

宜蘭縣三星鄉綜合地段健康管理成果評估

李瑋珠 張淑芬* 張美惠* 簡大任** 周金章***

為了在偏遠地區藉由基層醫療保健達成「公元 2000 年全民健康」的理想，宜蘭縣三星鄉衛生所根據試辦有成之「基層保健服務中心」模式，在全鄉推行「綜合地段健康管理」。自 1987 年 3 月至次年 2 月，為期一年。主要的結果為：人口外流嚴重，但扣除空戶後，孕產婦、嬰幼兒，和慢性病防治三項服務的篩檢涵蓋率各占目標人口的 89.9%，100% 與 46.6%，然三項服務的收案率，則分別為孕產婦 70.6%，嬰幼兒 55.9%，慢性病 51.8%。在對孕產婦及慢性病的個案健康管理方面，分別以 McNemar 氏卡方檢定，比較各項管理項目在管理前後的差異，一般而言，大部分的健康管理都有顯著效果，而孕產婦健康管理對個案學得新知及採取新行為的效果較佳。孕產婦及慢性病個案均有一些項目，如「擬餵母乳」、「生產地點選擇」、「少菸酒實行」等大部分個案在管理前已有正確的認知及行為，亦有一些項目，如「按時就診」、「按時服藥」等，有較多個案管理前後均沒有得到正確的認知及行為，本研究肯定了此一模式對社區及高危險群的貢獻，也提供了日後修訂個案健康管理內容之建議。本文亦討論了研究的限制和政策上的涵義。

Key words: *Delivery of Health Care, Maternal and Child Health, Chronic Disease*

(中華衛誌 1990; 10(1): 53-65)

前言

世界衛生組織有鑑於經過多年來的努力，雖然全球的健康狀態已獲得某些重大成就，如天花的絕跡，重要傳染性疾病的控制、婦幼衛生、家庭計劃的實施等，但開發程度不同的國家地區之間，以至於同一國家之內，仍存在著健康狀態以及社會經濟的不平等，因而訂定了「公元 2000 年全民健康」的目標，並於 1978 年蘇聯哈薩克首府阿拉木

圖 (Alma-Ata) 召集各會員國開會，發表了著名的「阿拉木圖宣言」(Declaration of Alma-Ata)，指出「基層醫療保健」(primary health care) 為達到公元 2000 年全民健康的關鍵 [1]。之後，世界衛生組織便將理想化為實際的行動，透過各區署在全球六大區域積極推行此一全民健康運動。Williams 在世界衛生組織 40 週年紀念的專文中，回顧全球衛生的歷史與展望，亦再次強調結合社區力量的基層醫療保健，對於達成此一全球目標的重要性 [2, 3]。

我國台灣地區自光復以來，由於政府積極推動地方衛生業務，在各鄉鎮市普設衛生所，形成基層醫療保健的服務網，使得台灣地區的公共衛生發展得以落實，並且收獲豐碩，在傳染病防治（特別是瘧疾根除）、婦

台大醫學院公共衛生研究所

* 宜蘭縣衛生局

** 台北市環境保護局

*** 省立宜蘭醫院

幼衛生、家庭計劃等方面成就非凡，然自1960年衛生所改隸鄉公所以來，因職位低、待遇差，醫師多不願留任，造成1/4左右的衛生所經常沒有醫師，後竟導致遴用特考的退役軍醫充任的決定，致使服務品質低落，（民衆的缺乏信心亦隨之而來），亦更加突顯了鄉村地區缺乏醫師從事基層醫療保健的問題。直至1983年，衛生署在行政院「加強基層建設提高農民所得方案」下，開始推動「群體醫療執業中心計畫」，在偏遠地區衛生所設置由教學醫院支援的群體醫療執業中心，才得以改善[4]。此外行政院衛生署為加強基層醫療保健，更進一步自1984年起，在全省各地選擇之醫療設施，且人口在2000-5000人範圍之社區，設置「基層保健服務中心」，每一中心配置2位公共衛生護產（護理及助產）人員，以實驗及發展實際可行並能顯示成效之基層保健服務模式。計畫中是採用社區健康管理方式，利用基層保健服務中的門診、訪視、健康諮詢及轉介等的服務，配合社區資源及民衆的家庭、社會環境，對危險群提供早期發現、早期管理等次級預防服務，對非危險群提供初級預防服務。目前的工作重點為婦幼衛生和慢性病防治，前者以易引起孕產婦及嬰幼兒罹病與死亡的因素為危險群指標，後者以高血壓、糖尿病為危險群。該計畫的第一期實驗，已於1984-1985年完成，係採取非隨機分配的社區實驗設計，選取條件類似的實驗社區與對照社區各13個，從事為期一年的實驗，並得到初步的評價結果[5]。

本研究進行的地點，宜蘭縣三星鄉，位於該縣的西南方，民情純樸，大部分居民以農為業，對外交通靠公路。三星鄉衛生所設於1948年，歷史悠久，另於1980年配合「加強農村醫療保健計畫」，成立貴林村與員山村二個衛生室。三星鄉在「群體醫療執業中心計畫」與「基層保健服務中心計畫」中，均因地處偏遠而獲選為第一期試辦地點，分別自1983年7月及12日開辦三星鄉

群體醫療執業中心，和大隱、福山基層保健服務中心，並經過研究單位的評估，得到相當的肯定[5, 6]。有感於試辦之成果值得推廣至全鄉，自1987年3月起，宜蘭縣衛生局便輔導三星鄉衛生所，推行全鄉之綜合地段健康管理，將全鄉分為六個地段，依照行政院衛生署與省公共衛生研究所發展之「基層保健服務中心」模式[5]辦理。本研究為實施1年以後的成果評估，目的在於探討此一工作模式對社區的保健，特別是對受管理的個案，有那些幫助，在整體的醫療保健政策上，有些什麼參考價值。

材料與方法

衛生所在研究地點宜蘭縣三星鄉，依行政院衛生署與省公共衛生研究所發展之「基層保健服務中心」模式[5]推行全鄉綜合性地段健康管理，以「婦幼衛生」（孕產婦與嬰幼兒）和「慢性病防治」（主要為高血壓、糖尿病）為管理重點，採取「篩檢」和「異常個案健康管理」並進的方法。本研究自1987年3月至次年2月，共收集一年的管理紀錄，對篩檢的涵蓋率與個案健康管理的成效加以分析。其中個案健康管理部分，共有40名孕產婦，31名慢性病患者，符合收案標準，並有完整的衛生教育和健康行為、健康指標紀錄，將列入個案成效評估。本研究除使用各項篩檢服務的涵蓋率，評估一年來服務的普及性外，亦分項評估上述合於管理條件的個案，在健康管理前後，相關的認知與健康行為進步的情形，評估「已知道」、「已實行」的標準，係依照行政院衛生署和省公共衛生研究所訂定者，因係同一個案之前後比較，且均為「知」、「不知」，「已實行」、「未實行」的二分法，故使用McNemar氏卡方檢定。

結 果

Taiwan Public Health Association
台灣公共衛生學會

表 1 各項服務涵蓋率與收案管理情況，1987-88。

項 目	孕產婦	嬰幼兒	慢性病防治
戶籍人口	418	418	7372
現住人口	169	214	4330
現住／戶籍	40.4%	51.2%	58.7%
篩檢人數	152	214	2018
篩檢涵蓋率 (現住人口)	89.9%	100%	46.6%
合於收案條件人數	126	145	164
收案人數	89	81	85
收案率 (佔合條件表)	70.6%	55.9%	51.8%
每一個案平均管理 次數	6.3	14.8	12.8

本研究各項服務涵蓋率與收案管理情況見表 1，由表中可以發現：無論婦幼或慢性病防治人口，均有相當高的空戶率，其中又以孕產婦最為嚴重，現住人口僅佔戶籍登記人口的 40.4%，半數都不到；嬰幼兒比孕產婦稍多一些，也只有 51.2%，由此亦可見有部分母親生產後自己居住外地，而把嬰兒托放在本籍所在處；慢性病防治的目標人口為 40 歲以上之中老年，卻仍只有 58.7% 經常居住於戶籍所在地。由上述這些數字，可以發現鄉村人口外流的嚴重性及普遍性，若評估保健服務成效時，不先作一次現住（且為經常居住）人口調查，常常會發現無法達到依戶籍人口所訂定的「目標數」。在扣除無法找到的空戶後，三項服務的篩檢率分別為：孕產婦 89.9%，嬰幼兒 100%，慢性病防治 46.6%，表面上看來，前二者成績比較好，但慢性病防治的目標人口有 4330 人，一年內能篩檢 2018 人，其投注的人力、物力反而比婦幼衛生為多。三者的收案情形則為：合於收案條件而被收案的比率，在孕產婦為 70.6%，嬰幼兒為 55.9%，

慢性病防治為 51.8%，每一個案平均管理次數，在孕產婦為 6.3 次，嬰幼兒為 14.8 次，慢性病防治為 12.8 次。

為了解各項服務的個案健康管理成果如何，本研究進一步分析了 40 名接受管理的孕婦，和 31 名接受管理的慢性病患者紀錄，這些人均經過「基層保健服務中心」模式的全部個案管理過程，結果分別見表 2，表 3。其他的被收案者，因追蹤時間不夠久，未能在收集資料的一年內完成全部的管理過程，故略去不計。

由表 2 可以發現，24 項個案健康管理的衛生教育中，高達 19 項，呈現高度顯著性（ $p < 0.01$ ）的衛生教育效果，3 項（嬰兒用物認知、實行，及家庭計劃）達到 0.05 的顯著水準，另外 2 項（擬餵母乳，及生產地點選擇）不具統計顯著性。而此 5 項大部分的個案在管理前已有正確的認知或健康行為。19 項呈現高度顯著性的教育項目，則大多為管理前不知或未實行，管理後已知或已實行，只有少數如「優生保健認知」、「STS 認知」、「血色素認知」是均有

表 2 宜蘭縣三星鄉孕產婦健康管理前後之比較，1987-88

項 目	管理後		McNemar's χ^2	P 值
	+	-		
1. 優生保健認知	管理前 + 9 - 12	0 13	10.08	$P < 0.01$
2. 按時產檢認知	管理前 + 12 - 13	1 3	18.38	$P < 0.01$
3. 尿蛋白認知	管理前 + 4 - 30	0 5	28.03	$P < 0.01$
4. 尿糖認知	管理前 + 4 - 30	0 5	28.03	$P < 0.01$
5. 體重認知	管理前 + 3 - 32	0 4	30.03	$P < 0.01$
6. 血壓認知	管理前 + 5 - 29	0 5	27.03	$P < 0.01$
7. STS認知	管理前 + 2 - 25	0 12	23.04	$P < 0.01$
8. B 型肝炎認知	管理前 + 10 - 23	0 6	21.04	$P < 0.01$
9. 血色素認知	管理前 + 3 - 14	0 22	21.07	$P < 0.01$
10. 危險訊號認知	管理前 + 6 - 30	0 3	28.03	$P < 0.01$
11. 預防流早產認知	管理前 + 6 - 28	0 5	26.04	$P < 0.01$
12. 預防流早產注意	管理前 + 15 - 24	0 0	22.04	$P < 0.01$
13. 一日飲食內容及量(牛奶)	管理前 + 6 - 23	0 9	21.04	$P < 0.01$
14. 一日飲食內容及量(乾飯類)	管理前 + 10 - 24	0 5	22.04	$P < 0.01$

表 2 宜蘭縣三星鄉孕產婦健康管理前後之比較，1987-88

項 目	管理後		McNemar's χ^2	P 值
	+	-		
15. 一日飲食內容及量（肉類）	管理前 +11 -24	0 4	22.04	$P < 0.01$
16. 一日飲食內容及量（蔬菜）	管理前 +16 -20	0 3	18.05	$P < 0.01$
17. 一日飲食內容及量（水果）	管理前 +18 -18	0 1	16.06	$P < 0.01$
18. 擬餵母乳	管理前 +18 -9	0 9	3.56	N.S
19. 嬰兒用物認知	管理前 +25 -7	0 3	5.14	$P < 0.05$
20. 嬰兒用物實行	管理前 +23 -8	0 4	6.13	$P < 0.05$
21. 產兆認知	管理前 +15 -13	0 3	11.08	$P < 0.01$
22. 生產地點選擇	管理前 +25 -4	0 2	2.25	N.S
23. 新生兒黃疸認知	管理前 +11 -15	0 4	13.07	$P < 0.01$
24. 家庭計劃	管理前 +18 -7	0 6	5.14	$P < 0.05$

註：+表示「知道」或「已實行」
-表示「不知道」或「未實行」

表 3 宜蘭縣三星鄉慢性病防治健康管理前後之比較，1987-88.

項 目	管理後		McNemar's χ^2	P 值
	+	-		
1. 血壓值正常範圍	管理前 + 6 - 11	0 14	9.09	$P < 0.01$
2. 血壓認知	管理前 + 3 - 18	0 10	16.06	$P < 0.01$
3. 血糖值正常範圍	管理前 + 1 - 11	0 16	9.09	$P < 0.01$
4. 血糖認知	管理前 + 1 - 11	0 14	11.08	$P < 0.01$
5. 正常尿糖值	管理前 + 9 - 11	0 9	9.09	$P < 0.01$
6. 尿糖認知	管理前 + 3 - 16	1 9	11.53	$P < 0.01$
7. 正常尿蛋白值	管理前 + 12 - 11	0 6	9.09	$P < 0.01$
8. 尿蛋白認知	管理前 + 6 - 14	1 8	9.6	$P < 0.01$
9. 少鹽份認知	管理前 + 16 - 14	0 1	12.07	$P < 0.01$
10. 少鹽份實行	管理前 + 13 - 17	0 1	15.06	$P < 0.01$
11. 按時就診	管理前 + 9 - 8	4 10	0.75	N.S
12. 按時服藥	管理前 + 8 - 9	3 11	2.08	N.S
13. 少膽固醇認知	管理前 + 11 - 17	0 2	15.06	$P < 0.01$
14. 少膽固醇實行	管理前 + 18 - 9	0 3	7.11	$P < 0.01$

表 3 宜蘭縣三星鄉慢性病防治健康管理前後之比較，1987-88.

項 目	管理後 + -	McNemar's χ^2	P 值
15. 少菸酒認知	管理前 +21 0 - 9 1	7.11	$P < 0.01$
16. 少菸酒實行	管理前 +23 0 - 5 3	3.2	N.S
17. 運動認知	管理前 + 7 0 -18 5	16.06	$P < 0.01$
18. 運動實行	管理前 + 8 1 -12 9	7.69	$P < 0.01$
19. 維持理想體重 認知	管理前 + 5 0 -15 10	13.07	$P < 0.01$
20. 維持理想體重 實行	管理前 + 9 0 -10 11	8.1	$P < 0.01$
21. 自行驗尿認知 (1)	管理前 + 2 0 - 7 5	5.14	$P < 0.05$
22. 自行驗尿實行 (1)	管理前 + 1 0 - 6 7	4.17	$P < 0.05$
23. 低血糖症狀認 知 (1)	管理前 + 1 0 - 8 5	6.13	$P < 0.05$
24. 低血糖症狀預 防 (1)	管理前 + 0 0 - 4 10	2.25	N.S
25. 低血糖症狀處 理認知 (1)	管理前 + 1 0 - 8 5	6.13	$P < 0.05$
26. 低血糖症狀處 理實行 (1)	管理前 + 0 0 - 5 9	3.2	N.S
27. 糖尿病飲食認 知 (1)	管理前 + 3 0 - 9 2	7.11	$P < 0.01$
28. 糖尿病飲食實 行 (1)	管理前 + 2 0 - 7 5	5.14	$P < 0.05$

表 3 宜蘭縣三星鄉慢性病防治健康管理前後之比較，1987-88.

項 目	管理後		McNemar's χ^2	P 值
	+	-		
29. 足部護理認知 (1)	管理前 + 1 - 13	0 0	11.08	$P < 0.01$
30. 足部護理實行 (1)	管理前 + 2 - 12	0 0	10.08	$P < 0.01$
31. 每月量血壓認 知 (2)	管理前 + 7 - 12	0 0	10.08	$P < 0.01$
32. 每月量血壓實 行 (2)	管理前 + 11 - 7	0 1	5.14	$P < 0.05$
33. 洗澡水冷熱適 應認知 (2)	管理前 + 13 - 6	0 0	4.17	$P < 0.05$
34. 洗澡水冷熱實 行 (2)	管理前 + 17 - 2	0 0	0.5	N.S
35. 預防便秘認知 (2)	管理前 + 6 - 10	0 3	8.1	$P < 0.01$
36. 預防便秘實行 (2)	管理前 + 14 - 2	2 1	0.25	N.S

註(1): 糖尿病患者 17 人，其中 3 人無資料。

(2): 高血壓患者 19 人。

(其中有 5 人同時患有糖尿病與高血壓)

+ 表示「知道」或已實行」

- 表示「不知道」或「未實行」

較多人管理前不知，管理後亦不知。24 項一致的是，沒有人管理前已知或已實行，管理後反而不知或未實行。此外，各項均有人單項資料不全。

表 3 是慢性病防治個案健康管理的成果。其中包括 14 名高血壓患者，12 名糖尿病患者，5 名同時患有高血壓和糖尿病的患者。36 項的管理項目中，前 20 項共同項目，自第 21 項「自行驗尿認知」起至第 30

項「足部護理實行」，為針對 17 位糖尿病患者所作的健康管理，而自第 31 項「每月量血壓認知」起至第 36 項「預防便秘實行」，為針對 19 名高血壓患者所作的健康管理，其中又有 5 人同時患有兩種疾病，在上述項目中得到重複的管理。此外，如同孕產婦個案管理一樣，此部分亦有少數病人因單項資料不全而在部分項目中未列入統計。

此部分結果顯示，36 項中，有 22 項的

McNemar 氏卡方值均達到高度的顯著水準 ($p < 0.01$)，亦即呈現明顯的健康管理效果，但其中仍有頗多項目出現多人管理前後均不知或未實行的情況。顯著性較低的 ($P < 0.05$) 項目有糖尿病人的「自行驗尿 (認知與實行)」、「低血糖症狀 (認知與處理)」、「糖尿病飲食實行」，高血壓病人的「每月量血壓實行」、「洗澡水冷熱適應」。不呈現顯著性的項目有「按時就診」、「按時服藥」、「少菸酒實行」、高血壓病人的「洗澡水冷熱實行」、「預防便秘實行」、糖尿病人的「低血糖症狀預防」與「低血糖症狀處理實行」。在這些顯著性較低和不具顯著性的項目中，「按時就診」、「按時服藥」、糖尿病人的「自行驗尿 (認知與實行)」、有關「低血糖症狀」的幾項、及「糖尿病飲食實行」諸項，呈現較多管理前後均未知或未實行的情形，甚至「按時就診」和「按時服藥」還各有 4 人及 3 人，管理前已實行，管理後卻未能實行。其他各項，如「少菸酒實行」等；卻是因為在管理前即有大多數的個案已經知道或實行，而看不出管理及衛生教育的效果。

綜合表 2 和表 3 的結果，可以得知：大部分的管理或教育項目均可看出顯著的效果，若將「孕產婦」和「慢性病」相比較，又可發現前者無論在具高度顯著性的項目比例上，及卡方值的大小 (即顯著性的高低) 上，又比後者為佳。而二者的共同點為，顯著的較低或不具顯著性者多為個案已知或已實行的項目。而顯著性較高 ($p < 0.01$) 者，大多為呈現較多個案由不知、未實行，經過管理，變成已知、已實行的狀況，但管理前後均不知、未實行者仍然存在，慢性病的健康管理中又比孕產婦者為多。

討 論

本文將要從研究限制、篩檢涵蓋率與收案管理情況、各項個案健康管理的分項成效

、及政策上的涵義與未來的展望來討論。

在研究限制方面，第一，本研究進行的地區僅限於宜蘭縣三星鄉，推論的範圍無法包含性質不同的地區。第二，雖說是綜合地段健康管理，但只以婦幼衛生和慢性病防治為管理的內容，尚未包含此二重點以外的工作。第三，在評價型研究中，只有實驗組一組，作事前和事後比較的方法，並不是一種良好的設計，各種可能威脅內在效度 (即介入或實驗的效果) 的因素，如歷史的變化、成熟度的改變、預試的影響、工具的影響、統計迴歸現象、選擇偏差、個案的流失等，均會出現，理想的設計應為一組以上隨機分派的實驗組與控制組 [7]，然基於全鄉一致推行的方便性、研究倫理的考慮，仍決定採取目前的方式；此外，有關「基層保健中心」模式的評價，省公共衛生研究所已作過含有實驗組與控制組，以社區 (鄉鎮) 為單位的準實驗研究，唯實驗組與控制組非由隨機分配而得 [5]，因此，本研究僅採行單一實驗組前後比較的方法。第四，在個案的健康管理上，因時間尚短，故僅評價認知與健康行為的改變，對於健康狀態的改進，則無法遽下結論。且能夠分析的人數較少，在推論時應採較保守的態度。

在篩檢涵蓋率及收案管理情況方面，首先可以發現戶籍人口大量流失的現象，各項服務僅能找得到大約半數的戶籍登記人口，即使中老年人口亦不例外。這是台灣地區都市化以來，鄉村社區的普遍現象，也是以戶籍人口為基準的醫療保健服務，所面臨的普遍問題，早在 1984 年，江昭興、季瑋珠、陳建仁等便在對雲林縣四湖鄉民衆有關小兒麻痺預防接種的認知、態度、實行的研究中探討過 [8]。本研究亦發現，現住的嬰幼兒比率比孕產婦高，顯示有部分母親本人在外地居位 (可能因工作之故)，把孩子留在鄉下交由家中其他人 (特別是祖母) 照顧，這在上述四湖鄉的研究 [8] 中亦有相同的發現，此一現象頗值得注意。整體而言，基層的

衛生行政單位在工作量目標訂定上，亦即「目標數」的設定，應參考現住人口與戶籍人口的差距。再看以現住人口為準的篩檢涵蓋率，可以發現在孕產婦和嬰幼兒方面，均相當令人滿意；慢性病防治方面，雖然較低，只有 46.6%，不以孕產婦的 89.9%，嬰幼兒的 100%，但慢性病防治的高危險人口包含所有 40 歲以上的人，現住人口高達 4330 人，在一年內能篩檢近半，已是全力以赴的結果，平均每月全鄉要篩檢 168 人，每地段要篩檢 28 人，六個地段一年內才能篩檢 2018 人，況且慢性病防治不似懷孕生產，須掌握時效性，以目前之速度，大約兩年就可以將全鄉現住人口中的高危險群篩檢一次，應是可接受的範圍。由此亦可得知，基層保健服務中心計畫推行之初，曾有人擔心此一計畫因較重視個人健康管理「質」的提昇，會犧牲以「涵蓋率」為指標之「量」的成績，是過度憂慮的。而由合於收案條件者中，實際收案的比率看來，只有孕產婦的收案率 70.6 % 較高，其餘均只有應收案者的半數左右。是基層保健服務中心所訂定之收案標準不切實際，還是應收案者未感受到自己健康問題的嚴重性，或者這些高危險群另有服務供給者，有待進一步探討。由每一個案平均一年管理次數來看，除孕產婦只有 6.3 次較低外，嬰幼兒和慢性病防治均達到理想的標準。大致而言，本研究各項服務在全鄉的涵蓋率及管理次數等成果和黃明珠，吳聖良，林金玉等「基層保健服務之評價研究」結果〔5〕相做。

在孕產婦及慢性病個案的健康管理成果評估方面，本研究係分項以 McNemar 氏卡方檢定，比較管理前後之不同，此種方法與黃明珠，吳聖良，林金玉等只使用總分者相比較〔5〕，優點是較為仔細，且不會因為分數分佈非常態而在統計方法上發生困難，亦不會造成和無效項目相加而沖淡單項的效果，缺點是太過複雜，有同時作多重比較的問題，且結果判斷均用二分法，可能失之武

斷。由這兩個部分的結果看來，大部分的管理項目在個案的認知和健康行為上均有顯著的效果，孕產婦的成果又比慢性病患者為佳，不但有顯著差異的項目較多，而且卡方值較高。其原因之一可能為孕產婦個案較年輕，教育程度較高，對新觀念、新作法較能接受，此點可由孕產婦管理前後均「不知道」或「未實行」者較慢性病患者為少，得到支持，另外，也可能是與慢性病防治的知識相比，平時這些年輕的育齡婦女並無足夠的途徑獲取有關懷孕、生產、育嬰的衛生教育，此點可由有相當多孕產婦管理的項目，均有多人由管理前「不知道」，或「未實行」，到管理後「已知道」或「已實行」，慢性病患者中，此種情況反而較少，得到支持。由此可見，雖然台灣地區過去婦幼衛生已有相當不錯的成就〔4〕，但亦不能因為人口的老化而只將社區醫療保健的重點放在老人照顧、慢性病防治。孕產婦健康管理仍是培育健康下一代的基礎，面對年輕、學習和接受能力強的孕產婦個案，應提供正確而足夠的衛生教育與諮詢。另一方面來看，慢性病患者則需要更多耐心反覆教育，以達到理想的目標。

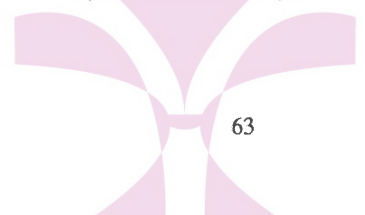
分項觀之，本研究亦希望從眾多管理項目中，找出管理效果較為明顯的，和不具什麼效果的，各有什麼特徵，以作為日後規劃社區衛生教育的參考。在孕產婦健康管理方面，「擬餵母乳」和「生產地點選擇」不具顯著性，「嬰兒用物（認知與實行）」、「家庭計劃」只達到 0.05 的顯著水準，這幾項管理前後認知，實行的分佈之均為大多數個案在管理前已知道，或已實行的情況，亦即不需要特別加以教育，可在日後的管理計畫中減輕這些項目的比重。相反地，雖然「優生保健認知」、「STS 認知」、「血色素認知」呈現顯著的管理效果，但仍有相當高的個案數，（分別是 13 人、12 人和 22 人）管理前後均不知道，這三項則應列入加強教育的範圍。至於為什麼同屬認知的範圍

，單單這三項效果較差，則有待進一步的研究。

在慢性病防治的個案健康管理方面，管理前後不具顯著差異的七項中，「少菸酒實行」、高血壓病人的「洗澡水冷熱實行」，和「預防便秘實行」三項，均是有多人管理前即已做到，所以健康管理未呈現顯著影響，而伴隨上述三項「實行」的「認知」項目，卻仍有管理前後的顯著差異，只是卡方值並不很大而已，這是否暗示許多個案「不知亦能行」？值得探討。另外四項，「按時就診」、「按時服藥」，和糖尿病人的「低血糖症狀預防」和「低血糖症狀處理實行」；則出現較多管理前後均未實行的個案，真正由管理前未實行，到管理後已實行者較少，在前二項尚各出現 4 人 3 人管理前已實行，管理後反倒未實行。在這四項中，後二項的效果不彰，可能因為病人根本未曾出現過低血糖症狀，前二項則就顯示了「醫囑遵從性」(compliance)低落，健康管理也對之難發生作用，這在慢性病防治中一向是相當困難的問題，也是慢性病人的主要壓力來源之一〔9〕，這在田玫，季瑋珠，張智仁等對台北縣項寮鄉糖尿病人疾病壓力與家庭支持的研究〔10〕中，亦可得到證實。在顯著性較低($0.01 < P < 0.05$)的七項中，高血壓病人「每月量血壓實行」和「洗澡水冷熱適應認知」亦是屬於管理前即已做到的項目，這兩項，和上述不具顯著性的三項，在日後健康管理的設計上，可以不必如其他項目那麼重視，而七項中的另外五項，均屬於糖尿病患者的管理內容，卻出現較多管理前後均不知道或未實行的個案，值得注意及加強。此外，在出現顯著差異的各項中，亦有「維持理想體重(認知與實行)」，和「運動實行」等，有較多個案管理前後均不知道或未實行，亦是應該加強的項目。總括來看，慢性病的控制，不但要按時就醫，按時服藥，亦要學習很多新知，改變生活習慣〔9，10〕，短短一年，慢性病防治的個案健康

管理，能有如此的成果，已屬不易，尤其是管理的對象均為40歲以上的鄉村社區居民，更為可貴。倘若能有更長時間的追蹤，並確實善加運用社區的各種醫療保健資源，特別是群體醫療執業中心，當會看到更明顯的效果。當然，正如「研究限制」中所言，沒有隨機控制組的研究，在評價成果時，須持較保守的態度，是本研究討論時應該切記的。

最後談談政策上的涵義，與未來的展望。本研究至少在醫療保健政策上有以下的參考價值：第一，以現住人口為準的醫療保健服務將是以後重要的趨勢，外流和流入人口較多的社區應作好人口校正；第二，母親不與嬰兒同住，將嬰身留在鄉村地區的情況十分普遍，婦幼衛生服務要因應此一特徵；第三，「基層保健服務中心」模式，不僅重視個案管理的品質，在全鄉人口高危險群的涵蓋率上，亦相當令人滿意；第四，嬰幼兒和慢性病防治收案率較低，值得注意並探討其原因；第五，本研究針對孕產婦和慢性病收案管理的個案，逐項分析各管理單項對個案認知與健康行為的影響，找出成果顯著的項目，亦對成效不彰的幾項加以檢討，可供今後設計管理內容之參考。而在未來的展望方面，本研究雖每次肯定了「基層保健中心」模式對社區的貢獻，但嚴格地說，目前由此模式發展出的「綜合地段健康管理」，亦只達到篩檢危險群，早期發現早期治療的「次級預防」，對於其預期目標中的「對非危險群提供初級預防服務」〔5〕，尚未開始進行。而根據芬蘭北 Karelia 社區心臟血管疾病預防計畫的研究結果〔11，12〕，唯有對全社區作初級預防，才能真正減低心臟血管疾病的發生率，先進國家的經驗可以作為我們日後努力的方向，希望很快地，由基層保健服務中心模式發展出來的綜合地段健康管理，能在對高危險群的次級預防頗有成果後，開始對全社區進行整體性的初級預防，以增進所有居民的健康。



致 謝

本研究承蒙行政院衛生署經費補助，宜蘭縣三星鄉衛生所全體同仁配合執行，護產負責人陳翠蘭小姐收集並提供研究資料，台大醫院公共衛生研究所黃玉立、魏中仁、顧家綺諸君協助資料處理，研究助理陳春君、凌坤楨、符春美協助報告之完稿，方得以順利完成，特此致謝！

參考文獻

1. World Health Organization, WHO: Declaration of Alma-ATa 1978.
2. Williams G. WHO-the days of the mass campaigns. World Health Forum 1988; 9: 7-23.
3. Williams G. Reaching out to all. World Health Forum 1988; 9: 185-99.
4. 江東亮，健康與公共衛生的歷史。見：陳拱北預防醫學基金會主編。公共衛生學，台北，巨流圖書公司，1988：9-35。
5. 黃明珠，吳聖良，林金玉等，基層保健服務之評價研究。公共衛生（季刊）1987；14：1-11。
6. 楊志良，江東亮。群體醫療執業中心計畫對醫療照顧可近性之影響，第二年報告。台北，行政院衛生署，台大醫學院公共衛生研究所，1986。
7. 石曜堂，林芸芸。衛生計劃的評價，見：陳拱北預防醫學基金會主編，公共衛生學。台北：巨流圖書公司，1988：751-69。
8. 江昭興，季瑋珠，陳建仁等。四湖鄉民衆對小兒麻疹預防接種認知、態度、實行之調查研究，中華衛誌 1984；2：63-83。
9. Miller JF. Coping with chronic illness. Wisconsin: F.A. Davis Company 1983; 15-36.
10. 田玫，季瑋珠，張智仁等。台北縣貢獻寮鄉糖尿病人疾病壓力與家庭支持之研究。中華衛誌 1988；8（3）：150-60。
11. Mc Alister A, Puska P, Salonen JT. Theory and action health promoting: Illustrations from the North Karelia Project. Am J Public Health 1982; 72: 43-50.
12. Jaakko T, Pekka P. The changing role and legitimate boundaries of epidemiology communitybased prevention programmes. Soc Sci Med 1987; 25: 589-98.



EVALUATION OF INTEGRATED HEALTH CARE IN THE RURAL TOWNSHIP OF SAN-SHING, ILAN COUNTY

WEI-CHU CHIE, SHU-FEN CHANG*, MEI-HUEI CHANG*,
TA-REN CHIEN**, CHIN-CHANG CHOU***

In order to achieve the goal of "health for all by the year 2000", in the area of primary health care, the Health Station of San-Shing Rural Township, Ilan County, carried out a comprehensive district health care project based on the "primary health care center model". After a previously successful trial, the project was carried out, using public health nurses to provide high risk screening and personal health care services from March 1987 to February 1988. After adjusting for Ilan County's serious emigration problem, the main achievements were a coverage rate for high risk screening of maternal health, infant health, and chronic disease control of 89.9%, 100% and 46.6%, respectively. The follow-up rates for eligible high risk cases of these three services were 70.6%, 55.9% and 51.85%, respectively. McNemar's Chi-square test was used to determine whether or not the personal health care of high risk cases had improved after educational efforts by health care

providers. In general, most of the educational items demonstrated significant improvement, with those items dealing with maternal health care showing even better results. For some of the maternal health care items, such as "planning to breast feed", "choice of place of delivery", and "reduced smoking and alcohol consumption", many of the subjects had acquired correct information and were following it even before receiving educational and personal health care services. However, for other items, such as compliance in chronic disease patients, many of the cases did not have correct information, nor were complying with it either before or after educational efforts and personal health care services. This study further supports the effectiveness and contribution of the "primary health care center model", and provides suggestions on the content of personal health care for high risk cases.

(J Natl Public Health Assoc (ROC) 1990; 10(1) : 53-65)

Institute of Public Health, College of Medicine, National Tawian University

* Bureau of Health, Ilan County

** Bureau of Environmental Protection, Taipei City

*** Provincial Ilan Hospital

