

建構健康促進友善社區藥局： 藥師和顧客的觀點

王人杰^{1,2} 蔡馨慧³ 邱建強⁴ 游佩雯^{5,6}
黃彥銘⁷ 張雅惠⁸ 吳建遠⁹ 鍾遠芳⁹
廖宏恩¹⁰ 林香汶^{11,12,*}

目標：此研究旨在探索建立健康促進社區藥局的可行性，以讓藥師於社區中可以提供友好和專業的健康促進服務。**方法：**本計畫進行台灣中部地區連鎖、門前及獨立社區藥局之共六名執業藥師及六名訪客之半結構式訪談及多次專家會議，所獲得的資料經描述性與演繹式主題分析，綜合比較研究結果後，擬出社區藥局執行健康促進（健促）的作業流程及執業藥師的自我檢核表草案，以供日後在實施時參考。**結果：**社區藥局因型態不同導致服務內容差異甚大，多以調劑為主，其中獨立藥局在藥事照護及其他健促服務的配合度上最高。民眾對藥師的專業服務的認同，藥師提供健促的專業訓練、政府的給付、作業流程及自我評核的建立是推動健促社區藥局的最大挑戰。**結論：**後疫情時代，建議由獨立藥局或有意願的社區藥局藥師以戒菸諮詢之初始架構，加以政府支持以作為發展健促社區藥局執業模式之參考；在與新冠病毒共存之時，以利於在社區中可以提供高品質的健康促進與用藥安全之健康照護。（台灣衛誌 2023；42(5)：519-529）

關鍵詞：社區藥局、顧客、健康促進、觀點、藥師

前 言

健康促進意指促使民眾控制及改善整體健康狀態，藉由提供健康教育、調整行為與生活習慣、加強疾病預防與自我照護

等方式以增進健康狀況[1]。近年來，健康促進的核心概念逐漸由以照護者為中心的思想，轉變為以病人為中心的導向，強調醫療人員應協助病人主動參與自我健康照護，賦權病人能積極地管理與自己健康相關的活動[2]。由於健康促進的概念隨著社區醫療化推動，社區藥局逐漸成為公共衛生服務平台之一，健康促進儼然也成為藥師日常執業的必要核心能力之一[3]。自新冠狀病毒（COVID-19）肆虐，全球因封城或隔離等政策，許多國家的社區藥局扮演前線協助防疫的角色，包括提供健康及防疫教育、推薦自我照護產品、幫助民眾準備防疫物資、進行藥品及病人諮詢，甚至在藥師經過訓練後，社區藥局也可執行疫苗施打、病毒篩檢服務及提供抗病毒藥品的用藥指導[4,5]。台灣自2020年2月6日起，各地健保特約社區藥局也紛紛響應口罩實名制政策推廣，由社區藥局藥師進行口罩分裝並提供給社區民眾。此外，社區藥局藥師在疫情期間讓民眾方便就近調劑藥品、購買口罩、酒精等防疫物資、提供健康與防疫教育及自我照護產品

¹ 佳境藥局

² 亞洲大學經營管理學系

³ 臺安醫院藥劑科

⁴ 玖裕藥局

⁵ 美術藥局

⁶ 國立中正大學成人及繼續教育學系

⁷ 國立臺灣大學臨床藥學研究所

⁸ 臺北醫學大學藥學系

⁹ 衛生福利部國民健康署

¹⁰ 亞洲大學健康產業管理學系

¹¹ 中國醫藥大學藥學系

¹² 中國醫藥大學附設醫院藥劑部

* 通訊作者：林香汶

地址：臺中市北屯區經貿路一段100號

E-mail: hsiangwl@mail.cmu.edu.tw

投稿日期：2022年9月16日

接受日期：2023年10月16日

DOI:10.6288/TJPH.202310_42(5).111075



等，甚至協助民眾預約冠狀病毒疫苗施打及口服抗病毒藥調劑與衛教等，都是健康促進行為的展現[6-8]。

文獻顯示各國均有社區藥局藥師投入健康促進、疾病管控與防治，以維護民眾健康。以瑞典為例，國營的社區連鎖藥局參與政策規劃，內容包括教育醫療人員與民眾氣喘照護知識，在全國的藥局提供氣喘病人自我照護手冊及教育影片。與政策實施前相比，規律使用類固醇吸入劑的氣喘病人增加，且因氣喘而死亡的人數減少[9]。韓國於2013年執行安全藥局計畫（Safe Pharmacy Program），經首爾市府與民間合作，提供市民戒菸諮詢服務、自殺防治及用藥史管理[10]。其他如英國、加拿大、美國，甚至開發中國家也有研究顯示社區藥局藥師在健康促進之貢獻，其包括有提供健康資訊及衛教、協助多重慢性藥物治療問題與用藥管理、進行戒菸服務以促使戒菸成功與關注特定健康促進議題（包括有參與社區健康資訊中心、改變行為[包括疫苗施打、運動調整及飲食習慣改善或女性健康等]），其結果可降低病人再住院率與藥品治療相關問題，並提升病人生活品質[1,11-13]。在台灣，社區藥局藥師自2012年9月開始加入衛生福利部國民健康署（國健署）第二代戒菸的健康促進計畫[14]，報導指出截至2014年，共計9,157位到社區藥局參與戒菸計畫的民眾中，藥師已協助近3,000位民眾戒菸成功。

然而，各國社區藥局藥師面臨新冠疫情且於推動健康促進之餘，仍面臨諸多挑戰。包括教育訓練不足、欠缺相關專業給付、用藥諮詢時間限制、溝通技巧及對於健康促進認知的缺乏，甚至開發中國家的社區藥局藥師，更因專業人力及資源的匱乏，導致推廣健康促進的困難加劇[11,15-17]。在台灣，調查顯示僅3成受訪民眾相信且知道藥師為諮詢對象，雖比例不高，但是大部分受訪民眾皆滿意藥師提供之服務[18]。其他國家也顯示，多數民眾認同藥師適合提供健康促進服務，並且相當滿意其服務成果，這凸顯藥師在實施健康促進之重要性[3]。

目前，亞洲國家的社區藥局藥師的專業角色及其技術性發展相對於歐美國家仍明顯不足[19]，且台灣民眾對藥師服務的認同

感也尚有改善的空間[20]。適逢新冠病毒疫情仍未完全消除，此為社區藥局藥師轉型的機會[4,8]。然而，台灣的社區藥局（大致分為連鎖、門前及獨立社區藥局），部分獨立藥局及門前藥局僅有1位藥師執業，於藥品調劑之餘也只能盡可能順手協助有需求的民眾；其他有兩位以上藥師執業的多數社區藥局，其在藥品調劑之餘，因為考量其具備藥品取得與諮詢之可近性、方便性及專業性，只要相關配套措施協同輔助，讓社區藥局成為健康促進機構的成員之一，是完善民眾健康照護的可行策略。本研究是團隊成員一同協助國健署於2020年第二季後所執行前導計畫之一部分，結果後續促成2021年健康促進藥局推動計畫實施。讓台灣社區藥局成為健康促進藥局的雛型因而產生，使得長者及民眾在疫情蔓延以及與病毒共存期間，也能就近在社區藥局獲得友善健康促進服務（包括協助編制藥局健康促進工作指引），協助提升台灣民眾疾病管理與健康照護品質。本文欲分享執行前導計畫初期，協助建構國內推動健康促進友善社區藥局之服務所進行之質性研究，以探討其可行模式的方法與結果。

材料與方法

研究對象

由台中市藥師公會協助徵求位於都會區與鄉村之三種藥局（門前、獨立及連鎖）各兩位藥師，共六位藥師參與。經確認藥師有意願參與後，再邀請該社區藥局各一位顧客進行半結構性訪談。參與研究者之納入條件為社區藥局專職藥師及年齡20歲以上（須包括60歲以上的長者）到社區藥局調劑處方箋之民眾；排除條件為該社區藥局不常與民眾或顧客接觸的藥師、民眾或顧客並非經常到該參與計畫的社區藥局者，或其無法看懂同意書或宣傳文宣者。

研究工具

經參考現有文獻與實證查詢整理後建立半結構性訪談問題[3,17,20]，經專家會議討論並決定問卷內容，修改之半結構性訪談題目。而參與的民眾另需填寫中文用藥健康素養問卷（此問卷包含17個題項，已確認具備足夠信效度且具區別民眾用藥健康素養高低程度能力，以13分作為素養高低的判斷切

點) [21]。訪談員在訪談前會強調“針對國健署所列之健康促進主題，包括全人健康（特別是銀髮族、健康生活（如健康適能、老人健康促進、菸害防制）、預防保健（公費健檢、癌症防治）、慢性病防治等議題），從社區藥局專職藥師與其領藥的民眾（含65歲以上長者）的角度，討論藥師在健康促進社區藥局（包含高齡失智友善）可以提供的藥事服務、可能遇到的障礙以及可執行的方案或流程。”

研究流程

由兩位研究人員先接受問卷施測與半結構訪談訓練，並了解受試者同意書說明與健康促進定義、熟悉半結構訪談問題與流程，再由研究團隊成員確認訪談員得以執行標準化訪談。此計畫通過人體研究倫理委員會審查（CRREC-109-096）。研究人員先與有意願的社區藥局藥師及其顧客約定訪談時間，訪談時由研究人員向受訪者說明研究相關資訊，再次徵求受訪者意願並完成同意書簽署，訪談內容全程錄音並進行簡單文字記錄。每位受訪者訪談時間約40分鐘。訪談所得到之內容初稿由專家會議討論，以確保所提之建議與執行方案的適當性，專家是經由委辦機構國健署所同意，由具健康促進概念的社區藥局藥師、或具長期照護相關臨床執業之專業人員及公共或藥事行政學者（包括量化問卷與質性訪談研究經驗）所組成的。

資料處理與分析

我們以描述性統計呈現受訪者的基本資料。研究期間所獲得的錄音檔則交由專業人員轉譯成逐字稿，訪談紀錄則逐一編號註記受訪者代號。再將這些收集到受訪者的敘述及回應，由兩位研究人員進行整理與分析，之後由團隊內具質性研究訓練的研究人員（第五、六及十作者）合作進行適切的編碼、分類與歸納，找出其取向（pattern），根據研究的背景脈絡與文獻的理論架構，整合出訪談中蘊含的主題（theme）。

我們採用演繹式主題分析方法（deductive content analysis）[22]來進行資料分析。透過採用演繹方法，研究人員在進行資料分析時，根據現有的理論架構為基礎，將資料進行系統性地分析，並補充現有理論框架未涵蓋的

面向或概念，這種方法的靈活性，允許研究者對整體資料進行廣泛且全面的分析[23]。尤其，本探索性研究欲瞭解不同族群對社區藥局進行健康促進的觀點，藉由既有理論的引導與實地資料的新發現，應用演繹式主題分析是恰當的，可以與當代研究結果相互輝映。

考量研究主題與醫療品質有關，我們根據Donabedian所提出的結構-過程-結果（Structure-Process-Outcome; SPO）醫療照護品質評估模式[24]，來引導訪談的分析。我們分析的步驟進行如下：1)反覆多次閱讀訪談逐字稿與紀錄以熟悉資料；2)逐行閱讀訪談資料以擷取關鍵概念；3)形成初始代碼（code）以執行資料編碼（coding）以構成主題；4)將主題加以組織、定義與命名，以回答研究問題[25]。進行編碼時，研究人員將訪談資料切割成許多較短的段落以建立初始代碼，同時使用描述性編碼（descriptive coding）和原位編碼（in vivo coding）[26]進行，這個階段結束後，我們將訪談資料整理成較少的分析單位。之後，我們以模式編碼（pattern coding）將這些單位與所採用理論加以比對分類，形成主題與研究問題相關的類別加以連結。我們使用研究者三角法（investigator triangulation）來制定總體編碼分類，並確保結果的可靠性[27]。對於所有的訪談資料，兩位研究人員獨立進行資料編碼的分析，之後並就每個代碼和解釋達成一致共識，以確保分析的結果與訪談資料相互呼應。本研究資料同步進行收集與分析，因此我們可以根據前一次訪談的經驗修正後續訪談的流程與內容，以獲得品質較佳的訪談資料，訪談人數的收集直到資料飽和（saturate）為止，意即進行資料分析時，直到沒有其他新的主題出現[28]。質性研究的樣本數並無嚴格的規定，但過去的文獻指出，若研究的抽樣定義明確，樣本數介於9至17人之間被認為足夠可以達到飽和狀態（saturation）[29]。

結 果

參與計畫的六位藥師及六位顧客的基本特質如表一。顧客平均年齡較藥師大，超過60歲的比例相對高（87%比17%），藥師平均教育程度相對於顧客高，顧客的用藥健康素養高低程度各佔一半。藥師的執業經驗顯

示，有二位曾在醫院執業，四位具5年以上社區藥局執業經歷，有二位提供藥事服務的主要客群為老年人。六位藥師均有參與所列舉的藥學專業培訓（戒菸培訓等）。

從藥師與顧客的角度來看，不論現況、所遇障礙、建議等，各議題之主題以Donabedian所提出的結構、過程、結果來進行分類[24]並呈現於表二至四。

現行社區藥局所提供之民眾健康或用藥相關服務（表二），其內涵與範圍經主題分類後大致可以分為1、產品相關，以社區藥局常見產品來分類，包括防疫產品、疾病監測、自我照護、保健食品、藥品調劑等；2、諮詢衛教相關，以時機與內容來分類，包括疾病、藥物、高齡用藥、戒菸、中藥、戒毒等。受訪民眾與藥師多持相同見解，而受訪藥師是強調社區藥局還能提供民眾所不熟悉之藥事照護，如戒菸、正確中藥使用、用藥健康素養不足/不當用藥等。在執行這些服務易遇到的障礙，從藥師的角度反映出結構上的營運模式問題、過程中的衛教宣導策略、結果中的民眾對藥師服務的認知這三項是顧客未反映的面向；然而藥師和顧客皆反應溝通障礙、資訊不對等或不敢麻煩藥師等問題，會阻礙社區藥局民眾健康或用藥相

關服務的提供。

未來社區藥局可提供的健康促進服務之建議，經主題分類後大致可以分為二部分（表三）。第1部分：未來社區藥局可提供之健康促進服務，包括(a)結構面：空間、人力、人格特質、時間與藥師訓練；(b)過程面：執行流程、內容（健康促進、預防保健、藥品、健康食品、疾病諮詢衛教、失智預防諮詢）；(c)結果面：相關服務回饋/動機，如服務獎勵或專業給付。第2部分：提供健康促進服務時預期會遭遇的障礙。

未來社區藥局可提供之健康促進服務，並有充足的專業人力及其他類別之醫事人員合作。其中受訪藥師及顧客皆認為需額外空間規劃及時間來進行服務推廣，需有充足專業人力及其他職類之醫事人員合作。有受訪藥師補充，提供健康促進服務之藥師應擁有良好溝通能力且樂於與人相處，同時具備高齡照護之經驗，並配合妥善的政策規劃、公版教材設計、種子師資培育、嚴謹精實的課程訓練。針對服務內容，藥師也說明應加入協助減緩失智症之處置，並提供生活照護觀念的教學。由於藥師進行健康促進在台灣尚未普及，受訪藥師認為應接受專人到藥局指導執行，並且有公定之標準才得以遵從。

表一 參與者基本資料

樣本數	藥師	顧客
	6 (%)	6 (%)
性別（女性）	3 (50)	4 (67)
年齡（歲）		
40-60	5 (83)	1 (17)
> 60	1 (17)	5 (83)
已婚	6 (100)	6 (100)
教育程度		
≤高中及以下	0 (0)	3 (50)
大專/大學	4 (67)	3 (50)
研究所	2 (33)	0 (0)
低用藥健康素養（總分<13）	--	3 (50)
高用藥健康素養（總分≥13）	--	3 (50)
執業經驗（指藥師）		
有醫院工作經驗	2 (33)	--
≥5年在社區藥局工作	4 (67)	--
主要客群是老年人	2 (33)	--
曾有藥學專業培訓經驗		
戒菸培訓	3 (50)	--
長期照護培訓	2 (33)	--
糖尿病照護培訓	3 (50)	--
愛滋藥事照護培訓	2 (33)	--
高診次藥事照護培訓	2 (33)	--

表二 從藥師與顧客角度反映社區藥局藥師提供民眾健康或用藥服務異與同

相關主題/角度	藥師	顧客
內涵及範圍		
1. 產品相關（以社區藥局常見產品來分類）		
防疫產品（包括傷口處理產品、口罩、酒精）	✓	✓
疾病監測（包括血壓及血糖測量）	✓	✓
自我照護（包括感冒、人工淚液、皮膚用藥、眼科、非處方藥、暈車、小疾病控制、青春痘、腸胃道、藥膏與痠痛貼布等）	✓	✓
保健食品（包括保健食品及營養照護（各年齡））	✓	✓
藥品調劑（包括降血糖、降壓藥、慢箋領藥）	✓	✓
2. 諮詢/衛教相關（以時機與內容來分類）		
時機：用藥健康素養/觀念（用藥健康素養不夠時、用藥不正確）	✓	--
內容：疾病（失眠問題、慢性疾病如高血糖及高血壓等三高、泌尿道感染）	✓	✓
內容：藥物（如心血管疾病、青光眼、安眠藥相關用藥及調整、副作用及長者用藥等）	✓	✓
內容：高齡用藥	✓	✓
內容：戒菸	✓	--
內容：中藥正確概念	✓	--
內容：戒毒/反毒宣導	✓	--
遇到的障礙（以Donabedian提出的結構、過程、結果來分類）		
結構：營運模式（包括商業競爭、失智長者對藥局營運的影響）	✓	--
過程：藥師衛教與宣傳策略（怎麼讓民眾不忘記內容、互動式教材）	✓	--
過程：溝通（容易有隔閡、根深蒂固想法不易轉變、自我主見強、溝通技巧；藥師講太細或資訊量太多不易接受）	✓	✓
結果：民眾對藥師服務的認知（如民眾不理解藥師為何不賣藥給他、民眾拒絕聽說明）	✓	--

提供健康促進服務時，藥師與顧客都表示預期會遇到的障礙，包括人力與民眾認知之結構認知考量，以及僅有藥師提到的主管認同及藥師持續教育課程及專業能力養成相關考量。藥師也提出空間及人力限制、雇主意向、課程不敷使用、藥師養成訓練不足、個案來源稀少，以及講師名單未即時更新等都是未來需要面對之課題。

未來實施健康促進藥局時，針對藥師的自我檢核內容與外在支持建議，經討論整理後如表四所示。藥師與顧客都反映在結構考量的空間、專業與商業三者間的權衡議題，以及實施過程中的藥師專業能力與評估機制。有顧客更進一步闡述所謂恰當之空間與硬體，是一密閉舒適且寬敞之隔間，搭配多張桌椅及投影機等多媒體設備，讓民眾可主動參與課程，或者利用電腦平板設備自主搜尋相關知識以減少藥師負擔，有需要再接受專業人員之服務即可。受訪藥師認為商業行為需建立在對病人健康或疾病狀態有正向影響；受訪顧客則認為商業行為恰當與否取決於藥師與顧客間的互動。藥師則進一步針對評估過程中提出專業之考量為藥師執業之經驗限制，而服務態度也需加入評核準則。

在外在支持（包括政府部門如國民健康署等）能提供支持的面向，在結構、過程與結果面上，藥師與顧客都提出相似的論點；他們共同建議應參考舊有制度如長照模式、而在藥師培訓、標準作業流程、能力評鑑、資格認證、宣傳與配套上要有政府的支持與介入。藥師更提醒政府應協助跨領域（異業）結合，如連接長青學苑、老人照護中心、學校等系統，政府應瞭解民眾需求，思考如何提升他們對健康促進藥局的認同，同時利用公開資訊，將他們適時引導入藥局。如有必要，應協助藥師提供民眾簽署同意書，表明藥師不會進行非專業的商業推銷。而在配套措施上，受訪藥師認為政府應規劃人力及網路資源，建立試辦與退場機制，提出相應措施。而受訪顧客則認為政府應提供健康促進藥局志工之培訓，以減輕藥師負擔而增加服務量能。結果面上，受訪藥師及顧客皆認為政府應擔負服務獎金及補助發放之責任以提升健康促進服務之動機，有藥師認為只要政府願意提供微量資金，藥師便可感受政府對於此計畫之用心，進而願意配合此計畫。

表三 從藥師與顧客角度反映未來社區藥局提供健康促進服務之建議與障礙

相關主題/角度	藥師	顧客
未來社區藥局可提供之健康促進服務		
(a) 結構：社區藥局可執行條件		
社區藥局空間（如半隱私空間、放復健輔具、衛教空間規劃（白板、投影）	✓	✓
社區藥局人力（包括有意願幫助人的藥師、藥師助理、有經驗接其他專案者、與其他醫療職別建構成照護網）	✓	✓
藥師人格特質與態度（服務熱誠、熱心/奉獻心、溝通表達能力好/願意回答問題、熱情/喜歡與人接觸）	✓	✓
藥師時間（要有時間）	✓	✓
藥師的訓練（專業知識（疾病）及能力提升、健康促進相關訓練、失智/復健/高齡患者的照護、實證、最新的研究結果（流行病學等數據化資料）、持續進修、案例討論、課程要嚴謹、搭配政策（如長照）、種子師資、公版教材要內容的精準度、真正有實質的內化的提升、但要有因人而異表達的能力	✓	✓
(b) 過程：社區藥局執行的流程與內容		
執行流程（派人指導執行健康促進藥局、設立標準作業流程供參考、居家服務）	✓	✓
執行內容-健康促進、健檢、疾病（骨質疏鬆預防、血壓、血糖機教學）預防與保健、自我照護的監測（生活照護的觀念知識比如說氣墊床、輔具、輪椅）、轉診資料多媒體互動素材、公版教材等	✓	✓
執行內容—藥品、健康食品及疾病諮詢衛教或高齡講座	✓	✓
執行的內容—提供失智預防或惡化之處置諮詢	✓	--
(c) 結果：相關服務回饋/動機（獎勵或給付制度）	✓	✓
提供健康促進服務時預期會遇到的障礙		
結構：空間與人力的限制（社區藥局具可進行但原業務繁忙、人力與空間的限制）	✓	✓
結構：病人認知（在乎自身健康）	✓	✓
結構：主管/老闆認同與否（雇主影響藥師）	✓	--
過程：課程問題（戒菸課程不敷使用）	✓	--
過程：藥師養成問題（訓練不足）	✓	--
個案問題（需要有足夠個案來源）	✓	--
過程：健康促進主題講師（需要持續更新健康促進衛教講師名單）	✓	--
結果：因無適當服務回饋（獎勵或給付制度）而無法持續	✓	✓

討 論

因應冠狀病毒疫情起伏，台灣第一線的社區藥局藥師們，除扮演法定任務應有的處方調劑與藥事照護角色外，於協助防疫讓民眾可以就近取得藥品及口罩的防疫角色同時，更可以如他國藥師一樣有機會擴展專業，投入健康促進、疾病控制、疫情防治與控制的行動中[1,4,6-8,15,16,30,31]，以協助維護世界公民之健康福祉。本研究透過於各類型社區藥局執業的藥師及其接觸顧客的半結構性訪談及多次專家會議，發現於後疫情時代推動健康促進社區藥局以落實友善及專業服務的建議與可行模式，以供後續試辦或執行之參考。

雖然受訪顧客有超過8成年齡超過60歲且比受訪藥師年齡大，但由於顧客們低或高用藥健康素養各半，受訪藥師於社區藥局的執業內容也多元化，推測這些顧客與藥師所反應的看法也是多樣化並具可轉移性（transferability）。從訪談後整理的主题發

現，除了少數只有藥師知道的項目外，大致上藥師與顧客角度所反應的現況、所遇障礙、建議等議題都很類似，考量這些主題都與醫療品質有關，整理時是套用Donabedian所提出的結構、過程、結果[24]來進行各議題的分類，實屬恰當。

除了基本的藥品調劑外，台灣現行社區藥局所提供給民眾健康或用藥服務大致可區分為產品（如防疫與自我照護等）或諮詢/衛教相關的健康服務，其中以戒菸輔導與諮詢自2012年藥師開始加入國健署二代戒菸計畫至今成果豐碩[14]，然而藥師與顧客都一致認為這些非藥品調劑的健康服務執行之障礙與溝通和認知有關，這現象與其他國家的研究相符合（不諳溝通知識和技巧以及缺乏健康促進概念的認知）[17]。然而，台灣各類社區藥局多角化經營模式，僅能從藥師角度才知道商業競爭營運模式相關議題。

細究本研究受訪者之感受，可以發現顧客民眾對於健康促進藥局之內涵、結構及

表四 從藥師與顧客角度反映未來執行健促藥局自我檢核內容與外在支持的建議

相關主題	藥師	顧客
藥師自我檢核		
結構：空間與硬體要適當	✓	✓
結構：專業與商業的權衡恰當（雖具有商業行為但其專業判斷對病人的健康或是疾病的狀態有正向幫助）	✓	✓
過程：藥師專業能力、執業經驗、人格特質 態度	✓	✓
過程：評估時機（執行前中後評估） 檢核表（先人再硬體）	✓	✓
過程：評估方式（參考外國自我檢核表項目、自我/病人/第三方評估）	✓	--
過程：評估內容（基本能力、藥事照護紀錄（案例數及內容）、團隊合作互評/自評、對民眾的態度、溝通能力、法規認識、自我滿意程度、病人滿意程度）	✓	--
外在支持（包括政府部門如國民健康署等）能提供支持的內容		
結構：從既有制度或從老人/長照相關制度下修改	✓	✓
結構：跨領域結合（結異業結合長青學苑、老人照護中心、學校等）	✓	--
過程：提供種子藥師培訓（醫院基本教育、要提升失智藥齡相關認證課程不足）	✓	✓
過程：標準作業流程（設定目標，評量成效規範要明確、個案標準設置）	✓	✓
過程：評鑑/評估（目標考慮藥師專業能力且含有定性與定量的評估準則；	✓	✓
過程：認證（資格證明、官方正式證明、保障藥師權利、公告名單）	✓	✓
過程：宣傳/學校教育（政府宣傳健康促進藥局（例如口罩事件）、需求民眾導入藥局、社會認同在社區藥局執行健康促進、簽同意書確保無商業行為	✓	✓
過程：資訊要公開（週知民眾、發覺民眾需求、內容要公開）	✓	--
過程：試辦及退場機制	✓	--
過程：配套（民眾認知、相關人力[志工]資源配套/培訓與宣傳、網路資源配套（導來客）等保障藥師權力及民眾用藥安全）	✓	✓
結果：提供適當獎勵動機（獎金/服務費/獎勵制度[分級]）、病人部分自費	✓	✓

審核皆有初步之認識，特別是在糖尿病及三高等老人慢性疾病防治有較深入的見解，間接反映慢性疾病藥事服務在台灣已具有一定的成效。而藥師對於健康促進的實行方法及養成計畫具有專業建議，並且能夠提供更多面向之服務，包含菸品、癌症、失智症的防治以及婦女及青少年之用藥諮詢，顯示台灣藥師在適當訓練下，應能提供全面性之健康促進。由於藥師與民眾間仍存在相當程度之資訊與認知落差，而且藥師與顧客皆認為大眾存在自我瞭解不足以及對於醫師藥師的角色定位混淆等問題，這些認知障礙仍需透過多重管道宣傳與衛教來克服。但藥師與顧客一致反映未來由社區藥局提供健康促進服務時，應注意結構之空間、人力、資格與藥師的訓練等有可行條件；考量執行過程與內容（包括健康促進、藥品/保健食品、高齡/失智等諮詢）；以及結果之服務獎勵與專業給付制度等，這些建議呼應國外兩篇回顧性文章的結果[31,32]。而於提供健康促進服務時預期的障礙亦與國外的文獻一致，可能因為人力、民眾認知以及藥師課程及專業養成之結構與過程考量遇到一些阻礙[11,17]。而從

藥師角度所提及的主管認同是在台灣現行制度下門前或連鎖藥局會面臨的問題，也因此，預期未來由具有兩位以上獨立藥局的藥師開始執行困難度會比較低。

一旦確定要推動由社區藥局藥師執行社區民眾健康促進服務，針對藥師的自我檢核內容與外在支持的建議，藥師與顧客都有反映在空間及專業與商業間的權衡議題之結構面問題，以及實施過程中的藥師專業能力與評估時機，其內容與各國提出的流程或執業指引很一致[33]，藥師與顧客都建議從舊有長照或老人相關制度開始，但後續過程考量之培訓、標準作業流程、認證/評鑑、宣導、配套與結果面的獎勵動機亟需政府部門（包括國民健康署）的外部支持。配合國健署多年來推動社區藥局藥師協助戒菸輔導與諮詢，雖然因為社區藥局可近性及疫情後社區藥局能見度增加，但是藥師和顧客對於這樣的服務仍抱持保留的態度，主要考量是民眾就醫觀念或認知與資訊的落差與宣導不足，以及須考量老人或慢性疾病用藥的關係，因此僅有近半數的藥師或顧客推薦健促藥局試辦計畫可以從戒菸開始。

蒐集以上資料及統整文獻後，進一步經多次專家會議討論後，提出了台灣未來由社區藥局藥師執行健康促進藥局服務條件、時機、服務流程之建議。在健康促進藥局服務條件上，除了基礎社區藥局規範外，建議特別包括執行藥師需有兩年健保特約藥局執業經驗及管制藥品管理登記證（其與尼古丁產品有關）、藥局經營品項多元化，以及能提供電腦軟硬體和半開放式諮詢空間。而藥師提供健康促進之服務時機，建議應著重在遇到如用藥健康素養較差、社經地位及教育程度較低等族群、調劑高風險藥品（如符合老人不適當用藥清單之藥品）、偏鄉地區或醫療資源缺乏地區之民眾於藥品調劑時等。而健促藥局的服務流程，建議參考之前已提出由社區藥局藥師提供病人或消費者保健食品使用相關有效諮詢流程[34]來進行修改，考量提供這樣的服務流程是為了交換資訊、建立醫病關係、處理不確定性與回饋，以期協助病人/顧客能做適當的醫療決策並進行健康促進或自我照護為目標下，建議藥師遇到健康促進與用藥相關詢問或討論後，套用日常藥事照護的流程（指醫療照護體系中，最廣泛被使用的紀錄格式是SOAP）來蒐集客觀及主觀資訊後，進行流程、內容（包括蒐集實證）的評估，評估過程需善用理解及同理心等溝通技巧。建議每一位病人/顧客於考量啟動時機時，都要進行通用項目的計畫（包括以用藥健康素養、用藥知識及用藥順從性量表等），再來評估後續九個特定項目的需求（包括協助宣傳公費健檢、癌症篩檢、血壓血糖等自我照護檢測、慢性病用藥配合度順從性監測、多重用藥與老人不適當用藥檢核、失智友善用藥評估與諮詢、老人健康促進與慢性病防治等友善服務、婦幼健康促進與用藥諮詢或其他健康促進議題）。一旦執行健促服務，建議後續還需進行2-8次諮詢及追蹤監測，並隨時記錄。如果藥師遇到無法處理之問題，需要醫療行為或其他專業之介入，則建議轉介。如果是無法直接對病人諮詢且需要詢問更多問題以確認諮詢目標時，則應該重新進行評估。

本研究整理出台灣未來進行健康促進藥局試辦計畫之建議：從“結構面”上要挑出(1)適合讓專職藥師提供健康促進（含失智友善）服務的藥局、(2)適合的場域：為確保

藥師能無慮地在所屬的社區藥局執行健康促進（含高齡失智友善）服務、(3)從既有制度下修改或以初級照護的觀念導入家庭藥師的概念開始、(4)適合的藥師特質：適當的人格特質、態度、培訓（相關知識、技能與專業）與認證、(5)除了訓練外後端支援平台提供民眾的照護、實證、最新的研究結果（流行病學等數據化資料）及最新治療或相關知識更新等廣泛及持續能力提升的機會。而“過程面”中須注意(1)各項目諮詢內容提供訓練、篩選指引（快速方便提供藥師選擇適合服務的民眾並提供相關服務）與公版更新資料（例如參考二代戒菸治療醫師諮商技巧手冊）、(2)適當的宣導（如口罩地圖或低用藥健康素養後之轉介的平台）或學校教育以提升民眾認同感、(3)簡易執行的標準作業流程與每位民眾/病人執行項目前後藥師之自我檢核表、(4)藥局定期稽核、藥師個案前後自評及民眾滿意度評估、(5)第三方合理的評鑑/評估（包括退場機制）方式、時機與內容（案例與成效）、(6)國健署或政府機構引導下試辦（可先從獨立藥局及有意願的社區藥局藥師開始）、協助跨領域結合及相關資訊之公開、及相關配套（志工等）等。最後在“結果面”要適當獎勵機制以提供永續服務的動機。

趁勢而為，在國健署持續支持下延續補助計畫及本研究的成果與建議，後續由團隊成員之一（轉由實際進行健康促進社區藥局藥師擔任主持人）辦理2021年健康促進藥局推動計畫，其中相關認證、法規與給付等面向列入該計畫評估內容，同時也考量都會型或鄉村型社區藥局執行的差異，先以全台之健康促進縣市之863家戒菸藥局為對象來試辦健康促進藥局，以擴大社區藥局服務之角色，提供民眾更完善的慢性疾病照護與健康促進服務。

限制與結論

本研究初探受訪者對建構健康促進友善社區藥局的觀點，訪談對象僅有各六位藥師和民眾，訪談時有明確定義針對任何類別社區藥局執行健康促進相關服務，不針對任何藥師或單一藥局，因此並未進行配對，且僅集中於台中市進行成為本研究的重要限制，推測結果要確實反映全台藥師或民眾針

對這些議題的看法還是有限。因此，為了讓結論可以更適當的推論到全台有意願執行健康促進的社區藥局，有必要納入了各地區各類社區藥局執業或與藥師互動的民眾顧客的意見。再者小規模的質性研究所收集及整理資訊（包括逐字稿、編碼、分類及主題設定等）雖然有互相確認也看到資訊的飽和，但研究結果的呈現主要依照Donabedian之醫療品質的SPO理論[24]來進行人工議題分類與整理，最後結果是經多次專家會議討論後才抵定，不諱言仍可能會出現質性研究相對主觀解讀的限制。

本文最後建議，於後疫情時代，未來可先由獨立藥局或有意願的社區藥局藥師，以戒菸諮詢或慢性疾病藥事照護為架構，來加強並配合健康促進通用或特定項目服務之推動，然而國健署及相關單位也要協助社區藥局藥師來克服缺乏民眾認同、適當給付與配套以及專業支持等之挑戰，以做為發展本土健康促進藥局及初級藥事照護執業模式之參考，以藉此提升台灣民眾（包括高齡者）之健康促進及用藥安全的高品質初級醫療照護環境。

致 謝

本研究特別感謝杜俊緯、沈冠霖、林采葳、江皓平等協助訪談與資料蒐集，更感謝藥師與顧客協助參與訪談，及協助錄音檔打字的所有助理/學生，亦感謝作者群以外的其他專家的參與。此計畫主要經費來源為衛生福利部國民健康署委託辦理之2020年「推動健康促進藥局試辦計畫」，惟報告內容不代表衛生福利部國民健康署意見。其他經費來源包括有CMU 109-MF-40及MOST 109-2320-B-039-023等。

參考文獻

1. Ogbonna BO, Ndukwe HC. Community pharmacists and health promotion activities in the 21st century; maximizing the expanded roles for universal health coverage and population health optimization. *MOJ Public Health* 2017;**6**:354-8. doi:10.15406/mojph.2017.06.00174.
2. Chandra A, Malcolm N 2nd, Feters M. Practicing health promotion through pharmacy counseling activities. *Health Promot Pract* 2003;**4**:64-71. doi:10.1177/1524839902238293.

3. Eades CE, Ferguson JS, O'Carroll RE. Public health in community pharmacy: a systematic review of pharmacist and consumer views. *BMC Public Health* 2011;**11**:582. doi:10.1186/1471-2458-11-582.
4. Hedima EW, Adeyemi MS, Ikunaiye NY. Community pharmacists: on the frontline of health service against COVID-19 in LMICs. *Res Social Adm Pharm* 2021;**17**:1964-6. doi:10.1016/j.sapharm.2020.04.013.
5. Maidment I, Young E, MacPhee M, et al. Rapid realist review of the role of community pharmacy in the public health response to COVID-19. *BMJ Open* 2021;**11**:e050043. doi:10.1136/bmjopen-2021-050043.
6. Lin CH, Lin YW, Wang JY, Lin MH. The pharmaceutical practice of mask distribution by pharmacists in Taiwan's community pharmacies under the Mask Real-Name System, in response to the COVID-19 outbreak. *Cost Eff Resour Alloc* 2020;**18**:45. doi:10.1186/s12962-020-00239-3.
7. Lin YW, Lin CH, Lin MH. Vaccination distribution by community pharmacists under the COVID-19 vaccine appointment system in Taiwan. *Cost Eff Resour Alloc* 2021;**19**:76. doi:10.1186/s12962-021-00331-2.
8. Ou HT, Yang YH. Community pharmacists in Taiwan at the frontline against the novel coronavirus pandemic: gatekeepers for the rationing of personal protective equipment. *Ann Intern Med* 2020;**173**:149-50. doi:10.7326/M20-1404.
9. Lisper B, Nilsson JL. The asthma year in Swedish pharmacies: a nationwide information and pharmaceutical care program for patients with asthma. *Ann Pharmacother* 1996;**30**:455-60. doi:10.1177/106002809603000503.
10. Park HK, Choi SM, Kim SH, Kang E. Introducing a health promoting pharmacy model: safe pharmacy program of Seoul. *J Health Tech Assess* 2016;**4**:30-3. doi:10.34161/johta.2016.4.1.006. [In Korean: English abstract]
11. Anderson C. Health promotion in community pharmacy: the UK situation. *Patient Educ Couns* 2000;**39**:285-91. doi:10.1016/s0738-3991(99)00025-7.
12. Laliberté MC, Perreault S, Damestoy N, Lalonde L. Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: a cross-sectional study in Quebec, Canada. *BMC Public Health* 2012;**12**:192. doi:10.1186/1471-2458-12-192.
13. O Neal KS, Murray KA, Skomo ML, Carter SM, McConaha J. Validation of a survey tool assessing effectiveness of an educational intervention on the caring behaviors and referral activities of community pharmacists for migraineurs. *Res Social Adm Pharm* 2015;**11**:352-63. doi:10.1016/j.sapharm.2014.08.012.
14. Hsu S. Anti-smoking program touts progress. *Taipei News*, September 24, 2014. Available at: <https://www.taipeitimes.com/News/taiwan/>

- archives/2014/09/24/2003600467. Accessed August 1, 2022.
15. Merks P, Świeczkowski D, Bilmin K, et al. Community pharmacy during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Przegl Epidemiol* 2020;**74**:620-33. doi:10.32394/pe.74.53.
16. Strand MA, Bratberg J, Eukel H, Hardy M, Williams C. Community pharmacists' contributions to disease management during the COVID-19 pandemic. *Prev Chronic Dis* 2020;**17**:E69. doi:10.5888/pcd17.200317.
17. Erku DA, Mersha AG. Involvement of community pharmacists in public health priorities: a multi-center descriptive survey in Ethiopia. *PLoS One* 2017;**12**:e0180943. doi:10.1371/journal.pone.0180943.
18. Chen YC, Tarn YH, Kreling DH. Public views of community pharmacists in Taiwan. *Int J Pharm Pract* 2012;**20**:203-6. doi:10.1111/j.2042-7174.2011.00174.x.
19. Hassali MAA. Role of community pharmacists in medication management: current and future prospects in Asia. *JAS4QoL* 2017;**3**:1-18.
20. Lin HW, Yang LC, Mafruhah OR, Nguyen HTH, Cao TTB, Yam FK. Evolution of clinical pharmacy practice and pharmacy education in Taiwan, Vietnam, and Indonesia: a narrative review. *J Am Coll Clin Pharm* 2020;**3**:947-58. doi:10.1002/jac5.1258.
21. Lin HW, Chang EH, Ko Y, et al. Conceptualization, development and psychometric evaluations of a new medication-related health literacy instrument: the Chinese medication literacy measurement. *Int J Environ Res Public Health* 2020;**17**:6951. doi:10.3390/ijerph17196951.
22. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008;**62**:107-15. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
23. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Educ Today* 2017;**56**:29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002.
24. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;**260**:1743-8. doi:10.1001/jama.260.12.1743.
25. Savin-Baden M, Major CH. *Qualitative Research: The Essential Guide to Theory and Practice*. 1st ed., London: Routledge, 2013. doi:10.4324/9781003377986.
26. Saldaña J. *Coding and Analysis Strategies*. 4th ed., California: Sage Publications, 2021.
27. Archibald MM. Investigator triangulation: a collaborative strategy with potential for mixed methods research. *J Mix Methods Res* 2016;**10**:228-50. doi:10.1177/1558689815570092.
28. Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* 2018;**52**:1893-907. doi:10.1007/s11135-017-0574-8.
29. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: a systematic review of empirical tests. *Soc Sci Me.* 2022;**292**:114523. doi:10.1016/j.socscimed.2021.11452330.
30. Ahmad A, Alkharfy KM, Alrabiah Z, Alhossan A. Saudi Arabia, pharmacists and COVID-19 pandemic. *J Pharm Policy Pract* 2020;**13**:41. doi:10.1186/s40545-020-00243-1.
31. Brown D, Portlock J, Rutter P. Review of services provided by pharmacies that promote healthy living. *Int J Clin Pharm* 2012;**34**:399-409. doi:10.1007/s11096-012-9634-2.
32. Steed L, Sohanpal R, Todd A, et al. Community pharmacy interventions for health promotion: effects on professional practice and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;**12**:CD011207. doi:10.1002/14651858.CD011207.pub2.
33. Thomas CE, Phipps DL, Ashcroft DM. When procedures meet practice in community pharmacies: qualitative insights from pharmacists and pharmacy support staff. *BMJ Open* 2016;**6**:e010851. doi:10.1136/bmjopen-2015-010851.
34. Lin HW, Pickard AS, Mahady GB, Karabatsos G, Crawford SY, Popovich NG. An instrument to evaluate pharmacists' patient counseling on herbal and dietary supplements. *Am J Pharm Educ* 2010;**74**:192. doi:10.5688/aj7410192.

Development of an amiable, health-promoting community pharmacy: perspectives from pharmacists and customers

JEN-CHIEH WANG^{1,2}, HSIN-HUI TSAI³, CHIEN-CHIANG CHIU⁴, PEI-WEN YU^{5,6}, YEN-MING HUANG⁷, ELIZABETH H. CHANG⁸, CHIEN-YUAN WU⁹, YUAN-FANG CHUNG⁹, HUNG-EN LIAO¹⁰, HSIANG-WEN LIN^{11,12,*}

Objectives: This study was conducted to explore a viable model for establishing health-promoting community pharmacies in Taiwan, where pharmacists can provide amiable and professional health promotion services within a community environment. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with six licensed pharmacists and six customers hailing from chain, non-owner-managed, and independent community pharmacies in central Taiwan. Following these interviews, several expert meetings were scheduled to discuss the collected information. The obtained data were analyzed through deductive content analysis, utilizing descriptive, in vivo, and pattern coding techniques. Drawing upon the insights gleaned from our analysis, we formulated standard operating procedures and a self-assessment performance checklist for pharmacists, with the ultimate goal of enhancing health promotion in community settings. **Results:** The services, which primarily centered around dispensing medications, exhibited variation across the included community pharmacies. Independent pharmacies demonstrated the highest level of cooperation in delivering pharmaceutical care and other health promotion services. The primary hurdles in the pursuit of health promotion revolved around gaining public recognition, facilitating professional training for pharmacists, securing government funding, and developing pertinent standard operating procedures and self-assessment checklists. **Conclusions:** We recommend the incorporation of independent pharmacies and pharmacists who are enthusiastic about engaging in community pharmacy initiatives. The proposed model can seamlessly integrate into the current framework of smoking cessation services, provided it receives adequate government support. Given the challenges arising in the post-pandemic period, our study has the potential to advance the delivery of high-quality primary care to community-based patients in Taiwan, with a focus on health promotion and ensuring safe medication use. (*Taiwan J Public Health*. 2023;**42**(5):519-529)

Key Words: community pharmacy, customer, health promotion, perspective, pharmacist

¹ Beautiful Mind Pharmacy, Taichung, Taiwan, R.O.C.

² Department of Business Administration, Asia University, Taichung, Taiwan, R.O.C.

³ Department of Pharmacy, Tai-An Hospital, Taipei, Taiwan, R.O.C.

⁴ Jiu Yu Pharmacy, Taichung, Taiwan, R.O.C.

⁵ ART Pharmacy, Taichung, Taiwan, R.O.C.

⁶ Department of Adult and Continuing Education, National Chung Cheng University, Chiayi, Taiwan, R.O.C.

⁷ Graduate Institute of Clinical Pharmacy, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

⁸ School of Pharmacy, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

⁹ Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, Taipei, Taiwan, R.O.C.

¹⁰ Department of Healthcare Administration, Asia University, Taichung, Taiwan, R.O.C.

¹¹ School of Pharmacy, China Medical University, No. 100, Sec. 1, Jingmao Rd., Beitun Dist., Taichung, Taiwan, R.O.C.

¹² Department of Pharmacy, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author E-mail: hsiangwl@mail.cmu.edu.tw

Received: Sep 16, 2022 Accepted: Oct 16, 2023

DOI:10.6288/TJPH.202310_42(5).111075