

南華大學社會科學院應用社會學系社會學碩士班

碩士論文

Department of Applied Sociology

College of Social Sciences

Nanhua University

Master Thesis

健康醫療治理中護理人員實作的困境與矛盾：

以大腸癌篩檢為例

Dilemmas and Contradictions of Nurse Practitioners under
Healthcare Governance: A Case Study in Colorectal Cancer
Screening

蔡春美

Chun-Mei Tsai

指導教授：蘇峰山博士

Advisor: Fong-San Su, Ph.D.

中華民國 110 年 06 月

June 2021

南華大學
應用社會學系
碩士學位論文

健康醫療治理中護理人員實作的困境與矛盾：
以大腸癌篩檢為例

Dilemmas and Contradictions of Nurse Practitioners under
Healthcare Governance:
A Case Study in Colorectal Cancer Screening

研究生：蔡欣曼

經考試合格特此證明

口試委員：蘇峰山

齊偉先

王瑞賢

指導教授：蘇峰山

系主任(所長)：張楓桐

口試日期：中華民國 110 年 06 月 04 日

謝辭

因緣際會下接觸質性研究課程與團隊，讓護理背景的我，帶著對於現存環境所衍生的問題與疑惑，一腳踏入社會學的領域。於社會所學習過程與以往求學的學習經驗有著極大的差異，有好長的一段時間，我讀得很吃力。以前學習若遇到不理解的部分，只要多讀幾遍、多看幾次、就會熟悉，就會看懂。但社會學的學習過程卻不是這麼回事，而且讓我吃足苦頭。在社會學領域，當遇到不理解與不懂的，即便翻閱許多次、很多遍，我還是不懂，這樣的日子維持將近半年，漫長到開始懷疑自己。看著一路受社會學薰陶與洗禮的同學們，不由心生羨慕，沒有社會學基礎的我，需要花更多的時間與精力去補強自己的不足，才能拉近與同學們之間的差距。這過程雖辛苦，但我卻很享受，享受沉浸在艱澀的文字與深奧理論背後的意涵，開啟我的視野，擴充我的境界，而其訓練過程更提升了我批判性思考的能力。

特別感謝蘇峰山教授、齊偉先教授在我書寫論文過程中，細心與耐心的指導，並且精闢的點出我論文書寫時的盲點，不疾不徐的用愛心包容我的不足與限制，在我面臨混沌撞牆期時，一步步引導我走出文字堆疊的迷霧森林，指引正確方向，並帶領我走到令人期待且美好的終點。

謝謝郁惠姐不但引領我進入充滿愛與包容的質性研究大家庭，鼓勵我報考南華社會所，更是我在求學與書寫論文時的學習標竿與典範。

感謝在論文產出最後衝刺階段，一起努力的學伴珮伶，讓我不孤單的走到研究所的最後一站。

也要謝謝這段期間送餐、問候、替我加油打氣的好友們，因為你們讓我備感溫暖，並且重新得力，謝謝大家。

健康醫療治理中護理人員實作的困境與矛盾:

以大腸癌篩檢為例

中文摘要

衛生福利部國民健康署 2019 年公佈國人十大死因，癌症已連續 38 年位居第一，對整個社會來說，國家需要耗費極大的治療費用與精力來治理癌症所產生的問題。有鑒於此、國民健康署自民國 99 年起全面推廣四大癌症篩檢服務，立意良善的癌症篩檢政策，在實作層面與推廣過程並非毫無阻力地被廣為接受，文化因素與社經條件，往往影響癌症篩檢的推廣。此外、也不乏因績效考量帶來許多值得反省的問題。本文以大腸癌為例，從第一線護理人員的視角，探索民眾不願意接受篩檢的因素以及相關政策所引發的非預期效應。本文以質性研究方式，採半結構、深度訪談，呈現第一線護理人員的真實感受及其衍生的相應對策及態度。研究結果發現大腸癌篩檢政策於實作場域產生以下問題(一)民眾因知識面、文化面、與社會面的限制與框架，而影響其受檢意願(二)大腸癌篩檢的治理政策衍生出專業形象扭曲，浮動計分所致人為操作的健康不平等，送禮文化扭曲等非預期的結果(三)醫療體系內部的不一致性、分工不均以及共病因子的分配問題。上述的結構性因素，讓一線護理人員在面對既定的篩檢目標數與相關規範下備感壓力，內部體系的不一致性也衍生許多衝突與緊張的關係，而順應篩檢計分相應而生的策略，除了導致非預期的結果，也讓護理人員對自我專業產生不認同感，進而降低對工作的熱忱。本文建議：藉由專業健康講座以及在地權威人士、大眾傳播媒體，來提升民眾健康知識與形塑正確的健康信念，建置協助資源機制或平台，以改善偏鄉交通等社會面問題。醫護人員應以健康服務的核心信念出發，回歸健康服務精神，並建置溝通管道，以改善內體制的衝突。

關鍵字：醫療治理、新管理主義、大腸癌篩檢

Dilemmas and Contradictions of Nurse Practitioners under Healthcare Governance: A Case Study in Colorectal Cancer Screening

ABSTRACT

The Health Promotion Administration of Ministry of Health and Welfare announced the top ten causes of death of Taiwanese of 2019. Cancer has been ranked first for 38 consecutive years. For entire society, it costs greatly in finance and other resources for a country to deal with the problems caused by cancer treatment. In view of this, The Health Promotion Administration has been promoting comprehensively the four major cancer screening services since 2010. The well-intended cancer screening policy has facing resistance while promotion process and not been widely accepted at both the implementation level. Factors of cultural background and conditions of social and economic status both affect the promotion of cancer screening. In addition, there are also issues worthy of reflection such as screening achievement oriented attitude. This article takes colorectal cancer as example, from the perspective of first-line nurses, explores the factors that cause people's unwillingness to be screened and the unexpected effects caused by related policies. This article uses qualitative research method, using semi-structured and in-depth interviews to present the true feelings of the first-line nursing staffs and their corresponding countermeasures and attitudes derived therefrom. The results of this study found that the colorectal cancer screening policy has caused the following problems in the field of implementation: (a) the willingness of the public is affected by the limitations and frameworks of aspects of knowledge, culture, and society, (b) the governance policy of colorectal cancer has caused effects such as distortion of professional images of nursing staffs, health inequality due to unequal screening target oriented, unexpected results of gift-giving motivated screening taking, (c) the inconsistent consensus of internal medical system, uneven division of labor, and comorbidity factors related issues. The above structural factors make front-line nursing staffs feel over pressured when they face the set number of screening achievement and related policy standards. The inconsistent consensus

of internal medical system also raises conflicts and tensions. The adapted working method to unequal scoring of screening policy, not only leads unintended results also makes nursing staffs feel disagreement with their profession, thereby reducing their enthusiasm for work. Therefore, this study proposes: through professional health lectures, local authority figures, and mass media to promote and enhance the public's health literacy and shape correct health beliefs and through establishing assistant resource mechanisms or platforms to improve social problems such as rural transportation. Medical staffs should start afresh back to the original intention of the spirit of health services and should establish communication channels to improve internal system conflicts.

Keywords: healthcare governance, new managerialism, colorectal cancer screening



目錄

謝辭.....	I
中文摘要.....	II
ABSTRACT.....	III
目錄.....	V
圖目錄.....	VII
表目錄.....	VIII
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機與背景.....	1
第二節 研究目的.....	2
第三節 研究方法.....	3
第二章 文獻探討.....	6
第一節 醫療領域中的身體治理.....	6
第二節 醫療治理體系中的權力.....	8
第三節 專業主義與新管理主義.....	10
第四節 新管理主義下的大腸癌篩檢.....	13
第五節 文化因素與病人權利論述.....	14
第三章 大腸癌篩檢現況與推廣策略.....	18
第一節 大腸癌篩檢規範與流程.....	18
第二節 大腸癌篩檢推廣策略.....	24
第四章 大腸癌篩檢治理下的困境與矛盾.....	30
第一節 就民眾層面做探討.....	30

第二節 就推廣者(部門)層面做探討.....	42
第五章 結論與建議.....	57
第一節 民眾不願意接受大腸癌篩檢之影響因素.....	57
第二節 大腸癌篩檢的治理政策所衍生的非預期結果.....	59
第三節 大腸癌篩檢政策於醫療體系實作過程所產生的問題.....	62
第四節 研究建議.....	64
參考文獻.....	67



圖目錄

圖 3-1 大腸癌篩檢陽性個案後續確診及治療處置流程·····	23
圖 3-2 社區癌症篩檢流程·····	28



表目錄

表 3-1 大腸癌篩檢資格·····	18
表 3-2 癌症預防及篩檢品管分項·····	19
表 3-3 四癌篩檢分數計算方式·····	19
表3-4 某家區域教學醫院四癌篩檢目數·····	20
表3-5 未達陽性個案追蹤率之經費給付標準計算方式 ·····	21
表3-6 社區大腸癌篩檢人力配置·····	27



第一章 緒論

衛生福利部國民健康署（以下簡稱國健署）2019 年公佈國人十大死因，其中癌症已連續 38 年位居第一，無論是癌症或是其他疾病一旦出現症狀，無論疾病症狀輕重程度，對人體而言即已造成傷害。一旦個人或家人罹患疾病，影響的不只是侷限於個人身體的不適與醫療費用的支出，更可能影響到自身工作與生計，影響層面更會擴及至家庭運作與結構。對整個社會來說，國家也需要耗費極大的治療費用與精力來治理癌症所產生的問題，癌症治療的龐大費用，直接影響到健保的支出，也成為現今國家急於改善的燃眉之急。有鑒於此、現代健康概念已經由傳統的醫學治療轉向為預防醫學，而預防醫療也於現今的公衛或醫療領域中形成一種主流。無論是國家健康政策的制定或是市場上的健康管理與老人化社會產業興起，皆說明了預防醫療的意識抬頭與其趨勢。

預防醫療屬於醫療治理的現代論述，在照護國人健康時，國家生產一系列預防醫療的治理論述，針對各種癌症制定了不同的預防醫療策略。癌症的篩檢屬於預防醫療論述中的一環，包括篩檢的對象、內容、頻率與推廣指標制定等，都是癌症篩檢的相關政策必須相應生產的治理知識。在立意良善的一系列癌症篩檢政策中，在實作層面上推廣過程並非毫無阻力地被廣為接受，其中許多文化因素與社經條件，往往影響著癌症篩檢政策的推廣。此外、在推廣實作中，也不乏因績效考量帶來許多值得反省的問題。本論文以大腸癌為例，探索癌症篩檢政策下，推廣實作所面臨的各種問題及改善的可能。

第一節 研究動機與背景

健康的定義以及標準隨著歷史脈絡和社會文化的發展與變化而有所差異，健康的概念從疾病治癒進而轉向健康促進與疾病預防，渥太華憲章以及雅加達宣言都將健康促進視為一種政策與具有價值的投資，健康促進與疾病預防也被視為醫療服務應調整的方向。癌症已經長達 38 年蟬聯國人十大死因第一名，為落實早期發現、早期治療的癌症防治政策，國民健康署自民國 99 年起全面推廣四大癌症篩檢服務，包含大腸

癌、口腔癌、乳癌及子宮頸癌。107 年度國民健康署更與全台灣 219 家醫療院所合作，各醫療院所不僅提供民眾癌症篩檢服務，更針對四癌篩檢陽性個案提供確診醫療服務。國健署針對各家醫療院所訂定四癌篩檢目標數，進而促使醫療院所為了達成四癌篩檢目標數，以及提升四癌篩檢陽性個案接受確診比率，各醫療院所無不使出渾身解數並投注大量的人力來推廣癌症篩檢與陽性個案確診，藉由確診檢查出癌前病變，讓民眾能盡早接受治療，進而達到早期發現早期治療的癌症篩檢目的。

醫療科技讓身體變成自己專屬的機器，透過經由控制飲食、身體的鍛鍊以及健康檢查之保養維護讓其可以發揮其最大效用，也使國家得以將個人身體健康做為一種規劃，讓其成為適應社會控制的實體。隨著科技的突飛猛進我們對疾病的控制可以做的更多，同時也製造了許多且新興醫療用語以及想像，「機器態身體 (body as machine)」呈現在人們對於疾病以及健康的感知當中，身體也變成相對於自我而言的他者。本研究將以大腸癌篩檢為例，探討大腸癌篩檢醫療政策於實作場域一線執行者所面臨的各種問題及改善的可能。

第二節 研究目的

大腸癌篩檢以新進的糞便潛血免疫法 (iFOBT) 來檢驗¹，除了改善了偽陽性的干擾因素，更進而提升了大腸癌篩檢的特異度，而全大腸鏡檢查被醫學界公認為具有檢出癌症與腺腫的優點，並且藉以降低結直腸癌的發生率而被廣為推廣與應用。也因為這個檢驗方法對預防大腸癌有相當的助益，國家制定了需多方案試圖促進國民健康，祭出了多項獎勵措施及給付方案。這個立意良善的政策，也確實產生相當的實效，但在實際推廣的過程中，卻也造成許多非預期的後果。這些非預期的後果，往往並非能顯示在篩檢成效及相關的績效數字上，但從第一線護理人員的實作經驗中卻很容易發現這些隱藏在不同層面的問題。因此，本研究並無意對台灣醫療體系的篩檢政策進行全面性的體檢，同時彰顯正面成效並檢討缺失。本研究的研究策略是從第一線護理人員的視角，探索相關政策所引發的非預期效應。

¹ 糞便潛血免疫法:又稱定量免疫法糞便潛血檢查，簡稱 iFOBT，用來測試早期胃腸道問題如大腸癌、潰瘍、息肉、結腸炎、憩室炎和無法可見的裂傷出血可由敏感度和專一性較高定量免疫法來檢驗，可早期診斷治療。

本論文將從三個面向進行探索，首先在篩檢實作過程中，一線護理人員發現立意良善且能協助民眾早期發現早期治療的大腸癌篩檢政策，並未獲得所有民眾的青睞，因此將探索民眾不願接受篩檢的原因。其次，國家相關的部門的規定、激勵政策及考核指標的制定，緊密地牽動著第一線人員的因應策略。但這些策略卻促成了某些非預期的負面效應，值得探究與檢討。最後，在篩檢政策施行的過程中，也產生許多醫療體系內部的衝突與矛盾。綜合以上的三個面向，本文的研究目的乃試圖從大腸癌篩檢實務工作中探討：

1. 探究民眾不願意接受大腸癌篩檢之影響因素及其類型
2. 探究大腸癌篩檢的治理政策所衍生非預期的問題
3. 探究大腸癌篩檢政策於醫療體系內部的實作過程中所產生的衝突與矛盾

第三節 研究方法

一、深度訪談

本研究將採取深度訪談進行探究，深度訪談主要是用來收集個案的主觀經驗。訪談者透過面對面語言的交流進而引發對方提供一些資訊或引發他表達對某項事物的意見與想法。被訪談者必須針對訪談者所發出的提問或主題做談論，且深度訪談的目的在於收集受訪者所有可能的反應，並從其中發展出整合性的假設，做為分析的基礎(林美珠，2000)。

需向受訪者提供保密性的保證，以藉此提高受訪者的信任。並且於得到受訪者的應允後，使用錄音機將其回答全程錄起來，爾後再將其書寫成逐字稿。訪談過程中大部分的時間是讓受訪者表達他的意見和想法，最後就所收集到的資料加以整理，如有不足之處可再次訪談加以補充(林美珠，2000)。

藉由深度訪談來了解大腸癌篩檢醫護從業人員於實作過程中自身經驗或感受，抑或是醫護人員與對於癌症篩檢微觀反抗個案的互動過程，聚焦其推動與照護經驗，分

析瞭解受訪者訪談時所欲傳達的意圖和情感。所以本文試圖從受訪的護理人員所敘說的經驗與視角出發，透過護理人員與民眾互動經驗中去探索拒絕大腸癌篩檢民眾如何思考及言說癌症篩檢一事，並探索大腸癌篩檢的治理政策於實作中衍生的問題，梳理癌症篩檢實作場域與內部組織的衝突與矛盾，並探索個案行動的可能性及其意義。

本研究針對嘉義縣市地區推動與實做大腸癌篩檢業務之醫護從業人員(排除外籍人士)，進行半結構式一對一的深度訪談來進行資料的蒐集。希望藉由質性研究的半結構性訪談，透過受訪的護理人員與民眾互動經驗中去瞭解民眾拒絕大腸癌篩檢的影響因素，並藉由受訪者於大腸癌篩檢實作場域中的衝突與矛盾經驗，進而探討大腸癌篩檢的治理所產生的非預期的問題。研究者以立意取樣的方式，為了蒐集多元且深入的資料，研究過程中將持續地調整選取的人、時間、地點或事物，訪談人數的選取，直到訪談資料出現重疊，無法再產生新的資料為止，訪談次數至少一次且視資料飽和情形而決定，輔以電話訪談補充資料。

在正式訪談進行前，研究者先透過電話聯繫並徵求訪談者初步口頭同意，說明訪談目的及訪談的大綱內容，使受訪者初步瞭解訪談的內容，以利受訪者能釐清訪談的疑義。在邀訪對象同意受訪時，與同意接受訪談者事先約好訪談日期、時間、地點，由研究者在約好的時間前往，面對面且進行一對一訪談。每位受訪者的訪談時間介於 60-90 分鐘，在訪問開始前會告知受訪對象相關的研究倫理，確保受訪者知情並同意，訪談時以全程錄音與摘要紀錄方式進行。訪談過程中，視參與者的情境調整分配訪談時間。訪談之後，研究者立即將訪談內容編打成逐字稿，並邀請研究同儕進行檢證，使檢核資料正確完整性，並進行訪談資料的編碼，以增加質性研究的效度。

二、 研究對象

本研究對象透過國民健康署提供之全國癌症篩檢單一窗口報表，從中篩選出嘉義縣市機構大腸癌篩檢業務聯絡人，且現仍從事大腸癌篩檢實務工作者，能以國或台語溝通及意識清楚且能表達自己想法者為研究對象，採立意取樣以一對一、面對面方式進行訪談調查。本研究共訪問了 5 位大腸癌篩檢實務工作者，相關資料表列如下：

代號	工作單位	工作內容	性別	工作年數
個管師 A	醫院	大腸癌篩檢推廣、陽性個案追蹤管理	女	5
護理師 B	衛生所	大腸癌篩檢推廣、陽性個案追蹤管理	女	10
個管師 C	醫院	大腸癌篩檢推廣、陽性個案追蹤管理	女	10
個管師 D	醫院	大腸癌篩檢推廣、陽性個案追蹤管理	女	1
個管師 E	醫院	大腸癌篩檢推廣、陽性個案追蹤管理	女	3

三、資料處理與分析策略

本研究的資料處理方式，乃根據文獻內容初步擬定主題大綱，接著將訪談逐字稿的談話內容，依照不同的段落及語句分別歸列符合其意涵的主題大綱中，並將大綱中各段落的逐字稿進行編碼，在整理訪談資料之後發現不足之處，若參與受訪者不方便再接受面對面訪談時，研究者改以用電話訪談的方式做補充。分析將依照分層逐步歸納的方式進行，以找出符合本研究的重要內涵，依據本研究主題及目的加以分類。研究者於進行資料分析的過程中，將逐字稿內容中有相關、相似或相同意涵的訪談內容歸納成意義單元，並且依據相似的意義單元再做進一步的歸納，將其歸納成次主題與主題，並經由研究同儕與指導教授討論確認。

第二章 文獻探討

第一節 醫療領域中的身體治理

在 19 世紀細菌學發展出來之後西方醫學也隨之興起，由於公共衛生的推動，透過系統化的科學研究而建立起近代醫學的霸權，生物醫學 (biomedicine) 也成為主要的知識基礎，藉由現代科學知識的興起，促使醫學以理性化的方式，將身體一步步分化（林義淳、程瑞福，2012），於是科學式的醫療就意味著一種觀看與理解身體功能的方式，醫療知識成為一種專屬的權力（林義淳、程瑞福，2012）。傅柯（1979）指出監督技術運作的方式：

首先，身體被分成幾個部份，然後這些部分又得到區別對待並受到精心計算的、有針對性的訓練，其目的是要獲取對部分以及整體兩者的控制和運作效率，在監督技術當中，將最佳的、最精確、最具有生產能力和最為綜合性的控制人的制度建立於最微妙和最精細的基礎之上。從作為被操作之客體的身體出發，來建構一種『微觀權力』(micropower)，這是監看權力的關鍵所在…『矯正過程』要能既有效又有效果地運作，它就必須作用於它所力求盡可能連續不斷地使之變成馴良的身體之上；透過運作、效率的標準化，以及意指作用的貶低要求不間斷地使用控制；而且，所企望的目的和為此目的而設計的技藝逐漸融為一體；為實現這種徹底的馴服性(以及相應的權力增長)的夢想，所有空間、時間和運動的向度都必須受到持續不斷地編碼、訓練。(頁 216)

由上述發現為了達成細緻而全面性的管控，大規模的使用監視的技術，與相對應的懲罰措施，使個體受到權力的控制，置入了被安排好的空間並受到編碼與訓練，並使用標準化的評判來對其加以評估，最終目的在於創造出符合需要的一馴服的身體。在所有社會中都能發現某種社會控制強加於身體之上，身體被當作一個客體，監督技術的目的是要鑄造一個『馴良的身體，它可以被屈從、被利用、被轉變和被改進』(Foucault, 1979)。

傅柯詮釋「治理」是屬於對行為的引導(theconduct of conduct)，它是一種活動的形式，目的在形塑、導引、或影響對於某些人的引導；作為一種活動的治理，它關懷的是自我與自我的關係、人際間的控制、導引的關係、社會機構間的關係、也或許是政治統治權的運作關係。傅柯在〈論生命的治理〉(on the government of the living)中提到一種指導人類行為的技術以及其過程，廣義的來說就是一種治理，就如同國家的治理，家庭或是自我的治理，或是靈魂以及意識的治理(引自 蕭旭智，2003)，當然這也包括醫療領域的健康治理。就公共衛生和醫學的觀點，身體可以是社會危險、威脅的來源，對身體的控制成了國家和政府的任務，因為身體是個人行使健康策略的最初場域，必須承擔起新的社會意義和個人義務，所以國家訂定了許多關於身體健康的相關政策，小從身體質量指數的標準，大至居住環境衛生的規範，每個人從小到大必須歷經多次的健康檢查並不斷的被監控，透過對身體的規訓和組織，以培育出健康且更具生產力的身體(林義淳、程瑞福，2012)。Aggleton (1990) 在 health 一書中提到不一樣的環境、不一致的標準或不相同的文化會導致對健康定義的差異，所以健康可謂是一種相對的概念，也可說是相對於疾病或是異常的身體，也可以是以病理學做為基礎的連續性監測狀態。

以傅科的觀點來看，每一種疾病都是透過科學知識的場域以及學科規範的成形所形成的，而其知識的建構自然就是由醫生與醫院所主導，醫藥成為了達成健康的一種技術，並且勝過於作為疾病的服務或者是一種治療的藝術，且其角色越發重要，並於十八世紀越見擴張(Foucault, 2000)。個人以及人們的健康問題，演變成只有醫院才能同時提供或處理醫學的知識以及促進健康的場所。醫院經由透過公眾健康(Public Health)即是將個人(individuals)整合到國家控制或者是社會整體裡面(Foucault, 2000)。所以醫院也可說是政治的、以及經濟的。當健康產生出標準化之後，就說明了疾病的解除不再只是侷限於消除或改善不舒服或者是不適感，而是追求一個健康的狀態。古老的看法認為疾病是一種外力入侵身體的後果，而健康是身體的自然狀態，所以回到自然狀態就是健康。健康標準化的新意義與重要性在於健康意味著干預，當醫院成為了國家控制的場域，也成為國家介入個人健康的場所，更瓦解了醫院場域中特有且親密的連結關係，當醫療作為一種技術，健康就是政策一開始的對象(蕭旭智，2003)。

現今，對於健康危機除了一般生物醫學模式上的觀點，還須考量到時代急速變遷，文化以及外在環境的適應，都有可能讓個體或族群的健康狀態造成衝擊。除了在公共衛生的規劃外，也應該針對生物性和環境性健康危機因素予以預防與計畫，向民眾倡導健康的生活形態。科技的進步與發展，讓我們對於疾病的控制能做的比以前更多，但是這些進步卻創造出許多新生產出來的醫療用語與想像，更甚至是擴展進入到法治的領域，形成並轉換為一種醫學統治(the rule of medicine)的領域(許甘霖, 2011)。

第二節 醫療治理體系中的權力

傅科認為社會醫療的重要面向有醫療化(medicalization)，人的身體與存在以及其行為，從十八世紀起就被建置成一個重要且緊密的醫療網絡，醫院化(hospitalization)的不斷增加和機制的不停強化，以及醫療院所與生活日常的密切連結。研究健康促進以及健康服務與健康消費，是一種二十世紀以後發展的健康經濟(蕭旭智, 2003)。以資本主義的觀點與角度來看，社會控制就是一種生命政治，「身體是生命政治的現實，醫療是生命政治的戰略」(Foucault, 2000)。國家在過去生產出國家學、福利制度，以及控制環境等三個社會醫療面向，並且沿用至今日，而這都是一種干預以及控制的技術。這種干預健康的技術，不僅只是一種干預(intervention)，也是一種調節，而其面向還包括調節者。而這些干預還涉及生物學史、醫療化、以及健康的經濟等面向。醫療服務有其獨特性與不確定性，也潛藏資訊不對稱以及國家干預與健保制度介入等異於一般商品市場的特性(Folland, Goodman & Stano, 1997; Garber & Phelps, 1997)。

以大腸癌篩檢為例，國民健康署制定每間醫療機構的篩檢目標數，當未達篩檢目標時，國健署利用了要因分析法來分析未達成率，最終結論認為篩檢率提升困難在於邀請不足(宣導方式居多、缺乏系統性邀約、縣市方式不一致)，故國健署要求建立系統性邀請(建立縣市邀請標準作業流程：電訪、郵件、面訪等、篩檢個案造冊：已篩、未篩、未規律篩檢、Call center 服務介入、發展主動邀約資訊系統、研議郵寄篩檢之可行)。囿於衛生基層體系的式微，健保制度左右了民眾到醫療機構就醫的意願，國健署對醫療機構祭出了多項獎勵措施及給付方案，以利誘醫療體系配合：

- 一、以績效論酬獎勵制度，提供誘因增加醫療院所積極提供篩檢服務之意願
- 二、制定表揚機制，藉醫療院所良性競爭激勵成長。
- 三、定期分析、回饋和公布各項癌症病人診斷前醫療院所未提供篩檢之資料，激勵醫療院所檢討改進。
- 四、建立誘因促使醫療院所積極追蹤篩檢陽性個案
- 五、將陽性確診列入癌症診療品質認證和績效指標，讓篩檢單位能夠主動追蹤和申報陽性個案後續確診和治療情形。
- 六、定期公布篩檢醫療院所陽性個案追蹤比率。
- 七、定期統計各醫院未達成指標的個案比率，提供醫院促其改進，並轉予學會請其輔導。

以上規定，充分展示了當前癌症篩檢是以追求目標數以及完成確診與治療為導向，這一系列的治理術，還涉及特定標準的制定與指引，並且同時創造了一系列的相關人員編派及制度化的規定。癌症篩檢政策和推動成效與評鑑、品質認證等評核指標與機制緊密相扣，透過這些嚴密的制度化機制，醫療機構深陷於相關的權力結構中。經由此種方式，讓政府得以對癌症篩檢的推動與品質加以監控。隨著癌症篩檢政策的推動，治理策略也產生不同形式與程度的轉變。當癌症篩檢以追求篩檢率與績效，以及專業標準時，臨床實作者也會產生自我規訓（self-discipline）。醫療實作的場域以及情境存著某些規範（norms），來影響與引導其行為，其中包含需要透過某些行動以達成效與目標，如同傅科指出的，它會伴隨監控、懲罰、評鑑以及獎賞等等規訓的技術來達成其目的（Foucault, 1990）。臨床實作者的治理歷程，也是自身主體化的歷程（subjectivation），透過規訓策略的運作，並藉由改變或調整自己以迎合並達成其要求，形塑稱職的形象（Foucault, 1990）。

因著公共衛生衍生出的相關法律和規則被制定時，醫療與政府緊密結合，將人的問題看成各種疾病的產物，並尋求以醫療干預來加以治療，醫權政治是藉由疾病和醫藥專家來合法化和執行政治支配，『醫學』作為國家強大的後盾，其被要求的範圍和強制力相形擴大，以一種醫療干預的形式並配合健康照護法規由健康照護人員來協助執行國家之權力，進而運作公共衛生的複雜體系（許甘霖，2011）。

第三節 專業主義與新管理主義

醫療體系雖然在運作上，有其專業的封閉性，但從治理的角度來看，醫療領域不只是在醫療知識的生產上，展現有治理性，醫療體系的運作本身，也是身處政經大環境的治理情境之中。例如自 2000 年以來，專業主義與新管理主義成為影響建制體制運作的重要治理論述。許多不同領域的研究，都發現新管理主義的治理霸權（林昱瑄，2018）。醫療領域也不例外，深受專業主義與新管理主義的主導性影響。

一、專業主義

專業主義（professionalism）被視為是一種和社會行為有關，並且是以任務取向的行為（task-oriented behaviours），專業主義的內涵包含有高端的且專門的技術，並且其具有監測工作項目以及管理的自主性，發展出一套可被依循的倫理以及足以維持其標準的方法。而專業人士之間彼此認同，且越高層次的專業主義就越會發展出其專業組織，他們在其中相互支持與提昇，而維護集體聲望是他們共同的目的。信任性、知識、技術、才能、自主性、權力以及專業文化和成規等，都是專業者具備的特徵。透過排除非屬技術性者以及不具有資格者，藉此發展並且建置出具有執業獨占性以及獨佔權的一種模式，進而規範其執業與勞動市場，是專業主義體制真正的目的（黃源協、蕭文高，2007）。因此「專業教育與訓練體制」以及「專業組織與結社」即成為專業主義的客觀表徵與現象（侯建州、黃源協，2012）。

專業主義的精神，包含了社會大眾對於專業的信任、專業對於自己的自信；專業主義的內涵包含了專業自主性、服務提供的獨佔性以及排他性、專家聲望的優越性與優勢地位，專業的自我管制、以及專業的倫理規範等，更會以專業同儕間相互檢視其提供的服務品質（侯建州，2018）。專業主義主張的是透過嚴格的訓練、培育出高度且複雜的技術與知識等來取得社會大眾的信任，坊間每一種職業朝向專業邁進的過程，都受到專業主義（Professionalism）的影響，而追求專業化的過程會透過設置專業證照、擁有專業自主性，或甚至是謀求優勢的社會地位等，都是專業主義對於職業所產生的影響；一般來說，專業主義是影響著職業蛻變成專業的一股力量，甚至支配著專業朝向一種理想的境界（侯建州、黃源協，2012）。

二、新管理主義

西元 1980 至 1990 間有一種新的管理模式應用於大部分西方國家的公部門，而這種模式有著不一樣的稱呼，包含管理主義、新管理主義、新公共管理等，雖然稱呼不同但其本質都是在描述相似的現象（Clarke & Newman,1997; Hughes,2003）。二次世界大戰後，許多國家為戰後重建、興建家園而大幅增加公共社會支出，直至 1973 年石油危機爆發，導致經濟成長率遽降、失業與社會問題增加，又因人口老化於 1980 至 1990 年代經濟持續動盪（侯建州，2018）。英國前首相柴契爾夫人（the Thatcher Administration）於 1970 年代末期採納新右派的觀點以及其理念，用於改革英國的政府組織，主要強調去官僚化以及主張引進市場競爭機制，並且強調以顧客為導向的服務理念（廖俊松，2007）。即為政府應向民營企業學習，並且引進商業管理模式的理論與技術，以及其民營企業的觀念與價值，藉此加以改善公共服務的品質，重現政府效能新形象，掀起了全球化新公共管理運動思潮的風行（Vogt,2002 ;廖俊松，2007）。1980 年代，許多西方國家的公部門與其公共服務的輸送方式，皆採用強調經濟（economy）、效率（efficiency）與效能（effectiveness）即所謂 3E 精神的「新管理主義」（newmanagerialism, NM）或「新公共管理」（new public management, NPM），用以改造公部門（Vogt, 2002 ;劉淑瓊，2005）。

新管理主義是一種意識型態與一套思維，而其精神與信仰上認同市場機制以及市場運作的社會功能，支持企業精神的作為，並且排斥政府採用科層體制來進行管制干預的服務輸送；所以管理主義重視「效率」、「經濟」與「品質」等價值，其強調效率與市場競爭的計算架構的管理技術，重視參與、強調績效管理以及顧客導向、成本管控等現象（侯建州、黃源協，2012）。表現指標常被用於提供管理者於管理上展現的權威和其正當性，並且可隨著時間按照目標量化與測量表現，且可用來和其他的機構以及個人做比較（Taylor, 2014）。新管理主義的浪潮與效應在各個領域發生，且新管理主義充斥於 1990 年代以後的台灣，無論是透過評鑑或是重視績效成果等都是國家藉由市場操作的表現，更藉此遠端操控迫使機構直接相互爭取資源，所造成的影響也改變了健康照顧領域內，醫院的醫療服務（詹盛如，2013；侯建州，2018）。醫療體系經常被定義為服務業中的非營利組織，但是在經營的面向上，卻又深受政府

的醫療政策以及相關法令的影響，醫療體系雖不是以營利為首要目標，但也重視經營績效以及服務品質，進而引入新管理主義的經營理念（陳惠芳、謝明娟等，2006）。在公共行政領域中，表現指標被視為一種量化語言，且其具有去個人情感之特性，一旦政府官僚面臨各樣的社會爭議，必需去說服民眾其所做的決策是以某種客觀、標準化行動為基礎，而不是出自於個人或者是政治考量時，其量化統計測量模式就被視為一種強而有力的策略，得以讓政府以其合法性去行使權力和權威，並且贏得社會信任，所以其被廣泛地應用在不同的情境脈絡中（Porter,1995）。

三、專業主義與新管理主義的關係

新管理主義一種商業的管理模式，且被視為是一種有效率的管理模式，與專業主義經常被視為是一種相對立的概念。一旦新管理主義被置入於原本專業主義場域的實務層面，其專業人員就必須依照要求行事，並且順應標的（targets），倘若國家的角色是規範者而並非提供者時，專業人員依循的專業主義信念就面臨許多衝擊更甚至是攻擊（黃源協，2000）。表現管理被當成一種整合的控制系統，表現管理極度仰賴表現測量，表現指標也就是一種量化再現組織各個面向以及活動的技術，發展的架構為「投入—過程—成果」的檢視（Maingot & Zeghal, 2008）。其理論內涵為任何一個組織過程，都可以被解釋為提供服務者，而其所有的投入、產出，花費的時間以及成本、品質等都是可以被測量的，並藉由表現指標來進行管理並達到監控的目的（McCoy, 1999）。所以表現指標被當成一種品質改進的重要工具，不但可藉此瞭解目標是否達成，也可以將其視為一種診斷工具，協助找出問題，以利於過程中得到改善（Taylor, 2014）。成本效益與生產效率以及營利等等自由市場關切的面向，與原本專業場域所提供的觀念有極大的落差，此狀態下衍生出的壓力，導致專業人員被要求表現出其價值，此時即會讓專業人員感受到矛盾與兩難（黃源協，2000；黃源協、蕭文高，2007）。

新管理主義對於醫療臨床形成了削弱醫療專業主義的情勢，並對醫療體系以及其中的專業人員造成極大影響，當新管理主義進入醫療單位時，也常會出現衝突、壓力以及產生困境。醫療從業人員也會在這強調與以往傳統的醫療照護工作差異極大的模式中，產生強烈的衝擊感以及對於自身專業形象與自我認同的矛盾，也因此其必須重

新去調整已經行之多年的工作模式以及邏輯（黃源協、蕭文高，2007）。當新管理主義進入醫療體系的實作場域，會因著新管理主義原持有的意識形態，以及其主張之理念，導致於醫療臨床上出現許多衝突與不合實務的情況，進而造成新管理主義進入醫療體系所產生格格不入的現況。若為了順應大環境的趨勢，硬將新管理主義套入醫療體系與醫療場域中，可能會衍生出「不密合」的狀態。

第四節 新管理主義下的大腸癌篩檢

癌症已經長達 38 年蟬聯國人十大死因第一名，癌症篩檢可以早期發現癌症或其癌前病變，經治療後可以降低死亡率外，還可以阻斷癌前病變進展為癌症(國健署，2019)。根據國民健康署統計，每一年約有超過 10,000 人死於乳癌、子宮頸癌、大腸癌與口腔癌等四種癌症。為落實早期發現、早期治療的癌症防治政策，國民健康署自民國 99 年起全面推廣四大癌症篩檢服務，包含大腸癌、口腔癌、乳癌及子宮頸癌，而政府補助四大癌症篩檢之政策與範圍皆有明確的定義。² 在經費上，乳房攝影檢查、子宮頸抹片檢查、糞便潛血檢查及口腔黏膜檢查經費，由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應(國健署，2017)。政府等於完全擔起了癌症防治的知識生產及政策治理的角色。

國民健康署依據癌症防治法，自民國 94 年推動第一期國家癌症防治計畫(94-98 年)迄今，已建立癌症診療品質認證制度，有 60 家醫院通過認證，94 家醫院參與全方位癌症防治品質策進計畫，我國癌症病人五年存活率也從計畫實施前民國 89 年~93 年的 46.6%，提升到 102 年~106 年的 58% (國健署，2017)，大幅提升醫院服務品質。更在爭取到菸捐補助後，於民國 99 年推動第二期國家癌症防治計畫(99-102 年)，係著重於早期發現，將全面免費癌症篩檢從 1 種(子宮頸癌)推廣至 4 種(加上口腔癌、大腸癌及乳癌)，成為全世界唯一將世界衛生組織推薦的 4 種癌症篩檢全面補助的國家，並且於短期內即大幅提升癌症篩檢率，大腸癌之曾篩率從 98 年的 21% 提升至 102

² (1) 乳房 X 光攝影檢查：45-69 歲婦女、40-44 歲二等血親內曾罹患乳癌之婦女，每 2 年 1 次。(2) 子宮頸抹片檢查：30 歲以上婦女，建議每 3 年 1 次。(3) 糞便潛血檢查：50 至未滿 75 歲民眾，每 2 年 1 次。(4) 口腔黏膜檢查：30 歲以上有嚼檳榔（含已戒檳榔）或吸菸者、18 歲以上有嚼檳榔（含已戒檳榔）原住民，每 2 年 1 次。

年之 53% (國健署, 2017)。大腸癌篩檢可以檢測出腸道裡的瘻肉, 而高達 90% 的大腸癌皆由大腸瘻肉演變而來, 藉由大腸癌篩檢檢測出異常(陽性)時, 民眾及時接受大腸鏡檢查, 一旦發現腸道中有瘻肉, 若及時切除瘻肉即可防止瘻肉演變成大腸癌的機會, 進而降低大腸癌的發生。國民健康署在極力推廣癌症篩檢的過程中, 除了設定各醫療院所必須於各期達成設定篩檢目標數的完成比例外, 更強調篩檢異常者必須完成後續確診檢查, 相關的措施, 都體現新管理主義的「現代治理」精神。大腸癌篩檢也就不再只是一項科學檢查, 而是醫療治理中的一環, 值得放在這個意義上來進一步探索大腸癌篩檢政策背後衍生的治理性現象。

第五節 文化因素與病人權利論述

台灣的全民健保及醫療治理論述, 無疑的是接引西方醫學論述及管理主義論述的路子。各項相關制度及方案的制定, 往往參考了西方國家的範本。很明顯的, 這樣的現代治理術和台灣的健康環境, 與病人所處的文化環境, 並非沒有隔閡, 此現況也與目前台灣對於拉近城鄉健康不平等差距的成效並不顯著有關。在進行現代醫療治理時, 許多文化因素被低估, 這方面的討論, 西方文獻中也有不少反省。許多文化因素及病人權力論述, 都曾被提出來進行深刻的論述。

在傳統醫療領域中, 對疾病的醫學敘說其主要著重的是和疾病相關的技術性說明 (technical account), 也就是僅限將焦點放在疾病可能的形成原因以及病情後續發展這些層面的病理化說明 (Frank, 2013)。而這一種去社會脈絡化的科學說明, 非常容易陷入將醫療治療簡化理解為是疾病的排除情境, 進而忽略掉在急於排除病人疾病的同時, 還有許多與病人社會資源以及其經濟條件等相關的影響因素需要被考量。Madeleine M. Leininger 在 1970 年代就曾關注跨文化護理照護工作的重要性, 並且強調護理人員必須從病患視角出發, 來提供照護與關懷的重要性 (Leininger & McFarland, 1976)。

一、健康不平等

健康不平等被定義為病人能夠獲得的醫療資源，會因為種族、階級、性別等社會特徵的差異而有其落差，也因而產生出社會不公義的問題（林秀娟，2010；呂宗學、陳端容、江東亮，2015）。而這種因為社會結構因素所造成的健康不平等，成為一種不公義的現象，所以世界衛生組織將健康不平等定義為是一種「可避免（avoidable）」的現象（WHO，2017）。

病患自身的經濟資本以及社會資本等面向，是導致健康不平等的首要因素，主要在於其資源運用能力的不同形成差異，而與其資源運用能力有關的說法被視為一種「資源論」的觀點（曾敏傑，2005），也就是說隨著強調資本主義以及績效主義等的社會經濟結構改變，進而導致與形成不同的階層及族群，在動員與運用資源能力上的差異，也因而更加強化了健康不平等的程度。其次因為本身對於健康內涵的文化性理解，以及其對健康定義的不同，也是形成為健康不平等的原因之一，也就是「文化論」所提出的觀點。這種因為文化因素所造成對於健康的信念與詮釋，真實的存在於社會各角落，但卻不容易被察覺。而這種因為資源論或文化論而導致的健康不平等，應該被看見以及被重視，抑或是可以經由相關政策或作為，來改善健康不平等的狀態，或是減低其造成健康不平等的程度。另一方面，民眾本身是否具有社會資源，或是其資源是否方便使用，也成為影響民眾疾病認知不容忽視的層面。社會階層差異真實的存於社會中，除了影響其對使用資源的能力外，不同社會階層對於同一種疾病的認知，以及對於其疾病的定義也不相同。社會相關資源條件及政策，對老人等弱勢群體造成社會排除，而這一些狀態更是經常因著弱勢的身體條件而發生，一些研究指出老年人以及障礙者，因為缺乏獲取資訊的能力，或是不會使用電腦等等受限的身體條件（吳秀照，2007；王雲東、楊培珊、黃竹萱，2007；余珮瑩、馬財專，2013），居住地偏遠的原住民因其造成身體移動的限制性（范麗娟、陳翠臻、莊曉霞，2013），再再顯示出他們於社會參與以及健康面向存在社會排除的事實。

「文化安全（cultural safety）」概念是醫療照護體系中，反省文化因素最具代表性的的論述。「文化安全」是一種預設立場，也就是說每一個健康照護關係都是兩個文化之間的互動。具體來說照護者及被照護者互動的背後，亦即是不同的文化理解與文化認知的相遇（confrontation）。而醫療體系試圖為被醫療者所提供與營造的「健

康」，卻並不一定是他們想要或真正需要的健康，更甚至會導致讓其「受苦」的情況(蔡友月，2009)，或將其使被醫療者處於健康不平等的狀態中。於公共衛生領域重視的不單單只有醫療治療(medical treatment)或治癒(cure)，還包含醫療照護(medical care)，而在照護過程中必須要將病人所處的社會脈絡及處境列入考量。

二、病人權利

Tom Beauchamp 與 James Childress 1980 年 提出了生物醫學倫理原則(Principles of Biomedical Ethics)，即使到了現今其醫學倫理原則仍持續被沿用著，更奠定了現代醫學倫理的架構。其所提出的醫學倫理包含四大原則，分別為病患自主權(Autonomy)、行善(Beneficence)、不傷害(Non-maleficence)、公正(Justice)(陳映燁、李明濱，2000)。而世界醫學協會也在 1981 年發表里斯本宣言中，列出病患於尋求醫療診治的過程中所擁有的基本權利，包含了病患擁有自主權。而 1948 年聯合國人權宣言裡更清楚闡述了病患的知情權以及醫師必須維護病患隱私權的義務，更成為今日醫病關係間的基本守則(翁詩鑽，2016)。1982 年台灣中華醫學會於第十四屆年會中，明確的告知全體醫師會員，其世界醫學會主張之病人應該享有的六大權利。其病人權利分別為(1)病人應具有自由選擇醫師的權利、(2)病人應保有其接受醫師於不受外界干擾下，自由的去執行臨床以及醫療道德上有關判斷的權利、(3)病人在了解正確資訊之後，具有接受治療或是拒絕治療的權利、(4)病人有權利去要求醫師必須尊重其所有的醫療以及個人資料的隱密性、(5)即將面臨死亡的病人，有權利要求保有應有的尊嚴、(6)病人具有接受抑或是拒絕宗教協助之精神慰藉的權利(陳映燁、李明濱，2000；張育茹，2017)。

三、多元文化照護能力

醫療照護論述 2000 年之後將其提升至更廣的面向上，對其文化因素進行了反省，Annemarie Mol 將醫療照護放在社會的脈絡中進行思考，其指出存於近代西方國家政治上公民身分的建構，以及市場運作下的消費者身分認知，創造出強調「主動性的病患(active patient)」的身體觀(Mol, 2008)，其意涵為病人在醫療照護的過程中，必須要賦權並給予其參與選擇(choice)的權力。Mol 指出，健康照護為廣義「照護」

的其中一個部分，其認為在醫療照護的實踐中，必須不斷經由溝通以及討論來賦予「照護」個別不同的面貌，其主張更提供了多元文化照護以及個別照護一個嚴謹的論述基礎。

多元文化照護能力起源自人權、人性的尊嚴以及健康平等的思維，針對於來自不同文化背景的病人，醫護人員應提供考量其特殊文化差異的護理服務。Burchum 及 Suh 也指出多元文化照護能力，應該包含對於文化知覺（cultural awareness）、文化知識（cultural knowledge）以及文化敏感度（cultural sensitivity）與文化技能（cultural skill），更是一種需要透過學習而產生的跨文化理解能力(Burchum, 2002；Suh, 2004)。



第三章 大腸癌篩檢現況與推廣策略

第一節 大腸癌篩檢規範與流程

一、立意良善的大腸癌篩檢政策及其管理主義式的成效指標管控

癌症蟬聯國人死因首位已長達 38 年，占每年總死亡人數近 3 成，有鑑於癌症造成人民生命和社會的嚴重威脅，國民健康署依據癌症防治法，自民國 94 年推動第一期國家癌症防治計畫(94-98 年)迄今，已建立癌症診療品質認證制度。除了相關指標化的制定外，也針對大腸癌篩檢及確認後追蹤的流程有詳細標準化的規範。這些都是本研究檢討實作過程問題時，必須先交代的背景訊息。

1.大腸癌篩檢指標與後續追蹤指標

國民健康署為讓各醫療院所於推動大腸癌篩檢業務有其依據可循，特於計畫中設定加入篩檢計畫之醫療院所，必須配合完成的應辦事項以及相關要求，並且設定管理工作內容規範，相關大腸癌篩檢宣導、推廣、以及接受大腸癌篩檢結果呈現異常者(陽案)確診等內容規範，並規範大腸癌篩檢對象、篩檢條件、篩檢區間、篩檢排除條件如(表 3-1)。

表3-1大腸癌篩檢資格

篩檢對象	年滿50歲至75歲
篩檢條件	兩年內未接受大腸癌篩檢者
篩間區間	兩年一次
排除條件	罹患大腸癌者

此外，在管理主義的思維下，國民健康署依照各家醫院年度癌症登記申報數，來設定各家醫院的癌症品質服務量(表 3-2)，並明訂大腸癌篩檢、口腔癌篩檢、乳癌篩檢、以及子宮頸癌篩檢等，四個癌別的篩檢量上限與下限。例如:口腔癌篩檢量不得超過總篩檢量的 10%，而大腸癌篩檢量不得低於總篩檢量的 15%。而國民健康署規

範與訂定相關補助經費額度、辦理事項、補助計畫各項次條件、工作內容以及經費上限，各醫療院所再依照國民健康署計畫之服務量上限與下限之規範，來調整大腸癌篩檢、口腔癌篩檢、乳癌篩檢、以及子宮頸癌篩檢各癌的篩檢服務量。

表 3-2 癌症預防及篩檢品管分項

分項	預定簽約 廠商家數	年度癌症登記申報數 至少須達個案數	癌症品質總 服務量 註1	癌症預防與篩 檢品質總經費 (每家)
1	5	6000以上	35,700	4,150,000
2	10	3000-5999	32,700	3,710,000
3	6	2000-2999	23,700	2,710,000
4	11	1500-1999	20,700	2,310,000
5	14	1000-1499	18,700	2,170,000
6	19	600-999	13,700	1,560,000
7	9	400-599	11,700	1,280,000
8	23	100-399	8,900	1,060,000
9	3	100以下	3,800	490,000

以南部某家區域教學醫院為例，其年度癌症登記申報數 2200，按(表 4-1)癌症預防及篩檢品管分項該醫院落於分項 3，故該院癌症品質總服務量即為 23700 分。其醫院再依歷年各項癌症服務量，大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌各癌別該年分數計算方式(表 3-3)來評估各癌別分配比例，且必須符合國健署所設定的最高與最低比率限制，分配比例如(表 3-4)。

表3-3四癌篩檢分數計算方式

癌別	分數計算方式
大腸癌	50歲-69歲2年一次男性1.5分
	50歲-69歲2年一次女性0.5分

	50歲首次篩檢男性2分 50歲首次篩檢男性1分
口腔癌	30歲以上目前有嚼檳榔或吸菸習慣者2年一次男性1分 30歲以上目前有嚼檳榔或吸菸習慣者2年一次女性1分
子宮頸癌	30歲以上3年以上未滿7年未檢一般婦女1分 30歲以上7年以上未檢一般婦女1.6分 30歲以上3年以上未檢身障婦女2分
乳癌	40歲-44歲2年一次高風險婦女1分 45歲-69歲2年一次身障婦女3分 45歲首次篩檢一般婦女1分 48-69歲未曾篩檢一般婦女1.5分 45歲-69歲3年以上未滿7年未檢一般婦女1.2分

表3-4某家區域教學醫院四癌篩檢目標數

癌別	目標數
大腸癌	9000
口腔癌	2000
子宮頸癌	4600
乳癌	4400
合計	20000

國民健康署除了極力推廣癌症篩檢，設定各醫療院所必須於各期達成設定篩檢目標數的完成比例外，更強調篩檢異常者必須完成後續確診檢查，當個案完成後續確診檢查後即達成追蹤，稱之為陽性追蹤率。以大腸癌篩檢為例：民眾接受大腸癌篩檢後，當篩檢結果呈現陽性(異常)時，必須於規定期限內完成大腸鏡檢查，才算完成追蹤，稱之為完追。國民健康署期待每位大腸癌篩檢陽性個案都能接受大腸鏡檢查，更希望透過篩檢人員以面對面或電訪方式，提供篩檢異常者後續確診檢查相關資訊，衛教篩

檢異常者接受後續確診檢查。為提升完追率，國民健康署於計畫中設定未達陽性個案追蹤率之費用給付標準計算方式如(表 3-5) (此項計算上限為篩檢品管經費之 35%)

表3-5 未達陽性個案追蹤率之經費給付標準計算方式

陽性個案追蹤率	
整體癌症陽追率 $\geq 85\%$ 且單癌陽追率 $\geq 70\%$	篩檢品管經費*35%*100%
整體癌症陽追率 $\geq 85\%$ 而單癌陽追率 $<70\%$	篩檢品管經費*35%*95%
$60\% \leq$ 整體癌症陽追率 $<85\%$	篩檢品管經費*35%*85%
整體癌症陽追率 $<60\%$	篩檢品管經費*35%*陽追率

由(表 3-5)可知癌症篩檢陽追率高低，與癌症篩檢計畫補助金額有著密不可分的關係。當癌症篩檢陽追率不理想或較低時，會直接衝擊與影響醫療院所的收入。國民健康署除了要求完追率之外，更制定大腸癌篩檢核心測量指標，其內容為監測各醫療院所執行大腸癌篩檢異常個案，於發現大腸癌篩檢呈陽性後 90 天內與 180 天內，接受大腸鏡檢查的比率(完追率)、接受大腸鏡檢查陽性個案的腸道清潔程度、盲腸到達率、小於 2 公分瘰肉切除率、出血與腸穿孔等相關大腸鏡檢查品質監測各項指標。

這些鉅細靡遺的指標及控管總量的制定，都屬於相關治理下所生產的知識類型及操作內容。

2. 大腸癌篩檢流程的標準化

大腸癌為國人發生人數最多的癌症，且呈現每年快速增加的趨勢。依據國健署統計資料顯示每年約有 1 萬多人得到大腸癌，並有超過 5 千人因大腸癌死亡。大腸癌是可以透過早期發現、早期治療，且治癒率很高的癌症。根據統計，早期的大腸癌如果

妥善治療，存活率可高達 90% 以上。篩檢政策依據歐美國家經驗，每一至二年進行一次糞便潛血篩檢，約可下降 18% 至 33% 的大腸癌死亡率 (國健署，2019)。在台灣，由於大腸癌多發生在 50 歲以後，因此，國民健康署補助 50-74 歲民眾每兩年一次定量免疫法糞便潛血檢查。透過糞便潛血檢查，能檢驗出糞便表面肉眼看不出來的血液，由於大腸癌的腫瘤或瘻肉會受到糞便摩擦而流血，血液因而附著在糞便表面排出，經採集表面糞便送至檢驗室檢驗，即可測出是否含血液。民眾可持健保卡到健保特約醫療院所檢查。檢查結果若為陰性，只需每兩年接受一次糞便潛血檢查即可，檢查結果若為陽性，則需進一步接受大腸鏡檢查來確診 (國健署，2019)。

國民健康署在推廣大腸癌篩檢上，規劃讓醫院於門診或社區針對符合大腸癌篩檢之民眾進行邀約並鼓勵篩檢，在民眾同意的前提下，讓民眾接受大腸癌篩檢，立即予以填寫國民健康署定量免疫糞便潛血檢查表，給予大腸癌篩檢管並教導如何採集檢體，說明繳交方式與繳交期限等相關注意事項。大腸癌篩檢檢體繳回醫院後，將其送至檢驗室檢驗，大腸癌篩檢報告若為陰性，表示此次大腸癌篩檢為正常，只需寄大腸癌篩檢報告給受檢個案，即完成大腸癌篩檢與報告寄發程序。若大腸癌篩檢報告呈陽性，即為大腸癌篩檢異常，除了寄發大腸癌篩檢報告給受檢民眾外，還會由大腸癌篩檢個案管師打電話通知受檢個案，告知此次報告為異常，並說明需進一步安排回醫療院所，至大腸直腸外科或腸胃科門診安排大腸鏡檢查，並協助掛號等相關事宜。

針對大腸癌篩檢陽性個案，國民健康署規範必須轉介陽性個案至可執行大腸鏡檢查之醫療院所受大腸鏡檢查。當執行大腸鏡檢查發現有大腸瘻肉時，必須即刻切除瘻肉並送病理切片化驗。若接受大腸鏡檢查時，當下即發現罹患大腸癌，或於瘻肉切片檢查化驗為大腸癌時，必須接受開刀治療，化學治療或放射線治療等相關癌症治療處置。大腸癌篩檢陽性個案後續確診及治療量處置流程如(圖 3-1)。

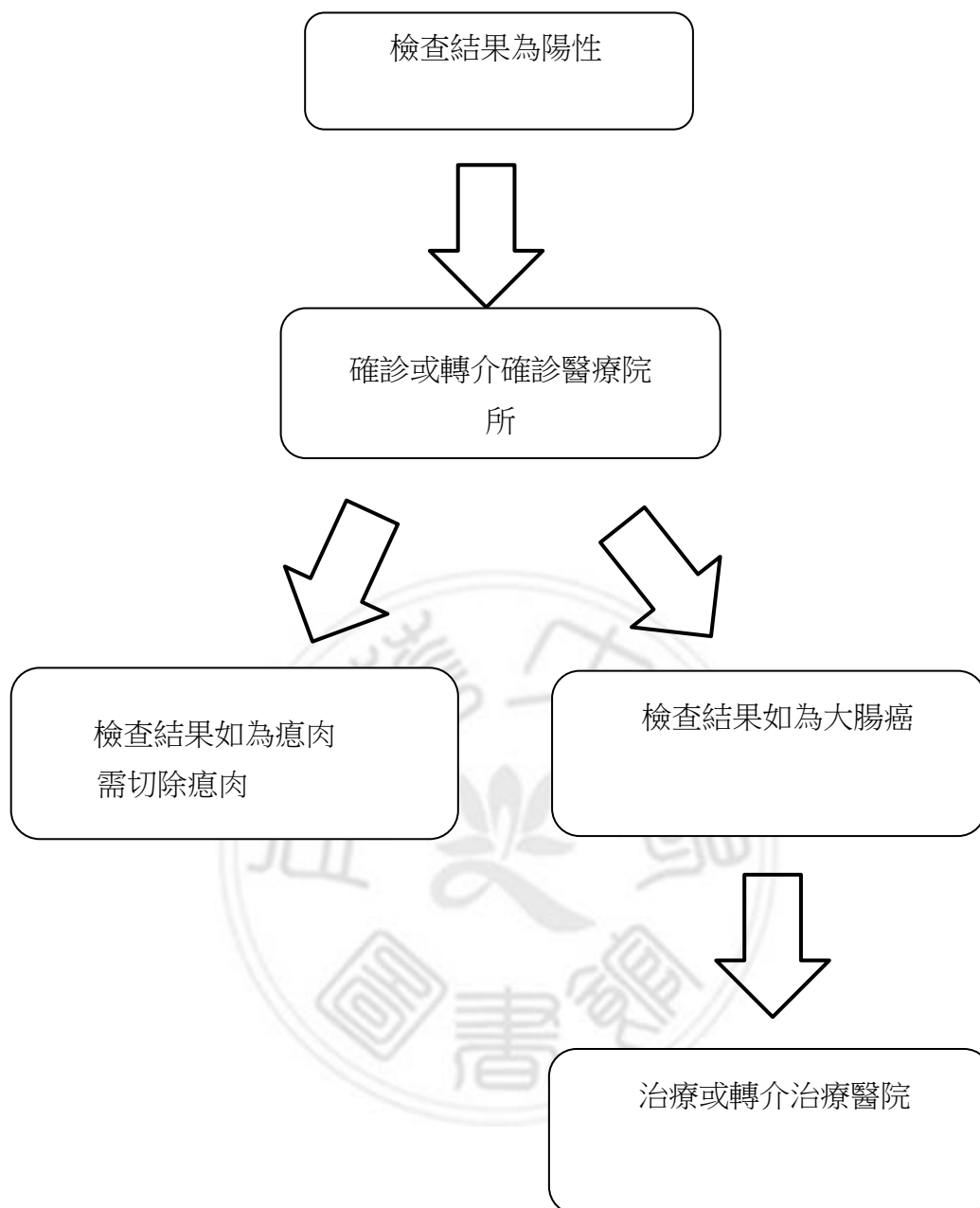


圖 3-1 大腸癌篩檢陽性個案後續確診及治療處置流程

以上這些標準化流程，都是專業主義思維下生產的論述與知識。在這些背景下，新管理主義的思維則充份體現在醫療體系中的推廣策略與實作中。

第二節 大腸癌篩檢推廣策略

國民健康署癌症篩檢計畫中所要求的內容與規範，明確制定癌症篩檢推動策略。以大腸癌篩檢為例，篩檢推動策略就包含有癌症篩檢宣導、癌症篩檢申報優化、院內與社區癌症篩檢服務等。這一系列的推動規劃，都有明確的指導方針以及作法建議，並針對癌症篩檢宣導、申報優化、以及院內與社區癌症篩檢服務等各方面，皆有內容詳盡的規範說明。大腸癌篩檢推廣策略，依照國民健康署癌症篩檢計畫中項次為主軸，進而延伸各細項措施，還細分為院內、社區與偏鄉等三部分的不同面向推廣策略。在這幾近監控的指導下，各醫院皆處於治理權力的運作中。以下以南部某區域教學醫院為例，具體說明不同層次的推廣策略：

一、院內推廣

(一) 主動提示系統

建置癌症篩檢資料庫，每月 10 日至管考系統下載，曾於院外做四癌篩檢資料彙入院內提示系統。每日上傳隔日預約掛號名單至管考系統雲端介接系統，且於每日每小時上傳當診掛號名單進行資料整匯，再批次匯入院內提示系統資料。設定提示條件為 50-75 歲兩年內未做過 iFOBT 篩檢之民眾，於以下各時機提示個案受檢。(1)掛號系統：民眾於掛號時若符合篩檢條件，掛號人員依系統提示主動告知篩檢訊息，並指引檢查。(2)跟診系統：跟診人員可於跟診系統畫面知道就醫民眾符合篩檢的條件，可衛教看診號碼較後面之民眾先去做篩檢。(3)醫令系統：醫師於問診時若病患符合篩檢條件，會彈出提示畫面，醫師可直接開立檢驗單。(4)看診結束：符合篩檢條件者會印出提示單，由跟診人員衛教鼓勵民眾完成檢查。(5)批價櫃檯：民眾於看診後，批價時若符合篩檢條件，批價系統會彈出提示畫面，由醫業室人員主動告知篩檢訊息，並指引民眾受檢。

癌篩個案師於每週、每月、每季、每年統計大腸癌篩檢達成率，提供給院長、癌篩推動小組以及診療各團隊，掌握篩檢概況與進度。每月(季)依科別、醫師別及提示數、提示後實際篩檢數，於每月癌症篩檢業務會議中，提出報告檢討及擬定相關策略。

設立稽核制度，不定期瞭解門診實際進行衛教轉介的比率，並將轉介率結果，不定期於門診部與大腸癌診療小組會議中報告。

(二) 設立轉介獎勵制度

為鼓勵全院員工轉介，設立轉介獎金，轉介成功一案 10 元，一年 2 次於由主管公開表揚四癌生命搶救天使。為鼓勵全院醫師參與大腸癌篩檢推廣，協助推廣大腸癌篩檢，開立一案給於醫師 40 元獎勵金。

(三) 提供快速簡便之篩檢流程

設立單一篩檢服務窗口，提供大腸癌篩檢掛號、批價、讀健保卡、開立檢驗單、衛教採集方法、檢體保存、回收檢體之單一作業窗口，且免收掛號費，減少民眾來回奔波及等候時間。不定期於門診各樓層候診區、服務台，設立行動篩檢站，並由助理員邀約並鼓勵民眾做篩檢，增加可近性以提升篩檢數。提供便利的檢體回收服務，一般門診時間，於門診單一篩檢窗口、門診與急診檢驗室、健康管理中心，皆可提供收檢體服務。設置免下車繳檢體之「便利速」服務：於門診及住院大樓門口設置檢體回收箱，提供 24 小時免下車之便利檢體回收服務，急診檢驗室也提供 24 小時回收 iFOB T 檢體之服務。更設有專人電話提醒民眾繳回檢體，定期分析與檢討不繳回篩檢管的原因，並針對其原因進行改善。

(四) 設立癌症篩檢單一窗口及諮詢專線

設立癌症篩檢單一窗口，並配置專業人員提供民眾便利的醫療資訊與篩檢服務，讓民眾於門診就診時藉由及時性的服務，來協助民眾解決問題，並宣導預防保健之觀念。設立防癌諮詢專線，並由專人接聽，以提供民眾返家後能透過電話諮詢，進而適時協助解決問題。

(五) 提供主動式關懷服務

整彙近 2 年來院就診且符合大腸癌篩檢資格民眾，寄發簡訊以傳達癌症篩檢相關訊息並提醒與鼓勵民眾篩檢。設置專人電訪以提醒民眾篩檢，並針對居住地較偏遠且篩檢意願高的民眾，主動寄篩檢管給民眾，並請民眾於下次就醫時一併繳回檢體。

(六) 走動式機動邀約

專人於前一日轉出隔日預就診且符合篩檢之名單，主動前往候診區進行邀約。另訓練防癌志工於院區內、門診各候診區、門診大廳、藥局前，進行一對一掃地式邀約民眾做篩檢。

(七) 辦理癌症篩檢宣導：

於醫院出入口及門診區張貼宣導海報，並透過院內一天二次廣播宣導定期大腸癌篩檢，於院內門診區播放自行拍攝之大腸癌篩檢宣導影片，或國民健康署所提供之認識大腸癌篩檢衛教影帶，一天至少 4 次。每月安排 1-2 場次，與癌症篩檢相關主題之衛教內容，於門診候診區以簡報方式進行團體衛教，以提升民眾癌症篩檢健康意識，進而提升民眾接受癌症篩檢意願。

二、 社區推廣

(一) 連結各衛生局(所)推動大腸癌篩檢

設立癌症篩檢宣導講座、篩檢服務單一窗口，並主動與各衛生所連繫，合作辦理社區抹片、乳房攝影、口腔癌篩檢或季節性流感接種等服務時，也一併提供大腸癌篩檢服務，並派有專車至衛生所收取大腸癌篩檢檢體。主動接洽社區據點，辦理到點篩檢服務。

(二) 辦理大腸癌篩檢社區到點篩檢

醫院與所在地鄰近縣市衛生所合作，共同規劃與協調一整年度社區癌症篩檢服務日期、時間、以及服務地點，每年接洽與安排大約 70 場社區癌症篩檢場次。醫院與衛生所各指派一位人員，作為相關活動聯繫窗口，其工作分配如下述：當地衛生所人

員協調當日場地租借與場地佈置等事宜，並提供 3-5 名人力前往癌症篩檢活動現場，協助填單以及場控等事宜。醫院端每一場次約安排 5 名人力(表 3-6)，並派公務車一同前往社區癌症篩檢活動場地，提供癌症篩檢服務，社區癌症篩檢人力配置如(表 3-6)，每次社區癌症篩檢活動約安排 2-4 小時不等。社區大腸癌篩檢活動流程，首先於篩檢會場逐一查詢前來受檢民眾篩檢資格，經查詢後若符合篩檢，立即開立大腸癌篩檢醫令並刷健保卡，協助填寫相關須收集之基本資料與健康行為調查，教導如何採集糞便檢體，並告知相關注意事項，回收糞便檢體之地點與期限。再由衛生所於大腸癌篩檢檢體回收期限，前往篩檢地點回收大腸癌篩檢檢體，先放置於該衛生所，再由醫院派車前往該衛生所收回至醫院做檢驗。社區癌症篩檢流程如(圖 3-2)。

表3-6 社區大腸癌篩檢人力配置

負責單位	人員	工作內容
醫院	1	社區癌症篩檢窗口，活動人員安排聯繫派車等行政事務。
	1	活動場控。
	1	大腸癌篩檢資格查詢，開立醫令、刷健保卡、送贈品。
	1	資料填寫。
	1	教導大腸癌篩檢檢體採集方式與注意事項，檢體回收地點與期限說明。
	1	駕駛公務車。
衛生所	1	社區癌症篩檢窗口，篩檢地點、日期、時間、場次安排，場地接洽與聯繫佈置。
	2	資料填寫。
	1	造冊與場控。

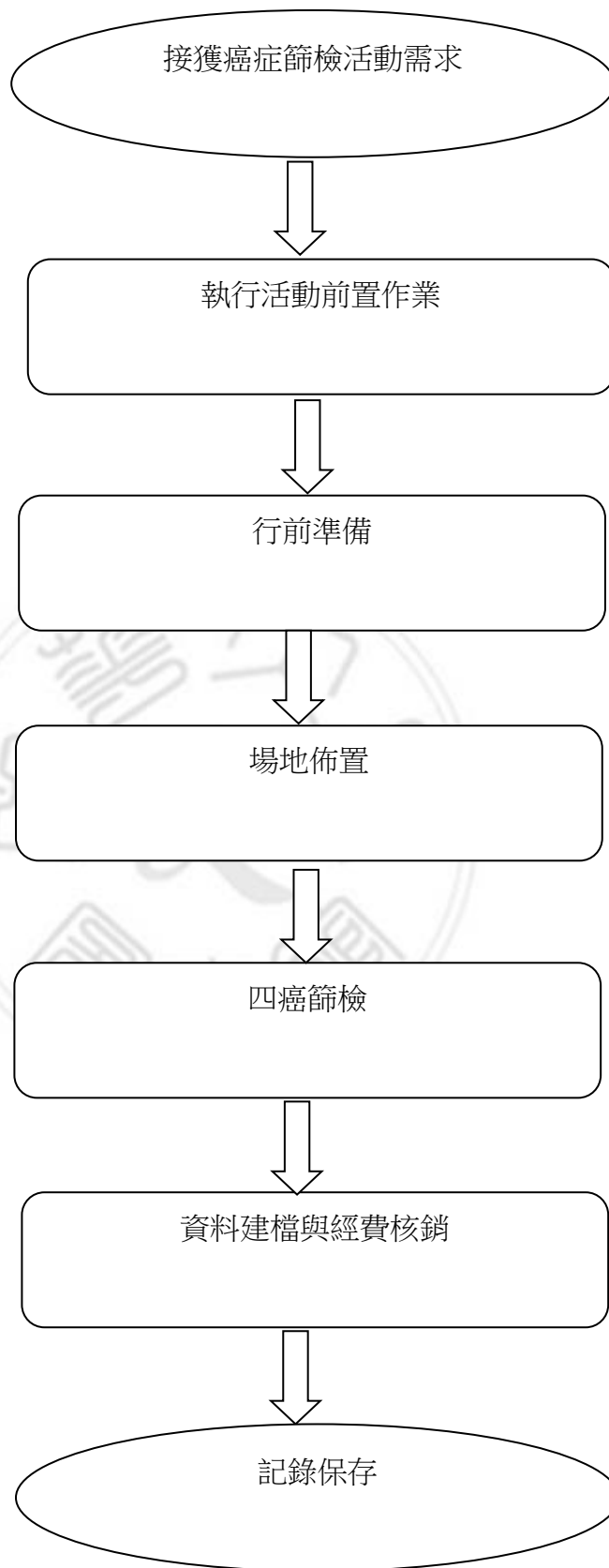


圖 3-2 社區癌症篩檢流程

三、 偏鄉地區推廣

為了協助與提供偏鄉地區能於在地獲得癌症篩檢服務，特別配搭偏鄉巡迴醫療服務，並安排巡迴醫療醫師接受癌症篩檢訓練，於山區巡迴醫療執行子宮頸癌、大腸癌、口腔癌等篩檢服務，增加山區民眾癌症篩檢可近性。偏鄉地區癌症篩檢推廣頻率為每週提供 14 診偏鄉巡迴醫療服務，並定期辦理癌症防治宣導講座，因偏鄉有專屬服務團隊，故於人力運用上即以其偏鄉服務團隊為主要提供者，巡迴醫療服務一診次的人力配置為護理師、醫師、事務員各 1 名、並配置 1 名司機。

大腸癌篩檢推廣主要以上述院內、社區與偏鄉為主要推廣場域，而其人力運用部份，於院內與社區有部份人力為重疊運用(例如:事務員)，但又各自有不同屬性與特定工作職責。人員參與院內與社區的推廣，例如於院內有邀約的志工，而社區則有衛生所的護理人員會一同參與篩檢活動進行。反之，偏鄉地區推廣人力運用鮮少與院內及社區重疊，較屬獨立作業。

第四章 大腸癌篩檢治理下的困境與矛盾

大腸鏡的檢查過程是相對繁瑣、耗時的過程。因此，在推廣上並不容易。檢查時利用影像傳遞的方式，可由螢幕同步播出，醫師經仔細觀察和鑑別診斷，針對腺瘤性瘻肉予以完全地切除，甚至早期的黏膜癌，也能以內視鏡作切除，讓患者不須再接受切除腸子的手術治療（蘇銘堯，2011）。因此，為了清楚看到大腸黏膜，達到準確評估及提升檢查完整性，腸道的清潔品質顯得更為重要。腸道清潔品質不理想時，會增加檢查及診斷的困難度，使檢查時間延長，病人不舒服程度增加，同時也降低瘻肉的偵測率，增加合併症的風險，影響檢查的完整性（Nguyen DL & Wieland M, 2010）。基於上述原因，會建議每位接受大腸鏡檢查之患者，於檢查兩天前就必須採低渣飲食的進食原則（陳香伶、吳淋禎、張雯雯，2016）。腸道準備工作除了檢查前須進行低渣飲食外，腸道清潔藥物對大腸鏡檢查的品質也十分重要，但過程卻必須讓檢查者承受一些不舒服的體驗。目前常用的清腸藥物中，主要以 polyethylene-glycol electrolyte lavagesolution（PEG-ELS）及 Sodium phosphate 兩大類。PEGELS 需短時間內喝下 2 公升 PEG 溶液，因藥物容量太多和口味問題，病人順從性較差；至於 Sodium phosphate 如未依醫囑補充足夠的水分，則易造成脫水、電解質不平衡和急性腎損傷（Beck DE, 2010；郭育淇、王憲奕、甘偉志，2011）。因此腸道準備期間需適度補充水分，以增加糞便的排空效果外，也能預防因藥物造成的不良反應（陳香伶、吳淋禎、張雯雯，2016）。以上這些都是相關檢查起碼有的門檻，這也是受檢者並不是非常樂於接受的體驗過程。但國家基於健康治理的需要，積極透過前述的相關策略來推動。但一線人員於實作場域上，卻不乏遇到許多執行面的難處與困境，值得從另一個層面切入，來檢視癌篩治理策略的盲點。以下將從民眾以及推廣者這兩個層面做進一步深入的探討。

第一節 就民眾層面做探討

一、民眾面對大腸癌篩檢的態度

自民國 99 年全面推動大腸癌篩檢至今已邁入第 11 年，民眾對於大腸癌篩檢的態度正反兩面皆有，在訪談醫療院所或衛生機關之大腸癌篩檢一線人員後，針對民眾面對大腸癌篩檢態度較為消極之層面加以探討，歸因於對自身健康過度自信、逃避心態、自身與他人的經驗值等，將針對上述狀況加以詳述。

(一) 對自身健康過度自信

自覺健康狀態(health perceptions)是指個人對自己的健康作整體性的評估，是一種統合的概念，可反映一個個體對自己一般健康的評估(Dianne, Marie & Kathleen, 1989)。Pender (1987)則指出一個人自覺自己健康狀態如何，會影響其從事健康促進的行為，主要指個人對自身健康情形之評價。反言之，於癌症篩檢推廣時，當民眾對於自身的健康狀態感覺良好時，即直接影響其接受篩檢之意願，受訪者共同的經驗是：

一些民眾他自覺本身身體還不錯，他單純的覺得沒有必要做篩檢。有時我們會跟民眾說這是政府給我們的健康福利，有些會跟我們說他不用、不需要，可以讓給別人做(A 個管師)。

我們在追民眾，建議可以做大腸癌篩檢的時候，大部分會說我身體沒有事、我身體很健康，那有需要做，為什麼要做篩檢！就是對自己的健康很有信心，覺得沒有異樣，然後自我感覺非常的良好(B 護理師)。

由上述發現於一線人員無法成功邀約民眾接受大腸癌篩檢，主要原因來自於民眾對於自身健康過度樂觀。民眾口中的沒事，可以被解讀成沒症狀、沒不舒服。而民眾普遍存有沒症狀、沒有不舒服、就是沒病。「文化安全」是一種預設立場，也就是說，每一個健康照護關係，都是兩個文化之間的互動。具體來說，照護者及被照護者互動的背後，亦即是不同的文化理解與文化認知的相遇 (蔡友月，2009)。當自覺健康良好，卻又被醫療人員極力遊說去接受自認為不需要的篩檢時，民眾除了一口回絕外，表述的語彙也多隱藏著沒事何必找事做的意涵。當民眾對自身健康過度自信時，會直接影響其接受癌症篩檢的意願，此現況與 Pender (1987) 指出自覺健康狀態會影響一個人從事健康促進的行為之理論相呼應。沒有症狀就是健康，這是普遍存在華人社會

根深蒂固的觀念，學者也指出醫療體系與醫療場域中所營造出的健康，並不一定是民眾他們想要或真正需要的健康 (蔡友月，2009)。

(二) 逃避心態

國人對於癌症的反應往往呈現兩種極端的狀態，有一群人是太過害怕而不斷去做各種檢查，而另外一群人則是選擇不斷逃避，甚至連最基本的篩檢都不做。大腸癌篩檢是借鏡歐美國家的成功經驗進而引入台灣，根據 Schoen 等人(2002)報告指出，有 50%的美國人曾經做過大腸癌篩檢，而於廖建彰等人(2005)研究數據指出於台灣 50 歲以上受訪者，曾接受大腸癌篩檢只有 23.4%，與西方國家相比，大腸癌篩檢使用率與接受度上普遍低於西方國家，而探究其影響因素與逃避心態有著密切的關係，更可從受訪者的描述中窺探一二：

有一些個案他現在剛發現一個癌症或是剛生病他還沒有做治療，那他就會很有篩檢意願，可是當他開始在做癌症的治療時，他就會覺得我不要再去檢查了，就是會害怕得知另一個疾病之類的，所以臨床上常常遇到民眾會因為本身有一些疾病存在，不能承受再發現其他疾病而拒絕受檢(A 個管師)。

常常會遇到一些有慢性病的民眾會拒絕做篩檢，有一次我邀約一個洗腎的民眾做篩檢，他說洗腎都那麼痛苦了，幹嘛還要做檢查，早死早超生(C 個管師)。

很常在邀約時民眾會說：沒做就沒事，一做就有事！沒做、什麼都不知道這樣最好(A 個管師)。

由上述發現民眾常因現存的疾病，進而拒絕再面對或去承受可能再被檢查出有問題的狀態或疾病，消極的甚至用情緒性的字眼來拒絕醫護人員的邀約。顯示民眾對於現存疾病覺得無力與困擾，而不願再去面對或接受身體出現其他異狀的情境，更甚至存有一旦接受篩檢，就會檢查出問題的觀念與迷思，也就是民眾口中說沒做就沒事、一做就有事！然而，存著這樣觀念的國人不在少數，而這群人就是抱持著這樣的心態

持續拒絕接受篩檢。這些行為表現突顯出華人社會對於面對健康篩檢，甚至是疾病時，多屬消極與逃避的態度。

(三) 自身與他人的經驗值

主觀規範(subjective norm)：是指一個個體從事某一行為時，其重要的他人或者是團體對於個體所產生的影響，更甚至是來自於重要他人、同儕、或是團體的社會壓力(Ajzen, 1985)。人是否從事一項行為，除了自身想法與意願外，也常會受到其他人的想法所影響。受訪者表示於推動大腸癌篩檢時民眾接受與否，常與自身經驗以及他人經驗有密切關連，受訪者描述常遇到的狀態：

做了大腸癌篩檢有陽性反應，但是他不相信這個檢驗值，然後他又去其他的診所拿大便篩檢管子再做了第二次，結果呈現陰性的反應，他不相信第一次的報告值(B 護理師)。

有一些人篩檢是陽性，然後再來作檢查卻是痔瘡之類的，他們就會覺得其實(大腸癌篩檢)沒有那麼的準。還有有一些高知識分子，拒絕的原因是因為他會尋求更精準的，譬如說大腸鏡，那他就會覺得篩檢沒有必要做(A 個管師)。

常常遇到邀約民眾受檢時，配偶會說做那個要幹嘛?免啦!(C 管理師)

有一些民眾已經將大腸癌篩檢採檢管拿回家，但因為家屬一句話就影響民眾繳回檢體受檢的意願，另一半(家屬)會聽到其他人的經驗，然後回去跟個案說那不用做(A 管理師)。

如果民眾篩檢出有問題的話，該村別的民眾要做健康檢篩檢的意願的確就是會比較高，因為會有一些間接的影響力(B 護理師)。

當民眾之前曾有過大腸癌篩檢不好經驗時，民眾多傾向於拒絕再次受檢，即便醫護人員強力邀約，仍不易成功游說個案接受篩檢。民眾是否願意接受大腸癌篩檢，除了自身意願外，家屬的態度也占了舉足輕重的影響力，也直接衝擊民眾受檢意願。許

多民眾來醫院就診，常需要仰賴家屬陪同或接送，故於醫院邀約民眾受檢時，陪同身旁的家屬對民眾而言，具有一定程度的決策性與主導權，尤其當其身邊充斥著對大腸癌篩檢有疑惑或疑慮的親友群時，推廣人員想成功邀約與游說受檢就更加困難。而鄉村型態的地區，由於民眾與民眾之間的連結與互動較城市緊密，其相互影響的狀態就愈趨顯著。

(四) 篩檢過程繁瑣

隨著時代的變遷，便利且快速的消費體驗深得消費者的青睞，但也造就了民眾將快速便捷的消費經驗，用來檢視與要求醫療場域所提供的醫療或健康促進服務。當所提供之服務讓民眾感受到流程繁瑣，或是需耗費時間，更甚至是需要額外花精力方能完成時，民眾就容易傾向拒絕。

大腸癌篩檢流程首先須開立醫囑、刷健保卡，詢問民眾基本資料與健康行為史，教導正確採檢方式與注意事項，爾後讓民眾將大腸癌篩檢採便管帶回家，待民眾解便後再依照採便步驟完成採檢，且必須於採檢後三天內送回原發管醫療單位檢驗。所以相較於一般抽血項目更來的繁瑣，受訪者共同的經驗是：

有一些個案把管子拿回去之後，沒有把管子繳回來，打電話去了解，很多個案是他回去想想又覺得沒有這個必要，回去想想又反悔了又不想做了，就沒有篩檢的意願，或是覺得太麻煩了，就會影響他想要繳回來的意願。(A 個管師)

在鄉下的地方很多老人家沒有交通工具，然後村落距離又遠，像我們的鄉鎮裡面，最遠的村從騎機車到我們衛生所最遠的要 5 公里，甚至大於 5 公里。所以有一些民眾會說：我拿一個大腸癌篩檢的管子要騎 5 公里的距離，他會嫌麻煩。還有一些民眾會擔心自己忘記繳檢體會說：不要啦，太麻煩了我還要把管子交回去，如果忘了要怎麼辦！(B 護理師)

有民眾住的比較遠他說：我住在山區騎車到醫院要 1 個半小時，沒辦法交管子(大腸癌篩檢管)回來啦(C 個管師)。

篩檢過程繁瑣與麻煩的感受，會因著篩檢民眾的狀態而有其個別差異。免費大腸篩檢從民國 99 年起於全台灣各縣市全面推廣，因為城鄉的差距導致於比較偏僻的鄉鎮，在推廣時出現了於都市地區不一樣的阻礙因素，而距離與交通工具等相關問題，亦成為直接影響偏鄉地區民眾接受大腸癌篩檢意願之要因。由上述內容顯示城鄉差距、人口結構、以及篩檢民眾的能力與自身條件，都會造成不同層面的限制與影響。研究指出老年人以及障礙者，因為缺乏獲取資訊的能力，或是不會使用電腦等等受限的身體條件（吳秀照，2007；王雲東、楊培珊、黃竹萱，2007；余珮瑩、馬財專，2013），居住地偏遠的民眾因其造成身體移動的限制性（范麗娟、陳翠臻、莊曉霞，2013），而致使他們於社會參與以及健康面向存在社會排除的事實，其論述與上述內容相呼應。而由社會結構因素所造成的篩檢意願下降，實為受訪者深感無力的現況。

二、民眾面對大腸癌篩檢異常後續確診的態度

當接受大腸癌篩檢呈陽性(異常)時，必須藉由大腸鏡檢查來做最後的診斷，稱之為確診。受訪者進一步關心並鼓勵陽性個案接受大腸鏡確診時，民眾於面對大腸癌篩檢異常，後續必須進一步確診的狀態上，展現出不同的態度與行為模式，以下將針對對疼痛的畏懼、傳統的逃避心態、先前經驗之知覺價值、不友善的回饋、個體自主權的展現等面向加以探討。

(一) 對疼痛的畏懼

疼痛是一種相當普遍的經驗，而疼痛也是人體非常重要的保護機制。大腸鏡檢查是一種侵入性的檢查，由於在執行大腸鏡檢查時，會打氣體進入腸道以利檢查進行，所以大腸鏡檢查的疼痛與不適感，除了是在接受檢查的當下產生外，還會延續至檢查結束後，若與胃鏡檢查相比，大腸鏡疼痛與不舒適感覺更勝於胃鏡。當人體產生疼痛感時，一般人直覺反應就是解除疼痛，而當強烈疼痛襲來時所出現的反射動作，就是為了保護身體的一種本能反應。所以當民眾得知必須去接受一項檢查，是會帶來人體疼痛感時，就會產生想逃離的本能反應。受訪者在鼓勵大腸癌篩檢陽性民眾做大腸鏡時共同的經驗是：

民眾最常說的就是：我不要做、聽說那個(大腸鏡)很不舒服，我很怕痛、我不敢做大腸鏡(C 個管師)。

因為大腸鏡是一種侵入性的檢查，有的民眾就是會怕疼、害怕，雖然有無痛大腸鏡檢查，但是並不是全面提供補助，只有少部分的縣市有補助無痛大腸鏡檢查，即便是低收入戶，若不在符合補助縣市，也無法享有無痛大腸鏡檢查的補助。我有電訪過幾個女生，他說他光想到要做這種侵入性的檢查他就是會害怕，即使你提供他再多的資訊，他也是沒有辦法，自己就沒辦法接受。他說光是想到有一根管子要從他的肛門進去，他就覺得這很恐怖，就是有一些人可能他在意侵入性(疼痛)的檢查(A 個管師)。

有的家人曾做過大腸鏡檢查覺得很痛，就會影響民眾做大腸鏡的意願，民眾說：我阿姨做過大腸鏡，他說做的時候很痛、做完後肚子脹好幾天(C 個管師)

當民眾得知必須去接受一項檢查，是會帶來人體疼痛感時，就會產生想逃離的本能反應。由上述得知民眾普遍對於大腸鏡這種侵入性檢查，存有很深的恐懼感。而民眾對疼痛的恐懼所帶來的痛苦，有時甚至還超過疼痛本身。由受訪者的經驗突顯出，畏懼除了會阻礙人們不敢做正確的決定外，更甚至會因為畏懼，進而做出錯誤的決定。

(二) 逃避

逃避是當我們在面對痛苦情緒的時候，選擇保護自己的方式，所以逃避可說是一種防禦機制，而防禦常常是一種我們無意識的反應。從好的面向來看防禦，可以協助我們去避開或是控制某些不舒服的感受，例如：痛苦、悲傷、焦慮等情緒。雖然防禦機制對於人們在維持心理健康上扮演舉足輕重的角色，或是可以為人們帶來短暫的保護和安全感，但是這種短暫的舒適並不能解決真正的問題，更甚至有可能帶來更多的困難。防禦機制除了逃避之外，有時還會以合理化或攻擊的方式展現。合理化是把自己做的事情、面對的困難合理化，給它找一個合適的藉口。而攻擊展現的方式不僅止於對外的攻擊，甚至還會產生對內的自我攻擊。

民眾大腸癌篩檢一旦呈陽性反應(異常)，篩檢單位的癌篩個案管師，即會以電話通知民眾大腸癌篩檢報告異常，並建議進一步接受大腸鏡檢查，做最後確定診斷。腸篩個案管師此時扮演的重要角色與任務，就是協助大腸癌篩檢陽性個案完成大腸鏡檢查。當民眾得知自己大腸癌篩檢結果呈現異常時，受訪者描述民眾常有的反應:

很多民眾會說:我最近吃蕃茄，所以大便才會紅紅的，應該是害怕去做大腸鏡，才這麼說的。也有些民眾也會提出質疑，覺得這報告是不是真的啊?會不會是剛好是偽陽性的問題。也常有民眾會說:我再來採檢第二次看看，如果真的第二次還是陽性，我才考慮要不要做大腸鏡。有時通知年紀比較長的民眾，他們會說年紀這麼老了，為什麼還要做(大腸鏡)，就順其自然啦(B護理師)。

民眾常會說:小姐、我檢查前一天有吃豬血啦!或是說:我最近好像有吃到火龍果，應該是火龍果的關係。也常有民眾會去質疑報告，會說確定是我的報告嗎?會不會是驗錯人了(C個案管師)。

有時通知個案他會直接表達我不要再去檢查了，就是會害怕得知另一個疾病之類的(A個案管師)。

若大腸癌篩檢陽性個案未就診，或就診後未排大腸鏡檢查，腸篩個案管師即會不斷打電話關心、鼓勵、與遊說民眾接受大腸鏡確診。但並非每個個案都會給予來電關心的個案管師友善的回饋，受訪者無奈的表示:

邀約的時候個案不願意做篩檢，然後我們就是一直的柔性勸說，好~那他同意要做了，做完了之後報告異常他就會更反彈，他就會覺得是你逼我的這種感覺。(個案)就是會有情緒的反應，然後再來就是會拒絕，然後就會可能不接電話或直接不回來確診(A個案管師)。

可能陽案你通知他的時候，他就是連聽都不聽，然後直接生氣，會把氣都出在你身上。那時候就會懷疑，誒～又不是我害你報告異常，我只是盡我的義務、職責、工作職責來通知你、來協助你(A 個管師)。

電訪時很常被拒絕也很常被罵，可是有時真的是秉持著不放棄任何一條生命的念頭，持續電訪關懷追蹤，然後繼續被罵(苦笑)(E 個管師)。

有時民眾會很不客氣的說:你們在那邊一直打，煩不煩啊(B 護理師)。

還有一些民眾他很生氣，甚至會很厭煩，覺得說你們不要再打電話來了(B 護理師)。

民眾拒絕也就算了，有的甚至還罵人，口出惡言，這種時候我都在想，我也是人生父母養、也是被人捧在手心呵護的女兒，憑什麼被你們這樣對待(D 個管師)。

因為陽性個案從報告產出三個月後，若未完成大腸鏡檢查，就會轉由個案戶籍地所屬衛生所的護理人員介入，一起關心個案。有時打電話去會被個案質疑說:小姐，衛生所的人為什麼會有我的資料？為什麼要打給我！或是會遇到民眾很不耐煩的開罵說:醫院也打電話，打完之後衛生所打，到底要打幾通！你們電話一直打，我都快被你們逼瘋了，我只是不想做大腸鏡而已，有需要這樣嗎(C 個管師)。

有時候民眾為了打發你，還會出現欺騙的行為模式，民眾說:有啊、有啊有去做了…他跟你講的好像若有其事，好像在哪間醫院做了，然後再打電話到他那家醫療院所問…答案卻是沒有。(B 護理師)

民眾很常會再去做一次大腸癌篩檢，然後報告呈陰性(正常)，然後他會跟你說醫師說沒事(C 個管師)。

當民眾得知自己大腸癌篩檢結果呈現異常時，會將大腸癌篩檢異常與受檢時期吃進身體的食物做連結，除此之外，民眾也會去質疑大腸癌篩檢報告的準確性，甚至要求重新篩檢。這些狀態屬於一種直覺式的思考，是一種防禦機制中合理化的表現。而民眾的情緒反應與不友善的回饋，可以被視為防禦機制中的攻擊表現。無論是合理化或是攻擊的表現，其歸因於民眾面對自身大腸癌篩檢結果為異常時的一種逃避行為。

上述受訪者陳述當醫療院所與地方衛生(局)所一同介入關心個案時，民眾對於直接提供大腸癌篩檢服務以外的衛生機關單位與人員，也知道其檢查結果且直接電話關心的狀態，個案說：「衛生所的人為什麼會有我的資料？為什麼要打給我！」直接表現的是疑惑與不悅，並呈現不信任與質疑的態度。大腸癌篩檢陽性個案若於報告產出後三個月內未完成大腸鏡確診，當地衛生(局)所會從國家癌症篩檢共同平台中，取得設籍當地且未確診陽性個案名單與其基本資料，接續一同關心個案確診情形。此一名單取得方式雖無觸及不法，但民眾實際的感受卻是，自覺其個資被洩漏與隱私被侵犯。台灣中華醫學會所主張：病人有權要求醫師尊重其所有醫療及個人資料隱密性的權利，與上述情事實有其衝突與違背之疑。

(三) 先前經驗之知覺價值

先前經驗之知覺價值是人們從過去的參與行為，而獲得的知覺價值經驗或看法，而這種經驗會影響個體再次參與的行為意向。在一般情況下人們進行行為決策時，不會主動去分析新的情境與狀態，也不會主動去尋找新的經驗，人們會以先前進行服務接觸時的經驗，以及當時獲得的知覺價值來評估該服務提供者，進而做出行為決策，也就是說人們不僅會考慮近來的經驗，也會加上過去經驗的知覺價值來進行行為決策之評估 (Vázquez, Suárez, & Díaz Martín, 2010)。

民眾面對大腸癌篩檢異常後續確診的態度，與自身及他人的經驗值息息相關，受訪者回憶曾遇過的案例：

當個案是第二次接受大腸癌篩檢(曾做過)，當第一次檢查與第二次檢查結果不一致時民眾會說:我到底做這個篩檢準確度高不高?這個檢驗值到底正不正確(B 護理師)。

民眾之前的經驗可能就是他之前做過大腸鏡，然後醫生跟他說你的腸子很漂亮啊，你可能五年內都不用再做大腸鏡了。可是他可能兩年內又做了大腸癌篩檢，然後又呈陽性，當你要鼓勵他回來大腸鏡的時候，他就會反應他之前做過大腸鏡，醫生說五年內不會有問題(A 個管師)。

如果他(家屬)覺得病人說沒有怎樣呀，聽信病人的那一種，可能自己也沒有去懂很多，不了解重要性的，可能就會跟病人站在同一陣線，甚至會去影響病人的意願。可能就會覺得那不重要、不用回來之類的，如果家屬很在意或很了解這個檢查(大腸鏡)的，覺得這很重要啊，就會是你的助力。還有遇過個案是家庭主婦有意願、他本身知道預防重於治療，他想要回來做，可是他的另一半會阻止他，甚至還會阻止他去確診(A 個管師)。

很多家屬自己覺得(個案)不需要做大腸鏡，就會間接影響個案，或是不幫忙遊說個案接受檢查(C 個管師)。

還遇過有些家屬因為自己做過大腸癌篩檢為陽性，然後去做了大腸鏡確診最後診斷是痔瘡，就直接替個案決定不接受大腸鏡檢查，還會阻擾個案受檢。家屬會說:你不要再打來了，我們不要讓我爸做大腸鏡(C 個管師)。

當民眾自身或是身旁重要人士，若對於篩檢或與篩檢後異常需進一步確診存有疑慮，或曾有過不好的經驗時，會直接或間接的影響其接受大腸鏡檢查確診的意願，更甚至積極的阻擾個案受檢。由此顯示，無論是自身或身旁重要人士先前經驗知覺價值，是大腸癌篩檢陽性個案是否接受大腸鏡確診的關鍵因素之一。

(四) 個體自主權的展現

許多民眾因為目前還有更迫切需要處理的疾病，或是身體狀態不允許做大腸鏡檢查，更甚至是因為自身條件的限制，而無法完成大腸鏡確診，若個管師仍舊持續電訪遊說個案接受確診時，受訪者描述了民眾的反應：

瘰肉約五年到十年才會進展到癌病變的程度，那五年十年後我還有很多的時間可以去追蹤啊(B 護理師)。

我就告訴你們，我會去處理，但是我現在就沒有辦法，就不是現在 (B 護理師)。

你告訴我大腸鏡追蹤的重要性，你告訴我，但是要不做，決定權應該要留給我自己去決定(B 護理師)。

這是我自己的身體，不用你來替我決定要不要做大腸鏡(C 個管師)。

他會覺得這是他自己的身體，他會想自己要做不做自己決定就好(B 護理師)。

上述內容顯示，民眾會質疑個管師，為何一定要陽性個案在近期完成大腸鏡檢查，更有許多民眾表達，已經知道應該要做大腸鏡的訊息與其重要性，但最後決定權應該要回歸給個案本身，而並非以一種緊迫盯人的方式來干擾個案。而對於個管師過度干涉其確診決策時，民眾會出現捍衛自身權利的言論。

台灣中華醫學會所主張：病人於了解正確訊息後，有接受或拒絕治療的權利，亦即為所謂的病人自主權。病人自主權於醫療體系實作場域中，被徹底遵循與奉行。當醫師清楚解釋病情，並告知與建議其相關處置與治療方式後，接下來就由病人自行決定接受或拒絕治療。在醫療實作場域，醫師不會去游說個案一定要接受開刀或治療，醫師會將其決定權交給個案本身，即便是醫師認定個案接受開刀或治療對其最有利，也絕對不會去勉強病人或影響病人做決定。反觀大腸癌篩檢政策，因其規定大腸癌篩檢陽性個案，必須於三個月內接受大腸鏡才算達成指標。個管師為達成其目標，必須不斷的遊說或影響個案做決策，個管師的行徑，實已與尊重病人自主權相違背。而國家

作為大腸癌篩檢政策的制訂者，也是政策的最高主管單位，以上於篩檢陽性個案追蹤過程中，形成違背病人自主權的狀態，國家單位在其中扮演的卻是一個默許、更甚至是鼓勵的角色，任其剝奪病人自主權的現況，成為公共衛生領域一線人員的日常。

第二節 就推廣者(部門)層面做探討

一、推廣政策所帶來的非預期負面效應

(一) 送禮品的風氣與文化

大腸癌篩檢是全國性的計畫，所以是全台各個縣市一起推動、一起辦理，上至醫學中心，下至基層地方性診所，只要有配合國民健康署計畫方案者，即可提供民眾大腸癌篩檢服務。所以全台灣民眾，包括在台灣的外籍人士，只要有健保身份，並符合篩檢資格，即可免費接受大腸癌篩檢。再加上國民健康署針對每家醫療院所，設定需達成的目標數，每家醫療機構為了達到目標數，無不使出渾身解數，想出許多推廣方案與策略、辦理許多推廣活動。為了順利吸引民眾參與篩檢活動，各家醫療院所常常會以做篩檢贈送禮品的的方式，來作為一種推廣策略，以增加民眾受檢意願。受訪者表示：

宣傳品的一個小禮品的發送的確是一個誘因，因為這個可能跟台灣的民俗風情，還有喜歡小禮物的這種個性跟特質，還是有那麼一點點的關係。出來做健康篩檢的民眾，如果有宣導品的話，他的確主動篩檢的意願也會比較高一點(B 護理師)。

在院內辦活動送禮品，在社區做篩檢也會送贈品(A 個管師)。

其他醫院也會有做篩檢送禮品的策略，而且也是持續很多年(A 個管師)。

到年底時且宣導品還有剩的時候，我們還會利用摸彩、摸獎活動來做一個比較大的活動…告訴他們，如果出來篩檢大獎是什麼…那的確篩檢人數相對會提升很多(B 護理師)。

民眾已經習慣醫療院所或基層衛生單位，這種送禮的癌症篩檢推廣模式，有時民眾還會出現，因為做篩檢送禮而衍生出以下的行為，受訪者表述：

有些民眾會說：我不要現在做，我要等到你們辦活動再做(C 個管師)。

甚至民眾還會互相比較哪裡的禮品比較好之類的(A 個管師)。

民眾會直接抱怨送的禮品：人家某某醫院送雨傘ㄟ，你們送這個很沒有誠意ㄟ(C 個管師)。

甚至民眾還會說：你們年底辦活動送的禮物比較好，我年底再做就好(D 個管師)。

對於這種篩檢送禮的文化與風氣受訪護理師表示：

人如果拿到小禮物，的確是有一點點的小確幸，但是我覺得此風不可長，因為我覺得健康篩檢是個人應該要去自主管理的，而不是說因為有禮品我才要來做篩檢，我覺得這有一點本末倒置(B 護理師)。

辦理篩檢活動為了吸引民眾受檢，以禮品來做為誘因的送禮模式，民眾也將其視為一種常態。送禮模式不僅限於醫療院所內所辦的活動，更擴及與延伸至其他場域，其中也包括社區的篩檢活動。且送禮模式不單單僅限於一兩家醫療院所，而是普遍存在各個醫療院所以及基層衛生單位，送禮儼然已經成為一種文化。當送禮從誘因轉變為日常，民眾會去比較各家送的禮品，才決定要去哪家受檢。更甚至於沒有配合送禮活動時，民眾反而會出現等候送禮活動時，再去受檢的心態與行為。當預防保健活動或政策，需要藉由辦活動、摸彩、抽獎、送禮品來刺激民眾參與意願時，此現況值得推動衛生保健基層或相關主管機管加以省思。

(二) 計點政策的弊端

1. 政策變異性與不合理性

國民健康署每年會依前幾年民眾受檢情形，以及官方的統計數據，來修正各項癌症篩檢分數計算方式。以大腸癌篩檢為例，就會以篩檢年紀、篩檢狀態、與篩檢性別來調整分數的計算方式。篩檢年紀部份，篩檢資格由 50-69 歲調整至 50-75 歲，但調整後 70-75 歲篩檢並不列入計分，50 歲首次篩檢也從原本多給予加成分數，調整為取消加成。性別部份也從原本男女記分一致，調整為男性分數高於女性。國民健康署藉由調整分數配比，直接或間接性的鼓勵配搭計劃的基層醫療機構，朝著分數的配比作策略的規劃與調整，以達成國民健康署階段性目標與任務。

無論是篩檢年齡的調整或是篩檢狀態的分數加成與配比，基層醫療機構無不精心計算，以建構出符合最大效益的篩檢策略與推動模式。在這樣的氛圍與目標導向的驅使下，更於實作場域中造就出特殊的邀約技巧與話術，受訪個管師表示：

計算分數的方式每一年都不太一樣，比如之前大腸癌篩檢首次篩檢就會有多給分，但是之後又取消首篩得分的計算方式。之前首篩有多給分的時候時，就會針對 50 歲首篩的族群多送贈品，以吸引首篩民眾參與篩檢。有時非首篩年紀的民眾會問，為何只有 50 歲才送贈品？只能跟民眾解釋國民健康署鼓勵首次篩檢民眾，哈！總不能讓民眾知道是因為 50 歲首篩有加分，我們為了分數才送禮吧！有些民眾能接受，但也有一些民眾覺得，每個篩檢的人都應該被鼓勵、所以覺得不公平（A 個管師）。

受訪者回憶邀約民眾做大腸癌篩檢時很常會遇到的情境，個管師無奈的表示：

有時後突然來了 2-3 位民眾要做篩檢，因為要逐一確認民眾的篩檢資格以及詢問健康史，需要花一些時間，此時民眾常會催促或表現出不耐煩，甚至揚言若是要等很久就不做了！此時在有限的人力下，我直覺就是先服務 50-69 歲的民眾，不要讓這個族群的人跑掉，因為他們有分數（C 個管師）。

面對浮動的政策與記分方式，在第一線推動業務與執行的人員，各有不同的感受與質疑，甚至會產生不滿與抱怨等情緒。有受訪者無奈的表示：

面對不斷調整的計分方式，雖然可以理解，但也很無奈、也只能順應，要不然怎麼辦(A 個管師)。

更有受訪者提出以下執質疑與抱怨:

讓人家詬病的部分是，70 歲到 75 歲他是符合可以做篩檢的年齡層，可是他做大腸癌篩檢卻不算分數。為什麼？好妙喔！還有 70 歲到 75 歲是符合可以做篩檢的族群，可是篩檢了是陽性，而且確診了(做大腸鏡)卻不算成績，那不是矛盾嗎！70 歲到 75 歲這一些年齡層的人，又常常會有一些共病的問題，如果成功遊說完成大腸鏡檢查，不是更應該要給分嗎(B 護理師)。

既然開放 70-75 歲可以做篩檢，就應該一視同仁給分數，否則對我們實作者會造成許多困擾。比如一個篩檢意願低的 75 歲民眾在你面前，你要不要盡全力遊說民眾做篩檢?要花多少時間來鼓勵、來說服?我們每天都在面對這些選擇，甚至是消極的間接放棄(C 個管師)。

有別於醫療機構，基層衛生單位受限於其他的規範，受訪者忿忿不平的闡述現行制度的不公:

地方衛生所篩檢目標數的分母，是依戶籍地來歸屬。例如:A 小姐戶籍地在我這裡，但人住在台北，他把戶籍地的名冊歸屬在你該鄉鎮，所以 A 小姐是由我們衛生單位轄區的衛生所去追蹤她。A 小姐沒有做篩檢，名單還是掛在我們的衛生所，我們就要催到暴。可是他就是住在台北，不可能回來南部的戶籍地做篩檢，所以就會在台北完成篩檢，然後成績就算台北的(B 護理師)。

假設說我手上有 1000 筆的資料，是需要追這些民眾來做大腸癌篩檢的，就算我花了好多天的電話費去打這些名單，甚至寄了明信片寄了一千張，結果在我們所屬的鄉鎮只篩了 300 個，可是有可能有 200 個是在台北市篩(篩檢)的，這 200 個就算台北市的，所以超級不公平的(B 護理師)。

在公共行政領域中，表現指標被視為一種量化語言，其量化統計測量模式，就被視為一種強而有力的策略，得以讓政府以其合法性去行使權力和權威 (Porter, 1995)。國民健康署是癌症篩檢政策的制訂者，醫療機構與基層衛生單位只能接受並遵循遊戲規則，即便有上述受訪者口中闡述的困惑、質疑與不公，這微弱的聲音與抱怨只能不斷的在最基層流竄，身為基層的一線人員，實無力改變更不具有翻轉現況與政策的能力，只能去適應政策的變動。此現況與學者黃源協 (2000) 提出成本效益與生產效率以及營利等等自由市場關切的面向，與原本專業場域所提供的觀念有極大的落差，此狀態下衍生出的壓力，導致專業人員被要求表現出其價值，此時即會讓專業人員感受到矛盾與兩難 (黃源協，2000；黃源協、蕭文高，2007) 之論述相呼應。

2. 性別的差異性

自民國 99 年全面推廣大腸癌篩檢以來，連續多年計算方式無論男性或是女性，只要符合大腸癌篩檢條件，且完成大腸癌篩檢開立，並將大腸癌篩檢檢體繳交者，即可獲得一分。實行多年後，國民健康署由篩檢統計中發現，同樣符合大腸癌篩檢條件的族群中，男性接受篩檢的比率明顯低於女性。有鑒於此，為了有效提升男性族群接受大腸癌篩檢的比率，國民健康署修改分數計算方式，凡男性完成大腸癌篩檢一案，由原本 1 分調升至一案 1.5 分，而女性完成一案大腸癌篩檢，則由原本 1 分調降至一案 0.5 分，希望藉由調整分數配比，來鼓勵基層推廣之醫療機構，推廣並邀約男性族群接受大腸癌篩檢，以達提升男性族群大腸癌篩檢率之目的。

基層醫療機構為了能達成國民健康署所設定之目標數，衍生出許多增加男性族群受檢之策略與活動。相關策略包括有至泌尿科、口腔外科等，男性族群為多數的科別門診區，設置臨時篩檢站，或主動前往男性族群居多的科別診間候診區，邀約男性民眾受檢。更針對男性族群於父親節等特殊節日，辦理階段性目標取向之篩檢推廣活動，並配搭送贈品或模彩等利誘，以吸引男性族群參與篩檢。受訪者描述因應策略與做法：

大腸癌篩檢的量(目標數)每年不一樣，會被調整。大腸癌篩檢的分數計算，男生的話完成一案有 1.5 分、女生完成一案 0.5 分。男生完成一案有 1.5

分是女生的三倍，所以有針對在男性族群看診較多的科別，比如說泌尿科這些診會去設立篩檢站。也會在男性的節日辦篩檢送禮活動，例如父親節，主要是鼓勵男性來做篩檢(A 個管師)。

當接近年底，若篩檢成效還離目標數有一段距離時，在有限的人力下，醫療機構只能將重點集中在男性族群上，受訪個管師表示：

民眾若未於兩週內繳交大腸癌篩檢檢體，會派人力撥打電話提醒民眾繳管，當接近年底還未達成目標數時，在有限的人力下，只能選擇男性族群撥打電話，因為畢竟 1 個男性繳回管子可以抵上 3 個女性，當時間逼近時，也只能把火力集中在男性族群上(C 個管師)。

國民健康署為消弭大腸癌篩檢族群，男性受檢率低於女性受檢率之篩檢現況，重新調整篩檢分數計數方式，期待藉由篩檢分數的重新分配，來提升男性民眾大腸癌篩檢率。反觀實作場域，為了因應指標需求的改變，進而改變操作方向，也因著篩檢目標數的壓力，使得無論是在平時的推廣，或是階段性的節日限時送禮活動，都朝著增加男性篩量而規劃，目標導向下的效率管理，再再都突顯出推廣不平均與性別差異的狀態。更甚至是電話 CALL 人的篩選，也都以朝目標取向來操作，而這種 CALL 人的篩選，更是一種健康監控。政策變異性衍生出健康監控的性別差異，使得原本國民健康署為消弭或改善大腸癌篩檢族群男性受檢率低於女性策略，反而衍生出變動的健康與健康不平等的狀態。

3. 推廣政策產生的對個管師及護理師的戕害

(1) 專業形象的扭曲

國人對於預防保健的觀念相較於歐美國家較差，接受度也較低，尤其是鄉村型城市或偏鄉地區更為顯著。面對大腸癌篩檢多半採被動的態度，醫療機構或基層衛生單位，多採辦理活動與主動邀約等方式鼓勵民眾受檢。除了常規排定的宣導講座、宣導活動、與社區篩檢活動外，基於民眾特性更衍生出機動式宣導與邀約模式，受訪者表示：

會主動出擊，去人多的地方邀約個案(A 個管師)。

做癌症篩檢時會寄明信片(篩檢前)，還打電話去催，(篩檢當天)晚上鄉下老人家七八點已經在睡覺，我們還挨家挨戶去敲門(B 護理師)。

醫療機構與基層衛生單位採取的機動式宣導與邀約，並非得到所有民眾的認同。個管師表述，機動式邀約時會遇到一些民眾，直接挑戰護理人員這種機動邀約的行為，受訪者描述:

有就會直接拒絕你，會直接明白拒絕你，跟你說不用(A 個管師)。

民眾還會說:你們有沒有抽成?算業績的嗎(B 護理師)。

有些民眾會說:你們這樣拉(邀約)感覺很奇怪，護理工作不是很忙嗎(C 個管師)。

當第一線醫護人員面對民眾種種的質疑，受訪者表述其感受:

其實真的覺得很無奈、覺得無力、然後會有失落、失望(A 個管師)。

覺得很卑微(B 護理師)。

醫護人員應該要反思，這樣的機動邀約所產生的負面效應，這麼主動的邀約會讓這個篩檢覺得很廉價的感覺(A 個管師)。

護理人員試著去解讀民眾對於積極邀約的想法，受訪者表示:

他會覺得你們這樣一直遊說，叫我們做，也會去懷疑是不是想要我們一些什麼(A 個管師)。

說實在的！他可能也會怕啦！你那麼積極是為什麼？為什麼要這麼積極來叫我做這件事？如果是對我好的，你不用要求他們，他們自己就會來做了(C 個管師)。

受訪者在邀約模式生態下，皆有對於自身護理角色產生不同程度的認同混淆情形，受訪者表述：

因為要用邀約的，有點像保險，一直鼓勵你、要賣你東西的那種業務的感覺（A 個管師）。

觀感很差，會讓人覺得比 sales 還不如誼！我們一個專業的護理師，在提倡一個預防保健的健康篩檢，卻要卑微到..晚上挨家挨戶去敲門，邀約民眾出來做篩檢(B 護理師)。

訪談中護理人員對機動式邀約普遍表示不認同，更甚至已經影響到對於自身工作的態度，受訪者表述：

邀約他們做篩檢的時候，感覺好像有在強迫，逼他們做這件事一樣。我其實是不喜歡這種邀約的感覺，可是這是工作，所以也只好去適應它，可是的確會影響我對工作的熱情，也會開始想說，這樣做的意義是什麼？沒有辦法去認同自己做的事(A 個管師)。

為什麼民眾的健康，我還要拜託你(篩檢)，敲門欸(挨家挨戶逐一邀約)～覺得整個專業形象都被破壞了(B 護理師)。

我是專業的護理師，醫療從來就不是服務業，請不要用服務業那套作法套在醫護工作上，請尊重我的專業(C 個管師)。

專業主義主張透過嚴格的訓練、高度複雜的技術與知識等，來取得社會的信任（侯建州、黃源協，2012），醫護人員即是透過國家級考試，並取得專業證照的專業人員，而專業主義的精神包含了社會對專業的信任，以及專業人員對自己的自信。當新管理主義進入醫療單位時，醫療從業人員會在這強調與以往傳統的醫療照護工作差異極大的模式中，產生強烈的衝擊感以及對於自身專業形象與自我認同的矛盾(黃源協，2000)。當一線醫護專業人員於癌症篩檢推廣上，被要求用一種邀約、遊說等，近乎保險推銷員的方式，去鼓吹民眾接受篩檢服務時，除了民眾對於醫護人員其過度積極

游說做篩檢的動機存有疑惑外，專業醫護人員自身更產生強烈的矛盾感，甚至出現對自我工作不認同與懷疑的情緒與狀態，其研究發現與上述學者提出的論述相呼應。

(2) 究責邏輯的不合理降低專業熱忱

台灣實施全民健保，醫療機構的收入主要來自於公權力掌舵的健保局，而其給付制度是導致現今醫療體系普遍存在績效主義的重要因素之一。醫療與護理的養成教育主要著重於專業，當醫療體系轉向新管理主義，受限於現實的環境，醫療人員只能順應目標取向以及結果論的現況，訪談中承受目標壓力的受訪者說出他們的感受：

壓力還蠻大的，達到就不是壓力，沒有達到就是壓力。嗯～壓力來自於多方的要求吧，但主要還是主管的壓力，因為國健署賦予每個醫療院所的目標數，那他們(主管)也知道當今的這種狀況，可能沒有辦法達到或是不好做，他們(主管)也知道民眾的意願是怎樣的程度，可是還是要做(A個管師)。

國健署會每週公佈全國加入計畫的醫療院所篩檢目標達成狀況，等於是完全透明的狀態，其他醫院也可以看到我們醫院的目標達成率。當目標完成率落後同等級醫院時，就需要不斷的提出檢討改善，壓力真的很大!民眾要不要篩檢，又不是我可以決定的，可是我卻要承受目標數的壓力，有時候被逼到真的很想哭(C個管師)。

中央國健署定了一些很制式化的遊戲規則，要我們照著這個規則去走。給各縣市的衛生局篩檢目標數，要你們在今年度完成這些篩檢目標數喔!完全忽略醫療資源不平均還有城鄉差距，交通的影響這一些，還有其他的環境因素，他都沒有把它考量下去，但是他就把所有的目標數都分下去給你們的各鄉鎮，叫你要去追。其實美意(大腸癌篩檢)應該是讓民眾去做一個主動的健康篩檢，可是卻用成績來定義你們轄區的衛生所有沒有認真，把它畫上等號。我辛苦的過程是我們在辛苦，可是就是用一個成績來壓我們，讓人覺得很困擾，而且很不可思議，而且我們覺得壓力很大(B護理師)。

受訪者在推廣癌症篩檢業務的醫療環境下，承受著目標數與達成率的壓力，其共同的心聲與建言是：

用這種成績、分數、量、目標，來定義你工作的努力與付出，覺得這樣就會降低你的興趣、你的能量，對於這份工作的熱情（A 個管師）。

以目標達成率來定義醫療人員努力與否，只會造成更多的同業的競爭與惡性循環，更抹滅了我們在推動過程的付出與價值（C 個管師）。

讓這個政策回歸到單純的服務，不要這麼積極的（邀約、遊說），過份的積極（半哄半騙）（A 個管師）。

民眾有需求自己來接受檢查，讓民眾自己來決定要做或不做，而不是把目標數掛在醫護人員的身上（A 個管師）。

這個篩檢本意是好的，但是卻因為一昧的講求成績、分數，反而讓這個政策失焦了（D 個管師）。

台灣醫療隨著時代的變遷與演進，導致以醫療與照護為主軸的專業場域，滲透著新管理主義管理氛圍。由於上述目標數、目標達成率等新管理主義模式，造成醫療人員身心靈極大的壓力與衝擊。學者黃源協（2007）指出新管理主義對於醫療臨床有削弱醫療專業主義的情勢，並對醫療體系與其專業人員影響甚鉅，在新管理主義的醫療單位會出現衝突、壓力、困境，與上述受訪者陳述內容相呼應。而侯建州（2018）也指出當新管理主義進入醫療場域時，於臨床實務面的確會產生許多不合的現況，若為了順應大環境的趨勢，硬將新管理主義套入醫療體系與醫療場域中，可能會衍生出「不密合」的狀態。

二、醫療專業部門內部的不一致性

（一）共識不一、分工不均

隨著醫療專業的日新月異，現今醫療體系細分為內科、外科、婦兒科等各個科別，而各科別中又精細區別出不同的次專科。在醫療場域無論是醫師或是護理人員，更甚至是行政人員都有非常仔細的分工，以及各自負責的業務屬性及其範疇。有別於急慢性醫療，癌症篩檢著重於前端的早期發現進而早期介入治療，顧名思義是主動去找出疾病，而非民眾現正處於疾病狀態而來就醫，抑或是已經有症狀產生需要介入治療。習慣於急慢性疾病處置的醫師或醫事從業人員，在面對有別以往疾病治療的癌症篩檢政策，多屬被動性配合更甚至是採消極的漠視。因此，在對於癌症篩檢共識與認同不一致的狀態下，無論是在大腸癌篩檢的推動，抑或是陽性個案的確診，於實作過程面皆衍生不同面向的困擾與難處，受訪個管師有同感的表述：

除非那個醫生就是可以接受篩檢，他覺得篩檢很重要，認同啦！不然其實就是你推動他會覺得沒有意義。有可能他(陽性個案)被你說服了，他同意了、他想要回來(確診)。可是醫生卻告訴他，喔～這個只是百分之幾的機會會變成大腸癌，然後當然病人聽了就會不想要做檢查，或者醫生說這只有百分之幾會變成大腸癌，可是他卻忽略了你可以預防啊，可以發現瘰肉啊，什麼之類啊這些都沒有說，會有一點像醫生跟你不在同一個陣線的感覺。就是你之前的力氣都白費了，他聽了醫生的解釋，他就會不願意，你多說什麼都沒有用，這種感覺、很無力(A個管師)。

有時邀約民眾做篩檢時，民眾會說待會我再問問醫師需不需要做(大腸癌篩檢)，待民眾走出診間再次邀約民眾做篩檢，民眾卻淡淡的說：我問過某某醫師了，醫師說那個(大腸癌篩檢)也不太準，要做不做都可以。我心裡一冷，很清楚知道我再說破嘴也沒用了(C個管師)。

要個案做大腸鏡，光是由個管師說服根本不夠，真的很需要醫師們幫忙！有時候掛給醫師，他們都不好好說服，那我們該如何是好？希望今年的實證醫學教育訓練，可讓這些醫師知道陽性個案的複檢重要性，每次提醒還會嗆說醫師才專業，我是醫師還是XXX是醫師(D個管師)。

要做進一步檢查的陽性個案，有些醫師要嘛幫個案安排一次一模一樣的腸篩檢查，要嘛就是跟個案說報告看起來沒問題，該怎麼勸個案再回來重新掛號複診？為什麼醫師要這樣做？真的很讓人質疑醫師的作法？根本就是在放任個案不做進一步的檢查(E 個管師)。

去找醫生詢問做確診的進一步事項的時候，醫生的反應感覺就是他會覺得你為什麼這個時候要讓個案做篩檢之類的。感覺他好像不會覺得很重要，像是我們單方面在推動的感覺，感覺醫師覺得沒有必要做篩檢吧 (A 個管師)。

衛生所都會打來罵我們：為什麼沒有持續追蹤？為什麼陽案沒有回診？妳到底有沒有追蹤啊！之類的... 唉... 難道衛生所就不該追蹤嗎？雖然不是大部份的衛生所都這樣，但確實存在著這樣的人，本是該互相合作的夥伴一起，協助將個案追到手，怎麼反過來指責我們，更一副高高在上的姿態來批判，抹煞掉我們的辛苦努力，同時也跟著個案一起消滅我們的熱忱...(E 個管師)。

醫療體系主要是由醫師、護理師、放射師、藥師等各個醫療專業人員所組成，而往往會對民眾產生極大影響力的就非醫師莫屬。然而並非每一位醫師都對癌症篩檢都有清楚的認識，瞭解篩檢的用意以及對民眾的好處，更甚至有些醫師根本就不重視或不認同癌症篩檢政策。在缺乏共識的狀態下，執行篩檢業務的護理人員，在這樣的生態中相對顯得弱勢。癌症篩檢推動就像一輛多頭馬車，無法順利的往前行，而這其中的拉扯與無力感，都在上述受訪者的言談中表露無遺。除了共識不一所造成的衝突外，分工不均更是壓著每位受訪者喘不過氣的主要原因，他們無奈的表述：

分工不平！嗯～我覺得就是心有餘而力不足(目標數壓力)，就是你可以做的就只能這樣，沒有辦法達到更多，你想要更多，可是卻有很多因素會影響到(沒人願意幫忙)(A 個管師)。

主管自己不當一回事，衛生局又給我們壓力，所有壓力都落在我們護理人員身上。其他行政人員只會說風涼話，大家都是同一個單位的，出去社區做篩

檢，行政人員都不用出去，好像都沒他們的事，可是成績出來若不理想又會挖苦我們。大家都不當一回事，為什麼我們要那麼辛苦，那就一起擺爛啊（B 護理師）。

我只有一雙手，成績壓力掛在我身上，其他人都不用背目標數。美其名是大家共同努力、共同推動，可是實際上每個人都放很鬆，每天嘻嘻哈哈的，可是我真的笑不出來，因為目標數壓的我很累、很無言（C 個管師）。

成績差的定義是甚麼？這個計畫是全院性的政策推動，高層不支持的話，全院不配合的話，為何就把成績差的帳算到篩檢人員上頭呢（D 個管師）。

(二) 共病風險因子的分配問題

50-75 歲可以做大腸癌篩檢的年齡族群，有許多的民眾都有 1-2 種的慢性疾病共存，也有長期服用藥物的情形，更甚至有許多正在接受洗腎，或是合併複雜性高的相關疾病，例如：心臟血管疾病、裝心臟血管支架的高風險族群，若護理人員要遊說這一群陽性個案確診(大腸鏡檢查)就相對有難度，受訪者回憶民眾常會有的擔心與疑慮：

民眾會問：「我現在有在吃心臟的藥，那我可以做大腸鏡嗎？」由我們衛生所的人員來回答他可不可以做，那的確在衛教這一塊這個(很有)壓力。我們沒有辦法去替他決定或承擔做大腸鏡的風險，風險大小不應該由我們衛生所的人員來評估。我們沒有辦法去了解個案目前的身體狀況，符不符合可以馬上或在近期內做大腸鏡的檢查，應該由專業的醫師去跟民眾說風險性，可行不可行、可不可以做大腸鏡（B 護理師）。

評估陽性個案能否接受大腸鏡檢查，或是解釋大腸鏡檢查的風險，多落於醫師端，而一線個管師對於已就診但沒有順利完成大腸鏡檢查排檢時，受訪者的感受是：

個案本身有一些疾病，然後醫生不會鼓勵他（做大腸鏡），只是會提供他可以做大腸鏡，（醫師會跟個案說）可是你因為自己本身的疾病(因素)，那你可以

能會有一些風險，病人聽來可能就會覺得很恐怖，風險很大那我不要做好了，就會影響到他確診的意願，嗯～可能醫生也是保護自己（A 個管師）。

其實我不知道當下到專科醫師那裡，到底是民眾沒有跟醫生講，還是他有跟醫生表述了，但專科醫師沒有鼓勵他再去做大腸鏡的檢查。請本身有一些慢性疾病的陽案，到原本專科醫師那邊看診，請他問專科醫師他做大腸篩檢陽性，符不符合做大腸鏡檢查。有時候的確會 failure，有時也會遇到專科醫師沒有告訴他(個案)說，你一定或務必要去做大腸鏡的檢查。其實也要取決於民眾他去看原來的專科醫師，他在轉介或跨轉介的這個方面重不重視，他如果不重視的話，他為什麼要把個案主動轉介到其他的科去做追蹤（B 護理師）。

受訪者言談中突顯一個存於癌症篩檢推動中的常態現況，個管師因受限於專業的局限，必須仰賴具有專業評估能力與具有醫療決策正當性的醫師，才能協助一位共病的陽性個案，完成大腸鏡確診檢查。當執行面上不如個管師預期時，於上述訪談內容中發現，受訪者以一種隱喻的方式，將陽性個案無法順利完成大腸鏡排檢的狀況，直接與醫師無心評估個案做連結，或是質疑醫師沒有予以提出最適宜個案的建議，引導個案做出最合宜的決策。一線個管師之所以產生以上的論述與感受，探究其原因可能與陽性個案完成大腸鏡檢查之目標壓力，多落在個管師身上有著密切的關係，而當上述現況不斷出現時，則會令一線執行人員深感無力。

(三) 高門檻的檢查

大腸鏡檢查是一種侵入性的檢查，是藉由一條管子深入個案腸道內，藉此查看腸道內有無腫瘤、瘻肉或其他病變。由此可知，腸道的清潔程度會直接影響醫師在執行大腸鏡檢查時的品質，所以必須透過清腸藥物，來達到腸道完全的清空後，方能執行大腸鏡檢查。且大腸鏡檢查需要透過機器、設備與其他護理人員共同協助才能順利完成檢查，所以必須事前安排，並於排定的時間前來檢查。受訪者描述安排大腸鏡檢查的前置作業與相關準備等繁瑣的細節：

大腸鏡檢查事前的準備很麻煩，要做低渣飲食，飲食控制，又要吃清腸藥、拉肚子，這些都會影響到他日常的生活、工作方面，準備的過程很複雜（B 護理師）。

大腸鏡不是今天去就可以今天做，還要今天去掛號，掛完號拿瀉藥回家吃，護理師要教你怎麼吃，前幾天要怎麼清腸，要怎麼清乾淨才可以做大腸鏡。從醫院拿瀉藥回家吃，若是腸道沒清乾淨，就會影響到他做大腸鏡的一些效（效果）（A 個管師）。

民眾常抱怨：「大醫院晚上又沒有大腸鏡可以做檢查，如果要檢查就要請一整天的假」（C 個管師）。

病患自身於經濟資本、社會資本等面向，是導致健康不平等的首因素，主要在於其資源運用能力的不同形成差異（曾敏傑，2005）。民眾要完成大腸鏡檢查，必須耗費至少 1-2 天的時間，並且需要於檢查前即開始做飲食的準備，在檢查前一天或當天服用清腸藥物，接著要承受持續水瀉與忍受飢餓的狀態。倘若於任何一個環節沒有遵從與配合，便會直接影響到大腸鏡檢查的品質，更甚至因為清腸不完全而無法順利完成大腸鏡檢查。醫療體系與醫療場域中所營造出的健康，若與民眾想要的健康，或期待的健康不一致時，那麼醫療體系試圖帶給民眾的就不一定是一種幫助，更甚至還會造成民眾處於受苦的情境（蔡友月，2009）。而 50-75 歲這個年齡層的民眾，有不少人可能是文盲不識字，或是已經開始記憶力衰退，無法配合檢查前的飲食準備與清腸藥的使用，這些困境實為影響陽性個案確診率的主要因素之一。於公共衛生領域中需要被重視的，除了疾病的治療與治癒外，還包含了醫療的照護。而在其醫療照護的過程中，必須將病人所處的社會脈絡以及其處境也一併列入照護考量中，是整個照護過程中極為重要的事（蔡友月，2009）。

第五章 結論與建議

本研究關注大腸癌篩檢政策於臨床場域實作中，一線護理人員推動時所面臨的各種問題及改善的可能性。以一線護理人員的視角出發，探索民眾不願接受大腸癌篩檢的影響因素以及其態度，透過護理人員於推動大腸癌篩檢時，與內部同仁與醫師互動所產生的矛盾感與衝突經驗，梳理出醫療體系內部醫護間認知落差，單位間的鴻溝與不密合，突顯因浮動的計分政策所產生的非預期結果，以及有待檢討之處。以下分別就民眾不願意接受大腸癌篩檢的影響因素、治理政策的非預期效果、醫療體系內部的問題等三個層面做闡述。

第一節 民眾不願意接受大腸癌篩檢之影響因素

台灣的全民健保及醫療治理論述，無疑的是接引西方醫學論述及管理主義論述的路子。各項相關制度及方案的制定，往往參考了西方國家的範本。很明顯的，這樣的現代治理術和台灣的健康環境，與病人所處的文化環境，並非沒有隔閡。現代醫療治理時，許多文化因素被低估，導致立意良善的大腸癌篩檢政策，在實作層面與推廣過程中，並非毫無阻力地被廣為接受，其中許多文化因素與社經條件，往往是影響民眾不願意受檢的主因。研究發現民眾不願意接受大腸癌篩檢的影響因素，可歸納為知識面、文化面、社會面等三個面向，分述如下：

一、知識面

研究發現，多數民眾仍存有身體若沒有出現症狀、沒有出現不舒服、沒有出現疾病就是健康的觀念，放眼台灣社會存有此觀念的人不在少數，特別是鄉村型態的年長者更為顯著。說明民眾對於健康的認知以及對健康的定義，與現行預防醫學與健康促進所定義的健康有明顯的落差。篩檢政策的推動，若是民眾自覺沒有需要，即便再好的口才與話術，再精良的行銷策略，也難以在短暫且片段式的互動下，成功遊說民眾接受或使用。推廣者與民眾之間，因著對於健康認知與健康概念的不一致，若再加上民眾缺乏健康促進的觀念時，對於實作場域推廣者而言，無疑更是雪上加霜。

此外，本研究也發現一些目前身體無病痛的民眾，普遍對於自身健康感覺良好，更甚至是對自己健康過度樂觀。所以當護理人員推廣大腸癌篩檢時，民眾會表述自己很健康，身體很好、不需要做篩檢。但這些民眾往往忽略了預防醫學一直在倡導的觀念，過度放大自己身體無徵兆的意義，殊不知許多嚴重的疾病，在還未有身體感受時就可以透過檢查獲得病況資訊。當民眾對相關疾病的發展沒有正確認知，而對自身健康狀態感覺良好或過度自信時，很容易直接影響其接受癌症篩檢的意願，此現況也與 Pender (1987) 指出自覺健康狀態會影響一個人從事健康促進的行為之理論相呼應。

二、文化面

年齡介於 50 至 75 歲的民眾，經常伴隨有一項或多項的疾病，因著疾病複雜度的不同，亦對個體產生不同程度的影響與限制。訪談中發現許多民眾常因現存的疾病，進而拒絕接受篩檢，探究其原因為民眾不願意再去面對、或去承受，身體又再次面臨另一個疾病的威脅，而抱持著「不檢查、就不知道！」、「不知道就好」等，掩耳盜鈴、自欺欺人的逃避心態。另有一群民眾，隱隱相信一旦接受篩檢，就容易檢查出問題的俗民文化觀念與迷思。「沒做就沒事，一做就有事！」這類與俗民文化中觸霉頭相近的錯誤觀念，在民眾中起了不少阻擋的作用。一旦民眾堅信此信念，又面對醫療人員極力遊說，去接受自認為不需要或試圖逃避的篩檢時，民眾除了一口回絕外，表述的語彙也多隱藏著沒事何必找事做的意涵，並且抱持著這樣的信念，堅決拒絕接受篩檢。

反觀陽性個案確診部分，又以截然不同的面向展現，當民眾得知自己大腸癌篩檢結果呈現異常時，直覺式的將自己篩檢異常與吃進身體的食物做連結，用一種質疑的態度，去懷疑大腸癌篩檢報告的準確性，甚至要求重新篩檢，這些直覺式的思考，即為防禦機制中合理化的表現。處於否認期的陽性個案，經常出現冷漠、抗拒等行為表現，遑論是經由護理人員半推半就下接受篩檢的民眾，一旦篩檢呈現陽性其情緒的反應就更為強烈與失控。情緒反應與不友善的回饋，被視為防禦機制中的攻擊表現，無論合理化抑或攻擊，皆歸因民眾面對大腸癌篩檢結果異常時的一種逃避行為。許多民眾對自身疾病的解釋，往往依賴民間口耳相傳的說法，對醫療專業人員的解釋，不是不盡信就是選擇性相信，參雜了許多錯誤的文化性知識後，就容易強化逃避的想法。

三、社會面

民眾是否願意接受大腸癌篩檢，與自身的經驗值影響受檢意願外，家屬的經驗值與態度也具有一定程度的決策性與主導權，並直接或間接的影響民眾受檢意願。當護理人員邀約民眾篩檢時，只要家屬一句「做這個要幹嘛，不用啦！」有經驗的護理人員馬上就意識到，在這種狀態下成功邀約民眾接受篩檢的機會，可說是微乎其微。而鄉村型態的地區，由於民眾與民眾之間的連結與互動較城市緊密，其相互影響的狀態就愈趨顯著。由上述發現自身與他人經驗值，亦直接影響民眾篩檢意願，而此現況也與 Ajzen (1991)指出一個個體從事某一件行為時，會受到重要的他人、同儕、以及來自於團體的社會壓力所影響之論述相呼應。

大腸癌篩檢的過程，除了在醫療院所或開立單位內的行政作業外，民眾還必須將大腸癌篩檢採便管帶回家，並依照採便步驟完成採檢，且必須於採檢後三天內送回原發管醫療單位檢驗，所以相較於一般抽血項目更來的繁瑣。因為年齡、經濟、交通、距離等因素，任何一項條件的不允許與限制，對民眾來說都是一座無法翻越的高牆。面對這樣的情境與難處，護理人員是看在眼裡的，即便護理人員不斷鼓勵，適時提供資訊、工具、甚至是支援，都無法保證能給予民眾，最確切與最即時的幫助。而篩檢過程繁瑣、麻煩，以及高門檻並具風險性的確診檢查，亦成為直接影響民眾接受大腸癌篩檢與確診意願之重要因素。研究指出老年人以及障礙者，因為缺乏獲取資訊的能力，或是不會使用電腦等等受限的身體條件（吳秀照，2007；王雲東、楊培珊、黃竹萱，2007；余珮瑩、馬財專，2013），或是居住地偏遠因其而成身體移動的限制性（范麗娟、陳翠臻、莊曉霞，2013），而致使他們於社會參與以及健康面向存在社會排除的事實，更是現今推動大腸癌篩檢時，鑲嵌於社會結構中不容忽視的健康不平等。

第二節 大腸癌篩檢的治理政策所衍生的非預期結果

預防醫療屬於醫療治理的現代論述，在照護國人健康時，國家生產一系列預防醫療的治理論述，針對各種癌症制定了不同的預防醫療策略。癌症的篩檢屬於預防醫療論述中的一環，包括篩檢的對象、內容、頻率與推廣指標制定等，都是癌症篩檢的相關政策必須相應生產的治理知識。研究發現於推廣實作中，為因應浮動的計分政策以

及達成目標數，許多的推廣策略、行銷手法，甚至是邀約話術相應而生，也突顯出因績效考量帶下衍生諸多值得反省的問題。以下將就臨床實作中大腸癌篩檢的治理政策，所衍生的非預期結果做闡述。

一、專業形象的扭曲與自我專業認同的質疑

醫療與護理的養成教育主要著重於專業，而專業主義的精神包含社會對專業的信任，以及專業人員對自己的自信。當醫療體系轉向新管理主義，受限於現實的環境，醫療人員只能調整自己去配合與調適。研究發現臨床上國民健康署所設定的大腸癌篩檢目標數的壓力，多背負在一線執行者的身上，而民眾面對大腸癌篩檢時，又多半採被動的態度。有鑒於此、許多促進民眾受檢的策略相應而生，進而於實作場域中發展出機動式宣導與主動邀約的模式。然而當民眾於上述認知、文化、以及社會等面向的阻礙未被解決時，這種機動式的主動邀約，反而衍生出民眾質疑的聲浪與不友善的回應。當一線護理專業人員於癌症篩檢推廣上，被要求用一種邀約遊說等近乎保險推銷員的方式，去鼓吹民眾接受篩檢服務時，除了民眾對於醫護人員其過度積極游說做篩檢的動機存有疑惑外，民眾消極與情緒性的字眼與譏諷，每一句都打擊著護理人員的付出與用心，諸多不友善的回饋與謾罵，更不斷的瓦解一線護理人員對自己專業角色的認同。自我專業形象的扭曲與不確定感，不斷侵襲著本該秉持著神聖使命感的護理人員，有增無減的自我懷疑與矛盾，直接影響護理人員的工作態度與專業熱忱，更甚至威脅與危及護理人員的身心健康狀態。

二、浮動計分導致人為操作下的健康不平等

國民健康署每年會依前幾年民眾受檢情形，以及官方的統計數據來修正各項癌症篩檢分數計算方式。大腸癌篩檢也因篩檢年紀、性別來調整分數的計算。從原本男女記分一致，調整為男性分數高於女性。國民健康署藉由調整分數配比，以達國民健康署階段性目標與任務。無論是篩檢年齡的調整，或是篩檢狀態的分數加成與配比，基層醫療機構精心計算並建構出，符合最大效益的篩檢策略與推動模式，更在這樣的氛圍與目標導向驅使下，一線執行者特殊的邀約技巧與話術也就相應而生。除此之外，醫療機構還規畫出許多增加男性族群受檢之策略與活動。包括至男性族群為多數的門

診區設置臨時篩檢站，或是針對男性族群的節日，辦理階段性目標取向之篩檢推廣活動，並配搭送贈品或摸彩等利誘，有時礙於有限人力，只選擇男性族群電訪，進行催促與提醒繳交大腸癌篩檢採檢管。

實作場域為了因應指標需求的改變，進而改變操作方向，無論在平時推廣或是階段性的節日限時送禮活動，都朝著增加男性篩量而規劃，目標導向下的效率管理，都突顯出推廣不平均與性別差異的狀態。更甚至是電訪 CALL 人的篩選，也都以朝目標取向來操作，而這種 CALL 人的篩選更是一種健康監控。政策變異性衍生出健康監控的性別差異，使得原本國民健康署為消弭或改善大腸癌篩檢族群男性受檢率低於女性策略，反而衍生出在性別上的健康不平等狀態。國民健康署是癌症篩檢政策的制訂者，醫療機構與基層衛生單位只能接受並遵循遊戲規則，即便受訪者在這國家建置的政策生態中充滿困惑、產生質疑、對不合理的規則忿忿不平，但這微弱的聲音與抱怨，卻只能不斷的在最基層流竄。身為基層的一線人員，實無力改變更不具有翻轉現況的能力，只能去適應政策的變動。績效主義當道下每天上演著計算與選擇，更甚至是漠視或放棄，護理人員也在這樣的輪迴中，不斷的消滅熱情，最終淹沒在這醫療治理的洪流中。

三、送禮文化的扭曲

為了順利吸引民眾參與篩檢活動，以儘速達成國民健康署所設定的篩檢目標數，各家醫療院所常常會以做篩檢送禮品的的方式，來作為一種推廣策略，以增加民眾受檢意願。而看似一個吸引民眾的策略，卻衍生出民眾出現比較各家醫療院所贈送的禮品，才決定要去哪家受檢之現象，更甚至於當沒有配合送禮活動時，民眾會出現為了獲得禮品，刻意延後等到辦活動時才接受篩檢的心態與變相行為。此現象不但失去了原本熱絡活動氣氛，增加參與意願的用意，更甚至導致民眾延誤篩檢，與錯失早期發現早期治療的介入時機。

機動式宣導與邀約模式於追求目標導向下因應而生，一線護理人員成為最直接面對，來自於民眾質疑與不認同，而衍生出強烈抗拒與情緒性反應的接收者。縱然護理人員不斷的合理化民眾不理性的行為與反應，甚至是不斷的自我催眠，但是當軟弱與

低潮來襲時，再堅強的護理人員也變得脆弱且不堪一擊。而當面對不同計分族群，護理人員從一開始的糾結，到最後演變為直覺性的計算與選擇、甚至是漠視或放棄，這是，這是一線護理人員從熱情到無感的過程，更是一種無聲與消極抗議。另一方面，原本期待透過計分配比提升男性受檢率的理想狀態，卻意外的發展出健康監控的性別差異，集中資源與火力於男性族群時，那被壓縮的、原屬於女性的福利與權力，誰來為他們發聲、又要向誰索討。浮動計分所導致人為操作下的健康不平等，護理人員對自身工作認同的混淆與專業形象的扭曲，以及扭曲的送禮文化，皆突顯出大腸癌篩檢的治理政策，所衍生的非預期結果與效應。原本立意良善的癌症篩檢政策，卻於實作場域衍生出上述現況，實為國家於癌症篩檢政策制定時所始料未及的結果。台灣醫療隨著時代的變遷與演進，導致以醫療與照護為主軸的專業場域，滲透著新管理主義管理氛圍，目標數、目標達成率等績效主義管理模式，造成醫療人員身心靈極大的壓力與衝擊，無力感每一天侵蝕著本該秉持著專業形象與專業知識來照護民眾的醫護人員，一點一滴消磨著在醫護場域本該保有的熱忱與價值感，更為現今日趨惡化的醫療體系埋下一枚未爆彈。

第三節 大腸癌篩檢政策於醫療體系實作過程所產生的問題

一、共識不一、分配不均

隨著醫療專業的日新月異，在醫療場域無論是醫師或是護理人員，更甚至是行政人員都有非常仔細的分工，以及各自負責的業務屬性及其範疇。有別於急慢性醫療，癌症篩檢著重於前端的早期發現進而早期介入治療，但習慣於急慢性疾病處置的醫師或醫事從業人員，在面對癌症篩檢政策，多屬被動性配合更甚至是採消極的漠視。於醫療體系中醫師對於民眾是最具影響力的，一旦醫師不清楚癌症篩檢的用意及對民眾的好處，更甚至根本就不重視或不認同癌症篩檢政策，就會直接衝擊大腸癌篩檢的推動。在缺乏共識的狀態下，於第一線執行篩檢業務的護理人員，在這樣的生態中相對弱勢，而癌症篩檢推動也就像一輛多頭馬車，除了無法齊心向前外，更產生許多內部人員所造成的阻礙與困境。

訪談中發現癌症篩檢推廣的責任與目標數壓力，主要落在一線的推廣人員身上，護理人員於推動篩檢時所面對的，是來自於多面向的阻礙，探究其社會結構面、民眾自身條件等限制皆是來自於民眾端困境，另一方面，醫療體系內部組織的不一致、不同調、與自相矛盾所導致的難處，比起其他層面的阻礙更具殺傷力，也是讓一線護理人員最為忿忿不平與深感無力的狀態。不合理的究責生態令人沮喪，隻身承受與背負目標數壓力的一線護理師，心力交瘁與無助感交織襲來，無奈這微弱的吶喊卻不被聽見、更無處發聲。

二、共病風險因子的分配問題

當個案有確診意願或是想聽取醫師建議時，個管師因受限於專業的局限，必須仰賴具有專業評估能力，與具有醫療決策正當性的醫師，才能協助一位共病的陽性個案，順利安排或協助個案完成大腸鏡確診檢查。但現況卻經常出現醫師未幫個案安排大腸鏡檢查，或為協助將個案轉介至專科門診，更甚至還出現傳達與大腸癌篩檢陽性治療指引相違背的訊息與建議或是處置。當個管師費盡心力遊說個案前來門診開立大腸鏡檢查，最終卻因上述原因而沒有完成大腸鏡排檢時，一線個管師即會將陽性個案無法順利完成大腸鏡排檢，歸咎於醫師無心評估個案、或是質疑醫師沒有予以提出最適宜個案的建議。探究原因為醫師對於大腸癌篩檢的認知或是認同度與個管師不一致，以及醫師不想承擔個案做大腸鏡的風險，或是為了減少過失責任的威脅，所採取的防禦性醫療。當醫師將確診檢查的風險，當作與民眾對話時主要的選項，可避免掉其他更為耗時的解說過程，而直接將願不願意接受侵入性檢查，願不願意承擔檢查風險的選擇權交回至民眾身上，而看似尊重民眾意願的糖衣內，恐也包裹著安全、避險、與省時的考量。

不同專業的介入與建議，一旦出現不一致與相互矛盾，更甚至出現相互抵觸時，對民眾而言，不僅對於其所提供的醫療建議產生懷疑與不確定性外，更會對其整個醫療團隊產生不信任感。反觀、本該一同齊心的團隊，卻沒帶出合作的成效，更甚至成為目標達成途中的絆腳石，這些現況是讓人感到洩氣的。亦突顯出大腸癌篩檢政策於

醫療體系實作過程中，所產生的醫療專業知識與篩檢推廣之間的矛盾與衝突，以及潛藏其中一觸即發的緊張關係。

第四節 研究建議

本研究透過分析第一線醫療人員於推動大腸癌篩檢實作經驗，發現民眾層面、政策實作面、與醫療體系等三個層面，所造成不同面向的問題及困境。說明了在微觀層次上，因民眾認知不足、文化因素與年齡、交通等社會結構因素，直接影響民眾受檢意願，而浮動計分政策也於實作場域中，衍生出專業形象扭曲與送禮文化等非預期的結果。醫療體系內部更因共識不一與分配不均，以及共病因子分配問題，導致醫療專業知識與篩檢推廣者之間的矛盾與衝突。透過上述的分析，希望能突顯出結構條件所衍生的問題，讓相關單位能跳脫本位主義的思維，正視實作層面不同面向的論述，以及運作所產生的結構性問題。針對上述問題，本文建議可就以下層面進行反思與調整：

一、提升民眾健康意識與認知

為改善民眾不願意接受大腸癌篩檢之現況，以提升民眾大腸癌篩檢率，以下就知識面、文化面以及社會面這三個面向逐一提出建議：

(一) 知識面

研究發現民眾對於健康的認知不足，普遍存有沒症狀、沒有不舒服、就是沒病。亦即缺乏對健康的正確觀念，以及預防重於治療的健康知識。針對這類健康知識的缺乏，建議醫療機構應多於醫院、社區、偏鄉等場域，辦理大腸癌篩檢或相關疾病之健康講座，藉由講座或活動的辦理，傳遞正確的健康知識與健康訊息。並建議可將健康知識內容，以及藉由癌症篩檢能達到早期發現早期治療之預防醫學概念，融入常態性門診衛教內容中，並撰寫成潛顯易懂的衛教單張來傳遞健康知識，以提升民眾的健康認知。

(二) 文化面

研究發現年齡稍長的民眾存有，「不檢查沒事、一檢查就出事」的俗信觀，由於這並非透過醫療知識可以完全克服的，也因此醫護人員於此面向往往不易介入，找不到著力點來改善此文化面所造成的篩檢推動阻礙現況。這類問題建議可透過社區大型活動，藉由在地具權威或有影響力的人士，例如：里長或是社區耆老等，來傳遞預防保健之觀念與重要性。另可利用大眾傳播媒體的影響力，或透過深受年長者青睞的本土劇，以置入性行銷的手法或方式，來影響或藉以調整根深蒂固的思維與信念。其次，可藉由編輯有趣易懂且貼近時事的文宣品，顛覆教條式的書寫手法，以提高民眾閱讀意願。更建議可將健康促進觀念，撰寫至教科書或學校課程內容中，透過代間學習傳遞健康保健概念。藉由在地權威人士、大眾傳播媒體，以及透過代間學習等面向，來形塑碩一個新的健康信念。

(三) 社會面

病人能夠獲得的醫療資源，會因為種族、階級、性別等社會特徵的差異而有其落差，也因而產生出社會不公義的問題（林秀娟，2010；呂宗學、陳端容、江東亮，2015），而病患自身的經濟狀況、社會資本等是導致健康不平等的首因素，主要在於其資源運用能力的不同形成差異，不同的階層及族群，在動員與運用資源能力上的差異，也因而更加強化了健康不平等的程度。本研究發現許多老人受限於身體條件，以及居住地偏遠因而造成身體移動的限制性，無法取得或接受篩檢或確診，而這種因為資源論或文化論而導致的健康不平等，應該被看見以及被重視，抑或是可以經由相關政策或作為，來改善健康不平等的狀態，進而減低其造成健康不平等的程度。

建議中央或國民健康署等相關部門，建置提供協助與資源的機制或平台，並透過醫院的社工人員或社區當地里長、社政人員、衛生所人員等，能實際於第一線確實評估民眾需求，並且即時提供民眾所需要的協助，儘可能解決因社會結構、經濟條件、以及偏鄉交通等社會面的問題與困境，藉此改善或縮小因上述健康不平等所造成健康篩檢使用率的落差。

二、 回歸健康服務精神

基層醫療機構為了因應癌症篩檢的目標取向，所制定出的策略與作為，產生民眾端許多的質疑與反彈，也造成專業形象扭曲、人為操作下的健康不平等，以及送禮文化與風氣等等實作層面的困境與非預期的結果，實抹煞了癌症篩檢政策推動之初的美意。不同社會階層對於同一種疾病的認知與其定義也不相同，每一個健康照護關係都是照護者及被照護者之間的互動，除了著重疾病相關形成原因，以及病情後續發展的說明外，更應該考量許多與病人社會資源，以及其經濟條件等相關的影響因素。建議癌症篩檢政策實作與推動，醫護人員應抱持以健康服務的核心信念出發，於醫療機構與場域提供相關資訊與篩檢服務時，必需傾聽民眾的心聲與考量民眾的社會資源等面向，試著理解民眾的擔心與顧慮，以民眾的視角出發，去關懷並引導民眾接受健康篩檢，讓每一位接受篩檢服務的民眾，都是出於自發性的關心自身健康狀態，而所做出的健康決定與行為，藉以改善經由醫護人員游說，或半推半就之下才接受篩檢的現況，讓民眾在醫療照護的過程中，保有參與選擇的權力。醫療人員應以理解民眾與尊重民眾的角度出發，來提供專業健康建議，回歸健康促進與健康服務的精神，也藉以提升民眾為自己的健康負責的能力。

三、改善內體制的衝突

建議任何一政策的推動，必須由高層由上往下傳達，並建置一個溝通的管道或平台，讓一線實作者於推動時所遭遇的困境與難處，得以傳達、對話更甚至被解決。當內部意見不一致時，能經由高層啟動協商會議，透過充分溝通，建置出最合宜的運作的模式，進而達成共識，讓推動者於實作時有依據可循，藉此減少內部的衝突與矛盾，進而趨近內部的一致性。

參考文獻

中文文獻

- 王雲東、楊培珊、黃竹萱(2007)。台灣地區年長榮民生活照顧與婚姻狀況的研究－社會排除觀點的初探。《東吳社會工作學報》，(17)，33-64。
- 呂宗學、陳端容、江東亮(2015)。釐清健康不平等相關名詞。《台灣公共衛生雜誌》，34(2)，115-118。
- 余珮瑩、馬財專(2013)。台中市聽覺機能障礙者就業困境之研究。《社會分析》，(7)，73-120。
- 吳秀照(2007)。台中縣身心障礙者就業需求：排除社會障礙的就業政策探討。《社會政策與社會工作學刊》，11(2)，148-197。
- 林美珠(2000)。敘事研究:從生命故事出發。《輔導季刊》，36(4)，27-34。
- 林秀娟(2010)。族群、性別與健康不平等。《醫療品質雜誌》，4(3)，4-9。
- 林義淳、程瑞福(2012)。從治療到預防：健康身體思維之轉變。《文化學報》，(15)，43-74。
- 林昱瑄(2018)。追求教學卓越？台灣高教的表現管理建制研究。《台灣社會學》，(35)，59-107。
- 侯建州(2018)。新管理主義對於醫院醫療服務之影響：給醫務社會工作的啟示。《臺灣社會工作學刊》，(21)，37+39-78。
- 侯建州、黃源協(2012)。專業主義 v.s. 管理主義：英國社會工作歷史的檢視。《臺灣社會工作學刊》，(10)，1+3-45。

- 范麗娟、陳翠臻、莊曉霞(2013)。真正的弱勢—偏鄉地區原住民老人之需求探討。
研究台灣，(8)，80-99。
- 黃源協(2000)。社區照顧服務輸送模式之探討。*社會政策與社會工作學刊*，4(2)，
179-220。
- 黃源協、蕭文高(2007)。*社會政策與社會立法*。台北：雙葉書廊。
- 曾敏傑(2005)。社會階級與健康不平等的因徑探索。*社會政策與社會工作學刊*，9(1)，
25-76。
- 郭育淇、王憲奕、甘偉志(2011)。大腸鏡檢查常用清腸劑Fleet Phospho-soda之藥物不
良反應探討。*中華職業醫學雜誌*，18(1)，29-36。
- 陳映燁、李明濱(2000)。醫學倫理學之理論與原則。*醫學教育*，4(1)，3-22。
- 陳惠芳、謝明娟、陳俞成(2006)。全民健保實施前後醫院財務面經營績效之研究。
嘉南學報，32，303-316。
- 陳香伶、吳淋禎、張雯雯(2016)。門診病人大腸鏡檢查腸道準備不完全改善專案。*澄
清醫護管理雜誌*，12(2)，62-70。
- 翁詩鑽(2016)。病患自主權，該有多自主？，取自The News Lens 關建評論網網址
<https://www.thenewslens.com/article/46241>
- 許甘霖(2011)。醫療化、醫權政治與治療型國家:一個策略關係取向的的批判。*社會分
析*，(3)，119-140。
- 張育茹(2017)。*台灣醫療體系改革中醫病關係的變遷*(未出版碩士論文)。私立南華
大學，嘉義。
- 詹盛如(2013年9月)。大學的內部治理：同僚管理與共享治理。*臺灣教育評論月刊*，
2(9)，65-70。

廖建彰、王心怡、林瑞雄、謝長堯、宋鴻樟 (2005)。台灣地區男性大腸癌與攝護腺癌篩檢狀況。《台灣衛誌》，24(3)，209-216。

廖俊松 (2007)。二十一世紀的公共行政：從新公共管理到民主治理。《T&D 飛訊》，56，1-6。

劉淑瓊 (2005)。績效、品質與消費者權益保障：論社會服務契約委託的責信課題。《社會政策與社會工作學刊》，9(2)，31-93。

蔡友月 (2009)。達悟族的精神失序：現代性、變遷與受苦的社會根源。台北：聯經。

衛生福利部國民健康署 (2017)。《癌症防治》。台北：衛生福利部國民健康署。線上檢索日期：2020年11月28日。取自：
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=208>

衛生福利部國民健康署 (2019)。《癌症防治》。台北：衛生福利部國民健康署。線上檢索日期：2020年12月20日。取自：
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=47>

蕭旭智 (2003)。《干預與調節：論十八世紀的生命政治的概念與技術史》(未出版博士論文)。私立東海大學，台中。

蘇銘堯(2011)。大腸鏡在大腸癌篩檢的角色。《長庚醫訊》，32(12)，36-37。

英文文獻

Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. In *Action control*. Springer Berlin Heidelberg.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

- Beck, D.E.(2010). Bowel preparation for colonoscopy. *ClinColon Rectal Surg* , 23(1) , 10-13
- Burchum , J.L.(2002). Cultural competence: an evolutionary perspective. *Nurs Forum*, 37, 5-15.
- Clarke John & Janet Newman (1997). *The Managerial State: Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*. London, Sage:Publishing.
- Dianne, L. S., Marie, E. C., & Kathleen, P. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing and Health*, 12, 93-100.
- Foucault Michel (2000). *Essential Works Volume*. New York , NY :New Press.
- Foucault Michel (1990). *Sexuality: An Introduction* . London, UK: Vintage.
- Foucault Michel (1979). *Discipline and Punish: the Birth of the Prison*. New York , NY : Vintage.
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M.(1997). *The economics of health and health care*.New York, NY: Prentice-Hall Inc.
- Frank AW.(2013) .*The Wounded Storyteller: Body, Illness & Ethics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Garber, A. M., & Phelps, C. E. (1997). Economic foundations of cost-effectiveness analysis.*Journal of Health Economics*, 16 (1) ,1-31.
- Hughes, Owen E. (2003). *Public Management and Administration: An Introduction* (3thed.) New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Leininger M& McFarland MR (1976).*Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practices*. (3rd ed). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Mol A(2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London & New York , UK & NY: Routledge.

- Maingot, M , Daniel Z. (2008). An Analysis of Voluntary Disclosure of Performance Indicators by Canadian Universities. *Tertiary Education and Management* , 14(4) , 269-283.
- McCoy, L. (1999). *Accounting Discourse and Textual Practices of Ruling: A Study of Institutional Transformation and Restructuring in Higher Education* (Unpublished doctoral dissertation). University of Toronto, Canada.
- Nguyen ,D.L., Wieland, M.(2010). Risk factor predictive of poor quality preparation during average risk colonoscopy screening: the importance of health literacy. *J Gastrointest Liver Dis* ,19(4),369-72.
- Pender ,N.J(1987). *Health perceptions in nursing practice*(2nd ed.).Nowalk ,CT:Appleton & Lange.
- Peter Aggleton (1990). *Health*. London,UK: Routledge.
- Porter Theodore M(1995). *Trust In Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. New Jersey: Princeton University Press.
- Suh EE. (2004).The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *J Transcult Nurs* , 15,93-102.
- Schoen RE, Weissfeld JL, Trauth JM, Ling BS, Hayran M. (2002).A population-based, community estimate of total colon examination: the impact on compliance with screening for colorectal cancer. *Am J Gastroenterol*. 97(2) , 446-51.
- Taylor& John (2014). *Using Data to Improve Higher Education: Research, Policy and Practice* . Boston: Sense Publishers.
- Vázquez , C. R., Suárez , Á . L., & Díaz Martín, A. M. (2010). Perceived justice of service recovery strategies : Impact on customer satisfaction and quality relationship. *Psychology & Marketing*, 27(5), 487-509.

Vogt, Franziska. (2002). Global New Managerial Policy Developments Enacted at Local Level in England and Switzerland. Paper presented at the Annual Conference of the British Research Association, University of Exeter, England, September 12-14.

WHO. Key concepts. Available at: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/. Accessed September 26, 2017.

