

台北市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

本研究是以台北市社區健康營造之主要推動者為研究對象，以了解目前社區健康營造推動的現況與困難，作為社區健康營造政策推動的參考。以質性研究方法，面對面深入訪談方式收集資料。共計訪問台北市衛生局所與社區健康營造中心主要推動者三十人，研究結果發現：

(1) 非營利性的民間組織基於組織宗旨與社區健康營造的目的相符，以及因可獲得經費補助而承接這項計畫；營利性的機構則基於業務的行銷與機構形象的建立而承接。

(2) 有一半的衛生所不認同社區健康營造的計畫，逃避由衛生所本身來推動這項業務，並且質疑社區健康營造中心所能夠發揮的功能。

(3) 台北市衛生局以健康城市的策略來推動這項工作；營造中心的推動策略包括成立推動組織、尋求社區關鍵人物的支持、建立學習的團隊、落實健康的生活、進行志工招募、訓練與服務、進行社區評估和健康診斷、整合社區的資源、推動健康活動、進行衛教宣導、建立永續發展的模式等。

(4) 推動的困難主要在於衛生所的被動態度、健康非優先議題、社區的不支持、衛生署對計畫的規劃與管理不周全、都會社區的型態不易推動、志工的管理不易、推動者的專業能力不足與特質不適任推動、缺乏辦公與活動場所、社區資源無法整合等。

*行政院衛生署企劃處薦任技士

**國立台灣師範大學衛生教育學系教授

(5) 主要推動者對於社區健康營造計畫的建議，包括整個計畫重新加以檢討並作完整的規劃；檢討政府在此計畫中應該扮演的角色，並從衛生行政機構本身先進行營造；進行營造中心的成效評估；容許各地方有不同的推動模式；建立促進衛生所與營造中心的互動的機制；培訓退休醫護相關人員參與；以及進行媒體行銷等。

社區健康營造的理念受到大多人的肯定，只是都市社會異質性高，做法上需要更開放多元，更需要加強行政機關內部與營造中心之間的溝通。重新定位政府的角色，並從衛生行政機關內部先進行改造。

關鍵詞：社區營造、社區健康、健康城市、健康促進

壹、前言

一、研究背景與動機

鑒於世界愈來愈都市化，工業化的國家在大都市中居住的人口比例，從 1990 年的 63% 年，2050 年將增到 80%，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）。1980 年代開始，全世界開始推動健康城市的運動，並且在 1990 年代形成熱潮。目前健康城市已成爲全球性的活動，全球約有超過 4500 個社區正在推動健康城市運動。

二十世紀開始推動健康城市運動，1974 年加拿大政府 McKeown 提出的 Lalonde 報告，認爲加拿大人健康的改善主要是由生活方式與生活環境所影響，而不是衛生保健組織或醫療服務；1978 年世界衛生組織的 Alma-Ata 宣言，清楚的指出政府對於促進人民健康的責任；1984 年首先提出健康促進的理念、1986 年「渥太華憲章」，提出健康促進的五大策略。觀念發展成熟至此，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）（Ashton, 1992）。

基本上世界衛生組織的健康城市計劃是一個計畫性的，些許科層體制（bureaucratic）的做法。強調透過健康的公共政策，讓健康看得見可加以評量（public accountability），打破垂直的組織架構與障礙，促進水平的整合（Ashton, 1992）。Hancock 及 Duhl 認爲健康城市的策略強調是一種重新建構健康決策的過程，將權力轉移給地方，減少擁有健康之不平等條件，保護健康環境，加強社區的行動力，以及將健康意識置於其他的政策議題中。主要在於視個人、社區及城市爲一個整體，在反覆決策的過程中，建立以健康爲主要的價值觀，並且藉由廣泛的社區參與，達到全民健康的目的（賴美淑、陸均玲，1998）。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（WHO Regional Office for Europe, 2002）。由此看來世界衛生組織的「健康城市」概念，強調的是從個人到城市做整體性的考量，從改變健康決策的過程著手，有組織有計畫的行動，並且權力下放，加重地方政府的責任。

這樣的策略和傳統的衛生教育或公共衛生策略有很大的差異，除了不再特別強調個人健康行爲的改變以外，重要的是從政策面建立健康的支持強性環境，以整個社區或城市爲主體，全面性的考量影響健康的因素，建立跨部門的合作機制，共同來改善民眾的健康，做法上更是多元而富有彈性。Hartrick, Lindsey & Hills（1994）認爲這是

一種新的思維與哲學，相信所有的人都有力量，有能力來決定自己的健康需求，了解問題的原因，並且解決自己的問題。但是一般的公共衛生或衛生教育專業人員，習慣從專業者的立場，將民眾視為「沒有能力」或是「知識與觀念不夠正確」的人，以灌輸教育的態度來進行知識的傳授，並且以教育的普及率來評定衛生教育的成效；而醫療專業人員則受限於疾病為主體的專業訓練，視民眾為「病人」，消極的進行疾病的治療或維持病人的健康。基層的公共衛生人員，習慣遵照上級機關的指示做事，侷限自己為醫療服務的提供者，很少將民眾視為工作夥伴。而民眾更是認為健康是政府的責任，習慣被動的接受保健服務，而不將自我的責任放入，積極實踐行健康的生活甚至影響他人一起參與。這樣的認知與態度，會不會讓政策的執行過程中產生許多困難？頗值得加以探討。

我國自1999年開始推動「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。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。希望在民國九十三年時候，能達到每一個鄉鎮市區至少有一個社區健康營造中心的目標（衛生署，1999）。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，過程中投入大量的經費與人力。目前這項計畫更併入行政院「挑戰2008國家發展重點計畫」的「健康生活社區化」部分，計畫期程不僅延續至2007年，更進一步擴大推動範圍。這項國家重要的政策，對於基層衛生保健工作人員的觀念有不小的衝擊。推動的三年當中陸續出現一些反彈的聲浪，在整個政策擴大推動之前，實在需要停下腳步，檢討目前推動的現況與困難，以作為修正政策的依據。因此本研究先以推動社區健康營造最積極也最有系統的台北市最為對象，來了解目前推動社區健康營造的現況與產生的困難。

台北市目前擁有260多萬人口，是台灣最繁華的都會區，擁有全國最豐富的醫療資源，市民的平均教育程度亦高。但是市民依舊遭受癌症、心臟血管疾病與新陳代謝等慢性疾病的侵襲。考量台北市目前的現況，市民的健康狀況已非單由衛生專業人員所能成就，必須仰賴全體市民共同努力落實健康的生活，更需要積極的整合社區資源，營造健康的支持環境，並且全體上下自民間至政府，跨公私部門與跨單位的合作，才能進一步促進民眾的健康。因此台北市自1998年起開始辦理「台北市參與世界衛生組織歐洲分屬之健康城市計畫網絡可行性評估」，針對推動健康城市進行相關工作規劃。1999年參與衛生署所推動的社區健康營造計劃，迄今於台北市十二個行政區成立十三

處社區健康營造中心。2001 年推動「營造亞太健康之都三年計畫」，並由台北市長帶頭提出 2002 年為「健康城市元年」的口號。希望超越新加坡、香港，趕上東京、大阪，成為亞太健康新都會（台北市政府衛生局，2001、2002a、2002b）。台北市的做法，除了配合衛生署的社區健康營造計畫，於全市每一個行政區皆成立社區健康營造中心以外，更是全省二十三個縣市中率先將「健康城市」計畫納為市府的優先政策，由衛生局主動且有系統的制定持續性的健康城市的計畫，是台灣大都會地區推動社區健康營造的典範。

因為一項政策的實施，需要從由中央的決策至地方的執行做整體的觀察，才能了解推動的問題，好作為修正政策的參考。因此本研究選擇以台北市整個行政區域的推動，作為探討衛生署社區健康營造政策推動概況的研究起始點。

二、研究目的與待答問題

（一）研究目的

本研究以台北市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。分析目前台北市社區健康營造計畫推動的現況與困難。訪問的對象，以影響台北市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）台北市社區健康營造中心全覽

目前台北市十二個行政區域中，共計成立十三家社區健康營造中心。分三個梯次成立，第一梯次1999年成立七家、第二梯次2000年成立四家、第三梯次2001年成立二家。分別由四家醫院、八家民間團體與一家衛生所承辦（見表一）

（二）訪問對象

依據在此計畫中所扮演的角色功能，訪為對象可應該包括政策管理者、政策諮詢者與社區健康營造中心的主要推動者三類。政策管理者包括、社區康營造中心所在地的轄區衛生所所長（護理長或承辦人），訪問優先順序依所長、護理長、承辦人順序排列；政策諮詢者是指曾經接受行政院衛生署或台北市衛生局的邀邀，擔任台北市社區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（由台北市衛生局承辦單位推薦）。

表一 台北市社區健康營造中心一覽表

委辦梯次	行政區	承辦單位
1	松山區	財團法人基督復臨安息日會台安醫院
1	中正區	中華民國紅十字會台灣分會
1	信義區	私立台北醫學大學附設醫院
1	內湖區	中華民國社區資源交流協會
1	士林區	國立台北護理學院（91年改由新光醫院承接）
1	北投區	財團法人老五老基金會
1	北投區	台北市八頭里仁協會
2	中山區	青年社會服務協會
2	大安區	財團法人台灣基督長老教會大安教會（實際由華致醫療機構負責推動）
2	大同區	財團法人勵馨社會福利事業基金會
2	南港區	台北市太極氣功十八式暨木蘭拳、劍、扇推展協會
3	文山區	台北市文山新願景促進會申請計畫通過（後來由台北市立萬芳醫院承辦）
3	萬華區	台北市萬華區衛生所

三、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、營造中心與學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。

四、實施步驟

本研究首先收集相關的文獻以草擬訪談大綱與訪談說明書，並且同時拜訪台北市

衛生局社區健康營造業務承辦科長與承辦人，了解並收集台北市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紀錄資料的需求性，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 2002 年 8 月止，訪問台北市衛生局、十二家衛生所與十二家營造中心（其中文山區社區健康營造中心以剛成立尚未就緒為理由拒絕受訪），共計訪問三十人（見表二）。其中只有兩個人為電話訪問，其餘皆為面對面的訪談。每個人接受訪問的時間從十五分鐘到二個小時不等，大致平均每人受訪一個小時。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。

表二 訪談對象工作角色分析表

工作角色	衛生局局長、承辦科長與承辦人	衛生所所長或承辦人	民間團體主要推動者	諮詢委員或輔導員	總計
人 數	3	13	12	2	30

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，整理出主要的概念與架構。除了訪談錄音帶的逐字稿以外，並參考實地札記與相關的書面資料。書面資料部分包括衛生署的社區健康營造計畫書、各社區健康營造中心的成果報告、社區健康營造中心成果觀摩會與檢討會、各社區健康營造中心網站的資料、相關新聞報導等。

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。這些概念類別隨著分析個案逐字稿的增加而逐漸擴增，並且隨時重整。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（core category）。

資料的編碼以個案的編號和逐字稿本文的頁數來表示，例如「北市 28-1」代表某一個概念的文句，出現於台北市第 28 位受訪者的訪問逐字稿第 1 頁之中。

六、研究者訓練與角色定位

質性研究中，研究者就是工具，研究者的學經歷與個人觀點，會影響所蒐集的資

料範圍與詮釋，也會影響訪問過程被研究者對研究問題的反應。

研究者本身學術專長於衛生教育領域，對於社區健康促進的概念與推動、質性研究方法接受過專業的訓練。並且任職於行政院衛生署，熟悉衛生政策規劃的歷程、公共衛生行政的運作與相關的資源。這些背景有助於研究者快速了解社區健康營造政策的推動，並且容易進入研究場域。

基於任職於中央衛生主管單位，職務多與政策的制定有關，因此容易從社會整體的面向關懷政策的推動過程與結果，並從組織的運作與管理的面向來分析問題，而較忽略某一人或團體的個別表現與想法。此外，研究者本身的職務與本研究無直接相關，因此對此政策的制定無任何的辯護之心，較能以中立的角度真實的反應研究的結果。

雖然因為任職衛生署，使研究者得以容易進入衛生職場進行訪問。但也因為與被研究者之間有組織上下層級的隸屬關係，恐受訪者因此有所顧慮而不願意表明真正的想法。為使訪談進行順利，雖然表明研究者的職務身分，但強調研究者本身目前的職務與社區健康營造計畫無直接關係，並且強調被訪者的意見對於整個業務改進將有很大的貢獻，以及研究報告上不會呈現受訪者的姓名，請受訪者無須擔憂，以免影響訪談的結果的可靠性。

七、信度與效度

質性研究所考量的信度與效度指標與量化研究有所不同，質性研究者所關注的不是「客觀分類計量」、「普遍法則的尋找」或「因果假設的否證和統計推論」，而是「社會事實的建構過程」，以及「人們在不同的、特有的文化社會脈絡下的經驗和解釋」（胡幼慧、姚美華，1996）。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（1）不同人的看法：包括衛生局的科長、承辦人、衛生所所長、社區健康營造中心主要推動者（2）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（如計畫書、成果觀摩會、網站資料、剪報等），來交叉檢視同一個社區健康造中心的訪談資料的真實性；以錄音機紀錄訪問結果並親自謄校成逐字稿，忠實的呈現受訪者的想法與情感，避免因筆錄速度太慢與記憶力有限而有所遺漏，並且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、衛生機關承辦人員的訪談，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、承辦社區健康營造的動機

台北市十三家社區健康營造中心的承辦單位，除了萬華區由衛生所承接以外，其餘都是由民間團體所承接。大致上民間團體承接社區健康營造中心計畫，是因為社區健康營造的理念和承辦單位的宗旨一致。而對於經費不豐的非營利性的民間團體，除可以獲得最需要的經費的補助以外，還可以同步的擴大推動原有的業務。（北市 12、13-1,9-10；北市 01-7）

對於純粹營利性質的醫療機構而言，承接政府部門營造中心的計畫，獲得經費的補助並不是最重要的考量。而是藉著行政院衛生署的招牌，有助於業務的行銷與機構形象的建立。（北市 14、15-19；北市 06-18,19；北市 01-18）

「其實在還沒有接社區健康營造，沒有沒有這一百四十萬，本來就是這樣做啊！我想任何醫療院所，他有這個行銷概念的就會這樣做，只不過是變成說我們現在有社區健康營造這個一個招牌來講的話，是比較更名正言順。」（北市 14、15-19）

二、衛生局所對推動社區健康營造的看法與互動情形

世界衛生組織在推動健康城市計畫中，曾提到基層行政部門的重要性，因此衛生局所在社區健康營造計畫中扮演很重要的角色。雖然台北市的社區健康營造中心幾乎都是由民間團體所承辦，衛生所還是被衛生局要求盡到督導與協助的責任。因為前後二任的衛生局長都十分支持健康城市的計畫，也親身參與，因此衛生局的承辦人也十分投入。但是衛生所部分，卻有一半的衛生所表達對於社區健康營造計畫的不認同。認為這個計畫陳義過高，立意雖好卻不容易推動；這個計畫本身在政策的規劃與管理上都有問題；對於由民間團體來推動有些不放心的，而且公務機關參與一個可能是營利性團體的活動是很不恰當的；民眾的健康需要長時間才能看到成效，不是一個社區健康營造就能改善，更何況許多業務原本都由衛生所在推動，不一定需要再推動這項計畫；況且社區健康營造也不是衛生所目前最優先需要推動的業務。（北市 12、13-1,9-10；北市 01-7；北市 14、15-19；北市 06-18,19；北市 01-18）

至於是不是應該由衛生所本身來推動社區健康營造這項業務？衛生所的看法大致

上是否定的而且是逃避的。「哈！大家逃那個社區健康營造的角色，逃的像什麼似的。」（北市 26-22）但是從衛生的專業性與在社區耕耘的經驗來看，衛生所自認為比一般的民間團體有能力來推動這項工作，又不放心民間團體的專業性與公信力。可是衛生所的業務量太大，人力不足以因應，又不願意由自己來推動。因此對於衛生局要求衛生所主動要來參與這項工作，他們認為還是最好不要由衛生所本身自己來推動，而是由民間團體來推動，衛生所只要扮演協助者的角色（北市 26-22；北市 6-1；北市 16-1）

訪問過程中發現社區健康營造計畫的執行過程，衛生署和衛生局、衛生所之間對於衛生所應該扮演怎樣的角色，並沒有達成共識與作充分的溝通。衛生署一開始不希望衛生局與衛生所參與太多，直到九十年才將督導營造中心的責任移給各縣市衛生局。因此，訪問過程中發現部分衛生所對自己在社區健康營造計畫中，應該參與到何種程度不太清楚，也頗有微詞。（北市 24-3；北市 05-1）

整體而言，大多的衛生所都認為社區健康營造中心是社區中推動健康的一個單位，和衛生所之間彼此應該互為資源。如果營造中心推動的好，對於衛生所也有幫助，因此衛生所應該扮演一個支持或協助者的角色。只是衛生所對於衛生局期望衛生所扮演督導者的角色認為不適宜，因為目前經費直接由衛生署撥付給營造中心讓衛生所無從管理；而且有些民間團體的能力也比衛生所強，根本無法指導。更何況營造中心規劃要推動的議題，衛生所也不應該要求更改（北市 21、22-11,12,15；北市 17-5；北市 16-8,9）。

這樣的情形也同樣反映在衛生局自己的工作成果檢討中，對於衛生署自九十年起將營造中心的重責轉移給各縣市衛生局，但衛生局卻面臨有責無權的尷尬角色。對於執行不力的營造中心，衛生局表明只能道德勸說但成效有限。（臺北市府衛生局，2002a）

實際的推動過程中，一半的衛生所和營造中心維持良好的互動關係，彼此也能互相支援。特別用心的營造中心甚至在申請計畫時，即主動邀請衛生所加入推動團隊，為日後奠定良好的互動基礎（北市 08-2；北市 17-8）；但是也有一部份的衛生所與營造中心的互動不甚良好，因為其中有些營造中心的活動全部仰賴衛生所協助，並視為理所當然，讓衛生所感到困擾（北市 24-12）；有些在工作理念上彼此意見相左（北市 02-26），甚至因此中途更換承辦單位（北市 27-15）；有些則是從開始至今都互不相往來（北市 06-10；北市 04-1,2）。

約一半的衛生所對於社區健康營造中心能夠發揮的功能，大多抱持著質疑的態度。大多認為營造中心所能影響的層面有限，不僅推動的健康議題有限，而且衛生所

目前的業務也已經在推動；推動的範圍也很小，對於衛生所並沒有太大的幫助；唯一部分被肯定的地方是社區資源的發掘與整合，但這項功能發揮多少，也必須視社區健康營造中心組織功能的健全度有多少才能決定。（北市 01；北市 04；北市 06；北市 17；北市 21、22；北市 26）

部分衛生所訪談過程中也曾討論到衛生所從過去到現在，於社區保健的服務內容與方式的確有很大的變化。服務的對象，已從對全部的民眾轉移到針對特殊的族群提供特別的服務；服務的內容，從傳統的個別衛教、家庭計畫或傳染病防治計畫，轉移到提供整合式的保健服務；服務提供的方式，不僅更為生動活潑，也更主動走入社區；學會運用社區的資源，志工的參與也更多（北市 04；北市 18；北市 21、22）。但是衛生局對於衛生所的功能，從 1998 年起將門診業務移撥由各市立醫院經營，將衛生所轉型為保健型的衛生所，期待衛生所能扮演規劃者的角色，主動整合社區的資源，作社區的經營與健康的管理者，而認為衛生所目前的轉型尚未成功（北市 23-11,12）。吳秉釐（2001）的實徵研究中，也發現這樣的組織變革，對於衛生所的績效未必全部有正面的效應。

四、推動的策略

這部份的研究結果是分析訪問稿中受訪者所提出的實際做法，以及衛生局推動的相關計畫、各營造中心出版的書面資料與成果觀摩會的報告資料整理而成。資料的呈現包括台北市衛生局所推動的健康城市計畫與十三個營造中心的推動方法。

（一）台北市健康城市計畫

打造健康的台北市是台北市衛生局這幾年的重要政策，推動的做法即是參考世界衛生組織歐洲區署在 1997 年出版「發展健康城市計劃的二十個步驟」（WHO, 1997b）（見表三）來推動。

民國八十七年起，辦理「台北市參與世界衛生組織歐洲分署之健康城市計畫網絡可行性評估計畫」，著手進行加入健康城市計畫網絡之策略與方法之評估。其後配合行政院衛生署辦理的三梯次社區健康營造工作計畫徵選，三年內陸續成立十三處社區健康營造中心。八十九年起進行「社區健康營造工作輔導計畫」，於衛生局成立跨科室輔導小組，並且邀請專家學者進行分區輔導，召開業務聯繫會議暨觀摩會，舉辦社區健康營造工作坊等，輔導社區健康營造中心的推動。促進彼此間的經驗交流，並加強社區健康營造理念的宣導。九十年的工作重點著重於培育社區健康營造團隊的能力、促進資源的整合，並且推動「亞太健康之都三年計畫」。九十一年度的工作重點除了繼續透

過工作坊與研習會，強化社區健康營造中心工作者在社區資源開發、創意衛生教育活動設計及媒體運用的技能外，也加強志工經營管理概念的教育、完成十二個社區的健康評估、推動健康飲食新文化、辦理「健康醫院」的評鑑，發動市民減重 100 公噸。健康城市的計畫也獲得市長的公開支持，宣告民國九十一年為臺北市的「健康城市元年」。多項市政建設也都以市民健康促進為導向，並且逐步發展亞太健康城市的指標。（游柏村，2002；邱淑媿 2002；臺北市政府衛生局，2001、2002b；謝蔓麗，2002）台北市的做法已超越衛生署社區健康營造政策的要求，主動積極的朝向推動國際健康城市的理想邁進。

表三 世界衛生組織「發展健康城市計畫的二十個步驟」

階段	啓動期	組織期	行動期
推動步驟	1.建立地方的核心團隊	8.成立計畫推動委員會	15.增加大眾對健康的認知
	2.了解健康城市的概念	9.分析計畫的環境背景	16.倡導執行的策略
	3.了解自己的城市	10.確定計畫的任務	17.推動跨部門的行動方案
	4.尋找經費支援	11.設計畫執行的辦公室	18.增進社區的參與
	5.確定推動組織的設立位置	12.建立長期的推動策略	19.促進創新
	6.撰寫計畫	13.建立計畫發展的潛力	20.制定健康的公共政策
	7.獲得市政府的承諾	14.建立可衡量的評估機制	

訪問過程中，健康減重一百噸計畫正如火如荼的推動，增加衛生所許多工作量，因此部分衛生所所長對此項計畫頗多微詞。雖然肯定減重是民眾能接受的議題，但是做法上有人認為計畫不夠周詳、缺乏客觀的評估標準、很難做後續的追蹤、短線作業流於宣傳、是為了市長而做的、是一種資源的浪費等（北市 09-1、北市 18-11,12、北市 19-31、北市 24-8、北市 27-24）。針對這點，從衛生局的訪談卻是發現，衛生局推動這項計畫的真正用意卻是一種社區健康營造策略的操練。重點不在於推動的議題本身，而是透過這個民眾都能接受的議題，來磨練健康城市的原則與方法。

「我現在我根本不講我在推什麼。我就我就先，我就健康減重一百。我告訴你，你只要你有企圖心是要做 population，你就非得去運用社區健康營造的策略不可嘛！去哪裡拿一百噸啊？你光在衛生署裡頭這樣子搞沒有用的，你一定要走出去，你一定要跟社區資源整合的。然後區長一定出來的，然後醫院也出來啊，民間團體也出來，鄰長里長通通都出來啦！你不出來你就繳不了卷啊！他就讓衛生所走出去，到社區裡面去，去把社區的人都拉出來，做什麼？去做讓民眾更健康的事。可是到最後，企業界我們也找出來，可是到最後能不能更健康？最後決定在，他是繫在於老百姓啊！廿，油在我身上，我多給你又怎樣？這就是營造健康社區嘛！最後他還是一個以民為主啊！我不給你們，你要怎樣？可是你有沒有辦法讓更多的民眾願意參與嘛！你有沒有

辦法達到行為改變？我就是照這樣吃廿，我就不動啊，你要怎樣。所以我完全就是一個策略的操練，但是他最終還是在老百姓啊！」（北市 23-30；北市 26-14）

在這項計畫中，依據世界衛生組織所提出的建立公共政策、創造支持性環境、調整衛生服務的方向、發展個人技能、強化社區的行動五項健康促進策略規劃。於衛生局成立跨單位的推動小組，各科各司其職，也成立跨局處的工作團隊，從民政系統、教育系統、醫療院所與職場等不同的途徑，推動全民運動計畫與體重控制競賽，以及健康的飲食等活動，同時也看到市長和各局處首長在此計畫中的承諾與投入（北市 23-23,25,30；臺北市政府衛生局，2002b）。只是這樣的用心，從訪談的結果可以了解台北市各衛生所尚無法完全的體會與接受。

（二）各營造中心推動的策略

管敏秀（2002）的研究，對十個社區營造中心中二十一位重點推動人士的訪談所歸納出九點推動策略，包括全方位的支援與協助、建立網絡與資源管理技能、增加民眾健康服務的可近性、整合性的活動企劃、爭取社區意見領袖的支持、傳媒的應用與核銷、建立聯盟合作方式、篩檢後追蹤服務等。本研究則發現各營造中心的推動策略包括成立推動組織、尋求社區關鍵人物的支持、建立學習團隊、志工招募、訓練與服務、社區評估、整合社區資源、選定推動的議題與對象、進行衛教宣導、全方位的活動設計與建立永續發展的模式等。在全方位的活動設計與整合性的計畫、整合社區資源、爭取社區意見領袖的支持與媒體的運用上是相同的。以下分別說明如下：

1. 成立推動組織

本研究結果發現目前各個社區健康營造中心在核心的工作團隊部分，石牌地區、新舊北投社區、中正區、松山區與信義區，本身承辦的組織較為健全，除了主要的推動者以外，尚有組織中其他的人力加入。士林區的工作團隊則結合了學校、醫院與衛生所三個單位的人力；內湖區以基金會員的四位成員為主，再加幾位學者；大安區、南港區、中山區大多由一個人在承辦；大同區已經換了四位承辦人，第四位訪問時也離職了；第三梯次的文山區核心團隊訪問時仍未成形。

建立核心組織份子性質不同，往往影響日後擬定策略的差異。無論是人脈關係、整合社區資源的能力、領導者之間的協調性及配合度，均是攸關社區人力、物力、財力能否擴大參與及永續發展的關鍵（管敏秀，2003）。本研究訪談結果發現，目前各社區健康營造中心的社區推動委員會，除了承辦單位的成員以外，大部分包括區長、里長、志工代表與社區機構領導者或重要人士。其中較具特色的是，石牌地區里長的投入；中正區廣納全區的重要工商業機構領導者；信義區以志工為主；大同區則無法

獲得社區人士的支持，一直無法成立等。此外也有兩家營造中心希望成立協會，得以募款而擁有獨立的財源，但這兩家受訪時都尚未有具體的行動。

2. 尋求社區關鍵人物的支持

第一、第二梯次成立的營造中心，除了大同區仍然無法獲得社區人士的認同以外，大多數的營造中心在成立的開始都會拜訪社區中的重要人士，尤其是區長、里長與衛生所的支援，遊說他們接受社區健康營造的理念。其中中正區的做法最有系統，先找出地方上的重要人物與資源單位，逐一拜訪後，再正式行文邀請參加推動委員會，日後這些人也成經費的重要來源。計畫申請階段就把區公所和衛生所納為協辦單位，獲得區長與所長的認同，因此日後的推動，即可順理成章的獲得行政支援；石牌地區則以鄰里系統為主，獲得區長的重視，區長指定示範里參與，因此推動範圍的里長幾乎都參與推動委員會。

3. 建立學習團隊

有兩個營造中心提出所謂的學習團隊的概念，其中新舊北投社區經營造的重心放在社區中的運動團隊，藉由團隊的力量凝聚健康的共識，以團隊的成員做為種子落實健康的生活；中正區則強調以一個學習團體的概念來推動所有的工作，不論是行銷的策略、內部工作人員的訓練、志工的訓練或是資源的整合與運用，以及個人對於承辦本項業務的心態，都強調不斷的學習。

4. 志工招募、訓練與服務

每個營造中心都強調志工的運用與培訓，第一梯次成立的營造中心都有規劃完整的志工訓練。其中石牌地區在志工的成效被大家所肯定，其重要的概念包括每個里都有志工隊，並且強調里長與志工隊長的領導。以互助和人力銀行的概念來推動志工的服務，並且強調團隊的學習，共同來推動健康的生活，並且凝聚社區的共同意識；松山區的台安醫院則鼓勵內部的員工，奉獻時間出來擔任志工。

志工的訓練一般以保健常識和志工服務的基本概念為主。較具特色的是內湖區的「整體性的培訓課程」，與各界專業者及實務工作者如營養學、公衛、心理、社會工作等專業者共同合作，研擬『健康生活料理師養成培訓課程』。內容包括烹調、食品營養、社區服務、老人福利與『健康料理送餐服務』相關的知識技能，以及外出參訪、家庭空間美學、方案設計等綜合性的生活成長課程。課程分為「基礎班」與「進階班」，並鼓勵學員取得丙級中餐師證照。（行政院衛生署，1992）；士林區除了共同的基本訓練以外，依志工的興趣與專長，選擇學習某一項專業知識，並據以推動專項的社區服務。

例如雞婆隊（健康諮詢）、夢幻天使（精神病人關懷）；相同的松山區也是考量志工的能力與興趣，針對志工有興趣但是不足的地方加以訓練，並據以分派服務的項目。

志工服務的項目，從一般的健康關懷、協助辦理活動、社區環境整潔維護、健康問題轉介、老人送餐、到簡易的血糖篩檢、量血壓、健康諮詢與教學都有。

5. 社區評估

因為臺北市衛生局推動社區健康評估的工作，因此十二個社區的基本資料與健康問題九十一年就建立檔案。此外，中正區、士林區、松山區、內湖區、信義區與石牌地區等營造中心，另外利用大學生實習的人力資源，進行一般性的社區診斷與評估，有系統的收集社區資源的相關資料。

6. 整合社區資源

不同性質的社區組織仍有不同的資源與力量，關注著不同的社區議題。所以社區內不同的社區團體要設法結盟，分享彼此在追求不同面向的生活品質改善過程中所獲得的經驗與權力（黃肇新，1998）。在受訪的社區健康營造中心中，以士林區與中正區在整合社區資源策略方面較具特色，提出加以說明：

士林區強調建立所謂的產官學民統合模式，也就是由大學、醫院、衛生所和里鄰系統四個單位共同來參與這一個社區健康營造計畫。每個單位負責推動一個里，並且依其專長支援一部份的活動。其中學校單位負責全部的志工培訓、社區資源與社區健康的評估。醫院主要支援醫療的人力、衛生所則支援家庭訪視與衛教活動。而里長部分則負責找出社區當中熱心的人來參與志工的行列。健保特約藥局成為健康諮詢站。並透過學生的實習建立士林區的社區資源名冊。強調士林區整合資源的機制在於每個參與的機構都可以從中獲得自己的利益。

中正區在社區資源整合方面被公認為最具成效，曾接受衛生局的邀請將其經驗分享給其他營造中心，其做法主要包括（1）整合福利與衛生的政府資源：包括既有耕耘的台北市社會局委辦的老人服務中心，與衛生署委辦社區健康營造的資源。將社區健康營造視為老人中心的外展服務，以相同的組織、場所、專業與人力，共同來推動老人照顧的工作。（2）從社區健康營造推動委員會營造起：每位委員都是一個社區機構的代表，透過領袖工作坊選舉出主任委員。下面設立推動委員，由地方上的里長擔任，每位里長負責推動各里的健康計畫，如此社區的資源自然納進來。而區長和衛生所的資源，則以協辦單位的角色一併納進來。（3）倡導資源結盟的觀念：推動資源加盟列車，透過會議協商，讓社區中不同的團體將其可以提供的資源，包括計畫或活動納進

來一起辦活動，不僅可以擴大活動的成效，也可以分享與擴展彼此的業績，使各方同盟其利。(4) 承辦單位退居幕後：訪問過程中，發現中正區之所以可以整合這麼多社區的資源，除了委員會主委的領導以外，更重要的是紅十字會在開發在地的資源之後，讓自己退居幕後不居功，盡量讓自己成為在地資源「之一」。

7. 選定推動的議題與對象

推動的議題上，大部分是以衛生署指定的第一梯次委辦計畫規定的六大議題或第二梯次規範的三大議題為主，有些著重部分議題，有些則同時兼顧。較有自己的特色的是北投區休閒運動和口腔保健為主，並且強調原有組織推動的文化生態的概念；內湖區強調生活安定是基層民眾最需要的，以生活料理師和生活創意為主軸，推動陽光廚房、創造婦女就業，並且推動獨居老人送餐，長遠更納入生態維護與文化的議題；松山區以體適能、新起點飲食文化、員工的歸屬感三大方向為主，並協助衛生局推動健康醫院的計劃；中正區主要以原有老人關懷與安養的議題為主。

內湖區另外提出一種自然發展議題的概念，認為社區工作應該是自然發展的，不應該規定主題，但也不應該脫離生活。推動一種創新的精緻的活動，依自己的構想慢慢的自然的推動，而不隨他人起舞，就算是接受政府的經費也是如此。

推動的對象大多遵循組織過去耕耘的基礎來發展，大多以社區民眾為主。中正區與南港區特別以老人為主；新舊北投區以社區中的運動團體和學生為主，一般民眾的部分較少；石牌社區以中老年人為主；松山區則從組織內部的員工先推動起；中山區基於地緣關係，則從市場的居民切入。

8. 進行衛教宣導

許多營造中心都會舉辦各項的活動，或發行社區刊物或利用社區的網路與電台來進行衛教宣導。

9. 全方位的活動設計

士林區提出所謂的「雞尾酒療法」的社區健康營造的策略。所謂的「雞尾酒療法」是指社區健康營造的活動設計必須是全方位的。猶如調製雞尾酒，求其順口、好落喉，讓人不知不覺地陶醉在其中。這部分和其他受訪者提出的推動議題是自然形成的、不應該只有一種推動模式、一種做法的理念是不謀而合的。

10. 建立永續發展的模式

從訪問過程的觀察與衛生局的回饋，都發現第一梯次成立的社區健康營造中心，因其推動組織較為健全，也是主動提出申請，所以繼續推動的意願較高。只是經費不

再補助以後，是否會全力推動健康的議題仍有待觀察。

有系統的提出永續發展的模式的概念並加以實踐的是內湖區，其核心理念主要為「以社區中的『健康生活供需』為基礎，啟動社區中的『善意的互助循環』，形成社區各族群之間的相互支持與互補，並形成自給自足永續發展的運作模式；並在這樣的循環系統中，將產官學界與社區居民健康生活緊密結合，為打造健康城市而努力！」（張紅雅，2001），其陽光廚房的設立，就是學習、就業到福利互助善意循環理念的實踐。

四、推動的問題與困難

「我覺得問題點最大是在我們衛生行政機關裡面內部的人，還不是在社區ㄝ！我是說我看到，其實最大瓶頸在我們自己工作人員。」（北市 26-16）。

社區健康營造已經推動了三年，衛生局所與社區健康營造中心反映了不少的問題與困難。基本上兩者分別扮演管理者與推動者的角色，對於相同的計畫有不同的感受與回應。以下分別從衛生局所與營造中心兩部分，分別加以探討。

在衛生局所的部分，衛生局認為衛生所都在逃避承擔社區健康營造的責任，而且衛生所工作人員的觀念很難改變。雖然衛生局期待衛生所能更主動的來推動社區健康營造的工作，但是很少有衛生所願意主動投入而衛生所之所以不願意投入的原因，主要是因為社區保健的工作需要花時間投入，衛生所平日的業務量大，現有人力已不足以因應。並且衛生所不認為社區健康營造是衛生所最優先需要解決的問題，加上經費是由衛生署直接撥款給營造中心，民間組織拒絕接受衛生所的監督管理，即便衛生所有心參與，也很難介入（北市 06、北市 17、北市 21-22、北市 23、北市 24、北市 26、北市 28）。此外，也有衛生所反映出社區健康營造是一個新的觀念與做事的方法，衛生所工作人員的專業能力還不足以因應。衛生所工作人員的行動力夠，企劃能力與領導能力卻不足。因此衛生所工作人員還需要一段時間，才能將社區健康營造這種多面性、需要規劃與領導團隊來推動的工作的概念轉化成行動（北市 01-9,10,11）。

營造中心部分所反映的困難，依照反映的次數多寡依序為健康非優先議題、社區的支持程度、衛生署計畫的不確定性、都會社區的型態、志工的管理、推動者的專業能力與特質、社區資源無法整合、缺乏辦公與活動場所等。

（一）健康非優先議題

一半以上的受訪者，都反映出健康議題本身的特性是推動社區健康營造最感到困難的地方。包括健康是專家認為最重要的議題，卻不是民眾覺得最重要的議題。「人人心裡都想要，嘴巴都說最重要，優先順序非主要，輕而易舉犧牲掉。」（北市 06-2）民

眾關切的是眼睛看得到的東西，立刻可以看的到成效的東西，如環保、治安、社區工務問題，而不是健康（北市 06-2,24；北市 19-7）；民眾認為不採行健康的行為也不會有立即的威脅。「社區健康營造為什麼看不到？因為我今天也不會生病，我沒有做這一件事情，我沒有做這些健康行為，我沒有做 healthy life style，我不會死掉，沒有立即威脅啊！」（北市 06-2,24）；而且健康屬於個人的行為，由個人所裁量，很難變成社區共同的議題，也很難找到共同推動的著力點。「問題是我為什麼要去聽？我沒有不健康的自由嗎？我一定要健康嗎？你說你會浪費健保資源？健保費又不是你幫我繳的，健保費是我自己繳的，你又沒貼補我。」（北市 06-20）。「整個社區健康的問題其實很少人會把它當作是一個社區的問題，……你就很難讓他知道說這個我要動用我這個社區的力量來做，我覺得自然而然就會，那個那個著力點就很不容易抓到」（北市 25-14）。

對於健康議題在社區健康營造中推動所造成的困難，張蓓貞（2000）給它一個有趣的名詞，稱之為「後天健康文化缺乏徵候群 AHDS」。它的症狀包括健康議題在社區健康營造中：非主要需求、非優先議題、非流行主題、非立竿見影、非主動提出、不知著力點等，貼切的表達出健康議題在社區營造推動的困難。在南玉芬（2002）的研究當中，也有發現類似的結果，包括民眾自我維護健康的自覺低，認為健康不會立竿見影、要改變一個人的健康習慣很難等。而管敏秀（2002）的研究也發現，推動社區健康營造部分民眾的認知與接受度仍不足，當物質生活並不滿足時，健康議題的宣導就不被居民認為是迫切需要的。

（二）社區的支持程度

有六成的營造中心都反映出推動過程中無法獲得社區的支持，尤其是剛開始推動的時候。大多認為推動社區健康營造最需要獲得支持的對象，主要是區長、里長與衛生所所長。尤其區長的影響力更大，如果能獲得區長的支持，對於該社區活動的順利推動將有很大的助益。有些推動的經費，也可從各里的社區發展經費獲得補助（北市 02-5,6,11）。

因為健康議題本身很難成為社區的共同議題，不容易做為選舉的訴求，因此很難獲得里長的重視。並且政黨色彩鮮明的社區，還會影響社區健康營造活動的推動。營造中心必須謹慎小心，才能避免成為競選的樁腳（北市 02-5；北市 02-8；北市 07-9,11）。

研究過程中也發現，有些承辦營造中心的民間團體，因為不是當地的組織，因此開始推動時需要花很大的力氣才能被社區民眾所接受。而承辦人也可能因為不是當地的人，對於當地缺乏社區的感情。這種人際間的陌生感，增加了推動的困難（北市 07-2；北市 18-14）。在地的人做在地的事，才能讓健康的關懷真正融入社區。

（三）衛生署對計畫的規劃與管理

訪談過程中，受訪者對於衛生署在社區健康營造計畫上的規劃與管理上的未盡周全所衍生的問題頗多抱怨。包括爭議到底應該由誰來推動社區健康營造（北市 04-27；北市 19-4,17,23；北市 08-7,8；北市 19-4, 17,23）；認為整個計畫缺乏整體規劃，不僅政策方針不明，計畫的持續性不明確，也缺乏有效的評估標準（北市 04-27；北市 06-15；北市 07-18；北市 08-7,8；北市 14、15-9；北市 19-4,10,17,23；北市 27-6,27；北市 28-10,20）。政策推動過程中，缺乏民主參與的過程，行政機關與營造單位沒有作充分的溝通；以及衛生署對於推動者所提供的訓練與輔導不足（北市 07-21；北市 19-23；北市 07-18,19）。對於大部分都在推動的志工服務，卻也有人認為過分的強調（北市 19-19）。以下依序加以分析：

1.應該由誰來推動社區健康營造所引發的爭議

依據受訪者訪問的本文整理分析，可發現受訪者對衛生署計畫最大的爭議圍繞在「社區健康營造到底該由誰來推動」？也就是到底是由下而上？或是由上而下？或是上下齊手？是不是由民間團體來推動就會比較好？政府帶頭做的就不算？這樣的疑問從衛生署的決策到衛生局的輔導，基層衛生所的協助推動，到民間組織的承辦社區營造中心，都充滿了疑問。

「大家對社區健康營造的概念還不是很清楚，每個人對於社區健康營造的想法，大部分的人還是 top-down。那個 bottom-up 還是停留在 concept，沒有人實際去執行。」（北市 27-1）

「反正就是這樣子，縣政府做不對，衛生署做就對ㄝ，什麼叫由下而上，真的有很多的迷思ㄝ！然後他還給人家規定六大議題ㄝ，嗯，他規定就是一鄉鎮一計畫，你看，這不就是由上而下……他不知道什麼叫做由下而上，他不知道，他到今天還不知道。」（北市 26-4,5）

因為彼此之間沒有共識，所以對於衛生署在計畫中作了許多規定的做法就難以認同。包括指定推動的議題、規定推動的戶數、分送健康 DIY 學習手冊並要求進行問卷調查、規定一個鄉鎮只能申請一個計畫、規定委辦經費之用途項目的等。也因為這些規範，讓民間團體在社區健康營造的推動上產生許多困難（北市 04-27；北市 19-4,17,23；北市 08-7,8；北市 19-4,17,23）。

2.計畫.缺乏整體規畫

受訪者對於整個衛生署的計畫，包括策略推動的方向到底是由下而上，或由上而下？計畫要不要繼續推動下去？充滿著疑惑，整個計劃被認為缺乏整體規劃並且方向搖擺不定。

「其實在今年真的看不到他們到底重點在哪裡，……都沒動靜啊！不知道到底中央在幹嘛！」（北市 28-10）。

「我們一直想，感覺，衛生署在主導這個計畫的時候，他們自己的方向都一直搖擺不定，一下說是 top-down，一下說是 bottom-up，然後更 confuse 的是，他一直鼓勵說 bottom-up，可是呢，他的作法行為卻一直是 top-down，我們一直覺得很衝突。」（北市 27-6）

衛生署社區健康營造三年計畫的期限延長至九十一年十二月止，對於計畫結束以後，政策是否繼續推動？經費的補助方式為何？在九十一年八月以前訪問期間尚未有定論。因此許多人接受訪問時，總是詢問研究者：「他會不會腰斬啊？會不會繼續下去？」（北市 19-1），期待從研究者這裡獲得一些肯定的答案。

對於組織基礎穩固，在社區推動已有一段時間，對組織未來的發展已有長遠規劃的民間團體而言，社區健康營造計畫是否續約，是否繼續獲得經費補助，並不會造成太大的困擾。但是對於原先本身就不是推動與健康有關的組織，因為衛生署的計畫才開始從事社區健康營造工作的民間團體而言，衛生署對此項計畫的不確定性與未做長遠規劃的做法，讓許多基礎不穩的民間團體感到不安與惶恐。不知該如何規劃未來，現在應該投入多少（北市 14、15-9；北市 07-18，北市 23-36）。

「社區健康營造給我們的感覺就是有點，沒有那種，沒有辦法去，就是說到底明年，就是 uncertainty！不知道明年還有沒有錢，還要不要我們做？然後要做到什麼程度，有一點不安定感」（北市 14、15-9）

「當我們這三年過了以後，這些社區營造何去何從啊？……我也一直在跟我們健康局說，這個要怎麼辦？他們說看著辦！，他們是說他們會有一些策略出來啦，不會讓他就……但是策略在哪裡？不知道！」（北市 23-36）

衛生署曾制定自我評估的標準，來評估社區健康營造的成效，並且每年透過審查的機制選拔績優的推動單位。每年年終時則要求營造中心提報推動成果，據以作為經費核銷的依據。但是自我評估標準被批評為沒有成效，無法站在相同的立足點上作績

優推動單位的選拔，經費核銷審核的過程也被批評為無法做好把關的工作（北市 06-15；北市 28-10,20；北市 19-10；北市 27-27）。

3.缺乏民主參與的決策過程與充分的溝通

因為在社區健康營造的政策推動過程中，缺乏民主參與的過程，不僅衛生署與衛生局所之間缺乏充分溝通的機會，衛生局所對自己所應推動的任務無法清楚的了解，營造中心對於衛生署計畫中的許多規定的緣由不清楚，因此衛生署的計畫就很難獲得大家的認同。（北市 03-8，北市 26-5,8，北市 17-2）

「阿你要告訴我說 why 嘛，為什麼這三個重要？有什麼數據？你告訴我，所以說我們我們也一起來做嘛，對不對？但是這個過程當中啊，沒有這樣的一個機會啦，沒有這樣的互動。」（北市 03-8）

「本來就要有一個人能夠出來帶動大家，去整合大家，那這個決策過程很重要，衛生署在做的時候完全沒有，反正誰來提，誰就算數。他有沒有參與式的決策過程？他沒有ㄝ！……衛生署忽略了那個過程。」（北市 26-5,8）

「在手段方法上，中央機關應該到什麼樣的輔助程度，地方機關應該要什麼樣的輔助程度啊，這一點好像沒有弄得很清楚。」（北市 17-2）

（四）志工的管理

社區健康營造最主要的人力資源就是志工，也是社區健康營造推動的主力（南玉芬，2003）。管敏秀（2002）的研究中也發現部分的社區健康營造中心有志工招募困難的情形，本研究結果則發現一半以上的營造中心反映志工管理的問題，擅長經營的單位可以擁有二百多位活躍的志工，運作差的營造中心的志工人數卻只有個位數，彼此之間的差異性很大。反映的問題包括志工招募困難、志工流失率高、志工的社區認同感低、志工本身的能力不足等問題，甚至有人認為衛生署的計畫過分的強調志工的運用。

1.志工招募困難

推動單位本身組織缺乏公信力，會影響志工參加的意願。此外，有二家營造中心同時反映出民眾對於擔任「保健」志工的意願不高，權宜之下只好以「健康家庭培訓」、「里民互助隊」等名稱來招募（北市 14、15-4；北市 02-9；北市 08-10）。

2.志工流失率高

民眾有興趣參加免費的衛生保健訓練，但是持續服務的志工比例卻不高。這對於

經費原本就不足的民間團體而言，志工重複訓練的經費是一大問題（北市 12、13-15；北市 19-28）。

3. 志工的社區認同感低

基本上都市社區的社區意識與凝聚力就不高，加上衛生署要求委託單位推動的範圍至少要涉及一萬戶以上的人口，因此志工所服務的範圍同時涵蓋好幾個里。導致志工對於所服務的範圍的認同感低，參與的熱誠自然就降低（北市 19-16）。

4. 志工的能力不足，專業性受到質疑

在志工的人力運用上，是要讓志工充分的了解工作的內容、如何去做推動、如何獲得立即的督導等，讓志工在服務的過程中，獲得需要的協助、也獲得預期的滿足，所以適才適用非常重要（南玉芬，2002）。但是本研究結果發現，部分營造中心因其組織屬性，參與的志工以家庭主婦和老人居多，其體力與能力有限。對於人力原本就不足的民間組織而言，這些志工除了協助推動活動以外，很難進一步協助業務策劃與拓展資源的工作（北市 19-27；北市 20-11）。此外，也有受訪者反應民眾對於志工所提供的服務，例如量血壓、測血糖、講授健康 DIY 教材等保健服務的專業性也有所質疑，這也是一般民眾不願意擔任保健志工的原因之一（北市 19-25,26）。

5. 過分強調志工

對於衛生署推動一開始就強調志工的人數與訓練的做法，有位受訪者提出質疑。認為美國與世界衛生組織在推動社區健康營造時，建議推動的步驟是強調成立推動的核心組織，而不是強調志工的運用。但是衛生署的政策推動過程中不僅強調志工的培訓與運用，更希望透過志工去發放健康手冊，輔導與轉介有問題的家戶，這樣的做法志工不一定能做到，因此實際推動時會產生許多的困難（北市 19-19,20,21）。

依據受訪者的觀點，查閱世界衛生組織於 1997 年所提出的發展健康城市的二十個步驟中。其中有一個步驟是「增進社區的參與」，其做法原則包括 1. 便利性：提供社區的辦公場所與設備供社區使用，並撥出時間輔導社區的團體。2. 成立社區推動委員會，推動社區健康的工作，作為政府與社區之間溝通的橋樑。3. 提供資訊給社區團體，協助了解社區的健康問題與興趣。4. 提供實質的支持，包括經費或專家的輔導等。5. 協助進行社區需求評估 6. 促進社區發展（WHO, 1997），的確沒有所謂的志工運用的內容。

研究者認為世界衛生組織主要是從國家或城市的角度來規劃社區健康的工作，因此著眼點在於提供一個支持性的環境（包括政策、經濟與技術）與組織結構面的設計等大的面向策略，所以才沒有特別強調社區中志工運用的細節。但是對於一個在社區

中的基礎尚未穩固的團體而言，是否在計畫推動之初，就需要將重心放在志工的培訓上，並且作為成效評估的項目之一，是值得商榷的

（五）推動者的專業能力不足與特質不適任推動

社區參與需要有受過訓練和有經驗的人力資源（黃肇新，1998），其中健康營造中心的推動者負責組織管理、規劃推動方向及策略，是帶領組織朝向健康推廣而努力的靈魂人物，也是必要的成功因素（南玉芬，2002），需要具備一些能力來推動工作，尤其是社區工作的經驗與健康的概念。但是研究結果卻發現約有三分之一的營造中心，反映欠缺推動社區健康營造的經驗與概念的困難，尤其是社區與健康兩方面的經驗與訓練。普遍反映出「推社區的不懂健康，推健康的不懂社區」的現象，僅少數一、二個營造中心的推動者能兼具兩方面的能力。有些問題存在於承辦單位本身就不擅長經營社區的工作，有些則是承辦人的個人能力與特質無法有效的推動社區的工作（北市 07-21；北市 14、15-5,19；北市 25-18,20）。

「我不知道是不是我大學所讀的科系都沒有學過志工管理、志工招募方面，所以比較弱一點，人情世故比較不瞭解。…要如何的，就是說，把這個 service 去打成營造，我說實在，我到現在都覺得還很困難。因為可能程度還不夠啊，功力還不夠。……我覺得我現在最擔心就是，越做越沒有成就感，越做越要垮掉的樣子。」（北市 14、15-5,19）

「我會覺得健康的這一塊，怎麼去教人家，或怎麼怎麼去做的這一塊，我們覺得比較缺乏。就是因為我們覺得缺乏，我們才會跟衛生所黏著不放，所以我才會黏著所長不放。」（北市 07-21）這位受訪者的反應如同南玉芬（2002）的研究當中，有非醫療背景的承辦單位反映其推動很大的困難來自於對健康專業的不熟悉，進而影響到推動時的表現的論點是相同的。

這種情形影響推動的成效很大，不懂健康者可能會影響推動主題與方式是否對民眾的健康有助益。但是只要懂得尋求資源，就可在短時間內獲得社區中的衛生單位或相關的學者專家獲得協助，來彌補自己的不足。但是不懂得經營社區的方法，不僅很難打入社區以獲得民眾的支持，對於社區資源的掌握也是很薄弱。甚至整個推動組織都無法建立，更遑論尋求資源而獲得他人的協助。雖然台北市衛生局為此舉辦過許多梯次相關人員的訓練。但是這些訓練，顯然不足以因應營造中心目前的需求，更何況各推動者也很難在短時間內學會所需要的技能。

部分的營造中心也反映衛生署對於推動者所提供的訓練與輔導不足，雖然有輔導員的設計，但是整體詢問起來，輔導員投入的時間並不多。有的受訪者甚至認為，輔

導人員只是扮演一個批判者的角色，而沒有發揮輔導的積極功能（北市 07-21；北市 19-23）。

受訪者也提到當初文建會推動社區總體營造的做法，在各單位提出計畫申請之前，先於全國分區辦理免費的訓練，教導有意推動社區工作的人士，如何撰寫計畫、如何爭取經費、如何管理與培訓志工。而不是像衛生署等到計畫通過之後，再教導如何推動，如此可以省卻許多開始摸索的時間（北市 07-18,19）。

（六）都會社區的型態不易推動

有些受訪者反映出台北大都會社區中，存在著許多差異性很大卻沒有利益相關的社區；外來人口多，人際關係疏離；缺乏社區意識、缺乏意見領袖；社區內部醫療資源豐富，健康需求容易被滿足等現象，讓社區健康營造在都市社區中很難推動（北市 06-16, 29；北市 16-2,12；北市 18-15）。

「其實台北市我就覺得說社區健康營造社區營造是最難做的，因為社會型態的關係，其實大家就是阿我顧好自己就好，事實上也沒有很多時間去跟鄰居啊跟社區做太多的互動，……所以你譬如說我要用以區域為範圍來做的時候，其實這個區裡面可能有千千百百個社區啊，他們彼此之間是沒有互相利益的關係啦！沒有共同的意識！你怎麼能望說，他們一定能結合起來，來做這個所謂的社區的社區健康營造？…像你在台北市民眾不會覺得說，好像覺得醫療保健是問題，因為醫院多啦，診所也很多嘛，就醫也很方便，他不會覺得說我健康上有什麼特殊的需求。」（北市 16-12）

都市人的社會關係對鄰居、對陌生人的不信任感較鄉村居民強，尤其在公共領域，都會地區的人際關係特別疏離而冷漠（傅仰止，1997，p.161-181）。這是許多推動社區健康營造者認為推動困難的原因之一。此外，任何都市都是一個複雜和異質的社會空間體系（蔡勇美、郭文雄，1984，p.27-41），台灣的都市由於處在較短的時間內就同時體驗到急速經濟成長和政治轉型的較大社會環境裡，其複雜性尤為明顯（蕭新煌，1997，p.393）。目前社區健康營造中心為了因應衛生署計畫規範推動的戶數與人數，推動的範圍涵蓋四、五個里以上。但是小到同一里或大到同一個行政區中，就可能同時包括許多利益與生活機能自我獨立發展，且與週遭無關的組織，例如不同的住宅群、不同的街道、不同棟的大樓等，加上都市人在公共領域中的人際疏離，自然讓人有著缺乏社區意識的感受。而醫療資源的不匱乏，加上健康並非最優先需要的議題，都使都市社區居民推動社區健康營造的動機不強。

（七）社區資源無法整合

最後發現一、二個社區健康營造中心，連推動的核心組織都無法成立。有一家營造中心不僅社區內部缺乏有力的領導人，連掛牌的位置與推動的主題都無法取得共識。有一家則一直無法獲得社區的支持而整合社區的派系，因此整個社區健康營造的計畫幾乎無法推動（北市 21、22；北市 25）。建立核心組織是推動社區健康營造的第一步，社區資源的整合才能讓計畫真正紮根，如果無法達成，整個計畫幾乎難以執行。

（八）缺乏辦公與活動場所

部分的推動者從其自身的經驗中反映出，社區中沒有社區健康營造的辦公室和社區活動中心，社區健康營造的推動會受到限制，並影響社區健康營造推動的成敗（北市 09-1；北市 21、22-10；北市 27-7）。

六、對社區健康營造計畫的建議

整體而言，受訪者對於社區健康營造計畫的建議，包括整個計畫應該重新加以檢討，並作完整的規劃；檢討政府在此計畫中應該扮演的角色，並從衛生行政機構本身先進行營造；進行營造中心的成效評估；以鼓勵的態度代替指責；容許各地方有不同的推動模式；建立促進衛生所與營造中心的互動的機制；培訓退休醫護相關人員參與社區健康營造；以及進行媒體行銷等，說明如下：

1. 計畫重新檢討並作完整的規劃

因為衛生署社區健康營造三年計畫，九十一年十二月已經到期，許多受訪者對於這項計畫有諸多的抱怨，包括方針不明，缺乏評估標準，規範太多等等，因此建議衛生署應該要仔細做個檢討，了解成效在哪裡，以及持續推動的可能性有多高。並建議了解最早推動社區健康營造試辦計畫的新港文教基金會目前的推動情形，以作為修訂政策的參考（北市 28-21；北市 23-9,39,40）

2. 檢討政府的角色，並先營造衛生行政機構

在不斷的質疑到底該由下而上或是由上而下，由誰出來主導社區健康營造工作的聲浪中，有位受訪者認為政府是最重要的社區資源，責無旁貸的負起民眾健康的責任。不應該將重心全部放在民間團體，而應該積極的從政府自己內部先營造起。因此衛生署應該重新檢討衛生行政機關的角色，並且營造自己的衛生所（北市 26-16,17）。

3. 進行營造中心成效評估

不論是監察院、行政院研考會或是受訪者，對於衛生署三年內在每個營造中心身

上投資了一百四十萬元到底發揮了什麼成果都感到質疑，因此受訪者建議應該對目前成立的社區健康營造中心的成效進行評估，並作後續追蹤，成效評估的內容建議如下（北市 03-13,14；北市 06-15；北市 17-27；台北 23-16,40）：

- （1）有哪些組織推動成功了？哪些沒有成功？
- （2）成功的組織是否會繼續推動？
- （3）不成功的原因是什麼？
- （4）營造中心的推動組織是否健全？是否是在地的組織？
- （5）該社區的社區意識如何？凝聚力是否足夠？
- （6）當地有沒有意見領袖可以號召民眾？
- （7）推動的議題是否從較廣的健康面向去推動？
- （8）參與的協助團體有多少？有多少人被納進來？
- （9）是否只是辦活動？

4.以鼓勵的態度代替指責

某位推動社區健康營造工作已有好長一段時間的受訪者，基於他的經驗與認知，認為社區健康營造的策略其實是多面向的，有很多的做法。有些是主導性的，有些則是引導式的；有些從個人的層面，有些則是從整體的政策面作規劃，因此不要輕易批評別人的做法不對。更因為要改變社區很困難，需要花一段時間。因此政策執行的過程，應盡量以鼓勵與積極建議的態度，來取代消極的指責方式，以提昇大家繼續做下去的興趣（北市 26-23）。

5.容許各地方有不同的推動模式

基於台灣的社區差異性很大，受訪者建議應該容許各個社區可以有不同的推動模式。並且建議彙整台灣目前營造中心的推動模式，以作為將來推廣的衛教案例（北市 23-25,37；北市 17-3,4）。

6.建立促進衛生機關與營造中心互動的機制

因為不論是衛生局或是衛生所，都反映目前衛生署跳過衛生局與衛生所，直接審核並且撥款給營造中心的做法，讓衛生局與衛生所很難讓營造中心接受他們所提出的建議，而發揮監督的功能。因此建議建立機制促進衛生機關與營造中心互動。互動的機制主要是從經費的使用與計畫目標兩方面來設計。包括要求部分的目標需要衛生所和營造中心一起來完成。

要求部分的經費為了達成某些目標，必須和衛生所一起合作來執行。（北市

17-7,9,26)。

7.培訓退休醫護相關人員參與社區健康營造

爲了減輕衛生署的負擔，建議衛生署應該仿造都發局的社區規劃師的設置，培訓一些退休的醫護人員投入社區健康營造的工作。協助衛生署了解各地社區健康營造中心的推動情形，也可以輔導營造中心的推動（北市 28-22）。

8.進行媒體行銷

因爲志工在人際疏離的都市社會中，推動各項活動或進行家訪都誠屬不易，因此建議衛生署應進行媒體的宣導，讓民眾能夠了解何謂社區健康營造中心，其意義與服務的內容，保健志工可以爲他們作什麼，以利志工服務的進行（北市 19-25）。

肆、結論與建議

一、結論

（一）承辦社區健康營造的動機

大致上民間團體承接社區健康營造中心計畫，是因爲社區健康營造的理念和承辦單位的宗旨部分一致。對於經費不豐的非營利性的民間團體，除可以獲得最需要的經費的補助以外，還可以同步擴大推動原有的業務。對於純粹營利性質的醫療機構而言，承接政府部門營造中心的計畫主要是藉著行政院衛生署的招牌，有助於業務的行銷與機構形象的建立。

（二）衛生局與衛生所對推動社區健康營造的看法

有一半的衛生所不認同社區健康營造的計畫，認爲這個計畫過於理想化，立意雖好卻不容易推動，整個計畫規劃與管理上也不夠健全。許多業務原本都由衛生所在推動，不一定需要再推動這項計畫，而且社區健康營造也不是衛生所目前最優先需要推動的業務。

太多的衛生所逃避由衛生所本身來推動社區健康營造的業務，雖然自認爲比一般的民間團體有能力來推動這項工作，但是考量衛生所的業務量太大，人力不足以因應，因此還是寧願讓民間團體來承辦，自己退居協助的角色。

太多的衛生所都認爲社區健康營造中心衛生所之間彼此應該互爲資源，衛生所應該扮演一個支持或協助者的角色，但不適合扮演督導管理的角色。衛生署和衛生局、

衛生所之間對於衛生所應該扮演怎樣的角色，並沒有達成共識與作充分的溝通。部分衛生所對自己在社區健康營造計畫中，應該參與到何種程度不太清楚，也頗有微詞。

實際的推動過程中，一半的衛生所和營造中心維持良好的互動關係，彼此也能互相支援。但是也有一部份的衛生所與營造中心的互動不甚良好；約一半的衛生所對於社區健康營造中心能夠發揮的功能，大多抱持著質疑的態度，為營造中心所能影響的層面有限。

（三）推動的問題與困難

衛生機關部分，主要是衛生所不願意主動投入社區健康營造的工作。原因是平日的業務量大，現有人力已不足以因應。且不認為社區健康營造是衛生所最優先需要解決的問題，加上經費由衛生署直接撥款給營造中心，衛生所很難督導營造中心的運作。

營造中心部分，健康議題本身的特性是推動社區健康營造最感到困難的地方；認為整個計畫缺乏整體規劃，不僅政策方針不明，也缺乏有效的評估標準。政策推動過程中，缺乏民主參與的過程，並且和行政機關與營造單位沒有作充分的溝通；有六成的營造中心反映出推動過程中無法獲得社區的支持；台北市都會社區的型態，增加社區健康營造推動的困難；志工管理部分的問題包括有招募困難、流失率高、社區認同感低、本身的能力不足等問題；有三分之一的營造中心，反映出缺乏推動社區健康營造的經驗與專業不足，但衛生署對於推動者所提供的訓練與輔導也不足；缺乏辦公與活動場所使得社區健康營造的推動受到限制；有二家社區健康營造中心，連推動的核心組織都無法成立，整個社區健康營造的計畫幾乎無法推動。

（四）推動的策略

打造健康的台北市是台北市衛生局這幾年的重要政策，推動的做法即是參考世界衛生組織推動健康城市的做法來推動；營造中心在推動策略上包括成立推動組織、尋求社區關鍵人物的支持、建立學習的團隊落實健康的生活、進行志工招募、訓練與服務、進行社區評估和社區健康診斷、整合社區的資源、推動健康活動、進行衛教宣導、建立永續發展的模式等。

（五）主要推動者對社區健康營造計畫的建議

包括整個計畫應該重新加以檢討，並作完整的規劃；檢討政府在此計畫中應該扮演的角色，並從衛生行政機構本身先進行營造；進行營造中心的成效評估；以鼓勵的態度代替指責；容許各地方有不同的推動模式；建立促進衛生所與營造中心的互動的機制；培訓退休醫護相關人員參與社區健康營造；以及進行媒體行銷等。

二、建議

（一）重新檢討政府的角色，定位政策的目標

整個社區健康營造政策最被批評的地方就是政府的角色定位搖擺不定，政策規劃不夠完善。其實我國所以之所以推動社區健康營造政策，主要是參照世界衛生組織的健康城市與文建會推動的社區總體營造而來，但這兩者的計劃目的是不太相同的。前者強調的是計畫性的，重新建構健康決策的過程，將權力轉移給地方，打破垂直的組織架構與障礙，促進水平的整合。強調透過健康的公共政策，減少擁有健康之不平等條件，加強社區的行動力，以保護健康環境。但是社區總體營造的作法則是重在發掘民間的力量，居民自主文化的涵養。兩者的目的不同，做法上自然就不同。前者政府扮演較多主導性與作決策的角色，後者政府則較多鼓勵與扶植的角色。要達到促進民眾的健康有許多的策略與途徑，今日整個社區健康營造的計畫，就是期待在一個計畫當中，就解決所有的目的。所以才會從中央至基層，對於政府應該扮演的角色遲遲無法達成共識。

（二）從衛生行政機關內部先進行改造與教育

從研究中可以發現，社區健康營造工作的最大瓶頸其實是在於衛生行政人員，反彈最大的也是基層的工作者。基層的公共衛生人員，習慣遵照上級機關的指示做事，企劃與整合資源的能力不足。侷限自己為醫療服務的提供者，很少從社區整體的角度規劃促進民眾健康的策略。專業者的本位，使其無法將民眾視為工作夥伴。而僵化的行政體系，更難進行垂直與跨部門的整合與合作。世界衛生組織健康城市運動的推動其實是一種全球性的公共衛生行政的改革，因此推動機構本身的組織結構與內部人員的觀念態度，都需要先營造。

（三）開放多元的推動模式

台北市雖然是一個都會區，但是社區之間還是存在許多的差異性。更何況每一個承辦的民間團體各有其擅長推動的議題、資源運用的方法與推動的模式，影響的層面也有其限制。而健康議題本身的限制，更增添推動的困難，政策成效的展現也需要一段時間。況且推動的模式也不應僅狹隘於社區一個途徑，教育系統、宗教系統甚至職場系統都是可以考量運作的資源。因此中央決策者何妨讓自己做好建立支持環境的角色，全面性的規劃但建立階段性的目標，務實的以開放的心、彈性的策略，鼓勵民間以多元獲的運作模式參與。

（四）建立溝通的機制與資源分享的平台

誠如世界衛生組織所言健康城市的計畫是試驗性的，隨著嘗試錯誤而成長。每一

個健康城市計畫都應該隨著環境的改變而找到適合自己推動的路徑，參考別人成功的經驗作審慎的調整，研究過程中也有受訪者反應政策溝通的機會不足。因此應該建立各公私部門推動者之間，以及行政部門垂直與橫向溝通的機制與資源分享的平台，協助發掘合適台灣社區推動的本土模式。

（五）鼓勵社區健康營造的實務研究

以營造的觀念來推動社區健康的工作是目前新興的政策，我國健康城市的推動也才剛啓蒙，相關的研究尚不足以因應政策改革所需。因此需要鼓勵進行社區健康營造的實務研究，包括推動者對於社區健康營造的概念分析、成功的推動模式與策略的探討、縣市別或不同場域的社區健康營造推動模式比較、以及衛生行政機關的組織變革與教育訓練需求等，以協助這項政策的快速推展。

參考文獻

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）：社區健康營造工作手冊。

行政院衛生署（2000b）：89 年北區社區健康營造觀摩會大會手冊。

行政院衛生署（2002）：九一年北區社區健康營造成果發表會大會手冊。

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）。

邱淑媿（2002）：健康城市元年，帶著健康夢想起飛。http://www.health.gov.tw/chief_1.html，2002/5/9 檢索。

胡幼慧、姚美華（1996）：一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何收集資料、登錄與分析？

載於胡幼慧主編：質化研究理論、方法及本土女性研究實例（pp.142）。台北市：巨流圖書公司。

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）。

張紅雅（2001）：社區總體營造與文化產業推動系統。<http://www.cesroc.org.tw/2001/year/year.htm>。2002/1/9 檢索。

張蓓貞（2000）：社區健康營造產官學民統合模式，社區健康營造經驗分享演講資料。

黃肇新（1998）：地方政府的社區組織與社區政策之研究—以高雄縣為例。研考報導，41，44-54。

游柏村(2002)：臺北市社區健康營造回顧與展望，北市衛生雙月刊，64，8-12。

葉金川（2000）：營造社區健康，打造健康城市。北市衛生雙月刊，52，2-3。

臺北市政府衛生局（2001a）：營造亞太健康之都三年計畫。

臺北市政府衛生局（2001b）：台北市社區健康營造中心成果展計學術研討會大會手冊。

臺北市政府衛生局（2002a）：臺北市政府衛生局九十年社區健康營造工作成果。

臺北市政府衛生局（2002b）：臺北市政府衛生局未來四年（92-95 年）政策白皮書。

臺北市政府衛生局（2002c）：台北市民體重控制計畫。

- 管敏秀（2002）：社區健康營造之現況分析與策略研究。台北：銘傳大學公共事務學研究所碩士論文（未出版）。
- 傅仰止（1997）：都市中的個人。載於蔡勇美、章英華主編：台灣の都市社會，（pp.159-190）。台北市：巨流圖書公司。
- 蔡勇美、章英華（1997）：台灣の都市經驗。載於蔡勇美、章英華主編：台灣の都市社會（pp.523-554）。台北市：巨流圖書公司。
- 賴美淑、陸均玲（1998）：健康社區。載於陳拱北預防醫學基金會主編，公共衛生學（修訂第二版，下冊，pp.1177-1203）。台北：陳拱北預防醫學基金會。
- 蕭新煌（1997）：都市居民運動。載於蔡勇美、章英華主編：台灣の都市社會（pp.391-416）。台北市：巨流圖書公司。
- 謝曼麗（2000）：臺北市七家社區健康營造中心實務面面觀。北市衛生，52，4-7。
- Ashton, J. (1992). The Origins of Healthy Cities. In Ashton, J. (Eds.). Healthy Cities (pp.1-21) Milton Keynes . Philadelphia:Open University Press.
- Walter, C. L. (1999). Community Building Practice:A Conceptual Framework. In Minkler,M. (Eds) Community Organizing and Community Building for Health (pp68-87).New Jersey:Rutgers,The State University.
- WHO (1995). Building a Healthy City: A Practioner's Guide. Geneva.,WHO.
- WHO (1997a). City Planning for Health and Sustainable Development. European Sustainable Development and Health Series:2.
- WHO (1997b). Twenty Steps for Developing a Healthy Cities Project. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO (1998). Health Promotion Glossary. Geneva,WHO.
- 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).

致 謝

本研究的完成要感謝行政衛生署張丹蓉主任秘書、陳瑞菊科長、游柏村研究員與、台北市衛生局謝曼麗衛教指導員在行政上的支援以及相關資訊的提供，屏東基督教醫院成亮常務董事、國立台灣師範大學鄭惠美教授與國立屏東科技大學陳宇嘉教授在研究設計上的建議，以及所有接受訪問的台北市衛生所同仁與營造中心的推動者。

投稿 92 年 02 月 10 日

修正 92 年 04 月 14 日

接受 92 年 05 月 28 日

Currant Status and Difficulties of Executing Healthy Community Building Project in Taipei City

Yu-Ching Chen, Song-Yuan Huang

Abstract

The purpose of this study was to understand the executing process and difficulties of the Healthy Community Building project in Taipei City. This was a qualitative study that interviewed face by face with the key executing persons in the Department of Health of the Taipei City · health centers and healthy community building centers .Total number of cases were thirty. The results revealed that

The nonprofit private organization applied the project for the reasons of supporting funds under the project and the concord of their organization mission. But the for-profit organizations were for the purpose of marketing.

Half of the health centers did not recognize the project and to avoid executing the mission of the project, they did not feel confident of the function for the healthy community building centers.

Department of Health of the Taipei City used the strategies of healthy city to execute the project. The strategies for healthy community centers were to establish the acting organization, to seek for the support of the community hinge persons, to establish the learning group to practice the healthy life, to recruit and to train the volunteers, to execute the community evaluation and community healthy diagnosis, to integrate the community resources, to practice the health and education activates and to establish the long-term executing model.

The problems and difficulties about the project are the passive attitude of health centers, health issues themselves, the support from community, the uncertainty of the DOH project, the pattern of the urban community, the administration of the volunteers, the ability and

personality of the forwarders, the lack of acting setting or office and the integration of community resources.

Concluding the recommends about this project are to re-regulate this project, to define the role of government in this project and to build the health agency at fist, to evaluate the effect of the healthy community building centers, to design many different executing model , to push the interaction about health centers and healthy community building centers, to train the retired medical personnel to participate this project and to market this project by the mass medium.

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