

臺灣鄉村的

衛生組織及其問題的探討

林淑萱

一、前言

最近幾年政府對鄉村的發展較以往重視，我們可以從民國六十一年九月二十七日行政院公布「加速農村建設重要措施」看出政府的努力方向。在這個方案裏可以發現其着眼點不外是如何提高農民所得，其他的目標雖然也有副目標的存在，却難以看出它所能發揮的功能。

當社會結構發生變化，經濟的發展列為重要的目標時，我們是否曾想到在轉型的工商業社會裏應預防公害的問題？也許我們大多數人只是醉心於追求有形的社會資產，而忽視發展工業的遺害——隱藏的社會成本所帶來對人類社會的生理與心理之危害。

由於我們的社會變遷速率在物質面與精神面不平衡，因此產生某些文化脫節 (Culture lag) 的現象。尤其是鄉村地區 (包括農、漁、牧、礦業等) 逐漸都市化、工業化時，必然會發生環境污染的情形。在這種情況下，我們的衛生組織應扮演的角色，所應達成之功能與目標必然要相對地增多。

近幾十年來，由於衛生行政界的努力，使得環境衛生方面改善了不少，過去的一些傳染病，如霍亂、瘧疾等已大為減少。但是目前的家庭計劃之推廣，

社區發展的環境衛生運動之推展，鄉民衛生教育之加強等均有待努力，未來的目標則更是繁多，單是農民保險的實施，更需要從鄉村醫療設備的擴充、醫療人員素質與數量的兼顧、以及鄉民對於衛生態度、觀念的改變等去加強。

我們要了解現階段應該努力的方向，同時要了解應如何實施才可達成我們的理想。因此本文擬針對鄉村的衛生組織從結構功能的分析加以診斷其問題何在，發生的各種原因 (etiology)，以及如何補救與預防性之目標何在等。希望透過這篇文章能進一步產生拋磚引玉的功效。

二、鄉村衛生組織的架構與功能、目標

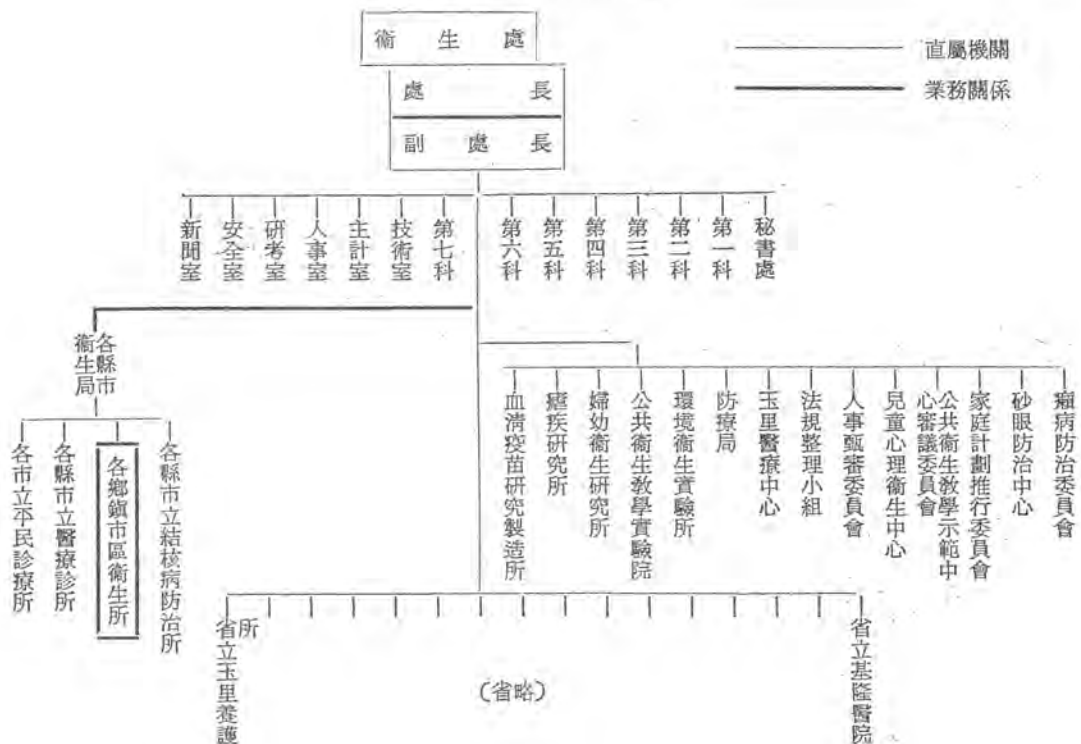
本文鄉村界定之標準係依行政區域的劃分，將全省三百多個鄉鎮均列入討論的範圍。一般說來，組織的結構功能可以由其元素 (Component)、向度 (dimension) 與組織之界限、範圍 (boundary) 來評價，也就是帕森斯 (Talcott Parsons) 以二者之間的互動關係形成之網絡，利用這種體系理論可以分析鄉村衛生組織的靜態與動態層面。除此之外我們也可以由組織的分類如正式組織 (formal organization)、非正式組織 (informal organization) 來觀察，比較鄉村衛生組織與其他非正式組織如鄉閭、宗族等所具有的特質。

本文則希望由一個組織圖 (organization chart) 來指出鄉村衛生組織 (主要指正式組織中各鄉鎮衛生所) 與其直屬機關、平行 (有業務往來) 機關的互動關係。如下圖所示我們可以發現鄉鎮衛生所是衛生行政體系中地方基層組織單位，它原來隸屬於縣衛生局，但後來改為鄉鎮公所行政監督，縣衛生局僅為技術監督之地位。從一些有業務關係的機關可以看出各鄉鎮衛生所往往可以透過衛生局而取得外部的社會資源，這些資源大半是技術的協助、專業知識的提供等。而由其隸屬的機關來看，鄉鎮衛生所本身的經費乃要受地方政府與地方民意代表的監督，而其工作也要受這些外部人員的監督，才能更加惕勵完成其職責。

衛生所內部的組織又如何呢？我們知道組織裏面往往存有副組織單位，如衛生室及村里衛生工作巡迴站便是衛生所的副體系結構單位。在衛生所裏面的人員與其職位又如何呢？一般說來有主任一名，往往是由醫生兼主任，其下的醫護人員有公共衛生護士、護士、助產士、檢驗員、保健員、技術員、事務員、臨時人員 (未編制)。由臺灣省各級衛生機構數與縣市立衛生機構及人員數之統計 (民國六十五年)，可以發現少數鄉鎮衛生所沒有醫師 (註一)。這種情形比起六、七年前的情形，三百六十多個鄉鎮衛生所中有五十三個鄉鎮衛生所沒有醫師的狀況是有些進步了 (註二)。至於其他衛生技術人員如公共衛生護士、檢驗員、技術員等往往是缺少的，處理文書的事務員往往也沒有編制。在這種人數不多 (六——十六人左右) 的組織裏，其所要達成的功能與目標，其權限及責任如下所示：

- (1) 衛生室工作之指導協助事項。
- (2) 傳染病之處理隔離及報告事項。
- (3) 推行種痘預防注射及各項防疫活動事項。
- (4) 地方之調查報告及防治事項。
- (5) 推行婦幼衛生辦理安全助產事項。
- (6) 家庭訪問護理指導事項。
- (7) 學校衛生之輔導事項。
- (8) 衛生教育之宣傳事項。

臺灣省衛生處系統示範圖



(9) 墓地火葬場之衛生部分管理事項。

(10) 飲用水、排水溝改良、消毒、街道房屋清潔之輔導及其他環境衛生之指導改善事項。

(11) 地方開業醫事人員之輔導事項。

(12) 辦理生命統計及衛生業務統計事項。

(13) 健康檢查、疾病治療及巡迴診療事項。

(14) 急救護理事項。

(15) 其他有關衛生保健及衛生院交辦之醫護事項。(註三)

總而言之，衛生所的職責與功能的發揮，包括公共衛生教育，健康的預防，環境衛生的維護，輔導地方開業醫師與地方衛生資料的搜集、統計、分析等。如果它能有充足的設備和醫療人員，自然較有成為民衆保健的「前哨站」之可能性，如此一來省市立醫院則成為「後衛站」的地位。

三、衛生組織的效果與評估

經由以上的介紹與描述，我們進一步要了解衛生所在達成目標的過程中，所能達到的最高程度為何。首先我們由開普樓 (Caplow) 對組織效果的測量來看其 (1) 穩定 (Stability) (2) 整合 (Integration) (3) 意願 (Voluntarism) (4) 成就 (Achievement)，四個變項的反應。(註四)

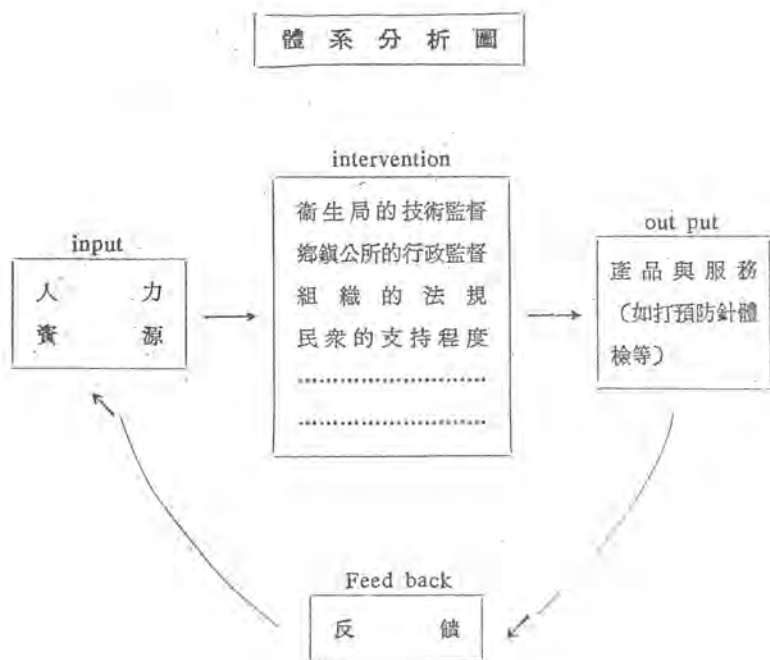
(1) 穩定：衛生所本身能够適應環境且維持其位置，因此在今日它的角色似乎已被確認，且行使一套規範體系來達成其目標，可以說它的地位是不太輕易被動搖。

(2) 整合：組織內部的聯繫與職位的互動以及對外在社會體系的適應，控制衝突、競爭的能力等，均反映其整合程度。大致上說來，衛生所的整合程度並不算很好。我們可由地方政府人員和鄉鎮區代表對衛生所工作的看法顯示出，對衛生所業務的評核有半數以上（地方政府機關人員佔六六·六七%，鄉鎮區代表佔五八·三三%）對衛生所各項業務認為有改進的必要。此外對目前衛生所工作的價值認為不大滿意的地方政府機關人員有二五%，鄉鎮區代表有九

• 七二%，甚至抱怨的各佔六·九四%。(註五)

(3) 意願：由工作人員的工作士氣 (morale) 可以測出其情緒的滿足程度以及其參與 (Participation or involvement) 的程度。

在衛生所工作的醫生往往兼主任，其待遇比一般開業醫生或省市立醫院醫生要差很多，其他醫療人員的待遇也不很合乎理想；加上一般素質較好的醫療人員大多往都市或大醫院就業，以便學習更多的技術與知識，因此我們可以說衛生所的工作無法蓬勃展開與其人員的意願或士氣有很大的關係。如果缺乏專



業倫理守則與信念(ethics of code & belief)，則必定無法產生敬業的精神。

(4)成就：綜合上述三個變項我們可以劃出一個成就測量的 scheme。事實上成就的測量指標相當複雜，Gross 對組織活動的表現如何有七個指標(1)資源的獲得(2)有效的運用人力、資源的輸入(3)生產與服務的輸出體系(4)技術與行政責任合理的行為(5)組織的投資(6)遵守法規(7)對不同的個人和團體利益的滿足。(註六)

心理學家 Maslow 認為人類的最高層次之心理需求乃「自我實現」，同樣的組織之最高層次或終極目標也希望發揮其社會功能。但是如下圖所示：組織的資源、人力之投入(或輸入)，以及經過若干中變項如衛生局的技術監督、鄉鎮公所的行政監督、組織的法規、民衆的支持程度等，乃至於其輸出的產品與服務來看，均可以說明衛生所的組織運轉尚欠靈活，無法發揮其前哨站的功能，因此在一般民衆的心目中，它只扮演著若干庶務性功能以及打預防針、體檢(通常是很馬虎的)等。至於環境衛生的維護往往由地方的派出所擔當，對於民衆的衛生教育更不用說了。

四、鄉村居民的宗教信仰與衛生教育

在鄉村地區要談發展鄉村、建設鄉村等等，均要靠鄉民的自覺與鄉村的組織互相配合而達成(註七)。因為鄉村地區的地理位置、人口的分佈與大小等，均使它的發展受到了限制。無論在臺灣或外國的鄉村地區均遭遇到專門技術人員缺乏的問題，他們(指專科醫師)常往都市跑，以便獲得更多的學習機會(註八)。加上鄉村地區人口均較都市少，自然較不易提供專門化的機會(註九)，換言之，即鄉村地區的分工程度較低，職業也較同質，其他如價值觀念也是以同質性居多。在上述種種特質的限制下，鄉村的建設所需之每單位的社會成本便較都市為高，這便是鄉村地區的種種如組織、設備、工程建設等均較簡陋的緣故。

其次，我們從鄉民對醫療的價值觀念來說明密醫何以存在於鄉村社區以及神明為何會使鄉民有安全感。莊英章先生曾發表一篇文章「臺灣鄉村現代化的

若干問題」提到「村民本身患了小毛病不去找醫師診斷、治療，通常請村上密醫來打針，因此這位密醫的生意非常興隆……，如果打針無效就舉行『問神明』的儀式或到醫院請醫師診斷。」(註十)

由上所述，我們可以發現由於鄉民對於衛生知識普遍缺乏正確的認識，所以會產生認知上的錯誤，對密醫的偏好，以及求神明的宿命論。因此我們便要透過衛生組織的教育，利用圖片、電影、幻燈片等比小冊子更能達成宣傳教育的功效，並提供教育的機會，以刺激、鼓勵的方式使鄉民能習得教育的價值。同時可利用學校及地方展覽的場所使工作人員能以較少的成本而得到較大的效用(註十一)。

其他對工作人員的專業訓練，使他們能了解鄉村居民的需求，同時產生真正的意願，職責感與認同。也就是說針對衛生人員工作情緒的低落，成就動機低、素質低等給予在職訓練。除此之外，對公共衛生護士的訓練課程應擴及社會工作人員的訓練課程(註十二)。當然這樣會加重公共衛生護士的負擔，但是在鄉村地區要扮演一個家戶訪問的衛生工作人員或家政推廣人員，無論如何都要懂得如何進行訪問的工作，如何發掘問題，如何擬定衛生計劃或方案。

鄉村衛生環境自然有其優點與缺點的存在，但是目前鄉村地區的蚊蠅叢生，廚房、廁所等設備較簡陋，因此影響個人的健康。朱辛流先生對農村衛生環境的缺點提出以下四項，可供我們參考。

(一)農民工作時身體常暴露於外，易受寒暑的侵擾，發生各種疾病，遇疾病時則無適當的保養與調理，有損於身體健康。

(二)農民工作時間忙不均，使身體難以適應，農忙則工作日以繼夜，無暇休息；農閒則無正當娛樂，不少染有煙賭的惡習，致殘害身體。

(三)農村中醫藥機構缺乏，農民染有重病，無處求治，一般良好的醫師，則往都市開業，視農村為畏途，鄉間即使有一二醫療診所，亦多設備不全，較重的病症，則束手無策。

(四)農民缺乏衛生常識與遵守衛生的習慣，不講求個人衛生，亦不注意公共衛生，容易傳染各種疾病媒介的機會，使有傷於人體(註十三)。

可見鄉村地區的環境衛生並不是很合乎一般的要求水準，我們可以從許多

方面着手改進，但要考慮到遠程、中程以及近程的目標，如此才有計劃性、程序性、動態性的效果可言。

五、組織目標與功能的達成

每一個組織均有它的目標與功能，有些組織的目標是單元，但大多數的組織為多元，尤其是社會的分工愈來愈細，組織愈來愈複雜，因此我們的組織功能與目標很少是單元化的。

為了應付日漸膨脹的衛生業務，我們必須將組織內的人員、設備以及組織外的社會資源、組織相配合，並加以調整擴充，這是我們必須努力的方向。依照以下的途徑，我們可以尋找到認同的目標，如何行動的抉擇。

(一)專業教育的加強

專業教育的目標是要達成專業人員對專業自我 (professional self) 產生認同感，具有人道的服務精神與工作士氣的高昂，以及知識的具備，技術的應用、實施等。然而臺灣的醫學教育以及其他有關的專業教育，却因為都市化、工業化的影響，而追求金錢、地位等物質方面的享樂與虛名的滿足；對於敬業、樂羣的忽視，使得醫生與藥廠勾結而提高了醫療費用之成本，醫生亂開刀而有一天開數個「胃」的記錄以及開完刀後發現仍將手術用具遺留在病人體內之笑話。

我們的醫學教育等有關的專業訓練仍有待加強，畢竟短短的七年、六年或四年對於醫師、牙醫師、護理人員、社工人員、公共衛生人員等仍然不足夠。但是最要緊的是技術、知識以外的專業信念，對人的本質之了解。如果我們的衛生專業人員能够體認到這些，那麼就不會有「無醫村」的存在，也不會有喪失醫德的行爲產生。

(二)專業人才的培養與鼓勵人才下鄉

我們的專業人才往往有外流的現象，當然與前項專業信念與倫理之論不是有關。過去美國並不限制外國醫師的移入，但近年來則已限制，所以人才外流的情形較不嚴重，何況陽明醫學院每年也有幾十名公費生，培養未來的醫師人才。

但是我們要了解專業人才的培養與人才之分佈也關係着全民的健康。何況一個民主自由的國家本來就應提供給每一個人有充分的機會去獲取應享有的權利。因此鼓勵人才下鄉之前，必須建立家庭醫師制度，在美國很多醫院或者大的診所特別在鄉村地區都有 Family Practice Residency 訓練全能醫師（註十四）。我們一方面給予專業訓練，另一方面要提供他們有出國進修的機會，如此鼓勵人才下鄉才不會使素質與士氣均低落，而影響鄉村人民的保健。

(三)鄉民衛生教育的加強與參與組織的鼓勵

事實上由鄉村衛生的工作人員去改變鄉民對於衛生的觀念與態度並非一蹴可幾的。就拿印度鄉村人民對生理的衰弱或疾病的看法來說，他們認為與違反倫理、道德的行為有關係，理想的醫療方式包括朝聖與儀式，皆可驅除個人的罪惡——是贖罪而不是補藥。此外在臺灣社會裏對神明的信仰入魔者亦可發現，如北港的「媽祖廟」不乏善男信女，焚金箔放鞭炮，不知耗費多少錢財。

畢竟鄉民的平均教育程度均較市民為低，他們對於傳統的權威價值如信念、規範和風俗均較遵從信服 (conformity)，也表現出現代化程度較市民為低，因此這種權威在他們的社會組織內是相當穩定與可靠的一種權力類型 (type of power)。如果我們能說服鄉村社區裏宗教的領袖，或許可以改變鄉民的態度。譬如北港朝天宮的媽祖廟透過其董事之一兼中國佛教會雲林縣支會理事長的郭慶文先生之呼籲，希望媽祖的信徒減少購買鞭炮及金箔，改以「添香油」的方式來幫助廟宇從事更有意義的慈善事業，所以鄉民等均同意奉獻金錢建醫院。（註十六）

類似這種自動自發的行爲改變，我們希望利用社區組織的過程，促使村民有改變的意願與動機。鼓勵村民捐款興建醫院或充實衛生設備，這是很好的改變，但除此之外還要鼓勵他們參與組織的活動，懂得如何利用資源。如果村民對組織的參與程度很高，則組織內的人員必會與他們互動頻繁，彼此溝通的機會多，可以共同發現應該改進的計劃與步驟，並共同評價實施之成果。

(四)實施農民保險

根據孫院長指示省政重點中之一，即為「改進農村醫療早日實施農民保險」（註十七），我們可以看出農民保險的實施在政府心目中的重要性。

農民保險的實施，其目標是保障農民的最低收入之生活水準，使農民能獲得良好之醫療服務外，對於意外事故或罹患疾病而無法工作者並給予現金給付，保障農民的經濟安全。但是農民保險的實施，不應模仿日本「健康保險組合」的組織型態，否則由各級農會來辦理勢必遭遇財源先天不足後天不調的局面。

事實上農民保險只是過渡時期的社會保險之一，我們的遠程目標是「全民健康保險」。但如果要改為全民健康保險，則一定要擴充鄉村地區的醫療設備與人才等，使鄉村地區的鄉鎮衛生所、衛生室等均成為民衆保健的「前哨站」。目前由省立醫院派醫師輪調服務及醫療巡迴服務，即將要提出改革的辦法，以健全鄉村衛生組織的體系。

簡單地說，透過專業人才的教育、訓練與倫理觀念的強化，鄉民衛生教育與動員的效果，以及農民保險或是未來全民保險的實施，我們均可以將組織內外部的病理減輕或掃除。但這需要一段時期的等待與努力，並要考慮國家財政的負擔與國民個人的經濟負擔，因為畢竟國家的「公醫制度」值得作為警惕與參考。

六、結 論

由這篇探討鄉村的衛生組織結構、功能的評價，病理之診斷、治療，一方面可以使我們了解今後應該努力的方向；另一方面也提供給我們預防性的政策、方案之制定。我們將整個組織看為一個社會體系時，則可以觀察其元素（包括人力、物力、財力等）的交互作用，構成一個組織圖以供我們參考、評價。

我們的社會由農業轉換到工、商業為首要的經濟發展時，必須將各個組織部門加以調整、配合社會變遷之需，才可以達成原有之目標，實際上發揮其效用，這是我們所謂社會整合（Social integration）的最高層次之目標，也是達成社會福利的高度目標。

註 解

（註一）臺灣省統計要覽第三十六期，臺灣省政府主計處編印於民國六十

六年十月。

（註二）臺灣衛生第七十三期，省衛生處編印，民國六十年十月第四頁。

（註三）公共衛生學 鄭隆炎、趙思源醫師編著，隆言出版社民國六十二年出版，第七十六頁。

（註四）組織原理 張承漢著，開明版，民國六十六年 第六七頁。

（註五）臺灣衛生第七七期，顏裕庭等「地方政府人員和鄉鎮區代表對衛生所工作的看法」一文，第三十頁。

（註六）Gibson Ivanovich Donnelly "Organizations: Strolouse, Process behavior" Business Publications INC 1973 P.25

（註七）鄉村建設大意 梁漱溟著，文景出版，民國五十九年 第三十六頁。

（註八）Nelson Ramsey Verner "Community structure and change" The Macmillan Company 1960 P. 370

（註九）Amos. H. Hawley "Human Ecology: A theory of community structure" The Ronald priss Company 1950 P.123

（註十）現代化與價值變遷 文崇一等著，思與言，六十六年二月，第一六七頁。

（註十一）T.R. Batten "Community and their Development" 環球 民國五十八年 P.102。

（註十二）Josephing C. Brown "Social Casework in the Rural Program" 選自 "The Rafal Community & Social Casework" FWAA 1933

（註十三）農村社會學 朱辛流著，中華書局，民國四三年，第二三九頁。

（註十四）黃馨忠著「美國的醫師再教育」，青杏，四十六期第七八頁。

（註十五）Benjamin D. Parli, Health, Culture and Community 一九六一年 亞東書局民國五十五年 P.107。

（註十六）聯合報，第九版，民國六十七年四月二十九日。

（註十七）聯合報，第二版，民國六十七年六月十三日。