

國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

博士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Ph.D. Dissertation



醫院推動社區健康促進的地方生態與實務：

新北市金山區的田野觀察

The Local Social Networks and Implementations of Promoting
Community Health by A Hospital: A Field Observation in
Jinshan, New Taipei City

林民浩

Lin, Min-Hau

指導教授：陳端容 博士

鄭守夏 博士

中華民國一百零五年一月

January, 2016

國立臺灣大學博士學位論文
口試委員會審定書

醫院推動社區健康促進的地方生態與實務：

新北市金山區的田野觀察

The Local Social Networks and Implementations of
Promoting Community Health by A Hospital: A
Field Observation in Jinshan, New Taipei City

本論文係林民浩君 (F98845104) 在國立臺灣大學健康政
策與管理研究所完成之博士學位論文，於民國 104 年 11 月
24 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

陳端仁

胡淑貞

邱淑萍

周玲瑛

鄧守夏

鄭守夏



致謝

終於走到這裡了...。小時候總以為，當博士一定懂很多，但是到了攻下博士學位的今日，卻發現自己對知識、對社會、乃至於對世界的認識，實在好少好少，也許這就是王國維所謂「知識增時只益疑」吧？也深刻體會到這個學位不是靠自己獨力完成，而是有賴眾人的協力襄助，在此簡要誌謝。

首要感謝的，無疑是多年來指導我的丁志音老師。正如我們同學間私下稱呼丁老師為丁媽一般，您不只是我的老師，也是我在台北的媽媽，「媽媽」的意涵是無盡的付出與照顧，同時也是不斷的叨唸和叮嚀。謝謝您引領我進入研究的領域，在低落時給我鼓勵、在驕縱時給我打擊、在困頓時給我協助。實在很想念與您一起讀書、與您一起討論、與您一起爭執、與您一起分享、與您一起蒔花養草的時刻。每每聽其他老師說起您在病榻上，仍掛心著我們還沒畢業，我感到很是愧疚，作為您的學生，不僅沒能親口跟您道謝、道別，還讓老師帶著對我的掛心離開，這些都再也無法彌補，真的很對不起...。

再要感謝陳端容老師與鄭守夏老師，丁老師離開後，有兩位老師的幫忙、照顧，讓我能繼續專心讀書、寫作、研究，更謝謝兩位老師總是信任我、支持我，讓我能有很大的空間能安頓自己、做自己喜歡做的事情，也在論文進行的過程中給我指導。不僅兩位指導老師，也要謝謝口試委員會中的周碧瑟老師、鄧宗業老師、胡淑貞老師和邱玉蟬老師，老師們對論文用心協助，不只提醒我不足之處，還幫助我找出可以致進的方向。當然，也要感謝所有曾經教過我的老師，為我奠下紮實的基礎。

謝謝金山田野中的許多朋友，礙於各位是我的研究對象，請原諒我不能將各位的姓名在這此一一闡明。要謝謝你們讓我更認識這個社區、更瞭解這家醫院、更聽見在地的聲音，讓我能問與學之中，形成對學問的詮釋。其實，各位也是我的老師，看見大家在種種現實限制下，持續對工作付出、對社區投入、對邁向理想而努力，這是我從各位身上所學到寶貴的一課。

還有要謝謝一路上許多先進和同儕的相伴，這段時間喜悅、疑惑、笑鬧、茫然、愉悅、躊躇、歡樂、埋怨...，各種喜怒哀樂交錯經歷，很高興能與你們一同經歷。相信過去的相處只是開始，未來我們繼續一起前進！

最後，感謝家人的支持和包容。十年前離家北上求學之後，家中發生的大小事情，我總是無法第一時間參與；而對於我在臺北發生的大小事情，也總是無法第一時間與你們分享。儘管如此，有你們的支持和包容，讓家是我感到最安心的所在。

攻讀學位的過程，發生好多好多好多事情，現在想來真是不可思議。能夠有這些大小事件的洗禮，比起完成論文、取得學位，是更重要的學習。感謝上天。


摘要



背景與動機：健康促進(health promotion)是公共衛生界不斷努力的目標。近年來，除了對個人行為介入，也強調社區健康促進所扮演的角色和功能。對醫院而言，渥太華憲章揭示「重新定位健康服務」(reorient health service)的行動綱領，期盼醫療機構自原有疾病診斷與治療，進一步擴增了其健康促進的功能，讓醫療機構(medical care organization)成為名副其實的健康照護組織(health care organization)，肩負在其環境與社區中倡議健康促進與改變的媒介。臺灣政府部門自1999年開始推行社區健康營造，2012年進一步推動醫院以被保險人健康為目標的論人計酬(capitaion)試辦計畫。這些措施，都導引醫院正視自身在社區健康促進的角色。然而，現階段仍缺乏研究探索醫院在社區健康促進的背景成因，也尚未釐清醫院與社區在健康促進事務上的分工與整合，更缺少對醫院執行健康促進實務的探討。綜合前文所述，本研究之目的有三：(一)瞭解醫院推動社區健康促進的背景與原因；(二)分析醫院在社區健康促進的內容和與社區之整合；及(三)剖析醫院在社區健康促進實務之經驗。

研究方法：本研究以新北市金山區為研究田野。金山區位於北海岸地區，與主要城市相隔，境內僅有國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院一家醫院，其不只承接社區健康促進計畫，更以區域整合模式參與健康保險署論人計酬試辦計畫，使金山成為回答前述問題最適宜的場域所在。本研究以田野研究的方法，透過參與觀察、深度訪談、非正式訪談與檔案分析等方式進行資料收集。

結果：金山分院以承接論人計酬試辦計畫及相關健康促進計畫，獲得政府額外資源挹注，增強其社區健康事務參與的動機。然而資源不充足，且相關規範缺乏整合，限制醫院在社區健康促進的發展。其次，醫院的社區健康促進會受制於地方政治脈絡與社區人際網絡。醫院雖可協助社區內對健康有自覺意識的社群，提供

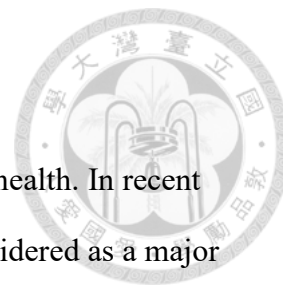


健康專業，以補足社區之不能。但是對於未能覺察自身健康促進需求的社群，則需透過非正式的人際關係奠基，才能獲得資訊，以協助社區民眾健康促進與改善健康問題。此研究結果指出，醫院在社區健康促進實務中，非制度化與非正式化的特質及其結構限制。

結論：本研究透過質化的分析，討論醫院投入社區健康促進的可能原因與限制。醫院－社區的合作與經營，需要人際情感為基礎，顯示合作關係的不確定性與脆弱性。本研究可供臺灣發展醫院為基礎的社區健康促進政策參酌。建議未來研究持續深化醫院社區健康促進實務與理論的對話，以期建構具可行性的醫院－社區整合之健康促進運作模式。

關鍵詞：社區健康促進、論人計酬、資源與體制、醫院與社區關係、過程評估

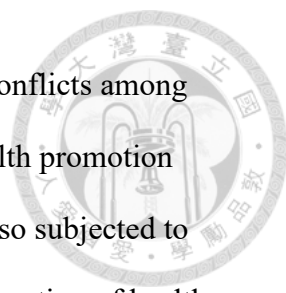
Abstract



Backgrounds: Health promotion is a key of improving the public's health. In recent years, reorienting health care toward health promotion has been considered as a major challenge for health service providers. The Department of Health started the Building Healthy Communities Program since 1999 and the National Health Insurance Administration also introduced a 3-year pilot capitation payment program which is similar to the accountable care organization in the United States in 2011. With these policy incentives, participating hospitals are encouraged to improve or maintain the health status of their enrollees, and community health promotion approaches are usually adopted. Given this groundwork, the aims of this study are to (1) investigate the backgrounds of promoting health in the community by a hospital; (2) figure out the processes and structures of the hospital-community partnership; and (3) profile the implementation of health promotion tasks by a hospital in the community context.

Methods: The National Taiwan University Hospital Jinshan Branch was established in 2010 and it was also the only hospital in the northeast district of Taiwan. After participating in the capitation payment program of the National Health Insurance Administration and health promotion programs led by the Health Promotion Administration, the Jinshan hospital initiated several community-based health programs. This study, a field research, collected data by participant observation, documentary analysis and open-ended interviews with hospital staffs, community residents and relevant stakeholders.

Results: The hospital participated in the capitation payment program and health promotion programs for gaining more resources and incentives in order to perform



community health services. Nevertheless, scarcity of resources and conflicts among institutions limited the development of the hospital's community health promotion works. On the other hand, promoting health in the community was also subjected to local social networks. Facing those community groups with high perception of health, the role of the hospital was to provide specialized healthcare services to meet the demands. On the contrary, the hospital had to approach local social networks to learn the needs of community members and assist them in improving or promoting health. The results showed non-institutionalized and informal characteristics of the hospital-community partnership and the structure constrains influenced the hospital's community-based health promotion implementations.

Conclusions: Through qualitative approach, this study observed that the relationship between local community and the hospital is multi-faceted and dynamic. The results also provided first-hand information for future policy formulation. By exploring the real practices of hospitals' community health promotion works will help develop a proper operation model.

Keywords: Community Health Promotion, Capitation, Resources and Institution, Hospital-Community Partnership, Process Evaluation

目錄



致謝.....	i
中文摘要.....	iii
英文摘要.....	v
第一章 緒論.....	1
第二章 文獻回顧	
第一節 社區健康促進理論與背景.....	6
第二節 醫院的社區健康促進.....	10
第三節 健康促進計畫的執行與評估.....	19
第三章 研究方法.....	25
第四章 結果	
第一節 醫院設立的地方背景及自身定位.....	39
第二節 醫院參與社區健康促進的資源障礙與體制掣肘.....	45
第三節 醫院的社區健康促進服務編制與內容.....	55
第四節 醫院在社區健康促進理想型態與現實型態.....	62
第五節 由「下而上」的社區健康促進執行.....	72
第五章 討論.....	83
第六章 結論與建議.....	95
參考文獻.....	97

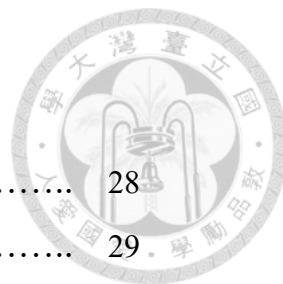
圖目錄

圖 1	研究目的圖形化.....	5
圖 2	組織間關係建構過程架構圖.....	15
圖 3	醫院的社區參與程度類型.....	16
圖 4	過程評估之步驟.....	19
圖 5	互動系統架構.....	21
圖 6	新北市金山區行政區域圖.....	27
圖 7	緩和醫療家庭諮詢費規範.....	49
圖 8	金山分院社區健康事務主要項目及分工.....	55
圖 9	金健康背心與金健康制服.....	76



表目錄

表 1	新北市金山區及北海岸四區基本資料表.....	28
表 2	新北市金山區、新北市、全國十大死因比較.....	29
表 3	受訪者基本資料.....	35
表 4	金山分院論人計酬試辦計畫點數結算.....	47
表 5	2013 年金山分院社區健康事務規範及辦理情形.....	61



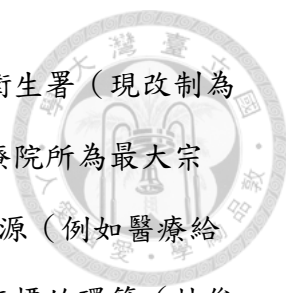
第一章 緒論



研究背景

健康促進(health promotion)是二十世紀後最重要的公共衛生概念。1974年，加拿大衛生部長 Marc Lalonde 提出生活型態與環境為主要影響健康的因素 (Lalonde, 1974)，自此，當代公共衛生策略，即從疾病治療，轉為疾病預防及健康促進為主。其後，健康促進的概念不斷深化，1986年，世界衛生組織(World Health Organization, WHO)在渥太華召開第一屆健康促進國際研討會，提出渥太華憲章(the Ottawa Charter)，強調應整合社區組織進行有效的社區行動，也就是社區充權賦能(empowerment)在健康促進上的重要性(World Health Organization, 1986)。臺灣自 1999 年起也陸續提出以社區為基礎的健康營造計畫，如：社區健康營造、健康生活社區化計畫（挑戰 2008：國家發展重點計畫）、健康社區六星計畫。這些政策的推展，都反映出社區健康促進已成為我國衛生福利建設的一大重心。


社區健康促進觀念的發展，並未使醫療機構功能式微，反而為醫療機構開拓了新的舞台。渥太華憲章五大行動綱領中的「重新定位健康服務」(reorient health service)，即強調醫療機構自原有疾病診斷與治療，進一步擴增其健康促進的功能，讓醫療機構(medical care organization)成為名副其實的健康照護組織(health care organization)(World Health Organization, 1986)。渥太華憲章之後，世界衛生組織強化以場域(setting)為基礎的健康促進，醫院是其中之一，而有健康促進醫院(health promoting hospital, HPH)相關的概念與行動，因為醫院是職場，也是健康服務提供的場所。在這些角色中，都不能忽略健康促進，且醫院具有健康促進議題訓練、教育與研究的責任，在其環境與社區中，也應扮演著倡議健康促進與改變的媒介(Pelikan, Krajic & Dietscher, 2001)。換言之，醫療院所不只要關注自己場域內的健康促進行動，更應走出大牆、邁入社區與改善環境。



在臺灣，醫療院所參與社區健康促進並不少見，以行政院衛生署（現改制為衛生福利部）推動的社區健康營造計畫為例，承辦單位就以醫療院所為最大宗（黃松共、吳永鐘，2003）。醫療院所不僅是因為要爭取相關資源（例如醫療給付或是計畫經費）而投入社區健康促進，這同時也是醫院評鑑指標的環節（林俊龍，2008；行政院衛生福利部醫事司，2014），更是一種醫療行銷與營利的方法（宋松遠等人，2006；陳宏一等人，2004）。近年來，部分醫院受健康保險支付制度導引，成為影響醫院投入健康促進的因素之一。

全民健康保險在開辦之初，沿襲公、勞、農保時代的支付方式，以論量計酬(fee-for-service, FFS)為主，醫療院所藉由增加服務量(volume)與診療密度(intensity)的方式，盡可能「衡量」，致使臺灣出現醫院服務量大增，但是生產效率卻下降的現象（行政院衛生署中央健康保險局，2012；行政院衛生署，2011；鄭守夏，2011；Chen, 2006），並隨著人口結構老化、醫療新科技推陳出新、民眾對醫療的需求與期待增加，使醫療費用快速成長，再加以經濟條件和政治環境對保費調整的限制，全民健保財務更顯捉襟見肘（郭年真、江東亮、賴美淑，2014；行政院衛生署，2011；劉見祥、吳秀玲，2009）。2012年起，為期三年的論人計酬(capitation)試辦計畫（行政院衛生署中央健康保險局，2013）即是控制醫療費用支出的重要策略之一。論人計酬支付制度將財務風險轉移給醫療服務提供者，使其具有控制成本、減少支出的誘因，而採取降低醫療服務支出及促進被保險人健康的作為，達到減少醫療服務利用數量與價格的目標（蔡文正，2008）。


然而，提升醫院在社區健康促進的功能與角色，於健康促進理論上漸趨重要，其作法和執行策略之學理發展也愈加完善，諸如應以社區需求評估開始，並據此發展執行內容、與社區組織連結合作，始展開社區健康促進計畫，過程中，應持續創造有利計畫執行的條件，並且時時對計畫評估(Bracht, 1998)。但理論與醫院之實務操作仍有不小的鴻溝(gap)(Bero et al., 2008; Glasgow, Lichtenstein &



Marcus, 2003; Glasgow & Emmons, 2007)，若以 Green 等人(2009)的知識轉譯架構綜觀臺灣現況，臺灣醫院的社區健康促進成果仍僅止於經驗分享（楊鈺雯，2008；黃暉庭、羅佳琳、葉淑華，2008），未有系統化的資料收集，也未針對實務成果尋求理論對話，亟待學術研究加以關注與克服。

對醫療院所而言，儘管醫院的社區健康促進具有學理基礎，也有前述種種誘因使其正視自身健康促進的角色，然而醫療院所開展健康促進服務，並非只是單純擴增服務項目而已，因為醫療服務提供者走出醫院大門外，照顧的對象是由一群民眾所集合而成的「社區」，這一群民眾，儘管有相異的特質，但彼此之間可能有社會連結(social tie)、有共通的看法，並因地理空間或是場域的交集而有集體行動(MacQueen, 2001)，讓醫療院所必須以社區的視角來規劃相關服務。在根本上，醫院具備健康專業人力與資源，是社區所沒有的；社區中的人力、資源和資訊，則為醫院所缺乏，再者，社區的成員亦是醫院潛在的客群，兩者間因為資源與權力流動而形成彼此依存的關係框架(frame)，一方面會限制個別組織行動的範圍，另一方面也給予個別組織在競爭下生存的利基(Cropanzano & Mitchell, 2005; Hillman, Withers, & Collins, 2009)。況且，在社區中要面對廣泛處於各種健康狀態的民眾，這與醫療院所習於處理的病人或臨床個案截然不同(Kreuter, Lezin & Young, 2000)。醫療院所之社區工作，更不等同於臨床工作的場所換成社區，因為醫院組織、結構和文化都與社區不同，且社區對於醫院參與社區健康事務也非全無憂慮(Poland et al., 2005)，所以醫療院所欲開展社區健康促進服務或是參與社區健康營造，有許多障礙需要克服。

正因健康促進的執行實務上有種種困難和挑戰，因此近年來公共衛生學界不斷的強調對於執行面的分析與探索，以期兼顧理論與實務的面向，增進健康促進介入的推廣及應用(Wandersman et al., 2008; Saunders, Evans & Joshi, 2005)。特別是醫院在社區的健康促進工作，往往是經歷逐步建立的過程，讓醫療院所自沒有或是低度的社區健康事務參與，逐步提升與社區連結，並且發展和提供相關服



務，尤其是在臺灣特有的地方生態脈絡之下，醫院要如何與社區分工、整合，是過去未有研究加以觀察和分析的。再一方面，我們也需要透過實務視角，檢視社區健康促進服務提供的架構與系統，並瞭解醫院及其執行者在社區健康促進中之經歷，冀望能作為反饋，加以改善。此類型的研究將有助於增進健康促進理論在實務面的應用，也可作為臺灣發展醫院為基礎之社區健康促進政策的依據，並供相關單位參考和借鏡，以期建構具可行性的醫院－社區整合之健康促進運作模式，最終達成提升國民健康的目標。

新北市金山區位在臺灣北部，與同是新北市轄下的石門區、三芝區、萬里區相鄰，區內共有 15 個里，人口約 2 萬 2 千餘人，老年人口佔率超過 12%。其境內的現住人口受國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院論人試辦團隊承攬，自 2012 年 1 月至 2014 年 12 月，由該院在金山社區開展論人計酬試辦計畫。在區域整合試辦模式之下，國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院規劃論人計酬試辦計畫對社區民眾服務之執行內容主要有：(一) 預防保健服務、(二) 高健保耗用個案管理、(三) 以病人為中心之服務、(四) 安寧緩和醫療與 (五) 相關研究 (施至遠, 2012)。除了論人計酬試辦計畫之外，尚有社區健康營造計畫與申請國際安全社區計畫...等社區健康促進計畫在金山地區由該院執行，再加以國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院於 2010 年才改制，是當地唯一的醫院，使新北市金山區成為最適宜探究醫院在社區健康促進事務的場域所在。

本研究將以新北市金山區為例，以田野研究的方式，透過質性資料收集，利用計畫執行的過程評估(process evaluation for assessing implementation)為分析架構，首先瞭解醫院參與當地社區健康事務的起因，及醫院在社區健康促進服務的編制及內容，進一步以組織間關係(interorganizational relationships)之觀點，描繪醫院還有社區雙方在社區健康事務上的分工與整合，最後剖析醫院及其執行者在社區推展健康促進之經歷，綜論醫院在社區健康促進中的執行實務。



研究問題

綜合前文，本研究欲達到的目的及相應研究問題如下：

目的一：瞭解醫院參與社區健康促進的背景與原因

問題一：醫院為什麼要在社區發展健康促進工作及社區健康事務參與？

問題二：論人計酬試辦計畫及其他相關資源與體制的影響為何？

目的二：描繪醫院在社區健康促進的內容及與社區之整合

問題三：醫院在社區中健康促進服務的內容為何？

問題四：醫院和社區雙方在社區健康促進事務上如何建構關係與分工？

目的三：剖析醫院及其執行者在社區健康促進之實務經歷

問題五：醫院及其執行者如何在社區民眾中推展健康促進服務？

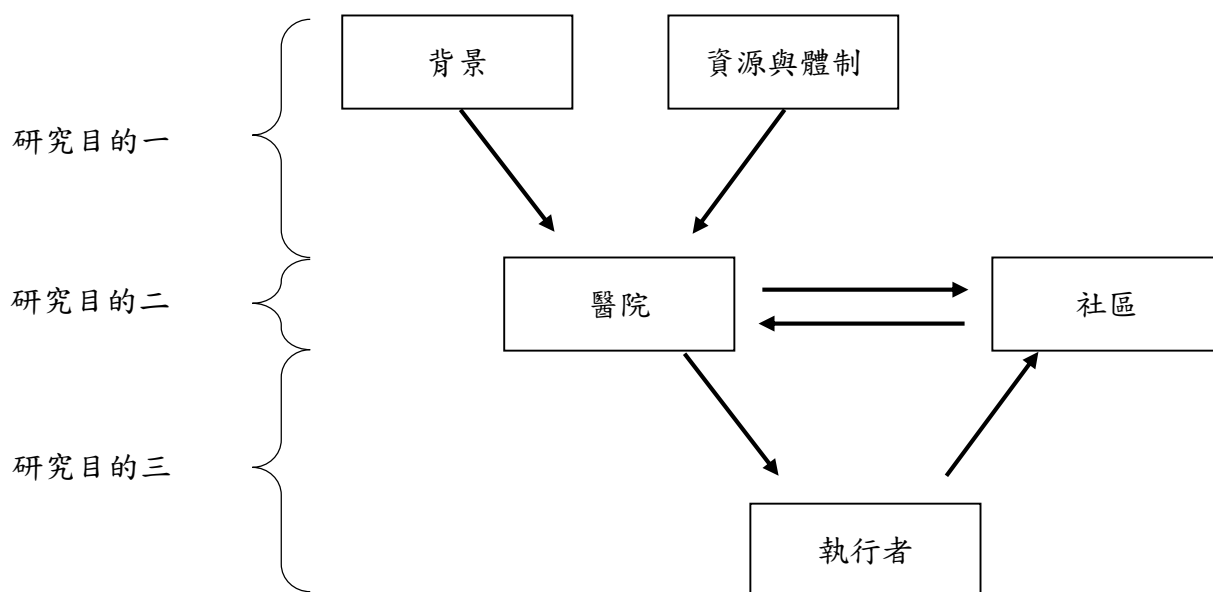


圖 1：研究目的圖形化

第二章 文獻回顧




本章將分為三個章節，首先介紹社區健康促進的理論與背景。再進一步回顧醫院在社區健康促進中所扮演的角色，並檢視過去學者如何討論醫院與社區之互動關係。最後回顧健康促進執行成效評估之相關文獻，並提出本研究審視個案醫院如何進行社區健康促進的分析架構。

第一節 社區健康促進理論與背景

世界衛生組織將「健康促進」定義為：「增進民眾控制與改善健康的過程，且這樣的過程應超乎聚焦於個人行為，而由廣泛從社會與環境的角度切入 (Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. It moves beyond a focus on individual behaviour towards a wide range of social and environmental interventions.)。」 (World Health Organization, 2015)。世界衛生組織的定義著眼於行為是個體與其所處的社會環境互動，所形塑而成(Stokols, 1996)，因此，要探討一個人的健康行為，就不能忽略其所處的社會環境。

社區則是社會環境中的重要單元(unit)之一。所謂社區，就是一群人儘管有相異的特質，但彼此之間會因共同的事務，而有不同層次的社會連結和觀點，同時也因地域空間或是社會場域的交集而有集體行動(MacQueen, 2001)，或者是依照 Israel 及其同僚(1994)指出，社區的元素包含成員認同(membership)、共同的符號系統(common symbol value)、共同的價值和規範(shared values and norms)、共同影響(mutual influence)、共同的需求(shared needs)及共同的情感連結(shared emotional connection)等元素。從前述學者對社區的定義大體可以瞭解到，社區指涉的是一群相異的人中相似的部分，包括關心相似的議題、生活在相似的自然或社經環境中，並展現出相似的行動。




1978年，阿拉木圖宣言(Alma Ata Declaration)就提出初級健康照護需要自社區著手(World Health Organization, 1978)。其後，渥太華憲章明確點出健康促進的對象不僅是個人，更包括社區，並在綱領中提出強化社區行動力(strengthen community actions)，揭示社區也是健康促進的力量(World Health Organization, 1986)。在此同時，健康城市(Healthy City)概念強調要創新改善物理和社會環境，擴展社區資源，使社區民眾之間相互做為實現生活功能及發展最大潛能的支持(Duhl & Hancock, 1988)。換言之，社區是一個健康促進介入的主體，也是一個健康促進的載體，因此可以藉由共同合作(working together)的方式，讓不同的個人(individuals)或是組織(organizations)，結合其人力、物力與各項資源，完成一個單獨個體無法完成的任務(王珮如、胡淑貞，2003)，進而行動，達成：

- 一、發現與支持既有的社區網絡以改善健康
- 二、發現健康問題，特別是對弱勢與承受社會不平等之苦的族群
- 三、與相關機構(包括社區內的團體)共同著手解決已被確認的社區問題
- 四、鼓勵與相關部門的管理階層對話，以發展更可近及更適宜的服務

(Fisher, Neve & Heritage, 1999)

凡諸種種，社區健康促進(community health promotion 或 community-based health promotion)被視為當代健康促進的重要取徑(Merzel & D'afflitti, 2003; Navarro, Voetsch, Liburd, Giles & Collins, 2007; Stokols, 1996; Guldan, 1996)。這種取徑讓健康促進不單是針對個人行為的改變，更需要有全觀(holistic)的思維，並對展開社區充權賦能(community empowerment)。許多健康促進介入都奠基於此核心概念加以發展，諸如在歐洲及北美難民社區中，發展針對西非裔女性割禮(female genital mutilation, FGM)及防止兒童虐待的計畫(Labonte, 1998)、美國加州 Santa Cruz County 社區對西班牙裔糖尿病患的健康介入計畫(Ingram, Gallegos & Elenes, 2005)、高雄縣田寮區的無菸、無檳社區(蘇培人，2012)，或是如澳洲



Werribee 鎮居民自發性組成 WRATD (Werribee Residents Against Toxic Dump) 團體，以反抗環境公害(Van Moorst, 2000)，這些都是社區健康促進的體現。不過前述的介入或是社區組織之成立，都是針對社區中所關心、或是最迫切的單一議題。要能廣泛而持續針對社區健康發展健康促進，仍是與健康保險相關的組織，例如凱薩醫療機構(Kaiser Permanente)，才有對其照護對象所在社區發展綜合性、多重議題的健康促進服務(Kaiser Permanente, 2015; Leutz, Greenlick & Nonnenkamp, 2003)。

臺灣也沒有忽略這股健康促進發展的趨勢。1999 年起，行政院衛生署開始社區健康營造計畫，強調「在既有的衛生保健體系之下，改變傳統上民眾被動接受健康服務的方式，透過社區組織的運作，激發社區民眾由下而上主動參與，關心自身所處的社區健康問題，並結合社區中各團體之力量共同解決問題，促進民眾實踐健康生活，達到促進國民健康之目標」(行政院衛生署國民健康局，2006) 以此為始。2003 年，嚴重急性呼吸道症候群(Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS)在臺灣爆發流行，也讓衛生單位體認到健康問題不能僅仰賴醫療體系，強化社區動員能力是不可或缺的力量(陳建仁，2003)。社區健康促進的概念在臺灣越發受重視，2002 年，「健康社區」就已是行政院層級的政策綱領，健康生活社區化被視為「挑戰 2008：國家發展重點計畫(2002-2007)」的項目之一(行政院經濟建設委員會，2005)，更於 2005 年被納入行政院臺灣健康社區六星計畫，在醫療社福的面向，要藉由「發展社區照護服務」與「落實社區健康營造」兩大策略達成健康社區的目標(行政院，2006；行政院衛生署國民健康局，2006)。

臺灣看似以國家層級的力量在發展社區健康促進，但是若仔細檢視，卻很難找到實質的執行內容，像是健康生活社區化雖列有發展概要、預算規劃和期程(行政院經濟建設委員會，2008)，不過在事後研考中卻無相關細節。健康生活社區化納入臺灣健康社區六星計畫(行政院內政部，2005；行政院，2006)，其雖將社區視作政府最基礎的施政單位，策略上著重於社區人際網絡的連結，共同

發掘與解決社區中的健康問題，但是如何整合人力、物力和資源，並產生行動卻著墨不深。綜言之，健康社區的營造仍然面臨專業不足、社區無法有效整合、政策環境不佳...等問題，推動上困難重重（陳毓璟、黃松元，2003）。

儘管如此，社區健康促進仍是臺灣衛生福利核心議題。其中，醫院作為與民眾健康最相關的場域，是社區健康促進的另一大著力點。本研究也將在下一個章節探討相關政策與醫院的角色。

第二節 醫院的社區健康促進




健康促進的社區途徑強調整合社區內的成員和資源，以集體的力量共同面對健康問題，醫院作為社區中與健康議題最相關的場域(setting)，有其功能和角色。對醫院來說，從社區的角度解決疾病問題，甚至參與社區健康促進事務，除了有助減輕醫院財務壓力與增加營收之外，也對醫院競爭力、行銷、醫療品質、照護可近性...等面向，有正向助益(Shortell, Gillies & Devers, 1995; Proenca, Rosko & Zinn, 2000; Proenca, 1998; 宋松遠等人，2006；陳宏一等人，2004)。

事實上，由醫院肩負起健康促進角色是非常合宜的，不只是因為醫院聚集了健康資源、人員、技能以及技術(Johnson & Baum, 2001)，Mullen 等人認為醫院有兩個基本特質，可彰顯出醫院發揮有效的衛生教育以及健康促進之角色和功能——其一是改善民眾健康本來就是醫院的首要目標；其二是健康照護提供者被視為可靠的健康訊息來源(Mullen et al., 1994)。也因此，醫院作為一個健康的場域，不能只是關心醫院內的健康議題，還應協助改善其社區之健康(Pelikan, Krajic & Dietscher, 2001)。

影響醫院在社區健康促進的資源與體制因素

儘管醫院很適合在社區中倡議健康議題、扮演促進社區健康的角色，但還需要更進一步的動機，才足以使醫院與社區間建構起關係的連結，以投入健康促進服務。這背後的成因可以從組織社會學中組織間關係(interorganizational relationships)之概念，分為資源與體制兩個面向來看：

第一，在資源面的部份，醫院具備健康相關的人力與資源，是社區所沒有的；社區中的人力資源與資訊，則為醫院所缺乏。再者，社區的成員亦是醫院潛在的客群。因此，從社會交換理論(social exchange theory) (Cropanzano & Mitchell, 2005)及資源依賴理論(resource dependence theory) (Hillman, Withers, & Collins, 2009)觀之，組織間因為資源與權力流動，而形成彼此依存的關係框架(frame)，這



個框架一方面會限制個別組織行動的範圍，另一方面也給予個別組織在競爭下生存的利基。前述種種，可以見得醫院及社區雙方互有所需，而使彼此有動機產生關係連結，以交換訊息和資源，並進而分工、合作，形塑雙方權力結構關係。


第二，則是體制(institution)，所謂體制就是具備高度彈性的社會結構(social structures)，其是由規則、規範與文化—認知三大元素所組成(Scott, 2003)。規則因素(regulative factor)指涉明文的規章，像是法規、監測機制、條約...等，大到政府法規，小至單位的公約，都屬之；規範因素(normative factor)則是人們的對醫院這個角色或位置的期待(expectation)。這樣的期待不見得會形諸於文字條列載記，但卻是民眾想像組織在社會上的運作準則。文化—認知因素(cultural-cognitive factor)即社會中共同的觀念或想法，像是文化、習俗、價值觀...等。也因此，要討論促使醫院與社區關係連結的體制架構，便可以此三元素解析之。

然而我們檢視現狀下形塑臺灣醫院與社區關係連結的體制架構，不難發現規則因素是主要影響的成因：

首先，在醫療法中規定，不論是公立醫院、醫療社團法人或是醫療財團法人，都至少要提撥 10% 的年度醫療收入結餘辦理研究發展、人才培訓、健康教育、醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項。在醫院的評鑑項目中，也包含應積極參與社區健康營造的條文（行政院衛生福利部醫事司，2014）。

其次，則是官方政策的推行。如前一節所述，臺灣自 2000 年前後開始大力推動社區健康促進工作，這些計畫也是促使醫院與社區健康事務連結的規則和規範因素，包括國民健康署和地方衛生局都參與其中。臺北市政府首先在 2002 年，宣布當年為「臺北健康城市元年」，從推動「健康減重 100 噸活力長壽臺北城」開始，分別從職場、學校、醫院和社區著手。當年度民眾參與共同減重 181,804 公斤，其中 79,375 公斤(43.7%)是由醫院協助病人、員工與社區達成。

再者，針對醫院健康促進的評鑑訂定，與鼓勵醫院參與健康促進醫院網絡也是因素之一。前述減重計畫推動的同時，臺北市政府也針對轄下所有公私立醫



院，全面進行「健康醫院評鑑」，希望醫院都能夠將社區健康事務視為醫院服務的環節之一（行政院衛生福利部國民健康署，2013；臺北市政府衛生局，2010）。國民健康署也偕同地方衛生局，其後持續推動臺灣加入世界衛生組織健康促進醫院網絡(Health Promotion Hospital Network, HPH Network)，並積極推動國內醫院成為健康促進醫院。健康促進醫院指涉醫院是自然的場所、是社會的場所、是職場，也是健康服務提供者，在這些角色中，都不能忽略健康促進，同時醫院提供健康促進議題訓練、教育與研究的責任，甚而是在其環境與社區中，扮演著倡議健康促進與改變的媒介(Pelikan, Krajic & Dietscher, 2001)。所以鼓勵醫院加入健康促進醫院行列，也是在鼓勵醫院和社區於健康事務上產生關係連結與分工合作，如此才能符合健康促進醫院的條件。不只健康促進醫院，另外還有社區健康營造、高齡友善健康照護機構、推動健康照護機構參與健康促進工作計畫，或是特定議題如戒菸、戒檳、癌症防治...等，這些計畫雖不一定將「社區」包含在計畫內容中，但是對於承接計畫的醫療機構來說，連結社區以提供相關服務，都有助於達到計畫要求。

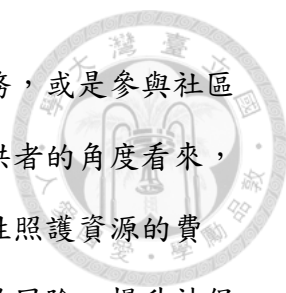
最後，也是導引醫院投入社區健康促進服務的重要因素之一，便是源於與醫療費用給付最直接相關的健康保險署，自 2012 年起為了使民眾獲得更完整的照護、讓醫療團隊發揮照護能量與促進民眾健康、減少醫療浪費，開始了為期三年的論人計酬試辦計畫，並有三種試辦模式（行政院衛生署中央健康保險局，2013）：

- 一、區域整合模式：以特定行政區域之戶籍人口為照護對象，由該區域內的醫院及診所組合成醫療團隊提供整合性照護。臺大醫院金山分院所即以此模式參與論人計酬試辦計畫，另外還有秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院團隊、澄清綜合醫院團隊與部立金門醫院，皆屬此模式。
- 二、社區醫療群模式：由參與「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」的社區醫療群為主，結合相關診所與醫院形成合作團隊，由照護團隊自行選定

忠誠病人及保險人給定之被保險人為照護對象。芝山診所主責的醫療團隊即選定此模式參與試辦計畫。

三、醫院忠誠病人模式：以參與「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」及健康保險署給定之忠誠病人為主要照護對象，共有財團法人天主教耕莘醫院、財團法人彰化基督教醫院及善工醫療財團法人屏東基督教醫院以此模式參與試辦。

論人計酬支付制度是一種前瞻性的支付制度(prospective payment)，一般情況下，不考慮被保險人實際醫療需求與利用情形，而是校正被保險人風險因子後，事先決定給付給醫療服務提供者的費用，將財務風險由受託付的醫療服務提供者承擔。相較於論量計酬中，醫院和醫師透過增加服務量與服務密度的方式，提高民眾醫療資源使用，來使自身獲利，在論人計酬支付制度控制成本、減少支出的誘因下，醫療服務提供者想要從民眾身上獲利，最好的方式就是讓民眾少用醫療服務，通常是採取減少服務量與降低診療密度，甚或是促進被保險人健康的作為，以期減少醫療服務利用的數量與價格（蔡文正，2008；鄭守夏，2011）。在美國科羅拉多州(Colorado)以中斷性時間序列準實驗(interrupted time-series quasi experiment)研究法，分析兒童及青少年的精神醫療服務，發現論人計酬支付制度介入後，醫療支出如預期地顯著降低，而次段預防與末段預防(secondary and tertiary prevention)服務則顯著增加(Catalano, Libby, Snowden & Cuellar, 2000)。另一個使用全美門診服務調查(National Ambulatory Medical Care Survey, NAMCS)的研究也同樣指出，參與論人計酬的醫師，其病患會面就診的次數下降，預防性和健康諮詢服的次數則增加(Balkrishnan et al., 2002)。雖然美國的制度設計多元而且複雜，各種因應策略不一而足，但這些研究證實醫療服務提供者在論人計酬支付制度之下，確實會更重視健康促進和預防保健的服務。



儘管健康保險署未載明試辦團隊醫院必須採取健康促進服務，或是參與社區的健康事務，但在論人計酬支付制度的架構下，從醫療服務提供者的角度看來，對一個健康人採取預防保健的花費，是遠低於其生病時耗用急性照護資源的費用。此般的落差，讓醫療服務提供者有誘因主動管理被保險人的風險、提升被保險人的健康，以期減少醫療支出(Olden, 2003)。再加以試辦計畫中的區域整合模式及社區醫療群模式的設計，讓醫院以行政區域中的人口為照護對象、並和相關醫療院所組成團隊，都使計畫承接團隊必須重視在社區層次的介入。

醫院與社區關係(hospital-community partnership)的分析架構

統整上述說明，可以見得在體制導引下，或是基於資源與權力交換的需求，會使醫院開展與社區的關係建構，並在社區健康促進事務相互分工。所謂醫院與社區關係(hospital-community partnership)指的是：「自發性的社區組織合作，藉由雙方協力，以求取改善社區健康的共同利益(voluntary collaborations of organizations, which have joined forces in order to pursue a shared interest in improving community health) (Shortell, Washington & Baxter, 2009)」依照 Ring 和 Van de Ven 提出組織間關係建構過程的架構觀之（如圖 2），醫院與社區雙方會以效率和公平為關係建構核心，開展關係建構的過程。首先，雙方透過正式的協議或是非正式的溝通，探詢彼此共同的期待。當雙方對未來所要採行的行動和各項責任、規則有一致共識，便會訂定正式的關係契約或形成非正式關係的默契，此時，雙方關係的協議與治理架構已然成型。進到執行的階段後，會再次隨著雙方執行過程的誤解、衝突與期待變化，讓雙方重新思考彼此間的關係，而又回到協商階段，如此周而復始，呈現出動態的關係建構過程(Ring & Van de Ven, 1994)。

Ring 和 Van de Ven 所提出描繪雙方關係建構的架構廣受引用，但是用在醫院和社區關係的議題上，尚不充足。因為這樣的架構沒有考慮到雙方關係涉入的程度，也就是說，在 Ring 和 Van de Ven 的架構中，當醫院和社區雙方關係，因執

行過程的誤解、衝突與期待改變後，會重新進入協商的過程，以決定關係維繫或終止，然而，醫院和社區的關係並不是只有維繫和終止關係兩種選項，即使雙方決定持續維繫醫院—社區關係，但兩者間關係仍有緊密和疏離的差異。特別是臺灣的醫院，受限於體制或是資源需求，很難與社區間一刀兩斷，有的醫院會深入社區耕耘，也會有醫院僅與社區維持基本而低度的連結。

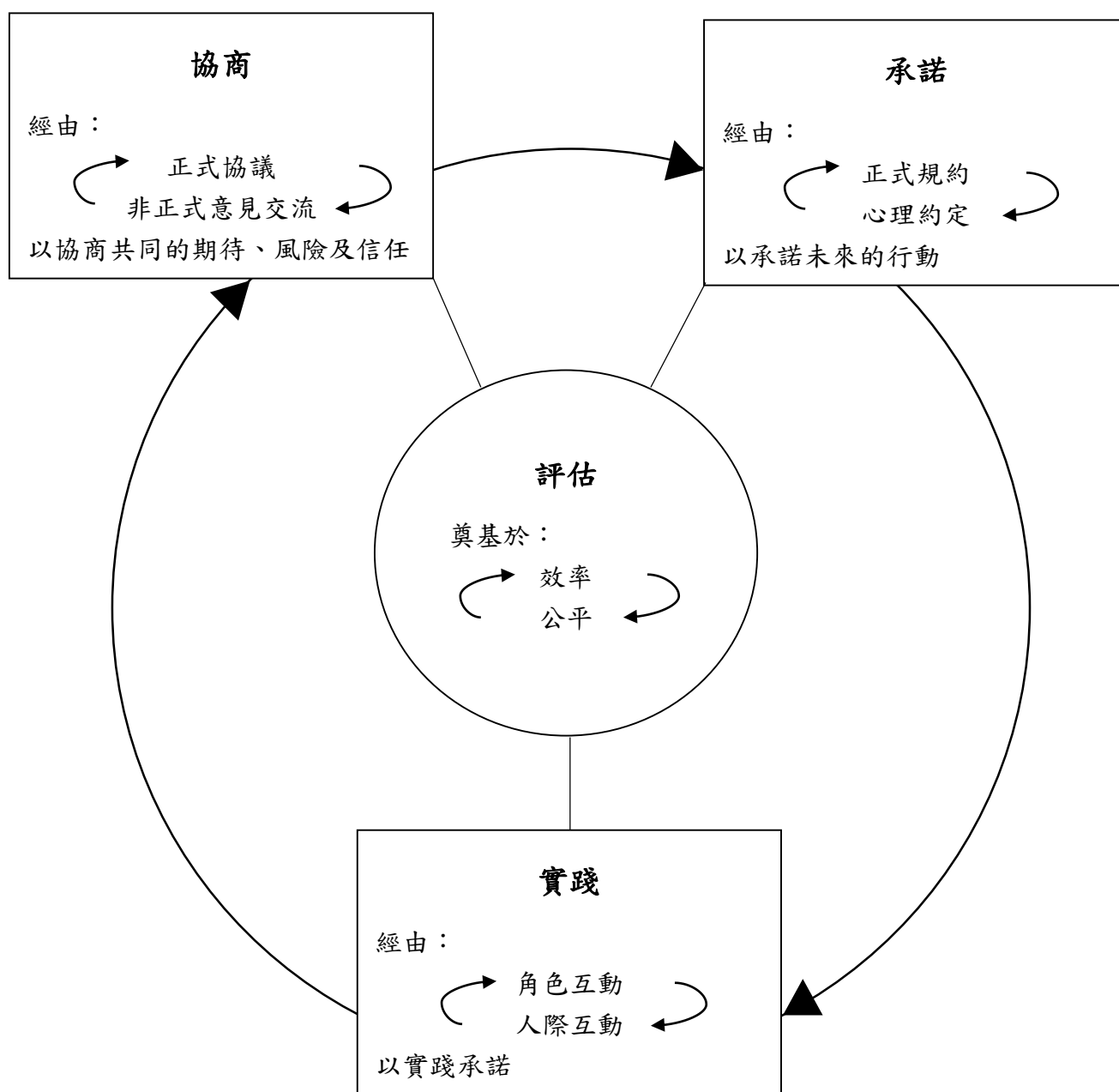



圖 2：組織間關係建構過程架構圖 (Ring & Van de Ven, 1994)

Kovner 從醫院的角度出發，以「醫院對社區利益承諾」(hospital commitment to a designated community)及「醫院的使命與工作計畫整合社區利益計畫」(integration of community benefit program into hospital mission and work plan)為構面，將醫院的社區參與程度分成四種類型（見圖 3），依照社區參與程度由淺而深分別為醫師工作站(doctors' workshop)、社區服務醫院(community service hospital)、照護群體醫院(enrolled population hospital)與社區照護網絡醫院(community care network hospital) (Kovner, 1994)。在 Kovner 的分類中，社區參與程度越深的醫院，越把社區的利益視為自身的利益，因此相應而言，醫院會有明確的組織與財務規劃，以期達到和社區建構正式關係的目標，而醫院領導階層，被期待在社區照護網絡的服務提供扮演重要角色，社區範疇內的學校健康、職業衛生、衛生教育與預防計畫、工作問題、住家問題還有慢性病照護等社區的優先事項，也會是醫院關心的事項。醫院甚至協助社區組織創造就業，或是提供當地居民工作與訓練計畫。

		醫院對社區利益承諾	
		高	低
醫院的使命與 工作計畫整合 社區利益計畫	高	社區照護網路醫院	照護群體醫院
	低	社區服務醫院	醫師工作站

圖 3：醫院的社區參與程度類型 (Kovner, 1994)

Kovner 綜合醫院對社區的使命以及營運的考量，提出對於醫院在社區參與程度之分類，將醫院和社區的關係建構不僅是聚焦單一計畫，而是對於醫院和社區間相互需要的關係加以闡明，作為衡量醫院及社區間關係深淺的指標，補足 Ring



和 Van de Ven 組織間關係建構架構的未竟之處。不過 Kovner 的架構無法全然套用於臺灣，因為臺灣的醫院不僅是一個讓醫師提供服務的場地，門診與住院病人都是醫院的服務範疇，屬於封閉式醫療體系（盧瑞芬、謝啟瑞，2003）。儘管如此，架構中「醫院對社區利益承諾」及「醫院的使命與工作計畫整合社區利益計畫」兩項構面，仍然可以作為醫院及社區關係緊密與否的衡量指標。

社區健康促進的地方生態

探究醫院和社區雙方關係的發展與維繫，乃至於在社區健康事務的分工，是很重要的議題，因為政策、醫院領導階層、醫院組織文化與社區文化…等，都可能是醫院與社區建構合作關係的障礙，這使得社區對於醫院進入社區的耕耘也非全無疑慮(Poland et al., 2005)。其實如同前文所述，社區是由一群相異的人所組成，所以醫院在社區之中，不是面對一個單獨的組織，而是一群有共通社會網絡的人們(Israel, Checkoway, Schulz & Zimmerman, 1994)，本研究中則將這樣的地方社會網絡，稱之為地方生態。地方生態使得醫院嘗試與社區關係建構時，不能以一貫之，而需要仔細體察網絡內的複雜性(Laffin, Liddle, & Entwistle, 2006)，據以做為關係建構的基礎。在此之上，Lloyd 等人(2007)也指出：(一) 建立責任與架構；(二) 合宜的行為；與 (三) 尊重差異，是與地方社區關係建構的準則。這樣的準則作為一種提醒，對於關係建構的雙方而言，僅就責任和合作架構商議並不充足，而是要展現出對地方的瞭解、對權力關係均衡的追求、溝通管道的流暢以及發展處理衝突的機制，然後能周全考量雙方與社區網絡中的多方需要(Lloyd et al., 2007)。不僅於此，Laverack(2004)更指出，正因為健康是包括居住、交通運輸、勞動環境與健康服務，再加以社會支持等種種條件共同交織而成的產物，所以欲改善社區健康問題，並對社區充權賦能時，就不能忽略地方政治、經濟、社會文化與組織的脈絡，這些因素可能是社區健康問題改善的助力，也可能會是阻

力。儘管學者指出地方生態在社區健康促進的重要性，但在臺灣本土研究中卻鮮少被提及，更遑論加以闡述分析。



綜合來說，臺灣雖不乏醫療院所投入社區健康促進工作，但在論量計酬支付制度的環境下，這些服務主要做為一種增加民眾使用醫療院所服務的行銷手法（宋松遠等人，2006；陳宏一等人，2004），與投入社區健康促進工作，是為了讓民眾保有健康以減少醫療服務使用的思維，還是不免有些出入。現有的文獻缺乏對於關係建構過程的描繪，及關注醫院社區健康促進事務和地方生態相互影響的分析。因此，本研究也期望奠基於前述架構的視角，討論臺灣醫院在以健康促進為導向的目標下，其與社區關係的建構及分工。

第三節 健康促進計畫的執行與評估



所有的計畫運作後，都會有執行面的議題需要被檢視和討論，醫院在社區的健康促進工作也不例外。特別是在本研究中，醫院於社區開展健康促進服務的時間甚短，計畫對健康結果(outcome)的影響，可能還難以顯見。再者，近年來健康計畫的評估也不只針對結果面，更益發強調計畫的過程評估(process evaluation) (Linnan & Steckler, 2002)，特別是對於計畫執行(implementation)的評估(Dusenbury et al., 2003; Fixsen et al., 2009; Durlak & DuPre, 2008; Harachi et al., 1999)。檢驗計畫的執行面向，是瞭解一個計畫內在與外在效度的基礎，也是計畫管理的環節，更有助於發現計畫施行的問題、盡速修正，而能取得更好的執行成效(Durlak & DuPre, 2008)。

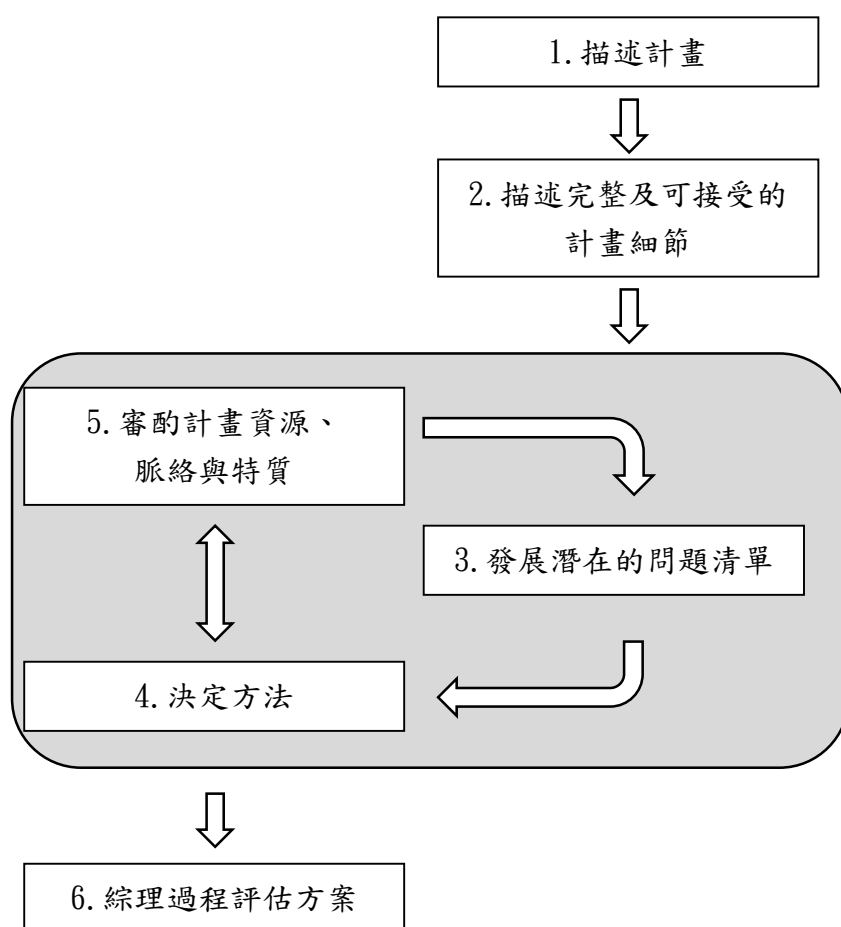
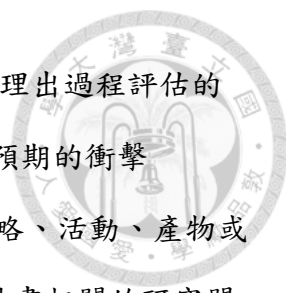


圖 4：過程評估之步驟 (Saunders, Evans & Joshi, 2005)



Saunders 等人(2005)回顧健康促進計畫執行的文獻之後，整理出過程評估的六步驟(圖4)。首先要先描述計畫總體的目的、背景、潛在、預期的衝擊(impact)與結果，其後再進一步描述計畫的細節，例如特定的策略、活動、產物或是成員行為等。並奠基於前述關於計畫的描述，發展與評估此計畫相關的研究問題。關於計畫細節的描述，自然不能漫無目的，可以自六個面向著手—(一)精確度(fidelity)：計畫的範疇是否符合計畫最初的精神；(二)完整度(completeness)：計畫執行的項目是否完整；(三)暴露(exposure)或觸及(reach)：使目標族群接受計畫相關服務或資源的情形；(四)滿意度(satisfaction)：目標族群參與或使用後的滿意程度；(五)招募情形(recruitment)：招募參與計畫人員或組織是否如預期充足，且是否持續參與；及(六)脈絡(context)：組織、社區、政治社會或是其他潛在的因子會影響計畫的執行與執行的結果(Saunders, Evans & Joshi, 2005; Linnan & Steckler, 2002; Baranowski & Stables, 2000)。相應著問題，發展出評估的方法，並隨著計畫資源、特質及脈絡因素的變動，回頭修正問題，再次修正評估方法，如此往復，最後形成評估的方案(Saunders, Evans & Joshi, 2005)。

其實，執行面的過程評估有來源基礎(source-based)和使用者基礎(user-based)兩種不同的取徑(Klein & Sorra, 1996)，前者是從執行者(或執行單位)傳播服務的角度看計畫推行之過程，後者則是從使用者覺知需求的角度評估計畫之執行。Saunders 等人所提出的架構，即屬於來源基礎的評估途徑。但不論是來源基礎或使用者基礎，都是屬於單向的線性架構，忽略了服務提供者、服務接受者以及環境之間互動的關係。Wandersman 等人(2008)覺察到這樣的不足，同樣透過文獻回顧的方式，提出兼具執行者與使用者面向的互動系統架構(Interactive Systems Framework, ISF)(圖5)。互動系統架構將健康促進活動的執行，視為一個創新(innovation)傳播的過程，在計畫執行前，既存的健康促進研究或理論可能還沒有包含執行的細節，又或者執行內容需要依情境調製，以應用於適合的對象、社區

或環境中。所以健康促進工作執行的第一步，就是自研究和理論中，彙編執行的內容，即所謂合成(synthesis)，更重要的是向目標對象(target audience)諮詢，而將健康促進服務的內容轉譯(translate)為目標對象能使用、對執行者友善(practitioner-friendly)的產品。不過只有內容，還稱不上執行，該架構中認為尚需要經過支持系統(support system)，服務才會進一步成形。支持系統包括整體服務的能量建構(general capacity-building)，像是醫院的定位、設備、領導人特質、人員的技能，以及針對特定服務的能量建構，目的是提供訓練(training)、輔導(coaching)、監督(supervising)或是監測精確度(monitor of fidelity)...等，以支援健康促進的執行。這些服務能量最終會化為行動、開展服務。系統間在資金、巨觀政策、氛圍還有理論與研究發展的脈絡下運作，彼此互相支援、回饋、修正，研究者便從這些面向加以評估健康促進計畫的執行。

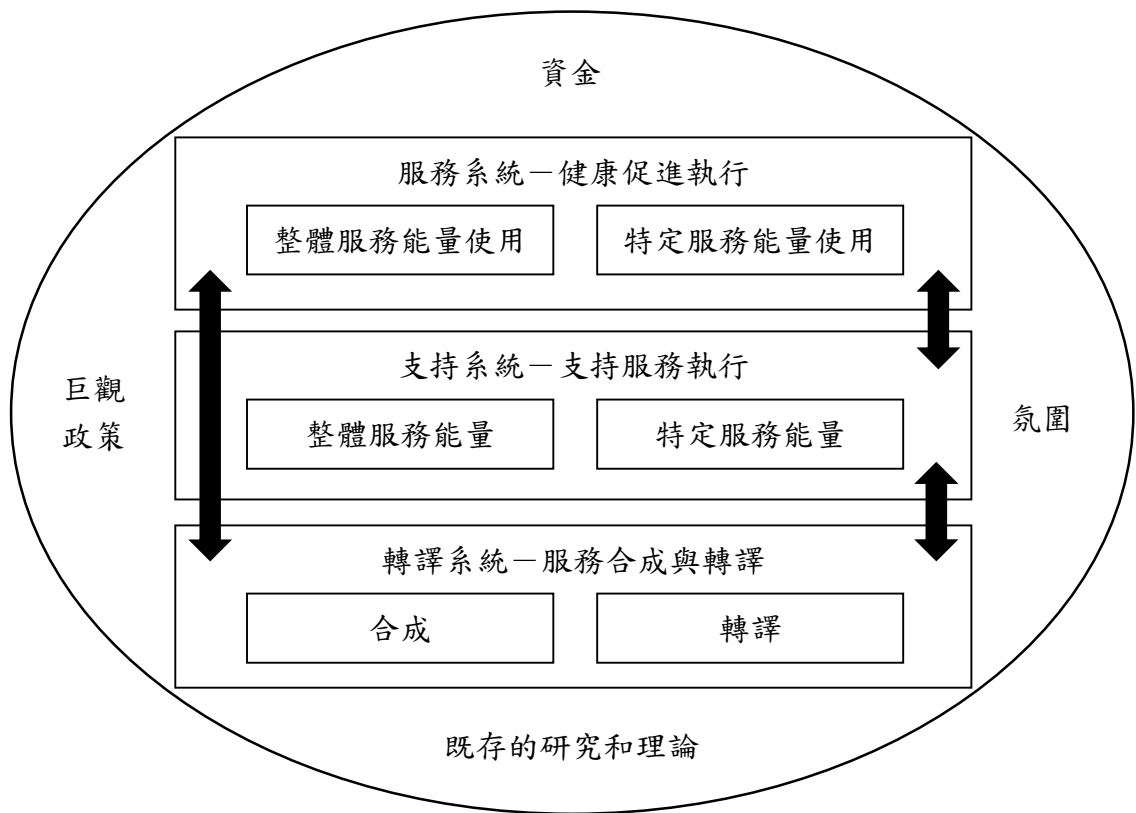



圖 5：互動系統架構(Interactive Systems Framework, ISF) (Wandersman et al., 2008)



Durlak 和 DuPre 在互動系統架構之上，進一步提醒讀者自生態觀點 (ecological perspective) 分析健康促進執行的重要性。兩位學者綜合文獻的分析提出，一個有效的執行，除了健康促進服務的內涵本身之外，服務內容、服務提供者還有社區間生態的脈絡，是不應被忽略的(Durlak & DuPre, 2008)。這也呼應本研究在前一節中，對於醫院的社區健康促進之文獻回顧內容，互動系統架構內所提及資金、巨觀政策與氛圍，對應的就是前一節中的資源及體制，這些因素再加上與社區間的關係，正是所謂的脈絡因素，影響著醫院社區健康促進的執行。綜合來說，互動系統架構不只被學界視為是將知識轉譯為行動的理論架構模型 (Thigpen, Puddy, Singer & Hall, 2012; Chambers, 2012; Zeldin, Petrokubi & MacNeil, 2008)，也被廣泛應用於社區計畫的評估，如青少年一成人社區青少年懷孕預防 (Lesesne et al., 2008) 以及 HIV/AIDS 防治計畫 (Collins et al., 2012)，而使計畫的執行面向能被檢視、修正，而不僅是執著於對健康結果的改變。

然而我們檢視臺灣對於社區健康促進的研究，雖然不乏對於過程及計畫內容的描述 (蘇培人, 2012; 李怡娟、武茂玲, 2001; 邱淑媿, 2001)，但描述的內容大多關注於計畫採行的行動策略，至於計畫成果主要仍聚焦在結果面向，像是吸菸率的下降、參與人次的多寡...等，缺乏對於執行系統的檢視以及執行面的評估。

其實在評估計畫的執行面向時，即便不以系統的觀點加以解釋，組織因素也是探討一個健康促進活動執行良莠所需考量的環節，因為推動健康促進的組織，對於計畫執行與成果產出扮演著非常重要的角色，特別是領導人的特質，被視為是決定健康促進計畫執行成敗的一大關鍵 (McGinnis, Williams-Russo & Knickman, 2002; Emmons et al., 2002; Chiou & Lu, 2014)。不過，前述的文獻也指出，計畫之成敗不是由領導人的個性或風格就能完全解釋，而是因為領導人決定了組織發展與運營的方向，對計畫執行有實質的影響力，這樣的影響力往往會強化組織內對健康促進的行動，進一步影響執行的成果。組織內的決策是否去中心化、組織溝

通協調的能力、組織分工、組織的能力與資源，都已知與成功的健康計畫執行有著正向的相關性(Greenhalgh et al., 2004)。

其實不只領導者，組織成員的特質，也是影響執行成效的另一面向。組織成員的教育程度(Michel & Sneed, 1995)、專業背景(Simpson, 2002)、心智特質(Greenhalgh et al., 2004)等個人特質的差異，是影響計畫執行的前傾因素(predisposing factors)。不過成員特質對於健康促進計畫執行的影響，並非不能改變，Flaspohler 等人也同樣利用文獻回顧的方式，彙總出（一）成員的瞭解(understanding)：對議題還有執行內容的認識與掌握，及其是否具備相關的能力和經驗；（二）覺知的服務能量(perceived capacity)：執行者覺知自己執行計畫的能力及計畫的複雜度；與（三）接受度(buy-in)：對欲執行內容的態度、認同感、還有預期計畫執行的成果(Flaspohler et al., 2008)，透過這三個面向的強化，像是教育訓練(McCormick, Steckler & McLeroy, 1995)，都能有效地提升執行過程的效率與計畫的成效。而對執行者做關於執行內容的強化，不必然只能依賴上而下(top-down)的教育，由於執行者站在計畫進行的第一線，參與其中，也能增進執行者對於計畫整體的認識、覺知與接受度，而透過計畫執行者的視角，更能夠作為一種反饋，檢視計畫的執行(Leutz, Greenlick & Nonnenkamp, 2003)。這些都是對臺灣本土健康促進計畫的檢視中，可以深入著墨的部分。

由本章節的文獻回顧可知，社區作為健康促進的重要取徑，而醫院又是社區中最適宜扮演健康促進的組織，我們卻尚未能瞭解什麼樣的氛圍、社會和環境條件，是促使臺灣醫院投入社區健康促進的因素。且對於醫院而言，在決定投入社區之後，如何與社區連結並整合資源，然後在健康事務上與社區分工，都缺乏深入的探究，更遑論對醫院在社區健康促進的執行實務加以評估。有鑑於此，本研究將以互動系統架構為過程面執行評估的分析架構，首先探討醫院在社區健康促進服務的背景成因，及其與社區之間的分工和整合，做為架構中脈絡因素的分

析，並從醫院健康促進系統建構及執行者在社區中實務經歷兩個面向，加以檢視，綜合評估醫院在社區健康促進的執行。



第三章 研究方法




過去在公共衛生研究中，常常習於使用量化(quantitative)方法，以期描述研究對象的整體樣態、量化變異與預測因果關係(Mack et al., 2005)，但是這樣的方法往往將複雜的社會現象化約、去脈絡化，而無法捕捉到社會關係的多元樣貌，也難以闡述制度運行的精妙之處(Forbes & Wainwright, 2001; Baum, 1995)。所以本研究意圖去探索醫院從事社區健康促進服務的脈絡因素，以及想瞭解醫院與社區之間關係建構的過程，便需要採用質化(qualitative)方法，對研究場域中所發生的現象加以抽絲剝繭。

本研究以田野研究(field research)方式進行。與其說田野研究是一套技術，更適當的說，田野研究是一種奠基於自然主義(naturalism)的研究方針(orientation)，通常透過多重的方法，觀察、瞭解、描述特定區域或場域的人群(people)，研究者不僅在現象存在或發生的自然情境中，探索現象的本質，更涉入其中檢視研究議題的社會意涵與多重觀點(Neuman, 2005)。

因為在田野研究中，研究者是去探索與挖掘未知的對象與現象，所以無法事先周全地設計所有研究的環節，而是維持一定的彈性，進入田野後，再因應各種狀況而調整研究的環節(劉仲冬，2008)。也因為田野研究是民族誌(ethnography)研究之本，所以田野研究的步驟也被視為民族誌學研究的步驟，研究者將自身準備完備後，接著就是選擇田野、進入田野，並熟悉田野內的社會規範，而與田野內的成員形成社會關聯，然後以觀察、訪談、查閱檔案...等方式進行資料收集，最後加以分析(Neuman, 2005；劉仲冬，2008)。以下將依此，逐步介紹本研究進行之過程。

研究場域的選擇

若想要探究醫院在社區中的服務耕耘與關係建構，首要考量的是必須選擇一個醫院與社區生態都較為單純的田野，特別是臺灣地狹人稠，社區內會有多家



醫院、診所，醫療院所之間又存有競爭關係，過度錯綜複雜的生態關係，可能會使研究者難以自其中抽絲剝繭，但是所選擇的田野也不能沒有持續經營的健康促進計畫運行，或是醫院與社區間毫無關係連結，否則也失去探究研究問題的興味。多方權衡之下，最終選擇新北市金山區為本研究的田野所在。

新北市金山區位在臺灣北部，與同是新北市轄下的石門區、三芝區、萬里區相鄰，並與基隆市和台北市相接，金山原名金包里，也因鄰近陽明山大屯火山群，過去特產硫磺礦，金山區內的金包里老街，是北海岸僅存的清代老街，為當地重要的觀光景點，轄內有溫泉，每年吸引遊客無數（新北市金山區公所，2011；新北市金山區公所，2010），再加上其鄰近陽明山，又有海岸線得以眺望大海，在風水上屬於坐山面海的風水寶地，許多先人選擇安葬於此，境內宗教團體發展興盛，例如法鼓山、慈護宮、廣安宮、金山財神廟...等，不只是觀光景點，也都是當地重要的信仰中心。更伴隨信仰中心，而有各種不同的社群與社會團體組成。

金山區內共有 15 個里，土地面積約為 49.2 平方公里，但是轄內有陽明山大屯火山群延伸，而形成與臺北市的阻隔，又和基隆的都市地區，有一定距離所以人口大多集中在平原近海處，如美田里、和平里、大同里、磺港里、豐漁里一帶（見圖 6）。到 2012 年底，新北市金山區人口約 2 萬 2486 人，人口密度為 455 人/每平方公里，人口結構年齡偏高，老年人口佔率為 12.4%，扶老比¹為 16.73，老化指數²為 93.79，其老化指數較新北市 63.82 與全國的 76.21 高出許多。金山區連同鄰近的萬里區、三芝區、石門區，統稱為北海岸四區。即便合計北海岸四區，人口也僅有 8 萬 1 千餘人，都屬於人口結構老化的區域，見表 1（行政院內政部戶政司，2014；行政院內政部統計處，2013；新北市政府主計處，2014）。

¹ 扶老比=(65 歲以上人口/15-64 歲人口)*100

² 老化指數=(65 歲以上人口/0-14 歲人口)*100



圖 6：新北市金山區行政區域圖（新北市金山區公所，2013）



表 1：新北市金山區及北海岸四區¹基本資料表（2012 年年底）

項目	金山區	北海岸四區
人口數	2 萬 2486 人	8 萬 1173 人
土地面積	49.2 平方公里	229.8 平方公里
人口密度	455 人/每平方公里	353 人/每平方公里
扶老比	16.73	17.53
老化指數	93.79	98.98
每萬人口醫師數	8.0 人	3.8 人
每萬人口病床數	27.6 床	18.6 床

¹北海岸四區為：新北市金山區、萬里區、石門區、三芝區

²資料來源：行政院內政部戶政司、行政院內政部統計處、新北市政府主計處

事實上，金山區人口老化的問題可能被低估，因為當地戶籍人口可享有核能二廠的電費回饋與相關補助，所以部分年輕人口至外地求學、就業，但戶籍仍未遷出，所以當地老化的情形可能高於數值所顯現。

研究場域居民健康與醫療服務現況

檢視金山區當地的健康問題，從十大死因來看（參見表 2），惡性腫瘤與心臟疾病（高血壓性疾病除外）排序雖與新北市、全國相同，分列當地死因首位和第二位，但是其惡性腫瘤的標準化發生率較高。值得注意的是，當地十大死因第三位即為事故傷害，比新北市及全國事故傷害死亡之排序高，且標準化死亡率為 50.7 人/每十萬人口，是新北市事故傷害標準化死亡率的三倍（17.3 人/每十萬人口）、全國事故傷害標準化死亡率的二倍（23.8 人/每十萬人口）。




表 2：新北市金山區、新北市、全國十大死因比較（2012 年）

十大死因	金山區	新北市	全國
一	惡性腫瘤 (144.4)	惡性腫瘤 (123.9)	惡性腫瘤 (131.3)
二	心臟疾病 (39.4)	心臟疾病 (44.0)	心臟疾病 (47.9)
三	事故傷害 (50.7)	腦血管疾病 (29.8)	腦血管疾病 (30.8)
四	肺炎 (32.8)	糖尿病 (25.7)	肺炎 (24.4)
五	糖尿病 (20.0)	肺炎 (21.1)	糖尿病 (26.5)
六	腦血管疾病 (17.9)	事故傷害 (17.1)	事故傷害 (23.8)
七	慢性肝病及肝硬化 (22.3)	慢性下呼吸道疾病 (15.0)	慢性下呼吸道疾病 (16.4)
八	腎炎、腎病症候群及腎病變 (13.8)	高血壓性疾病 (13.3)	高血壓性疾病 (13.3)
九	敗血症 (10.6)	蓄意自我傷害（自殺） (12.0)	慢性肝病及肝硬化 (15.6)
十	蓄意自我傷害（自殺） (12.3)	慢性肝病及肝硬化 (11.1)	腎炎、腎病症候群及腎病變 (12.1)
所有死亡原因 標準化死亡率	489.9	415.0	450.6

¹ 括號內為標準化死亡率，單位：每十萬人口。

² 資料來源：金山衛生所、新北市衛生局、衛生福利部。

在醫療服務設施方面，這個人口結構老化的行政區內，醫療資源卻偏少。2012 年新北市金山區每萬人口西醫師數約為 8.0 人，是全國平均值（17.5 人）的二分之一，也低於新北市平均值（11.6 人）。每萬人口病床數 27.7 床，同樣也比新北市（42.2 床）與全國（69.0 床）平均為低（新北市衛生局，2014；行政院衛生福利部統計處，2013）。根據衛生福利部醫事機構開業登記顯示，金山區轄下醫



療機構有兩家中醫診所、三家牙醫診所、四家西醫診所、衛生所與國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院（行政院衛生福利部，2014）。而國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院也是北海岸四區的唯一一家醫院（不計位於三芝的精神專科醫院），當地民眾在沒有金山分院之前，若遇有急重症的醫療需求，往往是前往距離約半小時車程的基隆長庚，或是 45 分鐘至一小時車程的淡水馬偕就醫。

從前面的介紹可見，新北市金山區與其他地區交通往來有一定間隔，較不受複雜的人口流動干擾。境內人口老化、醫療需求高，也有許多健康促進計畫持續推行（詳述於後文），當地及北海岸四區也僅有國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院一家醫院，且該院成立「金健康辦公室」，專責社區健康促進事務。綜合而言，新北市金山區當地醫療服務環境單純，相關計畫的推行又與本研究密切相關，且宗教與人文社會團體等社區組織興盛，使該地成為探究醫院在社區健康促進之成因、脈絡與關係建構最適宜的田野所在。

資料收集

擇定研究田野後，進一步要開始資料之收集。本研究欲探究主題面向豐富，各種現象的研究難以透過單一方法窺得全貌，田野研究中，往往需要透過不同方法收集資料。研究者歸納過去田野研究中資料收集的方法，大致不脫參與觀察 (participant-observation)、報導人訪談 (informant-interviewing) 和計數與樣本 (enumerations and samples) 等三大類型 (Zelditch Jr, 1962)。對應前述類型，本研究採用參與觀察、深度訪談與非正式訪談、檔案分析等方法收集相關資料以回應研究目的與研究問題。各種資料收集方法說明如下：

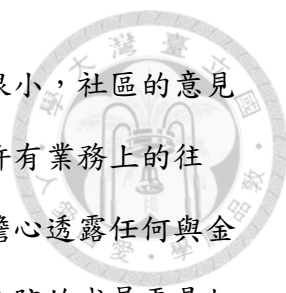
一、參與觀察 (participant observation)

由於行為是一種外在表現，受訪者不全然能以言語表達，許多社會成員間的互動、行為的細節、符號的解讀，當事人本身可能沒有意識，因此研究

者進入研究對象的世界，共同參與其生活及生活中的大小活動，而能發掘研究對象行動的意義及脈絡(Hesse-Biber & Leavy, 2010)。

在本研究中，研究者的角色以觀察的參與者自居(participants-as-observer)，不僅觀察，對於場域內的各項活動也參與其中，包括北海岸金健康俱樂部、健康小站、居家照護、社區家訪、社區活動...等，透過對研究對象以及場域內活動的參與觀察，研究者益發瞭解醫院在社區中各項健康促進活動的實質內容與執行過程，並得知社區及民眾對相關服務的使用情形和看法，進一步瞭解醫院－社區關係建構以及相關事務的分工。過程觀察到的客觀事實與主觀感受，研究者加以詳實記錄，整理成田野筆記，兼為資料分析的素材與成果。

其實，研究者並不是一開始就能夠融入研究場域中。金山社區中，白天活動的參與者，絕大多數都是年長者，鮮少會有如同研究者一般 20 多歲的年輕人參與其中，所以對社區民眾來說，研究者是一個很明顯的「外人」；而金山分院規模不大，院內員工大多相識，研究者對院內員工而言，是一個很明顯的「陌生人」。在此情況下，對初入田野研究者來說，首要任務就是要讓自己的存在不突兀。研究者選擇在社區參加活動的時候，以一個醫院志工的角色參與其中，穿上院方的活動背心，與院方人員在一次又一次活動中相處，逐漸熟識，即便不熟識者，至少也會經常在醫院看見研究者出入，不再將研究者視為陌生人。參與活動的過程，也以醫院志工的角色服務民眾、與民眾相熟，當研究者穿上志工背心時，由醫院的角度觀察民眾參與活動時的反應，但是若有需要進行訪談或是其他資料收集，研究者則不會跟隨院方活動，而是另外擇期、擇時，不著志工背心，用受訪者熟悉的語言（主要是臺語），說明研究者身分、來意與研究目的之後，才進行訪談或是其他資料收集。藉由熟識的過程，讓研究者從「外人」、「陌生人」，逐漸轉化為受訪對象心中的「年輕人」與「朋友」。



參與觀察也是本研究最主要收集資料的方式，金山區很小，社區的意見領袖或是民眾，與金山分院的成員之間，也許是親戚、也許有業務上的往來、也許是為自己診察治療的醫護人員，因此民眾總是會擔心透露任何與金山分院有關的負面訊息，很容易在小社區中被得知。金山分院的成員更是如此，深怕自己透露的任何負面觀感或訊息，會使自己成為組織內的吹哨者(whistleblower)。即使研究者在社區一段時間之後，與部分社區民眾或院內成員關係熟稔，熟稔的關係儘管能讓研究者更瞭解田野內的大小事，但是研究對象還是會有所保留，或是與研究者分享心底話時，也還是會期望研究者不要放入研究內容之中。

研究者參與其中的各項活動，不只能深入瞭解和研究主題相關的內容，在研究期間，研究者也與活動執行者還有管理階層分享研究成果，一方面將研究者在田野的觀察跟受訪者討論，而後從受訪者的回饋中修正自己的觀點。另一方面，研究成果回饋，也有助於實務工作問題的發現、尋求解決方案並解決問題，更能監測(surveillance)計畫進行，也能對其中的工作者充權賦能(empowerment)，讓研究不僅止於抽離的觀察，而對整體計畫執行能有所回饋(Meyer, 2000)。

二、檔案分析

開展、計劃、組織、協調和評估醫院在社區的健康促進事務，以及相關工作項目的發展和執行，有一部份是既成的現實，被記錄於院訊、院內或社區會議紀錄、公文書甚至是地方誌中。此外尚有各項人口統計資料、健康與就醫相關統計資料、院方的診察與工作統計紀錄，以及活動統計數值，前述的資料以文字、聲音或影像的形式存在，而成檔案分析的最佳素材。透過研究場域內，相關檔案與文本的收集和分析，可以重建過去決策與執行的過程，呼應研究目的對於醫院參與社區健康促進事務之背景、內容及執行面向

的探討。這些資料一方面彌補記憶與訪談未及之處，輔助研究問題澄清與研究內容檢視，但同時，這些資料的記錄或是研究者的解讀卻也可能偏離真實 (Corbin & Strauss, 2008)，需要使用其他方法彼此交互印證。




三、深度訪談(in-depth interview)與非正式訪談(informal conversation interview)

深度訪談是一種普遍為質性研究者採用的資料收集方法(Hesse-Biber & Leavy, 2010)。研究者事先擬定訪談大綱，在研究場域中，或離開研究場域的情況下，向受訪者自我介紹並說明來意，並針對研究的主題，在提問與聆聽的互動過程，形成一次訪談。非正式訪談指涉的是在非有特定規劃，而是依當下的情境，向受訪者提出問題而形成的訪談。此種資料收集方式有助於強化個體與情境的關聯。但缺點是所收集之資料較不具系統性，且某些問題的出現可能會偏離研究主軸，在資料分析上也有其難處(Ulin, Robinson & Tolley, 2004)，但是研究者仍選擇透過非正式訪談的方式，對於研究情境中好奇之處加以釐清，也藉此建立與研究場域和受訪者之間的密切關係。

本研究首先尋求田野中的關鍵報導人(key informant)，關鍵報導人為院方人員，執掌金山分院健康促進相關事務的規劃與執行，且與社區嫻熟。透過關鍵報導人的引薦或提示，甚至是活動的安排，在研究場域中以立意取樣(purposive sampling)與滾雪球取樣(snowball sampling)的方式，選取研究對象。研究對象主要有兩大類型，說明如下：

1. 院方成員：院方成員在本研究的分析脈絡下，又可被分為三種類型——院方管理階層、院方醫事人員與院方行政人員。院方管理階層泛指前任或現任在金山分院擔任主管階層，且其職掌與醫院經營決策及社區健康事務參與相關者，像是前後任院長、健康管理中心主任、金健康辦公室執行長。院方醫事人員則為金山分院內具有醫事



人員資格者，包含醫師、護理師、藥師、檢驗師、放射師...等。院方行政人員則為不具醫事人員身分，負責院內各項行政事務者，如：副管理師、助理管理師、人事、出納、總務...等。醫院招募之志工，因為主要是社區成員組成，不參與醫院運作與決策，在院內志工服務的主要也是社區成員，因此本研究不將醫院志工歸屬於院方成員，而分類於社區成員。

2. 社區成員：社區成員也可以分為兩大類型—社區領袖與社區居民。本研究所稱之社區領袖，指的是可決定院方在社區開展之健康事務內容或分工事項者，例如里長、宮廟董事長、志工隊隊長、社區發展協會理事長，或是不具職銜，但為鄰里間的意見領袖。社區居民則泛指所有活動於社區之民眾，不限於金山當地人。

本研究主要自 2013 年 10 月起至 2014 年 8 月止，平均每週前往研究田野二至三次，配合當地人以年長者為主的作息及醫院各項活動的舉辦時間，到田野的時間大多都是在上午，停留時間不定。共參與超過 54 場社區活動，包括家訪、健康小站、講座、院慶活動等。總共深度訪談受訪者 22 位，非正式訪談之受訪者 39 位，受訪者資料詳如表 3。

資料分析

田野研究是一個反覆、循環的過程，透過將資料的持續比較、想像、分析性思考和概念化，不斷在議題與資料中回顧(Fetterman, 2010)，研究者由自身經驗與田野經驗中，不斷自我評析，從事前準備、問題發想、假設形成、還有研究記錄的閱讀、指標項目及概念的形成等過程，分析都是一直在進行的（劉仲冬，2008）。研究者因此在資料收集的過程中，關於訪談的部分，若於訪談過程願意



表 3：受訪者基本資料

編號	性別	年齡	身分別	深度訪談	非正式訪談
A01	男	60-69	院方管理階層	有	無
A02	男	50-59	院方管理階層	有	有
A03	男	40-49	院方管理階層	有	有
A04	女	30-39	院方管理階層	有	有
A05	女	20-29	院方行政人員	有	有
A06	女	30-39	院方行政人員	有	有
A07	女	20-29	院方行政人員	有	有
A08	女	40-49	院方行政人員	有	有
A09	女	40-49	院方行政人員	有	有
A10	女	20-29	院方行政人員	有	有
A11	女	40-49	院方醫事人員	有	有
A12	女	20-29	院方醫事人員	有	無
A13	女	20-29	院方醫事人員	有	無
A14	女	20-29	院方醫事人員	有	無
A15	男	20-29	院方醫事人員	有	有
A16	女	40-49	院方醫事人員	有	有
A17	男	60-69	社區成員	有	無
A18	男	60-69	社區成員	有	無
A19	女	40-49	社區成員	有	無
A20	女	40-49	社區成員	有	無
A21	女	40-49	社區成員	有	無
A22	男	50-59	社區成員	有	無
A23	女	50-59	院方管理階層	無	有
A24	男	40-49	院方行政人員	無	有
A25	男	30-39	院方行政人員	無	有
A26	男	60-69	院方行政人員	無	有
A27	女	50-59	院方行政人員	無	有
A28	女	30-39	院方行政人員	無	有
A29	女	50-59	院方行政人員	無	有
A30	男	40-49	院方行政人員	無	有
A31	男	30-39	院方醫事人員	無	有
A32	男	30-39	院方醫事人員	無	有
A33	女	20-29	院方醫事人員	無	有




表 3 (續)：受訪者基本資料

編號	性別	年齡	身分別	深度訪談	非正式訪談
A34	女	30-39	院方醫事人員	無	有
A35	女	20-29	院方醫事人員	無	有
A36	男	20-29	院方醫事人員	無	有
A37	女	30-39	社區成員	無	有
A38	女	60-69	社區成員	無	有
A39	女	50-59	社區成員	無	有
A40	女	50-59	社區成員	無	有
A41	女	60-69	社區成員	無	有
A42	女	50-59	社區成員	無	有
A43	男	80-89	社區成員	無	有
A44	男	70-79	社區成員	無	有
A45	女	60-69	社區成員	無	有
A46	女	50-59	社區成員	無	有
A47	女	70-79	社區成員	無	有
A48	男	50-59	社區成員	無	有
A49	女	50-59	社區成員	無	有

接受錄音者，研究者以錄音方式記錄，並將於事後繕打逐字稿；不願意接受錄音者，則在事後整理文字摘要，確實記錄訪談內容。而照片、檔案與文件，若非公開可以取得者，則經持有者同意後始加以統計、整理，並連同田野中的觀察彙整，做成田野記錄，以便研究者對於所有觀察、訪談與統計資料反覆思考、整理和比較。

資料分析的過程，無法避免涉及研究者「自我」的存在(Fetterman, 2010; 劉仲冬, 2008)，自研究開始至離開田野，「我」雖然試著對田野中的種種，力求保持客觀性，但是研究者在進入田野前，有我自身的背景和經驗，進入田野後也有與田野相處的過程，這些過程使得研究者能否僅純然地自我批判和辯證，或是會不會造成某些面向在分析時被疏略、偏重於關注某些議題，甚至是持以喜惡的態度，這是研究者必須坦承做為「我」無可避免的。不過，研究者除了自身對於資料的反覆琢磨外，也仰賴與田野中的成員及學術研究之同儕討論，不斷修正，然



後產生新問題後，再次於田野中探索與瞭解，反覆前述過程。也透過三角交叉驗證(triangulation)，檢視不同來源的資料之比較和對應，彼此互相參照，這之中也包括和量化數據的對比、檢證，希望能由此般過程提升研究品質與效度(Mays & Pope, 2000; Pope, Mays & Popay, 2007)。

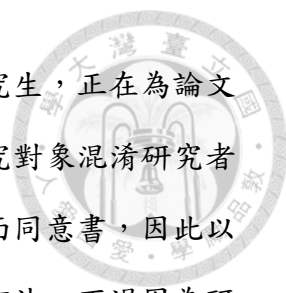
研究的倫理議題

由於金山地區只有一家醫院，所以社區和醫院的連結單純，再加以醫院和社區組織規模不大，這樣的特質，利於本研究觀察醫院在社區內的經營與耕耘，以及分析每一個成員在執行時所面臨的現實情況。但在此同時，也使得研究場域內的醫院毫無去辨識的可能，研究對象也很容易被區辨。

因此，研究者提醒自己也提醒讀者，本文內提及關於醫院或社區在健康事務之規劃、決策及執行，重心在於，什麼樣的主客觀條件，使醫院的社區健康促進事務發展成現今樣貌。又，研究中指出的優缺點，並非為聚焦於讚揚或是苛責這一家醫院、社區或是民眾，而是期盼讀者能覺察醫院在社區從事健康促進所可能碰到的種種好壞優缺，然後有所啟發。

而針對個人，為保護研究對象隱私，研究對象除以代號呈現之外，足以辨識受訪者之資訊，一律隱去。比如說「XX 宮廟主委」，在文章中改以代號呈現。倘若呈現研究對象之身份有助於讀者理解其思考脈絡，則僅呈現與內容相關之身份，或是將其身份經適度的模糊，例如：某 30 歲男性護理師談論護理專業工作在社區健康促進的應用，本研究會斟酌談話的內容，呈現身份為「A00，院方醫事人員」，或是「A00，院方醫事人員，護理師」，甚或避免直接提及其為護理師，改以相近的職稱替代。

而在對研究對象訪談之前，研究者皆會清楚告知研究者身份、研究題目、研究目的、以及提問的原因。同時也告知受訪者，對於研究者所有提問都能拒絕回答，或是拒絕談話內容被記錄。特別是在研究初期，研究者身份還不為社區民眾



及院方成員所熟知時，會清楚告知受訪者研究者為臺灣大學研究生，正在為論文收集資料。也避免在穿著院方志工背心時對民眾訪談，以防研究對象混淆研究者身份。研究中絕大多數的場合，都難以預先請研究對象填寫書面同意書，因此以口頭同意的方式取代之。本研究同時亦以觀察做為資料收集的方法，不過因為研究的議題並不敏感，研究者在田野中也未隱瞞自己的研究身分，雖然這樣可能導致某些情境可能「不自然」，但是透過不同資料來源收集，並且將資料相互比對與驗證，便可減少因為研究者存在所產生的不自然情境。且隨著研究者與研究田野益發熟稔，不自然的情境也逐漸減少。

本研究遵守相關研究倫理規範，並於2013年10月經國立臺灣大學醫學院附設醫院研究倫理委員會簡易審查通過（國立臺灣大學醫學院附設醫院案號：201309063RINC）。

第四章 結果

第一節 醫院設立的地方背景及自身定位

本節將首先介紹臺大醫院與金山地區關係的淵源，從歷史背景中瞭解民眾對金山分院角色的期待，以及臺大醫療體系對金山分院的定位。在瞭解醫院創立的過程後，下一節將從資源與體制的角度切入，由此二章節綜觀金山分院參與社區健康事務的背景與成因。

臺大醫院在金山

根據當地民眾表示，金山在還沒有醫院之前，在當地若有看診的需求，在不離開金山的前提下，小病大多前往當地衛生所就醫。金山衛生所 1950 年設立，一開始是在鄉公所內看診，1978 年遷至現址獨立。1988 年與臺大醫院建立建教合作關係，成立群體醫療執業中心。隔年，衛生署在台北縣金山鄉、宜蘭縣頭城鎮與屏東縣高樹鄉三地，試辦「社區醫學訓練中心」，其中金山鄉的社區醫學訓練中心，便是委託臺大醫院在金山衛生所成立，做為住院醫師、醫學生及護理人員...等醫事人員的訓練場所，培養基層醫療保健的人才、發展以社區為導向的綜合性基層醫療照護，為社區醫學奠基（新北市金山區衛生所，2014）。直到今日，國立臺灣大學醫學院仍有為數不少的學生會到金山從事社區服務，也因為和臺大醫院的合作關係，當地衛生所和群體醫療中心的主任，都是由臺大醫療體系出身的醫師擔任。再一方面，自 1990 年起，臺大研究團隊也在金山開展了金山社區心臟血管疾病追蹤研究(The Chin-Shan Community Cardiovascular Cohort Study)，這個研究第一波就追蹤 3,602 位社區的居民，等同於是近兩成現住人口，之後還有新收個案與家族追蹤，許多當地民眾因為這個研究的執行，而與台大的醫療系統有了接觸。其後，金山社區心臟血管疾病追蹤研究的主持人—李源德教

授，和地方人士同樣都有在當地興建醫院的想法，並由當地人邀集，所以北海岸金山醫院在規劃時期就有臺大醫院團隊的參與。



「十八年前將近二十年前，我還在這裡當主任的時候，他們的民眾就已經來過，他們的頭兒就來臺大，說希望臺大醫院幫忙設一個金山醫院。那時候戴東原在當院長，他就說好，所以戴院長請我們這些人，包括莊哲彥教授、蔡克嵩、我、陳慶餘都有，那時候我記得好幾個啦，包括內科的老師都進來，做一個group，評估認為可以可行，然後才說要設。」

(A01，院方管理階層)

緣起於當地醫療資源的缺乏，民眾就醫不便，往往都要至基隆或淡水等地就醫，鄰近的石門與萬里地區民眾也因醫療資源不足同感困擾。且金山區在觀光發展下帶來旅遊人潮，便相應有緊急醫療的需求，於是在當地蓋醫院的需求也越加迫切。據受訪者 A1 的說法和研究者在田野中的瞭解，1993 年時，當時的金山鄉長帶領地方人士倡議興建醫院，由台灣電力公司所屬的「開發電源捐助地方基金管理委員會」捐助 1 億 6 千萬、台灣電力公司另捐助 6 億 4 千萬餘元為主要出資者，並由金山當地人鄭玉爐先生（時任金山慈護宮副董事長）捐地，連同台北縣政府出資開闢道路，在相關單位傾力協助下，成立「財團法人北海岸金山醫院」，期望醫院設立後，解決北海岸民眾就醫不便的問題，並依核電廠所在地區的健康需求，加以發展核電廠員工健康管理方案，照顧核一廠、核二廠員工以及金山、萬里、三芝、石門地區居民。

熟稔臺大醫院與金山地區淵源的受訪者 A01 同時也指出，1996 年，北海岸金山醫院成立的董事會，首任董事長便是時任臺大醫院院長的戴東原教授，並且由內科部莊哲彥教授擔任籌備中心主任，其後的興建階段，董事長及籌備中心主任也是分別由臺大醫院院長及醫院內科部教授擔任。原先該醫院也規畫成為臺大

醫院的首家分院，但是到了落成營運前夕，臺大團隊卻因故自董事會退出。儘管如此，臺大醫院團隊與地方人士共同為籌建醫院的合作，也持續了近十年的時間。



「金山人來找我，他說『當初李（源德）院長答應說台大要來接，為什麼中途落跑？我們還是覺得你們台大來接比較好，因為這些年來...（談北海岸金山醫院的經營，略）...（北海岸金山醫院）就是做不起來，希望台大能來。』」

（A01，院方管理階層）

從臺大醫院與金山地區淵源的描繪可以見得，臺大醫院在當地很早便已建立了以社區為基礎之醫療服務、也開展了以社區為基礎的研究，有了這一層關係，讓臺大醫院的招牌，深深地根植在社區民眾心中，在那個金山只有衛生所、小診所可以看病的時代，這些臺大醫師對金山民眾來說，已經是在日常生活中就可以觸及的、走到街上就可以看得到的，而非遠在台北、唯有走進大大的醫院建築中才能見得著。且在這樣的關係基礎之上，由地方發起倡議興建醫院，臺大醫療體系也與社區合作，在醫院的建立過程共同規劃、籌備。雖然因故使臺大醫院團隊在北海岸金山醫院成立之前，便已經退出主要經營團隊，但是長年來建立的關係，讓北海岸金山醫院營運陷入經營困境時，金山當地人首要期盼由臺大醫院接手，由臺大醫院團隊回到金山照顧民眾健康。

回顧當初建設金山分院的用地，是當地人捐贈祖產而來；建設經費，最主要是開發電源捐助地方基金與台灣電力公司出資，是故這家醫院的定位，從一開始就被當作是鄉親的醫院，是要照顧北海岸四區民眾、照顧台灣電力公司員工的醫院。這些淵源讓臺大醫院金山分院在還沒有成立之前，就已經是一個與地方社區緊緊扣連的醫院了。



金山分院於臺大醫療體系定位


北海岸金山醫院於 2005 年 10 月正式營運，但這個資產總額約 5 億之醫院，不到兩年，於 2007 年 8 月總計虧損即達 1.2 億元，不但經營困難，院內人員也不斷離職，導致醫療人力不足，於是北海岸金山醫院董事會便提議改制為公立醫院（監察院，2012）。後來經教育部、衛生署、公共工程委員會、台灣電力公司及當時台北縣政府等單位介入協調下，2010 年 10 月 1 日，正式由國立臺灣大學醫學院附設醫院（以下簡稱臺大醫院）入主，北海岸金山醫院正式改制為國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院（以下簡稱金山分院），並於同日開業營運。

事實上，臺大醫院與臺大醫學院在 1990 年代，覺察到在臺灣教育體系培育的醫師偏好往大型醫院執業，基層醫療的醫師不足，此外也預期健康保險的支付制度將有變革，所以有必要在醫學教育過程中，提供具備一般醫療訓練與社區醫療訓練的環境，以期待能強化健康照護體系、正視基層醫療（邱泰源，2001）。再加上前文曾提到，臺大醫院本就與金山衛生所有建教合作關係，在當地已有群體醫療執業中心和社區醫學訓練中心的經驗與基礎，所以臺大醫療團隊在當地提供的醫療照護，起先就是規畫以社區為服務主體，在金山分院納入臺大體系之後，便於這個基礎之上，持續深化其在社區的角色。

臺大醫院對體系內分院的簡介中，是這樣定位金山分院的：

「北海岸地區背山面海，地理環境封閉，人口老化情形嚴重，臺大醫院金山分院主要提供該區居民整體醫療照護需求，結合總院資源進行相關教學及醫學研究，並提供整合性健康照護如：社區醫療、老人醫學、遠距照護等新醫療照護模式，透過推動社區健康營造，努力提昇社區醫療水準，期望將臺大醫院高品質之醫療服務帶到金山地區，以照顧當地居民並發展特色醫療。」

（臺大醫院醫療體系簡介，2014）



相較之下，新竹分院與雲林分院強調卓越的醫療服務，著重於提供各種醫療急重症照護；北護分院則著眼於老年醫學及長期照護。金山分院在臺大醫療體系中的定位，就顯得特別不同。金山分院也在自己的簡介中，將「台灣社區型醫院的典範」作為自己的定位，「深耕在地醫療，促進北海岸民眾健康」作為使命。

臺大醫院接手北海岸金山醫院之後，財務情形醫院仍然持續虧損，不過即便處在虧損的狀態，對於管理階層而言，仍然不改其服務北海岸地區民眾的初衷，沒有選擇持續擴張醫院以吸引更多非北海岸的民眾前往就醫，也沒將醫院改為安養中心或是健檢中心等營收較高的項目，而是選擇將有限的人力與資源，投入社區中：

「這個醫院不可能跟臺大醫院一樣，這個絕對是確定的，然後每個月在虧本，一個月大概就是虧差不多四、五百萬，一個月喔！每天門一開，就是那麼多錢要燒掉，是基本的開銷，但是你沒辦法從健保賺那麼多錢回來阿！所以不可能投資再多，因為一旦投資多了，想讓它（投入的資本）回來的時候，那照護方向，一定不是北海居民。就是說北海居民人數，不管是看病行為，不可能產生那麼多的健保收入，所以如果你要能夠 *balance*，勢必要去吸引外面的人，當把人力放到照護外面這些人的時候，民眾就沒了，能量一定稀釋的，所以這個時候已經違反了當初，這個地是人家捐的，這個醫院是為了北海居民，是 *first priority*。」

（A02，院方管理階層）

「其實金山分院沒什麼特色，只好將推動社區做為特色，但是這家醫院因為虧錢，所以做什麼都難一點，審計還有監察單位常常都會來詢問：『都已經虧錢了，為什麼還要做這個？』讓有關單位需要花時間應付這些部分。」

（A24，院方行政人員）



「社區就是我們的特色阿，你說以後有沒有可能不做，怎麼可能，而且民眾也習慣了，不可能不做。」

(A25，院方行政人員)

從前面對院內成員的訪談也可以見得，金山分院以社區為發展重心，不只是組織形諸於文字的使命和願景而已，而是已經根植於組織成員心中，視為金山分院理所當然的特質，甚至在招募新成員的時候，都會把「跑社區」當作徵才的條件，並且在訓練新成員時，將「跑社區」作為成員來到金山分院之後必備的技能之一：

「我在總院（宣傳招募新成員）的時候，都跟那些年輕人說，來我們金山，就是要學習往社區跑、學習怎麼跟民眾接觸。你看我們新來的那兩個學弟，現在還（對跑社區）不熟悉，多一些時間，看他們之後能不能像那兩個（指該單位另外兩位較資深的成員）一樣玩出很多花樣。」

(A16，院方醫事人員)

從臺大醫院體系內的定位、醫院的願景，乃至於組織成員的認知，都顯示了金山分院投入社區、參與社區健康事務的傾向。

第二節 醫院參與社區健康促進的資源障礙與體制掣肘

由於有前述與地方的淵源，及其在體系中和自身的定位，讓金山分院成為一家傾向在社區深耕的醫院。因此，與其說資源與體制導引醫院發展的方向，其實對金山分院而言，更貼切地說，應是其定位和發展方向，決定金山分院所尋求之資源與參與的計畫，所以政策是促進因素(facilitator)，使原先就定位在社區耕耘的金山分院，更傾向發展社區活動、參與社區健康事務。

參與論人計酬試辦計畫

誠如前面受訪者所述，臺大醫院團隊接手之初，就已經評估過金山的市場規模，在經營上不免困難。在接手之後，財務上仍無法擺脫虧損，金山分院開始營運當年（2010年）決算資產淨值總額為4億8千7百萬餘元，但到了2013年決算，資產淨值總額已減少到4億2千8百萬餘元，共計減幅達12%。所以如何尋求資源以減少虧損，或用以支持醫院的服務提供，就成為院方所必要面對的課題。其中，最大的金額項目，就是來自全民健康保險的醫療收入，因此，在李龍騰醫師擔任院長時期，決定承接論人計酬試辦計畫，而到黃勝堅醫師擔任院長時期，開始計畫執行。

自北海岸金山醫院改制後之國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院，自2012年1月起以區域整合模式，承接論人計酬試辦計畫。在此計畫下，中央健康保險局（現已改制為中央健康保險署）依15614位新北市金山區合理現住人口給定虛擬總額，依照計畫試辦前一年的醫療點數為基準，校正性別、年齡與參考總額協商之結果，預先計算照護對象的醫療點數，加總而成試辦團隊的虛擬總額點數。除了照護對象的牙醫、中醫與器官移植，其餘所有健保給付項目所耗用之點數皆計為照護對象的實際耗用點數。倘若團隊的虛擬總額點數高於照護對象實際耗用點數，兩者的差額稱為「結餘點數」，結餘點數的60%以每點一元計，做為基本回饋金，另外40%之結餘點數依照團隊達成評核指標的佔率，以每點一元回饋。

而若照護對象實際耗用點數高於團隊的虛擬總額點數，兩者之差則為「風險點數」，風險點數的 50% 乘上未達成評核指標的佔率後，則為團隊要自行負擔的財務風險費用（行政院衛生署中央健康保險局，2013）。金山分院在前述計畫的評核指標則包括：

- 一、組織指標：照護對象在金山分院固定就診率；
- 二、臨床指標：糖尿病品質指標共五項，包含糖尿病人加入照護方案比率、糖尿病病患醣化血色素(HbA1c)檢查執行率、糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率、眼底檢查或眼底彩色攝影執行率、尿液微量白蛋白檢查執行率；
- 三、其他政策鼓勵指標：子宮頸抹片檢查率與 65 歲以上老人流感注射率；
- 四、團隊自選指標：第一、二型糖尿病民眾完成初期慢性腎臟病篩檢率和預立 DNR 簽立率。

費用申報及審查依一般規定辦理，與其他未參與論人計酬試辦計畫的醫療院所無異。換言之，臺灣論人計酬試辦計畫的制度設計，是透過虛擬總額的設定，形成醫院維持民眾健康、讓民眾少生病、少看病的誘因，搭配的評核指標，也都是促使醫院提供健康促進或是延緩疾病進程的服務。

不過在計畫中，對民眾就醫沒有任何的限制，納入論人計酬試辦計畫的民眾，一切就醫權利如同未納入者，可自由選擇就醫地點。事前也無官方要求的文件簽署或登記流程（行政院衛生署中央健康保險局，2013），也因為如此，絕大多數民眾是不清楚自身是否受納其中。從計畫這部份的設計來看，關於民眾的健康促進與醫療利用行為，主要希冀由參與試辦團隊醫院去嘗試改變，民眾在此計畫中，相對而言無須額外對自身健康及就醫行為作出調整。

試辦計畫結束後，表、可以見得，論人計酬試辦計畫給定金山分院之虛擬總額，每年度平均約在 3 億 6 千萬點上下，在執行計畫的三年間，除 2013 下半年

外，其餘季度多有餘絀，加上計畫評核指標皆有達標，所以總和來說，金山分院參加論人計酬試辦計畫，在醫療費用的部分是有盈餘。至於金山分院承辦論人計酬試辦計畫點數盈餘或虧損的原因為何，院方也無法掌握。在 2013 年 3 月 21 日，由台灣永續全人醫療健康照護協會舉辦之「論人計酬試辦計畫之照護策略與服務全國觀摩會」中，金山分院的報告甚至很坦率地提到：

「之前點數為什麼能結餘的原因並不清楚，因此為什麼會虧損也不知道。」

表 4：金山分院論人計酬試辦計畫點數結算

年度	虛擬點數	實際點數	餘絀	院內點數佔率	
2012	上半年	172,403,906	162,440,746	9,963,160	21.0%
	下半年	167,198,981	158,675,025	8,523,956	
2013	上半年	183,557,834	161,980,107	21,577,727	22.9%
	下半年	175,361,236	180,415,186	-5,053,950	
2014	上半年	190,117,053	175,813,677	14,303,376	23.4%
	下半年	179,708,660	179,192,103	516,557	

(資料來源：臺灣大學醫學院附設醫院金山分院全民健康保險論人計酬試辦計畫期末評核報告)

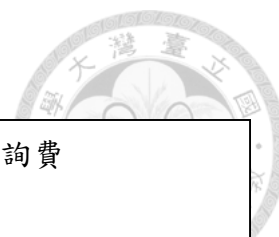
在會議上，院方人員一方面提出可能是虛擬點數設定不夠適宜，另一方面則推測照護對象中出現罕見疾病個案，因此耗用較多點數，是造成 2013 下半年點數虧損的原因。不過這些都僅是院方推測，無法指出真正使點數餘絀的原因。金山分院黃勝堅院長另外則推測，費用減少是源於院方在社區推動安寧緩和醫療，由於鼓勵病人不要在臨終前尋求過度的介入性治療，而選擇居家安寧，節省部分



開支，不過這也僅是院長個人的猜測。因為院方無法切實瞭解到盈餘或虧損的原因，所以院方僅能就其所猜測的成因，以及試辦計畫制度設計的邏輯，持續規劃社區健康促進的方針。

表 4 也透露出另一個訊息，照護對象每年平均使用的 3 億 4 千萬餘點，僅約有兩成是在金山分院就診申報，其他都是照護對象在其他醫療院所就醫所耗用的點數。造成這樣結果的原因有二，首先是民眾在其他醫療院所就診的科別，大多都是金山分院所沒有的，以金山分院同在論人計酬試辦計畫之照護策略與服務全國觀摩會的報告，指出其照護對象十大院外就診科別，有一半是金山分院所沒有的血液腫瘤科及心臟血管外科。二者，即使金山分院有相關科別諸如心臟內科、神經外科、骨科...等，但是因為金山分院沒有加護病房或進階的醫療設備，因此受訪者 A21（社區一般民眾，中年婦女）就提到，民眾心中普遍覺得金山分院可以處理的疾病複雜度較低，開診的診次過少，而且開診的情況不穩定，三不五時就停診，所以較不傾向在金山分院就醫。再以金山分院對照護對象中的高耗用個案（全年醫療費用前一百名）進行之調查，高耗用個案中，未選擇金山分院固定就醫的原因首要為「已有習慣的醫療團隊」，佔 35%，其次則為「醫院無法提供及時性的醫療處置」，佔 25%。這些結果都指出，因此金山分院在醫療面的著力點並不多，因此醫療端節約支出對點數的結餘效果有限。

況且，點數的結餘能否歸因於健康促進服務發揮效果，研究者和院方也同感懷疑，因為醫院參與試辦期間總共只有三年，在醫院及社區中採行的健康促進服務，是否能在這麼短的時間內就發揮提升民眾健康的效果，實在難以肯定。事實上，有些預防保健措施，短期內是會增加醫療費用的，例如癌症篩檢，一旦篩出潛在的癌症患者，短期內患者的醫療耗用會增加而非減少。在社區中提升民眾對自己健康的意識，像是社區內積極對民眾做癌症篩檢、血壓測量或是進行衛生教育...等，也可能反而誘發民眾對醫療的需求、增加醫療資源的使用。




健康保險署全民健康保險醫療費用支付標準—緩和醫療家庭諮詢費

1. 適應症：以現行住院重症病患，且已進入末期狀態者為主。
2. 相關規範：
 - (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。
 - (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。
 - (3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷記錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。
 - (4)申報規定：
 - a.另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。
 - b.每人每院限申報乙次。

圖 7：緩和醫療家庭諮詢費規範（行政院衛生福利部中央健康保險署，2014）

姑且不論金山分院在試辦計畫中，健保點數的盈虧情形，事實上，金山分院指出其付出社區服務的成本是高於盈餘的點數。一方面全民健保的給付點數不盡然能反映醫療成本，以緩和醫療家庭諮詢費為例，當病患進入末期狀態，要進行緩和醫療抉擇之前，醫療團隊需要召開會議與家屬深入討論，而且這樣的討論隨著時間與病情的變化，往往需要多次溝通，但是依照計畫試辦當時全民健康保險醫療費用支付標準，緩和醫療家庭諮詢費僅給付 1500 點，依其支付規範（如圖 7），主治醫療團隊需要提供諮詢一個小時，再加上準備相關內容所付出的成本，1500 點其實不敷使用，更何況若召開的會議超過一次，就無法再次申報。在社區的健康服務更是如此，除了居家照護相關項目之外，在社區中的健康促進服務，是無法申請健保給付的，院方結算 2012 和 2013 年，粗估投入社區的成本超過 4000 萬，也遠遠高於這兩年度盈絀的 3 千 5 百萬點（約 3 千 1 百萬元）。監察院針對全民健保總體檢的調查報告中對金山分院的訪查也指出：




「惟家庭訪視及社區健康促進活動所投入成本高，以101年2月18日至12月31日所進行之活動為例，該時段家庭訪視及社區活動之成本，分別計243萬元及1,301萬元，復社區安寧之成本約計300萬元，故總成本約計1,844萬元；該院（金山分院）並於本院（監察院）訪查及約詢時表示，承辦論人計酬計畫之有形及無形成本高，財務實際上是虧損的，端賴總院之支持…等語。」

（監察院，2012）

不只是金山分院，另外兩個以區域整合模式參與計畫試辦的一秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院團隊及澄清綜合醫院團隊，也都在「論人計酬試辦計畫之照護策略與服務全國觀摩會」中，大談醫院投入社區健康促進的成本很高，以健保點數的收入很難打平。會議的綜合討論中，各家醫院提及仍然願意繼續耕耘社區的原因，最主要還是認為論人計酬導引的健康促進，是對的方向，所以要繼續努力。另外一個支持醫院繼續耕耘社區的原因，便是醫院與社區的情感連結，如秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院團隊在會議上表示，因為集團總裁是線西人，所以總裁指示線西民眾的健康問題就是彰濱秀傳的事情，因此對的事情要繼續做下去。金山分院如前述段落所述，也是抱持著要回饋金山鄉里的態度在經營社區。其實對試辦團隊而言，三年的試辦計畫，很難評估對於民眾健康的實質改善效果，最能肯定的是博得民眾的情感和信任，受訪者就說：

「我自己也是蠻好奇他的成效到底在哪裡？因為我目前沒有相關的研究，只是就我感覺上是不是藉由這些活動，讓病人比較能夠自己照顧自己健康、比較少就醫，我自己是覺得可能還沒有到這麼強的效果。我覺得這些都還需要研究，比較明確感受到的是民眾對醫院的信任度增加。...（在論人計酬試辦計畫臨床指標的計算）其實我們也是蠻吃虧的，像糖尿病的話，我們是從零



開始，不像其他醫院是照護網已經有了，101 年 1 月開始試辦，我們好像是 8 月才開始收案，其實是起步很晚，理論上是蠻不利，不過院長跟我們的想法是，先把論人計酬覺得該做的做好，這一塊暫時先沒有去太多的要求。」

(A03，院方管理階層)

論人計酬試辦計畫為期三年，在 2014 年年底結束。下一期的論人計酬試辦計畫仍在規劃中，時程上未能銜接。金山分院的醫療給付也因此自 2015 年起，回復到以論量計酬為主。

達標路迢迢－官方所推展之健康促進計畫

論人計酬試辦計畫是導引醫院從事社區健康促進相關計畫中，牽涉金額最龐大的。其他如國民健康署的癌症篩檢計畫、或是新北市政府衛生局督導的社區健康營造計畫...等，計畫金額很少，大多都在百萬元內，但是同樣要付出極高成本。以國民健康署的癌症篩檢計畫為例，其依照金山分院 30 歲以上成人年門診量（小於 1 萬人次），給定 2013 年三癌篩檢目標數是 1500 人，補助經費 60 餘萬元，金山分院最後無法達標，遭扣款一成。到了 2014 年，國民健康署給定三癌篩檢目標數提高為 2400 人，經費 48 萬餘元。這樣的目標數非常難以達成，因為金山地區人口總數才 2 萬 2 千餘人，國民健康署補助的民眾的癌症篩檢，如子宮頸癌篩檢是建議三年一次，口腔癌和大腸癌篩檢則是兩年一次，已經做過篩檢，還未達建議篩檢時間間隔的民眾也不能納入，在未能達標還要扣計畫款項的規定下，金山分院雖然持續在社區鼓勵民眾進行疾病篩檢，不過自 2014 年起即停止參與國民健康署的癌症篩檢計畫。

官方推展的健康促進計畫經費低、且相對要付出成本極高，這顯現出對醫院而言，要想從計畫本身之經費及相關資源來支持其社區健康促進服務，具備十足的挑戰性。



體制面向的扞格

官方推行之健康促進政策，不只在資源上無法支持醫院參與社區的健康事務，體制面上缺乏整合，也成為醫院參與社區健康事務的掣肘。

首先是在社區內醫療機構整合的面向，金山分院原先計劃與金山衛生所及區內診所合組試辦團隊，共同參與論人計酬試辦計畫，但是健康保險署卻以這些基層醫療診所已經參與「家庭醫師整合性照護計畫」為由，拒絕這些基層醫療院所與金山分院合組團隊參與試辦。雖然在此情況下，金山分院仍與這些醫療院所之間維持良好的共存關係，持續相互轉診、合作。但是當各個醫療機構都必須達成相關單位訂定的政策目標，且在規範缺乏整合的情況下，便使彼此處於相互競爭的狀態，反而影響社區健康事務的推展。以癌症篩檢及 DNR 的簽立率來看：

「好像金山分院不是很喜歡我們辦活動，像院慶活動篩檢，他們就好像不是很喜歡我們去，因為我們如果都做了，好像就不能算進他們的指標，所以就是會爭，對不對，可是我們本來就是要做阿，幹嘛要這樣。」

(A37, 社區成員, 金山衛生所醫事人員)

「其實以論人計酬來講的話，只要我們照顧的個案，譬如說子宮頸抹片來講，不管她是哪裡做，她在金山做、她在萬里做、她在台北市做，健保資料庫只要有就算，所以對我們來說是差別沒有這麼大。但是衛生所主要是被衛生局管，衛生局像它今年（2013 年）訂簽 DNR 的指標，所以像金山（衛生所）、萬里（衛生所）也有，希望跟我們要一些我們這邊做的。衝突上是就我們醫院來說還好啦，那衛生所那邊，好像他們也是有一些壓力，確實是希望說有些個案他們自己能夠做，不過有些東西好像我們做了他們也可以算，這個東西我們有去瞭解過，很複雜，每個都不一樣，然後有時候承辦人員自

已定義，確實好像有時候會影響到衛生所的一點績效，不過就是大家盡量磨合。」

(A03，院方管理階層)


醫院和衛生所在社區之中，對著同樣的照護對象、朝著同樣的目標在努力，若在制度的設計上，能夠讓雙方的努力相互成就，這是最符合社區健康促進中，整合社區內組織共同行動的理想，然而現實卻不是如此。從最根本的指標成效計算開始，各方就已經有不同的瞭解，甚或是使各方的努力相互扞格，這也會使醫院與其他社區組織間，對於共同協力社區健康事務有所疙瘩，與社區健康促進理想中，個體與組織間應對於社區健康通力合作的概念背道而馳。

不僅社區內組織間的競爭關係會消耗社區健康促進的能量，其他國家對醫院運作的體制規範因素，也可能是造成醫院在社區健康促進能量減損的成因。金山分院在 2012 年開始論人計酬試辦計畫，到了 2013 年下半年時，院內成員就指出醫院在社區的健康促進服務能量，已經不如過往，主因是醫院評鑑：

「第一屆（院方開始社區健康促進的第一個半年）完了沒多久，剛好遇到評鑑，大家的重心在評鑑，一件事情到高峰又降下來的時候，妳要再往上衝真的是有一點難。那到評鑑大家已經耗了很多的力氣了，所以就像院長講的，評鑑之後就無法再往上衝到一個高峰。」

(A09，院方行政人員)

「大家正覺得士氣高昂的時候，砰一聲，來一個評鑑結果就垮了。評鑑那時候大家鬆一口氣，可是評鑑其實我的要求就是可以過就好，大家搞得這麼累要幹嘛？對不對？妳有本事讓她變診所嘛！結果本來都已經我說 C 就好，我說過，就低空飛過就好，我們有更重要的事情要做這樣。你給我評優等，我



也不會因為優等這樣子而得到什麼。...(略)...。結果沒想到總院就講說沒有，評鑑不能這樣子，就派兩個專員來，弄一下...(苦笑)。評鑑操一下，結果亂掉...。因為我覺得是這樣，他評鑑不合理，不是不合理，或許是人家合理，因為我覺得沒有那個必要，你又不可能搞一搞，橘子變蘋果，不可能嘛！你橘子就是橘子，你桶柑很有水，你把它變成極柑是有比較好嗎？我是覺得紮紮實實的社區，(其他部分)有基本的能量存在與特色就好。」

(A02，院方管理階層)

醫院中的成員，普遍都感受到評鑑前後的差異。因為金山分院屬於規模較小的醫院，人員編制不多，扣除管理階層，約在 100 人上下。所以有限的人力，必須全心投入面對醫院評鑑繁複的工作，而使在社區的服務受到影響。從管理階層 (A02) 的態度來看，其實對金山分院而言，醫療業務的發展固然重要，但是最具金山分院特色的一安寧緩和療護與社區健康促進，卻不是醫院評鑑的重心，特別是「積極參與社區健康營造」，僅是上百條文中的其中一條，使院方為準備其他繁雜的評鑑項目，大幅地削減院方在社區服務的能量，而影響到原先在社區健康促進服務。這樣的例子，又再一次凸顯制度的矛盾與僵化，造成金山分院在社區健康促進服務推行的困難。

在這兩章節中，我們認識到金山分院與地方的淵源，及其在所屬體系中的定位，使這家醫院先天上就有較高的傾向於社區中耕耘。也因為這樣的特質，導引醫院去尋求支持自身定位之資源、參與相關計畫。政策上所提供的資源，以及形塑的體制規範，固然有利於醫療院所從事社區健康促進的服務，但是我們也從國民健康署癌症篩檢計畫與醫院評鑑等例中可以見得，醫院在取得這些資源上有重重的困難和挑戰，至於體制和規範若未經周全的設計，反而可能是醫院投入社區健康事務的阻礙。

第三節 醫院的社區健康促進服務編制與內容

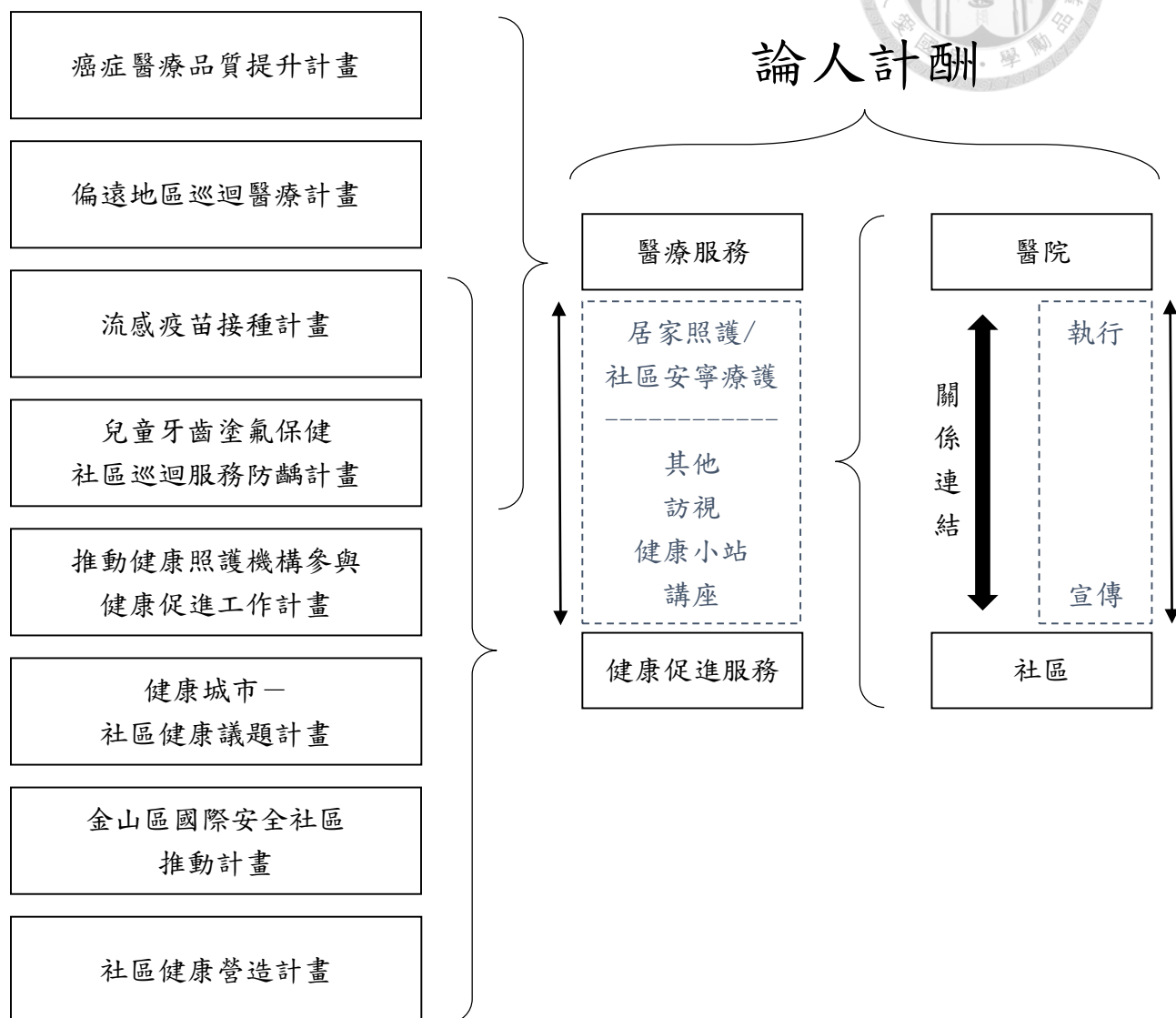
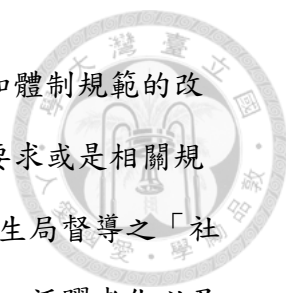


圖 8：金山分院社區健康事務主要項目及分工

圖 8 是金山分院社區健康事務的主要項目及其與社區分工，也是本節與下一節的內容概要。圖中的醫療服務與健康促進服務，皆是金山分院固有之服務，也就是說，不論有什麼樣的計畫推行或相關政策配合，金山分院醫療服務系統和健康促進服務系統都會持續運作，特別是健康促進服務的系統，不論是否持續參與論人計酬試辦計畫或是其他社區健康營造計畫，金山分院都還是維持社區健康促



進服務、參與社區健康事務。唯，依著不同時空背景下，資源和體制規範的改變，院方會調整醫療服務和健康促進服務的內涵，以符合計畫要求或是相關規範。舉例來說，在 2013 年，其參與國民健康署推動、新北市衛生局督導之「社區健康營造計畫」，計畫指定之議題為肥胖防治、致胖環境改善、活躍老化以及安全社區，院方相應於這些議題，其在社區中的健康促進服務，就會呼應這些議題，而在既有的服務中整合相關內容，像是在院慶活動中針對銀髮族設計健康操、在健康小站宣傳減重比賽...等。此外，健康促進服務的內涵，除了會受承接之計畫與相關規範而有所不同，另一方面也會受到社區的需求而調整，這部份則在下一章節中加以闡述討論。

醫院健康促進服務的組織編制與規範

金山分院在社區健康事務的編制上，設立「金健康辦公室」(任務編組單位)，專責聯繫行政事務、統合資源、分配任務與相關工作執行。院方每個月也召開一次社區健康促進委員會，以決定金山分院在社區健康促進事務的執行方針。

院方也依照金山區內地理分布與人文特色，將全區分成六個子區塊，分別為中心 A 區、中心 B 區、文藝區、健康區、田園區與海港区。全院員工依照人數還有各項醫療專業，平均分入六區中，每一區大約 20 人，區內設置區長、執行長，並由院內一級主管督導。其服務中，訪視與健康小站就由各區自行規劃執行，成果再由金健康辦公室統整。居家照護/社區安寧療護則主要由社區居家中心負責。講座及其他活動則依活動需要，由金健康辦公室安排人員支援與參與。依院方規定，院內同仁每人每年至少應有 12 小時的社區參與時數，其中至少 6 小時為志工。院內員工除了可以以志工身分參與之外，另外亦可以上班支援參與(經單位主管同意，於上班時間參與社區活動)或是請領值班費(非上班時間或

自假參與，該次給予 600 元津貼，但訪視與居家照護/社區安寧療護不適用)，三者擇一的形式參與。員工的社區參與情形，納入績效考核中。



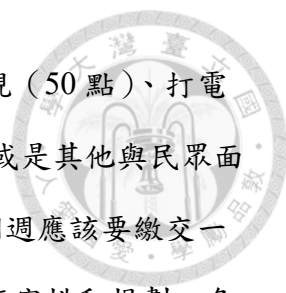
綜合來說，金山分院內有專責單位與院層級委員會，主導院方在社區健康促進的事務，也要求全院員工皆須參與社區健康相關服務，更將員工參與的情形納入績效考核中，所以從組織編制的面向上，說金山分院是傾全院之力投注於社區健康事務中，也不為過。再加上相關的院內規範，例如訪視點數規定、社區參與時數規定等，讓員工也可以於上班時間參與社區活動，或是在非上班時間及自假參與社區活動時給予 600 元津貼，這些規範都顯示社區健康事務是金山分院員工工作內容之一，而且透過制度建立的方式，直接或間接鼓勵員工參與社區健康事務。

醫院之社區健康促進服務內容

金山分院人員參與社區健康事務的項目，在醫療服務相關項目主要是居家照護/社區安寧療護，但這部分主要是醫療業務，非社區健康促進。另外還有癌症篩檢、預防注射、幼兒牙齒塗氟、活動的救護站支援等項目。這些雖然是三段五級中，促進健康與特殊保護策略，不過主要是由專業的醫事人員執行特定的服務項目，與醫療行為較為相關，因此本研究中，不對醫療行為深入探討，而著眼於健康促進的部分。綜合來說，院方的健康促進服務系統，主要提供訪視、健康小站、講座與其他社區活動等服務，說明如下：

一、訪視

訪視是院方人員透過關懷社區民眾的健康或是生活大小事務，產生與社區民眾的交流和連結。訪視服務由於主要是醫院端發起，因此是依循院方的規範運作。



依照院方規範，訪視的形式可以是到民眾住家訪視（50點）、打電話給民眾訪視（5點），利用民眾來醫院看門診、住院或是其他與民眾面對面的方式進行訪視（15點）。院方僅規定，每區每個週應該要繳交一定的訪視點數，至於訪視的細節和行程，則由六區自行安排和規劃。各區若是沒有達到院方要求的點數標準，院方沒有訂定罰則，曾有某一分區連續數週之訪視點數都未達院方規定，院方僅提醒該區需改善。

除了常規的訪視，另外還有特定目的的訪視，像是院方希望增加金山分院對社區關懷的曝光度，就會要求各區針對新的、從未訪視過的民眾探訪；也有因加入論人計酬試辦計畫後，院方為了瞭解照護對象資源耗用情形，針對健保高耗用個案的訪視；為關懷社區長者、發展高齡友善，針對90歲以上社區民眾進行的關懷訪視...等。每次訪視都要填寫訪視單，內容主要是關於民眾基本資料還有抽菸、吃檳榔、就醫習慣之項目。

二、健康小站

健康小站是在六個區內，分別設置一個社區據點（四個位於宮廟，兩個不設置在宮廟的小站，則是分別位在圖書館與里長辦公室）。每月一次（慈護宮健康小站則是初一、十五各一次），定時到該社區據點為民眾量測血壓、體重、身高和腰圍。此外還會配合其他計畫需求或是社區民眾建議，搭配做戒菸、減重、心理健康或是其他主題宣導，或是將當次健康小站改為講座。另外還有昭應侯廟健康小站，不隸屬於分區，健康促進活動的性質較為特殊，在下一章節中會深入介紹。




三、講座

相較於訪視和健康小站是醫院方面發起，在社區中的講座大多都是由社區或是活動主辦單位辦理，像是宮廟、社區團體（如老人會、社區發展協會...等）、公司行號（如台灣電力公司）、學校或是其他公家單位（區公所、警察局、農漁會、圖書館...等），大多數的情況是由這些單位辦理活動，甚至指定講座主題，再由醫院派出講師與助理主講。也由於講座主要是社區方發起，場地、活動內容及費用大多也是由社區方面負擔，且講座所需耗用的院方人力較少，因此對院方來說，付出的成本也相對低廉。再者，參加講座的聽眾，是或多或少關心該議題的民眾，或者可能自己本身正經歷與主題相關健康問題，所以在反應與回饋上，都比其他健康促進活動來得理想，因此不論從成本或是民眾回饋的角度，講座之形式是院方最偏好的社區活動。

社區組織舉辦與健康議題相關的活動時，舉辦講座也是首選，以老人會為例，受訪者(A21)就表示，老人會這類的社區團體志工豐富，但是缺乏經費，難以提供獎品、禮物來吸引民眾參與活動，不過這些社區團體因瞭解民眾的需求，所以發想之活動和議題，都較能使民眾感到切身相關，然後利用豐沛的志工人力動員、協助。這些社團沒有業績壓力，所以講座的舉辦不需要衝場次、不需要衝參加人數，對議題沒有興趣、年紀已經大到無法思考、反應不佳者，鼓勵但不勉強參加，組織動員的壓力小，有時配合社團內其他活動（如餐會）一同舉行，使活動更加豐富。這些則是社區方面偏好舉辦講座的原因。

四、其他

其他活動大多是臨時性的社區活動，或是前述各項醫院社區事務的支援。雖是臨時性的社區活動，研究者統計 2013 年院內員工的社區參



與時數（如表 5），卻發現此類活動佔社區參與人次與參與總時數極高。詳細探究主因是源於醫院大型活動，像是院慶，每一次院方主辦的大型活動，除了必要的值班人員，幾乎都是全員出動，包括場地布置、活動準備、迎賓、招待民眾、關卡活動、搭配的健康促進活動或是篩檢...等，都需要很大量的人力。此部分的統計，反映出院內員工不只有常規進行的院內業務與社區服務需要進行，也常有許多臨時的社區業務需要參與協助。

至於這些內容如何訂定而來？就研究者觀察，主要是有兩種途徑—其一是院方成員認知社區的需求，而這樣的認知可能是奠基於過去在臨床工作的經驗、與社區民眾相處的經驗、相關健康與人口統計資料的結果，來設定服務的內容。其二則是就社區方所提出的要求，就視作為社區的需求，據以決定在社區中服務的內容。事實上，在該地並沒有一個系統性診斷社區需求的過程。



表 5：2013 年金山分院社區健康事務規範及辦理情形。

	居家*	訪視	小站*	講座	其他
是否視作社區參與	是	是	是	是	是
執行單位	社區居家中心	六分區	六分區	視情形	視情形
是否得以志工身分參與	是	是	是	是	視情形
是否得以上班支援參與	是	是	是	是	視情形
是否得以請領值班費	否	否	是	是	視情形
是否計算訪視點數	否	是	否	否	否
頻率	視情形	每週至少 2 新訪視個案	每月一次	視情形	視情形
2013 年辦理場次	226	326	134	93	152
2013 年參與人次	839	530	330	240	722
2013 年參與總時數	1573	741	974	443	4050

*小站：為健康小站之簡寫、居家：為居家照護/社區安寧療護之簡寫

(資料來源：相關規範是自「院內同仁參與社區活動須知」統合整理。辦理場次、人次與參與總時數則自「院內員工社區參與時數記錄」統計而得。)

第四節 醫院在社區健康促進理想型態與現實型態

在前一節中，瞭解有關醫院在社區健康促進服務系統與內容之後，我們進一步要探究，醫院的社區健康促進服務如何在社區中開展，以及如何與社區分工。本節將以田野中的兩個案例—「昭應侯廟」與「圖書館健康小站」討論之。昭應侯廟的案例中，健康促進服務主要是由社區方發起、維持運作，醫院的角色則是輔助社區，提供社區所沒有的健康和醫療專業，協助社區民眾改善健康，研究者稱之為醫院在社區健康促進的理想型態。圖書館健康小站則是另一種截然不同的類型，是由醫院方發起在該處的健康促進服務，而尋求社區方的協助與配合，但卻受制於意見領袖的不配合，而影響在圖書館小站的服務成果，研究者稱之為醫院在社區健康促進的現實型態。研究者將透過對這兩個案例的觀察，描繪醫院與社區在健康促進事務的連結與分工，及其動態之過程。

昭應侯廟

昭應侯廟，坐落於金山區最熱鬧的大街旁，原為許氏祖廟，侍奉開閩漳許氏二世祖天正公及感天大帝許遜公為主神，天正公生在唐高祖武德年間。過世後，宋高祖追論前功，加封翊忠昭應侯，許氏後裔有鑑於這段歷史，遂將許氏祖廟更名為昭應侯廟。廟方在1989年成立「金包里許氏祖廟管理委員會」，正式向政府登記在案。

社區內的健康小站，主要都是由醫院向社區倡議設點，但是昭應侯廟卻不相同。昭應侯廟的主任委員是金山當地人，年輕時到外地打拼，事業有成後回饋鄉里，便由其發起，到金山分院拜訪院方管理階層，提議金山分院到該廟佈點，並請主任委員提供經費，由廟方負責招募民眾參與小站活動。由社區有動機，且自發性的管理，院方便同意到該處設置小站，開始了雙方的合作關係。

原先廟方希望可以在昭應侯廟提供基礎的醫療服務，但是對醫院而言，醫療人員要在社區中常態性的提供診療服務，不只有設備上的限制，讓醫療人員難以



即時下醫令，治療上也不方便，另外也擔心有法令上的疑慮，因此未同意這樣的要求。後來廟方與醫院協商的結果，決定在昭應侯廟定期舉辦健康講座，並且在廟內提供民眾血壓量測。

起先，醫院每個月都至少在昭應侯廟安排一場健康講座，廟方也負起廣邀民眾來參與講座的責任，不只宣傳，也準備豐厚的禮物給與會民眾，也使每場在昭應侯廟舉辦的講座，至少都有 30 人至 50 人參與，參與的情況非常踴躍，每到講座時間，廟方的活動中心就充滿人潮。不過對於醫院提供的講座，廟方認為還不足，因為講座的主題並不連貫，再加上講座的時間往往很短，所以內容也比較簡略。因此又向院方提議，不只是一要辦講座，而是要辦一系列相關講題的講座。院方也回應社區的需求，調整講座內容和相關規劃。即便如此，廟方主事者還不滿足，他有一套對於民眾健康照護的理想期望能被實踐：

「我建議是要一系列的（講座），系列下去講比如說高血壓還是什麼，整系列的慢慢講，講詳細一點，讓大家深入瞭解，不然大家也是聽聽就算了。而如果能夠整系列，像上課，有需要的人，第一是你要來聽（講座），第二以後就變成講者的個案，我去輔導你如何用藥阿、有什麼健康問題，雖然人少，但是慢慢就會有那個效果，人家就會知道你本來身體不好，醫生把你照顧到有進步，大家看到就會有回饋，慢慢的慢慢的，這是要時間。」

（A17，社區領袖）

在昭應侯廟的血壓量測，不同於其他小站由院方人員每月一次到小站量測血壓，昭應侯廟的血壓量測是由廟方自行管理。相較於其他健康小站血壓量測人數大多零零星星，昭應侯廟民眾血壓量測的情形非常踴躍，其記錄本上，滿滿都是民眾逐日血壓量測記錄。更值得注意的是，比起其他小站血壓量測的人潮逐漸流失，昭應侯廟血壓量測的民眾則越來越多，量測血壓的頻率也比較穩定，在廟內




形成一股風氣和氛圍，彼此會相互關心。研究者很好奇如何能有這樣的成果，廟方主事者也有其經營之道：

「民眾來要量血壓，不是量好玩的，要讓他覺得血壓高、會注意到血壓的問題，有時候量如果比較高，就會說：『我今天量怎麼變160幾？』，我就會說你怎麼這麼高，他們都會去講，不會像去區公所量那樣而已，(血壓)有時候量高、有時候低，他們會去講這個事情、會去注意這個事情。... (略) ... 他在做的時候，你要告訴他血壓的關係，比如說今天我們在聊天，就會講誰誰中風、他為什麼中風，他平常都好好的，我就會跟他們講，平常好好的你不知道，血壓突然衝起來就會中風，所以在平常時，你就要把這個例子，讓他們知道。」

(A17, 社區領袖)

廟方首先透過彼此關心、互相討論的方式，形塑社區民眾間一股要持續注意血壓值、要持續量血壓的氛圍。不只形塑氛圍，對於民眾的衛生教育也不僅止於被動依賴醫療專業人員的講座，而是團體內的成員在平時就相互分享、督促。也許社區內民眾對健康的討論，在知識上不一定正確，但卻因能時時提醒、彼此監督，而形成正向的效果，讓民眾不是依賴參與活動的獎品、獎勵而量測血壓，而是真正關注自己的健康，也感染他人，使其他人一同關注，這是昭應侯廟血壓量測人次穩定成長的主因。

在昭應侯廟的健康促進服務內容，也誠如前述，隨著主事者心中的理想藍圖，以及執行過程中所覺察到的需求與不足，廟方反覆與院方提出執行構想，雙方溝通協商，在廟方理解院方困難、院方理解廟方期待的良好互動下，而調整在社區中服務的內容。也因為有這樣良好的互動經驗，而開啟雙方下一步的社區健康事務連結。



昭應侯廟的主任委員，也身兼新北市金山區美田社區發展協會的總幹事，其實兩組織的志工、成員大多重疊。美田社區發展協會除了平常社區成員間聯誼、情感交流之外，在 2006 年前後，於當時縣政府的鼓勵下，向內政部社會司申請為社區照顧關懷據點，針對金山區美田里與金美里內，年滿 65 歲以上之老人或身心障礙者造冊，提供：(一) 關懷訪視；(二) 電話問安、諮詢及轉介服務；及(三) 健康促進服務。

美田社區發展協會持續地到案主家中量測血壓、關懷長者，直到案主過世。這樣的社區關懷服務進行了許多年，協會內部認為在多年的耕耘之後，應該超越關懷，進一步提供案主更多服務。因為協會觀察到這些年長的個案，不免有疾病的問題，甚至有些是獨居或是弱勢的個案，現實上有許多狀況已經超過一個社區發展協會可以協助，需要專業人員介入幫忙。由於前任理事長在衛生所當志工，於是就將訪視連結衛生所的在宅服務，並將弱勢個案轉介相關社福單位協助。

不過金山衛生所規模較小，服務能量也很有限，所以在北海岸金山醫院時期，美田社區發展協會就想要與醫院合作，只是當時的北海岸金山醫院因為沒有社區服務而婉拒。臺大醫院接手後，金山分院的定位就是社區醫院，而且持續推動社區健康促進與居家服務，美田社區發展協會察覺到契機。再加以醫院方面，過去和昭應侯廟的合作經驗理想，也讓院方將和昭應侯廟的連結，視為院方社區健康事務發展的重點，所以也希望在個案關懷服務上，再次共同攜手，提供個案健康服務。社區發展協會期待雙方聯手，也認為這項服務的開展，對醫院是有利基的：

「醫院本身要去做(居家關懷)比較困難，第一個人員問題，醫院只有護士，護士上班時間不可能跑出去，第二個，沒有人際關係，你說隨便要去人家家裡，人家不要，什麼護士來幹嘛？我又沒有毛病妳不用來，但是我們在這裡很多年了，大家都很熟，所以我們這些路都很熟，有時候去到那打招呼

就聊起來了，所以跟我們的距離比較近，所以當金山分院想做這一塊的時候，就希望我們搭配他們來做。」

(A17，社區領袖)



於是雙方在社區個案關懷服務上取得合作的共識，並協商由院方派人陪同參與社區關懷，然後特別針對有需要的個案，派出醫師指導就醫、關心用藥問題跟提供日常健康保健的建議。

起先，院方請非醫療專業之人員參與個案關懷，不過非醫療專業的院方人員，跟社區志工的功能重疊，僅能提供關懷，無法提供醫療專業或健康相關服務，但是社區端對院方的期待遠遠高於此。而且要說到案主家關懷，社區志工與案主經多年相處，關係熟稔，相較之下，院方人員跟案主的關係較為疏遠，也較難切入受關懷個案的生活情形。美田社區發展協會對這樣的狀況並不感到滿意，期待能有調整的空間，院方也還未在這件事上找到醫院可行的著力點。雙方在社區關懷服務的合作關係開展未久，就遇到院方管理階層人事異動，這個部分連結與分工，其後也暫時停止，等待改變的契機。

在昭應侯廟的案例中，醫院扮演的角色，純然就是提供專業知識以及具備健康專業的人員，去補足一個自發關注自身健康的社區，其所不能之處。而且從昭應侯廟這個案例也可以雙方關係建構上，歷經協商、承諾與實踐的典型。更可以見得醫院與社區的連結與維繫，是一個動態過程，雙方的協商與承諾，會受之前合作的經驗影響，像是美田社區發展協會的關懷服務，是奠基在昭應侯廟健康小站的經驗之上。同時也會受實踐後的現實狀況，再次回過頭修正原先的承諾。雙方關係的連結與分工，不是有或無的二元變數，而是在一次又一次不斷嘗試中，彼此調整行動，也調整對於對方的期待。

金山分院與昭應侯廟的關係建構上，屬於理想模式的實現，但不是每一個醫院與社區關係的發展都能如此理想，圖書館小站呈現出另外一種截然不同的情形。



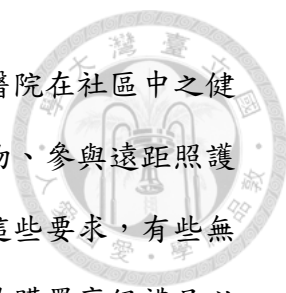
圖書館小站

新北市立圖書館金山分館，原來是金山鄉立圖書館，在 1994 年啟用，2002 年與台北縣立圖書館連線迄今。館藏圖書 6 萬多冊，屬於中小型的社區圖書館，該館於其簡介上，介紹館藏特色為「溫泉」與「樂齡」。

一開始，院方在向圖書館商議在該館設立健康小站，圖書館只是做為一個提供場地的角色，讓院方每個月一次到圖書館為民眾量測血壓、身高、體重與腰圍，並提供相關健康的衛生教育訊息與服務。真正組織動員附近居民，協助醫院宣傳、參與小站規劃的，是社區民眾 C 女士 (A45)。C 女士是住在圖書館附近的民眾，年輕時因為是農會系統的幹部，且個性熱情積極，動員附近民眾參與活動的能力極強，不只是醫院活動，鄰近地區的社區活動或是當地舉辦公聽會，需要民眾踴躍參與時，就會請 C 女士協助宣傳和動員。C 女士認為自己在這些活動中的角色十分重要，在健康小站服務的時間，她若有出現，最常掛在嘴上的便是：

「ㄟ！這個小站都是要靠我，什麼都要靠我，沒有我大家都不來。」

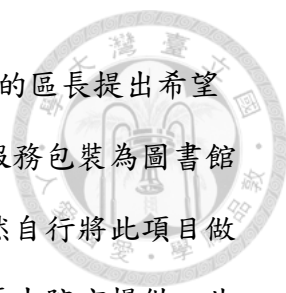
就研究者的觀察，C 女士所言確實是如此，如果健康小站沒有 C 女士的動員，只會有零星民眾參加小站活動。2013 年 10 月開始，衛生福利部試辦遠距健康照護服務，委由金山分院執行，在圖書館（其他健康小站亦有）常設遠距血壓計，讓參與計畫之民眾，可以持卡量測血壓，血壓資料會自動上傳雲端。其中，圖書館小站參與計畫的民眾，就有很大一部分是由 C 女士牽線而後加入。C 女士



意識到院方對其宣傳和動員能力有一定程度的依賴，便會希望醫院在社區中之健康促進服務能依照她的期待安排，諸如像是活動該提供什麼禮物、參與遠距照護計畫的同意書該如何修改、門診掛號應為她們特別安排...等。這些要求，有些無關於改善社區健康促進的服務內容，有些即便相關，但提出像是購置高級禮品以吸引民眾量血壓這類的要求，院方也難以配合，而不勝困擾。漸漸的，C女士眼見院方常常不願回應她的要求，而且在一次由C女士發起、請院方人員到圖書館談老人身體活動的講座中，因為雙方溝通落差，院方人員比C女士預期時間晚到許多，致使該次講座開始的時間延遲良久，讓民眾乾等，然後當天圖書館提供的講座場地，又因空調系統問題而悶熱不堪，與會民眾私下紛紛抱怨，讓C女士大感不滿，自此之後便較少積極協助院方活動，民眾至圖書館健康小站的血壓量測情形也就冷清許多。

儘管如此，在圖書館的健康促進服務卻有了轉折。自從2013年10月開始常設血壓計在圖書館櫃檯旁，初期，館方為了血壓計的保管感到憂慮，態度上也有些抗拒。但在血壓計設置之後，館員會與來量測血壓的民眾閒話家常、關心民眾血壓的狀況，甚至會協助民眾套量血壓，也會在院方人員場進行健康小站服務時，代替民眾反應血壓量測的問題，像是壓脈帶臂圍太緊、血壓測量不準...等，血壓量測成為館員服務範圍中，不成文的新項目。

血壓計在圖書館常設一年後，因故撤除，當初擔心要負血壓計保管責任的圖書館，卻向院方表示希望院方能夠重新設置血壓計。受訪者（A19、A20，社區民眾，圖書館員工）表示，因為金山區圖書館原先的使用族群就主要是社區內的年長者，血壓計設置之後，更不時有附近年長民眾會過來測量血壓，館方也順著近來樂活高齡的政策風潮，開設了樂齡圖書專櫃、開設樂齡講座，打造「樂齡」、「健康」為圖書館的特色，國家圖書館委員視察之後，大受委員好評。圖書館更進一步整合樂齡圖書、血壓計、健康小站與健康講座於其圖書館發展規劃中，成為圖書館服務的重要環節，並受主管機關考核。



所以在 2014 年底血壓計撤除時，圖書館方就向負責該小站的區長提出希望能夠重新設置血壓計，但是該區區長因圖書館方擅自將院方的服務包裝為圖書館服務項目，事前未獲告知，而感到頗有微詞，也認為圖書館既然自行將此項目做為特色服務項目，圖書館方就應該要自行設置血壓計，而不應再由院方提供。此事遂擱置。2015 年院方人事更替，其後新任的區長對於圖書館結合院方服務持正面態度，已經與館方重新討論圖書館的健康促進服務形式，讓院方可以持續在該處提供健康促進服務，也使圖書館能夠兼具館方欲保有的健康與樂齡特色。

若統計金山分院在圖書館小站服務人次作為服務成效的指標，結果是不理想的。然而，金山分院與圖書館方長期耕耘、互動和相處，讓原先只把自己定位在出借場地的圖書館，也把健康促進納入其服務的範疇，就這個部分而言，卻是一個超乎預期的理想結果。

「搏感情」－醫院參與社區健康事務的起手式

研究者從對圖書館及昭應侯廟兩個個案的觀察，發覺到醫院在社區參與健康事務的重要課題－醫院需要社區的力量協助，才能打開在社區中服務的通路，特別是活動或衛生教育訊息的宣導傳播，否則，即便醫院有心服務，民眾不會知道，知道了也不一定會接受。在昭應侯廟的案例中，社區內原先就有自發的力量，投入人力與資源，與其說是醫院請社區協助開展社區的健康促進服務，倒不如說是社區請醫院來協助社區能力所不及的專業之處，昭應侯廟案例中的運作形式，醫院方面負擔較小，收到的成效也較理想。

但是對於健康意識自覺較低的社群，如圖書館鄰近的社群，醫院要在此中開展服務，所需要仰賴社區的部分反而更多。其實金山分院在社區中，多數的社區服務據點都是類似於圖書館的案例，需要仰賴社區中的關鍵人物（key person），這個關鍵人物願意付出的多、熱心投入，那醫院在社區中開展服務的情形就比較理想，反之則不然。院方管理階層就說：




「這邊隨便一個里長，里長隨便要掐妳都掐的住你，我們在這邊經營一年多之後，里長才開始覺得你們是玩真的。所以地方上這些人，他事實上都是助力也是阻力，他要幫你忙，很簡單，他不幫你，要搞你，也很簡單。」

(A02，院方管理階層)

在金山地區，有些關鍵人物是社區內的政治人物，需要維持和醫院的關係，或是讓民眾能參與醫院活動，作為這個政治人物有在做事的證明，以利其政治地位與下一次選情；有些關鍵人物則是院方管理階層的親朋好友，所以傾力協助；也有純粹發心，認為醫院的服務有利民眾，盡力幫忙者；當然，在社區中不乏對醫院服務冷淡以對，甚至是與醫院立場對立，從中作梗的關鍵人物。這些角色都是醫院在經營社區時，所需要細細觀察的，如何讓這些關鍵人物願意投入，就必須要以人際的情感關係為基礎，像是以金山分院黃勝堅院長的想法，他就認為親自在社區中直接和相關人士交際、與民眾搏感情、也培養和社區領袖的關係，是深耕社區的不二法門，黃院長說：

「我花很多時間在社區裡面，因為基本上，這個地方，地方上的活動，第一個區長到、分局長到、金山分院的院長到，民眾就覺得自己在地方上有面子了。」

再一方面，金山分院雖然積極耕耘社區，但其也有所不為，像是受訪者 A04（院方管理階層，主管社區健康健康促進事務）就指出，在農漁會選舉期間，若有候選人邀請舉辦講座，院方會盡可能避免，甚或是將講座日期安排至選後，避免敏感的政治關係，反而造成困擾。種種在社區中的人情細節，都是醫院於社區開展服務時所需要審酌的環節。



研究者在田野中年餘，雖說可以體察與社區搏感情，是醫院與社區在健康事務上分工整合的基礎，也是必要的起始，但是具體要如何才能搏得與社區間的情感連結，卻無法理出一套標準的操作模式，像是院長會盡可能出席地方人士的邀宴，但是卻又要避免敏感政治關係；或院方需要回應 C 女士所提出健康服務的需求，卻又不能讓她予取予求。而不同對象，所可以操作的人際關係範疇，也有所不同。這之間權衡的精妙，並非可以形諸於文字或具體被呈現的，只能仰賴持續不斷的體察與經驗累積。且這樣非制度化與非正式化的關係建構，也顯現出其脆弱性，就如同圖書館小站的案例中所呈現，C 女士不滿、或區長感到不悅，就可能使雙方關係降至冰點，一旦雙方奠基於情感的合作關係失衡，便連帶影響到社區健康事務的操作與執行。

總結來說，醫院在社區的健康促進理想型態，在雙方角色上，是由社區端發起、社區端管理，而醫院的角色是提供社區所不足的醫療專業。雙方的關係建構則會是在相互理解的情況下，呈現不斷協商、承諾、實踐與評估的動態過程，而最終維持甚或擴展雙方的合作範疇。相對的，醫院在社區的健康促進之現實型態，是由醫院發起、管理其在社區的健康促進服務，並且仰賴社區端協助服務的開展，社區的角色是被動配合醫院。雙方關係建構是由奠基在廣泛的情感關係，並呈現出非制度化與非正式化的特徵，這也導致雙方合作的範疇難以被預期。

第五節 由「下而上」的社區健康促進執行


本節將自醫院及其執行者在社區的經歷，剖析醫院在社區健康促進的執行面向，以瞭解一家醫院如何從低度的社區健康事務參與，逐步發展。也從此視角之中，檢視醫院的健康促進服務系統和架構之優缺。

從頭開始摸索

俗語說萬事起頭難，金山分院在社區中開展健康促進服務，也是經過一番摸索的過程。雖然受訪者(A01、A03)提到在臺大醫院接手金山分院之初、李龍騰醫師接任院長後，有鑑於金山分院需要發展社區的特色，便已著手建立醫院的健康促進系統，並在李院長任內承接論人計酬試辦計畫，開始嘗試要深入社區從事健康服務。不過真正開始有系統、傾全院之力投入社區健康事務，是承接論人計酬試辦計畫之初，黃勝堅醫師擔任院長開始的。

黃勝堅院長接任後，他指出醫院若要純粹從醫療給付的角度切入，臺灣論人計酬試辦計畫的設計，與國外健康維護組織(health maintenance organization, HMO)或是可責性的照護組織(accountable care organization, ACO)有所不同；若要從社區健康促進的做法切入，院方參訪了其他地方的做法，也覺得不適合金山的情況，所以金山分院的健康促進服務系統，是院方從零開始規劃。

在計畫的一開始，院方首先擬定了社區健康促進編制和相關規範，特別是領導者在其中扮演了關鍵的角色。研究者在每每詢問院方成員，醫院中的哪個環節，對於執行面上的助益最大？幾乎所有受訪者沒有第二個答案，全都指出是「院長支持」。受訪者 A24（院方行政人員）在一次健康小站的場合中，切實地指出院長對於院方健康促進系統運作，扮演的三個重要角色：



「那當然我們黃院長非常支持我們做社區，我覺得他有三個特質：一是他是帶頭的人，他都做了，我們下面的人不敢不做；二是募款，因為我們虧錢，所以院長募款讓很多事情做得起來；然後他創造了一個支持我們做社區的環境，像是同仁跑社區可以是志工、也可以選擇上班支援或是有值班費可以請（領）。」

(A24, 院方行政人員)

一方面，院長親自跑社區，帶頭示範，做為院內同仁的模範，讓院內同仁瞭解院方在社區健康服務的決心與行動；再一方面，透過親跑社區，與社區領袖、民眾建立情感的連結，也實際瞭解社區民眾需求。除了前面提到金山區大小活動，黃院長都盡可能參與，給足地方主人面子之外，院長私下親自到訪或指示屬下關懷，都讓民眾感受到院方誠意：

「黃院長是每個月都來廟裡，來瞭解這些金山的需要，這一點做得很好，我感覺黃院長到金山來，就像以前的蔣經國，都直接深入民間，讓我們把需要的可以直接跟他說。...(略)...黃院長很關心小站在我們這邊的功能是什麼，他如果忙，還會派他的秘書啦、金健康的執行長啦，像秘書久久也會打一次電話來問我這個小站有沒有什麼需要。」

(A18, 社區成員)

再者，金山分院由於不斷的虧損，要透過經營社區營利也有困難，因此院長勤於籌募相關的資源，以挹注社區的健康促進服務，像是兆豐慈善基金會與金山分院共同辦理的失智失能篩檢活動；或是招募硬體設施，例如居中促成新北市媽祖慈善會捐助自動體外心臟電擊去顫器(AED)予金山警察分局、募捐交通車...等。另外也籌募社區善款，善款除了用以社區健康活動的舉辦，院長更建立了前

文所提及的「值班費」制度，將捐助款項放入基金中，讓院內同仁在非上班時間或是自假參與，可以自基金中請領現金津貼。領導人不只是在態度上鼓勵同仁到社區服務，也創造有利同仁參與社區活動的制度與環境條件。

對於領導人勤於跑社區、鼓勵同仁積極參與社區，甚至期盼同仁記錄社區活動過程，院內的成員並不是全無怨言，研究者在田野中，也多次遇到受訪者拒絕研究者將他們的觀點放入研究分析中，拒絕的內容主要都是關於領導階層指示的社區工作有許多流於形式，雖給了社區面子、提供了感動人心的服務，但實質上改善多少民眾健康問題尚不清楚，同仁卻因同時需負擔院內和社區工作，而疲憊不堪。儘管負面的聲音有之，不過這些負面的意見大多是認為付出的太多，獲得的回饋（不論是金錢上或情感上）太少，對於院方社區健康促進服務導向還有領導人的支持，都還是持正向的態度。

院方建立健康促進系統與制度之後，就由全體同仁開始進入社區執行。在執行上，院方沒有針對執行的細節提出指引，而是如下面兩位受訪者所言，由同仁在基本的服務之上（像是小站中量血壓、到民眾家關懷訪視），透過嘗試、分享和討論的過程，希望六個分區自行依照區內的特色經營，進而摸索出在社區中「眉角」：

「論人計酬一開始，一個新的政策一下來，大家都沒有任何的方向，不知道該怎麼做，所以大家是且戰且走，就是出去一次回來，大家遇到什麼困境、什麼困難，其實會一起分享，每一週，區長都要列席報告，其實現在的健康促進委員會，一開始都是區長參加的、各區的區長執行長參加，他是直接面對院長、直接面對一級主管，那他們又是第一次產生，所以其實遇到的問題有很多各式各樣，大家會在會議上提出來討論，那會一起去解決。所以開始大家那時候有那個企圖心，然後向心力也很強，覺得我們就是把它做好，其

實大家沒有任何的經驗可以參考，大家就是去做。所以不是說第一屆做得特別好，而是沒有可以參考的模式，大家就是只能硬著頭皮去做。」

(A09，院方行政人員)

「一開始去社區的時候，大家都不知道該怎麼做，光開會開了兩個禮拜，都沒有踏出去，後來院長說，走出去就對了，大家才開始！出去也是碰到問題阿，所以一邊摸索、一邊討論，慢慢找出在社區中該怎麼做。」

(A24，院方行政人員)

但是這樣的摸索，既沒有訂定目標(objectives)，也沒有對於社區的需求進行系統性評估，純然是社區經驗的累積。這樣的經驗累積雖然使得執行者能夠瞭解如何更貼近社區民眾，進而掌握社區健康促進服務的核心能力，但是卻也有其力有未逮之處，如後詳述。

社區健康促進服務的核心能力

當真正走入社區之後，雖然具體的服務操作（如血壓量測、衛生教育、疾病篩檢...等）不會因為是在社區內執行而有所改變，但是不同於民眾到醫院就診，這些服務在社區中更需要以情感連結為基礎，因為鮮少有民眾會願意在社區的情境中，與陌生人暢談自己身體的狀況，更遑論要碰觸身體或檢查。其實，醫院成員出現在社區中服務，對民眾來說就是一件「奇怪」的事情，特別是詐騙事件頻傳，讓民眾對這些理應在醫院的成員，忽然出現在社區中，存有戒心。所以金山分院成員到社區的第一步，便是讓民眾熟悉，進而感到「自然」。院方透過製作「金健康背心」以及印有金健康字樣的制服，要求成員參加社區服務時，一定必須穿著背心或制服，不只使民眾能夠辨識這是金山分院的成員，也使民眾習慣平常穿著白袍、帶著執業執照的人，會穿著背心和制服出現於社區之中。



圖 9：金健康背心（左）與金健康制服（右）。院方要求成員應在社區服務中，穿著背心或是制服。

民眾熟悉之後，院方人員不只要開始量測血壓、衛生教育...等既定的服務，更重要的是，要在社區中探求民眾對於健康促進的需求：

「在社區內最關鍵的能力是『人際互動』、『溝通』的能力，才能問出民眾有什麼問題，然後其次才是一些基本的醫療能力。」

（A32，院方醫事人員）

「『人際互動』是核心能力，這是獲得資訊的手段，最終的目的，是在社區中找到民眾的需求。」

（A15，院方醫事人員）

「就一個：怎麼跟這些民眾溝通？知道他們要什麼、能幫他們什麼？」

(A25, 院方行政人員)

「一個愛心就夠了。民眾要的很少，只要人出現，就很滿足了！重點是願意走入社區。這也是金山分院的成員與其他人不同的地方。」


(A23, 院方管理階層)

「在社區中所需要的能力是『發現需求』、『就地解決』，到了社區，發現病人的需求之後，只會叫病人去看醫生，這不是能力！」

(A34, 院方醫事人員)

從前面受訪者的回答中簡單言之，想要探求出民眾的需求，首先要有「人際互動」，也就是醫院成員與社區民眾先奠基在一定程度情感關係後，接下來則是「溝通」，然後而能從人際互動與溝通中獲得資訊、探查出民眾的需求。瞭解民眾的需求，是進入社區後極為重要的部分，因為這些執行者發現，在社區中的民眾，好像都沒有對於健康促進的需求，處在自覺自己身心健康者是如此，而身體不適、正在就醫的民眾，則認為自己的需求應透過醫療照護滿足，而不認為社區健康促進服務對其有所助益。因此當民眾不若昭應侯廟社群會自發關注健康時，如何去探求民眾對於健康促進的需求，便成為第一線執行者在進入社區後，所認知到開展服務的首要環節。

覺察民眾的需求之後，進一步則要採取行動解決民眾的需求。受訪者 A34 點出醫院在社區健康服務的根本：就地解決。社區的場域並不是醫院、診間的延伸，一段由金山分院物理治療師在院訊中分享的金山社區經驗，很深刻地讓我們知道在社區與在醫院提供健康服務的根本差異：



「病患在醫院中的表現，往往和在家中有很大的不同；醫院內的治療室是標準環境，在這裡有很安全的設備，病人可以放心大步走，但是回到家中，因為家中環境的關係，常常是舉步維艱，若不是親自到病人家中，我們怎能得知這楚河漢界的極大差異？」

（陳燕慧治療師，載於 2014 年 5 月，金山快訊《放下的幸福》）

一方面，社區，甚或是住家，才是民眾真正落實生活的所在，二方面，醫院或診間的環境都是經過設計、規劃的標準化環境，相對的，在社區中，往往缺乏「武器」，在醫療系統的部份像是儀器設備、器材、藥品等，在健康促進系統的部分則同樣沒有儀器設備、器材，也可能沒有可以隨手取得的衛生教育教材或相關資源。正因為如此，服務提供者可以在民眾所身處的自然情境中，觀察醫療或是健康促進的效益，但也必須發揮就地取材的能力，就有限的資源，重新轉譯、修正，然後最後產生行動，這就是在社區與在醫院中，最根本的不同。

研究者在與醫院成員對談的過程中，發覺這些在第一線的執行者很清楚社區健康促進，最終要維持民眾健康地在社區中生活，這才是社區健康促進服務的首選，而非將自身做為篩檢工具，不斷的發現需求，不斷將社區的民眾變成病人，這不僅有違健康促進的初衷，也可惜了在社區中服務，那種對民眾而言最熟悉也最安心的情境。

總結而言，執行者在社區健康促進服務需以情感連結為基礎，然後探求資訊為手段，進而覺察民眾對於健康促進需求，最終要達成在社區中就地提升民眾健康的目標。




醫院在社區健康促進執行面的挑戰與困難

從前面的結果中，研究者觀察到兩件事：(一) 如何在社區中開展服務，院方交由六分區自行摸索、發展特色，而缺乏系統性的社區需求評估；(二) 在社區需要何種能力，由執行者在執行的過程中累積。換言之，不若醫療照護專業，在具備完整而有系統的臨床訓練後，醫療專業人員才能進到醫療場域中執業，院方社區健康促進之執行者是在未經充足訓練的情況下，就投入社區健康促進服務。正如同受訪者 A09 與 A24 所提及，醫院在要開展社區健康促進服務之初，大家其實都不知道要做什麼，而藉由一次又一次執行和討論一邊摸索、一邊釐清。這樣的運作方式不是上而下(top-down)的教學和指示，而是由下而上(bottom-up)的學習和經驗累積。但是在醫院中，不是所有成員都具備充足的動機，願意對社區健康事務的參與，去學習和累積經驗，一部分的原因如前文所述，有些院內成員在評鑑之後已經不再熱切投入社區健康事務；有些成員則是院內常規業務繁重而無法兼顧社區健康事務；有些成員則是從來都不熱衷於參與社區健康事務中，這使得多個分區的經營，實質上僅仰賴分區的區長和執行長兩個人在運作：

「分區的事務只能靠(區長)自己。(可是妳的任內，有開過妳們區內的會議嗎?)很難耶，妳要把他們那些人找齊開會議，上一屆(前一個區長半年的任期)都沒開了。其實我們從以前到現在沒有開過會議應該這樣講，我連上一屆的區長是誰我都不知道。我們雖然有LINE群組，可是很少人會在上面留言說他們要幫忙什麼。」

(A11, 院方醫事人員)


當在社區中的服務能力不是由上而下的指導，而是經由分區這樣的小團隊分享、學習，一旦成員不投入分區團隊的運作，就會如受訪者 A11 所指出僅區長和執行長兩人礙於職責不得不投入社區事務，其他成員只被動配合，此時在社區中



的健康促進服務就會產生問題。因為院方要求所有人員，不論是否為非醫事人員，都應參與社區健康事務，但是這些人員既沒有在分區團隊中累積、學習，又缺乏基本的醫療技能和健康促進的智識，貿然進到社區中服務，反而造成民眾對院方能力的懷疑。

研究者以在健康小站的觀察為例。社區中健康小站最主要工作是招攬民眾、為民眾量測血壓、身高體重和腰圍，然後針對廣泛的健康議題或是特定民眾的健康需求提供服務。其中量血壓看似簡單，但仍有一定的流程，包括民眾來到健康小站，要先請民眾短暫休息後再測量血壓；穿著的衣物過厚，要請民眾脫除外套或是將手袖拉高；壓脈帶要套在適切的上臂位置，鬆緊度要適宜，並且對準肱動脈處...等，不論網路上或是醫療院所，都可以輕易找到血壓測量的注意事項，前述量測血壓的注意事項，便是引述自臺大醫院在 2012 年 5 月的院訊中，針對血壓測量的護理指導衛教文章。

不過輪值參與健康小站的成員不一定是醫療人員，即便是醫療人員，例如放射師或物理治療師，也不見得會熟悉血壓量測的注意事項，有些成員甚至連血壓正常值的範圍都不清楚，更遑論要對民眾進行衛生教育。相較之下，會到健康小站量測血壓者，都是比較年長的民眾，這些民眾也許是家中就有血壓計，或是出入醫療院所就醫時經常量測血壓，許多民眾自己量測血壓或是被量測血壓的經驗豐富，所以院方成員若是在不熟悉流程及注意事項的情況下，為民眾量測血壓，就很容易遭民眾質疑其專業程度。且當民眾血壓測量值異常時，若是沒有相關知識或專業的院方成員在場，也無法提供民眾適切的資訊和建議，對於民眾的提問也無法回應，這樣的情形在研究者參與田野活動期間頻繁地發生。甚至在 2013 年某月一個農曆十五的日子，是當地大廟宇一慈護宮人潮聚集進香的日子，金山分院也在當日至該處設置健康小站。進香人潮中有民眾暈倒，現場民眾於是立刻向健康小站人員求助，但當天在小站服務同仁都不具相關專業，而無法在當下協助處置。



研究者雖是以量測血壓和緊急救護為例，其實諸如戒菸宣導、減重活動、活躍老化...等社區健康促進與宣導傳播的議題，也都是類似的情形。在缺乏院方由上對下的指導，分區團隊間又缺乏學習和反饋的情況下，將未經訓練的成員投入社區中做為健康事務執行者，不僅牽涉到醫院在社區中的服務品質，這樣的過程更未使醫院加分，反而在民眾心中留下負面的印象。


做為第一線的執行者，院方成員也覺知到民眾的負面印象，而有其反思：

「他們通常會在現場反映說：『妳們每次把我問一問、血壓量一量，就沒有了！沒消息了。』很多是反映這樣。譬如說他量完妳只是告訴我說：『嘿，阿伯你血壓比較高喔！』每次都跟我說比較高，僅此而已，然後就回去了，阿就沒有下文了。他是想要馬上聽到什麼建議。譬如說他都拿了一堆藥：

『阿我這個長庚的吃高血壓、這個是哪裡哪裡的吃糖尿病的、這個是吃怎樣怎樣的』就是這麼多藥，然後我們卻只能說：『阿伯，你辛苦了，吃這麼多藥。』沒有給他什麼、再聊一些醫學知識之類的，大家都沒有醫療方面的專業知識。...(略)...你不能回答他什麼、也不敢回答他什麼，因為都沒這方面醫學知識，只是說去看看他、填填資料，問說阿伯你怎樣就回來了，然後他也不知道妳來訪問這個，對他的幫助是什麼？」

(A08, 院方行政人員)

「其實以我們的立場來講，醫療面有限，那我們能做的真的就是關心，就聽他們講話，那可能他們有什麼樣的困難，可以做轉介，其實我們只能這樣子，可是，我們的態度讓他們感動、可以接受，其實，我覺得是互相啦，他的回饋也讓我們很有成就感，可是妳一個 case、同一個 case，我們長期這樣去訪視，可是我們做的都是同樣的事情的時候，我們沒有辦法增加，其實會有一個瓶頸在，不曉得該怎麼繼續，妳要再為他們多做些什麼，我覺得我能



做的只能這樣子，那再去的時候，我心裡反而會覺得，有一點不好意思，我來他們這邊，我到底能怎麼樣？就會有一點點，其實我們自己心態也要調整，可是就是會覺得反而不好意思再常常去他們那邊，所以我們以前常接觸到的 case 現在就會變得有點疏遠了。」

(A09, 院方行政人員)

前述受訪者指出的問題包含兩個層面，第一個層面是執行者缺乏醫療專業技能，而無法解決醫療層面的問題；第二個層面則是執行者缺乏健康促進的智識，所以除了關懷之外，便不知道自己可以提供什麼樣的服務和介入。研究者也觀察到，這樣的問題並不是專屬院方行政人員，院方的醫事人員也有一樣的問題，藥師到社區中，詢問民眾是否有用藥的疑問；物理治療師則詢問是否有肌肉骨骼疼痛的問題...等，一旦民眾的需求與其醫療專業無關，這些醫事人員便也不清楚自己還能做些什麼，與非醫事人員無異。

金山分院雖然在之後開發了轉介資訊系統，試圖透過系統的建立，讓合適的醫事人員去解決民眾所面對的醫療問題。但是這樣的系統僅解決了前述問題的第一個層面，沒有解決到第二個層面的問題，也就是讓執行者具備對民眾提供健康促進與相關服務的能力，使其能以「情感連結為基礎，探求資訊為手段，覺察民眾對於健康促進需求為目的」，而在社區中就地協助民眾。

第五章 討論



本研究首先整理了金山區的背景資料，認識金山地區地理與人文條件的特殊性，並且瞭解當地民眾的健康情形與醫療服務概況，作為進入田野前的基本認識。再從地方關係的歷史脈絡以及在體系中定位，爬梳金山分院在此地發展社區健康促進服務的背景成因。研究者奠基於前述背景，進一步自資源與體制的角度切入，綜觀臺灣醫院在社區健康促進的資源限制，以及體制和規範對醫院在相關事務上的掣肘。這部分的研究結果可以供政策面的決策者參考，期待未來在相關計畫的規劃和決策，能提供合理的資源誘因與經整合的體制規範，促使臺灣發展真正有利於社區健康促進的環境。

本研究選擇不採取量化的實證方法，而是透過進入田野的脈絡，聚焦於醫院在社區健康促進執行面的描繪。讓研究者從醫院健康促進系統的組織編制與規範為起點，分析醫院如何規劃及配置其在社區內的服務，並承接和社區關係的建構。透過昭應侯廟和圖書館的案例，綜理出醫院和社區雙方在社區健康事務上，如何相互整合，但又如何相互牽制。至於在醫院社區健康事務執行面向，醫院沒有針對執行內容提供上而下的指導，而是讓執行者由從過程中探索，讓執行者歸結出在社區中需以情感連結為基礎，然後探求資訊為手段，進而覺察民眾對於健康促進需求，最終要達成在社區中就地提升民眾健康的目標。但是研究者也發現，院方仍需要扮演一定程度提供指導與訓練的角色，使執行者具備健康促進能力，才能使醫院在社區中的健康促進保有品質。這部分之研究則可供有志投入健康促進的相關單位作為借鏡和參考，並參酌其他單位之做法加以分析比較，而建構適宜當地情境及脈絡之社區健康促進模式。

本章節將再次梳理研究成果：(一) 討論資源與體制對醫院在社區健康促進的影響；(二) 醫院—社區雙方在社區健康事務的情感基礎與分工整合；(三) 檢視醫院健康促進系統與執行；及(四) 本研究之限制。




資源與體制因素對醫院在社區健康促進的影響

在法令上，臺灣的醫院雖非以營利為目的，但是醫院要維持其營運，需要有一定的經濟基礎，所以在此基礎之上，透過政策誘因或是相關計畫的執行，使醫院有利基，會有助於導引醫院投入社區健康促進。但是金山分院投入社區的起始點，是基於金山分院與地方的淵源，及其在體系中和自身的定位，所以金山分院本質上就傾向參與社區健康事務、規劃拓展在社區的健康促進服務，而後才尋求參與相關計畫與資源，以挹注醫院在社區的服務。所以即便沒有繼續參與論人計酬試辦計畫、或是沒有參加國民健康署的癌症篩檢計畫，社區健康促進仍然是醫院服務的環節之一，這是金山田野的一大特殊之處。

儘管資源不是金山分院投入社區的唯一因素，但卻仍是支持院方社區服務的環節之一，相較於其他社區健康促進計畫的經費規模大多低於百萬元，參與論人計酬試辦計畫涉及到醫院每年高達3億餘元的醫療收入，對院方而言是潛在資源最龐大的計畫。

雖然不論在學理上或國外實證上，都顯示論人計酬支付制度有助於導引醫療服務提供者更重視預防保健及健康促進服務的提供(Olden, 2003; Catalano, Libby, Snowden & Cuellar, 2000; Balkrishnan et al., 2002; 蔡文正，2008；鄭守夏，2011)。但是從金山經驗來看，臺灣的論人計酬試辦計畫可能難以導引醫院強化其健康促進服務。首先是試辦時間短，僅有三年，在這麼短的年限內，預防保健與健康促進的效果，或能提升民眾的生活品質，但是否足以使照護對象的醫療耗用點數下降，還有待研究加以探索(Cohen, Neumann & Weinstein, 2008)。且臺灣民眾被認為過度依賴醫療處置，小病微恙也要就醫(徐美苓、丁志音，2004；林宜平、丁志音，2003)，並有較高的醫療耗用(Wang & Lin, 2010)。然而試辦計畫中，並未有讓民眾正視自身健康的設計或誘因，甚至沒有限制民眾就醫，所有的健康促進責任都落在醫院端，所以在金山地區，絕大多數的情況都是醫院單方面，不斷不斷尋求可以在社區中著力之處，社區端除了少數如昭應侯廟的個案，



其他大多都是提供零星的講座或是活動機會，這也讓醫院在社區健康促進需要付出很高的成本。且醫院也無法從計畫的參與中，掌握使自身營利的因素，只能基於和社區的情感，然後朝著學理上有助於減少民眾醫療利用、增加點數餘絀的方向前進，讓原先導引醫院正視其健康促進功能與角色的政策，在效果上有所折扣。

儘管如此，金山分院管理階層仍然認為論人計酬試辦計畫有助於健康促進服務的提供，因為在市場導向的醫療環境與論量計酬(fee-for-service)為主的支付制度下，若不談醫院對社區的責任，醫院實在很難自健康促進服務中，看見社區健康促進所能帶來的利基，而論人計酬支付制度這樣的前瞻性支付制度，不只可以避免醫療服務項目點數的不合理，也弭平了醫療院所自身於健康促進與營收上的衝突，讓醫療院所在爭取更多給付與對民眾健康促進有了一致的方向，金山分院的健康促進服務，乃至於社區居家的服務，都可以因此而受惠，讓院方選擇做對的事情，而不只是做有給付的事情。不過在成本上如何管控，是未來各家醫院經營上首要面對的。

金山分院的經驗，也點出在健康保險費用支付的面向上，臺灣健康促進服務體制面仍缺乏整合、協調的問題。社區健康促進雖主要是國民健康署的業務職掌，但是社區健康營造的承辦單位，卻是以醫療院所為數最多（黃松共、吳永鐘，2003），然而醫療服務的收入才是多數醫院主要的財源，這卻是由健康保險署執掌，學理上，良好的社區健康促進會使民眾的醫療耗用減少，所以對醫療院所而言，良好的社區健康營造，反會造成醫院收入的減少。主掌健康促進與健康保險的單位之間，沒有整合費用與健康促進的誘因，也才會使得現狀下，臺灣醫療院所參與社區健康事務的主要目的，是為增加民眾醫療服務使用，以增進醫院營收（宋松遠等人，2006；陳宏一等人，2004），而非真正提升民眾健康。

論人計酬支付制度若對醫院而言，是牽涉到資源規模最龐大者，那麼善加利用支付制度的導引，將有助於形塑醫院正視自身健康促進的角色，未來若能將前




述的負向因素加以排除，才能有助於使醫院正視自身在社區健康促進中的角色，甚而投入相關服務。

在金山經驗中，也看見規範制定的缺陷如何影響實務運作。醫院作為社區中的組織之一，在社區健康促進中的角色，應是與相關機構和團體，共同倡議與解決社區內的健康問題(Fisher, Neve & Heritage, 1999; Pelikan, Krajic & Dietscher, 2001)，這是社區健康促進的核心精神之一。但從金山分院與衛生所受限於試辦規定，不能共同合作參與論人計酬試辦計畫，且兩者之間後來又因癌症篩檢數量所產生相互矛盾的競爭關係，這都指向臺灣在健康促進體制的設計上，並沒有形塑鼓勵醫院與相關機構維繫合作關係的氛圍。儘管醫院評鑑中，包含了應積極參與社區健康營造的評鑑條文，但我們卻從金山經驗，發現醫院評鑑反而耗損了醫院在社區健康促進服務能量。這都提醒著相關決策者，臺灣若要強化醫療體系的健康促進角色，達成渥太華憲章中重新定位健康服務，以現狀單一計畫式的推動或是鼓勵醫院加入健康促進醫院網絡，尚不充足，而應從體制面上，有系統性的規範訂定，方能根本地創造支持社區健康促進形成之條件和環境。

醫院與社區在社區健康事務情感基礎與分工整合

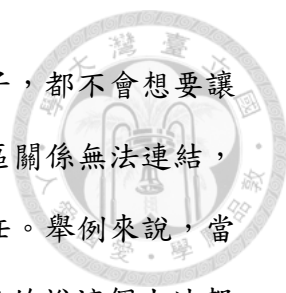
在進入醫院與社區雙方關係的討論前，作為一個田野觀察的研究者，首先要與讀者分享在田野中所見，社區與醫院本質上的差異。根據過去文獻中的定義就不難看出，社區其實是一個模糊的主體(MacQueen, 2001; Israel, Checkoway, Schulz & Zimmerman, 1994)，然而在現實中，「社區」主體性比文獻定義的更加模糊。有時候田野中的社區是一群，這一群不同的人展現出相似的行為和需求，像是在廟中間聊的老人家們；有時候田野中的社區是一個組織、一個單位，組織期望成員發展的方向，就是這個社區對於健康的需求，像是將健康納入發展目標的圖書館；有時候田野中的社區是一個人，這一個人說的需求就是社區的需求、這個人口中的社區就是社區的樣貌，像是某些廟宇的總幹事、某些里長、圖書館小站的



C 女士。但醫院卻是明確的主體，可以明確地指出誰是領導人，每個成員的角色也都可以被清楚的指明，每個行為表現都有其可以被追溯的目標、制度或規範。由於兩者的本質不同，所以當我們在討論醫院和社區關係的時候，不能視為是點對點的關係，某種程度上必須體察社區的模糊性，而理解本文所討論醫院與社區關係，可能是醫院與一群人的關係、也可能是醫院與一個組織的關係，也可能是醫院與一個人的關係，這也會影響到醫院與社區雙方關係的建構與維繫，容後再述。

無論主體性如何模糊，金山分院參與社區的程度甚深，不只將社區的利益整合於醫院的服務使命之中，醫院也有明確的組織與財務規劃，不斷地和社區連結，建構正式關係，社區內的學校健康、職業衛生、衛生教育與疾病預防與健康促進計畫，乃至於居家及臨終病人照護等社區事項，都是醫院所關注、服務的範疇，醫院領導階層更被視為是社區照護網絡服務的重要角色，所以從整體的視角來看，金山分院在社區中的參與，已經屬於 Kovner (1994) 在對醫院分類中的社區照護網路醫院，也就是社區參與程度最高的類型。


放大看醫院與社區的關係建構，從昭應侯廟之間的案例，自協商、承諾到實踐，並從先前的合作經驗中評估，開啟下一輪的關係建構，展現出醫院與社區關係兩者之間關係的動態，雖然呼應了 Ring 和 Van de Ven (1994) 組織間關係建構的架構，但也有不同之處。首先，昭應侯廟與金山分院的關係，在田野中只是一個特例，並不是所有的社區組織都能和醫院維繫緊密關係並適切合作，像是圖書館小站中，需要仰賴 C 女士協助打開社區的通路，或甚至在社區中的某些點，是絲毫不願意與金山分院在社區健康事務上共同合作。在台灣的體制與金山的地方生態脈絡下，醫院在社區中欲開展社區健康促進，嘗試與社區端產生關係的連結，至於兩者是否能真正在社區健康事務上合作，決定權是在於社區方，而非雙方都能平等決策的。醫院想要在社區中提供服務，某些社區領袖不同意，或是如同圖書館的 C 女士不願意再投入心力，醫院的社區健康促進即面臨困難。會形成此番



不對等關係主因在於，不論是社區或是醫院，同為金山的一份子，都不會想要讓雙方處於緊張關係，但是社區主體是模糊的，所以當醫院與社區關係無法連結，社區端可以輕易轉換主體，擺脫自身是造成關係無法連結的責任。舉例來說，當 C 女士投入協助院方在圖書館健康小站運營時，她可以理直氣壯的說這個小站都是要靠她，大家才願意來參與，並且代表社區向院方提出社區的需求。但當 C 女士不願意協助時，只需要默默旁觀，民眾不踴躍參與小站活動那是民眾自己的意志、小站參與人次減少是醫院的責任，原先自視為代表社區的 C 女士，在此時便將自己化為只是社區的一份子。但是醫院這個主體是無法轉換的，為了不要與社區關係緊張，就必須承受來自社區端的改變。這樣的關係並不對等，也不穩定，顯現出此番非制度化、非正式化的合作關係建構，有其脆弱性。

過去鮮有研究應用 Ring 和 Van de Ven (1994)的架構分析醫院與社區關係建構，以及在健康事務上的分工。而在本研究中，不僅觀察到醫院與社區兩種組織，主體性不對等的情況，衍伸而成雙方關係建構的障礙，甚而是雙方關係動態演變的影響因子之一，也因此，未來在醫院與社區關係，或是類似的組織間關係建構分析時，除了原始模式中所關注的協商、承諾、實踐與評估等構面外，更要注意到雙方組織主體性在這些構面所產生的效應。

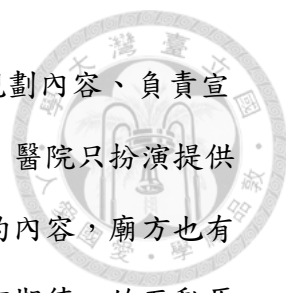
而醫院要如何建立，甚或維繫和社區的關係，避免關係的質變，這就需要仰賴臺灣地方生態中，獨特的搏感情文化。雖然不乏前人的經驗，提醒社區健康促進必須留意地方的文化社會與政治脈絡(Laverack, 2004; Poland et al., 2005)，但是實際上應如何操作，是沒有任何書籍或文獻能夠闡明的。在這裡又要提及社區的模糊性，社區主體的模糊，正是醫院在與社區建立關係時，首先面對的挑戰，究竟要跟誰、跟哪個組織、跟哪群人開展關係，相對又要和哪些保持距離，這都無法被具體而書。在臺灣獨特的地方脈絡下，與地方「ㄅㄨㄣˊㄩˇㄨㄛˊㄩˇ」、「交陪」、「面子」...等等用台語才能精確表達意味的行為，是醫院不論面對何種社區主體，都必要而不可或缺的，而且這些行為互動的過程，不是文獻中所謂利益、



責任、呈現適當行為、尊重差異所能涵括的概念(Lloyd, Handsley, Douglas, Earle & Spurr, 2007; Baldwin, Abernethy, Roberts & Egan, 2005)。不論是醫院對社區、或是執行者對常民，其實關係的建構時常是以探望、關懷與問候的形式展現，因為對臺灣人而言，人來探望的「見面三分情」與口頭的「相借問」(臺語)，背後之文化意涵是十分特別的。容邵武對於車禍調解的田野觀察中，就發現臺灣民眾把是否有打電話關懷、探望傷亡者，作為評斷肇事者是否展現誠意的方式(容邵武，2007)。儘管醫院的社區服務，在本質上並不同於車禍調解，但是共同指向這些行為被視為誠意展現的文化意涵，也是雙方關係建構與人際友善互動的敲門磚。

這個研究當然無從確實指出醫院在地方生態脈絡下的社區經營，具體要做什麼以及該怎麼做，只能做為一種提醒，從金山社區的經驗中，醫院擁有社區所缺乏的健康專業能力，這樣的專業能力除了帶給社區民眾健康外，對某些人、某些組織、某群人而言，當這些專業能力透過他們的管道展現時，便能使其獲得某些權力或是利益，小至如圖書館小站 C 女士向其社區成員聲稱能夠幫忙安插社區成員掛門診，大至地方公開場合能邀請醫院來開講座，這些都是一家要在社區耕耘的醫院，所必須意識到行為背後的意涵，在希冀與社區共同連結時，權衡要或不要。但無論如何，都需透過平日與民眾、與社區領袖、與整個社群相處、往來和建立感情，才能理解和體會的。總而言之，嘗試覺察關鍵人物所扮演的角色，以及特殊的地方政治關係，拿捏與社區相處的界線及訣竅，最終發展出因地制宜的策略。

醫院與社區雙方關係建構的目標，研究者認為大概就是如同昭應侯廟與醫院之間的理想型態。過去研究指出，醫院與社區之間的關係，在三種情況下會對健康促進的結果越有助益，首先，是多多益善(More is better)，社區若是能夠越深度的投入，健康促進的成效越好，其次則是行動要納入當地的意見(Local voices in action)，最後則是要有參與實踐(Policy and praxis)，讓社區參與決策的過程



(Gillies, 1998)，在昭應侯廟的健康促進活動，是由廟方發起、規劃內容、負責宣傳行銷，並且自行管理健康促進服務的行動，非常深度的投入，醫院只扮演提供專業人力與訊息的角色。而且雙方的溝通管道暢通，對於執行的內容，廟方也有很大的參與空間，但是不失「廟方理解院方困難、院方理解廟方期待」的互動原則下，共同發展在該處之健康促進服務。這也解釋為什麼在昭應侯廟能有越來越多社區成員持續穩定地量測血壓，也更加關注自己血壓的變化。

這個案例也說明，醫院在資源和體制的限制之下，最好的社區健康促進，不是由醫院一肩扛下，而是由醫院做為一個觸發(trigger)，促使社區中團體、民眾去關注自身的健康議題，這也才符合健康促進領域中，對社區充權賦能(empowerment)的概念(Merzel & D'afflitti, 2003; Laverack, 2004)，由社區掌握自身的健康權益，醫院則提供健康促進的專業能力，兩者相輔相成。

既然對社區充權賦能是社區健康促進的一大要項，然而金山分院的社區健康促進執行，顯然未以對充權賦能為目標，除了昭應侯廟這一個特例，不論是訪視、健康小站、講座或是其他臨時性的社區健康促進活動，大多都僅是針對個人的健康狀況加以瞭解並協助尋求解決方案，未加以思索如何讓社區中的團體、民眾，能夠形成如同昭應侯廟的運作方式，而使得院方不得不面臨如同圖書館小站中，C女士的牽制，也讓院方之社區健康促進需要付出很高的成本。其實圖書館小站最後能夠在出乎意料的情況之下，從原先僅將自身定位為場地的提供，而到其後開始打造圖書館的「樂齡」、「健康」的特色，顯見在金山地區中，對社區的充權賦能並非不可能，因此，如何觸發社區的健康促進意識，對社區充權賦能，使醫院在社區健康促進中的理想型態成為當地的主流而非特例，是值得金山分院或是其他有志於投入社區健康促進的醫療服務提供者加以思考的。



檢視醫院健康促進系統與執行

回過頭來，以互動系統架構來檢視金山分院社區健康促進系統與執行。在轉譯系統的部分，也就是關於要提供哪些服務給社區民眾，是仰賴執行者在社區中探索的，這樣的優勢在於，學理上，醫院和社區間的合作，若還是由專業主導、以父權式的知識傳播與行為改變，已被認為難以永續，因此要以對社區充權賦能為目標(Laverack, 2004; 張麗春、黃松元, 2003)。陳靜敏和楊舒琴(2006)對社區健康營造中心研究中就認為，健康專業人員在進入社區時，調整平時慣用的模式，放低姿態、創新思維、結合社區資源，才能達到社區永續經營的目標，這樣的描述非常符合金山分院同仁在社區中的耕耘。也經由此般過程，而探索出「從人際互動開始奠基，進而由溝通獲得資訊，最後在探查民眾需求後，在社區中就地解決民眾的需求」的服務模式。Rosenthal 等人(2011)提出健康促進服務工作者所應具備的核心能力：(一) 做為社區與健康服務系統的中介；(二) 提供文化上適切且可近的衛生教育與訊息；(三) 確保民眾獲得所需的服務；(四) 提供非正式的諮詢與社會支持；(五) 倡議個人及社區的需求；(六) 提供直接的服務；與(七) 建立個人及社區的能量。對照之下，Rosenthal 等人所提出的能力中，沒有提及溝通、獲得資訊的能力，而金山分院的成員則較缺乏持續增進在社區中間接或直接提供服務的能力。

但是事實上，一個良好的社區健康促進介入，應該要從社區評估(community assessment)開始(Guttmacher, Kelly & Ruiz-Janecko, 2010)，然後依循著：形成問題(formulating guiding questions)、選擇評估類型、收集資料、分析資料、以及確認需求的優先順序和服務缺口等，五個步驟加以評估(Academy for Educational Development, 1994)。然而在金山分院的社區健康促進轉譯系統，缺乏對於社區需求系統性評估的過程，僅仰賴臨床經驗或是社區經驗的累積，是無法對於社區的需求有全貌性的瞭解，更難以評量優先順序並且掌握服務的缺口。需求評估也不應只依靠社區意見領袖或組織所表達的社區需求，一方面，社區主體性模糊，當



在社區中的服務產生問題時，社區的主體一旦變換，便使得原先的服務規劃失去其基礎，甚而無法再次加以評估修正。更何況，意見領袖所反映的需求，也可能僅是其個人片段經驗的累積，要做為社區整體需求的反映，也不充足。

從研究結果中，我們看到仍有許多金山分院的同仁對於執行內容不熟悉，不論是整體服務或特定服務的技能，都不足以使其能在社區中促進民眾健康，且在第一線服務執行時，成員也感覺到自己對於社區民眾所能提供的服務有限，甚至懷疑服務執行的成果，這些情形的發生，都已知會降低健康促進服務成效(Flaspohler et al., 2008)。這也凸顯出金山分院在支持系統和服務系統的改善空間，不應只仰賴執行者的經驗與下而上的學習，院方透過例如教育訓練與輔導、建立指引(guideline)，或是增進人員攫取相關資訊的能力，這些都是過去研究證實能夠提升人員服務的技能的方法(Chinman et al., 2005)。另外，善用科技的協助，也是另外一個改善服務方式(Hunter et al., 2009; Chinman et al., 2005)，例如金山分院建構的社區個案轉介平台，將訪視資料數位化，並且依照需求轉介予相關專業，或是像 2013 至 2014 年間，衛生福利部在金山試辦遠距健康照護服務。這些科技的輔助，都能協助改善或提升金山分院在社區中服務的提供與執行，而應加以善用之。

在 Wandersman 等人所發展的互動系統架構中，支持系統才是研究(research)與實務(practice)的橋梁，因為沒有支持系統的建構，轉譯系統發展出的服務無法轉換為實際服務的能量，而被服務系統所執行。金山分院規劃與設置的健康促進系統，有領導的人的全力支持，籌募資源，而且在系統上，專責的編制和完整的社區服務規範，諸如金健康辦公室的設立，專責統籌社區健康促進事務，減少執行者的行政負擔，分區的設計，讓不同的專業可以相互支援、交流，這些是支持系統中很重要的元素，有助於提升金山分院在社區執行服務的能量。不過以證據為基礎(evidence-based)，來改進服務與產品的內容，仍是健康促進服務的轉譯與

服務所不可或缺的(Maibach, Van Duyn & Bloodgood, 2006)，建立系統化(systematic)的資料收集並進行評估分析，仍是金山當地所需要逐步改善的。

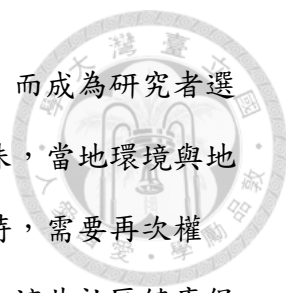
過去引用互動系統架構評估健康促進計畫的執行時，主要是單一主題、針對單一行為或健康結果的評估(Lesesne et al., 2008; Collins et al., 2012)，本研究應用於論人計酬試辦社區，屬於廣泛性的健康介入，與過去研究在互動系統架構評估有所差異。主要的不同在於，本研究中，醫院有各種在社區的健康促進活動，包括量測血壓、身體活動的推展，有時配合特定的議題，像是糖尿病、減重、戒菸等，有特定的衛生教育宣導，或是以健康講座的形式傳播，因此本研究在分析時，就須著重在這些項目的共同環節，像是在支持系統上，研究者關注的是組織編制和規範對於社區健康促進服務提供的助益，而非聚焦在醫院是否針對某一介入，如血壓量測，有一系列的總體規劃以及特定的服務規劃，僅是引以為例。以此取徑分析，能更全觀瞭解醫院在社區健康促進的執行，而非只憑單一服務的優缺，斷定其執行成敗。

無論如何，金山地區做為一個個案，由其建構的體系和經驗，可以做為未來有志投入相關服務的醫療院所之範本與借鏡，也期待更多研究投入，相互呼應與對話，提升及改進社區健康促進服務的理論和實務。

研究限制

儘管研究者透過持續參與社區活動，維繫與社區成員及醫院成員的情感和互動，但是在這個小規模、關係緊密的田野中，這些成員仍然不免擔心對於敏感議題的討論，而選擇在特定議題上迴避或有所保留，也會避免談論負面的評價或觀感，甚至拒絕將這些內容成為本研究的一部分，這都使研究者在碰觸和解析某些田野現象，會格外保守、謹慎。

金山分院在當地的設置過程與脈絡，深切影響醫院和社區間關係，且金山區位於大台北地區，因地理位置和交通發展，而與其他都市有一定間隔，在社區健



康促進執行面向較不受其他醫院干擾，適宜回答本研究之問題，而成為研究者選擇該地為研究田野的原因。但也因為醫院於當地的發展情境特殊，當地環境與地方政治的條件有其獨特性，因此若要將研究的結果應用於他地時，需要再次權衡、審酌應用的情境。再一方面，金山區屬於人口老化的地區，這些社區健康促進服務所能觸及的對象，大多都是社區內比較年長的族群，這也是研究成果外推應用時，須加以考量的環節。

最後，本研究是從醫院之系統和觀點出發，探討醫院在社區健康促進的功能與角色，但是民眾如何看待醫院其實也同樣的重要，民眾接受相關服務，還有參與、使用之後的滿意程度，也都是描繪與評估計畫執行的面向之一，建議未來研究者可以嘗試此面向的分析，補足本研究在此部分的未竟之處。

第六章 結論與建議



結論


本研究透過質化的分析，在地方的脈絡下，從資源與體制角度切入，細緻地討論醫院投入社區健康促進的可能成因。並且自醫院執行實務中，綜觀描繪醫院—社區連結與合作形式，以及挖掘醫院的社區經營，在人際情感為基礎的必要性，且因社區主體性的模糊，所以醫院與社區雙方合作關係存在不確定性與脆弱性。本研究也自合作的實例中，發現醫院在社區健康促進理想型態與現實型態，及兩種型態在角色、關係建構還有合作範疇的差異。最後，透過執行面的評估，能瞭解到領導人、組織編制和規範，雖是服務系統的核心，但不是執行面中的全部，如何對社區的需求加以適切評估，轉譯相關內容，使其服務兼對執行者和使用者友善，是社區健康促進服務的重要起點。對執行者而言，由下而上，學習執行的步驟與過程固然理想，但仍需要上而下的規劃和指引，最終以對社區充權賦能為目標，而提供具品質及效益的社區健康促進服務，是醫院在社區健康促進中的理想願景。

建議

本研究結果，對醫院在社區健康促進的政策、實務與理論面之建議，分述如下：

在政策面上，論人計酬支付有助於消弭醫院在促進民眾健康與營收之間的矛盾，讓醫院的社區健康促進不只是以增加照護對象的醫療利用，而是讓其維持在社區中的健康狀態。也建議相關單位，對醫院社區健康促進的資源和經費提供，應該更加合理，相關的體制也應整合，以讓社區間組織能共同合作為目標，並能自此整合社區健康促進的資源，提供更符合地方社區需求之服務。

實務面的部份，地方生態的認識與經營，是醫院在社區健康促進服務中的第一步。瞭解社區主體性模糊的特質，同時梳理地方的文化社會與政治脈絡，並體



察到醫院在社區中的各項策略，對地方人物、組織和社區的權力意涵，進一步與社區產生關係建構和連結，而發展具可行性之醫院與社區整合的健康促進運作模式。在執行上，醫院應奠基在對社區的需求評估，擘劃出對社區充權賦能的目標，發展適切的健康促進服務，並以良好的組織編制和規範，讓執行者能進入社區，和民眾產生情感連結，能探求和覺察民眾需求，最終協助民眾在社區中能就地提升健康。

最後，醫院和社區關係建構的動態過程，不僅能呼應過去學理上的模式，本研究也由金山的個案中，覺察到社區主體性模糊對關係建構具有其重要的影響。從此個案的分析中，釐清醫院－社區關係的型態不只是有無的二分關係，而能自其角色分工、關係建構的動態和合作範疇的擴展與否，區分出雙方關係的理想和現實，進一步深化社區健康促進之理論。

綜言之，本研究可作為未來臺灣發展醫院為基礎的社區健康促進政策之依據，並供相關志於社區健康促進工作者作為參考和借鏡。也建議未來研究可持續深化醫院健康促進計畫實務面向的分析，作為理論轉譯的橋樑，相互呼應與對話，而能提升及改進醫院在社區健康促進的理論與實務，貢獻於提升全民健康的目標。

參考文獻



王珮如、胡淑貞 (2004)。健康社區夥伴關係的影響因素。健康城市學刊，2，24-32。

行政院 (2006)。行政院台灣健康社區六星計畫推動方案。行政院公告 (院臺文字第 0950056087 號核定修正)

行政院內政部 (2005)。臺灣健康社區六星計畫推動方案。社區發展季刊，110，517-526。

行政院內政部戶政司 (2014)。人口統計資料。取自：

http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346。

行政院內政部統計處 (2013)。102 年第 4 週內政統計通報(101 年底人口結構分析)。取自：http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=7121。

行政院經濟建設委員會 (2005)。挑戰 2008：國家發展重點計畫 (2002-2007)。取自：<http://www.ndc.gov.tw/ml.aspx?sNo=0001568&ex=1&ic=0000015>。

行政院經濟建設委員會 (2008)。挑戰 2008 國家發展重點計畫總結報告。取自：http://www.ndc.gov.tw/ml.aspx?sNo=0010257#.VESAE_mSySo。

行政院衛生署 (2011)。臺灣公衛 百年記事。臺北市：行政院衛生署。

行政院衛生署中央健康保險局 (2012)。2012-2013 全民健康保險簡介。臺北市：行政院衛生署中央健康保險局。

行政院衛生署中央健康保險局 (2013)。全民健康保險論人計酬試辦計畫。行政院衛生署中央健康保險局公告 (健保醫字第 1020022401A 號)。

行政院衛生福利部健康保險署 (2014)。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準。取自：

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&webdata_id=3633。

行政院衛生署國民健康局 (2006)。社區健康營造工作手冊。臺北縣新莊市：衛生署國民健康局。

行政院衛生福利部 (2014)。醫療資源管理地理資訊系統。取自：

<http://gis.mohw.gov.tw/>。

行政院衛生福利部統計處 (2013)。衛生公務統計。取自：

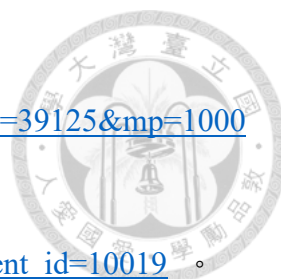
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=1603。

行政院衛生福利部醫事司 (2014)。醫院評鑑及教學醫院評鑑相關業務。取自：

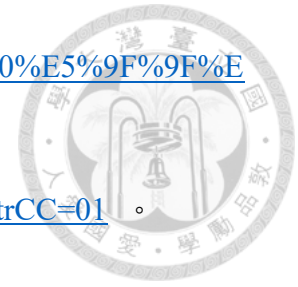
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMA/DM1.aspx?f_list_no=608&fod_list_no=766。

行政院衛生福利部國民健康署 (2013)。臺灣推動健康促進醫院演進。取自：

<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/HealthTopic/TopicArticle.aspx?No=201205290002&parentid=201110140002>。



- 臺北市政府衛生局 (2010)。健康城市—大事紀，2002。取自：
<http://healthycity.taipei.gov.tw/ct.asp?xItem=1280953&ctNode=39125&mp=100067>。
- 新北市金山區衛生所 (2014)。歷史沿革。取自：
http://jinshan.health.ntpc.gov.tw/content/?type_id=10022&parent_id=10019。
- 宋松遠、張慧如、陳銘樹、錢慶文 (2006)。全民健保家庭醫師整合性照護制度試辦計畫之評估—以花蓮某社區醫療群為例。醫務管理期刊，8 (1)，51-66。
- 徐美苓、丁志音 (2004)。小病微恙的真實再現—以[感冒]的新聞論述為例。新聞學研究，79，197-242。
- 林宜平、丁志音 (2003)。由全民健保西醫門診資料探討台灣民眾的感冒求醫特性。臺灣公共衛生雜誌，22 (3)，217-226。
- 林俊龍 (2008)。WHO 健康促進醫院標準與台灣醫院評鑑指標之比較。醫療品質雜誌，2 (3)，33-41。
- 楊鈺雯 (2008)。健康促進醫院經驗分享～彰化基督教醫院。醫療品質雜誌，2 (3)，46-51。
- 黃暉庭、羅佳琳、葉淑華 (2008)。健康促進醫院經驗分享～臺安醫院。醫療品質雜誌，2 (3)，42-45。
- 蘇培人 (2000)。社區健康營造～以高雄縣田寮鄉無菸、無檳社區為例。社區發展季刊，138，239-250。
- 郭年真、江東亮、賴美淑 (2014)。二代健保改革。臺灣醫學，18 (1)，43-52。
- 陳宏一、閻中原、劉文雄、王炳龍、林峰輝、吳丕玉 (2004)。醫院行銷活動對其形象影響之研究。醫務管理期刊，5 (2)，135-151。
- 陳建仁 (2003)。破除窠臼，邁步向前—健康台灣新願景。衛生報導，115，2-5。
- 陳毓環、黃松元 (2003)。臺北市社區健康營造推動的現況與困難之研究。衛生教育學報，19，179-211。
- 張麗春、黃松元 (2003)。顛覆或省思？充能理念與衛生教育。學校衛生，43，77-90。
- 黃松共、吳永鐘 (2003)。台灣地區社區健康營造中心運作現況初探—以兩梯次159家社區健康營造中心為例。醫務管理期刊，4 (1)，13-38。
- 新北市金山區公所 (2010)。觀光導覽—金山老街。取自：
http://www.jinshan.ntpc.gov.tw/_file/2986/SG/40602/FG0000002986000007_3_4.html。
- 新北市金山區公所 (2011)。認識金山—金山簡介。取自：
http://www.jinshan.ntpc.gov.tw/_file/2986/SG/40588/FG0000002986000000_0_2.html。
- 新北市金山區公所 (2013)。金山區行政區域圖。取自：
http://www.jinshan.ntpc.gov.tw/web66/_file/2986/upload/%E9%87%91%E5%B1



[%B1%E5%8D%80%E8%A1%8C%E6%94%BF%E5%8D%80%E5%9F%9F%E5%9C%96.jpg](#) 。

新北市政府主計處 (2014)。新北市統計資料庫。取自：

<http://ebas1.ebas.gov.tw/pxweb2007P/Dialog/Statfile9C.asp?strCC=01> 。

新北市政府衛生局 (2014)。衛生統計。取自：

<http://www.health.ntpc.gov.tw/InformationList.aspx?uid=61> 。

監察院 (2012)。金山醫院案調查報告-對外。取自：

http://www.cy.gov.tw/AP_HOME/Op_Upload/eDoc/%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%A0%B1%E5%91%8A/101/1010003821010832662%E9%87%91%E5%B1%E9%86%AB%E9%99%A2%E6%A1%88%E8%AA%BF%E6%9F%A5%E5%A0%B1%E5%91%8A-%E5%B0%8D%E5%A4%96.pdf 。

劉仲冬 (2008)。民族誌研究法及實例。載於胡幼慧 (主編)，質性研究：理論、方法及本土女性研究實例 (第 9 章)。臺北市：巨流圖書公司。

劉見祥、吳秀玲 (2009)。高齡化對全民健康保險制度之影響。社區發展季刊，125，112-127。

蔡文正 (2008)。支付制度。載於楊志良 (主編)，健康保險 (第 8 章)。臺中市：華格那企業。

鄭守夏 (2011)。全民健保向論人支付邁進。臺灣公共衛生雜誌，30 (1)，1-4。

國立臺灣大學醫學院附設醫院 (2014)。臺大醫院醫療體系簡介。取自：

http://www.ntuh.gov.tw/About_Us/aboutNTUH/%E9%AB%94%E7%B3%BB%E7%B0%A1%E4%BB%8B.aspx 。

邱泰源 (2001)。社區醫學教育與健康照護。臺灣醫學，5 (2)，212-220。

盧瑞芬、謝啟瑞 (2003)。台灣醫院產業的市場結構與發展趨勢分析。經濟論文叢刊，31 (1)，107-153。

李怡娟、武茂玲 (2001)。健康社區營造與護理。護理雜誌，48 (1)，19-27。

邱淑媿 (2001)。宜蘭縣營造健康社區之過程與現況。護理雜誌，48 (1)，28-35。


施至遠 (2012)。金山分院承辦健保「論人計酬」試辦計畫。取自：


<http://epaper.ntuh.gov.tw/health/201205/PDF/%E9%87%91%E5%B1%B1%E5%88%86%E9%99%A2%E8%AB%96%E4%BA%BA%E8%A8%88%E9%85%AC%E8%A9%A6%E8%BE%A6%E8%A8%88%E7%95%AB.pdf> 。

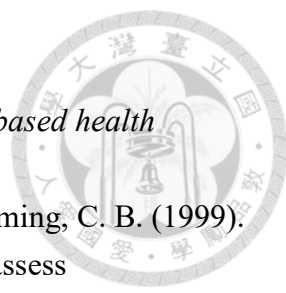
Academy for Educational Development. (1994). Assessing and setting priority for community needs. In Handbook for HIV prevention community planning. Washington, DC: Author.

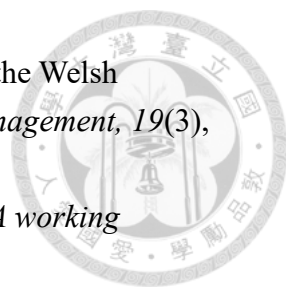
Baldwin, L., Abernethy, P., Roberts, L., & Egan, H. (2005). Forming, managing and sustaining alliances for health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 16(2), 138-143.

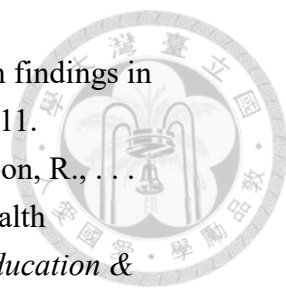
Balkrishnan, R., Hall, M. A., Mehrabi, D., Chen, G. J., Feldman, S. R., & Fleischer Jr,


- 
- A. B. (2002). Capitation payment, length of visit, and preventive services: evidence from a national sample of outpatient physicians. *The American Journal of Managed Care*, 8(4), 332-340.
- Baranowski, T., & Stables, G. (2000). Process evaluations of the 5-a-day projects. *Health Education & Behavior*, 27(2), 157-166.
- Baum, F. (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science & Medicine*, 40(4), 459-468.
- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal* 317(7156), 465-468.
- Bracht, N. F. (1998). *Health promotion at the community level: new advances*: Sage Publications.
- Catalano, R., Libby, A., Snowden, L., & Cuellar, A. E. (2000). The effect of capitated financing on mental health services for children and youth: the Colorado experience. *American Journal of Public Health*, 90(12), 1861-1865.
- Chambers, D. A. (2012). The interactive systems framework for dissemination and implementation: Enhancing the opportunity for implementation science. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 282-284.
- Chen, S.-N. (2006). Productivity changes in Taiwanese hospitals and the national health insurance. *The Service Industries Journal*, 26(4), 459-477.
- Chiou, S.-T., & Lu, T.-H. (2014). Changes in geographic variation in the uptake of cervical cancer screening in Taiwan: Possible effects of “leadership style factor”? *Health Policy*, 114(1), 64-70.
- Cohen, J. T., Neumann, P. J., & Weinstein, M. C. (2008). Does preventive care save money? health economics and the presidential candidates. *New England Journal of Medicine*, 358(7), 661-663.
- Collins Jr, C. B., Edwards, A. E., Jones, P. L., Kay, L., Cox, P. J., & Puddy, R. W. (2012). A comparison of the interactive systems framework (ISF) for dissemination and implementation and the CDC division of HIV/AIDS prevention’s research-to-practice model for behavioral interventions. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 518-529.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*: Sage.
- Cropanzano, R., & Mitchell, M. S. (2005). Social exchange theory: An interdisciplinary review. *Journal of Management*, 31(6), 874-900.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school

- 
- settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Duhl, L. J., & Hancock, T. (1988). *Promoting health in the urban context*: WHO Healthy Cities Project Office.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350.
- Emmons, K. M., Thompson, B., McLerran, D., Sorensen, G., Linnan, L., Basen-Engquist, K., & Biener, L. (2000). The relationship between organizational characteristics and the adoption of workplace smoking policies. *Health Education & Behavior*, 27(4), 483-501.
- Fetterman, D. M. (2010). *Ethnography: Step-by-step* (Vol. 17): Sage.
- Fisher, B., Neve, H., & Heritage, Z. (1999). Community development, user involvement, and primary health care: community development has much to offer to primary care groups. *British Medical Journal*, 318(7186), 749.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531-540.
- Flaspohler, P., Duffy, J., Wandersman, A., Stillman, L., & Maras, M. A. (2008). Unpacking prevention capacity: An intersection of research-to-practice models and community-centered models. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 182-196.
- Forbes, A., & Wainwright, S. P. (2001). On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique. *Social Science & Medicine*, 53(6), 801-816.
- Gillies, P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 13(2), 99-120.
- Glasgow, R. E., & Emmons, K. M. (2007). How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Annual Review of Public Health*, 28, 413-433.
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., & Marcus, A. C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1261-1267.
- Green, L. W., Ottoson, J., Garcia, C., & Robert, H. (2009). Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annual Review of Public Health*, 30, 151.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Guldan, G. S. (1996). Obstacles to community health promotion. *Social Science &*

- 
- Medicine*, 43(5), 689-695.
- Guttmacher, S., Kelly, P. J., & Ruiz-Janecko, Y. (2010). *Community-based health interventions*: John Wiley & Sons.
- Harachi, T. W., Abbott, R. D., Catalano, R. F., Haggerty, K. P., & Fleming, C. B. (1999). Opening the black box: Using process evaluation measures to assess implementation and theory building. *American Journal of Community Psychology*, 27(5), 711-731.
- Hesse-Biber, S. N., & Leavy, P. (2010). *The Practice of Qualitative Research*: Sage Publications, Incorporated.
- Hillman, A. J., Withers, M. C., & Collins, B. J. (2009). Resource dependence theory: A review. *Journal of Management*, 35, 1404-1727.
- Hunter, S. B., Chinman, M., Ebener, P., Imm, P., Wandersman, A., & Ryan, G. W. (2009). Technical Assistance as a Prevention Capacity-Building Tool: A Demonstration Using the Getting To Outcomes™ Framework. *Health Education & Behavior*.
- Ingram, M., Gallegos, G., & Elenes, J. (2005). Diabetes is a community issue: The critical element of a successful outreach and education model on the US-Mexico border. *Preventing Chronic Disease*, 2(1), 1-9.
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Education & Behavior*, 21(2), 149-170.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International*, 16(3), 281-287.
- Kaiser Permanente (2015). Community Health Initiatives. Available from: <http://share.kaiserpermanente.org/article/community-health-initiatives-3/>
- Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.
- Kovner, A. R. (1994). The hospital community benefit standards program and health reform. *Hospital & Health Services Administration*, 39(2), 143-157.
- Kreuter, M. W., Lezin, N. A., & Young, L. A. (2000). Evaluating community-based collaborative mechanisms: Implications for practitioners. *Health Promotion Practice*, 1(1), 49-63.
- Labonte, R. (1998). *A Community Development Approach to Health Promotion: A Background Paper on Practice Tensions, Strategic Models and Accountability Requirements for Health Authority Work on the Broad Determinants of Health*: Health Education Board for Scotland.

- 
- Laffin, M., Liddle, J., & Entwistle, T. (2006). The distinctiveness of the Welsh partnership agenda. *International Journal of Public Sector Management*, 19(3), 228-237.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*: TRI-graphic printing.
- Laverack, G. (2004). *Health promotion practice: power and empowerment*: Sage.
- Lesesne, C. A., Lewis, K. M., White, C. P., Green, D. C., Duffy, J. L., & Wandersman, A. (2008). Promoting science-based approaches to teen pregnancy prevention: Proactively engaging the three systems of the interactive systems framework. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 379-392.
- Leutz, W. N., Greenlick, M. R., & Nonnenkamp, L. (2003). *Linking medical care and community services: Practical models for bridging the gap*: Springer Pub.
- Linnan, L., & Steckler, A. (2002). *Process evaluation for public health interventions and research*: Jossey-Bass San Francisco, California.
- Lloyd, C. E., Handsley, S., Douglas, J., Earle, S., & Spurr, S. (2007). *Policy and practice in promoting public health*: Sage Publications.
- McCormick, L. K., Steckler, A. B., & McLeroy, K. R. (1995). Diffusion of innovations in schools: A study of adoption and implementation of school-based tobacco prevention curricula. *American Journal of Health Promotion*, 9(3), 210-219.
- Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: a data collector's field guide*: Family Health International, North Carolina.
- MacQueen, K. M., McLellan, E., Metzger, D. S., Kegeles, S., Strauss, R. P., Scotti, R., . . . Trotter, R. T. (2001). What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *American Journal of Public Health*, 91(12), 1929–1938.
- Maibach, E. W., Van Duyn, M. A. S., & Bloodgood, B. (2006). A Marketing Perspective on Disseminating Evidence-based Approaches to Disease Prevention and Health Promotion. *Preventing Chronic Disease*, 3(3), 1-11.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320(7226), 50-52.
- McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. R. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 21(2), 78-93.
- Merzel, C., & D'afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93(4), 557-574.
- Meyer, J. (2000). Qualitative research in health care: Using qualitative methods in health related action research. *British Medical Journal*, 320(7228), 178-181.

- 
- Michel, Y., & Sneed, N. V. (1995). Dissemination and use of research findings in nursing practice. *Journal of Professional Nursing, 11*(5), 306-311.
- Mullen, P. D., Evans, D., Forster, J., Gottlieb, N. H., Kreuter, M., Moon, R., . . . Strecher, V. J. (1994). Settings as an important dimension in health education/promotion policy, programs, and research. *Health Education & Behavior, 22*(3), 329-345.
- Navarro, A. M., Voetsch, K. P., Liburd, L. C., Giles, H. W., & Collins, J. L. (2007). Charting the future of community health promotion: recommendations from the National Expert Panel on Community Health Promotion. *Preventing Chronic Disease, 4*(3), A68.
- Neuman, W. L. (2005). *Social research methods: Quantitative and qualitative approaches*: Allyn and Bacon.
- Olden, P. C. (2003). Why hospitals offer health promotion: Perspectives for collaborating with health promotion practitioners. *Health Promotion Practice, 4*(1), 51-55.
- Pelikan, J. M., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling, 45*(4), 239-243.
- Poland, B., Graham, H., Walsh, E., Williams, P., Fell, L., Lum, J. M., . . . Kim, G. (2005). 'Working at the margins' or 'leading from behind'?: a Canadian study of hospital– community collaboration. *Health & Social Care in the Community, 13*(2), 125-135.
- Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). *Synthesising Qualitative and Quantitative Health Evidence: A Guide to Methods: A Guide to Methods*: McGraw-Hill Education (UK).
- Proenca, E. J. (1998). Community orientation in health services organizations: The concept and its implementation. *Health Care Management Review, 23*(2), 28-38.
- Proenca, E. J., Rosko, M. D., & Zinn, J. S. (2000). Community orientation in hospitals: an institutional and resource dependence perspective. *Health Services Research, 35*(5 Pt 1), 1011-1035.
- Ring, P. S., & Van de Ven, A. H. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Review, 19*(1), 90-118.
- Rosenthal, E. L., Wiggins, N., Ingram, M., Mayfield-Johnson, S., & De Zapien, J. G. (2011). Community health workers then and now: an overview of national studies aimed at defining the field. *The Journal of Ambulatory Care Management, 34*(3), 247-259.
- Saunders, R. P., Evans, M. H., & Joshi, P. (2005). Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. *Health Promotion Practice, 6*(2), 134-147.

- 
- Scott, W. R. (2003). Institutional carriers: reviewing modes of transporting ideas over time and space and considering their consequences. *Industrial and Corporate Change*, 12(4), 879-894.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Devers, K. J. (1995). Reinventing the American hospital. *The Milbank Quarterly*, 73(2) 131-160.
- Shortell, S. M., Washington, P. K., & Baxter, R. J. (2009). The contribution of hospitals and health care systems to community health. *Annual Review of Public Health*, 30, 373-383.
- Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 171-182.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 282-298.
- Thigpen, S., Puddy, R. W., Singer, H. H., & Hall, D. M. (2012). Moving knowledge into action: Developing the rapid synthesis and translation process within the interactive systems framework. *American Journal of Community Psychology*, 50(3-4), 285-294.
- Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. (2004). *Qualitative methods in public health: a field guide for applied research*: Jossey-Bass.
- Van Moorst, H. (2000). The werribee toxic dump: strategic planning to mobilise a community. Available from:
<http://www.ourcommunity.com.au/files/Werribee%20Toxic%20Dump%20-%20van%20Moorst.pdf>
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., . . . Saul, J. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 171-181.
- Wang, M.-J., & Lin, S.-P. (2010). Study on doctor shopping behavior: insight from patients with upper respiratory tract infection in Taiwan. *Health Policy*, 94(1), 61-67.
- World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. Available from:
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- World Health Organization (1986). Ottawa charter for health promotion. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization (2015). Health promotion. Available from:
http://www.who.int/topics/health_promotion/en/
- Zelditch Jr, M. (1962). Some methodological problems of field studies. *American Journal of Sociology*, 566-576.
- Zeldin, S., Petrokubi, J., & MacNeil, C. (2008). Youth-adult partnerships in decision

making: Disseminating and implementing an innovative idea into established organizations and communities. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 262-277.

