

行政院及所屬各機關出國報告
(出國類別：研究)

報告名稱：社區健康營造與職場健康促進

服務機關：行政院衛生署國民健康局

出國人 職 稱：科長

姓 名：陳瑞菊

出國地區：澳大利亞

出國期間：91年6月24日91年12月23日

報告日期：92.04.20

J4/
C09201556

系統識別號:C09201556

公務出國報告提要

頁數: 32 含附件: 否

報告名稱:

社區健康營造與直場健康促進

主辦機關:

衛生署國民健康局

聯絡人/電話:

/

出國人員:

陳瑞菊 衛生署國民健康局 社區健康組 科長

出國類別: 研究

出國地區: 澳大利亞

出國期間: 民國 91 年 06 月 24 日 - 民國 91 年 12 月 23 日

報告日期: 民國 92 年 04 月 20 日

分類號/目: J4/公共衛生、檢疫 B1/社區發展與計畫

關鍵詞: 社區營造;職場健康

內容摘要: 澳洲格里菲斯 (Griffith) 大學朱明若教授在澳洲、中國及越南等東南亞國家有多年推動職場健康促進經驗，並和其大學的教授團隊協助澳洲多個市政府推動健康城市計畫。在 (Griffith) 大學研習期間，朱教授就我國「推動社區健康營造計畫」之現況進行討論。台灣社會經濟結構之改善與國人生活方式的改變，過去一些威脅國人健康及生命的傳染病，已幾乎完全加以控制，取而代之的是影響國人生活品質、增加社會負擔的慢性疾病及退化性疾病。從台灣地區民國九十年國人的十大死因來看，惡性腫瘤仍高居第一位，而腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、慢性肝病、慢性腎病、高血壓等分占第二、三、五、六、七、九位，慢性病即佔了七種。根據八十六年本署委託辦理完成之「國民營養健康狀況變遷調查」，發現四十五歲以上民眾罹患糖尿病、高血壓盛行率各為11%、43.1%，血膽固醇³240mg/dl的盛行率達22.8%，其中罹患糖尿病的發生更有逐年上升的趨勢，對國人的健康及社會的負擔影響甚巨。影響國人發生疾病的不良生活型態，主要有：飲食不均衡、缺乏運動、吸菸、嚼檳榔、未定期接受健康檢查等。要有效預防上述疾病，有賴於教導民眾於日常生活中培養健康的生活型態。然而，維護民眾的健康不再僅止於提供健康的資訊，更應將健康的資訊融入日常生活中，為引導社區民眾產生自主、自助之力量，推動社區營造，並落實民眾衛生行為之養成，輔導縣市政府，能在其所轄鄉鎮市區建立民眾參與和學習的機制，結合社區中不同專業的力量，推動創新的活動與健康的公共政策，來共同營造健康的社區，以達到全民健康的目標。一、社區健康營造計畫推動現況我國於民國八十八年由行政院衛生署開始推動此計畫，其重點工作包括：(一) 訂定並辦理邀集產、官、學界成立推動委員會，協助擬定該計畫之工作重點，並根據社區健康評估及死因資料分析結果，邀請產官學界成立專家小組，提出社區健康營造之建議議題，包

括：健康體能、健康飲食、個人衛生、菸害防制、檳榔危害防制、安全用藥等六個議題，供社區參用。（二）採公開甄選企劃案方式，邀集民間團體、機構、及學校等自主提擬健康生活方案，如：健康飲食、規律運動、心理衛生、菸害及檳榔危害防制、參與疾病早期篩檢及事故傷害等。經初審、複審作業決定通過名單，再由衛生署挹注部份經費補助。八十八、八十九年之審查作業邀請專家學者成立推動委員會進行審查甄選；九十、九十一年為尊重縣市政府因應地方特色及當地健康需求，修改為由縣市政府衛生局負責審查工作。並訂定社區健康營造工作指引，說明社區健康營造工作要領及步驟供營造中心使用。至九十一年十二月底止，共補助223所社區健康營造中心，其承辦單位類別，包括醫療院所65所、衛生所及公部門機構81所、民間團體59所、及大專院校18所。（三）協助十七個縣市於其轄內擇一學校辦理學校健康營造計畫，其內容包括：規劃校園內外健康環境整治、推展綠化、美化通學步道、建立健康校園、營造校園學習及運動環境、建構健康的校園文化，營造安全無污染、暴力之學習環境。（四）辦理電視、廣播等大眾媒體宣導，建置專屬網頁及健康久久網站，建立傳遞健康生活資訊體系供民眾使用，以增進社區參與。（五）計畫開始推動同時，邀請產官學界成立專家小組，研印「要活就要動」、「健康新煮張」、「潔牙保健康」三本自學健康教材供民眾自學，發送給有意願執行健康行為之社區家戶，以提昇個人健康知識。（六）招募及培訓志工，使志工能執行健康促進行為，並能在社區進行示範及推廣，同時透過分享、關懷及互助，帶動鄰里也能執行健康行為。（七）積極鼓勵社區民眾自主擬定社區健康計畫，並結合資源共同推動，如：宜蘭縣冬山鄉健康營造中心以社區老人心理健康為議題；南投縣仁愛鄉成立結核病短期直接觀察治法（DOTS）志工等。為支持社區健康營造之永續經營，以健康營造議題創造地方生產力，融入日常生活，如：養生餐盒及健康餐廳。並結合行政院其他部會之社區營造工作，如文化建設委員會之「心點子創意活動」計畫。（八）為增進民眾對健康之認識，於社區辦理預防保健服務，如：子宮頸抹片檢查及乳癌、高血壓、糖尿病篩檢等成人預防保健服務，幼兒接受兒童預防保健服務、檳榔嚼食者之定期接受口腔癌篩檢，對有健康問題的民眾予以轉介至醫療院所作進一步診斷治療。（九）為調整衛生醫療機構及非政府組織之既有服務方向，衛生署推動委員會工作小組研發「社區健康營造中心自我評價指標」，供營造中心推動工作時之自我監測，及協助衛生局人員進行輔導工作，指標包括：1、社區資源之組織運作情形。2、志工執行健康行為及參與社區健康營造之推動情形。3、社區健康營造策略之規劃及辦理活動情形。4、社區健康營造中心之永續經營。5、社區健康營造中心之優、缺點。（十）邀請專家學者對本計畫之政策制定及推動成果進行檢討並修改，採分層負責方式，由衛生局邀集學者輔導並與社區健康營造中心以夥伴關係共同推動工作，並委託由專家學者進行觀察民眾參與社區健康營造的監測系統。以參與式觀察方式，定期觀察某一所醫院型態承辦之社區健康營造中心推動工作情形。其操作方式為依循行政院衛生署所訂定之社區健康營造工作指引，並進行社區資源整合，如下圖，（一）社區健康營造中心之組織發展該醫院自民國八十九年和衛生署簽約，承辦某鎮社區健康營造計畫，規劃初期由醫院副院長主持督導，除了企劃課一名管理師主辦，同時加入健康教室專科護理師一名、社工課副課長一名、及社區健康室護理長一名共四人成立工作核心小組，共同推動工作。工作核心小組擬成立社區健康營造推動委員會，以增進社區參與。核心小組於開始二個月時間利用夜間或週末假日進行社區拜訪，包括台北縣議員、里長、大樓管理委員會委員、社區發展協會理事長、學校校長及機關、社團等人士，並邀請社區人社區健康營造工作說明會，於會中說明擬成立健康營造推動委員會，推動委員會成員初步決定包

括：該醫院院長、副院長、各層級民意代表，當地衛生所主任及里長等參加會議。（二）志工之成立、培訓及功能該醫院和衛生署簽訂社區健康營造合約後，指派院內四位工作人員組成的核心小組負責推動工作。由於工作推動亟需人力，故核心小組規劃經由志工人員的招募及培訓來協助工作。奠基於該醫院既有的志工組織，包括辦理居家護理的社區健康室志工、辦理院內團體衛教的健康教室志工、及社工課志工，工作核心小組又透過拜訪社區內各民間組織團體，包括社區發展協會、大樓管理委員會聯合會員代表、文化及文教團體、基金會等，從這些團體中招募新加入社區健康營造志工行列。保健志工成軍後，經由志工月會全體志工開會決議，定名為社區健康營造保健志工隊。志工隊成立過程可分為三個階段：即宣導並招募期、培訓期及服務期。宣導並招募期：配合醫院或健康營造中心辦理之大型社區活動、利用醫院定時定點社區量血壓服務站、聯繫社區安排健康講座、當地有線電視宣傳、配合醫訊刊物、報紙之活動新刊登、參加在地有線電視之帶狀討論性節目等，激起社區民眾對促進健康社區之興趣，並邀請民眾加入志工。培訓期：進行社區健康營造志工培訓，安排正式的開訓與結訓，頒發結業證書等公開儀式，凝聚志工對社區健康營造中心之共識及向心力。培訓社區健康營造志工之課程，包括：1. 社區保健志工服務說明 2. 志願服務倫理 3. 人際關係與溝通技巧 4. 如何預防運動傷害 5. 牙齒與健康的對話 6. 如何運動才健康 7. 潔牙---健康DIY萬用招 8. 健康新煮張及均衡飲食服務期：保健志工為協助營造中心之推動健康社區工作，依營造中心推動事務之性質成立四組，分別為 1. 行政組、2. 公益聯繫組、3. 活動推廣組及 4. 健康教學組共，並由志工在培訓期間由依其個人志願圈選欲參加之組別。於志工結訓典禮時，由全體志工選出行政組、公益聯絡組、活動推廣組及健康教學組組長，及大隊長；並透過開會討論，決議日後保健志工隊之運作情形，包括：1. 配合社區健康營造之大型社區活動，由志工協助發放自助式健康教材，及協助民眾填寫健康行為執行追蹤表。並規範志工隊和營造中心之合作方式，志工隊幹部與營造中心工作核心小組積極規劃未來計劃，運用2次會議時間，決定營造中心現階段重點，包括會中除初步訂定志工隊組織與服務內容之外，並溝通協調未來志工隊和營造中心及醫院間的互動關係，同時規劃未來志工隊的運作。並決議辦理志工月會，共完成建立志工人事資料及志工守則、該醫院配合辦理之志工福利措施、規劃行事歷資料、志工商業課程、及各分組之工作分配。2. 研擬志工守則及培訓方式。重點包括志工報名滿30位即召開培訓課程。但希望在培訓前，新志工人能由活動中獲得社區健康營造的觀念與經驗，鼓勵舊志工以經驗傳承的方式帶領新志工。針對舊志工設計成課程，並要求志工每年需完成12小時的成長課程，登錄於「志工學習卡」作為未來獎勵之參考依據。並配合未來社區保健站的設置，除一般培訓課程外另要求保健志工接受醫院高血壓及血糖志工培訓，規範為必修成長課程，期能成為「全方位」的保健志工，能於社區保健站為民眾量血壓血糖及作異常轉介服務，使民眾健康問題及早發現及處理。3. 討論該醫院對社區健康營造志工之相關福利提供、志工培訓課程及未來志工參與營造中心辦理活動之方式（三）、社區健康營造中心之活動辦理情形大型社區活動：配合節日及社區內重大事件辦理活動，如：元旦萬人登山健行活動、辦理園遊會之健康攤位，提供：1. 要活就要動一肺功能檢測 2. 健康新煮張一體脂肪檢測及營養諮詢、3. 婦女癌病篩檢及三合一抽血篩檢保健站。配合婦幼節在該醫院之媽媽寶貝健康園遊會，宣導社區健康營造中心並招募志工。定時社區設站及機動安排健康講座：配合該醫院現有之定時定點在社區設站幫民眾量血壓，擴大舉辦社區健康講座，並由保健志工宣導社區健康營造之理念，配合傳播相關的整體社區健康營造活動時間，以一對一方式鼓勵民眾參加健康營造活動。另由保健志工之公益聯繫組聯繫有意願健康講

座的社區，由醫院工作核心小組及活動推廣組志工協助活動及健康講座之規劃，對象包括各里里長或大樓管理委員會委員代表。辦理健康行銷：1. 運用社區有線電視宣傳社區健康營造活動。2. 運用該醫院現有媒體關係登載活動新聞。如八十九年三月四日之營造中心揭牌典禮時，在該醫院辦理的健康營造活動共有七家報紙登載出來，當地有線電視也作相關報導。3. 參加有線電視之「市政論壇」討論性節目，邀請地方人士參與討論社區健康營造主題。4. 營造中心開始推動工作時，即於該醫院之刊物刊登社區健康營造活動之消息，並邀請相關專業人士協助和健康促進有關之文章撰寫。社區資源之協同合作：協同辦理各種社區健康營造活動的社區資源，包括：1. 該醫院：提供相關的人力協助，包括：社工師、家醫科醫師、復健科醫師、牙科醫師、居家護理護理師、營養組組長等協助志工的培訓課程授課、活動時各項檢驗服務及各種健康講座。2. 當地農會：家政班協助有關健康飲食之烹飪。3. 村里辦公室及大樓管理委員會聯合會：協助安排社區健康講座。4. 衛生所：協助辦理子宮頸抹片檢查、乳癌篩檢及血液檢驗等。5. 大學公共衛生學系參與建教合作。6. 縣體育會協助體能篩檢活動的技術及器材。7. 醫材廠商協助體脂肪檢測的技術及器材。二、權能增長（empowerment）社區健康營造工作強調社區參與及各種社區資源整合，故需對相關人員提供權能增長，權能增長可四個方向來進行，包括：建立網絡（network）、人才技術資源（resource）、建立社區健康營造資訊系統（information system）、提供機會使民眾能自主決策（decision making），其簡單圖示如下：（一）建立網絡（network）我國在民國八十八年，應用健康促進之原則，並參考1986年渥太華健康促進行動綱領，開始推動社區健康營造計畫，至九十一年十二月底已在223個鄉鎮市推動健康營造工作，在社區中可看到民眾主動參與健康促進行為的推動，並於民國九十一年納入「挑戰2008國家發展重點計畫—健康生活社區化計畫」，希望全國每個鄉鎮市區皆能自主推動社區健康營造。為使社區健康營造的技能與經驗能透過分享與學習，使社區更有能力建構健康社區，行政院衛生署國民健康局有需要建構“點—線—面”的健康社區聯盟(Coalition for Healthy communities)，將所有的社區健康營造中心連合起來，使中央、縣市、及基層政府的衛生行政與實務推動能成為網絡（network）。（二）提供社區健康營造之人才、技術資源（resource）不論是何種層級的政府皆需要人才及技術支援，在中央政府需有社區健康營造的政策與全國性策略制定的專家支援；在縣市政府需有當地大院校的學者協助縣市級策略的制定，同時縣市衛生局在實務推動上，也可藉由學校豐富的教學資源提出協助，如邀集學者成立縣市政府推動委員會，制定縣市的推動優先順序。社區健康營造中心在各個社區推動健康促進行為方案時，極需當地的學者進行社區工作，包括：社區健康評估、辦理社區健康營造活動等。故國民健康局在政策推動時，需面面俱顧各層級政府社區健康營造人力的養成；配合我國行政體系，可由國民健康局規劃核心式兼多層次的人才培訓計畫。由國民健康局邀請專家學者建立核心技術支援小組，並和國際上推動社區健康營造卓有成效的專家作技術合作，培訓成我國的社區健康營造技術核心；並由此核心小組，認養及培訓各縣市的實務推動支援小組，藉此人力及技術支援團隊協助各社區健康營造中心之工作推動。（三）建立社區健康營造資訊系統（information system）二十一世紀是公民社會（civil society）的時代，在社會的改變為公眾事務的決策制定由菁英領導變革為尊重民意。但大眾在未有充份的知能處理社區的事務之前，必須先提供相關價值及觀念澄清。行政部門和專業團隊的主要挑戰是去找出和住民共同思考與行動的方法，故而必須以學習型社會的精神去推動。專業導入社區時必須找到和民眾的「共同基礎」，以參與式方式，提供機會讓意見衝突的人共同思維、共同學習，用不同的詞彙來界定問題，使討論具象

化，並且找到共同有效的行動以共創未來的願景。傳播健康訊息給民眾之目的為：告知健康訊息與培養民眾良好健康觀念。傳播健康訊息的管道，包括：社區媒體與大眾傳播媒體（報紙、雜誌、電視、廣播）、網路、人際傳播、布告張貼、傳單、布條、立牌、社區廣播系統、口頭傳播（演講座談或各式聚會等）。（四）提供機會使民眾能自主決策（decision making）國民健康局以公開徵求企劃案方式辦理各種社區健康營造方案。其甄選作業之評分，強調社區民眾的參與及自主評估、擇定優先順利、擬定工作計畫等能力，可由以下的評分表看到民眾自主決策的機會。1.執行計畫之能力 10% 2.社區環境與健康問題的自我分析 10% 3.推動計畫之目標、內容具有創意性及可行性 10% 4.社區民眾之共識凝聚及參與規劃 20% 5.計畫執行對健康促進的影響 30% 6.具有永續之構想、機制及維護 15% 7.經費編列之合理性及有編列配合款 5%

三、職場健康促進（一）職業衛生保健執行現況我國在職業衛生保健之工作，包括：建立職業傷病通報系統及線上作業以監測國內職業傷病之發生情形，並委託職業醫學相關學會發展特殊危害作業之健康檢查資訊。為提高國內職業醫學診治品質，委託職業醫學領域相關學會訂定診斷書內容及準則、補助職業病專科醫師進行職場健康促進訪視，及建立醫師與職業衛生保健中心合作機制，並於各縣市公立醫院成立職業病專科門診。同時依六個健保分區，甄選醫療院所成立六家職業衛生保健中心，推動職業場所之預防保健，輔導中小型企業工作場所（公司或工廠）於場內自行推動職場健康促進工作，由各縣衛生局市於各工作場所加強宣導職場健康促進觀念，使員工意識到場健康之重要性。（二）推動職場健康促進的重要性一個國家的生存與成就端賴國家成功的經濟與企業發展，而和高效能的生產力習習相關，欲使員工具有生產力，其基礎為健康的身體。其對職場組織和其員工的收益如下表：對職場組織的收益 對員工的收益有良好的健康與安全計畫正向與照護的形象高的員工士氣低的員工流動率低的員工缺勤率高生產力較低的健康照護／保險成本較低的罰款和引起訴訟的風險 安全而健康的工作環境強化的員工自尊減輕的工作壓力提昇工作士氣增加工作滿意度增進健康保護的個人技能改善健康狀態更健康的家庭和社區（三）職場健康促進的定義職場健康促進是針對各種職場對健康決定因子的行動。這是促使職場掌控能力的增加，以及改善工作組織所有成員健康狀態的一個過程。而健康決定因子是多重的而且彼此之間有許多交互的作用，這些因子包括物理環境和衛生狀況、職場組織結構與工作文化、職工任務安排和個人作業方式等。以簡圖表示如下：（三）職場健康促進的要素 歐盟澳洲與加拿大等的職場健康促進都主張結合雇主、員工與社會共同致力於改善工作人群的健康與安好（health and wellness）；進而達到下列目標：一改善工作環境 一促進的積極參與 一改進工作組織與文化 一鼓勵員工個人健康技能發展（四）建立健康促進職場的步驟 一獲得職場主管（領導者）支持與承諾 一建立協調機制（如委員會） 一進行職場健康需求評估 一按需求訂定優先議題 一發展行動計畫 一執行計畫 一執行過程與結果評價 一檢討和修正計畫我國在全球化的趨勢下，我國外勞人數急速增加，到1999年2月已達27.2萬人，另有非法外勞2萬多人。這些外勞除受雇於服務業者（約20%）之外，大多聚集在一齊，他們的生理需求，健康行為與環境不但影響個人福祉，也影響公共健康。在推動職場健康促進時亦需將這群離鄉背景的外勞的身心健康需求考量進來。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

摘 要

世界衛生組織為健康所下的定義：「健康是身體、心理及社會的完全安寧」，而公共衛生之發展漸以社會生態學為思考方向，並認為健康應該是連結公共政策的社會改進計畫，提出新公共健康（New Public Health）概念。將生態環境、社會正義和睦及經濟發展都視為和健康有相關。世界衛生組織於1986年提出渥太華健康促進憲章（First International Conference on Health Promotion, Ottawa）。定義健康促進為：使人們能夠強化其掌控並增進自身健康的過程，人們在面對健康影響因子的處理不再以個人為出發點，解決之道需配合全面性的建置支持性健康環境，包括：物理、社會、經濟及政治性環境等四方面。社區健康營造工作強調社區參與及各種社區資源整合，故需對相關人員提供權能增長之機制，權能增長可四個面向來進行，包括：建立網絡（network）、人才技術資源（resource）、建立社區健康營造資訊系統（information system）、提供機會使民眾能自主決策（decision making）。結合地方自治之趨勢，配合衛生行政組織及功能再造，以及民眾對社區及個人健康的更多參與，台灣將可透過“點—線—面”的社區健康營造中心之網絡，而達成健康台灣的願景。

目 錄

研習目的	1
教學活動安排	1
教學活動安排，包括聽課、參觀訪問、參加會議及教授指導.....	1
壹、聽課.....	1
一、健康促進理念與應用	1
二、健康服務之研究	8
三、環境與健康、社區健康需求評估	10
(一)、健康、永續的社區	10
(二)健康的影響因子 (health deterrents)	12
(三)社區健康需求評估 (community health needs assessment)	13
貳、參觀訪問.....	15
一、澳洲昆士蘭州衛生處 (Queensland Health).....	15
(一) 昆士蘭州衛生處之組織	15
(二) 昆士蘭州衛生處公共衛生服務組	15
二、澳洲昆士蘭州羅根市政府 (Logan City Council).....	15
參、參加會議.....	17
澳大利亞環境衛生學會昆士蘭州第六十二屆年會.....	17
肆、教授指導.....	17
一、社區健康營造計畫推動現況	18
二、權能增長 (empowerment)	23
(一) 建立社區健康營造之網絡 (network)	24
(二) 提供社區健康營造之人才、技術資源 (resource)	24
(三) 建立社區健康營造資訊系統 (information system)	25
(四) 提供機會使民眾能自主決策 (decision making)	26
三、職場健康促進	26
(一) 職業衛生保健執行現況	26
(二) 推動職場健康促進的重要性	26
(三) 職場健康促進的要素	27
伍、心得與建議.....	28

研習目的

- 一、學習社區健康營造之原則與職場健康促進之實務推動
- 二、瞭解澳洲推動健康城市計畫之經驗

教學活動安排

教學活動安排，包括聽課、參觀訪問、參加會議及教授指導

壹、聽課

一、健康促進理念與應用

公共衛生的基本理念為經由有組織的社區行動，以預防疾病、延長壽命、增進健康與效率的一種藝術和科學。世界衛生組織為健康所下的定義：「健康是身體、心理及社會的完全安寧」，及其所揭櫫的「到公元二千年讓所有民眾享有健康」作為目標。十九世紀公共衛生問題為以環境保護，配合預防醫學及健康教育政策來保障人類的健康。於1960-1970年代，公共衛生的發展，出現行為流行病學，以個人生活行為為會影響其健康狀態而強調透過衛生教育以改善個人健康狀態。1974年，加拿大發表 Lalonde Report，強調生活方式及環境對健康之影響力；發現社會中存在著健康不平等；於是在1978年9月12日在 Alma-Ata 舉辦之基層健康照護國際研討會(The International Conference on Primary Health Care)，世界衛生組織於阿塔木圖宣言 (Alma-Ata)中強調，藉由落實基層保健醫療(Primary Health Care)來促進全體人類的健康，以達成全民均健目標 (Health for All) 的必要性。表達了世界各國政府、健康工作者、及社區保護並促進全球人民健康之行動需求，並發表了著名的 Alma-Ata 宣言。該宣言將會議結論歸納為以下 10 點：

- 1.重申「健康是人類的的基本權利」，獲致最高水準的健康是全世界共同追求之目標，其實現有賴於健康部門與其他如社會及經濟部門的合作。
- 2.人們的健康狀況存在著最基本的不平等，此種不平等的現象不論是在政治上、社會上及經濟上都不被接受的。
- 3.植基於新國際經濟次序的經濟和社會發展對達成全民健康，以及降低開發中國家與已開發國家之落差來說，極為重要。促進和保護人們的健康對維持經濟成長、社會發展、良好生活品質、及世界和平而言，也很重要。
- 4.人們有權利及責任去參與和其健康照護有關的計畫。
- 5.政府有責任提供適當的活動去促進人民的健康。政府為在公元

2000 年達到「全民健康」的目標，應將基層照護組織視為達成此目標的關鍵。

6. 基層健康照護是一必要的健康照護，奠基於實務、科學、和社會可接受的方法與技術。在社區中，對個人和家庭具有可近性，其基本精神是激發社區居民的自覺及自我信賴。

7. 提出七點基層健康照護的特質及應具備的功能。

8. 各國政府應制定國家的政策及行動計畫，將基層健康照護納入全國健康體系。

9. 所有的國家應本著互助及服務的精神共同合作，以確保基層健康照護可因任一國家之關注而惠及他國人民。

10. 經由充分並善加利用世界資源，可在公元 2000 年前達到全民健康之目標。

1980 年代以後，公共衛生便逐漸以社會生態學為思考方向，面對健康危險因子的處理不再以個人為出發點，並認為健康應該是連結公共政策的社會改進計畫，提出「新公共健康 (New Public Health)」概念。世界衛生組織於 1986 年 11 月 17 至 21 日，為期五天，提出 Ottawa 健康促進憲章 (First International Conference on Health Promotion)。定義健康促進被為使人們能夠強化其掌控並增進自身健康的過程 (Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health)。揭示社區健康促進工作的三大角色與五大行動綱領。健康促進工作的三大角色為：

1. 健康的倡導者 (advocator)：主張健康的重要性、
2. 民眾的使能者 (enable) 加強獲得健康相關的知識、技術、
3. 資源的媒介者 (mediator)：以跨越保健、醫療分野的健康位階，來推動健康。

健康促進的五大行動綱領：

1. 建立健康的公共政策 (Build healthy public policy)
2. 創造支持性的環境 (Create supportive environment)
3. 強化社區行動 (Strengthen community action)
4. 發展個人技巧 (Develop personal skills)
5. 重新定位健康服務 (Reorient health services)

1988 年在澳洲阿得雷得市，召開第二屆健康促進國際研討會，以「健康的公共政策」為大會主題。並提出 Adelaide 建言，首先重申 Alma-Ata 宣言是帶動全民健康運動的里程碑，並肯定渥太華憲章展現了

Alam-Ata 宣言之精神。重申渥太華健康促進憲章五大行動綱領，有相互依存的關係。其中，因第一項—建立健康的公共政策，其執行所塑造的環境，可促使其他四項也跟著實現。因此，健康的公共政策之主要目的是創造一個講求公平且具支持性的環境，使人人能夠過著健康的生活。有了健康的公共政策，將使人們較容易做出健康的決定。政府部門在制定農業、貿易、教育、工業、傳播等決策時，需要將健康視為必要因素並加以考量。至於考量的關鍵原則包括下列二點：

- 1.健康的價值：健康是人們的基本權利，也是社會的投資。政府需在健康的公共政策和健康促進上投資，以提昇全民的健康水準。社會正義的基本原則在於確保人們能夠過著健康而滿意的生活。所以，需要為經濟、社會、健康政策之連結而努力。

- 2.公平性、可近性與發展性：健康之不平等根植於社會的不平等，需要以政策力量來拉近弱勢與優勢團體之間健康的差距。人人有同等的機會獲得健康服務，是追求健康平等的必要方向。另外，新的健康不平等可能來自新興科技所引起之結構性改變，因此，已開發國家有責任確保所制定的政策，對開發中國家的健康有正面影響。

第三屆健康促進國際研討會，於 1991 年在瑞典薩斯維爾(Sundsvall) 舉行。大會以「為健康創造一個支持性的環境」為主題，共計 81 個國家參與。會中討論到：數以百萬計的人生活於極度貧窮且有害健康的環境中，使得「全民健康」的目標難以達成，故解決之道在於全面地改善環境。所謂「環境」包括：物理、社會、經濟及政治環境四方面。會中提出許多實例與方向，供政策制訂者、決策者及社區行動者參考。

Sundsvall 會議內容有以下重點：

1. 行動呼籲：此項呼籲是針對政策制訂者及決策者所提出，期能為健康、環境及社會正義共同努力。支持性的環境對健康非常重要，國內或國際間存在的健康不平等，需要以實際行動去達成健康方面的社會正義。

2. 為健康創造支持環境的行動面向，研討會中特別強調以下四個行動面向：

- 2.1.社會面向：包括會影響健康之社會規範、文化習俗及社會變遷。在許多社會中，傳統社會關係的改變，例如，社會疏離性增加、喪失生活目的、挑戰傳統價值及文化遺產等，會對健康造成負面影響。

- 2.2.政治面向：這需要政府保證決策是以民主參與方式達成的，並將責任與資源做均衡分配，同時承諾尊重人權與和平，並轉移用於軍

備擴張資源。

2.3.經濟面向：為達成全民健康和永續發展，資源的利用要再暢通，包括安全可靠的技術之轉移。

所有部門應善用婦女的技能與知識，為支持性的環境打下基石。例如：女性應與男性共同分擔工作；女性為主的社區組織在健康促進政策發展中能受到重視。

3. 行動方案

執行健康促進行動，有二項基本原則：

公平性—建立支持性環境應優先考量的要素，所有責任及資源之分配必須符合此原則

所有生物間相互依存關係—在處理所有的自然資源時，必須考慮下一代的需求，不容忽視所有生物間之相互依存關係。

4. 強化社會行動：四項公共衛生行動策略：

4.1 經由社區行動，尤其是婦女組織，加強倡導；

4.2 經由教育及增能策略，使社區及個人能夠掌控其本身之健康與環境；

4.3 為健康及支持性的環境建立聯盟，以強化合作關係；

4.4 調解社會中各種利益衝突，以確保每個人都能擁有支持其健康的環境。

5. 全球性的觀點

人類是地球生態體系的一部份，其健康與整體環境息息相關。如果態度和行為沒有徹底的改變，也不考慮環境保存的問題，人類及所有生物的生活品質是不可能維持的。從國際層次來看，國民平均所得不同導致的不平等，不僅影響人們維護其健康的可近性，也影響社會改善其環境與生活品質的能力。政治決策和工業發展，常奠基於短程的計畫及經濟利益，而忽略了對人們健康及環境的投資。國際間的借貸行為，也嚴重的耗竭貧窮國家的稀有資源。軍事費用的增加、戰爭及其所帶來的死亡及傷殘都成為新的生態野蠻行為。另外，勞力的剝削、有害物質的輸出及傾銷（尤其是弱勢國家）、對世界資源的浪費，在在顯示目前的發展方向出現了危機。因此，世界各國必須在和平共存的基礎上，去建立新的倫理及全球性的協定，促使地球上有限的資源，能公平地分配及使用。

6. 建立全球的共同責任

於 Sundsvall 建言中，再次呼籲健康、環境及人類發展的不

可分割性。任何發展都應考慮是否有益於健康及生活品質的增進，只有奠基於全球性的合作關係，才能確保地球的未來。

1997年首次在開發中國家，印尼的雅加達（Jakarta），召開並邀請民間組織參與的健康促進研討會。以「新世紀的新角色-引領健康促進邁入二十一世紀(New Players for a New Era -Leading Health Promotion into the 21th Century)」為大會主題。會中報告之主題包括：各國之健康促進經驗、重新檢視健康的決定因素、界定21世紀健康促進所面對之挑戰及因應策略。會後所發表的Jarkata建言提出21世紀健康促進之優先順序：

1.鼓勵健康的社會責任：決策者應堅定地承擔起社會責任。公立與私

立部門皆應追求有益健康的政策及行動，包括：避免傷害個人健康、保護環境以保資源之永續使用、限制有害物質及商品的生產及貿易（如菸品與軍備武器等）、不鼓勵有害健康的行銷行為、保護消費者和職場工作者、將健康衝擊評估視為政策發展的一部份。

2.增加對健康之投資：在許多國家，目前對健康的投資不但不適當，而且無效。增加對於健康之投資，需要多部門的合作，不論是在國內或國際間，對健康做較多的投資並重新分配現有的投資，對於人類發展、健康及生活品質的提升均有好處。另外，對健康之投資應重視特殊族群（如：婦女、小孩、老人、原住民、窮人等）的特殊需求。

3.鞏固並擴展為追求健康而建立的合作關係：健康促進需要各層級政

府與社會之間有密切的合作關係。現有的關係有必要再加強，同時應擴展新的合作關係。經由合作關係的建立，不僅分享彼此的專家、技能及資源；同時基於道德原則的相互瞭解與尊重。

4.增強社區能力並授權給個人：健康促進是由民眾自行完成或由專

家協助完成，而非由專家主導。健康促進在增進個人行動能力的同時，也增進了團體、組織及社區對於健康決定因素的影響力。為增進社區推動健康促進之能力，有賴教育計畫、領導者訓練及加強資源的可近性；在增強個人能力方面，則需要提供持續參與決策及增長知識與技術的機會，其達成需要靠傳統的傳播技術及新的資訊媒體來支持。

5.穩固健康促進之基石：不論在地區、國家或全球，都必須建立新的

機制，發展一些誘因去影響政府和非政府組織、教育機構及私人部門之動員。新的挑戰意指，建立嶄新而多元的網絡，以加強合作關係。經由相互合作所推動的健康促進經驗，可提供其他地區當作參考。所有的國家皆應發展適當的政治、法令、教育、社會及經濟之環境，以支持健康促進之發展。

於2000年，在Mexico召開第五次全球健康促進會議，強調Bridging the Equality Gap，社區中存在的健康不平等，仍需努力加強健康的公共政策投資。

民眾居住生活在社區之中，社區之定義為：是指一群人在一固定範圍內，互相關聯、依賴，行使社會功能，具生命共同體之關係。它意涵著「情感」（對社區的認同感）、「組織結構的」（包含了人群在特定時間與空間之關係）、「功能的」（滿足共同的需要）等三個層面（引自國民健康局，民89）。當社區可以自動自發去經營或締造與社區健康相關的一切活動與工作過程時，社區健康的目標將可以逐步達成。社區參與及其變遷模式，包括：

- 社區發展（community development）
- 社區組織的協作（community collaboration）
- 社區介入（community-based intervention）

在三種模式中可看到專業導入和社區自主的調整情形，如以下列簡表所示：

參與類型	決策者	社區類型	社區參與模式
社區主控	在地住民	在地的社區	社區發展
社區代表	雙方參與式	社會系統	社區組織的
	合作		協作
由外導入社區	外界專業人士	興趣團體網絡	社區介入

世界衛生組織委請學者 Hancock 及 Duhl(1986)對健康城市的定義：「健康城市是一個具有持續創造和改進城市中的物理與社會環境，並同時能強化及擴展社區資源，讓社區民眾彼此互動、相互支持，展現其生活中各項功能，並發展他們最大潛能的城市。」因此，健康城市是一種

持續的過程，而不是由結果來評量，也就是說，健康城市是指居民具有一定的共識，健康城市強調健康決策過程的重新建構，並將權力轉移至基層地方政府及社區，以減少民眾健康之不平等、加強社區行動、保護環境、及將健康意識置於都市政策議程中。

世界衛生組織健康城市計畫（WHO Healthy Cities Project）之媒介，各國各地之健康城市成立了「多城市行動計畫聯盟」（Multi-City Action Plans），來共同處理社區中常見的健康問題。目前最普遍的策略包括意外事件、酗酒、糖尿病、失能及老人問題、藥物、營養、禁菸、基層醫療與婦女健康議題等。

根據世界衛生組織提出營造健康城市可歸納為三階段的二十個步驟（Twenty steps for developing a healthy cities project, 1992）

（一）、開始期，源於城市中有心人士的發起，計劃對公共衛生問題來開發新的策略與方法，使城市的衛生改善而使市民受惠。發起人應將健康城市的觀念廣為傳播，讓更多民眾了解，進而將理念化為實際的計畫。有七個步驟：

1. 確立支持者俱樂部、
2. 理解健康都市的理念、
3. 熟知「都市」、
4. 尋找資金、
5. 決定組織的位階、
6. 準備提議書、
7. 獲得市議會的承認。

（二）、組織期，引進組織架構及管理機制來作為領導風格跨部門行動及社區的基礎。計畫所需的經費、資料都應在本階段有所著落。當整個計畫產生了足以支撐大局的領導小組及組織能力來作為公共衛生的倡導者有七個步驟：

8. 任命營運委員會、
9. 分析計畫所處環境、
10. 定義事業內容、
11. 設置營運計畫辦公室、
12. 制訂計畫戰略、
13. 釐清計畫範圍、
14. 確立責任制度。

(三)、推動期，工作項目則包括：增加公眾對健康的警覺、或社區認同行動策略、活化跨部會學門之行動、增強社區參與、鼓勵健康的改革措施、以及確保健康的公共政策。有六個步驟：

15. 提升健康意識、
16. 提出策略計畫、
17. 動員不同專業領域及合作、
18. 促進民眾參與、
19. 鼓勵創新、
20. 產生健康的公共政策。

目前健康城市計劃的成功經驗已快速傳播，遍佈於歐洲、美洲、非洲、中東、東南亞與太平洋等區域在推動健康城市計畫。

非洲地區 (N=30)*	美洲地區 (N=300)*	中東地區 (N=30)*	歐洲地區 (N=650)*	東南亞地區 (N=10)*	西太平洋地區 (N=30)*
Congo	Bolivia	Algeria	23 Countries	Bangladesh	Australia
Ghana	Brazil	Cyprus	35 WHO Project Cities	Nepal	China
Ivory Coast	Canada	Egypt		Thailand	Japan
Niger	Chile	Iran			Malaysia
Senegal	Colombia	Kuwait			New Zealand
South Africa	Costa Rica	Oman			Vietnam
Tanzania	Cuba	Pakistan			
	Mexico	Tunisia			
	United States				
	Venezuela				

二、健康服務之研究

研究方法分為兩類，量性（定量研究）和質性（定性研究）的方法。量性方法包括社會調查、實驗設計和對以前資料的分析，此法依賴可重

複操作的特性來說明研究結果是客觀的，以提供社會經驗的數量性和經驗性解釋。如社會調查能提供社區中失業者的百分比、平均收入等資料。量性方法是可靠的，但社會觀察並不都是數字化資料，質性方法可以得到更真實而深入的理解，此方法應用現象學的方法，研究者必要主觀的眼光去靈活的參與，它強調沒有預設的新發現及因新發現而修改研究計畫的可能性。

定量和定性方法互相補充，定量方法在研究社會結構因素上較好，而定性方法在探討社區文化之意義較重要。選用研究方法時需取決於要回答什麼問題及取得資料的技術。

量性和質性方法的對照

	量性（定量）	質性（定性）
主觀的認識	推理性、變項操作性定義	全面性、個人在社會環境中的地位變化
研究者的角色	客觀調查與測量	主觀的和被調查者互動
資料本質	定量、觀察不同變項間之作用	定性、描述人們相互的行為影響
理論	標準的、解釋不同變項間之因果關係	解釋性的、個人意義和社會、環境之互動
理論之實驗	可操控的	一致的、和其他人的觀察結果相似

2. 量性和質性方法的目的

量性（定量）	質性（定性）
描述普遍性的存在	對社會生活更深入的瞭解
回答”是什麼”的問題	回答”為什麼”的問題
局外人的看法	內部人員的觀點
遵照預定的方法操作、可外推、具人口代表性	可靈活運用、探索尚未知的訊息、樣本較少

三、環境與健康、社區健康需求評估

(一)、健康、永續的社區

世界衛生組織於1986年在加拿大渥太華 Ottawa 召開第一屆國際健康促進會議(First International Conference on Health Promotion)，於會中提出健康促進憲章，揭示社區健康促進工作除了傳統的衛生教育方式以外，更強調支持性環境對落實個人健康行為及習慣養重要性。

1988年世界衛生組織在澳洲阿得雷得市召開第二次健康促進國際會議，會中強調政府的公共政策會影響民眾健康，若公共政策能針對造成疾病的根本原因，並確保民眾健康生活所需的必要條件。如透過政策減少社會經濟的不平等，使人們能夠平等的取得生活物資及健康照顧服務。在不同層級的政府部門能夠致力於對增進健康的投資，多加考慮所訂政策對民眾健康的衝擊，以及對健康的責任。

1991年世界衛生組織在瑞典的薩斯維爾 (Sundsvall, Sweden) 召開第三次健康促進全球會議，會中強調需創造支持性的環境。地球上人類因戰爭衝突、人口高速成長、飲食不當、缺乏自我行動力、自然資源破壞等情境，嚴重地影響人類生存、健康及安好。全球八十一個國家呼籲建構物理、社會心理及政治的支持性環境、並強調環境的永續發展和社區行動。此次全球衛生行政重點之宣示，影響了1992年在里約熱內盧的地球宣言及二十一世紀議程，宣示了地球環境永續和人類健康的密不可分。也強調永續的社區需兼顧社會的和諧平等 (equity)、生態發展 (environment)、及經濟發展 (economy)。事隔十年後，於二〇〇二年於南非舉行「地球永續發展高峰會」，通過了為保護環境及協助全球二十億人擺脫貧窮擬出一份「執行計畫」。這份執行計畫包含為極貧窮人口提供用水、衛生下水道和電力，以及延緩地球喪失生物多樣性及漁場和森林耗竭的速度等綱領。具體目標包括：最遲在二〇一四年要使沒有乾淨用水及衛生下水道的二十四億人口減少一半，在二〇二〇年結束前使化學產品造成的損害減到最低，以及在二〇一五年結束前制止漁獲量下滑的趨勢。擬具之政策要點 包括：

地球暖化：

在俄羅斯、中共及加拿大等國相繼表示支持並準備批准旨在降低溫室氣體排放量、防止地球進一步暖化的「京都議定書」之後，澳洲

總理郝爾德今天也首度表示，該國可望有條件支持批准該條約。地球峰會執行計畫中表示，「地球氣候變化及其負面效應是全人類共同關心的課題」，唯計畫中有妥協的語氣，顯然是替美國保留顏面，表示已批准京都議定書的各國「強力敦促」尚未批准的國家，以「及時負責的態度」加以批准。俄羅斯等國同意批准京都議定書，意味溫室氣體產出大國數目已足以讓該國際條約生效；當初美國總統布希拒絕履行時，曾令京都議定書遭到重大打擊。

能源利用：

在歐盟讓步下，原先阻撓峰會達成最後宣言的首要難題，即再生能源，不再設定明確的達成目標。而改以呼籲各國「緊急致力於大量增加再生能源，供全球分享」。唯執行計畫中並未明定目標、再生能源百分比及達成日期。執行計畫中呼籲各國把補貼核能及火力發電的經費，轉移到鼓勵較潔淨能源，俾利其成長。數項有關能源的較小議題已達成合意，即：推動有效利用能源的科技、汽油中不加再鉛、生產原油時減少釋出天然氣並任其燃燒、在能源市場創造公平競爭環境，俾潔淨的能源能有競爭力。

水資源及公共衛生：

在二〇一五年之前，讓目前無法取得潔淨飲用水的人口減少一半，同時讓世人取得合宜的衛生條件。

生物多樣性：

二〇一〇年之前，致力保存物種，「大力減少」地球生物多樣性的流失。

經濟援助：

各國必須大幅提高開發援助，敦促富國「具體努力」提供全國所得的〇·七%來援助世界開發；該目標初定於一九七〇年，但目前只有五國達成。本項行動並未設定時程。

人權及政府管理方法：

高峰會宣言中強調打擊貪污，推動民主及法治，但不再把經濟援助與本項掛勾。

漁撈：

最晚到二〇一五年之前應把目前遭過度捕撈的魚類資源復元，「不拘地點緊急行動」。

化學品：

確保在二〇二〇年以前，製售使用化學品的方式，必須以對環境及人類健康傷害最小的方式進行，同時致力於完善管理化學廢棄物。

貿易：

重申富有國家有意願在「世界貿易組織」架構內，於二〇〇五年元月前大幅改善市場管道，讓第三世界糧食產品有通路可流通。

補貼：

重申富有國家有意在世界貿易組織展開談判，最後達成不再進行任何出口補貼，同時「大幅改善扭曲貿易的國內產品補助」。

(二) 健康的影響因子 (health deterrents)

近二十年來，先進國家在醫療保健的研究，漸漸能夠掌握人類主要致病及致死的危險因子。1974年，加拿大發表 Lalonde Report，強調生活方式及環境對健康之影響力；加拿大首先將這種理念統合於全國衛生策劃體系，將導致其國民致病及致死之諸項因素，歸納為四大類，並就四大因素，發展量化的評定方法，即：行為因素及不健康的生活型態佔 50%、環境引起的危害佔 20%、人體的生物因素佔 20%、醫療保健體系不健全佔 10%。而目前影響國人發生疾病的不良生活型態，主要有：飲食不均衡、缺乏運動、吸菸、嚼檳榔、未定期接受健康檢查等。而多重之健康影響因子，包括：

1. 個人：態度、知識、價值觀、信仰、收入、行為、生物遺傳
 2. 社會：文化標準，同儕壓力，風尚，教育，宗教，角色
模範，社會支持網路
 3. 環境：氣候，污染，房屋，交通，衛生，水，噪音，溫室效應
 4. 法律規章：安全法規，預防接種，禁菸，環保法政策，
領袖作風，參與機會
 5. 經費：保健費用，預防措施經費
 6. 保健服務：服務的效率、切合需求
- 而這些多重之健康影響因子之間又有相互作用：

<u>社會環境</u>	<u>行為風險因素</u>	<u>生物風險因素</u>	<u>臨床疾病</u>	<u>生病後果</u>
信念	飲食	中膽固醇	冠心病	康復
同儕影響	吸菸	血壓	中風	殘障
傳媒	運動	體重	糖尿病	死亡
社會網絡	壓力調適		癌症	
輿論導向	應變技能			
飲食習慣	社會支持			
食品銷售	飲酒			
吸菸政策				
健康服務				

(三) 社區健康需求評估 (community health needs assessment)

以社會體系的觀點，社區是一個獨立的結構，它包括人群及人群關係，具有活動能力和決策行為。從社會體系角度進行評估，需看到社區的空間和界限、社會結構、各部份之間的相互作用、和維持秩序的社會控制手段。

為了整體性的瞭解社區的問題及需求，Bradshaw 在 1972 年提出將社區需求評估分為四類的方法，分別為：

—標準的需求

指政府和專業人員在進行此社區的計畫時所提出的需求。

—感覺需求

為社區民眾所定義的需求，通常透過社會調查與開會而得到這方面的資料。

—表現的需求

由社區所呈現出來的需求，如民眾對某一醫護服務出現大量的需求，或透過觀察社區對某醫護服務之應用情形以瞭解其需求。

—比較性的需求

運用和其他相似人口組成的區域比較後所提出的需求。

在進行社區健康需求評估時，不僅是得到社區有何需求，更需要知道是該下了此結論和以何理由、運用何種需求分類、及以何種方式收集資料。由於社區健康需求評估係以發掘民眾的需求為出發點，其優點為：促進社區民眾的參與、可聽到來自基層的聲音、有多元化的收集資料方法、可得到更貼近民眾需求的訊息，而訂定更正確的策略，避免了錯誤策略所引發的浪費與民怨。在資料收集時需審慎選用方法，相關的

資料收集方法如下：

1. 現有之社區資料分析

收集既有之人口普查資料、人口統計資料、相關文獻資料，作進一步的內容分析可得到社區的概況輪廓。

2. 收集新資料

2.1 參與觀察

以客觀的態度參加社區的活動，而不加入觀察者的主觀意見，藉由一段時間的加入社區民眾之間，透過觀察而得到資料。

2.2 名義小組過程

為一結構性的提出解決問題的策略，人們在面對面的情境中，表達並綜合所有人的意見。與會的每一成員皆需寫出其意見於紙上，並列出來讓所有人對每一個意見進行討論，最後以無記名投票方式，確定所有考慮意見的優先順序。由於每位與會者都是平等的機會表達意見，故此法對形成共識，及作出有關的決策是很有幫助的。

2.3 德菲爾方法

德菲爾方法也是一群人的意見表達，但不需安排人們面對面，此法以一系列設計問卷來完成。問卷發出以收集資料時，需提供相關資料的介紹和從以前回答中得來的回饋資訊。其具體操作步驟為：首先設計一份問卷，再選擇一特定群體，郵寄此問卷給該群體的每一個人回答並寄回；研究者收回已作答之問卷，經統計後整理出回饋資料，連同第二次問卷，再次郵寄給同一群人；被調查者讀過回饋資料後，個別列出第二次問卷中的優先意見，再寄回給研究者；這作業過程會重複進行，直到研究者認為已對某一問題達成一致意見，最後的問卷結果報告，將寄給每個被調查者。此方法可用來確定社區健康問題、關切議題之優先順序、提出目標、設計策略及工作方案等。

2.4 社區論壇

透過開會邀請社區人士來發表他們對社區健康問題的意見與需求，是一種在短時間內快速得到大量民眾訊息的方法，有助於社區民眾對社區複雜問題的瞭解，並對下一步的發展更容易達成共識。社區論壇的方法經常與名義小組過程、訪問關鍵人士等方法結合使用，使取得之資料更加豐富。

2.5 焦點團體方法

為了得到不同群體對某特定問題的看法及意見，可針對不同群體辦理個別的會議。透過此方法可得到技術支援或不同的建議，及提高社區成員對新提議題的支持。

2.6 生活史

在社區中選擇幾個民眾，以生活史的方法來收集其生活經歷或個人歷史資料，或是家庭、團體或組織機構的歷史。透過生活史的方法可幫助研究者得到相關歷史、民俗、和社區以往的素材，並進一步瞭解社區民眾受這些歷史如何影響的個人觀點。

貳、參觀訪問

一、澳洲昆士蘭州衛生處 (Queensland Health)

(一) 昆士蘭州衛生處之組織

其組織結構，分為衛生服務組 (health service division) 及衛生政策與成果組 (policy and outcomes division)，此次參訪衛生服務組的公共衛生服務 (public health service)。

(二) 昆士蘭州衛生處公共衛生服務組

公共衛生服務組之組織結構為中央有十個部門、並在昆士蘭州的北、中、南設置服務網絡 (public health unit network)，將整個州分為三十九個區域來提供衛生服務，州衛生處的角色為保護健康、預防疾病傷害、及促進健康與安好 (health and wellness)。州衛生處的十個部門為：

- 菸、酒和其他藥物的防制
- 傳染病防制
- 環境衛生
- 政府醫政管理
- 口腔保健
- 藥政管理
- 公共衛生計畫與研究
- 特殊健康議題之服務
- 健康促進，健康促進部門掌管的業務，包括：國民營養、老人健康促進、健康行銷與溝通、青少年保健及學校衛生等。
- 婦女癌症防治

州衛生處除了行政管理工作，同時以政府經費邀集位於布里斯班的昆士蘭科技大學 (queensland university of technology)、格里菲斯大學 (griffith university)、昆士蘭大學 (university of queensland) 的教授們，成立公共衛生研究中心，協助州衛生處作人力培訓，以技術支援公共衛生人力的服務品質提供。

二、澳洲昆士蘭州羅根市政府 (Logan City Council)

澳洲昆士蘭州羅根市政府 (Logan City Council)的公共衛生六年計畫 (public health plan 2002-2007)

羅根市位於昆士蘭州的南方，在市政府內有一位公共衛生服務的承辦人，在行政管理上，此人員為歸屬市政府的公務人員；其公共衛生業務之推動，係接受昆士蘭州衛生處分區辦公室的輔導，此外，州衛生處也邀請格里菲斯大學 (Griffith university) 的學者，協助各市政府推動公共衛生業務相關的知能培訓，並由市政府、州衛生處及學者共同規劃羅根市的公共衛生計畫。

澳洲政府參用世界衛組織對「健康城市計畫」所訂，「健康城市計畫」應具有兩個標準，第一、取得市政府長官對推動健康城市計畫之承諾，第二、需和民眾共同建立該市的健康公共政策，其中需滿足 11 項品質：

1. 乾淨，安全，高品質的物理環境(包括住宅品質)
2. 一個穩定且能永續維持的生態系統
3. 一個強壯，相互支持且非剝削性的社區
4. 大眾對於影響其生命，健康和福祉之決策有高度的參與和掌控
5. 所有市民之基本需要(食物，水，居住，收入，安全，和就業)能獲得滿足
6. 擁有多元的接觸，互動和溝通的機會，得以擁有各式各樣的經驗和資源
7. 多元化，活潑與創新的城市經濟
8. 鼓勵與歷史，住民文化和生物遺產以及其他群體和個人的連結
9. 符合並能增強前述特質的外觀
10. 所有市民均得以使用有品質的公共衛生與疾病照護服務
11. 良好的健康狀態(高度的正向健康，低度的疾病)與生活型態

羅根市政府的健康公共政策共有六個重點：

- 主題一—計畫整體介紹
- 主題二—健康的生活型態 (health and lifestyle)
- 主題三—衛生服務的傳送 (health service delivery)
- 主題四—社區能力 (community capacity)
- 主題五—住得起且適當的住處 (affordable and appropriate housing)
- 主題六—計畫之執行、監督與檢討 (implementation, monitoring and

review)

參、參加會議

澳大利亞環境衛生學會昆士蘭州第六十二屆年會

會議名稱：澳大利亞環境衛生學會昆士蘭州第六十二屆年會

會議時間：91年9月16日至91年9月18日

會議地點：昆士蘭州黃金海岸市

開會內容：

報告昆士蘭州衛生處聯合澳洲各大學之專家學者，協助各市政府推動相關衛生服計畫之合作情形—如黃金海岸市以觀光為永續發展重點，其市政建設的重點為：

—海岸線的安全與美化

—海岸線觀光點規畫與生活便利性安排，如清潔與低廉的臨時公寓

—河道之美化與污水處理

—環境衛生，包括飲用水及食品衛生管理

—規劃與維護生態生活圈，同時極力保存生物物種之多樣性。

肆、教授指導

澳洲格里菲斯(Griffith)大學朱明若教授在澳洲、中國及越南等東南亞國家有多年推動職場健康促進經驗，並和其大學的教授團隊協助澳洲多個市政府推動健康城市計畫。在(Griffith)大學研習期間，朱教授就我國「推動社區健康營造計畫」之現況進行討論。

台灣社會經濟結構之改善與國人生活方式的改變，過去一些威脅國人健康及生命的傳染病，已幾乎完全加以控制，取而代之的是影響國人生活品質、增加社會負擔的慢性疾病及退化性疾病。從台灣地區民國九十年國人的十大死因來看，惡性腫瘤仍高居第一位，而腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、慢性肝病、慢性腎病、高血壓等分占第二、三、五、六、七、九位，慢性病即佔了七種。根據八十六年本署委託辦理完成之「國民營養健康狀況變遷調查」，發現四十五歲以上民眾罹患糖尿病、高血壓盛行率各為11%、43.1%，血膽固醇 $\geq 240\text{mg/dl}$ 的盛行率達22.8%，其中罹患糖尿病的發生更有逐年上升的趨勢，對國人的健康及社會的負擔影響甚巨。影響國人發生疾病的不良生活型態，主要有：飲食不均衡、缺乏運動、吸菸、嚼檳榔、未定期接受健康檢查等。要有效預防上述疾

病，有賴於教導民眾於日常生活中培養健康的生活型態。然而，維護民眾的健康不再僅止於提供健康的資訊，更應將健康的資訊融入日常生活中，為引導社區民眾產生自主、自助之力量，推動社區營造，並落實民眾衛生行為之養成，輔導縣市政府，能在其所轄鄉鎮市區建立民眾參與和學習的機制，結合社區中不同專業的力量，推動創新的活動與健康的公共政策，來共同營造健康的社區，以達到全民健康的目標。

一、社區健康營造計畫推動現況

我國於民國八十八年由行政院衛生署開始推動此計畫，其重點工作包括：

(一) 訂定並辦理邀集產、官、學界成立推動委員會，協助擬定該計畫之工作重點，並根據社區健康評估及死因資料分析結果，邀請產官學界成立專家小組，提出社區健康營造之建議議題，包括：健康體能、健康飲食、個人衛生、菸害防制、檳榔危害防制、安全用藥等六個議題，供社區參用。

(二) 採公開甄選企劃案方式，邀集民間團體、機構、及學校等自主提擬健康生活方案，如：健康飲食、規律運動、心理衛生、菸害及檳榔危害防制、參與疾病早期篩檢及事故傷害等。經初審、複審作業決定通過名單，再由衛生署挹注部份經費補助。八十八、八十九年之審查作業邀請專家學者成立推動委員會進行審查甄選；九十、九十一年為尊重縣市政府因應地方特色及當地健康需求，修改為由縣市政府衛生局負責審查工作。並訂定社區健康營造工作指引，說明社區健康營造工作要領及步驟供營造中心使用。至九十一年十二月底止，共補助 223 所社區健康營造中心，其承辦單位類別，包括醫療院所 65 所、衛生所及公部門機構 81 所、民間團體 59 所、及大專院校 18 所。

(三) 協助十七個縣市於其轄內擇一學校辦理學校健康營造計畫，其內容包括：規劃校園內外健康環境整治、推展綠化、美化通學步道、建立健康校園、營造校園學習及運動環境、建構健康的校園文化，營造安全無污染、暴力之學習環境。

(四) 辦理電視、廣播等大眾媒體宣導，建置專屬網頁及健康久久網站，建立傳遞健康生活資訊體系供民眾使用，以增進社區參與。

(五) 計畫開始推動同時，邀請產官學界成立專家小組，研印「要活就要動」、「健康新煮張」、「潔牙保健康」三本自學健康教材供民眾自學，發送給有意願執行健康行為之社區家戶，以提昇個人健康知識。

(六) 招募及培訓志工，使志工能執行健康促進行為，並能在社

區進行示範及推廣，同時透過分享、關懷及互助，帶動鄰里也能執行健康行為。

(七) 積極鼓勵社區民眾自主擬定社區健康計畫，並結合資源共同推動，如：宜蘭縣冬山鄉健康營造中心以社區老人心理健康為議題；南投縣仁愛鄉成立結核病短期直接觀察治法(DOTS)志工等。為支持社區健康營造之永續經營，以健康營造議題創造地方生產力，融入日常生活，如：養生餐盒及健康餐廳。並結合行政院其他部會之社區營造工作，如文化建設委員會之「心點子創意活動」計畫。

(八) 為增進民眾對健康之認識，於社區辦理預防保健服務，如：子宮頸抹片檢查及乳癌、高血壓、糖尿病篩檢等成人預防保健服務，幼兒接受兒童預防保健服務、檳榔嚼食者之定期接受口腔癌篩檢，對有健康問題的民眾予以轉介至醫療院所作進一步診斷治療。

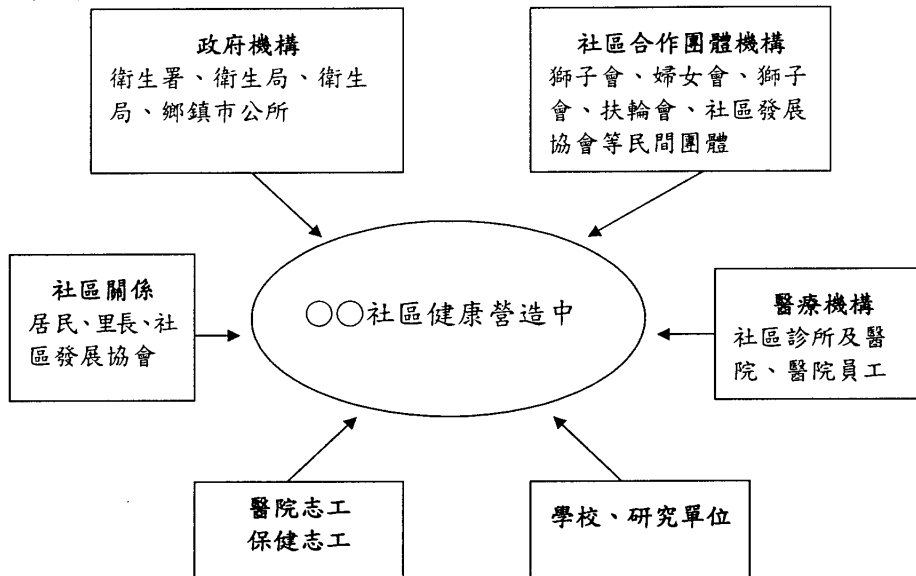
(九) 為調整衛生醫療機構及非政府組織之既有服務方向，衛生署推動委員會工作小組研發「社區健康營造中心自我評價指標」，供營造中心推動工作時之自我監測，及協助衛生局人員進行輔導工作，指標包括：

- 1、社區資源之組織運作情形。
- 2、志工執行健康行為及參與社區健康營造之推動情形。
- 3、社區健康營造策略之規劃及辦理活動情形。
- 4、社區健康營造中心之永續經營。
- 5、社區健康營造中心之優、缺點。

(十) 邀請專家學者對本計畫之政策制定及推動成果進行檢討並修改，採分層負責方式，由衛生局邀集學者輔導並與社區健康營造中心以夥伴關係共同推動工作，並委託由專家學者進行觀察民眾參與社區健康營造的監測系統。

以參與式觀察方式，定期觀察某一所醫院型態承辦之社區健康營造中心推動工作情形。其操作方式為依循行政院衛生署所訂定之社區健康營造工作指引，並進行社區資源整合，如下圖，

(一) 社區健康營造中心之組織發展



該醫院自民國八十九年和衛生署簽約，承辦某鎮社區健康營造計畫，規劃初期由醫院副院長主持督導，除了企劃課一名管理師主辦，同時加入健康教室專科護理師一名、社工課副課長一名、及社區健康室護理長一名共四人成立工作核心小組，共同推動工作。工作核心小組擬成立社區健康營造推動委員會，以增進社區參與。核心小組於開始二個月時間利用夜間或週末假日進行社區拜訪，包括台北縣議員、里長、大樓管理委員會委員、社區發展協會理事長、學校校長及機關、社團等人士，並邀請社區人社區健康營造工作說明會，於會中說明擬成立健康營造推動委員會，推動委員會成員初步決定包括：該醫院院長、副院長、各層級民意代表，當地衛生所主任及里長等參加會議。

(二) 志工之成立、培訓及功能

該醫院和衛生署簽訂社區健康營造合約後，指派院內四位工作人員組成的核心小組負責推動工作。由於工作推動亟需人力，故核心小組規劃經由志工人員的召募及培訓來協助工作。奠基於該醫院既有的志工組織，包括辦理居家護理的社區健康室志工、辦理院內團體衛教的健康教室志工、及社工課志工，工作核心小組又透過拜訪社區內各民間組織團體，包括社區發展協會、大樓管理委員會聯各會

員代表、文化及文教團體、基金會等，從這些團體中招募新加入社區健康營造志工行列。

保健志工成軍後，經由志工月會全體志工開會決議，定名為社區健康營造保健志工隊。志工隊成立過程可分為三個階段：即宣導並招募期、培訓期及服務期。

宣導並招募期：

配合醫院或健康營造中心辦理之大型社區活動、利用醫院定時定點社區量血壓服務站、聯繫社區安排健康講座、當地有線電視宣傳、配合醫訊刊物、報紙之活動新刊登、參加在地有線電視之帶狀討論性節目等，激起社區民眾對促進健康社區之興趣，並邀請民眾加入志工。

培訓期：

進行社區健康營造志工培訓，安排正式的開訓與結訓，頒發結業證書等公開儀式，凝聚志工對社區健康營造中心之共識及向心力。培訓社區健康營造志工之課程，包括：

1. 社區保健志工服務說明
2. 志願服務倫理
3. 人際關係與溝通技巧
4. 如何預防運動傷害
5. 牙齒與健康的對話
6. 如何運動才健康
7. 潔牙---健康 DIY 萬用招
8. 健康新煮張及均衡飲食

服務期：

保健志工為協助營造中心之推動健康社區工作，依營造中心推動事務之性質成立四組，分別為 1. 行政組、2. 公益聯繫組、3. 活動推廣組及 4. 健康教學組共，並由志工在培訓期間由依其個人志願圈選欲參加之組別。

於志工結訓典禮時，由全體志工選出行政組、公益聯絡組、活動推廣組及健康教學組組長，及大隊長；並透過開會討論，決議日

後保健志工隊之運作情形，包括：

1. 配合社區健康營造之大型社區活動，由志工協助發放自助式健康教材，及協助民眾填寫健康行為執行追蹤表。並規範志工隊和營造中心之合作方式，志工隊幹部與營造中心工作核心小組積極規劃未來計劃，運用 2 次會議時間，決定營造中心現階段重點，包括會中除初步訂定志工隊組織與服務內容之外，並溝通協調未來志工隊和營造中心及醫院間的互動關係，同時規劃未來志工隊的運作。並決議辦理志工月會，共完成建立志工人事資料及志工守則、該醫院配合辦理之志工福利措施、規劃行事歷資料、志工成長課程、及各分組之工作分配。
2. 研擬志工守則及培訓方式。重點包括志工報名滿 30 位即召開培訓課程。但希望在培訓前，新志工能由活動中獲得社區健康營造的觀念與經驗，鼓勵舊志工以經驗傳承的方式帶領新志工。針對舊志工設計成課程，並要求志工每年需完成 12 小時的成長課程，登錄於「志工學習卡」作為未來獎勵之參考依據。並配合未來社區保健站的設置，除一般培訓課程外另要求保健志工接受醫院高血壓及血糖志工培訓，規範為必修成長課程，期能成為「全方位」的保健志工，能於社區保健站為民眾量血壓血糖及作異常轉介服務，使民眾健康問題及早發現及處理。
3. 討論該醫院對社區健康營造志工之相關福利提供、志工培訓課程及未來志工參與營造中心辦理活動之方式

(三)、社區健康營造中心之活動辦理情形

大型社區活動：

配合節日及社區內重大事件辦理活動，如：元旦萬人登山健行活動、辦理園遊會之健康攤位，提供：1. 要活就要動—肺功能檢測 2. 健康新煮張—體脂肪檢測及營養諮詢、3. 婦女癌病篩檢及三合一抽血篩檢保健站。

配合婦幼節在該醫院之媽媽寶貝健康園遊會，宣導社區健康營造中心並招募志工。

定時社區設站及機動安排健康講座：

配合該醫院現有之定時定點在社區設站幫民眾量血壓，擴大舉辦社區健康講座，並由保健志工宣導社區健康營造之理念，配合傳播相關的整體社區健康營造活動時間，以一對一方式鼓勵民眾參加健康營造活

動。另由保健志工之公益聯繫組聯繫有意願健康講座的社區，由醫院工作核心小組及活動推廣組志工協助活動及健康講座之規劃，對象包括各里里長或大樓管理委員會委員代表。

辦理健康行銷：

1. 運用社區有線電視宣傳社區健康營造活動。
2. 運用該醫院現有媒體關係登載活動新聞。如八十九年三月四日之營造中心揭牌典禮時，在該醫院辦理的健康營造活動共有七家報紙登載出來，當地有線電視也作相關報導。
3. 參加有線電視之「市政論壇」討論性節目，邀請地方人士參與討論社區健康營造主題。
4. 營造中心開始推動工作時，即於該醫院之刊物刊登社區健康營造活動之消息，並邀請相關專業人士協助和健康促進有關之文章撰寫。

社區資源之協同合作：

協同辦理各種社區健康營造活動的社區資源，包括：

1. 該醫院：提供相關的人力協助，包括：社工師、家醫科醫師、復健科醫師、牙科醫師、居家護理護理師、營養組組長等協助志工的培訓課程授課、活動時各項檢驗服務及各種健康講座。
2. 當地農會：家政班協助有關健康飲食之烹飪。
3. 村里辦公室及大樓管理委員會聯合會：協助安排社區健康講座。
4. 衛生所：協助辦理子宮頸抹片檢查、乳癌篩檢及血液檢驗等。
5. 大學公共衛生學系參與建教合作。
6. 縣體育會協助體能篩檢活動的技術及器材。
7. 醫材廠商協助體脂肪檢測的技術及器材。

二、權能增長 (empowerment)

社區健康營造工作強調社區參與及各種社區資源整合，故需對相關人員提供權能增長，權能增長可四個方向來進行，包括：建立網絡 (network)、人才技術資源 (resource)、建立社區健康營造資訊系統 (information system)、提供機會使民眾能自主決策 (decision making)，其簡單圖示如下：

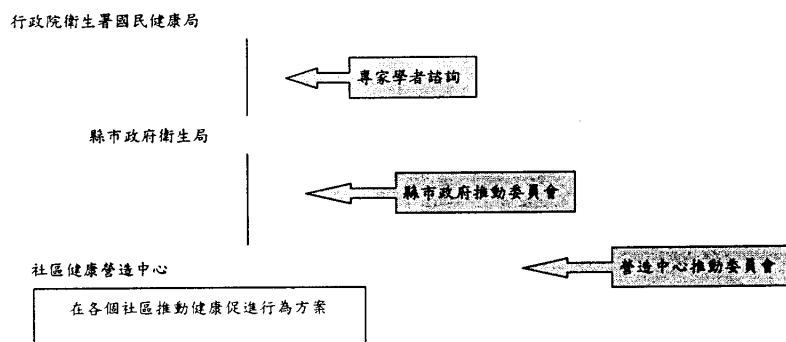


1) 建立社區健康營造之網絡 (network)

我國在民國八十八年，應用健康促進之原則，並參考 1986 年渥太華健康促進行動綱領，開始推動社區健康營造計畫，至九十一年十二月，在 223 個鄉鎮市推動健康營造工作，在社區中可看到民眾主動參與促進行為的推動，並於民國九十一年納入「挑戰 2008 國家發展重點計畫—健康生活社區化計畫」，希望全國每個鄉鎮市區皆能自主推動健康營造。

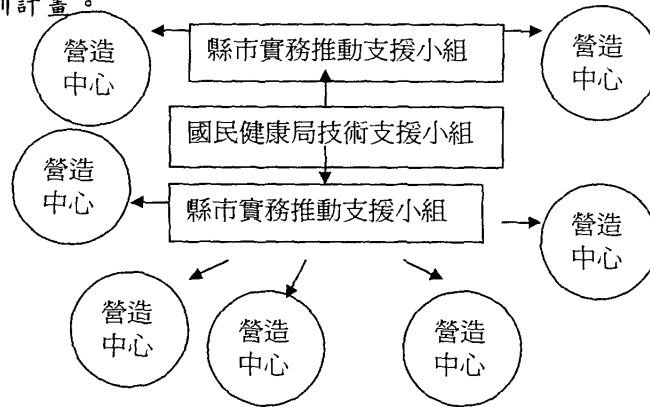
為使社區健康營造的技能與經驗能透過分享與學習，使社區更有力建構健康社區，行政院衛生署國民健康局有需要建構“點—線—”的健康社區聯盟(Coalition for Healthy communities)，將所有的社區健康營造中心連合起來，使中央、縣市、及基層政府的衛生行政與業務推動能成為網絡 (network)。

2) 提供社區健康營造之人才、技術資源 (resource)



不論是何種層級的政府皆需要人才及技術支援，在中央政府需有區健康營造的政策與全國性策略制定的專家支援；在縣市政府需有地大院校的學者協助縣市級策略的制定，同時縣市衛生局在實務推上，也可藉由學校豐富的教學資源提出協助，如邀集學者成立縣市政府推動委員會，制定縣市的推動優先順序。

社區健康營造中心在各個社區推動健康促進行為方案時，極需當地學者進行社區工作，包括：社區健康評估、辦理社區健康營造活動。故國民健康局在政策推動時，需面面俱顧各層級政府社區健康營人力的養成；配合我國行政體系，可由國民健康局規劃核心式兼多次的人才培訓計畫。



由國民健康局邀請專家學者建立核心技術支援小組，並和國際上推動社區健康營造卓有成效的專家作技術合作，培訓成我國的社區健康營造技術核心；並由此核心小組，認養及培訓各縣市的實務推動支援小組，藉此人力及技術支援團隊協助各社區健康營造中心之工作推動。

三) 建立社區健康營造資訊系統 (information system)

二十一世紀是公民社會 (civil society) 的時代，在社會的改變為公眾事務的決策制定由菁英領導變革為尊重民意。但大眾在未有充份的知能處理社區的事務之前，必須先提供相關價值及觀念澄清。行政部門和專業團隊的主要挑戰是去找出和住民共同思考與行動的方法，故而必須以學習型社會的精神去推動。專業導入社區時必須找到和民眾的「共同基礎」，以參與式方式，提供機會讓意見衝突的人共同思維、共同學習，用不同的詞彙來界定問題，使討論具象化，並且找到共同有效的行動以共創未來的願景。

傳播健康訊息給民眾之目的為：告知健康訊息與培養民眾良好健康觀念。傳播健康訊息的管道，包括：社區媒體與大眾傳播媒體（報紙、雜誌、電視、廣播）、網路、人際傳播、布告張貼、傳單、布條、立牌、社區廣播系統、口頭傳播（演講座談或各式聚會等）。

（四）提供機會使民眾能自主決策（decision making）

國民健康局以公開徵求企劃案方式辦理各種社區健康營造方案。其甄選作業之評分，強調社區民眾的參與及自主評估、擇定優先順利、擬定工作計畫等能力，可由以下的評分表看到民眾自主決策的機會。

- | | |
|----------------------------|-----|
| 1. 執行計畫之能力 | 10% |
| 2. 社區環境與健康問題的自我分析 | 10% |
| 3. 推動計畫之目標、內容具有創意性及
可行性 | 10% |
| 4. 社區民眾之共識凝聚及參與規劃 | 20% |
| 5. 計畫執行對健康促進的影響 | 30% |
| 6. 具有永續之構想、機制及維護 | 15% |
| 7. 經費編列之合理性及有編列配合款 | 5% |

三、職場健康促進

（一）職業衛生保健執行現況

我國在職業衛生保健之工作，包括：建立職業傷病通報系統及線上作業以監測國內職業傷病之發生情形，並委託職業醫學相關學會發展特殊危害作業之健康檢查資訊。為提高國內職業醫學診治品質，委託職業醫學領域相關學會訂定診斷書內容及準則、補助職業病專科醫師進行職場健康促進訪視，及建立醫師與職業衛生保健中心合作機制，並於各縣市公立醫院成立職業病專科門診。同時依六個健保分區，甄選醫療院所成立六家職業衛生保健中心，推動職業場所之預防保健，輔導中小型企業工作場所（公司或工廠）於場內自行推動職場健康促進工作，由各縣衛生局市於各工作場所加強宣導職場健康促進觀念，使員工意識到場健康之重要性。

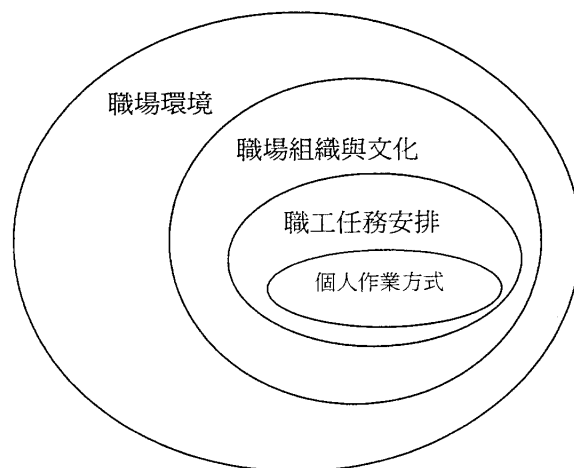
（二）推動職場健康促進的重要性

一個國家的生存與成就端賴國家成功的經濟與企業發展，而和高效能的生產力習習相關，欲使員工具有生產力，其基礎為健康的身體。其對職場組織和其員工的收益如下表：

對職場組織的收益	對員工的收益
有良好的健康與安全計畫 正向與照護的形象 高的員工士氣 低的員工流動率 低的員工缺勤率 高生產力 較低的健康照護／保險成本 較低的罰款和引起訴訟的風	安全而健康的工作環境 強化的員工自尊 減輕的工作壓力 提昇工作士氣 增加工作滿意度 增進健康保護的個人技能 改善健康狀態 更健康的家庭和社區

(三) 職場健康促進的定義

職場健康促進是針對各種職場對健康決定因子的行動。這是促使員工掌控能力的增加，以及改善工作組織所有成員健康狀態的一個過程。而健康決定因子是多重的而且彼此之間有許多交互的作用，這些包括物理環境和衛生狀況、職場組織結構與工作文化、職工任務和個人作業方式等。以簡圖表示如下：



) 職場健康促進的要素

歐盟澳洲與加拿大等的職場健康促進都主張結合雇主、員工與社會共同致力於改善工作人群的健康與安好 (health and wellness)；進而達到下列目標：

- 改善工作環境
- 促進的積極參與
- 改進工作組織與文化
- 鼓勵員工個人健康技能發展
- (四) 建立健康促進職場的步驟
- 獲得職場主管 (領導者) 支持與承諾
- 建立協調機制 (如委員會)
- 進行職場健康需求評估
- 按需求訂定優先議題
- 發展行動計畫
- 執行計畫
- 執行過程與結果評價
- 檢討和修正計畫

我國在全球化的趨勢下，我國外勞人數急速增加，到 1999 年 2 月已達 27.2 萬人，另有非法外勞 2 萬多人。這些外勞除受雇於服務業者 (約 20%) 之外，大多聚集在一齊，他們的生理需求，健康行為與環境不但影響個人福祉，也影響公共健康。在推動職場健康促進時亦需將這群離鄉背景的外勞的身心健康需求考量進來。

伍、心得與建議

健康促進之過程為：使人們能夠強化個人掌控並增進自身健康的過程，人們在面對健康影響因子的處理不再以個人為出發點，解決之道需配合全面性的建置支持性健康環境。此次能夠得到政府公費補助，師從澳洲格里菲斯大學朱明若教授，研習如何激勵社區參與及民眾自主，其中對權能增長之操作，能更明確的以四個面向來進行，包括：建立網絡、人才技術資源、建立資訊系統、及提供機會使民眾能自主決策。本人承辦社區健康營造計畫，將積極運用所學於實務推動中。同時也將引介同仁多研讀澳洲、歐盟及其他國家之社區健康營造經驗，使我國之推動經驗得以與國際接軌。