

摘要

本調查研究主要目的在於藉由比較屏東縣平地、沿海及山地地區民衆對於衛生所業務之認識及利用情形，以求了解目前衛生所現有之工作模式是否能滿足民衆之健康需求，以作為改善行政措施之參考。

本文研究結論之依據是筆者於民國76年6月1日至76年12月31日止，以隨機抽樣方式，抽取平地266戶，沿海200戶，山地134戶，共計600戶為樣本戶，將擬妥之問卷採家庭訪視方式做調查，資料處理，主要應用百分比， χ^2 值檢定及變異數分析，結果如下：

1. 民衆對衛生所業務之認識方面：

100%戶長都知道衛生所之所在地，而知道衛生所所在地之方式，皆以世居者佔多數，由公共衛生護士告知的，平地、沿海及山地地區各為7%、30%、37%。民衆對衛生所業務之認識100%之戶長皆知道衛生所做預防接種服務，並沒有區域之分。沿海及山地地區戶長各有48%知道衛生所有治療疾病之業務，平地地區只有6%。又家庭計劃方面，沿海及山地地區為37.5%及35%，平地地區為69%，又本研究發現家中有無學齡前兒童及住家與衛生所之遠近是影響平地、沿海及山地地區居民認識衛生所業務項目平均數之主要因素。

2. 民衆對衛生所之利用狀況：

平地地區對衛生所利用率比沿海及山地地區低，各為50%、71%及79%。而利用項目皆以預防接種佔第一位，又佔第二位者，平地地區為家庭計劃，沿海及山地地區則為疾病之治療。而影響平地居民利用衛生所服務之主要影響因素為家中有學齡前兒童者及戶長認識衛生所業務項目數多者；沿海及山地地區其主要影響因素為家中有學齡前兒童及戶長教育程度較高者，均呈現較高之利用衛生所服務率。

3. 戶長對改進衛生所業務之意見：

戶長對衛生所業務有無改進意見中，答以有意見者，平地、沿海及山地地區各為76.69%、45%及46.27%，建議加強出院後病患家庭健康服務者，平地地區佔83.33%，沿海地區52.22%，山地地區56.45%；又沿海及山地地區建議各戶發一份衛生所業務內容小冊子者，各佔86.66%及85.48%；建議增加護產人員訪視次數，沿海及山地各佔85.56%及93.55%。由以上各不同地區居民，不同之意見，亦可看出其不同之需要。

綜合以上研究結論，筆者以為未來公共衛生護理工作之理想方向是：

(一)「綜合護理落實基層，白衣天使走入家庭。」加強宣導綜合性護理觀念及做法。(參見附錄一)。

(二)社會的需要是護理界發展「居家護理」最大支持力量，於偏遠地區將居家護理業務併入衛生所(室)護理業務中心發展，是台灣醫療走向之必然趨勢。(參見附錄二)，期望經由這種理想的實現，達成福利社會全民安康之終極目標。

屏東縣平地、沿海及山地民衆對衛生 所業務之認識及利用情形之比較研究

許 秀 月

壹、緒論—研究動機

社會經濟發展的目的是要改善生活條件和提高生活品質，但是只有健康的人才能享受社會發展的利益，也只有健康的人才能促使社會更進一步的發展，因此衛生醫療事業與社會經濟發展是相輔相成的 (mutually supporties)。如社會繁榮，民衆購買力增加，除能獲得更好之膳食、營養、居住、教育及娛樂之機會外，更促使其健康狀況臻於至善。在另一方面，傳染病的控制與撲滅，可使民衆於安居，而促進地方的開發與繁榮；營養之改善與疾病的減少，可增加民衆生產能力，嬰兒死亡率的減低，可避免不必要的多產，而降低家庭人口數，婦幼衛生及家庭計劃的成功，可使兒童得到更好的照顧。健康及教育，而使社會更爲進步。由此可見，民衆健康是整個社會經濟發展重要的一環。

今日許多專家將衛生機構與民衆間關係譬喻爲保健提供者 (provider) 和消費者 (consumer)，以便討論其間之關係【 4 】【 21 】【 5 】；認爲可將市場交易之觀念用爲推銷保健業務的方法，所以需要瞭解消費者需求態度和感覺作爲調整產品及銷路的根據【 6 】，因此也需要以一種活潑之雙線溝通 (衛生機構 ↔ 消費者) 來代替過去衛生組織典型之單線溝通 (衛生機構 → 消費者)，也就是說，衛生機構所提供的服務必須是消費者 (民衆) 認爲需要的，唯有如此民衆才樂於利用而發揮衛生機構更大的效果。

市場商品是反應民衆之慾望，但是衛生計劃是著重於衛生需要，而且實際上要估計衛生計劃是不簡單的，最好的方法是實地調查，如美國之國民健康調查或社區衛生需要調查等，然後根據調查之結果去估計，必須調查年齡、性別、經濟狀況、地理區域，以及行爲反應等不同類別之民衆之衛生需要，並且具有整體之見解【 15 】，因部份調查結果之累積不能保證我們將要推行之衛生服務是否可以確實滿足個人、家庭、社區及全體國民之需要，如果僅以地方代表或一般民衆所表示之意見或要求視爲全體民衆之需要是不對的，因爲很多問題之核心，是存在於低階層之民衆之中，或是那些無暇去衛生所接受服務之人群中。

本研究之研究動機，乃基於台灣地區近40年來衛生所對於公共衛生工作的推展有卓著之貢獻，惟因社會的進步，民衆的需求提高，衛生所現有之工作模式已無法使民衆獲得滿足，解決之道在於衛生機構業務之重組以適合民衆之需要，及加強社區衛生教育，改變民衆之價值觀念，促使其積極求取健康生活之態度，主動尋求衛生保健之服務【9】【46】【50】。位於南台灣之屏東縣，除平地地區外，尚有沿海及山地地區。爲使衛生保健工作落實推展，就必須瞭解不同區域文化中的居民對衛生所業務之認識及利用情形，方能調整服務人員與其服務方式，以適合民衆之需要，並採用適當的教育措施以激發其對衛生保健服務之興趣，踴躍接受服務，確保其健康。筆者有鑑於此，乃做此調查研究。

貳、文獻探討

依照研究主題而進行之文獻查證包括三大部份：一、基層衛生醫療服務之重要性。二、影響民衆利用醫療服務之相關因素。三、價值觀念在公共衛生業務上所扮演之角色。

一、基層衛生醫療服務之重要性

世界衛生組織 (World Health Organization) 於 1978 年 9 月 6 日至 12 日，在蘇聯的阿拉圖 (Alma Ata) 召開基層衛生醫療服務國際會議 (International Conference on primary Health care) 以後，基層衛生醫療服務即普遍受到世界各國之重視。此次會議強調健康是人類的基本權利 (Essential human right)，儘管已開發國家與開發中國家情況不同，各國政治、經濟、文化及社會的條件亦不相同，但有關民衆的健康狀態則不能有差別，希望在西元 2000 年以後，全世界每一個人之健康都能達到相當之水準，而過著對社會、經濟都具有生產性的生活【27】【28】。

胡氏【50】1983 年指出基層醫療服務，乃是使全民都能獲得健康的基本策略，其重點在於必需照顧所有的民衆 (population coverage) 其目的則在提供全民必須的基本衛生醫療服務。目前醫學雖然發達，但健康資源 (health resources) 有限，同時分配不均，高度現代化醫療服務常局限於都市裏少數特殊階級 (privileged people) 才能享受到，尤其在開發中國家，其情況更爲嚴重。全世界有五分之四的人口住在偏遠地區及都市裏的貧民區，他們常常沒有辦法接受長期性的基本醫療服務。因此，如何有計劃的分配醫療資源，使全民得到基本衛生醫療服務，是各國所重視的問題。

基層衛生醫療服務可以說是衛生保健系統及社會經濟發展中不可缺的部份，亦即基層衛

生醫療服務是國家衛生醫療體系中心，是個人、家庭或社區與國家保健系統所最先接觸的第一線。

台灣地區早有遍佈於各鄉鎮市之基層保健服務網一衛生所。行政院衛生署於民國72年7月起陸續在全省偏遠地區成立群體醫療執業中心與基層保健服務中心【37】【38】，石氏【33】1985年並研擬出適合於台灣地區的基層保健服務體系模式，進而提升基層醫療保健服務之品質，共同維護全民之健康。

二、影響民衆利用醫療服務之相關因素

Mushkin等人【20】1974年認為影響民衆利用衛生服務之因素很多，大約可分為三種：即衛生需要的因素，經濟上及組織上的因素，以及民衆對衛生服務機構之信心及態度等因素【7】【12】【20】。將於下探討：

1. 衛生人員所認為民衆的需要與民衆自己所認為的慾望常常不一致，甚至會衝突【3】，所以衛生機構也許亦須調查消費者（Health Care Consumers）的需要和慾望，作為調查產品及銷路的根據【6】，因為保健服務如果供過於求時，將會面臨浪費的問題，故必須根據需求量來調整生產。如果保健工作者（Health Care providers）能採用現代市場交易之原理，滿足消費者之真正需要與慾望，則消費者與保健工作者均能得到真正的利益，因此衛生機構與消費者之間或許須以一種活潑雙線溝通（two-way exchange）的方法來代替傳統的單線溝通，多與民衆晤談，多與民衆討論，多做家庭訪視，多召開定期社區聚會等，以獲得各地消費者之特殊需要、慾望、價值觀、思想情感與健康有關之行為等資料，據以擬定出對消費者真正有用之計劃，重組衛生機構的人員與服務項目及服務方式等，或許可使衛生所之保健業務更為發達。

2. 應引發社區民衆的利用衛生所其他保健服務之動機，因為大部份有關保健方面的衛生服務需求，都可以說是以誘導方式產生的【30】。Hanlon之衛教五步驟【10】，有問題分析（Analysis），喚起醒悟期（Sensitization），宣導期（Education）及引起動機期（Motivation），亦強調強化民衆動機之重要性，教民衆有關衛生所的其他保健服務項目，使與其需要相關連，使其明瞭這些保健服務對健康之重要性，其了解接受服務的好處，或許可以得到較好的效果。

3. 若能加強衛生所與鄰近地區之醫院之聯繫與合作，對社區民衆的醫療保健工作有很大

助益【19】【26】。有的國家爲使民衆得到良好健康照顧，其衛生機關與醫院常有聯繫與合作，例如有的將衛生機關的產前照顧單位，設在醫院裏面由衛生機關與醫院的人員共同合作，提供給病人完善的產前照顧【25】。目前推展群體醫療執業中心，設在政府機關衛生所內給醫師執業，然而與以前不同的是原來衛生所主要之業務有二方面，一是行政方面和公共衛生業務，另外則是負責醫療之業務，現則儘量將醫療業務放手給醫療系統去做，衛生所人員則管理行政業務，由於群體醫療執業中心，是由省立醫院受過訓練的醫師來執業，可將病患轉介到省立醫院，藉此使衛生所與省立醫院建立連繫體系，因此試辦群體醫療執業中心有二個目的，一在吸引醫師到鄉下服務，一在建立一層轉介制度，使不需到一、二、三級教學醫院之病患，儘量留在基層，需要時才給予適當之轉介，以達到有效率的醫療目標。

三、價值觀念在公共衛生業務上所扮演之角色

Andie【1】於1965年發表價值觀念與衛生行爲一文中，曾經強調價值觀念在公共衛生業務之中扮演一個非常重要之角色，衛生工作人員必須認真的去考慮接受服務對象的價值觀念，同時檢討自己有關工作事項之價值判斷，以利衛生工作之推行。Andie認爲公共衛生人員持有的價值觀念，對其業務有下列之影響。

1. 人們所擁有的價值觀念，可以幫助人們來找出什麼是優先需要解決的問題。
2. 價值觀念可以幫助如何來發掘問題，以及問題如何來解決。
3. 價值觀念可以幫助決定對於解決某些問題之看法。也就是說它可以使人們相信那些問題是人力可以克服的，那些問題只好聽天由命。
4. 在設法解決問題之過程中，價值觀念也可以幫助決定彼此之間之關係。
5. 在解決問題之過程中，價值觀念可以幫助確定我們所該扮演的角色。
6. 在解決問題之過程中，價值觀念可以幫助找出最有效的方法。
7. 在評價工作成敗的時候，價值觀念可以幫助決定該選用什麼樣的標準。
8. 價值觀念也可以幫助決定評價工作成敗的時候，其重點應擺在什麼地方。

因此由過去有關之研究發現，影響民衆認識及利用衛生所業務之因素很多，若要徹底推展醫療保健業務到每一個家庭，只有民衆關心自己之健康，衛生保健工作始得有效推展，醫療保健係一種有價值的投資事業，因爲只有健康的國民，才能帶動一切經濟建設。

叁、研究目的

衛生所是我國最基層的公共衛生單位，也是與民衆健康最密切的一環。它設置目的在於提供民衆的保健服務，維護及增進全民的健康。民衆對其認識及利用的情形如何？實應加以探討。

惟衛生所提供的衛生服務項目繁多，而且將來要提供的服務也必定與日俱增；同時會影響利用服務的因素也很多；另一方面民衆的衛生需要及需求也會因地區而不同。故本研究的目的是要探討：

1. 比較屏東縣平地、沿海地區及山地地區，民衆對衛生所業務之認識。
2. 比較屏東縣平地、沿海地區及山地地區，民衆對衛生所利用之狀況。
3. 比較屏東縣平地、沿海地區及山地地區，民衆對改進衛生所業務之意見。
4. 比較屏東縣平地、沿海地區及山地地區，衛生所之功能、人力與組織。

肆、研究方法與過程

一、研究對象與選取方法

本研究自七十六年六月一日始至七十六年十二月卅一日止，依屏東縣平地地區、沿海地區及山地地區，所設有的衛生所，以隨機抽樣方式，在以上各地區各抽樣兩個衛生所，平地地區的抽樣爲麟洛鄉及萬巒鄉衛生所；沿海地區爲滿州鄉及枋山鄉衛生所；山地地區爲獅子鄉及來義鄉衛生所，共計六個衛生所。依戶政資料在上述六個地區，各抽取5%樣本戶，計平地地區266戶，沿海地區200戶，山地地區134戶，共計600戶調查之。（表一）

表一 研究對象及調查訪問戶數

地區別	鄉別	戶數	樣本戶數
平地地區	萬巒鄉 麟洛鄉	5353	266
沿海地區	枋山鄉 滿州鄉	4140	200
山地地區	來義鄉 獅子鄉	2590	134

二、研究工具與設計過程

本研究工具採自編之結構式問卷（見附錄三），問卷內容包括三部份，依次為（一）受訪者之基本資料【問題1—12】。（二）受訪者對衛生所之認識及利用情形【問題13—21】。（三）對衛生所業務之改進意見【問題22—24】。問卷之設計過程如下：

擬定問卷初稿→專家效度處理→預試→修改並完成正式問卷

以下分述之：

一、擬訂問卷初稿：

本問卷初稿乃依研究目的，參考有關文獻，選出重要變項，再依各個變項編擬問題。

二、效度處理：

問卷初稿完成後，即進行專家效度處理，方式是郵寄給該六個衛生所護產人員，依問題之重要性、適當性，提供修改之意見。

三、預試：

於76年5月15日至5月25日，由筆者親自到六個不同鄉鎮，拜訪30戶非樣本戶，進行預試。

四、修改並完成正式問卷

依預試結果修改問卷，刪去受訪者較難理解及回答的題目，而完成正式問卷。訪問方式以筆者直接登門訪視方式（direct interview）進行，依照問卷之用語依序發問，避免發生誘導（leading）情事，而影響到偏誤（bias）。訪視進行時以主婦為主要訪視對象，因母親常是預防性保健行為中主要決定者和支持者。

三、分析方法

本研究的分析主要集中於受訪者之年齡、職業、教育程度、家庭人口結構等之背景因素，受訪者之家庭收入，受訪者住家離衛生所遠近等之接受衛生所服務之能力因素（enabling factors），受訪者對衛生所業務之認識等之傾向於利用或不利用衛生所服務因素（predisposing factors）等【2】，對衛生所業務之認識與利用之關係之探討，並利用卡方（chi-square）檢定，變異數分析（analysis of variance）等方法做統計分析。

四、研究限制

1. 本研究抽樣由於限於人力及物力是以只選樣屏東縣平地、沿海及山地地區各二個鄉鎮來訪視研究，所以不能代表全省平地、沿海、山地地區民衆對衛生所認識及利用情形。

2. 本研究所探討的變項及問題，僅限於問卷中所列內容，未能涵蓋文獻中所討論的諸多層面。

3. 又由於收集資料上之困難及限制，未曾研究民衆對於疾病門診利用率而探討民衆之健康問題，所以希望將來對這方面有更深入之研究。

伍、研究結果與討論

一、基本資料：受訪者教育程度、宗教信仰、人口結構、職業、年齡、住家離衛生所遠近、家庭收入。如(表二)

本研究受訪者教育程度以小學最多，佔35%；其次為不識字者，佔31%。依地區觀，平地戶長之教育程度有較高趨勢，但沒有很大差別。職業以務農最多，佔33%，是名符其實之農業縣，但依地區觀，平地地區戶長之職業以商業為多，佔45%。沿海地區則以漁業為主，佔45%；而山地地區則以務農為主，佔67%。家庭收入，每月平均等於又大於12,000元的佔58%，少於12,000元的佔42%。依地區觀，則平地地區高於或等於12,000元者，佔數較多，佔75%，但沿海及山地地區，家庭收入每月少於12,000元者，佔半數以上。而600個樣本戶中，住家離衛生所小於或等於5公里者，佔55%。依地區觀之，平地地區小於或等於5公里者居多，佔75%，而山地及沿海則地域分佈較廣，大於5公里者居多。以人口結構來看，家中有學齡前兒童戶數，佔69%，此點並無地區上之差別。宗教信仰方面，則平地地區以佛教居多，佔52.6%。沿海地區也以佛教為多52%，而山地地區以信奉基督教為多，佔75%。而戶長的年齡，以等於及大於45歲的最多，佔53%，並沒有很大的區域之別，探究其原因與農業社會，仍處於保守的大家庭有關。

表二 受訪者教育程度、年齡等變項之分佈

項目	平 地		沿 海		山 地		合 計	
	戶數	%	戶數	%	戶數	%	戶數	%
	266	100	200	100	134	100	600	100
戶長教育程度								
大專	20	7.5	6	3	2	1.5	28	5
高中	54	20	16	8	4	3	74	12
初中	48	18.5	36	18	18	13.5	102	17
小學	104	39	54	27	52	39	210	35
不識字	40	15	88	44	58	43	186	31
戶長職業								
農	61	23	48	24	90	67	199	33
工	20	7.5	7	3.5	7	5	34	6
商	121	45	9	4.5	10	7.5	140	23
軍公教	38	14.5	15	7.5	10	7.5	63	10.5
漁	0	0	90	45	2	1.5	92	15
自由業	13	5	5	2.5	3	2.5	21	3.5
家管	13	5	26	13	12	9	51	9
家庭收入(元/月)								
≥ 12,000元	200	75	88	44	61	45.5	349	58
< 12,000元	66	25	112	56	73	54.5	251	42
住家離衛生所遠近								
≤ 5公里	200	75	80	40	50	37	330	55
> 5公里	66	25	120	60	84	63	270	45
人口結構								
家中有學齡前兒童	180	68	138	69	94	70	412	69
家中無學齡前兒童	86	32	62	31	40	30	188	31
宗教信仰								
佛 教	140	52.6	104	52	4	3	248	41
道 教	36	13.5	24	12	0	0	60	10
基督教	40	15	32	16	100	75	172	29
天主教	18	6.8	18	9	30	22	66	11
拜祖先	32	12	22	11	0	0	54	9
戶長年齡								
< 35	76	28.6	50	25	35	26	161	27
35 ~ < 45	50	18.8	40	20	32	24	122	20
≥ 45	140	52.6	110	55	67	50	317	53

二、對衛生所所在地之認識：

在所調查之 600 個樣本戶中，全部皆知道衛生所之所在地。至於知道之方式答於世居者為最多，佔 70 %。沿海及山地地區，由公共衛生護士告知，前者為 30 %，後者為 37 %，而平地地區由公共衛生護士得知者只佔 7 %。民衆之是否利用醫療健康服務與利用服務有無阻力與其認知有關【 34 】。從住家到衛生所，如交通不方便或距離太遠，或許會成為衛生所服務之一大阻力。據研究肯亞離衛生所 2 哩以內者，平均每人每年去衛生所服務五次，離衛生所 5 哩者，平均每人每年僅利用衛生所服務一次【 13 】。本調查僅 3 % 之受訪者認為不方便，認為方便者達 91 %，而無意見者，唯有平地地區出現佔 6 %，據實地調查瞭解後，知悉平地地區之所以無意見者，皆為沒利用過衛生所之醫療服務者。而沿海及山地地區雖分佈廣濶，但在較遠村里均定期派公共衛生護士在村中指定地點做嬰幼兒預防接種及產前檢查等服務，所以這方面之阻力不大，而認為不方便之受訪者，其不方便之理由為「遠」、「車子班次少」、「必須步行」。

三、對衛生所業務之認識：

由表三、表四中 600 個受訪者中不分區域，全部知道衛生所一項以上的業務內容，而且全部受訪者知道衛生所做預防接種工作（包括成人與嬰幼兒之預防接種）佔第一位。約 42 % 之受訪者知道衛生所做家庭計劃服務佔第二位，但若以地區來看，則沿海地區佔 37.5 %，山地地區佔 35 %，該兩地區家庭計劃之推展尚待加強。疾病門診（看病）方面 29.3 % 佔第三位，而其中以沿海地區與山地地區各佔 48 %，平地地區僅佔 6 %。約有 23.5 % 之受訪者知道衛生所做體檢工作，佔第四位，這是給予成人之一項服務。申請駕駛執照，工廠就職前或就職期間均須檢查身體，對此項業務之認識；平地地區佔 37.5 %，山地及沿海地區所佔比率較少。又山地地區受訪者有 40 % 知道有接生及有 46 % 知道有產前檢查等業務，此二項業務之認識佔相當大的比率。

平地地區平均每位受訪者認識衛生所服務項目數為 2.94 項。沿海地區平均每位受訪者認識衛生所服務項目數為 3.0 項。而山地地區平均每位受訪者認識衛生所服務項目數為 3.12 項。民衆對衛生所業務之認識見於一些研究中，陳氏【 54 】之研究報告：民衆對衛生所業務之認識及利用情形，發現一般民衆對衛生所保健服務工作，最有印象的是預防接種 82 %，王氏之研究為 58.7 %【 29 】，而張氏等之研究亦有相同之結果 100 %【 56 】。本研究之發現也是如此；石氏之研究報告中【 32 】發現台北市木柵區樟腳里兩鄰戶長平均認識衛生所服務項目為 1.2

項，而本研究中受訪者平均認識項目數為3項，認識項目數均不高，所以如何增進民衆對衛生所業務之全盤了解實為不能忽視之課題。

表三 戶長對衛生所業務之認識

戶長認識 服務之項目	地 域		平 地		沿 海		山 地		合 計	
	人 數	百 分 比	人 數	%	人 數	%	人 數	%	人 數	%
預防接種	266	100	200	100	134	100	600	100		
家庭計劃	184	69	45	22.5	23	17	252	42		
治療疾病	16	6	96	48	64	48	176	29.3		
體格檢查(包括血型檢查)	100	37.5	35	17.5	6	4.5	141	23.5		
產前檢查	12	4.5	58	29	62	46	132	22		
接 生 (出生證明)	0	0	20	10	83	62	103	17		
健兒門診	40	15	28	14	10	7.5	78	13		
產後檢查	8	3	38	19	12	9	58	10		
死亡埋葬許可	30	11	20	10	6	4.5	56	9.3		
結核病、性病防治	32	12	15	7.5	2	1.5	49	8		
家庭訪視	26	10	22	11	10	7.5	58	10		
受傷證明	6	2.3	4	2	0	0	10	1.7		
學校衛生	25	9.4	7	3.5	4	3	36	6		
環境衛生檢查	10	3.75	0	0	0	0	10	1.7		
偽醫、偽藥取締	3	1.1	0	0	0	0	3	0.05		
成人病防治	18	6.8	12	6	2	1.5	32	5.3		

表四 戶長認識衛生所業務項目數分配

平地地區			沿海地區			山地地區		
項目數	人數	項目數×人數	項目數	人數	項目數×人數	項目數	人數	項目數×人數
1	94	94	1	63	63	1	40	40
2	59	118	2	51	102	2	38	76
3	34	102	3	30	90	3	17	51
4	30	120	4	20	80	4	11	44
5	20	100	5	10	50	5	8	40
6	7	42	6	8	48	6	5	30
7	6	42	7	5	35	7	4	28
8	5	40	8	3	24	8	3	24
9	3	27	9	3	27	9	2	18
10	1	10	10	2	20	10	2	20
11	2	22	11	2	22	11	2	22
12	2	24	12	1	12	12	1	12
13	1	13	13	1	13	13	1	13
14	1	14	14	1	14	14	0	0
15	1	15	15	0	0	15	0	0
16	0	0	16	0	0	16	0	0
合計	266	783	合計	200	600	合計	134	418

註：平地地區平均每戶長認識衛生所服務項目數 = $\frac{783}{266} = 2.94$, SD = 2.49

沿海地區平均每戶長認識衛生所服務項目數 = $\frac{600}{200} = 3.00$, SD = 2.48

山地地區平均每戶長認識衛生所服務項目數 = $\frac{418}{134} = 3.12$, SD = 2.60

四、各地區認識衛生所服務項目數之變異數分析：

影響平地地區居民認識衛生所業務項目平均數由變異數分析中（表五、表六）知其因素為家中有無學齡前兒童，住家與衛生所之距離及家庭收入情形，經交叉列表分析（表七）得知前兩項為主要影響因素。後者之影響力為次要因素。沿海地區居民認識衛生所業務項目平均數之因素由變異數分析（表五、表六）顯示家中有無學齡前兒童，住家與衛生所之距離，家庭收入及受訪者年齡，經交叉列表分析（表七）得知影響沿海地區居民認識衛生所業務項目數之主要因素亦為前兩項，而後二者為次要因素，又山地地區居民認識衛生所業務項目平均數之因素亦由（表五、表六）變異數分析中顯示家中有無學齡前兒童，住家與衛生所遠近及家庭收入有關，但經交叉列表分析（表七）得知前二者為其影響之主要因素，而後者為次要因素。故本研究發現家中有無學齡前兒童及住家與衛生所之距離是影響平地、沿海及山地地區居民認識衛生所業務項目平均數之主要因素。家中有無學齡前兒童之受訪者認識衛生所業務項目平均數較高，其原因可能因家中有學齡前兒童之受訪者常接到衛生所信函通知帶嬰幼兒接受預防接種及為保護其嬰幼兒之健康免受傳染病之侵襲，故對此項服務特別關心與注意的關係。而住家離衛生所遠近為影響受訪者認識衛生所業務項目平均數之另一主要因素，何以住家離衛生所較遠者反而認識衛生所業務項目平均數較高？探討之後有二個因素，其一為因衛生所公共衛生護士均定期到離衛生所較遠的村中指定地點做預防接種等服務，村中居民由於耳濡目染之關係，因而對衛生所業務內容會有較深刻之印象。其二為愈偏遠地區，醫療服務愈不方便之地區，民衆對醫療服務之需求，渴望愈高，故認識項目數愈多。

五、受訪者認識衛生所業務內容之方式：

由表八可知受訪者認識衛生所內容的方式；以衛生所信函通知及世居者佔最多，各為30%。並沒有地域上之差別。所以信函通知在增進民衆對衛生所業務之了解方面扮演相當重要之角色。由公共衛生護士告知者；沿海及山地所佔比例雖較平地地區為高，在民衆預防保健觀念方面，尚有待公共衛生護士去推展。而由報章及電視報導得知者；平地所佔比例，較沿海及山地高。此種情況，可能與大多數沿海及山地地區受訪者不識字有關。（沿海地區不識字者佔44%，山地地區佔43%）。另外，受訪者因文化程度較低，使其注意娛樂節目而忽視知識性、新聞性節目亦有甚大關係。而行政院衛生署於72年7月1日始預防接種工作已取消抄名冊及寄發通知單，改為利用電視、廣播電台、報紙等加強預防接種宣傳。為增加宣傳效果，建議衛生機關印製介紹衛生所業務的小冊子或單張簡介分發給民衆，對實施衛生教育或

其因素
七)得
項目平
距離,
業務項
項目平
所遠近
者為次
及山地
衛生所
和帶嬰
心與注
因素,
其一
村中居
區,醫
為30
重要
保健
較沿
不識
忽視
取消
傳效
育或

推行其他衛生工作時，可配合社區、村、里廣播站或派巡迴廣播車到各村里廣播宣導或利用
村民大會時特別宣導，當可增進居民對衛生所業務內容全盤瞭解。又由表二知道受訪者職業務農
者佔34%，故亦可利用農閒時召開母親會，或透過農會組織來推展，介紹家庭計劃與婦幼衛
生常識及成人保健，以改進民衆之觀念與態度。

Rogers 認為要增進民衆對衛生所業務之認識與了解，須加強民衆衛生教育實施，衛生
人員均與民衆接觸與討論，多利用大眾傳播教育民衆，可使民衆成為早知早覺 (Earlier
Knowers) 【18】。據石氏之研究報告中顯示給民衆衛教後 (分發給民衆衛生所業務簡介
手冊)，民衆對衛生所業務之認識均較前有顯著進步。【32】

職業	年齡	性別	教育程度	居住地區	衛生所距離	對衛生所業務認識	對衛生所業務認識	對衛生所業務認識	對衛生所業務認識
農	15-25	男	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	15-25	男	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	15-25	男	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	15-25	女	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	15-25	女	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	15-25	女	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	26-35	男	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	26-35	男	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	26-35	男	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	26-35	女	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	26-35	女	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	26-35	女	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	36-45	男	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	36-45	男	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	36-45	男	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	36-45	女	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	36-45	女	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	36-45	女	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	46-55	男	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	46-55	男	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	46-55	男	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	46-55	女	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	46-55	女	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	46-55	女	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	56-65	男	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	56-65	男	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	56-65	男	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	56-65	女	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	56-65	女	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	56-65	女	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	66-75	男	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	66-75	男	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	66-75	男	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	66-75	女	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	66-75	女	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	66-75	女	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	76-85	男	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	76-85	男	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	76-85	男	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	76-85	女	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	76-85	女	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	76-85	女	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	86-95	男	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	86-95	男	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	86-95	男	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	86-95	女	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	86-95	女	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	86-95	女	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	96-105	男	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	96-105	男	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	96-105	男	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5
農	96-105	女	初小	平原	近	3.5	3.5	3.5	3.5
農	96-105	女	初小	平原	中	3.5	3.5	3.5	3.5
農	96-105	女	初小	平原	遠	3.5	3.5	3.5	3.5