RRPC89030626 (4.P)

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告
營造「健康的社區」之行動研究
Action research to implement a "Healthy Community" project

計畫編號：NSC 89-~~2314~~ 2320-B-038-027
執行期限：88 年 08 月 01 日起至 89 年 07 月 31 日

主持人：陳靜敏、李碧霞、張淑卿　　執行單位：臺北醫學院護理系

中文摘要

從世界衛生組織在阿瑪阿塔宣言中強調，藉由落實基層保健醫療來促進民眾的健康，以達公元 2000 年「全民均健」的必要性後，各國的健康工作從業人員莫不積極面對此一挑戰。在台灣。衛生署亦於 88 年 12 月開始推動「社區健康營造三年計畫」。有別於衛生署的推動方案，本計畫乃是以社區發展的方式，來推廣健康促進之行動，即藉由民眾參與的過程，讓社區衛生護士與一般民眾共同來檢視影響社區健康的因素、定義社區的健康問題，並發展適用於當地社區之行動，一起來解決社區健康上的問題。本研究旨在藉由參與式行動研究方式，建立一「健康的社區」計劃，探討居民在社區意識、社區參與程度、自我效能和健康生活型態之提昇情形，以及參與人員的學習經驗和合作省思情況；並與另一沒有「社區賦權」介入之社區比較，探究社區健康促進活動計畫之成效。研究對象乃以台北醫學院附屬萬芳醫院所服務的文山區為研究母群體，依「個案社區選取標準」，首先選出五個里後，比較其在社區意識、社區參與程度、自我效能和健康生活型態差異後，選取其中三個最為相似、有實際社區參與且具合作意願的一個個案（萬盛里）與兩個對照（興旺及興得里）社區。研究設計採個案研究、進行為期三年之縱貫性追蹤「行動研究」，並運用三角交叉檢視法，以達質與量並重。計劃第一年研究人員於 89 年 3-6 月間進行社區健康評估，並由社區健康說明會會中得知三里的社區居民皆認為中老年保健問題為其主要的健康問題。後依自行發展俱良好信效度之問卷進行「社區居民社區意識、社區參與、自我效能及健康生活型態」前測。社區中取樣以家戶數為抽樣單位，依預試結果推估出所需樣本數 4350 後，以隨機系統抽樣抽出家戶，共回收問卷 523 份（回收率＝12.02%）；前測結果顯示社區居民社區意識平均得分為 2.61-2.96（全距 1-4）、自我效能部份平均得分為 3.31-6.40（全距 0-10）、健康生活型態之平均得分介於 1.46-2.08（全距 0-3）。其中只有健康生活型態中的營養、健康責任及自我實現三個次概念在三個社區中有顯著差異，其餘項目皆無顯著差異。

關鍵詞：健康的社區，參與式行動研究，社區賦權，社區健康促進活動，社區衛生護理

Abstract

In recognition of WHO's concept of Primary Health Care in reaching the goal of "Health for All by the Year 2000", many "Healthy Cities / Communities" projects have been initiated all over the world. In general, mission of the Healthy Communities projects is to facilitate community development. In collaboration with community health nurses, citizens are encouraged to assess community needs, establish priorities and strategic plans, solicit political support, take local action, and evaluate process. Using Participatory Action Research, purpose of this study is to begin a Healthy Community project to explore the improvement of residents' community conscious, community participation, self-efficacy, and healthy life style. Further, by comparing another

community which community empowerment has not been implemented, the effect of community health promotion program could be estimated. Study samples include three communities selected from the nearby of Wan-Fang hospital using the "Case Community Selection Criteria". Three-year longitudinal, triangulation of quantitative and qualitative research design will be utilized in this case study. In the first year, researchers have identified and explained the Healthy Communities process to community leaders and selected qualified 3 out of 5 communities. During March and June, comprehensive community health assessment has been completed to compare any difference among the communities. The self-developed questionnaires with high reliability and validity have been used to establish the baseline information. A randomized systematic sampling was selected to mail 4350 questionnaires to the households, and 523 returned (response rate=12.02%). Results indicated the average community conscious was between 2.61-2.96 (ragne=1-5). The residents' self-efficacy for community health was between 3.31-6.40 (range=0-10), and their healthy life style ranged from 1.46-2.08 (0-4). Further, this study is going to identify potential leaders from all sectors of the community to form the Healthy Community Committee in the case community during the second year. Future project will evaluate the effects of community health promotion program, and changes in community residents attitude toward health community among 3 communities.
Keywords：Healthy Community, Participatory Action Research, community empowerment, community health promotion program, community health nursing

自從世界衛生組織在阿瑪阿塔宣言(Alma-Ata)中強調，藉由落實基層保健醫療(Primary Health Care)來促進民眾的健康，以達公元 2000 年全民均健（Health for All）的必要性後，台灣的健康工作學者與從業人員莫不積極面對此一挑戰。其中護理人員，特別是在社區衛生護理的領域，除了服務遍佈於台灣 361 個衛生所的公共衛生護士外，由於「醫療服務社區化」的政策導向（行政院衛生署，民 86），醫療院所莫不增聘社區衛生護士，以提供社區民眾可用性的(Available)、可近性的(Accessible)、以及可接受性的(Acceptable)的基層保健醫療服務（邱，民 83）。因此，護理人員如何能根據現有的組織架構，推廣健康促進的行動，值得進一步的探討。

然而部份學者卻對促成健康推廣活動之方式，有不同的看法。在美國，對健康促進的定義可分為兩學派，一派強調的是個人健康生活型態之實踐，另一派則以社區發展或更廣的環境改善為主(Minkler，1989；Green & Kreuter，1990；李&陳，民 87)。一般而言，健康生活型態的實踐，僅需個人生活習慣的改變，無需大環境或政策上的介入來改造，似乎較易被採行。但是卻有研究結果證實，單純生活型態的改變無法適用在所有人的身上，如貧窮者即在資源缺乏的情況下，無法採行推薦的健康行為(Menkler, 1989；Flynn，Rider & Ray，1991)。是以，社區介入之健康促進的模式，一般被認為是較符合成本效益的(韓、張，民 87)。社區健康介入是經由需求評估、社會調查等方法，以量身打造符合社區內涵的介入方案。乃採多重策略的方式，經由教育、社區組織、健康政策等多元管道，以幫助社區參與，促使社區能力的建立，並將社區健康介入與社區公共建設融合統整，使危害健康的社會因子能消彌於無形。本研究即運用參與式行動研究方式，希望能避免研究、理論及實務執行間的差距。誠如李（民 86）所言，傳統質、量性研究結果與臨床實務無法做有效的配合，十

無法被實務界所接受或應用。而社區中的熱心人士（或稱意見領袖【opinion leaders】）居住或工作於社區中，終日與社區居民直接接觸，所以最能了解社區的健康需求，以及能立刻知覺研究問題之所在。藉由社區意見領袖的共同參與，從學習第一手資料的獲得，社區可以逐漸累積獲取新知之道。行動研究即是如此藉由賦權（empowerment）讓社區意見領袖視自己為研究者，藉著與專家互相合作的過程中，不斷的從事計畫、行動、觀察和反思為基礎的螺旋式研究循環（McNiff, 1988）。不僅讓社區能解決實際所面對的問題，還能夠不斷的繼續成長，以期達到確保（assurance）社區發展獨立解決問題之能力（IOM, 1988）。

期望藉此過程以後，以社區意見領袖與行政人員為主體的行動研究團體，得以成形，達到強化社區組織成員的自我效能，藉以凝聚更多社區居民的共識，以使日後能執行自己社區內的健康照護活動，形成一健康與有力量之社區（healthy and empowered community）。

本研究以解決現階段社區計劃無法真正落實解決社區健康之問題與促進社區健康為最終目標，由北醫護研所師生與數位社區意見領袖，藉由參與式行動研究方式，成立社區健康促進委員會，於籌備、執行社區活動的過程中，發掘合適之社區健康照護計劃，於計劃執行三年期間建立一健康的社區，最後並探討參與人員的學習經驗和合作省思情況。此外，更由與另一社區健康促進活動計畫之比較，以了解有無「社區賦權」介入之成效。

計劃第一年，研究人員先至文山區公所、戶政事務所、文山區衛生所及萬芳醫院，與相關人士訪談並收集二手資料，以研究群所訂定之標準為社區地理人口特質類似、推動社區發長組織與動力、社區活動參與、合作性高及未被專業社區營造之團體介入等項目為標準，從文山區 37 個里中篩選出興得、興家、興豐、興旺及萬盛里等五個社區；再依 Anderson & McFarlane（1988）概念架構，收集五里之特性資料，篩選出社區特質最為類似的三個里：萬盛、興旺及興得里為本研究之個案社區。在取得地方領導人之同意，於 89 年 3-6 月間，由台北醫學院護理研究所社區護理組之師生，依美國科羅拉多的護理學院提出的 GENESIS 模式，同時運用質性與量性的資料收集方法，完整評估社區健康需求，並分別於各里舉辦「社區健康說明會」，讓社區居民了解自己所居住之社區，並運用民意團體過程法讓社區居民投票選求需優先解決的健康需求。

社區評估的結果發現三個社區需隸屬文山第二行政中心的管轄範圍；其地理環境皆有山坡地；在衛生及社會服務系統並無大型醫療院所，但皆可從鄰近的社區獲得滿足；安全與運輸系統皆位於興隆路上，交通運輸皆方便，除了公車亦有捷運的經過，其共同的缺點皆為停車位不足的問題；教育系統方面，萬盛里無正式的學校教育機構、興旺里具有小學及中學、興得里有一所專科學校，雖如此各里皆能從附近的社區獲得適當的學校教育；在娛樂系統方面，萬盛里及興旺里各有一座社區公園，公館夜市及景美夜市皆位於附近為居民常去的休閒場所之一，里內的山坡地也為居民假日休閒爬山的好地方；經濟系統方面，萬盛里集中於羅斯福路五段及興隆路一段，以汽機車業修理為多，興旺里集中於福興路入口，以餐飲業為多，興得里集中於羅斯福路三段及辛亥路五段亦以餐飲業為最多；在人口特性中三里的老年人口數皆高於文山區及台北市，所佔之比例為，萬盛里 12.25% 、興旺里 9.02% 、興得里 10 % ，由此可知此三里皆為高度老化之社區，

區健康說明會中的民意團體過程法中得知居民亦認為社區中中老年的保健問題為最需解決之社區健康問題；針對社區健康評估結果並與社區地方領導人討論，業已著手計畫各里實施之活動。

後續本研究由研究者參考文獻自行發展而成的「社區居民社區意識、社區參與、自我效能及健康生活型態」量表，問卷的內容亦經過特定對象討論，以加強問卷的表面效度及適用性。並且延聘社區營造實務工作者及相關學者與衛生署、衛生局官方代表等共8人共同檢視問卷之內容效度（CVI＞0.75），問卷的效度及信度經預試及正式研究之前測，皆能符合信、效度得要求（α＝0.65-0.94，效標關聯效度，p＜0.05）。社區中取樣以家戶數為抽樣單位，依預試結果推估出所需樣本數後，以隨機系統抽樣抽出家戶，共寄出問卷4350份，每個個案社區各1450份，回收523份問卷，回收率分別為萬盛里9.38%，興旺里14.48%及興得里12.21%；主要研究顯示樣本性別比為男性43.1%，女性為56.9%；教育程度以大學程度佔最多為31.2%，專科次之(24.3%)；平均年齡為39.66歲，有59.8%的樣本已婚；家庭收入以每年所得稅申報稅率6%及13%為最多；職業以白領階級的專業人員及一般性公務人員為主；有78.97%的民眾住屋為自己購買的。

在前測問卷的結果發現前測中社區居民在社區意識（滿分4分）平均得分分別為環境認知2.96，社會聯繫2.82，情感聯結2.61及對社區健康促進2.62；自我效能部份含(環境認知、聯繫社區情感、參與社區活動及關懷社區健康)平均得分依序為6.40，5.55，3.31及4.94；健康生活型態含(營養、健康責任、壓力處理、運動、自我實現及人際支持)平均得分包括2.08、1.78、1.75、1.46、1.99及1.73。且在社區意識、自我效能及社區參與的部份，三個社區的平均得分並無顯著差異；唯在健康生活型態中的營養、健康責任及自我實現等三項在三個社區的平均得分上有所不同。

本研究計劃在社區健康促進委員會成立後於第二年開始在個案社區進行社區賦權的介入，使委員會具有能力，可瞭解居民的需求並由委員會主導計劃、執行符合需民的需要的衛生健康計劃；此外，將於第二年下半年於另一個對照社區由研究人員直接執行與個案社區相同之衛生健康計劃。於第三年，再依自行發展之問卷進行後測，比較有無賦權的社區在「社區居民健康意識、社區參與、自我效能及健康生活型態」之差異。期望在經由社區介入活動後能提昇居民的社區意識、社區參與及對健康生活型態的執行。

參考文獻

Flynn, B. C., Rider, M. S., & Bailey, W. W. (1992). Developing comm. Leadership in healthy cities: The Indiana Model. Nursing Outlook, 40(3),121-126.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1990). Health promotion as a public health strategy for the 1990s. Annual review of Public Health, 11(3), 319-334.

Institute of Medicine (1988). The future of public health. Washington, DC, MD: National Academy Press.

McNiff, J. (1991). Action research: principles and practice. Great Britain, CA: MacMillan Education.

Minkler, M.(1989). Health education health promotion and the open society: An historical perspective. Health Education Quarterly, 16(1), 17-30.

行政院衛生署（民86）．衛生白皮書：跨世紀衛生建設。台北，台灣：行政院衛生署。

李怡娟（民86）．行動研究在護理上的應用。護理研究，5(5)，行政院衛生署（民86）．衛生白皮書：跨世紀衛生建設。台北，台灣：行政院衛生署。463-467。

李蘭、陳富莉（民87）．美國與歐洲之健康促進概念。健康促進通訊，1，2-5。

邱啟潤(民83). 護理人員在基層保健醫療中的角色。護理雜誌, 41(3), 9-13。