

健康促進的意涵與重要性

鑑於慢性病之罹病率及盛行率日益升高，急性傳染病之發生及流行令人措手不及，二者所危及到的健康狀況、生活品質、國家經濟及社會秩序可謂不小。唯有透過促進個人的健康狀況方可延緩此一情況之惡化(李，2000)。健康之促進及維護並非一蹴可及，必須是終年累月且持續不斷，在經過一段的長時間之後，方可看到成效。由於要達到健康促進成效的期間較為冗長，且個人常易中途放棄，因此雖已從各項文獻體認到健康促進的重要性，卻常是難以竟功，也因此讓許多學者興起探討影響健康促進之重要因素的相關研究及理論模式。

大家較熟悉的是 Pender 的「健康促進模式」，在她的早期學理中，「個人因素」，特別是自我效能，在個人執行健康促進行為時，扮演著舉足輕重的角色。國內外眾多學者也都證實自我效能為影響個人健康促進生活型態的重要因子(張彩秀、黃乾全，2002；邱啟潤、柯任桂，2000；Ratner Johndon, Jellery, 1998)。自我效能指的是依個人自我評估可達成某目標或完成某事件的能力或信心(蔣立琦、郭雅雯、林綽娟，2003)。

在此模式的假說之下，個體之行為受到個人認知影響甚大，因而影響個人有無把握或能力完成某一活動，即為「自我效能」的重要概念。對於認知學派而言，強調透過不斷地教育及資訊傳播，藉此來提昇其自我效能，進而矯正不利健康的行為，以達健康促進目的。雖社會行為科學家提出，知識、態度和行為是三個互為影響的因素；知識的增加會影響態度的改變，態度的改善會導致價值觀及行為的改變，其中知識的改變是短期可以測知的；態度的轉變則需較長的時間；而行為則耗時最久，然而根據實際社區的健康計劃推行過程來看，這一個連續性關係已被質疑(武茂玲，1999)。

在她的研究中發現，影響社區老人採行健康檢查行為之相關因素中，以社區因素，其包括與社區關係的互動、利用社區服務的情形及對社區團體的信任顯著地影響社區老人之健康檢查行為。對於健康信念模式、理性行為模式或 Anderson 求醫行為等理論一直強調的個人因素，包括人口特性、知識及態度，反而對社區老人之健康檢查行為，缺乏統計上顯著的影響(伍茂玲，1999)。

因此個人的認知及態度未必是決定行為的必要因素，尤其對於健康促進相關行為而言，行為的改變絕非一時的，必須是長期且持續性，方可看見成效。

環境決定論的相關學說之有別於認知論者，認為個體之行為深受環境影響，因此運用情境及條件的控制，來影響個體行為發生改變。

健康城市及社區之營造過程中，所秉以行動的理念主要是渥太華宣言(Ottawa Charter)之有關健康促進的五大行動綱領：發展健康公共政策、創造支持性環境、強調個人技能、重整健康服務、強化社區動力，營造一個正向且支持的環境，以利健康促進行為的持續及達成，因此如何透過營造環境來改變個體行

為成了健康城市/社區的重要策略。

社區資源應用對於健康促進的重要性

「健康促進」是健康城市/社區營造的重要概念及行動依據，而由健康城市/社區的定義：「持續地創造並增進城市之物理及社會環境，強化社區資源之連結，使得居住在其間的民眾得以互相合作，實行其日常生活功能，並得以發揮最大潛能」(WHO, 1986)，可見得結合社區資源是達到健康促進重要的策略，同時亦可用來作為評值其成效的指標之一。

社區中存在著各式各樣不同種類的資源，學者對資源作了一個好的詮釋：「包括各種可使用的人力、物力、財力、設施、場所及設備」(……)。

比較起來，人力資源是最容易獲取卻也是最難以掌控及持續有恆的。由於營造健康城市/社區強調強化社區的行動力，個人維護健康的技能及民眾共同參與，因此台灣在民國八十八年底由行政院衛生署，藉由正式性行政資源，開始將社區健康營造工作推展之時，及以明令將培訓社區保健志工當作重要的成果指標之一。國內學者也以證實結合醫院志工、社區媽媽教室、學校愛心媽媽及社區領袖等之重要團體，確可協助推動健康活動，進而促進民眾健康(李，1997；呂，1999；莊，2001)。

根據呂(1999)，保健志工在參與社區健康活動之後，其本身健康行為獲得改善，特別是飲食、運動及個人保健方面。因此發展社區保健志工此一社區中現存的人力資源，除了可協助保健計劃的推展，使其具持續性，亦可影響其本身、家人及親朋好友的健康知識、態度及行為，進而擁有良好的生活型態，而促進健康了。

但是有別於社區中其他類型的資源，例如物力、設施、場所及財力，人力資源除了可作為協助專業人員推行健康活動之主要助力之外，更重要的是他們在經過不斷地培訓及共同參與在健康促進計劃的推展過程之中，能力、自信心及對於促進社區健康的使命感逐漸地增強。而這必須要以「充能」(empowerment)概念為一切的中心，方可達成，包括以充能概念來看個人健康、健康促進計劃的推展及評值。

充能式健康概念

多位學者皆對「健康」下過不同的定義及提出不同的概念；一直以來以醫療模式認為健康就是「沒有疾病」，於是健康與生病是二個分別存在的狀況(圖一)。後又認為健康與疾病應為一連續性過程(圖二)；直到心理及精神學家認為的健康應包括心智及心靈(圖三)；社會學家又提出社會因素對於健康的重要性(圖四)。

世界衛生組織對於健康的解釋又延伸到個人的經濟活動能力：「影響個人生理、心理社會及經濟的因素」(圖五)。這些對健康不同定義的演變，可以發現到一個事實，即個人愈來愈無法憑自己的個人努力或增強掌控力，來維護或促進健康。

個人都有維護及促進健康的想法、欲求及動機，然而其所表現出來的生活方式及行為卻常未必是合乎「健康」的。影響健康行為的表現深受其所處之大環境之中的文化、價值觀及社會風俗習慣所影響，然而也受到醫療保健資源的充足性、便利性、合適性、接受性及可近性所影響。個人的經濟能力、教育程度及認知、態度等的形成，除了與大環境之中的政治、經濟及各種體制健全情形有關之外，也常受到個人的社會網絡，包括：家人、親朋好友、左鄰右舍及各種專業人員的關心、支持與鼓勵所左右。於是一個正向且積極的健康促進乃是運用充能的概念及策略，儘量去除或降低環境中不利個人採行健康行為的阻力，另一方面則積極地增強會影響及促進個人健康行為的助力。

Pender 近來的健康促進模式提出宜增強個人所處的環境因素來促進其健康行為(王瑞霞及陳彰惠, 2003)。有效地運用及擴張人際網絡之社區資源可以強化個人的支持力量及個人能力，並進一步的影響其家庭、組織及社區，彼此的關係是互為影響且互動循環的。因此運用充能策略來增強個人的健康促進行為可視為個人轉化(transformation)的一個循環性過程，其最終目標在使得個人真正地達到生理、心理、社會及心靈均衡、安適的狀態。對於社區而言，亦是一個不斷地正向性變化社區的過程，使其成為一個健康、有活力且富生機的社區；其具備有積極主動尋求資源、解決問題的能力及動力、並充滿著互相支持及正向積極的能量。任何政策的決定、規範、經費撥注及各項資源之分佈，皆以民眾的需求為中心，民眾具備決定的能力及權力，而不是為了計劃而計劃，為了核銷經費而舉辦活動，為了呈現績效而過於強調數字的呈現，使得民眾成了被動的「參加者」、「消費者」及「使用者」，而非「決定者」。

民眾能力的提升及意識的覺醒，如同健康促進之融入生活般，是不容易且必須持續且堅定的，清楚目標何在，尋求更多的同道支持，且耗時曠日的。它是一個繼續不懈的過程，任何成效及挫折都是在轉化社區(transforming community)的一些助力/阻力，其目的在於不斷地累積向目標前進的能量，社區的能力因而與日俱增。因此光憑藉專業人員的單獨努力，不可能獨立達成與紮根持續，必須與社區成為夥伴關係(community as partner)，建立共識(consensus)及遠見(visions)，也必須與其他專業共同合作(multidisciplinary)，以集結更多的資源及能量。

以下以三芝鄉某一村之「運動保健團隊」形成的過程，來分享健康促進計劃在社區中推展的阻力/助力及策略的運用情形。

健康促進資源實例介紹—以三芝鄉某「運動保健團隊」為例

台北縣三芝鄉 XX 村為一臨海之農林社區，村內土地面積共……平方公里，全村人口為……人，65 歲以上之老年人口佔全村人口之 12.77%，由於當地謀生不易，高等教育資源亦不普及，年輕及中年人口多半在外地就學、就職，只在星期假日返回探望，因此社區中多半可見老年父母親照顧年幼孫子女的畫面。近年

來，隨著外籍新娘的普遍性，村中亦可偶見年輕母親的身影。

雖然村中老年人多會種植一些農作，例如：稻米、筊白筍、地瓜、蔬菜、西瓜、山藥等等，但其主要經濟來源仍以家中在外地工作的子女為主，村中之交通甚不便利，無公共汽車，騎乘機車到鄉中的主要中心處購物、就醫或就學約需三至十五分鐘，步行則需四十五分鐘左右，再加上地形區坡陡起伏，騎乘機車常會有意外發生，更何況對於老年人而言，更增加危險性，導致他們的社交圈子及使用資源，只能以所居之住為主，大大地降低其外出機會。村中唯一的正式性聚會場所—活動中心，村民形容「猶如廢墟」。社區中最普遍的消遣活動為玩四色牌、麻將及骰子，輸贏以金錢為賭注。該消遣活動三五成群，採坐姿或蹲姿居於一小廟前，各佔一小角落，形成固定小群體，甚少互動，當有人接近時，即顯出不歡迎的態度，亦唯恐別人投以注目的眼光，因此村中其他非嗜此一消遣的其他老年人，則不屬於這一團體，彼此間互動亦淡漠，都只能以看電視為消遣嗜好。

根據健康資料顯示，此村村民的前五個死因分別為惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病及事故傷害等(三芝衛生所，)，因此與國人之死因類似；皆與生活型態密切相關的慢性疾病為主，曾在 1999 年 9 月針對該村進行 40 歲以上民眾的血壓篩檢，結果受檢的五十人中，疑有血壓異常者(依據 WHO 所定標準，連續 2 次血壓值皆顯示收縮壓高於 140mmHg 以上，舒張壓高於 90mmHg 以上)，佔所有篩檢者的 38.0%，顯示該村之高血壓盛行率高。

於是進一步地進行該村之健康評估及找出需優先滿足的需求，使用的資料收集方法，包括：1. 訪談，對象除了該村之村長、村幹事、熱心人士，還包括鄉長、公共衛生護士及鄉公所中負責社會福利事宜之承辦人員。

訪談內容除了與該村之健康生活及經濟狀況有關之外，更了解社區中活躍的組織團體及其活動的內容及性質，同時也尋求可運用的經費及補助對象與申請方式。

2. 觀察村中可利用的場所，村民平日聚會的形式，活動的時間及生活作息。

經過與村中重要人士討論之後，共同確立「四十歲以上中老年高血壓保健行為不足」的健康問題，同時決定先以「規律性運動」作為防治高血壓及其他慢性疾病的優先策略。

計劃過程與策略運用

一、探討成立運動團隊的助力/阻力分析

1. 尋求村中重要人士的支持及現有的資源，以便抑注人力、財力及活動場所於「持續性運動」計劃中。

結果：村長對於健康相關的議題及活動興趣不高，之所以能夠多年連任村長，除了因其世居於此，擁有豐沛的人脈之外，村民對於公共事務的淡漠亦是其能屢次

當選的主因。因此將尋求支持的對象轉向社區發展協會理事長。理事長是一個生性害羞，較無實際行政經驗且其掌握之財力資源不若村長般豐沛，然而其所有的助力是他有「意願」及「熱忱」來共同辦理「規律性運動」計劃，只是不知「如何做」。同時擔心村民的漠然態度，亦會影響此一健康促進計劃的推展。其表示「節慶要辦桌、開會要送禮物，村民才會參加，否則沒人參加」。從當年度發生的颱風來看，村中災情慘重，可是大家只依賴及等待鄉公所或縣政府派來的援助，未見村民共同參與復建工作，甚至表示「清理自己的家內就好，社區中的環境清潔是鄉公所的『代誌』」；「社區中的人不常往來，對社區的事情也漠不關心」。

助力：社發會理事長的「願意」配合。

阻力：村長的毫無意願及村民的社區參與意願低。

2. 發掘潛在的人力、物力及財力資源

結果：為有效地將村中內外可動員的資源注入保健計劃中，因此將「持續性運動」計劃所需的各方面資源以魚骨圖方式呈現，拜訪村中人士及團體，結果一位七十多歲過去曾在軍中擔任衛生兵的村民，志願擔任此一運動團隊的召集人，負責邀請村民參加運動及處理相關事物。

由於村民大多為七、八十歲的長者，大多以步行為交通工具，村中唯一的活動中心雖能遮風避雨，但距他們的住家過遙，於是選擇了一處土地廟前的小空地作為運動場所，此地平日下午農忙之後常會聚集不少老人(約 20-30 人)於此賭博，因此選擇此為運動場所的另一個目的是為了影響這一群聚賭的老人，使之能漸以規律性運動行為來取代賭博行為。

經過多次社區走街瀏覽，發現村中有一幢海邊別墅，有別於大部分的傳統農村建築，經訪談村民，大多數對別墅主人陌生，只知道是「台北來的有錢人，一個留著長髮、長相漂亮，經常牽著一匹高大的駿馬在海邊騎著的有錢人，看起來很驕傲，讓人不敢親近。」但是這位別墅主人在經過主動造訪且說明「持續性運動」的重要性及計劃內容之後，同意免費贊助村民運動 T-shirt，且願意帶著村民視之神秘的高大駿馬，一同出席村中運動表演的成果展。

二、正式成立「持續運動團隊」

在經過與數位村民共同討論下，運動的時間定為每週一、三、五下午 3:30 至 4:30，因這一段時間村民已睡畢午覺，且運動結束之後正好可以回家做晚餐。運動的場所則在土地公廟前一塊有遮雨棚且可容納約 30 人的場所。運動的內容則在經過大家討論，且請教運動醫學方面的專家之後，選擇適合平均年齡在 75 歲左右的關節柔軟運動。起初時，邀請老師親自教授，但團體領導人提醒，因大多數老人家記憶不好，因此請到村中一位攝影專家(其平時在台北工作，假日才返回三芝)，同意免費拍攝老師教學過程且製作錄影帶，以便每次運動時，可以帶領村民一同運動。因此，社發會理事長協助尋找經費，購買電視機及錄放影機，

且置於廟前，供村民運動時使用。

前來運動對象除了邀約前來的村民之外，主要的果然是原先在廟前聚賭的民眾。在經過數次釋放善意的對談，且以不批判其賭博行為的態度邀請其在運動時間(3:30~4:30)，暫先停止賭博，舒展一下筋骨之後，若想再持續玩，仍可以繼續。於是廟祝會在3:30pm時間一到，即敲著銅鑼一響，每一正在賭博者，隨及放下手中的四色牌，加入其它前來的村民一同運動。據村民私下表示，一直以來，這群賭博者與其他村民不相往來，其他村民彼此之間亦少互動，多在家中看看電視、帶帶孫子，經過此運動團隊的成立，村民之間才又恢復了來往。

三、維繫運動團體持續運作的策略

1. 每個月固定一次慶生會，由理事長協助購買慶生蛋糕，村民有意願的，則帶一道菜，大家共同慶生且聚餐，因此吸收了一些原來足不出戶的獨居老人共同用餐，使得大家的情感日益加深。

2. 將村民運動情形、慶生會的活動以拍照及錄影方式呈現，並將照片貼在由村民共同設計的公佈欄，置於土地廟前的運動場所，如此一來，村民會利用運動前後，駐足觀賞自己的身影，強化自己及其他村民持續前來的動機。

3. 團體的負責人；過去曾擔任軍中衛生兵的一位長者，主動提出他願意在每次村民運動之前協助測量血壓，因此在社發會理事長的協助下，購買了一台電子血壓計，由此負責人提供測量血壓服務，他更主動地聚集數位需就醫的村民，同時開車協助其就醫，因此漸漸成了這個團體的靈魂人物。若有村民連續2次未來運動，則主動探視、關懷慰問，使得一些想偷懶的村民，不好意思中斷運動。

4. 號召運動團體進行淨灘活動，因此獲得鄉長的關注並讚賞。運動進行了二個月左右，有村民提出每一次都是在土地公廟前運動，照片中的地點都沒有變化，想換個場所到附近的海邊去，其他運動成員亦贊成。於是負責人建議先將海灘的垃圾清理乾淨，照起相來才會好看，於是大家清理得十分賣命、認真。因著此一舉動，讓鄉長對此一團體大表讚賞，使得後來該村經由理事長提出一「運動計劃」，獲得鄉公所補助三十多萬，也讓該村予人的刻板印象—冷漠、社區公共事務的參與低，因而改觀。

四、計劃評值

1. 參加運動老年人腰酸背痛的情形獲得改善。
2. 村民的情感便得熱絡，一些足不出戶、不與人互動的獨居老人變得活潑，有笑容。
3. 團體負責人顯得更積極並且有行動力，得以藉由成立運動團體的過程，化關

心村民的心懷於實際行動。

4. 將村內原來屬於各個不同的次群體的村長，彼此界線重整，使得原本沒有交集的群體得以藉此次運動團體，重新認識，於是別墅的主人成了他們最大的精神支持，看著牆上每位村民爭相與那匹高大駿馬的合影，成了村民男難忘的回憶。因次當主人出遠門時，村民成了大馬的義務褓母，原本主人閒置的農地，因不諳耕作，一直荒廢，如今也在村民綠手指的變化之下，四季蔬菜不斷，成了主人與村民彼此餽贈的心意。難怪主人會說出：「從前搬到這兒來，只覺得這裡的風景優美、空氣清新、民風純樸，現在我會更願意在這兒養老，因為我已經覺得和他們像是一家人了，他們會幫我照顧我的房子、地、馬，大家和樂相處，我也才發現他們真的是很會栽種，我家房子附近的道路，也都種了樹、花，感覺跟過去很不一樣」。雖然別墅主人仍操著一貫標準的國語，而當地村民以台語對答，但語言隔閡早已在彼此融洽互動情感之外了。

由以上的實例，可以發現到以下數個事實：

1. 健康促進的服務或計劃在於影響人們的生活型態，使個人、家庭及團體能採行健康行為。然而生活型態的轉變，並非一蹴可及，但也絕非靠著逐步地改善個人的認知及態度著手，亦非僅強化個人的自我效能，而是要讓個人所處的環境，包括家庭、工作場所及學校都能共同給予支持及協助的力量。
2. 為能營造整個環境是正向且支持的，在推行健康促進的計劃時，很重要的策略在於動員社區中可運用的資源，亦即轉化各種可用的資源成了支持的力量。
3. 各種健康促進計劃及社區資源動員的依據，應以社區民眾的需求為核心及依歸。其所產生的成效及價值不僅是在計劃本身所欲達到目標的程度而已，而是社區再經過一波一波的健康促進計劃後，能重新定位自己存在價值及真正需要，並且將個人本身、個人與家人、朋友、鄰居及與其他團體之間的情感及支持力量更加鞏固。這樣的力量一旦建立起來，社區當可具彈性及應變能力來因應各種狀況或突發其來的災難，例如地震、颱風及急性傳染性疾病，例如：SARS。這就是健康促進也是健康社區營造的目標；「在一個正向、積極且支持性的環境之中，使得生活在其中的個人、家庭及團體都能有能力因應各種狀況，主動尋求各樣的資源，以能夠發揮個人的最大潛能來執行其日常生活功能。」

在這樣的過程當中，所運用的策略及社區工作者的角色如下：

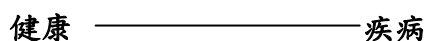
1. 透過完整的社區健康評估以了解民眾的健康狀況及採行健康促進行為的助力/阻力；及社區中可運用的資源有哪些？
2. 在社區健康評估的過程中，藉由與社區人士訪談來收集資料的同時，彼此

建立信任與關懷的充能式人際關係。根據 Anderson and McFarlane (2004)，專業人員與社區所建立的並非傳統「由上而下」的醫療性關係，而是正確地如何幫助社區達到轉化及自我實現的社區發展(Community development)與社區充能(Community empowerment)。

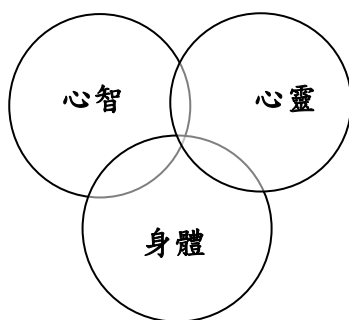
社區充能的特質有：主動參與，各個不同團體的參與，有權力及能力作決定並付諸行動，所產生的成效是創新且無法事先預期的(Anderson & McFarlane, 2004)。專業人員所抱持的態度是中立、不批判的且能夠以真誠、關懷的態度予以支持，主要的工作職責在於幫助成為完整的、有能力的社區，以達自我實現。重要的要訣在於不斷的與社區進行充能式對話(Empowerment dialogue)，除了喚起對健康的覺知(consciousness-raising)，重要的是一直持續的藉由健康計畫的推動來動員資源與激發參與者的能力(empower)，以解決問題並提升社區的凝聚力及意識。因此社區工作者必須運用「參與式行動計劃」來促使有效性策略的推動以解決社區所想要解決的健康問題，並輔以「參與式行動研究」與社區共同學習、改變及行動，並有系統的收集參與過程的經驗並改變過程。



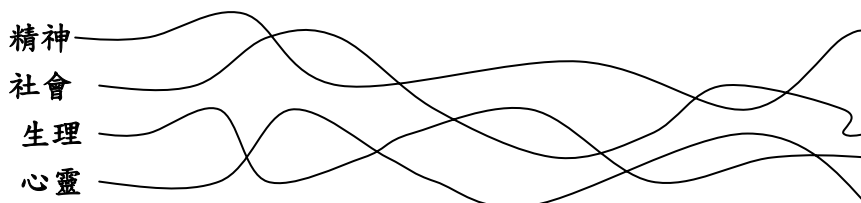
圖一



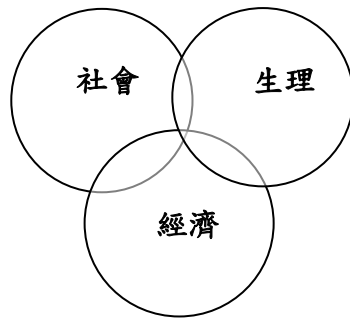
圖二



圖三



圖四



圖五

參考文獻

- 王瑞霞、陳彰惠 (2003) • 由文獻回顧檢視潘得健康促進模式 • 護理雜誌，50 (6)，62-68。
- 李宗派 (1997) • 探討志工服務與社區營造之關係 • 社會福利，133，38-45。
- 呂秀蓉 (1999) • 運用行動研究策略與充能理念建構「社區互助團體」—以石牌地區為例 • 台北：國立陽明大學社區護理研究所。
- 莊宜佳 (2001) • 影響北市社區健康營造志工推行健康促進活動成效相關因素之探討 • 台北：台北醫學大學護理研究所。
- 張彩秀、黃乾全 (2002) • 老年健康促進生活型態與自覺健康狀況 • 衛生教育學報，17，15-30。
- 武茂玲 (1999) • 以行動研究法來探討影響台北市北投區泉源里老年人健康檢查行為之相關因素 • 台北：國立陽明大學社區護理研究所。
- 邱啟潤、柯任桂 (2000) • 健康相關的飲食與運動行為自我效能量表信度效度之評估 • 護理研究，8(3)，301-312。
- 蔣立琦、郭雅雯、林卓娟 (2003) • 自我效能之概念分析 • 護理雜誌，51(2)，67-73。
- Anderson, E. T., McFarlane, J., (2004). Community As Partner : Theory and Practice in Nursing, (4th ed)2. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ratner, P. A., Johnson, J. L., & Jeffery, B. (1998). Examining emotional, physical, social, spiritual health as determinants of self-rated health status. American Journal of Health Promotion, 12(4), 275-82.

World Health Organization (WHO). (1986). Ottawa charter for health promotion. Health Promotion, 1(4), iii-v.