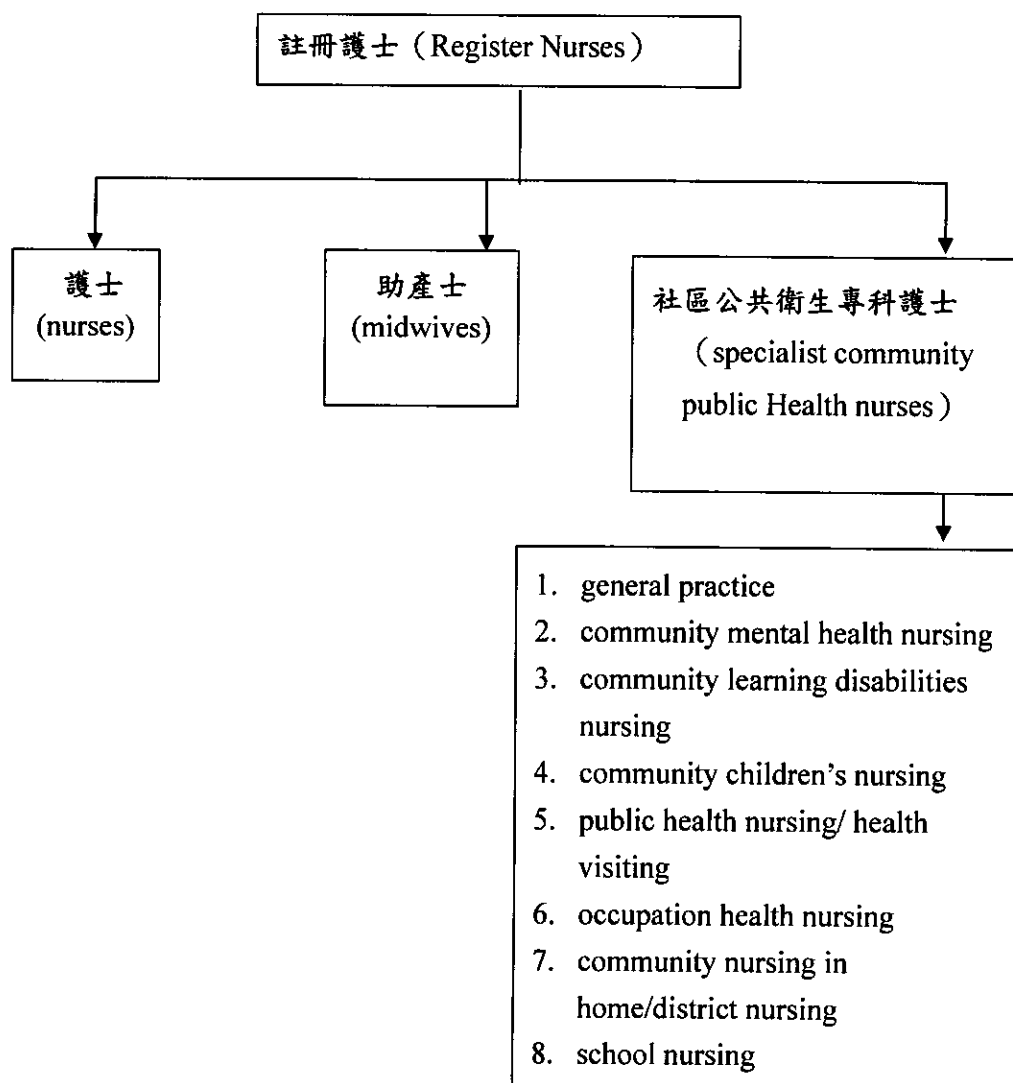


表 3-4. 英國社區專科護理師訓練課程內容

一、諮詢、決策及轉介

1. 了解個案及病人的病史並給予正確的評估，與個案及病人做良好的溝通與諮詢並規劃計畫方案。
2. 擬訂個案管理計畫
3. 診斷
4. 是否開立處方給予藥物治療或給予轉介治療
5. 計算能力與藥物劑量的計算

二、心理的影響因素

1. 病人或個案的要求或給予優惠以及個案及病人應知道何時說「不」。
2. 外界的影響因素，例如：公司或學校。
3. 在做決策時，能與個案或病人維持夥伴關係，並尊重文化的差異及倫理的需求。
4. 順從服藥或拒服藥物。

三、團隊的工作內容

1. 了解地方法規及各地區法令之不同，與團隊協商、支持系統的決定及規劃方案。
2. 瞭解團隊其他人的角色與功能
3. 在異常之處能與團隊成員溝通，包括：電子及文件的溝通方式。
4. 審核、評值及管理規定工作
5. 化解團隊成員潛在性的衝突
6. 預算及成本效益
7. 管理及實務工作的議題

四、臨床藥理學（包含協同作用）

1. 將解剖學及生理學的知識應用至社區及實務工作中
2. 熟捻藥物的吸收分布代謝排泄，包含藥物的反向作用（ADR）
3. 藥物服藥的順從性及服用藥物後的反應
4. 依病人的個別差異來檢視藥物的反應，例如兒童、老年人、孕婦等。

五、與護理相關的實證與管理

1. 了解個案及病人的病史並給予正確的評估，與個案及病人做良好的溝通與諮詢並規劃計畫方案。
2. 繼續教育之專業發展，能夠清楚知道自己的角色及在組織中扮演的角色。
3. 方案的改變與管理。
4. 風險評估與管理包含安全性的管理及控制。
5. 臨床的監督與管理。
6. 能於工作中反思。
7. 具有危機性思考能力。

8. 詳細查核各項資料。
9. 能辨別 ADR 的做並減少錯誤。

六、法律、政策及倫理層面

1. 能宣導法律及明瞭對護理實務工作之影響。
2. 能有基本的法律知識，包括：賠償與責任。
3. 在合法的範圍內，個案自我治療方式包括非主流的治療方式、輔助療法及 OTC 的治療方式等。
4. 持續撰寫並紀錄報告且保持其安全性。
5. 對於欺騙的行為能有所警覺
6. 藥物的許可證。
7. Yellow Card 報導 Committee of Safety on Medicines (CSM) 及個案的安全事件至 National Patient Safety Agency (NPSA)。
8. 了解政策的內容。
9. 關於文獻及執照的諮詢。
10. 在倫理原則下執行護理措施。
11. 能詳細的將失能、心理衛生、兒科、病危及急診等能將知識告知個案及民眾。

七、專業責任與職務

1. 需符合 NMC 的專業法規及準則及倫理原則。
2. 在實務工作中遵守 NMC 的專業法規
3. 關於倫理，建議可參考 Shipman Inquiry, Fourth Report。
4. 能對自己評估、診斷及醫囑負責。
5. 維持自己的專業知識及能力
6. 能對雇主負責

八、公共衛生之法規背景

1. 對病人、個案及社會負責。
 2. 不當的治療，包括：錯誤的治療、過多與過少的治療。
 3. 不恰當的醫囑，過多與過少的醫囑。
 4. 提供可近性的醫療照護。
-

英國在社區健康照護上，護理人員與其他領域公共衛生工作者之團隊合作方面，在公衛領域服務的人員，可分為三大類：1.改善健康者：教師社會工作者、管理人、家事服務員、當地政府官員。2.專業者：公衛護士、有專業技能者。3.諮詢者：能透過生命統計資料來分析當地的健康狀況，在診所內有研究中心，收集當地的各項統計資料並爭取研究

計畫，來改善或促進民眾的健康（黃玉珠，2007）。若用服務對象來劃分的話，以個人而言，在初級預防的保健服務團隊中，則包含家事服務員、社工師、地區護士、訪視員、公衛護士、助產士及開業醫師；以群體而言，除了以上之工作人員外，需另包含社區醫師、健康教育者及秘書。

除此，亦有護理小站（worker center）的社區護理模式係由一群護理人員，在人口集中處設站，解決民眾的健康問題。

二、美國

美國護士學會(American Nurses Association; ANA)在 2006 年對於基礎的公共衛生執業標準提出的最新版本如下：

- (一)評估(assessment)：公共衛生護理人員須能蒐集與群體健康狀態相關的完整資料。
 - (二)群體健康診斷與優先次序的排列(population diagnosis and priorities)：公共衛生護理人員能分析所收集的評估資料，以確認群體的健康需求及其優先次序。
 - (三)識別成效 (outcome identification)：公共衛生護理人員能依據群體健康診斷與優先需求，制定計畫的預期成效指標。
 - (四)計畫(planning)：公共衛生護理人員能發展一個可以反應最佳執業成效的計畫，藉由擬定策略、執行計畫以及訂定可行的替代方案以達成預期成效。
 - (五)執行(implementation)：公共衛生護理人員能與他人建立夥伴關係，並且能共同執行已確認的計畫。
- 5a. 協調合作(coordination)：公共衛生護理人員能協調專案計畫或服務，並與其他活動共同執行已確認的計畫。

- 5b. 健康教育與健康促進(health education and health promotion): 公共衛生護理人員能運用多元策略以促進健康、預防疾病，並能確保社區群體的環境安全。
- 5c. 諮詢(consultation): 公共衛生護理人員能提供諮詢給不同的社區團體和官方人員以促進計畫與服務的落實。
- 5d. 政策相關活動(regulatory activities): 公共衛生護理人員能評估、說明與應用公共衛生相關政策法令。

(六)、評價(evaluation): 公共衛生護理人員能評價群體的健康狀況。

美國的社區護理人員進階制度與能力以明定。美國的公共/社區衛生的臨床專科護理師(Clinical Nurse Specialist in Public/Community Health, CNS) 需具備公共/社區衛生專科護理師課程的碩士學歷或被認可同等程度的註冊護士。臨床專科護理師須具備進階的知識，且能熟練的運用公衛生科學及技巧於社區及群體的評估、政策的發展、方案的計畫、能有效的溝通及了解文化對健康的影響衝擊；並能結合公共/社區衛生與護理理論及研究，且需考量對群體和社區有所影響的決策及進行結果評估，還有需主動的地參與教育(即社區、職員、學生和同事間)、個案管理、專家的臨床實務工作、諮詢、研究和行政管理等工作(ANCC, 2007a)。

在參加公共/社區衛生的臨床專科護理師認證考試前，必須完成所有必備條件，須具備的條件如下(須符合條件 A 或條件 B) (ANCC, 2007a)

條件A:

1. 在美國境內或美國領土內有一張有效的RN執照，或在法律上所認可的其他國家同等專業人士的執照。
2. 具備碩士、碩士後或博士學歷，或通過大學護理教育(Commission on the Collegiate of Nursing Education; CCNE) 或全國護理檢定連盟委員

會(National League for Nursing Accrediting Commission; NLNAC)所認可的所有公共/社區衛生臨床專科護理師課程，亦包含指導及臨床工作。

- 3.以公共/社區衛生臨床專科護理師的角色，在監督下至少執行500小時的時數，此專業必須被包括在所受教育課程中。監督下的所執行臨床時數，可寬廣地解釋包含：以群體和社區為焦點的實習；在以社區為基礎的組織進行田野調查工作；計劃與群體並且/或者與社區有關的方案；或為特定的群體或社區發展計劃方案。

條件 B：

- 1.在美國境內或美國領土內擁有一張執業的 RN 執照，或在法律上所認可的其他國家同等專業人士的執照。
- 2.擁有大學或更高的護理學歷。
- 3.擁有碩士或更高的公共衛生學歷，但須專精於社區及/或公共衛生護理。
- 4.以上專精於社區及/或公共衛生護理的資格，必須由官方組織信函證實或具有公文副本來聲明你所獲得的學歷。
- 5.以公共/社區衛生臨床專科護理師的角色，在監督下至少執行500小時的時數，此專業必須被包括在你所受教育課程中。監督下的所執行臨床時數，可寬廣地解釋包含：以群體和社區為焦點的實習；在以社區為基礎的組織進行田野調查工作；計劃與群體並且/或者與社區有關的方案；或為特定的群體或社區發展計劃方案。

當符合以上條件A或條件B後，可參加的公共/社區衛生臨床專科護理師認證考試內容包含：(ANCC, 2007a)

(1)進階公共/社區衛生護理基礎：

A. 護理理論、公共/社區健康模式、公共衛生核心功能

- B. 社會正義、文化能力技能
 - C. 專業實務的範圍及標準
 - D. 倫理原則及過程
 - E. 溝通原則，資運科技系統
- (2)運用於進階公共/社區衛生護理的理論及概念
- (3)運用於進階公共/社區衛生護理的流行病學及生物統計理論及概念
- (4)評值及研究方法的利用
- (5)公眾、社區及環境的健康評估
- (6)增進公共/社區健康的策略
- A. 諮詢、合作、建立聯盟
 - B. 社會及政治行動主義、擁護、協調照顧
 - C. 執行改變
 - D. 災難緊急應變準備
 - E. 補助金的管理
 - F. 社區或群眾的結果測量及計畫的評值
- (7)健康促進、疾病預防、降低風險、健康行為的理論及概念、健康篩檢及諮詢。
- (8)群體及社區教育
- A. 學習需求評估、設計及執行健康計畫、教學原則
- (9)健康系統、組織及網絡
- A. 運用組織的理論及概念、網絡及系統理論
 - B. 醫療保健的傳遞及財政
 - C. 規範及標準
 - D. 政策計畫及發展

- E. 資源管理
- F. 品質促進及風險管理
- G. 衝突管理
- H. 國際健康

(10) 領導概念及職業水準

美國偏遠地區護理執業模式介紹

除此之外，由鄉村衛生政策聯邦辦公室所贊助的 Texas A & M 大學鄉村公共學院的西南鄉村健康研究中心，建立的 Rural Healthy People 2010 作為從事鄉村衛生工作參考。最主要的目標是希望基於 Health people 2010 的目標，也能提升美國鄉村居民良好的健康狀況。基於 Health people 2010 的 467 個目標及 28 個焦點範圍，經過全國性的調查後，選擇基層醫療、緊急醫療服務、健康保險、長期照護服務、癌症、糖尿病、教育和社區基礎的方案、心血管疾病、鄉村地區的免疫和傳染疾病、鄉村地區的傷害和暴力預防、婦嬰幼兒、營養和體重過重、口腔健康、公共衛生基礎設施、毒品濫用及吸菸等 16 個焦點範圍及超過七十種工作模式，以下列舉其中幾項模式供參考：

以基層醫療範圍中的模式為例，(Community Health Center of West Yavapai County) 是一個由護理人員所設計的免費診療所方案，最初由志願護士義務服務，最後獲得社區強力的支持，並致力於社區醫療的工作。主要為沒保險或保險不足的民眾，提供臨床預防服務、陰道鏡檢診所、簡易的實驗室和放射室、心理衛生服務和一家小藥房，此免費診療所與當地的健康部門形成緊密的合作關係，共同使用健康部門、醫院、心理健康中心等資源，為鄉村居民服務。

美國聯邦政府為了增進鄉村地區的醫療照顧，達到民眾就醫的可及

性、可近性及可接受性，提供了聯邦鑑定健康中心(Federally Qualified Health Centers; FQHC)計劃，補助許多計畫，以致有許多照護模式，其中包含鄉村健康診所(Rural Health Clinics; RHCs)、流動式健康中心(Migrant Health Centers; MHCs)，及印地安健康服務(Indian Health Services; IHS)等。

鄉村健康診所(Rural Health Clinics; RHCs)開始於 1977 年，主要提供持續綜合性的基層照顧，給位於鄉村缺乏健康專業地區的居民，希望在缺乏全職醫師的地區，鼓勵利用中等水準執業者(midlevel practitioners)如助產士、專科護理師(nurse practitioner)、醫師助理(physician's assistants)以提供服務給接受醫療保障方案及醫療補助計畫的病人，鄉村診所位於許多不同的場域，如醫院的門診部門、獨立的診所或醫師的辦公室。

流動健康中心(Migrant Health Centers; MHCs)係為遷移和季節性農業工作者及他們的家庭提供服務，依社區需要提供環境健康服務、感染和寄生疾病篩檢和控制及意外事故預防等。

印地安健康服務(Indian Health Services; IHS)係自 1955 年開始，主要 IHS 分支提供公共衛生服務，而社區護士在印第安健康服務中扮演一個重要角色，負責對美國印地安人和阿拉斯加原住民提供聯邦衛生業務，最主要的目標是希望將美國印地安人和阿拉斯加原住民的健康狀況提升到最高層次。

另外 National Health Service Corps (NHSC, 2003) 是聯邦政府針對中等水準執業者 midlevel practitioners 如：助產士、執業護理人員(Nurse practitioner)、醫師助理(physician's assistants)所設計的任用留任方案，此政策的發展最主要期待護理人員能提供一些重要的服務給缺乏醫療專業地區的鄉村居民，且希望這些中等水準執業者能服務於鄉村健康診所、

流動式健康中心及印地安健康服務中心。

在鄉村地區的健康專業人員，通常被描述為「通才的專家」(expert generalist)因為他們必須照顧所有年齡層的群眾，處理群眾各式各樣的衛生問題 (Bushy, 2005)。整體而言，山地離島等偏遠地區的公共衛生護理有許多不同的模式(Lee & Charlene, 2004)。美國的偏遠地區護理工作模式包括醫院/住院的照護以及門診，由擁有處方權的專科護理師(nurse practitioner)執業，尤其在醫師缺乏的鄉村，衛生中心亦有住院照護，即由專科護理師的照護團隊負責居民的健康(Paliadelis, 2005；Ferrari & Rideout, 2005)，而照護團隊的成員所負責的工作各有所長。目前美國偏遠醫療照護多以社區專科護理師為主，而美國則以 NP(nurse practitioner) 或 APN (advance practice nurses) 服務於偏遠的鄉村社區，為民眾提供長期社區照護的個案管理與健康照護活動 (尹，2002；Geiss & Cavaliere, 2003)。

整個偏遠地區的護理執業模式玲瓏滿目，目前都以培訓公共衛生護士成為通才 generalist 的角色為方向。Kathleen, Linda, Sandra, Joyce(2003) 進行的 CMLNP (Comprehensive Multi-level Nursing Practice) 的一項行動研究，將公共衛生護士之工作分為三個層級，分別為：個人預防護理 (personal preventive nursing; PPH)、組織當地的照護提供者(Organized Indigenous Caregiving; OIC)、社區充權(community empowerment; CE)。其敘述如下：

- 1.個人預防護理 (PPH) 工作內容包含：篩選、健康照護、健康教育、諮詢、說服溝通、個案管理、健康風險評估等，主要在社區、護理中心或個案家中為個人及家庭進行服務，目標在增進個人及家庭的健康狀況。

2.組織當地的照護提供者(organized indigenous caregiving; OIC)：係藉由訓練原先就是當地人的護理人員及外展服務工作者(lay outreach workers)成為具備社區能力的通才角色，這個層級的介入措施，最主要是基於地區性護理模式(block or district-nursing model)，護士能真正居住在社區裡面成為社區的一部分。此模式在研究中針對老人族群而言，顯示出高病患滿意度、增加社區的支持及使家庭更融入在照顧中，且降低了成本 (Jamieson, Campbell, 1989; Jamieson, 1990)。OIC 的工作包含：發現個案、資源的整合、發現界定問題、排定優先順序、組織鄰近資源 (如：健康照護、健康教育等)，主要在家中或當地集會地點為個人、家庭、少數族群及鄰近地區提供服務，希望能達到增進群體對健康的責任。

3.社區充權(Community Empowerment; CE)：為使社區居民對自己所居住的地方增進控制感，能有效改變、組織及使用資源來處理健康問題，且收集影響健康的危險行為及狀態，並將之降低。CE 的工作包含：政治過程、社會行動、社會改變、社區發展、組織改變、建立人際網絡及社區教育等，主要在當地集會地點建立組織及政府部門為少數族群、鄰近地區及鄉村社區提供服務，希望能達到重新分配決策制定的力量。

而在整個行動研究的過程面臨許多挑戰，因研究團隊人員與健康部門的人在執行照護及公共衛生護理的角色有不同的思考邏輯，但因執行過程中的這些衝突，有機會讓執行的實際狀況，去影響健康部門中的政策層面及確保提升公共衛生護理的專業水準(Kathleen, Linda, Sandra, Joyce, 2003)。

Laura, Mary, Julie (1999)則是使用 A Rural Nursing Center Model，此

模式所提供的外展服務及主要照顧服務，在鄉村地區對個人、家庭及群眾都有正向的結果，整個模式是將雇用的護理人員依其學歷區分為：專科(associate)、大學(baccalaureate)及碩士(master)等三個層級，分別服務不同的對象。聘用碩士層級的社區健康護理專家 (community health nurse specialist) 及專科護理師(nurse practitioners) 來評估、計畫、執行及評值護理照顧，服務對象包括：個人、家庭、群體及社區。其中專科護理師(nurse practitioners)主要的角色是擔任臨床的主要照顧提供者，而社區健康護理專家 (community health nurse specialist) 則是介入群眾及社區層次的服務，管理領導整個社區健康評估、發展活動方案。具大學學歷的護士服務對象則主要著重在家庭及群眾，擔任社區健康外展服務的護士，提供健康教育、篩檢及個案管理工作。而具專科教育學歷的護士則擔任臨床護士，服務著重提供在個人層次的健康教育及標準的治療步驟。

三、日本

(一)、護理執照制度

1899年日本第一次頒布『助產士法』，為現代護理專家建立一種執照制度。接著在1915年頒布『註冊護士法』為註冊護士給予法律基礎的資格。到了1948年，第二次世界大戰末，日本政府頒布保健師、助產士和護士法做為護理的新法源依據，其宗旨在於定義保健師、助產士和註冊護士，並提高衛生保健和公眾衛生(日本看護協會，2007)。現在，日本正式認可專業護理資格包含保健師、助產士和註冊護士(如圖3-1)。

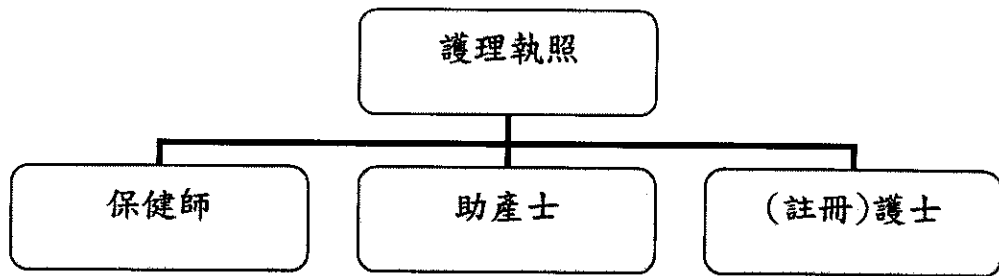


圖 3-1. 日本護理分類

日本看護協會(2007)針對保健師、助產士和註冊護士的定義如下：

保健師：從厚生省取得保健師執照的人，提供民眾衛生教育及指導。

助產士：從厚生省取得助產士執照的婦女，協助分娩或提供胎兒出生和出生後照護。

註冊護士：從厚生省取得註冊護士執照的人，提供護理照護或協助藥物治療病症或傷害。

日本從 1987 年開始對專科護理的分類進行探討，並在 1993 年引進美國的 CNS 和專科護士培養制度，開始培養 CNS 和專科護士(張、張，2002；楊、黃、趙，2004)。在專業化醫療現場以提高護理品質為目的，經日本護理界的全體意見發展出「資格認定制度」。此一制度是由日本看護協會決定教育機關的認定和受專業護理教育、進修護理工作的資格認定等。協會於 1996 年首先通過『專門看護師規則』，1997 年通過『認定看護師規則』，於 1999 年通過『認定看護管理者規則』(張、張，2002；楊、黃、趙，2004；日本看護協會，2007)。其中，『專門看護師』稱為 Certified Nurse Specialist，『認定看護師』稱為 Certified Expert Nurse。而『認定看護管理者』則稱為 Certified Nurse Administrator，屬於護理行政(日本看護協會，2007)在此暫不予以討論。圖 3-2 為日本進階護理執照分類；表 3-5 則是日本認定看護師和專門看護的比較。



圖 3-2. 日本進階護理執照分類

表3-5. 日本認定看護師和專門看護師比較(張、張，2002；日本看護協會，2007)

	認定看護師	專門看護師
定義	認定看護師是指在某一特定護理專科領域具有熟練的護理技術和識，並完成日本看護協會所要求的認定看護師教育課程的學習而被認定合格的護士。	專門看護師是指在某一特定護理專科領域具有卓越的護理實踐能力，並通過日本看護協會的專門看護師認定考試而被認定合格的護士。
作用	<ol style="list-style-type: none"> 1.實踐：個人、家族及集體，採用熟練的護理技術執行進階的臨床護理 2.指導：護理實務對護理工作進行指導 3.諮商：護理工作進行磋商。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.實踐：個人、家族及集體超群的護理實踐 2.諮商：對照護提供者進行磋商。 3.協調：為促進醫療福利，在參與的人們之間進行協調。 4.倫理：為了守護個人、家族及集體的權利，倫理性的測量問題和糾紛的解決。 5.教育 6.研究：提高專業知識及技術，進行開發在實務場所的研究活動。
專科領域	<p>在高度化、系統化的醫療、保健、福利機構中，認定看護師制度委員會對有必要要求具有熟練護理技術和知識的護理專科領域予以認定，其中包括</p> <p>：癌症化學療法護理、癌症性疼痛護理、感染護理、緩和護理、急救護理、重症集中護理、手術護理、小兒急救護理、新生兒集中護理、攝食及吞嚥障礙護理、透析護理、糖尿病護理、乳癌護理、老人失智症護理、傷口、造口、排泄護理(褥瘡預防及造口皮膚護理)、不孕症護理、訪問看護(訪視護理)等17項。</p>	<p>根據社會對護理的要求，專門看護師制度委員會對作為獨立的專科領域在知識、技術的深度和廣度方面具有較高水準的領域予以認定，其中包括：癌症護理、感染症護理、急性/重病患者護理、小兒護理、精神護理、社區健康護理(地域看護)、產婦護理、慢性病護理、老人護理等9項。</p>
認定條件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有保健士、助產士或護士資格者。 2. 臨床工作五年以上。 3. 特定專科領域臨床工作三年以上。 4. 在教育機關接受六個月以上的教育課程學習、並取得結業者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有保健士、助產士或護士資格者。 2. 臨床工作五年以上。 3. 特定專科領域臨床工作三年以上。 4. 護理系大學碩士畢業並取得特定護理專科領域所規定的學分者。
資格更新	五年後資格更新	五年後資格更新

在公共衛生領域中與護理相關的執照則有：『保健師』、認定看護師中的『訪問看護』、專門看護師中的『地域看護』三種，三者的不同點敘述如下：

1.保健師(public health nursing)

護士的功能主要在於強調支持疾病的治療，保健師則是從疾病預防的立場，針對當地人們健康的生活進行健康指導。

2.認定看護師—訪問看護(Visiting Nursing)—居家護理/訪視護士

認定看護師是指在特定的護理領域能熟練運用護理技術、知識，並能夠提供高水準照護品質的護理人員(日本看護協會，2007)。認定看護師的護理領域包括：癌症化學療法護理、癌症性疼痛護理、感染護理、緩和護理、急救護理、重症集中護理、手術護理、小兒急救護理、新生兒集中護理、攝食及吞嚥障礙護理、透析護理、糖尿病護理、乳癌護理、老人失智症護理、傷口、造口、排泄護理(褥瘡預防、造口皮膚護理)、不孕症護理及訪問看護(訪視護理)等17項(如圖3-2)。其中與公共衛生相關的即為訪問看護，在台灣則稱為居家護理，在大陸稱為訪視護士。日本看護協會(2007)也提出訪問看護須具下列的知識技能：

- (1)尊重並提高個案主體性的自我照護能力
- (2)提供專業的護理技術及知識
- (3)指導居家照護團隊的形成和經營管理

3.專門看護師—地域看護(communitiy health nursing)—社區健康護理師

專門看護師是指在某個特定的護理領域中被認為有卓越護理實踐能力的護理人員，是為了對有複雜解決困難的護理問題的個人、家庭及團體有效地提供高水準的護理照護品質，而加強特定的專業護理領域的知

識及技術，同時提高保健醫療福利的發展(日本看護協會，2007)。專門看護師的專科護理領域有癌症護理、感染症護理、急性/重病患者護理、小兒護理、精神護理、社區健康護理(地域看護)、產婦護理、慢性病護理、老人護理等9項(如圖3-2、表3-5)。其中與公共衛生相關的即為地域看護，依其工作內容可稱為社區健康護理師。

(二)日本公衛護理的資格認定制度

1.保健師

應試資格

護士國家考試合格的人，符合保健師助產師護士法第 21 條各號及同法第 53 條第 1 項規定的人，且符合下面條件(日本厚生勞動省，2007)：

- (1)有護士國家考試的應試資格，並在文部科學大臣指定學校中，完成六個月以上有關保健師的必要專業課程的人。
- (2)畢業於厚生勞動省指定保健師培養所的人。
- (3)已畢業，或外國的保健師學校並在外國中取得保健師執照的人，並有上述二項條件同等以上的知識及技能的人。

考試科目：地域護理學、流行病學、保健統計及保健福利行政論

2.訪問看護師(訪視護理)

應試資格

日本看護協會(2007)規定必須全部滿足下面的 3 項資格。

- (1)持有日本的保健師、助產師及護士的資格(執照)。
- (2)保健師，助產師及護士的資格取得後，具有五年以上臨床護理(實際業務進修)經驗，並且有三年以上特定的專科護理經驗。
- (3)完成協會認定的『認定看護教育課程』(共六個月，總時間 600 小時以上)，或在外國學完和上述同等的教育課程。

具備上述條件後方可參加認定審查的筆試，通過考試才能獲得認定看護師認定證書，並進行註冊。表3-6為2007年8月認定看護師各分類審查合格人數，合格率為95.6%。其中訪問看護(訪視護理)的合格人數為18人，總合格人數為35人。

表 3-6. 日本 2007 年認定看護師審查合格人數

專科領域	合格者	總數(人)
癌症疼痛護理	57	204
癌症化學療法護理	45	267
感染管理	194	584
緩和護理	121	420
急救護理	66	299
集中護理	54	382
手術護理	24	86
小兒急救護理	20	35
新生兒集中護理	31	87
攝食及吞嚥障礙護理	29	60
透析護理	21	58
糖尿病護理	33	147
乳癌護理	31	51
老人失智症護理	25	35
傷口、造口、排泄護理	129	570
不孕症護理	11	63
訪問看護(訪視護理)	18	35
合計	909	3383

註：合格率95.6%

(資料來源：日本看護協會廣報部認定看護師合格報告，2007年8月1日)

(三)日本社區衛生護理人員的業務範圍

根據日本看護協會通過『專門看護師規則』、『認定看護師規則』以及日本厚生勞動省『保健師助產師護士法』的條例，工作範圍內容分述如下：

1.保健師

依據日本厚生勞動省『保健師助產師護士法』的條例及日本看護協會對保健師的定義，保健師的工作主要著重於衛教及疾病預防。保健師擔任的工作需要從平時開始抓住地域的健康問題，預先準備相關對策。

以保健所、保健中心等公共機關做為中心進行集體診察和健康諮詢，回應在保健所居民發出的各種各樣的商量事情。對地域居民進行保健指導、成人病預防、母子保健和感染症預防等健康指導和訪問老人關懷活動等服務。保健師的工作場所，以保健所及保健中心為主，此外，也有在保健福利相關機構、醫療機關或是自治團體的保健課和民營企業的健康福利設施(健康管理室)、訪視護理站等執行健康管理工作。工作內容可謂包羅萬象，有時，還得協助醫生保護並維持母親和孩子的身心健康也做嬰兒健診斷。訪問搶救殘疾人回歸社會的共同工作等，以及定期性地檢查工作的殘疾者和職員的健康狀態。

2.訪問看護師

一般而言，訪視護士必須有功能障礙評估、預後預測、實施復健計畫和協調各方面的能力，在日本訪視護士的工作內容大致上有7大方面(尹、姜，1999；姜，2000)：

- (1)基礎疾病管理：為維持、開發病人的殘存機能，護士需對患者的基礎疾病進行管理，仔細觀察其生命徵象(體溫、血壓、心跳、呼吸)

症狀以及生活自理能力。

- (2)精神支持：家庭復健個案中，以老年功能障礙者、嚴重腦機能障礙者較多，透過復健能迅速改善機能的情況較少，因此訪視護士要與患者及家屬建立相互尊重、依賴的關係，給予其必要的精神支持。
- (3)復健計畫的實施：根據專業醫護人員的家庭訓練計畫，結合患者的實際情況安排好功能訓練活動。
- (4)日常生活能力評估：對患者的日常活動，如移動、進食、排泄、入浴等能力先進行評估並指導其充分利用輔助器具及設施，以擴大自理程度。
- (5)努力提高患者生活品質：在提高生活自理能力的基礎上，滿足其作為社會人的社會需求。
- (6)對家屬的指導：病人家屬在復健計畫實施過程中，有重要的輔助作用，訪視時護士要給予家屬必要的指導以提升其照護能力，並幫助協調好病人與家屬的關係，為患者的復健提供良好的家庭氣氛。
- (7)與其他醫護人員緊密合作：進行復健工作時，訪視護士需要與其他醫護人員如：物理治療師、營養師、復健師等協調，規劃適合的復健計畫，同時定期向醫生提供書面資料，報告訪視日期、病人情況、訪視護理內容等，若發生緊急情況應及時與醫生聯繫(尹、姜，1999；姜，2000)。

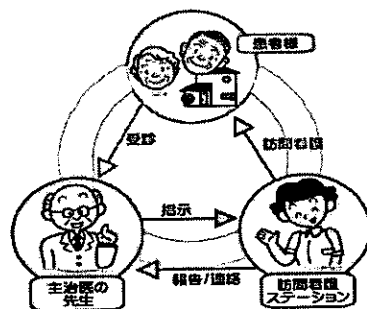


圖 3-3. 訪問看護工作示意圖

資料來源：asunaro 訪視護理站 <http://www.asunaro-st.com/index.html>

3.地域專門看護師

地域專門看護師所執行的業務是以社區健康護理的活動為主，並以一定區域內生活的人群為對象，以維持、改善及增進健康為主要目的之護理活動，其活動領域以不同的人群對象，可劃分為四個領域(張、張 2002；姜，2000)：

- (1)行政區域護理：以行政區域為對象提供健康支持。
- (2)職業護理：以工作崗位(工廠、企業)為對象提供健康支持。
- (3)學校護理：以學校為對象提供健康支持。
- (4)居家護理：以家庭為對象提供健康支持。

(四)日本公衛護士的角色與功能

在過去，日本公衛護士所服務的對象大多以個人、家庭為主，其工作內容包括：收集人口統計資料、家訪、篩檢、電話諮詢等；而現在公衛護士的工作對象則是以社區整體為主，著重於社區整體健康促進計劃，在社區健康計畫中提供他們的專業技術，例如評估社區健康問題、確定地方需要和協調等工作，因此公衛護士必須是社區開發者、協助者、資源管理員、計劃者、協調員、連結政策，與地方政府一起合作並獲得資金以起動各種健康促進計劃(姜，2000；M.S. et al,1999)。

(五)日本公衛護士未來實務上的角色

根據上述的文章可知，日本公衛護士在保健醫療福利體系的重要性已逐漸增加，因此在未來實務上，不僅提供一般的護理照護服務，同時須兼具下列的角色(張、張，2002；楊、黃、趙，2004；姜，2000；尹、姜，1999；日本看護協會，2004；M.S. et al, 1999)：

- 1.領導者：在社區健康促進計畫中，必須是擔任領導者的角色，形成

健康促進團隊，使社區民眾認知健康的重要性，進而賦權 (empowerment)讓民眾主動參與健康促進計畫。

- 2.發展新的社區照護系統：突破過去的窠臼，在不同的照護領域，發展新的社區照護系統，如：居家照護系統—在健康中心中與社區委員會成立居家照護中心，由訪視護士和家庭幫手提供居家協助服務，健康中心的公衛護士負責持續的個案管理(M.S. et al., 1999)。
- 3.以護理背景執行政策工作：為個人、家庭或社區評估、評值社區基本照護。
- 4.發展新角色：參與各項預防保健相關政策制定。
- 5.與其他領域協同照護。
- 6.聯結各項資源：在醫療保健福利體系中，公衛護士可做為一位協調者，為個人、家庭或社區聯結各項資源，以得到完善的健康照護。

本計畫於文獻查證的部份已查到多篇有關日本、英國、美國的公共衛生護理人員及進階公共衛生護理人員的制度。除美國外，以目前文獻顯示，其它二國偏遠離島地區及都市地區並未有不同。美國則以偏遠離島地區先以專科護理(nurse practitioner; NP) 開始，執業方式以專科護理師獨立開業方式，在美國 NP 的職掌如表 3-7。美國係自 2006 年由美國護理學會訂定公共衛生專科護理師的培訓、認證課程、考試科目及其職掌。日本制度在社區方面，有保健師及社區領域的專門護理師(CCNS)，其職掌如表 3-8 所陳列。日本在此方面僅執行二~三年，CCNS 目前全國也僅有六位，故難比較與看出成效。英國方面於 2006 年亦有新政策，其中 NMC 將 practice nurse & district nurse 融合為一個角色為 community practitioner nurse prescribers。然而目前尚未查出其未來的角色功能上的區隔，針對目

前的三種護理角色其職掌整理於表 3-9。整體而言，三個國家都是在最近幾年在公共衛生護理人員的培訓課程、認證、執業能力等有整體規劃。

表 3-7. 美國公共衛生相關護理人員職掌

職稱與職掌	資格	進修課程
公共衛生護理師(RN) (1) 資淺人員：覺醒(awareness) (2) 資深人員：知識(knowledge)	1. 大學護理系畢 2. RN 執照	分析及評估、政策發展及專案規劃、溝通技巧、文化能力技巧、社區實務、基礎公共衛生服務、財務規劃及管理、領導力及系統性思考。
公共/社區衛生臨床專科護理師 (Clinical Nurse Specialist in Public/Community Health)	1. RN執照 2. 具備碩士、碩士或博士或doctor of nursing practice (DNP)學歷，或由大學護理教育Commission on the Collegiate of Nursing Education (CCNE) 或全國護理檢定連盟委員會National League for Nursing Accrediting Commission (NLNAC)所認可的所有公共/社區衛生臨床專科護理師課程，亦包含指導及臨床工作。 3. 以公共/社區衛生臨床專科護理師的角色，在監督下至少執行500小時的時數。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 進階公共/社區衛生護理基礎 2. 運用於進階公共/社區衛生護理的理論及概念 3. 運用於進階公共/社區衛生護理的流行病學及生物統計理論及概念 4. 評值及研究方法的利用 5. 公眾、社區、社區及環境的健康評估 6. 增進公共/社區健康的策略 7. 健康促進、疾病預防、降低風險、健康行為的理論及概念、健康篩檢及諮詢 8. 群體及社區教育 9. 健康系統、組織及網絡 10. 領導概念及職業水準

表 3-8. 日本公共衛生護理人員職業學

職稱與職業學	資格	業務內容	進修課程
<p>保健師/護士的功能主要在於強調支持疾病的治療,保健師則是從疾病預防的立場,針對當地人們健康的生活進行健康指導。</p>	<p>1.有護士國家考試的應試資格,並在文部科學大臣指定學校中,完成六個月以上有關保健師的必要專業課程的人。 2.畢業於厚生勞動省指定保健師培養所的人。 3 已畢業,或外國的保健師學校並在外國中取得保健師執照的人,並有上述 2 項條件同等以上的知識及技能的人。</p>	<p>◆ 工作場所:以保健所、保健中心為主,此外,也有在保健福利相關機構、醫療機關,或是自治團體的保健課和民營企業的健康福利設施(健康管理室)、訪視護理站等執行健康管理工作。 ◆ 工作內容:主要著重於衛教及疾病預防。以保健所、保健中心等公共機關做為中心進行集體診察和健康諮詢,回應在保健所居民發出的各種各樣的商量事情。對地域居民進行保健指導、成人病預防、母子保健和感染症預防等健康指導和訪問老人關懷活動等服務。</p>	<p>家庭護理學、地域護理學、法與實習、居家護理學、地域護理概論</p>
<p>專門看護師(Certified Nursing specialist) 專門看護師—地域看護 (community health nursing)- 社區健康護理:專門看護師是指在某個特地的護理領域中被認為有卓越護理實踐能力的護理人員,是為了對有複雜解決困難的護理問題的個人、家庭及團體有效地提供高水準的護理照顧品質,而加強特定的專業護理領域的知識及技術的發展。</p>	<p>1.持有日本國的保健師、助產師及護士的資格(執照)。 2.在大學護理系進修,修滿日本大學護理系制定的專門看護師課程,並取得 26 學分者。 3.具有五年以上臨床護理經驗,且有三年以上專科護理經驗;專門看護師在所定的必要教育學習結束後的一年要有實質進修。非專職實務進修也可以。但需符合下列內容: ◆ 與特定的機構訂定契約,並定期性地實習。 ◆ 實習時間以一週 8 小時以上,達到總計 1,800 小時。</p>	<p>◆ 工作場所:依不同的人群對象,可劃分為 4 個領域:行政區域護理、職業護理、學校護理、居家護理。 ◆ 工作內容: 1.把醫療及介入護理引入家庭,以解決醫療費用過高的問題,減輕家庭護理的負擔。 2.為出院患者提供接續的護理服務,解決以前不能追蹤護理的問題,如介紹呼吸機、氧氣、腹膜透析、輸液等醫療處置的方法,介紹末期癌症患者控制症狀的必要方法。 3.為出院患者回歸社會提供必要的援助。</p>	<p>地域&家族援助論與實習、地域護理活動論與實習、護理管理特論與實習</p>

表 3-9. 英國公共衛生相關護理人員職掌

職稱與職掌	業務內容
<p>practice nurse/在社區中提供全方位的照護服務，包括：評估、篩檢、治療、健康照護及教育。</p>	<p>1. 提供有關健康的資訊（例如：避孕知識、旅遊疾病安全）及諮詢。 2. 協助個案的初診掛號並需要給予轉介服務。 3. 提供婦幼衛生服務：例如子宮頸抹片、驗孕、預防注射等。 4. 給予第一線的急救及一般外科手術的協助。 5. 更新個案電腦檔案。 6. 與其他專業服務人員保持連續以便提供跨專業服務。</p>
<p>district nurse/屬於技職體系，由領導者來執行任務分組工作，以 3 人為一組，其工作分配為：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 評估並視病人需要擴大服務範圍（包括：身體、心理、社會性的服務） 2. 慢性病的管理並確保病人支持系統；當發現個案 3. 為一溝通及教育者並提供病人支持系統；當發現個案問題後，填寫評估單，再協助個案解決財政及社會協助。 	<p>1. 評估計畫並管理個案之健康照護。 2. 藥物的管理。 3. 生命徵象的監控。 4. 與醫師共同執行身體檢查。 5. 給予注射，包含點滴。 6. 傷口的清理及換藥。</p>
<p>health visitor/主要服務對象為：母親、學齡前及學齡期兒童與婦女相關的健康議題。</p>	<p>1. 提供新手媽媽各項資訊：例如幼兒安全、餵食等。 2. 與家庭形成夥伴關係並共同評估家庭需求及計畫解決方針。 3. 管理嬰幼兒健康狀況：例如術後的兒童、嬰兒按摩運動及嬰幼兒的發展評估。 4. 協助解決社區的健康議題：戒菸、自我成長團體。 5. 提供產後憂鬱症諮詢及 HIV 的檢驗、診斷。 6. 與其他專業服務人員保持連續以便提供跨專業服務。</p>

參、離島偏遠居民的健康需求

一、山地偏遠原住民健康情形(行政院原住民族委員會，2005)

我國原住民的健康狀況亦較有改善的需求，如原住民粗出生率高12.04%，高於台灣地區10.06%；原住民粗死亡率7.53%，高於台灣地區5.80%。在癌症方面，原住民92年前十大癌症，以子宮頸癌、乳癌發生率顯著高於前二年；男性以胃癌、結癌及直腸癌發生率明顯高於91年，女性以子宮頸癌、乳癌及口腔癌發生率顯著增加。在平均餘命方面，原住民92年平均餘命：男63.8歲、女72.5歲，顯著低於台灣地區男73.4歲、女79.3歲；男性原住民平均餘命由90年的63.3歲提高至65.2歲，92年降為63.8歲。女性原住民平均餘命由90年的72.8歲提高至73.10歲，92年降為72.5歲，以男性原住民變化較大。

美國方面，文獻指出居住在鄉村偏遠地區的居民，大部分的年齡分布在17歲以下或65歲以上，與都市地區比較，大部分是已婚且較低教育程度的人，較貧窮且健康狀況較差，鄉村地區居民比都市地區有較高的嬰兒及孕產婦死亡率、較高的慢性疾病罹患率、獨特的鄉村職業問題(如：機械意外、因陽光曝曬導致皮膚癌等)、高比例的心理及與壓力相關的疾病、低比例的健康保險及花費，比都市地區多25%的處方用藥。鄉村地區的成人較少採取預防性的健康行為(如：定期測量血壓、抹片檢查或乳房自我檢查)，且高比例的成人存在高風險的生活型態(如：抽菸、未繫安全帶、未規律運動等)(Gamm, et al., 2003a;b;c)。

根據 Health Rural Health Association[NRHA](n.d.)提到，鄉村地區及都市地區的健康照護差異在於：在美國大約只有百分之十的醫師在佔 1/4 總人口所居住的鄉村地區執業，鄉村居民較不可能由雇主提供醫療或處方藥的保險，且鄉村低收入戶較都市低收入戶者不易獲得醫療補助計畫，所有汽車事故中有 1/3 發生在鄉村地區，但事故發生導致死亡者確佔了 2/3。鄉村居民較都市居民近兩倍的機器馬達意外事故，且有較高風險因槍擊身亡。鄉村居民趨向於貧窮，許多居民接受聯邦政府的糧票補助(Federal Food Stamp Program)。鄉村及偏遠地區共有 2,157 個醫療專業缺乏地區(Health Professional Shortage Areas; HPSA's)遠高於都市地區的 910 個。酗酒及抽煙是鄉村年輕人的問題，罹患高血壓及心血管疾病高於都市地區。由於缺乏心理健康專業服務，鄉村男性的自殺率顯著高於都市地區。鄉村地區的醫院及醫師的醫療給付明顯少於都市地區，以及鄉村居民就醫距離遙遠、交通不便等問題。

二、偏遠地區人口學資料與健康問題

(一)人口學資料—95年(底)人口數、居民人口結構

表 3-10. 2006 年(底)偏遠地區人口組成一覽表

區域別	年齡	性別		總人數	人口百分比 (%)	土地面積 (平方公里)	人口密度 (人/平方公里)	依賴人口數	扶養比 (%)
		男	女						
全國	0-14 歲	2161180	1984451	4145631	18.1	36,188.04	632	6408978	39
	15-64 歲	8300617	8143250	16443867	71.9				
	65 歲以上	1129910	1157119	2287029	10				
	合計	11591707	11284820	22876527					
南投縣	0-14 歲	48983	45510	94493	17.7	4,106.44	130	162482	44
	15-64 歲	195827	176896	372723	69.6				
	65 歲以上	32833	35156	67989	12.7				
	合計	277643	257562	535195					
澎湖縣	0-14 歲	7791	7179	14970	16.3	126.86	723	28762	46
	15-64 歲	33052	29971	63023	68.7				
	65 歲以上	6655	7137	13792	15				
	合計	61405	44287	91785					
臺東縣	0-14 歲	21698	19996	41694	17.7	3,515.25	67	71162	43
	15-64 歲	88043	76752	164795	68.8				
	65 歲以上	15123	14345	29468	12.5				
	合計	124864	111093	228957					
屏東縣	0-14 歲	80693	74158	154851	17.3	2,775.60	322	259882	41
	15-64 歲	330444	303218	633662	70.9				
	65 歲以上	51845	53186	105031	11.8				
	合計	462982	430562	893544					
花蓮縣	0-14 歲	31711	29426	61137	17.7	4,628.57	75	102128	42
	15-64 歲	126683	116492	243175	70.4				
	65 歲以上	21648	19343	40991	11.9				
	合計	180042	165261	345303					

註：1. 依賴人口 (0-14 歲人口數+65 歲以上人口數)

2. 扶養比 (依賴人口/15-64 歲人口數)*100%

資料來源：內政部戶政司全球資訊網-統計資料戶籍人口統計 2008 年 2 月 10 取自 <http://www.ris.gov.tw/version96/stpeqr00.html>

(二)2006 年出生率、生育率

表 3-11. 2006 年出生率與生育率統計表 單位：‰

區域別	粗出生率	一般生育率	總生育率
全國	9.0	33	1115
南投縣	8.8	35	1185
澎湖縣	9.4	37	1210
臺東縣	9.9	40	1355
屏東縣	8.6	33	1125
花蓮縣	9.0	35	1195

說明：1.本表按發生日期統計。

2.粗出生率：指一年內每一千位年中人口之平均活產數。

3.育齡婦女一般生育率：指一年內每一千位育齡婦女(15歲~49歲)之平均活產數，而不論其已婚或未婚。

4.育齡婦女總生育率：指一個假設世代的育齡婦女按照目前的年齡別生育水準，在無死亡的情況之下，渡過其生育年齡期間以後，一生所生育的嬰兒數或生育率。

資料來源：(整理自)內政部戶政司全球資訊網-統計資料戶籍人口統計

2008年2月10取自 <http://www.ris.gov.tw/version96/stpeqr00.html>

(三)2006 年死亡概況比較

表 3-12. 2006 年死亡概況比較表 單位：人，人/每十萬人口，%

區域別	合計			男 性			女 性		
	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡數	死亡率	標準化死亡率
全國	135,071	591.81	495.40	84,312	728.27	621.09	50,759	451.34	369.82
南投縣	4,042	753.84	554.52	2,440	876.35	693.04	1,602	621.51	409.92
澎湖縣	767	832.46	498.74	430	901.3	605.02	337	758.53	392.24
臺東縣	2,272	956.83	693.04	1,468	1166.97	851.86	804	720.08	520.10
屏東縣	7,178	801.19	616.81	4,425	952.61	762.93	2,753	638.14	464.01
花蓮縣	3,049	880.45	656.74	2,064	1141.59	846.21	985	595.16	453.53

註：1.死亡率為死亡人數與年中人口數比

2.標準化死亡率係以 2000 年 W.H.O. 之世界標準人口數為準。

資料來源：(整理自)衛生統計資料網 2008 年 2 月 10 取自

<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計叢書 2/95/上冊/表 9.xls>

(四)2006 年十大死因分析

表 3-13. 全國十大死因分析統計表

單位：人，人/每十萬人口，%

順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	135,071	591.81	495.40	100.00
1	惡性腫瘤	37,998	166.49	139.28	28.13
2	腦血管疾病	12,596	55.19	44.72	9.33
3	心臟疾病	12,283	53.82	43.80	9.09
4	糖尿病	9,690	42.46	34.91	7.17
5	事故傷害	8,011	35.10	31.90	5.93
6	肺炎	5,396	23.64	18.86	3.99
7	慢性肝病及肝硬化	5,049	22.12	18.56	3.74
8	腎炎、腎徵候群及腎性病變	4,712	20.65	16.82	3.49
9	自殺	4,406	19.30	16.76	3.26
10	高血壓性疾病	1,816	7.96	6.38	1.34
順位(男性)	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	84,312	728.27	621.09	100.00
1	惡性腫瘤	24,428	211.00	179.48	28.97
2	腦血管疾病	7,504	64.82	53.85	8.90
3	心臟疾病	7,464	64.47	53.76	8.85
4	事故傷害	5,992	51.76	47.24	7.11
5	糖尿病	4,712	40.70	34.46	5.59
6	慢性肝病及肝硬化	3,613	31.21	26.64	4.29
7	肺炎	3,536	30.54	24.83	4.19
8	自殺	3,088	26.67	23.41	3.66
9	腎炎、腎徵候群及腎性病變	2,511	21.69	18.06	2.98
10	高血壓性疾病	926	8.00	6.58	1.10
順位(女性)	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	50,759	451.34	369.82	100.00
1	惡性腫瘤	13,570	120.66	99.48	26.73
2	腦血管疾病	5,092	45.28	35.69	10.03
3	糖尿病	4,978	44.26	35.50	9.81
4	心臟疾病	4,819	42.85	33.80	9.49
5	腎炎、腎徵候群及腎性病變	2,201	19.57	15.63	4.34
6	事故傷害	2,019	17.95	16.33	3.98
7	肺炎	1,860	16.54	12.92	3.66
8	慢性肝病及肝硬化	1,436	12.77	10.54	2.83
9	自殺	1,318	11.72	10.07	2.60
10	高血壓性疾病	890	7.91	6.16	1.75

附註：1. 2006 年年中人口數合計 22,823,455 人，男性 11,577,074 人，女性 11,246,382 人。

2. (1)每十萬女性人口死亡率。(2)每十萬男性人口死亡率。

3.標準化死亡率係以 2000 年 W.H.O.世界人口年齡結構為基準。

表 3-14. 南投縣十大死因分析統計表

單位：人，人/每十萬人口，%

順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	4,042	753.84	554.52	100.00
1	惡性腫瘤	1,058	197.32	145.31	26.18
2	腦血管疾病	442	82.43	56.57	10.94
3	心臟性疾病	411	76.65	52.94	10.17
4	事故傷害	256	47.74	41.36	6.33
5	糖尿病	232	43.27	30.62	5.74
6	慢性肝病及肝硬化	195	36.37	29.03	4.82
7	肺炎	160	29.84	20.52	3.96
8	腎炎腎徵候群及腎性病變	138	25.74	17.62	3.41
9	自殺	129	24.06	20.59	3.19
10	高血壓性疾病	52	9.70	6.54	1.29

男性

順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	2,440	876.35	693.04	100.00
1	惡性腫瘤	676	242.79	186.85	27.70
2	腦血管疾病	250	89.79	67.72	10.25
3	心臟性疾病	209	75.06	56.70	8.57
4	事故傷害	178	63.93	57.19	7.30
5	慢性肝病及肝硬化	146	52.44	43.08	5.98
6	肺炎	96	34.48	26.28	3.93
7	糖尿病	94	33.76	26.48	3.85
8	自殺	92	33.04	28.70	3.77
9	腎炎腎徵候群及腎性病變	72	25.86	19.60	2.95
10	敗血症	30	10.77	8.50	1.23

女性

順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	1,602	621.51	409.92	100.00
1	惡性腫瘤	382	148.20	104.74	23.85
2	心臟性疾病	202	78.37	47.15	12.61
3	腦血管疾病	192	74.49	44.93	11.99
4	糖尿病	138	53.54	33.18	8.61
5	事故傷害	78	30.26	23.85	4.87
6	腎炎腎徵候群及腎性病變	66	25.61	15.84	4.12
7	肺炎	64	24.83	15.16	4.00
8	慢性肝病及肝硬化	49	19.01	13.24	3.06
9	自殺	37	14.35	11.54	2.31
10	高血壓性疾病	24	9.31	5.58	1.50

附註：南投縣年中人口數合計 536,186 人，男性 278,428，女性 257,758。

表 3-15. 澎湖縣十大死因分析統計表

單位：人，人/每十萬人口，%

順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	767	832.46	498.74	100.00
1	惡性腫瘤	237	257.23	160.27	30.90
2	心臟性疾病	81	87.91	51.72	10.56
3	腦血管疾病	75	81.40	42.45	9.78
4	糖尿病	63	68.38	39.05	8.21
5	事故傷害	37	40.16	31.52	4.82
6	肺炎	20	21.71	11.89	2.61
7	自殺	16	17.37	13.09	2.09
8	慢性肝病及肝硬化	16	17.37	12.28	2.09
9	腎炎腎徵候群及腎性病變	14	15.19	7.56	1.83
10	高血壓性疾病	12	13.02	7.68	1.56
男性					
順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	430	901.30	605.02	100.00
1	惡性腫瘤	146	306.02	203.07	33.95
2	心臟性疾病	42	88.03	59.87	9.77
3	腦血管疾病	35	73.36	45.39	8.14
4	糖尿病	27	56.59	38.37	6.28
5	事故傷害	24	50.30	40.30	5.58
6	肺炎	15	31.44	18.31	3.49
7	自殺	11	23.06	16.32	2.56
8	慢性肝病及肝硬化	10	20.96	16.01	2.33
9	腎炎腎徵候群及腎性病變	9	18.86	10.93	2.09
10	敗血症	7	14.67	9.43	1.63
女性					
順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	337	758.53	392.24	100.00
1	惡性腫瘤	91	204.83	119.56	27.00
2	腦血管疾病	40	90.03	39.06	11.87
3	心臟性疾病	39	87.78	43.74	11.57
4	糖尿病	36	81.03	39.72	10.68
5	事故傷害	13	29.26	22.64	3.86
6	高血壓性疾病	9	20.26	10.39	2.67
7	慢性肝病及肝硬化	6	13.50	7.31	1.78
8	肺炎	5	11.25	7.00	1.48
9	自殺	5	11.25	9.67	1.48
10	腎炎腎徵候群及腎性病變	5	11.25	4.68	1.48

附註：澎湖縣年中人口數合計 92,137 人，男性 47,709，女性 44,428。

表 3-16. 臺東縣十大死因分析統計表

單位：人，人/每十萬人口，%

順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	2,272	956.83	693.04	100.00
1	惡性腫瘤	494	208.04	150.58	21.74
2	心臟性疾病	195	82.12	58.06	8.58
3	腦血管疾病	186	78.33	54.21	8.19
4	事故傷害	177	74.54	63.94	7.79
5	慢性肝病及肝硬化	169	71.17	57.64	7.44
6	糖尿病	152	64.01	45.45	6.69
7	肺炎	136	57.28	36.84	5.99
8	高血壓性疾病	97	40.85	27.81	4.27
9	腎炎腎微候群及腎性病變	55	23.16	15.73	2.42
10	自殺	49	20.64	16.86	2.16

男性

順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	1,468	1166.97	851.86	100.00
1	惡性腫瘤	316	251.20	185.54	21.53
2	事故傷害	136	108.11	92.50	9.26
3	心臟性疾病	123	97.78	70.22	8.38
4	慢性肝病及肝硬化	122	96.98	80.49	8.31
5	肺炎	111	88.24	55.35	7.56
6	腦血管疾病	106	84.26	59.04	7.22
7	糖尿病	82	65.18	47.04	5.59
8	高血壓性疾病	53	42.13	28.77	3.61
9	自殺	36	28.62	22.82	2.45
10	敗血症	27	21.46	13.49	1.84

女性

順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	804	720.08	520.10	100.00
1	惡性腫瘤	178	159.42	113.96	22.14
2	腦血管疾病	80	71.65	49.73	9.95
3	心臟性疾病	72	64.48	45.34	8.96
4	糖尿病	70	62.69	43.46	8.71
5	慢性肝病及肝硬化	47	42.09	32.82	5.85
6	高血壓性疾病	44	39.41	27.06	5.47
7	事故傷害	41	36.72	31.44	5.10
8	腎炎腎微候群及腎性病變	30	26.87	17.59	3.73
9	肺炎	25	22.39	15.67	3.11
10	自殺	13	11.64	9.81	1.62

附註：臺東縣年中人口數合計 237,450 人，男性 125,796，女性 111,654。

表 3-17. 屏東縣十大死因分析統計表

單位：人，人/每十萬人口，%

順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	7,178	801.19	616.81	100.00
1	惡性腫瘤	1,765	197.00	149.83	24.59
2	腦血管疾病	679	75.79	55.97	9.46
3	心臟性疾病	674	75.23	56.23	9.39
4	糖尿病	669	74.67	55.39	9.32
5	事故傷害	481	53.69	46.90	6.70
6	肺炎	329	36.72	26.92	4.58
7	慢性肝病及肝硬化	315	35.16	28.49	4.39
8	腎炎腎徵候群及腎性病變	281	31.36	22.93	3.91
9	自殺	175	19.53	16.80	2.44
10	結核病	82	9.15	6.56	1.14
男性					
順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	4,425	952.61	762.93	100.00
1	惡性腫瘤	1,142	245.85	192.43	25.81
2	心臟性疾病	400	86.11	67.47	9.04
3	腦血管疾病	374	80.51	63.11	8.45
4	事故傷害	358	77.07	68.64	8.09
5	糖尿病	348	74.92	58.66	7.86
6	慢性肝病及肝硬化	236	50.81	41.74	5.33
7	肺炎	218	46.93	36.60	4.93
8	腎炎腎徵候群及腎性病變	146	31.43	24.24	3.30
9	自殺	124	26.69	23.19	2.80
10	結核病	59	12.70	9.63	1.33
女性					
順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	2,753	638.14	464.01	100.00
1	惡性腫瘤	623	144.41	106.42	22.63
2	糖尿病	321	74.41	51.83	11.66
3	腦血管疾病	305	70.70	48.73	11.08
4	心臟性疾病	274	63.51	44.30	9.95
5	腎炎腎徵候群及腎性病變	135	31.29	21.65	4.90
6	事故傷害	123	28.51	23.51	4.47
7	肺炎	111	25.73	17.46	4.03
8	慢性肝病及肝硬化	79	18.31	13.87	2.87
9	自殺	51	11.82	9.94	1.85
10	高血壓性疾病	39	9.04	6.14	1.42

附註：屏東縣年中人口數合計 895,922 人，男性 464,512，女性 431,410。

表 3-18. 花蓮縣十大死因分析統計表

單位：人，人/每十萬人口，%

順位	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	3,049	880.45	656.74	100.00
1	惡性腫瘤	686	198.09	146.58	22.50
2	心臟性疾病	364	105.11	73.47	11.94
3	腦血管疾病	263	75.95	52.89	8.63
4	事故傷害	249	71.90	66.04	8.17
5	糖尿病	238	68.73	48.75	7.81
6	慢性肝病及肝硬化	189	54.58	44.64	6.20
7	肺炎	145	41.87	27.55	4.76
8	腎炎腎徵候群及腎性病變	86	24.83	17.02	2.82
9	自殺	75	21.66	18.35	2.46
10	支氣管炎、肺氣腫及氣喘	40	11.55	7.46	1.31

順位(男性)	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	2,064	1141.59	846.21	100.00
1	惡性腫瘤	464	256.64	187.97	22.48
2	心臟性疾病	235	129.98	90.54	11.39
3	事故傷害	194	107.30	98.19	9.40
4	腦血管疾病	156	86.28	60.78	7.56
5	慢性肝病及肝硬化	134	74.12	60.46	6.49
6	糖尿病	130	71.90	52.55	6.30
7	肺炎	105	58.08	35.74	5.09
8	自殺	60	33.19	28.22	2.91
9	腎炎腎徵候群及腎性病變	58	32.08	21.63	2.81
10	支氣管炎、肺氣腫及氣喘	27	14.93	9.80	1.31

順位(女性)	死亡原因	死亡數	死亡率	標準化死亡率	死亡百分比
	所有死亡原因	985	595.16	453.53	100.00
1	惡性腫瘤	222	134.14	101.57	22.54
2	心臟性疾病	129	77.95	56.05	13.10
3	糖尿病	108	65.26	46.85	10.96
4	腦血管疾病	107	64.65	45.89	10.86
5	慢性肝病及肝硬化	55	33.23	26.56	5.58
6	事故傷害	55	33.23	31.07	5.58
7	肺炎	40	24.17	18.00	4.06
8	腎炎腎徵候群及腎性病變	28	16.92	12.02	2.84
9	高血壓性疾病	16	9.67	6.83	1.62
10	自殺	15	9.06	7.61	1.52

附註：花蓮縣年中人口數合計 346,300 人，男性 180,800，女性 165,501。

資料來源：衛生統計資料網 2008 年 2 月 10 取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/>

衛生統計叢書 2/95/上冊/表 9.xls

在表 3-10 中可知，五個偏遠地區的城市之扶養比皆比全國高，且 65 歲以上的人口比例也高於全國，其中以澎湖地區的老化程度最嚴重：扶養比為 46%，65 歲以上的人口比為 15.0%。由表 3-11. 中標準化死亡率來看，5 個偏遠地區的城市之標準化死亡率皆高於全國，其中又以花東地區的 3 個城市(臺東縣、屏東縣、花蓮縣)較高，皆大於 600 人/每十萬人口，為全國的 1.2~1.4 倍；而台東縣與花蓮縣的男性之標準化死亡率甚至達 800 人/每十萬人口以上，為全國的 1.36~1.37 倍，而女性之標準化死亡率中，臺東縣、屏東縣、花蓮縣 3 個城市也都大於 450 人/每十萬人口以上，為全國的 1.2~1.4 倍，顯示偏遠地區的死亡率較為偏高。表(3-13. 至 3-18.) 中可得知偏遠地區的十大死因排名及其標準化死亡率，各死因的標準化死亡率皆高於全國。上述表中可得知，在山區城市中慢性肝病及肝硬化的比例較高，其中又以男性為最。整理如下表

3-19。可能原住民文化中，喝酒為其重要一環，因而較容易導致慢性肝病及肝硬化的發生。

表 3-19. 死因分析--慢性肝病及肝硬化 單位：%

區域別	在該區 全部排名	全部標準化 死亡率(倍)	在該區 男性排名	男性標準化 死亡率(倍)
全國	7	18.56(1.00)	6	26.64(1.00)
南投縣	6	29.03(1.56)	5	43.08(1.62)
澎湖縣	8	12.28(0.66)	8	16.01(0.60)
臺東縣	5	57.64(3.11)	4	80.49(3.02)
屏東縣	7	28.49(1.54)	6	41.74(1.57)
花蓮縣	6	44.64(2.41)	5	60.46(2.27)

表 3-16 顯示臺東縣男性十大死因排名中，事故傷害排名第二，其標準化死亡率為 92.50%，與全國男性十大死因排名比較，事故傷害在全國男性十大死因排名中排名第四，其標準化死亡率為 47.24%，臺東縣男性因事故傷害死亡的標準化死亡率為全國男性的標準化死亡率(因事故傷害死亡)之 1.96 倍。可能喝酒後，容易因此而導致事故傷害的發生。

表 3-17 顯示屏東縣女性十大死因排名中，糖尿病排名第二，其標準化死亡率為 51.83%，與全國女性十大死因排名比較，糖尿病在全國女性十大死因中排名第三，其標準化死亡率為 35.50%，屏東縣女性因糖尿病死亡的標準化死亡率為全國女性的標準化死亡率(因糖尿病死亡)之 1.46 倍。

三、焦點團體訪談結果

以信義鄉、烏來鄉與七美鄉等三區社區領袖的焦點團體訪談結果顯示社區領袖對於社區居民的健康問題的看法，社區領袖認為無論是慢性病或傳染病，應針對地方特有或較多的慢性疾病做進一步的疾病管理，以下是社區領袖的看法：

(1a) 慢性病：

高血壓：

「很多高血壓的疾病，很多獨居老人。」

「護理人員教那個血壓計怎麼量，然後不是有基督教、天主教做禮拜的時間請志工幫忙量。」

「村幹事就會幫民眾量血壓，編列預算每個社區跟辦公室都在一起給他一部機器來運用。」

「高血壓部落健康檢查是很多高血壓，我們也不知道怎麼去防範，一

般家裡都沒有量血壓的。」

痛風：

「我覺得我們衛生所能不能針對我們在部落裡面，我們常常患的一些病症，比如說痛風，有沒有可能讓我們衛生所一個時間、一個時段是專門為痛風的門診來開設。」

「慢性病患的追蹤、痛風的特別門診。」

(2a) 傳染病：

「傳染性的疾病是不是要加強衛教一下？如肺結核」

(3a) 其他：

「意外死亡、酗酒、車禍」較為常見

肆、離島偏遠衛生所健康服務項目的現況

一、 實地訪查

三所衛生所預防注射皆由衛生所執行，護理人員均有接受緊急救護。人口數則從 3000 至 17000 人，山地鄉的原住民人口約佔 50%，教育程度以國中以下居多，所從事的職業以農漁業為多。醫療門診仍以高血壓、糖尿病、痛風等居多。目標數完成率最高的前五項業務為：癌症篩檢、整合式篩檢、中老年病防治、兒保業務、菸害防治業務等；而完成率最低的前五項業務為：預防注射、肺結核完成率、新家庭計畫、優生保健及未成年生育率等。衛生所人力編制含醫師、牙醫師、醫檢師、放射師、衛生稽查人員、藥師、保健師、工友、司機、護士、護理師、替

代役、關懷員、課員等不同職稱的編制及非編制人員。人數從 10 人~37 人。在各項業務的執行頻率上，其中以社區健康評估及視訊遠距醫療從未執行。前者係政策未強制要求，後者係通訊不良而無法執行。其它業務均有執行，而執行的頻率三所略有不同，依此做為量表制定的參考。另一方面，護理工作分配的原則，雖三所護理長略有不同，但其原則護理長多會以業務量與性質搭配，並以護理人員的意見或能力參考分配。新進人員的地段管理則以遠地段為優先。

二、 焦點團體訪談

未來衛生所在當地醫療及預防保健上應執行哪些業務服務項目？護理人員在焦點團體訪談的內容，整理如下：

(1b)醫療仍是最重要的，其項目包括：

緊急救護：

「遇到一個狀況就是要 suture，可是我不會，因為我們以前在醫院就只要負責遞東西給醫生，那所以要 suture 的時候，我也不敢 suture，而且我坦白跟那個人講，因為他是外地來的遊客，我坦白跟他說我不會縫，那你要不要到望安或是到七美，因為我們剛好是在中間，我就說你要不要到那邊有醫生可以幫你縫，他說沒關係，你縫的就比較快就好了，他也不擔心美醜、他也不擔心其他問題，他就放手讓我這個沒縫過的人縫。」

「一件那個直昇機就像野戰直昇機，那個門不能關用 2 條線綁起來。都沒有設備，完全背著氧氣筒背著什麼東西上去，然後送病人到那個醫院，然後再把那個東西背回來，這也就算了，坐那個直昇機旁

邊那個門是用 2 條線把那個手把綁起來，還可以看到外面的風，然後他的椅子還搖搖晃晃的，我坐那一趟三十分鐘我嚇死了，我想說等一下那個門會不會掉下去。那個直昇機我坐的心驚膽跳，我怕連我也殉職了你知道嗎？他冷氣壞掉了，所以他必須把門用一個小洞然後讓風吹進來不會熱。」

「大年初二後送，然後我送去的是高雄，然後因為我高雄的親戚他們剛好都各自去過年都不在高雄，然後剛好飯店全部客滿，我問了全部的大小飯店只有一間，可是他是八千八，那我不可能去住，因為我大概半夜一點左右才到，所以我就在外流浪到早上。」

「叫我趕早上九點的航班，半夜三點叫我趕早上九點回望安，我就罵他死沒良心的，我很想哭耶，你覺得說三點耶！至少讓我休息一下，我整夜都沒有睡，然後那個消防隊也很好心，我明天必需趕一大早的飛機回馬公。就去他們消防隊窩了一個晚上到隔天，早上一大早把我載到機場去搭飛機。」

「機上沒有任何的醫療設備，護理人員本身這麼瘦小，還要扛氧氣、扛急救藥品什麼都要自己來。」

「講說他們(飛航人員)其實也是壓力很大，因為裡面的隊員完全沒有受過方面的訓練。空中的運輸。」

「比較大的壓力是在急重症這一塊。」「後送其實壓力已經很大了。」

門診醫療：

「工作量大。」

「門診業務比較多，衛生所業務非常龐大。」

轉介就醫：

「民眾沒辦法全部約到，民眾答應你說他今天會來參加這個活動，可是他臨時就沒有來。」

「篩檢異常轉介，轉介的時候就比較沒有辦法。」

(2b)需要精神照護專長的公衛護士：

「精神病患強制、公衛護士到夜要站在什麼樣的角色?training 又不是很夠，公衛護士的培訓課程裡面去加強。」

「精神病的防治、自殺的防治應該要由更專業的人去做。」

(3b)居家護理：

「居家護理是滿需要的，變成說他們要上來家屬都要用背的，所以在山地鄉目前是滿需要的。可是公衛護士的訓練仍需加強。」

「居家護理、護理的同仁去實習，好像說沒有經費只有一、二個去之後就不了了之。可是我們沒有實習我們還是做了。」

(4b)衛生室的醫療需求：

「他來剛好不是巡迴醫療的時間，他又硬要拿藥。病人就會 ARGUE 你為什麼不給我藥？我的方法是我幫她拿健保卡到衛生所幫她拿藥，問題是不是每個民眾都會把健保卡給我們，他會覺得你是藥拿健保卡去做什麼？就是在巡迴醫療上面有一些困難點。他就會在村裡講說那個衛生所小姐沒用啦！排擠小姐，追抹片或是篩檢就會遇到很大的困難。」

(5b)早期療育有需要，但評估工具應有專家及實務人員參予設計，流程亦需仔細設計。

「兒童發展評估，整個設計的流程，負責的單位並不是很恰當。」

(6b)IDS 的導入仍有必要，但執行細節應由衛生所規劃：

「IDS 專業人員幫忙協助一些檢查與個案管理。」

「協助做巡迴醫療時，IDS 執行檢查、發現且追蹤個案。」

(7b)個案管理：

「那以前公衛蠻紮實的能深入到各個家庭裡面，也許是推動當地的工

作上面都是非常非常的順利。」

「目前仍要家訪愛滋病、公衛去訪、精神科也要去訪、XX 的也要去訪啦。但是事實上我們光打電腦的這些行政業務，我們一個禮拜能在地段一、二天就很好了。」

「需有科技產品協助護理人員有效執行業務，可不可以買手是電腦，卡片我們就可以直接刷進去。當天就要刷，二十四小時內就要上傳到上面。」

(8b)整合式篩檢：

「我感覺整合式篩檢在我們山地鄉你們會不會覺得常常一直在重複做就是那一些人。」

(9b)衛教仍有需要，但目前要求的場次很難負荷：

「我全部要辦四十場，全部就多少了，我不可能天天都出去辦啊。」

「衛教場次一百二十幾場。」

(10b)各項活動應依民眾需求，適時辦理：

「活動應該原住民跟漢人要分開，因為每次我們上課。老師在前面講原住民的老人都聽不懂，你要他做他的飲食記錄他真的不會，然後我又不會翻譯，所以病友會我覺得要分開上比較好。」

護理人員對未來衛生所所提供健康服務的看法，仍以醫療、緊急救護等為重，尤其對於特殊健康照護服務如精神科、居家服務、早期療癒、簡單藥物處方籤等，認為需有專長訓練的護士。也許目前內、外科專長的專科護理師，再加上一些特殊課程訓練，就可在偏遠離島發揮很大的功能。尤其以上業務若能與 IDS 機構相互協商整合，就能提供居民更優質的個案管理式照護服務。關於科技產品也應適時的運用，尤其鼓勵科

技產品研發公司進入偏遠離島地區設計研發適當產品，使公共衛生護理人員能更有效的執行業務。應賦予衛生所更大的責任與權力，由衛生所主導的社區健康評估，以負責規劃其所提供的著重服務的項目，如整合式篩檢要如何執行？健康資訊傳播要如何提供？提供給哪些人？如何執行等。須中央集中管理的業務，如防疫則可研發更適合基層人員使用的軟體，最好有橫向聯結規劃完整後再試行，以節省護理業人力的耗損。部份工作應由衛生局統籌辦理，例如：稽查或評估可接受服務的等級、或宣導性質的健康知識傳播，其成效會更提升，不僅由於人員可更專精且一致，衛生局亦更易管理，故衛生局應可評估哪些健康服務項目是可由衛生局指派人員統籌於衛生局執行，而不是全部衛生署交辦業務均下放責由衛生所人員執行。

伍、護理人員業務執行內容

一、問卷調查

本研究在偏遠與平地地區之護理人員的人口學資料方面(表 3-20)，其結果呈現偏遠與平地地區之公共衛生護理人員在「宗教信仰」、「是否為在地人」、「戶籍地」、「教育程度」、「年資」、「護理工作經驗」等有顯著差異。在宗教信仰方面，偏遠地區公共衛生護理人員的宗教信仰對日常生活的影響較大。偏遠地區公共衛生護理人員以在地人，且在當地有戶籍者較平地地區為多。教育程度方面，偏遠地區公共衛生護理人員的「高中職」程度較平地多。在執照方面，平地地區公共衛生護理人員擁有較高的雙執照情形(護理師及護士)。在職稱方面，偏遠地區公共衛生護理人員以護理師任聘較平地為多。其年資方面，無論是公衛護理或總工作年資均是偏遠地區較高。在工作經驗方面，偏遠地區公共衛生護理人員在從事公共衛生護理之前未從事其它護理相關工作的比例多於平地。在薪資方面，偏遠地區公共衛生護理人員亦高於平地。在超時工作方面，偏遠地區公共衛生護理人員超時時數比例均高於平地。從事衛生所護理工作的原因方面，偏遠地區公共衛生護理人員以興趣及考試分發的比例高於平地(表 3-20)。

由表 3-21 顯示，偏遠地區公共衛生護理人員較平地公共衛生護理人員有較高比例曾接受急重症訓練，且近五年內接受過緊急救護訓練，而以 ACLS 及 EMT 的訓練為多。表 3-22 至表 3-24 顯示，在 48 項業務公

共衛生護理人員執行頻率的情形，除兼辦業務外，護理人員「從未」執行該項業務比例較高的，以遠距醫療業務最高，無論在偏遠或平地地區從未執行的比例均很高，其次是職業衛生業務、衛生所藥品管理、生命統計等均有六成以上公共衛生護理人員從未執行。職業衛生業務及生命統計可能是因業務性質，所以從未執行的公共衛生護理人員比例較高。然而衛生所藥品管理確是有待商榷，在焦點團體訪談時，護理人員亦認為可能有觸法之憂慮，衛生所未聘藥劑師，而以公共衛生護理人員代替執行，應有法律的保護。大部份公共衛生護理人員均有執行的業務，包括衛生教育、中老年及慢性病防治、子宮頸癌防治、預防注射、醫療門診、幼兒保健等(「從未」執行的比例低於 10%) (表 3-22)。在平地衛生所，則尚包括「整合式篩檢」、「優生保健」、「檳榔、酒及菸害防治」、「乳癌防治」、「直腸癌防治」等(表 3-24)。

以整體研究對象而言(表 3-22)，在各項業務中，有執行的比例上，以「每年」執行比例最高的業務包括：1.整合式健康篩檢、2.社區健康評估、7.聽力篩檢、13.視力保健、14.口腔保健、37.職業衛生業務等六項業務，其中 14.口腔保健的「每月」執行比例亦很高。沒有業務項目是以「每半年」執行比例最高的。以「每季」執行頻率最高的業務包括：8.學校衛生、16.病友會管理、39.交通補助業務等三項業務，而 8.學校衛生與 39.交通補助費業二項業務在「每月」執行的比例也很高。以「每月」執行比例最高的業務相當多，包括：3.衛生教育、4.優生保健、6.

青少年保健、9.中老年及慢性病防治、10.新家計個案管理、12.檳榔、酒及菸害防治、17.子宮頸癌防治、18.乳癌防治、19.直腸癌防治、20.口腔癌防治、21.社區健康營造、22.國民營養、24.傳染病防治及疫調、25.性病、愛滋病防治、26.居家環境衛生指導、27.精神及心理衛生個案管理、31.緊急醫療救護後送、33.長期照護業務、34.在宅醫護及居家護理服務、35.自殺防治、40.志工管理、41.生命統計業務等二十二項業務。其中 4.優生保健與 9.中老年及慢性病防治在「每週」執行的比例亦很高。而 31.緊急醫療救護後送及 41.生命統計業務在每年執行的比例也接近最高。38.衛生所藥品管理的「每日」的執行也很接近。以「每週執行」比例最高的業務，包括：5.幼兒保健、11.早期療育、23.預防注射、28.巡迴醫療、42.兼辦研考等五項業務。其中 11.早期療育每月執行的也佔 22.7%，而 30.醫療門診每日執行也高達 36.2%。以「每日」執行比例最高的是 3.衛生教育，但在 9.中老年及慢性病防治及 17.子宮頸癌防治比例也不低。在各項業務的執行頻率上，以「從未執行」比例佔最高的業務包括 6.青少年保健、15.更年期保健、16.病友會管理、21.社區健康營造、22.國民營養、25.性病、愛滋病防治、28.巡迴醫療、31.緊急醫療救護後送、32.IDS 業務、33.長期照護業務、34.在宅醫護及居家護理服務、36.家暴及性侵害防治、37.職業衛生業務、38.衛生所藥品管理、39.交通補助費業務、40.志工管理、41.生命統計業務等。換言之，執行該項業務的公共衛生護理人員較少。

以偏遠地區公共衛生護理人員而言(表 3-23)，在各項業務中，有執行的比例中，以「每年」執行的業務比例最高的包括：1.整合式健康篩檢、2.社區健康評估、7.聽力篩檢、13.視力保健、37.職業衛生業務等五項業務，其中 13.視力保健的每月執行亦很高。所有業務並無以「每半年」執行頻率最高的業務。以「每季」執行頻率最高的業務包括：16.病友會管理及 39.交通補助費業務等二項業務，其中 39.交通補助費業務的「每月」執行頻率亦不低。以「每月」執行頻率最高的業務較多的有 3.衛生教育、4.優生保健、6.青少年保健、8.學校衛生、9.中老年及慢性病防治、10.新家計個案管理、12.檳榔、酒及菸害防治、14.口腔保健、15.更年期保健、17.子宮頸癌防治、18.乳癌防治、19.直腸癌防治、20.口腔癌防治、21.社區健康營造、22.國民營養、24.傳染病防治及疫調、25.性病、愛滋病防治、26.居家環境衛生指導、27.精神及心理衛生個案管理、29.視訊遠距醫療、33.長期照護業務、34.在宅醫護及居家護理服務、35.自殺防治、36.家暴及性侵害防治、38.衛生所藥品管理、40.志工管理、41.生命統計業務等二十七項業務。其中 3.衛生教育與 9.中老年及慢性病防治在「每週」及「每月」的執行頻率也不低。第 4.優生保健及 40.志工管理在「每週」執行頻率上也很接近最高。第 14.口腔保健、19.直腸癌保健、31.緊急醫療救護後送、36.家暴及性侵害防治、41.生命統計等五項業務上，「每年」執行頻率也很高。第 38.衛生所藥品管理在「每日」執行亦不低。以「每週」執行頻率最高的業務包括有 5.幼兒保健、

11.早期療育、23.預防注射、28.巡迴醫療、30.醫療門診等五項業務，其中5.幼兒保健及11.早期療育的每日執行頻率也很高，而30.醫療門診在每日執行頻率也不低。以「每日」執行頻率最高的業務有31.緊急醫療救護後送及32.IDS 業務等二項業務，其中31.緊急醫療救護後送在每年或每月的執行頻率也不低。

以平地地區公共衛生護理人員而言(表 3-24)，在各項業務有執行的業務頻率中，以「每年」執行的業務比例最高的業務包括：1.整合式健康篩檢、2.社區健康評估、6.青少年保健、7.聽力篩檢、13.視力保健、21.社區健康營造、22.國民營養等七項業務，其中21.社區健康營造及22.國民營養在「每月」執行的比例也不低。「每半年」執行比例最高的業務是16.病友會管理。「每季」執行比例最高的業務僅有8.學校衛生。在「每月」執行業務比例最高的有4.優生保健、9.中老年及慢性病防治、10.新家計個案管理、11.早期療育、12.檳榔、酒及菸害防治、17.子宮頸癌防治、18.乳癌防治、19.直腸癌防治、20.口腔癌防治、24.傳染病防治及疫調、25.性病、愛滋病防治、27.精神及心理衛生個案管理、33.長期照護業務、34.在宅醫護及居家護理服務、35.自殺防治、36.家暴及性侵害防治、38.衛生所藥品管理、39.交通補助費業務、40.志工管理等十九項業務。以「每週」執業頻率最高的業務包括4.優生保健、5.幼兒保健、11.早期療育、23.預防注射、28.巡迴醫療、30.醫療門診等六項業務。以「每日」執行頻率最高的業務僅有3.衛生教育的業務。「從未」執行的

業務比例低於 10%的有 1.整合式健康篩檢、3.衛生教育、4.優生保健、5.幼兒保健、12.檳榔、酒及菸害防治、17.子宮頸癌防治、18.乳癌防治、19.直腸癌防治、23.預防注射、30.醫療門診等十項業務。換言之，九成平地地區公共衛生護理人員有執行這些業務。然而，「從未」執行比例高於 60%的有 28.巡回醫療、29.視訊遠距醫療、32.IDS 業務、37.職業衛生業務、38.衛生所藥品管理、39.交通補助費業務、40.志工管理、41.生命統計業務等八項業務，換言之，六成的平地地區公共衛生護理人員不執行這些業務。在各項業務的執行頻率上，以「從未」執行頻率最高的業務項目包括：2.社區健康評估、6.青少年保健、15.更年期保健、16.病友會管理、21.社區健康營造、22.國民營養、25.性病、愛滋病防治、31.緊急醫療救護後送、33.長期照護業務、36.家暴及性侵害防治等十項業務。換言之，執行該項業務的平地地區公共衛生護理人員較少。

表 3-25 係說明偏遠地區與平地地區在「從未」執業業務的卡方統計，結果顯示在 2.社區健康評估、7.聽力篩檢、24.傳染病防治及疫調、26.居家環境衛生指導、28.巡回醫療、29.視訊遠距醫療、30.醫療門診、31.緊急醫療救護後送、32.IDS 業務、34.在宅醫護及居家護理服務、37.職業衛生業務 38.衛生所藥品管理、39.交通補助費業務、41.生命統計業務、46.兼辦總務等均呈顯著差異。偏遠地區護理人員從未執行較多比例的業務項目僅有 7.聽力篩檢，其他十三項業務均是平地公共衛生護理人員從未執行的比例較高。換言之，從統計數字來看確實偏遠地區公共衛

生護理人員執行業務項目較廣且多。尤其在醫療業務、傳染病防治、社區健康評估、26.居家環境衛生指導等。另一方面，在7.聽力篩檢較少，可能係因民眾需求較少，十四歲以下的學童較少或經聽力訓練的公共衛生護理人員較少。然而在38.衛生所藥品管理業務是值得注意，應如何避免公共衛生護理人員的法律觀點的執業性。

表 3-26 係比較偏遠地區與平地地區執行頻率的卡方統計。結果顯示，有十五項業務具統計上的顯著差異。大部份的業務是以偏遠地區業務執行頻率較高的包括：6.青少年保健、8.學校衛生、14.口腔保健、15.更年期保健、16.病友會管理、21.社區健康營造、26.居家環境衛生指導、28.巡迴醫療、31.緊急醫療救護後送、32.IDS 業務、33.長期照護業務等十一項業務，而以平地地區衛生所執行頻率較高的包括：1.整合式健康篩檢、3.衛生教育、17.子宮頸癌防治等三項業務。1.整合式健康篩檢和17.子宮頸癌防治是衛生署強力要求目標數，在平地可能也是努力即可達成，然而在偏遠地區可能也困難達成。另一方面，3.衛生教育在偏遠地區是「每月」及「每週」居多，而在平地是「每天」居多，由此可以看出偏遠地區直接接觸而給予衛教可能比較少。

表 3-27 係說明有執行該項業務的公共衛生護理人員在各項業務所花費時間的排序與 t 檢定：結果顯示花費時間最高的前十項業務，以兼辦業務居多，例如：38.衛生所藥品管理、43.兼辦出納、44.兼辦人事、45.兼辦會計、46.兼辦總務、48.兼辦政風業務。在偏遠地區前十項業務

尚有 28.巡迴醫療、30.醫療門診、32.IDS 業務、47.兼辦收發文與檔案管理等四項，在平地則另包括：3.衛生教育、9.中老年及慢性病防治、17.子宮頸癌防治、30.醫療門診等四項。換言之，兼辦非專業的行政業務，則須花費公共衛生護理人員較多的時間在該項業務。

且在偏遠地區仍以醫療花費公共衛生護理人員較多的時間，平地則以 3.衛生教育、9.中老年及慢性病防治、10.新家計個案管理等預防保健或高危險篩檢花費的時間較多。在 t 檢定方面，達到統計上顯著差異的業務項目包括：1.整合式健康篩檢、2.社區健康評估、16.病友會管理、21.社區健康營造、23.預防注射、31.緊急醫療救護後送、39.交通補助費業務、40.志工管理、47.兼辦收發文與檔案管理等九項業務。在這些項目上偏遠地區公共衛生護理人員均較平地公共衛生護理人員需花費較多時間。

表 3-28 說明整體研究對象在執行緊急救護業務上自評執行的表現。結果顯示公共衛生護理人員在十六項的業務項目中，從未執行的比例最高的是 7.參與 24 小時急診值班(53.7%)，其次是 9.災難前勸導轄區有常規醫療需求的個案離開、14.正確評估災情的範圍、16.災難發生後適當轉介災民到僻護所/醫療機構等均有四成左右的公共衛生護理人員從未執行在有執行的公共衛生護理人員，大部份對自己的執行表現認為是「尚可」的居多。若以平均值而言，平均得分最高的是 8.支援救護：如大型活動、運動會、健走等(3.42%)、其次是 3.給予民眾 CPR 宣導或

急救訓練與 4.準備緊急醫療器材/用品。相對的平均分數最低的三項業務為 7.參與 24 小時急診值班、9.災難前勸導轄區有常規醫療需求的個案離開、14.正確評估災情的範圍等。

表 3-29 顯示偏遠地區公共衛生護理人員在緊急救護業務的自我評估執行表現，結果顯示，在各項緊急救護的業務中，公共衛生護理人員從未執行的項目未超過 40%。從未執行的項目最高的是 14.正確評估災情的範圍(37.9%)。換言之，有六成的公共衛生護理人員是有執行這項業務，其次是 7.參與 24 小時急診值班與 10.執行檢傷分類等。

若以有執行該項業務的比例而言，大部份偏遠地區公共衛生護理人員是自評執行表現「尚可」，僅有在第 8.支援救護：如大型活動、運動會、健走等的項目是自評「好」的表現，平均得分最高。若以平均得分排序，得分最高為 8 支援救護：如大型活動、運動會、健走等；其次是 3.給予民眾 CPR 宣導或急救訓練與 4.準備緊急醫療器材/用品；得分最低的三項業務為 9.災難前勸導轄區有常規醫療需求的個案離開、10.執行檢傷分類、14.正確評估災情的範圍等。

表 3-30 顯示，平地地區公共衛生護理人員在緊急救護業務自評執行表現，其中「從未」執行的緊急救護比例均高於偏遠地區公共衛生護理人員。超過 60%「從未」執行的項目有 7.參與 24 小時急診值班、9.災難前勸導轄區有常規醫療需求的個案離開、14.正確評估災情的範圍、16.災難發生後適當轉介災民到僻護所/醫療機構等四項業務。若以有執行的

業務中自評表現，大部份的公共衛生護理人員均認為「尚可」。以其平均得分而言，最高得分的業務項目依序為 8.支援救護：如大型活動、運動會、健走、4.準備緊急醫療器材/用品、3.給予民眾 CPR 宣導或急救訓練等，平均得分最低的項目為 7.參與 24 小時急診值班、9.災難前勸導轄區有常規醫療需求的個案離開、14.正確評估災情的範圍等。

若以卡方統計檢定偏遠地區與平地地區公共衛生護理人員在緊急救護「從未執行」的業務項目中的差異情形。結果顯示，達顯著差異的項目有較多，僅有 1.執行民防醫護訓練、4.準備緊急醫療器材/用品、8.支援救護：如大型活動、運動會、健走、10.執行檢傷分類等四項是未達顯著差異(表 3-31)。若以自評表現的平均得分 t 統計方面(表 3-32)，結果顯示僅有四項業務達統計差異，包括：1.執行民防醫護訓練、3.給予民眾 CPR 宣導或急救訓練、6.輪值救護站：如 IDS 24 小時急診中心、風景區假日救護站等、11.執行急救技術(如：on endo、EKG monitor、on IV、電擊、包紮及固定等)。換言之，偏遠地區公共衛生護理人員的自評得分較高於平地地區公共衛生護理人員，可能係因較常執行，所以自評表現較好。整體而言，雖然僅有四項達統計差異，但所有項目的平均得分均是偏遠地區公共衛生護理人員高於平地公共衛生護理人員。換言之，偏遠或平地在緊急救護的業務確實有很大的差異，僅有一般性的準備工作或支援是相類似($p>.05$)。在自我評估執行表現上，大部份項目沒有統計上差異，這實值得進一步的探討。

表 3-20. 研究對象基本人口學資料

(N 463)

項 目	合計	有效 %	偏遠	有效 %	平地	有效 %	χ^2/t
性別(n 458)							
女	461	99.8	274	99.6	182	100	.66
男	1	0.2	1	0.4	0	0	
年齡 ^a (n 456)	38.94	(8.84)	39.30	(8.84)	38.31	(8.87)	1.17
婚姻狀態(n 457)							
未婚	83	18.0	46	16.8	37	20.2	5.58
已婚	351	76.0	206	75.2	140	76.5	
離婚	22	4.8	18	6.6	4	2.2	
分居	2	0.4	1	0.4	1	0.5	
喪偶	4	0.9	3	1.1	1	0.5	
宗教信仰對日常生活的影響(n 454)							
沒有影響	123	26.8	69	25.4	52	28.6	22.76***
一些影響	110	24.0	55	20.2	54	29.7	
普通	103	22.4	54	19.9	48	26.4	
相當多影響	74	16.1	54	19.9	20	11.0	
非常影響	49	10.7	40	14.7	8	4.4	
是否為在地人(n 450)							
是	274	60.2	180	66.4	91	50.8	10.93**
否	181	39.8	91	33.6	88	49.2	
居住地(n 454)							
非本鄉鎮	253	55.1	145	53.1	105	58.0	1.06
本鄉鎮	206	44.9	128	46.9	76	42.0	
戶籍地(n 445)							
非本鄉鎮	260	57.8	138	52.3	119	65.7	7.99**
本鄉鎮	190	42.2	126	47.7	62	34.3	
教育程度(n 457)							
高中職	53	11.5	43	15.7	9	4.9	13.01**
專科(含二、三、五專)	232	50.2	133	48.5	95	51.9	
大學(含二技、四年制護理學系)	170	36.8	94	34.3	76	41.5	
碩士以上(含碩士)	7	1.5	4	1.5	3	1.6	
其他	7	1.5	4	1.5	3	1.6	
所擁有的專業執照(可複選)(n 458)							
助產士	202	44.1	119	43.9	79	43.4	.01
護士	382	83.4	209	77.1	168	92.3	17.98***
護理師	338	73.8	183	67.5	151	83.0	13.40***
其他	22	4.8	11	4.1	10	5.5	.51
正式職稱(n 454)							
護士	353	77.1	199	72.9	150	82.9	16.66**
護理師	33	7.2	27	9.9	6	3.3	
護理長	44	9.6	23	8.4	21	11.6	
其他	28	6.1	24	8.8	4	2.2	
從事衛生所公共衛生護理工作年資 ^a (n 461)	12.47	(9.60)	13.76	(9.83)	10.51	(8.90)	3.59***
工作總年資 ^a (n 456)	16.80	(8.65)	17.44	(8.76)	15.73	(8.39)	2.07*
在衛生所公衛護理前曾從事的護理工作(可複選)(n 458)							
無	74	16.2	64	23.5	10	5.5	25.78***
醫院臨床護理	345	75.3	183	67.3	157	86.7	21.98***
社區臨床護理	16	3.5	10	3.7	6	3.3	.04
其他	54	11.8	35	12.9	19	10.5	.58

註 1：a 為平均值(標準差)

註 2：*：p<.05；**：p<.01；***：p<.001

表 3-20. 研究對象基本人口學資料(續)

(N 463)

項目	合計	有效 %	偏遠	有效 %	平地	有效 %	χ^2
目前每月總薪資(n 453)							
30000元以下	6	1.3	5	1.8	1	0.6	
30001-40000元	71	15.5	31	11.4	40	22.2	
40001-50000元	226	49.3	124	45.4	100	55.6	24.50***
50001-60000元	128	27.9	92	33.7	33	18.3	
60001元以上	27	5.9	21	7.7	6	3.3	
經濟狀況滿意度(n 453)							
非常不滿意	5	1.1	3	1.1	2	1.1	
不滿意	61	13.3	42	15.4	19	10.5	
尚可	243	53.1	138	50.7	100	55.2	2.55
滿意	131	28.6	79	29.0	52	28.7	
非常滿意	18	3.9	10	3.7	8	4.4	
超時工作時間(n 449)							
沒有	116	25.6	54	19.9	62	34.8	
1-4小時	135	29.7	80	29.5	54	30.3	
5-8小時	91	20.0	57	21.0	32	18.0	18.35**
9-12小時	59	13.0	39	14.4	19	10.7	
13小時以上	53	11.7	41	15.1	11	6.2	
從事衛生所護理工作的原因(可複選) (n 462)							
興趣	121	26.2	84	30.7	37	20.2	6.14*
班別正常	252	54.5	121	44.2	128	69.9	29.42***
機緣	205	44.4	119	43.4	84	45.9	.27
考試分發	89	19.3	68	24.8	21	11.5	12.46***
其他	31	6.7	23	8.4	7	3.8	3.73

註 1 : * : $p < .05$; ** : $p < .01$; *** : $p < .001$

表 3-21. 研究對象緊急救護訓練統計表

(N 463)

項目	合計	有效 %	偏遠	有效 %	平地	有 效%	χ^2
是否曾接受過急重症訓練(n 452)							
是	204	44.6	135	49.8	67	37.0	7.19**
否	253	55.4	136	50.2	114	63.0	
5年內是否接受緊急救護訓練(n 457)							
是	370	80.1	246	89.5	119	65.4	39.46***
否	92	19.9	29	10.5	63	34.6	
接受的緊急救護訓練類別(可複選) (n 364)							
ACLS(高級心臟救命術訓練)	243	66.8	171	71.0	68	57.6	6.32*
CPR(心肺復甦術)	259	71.2	161	66.8	94	79.7	6.36*
EMT 救護技術員	75	20.6	59	24.5	15	12.7	6.71*
其他	39	10.7	29	12.0	9	7.6	
是否擁有訓練證書或證照(n 363)							
是	340	92.4	223	91.0	112	94.9	1.63
否	28	7.6	22	9.0	6	5.1	
是否有信心執行訓練證書的緊急救護技術 (n 362)							
沒有信心	56	15.3	38	15.6	17	14.3	1.70
有些信心	175	47.7	113	46.5	58	48.7	
有信心	122	33.2	81	33.3	41	34.5	
非常有信心	14	3.8	11	4.5	3	2.5	
自認所接受緊急救護的訓練是否足夠 (n 449)							
不足	193	42.5	103	38.0	89	50.0	1.04
尚可	226	49.8	144	53.1	78	43.8	
足夠	35	7.7	24	8.9	11	6.2	

註 1 : * : $p < .05$; ** : $p < .01$; *** : $p < .001$

表 3-22. 衛生所公共衛生護理人員業務項目執行頻率分析

(N 463)

題數	項目	從未 (%)	每年 (%)	每半年 (%)	每季 (%)	每月 (%)	每週 (%)	每天 (%)
1	整合式健康篩檢(n 439)	56(12.8)	<u>230(52.4)</u>	27(6.2)	32(7.3)	55(12.5)	21(4.8)	18(4.1)
2	社區健康評估(n 422)	108(25.6)	<u>138(32.7)</u>	35(8.3)	38(9.0)	43(10.2)	38(9.0)	22(5.2)
3	衛生教育(以個案為主)(n 439)	<u>18(4.1)</u>	8(1.8)	4(0.9)	18(4.1)	<u>127(28.9)</u>	<u>125(28.5)</u>	<u>139(31.7)</u>
4	優生保健(n 442)	46(10.4)	21(4.8)	3(0.7)	34(7.7)	<u>160(36.2)</u>	<u>133(30.1)</u>	45(10.2)
5	幼兒保健(n 444)	<u>42(9.5)</u>	8(1.8)	7(1.6)	34(7.7)	<u>143(32.2)</u>	<u>166(37.4)</u>	44(9.9)
6	青少年保健(n 429)	<u>97(22.6)</u>	63(14.7)	39(9.1)	68(15.9)	<u>91(21.2)</u>	44(10.3)	27(6.3)
7	聽力篩檢(n 436)	103(23.6)	<u>185(42.4)</u>	67(15.4)	49(11.2)	13(3.0)	13(3.0)	6(1.4)
8	學校衛生(n 430)	93(21.6)	57(13.3)	60(14.0)	<u>99(23.0)</u>	<u>96(22.3)</u>	16(3.7)	9(2.1)
9	中老年及慢性病防治(n 444)	28(6.3)	20(4.5)	6(1.4)	18(4.1)	<u>137(30.9)</u>	<u>126(28.4)</u>	<u>109(24.5)</u>
10	新家計個案管理(n 435)	83(19.1)	26(6.0)	10(2.3)	52(12.0)	<u>168(38.6)</u>	54(12.4)	42(9.7)
11	早期療育(n 437)	102(23.3)	43(9.8)	11(2.5)	48(11.0)	99(22.7)	<u>112(25.6)</u>	22(5.0)
12	檳榔、酒及菸害防治(n 442)	48(10.9)	56(12.7)	20(4.5)	60(13.6)	<u>148(33.5)</u>	64(14.5)	46(10.4)
13	視力保健(n 441)	87(19.7)	<u>116(26.3)</u>	53(12.0)	62(14.1)	73(16.6)	25(5.7)	25(5.7)
14	口腔保健(n 440)	81(18.4)	<u>100(22.7)</u>	38(8.6)	55(12.5)	<u>91(20.7)</u>	42(9.5)	33(7.5)
15	更年期保健(n 439)	<u>126(28.7)</u>	68(15.5)	42(9.6)	58(13.2)	81(18.5)	29(6.6)	35(8.0)
16	病友會管理(n 432)	<u>143(33.1)</u>	54(12.5)	69(16.0)	<u>86(19.9)</u>	61(14.1)	9(2.1)	10(2.3)
17	子宮頸癌防治(n 444)	<u>33(7.4)</u>	28(6.3)	4(0.9)	29(6.5)	<u>159(35.8)</u>	<u>99(22.3)</u>	92(20.7)
18	乳癌防治(n 444)	48(10.8)	65(14.6)	19(4.3)	55(12.4)	<u>152(34.2)</u>	48(10.8)	57(12.8)
19	直腸癌防治(n 444)	54(12.2)	102(23.0)	33(7.4)	63(14.2)	<u>112(25.2)</u>	41(9.2)	39(8.8)
20	口腔癌防治(n 438)	75(17.1)	70(16.0)	23(5.3)	44(10.0)	<u>132(30.1)</u>	55(12.6)	39(8.9)
21	社區健康營造(n 430)	<u>135(31.4)</u>	77(17.9)	22(5.1)	45(10.5)	<u>90(20.9)</u>	27(6.3)	34(7.9)
22	國民營養(n 432)	<u>115(26.6)</u>	58(13.4)	19(4.4)	57(13.2)	<u>102(23.6)</u>	43(10.0)	38(8.8)
23	預防注射(n 443)	<u>18(4.1)</u>	5(1.1)	1(0.2)	4(0.9)	77(17.4)	<u>310(70.0)</u>	28(6.3)
24	傳染病防治及疫調(n 437)	76(17.4)	40(9.2)	18(4.1)	37(8.5)	<u>166(38.0)</u>	50(11.4)	50(11.4)
25	性病、愛滋病防治(n 426)	<u>125(29.3)</u>	65(15.3)	15(3.5)	62(14.6)	<u>105(24.6)</u>	25(5.9)	29(6.8)
26	居家環境衛生指導(n 436)	74(17.0)	42(9.6)	17(3.9)	37(8.5)	<u>156(35.8)</u>	67(15.4)	43(9.9)
27	精神及心理衛生個案管理(n 441)	65(14.7)	26(5.9)	28(6.3)	61(13.8)	<u>170(38.5)</u>	58(13.2)	33(7.5)
28	巡迴醫療(n 438)	<u>146(33.3)</u>	7(1.6)	5(1.1)	6(1.4)	43(9.8)	<u>171(39.0)</u>	60(13.7)
29	視訊遠距醫療(n 421)	<u>385(91.4)</u>	4(1.0)	0(0)	1(0.2)	<u>13(3.1)</u>	10(2.4)	8(1.9)
30	醫療門診(n 442)	<u>21(4.8)</u>	10(2.3)	1(0.2)	0(0)	62(14.0)	<u>188(42.5)</u>	<u>160(36.2)</u>
31	緊急醫療救護後送(n 418)	<u>180(43.1)</u>	<u>56(13.4)</u>	23(5.5)	26(6.2)	<u>59(14.1)</u>	19(4.5)	55(13.2)
32	IDS業務(n 425)	<u>237(55.8)</u>	5(1.2)	7(1.6)	10(2.4)	42(9.9)	47(11.1)	77(18.1)
33	長期照護業務(n 429)	<u>120(28.0)</u>	38(8.9)	11(2.6)	35(8.2)	<u>132(30.8)</u>	50(11.7)	43(10.0)
34	在宅醫護及居家護理服務(n 429)	<u>204(47.6)</u>	19(4.4)	6(1.4)	19(4.4)	<u>93(21.7)</u>	61(14.2)	27(6.3)
35	自殺防治(n 434)	<u>95(21.9)</u>	55(12.7)	50(4.6)	42(9.7)	<u>121(27.9)</u>	43(9.9)	58(13.4)
36	家暴及性侵害防治(n 430)	<u>164(38.1)</u>	64(14.9)	22(5.1)	43(10.0)	<u>77(17.9)</u>	22(5.1)	38(8.8)
37	職業衛生業務(n 422)	266(63.0)	<u>44(10.4)</u>	18(4.3)	29(6.9)	28(6.6)	10(2.4)	27(6.4)
38	衛生所藥品管理(n 427)	289(67.7)	11(2.6)	4(0.9)	12(2.8)	<u>48(11.2)</u>	19(4.4)	<u>44(10.3)</u>
39	交通補助費業務(n 426)	229(53.8)	23(5.4)	19(4.5)	<u>59(13.8)</u>	<u>58(13.6)</u>	11(2.6)	27(6.3)
40	志工管理(N 425)	238(56.0)	31(7.3)	8(1.9)	25(5.9)	<u>56(13.2)</u>	<u>39(9.2)</u>	28(6.6)
41	生命統計業務(n 425)	277(65.2)	<u>55(12.9)</u>	8(1.9)	12(2.8)	<u>58(13.6)</u>	8(1.9)	7(1.6)
42	兼辦研考(n 413)	<u>346(83.8)</u>	22(5.3)	7(1.7)	9(2.2)	14(3.4)	7(1.7)	8(1.9)
43	兼辦出納(n 408)	<u>354(86.8)</u>	2(0.5)	1(0.2)	1(0.2)	7(1.7)	5(1.2)	38(9.3)
44	兼辦人事(n 411)	<u>372(90.5)</u>	2(0.5)	0(0)	2(0.5)	7(1.7)	3(0.7)	25(6.1)
45	兼辦會計(n 410)	<u>370(90.2)</u>	1(0.2)	0(0)	1(0.2)	4(1.0)	6(1.5)	28(6.8)
46	兼辦總務(n 413)	<u>369(89.3)</u>	2(0.5)	1(0.2)	4(1.0)	3(0.7)	5(1.2)	29(7.0)

47	兼辦收發文與檔案管理 (n 415)	321(77.3)	8(1.9)	0(.0)	5(1.2)	13(3.1)	26(6.3)	42(10.1)
48	兼辦政風業務(n 405)	379(93.6)	1(.2)		1(.2)	4(1.0)	5(1.2)	15(3.7)

表 3-23. 偏遠地區衛生所公共衛生護理人員業務項目執行頻率分析 (n 275)

題數	項目	從未 n(%)	每年 n(%)	每半年 n(%)	每季 n(%)	每月 n(%)	每週 n(%)	每天 n(%)
1	整合式健康篩檢(n 258)	40(15.5)	123(47.7)	15(5.8)	22(8.5)	30(11.6)	11(4.3)	17(6.6)
2	社區健康評估(n 250)	50(20.0)	91(36.4)	21(8.4)	21(8.4)	29(11.6)	20(8.0)	18(7.2)
3	衛生教育(以個案為主)(n 259)	12(4.6)	1(.4)	1(.4)	8(3.1)	84(32.4)	78(30.1)	75(29.0)
4	優生保健(n 260)	30(11.5)	12(4.6)	1(.4)	19(7.3)	102(39.2)	74(28.5)	22(8.5)
5	幼兒保健(n 261)	28(10.7)	4(1.5)	2(.8)	15(5.7)	90(34.5)	96(36.8)	26(10.0)
6	青少年保健(n 253)	54(21.3)	28(11.1)	28(11.1)	38(15.0)	65(25.7)	25(9.9)	15(5.9)
7	聽力篩檢(n 255)	74(29.0)	22(36.1)	45(17.6)	23(9.0)	10(3.9)	8(3.1)	3(1.2)
8	學校衛生(n 253)	52(20.6)	30(11.9)	30(11.9)	52(20.6)	72(28.5)	12(4.7)	5(2.0)
9	中老年及慢性病防治 (n 264)	17(6.4)	11(4.2)	0(.0)	11(4.2)	80(30.3)	76(28.8)	69(26.1)
10	新家計個案管理(n 257)	53(20.6)	18(7.0)	4(1.6)	36(14.0)	97(37.7)	31(12.1)	18(7.0)
11	早期療育(n 254)	64(25.2)	25(9.8)	6(2.4)	25(9.8)	58(22.8)	63(24.8)	13(5.1)
12	檳榔、酒及菸害防治 (n 262)	35(13.4)	34(13.0)	11(4.2)	33(12.6)	89(34.0)	38(14.5)	22(8.4)
13	視力保健(n 261)	53(20.3)	63(24.1)	32(12.3)	36(13.8)	53(20.3)	10(3.8)	14(5.4)
14	口腔保健(n 261)	51(19.5)	53(20.3)	17(6.5)	33(12.6)	67(25.7)	26(10.0)	14(5.4)
15	更年期保健(n 259)	74(28.6)	36(13.9)	23(8.9)	38(14.7)	57(22.0)	10(3.9)	21(8.1)
16	病友會管理(n 254)	80(31.5)	30(11.8)	29(11.4)	60(23.6)	42(16.5)	6(2.4)	7(2.8)
17	子宮頸癌防治(n 263)	22(8.4)	22(8.4)	4(1.5)	24(9.1)	97(36.9)	52(19.8)	42(16.0)
18	乳癌防治(N 263)	32(12.2)	46(17.5)	10(3.8)	38(14.4)	84(31.9)	24(9.1)	29(11.0)
19	直腸癌防治(n 264)	37(14.0)	64(24.2)	18(6.8)	37(14.0)	68(25.8)	23(8.7)	17(6.4)
20	口腔癌防治(n 259)	48(18.5)	45(17.4)	15(5.8)	32(12.4)	73(28.2)	31(12.0)	15(5.8)
21	社區健康營造(n 255)	76(29.8)	41(16.1)	9(3.5)	26(10.2)	57(22.4)	20(7.8)	26(10.2)
22	國民營養(n 254)	64(25.2)	26(10.2)	11(4.3)	39(15.4)	68(26.8)	31(12.2)	15(5.9)
23	預防注射(n 262)	14(5.3)	2(.8)	0(.0)	3(1.1)	56(21.4)	170(64.9)	17(6.5)
24	傳染病防治及疫調 (n 261)	38(14.6)	20(7.7)	6(2.3)	23(8.8)	109(41.8)	32(12.3)	33(12.6)
25	性病、愛滋病防治 (n 251)	65(25.9)	37(14.7)	9(3.6)	37(14.7)	68(27.1)	18(7.2)	17(6.8)
26	居家環境衛生指導 (n 259)	36(13.9)	17(6.6)	6(2.3)	20(7.7)	106(40.9)	46(17.8)	28(10.8)
27	精神及心理衛生個案管 理(n 260)	44(16.9)	14(5.4)	15(5.8)	44(16.9)	93(35.8)	33(12.7)	17(6.5)
28	巡迴醫療(n 261)	27(10.3)	3(1.1)	1(.4)	5(1.9)	34(13.0)	135(51.7)	56(21.5)
29	視訊遠距醫療(n 247)	216(87.4)	3(1.2)	0(.0)	0(.0)	12(4.9)	8(3.2)	8(3.2)
30	醫療門診(n 264)	5(1.9)	4(1.5)	0(.0)	0(.0)	36(13.6)	116(43.9)	103(39.0)
31	緊急醫療救護後送 (n 246)	91(37.0)	36(14.6)	17(6.9)	9(3.7)	37(15.0)	13(5.3)	43(17.5)
32	IDS業務(n 252)	73(29.0)	3(1.2)	6(2.4)	6(2.4)	41(16.3)	47(18.7)	76(30.2)
33	長期照護業務(n 254)	70(27.6)	19(7.5)	5(2.0)	9(3.5)	89(35.0)	33(13.0)	29(11.4)
34	在宅醫護及居家護理服 務(n 251)	79(31.5)	12(4.8)	4(1.6)	11(4.4)	73(29.1)	52(20.7)	20(8.0)
35	自殺防治(n 256)	67(26.2)	36(14.1)	13(5.1)	27(10.5)	62(24.2)	24(9.4)	27(10.5)
36	家暴及性侵害防治 (n 253)	94(37.2)	39(15.4)	18(7.1)	28(11.1)	40(15.8)	12(4.7)	22(8.7)
37	職業衛生業務(n 246)	146(59.3)	25(10.2)	15(6.1)	17(6.9)	19(7.7)	8(3.3)	16(6.5)
38	衛生所藥品管理(n 250)	139(55.6)	6(2.4)	3(1.2)	8(3.2)	39(15.6)	17(6.8)	38(15.2)

39	交通補助費業務(n 250)	103(41.2)	15(6.0)	13(5.2)	<u>49(19.6)</u>	<u>39(15.6)</u>	9(3.6)	22(8.8)
40	志工管理(n 247)	127(51.4)	14(5.7)	4(1.6)	17(6.9)	<u>34(13.8)</u>	<u>29(11.7)</u>	22(8.9)
41	生命統計業務(n 246)	137(55.7)	<u>37(15.0)</u>	7(2.8)	9(3.7)	<u>43(17.5)</u>	7(2.8)	6(2.4)
42	兼辦研考(n 236)	187(79.2)	16(6.8)	4(1.7)	7(3.0)	10(4.2)	5(2.1)	7(3.0)
43	兼辦出納(n 232)	197(84.9)	2(9)	1(4)	1(4)	4(1.7)	4(1.7)	23(9.9)
44	兼辦人專(n 234)	212(90.6)	0(0)	0(0)	1(4)	3(1.3)	3(1.3)	15(6.4)
45	兼辦會計(n 233)	208(89.3)	0(0)	0(0)	1(4)	2(9)	6(2.6)	16(6.9)
46	兼辦總務(n 236)	205(86.9)	0(0)	1(4)	4(1.7)	1(4)	5(2.1)	20(8.5)
47	兼辦收發文與檔案管理 (n 238)	179(75.2)	3(1.3)	0(0)	4(1.7)	8(3.4)	16(6.7)	28(11.8)
48	兼辦政風業務(n 230)	214(93.0)	0(0)	0(0)	1(4)	3(1.3)	4(1.7)	8(3.5)

表 3-24. 平地地區衛生所公共衛生護理人員業務項目執行頻率分析 (n 183)

題數	項目	從未 n(%)	每年 n(%)	每半年 n(%)	每季 n(%)	每月 n(%)	每週 n(%)	每天 n(%)
1	整合式健康篩檢(n 176)	16(9.1)	<u>105(59.7)</u>	11(6.3)	10(5.7)	25(14.2)	8(4.5)	1(6)
2	社區健康評估(n 167)	<u>56(33.5)</u>	<u>47(28.1)</u>	13(7.8)	17(10.2)	13(7.8)	17(10.2)	4(2.4)
3	衛生教育(以個案為主)(n 176)	<u>6(3.4)</u>	7(4.0)	3(1.7)	9(5.1)	<u>43(24.4)</u>	<u>45(25.6)</u>	<u>63(35.8)</u>
4	優生保健(n 177)	<u>16(9.0)</u>	9(5.1)	2(1.1)	15(8.5)	<u>56(31.6)</u>	<u>56(31.6)</u>	23(13.0)
5	幼兒保健(n 178)	<u>14(7.9)</u>	4(2.2)	5(2.8)	19(10.7)	<u>51(28.7)</u>	<u>67(37.6)</u>	18(10.1)
6	青少年保健(n 172)	<u>43(25.0)</u>	<u>35(20.3)</u>	11(6.4)	29(16.9)	24(14.0)	18(10.5)	12(7.0)
7	聽力篩檢(n 176)	29(16.5)	<u>92(52.3)</u>	22(12.5)	22(12.5)	3(1.7)	5(2.8)	3(1.7)
8	學校衛生(n 173)	<u>41(23.7)</u>	27(15.6)	29(16.8)	<u>44(25.4)</u>	24(13.9)	4(2.3)	4(2.3)
9	中老年及慢性病防治 (n 175)	<u>11(6.3)</u>	9(5.1)	6(3.4)	7(4.0)	<u>55(31.4)</u>	47(26.9)	40(22.9)
10	新家計個案管理(n 173)	30(17.3)	8(4.6)	6(3.5)	16(9.2)	<u>67(38.7)</u>	22(12.7)	24(13.9)
11	早期療育(n 178)	<u>37(20.8)</u>	18(10.1)	5(2.8)	23(12.9)	<u>39(21.9)</u>	<u>47(26.4)</u>	9(5.1)
12	檳榔、酒及菸害防治 (n 175)	<u>13(7.4)</u>	22(12.6)	9(5.1)	26(14.9)	<u>58(33.1)</u>	24(13.7)	23(13.1)
13	視力保健(n 176)	34(19.3)	<u>51(29.0)</u>	21(11.9)	24(13.6)	20(11.4)	15(8.5)	11(6.3)
14	口腔保健(n 174)	30(17.2)	<u>46(26.4)</u>	21(12.1)	22(12.6)	23(13.2)	14(8.0)	18(10.3)
15	更年期保健(n 175)	<u>50(28.6)</u>	<u>32(18.3)</u>	19(10.9)	17(9.7)	24(13.7)	19(10.9)	14(8.0)
16	病友會管理(n 173)	<u>61(35.3)</u>	24(13.9)	<u>40(23.1)</u>	24(13.9)	18(10.4)	3(1.7)	3(1.7)
17	子宮頸癌防治(n 176)	<u>11(6.3)</u>	6(3.4)	0(0)	5(2.8)	<u>60(34.1)</u>	<u>45(25.6)</u>	<u>49(27.8)</u>
18	乳癌防治(n 176)	<u>16(9.1)</u>	19(10.8)	9(5.1)	16(9.1)	<u>67(38.1)</u>	22(12.5)	27(15.3)
19	直腸癌防治(n 175)	<u>17(9.7)</u>	<u>37(21.1)</u>	12(6.9)	25(14.3)	<u>44(25.1)</u>	18(10.3)	22(12.6)
20	口腔癌防治(n 174)	<u>27(15.5)</u>	25(14.4)	8(4.6)	12(6.9)	<u>58(33.3)</u>	21(12.1)	23(13.2)
21	社區健康營造(n 171)	<u>58(33.9)</u>	<u>35(20.5)</u>	13(7.6)	17(9.9)	<u>33(19.3)</u>	7(4.1)	8(4.7)
22	國民營養(n 173)	<u>49(28.3)</u>	<u>32(18.5)</u>	8(4.6)	17(9.8)	<u>32(18.5)</u>	12(6.9)	23(13.3)
23	預防注射(n 176)	<u>4(2.3)</u>	3(1.7)	1(6)	1(6)	21(11.9)	<u>135(76.7)</u>	11(6.3)
24	傳染病防治及疫調 (n 172)	<u>38(22.1)</u>	20(11.6)	11(6.4)	12(7.0)	<u>56(32.6)</u>	18(10.5)	17(9.9)
25	性病、愛滋病防治 (n 170)	<u>58(34.1)</u>	<u>28(16.5)</u>	6(3.5)	23(13.5)	<u>36(21.2)</u>	7(4.1)	12(7.1)
26	居家環境衛生指導 (n 172)	38(22.1)	24(14.0)	10(5.8)	14(8.1)	50(29.1)	21(12.2)	15(8.7)
27	精神及心理衛生個案管 理(n 176)	21(11.9)	12(6.8)	13(7.4)	17(9.7)	74(42.0)	23(13.1)	16(9.1)
28	巡迴醫療(n 172)	114(66.3)	4(2.3)	4(2.3)	1(6)	9(5.2)	<u>36(20.9)</u>	4(2.3)
29	視訊遠距醫療(n 169)	164(97.0)	1(6)	0(0)	1(6)	1(6)	2(1.2)	0(0)
30	醫療門診(n 173)	<u>16(9.2)</u>	6(3.5)	1(6)	0(0)	24(13.9)	<u>69(39.9)</u>	<u>57(32.9)</u>
31	緊急醫療救護後送 (n 167)	<u>89(53.3)</u>	19(11.4)	6(3.6)	16(9.6)	19(11.4)	6(3.6)	12(7.2)
32	IDS業務(n 169)	160(94.7)	2(1.2)	1(6)	4(2.4)	1(6)	0(0)	1(6)
33	長期照護業務(n 171)	<u>48(28.1)</u>	19(11.1)	6(3.5)	25(14.6)	<u>42(24.6)</u>	17(9.9)	14(8.2)
34	在宅醫護及居家護理服 務(n 173)	121(69.9)	7(4.0)	1(6)	8(4.6)	<u>20(11.6)</u>	9(5.2)	7(4.0)
35	自殺防治(n 173)	28(16.2)	18(10.4)	7(4.0)	15(8.7)	<u>55(31.8)</u>	19(11.0)	31(17.9)

36	家暴及性侵害防治 (n 172)	70(40.7)	24(14.0)	3(1.7)	13(7.6)	36(20.9)	10(5.8)	16(9.3)
37	職業衛生業務(n 171)	118(69.0)	17(9.9)	2(1.2)	12(7.0)	9(5.3)	2(1.2)	11(6.4)
38	衛生所藥品管理(n 172)	148(86.0)	4(2.3)	0(0)	3(1.7)	9(5.2)	2(1.2)	6(3.5)
39	交通補助費業務(n 171)	124(72.5)	7(4.1)	5(2.9)	9(5.3)	19(11.1)	2(1.2)	5(2.9)
40	志工管理(n 173)	109(63.0)	17(9.8)	3(1.7)	8(4.6)	20(11.6)	10(5.8)	6(3.5)
41	生命統計業務(n 174)	136(78.2)	17(9.8)	1(6)	3(1.7)	15(8.6)	1(6)	1(6)
42	兼辦研考(n 172)	155(90.1)	6(3.5)	2(1.2)	2(1.2)	4(2.3)	2(1.2)	1(6)
43	兼辦出納(n 172)	155(90.1)	0(0)	0(0)	0(0)	3(1.7)	1(6)	13(7.6)
44	兼辦人事(n 172)	156(90.7)	1(6)	0(0)	1(6)	4(2.3)	0(0)	10(5.8)
45	兼辦會計(n 172)	158(91.9)	0(0)	0(0)	0(0)	2(1.2)	0(0)	12(7.0)
46	兼辦總務(n 172)	160(93.0)	1(6)	0(0)	0(0)	2(1.2)	0(0)	9(5.2)
47	兼辦收發文與檔案管理 (n 172)	138(80.2)	4(2.3)	0(0)	1(6)	5(2.9)	10(5.8)	14(8.1)
48	兼辦政風業務(n 170)	160(94.1)	1(6)	0(0)	0(0)	1(6)	1(6)	7(4.1)

表 3-25. 衛生所護理人員從未執行的業務項目卡方統計分析表

題數	項目	合計(%)	山地離島(%)	平地(%)	χ^2
1	整合式健康篩檢	56(12.8)	40(15.5)	16(9.1)	3.83
2	社區健康評估	108(25.6)	50(20.0)	56(33.5)	9.67*
3	衛生教育(以個案為主)	18(4.1)	12(4.6)	6(3.4)	0.396
4	優生保健	46(10.4)	30(11.5)	16(9.0)	0.70
5	幼兒保健	42(9.5)	28(10.7)	14(7.9)	1.00
6	青少年保健	97(22.6)	54(21.3)	43(25.0)	0.78
7	聽力篩檢	103(23.6)	74(29.0)	29(16.5)	9.01**
8	學校衛生	93(21.6)	52(20.6)	41(23.7)	0.60
9	中老年及慢性病防治	28(6.3)	17(6.4)	11(6.3)	0.004
10	新家計個案管理	83(19.1)	53(20.6)	30(17.3)	0.72
11	早期療育	102(23.3)	64(25.2)	37(20.8)	1.14
12	檳榔、酒及菸害防治	48(10.9)	35(13.4)	13(7.4)	3.77
13	視力保健	87(19.7)	53(20.3)	34(19.3)	0.06
14	口腔保健	81(18.4)	51(19.5)	30(17.2)	0.36
15	更年期保健	126(28.7)	74(28.6)	50(28.6)	0.00
16	病友會管理	143(33.1)	80(31.5)	61(35.3)	0.66
17	子宮頸癌防治	33(7.4)	22(8.4)	11(6.3)	0.68
18	乳癌防治	48(10.8)	32(12.2)	16(9.1)	1.03
19	直腸癌防治	54(12.2)	37(14.0)	17(9.7)	1.81
20	口腔癌防治	75(17.1)	48(18.5)	27(15.5)	0.66
21	社區健康營造	135(31.4)	76(29.8)	58(33.9)	0.80
22	國民營養	115(26.6)	64(25.2)	49(28.3)	0.52
23	預防注射	18(4.1)	14(5.3)	4(2.3)	2.52
24	傳染病防治及疫調	76(17.4)	38(14.6)	38(22.1)	4.07*
25	性病、愛滋病防治	125(29.3)	65(25.9)	58(34.1)	3.31
26	居家環境衛生指導	74(17.0)	36(13.9)	38(22.1)	4.88*
27	精神及心理衛生個案管理	65(14.7)	44(16.9)	21(11.9)	2.06
28	巡迴醫療	146(33.3)	27(10.3)	114(66.3)	147.71***
29	視訊遠距醫療	385(91.4)	216(87.4)	164(97.0)	11.68**
30	醫療門診	21(4.8)	5(1.9)	16(9.2)	12.36***
31	緊急醫療救護後送	180(43.1)	91(37.0)	89(53.3)	10.75**
32	IDS業務	237(55.8)	73(29.0)	160(94.7)	176.71***
33	長期照護業務	120(28.0)	70(27.6)	48(28.1)	0.01
34	在宅醫護及居家護理服務	204(47.6)	79(31.5)	121(69.9)	60.82***
35	自殺防治	95(21.9)	67(26.2)	28(16.2)	5.97
36	家暴及性侵害防治	164(38.1)	94(37.2)	70(40.7)	0.54
37	職業衛生業務	266(63.0)	146(59.3)	118(69.0)	4.05*
38	衛生所藥品管理	289(67.7)	139(55.6)	148(86.0)	43.42***
39	交通補助費業務	229(53.8)	103(41.2)	124(72.5)	40.08***

40	志工管理	238(56.0)	127(51.4)	109(63.0)	5.55
41	生命統計業務	277(65.2)	137(55.7)	136(78.2)	22.62***
42	兼辦研考	346(83.8)	187(79.2)	155(90.1)	8.68**
43	兼辦出納	354(86.8)	197(84.9)	155(90.1)	2.38
44	兼辦人事	372(90.5)	212(90.6)	156(90.7)	0.001
45	兼辦會計	370(90.2)	208(89.3)	158(91.9)	0.76
46	兼辦總務	369(89.3)	205(86.9)	160(93.0)	4.00*
47	兼辦收發文與檔案管理	321(77.3)	179(75.2)	138(80.2)	1.44
48	兼辦政風業務	379(93.6)	214(93.0)	160(94.1)	0.19

註 1 : * : $p < .05$; ** : $p < .01$; *** : $p < .001$

表 3-26. 衛生所公共衛生護理人員業務項目執行頻率分析之卡方檢定

題數	項目	區域別	每年 n(%)	每半年 n(%)	每季 n(%)	每月 n(%)	每週 n(%)	每天 n(%)	χ^2
1	整合式健康篩檢	偏遠	123(56.42)	15 (6.88)	22(10.09)	30(13.76)	11(5.05)	17(7.80)	13.10*
		平地	105(65.63)	11 (6.88)	10(6.25)	25(15.63)	8(5.00)	1(0.63)	
2	社區健康評估	偏遠	91(45.50)	21(10.50)	21(10.50)	29(14.50)	20(10.00)	18(9.00)	6.66
		平地	47(42.34)	13(11.71)	17(15.32)	13(11.71)	17(15.32)	4(3.60)	
3	衛生教育	偏遠	1(0.40)	1(0.40)	8(3.24)	84(34.01)	78(31.58)	75(30.36)	14.99*
		平地	7(4.12)	3(1.76)	9(5.29)	43(25.29)	45(26.47)	63(37.06)	
4	優生保健	偏遠	12(5.22)	1(0.43)	19(8.26)	102(44.35)	74(32.17)	22(9.57)	5.12
		平地	9(5.59)	2(1.24)	15(9.32)	56(34.78)	56(34.78)	23(14.29)	
5	幼兒保健	偏遠	4(1.72)	2(0.86)	15(6.44)	90(38.63)	96(41.20)	26(11.16)	7.39
		平地	4(2.44)	5(3.05)	19(11.59)	51(31.10)	67(40.85)	18(10.98)	
6	青少年保健	偏遠	28(14.07)	28(14.07)	38(19.10)	65(32.66)	25(12.56)	15(7.54)	15.53**
		平地	35(27.13)	11(8.53)	29(22.48)	24(18.60)	18(13.95)	12(9.30)	
7	聽力篩檢	偏遠	92(50.83)	45(24.86)	23(12.71)	10(5.52)	8(4.42)	3(1.66)	8.95
		平地	92(62.59)	22(14.97)	22(14.97)	3(2.04)	5(3.40)	3(2.04)	
8	學校衛生	偏遠	30(14.93)	30(14.93)	52(25.87)	72(35.82)	12(5.97)	5(2.49)	15.31**
		平地	27(20.45)	29(21.97)	44(33.33)	24(18.18)	4(3.03)	4(3.03)	
9	中老年及慢性病防治	偏遠	11(4.45)	0(0.00)	11(4.45)	80(32.39)	76(30.77)	69(27.94)	9.91
		平地	9(5.49)	6(3.66)	7(4.27)	55(33.54)	47(28.66)	40(24.39)	
10	新家計個案管理	偏遠	18(8.82)	4(1.96)	36(17.65)	97(47.55)	31(15.20)	18(8.82)	9.38
		平地	8(5.59)	6(4.20)	16(11.19)	67(46.85)	22(15.38)	24(16.78)	

11	早期療育	偏遠	25(13.16)	6(3.16)	25(13.16)	58(30.53)	63(33.16)	13(6.84)	0.86
		平地	18(12.77)	5(3.55)	23(16.31)	39(27.66)	47(33.33)	9(6.38)	
12	檳榔、酒及菸害防治	偏遠	34(14.98)	11(4.85)	33(14.54)	89(39.21)	38(16.74)	22(9.69)	2.53
		平地	22(13.58)	9(5.56)	26(16.05)	58(35.80)	24(14.81)	23(14.20)	
13	視力保健	偏遠	63(30.29)	32(15.38)	36(17.31)	53(25.48)	10(4.81)	14(6.73)	10.14
		平地	51(35.92)	21(14.79)	24(16.90)	20(14.08)	15(10.56)	11(7.75)	
14	口腔保健	偏遠	53(25.24)	17(8.10)	33(15.71)	67(31.90)	26(12.38)	14(6.67)	17.01**
		平地	46(31.94)	21(14.58)	22(15.280)	23(15.97)	14(9.72)	18(12.50)	
15	更年期保健	偏遠	36(19.46)	23(12.43)	38(20.54)	57(30.81)	10(5.41)	21(11.35)	15.23**
		平地	32(25.60)	19(15.20)	17(13.60)	24(19.20)	19(15.20)	14(11.20)	
16	病友會管理	偏遠	30(17.24)	29(16.67)	60(34.48)	42(24.14)	6(3.45)	7(4.02)	17.43**
		平地	24(21.43)	40(35.71)	24(21.43)	18(16.07)	3(2.68)	3(2.68)	
17	子宮頸癌防治	偏遠	22(9.13)	4(1.66)	24(9.96)	97(40.25)	52(21.58)	42(17.43)	21.90**
		平地	6(3.64)	0(0.00)	5(3.03)	60(36.36)	45(27.27)	49(29.70)	
18	乳癌防治	偏遠	46(19.91)	10(4.33)	38(16.45)	84(36.36)	24(10.39)	29(12.55)	9.73
		平地	19(11.88)	9(5.63)	16(10.00)	67(41.88)	22(13.75)	27(16.88)	
19	直腸癌防治	偏遠	64(28.19)	18(7.93)	37(16.30)	68(29.96)	23(10.13)	17(7.49)	4.93
		平地	37(23.42)	12(7.59)	25(15.82)	44(27.85)	18(11.39)	22(13.92)	
20	口腔癌防治	偏遠	45(21.33)	15(7.11)	32(15.17)	73(34.60)	31(14.69)	15(7.11)	11.18*
		平地	25(17.01)	8(5.44)	12(8.16)	58(39.46)	21(14.29)	23(15.65)	
21	社區健康營造	偏遠	41(22.91)	9(5.03)	26(14.53)	57(31.84)	20(11.17)	26(14.53)	10.91
		平地	35(30.97)	13(11.50)	17(15.04)	33(29.20)	7(6.19)	8(7.08)	
22	國民營養	偏遠	26(13.68)	11(5.79)	39(20.53)	68(35.79)	31(16.32)	15(7.89)	19.78**
		平地	32(25.81)	8(6.45)	17(13.71)	32(25.81)	12(9.68)	23(18.55)	
23	預防注射	偏遠	2(0.81)	0(0.00)	3(1.21)	56(22.58)	170(68.55)	17(6.85)	9.99
		平地	3(1.74)	1(0.58)	1(0.58)	21(12.21)	135(78.49)	11(6.40)	
24	傳染病防治及疫調	偏遠	20(8.97)	6(2.69)	23(10.31)	109(48.88)	32(14.35)	33(14.80)	9.39
		平地	20(14.93)	11(8.21)	12(8.96)	56(41.79)	18(13.43)	17(12.69)	

註 1 : * : $p < .05$; ** : $p < .01$; *** : $p < .001$

表 3-26. 衛生所公共衛生護理人員業務項目執行頻率分析之卡方檢定(續)

題數	項目	區域別	每年 n(%)	每半年 n(%)	每季 n(%)	每月 n(%)	每週 n(%)	每天 n(%)	χ^2
25	性病、愛滋病防治	偏遠	37(19.89)	9(4.84)	37(19.89)	68(36.56)	18(9.68)	17(9.14)	2.44
		平地	28(25.00)	6(5.36)	23(20.54)	36(32.14)	7(6.25)	12(10.71)	
26	居家環境衛生指導	偏遠	17(7.62)	6(2.69)	20(8.97)	106(47.53)	46(20.63)	28(12.56)	15.38**
		平地	24(17.91)	10(7.46)	14(10.45)	50(37.31)	21(15.67)	15(11.19)	
27	精神及心理衛生個案管理	偏遠	14(6.48)	15(6.94)	44(20.37)	93(43.06)	33(15.28)	17(7.87)	6.37
		平地	12(7.74)	13(8.39)	17(10.97)	74(47.74)	23(14.84)	16(10.32)	
28	巡迴醫療	偏遠	3(1.28)	1(0.43)	5(2.14)	34(14.53)	135(57.69)	56(23.93)	24.26***
		平地	4(6.90)	4(6.90)	1(1.72)	9(15.52)	36(62.07)	4(6.90)	
29	視訊遠距醫療	偏遠	3(9.68)	0(0.00)	0(0.00)	12(38.71)	8(25.81)	8(25.81)	8.63
		平地	1(20.00)	0(0.00)	1(20.00)	1(20.00)	2(40.00)	0(0.00)	
30	醫療門診	偏遠	4(1.54)	0(0.00)	0(0.00)	36(13.90)	116(44.79)	103(39.77)	4.21
		平地	6(3.82)	1(0.64)	0(0.00)	24(15.29)	69(43.95)	57(36.31)	
31	緊急醫療救護後送	偏遠	36(23.23)	17(10.97)	9(5.81)	37(23.87)	13(8.39)	43(27.74)	14.44*
		平地	19(24.36)	6(7.69)	16(20.51)	19(24.36)	6(7.69)	12(15.38)	
32	IDS業務	偏遠	3(1.68)	6(3.35)	6(3.35)	41(22.91)	47(26.26)	76(42.46)	47.14***
		平地	3(22.22)	1(11.11)	44(44.44)	1(11.11)	0(0.00)	1(11.11)	
33	長期照護業務	偏遠	19(10.33)	5(2.72)	9(4.89)	89(48.37)	33(17.93)	29(15.76)	23.65***
		平地	19(15.45)	6(4.88)	25(20.33)	42(34.15)	17(13.82)	14(11.38)	
34	在宅醫護及居家護理服務	偏遠	12(6.98)	4(2.33)	11(6.40)	73(42.44)	52(30.23)	20(11.63)	8.53
		平地	7(13.46)	1(1.92)	8(15.38)	20(38.46)	9(17.31)	7(13.46)	
35	自殺防治	偏遠	36(19.05)	13(6.88)	27(14.29)	62(32.80)	24(12.70)	27(14.29)	6.83
		平地	18(12.41)	7(4.83)	15(10.34)	55(37.93)	19(13.10)	31(21.38)	
36	家暴及性侵害防治	偏遠	39(24.53)	18(11.32)	28(17.61)	40(25.16)	12(7.55)	22(13.84)	9.10
		平地	24(23.53)	3(2.94)	13(12.75)	36(35.29)	10(9.80)	16(15.69)	
37	職業衛生業務	偏遠	25(25.00)	15(15.00)	17(17.00)	19(19.00)	8(8.00)	16(16.00)	6.61
		平地	17(32.08)	2(3.77)	12(22.64)	9(16.98)	2(3.77)	11(20.75)	
38	衛生所藥品管理	偏遠	6(5.41)	3(2.70)	8(7.21)	39(35.14)	17(15.32)	38(34.23)	5.94
		平地	4(16.67)	0(0.00)	3(12.50)	9(37.50)	2(8.33)	6(25.00)	

39	交通補助 費業務	地 偏 遠 平 地	15(10.20)	13(8.84)	49(33.33)	39(26.53)	9(6.12)	22(14.97)	6.21
			7(14.89)	5(10.64)	9(19.15)	19(40.43)	2(4.26)	5(10.64)	
40	志工管理	地 偏 遠 平 地	14(11.67)	4(3.33)	17(14.17)	34(28.33)	29(24.17)	22(18.33)	9.54
			17(26.56)	3(4.69)	8(12.50)	20(31.25)	10(15.63)	6(9.38)	
41	生命統計 業務	地 偏 遠 平 地	37(33.94)	7(6.42)	9(8.26)	43(39.45)	7(6.42)	6(5.50)	2.87
			17(44.74)	1(2.63)	3(7.89)	15(39.47)	1(2.63)	1(2.63)	
42	兼辦研考	地 偏 遠 平 地	16(32.65)	4(8.16)	7(14.29)	10(20.41)	5(10.20)	7(14.29)	1.09
			6(35.29)	2(11.76)	2(11.76)	4(23.53)	2(11.76)	1(5.88)	
43	兼辦出納	地 偏 遠 平 地	2(5.71)	1(2.86)	1(2.86)	4(11.43)	4(11.43)	23(65.71)	2.83
			0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	3(17.65)	1(5.88)	13(76.47)	
44	兼辦人事	地 偏 遠 平 地	0(0.00)	1(4.55)	0(0.00)	3(13.64)	3(13.64)	15(68.18)	4.30
			1(6.25)	0(0.00)	1(6.25)	4(25.00)	0(0.00)	10(62.50)	
45	兼辦會計	地 偏 遠 平 地	0(0.00)	0(0.00)	1(4.00)	2(8.00)	6(24.00)	16(64.00)	4.86
			0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	2(14.29)	0(0.00)	12(85.71)	
46	兼辦總務	地 偏 遠 平 地	28(14.07)	28(14.07)	38(19.10)	65(32.66)	25(12.56)	15(7.54)	15.53**
			35(27.13)	11(8.53)	29(22.48)	24(18.60)	18(13.95)	12(9.30)	
47	兼辦收發 文與檔案 管理	地 偏 遠 平 地	3(5.08)	0(0.00)	4(6.78)	8(13.56)	16(27.12)	28(47.46)	2.12
			4(11.76)	0(0.00)	1(2.94)	5(14.71)	10(29.41)	14(41.18)	
48	兼辦政風 業務	地 偏 遠 平 地	0(0.00)	0(0.00)	1(6.25)	3(18.75)	4(25.00)	8(50.00)	3.68
			1(10.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(10.00)	1(10.00)	7(70.00)	

註 1 : * : $p < .05$; ** : $p < .01$; *** : $p < .001$

表 3-27. 衛生所公共衛生護理人員業務項目執行工時分析

(N 463)

題數	項目	Min	Max	Median	Mode	合計 mean±SD	排序 A	山地離島 mean±SD	排序 B	平地 mean±SD	排序 C	t 值
1	整合式健康篩檢 (n 299)	0.08	160	2	0.67	8.22±25.40	44	11.01±32.6	36	4.56±10.12	43	2.18*
2	社區健康評估 (n 242)	0.08	160	1.33	0.67	9.63±26.92	40	11.89±32.27	34	5.95±13.59	42	1.99*
3	衛生教育 (n 337)	0.17	200	16	4	28.54±36.45	13	27.97±38.59	13	29.71±33.4	7	-0.43
4	優生保健 (n 187)	0.08	160	4	8	13.40±29.79	27	13.97±30.39	28	11.6±28.09	28	0.47
5	幼兒保健 (n 318)	0.08	160	8	4	18.50±30.59	17	19.33±31.70	21	17.52±29.4	13	0.51
6	青少年保健 (n 256)	0.08	160	1.33	0.33	9.57±27.8	41	9.90±29.36	40	9.11±25.67	35	0.22
7	聽力篩檢 (n 258)	0.08	160	1	0.67	3.76±17.33	48	4.17±19.26	48	3.22±15.01	46	0.43
8	學校衛生 (n 264)	0.08	160	1.33	0.67	4.20±14.51	47	5.06±18.30	47	3.01±6.00	47	1.12
9	中老年及慢性病防治 (n 329)	0.17	200	16	8	30.95±40.13	10	33.07±41.64	11	28.29±38.12	8	1.05
10	新家計個案管理 (n 273)	0.08	240	4	4	12.26±29.71	33	9.46±23.41	42	16.08±36.57	15	-1.7
11	早期療育 (n 259)	0.08	160	4	4	12.55±25.90	31	12.80±27.20	30	12.31±24.47	25	0.15
12	檳榔、酒及菸害防治 (n 304)	0.04	160	4	8	13.71±28.42	25	12.33±29.45	31	15.27±27.07	18	-0.89
13	視力保健 (n 277)	0.04	160	1.33	0.67	8.33±27.16	43	8.85±30.40	44	7.39±22.06	39	0.44
14	口腔保健 (n 280)	0.08	160	1.58	0.67	10.20±28.98	37	10.21±30.64	39	10.13±27.10	33	0.02
15	更年期保健 (n 235)	0.08	160	1.33	0.67	10.01±29.63	38	12.15±35.60	32	7.08±18.12	40	1.43
16	病友會管理 (n 215)	0.08	160	1.33	1.33	4.84±19.78	46	6.73±25.10	45	2.00±4.8	48	2.08*
17	子宮頸癌防治 (n 322)	0.08	200	8	4	22.23±36.68	14	20.15±37.38	18	25.25±36.03	10	-1.22
18	乳癌防治 (n 309)	0.08	160	4	4	13.13±30.51	28	13.9±35.42	29	12.16±22.61	26	0.52
19	直腸癌防治 (n 300)	0.08	160	2.67	4	10.0±26.160	39	9.23±28.21	43	11.13±23.46	30	-0.62
20	口腔癌防治 (n 282)	0.08	160	2.67	4	12.34±30.73	32	11.65±31.52	35	13.31±30.11	22	-0.44
21	社區健康營造 (n 222)	0.08	160	2	0.67	12.86±33.09	30	19.06±41.96	22	4.29±7.28	45	3.34***
22	國民營養 (n 242)	0.08	160	2	4	10.60±26.26	35	12.00±32.31	33	8.68±13.68	36	0.96
23	預防注射 (n 332)	0.08	160	16	16	20.70±22.72	16	22.62±26.97	15	17.79±14.97	12	2.06*
24	傳染病防治及疫調 (n 274)	0.08	160	4	4	15.83±35.34	23	16.24±35.15	25	15.42±36.11	17	0.19
25	性病、愛滋病防治 (n 226)	0.04	160	2	4	8.82±27.9	42	9.56±30.07	41	7.71±24.26	38	0.48
26	居家環境衛生指導 (n 277)	0.08	160	4	4	14.28±34.07	24	16.38±37.53	24	11.04±27.78	31	1.35

註 1: mean±SD (單位: 小時/月)

註 2: *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

註 3: 排序 A 為總和的平均值排列順序; 排序 B 為山地離島的平均值; 排序 C 為平地的平均值排列順序

表 3-27. 衛生所公共衛生護理人員業務項目執行工時分析(續)

題數	項目	Min	Max	Median	Mode	合計 mean±SD	排序 A	山地離島 mean±SD	排序 B	平地 mean±SD	排序 C	t 值
27	精神及心理衛生個案管理 (n 287)	0.08	160	4	4	10.41±25.58	36	10.60±28.63	38	9.94±21.23	34	0.22
28	巡迴醫療 (n 224)	0.17	160	32	32	38.69±39.97	9	44.51±41.99	2	15.52±16.69	16	4.54
29	祝訊遠距醫療 (n 19)	0.17	160	8	16	29.95±53.00	11	31.98±55.70	12	12.67±16.03	23	0.48
30	醫療門診 (n 333)	0.08	240	32	32	61.25±53.96	4	66.47±55.80	5	54.03±50.68	3	2.05
31	緊急醫療救護後送 (n 171)	0.17	240	2	0.33	20.73±47.38	15	26.94±54.67	14	10.46±29.2	32	2.55*
32	IDS業務 (n 142)	0.17	192	24	160	54.16±59.33	6	56.09±59.17	6	21.88±55.84	11	1.6
33	長期照護業務 (n 239)	0.08	160	4	4	17.25±38.48	19	19.79±40.79	19	13.46±34.63	21	1.25
34	在宅醫護及居家護理服務 (n 172)	0.08	224	4	4	16.65±42.41	21	17.31±43.81	23	14.41±37.68	20	0.38
35	自殺防治 (n 264)	0.08	160	3	4	13.13±33.52	29	14.80±38.87	27	11.25±25.72	29	0.88
36	家暴及性侵害防治 (n 197)	0.08	160	1.33	0.67	13.68±38.77	26	15.29±42.66	26	11.75±33.25	27	0.62
37	職業衛生業務 (n 112)	0.08	160	1	0.67	18.08±45.90	18	22.06±50.53	17	12.47±38.17	24	1.06
38	衛生所藥品管理 (n 92)	0.08	160	8	160	44.78±62.30	8	48.61±62.91	8	26.74±54.62	9	1.38
39	交通補助費業務 (n 147)	0.08	160	2	1.33	16.04±40.63	22	19.62±45.43	20	6.36±20.38	41	2.41*
40	志工管理 (n 129)	0.08	160	4	4	17.08±36.54	20	22.33±41.62	16	8.34±23.91	37	2.41*
41	生命統計業務 (n 104)	0.08	160	1	0.33	5.42±19.17	45	5.86±20.86	46	4.48±14.69	44	0.32
42	兼辦研考 (n 44)	0.08	160	1.67	1.67	11.86±33.63	34	10.96±29.63	37	14.51±43.79	19	-0.31
43	兼辦出納 (n 36)	0.5	160	60	80	65.67±51.63	2	70.88±53.18	4	55.25±48.89	2	0.85
44	兼辦人事 (n 24)	0.67	160	70	160	75.43±67.00	1	96.81±65.50	1	57.33±65.21	1	1.48
45	兼辦會計 (n 25)	4	160	60	80	63.4±52.64	3	71.73±60.80	3	50.90±36.72	4	0.97
46	兼辦總務 (n 27)	0.03	160	40	40	45.78±45.32	7	48.84±49.12	7	38.50±36.59	6	0.53
47	兼辦收發文與檔案管理 (n 63)	0.08	160	10	20	28.65±42.39	12	38.63±50.90	10	16.74±24.18	14	2.24*
48	兼辦政風業務 (n 15)	0.08	160	20	160	60.74±66.65	5	78.00±71.75	2	41.01±59.23	5	1.08

註 1: mean±SD (單位: 小時/月)

註 2: *: $p < 0.05$; **: $p < 0.01$; ***: $p < 0.001$

註 3: 排序 A 為總和的平均值(由大至小)排列順序; 排序 B 為山地離島的平均值(由大至小)排列順序; 排序 C 為平地的平均值(由大至小)排列順序

表 3-28. 衛生所公共衛生護理人員緊急救護業務自評執行表現統計表 (N 463)

題數	項目	從未 (%)	非常困難 (%)	有點困難 (%)	尚可 (%)	好 (%)	非常好 (%)	mean	排序
1	執行民防醫護訓練(n 438)	105(24.0)	4(0.9)	30(6.8)	214(48.9)	72(16.4)	13(3.0)	2.42	6
2	救護演習(n 437)	81(18.5)	11(2.5)	36(8.2)	200(45.8)	94(21.5)	15(3.4)	2.59	4
3	給予民眾 CPR 宣導或急救訓練(n 433)	74(17.1)	2(0.5)	24(5.5)	173(40.0)	133(30.7)	27(6.2)	2.85	2
4	準備緊急醫療器材/用品(n 437)	71(16.2)	5(1.10)	26(5.9)	212(48.5)	107(24.5)	16(3.7)	2.75	3
5	提報緊急事件並主動完成通報(n 433)	138(31.9)	6(1.4)	33(7.6)	159(36.7)	80(18.5)	17(3.9)	2.20	7
6	輪值救護站(n 434)	153 (35.3)	14 (3.2)	29(6.7)	134(30.9)	81(18.7)	23 (5.3)	2.10	10
7	參與 24 小時急診值班(n 428)	230(53.7)	22(5.1)	23(5.4)	77(18.0)	56(13.1)	22(4.7)	1.46	<u>15</u>
8	支援救護(n 436)	17(3.9)	4(0.9)	14(3.2)	191(43.8)	166(38.1)	44(10.1)	3.42	1
9	災難前勸導轄區有常規醫療須求個案離開(n 431)	208(48.3)	8(1.90)	35(8.1)	103(23.9)	68(15.8)	9(2.1)	1.63	<u>14</u>
10	執行檢傷分類(n 429)	167(38.9)	12(2.8)	32(7.5)	126(29.4)	74(17.2)	18(4.2)	1.96	12
11	執行急救技術(n 434)	125(28.8)	20(4.6)	74(17.1)	137(31.6)	59(13.6)	19(4.4)	2.10	9
12	填寫緊急救護的紀錄(n 438)	149(34.0)	5(1.1)	31(7.1)	153(34.9)	85(19.4)	15(3.4)	2.15	8
13	執行隨車/飛機救護等的到院前照護(n 432)	154(35.6)	13(3.0)	35(8.1)	146(33.8)	70(16.2)	14(3.2)	2.02	11
14	正確評估災情的範圍(n 434)	208(47.9)	20(4.6)	54(12.4)	114(26.3)	29(6.7)	9(2.1)	1.45	<u>16</u>
15	正確使用緊急醫療器材/用品(n 436)	99(22.7)	10(2.3)	42(9.6)	194(44.5)	74(17.0)	17(3.9)	2.42	5
16	災難發生後適當轉介災民(n 430)	198(46.0)	11(2.6)	23(5.3)	133(30.9)	51(11.9)	14(3.3)	1.70	13

註 1：從未 0 分；非常困難 1 分；有點困難 2 分；尚可 3；好 4 分；非常好 5 分

表 3-29. 偏遠地區衛生所公共衛生護理人員緊急救護業務自評執行表現統計表 (n 275)

題數	項目	從未 (%)	非常困難 (%)	有點困難 (%)	尚可 (%)	好 (%)	非常好 (%)	mean	排序
1	執行民防醫護訓練(n 254)	59(23.2)	1(0.4)	18(7.1)	121(47.6)	44(17.3)	11(4.3)	2.48	10
2	救護演習(n 253)	36(14.2)	9(3.6)	21(8.3)	111(43.9)	66(26.1)	10(4.0)	2.76	4
3	給予民眾 CPR 宣導或急救訓練(n 252)	33(13.1)	2(0.8)	9(3.6)	95(37.7)	94(37.3)	19(7.5)	3.08	2
4	準備緊急醫療器材/用品(n 255)	35(13.7)	3(1.2)	15(5.9)	119(46.7)	72(28.2)	11(4.3)	2.87	3
5	提報緊急事件並主動完成通報(n 251)	62(24.7)	5(2.0)	18(7.2)	97(38.6)	55(21.9)	14(5.6)	2.48	9
6	輪值救護站(n 256)	53(20.7)	10(3.9)	19(7.4)	89(34.8)	64(25.0)	21(8.2)	2.64	6
7	參與 24 小時急診值班(n 253)	93(36.8)	13(5.1)	14(5.5)	63(24.9)	51(20.2)	19(7.5)	2.09	13
8	支援救護(n 255)	11(4.3)	1(0.4)	7(2.7)	104(40.8)	107(42.0)	25(9.8)	3.45	1
9	災難前勸導轄區有常規醫療須求個案離開(n 251)	89(35.5)	5(2.0)	27(10.8)	69(27.5)	53(21.1)	8(3.2)	2.06	15
10	執行檢傷分類(n 250)	90(36.0)	7(2.8)	21(8.4)	73(29.2)	44(17.6)	15(6.0)	2.08	14
11	執行急救技術(n 254)	49(19.3)	11(4.3)	40(15.7)	92(36.2)	47(18.5)	15(5.9)	2.48	8
12	填寫緊急救護的紀錄(n 255)	64(25.1)	3(1.2)	19(7.5)	97(38.0)	59(23.1)	13(5.1)	2.48	7
13	執行隨車/飛機救護等的到院前照護(n 253)	65(25.7)	8(3.2)	26(10.3)	96(37.9)	48(19.0)	10(4.0)	2.33	11
14	正確評估災情的範圍(n 253)	96(37.9)	13(5.1)	34(13.4)	82(32.4)	20(7.9)	8(3.2)	1.77	16
15	正確使用緊急醫療器材/用品(n 254)	33(13.0)	6(2.4)	25(9.8)	130(51.2)	47(18.5)	13(5.1)	2.75	5
16	災難發生後適當轉介災民(n 253)	87(34.4)	7(2.8)	17(6.7)	94(37.2)	35(13.8)	13(5.1)	2.09	12

註 1：從未 0 分；非常困難 1 分；有點困難 2 分；尚可 3；好 4 分；非常好 5 分

表 3-30. 平地地區衛生所公共衛生護理人員緊急救護業務自評執行表現統計表 (n 178)

題數	項目	從未(%)	非常困難(%)	有點困難(%)	尚可(%)	好(%)	非常好(%)	mean	排序
1	執行民防醫護訓練(n 179)	45(25.1)	3(1.7)	12(6.7)	89(49.7)	28(15.6)	2(1.1)	2.32	5
2	救護演習(n 179)	43(24.0)	2(1.1)	15(8.4)	86(48.0)	28(15.6)	5(2.8)	2.39	4
3	給予民眾 CPR 宣導或急救訓練(n 176)	40(22.7)	0(0.0)	15(8.5)	75(42.6)	38(21.6)	8(4.5)	2.54	3
4	準備緊急醫療器材/用品(n 177)	35(19.8)	2(1.1)	11(6.2)	89(50.3)	35(19.8)	5(2.8)	2.58	2
5	提報緊急事件並主動完成通報(n 177)	73(41.2)	1(0.6)	14(7.9)	61(34.5)	25(14.1)	3(1.7)	1.85	7
6	輪值救護站(n 174)	99(56.9)	4(2.3)	9(5.2)	43(24.7)	17(9.8)	2(1.1)	1.32	12
7	參與 24 小時急診值班(n 172)	134(77.9)	9(5.2)	9(5.2)	14(8.1)	5(2.9)	1(0.6)	0.55	16
8	支援救護(n 177)	6(3.4)	3(1.7)	7(4.0)	84(47.5)	58(32.8)	19(10.7)	3.37	1
9	災難前勸導轄區有常規醫療須求個案離開(n 175)	116(66.3)	3(1.7)	8(4.6)	33(18.9)	14(8.0)	1(0.6)	1.02	15
10	執行檢傷分類(n 174)	75(43.1)	4(2.3)	10(5.7)	52(29.9)	30(17.2)	3(1.7)	1.81	8
11	執行急救技術(n 175)	73(41.7)	9(5.1)	33(18.9)	44(25.1)	12(6.9)	4(2.3)	1.57	10
12	填寫緊急救護的紀錄(n 178)	85(47.8)	2(1.1)	12(6.7)	52(29.2)	25(14.0)	2(1.1)	1.64	9
13	執行隨車/飛機救護等的到院前照護(n 174)	89(51.1)	5(2.9)	9(5.2)	45(25.9)	22(12.6)	4(2.3)	1.53	11
14	正確評估災情的範圍(n 176)	109(61.9)	7(4.0)	18(10.2)	32(18.2)	9(5.1)	1(0.6)	1.02	14
15	正確使用緊急醫療器材/用品(n 177)	64(36.2)	4(2.3)	17(9.6)	63(35.6)	25(14.1)	4(2.3)	1.96	6
16	災難發生後適當轉介災民(n 173)	108(62.4)	4(2.3)	6(3.5)	38(22.0)	16(9.2)	1(0.6)	1.15	13

註 1：從未 0 分；非常困難 1 分；有點困難 2 分；尚可 3 分；好 4 分；非常好 5 分

表 3-31. 衛生所護理人員緊急救護業務從未執行之卡方檢定統計表

題數	項目	合計(%)	山地離島(%)	平地(%)	χ^2
1	執行民防醫護訓練	105(24.0)	59(23.2)	45(25.1)	0.21
2	救護演習	81(18.5)	36(14.2)	43(24.0)	6.73**
3	給予民眾 CPR 宣導或急救訓練	74(17.1)	33(13.1)	40(22.7)	6.80**
4	準備緊急醫療器材/用品	71(16.2)	35(13.7)	35(19.8)	2.82
5	提報緊急事件並主動完成通報	138(31.9)	62(24.7)	73(41.2)	13.15***
6	輪值救護站	153(35.3)	53(20.7)	99(56.9)	59.38***
7	參與 24 小時急診值班	230(53.7)	93(36.8)	134(77.9)	69.67***
8	支援救護	17(3.9)	11(4.3)	6(3.4)	0.24
9	災難前勸導轄區有常規醫療須求個案離開	208(48.3)	89(35.5)	116(66.3)	39.25***
10	執行檢傷分類	167(38.9)	90(36.0)	75(43.1)	2.18
11	執行急救技術	125(28.8)	49(19.3)	73(41.7)	25.60***
12	填寫緊急救護的紀錄	149(34.0)	64(25.1)	85(47.8)	23.84***
13	執行隨車/飛機救護等的到院前照護	154(35.6)	65(25.7)	89(51.1)	28.98***
14	正確評估災情的範圍	208(47.9)	96(37.9)	109(61.9)	23.94***
15	正確使用緊急醫療器材/用品	99(22.7)	33(13.0)	64(36.2)	32.10***
16	災難發生後適當轉介災民	198(46.0)	87(34.4)	108(62.4)	32.55***

註 1: *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

表 3-32. 衛生所公共衛生護理人員緊急救護業務自評執行表現 t 檢定統計表

題數	項目	山地離島 Mean(SD)	平地 Mean(SD)	t 值
1	執行民防醫護訓練	3.24(0.71)	3.10(0.66)	1.71*
2	救護演習	3.22(0.84)	3.14(0.71)	0.92
3	給予民眾 CPR 宣導或急救訓練	3.54(0.75)	3.29(0.74)	3.15*
4	準備緊急醫療器材/用品	3.33(0.74)	3.21(0.69)	1.56
5	提報緊急事件並主動完成通報	3.29(0.84)	3.14(0.72)	1.58
6	輪值救護站	3.33(0.96)	3.05(0.82)	2.38*
7	參與 24 小時急診值班	3.31(1.06)	2.47(1.08)	4.34
8	支援救護	3.61(0.73)	3.49(0.81)	1.59
9	災難前勸導轄區有常規醫療須求個案離開	3.20(0.88)	3.03(0.81)	1.30
10	執行檢傷分類	3.24(0.95)	3.18(0.81)	0.54
11	執行急救技術	3.07(0.96)	2.70(0.93)	3.26*
12	填寫緊急救護的紀錄	3.31(0.81)	3.14(0.75)	1.75
13	執行隨車/飛機救護等的到院前照護	3.14(0.87)	3.13(0.88)	0.08
14	正確評估災情的範圍	2.85(0.93)	2.69(0.89)	1.20
15	正確使用緊急醫療器材/用品	3.16(0.80)	3.07(0.81)	0.99
16	災難發生後適當轉介災民	3.18(0.88)	3.06(0.81)	0.95

註 1: *: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

陸、偏遠地區衛生所健康服務的需求

一、焦點團體談訪對象人口學資料

八場的焦點團體包括民眾三場次(信義、烏來與七美)、護理人員三場(信義、烏來與七美)、衛生行政主管一場次及護理長一場次，其人口學資料參見表 3-33 至表 3-36。由表 3-33 顯示：本研究社區民眾及領袖基本資料呈現參與者女性(50.0%)與男性(50.0%)各半，平均年齡 43.7 歲，已婚佔(87.5%)較多，教育程度高中職(25.0%)人數最多，職業性質以服務業(37.5%) 人數最多，工作年資平均 11.2 年。由表 3-34 顯示：本研究護理人員基本資料呈現參與者全部是女性(100%)，平均年齡 34.1 歲，已婚佔(55.6%)最多，教育程度專科(51.9%)人數最多，職業職稱護士(55.6%)最多，護理總工作年資平均 12.7 年，從事公共衛生護理年資平均 8.2 年，曾從事的護理工作醫院臨床護理工作(59.3%)人數最多。

表 3-35 顯示：本研究衛生行政主管基本資料呈現女性(85.7%)佔多數，平均年齡 44.3 歲，已婚佔 100%最多，教育程度碩士以上(71.4%) 人數最多，職業職稱科長 57.1%最多，從事公共衛生年資平均 21.4 年。由表 3-36 顯示：本研究護理長基本資料呈現全部參與者均為女性(100%)，平均年齡 45 歲，已婚佔(90.9%)最多，教育程度專科(55%) 人數最多，職業職稱護理師兼護理長(54.5%)最多，護理總工作年資平均 23.8 年，從事公共衛生護理年資平均為 18.3 年，公共衛生護理長年資

平均為 9.4 年，曾從事的護理工作醫院臨床護理工作(45.5%)人數最多。

表 3-33. 焦點團體社區領袖的人口學資料 (N 24)

項目	人數	百分比%
年齡 ^a	43.75±12.35	
性別		
女	12	(50.00)
男	12	(50.00)
婚姻		
未婚	3	(12.50)
已婚	21	(87.50)
教育程度		
國小	4	(16.67)
國中	4	(16.67)
高中職	6	(25.00)
專科	5	(20.83)
大學	3	(12.50)
碩士以上(含碩士)	2	(8.33)
職業		
公	1	(4.17)
農	4	(16.67)
工	1	(4.17)
服務	9	(37.50)
家管	1	(4.17)
退休	3	(12.50)
其他	5	(20.83)
職業職稱		
村長	4	(16.67)
隊長	1	(4.17)
牧師	2	(8.33)
助理	4	(16.67)
志工	13	(54.17)
工作年資 ^a	12.24±13.39	

註：a 為 mean±SD

表 3-34. 焦點團體護理人員的人口學資料 (N 27)

項目	人數	百分比%
平均年齡 ^a	(34.11±9.12)	
性別		
女	27	(100.00)
婚姻		
未婚	12	(44.44)
已婚	15	(55.56)
教育程度		
高中職	3	(11.11)
專科	14	(51.85)
大學碩士以上	10	(37.03)
職業職稱		
護士	15	(55.56)
護理師	9	(33.33)
其他	3	(11.11)
護理總工作年資 ^a	(12.65±9.35)	
公共衛生護理年資 ^a	(8.18±9.86)	
曾從事的護理工作		
無	4	(14.81)
醫院臨床護理	16	(59.26)
其他	5	(18.52)
2種以上	2	(7.41)

註：a 為 mean±SD

表 3-35. 焦點團體衛生行政主管的人口學資料 (N 7)

項目	人數百分比(%)	Means± SD
基本資料		
平均年齡		44.3±4.5
性別		
女	6 (85.7)	
男	1 (14.3)	
婚姻		
已婚	7 (100)	
教育程度		
大學	2 (28.6)	
碩士以上	5 (71.4)	
職業職稱		
科長	4 (57.1)	
秘書	2 (28.6)	
其他	1 (14.2)	
從事公共衛生年資		21.4±5.6

表 3-36. 焦點團體護理長的人口學資料 (N 11)

項目	人數百分比(%)	Means± SD
平均年齡		45.0±5.4
性別		
女	11 (100)	
男	0 (0)	
婚姻		
未婚	1 (9.1)	
已婚	10 (90.9)	
教育程度		
專科	6 (55)	
大學	3 (27)	
碩士以上	2 (18)	
職業職稱		
護理師兼護理長	6 (54.5)	
護理長	3 (27.3)	
其他	2 (18.1)	
護理總工作年資		23.8±5.8
公共衛生護理年資		18.3±8.0
公共衛生護理長年資		9.4±6.0
曾從事的護理工作		
無		
醫院臨床護理	5 (45.5)	
學校衛生護理	6 (54.5)	

二、社區領袖

焦點團體訪談結果，社區領袖對於衛生所服務項目建議，敘述如下：

(1b)提供資源整合的平台：

目前衛生所工作人員在資源整合上，無論是知識或執行能力均較欠缺，故如何培育現有工作人員實應有所規劃。另外，由於政府各部會的照護補助計畫在偏遠離島相當多，以致於造成居民有偏差的健康行為或就醫行為，實在非常遺憾。中央各部門應有橫的聯繫，也許可避免同一鄉鎮獲得太多性質相近的資源。以下是焦點團體訪談的內容：

「資源很多但是就是各自獨立沒有整合。衛生所應扮演一個統整的角色。」

「資源太多還是怎麼樣，有些家庭會過度依賴資源，比如說健康方面：健康的觀念、影響健康的行為反而沒有往正常的方向去改變。」「怎麼樣讓資源可以很適切的去協助我們的家庭，能夠讓我們原住民的家庭不會有那種依賴的心。我們來服務應該要有感謝，現在不是都是你要拿好的東西他才讓你進去，真正需要的人還是有，可是有的人就像是在交換利益。好像做居家服務也有業績的壓力，就變成說你們用物品去跟他們交換。」(烏來)

「老人促進會、關懷據點、健康營造辦的活動可以連結，資源的共享。」
(七美)

「公衛護士就要聯絡一些資源，連結一些資源，志工、清潔隊來一起我們這些可愛的民眾。」(信義)

「地方首長的支持度：鄉公所對有關衛生保健方面支持度太低，有關衛生保健跟他們講的話，他們會說那是衛生所管的，可是衛生所的經費人力影響力並沒有鄉公所那麼大，健康營造，應該是鄉長出來作。」
(烏來)

(2b)儀器設備與人才訓練：

社區領袖認為衛生所除應扮演資源整合的平台，也應充實設備以因應地方健康問題，添購儀器設備及培訓人才。由中央集體採購某一項儀器，有時並不符合地方衛生所的需求，故宜由地方衛生所自行評估，並做採購與使用計畫，以及預估使用成效等後，再由中央補助，以適時解決地方民眾的健康照護需求。在整個採購補助計畫，應提出五年儀器使用人才培育規劃，以免造成有儀器沒有人會使用或儀器無人維護的情形。以下是焦點團體訪談的內容，社區領袖提出下列建議：

「檢驗的儀器看能不能先進一點。」(七美)

「增加好一點的設備。」(信義)

「人才培育，設備維護。」(七美)

「X光照射是替代役來幫我照，不是應該由專業的人員來操作才對嗎？」(七美)

(3b)緊急救護與醫療：

緊急救護與醫療仍是民眾最關心的部份，衛生所仍是居民健康的守護者，然而，用藥部份則強烈的期望衛生所擁有地區醫院的用藥權限。事實上，這牽涉到健保局、衛生署等單位，也需顧及衛生所本身的成本問題，須仔細評估與規劃。對於救護車的使用是否濫用，應可責由衛生所自行評估並訂定收費系統，對於經常不適當使用的居民應有適當的收費，否則當真正需要緊急救護時，沒有救護車可用，就非常遺憾了。關

於專科醫療、復健等是可評估後則由 IDS 機構辦理。復健與洗腎性質有點相似是無法轉診或後送的，然而若是幅地很大的鄉鎮在設立上也有困難，因對部份居民而言，到衛生所也是需 2-3 小時。對於衛生所而言，設立復健與洗腎單位使用人數若太少成本就會太高，衛生所會很難負擔。衛生所若能做適切的社區健康評估後，才能具體說明執行與不執行的理由，否則就一直處於被民眾責怪，而無法具體說明的境況。以下是焦點團體訪談的內容：

「部落裡面重大意外還有重大疾病，通常他們第一個處理的方法就是送到這裡來。」(信義)

「衛生所的急救能力真的很需要，離島直昇機後送就已經慢半拍了」
(七美)

「比較沒有信心說衛生所的藥是最好的。」(信義)

「比照地區醫院的用藥。」「地區醫院的權限。」(信義)

「缺少一些專科的醫師」(七美)

「本鄉好像很隨便就叫救護車，我們每一天都聽到救護車經過，我有去打聽有人感冒也去叫救護車，我想這個是我的建議，濫用救護車我覺得很嚴重。」(信義)

「轉診後從醫院回到家這個部份交通上是有困擾的。」(信義)

「復健、出去復健困難、然而復健可以幫助他們的健康、復原。」(信義)

「須牙科、牙醫師在這駐點。」(信義)

「牙科的醫療設備要加強，還有復健。」(信義)

(4b)個案管理：

許多疾病，尤其是慢性病，皆需追蹤及增強病患的自我照護行為，

這都需要護理人員執行個案管理或疾病管理，若偏遠離島衛生所均有 IDS 導入，是可藉由 IDS 機構協助訂定當地常見的疾病管理規範，或與衛生所護理人員共同訂定，由 2 個共同討論的分工方式，在加上衛生所志工的幫忙，將可有助於病患在疾病控制上達到較好的成效。以下是焦點團體訪談的內容：

「醫生的醫療技術都不錯，但是可能缺乏護理人員的追蹤、關懷，去看病人的狀況，社區的志工其實也可以幫忙做這件事情。」(七美)

「部落的老人家可能忘記吃藥，隔天就把二天份的藥就全部吃掉，常有這種情形，有一些是中風需要常去復健，有時候家人接送不太方便。」(信義)

(5b)關懷據點：

目前內政部的社區關懷據點在偏遠地區發揮關懷功能，但似乎社區領袖期望能有醫護專長人才參與以加強關懷的功能。事實上，公共衛生護理若能資源聯結，除可協助關懷據點亦可推動本身業務，也可使關懷範圍與對象擴大。以下是焦點團體訪談的內容：

「老人關懷，醫護人員講的話比較專業，老人比較聽。」(七美)

「東南亞的或是大陸的新娘。」(七美)

「優生保健、照顧小朋友。」(七美)

(6b)健康資訊行銷：

護理人員健康資訊的傳播技巧實有待加強，不僅在要求一定的量，如舉辦的場次；更是需思考如何才能切合民眾的需求，以達到真正的健康知識的傳播。以下是焦點團體訪談的內容：

「衛生講座的宣導不夠落實，說外面的資源民間單位，私人機構會進來做宣導，用藥的觀念。」(信義)

「沒病也在喝三隻雨傘標感冒藥水，一天喝三罐。」(七美)

「帶領這個家庭有很好的健康觀念，不管是飲酒或是健康的觀念都能夠把正確觀念帶進去，但是是需要比較長的時間，」(烏來)

「衛生所曾經辦過非常多講座宣導健康的訊息，可是沒有人要來聽阿，以前的時候有便當會來，現在連便當都沒有人會來。」(烏來)

「衛生保健宣導：報名的很多，來的真的很少」(七美)

(7b)健康促進活動：

雖然民眾提到，但比較起來健康促進還不是社區領袖關心的重點。事實上，健康促進有其重要性，但成效難以吸引民眾的目光。以下是焦點團體訪談的內容：

「衛生所舉辦一些健走的活動很好。」(七美)

「舉辦一些健康園遊會。」(信義)

(8b)醫療專業人員：

衛生所工作人員不僅提供健康服務，其服務態度也是非常重要的。期望醫護人員的職業道德及工作態度，以及能對偏遠地區的認同，進而對於所提供的健康服務具有一定程度的使命感，相對的要求培育在地人的子弟兵出來做健康服務，也許是較長遠的策略之一。以下是焦點團體訪談的內容：

「醫護人員在偏遠離島工作的要有一些使命感，有工作的倫理這樣子。公務人員朝九晚五，有時候這個心態要調整，你的時間人力經費跟我們民眾的時間都要做調配，才能深入到社區。」(烏來)

「醫療的公費人員對在地的幫助很大，在地化的醫療比較廣泛。」(七美)

三、護理人員

另一方面，護理人員認為衛生所的服務項目需要改進的建議(焦點團體訪談結果)。整體而言，護理人員認為衛生所提供的健康服務，應依社區健康評估的結果，擬定策略執行、以符合民眾的需求。無論在醫療、居家護理、健康知識傳播等。對於所提供的健康服務應適當收費，但對於經濟弱勢者則須提供足夠的補助。以下是護理人員焦點團體訪談的內容，整理如下：

(1a)民眾的健康問題沒被重視：

「現在的工作模式變成說太多的工作太繁重，幾乎都在電腦前，做紙本的一些業務所以就變成你跟民眾的關係沒有建立起來，我們這邊的民眾你講你的，做不做在於我，在你面前我說好好..什麼都好，到時候就不知道了，沒到前一刻你不知道他會不會來。我覺得深入到家庭真的是很重要，這真的是我們的問題。」

「我們都是把工作背回家做頂多就是在家裡打電話，還有人會說那麼晚了你還在衛生所，就回答說：不是啦，我是回家工作。」

「做不完阿很多東西都是重複性太高而且我們必須配合上面的政策做事。就是臨時交辦，事情就變非常多，業務很多是重疊的，又有很多是臨時交辦。」

「我們總不能開門見山就問他你為什麼自殺吧?對不對... 那要從外面去推敲的時候，有時候人家也不願意跟你講。其實了解啦，了解民眾是重要。」

「你不能怪民眾說你都是爲了業績所以你才來我這裡，事實上你沒有解決他的問題，你是爲了你的工作，但是你爲什麼要這麼做呢？」

(2a) 地方性的社區健康評估是必要的：

「山地的問題與離島的問題又不太一樣」

(3a) 醫療還是比較需要，保健的部份次之：

「他們的需求還是醫療，公衛對他們來講還是需要一個很長期的…」

(4a) 居家護理也是必要的：

「但是很難申報，目標數很難達成。」

「我們居家是不報的啊。因爲欣的很兇。」

「居家那塊、長照那一塊我不要求，因爲那一塊本來就很難去達成標準。那個我們根本就達不到，既然達不到，我就不要花心力去做。」

(5a) 民眾是需要再教育的：

「民眾的認知真的不夠，他明明有這個需求他也知道。民眾的再教育。」

「健康行爲很難養成，對於子女的健康問題有時亦不重視，如：復健，都去到家前面了，他跟你講說，今天跟媽媽出去了，其實這活動已經很久了。」

「他給他講再多也沒有用，我連他們出去要穿鞋子他們都沒有辦法接受。(糖尿病患者足部護理)」

「有些民眾對衛生所的觀念有很多的誤差，如地方民眾的認知真的是覺得花錢就能打比較好的，相對的衛生所的不好。有些業務應使用者付費」

(6a) 經濟弱勢造成健康的弱勢：

「不是清寒戶，他只是真的無力繳交健保費，因爲採收、收成不好，沒有錢啊，那怎麼辦？」

其他護理人員亦有提出業務推展的困境，內容敘述如下：

(1b)防疫業務多，未能有效統整：

「疾病管制局在搞什麼?什麼都做，那個網站一大堆。我都隨便啊，不然怎麼辦?因為我沒有那麼多的時間去搞那些東西啊。網站太多了，然後那個衛教的東西也太多了，四、五十場。還要成立防疫志工啦。成立那個防疫志工只是掛名的，大家各有工作，願意出來的就是很熱心的。」

(2b)業務項目多而雜：

「送便當也要叫我去評，老人餐也是我們在評啦！長照會丟個案讓我們去做複評的動作，花一些時間去評，包括居家環境整體的、包括照顧者、主要照顧者...等等很多。」

(3b)護理人員不適合當稽查人員：

「口腔癌那一塊，叫我去找檳榔攤，開戒檳榔單，吃檳榔的都是些老大耶！而且我還請他來戒菸班！很難！」

(4b)收費問題：

「不是由居家護理師，只要公衛護士做就好，不用花錢啊。民眾被我們養成不用收錢的習慣。」

整體而言，以下是典型護理人員對於業務的心聲：

「山地離島衛生所特性，每個護理人員業務真的都是好大、項目又大又很雜，我看了滿難過、滿傷心的。離島真的很無奈，真的說那個工作沒有落在我們護理人員身上好像也不行哦，所以變成說一個護理人員我們目前的人員少、量又多的狀況之下。醫療跟公衛是沒有辦法切割出來。」

柒、公共衛生護理人員的能力與培訓課程

一、偏遠地區公共衛生護理人員所需能力

基於以上的討論，護理人員應具備哪些能力，以達成衛生所應有的服務成果。護理人員在焦點團體訪談的內容敘述如下：

「很強的溝通能力、文化的能力、領導要有系統的思考能力。」

「一個人要管九到十項的業務，就是很廣。」

「衛生所臨床、技術層面的，還有衛生局交辦的，還有當地因地制宜的一些民情，給你們的一些額外的事情做。」

「臨床的護理界的那個領域真的是一直在進步。我們也要有能力培訓」

整體而言，護理人員在這部份談得很少，只談到溝通能力、文化能力(因地制宜，入境隨俗的能力)、領導能力等，還要有相當的彈性與應變能力。相較於臨床護理人員的能力建置，公共衛生護理人員的能力建置仍有許多的成長空間，公共衛生護理人員自己本身應具備哪些能力仍有些模糊，似乎很難說明白。公共衛生護理人員業務的廣博與繁雜，到底需要具備哪些能力才能克盡職責的執行這些業務?實需深入探討。

二、偏遠地區公共衛生護理人員的培訓課程，根據護理人員的反應，

有下列的意見：

(1d)護理人員不同的訓練：

「必須有要有職前訓練，資深、資淺人員的訓練。」

(2d)在職教育的方式：

「護理人員送出去培訓、時間、交通的問題、交接班的問題。」

「這些課程一定要考慮有視訊、電腦教學、網路教學，」

「一個護理人員死守在那個衛生站，只能透過視訊或其他的方法。」

(3d)在職教育的內容：

可能由於時間的短暫，雖然事先給予訪談大綱，護理人員仍然僅說了一些，所提建議較未深入。對於目前以業務交辦為主的在職教育有些排斥，然而公共衛生護理人員仍需要執行，因為業務的推動。但對於課程仍非常期望，包括分層接受培訓課程，培訓方式宜包括面授與視訊，以減少護理人員在交通時間上的花費，或縮短離開工作崗位的時間。在職教育內容包括社區評估課程等。以下是護理人員在焦點團體訪談的內容：

「上課喔，這種課我們寧願不要去上，因為去上回來就是做事，我們現在就是去上課回來作事，才有去上課，而且那個不是什麼在職教育，在職教育應該是加強我們的專業知識，那種在職教育是要去工作的。」

「這個月的報表你要怎麼寫啊，我覺得應該要教比較深入的。」

「他跟我們講婦兒安全，他就會跟你講有什麼目標，你們以後就是這麼做，你們接著要去辦幾場說明會，就會覺得我今天來上課幹麻 我只是爲了你們的業務，所以我現在只要出差都會皮皮挫，就會覺得我回來又要做事，可是訓練都不是訓練阿，他只是提供你一個訊息，你要怎麼做，你要確實去掌握你社區裡面兒童安全，我做出來的東西都只是 paper work 並沒有實際幫助到社區裡面的民眾。」

「糖尿病照護網、上糖尿病的課，那種深度會覺得根本不想上課，有關藥物的一些很深入的東西根本不懂。」

「我覺得帶病友會，帶團體應該是社工去帶吧，我們以前在學校絕對沒有學過帶團體。病友會也是要請他們來參加病友會他們意願都不高。」

「目前的在職教育都是業務交辦比較沒有實質的...像我們以前在 ICU 我們就要受 ICU training，訓練是在你臨床上可以用的到，你可以具備什麼能力，」

「居家護理，我是覺得真的要有受訓才能承擔這種業務。」

「公衛護理人員自己應該要有一些評估的能力，評估我的民眾他的需求是什麼。」

「資深人員團體導向嘛，團體導向服務。例如：婦幼專長的社區護理師，進階的社區衛生護理師。」

「因為我們人力其實是有困難，所以要明確找出一個需要培訓的課程，我覺得方向很大，因為業務是沒有辦法說今年接這個明年還是一項接這一項。」

(4d) IDS 護理人員的資格與薪資福利應規範在合約內：

「如果直昇機後送我不小心摔下來，國家一定要給我撫恤啦，因為我是公務人員啊，但是他們 2 個 IDS 護士沒有。他們是沒有這些福利的」

四、衛生行政主管對於偏遠地區公共衛生護理人員及培訓課程的看法

另一場次的焦點團體訪談是衛生行政主管，根據他們在焦點團體訪談的意見，敘述如下：

一般須具備的特質包括要有一顆愛心、很誠懇的愛心以及壓力調適的能力。從事公共衛生護理須需要有臨床經驗 3 年，若有加護急重症或精神科相關經驗更好。一般公共衛生護理人員可分為三個等級：

- 1.專科護理師：可以在偏遠地區可以執業，這也是一個考量，癌症防治法努力要讓偏遠地區衛生所護理人員去做子宮頸抹片，以後可以由專科護理師執行。另外，IDS 亦須有專科護理師，以協助做個管、社評、緊急照護。
- 2.資深人員：社區評估、專案的計畫撰寫、做社區評估的能力、社區特性、文化上的、社區健康營造、健康介入計畫，。可配合目前的職等「護理師」，護理師的工作應給予給他業務量多一點。
- 3.資淺人員：團體衛教、管理能力、溝通能力、協調能力、溝通技巧、人際關係、分析、公文書寫、計畫書寫。有 ICU 經驗的，要做居家護理就很簡單。

另一方面，其達成的策略可用自學教材、評核手冊、各項業務的 SOP 手冊等，其內容包括保健、醫政等各科室的業務。加上認證制度可有效提升公共衛生護理人員的能力。其建議敘述如下：

- (1).山地離島衛生所需依其特性、資源的不同而有不同的彈性以及業務的重點。例如：健康問題方面痛風、營養不良、未成年懷孕等較平地為多故應能適當調整業務重點。
- (2).山地離島衛生所仍非常須要提供整合式篩檢、巡迴醫療、行動藥局、日間照護等業務。
- (3).IDS 可協助做疾病管理，能達有效的管理，例如糖尿病的個案給予衛生教育等。
- (4).前綜合保健的工作模式對於山地鄉確實是滿適合也滿重要的。
- (5).公共衛生護理人員業務可適時調動，但不應太頻繁，地段亦盡量不換，公共衛生護理人員才有辦法在地段深耕並推展業務。

在焦點團體過程中，山地離島科科長提供所收集的各偏遠地區衛生所建議資料。另一方面台北縣在都會區衛生所護理人員的在職教育訓練

制度亦執行多年，其在職教育制度，其進階制度分為四等級：(1)新進護理人員—入門階段

(2)在職護理人員—基礎階段

(3)在職護理人員—進階階段

(4)儲備幹部階段—高階階段。

其訓練內容包括：組織與任務、專業知能、行政、管理與領導、倫理與法律等五部份。台北縣衛生局並制定有「衛生所新進護理人員學習評核手冊」，其內容協助新進人員自我學習衛生所業務，並由護理長依實際學習情況予以評核。

捌、偏遠地區衛生所護理工作模式與進階制度草案

本研究所規劃的公共衛生照護模式及公共衛生護理人員的進階制度，包括能力區分角色範疇、訓練目標、訓練重點、進階指標及配套措施等。本草案並未包括新進人員、專科護理師、護理長的訓練內容。由於新進人員的規劃應是全國衛生所護理人員相同的訓練，此規劃在另一計劃及台灣社區衛生護理學會已有規劃，故本研究未納入新進人員。另一部份專科護理師牽涉較多法規的問題，專家會議認為不是現階段可以規劃，雖然第一年已有初步的涉略。事實上，偏遠地區設置專科護理師是非常可行的，因為許多國家都是如此，美國、英國、日

本等先進國家均有法規，使專科護理師在偏遠地區開業，是否隸屬於衛生所是可以再商議的，主要是專科護理師必須有某一部份的處方權，而此在我國是需要努力突破。事實上，護理法規範護理人員可以開業，但只有「護理之家」或「產後護理機構」。而醫師法規範僅有醫師有「處方籤」。事實上，對於無醫村或三級離島、偏遠山地村等僅有衛生室(其內只有一名衛生所護理人員)，都是適合設置專科護理師或將此衛生所護理人員訓練成專科護理師。此可與 IDS 結合或另外設置，均可商議。最重要的是偏遠地區民眾的就醫權與健康權是否被關心與照護是否具有品質。另一方面，護理長的訓練牽涉較多行政與管理，應另外規劃。故本研究規劃衛生所護理人員的進階制度，透過提升衛生所護理人員專業能力，形成所規劃的照護模式。

本研究依據問卷所得修正工作模式與進階制度。由表 3-37 顯示出席說明會的衛生所護理人員以已婚者居多占 76%，學歷以大學居多(51.9%)，專科次之(27.3%)。出席者也以護理長居多占 32.9%及護士占 34.2%，其它的部份則衛生局主管衛生所的相關人員為主。從事公衛護理年資平均為 14 年，而以 11~20 年居多占 36.4%。經濟狀況以尚可居多占 32.5%。因「興趣」從事衛生所工作的仍算少數，僅占 28%。表 3-38 顯示，所有研究對象包括說明會的 78 位及二個較偏遠地區的縣市—南投與台東縣全縣。研究對象除山地離島型占 48.5%外，均是一般型態之衛生所。研究對象以已婚居多(73.4%)，學歷以專科最多(48.5%)

及大學次之(34.6%)。職稱以護士及護理師合計約八成，而護理師及衛生局長官約 18.2%。年資平均為 12 年，本研究對象很平均的分散在四個年齡層。經濟狀況以「尚可」最多(51.5%)，「滿意」次之(34.9%)。以興趣進入衛生所服務的僅占 27%。

表 3-37.說明會出席者人口學資料 (n 78)

項 目	n	(%)
婚姻 (n 78)		
未婚	16	(21.3)
已婚	57	(76.0)
離婚	2	(2.7)
最高畢業學歷 (n 77)		
高中職	7	(9.1)
專科(含二、三、五專)	21	(27.3)
大學(含二技、四年制護理學系)	40	(51.9)
碩士以上(含碩士)	9	(11.7)
衛生所正式職稱 (n 76)		
護士	29	(38.1)
護理師	9	(11.8)
護理長	25	(32.9)
其他	13	(17.1)
從事公共衛生護理工作年資 (n 71) 14.01±8.70 (Means±SD)		
1-5 年	13	(18.2)
6-10 年	15	(21.0)
11-20 年	26	(36.4)
21 年以上	17	(23.8)
經濟狀況 (n 77)		
非常不滿意	3	(3.9)
不滿意	9	(11.7)
尚可	39	(50.6)
滿意	25	(32.5)
非常滿意	1	(1.3)
從事衛生所護理工作是因為 (複選) (n 120)		
興趣	21	(28.0)
其他	99	(72.0)

表 3-38.研究對象人口學資料

(N 274)

項目	n %
婚姻 (n 271)	
未婚	60 (22.1)
已婚	199 (73.4)
離婚	11 (4.1)
喪偶	1 (0.4)
最高畢業學歷 (n 272)	
高中職	31 (11.4)
專科(含二、三、五專)	132 (48.5)
大學(含二技、四年制護理學系)	94 (34.6)
碩士以上(含碩士)	15 (5.5)
衛生所正式職稱 (n 269)	
護士	191 (71.0)
護理師	29 (10.8)
護理長	35 (13.0)
其他	14 (5.2)
從事公共衛生護理工作年資 (n 261) 12.39±9.22	
	Means±SD
1-5 年	78 (29.9)
6-10 年	58 (22.2)
11-20 年	66 (25.3)
21 年以上	59 (22.6)
經濟狀況 (n 272)	
非常不滿意	6 (2.2)
不滿意	25 (9.2)
尚可	140 (51.5)
滿意	95 (34.9)
非常滿意	6 (2.2)
從事衛生所護理工作是因為 (複選)	
興趣 (n 270)	73 (27.0)
其他	325 (120.4)

(壹)照護工作模式方面

目前衛生所護理工作模式，以主辦業務及地段管理為主，並加以抽籤方式，約每二年工作分配調整一次為原則。護理長少有指派，部

份原因係很難公平，以致於造成護理人員間的不合。且多數護理長係以護理師兼任，她們多數也須主辦業務及地段管理。故本研究仍建議以衛生所護理人員專長為主要訓練原則(如表 4-1)，培養衛生所護理人員專長，每位衛生所護理人員可培育 2 項以上的專長，而其主辦業務的工作範圍建議。公共衛生護理人員業務以性質歸類為群組，建議分為六個專長群組。各專長群組及其業務範圍建議(如表 4-1)。由於山地離島偏遠地與平地一般衛生所是不同的，其最大的不同在於大部份都會區衛生所並未執行醫療門診或緊急救護。而在偏遠地區衛生所這是必要的角色功能。故專長中公共衛生基礎照護專長課程內容以表 4-1 為主及其工作建議以列於表 4-1 為優先，尤其 PHN1 應以此為優先分派。除此，緊急救護專長亦是偏遠地區較不同的工作，這也是建議偏遠地區衛生所護理人員要有臨床經驗的原因。因以主辦業務而言，項目多如牛毛。除公衛護基礎照護專長應是必修外，其它均可參考個人興趣及衛生所業務所需以接受訓練課程。對於如何具體工作分配清楚及責任工作範圍是依目前工作分配，只是不以抽籤，而是以專長分配，並建議每 3 年輪換工作，如此才能建立衛生所護理人員的專長。

另外，建議衛生所護理人員分三個進階等級(圖 4-1)與工作模式依專長相互支援(圖 4-2)。專家們建議以諮詢、分享方式進行衛生所內及縣市衛生所間專長諮詢。事實上，資深衛生所護理人員具有許多專長經驗，可縮短資淺人員的摸索。這種專長諮詢可透過電子郵件、電話

或面對面等，可透過護理長個人轉介，亦可邀請至衛生所同仁分享。同意這種模式的占 47.7%，尚可的占 43.9%，不同意僅占 8.3% (表 4-2)。

大致上，衛生所護理人員能接受此工作模式，唯在行政業務辦太多的情況下，專業工作的推展大打折扣，故建議行政業務應以具備專長者，如會計、總務等人員跨衛生所的兼任(表 4-3)。表 4-3 係由衛生所護理人員在說明會或問卷的開放性問題的建議而成。換言之，各縣市在衛生所的人力配置均約有數個行政人員擔任總務、會計等業務，無法每個衛生所有一個專職會計或總務。故建議行政人員不僅擔任一個衛生所的總務，而是數個衛生所，以實際工作量決定兼辦衛生所數。如此行政業務由行政專業人員擔任。事實上，在執行總務、會計、人事時有許多法規須注意，但護理人員在不知情的情況下，常觸法而不自知，故行政工作回歸行政人員，以跨衛生所方式兼辦將可提升行政效率與品質。

提供專長諮詢應可列入 PHN2 或 PHN3 的訓練課程內，如此亦可提升衛生所護理人員執行的意願。衛生所在衛生局指導下，並結合區域內資源，如地區醫療診所或護理診所(專科護理師所開設的)及 IDS 醫療機構(其護理人員以專科護理師為主)區域外資源如學術/研究機構及學會等提升衛生所護理人員專業能力及衛生所照護品質。而衛生所內護理人員可分為三等級，並分別以個案、團體、社區為重，只是比

例上有所不同(圖 4-2)。但此並不是做為工作分配惟一的根據，也不是說 PHN3 就不照顧個案。而是說 PHN3 除個案照護，能以更廣的層面評估問題。也不是說 PHN1 在工作分配上就不用以「社區」的角度或層面思考或評估，而是執行上 PHN1 可能是需要督導或協助的，而其比例在「社區」的層級上宜較少。但事實上護理主管應可依據原則靈活運用。

工作模式必須搭配衛生所護理人員的進階制度及專長訓練，才能提升衛生所護理人員的專長能力進而能提供具有專長能力的照護。過去我國建立衛生所的「綜合保健」做為衛生所工作模式，也行之有年，美中不足是衛生所護理人員的專長未培養。對衛生所護理人員而言只是負責的主辦業務，並無法確認自己在此業務或領域是專家，以致於在民眾面前或專業團隊無法樹立 specialist 的角色功能，即使是 generalist 也很難樹立。故建議衛生所護理人員長程培育計劃應朝此方向。也讓我們衛生所護理人員可與世界同步。我國雖然早在 83 年即由台灣護理學與衛生署共同制訂「華民國公共衛生護理實作標準」(台灣護理學會社區護理委員會，1994)，近期也有台灣護理學會的「社區衛生護理人員標準與工作範疇」(台灣護理學會，2005)。可惜的是應用也不夠廣泛，其內涵也未提及工作模式與進階教育制度，但其能力指標也有多處可應用。

此模式對現行制度稍加提升是較容易執行的，而衛生所護理人員也相當能接受(表 4-3)，可以提升衛生所護理人員的價值。當然也有一些反對的聲音，不過在新制度的建置過程中難免會有反對聲浪，而這些可能與本身利益受損或自己的資格不符有關，例如：教育程度(大學畢)、臨床經驗的要求(本身沒有臨床經驗)等，故如何讓現職人員達到此要求，應有銜接的措施。銜接措施亦有人稱為落日條款。表 4-12, 4-28 中所提落日條款，對目前現職人員應有較易執行的方法，例如以年資及主管的建議直接接受該等級的訓練課程後，例如十五年者也許直接接受 PHN3 訓練課程後審核，通過者即 PHN3。另外，應可在教育程度與臨床經驗上加強，例如所有的衛生所護理人員在民國 100 年前一定要完成進階制度。對於現職人員由同儕(2 位)、護理長、主任及衛生局主管等五位組成審核團，共同確認申請者目前可申請的等級，即與確認，並提供建議應須接受何種訓練。由初步核定後，即由此階(PHN2 或 PHN3)開始進階。而本計畫所規範的應是對所有新進人員，建議由中央行文或制定「偏遠地區衛生所護理人員任用條例」等方式要求進入偏遠地區衛生所服務的護理人員應具備大學畢與臨床經驗 2 年等資格，並已接受公共衛生護理基礎訓練。如此無論是採何種方式進入衛生所工作均應須具備同樣的資格。

表 4-1 衛生所護理人員之專長群組及其主辦業務範圍與訓練課程建議表

名稱	建議主辦業務範圍	課程內容
公衛基礎照護專長	<ol style="list-style-type: none"> 1.衛生教育(以個案為主) 2.中老年及慢性病防治 3.巡迴醫療 4.醫療門診 	<ol style="list-style-type: none"> 1.公共衛生護理相關法規與政策(2) 2.衛生教育理論與實務(6) 3.生命統計與流行病學(6) 4.健康計畫之規劃、執行與評價(6)
婦幼專長	<ol style="list-style-type: none"> 1.優生保健 2.幼兒保健 3.青少年保健 4.聽力篩檢 5.學校衛生 6.新家計個案管理 7.早期療育 8.視力保健 9.口腔保健 10.更年期保健 	<ol style="list-style-type: none"> 1.婦幼衛生相關法規(2) 2.婦幼個案管理(4) 3.婦幼衛生(4) 4.婦幼篩檢與照護(4) 5.多元文化(2)
傳染病照護專長	<ol style="list-style-type: none"> 1.預防注射 2.傳染病防治及疫調 3.性病、愛滋病防治 	<ol style="list-style-type: none"> 1.傳染病防治相關法規(2) 2.傳染病患者個案管理(2) 3.傳染病照護需求(4) 4.疫情爆發管理(2) 5.預防注射原理技能(6)
社區專長	<ol style="list-style-type: none"> 1.整合式健康篩檢 2.社區健康評估 3.社區健康營造 4.乳癌防治 5.直腸癌防治 6.口腔癌防治 7.子宮頸癌防治 	<ol style="list-style-type: none"> 1.社區的健康問題與需求(2) 2.群體健康診斷排列執行優先次序(2) 3.健康計畫與評值成效的指標(4) 4.健康計畫的技能(4) 5.高危險群體的篩檢策略(4)
緊急救護專長	<ol style="list-style-type: none"> 1.緊急醫療救護後送 2.IDS 業務 3.長期照護業務 4.在宅醫護及居家護理服務 	<ol style="list-style-type: none"> 1.緊急救護相關法規(2) 2.緊急救護政策與執行現況(2) 3.急救護團隊角色與功能及其相關資源(4) 4.居家護理技術、個案管理(4)
精神照護專長	<ol style="list-style-type: none"> 1.精神及心理衛生個案管理 2.自殺防治 3.家暴及性侵害防治 4.職業衛生業務 	<ol style="list-style-type: none"> 1.精神照護的法規、政策(2) 2.社區精神病患個案管理(4) 3.社區常見精神病患的照護(6) 4.社區民眾心理衛生(4)

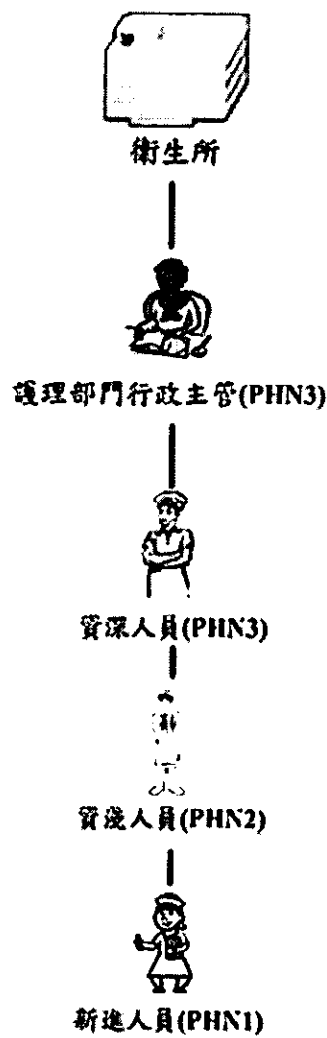


圖4-1 公共衛生護理人員訓練規劃

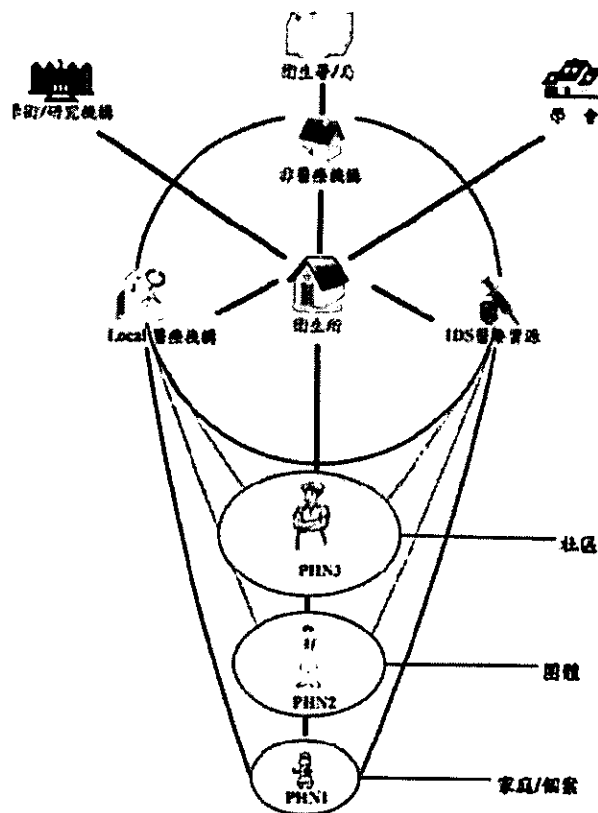


圖4-2 特殊專長護理師相互支援

表 4-2 基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員護理工作模式統計表 (N 264)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
護理工作模式	17 (6.4)	109 (41.3)	116 (43.9)	19 (7.2)	3 (1.1)

1-5-1	公共衛生工作為一複雜的專業工作，因此所需的護理人員所需具備的專業知識是更多面性的在此條件下應強調護理人員基本的知能及技術，是應該再轉任公衛護理人員前要具備(應有地區或區域醫院以上的工作經驗)【102】
1-5-2	目前是以主辦業務加地段管理(綜合護理)為主的工作模式，要如何劃分成社區、團體、家庭/個案?會不會有重疊處，很多護理人員在意的是工作分配清楚、有具體的責任工作範圍。【115】
1-5-3	希望在現有的工作業務範圍內，做出可以送審的資料，不需額外準備，這樣可以節省重複做功，亦可以交辦事項的效率提升。【308】
1-5-4	進入公衛必須具臨床護理實務一年以上、台灣學歷已提升大學，因此大學學歷是必須大學畢業、公共衛生護理由證照制改由考試制避免。【405】
1-5-5	公共衛生的專業度需要更提升，讓民眾認知中的專業能力更清楚、更清晰。【116】
3-3-1	提升大家的一個價值啦!
3-3-2	就是說護理人員的能力進階是好事，因為對自己的能力是一種認證，在職業上面，也是一種對病人也是一種服務品質的保證。
3-3-3	我相信在座的很多學姐他們一定對他們自己執業的內容到底什麼可行、什麼不可行...沒有一定的依據，甚至於說工作手冊來做標準，所以剛才大家講說~自主性在哪裡?我們的專業性在哪?我覺得這個才是最大的問題耶!
3-2-6	看到老師的計畫時候，覺得希望就在眼前，已經服務 30 多年，公衛跟臨床一比，我們一定是在下面，人家的看法是這樣。
3-2-7	基本上很認同進階，我剛進去衛生所好像打雜的，好像衛教什麼都是免費的，一點專業也沒有，花了一年多的時間問到底公共衛生護理人員的的價值是什麼?
1-5-6	(1)在衛生所護士如何加強本身的專業能力，職級永遠比別的同仁低，同樣有師級的證照，但卻無法升師三級。(2)衛生所的護士真的要什麼都會，檢驗師請假我們可以職代，代抽血，藥師請假，我們可以職代，在醫師監督下可以包藥，但我們請假，他們卻不能職代，因不會打針。但我們是士生級，他們是師級。(3)做再多被重視的感覺都沒有。地方、政府為省經費犧牲我們，無力、無成就感，規訓很好，但在不重視我們的情況下，難執行。【408】
1-5-7	所有進階都建議具備臨床經驗，無非是抹殺了從一畢業就踏進公衛領域的我們，進而給現在任職於醫院的護理人員更大的發展空間。頗有乞丐(將要)趕廟公的意味!【301】
1-5-8	公衛護士 cover 太多行政工作，現在的工作模式反而是本末倒置，若有新的工作模式以護理工作為主是好的，但適用於現況嗎?會不會反而增加公衛護士額外的工作量?【103】
1-5-9	考核制度由誰主管，中央? 衛生局? 科室? 衛生所主考人員?主任?護理長? 門檻升高，錄用人員縱然是來自各大醫院臨床優秀人員，但缺乏在地性，新進人員不斷進修人力缺乏之下，如何推動業務?【113】
1-5-9	行政工作如主計、出納、總務應有專責行政人員辦理。【55107】
1-5-10	業務需減量【96102】
1-5-11	因地制宜，每個環境與地區所有的資源分配與專業提升不同，齊頭式要求與評比，對鄉下不公平。【95005】

(貳) 公共衛生護理人員的進階制度草案

草案 PHN 三級能力區分內容明列於表 4-4，在問卷上，衛生所護理人員同意分成三級進階制度者超過五成，三成的衛生所護理人員是「尚可」，僅有一成五表示不同意(表 4-5)，而在意見表達上(表 4-6)研究對象提供許多建議，對於執行上須注意的事宜，例如缺額的問題。事實上，進階制度是否與工作分配直接劃上等號是有待商榷。目前現階段不宜，建議進階制度執行有成效時，再視實際現況調整。

Donabidian 的評價模式中包括評價三種指標即結構(structure)、過程(process)及成果(outcome)。若考核/評價只注重成果，而不考慮執行者的執行過程，是如何執行是危險的。三種指標也許成果是重要的，但亦需有適當的結構與過程評價才能獲得好的品質管理(表 4-6)。故建議應深入了解考核指標在結構面與過程面的適當性。

草案 PHN 三級的名詞定義明列於表 4-7，在問卷上，衛生所護理人員同意者約占六成，尚可者占二成五，僅有約一成五反對(表 4-8)，而在意見表達上(表 4-9)研究對象衛生所護理人員在資格上有人建議嚴格、有人建議年資縮短，故草案也許可考慮 1 年、2 年、3 年或不限制年資只要能修完課程完成審查即須可進階資格。另一方面，新進人員任用，應可由中央建議任用標準(例如：具臨床經驗二年以上及大學畢)，並列入衛生局考核指標，以建議縣市政府尊重專業。以台北縣而言，即是很好

的範例有一定的人員進用標準與升遷辦法。臨床能力對偏遠地區尤其有執行醫療門診業務的衛生所而言是非常重要的，不僅衛生所護理人員本身較能執行急救業務，對個案而言也是較能提供適當的照護(表 4-10)。雖有反對，但基本上多數贊同。

表 4-11 呈現本草案所規劃之偏遠地區衛生所護理人員角色範疇，包括角色功能、資格、建議工作範圍。表 4-10 顯示約六成衛生所護理人員贊同也是二成半左右表示尚可，不到一成半是反對的。而在意見表達上(表 4-12)，衛生所護理人員關心的是臨床經驗及教育程度，另一方面，落日條款也是關心重點之一。

表 4-4 山地離島偏遠地區衛生所護理人員的三級能力區分表

職級	能力區分
PHN1	衛生所的基礎公共衛生護理 個案管理以家庭為基礎 主辦業務的落實執行
PHN2	以團體為基礎的健康照護。 結合社區居民健康需求執行主辦業務 指導護生
PHN3	以社區為基礎的健康照護 連結社區資源執行主辦業務的創新 指導新進人員與 PHN

表 4-5 基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級統計表 (N 274)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
PHN1 (n 265)	20 (7.5)	125 (47.2)	74 (27.9)	32 (12.1)	14 (5.3)
PHN2 (n 263)	21 (8.0)	121 (46.0)	74 (28.1)	32 (12.2)	15 (5.7)
PHN3 (n 265)	20 (7.5)	122 (46.0)	76 (28.7)	32 (12.1)	15 (5.7)

表 4-6 基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三階之建議表

2-3-1	公共衛生工作一直強調可將健康觀念行為帶入社區，但現今工作除各衛生單位臨時交辦事項陸續增加外，尚有額外的行政工作，如此一來就更加重護理人員的工作，建議能規定工作內容，做有效分配。【102】
2-3-2	進階制度很不錯，可是若護理師沒缺額，即使考到 PHN2、PHN3，職稱上仍是護士。如果能把行政工作給行政人員做，我想應該會有很多人會參加 PHN 進階制度，否則只是增加 loading 痛苦罷了！【103】
2-3-3	能力與職稱津貼不相等，無法公平待遇。【107】
2-3-4	雖層級分級，但實質業務量卻是沒有區別，造成薪資高低明顯，工作量卻是沒有分別呀？那是否變相成錢多的工作也要增加呢？【112】
2-3-5	通常衛生局在意要求的是任務目標數達成，至於所內職責如何劃分 don't care。【115】
2-3-6	與實際任用人數之基本要件不符，比如語言溝通、文化背景，故同意但都不適用於目前縣市長的任用人員條件。【205】
2-3-7	適合由未來新進人員開始適用條例。【303】
2-3-8	若公衛護理人員進階可對我們現職人員角色定位有幫助。【319】
2-3-9	N1 就應大學畢業。【405】
2-3-10	採進階分成三級，但目前衛生所未實施分級進階制度。【55618】
2-3-11	因衛生所人員流動性大且業務量大層階分得太清楚易推卸工作及不易掌握反而無法完成衛生署、國健局、衛生局交辦工作。【95604】
2-3-12	工作之餘，進修是好的，但此草案對護理人員(偏遠)非常困難，資格也不易取得，而很多計畫均是上級在寫，但實行是下層單位，都沒想過對下層單位的可行性。【95302】

表 4-7 山地離島偏遠地區衛生所護理人員 PHN 三級的名詞界定表

基礎人員(PHN1)	衛生所工作滿一年，完成 PHN1 基礎公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN1 審查合格者，能執行公共衛生護理基本照護及個案管理者。
進階人員(PHN2)	衛生所工作滿三年以上，完成 PHN2 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN2 審查合格者，能參與執行並負責規劃以團體為基礎的照護。
資深人員(PHN3)	衛生所工作滿六年以上，完成 PHN3 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN3 審查合格者，能執行並負責規劃以社區為基礎的照護。並有教學及協助衛生所品質改進之能力。

表 4-8 衛生所護人員對進階制度(名詞界定)統計表 (N 274)

項目	非常同意 n %	同意 n %	尚可 n %	不同意 n %	非常不同意 n %
PHN1 (n 265)	26 (9.8)	136 (51.3)	61 (23.0)	31 (11.7)	11 (4.2)
PHN2 (n 265)	27 (10.2)	128 (48.3)	68 (25.7)	32 (12.1)	10 (3.8)
PHN3 (n 266)	29 (10.9)	127 (47.7)	67 (25.2)	33 (12.4)	10 (3.8)

表 4-9 名詞界定(PHN1、PHN2、PH3)之建議

2-6-1	PHN2 一定要具護理師證書。【107】
2-6-2	PHN 的臨床能力必須在進入衛生所時就要擁有。【409】
2-6-3	PHN1 升 PHN2 能否依其臨床經驗及工作表現替代衛生所年資，例如急重症病房年資五年換一年衛生所年資，讓有能力的人可以儘早升遷為護理師帶領同仁往前邁進。【213】
2-6-4	應縮短年資，但具備資格可從嚴。【405】
2-6-5	衛生所護理人力不要採現行進用模式，改為高普考進用，以現行須動用人力背景才能進來，進而影響素質及政治力介入，強烈影響工作士氣。【407】
2-6-6	同在船上，只有船長之分，其他名詞應該無意義呢？【112】
3-2-8	完全沒有經驗進到衛生所會覺得很累，特別是像山地鄉有 IDS，沒有經驗會很累。
2-6-7	分級制度願能因地制宜，能力分級在接辦業務上，是否導致有能力的所有重擔將落在特定人的身上。【55610】
2-6-8	護理工作也依 PHN3 實際職稱來分配公衛工作，非以抽籤分配。【54405】
2-6-9	PHN2：六年以上；PHN3 十年以上。【95005】
2-6-10	有基本能力、專業素養對工作有品質、能力。【96302】

表 4-10 山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇統計表

(N 274)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
角色功能(n 266)	27 (10.2)	132 (49.6)	70 (26.3)	29 (10.9)	8 (3.0)
資格 (n 266)	23 (8.6)	126 (47.4)	74 (27.8)	32 (12.0)	11 (4.1)
工作範圍(n 267)	25 (9.4)	127 (47.6)	75 (28.1)	32 (12.0)	8 (3.0)

表 4-11 山地離島偏遠地區 PHN 護理人員的角色範疇

職稱	角色功能	資格	建議工作範圍
PHN1	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護	1.通過 PHN1 課程認證。 2.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿一年。	1.承擔衛生所的業務(地段)上行政工作。 2.承擔地段內病患與家庭的基本照護、預防保健等業務。 3.以家庭為中心的個案管理。 4.運用社區健康照護技能執行主辦業務。
PHN2	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護，執行團體的健康計畫和參與緊急救援，並支援(指導)聯結衛生室(地段)共同執行健康計畫	1.通過 PHN2 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書， 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿三年。	1.承擔衛生所的業務(地段內)上行政工作。 2.承擔地段內的病患與團體基本照護、預防保健等業務。 3.與其它地段(或其他衛生室)聯結，共同執行以團體為基礎的個案管理及執行地段或社區的健康計畫，以完成符合社區民眾需求的主辦業務。 4.協助擔任 PHN1 的 mentor
PHN3	能承擔衛生所社區內預防保健之規劃與執行，帶領緊急救護之規劃與執行，及資源聯結(跨團隊、跨區域)以執行衛生所業務	1.通過 PHN3 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書。 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿六年	1.協助或承擔衛生所的行政工作。 2.承擔轄區內的社區基本照護、緊急救護、預防保健等業務。 3.與其他衛生所的護理業務做適當的資源聯結，以提供優質健康服務。 4.擔任 PHN 的 mentor

2-11-1	若日後新進的 PHN，可否直接強制規定一定要有臨床工作經驗才能達到公衛領域，因為在山地離島區緊急醫療的能力是必須的，而不是到公衛再來學緊急醫能力。因為很多公衛前輩是沒有臨床經驗，先把自己準備好再進入公衛，否則先進也是教的 2266。【103】
2-11-2	請問如何落實?落日條款十分重要，一個新制度的推出希望帶來的是美意是幫助，切勿變成公衛護理人員的負擔及困擾。【115】
2-11-3	目前公共衛生護理人員兼辦太多業務，是否可先將總務、人事、會計等業務先排除，再來訂定工作範疇。【301】
2-11-4	資格：直接寫為須大學畢，以提升社區護理人力品質。【407】
2-11-5	定期急救訓練即可，不須具 2 年急重症經驗，因急救知識會經常更新，學最有效的急救方法才是上策。【55617】
2-11-6	應規定在山地離島偏遠地區應工作多久才可調動，否則淪為新生訓練所。【54405】
2-11-7	資格認定不一定需在醫院服務，醫院專業與實地基層方向同，但目標不同，基礎課程在學校已修過。【95008】
2-11-8	衛生所工作無法以此類分法執行，因工作多且人力不足。【96103】
2-11-9	日後山地離島偏遠衛生所護理人員晉用資格，納入參加公務人員考試，嚴選考試資格並接受進階制度才有可能達成。【95604】

表 4-13 到表 4-15 呈現本草案所規劃各級護理人員在基礎能力、專業能力、管理能力上所具備與達成的訓練目標，在基礎能力方面，訓練目標包括文化知覺、溝通與合作、倫理素養、責任感與判斷力等五項對各級人員(PHN1~PHN3) 均有層次上要求的不同。在專業能力方面，則以問題解決的步驟為訓練目標，其內容包括評估與分析、規劃、執行與指導、評價與品質保證等四項。許多文獻均呈現 PHN 在此方面應加強，而我國 PHN 也是可以多加強的。第三項是管理能力，包括業務的管理與推展、資源管理與連結、健康危機管理、災難護理及諮詢與輔導等五項。其規劃的方向參考較多的是日本的公共衛生所護理人員訓練計畫及

美國並加入我國特殊的文化性。其在三個衛生所護理人員層級的深度與專業性是越高等級(PHN3)要求越細，其照護範圍也亦以社區為主。基礎能力係指衛生所護理人員基本應具備的素養。專業能力係指衛生所護理人員的直接照護能力，無論對象是個案、家庭或社區，管理能力係因無論哪一層級的衛生所護理人員均多少涉及管理及偏遠地區特有的業務等，故在管理能力上期能訓練衛生所護理人員，有較佳的業務、資源、健康管理的能力。表 4-16 顯示同意者約有七成以上，尚可的約二成半，不意的不到一成。表 4-17 顯示，研究對象所呈現的建議：鼓勵在地人回鄉服務故應優先錄用。在三個能力的訓練目標研究對象較少表達意見。在地人回鄉服務方面，應可搭配原住民及離島地區醫事人員養成計畫，公費生的訓練，在護理人員方面，建議可增加名額，考試資格上在語言方面可考慮列為科目之一，以提升未來返鄉服務當地居民的服務深度上是較有優勢的。

表 4-17 顯示自殺個案對衛生所護理人員是需要諮商專業人員輔導，也許可進一步探討。衛生所護理人員在照護自殺與精神病患是比較薄弱的。事實上，目前也有一些精神科臨床護士轉任公共衛生護理人員，這些護理人才均是很好的具有專長的公共衛生護理人員，他們也可提供其他衛生所護理人員適當的諮詢，各縣市衛生局所只要有少數的公共衛生護理人員具有此資格，在專長的相互資源，應可協助減輕公共衛生護理人員在照護自殺或精神病患時的壓力。

表 4-18、4-19 呈現衛生所護理人員訓練重點包括演講式/座談的課程大綱、實作課程、衛生所特色課程的內容。換言之，每一層級的衛生所護理人員均涵蓋此三大部份，授課的內容須可達成訓練目標(表 4-13~表 4-15 的內容)，也均包括公共衛生的基礎課程，例如基礎衛生統計、流行病學、法規、衛生教育、行為理論等，期衛生所護理人員能具備這些核心知識與技能。

在表 4-20 顯示進階教育的執行建議函授與實作並重，對於衛生所護理人員確實一再表達目前交辦業務繁雜的，實需調整並明定工作內容，並由中央主管機構的單一窗口管理，確實目前是承接許多單位的業務，例如：國健局、疾管局等最後均由衛生所護理人員執行，到最後就是衛生所護理人員無法釐清自己的角色功能，這是非常可惜的。

表 4-13. 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標－基礎能力

等級	文化知覺	溝通與合作	倫理素養	責任感	判斷力
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區健康 -理解公共衛生護理的使命感(我願意) -尊重文化的多元性及其重要性 -理解當地語言能做初步溝通 -能對尊重當地文化並依此進行健康評估 	<ul style="list-style-type: none"> -以書面和口頭的有效溝通及清楚說明 -有效的傾聽 -與個案形成夥伴關係並充能夥伴 	<ul style="list-style-type: none"> -尊重個案隱私權 -擁有工作倫理觀 -主動配合業務之執行 	<ul style="list-style-type: none"> -對工作有責任感、對自我業務盡責執行 -執行個人在團隊的職責 	<ul style="list-style-type: none"> -主動搜尋資料解決問題 -確認資料之正確性 -能對不清楚的業務發生質疑 -能對個案健康照護事宜思考最適策略 -能正確辨別業務/個案的異常情形，並能報告主管做適當的處理
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -關懷團體的健康 -公共衛生護理使命的內化 -能以當地語言並落實於當地文化情境進行健康行銷 -推動各項健康議題均能考量當地居民的文化差異 	<ul style="list-style-type: none"> -能參加團體並帶領小組討論 -與團體形成夥伴關係並充能夥伴 	<ul style="list-style-type: none"> -創新主辦業務之執行方法 -各項資料使用的倫理觀 -能發覺倫理異常議題 	<ul style="list-style-type: none"> -能有效率與有品質的在限定期內完成業務的目標 	<ul style="list-style-type: none"> -能搜尋實證的最佳健康促進策略 -能對團體健康問題分析可能原因，並創新改善策略 -能提早辨別業務/團體的異常情形，並能報告主管做適當的預防措施
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區的健康，並領導實踐公共衛生護理的使命感 -對社區內不同文化群體發展合適健康計畫 -發展具當地文化特色的健康計畫與評價指標 -指導 PHN1 & PHN2 尊重當地文化的策略 	<ul style="list-style-type: none"> -倡導公共衛生計畫 -與社區形成夥伴關係並充能夥伴 -發展談判與協商的技巧 	<ul style="list-style-type: none"> -創新主辦業務之執行方法 -能指導 PHN 倫理異常事宜的因應 	<ul style="list-style-type: none"> -確實理解衛生所護理業務的職責並能帶領 PHN 執行的 	<ul style="list-style-type: none"> -能以實證資料發展本土化健康策略 -能對社區健康問題分析可能原因並帶領提出改善策略 -能快速正確辨別業務/社區的異常情形，並能做適當的處理

表 4-14. 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標－專業能力

進階等級	評估&分析	規劃	執行&指導	評價與品質保證
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練家庭評估 -依所收集的質、量性資料分析個案健康問題 -評價並正確使用所收集的資料 -能知覺社區健康評估 -能理解主辦業務對當地居民的健康影響 	<ul style="list-style-type: none"> -具健康方案規劃的概念 -規劃個案健康計畫 -搜尋實證的個案照護新知 -發展合宜的策略：如健康教育、健康促進等 -以實證基礎初步檢視個案照護計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -決定適當的行動與時機 -有計畫的、有效的執行健康計畫 -與個案分析健康計畫的適當性與成效 	<ul style="list-style-type: none"> -識別過程與成效指標 -能設定個案照護的評價指標與成效 -能理解與執行社區健康計畫 -能如期完成主辦業務的推動
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練團體需求評估 -依所收集的資料分析團體健康問題 -生物統計 	<ul style="list-style-type: none"> -能規畫團體的健康計畫 -能明列健康計畫時程 -能將主辦業務融入地段/團體健康的需求 -能以實證基礎檢視團體照護計畫，並給予改善建議 -能評價計畫成效 -能提供諮詢：有效行銷 -成本效益分析 -能參與研究調查 	<ul style="list-style-type: none"> -積極執行團體健康計畫與評價指標 -能執行突發應變計畫 -能將團體健康計畫的執行策略與主辦業務連結 -發展照護團體的健康教育與健康促進的策略 -能透過主辦業務，解決居民健康問題 	<ul style="list-style-type: none"> -能發展團體健康計畫的評價指標 -能評價團體健康計畫的成效 -與他人建立夥伴關係共同執行已確認的計畫。 -能有效管理各項業務的推動 -能訂定各項計畫的管理指標與時程
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練社區評估 -依所收集的資料分析社區健康問題 -選擇公衛議題以改善社區居民健康狀況 	<ul style="list-style-type: none"> -將政策轉換成衛生所的計畫與方案 -能提出符合當地需求的社區健康計畫 -能以實證基礎檢視社區照護計畫 -能領導 PHN1 & PHN2 共同以實證 	<ul style="list-style-type: none"> -發展執行政策的計畫並能輔導執行 -發展主辦業務的創新策略 -將主辦業務與社區健康需求結合提出社區健康計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -持續檢討與修正 -評值社區健康計畫對社區居民健康的改善成效 -持續評值以提出創新策略健康計畫 -能有效管理社區各項業務的推動

	-設定排序之標準	步驟發展健康計畫 -參與政策的形成:瞭解現行的社會與健康政策 -能主導研究調查以建立社區健康需求	-能輔導 PHN1 & PHN2 具體執行主辨業務且符合社區民眾需求的健康計畫	-能輔導 PHN1 並訂定各項計畫的管理指標與時程 -能輔導 PHN1 進行主辨業務的創新
--	----------	--	---	--

表 4-15.山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標－管理能力

等級	業務的管理與推展	資源管理與連結	健康危機管理	災難護理	諮詢/輔導
PHN1	-深入理解主辨業務的學理依據 -完成主辨業務的執行	-地、段資源的搜尋與建置 -評價地、段資源的可利用性 -主動支援社區活動 -連結地、段資源	-具備健康危機管理的評估技能 -能具體提出改善策略	-能參與災難救護訓練課程 -能配合執行緊急救護 -能評估個案與地、段的健康危機 -具備健康危險識別知能	-負責個案的諮詢與輔導
PHN2	-協助指導 PHN1 的主辨業務 -主辨業務融入地、段/社區健康需求	-社區資源的建置與連結 -與社區資源共同執行健康計畫 -資源活化與整合	-具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以減輕危機所造成的傷害	-能參與規劃災難救護訓練課程 -能執行緊急救護行為 -能敏感評估團體與地、段的健康危機	-負責團體個案的諮詢與輔導 -指導 PHN1 業務的進行 -指導護生學習公共衛生護理事宜
PHN3	-主動規劃社區健康需求的主辦業務 -主動建議/建立適合的主辦業務評價指標	-開發與充實社區資源 -參與健康議題 -連結/協助社區資源 -發展社區健康計畫	-具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以預防健康危機的發生	-能負責規劃災難救護行動與訓練課程 -能領導執行緊急救護行動 -能敏感評估社區的健康危機並提出改善計畫以減輕傷害的發生	-負責社區方案的諮詢與輔導 -指導 PHN1 & PHN2 業務的進行 -指導護生學習公共衛生護理事宜

表 4-16.山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標統計表 (N 274)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
基礎能力 (n 267)					
文化知覺	45 (16.9)	140 (52.4)	62 (23.2)	18 (6.7)	2 (0.7)
溝通與合作	50 (18.7)	138 (51.7)	62 (23.2)	15 (5.6)	2 (0.7)
倫理素養	49 (18.4)	142 (53.2)	60 (22.5)	14 (5.2)	2 (0.7)
責任感	57 (21.3)	135 (50.6)	61 (22.8)	12 (4.5)	2 (0.7)
判斷力	52 (19.5)	140 (52.4)	61 (22.8)	12 (4.5)	2 (0.7)
專業能力					
評估與分析 (n 266)	51 (19.2)	124 (46.6)	75 (28.2)	14 (5.3)	2 (0.8)
規劃(n 267)	51 (19.1)	122 (45.7)	76 (28.5)	16 (6.0)	2 (0.7)
執行與指導(n 267)	49 (18.4)	127 (47.6)	74 (27.7)	15 (5.6)	2 (0.7)
評價與品質保證(n 267)	47 (17.6)	128 (47.9)	74 (27.7)	16 (6.0)	2 (0.7)
管理能力					
業務的管理與推展 (n 267)	49 (18.4)	135 (50.6)	68 (25.5)	13 (4.9)	2 (0.7)
資源管理與連結(n 267)	49 (18.4)	133 (49.8)	68 (25.5)	15 (5.6)	2 (0.7)
健康危機管理(n 267)	51 (19.1)	132 (49.4)	68 (25.5)	14 (5.2)	2 (0.7)
災難護理(n 265)	44 (16.6)	133 (50.2)	68 (25.7)	18 (6.8)	2 (0.8)
諮詢/輔導(n 264)	44 (16.7)	135 (51.1)	65 (24.6)	18 (6.8)	2 (0.8)

表 4-17.山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標之建議

基礎能力	
2-14-1	加強人文素養及職場倫理素養。【114】
2-14-2	最好在地人能有名額在地服務。【413】
2-14-3	有的目標不具體，不易執行【55617】
3-2-3	要認識文化第一個語言沒法溝通的話無法進入文化，在工作的執行上就會有阻隔，希望有母語上的認證。
管理能力	
2-14-4	諮詢/輔導能覺得應由專業人員擔任，例如：輔導自殺病人。【103】
2-14-5	有些護理長在基礎能力、管理能力各方面表現的很差，但她們就能獨享這樣的雙重福利(護理長加級及師二級加級)，對於其他有師級的同仁，很不公平。【96601】

表 4-18.山地離島偏遠地區基層護理人員臨床專業能力訓練重點(課程大綱)

職級	演講式/座談	實作	衛生所特色課程
PHN0 ↓ PHN1	<ol style="list-style-type: none"> 1. 公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 個案管理、家庭評估及照護策略 3. 社區健康評估概論(夥伴關係、充能) 4. 有效的溝通，資料搜尋技巧 5. 當地社區資源 6. 法律、倫理與護理(公務人員法、傳染病法、護理人員法等介紹及公共衛生照護之倫理情境)。 7. 緊急救護概論&危機管理概論 8. 健康照護品質概念介紹(實證概念)、健康計畫管理。 	<ol style="list-style-type: none"> 9. 家庭健康問題分析與處理。 10. 主辦業務的問題分析與處理。 	<ol style="list-style-type: none"> 11. 鄉鎮部落的本土相關課程(常用語、文化等)
PHN1 ↓ PHN2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 進階公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 以團體為基礎的健康計畫與執行 3. 社區健康評估概論 4. 溝通與協商，實證資料的搜尋 5. 社區資源的連結 6. 護理與法律、倫理議題(醫療糾紛案例討論、常見法律問題解析)。 7. 緊急救護的執行技巧&危機管理 8. 製定照護標準的技巧、健康計畫管理。 9. 流行病學的應用 	<ol style="list-style-type: none"> 10. 高危險個案群的團體照護(以理論評估團體各層面的需求)。 11. 主辦業務的創新與計畫。 	<ol style="list-style-type: none"> 12. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康議題等)
PHN2 ↓ PHN3	<ol style="list-style-type: none"> 1. 資深公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 社區資料的分析與問題的確立，健康計畫的規劃與評價，並評價指標的設立與執行 3. 發展健康政策的技巧 4. 資源的開發與運用。 5. 健康危機管理的規劃與執行。 6. 衛生所護理業務的目標與運作 7. 談判、協商與調整、決策力 8. 緊急救護的醫療團隊觀 9. 護理與法律、倫理議題(提出醫療糾紛案例討論並發掘解決方案) 10. 持續性帶領健康照護品質改善之執行方法、社區健康計畫管理。 	<ol style="list-style-type: none"> 11. 以社區或地段執行社區健康評估與問題確立 12. 發展健康政策的技巧(融入主辦業務) 	<ol style="list-style-type: none"> 13. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康計畫等)

Ps. 實作與衛生所特色課程均以受訓人員的案例為佳並以案例分析、PBL 等以學習者為中心的教學方式進行。

表 4-19 山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)統計表 (N 268)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
演講式/座談	32 (11.9)	143 (53.4)	76 (28.4)	15 (5.6)	2 (0.7)
實作	54 (20.1)	133 (49.6)	63 (23.5)	15 (5.6)	3 (1.1)
衛生所特色課程	57 (21.3)	135 (50.4)	61 (22.8)	13 (4.9)	2 (0.7)

表 4-20. 山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)之建議

2-17-1	請增修誘因，對於交辦事項已達負荷。【308】
2-17-2	是否考慮函授課程+實作。【414】
2-17-3	主辦業務的創新、發展健康政策在現今政府的政策應該執行及主管機關交辦的工作下，業務繁雜，相信實作的部份是有其困難的。【116】
3-2-4	衛生署沒有幫我們爭取編制
3-2-5	目前衛生所的狀況，醫療占 70%，這個制度實施後，如何平衡保健業務跟醫療怎麼拿捏？
2-17-4	希望實作課程以外的資料可放在網路線上學習，可學分認證且多次複習。【55617】
2-17-5	案例分析、寫作(計畫撰寫、提稿)很好。【55618】

表 4-21 呈現衛生所護理人員進階的晉陞指標，包括訓練時數及在基礎能力、專業能力與管理能力所應具備的能力指標。另外亦說明審查的文件及方式。期望能以實作培育衛生所護理人員問題解決的能力。三個進階的訓練時數是 150 小時係搭配護理人員繼續教育學分要求。審查文件以社區實務作業為主。

表 4-22 顯示在晉陞指標方面，同意者約占七成，尚可者約二成半，不同意者未超過一成。其中審查與審查方式反對的較多各占 12.4%及 11.9%。在意見的表達上(表 4-23)，護理人員對於上課費用與

認證費用有較多的擔憂。另一方面是離島方面上課機會不多，故建議整合資源與學會或學術機構等合作，共同舉辦課程，以利學習者節省交通時間。事實上，當地資深人員培育成師資也是可以努力的策略之一。對於受訓課程經費補助是有其必要性，尤其在初期鼓勵階段，針對偏遠離島地區更有其必要性。並且多元授課方式，也是應注意。受訓課程 40%是理論，60%是實務，這是相當不錯的意見，關於資格審查均可由衛生署指定且符合資格的學會承擔。配套措施是相當必要的，只是如何突破現況，應有更積極的做法(表 4-23)，護理師全面占缺也是可行的方案，需再思考落實的技術問題。

表 4-24 是配套措施也是鼓勵護理人員參與進階制度的誘因，目前增加的應是津貼如何分等級，而不是全部一樣的補貼，由於是公務人員津貼受法規的規範，職等也受法規的規範，要突破實有很大的挑戰。但若沒有誘因，衛生所護理人員主動參與進階的可能性很低。除非，有法規規範參與進階是衛生所護理人員必要任務。表 4-25 即從考核方面進行要求不只個人，也將此列入衛生局、所的考核項目。

表 4-26 顯示，衛生所護理人員贊同者約占六成，尚可者約三成，不同意者約占一成。從意見的表達上(表 4-27、4-28)。有贊成、有反對，表 3-30 提到臨床醫療放入考核指標。事實上，與臨床醫療相關的課程已融入課程，而考核指標並不分醫療或其它。主題的選定應由當事者決定。至於訓練課程是否能延長居民的平均餘命(表 4-28 中

2-25-5 小項)是非常好的建議，未來評價此模式時，可放入的成果指標(outcome indicator)，然而平均餘命受很多因素的影響，如何評量是須進一步探討的。未來應可將成果指標列入執行評價的策略。

考核制度如何搭配工作模式與進階制度應可仔細研擬。例如衛生所護理人員搭配進階制度努力完成受訓項目，應可列入考核指標之一。考核應由同儕，主管包括衛生所主任與護理長，均須占一定的比例。而對於政策推展的業務搭配情形也列加分範圍，將有助引起衛生所護理人員推展該項業務的動力，考核不僅考核目標數的完成率，更須由衛生所護理人員示範過程並列為考評。

表 4-29 是呈現每一草案內容的平均數，其中以護理工作模式的眾數是 3(最低)，其餘均是 4，大部份的研究對象同意此草案。在工作模式也許須做部份修改，依據建議與參考文獻做更改。在訓練目標方面，平均得分較高。也顯示衛生所護理人員多贊同此計畫。

本研究期望在目前忙碌的業務下如何充能衛生所護理人員，使其具備較佳的能力。依據評估所得結果擬定適合地方所需的策略，以解決社區健康問題並達成衛生署所交辦的業務是需衛生所護理人員有較強的整合能力，若每一項業務均單獨能完成是很困難，結果無法達成目標數也沒有提升品質，也沒有解決當地社區的健康問題。

表 4-21 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員臨床專業能力進階制度晉陞指標

	PHN0 → PHN1	PHN1 → PHN2	PHN2 → PHN3
在職教育	1.參加 PHN1 在職訓練 30 小時 2.參加衛生所(組織/機構)的讀書報告與案例討論 6 小時	1.參加 PHN2 在職訓練 60 小時 2.參加主管機關內之學術活動 10 小時	1.參加 PHN3 在職訓練 60 小時 2.參加主管機關內學術活動 12 小時
基礎能力	1. 以民眾(個案家庭)健康為使命。 2. 能有效、積極的在期限內完成任務 3. 能合諧溝通以達團隊工作。	1.能主動發掘民眾(團體)健康問題，以其健康為使命。 2.能積極有效的設計民眾健康需求計劃並完成。 3.能注意弱勢團體的健康需求。	1.能主動發掘民眾(社區)健康問題，以其健康為使命。 2.能積極有效的評價民眾健康指標。 3.能為弱勢團體的健康需求代言並連結適當資源以解決其健康問題。
專業能力	1.熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程。 2.家庭評估與照護	1. 熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，並協助 PHN1 熟習地段與主辦業務。 2.團體評估與照護。 3.主辦業務的推展。 4.分析所收集的資料並提出團體的健康問題	1. 熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，主持社區評估與計劃執行。 2.擔任 PHN1, PHN2 教育課程及輔導。 3. 連結地區資源與民眾健康需求，發展主辦業務的創新推動計畫。
管理能力	1.個案管理的運用 2.能創新達成上級主管的目標。	1.能協助指導護生。 2.能將上級目標(目標數)轉換於本身的業務。	1.獨立指導新進人員及護生 2.創新健康計畫，以解決社區民眾健康問題。
審查	通過家庭護理報告審查合格	通過「團體需求分析與計畫執行評價」或「業務改善計畫」報告審查合格	通過「社區需求分析與計畫執行評價」報告審查合格
審查方式	1. 以隨堂繳交，授課老師指導方式進行。 2. 學員以資料夾整理舉証資料備審		

表 4-22 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標

項目	統計表 (N 267)				
	非常同意 n %	同意 n %	尚可 n %	不同意 n %	非常不同意 n %
在職教育	49 (18.4)	137 (51.3)	57 (21.3)	20 (7.5)	4 (1.5)
基礎能力	47 (17.6)	134 (50.2)	64 (24.0)	18 (6.7)	4 (1.5)
專業能力	50 (18.7)	133 (49.8)	62 (23.2)	18 (6.7)	4 (1.5)
管理能力	45 (16.9)	130 (48.7)	68 (25.5)	20 (7.5)	4 (1.5)
審查	32 (12.0)	126 (47.2)	76 (28.5)	28 (10.5)	5 (1.9)
審查方式	30 (11.2)	126 (47.2)	79 (29.6)	26 (9.7)	6 (2.2)

表 4-23 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標之建議

2-20-1	離島澎湖可上課的機會不多，請協助。【308】
2-20-2	認證行政費用，建議有優惠方法。【404】
2-20-3	PHN3 由學會審查。【405】
2-20-4	受訓課程內容 40%、理論 60%~70%，實務課程(含技巧、方法)較有助於業務推展。【115】
2-20-5	在職訓練請網路化，因路程遙遠及有時業務繁忙，網路化平時有時間就可閱讀。【55617】

表 4-24. 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任

職稱	職等	聘任	其他津貼
PHN3	相當師二級/師三級	護理師/護理長	專業加級 津貼/主管加級
PHN2	相當士級	護士/護理師	專業加級 津貼
PHN1	相當士級	護士	專業加級 津貼

p.s. 聘任護理長須具備 PHN3 的資格，護理人員的職等視衛生局的職缺調整。

表 4-25 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議考核指標	
衛生所方面：	
1. 衛生所護理人員須逐年增加進階人員	
2. 公衛護理人員的各類專科進修認證以加分方式列入衛生所的考核。	
個人方面：	
1. 公衛護理人員的參與進階情形列入個人考核與記功等個人考績。	

表 4-26 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階建議聘任統計表 (N 274)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
	n %	n %	n %	n %	n %
職等(n 263)	48 (18.3)	118 (44.9)	71 (27.0)	24 (9.1)	2 (0.8)
聘任(n 262)	38 (14.5)	109 (41.6)	83 (31.7)	29 (11.1)	3 (1.1)
其它津貼(n 262)	48 (18.3)	111 (42.4)	73 (27.9)	27 (10.3)	3 (1.1)

表 4-27 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任之建議

2-24-1	可是公家單位的薪資是固定的，如何給額外的津貼，似乎不太容易。【103】
2-24-2	為鼓勵山地離島偏遠地區公共衛生護理人員積極進階，希望護理師能全面占缺。【117】
2-24-3	其之執行需由地方政府配合，不然執行上會有極大困難。【322】
2-24-4	若各縣市因各種因素無法改變職等，是否會流於形式或建議而已？【406】
2-24-5	具有護理師資格者，即可用師級的職等提高職等(衛生所其他醫專人員皆是師級如：藥師、檢驗師、放射線師)。只有護理人員有”士級”與”師級”之差別，不公平。政府以”人數”多而有 1/2 薦任的限定，但是也不該是”護理人員”吧。請上級多加重視，不要在做個”士級”綁死自己吧，應該要提升才對。【55107】
2-24-6	審視方式以東部而言並不普遍，最大的醫院只有教學醫院，畢業返鄉服務無法結合計畫之進階，需在外大都市服務才可回鄉，不符合期待。【95008】

表 4-28 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議考核指標之其它建議

2-25-1	此進階制度很好，但要與現在地方執政特色有所不同，會畫地自限，若要執行時間進階範圍要長，不在幾年內即可執行。【107】
2-25-2	因偏各專業所需來評比，將地段護士可改為例如：居家專業護理師等。【112】
2-25-3	GOOD，建議請給考核者(主管)教育訓練，例如：人事法規說產假不列入考績，事實上是一定有的。【115】
2-25-4	希望能考量現職人員進階訓練瓶頸，困難點落日條款(但書)。【117】
2-25-5	如果進階訓練是提昇護理人員照護品質，讓部落照護者延長平均餘命，讓部落更健康，我同意支持此項計畫劃，如果不是而是只為了增加專業能力，我的建議是暫且不談。【206】
2-25-6	或許所上的所有課程，加在考核內更可激勵護理人員參與課程。【207】
2-25-7	太難了，達不到，讀書費用太高。【305】
2-25-8	現階段已執業之公共衛生護理人員沒有臨床經驗，請問有其他配套措施嗎？還是永遠只能留在 PHN。【309】
2-25-9	因兼有臨床醫療，應把臨床實務納入考核指標。【322】
3-2-2	在考績部分，護理長打考績比例要提升，謝謝！
3-2-1	重點在於待遇，就是誘因，醫生有不開業獎金，護理師既然具備專業能力，為什麼護理師沒有不開業獎金？這是最現實的沒有機會發聲，醫師有不開業獎金，護理師是否可提出不開業獎金這個措施？
2-25-10	己領有台灣護理學會認可的 N3 證書，是否能轉換相同職等。【55607】
2-25-11	納入衛生所考核【55618】
2-25-12	開始聘用應為護理，不應降為士生級，受過一次課即要執行工作會有誤差。【54207】
2-25-13	護理人員兼辦行政的工作(如主計、總務、出納、文書等)會影響其專業護理的推展。建議上級單位能有專任人員來辦理，可以比照學校可 2-3 衛生所共用 1 人辦理。【55107】
2-25-14	作績效、專業學識。【95801】
2-25-15	可否以個人個方面的能力去評比，而不是用”交情、印象好壞去做評比，這樣對其他同仁很不公平。【96601】
2-25-16	護士升遷管道有限，可否增加師二級或師三級名額，同樣的專業領域對於有護理師證照、年資久的同仁，永遠無法升遷，那我們考護理師有何意義？對沒有通過公職考試的同仁，這樣的待遇真的很不公平(所以護理師主管加級後師二級的名額卻由護理長去佔名額)懇請相關單位能夠重視這樣的問題，謝謝！【96604】

表 4-29 山地離島偏遠地區公共衛生護理人員對進階制度統計表 (N 274)

項目	平均數 (標準差)	眾數	排序
護理工作模式	3.45 (0.77)	3.00	32
基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級-PHN1	3.40 (0.98)	4.00	34
基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級-PHN2	3.38 (0.99)	4.00	35
基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級-PHN3	3.38 (0.99)	4.00	35
山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇-工作範圍	3.48 (0.93)	4.00	31
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(基礎能力)-文化知覺	3.78 (0.83)	4.00	10
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(基礎能力)-溝通與合作	3.82 (0.83)	4.00	5
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(基礎能力)-倫理素養	3.83 (0.81)	4.00	4
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(基礎能力)-責任感	3.87 (0.82)	4.00	1
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(基礎能力)-判斷力	3.85 (0.81)	4.00	3
名詞界定-PHN1	3.51 (0.97)	4.00	28
名詞界定-PHN2	3.49 (0.96)	4.00	30
名詞界定-PHN3	3.50 (0.97)	4.00	29
山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇-角色功能	3.53 (0.92)	4.00	27
山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇-資格	3.44 (0.95)	4.00	33
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(專業能力)-評估與分析	3.78 (0.84)	4.00	10
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(專業能力)-規劃	3.76 (0.85)	4.00	15
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(專業能力)-執行與指導	3.77 (0.84)	4.00	14
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(專業能力)-評價與品質保證	3.76 (0.84)	4.00	15
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(管理能力)-業務的管理與推展	3.81 (0.82)	4.00	7
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(管理能力)-資源管理與連結	3.79 (0.83)	4.00	9
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(管理能力)-健康危機管理	3.81 (0.83)	4.00	7

山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(管理能力)-災難護理	3.75 (0.84)	4.00	19
山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標(管理能力)-諮詢/輔導	3.76 (0.84)	4.00	15
山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)-演講式/座談	3.70 (0.78)	4.00	22
山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)-實作	3.82 (0.86)	4.00	5
山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)-衛生所特色課程	3.87 (0.83)	4.00	1
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-在職教育	3.78 (0.89)	4.00	10
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-基礎能力	3.76 (0.87)	4.00	15
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-專業能力	3.78 (0.88)	4.00	10
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-管理能力	3.72 (0.88)	4.00	20
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-審查	3.57 (0.90)	4.00	24
山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標-審查方式	3.55 (0.90)	4.00	26
山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任-職等	3.71 (0.90)	4.00	21
山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任-聘任	3.57 (0.91)	4.00	24
山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任-其它津貼	3.66 (0.93)	4.00	23

第四章 結論與建議

壹、結論

依據研究結果，目前衛生所護理工作模式，多沿昔綜合保健照護模式。換言之，公共衛生護理人員均能承擔主辦三~五項業務，並管理地段，除此偏遠地區更負擔醫療門診業務(含巡迴醫療等)。至於公共衛生護理人員訓練課程自從衛生署組織重整，公共衛生研究所裁撤以後，公共衛生護理人員的訓練課程多由衛生署各處室或衛生局承擔，然而衛生局或衛生署各處室限於人力與經費，訓練課程多強調業務執行要求的課程。

另一方面，專業素養與專業進階能力則困難協助公共衛生護理人員提升。公共衛生護理人員由於業務繁忙也困難自我進修與成長，以致於惡性循環，尤其偏遠地區公共衛生護理人員壓力大，流動率也相對較高。

詳細結論，敘述如下：

- 一、我國偏遠政策在各子項的規劃有依民眾需求規劃與執行新的政策，例如：IDS 政策、醫事人員養成計畫等。而在養成計畫方面，護理人員名額有限，且台灣本島並無培訓與養成名額。未來應可適時增加名額，尤其是本島，以培訓在地人服務在地人，以提升偏遠地區公衛護理人員的留任。

二、我國偏遠地區居民的健康狀況，以偏遠地區的縣市而言，扶養比、65 歲以上人口、死亡率均較全國為高。十大死因中，大致與全國相似，僅有少數不同，例如：屏東縣女性十大死因中糖尿病排名第二；台東縣男性意外死亡排名第二。

三、收集三個國家(英、美、日)的偏遠地區公衛護理執業模式，偏遠地區執業的模式相當多，醫療的部份仍是較主要關心的焦點，三國較偏遠的地區，美國以專科護理師、日本以保健師執行業務，該護理人員在該地區執行整體照護(含醫療照護)。三個國家均於 2006 年左右在公共衛生護理專業上有新的政策，以重新調整公共衛生護理人員的角色、職稱、職掌、訓練要求等。三個國家均提出進階公共衛生護理人員執行較專精的公共衛生護理人員業務。例如：英國的社區專科護理師(*community partner nurse prescribes*)、美國的社區專科護理師(*clinical nurse specialist in public /community health*)、日本的專門看護師—地域專長的(*certified nursing specialist-community health nursing*)。

四、在公共衛生護理人員業務執行情況方面：偏遠地區公共衛生護理人員「從未」執行的十五項目呈現顯著差異，且呈現較平地衛生所少，且比例也較低，除聽力篩檢外。偏遠地區公共衛生護理人員在各項業務中有九項呈顯著差異，均是以偏遠地區公共衛生護

理人員所花工時均較高。在緊急醫療救護方面，從未執行項目僅有四個項目未呈現顯著差異，且有顯著差異者均是偏遠地區「從未」執行的較少，其它研究結果呈現偏遠地區健康需求與服務項目等。故本研究依此提出偏遠地區衛生所的護理工作模式及培訓課程。

五、衛生所護理工作模式：衛生所在衛生局指導下，並結合區域內資源，如地區醫療診所或護理診所(專科護理師所開設的)及 IDS 醫療機構(其護理人員以專科護理師為主)區域外資源如學術/研究機構及學會等提升衛生所護理人員專業能力及衛生所照護品質。而衛生所內護理人員可分為三等級，並分別以個案、團體、社區為重，只是比例上有所不同。

六、而本計畫所規範的應是對所有新進人員，建議由中央行文或制定「衛生所護理人員任用條例」等方式，要求進入偏遠地區衛生所服務的護理人員應具備大學畢業與臨床經驗 2 年等資格，並已接受公共衛生護理基礎訓練。

七、偏遠地區設置專科護理師是非常可行的，因為許多國家都是如此，美國、英國、日本等先進國家均有法規，使專科護理師在偏遠地區開業，是否隸屬於衛生所是可以再商議的，主要是專科護

理師必須有某一部份的處方權，而此在我國是需要努力突破。事實上，護理法規範護理人員可以開業，但只有「護理之家」或「產後護理機構」。而醫師法規範僅有醫師有「處方籤」。事實上，對於無醫村或三級離島、偏遠山僅有衛生室(其內只有一名衛生所護理人員)，都是適合設置專科護理師或將此衛生所護理人員訓練成專科護理師。此可與 IDS 結合或另外設置，均可商議。最重要的是偏遠地區民眾的就醫權與健康權是否被關心與照護是否具有品質。

八、原則上大部份偏遠地區衛生所護理人員是贊同此計畫的，只有少數須修改，及推動應注意的事項，故經研究小組第二次修訂。以下為第二次定稿的內容，劃底線為更改的部份。

山地離島偏遠地區進階護理工作模式與進階教育計劃草案

第二次修正稿 2009.02

壹、護理工作模式

本草案以六專長訓練課程提供衛生所護理人員在職教育參考，未來可以專長做為主辦業務優先分配工作原則，資深人員可跨衛生所的提供資淺護理人員諮詢之功能(如圖 1)。此模式須與進階教育做搭配。

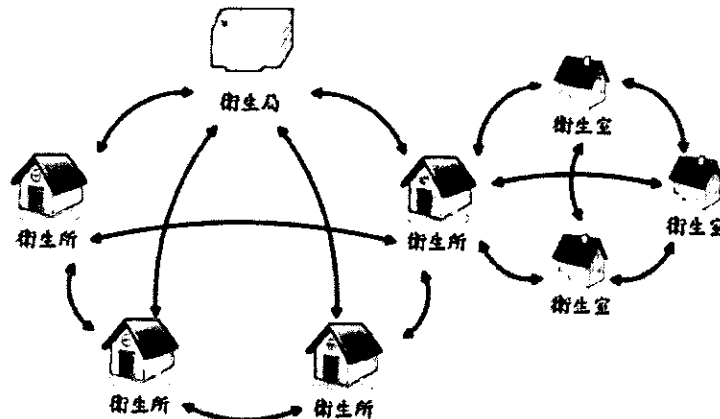


圖1. 特殊專長護理師相互支援

貳、山地離島偏遠地區衛生所護理人員進階制度規劃草案

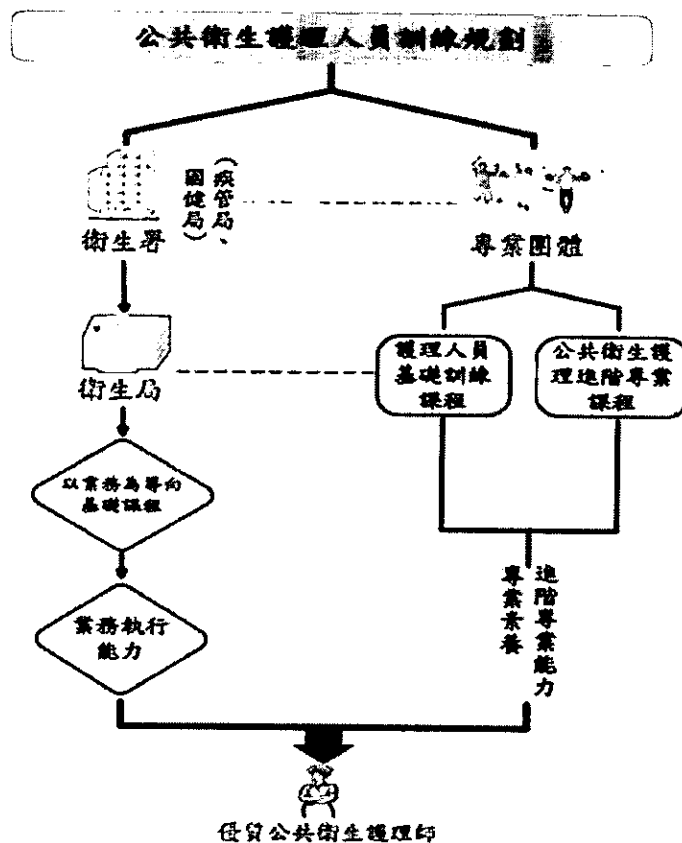


圖2. 公共衛生護理人員訓練規劃

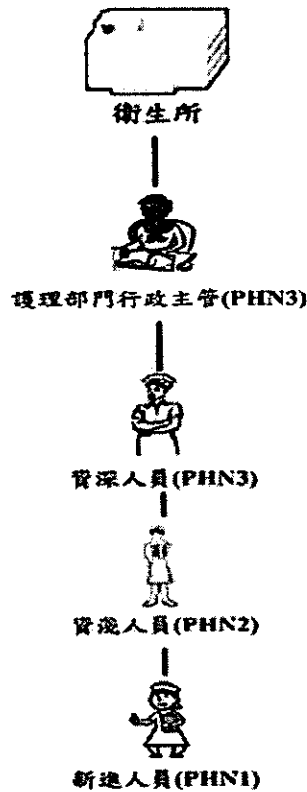


圖3. 偏遠地區衛生所護理人員進階制度

一、基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級，其能力區分如下表：

職級	能力區分
PHN1	衛生所的基礎公共衛生護理 以疾病管理為導向的家庭護理 主辦業務的落實執行
PHN2	以團體為基礎的健康照護 結合社區居民健康需求執行主辦業務 指導護生
PHN3	以社區為基礎的健康照護 連結社區資源執行主辦業務的創新 指導新進人員與 PHN

一、 名詞界定

基礎人員(PHN1)	衛生所工作滿二年，完成 PHN1 基礎公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN1 審查合格者，能執行公共衛生護理基本照護及個案管理的家庭護理者。
進階人員(PHN2)	衛生所工作滿二年以上，完成 PHN2 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN2 審查合格者，能參與執行並負責規劃以團體為基礎的照護。
資深人員(PHN3)	衛生所工作滿三年以上，完成 PHN3 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN3 審查合格者，能執行並負責規劃以社區為基礎的照護。並有教學及協助衛生所品質改進之能力。

二、 山地離島偏遠地區 PHN 護理人員的角色範疇

職稱	角色功能	資格	工作範圍
PHN1	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護	<ol style="list-style-type: none"> 1.通過 PHN1 課程認證。 2.大學畢，具護理師。 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿一年。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.承擔衛生所的業務(地段)上行政工作。 2.承擔地段內病患與家庭的基本照護、預防保健等業務。 3.以家庭為中心的個案管理。 4.運用社區健康照護技能執行主辦業務。
PHN2	執行地段內預防保健及個案管理之社區式照護，執行團體的健康計畫和參與緊急救援，並支援(指導)聯結衛生室(地段)共同執行健康計畫	<ol style="list-style-type: none"> 1.通過 PHN2 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書。 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿三年。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.承擔衛生所的業務(地段內)上行政工作。 2.承擔地段內的病患與團體基本照護、預防保健等業務。 3.與其它地段(或其他衛生室)聯結，共同執行以團體為基礎的個案管理及執行地段或社區的健康計畫，以完成符合社區民眾需求的主辦業務。 4.協助擔任 PHN1 的 mentor
PHN3	能承擔衛生所社區內預防保健之規劃與執行，帶領緊急救援之規劃與執行，及資源聯結(跨團隊、跨區域)以執行衛生所業務	<ol style="list-style-type: none"> 1.通過 PHN3 課程認證。 2.大學畢，具護理師與 ACLS 證書。 3.建議具備二年臨床經驗，其中具備醫學中心急、重症經驗更佳。衛生所實務經驗滿六年 	<ol style="list-style-type: none"> 1.協助或承擔衛生所的行政工作。 2.承擔轄區內的社區基本照護、緊急救援、預防保健等業務。 3.與其他衛生所的護理業務做適當的資源聯結，以提供優質健康服務。 4.擔任 PHN 的 mentor

三、 山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標

1. 基礎能力

等級	文化知覺	溝通與合作	倫理素養	責任感	判斷力
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區個體健康 -理解公共衛生護理的使命感(我願意) -尊重文化的多元性及其重要性 -理解當地語言能做初步溝通 -能尊重當地文化並依此進行健康評估 	<ul style="list-style-type: none"> -以書面和口頭的有效溝通&清楚說明 -有效的傾聽 -與個案形成夥伴關係並充能夥伴 	<ul style="list-style-type: none"> -尊重個案隱私 -擁有工作倫理觀 -主動配合業務之執行 	<ul style="list-style-type: none"> -對工作有責任感、對自我業務盡責執行 -執行個人在團隊的職責 	<ul style="list-style-type: none"> -主動搜尋資料解決問題 -確認資料之正確性 -能對不清楚的業務發生質疑 -能對個案健康照護事宜思考最適策略 -能正確辨別業務/個案的異常情形，並能報告主管做適當的處理
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -關懷團體的健康 -公共衛生護理使命的內化 -能以當地語言並落實於當地文化情境進行健康行銷 -推動各項健康議題均能考量當地居民的文化差異 	<ul style="list-style-type: none"> -能參加團體並帶領小組討論 -與團體形成夥伴關係並充能夥伴 	<ul style="list-style-type: none"> -創新主辦業務之執行方法 -各項資料使用的倫理觀 -能發覺倫理異常議題 	<ul style="list-style-type: none"> -能有效率與有品質的在限定期內完成業務的目標 	<ul style="list-style-type: none"> -能搜尋實證的最佳健康促進策略 -能對團體健康問題分析可能原因，並創新改善策略 -能提早辨別業務/團體的異常情形，並能報告主管做適當的預防措施
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -關懷社區的健康，並領導實踐公共衛生護理的使命感 -對社區內不同文化群體發展合適健康計畫 -發展具當地文化特色的健康計畫與評價指標 -指導 PHN1& PHN2 尊重當地文化的策略 	<ul style="list-style-type: none"> -倡導公共衛生計畫 -與社區形成夥伴關係並充能夥伴 -發展談判與協商的技巧 	<ul style="list-style-type: none"> -創新主辦業務之執行方法 -能指導 PHN 倫理異常事宜的因應 	<ul style="list-style-type: none"> -確實理解衛生所護理業務的職責並能帶領 PHN 執行的職責 	<ul style="list-style-type: none"> -能以實證資料發展本土化健康策略 -能對社區健康問題分析可能原因並帶領提出改善策略 -能快速正確辨別業務/社區的異常情形，並能做適當的處理

2. 專業能力

進階等級	評估&分析	規劃	執行&指導	評價與品質保證
PHN1	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練家庭評估 -依所收集的質、量性資料分析個案健康問題(基礎統計) -評價並正確使用所收集的資料 -能知覺社區健康評估 -能理解主辦業務對當地居民的健康影響 	<ul style="list-style-type: none"> -具健康方案規劃的概念 -運用行為理論規劃個案健康計畫 -搜尋實證的個案照護新知 -發展合宜的策略：如健康教育、健康促進等 -以實證基礎初步檢視個案照護計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -決定適當的、有效的執行健康計畫 -有計畫的行動與時機 -與個案分析健康計畫的適當性與成效 -以適當衛生教育策略改善個案與家庭的健康行為 	<ul style="list-style-type: none"> -識別過程與成效指標 -能設定個案照護的評價指標與成效 -能理解與執行社區健康計畫 -能如期完成主辦業務的推動
PHN2	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練團體需求評估 -依所收集的資料分析團體健康問題 -生物統計的解讀與運用 -初步流行病學的概念 	<ul style="list-style-type: none"> -能規劃團體的健康計畫 -能明列健康計畫時程 -能將主辦業務融入地段/團體健康的需求 -能以實證基礎檢視團體照護計畫，並給予改善建議 -能評價計畫成效 -能提供諮詢：有效行銷 -成本效益分析 -能參與研究調查 	<ul style="list-style-type: none"> -積極執行團體健康計畫與評價指標 -能執行突發緊急應變計畫 -能將團體健康計畫的執行策略與主辦業務連結 -發展照護團體的健康教育與健康促進的策略 -能透過主辦業務，解決居民健康問題 	<ul style="list-style-type: none"> -能發展團體健康計畫的評價指標 -能評價團體健康計畫的成效 -與他人建立夥伴關係共同執行已確認的計畫。 -能有效管理各項業務的推動 -能訂定各項計畫的管理指標與時程
PHN3	<ul style="list-style-type: none"> -能熟練社區評估 -依所收集的資料分析社區健康問題 -選擇公衛議題以改善社區居民健康狀況 	<ul style="list-style-type: none"> -將政策轉換成衛生所的計畫與方案 -能提出符合當地需求的社區健康計畫 -能以實證基礎檢視社區照護計畫 -能領導PHN1 & PHN2 共同以實證 	<ul style="list-style-type: none"> -發展執行政策的計畫並能輔導執行 -發展主辦業務的創新策略 -將主辦業務與社區健康需求結合提出社區健康計畫 	<ul style="list-style-type: none"> -持續檢討與修正 -評價社區健康計畫對社區居民健康的改善成效 -持續評價值以提出創新策略健康計畫 -能有效管理社區各項業務的推動

	-設定排序之標準	步驟發展健康計畫 -參與政策的形成:瞭解現行的社會與健康政策 -能主導研究調查以建立社區健康需求	-能輔導 PHN1 & PHN2 具體執行主辨業務且符合社區民眾需求的健康計畫	-能輔導 PHN1 並訂定各項計畫的管理指標與時程 -能輔導 PHN1 進行主辨業務的創新
--	----------	--	---	--

3. 管理能力

等級	業務的管理與推展	資源管理與連結	健康危機管理	災難護理	諮詢/輔導
PHN1	-深入理解主辨業務的學理依據 -完成主辨業務的執行	-地段的搜尋與建置 -評價地段的資源的可使用性 -主動支援社區活動 -連結地段資源	-具健康危機管理 的評估技能 -能具體提出改善策略	-能參與災難救護訓練課程 -能配合執行緊急救護 -能評估個案與地段的健康危機 -具健康危險識別知能	-負責個案的諮詢與輔導
PHN2	-協助指導 PHN1 的主辨業務 -主辨業務融入地段/社區健康需求	-社區資源的建置與連結 -與社區資源共同執行健康計畫 -資源活化與整合	-具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以減輕危機所造成的傷害	-能參與規劃災難救護訓練課程 -能執行緊急救護行為 -能敏感評估團體與地段的健康危機	-負責團體個案的諮詢與輔導 -指導 PHN1 業務的進行 -指導護生學習公共衛生護理事宜
PHN3	-主動規劃社區健康需求的主辨業務 -主動建議/建立適合的主辨業務評價指標	-開發與充能社區資源 -參與健康議題 -連結/協助社區資源 -發展社區健康計畫	-具社區健康危機管理的評估技能 -能提出具體策略以預防健康危機的發生	-負責規劃災難救護行動與訓練課程 -能領導執行緊急救護行動 -能敏感評估社區的健康危機並提出改善計畫以減輕傷害的發生	-負責社區方案的諮詢與輔導 -指導 PHN1 & PHN2 業務的進行 -指導護生學習公共衛生護理事宜

四、 山地離島偏遠地區基層護理人員臨床專業能力訓練方式與內容

職級	演講式/座談(或網路課程)	實作	衛生所特色課程
PHN0 ↓ PHN1	<ol style="list-style-type: none"> 1. 公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 個案管理、家庭評估及照護策略 3. 社區健康評估概論(夥伴關係、充能)與當地社區資源 4. 有效的溝通，資料搜尋技巧 5. 衛生教育與行為理論 6. 法律、倫理與護理(公務人員法、傳染病法、護理人員法等介紹及公共衛生照護之倫理情境)。 7. 緊急救護概論&危機管理概論 8. 健康照護品質概念介紹(實證概念)、健康計畫管理。 9. 基礎生物統計學 	<ol style="list-style-type: none"> 10. 家庭健康問題分析與處理。 11. 主辦業務的問題分析與處理。 	<ol style="list-style-type: none"> 12. 鄉鎮部落的本土相關課程(常用語、文化等)
PHN1 ↓ PHN2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 進階公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 以團體為基礎的健康計畫與執行 3. 社區健康評估概論 4. 溝通與協商，實證資料的搜尋 5. 社區資源的連結 6. 護理與法律、倫理議題(醫療糾紛案例討論、常見法律問題解析) 7. 緊急救護的執行技巧&危機管理 8. 製定照護標準的技巧、健康計畫管理。 9. 流行病學的應用 	<ol style="list-style-type: none"> 10. 高危險個案群的團體照護(以理論評估團體各層面的需求)。 11. 主辦業務的創新與計畫。 	<ol style="list-style-type: none"> 12. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康議題等)
PHN2 ↓ PHN3	<ol style="list-style-type: none"> 1. 資深公衛護理人員角色功能的時代意義 2. 社區資料的分析與問題的確立，健康計畫的規劃與評價，並評價指標的設立與執行 3. 發展健康政策的技巧 4. 資源的開發與運用。 5. 健康危機管理的規劃與執行。 6. 衛生所護理業務的目標與運作 7. 談判、協商與調整、決策力 8. 緊急救護的醫療團隊觀 9. 護理與法律、倫理議題(提出醫療糾紛案例討論並發掘解決方案) 10. 持續性帶領健康照護品質改善之執行方法、社區健康計畫管理。 	<ol style="list-style-type: none"> 11. 以社區或地段執行社區健康評估與問題確立 12. 發展健康政策的技巧(融入主辦業務) 	<ol style="list-style-type: none"> 13. 鄉鎮部落的本土相關課程(案例分析、健康計畫等)

Ps. 實作與衛生所特色課程均以受訓人員的案例為佳，並以案例分析、PBL 等以學習者為中心的教學方式進行。

五、 山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員臨床專業能力進階制度晉陞指標

	PHN0 → PHN1	PHN1 → PHN2	PHN2 → PHN3
在職教育	1.參加 PHN1 在職訓練 30 小時 2.參加衛生所(組織/機構)的讀書報告與案例討論 6 小時	1.參加 PHN2 在職訓練 60 小時 2.參加主管機關內之學術活動 10 小時	1.參加 PHN3 在職訓練 60 小時 2.參加主管機關內學術活動 12 小時
基礎能力	1. 以民眾(個案家庭)健康為使命。 2. 能有效的、積極的在期限內完成任務。 3. 能合諧溝通以達團隊工作。	1.能主動發掘民眾(團體)健康問題，以其健康為使命。 2.能積極有效的設計民眾健康需求計劃並完成。 3.能注意弱勢團體的健康需求。	1.能主動發掘民眾(社區)健康問題，以其健康為使命。 2.能積極有效的評價民眾健康指標。 3.能為弱勢團體的健康需求代言並連結適當資源以解決其健康問題。
專業能力	1.熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程。 2.家庭評估與照護	1. 熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，並協助 PHN1 熟習地段與主辦業務。 2.團體評估與照護。 3.主辦業務的推展。 4.分析所收集的資料並提出團體的健康問題	1. 熟悉衛生所、地段環境及主管業務工作流程，主持社區評估與計劃執行。 2.擔任 PHN1, PHN2 教育課程及輔導。 3. 連結地區資源與民眾健康需求，發展主辦業務的創新推動計畫。
管理能力	1.個案管理的運用 2.能創新達成上級主管的目標。	1.能協助指導護生。 2.能將上級目標(目標數)轉換於本身的業務。	1.獨立指導新進人員及護生。 2.創新健康計畫，以解決社區民眾健康問題。
審查	通過家庭護理報告審查合格	通過「團體需求分析與計畫執行評價」或「業務改善計畫」報告審查合格	通過「社區需求分析與計畫執行評價」報告審查合格
審查方式	1. 以隨堂繳交，授課老師指導方式進行。 2. 學員以資料夾整理舉証資料備審		

六、 配套措施

(一)山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任

職稱	職等	聘任	其他津貼
PHN3	相當師二級/師三級	護理師/護理長	專業加級 津貼/主管加級
PHN2	相當士級	護士/護理師	專業加級 津貼
PHN1	相當士級	護士	專業加級 津貼

p.s. 聘任護理長須具備 PHN3 的資格，護理人員的職等視衛生局的職缺調整。

(二)山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議考核指標

衛生所方面：

1. 衛生所護理人員須逐年增加進階人員
2. 公衛護理人員的各類專科進修認證以加分方式列入衛生所的考核。

個人方面：

1. 公衛護理人員的參與進階情形建議列入個人考核與記功等個人考績。

貳、建議：

依據研究結果，本研究對於偏遠地區衛生所護理工作模式與進階課程有下列建議：

一、優質公共衛生護理人員需接受三方面的訓練課程（圖 4-1），（一）是由衛生署各處室（如國健局、疾管局）、衛生局（各處室）的業務執行規範的訓練課程。（二）護理人員基礎訓練課程：基於專業人員繼續教育課程要求，以台灣護理學會規劃的版本共有 60 學時是設計做為護理人員基礎訓練課程，以訓練護理人員之教學能力、領導能力、諮商能力、品質管理能力、專業寫作能力等基礎能力。此為全體護理人員為持續維持其專業能力需須接受的課程，故公共衛生護理人員亦須接受這些課程。（三）公共衛生護理人員進階專業課程：在公共衛生護理領域護理人員應有適當課程以維持公共衛生護理人員進階專業能力。此部份將詳細說明於後。

二、偏遠地區衛生所護理工作模式草案

偏遠地區由於資源有限，故應相互支援某些宣導性業務，例如應由衛生局主導每年辦幾場大型活動以提升宣導成效，至於目前要求的場次多但人數少，這是很難達成宣導意義的健康傳播，實是值得檢討與改進的。基於此，衛生局、所應有上下溝通，平行單位—衛生所應有較多相互支援，尤其在人力專長方面是可相互補其不足（圖 4-2）。尤其在離島地區更加適合此支援，因幅地的關係，在某些山地鄉也許由於幅地廣大，可能實際執行上會有困難。故建議山地鄉應與地緣上接近的衛生所做護理人力資源的結合，例如有特殊專業訓練的護理人員可由平地衛生所支援，如此較能落實執行。例如平地衛生所有精神

照護訓練背景的公共衛生護理人員或地緣上接近的醫療機構有精神科照護的提供，則可就近提供山地鄉居民有關精神疾病個案較專業的照護。整體而言，偏遠地區的衛生所護理工作模式大致可分為：離島型與山地型，然而各衛生局、所運用時，仍需因應地區性的特性而有所調整。

三、偏遠地區公共衛生護理人員專長訓練規劃

本研究建議偏遠地區公共衛生護理人員應有專長訓練，此專長訓練課程搭配進階制度，將可適當提升偏遠地區照護品質。基本上，此模式的公共衛生護理人員需具備「基礎公共衛生專長」，換言之，有預防保健及個案管理的訓練。另一方面，還需有「婦幼專長」，也是新進人員應接受的訓練課程。新進公共衛生護理人員的訓練需求或是職前教育是公共衛生護理人員需求最高的，其它的研究調查亦有相似的研究結果。台灣社區衛生護理學會目前也是積極籌劃新進公共衛生護理人員的 30 小時職前教育課程，以協助新進公共衛生護理人員儘快進入公共衛生護理的職場，能發揮最大化的功能。職前教育中最大部份的課程內容就是基礎公共衛生專長的課程內容。故偏遠地區新進公共衛生護理人員應以「基礎公共衛生專長」的課程為核心課程。

四、工作模式與專長訓練規劃的配套措施

然而此模式要能執行，必須搭配薪資結構及職等的聘任。若無任何配套措施則此模式是無法執行，即使執行也很難成功。除薪資與職等的配套措施，尚需有政策法規的支持，須擬定偏遠地區公共衛生護理人員聘任與進階實行細則，並列入個人考核與機關考核的規範。例如：偏遠地區公共衛生護理人員聘任前或半年內須接受公衛基礎訓練，公共衛生護理人員個人有執行進階訓練課程列入考核甲等的參考指標，衛生所公共衛生護理人

員的進階情形列入衛生所整體績效考評的指標之一。此工作模式的推展才能鼓勵公共衛生護理人員個人的參與以及機關主管願意實質鼓勵所屬公共衛生護理人員進行進階，以有助於提升偏遠地區照護品質。事實上，此模式尚須經產官學界的溝通、對談，才能擬定更適合且真正提升偏遠地區公共衛生護理人員的照護品質，也才能體現政府對偏遠地區居民健康權的重視。

五、制定行政命令或修法等要求衛生所護理人員資格及參與在職進修教育。其教育內容仍應詳細規劃。本研究結果可提供參考。另一方面，建議由中央行文或制定「偏遠地區衛生所護理人員任用條例」等方式要求進入偏遠地區衛生所服務的護理人員應具備大學畢業與臨床經驗2年等資格，並已接受公共衛生護理基礎訓練。如此無論是採何種方式進入衛生所工作均應須具備同樣的資格。

六、本研究結果需與衛生所其他專業人員等共同研議，以全面提升偏遠離島地區衛生所照護品質。事實上，在衛生所工作的專業人員不只護士，尚有醫師、藥劑師、物理治療師、醫檢師等，均是在衛生所從事公共衛生相關工作，也應一併思考公共衛生的訓練。而衛生所護理人員還須加強護理的部份，如此才能整體提升衛生所的照護品質。

七、本研究結果，建議進階制度與工作模式可委由有意願之學會與學校一起在某一縣市試辦。但相對縣市政府要有相當經費，並提供誘因與認同衛生所護理人員在工作上努力進修，以維護照護品質的貢獻。事實上須等人員培育後，工作模式才能初步落實。試行時應納入居民健康成果指標的評價。

八、遠距學習是必要的：由於本研究係偏遠地區衛生所，在交通上是非常不便利，故遠距學習是必須顧及的。尤其在資訊如此發展的情況下，應多使用遠距教學設備。其設備應及早設置。另外，在地資源應不可忽視，尤其有醫護背景之專業人員若能提供經驗或學識，將使進階能更加落實。

九、對目前現職人員應有落日條款：建議由同儕(2位)、護理長、主任及衛生局主管等五位組成審核團，共同確認現職人員目前可申請的等級，即與確認並提供建議應須接受何種訓練。由初步核定後，即由此階(PHN2或 PHN3)開始進階。以年資及主管的建議直接接受該等級的訓練課程後。

十、衛生所護理人員不兼總務、會計等業務：各縣市在衛生所的人力配置均約有數個行政人員擔任總務、會計等業務，無法每個衛生所有一個專職會計或總務。故建議行政人員不僅擔任一個衛生所的總務，而是數個衛生所，以實際工作量決定兼辦衛生所數。如此行政業務由行政專業人員擔任。事實上，在執行總務、會計等時有許多法規須注意，但護理人員在不知情的情況下，常觸法而不自知，故行政工作回歸行政人員，以跨衛生所方式兼辦將可提升行政效率與品質。

十一、一般型衛生所亦可適用，事實上，對於一般型衛生所尤其在交通不便的鄉鎮如南投縣與台東縣應可適用。由於本研究亦有涵蓋此二縣市所有衛生所護理人員，而結果呈現大部份同意，故本草案應可做部份修正後適用於一般型衛生所。

參考文獻

壹、英文文獻

- Abrams, S. E. (2007). The report of the conference on redesigning nursing education for public health. *Public Health Nursing, 24*(2), 198-201.
- Abrams, S.E.(2004). From function to competency in public health nursing, 1931 to 2003. *Public Health Nursing, 21*(5),507-510
- Akhter, M. N.(2001). Professionalizing the public health workforce: the case for certification. *Journal public health management practice,7*(4),46-49.
- Alexander, L. K., Dail, K., Horney, J. A., Davis, M. V., Wallace, J. W., Maillard, J. M., et al. (2008). *Public Health Reports, 123* Suppl 2, 36-43.
- American Academy of Nurse Practitioners [AANP] (2007a). Why Choose A Nurse Practitioner as your Healthcare Provider?
- American Nurses Credentialing Center [ANCC] (2007a) Clinical Nurse Specialist in Public/Community Health. Retrieved August 24, 2007, from http://www.nursecredentialing.org/cert/PDFs/CNS_Public
- American Nurses Credentialing Center [ANCC] (2007b) Adult Nurse Practitioner. Retrieved August 24, 2007, from
- American Nurses Credentialing Center [ANCC] (2007c). ANCC Certification Catalogs. Retrieved August 24, 2007, from <http://www.nursecredentialing.org/cert/application.html>
- Andrew, C., McCall, D., & Shannon, M. (2008). Health & learning. Canadian Journal of Public Health. *Revue Canadienne de Sante Publique, 99*(1), 4 p following 40.
- Ann Long, K., Weinert, C. (1989). Rural Nursing: developing the theory base. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 3* (2), 113-127.
- Arimoto, A. & Miyazaki, T. & Sato, N. & Sakai, T. & Oomori, J. & Magilvy, Arnold, P., Topping, A., & Honey, S. (2004). Exploring the contribution of

- district nurses to public health. *British Journal of Community Nursing*, 9 (5), 216-23.
- Bagg J. (2004). Rural nurse practitioners in South Australia: recognition for registered nurses already fulfilling the role. *Australian Journal Of Rural Health*, 12(1), 3-5.
- Ban, S. (2003). The role of district nurses in public health : a discussion. *British Journal of Community Nursing*, 8 (5) ,199-204
- Belcher, A. S. (2008). Legacy leadership: the Beverly Flynn Public Health Nursing Mentorship: tribute to a nursing mentor. *Public Health Nursing*, 25(5), 498-500.
- Burgener, S.C., Moore, S. J. (2002). The role of advanced practice nurses in community settings. *Nursing Economic*, 20 (3), 102-108.
- Bushy, A (2005). Rural Nursing: Practice and Issues. Retrieved July 19, 2007, from <http://www.nursingworld.org/mods/mod700/rural.pdf>
- Bushy, A. (1991). Rural Nursing. V1. London: Sage publications.
- Bushy, A. (1991). Rural Nursing. V2. London: Sage publications.
- Bushy, A. (2001). Critical access hospitals: rural nursing issues. *Journal of Nursing Administration*, 31 (6), 301-10.
- Bushy, A. (2006) Nursing in Rural and Frontier areas: Issues, Challenges and Careers Scotland.(n.d.).Health and Medicine. Retrieved Aug 9,2006,from <http://www.careers-scotland.org.uk/CareerInformation/Occupations/HealthandMedicine/NursingandAuxiliaryWork/DistrictNurse.asp>
- Carnwell, R. & Daly, W. (2003) .Advanced nursing practitioners in primary care settings: an exploration of the developing roles. *Journal of Clinical Nursing*,12(5),630-642.
- Chambers,L.M.& Halbert, T. & Heale, J. (1994). 1992 Ontario survey of public health nurse : perceptions of role and activities. *Canadian Journal Of Public Health*, 85(3), 175-179.
- Chang, L. C., & Liu, C. H. (2008). Employee empowerment, innovative

- behavior and job productivity of public health nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1442-1448.
- Chen, I. J., Yang, K. F., Tang, F. I., Huang, C. H., & Yu, S. (2008). Applying the technology acceptance model to explore public health nurses' intentions towards web-based learning: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 45(6). 869-878.
- Cioff, J. P., & Lichtveld, M. Y., & Thielen, L., & Miner, K. (2003). Credentialing the public health workforce: an idea whose time has come. *Journal health management practice*, 451-458.
- Community.pdf
- Competencies.pdf
- Cook, R. (2008). Nurse prescribing has come of age. *British Journal of Community Nursing*, 13(11), 531.
- Dato, V. M., Potter, M. A., & Fertman, C. I. (2001). Training readiness of public health agencies: a framework for assessment. *Journal Public Health Management Practice*, 7 (4), 91-95.
- Department of health in United Kingdom. (2007). Nurse prescribing training and preparation.
http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicinespharmacyandindustry/Prescriptions/TheNon-MedicalPrescribingProgramme/Supplementaryprescribing/DH_4123027
- Department of health in United Kingdom. (27, June 2005). Evaluation of extended formulary independent nurse prescribing: executive summary.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4114084
- Department of Health United Kingdom. (2006). Extending independent nurse prescribing within the NHS in England: a guide for implementation,
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006775
- develop the Japanese Purpose-Focused Public Health Nursing Model.
Journal

- Downing, D. V. (2008). Public health nursing at local, state, and national levels. Stanhope, M. & Lancaster, J., *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care In The Community*(1055-1070). St. Louis, MI: Mosby.
- Ervin, N. E. (2007). Clinical specialist in community health nursing: advanced practice fit or misfit? *Public Health Nursing*, 24(5), 458-464.
- Ervin, N. E. (2008). Public health nursing education: looking back while moving forward. *Public Health Nursing*, 25(6), 502-504.
- Fahrenwald, N. L., Taylor, J. Y., Kneipp, S. M., & Canales, M. K. (2007). Academic freedom and academic duty to teach social justice: a perspective and pedagogy for public health nursing faculty. *Public Health Nursing*, 24(2), 190-197.
- Fisher, M. E. (2002). Community health nursing in the local health department. 編著者姓名, *Community Health Nurse : Role And Functions*(439-447). 出版地: 出版公司。
- Fottler, M. D., & Hernandez, S. R., & Joiner, C. L. (1994). Strategic management of human resources. Second Edition . Canada : Delmar.
- Gamm, L., Hutchison, L., Dabney, B., & Dorsey, A. (2003a). Rural healthy people 2010: A companion Document to Health People 2010 (Vol. I). College Station, TX: Texas A & M 47 University.
www.srph.tamushsc.edu/rhhrc
- Gamm, L., Hutchison, L., Dabney, B., & Dorsey, A. (2003b). Rural healthy people 2010: A companion Document to Health People 2010 (Vol. II). College Station, TX: Texas A & M University.
www.srph.tamushsc.edu/rhhrc
- Gamm, L., Hutchison, L., Dabney, B., & Dorsey, A. (2003c). Rural healthy people 2010: A companion Document to Health People 2010 (Vol. III). College Station, TX: Texas A & M University.
www.srph.tamushsc.edu/rhhrc .
- Gebbie, K. M., & Hwang, I. (2000). Preparing currently employed public health nurses for changes in the health system. *American journal of*

public health, 90(5),716-721.

- Gebbie, K. M., & Merrill, J. (2001). Enumeration of the public health workforce: developing a system. *Journal public health management practice*, 7(4),8-16.
- Gebbie, K., & Merrill, J., & Hwang, I., & Gebbie, E. N., & Gupta, M. (2003). The public health workforce in the Year 2000. *Journal public health management practice*, 9(1),79-86.
- Geiss, D. M., & Cavaliere, T. A. (2003). Neonatal nurse practitioners provide quality, cost-effective care. *Pediatric Annals*, 32 (9), 577-583.
- Georgia Department of Human Resources-Division of Public Health (2008, August). *Competencies for Public Health Nursing Practice*. from <http://health.state.ga.us/pdfs/nursing/Competencies%20for%20PHNP.pdf>
- Gragg, C. E., Humbert, J., & Doucette, S. (2004). A toolbox of technical supports for nurses new to Web learning. *Computer Information Nurses*, 22 (1), 19-23.
- Hajat, A., & Stewart, K., & Hayes, K. L. (2003). The local public health workforce in rural communities. *Journal health management practice*, 9(6),481-488.
- Hall, J., Noyce, P., & Cantrill, J. (2008). Why do district nurse prescribers alter their prescribing patterns? *British Journal of Community Nursing*, 13(11), 507-513.
- Hall, T. L., & Mejia, A. (1978). Health manpower planning. Geneva : World health organization.
- Hansen, C., Carryer, J., & Budge, C. (2007). Public health nurses' views on their position within a changing health system. *Nursing Praxis in New Zealand*, 23(2), 14-26.
- Hays, R. B., Veitch, C., & Evans, R. J. (2005). The determinants of quality in procedural rural medical care. *Rural and Remote Health* 5 (online),: 473. Available from: <http://rrh.deakin.edu.au>.
- Health Rural Health Association (n.d.) What's Different About Rural Health Care? Retrieved August 19, 2007, from

<http://www.nrharural.org/about/sub/different.html>

Howse, C. (2007). "The ultimate destination of all nursing": the development of district nursing in England, 1880-1925. *Nursing History Review*, 15, 65-94.

http://rrh.deakin.edu.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID_325.

http://rrh.deakin.edu.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID_325.

http://www.achne.org/achne%20documents/Final_PHN_

<http://www.nursecredentialing.org/cert/PDFs/AdultNPApp.pdf>

http://www.rno.org/journal/issues/Vol-4/issue-1/Lee_article.htm

<http://www.skillsforhealth.org.uk/page/>

J.K.(2006). Function and practice of public health nursing in Japan: a trial to
Jakeway, C. C., Cantrell, E. E., Cason, J. B., & Talley, B. S (2006). Developing
population health competencies among public health nurses in georgia.
Public Health Nursing, 23(2), 161-167.

Kathleen, M.,& May, D. N.,& Linda, R. P.,& Sandra, L. F.,& Joyce,
A.V.(2003) .Public Health Nursing: The Generalist in a Specialized
Environment. *Public Health Nursing*, 20(4), 252-259.

Kenny, A., Duckett, S. (2003). Educating for rural nursing practice. *Journal of
Advanced Nursing*, 44(6), 613-622.

Korabek, B., Slauenwhite, C., Rosenau, P., & Ross, L. (2004). Innovations in
seniors' care:Home care/physician partnership. *Canadian Journal of Nursing
Leadership*, 17 (3), 65-78.

Kreitner, S., Leet, T. L., Baker, E. A., Maylahn, C., & Brownson, R. C. (2003).
Assessing the Competencies and Training Needs for Public Health
Professionals Managing Chronic Disease Prevention Programs. *Journal of
Public Health Management & Practice*, 9 (4) , 284-291.

Kuntz, S. W., Frable, P., Qureshi, K., & Strong, L. L. (2008). Association of
Community Health Nursing Educators: disaster preparedness white paper
for community/public health nursing educators. *Public Health Nursing*,
25(4), 362-369.

- Lauder, W., Reel, S., Farmer, J., & Griggs, H. (2006). Social capital, rural nursing and rural nursing theory. *Nursing Inquiry*, 13 (1), 73-79.
- Laura, A., & Mary, U., & Julie, F. R. (1999). Improving Client Outcomes Through Differentiated Practice: A Rural Nursing Center Model. *Public Health Nursing*, 16(3), 168-175.
- Lee, H. J., Charlene, A. W. (2004). Testing Rural Nursing Theory: Perceptions and Needs of Service Providers. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 4 (1) [Online]. Available: http://www.rno.org/journal/issues/Vol-4/issue-1/Lee_article.htm.
- Lee, J. M. (2008). Articulation of undergraduate and graduate education in public health. *Public Health Reports*, 123 Suppl 2, 12-17.
- Levin, P.F., Cary, A. H., Kulbok, P., Leffers, J., Molle, M., & Polivka, B. J. et al. (2008). Graduate education for advanced practice public health nursing: at the crossroads. *Public Health Nursing*, 25(2), 176-193.
- Lichtveld, M. Y., & Cioffi, J. P. (2003). Public health workforce development: progress, challenges, and opportunities. *Journal health management practice*, 9(6), 443-450.
- Long, K. A., Scharff, J. E., & Weinert, C. (1997). Advanced education for the role of rural nurse generalist. *Journal of Nursing Education*, 36 (2), 91-94.
- Macario, E., Benton, L. D., Yuen, J., Torres, M., Macias-Reynolds, V., & Holsclaw, P. et al. (2007). Preparing public health nurses for pandemic influenza through distance learning. *Public Health Nursing*, 24(1), 66-72.
- MacDonald, J. M. (2005). Combination model of care for community nurse practitioners. *British Journal of Nursing*, 14 (21), 1145-1149.
- Macdonald, J. M. (2005). Higher level practice in community nursing: part two. *Nursing Standard*, 20 (10), 41-49.
- Mahnken, J. E. (2001). Rural nursing and health care reforms: building a social model of health. *Rural and Remote Health* 1 (online), 104. Available from: http://rrh.deakin.edu.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID_104.

- Mckeena, H., Keeney, S., & Bradley, M. (2003). Generic and specialist nursing roles in the community: An investigation of professional and lay views. *Health and Social Care in the Community*, 11 (6), 537-545.
- Merrill, J., & Btoush, R., & Gupta, M., & Gebbie, K. (2003). A history of public health workforce enumeration. *Journal public health management practice*, 9(6), 459-470.
- Miller, L. C., Devaney, S. W., Kelly, G. L., & Kuehn, A. F. (2008). E-mentoring in public health nursing practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(9), 394-399.
- Murashima, S., Hatono, Y., Whyte, N., & Asahara, K. (1999). Public health nursing in Japan: new opportunities for health promotion. *Public Health Nursing*, 16 (2), 133-139.
- Murashima, S., & Hatono, Y., & Whyte, N., & Asahara, K. (1999). Public health nursing in Japan: new opportunities for health promotion. *Public health nursing*, 16(2), 133-139.
- National Prescribing Centre. (2003). Nurse prescribing: Maintaining competency in prescribing. http://www.npc.co.uk/nurse_prescribing/pdfs/nurse_update_framework.pdf
- NHS Careers. (n.d.) .Nursing: At the heart of patient care. Retrieved Aug 9, 2006, from <http://www.nhscareers.nhs.uk/nursing.shtml>
- Nursing and Midwifery Council. (2004.08). Standards of proficiency for pre-registration nursing education. Retrieved Aug 20, 2006, from http://www.nmc-uk.org/aSection.aspx?SectionID_32
- Nursing and Midwifery Council. (2001.04) .Standards of specialist education and practice. Retrieved Aug 20, 2006, from http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID_324
- Nursing and Midwifery Council. (2004.06) .Standards of proficiency for specialist community public health nurses. Retrieved Aug 20, 2006, from Standards of proficiency for specialist community public health nurses

- Nursing and Midwifery Council.(2006.4).Standards of proficiency for nurse and midwife prescribers. Retrieved Aug 20,2006,from http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID_1645
Of Nursing Management, 14(6),483-489.
- Ogolla, C., & Cioffi, J. P. (2007). Concerns in workforce development: linking certification and credentialing to outcomes. *Public Health Nursing, 24(5), 429-438.*
- O'Hara, A., Byron, S., & Moriarty, D. (2007). Macmillan nurse facilitators: conducting a training needs assessment for district nurses. *International Journal of Palliative Nursing, 13(12), 598-604.*
- Opportunities. *Harvard Health policy review, 7(1), 17-27.*
- Paliadelis, P. S. Rural nursing unit managers: education and support for the role. *Rural and Remote Health5 (online), 2005: 325.* Available from:
- Paliadelis, P. S. Rural nursing unit managers: education and support for the role. *Rural and Remote Health5 (online), 2005: 325.* Available from:
- Pamela, L., & Ann, C., & Pamela, K., & Jeanne, L., & Mary, M., & Barbara, P. (2007) Graduate Education for Advanced Practice Public Health Nursing: At the Crossroads. Retrieved August 19, 2007, from <http://www.achne.org/>
- Pearson, C. L., Care, W. D. (2002). Meeting the continuing education needs of rural nurses in role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 33 (4), 174-179.*
- Peddecord, K. M., Holsclaw, P., Jacobson, I. G., Kwizera, L., Rose, K., & Gersberg, R. et al. (2007). Nationwide satellite training for public health professionals: Web-based follow-up. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 27(2),111-117.*
- Potter, M. A.(2001). A twenty-first century call for public health workforce development. Aspen publishers.
- Potter, M. A., Barron, G., & Cioffi, J. P. (2003). A Model for Public Health Workforce Development Using the National Public Health Performance Standards Program. *Journal of Public Health Management & Practice, 9 (3) ,*

199-208.

Poulton, B., & McCammon, V. (2007). Measuring self-perceived public health nursing competencies using a quantitative approach. *Nurse Education Today*, 27(3), 238-246.

Poulton, B., Lyons, A., & O'Callaghan, A. (2008). A comparative study of self-perceived public health competencies: practice teachers and qualifying SCPHNs. *Community Practitioner*, 81(9), 31-34.

Public Health Foundation [PHF] (2007). Definitions. Retrieved August 25, 2007, from https://www.train.org/Competencies/pb.aspx?tabID_94#definitions

Public health foundation. (2009). *Core competencies for public health professionals*. from

https://www.train.org/Competencies/corecompetencies.aspx?tabid_94

Public Health Foundation.(2009).National Public Health Performance Standards Program, <http://www.phf.org/nphpsp/>

Quad Council of Public Health Nursing Organizations. (2003) Quad Council PHN Competencies. Retrieved August 24, 2007, from

Quad council PHN competencies.(2004)

Retrieved August 24, 2007, from

<http://www.aanp.org/NR/rdonlyres/evwsnlw2366mgchbliqq4crlfyly7dgp17xcg6c35kjsc7dury4bkeehrjcie36mnchdi5jk3ck6ye2juh7aq2rvb/FAQs+-+What+is+an+NP.pdf>

Richard, H. M., Farmer, J., & Selvaraj, S. (2005). Sustaining the rural primary health care workforce: survey of healthcare professionals in the Scottish Highlands. *Rural Remote Health* 5 (1), 365.

Robertson, J. F., & Baldwin, K. B. (2007). Advanced practice role characteristics of the community/public health nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist*, 21(5), 250-254.

Robinson, S. M., Barberis-Ryan, C (1995). Competency Assessment • *Nursing Management*; 26(2), 40-44.

- Rosenblatt, R.A., & Casey, S., & Richardson, M. (2002). Rural-urban differences in the public health workforce: local health department in 3 rural western states. *American journal of public health*, 92(1), 1102-1105.
- Ruffing, K. L., Smith, H. L. (1984). Planning for rural community health nursing needs: the experience of Ecuador. *Journal of Advanced Nursing*, 9, 135-143.
- Saeki, K., Izumi, H., Uza, M., & Murashima, S. (2007). Factors associated with the professional competencies of public health nurses employed by local government agencies in Japan. *Public Health Nursing*, 24(5), 449-457.
- Sharon, D. S., & Margaret A. (2004) The Public Health Nursing Practice Manual: A Tool for Public Health Nurses. *Public Health Nursing*, 21(2), 179-182.
- Sistrom, M. G. (2008). Teaching epidemiology: the role of the public health nurse. *Journal of Nursing Education*. 47(5):227-230.
- Skill for Health. (). Key elements of the career framework. <http://www.skillsforhealth.org.uk/js/uploaded/uploadablefile3.pdf>
- Sloand, E., Bower, K., & Groves, S. (2008). Challenges and benefits of international clinical placements in public health nursing. *Nurse Educator*, 33(1), 35-38.
- Stanley, S. A., Polivka, B. J., Gordon, D., Taulbee, K., Kieffer, G., & McCorkle, S. M. (2008). The ExploreSurge Trail Guide and Hiking Workshop: discipline-specific education for public health nurses. *Public Health Nursing*, 25(2), 166-175.
- Stewart, M. J., & Arklie, M. (1994). Work satisfaction, stressor and support experienced by community health nurse. *Canadian journal of public health*, 85(3), 180-184.
- Swider, S., & Levin, P., & Ailey, S., & Breakwell, S., & Cowell, J., & McNaughton, D., & O'Rourke, M. (2006). Matching a graduate curriculum in public/community health nursing to practice competencies: the Rush university experience. *Public health nursing*, 23(2), 190-195.
- The Floyd County Health Department (n. d.). *Community health nurses*.

Retrieved April 3, 2006, from

<http://www.floydcountyhealthdept-in.com/>

- Tilson, H., & Gebbie, K. M. (2004). The public health workforce. *Public health*, 25, 341-356.
- Walcott-mcquigg, J. A., & Ervin, N. E. (1992). Stressors in the workplace community health nurse. *Public health nursing*, 9(1), 65-71.
- Weierbach, F. M. (2007). Public health nursing competencies 1953-1966: effective and efficient. *Public Health Nursing*, 24(5), 480-487.
- Winters, L., Gordon, U., Atherton, J., & Scott-Samuel, A. (2007). Developing public health nursing: barriers perceived by community nurses. *Public Health*, 121(8), 623-633.
- Yamashita, M., Miyaji, F., & Akimoto, R. (2005). The public health nursing role in rural Japan. *Public Health Nursing*, 22 (2), 156-165.
- Yoshioka-Maeda, K., Taguchi, A., Murashima, S., Asahara, K., Anzai, Y., & Yu, S., Chen, I. J., Yang, K. F., Wang, T. F., & Yen, L. L. (2007). A feasibility study on the adoption of e-learning for public health nurse continuing education in Taiwan. *Nurse Education Today*, 27(7), 755-761.
- Yoshioka-Maeda, K., Taguchi, A., Murashima, S., Asahara, K., Anzai, Y., Arimoto, A., et al. (2006). Function and practice of public health nursing in Japan: a trial to develop the Japanese Purpose-Focused Public Health Nursing Model. *Journal of Nursing Management*, 14 (6), 483-489.

貳、中文文獻

- 于漱、金蓓莉(1996)·公共衛生護理人員在不同型態衛生所的角色探討和比較·*公共衛生*，23(1)，17-25。
- 尹雪梅、姜月平(1999)·日本的訪視護理與康復·*國外醫學護理學分冊*，18(11)，503-506
- 尹裕君 (2002)·實施專科護理師成效之探討·*榮總護理*，19(3)，223-242。
- 日本厚生勞動省(2007，8月1日)·*保健師國家考試的實施*·2007年8月9日取自 <http://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/3.html>

- 日本厚生勞動省(2007, 8月1日)・護士國家考試的實施・2007年8月9日
取自 <http://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/5.html>
- 日本看護協會(2004, 無日期)・Basic nursing education in Japan・2007年7月11日取自 <http://www.nurse.or.jp/jna/english/nursing/education.html>
- 日本看護協會(2004, 無日期)・Japanese nursing system and its history・2007年7月11日取自 <http://www.nurse.or.jp/jna/english/nursing/system.html>
- 日本看護協會(2007, 無日期)・日本看護師資格認定制度・2007年7月10日取自 <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/index.html>
- 日本看護協會(2007, 無日期)・專門看護師的審核方法・2007年7月15日
取自 <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/pdf/cnsmiti.pdf>
- 日本看護協會(2007, 無日期)・第17回專門看護師認定の手引き・2007年8月9日取自
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/pdf/senmontebiki.pdf>
- 日本看護協會(2007, 無日期)・認定看護師的審核方法・2007年7月15日
取自 <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/pdf/cenmiti.pdf>
- 日本看護協會(2007, 無日期)・專門看護師認定審查申請書・2007年8月9日
取自
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/ninteisinsa/ninteisinsa.pdf>
- 日本看護協會廣報部(2007, 無日期)・認定看護師合格報告・2007年8月9日
取自 <http://www.nurse.or.jp/home/news/data/henkouannai.pdf>
- 王國裕(1977)・衛生所業務之成本效果調查分析研究報告・臺灣省公共衛生教學實驗院, 19。
- 台灣護理學會(2005, 8月)・社區衛生護理專業範疇與專業人員職責規範手冊・2005年12月10日取自
http://www.twna.org.tw/Uploadfile/web_data/1207.pdf
- 行政院原住民族委員會(2005, 12月)・中華民國九十二年原住民健康狀況統

- 計·台北：行政院原住民族委員會。
- 行政院衛生署(2006)·中華民國公共衛生年報·行政院衛生署編。
- 行政院衛生署(2007, 2月)·地方醫事人員養成第二期計畫(草案)·台北：行政院衛生署。
- 行政院衛生署：加強山地離島及原住民醫療服務計畫(核定本)。台北：行政院衛生署，1999。
- 吳美連、林俊毅(2000)·人力資源管理·台北：智勝。
- 呂淑妤：加強山地離島及原住民醫療服務計畫成效評估調查。行政院衛生署九十年度委託研究計畫報告，2001。
- 宋文娟、洪麗真、李淑娟、劉東玉 (2005)·整合性醫療照護之評估—新竹縣五峰鄉之實證研究·醫務管理期刊，6 (2)，201-214。
- 李奕慧、尤瑞鴻、項秋梅 (2001)·偏遠地區社區醫療照護計畫之評估—花蓮縣秀林鄉之實證研究·台灣衛誌，20 (3)，216-227。
- 李淑婷、謝臥龍、邱啟潤 (2001)·衛生所護理師角色功能之探討—德爾菲研究·護理研究，9 (3)，269-277。
- 林正介、許國敏、李采娟、林淑萍、蔡文正、楊榮林、李奇學、李佳雲：山地離島及原住民地區醫療資源促進方案之模式建立與評估，台中：行政院衛生署九十三年度科技研究計畫，2005。
- 林克炤、胡杏佳、林豐雄、姚克明 (1993)·台灣省山地及離島地區死亡率及死因之研究·公共衛生，20 (2)，111-22。
- 林綽娟(2004)·公共衛生護理人員能力提升計畫成果報告。
- 南投縣信義鄉衛生所(無日期)·衛生所組織編制·2006年4月10日取自
http://shy-nth.doh.gov.tw/pub/LIT_6.asp?ctyp=LITERATURE&pcatid_0&catid_1829&ctxid_1838&single_Y
- 南投縣集集鎮衛生所(無日期)·組織架構、功能·2006年4月10日取自

http://jij-nth.doh.gov.tw/pub/LIT_6.asp?ctyp_LITERATURE&pcatid_0&catid_1829&ctxid_1837&single_Y

- 姜月平(2000)·訪視護理的現狀與發展·*實用護理雜誌*，16(4)，3-4。
- 姜月平(2000)·訪視護理的現狀與發展·*實用護理雜誌*，16(4)，3-4。
- 姚克明(1987)·基層保健服務之人力需求·台灣：台灣省公共衛生研究所。姚克明(1987)·基層保健服務之人力需求·*公共衛生*，14(1)，30-41。
- 胡杏佳、徐素萍、洪百薰、吳聖良、姚克明(1995)·山地離島地區民眾健康狀況調查與醫療需求研究·台灣省公共衛生研究所研究報告。
- 張平平、張江雁(2002)·日本臨床護理專家及專科護士的現狀·*中華護理雜誌*，37(9)，716-717。
- 張淑芬、張美惠、周金章(1989)·基層醫療保健整體發展可行性之研究，七十六、七十七年度基層醫療保健研究計畫報告彙刊·行政院衛生署。
- 張媚、余玉眉、陳月枝、田聖芳(2005)·台灣護理人力規劃研究·*台灣醫學*，9(2)，149-156。
- 許瓊文(2001)·家庭照護政策分析—以老人照護問題為例·未發表之碩士論文·台北：國立陽明大學衛生福利研究所。
- 陳家容、柯成國、連守揚、阮仲洲、黃于珊、陳昱甫、盧尚斌、李源芳(2004)·整合性醫療服務經營模式對澎湖急診醫療之影響·*台灣公共衛生雜誌*，23(5)，406-411。
- 陳慶餘、沈友仁(1992)·花蓮縣山地原住民健康問題盛行率之初步調查·*中華衛誌*，11(1)，13-9。
- 陳麗美、石曜堂(1984)·臺灣地區衛生所功能分析·*公共衛生*，11(2)，115-139。
- 曾泓富(2001)·偏遠地區醫療照護模式之探討·中央健康保險局-研究成果摘要·2007年4月9日取自<http://www.nhi.gov.tw/89/89pln020.htm>
- 黃明珠、陳延芳、林金玉(1996)·衛生所人力配置模式之探討·*公共衛生*，22(4)，231-243。

- 楊春梅、黃津芳、趙輝 (2004)·日本臨床護理專家與專科護士現狀·*國外醫學護理學分冊*，23(9)，391-434。
- 葉金川 (2001)·台北市社區健康營造·台北市醫師公會會刊，45(4)，22-24。
- 蔡光昭 (1998)·偏遠地區醫療問題探討—以恆春地區為例·*醫院:中華民國醫院協會雜誌*，31(1)，29-36。
- 盧孳艷、劉成英(2000)·公共衛生護理實務工作評估之分析·*護理雜誌*，47(3)，71-76。
- 盧孳艷、劉成英(2000)·公共衛生護理實務工作評估之分析·*護理雜誌*，47(3)，71-76。
- 鴻義章、林慶豐、彭玉章、呂淑妤 (2002)·台灣原住民醫療衛生政策之回顧·*中華衛誌*，21(4)，235-242。
- 魏玉容 (2000)·*台灣山地離島地區醫療政策分析*·未發表的碩士論文，台北：國立台灣大學衛生政策與管理所。
- 譚秀芬、曾泓富 (2003)·偏遠地區醫事人力解決方案之探討·*醫務管理期刊*，4(2)，26-36。
- 譚秀芬、曾泓富、蕭世槐 (2002)·偏遠地區醫療照護模式探討—里山醫療支援計畫為例·*醫務管理期刊*，3(4)，118-131。

衛生所服務項目核對表

一、護理長基本資料：

1. 年齡：民國_____年出生
2. 婚姻：①未婚 ②已婚
3. 您最高畢業學歷：
①高中職 ②專科(含二、三、五專)
③大學(含二技、四年制護理學系) ④碩士以上(含碩士)
4. 您在衛生所的職稱：
①護理師兼護理長 ②護理長 ③其他，請說明_____
5. 您從事護理工作總年資：_____年
6. 您從事衛生所公共衛生護理工作年資：_____年
7. 您擔任衛生所護理長工作年資：_____年
8. 目前是否在學校進修學位①否(請跳答第9題) ②是。
8-1 進修學制為①專科(二、三、五專) ②大學(含四技、二技及空大) ③碩士 ④博士。
8-2 進修領域①護理 ②醫療相關 ③非醫療相關。
9. 您從事衛生所公共衛生護理之前，曾從事的護理工作：(可複選)
①無 ②醫院臨床護理 ③醫院社區護理 ④職業衛生護理
⑤學校衛生護理
⑥其他，請說明_____。
10. 您目前有參與地段管理業務嗎？
①沒有 ②有

10-1 請列舉您目前所主辦的業務？

①護理/醫療專業相關業務

②一般行政業務

二、貴所業務情形：

1. 請問貴所的預防注射業務是如何執行：(可複選)
①由衛生所執行 ②由社區醫療機構執行
③其他，請說明_____
2. 請問目前貴所工作人員是否擁有下列緊急救護訓練：
①高級心臟救命術訓練(ACLS)；通過人數：_____位；受訓者職稱：

② 心肺復甦術(CPR/BLS) ;通過人數:_____位 ;受訓者職稱:

③ EMT 救護技術員 ;人數:_____位 ;受訓者職稱:

④ 其他,請說明緊急救護訓練種類:_____ ;人數:_____位 ;受訓者職稱:_____。

三、貴鄉去年(2006年)人口學資料:

1. 貴鄉總人口數為_____人

2. 人口結構:

2-1 貴鄉居民之族群結構情形,分別佔多少比例?

① 原住民_____

④ 非原住民人口_____%。

2-2 外來人口方面:

① 外籍配偶_____人_____%,

2-3 貴鄉居民何種年齡人口佔最多?

① 15歲以下 ② 15~24歲 ③ 25~39歲 ④ 40~64歲

⑤ 65歲以上

2-4 貴鄉居民何種教育程度佔最多?

① 國小 ② 國中 ③ 高中/職 ④ 專科/大學以上

2-5 貴鄉居民大部分從事的職業?

① 農 ② 漁 ③ 工 ④ 商 ⑤ 公務員 ⑥ 小本生意

3. 請問貴鄉去年(2006年)

3-1 出生率: _____ %

3-2 生育率: _____ %

3-3 死亡率: _____ %

3-4 十大死因(請依序填寫):

① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____

⑤ _____ ⑥ _____

3-5 以 phis 系統統計疾病發生個案數最高的前三位:

疾病名稱	①	②	③
疾病罹患率			
盛行率			
40歲以上受(篩)檢率			
追蹤率			

四、貴所護理業務目標數完成率情形(2006年)：

1. 目標數完成率最高的前五項業務：

① _____

② _____

③ _____

④ _____

⑤ _____

2. 目標數完成率最低的前五項業務：

① _____

② _____

③ _____

④ _____

⑤ _____

五、請問貴所公共衛生人力編制情形：

1. 目前在貴所的護理人員數（包含護理長編制及非編制內之公共衛生護理人員）
_____人。
2. 請填寫目前在貴所實際從事公共衛生的人力情形(含編制及非編制)

職 稱	醫師(含主任一名)	課員	醫事檢驗師	醫事放射師	衛生稽查人員	藥師	保健員	工友	約僱人員				
員 額													
業 務 職 掌													
主 辦 業 務													

p. s. 未列於表上的職稱請填於空格處。

六、以下問題是要了解貴所護理人員在各個業務項目上的執行頻率

專業項目	執行頻率						若有執行困難， 請加以說明
	1 從未執行	2 每年執行	3 每半年執行	4 每季執行	5 每月執行	6 每週執行	
1. 社區整合式健康篩檢	1	2	3	4	5	6	
2. 社區健康評估	1	2	3	4	5	6	
3. 衛生教育	1	2	3	4	5	6	
4. 健康體適能、健康促進	1	2	3	4	5	6	
5. 婦幼及優生保健	1	2	3	4	5	6	
6. 兒童保健及青少年保健	1	2	3	4	5	6	
7. 兒童聽力篩檢	1	2	3	4	5	6	
8. 青少年兩性教育	1	2	3	4	5	6	
9. 成人及中老年病防治	1	2	3	4	5	6	
10. 新家庭計畫	1	2	3	4	5	6	
11. 學校衛生	1	2	3	4	5	6	
12. 個案管理	1	2	3	4	5	6	
13. 檳榔、酒及菸害防治	1	2	3	4	5	6	
14. 癌症防治	1	2	3	4	5	6	
15. 視力保健	1	2	3	4	5	6	
16. 口腔保健	1	2	3	4	5	6	
17. 更年期保健	1	2	3	4	5	6	
18. 新移民個案管理	1	2	3	4	5	6	
19. 病友會管理	1	2	3	4	5	6	
20. 長期照護、居家護理	1	2	3	4	5	6	
21. 巡迴醫療	1	2	3	4	5	6	
22. 視訊遠距醫療	1	2	3	4	5	6	
23. 醫療門診	1	2	3	4	5	6	
24. 早期療育	1	2	3	4	5	6	
25. 緊急醫療救護	1	2	3	4	5	6	
26. 部落社區健康營造	1	2	3	4	5	6	
27. IDS 業務	1	2	3	4	5	6	
28. 精神及心理衛生	1	2	3	4	5	6	
29. 原住民交通補助費業務	1	2	3	4	5	6	
30. 自殺防治	1	2	3	4	5	6	
31. 家暴及性侵害防治	1	2	3	4	5	6	
32. 傳染病防治及疫調	1	2	3	4	5	6	
33. 性病、愛滋病防治	1	2	3	4	5	6	
34. 營業衛生管理	1	2	3	4	5	6	

專業項目	執行頻率						若有執行困難， 請加以說明
	1 從未執行	2 每年執行	3 每半年執行	4 每季執行	5 每月執行	6 每週執行	
35. 列管案件追蹤管制	1	2	3	4	5	6	
36. 居家環境衛生指導	1	2	3	4	5	6	
37. 登革熱防治	1	2	3	4	5	6	
38. 預防注射	1	2	3	4	5	6	
39. 老人流感注射	1	2	3	4	5	6	
40. 國民營養	1	2	3	4	5	6	
41. 志工管理	1	2	3	4	5	6	
42. 研考	1	2	3	4	5	6	
43. 兼辦出納	1	2	3	4	5	6	
44. 兼辦人事	1	2	3	4	5	6	
45. 兼辦會計	1	2	3	4	5	6	
46. 兼辦總務	1	2	3	4	5	6	
47. 兼辦收發文與檔案管理	1	2	3	4	5	6	
48.	1	2	3	4	5	6	
49.	1	2	3	4	5	6	
50.	1	2	3	4	5	6	
51.	1	2	3	4	5	6	
52.	1	2	3	4	5	6	
53.	1	2	3	4	5	6	

PS. 若有未註明的業務請說明於空白處

6. 請敘述其他有關您目前有哪些與護理工作分配相關的原則？

衛生所護理人員工作執行現況問卷調查表

衛生署 96 年度委託科技研究計畫

計畫編號：DOH 96-TD-M-113-055

計畫主持人：林緯娟副教授

聯絡地址：40402 台中市北區學士路 91 號

聯絡電話：04-22053366-7102 傳真電話：04-22071112

電子信箱：cjlin@mail.cmu.edu.tw

親愛的護理伙伴：您好

無論在護理界或公共衛生學領域，衛生所護理人員都是較被忽略的一群，默默執行業務的專業人員。然而業務日漸增加的情形下，應適時表達您個人執業情況，以讓大家了解衛生所護理的現況。本研究係衛生署委託計劃。這份調查問卷的目的，在於想了解衛生所公共衛生護理人員業務在各項項目執行情形。研究成果將提供衛生署制定適當的政策，以協助改善衛生所護理人員的工作環境。本調查採不記名方式，因此，請您 1 月 10 日前填妥問卷，將問卷放入信封並彌封後，再交給單位護理長，由護理長統一寄回。本問卷對外絕對保密，對您個人不會有任何的影響，請您安心填答。「工時計算」較難回答，但請您務必仔細思考後一一回答。並確認每一頁每一個題目都回答了！問卷結果才能具代表性。期望共同努力營造衛生所護理人員良好的工作環境及專業尊嚴。

謝謝您的支持與合作。

敬 祝
平 安 與 喜 樂

中國醫藥大學護理學系
副教授
林緯娟敬上

ps. 若有任何未說明清楚，需經進一步了解的，請電 04-22053366 轉 7102 蕭小姐。

壹、人口學資料

1. 性別：
① 女 ② 男
2. 年齡：民國_____年_____月出生
3. 婚姻狀態：
① 未婚 ② 已婚 ③ 離婚 ④ 分居 ⑤ 喪偶
4. 宗教信仰對您日常生活的影響情形：
① 沒有影響 (0%) ② 一些影響 (1-25%) ③ 普通 (26-50%)
④ 相當多影響 (51-75%) ⑤ 非常影響 (76-100%)
5. 您是在地人嗎？ ① 否 ② 是
6. 您的居住地？ ① 非本鄉鎮 ② 本鄉鎮
7. 您的戶籍地？ ① 非本鄉鎮 ② 本鄉鎮
8. 最高畢業學歷：
① 高中職 ② 專科 (含二、三、五專)
③ 大學 (含二技、四年制護理學系) ④ 碩士以上 (含碩士)
9. 您所擁有的專業執照：(可複選)
① 助產士 ② 護士 ③ 護理師 ④ 其他，請說明_____。
10. 您在衛生所的正式職稱：
① 護理助理員 ② 保健員 ③ 助產士 ④ 約聘/僱護士
⑤ 派駐護士 ⑥ 護士 ⑦ 護理師 ⑧ 護理長
⑨ 其他，請說明_____。
11. 您從事衛生所公共衛生護理工作年資：_____年
12. 到目前為止您從事護理工作總年資(含現職)：_____年
13. 您從事衛生所公共衛生護理之前，曾從事的護理工作：(可複選)
① 無 ② 醫院臨床護理 ③ 醫院社區護理
④ 其他，請說明_____。
14. 您目前每月總薪資約：
① 30000 元以下 ② 30001 - 40000 元 ③ 40001 - 50000 元
④ 50001 - 60000 元 ⑤ 60001 元以上
15. 您對您的經濟狀況
① 非常不滿意 ② 不滿意 ③ 尚可 ④ 滿意 ⑤ 非常滿意
16. 您平均每個月有超時工作嗎？
① 沒有 ② 1-4 小時 ③ 5-8 小時 ④ 9-12 小時 ⑤ 13 小時以上
17. 您選擇從事衛生所護理工作是因為？(可複選)
① 興趣 ② 因正常班別 ③ 機緣 ④ 考試分發 ⑤ 其它，請說明原因_____

18. 您曾經接受急重症訓練(如 ER、ICU 等的訓練或工作經驗)

① 沒有 ② 有，請說明何種訓練_____。

19. 在這五年內，您是否擁有緊急救護訓練：

① 沒有【請直接跳答 20.】 ② 有【請續答 19-1、19-2、19-3】

19-1 緊急救護訓練類別：(可複選)

① 高級心臟救命術訓練(ACLS) ② 心肺復甦術(CPR)

③ EMT 救護技術員

④ 其他，請說明_____。

19-2 您是否擁有訓練證書或證照

① 沒有

② 有

19-3 您是否有信心執行訓練證書的緊急救護技術：

① 沒有信心 ② 有些信心 ③ 有信心 ④ 非常有信心

20. 您認為您所接受的緊急救護訓練？

① 不足 ② 尚可 ③ 足夠

表一、「衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表」

問卷填寫同意書

本問卷的目的，在於想了解衛生所公共衛生護理人員業務在各項項目執行情形。研究成果將提供衛生署制定適當的政策，以改善衛生所護理人員的工作環境。我們期待您的參與，才能讓研究結果更能代表衛生所護理人員的全體意見，因此，若您同意參與，請在下表簽名，並填寫問卷，完成後請彌封後交給護理長；若您不同意參與此計畫，也請將問卷歸還給護理長。 謝謝您的合作！

中國醫藥大學
副教授 林綽娟 敬上

我同意參與此計畫，填寫「衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表」問卷									
簽名欄：									
編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名

表二、問卷填寫登錄表

單位名稱	貴單位護理人員數	完成問卷之護理人員數	郵資費用	護理長簽名
衛生所				
HN 聯絡電話：		HN e-mail：		

貳、衛生所公共衛生護理人員業務項目執行情形量表

一、問卷答題說明

此部分問題想是要了解您在各個業務項目上的執行頻率、工時計算等的實際情形。答題方式如下：

(一)執行頻率：在您過去一年的護理實務中，此業務項目之執行頻率。

1. 代表「從未執行過」；
2. 代表「至少每年執行」；
3. 代表「至少每半年執行」；
4. 代表「至少每季執行」；
5. 代表「至少每月執行」；
6. 代表「至少每週執行」；
7. 代表「每日執行」。

(二)工時計算：

1. 若您在該項業務勾選從未執行，則不需填寫工時；
2. 若您在該項業務勾選每季、半年、每年執行的業務，則以此為計算工時的單位並寫下該項業務實際花費的時間計算，並勾選是季、半年、或每年。若是每半年執從3日則寫24時為勾選「半年」。
3. 若您在該項業務勾選每月執行至每日執行，則請以一個月工時160小時計算，並勾選是季、半年、或每年。您在該項業務所花費的時數。若您上個月有超時情形，請您依超時情況填寫。

二、答題範例

現以對「預防注射」為例，如果您認為在「預防注射」方面，【執行頻率】為每月執行6小時，就圈5；於「工時計算」填的依據時數填寫6，並於「月」畫圈。若圈「年」則以年計算該項工作的工時，若勾選日則以每日為單位計算工時，若勾選週則以「週」計算該項業務的工時。以此類推。所以根據您的回答，作答如下：

範例：

業務項目	執行頻率							工時計算
	1 從未執行	2 每年執行	3 每半年執行	4 每季執行	5 每月執行	6 每週執行	7 每天執行	
預防注射	1	2	3	4	⑤	6	7	6時(天/週/⑧/季/半年/年)

三、若您有執行的業務項目，卻未包含在所有項目，請自行填於空白格子內。



中國醫藥大學公共衛生學院

CHINA MEDICAL UNIVERSITY COLLEGE PUBLIC HEALTH

台中市學士路 91 號

91 Hsueh-Shih Road, Taichung 40402, Taiwan, R.O.C

TEL:(04)22053366 ext:6001

**The Institutional Review Board, China Medical
University College of Public Health, Taichung, 404 Taiwan**

Tel:886-4-22053366 ext:6001 Fax:886-4-2201-9901

Expedited Approval

Date: January 17, 2007

To: Professor Chouh-Jiaun Lin

From:

Subject: Assessment and Development of Advanced Nursing Practice Model in Rural
and Remote Area

The Institutional Review Board met on January 17, 2007 , and reviewed the above study protocol. The IRB recommended approval of the protocol for a period until February 28, 2009.

Change in protocol in this project requires its resubmission to the Board. By the end of this period you may be asked to inform the Board on the status of your project. If this project has not been completed, you may request renewed approval at that time.

Also, the principal investigator must report to the Chairman of the Institutional Review Board promptly, and in writing, any unanticipated problems involving risks to the study subjects.



96 衛生署計畫「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估
及未來進階護理工作之建構—專家一覽表

編號	姓名	工作機構/職稱	代表	備註
1	蔡淑鳳	衛生署照護處/副處長	制度面/官	
2	陳妙青	衛生署照護處護理科/科長	護理/官	
3	羅文敏	衛生署照護處山地科/科長	山地/官	
4	蕭淑真	國健局社區健康科/組長	社區健康 、衛生所管 理/官	
5	蕭春櫻	台中縣衛生局秘書	護理/行政	
6	馬金足	澎湖縣衛生局食品課/課長	護理/行政	前保健課課長
7	張淑真	南投縣保健課/課長	護理/行政	
8	史萬秋	信義鄉衛生所/護理長	護理/實務	
9	顏婉娟	烏來鄉衛生所/護理長	護理/實務	
10	李素華	台灣社區衛生護理學會/理事長	護理/實務	前衛生所主任
11	許國敏	中國醫藥大學附設醫院/顧問	醫療/行政	前衛生處副處長
12	羅財彰	苗栗縣衛生局局長	醫療/行政	
13	邱啟潤	高雄醫藥大學/教授	護理/學	教授社區護理
14	黃玉珠	輔仁大學/系主任	護理/學	教授社區護理
15	許智皓	台北護理學院 /助理教授	護理/學	教授社區護理
16	林緯娟	中國醫藥大學/副教授	護理/學	教授社區護理

附件五

親愛的護理長：您好！

衛生所護理人員經常忙碌於各項交辦業務，無法獲得適當的回饋也無暇思考，為此設計「衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表」，問卷的目的係探討公共衛生護理人員對進階制度的看法，研究成果提供衛生署制定適當政策的參考，改善衛生所護理人員的工作環境，進而提供能民眾更適當的照顧，使社區居民更健康，間接的使公共衛生護理更專業。因此，請您能撥冗協助發出並寄回貴所護理人員的問卷。

本問卷之填寫對象包括衛生所護理長及衛生所之護理人員，「衛生所之護理人員」指的是 1.領有護理師或護士執照 2.在衛生所執行公共衛生護理業務者（包含行政院衛生署國民健康局及疾病管制局等派駐之護理人員或約聘護理人員）。因此，當您收到此份問卷，請您將每份問卷及信封交給單位內符合以上條件之護理人員；本問卷採自願作答，以不強迫護理人員作答為原則。但期望您能鼓勵護理人員填寫問卷，以使本研究結果更能代表衛生所護理人員的全體意見。

如護理人員同意參與填寫問卷，請填寫表一「問卷填寫同意書」，以利發送問卷填寫費。請護理長協助配對號碼（人名與信封上的號碼須是一致的），以利事後核對問卷填寫的完整性。護理人員填寫問卷係以個人意見填答，不須討論，每個人均可以有不同的答案。本調查採不記名方式，因此，當護理人員完成作答，請護理人員將問卷放入信封並彌封後交給護理長，請護理長您在 2/16 前寄回問卷。

護理長不須審閱問卷，但須核對人名與號碼確認是一致的，另外收集彌封的問卷並計算份數，將完成及未完成問卷之護理人員數計算後登錄於表二「問卷填寫登錄表」。之後連同未作答之問卷一併放入大信封袋後，貼上郵票後寄回。

每位護理人員資料填寫費 100 元禮卷，護理長您協助收集資料的將會獲得禮卷 500 元。所有的問卷填寫費及郵資費事後將一併寄達，此費用不會扣任何稅款。

本問卷所得資料對外絕對保密，對您及單位不會有任何的影響，請大家安心填答。謝謝您的支持與合作。

敬 祝 平 安 與 喜 樂

中國醫藥大學

副教授 林綽娟 敬上

聯絡人：蕭小姐 電話:04-22053366 轉 7102 傳真:04-22071112
e-mail：sulin399@hotmail.com

表一、「衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表」

問卷填寫同意書

本問卷的目的，在於想了解衛生所公共衛生護理人員業務在各項項目執行情形。研究成果將提供衛生署制定適當的政策，以改善衛生所護理人員的工作環境。我們期待您的參與，才能讓研究結果更能代表衛生所護理人員的全體意見，因此，若您同意參與，請在下表簽名，並填寫問卷，完成後請彌封後交給護理長；若您不同意參與此計畫，也請將問卷歸還給護理長。 謝謝您的合作！

中國醫藥大學

副教授 林綽娟 敬上

我同意參與此計畫，填寫「衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表」問卷									
簽名欄：									
編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名	編號	簽名

表二、問卷填寫登錄表

單位名稱	貴單位護理人員數	完成問卷之護理人員數	郵資費用	護理長簽名
衛生所				
HN 聯絡電話：		HN e-mail：		

衛生所護理工作模式與進階護理制度規劃問卷調查表

衛生署 96 年度委託科技研究計畫
計畫編號：DOH97-TD-M-113-96015
計畫主持人：林綽娟副教授

聯絡地址：40402 台中市北區學士路 91 號
聯絡電話：04-22053366-7102 傳真電話：04-22071112
電子信箱：cjlin@mail.cmu.edu.tw

親愛的護理伙伴：您好！

這份調查問卷的目的，在於想了解您對衛生所公共衛生護理人員工作模式與進階護理制度規劃的建議。請您配合閱讀山地離島偏遠地區進階護理工作模式與進階教育計劃草案說明填答本問卷，本調查採不記名方式，因此，當您填妥問卷，將問卷直接交給護理長。本問卷對外絕對保密，對您個人不會有任何的影響，請您安心填答。謝謝您的支持與合作。

人口學資料

1. 年齡：民國_____年_____月出生
2. 婚姻狀態：①未婚 ②已婚 ③離婚 ④分居 ⑤喪偶
3. 最高畢業學歷：
①高中職 ②專科（含二、三、五專） ③大學（含二技、四年制護理學系） ④碩士以上（含碩士）
4. 您在衛生所的正式職稱：
①護理助理員 ②保健員 ③助產士 ④約聘/僱護士 ⑤派駐護士 ⑥護士 ⑦護理師 ⑧護理長
⑨其他，請說明_____。
5. 您從事衛生所公共衛生護理工作年資：_____年
6. 您對您的經濟狀況
①非常不滿意 ②不滿意 ③尚可 ④滿意 ⑤非常滿意
7. 您選擇從事衛生所護理工作是因為？(可複選)
①興趣 ②因正常班別 ③機緣 ④考試分發
⑤其它，請說明原因_____

查、護理工作模式

非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議_____

貳、山地離島偏遠地區衛生所護理人員進階制度規劃草案

一、基層山地離島偏遠地區衛生所護理人員層階分成三級

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
PHN1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHN2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHN3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議 _____

二、名詞界定

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
PHN1 ：衛生所工作滿一年，完成 PHN1 基礎公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN1 審查合格者，能執行公共衛生護理基本照護及個案管理者。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHN2 ：衛生所工作滿三年以上，完成 PHN2 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN2 審查合格者，能參與執行並負責規劃以團體為基礎的照護。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PHN3 ：衛生所工作滿六年以上，完成 PHN3 公共衛生護理專業能力訓練且通過 PHN3 審查合格者，能執行並負責規劃以社區為基礎的照護。並有教學及協助衛生所品質改進之能力。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議 _____

三、山地離島偏遠地區 PHN 的角色範疇

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
角色功能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
工作範圍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議 _____

四、山地離島偏遠地區衛生所各級護理人員能力進階訓練目標

(1)基礎能力

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
文化知覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
溝通與合作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
倫理素養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
責任感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
判斷力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議_____

(2)專業能力

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
評估與分析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
規劃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
執行與指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
評價與品質保證	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議_____

(3)管理能力

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
業務的管理與推展	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資源管理與連結	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
健康危機管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
災難護理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
諮詢/輔導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議_____

五、山地離島偏遠地區基層護理人員專業能力訓練重點(課程大綱)

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
演講式/座談	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
實作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
衛生所特色課程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

六、山地離島偏遠地區基層衛生所護理人員專業能力進階制度晉陞指標

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
在職教育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
基礎能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
專業能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
管理能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
審查	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
審查方式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

參、配套措施

一、山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議聘任

項目	非常同意	同意	尚可	不同意	非常不同意
職等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
聘任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其它津貼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

建議

二、山地離島偏遠地區公共衛生護理人員各級進階之建議考核指標

其他建議
