



社區基層保健服務

——以基層保健服務中心為例

葉琇珠

基層保健服務的特性和原則

美國衛生福利機構會大力推動「健康促進及疾病防治」，並著有「健康人」(Healthy People)一書，介紹(甚可說是宣導)預防保健的觀念。並強調個人自我照護的重要性。任何醫師、任何醫院、任何藥物、任何外在的醫療服務等，都不如自己對健康所做的努力。因此，落實預防保健服務，不只需要衛生醫療機構的服務，更有賴個人建立共識。

所謂「基層醫療保健服務」(Primary Health Care)必須具有可近性、綜合性、整體性、繼續性、第一線的服務、注重品質、有管理、及社區參與等特性。可近性，係指其服務為民眾所接受及容易取得，因而不可忽略社區民眾生活特性，也可引發民眾主動利用衛生醫療保健服務。綜合性，係指所提供服務具廣泛性的服務，自治療、復健以

至預防保健均包括在內，是以「病人」為中心的服務，而不祇是治療「疾病」而已；整體性，係指服務具有協調性及整合性，使得服務不是片面或片段的。繼續性，病患所得到的照顧係在健全的體系下進行，能持續接受服務，當病患不知就醫時，並可以儘速得到追蹤管理，不只生病時才得到照顧。第一線的服務，係指病患得到醫療保健的照顧的入口，是第一線照顧，再透過此服務，界定出轉診的必要性。注重品質，為病患服務層級，不只治療，亦含預防保健。提供服務的工作人員亦經常透過在職訓練、輔導評價來確保工作品質。有管理的服務，係指透過輔導評價來管理其品質，並在組織團體的運作下達成良好的管理，使民眾得到服務具系統性、滿意性。社區參與，服務對象係民眾，透過其參與，將可引發民眾的共識，也使民眾學習自我照顧。社區參與，是基層醫療保健服務活力的來源，可使社區意識的抬頭，各項服務才能為民眾所接受。

二十世紀生物醫學科學有驚人的進步，但是醫療衛生服務的適當性，在多元化的社會，問題重重，民眾對醫療衛生的需求與需要間常存在相當差距。欲深入了解此問題必須了解民眾在維護及促進健康方面的動機、認知和活動間的一連串變化。就衛生主管立場，適切提供民眾所需要的服務——尤其預防保健措施——係為一項重要的衛生政策與計畫。

世界衛生組織(WHO)於一九七八年九月十二日在哈薩克首都阿馬阿塔(Alma-Ata)舉行基層保健服務會議，與會各國政府與團體代表均一致表示要積極維護和促進人類的健康，特發表阿馬阿塔宣言(Declaration of Alma-Ata)。

宣言中強烈重申健康是人類的基本權利，除了要達到人類的基本權利外，而且要盡可能地達到最高層次的健康是全世界最重要的社會目標。呼籲各國政府在西元兩千年以前，以此基層保健服務制度為策略，對所有人民提供基本的醫療保健服務，使得人民享有一個社會經濟上最豐富的生活。為達成

此項目標，除了衛生部門外，尚需要許多有關社會、經濟的部門共同合作。

基層保健服務是必需的保健服務，係國家衛生體系最可能將衛生服務給予每個人、家庭和社區之首要方法。阿馬阿塔宣言對於基層保健服務列述下列原則：

一、基層保健服務係基於國家和社區之經濟情況、社會文化和政治特質，並以應用社會的、生物、醫學、衛生服務研究以及公共衛生經驗的結果為基礎，所產生的反映和制定的計畫。因而它得具有綜合性、整體性的特質。過去的基層保健服務的經驗亦足以提供今日、明日工作之參考。

二、係發掘社區中的主要健康問題，依序提供促進性、預防性、治療性和復健性服務。在預防勝於治療的原則下，基層保健服務採以預防保健為主體，盡可能早期發現社區的健康問題，將可使國家、社會經濟減少損失。

三、基層保健服務至少應包括：教育民眾現在主要健康問題之防治方法；食物的攝取及適當均衡營養的促進；供給安全飲用水及基本的環境衛生；提供婦幼保健與家庭計畫服務；主要傳染病的防治工作；地方性疾病預防和控制；簡易常見疾病和傷害的處理；必需性藥品的供應。這些服務應為切合民眾的日常生活上健康的基本需求，是為社區民眾服務的工作人員應首先提供的服務，更為切合社區的需求加以界定工作的優先次序。

四、除了衛生部門外，還需要所有與國家、社

區發展有關的部門，尤其是農業、畜牧、食物、工業、教育、國民住宅、公共服務及交通部門的參與，且需要所有這些部門的共同努力。這些基層保健服務應具有整體性、可近性，並為透過各部門的協調、參與，以建立共識。

五、應促進社區和個人的充分參與，自工作的計畫、組織、執行至管理均鼓勵參與。充分地運用地方、國家和其他可用的資源；可透過適當的教育途徑以增進社區參與能力。惟有透過社區的參與方可促進社區健康問題的發現及執行。

六、基層保健服務應接連着整體的、有效的雙向性的轉診制度，以為提供綜合性服務，並因應社區需要設定優先次序。基層保健服務常是難以完全解決社區內的健康問題，常需運用二級和三級醫療照護體系。為使服務得以繼續性，更宜有雙向性的轉診制度，病患仍得以回到原住的社區。

七、有賴在地方和轉診層級的衛生工作人員，應用其已具有的社會性專業性的訓練，發揮團隊的工作方式來迎合社區的需要。這些衛生工作人員包括醫師、護士、助產士、助理人員和從事社區工作人員，甚可包括傳統式的醫師。

我國現行「保健中心」概況

我國基層衛生設施自光復以來，向以鄉鎮區衛生所為主體，其工作重點則在門診醫療、預防接種、疾病防治、婦幼衛生、家庭計畫等工作；而臺灣

省於衛生所組織規程第六條規定：「衛生所得在村里設衛生室，置公共衛生護士、助產士、保健員若干人均委任。」以為辦理社區保健及急救工作。臺灣省於五十八年度起，為促進基層民生福利，改善民眾生活，開始推展社區發展工作，約有四三二二個社區，其中大部分社區係相當於村里，大部分社區尚無基層保健設施。目前臺灣地區社會結構已由農業社會轉變為工業社會，國民生活水準提高，加以人口增加，尤其老年人口迅速增加，造成醫療保健需求轉變。如腦血管疾病、心臟病、惡性腫瘤等慢性病症逐年增加。

行政院衛生署基於世界性建議，針對目前及未來我國醫療保健需要、人力資源、科技發展潮流，以及經濟效益，配合我國國情，採取改進措施。遂於民國七十二年間積極推動「基層保健服務中心」（以下簡稱保健中心），以迎合社區醫療保健需要。採行連續性及綜合性照顧，提供預防保健、復健與居家護理服務，協助民眾早期發現疾病，防止後遺症發生，將保健工作深植於基層（家庭與社區）。

保健中心於七十三年度配合羣體醫療執業中心制度的實施，在每個羣醫中心之下，各選擇兩個社區成立，每中心配置受過專業訓練的公共衛生護士兩人，為社區民眾服務。所採用的社區健康管理方式，係利用保健中心的門診、家庭訪視、健康諮詢及轉診等服務，配合社區資源及個案的家庭、社會環境，早期界定社區內危險羣與非危險羣對象，進

而提供預防保健服務。其工作目標為：(一)增進民眾健康知識及行為。(二)早期發現社區之危險羣，早期

管理。(三)提供社區危險羣密集性及連續性之照顧。其作業程序簡示如下：



社區內危險羣認定原則如下：

1. 慢性病人：經醫師診斷確定為高血壓、糖尿病、中風等。

2. 嬰幼兒：第一胎及雙胎以上、早產兒或出生體重在一千五百公克以下或低體重（三百公克以下）、疾病或發育遲緩的嬰幼兒、母親有精神病、智能不足或其他疾病在育嬰方面有嚴重困難者。

3. 孕產婦：社會人文問題者、有特殊妊娠病歷者及本次妊娠有問題者。

4. 家庭計畫：三十歲以下婦女、未避孕者使用方法不順利者，生育間隔太密者，使用效果較差之避孕方法者。

「保健中心」服務內容

保健中心所在的社區其保健服務的涵蓋率，中老年病防治之服務涵蓋率可達百分之七十至八十。對婦幼保健、家庭計畫之服務可達百分之六十至七十。

十。原先預期的普及基層服務，可達社區內總人口之二分之一，將可使社區內四十歲以上的中老年人，四歲以下的嬰幼兒，及十五至三十九歲有偶婦女等人口羣都接受預防保健的健康管理服務。

以整個社區的民眾為服務對象，其得到的服務內容可概述如下：

一、中老病管理：提供四十歲以上居民初步健康檢查，其項目包括身高、體重、血糖、尿酸、尿蛋白、血壓等。這項預防保健服務不只提供疾病篩檢服務，亦為民眾提供確切的預防之道。發現有異常者，即予轉診，經醫師診斷，以為提供繼續性服務。

患有慢性病人者，如高血壓、糖尿病、腦血管病變、風濕病等病患收案追蹤管理，其重點為(一)治療管理：依據醫囑，提供或指導必要之治療、照顧與追蹤管理。(二)復健指導：指導病人及家屬各項復健活動，促使病人早日獨立執行日常生活活動，包括

穿衣、吃飯、如廁、沐浴、獨立行走等。(三)心理適應之輔導：輔導個案了解並接受其罹病與老化現象；協助家屬對個案之瞭解與接納；輔導個案繼續參與社會活動。(四)活動環境之指導：指導個案及其家屬安排一安全、衛生、舒適之居家環境，及適合個案病況之作息。(五)飲食指導：指導病患選擇食物，設計治療飲食食譜，指導執行。對於一個個案，則予均衡膳食之指導。

二、婦幼衛生管理：依照優生保健法之規定，提供產前健康管理、產後健康管理、新生兒及嬰幼兒健康管理。使個案得以按時接受生產前後檢查，確保母體與胎兒健康，亦可使嬰幼兒在其生長發育、養育、教育的過程中得到妥當的照顧，奠定兒童的健康基礎。

三、家庭計畫：協助及指導有偶婦女選用適當的避孕方法，並得以持續地實施家庭計畫，也間接地防止或減少避孕失敗率。必要時，對於社區內的工廠男女員工施行團體衛生教育工作，期強化社區內各年齡層對家庭計畫的認識，尤以家庭經濟、生育計畫的認同，可使各家庭生存得美滿、幸福。尤以家庭成員間互動成長，因着健康嫺嫻的努力更可踏上成長的路。

四、傳染病預防：辦理預防接種，協助傳染病源之調查追蹤，辦理慢性傳染病管理。辦理預防接種項目包括卡介苗、白喉、百日咳、破傷風混合疫苗，小兒麻痺疫苗，麻疹疫苗，白喉類毒素或破傷風類毒素（或兩者混合疫苗），日本腦炎疫苗，德國麻疹疫苗，B型肝炎疫苗等等。社區內急性

傳染病的個案報告及協同有關人員儘速撲滅疫情的發生。目前七十七年七月一日起亦已將登革熱、德國麻疹、先天性德國麻疹候羣、腮腺炎、癩瘋病、淋病、梅毒、風濕熱、肉毒桿菌等疾病列入報告傳染病。

辦理慢性傳染病防治，包括結核病、性病、砂眼、腸內寄生蟲、B型肝炎等。提供民眾預防保健之道，即施予衛生教育，並對疑似患者勸導接受檢查以期早日發現病患，得以確保社區或家庭或個人健康。已發現之病患則提供監督服藥及定期複檢，因而早日恢復健康。

五、緊急救護：對於緊急及意外事件之患者提供必要救護措施。使社區民眾及時得到救護的服務，爭取時效，以使傷害減到最低程度。

六、簡易及常見健康問題的處理：在醫師指導下進行簡單醫療處理，以為指導民眾自我照護，進而提高民眾或家庭解決健康問題的能力。如發燒、腹瀉等健康指導過程，可使民眾對於發生發燒、腹瀉症狀處理得以學習。

七、病患之轉診：與有關醫療單位辦理雙向性轉診，促使病患及早獲得適當醫療照顧，出院後之繼續照護。轉診的服務可使民眾知道運用適當的醫療資源，亦可使醫療的照顧落實於家庭中，個案的服務將臻於可近性與連續性特質。

八、醫療健康諮詢及衛生教育：解答居民有關醫療保健問題、心理衛生輔導、營養指導及家戶衛生指導等。透過個人（或團體）衛生教育活動，可促使民眾對健康問題注重預防保健，亦可促

進社區民眾對社區健康問題的共識感。

「保健中心」服務過程舉例

茲以高血壓個案管理為例，說明保健中心服務過程，而確立其預防保健服務內涵。

一、四十歲以上民眾均須接受量血壓篩檢的服務。期早期發現個案，並轉診給醫師，作正確診斷。發現率為一·五三%至三·七九%。

二、連續性追蹤管理，係採門診及地段訪視方式，管理間隔前兩個月為每二週一次，後採以每月一次，經過一年完成。

三、指導患者對疾病及自我照顧的認識。例如：了解疾病不能根治，知道高血壓引起的合併症，按時就醫，按時按量服藥，能知應少吃高鹽分食物、高膽固醇食物及少抽煙的飲食原則。

四、指導飲食治療。由個案一日飲食量，計算出實際攝取量，再衡量個案的需要量加以指導。惟認知與實際行動間常難以完全符合。由設計好的「一日飲食攝取量」可使個案充分理解，食物的代替品的質與量，進而落實於日常生活中。

五、指導日常生活應注意事項。運動的量及種類。定期量血壓，洗澡水應冷熱適中，預防便秘等指導，促使個案注意其預防保健的措施。

經由保健中心工作人員的管理追蹤，高血壓個案注意血壓的變化，按期按時就醫及按規定服藥，減少合併症發生。對於個案本身達成有健康的個體，繼續其生活，對家庭而言，因有健康的個人，家

庭經濟不必蒙受損失，家庭生活不必承受變故而美滿、幸福生活。社會也不必增加疾病或殘障的發生，更符合「預防勝於治療」的經濟效益。

社區護理評估

保健中心所提供的預防保健服務，係針對整個社區進行評估，了解社區醫療資源，民眾的文化背景，社區的能力，民眾所關心的事物，價值觀，社區團體動力何在，在預防保健的缺失等等。社區護理評估可分由三個方面來探討：

一、社區的健康問題與需要：社區的人口特性，因其地屬偏遠地區，常是交通不太方便，醫療資源亦欠缺者，六十五歲以上人口佔社區人口比例亦逐年提高，更因人口老化，及死亡原因中以慢性病佔多數。經由觀察其疾病的盛行率、發生率、死亡率均可瞭解社區疾病防治的重點，因而設定保健中心工作以慢性病防治為主。餘如新生兒、嬰幼兒死亡率，可供推動婦幼衛生工作指標。

二、社區的衛生力量：如社區的衛生醫療機構分布，於保健中心地區常是醫療資源（尤其醫院診所）缺乏者。目前社區中以配置兩位公共衛生護士，且需經不斷地訓練以確保服務品質。個案常是未具保險身分，其衛生經費來源，由政府設置衛生所、室編列，部分社區設有一「衛生促進委員會」亦可協助推動工作，藉助團體互動來使社區的衛生工作更為迎合民眾的需要。

三、社區的動力：社區內重要關鍵人物，

如里鄰長，或「衛生促進委員會」理事長，均積極參與社區衛生活動。民眾的集會方式如村里民大會，亦可促進民眾的體認，媽媽教室的舉辦，團體衛生教室的舉辦，更可帶動民眾的自我照顧。因着民眾的互動與合作性，保健中心工作人員亦更能推動工作，亦更能瞭解社區的需要。將來所擬訂計畫方可迎合社區需求。

服務項目

透過有效性的社區評估，所提供的服務才能具有可近性及整合性特性。茲以整個社區管理為目標，依其服務項目列述如下：

一、社區慢性病健康管理：以糖尿病、高血壓為主。

1. 早期發現社區中高血壓、糖尿病的個案，使其接受連續性照顧。高血壓平均管理間隔由六・六八個月縮短為一・五二個月。糖尿病管理間隔由七・七八個月縮短為一・二七個月。

2. 增進民眾對疾病的認識及預防方法。對高血壓（或糖尿病）之嚴重性、控制標準、飲食控制及日常生活應注意事項之認知亦稍提高。

3. 按時就醫的比例亦已提高。能定期量血壓者由四・五五%增至五四・四%。糖尿病患能按時按量服藥者由六一・一%增至九三・一%。禁食高糖分食物者由四六・七%增至七四・五%。

二、社區孕產婦之健康管理：

1. 使社區孕婦接受足夠產前照護至少九次以上

者其三三・〇%增至六五・四%；平均管理次數由六・七一次增至一一・一二次。

2. 早期發現社區孕產婦之危險羣，加強其發現率由三六・四%提高至七四・六%。

3. 增進社區孕產婦對產前檢查之認知，包括產前檢查目的、孕期營養等，亦提高。

4. 社區產婦接受產後檢查比率，由二九・〇%增至四二・六%。

三、社區嬰幼兒健康管理：

1. 使社區嬰幼兒能早期並按時接受嬰幼兒健康照護的服務。在兩個月內者所佔三〇・九%提高至六六・一%，管理次數由二・九〇次增至六・七二次。

2. 早期發現社區嬰幼兒之危險羣，發現率由五・九九%增至四六・九二%。

3. 使社區嬰幼兒能如期完成預防接種。

4. 使社區母親或照顧者對於餵奶之間隔、添加副食品、斷奶及均衡營養的認知提高。使能妥善處理育嬰時可能發生的問題。

保健服務嘉惠社區民眾

透過社區評估及社區管理活動，不但收集個案管理資料，更進而掌握家庭的健康資料，例如家戶衛生、生活作息方式、家族疾病史、飲用水、排泄物與廢棄物處理、家庭成員互動關係等等，發掘影響家庭健康的因素，儘可能協助家庭減除這些危險因子。家庭是組成社會的重要個體，有健康的家庭

，方能有健康的社會。

保健中心所提供的基層服務，係為迎向個人、家庭、社會都有健康的生活，提昇生活素質。常運用家庭訪視作為擴展基層保健服務的起點，以家庭為單元界定健康問題，以社區為整體目標界定健康之高危險羣，對於個人注重自我照顧的落實。保健中心工作深入社區服務民眾，為我國基層醫療保健的基層單位的觸角。深受其惠的社區，因着這些保健服務，造福了社區，民眾有所感受，亦積極參與社區衛生活動，促進了地方衛生的成效。然保健中心的服務只限於部分社區，其工作方法正被推廣及應用到其他社區，期嘉惠更多民眾。

〔本文作者任職行政院衛生署醫政處〕

參考資料：

- 一、行政院衛生署，加強基層保健提高農民所得方案——醫療保健計畫，民國七十二年七月。
- 二、臺灣省公共衛生研究所，基層保健服務之評價研究，民國七十四年十一月。
- 三、行政院衛生署，基層保健服務中心工作人員手冊，民國七十三年六月。
- 四、杜敏世，社區護理評估，公共衛生第十二卷第四期，第四八八至四九七頁，民國七十五年元月。
- 五、Harry J. Knopke & Nancy L. Dickelmann, "Approaches to teaching primary health care" (St. Louis: The C.V. Mosby Company 1981), pp 3-14.
- 六、The Surgeon General's Report on Health Promotion And Disease Prevention (1983) "Healthy People".