

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景

西元1978年，世界衛生組織（World Health Organization，簡稱WHO）於阿瑪阿塔（Alma-Ata）宣言中強調健康是人類的權利（Essential human right），同時也提到「參與」之重要性，認為能使促進健康成功的唯一途徑是將社區包含於計畫之中，健康應該是“by the people, not for the people”（Haro，1987）。世界衛生組織歐洲部於1986年提出「健康城市」的概念，希望透過社區民眾的主動參與，營造健康的生活形態。因此，我國依此概念與運作模式發展出適合台灣本土的「社區健康營造中心」。

我國衛生署自1999年起推行「社區健康營造計畫」，採三年一期的方式，希望由居民及社區內的機關團體成立「社區健康營造中心」，透過社區內外資源之結合，應用社區健康推廣策略，由民眾參與制定社區健康營造對策，並共同執行，改變社區居民不健康的生活方式及型態，並逐漸建立民眾「防患於未然」與「健康能營造」的觀念，以達整體社區健康成長之目標，增強社區對於健康促進之自主性及自發性。希望在民國93年的時候，能達到每一個鄉鎮市區至少有一個社區健康營造中心的目標（衛生署，1999）。這項計劃與健康生活方案計畫至民國93年3月底，在全國已有302個鄉鎮成立社區健康營造中心，過程中投入大量的經費與人力。

自民國84年實施全民健康保險後，民眾的就醫可近性提高，但醫療資源的浪費，使得國家得醫療費用支出屢創新高，亦使全民健保的經營出現財務危機。健保局為了因應逐年攀升的健保費用，所提出各項健康保險支付制度的改革（例如論病例計酬、論質計酬、論人計酬、總額預算等改革措施），即為解決健保困境而設計，希望加重醫療院所對控制總體醫療費用的責任，引導醫療院所由原先增加服務密度方式，轉而重視病患的健康管理，強調全人的照護。長庚醫院管理中心主任莊逸洲強調，在總額預算制度實施後，未來醫療事業經營將成為『預防疾病發生』的事業，對健康的人做疾病預防，對有病的人做健康照護，這樣一來，病人愈健康，醫療支出愈少（葉雲炫，2000）。因此，醫院的經營模式與典範已產生巨大變化，醫院的角色將從急性治療、以住院為主的模式，轉變為疾病預防與健康促進。

台灣在民國92年5月遭逢SARS的創傷，引起國內社會階層的高度省思，專家學者對於健保體系所提出的缺點包括：平均就診次數偏高、醫院發展偏重門診醫療服務、家庭醫師及分級醫療觀念有待推廣、預防保健服務需再加強、醫病雙方資訊流通平台待整合、支付標準之公平與合理亟待檢討等。行政院SARS防治及紓困委員會李明亮指揮官也表示，這次動員社區進行全民量體溫對抗SARS運動，是台灣

有史以來的第一次，如果全民和社區都有自己管理自己的觀念，並建立共識，那麼這次為 SARS 所付出的代價就沒有白費（中華民國社區營造學會，2003）。在我們認真思考落實社區衛生防疫工作的同時，應結合縣市衛生局引進專業資源，邀請學者專家和社區健康營造實務工作者，將社區 SARS 的社會重建知識和動能，並動員社區民眾成立自律的健康防疫組織，以理性的態度導引我們避免因無知所造成的恐慌。

運用社區民眾的合作，動員社區的力量，整合現有的資源，做好社區防疫觀念的推廣與落實，把防疫、心靈重建、保健知識和溫親關懷互動轉換成爲民眾共同學習的行爲模式，形成一種自律的社區互助防疫網絡及通報系統，以發展出一套評估模式與社區健康組織的認證，以及社區 SARS 防治的標準流程，有效防堵 SARS 流行，幫助社區民眾心靈上的重建和社會重建，營造安心、信心與愛心的健康安全社區。

近年來，隨著社會環境的變遷，醫療機構從過去側重於以醫療服務去吸引民眾，到引導社區民眾學習健康生活，將傳統治療疾病的消極面觀念，轉化爲預防疾病和健康促進的積極面，以求健康社區化，建立與社區相互合作的組織，喚醒社區民眾自我照顧的能力。因此，醫院承辦「社區健康營造計畫」是跨入社區的一個好方法，醫療院所逐漸轉變自居的心態，主動積極的走入社區、關懷社區，提供更廣泛的醫療照護及保健服務。

## 第二節 問題陳述

近年來，台灣的醫療產業受到全民健保的實施與加入 WTO 的衝擊，醫療市場產生劇烈的變化與競爭，由中央健保局的統計資料中，我們得知健保特約西醫醫院的數量由民國 84 年底的 681 家到民國 92 年 10 月的 539 家，其中醫學中心與區域醫院是增加的狀態，而地區醫院卻由 568 家減少到 436 家（中央健康保險局，2003），我們可以發現醫院有朝向大型化發展，而中小型醫院逐年關閉或轉型的趨勢，中小型醫院的生存面臨了前所未有的挑戰，醫院思索如何突破，做好與病患的連繫，找尋其利基（niche）所在，是各醫院管理階層深思的問題。

醫院面對醫療相關法規、醫院評鑑的種種要求，加上民眾權益意識高漲，對品質要求日益嚴格，醫院所需的軟硬體成本節節高昇，競爭對手的規模日益壯大，競爭壓力越來越多等情況下，中小型醫院的經營困境更是雪上加霜。同時也反映出，政府衛生機關與社會大眾對醫院扮演角色的多重期待，由傳統的以醫院為中心的服務與協商轉變為健康促進與社區參與，因為有這樣的需求，醫院管理者對於社區資源發掘與社區關係的經營日趨重視，第一強化醫院與社區資源結合的廣度及深度，加上社區組織與志工團體若能和醫院做密切地配合，更能降低醫院的人力成本與提高服務效能；第二透過醫院自動自發的社區參與，加強民眾對健康議題的瞭解與落實，讓醫療服務提供者與社區資源共同合作，建立優質的醫療保健體系（廖秀幸，2001）。因此，醫院參與社區健康營造，與社區交換互補性資源，產生策略價值，強化競爭力，開創出自己生存的利益，是一條非常可行之路。

傳統醫院總是被動接受患者，加上民眾對疾病缺乏自覺及對健康概念的缺乏，一旦罹病又常因循拖延、不積極尋求就醫，所以醫院在社區中是一個孤立的機構，人們只在遭遇病痛時才會想到它。隨著經濟的發展、國民所得的提高、國民教育水準提昇，促使政府體認到保障國民身心健康的重要，進而開始檢討改進醫療照護體質，民眾也愈來愈重視健康促進及預防疾病議題。現今醫院競爭日益激烈、服務也不斷擴充，醫院除了扮演傳統的診療角色外，更應加強幫助社會預防危害事故之發生、民眾身心兩方面之照顧。因此，以醫院為健康基地，向社區推進，規劃和舉辦促進民眾健康相關議題活動與服務，是醫療院所必需重視的新方向與發展目標，醫院在未來如何有效的運用策略來促進社區民眾健康及發揮醫院使命及功能（羅瑞煌，2001）；為了因應日益競爭的醫療環境，這將醫院經營上是一項重大的考驗。

醫院若能參與或承辦「社區健康營造中心」，平時即走入社區，主動對民眾提供預防保健與健康諮詢的衛教工作並對接受預防保健篩檢民眾建立個別健康管理檔案，作為未來各年度健康篩檢比較建立永久關係。當民眾一發生健康問題時，

即能藉由社區健康營造中心人員的協助立即就醫，如此，不僅解決民眾的健康問題，亦擴展醫院所應扮演的角色，增加醫院的營運收入，也為醫院在行銷上建立無數通路。

在面臨社會環境造成的健康問題、醫療費用的遽增、民眾重視生活品質之際，唯有推動健康促進，鼓勵民眾將健康生活型態融入日常生活中，並培養民眾能力與知識，激勵社區的參與及資源有效的投入，以促進社區健康。因此，政府衛生機關積極鼓勵醫療機構參與社區健康營造計畫。除了保持目前基層衛生單位提供民眾基本的醫療保健服務、衛教宣導等原有的功能外，更加強基層衛生單位對於社區資源之利用，不僅僅是與社區合作辦理各種衛生教育活動，還要充分整合各行政部門、醫療機構及社區組織之資源，有效的提升民眾的健康。並且能有效引導社區民眾產生自主、自助之力量，推動社區營造，成為未來提升社區健康的有效策略。

過去，在醫療資訊不對等的情况下，病患對自己的疾病狀況並不瞭解，對醫師萬分尊重，醫師要求做的檢查和用藥，就算是不需要的檢驗檢查，病患也都只能照單全收。然而，近年來，民眾的教育水準提升，對自我保健觀念的重視越來越高，民眾對醫院要求的不再只是疾病的診治，已逐漸的要求醫院能夠走入社區，與社區建立密切的關係與相互融合，而不是只在自己的象牙塔中提供服務。所以醫院應將社區化的概念與公共衛生中三段五級的觀念相結合，提供初級之促進健康與弱勢族群的保護（如疫苗接種、婦幼與老人的衛教等服務），次級之早期發現早期治療（如子宮頸抹片檢查、高血壓與糖尿病篩檢等服務），以及三級之避免殘障與提供復健，以防止疾病與傷害的再度惡化，使醫院從以往只提供疾病治療的服務轉變為對疾病的保健與預防。因此，如何營造民眾健康的生活習慣，讓「健康生活化，生活健康化」能深植民心，是醫院在推動社區化時極為重要的觀念。

過去幾年來，國內外醫院參與社區健康服務活動的情況相當盛行，但針對醫院承辦或參與社區健康營造中心相關理論的探討研究較少（廖秀幸，2001、羅瑞煌，2001），國內有關的研究大多集中於社區健康評估（郭倩琳，1995、黃明珠等，1996、邱啓潤，1998、盧孳豔等，2000、張麗春，2002），醫院的社區化及社區衛生保健服務之研究（李麗華，2000、金台明，2002、黃明仁，2002、林麗珠，2003、林玉恩，2003），各社區健康營造中心的推動現況與評估（白璐，2000、南玉芬，2001、吳永鐘，2001、管敏秀，2002、張耀文，2003、陳毓璟，2003），社區健康營造中心志工的教育訓練與健康促進活動成效之研究（莊宜佳，2001、董靜茹，2003、林美志，2003）等，較少針對醫院承辦社區健康營造中心之推動者（執行長）與志工團體進行深入的瞭解與研究。

因此，本研究將以醫院作為推動社區健康營造中心的主體，再依據國內外學者對於醫院參與社區健康營造之動機、目的、運作的成效、志工團體的參與和教育訓練等議題進行探討，由「結構-過程-結果」三構面來整理、探討與評估台中地區的醫院目前承辦「社區健康營造中心」之現況與成效，希望經由這份研究，能讓承辦社區健康營造中心之醫院做自我的評估與審查，亦希望藉由研究訪談資料來瞭解與分析執行成效和所遭遇的困境，提供其他醫療機構在承辦社區健康營造中心時之參考，同時也作為國內已推動社區健康營造計畫之醫院，加強其推動社區健康照護之努力方向，及檢討實施狀況時之參考。

### 第三節 研究目的

目前學界對於醫院承辦社區健康營造之研究仍非常欠缺，所以本研究將針對台中地區醫院評鑑等級為地區醫院以上之醫院所承辦之社區健康營造中心運作進行評估與探討，本研究整理相關營運績效之文獻，研究者歸納後發現Donabedian之「結構-過程-結果」三構面的概念，與研究之目的最為契合，故本研究採用Donabedian「結構-過程-結果」之概念，作為本研究的主要架構，並將研究目的整理如后，希望本研究能真正對醫院在推展社區健康營造時有所助益與省思。

- 一、依結構面探討醫院承辦社區健康營造中心之動機與目的、中心成立宗旨、經費來源、單位設備和空間配置狀況、主要推動人員之認知之認知觀點。
- 二、依過程面探討醫院承辦社區健康營造中心之保健志工招募與教育訓練、醫院承辦之營造中心所推動的社區活動項目、內容、承辦人員和參與對象。
- 三、依結果面探討醫院承辦社區健康營造中心對醫院營運績效與形象的影響、社區資源整合狀況、遭遇的困難與挑戰。

本研究期望藉由「結構-過程-結果」三構面的問題設定，來探討以醫院為基地，向社區推進，舉辦促進民眾健康相關議題活動及服務等醫院未來應重視的新方向與發展策略，以及醫院在如何有效的運用策略來促進社區民眾健康，與如何發揮醫院與營造中心的功能和使命，以因應日益激烈競爭的醫療環境。

## 第二章 文獻探討

本章藉由相關文獻的整理，來探討社區健康營造的定義與推行方法，並討論醫院承辦營造中心的動機、型態與運作績效評估。研究者將以六小節來進行文獻探討，內容包括：社區與健康社區的定義、社區健康營造的意義、醫院參與社區健康營造的動機與型態、醫院承辦社區健康營造中心的績效評估、系統理論、相關研究。

### 第一節 社區與健康社區的定義

本節主要針對「社區的定義」和「健康社區的意涵」進行文獻回顧與整理。

#### 一、社區的定義

社區一詞源自拉丁字（*communis*），意指同胞或共同關係及感覺（黃晴文，1995），社區一詞在希臘文中指「友誼」或「團契」之意。世界衛生組織（WHO）曾於1974年為「社區」下過定義，社區是一個由地緣或共同價值興趣決定而成的社會團體，成員彼此相識並有互動關係，社區在社會結構中運作，展現其價值、規範與社會組織。Shamansky 與 Pesznecker（1981）定義社區是由人組成，在一個時空內形成相互連結的網路，藉著力量的互動發揮功能。而以系統理論分析，社區是一個開放的社會系統，由一群有共目標的人在特定的時空下形成（Simth & Maurer，1995）依照不同特性可分為地理性社區（*geopolitical community*）與現象學的社區（*phenomenological community*），前者著眼於天然界線下或行政區域下的社區，後者著眼於相同的文化、價值觀、興趣與目標（張麗春，2002）。由此可知，社區是由地理上的特性與人文上的特色所形成的一個網絡系統。

社區就是一個小社會、小政府、小國家、小宇宙；社區是住在同一個空間地理範圍內一群有共識，有共同行動能力的一群人（Roderick E.，1985）。社區就是一群人，他們（1）住在相當鄰近的地區，彼此常有往還；（2）具有若干共同的利益，彼此需要支援；（3）具有若干共同服務，如交通、學校、市場等；（4）面臨若干共同問題，如經濟的、衛生的、教育的等；（5）產生若干共同需要，如生活的、心理的、社會的等；社區是在特定地區生活的一群人，他們有共同利益或是歸屬（陳其南等，1998）。社區的定義中特別強調人與人之間的溝通與合作的方式，因為人是構成社區的主要因素，所以所有與人有關的事物都會在社區中進行和發展。

Joan & Katherine（1988）將社區的定義歸納為十項：1.結合社會各單位與各

組織系統，執行主要的社會功能，滿足地方需要的複合體。2.一個具有執行功能，以滿足地方實際需要為基礎，而相互作用，相互關連的複合體。3.顯示社會、文化及環境特色的固定區域。4.一個能滿足各成員需要的群體。5.有共同旨趣或遵循重點的一個群體。6.能夠彼此分享生活中一些重要事項的一個群體。7.有相似風俗習慣或環境特質的一群人。8.一個相互關連，具有自主性的政治或社會體系。9.一個地方，一群人，一個社會系統獲一個解決問題的社區。10.一個有固定區域範圍與共同旨趣的社會群體，他的成員們彼此認識並相互交往，在這個特殊社會結構下行使功能，並表現創造規範（norms），價值觀（values）和社會福利事業（social institutions）。因此，社區指的是一群人，他們有共同的生活環境，有共同的問題與共同的需要（轉引自尹祚芊等，1997）。社區是一個複雜且緊密的複合體，這個複合體要能夠滿足社區成員的需要和解決成員的問題，以發展出共同的規範、價值觀和社區中的福利系統。

李增祿（1995）綜合各學者的學說將社區定義整理為：1.測重地理、結構、空間的與有形的社區：只居住在某一特定地區的一群人或這些人生活的所在地。2.測重心理的、過程的、互動的與無形的社區：指共同利益、共同命運、共同願望、共同背景、共同職業等之人群。3.測重社會的、組織的、行動的與發展的社區：只基層自治自覺的行動單位或稱地方性社區。社區除了重視地理空間的定義之外，還重視社區居民的、心理的、過程的、互動的關係，以及社區中的發展關係。

綜合以上諸位學者的論點，可以歸納出社區的二個觀念：「人」與「環境」密切結合的關係發生在社區，以及人類的健康和「人」與「環境」是互為影響的關係，所以研究者將「社區」定義為一群人在一固定的區域範圍內，互相有所關聯，相互依賴和合作，共同行使社會功能，具有生命共同體的關係。「社區」意涵著「情感」（對社區的認同感）、「組織結構的」（包含了人群在特定時間與空間之關係）、「功能的」（滿足共同的需要）等三個層面。

## 二、健康社區的意涵

行政院衛生署所謂的社區健康，與世界衛生組織（WHO）所倡導的健康城市（health city）的概念是相同的，茲就健康城市的發展與定義說明如下。健康城市的發展歷史（衛生署，2000），在 1844 年英國利物浦成立「城鎮健康協會(Health of Town Association)」，希望改善人口過多造成的生活品質低落。接下來在 1930 到 1970 年初期，衛生政策以醫療取向。在 1974 年加拿大的 Lalonde Report 重新定義健康，健康促進觀念萌芽。而 1978 年 W.H.O 提出 Alma-Ata 宣言，認為健康是人類最基本的權利，健康不僅是沒有疾病而已，政府和人民同負健康責任。真正確立健康城市的執行方式，是在 1986 年 W.H.O.提出的渥太華憲章，世界衛生組

織歐洲總部提出「健康城市」計畫，選定 6-8 個城市計畫推動；在 1988 年擴大為 14 個城市；1991 年成長為 35 個城市；而在 1995 年全球已有超過 3000 個城市加入健康城市（社區）計畫。因鑑於此，台灣衛生署在 1999 年提出「社區健康營造計畫」；2003 年接著提出「健康生活社區化計畫」。

從健康城市的發展歷史來看，健康城市的推廣工作，可以說已經被世界各國廣泛的接受。健康城市（社區）的概念，首先是城市政府需要對改善居民的健康做出具體承諾，然後透過一致的行動計畫，鼓勵社區參與及起始跨部門的合作機制，以集體的努力與國內外的資料網絡聯絡進行人力、物力、科技及資訊之交流，以達成實施健康城市的目標（林金定等，2002）。讓全世界的各個國家能依此健康城市的實施概念，各自發展出屬於自己國家特色的健康城市。

我們若用一個人來比喻，一個健康的人其體內各個器官、組織功能一定都是完整的，但並不代表每個單位都完全一樣。健康社區是每個成員或家庭各有其特色，並能互相協調支援，如此，所做的事情才能完整。以動態的角度而言，健康社區應是一種連續性的共同努力過程，包括政府、企業家、藝術家、科學家等及社區居民結合為一整體，來共同掌握及促進社區的健康（吳永鐘，2001）。由此可知，我們可以知道健康社區是需要社區大眾共同參與和合作的，每一個人跟部分都是缺一不可的。

世界衛生組織（WHO，1992）提到一個健康城市應具備有下列十一項指標（林金定、羅慶徽等，2003；葉彥伯，2003）：1.乾淨、安全的高品質環境。2.生態系統平衡，而能有持久的將來。3.強而有力且相互支持的社區。4.高度社區參與及社區自治，尤其以生活、健康與福祉之議題。5.滿足市民的基本生活需求（如食物、飲水、住宅、安全與工作）。6.市民能藉多元管道獲得不同的經驗和資源。7.多元化且具活力與創新的都市經濟活動。8.能保留歷史古蹟並尊重地方文化。9.是一個有特色的城市。10.提供市民有品質的衛生與醫療服務。11.市民有良好的健康狀況。

依據 Hancock 及 Duhl 的解釋：「健康城市是一個持續創造和改進城市的物理與社會環境，擴展社區資源，讓社區民眾彼此互動，展現其生命中各項功能，並發展他們最大潛能的都市。」（Hancock，1993；Duhl，1996；葉金川，2000）而健康城市的市民都有一定的共識，了解健康，並想去改善；而非只是市民健康達到某一個特定的水準。

渡邊能行（2000）提到健康都市的特質有：1.高品質、清潔而安全的物理環境（含住宅的品質）。2.現狀安定與長期維持可能的 Ecosystem。3.強而有力的相互支援，並非壓榨的社區。4.由市民高度的參與調整，來決定自我的生活、健康、

well-being。5.全市民基本需求（飲料、水、避難場所、收入、安全、勞動）的相關集會。6.廣泛相互接觸、交流，且隨著爲了交流，而擴大範圍經驗與資源的可近性。7.多樣、有朝氣有活力的嶄新京都市經濟。8.促進與過去的市民文化、生物學遺產、其他群體、個人的連結性。9.適合可能、提升符合上述品質的都市形態。10.提供所有市民最適切的公共衛生服務與最適當層級（level）的疾病看護服務。11.高度健康狀態（高水準的 positive health 之低疾病水準）。

Christopher F. A. & Mary A. P.（2000）提到一個更健康的社區並非只是一些隨機的成果（random outcome），它能作爲替代照護（caring）結果，這個照護結果在一個龐大地聯合成果之下，社區民眾的共同參與。兩位學者歸納出健康社區的七個模式（seven patterns of a healthy community）：1.四處培育領導人員（generate leadership everywhere）；2.建立社區意識（creates a sense of community）；3.人員與資源的連結（connects people and resources）；4.瞭解健康社區（knows itself）；5.實行持續的對談（practices ongoing dialogue）；6.接受多樣性（embraces diversity）；7.發展健康社區的未來（shapes its future）。

綜合諸位學者的理論觀點，我們可以歸納出健康社區的定義爲居住在同一社區（都市）的民眾，擁有乾淨、安全和能夠相互支援的環境，社區民眾主動參與社區決策與溝通，將社區資源與人員做一有效的連結，以滿足社區民眾的基本生活需求，且能尊重個人及社區文化、歷史的多元性，藉由多樣化的管道來獲得不同的經驗與資源，提供民眾高品質的衛生與醫療服務，以維持民眾良好的健康狀態。

## 第二節 社區健康營造的意涵

本節主要針對「社區健康營造的概念」和「行政院衛生署的社區健康營造計畫」進行文獻回顧與整理。

### 一、社區健康營造的概念

社區健康營造就是透過社區組織的過程，達到「健康城市」（社區健康）的一種手段。因此，健康的城市（社區）的營造必須同時把握基層保健醫療（Primary Health Care）與健康促進（Health Promotion）之原則，由社區中之健康促進活動，應是最能提供社區居民可近、易被接受、且持續可行之健康照護服務。

秉持這個原則，我國最早由內政部規劃社區發展工作，推動社會福利社區化，省衛生處過去推動成立社區衛生促進會，協助公共衛生工作的推展，其他如教育部、台灣省政府等各單位亦曾提出相關方案；而文建會於民國 82 年正式提出「社區總體營造」的整體理念與政策，獲得社會大眾很多回應；所謂「社區總體營造」是要社區居民透過討論、組織、行動一起改造自己生活的家園，這是透過由下而上的力量形成共識與行動，與以前由上而下形成政策的方式大大不同。

營造方法沒有一定的模式或內容，也沒有一定的切入點，在文建會的社區總體營造，舉了幾個可以的切入點，包括：生活問題的解決、社區環境景觀的改善、社區生活空間的創造、社區終身學習等等。衛生署倡導「社區健康營造」，是以「健康」議題做為社區營造的切入點，希望經由社區營造後達到健康城市的目的。並希望每個社區能夠針對本身的健康議題，藉由居民自發的力量，解決社區的健康問題，進而促進社區的健康。

社區健康營造包含社區、健康及營造三元素，有良好的社區組織運作，加上對健康議題的重視及持續不斷的互動與改造，才能真正使健康城市的理念逐漸落實。存在於醫療保健專業人員普遍的迷惑在於「社區健康營造」與「社區健康服務」分界點，社區健康營造意指社區能自動自發的去參與及經營締造一個人親、土親與文化親社區的一切活動與工作過程。而社區健康服務是由醫療保健提供者主動於社區辦理各項醫療保健推廣活動，若無法讓社區自主的力量生根，當所謂外來的組織退出時，在地的組織運作也跟著停頓下來。因此，社區健康營造策略有三（葉金川，2000）：

1. 為核心組織的健全是社區領導人如鄰里長、發展協會、教育團體、宗教團體、醫療團體等代表共同參與及不互合作。營造中心應成立核心組織-委員會應

定期開會發揮功能，達到組織間的強化、資源整合及產生解決問題能力培養過程。

- 2.為創意的策略應強調紮根的工作，即落實社區民眾參與、健康生活及永續經營的概念，而非提供點狀服務，即舉辦多項服務，而每次辦理活動之間並無連結性，如何將現有社區健康活動，如元極舞、太極拳、媽媽教室……等服務連結是重要的，更重要連接點成線、成面，以擴展參與。任何一項策略之運用，也能考量與社區需求、社區特色及潮流、文化、產業經濟、生活經驗、資源相結合。
- 3.為志工的運用及永續經營，人是社區動力的來源，對於志工教育訓練上，應強化志工對健康議題之知能，及社區營造推動技巧。如有在地醫師、護理人員及醫事人員參與為志工群，發展互利共生，建立人力銀行或會員制更能朝向永續經營。

成亮（2003）為社區健康營造所下的定義：1.社區健康營造是要建立人與人、人與環境、人與歷史、環境與歷史間的新關係。2.社區所以能成為「生命共同體」，乃是社區居民對其產生認同，形成社區意識。3.社區營造要站在生活的基礎上，從自己的周邊做起。4.社區的主角是居民，社區營造的工作一定要由社區民眾本身做起，是出於社區民眾的自發性、自主性。5.社區營造是要建立屬於社區民眾自己的地方文化特色。6.社區營造重在社區居民共識與社區意識的凝聚。7.社區營造具體性，但可以從一項事或物之議題切入，爾後逐漸擴及、整合其他的事物，以致整體的生活。8.社區營造是一持續性、長期性的工作。9.社區營造必須由居民、政府部門、地方企業多方的配合與支援。10.透過學習過程來提升彼此的認知與成長，因此學者專家的參與是必要的。

綜合以上陳述的觀點，健康促進的範圍包含：強調個人健康生活形態的促進，以及強調個人與環境健康的促進，因此也是一種幫助人們改善生活形態，邁向最佳健康狀態的一種科學與藝術。要改善或解決人們的健康問題，其一是需要藉助科學儀器的偵測與檢驗，以獲得與健康有關的生理/生化數據來瞭解身體的健康狀態；其二與人的性格、生活習慣、居住環境都會造成健康問題不同程度的影響，所以解決問題的方式也因人而異。因為社區是個人生活環境中最小的公共場域，所以除了個人的健康外，健康促進也有包含了個人與環境的關連。

## 二、行政院衛生署的社區健康營造計畫

### 1.社區健康營造三年計畫

為響應世界衛生組織「健康城市」的推動，行政院衛生署自民國八十八

年起，著手推動「社區健康營造三年計畫」，共需經費六億六千八百萬元，預計補助設立社區健康營造中心共三百六十七處。希望藉由該企劃案，賦予民眾對健康的自我責任，將健康的生活形態融入日常生活中，降低罹病及殘障的發生，並透過社區民眾的參與，結合社區中不同專業之力量，實踐健康的生活，發現社區民眾之主要健康問題，予以妥善處理，共同營造健康的社區，以達到全民健康的目的。

執行方法為規劃推動社區健康營造實施要領，設置社區健康營造推動委員會督導全國各中心推動工作，並提供推動社區健康營造計畫之諮詢、指導，及審查機關團體申請辦理「社區健康營造」企劃書，輔助督導各社區健康營造中心推動工作。建立傳遞健康生活資訊體系，委託曾參與文建會及環保署社區營造計畫之社區組織，或有意願參與社區工作之社區組織，於鄉鎮中設置「社區健康營造中心」，該中心設負責人一名，依該屬社區健康營造工作實施要領，整合社區各組織，將健康生活教材，傳達至社區家戶中，並掌握家戶執行健康生活之成果，招募或運用各組織現有的社區志工，分配各組織認養責任社區，及辦理各項社區活動，如烹飪比賽、體能活動表演、健康生活座談會、社區民眾急病篩檢活動、執行成果觀摩會，以分享執行健康生活之經驗，提高落實健康生活的社區意識（黃煌雄等，2001）。執行方式為依照社區的特殊性，由民眾針對健康需求，自行設計社區健康營造的教材，內容包括有健康需求、自我評價、自我期許、整體評價。

## 2. 健康生活社區化計畫

世界衛生組織在阿瑪阿塔宣言（Alma-Ata）中強調，藉由落實基層保健醫療（Primary Health Care）來促進民眾的健康，以達成全民均健的目標（Health for All），強調運用民眾全力參與的策略來共同創造一支持性健康的環境。行政院衛生署國民健康局已在民國 88 年提出「社區健康營造三年計畫」，透過有組織、有系統的運作，民眾的全力參與，將最基本、必需的健康服務，普及到社區中的每一個人、家庭及群體中，透過全方位的社區健康營造，將所有資源及需求互相串連，使得每個人在此一支持性健康環境中，扮演助人、自助及互助的角色、並藉各個專業的合作，共同營造出一個理想、健康的大台灣社區。

目前已在多個鄉、鎮（市/區）成功推動社區健康營造三年計畫工作，「健康生活方案」是期望這些鄉、鎮（市/區）能夠由社區找出問題、制定及推行解決方案（Local Problems, Local Solutions），即推動符合當地特色的健康生活計畫，以達到「挑戰 2008 國家發展重點計畫-新故鄉社區營造計畫」，建設

台灣為一現代化桃花源，營造每個鄉、鎮（市/區）為適合人居之生活環境。

因此，健康生活社區化的計畫已納入「挑戰 2008」國家發展重點計畫中，國民健康局規劃到民國 96 年，能在每一鄉、鎮、市（區）都能有一個社區健康營造中心，結合當地資源，鼓勵社區民眾能主動關心並解決社區健康議題，落實健康生活化，生活健康化的精神（行政院衛生署國民健康局，2003）。

綜合以上論述的觀點，我們可以得知台灣的社區健康營造計畫是由健康促進（Health Promotion）、健康城市（Healthy city）與台灣整體營造這三種重大的趨勢演進之下發展出來的，它沒有一個特定的成功模式或方法，它的議題是因地、因人制宜的，所以它需要社區民眾的共同參與和決策，來提供社區居民可近、易被接受、且持續可行之健康照護服務，以達成全民健康的終極目標。所以，衛生署將社區健康營造計畫更進一步更名為健康生活社區化，即希望各地區之社區健康營造中心能將健康的觀念推動到社區的每個角落，真正落實健康生活社區化，讓每一位社區的民眾都能身心靈的健康，健康是大家的共同責任，這也是我們國家在 2004-2008 年間發展的重點要項。

### 第三節 醫院參與社區健康營造的動機與型態

近年來，由於醫療環境的大變遷以及健保總額支付制度的實施，使得醫院的經營模式產生巨大的變化，因此，國內的醫療院所積極的運用社區健康營造來加強地方合作和社區結合，以因應環境因素的壓力、提高醫療資源運用效率。所以，本節研究者主要針對以「醫院社區化觀點」、「醫療服務業行銷的觀點」、「社會行銷的觀點」和「醫院參與的型態」等四方面進行文獻整理，來探討醫院參與社區健康營造的動機。

#### 一、醫院社區化觀點

由於衛生署積極推動健康照護制度、總額預算支付制度、社區健康營造等健康照護政策，使得醫療院所對控制總體醫療資源的責任加重，來自政府政策與社會壓力將引導醫療院所由原先增加服務密度方式轉而重視健康的照護品質（吳文貴，2002），從資源統制的觀點來看醫院重視社區資源發掘與社區健康促進的轉變可視為醫院於內外資源取得與運用改變也可視為策略作為的改變（吳思華，2000）。

從組織理論的觀點來看，組織並非內在自給自足的（self-sufficient），而是他力導向的（other-directed）體系，組織必須從環境中獲取生存所需的資源，並回應環境的某些要求，因此，觀察社區導向的內涵及醫院經營環境的改變，醫院越來越重視社區健康促進，可視為醫院於內外資源取得與運用的改變，Proenca 等人（2000）認為，醫院由醫療照護的角色轉變為對於社區健康的重視，一方面源自於對環境壓力的回應，二方面是基於自利的策略考量。

以資源依賴理論（resource-dependence theory）的觀點來說，組織會試圖運用各種策略來管理其與外在環境的依賴關係，會努力獲取資源的控制權，將其依賴減到最小，並穩固其與外在環境間重要資源的互換關係，以減少不確定性與增加自主性。醫院社區導向可視為尋求對外跨組織合作關係的建立，而其目標即在於透過互惠合作，以取得社區重要資源的控制權，這些資源包括：相互支援財務與人力資源、相互資源場地與設備、藉協力以增加承擔風險的能力、藉協力以強化組織的彈性有利於因應環境的轉變（Proenca，2000）。

Proenca 提出醫院社區導向的前因與後果（圖 2.1），用以區分醫院社區健康導向與介入的程度，並認為醫院的社區健康導向程度越高，越能提升醫療服務效率與競爭地位，越能滿足各利益關係人，包括政府、員工、社會大眾等。Proenca 更指出若醫院的環境分析能有員工和社區民眾的參與，醫院績效衡量越重視社區

健康，高階管理者越支持社區健康，會形成令人信賴且有力的整合單位以協調社區各項資源，則表示醫院的社區健康導向程度越高，醫院參與社區健康營造的介入程度越高。（Proenca，1998、2000）。

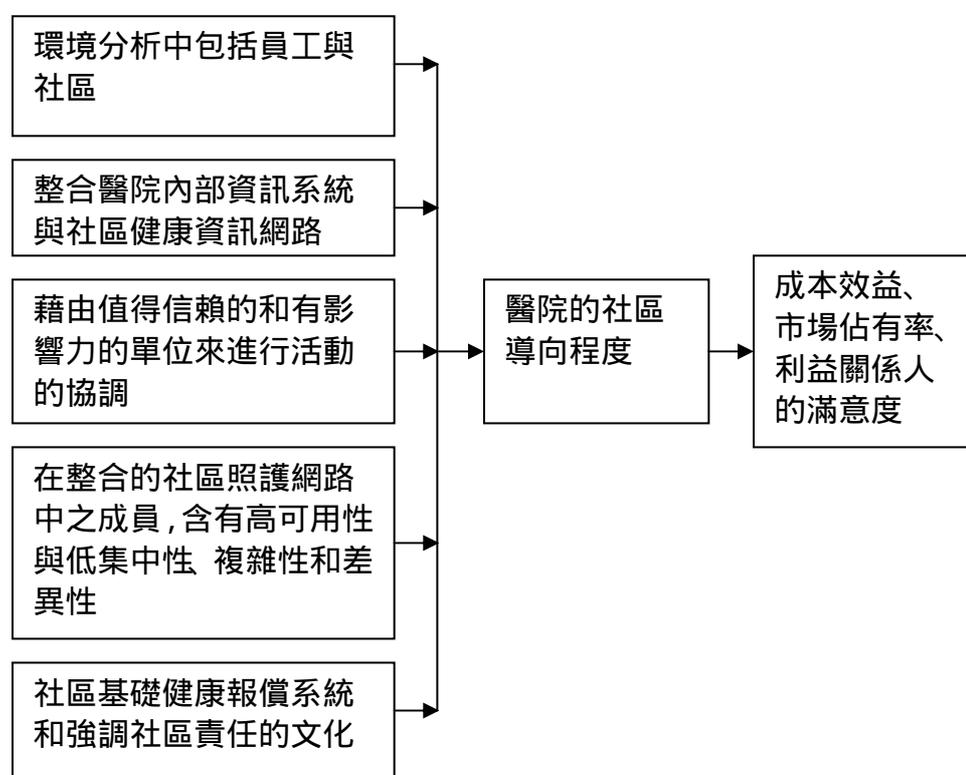


圖 2.1：醫院社區導向的前因（Antecedents）與後果(Consequences)

資料來源：E. Jose Proenca, “Community Orientation in Health Services Organizations: The Concept and Its Implementation”, Health Care Manage Rev., 1998, 23(2).

吳文貴（2002）整理國外學者對於社區導向定義與內涵之論述，整理出醫院社區導向主要有下列三個要件：

### 1.醫院的經營哲學

社區健康的促進是醫院經營主要的焦點，醫院認知到其為社區照護網路的一部份，其經營環境分析與策略擬定均會包含員工與社區的參與，及透過正式或非正式的方法，與組織內部所有部門和成員進行社區健康資訊的溝通與交流，充分展現社區導向的傳播（intelligence dissemination）構面。

### 2.社區健康資訊系統與內部資訊系統的整合

社區健康資訊收集（information generation）是社區導向的重要構面，其與社區健康資訊和民眾健康需求有關，醫院必須收集社區健康資訊，並根據社區健康資訊與內部資訊系統整合，以決定民眾喜好與社區健康促進何者最有利，以及如何確保醫療資訊的持續而有效率的使用。

### 3.整合社區資源的管理與協調能力

在確認目前社區健康狀況和未來的健康需求後，醫院必須使用社區資源以設計社區健康介入活動，運用社區資源的管理與協調，以回應社區健康促進的需求。

施天岳（1994）認為醫院在社區扮演的角色有下列三種：

- 1.為醫療服務者，這是目前醫院最積極也最樂意扮演的，也是醫院所提供之醫療服務。
- 2.為健康管理者將社區之健康視為己任，提供促進健康、預防、早期診斷、早期治療以至復健早日回歸社會等各方面的服務。
- 3.為衛生教育者的角色，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。

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，讓健康意識融入社會公共政策。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，提升醫療品質，使醫師、醫院及其他醫療提供者能夠有效的整合起來。這樣的概念已經從過去醫療團隊的單打獨鬥，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。

## 二、醫療服務業行銷的觀點

在開放系統的基本觀念下，行銷觀念的核心就是「交換」，而且是雙方自由意識下的交換。所以任何組織必須認清與本身生存發展有關的合作與交易對象是誰，他們有哪些尚待滿足的需求，我們應該如何調整作法來滿足他們，然後從滿足他們的過程中，換取我們需要的資源。從此一交換過程，我們可以推衍出，任何組織必須確認「目標市場」何在，然後一切作為皆以顧客滿意為指標（司徒達賢，1999）。

醫療服務機構被視為非營利性的組織機構，有些非營利組織中的人士，將行銷觀念認為只是將本求利的銷售動作，因而覺得非營利則不需要談行銷，然而在廣義的行銷觀念下，非營利機構其實十分需要行銷的觀念。為何醫療機構會越來越重視行銷，可以用以下四點來加以說明（陳楚杰，2001）：

### 1.醫療市場日益競爭

由於醫療資源快速增加，供不應求的情形已不復存在，醫療市場日益競爭。

### 2.全民健保支付制度的改變

全民健保總額預算制度的實施除了會影響組織資源的使用，及醫療服務項目的提供外，醫療機構如不能有效掌握因應的動態，包括有效建立收益策略或控制成本，將面臨生存的危機。因為醫療機構承辦社區健康營造中心，一般是希望增強機構對社區的影響力，並對總額制度的全面實施增強適應力。

### 3.消費者對知的需求增加

國民教育水準的提高，消費者意識抬頭，使得消費者對知的需求增加，在貨比三家不吃虧的情況下，民眾就醫前通常會比較各醫療機構的優缺點，再決定前往那一家醫療院所就醫。因此，如何利用行銷管道來滿足消費者知的需求，亦是醫療服務機構管理者應予重視的課題。

### 4.大眾傳播媒體的開放

這幾年來，由於各項傳播媒體的開放，使得報紙、雜誌、有線電視、無線電視、廣播電台與網路 Internet 快速的發展，各行各業都希望能利用大眾傳播媒體的力量來建立良好的企業（組織）形象，而醫療服務機構當然也不例外。

不論任何行業，一個優良的行銷策略是組織成功的必要條件。在越來越競爭的醫療環境中，如何善加利用醫療服務業行銷的特性來提升醫療機構的競爭力，是現今刻不容緩的課題，所以，我們可以將醫療服務機構行銷特性以下列六點來說明：

- 1.醫療服務機構必須面對多重大眾。包括捐贈者、政府衛生主管機關、供應商、董事會、行政管理與醫療專業人員、救護車機構、公關公司與律師、病患、社會大眾與媒體...等等。
- 2.具多重目標。如醫學中心身兼醫療、研究、教學與公共衛生等多重的目標。
- 3.醫療服務機構提供的是服務而非財貨，健康照護是無形的、無法儲存的亦無法獨立分割的。
- 4.醫療服務機構是特許行業，受到許多醫療法規的管制。
- 5.越來越多的收入來自保險機構，消費者缺乏對價格的敏感度，傾向到大醫院就醫，或追求不必要的醫療服務。
- 6.醫療服務機構具雙重權威體系，行政體系與醫療體系對行銷策略的看法往往互相衝突與不同。

學者司徒達賢(1999)對非營利機構組織運作「CORPS」模式( clients, operations,

resources, participants, and services) 中,「R」的需求當然需要去瞭解,並設法滿足,否則他們不會提供資源上的捐助;「P」的需求也要去瞭解滿足,因為他們與一般企業員工不同,參加這些志願組織基於形形色色不同的動機;「C」是我們的服務對象,當然也必須針對他們的需要來設計與提供我們的「S」。目標市場的區隔概念也很重要,我們必須透過選擇,才能將志趣相投、理念相近的「R」、「P」、「C」等結合在一起。當然行銷的對象應該還包括患者的家屬、具有間接影響力的一般社會大眾與傳播媒體、會影響立法和政策的官員與民意代表,這些都是我們行銷的對象。

### 三、社會行銷 (social marketing) 觀點

有人把「社會行銷」叫做「公共傳播」,也有人叫做「公共宣導」或「公共宣傳」。但無論叫它什麼,基本上都是指非營利的社會行銷。所謂公共宣導是透過傳播管道,藉以影響或改變社會大眾現有的信念、態度、價值觀、或行為的社會傳播活動。基本上,社會行銷的特質是:講究傳播通道、鎖定特定宣傳對象、重視預設目標、著重往好的方向改變、強調以整體社會活動。而社會行銷的目的,可以用下列幾點來看 (Rice & Paisley, 1981; 林東森, 1996): 1.是爲了影響或改變特定對象的認知、態度或行為。2.是爲了改善個人生活方式、社會整體生活品質。

社會行銷觀念認爲組織任務在於決定目標市場的需要、慾望與利益,並在維持與促進消費者與社會福祉的前提下,以較競爭者更爲有效的方式,提供目標市場所慾求的滿足 (Kotler, 1986; 方世榮, 1995)。將商業行銷的概念運用於民眾健康介入時,健康行銷所涉及的健康促進計畫,其發展要能滿足消費者的需要,策略應用也要廣及對象,然後加強組織的能力去影響民眾改變主要的危險行為 (黃琪璘, 2003)。而所謂的「社會行銷」應該是針對社會部門 (非營利組織) 所從事的行銷行為,所以有時也稱非營利組織行銷。

跟所有行銷活動一樣,首先非營利組織一樣得從消費者研究開始,瞭解不同的市場區隔,再選擇特定的幾個市場區隔當目標市場,研究出該組織的定位後,擬定行銷策略。一旦行銷策略確認,就依策略去抉擇在行銷組合 (產品、價格、通路、促銷) 及與顧客接觸的行銷傳播方式,一般以公關爲主,但近年來以大型活動帶動整合行銷傳播的方式造成全面性的曝光的方式也愈來愈常見。另外近年來興起的顧客關係管理,以建立起顧客 (社區民眾) 資料庫,利用直效行銷的方式,用信函、電話等方式直接與客戶的接觸,與顧客維繫長久的關係。

醫院所承辦的社區健康營造中心是非營利機構也是行銷工作者,他們爲了達到預設的社區民眾健康的目標,也會規劃許多健康飲食活動、健康體適能活動或

公益活動，有組織有系統的活動設計與實施，甚至充分運用營造中心的企畫能力和管道，試圖為社會大眾建構健康的新觀念，或改變社會大眾的健康概念或行為。因此，我們若以社區資源導向來看社會行銷在社區健康營造活動的概念上，社區健康營造中心嘗試充分運用有限的資源，希望充分運用社區人力資源，共同參與社區健康活動，譬如運用社區內的專業人士、民間團體等，共同協助社區健康營造。

#### 四、醫院參與的型態

Kovner (1994) 以演進的觀點，依照醫院對於社區健康利益的承諾程度，以及社區健康利益與醫院宗旨（計畫）的整合等兩項標準，將醫院介入社區健康的程度與型態分為四種模式（Kovner, 1994；廖秀幸，2001；吳文貴，2002），如圖2.2所示。

##### 1. 醫療服務

主要目標是提供醫療服務，經常有社區服務在進行，沒有管理階層的支持和為反應在醫院的目標與計畫中。這個模式裡，醫院不重視社區健康福利，醫院認為社區健康是其他機構的責任，所以不需要特別的社區健康組織或整合過程，沒有特別資源、社區工作計畫與社區健康目標。

##### 2. 社區服務計畫

如同醫療服務的模式，醫院提供醫療服務活動。醫院把社區健康當成副產品，社區健康服務被視為醫院某些部門，特別是社工人員的職責。這個模式中，社區健康服務沒有組織性、系統性的計畫，也不針對特定的社區，沒有特別的社區健康組織或整合過程，社區服務被視為照顧病患的附加工作事項。

##### 3. 登記照護的人口

主要的目標是改善以登記人口的醫療狀況與照顧型態，通常是一個大的服務區域內。社區健康服務被醫院視為關切的事項，但難以實行，因為登記照護的人口分散於廣大的地區之中。醫院發展特別的架構與過程，如集中資源在改變就醫管道、抑制社區醫療花費的計畫上。以特別的社區資源、社區工作計畫和策略，來達到希望的目標。

##### 4. 社區照護網路

醫院有專責的組織與財務規劃，並建立與其他社區團體正式且密切的關係，醫院除提供醫療服務外，也是社區照護網路的一份子，這個網路由社區領導者與醫療服務提供者共同管理。這此模式中，社區健康福利被醫院視為優先事項，醫院亦協助社區組織，如創造就業機會、聘僱或訓練當地居民，

醫院的管理者在社區扮演重要的角色，但相對的醫院的自主權較小。

		醫院對社區利益的承諾	
		高	低
整合診所和社區利益服務成為醫院 任務與工作計畫	高	社區照護網路 (community care network)	登記的人口 (enrolled population)
	低	社區服務計畫 (community service program)	醫療服務 (doctors' workshop)

圖2.2：醫院介入社區健康的程度與型態

資料來源：Kovner A. R., (1994). "The hospital community benefit standards program and health reform." Hospital & Health Services Administration. 39(2), 143-157.。

廖秀幸（2001）整理學者的觀點後，提出醫院參與社區健康營造模式三個層面的分類標準，分別為（圖2.3）：1.醫院高階管理者的態度：即對於社區健康營造的承諾或支持程度。2.社區健康營造宗旨與醫院經營宗旨的一致性，及醫院的宗旨與經營管理是否重視社區健康。3.參與社區健康營造的深度：即零星式的參與到主導的推動所構成的連續帶。

		醫院對社區健康營造的承諾與支持	
		高	低
社區健康營造中心與醫院宗旨的一 致性	高	主導式推動	參與式推動
	低	參與式配合	零星式配合或不參加

圖2.3：醫院參與社區健康營造的模式

資料來源：廖秀幸（2001），「醫院參與社區健康營造之實證研究」。

綜合以上論述的觀點，研究者試著歸納出醫院參與社區健康營造的動機和型

態，以下針對動機和參與型態兩方面進行說明。

### 1.動機方面

- (1) 醫院因為社會環境的改變和健保支付制度的革新，醫院意識到經營上的危機，進而希望藉由醫院社區化或社區化醫院，來尋求社區民眾的支持與認同，以獲得醫院生存的利基。
- (2) 行銷觀念的主要功用在於縮短生產者與消費者之間的鴻溝。對醫療服務機構管理者而言，可藉由社區健康營造中心的成立，與社區民眾溝通及交流，以了解社區大眾的醫療需求和社區健康服務，尋找適切的目標市場，並訂定良好的管理策略，以建立醫療服務機構的特色，將有限的醫療資源做充分而有效的利用，以維持醫療服務機構的生存與發展。

### 2.參與型態方面

醫院承辦社區健康營造中心的型態大多以主導式、參與式和零星式配合這三種方式，來與醫院承辦的宗旨做搭配，以確立醫院要推動的目標和活動方法。

## 第四節 醫院承辦社區健康營造中心的績效評估

本節主要針對「績效的意義」、「醫院營運績效的評估」和「醫院承辦之社區健康營造中心運作成效評估」進行文獻回顧與整理。

### 一、績效的意義

所謂績效，一般皆認為是「對組織目標達成程度的一種衡量」。績效對組織而言有兩個意義（葉鴻興，1999）：1.代表組織過去資源的運用是否具有效能，以及是否具有效率。2.績效具有「展望性」的影響力，除了得以更正過去錯誤之行動外，亦能指引未來資源分配之方向。

績效（Performance）指表現的程度，用在組織行為學上績效是包括「效能」（Effectiveness）、「效率」（Efficiency）、「效力」（Efficacy）三者之整體表現。績效評估的意義有兩個層面，一為回顧，一為前瞻，即評估過去所投入資源（Resource）運用的效果（Effectiveness）與效率（Efficiency），以作為未來資源分配及經營活動的方向（張宗銘，1987）。因此，績效評估是透過事後的控制來觀察與找尋一個企業體未來的發展機會和方向。

司徒達賢（1996）為了使非營利組織目標制訂與績效指標能明確的反映出組織績效而根據非營利組織的本質所發展的 CORPS 模式。並指出績效指標應依據此模式中所提出的五個目標構面：服務對象、業務運作、資源、參與者及提供的服務項目等來加以轉換制定，以促使組織運作具最高效率並切實達成目標；惟各種非營利組織的性質互異，如基金會、學校、醫院、教會、慈善機構等各有不同，因此組織應依本身的目標及策略重點來選擇重要且適當的績效指標。

### 二、醫院營運績效的評估

William, Macintosh, & Moore（1990）對於醫療績效評估，一般由四個層面來衡量（轉引自李長貴，1997）：

- 1.環境目標：以形象（Reputation）來說明醫院經營必須滿足外部環境的人、群體、組織或社會。
- 2.系統目標：以員工精神滿足（Morales）來說明醫院組織內部文化的維護。
- 3.產出目標：以目標達成（Goal Attainment）、服務量（Quantity）、品質（Quality）來說明醫院組織必須聚集有關生產或服務組合的技術。

4.次級單位目標：以創新（Innovation）及效率（Efficiency）來說明組織對輸入資源的需求。

張宗銘（1986）依據醫療事業的特性，嘗試建立醫院經營者自我診斷用的績效評估模式。他認為醫院的績效架構中，應包括醫院經營績效和醫療品質績效兩大類；醫院經營績效是指，組織目標的經營成果與財務狀況，觀察其研究中所引用的文獻，顯然偏向財務指標。而醫療品質績效又包括，醫療服務的藝術和醫療服務的技術；醫療服務的藝術是指，病人接受治療的滿意程度；醫療服務的技術是指，適切的診斷與治療。

根據 Kaplan & Norton（1992）在 Harvard Business Review 提出平衡計分卡（Balanced Scorecard）的概念，認為企業的營運績效評估除了在「財務面」的衡量重點外，應同時強調「顧客面」、「企業內部營運面」及「學習成長面」等非財務性指標的結合。朱文洋（2002）發現中小型醫院經營者在績效評估指標四構面中，認為最重要為顧客面指標，其次為財務面，而內部流程面與學習成長面較不受重視。陳韻靜（2003）研究發現在平衡計分卡四構面中，醫院經營階層偏向重視財務構面的指標，最不重視學習與成長構面的指標。從上述研究者的研究中，可以觀察到企業或組織中對於平衡計分卡四構面中，以財務構面最為重視。

### 三、醫院承辦之社區健康營造中心運作成效評估

行政院衛生署「推動社區健康營造計畫」之成效評估（行政院衛生署，1999）：

- 1.委託衛生署公共衛生研究所或學術團體，結合社區營造及公共衛生之學者專家，負責辦理社健康營造中心營運及成果評價。
- 2.評價內容包括：
  - （1）營造中心之組織效能：建立社區健康營造中心自我評價表，收集及分析中心之組織運作、民眾參與、醫療衛生單位之協助、志工之組訓、組與民眾之互、社區內部合作、資訊傳遞、組織願景等資料。
  - （2）民眾健康行為之改變：設計問卷測量社區民眾參與社區健康營造活動前後健康行為的改變，及民眾接受各項疾病篩檢服務比率的變化。
  - （3）家戶健康問題之轉介：建立家戶健康問題轉介追蹤系統，設計家戶健康問題轉介追蹤表，以收集及分析各中心之轉介成效。
- 3.要求各社區健康營造中心定期提報自我評價資料，並將資料分析結果回饋各中心，必要時並定期派員赴各社區健康營造中心，監測執行成果，據以協助輔導。

由行政院衛生署國民健康局所建立的社區健康營造中心的評價指標，其評價

方式由營造中心之組織、志工參與、健康促進活動之策略、永續經營、營造中心之優/缺點等方面來進行評估，我們將其評價內容簡要敘述如下（行政院衛生署國民健康局，2003）：

#### 1.營造中心之組織方面

內容包括：推動小組能進行資源整合（政府單位與民間團體之經費、人力、物力、資訊及服務）、推動小組成員能執行健康促進之行爲（飲食、運動、吸菸、潔牙、檳榔、用藥安全等）、推動小組的功能運作（年度工作規劃、責任分工及任務編組、健康議題之相關性、策略之可行性、執行困難及解決方案）。

#### 2.志工之參與方面

內容包括：有計劃地招募及培訓志工，使之積極參與及成長；透過下列角色的發揮，增進志工的成就感、認同感及參與感；有獎勵志工之回饋活動或制度。

#### 3.健康促進活動之策略方面

內容包括：在推動健康促進活動策略時，是否顧及效益性（最經濟的方法）、簡易性（簡單易行）、相容性（與社區民眾之生活經驗及需求相容）、嚐試性（會去做的可能性）、能見度（能見到行爲改變及其擴散）、向度（能考慮不同層次，如個人、團體、組織、或政策）及議題（與健康議題的相關性）。

4.永續經營方面：營造中心之永續經營方式。

5.中心之優/缺點方面：營造中心自述最有成就及需改進事項。

行政院衛生署公共衛生研究所（2000）針對「評價社區健康營造工作成效」的研究結果中提出「發展衛生局評價社區健康營造組織效能之指標」，其指標內容有：

#### 1.社區健康營造工作推動之組織

- (1) 工作推動組織能結合公、私部門及社區人士等社區資源。
- (2) 結合的社區資源皆有專人負責社區健康營造工作。
- (3) 結合的社區資源負責人能得到充分的授權，參與社區健康營造工作之推動。
- (4) 工作推動成員能有社區民眾主導及執行健康促進行爲的共識。
- (5) 工作推動成員能執行健康促進行爲。
- (6) 工作推動成員對社區健康營造工作能有短、中、長程的規劃。
- (7) 工作推動成員能定期召開社區健康營造工作會議。
- (8) 每次會議都能有決議並紀錄之。
- (9) 每次會議能追蹤上次會議決議事項的執行結果。

## 2.社區志工之參與

- (1) 營造中心能訂定志工獎勵、保險等福利制度。
- (2) 能有專人負責志工的經營及定期召開志工聯繫會議。
- (3) 能有計畫的招募及培訓志工。
- (4) 保健志工能執行健康促進行為。
- (5) 保健志工能持續參與社區健康營造工作。
- (6) 保健志工能與民眾分享經驗，透過關懷、互助，協助民眾執行健康促進行為。
- (7) 保健志工能追蹤、解決或轉介民眾執行健康促進行為的困難。

## 3.促進民眾執行健康行為之具體策略

- (1) 健康促進策略能多元化。
- (2) 健康促進策略能激發民眾參與。
- (3) 能提供參與民眾後續加強執行健康促進行為的互助圈。
- (4) 能將社區健康營造執行成果透過互助圈回饋給參與民眾。
- (5) 能建立並落實健康促進行為的追蹤、轉介網路。
- (6) 能運用媒體傳播社區健康營造理念及健康促進資訊。
- (7) 能適時修正健康促進策略，以提高其可行性及有效性。

## 4.社區健康營造中心之永續經營

- (1) 能訂定明確的傳承制度。
- (2) 能有計畫地培訓工作推動的接班人。
- (3) 社區民眾能積極主動參與社區健康營造工作。
- (4) 能有一可行的籌募經費辦法。

評價社區健康營造的成果並不容易，因為許多健康狀態在短期間並不容易有大幅度的改變。而社區健康營造所包含的層面很廣，因此除了從各種健康議題如青少年懷孕率、各種慢性病的罹病率或傳染病的發生率下降等，看到社區健康營造的功效外，還可以包括居民自我報告的社會凝聚力、信任感、對社區的歸屬感，以及參與活動的比例等（林豔君等，2001）。英國護理學者Billings（2000）提出從形成性評價（formative evaluation）、過程評價（process evaluation）與總結性評價（summative evaluation）來證實社區健康營造計畫的有效性。

Donabedian（1980）認為評估照護服務品質時，應以服務過程為主，但僅取得服務過程的資訊將不夠完整，應再加上服務設施及服務結果來評估，故形成結構（Structure）、過程（Process）、結果（Outcome）三個測量照護品質指標的理論模式，這些指標後來經許多學者修改後，應用在各種領域之中。韓德仙（2002）整理各領域對結構、過程、結果指標的內涵，分述如下：

- 1.結構 (Structure) 指標：指所投入的人力、財力、可達成的潛在功效 (efficacy) 或使用的器材、資源的特徵，及工作處所的組織與物理條件等。常見的結構性指標有：設施、裝備的安置、人員的資格與經驗、人事安排及管理的模式等。
- 2.過程 (Process) 指標：指活動過程中使用的變數 (variations in use) 及業務的適切性 (appropriateness)。例如服務人員與服務對象接觸後，檢視服務的提供者在於服務成果中是否有不當或適當的行為或活動，包括服務者的技巧和人際關係。
- 3.結果 (Outcome) 指標：指服務達成的效益 (effectiveness)，或者健康改變，或滿足程度，包括：生理的、心理的、社會的功能。

綜合上述所言，績效是對於醫院目標達成度的一種衡量方式，績效指標應依照醫院承辦營造中心的特性與目標加以制定，應透過環境的目標、組織系統的目標、單位的目標或產出的目標來加以思索參考，可以運用的評估方式很多，如財務或非財務性的評估指標，或者平衡計分卡的四構面，或者結構-過程-結果的三構面來做一評估績效的依據，不論是使用任何一種方式，皆需能夠顧及研究的客觀性和適用性。目前衛生署對於營造中心的成效評估有提出一大方向，來協助營造中心或專家學者來進行評估指標的建立；而在公共衛生研究所提出的評估指標是針對志工參與和民眾健康行為改善為主要的評估部分。

在營造中心的運作成效評估方式，大多針對中心的組織方面、志工的參與方面、健康營造活動策略方面、永續經營方面與營造中心之優缺點來進行評估，因此，研究者在綜合衛生署與公共衛生研究所提出的評估指標後，試圖將本研究在醫院承辦營造中心之推動的動機與目的、醫院內推動單位與協助單位、經費來源、推動健康營造的方式、志工的招募與訓練方式...等方面的績效指標來進行營造中心的評估分析。所以，本研究採用Donabedian之「結構-過程-結果」三構面的醫療照護品質評估指標，應用於醫院所承辦的社區健康營造中心上，以獲得更全面性的架構分析。

## 第五節 系統理論

本研究試圖以系統理論 (System Theory) 為基礎，檢視醫院承辦社區健康營造中心的動機，透過系統理論的觀點，來瞭解醫院承辦社區健康營造中心的運作與成效。以下就簡要介紹系統理論如后。

韋氏新國際字典 (Webster's New International Dictionary) 對「系統」作如下之定義，「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)。Kast及Rosenzweig認為「系統是一個有組織的整體，由兩個或兩個以上相互依存的個體或次系統構成，存在於其外在環境的高級系統內，具有明確的邊界」(鄭燦隆，2002)。由此，我們可以說系統內存在著許許多多的個體與次系統，彼此相互依存與運作著。

綜括來說，系統是指一個有目的、有組織的許多不同的部分組成的複合體，系統的構成份子或次系統各有特定的功能與目標，但各次系統必定相互關連而分工合作以達成整體共同目標。系統整體之效益，必定超過，必定超過各部分效益之總和；此種整體觀念，稱之為「系統觀念」(陳世堅，2000)。系統理論認為系統是一個開放的體系，不斷與外在環境產生互動，相互影響，並不斷因應外界刺激作多樣的改變(侯夙芳，1998)。開放系統與環境相依存與互動，不斷的激發系統精進和改變。

系統理論涵蓋的範圍相當廣泛，其中最重要者為Ludwig von Bertalanffy(1937)首先提出的一般系統理論 (General System Theory)。一般系統理論的目的，是希望針對普遍存在於各種「一般性系統」的有用原則，經由研究、探討這些原則的形成，以及它們的差異性後，提供一套統合各學科知識的架構，使各學科的知識，成為一套有秩序且具整合性的知識體。

在此要說明幾個一般系統理論的基本觀念，一般系統理論中之系統 (system) 乃是指一切研究的基本單位。如研究基本單位為個人，則個人為一系統，而人內在的器官為次系統 (sub-system)，人之外界如社會則為超系統 (super-system)，我們可以將此觀念引入醫院承辦社區健康營造中心之研究中，社區健康營造中心為我們所研究之單位，在此稱之為系統，社區則為次系統，而社區健康營造中心之外的整個社會則為超系統，我們將此一概念繪製出圖 2.4。

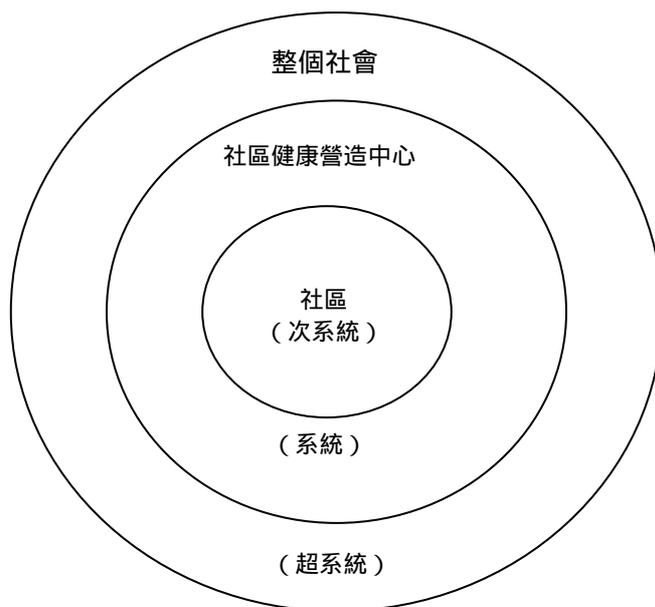


圖 2.4：醫院承辦社區健康營造中心之系統圖  
 (資料來源：本研究自行整理)

一般系統理論的基本觀念是認定任何一個系統必須有其「領域」，在社區健康營造中心的工作領域就是一個具體的健康營造中心架構，有承辦的醫院和具體的社區健康促進工作項目、內涵與志工團隊；換言之，在系統內的個體必須相互之間有一種「內聚力」，而使能夠維持系統相當程度之穩定性（楊孝滌，1983）。因此，基於一般系統理論，醫院承辦社區健康營造中心必須是一個具有「目的」（促進社區民眾健康），具有自我「處理」功能（社區健康營造中心的運作、社區健康營造推廣/促進的委員會組織、志工和參與的相關人員），能夠接受「輸入」（來自醫院與外界的各種人力資源、物力資源、經費等支援，外界包括：社區資源、政府與社會資源），而能夠提供「輸出」（社區健康營造中心運作的具體成效）的一個完善而具有發展性之系統。而「回饋」是輸出之產物（營造中心運作的具體成效）在次系統（社區）或超系統（整個社會）互動後，所產生之反應再回饋到系統的輸入部門（醫院的社區健康營造中心）。因此，我們可以把此一概念整理出「醫院承辦社區健康營造中心的系統運作架構圖」（圖 2.5）。

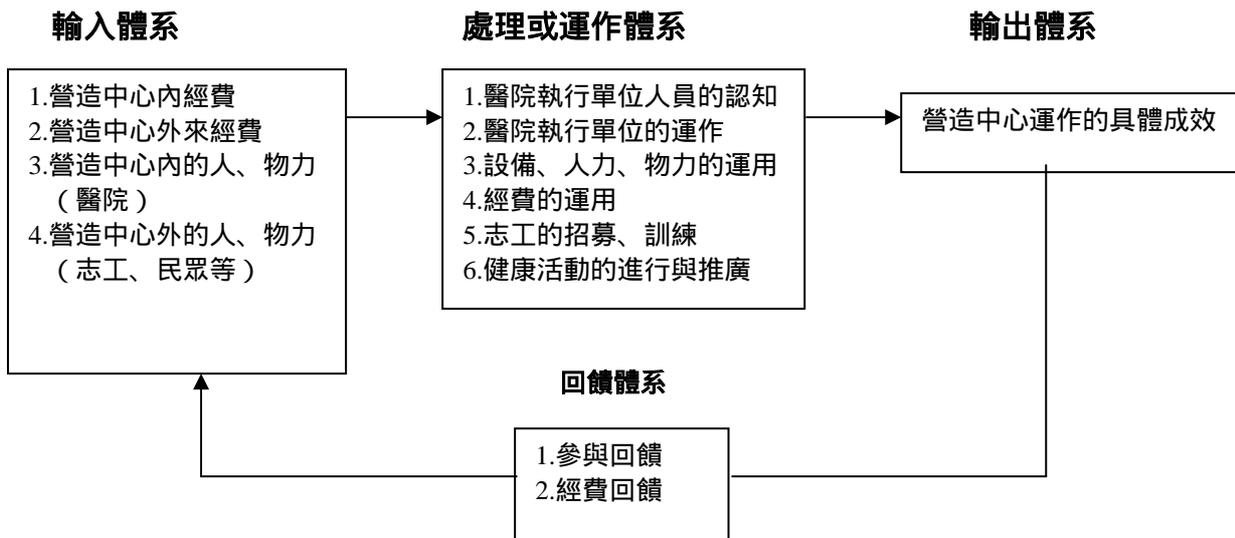


圖 2.5：醫院承辦社區健康營造中心的系統運作架構圖  
 (資料來源：本研究自行整理)

綜合上述諸位學者的說法，我們可以歸納得知醫院承辦社區健康營造中心時，應該將一般系統理論導入醫院所經營之健康營造中心的策略中，思考社區健康營造中心的功能與定位，運用各種適當的策略與資源，採行各種有利的行動與措施，整合社區健康資訊與醫療照護體系，透過社區健康營造中心的運作來達成永續經營的目標，進而達到醫院與社區結合的目的。

## 第六節 相關研究整理

在社區健康營造中心的相關研究中，對於醫院承辦之社區健康營造中心的研究並不多見，有廖秀幸(2000)的「醫院參與社區健康營造之研究」，羅瑞煌(2001)的「醫院參與社區健康營造計畫現況評估與策略運用之研究」，以及以醫院社區化發展的研究(黃明仁，2002；林玉恩，2003)。較常見的研究是以量化的研究方法，或者輔以關鍵人士訪談的方式，來了解社區健康營造中心推動的現況、承辦的動機、策略、效益或內涵等(白璐，2000；南玉芬，2002；吳永鍾，2001；林金玉、陳延芳，2001；管敏秀，2002；白璐，2002；張耀文，2003；陳毓璟，2003；施秋娟，2003)。其中以質性作為研究方法的研究論文和計畫較為少見(白璐，2000；陳毓璟，2003)。

研究的對象大多限於區域性(例如中部地區或是雲林縣)，更多的以一、二家營造中心為對象。全面性研究的僅有吳永鍾(2001)針對兩梯次的社區營造中心負責人，和管敏秀(2002)以全國十家營造中心所涵蓋的居民為研究的對象最為廣泛。目前的研究中尚無採用質性研究方法來對醫院所承辦社區健康營造中心的現況、保健志工的招募與教育訓練、社區資源整合狀況、所遭遇的困難，推動的概念、以及推動成效等做一通盤性的瞭解。

研究者將目前與本研究有關概念之研究論文與計畫加以收集與整理，整理出表2.1及表2.2。

表 2.1：與本研究有關概念之相關研究論文整理

作者(年份)	研究名稱	研究重點
廖秀幸(2000)	醫院參與社區健康營造之研究	探討醫院參與社區健康營造動機、滿意度及關鍵成功因素。
羅瑞煌(2000)	醫院參與社區健康營造計畫現況評估與策略運用之研究	探討醫院參與社區健康營造計畫之動機、現況與角色扮演、相關人員對社區健康營造之認知與重視程度、與社區資源整合運用情況、推動策略、成效與困難。
吳永鐘(2001)	台灣地區社區健康營造中心運作現況之初探	探討社區健康營造中心活動之運作現況、影響運作現況的重要因素以及運作現況與運作效益之間的相關性

南玉芬（2001）	社區健康營造中心之社區推動內涵分析	瞭解社區健康營造中心推動者的特質、中心的組織運作狀況、分析社區居民參與的策略、社區健康營造資源運用及連結。
管敏秀（2002）	社區健康營造之現況分析與策略研究	探討社區健康營造中心之執行成效，普遍性瞭解社區健康營造的實施情形。
黃明仁（2002）	社區健康服務中心對醫院經營之影響	探討醫院規模朝大型化發展下，醫院成立「社區健康服務中心」單位是否對醫院的病人來源有所幫助。
林玉恩（2003）	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	探討當代醫院社區化之角色功能，藉由醫院社區化的實務運作而促進社區民眾健康。
施秋娟（2003）	非營利組織在社區健康營造之角色-高雄市經驗剖析	評價社區健康營造績效與社區民眾對於社區健康營造中心的瞭解度與社區參與、社區意識、健康遵從行為間之相關。
陳毓璟（2003）	社區健康營造推動現況與推動者概念之研究	了解我國社區健康營造計畫推動的現況，與推動者對社區健康營造的概念，作為此項政策改進的參考。
張耀文（2003）	推動社區健康營造之效益比較與評估－以雲林縣為例	探討社區健康營造參與人員之認知情形、各單位整合運用社區資源之情形、社區健康營造之推動成效、瞭解民眾對六大健康主題之認知與行為的差異情形、社區健康營造活動與原計畫預期達成功效落差情形。
黃淑玲（2004）	不同承辦機構推動社區健康營造運作影響因素之探討	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.探討在不同承辦機構之個人特性、機構特性下，對機構經營管理層面之成效認同度。</li> <li>2.探討在不同承辦機構之個人特性、機構特性下，對社區健康營造運作層面之績效認同度。</li> <li>3.探討不同承辦機構之機構經營管理層面與其推動社區健康營造運作層面之間的關係。</li> </ol>

		4.藉由探討不同承辦機構對社區健康營造運作不同影響因素之分析，提供研究發現的建言以及可行之意見，俾利社區健康營造永續經營發展。
--	--	---

資料來源：本研究自行整理。

表 2.2：與本研究有關概念之相關研究計畫整理

研究者	研究名稱	研究目的
白璐（2000）	社區健康營造之質性評估	探討社區健康營造工作之成效，利用「參與式觀察法」的方式，從中探討營造中心可能的發展模式以及質性化的評估指標。
林金玉、 陳延芳等（2000）	評價社區健康營造工作成效三年計畫	評量及監測各縣市社區健康營造組織工作效能之指標。
白璐（2000）	社區健康營造計畫之評估－以台北市內湖區為例	無既定目標（goal free）的質性研究將社區健康營造工作的執行過程加以觀察、紀錄與檢討，分析社區組織力量對民眾健康行為改變之影響；試圖評估民間組織與衛生行政單位合作模式、社區健康營造方案的有效性、民眾接受的程度以及未來發展的可能性。
陳靜敏（2002）	社區健康營造中心運作之監測與評價	探索第一梯次成立之台灣地區社區健康營造中心在結構、過程與結果面之運作成效。
白璐（2002）	我國第一期社區健康營造中心的經驗	進行經營成效的評估並作評估指標的修正，建構不同類型營造中心的發展模式；探討政府衛生單位與社區健康營造中心的角色功能及不同類型社區健康營造中心之永續經營的可能模式。

資料來源：本研究自行整理。

## 第三章 研究方法

### 第一節 研究方法之選取

本研究之目的，欲瞭解及評估在現行的醫療環境下，醫院承辦社區健康營造中心之運作成效。在研究過程中，研究者應不事先預設立場，謹守中立原則，多方面去瞭解不同背景之受訪者對醫院承辦社區健康營造中心之認知，醫院承辦之動機與目的，營造中心保健志工的招募方式與教育訓練，營造中心推動的社區活動項目與內容，對醫院本身營運績效是否有所影響，醫院與社區資源整合的狀況，中心運作成效與困難等等，以瞭解其中事實為首要目標，其次才是綜合個人的見解及看法，歸納成可行的共識，為未來更進一步的研究作準備。另外，根據前章節的文獻中可以發現，現有的研究甚少針對醫院承辦社區健康營造中心推動成效的分析，多偏重於各種類型承辦單位的社區健康營造中心之量化研究、組織運作、志工參與型態和領導方式等研究。因此，本研究欲探討醫院承辦社區健康營造中心的推動經驗，研究者選擇質性研究方法（*qualitative research*）作為本研究的主要研究方式。

「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、政策面等問題時，由於兼備了「人」、「事」、「時」、「地」等多層面的影響因素，故在做探討時方能真正協助研究者，由各種的角度來評估事實的真相與未來的走向。由於此種方法兼具了「促進各系統間的瞭解」、「減少浪費」及「避免錯誤嘗試」等優點（陳世堅，2000）。質性研究法的基本特性有下列各項（吳芝儀、李奉儒，1995；Patton,1995；陳世堅，2000；林玉恩，2003）：  
1.透過被研究者的眼睛看世界。2.仔細描述研究的場景。3.從整體主義（*Holism*）或網路主義（*Contextualism*）出發，將事件或行為放在其發生的情境或社會與歷史網路來看，才能有通盤的瞭解。4.認為社會實體（或現實）是動態的，因此重視過程。5.採被研究者的觀點，避免將先入為主或不適當的解釋架構加諸於被研究者的身上，故研究採開放或半結構式方法。6.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。

由方法論的觀點來看，質性研究雖不重驗證與推論，但強調對未知領域的探索，採歸納法的邏輯推理方式，常運用參與者自己的語言及字彙，藉由較細緻深入且較長的訪談來理解被研究者主觀的世界。其優點在於研究者擁有較彈性的研究空間、較多種類的資料蒐集方法，不需要像量化研究事先界定問題，或事先提出可驗證的假設，可以隨時依照資料收集的情況與內容，來增加、修正或更改原先的研究設計與方法，以達到對研究主題有更深入且更廣泛瞭解之目的（吳芝儀、李奉儒譯，1995；陳世堅，2000）。因此，研究者在資料收集與內容方面有較多

的彈性空間，去訪談與理解被研究者主觀的觀念或觀點。

質性研究蒐集資料的方法有很多種，其中深入訪談法（in-depth interview）為其基本策略之一，研究者透過開放性的反應與問題，針對特定的研究對象，有計畫的正式訪談，深入的交談與溝通（陳世堅，2000；林玉恩，2003）。換言之，深入訪談法是一個經驗共享的過程。研究者與受訪者在對話中互動，研究者可以從受訪者的敘述瞭解他的視角及他對自己的經驗所抱持的觀感；雙方也可以一起合作，就談論的現象進行深入的挖掘與澄清。研究者不只是被動的聆聽與紀錄，他還幫助發現一些隱而未顯的心理或社會意涵，所以收集到的研究資料是豐富、複雜與充滿象徵意義的（蕭淑仁，2003）。基於以上的種種理由，本研究採用質性研究方法來作為研究的理論基礎。

由以上特性可知，醫院承辦社區健康營造中心的管理領域包含了衛生行政官員、醫院實務工作者等層面。任何一環節人員對醫院承辦社區健康營造中心的看法，都會影響到營造中心的推動與實施。所以從事質性研究時應依照研究對象的習慣去瞭解人與事，不應預設立場而將研究者的參考架構套在研究對象的身上，同時也須留意並不要企圖驗證假設或作推論，而是透過多元化的角度來觀察，藉由對研究情境多元化的所蒐集資料，以理解特殊情境的複雜性全貌，從中試圖發現新觀念或新模式，以在未來能擬定新的假設或對某一特殊現象、事件有更進一步的瞭解。整個研究過程多採開放式或非結構式方法，隨時視情境、發現而作彈性的調整，這些都是質性研究有別於量化研究的特質所在。

在評估社區健康營造中心成效的方法上，在上一章文獻探討中有提到如財務或非財務性的評估指標，或者平衡計分卡的四構面，或者結構-過程-結果的三構面來做一評估績效的依據，而評估的重點多方在營造中心的組織方面、志工的參與方面、民眾健康行為的改變、健康營造活動策略方面、永續經營方面與營造中心之優缺點來進行評估。由於本研究的研究重點在於醫院承辦營造中心的運作成效，故以營造中心的構成結構、執行過程與執行後的結果為主要的研究重點和訪談問題的設計方向，因此，本研究採用Donabedian（1980）的「結構-過程-結果」三構面的品質評價理論來進行評估，將此三構面內容簡述如后：

### **1.結構面指標（Structure Indicators）**

評估醫院組織是否具備充足且適當的資源與設備，以提供良好品質的醫療衛生照護。包括設施（facilities）、設備（equipment）、人力組織（staff organization）與財務相關的層面等。

### **2.過程面指標（Process Indicators）**

是一套評估輸入（input）、運作（action）轉換成輸出（output）的各項資源與活動之組成關係。包括篩選及發現個案、社區機構和資源的使用等。

### 3.結果面指標（Outcome Indicators）

測量接受醫療衛生照護後，所發生預期性或非預期性的事件發生頻率。包括照護量（volume of care）、健康結果（health outcome）等。

本研究在方法論取向上，採質化研究；至於研究方法的運用，則包括文獻研究法（document analysis method）、深度訪談法（in-depth interview method）及社區健康營造中心之基本資料調查。

#### 1.文獻研究法

爲了釐清研究主題，廣泛地蒐集關於社區營造、健康營造、健康促進、策略研究等議題之國內外相關文獻，以及報章雜誌、學術期刊、相關網站之報導，加以閱讀、分析、整理，瞭解國內外實施社區健康營造的現況，掌握既有研究成果，藉此思索與整理出訪談大綱，以便於檢視醫院承辦社區健康營造中心的執行過程。

#### 2.深度訪談法

本研究透過深度訪談的方式，分別訪談醫院承辦社區健康營造中心的實際執行者、衛生局承辦人員。深度訪談的重點在於：

##### （1）結構面

- I.一般組織特徵方面：醫院之承辦動機與目的、社區健康營造中心的成立宗旨、醫院承辦動機、目的與營造中心宗旨是否一致等。
- II.行政組織方面：醫院在營造中心中所扮演的角色、醫院對營造中心的支持（支援）方式、醫院提供的支援與支持是否符合營造中心需求等。
- III.人力組織方面：營造中心的人員編制狀況、醫院對於營造中心的人員支援與運用、其他的人力編制與支援方式、主要推動人員之認知與重視程度等。
- IV.設施與設備方面：健康營造中心的單位設備和空間配置狀況、醫院所提供的物力支援爲何等。
- V.財務方面：營造中心的經費來源、衛生署給予的經費是否充裕、醫院繼續經營的意願、自籌經費的方式等。

##### （2）過程面：

- I.社區保健志工的招募與運用方面：營造中心如招募社區保健志工、營

造中心志工與醫院志工是否有所區隔、保健志工的課程內容與訓練方式等。

II.社區民眾的參與方面：營造中心曾舉辦哪些健康促進活動、社區民眾對活動項目的參與程度等。

(3) 結果面：

I.對醫院的影響：醫院承辦社區健康營造中心對醫院營運績效的影響、對醫院形象之促進、醫院所遭遇的困難、挑戰與所需的協助等。

II.與社區的關係：醫院、社區健康營造中心與社區資源的整合狀況。

### 3.醫院承辦之社區健康營造中心基本資料調查

所調查的社區健康營造中心之基本資料內容重點在於：

(1) 結構面：醫院承辦社區健康營造中心之社區類型、推動計畫歷時、院內推動計畫單位、經費來源及工作人員數。

(2) 過程面：醫院承辦社區健康營造中心之保健志工人數與培訓課程的項目與場次。

(3) 結果面：過去一年間醫院承辦之社區健康營造中心所推動之健康促進項目、協助辦理社區活動之相關社區單位。

本研究採用文獻研究法、深度訪談法和營造中心的基本資料調查的理由，乃因目前台灣的醫院在經營社區健康營造中心的部分，醫院皆未能公開的其營造中心的資料與運作方式，各家醫院的經營方式不同，若採取大規模之問卷調查，其內容無法有效深入。所以，本研究運用這三種方式大量收集相關的資訊，研擬出訪談問題，並與指導教授和研究同儕相互溝通，以整理出深度訪談的問卷架構。

## 第二節 質性研究信效度與嚴謹性之掌握

質性研究所考量的信度與效度指標與量化研究有所不同，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、特有的文化社會脈絡下的經驗和解釋」（胡幼慧、姚美華，1996）。質性研究往往遭受到來自於對資料收集及詮釋中，研究者本身的主觀、限制及涉入研究情境適切性的質疑；因此，基於對話上的需要，以及確保研究過程及結論是可被接受、可被信賴的，清楚說明質性研究的嚴謹性有其必要性（陳世堅，2000）。

Kirk及Miller（1988）仍以科學的「客觀性」為判定標準，其主要包括兩部分：一個為信度，另一個則為效度。信度是指測量程序的可重複性，效度則是指獲得正確答案的程度。他們認為信度的測量方法有：狂想信度（quixotic reliability）、歷史信度（diachronic reliability）和同步信度（synchronic reliability）。而效度的測量方法有：明顯信度（apparent validity）、工具信度（instrumental validity）和理論效度（theoretical validity）（胡幼慧、姚美華，1996）。所以，質性研究者在研究過程中如何取得可靠的資料，研究者必須清楚加以說明，才能作為評判資料可靠性的準則。

Lincoln和Guba（1989）認為在控制質化研究的信度與效度上，包含有效性（credibility）、可轉換性（transferability）與可靠性（dependability）、確認性（confirmability）四種方法（胡幼慧、姚美華，1996；史麗珠等，1999；陳世堅，2000）。Hammesley（1995）提出質性研究的效度，其實就是一種反思（reflexivity）的過程。質性研究者在研究過程應反省、思考一些與效度有關的議題，例如被研究對象與社會環境的互動關係、被研究者與研究者的關係、研究者所採取的立場與資料解釋的關聯等（胡幼慧、姚美華，1996；潘淑滿，2003）。透過信度與效度進行檢驗與評估，才能確定研究的結果是值的信賴的。

就質性研究的立場而言，信度隱含著雙重意涵：外在和內在信度（Bauer & Gaskell, 2000）。外在信度（external reliability）是指：研究者在研究過程，如何透過對研究者地位的澄清、報導人的選擇、社會情境的深入分析、概念與前提的澄清與確認、收集與分析資料的方法等，做妥善的處理，以提高研究的信度。內在信度（internal reliability）則是指：研究者在研究過程中運用多位觀察人員，對同一現象或行為進行觀察；之後，再從觀察結果的一致程度來說明研究的信賴度（高敬文，1996）。也有其他的質性研究者認為，可以透過其他策略的運用來增加研究結果的內在信度，這些策略包括：重視對事情的描述與組合；使用較少的推論性描述；利用錄音、錄影、拍照等方式來幫助研究的紀錄。

從紮根理論的觀點而言，效度包含了兩個意涵：內在和外在效度。內在效度（internal validity）是指研究者在研究過程所收集資料的真實程度，以及研究者觀察到真正希望觀察的。外在效度（external validity）指研究者能有效的描述研究對象所表達的感受與經驗，並轉譯成文字資料，然後透過厚實描述（thick description）與詮釋過程，將被研究者的感受與經驗，透過文字、圖表與意義的交互運用過程達到再現的目標（潘淑滿，2003）。本節以Guba和Lincoln（1989）所提出的架構為主，再綜合其他學者對於質性研究信度與效度的觀點，提出控制本研究信度與效度的方法。

### 1. 有效性（credibility）

有效性即為內在效度，指的是對質化研究資料真實的程度。有效性牽涉到兩個層面，第一是確認整個研究是以提升研究發現之有效性的方式進行，第二採取一些步驟去顯示這個有效性。有五個技巧可以增加資料的真實性：

#### （1）研究同儕的參與討論（peer debriefing）

研究者必須不斷地檢視自己的價值以及對社會價值的建構，以避免因個人主觀或偏見而影響資料的分析及詮釋。為此，研究者在進行研究之前，除接受質性研究的課程及訓練外，還不斷思索與研究主題相關的概念，收集相關資料與相關研究，進行對主題的瞭解和探索，在學期的專題討論上提出相關議題的討論，以使指導教授和研究同儕能夠隨時給予研究者建議與指導。

#### （2）多元化收集相關資料

除了訪談的錄音帶逐字稿以外，也同時收集相關的書面資料，包括衛生署的計畫書、各社區健康營造中心網站的資料、成果報告與活動文宣。訪問過程的心得與手札紀錄，也是增加效度的工具，更可真實的協助資料的分析與詮釋。

#### （3）資料的再驗證（member-check）

研究者在資料的收集與分析過程中，必須不斷地與研究對象確認研究者的理解是否錯誤。這有兩種優點：一為讓研究對象有修正其觀點的機會；二為研究者能獲得更多受訪人的資訊。因此，研究者在訪談完成後，立即撰寫訪談文字稿，若發現不明確之處，以電話方式對研究對象進行第二次的補充訪談；同時，整理的文字稿與資料的分析亦請指導教授過目，以避免研究者個人主觀的見解，曲解了受訪者真正表達的意義。

#### (4) 採三角測定 (triangulation)

爲使本研究更嚴謹、研究結果更客觀、資料更豐富，研究方法將採用「資料來源的三角測定」(data triangulation)，比較不同研究對象(包括醫院承辦社區健康營造中心的推動者，以及輔導、管轄營造中心之衛生局官員)對社區健康營造中心的看法與觀點，來交叉檢驗(cross-checking)同一社區健康營造中心訪談資料的真實性。

#### 2.可轉換性 (transferability)

可轉移性即外在效度，是指由資料中發現的內容可推至其它的情況或群體上。在本研究中，研究者將訪談過程裡，受訪者所陳述的情感與經驗，謹慎地將資料的脈絡、意圖、意義、行動轉換成文字資料，包括口語或非口語訊息，皆詳實記錄，以提供對此主題有興趣的研究者或實務工作者參考。

#### 3.可靠性 (dependability)

質性資料的可靠性是指這資料經過一段時間和情況後的穩定度，也就是所謂的內在信度。本研究的資料是研究者親自作深度訪談所收集而來，研究者將一切研究過程作詳實記錄，使研究過程透明化，讓其他有興趣的研究者若能再作一次相同的研究時，檢驗是否有相類似的結果。研究者將整個研究過程與決策加以說明，以供判斷資料的可靠性。

#### 4.確認性 (confirmability)

確認性即客觀性(objectivity)，是指資料的客觀或中立性，也就是說研究者必須確認所收集的資料與結果的解釋，皆來自於研究中的研究對象，而非來自研究者的想像。因此，本研究透過「人在情境」的運作，由深入訪談的方式融入受訪者當中，以受訪者的認知爲認知，以受訪者的觀點爲觀點，換言之，就是以受訪者爲中心的確認。

整體言之，本研究在信度與效度的方法上，運用有效性、可轉換性、可靠性和確認性四個觀點，作爲研究資料的收集與分析過程的嚴謹性的重要依據。研究的過程是公開透明的，所有的資料都是研究者親自收集與訪談而來，並確認研究分析的內容是客觀中立的，非研究者的想像或主觀認知。當然研究的過程與結果是具有驗證性的，讓有興趣的研究者或讀者，能進行再一次的研究，能獲得類似(相似)的結果。

### 第三節 研究對象與取樣

#### 一、樣本來源

本研究依據行政院衛生署國民健康局於民國 92 年 7 月公佈之全國社區健康營造中心之通訊錄為樣本母體，從中選取台中地區（台中縣與台中市）由醫院單位所承辦之社區健康營造中心共 11 家（表 3.1），再經詢問台中市衛生局保健科及台中縣衛生局企劃課後得知目前仍由醫院繼續承辦中的社區健康營造中心共 8 家，本研究以這 8 家醫院為主要的研究對象，其中財團法人台中市私立仁愛社會福利慈善事業基金會與財團法人仁愛綜合醫院有著密不可分之關係，所以將仁愛基金會所承辦的大里市社區健康營造中心納入本研究樣本之中。

本研究主要以台中縣與台中市此二個縣市，醫院評鑑為地區醫院以上之醫療院所有主辦或承辦社區健康營造中心之醫院共 8 家，但其中 TCDHC 的受訪者以公務繁忙與工作人員剛交接為由，不願意接受訪談，所以扣除此一樣本，本研究以 7 家醫院所承辦之社區健康營造中心來進行研究。針對這 7 個社區健康營造中心來進行研究，這 7 家營造中心代碼設為：TWDHC-DYTHC；營造中心所屬地區代碼台中市為：Sd-Wd 二個區，台中縣為：Slt-Dyt 五個鄉/鎮/市（表 3.2）。

表 3.1：台中地區由醫院承辦之健康營造中心

梯次	醫院名稱	社區名稱	附加說明
	<b>台中市</b>		
3	林新醫院	西區	
4	行政院衛生署台中醫院	中區	
4	澄清綜合醫院中港分院	西屯區	
	<b>台中縣</b>		
2	光田綜合醫院	沙鹿鎮	
2	沙鹿童綜合醫院	梧棲鎮	停辦
2	李綜合醫院大甲分院	大甲鎮	停辦
4	台中縣大雅鄉清泉醫院	大雅鄉	
921	財團法人台中市私立仁愛社會福利慈善事業基金會	大里市	
921	行政院衛生署豐原醫院	豐原市	
921	私立中山醫學院附設孫中山紀念醫院	新社鄉	停辦
921	東勢鎮農會附設農民醫院	東勢鎮	
備註： 行政院衛生署國民健康局的社區健康營造計畫在全台共成立 302 個社區健康營造中心。 第一梯次為 88 年成立：51 家。 第二梯次為 89 年成立：87 家、921 災區為 89 年成立：22 家。 第三梯次為 90 年成立：17 家。 第四梯為 91 年成立：44 家（試辦 53 家）。			

第五梯為 92 年成立：35 家（試辦 41 家）。

離島及部落：46 家。

資料來源：「健康營造中心--302 家鄉鎮分佈表與通訊錄」，92 年 7 月，行政院衛生署國民健康局網站<http://www.bhp.doh.gov.tw/ch/index.htm>。

表 3.2：台中地區選取的社區健康營造中心名單

縣市別	醫院評鑑別	地區代碼	社區健康營造中心代碼
台中市	區域醫院	Sd	TSDHC
		Wd	TWDHC
	小 計		2
台中縣	區域醫院	Slc	SLTHC
		Fyc	FYCHC
		Dlc	DLCHC
	地區醫院	Dst	DSTHC
		Dyt	DYTHC
	小 計		5
總計			7

資料來源：本研究自行整理

## 二、研究對象

本研究預計深度訪談 20 位實際從事社區健康營造中心之重要關鍵人士，所謂之「重要關鍵人士」係指實際參與社區健康營造中心之監督者、決策者或執行者。本研究自 2004 年 2 月 24 日至 2004 年 3 月 23 日止，訪問台中地區之承辦醫院與地方衛生主管機關的重要關鍵人士，先與訪談對象進行聯絡，扣除拒訪的受訪樣本，共訪談了地方衛生行政界 4 人，醫院實務界 11 人，實際受訪人數總計 15 人。因此，在研究對象之選取上，包括地方衛生主管機關官員、社區健康營造中心之主要推動者二個部分，就研究取樣的過程及實際訪談人數說明如下：

### 1.地方衛生行政界

在本研究中，研究者以研究範疇所在的台中縣與台中市之衛生行政主管機關為必訪對象，以實際參與實行與監督之地方衛生單位承辦人員為研究對象，預計約 4 人，完訪數為 4 人（表 3.3）。地方衛生行政界受訪者代碼設為 THB11-THB22。

### 2.醫院實務界

在本研究中，研究者以研究範疇所在的台中縣與台中市之 8 家醫院為必訪對象，包括經過醫院評鑑通過之區域醫院 6 家，預計訪談 12 人；地區醫院 2 家，預計訪談 4 人；訪談人數共計 16 人。其中 TCDHC 的 2 位受訪者以公務繁忙與工作人員剛交接為由，不願意接受訪談；有四家醫院亦因營造中心工作繁重或人員剛交接等因素，各只有一位工作人員接受訪談；因此完訪數為 11 人（表 3.4）。區域醫院受訪者代碼設為 HCA11-HCA52，地區醫院受訪者代碼設為 HCB11-HCB23，其中 HCM62 非為醫院所聘僱的工作人員，但其應聘為營造中心之執行長，這是個不給薪之職，所以本研究仍將 HCM62 列入該地區醫院所屬之中。

表 3.3：地方衛生行政界研究取樣比較表

地區	行政機關	取樣數	完訪數
台中市	衛生行政機關	2	2
台中縣	衛生行政機關	2	2
總計		4	4

表 3.4：醫院實務界研究取樣比較表

醫院評鑑別	營造中心別	取樣數	完訪數	備註事項
區域醫院	TSDHC	2	1	
	TWDHC	2	1	
	TCDHC	2	0	拒訪
	SLTHC	2	1	
	FYCHC	2	2	
	DLCHC	2	1	
	小計	12	6	
地區醫院	DSTHC	2	3	
	DYTHC	2	2	
	小計	4	5	
總計		16	11	

## 第四節 資料的收集

本研究採用質性的資料收集方式。質性研究的資料收集方式，主要為經由研究者之觀察（observation）、錄製（recording）、訪談（interviewing）三種方式取得（Miller & Crabtree,1992；胡幼慧、姚美華，1996）。訪談是質性研究最重要的資料來源，多仰賴研究者用謙虛的態度去觀察，並用較細緻、較深入的方式去訪談。訪談可區分為：非結構式、半結構式、結構式三種訪談方式，訪談對象包括針對個人的深度訪談（In-depth interview）與針對團體的焦點團體訪談（focus group）。

本研究以深度訪談方式來進行資料的收集。本研究訪談期間自2004年2月24日至2004年3月23日止，主要以醫院承辦社區健康營造中心的醫院實務人員，以及地方衛生主管機關官員作為研究對象來進行深度訪談。研究者在訪談前二週先以電話與受訪人聯絡，在取得受訪人同意後以傳真或以E-mail方式將自行設計的訪談大綱給予受訪者。每位受訪人的預期訪談時間為一小時至一個半小時，訪談時，徵求受訪者的同意進行現場錄音，透過直接觀察與現場錄音的方式，依訪談大綱的順序來發問問題，讓受訪者在自然的情境下分享其深刻經驗、認知與感受等訊息。現場錄音作為輔助記錄訪談的工具，以幫助完整記錄訪談過程中所有的對話內容，避免因筆錄而有所遺漏。

地方衛生行政界受訪者THB21與THB22為上司與下屬關係，故二人偕同接受訪談，由於受訪者THB21婉轉拒絕研究者以現場錄音方式進行訪談，因此，針對這二位受訪者的訪談內容，由研究者以現場速記方式筆錄下來，作為日後內容分析的佐證。每次訪談結束後即先將訪談錄音紀錄繕寫逐字稿，以確保資料之完整性。直接觀察方式則主要在觀察訪談對象的肢體動作及非語文的訊息（私人空間、視覺、觸覺、超語言...等），與其語言訊息作相互的對照比較。

訪談的方式以半結構式的綱要導引訪談大綱為工具，在訪談前，研究者先設立訪談大綱，訪談大綱主要包含三個部分：其一是訪談題目，其二為調查社區健康營造中心之現況資料，其三為個人基本資料的部分，最後將本研究流程作一概要性說明。本研究的訪談大綱說明如下：

### 1.訪談題目與問題

本研究的訪談問卷針對醫院實務界與衛生行政界來進行設計，依「結構-過程-結果」三構面，以9個訪談題目條列出下列的訪談問題，如表3.5所示。

表 3.5：本研究訪談題目與問題

構面	訪談題目	問題
結構面	醫院之承辦社區健康營造中心動機、目的與營造中心的宗旨	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.請問貴院（會）參與「社區健康營造計劃」的動機與目的？貴營造中心成立的宗旨為何？您認為承辦至今營造中心的宗旨與貴院（會）的動機和目的是否能夠相吻合？</li> <li>2.貴院（會）在營造中心裡所扮演的角色為何？貴院（會）是否完全支持與支援營造中心之工作？其支援方式為何？其支援方式是否符合真正營造中心之需求？</li> </ol>
	醫院在社區健康營造中心中所扮演的角色	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.您期望醫院在參與『社區健康營造計畫』過程中，扮演起何種角色？</li> <li>2.貴院（會）在營造中心裡所扮演的角色為何？</li> </ol>
	醫院實務人員、衛生主管機關官員、保健志工對社區健康營造中心之認知與重視程度	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.不同的機構承辦社區健康營造中心各有其不同的特色，您認為醫院承辦社區健康營造中心的特色及其優缺點為何。</li> <li>2.您在輔導（督導）的過程中，發現醫院在執行計畫時面臨到的主要問題為何？醫院如何去調整？</li> <li>3.您認為一個成功的『社區健康營造』必須具備那些特質？</li> <li>4.您認為社區健康營造的基本原則與精神為何？怎樣才叫做健康的社區？您要怎麼做才能達到這個目標？</li> </ol>

	<p>營造中心的單位設備、空間配置與經費來源與支援（支持）狀況。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 貴院（會）是否完全支持與支援營造中心之工作？其支援方式為何？其支援方式是否符合真正營造中心之需求？</li> <li>2. 您認為醫院承辦之營造中心的人力、物力與經費是否充足？衛生署給予營造中心補助經費是否充裕？醫院在『社區健康營造計畫』結束後，您認為其繼續經營的意願如何？若繼續經營，您對醫院籌措經費有何建議。</li> <li>3. 貴營造中心是否有獨立的空間配置與設備？貴院（會）是否協助提供所需的活動空間（如營造中心辦公室、舉辦相關活動的場地等）與設備（如電腦、桌椅等）？是否還提供其他相關的物力資源？</li> <li>4. 貴營造中心的人員的編制為何？中心人力是否足夠？貴院（會）在營造中心人力上的支援與運用為何？是否有其他人力的編制與協助？</li> <li>5. 貴院（會）在營造中心的經費來源主要為何？您認為衛生署所給予的健康營造中心補助經費是否充裕？貴中心經費的運用方式，除衛生署經費補助外，是否尚其他的經費來源？而在計畫結束後，貴院繼續經營的意願為何？若繼續經營，您認為應如何籌措所需之經費？</li> </ol>
<p>過程面</p>	<p>營造中心的推動範圍、主要工作與推動情況</p>	<p>目前貴營造中心之主要工作與推動情況為何？營造中心的推動範圍包含哪些區域？若選擇以里（村）為社區健康營造的出發點，對此您是否有其他</p>

		或更佳的方式或想法。
	社區保健志工招募與教育訓練	請問貴中心如何招募社區保健志工？中心保健志工與醫院志工是否有所區隔？貴院（會）與營造中心有哪些志工培訓研擬計畫，其課程內容與訓練方式為何？是否有聯合性的志工培訓計畫？志工如何推展家戶參與社區健康營造活動？
	營造中心舉辦各種類型的社區健康營造活動的民眾參與程度。	請問貴院（會）營造中心有辦理何種促進民眾健康行為之活動？何種類型的社區健康營造活動民眾參與度最高與最低？原因為何？
結果面	醫院承辦社區健康營造中心對醫院本身的營運績效、醫院形象之是否有所影響	1.您認為貴院（會）承辦社區健康營造中心對醫院本身的營運績效與醫院的形象是否有所影響和幫助。 2.依您與承辦機構的接觸與瞭解，您是否認為由醫院來推動『社區健康營造計畫』會讓國家政策更佳落實？其理由為何。
	社區資源整合狀況	請問貴院（會）與營造中心如何將社區資源作有效的整合？
	目前遭遇的困難與挑戰	1.對於醫院所承辦之社區健康營造中心，以您站在衛生局監督（輔導）的立場，您認為做到或完成了哪一些工作？對於未來的監督（輔導）工作您有何想法與見解？ 2.請問您對衛生署所擬『社區健康營造計畫』有何建議修正與改善的地方？

## 2.社區健康營造中心之基本資料

社區健康營造中心基本資料之內容針對「結構-過程-結果」三構面來進行變項名稱、變項內容與定義之說明（表3.6，表3.7，表3.8）。

表 3.6：結構面變項之內容與定義

變項名稱	變項內容、定義
醫院層級	依醫院屬性分爲：醫學中心、區域教學醫院、區域醫院、地區教學醫院、地區醫院、其它。
推動計畫歷時	依推動時間分爲：1-6 個月、7-12 個月、13-18 個月、19-24 個月、24 個月以上。
推動計畫單位	依推動計畫單位分爲：社區醫學部、社區健康部、社會服務室、護理部、其它。
主要負責計畫人數	依主要推動計畫分爲：1-3 人、4-6 人、7-9 人、10-12 人、13 人以上。
工作推動小組成員專任或兼職人數	依人員專任、兼職之人數填答。
計畫最高推動者	分爲：院長、副院長、企畫室主任、護理部主任、公關室主任、社區服務部主任、社會服務室主任、其它。
經費來源	依經費來源分爲：政府補助、醫院撥款、其他。
所負責社區位置	依社區類別分爲：都會地區、鄉村地區、山城地區。

表 3.7：過程面變項之內容與定義

變項名稱	變項內容、定義
營造中心志工數	依醫院目前之營造中心保健志工數填寫。
志工充足情況	依中心目前社區保健志工實際情況分爲：非常低、低、普通、高、非常高。
志工流動情況	依中心目前社區保健志工流動情況分爲：非常低、低、普通、高、非常高。
招募志工方式	依招募志工管道分類爲 10 類，依目前實際狀況填答。
志工培訓課程	依招募培訓課程分類爲 11 類，依目前實際狀況填答。

表 3.8：結果面變項之內容與定義

變項名稱	變項內容、定義
每月舉辦活動的頻率	依醫院目前醫院每月參與社區活動次數分 1-3 次、4-6 次、7-9 次、10-12 次、12 次以上。
會對負責社區舉辦過何種類型活動	依中心承辦計畫後曾經針對負責社區舉辦過活動類型分為八類，依目前實際狀況勾選填答。
活動訊息傳達方式	依中心目前活動訊息傳達途徑分為十四類：依目前實際狀況勾選填答。
中心應用何種社區健康行銷吸引民眾	依中心目前應用之社區健康行銷活動分為九類：依目前實際狀況勾選填答。
過去辦理社區活動中，社區資源配合的單位	依資源配合的單位分為十三類：依目前實際狀況勾選填答。
社區資源配合單位協助辦理社區活動之配合程度	依單位之配合程度分為：非常低、低、普通、高、非常高。

### 3.個人基本資料

受訪者個人基本資料的內容包括：性別、年齡、教育程度、職級與工作年資，如下表所示（表 3.9）。

表 3.9：受訪者個人基本資料內容項目

變項名稱	內容項目
性別	男或女
年齡	依受訪人實際年齡填寫
教育程度	分為：國小、國中、高中、大學（大專）、碩士、博士。
填答者職級	依可能填答者之職級分類為 12 類，依目前實際狀況填答。
工作年資	依受訪人實際工作年資填寫

### 4.研究流程

本研究流程採用一般社會科學的研究程序，分為確定研究動機與目的、確立研究範圍與內容、相關資料整理、文獻回顧，研究中於文獻回顧後整理研擬出「基本資料調查表」及「訪談問題大綱」，再進行社區健康營造中心之基本資料調查和焦點人士訪談，並將基本資料和訪談錄音逐字稿加以整理

與分析，撰寫出研究報告，故將本研究流程以圖3.1 表示之。

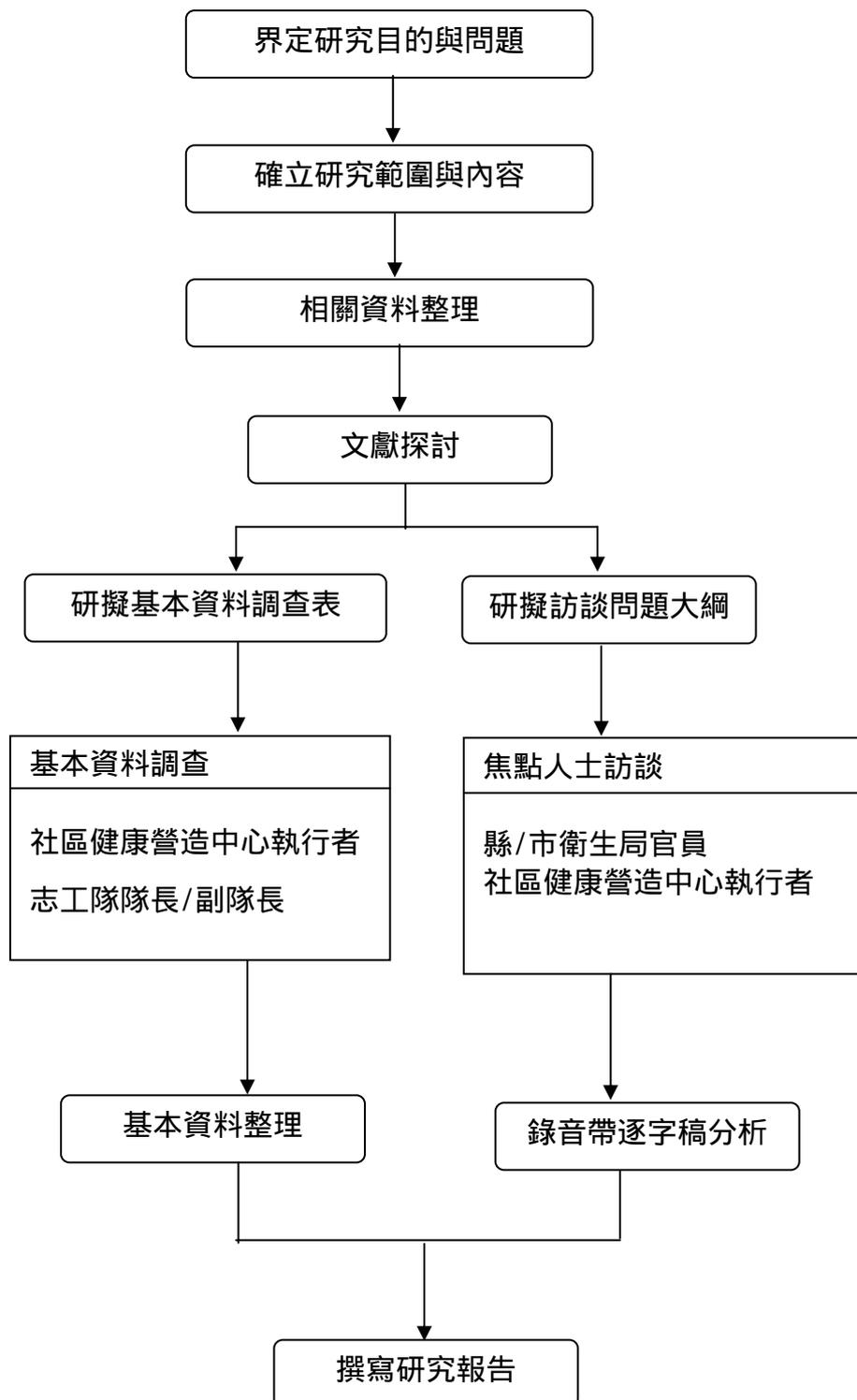


圖 3.1：研究流程

## 第五節 資料的分析

質性研究的資料分析，並無一致性被接受的標準步驟，會隨著研究者的研究目的、收集的資料、研究者的風格而有不同的分析方法與步驟。Miller 及 Crabtree (1992) 將不同的資料分析風格分為四大類型：類統計式 (quasi-statistical analysis) 分析方法、樣版式 (template analysis) 分析法、編輯式 (editing analysis) 分析法、融入/結晶化分析 (immersion / crystallization analysis) 法等四大類 (胡幼慧、姚美華, 1996; 潘淑滿, 2003)，表示出質性資料分析的主觀—客觀、標準化—直覺與實證—詮釋等向度。

在紮根理論中，Strauss 與 Corbin (1990) 對資料登錄發展了一套分析程序，以幫助研究者形塑理論。登錄 (coding) 是將所收集的資料打散，重新予以概念化 (conceptualized)，經由開放登錄 (open coding)、成軸登錄 (axial coding)、選擇登錄 (selective coding) 的三個步驟，以嶄新的方法將概念重新組合的操作化過程，研究者透過此過程應盡力保持創造性 (creative)、嚴謹 (rigor)、持續性 (persistence) 與理論的敏感性 (theoretical sensitivity) 四者間之平衡 (胡幼慧、姚美華, 1996; 陳世堅, 2000)。研究者依這些步驟將資料概念化，運用編碼登錄的技巧，逐步將概念發展成主軸概念的理念建構過程。

研究者亦可利用一些技巧來進行資料分析，如針對資料不斷地問問題，以刺激思考找出資料裡可能的範疇、性質和面向，來解開資料；針對資料裡的每一字句、片語都提出質疑加以思考分析；可以藉由丟銅板技術 (the flip-flop technique)、鄰近比較 (close-in comparison)、極遠比較 (far-out comparisons)、搖紅旗 (waving the red flag) (徐宗國, 1997) 技術來作更多的分析。

本研究的資料分析步驟參考 Patton (1990) 及簡春安、鄒平儀 (1998) 之質性研究資料分析，由研究者擬定進行的步驟，其說明如后：

1. 確認研究目的，以決定資料分析的重點。本研究以瞭解地方衛生主管機關與醫院實務界對醫院承辦社區健康營造中心的認知與執行成效經驗為目的，所以分析重點設在受訪者之經驗、看法、建議等問題上。
2. 分析前應先完成資料的準備工作。其方法為先將受訪者及問題先編號，再將撰寫完成的訪談逐字稿依問題序號剪開，分別貼在不同的卡片上，每張卡片為一位受訪人的一個問題與回答，並分別有受訪人編號及問題編號。完成所有卡片後，以跨個案分析的方法，將卡片依題目分類，有多少題目就分多少類，分析時，在依題目作分析。

- 3.依據每張卡片的內容作卡片「特質」分析。特質指的是將卡片的內容給予一個概念化的名稱。
- 4.集中主要的特質，作歸納性分析。將受訪者內容特質作一簡單的統計，對於經常出現的特質應特別注意，若出現次數不多，但在理論上有其特殊意義之特質，也應加以分析。若受訪者資料與研究目的及主題無關時，應予以剔除。
- 5.當組織、概念、架構出現時，應將受訪者的話列出，做為佐證，來說服讀者接受自己建立的概念或架構。
- 6.質性研究的資料分析應達到整體性觀念的呈現，並非只是某些變項的深入探索，所以到最後，研究者應將研究結果以一種整體性的方式展現，使讀者感受到本研究的可讀性與說服性。

本研究將依照上述六個步驟來進行資料分析，從研究目的的確認，分析前的準備工作，將資料予以登錄，進行資料的特質分析與歸納，重新組合資料並加以概念化，運用銅板技術、鄰近比較、極遠比較、搖紅旗等技術，不斷地思考資料內容並提出相關問題，以建立起研究者的概念與研究架構，將本研究結果整體性的呈現給讀者，增加本研究的可閱讀性及說服性。

## 第六節 研究者角色與研究倫理

### 一、研究者角色

在質性研究中，研究者就是工具，因為研究者的學識經驗有限，所以在進入研究領域前，研究者所存在的主觀認知、懷疑及錯誤的訊息，會影響所蒐集資料的範圍與詮釋，也會影響訪問過程被研究者對研究問題的反應（陳世堅，2000；陳毓璟，2003）。畢恆達（1996）認為在詮釋的過程中，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。因此，本節為釐清研究者涉入研究情境的角色，以及研究者與研究對象之間所應建立的關係，謹慎地避免研究結果產生偏誤及造成研究不良的影響。

Adler & Adler（1994）引用Gold（1958）的觀點，將自然主義（naturalistic）研究者的角色區為四類（陳世堅，2000；林玉恩，2003）：

#### 1. 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。此種方式進入研究場所，研究者可以自然融入團體（組織）的情境中，捕捉研究對象主觀的生活世界。

#### 2. 參與者—如觀察者（the participant-as-observer）

研究者表明自己的研究角色，並參與研究場所中重要的活動，但其價值觀與信念並不一定與團體（組織）成員一致。雖然研究者身份的表達會影響到與團體（組織）成員的親密性，但這是兼顧研究倫理與研究嚴謹性的較佳方式。

#### 3. 觀察者—如參與者（the observer-as-participant）

研究者表明自己的研究角色，並不介入研究的場所中，而以觀察者的角度來收集資料。

#### 4. 完全觀察者（the complete observer）

研究者不表明自己的研究角色，也完全不介入研究的場所中，而在研究場所外，觀察被研究者的反應。

本研究設定研究者的角色為「觀察者—如參與者」。即研究者以觀察者的身份進入研究場所，在此研究中，研究者不僅僅是「觀察者—如參與者」的角色，

更延伸出「訪談者」、「資料蒐集者」、「資料撰寫者」、「資料分析者」等功能性角色。但為了避免研究者主觀的認知和觀點會影響整體的研究過程，所以研究者在此部分多以「中立」、「客觀」、「不涉入個人立場」為原則。

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(林玉恩，2003)；兩者之間的關係並不只是資料收集者與資料被收集者的關係，更有研究對象被瞭解及研究者自我反應的互動過程。因此，在訪談過程中，研究者試著扮演中立的角色，在受訪者回答的過程中不插嘴，表現出高度聆聽的興趣，不去評價回答的內容，所以研究者在本研究中分別扮演「訪談者」、「資料收集者」、「資料撰寫者」、「聆聽者」和「接納者」的角色。

## 二、研究者倫理

本研究的受訪對象為與醫院承辦社區健康營造中心有關的衛生局承辦人員和醫院的實務工作者。研究本身必然會牽涉到倫理的考量，為了顧及研究對象的權利與福利，研究者參考相關學者所探討的倫理議題與倫理守則(簡春安、鄒平儀，1998；陳世堅，2000；朱柔若，2000；南玉芬，2001；林玉恩，2003)，加上研究者的主觀意見，整理出質性研究的研究倫理有下列七點：

1. 志願參與和知會同意 (voluntary participation and informed consent)：絕不強迫任何人參與研究，參與必須是自願的。被研究對象必須在訪談前被充分告知此次研究的目的、參與研究的各項權利與義務，以及各種可能有利或有害的影響，自由的決定參與研究與否。
2. 不可欺騙 (non-deceiving)：研究者應清楚表明身份，不可欺騙被研究對象。
3. 不可傷害被研究對象 (no harm to participants)：研究中的任何過程和研究結果，皆不可對被研究對象產生任何心理、生理與法律上的傷害。
4. 匿名化 (anonymity)：對被研究對象及所屬單位應嚴格遵守匿名化處理的原則，在文中若有被研究對象提供的內容時，應盡可能的模糊不研究對象及所屬單位的背景資訊，以避免閱讀者看到引用的內容後，知悉是由何人或某單位所提供的資訊。
5. 保密原則 (confidentiality)：由於質性研究所涉及的個案不多、研究主題也較為特殊，被研究對象的身份很容易被查出，因此，研究者必須對被研究對象所提供的資訊予以保密，妥善保管研究資料，且所收集的訪談資料及

與研究對象有關的訊息，都被視為機密不可以對外透露。

- 6.研究分析與報告（analysis and reporting）的處理：研究分析應詳細確實，不誇大研究結果，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，應卻人研究結果沒有被曲解、斷章取義。若研究室由特定組織所獎助，應釐清彼此間的權利義務關係，以避免不必要的困擾。
- 7.研究成果（result）應歸功於被研究對象及回饋社會：研究室經由許多人的參與才能完成，因此研究應歸功於所有的研究參與者，同時也應將研究成果與社會大眾分享。

基於上述的倫理考量原則，本研究遵守的研究倫理方式大致如下：

### **1.對研究對象的倫理考量**

研究者在研究進行之初，先以電話聯繫受訪者，徵得受訪者同意後，與受訪者探討訪談中應配合的事項。訪談進行的地點與時間接受訪者決定，讓受訪者有充足的時間考量，熟識的空間讓其放心與安心。受訪者在口頭承諾後，仍有隨時退出本研究不接受訪談的權利。

### **2.訪談資料整理與報告撰寫的倫理考量**

在訪談資料的呈現方面，皆以匿名的方式處理，而在引用受訪人的談話內容時，以代號表示每一位受訪者，盡可能了模糊其單位或受訪者身份。研究中所獲得的訊息與資料絕不外洩，也絕不移作他用，一律嚴格保密。研究者在進行正式訪談前，會先徵詢受訪者是否允許錄音，若受訪者允諾才執行錄音。而訪談錄音帶的處理，在研究結束後研究者將自行銷毀。研究者在研究完成審查後，將保證訪談錄音帶未經拷貝、流傳等情事發生，研究者願意負擔起法律責任。

### **3.對研究結果的處理**

本研究是實務取向的研究，研究者十分樂意將研究結果和實務工作者分享，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的結果，以做為參考，若受訪者有任何疑問，研究者有義務對其進行必要之說明。

在質性研究中研究倫理是很重要的一部分，從研究者思索研究設計開始，到資料的收集，訪談的進行，甚至到資料分析與撰寫報告的最後階段，無論研究進行至任何時刻，研究者都應嚴格遵守相關的研究倫理，不應輕忽懈怠。