

建立社區防疫諮詢網絡之經驗

鍾惠君¹ 章淑娟¹ 彭渝珍² 王立信³

財團法人佛教慈濟綜合醫院 ¹護理部 ²感染管制小組 ³感染科

新興傳染病 (Emerging infectious diseases) 之疫情引起世人對其感染控制及防護措施的重視，學者指出，後 SARS 時期之社區傳染病防治在強化醫療與社區藉夥伴關係引導社區力量共同參與防疫，在防疫無國界的趨勢下，提升社區防疫能力已為我國公共衛生之重要施政方向，醫學中心在我國醫療體系承擔著社區健康照護及健康傳播的重要責任，新制醫學中心評鑑更將社區防疫列為醫院感染管制作業之重要成效項目。因此，本計劃自 2007 開始，由感染管制護理師邀集各方專家組隊，拜訪社區意見領袖及說明社區防疫計劃的目的及內容，透過社區民衆及地方耆老的主動參與和學習，逐步推動在地化的社區防疫諮詢網絡；實施策略包含培訓社區防疫志工服務團隊、建置社區防疫諮詢網絡、社區防疫教育宣導課程三大主軸，執行 2 年期間已培訓 65 位社區防疫志工，設立 6 個社區防疫健康防疫聯絡站，架設已超過 13 萬人次點閱率之社區防疫諮詢網頁，防疫講座及各項宣導活動滿意度均達到 80% 以上；評值社區活動參與度、醫院認同度、防疫觀念正確度、環境清潔重視度、健康預防參與度五大項目，計劃執行前後總分提升 45%，獲得地方相當的支持與肯定，社區民衆也期望繼續辦理社區防疫活動，強化在地之社區防疫網絡，感染管制護理師亦為醫院感染控制與社區防疫最佳的諮詢者。

前 言

SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome; SARS) 為 21 世紀第一個威脅人類的新興傳染病 [1]，中研院公佈短短 3 個月，共有 73 人死亡，300 多人受感染，對國家經濟影響高達數百億元，台灣社會消費減少了 233 億

元，財物損失高達 162 億元 [2]。此疫情讓台灣的公共衛生防護體系徹底做了一次大體檢，雖然代價昂貴，卻也是落實新體系的契機 [3]，同時引發衛生主管機關、醫院行政主管及醫護人員對新興傳染病 (Emerging infectious diseases) 相關感控及防護措施的重視。而 SARS 防疫的點點滴滴，歧

視、恐慌、不信任和缺乏社區支援，迫使部分可疑感染民衆隱瞞病情，也瓦解好不容易建立起來的社區互信、互助機制，因此，在後 SARS 時代，疫病的防治和健康的促進，應採取雙向溝通的「新合作治理」[4]，強調公、私部門與社區、非營利組織形構共同治理的網絡關係，結合鄉鎮公所、衛生所、醫療診所藥局、社區團體、志願服務團體等在地資源，建構「社區健康資源網絡」。對於疫情之公共風險的承載，不能夠被認為是「別人」、「他家」或「政府」的事，每一位公民都有他的權利和義務，共同學習來分攤風險，進而導向正向的健康生活促進的理想。

社區防疫面臨的問題與阻力

社區防疫面臨之問題包括：(一) 社區民衆對疫病及其防治之道認知不足；(二) 社區民衆對部分疫病存有歧視與偏見，致使社區防治成效不彰，例如愛滋病、結核病等；(三) 部分地區民衆衛生習慣仍不佳，造成疫病防治不易，例如桿菌性痢疾；(四) 傳染病患者服藥順從性欠佳，例如結核病患；(五) 部分民衆對社區防治動員配合度不佳，造成整體防治效果不彰，例如登革熱防治；(六) 大陸及外籍配偶所衍生的防疫問題增多，例如預防接種率偏低、衛教溝通語言有障礙、對愛滋病防治認知不足…等。另外，社區團體在參與社區防疫之需求與阻力調查結果發現，結果發現，近

八成的社區團體若要參與社區防疫，在人力(73.1%)、物力(75.8%)、財力(78.1%)有阻力，三方面分別為「人手不夠」、「缺乏足夠防護設備設施」、以及「經費來源有限」等三項最高，其他阻力則以「缺少負責協調聯繫單位」(49.8%)和「缺乏周全的管理計畫」(49.5%)最多。有 83.5-90.3% 的社區團體認為在防疫的準備上是需要幫忙的。在防疫準備的需求部分，以「居家隔離措施」及「營造社區防疫的方式」最高[5]。因防疫阻力與社區團體屬性有關，故社區衛生決策及工作推動須發展策略來引導不同性質之社區組織參與並建構在地之社區防疫網絡。

多元化的社區防疫模式

2003 年，為因應 SARS 疫情，中華民國社區營造學會陳錦煌理事長及創會理事長李遠哲院長帶領下，結合全國社區營造伙伴及專業團體，組立「社區防疫行動聯盟」，全國共計 800 多個加盟社區團體，及財團法人佛教慈濟基金會[6]、財團法人歐巴尼基金會、社區防疫行動聯盟…等，共同投入抗 SARS 行列，各自積極開創多元的社區防疫的模式。六成以上的社區團體是以體溫篩檢、發防疫資訊之傳單、張貼海報佔最多，其次有四至五成的社區團體是進行環境消毒、提供防護物品、發放漂白水、電話諮詢，有二至三成的社區團體是以居家關懷、通報發燒個案、居家隔離

者電話關懷、成立防疫團隊、傳染病諮詢、轉介發燒個案，低於二成以下的是管控社區出入口、居家隔離者送餐服務、傳染病診治[8]。

行政院衛生署疾病管制局依據行政院2004年4月14日核定「台灣健康社區六星計畫推動方案」，期藉由民衆的主動參與和學習，推動「在地化」的社區防疫計畫，以激發社區防疫知能與危機意識，進而提升社區防疫能力各地機關團體則深入社區展開各項防疫與防治措施，並整合社區防疫資源，促進社區民衆健康，強化社區公衛群的角色與功能，藉由社區宣導活動，加強民衆對傳染病之認知，建立正確的防疫行為，成為社區自主防疫的軸心，以期於疫情發生時協助政府緊急動員完成社區防疫工作[7]。

2007及2008年度我國因應流感大流行防治之執行策略皆以「四大策略、五道防線」演繹，2008年版策略計畫主要修訂其中一項為：納入志工團體角色。依據疾病管制局歷年來致力於社區志工防疫工作之成果，各縣市亦儲備相當量能，期藉由縣市政府推動執行「2008年社區防疫人力整合工作計畫」，達成社區防疫志工網絡目標。過去防疫工作對志工之角色近乎闕如，2008年首度將志工概念引進流感大流行準備工作範疇將社區及志工的自主力量導入，可以讓社區在流感大流行時，具有自我照顧(self-care)能力、維持社區基本機能及協助社區秩序與安全，亦符合國際潮流[8]。

計畫執行方法

後SARS期間之防疫著重於帶領社區與醫院之合作機制，透過雙向溝通的「新合作治理」理念，轉換成易懂、易學、易操作的防疫相關知識及處理能力，營造在地社區防疫的方式。花蓮市為東台灣政經、交通、及文化中心，在地醫學中心承擔著社區健康照護的重要責任，期藉由整合社區防防需求相關資源及民衆的主動參與和學習，推動地方的社區防疫計畫以提升社區防疫能力，達到醫院為社區民衆的好厝邊，全民健康之目的。

本計畫由感管小組邀集10位在地深具同理念及熱心之學者專家，成立社區防疫計劃工作小組，凝聚健康促進的知能與共識，透過每月定期的會議擬訂各項活動設計及對象。及負責執行疫病防治衛教宣導工作，計畫設計、對象及計畫執行內容及方法說明如下：

一、計畫設計、對象

依據本醫學中心地理位置之行政區及考量人員工作負荷程度，故選定花蓮市之居民為本計劃推展之對象。花蓮市 Hualien City，舊稱洄瀾，位於台灣花蓮縣東部北段，北接新城鄉，南連吉安鄉，西鄰秀林鄉，東濱太平洋，為花蓮縣政府所在地，也是花蓮縣及東台灣的政治、經濟、交通、文化中心。總面積 9.4095km²，戶數共有 38,373 戶，人口數於 2007

年1月統計為109,352人，行政區劃為45里1,087鄰。而花蓮之法定傳染病發生率主要來自於桿菌性痢疾、結核病和恙蟲病等的(陽性)確定案例，當中尤其以結核病發生率發生率最高，其歷年發生率均達台灣地區之4-6倍，且有逐年攀升之趨勢，95年度肺結核在花蓮縣每十萬人口就有121.63發生率是為最有待加強防疫的法定傳染病之一；而愛滋病死亡率更高達25.7%[5]，故將上述疾病列為本計劃之衛教推展重點。

二、計畫執行內容及方法

社區健康資源網絡之實施策略包含培訓社區防疫志工服務團隊、建置社區防疫諮詢網絡、社區防疫教育宣導課程三大主軸，執行方法如下詳述：

1. 培訓社區防疫志工服務團隊：

(1)邀請花蓮市里長、社區醫療醫師、社區藥師、學校衛生保健人員及社區衛生教育領域專業人士及大專生，進行衛生教育、社區防疫培訓，做為在地化衛教種籽人才，參與衛生教育、社區防疫業務推廣。(2)防疫志工需接受相關教育課程8小時，提供參與民衆「志工教育訓練學習卡」及「志工服務時數集點卡」登錄教育課程及服務時數，防疫志工完成教育訓練及參與社區防疫計畫工作時數達成者，頒發防疫志工紀念獎牌一面，以為肯定及榮譽。(3)與東區醫療網共同辦理傳染病防疫相關教育課程，預計課程時數12小時。

2. 建置社區防疫諮詢網絡：(1)運用里長辦公室、學校、醫院等機構，設置「健康防疫聯絡站」，並張貼壓克力標章，提供社區防疫諮詢、健康諮詢、及衛教資訊傳播服務。(2)建置社區防疫網頁資訊，藉由方便的網路功能讓民衆及防疫志工聯繫及查詢社區中的計畫執行情形。(3)提供社區疫病防治諮詢電話：由專業醫療團隊回應並提報主辦單位後續處置，提供社區衛生教育、社區防疫諮詢，以改善社區民衆對疫病及其防治之道認知不足，導引社區民衆對部分疫病存有歧視與偏見，落實社區防治成效。

3. 社區防疫教育宣導課程：(1)研發疫病防治及衛生教育的教材及資訊：教材及資訊的清楚、詳盡、易讀，有助於減少恐慌和誤解，強化防疫行動及衛生教育的落實，因此，必須積極開發、整合及時、正確、容易閱讀、容易理解的教材及資訊，以協助民衆對抗疫病。(2)社區防疫教育課程：因應社區民衆的需求，例如對愛滋病、結核病等疫病防治認知不足…等，我們與社區講座共同辦理「社區防疫教育課程」，推廣、深化衛生教育及疫病防治。(3)邀集社區防疫團體、醫療照護機構、衛生主管機關等，宣導愛滋病、恙蟲病、腸病毒、或結核病等防治活動，發送衛教單張及文宣品，以促進民衆對疫病防治之正確認知。(4)配合各項活動進行問卷調查，了解民衆對於防疫疾病

之相關認知程度，以作為防疫教育宣導計畫之依據。

計畫執行成果

本計劃自 2007-2008 執行 2 年期間，獲得地方相當的支持與肯定，計劃執行前後之社區活動參與度、醫院認同度、防疫觀念正確度、環境清潔重視度、健康預防參與度以 10 分法評值，5 項評分整體提升 4.5 分，其中以健康預防參與度提升 5 分最多，社區民衆也期望繼續辦理社區防疫活動，真正達到“病人的好病院，病院的好厝邊”，將資源取之於社會用之於社會，達到人人防疫的健康目標。

培訓社區防疫志工服務團隊、建置社區防疫諮詢網絡、社區防疫教育宣導課程三大主軸，分述計畫執行結果如下：

一、培訓社區防疫志工服務團隊

1.2 年期間共訓練 65 位社區防疫志工。志工參與培訓前後之防疫認知由平均 47.8 分提升至 88.2 分，在年度成果發表會公開頒發結業證書，透過傳播媒體及社區防疫網頁的訊息，也讓防疫志工深感榮耀。

2. 執行社區防疫服務共計居家訪視、社區清潔、防疫口號 / 海報創作比賽、及里仁之美攝影繪畫比賽等活動，年度成果展示及頒發獎項共計 172 人次參與。

二、建置社區防疫諮詢網絡

1. 在花蓮市國慶里、國強里共建立 6 個健康防疫聯絡站。各站站長均

為當地社區居民之意見領袖，同時熱心投入防疫教育宣導及活動參與，掛牌當日邀請本院院長室主管及社區居民共同舉辦揭幕儀式，以醫學中心為窗口，正式組成社區防疫網絡。

2. 架設社區防疫諮詢網頁，網頁內容包含公佈欄、防疫知識、健康小常識、活動花絮、計畫介紹及志工園地，瀏覽人次已超過 13 萬，可見民衆對此網頁之重視。

3. 提供社區疫病防治諮詢電話 038-561825-2277，民衆洽詢內容包含愛滋病篩檢、衛教宣導活動洽詢、一般健康照護衛教諮詢…等；故 97 年度起回歸民衆衛教諮詢專線處理。

4. 為方便防疫志工學習，故設計「社區防疫志工學習卡」及各式隔離防護措施之衛教單張，也在網頁上提供教育課程講義及課後測驗題目，讓民衆能自我學習。

三、社區防疫教育宣導課程

1. 舉辦防疫知識健康講座共計 17 場，課後測驗成績平均高達 96 分，以疾病類別評值，在恙蟲病、登革熱、流感、性病及腸病毒之認知均有進步，尤其登革熱的防治更達到 100% 的答對率。

2. 設計社區防疫宣導活動，由防疫計劃小組主導，帶動社區防疫志工參與長期臥床患者及獨居個案居家訪視，由感染管制護理師現場指導呼吸器照護的感染管制措施及採血針胰島素注射針頭的處理方式、對於社區環境清潔主動清掃，說明居家環境與登

革熱病媒蚊及恙蟲病防治的重要性。當然社區的慶典活動等，也是參與社區活動及辦理防疫宣導的好時機，計劃小組至主動爭取 5 場衛教攤位，服務社區居民及建立良好互動情誼。

3. 為鼓勵社區民衆參與社區防疫計劃，計畫小組設計防疫口號/海報創作比賽、「世界結核病日」衛教宣導活動及里仁之美攝影繪畫比賽等活動，各項活動均受到民衆熱烈迴響，參與作品相當精彩，也從當中了解民衆對防疫的認知及積極參與的態度。

4. 因應每年秋冬之流感防疫計劃，除教育知識外，若有實際的演練可更加深民衆與醫院間的信賴，故設計 H5N1 社區流感及健康聯絡站功能演練計畫，由社區志工實際參與演練，了解醫院的感染控制及民衆應共同配合公共衛生政策的項目為何，防疫演練中，東區指揮體作戰體系派員觀摩，獲指揮官等高品質評價，也讓防疫計劃充分展現訓練成果。

透過防疫宣導活動滿意度問卷之調查結果，民衆滿意度為 81%，對於活動內容、課程講師均能達到 80% 以上之滿意度，但時間安排部份僅有 78% 滿意度，大多因為工作時間與宣導活動無法配合的關係，此項也列入未來社區健康講座及衛教宣導活動安排之參考。

結 論

隨著新興傳染病的疫情及不確定性的衝擊，加上多重抗藥性菌種的蔓延，彰顯了個人及社區衛生在預防疾

病傳播的重要性，透過社區衛生教育將洗手及咳嗽禮節等落實在民衆的生活習慣，至今仍是有效的法則 [9]。現今傳染病的防治除疫病監測、通報、之外，亦須考量加強防疫設施及措施，以提升民衆傳染病防治知識及技能，促進健康社區及提升社區對傳染病準備的必要性 [10]。提升社區防疫能力則為國家公共衛生之重要施政方向，因此，感染管制人員之專業知能可為醫療照護機構與社區團體建立夥伴關係，引導社區力量共同參與防疫之重要諮詢對象，新一代的感染管制作業亦不侷限於院內，而是全面防疫的新思維。

致 謝

本計劃獲歐巴尼基金會經費贊助，該基金會執行長許國雄先生及疾病管制局施文儀副局長至花蓮視察了解本計劃執行之成果，同時慈濟基金會林碧玉副總執行長亦親臨年度成果發表會，為計畫成員加油打氣，充分展現對本計劃之支持。而花蓮縣行政及衛生主管機關首長亦不吝指導，地方耆老如國慶里、國強里之里長及社區發展協會、阿美族達固部灣頭目、慈濟大學、體育高中、四維高中、等，多次參與及協助本計畫之防疫衛教宣導活動，建立良好的合作關係；專家小組成員、社區防疫志工及感管小組所有同仁則是最好的夥伴，二年計畫未能一一言謝，謹以此文一併獻上最真誠的感恩！

參考文獻

1. Center for Disease Control. (2003, July 7). Severe acute respiratory syndrome (SARS). from http://www.who.int/csr/sars/country/en/country2003_07_07.pdf
2. 國家衛生研究院 (2009 , 12 月 2 日) , 國家衛生研究院電子報第 289 期 . 摘自 http://enews.nhri.org.tw/enews_list_new2_more.php?volume_idx=289&showx=showarticle&article_idx=6980 。
3. 賴競民：全球風險管理之轉變與挑戰。東海大學政治研究所碩士論文 2005 。
4. 洪德仁：從嚴重性呼吸道症候群社區防疫經驗看社區行動力。社區發展季刊 2004;107: 225-42 。
5. 楊君菁，李怡娟，洪德仁等：社區團體參與社區防疫之需求與阻力調查。實證護理 2006;2:265-72 。
6. 慈濟關懷 SARS 愛灑人間 - 同心共濟弭災疫 (2009 , 5 月 11 日) · 佛教慈濟慈 善事業基金會，摘自 http://tw.tzuchi.org/V1/index.php?option=com_content&view=article&id=631%3Asars--&catid=132%3A2009-05-10-04-58-01&Itemid=459&lang=zh 。
7. 2008 年社區防疫人力整合工作計畫-傳染病防治醫療網・疾病管制局全球資訊網 (2009 , 12 月 11 日) ，摘自 <http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=15724&ctNode=324&mp=120> 。
8. 張佳琪，周玉民，周淑玫等： 2007-2008 年因應流感大流行防治策略之比較。疫情報導 2008;24:908-15 。
9. Weber JT, Hughes JM: Beyond Semmelweis: Moving Infection Control into the Community. Ann Intern Med 2004;140:397-8.
10. Wenzel RP, Bearman G, Edmond, MB: Lessons from severe acute respiratory syndrome (SARS): Implications for infection control. Arch Med Res 2005;36:601-16.

Experience of Established Community Disease Control and Prevention Consultant Network

Hui-Chun Chung¹, Shu-Chuan Chang¹, Yu-Jhen Peng², Lih-Shinn Wang³

¹Department of Nursing, Buddhist Tzu-Chi General Hospital, ²Infection Control Team, Buddhist Tzu-Chi General Hospital, ³Division of Infectious Disease, Buddhist Tzu-Chi General Hospital, Hualian, Taiwan

The epidemic potential of emerging infectious diseases is threatening human life and thereby creating the urgent need for the development of related control and protection measures. In the post-SARS era, it is important to strengthen the relationship between medical systems and community through guidance of joint participation. Under the trend of cross-border epidemic prevention, enhancement of the effectiveness of community disease prevention has been an important public health policy direction for medical centers in Taiwan for community care and health dissemination. Control of community-acquired infections was an important item of the hospital-infection-control operation, which was included in the new hospital accreditation system. In 2007, the infection-control nurses at our hospital formed an interdisciplinary team to plan a prevention program for community-acquired infections. We visited the community leaders and explained the purpose and content of this program. Local prevention network was gradually formed through initial participation and learning by community people and local elderly population. The implementation strategy has 3 major dimensions: conducting training programs for volunteer service team for the prevention of community-acquired infectious diseases and setting up consultant network and education program for prevention of these diseases. After 2 years of implementation of this strategy, 65 volunteers were trained, 6 community contact sites were established, and the website for community-acquired infectious diseases prevention was accessed over 130000 times. The average satisfaction rate for the lecture course and promotional activities was over 80%. The results of our study showed 45% increase in the willingness for community participation, hospital commitment, accuracy of the concept of infectious disease prevention, attention to cleaning environment, and participation in infectious disease prevention activities. The prevention activities for community-acquired infections have received considerable support and approval. In addition, people of the community believe that the staff at our hospital can, with dedication, maintain the network of local community infectious diseases prevention. Infection-control nurses have served as the best consultants for healthcare-associated infection control and community-acquired infectious disease prevention.

專 欄

臺灣鮑氏不動桿菌和克雷白氏肺炎菌的多重抗藥性機轉之研究

馬靈 黃麗曰 蕭樸基

國家衛生研究院 感染症研究組

前 言

細菌產生抗藥性目前已經是一個全球性的問題。多重抗藥性細菌在全球的傳播已經不是一個罕見的現象。例如 CTX-M 型的廣效性乙內醯胺酶基因，10 年來在全球不同細菌的廣泛傳播，另外在帶 CTX-M 基因的同一個質體上還被發現帶有多種性藥物的抗藥基因，造成多重抗藥。本文將介紹兩個在臨床上重要的致病菌（鮑氏不動桿菌和克雷白氏肺炎菌）在臺灣的致病機制和抗藥情形，讓醫護人員了解多重抗藥基因之機轉，更重要的是希望引起醫界的警惕和預防。

臺灣含有第一型嵌入子的多重抗藥性鮑氏不動桿菌之傳播研究

鮑氏不動桿菌 (*Acinetobacter baumannii*) 為一日漸重要的院內感染致病源，院內感染患者常具有高死亡率；此菌具有在短期內迅速發展成多重抗藥性的特性，而使臨床治療上變

得非常困難 [1]。而細菌抗藥性基因的獲得機制多半與移動性基因 (mobile genetic element)，如：質體、轉位子 (transposon)、插入序列 (insertion sequence, IS) 及嵌入子 (integron) 等有關 [2]。目前對鮑氏不動桿菌的研究中，第一型嵌入子 (class 1 integron) 被發現廣泛存在於該菌而且臺灣對以嵌入子方式獲得抗藥性基因的研究仍為少數且範圍僅局限於單家醫院 [3,4]。故本團隊針對臺灣各區所收集之多重抗藥性鮑氏不動桿菌進行嵌入子對抗藥性基因傳播的研究，其結果已發表於 [5] 的論文。

由於鮑氏不動桿菌與同屬之 *A. calcoaceticus*、genospecies 3 及 genospecies 13TU 在種緣上過於相近而無法在臨床鑑定上以外表型來明確區分，因此此四種菌種被分類學家歸類為 *Acinetobacter calcoaceticus- Acinetobacter baumannii complex* (Acb complex)，由於 Acb complex 中只有 *A. calcoaceticus* 不具致病性，其餘三