

# 第一章 緒論

## 第一節 問題陳述

當前台灣地區的各級醫院受限於全民健保的財務機制，導致各級醫院在預防保健方面的資源投入偏低；加上台灣社會環境的變遷、人口疾病型態的轉變、消費者意識的高漲和受重視，導致社區民眾的健康需求已非停留在「有病治病」的階段；醫院社區化角色與功能的重整已成為重要的問題。國內已有學者強調這方面問題的嚴重性及醫院走入社區的必要性（林政彥，2001；廖宏恩等，2001；翁林仲，2001；陳信宏，2001；劉玲足，2000；邱泰源等，2000）。雖然政策上對於社區預防保健的關心程度漸高，但是因為資源分散於各單位，而醫院與社區民眾之間也缺乏持續連貫的互動，使社區內外的資源無法有效整合運用，作法上顯得紛散零亂，導致醫療資源的重複浪費。目前國內各級醫院在社區裡的服務零散而不統整，尚未建立有系統的經營架構，服務內容設計上，多半配合政府的篩檢政策，或是零散非系統地舉辦義診活動、健康講座，缺乏以民眾為中心，以整體社區需求為考量的持續性、責任性的服務內容（邱泰源，2001；劉玲足，2000；裘苔蓀，1999）。國內文獻研究上也無提及醫院經營社區化明確架構之建立及相關服務形式及內容，足見目前國內醫院社區化的經營，從觀念及實務上仍停留在草創階段。

「醫院社區化」的角色與功能是近幾年新興的問題，在短短幾年就為國內外所熱烈討論。醫院的傳統任務是以醫療服務（medical service）為其主要功能，另依醫院層級之不同，而有教學（teaching）研究（studying）以及特定任務等功能；而過去醫院所強調的「臨床醫學」角色，是以照護病人、減輕其痛苦為主；醫院的立場是以消極的態度等待病患（顧客）主動上門求診。然而，由於醫療費用的上漲導致支付制度的改變；由於人口及疾病型態的轉變，使照護的重點從醫療轉變成健康或疾病影響因子；健康的定義從生理健康轉變成心理、社會、心靈等更廣義的健康層面，因此改變了醫院傳統角色及功能上的展現，從「治療醫學」的唯一強調轉變成「預防醫學」及「復健醫學」的重視，且從「機構醫療」轉變成「社區醫療」（Diana L. Kerr 等，2000；劉文俊，2000；陳慶餘，1999）；在照護的角度上，也從「器官式」專科照護轉變成「整體性」的周全性照護（Don R. Rahtz 等，2000；王正倫，2000；陳拱北預防醫學基金會，1999；Ken Hillman，1999；陳美蓉，1988）；因此醫院在服務的態度上更從消極等待病人上門，而轉變成主動積極走入社區，著重與民眾之間的互動（成令方，2002；李尚仁，2000），強調要提供符合社區民眾需求

之功能與角色。( Jorien Bakx 等 , 2001 ; 劉玲足 , 2000 ; 姚振華 , 1978 ) 。依社會的變遷及高需求性 , 醫院社區化的角色與功能成為當代醫院經營的主要議題。

近十年來 , 台灣醫療界的競爭益發激烈 , 醫療經營者無時無刻不在調整自身醫院的經營角度 , 期盼在生存不易的醫療市場中 , 能取得成本與收益間的平衡點 ; 更進一步 , 能對醫院的營收有所幫助。全民健保實施後 , 地區醫院的生存空間愈來愈小 , 自民國 78 年的 1000 多家 , 到民國 90 年 , 地區醫院只剩 400 多家 , 此可看出地區醫院的萎縮 ( 黃明山 , 2000 ) 。由此可知醫院的生存與支付制度息息相關。國內已有學者指出 , 因全民健保支付的改變 , 醫院勢必要改變其舊有的診療型態 , 以更貼近民眾的方式來提供服務 ( 林政彥 , 2001 ; 廖宏恩等 , 2001 ; 邱泰源 , 2001 ) 。醫院基於在市場的生存不易 , 而有主動尋求潛在顧客群的經營思考方向 , 「社區」象徵著現代醫療市場的「新大陸」, 但一直以來 , 醫院的「硬體結構」雖然位於各個社區之中 , 其軟體服務卻未深入社區 , 以社區居民之需求為主要的服務訴求 , 因此 , 醫院如何將社區做有效的服務規劃與開發 , 在社區中發揮醫院應有的角色功能 , 進而有助於醫院本身的營運 , 是當代醫院經營者皆必須去思考的方向。

醫療的價值首重社會公益 , 再來才是醫院本身的營運收入 ( 林政彥 , 2001 ) 。醫院為社會的公器 , 又經過政府准許設立及評鑑之認證 , 受到其嚴厲的監督 , 不應只是以「利潤」為其使命 , 而是要以醫療的效益 ( medical benefit ) 和社會效益 ( social benefit ) 為目標 ( 葉宏明 , 2002 ; 陳拱北預防醫學基金會 , 1999 ) 。台灣的醫院 , 大部分是由非屬營利性質的公立及法人醫院所組成的 , 因此 , 以廣義來說 , 台灣的醫院都是非屬營利性質的醫院 ( 葉宏明 , 2002 ) , 另外 , 醫院基於免稅的原則 , 也應對社區盡一些義務 ( Barnett K. , 2002 ) 。因此 , 醫院基於本身的社會責任 , 在社區關懷的推動上 , 應以更積極的作法來表達醫療事業對社區民眾的關心。

綜觀台灣地區所實施的醫療給付制度 , 從過去的論量計酬模式 , 民眾上醫院求診之醫療費用要全部自行負擔 , 到公、勞、農保時代 , 納保的人數有限 , 全台灣僅只有部分人口享有醫療保險的保障 ; 直至政府基於照顧全民健康的理念 , 在民國八十四年開辦全民健保 , 強制全民納保 , 開辦至今納保率為 97% ( 內政部統計資訊服務網 , 2001 ) , 單看投保比例 , 會認為全民健保大大嘉惠了民眾 , 實則不然 , 例如 : 在民眾上門求診時 , 還另需負擔所謂的「部分負擔」, 部分負擔措施的原意本是希望藉由此項措施來抑制醫療費用的浪費 , 但到底此舉是抑制了哪些人的浪費 ? 對低所得民眾而言 , 部分負擔這項措施無疑是另一項他們求診時的經

濟負擔，又恰好一個社會的多病之人往往是一個社會的中低階層份子。因此，社區民眾礙於有限的經濟能力，只好減少利用醫療的次數，小病拖成大病，再加上現代人易罹患的慢性病，往往一旦診斷出來已相當嚴重，所需耗費的醫療成本也更高，如此惡性循環造成整體社區健康狀況的每況愈下。政府的衛生政策在今年也提出了「與其購買治療，不如購買健康」口號，在這樣的思考方向下，醫院如何朝向經營社區化，提供民眾健康需求是未來不可擋的醫院經營模式。

以系統理論及策略管理的觀點來看，醫院本身就是一個社會系統，醫院在思考其生存法則時，不得不考慮其與外部環境的互動，因此，在思考醫院定位及經營策略時，必須將生態系統理論納入策略思考的方向中（彭朱如等，2002；莊逸洲等；2000）。系統與環境間不斷輸入與輸出，藉以交換資源（曾竹寧，2001；陳世堅，2000；侯夙芳，1998）。社區民眾本就來自於社區，若進入醫院求診，醫院充其量只是一個醫療就診的過渡點，社區民眾在進入醫院系統之後，終究是要回到社區之中作後續的照護或復健，目前的醫療模式又越來越強調回歸社區式的照護方式，因此，醫院如何思考利用社區現有資源，加上醫院專業人員的協助，喚起社區民眾對自身健康的責任自覺，讓社區整體的健康狀態往上提昇是醫院社區化時應仔細規劃及訓練的重要方向。

台灣地區目前對於醫院社區化的相關政策規定並不完備，以政策內容而言，只有在醫院評鑑的項目上加以粗略規定（衛生署醫政處，2001），並未包含相關的細則規劃、各種單位組織的合作、相關配套措施的設計等等，這樣的規定縱使是為了要提供大方向給醫院遵循，以讓醫院能彈性運用各自的醫院資源，但仍不免形成評鑑的漏洞，使醫院社區化的服務流於空談。在各醫院社區化的服務現況中，也因各家的資源運用不同而作法上有所分歧，彰化基督教醫院於民國 52 年起就開始進行社區性的服務工作，是台灣最早開始走入社區作社區工作的醫院。有些醫院有專責社區單位來負責社區服務活動，有些醫院則無此專責單位；在服務項目上則以衛生教育講座、健康檢查、預防篩檢服務、特殊群體的服務為主。這樣零散無系統式的服務流於片段、不連續，加上政策上的疏於管理與監督，造成醫院社區化的困難，未來於政策上加以修正及作更詳盡的規定對於醫院社區化方面，應該是強而有力的一大助力。

因此，未來醫院社區化的方向，應考慮到醫院本身的經營理念及能力，結合民眾對於醫院社區化的期待，配合政府的相關政策與措施加以輔助，使過去醫院（醫師）在一般大眾心中的形象有所改觀，醫院也能重新規劃自身的經營方向，找出自己經營社區的定位，藉由在社區中發

揮更大的功能及扮演更多的角色，塑造出不同的醫院形象，不僅是民眾的「醫療服務提供者」，更是民眾健康生活的良師益友。這不僅對社區民眾而言是一大福音，政府也樂見其成，希望能藉此舉，在政府照顧民眾的路途上，多一項助力而非阻力。然而問題就在於，不論是醫院高層的經營決策者，或是一般社區民眾，甚至是衛生行政單位，三方面之間從過去到現在並未建立一座良好的溝通橋樑，使三方面得以有效傾聽對方的聲音，進行有效的溝通，獲得良好的共識，以致三方面各說各話，甚至於互相抱怨；民眾永遠搞不清楚為何行政體系所公布的措施，自己永遠享受不到；醫院在不了解民意的情況下，不僅做了不恰當的規劃，對民眾的需求視而不見，甚至遵循「上有政策，下有對策」的原則，對政府政策多加抵制；而政府的相關政策偏偏政策訂定如牛步，更讓相關德政無法可管，從而斷送了民眾真正的健康需求，使有需要的人無法利用到相關資源。

現行國內醫院經營的重點大都放在院內的設備購買、院內人力配置或相關多角化經營、相關醫學技術研究上的突破等層面，進行醫院行銷、院內策略管理，希望因此而能吸引更多病人（顧客）上門求診。而醫院所進行的外展性服務也往往僅限於義診、醫院院慶所舉辦的相關活動、各種義賣會、簡單的衛生宣導及座談會、預防接種事宜等服務項目。並無真正與社區做進一步深入的雙向溝通，了解社區真正的健康需求，利用社區內現有的資源做相關連結以推展活動，藉以建立良好的溝通互動，讓「醫院」不只是「醫病」。而民眾對醫院所能扮演的角色與提供的功能也是一知半解，仍停留在傳統的求診看病階段。政府對醫界與民眾的溝通又缺乏效率。在三方面溝通橋樑未有效建立下，醫院「社區化」所應具備的整體規劃不僅是國內三方面的共同期盼，更是世界潮流的趨勢。因此本文除了了解，如何在現行的衛生醫療體制下，行政界、醫界及一般民眾對醫院社區化的期盼外，還綜合學術界的專業看法，統整行政界、醫界、學術界及一般民眾所表達的意見，提供給相關部門思考與規劃的方向，使之有效建構醫院社區化的整體經營模式，是為本文探討重點之所在。

## 第二節 研究內容與目的

隨著國內社會的變遷、人口疾病型態的轉變、民眾消費意識的高漲與受重視，社區民眾的健康需求已不同以往，更多的健康問題已非以傳統的「頭痛醫頭，腳痛醫腳」的臨床治療醫學所能解決的，需要更多的以預防醫學、復健醫學、社區醫學加以深入探討，因此，目前醫院社區

化的問題，成為更重要的衛生議題，民眾需要的不僅是預防上的知識，更要獲得健康上的保障，這不僅是我國衛生醫療界必須面臨的新問題，也是世界各國爭相討論的衛生政策方向。而醫院的經營在此時也遇到不可逆的轉變與挑戰，在全民健保制度的衝擊，以及社會對醫療產業的責任期待，國內醫療市場的競爭益發激烈，生存如此不易的情況下，醫院走出固有的經營空間，深入社區，是醫院尋求經營新契機的關鍵。

社區之所以適於推動各項福利的優點在於本身就集結了多重的資源，使醫院社區化成為連結多重資源，打造社區健康的最佳利器。醫院所服務之區域範圍由醫院自訂，不局限於醫院所在之行政區域，醫院不只應在其所在地發揮應有之角色功能，在非所在之行政區域，也希望盡其所能地延伸其觸角，藉由醫院社區化的成果，不僅可對社區內不分男女、老、幼的健康需求一一兼顧到，更能提昇整體社區與醫院間的關係，使醫院重新塑造不同的形象及尋求自我定位，對台灣整體醫療資源扭曲分配的現象更是提供了改善的門徑。因此，為了有效整合衛生行政界、醫院行政實務界與社區民眾對於醫院社區化的意見，為醫院社區化鋪路，本研究的目的嘗試從下面幾個層次來探討並建構醫院社區化的經營模式及服務活動內容，探討醫院在社區中應發揮的功能與角色扮演，期待透過衛生行政界、醫院行政實務界、學術界與一般民眾的意見分享及集思廣益，能夠凝聚出可行而具體的建議，提供相關單位作決策、實務單位作服務推動時的參考。

本研究探討的內容及目的如下：

- 一、探討受訪者對醫院社區化意義之認知。
- 二、了解受訪者認為醫院在社區中應扮演的角色。
- 三、探討醫院社區化應提供之服務項目及可尋求之資源協助。

### 第三節 研究的重要性與預期成果

#### 一、本研究的重要性

以目前國內的醫療環境而言，不論是以民眾的健康需求面，或是以醫院經營的新方向性，政府及學術界對社區服務的期待性而言，本研究都具有時代性及重要性。雖然目前我國「醫院社區化」的模式及架構尚未擬出一套完整的可行方案，但其社區經營方式的建立實是未來醫院整體營運不可避免的趨勢，此已為國內外學者所認同且爭相討論中。有鑑於國內醫院社區化的需求性，研究者希望能兼顧社區民眾的身、心、社

會、精神上的健康需求，以及醫院的經營方向，在提出具體可行的建議前提下，以質性研究的方式，針對衛生行政單位、醫院行政實務界、學術界與一般民眾收集相關的意見，並以研究發現，建構一個醫院有效經營社區化之架構與服務模式。研究者認為，國內「醫院社區化」經營模式的有效建構，至少可達到下列幾項功能：

#### （一）促進醫民關係的改善

一直以來，醫民關係的不協調，源自於醫師與病人間醫療資訊的不對等情況，醫師的專業權威一方面讓病人覺得「依賴」，一方面卻又因此對醫師產生「敵對心理」；而醫師也因為專業領域的難以詮釋或無暇顧及民眾心理的感受層面，而讓醫民關係陷入膠著。透過「醫院社區化」的建立，使醫師與社區民眾能夠彼此相互了解，此將有助於醫民關係的改善，使醫師與民眾、醫院與社區的關係更親密，民眾信任醫師，醫師使民眾遵醫囑，進而造就一個醫院與社區間良好的互動模式。

#### （二）落實「預防醫學」、「復健醫學」、「全人照護」的概念

21世紀將是「預防」的年代。在疾病型態自1970年代末期轉變成以非傳染病的同時，也代表人類疾病的防治將不再以「治療」為首要，轉而以「預防」為前提。過去醫院在院內所推動的衛生宣導事項，各種疾病的預防注意事項，將會因為醫院社區化經營模式的建立，使預防的概念在社區深根，讓社區本身有草根性的預防觀念，有助社區整體的健康。也因為預防及復健的概念，醫院得以將以往的以臨床醫學為主軸的醫療模式概念加入其中，使民眾得到連續性、全人性的照顧。

#### （三）有助於建立分區負責的觀念

醫院不論是基於何種考量而想要將觸角伸向社區，在醫院經營社區化的過程中，醫院希望經營的目標社區必有一定的「範圍」或「地界」，一旦醫院確定了他們想要服務的目標人群，即代表醫院背負了此社區的健康責任，有義務照顧此社區民眾的健康，再配合台灣醫療網的規劃，使向來「只患不均，不患貧」的台灣醫療人力更能妥善運用，嘉惠更多民眾。

#### （四）有助於社區資源的整合

目前政府的各種社區計劃正如火如荼地展開，包括偏遠離島地區的醫療補助計劃（IDS）、社區健康營造計劃等，其政策之立意都是以社區民眾的需求為出發點，但各項計劃在實施時，由於指揮的單位不同，所從事的項目可能有所重疊，所尋求的資源可能也會有所重複，如此造成資源的不統整，及在利用上無法具系統性；社區內的各種組織及團體

更是醫院在推展各項活動時，不可或缺的助力，醫院在社區內舉辦各種活動時，如何將這些各種同業及異業的資源作有效聯結是很重要的，唯有透過橫向與垂直的資源統合，才得以促進社區健康活動的順利進行。

#### (五) 促進醫院提供外展服務的動力

無論是哪一層級的醫療機構，在醫院社區化的潮流下，因為社區民眾的需求及醫院自身生存的考量，更會意識到應該如何去設計外展服務的計劃並加以有效執行，以因應醫療環境的變遷，建立醫療機構對外的良好形象，達成機構間良性競爭的動力。

總括而言，本研究的重要性除了能夠發揮以上所提之五項功能：(一) 促進醫民關係的改善，(二) 落實「預防醫學」、「復健醫學」、「全人照護」的概念，(三) 有助於建立分區負責的觀念，(四) 有助於社區資源的整合，(五) 促進醫院提供外展服務的動力之外，最終是希望能使社區內外的資源得以妥善運用，同時發揮醫院在社區裡的最大效益，照顧整體社區民眾的健康。

## 二、本研究的預期成果

依據研究目的與方法，本研究預期可望達到以下幾點成果：

- (一) 以研究發現，提出具體可行的建議，有效建構當代醫院社區化之架構與服務模式。
- (二) 透過研究發現，確知醫院在社區裡應扮演的角色。
- (三) 透過深入訪談，使政策決定者的理念、醫院行政實務工作者、學者專家與一般民眾的想法得以表達，建立彼此溝通的基礎，藉由意見的對照印證，有利於實務面上的執行。
- (四) 透過資料的分析歸納，了解衛生行政界、醫院行政實務界、學術界及一般民眾對醫院社區化意義之認知、社區化活動的推展現況、可聯結及運用的資源。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 醫院社區化的意涵

西元 1978 年, Alma-Ata 宣言中強調健康是人類的的基本權利( essential human right ), 「健康」的重要性, 不論任何人或任何地域, 都是十分重要的。Duhl 和 Hancock 於 1986 年對健康城市所下的定義為: 「持續地創造並增進城市之物理及社會環境, 同時強化其社區資源, 使人們能夠互相支持, 以便實行其所有的生活功能, 並達到最大的潛能」( 宋經綸, 2003 )。城市是由大小不同的社區團體所組成的, 「健康社區」只是涵蓋的範圍較小。營造健康城市或社區的概念已經是一種世界性的健康工作趨勢, 而如今的醫院因外在的環境變化, 必須提供以社區為導向, 以民眾為導向的健康相關照護 ( Diana, L. K., Ronald, M. D., 2000 ), 因此醫院與社區結合, 共同為社區健康打拚的概念由此而生。由於醫院社區化牽涉到的概念包括社區的意涵, 社區化的意涵, 最後才能闡明醫院社區化的意涵所在, 因此, 在本節中會依照順序, 先論述社區的意涵, 再論述社區化的意涵, 最後才導引論述醫院社區化的意涵。

#### 一、社區的意涵

社區 ( community ) 一詞是由拉丁文 “ Communitas ” 演化而來, 至目前為止, 已知的定義不下百種, 各種專業對此一名詞的用法也未臻一致; Alma-Aa 在 1978 年將社區定義為「以某種型式之社會組織或團體結合在一起的一群人。」我國「社區發展工作綱要」的第二條:「本綱要所稱社區, 係指經鄉 ( 鎮、市、區 ) 社區發展主管機關劃定, 供為依法設立社區發展協會, 推動社區發展工作之組織與活動區域。」該綱要第五條進一步闡釋:「社區之劃定, 以歷史關係、文化背景、地緣形勢、人口分布、生態特性、資源狀況、住宅型態、農、漁、工、礦、商業之發展及居民之意向、興趣及共同需求等因素為依據」。研究者依據鄭夙芬 ( 1997 ) 整合各個學者的看法, 以地理或結構概念, 從心理、互動概念, 從行動及功能概念, 從綜合、整體性概念來定義, 以跨領域專業服務特性, 從健康照護制度的角度等層面, 形成下列六種社區定義:

- (一) 地理或結構的概念來看, 可以用來指一特定區域中的所有民眾( 可以指一村 一鎮 一市或某一個區域 ) ( 徐震, 1981; 姚克明, 1970 )。
- (二) 心理、互動的概念來看, 可以將社區視為居民生活中相互關聯與相互依賴的網狀支持體 ( 徐震, 1982 )。
- (三) 從資源整合的功能概念來看, 社區的定義是希望藉由居民的集合, 自行發現其共同的利益、需要, 並自求解決之道; Warren(1972)



更指出「社區」是指那些由社會單位或系統所組成的區域，並擁有一群對地域有社會功能的群體（徐永德，1989）。

- (四) 以綜合、整體性的概念來看，是將前三個概念整合，認為社區是指一群住在某一區域的人，具有若干共同關係，包括地理環境、利益、社會互動及服務體系的屬性，且有其共同需要及生活、經濟、衛生、教育、環境等等層面的問題，有共同的利益，藉由互動來滿足其需求（施天岳，1994；徐震，1982）。
- (五) 另以跨領域專業服務特性為主，1978年世界衛生組織（WHO）強調以「社區」為導向的基層照顧（COPC, community-oriented primary care），認為要推動「全民健康」（health for all），另外還要顧慮社區參與推動健康計劃的程度、基層層療人員兼具團隊合作及以「社區」為服務對象的能力（陳慶餘，1991）。
- (六) 從健康照護制度的角度來看，社區是一個與醫院、精神病院、療養院等機構相對應的概念，藉由「機構」與「社區」二者形成的醫療相關服務網絡，依專業人員的評估及民眾的需求，而選擇在醫療養護機構受照顧或停留、回歸到社區之中（蕭蔚，1992；陳武宗，1992）。

綜合以上的敘述，醫院社區化的專業性質與第五、六項的定義較為相近。因此，其較符合本研究中「醫院社區化」之「社區」定義，醫院經營社區化之「社區」，乃是指在一個醫療照護制度中，醫療是一種專業性的服務工作，醫院藉由整合社區內、外的資源，配合居住於同一區域居民的參與及互動，而使「醫院」與「社區健康」之間建構良好的互動模式。

## 二、社區化的意涵

目前國內社區化方面的研究文獻（陳建州，2001；翁上錦、張永翔，2001；王琇蘭，2000；郭義復，2000；林振春，2000；沈華海、林俊彥，2000；陶蕃瀛，2000；黃源協，1999；徐震，1999；蘇景輝，1999；林振春，1999、1998；朱美珍，1999；翁毓秀，1999；張英陣、李慕恩，1999；施教裕，1997），多集中於社會福利社區化、學校社區化、博物館社區化、警察社區化等方面的研究，大都強調以社區為基礎，考量不同地、時、人的需求，以相互服務、交叉學習為理念，融入地方自治的精神，注重由下而上的決策模式，充分利用與整合社區內外資源及組織，以社區化的活動主體為中心向社區推動活動，將服務、行動或影響力落實於社區。社區化的主要精神就是以社區為基礎，以社區中的個人和家庭為中心，以滿足當地居民的特殊需要為目標，結合社區內外的人力、

物力資源，人人參與，自助互助，來解決社區內之問題，滿足社區居民之需要（王培勳，1996），在滿足的過程中，使資源不致於浪費，且重視服務的整合。

因此研究者認為，醫院社區化中，社區化的意涵在於：「醫院以社區為基礎，考量不同社區的需求，以醫院固有空間為出發點，使醫院跨越固有的環境空間，整合與利用社區內外的資源及組織，主動向社區推動各項健康活動，藉由社區民眾的參與，將健康活動落實於社區，解決社區內的各種健康問題，滿足當地社區民眾的健康需求。」

### 三、醫院社區化的意涵

「社區化」其中的「化」字，具有「過程」的意義（翁毓秀，1999）。醫院社區化即可簡單定義為：使民眾所需要的一切健康服務能在居住的社區裡即可獲得的過程。林上青（2001）提出「健康社區」裡所要維護的就是生活在社區裡面的每個人所能遇見的任何健康問題，從出生、兒童、青少年、成人、老人到死亡，以及家庭、學校、社區、工作環境的疾病，另外，再加上心理層面的各種問題，交錯而成橫向的統合。這為醫院經營社區化引領了一個很好的方向要領。邱泰源（2001）則指出，以社區為基礎的醫療服務是一種較理想且長遠的醫療服務方式，此涵蓋了社區健康促進，將落實於良好之社區營造基礎上，讓健康意識融入社區公共政策。以病人為中心的照顧特別強調持續性、責任性的「周全性照顧」，其服務涵蓋預防保健、疾病診療、復健和轉介照會。整合性醫療服務則藉由基層醫師及社區醫院間的協調合作來提供連續性、完整性的醫療照顧，共享醫療資源，提昇醫療品質，使醫師、醫院及其他醫療提供者能夠有效地整合起來。這樣的概念已經從過去醫療團體的單打獨鬥，轉而注重與其他醫療團體的合作，甚至強調與社區民眾合作，利用社區的各種資源，共同為大眾的健康而努力。

在社區民眾的角色方面，也越來越強調參與及自我責任的精神。歐克莉博士認為社區應不再是處於配合的角色，而應以病患的需求為導向，和醫院形成新的互動模式，兩者間應打破偏見、地域、時空的阻隔。醫院應主動將觸角深入社區及民眾，提供民眾所需的醫療服務，社區也要全力作好教育、宣導、轉介的責任，如此才能藉由整合醫院與社區來增進民眾健康，並將以往疾病治療為導向轉型成疾病預防（裘苔若，1999）。「民眾所需的健康」是需要經過打造的，社區應是一個主動的參與者角色，而非是一個被動的接受者（Green, 1999）。以上學者皆強調健康不僅是健康部門與醫護人員的責任，社區民眾應為自己的健康多付出

一份心力。在社會變遷之下，醫院與社區之間的關係已因時代需求而必須緊密結合。醫院不能再「閉門造車」、「故步自封」，而漠視甚而影響了社區居民的健康權益。Labonte ( 1994 ) 指出醫護人員必須傾聽並注重民眾的健康需求，否則將會偏離民眾想要的健康服務 ( Barnett, 2002 )。所以醫院應主動、積極地與社區居民建立良好的溝通管道。

綜合以上學者所述，研究者認為醫院社區化應注重各種醫療團體及非醫療團體之間的互助合作，研究者為醫院社區化所下的定義為：「醫院社區化係醫院以社區為基礎、以民眾的需求為中心，藉由社區中的各級醫院及基層診所間的協調合作來提供連續性、持續性、責任性、完整性之「周全性照顧」的一種過程，其間包括運用及統合各種社區內外的資源以提供適時、適地、適切的服務；其服務的範圍則包括預防保健、疾病診療、精神醫療、復健及慢性醫療服務、後續醫療照護及轉介照會，更包括一般的諮詢服務等總體的照護；所涵蓋的層面則包括社區民眾的生理、心理、社會、精神等範圍，使社區民眾得到可近性、方便性的健康服務；社區也不再是處於配合的角色，而是以病患或是民眾的需求為導向，主動與醫院形成新的互動模式，來共同營造社區民眾的健康。」

## 第二節 醫院與社區的互動關係

醫院與社區的關係隨著時代的不同而有所改變。國外文獻指出，19世紀末葉，因當時公共衛生的條件不良，使醫院與當地社區之間建立起倫理及宗教信仰上的關係，在鄉村地區，醫院更負起公共衛生無法照顧到的部分。到了20世紀中葉，醫院則由於專業技術的市場競爭，使醫院將焦點放在醫院內部的發展，包括照護方式、資源的運用與管理等，都朝向商業化發展，而較少注重到社區的發展 ( Barnett, 2002 )。今日的醫院則因為醫療環境的改變及免稅公益責任的加重，使醫院更為注重與社區之間的互動，醫院除了提供社區醫療服務外，還可以提供各種院內員工的時間、院內的設備及技術知識；因著社會責任的考量，醫院必須與社區成員一起為社區健康打拚；以社區的利益為考量中心；社區有時也要適時要求醫院作一些事情 ( Barnett, 2002 )。

國內關於醫院與社區之間的互動研究不多。林振春 ( 1998 ) 提出社區化主體與社區之間的關係有二種，一種是雙方互為主體，可以發生，也可以不發生任何關係；另一種是將社區化主體當作是社區中各種功能性機構的一種機構，社區化主體有其可以在社區中發揮的功能，當然也可以選擇不發揮功能。社區化主體與社區之間所產生的互動關係模式共

有四種，包括將社區視為相互競爭的對手、將社區視為可運用的資源、將社區視為共同工作的夥伴、將社區視為服務的對象、將社區視為生命共同體（林振春，1999）。

現代醫院與社區之間的互動關係比之以前有很大的改變，以前醫院在社區是一個少與社區互動的機構，人們只有病痛時才會進入醫療接受診療，現代醫院更注重與社區之間的互動，社區民眾也更懂得跟醫院作更積極的互動、主動要求醫院為社區服務。綜合上述中外文獻，醫院社區化的理念，若將上述的關係模式加以運用，研究者認為醫院與社區之間的互動關係模式應為：醫院與社區應將對方視為生命共同體，其主要的作法包括建立雙方聯繫與溝通的管道，互相發展及運用可利用的資源，並將資源建檔以方便運用與管理，確認醫院與社區所共同認為要解決的問題及需要，等到雙方皆體認到彼此相互需要，而大家皆有此共識時，便可以進展到生命共同體的境界。

### 第三節 醫院走入社區之背景及重要性探討

國內外有許多文獻皆指出醫院走入社區的必要性。醫院走入社區必要性的考慮因素則可分為幾類，有些文獻指出，醫院基於支付制度的改變及醫院經營轉型的考量，走入社區是另一種尋求生機的機會（Barnett K., 2002；廖宏恩等，2001；翁林仲，2001；謝博生，2000；王俊文等，1999；陳淑娟等，1998；施天岳，1994；黃評譯，1986）；尤其是針對精神醫療及老人長期照護，復健醫療及緩和醫療部分，都漸漸以社區為主要的照顧環境及模式（Hillman, 1999）。另外，則是針對偏遠、醫療資源缺乏的地區，有必要以醫院走入當地社區的方式，提供當地全方位的醫療保健服務（邱泰源等，2000）；有些文獻則是基於「全民均健」及「疾病預防與健康促進」的觀點，指出醫院走入社區，進行以社區為基礎、以民眾為導向的醫療保健服務是當代醫院對社會及社區應有的回饋（Mitcheson 等，2003；Barnett, 2002；Bakx.等，2001；Diana L.等，2000；劉玲足，2000；裘苕苕，1999）。另外，則是針對醫病互動關係的日漸惡化，提醒醫院除了在醫院固有空間內進行疾病的診療外，需要走入社區與民眾互動，建立彼此的良好關係（張苕雲，2001）。另外，則有提到因醫院的免稅及社會責任，更應該走入社區，為社區主動提供更多服務（葉宏明，2002）。因此，在本節中會按照順序，先論述社會變遷及人口疾病態的轉變，再論述預防醫學、社區醫學、全人照護、社會責任、醫民互動、全民健保等概念對醫院走入社區的重要性。

## 一、社會變遷及人口疾病型態的轉變

台灣經濟與社會環境的變遷，導致人類健康問題的轉變，此說明了醫院走入社區的必要性。1970年代以前，台灣社會是標準的農業社會，生活水準較為低落，環境衛生條件差，各種傳染病是當時最嚴重的問題。根據內政部的十大死因統計，1950年代台灣地區的主要死因包括胃炎、腸炎、肺炎、結核病等傳染病（江東亮等，1998）。隨著台灣工商業的迅速發展，生活水準提高，現代人所面臨壓力的種類及程度也日趨升高，像是肥胖症等因為生活型態不良而導致的疾病，或是如憂鬱症等因為精神壓力方面的調適不當所導致的疾病；另外則有些是因為環境污染等的問題所導致的疾病等等，因此，從1970年代以後，台灣邁入疾病轉型後期，非傳染性疾病正式取代傳染性疾病成為主要的健康問題。根據內政部（2001）的十大死因統計，包括了惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、事故傷害、糖尿病、肝病、腎病、肺炎、自殺、高血壓性疾病。除了肺炎之外，這些疾病皆是現代社會的文明病及慢性病，且這些健康問題同屬「生活型態」（life style）的範圍；Lalonde於1974年指出影響近代人類健康的四大因素包括生活型態、環境因素、醫療服務體系、遺傳及生物因素等，其中生活型態佔了43%（陳拱北預防醫學基金會，1999）。

另外，社會型態、人口及家庭結構的改變，使許多新的醫療衛生問題逐漸加重其重要性。根據內政部（2000）的統計資料，台灣地區之平均壽命（0歲之平均餘命）分別為：男性72.67歲，女性78.44歲；而人口老化是台灣要面臨的另一個問題。台灣地區於1980年代完成人口轉型，人口開始加速老化，65歲以上的人口於1993年底突破7%，正式邁入世界衛生組織所謂的「高齡化」國家。而台灣65歲以上的人口已增至197萬餘人，佔總人口數的8.81%（內政部，2002）；各項老人福利措施需要與很需要者，以醫療保健最多占72.00%，其次為經濟補助占69.75%，再次為休閒活動占52.12%（內政部，2000）。台灣正面臨人口老化所帶來的中老年健康照護的挑戰，加上無法根治而需要長期醫護的退化性疾病及慢性疾病，勢必造成沉重的醫療支出與社會負擔。

由於上述這些非傳染性疾病是社會變遷、生活方式改變、人口老化以及自然生態受到摧殘下的產物，其致病因子是多重而複雜的，且更有著地區別異質性，使各地區之間的衛生問題不同而複雜化（陳拱北預防醫學基金會，1998；楊志良，1986；衛生統計資訊網）。這些健康問題已經不是過去以疾病治療為取向的醫療模式可以因應及改變的，而是應該朝向三段五級中的前段預防及後段的復健措施，才能進一步保障民眾的健康。因此，社區民眾的健康有賴於醫院走入社區，在社區裡發揮預防

醫學的角色與功能，導入疾病預防、健康促進的觀念，教導社區民眾保健之道；針對失能及退化性、慢性疾病，則需要醫院主動深入社區，提供更周全持續的照顧，不只僅限於醫院內提供照護而已。

## 二、預防醫學概念對醫院走入社區的重要性

預防醫學、公共衛生和社區醫學皆為涉及個人健康、環境與疾病因素學問，一開始預防醫學首先發展，其重點在於預防「疾病」，預防的重點從一開始的傳染病，後轉變為慢性病和癌症的預防；公共衛生以流行病學起家，為求對環境因素的空制，而由官方成立以預防保健為宗旨的衛生組織，發展公共衛生業務；後來才有社區醫學，其觀念是以社區民眾為主體，達到周全性健康照顧的目標（陳慶餘，1999）。

人類群居而形成社區，19世紀末到20世紀初，人類在積累戰勝傳染性疾病的經驗中，逐漸認識到僅從「個體」預防疾病，其效益不高，應以「群體」為對象來進行預防。社區預防醫學的研究內容與方法包括（一）研究社區調查及社區診斷的基本方法，掌握社區人群對身心健康的需求；（二）研究分析各種因素對社區人群健康、疾病與死亡的影響，利用社區衛生資源以預防或減少疾病、傷殘及死亡；（三）研究提高社區人群對衛生保健的認知程度，動員社區人群積極參與，以提高社區衛生保健工作水平；（四）研究社區特殊人群 - 婦女、兒童、老年人及職業人群的生理、心理和衛生服務上的特點與對健康防病方面的需求，並提供連續性、周全性的衛生服務；（五）提高全科醫師對健康促進、社區預防及社區復健等方面的理論及技能；（六）研究社區衛生計劃實施效益及評估的原則及方法。

二十世紀六0年代，Kaplan對預防醫學提出了三級預防（three-level prevention）概念的理論：包括（一）一級預防（primary prevention）：即是病因學預防，主要針對發病前期，用增進健康（general health promotion）和特別保護措施（specific protection）來預防疾病的發生，也就是「防病於未然」。一級預防是預防醫學的主幹，是最積極的預防思想。（二）二級預防（secondary prevention）：即是發病學預防，主要針對發病早期即採取早期發現、早期診斷、早期治療的措施，以控制疾病的發展與惡化，防止疾病的復發或轉為慢性。（三）三級預防（tertiary prevention）：又稱病殘預防，包括兩個層級：限制殘障（limitation of disability）與復健（rehabilitation）；主要針對發病後期進行合理適當的復健治療措施，使病而不殘，殘而不廢，採取功能性、調整性或心理復健指導（詹弘廷，2000）。

隨著社會的進步及醫學的發展，新的社會醫學問題逐漸暴露出來，

認為疾病的產生與環境因素、人的心理行為和生活方式、生物遺傳因素等綜合作用有關。G. L. Engle ( 1977 ) 提出：「為了解疾病的決定因素以及達到合理的治療和預防，醫學模式必須考慮到病人、環境以及社會」。現代醫學模式是指生物、心理和社會的醫學模式(王正倫，2000)。綜合以上所述，預防醫學提供了醫院走入社區的作法方向，雖然醫院過往皆有對院內病人實施病人的衛生教育，則內容多半局限於與病人疾病有關的疾病知識及預防注意事項，今日醫院則應走出醫院固有的範圍，依著社區重要的健康問題，對社區民眾採取積極性措施，導入預防的觀念，先灌輸社區民眾健康知識，再進一步影響社區民眾具有健康的態度與行為；在預防層面上，則必須兼顧社區民眾生理、心理、精神反應。

### 三、社區醫學概念對醫院走入社區的重要性

二次世界大戰以後，隨著工業發展及科技的進步，影響社區人群健康水平的因素也越來越多；人口老化及現代化的生活方式使社區疾病發生改變，特別是與生活方式、社會心理因素相關的慢性非傳染性疾病逐年增加，單純的治療已不能解決所面臨的健康問題，而必須從個體防治轉向社區防治。20世紀初，則開始強調不同社區的自主性與需求，此時社區醫學(community medicine)應運而生(王正倫，2000)。我們可以說，社區醫學是一種符合人、時、地不同健康需求的醫學概念。社區醫學乃緣於傳統醫療保健服務方面無法克服其服務盲點，而以補足這些缺失為出發點，以協助達到提昇整體健康的目的(劉文俊，2000)。

從定義上來說，社區醫學即是研究社區健康問題及其生物、文化及社會之特質，並制定適當的衛生醫療計劃，動用社區資源和組織力量，加以執行，並且評估成效，其目的在於改善及促進社區之健康狀態。而從社區醫學的服務內容上來說，社區醫學係針對社區全體民眾，不應侷限於個人與疾病，同時在考量的內容上也包括社區環境、社會、心理及行為等影響健康的因素(施天岳，1994)。醫學運用在社區當中，不僅是單單指將醫學的重心放在社區，由社區開始施行一切與健康有關的課題，解決社區內的健康問題，更重要的是如何運用社區內的資源以為促進社區民眾健康的助力，每一個團體的力量總是有時而窮，若能結合社區內各個組織的力量，對社區民眾健康的保障必事半功倍。

社區醫學對於醫院走入社區的重要性，可分為三方面來說明(劉文俊，2000)：(一)以研究而言，過去來自醫院的流行病學資料並不能代表社區實際的發生情形，醫院的服務結果不等於應用於社區時會有相同的結論。因此，應用於社區群體的相關醫學研究，有愈來愈多是趨向於

採取以社區為對象的研究方式，以獲得更具公信力的研究結果。(二)以服務而言，個人式的醫療服務對整體人類的健康提昇有其極限。如果繼續採取個人式的醫療保健服務，亦即在醫院或是醫療診所等待病人自動前來就醫，相信能再推升的程度已相當有限，因此必須以社區為導向，走入社區進行社區宣導教育、社區篩檢、社區醫療服務、社區持續追蹤等。(三)以教學而言，傳統的醫學教育皆是以醫學中心或大醫院內的住院病人為醫學生、住院醫師的見、實習對象，此常是重症病人。然而，醫學生畢業後的工作地點及所接觸的病人卻不一定是重症病人，接觸到社區一般病人的機會可能會更高，而社區疾病的型態迥異於醫學中心與大醫院，門診的病人也與住院病人大異其趣，所以醫學教學上要更符合社區醫療保健的實際需求，已成為歐美國家與世界衛生組織的共識。邱泰源(2001)也指出醫學教育應該配合社會的健康需求，讓未來的醫師具備社區醫療、疾病預防及慢性病處理的能力，除了針對個別病人施行診斷及治療外，還要能夠承擔促進個人與群體健康的任務。

發展社區醫療需結合以下因素：適時了解民眾需求，了解居民醫療品，補充性醫療，高齡化需求等(林政彥，2001；廖宏恩等，2001)。由上述顯示，過往以醫院治療模式為導向的醫學已不敷時代需求，現今健康問題的源頭來自社區，前去醫院就診的人本來就是社區裡的居民，因此，醫院走入社區發掘社區居民的問題才是解決健康問題的根本之道。醫護人員所受的醫護專業訓練更應該加重社區醫學的部分，包括以社區群體的健康問題為主軸，加強與社區群體的溝通，發現社區群體的需要，重新培訓社區醫學的相關技能等，以使社區醫學跟醫院醫學之間不致脫節，民眾的健康需求服務也得到很好的銜接。

#### 四、全人照護概念對醫院走入社區的重要性

依 WHO 的報告顯示：一般性全科照護的重要性更甚於專科式的照護(WHO,2000)。以全人觀點來照護病人或民眾的想法，有兩種名詞的解讀，包括「全科醫療」或是「全人照護」。全科醫療(general practice)是一種綜合生物醫學、行為科學和社會科學的專科，宗旨即以個人為中心、以家庭為單位、以社區為範疇的醫療健康，著重完整的人而不是單純的疾病(王正倫，2000)。其特色包括(一)以個體保健為主，重視完整的人，掌握疾病產生的背景，進行預防疾病及健康教育，將高危人群作為重點對象，負起連續保健的責任，且善用各項社區資源來為病人或家庭解決問題。(二)以家庭為保健單位，包括了解家族史、家庭支持等。(三)以生物-心理-社會醫學模式為基礎，如同 G. L. Engle(1977)所提出：「為了解疾病的決定因素以及達到合理的治療和預防，醫學模式



必須考慮到病人、環境以及社會」。(四)以預防醫學為導向，包括三級預防層次，具有連續性、周全性、綜合性的保健服務內容。(五)發揚團隊合作的精神。

全人照護 (holistic care) 依據字面上的解釋，其中所謂的「holistic」意指一種在全面考量個體的生理、心理與社會之情況下，對個人所患疾病予以處置的一種方式，基本上是採用生態系統觀點 (eco-system perspective)，強調各種不同體系之間協調功能的發揮，也就是所謂的「全盤性觀點」(holistic view)(曾竹寧，2001)。指藉由專業人員的專業能力，針對民眾個別的需求，提供適當的照護，滿足民眾在生理、心理、社會等各方面的需求。另外，陳美蓉 (1988) 則提出理想的「綜合性健康照顧」(comprehensive health care) 的觀點，其包括特點如下：(一)將病人視為一整體予以照顧。(二)將社會心理 (psychosocial)、文化及環境的層面均納入診斷及治療的考慮。(三)融合預防及治療性的照顧。(四)照顧的對象不分性別或年齡，對整個家庭均予以照顧。

綜合以上所述，研究者認為，符合醫院走入社區的全人照護應是指，藉由醫療專業人員的專業能力，針對社區民眾個別及群體的需求，提供適當的照護及保健服務，照護層面應包括預防、治療及復健的層面，並藉由醫療專科間的合作，滿足社區民眾在生理、心理、社會、精神等各方面的需求。

本世紀初以來，由於生物科學的進步，西醫專科不斷被分化成若干次專科，社區人群雖然因此得到較好的專科醫療照顧，但也產生某些問題，且這些問題有越演越烈之勢，王正倫 (2000) 就提到這些矛盾點包括 (一) 隨著醫生的專業化，其只注意與專業 (科) 有關的人體特殊器官、部位或相關的特殊技能，而對非本專業 (科) 的人體其他部分則不太重視，或是因專科化的專業醫療訓練無法使醫師兼顧眾多的患病層面，包括其他與生病有關的因素 (包括社區環境、家庭、工作、心理狀態、精神因素) 對生病所產生的影響等，更是不受重視。(二) 傳染病轉變成退化、慢性疾病的疾病型態轉變，使這些疾病更需要連續性的醫療、保健和復健照顧，但是專科化的結果，讓受專科專業訓練的醫師無法有效對病人或民眾採取相關的照護，專科與專科之間也缺乏有力的聯結與合作。陳拱北預防醫學基金會 (1999) 也提到，傳統的醫師即具有「個人化的照顧」(personal aspect of care) 及「應付所有醫療需要的能力」(ability to meet all medical needs) 兩種特性。後來因為科技的發展，醫業不斷分化 (專科及次專科的形成)，使這兩種醫師特性逐漸消失，造成過度偏重生物醫學與專科醫療，如此使民眾的照顧欠缺完整性。(三) 由

於專科、次專科醫療照顧所提供的服務大多是高專業性或高技術性，但在實際上，大多社區民眾的疾病或健康問題所牽涉的層面，專科醫師也不一定能處理妥善，甚而更有浪費人才、醫療資源之嫌。

上述種種的矛盾點都顯示，在現代的醫療環境中，由於民眾的健康需求的改變，社區醫療的被重視，而顯現出以全人照護的角度來照護民眾的重要性，這樣的重要性不僅顯現在醫院中，醫療相關人員照護病人的角度應朝向全人照護，更重要的是，如何針對社區個人及群體「整體性」的需求來提供其所需的服務。因此，重視個人整體性、連續性及協調性的全人照護，才可使社區民眾享受到完整、便利與經濟的醫療保健照顧。

## 五、醫民互動概念對醫院走入社區的重要性

陳楚杰(1994)提出醫療事業具有與其他事業有別的特質，包括(一)醫療供給者因醫療的高度專業化，及一般民眾對醫療的無知(provider dominant, consumer ignorance)，所佔有的絕對優勢。(二)因醫療服務是攸關人命的，是救人的事業，使醫療專業人員普遍受到「消費者」的敬重與信賴。(三)醫療服務的素質請求通常來自同儕(由醫療專業人員評斷)，民眾無從要求起。國內消費者保護法也基於醫療事業的特質，而在消費者保護法中提到，不論病患是否符合現行「消費者保護法」中「消費者」的定義，由於病患多不了解醫療服務的真正內容，亦無從由一般常識加以推論，因此是消費者保護法所應保護的對象。王澤鑑指出，消費者在法律上應具有四項權利，包括(一)保障身體及健康免受危害的權利。(二)明瞭事實真相的權利。(三)選擇勞務或商品的權利。(四)意見被尊重的權利(吳建樑，1999)。

我國對於「醫療行為」的定義，依衛生署的解釋，為「凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘廢或保健為直接目的，所為的診察、診斷及治療，或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為處方或用藥等行為之全部或一部的總稱為醫療行為」。蔡振修(1992)認為這樣的解釋是屬於「狹義的醫療行為」，而主張應探「廣義醫療行為」，指醫療行為應包括「臨床性醫療行為」、「實驗性醫療行為」、「診療目的性醫療行為」及「非診療目的性醫療行為」(吳建樑，1999)。因此，廣義的醫療行為應當包括一切醫院與民眾之間的一切接觸，醫院走入社區時，可能不會進行所謂的大規模或是嚴重性的手術及檢查，但一切對民眾所授與的知識，所作的侵入性及非侵入性檢查都應包括在「醫療行為」中。成令方(2002)從知識與權力來探討醫「用」關係，將醫病關係中的「醫」從

醫師擴大至護士及其他醫療專業者。「病」則包括病患及尋求醫訊的民眾。研究者有鑑於醫病關係不僅限於醫師與病人的角色，而將傳統的「醫病關係」定為「醫民關係」。因此，醫院走入社區所進行的一切「醫療行為」更應非常謹慎，以民眾的權益為依歸。

近三、四十餘年裡，由於病人權利的受重視及消費主義意識的抬頭，醫病關係漸漸從父權式的轉變為較平等的關係（成令方，2002；李尚仁，2000；楊秀儀，1997；張苙雲，1998）。醫病關係也成為一個重要的議題。從 1960-1970 年代，由消費者團體所發起的消費者主義升起，使消費者的需求不被忽視，這使得醫療專業人員更為重視個體的需求，且讓顧客（病患）能決定自己的醫療照護內容及方式（Green, 1999）。到了 1980 年代，「醫病關係」越來越受到公共衛生、衛生教育以及社會學等學界人士的重視（成令方，2002；張苙雲，1998）。美國醫院聯盟（American Hospital Association）於 1978 年提出的病人權益方案中，明白闡述了病人有權利了解自己的疾病及參與自己所被授予的治療（許敏桃、曾英芬，1998）；且基於醫病之間的倫理關係，而有「告知後同意法則」之建立（楊秀儀，1997）。

國內外有關醫病關係的互動研究主要是從醫病互動之間的權力層面來探討，Starr（1982）提到醫療專業的權力和權威來自其立基的科學知識，醫師所提供的不僅是個別化的客觀性、人際間的互動關係，也是權威性的諮詢；成令方（2002）則認為醫病關係是一種「醫用關係」，其強調醫用之間有多重的知識交流，醫療專業者與使用者都具有「多重認同的主體」，他們在「不確定」的醫療診斷關係中，若醫療專業者以普同性的生物醫學知識來診斷，而沒有考慮到個別使用者的特殊性，他們的溝通必然會有問題，且因為醫師擁有專業知識而產生的權力，所以認為醫療使用者，在醫用的權力關係中，要充權（empower）自己，而醫師也成為「願意成就醫用者充權的好醫師」。

Kleinman（1980）從 1960 年代就開始收集台灣醫病互動的資料，是最早研究台灣醫病互動的學者（成令方，2002；張苙雲，1998）。張苙雲（1998）提出台灣地區醫病關係的特色，可以以四點來說明，包括（一）醫病的互動中強調社會價值再現的功能。（二）病人對於醫療專業具有託付式的順從。（三）醫病認知上的隔閡易造成病人隨時準備翻臉求去。（四）被動不自主的隱形病人。在文獻中還提到，醫師不曾解釋他們生了什麼病；醫師會因為病人是榮民或貧民而和他們的互動關係低；醫師使用的技術語言使病人不易了解；醫護人員對於婦產科看診的婦女，缺乏隱私的尊重（張苙雲，1998；成令方，2002）。

台灣目前的醫療生態，醫學界的醫療倫理仍是所謂的父權心態，根本否認病人有作決定的能力，在全民健保制度開辦後，口頭上都以「病人之最大利益」為口號，但實際上卻是以健保的給付標準為行為指標，濫用病人資訊上的弱勢，如此可能損及病患健康的醫療濫用（楊秀儀，1997）。國內二位知名的醫師：黃達夫及賴其萬也提到改善醫病關係的重要性，黃達夫強調「視病如親」，賴其萬則強調「醫病互相關心」（成令方，2002）。

Milton Davis 提出過去醫病的關係是：醫師主導，病人被動服從。這是一種不對等的關係（張荳雲，1998）。李尚仁（2000）指出，自 1970 年代起，醫師問診的重點不再只是如何由病人的病狀來達到診斷，還包括改善醫病關係、了解病人的想法、病人關心的問題及期許。現代許多研究者提倡以聯盟（alliance）來描述病人與醫師之間的關係，稱之為「共同參與模式」（張荳雲，1998）；Howard D. Schwartz & Cary S. Kart 提出三種因病情不同而有的醫病互動模式，包括（一）醫師主動 - 病人被動模式：主要應用於麻醉、急性休克昏迷、精神錯亂的臨床治療。（二）醫師指導 - 病人合作、遵從模式：主要應用於急性傳染過程的臨床治療。（三）共同參與模式：醫師與病人共同參與合作，主要應用於大多數的慢性疾病、心理分析上（張荳雲，1998）。

綜合以上所述，若以現今醫民關係的需求性而言，共同參與模式無疑是一種較能改善醫民關係的作法。台灣目前若要改善長期以來被詬病的「醫民關係」，醫療專業者必須重視醫療使用者的文化及生活經驗，以病人或是民眾的權益為優先考量，放下醫療專業權威的身段，試圖以民眾能理解的語言來教導民眾有關自身健康的一切知識。醫民關係的改善責任不僅在於醫療專業本身，更來自於民眾觀念的覺醒，雖然民眾對於醫療專業總是有著「崇高敬畏之心」，因著這樣的心態而與醫院或醫療相關人員產生了隔閡，這不僅無助於醫民關係的改善，甚而可能因為不敢問而延誤治療或損害自身的健康權益。因此，醫院若能走入社區，與民眾進行良性的溝通及建立良好的互動，從多方面去了解社區民眾的生活習慣、健康需求，也讓社區民眾了解醫院的作法及用意，多以活動促進彼此的了解，加強彼此的關係，才是改善醫民關係的根本之道。

## 六、社會責任對醫院走入社區的重要性

如果將社會視為一大系統，在這個社會中的每一個機構就是組成這個大系統的一個子系統，社會的組成份子中，又可分為好幾個社區，每個社區即是一個子系統，而醫院是社會其中的另一種子系統，它有對其

所生存的社會及社區應盡的義務。醫院為社會的公器，又經過政府准許設立及評鑑之認證，受到其嚴厲的監督，不應只是以「利潤」為其使命，而是要以醫療的效益（medical benefit）和社會效益（social benefit）為目標（葉宏明，2002；陳拱北預防醫學基金會，1999）。

彼得·杜拉克認為現代社會中，非營利機構已形成所謂的第三部門，此營利機構的第三部門稱為社會部門，醫療保健領域也包含其中，此部門應不以營利為目的，而是要付出愛心及奉獻，且其道德觀念及責任感應更為自我要求。根據民國 88 年的統計資料，台灣的醫學中心全部是由署立、財團法人和宗教法人醫院所組成的，而區域醫院也大多是由法律定位為非營利性的醫院所構成；台灣的公立醫院共有 98 家，財團法人醫院為 46 家，宗教財團法人醫院為 11 家，私校附設醫院有 8 家，其他法人醫院有 14 家，這些非屬營利性質的醫院共有 177 家，佔全台灣醫院總數的 25%（葉宏明，2002）。因此，我們可以說，台灣的醫院，大部分是由非屬營利性質的公立及法人醫院所組成的。

從稅法方面來說，美國自 1969 年開始重視社區福利的法規制定，且擴大醫院的公益責任，於 1990 年代，開始立法規定醫院基於免稅的原則，應對社區盡一些義務（Barnett, 2002）。依我國營業稅法第二章第八條規定：醫院所提供之醫療勞務、藥品、病房之住宿及膳食免徵營業稅，其他未成立財團法人之私立醫療院所，縱然有所得或盈餘，也被視為是執行業務所得，只課徵負責人之所得稅，以廣義來說，台灣的醫院都是非屬營利性質的醫院。因此，非營利醫院若要繼續享有免稅的優惠和社區的支持，就應本著慈善的精神來照顧病患及服務社區（葉宏明，2002）。

綜合以上所述，醫院在社會裡，是一種有別於其他產業的醫療專業機構，有其應負的社會責任，這種社會責任不僅是指一般產業對社會應付出的公益責任，更含括因醫療專業而對於社區居民應有的健康上的照顧，醫院不僅在固有的醫療機構中應肩負救人的職責，更須將此精神擴展到醫院機構外的社區內，發揮醫院在醫療專業上的角色與功能，以回饋之心照顧社區民眾。

## 七、支付制度對醫院走入社區的重要性

林政彥（2001）提出影響國內醫療體系的因素，包括三項：（一）公共政策的制定：即衛生政策，民國 70 年代的醫療網、醫院評鑑至健保制度的制定。（二）產業結構的改構：由於民眾對於醫療服務的標準提高，使醫院更著重服務的便利性。（三）醫療高科技的進步：高科技的醫療設備、藥品、技術的發展，使民眾的醫療照護獲得某種程度的保障。未來

的照護體系主要是以改善個體及社區健康為主軸。美國自 1997 年 The Balanced Budget Act 通過之後，醫療產業所必須面臨的挑戰包括要在資源有限的情況下，如何提供更多的人，如何作得更好且獲得更大的效益（Diana L. Kerr 等，2000），針對一些健康問題，社區介入也許是更好的方式。歐美國家的健康保險結構及醫療經濟型態，同時也帶動全球醫療產業的變革，我國也跟著改變，使我國的醫療服務由過去傳統的由醫師的主控情況轉變為必須以顧客（病患及家屬）為導向的企業精神來經營（林政彥，2001），其主要是針對民眾不當的健康行為作改變，減少疾病、傷害及失能的發生，且要著重社會問題的解決。

依憲法第 155 條及 157 條，明文規定「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」，因此我國自民國 84 年 3 月起開始實施全民健康保險，此保險制度是以社會集體之力量，保障每位國民均能獲得適切之醫療照護，以增進全體國民的健康。黃明山（2000）指出，全民健保實施後，地區醫院的生存空間愈來愈小，自民國 78 年的 1000 多家，到民國 90 年，地區醫院只剩 400 多家，此可看出地區醫院的萎縮，醫院的大型化、商業化、企業化。另外，全民健保是一種強制納保的保險制度，截至民國 90 年底，全國的納保人口佔總人口的 96.64%（內政部統計資訊服務網，2001），納保人口幾乎包括全國人口，醫療給付方面，現在基層已開始實施總額支付制度，預計於今年 7 月會實施醫院的總額支付，此將會對整個醫療生態造成重大的影響。綜合以上，全民健保制度影響了被保險人、投保單位與醫療院所之權利、義務、行政作業與醫療行為。

國內已有學者指出，因全民健保支付的改變，醫院勢必要改變其舊有的診療型態，以更貼近民眾的方式來提供服務。林政彥（2001）指出，國內全民健保制度的實施，改變了全國的醫療環境，也相對的擴大了社區民眾對於醫療上的需求。以現行之健保支付標準而言，是民眾生病愈多，醫療院所的收入更好，這是不符合健保的促進宗旨的，應該是民眾愈健康，醫界因而得到更好的回饋，因此將來醫療生態，必須在資源利用上作大幅度的整合，走向提供社區民眾整合性的醫療照顧，包括醫療保健、急性醫療、長期照護...等，因此醫療機構未來的績效並非以量取勝，而是應整合一切的照顧措施，以照顧社區居民的整體健康。有些學者也指出，全民健保的醫療費用支付方式是朝向多元化的，未來健保支付制度可能由論量計酬，逐步改為總額預算制，論病例計酬，甚至論人計酬，在變革過程中，醫院必須設法均衡醫院診療與社區醫療來適應人口老化及慢性病病人的醫療需求，且擔任民眾需求的提供者，從以量取勝、薄利多銷的競爭策略，改為維護民眾健康的診療型態（廖宏恩等，

2001；邱泰源，2001）。

綜合以上所述，醫院長久以來的觀念是：醫院開門，等待身帶病痛的民眾上門求診或是一般民眾上門做檢查。目前台灣地區醫院機構因為醫療費用的不斷上漲，總體支付制度的不斷改變，醫院已不能用過去「論量計酬」的心態來提供民眾所有的醫療服務，若醫院想要求得組織長遠的生存發展及永續經營，則應該改變傳統上，醫院開始營運，病患就會自動上門來的觀念，積極運用各種適當的方法，導入以顧客為導向的理念，遵循主動出擊服務的策略，提供符合社區民眾的健康服務，而不止是醫療服務而已。基於資源有限的原則，醫院在提供民眾服務時，可能必須加強認知當地社區的需要所在，並加以排序，以期利用最少的資源，達到最大的功效。

#### 第四節 醫院社區化角色功能探討

醫院的角色隨著時代的不同而有所轉變。在 20 世紀時，醫院是一個「收容所」，主要是收容貧病之人，並給予他們適當的照護直到他們死去。後來，醫院則轉變成高科技診斷及治療的場所（Barnett K.，2002）。近年來，隨著社會的變遷，民眾的健康需求已與從前大不相同，不論是世界各國或是國內的政府都已經對此需求有所體認，並配合一些政策來實行。世界衛生組織(WHO)2000 年的報告顯示，未來醫院的角色應是提供照護甚於治療，包括要照護有需要的民眾及以全科的角度來照護病人。國內衛生署的衛生策略也主張以促進健康（health promotion）及預防疾病（disease prevention）代替傳統的診斷與治療；主張以購買「健康」代替購買「治療」。這皆給予醫院新的經營方向的思考空間。

國內外有不少學者都提出醫院角色與功能必須隨著時代的不同，民眾需求的轉變，而要有所轉變與創新開發。醫院的外在環境促使醫院的角色正在迅速轉變中，以往醫院的主要功能，在於診斷和治療病人，使病人早日恢復健康，然而，隨著社會文化的轉型，消費者意識的高漲和受重視，平均餘命的增加，疾病型態的轉變，人口的老化，以及全民健保時代的來臨，如今醫院經營的理念，恐非傳統方式所能勝任。面對台灣目前的「醫療戰國時代」，消極地在醫院等候病人到來，被動地等待病人來接受「治療」，恐怕無法迎合整個社會的當前需求，反而是要積極地走出醫院，深入社區，有計劃地廣泛接觸民眾才是當前醫院急須思考並行動的方向（Bakx 等，2001；劉玲足，2000；姚振華，1978）。過去，我國的衛生醫療體系過度偏重於醫院醫療，未來有必要將健康照護的重點

由醫院醫療朝向社區醫療轉變，才可以達到較均衡、較公平的醫療資源分配（謝博生，2000）。綜合以上所述，醫院的角色與功能應往社區積極開拓，改變以往在醫院的固有空間中發揮固有的角色與功能，而是應延展至社區內，發揮符合當代社會需求及迎合當地社區民眾需求的角色與功能。

醫院存在之本質是為了去滿足社區民眾的醫療需求，其目的則在於解決社區民眾的一切健康問題，包括生、老、病、死等歷程。根據聯合國世界衛生組織（WHO）「醫療照護組織專家委員會」（Expert Committee on Organization of Medical Care）之建議，一般醫院（general hospital）應具備的功能包括：（一）服務病人使恢復健康，包括診斷、治療（門診、住院病人）、復健（身體，心理和社會的）和急診工作。（二）預防及保健服務，包括健康檢查、健兒門診、產前產後檢查、傳染病人管理、慢性病之預防、心理與生理殘障之預防、健康教育、職業病的預防等。（三）教育訓練（四）研究（五）病人衛生教育（陳楚杰，1994）。

國外對於醫院的角色探討，則是提出一種「健康促進醫院」（health promoting hospitals）的概念，強調將醫院當作是一種「系統」時，其必須具有一些功能：（一）當醫院是一種實體或是社會情境時（如：健康城市，健康學校），醫院對於情境中的病人、員工、顧客及一般民眾，都要加強注重他們的健康。對於醫院的外觀建築，包括功能及美學設計也要注重。（二）當醫院是一個工作場所時，要朝向健康的工作場所來發展。（三）當醫院是健康相關服務的提供者時，要使病人活得更有生活品質，不只是危機時的處理而已，更要朝向全人醫療、持續性與整合性的治療與照護，包括系統性的預防與復健層面。（四）當醫院負有教學、訓練及研究責任時，應對醫師、護士及其他醫院員工進行健康促進導向的教育訓練，使他們朝向健康促進的方向去提供相關服務，且要發展評估指標。（五）當醫院是社區是社區健康促進的主導單位時，醫院應進一步針對它的環境或是社區推行健康促進。（六）要發展成一個健康醫療組織時，必須透過 ISO、TQM、EFQM 等途徑來達成一個健康組織的目標（Bakx 等，2001；Pelikan 等，2001）。若從系統的觀點來看醫院的角色與功能，它不只是醫療健康服務的提供者，更是健康的「創造者」，醫院必須從本身的「建築實體」健康開始著手作起，再擴大至社區裡的健康，負起打造社區健康的責任。

施天岳（1994）提出醫院在社區應扮演的角色有三：（一）醫療照護者，即醫院所提供之醫療服務。（二）健康管理者，將社區民眾之健康視為己任，提供促進健康、預防、早期診斷、早期治療以至復健等各方面



之服務。(三) 衛生教育者之角色，積極從事病人及社區衛生教育，讓民眾關心健康，注意保健，以實踐健康的生活。劉玲足(2000)則提出醫院應扮演社區醫療守護神的角色，以「服務、溝通、精緻」的理念，藉著「連續完整的服務、貼心便民的溝通、精緻的預防宣導」的服務信念，與社區搭起一座永恆、通暢的健康橋樑。醫院傳統的任務是照護病人、減輕痛苦；而隨著時代的進步和各種儀器的愈趨精密，以及現代醫院任務的不斷擴充，人力不斷集中，醫院除了要扮演傳統的診療角色外，更要預防危害健康事故的發生，及對已發生不幸之民眾提供身、心兩方面的復健，可見得預防醫學和公共衛生的觀念也已慢慢成為醫院功能的一部分，因此，現代醫院與往昔醫院與社區之關係方面有很大的變化，以前醫院在社區中是一個較少與社區互動的機構，現在則要扮演公共衛生尖兵的角色，作預防及後續追蹤、居家治療等動作(陳拱北預防醫學基金會，1999)。

綜合以上所述，現代醫院與社區的關係已不同於以往的被動與孤立，當代醫院在社區中有其應該發揮的角色與功能，研究者綜合以上學者的意見，歸納出當代醫院社區化的角色與功能應包括以下四項：

#### 一、健康管理者

醫院在社區裡應扮演「健康管理者」的角色，從預防醫學，到治療醫學，甚至是後段的復健醫學都涵括在醫院社區化的角色裡，發揮預防疾病、早期診斷與治療，後續的照護及復健功能。在這樣的角色功能中，特別強調的是預防層面的管理，即公共衛生裡所說的「三段五級」層次的預防概念，以促進社區民眾的健康為首要；其所著重的也不只是社區民眾的生理層面，更重要的是心理、精神及社會層面的健康管理。利用各種社區健康資料及舉辦各種活動來協助醫院發揮健康管理的功能，且要持續追蹤才能保障社區民眾的健康。

#### 二、教育諮詢者

醫院在社區裡應扮演「教育諮詢者」的角色，「教育諮詢」強調的是醫院給予社區民眾單方面的教育灌輸，此種角色是指醫院要扮演教育民眾及供民眾諮詢的角色，醫護專業人員應以醫護專業背景為後盾，從灌輸社區民眾健康知識，到讓民眾的態度轉變成較為健康積極正向，以及到幫助社區民眾養成良好的健康行為及習慣，包括解答民眾的種種健康相關問題，或是幫助民眾找到解決問題的方法，這些都是教育層面應該作到、應該發揮的功能。

#### 三、溝通者

醫院在社區裡應扮演「溝通者」的角色，「溝通」強調的是雙方面的

了解互動。此強調醫院應與社區民眾建立良好的溝通管道，彼此形成良好的互動，達到醫院與民眾的雙方面溝通，改善長久以來為人所詬病的不良關係，包括醫療人員無法放下身段，或是因其「專業」所形成的溝通障礙，民眾因醫療人員的「專業」而有敬畏，不敢多向醫療人員說明自己的情況等等，造成彼此各說各話、有「溝」沒有「通」的情形，醫院及社區若能跨越這一段障礙，醫院才能真正成為社區健康的守護者，了解社區的需要，提供適當的健康服務。

#### 四、資源整合者

醫院是一個人力密集、專業密集的產業（陳楚杰，1994），使醫院本身的功能能發揮至最好；相對於社區，社區也是一個人力密集、組織密集的地區，能運用的資源與各種組織比醫院還豐厚，社區資源（community resource）是指社區內可動員並有助於完成社區目標的一切力量（王順民，2001）。當醫院走入社區時，應要懂得運用社區裡的各種資源及組織，發揮資源整合的功能，包括健康衛生相關組織及非健康衛生相關組織，使其成為醫院經營社區化的助力，更須結合目前推動的各種社區活動，像目前在各個社區所辦的「社區健康營造」、「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計劃」（IDS），以減少各種健康衛生相關組織在社區資源運用的重複浪費與各為其事，有效整合社區內的資源，使社區民眾得到更完整、有系統的健康照顧。

上述四種醫院社區化之角色與功能並非是各自獨立扮演的，而是互相交錯展現的，醫院在走入社區時，應是同時扮演這四種角色與功能，不可偏廢，適時、適地利用適當的方法將這四種角色互相交叉運用，聯結社區裡正式及非正式的組織資源，發揮醫院在社區中的最大效益，以利醫院經營社區之活動進行，最終達到醫院社區化，並促進社區民眾健康之目的。

### 第五節 外展服務與醫院社區化

外展服務源自於英、美等國，發達於香港地區。原本是對當時的社會服務（尤其是邊緣青少年服務）要求其服務對象須在服務機構內接受服務形式的反動。它提出把服務帶出機構之外，由服務提供者主動去尋找和結識服務對象，並提供適當的服務（李淑儀、蘇淑娥，2002；張時飛，1998）。國內有關醫院外展服務的相關文獻部分，大多針對義診（姚振華，1978）、老人社區服務（李淑儀等，2002；曾竹寧，2001；陳世堅，2000；張時飛，1998）、精神照護（陳快樂等，1999；陳俊鶯，1997；洪

美玟，1997）等方面來論述與研究；國內醫院機構所從事的老人社區服務則以「居家照護」最具成效，另外，則是針對一些特定疾病作社區追蹤及後續社區服務（傅振宗等，1988），還有在全民健保開辦後，針對偏遠離島地區的外展服務研究（沈茂庭等，1997；李奕慧等，2001）。國外的醫院外展服務則是針對老人、精神照護、產後照顧及新生兒的照顧（Sobey, 2002）等方面，或是針對一些特定疾病作社區追蹤及後續社區服務。醫院的外展服務內容，應依照社區的地方特性，且依據社區之個別需求設計相關活動，並與社區之健康問題結合來推展（劉玲足，2000）。我們可以說外展服務是一種以民眾為導向、以社區為導向的服務內容與方式。

在資源有限而健康問題超出預期時，醫院必須針對社區裡的健康問題與資源之間作必要的抉擇，方能將有限的資源作最合理、最適當的運用，以利社區民眾健康。在將資源作有效利用的大前提下，則要先作社區健康評估。醫院走入社區時，應好好利用此項工具，以利醫院經營社區化之便。社區健康評估為「一套解決特定族群（社區）健康問題的既定方法，經由發現問題、統合可運用的資源以擬定解決方案，並強調以最有效率的方式來達到增進該特定族群的健康狀態」。社區健康需求評估最理想的模式是「民眾所表達的需求」（demand）、「有利健康的需求」（need）、「醫療體系所提供的服務」（supply）三種能夠完全符合，在現實運作上，這樣的情況是不可能的，我們只能利用社區健康評估使三者的距離儘可能地接近（劉文俊等，2000）。

劉文俊等（2000）指出社區健康評估的四步驟包括（一）發現問題、發掘資源：可利用既有的衛生統計資料與人口學資料，學者專家在當地所作的相關文獻報告，醫療院所的病歷資料、衛生所的服務與篩檢資料、社區報紙或刊物、重要人士或民意代表、村里民大會、集會或聚會聊天場所等所收集的資料。在發掘社區的健康資源上，不外乎人力、物力、財力等資源，包括學校、機關團體、公司行號、義工慈善組織、熱心的個人等等，這些都是可以尋求的資源。另外，則要了解及注意社區當地的派系結構，這在動員社區上具有很大的影響因素，可幫助在擬定計劃時，儘可能避開負面的影響，以達到與社區融合的目的。（二）界定問題與決策分析。（三）擬定與執行改善計劃。（四）成果評估與計劃再擬定等。另外，則要關心社區的健康議題及有效執行，後續的評估與監測是很重要的，此可以保證有品質的社區健康活動。社區特性與人口特性也是在作社區健康評估時很重要的資訊；社區特性包括社區地理範圍、社區發展史、住宅型態、生產方式、主要運輸工具、宗教信仰、環境衛生、醫療資源。人口特性包括人口密度、人口數、鄰數、戶數、人口組成

、職位種類、行業種類、生命統計資料、五大主要死因等。

在前面的敘述中，我們有提到當代醫院在社區裡應積極發揮預防的功能與角色，以促進社區民眾的健康。醫院在社區預防層面之工作內容應包含以下項目：(一)社區預防保健服務：其內容包括家庭訪視、社區篩檢、慢性病人的照顧與管理、預防接種、社區民眾體能訓練、臨終關懷、齲病的預防；在對象上則包括老年人、婦幼、職業人口的各項預防保健。(二)社區精神衛生：包括個體(兒童、青春期、更年期、老年期)與群體(家庭、學校、職業場所)精神疾病的預防；以三級預防而言，則包括改善環境條件以作為對精神障礙的一級預防、對精神障礙者早期發現、早期治療的二級預防、對復發的防止及回歸社會之三級預防。建立精神醫療追蹤服務網絡。(三)社區健康促進：包括社區健康問題的分析、社區參與、執行管理及監測評價，到後續的推廣等步驟。(四)社區飲食營養與衛生教導：內容包括營養素的供給、合理食物結構的選擇、藉由膳食選擇以預防疾病、保證飲食衛生以防止食源性疾病的發生。(五)社區的環境健康：此則針對地方性疾病、自然環境(空氣、飲水、土壤、住宅衛生、職業環境)影響的疾病以及社會、經濟、文化發展、人口結構、社會互動影響的疾病等方面，作疾病的預防。(六)社區復健：包括復健預防、復健診斷及復健治療工作(王正倫，2000；陳俊鶯，1997)。

林政彥(2001)則建議醫院社區化的具體措施應包括三大項，在(一)社區活動策略上，包括(1)塑造專業形象，加強社區參與(2)社區居民用藥安全教育(3)培訓專業志工(4)提供社區醫療保健服務，包括義診活動、巡迴醫療服務專車、辦理社區健康系列講座(5)與地方領導座談(6)善用社區里民大會活動(7)參與式社區規劃之新技術(8)建構社區營造中心(9)成立社區基金會。在(二)企劃策略方面，包括(1)發展社區醫學(2)進行社區居民就醫行為態度及醫療需求之探討(3)因應醫療產業結構趨勢，建立多元化醫療營運中心(4)加強內部顧客滿意(5)訂定階段性服務策略，拓展多元化的服務目標(6)找出潛在醫療需求客源(7)發表醫療專科特別專長，提供高品質高效率的服務(8)與專家、學者聯盟(9)發展異業結合或是與非政府組織、公益、社會團體結合(10)建立地區性的轉診制度，遠距醫療服務(11)實行家醫制度(12)發展老人醫學。在(三)媒體包裝策略方面，包括(1)善用媒體，如電台、電視、網路，以有效掌握資訊，進行即時性、同步、全面及公正的資訊揭露，使民眾主動關心健康議題。善用知名人士、專業公關來進行行銷(2)建立醫療新地標，加強醫院曝光率(3)印製宣傳文宣，讓社區民眾知道醫院在服務什麼、有什麼新的醫療資訊。發行醫院刊物、簡訊等。

邱泰源、陳慶餘、侯勝茂（2000）則提出，醫院在社區裡應建立社區醫療資訊系統，此系統包括：（一）建立健康家庭會員、疾病管理個案及長期照護個案之資料檔。（二）加強地方醫療資訊的數位化，方便各醫療單位使用。（三）進一步協助醫療管理系統與醫療診療電腦系統之整合，藉此建立社區由疾病管理、個案管理至照護管理之基礎。

綜合以上所述，研究者認為醫院在作任何的外展服務時，需先對當地民眾的資訊要有所掌握，了解社區民眾的需求，千萬不可以醫院自己的觀念為觀念，將服務內容或方式強加於社區民眾之上，民眾會從中體認醫院對社區所作的一切是否出自真誠的關心，進而影響到醫院社區化的成效。研究者綜合以上學者對於醫院外展服務的看法，認為醫院對社區進行外展服務時，應作到以下三項：

#### 一、了解並評估社區民眾的健康需求

醫院在進入社區作外展服務之前，應先利用適當的評估工具，收集當地的各種資訊，包括（一）衛生統計資料：包括學者的研究，當地衛生醫療院所的民眾健康資料。（二）人口學資料：包括社區地理人文特性，社區人口特性，除了從書面文件來了解外，也可以藉由訪談當地有影響力的人，如里長、民意代表等人，以了解當地的各種資料，從中了解及評估社區民眾的健康需求，並排定民眾健康需求的優先順序，進行外展服務。（三）進行各種社區需求的研究

#### 二、建立社區資料檔

醫院收集社區中的各種資料後，要懂得建檔及加以管理，建檔的資料包括社區的人口學資料及衛生統計資料；管理則是指將資料分門別類，按照疾病屬性歸類或是健康需要屬性來歸類皆可，資料的建檔及管理將有助於日後推展社區化工作的重要依據。

#### 三、運用積極策略進行醫院外展服務

醫院雖是一個專業密集的產業，擁有許多高階專業人力，但進入社區時不可能將整個醫院的人力都移來作運用，更何況社區裡的資源可能更多、更貼近當地民眾，更有助於醫院外展服務的推行。發現當地資源對醫院來說是一個很有力的助力，包括人力、物力、財力等資源；包括社區裡的里長、民意代表、組織團體、公司行號、學校、其他醫療院所，當地衛生單位等等可供動員及運用的組織或個人。當了解當地可運用的各種資源後，進行各種策略的應用，包括：（一）醫院與各種異業或同業進行結合，異業包括媒體、廠商公司、學校、組織團體等；同業包括當地衛生行政單位、其他醫療院所、健康營造中心等等。（二）以關心及同理心來關懷社區民眾：有的時候，醫護相關專業人員的關懷在民眾眼中

看來，就是對他們最好的照顧；社區裡的健康問題有 90% 是可以在第一線醫療就解決的，代表非重症，不須高科技的醫療技術，因此醫療在經營社區化時，更著重於以關心及同理心來關懷社區民眾，才能對社區民眾進行深入的了解，貼近他們的生活，針對個別及深入的需求作服務。

(三) 舉辦各種與里民同在一起的活動，拉近醫院與社區的距離：醫院的規模越大，與民眾之間的距離就越遠，因此醫院走入社區時，要利用各種場合親近民眾，不論是社區自己辦的活動，或是醫院至社區辦的活動，皆是融合社區的良好作法。(四) 醫院外展服務的內涵應按照社區各年齡階段而進行健康促進、預防保健服務、心理及精神衛生服務、復健服務、長期照顧服務、飲食與營養講座、環境衛生等方面的服務。

#### 四、後續的追蹤評估

醫院進行外展服務時，最為忌諱的即是虎頭蛇尾，對於社區民眾的服務缺乏後續的追蹤評估，不僅成效不彰，更會破壞社區民眾對醫院或是整個醫療環境的信任感，將之前所建立的良好關係盡毀於一旦，日後再有什麼樣的活動，會很難再打入社區。因此，基於誠信及效益原則，任何外展服務的後續追蹤及評估是醫院推行活動時很重要的一環。

由於醫療環境的迅速變遷、社會健康需求的轉變、醫院公益責任概念的提倡與重視、民眾消費權利的高漲，醫院必須更為積極經營社區化。然而，醫院外展服務的進行，並非單憑醫院一己之力即可促成，醫院的專業人力轉戰至社區時，所發揮的功能可能不如在醫院內部來得大，必須結合許多異業及同業的同心協力，共同創造更健康的社區。

## 第六節 由生態系統觀點看醫院社區化角色功能

生態系統觀點結合了生態理論與系統理論的內涵，本是自然科學中，用以解釋生物現象的一種理論觀點，自 Bronfenbrenner (1979) 以生態取向 (ecological approach) 當作人類行為的理論架構後，生態系統理論遂成為日後各專業學科的理論基礎。以下將系統理論及生態理論作一簡單的陳述。

### 一、系統理論 (system theory)

韋氏新國際字典 (Webster's New International Dictionary) 定義「系統」為「系統乃是規律化的交互作用或相互依存的事物之結合。此結合乃是為達成共同目的的整體」陳世堅 (2000)。the Social Sciences

Encyclopedia(Kuper & Kuper,1996)對系統的定義則是「在部分與部分之間，受到規律化活動間的相互依賴之影響所形成的一種結合體；涵括結合了與外界環境的相互依存關係」(曾竹寧, 2001)。系統是一個有目的、有組織的，且是許多不同部分的複合體，系統的構成份子或次級系統各有其特定的功能和目標，但各個次級系統必定相互關連，而且分工合作以達成整體之共同目標。系統整體之效益，必定超過各部分效益之總和，此種整體觀念，稱之為「系統觀點」(曾竹寧, 2001；陳世堅, 2000；侯夙芳, 1998)。我們可以說系統理論是一種整合性的概念，以生存的觀點來思考環境與個體之間的互動，強調系統內各子系統之間的合作，以達成最佳的效益。

系統理論中包括了幾個重要的系統，一般系統理論 (general system theory) 為 Bertalanffy 所創，其將整個社會看做是一組織體，重視整體性、有機互動性、動態性、有序性 (黃譯瑩, 2001；黃光國, 1999)；另外還有平行論 (Parallelism)，認為人不能局限於某一層次的研究，必須將各層次結合，觀察其平行現象，以應付高度互動的動態系統 (轉引自張潤書, 1998)；Daniel Katz 和 Robert L. Kahn 提出「開放系統」(open system) 理論，將組織視為一個有機體、有生命的個體，同時也是一個與外界相互作用不斷互動的、非封閉的一個系統，系統與環境間不斷的輸入與輸出，且重視系統的平衡性與一致性 (侯夙芳, 1998)。另有研究 (侯夙芳, 1998；黃譯瑩, 2001) 指出，任何存在於世界中的系統都屬於「自我組織系統」(self-organizing system)，這種系統必須不斷與環境建立連結以交換物質、能量與信息。一個自我組織系統同時兼具了開放與封閉兩種特徵：就系統與環境不斷地建立連結或互換資訊來看，系統是開放的；就系統處理能源與資訊之內在建立連結的歷程而言，系統是獨特、自律、有隱私性及封閉的。「開放系統」的概念較常為管理界所採用。

## 二、生態理論 (ecological theory)

生態理論由開放系統理論演化而來。生態學 (Ecology) 最早由 Haeckel(1869)提出，主要是討論生物與外界環境交錯關係的一門科學，即在發現與了解何種自然環境有利於何種生物之生長。後來，Bartlett (1970) 則將生態學作為「人與環境」之間交互作用的理論基礎 (曾竹寧, 2001；陳世堅, 2000；林晉寬等, 1996)。因此，生態學理論與開放系統理論皆強調個體在運作時，需考量其與外在環境之間的互動關係，此可幫助研究者對於研究主題的探討時，必須著重外在環境因素。

將生態理論與系統理論結合，則生態系統觀點是以系統理論觀點為

基礎，將組織體個體視為中心點，再以生態社會的角度，來區別組織體所處的環境，最內層部分是微視層次（micro level），再往外一層是中介層次（meso level），再往外一層是外視層次（exo level），最外層是鉅視層次（macro level），強調各層次間的互相作用關係。Allen-Meares（1986）引用 NASW 對生態學的觀點來解釋各生態環境系統對人類行為發展的影響，各生態系統之間的關係如圖 2.1。

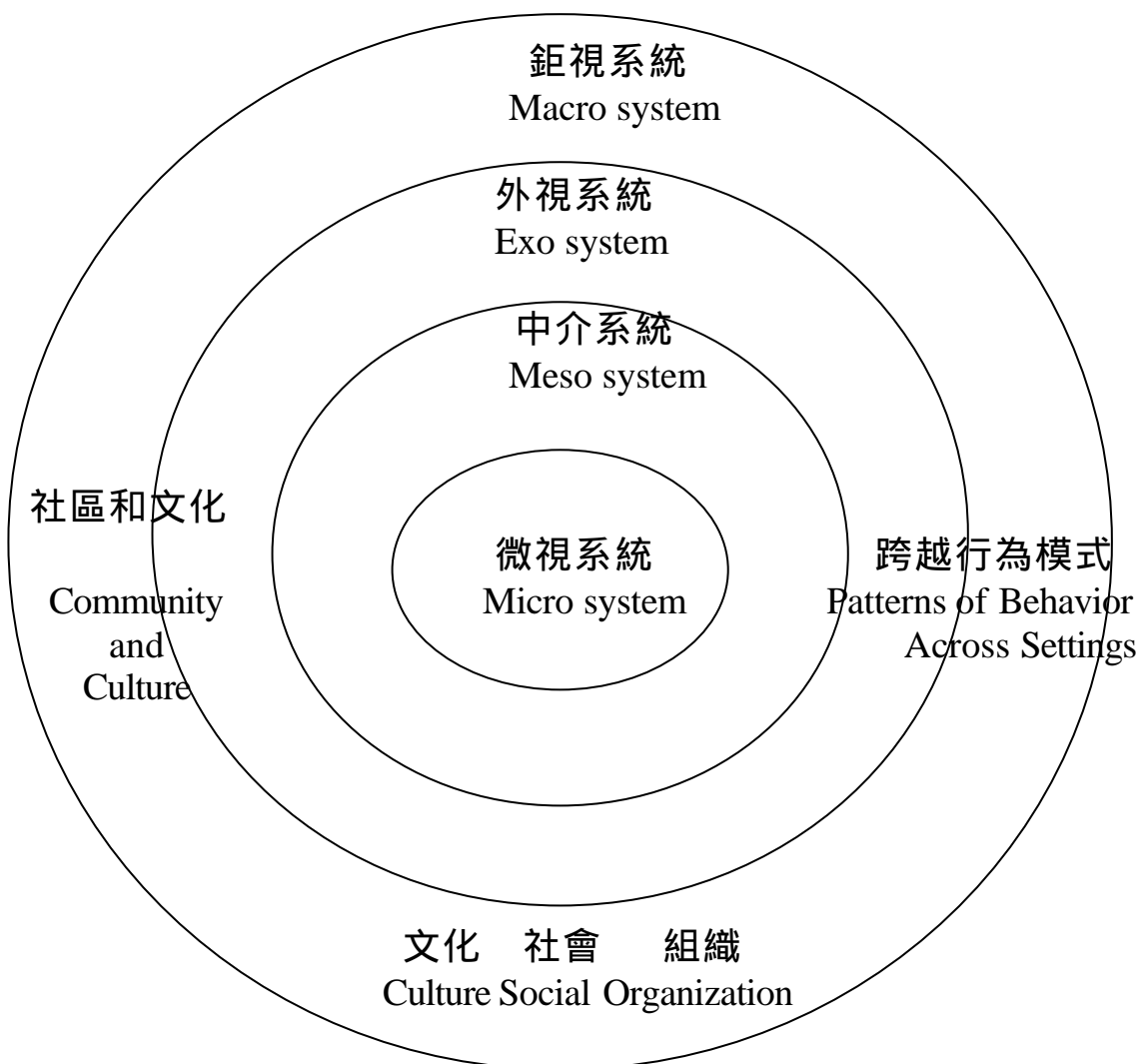


圖 2.1 The ecological environment 生態環境圖 (Allen-Meares, et al. 1986)



從開放系統（Open System）的觀點來看，醫院是一個社會系統，醫院組織與其環境之間具有一種相互依存性（interdependence）。醫院的生存策略中，也重視機構或組織必須適應環境，強調機構要能放在「環境」中思考，機構要能在環境中生存，就必須充分利用本身所擁有的資源，發揮資源的最大效用，使機構生生不息（莊逸洲等；2000）。近年來由於醫療環境的變遷迅速，外在環境的不確定性與競爭的壓力，使醫院必須重新思考自己的定位及經營策略，以求永續的經營（彭朱如等，2002；莊逸洲等；2000）。

在醫務管理領域中，醫院經營的策略用法包括（一）策略可視為一連串為機構定位的形式。（二）一個組織的行為或是計劃。（三）運用一致性使機構適應環境。Porter 提出五力分析的競爭策略，包括（一）新進入者的威脅（threat of new entrants）（二）替代品的威脅（threat of substitute product or services）（三）購買者議價能力（bargaining power of buyers）（四）供應商的議價能力（bargaining power of suppliers）（五）現有競爭強度（rivalry among existing firms）（彭朱如等，2002）。而司徒達賢則提出策略矩陣分析的六大構面，包括（一）價值單元間的關聯。（二）產品／要素市場結構與區隔。（三）整合之利弊與廠商資源。（四）規模經濟／範疇經濟／經驗曲線的考量。（五）地區特性與介面。（六）競爭優勢之成因與結果（司徒達賢，1994）。

目前整個醫療產業所面臨的環境是混沌不明的，支付制度的不斷變更對於醫院經營更是一大挑戰，因此，綜合以上所述，醫院經營社區化之時，必須將生態系統理論導入醫院的經營策略中，重新思考其定位，進而運用各種適當的策略，採行各種有利的行動與措施，小心運用資源，才能達成醫院社區化永續經營的目標，進而達到醫院生存的目的。

## 第七節 醫院經營社區化之相關政策

台灣地區對於醫院經營社區化的政策並未達至成熟的階段。醫院評鑑中，對於醫院社區化活動的相關規定只有第 22 項的評鑑項目：社區衛生服務，依著不同的醫院層級而有不同的評鑑標準，醫學中心及區域醫院的標準為：（一）應設有專責單位辦理轉診業務。（二）應有專人負責訂定及執行住院病人之出院計劃。（三）應提供衛教及繼續性居家照護或轉介相關單位。（四）應參與醫療網活動。（五）應提供慢性病人諮詢及保健指導。在地區醫院的標準方面，則設有五項，包括（一）應有專責單位辦理轉診業務，對轉診病人作適當的處置，與其他醫療機構建立良

好的轉診關係，一切轉診程序要有紀錄及統計。(二)應有專人負責訂定及執行住院病人之出院計劃。(三)應提供衛教及繼續性居家照護或轉介相關單位。(四)應參與醫療網活動。這些資料都應有工作手冊及工作紀錄。

另外，在精神醫院的評鑑方面，則針對社區精神醫療業務加以規定其相關的評鑑標準，包括(一)應有專責單位或專任人員負責推動此項業務。(二)應提供病人追蹤及醫療轉介服務。(三)應與精神科專業醫院或相關機構團體建教合作，提供社區復健服務。另述社區復健服務包括：居家治療、康復之家或社區復健中心(含庇護性工作場所)等業務。在精神醫療網業務方面，則規定若為精神醫療網指定之核心醫院，則應辦理以下業務：(一)設有專責單位或專人負責推動此項業務。(二)從事區域內機構協調連繫工作。(三)規劃並籌建局部網絡。(四)規劃並建立轉介照會系統。(五)輔導或支援精神醫療院所(科)。(六)提供區域內工作人員教育訓練。(七)從事民眾心理衛生教育宣導。(八)倡導社區心理保健自助團體或活動。(九)應有定期活動。且要參與區域內機構協調連繫工作及教育訓練的活動。

台灣目前為著要改善醫病關係，在醫院評鑑項目中，也特別有列出第十三項：醫病關係之促進。其中依不同的醫院層級而有不同的評鑑標準，在醫學中心及區域醫院的評鑑標準上，則包括：(一)應設置服務台。(二)義工及服務台工作人員應定期接受在職訓練。(三)應定期實施病患滿意度調查及資料之收集。(四)應建立病人申訴管道。(五)應印製醫院服務指引等書面資料。在地區醫院方面，則包括：應建立病人申訴管道。

綜合以上所述，我們了解到台灣地區目前對於醫院社區化的相關政策規定並不完備，以醫院評鑑的項目內容而言，只就粗略項目加以規定，並未包含相關的細則規劃、各種單位組織的合作、相關配套措施的設計等等，這樣的規定縱使是為了要提供大方向給醫院遵循，以讓醫院能彈性運用各自的醫院資源，但仍不免形成評鑑的漏洞，使醫院社區化的服務流於空談。

## 第八節 台灣地區醫院經營社區化之現況

目前台灣地區各家醫院社區化的作法分歧，有些醫院有專責單位來負責醫院走入社區的一切活動策劃與進行，像有社區健康部等，在專責單位的名詞的界定上，各家醫院也取得不相同；有些醫院的社區服務甚

至是排在社會工作部之下，由現有的社會工作人力來擴展及策劃相關社區活動事宜；另外，有些醫院則無專責單位來負責社區化的活動，而是由醫院內各個部門分出一些人力定期或不定期到社區辦活動，如護理部人員、婦產部人員、家醫部人員等等。由於各家作法之分歧，研究者就所收集到的資料，列出 6 個有在推行醫院社區化活動的醫院，包括彰化基督教醫院、國立台灣大學附設醫院、長庚紀念醫院、台中市中國醫藥學院附設醫院、台中市仁愛醫院、台中市澄清醫院中港院區。

## 一、彰化基督教醫院

彰化基督教醫院是台灣最早投入社區服務的醫院。於民國 52 年成立社會工作部，藉著社區健康部、社區工作部和切膚之愛基金，使彰化基督教醫院成為「沒有圍牆的醫院」。為使民眾能實施健康之生活，其將醫院的功能和資源直接帶到社區，將預防與治療合而為一，其實際的行動包括：(一) 舉辦醫學常識講座、座談會及研討會，(二) 設健康諮詢專線提供民眾諮詢服務，(三) 積極進入社區為民眾作健康篩檢，(四) 對出院之慢性病患提供持續性的居家護理，(五) 對特定群體加強特定保護服務，(六) 深入監獄作戒毒傳道的工作。

## 二、國立台灣大學附設醫院

台大醫療體系目前在鹿谷、三重、平鎮、雲林地區建立本土化的「整合性醫療服務」(IDS) 模式，以社區醫療群作為基本單位，每一個醫療群由社區中的基層醫師 5-10 人組成，向下與社區之基層醫療單位(包括診所、衛生所或醫療站) 結合成為醫療群的主體，向上與區域醫院或台大醫學院暨附設醫院，形成垂直整合(縱向合作)，在醫院內，一般診療及專科診療間互相照會合作，在社區的基層醫療單位之內，健康促進、預防保健、一般診療、精神醫療與長期照護間互相橫向分工，形成水平整合，以社區醫院為主軸，辦理該社區的健康改善計劃，提供整合性醫療服務(邱泰源，2001)。

台大醫療體系之中的各社區醫療群以獨立運作為原則，主要的功能是為了社區民眾提供「以社區為基礎，以病人為中心的整合性醫療服務」(community-based patient-centered integrated medical care)，由台大醫學院社區醫學研究群提供管理原則參與協調，且由台大醫院提供必需的醫療技術或人力支援。其中各個醫療群秉持 5 原則來提供服務，包括(一) 健康導向：強調疾病預防、健康促進及個人對健康行為負責；(二) 社區導向：注意社區環境中對健康造成危險的因素；(三) 資訊導向：使用電腦處理社區中的病患資料；(四) 治療後果導向：重視病人對治療後果的

滿意度；(五)費用效果考量：關心高科技診斷檢驗及診療的好處、花費及達成的效果。

### 三、長庚紀念醫院

長庚醫院本著以病患為中心的服務理念，除了醫學技術的創新與服務，更本著全人治療的理念，成立社會服務處，其以社會工作人力兼顧社區活動的推展，強調隨著社會變遷，醫務社會工作人員的角色亦需有所調整，從早期以經濟補助為主的個案工作，在全民健保制度實施後有所調整，基於回饋社區，關懷社會的情懷及推廣衛生保健觀念的使命，以豐富之醫療資源，在社區裡發揮衛生保健之功能。以「在地人的心」關心「在地人的事」。目前社區化之活動包括：

- (一) 社區子宮頸抹片巡迴檢查：於民國 87 年 11 月開始實施，服務對象，以新竹以北各鄉鎮市社區、公司行號之女性民眾及員工為主。服務方式，以本院保健服務車前往各鄉鎮，提供受檢民眾免費檢查服務。服務內容包括女性子宮頸防癌抹片、乳房自我檢查衛教及宣導。平均每月 6-8 次。
- (二) 社區義診：以一般社區民眾為服務對象。依據社區需求，結合院內醫護專科人力，前往社區提供預防保健服務。服務內容包括血壓、血糖測量、一般醫療諮詢、中醫諮詢、針灸、推拿、拔罐、各專科檢查及衛生保健宣導。平均每月一次。
- (三) 社區獨居長者關懷服務：於民國 87 年 11 月開始進行。以林口鄉、龜山鄉 65 歲以上獨居長者為服務對象。服務方式：以社會志工隊固定志工，認養固定獨居長者，並於每周固定時間前往獨居長者家中訪視，提供關懷服務。包括關懷訪視、文書服務、協助就醫、健康監測、資源轉介及電話問安等。每周前往獨居長者家中服務。
- (四) 山療養院關懷服務：於民國 89 年 4 月開始進行。以台北縣八里鄉樂山療養院為服務對象，服務方式：結合本院兒童復健科、兒童心智科、護理部及長庚護專學生，前往療養院提供服務。服務內容包括院童復健評估及治療、行為及發展障礙院童門診治療、居家管類護理工作，團康活動及環境維護。每周前往關懷。
- (五) 育幼院關懷服務活動：於民國 89 年 4 月開始進行。以桃園縣大園鄉弘化懷幼院為服務對象。服務方式：以本院大專志工隊固定志工及本院員工志工，前往育幼院提供院童關懷服務。服務內容包括(1)衛生保健服務：針對健康檢查結果之建議，持續由醫護人員前往進行保健衛教工作。(2)團康活動服務：持續設計不同活動，將學習融入遊戲活動中，增加院童與人際接觸之機會。(3)院童課

輔服務：安排有專長之志工前往協助院童課業。(4)環境整理服務：持續提供牆壁粉刷、排水溝清理及綠化美化工作。(5)圖書整理服務：協助整理懷幼院中圖書及書櫃，並依其需要發起募書活動。(6)文康服務：針對年齡較小之院童提供說故事及陪同畫圖等活動。(7)戶外活動：郊遊團體活動，安排院童前往。(8)其他：以院童或懷幼院之需求，評估本院協助之可行性及服務的形式。每週乙次。

- (六) 偏遠地區社區醫療服務：於民國 87 年 8 月開始進行。以新竹以北醫療資源缺乏偏遠山區為服務對象。服務方式：依據當地民眾常見疾病及缺乏之醫療資源，結合院內醫護人力及長庚大學、長庚護專學生社團力量，前往該地區提供服務。服務內容包括血壓、血糖測量、一般醫療諮詢、中醫諮詢、針灸、推拿、拔罐、各專科檢查及衛生保健宣導。平均每年進行一次。
- (七) 人工電子耳篩檢義診服務：由耳鼻喉科醫師、聽力師、語言師、社工人員前往各啟聰學校進行聽障患者篩檢服務，讓患者可省去往返醫院之苦。
- (八) 兒童醫院之旅：於民國 86 年 1 月開始進行。以國小高年級(每次 40 人)為服務對象。服務方式：設計參觀及衛生保健課程，邀請國小高年級學童來兒童醫院參與活動。活動內容包括兒童醫院沿革、就醫流程說明、牙科、視力保健及檢查，急救外傷包紮訓練、醫療諮詢、兒童醫院參觀及有獎徵答等。每月一次。

#### 四、台中市中國醫藥學院附設醫院

成立社區健康部為社區民眾服務，以達到醫療保健服務之整體性(綜合性預防 保健)與持續性(一級 三級)全方位(醫療、保健、社會福祉)為目標，並建立以院方為中心之整合性醫療體系(IDS)，設立社區服務與教學據點，並加強社區研究，以提昇醫院良好的社區形象，本院社區醫療推展之策略方針有四，分別為「資源整合」、「綜合性服務」、「教學訓練」、「研究調查」，並且採用專案小組方式進行各項社區醫療。策略包括：(1)社區保健網：開發與鞏固社區平台(成立社區保健大學)推動社區醫療服務。(2)社區醫療網：開發社區醫療據點(聯合診所，醫院)、家庭醫師制度之建立、社區醫療照護開發與醫療合作：社區醫療院所(診所，醫院)。(3)社區長照網：長照病患之持續照護模式建立、長照病房專區照護、長照機構開發與醫療合作。(4)社區照護支持系統：成立社區醫療推展委員會；資訊化作業，包括健康管理資訊系統-個案管理，家庭管理及醫療市場分析系統；社區非醫療資源的整合。另外，在研究方面，則包括社區醫學及流行病學調查；家庭醫學相關議題之調查，例如家庭

醫師制度模式之建立與探討；各科相關研究 - 例如山地、城鄉學童血脂異常率分析。在教學方面，包括舉辦社區醫療研討會、成為社區醫學訓練中心、學校及研究所社區醫學開課。

## 五、台中市仁愛醫院

仁愛醫院成立社區服務部，其服務的人口群包括：(一)大屯區之社區民眾，(二)曾住院或門診之患者及家屬。服務目標包括：(一)提供患者更完善之後續醫療服務，(二)推廣社區醫療保健及社區衛生教育。服務項目包括：(一)不定期舉辦社區醫療活動及衛生教育講座，(二)本院健康檢查報告後續追蹤服務，(三)婦科子宮頸抹片檢查異常報告後續追蹤服務，(四)新生兒先天性代謝疾病篩檢報告後續追蹤服務。

## 六、台中市澄清醫院中港院區

澄清醫院成立社區健康室來服務社區民眾，以促進民眾的健康為目標。以整個社區，包括病患及家屬為服務的對象。以連續完整的服務，貼心便民的溝通，精緻的預防宣導為其信念。服務的項目包括：(一)居家照護：以連續性的照護為主，使病患從醫院到社區不脫節。(二)醫療保健講座：評估社區的健康需求，針對不同的社區民眾，設計符合其需要之衛教宣導講座及活動，以期有效促進與照護社區的健康。(三)準父母教室：提供孕婦新知，包括媽媽教室及拉梅茲教室。(四)社區媽媽成長團體：透過座談會、研討會等經驗的分享，促進社區媽媽們彼此的交流。(五)健康諮詢：提供民眾醫療保健新知及健康諮詢。(六)義工培訓：進行健康大使社區義工招募與培訓。

綜觀彰化基督教醫院、國立台灣大學附設醫院、長庚紀念醫院、台中市中國醫藥學院附設醫院、台中市仁愛醫院、台中市澄清醫院中港院區所舉辦的社區活動之現況，各家醫院依其資源運用上的差異，而有不同的服務情況，其服務內容大致可分為六大項：(一)一般性衛生教育講座及諮詢服務。(二)一般性健康檢查、預防性服務及後續追蹤服務。(三)針對兒童、新生兒或懷孕期間之特殊服務。(四)老人長期照護之服務。(五)偏遠地區之社區醫療服務。(六)其他針對特殊疾病或是特殊群體之服務。(七)社區民眾健康資料庫的建立。

## 第三章 研究方法

### 第一節 研究方法之選取

本研究之目的，是了解及評估在現行醫療環境下，經衛生署評鑑之醫學中心、區域醫院、地區醫院，在社區中所應扮演的角色及發揮的功能，進而有效建構醫院社區化架構與服務模式。醫院如何透過社區內外資源的整合與連結，使醫院在社區內發揮連絡、協調、整合、管理之功能，不只是治療社區民眾的疾病問題，更希望醫院能融入社區民眾的活動及日常生活，充分了解社區民眾之需求，提供最佳及最適之服務。欲達此一目的，在研究者研究的過程中，研究者應不事先預設立場，謹守中立原則，多方面去了解不同背景之受訪者在現今醫療環境下對醫院社區化之認知，醫院社區化角色功能有哪些，醫院社區化有哪些阻礙及問題，如何連結社區內外各種資源，有效建構良好的醫院社區化架構及服務模式。整個研究過程，以了解現況事實為首要目標，其次才去綜合個人的見解及看法，歸納成可行的建議，且為未來更深層的研究作準備。

「質性研究」由某種角度而言，也是一種與「行動」結合的研究方法。在針對社會面、制度面、政策面等之問題時，由於兼備了「人」、「事」、「時」、「地」等多種層面的影響因素，而能真正協助研究者從各種角度來評估事實的真相及未來的方向。此種方法兼備「促進各系統間的了解」、「減少浪費」、「避免錯誤嘗試」等優點（陳世堅，2000）。以本研究主題而言，醫院社區化所牽涉到的領域包括了衛生行政官員、醫院行政實務工作者、學者專家、一般民眾等層面，任何一個環節的人員對醫院社區化角色功能的看法，都會影響到整個醫院社區化的推動執行，而以多元角度、多元方法所提供的資訊，才能真正幫助一個計劃的執行。所以質性研究既可視為一種研究方法，也可視為是一種建構醫院社區化架構之前，含納各方意見的一種行動計劃。

質性研究法的基本特性有下列各項（王雅各，2001；陳世堅，2000；劉仲冬，1996；Patton,1995）：（一）透過被研究者的眼睛看世界（二）仔細描述所研究的場景（三）從整體主義（Holism）或網絡主義（Conceptualism）出發，將事件或行為放在其發生的情境或社會、歷史網絡來看，才能有通盤整體的了解（四）認為社會實體（或現實）是動態的，因此重視過程（五）採被研究者之觀點，避免將先入為主或不適當的解釋架構加諸在被研究者的身上，故研究採開放或半結構式之方法（六）理論乃由概念形成而來，研究者不預設理論架構或假設，對於資料的處理主要是採取歸納法。由以上特性可知，從事質性研究時應依照研究對象的習慣去

了解其所談論之人與事，不應預設立場而將研究者的思維模式套在研究對象的身上；且不要企圖去驗證預先的假設或作推論，而是透過多元化的角度來觀察，藉由對研究情境的多元化層面所蒐集的資料，以理解特殊情境的複雜性全貌，從中試圖發現新概念或新假設，以求對某一特殊現象或事件有更進一步的了解。另外，為了達到質性研究設計的自然和歸納特性，整個研究過程多採開放式或非結構式的方法，隨時視情境、發現而作彈性的調整。

以方法論而言，質性研究法主要用於探究人們的生活、故事、行為、組織功能、社會運動或互動的關係，意圖對特殊的社會情境、事件、角色、團體或互動有所瞭解（曾竹寧，2001；Strauss & Corbin,1990）；強調整體關係的相互依存，而非有意義地還原分離的變項和線型的因果關係；專注於資料的詳盡與特性，以發現重要的範疇、向度及交互關係，而非檢驗由理論衍生之假設（Patton,1995）；重視研究的過程、意義、投入的研究場域、描述及歸納；細緻的探討人與人、人與事之間的種種無窮盡的互動、互相影響的關係，肯定人的價值觀存在的可貴性。因此，當研究者必須進入一個很不熟悉的社會系統時；必須處在不具控制及正式權威的研究情境時；要了解研究對象的主觀理念與實際的參與情形時；缺乏理論及先前研究時；有需要去探究、描述現象及發展理論時；要去定義新概念和新模式；亦或是在樣本小時。總之，當研究現象的本質可能不適用於量化研究的情況下，均可採用質性研究（簡春安、鄒平儀，1998；Patton,1995）。基於以上的種種理由，本研究採用質性研究法來作為研究的理論基礎。

質性研究收集資料的方法有許多種，其中深度訪談法(in-depth interview)為其基本策略之一，它是一種有目的、有問題導向的訪談方法，研究者透過開放性的反應與問題，針對特定的研究對象，進行有計劃的正式訪談，透過面對面深入的言語交談、溝通與說明，進入受訪者的觀點世界裡，獲得受訪者對於某項個案或現象的經驗、知識及主觀看法（簡春安、鄒平儀，1998；Patton,1995）。Patton（1995）指出透過開放式訪談來蒐集資料的訪談方法有三種：非正式的會談式訪談（Informal conversational interview），一般性訪談指引法(General interview guide approach)，和標準化開放式訪談(Standardized open-ended interview)；三種訪談方法各有不同類型的準備工作，概念化和工具，每一種方法各有其長處與短處，視其適用情境及達成目的而定（Patton,1995）。

本研究採用深入訪談法的理由，乃因目前台灣的醫院在經營社區化部分，尚未建構一個良好的運作模式，各家醫院的作法紛散零亂，也不



能有效連結各種有利的資源，進行整合性的服務，更遑論發揮醫院在社區裡的角色及功能，若採大規模之問卷調查，其內容也無法有效深入。另一方面，則由於相關之研究有限，研究者對於衛生行政界官員、醫界實務工作者、學術界學者及一般民眾在醫院社區化角色功能方面的認知及態度，缺乏基本的理解，量化研究的條件顯然並未足夠。故在衛生行政界官員、醫界實務工作者，學術界學者及一般民眾的部分，僅取少數與醫院經營社區化相關的人物為研究對象，以深度訪談的方式，企圖取得有效、真實、豐富、深入的資料。

## 第二節 研究對象與取樣

### 一、樣本來源

質性研究的取樣方式與量化研究有所不同，乃是集中深入地去研究經過精心選擇、數量較小的樣本（Patton,1995）。由於本研究之研究重點是以研究主題為主軸，透過深度訪談針對研究對象的個人觀點作詳盡的描述、深度地探究，以求對研究問題的了解與發現，而非利用龐大的樣本來作量化的分析，作推論或求證假設。所以本研究採用立意抽樣法（Purposeful Sampling），選擇資訊豐富之個案（information-rich cases）為研究對象以作深度的研究。基於立意抽樣的理論及抽樣架構的概念（Patton,1995）。從理論、研究問題或興趣點出發，確定其抽樣架構（sampling frame）後，再選定研究的對象，使樣本成為研究現象之代表，目的在取得資料的豐富內涵。由於質的研究是重質不重量，研究的樣本數不必太大，而是以對於特定主題的訊息達到飽和（saturated）為原則，所以抽樣的樣本直到訪談資料達到理論性飽合即可停止（Strauss & Corbin,1990）；本研究預定訪談 41 位受訪者，而當研究者在結束預定而且可以接受訪談之樣本數，扣除拒訪之受訪樣本，訪談進行至第 36 位時，發現這些所收集的訪談資料已經沒有出現新的訪談內容了，所得之訪談結果應足以充分包含台中市各區、各專業背景對研究主題的意見，符合飽和取樣之標準，故決定不再擴大樣本，最後本研究共進行 37 位受訪者的訪談。

本研究中樣本的來源，係以台中市之衛生行政機關、醫院、公共衛生相關科系學者及一般民眾為主，其考量之因素有二：（一）由於研究者於台中市就讀及居住，以台中市為主要的研究場域，在資料的取得方面比較方便與容易，也較為節省經費。（二）以衛生行政官員、醫院行政實務工作者、學術界學者、一般民眾為樣本來源，藉以比較不同專業背景

對於醫院社區化角色功能的現況看法及期待。本研究是以與醫院經營社區化有關的人員為樣本，作深度的了解。因此以衛生行政官員、醫院行政實務工作者、學術界學者專家、一般民眾為研究對象，目的是了解醫院目前進行社區化的工作內容、面臨的問題、因應的方法，及其對於醫院社區化角色功能之認知、態度、意願、期待，以致於對醫院社區化運作模式的意見等。研究者以台中市衛生行政機關中實際參與醫院社區化政策面、決策面、執行面的政府單位行政官員為研究對象；醫界則從台中市經衛生署醫院評鑑合格之醫學中心、區域醫院及地區醫院中，選取適當而有代表性的對象作為深入訪談的目標對象；學術界則以台中市設有公共衛生學系及衛生相關學系之學校之系主任為選樣樣本；一般民眾則以台中市醫界樣本醫院所在里之里長為訪談對象。

## 二、選樣的探詢及預備樣本

為取得代表性之樣本，期對研究主題有深入的了解，先了解台中市各選樣樣本之資料。台中市經衛生署醫院評鑑之醫院，總計 27 家。台中市之醫學中心共有 4 家，分別為台中榮民總醫院、私立中國醫藥學院附設醫院、私立中山醫學大學附設中山醫院之大慶院區及中港院區；區域醫院共有 5 家，分別為澄清醫院之中港院區及平等院區、台中醫院、仁愛醫院之台中分院及大里分院、林新醫院；地區醫院共有 18 家，中區有 1 家地區醫院，為陳芳英婦幼醫院；西區有 2 家地區醫院，分別為林森醫院、張錫勳醫院；南區有 2 家地區醫院，分別為長興醫院、宏恩醫院；北區有 5 家地區醫院，分別為國軍台中總醫院附設民眾診療服務處中清分院、新亞東婦產科醫院、台安醫院、信合美醫院、順天綜合醫院；東區有 2 家地區醫院，分別為錦河醫院、台新醫院；北屯區有 4 家地區醫院，分別為弘光技術學院附設老人醫院、全民醫院、聯安醫院、博愛外科醫院；南屯區有 2 家地區醫院，分別為權霖醫院、友仁醫院；西屯區無任何地區醫院（表 3.1，表 3.2）。

本研究中，為了避免預先設定的受訪樣本無法如研究者所期的完訪，包括受訪對象不願接受訪談、訪談時間無法調配等等原因，故研究者另備有預備樣本。行政界之選取樣本是以課長為訪談對象，考量到若預設之課長無法接受訪問時，若訪談同課之下屬，則其下屬之掌管業務不若課長之豐富與全盤的思維方式；另外也無法以訪談其他課長作為此課長之替代樣本，故此層面之選樣樣本，不作預備樣本之處理。醫界之選取樣本方面，由於醫學中心與區域醫院都是必訪對象，故不設預備樣本，地區醫院方面，是以台中市各行政區域中各取一家地區醫院為訪談對象，其預備樣本則以同區之其他地區醫院為預備樣本；另外，不論哪一

家醫院，若預設訪談之訪談對象無法如期訪談，則以研究對象所推薦之人選為預備樣本。學術界方面，若原來所預設的選樣樣本無法如期進行訪談，則以研究對象所推薦之人選或是由研究者自行探訪及選擇對此研究主題有與趣之學者為預備樣本。一般民眾方面，選樣是以醫院所在行政里之里長為訪談對象，則以此里之隔壁里里長為預備樣本。

### 3.1 台中市經衛生署醫院評鑑之醫院名單

醫院評鑑層級	醫院名稱
醫學中心	1.台中榮民總醫院 2.私立中國醫藥學院附設醫院 3.私立中山醫學大學附設中山醫院
區域醫院	1.澄清醫院 2.台中醫院 3.仁愛醫院 4.林新醫院
地區醫院	中區 陳芳英婦幼醫院
	西區 1.林森醫院 2.張錫勳醫院
	南區 1.長興醫院 2.宏恩醫院
	北區 1.國軍台中總醫院附設民眾診療服務處中清分院 2.新亞東婦產科醫院 3.台安醫院 4.信合美醫院 5.順天綜合醫院
	東區 1.錦河醫院 2.台新醫院
	北屯區 1.弘光技術學院附設老人醫院 2.全民醫院 3.聯安醫院 4.博愛外科醫院
	南屯區 1.權霖醫院 2.友仁醫院

表 3.2 台中市經衛生署醫院評鑑之醫院數

區別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計
北區	1	0	5	6
西區	1*	1	2	4
南區	1*	0	2	3
東區	0	1	2	3
中區	0	1*	1	2
北屯區	0	0	4	4
西屯區	1	1*	0	2
南屯區	0	1	2	3
合計	4	5	18	27

「\*」：表示為同 1 家醫院之分院。

資料來源：中華民國醫師公會（2001）、本研究整理

### 三、研究對象

本研究深度訪談研究對象的選取，包括行政界官員、醫院工作者、學術界學者及一般民眾四個部分，就研究取樣的過程及實際訪談人數說明如下：

#### （一）衛生行政界

在本研究中，研究者以研究範疇所在的台中市之衛生行政主管機關為必訪對象，以實際參與醫院經營社區化政策面、決策面、執行面的政府單位行政人員為研究對象，共計 8 人，有 2 人因時間無法調配，有 1 人表示不願接受訪問，總計有 3 人無法接受研究訪問，因此完訪數為 5 人(表 3.3)。行政界之受訪者代碼設為 TC1-TC5。

#### （二）醫院行政實務界

本研究中所稱之醫院，係指經衛生署醫院評鑑合格之醫學中心、區域醫院及地區醫院。在本研究中，研究者以研究範疇所在的台中市之醫院，包括經醫院評鑑通過之醫學中心 4 家，區域醫院 5 家(有 1 家區域醫院之受訪者在非台中市之區域醫院分院工作)，地區醫院 18 家；醫學中心與區域醫院為必訪對象，地區醫院之選取樣本是以台中市各行政區域中各取 1 家地區醫院為受訪對象，而台中市有 8 個行政區，西屯區無任何的地區醫院；若遇有同一家醫院有數家分院，則取訪談對象所工作之分院為訪談醫院機構，所以，醫學中心之訪談對象共計 3 人，區域醫院的訪談對象共計 4 人，地區醫院之訪談對象共計 7 人，共選取 14 個醫界的受訪者。有 1 家地區醫院不願接受訪談，同區內的其他地區醫院同樣也不願接受研究訪問，因此完訪數為 13 人（表 3.4）。醫界之受訪者代碼分

為 3 類，醫學中心受訪者代碼設為 HM1-HM3，區域醫院受訪者代碼設為 HA1-HA4，地區醫院受訪者代碼設為 HC1-HC7。

### (三) 學術界

在本研究中，研究者以研究範疇所在的台中市，包括設有公共衛生學系及醫療衛生相關學系之學校系主任為受訪對象，共選取樣本數為 6 人，完訪數為 6 人（表 3.5）。學術界之受訪者代碼設為 TE1-TE6。

### (四) 一般民眾

在本研究中，研究者以研究範疇所在的台中市，包括所訪醫院樣本所在行政里之里長為訪談對象，在某一里之中，因共有一家醫學中心及一家區域醫院，共計有二家醫院位於同一里，故所訪里長為同一位，共選取樣本數為 13 人，完訪數為 13 人（表 3.6）。一般民眾之受訪者代碼設為 TP1-TP13。

表 3.3 衛生行政界研究取樣比較表

行政機關	職級	取樣數	完訪數
衛生行政機關	衛生行政首長	1	1
衛生行政機關	衛生行政人員	7	4
總計		8	5

表 3.4 醫院行政實務界研究取樣比較表

醫療層級	區域別	取樣數	完訪數
醫學中心	中區	0	0
	西區	0	0
	南區	1	1
	北區	1	1
	東區	0	0
	北屯區	0	0
	西屯區	1	1
	南屯區	0	0
小計		3	3
區域醫院	中區	0	0
	西區	1	1
	南區	0	0
	北區	0	0
	東區	0	0
	北屯區	0	0

	西屯區	1	1
	南屯區	1	1
	大里市	1	1
小計		4	4
地區醫院	中區	1	1
	西區	1	1
	南區	1	1
	北區	1	1
	東區	1	1
	北屯區	1	0
	西屯區	0	0
	南屯區	1	1
小計		7	6
總計		14	13

表 3.5 學術界研究取樣比較表

學術單位	取樣數	完訪數
私立醫學院	3	3
私立醫學大學	3	3
總計	6	6

表 3.6 一般民眾研究取樣比較表

醫療層級	區域別	取樣數	完訪數
醫學中心	中區	0	0
	西區	0	0
	南區	1	1
	北區	1	1
	東區	0	0
	北屯區	0	0
	西屯區	1	1
	南屯區	0	0
小計		3	3
區域醫院	中區	0	0
	西區	1	1
	南區	0	0
	北區	0	0
	東區	0	0

	北屯區	0	0
	西屯區	1	1
	南屯區	1	1
	大里市	1	1
小計		4	4
地區醫院	中區	1	1
	西區	1	1
	南區	1	1
	北區	1	1
	東區	1	1
	北屯區	1	1
	西屯區	0	0
	南屯區	1	1
小計		7	7
總計(扣除醫院位於同一里之里長)		13	13

### 第三節 資料收集

#### 一、資料收集的方法

本研究是採用質性研究來做資料的收集。Lofland (1984) 提出質性研究的收集，是以人為導向，所以研究者必須要很接近被研究人和情境，深入了解其詳情；掌握任何可察覺之事；包括對人、活動、互動及場合的純粹描述；包括被研究者所說的話及書面文字的直接摘述。質性研究的資料收集方法，主要是經由研究者的觀察 (observation)，錄製 (recording)，訪談 (interview)，文件分析等四種方式進行，觀察方法分為完全不參與、半參與、參與三種不同程度的觀察方式；觀察的內容，區分為結構式與半結構式、非結構式的觀察，研究者依據研究目的、事前的假設和了解程度而決定，以敘述方式記錄直接觀察所處的環境、研究對象，以及與其所有之互動狀況。錄製方法可分為筆錄、錄音、錄影，或混合使用的方式來紀錄，再加以轉譯分析，以作為將來分析、解讀經驗意義之用。訪談方法可區分為非結構式、半結構式及結構式三種；訪談對象包括針對個人所進行的深入訪談 (depth interview) 與針對團體所進行的焦點團體訪談 (Focus Group)。文件分析方法，則是從組織的、臨床的，或方案紀錄中的各種記錄、摘要、規章、書信、日誌、圖畫等 (胡幼慧、姚美華，1996；Patton, 1995；Miller & Crabtree, 1992)。

本研究的資料收集方式，主要是採用深度訪談方式。依據研究目的，研究者針對與醫院社區化有關的衛生行政界、醫院行政實務界、學術界、一般民眾之研究對象來進行深度訪談。訪談的同時，透過直接觀察與現場錄音的方式，深入探討受訪者的經驗、態度、認知、感受等訊息。現場錄音的部分，是在受訪者同意之下來使用，以作為輔助記錄之工具，達到完整記錄所有訪談過程之言談，避免因筆錄而產生遺漏，並可保持訪談過程的流暢性。醫院行政實務界受訪者 HA1、一般民眾受訪者 TP2、TP10、TP12 在受訪者告知後，婉轉拒絕受訪者以現場錄音的方式進行訪談，因此，針對這 4 位受訪者的訪談內容，受訪者即以現場速記的方式筆錄下來，作為日後內容分析之佐證。訪談後更可依循錄音與筆記繕寫逐字稿，以確保資料之完整性。直接觀察則是觀察訪談對象的肢體動作與非口語的訊息，用以和受訪者的口語訊息作相互對照比較。

訪談的方式是以開放式的綱要導引訪談大綱為工具，用以依序進行訪談，但是並非一定拘泥於這樣的訪談架構與順序，而是在不影響研究資料收集的前提之下，必要時則順著受訪對象的話，接續訪談，讓受訪對象以敘述「生活故事」( life story ) 的方式，來說他們的經驗與感受。訪談大綱的訂定主要是在確定訪談時，研究者所想要取得的資料能被涵括於其中。在訪談開始前，會就研究目的，對受訪對象作簡單的前言陳述 ( prefatory statement )，目的在集中受訪對象的注意力，並給予受訪對象組織其想法的時間，有助於訪談的流程順暢。在訪談之前，由研究者針對訪談對象背景的不同，先設立訪談主題與訪談架構，針對一般民眾的訪談大綱部分，因一般民眾的訪談方式要更口語化，更貼近民眾的習慣，不似其他三個層面之受訪者具有與研究主題相關的專業背景，所以，針對一般民眾所設計的訪談大綱，在設計好之後，選取 2 位民眾作為預訪測試的對象，以修正訪談大綱的內容。預期每位受訪者的訪談時間為半小時到一小時，視受訪者對訪談主題的意見表達內容長短而予以縮短或延長訪談的時間。

訪談大綱主要包括二部分，一部分是訪談題目，了解衛生行政界、醫院行政實務界、學術界及一般民眾受訪者對於醫院社區化意義的認知、認為醫院有必要積極走入社區之原因、對醫院在社區裡扮演的角色及對醫院社區化服務項目及運作方法的期待、認為醫院走入社區時可尋求的機構或資源協助。另一部分是個人基本資料的部分，包括受訪者的性別、年齡、教育程度、職稱、工作年資、專業背景、在社區裡所擔任的職銜 ( 由一般民眾受訪者回答 )、擔任里長年數 ( 由一般民眾受訪者回答 )，個人基本資料置於訪談的最後部分才進行，以避免造成訪談過程中



的不必要困擾。

(一) 醫院社區化看法：

- 1.醫院社區化的意義：本訪談大綱欲了解受訪者對於醫院社區化意義的認知。
- 2.醫院必須積極走入社區的原因：本訪談大綱欲了解受訪者認為醫院必須積極走入社區的原因為何。
- 3.醫院在社區中所扮演的角色：本訪談大綱欲了解受訪者對於醫院在社區中所扮演角色的期待為何。
- 4.醫院在社區中應提供的服務項目及運作方法：本訪談大綱欲了解受訪者對於醫院在社區中應提供哪些服務項目及其相關的運作方法的期待為何。
- 5.醫院走入社區可尋求的機構或資源協助：本訪談大綱欲了解受訪者認為醫院走入社區時，可以向何機構或何種資源尋求協助。

(二) 個人特質：

- 1.性別：本訪談大綱欲了解受訪者的性別為何。
- 2.年齡：本訪談大綱欲了解受訪者的年齡為多少。
- 3.教育程度：本訪談大綱欲了解受訪者的教育程度。
- 4.職稱：本訪談大綱欲了解受訪者的工作職稱為何。
- 5.工作年資：本訪談大綱欲了解受訪者在目前工作崗位上工作的年資為幾年。
- 6.專業背景：本訪談大綱欲了解受訪者的專業背景為何。
- 7.在社區裡所擔任的職銜：本訪談大綱欲了解受訪者在社區裡擔任的是何種職務。
- 8.擔任里長年數：本訪談大綱欲了解受訪者擔任里長有幾年的時間。

## 二、資料收集的過程

本研究整個資料的收集與分析的步驟為：(一) 依相關文獻及本身欲探討之問題作為依據以設計受訪者的訪談大綱，並針對一般民眾的訪談大綱予以測試。(二) 研究者先以電話口頭詳細說明研究目的，並邀請其作為受訪對象，經其正式同意後才列為正式的受訪者，同時與受訪者詢問及約定深度訪談的日期、時間與地點，並傳真訪談大綱為其先行參考之用。(三) 進行第一階段的深度訪談。(四) 初步訪談資料的登錄與分析。(五) 依據第一階段訪談內容的遺漏之處或是仍需受訪者補充的部分，進行第二階段的電話補充訪談。(六) 依據訪談資料，歸納出受訪者對醫院社區化的認知與看法，並類別化衛生行政界、醫院行政實務界、學

術界及一般民眾對於醫院社區化的認知與期許。(七)根據上述的差異，找出醫院社區化需求面與規畫面、執行面之間的可能落差及原因，並提出個人的建議，使能建構一個有效的醫院社區化運作模式。

## 第四節 資料分析

質性資料的分析整理上，並無一致性被接受的標準步驟，其會隨著研究資料、研究目的的不同、研究者的分析風格，而有不同的分析步驟。Strauss & Corbin (1990) 則強調研究的步驟應是將所收集到的資料打散，賦予概念化 (conceptualized)，再以新的方式將資料重新整合在一起的一種操作化過程，透過開放登錄 (open coding)，成軸登錄 (axial coding)，選擇登錄 (selective coding) 等三個步驟完成。為了保持創造性 (creativity)、嚴謹性 (rigor)、持續性 (persistence) 與理論敏感性 (theoretical sensitivity) 四者間的平衡，研究者可利用一些技術來分析資料：針對資料不斷問問題，就字眼、片語、句子加以分析，經由丟銅板技術 (the flip-flop technique) 或鄰近比較 (close-in comparison)、極遠比較 (far-out comparisons) 作更多分析，利用搖紅旗 (waving the red flag) 技術來分析資料 (胡幼慧, 1996; Strauss & Corbin, 1990)。Miller & Crabtree (1992) 將資料的分析風格，分為類統計式分析方式 (quasi-statistical analysis style)，樣版式分析方式 (template analysis style)，編輯式分析方式 (editing analysis style) 及融入 / 結晶化分析方式 (immersion/crystalization analysis style) 等 (胡幼慧、姚美華, 1996)。

本研究之資料分析步驟參考 Patton (1995) 及簡春安、鄒平儀 (1998) 之質性研究資料分析，由研究者擬定如下步驟來進行 (如圖 3.1)：

- (一) 確認研究目的，以決定資料分析之重點。本研究以了解衛生行政界、醫院行政實務界、學術界及一般民眾對醫院社區化的認知與期許為目的，故分析重點在於受訪者之經驗、看法、建議等方面。
- (二) 分析前應先完成資料的準備工作。本研究先將受訪對象及問題予以編號，再將繕寫完成之訪談逐字稿依題序及受訪者之編號予以排列，排列完成後，再分別剪裁，剪裁後，每張卡片上都有受訪者的編號，也有問題的名稱，共有 185 張卡片，按題目將剪裁後的逐字稿分類，本研究之訪談題目共有 5 題，共訪 37 位受訪者，故可以分成五堆，每堆 37 張。完成以上步驟後，再依題目作跨個案內容分析方式來進行內容分析。
- (三) 依據內容作「特質」分析。本研究將依每個受訪者的訪談內容，賦予其一個概念化的名稱，此名稱之設立則參照文獻探討中的既

有名稱來取，藉引用文獻探討中的固有概念名稱，來達到兩方對照的目的。

- (四) 集中主要的特質，作歸納性分析。將受訪內容特質作一個簡單的統計，對於經常出現的特質予以特別注意，若次數出現不多，但在理論上有其特別意義之特質，也予以分析；若受訪資料與研究目的及主題無關，則予以剔除。
- (五) 當符合本研究目的及主題之組織、概念、架構出現時，一邊說明及分析，一邊也將受訪者的言談列出，以為佐證，用來說服讀者接受自己建立的概念或架構。
- (五) 最後，因質性資料的分析應達到整體性觀念的呈現，所以研究者將研究的分析結果以一種整體性的方式呈現，而非僅只是某些變項的深入探索，以使研究具有可讀性與說服性。

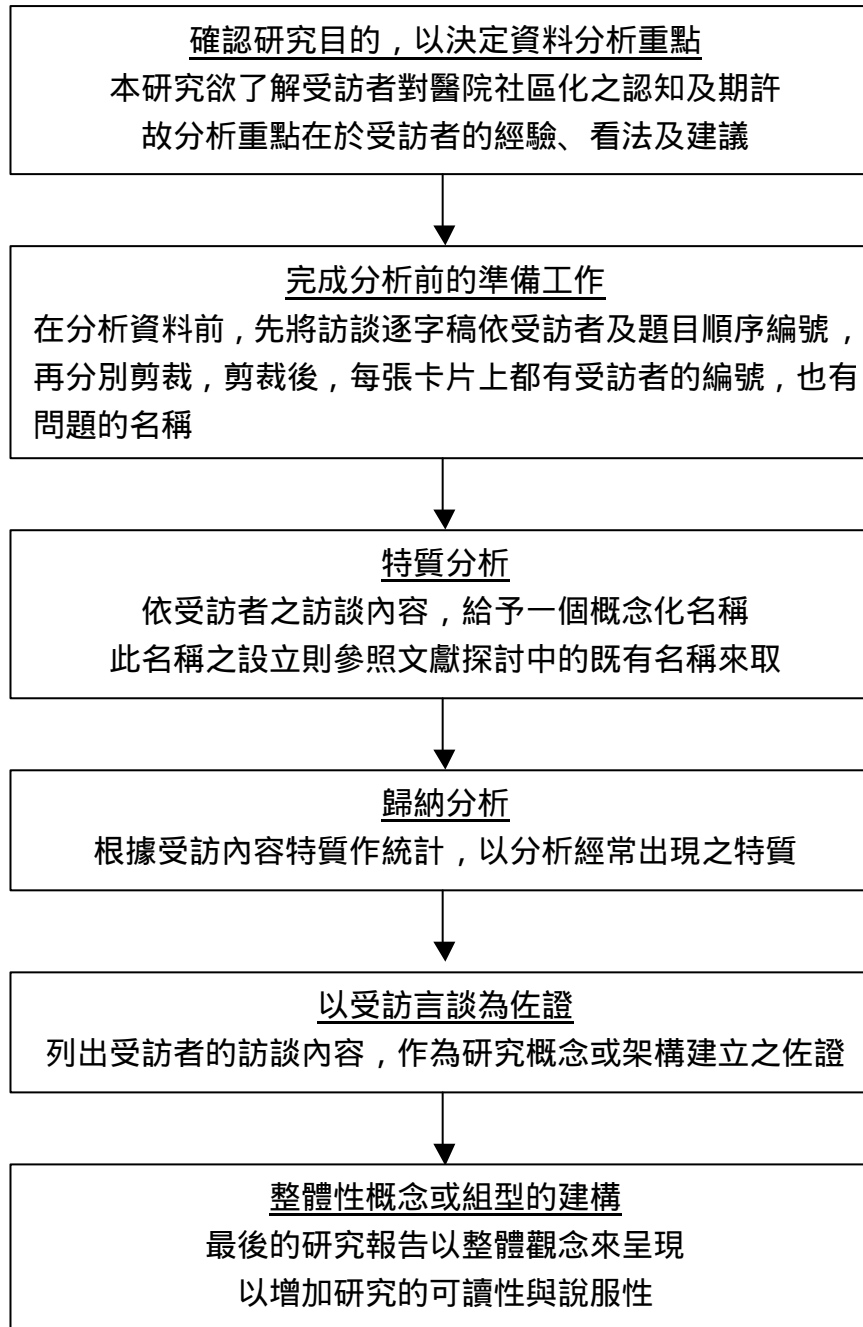


圖 3.1 本研究之資料分析步驟

## 第五節 研究者的角色

畢恆達 (1996) 認為在詮釋的過程中，研究者要對自己的詮釋負責，既然在研究的過程中，研究總是會受到研究者先前理解的影響，則研究者的自我反省就扮演著極重要的角色。Peshkin (1985) 也認為主觀性

( subjectivity ) 同時是可能也是限制，研究者應該反省自己的主觀性，並檢討它對於研究從頭到尾的影響（畢恆達，1996）。質性研究強調以歸納的功夫，來建構與研究目的相關的理論架構。然而研究者在進入研究領域之前，研究者由於其自身的生活背景、經濟、價值觀、信念等對於他所深入研究的主題或現象，必具有一定的看法或預設，這樣的「主觀性」( subjectivity ) 將會對研究產生一定的影響，這是必然且無可避免的。所以質性研究特別強調研究者的自省功夫，要求每一位研究者對自己的詮釋「負責」，研究者既然無法自外於理解的過程中，就應該深自反省。因此，本節針對研究者如何反省自身，並釐清研究者涉入研究場域的角色，以避免對研究結果產生偏誤，而對研究結果造成不良影響。

## 一、研究者身為研究工具本身

研究者在進入中國醫藥學院環境醫學碩士班之前，對這個領域具有長期性的專業訓練，對於醫院這個場域有一定的了解與認識，甚至於醫院的行銷、經營之出發點也受到之前專業訓練之影響，正因為如此，極可能在研究者心中已產生對此研究主題先入為主的主觀想法。因此，在研究過程中，研究者會隨時警惕自己及自我反省，並時時與指導教授討論，以避免對研究結果的詮釋產生不良的影響。另外，在研究過程中所有逐字稿及書面文字資料，分析備忘錄及譯碼過程皆完整保存，並儘可能將這些資料摘要製成附錄，附於研究報告之後，讓有興趣的讀者得以了解研究者的研究決策及資料分析過程，使研究偏誤及偏見減至最低。

## 二、研究者的角色

Adler & Adler(1994)引用 Gold(1958)的觀點，將自然主義( naturalistic ) 研究者的角色區分為四類：

### (一) 完全參與者 ( the complete participant )

研究者是團體 ( 或組織 ) 中的一員，團體 ( 組織 ) 成員並不知道其具有研究者的身份。以此種方式進入研究場域，研究者可以融入團體 ( 組織 ) 自然的情境中，捕捉研究對象主觀的生活世界。

### (二) 參與者一如觀察者 ( the participant-as-observer )

研究者表明自己的研究角色，並參與研究場域中的重要活動，但並不一定要和團體 ( 組織 ) 中的成員具有相同的價值觀與信念。雖然研究者身份的表達可能會影響到與團體 ( 組織 ) 成員互動的親密性，但這是在兼顧研究倫理與研究嚴謹性下的較佳選擇。

### (三) 觀察者 - 如參與者 ( the observer-as-participant )

研究者表明自己的研究角色，但並不介入研究場域之中，而是以觀

察者的角度來進行資訊的收集。

#### (四) 完全的觀察者 ( the complete observer )

研究者並不表明研究者的身份，也完全不介入研究場域之中，而是在研究場域之外，觀察被研究者最真實、自然的反應。

本研究設定研究者的角色為「觀察者 - 如參與者」。即研究者是以觀察者的身份進入研究場域，在此研究中，研究者就是資料蒐集者，以研究者的醫院管理專業訓練背景；對此議題的理解；培養從研究對象經驗之訴說，來感知其主觀想法的能力；進入與研究對象的互動場域，來進行系統性地資料收集，進一步了解研究主題。

### 三、研究者與研究對象之間的關係

Lather( 1986 )認為研究者與被研究者關係是一種「互惠的需要」( the need for reciprocity )，即雙方共同投入研究的一種關係與過程；兩者之間的關係並不是「資料收集」者與「資料被搜集」者的關係，而是研究對象被了解及研究者自我反映的互動過程。受訪者在研究中不再是一個提供資料的機器，在面對自己的生命經驗時，在使用言語向人敘說的過程中，受訪者會更了解自己與自己所在的社會處境。Mishler ( 1986 )則認為訪談是一種交談行動，是受訪者與訪談者共同建構意義的過程。受訪者並不是將已經存在腦中的記憶如實的呈現，而是用一種他認為訪員可以理解的、敘說故事的方式，去重構他的經驗和歷史。因此在本研究中，研究者必須尊重研究對象的背景及文化，以互動交談的方式了解研究對象，在了解研究對象的同時，也透過反省及理解自身，互相學習的過程，來達到對研究主題的了解。

## 第六節 研究倫理

本研究之受訪對象是與醫院經營社區化有關的行政界官員、醫界實務工作者、學術界學者及一般民眾。研究本身必然會牽涉到倫理的考量，在質性研究過程中，注重倫理相關的議題，更是研究者對被研究者展現責信的證明。研究者參考簡春安、鄒平儀 ( 1998 )、Babbie ( 1998 )對此議題之探討，加上研究者個人的主觀意見，整理質性研究的研究倫理如下：

- 一、志願參與以及知後同意 ( voluntary participation and informed consent )：被研究對象必須是在被告知參與研究的各項權利、義務及各種可能有利或有害的影響後，而決定是否參與研究。

- 二、不可傷害被研究對象 ( no harm to participants ) : 研究過程及結果皆不能對研究對象產生任何生、心理的傷害。
- 三、不可欺騙 ( non-deceiving ) 被研究對象 : 研究者應對研究對象清楚表明身份。
- 四、匿名化 ( anonymity ) : 對於被研究對象的姓名及其所屬單位應恪遵匿名化處理的原則，且在文中若有引用被研究對象所提供的內容時，也應儘可能模糊被研究對象及其所屬單位的背景資訊，以避免閱讀者看到所引用的內容後，即了解是由何人或哪個單位所提供的資訊。
- 五、保密原則 ( confidentiality ) : 研究者必須對被研究對象所提供的資訊予以保密，且妥善保管研究資料，如有需要請他人謄寫訪談逐字稿或繕打研究報告，亦應確保資料的保密性。研究者若有使用其他媒介 ( 例如錄音帶、錄影帶....等 ) 做為輔助記錄的工具，則應清楚告知被研究對象何時會消滅這些研究記錄。
- 六、研究分析與報告 ( analysis and reporting ) 的處理 : 資料的分析應詳實，不可誇大分析結果，或隱匿不報研究發現。若研究結果需對外發表，特別是媒體發表時，應確認研究結果沒有被曲解、斷章取義。若研究是由特定組織所獎助，也應釐清彼此之間的權利、義務關係，例如版權，智慧財產權的歸屬...等問題，以避免不必要之困擾。
- 七、研究成果 ( result ) 應歸功於研究對象及回饋給社會 : 研究是由許多人的參與而得以完成，因此研究結果應歸功於所有的研究參與者；同時也應將研究成果和社會大眾一齊分享。
- 八、風險考量 ( risk assessment ) : 要考量整個研究的進行是否有法律的問題，如果有，應該作必要的處理。

研究者基於以上的倫理考量原則，再加上本研究的特性，本研究遵守的研究倫理具體作法如下：

#### 一、對研究對象的倫理考量

研究者在研究進行之初，即先以電話徵得受訪者的同意，並和受訪者討論訪談中應配合的事項。訪談進行的地點與時間皆由受訪者決定，讓受訪者能有充裕的時間考量，讓他們自覺放心及安心。在受訪者口頭同意之後，仍保有隨時退出本研究，不接受訪談的權利。

## 二、訪談資料處理與報告撰寫的倫理考量

在訪談資料的呈現方面，皆以匿名的方式來處理，若有要引用受訪者的談話內容，則模糊其單位機構或是受訪者的身份，以代碼表示每個受訪者，以避免讀者看到即了然受訪者的背景及身份。另外，在訪談中所獲得的任何訊息及資料絕不外洩，採最高保密原則，也絕不移作他用。任何資料的呈現絕對遵循詳實原則，不誇大也不隱匿。

研究訪談進行時，除了藉由深度訪談以了解研究主題外，還有採用錄音作為紀錄的輔助工具。訪談者在進行正式的訪談前，都會先徵詢受訪對象是否可以允許錄音，同時徵詢受訪者對於錄音帶的處理方式的意見，在研究結束後由研究者自行銷毀或是交還受訪者保管，得到受訪者的首肯才進行錄音。對於錄音帶的處理，不論受訪者選擇何種方案，研究者在本研究完成審查後，會簽署一份「錄音帶處理保證書」交予受訪者，以保證訪談錄音帶未經拷貝、流傳，若有拷貝、流傳等情事發生，研究者願意負起相關的法律責任。

## 三、對研究結果的處理

質性研究是實務取向的一種研究方法，且研究中的所有成果都是靠許多人的幫忙與意見提供才得以完成，故研究成果當然也要回饋社會大眾與任何提供幫助的意見提供者，所以研究者在研究完成審查後，會贈予所有的受訪者每人一本研究結果，以茲參考，若受訪者有任何問題，研究者也會對其進行必要的說明。

上述有關研究倫理的考量在質性研究中是極重要的一環，研究者在研究進行的任何時刻，從研究者在研究構思設計開始，到訪談的進行，甚至到資料分析撰寫報告的階段，都要恪守相關的倫理考量，不可輕忽，即使論文研究已告一段落，仍舊要顧及研究對象的生、心理反應，考量對受訪者可能造成的影響。

## 第七節 研究的效度與信度

質性研究過程中的效度與信度，會影響到整個質性研究的嚴謹性。而質性研究者所關注的不是「客觀分類計量」、「普遍法則的尋找」或「因果假設的否證和統計推論」，而是「社會事實的建構過程」、以及「人們在不同的、特有的社會脈絡下的經驗和解釋」(胡幼慧、姚美華，1996)，此與一般「計量研究」在「信度」與「效度」上的考量與評價，有許多不同之處。然而，為確保研究的過程及結論是可被接受、可被信賴的，



研究者仍要注意「質性研究」的效度與信度問題。

在一些質性研究者的努力下，目前也已發展出一些判定的標準，Kirk 與 Miller (1988) 提出其測量質性研究的信度方法包括狂想信度 (quixotic reliability)、歷史信度 (diachronic reliability)、同步信度 (synchronic reliability)；在測量質性研究的效度方法包括明顯效度 (apparent validity)、工具效度 (instrumental validity)、理論效度 (theoretical validity)。Lincoln 和 Guba (1984) 則認為質性研究的信度與效度測量方法為確實性 (credibility)、可轉換性 (transferability)、可靠性 (dependability) (胡幼慧、姚美華, 1996)。研究者綜合以上學者對於質性研究效度與信度的觀點，提出控制本研究效度與信度的方法。

### 一、確實性 (credibility)

即內在效度 (internal validity)，指質性研究資料真實的程度，即研究者真正觀察到所希望觀察的，且能真的反應出研究對象所建構的社會事實。因此，這個效度指標是著重於研究者對於研究對象所表達的社會事實，其理解層次是否與研究對象一致。本研究透過以下方法來控制研究的效度：

(一) 利用研究同儕的參與討論 (peer debriefing) 來增加資料的真實性

研究者必須不斷地檢視自己的價值和對社會事實的建構，以避免因個人的主觀及先驗 (preconception) 而影響到對資料的分析與詮釋。因此研究者在進入碩士班開始，除了研究者本身有接受過質性研究課程及質性研究訓練外，還不斷思索與研究主題相關的概念，收集相關的資料及相關研究，進行對主題的了解與探索，在每學期的專題討論上提出相關的討論，以期指導教授及研究同儕能隨時給予研究者意見，使研究者不斷自省。

(二) 資料的再驗證 (member check)

研究者在資料的蒐集與分析的過程中，研究者要不斷地確認研究者的理解是否有誤。因此研究者在訪談結束後即撰寫訪談逐字稿，在整理逐字稿的過程中，若發現不明確，或是訪談時仍需補充的地方，即以電話進行第二次的補充訪談；同時，逐字稿的整理及資料的分析部分亦請指導教授過目，以避免因研究者個人主觀的見解，而曲解了受訪者真正想表達的意義。

(三) 資料收集上有足夠的輔助工具 (referential analysis)

研究者在研究資料的收集上，除了臨場筆記外，還輔以錄音工具及直接觀察，希望能透過多重工具的輔助，以收集足夠的研究資料，避免在後續的資料分析上，因資料不足而曲解了受訪者的意思。

## 二、可轉換性 ( transferability )

即外在效度(external validity)，指經由受訪者所陳述的感受與經驗，能有效的做資料性的描述與轉換成文字陳述，此可以深厚描述(thick description)來達成。受訪者在原始資料所陳述的情感與經驗，研究者能謹慎地將資料的脈絡、意圖 ( intention)、意義、行動轉換成文字資料。指研究的發現，在研究情境相似的情況下是否可以有相同結果的轉移。在本研究中，研究者將訪談過程中，受訪者欲對研究主題所想表達的一切訊息，包括口語及非口語的訊息，都詳實記錄下來，以供對此主題有興趣的人士參考，使其可以在遇到相似情境時，可以自行詮釋及理解研究者所得到的結論。

## 三、可靠性 ( dependability )

指內在信度 ( internal reliability )，指個人經驗的重要性與唯一性。研究者必須將整個研究過程與決策加以說明，以供判斷資料的可靠性。本研究的資料皆是研究者親自作深度訪談所收集來的；在研究的過程中，研究者將一切研究過程都有詳細描述記載下來，使研究過程透明化，讓其他對此領域有興趣的研究者得以參考。包括在整個研究過程中，研究者如何思索研究主題，如何決定研究程序，以致最後結果的產生，都有詳細的記錄下來。

## 四、可確認性 ( conformability )

即客觀性 ( objectivity )。意指研究者必須確認所收集到的資料，結果的解釋，都是來自於研究對象，並且是根基於研究情境下，而非來自研究者自己的想像。在資料收集的過程中，研究者避免使用受訪者聽不懂的話來訪談，且使受訪者以自己的話來表達及述說自己的想法；研究者透過「人在情境」的運作，以深入訪談融入受訪者的觀點中，以受訪者的觀點為觀點，以受訪者的文化為文化，去理解研究對象的經驗與感受。

## 第四章 研究結果與討論

本研究是以台中市之衛生行政界人員、醫院行政實務人員、學術界人員、一般民眾為研究對象，共計 37 位。目的在於探討衛生行政界、醫院行政管理界、學術界、一般民眾對於醫院社區化角色功能的看法，希望能對醫院社區化的運作模式提出良好建議。本章將研究結果分述為六節，第一節為不同背景受訪者之基本資料描述；第二節討論不同背景受訪者對醫院社區化意義的認知，第三節討論受訪者認為醫院必須積極走入社區的原因，第四節討論醫院在社區裡的角色扮演問題，第五節討論受訪者對醫院在社區裡提供服務的項目及運作方法的期待，第六節討論醫院走入社區可尋求的機構或資源協助。

### 第一節 受訪對象之基本資料描述

由於本研究的目的，是要了解不同背景之受訪者，包括衛生行政界官員、醫院行政實務工作者、學術界學者專家、一般民眾對於醫院社區化角色功能的看法，且了解上述四種對象對於醫院社區化的期待為何，以期匯集及分析四種對象之意見後，進而作為建構有效的醫院社區化經營架構與服務模式之參考。因此，有必要先就四種受訪對象之背景資料，作一概括性的說明，以利本研究之探討分析。

#### 一、衛生行政界受訪對象的基本資料

衛生行政界受訪對象的取樣方式，是基於立意取樣的理論及抽樣架構的概念，就研究取樣範疇之台中市地區，從台中市之衛生行政系統中，選取實際參與醫院經營社區化政策面、決策面、執行面的衛生行政官員為研究對象，以期選取到適當、具代表性且能夠提供豐富資訊之受訪對象，衛生行政界的取樣上，並無預備樣本的安排。透過深入訪談與後續的資料分析，了解衛生行政官員對於醫院社區化的認知、醫院社區化角色功能及相關影響因素的看法。

在衛生行政界之研究樣本中，預計訪談人數為 8 人，完訪人數為 5 人；分別以 TC1-TC5 代表。男性 2 人，女性 3 人；年齡分佈方面，受訪者平均年齡為 44.6 歲，30-40 歲者為 2 人，50-60 歲者為 3 人；教育程度方面，擁有碩士學歷者為 2 位，擁有學士學歷者為 2 位，擁有專科學歷者為 1 位；工作年資方面，受訪者平均工作年資為 19.8 年，10-20 年者為 1 人，20-30 年者為 3 人；專業背景以公衛、護理、藥學方面為多；工作機構及區域皆是南屯區衛生局；職銜方面包括局長及課長。衛生行政界

受訪對象資料整理如表 4.1。

表 4.1 衛生行政界受訪對象基本資料一覽表

受訪者代碼	性別	年齡	教育程度	工作年資	專業背景
TC1	男	51	大學	21	醫學 & 公衛
TC2	女	34	碩士	10	衛生行政
TC3	女	33	碩士	11	藥學 & 護理
TC4	女	50	專科	29	護理 & 公衛
TC5	男	55	大學	28	藥學

「&」：表示「及」意。

## 二、醫院行政實務界受訪對象的基本資料

醫院行政實務界受訪對象的取樣方式，是基於立意取樣的理論及抽樣架構的概念，就研究取樣範疇之台中市地區，經衛生署醫院評鑑之醫學中心、區域醫院、地區醫院為研究對象，其中醫學中心，區域醫院一律為必訪對象，而地區醫院部分，則每一行政區立意選取一家為訪談醫院。從這些醫院中各選取 1 位受訪者。其中若是在立意抽樣下所選取的受訪對象在非台中市地域內的醫院分院工作，則因此醫院分院雖不位於台中市，但仍屬於研究樣本的取樣範疇中。地區醫院的立意抽樣中，若樣本無法接受訪談，則立意選取同一行政區內之其他醫院作為預備樣本；若原先立意選取的樣本無法接受訪談，則以原選取對象所推薦人選為訪談樣本，或由研究者自行立意選取其他樣本為受訪對象。相信在審慎的考量下，所訪問的對象必具有代表性且能夠為研究主題提供豐富的資訊，再透過深入訪談與後續的資料分析，了解醫院行政實務工作者對於醫院社區化的認知、醫院社區化角色功能及相關影響因素的看法。

醫院行政實務界的受訪對象中，預計訪談人數為 14 人，完訪人數為 13 人；醫學中心的受訪對象共計 3 人，以 HM1-HM3 代表；區域醫院的受訪對象共計 4 人，以 HA1-HA4 代表；地區醫院的受訪對象共計 6 人，以 HC1-HC6 代表。包括 6 位男性，7 位女性；受訪者年齡分佈方面，平均年齡為 43.5 歲，分佈上以 40-50 歲者為最多，共計 6 人，30-40 歲者為 5 人，50-60 歲者為 2 人；教育程度方面，以擁有碩士學歷者最多，共計 5 人，有大學學歷者為 4 人，有專科學歷者為 2 人，有二技學歷者為 1 人；工作年資方面，以 10-20 年年資者為最多，共計 6 人，年資 1-10 年者 3 人，年資 20-30 年者為 3 人，有 1 位受訪者的工作年資包括臨床 7 年、社區工作 6 年半；專業背景方面，以有醫學背景者為最多，共計 5 人，有護理背景者為 3 人，有醫管背景者為 2 人，有護理及醫管背景者為 2 人，有藥學背景者為 1 人。職銜方面，包括 3 位主任，2 位副院長，1 位

院長，1位董事，1位主治醫師，1位總醫師，1位護理長，1位護理師，1位課長；工作區域方面，有2位在北區工作，2位在南區工作，2位在西屯區工作，2位在南屯區工作，2位在西區工作，1位在東區工作，1位在中區工作，1位在大里市工作。醫院行政實務界受訪對象資料整理如表 4.2。

表 4.2 醫院行政實務界受訪對象基本資料一覽表

受訪者代碼	性別	年齡	教育程度	工作年資	專業背景	工作機構	職銜	工作區域別
HM1	男	45	碩士	10	醫學	醫學中心	主任	北區
HM2	男	57	博士	26	醫管	醫學中心	董事	南區
HM3	女	35	大學	7	醫學	醫學中心	總醫師	西屯區
HA1	男	38	MHA	12	醫管	區域醫院	副院長	南屯區
HA2	女	35	專科	臨床 7, 社區 6 半	護理	區域醫院	課長	西屯區
HA3	女	47	碩士	13	護理 & 醫管	區域醫院	副院長	大里市
HA4	男	55	大學	20	醫學	區域醫院	主治醫師	西區
HC1	男	44	大學	17	醫學	地區醫院	院長	南區
HC2	女	50	碩士	28	護理	地區醫院	主任	東區
HC3	女	31	碩士	4	藥學	地區醫院	主任	南屯區
HC4	女	44	專科	15	護理	地區醫院	護理長	中區
HC5	女	35	二技	15	護理 & 醫管	地區醫院	護理師	北區
HC6	男	49	大學	25	醫學	地區醫院	院長	西區

「&」：表示「及」意。

### 三、學術界受訪對象的基本資料

學術界訪對象的取樣方式，是基於立意取樣的理論及抽樣架構的概念，就研究取樣範疇之台中市地區，以設有與研究主題相關之科系之學校為取樣對象，再選取相關科系之系主任為受訪對象。若原先立意選取的訪談對象無法接受訪談，則預備樣本的選取是以原立意取樣樣本所推薦人選為訪談樣本，或由研究者自行立意選取其他樣本為受訪對象。再透過深入訪談與後續的資料分析，了解學術界學者對於醫院社區化的認知、醫院社區化角色功能及相關影響因素的看法。

學術界的受訪對象中，預計訪談人數為 6 人，完訪人數為 6 人，分別以 TE1-TE6 代表。包括 4 位男性，2 位女性；年齡分佈方面，受訪者平均年齡為 47 歲；50-60 歲者為 2 人，40-50 歲者為 3 人，30-40 歲者為 1 人；教育程度皆是博士；工作年資方面，受訪者平均工作年資為 19.4 年；年資 10-20 年者為 2 人，年資 20-30 年者為 2 人，年資 1-10 年者為 2 人；專業背景方面，具有醫學背景者為 2 人，具有護理背景者為 2 人，具有公衛背景者為 2 人；任職學校方面，受訪對象分別任職於中部地區

之醫學大學；職級方面，有 3 位是教授，另外 3 位是副教授。學術界受訪對象資料整理如表 4.3。

表 4.3 學術界受訪對象基本資料一覽表

受訪者代碼	性別	年齡	教育程度	工作年資	專業背景	職級
TE1	男	43	博士	12	公衛	教授
TE2	女	46	博士	24	護理	副教授
TE3	男	52	博士	1	醫學	教授
TE4	男	38	博士	5	公衛	副教授
TE5	女	53	博士	30	護理	教授
TE6	男	50	碩士	20	醫學	副教授

#### 四、一般民眾受訪對象的基本資料

一般民眾受訪對象的取樣方式，是基於立意取樣的理論及抽樣架構的概念，就研究取樣範疇之台中市地區，以所訪談醫院樣本所在之行政里之里長為取樣對象，若原先立意選取的訪談對象無法接受訪談，則預備樣本的選取是以原立意取樣樣本里之鄰近里里長為訪談樣本。再透過深入訪談與後續的資料分析，了解一般民眾對於醫院社區化的認知、醫院社區化角色功能及相關影響因素的看法。在一般民眾的訪談層次中，選取里長為訪談對象是希望以里長與醫院的接觸經驗及身為一個社區內最有影響力的、最親近且關心社區的身份，來對研究主題提供具代表性且豐富的資訊。

一般民眾受訪對象中，預計訪談人數為 13 人，完訪人數為 13 人，分別以 TP1-TP13 代表。包括 12 位男性，1 位女性；年齡分佈方面，受訪者平均年齡為 53.7 歲，50-60 歲者為 5 人，40-50 歲者為 4 人，60 歲以上者為 3 人，40 歲以下者為 1 人；教育程度方面，以具有高中職學歷者為最多，共計 6 人，有 3 人為國中學歷，有 1 人有大學學歷，有 1 人有專科學歷，有 1 人有小學學歷，有 1 人未答；專業背景方面，受訪者以機械專業背景者為最多，共計 5 人，有 3 人為學商的專業背景，有 1 人為接骨師，有 1 人學修漏工程，有 1 人為農業及建築背景，有 1 人為藥品稽查背景，有 1 人為土地登記背景；居住年數方面，平均居住在當地的年數為 39.7 年，居住 10-20 年者為 2 人，居住 20-30 年者為 2 人，居住 30-40 年者為 4 人，居住 40-50 年者為 1 人，居住 50-60 年者為 3 人，居住 60 年以上者為 1 人；在社區中皆是擔任里長職務；擔任里長年數方面，平均擔任年數為 8.1 年；擔任 1-10 年者為 8 人，10-20 年者為 5 人；居住地點方面，有 2 位住在北區，有 2 位住在南區，有 2 位住在西區，有 2 位住在南屯區，有 1 位住在西屯區，有 1 位住在東區，有 1 位住在

中區，有 1 位住在大里市。擔任里長年數方面，一般里長任期都是以屆來計算，一屆四年，可連任，本研究以年數而不以屆數來計算擔任里長年數的理由，則是考量到有些里長並非一直連任下去，而是中間會隔幾年，才被選上繼續擔任里長，若以屆來計算則會造成混淆，故擇以年數來計算。一般民眾受訪對象資料整理如表 4.4。

表 4.4 一般民眾受訪對象基本資料一覽表

受訪者代碼	性別	年齡	教育程度	專業背景	居住年數	在社區中擔任之職銜	擔任里長年數	居住區域別
TP1	男	54	高中	機械	54	里長	18	北區
TP2	男	56	未答	機械	56	里長	14	南區
TP3	男	56	國中	接骨師	56	里長	2	西屯區
TP4	女	50	高中	商	20	里長	2	南屯區
TP5	男	46	高中	商	32	里長	2	大里市
TP6	男	40	空大	修漏工程	40	里長	2	西區
TP7	男	64	國中	機械	30	里長	13	南區
TP8	男	48	高中	機械	35	里長	10	東區
TP9	男	46	高職	機械	46	里長	2	南屯區
TP10	男	58	高中	商	28	里長	18	中區
TP11	男	64	小學	農業 & 建築	64	里長	14	北區
TP12	男	65	專科	藥品稽查	35	里長	2	西區
TP13	男	51	國中	土地登記	20	里長	6	北屯區

「&」：表示「及」意。

## 第二節 不同背景受訪者對醫院社區化意義的認知

醫院社區化的意義在於，醫院社區化係醫院以社區為基礎、以民眾的需求為中心，藉由社區中的各級醫院及基層診所間的協調合作來提供連續性、持續性、責任性、完整性之「周全性照顧」的一種過程，其間包括運用及統合各種社區內外的資源以提供適時、適地、適切的服務；其服務的範圍則包括預防保健、疾病診療、精神醫療、復健及慢性醫療服務、後續醫療照護及轉介照會，更包括一般的諮詢服務等總體的照護；所涵蓋的層面則包括社區民眾的生理、心理、社會、精神等範圍，使社區民眾得到可近性、方便性的健康服務；社區也不再是處於配合的角色，而是以病患或是民眾的需求為導向，主動與醫院形成新的互動模式，來共同營造社區民眾的健康（邱泰源，2001；Andrew Green,1999；裘苔蓀，1999）。許多文獻都指出，現代醫院不能再「閉門造車」、「故步自封」，應以社區居民的健康權益為首要，去解決所有與社區民眾相關的健康問

題，主動積極地與社區居民建立良好的溝通管道。因此醫院社區化不只是單一層級醫院的責任，也不只是以「治療」疾病為任務，而是任何層級的醫院對社區居民的周全性照顧。

我們從訪談資料中，發現衛生行政界、醫院行政實務界、學術界、一般民眾對「醫院社區化」意義的認知，可歸納為六個概念觀點，分別為「取決服務項目觀點」、「主動關心回饋觀點」、「關係建立觀點」、「功能特性觀點」、「醫療資源缺乏地區補償觀點」、「著重行銷觀點」。以下就不同背景的受訪者對醫院社區化意義認知六個觀點的差異性作說明如下(表 4.5，表 4.6)：

「取決服務項目觀點」：所謂取決服務項目觀點是指，受訪者對於醫院社區化意義之認知，強調「醫院在社區中所舉行的健康促進活動、預防保健活動、疾病後續出院服務及一般的諮詢服務」。

「主動關心回饋觀點」：所謂主動關心回饋觀點是指，受訪者對於醫院社區化意義之認知，強調「以社區民眾的需求為主，主動關心回饋民眾」。

「關係建立觀點」：所謂關係建立觀點是指，受訪者對於醫院社區化意義之認知，強調「醫院融入社區，與社區居民互動交流，建立彼此良好關係」。

「功能特性觀點」：所謂功能特性觀點是指，受訪者對於醫院社區化意義之認知，強調「醫院在社區所應發揮的功能與特性」。

「醫療資源缺乏地區補償觀點」：所謂醫療資源缺乏地區補償觀點是指，受訪者對於醫院社區化意義之認知，強調「在醫療資源缺乏之地區加強提供他們需要的各種服務」。

「著重行銷觀點」：所謂著重行銷觀點是指，受訪者對於醫院社區化意義之認知，強調「醫院走入社區只是基於促銷賺錢的心理，來為社區民眾作服務」。



表 4.5 醫院社區化意義認知之六個觀點

受訪者代碼	取決服務項目觀點	主動關心回饋觀點	關係建立觀點	功能特性觀點	醫療資源缺乏地區補償觀點	著重行銷觀點
TC1		*				
TC2	*					
TC3				*		
TC4			*			
TC5		*				
HM1			*			
HM2				*		
HM3					*	
HA1						*
HA2	*					
HA3	*					
HA4	*					
HC1		*				
HC2	*					
HC3		*				
HC4		*				
HC5	*					
HC6		*				
TE1			*			
TE2	*					
TE3	*					
TE4			*			
TE5	*					
TE6				*		
TP1			*			
TP2	*					
TP3		*				
TP4	*					
TP5	*					
TP6		*				
TP7	*					
TP8						*
TP9	*					
TP10					*	
TP11	*					
TP12		*				
TP13		*				
總計	15 人	10 人	5 人	3 人	2 人	2 人

表 4.6 不同背景受訪者對醫院社區化意義認知之比較表

受訪者背景	概念 觀點 人次	取決 服務 項目 觀點	主動 關心 回饋 觀點	關係建立 觀點	功能特性 觀點	醫療資源 缺乏地區 補償觀點	著重行銷 觀點	總和
衛生行政界		1	2	1	1	0	0	5
醫院行政實務界		5	4	1	1	1	1	13
學術界		3	0	2	1	0	0	6
一般民眾		6	4	1	0	1	1	13
合計		15	10	5	3	2	2	37

在六個醫院社區化意義觀點中,37位受訪者中有15個人的認知是傾向於「取決服務項目觀點」,也就是有大約40%的受訪者是以服務項目的角度來看待醫院社區化的意義(表4.6),在所有認知觀點中佔最多比例,其中又以一般民眾受訪者有此認知者佔大多數。以下針對此六個觀點,以受訪者所述內容說明之。

#### 一、「取決服務項目觀點」

所謂取決服務項目觀點是指,受訪者對於醫院社區化意義的認知,主要是從醫院能提供給社區民眾的服務項目之角度來解讀,共有15位受訪者是以取決服務項目觀點來認知醫院社區化的意義,其中有1位衛生行政界受訪者、5位醫院行政實務界受訪者、3位學術界受訪者及6位一般民眾受訪者作如此表達:

##### 1、有1位衛生行政界受訪者 TC2 就研究者所問問題回答內容如下:

TC2: 以前是論量計酬,反正只要有 pation (病人)來,醫院就有收入,而醫院也不太介入社區,而因為現在已實施總額,醫療費用是固定的,現在作越多,不見得醫院的收入會越高,所以醫院應該從另一個角度來提昇民眾的健康 以前是以未段的治療為主,現在應該從提昇民眾健康方面來著想,醫院社區化之後,比如說作衛教,去提昇民眾的健康。

1位衛生行政官員對醫院社區化意義的認知是站在其衛生行政機關的角度來詮釋,自然而然以其工作經驗或立場來表達對醫院社區化意義的認知,受訪者認為醫院在整個健保制度的轉變下,應扭轉自身的經營心態,以提昇民眾健康為目標,且舉出對民眾健康有幫助的衛生教育,闡釋這才是醫院社區化的意義所在。從受訪者的陳述中,發現受訪者是站在整個醫療環境轉變的考量點及為整體民眾的健康福利為出發點,表達醫院應以服務社區民眾為目標,而點出此才是醫院社區化的意義,但是這樣的詮釋角度,仍只是停留在醫院單方面提供服務項目的意義層次

上，而未考量到醫院社區化的整體意義層面。

## 2、有 5 位醫院行政實務界受訪者 HA2、HA3、HA4、HC2、HC5 就研究者所問問題回答內容舉三例說明如下：

HA2：我覺得它的意義在於推廣、灌輸預防勝於治療的觀念，然後協助民眾能夠確實地落實健康行為的生活方式。

HA3：等於是這個醫院可以作到、只要社區的居民有健康方面的問題及需要，它都要能夠有這個能力去幫忙，例如健康的促進等，所以這個醫院就要提供很多樣化的服務了..只要有關於健康問題的、疾病問題的、要促進健康的、要避免疾病的，它都有辦法去提供。

HC5：醫院現在在推行的出院準備服務啊，就是打破醫院的圍牆，跟社區有一個橋樑 醫院社區化可能會看到，我們在急性醫院時所看不到的問題，例如發錯藥的問題，獨居老人的服務、轉介服務啦，病患回去社區後，可能需要社工師的介入，那我們就可以提供他一些消息，或是直接幫他聯繫市政府的社工來幫忙。

5 位醫院行政實務工作者是依其實務工作經驗或立場來表達醫院社區化的意義，有 2 位受訪者是以預防保健的角度來解讀醫院社區化的意義，認為醫院社區化意義在於民眾疾病的預防保健服務項目，包括預防知識的灌輸，從民眾的認知部分開始著手，慢慢協助民眾能落實健康的生活行為，進而提昇民眾的健康；有 1 位受訪者也是以預防保健的角度來詮釋醫院社區化的意義，但其認知擴大至舉凡與民眾健康預防有關的，包括促進健康及相關的健康需求服務，醫院都要能夠提供；比較不同的是，有另 1 位受訪者，則是以醫院出院準備服務的延續性服務項目，來表達醫院社區化的意義，強調醫院社區化即在於發現一般性的醫院診療無法發現的問題，進而加以解決並提供相關訊息及服務。

這 5 位醫院行政實務工作者對於醫院社區化的意義有較一致性的意見表達，大多都認為醫院社區化的意義在於社區民眾預防保健層次之服務提供，其可能與他們身為醫院社區化服務提供者的思維有關，但此種層次的解讀，仍是比較停留在醫院單方面的服務提供，而非以醫院社區化整體運作的觀點來詮釋。

## 3、有 3 位學術界受訪者 TE2、TE3、TE5 就研究者所問問題回答內容如下：

TE2：醫院必須要更關心社區的一些健康問題、居民的需求是什麼，協助政府來從事一些 health promotion, health prevention 的工作。

TE3：我認為醫院最主要就是要提供服務給老百姓、服務居民嘛，居民生病了、有困難了、健康有問題了，可以請教誰？而我認為社區化就是，居民能夠很快得到這些問題的解答，在居家附近就可以找得到地方去詢問。

TE5： .就診的人本來就是社區中的人嘛 .那我當然就要適合他們的需求來滿足他們健康保健的需求。所以醫院本身它就是落在社區 它就是服務這一群人 。

3 位學術界學者是以學理的角度，以為民眾謀福祉的觀點出發，認為醫院社區化的意義在於，醫院必須更為注重社區民眾的健康需求，以民眾的健康需求項目為導向，去提供社區民眾需要的服務項目。學術界會以民眾需求項目來解讀醫院社區化的意義是可以被理解的，基於學者的責任心態，為民眾請命，希望能為民眾謀求更好的健康福利，同時也提醒了醫院，醫院本就座落於社區，其所服務的對象當然包括社區民眾，因為社區民眾的健康對醫院而言，是責無旁貸的。

3、有 6 位一般民眾受訪者 TP2、TP4、TP5、TP7、TP9、TP11 就研究者所問問題回答內容舉三例說明如下：

TP2：醫院能發展到社區裡，讓民眾了解醫院內部在作什麼樣的事情，方便民眾選擇到哪家醫院治療。

TP4：醫院社區化就是醫院到社區裡看診 平常你如果定期來社區裡關心一下，作一些義診那是可以啦 。

TP11： 醫院可以知道我們社區裡有什麼問題要解決的，像健康檢查之類的，儘量來幫忙鄉親。

6 位一般民眾受訪者對於醫院社區化的認知，大多都是以方便社區民眾、幫忙社區民眾為出發點，希望醫院能多提供一些社區民眾需要的訊息及服務項目，服務內容雖是以健康服務為範圍，但這個範圍可能是比較廣泛的，延伸的區域甚至可以用五花八門來形容，而並非服務提供者或是學者所想的以預防保健為正規的服務項目。較特別的是，有 1 位受訪者是以狹隘的義診項目來詮釋醫院社區化的意義，誤認為醫院社區化即是醫院內診療動作的延伸，只是從醫院內看診而變成在社區裡看診。大致而言，6 位一般民眾受訪者皆是以服務項目來認知醫院社區化的意義。

從一般民眾的訪談內容中發現，民眾在思考醫院社區化意義時，是以一種幫忙社區民眾的思維為方向，以非醫療專業性的思維來表達他們所認知的醫院社區化意義，因為一般民眾與醫療專業之間本就存有一些專業距離，因此在意義的認知上可能不如衛生行政官員、醫院行政實務工作者、學術界學者所詮釋的如此富專業性，但這也點出民眾所需要的服務層次可能與衛生行政官員、醫院行政實務工作者、學術界學者所認知的層次有所不同，這是值得進一步深思之處。

從以上 15 位來自不同背景的受訪者對醫院社區化意義的陳述中，研

究者發現，當研究者一問到醫院社區化的意義時，這 15 位受訪者不約而同地直覺以服務項目來表達醫院社區化的意義，雖然 15 位受訪者所談到的服務項目不能說百分之百地相同，但仍可看出他們對於醫院社區化意義的認知乃是以服務項目為準。研究者也發現受訪者對醫院社區化意義的表達，可能會因專業與非專業上的區隔，而有所不同，衛生行政官員、醫院行政實務工作者、學術界學者的表達較富專業性，認為醫院社區化的意義，應是取決於服務項目的提供，且服務項目應是朝向預防保健方面，對民眾的幫助才比較大。而一般民眾的專業背景幾乎是非衛生醫療專業，所表達的用詞自然是比較非專業性的，以為社區民眾好的角度來解讀，認為醫院社區化的意義，應是以方便社區民眾為出發點，對社區民眾提供一些社區民眾需要的服務項目。

## 二、「主動關心回饋觀點」

所謂主動關心回饋觀點是指，受訪者對於醫院社區化意義的認知，主要是強調醫院應以社區民眾的需求為主要的服務態度，以主動回饋社區民眾之角度來解讀，共有 10 位受訪者是以主動關心回饋觀點來認知醫院社區化的意義，其中有 2 位衛生行政界受訪者、4 位醫院行政實務界受訪者及 4 位一般民眾受訪者作如此表達。

1、有 2 位衛生行政界受訪者 TC1、TC5 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TC1：了解他們的生活習慣哪、有沒有什麼特殊的嗜好啦、好的習慣、不好的習慣，像是山地鄉飲酒的問題呀、檳榔的問題呀 就是要了解當地社區，他們有什麼特殊的生活習慣，然後醫院能夠介入其中 醫院社區化就要家家戶戶都要能照顧到，才有那個意義，要知道每家有什麼人高血壓、有什麼人有先天的異常 。

2、有 4 位醫院行政實務界受訪者 HC1、HC3、HC4、HC6 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

HC3：現在都在強調醫院要以病人為中心，就是不是等著病人來。以前人家會認為醫院產業是等著病人來的產業，但是現在可能已經不是這樣了，醫院必須要走出去主動關心病人 。

HC6：要跟社區結合，真的就像家庭醫師的那種味道，對家庭的家族史要非常清楚 。

3、有 4 位一般民眾受訪者 TP3、TP6、TP12、TP13 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TP6：其實我覺得醫院社區化應該本著一個回饋的心，它對這個地區的貢獻，當你貢獻到一個程度以後，你不用回饋，人家都會回饋給你 。

TP13：現在有一個所謂的家庭醫師，這種就很好，你如果給這個醫師固定看診，到後來大家都很熟悉了，醫師就會知道這個病人的各種狀況。所以，如果醫院在社區裡面，作成像家庭醫師這樣，對社區裡每個人的情況都很清楚。

在這個意義的表達上，10 位受訪者雖然來自不同的背景，其思維方向卻極相似，都認為醫院應以主動回饋的心進入社區，以民眾的健康為首要考量，從關心社區民眾的健康生活習慣開始，因為了解社區民眾每一家、每一戶的生活細節，才能成功介入其中，提供他們所需而適切的服務。要成為家家戶戶的照顧者、守護者，這才是醫院社區化的意義所在。

研究者發現當受訪者是以主動關心回饋觀點來解讀醫院社區化的意義時，有 1 位醫院行政實務工作者及 1 位一般民眾受訪者都同樣提到醫院與社區的結合程度，可朝向家庭醫師制度的模式，另 1 位衛生行政官員雖未直接點出家庭醫師制度，但仍提到家家戶戶不遺漏的照顧模式，3 位受訪者都表達出民眾需要更鉅細靡遺的關懷，更有系統性、完整性的照顧，而且此 3 位受訪者平均分佈於衛生行政界、醫院行政實務界、一般民眾之中。顯現不論是衛生行政界、醫院行政實務界，或是一般民眾，都渴望這樣的醫院社區化互動模式。

### 三、「關係建立觀點」

所謂關係建立觀點是指，受訪者對於醫院社區化意義的認知，是以醫院與社區之間情誼交流的角度來詮釋，主要是強調醫院與社區之間應建立良好的互動關係，而非一味單方面地以醫療提供者的角色來提供服務，而更應著重於兩者間的交流互動，達到緊密結合的互動關係。共有 5 位受訪者是以關係建立觀點來認知醫院社區化的意義，其中有 1 位衛生行政界受訪者、1 位醫院行政實務界受訪者、2 位學術界受訪者及 1 位一般民眾受訪者作如此表達。

#### 1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC4 就研究者所問問題回答內容如下：

TC4：...所謂的醫院社區化應該是醫院積極走入社區，跟整個社區融合在一起...

#### 2、有 1 位醫院行政實務界受訪者 HM1 就研究者所問問題回答內容如下：

HM1：醫院社區化基本上就是醫院要跟社區融為一體。醫院的層級越高，它跟社區的距離就越遠。所以我們要努力地與社區緊密結合。我們辦望年會、辦運動會、辦慶生會，都希望社區的民眾能夠參與。

#### 3、有 2 位學術界受訪者 TE1、TE5 就研究者所問問題回答內容如下：

TE1： 醫院畢竟在社會當中是一個很重要的機構，那醫院跟附近居民的關係也非常密切，所以怎麼樣能夠加強醫院對社區的服務？社區的民眾怎麼樣能夠有效的利用醫院的一些資源？所以醫院社區化是要考量怎麼樣才能夠建立一個互動良好的關係？彼此能夠共同分享彼此的功能，醫院能夠服務社區民眾，地方民眾也可以支持醫院。

TE5： 從民眾的角度來看，醫院給人家的感覺是，沒病也可以去醫院，醫院也是社區裡的公共場所之一，是社區民眾的日常活動區域，不見得一定要生病才會去；而由醫院的角度來說，有些社區活動，醫院也可以參與。

#### 4、有 1 位一般民眾受訪者 TP1 就研究者所問問題回答內容如下：

TP1：醫院社區化就是醫院要走入社區啊，比較普通化吧，跟附近居民聯誼，較接近。

5 位來自不同背景之受訪者都同樣以醫院與社區之間的互動思維來表達醫院社區化的意義，認為醫院應不再只是停留於過去具高度專業性，令人高不可攀的形象，尤其是當醫院的評鑑層級越高時，由於醫院外型上的越巨大，而可能造成與民眾之間的心靈距離越遙遠，醫院社區化的意義正是要打破這樣的藩籬，拉近醫院與社區之間的距離。有 1 位學術界受訪者更提到醫院與社區之間藉由互動關係的建立，還可以進一步分享彼此的功能，達到互相支持的目的，這除了其他受訪者所提到的聯誼，情感交流的成份外，還更進一步說明醫院也可以利用社區裡的資源，甚而成為支持醫院整體運作的一份子，如此的關係結合也愈形緊密，這可能也指引著醫院與社區的互動模式可以朝向伙伴關係來延展，是值得思考的新方向。

#### 四、「功能特性觀點」

所謂功能特性觀點是指，受訪者對於醫院社區化意義的認知，是強調醫院在社區裡應該要發揮的功能或特性，這樣的思維方向主要是著重醫院憑藉著本身的醫療專業優勢，有其雄厚的後盾來支持它在社區裡發揮一些它可以發揮的功能。共有 3 位受訪者是以社區化功能特性觀點來認知醫院社區化的意義，其中有 1 位衛生行政界受訪者、1 位醫院行政實務界受訪者及 1 位學術界受訪者作如此表達。

##### 1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC3 就研究者所問問題回答內容如下：

TC3：我認為醫院社區化一定要達到可用性、可近性、還有便利性。可用性表示它有一些功能嘛，醫院可以發展它的專業嘛，可以讓社區來運用。可近性就是很親近。便利性則是指方便性，我會認為說醫院社區化一定要讓社區的民眾感到醫院有這三個特性，這樣子才符合這個定義。

##### 2、有 1 位醫院行政實務界受訪者 HM2 就研究者所問問題回答內容如下：

HM2：我是認為醫院本來就是一個非常局限在「地區」的產業，它不像一個製造業，它可以將產品賣到全世界，一家醫院可能只服務台中市的某一個區，或者是範圍幾公里以內為主的服務方式。以醫學中心來講，服務範圍大概 3 - 5 公里以內 這種面對面，人對人的服務不可能對很大的民眾作服務，有其限制性 以一個區來講，一家醫學中心，加上兩家區域醫院，加上四家地區醫院，可以服務多少萬的人口，我想這樣是一個標準的社區化模式 。

### 3、有 1 位學術界受訪者 TE6 就研究者所問問題回答內容如下：

TE6：既然是社區，社區應該是一個完整的生活體嘛，所以醫院社區化應該說，醫院也是社區的一個架構、一份子，它應該有它的功能 所以醫院社區化就是說，醫院應該是社區裡完整角色的其中之一。醫院在社區也要提供完整社區多項功能之一，即是提供醫療方面的功能。

3 位來自衛生行政界、醫院行政實務界及學術界的受訪者不約而同以專業性的功能特性來表達醫院社區化的意義，1 位學術界受訪者強調醫院既然是社區的一份子，它就應該以其醫療專業優勢來發揮它的功能。1 位衛生行政官員則進一步闡釋醫院在社區裡應該達到可用性、可近性及便利性等三種特性。有另 1 位醫院行政實務工作者則是以實務工作經驗來說明一家醫院服務範圍的大小，在此範圍內應可以發揮它應有的功能來服務社區民眾。不論 3 位受訪者是以什麼樣的思維角度來認知他們所認為的醫院社區化意義，綜合來說，皆是以功能特性的發揮來表達。

## 五、「醫療資源缺乏地區補償觀點」

所謂醫療資源缺乏地區補償觀點是指，受訪者對於醫院社區化意義的認知，認為平地地區在醫療資源的供給及支援上都算充裕的情況下，醫院社區化的模式應該往偏遠地區等醫療資源不足的地區來發展。共有 2 位受訪者是以醫療資源缺乏地區補償觀點來認知醫院社區化的意義，其中有 1 位醫院行政實務界受訪者及 1 位一般民眾受訪者作如此表達。

### 1、有 1 位醫院行政實務界受訪者 HM3 就研究者所問問題回答內容如下：

HM3：真正的醫院社區化應該是要作大範圍的 比如榮總可能會作到澎湖，作到台東，都有可能。這些偏遠地區都很需要醫療資源 。

### 2、有 1 位一般民眾受訪者 TP10 就研究者所問問題回答內容如下：

TP10：其實我們平地離醫院都很近，也不用什麼社區化，偏遠地區比較需要。

綜合 2 位來自醫院行政實務界及一般民眾受訪者對於醫院社區化意義的詮釋是比較偏重於在偏遠地區的，研究者發現這 2 位受訪者一提到醫院社區化，都很自然而然地想到醫療資源嚴重不足的偏遠地區或是離島地區，認為這些地區才是值得推行醫院社區化的地方。他們的思維著



重於醫療資源的補償發展，頗似近年來我們醫療網的推行思維，但這樣的思維方向其實已偏離了醫院社區化希望醫院深入每一個社區服務的整體意義，而只著重於醫療資源的分佈發展，認為平地是不需要醫院走入社區服務的。

## 六、「著重行銷觀點」

所謂著重行銷觀點是指，受訪者對於醫院社區化意義的認知，是以醫院只是基於促銷賺錢的心理來詮釋。共有 2 位受訪者是以著重行銷觀點來認知醫院社區化的意義，其中有 1 位醫院行政實務界受訪者及 1 位一般民眾受訪者作如此表達。

1、有 1 位醫院行政實務界受訪者 HA1 就研究者所問問題回答內容如下：

HA1：所謂的醫院社區化就是一種市場的鞏固，是一種與民眾之間的行銷性的服務溝通方式…。

2、有 1 位一般民眾受訪者 TP8 就研究者所問問題回答內容如下：

TP8：我覺得醫院社區化好像只有量量血壓，有時候作個宣導...如果這樣的話，醫院社區化沒有必要啦...我覺得衛生所比較有用啦，醫院只是以賺錢為目的啦...不用讓醫院進入社區...醫院比較商業化啦，它叫我們去作什麼，我們也不知道是不是真的？

綜合 2 位受訪者對於醫院社區化意義的認知，1 位醫院行政實務工作者是以市場行銷的概念，認為醫院社區化即是一種鞏固醫院顧客群的卡位行為，以提供社區民眾健康服務為手段，進而鞏固生存市場。另 1 位一般民眾則更直接表達對醫院的不信任，認為醫院社區化即是醫院的一種生財手段，以賺錢為目的，而不是真心誠意來為社區民眾服務。從訪談資料中，研究者發現兩位受訪者的認知回答似可形成一種呼應，既然提供服務的一方有市場行銷的心理，也不難怪接受服務的一方會產生這樣的反應認知。在針對醫院社區化意義部分的文獻探討中提到，民眾所需的健康是需要經過打造的，社區是一個主動參與者的角色，而非只是一個被動的接受者，顯示已有學者提出醫護人員有責任行銷、傳播健康觀念給社區民眾了解，並進一步促進其身心健康狀態，社區民眾也必須為自己的健康努力，這樣的論述與醫院行政實務界受訪者的意見是可相互映照的。

由上述受訪者的陳述，我們可以發現到，雖然有些受訪者對於醫院社區化意義有一些基本的認識，但這些基本的認識只停留在部分面向上的認知，從服務項目，或是服務態度的強調，抑或是從功能特性方面而論之，而缺乏醫院社區化整體運作的整合意義，或是從市場行銷的觀點來認知醫院社區化的意義。且在受訪者的認知看法中，我們可以發現到

專業人員與一般民眾對醫院社區化意義的認知會受到所學專業背景的影響，進而產生醫院社區化意義認知上的差異。

### 第三節 醫院必須積極走入社區之原因探討

醫院與社區的關係已隨著時代的不同而有所改變，由文獻探討中得知，以前醫院在社區是一個較少與社區互動的機構，人們只有病痛時才會進入醫院接受診療，現代則因為社會變遷及人口疾病型態的轉變、預防醫學及社區醫學、全人照護的概念加重，更由於醫民互動的關係演變，醫院對於社會的基本責任，國內醫療支付制度的影響，使得醫院不得不注重其與社區之間的互動關係，謀求社區經營模式的可能性，期待在未來不可測的醫療環境轉變中，立穩生存的根基。

訪談資料經過分析發現，研究者將 33 位受訪者認為醫院必須積極走入社區之原因歸納為五種類型，分別為：「基於疾病預防需求」、「攸關醫院生存」、「因應民眾需求」、「基於責任回饋」、「拉近關係，彼此互動」。以下就不同背景的受訪者對醫院積極走入社區之原因五個觀點作說明如下(表 4.7，表 4.8)：

「基於疾病預防需求」：所謂基於疾病預防保健是指，受訪者認為醫院必須積極走入社區，是因為以國人疾病演變的角度來看，醫院必須著重國人疾病預防及保健的層面來作努力，以增進民眾健康為最高目標。

「攸關醫院生存」：所謂攸關醫院生存是指，受訪者認為醫院必須積極走入社區，是因為醫院若積極照顧社區民眾，或是利用各種方式提昇民眾對醫院的印象，進而增加看診人數，這些都攸關到醫院能否能生存經營下去。

「因應民眾需求」：所謂因應民眾需求是指，受訪者認為醫院必須積極走入社區，是因為醫院必須以民眾需求為導向來提供服務，以民眾的觀點來思考醫院所能提供的服務，包括民眾各層面的需求，知識加強的需求、醫療需求、保健需求、諮詢需求。

「基於責任回饋」：所謂基於責任回饋是指，受訪者認為醫院必須積極走入社區，是因為醫院本身負有社會責任，不能完全以營利為目標，且醫院基於醫療資源上的優勢，更應該且必須以回饋的心來照顧社區民眾。

「拉近關係，彼此互動」：所謂拉近關係、彼此互動是指，受訪者認為醫院必須積極走入社區，是因為醫院與社區之間

的關係是很密切的，基於敦親睦鄰的因素，醫院必須主動作好兩者之間的互動，拉近彼此的距離。

表 4.7 醫院必須積極走入社區之五個因素

受訪者代碼	基於疾病預防需求	攸關醫院生存	因應民眾需求	基於責任回饋	拉近關係彼此互動
TC1		*			
TC2	*	*			
TC3	*				
TC4	*				
TC5			*		
HM1		*		*	
HM2					
HM3			*	*	
HA1		*			
HA2	*	*		*	
HA3	*				
HA4	*	*			
HC1	*			*	
HC2	*	*		*	
HC3		*			*
HC4	*		*		
HC5		*		*	
HC6	*				
TE1		*		*	*
TE2		*		*	
TE3			*		
TE4			*		
TE5	*		*		
TE6	*				
TP1					
TP2		*	*		
TP3					
TP4	*				
TP5	*				
TP6		*		*	*
TP7			*		
TP8					
TP9			*		
TP10					
TP11			*		
TP12		*			
TP13					*
總計	14 人次	14 人次	10 人次	9 人次	4 人次

表 4.8 不同背景受訪者對醫院積極走入社區因素之比較表

概念 類型 人次 受訪者 背景	基於疾病 預防需求	攸關醫院 生存	因應民眾 需求	基於責任 回饋	拉近關係 彼此互動	總和
衛生行政界	3	2	1	0	0	6
醫院行政 實務界	7	7	2	6	1	23
學術界	2	2	3	2	1	10
一般民眾	2	3	4	1	2	12
合計	14	14	10	9	4	51

從表 4.8 中發現，同時平均有 14 人次認為醫院有必要積極走入社區的原因是「基於疾病預防需求」及「攸關醫院生存」，有 11 人次是認為「因應民眾需求」，有 9 人次是認為「基於責任回饋」，有 4 人次是以「拉近關係，彼此互動」的因素來解釋。以衛生行政界、醫院行政實務界、學術界及一般民眾受訪者之間作比較，衛生行政界受訪者較傾向「基於疾病預防需求」的原因，有 3 人次表達這樣的看法；醫院行政實務界受訪者則是同時認為「基於疾病預防需求」及「基於醫院生存」同樣重要，各有 7 人次支持；學術界及一般民眾受訪者則較傾向「因應民眾需求」因素，學術界有 5 人次支持，一般民眾則有 4 人次支持，以下將以受訪者所述內容說明之。

#### (一)「基於疾病預防需求」

所謂疾病預防需求是指受訪者是以國人整體疾病預防的觀念出發，認為疾病的防治應從預防保健開始著手，而這也是醫院走入社區的原因之一，醫院應從著重病人治療改為著重社區民眾的預防保健。共有 14 位受訪者是以基於疾病預防需求的理由認為醫院有必要積極走入社區，其中有 3 位衛生行政界受訪者、7 位醫院行政界受訪者、2 位學術界受訪者及 2 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

1、有 3 位衛生行政界受訪者 TC2、TC3、TC4 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TC4：因為我覺得醫院到目前為止，好像比較著重在醫療，雖然現在有很多醫院也開始在作預防保健的工作，像是台中最早好像順天醫院有在作，像是彰化基督教醫院，它有一個社區健康部，專門在作社區預防保健工作，可是沒有一直積極推展，我是覺得滿可惜的啦。而整個疾病

的防治應該是從預防保健作起。

## 2、有 7 位醫院行政實務界受訪者 HA2、HA3、HA4、HC1、HC2、HC4、HC6 就研究者所問問題回答內容舉三例說明如下：

HA3：因為我們以前作的動作是消極的，發現哪一個人臉黃黃的，我們就在猜他會不會是黃疸、有肝炎；我們發現最近哪一個伯伯比較瘦，肚子又大大的，臉黃黃的，我們會懷疑他是不是有肝癌啊，所以我們會跟他說：是不是麻煩您到醫院檢查一下。我是認為這樣是比較消極的，如果更積極去作的話，可能可以去幫助更多人喔。

HA4：政府現在也在關心這點，也有去分析，醫療資源分佈的點，哪一個方面是耗費最多醫療資源的，所以了解慢性病的花費一定比急性病嚴重，像糖尿病這種病是可以預防的，相關的併發症也是可以預防的，預防醫學本來就是很重要的，人要活得品質好，現在就是醫病不只是醫你目前的病，而且也把你二、三十年後可能發生的病給醫好，不僅僅是照顧單一的病，還要把相關的病症避免掉，要照顧到。

HC1：如果地區醫院能夠走入社區的話，好好照顧社區民眾，那那些高血壓疾病，心臟病的問題都不會拖到最後才作治療啊。

## 3、有 2 位學術界受訪者 TE5、TE6 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TE5：再從另外一個角度來看，我們所謂的三段五級、三段層次，事實上即是我們講的健康的促進、疾病的治療，還有就是復健等等。而以這麼多的論點來講，為了要使我們的健康保健，或者是我們的醫療保健能夠走向一個整體化，或者是走向一致化，或者是走向一種整合化，醫院社區化，有人說是烏托邦吧，也有人說是 nature，或者那是應該本來就可以作的一種方向啦..

## 4、有 2 位一般民眾受訪者 TP4、TP5 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TP4：有一些婦女都沒有作過抹片檢查，甚至是女人的雙峰啊，他們也不懂得要去檢查。我是認為醫院要進入社區的話，要對民眾身體方面，健康方面作教育，還有要跟他們溝通，跟他們說什麼毛病是怎麼產生的，不能「養」病。

從 14 位受訪者的回答中，我們可以發現受訪者都是基於疾病預防需求而認為醫院有必要積極走入社區，衛生行政官員是以衛生主管機關身為民眾健康把關者的心態，希望在他們所管轄下的醫院，能以他們的醫療專業為後盾，注重民眾的預防保健，最好是有一個專門的部門來負責，他們強調的是，希望不只是執行篩檢工作而已，更重要的是要從根本作起，給民眾預防疾病的觀念。醫院行政實務工作者則是以他們的工作實務經驗，認為防治民眾疾病最重要的事，就是要從民眾的預防工作作起，平時如果有灌輸民眾預防的觀念，就不用等到民眾有病才進行治療，浪費本來不至於浪費的醫療成本。而有 1 位學術界受訪者則是強調以公共衛生中的三段五級預防觀念為基礎，認為唯有醫院走入社區，才能結合健康促進、疾病治療及復健，以整合模式來照顧民眾。一般民眾受訪者

則是認為醫院應該不只是只有治療民眾的疾病而已，更應該對社區民眾灌輸預防保健的概念，讓民眾能更注重自己的健康。

我們在第二章的探討中，已經提到疾病已從非傳染性疾病轉變成非傳染性疾病，而非傳染性疾病的致病因子是多重且複雜的，其防治之道更要從過去的治療取向轉變成預防取向，而各個社區存在異質性，因此，走入社區作預防變成為新一代的醫學模式（王正倫，2000；陳拱北預防醫學基金會，1998；G. L. Engle, 1977），這樣的觀念與我們的研究發現是一致的。

## （二）「攸關醫院生存」

所謂攸關醫院生存是指受訪者認為醫院走入社區的原因是他們基於自身生存的契機而不得不走入社區，希望能藉由醫院走入社區時，對社區民眾提供一些照顧，或只是單純地宣傳醫院，提昇醫院的知名度，藉由種種方式來讓民眾選擇看診時，能到自身的醫院來就診，以增加醫院的業務量。共有 14 位受訪者是以攸關醫院生存的理由認為醫院有必要積極走入社區，其中有 2 位衛生行政界受訪者、7 位醫院行政界受訪者、2 位學術界受訪者及 3 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

1、有 2 位衛生行政界受訪者 TC1、TC2 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TC2：因為走入社區也可以開發病人的來源，現在總額制度的實施，整塊大餅就是這樣，其實現在剛實施，每家醫院還是會有論量計酬的概念，因為它怕本身作得少，別人作得多，所以醫院一定會更積極走入社區。

2、有 7 位醫院行政實務界受訪者 HM1、HA1、HA2、HA4、HC2、HC3、HC5 就研究者所問問題回答內容舉三例說明如下：

HM1：講得比較現實一點，第一，這與它的生存有關係。就整個健康保險的趨勢來看，未來會朝向論人計酬或者總額預算的方向，此時，醫院的角色就不只局限在醫院裡面，它應該深入社區，促進社區民眾的健康。

HA4：現在社區工作是一種趨勢，醫院現在都會把自己周圍附近的社區照顧好，這樣民眾就會讓你服務，所以要跟他們建立關係，無形中，醫院也一定會得到某程度的回饋。有些醫院眼光遠一點的話，這樣的工作在作時，對醫院的形象，親和力等等都有影響，他們在選擇時也會選擇我們醫院來尋求服務。

HC5：因為現在民眾就醫的選擇性很多，如果你還坐在這邊等民眾上門，其實是不夠的，即使醫院有掛一些紅布條的主題來服務，而民眾有可能會走進來，也有可能不會走進來，所以，醫院如果能走入社區，讓民眾來認識醫院的話，我想這樣的效果會比較好。像醫師出去作演講，可以增加醫師跟社區民眾面對面的接觸，會增加民眾對醫師的認識及信任，那民眾有問題可能會來醫院就醫，這樣就會為醫院帶來經濟效益。

3、有 2 位學術界受訪者 TE1、TE2 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TE2：在健保的政策下，大型醫院比較有優勢，比較容易生存下去，但是很多中型的醫院很難生存下去，但是這些中型的醫院對當地的民眾有一定的需要性，像是民眾就醫的選擇性會比較多。但是中型醫院在現今健保的制度下，可能很難過這個關卡，而如果這些中型的醫院真的 close 掉了，對當地居民就等於是減少了就醫的可近性，對民眾來講也不是一個很好的現象，所以，如果這些醫院能夠轉型，想其他的方法來協助民眾的健康，這也是非常好的。所以，他們要進入社區是勢在必行的，他們一定要去思考。事實上這也不是我們專家學者能夠去講的，當他們想要生存下去的時候，他們自然就會去想辦法生存下去，而社區是生存的方法之一。

4、有 3 位一般民眾受訪者 TP2、TP6、TP12 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TP2：派專員了解地方，可提昇醫院的知名度，使里民若有任何需要，在第一時間就會想到這個醫院。

TP6：我是覺得醫院社區化是未來的一個趨勢。如果沒有走入社區，可能會喪失醫院本身的競爭力，因為現在醫院之間也蠻競爭的，所以醫院社區化是未來應當要走的路。你照顧一個里民，里民就會認為你有在落實互動關係，就會支持這個醫院，當然你的業績也一定會有所成長。

綜合以上 14 位受訪者的陳述，發現受訪者一致認為醫院基於本身的經營生存問題，一定會積極地走入社區，有 1 位衛生行政界受訪者、4 位醫院行政實務界受訪者及 2 位學術界受訪者直接點出，為了因應健保給付制度，醫院不得不以走入社區的形式，開拓更多的客源，以發展更多的商機；其餘受訪者則是以較婉轉的方式，陳述醫院若是多為民眾提供一些服務及回饋，或是以增加醫院知名度的方式，都可以吸引更多的民眾，得到社區民眾的經濟上的支持或回饋，藉以維持醫院的生存。

根據我們的文獻查證中，已探討過全民健保支付制度對於整個醫療環境所造成的衝擊，尤其總額預算的全面施行，所造成的影響可能更廣且深，又因健保制度是強制性投保，納保人口幾近全國，在這樣的市場環境下，醫院已不能用過去論量計酬的心態來提供民眾所有的醫療服務，要從以量取勝、薄利多銷的競爭策略，改為維護民眾健康的診療型態（廖宏恩，2001；邱泰源，2001）。文獻的查證與我們的研究發現是相一致的。

### （三）「因應民眾需求」

所謂因應民眾需求是指受訪者認為醫院走入社區的原因是醫院必須以民眾的需求為導向，以民眾的觀點來提供民眾所需要的服務。共有 13 位受訪者是以因應民眾需求的理由認為醫院有必要積極走入社區，其中

有 1 位衛生行政界受訪者、2 位醫院行政界受訪者、5 位學術界受訪者及 4 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC5 就研究者所問問題回答內容如下：

TC5： 因為必須要走入社區才能了解社區民眾的需求，進入社區才能夠有辦法針對社區的需求去服務對象，因為現在社會是多元化的 而多元化就是一定要踏入社區，去了解社區的需求，進一步才能夠為社區民眾服務。

2、有 2 位醫院行政實務界受訪者 HM3、HC4 就研究者所問問題回答內容如下：

HM3 以目前來講，你不能在這裡等著民眾來，尤其大家又這麼忙，民眾也不一定知道有這些資源；因為一般民眾可能不知道要作哪些篩檢，就算他們知道，他們可能也不方便到大醫院來作 。

HC4： 醫院走入社區比較可能會抓得到社區裡比較缺乏醫療資源的人，譬如比較偏僻的鄉鎮哪、山區的人、原住民、離島地方等，他們雖然有衛生所，但是有很多東西，衛生所不一定能處理，病人又不見得願意跨到大醫院去，會懶，所以這些弱勢團體的人，我們希望能夠照顧得到 。

3、有 3 位學術界受訪者 TE3、TE4、TE5 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TE3： 因為這是現在民眾所需要的啊。我認為醫院最主要就是要提供服務給老百姓、服務居民嘛，居民生病了、有困難了、健康有問題了，可以請教誰？而我認為社區化就是，居民能夠很快得到這些問題的解答，在居家附近就可以找得到地方去詢問。

TE5： 就診的人本來就是社區中的人嘛，那當然就應該要配合我的意願，我附近的社區到底是年輕族群，還是年幼的族群；我的族群到底是農民、漁民、礦工；我的族群到底是原住民，我的居民裡有很多外籍新娘，well 等等 醫院本身它就是落在社區 它就是服務這一群人 。

4、有 3 位一般民眾受訪者 TP2、TP7、TP9、TP11 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TP7： 像是我們要看牙齒，但我們不方便去醫院，假使醫院有來，那我們就不用花很多錢坐車去醫院。

TP11：醫院社區化是很好，讓老百姓了解醫院不只是在看病，還會關心地方的情形，平常老百姓即使沒有生病，有任何健康上的問題，也可以來醫院，醫院都會幫忙解決。

綜合 10 位受訪者的陳述，研究者發現受訪者在這個觀點所強調的因應民眾需求是指，因為醫院走入社區，才能進而了解社區需求，以社區民眾的觀點為觀點，在以醫療健康為先提之下，其內所包括的各種服務，各種方式，各種問題的解決之道，都應是醫院所必須承諾的服務範圍；這與第一種類型：基於疾病預防保健的需求是不同的，其所包含的服務



是更廣大的。在這裡必須特別提到的是，有 1 位學術界學者提到，醫院到社區服務是很自然而然的一件事情，原因在於醫院本就位於社區之中，來醫院就診的人大部分都是附近社區的居民，而根據社區的屬性，人口的組成來提供一些服務是一種再簡單不過的思維方式，此種說法或許點出了醫院走入社區的原因本就是如此地簡單且理直氣壯。

從第二章的文獻探討中，研究者已探討新的醫院經營方向必須導入以顧客為導向的理念，顛覆以往由醫師主控一切醫療保健服務提供的情況，且遵循主動出擊服務的策略，提供符合社區民眾的健康服務（林政彥，2001）。這樣的描述與我們的研究發現相當吻合。

#### （四）「基於責任回饋」

所謂基於責任回饋是指受訪者認為醫院走入社區的原因是醫院所肩負的社會責任，理所當然必須對社區民眾有所回饋。共有 9 位受訪者是基於責任回饋的理由認為醫院有必要積極走入社區，其中有 6 位醫院行政界受訪者、2 位學術界受訪者及 1 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

1、有 6 位醫院行政實務界受訪者 HM1、HM3、HA2、HC1、HC2、HC5 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

HM1： 醫院在社區裡成立，當然就是要回饋社區啊，這就是我們所謂的「取之於民，用之於民」，這個部分雖然不見得有什麼回饋，但它還是要去作。因為醫院給人的形象是救人嘛，是公益嘛，所以它這樣的角色是必要的。

HC5： 醫療工作者還是要負有一些社會責任，像嘉基、彰基他們會這麼落實去作，甚至深入阿里山的民住民地帶，甚至到海外，我想這都是因為他們宗教的使命，我認為醫療工作者的確是要有一些使命感去作的，而不是只單單為了錢。

2、有 2 位學術界受訪者 TE1、TE2 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TE1： 尤其醫院除了提供附近的居民一些醫療服務設施外，它有可能也會造成一些負面的與正面的效益。而在負面的意義上來講，可能由於它產生的一些停車位不足啦，甚至是一些醫療廢棄物啦、醫院廢水啦、醫院感染等問題，也可能會導致附近社區的環境惡化。怎麼樣去消除那些負面的影響，包括一些停車位不足啦、交通秩序混亂啦、污染事件的發生啦、感染情況的發生等等，這些怎麼樣去消除是醫院應該要積極正視的問題。

3、有 1 位一般民眾受訪者 TP6 就研究者所問問題回答內容如下：

TP6： 其實，我是覺得醫院應當還是要對社會有點回饋的。所以醫院應當本著回饋的心，像是慈濟，他們越蓋越大啊，到現在全省都有，如果他們只是以營利為目的，沒有打開心胸，他們不可能走出去。

綜合 9 位受訪者的陳述，不難發現受訪者皆是基於醫院在社區中所必須肩負的社會責任，而認為醫院必須以回饋的心來走入社區。有 1 位學術界受訪者更直接點出，醫院的社會責任可能來自於醫院在社區裡可能造成的醫療污染，因此，醫院有責任來解決污染所帶給民眾的困擾。由於醫療產業的特殊性，它不同於其他一般企業，純粹是以利益掛帥，而更多時候，醫療產業可能還要考慮到他們在社會裡的角色是一種救人身命的行業，必須以非營利的心態來經營。

從第二章的文獻探討中，我們也已經對醫療產業的責任回饋作了詳細的探討，台灣醫院在課徵稅務上的從優或甚至免稅處置，即可看出醫療產業的非營利性質，也更可以確認他們責無旁貸的社會責任，這樣的社會責任不僅是指一般產業對社會應付出的公益責任，更依著它的醫療強大後盾而應對社區居民負有健康上的照顧責任。此與研究發現是一致的。

#### (五)「拉近關係，彼此互動」

所謂拉近關係，彼此互動是指受訪者認為醫院基於敦親睦鄰因素，是有必要走入社區，增加彼此互動，以爭取民眾更多的認同。共有 4 位受訪者是以因應民眾需求的理由認為醫院有必要積極走入社區，其中有 1 位醫院行政界受訪者、1 位學術界受訪者及 2 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

#### 1、有 1 位醫院行政實務界受訪者 HC3 就研究者所問問題回答內容如下：

HC3：另外，也是基於敦親睦鄰的因素，既然無法 care 到這麼大範圍的居民，倒還不如精緻一點去作，就是要跟社區作互動。

#### 2、有 1 位學術界受訪者 TE1 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TE1：我覺得現在這個多元化的社會，醫院就像是一般的產業一樣，而既然是產業，也需要能夠與社區的民眾建立一個良好的敦親睦鄰的關係，同樣地，民眾怎麼樣能夠有效地去利用醫院的一些服務設施，所以在積極互動的關係上來講，醫院是更有必要積極去走入社區的。

#### 3、有 2 位一般民眾受訪者 TP6、TP13 就研究者所問問題回答內容如下：

TP6：醫院如果走入社區，與社區居民多作互動的話，時間一久，他對這個醫院就會產生信賴感，會認同這個醫院。現在是一個主動出擊的時代啦，不管大醫院小醫院，都應該出動出擊以爭取里民的更多認同。

TP13：無意中也可以拉近醫院與民眾的距離、醫師與民眾的距離，民眾到醫院看到醫師也比較敢講話，有時候民眾到醫院，跟醫師不熟悉啊，就不太敢講。

綜合 4 位受訪者的陳述，發現受訪者很一致地認為醫院就位於社區之中，與周遭社區民眾的關係是很密切的，更因為如此，基於敦親睦鄰的因素，或是爭取民眾認同及信賴的因素，醫院很應該走入社區，拉近與社區民眾的關係，多增加彼此的互動。其中有 1 位醫院行政實務工作者則是以深入紮根的角度，陳述醫院不可能照顧到非常大的地域範圍，因此不如將焦點釐清，針對小區域作彼此互動。

醫民關係是長期以來為人所詬病的問題，從文獻探討的敘述中，研究者引出多位學者對於醫民問題的討論，醫民互動模式從過去的父權模式直至今日所提出的共同參與模式，可以看見這個問題的倍受重視，連國內二位黃達夫醫師及賴其萬醫師也多次重申醫民關係的重要性（成令方，2002；張荳雲，2001）。醫民關係的改善是雙方的，唯有醫院放下身段，主動走入社區，才能藉以拉近與民眾的關係，使民眾勇於與醫護人員接觸，不再覺得高不可攀。這與我們的研究發現是一致的。

研究者綜合以上受訪者的陳述，發現受訪者同時認為疾病預防因素與醫院生存的理由是醫院走入社區的首要原因，其餘原因還包括因應民眾的需求，基於責任回饋的問題，還有促進醫院與社區間的互動，拉近彼此的關係，顯示醫院無論從大環境的考量，或是民眾需求觀點的考量，走入社區是勢在必行的醫院經營趨勢。

#### 第四節 醫院社區化角色之探討

醫院社區化角色的扮演，在文獻探討中已有詳細探討過，國內外學者都已提出醫院的角色已隨著時代的演變，隨著醫療環境的轉變，包括國人健康需求及健康觀念的轉變、配合國內醫療政策需求的轉變等，必須有所轉變及創新，這樣的轉變一致性地都朝向積極走入社區的方向發展。且基於醫療資源有限的考量，國內醫療資源的濫用更加重資源有效分配及運用的重要性，因此，醫院若能在有效規劃的情形下走入社區，扮演適當的角色，對於醫療資源的有效運用，社區民眾健康的促進，甚而對醫院本身的經營狀況都有正向的助益。

訪談資料經過分析發現，30 位受訪者對於醫院社區化角色扮演的看法可歸納為六種類型，分別為「教育諮詢型」、「健康管理型」、「運用政策考量型」、「主動彈性運用型」、「資源整合型」、「溝通互動型」。下面就不同背景的受訪者對醫院社區化角色扮演的六個類型說明如下（表 4.9，表 4.10）：

- 「教育諮詢型」：所謂教育諮詢型是指，受訪者認為醫院應在社區裡扮演教育諮詢者的角色，主動傳達預防保健的知識與訊息給社區民眾，且對於民眾有任何健康上的問題，都要詳細解答，以促進社區民眾的健康。
- 「健康管理型」：所謂健康管理型是指，受訪者認為醫院社區化角色扮演的部分應該包括醫療服務、預防保健、復健服務等服務項目。
- 「運用政策考量型」：所謂運用政策考量型是指，受訪者認為醫院要扮演更好的角色之前，應先有醫院評鑑制度上的規劃、健康保險制度上的配合，這樣才能有助於醫院社區化角色的扮演。
- 「主動彈性運用型」：所謂主動彈性運用型是指，受訪者強調醫院走入社區的態度要主動，而非被動地等待民眾來要求服務，且應依不同的時空環境，不同的地區特色需求，來規劃醫院在社區裡應扮演的角色。
- 「資源整合型」：所謂資源整合型是指，受訪者認為光靠醫院本身來扮演適當的醫院社區化角色並不足夠，醫院在進行服務時，應與官方或非官方的不同團體結合，或是與醫療同業或非醫療之異業合作，一起為社區民眾服務，才能有助醫院在社區裡扮演更好的角色。
- 「溝通互動型」：所謂溝通互動型是指，受訪者認為醫院應與社區多一點的互動接觸，從中建立良好的關係，以助醫院在社區裡扮演更佳的角色。

表 4.9 醫院社區化角色扮演之五大類型

受訪者代碼	教育諮詢型	健康管理型	運用政策考量型	主動彈性運用型	資源整合型	溝通互動型
TC1					*	
TC2			*			
TC3	*			*		
TC4		*	*			
TC5				*		
HM1		*	*			
HM2						
HM3	*	*				
HA1			*			
HA2	*	*			*	
HA3		*				
HA4				*	*	
HC1	*					
HC2			*			
HC3	*					*
HC4						

HC5	*	*				
HC6						
TE1	*	*		*		
TE2	*		*			
TE3			*			
TE4	*					
TE5		*	*	*		
TE6		*		*		
TP1				*		
TP2	*					
TP3						
TP4	*					
TP5	*					
TP6	*					
TP7						
TP8						
TP9		*				
TP10						
TP11		*				
TP12						
TP13					*	
總計	13 人次	11 人次	8 人次	7 人次	4 人次	1 人次

表 4.10 不同背景受訪者對醫院社區化角色扮演類型之比較表

概念 類型 人次 受訪者 背景	教育諮詢 型	健康管理 型	運用政策考 量型	主動彈性 運用型	資源整合 型	溝通互動 型	總和
衛生行政界	1	1	2	2	1	0	7
醫院行政 實務界	5	5	3	1	2	1	17
學術界	3	3	3	3	0	0	12
一般民眾	4	2	0	1	1	0	8
合計	13	11	8	7	4	1	44

從表 4.10 中發現，有 13 人認為醫院社區化的角色扮演應朝向「教育諮詢型」，其中以醫院行政實務工作者佔最多比例，共計 5 人次，而另外有 11 人次則是持「健康管理型」的看法，有 8 人次是傾向「運用政策考量型」的看法，有 7 人次是傾向「主動彈性運用型」，有 4 人是傾向「資源整合型」，有 1 人次是傾向「溝通互動型」。以衛生行政界、醫院行政實務界、學術界及一般民眾受訪者之間作比較，衛生行政界分別傾向「運用政策考量型」及「運用權變模式型」的醫院社區化角色扮演，醫院行政界則分別傾向「教育諮詢型」及「健康管理型」的醫院社區化角色扮

演，學術界則平均傾向「教育諮詢型」、「健康管理型」、「運用政策考量型」及「運用權變模式型」的醫院社區化角色扮演，一般民眾則較傾向「教育諮詢型」的醫院社區化角色扮演。以下將以受訪者所述內容說明之。

## 一、「教育諮詢型」

所謂教育諮詢型是指受訪者認為醫院應以預防保健為方向，扮演諮詢者、教育宣導者，從扮演這樣的角色中，發揮諮詢解答的功能、教育宣導的功能。共有 13 位受訪者是傾向教育諮詢型的醫院社區化角色，其中有 1 位衛生行政界受訪者、5 位醫院行政界受訪者、3 位學術界受訪者及 4 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

### 1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC3 就研究者所問問題回答內容如下：

TC3：...在醫院社區化中，對民眾來講則是要扮演一個諮詢的角色...而醫院在社區中的角色就是要扮演一個訓練者、教育者、諮詢者，提供專業的醫療資訊，讓民眾來了解。

### 2、有 5 位醫院行政實務界受訪者 HM3、HA2、HC1、HC3、HC5 就研究者所問問題回答內容舉三例說明如下：

HA2：...是一個教育者，諮詢者的角色。在教育者上，就是一些疾病的認識與預防，很正確的就醫觀念的教導；諮詢者就是提供民眾對問題的質疑，我們應該提供一個管道讓民眾來諮詢他們想要知道的問題...

HC1：簡單的講就是一個在她家的家庭醫師，比如說一個阿嬤，她有一個孫子就是念醫的，安哪兜救方便哪（台語），我隨時問我孫子啊（台語），要作到這樣的地步啦...

HC3：...我們是希望能夠作到，只要民眾隨時有什麼問題，打電話過來問時，我們這裡就有人可以詳細地回答他，或者是他來醫院希望得到什麼樣的衛教或衛教單張等，就可以提供給他；像用藥方面有什麼樣的疑問，或是照顧小朋友有什麼樣的疑問等等...

### 3、有 3 位學術界受訪者 TE1、TE2、TE4 就研究者所問問題回答內容舉二例如下：

TE2：事實上，health promotion 跟 health prevention 最主要的就是要給民眾一些健康上的知識嘛，以知識、態度、行為來講，首要的就是要讓他們有知識，讓他們知道健康的知識是什麼東西，怎麼預防疾病。所以團體衛教的功能是很重要的，健康教育者的角色是很重要的...

TE4：如果從社區衛生的角度來看，其實醫院的醫事人員應該是諮詢者的角色，比如保健的諮詢，公共衛生三段五級之類的 information，民眾可能會想知道生什麼病要看什麼科等等，這種基本的就醫常識。

### 4、有 4 位一般民眾受訪者 TP2、TP4、TP5、TP6 就研究者所問問題回答

內容舉三例說明如下：

TP4：如果是親民這樣的角色，去了解里民的需求，去告訴他們怎麼樣注意健康，比如飲食、運動：糖尿病的人要怎麼運動。尿酸症的人要怎麼吃藥；一些生活常識的教導...

TP5：既然醫院就是在醫療我們的疾病，最終的目的就是要讓我們民眾健康嘛。所以醫療也好、宣導也好，既然醫院要走入社區，就是跟我們社區息息相關，就是把他們所要宣導的事情讓民眾知道。

TP6：我覺得是擔任一個輔助性的角色，假設我是一個民眾，我可能聽過 SARS，但是可能不知道這是什麼，或是要怎麼預防，那你們就可以主動出擊，主動公布這類的訊息讓我們知道。

從 13 位受訪者的陳述中，發現受訪者一致認為醫院在社區中應是扮演教育者及諮詢者的角色，給予社區民眾基本的醫療及就醫知識，有一位一般民眾受訪者更提出醫院應配合目前的時事需要，給予民眾即時的醫療知識。對於一般民眾所提出的健康問題，也應給予良好的回應，並維持諮詢管道的暢通。其中有二位學術界受訪者皆以公共衛生三段五級的預防層次來表達醫院在社區裡應扮演衛教諮詢的角色。

從文獻探討中，我們已經了解到醫院應在社區裡扮演衛生教育諮詢者的角色，以預防醫學及公共衛生為出發點，傳播健康知識給社區民眾，藉以提昇社區民眾的身心健康（陳拱北預防醫學基金會，1999；施天岳，1994），這與我們的研究發現是相一致的。

## 二、「健康管理型」

所謂健康管理型是指受訪者對於醫院在社區中應是扮演一個健康管理者的角色，包括醫療照顧、預防保健、復健服務等範圍皆是醫院社區化的角色範疇。共有 11 位受訪者是傾向健康管理型的醫院社區化角色，其中有 1 位衛生行政界受訪者、5 位醫院行政實務界受訪者、3 位學術界受訪者及 2 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

### 1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC4 就研究者所問問題回答內容如下：

TC4：...比如像衛生所的一些疾病篩檢，如果要進一步的診斷治療，就需要到醫院，這時候如果醫院有人在社區裡面，大概就可以作這種橋樑，即是補足衛生所功能所不足的地方...每一個人的生、老、病、死，從預防保健到疾病的治療，這整個都是醫院可以扮演的角色。

### 2、有 5 位衛生行政界受訪者 HM1、HM3、HA2、HA3、HC5 就研究者所問問題回答內容舉三例說明如下：

HM1：...我們如果把醫院社區化的願景放卡高哩（台語），醫院社區化的目的就是要讓民眾健康嘛，那這個健康就不是只有不生病，是更積極地讓他們能夠預防這些疾病的發生啊，當然，從

預防的角度來看，就是要進入社區啊，就要醫院社區化。醫院社區化不是只是去那裡給人家抽血（台語），抽一抽（台語），啊你要回來治療（台語），這個還不是很符合醫院社區化的精神，而是不要讓他們有病。社區化的工作就是在預防啊...

HM3：...可以再加強的角色部分應該是要包括篩檢，保健...就從簡單的篩檢開始，像是子宮頸抹片的篩檢、乳房的檢查、糖尿病、血脂肪等方面的檢查...

HA2：是一個醫療提供者的角色...提供者就是如果有一些比較不方便就醫的民眾，包括經濟上有困難，或是行動上有問題的民眾；或是比較偏遠醫療落後地區的民眾，雖然這裡是台中市區，可能有一些市區是很偏遠的，沒有人願意去的，那我們可以去當地作一些服務啦，直接把可以帶過去的東西帶過去，提供當地醫療服務...最終希望能達到健康的管理，作到適當的預防。

### 3、有 3 位學術界受訪者 TE1、TE5、TE6 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TE5：...地區醫院最貼近民意，最貼近社區，它所提供給社區裡的有滿多的 service，例如像提供給學校，全民的孩童的牙齒好還是不好？地區醫院也可以作全民孩童的篩檢，現階段有一些醫院已經在作了，醫院跟學校訂定一個合約關係，就會有一個牙醫駐診，全體孩童來檢查齲齒的情況或是牙齒咬合不好要作矯正等等，而這個檢查是免費提供的，作篩檢後學校就會有通知單，通知家長：貴公子有幾顆齲齒，為了防止繼續惡化，需要立刻加以治療，但是考量家長公務繁忙，因此是否可准許我們的醫療機構，在下午放學時會陸續來接貴公子去牙科，我們會作後續的處置，處置之後我們會回報給您知道，您只要給貴公子帶健保卡就可以了...甚至醫院的精神科也去給孩子們作很多的測驗，了解孩子們的人際互動好不好啊？社交功能好不好啊？了解社交功能之後，可能會發覺有些孩子的社交功能是比较差的，有些孩子是很孤僻的，那醫院的精神科的人就來了，來了以後，就會辦一些暑期什麼營等等，這些營一辦下來呢，就會有很多 problem 的小朋友會來，psychologist 的人就來協助小朋友，之後看小朋友有沒有好一點...

TE6：也是以預防及復健的角色為主，尤其現在台灣已是老人國，已進入老化社會，且有很多疾病再怎麼治都是有的，所以要加強復健方面的功能...

### 4、有 2 位一般民眾受訪者 TP9 TP11 就研究者所問問題回答內容說明如下：

TP9：就是我們如果有什麼病痛的話，幫我們照料好就好了嘛。

TP11：我們醫院就扮演醫療的角色就可以了，不要造成醫療資源的浪費，像什麼蓋一個章就可以換什麼東西，這樣就不好。

從 11 位受訪者的陳述中，我們發現受訪者皆認為醫院在社區裡應提供一些服務，服務的範圍從醫療照顧到以預防為主的檢查，甚至需要依國人疾病型態的轉變而提供復健方面的服務。有一位學術界受訪者更提出除了要注重身體疾病的預防檢查，更要注意心理疾病的及早發現，才能早作處置。

從文獻探討的論述中，發現不少學者皆提到醫院的角色從過去的收容貧病之人，到以醫療高科技為主的治療醫學，近年來更轉而著重在預防醫學的提倡，WHO 於公元 2000 年提出未來醫院的角色應是提供照護



甚於治療，國內衛生署也主張以購買健康代替購買治療，足見未來健康照護的重要會從醫院醫療朝向社區醫療而轉變（Jorien Bakx,2001；謝博生，2000），這與我們的研究發現是相一致的。

### 三、「運用政策考量型」

所謂運用政策考量型是指受訪者對於醫院社區化角色的思維，不只是考量到醫院可以扮演哪些角色。而更以全盤服務規劃的角度來思考，如何運用國家的政策、制度之規劃促使醫院在社區裡的角色能扮演得更好、更完善。共有 8 位受訪者是傾向運用政策考量型的醫院社區化角色，其中有 2 位衛生行政界受訪者、3 位醫院行政實務界受訪者及 3 位學術界受訪者是抱以這種看法：

#### 1、有 2 位衛生行政界受訪者 TC2、TC4 就研究者所問問題回答內容如下：

TC2：醫院在社區裡的角色應該要分等級來講，地區醫院比較小、也比較多、比較分散，由它們去社區化就好了，它們社區化對民眾就醫也比較方便；地區醫院要有地區化...醫學中心、區域醫院它應該比較投入在重症醫療，去作研究，去教學，所以我認為應該功能上要區分，不是所有的醫院都要走入社區，這部分也要結合轉診制度的建立。比如說我們台中市醫學中心有三家，區域醫院有四家，地區醫院有十幾家，而我們台中市幅緣很集中，所以十幾家分配下來，幾乎很近的距離就有一家地區醫院了，就是說醫院要按照層級分別展現不同的功能，不是說大家全都一窩蜂跑去社區化，衛生署當初在辦醫院評鑑的時候，就有賦予它，希望它這樣發展，不是所有醫學中心都去看門診、都去搶病人，應該是功能屬性上整個區分開來，這也牽涉到整個健保制度，如果門診的收入這麼好，當然醫學中心也願意跳下去作，它不要作一些研究，這沒有收入啊，它既然叫它作「醫學中心」，不就是希望它作一些跟區域醫院不一樣的嗎...

TC4：如果要達到醫院社區化，至少每家醫院都有分區負責的範圍，一個大社區至少就有一個醫院服務的點在那裡，就像是現在正在推動的社區健康營造一樣，都有分區，這樣才不會有服務重疊啦、或是爭地盤的現象...

#### 2、有 3 位醫院行政實務界受訪者 HM1、HA1、HC2 就研究者所問問題回答內容如下：

HM1：...以現階段來看，台灣的醫院的經營或 mission 都還是以醫學、醫療本身發展的角色為主啦，反而真正社區化的企圖或趨勢還不是很強。這或許跟醫療保險給付有關吧！我一直相信保險給付會影響醫院的一些行為嘛，現在還是在論量計酬的時代，所以醫院怎麼可能會花那麼多錢去社區作社區的工作，我覺得醫院還是會斟酌啦，這部分作是一定要作啦，要拿出一部份的經費或是人力來作，不作還是對社區不好交待，但是還不會那麼地積極。醫院將來真正要社區化，如果是論人計酬的話，那醫院一定會好好地規劃，我的醫師在不在醫院裡看病人，每天就去公園，去里長那邊召集人，去晨跑啊，去游泳什麼的，這樣才能促進健康嘛，對不對？每天就開課，叫他們不准抽煙，叫他們如何戒煙，anyway，很多健康促進行為就會出現了，這樣才會省錢哪，所以我一直相信醫療給付的制度會是一個重要的關鍵。大家都是為了生存哪，若是論人計酬，你要讓整個社區民眾不生病，這樣才是生存哪。這時候角色的扮演就會有很大的改變...

HA1：...主要是大家的角色過於重疊，而衛生所的功能已萎縮，像是打疫苗部分，本來是由公家衛生所在作這樣的動作，但是現在變成各級醫院都在打疫苗，所以應直接由醫院來作認養社區

的動作即可。

HC2：我會覺得地區醫院應該是以社區醫院為導向比較好，第一，可以讓民眾感到方便，最起碼很接近他們...醫學中心應該是比較針對學術研究的部分、大型疾病的部分...政府真的要好好考慮地區醫院的生存問題，如果你覺得方圓多少里之內才能有多少家地區醫院，那就去訂好嘛，而且要好好去作篩選，作得好的，真的很認真在作的，就讓它保留下來；不好的就讓它自動淘汰，那就怨不得人....

### 3、有 3 位學術界受訪者 TE2、TE3、TE5 就研究者所問問題回答內容如下：

TE2：...醫院可以自己去劃分啊，我這個區域大概涵括到多廣，現在的醫院已經固定在哪裡了，所以執政者可以來協調哪一個部分，哪一個區域可以由哪些醫院來負責，而針對這個區域，負責的醫院可以來討論有關這個區域居民的服務事項。現在有很多大型的活動，但是都過度地重複，沒有很均勻地大家協調好，哪一個時段是由誰家醫院出來服務，讓民眾在每一個時段中，只要民眾有空，就可以參與健康的講座之類的。政府應該有計劃的結合民間醫院，或者是把社區的一個機構，比如說衛生所，納入醫療的單位，集合起來，大家說好，小型的地區來舉辦，然後活動時段不要重複....

TE3：...我還是建議，看能不能往家庭醫師方面走，因為家庭醫師對自己的病人會更了解，病人有問題也可以直接找家庭醫師，他也不會怕，沒有畏懼的心理，直接可以互相溝通。

TE5：就看醫院的層級嘛，因為醫院層級有醫學中心，也許醫學中心的角色功能可以作很多的 research，比方說一些疑難雜症，再不然的話，是比較罕見疾病，因為罕見疾病有很多基因的問題，比方說我們想了解很多的疾病是不是有遺傳性質等等，而地區教學醫院是沒有辦法來作的，那就要交給醫學中心...而區域醫院這塊，區域醫院所包涵的範圍可能比地區醫院更寬廣一些，一個區域醫院可能會支援好幾家的地區教學，它所提供的可能包涵有一些服務，有一些教學，也有一些的研究，但是研究的 level 又不像醫學中心似地的一些比較尖端的之類研究，所以我個人認為，這就像是一個同心圓。而我們的地區醫院就應該進入我們的社區了，包括很多的 health promotion，很多的出院之後的復健的狀況等等，就由地區醫院來作追蹤，且由區域醫院來協助，當區域醫院無法協助時，再由醫學中心來協助。這樣就不會造成資源重疊的情形....

從 8 位受訪者的陳述中，我們可以發現他們是從協助醫院能有效扮演更完善的社區化角色來考量，有 1 位衛生行政界受訪者、1 位醫院行政實務界受訪者及 1 位學術界受訪者認為醫院角色應依醫院評鑑所屬層級來扮演，醫學中心、區域醫院及地區醫院依評定等級的不同而分別扮演不同的角色，強調地區醫院應著重於社區化角色的扮演，如此才不會因為在沒有規劃的情形下，所有層級的醫院都同時將資源掖注同一社區，而造成醫療資源重疊浪費的情形。另外，有 1 位衛生行政界受訪者、1 位醫院行政實務界受訪者及 1 位學術界受訪者也是以資源劃分，避免重疊浪費的考量點出發，認為應以分區負責的概念，讓每一家醫院分別負責某一區民眾的健康活動，而這樣區域劃分，無論是由各家醫院自行協調，或是由執政者來進行劃分，都是可以的。有 1 位衛生行政界受訪者、2 位醫院行政實務界受訪者及 1 位學術界受訪者認為健保制度的搭配對於醫院社區化角色的扮演是很重要的，健保制度若有明確規範，則可促成醫院多重視社區化角色的扮演。有 1 位學術界受訪者則認為應實施家庭醫

師制度，有 1 位衛生行政界受訪者則是提到轉診制度的配合，這些醫療制度的建立與完善與否都會影響到醫院社區化角色扮演的好壞。

綜合受訪者的陳述，都是從醫院層級角色的職責扮演，自行協調分區負責的規劃，或是由健保制度、家庭醫師制度、轉診制度的建立來有效區分，或是強調醫院本身服務能力的加強來表達他們對於醫院社區化角色的看法，不論他們是從何角度來陳述，都可了解他們所有的顧慮都是希望能促使醫院社區化角色的扮演能更完善，使民眾得到更好的照顧。這樣的思考方向是在前面文獻探討中所沒有提到的，但的確是醫院社區化實務運作時不可不注意的細節及配套，這將可以提供醫院走入社區的一個重要的思考點。

#### 四、「主動彈性運用型」

所謂主動彈性運用型是指受訪者以一種權變具彈性的思維來考量醫院社區化的角色扮演，強調醫院應扮演主動積極提供服務的角色，而非被動地等待民眾來要求服務。且強調醫院應依不同的時代，不同的地區需求而扮演不同的角色。共有 7 位受訪者強調此種運用權變模式型的醫院社區化角色，其中有 2 位衛生行政界受訪者、1 位醫院行政界受訪者、3 位學術界受訪者及 1 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

##### 1、有 2 位衛生行政界受訪者 TC3 TC5 就研究者所問問題回答內容如下：

TC3： 要主動地走入社區，並不是說民眾來找你，你才提供服務 。

TC5：...最好是走出來到社區裡面去辦啦，如果到學校辦的話，來聽的沒幾個人，一開始台中醫院是先在醫院裡面辦啦，那可能效果不會那麼好。我的意思是說要走入社區，結合社區的需求。

##### 2、有 1 位醫院行政實務界受訪者 HA4 就研究者所問問題回答內容如下：

HA4：當然是一個主導的角色，醫院要主動願意地走入社區啊，社區有什麼要求，我們儘量去付出啊 。

##### 3、有 2 位學術界受訪者 TE1、TE5、TE6 就研究者所問問題回答內容如下：

TE1：...如果有必要的時候，可以針對地方社區的一些問題，從事一些研究，像是烏腳病地區有特殊的、地方上的問題，醫院的專業人員，或是醫學研究者也可以提供這方面的研究。我強調現在的社會是一個多元化的社會，既然是多元化的社會，它所扮演的角色及功能可能會隨著時代而有所調整，所以在角色扮演上而言，應該隨時作檢討。第二，要因地制宜啦，不同的地區，它所扮演的角色可能會不一樣，現在有一些醫院可能會配合社區，而在組織上、在功能上會有所調整，比如說長期醫療照護，它可能就會扮演長期醫療照護的角色，而減少急救啦這方面急性醫療的角色的扮演。這些都是因為社區化的方式而有所改變。所以最重要的是，醫院怎麼樣

去了解地方的問題，社區的問題，它的角色扮演，功能發揮才能有所調整與改變。在了解地方問題的部分，我認為最好是有專責單位或是專責的人員來負責啦，專責的單位方面，在醫學中心或是區域醫院方面有社區醫學部啊，社區醫學部就可以就當地民眾健康的問題作深入，進一步地了解，甚至可以提供一些必要的醫療服務啦。所以有專責的單位才能夠更積極地，更有效率地來提供醫療服務，而不單單只是被動地，由民眾需要的時候才到醫療院所去求診....

TE5： 假設是醫院社區化的話，那醫院就會主動出擊啊，因此醫院就要去看我家醫院旁邊有幾個小學、我家醫院旁邊有幾家工廠、我家醫院旁邊有哪些問題，因此我就可以把服務送到家去了啊。舉例來講，這裡都是女老師，而女老師都沒有時間去作子宮頸抹片檢查，而沒有去檢查就不知道有沒有子宮頸癌啊，但出去一趟就要半天，實在太花時間了，好！篩檢專車就開到你們家去嘛，開到你們家公司，開到校園嘛，因此老師就 make schedule (排行程表) 嘛，這樣六分鐘就可以護一生哪。這樣兩天的時間，就把附近所有的女性的子宮頸抹片作完了嘛，請問服務送到家，這樣一來，health promotion 會不會作得很好呢 。

TE6： 要看社區的人口組成成份，譬如這個社區是小孩子比較多的，那就要強調預防；如果是老人比較多，則要強調第三醫學，如果這個社區有很多急性病症，則當然以治療為主。

#### 4、有 1 位一般民眾受訪者 TP1 就研究者所問問題回答內容如下：

TP1：主動的角色。它可以主動跟社區聯絡，看要辦什麼活動，就是醫院要辦什麼活動，可以跟社區這邊的人主動聯絡。之前大部分都是我主動去找醫院的社區醫學部的主任。

從 5 位受訪者的陳述中，我們可以發現受訪者都一致認為醫院必須扮演一個主動出擊的角色，主動地為民眾來提供服務，而非被動地等待社區民眾來要求服務，主動了解並發現社區民眾需要什麼，進而主動與社區聯繫，提供服務，這樣才算是一個好的醫院社區化角色扮演。有 1 位學術界受訪者進一步提出，醫院應設立一個專責單位來負責與社區之間的聯繫，如此才能更有效率地提供服務。有 2 位學術界受訪者則是以一種比較彈性調整的角度出發，認為醫院在社區裡應展現什麼樣的角色，應依不同時代，不同的地區需求而作調整，如此才能提供社區民眾適切的服務。醫院在目前「醫療戰國時代」的環境下，必須一改從前消極在醫院等候病人來到且治療的模式，而應該以積極主動的態度，有計劃地走入社區 (BaKx J,2001；劉玲足，2000；姚振華，1978)，這樣的論述與我們的研究發現是相一致的。

#### 五、「資源整合型」

所謂資源整合型是指受訪者以資源整合的角度來思考醫院在社區的角色扮演，認為光靠醫院本身來扮演醫院社區化角色並不足夠，在提供社區民眾服務時，應注重與不同團體之間的合作，不論是官方或非官方單位，醫療同業或非醫療之異業，都應極力整合這些可運用之資源，以作為社區化服務完善提供之後盾。共有 4 位受訪者是傾向資源整合型的醫院社區化角色，其中有 1 位衛生行政界受訪者、2 位醫院行政界受訪者

及 1 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC1 就研究者所問問題回答內容如下：

TC1：其實他們可以積極一點，現在正好有一個社區健康營造中心，而這個社區健康營造中心，據我了解，其背後是由醫院來主持，而醫院假如能透過這個社區健康營造中心去推動，尤其是健康促進方面、衛生教育方面的部分，是最好的

2、有 2 位醫院行政實務界受訪者 HA2、HA4 就研究者所問問題回答內容如下：

HA2：我覺得只有純靠醫院自己來努力，可能沒有辦法把功能完全發揮出來，可能要有各方面的配合。像如果以醫院的身份去進入社區，有些民眾會有質疑 像是配合衛生局、國民健康局來共同推廣，可能會比較完全把角色、功能發揮出來。

HA4：...地方的行政人員也要配合啊，像是里幹事，他們也要配合去宣傳，總不可能一家一家地去找。

3、有 1 位一般民眾受訪者 TP13 就研究者所問問題回答內容如下：

TP13：一般醫院要走入社區，會配合地方上的衛生所，像婦女要如何照顧新生兒？要注射什麼疫苗？所以，如果醫院對當地社區的情況不是很熟悉，他會聯合衛生所的護士小姐一起來，所以一定可以發揮適時的功能。

從以上 4 位受訪者之陳述，我們可以發現受訪者對於醫院社區化角色之扮演，是著重於資源整合的概念，認為單靠醫院本身的努力，可能沒有辦法將角色扮演得很好，應該爭取相關的資源，包括社區健康營造中心、其他醫院、衛生行政單位（如：衛生局、國民健康局）、衛生所等醫療類的官方或非官方單位團體，醫院若能整合有效利用這些單位團體，對於社區化角色扮演必大有助益。

文獻中較少提到醫院整合資源的角色扮演，但以研究者之觀點，仍在文獻中提出資源整合者的角色，認為醫院能藉由本身人力密集、專業密集的結構，再有效結合相關可利用的資源，如此整合下，必能對整體社區化的經營有所助益。這樣的論點與我們的研究發現是很吻合的。

## 六、「溝通互動型」

所謂溝通互動型是指受訪者是以情感聯結的角度為出發點，強調醫院應與社區多一點的溝通，多一點的互動，強化醫院與社區之間的聯結，建立彼此間的良好關係。共有 1 位受訪者是主張強化互動型的醫院社區化角色，其中有 1 位學術界受訪者及 1 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

## 1、有 1 位學術界受訪者 TE1 就研究者所問問題回答內容如下：

TE1：現在來講，一般的社區民眾也認為醫院與社區之間的關係是越來越密切了，這可能會帶來一些正面的，也可能會造成一些負面的。所以，我個人認為醫院在加強內部管理之餘，也要重視與社區之間的互動，否則之間的衝突與摩擦會越來越多，如果處理不好的話，可能會發生醫療糾紛，民眾抗議的事件，將來也許社區的民眾發現負面的影響超過社區民眾所能夠容忍範圍的時候，就可能發生民眾抗議的事件。

## 2、有 1 位一般民眾受訪者 TP4 就研究者所問問題回答內容如下：

TP4：我是覺得它可以反客為主啦。讓整個社區裡的人看到他們來，就認為他們是社區的一份子，讓每個人都相信他。如果醫院的人在社區裡面能夠作到像以前白衣天使的故事那樣，就很好了，南丁格爾對每個人的那份親情、感情，還有那份熱心，讓每位里民對醫院都有認同的感覺，想跟他們作朋友，這樣就最好了。

從 2 位受訪者的陳述中，我們可以發現受訪者認為在這個強調互動的社會，醫院應將自己當作是社區中的一份子，既是一份子，就應與社區成員彼此溝通互動，爭取民眾對醫院的認同感。學術界受訪者是以避免醫療糾紛的角度，認為醫院可能會帶給社區民眾一些負面的困擾，而醫院有這個責任去解決相關事件，與民眾維持良好關係。一般民眾受訪者則是以親近民眾的角度，認為醫院應與社區民眾作朋友，爭取民眾認同，與民眾維持良好互動。不論是以何種角度來思考，2 位受訪者皆強調醫院應與社區建立良好關係，強化彼此間的互動。以前醫院在社區內是一個孤立的角色，現在則應藉由貼心便民的溝通，增進彼此間的了解，與社區搭起一座通暢的健康橋樑（劉玲足，2000；陳拱北預防醫學基金會，1999），這與我們的研究發現是可互相對映的。

綜合以上受訪者所述，研究發現，30 位受訪者對於醫院社區化角色的看法主要是認為醫院應在社區裡扮演教育諮詢者及健康管理者的角色。比較特別的是，受訪者還顧慮到醫院社區化的角色是否能扮演得宜，認為政策面的規劃佔了很重要的輔助角色。這樣的研究發現也顯示出，當醫院在走入社區服務時，是考驗醫院結合各方資源能力的時候，醫院必須考量社區內外環境的資源支持，且盡力爭取，爭取到越多的支持，對於經營社區與醫院有效社區化是越有利的。

## 第五節 對醫院社區化服務項目及運作方法之期待

醫院社區化服務是源自外展服務的概念，主要是由服務提供者主動去尋找服務對象，並提供適當的服務（李淑儀、蘇淑娥，2002；張時飛，

1998)，國內外已知的外展服務項目大多是有關於老人、精神疾病患者、產婦或新生兒的照顧等方面進行服務，其中都強調必須依據研究對象的特殊需求來設計相關活動，這樣的設計主要是牽涉到可運用的資源有限，而研究對象需求眾多，必須利用健康評估之類的評估方式在兩者間取得平衡，方能將有限的資源作最合理而適當的運用，因此醫院社區化服務可說是一種以民眾為導向、以社區為導向的外展服務內容與方式。本節分為二部分來說明，第一部分是探討不同背景受訪者對於醫院社區化服務項目的期待看法，第二部分是探討不同背景受訪者對於醫院社區化服務運作方法之期待看法。

## 一、對醫院社區化服務項目之期待

訪談資料經過分析發現，對醫院積極走入社區持「滿足現狀」看法之受訪者在此有表達其意見；研究者將 34 位受訪者對於醫院社區化服務項目的期待看法歸納為六種服務類型，分別為「針對三段五級預防層次來提供服務」、「針對不同對象來設計服務」、「建立民眾健康資訊系統」、「舉辦休閒活動」、「加強溝通互動」、「提供醫療優惠福利」。以下就這六種觀點說明如下（表 4.11，表 4.12）：

「針對三段五級預防層次來提供服務」：所謂三段五級預防層次來提供服務是指，受訪者對於醫院社區化服務項目的期待，都包括在公共衛生三段五級的預防項目裡。

「針對不同對象來設計服務」：所謂針對不同對象來設計服務是指，受訪者對於醫院社區化服務項目的期待，是傾向要針對不同對象、不同年齡層設計及提供不同的活動與服務。

「建立民眾健康資訊系統」：所謂建立民眾健康資訊系統是指，受訪者希望醫院能建立社區居民的健康資料系統，以助於提供居民更好的健康服務。

「舉辦休閒活動」：所謂舉辦休閒活動是指，受訪者希望醫院能在社區裡舉辦一些輕鬆的休閒活動。

「加強溝通互動」：所謂加強溝通互動是指，受訪者希望醫院能多加強與社區居民之間的溝通，以助彼此的了解，建立彼此良好關係。

「提供醫療優惠福利」：所謂提供醫療優惠福利是指，受訪者對於醫院社區化服務項目的期待，是希望醫院能提供社區居民在看診時免掛號號的優惠措施，作為對社區居民的回饋與福利提供。

表 4.11 醫院社區化服務項目期待之六大類型

受訪者代碼	針對三段五級預防層次來提供服務	針對不同對象來設計服務	建立民眾健康資訊系統	舉辦休閒活動	加強溝通互動	提供醫療優惠福利
TC1	*					
TC2	*					
TC3	*	*				
TC4	*					
TC5	*	*		*		
HM1			*			
HM2						
HM3						
HA1			*		*	
HA2	*					
HA3		*				
HA4		*				
HC1	*	*				
HC2		*				
HC3		*				
HC4		*				
HC5	*					
HC6	*					
TE1		*			*	*
TE2	*	*				
TE3	*					
TE4	*					
TE5	*					
TE6	*					
TP1				*		
TP2	*					
TP3		*				
TP4	*					*
TP5		*				*
TP6	*					
TP7	*					
TP8						
TP9	*					
TP10						
TP11	*					
TP12	*					
TP13		*	*			
總計	21 人次	13 人次	3 人次	2 人次	2 人次	3 人次



表 4.12 不同背景受訪者對於醫院社區化服務項目期待之比較表

概念 類型 人次 受訪者 背景	針對三段 五級預防 層次來提 供服務	針對不 同對象 來設計 服務	建立民眾 健康資訊 系統	舉辦休 閒活動	加強 溝通 互動	提供醫療優 惠福利	總和
衛生行政界	5	2	0	1	0	0	8
醫院行政 實務界	4	6	2	0	1	0	13
學術界	5	2	0	0	1	1	9
一般民眾	7	3	1	1	0	2	14
合計	21	13	3	2	2	3	44

從表 4.12 中發現，有 21 人次期待醫院能「針對三段五級預防層次來提供服務」，有 13 人次是期待醫院能「針對不同對象來設計服務」，有 3 人次是期待醫院能「建立民眾健康資料系統」，另外，各有 2 人次期待醫院「舉辦休閒活動」及「加強溝通互動」，除此之外，則有 2 人次期待醫院「提供醫療福利」。以衛生行政界、醫院行政實務界、學術界及一般民眾受訪者之間作比較，衛生行政界受訪者（5 人次）、學術界受訪者（5 人次）及一般民眾受訪者（7 人次）皆較傾向「針對三段五級預防層次來提供服務」；醫院行政實務界受訪者則是傾向「針對不同對象來設計服務」（6 人次），以下將以受訪者所述內容說明之。

#### 一、「針對三段五級預防層次來提供服務」

所謂針對三段五級預防層次來提供服務是指，受訪者期待醫院能針對公共衛生裡所強調的三段五級預防層次來提供社區化服務項目。共有 21 位受訪者期待這樣的服務項目，其中有 5 位衛生行政界受訪者、4 位醫院行政界受訪者、5 位學術界受訪者及 7 位一般民眾受訪者是抱以這種期待：

##### 1、有 3 位衛生行政界受訪者 TC1、TC2、TC3、TC4、TC5 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TC1：欠缺的部分，我認為還是衛生教育方面，畢竟呢，我們從整個十大死因去看，其中有六項被認為是跟慢性病有關係，而慢性病的預防，追根究底還是與飲食跟運動有關，所以若要讓國人的生命延長，或是預防疾病的部分，談到最後都會提到飲食跟運動。

TC3：我們要經營、營造民眾的健康，一定要從健康的人來作起啦。從保健的角度去切入，譬如說教媽媽，如何煮三低二高的飲食，而媽媽煮出來的飲食，就會讓家裡面的小孩子也吃到，先生也吃到，他的家人都會感受到；又像是運動方面

，運動也是需要去影響、去帶動的啊，所以我們是希望說醫院不只是提供篩檢，還能夠去提供一些保健的諮詢、保健的服務。

## 2、有 4 位醫院行政實務界受訪者 HA2、HC1、HC5、HC6 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

HA2：就是從衛教的角色去作，篩檢啊、諮詢啊這方面，比如說健康講座啊，就是一種衛教宣導嘛；然後可以作全面性的健康篩檢，像是子宮頸抹片之類的。其實我們講的健康，就包括身、心靈的健康層面了。比如說剛剛講的衛教宣導，這不只針對疾病喔，也包括心靈上的。

HC1：像是義診，還有這些病人很多都需要醫學新知 其實醫院應該是朝下作的，要作到宅配、在宅服務等。就是要能發揮到，讓所有你照顧的病人的所有健康的情況，都要能注意到 比如說冬天來了，那應該要幫他作一下中風機率的檢查，把膽固醇抽一抽、把血糖抽一抽，控制得好一點。

## 3、有 5 位學術界受訪者 TE2、TE3、TE4、TE5、TE6 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TE4：也可以走入社區作營養或食品方面的介紹等 另外，在環境衛生的部分，醫院可以針對民眾的環境衛生作一些衛教及 information 的提供。

TE5：我們就是可以拿三段五級來看，health promotion 是最重要的啦，這要靠很多的教育、很多的輔導 另一段則是 rehabilitation，因為任何一個疾病在醫院是很短的，可是問題是未來可能會形成糖尿病、慢性病等等，這些疾病是需要 follow up 的。像是拿國人十大死亡原因來看，其中很多疾病是跟飲食有關、跟我們的生活習慣有關、跟我們的運動有關、跟我們的 value systems 有關、跟我們性觀念有關、跟我們的人際關係有關等等，因此，在這些方面就應該要增強。

## 4、有 7 位一般民眾受訪者 TP3、TP4、TP6、TP7、TP9、TP11、TP12 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TP11：我們也希望能夠辦義診啊 也可以來社區裡教大家減肥要怎麼吃啊，也可以來辦這樣的一個講座啊，還有醫療常識、健保常識這些都可以。

從 21 位受訪者的陳述中，我們可以發現受訪者是基於國人疾病的趨勢，希望能預防疾病、延長國人壽命，而期待醫院社區化的服務項目應是針對公共衛生領域中所強調的三段五級預防層次，來提供相關服務，這樣才能真正有助於社區民眾的健康，包括藉由預防性篩檢、健檢來及早發現民眾的疾病，達到及早治療的目的，或是藉由衛生教育及宣導，提供民眾相關的衛生資訊及知識，如飲食及運動，甚至是健康諮詢，提昇民眾的健康觀念，讓民眾能自己注意自己的生活習慣，保護自己的健康；另外相關的復健，或是環境衛生，以及心靈層次的照護都是要注意的範圍。文獻探討中所描述社區預防層面應進行的工作（王正倫，2000；陳俊鶯，1997）與我們的研究發現是很一致的。

## 二、「針對不同對象來設計服務」

所謂針對不同對象來設計服務是指，受訪者期待醫院能針對不同對象、不同年齡層來設計醫院社區化的服務項目。共有 13 位受訪者期待這樣的服務項目，其中有 2 位衛生行政界受訪者、6 位醫院行政界受訪者、2 位學術界受訪者及 3 位一般民眾受訪者是抱以這種期待：

1、有 2 位衛生行政界受訪者 TC3、TC5 就研究者所問問題回答內容如下：

TC3： 例如慢性病方面，像是病友團體呀，醫院可以針對這個社區罹患率較高的疾病會有哪些來作出統計，這樣就可以成立病友團體，我們就可以藉由病友團體，向病人本身及家屬，從日常照護上的保健啦、或者是醫療、或者是跟生活可以結合在一起，來作知識的傳輸嘛。可以把所有的糖尿病患者都集合起來，在當地的社區，可以辦一個保健班或是什麼的；而因為糖尿病都有家族的遺傳史，所以很必要讓病人的家人都一起來參與；另外在針對糖尿病患的平常飲食，運動的控制，這些都需要家人的注意與協助控制，還有像一些足部的護理等等，也都要家人的協助等。

TC5：現在老人這個年齡越老化嘛，老化現象，所以老人問題、老人的需求、老人的照顧要再加強一下，像是老人的主動訪談、慢性病的照顧、用藥常識。

2、有 6 位醫院行政實務界受訪者 HA3、HA4、HC1、HC2、HC3、HC4 就研究者所問問題回答內容舉三例說明如下：

HA3： 會不會低收入戶會比較容易生病，比較不注意身體的健康？是還沒有看過這方面的 data 啦。像社會局啊，他們不是有補助低收入戶第幾級的有多少錢嗎？或許可以從社會局這裡拿資料，或許這些人的健康是比較有問題的。

HA4： 像如果是戒煙班，他們是自願來的，那當然要朝向有效果的方式去作，不能只是光在那裡宣導；像在宜寧中學，把抽煙的人抓來聽講座，那只是一種宣導式的作法；如果是去社區，有的人只是好奇，而不是有什麼樣的意願，那就只是宣導一下，讓他們知道，有這樣的觀念就好。

HC2： 我們也會考慮到親子之間的親密關係。像是我們會設計幾個活動，放一張大海報，讓小孩子躺下去，媽媽幫他畫輪廓，上顏色等等，或者小孩子幫媽媽畫也可以，利用這種互動的模式，增加親子間的關係。另一個是安全感，信任感的活動，小孩子躺下來，讓母親接住。

3、有 2 位學術界受訪者 TE1、TE2 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TE2： 社區民眾大部分都從事哪些工作，他們容易有哪些職業病，然後針對職業病的潛在因素來加強衛教，然後針對這群人，特別在這種疾病上作一些篩檢，這就是三段五級裡面的早期診斷，早期預防。像學校，跟工廠等的職業單位都是很好的聯盟對象，可以針對他們的機構，作一些 health promotion 的 program 也是很好，像是中國附設醫院的護理部每年都會幫台電員工上一次急救課程。

4、有 3 位一般民眾受訪者 TP3、TP5、TP13 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TP5：針對社區的老人或小孩作定期的健康檢查這樣最好。如果可以的話，希望能針對比較胖一點的里民，醫院提供一些減肥班之類的。在兒童方面，希望能提供一些知識或是寶貴的經驗給初為人母的人，讓父母能把小孩照顧得好一點，比如餵奶的姿勢要怎麼樣？幫小孩洗澡要注意什麼？冬天要先放冷水，再放熱水，別讓小孩小燙到，如果有比較危險的物品要放高，讓公母知道怎麼預防（台語）。然後老人方面，醫院可以多去探望老人，了解老人的情況，然後跟老人的家屬講，照顧這個老人時要注意什麼，如果老人隨時發生什麼問題，家屬在處理時會比較完善一點…。

從 13 位受訪者的陳述中，研究者發現他們認為不同對象、不同年齡層的健康需求是不同的，因此，他們期待醫院能針對不同的對象來設計服務項目，有 1 位衛生行政界受訪者、2 位醫院實務界受訪者提到針對不同族群的人，應視不同族群的需求來提供服務，如針對某種疾病的病友加以關心或成立病友團體、低收入戶的人可能健康也不太好，要找出這些弱勢族群加以照顧。有 1 位衛生行政界受訪者、4 位醫院行政實務界受訪者、3 位一般民眾受訪者提到，針對不同年齡層，他們的健康需求也不盡相同，針對老人問題的照顧、針對小孩問題的照顧、針對青少年問題的教育要個別設計服務的項目，甚至不同性別的健康需求也不相同，像女性有其獨特的婦女感染疾病或需求，應可針對其需求來提供服務。2 位學術界受訪者則認為醫院可與學校或是職業單位聯盟合約，專門針對這些機構單位來設計並提供健康服務。

### 三、「建立民眾健康資訊系統」

所謂建立民眾健康資訊系統是指，受訪者期待醫院能根據社區民眾的健康資料，建立社區民眾的健康資訊系統，如此將有助於社區民眾整體健康的管理。共有 3 位受訪者期待這樣的服務項目，其中有 2 位醫院行政界受訪者 1 位一般民眾受訪者是抱以這種期待：

1、有 2 位醫院行政實務界受訪者 HM1、HA1 就研究者所問問題回答內容如下：

HM1：我覺得最好、我最想作的就是作健康管理資訊系統，社區不必作得太大，小小的社區，能夠好好地作資訊系統，讓每一個民眾了解抽煙的壞處、讓他們知道酗酒對身體的壞處、他們知道高血壓要好好治療、讓他們知道婦女三十歲以上就要作子宮頸抹片檢查。這樣子，把我們整個社區民眾的 health risk（健康危險因子）降到最低。

2、有 1 位一般民眾受訪者 TP13 就研究者所問問題回答內容如下：

TP13：最好是將每個人的情況都輸入電腦，將來如果他有什麼緊急狀況啦，送到大醫院去，那就可以提供這些相關的資料給醫師作參考，可以減少第二次的病痛，像是今天在這家醫院看診，作了一次抽血，過兩三天，轉到另一家醫院去，又要抽一次血，老人家都已經沒什麼血了，又一直抽，去建立一個檔案，提供個人的資料就很好。

從 3 位受訪者的陳述，可以發現他們皆認為建立民眾健康資訊系統

是一項很重要的輔助工具，其可協助有效管理社區民眾的健康，因此是醫院社區化服務項目中不可缺少的一部分。2 位醫院行政實務界受訪者是以照顧民眾健康的角度來詮釋，認為要有效管理社區民眾的健康，針對民眾的需求作服務及後續追蹤，則要靠資訊系統的建立，方能有效掌握；1 位一般民眾受訪者則是以自身經驗及感受來詮釋，認為有些檢查過於重覆，使民眾無端受苦，應該藉由建立資訊檔，藉由資訊分享的途徑，減少重覆的檢查。

邱泰源等（2000）提出，醫院在社區內應建立社區醫療資訊系統，包括疾病個案管理及一般會員管理。這與我們的研究發現是相一致的。

#### 四、「舉辦休閒活動」

所謂舉辦休閒活動是指，受訪者期待醫院不只是在社區裡舉辦醫療保健相關的活動，更希望能辦一些休閒活動來吸引民眾參與。共有 2 位受訪者期待這樣的服務項目，其中有 1 位衛生行政界受訪者及 1 位一般民眾受訪者是抱以這種期待：

1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC5 就研究者所問問題回答內容如下：

TC5：也可以在社區內舉辦休閒活動，例如郊遊，爬山，游泳，慢跑，打高爾夫等的活動。像是技藝的培養，烹調、烤麵包、插花等的活動教導。

2、有 1 位一般民眾受訪者 TP1 就研究者所問問題回答內容如下：

TP1：另外還可以辦大型活動啊，像是演唱會那種的大型活動，不只是可以辦健康上的活動，也可以辦娛樂休閒的活動。

由 2 位受訪者的陳述，研究者發現受訪者希望醫院不只是在社區裡提供一些健康服務，也可以舉辦一些休閒活動。這的確是可以提供給醫院一個思考的方向，藉由這樣的活動過程，自然促進彼此的交談互動，營造醫院與社區之間的聯誼關係，融入社區，成為社區的一份子。

#### 五、「加強溝通互動」

所謂加強溝通互動是指，受訪者期待醫院能與社區多一點的接觸與互動，從互動溝通中達成彼此了解，建立彼此良好關係的目的。共有 2 位受訪者期待這樣的服務項目，其中有 1 位醫院行政界受訪者及 1 位學術界受訪者是抱以這種期待：

1、有 1 位醫院行政實務界受訪者 HA1 就研究者所問問題回答內容如下：

HA1：目前社區居民並不了解醫院在作些什麼，所以溝通很重要，醫院與社區民眾間的距離，不是地理上的遙遠，而是心靈距離的遙遠。

## 2、有 1 位學術界受訪者 TE1 就研究者所問問題回答內容如下：

TE1：社區的民間單位也要懂得去充分利用醫療院所，彼此雙方應該要有這種認知，可以透過社區裡的有組織的力量，與醫院對話，也了解彼此雙方面的需要。

從 2 位受訪者的陳述，了解到他們對於醫院與社區之間的互動模式，有新的期待，醫院行政實務受訪者是以實務工作經驗的角度，認為民眾對於醫院目前所作的事並不很了解，如此會因醫療專業而產生彼此心靈上的距離，這是醫院要努力的方向；學術界受訪者則是以學術理論出發點的角度來詮釋，認為醫院應加強與社區之間的溝通互動，拉近彼此的距離，進而分享彼此的功能，不僅是醫院提供服務給民眾，社區民眾也能貢獻社區的資源供醫院運用。國內林振春曾提出社區化主體與社區之間的四種互動模式，其中一種為「將社區視為可運用的資源」，這樣的觀點與我們的研究有異曲同工之妙。

## 六、「提供醫療優惠福利」

所謂提供醫療優惠福利是指，受訪者期待醫院能提供民眾一些醫療照顧上的回饋，像是看診免掛號費的優待項目。共有 2 位受訪者期待這樣的服務項目，其中有 1 位醫院行政界受訪者及 2 位一般民眾受訪者是抱以這種期待：

### 1、有 1 位學術界受訪者 TE1 就研究者所問問題回答內容如下：

TE1：醫院要給民眾在醫療照顧上有所折扣，有所回饋，像是掛號費啦等等有適當的折扣。

### 2、有 2 位一般民眾受訪者 TP4、TP5 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TP5：其實民眾大部份都是被動的啦，你叫他要主動去作什麼檢查，沒有等到疾病發生，他絕對不會去的啦，所以醫院方面希望能以回饋的方式，來鼓勵民眾自動關心自己的身體。回饋方式像是，這個里的人二月份如果去醫院檢查，就可以享有一些優待。

從 3 位受訪者的陳述，我們發現受訪者著重的是醫院對社區民眾所提供的實質回饋，認為醫院理應對社區民眾提供像是看診免掛號費的優惠，有 1 位一般民眾受訪者則更進一步指出，可利用這種回饋方式，促使民眾來醫院檢查，更注重自己的健康。研究者發現受訪者不約而同認為醫院裡所提供的服務項目是一種社區化服務項目，而有這樣的服務期待。

綜合以上受訪者的陳述，發現受訪者最期待的醫院社區化服務項目仍是以三段五級預防層次為主，其一致性相當高，顯示社區預防工作的確為一大趨勢，只是在不同對象的設計及服務提供上要更為謹慎細心；雖然已有受訪者點出民眾健康資訊系統的重要性，但所占比例仍不高，顯示受訪者對於健康資訊系統的建立仍不很重視，但事實上，早有文獻指出資訊系統的建立對於社區化服務工作的重要性，這方面的落差是值得我們深思的。另外值得注意的是，仍有一些受訪者對醫院社區化服務項目不是很清楚，對醫院社區化服務的重點所在也不太了然，雖為數不多，但這樣的認知可能會對醫院社區化經營產生影響，醫院應針對這樣的情況謹慎處理。

## 二、對醫院社區化服務運作方法之期待

訪談資料經過分析發現，對醫院積極走入社區持「滿足現狀」看法之受訪者在此有表達其意見；研究者將 34 位受訪者對於醫院社區化服務運作方法的期待歸納為七種類型，分別為「結合其他團隊共同服務」、「掌握地方需求再提供服務」、「善用適當地點場合」、「利用宣傳媒介」、「結合時節慶典」、「成立專責單位辦理」、「以贈品吸引民眾參與」，以下就這七種觀點說明如下（表 4.13，表 4.14）：

「結合其他團隊共同服務」：所謂結合其他團隊共同服務是指，受訪者期待醫院透過結合不同的組織團體或是重要人物以發揮更好的團隊運作，一起為社區民眾提供服務。

「掌握地方需求再提供服務」：所謂掌握地方需求再提供服務是指，受訪者希望醫院在進入社區提供服務之前，能先對當地社區的健康需求有所了解，再設計並提供適合當地社區的健康服務。

「善用適當地點場合」：所謂善用適當地點場合是指，受訪者期待醫院可以利用各種適當的地點或場合，來提供各種社區化的服務。

「利用宣傳媒介」：所謂利用宣傳媒介是指，受訪者期待醫院可以利用一些宣傳品或是媒介來輔助服務的提供。

「結合時節慶典」：所謂結合時節慶典是指，受訪者鼓勵醫院可以結合各類假日、節日、慶典等來舉辦社區化的活動。

「成立專責單位辦理」：所謂成立專責單位辦理是指，受訪者希望醫院在院內成立一個專責單位或是專責的人力，來專門負責醫院社區化服務的推展。

「以贈品吸引民眾參與」：所謂以贈品吸引民眾參與是指，受訪者鼓勵醫院可以贈品的方式，來吸引更多民眾來參與醫院在社區裡所辦的活動。

表 4.13 醫院社區化服務運作方法期待之七種類型

受訪者代碼	結合其他團隊共同服務	掌握地方需求再提供服務	善用適當地點場合	利用宣傳媒介	成立專責單位辦理	結合時節慶典	以贈品吸引民眾參與
TC1	*					*	
TC2	*		*				*
TC3		*			*		
TC4	*			*			
TC5	*					*	
HM1		*					
HM2							
HM3			*				
HA1	*						
HA2	*	*					
HA3	*	*					
HA4				*			
HC1	*						
HC2						*	
HC3			*	*			
HC4		*			*		
HC5			*	*	*		
HC6		*					
TE1		*			*		
TE2	*	*					
TE3	*						
TE4	*		*	*		*	
TE5	*						
TE6	*						
TP1	*						
TP2			*				
TP3							*
TP4	*						
TP5		*			*		
TP6					*		
TP7				*			
TP8							
TP9	*						
TP10							
TP11	*		*				
TP12	*						
TP13		*				*	
總計	18 人次	10 人次	7 人次	6 人次	6 人次	5 人次	2 人次



表 4.14 不同背景受訪者對於醫院社區化服務運作方法期待之比較表

概念 類型 人次 受訪者 背景	結合其他 團隊共同 服務	掌握地 方需求 再提供 服務	結合 適當地 點場 合	利用 宣傳 媒介	成立專 責單位 辦理	結合 時節 慶典	以贈品吸引 民眾參與	總和
衛生行政界	4	1	1	1	1	2	1	11
醫院行政 實務界	4	5	3	3	2	1	0	18
學術界	5	2	1	1	1	1	0	11
一般民眾	5	2	2	1	2	1	1	14
合計	18	10	7	6	6	5	2	54

從表 4.14 中發現，有 18 人次期待在作法上，醫院能「結合其他團隊共同服務」，有 10 人次則是期待醫院能先「掌握地方需求再提供服務」，有 7 人次是期待醫院能「結合適當地點場合」，有 6 人次是期待醫院能「利用宣傳媒介」及「成立專責單位辦理」，有 5 人次是期待醫院能「結合時節慶典」來辦活動，有 2 人次是期待醫院能「以贈品吸引民眾參與」。以衛生行政界、醫院行政實務界、學術界及一般民眾受訪者之間作比較，衛生行政界受訪者（4 人次）、學術界受訪者（5 人次）及一般民眾受訪者（5 人次）皆較期待醫院能「結合其他團隊共同服務」；醫院行政實務界受訪者則是較期待先「掌握地方需求再提供服務」（5 人次），以下將以受訪者所述內容說明之。

### 一、「結合其他團隊共同服務」

所謂結合其他團隊共同服務是指，受訪者期待醫院能嘗試結合不同的機構團體，或是一些重要關鍵人物的資源來共同為社區民眾提供服務。共有 14 位受訪者作如此期待，包括有 4 位衛生行政界受訪者、4 位醫院行政界受訪者、5 位學術界受訪者及 5 位一般民眾受訪者：

1、有 4 位衛生行政界受訪者 TC1、TC2、TC4、TC5 就研究者所問問題回答內容舉三例說明如下：

TC2：要從 key person 的人下手，比如說里、鄰長，其實這是很容易的，對里、鄰長而言，這牽涉到他的健康，又不用付費，號召他的里、鄰去參與。

TC4：而社區健康講座其實也可以跟一些企業這些民間團體結合來辦，也可以找一些傳播公司來設計會場佈置，海報的設計等等。

TC5： 譬如我們衛生局、衛生所、區公所、市政府辦一些活動，集合他們對民眾的號召力 透過產官學：公跟私立學校，醫院方面三者結合起來 。

## 2、有 2 位醫院行政實務界受訪者 HA1、HA2、HA3、HC1 就研究者所問問題回答內容如下：

HA2： 如果再配合教育界的學者來作，那是更好。像有些民眾很喜歡聽一些親子溝通啊什麼的，那我們就會去找像大學裡這方面的老師，如果是要講壓力的舒解，也可以請我們醫院裡的心理治療師，一起投入社區作活動的規劃 。

HA3： 就是用社區的人士去勸社區的人士，例如它訓練了很多的社區義工，然後這些人去宣導戒煙、戒檳榔，你鄰居的太太來告訴你，總比醫院的人來告訴你有效，因為他每天就在家隔壁，啊你還是照樣抽煙，他就可以不厭其煩的去糾正你，去提醒你，醫院畢竟天高皇帝遠的。像有一些婦女，他們不太生病，所以不太上醫院，也不太接觸醫護人員，而且我們講的話可能太術語了，她們可能聽不懂，就覺得跟他們距離很遙遠，所以她們會想找美容師，美髮師，因為他們的語言相近，美髮師幫她們洗頭的時候，就會告訴她們說：你最近有沒有自己摸一摸自己的胸部啊？如果發現什麼情況，就要趕快去檢查唷！那個誰也得了什麼。所以，就可以訓練美容師，美髮師啊，她們跟社區媽媽的語言相近，關心的事情也很近，就很容易聊到主題 。

## 3、有 5 位學術界受訪者 TE2、TE3、TE4、TE5、TE6 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TE2： 醫學中心跟區域醫院或者地區醫院策略聯盟，有的是技術上的策略聯盟，有的是採購啊、外包啊這種的策略聯盟；還有互相共用大型儀器 它可以跟很多機構一起合辦，比如說它可以跟基金會一起推很多的 health promotion 的活動，像糖寶寶等等 。

TE4： 學校人力可以與醫院配合 或是醫院與醫療衛生相關組織，像是 NGO 等等，這些組織因為就在社區裡，所以感覺會與民眾的距離較近，感覺是站在同一陣線的，而醫院給民眾的感覺則是專業性太重了，與民眾的距離較遠，所以醫院可以與這類組織聯繫，共同進入社區合辦活動，可能效果較好 。

## 4、有 3 位一般民眾受訪者 TP4、TP11、TP12 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TP4： 或者是要找出里內對醫療很內行的啦，對醫療認識比較深的啦，找出這些人，與他們聯繫，由他來配合應該會比較好，這樣里民對他會比較信任，因為彼此是認識的 。

TP11： 醫院如果要辦活動，可以單獨來，也可以跟北區衛生所一起來辦，如果是大的里，就用一天還是二天來辦活動，小的里就時間短一點 像環保跟醫療也有關係啊，醫院也可以針對社區裡的環保問題，跟環保局的人來社區裡一起協助宣導。

從 18 位受訪者的陳述中，發現他們期待醫院提供服務時，能多結合一些團體，重要的人物資源，整合彼此的資源，將有助於服務提供的效率，有 2 位衛生行政界受訪者、1 位醫院行政實務界受訪者、1 位學術界受訪者及 2 位一般民眾受訪者都提出，醫院應試圖結合重要關鍵人物，如里鄰長，民意代表或是社區人士，動員他們的人脈資源一齊運作，有 2 位衛生行政界受訪者、3 位醫院行政實務界受訪者、5 位學術界受訪者及

3 位一般民眾受訪者則期待醫院可以結盟各種民間及官方團體，醫療及非醫療業，包括衛生行政單位、其他醫療機構、學校單位、民間非營利組織或是營利企業，這些資源也是醫院可以與之結合運用的。

## 二、「掌握地方需求再提供服務」

所謂掌握地方需求再提供服務是指，受訪者期待醫院在深入社區提供服務之前，應先對地方民眾的需求作詳細了解，如此才能有助於提供服務的精準度、適切度。共有 10 位受訪者期待醫院能這麼作，包括有 1 位衛生行政界受訪者、5 位醫院行政界受訪者、2 位學術界受訪者及 2 位一般民眾受訪者：

### 1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC3 就研究者所問問題回答內容如下：

TC3：要看民眾的需要啦，社區的民眾需要什麼，就希望醫院可以提供什麼。如何看民眾的需求方面，可以與民間的資源作結合，與當地的里、鄰長啦，或者是社區的民意代表啦，他們跟民眾最有接觸，可能最為了解基層民眾的需求是什麼。

### 2、有 5 位醫院行政實務界受訪者 HM1、HA2、HA3、HC4、HC6 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

HM1：就去作社區調查、社區診斷，那你就自己根據自己醫院的人力、物力，設定服務民眾項目的優先順序，先了解自己社區的特性，接下來能作多少就作。

### 3、有 2 位學術界受訪者 TE1、TE2 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TE1：了解一下地方民眾的問題，這個也許才是根本之道。當醫院越來越有規模的時候，它們也有醫研部嘛，他們也可以就近以醫院周遭社區的醫療衛生的問題來了解，提供一些必要的服務，進而改善他們的問題。

### 4、有 2 位一般民眾受訪者 TP5、TP13 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TP5：看我們當地的民眾比較欠缺的是什麼？需要什麼？然後醫院來提供這些服務，那就最好了。

從 10 位受訪者的陳述。發現受訪者很一致地期待醫院在提供社區民眾服務前，能先針對當地社區民眾的健康需求作調查，如此才是一種有計劃性的、有價值的走入社區。劉文俊（2000）指出在資源有限而健康問題超出預期時，必須針對社區裡的健康問題與資源作必要抉擇，才能有效運用資源，而社區健康評估是其必要程序，社區健康評估是「一套

解決特定族群（社區）健康問題的既定方法，強調以最有效率的方式來增進社區民眾健康狀態」。這與我們的研究發現是可相呼應的。

### 三、「結合適當地點場合」

所謂結合適當地點場合是指，受訪者期待醫院能多利用適當的地點或場合來增進社區化活動的效率。共有 7 位受訪者期待醫院能這麼作，包括有 1 位衛生行政界受訪者、3 位醫院行政界受訪者、1 位學術界受訪者及 2 位一般民眾受訪者：

#### 1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC2 就研究者所問問題回答內容如下：

TC2：像縣市政府都有開區務會議，或是里、鄰長的研習，就利用這個時間去作宣導，作衛教應該是利用哪裡有集會、哪裡有活動，就往哪裡去，只是順便在活動中作一下篩檢。

#### 2、有 3 位醫院行政實務界受訪者 HM3、HC3、HC5 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

HC5：像大樓都有交誼廳啊，就可以在那裡辦講座，這樣的方式是很辛苦，但也很快能夠看到效果。到時一個講座辦下來，大家一定會有很多問題，而且當場就有醫師、護理師、營養師，民眾一定會想問很多問題，如果當場給他一個很好的服務，那他下次有什麼問題，就會來找這個醫院。

#### 3、有 1 位學術界受訪者 TE4 就研究者所問問題回答內容如下：

TE4：利用校慶活動來辦免費健檢的活動 醫院也可以走入社區，與當地的一些活動結合來辦一些演講，像是里民大會舉辦時。

#### 4、有 2 位一般民眾受訪者 TP2、TP11 就研究者所問問題回答內容如下：

TP2：是希望醫院能夠走入大樓中，因為大樓的人口比較集中，人數也比較好控制，不會民眾大老遠跑來，還要排隊等很久。

TP11：我們也希望能夠辦義診啊，沒有活動中心沒關係，就找禮拜六或禮拜一的時候，市集的人比較少，攤販比較少，就在里長街口辦也可以。

從 7 位受訪者的陳述，發現他們都極力期待醫院能利用各種不同的場合或是地點來辦活動，而非像一般傳統的里民集會場所，有 1 位醫院行政實務界受訪者及 1 位一般民眾受訪者提到可以利用大樓的交誼廳來辦活動，如此更貼近里民，而且似乎富有「服務送到家」的理念。有 1 位一般民眾受訪者甚至指出他們缺乏正式的集會場所，但是也很渴望醫院能到里裡提供服務，因此提出街口的場所也是可以利用的。

#### 四、「利用宣傳媒介」

所謂利用宣傳媒介是指，受訪者期待醫院能多利用廣告宣傳媒介，包括各種刊物、看板或是電話、電視媒體、網路方式，來配合宣導教育民眾的健康觀念，如此可輕鬆達到宣傳的效率。共有 6 位受訪者期待醫院能這麼作，包括有 1 位衛生行政界受訪者、3 位醫院行政界受訪者、1 位學術界受訪者及 1 位一般民眾受訪者：

##### 1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC4 就研究者所問問題回答內容如下：

TC4： 也可以利用電視廣告，新聞報導，透過刊物，或是自己製作海報啦，單張啦，紅布條啦，這些都可以用。

##### 2、有 2 位醫院行政實務界受訪者 HA4、HC3、HC5 就研究者所問問題回答內容如下：

HA4： 像是地理雜誌有他們自己的電視台，我們國內有關健康的電視台也沒有，媒體也要配合，如果我們有一個教育健康的電視台，更省力，更有幫助。

HC3： 現在還是覺得電訪是一個最符合經濟效益，又最有效的方法。所以，我們會採第一次電訪過後，有需要再到他家去。媽媽教室在媽媽上課後，不知道到底有沒有符合他們的需要，可以加強網路的功能，上課時，留醫院的信箱給他，若他個人還有什麼樣的問題，再回信回來，我們可以再詳細地講解，以符合他個人的需要。且我們可以利用我們自己的網站，多提供衛教方面的資料。

HC5： 像村、里長也有一些看板嘛。我們應該也可以印製一些衛教主題的單張，或是每個月在社區作一個看板，提供他們一些醫療相關的知識。

##### 3、有 1 位學術界受訪者 TE4 就研究者所問問題回答內容如下：

TE4： 利用傳媒的方式。

##### 4、有 1 位一般民眾受訪者 TP7 就研究者所問問題回答內容如下：

TP7： 其實，也可以利用電視來廣告有這樣的活動或是講健康知識啊。

從 6 位受訪者的陳述中，發現其以傳媒的方便性為思考點，認為利用傳媒的方式其影響力是很大也是有效率的一種工具，可以選擇適當的主題或是活動以這樣的方式來進行，甚至有 1 位醫院行政實務受訪者提到希望利用網路的方式來增進彼此的溝通。目前是個知識爆炸的時代，接收訊息的管道多不勝數，尤以傳媒為首要迅速之管道，若醫院能充分利用，必能達事半功倍之效。林政彥（2001）也曾提出建議，指出媒體及宣傳文宣是醫院走入社區並有效經營的利器之一。這樣的觀點與

我們的研究發現是不謀而合的。

## 五、「成立專責單位辦理」

所謂成立專責單位辦理是指，受訪者期待醫院能成立一個專責單位，有專屬的人力來負責辦理社區化的活動事務。共有 6 位受訪者期待醫院能這麼作，包括有 1 位衛生行政界受訪者、2 位醫院行政界受訪者、1 位學術界受訪者及 2 位一般民眾受訪者：

### 1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC3 就研究者所問問題回答內容如下：

TC3：醫院要有一個社區醫學部，或者醫院要有一個便民服務的方案，就是要有一個窗口啊，譬如醫院到社區去作服務，可能病人要回診或是後續有一些問題，醫院要設一個比較便民的措施，讓民眾很主動願意地回到醫院，也知道要找誰問。如果流程很複雜或是病人不知道要找醫院哪個單位，那是比較不好的。或是民間機構要跟醫院合作去作社區化服務的時候，到底要找哪一個單位，醫院應該要有一個對外的窗口來負責。醫院也要去行銷，讓別人知道有這樣的一個窗口存在，醫院內部有這樣的機制存在，問題是別人不曉得這個窗口，或是根本找不到，所以醫院要去行銷窗口。

### 2、有 2 位醫院行政實務界受訪者 HC4、HC5 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

HC4：如果未來真要作，第一，我會斟酌我的人力配置，我一定要先加強我的人力配置以及 training，我希望有專門的人力是專門負責社區工作的，不要又負責社區，又負責醫院內的工作，而負責社區工作的人是要全方位的，什麼知識都有，所以要 training 到很好，因為出去接觸到社區裡的人，不一定只會問你婦幼的問題啊，包括她也會問她先生的問題，家長的問題等都有可能會問到，所以他必須是全方位的，他的 function 要滿高的。

### 3、有 1 位學術界受訪者 TE1 就研究者所問問題回答內容如下：

TE1：這就需要有專責單位去開發，去聯繫、去溝通，如此也可以減少一些醫療糾紛，也增加效率，像是公關單位，就是一個很好的媒介、中間人，透過公關加強彼此之間的合作與聯繫要去建立一個比較有效的聯絡或是通報的管道，一旦社區的民眾，或是機關團體有任何需要時，能夠更有效，更快速地得到醫療的照顧。

### 4、有 2 位一般民眾受訪者 TP5、TP6 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TP5：是希望醫院能夠編一組人，當然也不要妨礙他們醫院本身的作業，例如組成一個義工隊之類的，隨時跟我們社區的里辦公室或是需要追蹤，需要關心的那些人保持聯絡。

從 6 位受訪者的陳述中，發現他們都一致期待醫院對於社區化的經營能以專責方式，讓一組人專門負責所有相關事務的溝通協調及辦理，且都強調單一窗口對於醫院與社區溝通的重要性。現在的運作模式，有些醫院有專責單位，有些醫院則沒有，非專責單位運作者，有兩種作法，

一種是由各單位輪流走入社區提供服務，一種是由一組人專責在處理相關事務，但他們手上也同時有醫院內部事務要處理，在受訪者的陳述中，除了有 1 位醫院行政實務界受訪者特別強調專屬人力的重要性外，其餘受訪者並無明確指出這樣的專責單位是要將全部心力放在醫院社區化的經營或是單位人力也可以兼顧其他醫院職務，但要有一個常駐式的、明確的單位來專門負責，是受訪者共通的意見。專責單位的期待平均分佈於衛生行政界、醫院行政實務界、學術界及一般民眾，顯示這樣的共識是各界都有的。

## 六、「結合時節慶典」

所謂結合時節慶典是指，受訪者期待醫院能結合特殊的節日及慶典來舉辦活動，會吸引較多民眾的參與，如此才有助於健康知識的灌輸，達成促進民眾健康的目標。共有 5 位受訪者期待醫院能這麼作，包括有 2 位衛生行政界受訪者、1 位醫院行政界受訪者、1 位學術界受訪者及 1 位一般民眾受訪者：

1、有 2 位衛生行政界受訪者 TC1、TC5 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TC1： 在飲食方面，醫院可以配合一些節慶，告訴民眾什麼是健康的食品，什麼是有礙健康的，就像是目前衛生單位在推動的三低二高，比如說現在又是年節，過年又快到了，而過年的期間又是家人大團聚的日子，難免吃多、喝多，我們就可以適時地提供給社區居民，在飲食方面應該要注意些什麼。

2、有 1 位醫院行政實務界受訪者 HC2 就研究者所問問題回答內容如下：

HC2： 配合慶典的也有，像太平有一個枇杷節，那枇杷的葉子或是果實對人體都是很好的，那我們最近不是都在講三低二高的飲食嗎？那我們就訓練了這群志工，去挨家挨戶的去推動嘛，然後去查資料，看看葉子能作成什麼飲食，最後我們把它作成枇杷凍，這樣就跟產業結合，也作出名聲了。另外，就是配合重陽節，找志工來表演要宣導的相關議題，而且也幫志工化粧、打扮，志工也很喜歡這樣的表演，台下老人的反應也很好。

3、有 1 位學術界受訪者 TE4 就研究者所問問題回答內容如下：

TE4： 利用校慶活動來辦免費健檢的活動 配合節日、節慶來辦一些演講。

4、有 1 位一般民眾受訪者 TP13 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TP13： 配合一些當地的節日來辦活動，或配合廟來辦活動。

從 5 位受訪者的陳述，發現他們期待醫院能結合一些慶典或是節日以助提供服務的變化性，增加民眾參與活動的頻率或吸收知識的效率。

## 七、「以贈品吸引民眾參與」

所謂以贈品吸引民眾參與是指，受訪者期待醫院能適時結合一些贊助贈品的廠商，以贈品提供的方式來吸引更多民眾來參與。共有 2 位受訪者期待醫院能這麼作，包括有 1 位衛生行政界受訪者及 1 位一般民眾受訪者：

### 1、有 1 位衛生行政界受訪者 TC2 就研究者所問問題回答內容如下：

TC2： 如果有辦法去結合民間單位，就送東西啊，台灣民眾貪小便宜的多得是，比如說以抹片來講，要吸引歐巴桑來，就去結合一個企業，你來就送一個東西，送一個烤箱或是什麼的，哪個歐巴桑不會爭先恐後來作。

### 2、有 1 位一般民眾受訪者 TP3 就研究者所問問題回答內容如下：

TP3： 可以送一些東西，給小孩子的東西，小禮物啦，小孩子比較喜歡的小禮物啦、氣球啦，小孩子會過來的話，那大人也會過來。

從 2 位受訪者的陳述中，發現他們是以國人喜歡有贈品的心態來思考，期待醫院能以送東西的方式，針對不同年齡層的對象來設計贈品內容，以吸引更多民眾來參與活動，有 1 位一般民眾受訪者更進一步提到，父母一般是最在乎小孩的，因此在送東西的設計上，就要以小孩喜歡的東西為首要，而非以父母個人的喜好來設計。這樣的策略可說是將民情文化加以運用的方式，來設計其參與活動的誘因，雖說有點本末倒置，致使一般民眾一開始會以領贈品的心態來參與，但如果能在活動的設計上也多加變化，說不定也能吸引民眾在參與心態上的轉變，而達成灌輸民眾健康觀念，及促進民眾健康的目的。這是值得醫院在策劃社區化活動時深思的地方。

綜合以上受訪者的陳述，發現受訪者皆是以「如何讓醫院社區化的經營更有效率」的思維來考量，而受訪者最期待醫院能嘗試去結合具有影響力的個人、團體、機構等，動員他們的影響力以幫助醫院在社區化的經營活動。當然，受訪者也提到先掌握地方需求再提供服務也是很重要的一點；在其他作法上，不論是結合地點、場所、時節、慶典，或是以贈品為誘因，這都是在活動的設計上力求變化的重要作法，吸引人潮方面，有兩種作法，一種是創造人潮，一種是利用既有人潮，除了以贈品為誘因是屬於創造人潮外，其餘皆是一種利用人潮的作法，當然，兩



種作法可以結合併用，但受訪者似乎傾向期待醫院能利用既有人潮會來得事半功倍。研究者發現，醫院走入社區提供服務時，要特別注重活動的變化性，也就是要秉持著「山不轉路轉」的原則，沒有地點，就要找地點，沒有場所，就利用各種其他集會場所，這樣的彈性運用是醫院經營社區化活動時，必須注意的事。

## 第六節 醫院走入社區可尋求的機構或資源協助

訪談資料經過分析發現；研究者將 34 位受訪者對於醫院走入社區可尋求的機構協助或資源協助的看法歸納為三種類型，分別為「民間團體的協助」、「官方單位的協助」、「重要關鍵人物的協助」，以下就這三個類型說明如下（表 4.15，表 4.16）：

「民間團體的協助」：所謂民間團體的協助是指，受訪者認為醫院走入社區時，可以尋求民間團體方面資源的協助，包括文教機構、商業團體、非營利團體、一般社區團體、職業團體、事業單位等民間的機構團體。

「官方單位的協助」：所謂官方單位的協助是指，受訪者認為醫院走入社區時，可以尋求官方單位的協助，包括官方的衛生單位及官方的非衛生單位、官方的一般行政單位的協助。

「重要關鍵人物的協助」：所謂重要關鍵人物的協助是指，受訪者認為醫院走入社區時，醫院可以尋求一些重要有影響力的人來協助，包括地方上的里長、鄰長、村長，或是地方上的重要有影響力的人；以及中央的民意代表、議員等重要的人來一起動員，取得其相關的協助。

表 4.15 醫院走入社區可尋求的機構或資源協助之三種類型

受訪者代碼	民間團體的協助	官方單位的協助	重要關鍵人物的協助
TC1	*	*	
TC2	*	*	
TC3		*	*
TC4	*	*	
TC5	*	*	*
HM1	*	*	*
HM2			
HM3	*	*	
HA1	*	*	*
HA2	*	*	*

HA3	*	*	
HA4	*		
HC1	*		
HC2	*	*	
HC3	*	*	
HC4		*	
HC5	*	*	
HC6			*
TE1	*		
TE2	*		
TE3	*	*	*
TE4	*	*	
TE5			
TE6	*		
TP1	*		
TP2	*		
TP3			*
TP4			*
TP5	*		*
TP6	*	*	*
TP7	*		*
TP8			
TP9			*
TP10			
TP11	*	*	
TP12			*
TP13	*	*	*
總計	26 人次	19 人次	15 人次

表 4.16 不同背景受訪者對醫院走入社區可尋求的機構或資源協助之比較表

概念 類型 人次 受訪者 背景	民間團體的協助	官方單位的協助	重要關鍵人物的協助	總和
衛生行政界	4	5	2	11
醫院行政 實務界	10	9	4	23
學術界	5	2	1	8
一般民眾	7	3	8	18
合計	26	19	15	60

從表 4.16 中發現，同時平均有 26 人次認為醫院可以尋求「民間團體的協助」，有 19 人次是認為醫院可以尋求「官方單位的協助」，有 15 人次是認為醫院可以尋求「重要關鍵人物的協助」。以衛生行政界、醫院行政實務界、學術界及一般民眾受訪者之間作比較，衛生行政界受訪者較傾向「官方單位的協助」，有 5 人次表達這樣的看法；醫院行政實務界受訪者（10 人次）、學術界受訪者（5 人次）皆較傾向「民間團體的協助」；一般民眾受訪者則是比較傾向「重要關鍵人物的協助」，有 8 人次表達這樣的看法，以下將以受訪者所述內容說明之。

## 一、「民間團體的協助」

所謂民間團體的協助是指，受訪者（26 位）認為醫院走入社區時，可以尋求一些民間團體的協助，包括學校單位、職業公會組織、一般社區團體、宗教團體、民間非營利組織及民間營利企業。其中有 4 位衛生行政界受訪者、10 位醫院行政界受訪者、5 位學術界受訪者及 7 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

### 1、有 4 位衛生行政界受訪者 TC1、TC2、TC4、TC5 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TC1：至於在資源方面，主要來自於民間的團體，比如說按摩業，脊椎整傷之類的民間團體組織，所謂的第三醫療，甚至是第四醫療，有些社區居民還是很喜歡利用這些民間機構的，他們在社區服務工作上，還是有些協助的，即配合醫院或衛生所在作社區服務時，也提供服務給民眾，像是氣功療法。

TC4：民間的單位有很多啊，像是青商會、扶輪社、獅字會、紅十字會，一些慈善團體等等。跟慈善團體配合有一個好處，這些團體有錢，可以解決醫院財源的問題。或是找廠商提供儀器作篩檢。大家一起合作辦活動，一人出一點錢。有一些民間團體因為都固定要作一些公益，而他們也知道衛生單位都會辦一些宣導活動，而且會有一些經費搭配，所以會主動尋求衛生單位一起來辦。另外，像是醫師公會、藥師公會、護理師公會等的專業公會團體也可以一起來配合。

### 2、有 10 位醫院行政實務界受訪者 HM1、HM3、HA1、HA2、HA3、HA4、HC1、HC2、HC3、HC5 就研究者所問問題回答內容舉五例說明如下：

HM1：那還有一些當地社區的社團，比如說老人會、長青會這些固定的社團，他們有固定的團員。再不然就是一些文教系統部分，像是學校部分；當然還有所謂的扶輪社、獅子會等等，但是這些通常都要透過認識的人或是一些管道介紹才能取得相關的資源來利用，沒有那麼容易的。

HM3：會有一些民間團體會發現你們醫院作得不錯，哪個農會、哪個獅子會、或是哪個工廠就會主動來聯絡。民間單位的助力是很大的，如果我們是跟政府機關一起辦活動，都是六、日辦，如果是工廠願意辦時，就可以在上班時抽一二個小時出來，就可以作一個初步的檢查，這樣是非常有益的，比跟政府單位合辦更好，而且抓到的民眾群是完全不一樣的。像維他露或是統一這類的大型企業，他們都很有心，而且他們願意花錢，所以有他們來贊助會更好。像農會，他們很有凝聚力，所以他們可以召集很多人來參與活動。

HA3： 我覺得學校與醫院應該要共同主辦，不只是醫院要注意健康，教育也很重要啊，所以健康知識的傳授，學校還是要負起責任，因為小學生的影響力其實是很大的，例如媽媽應該要作身體檢查，那就可以由小學生拿回去交給媽媽：哪一個醫院機構，現在在作乳癌篩檢，媽媽你應該去檢查喔，因為現在的死亡率很高喲，如果媽媽你有去檢查，那老師就會認為我有鼓勵你去，就會給我蓋個章。所以運用小孩子的力量也是一個辦法，所以老師方面很重要，老師講的話，小學生好像比較會聽，或許教一個小孩，可以影響他整個家庭。

HC1： 如果要作社區化的話，要結合異業，結合不是醫院的行業，因為小型規模的醫院，內部的資訊不夠強、公關不夠強、宅配不夠強，所以應該要結合像是大榮貨運、便利商店、統一呀、味全公司等異業。他們如果有多餘的，剩餘的物資，明明是要過期的，這個我們可以幫他們設計呀，營養師來發放，這些物資收來以後，由我們醫院去發放需要的人，比如說遊民呀，他可能在土地廟，可能在地下道，可是他還是會生病呀，只是沒人理呀。比如說一個阿嬤，家裡的小孩都去作事情了，那她剛好住三樓，三樓下來也方便，可是她明明二隻腳膝蓋發炎，她走下來一個樓梯都困難，也沒人跑去看她，她也不方便，雖然只住在我們醫院的隔壁，可是她就是不方便來醫院。在實際推展的部分，長期持續的照顧下，醫院要作很多事情，要結合更多更廣的異業，才能夠達到醫院想要作的事情，比如結合旅行社、航空公司等等，讓社區內的 500 個人出去玩，得到更多身心健康，遊覽公司免費提供十輛巴士，去科博館、去日本玩，這些都是可以作得到的事情。所以我剛剛說異業要結合，另外像是 PDA 資訊公司、像是中華電信、ADSL，比如說跟柯達結合，它能夠提供我們很高傳真的數位相機，我們到阿嬤家裡去看她，喔這個就是糖尿病的腳，要不要開刀，要不要轉院等。今天絕對不單只是小醫院自己走入社區，今天要在社區內作宅配，我們也要幫阿嬤款厝內呀，搞不好老鼠屎，蟑螂屎一大堆，搞不好床單都沒換，你說你幫他醫高血壓，你送最好的美國進口的藥給她，她搞不好連飯都沒得吃，所以要結合慈濟、結合功德會等的善心人士，大家一起來為他們打拚。

HC5：我覺得記者方面是很重要的，因為要宣傳嘛...像獅子會啦，提供金錢的協助...我們之前有跟麥當勞，他們是提供餐點；跟大潤發，他們是提供禮券跟小小的紀念品...跟台中師院合辦，台中師院是提供學生人力，他們來帶小朋友的活動。

## 2、有 5 位學術界受訪者 TE1、TE2、TE3、TE4、TE6 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TE1： 比如說有一些特殊的機構、特殊的團體、特殊的組織為了其醫療照顧上的方便性及效率性，就會去尋找一些醫療資源來提供服務，而有所謂的特約的醫院，比如說現在的職場，一般的事業單位或者是工廠，他們就需要作一般性的健康檢查或者是特殊的健康檢查；或者是醫療諮詢服務的提供啦，有必要的話，門診或是住院方面可以提供更方便的服務，像是可以簡化手續，提供必要的折扣，甚至於可以提供一系列的醫療服務，從員工的預防保健到醫療照顧，到復健方面的長期照顧等等一貫化的服務，都是可以作的，如果能夠建立一個長期的，互助合作的方式會是更有效的。

TE4： 如果要跟民間商業團體掛勾的話，像是民間的醫療器材公司，或者是民間的健檢中心等。農會也是可以的。

## 3、有 7 位一般民眾受訪者 TP1、TP2、TP5、TP6、TP7、TP11、TP13 就研究者所問問題回答內容舉三例說明如下：

TP1：他們可以跟社區健康營造中心合作。也可以找廠商來贊助活動。

TP2：慈善會、體育會都可以配合。

TP6：還有職業社團，像是勞工社團，目前在台中市有二百多個分會；商業社團，台中市有一二百個商業會。所以醫院可以鎖定這些社團，如果他們最近在開理監事會，那就可以要求透過

這個會，順便作個健康檢查、健康講座。CPR 等等。也可以透過各級的學校，還有鳳凰志工隊之類來宣傳。

從 27 位受訪者的陳述中，發現他們一致認為醫院在走入社區時，是可以尋求民間機構相關資源的協助，而且其型態是很多樣化的，包括學校文教機構、職業公會團體或是農會團體、社區團體組織、民間營利企業及非營利組織（義工慈善組織、教會組織）都是可以合作的對象，其協助的內容可包含許多，包括人力上的協助、財源上的贊助、物力上的貢獻等。研究者發現，一般民眾受訪者（5 位）大都強調當地社區組織的運用與協助，另有 1 位一般民眾受訪者則指出醫院可以跟社區健康營造中心合作。有 2 位學術界受訪者則強調可以用合約的方式與機構結合，將機構當成服務對象加以服務，顯見受訪者認為合約後，其資源的協助不只是「合辦」的意義，更有從中取得財源上的協助意涵，是另一種可供醫院參考的資源協助作法。特別的是，有 1 位醫院行政實務受訪者，是以全人照顧的角度來表達可尋求的資源協助，以照顧一個人的過程中，他需要哪些相關資源的協助，來指引醫院應該尋求的資源協助有哪些；另則有 2 位醫院行政實務界受訪者提出媒體的協助對於活動的宣傳是很重要的一環。有 1 位衛生行政界受訪者則提出社會上的所謂第三醫療團體也是可以結合的資源，這是比較另類的療法資源，而且有別於其他受訪者所提到的人力物力財源的協助，所強調的是醫療專業上的協助。現在對於醫療專業，已漸漸趨向綜合療法的型式，因此，這方面的資源能否運用得當，是值得醫院深思的一點。

## 二、「官方單位的協助」

所謂官方單位的協助是指，受訪者（19 位）認為醫院走入社區時，可以尋求一些官方單位的協助，包括官方的衛生單位及非衛生單位。其中有 5 位衛生行政界受訪者、9 位醫院行政界受訪者、2 位學術界受訪者及 3 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

1、有 5 位衛生行政界受訪者 TC1、TC2、TC3、TC4、TC5 就研究者所問問題回答內容舉三例說明如下：

TC1：公家單位當然第一個就是區公所跟衛生所，主要還是以衛生所為主，事實上衛生所也負有教育民眾、衛生宣導的職責，所以醫院與衛生所彼此當然要互相配合得很好。

TC3：我認為醫院可以跟衛生行政機關，還有衛生所作配合，還有健保局，因為健保局現在也有舉辦一些社區預防保健的活動，醫院也可以搭配他們的活動，跟著健保局的政策走。

TC5：如果光是衛生方面的話，就跟衛生局、衛生所接洽；如果不是衛生方面的話，社會局也可以啊，一般是養老啦或是福利問題。

2、有 9 位醫院行政實務界受訪者 HM1、HM3、HA1、HA2、HA3、HC2、HC3、HC4、HC5 就研究者所問問題回答內容舉三例說明如下：

HC2：如果醫院真的很深入社區的話，那是希望政府機構能不能提供給貧困的民眾一些轉介的機制，像是社會局單位的幫助。比如說，今天看到一個民眾，身體不好，那我幫他轉到醫學中心去作檢查，但是他的經濟困難方面，希望政府能提供相關的轉介資源，讓民眾知道地區醫院可以幫他轉介處理這部分的困難，讓他先心安下來，願意去進一步地就醫。因為有的病人會不敢去醫院作檢查，擔心錢的問題，現在有些民眾還是沒有健保的，通常，這種補助方案只有政府機構知道，民間團體知道，但是醫院本身卻不知道有這樣的管道。所以，如果地區醫院能知道一些民間或是公家的轉介資訊提供給病人，會比較好。

HC4：第一，我一定會先找衛生單位，第二，該地區政府機關...會跟他們有公文上的往來，報備一下；再來可能就會報備健保局，還有當地的衛生所，這些單位都需要去作協調。

HC5：另外像 119 方面的連繫，像社會局啊，醫院就可以掌握到在社區中哪些人是較弱勢的，要去關心的對象資料。

3、有 2 位學術界受訪者 TE3、TE4 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TE4：公家機關當然就是衛生局、衛生所嘛、環保單位、縣市政府等等。

4、有 3 位一般民眾受訪者 TP6、TP11、TP13 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TP6：對於一些貧困的人，連醫療費用都沒有辦法出的，醫院可以主動聯繫社會局，幫民眾爭取可以補助的部分，病患的家屬一定會更認同這個醫院，會介紹更多的人來認同醫院。

TP11：醫院如果要辦活動，可以單獨來，也可以跟北區衛生所一起來辦，如果是大的里，就用一天還是二天來辦活動，小的里就時間短一點，不要大的里也一天，小的里也一天，學校裡面的學生也出來支援，讓他們了解社區的情況。像環保跟醫療也有關係啊，醫院也可以針對社區裡的環保問題，跟環保局的人來社區裡一起協助宣導。

從 19 位受訪者的陳述中，發現他們認為醫院可以向官方單位尋求協助，包括官方衛生單位（衛生所、衛生局及健保局）以及官方非衛生單位（環保局、社會局）及縣市政府、區公所或警察局等單位，都是可以聯繫合作的單位。受訪者大都強調衛生單位的協助，尤其是與衛生所的配合，而較少提到非衛生單位的協助。顯示受訪者對於研究者所問的問題，會直覺聯想到衛生單位，而較忽略非衛生單位的資源。

### 三、「重要關鍵人物的協助」

所謂重要關鍵人物的協助是指，受訪者（19 位）認為醫院走入社區時，可以尋求一些重要關鍵人物的協助，包括當地社區的里鄰長及熱心人士，或是中央的民意代表，或是議員。其中有 2 位衛生行政界受訪者、

4 位醫院行政界受訪者、1 位學術界受訪者及 8 位一般民眾受訪者是抱以這種看法：

1、有 2 位衛生行政界受訪者 TC3、TC5 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

TC3：還有地方的一些民意代表、一些議員哪、一些里長啊、一些鄰長啊 如果這些醫院能接洽結合得很好的話，就可以從其中獲得很大的助力了。

2、有 4 位醫院行政實務界受訪者 HM1、HA1、HA2、HC6 就研究者所問問題回答內容舉一例說明如下：

HA2：里、鄰長 還有就是社會上有頭有臉的人，有影響力的人，只要是可號召人來聽，可以將訊息傳達出去的人都可以。

3、有 1 位學術界受訪者 TE3 就研究者所問問題回答內容如下：

TE3：要跟社區裡的里長、鄰長、村長配合。

4、有 8 位一般民眾受訪者 TP3、TP4、TP5、TP6、TP7、TP9、TP12、TP13 就研究者所問問題回答內容舉二例說明如下：

TP3：協辦就是里長、鄰長啊，議員也可以啊。

TP4：當然是里長、鄰長啊；還有地方上對醫療方面比較深入了解的；內行的人，就是有醫療，醫學常識的人，或者因為曾經生過大病，而對這方面比較注重的人；或是比較熱心的人。

從 15 位受訪者的陳述來看，發現其認為醫院走入社區可以尋求一些重要人物的協助，包括里鄰長、民意代表及議員、社區熱心人士。有 1 位一般民眾受訪者甚至提到，為了減低社區民眾對醫院的不信任，醫院應先與社區內懂醫療的人聯繫，由社區人士與醫院共同出面的影響力會比醫院單獨出面的影響力要好。從各界受訪者的比例來看，也可以發現一般民眾受訪者最為強調重要人物資源的協助，其中又以里鄰長為最多，這可能跟本身即是擔任里長要職有關。

綜合以上受訪者的陳述，發現型態多樣化的民間團體，是受訪者認為醫院走入社區時最能加以尋求並運用的協助資源，官方單位的協助則較偏向於衛生單位，不論是何種團體或組織，受訪者極少提到相關醫療機構的協助，文獻中也少提及社區內的各種醫療機構應互相合作，結合彼此的醫療專業，但這的確是可供有志經營醫院社區化時考量的一個方向。另一個特殊的地方是，當訪談一般民眾時，受訪者陳述到最後，大都會強調這樣的協助是醫院要自己去想辦法的，認為資源的協助方面醫院自己是有能力處理的。

醫院社區化經營中，針對當地社區需要而提供服務是很重要的，因此，社區健康問題的評估是實務運作中不可忽略的一環，劉文俊（2000）曾提到在社區健康評估時，發現社區健康問題，發掘可用資源是很重要的，在資源的利用上不外乎人力、物力及財力等資源，包括學校、機關團體、公司行號、義工慈善組織、熱心的個人等都是可以尋求的社區資源。這與我們的研究發現是相一致的。值得深思的是，也有受訪者表現出對合作雙方誠意的疑慮，表示如果雙方無法排除私心，共同為社區民眾服務，則對合作關係是一大傷害，雖然提出如此疑慮之受訪者不多，但的確發人深省，這不只代表著合作愉快度，可能會間接影響到社區民眾的權益。

以生態系統觀點加以運用至醫院可尋求的資源協助中，則可形成一個以醫院為主軸的資源網絡概念，系統的輸出會因著系統的資源投入多寡而產生不同的運作效用，醫院在社區化的經營中，若想輸出愈好，即為社區民眾提供愈好的社區化服務，則輸入部分，即投入的資源可能需要更完善及更多重的資源，基於醫院本身的能力有限，勢必須尋求外在機構或資源的協助，方可達成，而系統輸入的部分就包括我們的研究發現的部分，即民間團體的協助、官方單位的協助及重要關鍵人物的協助，其中民間團體的協助是一種非正式系統的資源投入，官方單位的協助則代表一種正式系統的資源投入，而重要關鍵人物的協助則包括正式及非正式的資源投入，在各方資源的投入下，醫院才能提供以社區民眾為中心，具連續性、持續性、責任性及完整性的「周全性照顧」。

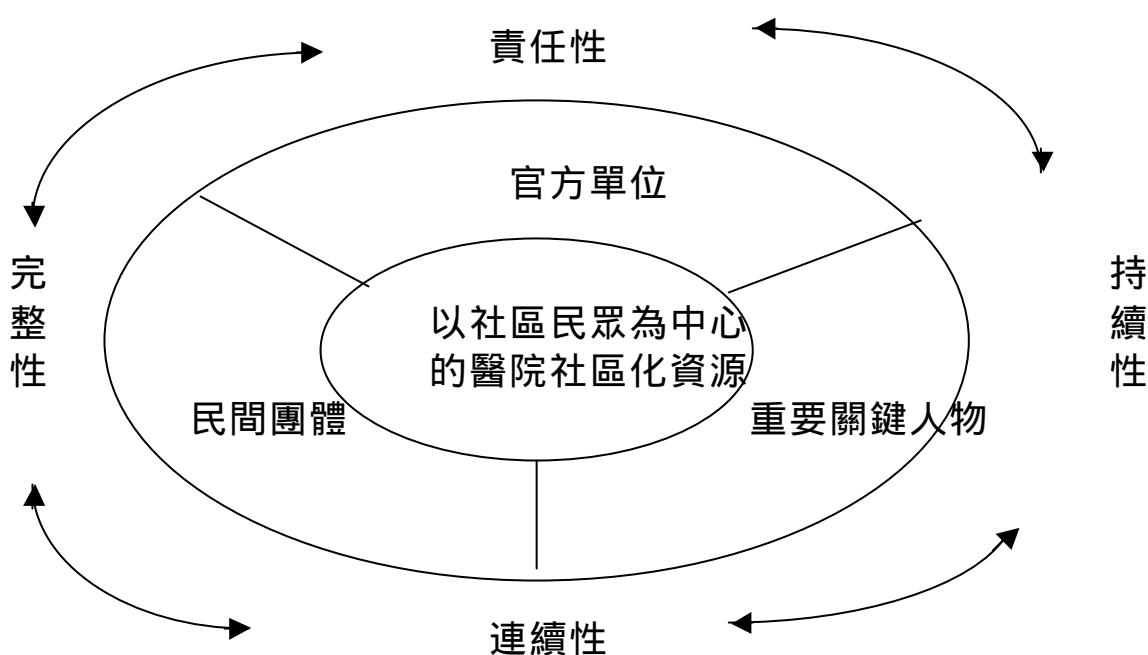


圖 4.1 醫院可尋求協助之資源網絡圖



## 第五章 結論與建議

### 第一節 研究發現與結論

本研究以深入訪談法，對於醫院社區化角色功能加以深討，旨在了解衛生行政官員、醫院行政實務工作者、學術界專家學者以及一般民眾對於醫院社區化意義之認知，對醫院走入社區之必要性看法，對醫院社區化角色功能的期待，醫院在社區裡提供服務項目之現況，對醫院在社區裡提供服務項目之期待，對醫院可尋求之機構或資源協助看法，對醫院走入社區的影響或阻礙因素，對衛生行政單位在醫院社區化中扮演角色之看法，對學術界在醫院社區化中扮演角色之看法。從中了解醫院社區化的角色與功能，且期盼能整合各界的寶貴經驗及意見，對醫院社區化的經營模式提出建議，以利相關決策者及執行者實務運作之參考。以下將本研究根據研究結果及發現所整理之結論說明如下：

#### 一、醫院社區化意義之認知

- (一) 不同的專業背景及工作經驗之不同對於醫院社區化意義之認知會有所不同，衛生行政界、醫院行政實務界及學術界對於醫院社區化意義之認知，是以較為專業的角度來解讀，而一般民眾則是以為民眾好的角度來解讀。
- (二) 本研究針對醫院社區化意義之認知整理後，發現有六個觀點，包括「取決服務項目觀點」、「主動關心回饋觀點」、「關係建立觀點」、「功能特性觀點」、「醫療資源缺乏地區補償觀點」及「著重行銷觀點」。
- (三) 訪談結果發現有大約 40%的受訪對象是持「取決服務項目觀點」的看法，其主要以醫院能提供給社區民眾的服務項目來解讀醫院社區化之意義，其服務項目則一致認為應朝預防保健層次之項目來提供。
- (四) 衛生行政界、醫院行政實務界、學術界及一般民眾受訪者比較結果，發現醫院行政實務界、學術界及一般民眾都較傾向「取決服務項目觀點」，僅有衛生行政界較傾向「主動關心回饋觀點」。
- (五)「主動關心回饋觀點」是占其次的意義認知觀點，醫院行政實務界

及一般民眾對此點較強調，學術界則未強調這一點。

- (六) 有極少數的醫院行政實務界及一般民眾受訪者會以「醫療資源缺乏地區補償觀點」及「著重行銷觀點」來解讀醫院社區化之意義，這樣的看法是衛生行政界及學術界所沒有表達的。
- (七) 一般民眾未以「功能特性觀點」來解讀醫院社區化之意義。各界對於「關係建立觀點」的支持率雖不高，但平均皆有少數人作此意見之表達。

## 二、醫院必須積極走入社區之原因

- (一) 研究結果發現，對於醫院必須積極走入社區之原因，受訪者的看法歸納為 5 種，包括「基於疾病預防需求」、「攸關醫院生存」、「因應民眾需求」、「基於責任回饋」及「拉近關係，彼此互動」。
- (二) 本研究發現，受訪者認為「基於疾病預防需求」及「攸關醫院生存」之因素皆是醫院必須積極走入社區之首要因素，各占約 40% 的受訪率。
- (三) 不同背景之受訪者作比較，衛生行政界較傾向「基於疾病預防需求」的原因，而未強調「基於責任回饋」及「拉近關係，彼此互動」之因素看法；醫院行政實務界受訪者則認為「基於疾病預防需求」及「基於醫院生存」同樣重要；學術界及一般民眾受訪者則較傾向「因應民眾需求」因素。

## 三、醫院社區化角色的期待

- (一) 研究結果發現，受訪者對於醫院社區化角色期待可歸納為 6 種類型，包括「教育諮詢型」、「健康管理型」、「運用政策考量型」、「運用權變模式型」、「資源整合型」及「溝通互動型」。
- (二) 本研究發現，受訪者最為強調「教育諮詢型」，認為醫院社區化角色的扮演應朝這個方向來作，以醫院行政實務界最為強調這一點。
- (三) 「健康管理型」是其次被考量的角色扮演類型，以醫院行政實務界最為強調這一點。

- (四)「運用政策考量型」與「運用權變模式型」嚴格說來並不算是一種角色的扮演，但有一些受訪者會強調此點，認為醫院社區化角色要扮演得宜，必須運用政策的相互配合，且要依不同的時空地點需求以調整醫院在社區中所扮演的角色，這兼顧社區民眾的需求與醫療大環境的整體考量，特別的是，一般民眾並未特別強調政策考量的部分。文獻中也有論述支付制度對醫院社區化運作的重要性及影響性，因此也得以了解政策制度方面若能充分配合，對於醫院社區化的運作將會是一大助力。
- (五)「資源整合型」也是一個被受訪者所提到的重要角色，在文獻探討中並無學者有提出這樣的角色扮演，但從一些受訪者的言談中得知這樣的角色在整個社區化運作中是很重要的，可提供醫院實務工作者一個良好的思考方向。

#### 四、對醫院社區化服務項目之期待

- (一) 研究結果發現，受訪者期待醫院社區化之服務項目可歸為 6 種，包括「針對三段五級預防層次來提供服務」、「針對不同對象來設計服務」、「建立民眾健康資料系統」、「舉辦休閒活動」、「加強溝通互動」、「提供醫療優惠福利」。
- (二) 本研究發現，受訪者最期待的醫院社區化服務項目為「針對三段五級預防層次來提供服務」，可見各界對於醫院社區化服務的方向已有一定共識，都以預防層次的服務為準則。尤以一般民眾為數最多。
- (三) 以不同背景之受訪者來作比較，衛生行政界、學術界及一般民眾皆較為期待「針對三段五級預防層次來提供服務」，僅有醫院行政實務界是較傾向「針對不同對象來設計服務」。
- (四) 期待「建立民眾健康資料系統」之受訪者為醫院行政實務界及一般民眾受訪者，尤以醫院行政實務界較多，而衛生行政界及學術界之受訪者均未強調此項服務項目。
- (五) 期待「舉辦休閒活動」之受訪者，以少數衛生行政界及一般民眾為主，醫院行政實務界及學術界則未強調此服務項目。
- (六) 對於「加強溝通互動」項目之期待，以少數醫院行政實務界及學

術界為主，衛生行政界及一般民眾則未強烈期待此服務項目。

- (七) 少數學術界及一般民眾受訪者表示期待醫院能「提供醫療優惠福利」，尤以一般民眾較多，但在衛生行政界及醫院行政實務界則未有人提及。

## 五、對醫院社區化服務運作方法之期待

- (一) 研究結果發現，受訪者對於醫院社區化服務運作方法之期待歸為 7 種，包括「結合其他團隊共同服務」、「掌握地方需求再提供服務」、「結合適當地點場合」、「利用宣傳媒介」、「結合時節慶典」、「成立專責單位辦理」以及「以贈品吸引民眾參與」。
- (二) 本研究發現，受訪者最為期待醫院能「結合其他團隊共同服務」，結合其他單位機構或團體之資源，使服務提供之力量更為強大。
- (三) 以不同背景受訪者之間作比較，衛生行政界、學術界及一般民眾皆期待醫院能「結合其他團隊共同服務」，而醫院行政實務界則較期待醫院能先「掌握地方需求再提供服務」。
- (四) 「掌握地方需求再提供服務」是其次為受訪者所期待的服務運作方法，認為在提供任何服務之前，應掌握地方上的特色及需求，針對當地健康需求設計服務項目，會是一種比較好的運作方法。
- (五) 期待醫院能「以贈品吸引民眾參與」之受訪者以少數衛生行政界及一般民眾為主，醫院行政實務界及一般民眾訪者並未提及此。

## 六、醫院走入社區可尋求的機構或資源協助

- (一) 研究結果發現，受訪者對醫院走入社區可尋求之機構或資源協助可歸為 3 種類型，包括「民間團體協助」、「官方單位的協助」、「重要關鍵人物的協助」。
- (二) 本研究發現，有最多受訪者認為醫院可尋求「民間團體協助」，多種多樣的民間團體是醫院可尋求的最大資源寶庫。尤以醫院行政實務界之受訪者為數最多。
- (三) 以不同背景受訪者之間作比較，醫院行政實務界、學術界及一般

民眾受訪者較傾向「民間團體協助」，而衛生行政界則較傾向「官方單位的協助」。

- (四)「官方單位的協助」為其次受到受訪者重視的可尋求資源，認為當地或中央官方單位是必須要先作報備的單位；或是一種以官方之公權力為醫院背書的力量，可使民眾產生信任感。尤以醫院行政實務界之受訪者對此期待最多。
- (五)從醫院可尋求的機構或資源協助中，可透過民間、官方及重要關鍵人物的資源協助，形成一個醫院社區化運作可運用的資源網絡概念，醫院走入社區時，也正考驗著醫院是否有結合周遭資源的能力，此網絡概念有助於醫院走入社區時，以資源點形成資源面，再形成資源網的整體規劃。

## 第二節 研究建議

為促進全體國人的身心靈健康，讓國人免於慢性疾病的威脅，落實醫院對社區民眾的照顧，完備的醫院社區化實務運作及相關政策必須被更精細的評估及規劃，本研究經過研究者親自且針對受訪者個別地進行訪談，研究者在整個訪談過程中，有感於目前衛生行政界、醫院行政實務界、學術界及一般民眾對醫院社區化意義缺乏整體清楚的認知；醫院社區化在實際推動上，各家醫院作法紛亂有歧，在各種因素的限制下，缺乏統一整合的規劃，政府在缺乏相關研究調查及相關法令規劃的情形下，也未能主導整個過程的推展，因此，希望藉由提出以下幾項建議，而有助於未來建構醫院社區化實際運作的架構與服務模式。

### 一、對衛生行政部門的建議

- (一)訂定醫院提供社區化服務之相關政策及獎勵措施，鼓勵醫院能積極落實為社區民眾服務的行動：

目前對於醫院提供社區化服務上，並無明確的政策或獎勵措施，只有在醫院評鑑相關規定上，針對醫學中心或區域醫院，有規定其應進行社區服務，但此規範內容似乎過於粗略，在配分上也嫌不高，因此仍無法有效促使醫院落實服務社區行動；且在地區醫院無進行社區服務的規範，地區醫院應是最貼近社區民眾的醫療機構，也更應該訂定相關政策，包括服務細項、服務時數、服務人力等醫院資源的投入，鼓勵醫院走入社區，為民眾提供適切的健康服務；除了相關政策的訂定，促使醫院有

所遵循外，更應訂定相關配套措施，包括財源補助、學者專家的協助、人員支援、物資供給等資源的獲得，而不致使醫院在無資源協助的情況下，反而有害於醫院社區化的落實。因此，衛生行政部門應盡可能短期內，召集相關決策者、行政者、學者專家、醫院實務工作者以及一般民眾代表，共商如何訂定相關政策及獎勵措施，以永續經營的理念，規劃相關作法，以政策與獎勵措施雙管齊下，如此才能形成政府、醫院與民眾三贏的有利局面。

## （二）整合社區內相關的醫療資源，規劃分配資源的有效運用：

在落實醫院社區化的同時，衛生行政單位必須特別注意社區內醫療資源的投入情形，醫院社區化應朝向團隊合作的模式來推展，包括醫療及非醫療團隊的投入與合作，但也要避免醫療投入有重疊或衝突的情形發生，社區內若有醫學中心、區域醫院、地區醫院，則應適當而有效作資源的規劃，如：大家都投入在某一社區進行服務，但服務細項不重複，甚至可以分區負責的方式，依地理範圍的大小，行政區域的多寡，及醫院家數，醫院資源的多寡，以使醫療資源的運用有效率。另外，也要考量社區內診所資源的運用，促使其資源投入團隊，一方面顧及診所生存問題，一方面也為醫院的下游資源銜接預鋪良徑。

## （三）成立醫院落實社區化專屬之基金會，務使財源良好運用：

醫院社區化的落實需要資金的長期投入，衛生行政單位可以監督身份成立一基金會，專供醫院社區化的運作使用，鼓勵法人或慈善團體踴躍捐獻，加上衛生行政單位的補助以及醫院的投資，定期開會檢討運用情形，公開予外界了解，共同為醫院社區化來努力。

## （四）衛生行政體系應獨立一專責單位，以統籌規劃相關醫院社區化事務：

目前有關醫院社區化的單位以台中市為例，是醫政課及保健課，在職責劃分上，若醫院走入社區需要向衛生行政單位報備，則屬醫政課管轄；一般的社區保健篩檢，則屬保健課管轄。為有效推動醫院社區化之業務，衛生行政單位很應該獨立一專責單位，統籌規劃相關事務，與醫院、社區及其他相關機構團體接觸，提供醫院走入社區之所需協助，包括醫院與醫院之間資訊的互通有無，將表現良好的醫院公布及予以鼓勵，使其他醫院得以倣效；或是醫院之間人力上的搭配與支援；或是醫院尋求資源的管道提供等等，作為醫院與醫院、醫院與其他機構團體、

醫院與衛生行政單位之間溝通的橋樑。

(五) 建立醫院社區化認證制度，鼓勵醫院爭取認證，維持並促進醫院提供社區服務的品質：

醫院提供社區服務的品質控管之責，必須由衛生行政單位作統一管理，成立一小組規劃醫院社區化之認證制度，使醫院爭取榮譽，並提供訓練或見習之管道，輔導醫院朝向優良社區化之代表醫院。這樣的認證制度必須非評鑑一次即得永久資格，必須每隔三年重新評鑑，以維護社區民眾之健康權益。

(六) 對於醫院之所屬單位應明確劃分及劃一，避免多頭馬車管理模式：

目前醫院所屬管轄單位紛亂，署立醫院歸衛生署管轄，私人一般醫院歸地方政府衛生單位管轄，如此管理單位不一的情況下，對於醫院社區化的統籌規劃將是一大傷害，在資源的搭配上也會呈現多頭馬車而不統整的情況，因此，衛生行政單位有必要將醫院所屬單位齊一劃分，以利醫院社區化實務運作時，醫院與衛生行政單位、醫院與醫院之間的溝通互動。

## 二、對醫院實務工作者之建議

(一) 加強內部員工之訓練，包括社區服務觀念及實務運作技巧，俾使醫院走入社區時作好醫院內部全體員工齊全準備：

針對醫院走入社區這件事，醫院必須加強訓練內部員工，包括服務社區的理念及實務運作技巧。內部員工屬於內部顧客，因此得到外部顧客的滿意之前，必須先得到內部顧客的滿意，社區工作是一團隊的工作，講究的是醫院上下各部門能否去除本位主意的意識，互相搭配合作，因此，必須對內部員工進行心態準備課程，強調醫院走入社區的決心，灌輸醫院各部門團結合作的心態，避免醫院在好不容易進入社區之後，卻因為內部員工的不滿意影響到外部顧客對醫院的負面印象。另外，在實務社區化的運作上，醫院必須針對實務進入社區的第一線工作人員進行訓練，包括提供社區化服務的方針；取得各種資源協助的技巧；與社區民眾接觸，彼此形成良好互動的技巧等等，使第一線人員能更有信心，對提供社區化服務更有概念，知道怎麼去推展。

(二) 成立一專責單位，負責有關醫院社區化之對外聯繫：

醫院內部應成立一專責單位，專門負責有關醫院社區化的實務推動事務，成為對外一致的單一窗口，包括與社區民眾的溝通，與衛生單位及其他民間機構團體的溝通。且要極力行銷此專責單位的存在與聯繫方式，讓外界得以更便利，更有效率的方式與醫院對話。

(三) 與其他醫療機構形成良好互動，結合醫療專業上的力量，共同為社區民眾謀求健康福利：

為提供高品質的醫院社區化服務，必須透過醫療機構之間，以醫療專業合作又競爭的態勢促使彼此的進步，不論是同一層級醫院之間的平行合作，或是不同層級之間的垂直合作，都是需要有效建構並形成長久經營的互動關係。

### 三、對學術界的建議

(一) 實際參與醫院社區化服務工作，從中了解實務運作的問題，透過學術專業的研究調查，協助實務工作者解決問題：

學者專家針對醫院社區化的運作研究，應不只包括醫院社區化的效益作評估，或是規劃醫院社區化的整體運作，更重要的是，針對實務面執行時，會產生的問題加以探討並提出解決方法，而這些一定要親自跟隨醫院社區化第一線工作人員實務田野活動，才能知曉其中關鍵所在，因此，學者專家應本著眼見為憑的態度，實際了解運作，提供精闢的解決之道，以助醫院社區化實務工作之順暢。

(二) 在社區裡開設醫院社區化講座，推廣醫院社區化之認知，讓民眾更了解醫院社區化的意義及對民眾的好處，排除民眾的疑慮：

醫院社區化的終極目標，是希望能促進社區全體民眾之健康。民眾目前對於醫院（尤其是私人醫院）走入社區的活動意義還不是很清楚了解，在缺乏了解的情況下，很難為了自己或家人的健康積極參與醫院社區化的活動，而有違醫院社區化的美意，而對於社區民眾觀念上的教育，則必須由學術界開設相關課程，一方面加強民眾對自己健康的重視，一方面使民眾了解醫院社區化的真諦及實際作的事項，使民眾因了解而產生信賴感，積極為自己及家人的健康參與各種活動，為社區整體健康一齊打拚。



### 第三節 研究限制

本研究之限制有如下幾點：

- 一、本研究為質性研究，採用深度訪談法進行資料收集，因其研究時間限制，研究對象不會太多。另外，為求地緣之方便性，研究者僅就台中市有經衛生署醫院評鑑通過之「地區醫院」以上之醫療機構實務工作者，及一般民眾、學術界學者、行政界官員為主要研究對象；不同於量化研究的隨機抽樣方式，本研究是採取立意取樣，取樣過程仍難免有遺珠之憾，無法廣納更多寶貴的經驗與意見，此為研究限制之一。
- 二、研究期間，研究者仍努力鑽研研究法，並遵循質性研究深入訪談之步驟，以蒐集需要之資料並作為資料分析之依據，期能儘量符合客觀，不預設立場及不受既有相關理論之影響，以進行本研究。研究者在整個研究過程中，負責訪問，文字謄錄，資料分析等工作，雖力求研究立場之客觀中立，在資料呈現與分析過程中，仍不免有個人主觀涉入，此為研究限制之二。



# 參考文獻

## 中文部分

- 王正倫 (2000)。社區預防醫學。台北：九州。
- 王俊文、葉德豐、陳紫郎 (1999)。健保新時代醫療產業之生態與因應。醫院，32(2)，17-31。
- 王培勳 (1996)。如何推動社區化福利服務。社會福利，124，6-8。
- 王順民 (2001)。宗教關懷與社區服務的比較性論述：傳統鄉村型與現代都市型的對照。社區發展季刊，39，42-58。
- 王雅各 (2001)。綜論質性研究。資訊傳播與圖書館學刊 7(4)，15-36。
- 王琇蘭 (2000)。從公私部門福利角度功能談社會福利社區人之運作模式。社會科學學報，8，165-190。
- 中華民國醫師公會，台中市各類醫療機構數  
<http://www.med-assn.org.tw/stats/stats3.asp>
- 內政部統計資訊服務網 <http://www.moi.gov.tw/w3/stat/home.asp>
- 中國醫藥學院附設醫院 <http://www.cmch.org.tw/htdocs/index.php>
- 仁愛醫院 <http://www.jah.org.tw/>
- 司徒達賢 (1994)。策略矩陣分析法基礎。管理評論，13(2)，1-22。
- 江東亮、劉淑珍、徐淑莉 (1998)。台灣的健康狀況與國際之比較。厚生雜誌，3，31-36。
- 朱美珍 (1999)。台灣社區發展的歷史過程與未來發展。人文學報，4(23)，61-81。
- 成令方 (2002)。醫「用」關係的知識與權力。台灣社會學，3，11-71。
- 李尚仁 (2000)。英國國家醫療服務制度下的醫病關係：社會史學回顧。醫學教育，4(2)，206-213。
- 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。台灣公共衛生雜誌，20(3)，216-227。
- 李淑儀、蘇淑娥 (2002)。嘉義地區長期照護管理示範中心專業人員外展服務之探討。長期照護雜誌，6(1)，45-56。
- 沈茂庭 曾憶玲 (1997)。跨越山地離島的障礙--偏遠地區醫療改善試辦方案。全民健康保險，6，6-8。
- 沈華海、林俊彥(2000)。學校社區化經營的理念及策略。高中教育，12，47-51。
- 宋經綸 (2003)。水里鄉社區健康問題及健康營造現況之分析探討。台中：中國醫藥學院環境醫學研究所碩士研究論文。
- 邱泰源 (2001)。社區醫學教育與健康照護。台灣醫學，5(2)，212-220。
- 邱泰源、陳慶餘、侯勝茂 (2000)。社區醫療體系之建構 - 以社區為主的

- 醫療體系。台大社區醫療通訊，16，33-42。
- 吳建樑（1999）。醫療關係與消費者保護法。醫事法學，6-32。
- 林上青（2001）。由營造健康社區看基層衛生組織。護理雜誌，36，39-41。
- 林政彥（2001）。新設立醫學中心對當地社區醫療影響之研究 - 以內湖地區為例  
。台北：銘傳大學公共事務學研究所公共管理及社區發展碩士在職專班研究論文。
- 林晉寬、阮業春（1996）。應用組織生態觀點探討零售商店之業態關係。明志工專學報，28，83-117。
- 林振春（2000）。學校與社區結合的模式與可行的作法。教師天地，108，8-14。
- 林振春（1999）。從社區與學校互動談如何落實學校社區化。中等教育，50(6)，7-12。
- 林振春（1998）。社區警察與警察社區化。社區發展季刊，82，34-40。  
長庚紀念醫院全球資訊網 <http://www.cgmh.org.tw/index.htm>
- 洪美玟（1997）。「社區精神醫療保健工作」之評價研究。公共衛生，24(2)，109-128。
- 胡幼慧（1996）。質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
- 胡幼慧、姚美華（1996）。一些質性方法上的思考。收錄於胡幼慧編，質性研究：理論、方法及本土女性研究實例，141-157。台北：巨流。
- 侯夙芳（1998）。淺述系統理論。警學叢刊，29(3)，243-256。
- 施天岳（1994）。社區醫學與社區醫院。北市醫誌，4-5。
- 施教裕（1997）。福利社區化的理念與實務之探討。社區發展季刊，77，41-49。
- 姚振華（1978）。怎樣辦好社區醫療服務 - 義診。口腔醫學，2(1)，53-55。
- 翁上錦，張永翔(2001)。高職如何推展學校資源社區化工作。技術及職業教育雙月刊，62，25-30。
- 翁林仲（2001）。思考台北市立醫院的定位及策略調整。北市衛生，57，8-13。
- 翁毓秀（1999）。社區照顧 社會福利社區化與社區發展。社會福利，141，45-53。
- 陳世堅（2000）。社福與衛生體系平行整合的長期照顧系統模式建構之研究。台中：東海大學社會工作學系博士班博士論文。
- 陳快樂 呂孟穎 吳聖良（1999）。精神病患社區醫療照護方案之評價研究。公共衛生，26(1)，49-58。
- 陳信宏（2001）。日本社區醫療學習之旅。領導護理，4(1)，9-12。
- 陳拱北預防醫學基金會（1999）。公共衛生學（上冊）。台北：巨流。

- 陳美蓉 (1988)。台灣地區家庭醫學發展之過去與未來。社區發展季刊，43，15-18。
- 陳俊鶯 (1997)。我對社區精神醫療的看法。台灣衛生，354，29-32。
- 陳建州 (2001)。建構終生學習社會的第一步 - 學校社區化，社區學校化「中間機構」模式。現代化研究，27，89-97。
- 陳淑娟，周志浩 (1998)。市立醫院未來之角色及定位 - 走向社區。北市衛生，18-19。
- 陳楚杰 (1994)。醫院組織與管理。台北：宏翰。
- 陳慶餘 (1999)。台大醫學院社區醫學教學之回顧。醫學教育，3，79-84。
- 許敏桃 (1998)。社區精神病患主要照顧者心理衛生教育之需求。護理研究，6(4)，290-303。
- 國立台灣大學附設醫院  
[http://ntuh.mc.ntu.edu.tw/cgi-bin/bvuser.dll/ehospital/index.jsp?BV\\_UseBVCookie=no](http://ntuh.mc.ntu.edu.tw/cgi-bin/bvuser.dll/ehospital/index.jsp?BV_UseBVCookie=no)
- 畢恆達 (1996)。詮釋學與質性研究。收錄於胡幼慧編，質性研究：理論、方法及本土女性研究實例，27-45。台北：巨流。
- 徐震 (1999)。台灣社區工作的新形勢與新願景。社區發展季刊，88，168-176。
- 莊逸洲、黃崇哲 (2000)。醫務管理學系列 - 組織經營。台北：華杏。
- 葉宏明 (2002)。非營利醫院 - 台灣醫界的最佳選擇。台灣醫界，45(7)，52-54。
- 曾竹寧 (2001)。失能老人社區照顧服務網絡建構之研究。台中：東海大學社會工作學系博士班博士論文。
- 彭朱如、羅芳怡、許芳瑜、陳尚興 (2002)。醫院策略與產業競爭 - 理論模型分析。醫務管理期刊，3(1)，1-25。
- 郭義復 (2000)。博物館社區化與博物館社會教育網絡建構之研究 - 以高雄地區為例。社教雙月刊，29-39。
- 黃光國 (1999)。知其短，守其長：論「系統思維」的特色與限制。應用心理研究，3，1-8。
- 黃明山 (2000)。健保實施後對地區醫院之衝擊及建言。台灣醫界，43(6)，47-48。
- 黃評譯 (1986)。基層醫療保健與醫院任務的協調。醫院雜誌，19(6)，6-9。
- 黃源協 (1999)。福利社區化的迷思與省思—以鹿港實驗計畫為例。社區發展季刊，87，121-134。
- 黃譯瑩 (2001)。從系統理論觀點探究活動課程與九年一貫綜合活動課程：本質、原理與展望。應用心理研究，9，215-251。
- 張英陣，李慕恩(1999)。社會福利社區化的推動原則與模式。社區發展季刊，87，110-120。

- 張苙雲 (2001)。醫療與社會 - 醫療社會學的探索。台北：巨流。
- 張時飛 (1998)。中國城市老人的外展服務。 社工實務 , 3, 84-100。
- 張潤書 (1998)。行政學。台北：三民。
- 陶蕃瀛 (2000)。打造一個永續的農村社區 - 921 地震後中寮鄉的社區工作經驗。 社會文化學報 , 10, 1-15。
- 詹弘廷 (2000)。結合社區資源, 發展輔導功效。 輔導通訊 , 64, 14-18。
- 楊秀儀 (1997)。誰來同意? 誰作決定? - 從「告知後同意法則」談病人自主權的理論與實際: 美國經驗之考察。 台灣法學會學報 , 20, 367-410。
- 裘茗茗 (1999)。訪美國密西根大學護理研究所教授歐克莉博士 - 談結合醫院與社區之經驗及未來趨勢。 榮總護理 , 16(3), 319-321。
- 廖宏恩、周穎政、李丞華 (2001)。未來十年醫院的挑戰與因應。 醫院 , 34(3), 41-45。
- 彰化基督教醫院全球資訊網 <http://www.cch.org.tw/>
- 澄清醫院 <http://www.ccgh.com.tw/>
- 劉文俊 (2000)。社區醫學概論。 台大社區醫療通訊 , 5, 1-2。
- 劉文俊、李龍騰、陳慶餘 (2000)。社區健康評估 - 解決社區健康問題的基本工具。 當代醫學 , 27(6), 47-51。
- 劉仲冬 (1996)。量與質社會研究的爭議及社會研究未來的走向及出路。收錄於胡幼慧編, 質性研究: 理論、方法及本土女性研究實例 , 121-137。台北：巨流。
- 劉玲足 (2000)。前進社區健康好厝邊。 台灣醫學 , 4(1), 43-47。
- 鄭夙芬 (1997)。如何將心理衛生教育落實於社區。 社區發展季刊 , 77, 118-131。
- 衛生署醫政處 (2001)。90 年度醫院評鑑項目。  
<http://www.doh.gov.tw/org2/b5/1214-2.htm>
- 謝博生 (2000)。迎向 21 世紀的醫療體系。 台灣醫學 , 4(1), 38-40。
- 簡春安、鄒平儀 (1998)。社會工作研究法。台北：巨流。
- 蘇景輝 (1999)。社區照顧實務探討。 社區發展季刊 , 87, 225-236。

## 英文部分

- Allen-Meares, P. & Lane, B.A. (1986)。Grounding Social Work Practice in Theory : Ecosystem. Social Casework, 65(6), pp323-329。
- Andrew Green (1999)。 An Introduction to Health Planning in Developing New York: Countries. Oxford University Press Inc.

- Barnett K. ( 2002 ). Building Powerful Partnerships: The Role of Hospitals in Community-based Public Health. Community-based Public Health Policy & Practice,3. pp.1-4.
- B. Johansson, L. Holmberg, G. Berglund, Y. Brandberg, M. Hellbom, C. Persson, B. Glimelius, P.O. Sjoden ( 2001 ) Reduced Utilisation of Specialist care Among Elderly Cancer Patients: A Randomised Study of A Primary Healthcare Intervention. European Journal of Cancer,37. pp.2161-2168.
- Diana L. Kerr, Ronald M. Davis ( 2000 ) The Guide to Community Preventive Services: Managed Care/ Clinical Practice Commentary. American Journal of Preventive Medicine,18. pp5-6.
- Don R. Rahtz, M. Joseph Sirgy( 2000 ) Marketing of Health Care Within a Community: A Quality-of-Life / Needs Assessment Model and Method. Journal of Business Research,48. pp165-176.
- Gareth Williams, Rob Flynn, Susan Pickard ( 1997 ) Paradoxes of GP Fundholding: Contracting for Community Health Services in The British National Health Service. Soc.Sct,45(11). pp.1669-1778.
- Jan Mitcheson, Sarah Cowley ( 2003 ) Empowerment or Control? An Analysis of The Extent to Which Client Participation is Enabled During Health Visitor / Client Interactions Using A Structured Health Needs Assessment Tool. International Journal of Nursing Studies,40. pp.413-426.
- Jorien Bakx, Christina Dietscher, Adriaan Visser. ( 2001 ) Editorial Health promoting hospitals.Patient Education and Counseling,45.pp237-238.
- Jurgen M. Pelikan, Karl Krajic, Christina Dietscher ( 2001 ) The Health Promoting Hospital(HPH): Concept and Development. Patient Education and Counseling, 45. pp.239-243.
- Ken Hillman ( 1999 ) The Changing Role of Acute-care Hospitals.MJA,170. pp325-328.
- Kirk, J. & Miller, M. ( 1988 ). Reliability and Validity in Qualitative Research London:Sage.
- Lather, Patii ( 1986 ) Research as Praxis. Harvard Educational Review,56(3). August.
- Lofland, J. ( 1984 ) Analyzing Social Setting: A Guide to Qualitative Observation and Analysis.. Belmont, CA : Wadsworth.
- Miller, W. L. & Crabtree, B. F. ( 1992 ) Primary Care Research: A Multimethod Typology and Qualitative Road Map. Doing Qualitative Research,pp3-28.
- Mishler, E. G. ( 1986 ) Research Interviewing: Context and Narrative. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Patton, M. Q. ( 1995 ) Qualitative Evaluation and Research Methods. California : Sage Publication.

- Peshkin, A. ( 1985 ) Virtuous Subjectivity: In the Participant-Observer's I's., Exploring Clinical Methods for Social Research., pp267-281.
- Rubin, A., & Babbie, E. ( 1997 ) Research Method for Social Work. CA : Wadsworth.
- Strauss, A., & Corbin, J. ( 1990 ) Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park, CA: Sage publications, Inc.
- Starr,Paul ( 1982 ). The Social Transformation of American Medicine. New York: Basicbooks.
- Wendy Sand Sobey( 2002 ) Barriers to Postpartum Depression Prevention and Treatment: A Policy Analysis. Journal of Midwifery & Women's Health,47(5). pp.331-336.
- WHO(2000). The Role of The Hospitals in A Changing Environment. Bulletin of the WHO.

# 附錄：訪談大綱

## 當代醫院社區化角色功能之探討

--以台中市「地區醫院」以上之醫療機構為例

指導教授：陳世堅教授

研究生：林玉恩

醫院：經衛生署評鑑合格之醫學中心，區域醫院，地區醫院

- 1.以您的看法，您認為所謂「醫院社區化」的意義為何？
- 2.就您的了解，您認為目前醫院積極地走入社區之原因為何？
- 3.您認為目前醫院在社區中所發揮的功能是否完備？有哪些(方面)做得還不夠的地方？又醫院在社區中所扮演的角色是否恰當？有哪些可以再加強之處？
- 4.您認為醫院在社區中應提供哪些服務項目？應以何種運作方法來提供服務？
- 5.您認為醫院走入社區時，可以和哪些單位或機構作配合？需要哪些相關資源的支持或協助？

訪談對象的基本資料：

性別：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 教育程度：\_\_\_\_\_

職稱：\_\_\_\_\_ 工作年資：\_\_\_\_\_ 專業背景：\_\_\_\_\_

在社區裡所擔任的職銜：\_\_\_\_\_ 擔任里長年數：\_\_\_\_\_ (由一般民眾回答)