

健康促進社區化模式之建立

朱真儀



▲運動可改善慢性病徵。(攝影/林嘉欣)

由於台灣地區社會經濟結構及生活方式的改變，國人十大死亡原因的排序已有些轉變。資料顯示一九五〇年代的主要死亡原因為傳染病，至一九九一年取而代之的是慢性疾病、退化性疾病及癌症。值此廿一世紀，危害國人生命健康的主因仍離不開這些疾病。根據近期官方資料顯示，民國九十年國人主要十大死因依序為惡性腫瘤（26.05%）、腦血管疾病（10.37%）、心臟疾病（8.69%）、事故傷害（7.51%）、糖尿病（7.19%）、慢性肝病及肝硬化（4.14%）、腎炎、腎徵候群及腎變性病（3.2%）、肺炎（2.96%）、自殺（2.2%）及高血壓性疾病（1.39%），因十大死因的死亡人數占總死亡人數達73.7%（內政部統計處，2002），比較之下，傳染病雖不再是影響健康的主要問題，但慢性疾病、精神疾病、意外死亡及自殺卻急速增長，這些因素皆與環境污染或生活型態等息息相關（楊志良，1995；行政院衛生署，1999a）。

根 據「影響及決定健康模式」對健康與疾病影響最鉅者為生活模式(45%)，其次是遺傳因素(25%)與環境因素(20%)，而醫療因素的影響最低(10%)。由於最重要的影響因素是生活型態與環境惡化，如果改善措施的步調緩慢或績效不彰，即使施行全民健保，大幅擴充醫療照顧，對健康的增進仍然有限(楊志良，1995)。

一般而言，健康生活模式的實踐，僅需改變個人的生活習慣，無需大環境或政策上的介入。然而卻有研究指出，單純改變生活型態的作法無法適用於所有個案，像是貧窮者在資源缺乏的前提下，不易履行專業人員建議執行的健康行為(Flynn, Rider, & Ray, 1991; Minkler, 1989)。反而像是社區介入健康促進的模式，較具成效且符合成本效益的健康促進方法(韓文

蕙、張珪，1998；Altman, 1995)，於是「社區健康營造」的概念及配套措施乃應運而生。

■ 社區健康營造

社區健康營造運動始於1980年代中期，世界衛生組織是初期執行此運動的先鋒。1986年首先由Duhl & Hancock帶動「健康城市」的概念，他們將其定義為「持續創造並增進城市的物理及社會環境，同時強化社區資源，使人們能夠相互扶持，實行所有生活功能，並達到最大潛能」。Norris & Pittman (2000)補充提出健康社區尚包括社區價值觀的分享、居民生活品質的改善、各種公民的參與及社區所有權的平等。透過Norris等人的倡導，美國於1996年成立「健康



▲社區公園是民衆運動最佳場所。(攝影/林嘉欣)

城市及社區聯盟 (Coalition for Healthier Cities and Communities, CHCC)」。CHCC 連結上千個國家級、洲際或地方階層的組織，並公開運用地方力量來創造健康社區。目前歐洲已經有三十四個城市進行此運動，全世界推行此運動的國家數已達五十個以上，社區健康營造概念已漸漸深入居民的傳統生活及價值觀當中，其中尤以美國為最 (林豔君、徐瑩潔、黃秀梨、楊雅玲、黃貴薰，2001)。

Ottawa 健康促進憲章可說是世界衛生組織發展健康城市政策的關鍵性文件，該憲章揭櫫的策略主軸是建構健康城市與邁向全民健康。而社區健康促進工作包括三大角色與五大行動，三大角色為健康的倡導者 (advocator)、民衆的促能者 (enabler) 及資源的媒介者 (mediator)；五大行動則是建立健康的公共政策、創立支持性的環境、強化社區行動、發展個人技巧及調整健康服務取向 (邱淑媿，2001)。行政院衛生署為因應世界潮流發展，落實「健康是權利，保健是義務」的理念，追求廿一世紀全民健康的目標，特在民國八十八年推出「國民健康三年計畫」，推動社區健康營造 (行政院衛生署，1999a)。定義社區健康營造係指透過社區組織的過程，達到社區健康的目的，唯該如何著手落實呢？茲以社區組織「由下而上」與公部門「由上而下」兩種不同途徑的執行策略，提出具體做法以供參酌。

■ 具體作法

一、社區組織 (由下而上)

(一) 找出健康議題

收集現有文獻資料，包括相關的調查統計及

研究報告，以及訪談社區相關組織及團體的意見領袖，了解過去實際運作的情形，分析社區具有的特性與需求，擬定社區健康議題。

(二) 凝聚社區共識

建立口號、中心標幟，或是透過團體運作方法及技巧，與社區居民建立共識，加強組織成員間的凝聚力，並整合可運用的人力及各項資源。

(三) 強化社區組織，建立社區組織網路



▲社區健康營造係指透過社區組織，達到社區健康的目的。(攝影/丁文心)

以社區內團體（或組織）為核心，同時網羅社區外其他相關組織共同參與，有效聯結社區內外資源，發展及執行社區各項活動。

（四）喚起共同參與興趣，擴大活動影響層面

透過媒體宣導，運用面對面的教育策略，如辦理說明會及聯誼活動，提昇社區居民對社區健康營造的認知與需求程度。

二、公部門（由上而下）

社區健康營造的本質是屬社區民眾與社區組織自發性運作的模式，然而，一般國民對公共事務的參與意願普遍不高，對較具專業性的健康議題也顯能力不足，因此公部門在推動社區健康營造過程中仍有介入的必要。針對公務部門執行社區健康營造任務，宜參考美國疾病管制局訂定「公元2000年健康社區」的十一個執行步驟，敘述如下：

（一）評估並決定健康部門的角色：地方衛生機關

發表使命宣言，勾勒長程願景，並對工作人員與社區清楚描述政府推動健康社區工作的角色，以作為以下步驟的指引。

（二）評估衛生主管機關的組織效能：地方衛生機關

的主管與幕僚必須評估組織是否已具備領導社區的能力，包括內部組織、幕僚能力，技巧與社區支持度。

（三）強化衛生機關的組織效能：有計畫地強化機關

內部的力量，克服弱點，改善組織執行社區全面性工作的效能。

（四）評估社區的組織與權力結構：地方衛生機關

必須對社區正式或非正式的組織和權力結構作分析，並與主要的社區機構、社區領袖、利益群體及社區成員建立共識關係，確定關鍵人物和組織共同參與，是成功的基礎。

（五）組織社區，共同促進社區健康：地方衛生機關

應召集社區群體，共同評估社區健康需要，說明健康問題，以及幫助協調責任分工。

（六）評估健康需要與可用的社區資源：應包括正

式與非正式資訊之收集，瞭解社區領袖、社



▲社區參與的終極目標仍是以社區居民的自發性為主要動力。（攝影/李天助）

區成員以及衛生幕僚，對於「健康」在社區重要性的認知與評價，並透過統計和調查資料確認主要健康問題及其嚴重性，掌握可利用的社區資源，找出社區最迫切解決的健康問題。

- (七) 決定地方上的優先性：運用社區評估的資料，結合主要的社區機構、社區組織、利益群體以及個人，設定出地方上的優先性。經由社區群體協商的結果，選出一套優先採取的社區行動計畫。
- (八) 設定與地方優先性和全國健康目標相符合的健康成效與過程目標。
- (九) 發展社區的介入策略。
- (十) 發展並執行行動方案：應對介入活動和服務設定時間表並進行分工。
- (十一) 持續進行追蹤及評價：健康狀態的改善將驗證社區努力的績效，若選擇介入策略有效，短期即可看到階段目標的達成，以及健康狀態的提升。此外，創新的服務、社區聯盟和協調的改善，幕僚在技巧上及士氣上的提昇，都是評估是否達成績效的指標。

■ 發展現況

回顧台灣地區在健康促進的發展，一向偏重醫療系統的建構，包括籌建醫療網（行政院衛生署，1990b）與規劃全民健康保險（行政院衛生署，1993）。政策上除了起步較晚之外，尚有兩個主要缺失：一、缺少政治意願：健康促進不僅是科技問題，更涉及資源的重新分配，政治意願對健康促進的推動十分重要，然而，健康促進在臺灣地區並未受到應有的重視，而且發展零散；

二、偏重個人責任：台灣在健康促進運動的發展深受美國影響，美國的健康促進運動特別著重飲食、吸菸、運動及飲酒等議題，這些問題都是與個人生活習慣有關的危險因子，也因此在美國的健康促進運動中，「個人責任」的觀念十分受到重視。反觀臺灣地區雖認為非傳染性的疾病與個人健康行為與生活習慣最為密切，包括抽菸、嚼檳榔、酗酒、缺乏運動、肥胖、不注意安全與緊張等，但是在臺灣地區的健康促進運動中，仿照美國強調個人責任的結果常造成「責備受害者」的現象（江東亮、余玉眉，1994）。

社區健康營造是透過社區組織的過程，達到「健康城市（社區健康）」的一種策略，營造方法沒有一定的模式或內容，也沒有一定的切入點。以國內現況而言，衛生署所推動的社區健康營造，是以「健康」議題作為社區營造的切入點，其六大健康議題為健康飲食、健康體能、個人衛生、菸害防治、防治檳榔危害健康與安全用藥等。目前基層衛生單位的功能，多為提供民眾基本的醫療保健服務及衛教宣導，對於社區資源的利用，僅止於合作辦理各種社區衛生教育活動，未能充分整合各行政部門、醫療機構及社區組織，無法有效提升民眾的健康。況且在六大議題中，除了健康體能的部分外，其餘五項皆是衛教及基層衛生單位行之有年的例行工作。劉劍華（2002）針對社區健康營造社區老年人進行研究，探討其社區參與程度、健康促進生活方式對生活品質的相關性，結果顯示社區老年人的健康促進生活方式中，以「營養」的分量表得分最高，「運動」最低，此與基層體系「重醫療、輕保健」的現況相呼應。

■ 結語

健康城市或健康社區的營造應在政府領導人的承諾下，經由專業人員與社區居民彼此的合作來達成。社區健康營造也應落實於社區居民，透過強化社區的行動，發展個人健康促進與疾病預防的技能，創造一個支持健康的生活環境，達成社區健康營造的目標（陳靜敏，2002）。

推動健康促進社區化，須秉持二個基本精神：一、由下而上：雖然公部門在社區發展初期有其重要角色，然社區參與的終極目標仍是以社

區居民的自發性為主要動力，因此建立「由下而上」的社區化模式有其必要性。二、個別化：社區參與本身是一個動態的概念和行動，會因不同的社區類型而發展出特有的社區參與形式與內涵（施教裕，1997）。

最後，有關醫療與預防保健的資源分配，也是需要重新思考的議題。因為醫療的效益低於預防保健，但醫療往往獲得大量的社會資源，未來二者應如何有效結合，是社區化健康促進能否成功的關鍵。（作者為國立體育學院博士生）

參考文獻

- 內政部統計處（2002）：臺閩地區簡易生命表。內政部統計處。
- 江東亮、余玉眉（1994）：健康促進：國民健康的新方向。中華衛誌，13（5），381-387。
- 行政院衛生署（1993）：全民健康保險規劃。行政院衛生署。
- 行政院衛生署（1999a）：推動社區健康營造三年計畫。行政院衛生署。
- 行政院衛生署（1999b）：醫療保健計畫—建立醫療網第二期計畫（核定本）。行政院衛生署。
- 林豔君、徐瑩潔、黃秀梨、楊雅玲、黃貴薰（2001）：鹿谷鄉健康體系營造之經驗。台灣醫學，5（2），198-202。
- 邱淑媿（2001）：宜蘭縣營造健康社區之過程與現況。護理雜誌，48（1），28-35。
- 施教裕（1997）：社區參與的理論與實務。社會福利，129，2-8。
- 陳靜敏（2002）：健康促進的創新策略：社區健康營造。新臺北護理期刊，4（2），1-7。
- 楊志良（1995）：公元二〇〇〇年國民健康照顧之展望。研考雙月刊，19（5），26-36。
- 韓文蕙、張珏（1998）：社區健康介入。健康促進通訊，4，1-3。
- 劉劍華（2002）：社區健康營造之老年人其社區參與程度及健康促進生活方式對生活品質之相關研究。國立台北護理學院護理研究所碩士論文。
- Altman, D. G., (1995). Strategies for community health intervention: Promises, paradoxes, pitfalls. Psychosomatic Medicine, 57(3), 226-233.
- Flynn, B. C., Rider, M. S., & Ray, D. W. (1991). Healthy cities: The Indiana Model of community development in public health. Health Education Quarterly, 18(3), 331-347.
- Minkler, M. (1989). Health education health promotion and the open society: An historical perspective. Health Education Quarterly, 16(1), 17-30.
- Norris, T., & Pittman, M. (2000). The healthy communities movement and the coalition for healthier cities and communities. Public Health Report, 115, 118-124.