

專輯論文

## 全民健保 vs. 弱勢族群： 一個政策宣導的傳播觀點與實踐

盧鴻毅

### 摘要

本研究共分兩階段，第一階段先透過深度訪談方式，瞭解台灣地區弱勢族群全民健保資訊的需求為何？為此，本研究針對來自台灣北、中、南及東部四個地理區域的32位弱勢族群受訪者進行深度訪談，發現他們最想瞭解「健保費用」、「健保福利」及「全民健保經營」等議題的內容，且渴望全民健保的宣導內容以簡易為要，期能重返以人際傳播管道為主的宣導策略；至於本研究的第二階段主要針對第一階段的訪談結果，發展適合弱勢族群的全民健保宣導策略，並經社區介入實際運作，再針對8位參與宣導活動的社區民眾進行深度訪談，受訪者強調，本研究針對全民健保宣導所進行的社區介入活動，兼具知識性與娛樂性，並融入社區文化的敏感度，讓全民健保相關資訊變得簡單易懂，有助弱勢族群對於全民健保制度的瞭解。

關鍵詞：全民健保、弱勢族群、社區健康傳播

盧鴻毅，國立中正大學傳播系(含電訊傳播碩士班)教授。研究興趣：健康傳播、網路傳播、資訊尋求。電郵：telhyl@ccu.edu.tw

論文投稿日期：2013年5月23日。論文接受日期：2014年3月13日。

## **Health Insurance vs. Minority Populations: A Communication Perspective and Practice in Relation to Policy Campaigns**

Hung-Yi LU

---

### **Abstract**

There are two phases in this study. The first phase attempts to employ a qualitative study in an attempt to investigate needs in relation to health insurance information among minority populations in Taiwan and their preference of information communicative strategies. Thirty-two participants from four geographic areas (north, central, south and east Taiwan) in Taiwan were recruited to participate in the face-to-face interview. The finding of the study showed that participants inclined to know more about health insurance premium rate, health insure welfares, and health insurance management. They preferred easy-to-understand information and interpersonal communication channels were ranked as more appropriate venues for imparting information regarding health insurance. Based on the findings of this study, the aim of the second phase is to design and conduct a community-based intervention in order to enhance understanding about health insurance policies among such populations. Eight participants in the community were then recruited to help researcher evaluate the effectiveness of the campaign. The findings showed that

---

Hung-Yi LU (Professor). Department of Communication & Graduate Institute of Telecommunications, National Chung Cheng University. Research interests: health communication, Internet communication, information-seeking.

the entertainment-and-message-oriented community intervention was appreciated by participants. In particular, culture sensitivity and easy-to-know message would have a significant influence on the effectiveness of such an intervention.

**Keywords:** health insurance, minority population, community-based health communication

**Citation of this article:** Lu, H.-Y. (2015). Health insurance vs. minority populations: A communication perspective and practice in relation to policy campaigns. *Communication & Society*, 31, 123–154.

### 鳴謝

本文為行政院衛生福利部中央健康保險署委託計劃「全民健保弱勢族群宣導模式之建立」(計劃編號：DOH100-NH-1004)部份研究成果改寫而成。

## 研究動機與目的

健康問題是弱勢族群(例如低收入戶、低教育程度者、原住民、偏遠地區住民或新移民)面對的重要議題之一；無奈的是，他們近用(public access)健康政策相關資訊的能力與機會卻是最弱的(周天給，2005；Campbell, 2009; Cheong, 2007; Yu, Huang, Schwalberg, & Kogan, 2005)。

弱勢族群不是居住在都會的邊陲地帶，就是分散在鄉間、漁村、山地或離島，他們所擁有的社會資源原本就比較缺乏(葉肅科，2004)，加上語言、文化、經濟、醫療體系及制度對弱勢族群的漠視，使得他們只能被動地接受衛政單位「由上而下」的衛生教育及健保政策宣導(Yang & Wang, 2003)。學者批評，政府對弱勢族群的健康照料或健保政策宣導有待努力(楊詠梅，2002；Yang & Wang, 2003)。

由學者Marmot與Wilkinson(2006)所主編的《決定健康的社會因素》(Social Determinants of Health)或是LaVeist(2002)主編的《物種、族群與健康》(Race, Ethnicity and Health)書籍中，眾多章節的作者都強調，弱勢族群面對失業、貧窮、歧視及語言等問題，對他們的健康問題造成威脅，衛政單位如果無法主動介入，適時提供健康保險資訊及健康醫療服務，弱勢團體的健康需求問題有可能撼動國本。

弱勢族群缺乏健康照護、無力近用健康保險相關資訊的窘況，中外皆然。美國學者(例如Campbell, 2009; Cheong, 2007)積極走入弱勢族群團體中，瞭解他們為何沒有健康保險？獲取健康資訊的主要管道為何？這些學者努力開發各種有助健康或保險資訊傳散的軟體或工具，透過各種管道(例如網路)，希望幫助弱勢族群獲取必要的健康資訊；相較之下，台灣推動全民健保初衷之一，也是期望弱勢族群有能力看醫生(江東亮，2008)，1995年實施全民健保以來，全民健保議題始終是媒體報導的重要內容之一(陳彥伶、陳婷玉，2008)，但政府過往比較在意的是全民健保的財源(林志鴻、陳俊全，2005)、適法性(蔡維音，1999)等議題，反而忽略思考如何透過合適的管道，將全民健保的相關資訊傳遞給弱勢族群，使得弱勢族群多年來無法深切地感受及瞭解政府推動全民健保的美意。

早在30年前，學者Dervin與Greenberg(1972)就強調，弱勢族群所

居住的社區是健康傳播介入的重要場域；但「知是一回事，做又是一回事」，衛政人員對弱勢族群的資訊傳散模式瞭解相當有限，「健康不均等」(health disparity) 問題因而產生 (Harrington, 2013)。如果本研究可以發展一套適合台灣弱勢族群的全民健康保險資訊傳散模式，將有機會確保民眾得以接近使用 (access) 健康保險等相關資訊或服務，也藉此消弭「健康不公」等問題。

近來，國外資訊傳播學者發展許多關於資訊尋求或宣導的相關模式 (例如 Comprehensive Model of Information Seeking [CMIS] 等) (Johnson, 1997)，但台灣與世界各國的文化畢竟有所差異，源自國外的健康資訊尋求或宣導模式適用於台灣嗎？這是一個值得思考的問題。健康傳播學者強調，所有的健康傳播活動必須將目標族群的文化因素列入考量，才能發展出因地制宜的健康傳播模式 (Resnicow, Braithwaite, Dilorio, & Glanz, 2002)。為達到上述目的，本研究企圖以國外現有的健康資訊尋求或宣導模式作為理論基礎，透過深度訪談方式，探討台灣地區弱勢族群的健康保險資訊尋求行為，深入瞭解其關心的健康保險議題、資訊通道的偏好、通道的接近使用狀況，歸納一套適合台灣地區弱勢族群的宣導策略，並進一步挑選某一社區或場域中的弱勢族群作為介入對象，以進行宣導策略的效果評估。本研究的深度訪談結果及介入活動成果評估，希望可以提供台灣政府在規劃全民健保資訊傳播策略時更多的思考面向。

## 文獻探討

### 一、弱勢族群

所謂「弱勢」，不見得是某一數量中的少數，但弱勢族群通常是控制或主宰社會權利較少的一群人，其接受教育、追求成功與財富的機會也較主流社群來得少 (黃金益, 2000)。在這樣的前提下，弱勢族群的定義可以是多元且重疊的；所以，學者分別從各種不同面向切入 (包括能力、族群、性別、居住地區、年齡及社會經濟地位)，以明確地界定「弱勢族群」的意涵，他們將弱勢族群定義為身體或心理方面有所障

礙的個體，大多是主流族群之外的其他民族(包括原住民族、外籍配偶等)，居住在偏遠地區為多，就年齡來看，大多是幼兒或是上了年紀的長者。值得注意的是，某些人之所以成為弱勢族群，主要原因之一為其社會經濟地位低落，使其陷入弱勢處境(林志鴻、陳俊全，2005)。

## 二、弱勢族群的健康保險資訊需求困境

研究發現，弱勢族群在社會中被歧視，享有的醫療資源少，有些沒有能力支付健康保險費用，更遑論近用健康保險資訊。

國外學者針對美國新住民研究發現，移入的新住民社會經濟地位不高、語言能力不足，且缺乏健康資源，尋求健康資訊的能力也比較弱，導致他們習慣漠視自己罹病的可能性、不參與例行性的健康促進活動(Choudhry, Srivastava, & Fitch, 1998)、就醫受到歧視(Bandyopadhyay & Thomas, 2002)、不知如何善用社會既有的健康資源(Yu et al., 2005)，或是沒有能力支付健康保險(Fennelly, 2006; Sherrill, Crew, Mayo, Mayo, Rogers, & Haynes, 2005)。

類似的問題也發生在台灣地區的女性新住民身上。內政部的統計數字指出，移入台灣的女性新住民中，以大陸及越南籍居多，其次為印尼、泰國及菲律賓籍(中華民國行政院內政部戶政司，2008)，這些台灣女性新住民，大多嫁入社會經濟地位比較低的家庭(江亮演、陳燕禎、黃稚純，2004)，經濟困境又常與健康危險因子存在顯著的關聯性(王秀紅、楊詠梅，2002)，加上他們必須面對語言、文化及價值體系的差異，健康照護能力相對不如一般的台灣婦女；更值得注意的是，台灣地區女性新住民缺乏全民健康保險相關資訊，往往不知道自己享有那些醫療服務權利(周天給，2005)。

就全民健保議題為例，台灣地區的老年人、原住民或是低收入戶也面臨與新住民同樣的問題，他們對於健保制度需求殷切，但他們獲取健保資訊的能力低，其對健康資訊的需求也經常被「消音」(劉美芳、鍾信心、許敏桃，2001)。例如劉宜君及傅立葉(2009)接受國民健康署委託，執行全民健保滿意度的調查，他們發現只有8.7%的受訪者認為全民健保照顧弱勢族群；傅立葉(1998)也曾批評，全民健保民營化主

要考量的是成本效益分析，而非民意或民眾的需求，特別是弱勢族群的需求嚴重被忽略。

「風光的經濟全球化之同時，帶來的是社會風險的加劇」(林志鴻、陳俊全，2005：11)。為了解決日益嚴重的全民健保財務問題，台灣政府常被要求規劃新的醫療費用支付制度，以管控醫療費用的成長，但面對新的支付制度，民眾並未接收較確切的資訊，特別是弱勢族群，他們不但受限於納保資格要求、區域醫療分配不均、健康需求求助無門等窘況，甚至不清楚自己需要那些與全民健保有相關的資訊。

### 三、弱勢族群的健康保險資訊尋求管道及宣導策略

美國健康傳播學者 Johnson (1997) 針對資訊尋求發展出一套模式，並將它命名為「資訊尋求綜合模式」(Comprehensive Model of Information Seeking, CMIS)，該模式強調，資訊載具的特性 (characteristics of information carriers)、使用狀況 (utilities) 會影響一個人的資訊尋求行為；Resnicow 等人 (2002) 則進一步強調，健康促進與傳播的相關活動，應試圖滿足弱勢族群的需求，於是建議健康相關資訊的傳散應考量目標族群的文化差異性，他們稱此思維為「文化敏感度」(cultural sensitivity)；如果從社會行銷的觀點來看，Wright, Sparks 與 O' Hair (2008) 則強調，健康傳播策略應採用社會行銷所強調的「市場區隔」概念，針對不同的族群，規劃不同的宣導訊息或策略。

綜合 Johnson 的 CMIS 模式、Resnicow 等人強調的文化敏感度及 Wright 等人建議採用的社會行銷論點，可知當弱勢族群尋求與全民健保有相關的資訊時，通道 (例如電視、報紙、廣播、網路、醫護人員、家人或朋友) 屬性、近用機會不同及族群的文化習慣差異等，都有可能影響弱勢族群選擇某一特定通道作為資訊來源的可能性。

近來，美國學者針對弱勢、罹患乳癌的西班牙裔及非裔美國婦女進行調查，發現她們的乳癌資訊主要來自書籍、衛教單張、手冊，其次為醫生，之後為配偶或是家人，只有少數的受訪者會透過網站尋求與乳癌有關的資訊 (Talosig-Garcia & Davis, 2005)；另一項針對美國洛杉磯 700 多位西班牙裔美國人進行的調查，發現他們獲取健康資訊的主要管道為

電視及人際傳播通道，特別是第一代的西班牙裔美國人比較依賴社會人際網絡，人與人之間的傳播成為他們獲取健康資訊的重要管道之一，至於印刷媒體或是網際網路，他們幾乎不會接觸(Cheong, 2007)。

至於國內的弱勢族群主要透過那些管道獲取健康促進或健康保險方面的資訊？王振軒(2010)探討台北縣民網路使用狀況，發現女性新住民、老年人、原住民及低收入縣民使用電腦的機會比較低；換言之，如果政府單位試圖透過網路傳散全民健康保險相關資訊，對於弱勢族群而言，效果勢必不彰。侯心雅、陳家倫與盧鴻毅(2008)針對嘉雲南地區的女性外籍新住民進行深度訪談，則發現健康專業人員固然是受訪者的健康促進或保險等相關資訊的來源之一，但語言等問題經常讓女性外籍新住民裹足不前，於是南洋姐妹或是娘家家人成為女性外籍新住民健康資訊的主要來源；岳少崑(2004)針對花蓮地區山地鄉的居民進行調查，則發現受訪者接受健康訊息的管道依序為電視(86.9%)、醫護人員(82.2%)、家人(55.4%)以及教會(50.6%)，但60歲以上的山地鄉老年人最常接收健康訊息的管道還是家人。

傳播學者早就提出，大眾傳播通道與人際通道在資訊傳散過程中所能發揮的功能各有不同，大眾傳播通道較具告知功能，人際溝通管道較具說服力量(Lazarsfeld, Berelson, & Gaudet, 1944)；但近來傳播科技日新月異，傳播學者的研究大多轉往新科技的傳播效果，以社會心理學及人際傳播為導向的說服傳播，似乎不再是傳播研究的主流，傳播學界對於人際傳播的效果研究也漸漸失去興趣。

但國內外的研究結果發現，新科技對於弱勢族群而言，確實有其近用障礙；傳統的大眾傳播媒介(例如電視或廣播)，或許可以達到訊息告知的目的，但長期而言，主動介入是必要手段，弱勢族群身邊的意見領袖(opinion leader)、自然幫助人(natural helper)(Eng & Parker, 2002)、家人或鄰居，也許才是衛政單位需要仔細評估的資訊傳散管道。

系統性地釐清弱勢族群的全民健保宣導模式顯然有其必要性，衛政單位如能瞭解弱勢族群的資訊尋求模式，將能更有效地落實健保宣傳策略。人間福報(2009)的一則社論即指出，有關全民健保的相關資訊，往往因為衛政單位對於低收入家庭的宣導不足，使得政府的美意

落空，例如之前發生金融風暴，台灣地區失業率不斷上揚，政府為照顧中低收入戶推出許多社會福利措施，自民國99年1月起，針對18歲以下兒童與青少年提供全額健保補助，推動4個月後申請人數竟不到兩成。弱勢族群的訊息接受度較弱，政府只靠大眾傳播進行全民健保制度宣導是不足的，衛政單位或許應採用資訊尋求、文化敏感度及社會行銷等概念，針對不同的族群，從需求評估、訊息設計、社區動員、媒體宣導及執行前後進行系統性的規劃、監測及評估，並建構全民健保宣導計劃及評價模式，才有機會建立一套適合弱勢族群的全民健保宣導策略。

## 研究問題

健康傳播學者Randolph與Viswanath (2004)曾針對健康傳播及教育的執行狀況提出反省。他們提出的論點包括：政府花大把金錢與人力研究宣導效果，但這些努力真的有效嗎？真的符合目標對象的需求嗎？從上述的文獻討論可知，衛政單位可能需要調整態度，轉從全民健保資訊需求者的角度思考，才能有效地達成全民健保資訊的宣導效果。因此，本研究試圖研究的問題如下所列：(一)弱勢族群需要那些全民健保資訊？(二)全民健保的內容該如何呈現，弱勢族群才有辦法理解其要義？(三)弱勢族群近用各種傳播管道的狀況為何？大多透過那些管道獲取健保資訊？透過怎樣的宣導策略，弱勢族群可以更清楚瞭解全民健保政策？

## 社區介入前的深度訪談

### 一、研究設計

本質性研究第一階段採用一對一深度訪談方式，收集受訪者對於全民健保相關資訊的需求，並瞭解受訪者比較喜好政府單位採用那種通道及宣導方式向他們傳播全民健保有關資訊。質性研究在資料收集過程中，強調的是資料的「飽和度」(胡幼慧，2008)，受訪者的多寡不

是最重要的考量，而是受訪者回答的內容是否能夠代表其他人的意見？是否真的回答了訪問者所要提問的問題？因此，在整個研究過程中，研究團隊會思考訪談結果有無獲得充足的資料，再視需要額外增加訪談人數。

## 二、受訪對象招募

本研究在受訪對象招募過程中，先將台灣區分為北、中、南、東等四個地區，每個地區立意挑選幾個偏遠或成員社經地位比較低的社區。研究團隊先與社區的村里長或村里幹事聯絡，在他們允諾協助之下，於每個地區立意挑8位受訪者(北部8位，中部8位，南部8位，以及東部8位)，最後共有32位受訪者(其中男性有16位，女性有16位)接受一對一的深度訪談，其平均年齡為50.4歲(最年長者為70歲，最年輕者為27歲)。

本研究所強調的「弱勢族群」分幾個不同層面考量：就經濟部份而言，以低收入為主；就居住地區而言，以偏遠地區為優先；就健康保險而言，以未納保的民眾優先；就種族而言，以原住民為要；就國籍而言，以新住民為要。整體而言，本研究主要考慮經濟、居住地、是否納入健保、種族及國籍等因素，尋找合適的弱勢族群受訪者(例如都會區中的低收入者、未納入健保的原住民、住在偏遠地區的新住民、教育程度低的居民等)。受訪者基本上必須符合本研究定義的弱勢族群，在此考量之下，受訪者包括低收入戶的原住民、嫁入台灣的新住民、低收入的工人、失業勞工、殘障人士、獨居老人、不識字者、單親母親等。

研究人員通常在社區村里長或村里幹事的協助下，先拜會受訪者，確定受訪者在經濟、社會及教育等面向符合本研究針對弱勢族群的定義，再告知受訪者整個研究的目的、訪談過程等相關事宜，一旦獲取受訪者的同意，即約定時間進行深度訪談，並在訪問前邀請受訪者簽具訪談同意書。為方便之後的資料分析，並保護受訪者的隱私，本研究分別給予每位受訪者一個編號，但所有的編號不會與受訪者的身份等產生任何的連結。

### 三、訪談問題及執行

本研究特別邀請傳播與健康等領域專家對於深度訪談問題及受訪者選取等步驟提供建議。在訪談過程中，訪問者會讓所有受訪者有機會針對每一個問題提出個人看法，並於聽取受訪者的回答後，向受訪者再次確定是否已經充分表達心中想法，必要時訪員還會針對受訪者的回答調整問題發問方式或是追問問題。

由於訪問必須全程錄音，訪問者在錄音之前先取得所有受訪者的同意，訪員也在訪談過程中觀察紀錄所有受訪者的反應(例如非肢體語言等)及情境變化。為鼓勵受訪者多發言，研究者於訪談之前會先與受訪者閒話家常，降低其緊張情緒，並增加其對訪問者的信任感；此外，本研究也在訪談前，先以紙本方式由受訪者填具背景資料，包括身體狀況、居住地方、教育程度、年齡及家中經濟狀況等基本資料。

### 四、資料分析與處理

本研究訪員除全程錄下訪問內容，並將其轉錄為文字，也適度地將受訪者當時回答的語氣與口吻附加描述。為執行質性資料分析，研究者與助理反覆細讀訪談結果書面資料，並交換意見，再根據相關文獻及研究資料提出的重要面向及概念予以編碼，以區分出不同主題，供本研究分析。

## 社區介入前的訪談結果

### 一、「健保費用」、「健保福利」及「全民健保經營」等議題較受關注

本研究第一階段深度訪談所關注的研究問題之一，主要希望瞭解受訪者比較需要的全民健保資訊有那些？大多數的受訪者會回答：「不知道」；只有少數的受訪者可以清楚地說出他們需要的全民健保資訊為何？對於弱勢族群來說，全民健保制度是「上層」決定的事，他們只是「底層」小老百姓，懂得不多，多說無益，多瞭解全民健保的內容也不見得有效，頂多只是「狗吠火車」。訪問者進一步追問受訪者後發現，

「健保費用」、「健保福利」及「全民健保經營」等議題是受訪者比較關心的問題。

以「繳費」問題為例，受訪者比較關心的是「可不可以不要再漲價」？失學的受訪者B006，看不懂中文字，57歲的她，老公在監獄服刑，兒子雖然已經結婚，卻將小孩丟給她照顧，形容自己「窮到想自殺」的她，覺得健保費就是「一直漲，負擔太重了」；從中國大陸下嫁台灣即的受訪者C006則笑呵呵地說：「健保費用好像很貴，……真的好嚇人。」特別是部份受訪者在不瞭解「職業保險」及「健保」制度的差異情況下，會關心健保按月繳費後，日後可否比照農保或勞保制度，領回一定的金額？受訪者C004就直言：「我們一直繳健保費，但是都沒有領回來啊？」

對於受訪者來說，他們也在意全民健保制度可以為他們帶來那些福利或保障。因為罹患癌症，必須經常看病的受訪者C008，除了想瞭解全民健保制度因何而來之外，更想知道在這個制度下，他可以享有那些福利。對於生活在濱海地區的C008來說，一場病後讓他謀生不易，如果政府對他的重大疾病可以多一點補助，他個人的經濟負擔可以減輕許多；至於曾經有過風光歲月的受訪者B007，所有家產都因借貸未償遭查封，現在他的生活變得相當清貧，他認為既然政府希望大家繳健保費，所有疾病應該都要有健保給付，為何現行制度無法「概括承受」？理由何在？

出生自原住民部落的受訪者A002談起全民健保究竟對納保人有那些好處時，拉高嗓門地質問：

政府就這樣子規定說，你要繳這個錢，我必須繳，那我沒有繳就失去這個權益，但是我不知道我為什麼要去繳？……，我繳了就是一個好國民，但是他(指「納保人」)可能不知道為什麼要繳？也不知道好處在那？

對全民健保制度頗有意見的A006則不假思索地說，她最在意的是全民健保制度能提供她那些補助？她甚至想知道政府對於待業中的人是否給予健保補助？

受訪者B004則想知道，納保人繳了費用之後，看病時拿藥，為何

有些藥品需要自費？如果需要自費，是不是意味健保用藥的品質比較不好？

值得注意的是，可能受到新聞報導影響，部份受訪者關心的是「健保資源浪費」及「健保虧損」問題。

提到全民健保時，50歲出頭的受訪者A008為它下了一個註解：「浪費資源」。在部份受訪者（例如B004、D005等受訪者）的心目中，台灣民眾動不動就到醫院看病，動不動就拿一堆藥，這樣一來「健保局當然非倒不可」。

在部份受訪者的認知中，他們認為中央健保局的員工有不錯的年終獎金，為何健保局動不動還大喊「虧損」？受訪者A007就說：

（健保局）年終發那麼多，……，有盈餘才會發那麼多，對不對？人家公務人員發一個半月而已，你怎麼可以發那麼多個月呢？我就很懷疑，那一個邏輯想出來的理由，他們可以領那麼多的年終獎金？

受訪者A005也說：「健保局一直說虧損虧損，我怎知道你是怎樣虧損？」「你政府拚命講，我也有在看啊！拚命在虧損虧損啊！我們還是這樣繳啊！」

從上述的訪問結果可以發現，雖然大多數的受訪者口頭上強調他們對於全民健保制度瞭解有限，但進一步追問之後，發現他們對於全民健保制度有諸多不滿，特別是對健保費用、經營及納保人該有的權益等問題存有不少疑問，這些疑問無疑成為未來衛政單位針對弱勢族群進行宣導時必須多加著墨的議題。

## 二、全民健保宣導內容以簡易為要

其次，本研究試圖瞭解受訪者期待全民健保資訊以何種方式呈現，以幫助其瞭解全民健保的真正意義與精神？「我希望他們能說一說別人身上發生過的事，」對只有小學教育程度的C008來說，別人身上發生過的例子，或許也會發生在他的身上，從實例切入，應該會讓生硬的全民健保相關資訊變得比較容易被理解；同樣地，受訪者B005也

從別人的親身經驗學習，例如他之前就聽過那些人住院時打那些針劑需要自費？那些人在那一家醫院接受治療時，醫生告訴病人有那些健保給付？對受訪者B005來說，透過實例解說與分享，是可行的一種宣導方式。

從中國湖南嫁到台灣苗栗後龍的受訪者D006也認為，「他山之石」對身為新住民的她幫助不小。如果政府宣導全民健保制度時，可以運用一些實例分享，有助新住民對全民健保制度內容的瞭解，例如她就曾經聽過朋友說那邊可以辦理補助，她就打電話到健保局詢問，並進一步瞭解辦理補助需要那些資料；換言之，經由他人的經驗分享，配合自己主動向有關單位詢問，讓受訪者D006獲得該有的補助。

曾經香菸、檳榔及酒不離口的受訪者C007，就親身體會從別人例子中學習的實際經驗；曾經從事拆船工作的他，罹患食道癌後，變得不太開心，家中經濟又不好，常常與老母嘔氣，還好鄰居告訴他一些申請健保補助的相關事宜，加上村里幹事適時幫忙，現在的他不用繳健保費，他也因此鬆了一口氣。對他來說，鄰居的經驗分享，促使他想要申請健保免繳費用的想法，他認為聽聽別人的經驗，對自己頗有幫助。

受訪者特別強調，衛政單位進行全民健保宣導時，應先瞭解目標對象的理解程度；像30幾歲的受訪者B001，只有國中教育程度，她就說：

我們書讀不高，他們如果說比較深奧的，我們就聽不懂的，或是說他們用什麼代名詞、專業代名詞在說，我們就聽不懂啦！……，法律條文我真的看不懂。……官員都是用他們懂的話在說明，應該說是好像只有他們官員才聽得懂的話。

受訪者B001覺得，如果她有機會聽聽別人的經驗，「舉例有人怎樣啊？接受人家怎樣幫助他？這樣我會比較能夠知道健保的事。」但全民健保制度複雜，往往無法透過幾次的宣導就達到目的，如同受訪者C001所言：「我想要瞭解全民健保，但我聽不了那麼多啊！怎麼記那麼多？人又不是電腦？……透過現場問答的方式，或是找有經驗的人來分享，這樣也是可以。」

從受訪者的訪談內容來看，他們希望全民健保專家能主動走入社區，千萬不要使用太多的專家術語，應以簡單易懂的實例或說故事的方式向他們說明，幫助他們瞭解全民健保制度。

### 三、以人際管道為中心的傳播策略

本研究也希望瞭解受訪者主要透過那些管道獲取全民健保資訊，以及現行的全民健保宣導對他們來說效果如何？如果要受訪者對中央健保局的全民健保宣導成果打成績，受訪者D004不假思索地說：「零分」，因為她覺得中央健保局的人員從未主動向她宣導全民健保相關資訊。不少受訪者希望政府可以派員進入社區宣導，透過中央健保局人員及村里長、村里幹事的合作，告知他們與全民健保有關的資訊。受訪者A008就說：「有誠意的話，你就下鄉告訴民眾。」

從訪談的內容發現，弱勢族群通常不諳電腦操作，近用網際網路的機會也不高，加上他們的閱讀能力不強，大多希望透過娛樂性的內容獲取全民健保相關資訊，以致電視或廣播比報紙或雜誌來得受歡迎；但整體來看，還是人際傳播通道比較受青睞，相較於大眾傳播工具，人際傳播具有面對面的溝通特質，被大多數的受訪者視為較合適的全民健保資訊傳散管道。

重返人際溝通，是全民健保宣導必須思考的問題。部份受訪者(例如D004、D005與D006等受訪者)強調，他們不見得每天收看電視、讀報紙及雜誌或聽廣播，上網對他們來說更是遙不可及，但口耳相傳，卻是全民健保宣導的合適方式。

在訪談過程中，訪問者發現只要有人在榕樹下下棋、在廟口泡茶、在教會中聚會或是在商店門口喝「維士比」等提神飲料，不一會兒，人群就像迴游的魚群一樣聚集，話題相當多樣，包括村中的建設、失業的「鬱卒」、婚喪喜慶或政治議題，有人說得口沫橫飛，有人面無表情，安靜地聽著別人一來一往的對話。例如今年66歲、領有政府殘障補助的受訪者C002，平常除了進行資源回收賺點小錢之外，大多數的時間喜歡開著他的電動車到村中的活動中心前聽人家「閒講」(台語)，但他從來不插嘴，每天到活動中心前報到，成了他生活中的例行公事。

這種群聚「殺時間」的特性，早在鄉里之間成為一種習慣；所以，受訪者C001表示，只要村里長登高一呼，居民就會買帳，大家就會聚過來，「你要宣導那些事，就要靠這樣的方法，不然你找不到人」。

通常地方村里長會透過社區廣播系統集結當地居民。就像受訪者C008所居住的地區是個漁村，夏天的陽光把整個村子曬得懶洋洋，整個村莊幾乎不見人影，但傍晚一到，家家戶戶門口就會坐著剛下工、準備乘涼的人，這時只要社區廣播系統一播放，就有人陸續往廟口或活動中心移動。如同受訪者B001的觀察：

我們這邊比較鄉下，大家的經濟狀況也都不太好，只要里長一播放，我們就會去注意，注意他說什麼這樣，這樣一來就一個傳一個，會說剛剛里長說什麼，你要注意什麼，我們鄉下會這樣啦！如果來講健保的人，就送一個小東西做紀念，一定會有人來，我不騙你的。……，就像感冒一樣，會一個傳一個。

熱心的村里長在社區中則扮演資訊傳散的重要中介者，當社區居民遇到全民健保相關問題時，他們會覺得有村里長可以擔任被詢問的對象。受訪者C001因為眼盲，除了幫人按摩賺取微薄生活費，平常生活都是靠里長幫忙申請補助或接濟。他所居住的社區里長曾經在報社擔任記者，40多歲的年輕里長還因為將服務社區的經驗寫在部落格上，引起出版社的注意而鼓勵他出書，在他所服務的社區中，居民對他的評價很不錯，甚至願意到他的服務處擔任志工，在里民口中，這位自稱「菜鳥里長」的新世代，喜歡幫助里民，如果由里長來幫忙宣導全民健保的相關政策，里民比較能夠接受。

來自越南的外籍新住民C003也強調，「村里長」在宣導全民健保制度過程扮演不可或缺的角色。她說：「他(指「村里長」)知道要帶什麼資料，我不知道(辦理健保)需要什麼資料啊！他講我才知道那些東西呀！資料要帶啊！什麼去辦才會過啊！」向來接受里長不少幫助的受訪者C001也說：「我們住在這裡，我們不知道的話要找這些村里長，有些事情他們比較瞭解啊！」

同樣地，社區中如果有一位古道熱腸的村里幹事，當地的居民會比較相信他，也比較喜歡透過村里幹事辦理各項補助，村里幹事對居

民所宣導的種種政策也較能達到效果。

以受訪者C007與C008為例，他們兩人都罹患癌症，由於村里幹事適時介入，不但協助他們申請低收入補助，還提供相關的全民健保補助資訊，讓原本可能被「鎖卡」的受訪者，不需繳健保費用，就得以看病；對沒有能力繳健保費用的受訪者來說，只要遇到全民健保的問題，他們想到的解決辦法之一，就是請教村里幹事。住在花東地區的受訪者A001，當年也是靠村里幹事協助，辦理風災補助，在他心中，如果是村里幹事告訴他的事，他比較相信，也比較能接受。

孩子不在身邊的受訪者C002，覺得村里長或村里幹事在政策宣導過程中扮演重要的角色。如果公所需要宣導那些事情，會經由村里長或村里幹事告訴居民，如果需要那些證件或資料以申請相關補助，也會主動告知，熱心一點的村里長或村里幹事還會主動幫忙辦理。

值得注意的是，有些受訪者平常喜歡到社區民眾聚集聊天的地方殺時間，這時候當地的「意見領袖」或是「喜歡發表高見的人」，會成為政策宣導的重要人物。例如受訪者B003平常喜歡到社區的商店前聊天，「柑仔店」（指台灣早期的商店）的阿婆往往會將里長所要宣導的事情告訴他，他就會聽聽阿婆究竟要講些什麼？受訪者A002也覺得原住民社區居民喜歡聚在一起喝酒聊天，如果讓村中比較「雞婆」的人擔任全民健保的宣導角色，非常「OK」；同樣地，從海南島下嫁到台灣苗栗後龍客家村的受訪者D004，平常也會在自營的麵店中告訴外籍新住民有關「健檢」的相關資訊，她還自告奮勇地說，她可以在社區中為弱勢的外籍新住民發言及宣導全民健保相關資訊。

從受訪者B003所提及的「商店阿婆」、A002所談及的「雞婆」的人，以及D004自身在新住民社群中所扮演的角色來看，顯示社區中有必要建立全民健保的社區「自然幫助人」（natural helper）宣導模式，讓個性活潑、主動的資訊「早期採用者」（early adopter），有機會化身為全民健保資訊的宣導大使。

有些受訪者則希望政府能派中央健保局專人或志工進入社區，主動說明全民健保制度內容。以受訪者C008為例，他只有小學學歷，卻有不錯的文學底子，靠自學寫出一些台灣俚語，雖然他可以看懂文字，有時電視播報的全民健保新聞也會看一下，但他還是不太花時間

注意電視上與全民健保有關的新聞，他認為中央健保局可主動派員到社區進行宣導，如有不懂的地方，他可以面對面向中央健保局人員請教問題；受訪者A006則認為，銀行或是公所等場所都有志工，中央健保局也可以邀請志工進入社區，針對健保疑問進行解說。

但進入社區幫忙說明全民健保制度的專業人員、村里長及村里幹事，除需具備熱心特質之外，受訪者C008還附帶一句：「說話要有憑據，沒憑據，說了也沒用」；顯然，走入社區的自然幫助人或是當地的意見領袖，必須清楚瞭解全民健保制度的種種，才能取信於受訪者。就像平常在里長服務處擔任志工的受訪者C005所言，他希望中央健保局可以派遣專員前往社區，向弱勢族群說明全民健保制度，因為「媒體報導有時會亂說，但政府出來講比較不會亂講啦！」這也呼應了受訪者B005及B001的想法，即「電視新聞報導有時會騙人啦！誰知道那些是正確的」；「如果專業人員來說，我就會比較相信專業人員；專業人員也可以留個名片，如果我有不懂的地方，就可以打電話問他們啊！」

受訪者也覺得醫生或護士可以扮演全民健保制度的宣傳角色，在他們心中，醫護人員與中央健保局人員一樣，具專業形象，值得信賴；但專業人員千萬不能「高高在上」，「放下身段」成為進入社區宣導前的第一準備要務。受訪者A005說：

你(指「專業人員」)不能表現得好像水準很高這樣子，他們(指「民眾」)是怎麼樣，你就跟著是怎麼樣，他喝什麼酒，啊！嘖！稍微喝一點嘛！……，你不要表現得就是一副高高在上，好像你是紳士怎麼樣，你不要這樣。

顯然，弱勢族群偏好人與人之間的互動，希望專業人士、志工、意見領袖或是自然幫助人可以深入社區，傳散全民健保相關資訊；而這些扮演資訊傳遞的中介者，需要注意的是個人的態度，必須具備以宣導目標為中心的思維，才能獲取弱勢族群的尊重，其宣導的全民健保內容也才會被接受。

## 社區介入傳播

社區健康營造是衛生單位積極推動的健康促進重點之一，台灣地區現有全民健保宣導活動中，不外透過大眾傳播管道進行宣導，但從本研究第一階段的深度訪談結果來看，人際傳播通道才是受訪者認為比較可行的宣導管道；也就是說，全民健保宣導策略，必須深入社區，與底層的民眾進行互動，利用社區中的廟口、教會或活動中心作為宣導的場域，結合社區人際網絡(例如自然幫助人、醫護人員、村里長、村里幹事、志工、健保局的專業人員)，才能有效地對弱勢族群進行全民健保宣導；過往以大眾傳播管道為主軸的全國性宣導策略，從研究結果來看，不見得符合弱勢族群需求。

傳播學者(Lazarsfeld et al., 1944)早在多年之前針對選舉行為進行研究後就指出，經由大眾傳播只能達到「告知」目的，透過人際傳播管道才有可能達到「說服」效果。健康促進學者(例如魏米秀、洪文綺，2010)最近針對台灣地區不同社區居民進行深度訪談後，也發現健康促進傳播必須優先考量社區或居民特質，她們發現，都會地區可運用多元傳播管道傳遞健康資訊，至於偏遠地區應以人際溝通網絡為要。環顧本研究的深度訪談結果及過往的文獻，轉向人際傳播通道，或許是提升全民健保宣導效果的可行方案之一。

至於宣導的內容應以何者為要？本研究的深度訪談結果發現，受訪者想瞭解的全民健保資訊主要為「全民健保費用」、「全民健保福利」及「全民健保經營」等問題，且受訪者比較希望中央健保局的專業人員主動走入社區，並以淺顯易懂的方式，針對他們想瞭解的問題進行說明；顯然，如何將弱勢族群比較關心的全民健保費用、福利及經營等問題，透過淺顯易懂的方式向弱勢族群宣導，為刻不容緩要務。

## 社區介入過程

### 一、社區選定

本研究透過一對一深度訪談，瞭解弱勢族群的全民健保資訊需求

及喜好的宣導方式之後，進一步挑選嘉義縣某一個濱海的社區進行介入。該社區居民以農民為多，主要種植玉米及高粱等作物，也有一部份的居民以養殖業維生，大多數的居民以老年人、失業的中年人及外籍新住民為主，教育程度大多不識字或只有國小及國中程度；也就是說，此一社區中的居民就經濟、教育及居住地區來看，屬於比較弱勢的一群。

## 二、與當地村里長、代表、村里幹事及衛教人員聯絡

本研究團隊為了進入該社區進行全民健保宣導介入，一一拜訪當地的村里長、代表、村里幹事及衛教人員等，以取得共識，使社區介入活動得以順利展開。

## 三、社區人員培訓

社區中的人際傳播網絡在訊息傳遞過程中扮演重要的角色，為了順利完成社區介入活動，本研究團隊針對社區中的村里長、村里幹事、衛教人員、志工等進行社區介入活動人員培訓，培訓的課程內容以「溝通」為切入點，提升社區中「意見領袖」及「自然幫助人」的溝通能力(例如透過說故事的方式，將全民健保相關資訊以深入淺出的方式傳達給社區中的弱勢族群)。

由於本研究的第一階段訪問結果發現，受訪的弱勢族群強調，全民健保宣導活動中可以結合「知識性」及「娛樂性」的內容；本研究團隊在社區人員培訓過程中，教導培訓人員如何透過「歡唱娛樂」的活動，在歡樂的氣氛中將全民健保的相關訊息傳遞給目標對象。

## 四、介入訊息規劃與呈現

由於本研究在第一階段的深度訪談中發現，受訪者強調全民健保的宣導內容應該以「淺顯易懂」為要，於是本研究團隊所規劃的宣導內容，以輕鬆活潑的生活題材作為問題思考起點，相關的問題情境內容

均與中央健保局專業人員進行討論，確定內容無誤，著手製作數位教材，供社區介入活動當天播放。

數位教材情境橋段，主要以輕鬆活潑的生活對話，引出本介入活動中所要宣導的全民健保相關議題，有些試圖澄清民眾對於「全民健保制度」的誤解，有些則是企圖向民眾宣導他們在全民健保制度下，可以享有那些就醫的福利。經由簡潔、直接切入主題的數位教材播放，很快地將討論的議題帶入重點。

## 五、社區介入活動實況說明

活動於當天上午九點半進行，本研究團隊也提醒當地的廟祝在活動當天的上午八點左右，再度以村中的廣播系統播放活動相關訊息，提醒社區民眾參與這場社區介入活動。

活動開始，為了炒熱活動氣氛，本研究團隊先與參與的社區居民歡唱KTV，並以帶動唱方式點燃他們的熱情；之後，逐一播放事先規劃好的全民健保宣導活動情境劇，看完大約一到兩分鐘的情境劇後，再由中央健康保險局的專業人員一一上台為當地社區民眾說明並宣導相關事宜，偶爾也有社區民眾提問，中央健保局專業人員也針對現場提問加以說明。在五段情境劇的播放及說明間隔中，也穿插邀請參與的社區居民上台歡唱KTV，並由在旁的社區志工、村里長等帶動歡唱的氣氛，是一場結合知識性與娛樂性的活動。

## 社區介入效果評估

### 一、焦點團體訪談

社區介入活動結束後大約一星期，本研究團隊再度回到社區中，針對介入活動的相關事宜進行焦點團體訪談。此一階段的焦點團體訪談受訪者，採立意方式挑選（考量兼具地方意見領袖、政府人員、社區志工及弱勢族群），藉此聽取各方的不同意見。

研究者在進行焦點團體訪問之前，經由村里幹事的陪同，一一拜

訪每一位受訪者，告知整個研究目的及焦點團體的進行方式，以徵詢其參與意願，每位同意參與焦點團體訪談的受訪者，在訪談之前均簽署受訪同意書。

焦點團體主要由本研究計劃主持人擔任引言人，於村里辦公室進行，整個訪談約進行三小時，參與者共有八位，包括村里長、村里民代表、村里幹事、衛生所志工、失業的中年人、不識字的家庭主婦、老農、新住民等，平均年齡43.5歲，最年長者為76歲，最年輕者為30歲。

## 二、訪談成果

整體而言，參與活動的社區人員覺得此一介入活動有幾點值得討論：(一)揚棄制式化的宣導，發展結合知識與娛樂的宣導模式；(二)融入社區文化，主動介入；及(三)宣導內容簡單易懂，生動活潑。

### I. 揚棄制式化的宣導，發展結合知識與娛樂的宣導模式

在訪談過程中發現，大多數的受訪者都強調他們不喜歡「制式化」的宣導方式。每個月必須走入社區進行健康促進宣導的受訪者E005就有類似的經驗，她之前在社區中進行衛教時，如果沒有給予聽眾一些活潑有趣的內容，沒兩、三分鐘，所有的人就走光光了。

受訪者E004由於擔任志工的角色，看多了各式各樣的宣導活動(包括節能減碳、資源回收、衛生教育等)；但她對這次的社區活動介入感受特別深，她說：

大家事先將氣氛炒起來，之後再穿插影片與(中央健保局)官員的解說，他們的解說……，加上老師(指本計劃主持人)的解說，然後再安排一些活動(指歡唱KTV及問題提問)，我覺得這算是一個不錯的……不同的型態啦，尤其我參加過這麼多的活動，這一次最漂亮，嗯！最好的。

受訪者E004不假思索地說，社區中的弱勢居民真的不少，有些人不識字，有些人為了三餐打拼，那有時間管全民健保究竟為何，平常的活動宣傳，大家就認為「講個兩三句」就算了，這回的活動對他們來

說卻不一樣，因為有唱歌、影片以及生動的說明，透過故事的方式解說，大家覺得很有趣；所以，「我很吃驚一個半小時中沒有人離開」。

喜歡說笑的受訪者E007笑哈哈地回想當天的狀況，對著計劃主持人說：「老師，你一上台真的很有『笑果』，你一下說說笑，一下子請中央健保局人員向我們說明，這樣子『有趣味咧』！」

目前正在接受社區整體營造培訓的受訪者E001，平常與她的老公為了社區的整體營造工作參與各種活動，「打瞌睡」對他們來說是常有的事，但她參與了當天的社區介入活動後，發現結合全民健保資訊與娛樂活動的方式，的確不一樣；在一旁的受訪者E003則是社區中的村里幹事，她也覺得制式化的宣導方式在社區中常有，但往往效果不彰，大家都知道有宣導，但就是沒效果。誠如受訪者E006所言：

你們會在宣傳的中間加一點有趣的活動，這樣有趣味，我會喜歡聽下去，辦這樣的活動也聽得進去，……說話也有趣味，不然聽一聽就睡著了，醒過來也不知道剛剛說了那些事。

由此可知，全民健保的宣導應兼具知識性與娛樂性，可透過歡唱及遊戲等活動，在歡樂的氣氛中，將全民健保的相關資訊傳播給弱勢族群。

## II. 融入社區文化，主動介入

社區中的居民往往覺得「誠意」相當重要。受訪者E002在社區中具有意見領袖的特質，一天到晚有忙不完的事，有些是居民詢問「弱勢補助問題」，有些則是「休耕補助問題」，林林總總的問題，讓他一天到晚都在忙著說話。但受訪者E002一提到當天的社區介入活動，馬上一連串的「謝謝」；因為他覺得學界及政府官員願意主動走入社區，是不容易的一件事。

過往社區中經常有一些宣導活動，但有些人來來往往，幾分鐘宣導之後，就留下一堆宣傳單，希望地方代表或村里長幫忙發放，但活動一結束，地上也就多了一堆被丟掉的宣傳單，他們開玩笑地說：「事後大家就一起來進行資源回收了。」

對於受訪者來說，主動走入社區，以面對面的方式進行宣傳效果

最好。擔任村里幹事的受訪者E003就說，絕大多數的弱勢族群不會主動尋求資訊，要幫忙他們解決問題，不能坐在辦公室等他們來，應主動到他們家中或社區瞭解他們的需求。

受訪者E007與E008可能是因為年紀比較大，對於宣導人員走入社區的誠意相當肯定。受訪者E007哈哈大笑地說：「你們是專業人員，來到我們社區，哈哈，我們有福氣，要賺大錢了！」他的話語中帶有感謝與歡喜，顯然他們需要的是被關心及被瞭解；受訪者E008甚至補上一段她的心情：

你們官員如果只會在辦公室吹冷氣，那你們能幫我們那些事情咧？你穿西裝，我穿短褲，我們不同「國」啊！你在辦公室想的，跟我需要的不一樣啦！

文化沒有優劣之分，尊重文化是達成有效溝通的重要方法之一。本研究的訪談結果發現，如欲鎖定弱勢族群進行全民健保相關資訊的宣導，宣導人員必須化被動為主動，培養必要的文化敏感度，才能讓弱勢族群打從心底接受，提高宣導的成效。

### III. 宣導內容簡單易懂，生動活潑

過往的宣導內容不乏法規及專有名詞，但這些對弱勢族群來說「全是外星人的語言」；他們需要的，是一種與生活結合，能夠感同身受的訊息。在這次的社區介入過程中，本研究團隊與中央健康保險局專業人員經過討論後，規劃了結合生活案例的情境數位影片，透過生動活潑、簡單明瞭的方式表現，當我們再度回到社區中，參與的居民大多給予「讚」！

受訪者E001經常在社區中宣導各種政府交付的政令，而受訪者E002前一段時間也親自參加警察局宣導的防火及防詐騙的宣導，在他們的經驗中，許多活動大多是一個官員上台幾分鐘，交差了事，真正用心規劃內容的不多，活動變成「例行公事」；但這次的社區介入活動中所使用的情境劇，的確讓他們大開眼界。至於受訪者E007被問到是否還記得當天的宣導內容時，馬上脫口說出：

我現在知道啦，如果健保費沒繳，結果被鎖卡了，不是沒辦法解

決的啦，要像你們那天教我們的，可以先請村長寫個證明，先去看病，以免延誤看醫生的時機，……你這樣覺得我有沒用心聽啊，我那天真的很用心聽的，因為很有趣，我就會聽進去。

從上述的訪談結果發現，專業用語對弱勢族群來說，會產生距離感，宣導人員千萬不能抱持交差了事的心態，應該採用生活化的用語或引人注意的影像，提高弱勢族群瞭解全民健保資訊的興趣。

### 討論：再思弱勢族群的宣導策略

英國 (McOwan, Gillece, Chislett, & Mandalia, 2002)、挪威 (de Vroome, Sandfort, de Vries, Paalman, & Tielman, 1991)、澳洲 (Salmon & Atkin, 2003) 或是日本 (Hirose, Nakaune, Ishizuka, Tsuchida, & Takanashi, 1998) 等國家早就發現，很多健康訊息在傳散過程中失敗的原因之一，在於衛政單位習慣以自己的觀點出發，「由上往下」(top-down) 的宣導方式，忽略目標對象的需求，導致效果不彰 (Randolph & Viswanath, 2004)；學者於是建議，訊息傳散的重點應回歸到閱聽人 (audience) 身上，唯有瞭解目標對象較能接受的訊息內容及宣導方式為何，才能進一步製作合適的訊息，以達預期的傳播效果。

就弱勢族群全民健保資訊宣導模式這個議題，究竟應該從何處出發，才得以貼近目標對象的需求呢？學者 (例如 Israel, Schulz, Parker, Becker, Allen III, & Guzman, 2003) 發現，社區民眾具有一定的認同感 (a sense of identification)、情感連結 (emotional connection to each member)，彼此之間具有共通的價值、道德觀 (shared value and norms) 及共同的興趣 (common interests)，且彼此之間會相互影響 (mutual influence)；基於此，本研究認為社區是研究弱勢族群全民健康保險宣導模式的可行場域，於是在北、中、南、東的社區中，立意挑選弱勢族群，進行一對一深度訪談，以瞭解其對全民健保資訊的需求為何？以及比較希望衛政單位採用那種宣導方式對其傳散全民健保相關資訊？之後，本研究團隊再挑選某一社區作為介入場域，以發展出一套適合弱勢族群的全民健保宣導傳播模式。

國外研究即發現，傳播活動應對不同目標對象採取不同宣導策略(例如某些社區的宣導策略可能要強調社區和諧，有些社區可能要強調個人責任)(Wright et al., 2008)；國內學者(例如陳秀美，2004；蔡鶯鶯、徐永年、林永隆，2003)也指出，基於地理、社會、文化背景、組成人員不同等因素，不同的目標對象對宣導方式的需求或接受程度也不盡相同。上述論點與本研究的訪談及介入結果相似，本研究的深度訪談及介入結果發現，弱勢族群對全民健保相關資訊有其特有的需求；在此情況下，衛政單位不能採用一種「大小通吃」的傳播策略進行宣導，應回到社會行銷所強調的「市場區隔」概念，針對弱勢族群的需要，規劃不同的宣導訊息或策略，才能有效地影響弱勢族群對於健康促進的認知、態度與行為。

就資訊宣導的傳播管道來說，健康傳播學者Johnson(1997)多年來針對健康資訊尋求的研究，強調資訊傳散必須考量通道的合適性，資訊尋求者習慣透過那種管道獲取資訊？資訊傳播管道的特質為何？在在影響一個人的資訊尋求行為。本研究也發現，弱勢族群倚重人際傳播作為獲取資訊的重要管道，大多數的受訪者對全民健保制度的瞭解有限，這群人受限於知識能力及社會經濟地位，近用大眾傳播媒介的能力低，接受的資訊量也不多，如何透過人際傳播管道，以風趣、幽默的宣導內容或技巧以及送贈品的方式，吸引社區居民參與宣導活動，成為社區介入活動需要考量的重點之一。

若就訊息的內容規劃來看，弱勢族群吸收知識的能力相當有限，如果全民健保宣導人員想要一口氣將所有全民健保制度重點傾囊而出，反而產生反效果；透過寓教於樂的活動方式，才能提高弱勢族群接受資訊的能力，並促進宣導活動效果。以本研究所介入的社區為例，歡唱KTV是他們生活中的一部份，任何社區活動中都少不了它，如果將歡唱KTV作為宣導活動的開場，必能引發弱勢族群的參與興趣；另外，政策宣導者應與地方意見領袖、自然幫助人等合作，參考地方賣藥電台的主持人風格(親切及活潑的問候、閒話家常及提供贈品)，以說故事或聊天的方式進行宣導，並釋出「關心厝邊的老大人」、「與大家搏感情」的善意，才能打動弱勢族群的心。

而融入當地社區的文化，往往是宣導介入活動能否成功的重要因

素之一。「文化」是一群人所共通擁有的信念 (belief)、規則 (rules) 與實踐 (practices)，它會影響一個人的角色扮演、行為表現及其對行為或事件的詮釋方式 (du Pré, 2000)。從醫療社會學角度出發的健康傳播學者強調，文化會影響一個人對於疾病的對待 (Kreuter, Farrell, Olevitch, & Brennan, 2000)；傳統的健康促進行為模式 (例如「計劃行為理論」, theory of planned behavior) 也指出，「主觀的社會道德」(subjective norms) 是影響個人健康行為的重要因素之一 (Montaño & Kasprzyk, 2002)。在此情況下，全民健保宣導活動的社區介入人員，不得不培養「文化敏感度」，特別是尊重文化的多元性。以本研究中所介入的社區為例，當地居民不喜歡宣導人員以「上對下」的制式化方式宣導，希望宣導人員是以家人的方式對待他們 (例如他們最不喜歡宣導人員一副高高在上，瞧不起當地的文化價值及互動方式)，更希望走入社區的宣導人員可以尊重在地的文化。凡此種種，都提醒弱勢族群的全民健保宣導模式應將文化敏感度列為考量重點，如同 Resnicow 等人 (2002) 所言，尊重某一族群的文化，可以提高他們的自尊心，進而提高他們採取行為的動機。

## 研究限制與建議

本研究的執行時間相當急迫，短短七個月時間，必須完成全民健保資訊需求的深度訪談、社區介入與效果評估，對於研究者來說，整個研究過程中面對不小的時間壓力。日後有興趣進行社區訪問及介入的學者，不妨採用「參與研究法」(participatory research)，透過長時間的行動參與及觀察，研究者可以有更多時間與社區中的弱勢族群互動，取得受訪者更多的信任，也有機會獲取更多有意義的資訊。

## 參考資料

### 中文部分 (Chinese Section)

人間福報 (2009年5月12日)。〈健保補助宣導不力，美意落空〉。上網日期：2011年2月18日，取自 <http://blog.xuite.net/famscl/a/23949323>。

- Renjian fubao (2009, May 12). Jianbao buzhu xuandao buli, meiyi luokong. Retrieved February 18, 2011, from <http://blog.xuite.net/famscl/a/23949323>.
- 中華民國行政院內政部戶政司(2008)。〈戶籍人口統計月報各縣市外籍與大陸配偶人數〉。取自內政部統計處，<http://www.ris.gov.tw/ch4/static/st1-9-95.xls>。
- Zhonghua minguo xingzhengyuan neizhengbu huzhengsi (2008). Huji renkou tongji yuebao gexianshi waiji yu dalu pei'ou renshu. Retrieved from Neizhengbu tongjichu, <http://www.ris.gov.tw/ch4/static/st1-9-95.xls>.
- 王振軒(2010)。〈台北縣數位落差的現象檢視與治理〉。《國際非政府組織學刊》，第1期，頁1-47。
- Wang Zhenxuan (2010). Taibeixian shuwei luocha de xianxian jianshi yu zhili. *Guoji feizhengfu zuzhi xuekan*, 1, 1-47.
- 王秀紅、楊詠梅(2002)。〈東南亞跨國婚姻婦女的健康〉。《護理雜誌》，第49期，頁35-41。
- Wang Xiuhong, Yang Yongmei (2002). Dongnanya kuaguo hunyin funv de jiankang. *Huli zazhi*, 49, 35-41.
- 江東亮(2008)。《醫療窮人不再有：全民健康保險論文集》。台北：國立台灣大學出版中心。
- Jiang Dongliang (2008). *Yiliao qiongren buzaiyou: Quanmin jiankang baoxian lunwenji*. Taipei: Guoli Taiwan daxue chuban zhongxin.
- 江亮演、陳燕禎、黃稚純(2004)。〈大陸與外籍配偶生活調適之探討〉。《社會發展季刊》，第105期，頁66-89。
- Jiang Liangyan, Chen Yanzhen, Huang Zhichun (2004). Dalu yu waiji pei'ou shenghuo tiaoshi zhi tantao. *Shehui fazhan jikan*, 105, 66-89.
- 岳少峯(2004)。《花蓮縣山地鄉社區成人健康傳播管道之研究——以桿菌性病疾防治為例》。慈濟大學原住民健康研究所碩士論文。
- Yue Shaoyin (2004). *Hualianxian shandixiang shequ chengren jiankang guandao zhi yanjiu—yi ganjunxing liji fangzhi weili*. Ciji daxue yuanzhumin jiankang yanjiusuo shuoshi lunwen.
- 周天給(2005)。《台灣外籍新娘對婦產科診所就醫評價之研究》。台北醫學大學醫務管理學研究所在職專班碩士論文。
- Zhou Tiangei (2005). *Taiwan waiji xinnianguo dui chance zhensuo jiuyi pingjia zhi yanjiu*. Taipei yixue daxue yiwu guanlixue yanjiusuo zaizhi zhuanban shuoshi lunwen.
- 侯心雅、陳家倫、盧鴻毅(2008年7月)。〈健康資訊尋求與照護：以來自東南亞的外籍配偶為例〉，「中華傳播學會2008年學術研討會」論文，台灣淡水。

- Hou Xinya, Chen Jialun, Lu Hongyi (2008, July). *Jiankang zixun xunqiu yu zhaohu: Yi laizi dongnanya de waiji peiou weili*. Zhonghua chuanbo xuehui 2008 nian xueshu yantaohui lunwen, Taiwan danshui.
- 林志鴻、陳俊全 (2005)。〈全民健保體制下弱勢族群照護措施之檢討與財源籌措〉。《台灣社會福利學刊》，第4期，頁1-47。
- Lin Zhihong, Chen Junquan (2005). *Quanmin jianbao tizhi xia ruoshi zuqun zhaohu cuoshi zhi jiantao yu caiyuan choucuo*. *Taiwan shehui fuli xuekan*, 4, 1-47.
- 胡幼慧 (2008)。《質性研究——理論、方法及本土女性研究實例》。台北：巨流出版社。
- Hu Youhui (2008). *Zhixing yanjiu—lilun, fangfa ji bentu nvxing yanjiu shili*. Taipei: Juliu chubanshe.
- 黃金益 (2000)。《國內服務弱勢族群公益性電台的價值與生存問題之探討》。世新大學傳播研究所碩士論文。
- Huang Jinyi (2000). *Guonei fuwu ruoshi zuqun gongyixing diantai de jiazhi yu shengcun wenti zhi tantao*. Shixin daxue chuanbo yanisuo shuoshi lunwen.
- 陳秀美 (2004)。〈社區健康營造推動內涵與策略之探討——以淡水鎮社區健康營造為案例〉。《社區發展季刊》，第107期，頁253-262。
- Chen Xiumei (2004). *Shequ jiankang yingzao tuidong neihan yu celve zhi tantao—yi danshuizhen shequ jiankang yingzao wei anli*. *Shequ fazhan jikan*, 107, 253-262.
- 陳彥伶、陳婷玉 (2008)。〈新自由主義意識形態、社會福利政策與媒體——以全民健康保險政策的報紙再現為例〉。《傳播與管理研究》，第8期，頁3-51。
- Chen Yanling, Chen Tingyu (2008). *Xin ziyou zhuyi yishixingtai, shehui fuli zhengce yu meiti—yi quanmin jiankang baoxian zhengce debaozhi zaixian weili*. *Chuanbo yu guanli yanjiu*, 8, 3-51.
- 傅立葉 (1998年3月)。〈從女性觀點看台灣的全民健保體制與民營化多元保險人政策〉，「第三屆全國婦女國是會議」論文，台灣台北。
- Chuan Liye (1998, March). *Cong nvxing guandian kan Taiwan de quanmin jianbao tizhi yu mingyinghua duoyuan baoxianren zhengce*. Disanjie quanguo funv guoshi huiyi lunwen, Taiwan taibei.
- 葉肅科 (2004)。〈外籍配偶家庭：社會資本與社會凝聚力初探〉。《社區發展季刊》，第105期，頁133-149。
- Ye Suke (2004). *Waiji peiou jiating: Shehui ziben yu shehui ningjuli chutan*. *Shequ fazhan jikan*, 105, 133-149.

楊詠梅(2002)。《台灣印尼籍跨國婚姻婦女之健康關注》。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。

Yang Yongmei (2002). *Taiwan yinniji kuaguo hunyin funv zhi jiankang guanzhu. Gaoxiong yixue daxue hulixue yanjiusuo shuoshi lunwen.*

蔡維音(1999年11月)。〈全民健保強制納保之合憲性〉，「政治大學勞動法、社會法與基本人權學術研討會」論文，台灣台北。

Cai Weiyin (1999, November). *Quanmin jianbao qiangzhi naibao zhi hexianxing. Zhengzhi daxue laodongfa, shehuifa yu jiben renquan xheshu yantaohui lunwen, Taiwan taibei.*

蔡鶯鶯、徐永年、林永隆(2003)。〈參與行動研究：921地震後中崙社區健康營造研究案例〉。《新聞學研究》，第77期，頁23-65。

Cai Yingying, Xu Yongnian, Lin Yonglong (2003). *Canyu xingdong yanjiu: 921 dizhenhou zhongke shequ jiankang yingzao yanjiu anli. Xinwenxue yanjiu, 77, 23-65.*

劉宜君、傅立葉(2009)。《從民眾觀點建構健保評量指標第二年研究》。行政院衛生福利部九十八年度委託研究計劃。

Liu Yijun, Fu Liye (2009). *Cong minzhong guandian jiangou jianbao pingliang zhibiao diernian yanjiu. Xingzhengyuan weisheng fulibu jiushiba niandu weituo yanjiu jihua.*

劉美芳、鍾信心、許敏桃(2001)。〈台灣外籍新娘之文化適應——護理專業的省思〉。《護理雜誌》，第48期，頁85-89。

Liu Meifang, Zhong Xinxin, Xu Mintao (2001). *Taiwan waiji xinniang zhi weihua shiying—Huli zhuanye de xingsi. Huli zazhi, 48, 85-89.*

魏米秀、洪文綺(2010)。〈都市與偏遠社區成人的健康資訊尋求經驗：焦點團體訪談結果〉。《健康促進與衛生教育學報》，第34期，頁93-114。

Wei Mixiu, Hong Wenqi (2010). *Dushi yu pianyuan shequ chengren dejiankang zixun xunqiu jingyan: Jiaodian tuanti fangtan jieguo. Jiankang cujin yu weisheng jiaoyu xuebao, 34, 93-114.*

#### 英文部分 (English Section)

Bandyopadhyay, M., & Thomas, J. (2002). Women migrant workers' vulnerability to HIV infection in Hong Kong. *AIDS Care, 14*(4), 509-521.

Campbell, R. J. (2009). Internet-based health information seeking among low-income minority seniors living in urban residential centers. *Home Health Care Management & Practice, 21*(3), 195-202.

- Cheong, P. H. (2007). Health communication resources for uninsured and insured Hispanics. *Health Communication, 21*(2), 153–163.
- Choudhry, U. K., Srivastava, R., & Fitch, M. I. (1998). Breast cancer detection practices in South Asian women: Knowledge, attitudes and beliefs. *Oncology Nursing Forum, 25*(10), 1693–1701.
- Dervin, B., & Greenberg, B. S. (1972). The communication environment of the urban poor. In F. Kline & P. Titchener (Eds), *Current perspectives in mass communication research* (pp. 195–235). Beverly Hills, CA: Sage.
- de Vroome, E. M. M., Sandfort, T. G., de Vries, K. J., Paalman, M. E., & Tielman, R. A. (1991). Evaluation of a safe sex campaign regarding AIDS and other sexually transmitted diseases among young people in the Netherlands. *Health Education Research, 6*(3), 317–325.
- du Pré, A. (2000). *Communicating about health: Current issues and perspectives*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Eng, E., & Parker, E. (2002). Natural helper models to enhance a community's health and competence. In R. J. Di Clemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds), *Emerging theories in health promotion practice and research: Strategies for improving public health* (pp. 126–156). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Fennelly, K. (2006). Listening to the experts: Provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees. *Journal of Cultural Diversity, 13*(4), 190–201.
- Harrington, N. G. (2013). Introduction to the special issue: Communication strategies to reduce health disparities. *Journal of Communication, 63*(1), 1–7.
- Hirose, H., Nakaune, N., Ishizuka, T., Tsuchida, S., & Takanashi, Y. (1998). A study on the role of AIDS mass communication: How do the mass media affect HIV testing behavior? *Japanese Psychological Research, 40*(4), 246–255.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., Becker, A. B., Allen, A. J., & Guzman, J. R. (2003). Critical issues in developing and following community based participatory research principles. In M. Minkler & N. Wallerstein (Eds), *Community-based participatory research for health* (pp. 53–76). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Johnson, J. D. (1997). *Cancer-related information seeking*. Cresskill, NJ: Hampton Press.
- Kreuter, M. W., Farrell, D. W., Olevitch, L. R., & Brennan, L. K. (2000). *Tailoring health message: Customizing communication with computer technology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- LaVeist, T. A. (Ed.). (2002). *Race, ethnicity, and health: A public health reader*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Lazarsfeld, P. F., Berelson, B., & Gaudet, H. (1944). *The people's choice: How the voter makes up his mind in a presidential campaign*. New York, NY: Columbia University Press.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Eds). (2006). *Social determinants of health*.

- Oxford: Oxford University Press.
- McOwan, A., Gilleece, Y., Chislett, L., & Mandalia, S. (2002). Can targeted HIV testing campaigns alter health-seeking behaviour. *AIDS Care, 14*(3), 385–390.
- Montaño, D. E., & Kasprzyk, D. (2002). The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Eds), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 67–98). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Randolph, W., & Viswanath, K. (2004). Lessons learned from public health mass media campaigns: Marketing health in a crowded media world. *Annual Review of Public Health, 25*(1), 419–437.
- Resnicow, K., Braithwaite, R. L., Dilorio, C., & Glanz, K. (2002). Applying theory to culturally diverse and unique populations. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Ed), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (pp. 485–509). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Salmon, C. T., & Atkin, C. (2003). Using media campaigns for health promotion. In T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrott (Eds), *Handbook of health communication* (pp. 449–472). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sherrill, W. W., Crew, L., Mayo, R. M., Mayo, W. F., Rogers, B. L., & Haynes, D. F. (2005). Educational and health services innovation to improve care for rural Hispanic communities in the US. *Education for Health: Change in Learning & Practice, 18*(3), 356–367.
- Talosig-Garcia, M., & Davis, S. W. (2005). Information-seeking behavior of minority breast cancer patients: An exploratory study. *Journal of Health Communication, 10* (Suppl. 1), 53–64.
- Wright, K. B., Sparks, L., & O'Hair, H. D. (2008). *Health communication in the 21st century*. Oxford, UK: Blackwell.
- Yang, Y. M., & Wang, H. H. (2003). Life and health concerns of Indonesian women in transnational marriages in Taiwan. *The Journal of Nursing Research, 11*(3), 167–176.
- Yu, S. M., Huang, Z. J., Schwalberg, R. H., & Kogan, M. D. (2005). Parental awareness of health and community resources among immigrant families. *Maternal and Child Health Journal, 9*(1), 27–34.

## 本文引用格式

- 盧鴻毅 (2015)。〈全民健保 vs. 弱勢族群：一個政策宣導的傳播觀點與實踐〉。  
《傳播與社會學刊》，第 31 期，頁 123–154。