

台東縣社區健康營造推動的現況與困難之研究

陳毓璟* 黃松元**

摘 要

本研究是以台東縣社區健康營造主要推動者為對象，來了解在一個缺乏社區資源、種族多元的縣市，社區健康營造的政策會有怎樣不同的推動情形與困難。並以深入訪談的方式收集資料，共計訪問32人，研究結果發現：

（一）台東縣社區健康營造中心主要由衛生所和醫院所承辦。衛生所往往因為社區沒有其他合適的團體，而在衛生當局的鼓勵之下來承辦。醫院則為了傳播醫院的形象，與增加營運利潤的目的來推動。

（二）推動的策略首重衛生所人員能力的提昇，社區有限資源的整合。強調從文化傳統切入，以社區總體營造的理念，結合健康與經濟產業來推動。重視民眾對健康的自覺與自決，並且強調創造性與永續發展，重視辦理衛教宣導活動與健康講座，並且鼓勵青少年與公務人員擔任自己社區的志工。

（三）推動的困難除了健康議題本身難以成為社區的優先議題以外，主要與其縣內原住民人口多且原住民健康問題的複雜性，以及社會資源的不足有關。此外政治派系的鬥爭、原住民菁英壟斷資源、營造中心承辦人員時常更換、認知與執行之間能力的落差，以及政策規劃單位對於社區健康營造計畫的規劃與管理的不善所衍生的問題等。

台東縣民眾的健康問題與經濟的不足，和原住民的社會文化結構有關，很難只從健康問題的單獨營造而改善。應該從健康政策面，進行中央跨部會相關經費的整合，權力下放但增強地方所不足的能力與經費著手。深入了解健康對原住民的意義，並且加強青少年的健康教育與志工的運用與培訓。

* 行政院衛生署企劃處聘任技士、教育博士

** 國立台灣師範大學衛生教育學系教授

關鍵詞：社區健康、社區健康營造、健康城市、健康促進

壹、前 言

一、研究背景與動機

1978 年世界衛生組織提出了著名的 Alma-Ata 宣言，強調健康是人類的基本權利，政府有責任提供適當的活動去促進人民的健康，獲得最高水準的健康是全世界共同追求的目標。1986 年召開第一屆健康促進國際研討會，提出影響甚巨的「渥太華憲章」，該憲章完整的闡述健康促進的定義、行動的原則及未來發展方向。強調政治、經濟、社會、文化、環境、行為與生物因素都會影響健康。國民的健康不僅是衛生部門的責任，其他政府機關和民間組織也都應該合作，共同為全民的健康而努力。推動策略上不僅提昇國民的健康知識與技能而已，而是從國家整體面制定健康的公共政策，創造一個健康的支持性環境，強化社區的行動能力，並且從預防保健的角度重新定位衛生服務的工作。增加對健康的投資，重整健康促進的行政組織運作系統，有計畫且有效率的來推動健康促進的工作。鑒於世界愈來愈都市化，全世界幾乎有一半以上的人民都居住在城市之中。但是隨著人口的增加，衍生許多就業、移民、社會疏離、貧窮、疾病或環境威脅等種種問題，讓世界各國對都市人口的健康更加重視（WHO,1997a），因此 1986 年起陸續於加拿大多倫多等十一個歐洲國家，開始推動健康城市計畫（Healthy City Project）。強調地方政府的保健工作，透過整合性的政策與計畫，來解決都市的健康問題（Ashton,1992；WHO Regional Office for Europe, 2002）。

融合世界衛生組織健康城市的精神與行政院文建會於民國八十三年所推動的「社區總體營造」的概念，我國自 1999 年開始推動平地社區的「社區健康營造三年計畫」。希望透過社區民眾共同參與，結合社區熱心人士、公益團體、民間各種專業機構及政府資源等，以由下而上的方式，共同解決社區健康問題。以達健康生活化、生活健康化的目標。此計畫補助各縣市自行設立社區健康營造中心，由社區團體主動來推動社區健康營造的工作。推動的議題包括健康飲食、健康體能、個人衛生、菸害防制、防制檳榔危害健康與安全用藥六大項，並且指定健康飲食、健康體能和個人衛生三項是共同必須執行的項目。活動過程中要求分送指定項目的自學教材以外，並且要依據所附的問卷對民眾進行健康行為成效的評估，於三年內達到指定的工作目標（衛生署，1999）。

此外，因為先前沒有一個山地及離島社區主動向行政院衛生署申請，且鑒於山地及離島地區居民健康型態的特殊性、社會文化的差異性及醫療資源的有限性，特別另外規劃「原住民部落及離島社區健康營造」計畫。也預計以三年的時間，讓五十七個山地離島鄉鎮與都市原住民部落，皆有一個部落社區健康營造中心，達到整個社區都能自主性、自發性健康成長的目標。這項計畫向下成立北區、中區、南區、東區、心理衛生與飲酒問題防治、離島健康促進六家「部落社區健康營造推動中心」，並且成立「部落社區志工訓練中心」，進行分區輔導與研究。整個計畫特別強調以建立機制、本土化健康議題與永續經營三大目標來推動，並以因地制宜的方式推動適合於該地區的健康議題（行政院衛生署，2000）。這項國家重要的政策，對於基層衛生保健工作人員傳統的工作方式是一種挑戰，也給與社區自主的機會，主動關心自己社區的健康，結合社區的資源打造健康的家園。

這項計劃至民國九十一年十二月底已告一段落，在全國已經成立 223 家社區健康營造中心。推動三年過後，因為整個政策的落實會受到許多因素所影響，所以並非每一家營造中心都能獨力運作，達到當初計畫所預定的目標。本研究延續第一階段以推動社區健康營造最積極也最有系統，且社區資源最豐富的台北市最為對象，來檢討這項政策實際落實到各縣市所推動的現況與困難以後（陳毓璟，2003），再次選擇以農漁業、觀光業為主、粗死亡率全省最高、縣內原住民族群種類最多、人口嚴重外流的台東縣為對象，來了解社區健康營造的政策，在一個社區資源缺乏、種族多元的縣市，會有怎樣不同的推動情形與困難。

台東縣山地鄉佔全縣面積達一半以上，因此居民大部份以務農為生，但由於農業所得長期偏低且發展不易，工商業不甚發達，再加上生活、就學、就醫之條件均不理想，致使居民大幅湧向都市且紛遷他縣，人口外流嚴重。人口成長歷年成負數，迄至九十一年底總人口數不到二十五萬人，人口社會增加率及自然增加率一直維持在全省之末。人口分布極度不平均，全縣十六個鄉鎮，近一半人口集中於台東市區，九十一年粗死亡率高居全省第一位。此外，台東縣擁有全省第二多的原住民人口，並且涵蓋的族群種類最多。同時包含十大族群中的阿美、排灣、布農、魯凱、卑南和雅美族六大族群。九十一年底原住民人口數為 78,263 人，占本縣總人口之 32.08%，其中平地原住民人口與山地原住民人口，各佔 77.80%和 25.20%。人數分布以台東市為最高，其次為成功鎮、長濱鄉、東河鄉與卑南鄉，而金峰鄉、海端鄉、達仁鄉、延平鄉與蘭嶼鄉則幾乎九成以上的居民都是原住民。在族群的分佈上，延平鄉、海端鄉主要是布農族；達仁鄉、金豐鄉是排灣族；魯凱族分布在卑南鄉大南溪上游的山地；卑南族分

布在台東市南王里、寶桑里以及卑南鄉，雅美族主要分布在蘭嶼鄉；阿美族則分散在台東縣的縱谷平地，近幾年有不少人因為工作而遷居台北縣市，成為都市原住民，例如台北縣汐止的花東新村（台東縣政府，2003）。不論是山地鄉的原住民與平地鄉的原住民，都有許多的健康問題。意外事故、癌症、高血壓性心臟病所引起的死亡率高出台灣的二倍，平均壽命少了十歲以上，而飲酒的問題以及所衍生肝病與痛風的疾病，腸道傳染病與獨居老人的照護等問題，成為衛生工作人員心中的重擔。

從上述台東縣的問題簡述來看，顯現台東縣本身就存在著一些社會與健康的問題與資源上的限制。而全國一致的平地社區與部落離島社區健康營造政策，同時落實到這樣的社區時，會有怎樣不同的結果與推動的困難，是本研究探討的重心。

二、研究目的與待答問題

（一）研究目的

本研究以台東縣社區健康營造主要的推動者為研究對象，來了解目前社區健康營造推動現況與困難，以作為社區健康營造政策推動的參考。

（二）待答問題

本研究期待回答下列問題：

- 1.各營造中心承辦社區健康營造中心的動機為何？
- 2.衛生局與衛生所推動者對社區健康營造計畫的看法為何？
- 3.各營造中心推動的策略為何？
- 4.目前推動的問題與困難有哪些？
- 5.對社區健康營造計畫的建議又如何？

貳、研究方法

本研究以深入訪談方式為主，相關文獻資料分析為輔。分析目前台東縣社區健康營造計畫推動的現況與困難。訪問的對象，以影響台東縣社區健康營造計畫推動的重要關鍵人物為主。

一、研究對象

（一）台東縣社區健康營造中心全覽

台東縣總共有十六個鄉鎮，至九十一年十二月底，共計有十三個鄉鎮推動社區健

康營造。七個屬於行政院衛生署國民健康局所推動的平地社區健康營造計畫，六個則歸屬於行政院衛生署醫政處所委辦的部落離島社區健康營造計畫。大部分於第二梯次（九十年）才開始推動，至九十一年底完成三年計畫的僅有關山鎮與延平鄉。因為台東地區民間的社團資源較為缺乏，所以承辦的單位以衛生所為主，其次為醫院。四家醫院中三家為宗教醫院，另一家為退輔會所屬的榮民醫院（見表一）。

表一 台東縣社區健康營造推動情形

編號	委託梯次	鄉鎮	平地或部落離島	承辦單位
1	第一梯	關山鎮	平地	關山鎮公所承接計畫，但實際上由慈濟醫院關山分院承辦
2	第二梯	卑南鄉	平地	馬偕醫院台東分院
3	第二梯	台東市	平地	台東市衛生所
4	第二梯	長濱鄉	平地	長濱鄉衛生所
5	第二梯	鹿野鄉	平地	鹿野鄉衛生所
6	第二梯	成功鎮	平地	成功鎮公所
7	第三梯	太麻里	平地	行政院國軍退除役官兵輔導委員會台東榮民醫院
8	第一梯	延平鄉	部落	台東基督教醫院
9	第二梯	達仁鄉	部落	達仁鄉衛生所
10	第二梯	金鋒鄉	部落	金鋒鄉衛生所
11	第二梯	海端鄉	部落	海端鄉衛生所
12	第二梯	綠島	離島	綠島衛生所
13	第二梯	蘭嶼	離島	蘭嶼衛生所

（二）訪問對象

訪問對象主要分為政策規劃者、政策管理者、政策諮詢者與社區健康營造中心的主要推動者四類。政策規劃者包括行政院衛生署國民健康局與醫政處兩個部門，規劃平地社區與部落離島社區健康營造政策的主要主管與承辦人；政策管理者則包括台東

縣衛生局主要決策的首長、承辦業務主管與承辦人，以及社區健康營造中心所在地的轄區衛生所主任（護士長或承辦人）；政策諮詢者是指曾經接受行政院衛生署或台東縣衛生局邀邀，擔任台東縣社區健康營造中心的諮詢委員或輔導員的學者專家；社區健康營造中心的主要推動者，則以社區健康營造中心承辦單位的首長或營造中心的主要領導者為主（由台東縣衛生局承辦單位推薦）。

二、研究工具

本研究採導引式的訪談，先由研究者依據研究涵蓋的主題，以及受訪者在衛生局、衛生所、營造中心與諮詢者等四種不同的工作角色，分別設計訪談大綱，藉由導引訪問的方式進行，使訪問的進行聚焦在待答的研究問題上。並且依據實際受訪時的情境，與受訪者回答的內容，修正訪問的內容順序、詢問的方法，甚至增加訪問的問題與深度。訪談過程利用收音機記錄，並且撰寫實地札記來記錄訪問的過程與心得。

三、研究流程

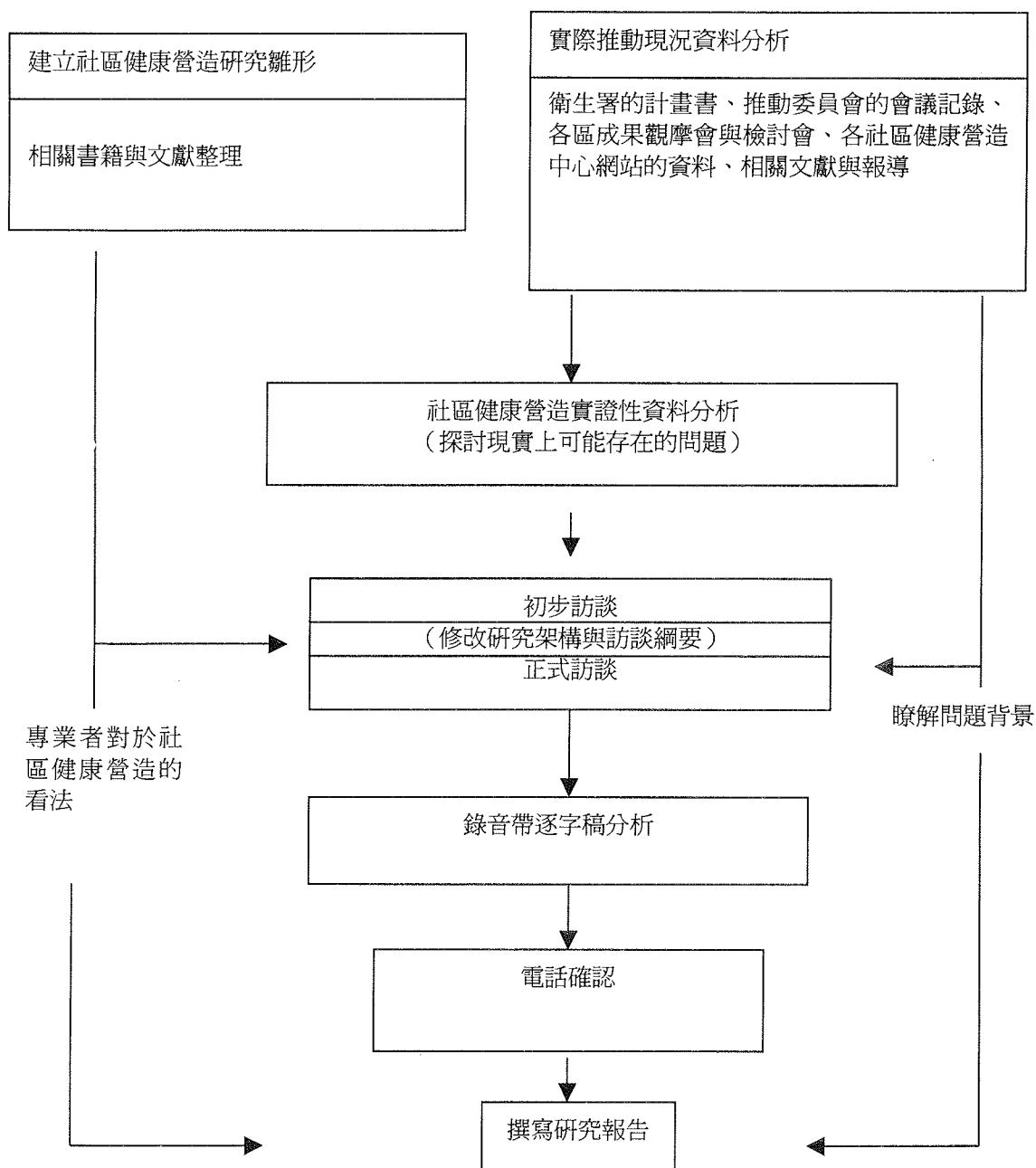
整體研究的流程圖，詳見圖一。

四、實施步驟

本研究首先收集相關的文獻以了解國內相關研究的結果，並草擬訪談大綱與訪談說明書，並且同時拜訪台東縣衛生局社區健康營造業務承辦科長與承辦人，了解並收集台東縣社區健康營造推動的初步現況資料，以及各社區健康營造中心主要的推動者和輔導專家名單。

接著以電話聯絡受訪者，說明研究者的身分與研究目的，並安排訪談時間進行實地訪談。若再三聯絡無法接受實地訪談者，最後才以電話訪問方式取代。實地訪問時提出訪談說明書，說明研究目的與研究結果的匿名性，以及過程中必須藉助錄音機記錄資料的需求性，在徵求受訪者的同意下，才開始進行訪問與錄音。

自2002年3月至2003年2月止，訪問行政院衛生署、台東縣衛生局、十三家衛生所與五家營造中心（其中有八家衛生所同時兼辦社區健康營造中心），共計訪問三十二人（見表二）。其中有五個人為電話訪問，其餘皆為面對面的訪談。每個人接受訪問的時間從三十分鐘到四個小時不等，大致平均每人受訪一個小時。每人訪問次數一至三次不等。最後將訪問錄音帶逐字騰稿，並進行分析。分析過程中若發現有不清楚或遺漏地方，則再以電話確認。



圖一、研究流程圖

表二、訪談對象工作角色分析表

工作角色	衛生局相關 主管與承辦 人	衛生所主 任、護士長 或承辦人	民間團體 主要推動者	衛生署相關 主管與承辦 人	諮詢委員或 輔導員	總計
人數	3	15	5	5	4	32

五、資料分析

資料分析是針對訪談錄音帶轉譯的逐字稿進行編碼，並整理出主要的概念與架構。除了訪談錄音帶的逐字稿以外，也參考實地札記與相關的計畫書和成果檢討等書面資料。

資料分析的過程首先針對訪談逐字稿中有意義的字句，進行開放性編碼（open coding），再將類似的意義字句整合，進一步歸納出概念類別。接著整合每個受訪個案訪談本文的開放編碼結果，參照研究待答問題重新進行資料的歸類與組合，以釐清概念彼此之間的關聯，再進一步找出核心類別。

六、信度與效度

本研究資料的收集與分析，透過多種方法來增進研究的信度與效度。包括：由多方的推薦來決定訪問對象，依據衛生局所承辦人員的推薦，並且徵詢社區健康營造中心的意見後，找出對社區健康營造計畫推動最有影響力的受訪者來接受訪問；採三角交叉檢視的方法，分別針對同一個社區健康造中心，不同人的看法與不同性質的資料，錄音訪問稿與相關的實際運作的書面資料，來交叉檢視同一個社區健康造中心的訪談資料的真實性。並且參加2002年部落離島社區健康營造研討會與衛生署社區健康營造委員會議，從實際業務的檢討來核對受訪資料的意義與可信性；以錄音機記錄訪問結果並親自謄校成逐字稿，親自校稿與反覆聆聽以增加對訪談內容的了解；透過與參與此項計畫的前後任政策規劃者、諮詢委員、衛生署與台東縣衛生局承辦人員的訪談，討論編碼的架構與訪談結果的解釋，做為研究結果詮釋與反思的依據，以增加研究的信度。

參、結果與討論

一、承辦的動機

（一）衛生當局的鼓勵以進行衛生所的改造

台東縣十三個社區健康營造中心，計有八家由衛生所，四家由醫院來推動。這和台東縣內缺乏社區資源有關，尤其在山地離島部分醫療資源更是缺乏。目前衛生所是部落離島的主要社區資源，在推動健康議題的公正性與合法性較無爭議，但因受限於各縣市經費的不足，以及工作人員專業能力的缺乏，推動社區健康的成效有限（李瑛，2000）。因此衛生署醫政處與台東縣衛生局只好鼓勵衛生所出來推動社區健康營造的計畫，並且藉此機會進行衛生所再造，讓基層衛生所不再只是奉命行事。學習發掘自己社區的需求，主動擬定計畫，以提昇衛生所人員的知能與社區工作成效。

「因為對他們來說這是一個機會，因為人家肯給他們。因為有些人跟我講說，終於有人要聽原住民講什麼了，終於給他們機會作他們自己，給一筆錢給他機會作他自己的事情，…他們跟我講說，他們覺得這是有史以來第一次有人會這樣子。對！給他們一筆錢，不管他們幹嘛，不要管他，你就做健康的事情就好了…。我們有點就是在想說算是衛生所再造。…。我們的企圖心，我們要他們自己想，我們希望他們不要死腦筋！…。給部落離島他們可以自己做自己的事情的希望」（DOH07, 4-6）。

（二）獲得衛生署的經費補助

對於基層的衛生所或鎮公所等政府單位而言，縣政府的經費一直減少，衛生所連維持基本經費支出都快要不足，實在需要衛生署這筆經費的補助。而且社區健康營造中心的活動與衛生所的業務結合，部分的經費可以合併核銷，一些大型的活動與計畫因此才有經費辦理。雖然衛生所是由衛生署與衛生局鼓勵來推動，似乎衛生所不得不承受任務。實際上對於部分的基層政府部門，例如衛生所、鎮公所而言，獲得經費的補助是重要的目的（台東 301, 1 台東 314, 3；台東所 306, 4-5）。

（三）與社區建立良好的關係

對於醫院而言，不論是擁有政府補助的公立醫院或是懷有服務民眾宗旨的宗教醫院，醫院意識到健保推動總額預算制度以後，社區預防保健的工作將十分重要。為了醫院業務的推展，必須走入社區，藉這個機會與社區做互動並結合社區的資源。一則鞏固病人的來源，並增加醫院的利潤。如此也可以傳播醫院的形象，增加民眾對醫院的了解。更可讓醫護人員走入社區，磨練社區服務的能力（台東 203, 1, 5, 6；台東 202, 1；台東 204, 15）。

即便如此，宗教醫院大部分還是有較多的社會服務的使命感，因此受訪者會特別強調說明本身在推動社區健康營造的過程中，他們不會特別向民眾強調一定要到承辦的醫院接受醫療服務（台東 204, 4）。

二、對社區健康營造的看法

（一）民間團體對社區健康營造的看法

營造中心對社區健康營造計畫基本上是抱持正面的態度，也肯定政府對於社區健康的重視。「當我參與這個健康營造的工作的時候，我就覺得政府有在做事（嗯嗯），真的關心我們的健康還有整個的需要（台東 204, 7）。」只是普遍認為社區健康營造是一項需要長時間費時的投入且不容易推動的工作，尤其有時間壓力時更感困難（台東 203, 4；台東 204, 15）。

（二）衛生局所對推動社區健康營造的看法

本縣市十三個社區健康營造中心當中，有八家是由衛生所來承辦。雖然目前衛生所仍舊是偏遠地區的主要社區資源與民眾健康諮詢的對象，也是衛生政策的第一線執行者（台東 307, 22）。但是衛生局所希望在衛生所之外，多開拓一些社區的資源，因此贊同由衛生所以外的單位來承辦（台東 103, 6；台東 302, 1）。雖然承接社區健康營造，衛生所在獲得經費的補助與工作的彈性上有一些好處（台東 308, 7）。但是大多認為衛生所來推動社區健康營造，不僅沒有增加其他資源，反而增加同仁的壓力且流於原來的工作模式。而民眾會理所當然的視為這是衛生所應該要辦的工作，而不認為自己應該主動參與。此外，也認為由衛生所來承辦社區健康營造中心角色有點奇怪。認為這項工作運用衛生所的人力，補助的經費特別多，但是很難看到成效。加上衛生所過去缺乏社區營造的經驗，需要花比較多的時間來投入（台東 304, 1, 5；台東 311, 1；台東 313, 5）。但是即便十分不願意，反而在沒有適當的外來社會資源之下，衛生所認為還是得由自己來承接（台東 305, 12）。

因為衛生署醫政處在規劃部落社區健康營造部分，並沒有像國民健康局的平地社區健康營造部分規定推動的議題與目標數，因此有山地鄉衛生所的工作者反映衛生所接辦營造中心，讓衛生所有更多的彈性與經費去做自己想推動的工作。能夠依據社區民眾真正的需求來推動，而民眾也覺得衛生所比以前更有活力也更有創意。「他們可以很強烈的感受到說，衛生所的活力不一樣，跟以前的活力不一樣這樣子。就會覺得說好像衛生所做了很多新的點子，不會再像以前一樣，上面交代什麼，然後就很，就是很表面化的這種東西。他們覺得說，我們有去觸動到他們要的東西，他們會有那種感覺這樣子（台東 307, 4-5）。」

也有人認為，雖然此項計劃讓衛生所在工作內容與經費運用上有較多的彈性，但是由衛生所來承辦社區健康營造的業務，大多還是配合目前衛生所的業務來推動，因為目前衛生所的工作量實在太多。但是又耽心由衛生所以外的單位來推動時，推動的

主題與健康沒有直接的相關（台東 103, 13, 14）。

三、衛生局所與營造中心的互動情形

在衛生局部分，台東縣衛生局每個月固定召開營造中心的聯繫會議，並且深入社區去輔導。承辦人很有心也很投入，與社區有很好互動（台東 102,3；諮詢 07,2）。基本上，衛生局所認為自己和社區健康營造中心的關係是夥伴的關係，可以提供資源與協助解決困難，但不認為計畫應該完全由衛生局所主導，衛生所應該更加主動（台東 103,4）。

衛生所和社區健康營造中心部分，有些互動得不錯，彼此互為資源，一起辦活動（台東 204,13；台東 304,7；台東 308,6）；但也有一些彼此很少聯絡（台東 303,1；台東 202,9），少數無法溝通（台東 302,1）。

四、社區健康營造的目標

雖然台東縣的原住民人口僅佔三分之一，但是台東縣的社區健康營造主要的推動者，所認為的推動的社區健康營造的目標，都和原住民的健康問題有很大的關係。包括喚起原住民對健康的重視與提昇其自主的能力、實踐健康的生活以改善部落族群的健康、改善環境衛生、增強青少年的自信與從小養成健康的生活習慣、重塑部落的文化傳統並凝聚族群意識等。

（一）喚起民眾的健康自覺，提昇自主的能力

不論是基層的部落衛生工作者或是研究原住民健康的學者，都認為社會大眾包括原住民本身對健康的認知有相當的差距。大眾對原住民的既定印象是「強壯有活力」，這也是原住民引為自豪的外顯特徵。雖然各項流行病學指標來看，原住民的健康狀態一直處於劣勢，但其自評的自覺健康狀態卻十分良好。因此要放棄長久的印象甚至承認自己健康需要被照護，不是一件容易的事。期待由原住民社會自發要求制定原住民健康政策，並主動參與的機會也較低。因此拉近原住民對其健康重要改善與自覺健康的差距，將是原住民社區健康營造的重要關鍵。部落的改善仍需從原住民自覺著手，只有原住民自覺進而到部落參與，部落的復興才能有個穩實的基礎（譚秀芬、曾泓富，1999，2002a；孔吉文，1997）。

而實際的訪談過程中，不論是訪問衛生署部落離島社區健康營造計畫推動者或是台東縣推動社區健康營造工作者的過程當中，都很深刻的感受到這樣的理念。尤其是讓多年視飲酒為傳統習俗的原住民，讓他們真正瞭解飲酒問題已經嚴重傷害到原住民的健康，需要他們自主的來改善（台東局 01,5；台東 202,4；台東 313,8）。

（二）實踐健康的生活以改善部落族群的健康

大部分的衛生工作者都體認到原住民的健康問題需要改善，因為從科學的數據來看，原住民的平均餘命比台灣地區少十歲，主要死因標準化死亡率均顯著高於台灣地區。結核病、肝硬化標準化死亡比為台灣地區4倍以上；意外事故高於台灣三倍以上；痛風盛行率幾乎為世界之冠、傳染病的流行率也高於台灣，而且原住民飲酒過度的比率也很高，（行政院原住民委員會，2002；2003）。因此社區健康營造推動者，希望透過社區健康營造的力量，有些更融入教會的力量與信仰，以宣道者的角色，苦口婆心的規勸成人以及為人師表更要以身作則，力行健康規律的生活，以改善居民的健康。

「當然我是希望說他們每一個人，因為我們山地鄉跟平地鄉的人平均餘命是少十歲嘛！」（台東313,10）。

「健康營造的部分是，你用努力嚟告訴我們的子弟，ㄗ，告訴我們的子弟還很健康的，讓他們保持健康，有一個營造一個健康的生活。那我們的大人嚟，當我們要求，去要求年輕的人要有健康的身體的時候，還有我們自己要做好啊（嗯嗯），你沒有以身作則，你怎麼改善他們？」（台東204,4）。

「有的布農族的老師吃檳榔吃得很厲害，當了教導主任，甚至當校長的，你看那健康很差，牙齒都掉了，年紀輕輕四十幾歲，牙齒都要掉了。…很多啊，還有抽菸啊！然後喝醉啊，中午就去出去喝酒，然後下午就酒味那麼濃，然後去上課，像這樣。他不是很認真嘛，當了老師，當了主任嘛，甚至當了校長，可是他的健康，他在憂慮，也在憂慮說我的健康問題。」（台東204,8,17-18）。

（三）改善環境衛生

對於台東縣的而言發展觀光事業是很重要的，因此保持環境的清潔與衛生是最基本的工作。但是在部分的山地鄉與離島地區，環境雜亂、傳染病流行率高，衛生問題有待改善。因此，推動社區健康營造時，自然將改善環境衛生列為重要目標（台東313,10；台東縣綠島鄉衛生所，2002）。

（四）增強青少年的自信，從小養成健康的生活習慣

訪談過程中，原住民衛生工作者語重心長的表示，過去日本統治台灣的時候，理蕃政策對原住民的傷害很大，不僅改變原住民的語言與社會組織，土地國有化讓根植於土地的原住民無以為靠，而今日貶抑原住民文化的國家教育體制，更讓原住民的青少年缺乏自信（台東315,21）。加上面對原住民成人酗酒難以自拔而毀及部落存亡的現象，推動原住民社區健康營造者，只好將重建部落的希望寄託於年輕人與小孩。讓小朋友從小養成良好的衛生習慣，杜絕酗酒、吃檳榔、吸菸等危害健康的習慣。並且藉

由恢復過去部落中青年會所的功能，透過團體的生活技能與紀律的訓練，讓青年恢復自信，並積極參與部落公益活動（台東縣金鋒鄉衛生所，2002）。

查閱文獻得知，在部落文化中，會所是分布頗廣的一個文化特質。台灣原住民裡的阿美族、卑南族、排灣族和魯凱族等，都曾有會所的制度。尤其是台灣東部的阿美族、卑南族有高度發展的會所。在魯凱族諸群中以大南社的會所最為發達，也是一種抵抗外敵的軍事組織。大南社不僅有會所（men's house），也有少年會所（boy's house），男孩八歲以上可以參加少年會所，而十五歲以上則參加會所。在會所中習慣過團體的生活，並且進行各項的生活技能、禮儀訓練、鍛鍊體能與各項嚴格的訓練，參加部落的共同事務，期以訓練出部落中的中堅份子（謝繼昌，1997）。會所也可以說是一項重要的教育訓練制度，也是一種重要的依照年齡分級的權利階級組織。

（五）重塑部落的文化傳統並凝聚族群意識

原住民推動社區健康營造的目的，最不同的特點在於不只是為了健康的目的，而是企圖藉由這樣的活動喚回逐漸消失的族群文化，藉以凝聚族群意識，重塑社會結構與自給自足、互助合作的傳統，並重拾原住民的智慧與信心，部落社區健康營造只是部落重建的起步。

「重新找回傳統部落自給自足，互助合作的傳統美德，強化反殖民意識，尋回自尊，以擺脫依賴，擺脫酗酒（台東縣金鋒鄉衛生所，2002）。」

「未來的工作重點不只朝促進健康方向發展，更要將健康與文化行為相互融合。希望喚回逐漸消失的族群文化、重塑社會結構與傳統、凝聚族群意識，從部落的健康問題延伸到其他的問題，都能由自己關心開始，進而經營、解決、承續下去（台東縣海端鄉衛生所，2002）。」

五、推動的問題與困難

台東縣六成以上的社區健康營造中心是由衛生所承辦，所以有一大部份受訪者所提出的困難與衛生所有關。但是衛生所工作人員的態度不像台北市衛生所工作人員一樣的對社區健康營造計畫的規劃表現許多的不滿，或者表示工作壓力太大與人力不足以承接這項計畫（陳毓璟，2003）。其所提出的問題與困難，大多與衛生所工作人員的專業知能不足與原住民健康問題的複雜性與難以改善有關。其次，一部分與健康非優先議題、台東縣的社區資源不足、政治派系鬥爭、原住民菁英壟斷資源營造中心承辦人員的時常更換，以及衛生署社區健康營造計畫本身的規劃與管理的問題有關。

（一）衛生所推動社區健康營造的問題與困難

衛生所在推動社區健康營造的工作時產生許多的困難，包括對於社區健康營造的觀念不清楚、缺乏企劃與資源整合的能力、無法跳脫原來衛生所的工作模式、民眾的問題牽涉範圍廣不是衛生所獨力能解決，以及衛生所主任和同事不支持等。

1.對於社區健康營造的觀念不清楚

社區健康營造計畫推動了將近三年，也進行了教育訓練與輔導，還是有人反應從衛生局到衛生所，對社區健康營造的手法與觀念還是不很清楚。很多衛生所還以為社區健康營造就是進行篩檢活動或是衛生教育宣導（台東 102,2,11,20；台東 310,1；DOH06,6）。

2.缺乏企劃與資源整合的能力

不僅是衛生局或是衛生所的工作同仁的反應，或是研究者在參與部落社區健康營造的成果觀摩會中或訪談的過程中，都可以感受到衛生所工作人員不論是做計畫的能力，發掘社區自己的健康問題，或是評估與呈現成果的能力，都尚待加強（台東局 01-2,5；台東 308,20）。

除了企劃能力以外，燕尾廐（1997）也提出山地鄉衛生所工作人員專業技能及素養的不足的論點。說明過去在山地鄉服務的衛生所工作人員，除養成班培育以外，多是因犯錯或操守不佳而被留放到偏遠地區。衛生所專業人員的能力在學校畢業後便處於停滯狀態，工作之餘的時間主要用來學習適應山地鄉衛生所特殊的人際文化，真正需要山地鄉衛生所來扮演的溝通者的角色，卻完全不見。可知台東縣不論是山地鄉或是平地社區，衛生所工作人員的專業素質仍然需要加強。

3.無法跳脫原來的工作模式

由衛生所承辦社區健康營造，一則因為原有的業務就已經很忙碌無暇思考；另一方面，衛生所習慣被上級主管單位考核而缺乏自己的主見，很難跳脫原來衛生所的工作模式來推動社區健康營造。而且社區健康營造計畫所推動的活動，也常是衛生所原本應該要推動的業務（台東 102,2,20；DOH06,6）。這項工作讓衛生所的工作人員備感壓力，因為必須主動思考與擬定計畫（台東 310,10）。

4.民眾的健康問題廣泛不是衛生所獨力能夠完成

社區問題的改善牽涉到許多單位，例如獨居老人、酗酒問題、繳不出健保費等問題，因受限於行政組織很難解決，為此工作人員衍生無力感（台東 309-2,3）。

而藍素禎、蔡篤堅（1997）採訪李建廷醫師的時候也曾經提到：衛生所的醫事人員水平都相當高，應該是當地的意見領袖。但為什麼這麼久了還是沒有辦法全面性地介入去改善當地的困境？除了表示現在的山地政策有問題以外，更重要的是衛生所不

可能介入地方的社會工作，因為衛生所是獨立的機關，如果要衛生所介入經濟、教育等方面，這責任太大，工作量太多了。此外也牽涉到醫師本身的價值觀，除非醫師能培養一些社區理念，否則一般的醫療概念是無法解決這些問題的。

5. 衛生所主任或同事不支持

因為衛生所的門診量很大，主任在醫療方面的工作就做不完了，所以部分衛生所的主任並不支持社區健康營造的計畫（台東 101；台東 308）。

6. 衛生所醫事人員流動率高

目前山地鄉衛生所醫事人員多由山地養成計畫中培育出，在分發時常因故鄉無職缺，而轉至其他山地鄉服務。不僅辜負養成計畫的原意，亦增加了人員流動性（顏婉娟，1997）。這個現象在訪談的過程中，也有人反應出來。因為人員的流動，以及不是在自己家鄉服務，會影響推動的成效（台東 309-2,4）。

（二）健康非優先議題

台東縣也像其他的研究一樣，在推動社區健康營造時，往往發現健康並不是社區健康營造最優先想要推動的議題（Guldan, 1996；南玉芬，2002；陳毓璟，2003）。其原因是因為不論鄉村地區或是山地鄉，經濟就業的問題往往是民眾所最關切的。而原住民的健康問題，尤其是飲酒過度的問題在專業人員的眼裡雖然很嚴重，需要立即改善，但是其問題的根源卻不是單獨以健康的議題所能改善。一般的健康行為的改善就不是一蹴可成，更何況是與社會文化因素有關的飲酒過度問題。此外原住民運動細胞活躍的形象，也容易讓他們忽略了健康的重要性。

1. 原住民對健康的議題興趣不高，而且健康問題也難單獨被解決

原住民關懷文化傳統的流失、土地問題或核廢料存放的問題，但要讓他承認自己的健康需要照護的興趣並不高。從生命統計的數據來看，經濟與健康皆弱勢的原住民應該比其他人更有健康的需求。但是實際而言，原住民對健康的需要或改善健康的期望遠低於對生存資源，如收入、職業、家庭等的追求，因為求溫飽尚嫌不足，如何更求身體病痛的療養（孔吉文，1997）。其實原住民並不一定如衛生專家一樣渴望那麼多東西，地方的需求也並不像我們想像的那麼大，他們真正的需求是非常基本、簡單的東西（藍素禎、蔡篤堅，1997）。例如最基本的醫療需求，譬如二十四小時的急診；基本的生存的需求，不是食物的營養，而是有錢可以吃得飽，以及都會區很少提及的環境衛生與衛生基礎建設。

訪談中，台東縣推動者所提到的相關問題以失業、基本的生活需求差、酗酒、痛風、肝病的問題最多，其次為吃檳榔、隔代教育、環境衛生差，缺乏公共建設、獨居

老人、離婚率高、未婚懷孕、消化性潰瘍、慢性病管理不容易等（台東 201,1,3；台東 204,8；台東 301,1；台東 302,1；台東 304, 18-19；台東 305,17；台東 307,11；台東 308,10；台東 309,4；台東 310,12；台東 311,1；台東 312,1；台東 313,2；諮詢 07,7）。健康問題的產生，不單是醫療的問題，有受訪者認為教育與經濟才是問題的根源與前提（台東 309,2；台東 302,1；DOH07,3）；有些則認為要從文化與後殖民的歷史來探討（台東 315,2,24）。

「很多人在講，其實原住民問題最大的問題就是經濟問題，只要經濟的問題一解決了，什麼問題都沒有了。…你一失業就什麼都不用講，你沒有錢就什麼都不用說，看病一定是吃藥的啦！（DOH06, 14）。」

「其實整體來講的話，健康很多是原住民問題的比較末稍，你剛剛講的自信心啊，然後什麼教育的問題、經濟的問題，才是比較屬於源頭，那我們要用末稍的問題然後去觸動那個源頭的問題，會覺得說會（拉不動？）對，一個是拉不動，第二個是無力啦！…這個東西是大社會，原住民社會的結構性的問題（DOH06, 14）。」

2. 健康行為很難改變，並且要很久才看到推動的成效

很多受訪者齊聲表示，民眾的健康行為真的很難改變，尤其是中老年病有關的飲食控制、環境衛生習慣、以及涉及經濟、傳統文化與社會結構面的原住民的飲酒行為等，問題的改善源頭可能在經濟、教育。加上一些社區的經濟狀況較差，讓許多健康問題的改善更難在短時間內看到成效，因此推動起來覺得有無力感。因此有受訪者認為社區健康營造三年的期限太短，因為三年的時間內民眾才可能才開始重視健康議題而已，遑論看到成效（台東 201,3；台東 312,1；台東 313,4；台東 301,1；台東 102,3；台東 312,1；台東 313,9；台東 103,10,12；台東 205,4；台東 202,2）。

3. 農村社區大家忙於生計，無暇參與健康活動

雖然農村地區的居民民風純樸容易凝聚，但是農忙的時候，或是因為經濟不景氣失業的時候就很難整合，很難依據原定計畫長期的去執行。

「真的很難推，而且很難賣。…因為這是一個農村，大家都要顧三餐，…講實在的，他也沒有閒功夫跟你做，我還要做什么健康管理？他有空他會挪出來，可是他沒辦法長期跟著大家一起投入。…每年至少有兩次啊！像現在，大概從六月開始，到七。八月，都是播種、插秧，你現在沿路看都是這樣子嘛！……大概又到了大概十、十一月、十二月的時候收割，然後過年前一定要插秧，就是這些時間，我們都不敢去碰他們。阿過，節慶快到了，也不要，也不能去打擾他們。…很好凝聚，可是，亡，有很多因素啦！他自己在忙的時候，或是他們失業的時候，你就很難去整合（台東

202,2,6,7)。」這樣的發現和同樣以農業為主的雲林縣推動社區健康營造時有相同的困難(張耀文, 2003)。

(三) 社區資源不足所衍生的問題

台東縣政府本身的經費與當地的社區資源並不充足，不論是醫院或是衛生所都覺得經費不足，募款也不容易，辦理教育訓練或活動時更難找到合適的師資，也很難找到合適的團體來推動。因此，如果政府的經費補助一旦中斷，就很難自己籌措資源持續推動。

1. 部落離島嶼鄉村社區經費不足並且募款不易

部落離島嶼鄉村社區經費不足，並且募款不易，需要政府補助。但有時也發生當地政府將相關經費挪至其他運用的情形(台東 202,6；台東所 306,4-5；台東 103,18；DOHO7,8)。

2. 不容易找到專家來解說與輔導

因為處於部落離島偏遠地區，想邀請學者專家來演講都不容易，更何況也有受訪者表示根本沒有專家來輔導(台東 309；台東 103,16)。

3. 社區資源不足，不容易找到合適的團體來推動

台東縣剛開始推動的時候不容易找到社團來推動，最後只好變成衛生所來承辦，而且也是半推銷，才有部分的衛生所願意推動。因為大部分的社團對社區健康營造不了解，對於健康議題或健康行為也不太了解，也不覺得很重要。加上為了解決生計問題，為了賺錢也不太願意花時間投入在健康上面(台東 103,3-4)。

4. 社區資源缺乏導致醫師流動性高，很難與社區民眾建立長期的關係與感情

由醫院推動社區健康營造的困難是醫師流動性高，很難與民眾建立長期的關係，進而影響計畫的推動。

「其實他們在這裡如果時間能長久，跟民眾互動，會更穩。妳知道今天換一個醫師，好不容易民眾跟醫師建立的感情，就要重新來了，這也是我們遇到的問題。……比如說今天是陳醫師，哇！半年了，換了，換成張醫師了！哇，那個又要重頭，那種感情就沒有很好。……其實醫師如果穩定的話，那樣推動社區預防保健也會比較順利(台東 202,23-24)。」

5. 人力資源不足

從訪談過程中可以瞭解，由醫院來承辦社區健康營造者，大多都由一個承辦人來推動，辦理活動或相關的講座時，才由醫院內的醫護相關人員支援。而承辦人常身兼數職，若醫院領導者不支持，更難全心推動。衛生所部分則大多由護理長或衛教工作

的承辦人員來推動，因為衛生所的護理人力也不很充足，衛生所主任也大多投入於醫療工作，所能支援的人力也很有限。更有受訪者反應，偏遠地區的人才實在有限，有孤掌難鳴的感覺（台東 204；台東 305；台東 102；台東 307；台東 309）。

6. 志工的招募不容易

對於台東縣而言，因為經濟因素，許多人忙於生計，志工的招募並不容易。而且識字率不高，能協助的工作有限。很多人多半希望最好是在有基本的酬勞之下，來服務自己的社區。因此衛生局與衛生所嘗試將有證照的居家護理員的訓練與志工訓練結合，讓志工也能獲得一技之長，而能擁有就業的機會。除經濟因素的誘因以外，教會以宗教的情懷來招募，也能解決一些招募不易的問題（台東心 01,2；台東 301,1；台東 313,15,18；諮詢 07,6）。

（四）政治派系鬥爭

在農村社會與部落離島地區，雖然社區的凝聚力較都市強，但是政治派系的糾葛卻是複雜。整體而言，可分為派系傾軋與政治權威分散兩類（高正治，2003）。訪問結果發現，台東的政治派系問題，一方面是選舉與黨派介入社區，阻撓社區健康營造的推動（台東 301,1；台東 308；DOH07,21）。其二則是部落族群的派系日本人對原住民的遷村制度，將許多散落在各地的部落集中在一起，在同一個村中。因此造成勾心鬥角。因為原來分散在各地的每一個部落都是一個國家，擁有自己的獵區。

「像我們這個xx鄉有沒有，從十幾個部落集中到五個村。現在五個村都在太麻里，那那個xx是舊部落，你看你原來這麼多分散的部落來集中，那你一定每天勾心鬥角，因為他以前部落跟部落之間都是一個國家啊，一個 nation，還有一個獵區啊！…。就哪一個部落都不服誰啦，因為他就是一個 nation 嘛（台東 315,22）！」

「你們去xx看，xx才好笑，這個村跟那個村是世仇。我們兩個村不在一起辦活動，你辦活動要這邊搶、那邊搶。…。古時候就開始，你的祖先打我的祖先，我的祖先打你的祖先，反正我們就是不相往來就對啦，雖然住在同一個鄉…。然後你那個抽獎喔，他們那時後就跟我講，你那個抽獎喔你要分兩箱，這邊抽五個那邊抽五個，你不能兩個混在一起抽，不然我怕你會作弊還是什麼，或者為什麼都是那個村的人抽到（DOH07,19）。」

其三屬於平權文化的社區，雖然沒有鮮明的派系鬥爭，卻因為缺乏權威的領導者，反而導致共識很難形成（台東 309-2,5-6）。

「蘭嶼比較特別，因為蘭嶼的文化他是一個叫做平權的文化，平權文化就是任何蘭嶼的任何的官員跟外面在討論問題的時候，他都不敢給你們做決定，因為

他沒有去部落做平權文化討論，他所有的決定，即使他的決定是對的，一樣是被拒絕，所以這個有所謂的文化因素啦（諮詢 03,12）！」

（五）原住民菁英壟斷資源的問題

在部落社區健康營造中，研究者特別觀察到一個現象，就是所謂的「權貴」問題或者是原住民「菁英」壟斷資源問題。「這群人有分兩種：一種是沒有忘本，我的本就在那邊，我就是盡量為他們。另外一群人出來，我就否定了我自己原住民的身份，他利用了這個機會拿到了錢，圖利我自己（DOH07,22）。」有些菁英沒有忘本，孤獨的挑戰影響部落進步的傳統文化，盡量為村民服務。

「你在面對現代化的時候，這種個人價值主義有沒有的時候，我太講求我的個人的那種，你回到部落會被人家講你是自私的，你會被人家排斥。所以很多我們現在這些菁英，實際上我們是邊緣人，非常孤單的（台東 315,26）。」

有部分的人卻被批評否定自己原住民的身份，掌握了政府補助的資源，但不見得會回饋給自己的社區與族人，而是用在自己人的身上。

「台東有一些就是原住民他當了議員，然後當了什麼，結果他跟政府多爭取經費對不對，結果經費爭取到了，落入自己的口袋（DOH07，21-22）。」

「我們訓練了一批志工，用社區健康營造的志工，然後我們鼓勵他們去做居家服務員的訓練，這都有證照，可是呢，好，像現在他們都有證照了，…那在鄉下本來就謀生很困難，他們現在要開拓他們的市場，他們踏出第一步很難嘛！…可是呢，據我所知啦，像我們的立委 XXX 啊，他跟 XXX 爭取到不知道上千萬的經費做居家服務，……他向上面報說他可以找多少的居家服務，可是實際上又不是啊！…他用了一些很多沒有證照的人在裡面工作啊！…那個一定是站在自己的利益上在做，然後裡面都用自己人啊。等於自己拿公家的錢來做自己的企業一樣（台東 308,13,14）。」

「經費被掌控在少部分的人手裡，因為那個 XXX 那裡，他們東部都被 XXX 掌控，然後他不認真，這樣啊（諮詢 07,10）！」

受訪者談到這種情況在發展中的社會經常會發生，少數優秀的人掌握了大部分外界補助的資源，而真正弱勢者依舊無法取得政府的補助。其實政府在山地鄉，不論是內政部、原委會、環保署、農委會與衛生署，都已經推動很多計畫，也補助很多經費。只是經費是否真正用在社區營造的推動上，而不是落入少數擁有社區資源的人的口袋中，仍需審慎檢討。受訪者建議對於問題的解決，則可將補助經費至少分成三個途徑來撥付，一為直接撥給地方政府，一為透過公正的第三團體來統籌，再其次則由民間團體自行申請（諮詢 03,8-10）。

(六) 營造中心承辦人員時常更換

部分社區健康營造中心的承辦人經常更換，不僅計畫很難持續推動，衛生局更要花很多的時間進行反覆的訓練與溝通，徒增許多行政作業。有一家社區健康營造中心的承辦人員甚至已經換了四位，計畫幾乎難以執行。倘若承辦人員非本地人，又無心久留於此，更會影響投入的程度與推動的成效（台東 302,1；台東 308,1；台東 301,1；台東 101,1）。

(七) 認知與執行之間有落差

經過教育訓練以後，雖然推動者對於社區健康營造的策略與原則有初步的認識，但認知與執行之間仍有差距。實際上的推動，仍不十分的完整與深入。例如營造中心的推動者雖然知道要運用社區的資源，但是目前仍只限於各組織系統的窗口聯絡人彼此之間的聯繫，各系統之間尚未有效的交流與合作；雖然知道應該由社區來主導，但是還是很難真正實行（台東 102,4,6；台東心 02,29）。

(八) 社區健康營造計畫本身的規劃與管理所衍生的問題

1. 沒有考慮到社區的差異

有受訪者抱怨衛生署目前的計畫過於統一化，並沒有考慮到社區的差異。補助經費從第一年的一百萬元，第二年驟減至只有二十萬元，西部社區經費充裕，可向其他地方募款，但是東部地區卻不可行（台東 201,4）。因為東部生活條件差，社區資源少，募款實在不容易。縣政府本身的經費更是不足，難以協助。

2. 平地社區健康營造計畫的持續性不明

台東縣完成社區健康營造三年計畫的平地鄉社區健康營造中心只有關山一家，它和台北市第一梯次推動三年計畫的營造中心一樣有相同的困擾，就是不知平地社區的健康營造中心的計畫是否繼續推動，很難規劃未來（台東 202,13, 19；陳毓璟, 2003）。

3. 衛生署經費編列與撥付作業太慢

受訪者反應衛生署的經費太晚撥下來，第一年一百四十萬元只剩下三個月的時間就要核銷完，實在有點浪費與可惜。其實第一年大部分是拜訪當地的社區人物，並不需要很多經費。第二年正需要經費時，經費又減少很多，一下子降至二十萬元（台東 307,2）。

六、營造中心對社區健康營造計畫的建議

(一) 舉辦承辦人員的教育訓練與研習會

從推動經驗中，受訪者認為人的因素是最重要的，尤其是承辦人。承辦人最重要

的是要有熱心。此外承辦人對社區健康營造的精神要很了解，並且對於社區的資源要很有聯繫才能加以動員，並且要能把正確的健康觀念傳達給民眾（台東 103, 1, 6, 7）。

從長遠而言，改變衛生所人員的觀念很重要，如此社區健康營造的工作才能持續有效的推動。所以有受訪者建議舉辦承辦人員的聯繫研討會，如此可以分享交換彼此的推動心得（台東 202；台東局 102，21）。

（二）設立分區輔導之社區健康營造負責人

受訪者認為應該要編制一位專門的人員，長期來推動社區健康營造的工作。但是限於補助的經費無法長期足夠的支應專責人員的人事費用，因此建議由國民健康局在每一個縣市或幾個社區，共同設立一個社區健康營造的負責人，編制在衛生局內來專責推動社區健康營造的工作，並且由營造中心進行考核（台東 203,9-10）。

（三）政府經費持續補助以持續推動社區營造工作

受訪者大多認為這是一項長期性的工作，但是健康的改變需要很多年才能看到成果。對於部落離島地區的受訪者，都希望衛生能夠持續推動這項計畫，因為有這個計畫，才可增加經費資源。部落社區很難募集資源，如果沒有政府經費補助，對台東縣而言，很難繼續推動（台東 313, 13-14；台東 314,7）。

（四）以民眾的生活圈考量，合併鄰近的山地鄉與平地鄉的衛生資源

訪問過程中在二個衛生所發現反應的問題是相似的，也頗值得衛生當局進行社區健康營造或基層社區衛生工作改革時參考。問題點是發生在關山鎮和太麻里鄉兩個平地鄉。他們皆建議，衛生所的建置應以民眾的生活圈來考量，鄰近地區的山地鄉與平地鄉的衛生所應該合併，或者政府所補助的醫療資源應該共享。理由如下：

1.鄰近地區的山地鄉和平地鄉的居民大多屬於同一族群，而且居住地區相近，因為交通方便，山地鄉的居民看病都喜歡到醫療資源較豐富的平地鄉來，但是山地鄉所獲得政府的醫療專案補助卻多於平地鄉。例如台東縣「大關山地區」，包括關山鎮、海端鄉、池上鄉，除平地社區以阿美族為主以外，山地社區以布農族居多，海端鄉的居民看病都下來關山鎮；金鋒鄉與太麻里鄉的鄉民以排灣族居多，但是山地鄉的金鋒鄉居民看病卻都下來到太麻里鄉，更何況平地鄉的原住民人口，反而比鄰近山地鄉的原住民人口多。

2.山地鄉所接受的政府補助較多，應該和平地鄉分享

例如山地鄉的護理人力較豐富、山地鄉有巡迴醫療還有健保的 IDS，山地鄉還比照群體醫療執業中心的待遇給付（台東 305,14；台東 304,14-15）。

（五）部落社區健康營造的工作移交給原住民委員會辦理

因為要改善原住民的健康問題所牽涉的面向太廣，牽涉到整個社會結構，因此受訪者建議社區健康營造推動三年以後，最好交給行政院原住民委員會接手，以重新建立部落的新價值觀與領袖制度。但是考量到原委會缺乏健康的專業，因此也建議聘請專家擔任政策的顧問（台東 315,27-28）。但是對於這個建議，也有人提出不同的看法。理由是基於原委會目前各項工作的推展情形來看，質疑由它來承辦對於醫療與健康方面的工作是否會更有成效，而對此建議持相反意見（臺東 101；DOH07）。

（六）運用青少年與公務員志工

在部落中要召集志工很困難，一則是前面所提到的經濟因素，另一方面則是因為原住民的人際關係是從部落主義最狹隘、最自私的角度出發。因此推動社區健康營造，必須要在地紮根，全力投入才可行，而青年志工和公務員志工的發展是比較可行的。因為在台東縣，很多公務員都是由原住民所擔任，其經濟收入較為安定，空閒時間也較多（台東 315,30,31）。

七、社區健康營造推動的策略

台東縣基於原住民人口較多，且社會資源缺乏，因此推動社區健康營造時有其特殊性。

（一）衛生局的推動策略

台東縣衛生局推動社區健康營造的策略，首重衛生所人員能力的提昇，社區有限資源的整合，強調從文化傳統切入，以社區總體營造的理念，結合健康與經濟產業來推動。重視民眾健康的自覺與自決，並且強調創造性與永續發展。定期召開聯繫會議提報進度，辦理志工訓練，並且深入社區實際輔導（台東 101；台東 102；台東 103；DOH，06）。

（二）營造中心的推動策略

1.結合社區資源

台東縣的社區資源本來就匱乏，加上縣政府的經費與人力都不足。因此大部分的社區健康營造中心，都有所體認也有因應之道，普遍都會與社區其他的社團合作，互相分享資源，一起辦活動，以節省經費與人力。鄉村地區的鄉公所、農會、社區發展協會與教會都是很好的合作對象，可以一起推動。而獅子會、青商會、救國團與扶輪社則是很好的資源來源，需要好好把握（台東 102；台東 202,2,3,18；台東 305,7,13；台東 306,8；台東 307,13；台東 308,6）。

2.運用創造性

平地鄉所推動的健康議題都以衛生署的六大議題為主，做法上也大同小異，但是部落離島社區的做法就很有創造性，運用各地的傳統文化與習慣。台東縣的平地鄉受此薰陶，做法上也多有地方特色別出心裁。而衛生署醫政處與台東縣衛生局的政策也是如此鼓勵，認為推動各項活動要有趣，才容易被民眾所接受。強調從因地制宜、納入傳統文化、住民自決與永續性等原則來規劃，並且與就業整合，建立永續推動的經濟基礎（DOH07,4）。

例如達仁鄉舉辦舞蹈班來增強原住民的體能、傳統的編織班來讓婦女有機會聯誼並且沒有時間喝酒、為離婚率高的村民舉辦第二春讀書會等；而蘭嶼鄉則要求小孩子來打掃環境，進而促使非常疼愛小孩的成人注重社區的環境衛生。因為體會一般性的衛生教育教材的內容意涵並不適合雅美族的文化，所以製作母語衛生教育教材。此外，因為當地發生海上旅遊的意外很多，但因天候不佳致使送台灣本島就醫不便，因此推動救生員訓練，一方面也可以增加住民的就業機會；延平鄉則促使村民重拾布農族傳統掃帚的手工藝，一則販售增加收入，一則舉辦大掃除來改善社區的環境衛生。舉辦創意有氧舞蹈比賽、強調愈原始愈好的原住民的風味餐比賽等；金豐鄉的讓百合花開滿部落，讓每戶栽種百合花以達社區美化。重建排灣族的青少年會所制度，舉辦青少年成長團體、傳統生活體驗與青少年志工團。以飲酒難節制者組成自主管理社組織「巴澄澄」獵人俱樂部；鹿野鄉的全鄉性壘球比賽，鼓勵失業者參與，凝聚全鄉的感情，並推廣體能活動等（台東 102,14-16；台東 312,2,3,6）。

從上面這些這些琳瑯滿目多變有趣的活動與主題來看，絕非專家依據十大死因統計與全國的健康問題所能事先作規範。而這也是衛生署醫政處、台東縣衛生局與東部地區的輔導委員在推動社區健康營造政策理念一致性下，所呈現的成效，大多掌握了住民自決與因地制宜的原則。

3.運用志工

整個台東縣在推動社區健康營造時，都會運用志工的人力。也依照政府的規定辦理志工的訓練，而且衛生署特別在部落離島社區健康營造計畫部分規劃了志工訓練中心，由國立屏東科技大學社工系負責推動。特別的是，部分衛生所承辦的社區健康營造中心，在衛生局的協助下，將志工的訓練與居家照護員的訓練結合在一起，讓志工在服務鄉民的同時，也能培養就業的技能。因為鄉村中社區居民的經濟較差，不願意從事沒有收入的志工工作。希望能在有限的經濟收入下，照顧自己的鄉民。

目前在台東縣有關志工的管理與訓練上並不十分理想，志工的任務主要是協助辦理大型活動，有活動時才參與，平時設站協助居民量血壓的情形並不多。而且農村社

會中，居民忙著工作，沒有時間參加志工活動，加上志工的年齡較大，能協助的地方有限。也發現鄉下地方即使有需要，居民也不太願意接受別人的協助。認為接受別人的幫忙是表示子女們不孝順，而且也不習慣讓陌生人到自己的家中來（台東 303；台東 304,8；台東 306,9；台東 307,21；台東 308,22-23；台東 310；台東 311）。

4.辦理衛教宣導活動與健康講座

對於山地鄉的衛生所而言，衛生教育是非常重要的工作。訪問過程中也發現，受訪者普遍都舉辦很多衛教宣導活動或是健康講座，並且強調大型活動才有吸引力。最常進行的方式是將衛教的內容融入社區中現有的各種活動中，例如農會的運動活動、槌球、家政班、教會的老人大學與安親班、鄉公所的居家照護等。不同政府部門的社區工作承辦單位，彼此互為主辦人與協辦人，互享經費與成果。認為活動辦的更大型、活動項目種類愈多更有號召力，也可以吸引更多的人參與；而由醫院承辦的社區健康營造中心，則常辦理各種篩檢與健康講座。這種情形被批評為只流於為辦活動而辦活動，實在沒有延續性，也沒有太多成效。受訪者認為缺乏外來的社會資源，山地鄉必須靠衛生所來進行衛生教育，但是目前山地鄉衛生所並沒有完全發揮這個功能（藍素禎、蔡篤堅，1997；台東 202,5；台東 204,8；台東 205；台東 301；台東 302,1；台東 310）。

此外，醫院所承辦的社區健康營造中心，基於醫療資源的充足，因此常舉辦各種健康講座，並且提供民眾所需要的健康諮詢（台東 202,26）。

5.從社區中關鍵人物先營造起，訴諸以社會責任

基於許多原住民的意見領袖，本身就有嚼檳榔與飲酒過度的不良健康行為，因此有此受訪者認為應該從社區健康營造委員這些人先推動起。先灌輸健康的觀念，增強社會表率的責任，再逐漸改變其行為，並且慢慢影響自己部落的人（台東 301,2；台東 204,11；台東 313,3）。

肆、結論與建議

一、結論

（一）承辦社區健康營造的動機

台東縣衛生所之所以承辦社區健康營造的原因，是因為社區資源不足，沒有其他合適的團體來承辦這項工作，因此在衛生當局的鼓勵之下來承接。此外也是為了獲得衛生署經費的補助，以補貼縣政經費的減少；對於醫院承辦社區健康營造中心的動機

則是爲了和社區建立良好的關係，如此也可以傳播醫院的形象，以增加醫院營運的利潤。

（二）對社區健康營造的看法

營造中心對社區健康營造計畫基本上是抱持正面的態度，也肯定政府對於社區健康的重視。只是普遍認為社區健康營造是一項需要長時間費時的投入，且不容易推動的工作；衛生局所部分，雖然台東縣因為社區資源不足，只好鼓勵衛生所來承辦。但是還是認為爲了多開拓一些社區的資源，應該由衛生所以外的單位來承辦；對於衛生所而言，雖然承接社區健康營造可以獲得經費的補助，但是大多數的衛生所還是認為這份工作會增加同仁的壓力，不應該由衛生所來承辦。

（三）推動的困難

台東縣因為有一半的鄉鎮屬於山地鄉，並且三分之一的人口爲原住民。因為原住民健康問題的複雜性，社會資源的不足，加上首長也不是很重視，讓社區健康營造的工作推動起來有其侷限性。

台東縣許多衛生所在推動社區健康營造工作上的主要困難，是對於社區健康營造的觀念不清楚、缺乏企劃與資源整合的能力，以及原住民的健康問題牽涉範圍廣不是衛生所獨力能解決有關。

對於台東縣而言，也像其他縣市一樣，有健康非優先議題的難題。但是其原因，在鄉村地區是因為農民忙於生計，沒有時間從事健康的活動。而山地鄉與偏遠地區，則是經濟與醫療的需求遠勝於健康，讓民眾不願意主動改善健康的問題。此外，台東縣特殊的問題還包括社區資源不足所衍生的募款不容易、找不到志工與訓練的師資的問題、選舉與部落的政治派系鬥爭問題、原住民菁英壟斷資源的問題、營造中心承辦人員時常更換、認知與執行之間有落差，以及社區健康營造計畫本身的規劃與管理所衍生的問題等。

（四）推動社區健康營造的策略

台東縣衛生局推動社區健康營造的策略，首重衛生所人員能力的提昇、社區有限資源的整合。強調從文化傳統切入，以社區總體營造的理念，結合健康與經濟產業來推動。重視民眾健康的自覺與自決，並且強調創造性與永續發展。定期召開聯繫會議提報進度，辦理志工訓練，並且深入社區實際輔導；營造中心部分，一樣強調結合社區資源，以及運用傳統文化發揮創造性。但是十分重視辦理衛教宣導活動與健康講座，以及從先營造社區中的意見領袖，杜絕其不良的健康行爲，作爲大眾的典範，並且鼓勵青少年與公務人員擔任自己社區的志工。

（五）主要推動者對社區健康營造計畫本身的建議

台東縣主要推動者對社區健康營造計畫的建議，主要是針對台東縣不足之處，希望多舉辦承辦人員的教育訓練與研習會、設立分區輔導之社區健康營造負責人、繼續補助經費，以及合併鄰近的山地鄉與平地鄉的衛生資源等。

二、建議

（一）以世界衛生組織「健康城市」的概念推動弱勢縣市的社區衛生工作

台東縣或山地社區的健康問題，與其貧窮和社會文化結構有關，非僅是從健康問題的營造所能改善。因此，光是目前社區健康營造計畫中所強調的增加社區自主的能力，以及讓更多的人實踐健康的生活的策略，對於弱勢縣市的社區健康的改善是有限的。應該回歸世界衛生組織推動「健康城市」運動的精神，從個人、社區到城市作整體的考量。從改變健康政策的過程著手，有組織有計畫的行動，並且權力下放，加重地方政府的責任，來解決都市中的就業、移民、社會疏離、貧窮、疾病或環境衛生的問題。目前補助各社區健康營造中心推動健康議題的做法，只能當作民間團體的扶植，不應忽略從健康政策面，進行中央跨部會相關經費的整合，權力下放但增強地方所不足的能力與經費著手。

（二）深入了解健康對原住民的意義

從專家的眼光而言，原住民的健康問題雖然很嚴重，但是從本次研究所得，卻發現健康並不是原住民最關切的議題。因此要解決原住民的健康困境應先從原住民對健康的詮釋著手，深入了解原住民各族不同的社會文化特質，才能提供有效的協助。

（三）強化衛生工作人員的專業訓練

從本研究也了解，台東縣的衛生工作人員普遍反應專業能力不足的問題。不僅是社區健康營造的概念與策略，甚至是一般的企劃與資源整合的能力。其能力的增強，所影響的不僅是社區健康營造單項的業務成效，而是整體衛生所業務的推動。

（四）強化部落地區青少年的健康教育與志工訓練

從研究所得可知，面對原住民成人酗酒難以自拔而危及部落存亡的現象，推動原住民社區健康營造者，將重建部落的希望寄託於年輕人與小孩。讓小朋友從小養成良好的衛生習慣，杜絕酗酒、吃檳榔、吸菸等危害健康的習慣。並且藉由恢復過去部落中青年會所的功能，透過團體的生活技能與紀律的訓練，讓青年恢復自信，積極參與部落公益活動。這樣的想法是大多數台東縣從事原住民社區健康營造推動者的沉痛反省，此理念很值得從事公共衛生行政當局者加以重視，以及相關專業學者的協助。

參考文獻

一、中文部分

- 孔吉文（1997）：對原住民健康政策的期待，醫望，22，61-63。
- 孔吉文（1993）：原住民年看原住民健康困境，山海文化雙月刊，110-114。
- 行政院原住民委員會（2002）：行政院原住民委員會原住民痛風防治計畫，<http://www.apc.gov.tw>，2002/5/2 檢索。
- 行政院衛生署（1999）：推動社區健康營造三年計畫。
- 行政院衛生署（2000a）：行政院衛生署公開甄選第二梯次機關團體辦理「社區健康營造計畫」需求說明暨甄選須知。
- 行政院衛生署（2000b）：行政院衛生署「原住民部落及離島社區健康營造計畫推動小組委員會」及「部落社區健康營造推動中心」設置要點。
- 行政院衛生署（2000d）：社區健康營造工作手冊。
- 行政院衛生署（2001）：2001 年全國原住民部落及離島社區健康營造研討會大會手冊。
- 行政院衛生署（2002b）：2002 年全國原住民部落離島社區健康營造研討會大會手冊。
- 行政院衛生署（2002c）：2002 年全國山地離島及原住民醫療業務研討會暨研究成果發表大會手冊。
- 李瑛（2000）：從原住民自決理念評析台灣原住民社區營造之推廣。原住民教育季刊，20，5-21。
- 余光弘（1997）：雅美族。載於原住民文化基本教材（下冊）台北：國立編譯館。（126-153）。
- 吳慧嫻（2000）：社區健康促進計畫介入之成效前瞻性研究--以臺灣東部某社區環境為例。慈濟技術學院學報，2，245-259。
- 呂宗學、黃玲娟、陳宜冠、李孟智、陳愛娣、周明智（1996）：台東縣原住民死亡率分析，公共衛生，23（1），27-37。
- 呂秋文（1999）：布農族部落宗教變遷之研究—以台東縣海端鄉利稻村為調查中心。台灣文獻，50（4），219-234。
- 林慶豐（1997）：都市原住民的健康現況、困境與展望。醫望，23，40-41。
- 南玉芬（2002）：社區健康營造中心之社區推動內涵分析。台中：東海大學社會工作學系碩士論文（未出版）。
- 陳其南（1995）：社區總體營造的意義。台北：行政院文化建設委員會。
- 陳其南、陳瑞樺（1998）：台灣社區營造運動之回顧。研考報導，41，21-37。專題研究報告摘要。
- 陳明憲、汪明輝（1993）：台灣山地鄉的酒類消費與飲酒問題，師大地理研究報告，20，57-100。
- 陳毓璟（2003）：台北市社區健康營造推動的現況與困難之研究。衛生教育學報，19，179-221。
- 黃宜衛（1997）阿美族。載於原住民文化基本教材（下冊）台北：國立編譯館。（95-124）。
- 葛應欽（1997）：原住民的健康問題。中華民國台灣醫學會第九十屆總會，杜聰明博士紀念演講。
- 臺東縣政府（2003）：台東縣原住民人口結構分析。<http://www.taitung.gov.tw> 2003/6/23 檢索。
- 臺東縣金鋒鄉衛生所（2002）：金鋒鄉部落健康營造中心。發表於行政院衛生署舉辦之「2002 年全國原住

- 民部落離島社區健康營造研討會」大會手冊，261-270。
- 臺東縣海端鄉衛生所（2002）：海端鄉部落健康營造中心。發表於行政院衛生署舉辦之「2002 年全國原住民部落離島社區健康營造研討會」大會手冊，271-276。
- 臺東縣綠島鄉衛生所（2002）：綠島鄉部落健康營造中心。發表於行政院衛生署舉辦之「2002 年全國原住民部落離島社區健康營造研討會」大會手冊，227-232。
- 鴻義章（2002）：原住民部落健康營造之建構及其課題之探討。發表於行政院衛生署舉辦之「2002 年全國原住民部落離島社區健康營造研討會」大會手冊，27-36。
- 藍素禎、蔡篤堅採訪（1997）：社區重建與原住民健康—專訪李建廷醫師。醫望，23，64-66。
- 燕尾厥（1997）：對原住民健康的另類思考。醫望，22，64-65。
- 謝繼昌（1997）：魯凱族。載於原住民文化基本教材（下冊）台北：國立編譯館，1-24。
- 顏婉娟（1997）：山地鄉醫療資源分布及現況。醫望，22，49-50。
- 顏婉娟（1999）：烏來泰雅族婦女飲酒經驗之探討。台北：國立陽明大學社區護理研究所碩士論文（未出版）。
- 譚秀芬、曾泓富（1998）：嘉義縣阿里山鄉醫療資源利用現況及滿意度調查。行政院衛生署中央健保局八十七年度委託研究計畫。
- 譚秀芬、曾泓富（2002a）：美國、加拿大、澳洲、日本及台灣原住民衛生政策比較。載於行政院衛生署舉辦之「2002 年全國原住民部落離島社區健康營造研討會」大會手冊，41-44。
- 譚秀芬、曾泓富、林文德（2002b）：先進國家原住民衛生政策比較。行政院衛生署九十一年度委託研究計畫。
- 藤井志津枝（1998）：理蕃。文英堂，台北市。

二、英文部分

- Ashton, J. (1992). The Origins of Healthy Cities. In Ashton, J. (Eds.). Healthy Cities (pp.1-21) Milton Keynes • Philadelphia: Open University Press.
- Bauer, G. F. (1998). Developing Community Health Indicators to Support Comprehensive Community Building Initiatives: A Case Study of a Participatory Action Research Project. University of California, Berkeley. From UMI ProQuest Digital Dissertations-Full Citation & Abstract.
- WHO (2002). How to Make Cities Healthier. Web sites: Responsible self-regulation. WHO Regional Office for Europe. Retrieved March 17, 2000, from [http://www.who.dk/healthy-cities/How2Make Cities/20010828_1](http://www.who.dk/healthy-cities/How2Make%20Cities/20010828_1).

投稿 92.7.31.

修正 92.11.21.

接受 92.12.23.

The Current Situations and Difficulties of Promoting the Health Community Building in Taitung County

Yu-Ching Chen , Song-Yuan Huang

ABSTRACT

This research is to realize the policy of the health community building (HCB) through the promoters of the HCB in Taitung County where is considered to be lack of community resources with multiple races. This research collects information by using the method of interview. There are 32 persons were interviewed. The results of this research are:

1. The centers for HCB in Taitung County is primarily undertaken by health centers and hospitals. The reasons for health centers to undertake the HCB project is that there are no other proper organizations to undertake the project. Therefore, the health centers are encouraged by the Department of Health ,Taitung County Government to undertake the HCB. However, the reason for hospitals to undertake the HCB project is to increase their profits.

2. The policies to promote the HCB are focused on increasing the capability of the promoters of the health centers, integrating the limited community resources, emphasizing the traditional culture, combining health and economic industry, emphasizing the health awareness and self-determination, focusing on the creativity and continuing development, emphasizing health education, and also encourage the teenagers and government employees to be their community volunteers.

3. Besides the issue of health is hard to be the primary issue to be emphasized in the community, the other difficulties to promote the HCB project are: lots of natives in the communities and their health problems are complexity , and the lack of society resources.

The political fighting, the monopolization of resources by the native elites, the change of the promoters in the HCB, the gap between knowledge and practice, as well as not well planned and managed by the policy-maker for the HCB are also the difficulties to promote the HCB project.

The health problems of the people of Taitung County are related to the poor economy and the social culture of the natives. It is hard to solve the health problem barely from the HCB. The health problem of the people of Taitung County should be resolved from health policy, integrating related funds from federal and local government, empowering the capability and enhancing the fund in the local government. It is suggested that we should realize the meaning of health to the natives, strengthen the health education for the teenagers and the utilization and training of the volunteers.

Key words: community health, health community building, health city, health promotion