

## 第四章 研究結果與討論

本研究是以台中地區之衛生行政界人員與醫院實務界人員為研究對象，共計訪談 15 人。目的在於探討衛生行政界、醫院實務界對於醫院承辦社區健康營造中心運作的看法，希望能為醫院承辦社區健康營造中心的運作模式提出良好的建議。本章將研究結果分述為五節，第一節為不同背景受訪者的基本資料描述；第二節為 7 家社區健康營造中心的基本資料描述；第三節討論醫院實務界受訪者對醫院承辦社區健康營造中心的認知與看法；第四節討論地方衛生主管機關受訪者對醫院承辦社區健康營造中心的認知與看法；第五節為綜合討論。

### 第一節 受訪對象之基本資料描述

本研究的目的主要是要瞭解地方衛生行政界與醫院實務界之受訪者對於醫院承辦社區健康營造中心的看法，來瞭解受訪者對於社區健康營造中心之運作成效的現況與期待為何，以匯集與分析二種對象的建議後，進而作為未來醫院在承辦社區健康營造中心時之推動成效與資源運用及連結的參考。因此，本研究有必要先就這二種受訪對象的背景資料作一概括性的說明，以利於本研究之分析與探討。

#### 一、地方衛生行政界受訪對象的基本資料

地方衛生行政界受訪對象的取樣方式，是就研究取樣的範圍台中地區，從台中縣/市的衛生局中，選取實際參與社區健康營造中心督（輔）導工作的衛生局官員作為研究對象，選取出適當、具代表性而且能夠提供豐富資訊的受訪對象，透過深入訪談的資料分析，瞭解衛生行政界官員對於社區健康營造中心的認知，對於衛生署社區健康營造計畫的看法，以及由醫院來承辦營造中心的運作成效。

在地方衛生行政界的研究樣本中，預計訪談人數為 4 人，完訪人數為 4 人，分別用 THB11-THB22 來代表。在性別方面，男性 2 人，女性 2 人；在年齡分佈方面，30-40 歲者為 2 人，40-50 歲者為 2 人，年齡平均為 38.5 歲；教育程度方面，1 人擁有大學學歷，1 人擁有碩士學歷，2 人擁有博士學歷；在所屬的衛生局服務工作年資方面，未滿 1 年有 1 人，滿 1 年但未滿 5 年有 2 人，超過 10 年有 1 人，平均工作年資為 5.3 年；在參與營造工作的時間方面，未滿 1 年有 1 人，滿 1 年但未滿 5 年有 2 人，超過 5 年有 1 人，平均的參與時間為 2.4 年。地方衛生行政界受訪對象資料整理如表 4.1。

表 4.1：地方衛生行政界受訪對象基本資料表

受訪者代碼	性別	年齡	教育程度	工作年資*	參與營造工作時間*
THB11	男	41	博士	3 年 9 個月	6 年
THB12	男	46	碩士	7 個月	7 個月
THB21	女	34	博士	14 年	2 年
THB22	女	33	大學	3 年	1 年

\*工作年資和參與營造工作時間：計算至民國 93 年 2 月止。

## 二、醫院實務界受訪對象的基本資料

醫院實務界受訪對象的取樣方式，是就研究取樣的範圍台中地區，經衛生署醫院評鑑為醫學中心、區域醫院和地區醫院之醫院，目前（民國 93 年 2 月底以前）仍承辦社區健康營造中心工作之醫院為研究對象，在台中地區中共有 8 家醫院為本研究的對象，其中 TCDHC 的受訪者因公務繁忙之由，拒絕接受訪談，所以本研究以 7 家醫院為研究對象。因為醫院承辦營造中心工作業務之人員僅 1-2 位，所以從這些醫院中各選取 2 位受訪者，以期選取出適當、具代表性而且能夠提供豐富資訊的受訪對象，經由各營造中心的成果報告書與透過受訪者深入訪談的資料分析，來瞭解醫院實務界工作者對於社區健康營造中心的認知，對於衛生署社區健康營造計畫的看法，以及承辦之營造中心的運作成效。

醫院實務界的受訪對象中，預計訪談人數為 16 人，完訪人數為 11 人；區域醫院受訪對象共計 6 人，以 HCM11-HCM52 來代表；地區醫院受訪對象共計 5 人，以 HCM61-HCM 73 來代表，其中 HCM62 非為醫院所聘雇的工作人員，但其應聘為營造中心執行長，這是個不支薪職位，所以本研究仍將 HCM62 其列入該地區醫院之中；在性別方面，男性 5 人，女性 6 人；在年齡分佈方面，20-30 歲者為 2 人，30-40 歲者為 4 人，40-50 歲者為 3 人，50-60 歲者為 2 人，年齡平均為 39.5 歲；教育程度方面，1 人擁有初中學歷，2 人擁有高中學歷，1 人擁有專科學歷，3 人擁有大學學歷，4 人擁有碩士學歷；在所屬的醫院服務工作年資方面，滿 1 年但未滿 5 年有 4 人，滿 5 年但未滿 10 年有 4 人，超過 10 年有 2 人，平均工作年資為 5.7 年，其中地區醫院承辦營造中心有 1 位工作人員不是醫院所聘雇；在參與營造工作的時間方面，未滿 1 年有 2 人，滿 1 年但未滿 3 年有 7 人，超過 3 年有 2 人，平均的參與時間為 1.9 年；職銜方面包括副院長、主任、專員、副管理師、課長、營造中心執行

長、社區營造師。醫院實務界受訪對象資料整理如表 4.2。

表 4.2：醫院實務界受訪對象基本資料表

受訪者代碼	性別	年齡	教育程度	工作機構	營造中心	職銜	工作年資*	參與營造工作時間*
HCM11	男	34	碩士	區域醫院	TSDHC	專員	4 年	7 個月
HCM21	女	28	大學	區域醫院	TWDHC	專員	6 年	1 年 2 個月
HCM31	男	39	碩士	區域醫院	DLCHC	主任	8 年	1 年 4 個月
HCM41	男	25	大學	區域醫院	SLTHC	副管理師	1.5 年	4 個月
HCM51	女	40	大學	區域醫院	FYCHC	主任	12 年	4 年
HCM52	女	51	高中	區域醫院	FYCHC	專員	6 年	2 年
HCM61	女	47	碩士	地區醫院	DYTHC	副院長	5 年	1 年 5 個月
HCM62	男	54	初中	地區醫院	DYTHC	營造中心 執行長	-	1 年 1 個月
HCM71	男	36	碩士	地區醫院	DSTHC	課長	4 年	4 年 6 個月
HCM72	女	38	專科	地區醫院	DSTHC	專員	14 年	1 年 6 個月
HCM73	女	42	高中	地區醫院	DSTHC	社區營造師	2 年	2 年 10 個月

\*工作年資和參與營造工作時間：計算至民國 93 年 2 月止。

## 第二節 營造中心之基本資料描述

本研究的研究對象為台中地區 8 家承辦社區健康營造中心之醫院，扣除 TCDHC 樣本後，本研究針對 7 家醫院所承辦之社區健康營造中心來進行探討。由於社區健康營造中心會因承辦單位屬性、區域位置、活動項目、資源運用與整合等因素的不同，而展現出不同特色與性質的營造中心，所以我們透過所蒐集的各營造中心成果報告，以及訪談過程中所詢問到的營造中心基本資料調查表資訊，針對「結構-過程-結果」三構面的項目來瞭解社區健康營造中心的基本資料。因此，在進行營造中心運作內涵分析之前，本研究有必要先就這 7 家承辦醫院的基本資料與所推動活動作一概括性的說明，以利於本研究之分析與探討。

### 一、結構面描述

在營造中心結構面的部分，我們針對「1.醫院屬性、社區位置與成立時間」和「2.醫院推動單位、人數與經費來源」做一簡要的描述。

#### 1.醫院屬性、社區位置與成立時間

在醫院屬性方面，有 5 家區域醫院所承辦營造中心，2 家地區醫院所承辦營造中心。在社區位置方面，有 3 家營造中心位於都會地區，其中 2 家營造中心位於工業區旁；有 2 家營造中心位於為都會與鄉村地區，因為醫院所屬的鄉鎮屬於鄉村地區，但由於這 2 家醫院皆位於工業區旁，所以醫院所在地區為較繁榮的都會區域；有 1 家營造中心位於鄉村地區，該地區多以農業發展為主。在營造中心成立時間上，我們以營造中心成立時間至民國 93 年 2 月止來計算其成立年數，有 3 家營造中心為社區健康營造計畫 921 災區所成立的營造中心，其成立時間為民國 89 年 7 月，成立年數皆為 3 年 8 個月；有 1 家營造中心為社區健康營造計畫的第二梯次，所以成立時間為民國 89 年 8 月，成立年數為 3 年 7 個月；有 1 家營造中心為社區健康營造計畫的第三梯次，所以成立時間為民國 91 年 2 月，成立年數為 2 年；有 2 家營造中心為社區健康營造計畫的第四梯次，所以成立時間分別為民國 91 年 8 月與民國 91 年 9 月，成立年數分別為 1 年 7 個月與 1 年 6 個月。醫院屬性、社區位置與成立時間整理如表 4.3

表 4.3：社區健康營造中心的醫院屬性、所在區域與成立時間整理表

營造中心	醫院屬性	社區位置	成立時間	成立年數*
TSDHC	區域醫院	都會地區	91/08	1年7個月
TWDHC	區域醫院	都會地區	91/02	2年
SLTHC	區域醫院	都會+鄉村地區	89/08	3年7個月
FYCHC	區域醫院	都會地區	89/07	3年8個月
DLCHC	區域醫院	都會+鄉村地區	89/07	3年8個月
DSTHC	地區醫院	鄉村地區	89/07	3年8個月
DYTHC	地區醫院	都會+鄉村地區	91/09	1年6個月

\*成立年數：計算至民國 93 年 2 月止。

## 2.社區健康營造中心的醫院推動單位、人數與經費來源

在醫院的推動單位方面，有 4 家醫院是以與社區有關的單位來推行營造中心工作，推動單位分別為：社區健康室、社區健康部、社會服務室與社區發展中心；有 2 家醫院是以醫院的行政單位來推行營造中心工作，推動單位分別為：企畫室與行政課；有 1 家醫院是以基金會來推行營造中心工作。在推動單位的工作人員方面，有 5 家營造中心有專任與兼任人員來承辦營造工作；有 2 家營造中心是以兼任人員來承辦營造工作。在醫院內最高推動者方面，有 4 家醫院以院長為最高推動者，其餘 3 家醫院分別以副院長、總裁和公關室主任為最高推動者。在經費來源方面，7 家醫院的經費來源之一為衛生署的補助經費，其他來源為：醫院補助、基金會播款、會員制會費、志工愛心基金與獅子會贊助。社區健康營造中心的醫院推動單位、人數與經費來源整理如表 4.4。

表 4.4：社區健康營造中心的醫院推動單位、人數與經費來源整理表

營造中心	推行單位	工作人員數		最高推動者	經費來源
		專任	兼任		
<b>TSDHC</b>	社區健康室	2	4	院長	衛生署、醫院
<b>TWDHC</b>	社區健康部	1	3	院長	衛生署、醫院、義賣
<b>SLTHC</b>	企劃室	0	2	公關室主任	衛生署、醫院、基金會
<b>FYCHC</b>	社會服務室	1	2	院長	衛生署、醫院、獅子會
<b>DLCHC</b>	基金會	3	4	總裁	基金會、衛生署
<b>DSTHC</b>	行政課	1	4	院長	衛生署、醫院
<b>DYTHC</b>	社區發展中心	0	5	副院長	衛生署、會員會費、志工基金

統計時間：民國 93 年 3 月。

## 二、過程面描述

在營造中心過程面的部分，我們針對「1.社區健康營造中心的志工數與流動情況」、「2.社區健康營造中心宣導招募保健志工的方式」、「3.社區健康營造中心的志工培訓課程」和「4.社區健康營造中心活動訊息傳達給民眾的方式」做一簡要的描述。

### 1.社區健康營造中心的志工數與流動情況

在營造中心的志工人數方面，20-50 人有 2 家，50-100 人有 3 家，100 人以上有 2 家。在志工充足性方面，有 4 家營造中心表示其志工人數是充足的，有 3 家營造中心表示其志工人數是不足的。在志工的流動情況方面，有 6 家營造中心表示流動率普通，有 1 家營造中心表示志工流動率非常低。社區健康營造中心的志工數與流動情況整理如表 4.5。

表 4.5：社區健康營造中心的志工數與流動情況

營造中心	志工人數	志工是否充足	志工流動情況
<b>TSDHC</b>	74 人	否	普通
<b>TWDHC</b>	28 人	否	普通
<b>SLTHC</b>	100 人	是	普通
<b>FYCHC</b>	77 人	否	普通
<b>DLCHC</b>	39 人	是	普通
<b>DSTHC</b>	60 人	是	普通
<b>DYTHC</b>	280 人	是	非常低

統計時間：民國 93 年 3 月。

## 2.社區健康營造中心宣導招募保健志工的方式

營造中心在宣傳招募保健志工的方式上，有 6 家營造中心是透過「院訊」來招募志工；有 1 家營造中心是透過「廣告信函」來招募志工；有 6 家營造中心是透過「海報單張」來招募志工；有 2 家營造中心是透過「學校/社團宣導」來招募志工；有 4 家營造中心是透過「網路」來招募志工，網路方式包括醫院網路與營造中心網路；有 4 家營造中心透過其他方式如：醫院門診表內刊登招募訊息、運用鐵馬志工隊宣傳、利用公共關係委員會透過里長找里民、一般社團的宣傳。社區健康營造中心宣導招募保健志工的方式整理如表 4.6。

表 4.6：社區健康營造中心宣導招募保健志工的方式

營造中心	院訊	廣告信函	海報單張	透過學校/ 社團宣導	網路 (醫院或營 造中心)	其他 (包含：醫院門診表、 鐵馬志工隊、公共關係 委員會、一般社團)
TSDHC	*		*		*	
TWDHC	*		*		*	
SLTHC	*		*		*	*
FYCHC	*	*	*		*	*
DLCHC	*					*
DSTHC			*	*		
DYTHC	*		*	*		*
合計	6	1	6	2	4	4

「\*」：表示營造中心有做此項目。

### 3.社區健康營造中心的志工培訓課程

營造中心在志工培訓課程上，有 5 家營造中心有「健康飲食」的培訓課程，有 3 家營造中心有「煙害防制」的培訓課程，有 2 家營造中心有「用藥安全」的培訓課程，有 5 家營造中心有「個人衛生」的培訓課程，有 1 家營造中心有「口腔保健」的培訓課程，有 1 家營造中心有「視力保健」的培訓課程，有 5 家營造中心有「溝通技巧」的培訓課程，有 5 家營造中心有「人際關係」的培訓課程，有 6 家營造中心有「志願服務倫理」的培訓課程，有 1 家營造中心還有其他的培訓課程。社區健康營造中心的志工培訓課程整理如表 4.7。

表 4.7：社區健康營造中心的志工培訓課程

營造中心	健康飲食	煙害防制	用藥安全	個人衛生	口腔保健	視力保健	溝通技巧	人際關係	志願服務倫理	其他
TSDHC				*			*	*	*	
TWDHC	*			*			*	*	*	
SLTHC	*								*	
FYCHC	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
DLCHC	*	*							*	*
DSTHC	*			*			*	*	*	
DYTHC	*	*	*	*			*	*	*	
合計	5	3	2	5	1	1	5	5	6	1

「\*」：表示營造中心有做此項目。

#### 4.社區健康營造中心活動訊息傳達給民眾的方式

營造中心在活動訊息傳達給民眾的方式上，有 5 家營造中心運用「海報單張」的方式，有 1 家營造中心運用「電視/電台」的方式，有 3 家營造中心運用「醫院醫護人員」的方式，有 1 家營造中心運用「社區網站」的方式，有 3 家營造中心運用「醫院網站」的方式，有 1 家營造中心運用「報章雜誌」的方式，有 6 家營造中心運用「保健志工宣導」的方式，有 7 家營造中心運用「鄰里長宣傳」的方式，有 6 家營造中心運用「本單位人員宣傳」的方式，有 1 家營造中心運用其他方式如：由鄉公所來公佈宣傳、寄發會員活動通知單。社區健康營造中心活動訊息傳達給民眾的方式整理如表 4.8。

表 4.8：社區健康營造中心活動訊息傳達給民眾的方式

營造中心	海報單張	電視電台	醫院醫護人員	社區網站	醫院網站	報章雜誌	保健志工宣導	鄰里長宣傳	本單位人員宣傳	其他 (包含：鄉公所 公佈、寄發會員 活動通知單)
TSDHC	*	*	*		*	*	*	*	*	
TWDHC	*		*	*			*	*	*	
SLTHC	*				*		*	*	*	
FYCHC	*		*				*	*	*	
DLCHC					*			*	*	
DSTHC							*	*	*	
DYTHC	*						*	*		*
合計	5	1	3	1	3	1	6	7	6	1

「\*」：表示營造中心有做此項目。

### 三、結果面描述

在營造中心結果面的部分，我們針對「1.社區健康營造中心平均每月活動次數與社區資源的配合度」、「2.社區健康營造中心曾經舉辦過的活動」、「3.社區健康營造中心未來協助社區活動舉行的方式」、「4.社區健康營造中心所結合的社區資源」做一簡要的描述。

#### 1.社區健康營造中心平均每月活動次數與社區資源的配合度

營造中心在每月平均活動數方面，有 2 家營造中心是 1-3 次，有 2 家營造中心是 4-6 次，有 1 家營造中心是 7-9 次，有 2 家營造中心是 12 次以上。在社區資源的配合度方面，有 1 家營造中心認為社區資源的配合度是非常高，有 3 家營造中心認為社區資源的配合度高，有 2 家營造中心認為社區資源的配合度為普通。社區健康營造中心平均每月活動次數與社區資源的配合度整理如表 4.9。

表 4.9：社區健康營造中心平均每月活動次數與社區資源的配合度

營造中心	次數	社區資源的配合度
<b>TSDHC</b>	7-9 次	非常高
<b>TWDHC</b>	4-6 次	普通
<b>SLTHC</b>	1-3 次	高
<b>FYCHC</b>	4-6 次	普通
<b>DLCHC</b>	12 次以上	高
<b>DSTHC</b>	1-3 次	高
<b>DYTHC</b>	12 次以上	非常高

## 2.社區健康營造中心曾經舉辦過的活動

營造中心曾經舉辦過活動方面，7 家營造中心皆曾舉辦過的活動是「六大健康議題」、「戒煙班」、「健康講座」、「健檢活動」，有 6 家營造中心曾舉辦過「30 歲以上婦女子宮頸抹片檢查」，有 6 家營造中心曾舉辦過「SARS 防治教育」，有 5 家營造中心曾舉辦過「30 歲以上婦女乳癌篩檢」，有 5 家營造中心曾舉辦過「體重控制班」，有 4 家營造中心曾舉辦過「社區健康文藝活動」，有 4 家營造中心曾舉辦過「CPR 教學/意外事故處理教學」，有 2 家營造中心曾舉辦過「心靈活動/心理復健」，有 2 家營造中心曾舉辦過「口腔癌篩檢」，有 2 家營造中心曾舉辦過其他的活動如：慢性病預防活動、失能者家庭照顧者初階訓練。社區健康營造中心曾經舉辦過的活動整理如表 4.10。

表 4.10：社區健康營造中心曾經舉辦過的活動

營造中心	六大健康議題活動	30歲以上婦女子宮頸抹片檢查	30歲以上婦女乳癌篩檢	社區健康文藝活動	CPR 教學、意外事故處理教學	心靈活動、心理復健	SARS 防制教育	口腔癌篩檢	體重控制班	戒煙班	健康講座	健檢活動	其他 (包括：慢性病預防、失能者家庭照顧者初階訓練)
TSDHC	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
TWDHC	*	*	*						*	*	*	*	
SLTHC	*	*	*	*		*	*			*	*	*	
FYCHC	*	*	*		*		*	*	*	*	*	*	
DLCHC	*	*	*				*		*	*	*	*	
DSTHC	*	*		*	*		*		*	*	*	*	
DYTHC	*			*	*		*			*	*	*	*
合計	7	6	5	4	4	2	6	2	5	7	7	7	2

「\*」：表示營造中心有做此項目。

### 3.社區健康營造中心未來協助社區活動舉行的方式

營造中心未來協助社區活動舉行方式上，7 家營造中心皆表示會有「策劃社區健康促進活動」、「衛生教育」、「健康講座」的活動方式，有 6 家營造中心表示會「鼓勵民眾參與」的活動方式，有 5 家營造中心表示會「提供人力上的支援」和「提供場地或設備」，有 5 家營造中心表示會「提供民眾免費健康諮詢」的活動方式，有 5 家營造中心表示會加強「協調其他社區組織共同參與活動」。社區健康營造中心未來協助社區活動舉行的方式整理如表 4.11。

表 4.11：社區健康營造中心未來協助社區活動舉行的方式

營造中心	策劃社區健康促進活動	衛生教育	提供人力上的支援	鼓勵民眾參與	健康講座	提供場地或設施	提供民眾免費健康諮詢	協調其它社區組織共同參與活動
TSDHC	*	*	*	*	*	*	*	*
TWDHC	*	*		*	*		*	
SLTHC	*	*	*	*	*	*	*	*
FYCHC	*	*	*	*	*	*	*	*
DLCHC	*	*			*			
DSTHC	*	*	*	*	*	*		*
DYTHC	*	*	*	*	*	*	*	*
合計	7	7	5	6	7	5	5	5

「\*」：表示營造中心有做此項目。

#### 4.社區健康營造中心所結合的社區資源

在營造中心結合的社區資源方面，7家營造中心皆結合「衛生所」、「學校」和「熱心人士」，有6家營造中心結合「公所」，有6家營造中心結合「基金會」，有3家營造中心結合「農會」，有2家營造中心結合「銀行」，有2家營造中心結合「基層診所」，其中1家營造中心表示有結合1個家醫科診所；有2家營造中心結合「媒體」，媒體包括報紙、雜誌、有線電視台；有5家營造中心結合其他的社區資源，如：未來規劃與基層醫療院所合作、社區發展協會、媽媽教室、獅子會、警察局、慈善會、婦女會。社區健康營造中心所結合的社區資源整理如表 4.12。

表 4.12：社區健康營造中心所結合的社區資源

營造中心	農會	銀行	公所	基層診所	衛生所	學校	媒體	熱心人士	基金會	其他 (包含：未來規劃與基層醫療院所、社區發展協會、媽媽教室、獅子會、警察局、慈善會、婦女會)
<b>TSDHC</b>			*		*	*	*	*	*	*
<b>TWDHC</b>			*	*	*	*		*	*	
<b>SLTHC</b>			*		*	*		*	*	*
<b>FYCHC</b>		*	*		*	*	*	*	*	*
<b>DLCHC</b>	*				*	*		*	*	
<b>DSTHC</b>	*		*		*	*		*		*
<b>DYTHC</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*
<b>合計</b>	3	2	6	2	7	7	2	7	6	5

「\*」：表示營造中心有結合此資源。

### 第三節 營造中心運作內涵分析～醫院實務界觀點

社區健康營造中心的主要推動者在社區活動的規劃、推廣上扮演了相當重要的角色，因為有主要推動者的熱心投入與付出，才能使得社區健康營造工作的目標與內涵真正落實到社區之中。因此，本研究是以台中地區 7 家承辦社區健康營造中心之醫院的實際執行者做深入訪談，以探究他們對社區健康營造中心的認知，以及社區健康營造中心的運作成效。本研究運用 Donabedian 之「結構-過程-結果」三構面的概念來設計訪談大綱，藉由「結構-過程-結果」的構面來探討醫院實務界承辦人員的觀點。以下為針對醫院實務界承辦人員之訪談內容加以整理及分析。

#### 一、結構面

本研究歸納醫院實務界受訪者針對研究者所問之問題回答，運用結構面之「(一) 醫院參與的動機與目的」、「(二) 社區健康營造中心宗旨」、「(三) 醫院參與的動機、目的與營造中心宗旨之間的吻合程度」、「(四) 醫院扮演的角色類型」、「(五) 社區健康營造中心的人力支援」、「(六) 社區健康營造中心的物力支援」、「(七) 社區健康營造中心目前的經費來源」、「(八) 衛生署補助經費充裕性的認知觀點」、「(九) 醫院繼續經營社區健康營造中心的意願與理由」、「(十) 醫院繼續經營後自籌經費的方式」、「(十一) 醫院的支援方式是否符合營造中心需求」、「(十二) 醫院實務界人員對社區健康營造和健康社區的認知觀點」和「(十三) 醫院實務界人員達到健康社區目標的認知觀點」等十三個方面，由受訪對象的觀點來探討醫院承辦之社區健康營造中心的觀念認知，以及是否具備充足且適當的資源與設備，以提供良好品質的健康營造服務。

##### (一) 醫院參與的動機與目的

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『請問貴院(會)參與「社區健康營造計劃」的動機與目的?』回答內容中發現，醫院參與的動機與目的可以歸納為四種觀點：「1.公共衛生服務」、「2.醫院既有服務」、「3.健康的社會責任」與「4.與社區建立良好關係」(表 4.13)。

##### 1.公共衛生服務

有 2 位受訪者 HCM11 與 HCM21 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「以往公共衛生的工作一直是由政府公共衛生部門在做，但隨時間的改變，醫院對社區是越來越重視，醫院開始從事公共衛生三段五級中第一段的服務，這概

念與政府部門所推動的社區健康營造觀念不謀而合。我是覺得醫院非常適合來承辦社區健康營造中心。由醫院來推動社區的衛生保健工作，可以解決公部門在推動上的一些問題，如財務、人力上的問題。就像北部某大醫院與醫學院校合作，共同來做衛生保健工作，如疾病篩檢等。」

HCM21：「配合國民健康局推健康議題，然後就是那個預防保健，現在就是預防保健啊，推到社區去，然後做預防的動作勝於治療。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點是以公共衛生角度之第一階段預防保健的觀念，來闡述醫院參與的動機與目的。受訪者 HCM11 更說明由醫院來承辦可以解決政府財力與人力上不足的問題。

## 2.醫院既有服務

有 3 位受訪者 HCM31、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 2 位受訪者的內容如下：

HCM31：「動機的部分，我們在沒有承接營造中心之前，我們醫院本來就一直有在推社區服務這件事情，就是說社區服務這件事情本來就是我們醫院做的，剛好 921 之後，剛好有這樣的東西（計畫案），就順理成章的以基金會的理念去接。」

HCM61：「...當初因為我們○○是一個災區嘛，所以我們就提出這樣的一個 proposal，啊當然這樣的一個 proposal 後來也就被審核通過，那其實那個時候我們是有一些理想性，這個理想性就是 921 重建之後，其實我們有一些個在社區方面心理衛生的服務計畫，所以那時候我們也成立了那個心理重建的志工隊，就是在這個計畫之前，我們也成立的心理重建的志工隊，然後也做了一些社區的那個災區的這種巡迴義診的事情，所以我們那個時候覺得很單純的想法就是這個社區健康營造中心應該可以跟我們想要做的事情，做一個結合。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示在為承辦營造工作以前，醫院已經在推動社區服務工作，所以順理成章的申請營造計畫，將醫院的社會服務工作與社區健康營造做一結合與延伸。

## 3.健康的社會責任

有 3 位受訪者 HCM41、HCM51 與 HCM52 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM41：「其實基本上就是我們身為醫療院所本來就是有捍衛病人健康的社會責任嘛，對不對，那剛好就是那時候國健局提出這個專案的申請，就是由民間單位自己去自由申請，那我們就是覺得說這是一個落實這樣理念的一個好機會，所以我們就

提出申請，那自然也通過了嘛。」

HCM51：「其實我們醫院算是在這邊算是比較大的醫院啦，那不可否認我們認為我們有這樣子的責任啦，一個那種社會責任。...其實我們當時的動機還是有一點醫院的營利作用啦，那慢慢的做做做到現在，跟社區呢其實有一些感情啦，反而在這方面院長比較不要求所謂的回饋，那慢慢的我們轉成就是一種社會的責任了。」

HCM52：「醫院的動機目的跟我們是可以啦，觀點有共識，宗旨也相同，都是給大家健康來做原則。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點是醫院負有社區民眾健康的社會責任，而承辦社區健康營造中心是落實社會責任的好方式。其中 HCM51 提到雖然醫院在承辦之初的動機有營利作用的觀點，但是在與社區互動後，這部分的回饋就轉變為社會責任為重。

#### 4.與社區建立良好關係

有 6 位受訪者 HCM51、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題為此意思表示，列舉 4 位受訪者的內容如下：

HCM11：「我們醫院自詡成為『社區的醫院』，本持著『取之社會、用之於社會』的心，所以我們開始組織團隊接辦這個計畫。醫院參與營造的動機和目的主要就跟我所提供的資料（成果報告書）中的那三個目標相同。」

HCM51：「...那目的說真的，現在每一家醫院都在社區深根啦，那我們希望說踏著這個的階梯深入民眾，那最重要的是說，我們希望把所有的 Dyt 大概有 2 萬多戶，建造一個所謂的那種健康家族，就是他們的基本資料呢，那希望跟未來像是實施 HMO、甚至 RBRVS 我們用的上這樣子的一個資料檔。」

HCM61：「...那古當然醫院有一些期待啦，一些期待就是說我們藉由社區健康營造的一個推動可以增加社區民眾對醫院的一個認同，那當然因為現在醫院走的都是社區醫療的路線嘛，這個來自於民眾，所以這個民眾的認同對我們來講很重要，那也是這樣子之後，我們就是有這樣子一個動機。」

HCM71：「...那是一個醫院進入一社區的一個管道，嘿，而是從健康的促進這個面向去介入，而非以疾病治療的方向介入，所謂疾病治療的方向比較偏向過去所辦理的義診、社區的疾病專題演講，這個都是屬於過去的醫療途徑來做介入的，健康營造剛好是一個新的一個路徑，所以醫院在早期都會盡量取得這樣子的一個機會，而且那時候有錢嘛，專案的補助那當然是更好。」

由 6 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為社區健康營造是醫院進入

社區的一種途徑或管道，以健康促進的方式介入社區民眾的健康，藉這個機會與社區做互動，結合社區的資源，醫院為社區提供服務，讓民眾有健康生活的觀念，也可以傳播醫院的形象，增加民眾對醫院的了解。其中 HCM51 特別提到將社區健康家族建檔後，可以作為實施 HMO 或 RBRVS 時的資料庫。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現 11 位受訪者對於醫院參與的動機與目的，主要是從醫院服務的延續、民眾健康、醫院與社區關係這三方面來說明醫院承辦的動機因素，這與羅瑞煌（2001）的研究結果中，提到醫院參與社區健康營造計畫之主要動機以「關懷社區、走入社區」和「推展社區預防保健業務」居多數的情形相類似。

表 4.13：醫院參與的動機與目的之觀點

受訪者編號	公共衛生服務	醫院既有服務	健康的社會責任	與社區建立良好關係
HCM11	*			*
HCM21	*			
HCM31		*		
HCM41			*	
HCM51			*	*
HCM52			*	
HCM61		*		*
HCM62		*		*
HCM71				*
HCM72				*
HCM73				*
合計	2	3	3	7

## （二）社區健康營造中心宗旨

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『貴營造中心成立的宗旨為何？』回答內容中發現，社區健康營造中心宗旨可以歸納為二種觀點：「1.促進民眾健康」與「2.社會資源參與」（表 4.14）。

## 1. 促進民眾健康

有 9 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM31、HCM41、HCM51、HCM52、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 7 位受訪者的內容如下：

HCM11：「...營造中心的宗旨是建構『全民健康』，我提供的資料（成果報告書）裡面寫得很清楚。」

HCM21：「...成立的宗旨當然就是要讓健康的人更健康，然後是要全民才該怎麼講，就是要讓健康的人更健康，沒錯就這個。嗯，但是那個營造中心那個，就是我們醫院參與健康營造中心的宗旨就是要降低疾病的發生率。」

HCM31：「營造中心的宗旨是健康長壽市是我們最遠大的目標。」

HCM41：「成立宗旨，我這（成果報告書）有寫啊，就是才～其實主要就是瞭解 Slt 鎮民的健康問題以及保健需求，然後結合社區多元化的資源，促進民眾對健康行為的認知與運用，引導居民自行發現健康問題，大概就是這一些。」

HCM51：「我們的主旨就是快樂鄉鎮，健康鄉鎮，快樂跟健康。」

HCM52：「...我們就是鄉長說今年把推為我們鄉民的健康年，Dyt 健康年，健康年。」

HCM71：「那麼營造中心成立的宗旨，那這個各家醫院都差不多啦，大概都是什麼促進社區健康啊，大概是這一類的，我想我們也大概是跟這個管道是一樣的。...嗯~嘿所以它是以什麼促進社區健康啦，然後提供才社區的居民去接觸一個健康的管道啦，我想這是一個才像我們醫院來講的話這是一個非常重要的目的，這是提供社區居民一個跟健康接觸的管道，而且給予社區居民有一個公平的機會，我想這是我們非常要重的一個觀念。」

由 9 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示營造中心的宗旨是針對社區民眾健康的觀點，有以降低疾病的發生率之方式，或建立快樂與健康鄉鎮、健康長壽市、健康年，提供社區民眾與健康接觸的管道。其中有 2 位受訪者有提及成果報告內容的部分，可見其對於成果報告的重視性。

## 2. 社會資源參與

有 2 位受訪者 HCM61 與 HCM 62 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 1 位受訪者的內容如下：

HCM61：「那營造中心的宗旨，事實上我們是希望營造中心它能夠有多一點的社會資源的參與，讓營造中心達到一種就是說將來能夠自給自足，甚至是脫離醫院到外

面去都可以，可是我們實際上執行起來，我們是覺得非常困難，因為這種議題，這種健康議題的東西，你們沒有一個公部門來推動，你很難啦，」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為社區健康營造應是社區內資源的共同參與，讓營造中心能自給自足，但是受訪者提到要做到這樣的目標，由公部門來推動會比交由醫院推動來的容易。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現 11 位受訪者對於社區健康營造中心的成立宗旨大多集中於促進民眾健康的觀點上，來幫助社區民眾有能力做到讓自己健康之外，還要更健康。有同 1 家營造中心的 2 位受訪者表示社區健康營造中心需要更多的社區資源參與執行，營造中心在將來才有脫離醫院自給自足的機會。

表 4.14：社區健康營造中心宗旨的觀點

受訪者編號	促進民眾健康	社會資源參與
HCM11	*	
HCM21	*	
HCM31	*	
HCM41	*	
HCM51	*	
HCM52	*	
HCM61		*
HCM62		*
HCM71	*	
HCM72	*	
HCM73	*	
合計	9	2

### (三) 醫院參與的動機、目的與營造中心宗旨之間的吻合程度

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『您認為承辦至今營造中心的宗旨與貴院（會）的動機和目的是否能夠相吻合？』回答內容

中發現，醫院參與的動機、目的與營造中心宗旨之間的吻合程度可以歸納出「相互吻合的觀點」。

### 1.相互吻合的觀點

有 11 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM31、HCM41、HCM51、HCM52、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 6 位受訪者的內容如下：

HCM11：「...我認為我們中心的宗旨跟醫院的承辦動機與目的是相當吻合的。」

HCM21：「...吻合啊，非常吻合，還做很多，辦蠻多宣導活動啊，以及做一些持續性的規劃。」

HCM31：「...社區服務原來就是醫院的使命之一，所以這一定是吻合的。」

HCM41：「...其實我們營造中心本來就是讓社區的民眾自由，自己挖掘健康議題，就是我們去瞭解社區最需要的是什麼，協助他們導入健康概念，其實跟就是上面問的一樣，就是說跟那個理念其實是相當，互相符合的。」

HCM51：「...該開始沒有，現在已經有一點接近了。」

HCM 52：「...醫院的認同我們跟相互尊重，作業上雖然他們有疏忽，但是只是方法上不同，目的是一致的可以的。」

HCM71：「...那麼到現在為止的話，我們還是非常吻合這個目的，而且我們在去年跟今年，我們做了一個更周延的一個發展，也就是在安全跟健康這兩個面向去設立了一個促進協會，我們全名稱之為「台中縣安全暨健康促進協會」，正式的把它成立一個社團並且立案並且成為一個社團法人，所以我們在這一個部分來講可以算是非常的吻合原來的宗旨，並且去喔將這個原來的宗旨做了一個擴大與延伸。」

HCM72：「非常吻合。」

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現 11 位受訪者對於醫院參與的動機、目的與中心宗旨之間的吻合程度，皆認為兩者之間是相互吻合的。其中 HCM71 特別提到他們對營造中心更做了周延的發展，將健康與安全這兩個部分立案為社團法人的健康促進協會。

### (四) 醫院扮演的角色類型

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『貴院(會)

在營造中心裡所扮演的角色為何？」回答內容中發現，醫院所扮演的角色可以歸納為四種類型：「1.主導者角色」、「2.支援輔導者角色」、「3.資源整合者角色」與「4.社會公益者角色」(表 4.15)。

## 1.主導者角色

有 2 位受訪者 HCM11 與 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「我們醫院所扮演的角色，嗯～是主導者角色。我們跟在地的教會組織合作，希望藉由教會的關係來推活動，把他們作為我們的種子組織，將健康的觀念與訊息向外推廣到其他的教會組織，但是，我們雖然有培育出種子組織(團隊)，但其外推性有困難，因團體中的自我意識較強跟自私的關係，他們並不願意向外推廣，也就是說，他們覺得自己做好就好了，並不想去教人家跟告訴其他人怎麼做。這個可能是主辦單位(營造中心)與協辦單位(教會)認知上有所差距，所造成的。我們很積極、努力的將健康的訊息與知識傳達給我們的種子組織，但是，這些團體它的外推的效果不好的話，我們會先跟他們溝通，溝通後還是一樣，我們會將這個團體做結案處理，另外再找其他有意願的社區組織或團體來合作。」

HCM71：「我們從 89 年開始喔到目前為止可以講說是完全主導社區健康營造中心的發展，但是這一個部分跟我早期要設立這個健康營造中心的發展的階段性來講的話，我認為有稍微慢了一些，也就是說早期我認為醫院在社區健康營造中心裡頭的角色，應該從主導然後轉型到支援或者是輔導的一個角色吧，但是我們在這一段並沒有轉型的很好，深究它的原因是因為在這一個部分是社區裡頭要有民眾响要來接手响，社區裡頭要有一個對於健康促進這個領域裡頭有能力的人，來擔任社區健康營造中心的執行長，能夠來掌理社區健康營造中心的話，那麼醫院就可以從主導變為資源輔導的角色，但是這一段並不是那麼的容易，所以我們並沒有在這一段四年來喔，進入到所謂的協助的階段，所以我們目前還是一個主導的角色啦。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為醫院以主導者角色來進行社區健康營造中心的發展，從社區團體的選擇到健康活動得規劃，都是醫院來進行主導。其中 HCM71 表示醫院在承辦健康營造的工作上，有不同進程的角色，醫院應由主導者轉向輔導營造中心工作的角色，但他們還沒有做到，歸究其原因為社區中沒有對健康促進非常有概念的人來接手這個工作。

## 2.支援輔導者角色

有 6 位受訪者 HCM31、HCM21、HCM51、HCM52、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM21：「...我們只是輔導耶，主角不在我們，主角在推動委員，各個推動委員，我

們只是一個輔導者，就是一個輔導的角色，然後我們都把主權全部都是歸納在推動委員，他們有問題會來找我們。推動委員就是各個團體單位、公益的單位啊，譬如說像教會啦，像老人會啦，然後像文化教育推廣部之類的，像志工媽媽愛心媽媽之類的，像學校的愛心媽媽之類的這樣子，就是我們的主權回歸給他們，然後由他們自己制訂要怎麼推啊，到時候再來到報告就可以了，因為我發現不要去限制他們，譬如說像他們照著我們的模式走，到最後變成我們主他們為輔，就變成說他們高興做就做，他們不高興做就不做，因為他們認為在幫我們做事，可是如果他們自己推的話，就變成說他們就會覺得這是我們的事情，因為這是我規劃的出來的東西，醫院都不會啊。」

HCM31：「人力支援及物力支助，協助社區資源整合。」

HCM51：「我們大概是支援啦，我們不主動，因為我們成立另外一個會叫 DYTHC，我們也選主要的主任委員、執行長，那我在裡面是負責監委，就是等於說有行政的功能再加上說一個橋樑溝通的角色，那我們的話就在支援，他們任何的活動呢我們都會參與，那不只會參與，那我們甚至於在專業的部分我們也負起這樣子的責任。」

HCM52：「他們是協助的角色，啊營造中心的行政方面是醫院負責的，他們申請計畫，像申報請領經費，都是他們做。」

HCM72：「我覺得對我們來講是最好的後盾，是一些專業人力支援的後盾，只要是專業的部分不管是一些器具啦！人力啦！等等啦做一個後盾。」

HCM73：「我們是希望醫院在我們需要的時候他就立即出現，給我們 support 需要的資源，那當然平常他們就是順這他們的政策走，營造中心有他們需要做的。」

由 6 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為他們僅是支援輔導的角色，健康營造工作主要由社區中的民眾來推動，醫院僅提供社區所需的人力、物力及經費上的支援。其中 HCM21 提到因為這種方式，才能讓民眾覺得自己在為自己的社區規劃健康營造的工作，而不會有自己只是幫醫院做的觀念。

### 3.資源整合者角色

有 3 位受訪者 HCM41、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 2 位受訪者的內容如下：

HCM41：「其實我們比較像是一個資源整合的角色，還有必要的時候提供經費，對因為我們往上就是上面就是國健局嘛，我們自己有成立一個推動小組，那我負責跟國健局還有鎮公所、衛生所那邊就是做聯繫，還有整個推動小組去執行，那下面就是整個都是志工團體嘛，其中志工團體上面是一個志工督導小組，也是由我們醫院社工主任去擔任。」

HCM61：「那我們醫院就會很形成就是說，在營造中心所扮演的角色就會變成是一個就是好像是一個資源中心，連接各個資源。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為醫院為資源整合的角色，將社區中的資源拉進營造中心來，將資源做有效的連結與運用。

#### 4.社會公益者角色

有 2 位受訪者 HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM72：「他（院長）是做功德，回饋社區，他是真的認為說『取之於社區，用之於社區』這樣的一個理念啦！那，我們也希望說民眾他知道說，我生病的時候會想到○○醫院，我很健康的時候也會很需要○○醫院，是這樣子的。」

HCM73：「就像我們院長說的這是在做功德（台語），社區健康營造在醫院的角色應該是在做功德。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為醫院承辦社區健康營造中心是醫院在做功德，回饋社會。

綜合以上 11 位醫院實務界受訪者的看法，研究發現受訪者對於醫院扮演的角色類型以支援輔導者角色為最多受訪者表示；醫院扮演的角色另有主動性的主導者角色和資源整合者角色，協助營造中心組織與整合社區資源，讓營造中心與社區共同來推動健康營造活動；另外，受訪者還提到醫院推動營造中心有社會公益的角色，由醫院來推動社區健康營造是醫院回饋社區的一種方式。

表 4.15：醫院扮演的角色類型（醫院實務界觀點）

受訪者編號	主導者角色	支援輔導者角色	資源整合者角色	社會公益者角色
HCM11	*			
HCM21		*		
HCM31		*		
HCM41			*	
HCM51		*		
HCM52		*		
HCM61			*	
HCM62			*	
HCM71	*			
HCM72		*		*
HCM73		*		*
合計	2	6	3	2

### （五）社區健康營造中心的人力支援

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『貴營造中心的人員的編制為何？中心人力是否足夠？貴院（會）在營造中心人力上的支援與運用為何？是否有其他人力的編制與協助？』回答內容中發現，營造中心的人力支援方面可以歸納為七種觀點：「1.人員編制狀況」、「2.醫療團隊支援」、「3.保健志工支援」、「4.社區服務時數限定」、「5.人力不足」、「6.人才培育」和「7.代理人制度」（表 4.16）。

#### 1.人員編制狀況

有 10 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM31、HCM41、HCM51、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 9 位受訪者的內容如下：

HCM11：「我們有專職人員 2 個，剛剛有提到啊！」

HCM21：「專職 1 人，兼職 3 人一半一半。」

HCM31：「專任人員三 3 名，會計、秘書、社工人員各一名，其他相關配合單位為兼任人員。」

HCM41：「...因為其實之前衛生局有跟我們，問我們說有沒有專任，其實像我們私人醫院很少有辦法專任去一個人力去做這樣，所以大部分都是兼任，那時候我們就跟衛生局講說執行長兼任一半，然後我兼任一半，所以剛好就是一個專任，就類似這種。」

HCM41：「其實我們就是一個執行長嘛，那就是其他的企畫人員就是我們有包括社工室，然後營養還有護理部，然後以及我是企畫組這樣子，因為承接這個案子是企畫組承的，但是我們算跟公服室一起辦理這樣子，所以在志工管理是需要志工嘛，那營養啊還有護理部是負責體適能及飲食，對那人員大概就是一個單位大概各出兩個啦，差不多是這樣子，這個只有一個（公服室），其他都是兩個（營養、護理），一個（企畫組），其實公共關係那邊就是執行長，那但是因為其實很多社區活動都需要他們公共服務室出人力，他們很多小姐都利用就是上班的時間，有時候就是上班的時間會出去啊，對啊。」

HCM51：「我們這裡有一個社區發展中心啦，裡面有 5 個人他是隨時都可以運用的啦，啊就不是主動啦，不是主動就是說我們把工作 take over 過來做，但是他們任何的要求我們都盡量配合。」

HCM61：「那營造中心人員的編制响，營造中心來講的話，目前才人員的編制事實上是我們是有那個才，我是當推動的那個執行長啦响，然後我們有那個下面有工作人員，然後有我們院內的體系响，那然後還有一個志工隊這樣子。」

HCM62：「專職就我一位，主任是兼當執行長的部分，主要行政部分就 2 個人，我跟另外一個小姐，有時候我的工作我會托給她做，等於說她有時候醫院的工作怎樣的話，我說打一些文書報告什麼之類的我還是會找她做，找那一個另外的小姐幫忙，加主任的話就 3 個人。」

HCM71：「...這個管控的具體的例子就是一個行政課長，行政課設置社區發展部門，然後我有一個社區發展組的組長，在管控我們的社區健康或社區安全計畫，所以這個社區健康或社區安全計畫各設置一個專任人員，這個就是醫院在具體的一個人力上的編制响。我們現在是 4 個，你看到外面是 4 個人啦，一個組長一個安全計畫一個健康計畫，還有一個我們一個工讀生負責庶務的事情，甚至我的網頁就是工讀生在做。」

HCM71：「...那麼事實上現在編制理論上來講，我就是計畫裡面的執行長响，上面一個主任委員，主任委員基本上是大部分就是所有的機構的負責人在兼，是院長，我一個執行長，再下來就是志工隊的執行長，就是○○○，再下來就是各志工隊的幹部响，基本上營造中心的編制是這樣子。」

HCM72：「專職人員跟兼職人員是二比一，嚴格算起是我們兩個嘛，不對，專職只有一個，兼職一個，課長是醫院的人力，並不算，醫院過來幫忙的是義務、做功德，大概我們這個 team 有三個吧，我所謂專職的定義是說，像我接這個計畫的意思，醫院義務的話當然不止三位，只是我們這個 team 大概就四個，醫院義務來 support 的部分就是全院了，支援的話是整個醫院的 team，我提到的這三位是比較常駐性的。」

由 10 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示在社區健康營造中心裡都有專職與兼職的人員配置，專職人員為主要負責營造中心工作規劃與執行，而兼職人員則是在活動或任務上的協助，7 家營造中心裡僅 HCM41 與 HCM51 表示無專職人員外，其餘 6 家皆有配置一位或多位專職工作人員。其中 4 位受訪者表示原則上醫院的行政單位與醫療單位為主要的人力編制單位，然後再搭配社區志工隊來組成營造中心人員的編制架構。

## 2.醫療團隊支援

有 5 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM51、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 4 位受訪者的內容如下：

HCM11：「我們會依據活動的需求和醫院裡的醫師、復健師、營養師、檢驗師、護理人員相互支援配合，我們來負責規劃活動、溝通、聯絡的事情，醫護的專業人員提供他們的專業知識和技能。就像我們辦社區檢診活動的時後，醫院的檢驗師、護理人員來幫忙抽血、量血壓，醫師負責檢查資料的判讀和解釋。」

HCM21：「人力就是有講師啊，我們有所謂的社區講師，社區講師去訓練種子志工，讓他們喔有辦法上台去講。社區講師在醫院裡有時候是護理，有時候是營養師，有時候是醫師，有時候是護理師講過了，或是有蠻多的資源，太多了，還有社工啊，社區服務精神他也去講。...因為我們管志工的要有專業人嘛，就是社工來管嘛，我們沒有帶社工的經驗嘛，所以當然就是他帶啊。」

HCM51：「我們所有的健康講座都是我們在主導的，第一個健康講座，第二個的話健檢，身體的健康檢查的話有事我們做主導，其他的我就讓他們自己去發展了。這個健檢也不能申請健康營造，這是有時候他們會要求說做一些糖尿病的那個尿糖測試、骨質密度檢查、量血壓這樣子，算是初級檢查啦。」

HCM61：「...支援方式的話我們其實是動員所有的科啦，還有所有的醫療科，包括營養師啊，包括那個醫師、護理人員同樣都是我們的備胎啊，不是備胎，就是後備支援啦。」

由 5 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為在社區健康營造工作中，比較偏向醫療服務的方面，如健診、健檢與講座等活動，都是由醫院的醫療單

位來負責支援與執行的工作。

### 3.保健志工支援

有 6 位受訪者 HCM11、HCM41、HCM51、HCM52、HCM61、HCM62 與 HCM71 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 5 位受訪者的內容如下：

HCM11：「...自動自發的保健志工是我們其他人力協助上很為重要的協助，是很重要的一部份。」

HCM41：「目前就是對啊！如果需要臨時人力我們都是用點數那個方式，其它的人員編制就是志工。...那當然就是如果社區的媽媽們、他們志工可以的話，人力也夠，我們就不考慮說申請點數，所以就是以活動為主，要看活動。」

HCM51：「營造中心人員全部都是義務性的，不領支薪的。我覺得我們的人力是過剩，每次開會都一大群人，一個活動上個禮拜天在那個大坑那邊，健康新煮張、要活就要動，爬四號步道，一去就兩三百個，三台遊覽車，我覺得就活躍（台語），其實他們，我是覺得說Dyt就是社團多，Dyt有 160 幾個社團，就是很多，而且這裡只有 86,000 多的人口喔，每個人都很活躍，因為這裡很多的工廠公司，光是以前的鞋業那些公司就有 4,000 多家，都是中小型的，那他們就是大概Dyt的人不是很有錢，就是很窮，那些老弱殘兵需要人家補助的，那一般而言他們都很喜歡用藉重有種社團的活動，然後大概希望就是說生意上的往來，就是那種網絡拓展他的人脈，要不然就是增加自己的一些形象，所以Dyt會很好呼籲的目的是因為他們把不是說純做義工，他們把義工跟這個結合」

HCM52：「營造中心有就那些委員嘛（台語），阿擱有志工。」

HCM61：「那院外志工實際上是用這個，我們是用小團體活動，小團體活動响以及義診的方式這一些。」

HCM71：「...ㄗ～這個編制我們編制圖裡面事實上有看到啦，就是大概是一個核心單位再下來就附設幾個志工隊嘛。」

由 6 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點中提到，志工是營造中心重要的人力來源，由社區的志工來推動社區的健康活動。

### 4.社區服務時數限定

有 2 位受訪者 HCM31 與 HCM41 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「醫院 support 專業的人。第一個是我們裡面的人，然後去找我們員工，每一個員工喔，我們有 1200 多個員工，所以一年平均算 1000 個好了，醫師扣掉，那

就有大約 8000 個鐘頭，那就足夠了，主要是這個，這個部分也是醫院 support，去做社區，規定這樣子就可以了。」

HCM41：「支援方式嘛，譬如說假設有活動好了，我們都是就是說因為像我們院內有那個服務或是教育點數那種制度，就是你員工必須要一年大概滿幾個點數為標準，那其中就是...譬如說假設我們活動辦是在禮拜六或禮拜天，那員工可以自由利用，就是我們活動然後員工他可以報名參加，來支援我們當臨時志工，那因為他是犧牲他自己的假日時間嘛，所以他可以申請這個點數，那就是一整年的時間我們只要辦活動他都可以來申請，就是開放給他們申請，譬如說我們就是有可能一個早上四個小時嘛，我們就給他四個點數，類似這樣的一個制度，那一年可能要滿個十幾點這樣，對啊。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為醫院在人力的支援上，以醫院規範制度的社區服務點數來讓醫院員工投入社區服務活動得推廣與協助。

## 5.人力不足

有 9 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM31、HCM41、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 8 位受訪者的內容如下：

HCM11：「...我們人力當然不夠啊！能再增加人，我們的活動和工作會做的更好更完善，那是當然的。」

HCM21：「中心人力是否足夠，人力不足，因為沒有錢。」

HCM31：「中心的人力不足。」

HCM41：「...不過我是覺得整個在規劃上人力上，如果你想把這個東西做好，其實這樣的人力並不是很足夠，對因為主要這個企畫還是這些人嘛，那其他人只是支援，我是覺得還是不是很夠。然後大家都知道說社區營造很重要也想要做，可是喔！有時候自己工作沒有完成，又要去想辦法去弄這個，比較就是有時候沒辦法兼顧啦，但是一定要做，因為你就是已經是社區營造中心，對啊！」

HCM61：「那中心人力是否足夠，我想這一定是不夠的嘛。」

HCM71：「那中心的人力，我想只要你要朝專業發展一定不夠，只要你要朝專業去發展，我這裡這一句話的意思是說，有的營造中心它以辦活動為題，就是不斷的在社團裡面一直辦活動一直辦活動，讓社區的居民有機會來參與活動，那這樣子辦活動的人力，事實上一個兩個足以，就夠了，但是當你的中心它是以一個喔~要有專業的角色，那麼我們就開始思考這個人力他是一個什麼樣子的水準，對不對，

也就是說，我們簡單講我們要的是一個辦活動的人還是一個會企劃的人，還是在做一個組織發展的人，但是我想這三個應該很難在一個人身上看到這三個特質，那我說社區健康營造中心你如果只是一個辦活動的人力，好，你這個社區健康營造中心它在發展上是會停滯的，它就永遠在辦活動，你就看到它小活動不斷，但是三年來沒什麼發展喔，但是如果說你要談到社區健康營造中心的發展，你就是必須要有一個在組織發展上能力要非常強的，要能夠提出這個遠景、提出這個前瞻性，去設置設立這樣子的命題去引導社區健康營造中心的發展，所以這個人力永遠都不會夠，所以我剛提到說社區健康營造中心組織化是非常重要的，它唯有跟其他異業結合，你才能夠突破這個人力上人才上的限制。」

HCM72：「人力不甚足夠，我想每一家的反應都是這樣啦，沒有人會說他們自己的人力是足夠的。」

HCM73：「企畫指導，做一些企畫案，底下再來就是執行嘛，那當然人哪裡會夠啊！」

由 9 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為在醫院承辦的原則下，僅由一位專職人員去規劃、管理、執行營造中心的工作，在人力的使用與素質上是相當不足的。其中 HCM71 表示營造中心要朝向專業化發展，就應該增加中心裡的專業人員數目。

## 6.人才培育

有 1 位受訪者 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM71：「...最大的特點就是整個組他們是一個團隊在跑這樣，一個團隊一個 team 在成長，就是說他們不管是在安全、在健康這個議題上面，他們都有所謂的在這方面的智力，就是他們有一個獨立思考能力在成長跟進步，這是在過去一般的社區營造中心完全看不到的，我可以這麼講，你可以譬如說像豐原醫院它就是一個人在做社區健康計畫喔，那麼清水就是一兩個志工在做社區健康計畫，那麼喔～光田也就是一兩個人員在做社區健康計畫，我們這樣子的 4 個人力，他們共同不管是健康議題、安全議題，他們絕對是 4 個人。我是認為這是一個人才培育、人才成長的一個重要關鍵喔。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為他們所承辦的營造中心強調健康營造專業人才的培育，與營造團隊共同成長的觀點。公私部門缺乏專業人才的養成，是社區總體營造的重大隱憂，社區健康營造的推動需要專業人力的審慎評估社區現況與資源配置、協調與整合，以帶領社區民眾不斷的前進。

## 7.代理人制度

有 2 位受訪者 HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM72：「一個代理人的角色啦，這個要寫下去，我們這個非常好，專任人員不在的時候我們代理人制度，對不對，這個很好啊，不會打電話來，不在明天再聯絡這樣子（台語），不會啦！我們是不會這樣，我們有代理人員的制度這樣。定期的開會啊，我們這個team，就是說你自己的案子現在進展是怎麼樣，就是講啊，我們都在聽，我們都很清楚對方的情況。」

HCM73：「就是說我們平常很瞭解對方的業務是什麼，譬如說我在做安全社區，農安場安道安，我要怎麼樣我都會跟她討論，她會有意見提供給我，那她就很知道我在幹嘛啊，到時候我有事情休假，她一樣能處理。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為營造中心工作團隊有職務代理人制度，受訪者強調團隊中的成員均知悉彼此間的工作型態，可以相互協助與輪用。

綜合以上 11 位醫院實務界受訪者的看法，可以看到醫院在支援營造中心的人力上，普遍多以醫院行政團隊、醫療團隊與保健志工作為營造中心的人力來源與支援，而且多有人力不足的現象（除了 DYTHC 之外）；營造中心勢必要朝向專業的發展，所以更應重視專業人才的培訓。人是社區健康營造中心中最重要的角色，也是營造成功的基石，所以人力資源的開拓、維繫與培育為營造過程中不可或缺的，除了開發維持原有人力外，新血輪的開發、訓練與投入亦同等重要。

表 4.16：醫院在營造中心的人力支援的觀點

受訪者編號	人員編制狀況	醫療團隊支援	保健志工支援	社區服務時數 限定	人力不足	人才培育	代理人制度
HCM11	*	*	*		*		
HCM21	*	*			*		
HCM31	*			*	*		
HCM41	*		*	*	*		
HCM51	*	*	*				
HCM52			*				
HCM61	*	*	*		*		
HCM62	*	*	*		*		
HCM71	*		*		*	*	
HCM72	*				*		*
HCM73	*				*		*
合計	10	5	7	2	9	1	2

#### (六) 社區健康營造中心的物力支援

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『貴營造中心是否有獨立的空間配置與設備？貴院（會）是否協助提供所需的活動空間（如營造中心辦公室、舉辦相關活動的場地等）與設備（如電腦、桌椅等）？是否還提供其他相關的物力資源？』回答內容中發現，營造中心的物力支援方面可以歸納為四種觀點：「1.獨立辦公空間」、「2.社區資源協助」、「3.週邊廠商贊助」和「4.基金會協助」（表 4.17）。

##### 1.獨立辦公空間

有 10 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM31、HCM41、HCM51、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 9 位受訪者的內容如下：

HCM11：「我們醫院成立社區健康室來負責社區健康營造中心的工作，醫院在附近的商業大樓中租一個單位，就是之前才提到的，你現在座的這邊啊！都是醫院提供的，我們有獨立的辦公室與活動場地，電腦、辦公桌椅及活動所需的設備（如小禮物、文宣單張、桌椅）都有啊！」

HCM21：「然後，營造中心是否有獨立的空間配置與設備，這邊就算了，有啦，有獨立辦公室。」

HCM31：「獨立的算是有啦！○○樓那邊。」

HCM41：「目前沒有咁，就是我們沒有獨立空間和設備。...假設我們在外面辦講座好了，有時候是真的是需要用到電腦，筆記型電腦什麼東西，其實都是我們這邊的公服室這邊拿提供出去，醫院能夠提供就提供盡量不要去讓社區花到錢啦，對。」

HCM51：「（醫院提供部分）有，就是我們第一會議室，如果需要的話，我們曾經在那裡舉辦過好幾次的活動，開會啦甚至於就是他們有一些比較核心的活動都是在我們這裡開的。」

HCM61：「那空間配置跟設備响，那目前來講我們是有一個辦公室，那有一些設備啦响！那這個辦公室是跟我們的一個社區辦公室結合的，那當然有電腦桌椅什麼這一些响。然後我們提供最大的人力、物力支援就是用醫院的資源啦，人是醫院 support 然後用物力資源啦，我們現在是真的一個人在做社區健康營造的事情。」

HCM71：「我們就看到是說營造中心既然是一個附設的單位，對不對，附設的單位那我們醫院裡頭在全權主導這個社區健康營造中心的情況下，我們大概就提供了辦公室、辦公的設備；...再來水電空調响，這個都沒辦法跟衛生署拿錢的；...好，場地租借喔，啊還有人力發展的機會，○○是我以前社區健康營造中心的志工，那麼她就來這裡工作，對不對，嗯～那麼醫院會給他們公假公費去上很多的課程。」

HCM72：「我們叫社區發展組，其實我們以前是社區健康營造組，一樣啦！只不過現在我們把他擴大一點，因為我們這個 team，現在像她接安全社區的案子嘛，其實說單獨的辦公室也算啦！專案的部分，像我們手頭上有三個案子嘛，就三個人負責，我們就同一個辦公室，那算不算專屬辦公室，也算啦！」

HCM73：「其實，像我們社區健康營造中心會辦一些活動，像安全促進、或者辦一些社區活動，那就是會綁在一起，由醫院贊助我們什麼，譬如說茶杯啊！這樣的支援啊！譬如說需要到護士、醫師啊！這也都需要錢嘛，請護士、醫師的錢是他們（醫院）出的，他們會把人力 support 給我們，錢就出在這裡，譬如說醫生啊，救護車啊，或者是說活動要用到的贈品，用醫院的名稱贊助，就是弄得很清楚。」

由 10 位受訪者的陳述中，可以知道在物力支援上，7 家營造中心都是由醫院提供設備、器材、活動場所的支援。在獨立的營造中心辦公室方面，有 6 家營造

中心擁有獨立的辦公空間，其中僅 HCM41 表示目前仍無獨立的辦公空間。

## 2. 社區資源協助

有 4 位受訪者 HCM21、HCM41、HCM51 與 HCM52 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM21：「營造中心本來有另外設一個單位，但是現在沒有，後來那個里長換人啊，他那個辦公室不願意再借我們啊，所以也沒辦法，那其實在院內就可以了，就是說開會嘛都要輪流開會嘛，輪流在外面開會啊，對啊，其實也沒差。就是每一個地方都是辦公室嘛，譬如說每一個單位，譬如說噁在門諾好了，到時候選在他們那裡開的話，他們會提供場地給我們嘛。桌椅他們都有啊，茶點就由我們營造中心承辦這邊出啊，這樣子，就是說他們可以來跟我們請款。」

HCM41：「...如果說需要活動場地的話，大部分我們都是利用 Sit 上所有的空間，譬如說就是剛才講的那個深波圖書館嘛，或是鎮立公園，或是那個我們新的鎮公所前面有一個廣場，大部分是這樣的一個場地，那也有去社區發展協會那邊租借場地，因為社區發展協會那邊，其實應該是算那種是協會理事長家裡面啦，然後他的家比較大，他可能前面也有空地那我們就是在那邊辦，由他去提供場地，不然我們沒有。我們會依活動的需要跟來幫忙的單位去提供場地，而不是說譬如說我們醫院就在我們醫院辦，沒有。」

HCM51：「有，我們在鄉公所的那個老人活動中心，那就是我們的會址，那我們的辦公室就是在○大哥，○執行長家裡，就醬子。」

HCM52：「我們開會跟處理事情多在我家裡，我們有服務室就是在公所的老人文康中心，那是公所鄉長提供支持的地方（台語），他們提供那個地方給我們用，老人文健中心我們就是做檔案的陳列跟開會比較多啦。我們志工是比較克難式的，在我家或老人文康中心，或者是借場地活動、開會，比較克難的方式。」

由 4 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示利用社區資源，來提供營造中心活動的空間，通常都是經由在地的推動委員來進行活動空間的提供。

## 3. 週邊廠商贊助

有 1 位受訪者 HCM11 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「另外，有一些跟醫院有業務往來的相關的週邊廠商，像藥商、奶粉商這一類的，提供一些贈品，像小包的試用奶粉啦！印有廠商名字的筆啦！做為我們舉辦活動時後的小禮物。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示醫院週邊的相關廠商，像奶粉商、藥

商，都會提供小試用包給營造中心當小贈品，此方式不但有助於民眾對廠商的認識，也因為有小禮物的贈送，來鼓勵民眾參與活動。

#### 4.基金會協助

有 1 位受訪者 HCM31 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「第一個，營造中心給的錢只有當初它規定可以買設備的時候，後面幾乎都沒辦法買嘛！幾乎都是基金會來提供。」

由 1 位受訪者的陳述中，可以知道因為營造中心是由與醫院關係密切的基金會所承接，所以物力上皆由基金會來提供支援。

在 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，研究發現 7 家營造中心皆是由醫院提供營造中心的辦公空間與需要的設備，如電腦、辦公桌椅、舉辦活動的場地空間等；而在營造中心的物力支援上，主要是由醫院提供大部分的支援，另外加上醫院的基金會、週邊廠商與社區資源的協助支援合作，提供營造中心所需的物力資源，結合這些力量共同來推動健康營造的工作。

表 4.17：營造中心的物力支援的觀點

受訪者編號	獨立辦公空間	社區資源協助	週邊廠商贊助	基金會協助
HCM11	*		*	
HCM21	*	*		
HCM31	*			*
HCM41	*	*		
HCM51	*	*		
HCM52		*		
HCM61	*			
HCM62	*			
HCM71	*			
HCM72	*			
HCM73	*			
合計	10	4	1	1

## (七) 社區健康營造中心目前的經費來源

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『貴院(會)在營造中心的經費來源主要為何? 您認為衛生署所給予的健康營造中心補助經費是否充裕? 貴中心經費的運用方式, 除衛生署經費補助外, 是否尚其他的經費來源?』回答內容中發現, 營造中心目前的經費來源可以歸納為二種來源觀點:「1. 衛生署與醫院經費」與「2. 使用者付費」(表 4.18)。

### 1. 衛生署與醫院經費

有 9 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM41、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示, 列舉 7 位受訪者的內容如下:

HCM11:「我們的經費來源有兩個, 行政院衛生署的補助佔 1/3, 其他 2/3 就是醫院, 除此這些以外, 沒有其他的經費來源了。」

HCM21:「...當然是國民健康局, 還有一些那個..辦那個捐款, 義賣的捐款, 然後還有里長 support, 最大的經費還是以國健局為主, 就是捐款義賣啊, 就是義賣, 義賣是屬於醫院的, 義賣的收入一半給營造中心, 它沒有全部給。」

HCM31:「經費主要以基金會預算為主, 相對的基金會編的預算會比國健局多, 因為這樣才會夠, 大概是 2 倍左右, 它(國健局)今年給我們 30 萬而已, 那我們編起來 total 大概 100 萬左右, 所以大概是 70 萬。」

HCM41:「就是跟國健局申請嘛, 這是一個, 那當然我們醫院也會有編列預算, 不會很多, 因為其實國健局它的經費大概都, 我們差不多用到就是平啦, 啊如果說除非真的有經費的話大部分都是大型活動會花的比較快, 那不足的部分都由我們來出, 因為國健局它就是你預算分好幾種費用嘛, 就業務費跟人事費, 業務費你可能今天活動的部分你可能只有譬如說 40 萬好了, 你只有 5 萬塊可以拿出來當活動, 那其實 5 萬塊我們編活動是很低很低, 就是太少了, 所以我們其他都是醫院自己出, 那也沒有去算多少啦, 就一開始的時候編預算, 啊真正花了多少倒也還嘖~就是沒有統計。」

HCM61:「那主要經費來源的話, 事實上我們還是以那 30 萬為活動經費, 那當然是不夠啊, 因為我們醫院有相對配合的那個部分。中心經費運用方式除了喔~我們剛講過就是有時候獅子會會有幾個活動它會幫我們一起贊助。」

HCM71:「我們來看看說經費的來源, 主要先看還是衛生署的經費, 不足的部分就由醫院補助。...那麼目前你問到說是不是有其他的經費的來源, 完全就是醫院支持啦, 以像我們東勢鎮這麼鄉下的地方, 根本沒有財團, 沒有公司行號, 社區

根本不太可能募到款，有募到款就是五千、一萬，募款要還人耶，你相信嗎？嘿啊，他今天贊助你，改天你要贊助他嘛，他小社團你跟他募個五千，對他來講不少嘛，對不對，但是他改天辦活動的時候他來跟醫院募款，他說醫院這麼大捐個一萬不難吧！不募還好一募還虧更多，所以很難啦！」

HCM72：「盡量能夠從預算裡面用，就從預算裡面用，我們是醫院沒有額外再撥一筆經費來用，那分的很清楚的是說，如果今天是在做醫療促進工作的話，醫院的部分他們會支出。...我們是沒有專款啦！但是無形中的那種投入，很難去計算，總而言之言之而總之就是醫院有在支持。」

由 9 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示除了衛生署的補助經費外，皆由承辦的醫院補足其差額部分，其醫院補助方式有提撥專款、依活動需要給經費、基金會補助、義賣、獅子會捐款等方式。其中 HCM71 表示醫院若使用募款方式來募集資金，則醫院要付出帶代價可能更高。

## 2.使用者付費

有 2 位受訪者 HCM51 與 HCM52 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM51：「我們有募捐的團體，嘿對，他們會去找企業界募捐的款項，所以很多活動都是來自欲企業界的捐款。我們是採會員制，一個會員就是繳100塊啊，現在還有一個叫做志工基金，志工基金就是你可以樂捐，一個人捐1000塊，我們也捐啊，我們也很多人捐啊。其實那個中心的那個應該說資源應該蠻豐富的啦，因為他是從鄉長出來呼籲的嘛，那再下來就是說，一般中心就是政府不補助的話大概就close起來，以這裡來講的話，它那些募款捐款我覺得很活躍。」

HCM52：「...我這個會員制，每個會員一年一百塊，我在招募時候，我用這個這個叫做會員制時候，每人一百塊報名費，加入認同這個的話，你報名費認這個組織的話，加入會員不必免報名費，看你要推無（台語）。...因為我認為我們要以和社區周遭的一些有相關的組織，我們要結合，真實能夠互動資訊，不只在醫療方面，我們都能夠做。所以我們志工也是一樣，一個志工基金，志工基金是每年一千元，你自動發心的。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示營造中心的資源有限，尤其是如果只依靠衛生署之補助款，財務方面一定不足夠，因此教育民眾使用者付費的觀念，集合社區居民的力量，自己出錢來邀請講師，舉辦活動，每個人只要負擔少許的錢就可以達到健康的目標，也可以促進民眾之間的情感交流。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者對於營造中心經費來源的看法，有 6 家營造中心的來源是以衛生署經費、醫院經費、社團的捐

助。僅 1 家營造中心是採用會員繳費的形式在經營。

表 4.18：營造中心目前的經費來源

受訪者編號	衛生署與醫院經費	使用者付費
HCM11	*	
HCM21	*	
HCM31	*	
HCM41	*	
HCM51		*
HCM52		*
HCM61	*	
HCM62	*	
HCM71	*	
HCM72	*	
HCM73	*	
合計	9	2

#### (八) 衛生署補助經費充裕性的認知觀點

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『您認為衛生署所給予的健康營造中心補助經費是否充裕？』回答內容中發現，受訪者對於衛生署補助經費的充裕性方面可以歸納出三個觀點：「1.補助經費不足」、「2.補助經費尚可」與「3.靈活運用經費」(表 4.19)。

##### 1.補助經費不足

有 9 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM31、HCM51、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉位 6 受訪者的內容如下：

HCM11：「衛生署所給予的中心補助經費並當然不夠啦！」

HCM21：「衛生署給經費足不足，不足，非常不足，你人力出去就不只那個錢了。」

HCM51：「衛生署經費當然不夠啊，像是我們看啦，你如果說要辦那種小活動當然就這樣子啦，你如果說那個大活動，我辦個兩次就不夠了，我每次一辦都三四十萬的，你一年才補助個五十萬四十萬哪會夠，然後第三年還二十萬還要倒貼。」

HCM61：「那衛生署所給予的健康營造中心補助經費是否充裕啊，當然不夠啊。...講一個實在話，請一個人就沒啊，麥擱講其他入費用（台語），請一個人一年就超過它一年補助的費用啦，可是做這些事情都要人事啊，並不是不用人事，你光一件事情你接聽電話、你辦志工團、你幹嘛通通都需要人事啊，所以醫院是非常支持，但是問題就是說這種東西就是變成說，你沒有錢你沒有人你就是很難做事。」

HCM71：「...那衛生署給的錢是越來越少、越來越不夠啊，那這樣子的話我們在運用上就會非常的拮据啊，非常的拮据。」

HCM72：「...每一個錢真的是在刀口上，錢真的太少啦！當然是再多一點會比較好做事啊，是這樣子的啦，沒有人說充裕的啦。」

由 9 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示目前衛生署給的經費補助越來越不足，若還要分攤到人事費用和活動費用上更是難以做事。

## 2.補助經費尚可

有 1 位受訪者 HCM41 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM41：「經費目前是覺得還可以，那應該可以寫不足吧，我們不要太另類，寫很不夠好了，代表醫院講話不能太。我自己是覺得就是可能為什麼我會覺得還可以，是因為我接的時候是去年下半年，就是跟我講的一樣，它可能一年的經費要在半年裡面用完，所以我會覺得多，對，也許是這樣。對，因為去年我們拿到 30 萬嘛那是半年用，像今年是整年 40 萬，對，那就有可能會不夠，對啊。其他一定都喊窮的啦，40 萬它會有 35%的當上限，所以等於是我們也是醫院自行吸收。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示因為剛接這個業務工作才 4 個月，剛好碰上第一年經費提撥下來的時間，而且一年經費要在半年內使用完，所以受訪者感覺到經費還算充裕，但就長期來說，受訪者能覺得衛生署的經費並不充足。

## 3.靈活運用經費

有 1 位受訪者 HCM52 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM52：「...你裡面的內容說你看這個資源不夠，我認為說不是看在政府那邊，你自己這個組織你到底要怎麼推動呢。...再來，這個營造中心辦些活動本身要有消費者

的部分，而不是說在邀人大拜拜的作法是錯誤的，因為很難得說政府給你一點點的小錢是要互動你，而不是說要給你們，那的話早就叫別的單位怎麼來辦嘛也有辦法辦，幹嘛給你辦。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為經費的使用是事在人為，應靈活運用有限的經費，因為政府的補助經費很少，所以在營造中心工作推動上的觀念一定要明確，給社區居民真正有助於健康的活動，而不是只有形式化的活動而已。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者對於在衛生署經費補助的看法上，以長期推動的觀點來看，大多表示經費不夠充裕的意思，而衛生署補助的經費，在活動運用與聘請專業人才之間成爲一種相互牽制的狀況。所以要如何有效的運用衛生署補助經費，以及開發經費來源是實務工作者需要深思的。

表 4.19：衛生署補助經費充裕性的認知觀點

受訪者編號	補助經費不足	補助經費尚可	靈活運用經費
HCM11	*		
HCM21	*		
HCM31	*		
HCM41		*	
HCM51	*		
HCM52			*
HCM61	*		
HCM62	*		
HCM71	*		
HCM72	*		
HCM73	*		
合計	9	1	1

## (九) 醫院繼續經營社區健康營造中心的意願與理由

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『在計畫結束後，貴院繼續經營的意願為何？』回答內容中發現，醫院繼續經營營造中心的意願與理由可以歸納出五種觀點：「1.公共關係與行銷策略」、「2.經費來源充裕」、「3.轉型經營」、「4.醫院社區化」和「5.醫院主導經營」(表 4.20)。

### 1.公共關係與行銷策略

有 3 位受訪者 HCM11、HCM21 與 HCM41 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「在計畫結束後，我們醫院繼續做的意願很高啊！因為我們醫院以成為這一區的『社區醫院』為我們自我的要求啊！而且衛生保健與健康營造是醫院以後一定要繼續推動的工作也！醫院會賠錢繼續做下去，因為是醫院公共關係的擴展，跟隱含的醫院行銷策略。因為醫院走入社區，與社區民眾建立良好的公共關係，拉近社區民眾與醫院的距離，除了對醫院的形象有幫助外，對於醫院自己的經營行銷上面也會很有幫助的。而且依照醫療法的規定醫院並不可以從事醫療行銷，只是靠轉診、健診這些方式來做通路行銷。所以醫院發展社區健康營造中心，把健康生活的觀念、健康的飲食，和要活就要動的觀念丟給社區的人，除了可以增加民眾健康的認知、降低慢性疾病的發生，對醫院行銷也是很有幫助的啦！是醫院行銷策略很重要的一個方法啊！」

HCM21：「在計畫結束後，貴院繼續經營的意願，因為我是員工我也不知道要怎麼講這個意願，那老闆一定願意啦！願意的原因當然是可以有回診。」

HCM41：「還是會繼續，因為它真的是一個嘖～算是行銷的好機會啦，因為我覺得可以擺脫社區民眾對醫院的認知以及刻板印象，有時候人家會覺得說有病卡去病院看病嘛（台語），但是現在我們就是醫院主動去走出來，那去協助民眾去發掘自己的健康問題，嘿啊，我覺得這個是真的是蠻有意義的，對，所以不但是我們自己做的人啊，那其實醫院也很支持說我們繼續做，對無論如何都是想辦法拿到這個計畫這樣子，對啊，嗯。」

由3位受訪者的陳述中，發現較具營利性的醫療機構而言，承辦社區健康營造計畫有助於醫院的行銷與社區公共關係的建立，所以醫院繼續經營的意願很高。其中HCM21提到經營社區健康營造中心有助於病患的回診。

### 2.經費來源充裕

有 2 位受訪者 HCM51 與 HCM52 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM51：「我們會繼續做啦，會繼續做，反正中心都存在嘛，而且資源也還好嘛，都有來源就不用怕了，啊當然政府補助更好啊。」

HCM52：「我今天用會員制的用意是在於永續經營，永續經營不在於什麼，不在於我們政府給我們的多少資源，就是既然要做的話，大家同心協力認同這個組織，大家怎麼來拼大家怎麼來互動，給它做的延續下去，給它做的實際一點，才能夠的。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所屬的 DYT HC，用會員制在招募社區民眾，所以受訪者 HCM52 表示營造中心的永續經營上的經費是絕對沒有問題的。

### 3. 轉型經營

有 3 位受訪者 HCM61、HCM62 與 HCM71 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 2 位受訪者的內容如下：

HCM61：「我們會轉型，轉型成我們自己醫院的一個以社區健康為出發的一個型態，就是說會以我們為主，我們不要再去就是說，就是因為我們現在其實也做很多的一個小團體活動啦，但是在小團體活動裡面我們是覺得說嗯～，裡面自發性的那個東西還是比較少啦，就是還是要我們這一些的小團體還是我們自己去組，比較難達到說他自己就是一直再去組這種小團體，就是沒有到熱心的那種志工到那種程度啦。雖然這個是以社區為主喔，並不是拉來醫院做，全部都在社區做，但是他們的感覺就是說，我們去組一個團體，做了之後，團體沒有再去拓另一個團體，這樣你知到我意思吧，就變成我們自己還要再去找，就是還要我們自己去找，不是他們自己裡面自發性的去找。」

HCM71：「...我可以這麼說啦，因為它（營造中心）是完完全全醫院進入社區的另外一個捷徑，另外一條路徑，對不對，你把它拆下來以後你就等於告訴社區說我放棄了這一個路徑，所以我不認為醫院會放棄，那麼但是醫院要如何經營，就是說在計畫結束以後，我認為第一個剛剛回到最原始的地方說，如果醫院在經營社區健康營造中心完全以一個叫做支援的方式、參與的方式，那計畫結束以後，也就不是醫院要不要繼續經營的問題了，而是這個社區要不要的問題，那這個應該像現在的這個公投嘛，大家一起來決定，ok！那以 Dst 來講的話，我們就是完全已經轉型了嘛，就是由台中縣安全暨健康促進協會來參與 Dst 的社區健康計畫，或者是為來由這個協會來申請社區健康計畫，我加以延伸就是說，目前社區健康計畫是由○○醫院在申請嘛，那如果說將來這個計畫改由協會來申請，那醫院就是參與社區健康計畫，對不對，但是由協會來主持社區健康營造計畫的時候，就完全由協會自負盈虧嘛，那麼醫院就開始跟社區健康計畫是一種脫勾也是結合嘛，對不對，是不是，我們說重新架構 restructure 也可以嘛，對不對，重新架構。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為繼續經營營造中心的意願

很強，但 3 位受訪者中有 2 位的意思表示為未來要轉型為醫院主導的推動管理；而 HCM71 則表示為了營造中心的永續經營，所以將中心交還給民眾自主管理，將是未來轉行工作的一大重點。

#### 4.醫院社區化

有 2 位受訪者 HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 1 位受訪者的內容如下：

HCM72：「其實就是醫院社區化，就是這樣的理念，就是說這個計畫沒有了，我們還是在做一些我們社區服務的部分哪，是這樣子。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為醫院社區化是他們非常重要的理念，所以醫院會繼續經營下去。

#### 5.醫院主導經營

有 1 位受訪者 HCM31 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「計畫結束後，如果沒有申請到國建局經費，我們不一定會繼續經營。本院繼續經營的意願的意思是說如果有經費的話當然更好，如果以後都沒有經費編列的話，那我們會繼續經營這個營造中心，但是營造中心的作法就變成由我們醫院自己來主導。你如果沒有補助經費，我們就會按照我們的辦法去做。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為不一定繼續經營，但是只要繼續經營，就會轉為醫院來主導辦理。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者原則上對於醫院繼續經營社區健康營造中心的意願都很高，有 3 位受訪者表示的理由為有助於醫院的公共關係與行銷策略；但是若營造計畫結束後，醫院沒有繼續申請計畫，或者沒有申請到經費，則醫院將改由以醫院主導經營，或者交由社區民眾主導經營推動的方式，讓營造中心繼續經營下去。

表 4.20：醫院繼續經營社區健康營造中心的意願與理由觀點

受訪者編號	公共關係與行銷策略	經費來源充裕	轉型經營	醫院社區化	醫院主導經營
HCM11	*				
HCM21	*				
HCM31					*
HCM41	*				
HCM51		*			
HCM52		*			
HCM61			*		
HCM62			*		
HCM71			*		
HCM72				*	
HCM73				*	
合計	3	2	3	2	1

#### (十) 醫院繼續經營後自籌經費的方式

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『若繼續經營，您認為應如何籌措所需之經費？』回答內容中發現，醫院繼續經營後，自籌經費的方式可以歸納為六種方式：「1.醫院自行吸收」、「2.向基金會申請」、「3.尙無自籌經費」、「4.無需自籌經費」、「5.申請相關計畫經費」與「6.承接相關活動」（表 4.21）。

##### 1.醫院自行吸收

有 1 位受訪者 HCM21 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM21：「若繼續經營，您認為應如何籌措喔～你是說沒有計畫結束後，沒有再申請，然後又要再經營，然後那個錢怎麼辦，由醫院吸收。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為繼續經營的經費經由醫院

自行吸收。

## 2.向基金會申請

有 3 位受訪者 HCM41、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答爲此意思表示，列舉 2 位受訪者的內容如下：

HCM41：「經費問題，其實我們有就是我們底下有一個○○基金會，就是類似那種就是醫院一般會成立那種福利基金會，就社會福利基金會，那我們像今年我們有考慮到經費不足的問題嘛，所以我們打算跟那個基金會可能請他們編列一些預算給我們，就是因為基金會會募款嘛，那我們募款來的錢當然是回饋於大眾，至於社區營造也是社會福利的一個小部分嘛，所以我們覺得可以跟他們申請一下經費。除了這方面，目前沒有其它的，因為我們醫院本身自己就會經費了嘛，基金會是最近成立又多一個來源，對。」

HCM61：「那如果繼續經營應該如何籌措所需的經費响，喔～我是覺得有一點困難是在於說，因為我們要再經營下去的話還是要靠醫院啦，還是要靠醫院，目前來講的話，如果再繼續經營，我們認為以醫院來講我們有一個基金喔叫做醫療服務暨社會救助基金，如果說以一年 30 萬來補助這個計畫應該是不成不問題啦，我們醫院有這個基金。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點爲繼續經營的經費籌措可以向醫院所屬的基金會或社福基金來申請。

## 3.尚無自籌經費

有 1 位受訪者 HCM11 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「繼續經營的自籌經費喔！沒想過耶！目前暫時沒有無計畫、想法世，當然啦！這是一個值得思考的問題啦！」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示目前尚未思考過這個問題。

## 4.無需自籌經費

有 2 位受訪者 HCM51 與 HCM52 就研究者所問問題回答爲此意思表示，列舉 1 位受訪者 HCM51 的內容如下：

HCM51：「...經費方面我們沒有問題，我們沒有問題的。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者認爲其採用會員制的方式，對於其永續經營是十分有幫助的。

## 5.申請相關計畫經費

有 2 位受訪者 HCM31 與 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「如果繼續經營，會申請相關活動的計畫案的費用。」

HCM71：「...喔！那由協會來主導以後，就完全是一個社區參與社區健康營造計畫，社區永續發展社區健康計畫，嘿，那就要說協會要不斷的申請案子，維持社團的生存，維持專案人力的經費，然後發展社區健康計畫。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為若沒有申請到社區健康營造計畫的經費，他們會繼續申請其他相關的經費來申請。

## 6.承接相關活動

有 2 位受訪者 HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM72：「我們只能說活動跟你互搭，品牌都是你出的，我們是互搭活動是這樣子的。應該如何籌措經費這個我們不太敢回答，也不知道如何回答，因為本身社區健康營造中心你沒有什麼立案或什麼的話，你不能去收任何捐款。」

HCM73：「如果你真的要寫，就變成說我們去承接別人，幫人家辦一些活動。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示自籌經費的方式，可以去承接社區裡其他社團的活動規劃，與社團活動互搭。其中 HCM72 提到若中心沒有立案的話，是不能接受任何捐款的。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者對於營造中心自籌經費方面，主要以院內的經費（醫院營收、基金會、社福基金）來支付，或改申請其他相關經費補助，還是與社區團體互搭活動的方式，來籌措經費。

表 4.21：醫院繼續經營後自籌經費的方式

受訪者編號	醫院自行吸收	向基金會申請	尚無自籌經費	無需自籌經費	申請相關計畫經費	承接相關活動
HCM11			*			
HCM21	*					
HCM31					*	
HCM41		*				
HCM51				*		
HCM52				*		
HCM61		*				
HCM62		*				
HCM71					*	
HCM72						*
HCM73						*
合計	1	3	1	2	2	2

### (十一) 醫院的支援方式是否符合營造中心需求

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『貴院（會）是否完全支持與支援營造中心之工作？其支援方式是否符合真正營造中心之需求？』回答內容中發現，醫院的支援方式符合營造中心需求的程度可以歸納出「非常支持且符合需求」。

#### 1.非常支持且符合需求

全部 11 位受訪者 HCM11-HCM73 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「我們醫院本著成為這一區的『社區醫院』的觀念，院長非常支持營造中心的工作。醫院是非營利組織的話，而我們中心則是醫院裡面的非營利組織。」

HCM21：「那再來是其支援方式是否符合真正營造中心之需求，符合啊，它就是要推健康議題啊，就是專業啦，就是從專業的角度去看，然後就是讓它平常化一點啦，生活化一點，不要太就是說用專業然後把它轉化成平常化一點的話題，然後讓民眾

比較好吸收。再來是，貴院是否完全支持與支援營造中心之工作，支持啊，非常支持，一定要支持，其實就是醫院承辦我們就是要做事嘛，就是盡力做這樣子。」

HCM31：「完全支持，本院支援是依營造中心所需而提供。」

HCM41：「醫院其實是蠻支持的，因為嗯～我們醫院是鼓勵多接專案啦，只要能夠因為接這些專案的時候大部分都能夠就是除了說對民眾有益處，但對自己也有行銷的幫忙，對，所以在尤其是國健局，雖然說經費不多，這樣的提供也是對我們多少有幫助。其實喔，對啦大部分（符合中心需求），其實社區營造真正的精神應該是要社區的民眾出來，對，但是可能我們在規劃上就是比較覺得說醫院做，因為就我瞭解那個模式還是跳不出醫院為主導的模式，有的社區健康營造中心這樣子，對，因為社區健康營造它的精神就是社區做社區的事，醫院只能輔助、幫忙。」

HCM51：「...有符合營造中心的需要，他們任何的要求我們都盡量配合，像他們那個健康講座啦，健康新煮張啦，這一方面我們營養師啊醫師都扮演很重要的角色。」

HCM52：「...如果我們有需要的話會要求醫院幫忙配合。」

HCM61：「...那醫院裡面其實講來院長是非常支持這樣的一個工作，所以院長配備一個專人，就是○小姐，她專人來做這樣的一個事情。」

HCM71：「...醫院的話是可以講是完全支援營造中心的工作，從主導的立場來講的話是必須要完全百分之百的來支持社區健康營造中心喔，那如果是在輔導或者是支持的一個角度，輔導或者是支援的一個角色來講的話，我想醫院本身就不應該非常的介入了，它應該是一個參與即可。」

HCM71：「那麼我們支援的方式，那這個問題的話是完全符合社區健康營造中心的需求，既然我主導我就充分掌握我的需求，那我當然我也很方便的從醫院裡頭取的我所必需的資源，對，我認為就是主導那麼就是一定能夠完全的吻合，因為它自己內部就即可修正我所需要的、我所得到的，它是可以完全自我修正。」

HCM72：「就我們醫院來講是還蠻順利的啦！我們本身我們醫院是很非常支持這個專案。」

HCM73：「像我們院長、副座跟我們課長，他們都是有這種觀念去做，那時候承接健康營造中心計畫的是院長，他知道。」

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者皆表示醫院的院長、副院長或是科室主管都非常支持和支援營造中心的工作，不論是在人員或經費上，醫院都會從旁協助，其支援方式都是依營造中心的要求和需求來進行提供，如提供營造中心所需的醫師、營養師、護理師、相關的醫療人員，以及其他的行政人員。

## (十二) 醫院實務界人員對社區健康營造和健康社區的認知觀點

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『您認為社區健康營造的基本原則與精神為何？您認為怎樣才叫做健康的社區？』回答內容中發現，醫院實務界承辦人員對社區健康營造中心的認知觀點可以歸納出九種觀點：「1.增加社會福利」、「2.社區落實預防保健」、「3.自發性的健康需求」、「4.營造因地制宜」、「5.深根於社區」、「6.身心靈健康」、「7.志工社區」、「8.人與環境健康」與「9.和樂積極地社區」(表 4.22)。

### 1.增加社會福利

有 1 位受訪者 HCM11 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「...因為就如主辦單位衛生署國民健康局的意思，希望這是一個民眾自動自發，然後主動積極的去要求或者是說注重自己的健康問題，並且把這個問題去用各種方法去解決而且把健康訊息傳播出去，那因為第一個向工商業社會要做到這個沒有那麼容易，有的人拼死拼活都在賺錢（台語），所以社區健康營造要做的好，我想社會福利也要有點著墨，假如社會福利很好，也就是說，我們不用太用功工作我們就可以有薪水拿，你懂意思嗎？真的阿！比利時、歐洲國家都很棒，他（民眾）當然就會注重，我有錢有閒，我當然會開始重視我的身體好或壞（台語），假如國家能在這方面再去思考一下，因為我們有遇到，我們在推的過程中當中，有遇到真的有很多民眾來告訴我們，『你叫我一個禮拜有三天要半小時的運動，我要去哪生那些時間運動啊！我每天都加班到幾點回來，六七點回來，回來都像一條狗，你叫我半小時有流汗的運動』（台語）。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為若國家弄好社會福利制度，讓民眾能向歐美國家一樣擁有健全的社會照顧與救濟服務，那民眾有錢有閒的時候，就會比較注重自己的健康狀態。

### 2.社區落實預防保健

有 1 位受訪者 HCM21 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM21：「...基本原則喔就做預防保健啊，然後要落實社區啊，精神啊，精神精神，要怎麼去描述它，現在就是說你認為精神喔，社區健康營造的精神就是我剛才說的嘛，就是要落實社區啊要落實要加深。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者對於社區健康營造與健康社區的概念觀點為落實與加深社區的預防保健工作。

### 3.自發性的健康需求

有 4 位受訪者 HCM31、HCM41、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「它的基本原則是說，我們教他這個知識，他要能夠有所一直不斷的一直去教他，然後幫他測試這些健康的東西，最後他要能夠自己主動，主動去說啊我以後去攝取這個知識，甚至由知識最後引導到他的行為有改變，這個基本原則和精神應該還有一個是主動最後是他自己去改變，能夠主動，能夠自動自發去關心這樣的議題，去改變自己的生活方式，這應該也是最高目標啦！」

HCM41：「我覺得就是社區居民在非強迫自主的情況下，關心自己的健康議題，然後進而去提出發起活動以及具備那個預防保健的概念吧，應該就是主要是這個東西。」

HCM61：「那一個健康社區就是說，其實應該是民眾非常有健康意識，也願意去 devote 自己去做一些健康的 behavior，甚至教導別人去就是說去推動有益健康的事情，那其實這個東西我們基本上都可以去認同這個。」

由 4 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為由營造中心教育民眾這些健康的知識，而民眾在這樣的環境中，能自動自發的關心自己的健康，進而改善自己的生活方式。

### 4.營造因地制宜

有 2 位受訪者 HCM51 與 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM51：「我認為喔要辦社區健康營造應該是因地制宜啦，你這裡缺什麼你就從那裡開始，然後還有一點就說，一定要本土化，因為有時候政府給我們高口號，我認為那個不實際，你當地的人用他們自己的文化、自己的語言去弄，然後呢怎麼樣能夠落實健康的行為，我覺得健康行為很重要喔，那才是它真正精神所在。」

HCM71：「...那我們在這一段，我是認為就是說，我的認為社區健康營造基本精神就是說做到所謂的健康觀念的傳播與分享，對，那麼讓社區的每一個人不分男女老幼，不分他的職業類別，不分他的教育水準，也不會因為他所居住的遠近不同，他都有一個公平的機會可以得到、可以接觸到這個健康的資訊，並且他去選擇他健康的生活方式，就是說他所謂的 life style 他可以去選擇，我認為這個是一個健康營造的基本精神。那麼在這個基本精神底下，你根據不同的年齡層，男女性別的不同，他的職業的不同，他的教育水準的不同，或者是他所居住的環境因素特性等等的，提供給他一個適合他的一個健康促進計畫，舉個例子來講，農民團體的健康促進跟商業團體的這些坐辦公室人的健康促進應該要不一樣，但是如果說我今天我只

辦一個健走，農民要健走嗎？他運動量絕對夠啊，所以我說他的計畫應該不同，社區健康營造計畫應該要不同，這是我認為的它的健康營造的基本精神。」

HCM71：「...就是說社區的居民啦，他本身他非常的清楚，或者是說有一個健康的一個中心，社區裡面有一個健康的中心，譬如說老人會或者是什麼等等的這種社團，他們本身已經懂得去索取他們所要的健康資訊，並且將這個資訊能夠去分享給他的社團裡面的男女老幼、不同的職業、不同的教育水準的人，譬如說老人會的會長，他如果在這方面他做得很好的話，他本身就是一個營造者嘛，他就是一個媒介健康的人，在這部分都能夠做的不錯的話，就是一個典型的健康社區。那今天很可惜就是大部分的社區都離這段路還很遠，所以我剛剛講到說為什麼健康營造中心很難被社區裡面的社團把它取代take over過去，就是因為他們覺得健康是專業，對啊，健康是非常專業的東西，我怎麼可能變成什麼一個健康站的站長，換句話講說這裡也是社區營造中心必須要去仔細思考的問題說，你是怎樣給人舞嘎（台語）這專業，對啊，你可不可以弄比較平民化一點的東西嘛，對不對，健康要可近性啊，不是那種要要要去畏懼它嘛，對不對。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示社區健康營造應該因其地區與族群不同，而有不同的健康營造方式。HCM71 再三強調社區民眾有公平接觸健康資訊的機會，並且可以選擇自己的健康生活型態；因為民眾都將健康視為非常專業的東西，所以如何將健康平民化，增加健康的可近性，是需要仔細思考的問題。

## 5.深根於社區

有 2 位受訪者 HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 1 位受訪者的內容如下：

HCM61：「其實社區健康營造我們基本上我們都認同，它是應該是深根於社區，深根於社區，然後在社區裡面繁衍，然後是去做到疾病的，就是去做到健康的一個維護，這種東西事實上我們都不夠去理解。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為社區健康營造應該深耕於社區，讓這些健康的觀念與習慣能在社區深根繁衍。

## 6.身心靈健康

有 5 位受訪者 HCM11、HCM41、HCM52、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 4 位受訪者的內容如下：

HCM11：「...那假如是以比較籠統，就是大家所知道的，就是什麼身心靈的健康啊，自殺率降低啦，慢性疾病減少啦，或是說那個這個這個體適能增加啦，這叫做健康的社區，在我的認知是這樣啦！」

HCM41：「健康社區，實際上在你們公衛角度來講，健康就是在社會啊什麼什麼的然後身心靈上都很快樂，對啊，應該這就是引伸在社區居民上啊，如果他們具備這樣的狀態，這其實上是很廣義的說法啦，如果真的是這樣的話那健康社區不好去推行，真的是不好做到，健康的人如果真的這樣子要求的話也是不簡單啦，更何況是社區。」

HCM52：「...所以我身心都是很重要的，營造中心講的就是心靈，心靈上的健康，而不是說他們現在講體適能啦、要活就要動啦，我還認為說不見得，應當是身心，營造中心要從身心的著力點下去，三個互動是一體的，變成你的身心就是說你的心為什麼要這麼做的觀念，而觀念的時候（台語）心靈上給伊一個（台語）安撫，我為什麼有病我為什麼艱苦，你找原因，你是不是生氣，你是不是習性壞（台語），這都是身，身心嘛，你就改變一下以後，你再運動一下，你吃再注意一下（台語），都沒有不成的啦。」

HCM72：「我們是希望，這個也是我在寫任何東西都會寫，我們希望身心靈都 OK 啦，這就是社區健康營造一個基本的原則跟精神，最高的精神啦，我覺得是這樣子啦。」

從世界衛生組織（WHO）憲章中所提到：「健康不只是沒有疾病或虛弱，健康乃是肉體的、精神的、社會的都健全之完美狀態。」，所以身體、心理、社會此應交互交錯、互為因果，但也可以相輔相成（羅瑞煌，2000）。由本研究5位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點對於真正的健康一定要保持身、心、靈三方面的平衡。

## 7. 志工社區

有 1 位受訪者 HCM21 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM21：「然後怎樣才叫做健康的社區，就是每一個人都是志工最好，每一個人都是社區志工，那這樣的話，那大家就會互相互相影響，就會互相影響，當然是越多社區志工越好。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為社區中的所有居民若都為營造中心的志工，那社區民眾對健康觀念與健康生活方式能相互交流與影響，也使得此社區成為一種志工社區，而健康營造的工作更能夠順利的推展與進行。

## 8. 人與環境營造

有 3 位受訪者 HCM31、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 2 位受訪者的內容如下：

HCM31：「我認為健康的社區啦，事實上就是剛提到有一個就是人跟這個環境，因為我們以前就一直在強調人，事實上也是必須從人最後才會，我剛講是說我所謂建立的示範社區，人已經顧好了，我們才能顧到他住的地方嘛，我覺得健康社區的話，就是把以前的健康的概念把人再加上一個健康的環境，人跟環境都很健康，環境也要健康，所以剛剛才會講到環保的問題。」

HCM72：「真的是把健康當作當作自己的責任，他對他自己的健康要有個負責任的態度，那我們是協助的角色，我們提供專業給他，可能就說我們提供一個甚至於能夠營造一個環境給他，營造這個環境面並不是說憑空去像總體營造造一個空間出來，不是這樣，這是一個支持性的環境給他，譬如說你要運動可以來這裡，然後你可以來這個公園，哇有一群民眾在這裡運動，我們要營造這種東西，一個情境的環境啦，並不是就這一塊地喔，我們的理想也是這樣，但是這個比較牽扯到社區的一個總體營造的部分，因為目前我們是做營造這一塊空間的營造，那我們是希望說一個情境環境的營造，就是說可能這一群人你走你的路我走我的路，那我們是希望說，我看你們社區健康營造是做什麼，那我是做社區健康營造來介入，那你們三個人圈起來，結果變成五個人六個人這樣子，變成一個團體來做這樣子，一個情境的營造這樣子你該懂吧。」

由3位受訪者的陳述中，發現受訪者表示社區健康營造不應只有包含人的健康，更應該包含社區環境的健康，因為生活的層面是整體的，不應該被切割，所以社區健康營造的涵蓋面應該要包含人與環境（情境）的營造工作。

## 9.和樂積極地社區

有 1 位受訪者 HCM51 就研究者的所問問題回答內容如下：

HCM51：「我是認為說只要是一個感覺上是和樂的社區，是一個這好像說人與人之間的那種溝通覺得它是健康的，那另外一點的話呢，我覺得它是積極的，我覺得它就是一個健康的社區。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為積極與和樂的社區，人與人之間的溝通是健康的，那就是一種健康社區的表徵。

從以上11位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現因為每一個社區的健康需求不同，所以每一位受訪者對社區健康營造和健康社區的概念，融入自己對社區的感情之後，再依當地的需求而做思考。健康社區是一個多元的面向，包含所能提供的各種生活機能與情感的滿足，從經濟的保障、醫療資源的提供、乾淨的飲水，生活的空間，一直到人與人之間的互助與關懷，傳統文化與族群的重建。推動營造最重要的目的是「健康的自覺」，喚醒社區民眾對自己健康的重視，以及促進民眾改變行為，來實踐健康的生活。

表4.22：醫院實務界人員對社區健康營造和健康社區的認知觀點

受訪者編號	增加社會福利	社區落實預防保健	自發性的健康需求	營造因地制宜	深根於社區	身心靈健康	志工社區	人與環境健康	和樂積極地社區
HCM11	*					*			
HCM21		*					*		
HCM31			*					*	
HCM41			*			*			
HCM51				*					*
HCM52						*			
HCM61			*		*				
HCM62			*		*				
HCM71				*					
HCM72						*		*	
HCM73						*		*	
合計	1	1	4	2	2	5	1	3	1

### (十三) 醫院實務界人員達到健康社區目標的認知觀點

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題「您要怎麼做才能達到健康社區這個目標？」回答內容中發現，醫院實務界承辦人員對社區健康營造中心的認知觀點可以歸納出九種觀點：「1.社區民眾情感的建立」、「2.永續推動營造工作」、「3.社區照顧」、「4.健康概念深植人心」、「5.發展社區健康組織網路」、「6.提升健康可近性」、「7.尋找健康傳播者」、「8.中心與社區融為一體」與「9.修正營造推動策略」(表 4.23)。

#### 1.社區民眾情感的建立

有 1 位受訪者 HCM11 就研究者的所問問題回答內容如下：

HCM11：「我覺得一個感情的建立在社區健康營造的意義我覺得很重要，你要如何

跟民眾培養感情，這個很重要，假如感情一建立好，他們也認知說健康營造是怎麼一回事，他們自然而然也會把這個訊息往外傳出去，啊所以這感情的建立是需要時間的，是需要人的，是需要錢的，嗯，就這樣。」

由1位受訪者的陳述中，發現受訪者認為跟社區民眾建立良好的感情基礎，讓他們知道健康營造的意義與工作，那他們自然會出錢又出力的把健康的訊息向外推出去。

## 2.永續推動營造工作

有3位受訪者 HCM21、HCM51 與 HCM52 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM21：「你要怎麼做才能達到這個目標，要怎麼做，還是要靠推動的人，我覺得還是要持續這計畫呢，你說三年計畫就完了，都還沒辦法做到什麼事情，因為現在响拒絕得還是很多，還是有，拒絕還是有。」

HCM51：「那怎麼樣才能達到這個目標响，我們一直在努力啦，一直是我們努力的目標啦，那只希望就是說亡我們在政府有一些補助啦，那再結合當地一些資源，那我們希望它是一個永續的工作喔，那 Dyt 家戶有兩萬多戶，那目前加入的大概有兩千多人嘛，那八萬多人，我希望說有一天我們能達到所謂的六七十 percent，整個人都加入了响，那六七十 percent 我想整個社區整個 Dyt 來講的話，都所有屬於這個中心的會員。」

HCM52：「...所以營造中心要普遍化，普遍化怎麼來普遍化，就是給大家真實能夠認知的以後才能夠達到普遍化，再來說，健康營造是一種長期性的，這一種是什麼是一種說慢慢的互動性，給大家去接受，為什麼要這樣子，你做自己的原則上去做，不是替你們營造中心做，不是替衛生局做，不是替國家做。我們要告知給他們你今天為什麼要健康，你不要受到病痛的折磨，你今天要多活幾天就是要這麼做，所以要活就要動的觀念，而不是說告知我們是替你做不是替別人做，你有沒有感覺是這麼回事而已。」

由2位受訪者的陳述中，發現受訪者表示應永續推動社區健康營造工作的觀點，因為依據國外文獻顯示社區健康營造工作通常是3年後才是真正的開始，前三年的計畫只是在紮根，獲得社區的接納與認同，後面三年才可以真正來推動社區健康營造計畫。3位受訪者所屬的2家營造中心都才成立1年多，因此，我們可以說社區健康營造的工作任務還在獲取社區的接納與認同的階段。其中HCM52提到營造中心應該普遍化，給予民眾真實的認知。

### 3.社區照顧 (community care)

有 1 位受訪者 HCM31 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「...那我覺得基本上營造中心還是要有一個，既然要健康就會跟醫療連上關係，所以基本上營造中心由醫療系統在後面 support 其實還是很重要，如果沒有在後面 support 那你也要做一個很好的連結，那剛講我們到社區裡面它的人跟環境健康的話，這個是預防性的階段嘛，對不對，那如果真的有問題那後送的這個地區就必須去 care 他，讓要他能夠再回到那個地區，所以如何達到這個目標的話這個範圍就很廣，一個是說我們在預防的層面，在預防的層面，我們必須要先幫他減少後面有醫療問題的人，如果沒有的話，已經有醫療問題了，那我們再來用醫療的，整個醫院的醫療體制再來幫他做提供醫療、長期照護這方面，讓他能夠再回去社區，那我覺得這樣目標就可以達到。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示出社區健康營造中心應該將疾病預防、疾病醫療與復健照顧做一連結，這與社區照顧的觀念相似，社區照顧是動員社區資源，運用非正規支援網路，聯合正規服務所提供的支援服務及設施，讓有需要人士在家裡或在社區裡的居家環境得到照顧，過正常的生活，加強在社區內生活的能力，達到與社區的融合，並建立一個具關懷性的社區。

### 4.健康概念深植人心

有 1 位受訪者 HCM41 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM41：「你說怎麼樣能達到目標嘛，其實我們應該就是說，因為這種工程真的是蠻浩大的嘛，所以我們還是一樣先從那六個議題開始，那主要是讓民眾能夠去習慣關心自己，對其實健康觀念已經深植人心了，所以我們只在加把勁讓他們去，能夠扶植他們自己站起來是最重要的。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示要讓六個健康議題的觀念，深植於社區民眾的腦海之中，然後再由營造中心加把勁去扶植民眾來經營社區健康營造中心。

### 5.發展社區健康組織網路

有 3 位受訪者 HCM61、HCM62 與 HCM71 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 2 位受訪者的內容如下：

HCM61：「我覺得是嗯～，還是應該是有很熱心的一個原來組織架構，就是說它原來已經有形成一個網絡的一個網絡，然後裡面有非常很熱心的人他願意把這個議題當成這個網絡裡面的一個很重要的一個議題，所以他可以利用原有的網絡裡面去做

這個事情响，這個我覺得這是比較容易去做到的，但是如果說我們現在自己要以自己一個 center 為主，然後要去搭別人的網絡，我覺得很困難就是說因為原來的網絡已經形成，他們已經在這個裡面已經有一個很綿密的一個組織網絡，然後你現在你這個議題來，他們還是會覺得這是一個外來的，你如果你能有辦法讓這個 leader，他本身就能夠來認同這件事情，這才有辦法推。」

HCM71：「...發展健康組織，我們剛講說他是一個 chief 他一定要領導一群人，它這個要變健康組織，意思就說在過去可能它的什麼，它的社團的成立的目的，它是為了經濟，它是為了環保，久了之後它應該要變成什麼，它的組織的目的之一要有健康啦！他跟我來做策略聯盟、策略連結嘛，對不對，它是一個環保團體沒關係，它跟我營造中心健康營造中心連結，對不對，那連結的時候，它的組織目的一旦有健康以後，它就成為社區健康營造中心的 member 嘛，好，這個 member 這樣子的一個、兩個、三個、五個、十個成立以後，DSTHC 就變成有一個健康組織了，就變成一個很龐大的健康組織，它變成一個有機體嘛，嘿好，那這裡的一個關鍵喔，我認為就是說要開發於這個有利於組織永續的誘因啦，然後來支持健康社區的一個永續發展。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示應該把社區中既有之社團組織網路，拉進營造中心裡，把健康的議題帶入社團成立目的之中，將這些社團來發展成社區健康組織，再將各個社區健康組織做連結，成爲一個龐大的健康組織系統。其中 HCM61 提到社團組織的領導者若能認同健康營造的觀念，那才有辦法在社團中推動健康營造。

## 6.提升健康可近性

有 1 位受訪者 HCM71 就研究者所問問題回答爲此意思表示，列舉位受訪者的內容如下：

HCM71：「那怎麼樣做才能夠達到這個目標，所以要把它變成可近性，我是認爲就是說第一個跟現在的一個根源在於說，民眾的健康意識普遍不足啦响，換句話講說，因為不足事實上還有一個原因是因爲健康被邊緣話嘛响，像我現在好好的我不需要去運動啊，我也不需要吃什麼健康飲食嘛，對不對，完全不需要，那等到我生病了，像上個禮拜開始腰酸背痛了，我自己才開始想到我運動太少嘛，我沒有一個很好的運動習慣嘛，但有好的運動習慣的人他會天天去運動嘛，對不對响。所以在我自己的一個 priority 裡面，就是我自己的優先次序裡面，運動不是我的第一份工作，睡飽覺是我的第一份工作，就是運動健康這個東西被我邊緣化了，那我說這種人很多嘛，你要去啟發他對健康的意識嘛，好，這些人當健康都很重要以後，健康的優先次序往前提升嘛，所以我說如果它變成一個健康社區的話，第一個動作就是健康意識要被激化，健康的優先次序要往前、比重要增加嘛，响，這個是做健康社區的第一個動作。」

由1位受訪者的陳述中，發現受訪者表示要達到健康社區的目標，第一個要提升健康在民眾心中的優先順序，健康意識要能夠被激化。因為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，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，民眾認為不採行健康的行為也不會有立即的威脅。

## 7.尋找健康傳播者

有 1 位受訪者 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM71：「在社區裡面要找到這個健康意識的擔當者，嚕，或者是媒介者，或者是媒介者，我們講說健康你既然要傳播健康，你要有傳播者，你要有傳播途徑，社區裡面的人要能夠足以擔當這個責任，對不對，所以你中心以外你要有很多小的 organize、organization，對不對，那這個 organization 裡面要有一個頭頭嘛，一個 chief，這個 chief 他要能就講給這個團體聽嘛，所以他就是一個擔當者或媒介者。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示要達到健康社區的目標，要先找出健康意識的傳播者或媒介者，受訪者認為社團組織的領導者最適合擔當這個傳播者的角色。

## 8.中心與社區融為一體

有 1 位受訪者 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM71：「...就是 Dst 的安全計畫，Dst 的健康計畫，我剛剛已經融合進去了，我跟你講就是社區要不要這個東西啊，不是○○醫院要不要，所以民眾的需要你要如何去掌控而已嘛，但是當他蒙懂無知的時候，當他需要被你啟蒙的時候，你什麼時候在他的身邊嘛，對不對，他就覺得唉唷最近不舒服，想到黃課長，我覺得不舒服，我想到○○醫院。啊，我覺得家裡面這個地方不安全，我想到我的安全社區，啊所以就是因為這樣，自己才有存在的必要啊，對不對，有才顯的你有重要性嘛，對不對。當社區的居民這個感覺越來越強的時候，你機構不會倒啦，因為你需求確立了啊，所以機構會倒是因為需求不存在啊，對不對，啊不然就是你沒有掌控到社區的需求。當我表現強烈的需求的時候，衛生署自然給我東西啊，它自然給我錢自然給我什麼，對不對，因為我可以比衛生署還清楚 Dst 要什麼，是不是。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為當營造中心與社區完全融合之後，營造中心的存與廢，是交由社區民眾來決定的，當社區民眾對健康的需求越來越強烈時，因為民眾對健康的需求已確立，所以醫院和社區健康營造中心是不會倒的。

## 9.修正營造推動策略

有 2 位受訪者 HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答爲此意思表示，列舉 1 位受訪者的內容如下：

HCM72：「嘿啊，這個很廣耶，你要怎麼做啲，那我想我們怎麼做通通是在成果報告裡面啦，啊然後，重點是我覺得我們在做就是那樣，像去年我們可能會碰到一些挫折，碰到一些比方說我們在推今年的時候，去年是A的方案在推，可能明年度我們會修改，我們會再想一個B的方案去做這樣子，像這樣子的意思你可以寫嗎？不會這樣一直嚕去啦（台語），我想這個叫標準答案啦，每一個人通通是這樣想，我想就是說我們應該說推動策略會做修正，是這樣子啦，做推動策略的修正，然後和社區居民互動，啊真的是這樣啦，我們的推動策略是一直在一天到晚在做修改，我們會做修改，碰到可能這個案子這樣推可能兩個月三個月，我們覺得碰到一些問題我們會去做修正，一定是這樣子。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示會依據營造工作推動所遭遇到的問題與困難，不斷的修正推動策略，以求達到健康社區的目標。HCM72 提到他們推動的作法皆呈現在成果報告之中，可見受訪者對於成果報告的重視性。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者對於達到健康社區的目標方式，可以概括區分爲社區發展角度和經營運作的角度。以社區發展的角度來看，從與社區民眾建立情感開始、尋找健康傳播者、民眾健康意識的激化、發展社區健康組織網路、讓健康概念能深入民心、整合並提供民眾社區照顧、到營造中心與社區融爲一體等一連串相關的推動方式；若以營造中心經營運作的角度來看，持續修正營造的推動工作，以達到營造中心的永續經營。

表 4.23：醫院實務界人員達到健康社區目標的認知觀點

受訪者編號	社區民眾情感建立	永續推動營造工作	社區照顧	健康概念深植人心	發展社區健康組織網路	提升健康可近性	尋找健康傳播者	中心與社區溶為一體	修正營造推動策略
HCM11	*								
HCM21		*							
HCM31			*						
HCM41				*					
HCM51		*							
HCM52		*							
HCM61					*				
HCM62					*				
HCM71					*	*	*	*	
HCM72									*
HCM73									*
合計	1	3	1	1	3	1	1	1	2

#### (十四) 討論分析與小結

在醫院參與的動機、目的與營造中心的宗旨方面，本研究在醫院參與的動機與目的方面，發現的「醫院既有之服務」與陳毓璟（2003）針對台北市營造中心研究結果之「獲得經費補助並且同步推動原有的業務」觀點相符合。在營造中心的成立宗旨方面，本研究發現的「促進民眾健康」、「社會資源參與」與羅瑞煌（2001）研究結果所歸納出營造中心的主要目標包括：「提高民眾對健康的認知與實踐」、「社區醫療資源整合」相類似。而本研究更歸納出醫院參與的動機、目的與營造中心的宗旨是相互吻合的觀點。本研究發現到大部分的受訪者認為醫院承辦的動機與營造中心的宗旨，是以協助改善社區民眾的健康為主要的前提，並非以幫助醫院經營或行銷為主要工作。

在醫院的角色扮演方面，本研究的結果發現主動性的主導者角色和資源整合者角色，與參與性支援輔導者角色，與廖秀幸（2001）的研究結果醫院屬於「主導式參與」和「參與式參與」為最多，與本研究發現的類型相符合；另外，本研究還發現到醫院的角色扮演上還有社會公益的角色。在營造中心的人力與物力支援方面，本研究發現醫院內員工與醫療團隊的支援、保健志工的支援是營造中心裡最主要的人力支援方式，而有部分受訪者提到營造中心有人力不足的問題，與營造中心專業人才的養成培育是非常重要的，但目前並沒有；而物力的支援上，是以醫院的協助為最主要的支援來源。

在營造中心的經費方面，本研究發現營造中心的經費來源為醫院與衛生署和使用者付費。本研究亦發現大多數的受訪者表示衛生署所補助的經費並不足夠。本研究發現醫院繼續經營的意願與理由上，受訪者表示出有公共關係與行銷策略、轉型經營、醫院社區化、醫院主導的觀點，另外有1家營造中心因為是以使用者付費的方式經營，因此認為在營經的財務上沒有困難。醫院在繼續經營的自籌經費上，以向基金會申請、申請其他相關計畫與承辦相關活動、醫院自行吸收等方式。經費上本研究所歸納出的觀點與南玉芬（2002）的研究在財力資源方面的結果如由承辦單位自行支出、承辦單位主動募款、向其他政府單位申請、使用者付費等觀點相類似。

營造中心工作人員對於社區健康營造的認知方面，在社區健康營造與健康社區的認知上，本研究將受訪者的訪談內容歸納出增加社會福利、自發性的健康需求、營造因地制宜...等九個觀點；而在達到健康社區目標的認知上，也歸納出永續推動營造工作、發展社區健康組織網路...等九種觀點，我們可以看出受訪者對於健康社區和社區健康營造的認知可以表示為「健康是全面性的、是以民眾為主的、是要永續推動的、深入社區的」（南玉芬，2002），透過日積月累來推動的觀念，讓健康促進深植於社區民眾心中。

就結構面整體而言，本研究結果可以歸納分析出，不論是在醫院參與的動機目的與中心宗旨，醫院角色扮演，營造中心的人力、物力、經費的支持與支援，或是營造中心工作人員對於社區健康營造與健康社區的認知上，承辦的醫院站在主導或輔導的立場，全力配合和支持營造中心的工作與目標，而受訪者大多是以正面積極的態度來推動與執行營造中心的工作與任務，以期能將健康的觀念與行為帶入社區民眾的生活之中。

## 二、過程面

本研究歸納醫院實務界受訪者針對研究者所問之問題回答，運用過程面之「(一) 社區健康營造中心的主要推動範圍」、「(二) 社區健康營造中心的主要工作與推動情況」、「(三) 社區健康營造中心推動之出發點的認知觀點」、「(四) 社區健康營造中心招募保健志工的方式」、「(五) 醫院志工與營造中心保健志工之間的關係」、「(六) 社區健康營造中心保健志工的教育訓練方式」、「(七) 志工推展家戶參與社區健康營造活動的方式」、「(八) 社區健康營造中心推動的社區活動項目與內容」和「(九) 社區健康營造中心所推動之社區活動的民眾參與度」等九個方面，來探討受訪者對社區健康營造中心的保健志工招募方式與訓練課程，以及所舉辦的健康促進活動類型與民眾參與度之關係的認知觀點。

### (一) 社區健康營造中心的主要推動範圍

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『營造中心的推動範圍包含哪些區域？』回答內容中發現，營造中心的主要工作與推動情況可以歸納出二種情況：「1.中心所在鄉鎮」和「2.中心所在地和週邊鄉鎮」(表 4.24)。

#### 1.中心所在鄉鎮

有 10 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM41、HCM51、HCM52、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 7 位受訪者的內容如下：

HCM11：「我們的工作推動範圍主要以 Sd 為主。而執行策略的規劃就跟我提供給你的資料中提到的『三階段實施』，因為 Sd 實在太大了，好大。」

HCM21：「我們是wd主要推 8 個里，就是說做的最多就是那 4 個（成果報告書中提到），8 個就是偶而參一下參一下（台語）。」

HCM41：「...其實我們主要就是以 Slt 各個里為主，嗯～我們沒有專注在一個固定的地方，因為我們有可能辦活動的地方可能今天靠這幾個里，那隔天就靠那幾個里，不一定，不一定，所以沒有說只有幾個里。」

HCM51：「Dyt 來講的話有 13 個村，那就把它規劃為 13 個村來推動，每一個村都有一個健康站。」

HCM61：「...我們事實上目前推動的範圍是其實是 Fyc。」

HCM71：「那 Dst 早期它是被要求執行 25 里，當時我們當在學習社區健康營造中心的時候，我們也一直以 25 里為目標，但是這個方式是非常的困難的，响，第一範圍很大，第二個目標在哪裡我不是很清楚。」

HCM72：「在那本（成果報告）裡面就通通都有，參考這個。我們推的範圍就是整個 Dst。」

由 10 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為以營造中心所在地的鄉/鎮/市/區為主要的推動範圍，其中有 2 位受訪者提到其所區域推動的策略是遵照成果報告中所記載的方式進行。

## 2.中心所在地和週邊鄉鎮

有 1 位受訪者 HCM31 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「推展的範圍包含 Dlt、台中市部分區域、烏日鄉（與農會合作）、霧峰鄉（辦講座）。台中市的部分區域這有點類似點，市是面，但是其他的是點，點的話就是以社區為主，台中市裡的幾個社區，這是我們想要推的，這也是前面有提到的一個示範社區。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示他們將健康營造工作除了在中心所在地區推動外，更將推動的區域推廣至週邊的鄉鎮，並從中尋找示範社區的協助。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者主要的推動範圍是營造中心所在地的鄉/鎮/市/區，以照顧所在地區中的里（村）、社團機構、公私部門單位、社區民眾為主要的推動對象。

表 4.24：社區健康營造中心的主要推動範圍

受訪者編號	中心所在鄉鎮	中心所在地和週邊鄉鎮
HCM11	*	
HCM21	*	
HCM31		*
HCM41	*	
HCM51	*	
HCM52	*	
HCM61	*	
HCM62	*	
HCM71	*	
HCM72	*	
HCM73	*	
合計	10	1

## (二) 社區健康營造中心的主要工作與推動情況

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『目前貴營造中心之主要工作與推動情況為何？』回答內容中發現，營造中心的主要工作與推動情況可以歸納出六種方式：「1.健康六大議題」、「2.自訂健康議題」、「3.與社區團體合作」、「4.成立健康加油站」、「5.建立示範社區」和「6.發展健康推動組織」（表 4.25）。

### 1.健康六大議題

有 11 位受訪者 HCM11-HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 8 位受訪者的內容如下：

HCM11：「我們以國民健康局的健康六大議題：健康飲食、健康體適能、個人衛生、菸害防治、防治檳榔危害健康、安全用藥為主要的推動方向，我們有刻意地將六大健康議題的活動作一個平均的分配。」

HCM21：「...我們就是今年訂的啊主要就是在烹飪啊，就是在單位希望他們能夠成立

社區烹飪班，然後持續，然後再來我們會是要成立社區健康學分班，就是歡迎社區民眾都來上課，上課的內容就是那三個議題（健康飲食、健康體適能、婦女防癌——乳癌、子宮頸癌、口腔癌、其他癌症）。」

HCM31：「『三支雨傘標』的社區健康篩檢及健康講座。」

HCM41：「其實我們主要工作是六個大主題啦，就是說一個是健康新煮張，對就是那種健康飲食的概念，對。啊另外一個就是要活就要動的體適能，第三個是無煙校園跟無煙社團。其實我們是跟學校的家長會簽署那種無煙的備忘錄，就是讓他們知道我們在推這個，請他們支持，對，但是要推動說整個都無煙的環境啊，還在規劃還沒有那麼完全。」

HCM51：「我們啊其實台中縣社區健康營造啊，衛生局有一些工作給我們，它有一些目標，有設立一些目標，那也有些策略，那剛開始推的時候呢是對健康新煮張跟要活就要動，而且它有規定就是說你一年要組成幾個團，它希望用多層次的學習方式，使整個鄉帶動自我管理，健康自我管理，還有就說有一些是屬於那個校園裡面的無煙害防制，這個的話就是應用社會的人脈來承做啊。」

HCM52：「年度計畫我們都是經過審核通過的，年度計畫只是大方向大概，我不能寫的太密，沒有辦法，可以加不可減啦。...所以這個4月18號，4月17,18，CPR。綠色隧道徒步健行就是我們這邊的，所以這一次的戶外，你看我寫的戶外就是在外面；防制煙害宣導以學校與社區都可以，像我們去年也一樣啊，防制煙害我們也一樣啊，這是校園的嘛，學校也有。」

HCM61：「...那我們目前營造工作的主要推動情形，我們還是以小團體為主啊，小團體為主之後。」

HCM71：「...我們Dst還是以健康↘運動跟健康飲食這兩個大主軸、大方向來出發，啊還是以這兩個方向來做出發。也就是說這兩個如果能夠做到的話就是一種健康生活，那健康生活應該可以促進居民跑向他的健康狀態跑向所謂的健康的這一端，而不會跑向疾病的那一端，OK。」

由11位受訪者的陳述中，發現在台中縣之受訪者主要是以衛生局主推之「三支雨傘標」：健康新煮張、要活就要動與無煙害環境的活動為主。台中市則以HCM11所表示的平均六大健康議題活動，以及HCM21健康新煮張、健康體適能與婦女防癌為主。

## 2.自訂健康議題

有3位受訪者HCM11、HCM41與HCM52就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「...再加入針對這一區健康狀況需求—慢性病及意外事故防治。」

HCM41：「...然後在來就是心靈營造，我們是有打算啦，就是要規劃一個譬如說一週啊我們就是固定在因為我們 Slt 有一個深波圖書館嘛，我們想要裡用這個場地啊放映一些就是探討心靈方面的電影，然後居民自己來或是說開放那個講座，因為我們醫院有那個身心科醫師。...那我們還有中老年的預防保健，因為其實我們是醫院嘛，所以最有辦法支援的是醫護人員，那其實我會固定一個月的中旬就是 15 號我們去一個地方，就是固定幾個地方就是我們這邊什麼樂群新村啊，我們在那邊架設一個那個老人保健站，那提供血糖及血壓的篩檢，對，然後讓他們就是隨時都監控自己的健康狀況這樣子。...篩檢的異常個案都會寄給他們，就是請他過來醫院。我們還有一項是那個婦女的預防保健，嗯，因為現在就是其實很早之前我們就推子宮頸抹片檢查，我們可能就是在講座以及篩檢部分加強。」

HCM52：「...响糖尿病，我們Dyt响在醫院裡最需要的就是兮勒（台語）糖尿病的議題，所以我把它擬在我們今年度 93 年度推動的指標，指標就是如何預防糖尿病的併發症，因為你看很多都是這個情況，我們怎麼來，糖尿病還有很多的死因，所以我們以今年的就是以在議題上去做。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者在自訂的健康議題上，會依照當地社區的疾病狀況，來提供如慢性病防制（糖尿病）、意外事故防制、心靈方面的營造等健康活動。

### 3.與社區團體合作

有 2 位受訪者 HCM11 與 HCM21 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「我們跟在地的教會組織合作，希望藉由教會的關係來推活動，把他們作為我們的種子組織，將健康的觀念與訊息向外推廣到其他的教會組織，但是，我們雖然有培育出種子組，但其外推性有困難，因團體中的自我意識較強跟自私的關係，他們並不願意向外推廣，也就是說，他們覺得自己做好就好了，並不想去教人家跟告訴其他人怎麼做。這個可能是主辦單位（營造中心）與協辦單位（教會）認知上有所差距，所造成的。我們很積極、努力的將健康的訊息與知識傳達給我們的種子組織，但是，這些團體它的外推的效果不好的話，我們會先跟他們溝通，溝通後還是一樣，我們會將這個團體做結案處理，另外再找其他有意願的社區組織或團體來合作。」

HCM21：「...就是今年會稍微改變方向，就是說去年是比較針對里長，今年是稍微要針對單位，我們到里裡面請里長幫我們介紹那個單位，譬如說民龍里就有幫我們介紹文化大學教育推廣部嘛，然後裡面就是有很多課程啊，裡面他們就是會放一個課程進去，這樣子，然後就歡迎民眾都來上課，免費的，他們（教育推廣部）都要錢，那我們是免費的，對啊不錯。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示營造中心會與社區中的社團單位，如教會、大學的教育推廣中心來進行合作，一起辦理免費的教育課程或活動，邀請社區民眾來上課。其中 HCM11 特別提到若協辦單位外推性不佳的話，他們會結案另找尋合作的對象。

#### 4.成立健康加油站

有 2 位受訪者 HCM51 與 HCM52 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 1 位受訪者的內容如下：

HCM51：「那以 Dyt 來講的話，Dyt 有 13 個村，那我就把它規劃為 13 個村，13 個村就像說三合、二合這樣子 13 個村，那每一個村都有一個健康站，健康加油站的意思，那這個健康加油站呢他們就是負責推動，裡面有種子教官，所有的種子教官我們都已經有教育訓練過了，包括所謂的社工的訓練啦，還有他們要推動的目標啦方向啦，都很明確，那 Dyt 問題比較大就是說，這些人啦其實我們希望是家庭主婦啦，我們是希望從普通家庭出來，但是呢一般來講啦，因為這裡的社團很多，所以這些種子教官往往就是很單純就是那些村長的太太啦、村長啦，跟政治有一點掛勾啦，就是那些喜歡希望說踏著這個有一點政治因素啦，那喜歡出風頭的人就會搶這個位子，那以清泉來講的話我是樂觀其成啦，反正有人做就好。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為在鎮裡廣設健康加油站，由這些加油站來負責健康營造工作的推動。其中 HCM51 提到健康加油站的種子教官多為村長或村長太太，會參與營造工作都有一些政治考量。

#### 5.建立示範社區

有 1 位受訪者 HCM31 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「...這個示範社區就是說除了我們這個它本身要求的部分，我們希望把整個醫院跟健康有關係的所有議題，都去這個社區裡面示範，例如說藥劑、用藥的安全、護理、營養，營養的話就是配合動嘛，營養還有吃嘛，這幾個都是連在一起，就是說我們講座的部分不會只侷限在醫療，可能就是要一個全面性的，因為講座以前幾乎都是講醫療的，我們會把這個涵蓋所有健康嘛，用藥、飲食。那再來就是說，我們事實上一個概念是說健康事實上不只是人，社區也要健康，所以我們未來會在示範社區裡面，我們還會再推跟環保這方面有關係的，就是我們醫院有勞安嘛，就是垃圾的分類、醫療廢棄物或者是飲用水這方面的東西我們會再推出去，這個目前正在進行中這樣子，是今年的年度計畫之一。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示營造中心以示範社區為推動的重心，將所有有關健康、環保的議題，在社區裡面推動。

## 6.發展健康推動組織

有 1 位受訪者 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM71：「...那麼在這個部分的話我們從去年把這個健康的議題喔，設立台中縣健康暨安全促進協會以後，我們就開始，從今年開始要重組社區健康營造中心，對，我們的重組這一個中心，那讓這個社區的這個需求由社區提出來，我可能就是邀請衛生所的護理長或者是這個社區裡面對健康議題有興趣的民眾，成為社區健康營造中心裡頭的核心幹部，那這個跟以前有很大的不同是，以前的社區健康營造中心一直都是由我在主導，換句話說，大家在一個認為我一手創立我就是專業，所以我所提出來的就是對的，反正凡事只要依我的設定的議題、設定的目的、設定的方法下去操作，即可，所以有點類似過去的辦活動似的，反正我安排，OK 上線嘛，但是這個方式是錯的。對啊，我們就做規劃嘛，但是這個方式並不好，那我既然要重組的話，我連這個方法都應該要重組，所以在這個部分的話，依我目前的角色，我是逐漸退出社區健康營造中心的執行面，所以執行面改由我們的成員跟社區裡面去討論，討論出來以後再執行。所以這個推動的情況大概是說這個是這樣子的一個狀況。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者強調目前該營造中心的主要工作是發展推動組織，進行營造中心的重組，並在未來將營造中心轉型為屬於社區的機構。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者對於營造中心的主要工作是以健康六大議題與自訂健康議題兩種方式，而推動情況上則是以講座、戶外活動、小團體學習、健康加油站、示範社區、發展社區健康營造組織的方式來進行。

表 4.25：社區健康營造中心的主要工作與推動情況方式

受訪者編號	健康六大議題	自訂健康議題	與社區團體合作	成立健康加油站	建立示範社區	發展健康推動組織
HCM11	*	*	*			
HCM21	*		*			
HCM31	*				*	
HCM41	*	*				
HCM51	*			*		
HCM52	*	*		*		
HCM61	*					
HCM62	*					
HCM71	*					*
HCM72	*					
HCM73	*					
合計	11	3	2	2	1	1

### (三) 社區健康營造中心推動之出發點的認知觀點

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『若選擇以里（村）為社區健康營造的出發點，對此您是否有其他或更佳的方式或想法。』回答內容中發現，可以歸納出二種觀點（表 4.26）：「1.里（社區）為出發點」和「2.多元化出發點」。

#### 1.里（社區）為出發點

有 9 位受訪者 HCM21、HCM31、HCM41、HCM51、HCM52、HCM61、HCM62、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 8 位受訪者的內容如下：

HCM11：「我們主要以『社區裡的團體組織』作為推動對象，但是，對社區組織的連結link並沒有一定的型態。因為各里的里長程度差很多（台語），他們對活動的參與及投入度的差異太大了，所以我們會看成員、組織的配合程度，還有他們付出

的時間，以及他們的推動意願來進行調整、修正對他們的策略。」

HCM21：「以里可以啊，就是找幾這比較相近的里嘛，因為里和里之間都會講，就是居民..里和里之間的居民都會講嘛，說哪裡有課程去哪裡有課程去，是說不要太遠啦，我們都找近的，像我們里都找近的，譬如像我們以○○里為出發點嘛，○○里周圍的都會拉進來，因為你一定要讓口碑相傳啊，不然做到累死都沒有人謝謝你，真的呢，有時候做到流汗，被人嫌到流涎（台語），做的很累，真的是做得很辛苦啦，因為有的人不珍惜你知道嗎，有的頭頭拒絕就把全部社區居民的福利都拒絕掉了，很可惜世，有沒有，就是一個單位組織的領導者把這個否定掉了，下面的社區居民都得不到福利，對啊，那居民很可憐。」

HCM31：「...這個其實以里為出發點，其實里太大了，應該講說太大了，所以你問我們說是不是有其他的想法和方式，我們是很實際的，我們所謂的社區實際上可能是一棟大樓，或者是一個比較小規模，就是里裡面一個小鄰或怎麼樣，事實上我們並沒有那麼大一個里去推，里太大了，所以他們很籠統的講里，事實上是實際操作上是沒有辦法這樣做。而且他要求的這個部分都是要求一組一組要十到十幾個人，你如果是里的話可能就散彈槍啊！其實都幾乎是就一個小區塊一個小區塊。」

HCM41：「像我們是我們最近是想就是以里為中心的話，我們是想譬如說我們有那個里的社區發展協會嘛，然後我們就是因為譬如說假設我們有一個○○里好了，○○里這群媽媽他們可能對做菜啊或是飲食概念就是還蠻不錯的，我們是想要針對這群，然後看能不能把他們想辦法把他們招募進來，跟他們講那培訓，那由這群媽媽們去其他的里去推廣，對就是等於說今天這個里就成立一個類似保健志工隊，那我們就是譬如說我今天去跟別的里講嘛，然後他們去那個里當講師，然後宣導這些健康概念，用這個模式的話或許體適能啊還是等其他概念都比較好推，因為畢竟還是要社區去關心社區啦。」

HCM51：「以Dyt來講的話，我認為以村可以啦，我如果要把這個工作接下來的話，我會從婦女會開始，婦女會啦，還有一些像說才比較簡單的，就像農會裡面的那個那些什麼媽媽教室啦，因為我覺得所有的健康啊婦女應該負有很大的責任啦，負有重要的角色，如果由她們來推動的話，一般來講就是時間比較多啦，再來的話就是比較能落實，那我現在因為很多都是男孩子的村長啦什麼，我覺得他們有點像social啦，憑良心講，並不是有一些並不是我們要的方向，有一些當然也很認真，做的還不錯。」

HCM52：「我是說觀念上能夠維持一個，所以你每個村為站，村長你沒辦法接就村長夫人啊，不一定，你能夠互動的人，最後呢，我觀察到還不行，因為有的他的村民的觀念上，我13村，我的架構上我是暗算說（台語）每個村13個村來做站，但是我最後考量以後（台語），我也試辦了以後，因為有的村長的互動力不夠，他的觀念上不夠，他的意思是說你們這是不是也什麼補助某，你們這是不是啥米講兮

勒某（台語），而影響到什麼喔，我們的素質，體制不一樣，所以我就是用什麼最後就改變成組，不要分為十三，十三組十五、六組，每個小隊小組，小組就是講你一組差不多一、二十人下去分（台語），實施的時候就是無形中，村長就問說那我們這一村不要弄嗎，我講要是有機會你就弄，就是你沒瞭解啊，你村裡做不好，我就用（台語）你們村裡不是村長，就是能夠真實有用心的人來帶動。」

HCM61：「...然後我們有想要以里為出發，就是找健康里的想法。」

HCM72：「我們是怎麼講，我們以里比較小單位在做的只是做一個示範的啦！那其實我們的希望是能照顧到整個 Dst，其實，原則說我們是兩種（里與社區）方式並行的啦！應該是這樣，里的話，我們會選擇里的話就是說，怎麼講，也是希望他們能成為一個能夠示範的地區啦！把範圍縮小的話，對是這樣子。」

HCM73：「要嚴格說起來我們會選擇里的話，也許就是說，某某里的里長很熱誠，他們也希望能推他們健康的活動的話，那他們像向新里的里長很好，他先找我們，當然就會跟他做這個，如果沒有，我們會想說那哪一個里，現在的情況是怎樣，因為社區健康營造中心本來就要瞭解社區居民需要什麼，他們會反應上來一些問題給我們說之後，我們會去做這一個工作，也許在選擇的時候，可以這麼做。」

由 9 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示以「里」為單位來推動是可以的，其中 3 位受訪者指出如果能夠用比里小的單位—社區或媽媽教室這些團體組織為單位來推動的話，應該會比里更好。HCM11 表示因為「里長的程度差異性太大」，所以以社區團體為對象是較佳的方式。HCM21 提到有些單位的領導者拒絕，就讓整個里的民眾都享受不到這些活動，這是不公平的。HCM51 提到以村為單位，由村長做站長，其活動的社交意義大於健康的意義。

## 2. 多元化出發點

有 1 位受訪者 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM71：「我們以鎮，因為我剛提到就是說我的健康狀態不會因里而不同啦，對嘿，不會因里而不同，那麼我就說我在這裡頭在支援有限、人力有限的情況下，我們用東勢鎮來辦。那我們是不是有更好的辦法啦，有，我們在促進的方法的方向上，我們就是說以社區為單位，一個里裡面有好幾個社區，對不對，有小型的譬如說同一個款式的住宅我們有的人也會說它叫做同一個社區，對不對，那也有說它的比較集中一點點的住民它就稱為一個小社區，那在這樣的一個情況下，我們以社區為單位。那另外是一個以社團為單位，像媽媽教室啦、家政班啦，或者是某某元極舞啦、土風舞社團，第三種是以有意願的人為單位，也就是說我沒有侷限說在哪一個社團，我只要提出一個課程有意願的人就來參加吧，那最後一個是以某一個單位的營造為單位，譬如說像鎮公所、農會啦，所以我們健康營造的方式大概就分為這

五種啦，以 Dst 為題、以社區為題、以社團、有意願的族群，或者是以團體營造的方式。」

由 6 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示以五種目標族群為出發點來推動，分別為鎮、社區、社團、有意願的族體和團體營造的方式，這是屬於比較多元性的觀點來作為健康營造的出發點。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現大多數的受訪者認為以「里（村）」或「社區（團體）」作為營造工作的出發點是適宜的，若能加以運用小團體學習的方式，則推動的效果會更好。

表 4.26：社區健康營造中心推動之出發點的認知觀點

受訪者編號	里（社區）為出發點	多元化出發點
HCM11	*	
HCM21	*	
HCM31	*	
HCM41	*	
HCM51	*	
HCM52	*	
HCM61	*	
HCM62	*	
HCM71		*
HCM72	*	
HCM73	*	
合計	10	1

#### （四）社區健康營造中心招募保健志工的方式

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『請問貴中心如何招募社區保健志工？』回答內容中發現，營造中心招募保健志工的方式可歸納為二種方式：「1.醫院和社區組織宣傳」和「2.任務導向」（表 4.27）。

## 1.醫院和社區組織宣傳

有 8 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM31、HCM41、HCM51、HCM52、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答爲此意思表示，列舉 6 位受訪者的內容如下：

HCM11：「透過現有的鄰里志工組織與社區性的社團，吸收熱心而且有服務熱忱的青年，還是居家的媽媽志工協助我們推動各項健康行為生活。」

HCM21：「...喔！我們都是單位廿，我們有分兩種要怎麼辦，要怎麼分，有分兩種廿，一種就是說啊，我們在外面的單位他們自己本身就有志工了，那他們我們就會 training 他們啊，那他們就是社區保健志工啊，這是一種嘛，這是由各個推動委員自己去召集。另外一個的話，就是我們醫院自己的話就是海報宣傳啊。」

HCM31：「透過醫院的醫訊，上網宣傳：社區健康營造中心網頁、醫院網頁。我們有一個公共關係委員會，有一個社工專門負責招募社區志工。」

HCM41：「其實我們只有在那個門診時間表，以及那種院內張貼海報然後來招募，就是可能我們的那個服務寫在上面，由有興趣的民眾呢主動來報名，那其實老實來講那個效果不是很好，這個作法好像比較消極沒有主動出擊嘛，所以報名民眾或是有詢問民眾並不多。」

HCM51：「我們會貼在鄉公所的公佈欄，啊會利用一些機關團體去招募啦，那還有會朋友之間互相介紹這樣子，那醫院裡面我們也會貼在電梯裡面，有人就會來報名，報名的話就稍微調查一下基本資料這樣子，就讓他加入了。」

HCM61：「...那我們社區保健志工，事實上社區保健志工的話，就是以學生志工為主，嘿，那跟醫院的志工其實是來源不太一樣，醫院的志工是以家庭主婦為主，然後我的那個社區保健志工是以學生志工為主這樣子。」

由 8 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點爲透過醫院的院訊、門診表、海報單張、醫院與營造中心的網站來宣導，或者利用社區的志工媽媽、社團原有的志工、學生志工、公共關係委員會、鄰里長、鄉公所公佈欄等人員來宣導。其中受訪者 HCM41 表示用這種被動式的招募方式，招募成效不佳。

## 2.任務導向

有 3 位受訪者 HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者的所問問題回答爲此意思表示，列舉 1 位受訪者的內容如下：

HCM71：「我們現是以這個所謂的計畫型態的來招募，以某一個計畫就招募某一類的志

工，譬如說以我們整體性的來看話，國家在環保就招募環保志工，文化就招募文化志工，就是看你哪一個計畫，文化計畫文化志工，環保計畫環保志工，我們在這邊的話就是安全計畫跟健康計畫，所以就分為安全志工跟保健志工，保健志工裡面飲食的就保健志工、運動就運動保健志工，對對對，兩類，完全以計畫來招募。那麼我們人才事實上部分是重疊的，所以我們區隔非常清楚，但是志工是互相流用，他是融合的，他也會從運動跑到飲食、飲食跑到運動，甚至我們還有跑到安全，人力是流用的。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為依照活動計畫型態來招募所需的志工，各計畫間志工人力是有重疊的，且相互輪用。

從以上11位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者的招募方式不外乎院訊、門診表、海報單張、網路或是透過社區鄰里長、志工媽媽們宣傳等方式，此結果與羅瑞煌（2000）在調查醫院招募志工的方式有：以醫院海報單張方式最常見，其次依序為社區看板、院訊、醫護人員、報紙、網路、學校社團、廣告信函、電視的結果相似。

表4.27：社區健康營造中心招募保健志工的方式

受訪者編號	醫院和社區組織宣傳	任務導向
HCM11	*	
HCM21	*	
HCM31	*	
HCM41	*	
HCM51	*	
HCM52	*	
HCM61	*	
HCM62	*	
HCM71		*
HCM72		*
HCM73		*
合計	8	3

#### （五）醫院志工與營造中心保健志工之間的區分

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『中心保健

志工與醫院志工是否有所區隔？」回答內容中發現，醫院志工與營造中心志工之間的區分可歸納為二種：「1.加以區分」和「2.無區分」（表 4.28）。

## 1.加以區分

有 9 位受訪者 HCM11、HCM31、HCM51、HCM52、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 7 位受訪者的內容如下：

HCM11：「我們的保健志工跟醫院的志工是分開的，而且是獨立管理的、獨立運作的，兩個志工隊有區隔、區分開來，並沒有互相運用。」

HCM31：「有區隔(中心保健志工與醫院志工)，我們等於說在我們所有的志工裡面，社區的志工是獨立的，因為社區志工基本上是列入縣的管轄。」

HCM51：「醫院志工跟社區志工有做區分，醫院我們會有一些服務項目的不同，外面的志工是他們的那種團體活動，不一樣。反正我們醫院的志工絕對參加大雅社區健康營造，大雅社區健康營造有一小撮人也會參加我們醫院志工，因為那個資源太豐富了。」

HCM52：「有分開啊！中心志工我把他分為三種，一種是推動互動的，一種是參與的，一種是互持的，他對我們這個志工、這個組織蠻認同，但是他沒時間，但是物質上能夠來幫忙協助的，叫做互持的；互動的就是他比較積極性，能夠投入的；參與的是偶而他時間能夠加入我們的一些互動的行列的，這是參與的，分成三種。」

HCM61：「有，我們還是有分。...因為我們志工分組分的很清楚嘛，就是他們什麼組什麼，什麼服務台組就服務台組，社區營造志工是做社區的。」

HCM71：「...那麼我們人才事實上部分是重疊的，所以我們區隔非常清楚，但是志工是互相流用，他是融合的，他也會從運動跑到飲食、飲食跑到運動，甚至我們還有跑到安全，人力是流用的。」

HCM72：「我們是有，中心志工和醫院志工我們有分，但是重疊性也多啦。」

由 9 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為醫院志工與營造中心的志工是有所區隔。其中受訪者 HCM11、HCM31 和 HCM61 表示兩種志工是清楚分開並不相互輪用的；而 HCM51、HCM52、HCM71、HCM72 與 HCM73 則表示雖然志工有所區隔，是可以相互輪用的。

## 2.無區分

有 2 位受訪者 HCM21 與 HCM41 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM21：「志工 28 人，我們的志工跟醫院的志工是合併的，只是他掛了一個社區服務組，社區資源組這樣子。...中心保健志工與醫院志工是否有所區隔，沒有，但是是有分組啦，有分組，有把組分開，但是同一個單位管。」

HCM41：「...其實老實說啦，就那時候我們在就是呈報的時候，很多時候都是醫院志工就是社會工作室那邊，就是志工會跟這個社區保健志工混淆在一起，因為其實志工是它負責管理的嘛。...就是其實到去年成果發表的時候，我們才發現國健局啊，他們需要是他們理念是不可以醫院的志工跟營造中心志工兩個都不可以混在一起，就是你醫院的志工不可以去做社區的事情，就是這種社區營造的志工一定是要社區的，不可以重複就是，啊我們承認這部分有混淆到，所以今年我們的方向是重新去招募一個就是全新的志工隊就對了。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為醫院志工與營造中心志工是合歸於醫院志工隊，一起管理與運用，其中受訪者 HCM21 提到他們有將社區志工另分為社區資源組。而受訪者 HCM41 表示重新招募一批屬於營造中心的志工是今年的工作目標。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現大多數的受訪者皆表示醫院與中心志工應加以區隔，因為工作項目與服務對象是不同的。至於在志工是否相互輪用上，受訪者的看法各半。

表 4.28：醫院志工與營造中心保健志工之間的區分

受訪者編號	加以區分	無區分
HCM11	*	
HCM21		*
HCM31	*	
HCM41		*
HCM51	*	
HCM52	*	
HCM61	*	
HCM62	*	
HCM71	*	
HCM72	*	
HCM73	*	
合計	9	2

#### (六) 社區健康營造中心保健志工的教育訓練方式

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『貴院（會）與營造中心有哪些志工培訓研擬計畫，其課程內容與訓練方式為何？是否有聯合性的志工培訓計畫？』回答內容中發現，營造中心保健志工的教育訓練方式可歸納為四種方式：「1.相互開放課程」、「2.中心開設課程」、「3.中心無完整課程」和「4.委託衛生所辦理課程」（表 4.29）。

##### 1.相互開放課程

有 8 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM51、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 6 位受訪者的內容如下：

HCM11：「醫院與營造中心有共同培訓志工的計畫，是衛生局所定的志工基礎訓練課程，我們也有跟榮總合作一起開志工訓練的課啊！之前有一些志工因為時間上的問題，就去參加榮總辦的志工訓練，因為基礎的訓練課程都差不多啦！我們也有由

中心這邊單獨培訓志工的計畫和課程，我們也有由中心這邊單獨培訓志工的計畫和課程。」

HCM21：「...有啊，就是按照那個上面（成果報告）的上課啊，其課程內容與訓練方式為何，就是上課，上完課之後，訓練方式喔，就是到外面的社區實際做宣導，就是說要怎麼講它，就是上課嘛，上課之後就會到社區去啊，然後就開始做推廣宣導，這樣子啊，就是線上服務，不然也看不出來他有什麼，他到底要做什麼。」

HCM51：「醫院跟中心之間有一些聯合的培訓計畫，我是開放的，我每次活動都是開放的，反正都會來啊，我也搞不清楚，反正來的就是了，這些培訓計畫是跟醫院專業比較有關係的。」

HCM61：「那志工培訓研擬計畫啊，就是我們就是辦職前訓練啊、在職訓練...會啊，如果說我們有，他們也享有跟我們醫院志工同等的福利啊，如果我們有辦什麼活動他們也都可以一起參加。」

HCM71：「我們給他們的哪些訓練喔，現在是法令規定的基礎訓練、特殊訓練一定給，那另外進階訓練就依照需求下去辦，所以他在健康飲食我就給他健康飲食的基礎訓練，運動就給運動的訓練啊，那像安全的部分，我們就給他們有關哪一個議題，像農藥的安全就給他農藥安全的訓練，居家安全就有關居家的知識方面的教育啊，大概是依照需求下辦啦。啊這些有時候會聯合舉辦，就是早上辦什麼下午辦什麼，因為我們志工是流用的。」

HCM72：「中心志工有哪些培訓計畫，在裡面通通有（成果報告），非常完整，從基礎到進階我們通通都有。基礎課程是衛生局規定的課程，它譬如說自願服務法啦，然後什麼什麼，基礎是衛生局規定的既定課程，然後再過來的特殊教育跟進階的話，就是由你事業運用單位，你認為你們的社區型態需要什麼樣的一些訓練而制訂，但是時數有規定，這樣你懂嗎？特殊跟進階是它有這個名稱啦，但是任何的參訪啊，很多很多的教育訓練這個就是你們營造中心看自己來決定。」

由 8 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示醫院與營造中心有共同開設一些志工的培訓課程，從法令規定的基礎訓練到營造中心依所需而開設的進階訓練。有 2 位受訪者有提到訓練計畫詳細記載於成果報告之中，可見其對成果報告之重視性。其中 HCM52 提到醫院開的培訓計畫大多是與醫療專業比較有關係的課程。

## 2.中心開設課程

有 2 位受訪者 HCM31 與 HCM52 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「社區保健志工的培訓依國健局推動之健康生活方案訂定，讓社區志工作了

解推動方向及課程內容。醫院與社區志工目前沒有辦過聯合的培訓計畫，但是在開會的時候，我們有請他們（社區志工）來參加，就是說醫院本身志工固定一個月會開會一次，我們會邀請他們組長來。」

HCM52：「我們這個有叫做一個（台語）志工定期訓練，志工定期訓練的結果，就是邀請一些核心的志工A時準來開會（台語），再來怎麼來動，所以每個月都有這個兮勒。種子教師訓練營就是一樣，就是我們的志工再培訓，再進階的訓練，因為的話才能夠，我體會到說像我們救生隊你沒有再學習學習沒有辦法，再來在新年後我們再增加的培訓，給他們的觀念既然他要投入這個組織，他要認知這個組織的需求、它的推動是什麼。所以，這是我把營養師下去講課，講課的內容我全部錄下來，全部把它錄下來。...而我為什麼把這一些教學教材呢都把它給錄起來，給他們做他們本身要教的人，或者是他們本身要的人也可以聽，大家再來探討。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者 HCM31 表示營造中心的保健志工訓練計畫，主要是依國健局規定的培訓計畫來執行，會邀請社區志工組長來參加每月一次的醫院志工會議。受訪者 HCM52 強調志工定期訓練的必要性，所以營造中心每個月都會有志工進階的訓練。

### 3.中心無完整課程

有 1 位受訪者 HCM41 就研究者的所問問題回答內容如下：

HCM41：「沒有世，目前沒有一起的培訓計畫，我只知道說有那個什麼就是純粹醫院志工的培訓計畫，但我們沒有，沒有完整的，對。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示因為目前沒有真正屬於營造中心的志工，所以目前的志工培訓計畫僅有醫院志工的部分，營造中心目前沒有完善的課程規劃。

### 4.委託衛生所辦理課程

有 1 位受訪者 HCM51 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM51：「醫院也可以訓練啦，那其實我們是委託像 Dyt 衛生所他們有一些志工的正式訓練，而且那是縣政府會發所謂的志工手冊，然後志工手冊做完之後我們就會幫他辦保險啦，加入所謂的意外保險啦，不錯呢。衛生所這邊上課 16 小時，有進階課程，上了好幾個進階了。...我們有一個自願工作隊，就會結業就會有這種證書，再來的話他們所有自願服務，他們只要一參加這裡面服務的項目會一直進階上去，他們的志工倫理啦、志工服務啦，目前政府好像在推志工嘛，他們都有證書，而且這個證書很好，有保險啦，我們會保險，有五十萬的保險，這不是五十萬的問題，重點是他們有這種心很好。其實他們已經訓練了第七梯次，啊我們也辦好幾次，每

一場我都希望二三十個跟他們交心，可是來得都是四五十個，我也不知道上的怎麼樣，就是很高興，又有準備點心，大家都很快樂，結束就吃東西，吃得很快樂」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示營造中心的志工訓練交由衛生所來辦理，開設的課程有正式訓練與進階訓練，完成正式訓練的志工可以那拿志工手冊，並加入保險；目前進階訓練已辦理了 7 個梯次了，大家踴躍參與。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者的認知上都認為除了基礎的志工課程外營造中心應其需求開設進階的訓練課程。因為教育的目標乃在啟發受教者自我成長與自我實現，所以志願服務的教育訓練應該著重於啟發志工自我成長的動力，以便盡其可能把志願服務工作做得更完善，這是志願服務訓練的最終目標。

表 4.29：社區健康營造中心保健志工的教育訓練方式

受訪者編號	相互開放課程	中心開設課程	中心無完整課程	委託衛生所辦理課程
HCM11	*			
HCM21	*			
HCM31		*		
HCM41			*	
HCM51	*			*
HCM52		*		
HCM61	*			
HCM62	*			
HCM71	*			
HCM72	*			
HCM73	*			
合計	8	2	1	1

#### (七) 志工推展家戶參與社區健康營造活動的方式

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『志工如何推展家戶參與社區健康營造活動？』回答內容中發現，志工推展家戶參與社區健

康營造活動的方式可歸納為五種方式：「1.市場和學校推展」、「2.身邊的親戚朋友」、「3.自動自發的社區服務」、「4.活動或計畫推廣」和「5.小團體學習」(表 4.30)。

## 1.市場和學校推展

有 1 位受訪者 HCM11 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「們有試過利用志工到附近的傳統市場，對買菜的婆婆媽媽們做健康的推廣和健康營造觀念的宣導，但是，宣導的效果不理想，因為民眾到市場買菜是來匆匆去匆匆，並不會有人特別記得志工們的宣導。我們改為運用國中、小學義工媽媽的力量，我們將健康的訊息傳遞給這些義工媽媽們，由這些媽媽們來推廣給在校的學生和其他的學生家長，共同來關心健康的議題。我們甚至會與學校來合作，辦理與健康生活有關的活動課程，由學校輔導室來鼓勵同學邀請家長參與。有一些學校的輔導室會對那些有邀請家長來參加活動的學生，給他們記一次嘉獎。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示曾經利用志工到市場去做健康的宣導，但因市場的人熙來攘往的，所以志工的宣導效果不佳；爾後改用學校的導護媽媽將健康的訊息傳入家庭與校學之中，成效還不錯。

## 2.身邊的親戚朋友

有 5 位受訪者 HCM21、HCM31、HCM52、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM21：「志工如何推展家戶參與社區健康營造活動，就從周圍朋友開始做起親戚朋友，從自己周圍啊，他的親戚接受觀念，他自己親戚也會再去聽啊，哪個叫什麼會，老鼠會嘛，那個叫做多層次行銷，對啊。」

HCM31：「志工會先參與健康議題之活動，經由自己本身參與體會及感受所帶來之益處，將觀念帶給家人及鄰居。」

HCM52：「...要給他們觀念，所以一些容易的資訊，所以有什麼，就是要充足，充足訓練就是要講觀念訓練，有觀念的人來互動刺激，用觀念的方法教，而不是說你今天說一個形式上，不是在工作啦。我們今天的志工是在互動是在推一些觀念，而不是說是在工作的志工，而是真的觀念的志工，你觀念的志工來無形中來影響力，影響你周遭的人，周遭就是你家庭、你的朋友、和你在一起互動的都可以影響到。」

HCM72：「應該是說利用志工本身的社區關係、人脈，這樣子啦。」

HCM73：「就是說志工他們家的親戚啊、親朋好友啊，或是說請他去宣導他們家族，爸爸媽媽或者姊姊妹妹。...我們辦的是一十方案啦，一十方案就是說這個志工來上

完課，如量血壓，他找十個人，找他身邊的十個人，一個人找十個，那一百個就找到了，這樣去擴展志工的家戶參與，一十方案，一個對十個。...志工就這樣推，他就會設法去找十個人，有成功拉進來的實例啦，不過機率不是很高，只是說我去找十個人，搞不好講一講你要不要來做志工，搞不好只有一個人願意，也許都有，但是我們的目的是說我們已經有跟十個人去做宣導，好像老鼠會，有一點像。」

由 5 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示運用志工的人脈與社區人際關係，來推展社區健康營造，透過人與人之間的互動和學習，利用像老鼠會一樣的多層次傳銷方式，有形無形地將健康概念推及志工身邊的親朋好友。受訪者 HCM73 提到「一十方案」的方式，請志工向身邊的十個人做訪談，將健康的觀念宣導出去。

### 3.自動自發的社區服務

有 1 位受訪者 HCM51 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM51：「他們自己會組成量血壓隊，去幫忙，就是像量血壓啦，還有一些像獨居老人，他們現在有在推獨居老人的拜訪活動，那有幫人家整以家裡的，還有一些貧困的，我覺得他們蠻熱心的啦，蠻熱心，尤其說喔健康新煮張會到他們家裡教人家煮一些清淡的飲食，我覺得也很好。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示社區志工自組工作隊，到社區裡做健康的宣導和獨居老人的送餐與訪視。

### 4.活動或計畫推廣

有 2 位受訪者 HCM41 與 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM41：「...就可能就是辦活動，然後講座，這樣子的方式，要不然就是對啊，有時候都是那個執行長啊！去跟這個社區談，說啊我們想要推這個，不曉得你們有沒有興趣，那我們來幫你們做這樣子。」

HCM71：「那麼志工如何推展向家戶參與社區健康營造的活動，那完全幾乎現在就是什麼以計畫為導向，以活動來創造社區的吸引力，就這樣。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示以活動方式來推展家戶對社區健康營造活動的參與。

### 5.小團體學習

有 3 位受訪者 HCM41、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答為此意

思表示，列舉 2 位受訪者的內容如下：

HCM41：「其實我覺得我們種子教師做的不好，就是說可能是因為這邊就是一方面是設計課程啦，有的民眾會覺得說但當然是有的很多是覺得滿意啦，但也有一些是覺得可能來聽課那聽一聽就忘記了，那像這些人其實都沒有辦法做種子教師。對，其餘的他可能可以當種子教師，有那個潛力但是沒有去持續的上課的話，到時候還是忘記，所以覺得訓練的那個目前訓練那個不是很好，這個我想要加強，這個也是算我們今年度的重點吧，對因為去成果發表的時候發現，國健局他們有請專家來嘛，就跟我們講一些我們的缺失啊，以及他看到的不足的地方，就覺得對啊～好像真的是。」

HCM61：「...志工如何推展家戶參與及社區營造活動，那這個目前來講，家戶這個部分我們是用小團體學習的，那其實我們現在有一些種子教師也是我們的志工啦，所以這個種子教師會介入比較多是在於課程的一個引導跟帶領上面，所以這些的這種志工他們其實這種家戶參與的情形是等於用活動式來帶動一些社區媽媽，來進行社區健康營造這樣子。種子教師都是社區的媽媽，嗯～目前有差不多 20 個種子教師。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示運用小團體學習的方式，利用種子教師來引導社區民眾參與健康營造活動。其中 HCM41 表示種子教師的部分做的不好，他們在思索如何加強種子教師的訓練方式，將是今年度推動的工作重點之一。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者所表示的志工推展家戶參與的方式，最多是從身邊的親朋好友開始做起，因為希望透過志工的潛移默化下，帶動身邊的人重視健康；再來是以小團體學習或辦活動的方式來推展民眾參與，這是我們最常看到營造中心舉辦的方式；而自動自發的到社區推展服務的方式各只有一位受訪者為之表示。

表 4.30：志工推展家戶參與社區健康營造活動的方式

受訪者編號	市場和學校 推展	身邊的親戚 朋友	自動自發的 社區服務	活動或計畫 推廣	小團體學習
HCM11	*				
HCM21		*			
HCM31		*			
HCM41				*	*
HCM51			*		
HCM52		*			
HCM61					*
HCM62					*
HCM71				*	
HCM72		*			
HCM73		*			
合計	1	5	1	2	3

#### (八) 社區健康營造中心推動的社區活動項目與內容

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『請問貴院（會）營造中心有辦理何種促進民眾健康行為之活動？』回答內容中發現，營造中心推動的社區活動項目與內容可歸納出三種方式：「1.中心主要成員決定」、「2.『三支雨傘標』活動」和「3.戶外參訪活動」（表 4.31）。

##### 1.中心主要成員決定

有 2 位受訪者 HCM11 與 HCM21 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「...應該是說，我們每一年內有兩次，我們會把我們的主要成員，就是組織圖中的那些組織，我們會把他們邀過來，我們會 discussion，我們後來半年要做什麼，方向怎麼定，等定完以後我們就開始訓練課程，順序活動這樣子，先跟這些組織作個溝通，我們會這樣做，溝通完以後就開始設課程設活動，這是一部份。另外一部份就是我們會不定期的，會有組織進來，所謂的組織進來就是說他可能會有一個臨

時的需要支援或是需要幫忙。」

HCM21：「委員會開會的時間不一定廿，有時候一個月一次，或者二個月一次。像那個烹飪班我們現在就排半年啊，健康篩檢是一個月前排，講座也一個月前排定，然後像那個運動啊，就是要活就要動，那個就是里長自己排，單位自己排，我們就不管，對啊。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示應定期或不定期找營造中心的主要成員來開會，在會中討論及訂定民眾所需的健康議題，以這種方式讓社區民眾由下而上的決策需要的健康議題與活動方式。

## 2. 『三支雨傘標』活動

有 11 位受訪者 HCM11-HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 8 位受訪者的內容如下：

HCM11：「譬如我們有一個美麗人生成長班，裡面有什麼課你知道嗎？體育課耶，我們要去跟他們打乒乓球耶，真的沒騙你啊。還有我們有發明健康操，元氣操，我們發明元氣操要去教，要比賽耶，嘿啊，這跟醫院的直接利益就沒有關係啊。不過，我是覺得社區健康營造是有點像社會行銷啦，就看主事者怎麼做了。啊，其實我的想法，是有一個不要說披著羊的狼啦！應該說是一個有第二層意義的想法。」

HCM11：「我們到公司或工廠去開戒煙班，在課程結束後，有做追蹤調查，結果發現：老闆認為做這些東西在浪費他的時間，辦完就是交差了事了，因為工廠需要辦職安教育。也發現到，開辦職場戒煙班大約只有 15%~20%的人會真正的戒煙。戒煙班的成功率與公司或工廠主管願不願意支持有很大的關係，如果老闆願意 support，則會有 50%的員工成功的戒煙。」

HCM21：「...是會辦講座啊，然後會辦運動講座、運動聚會，譬如說鼓勵民眾啊多去參加里裡面已經成立的像元極舞班啊，就是會告訴民眾這些資訊啦，你吃飽飯可以去哪裡運動，然後那裡的住址在哪裡，會發訊息告訴他們，那個都是推動委員自己成立的，對啊，都是他們一個一個成立起來的，就是要多活多動啦。我們目前推的活動有健康飲食，三低二高，社區烹飪班由醫院營養師、健康飲食餐廳（生機飲食）、人員授課或者社區志工講師授課，裡面的課程比較特殊的有養生烹飪課程，教健康五穀米粽啦，冰皮月餅、年糕、年菜、春捲、湯圓等等，配合年節節氣搭配飲食，還有烹飪比賽啦。」

HCM31：「健康新煮張和要活就要動，採小班制團體教學（12-15 人），為期五週連續課程，以利健康習慣養成。還有不定期配合社區進行健康講座、社區健康篩檢。活動主要是它（衛生局）的規定吧，目前就是先推，按照它的活動，按照它的經費來撥就對了。」

HCM41：「...其實我們最常就是講座嘛，還有一般那種衛生局它有就是我不知道你有沒有聽過他們是說「三支雨傘標」這樣，小團體、學習團體嘛，然後還有健康新煮張、要活就要動，還有煙害防制，這三個。推那個不好推耶，我是覺得，因為找人家來上課的話，真的不好上真的不好找，我們找的人也有社區它希望，但是醫院也有一些人可以，就我們一開始先請醫院的人上課嘛，那接下來的課可能就請一些社區民眾他有興趣的，但是覺得說就是除了很難找到那一批人之外，就是效果也還好，但至少有個目標啦，知道說你想要做什麼樣的方向。我們還有辦健行活動啦，就是還有繪畫比賽，醫院最常出去就類似健康篩檢這個東西。」

HCM51：「我們有要活就要動、健康新煮張，還有就是無煙害環境，有針對校園，但工廠不敢去，會被罵出來，那一下班就是在抽煙的，我們有去做健康講座說煙對肺不好，這個倒是跟我們特約的我們都有去啦，但是不曉得成效怎麼樣。」

HCM52：「辦嘉年華會，就是為了要號召我們全鄉的鄉民什麼叫做社區健康營造，而我把它列為路跑、健行、寫生，還有一些我們土風舞、元極舞的活動，再來話就是我們健康新煮張，健康新煮張就是以我們裡面的人員煮一些低糖、低鹽、低油、高纖維、高鈣的東西給大家品嚐，大家偶爾能夠感覺這麼來吃也是很好吃，能夠吃出健康，給他們認知什麼叫做健康新煮張，就是說低糖、低鹽、低油，我們是煮的東西就是不很甜不很油膩，東西能夠真實吃得對我們身體很健康的，下去著手，來給他們認知而來宣導。為什麼辦寫生呢，身心的健康，就是說（台語）我們人身上要有一些身心，你身心，身怎麼來平衡、心怎麼來平和、靈怎麼來愉悅...靈的話就是要我們，我要寫說代表說我們身心健康、體適能健康、飲食的健康，我們心身能夠健康我們觀念要正確，而你不會起憎恨心的話，無形中對我們的身體有幫助。」

HCM61：「阿～有何種促進民眾健康行為的活動，我們做最多就是要活就要動跟健康新煮張嘛。」

HCM71：「...我們辦活動啦，現在大概都是ㄗ..我們曾經辦過的大概健走、韻律舞蹈，運動的部分，那然後再來飲食的課程的種子培訓、飲食課程的教育訓練，那麼還有體能檢測訓練營，還有志工培訓營，大概我們給予這樣子的一個議題啦。」

由 11 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的活動項目，大多是以縣衛生局要求的活動方式為主，「三支雨傘標」的活動包括健康新煮張、要活就要動與無煙害環境，運用小團體學習的方式，在運動方面像太極劍、元極舞、元氣操等活動方式，飲食方面則是三高二低的健康飲食的上課方式。其中 HCM52 特別強調要怎麼做才能達到身心靈的健康。而 HCM11 針對在工廠（公司）所舉辦的戒煙班成果調查來說明，而其推動成功與否跟老闆有很大的關係，若老闆支持戒煙，則成功率將會提高。

### 3. 戶外參訪活動

有 1 位受訪者 HCM52 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM52：「小瓢蟲有機農場我們參觀他真實的meaning，他有一些觀念，我們為什麼要這樣，就是要合時的菜（台語），攔來咩（台語），你今天咩，你本人你給它的營養响，什麼營養咩，就是說你本身（台語）施肥給伊安奈健康（台語），嘎咱人港款意思（台語），你健康人自然就沒病，你健康來賺來嘜無影響對（台語），它沒有辦法破壞你响，這是我感觸良多。它以前日本人也來參觀他們的一些，它（小瓢蟲有機農場）在山腰下，在卓蘭那裡，我們都呷伊十多年的菜，小瓢蟲卓蘭些（台語）。我們上次也有去探討大雪山（台語），有一些活動，本身不是說做一些大活動大拜拜，我們最真實的就是說我們給他們認知我們怎麼來健康為重，為什麼要這麼做。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示藉由戶外參訪的活動，讓社區民眾知道有機食物的栽種方式和製作程序，教育民眾吃天然的食物最好，由參觀的過程來體悟「自然」就是健康的觀念。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現有 2 家營造中心的受訪者表示營造中心所推動的活動項目與內容，是由中心的主要成員來參與決定；而營造中心所推動的營造活動大都包含在「三支雨傘標」的方式之中；另有一位受訪者表示增加社區民眾戶外的參訪活動，有助於民眾對健康的認知與健康觀念的建立。由此可見，營造中心的活動方式仍是遵照國民健康局之規定，以及六大健康議題為依歸。

表 4.31：社區健康營造中心推動的社區活動項目與內容方式

受訪者編號	中心主要成員決定	『三支雨傘標』活動	戶外參訪活動
HCM11	*	*	
HCM21	*	*	
HCM31		*	
HCM41		*	
HCM51		*	
HCM52		*	*
HCM61		*	
HCM62		*	
HCM71		*	
HCM72		*	
HCM73		*	
合計	2	11	1

### (九) 社區健康營造中心所推動之社區活動的民眾參與度

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『何種類型的社區健康營造活動民眾參與度最高與最低？原因為何？』回答內容中發現，營造中心推動的社區活動項目、內容與民眾參與度的關係可歸納出七項：「1.與活動性質有關」、「2.與會員制度有關」、「3.健檢參與度高」、「4.大型活動參與度高」、「5.飲食與運動參與度高」、「6.講座參與度低」與「7.戒煙參與度低」（表 4.32）。

#### 1.與活動性質有關

有 1 位受訪者 HCM11 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「我覺得民眾參與活動的意願、參與度的高低，應該是跟活動性質不同，有不同的人參加，所以我們依據不同的族群來設計不同的活動內容。像我們到新光百貨去做健康體適能的比賽活動，參加的人就有一百多個，大家參與度都很高啊！到社區辦活動也是，所以最高與最低這方面的問題沒有很明顯的看的出來。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為因依照不同族群的需求，社區不同的

活動方式，以吸引社區民眾的參與。受訪者表示他們規劃活動時都有考量到參與的對象是誰，所以在活動參與度上，沒有很明顯的差異。

## 2.與會員制度有關

有 2 位受訪者 HCM51 與 HCM52 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM51：「我們以村為單位，我們是 13 個村，那其實要辦的話一個月大概每個禮拜都會有活動，活動盡量安排在禮拜六禮拜天，不然就是禮拜五晚上，就是我要怎麼講，如果說以營造中心來講，我說健康新煮張一個活動，一個月會有兩次活動，但是 13 個村一起辦，他們現在是每這禮拜都辦，他們有那個什麼什麼太極舞劍，他現在是每個禮拜兩次辦太極舞劍，在大雅國小那裡，聽說也是好多班，還有每個禮拜三在我們停車場那裡有元極舞。參與都很多，這是真的。他們對社團活動很支持，我也沒看過這樣，我以前在中國醫藥學院很難辦，我怎麼在這裡好快，區域性的問題。」

HCM52：「活動出去都好幾台遊覽車，真的我A驚耶（台語），那個叫做古坑，一百六七十人，你想我本身三台遊覽車跟十台兮勒A（台語）。...再來我為了安全問題，就拼倒落來（台語），好在我以前是長跑的，拼倒落來，不能夠出狀況（台語），每個人有一條毛巾，上次嘉年華會換這一色給他們做紀念，所以一年一百塊（台語），還划得來。這不是優渥他們，這是給他們認知你認同這個組織，攔來我才能夠，大家都要參加（台語）我怎麼分你可以我不可以，因為你是我們的會員嘛對某（台語），你是我們的會員我們需要你的時候你才會挺身，下次我們需要的時候（台語），現在他認同這個組織的互動啦，一號召一下去一人三百五百驚死人（台語），多少錢不看在政府就在這裡，所以這個會員制很重要，因為你不能老是說，因為我們做事情叫一個組織，組織你要有一個架構，就是說你這個組織的架構怎麼來把它整合，比較能夠有一個响士氣。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現 DYTHC 以辦社團方式來辦理社區健康營造活動，再加上營造中心的執行長在當地相當有人脈，所以營造中心的大小活動都有很多社區民眾在參加。

## 3.健檢參與度高

有 5 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM31、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 4 位受訪者的內容如下：

HCM11：「我在去年暑假我自己有做一個 research，去瞭解到底我們主辦單位所辦的活動是不是符合民眾的需求，就發現明顯的差異，跑出來的統計是明顯的差異，民眾喜歡什麼你知道嗎？三大項：義診、健康篩檢及 X 光檢查，我的 paper 在裡面，

跟我們的健康體適能、良好的生活習慣，我們的三項，跟他們做健康檢查，有一段距離，我們是說希望說他們從生活當中養成健康生活習慣，當然那些疾病就可以預防，可是民眾還是停留在醫院是第二階段的預防篩檢。」

HCM21：「...我覺得健康篩檢是最高的耶，健康檢查是最高的，原因為何，因為不用花錢又可以做健康檢查很好啊，我這樣講會不會被打啊，不用錢大家不是都來了嗎。篩檢後有問題的民眾會回來，再來是會寄課程給他們，讓他們來上課。我們跟衛生所合作，因為我們醫院的配度很高，我們會把健檢結果的報告給一份給衛生所，讓他們年度報告的時候可以報告。」

HCM31：「參與最高的是社區健康篩檢，因為免費檢查，所以社區民眾參與意願最高。」

HCM61：「...那參與度最高的民眾是哪一種社區營造活動，我覺得還是以配合里長的那種義診啊，參與度最高，因為民眾還是認為那種東西跟健康最有關係啦！...因為我覺得一般民眾他們還是會覺得希望從這裡面知道自己的健康狀態是怎麼樣，而不是覺得說他可以從這裡得到什麼，學習到什麼健康行為，就是說他還是認為說我的健康狀態怎麼樣，你幫我抽血檢查一下我是什麼事就安心了。」

由 5 位受訪者的陳述中，發現受訪者不論是從主觀的察覺或客觀的研究數字，我們都可以得到民眾對健檢的參與度最高，歸究其原因其一為免費檢查不用花錢，其二為民眾對健康的認知還是停留在預防篩檢的部分。

#### 4.大型活動參與度高

有 2 位受訪者 HCM41 與 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM41：「...嗯～多的話其實是....我們覺得因為我們那時候健行啊，啊應該說還有園遊會啦，因為我們健行搭配園遊會，喔那時候的那個人真的感覺超過一千人多次啦，因為我們有那個摸彩，其實比多少的那個應該是決定於你活動設計有沒有吸引力，像我們就是當天可能有摸彩，然後就是有獎品可以摸吧，或是你來然後免費做篩檢，那其實民眾他看到這種東西他就比較有驅使力讓他過來。」

HCM71：「...最好做的一定是健走啦，辦活動裡頭，最好做啊，因為根本這些居民參與這些議題無責任啊，又可以拿禮品啊，像我們最近都在發禮品，就這樣子啊。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示因為民眾對這些議題無責任，又可以摸獎跟有贈品拿，所以健走（行）、園遊會等大型活動參與的人數很多。

#### 5.飲食與運動參與度高

有3位受訪者HCM71、HCM72與HCM73就研究者所問問題回答為此意思表

示，列舉2位受訪者的內容如下：

HCM71：「...最難推的就是飲食啊，因為飲食聽完以後一堆要改啊，對不對，吃太油吃太鹹，然後講完以後還說你願不願意幫忙推飲食計畫啦，要推的話他就覺得唉呦來聽完課程還要做事，責任很大。第三這原因就是說，這些議題都聽過了，但他有沒有做是一回事啊，有聽過跟有做是兩回事啊，對不對。所以他說這什麼三低二高，聽過了沒意義嘿，這不容易啊，這個很難推，我們也是在想這個方式到底要怎麼改，這我剛剛提到說這個團隊會成長，因為我以前辦活動的要求就是相同的活動我很少重複舉辦，就是說除非你推的非常成功，那麼你可以尋此模式不斷的去辦，否則的話，一般的活動我很少會重複兩次到三次的，就是因為發現實行以後就會發現有一些缺失啊，大概原因是這樣子。」

HCM72：「我們目前是以健康飲食的部分啦（最多），如果以我們衛生局提供的方案，就講那三個，我覺得健康飲食跟運動應該都OK啦。」

由3位受訪者的陳述中，發現受訪者的陳述中，發現受訪者表示針對健康飲食所辦的活動最多，參與的人數也不少。就「三支雨傘標」的活動來說，健康跟飲食活動民眾的參與度都不錯。其中，受訪者 HCM73 表示健康飲食很難推的原因是民眾對行為改變的意願很低，民眾都知道健康飲食的重要，但是知道跟做到的還是有很大的一段差距，所以他強調除非是推得很成功的活動才會繼續辦相類似的活動，不然的話，一般活動很少重複舉辦。

## 6. 講座參與度低

有4位受訪者 HCM21、HCM31、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉3位受訪者的內容如下：

HCM21：「講座最低，講座一直不高，因為你來聽也沒有贈品給你。講座一直不是很高，原因是沒有贈品，就是什麼都沒有啊。就是沒有人要來，就是來的頻率很低啊，啊你兩個月才一次人家就覺得新鮮感咩，你每個月開開開就沒有新鮮感咩，因為每一次講的東西都一樣，他會覺得很無聊，去吃吃飯拍拍屁股就走了。」

HCM31：「...那比較少的我覺得是嘖～那時候就是講座耶，因為也時候像我們辦在白天啊，有時候民眾要上班，但會來的都比較有時間的都是老人家啦，我們這邊也有那種年齡老化的趨勢嘛，所以感覺就是中年人以上才會比較會過來，那年輕族群可能比較少，我覺得講座的，那因為訓練課程是有時候是我們自己去找，所以倒還好，就請他們幫我們找人，所以那個參與率還不錯。有晚上的課程，像那種做菜一定要晚上，因為媽媽她們都是要下班以後。」

HCM61：「...那比較低的我覺得嘖～就是演講啦，講座或者是說我們要他持續來參與

這種，有時候會比較低一點。...他沒有去願意到說他想要去從事這種健康預防行為這樣子，响就是這種預防的這種事情，所以就是認知層面上的關係，所以他會覺得預防性的部分，他比較沒有興趣，譬如說你教他怎麼樣吃的健康、怎麼樣子怎麼健康、運動要健康，他就會覺在理念上他都可以接受啊，但是行為上他就沒有辦法配合啊响。」

由 4 位受訪者的陳述中，發現受訪者皆表示講座的參與度很低，歸究其原因為民眾有聽完跟有做到之間還是有差距的；沒有贈品對健康議題又沒有新鮮感；白天民眾都要上班，所以參與的年經族群較少，以老年人居多。

## 7.戒煙參與度低

有 3 位受訪者 HCM61、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 2 位受訪者的內容如下：

HCM72：「...戒煙參與最少，應該你如果都是問台中縣的應該都是戒煙比較不好推。」

HCM62：「...譬如說無煙校園很難推啦，對啊。對國健局來講推無煙害的，聽說經費很多，你要怎麼申請就怎麼申請，只是誰去申請那個誰去做到那個，我光是推學校喔！有的校長是一口就跟你回決，我不要得罪家長會，他不要得罪啊？因為你知道我們的文化就是，以前的那個會長大部分就是比較紳士派的比較有學問的，現在的家長會會長應該不太一樣了，應該都是商的或一些什麼的，不是檳榔就是菸酒都不離。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示無煙害環境不容易推動，因為社團或學校領導者不願支持戒煙的政策，常常讓戒煙班流於拍拍照啊！照照相的形式。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者整體上來講以健檢、健行、園遊會的方式參與的民眾較多，以戒煙跟講座的參與度低；在健康飲食方面各有高或低的觀點，這與受訪者的認知上的差異有關係。另外，有 1 位受訪者認為民眾參與度的高低與活動性質有關，有 2 位認為是與營造中心推行的會員制有關係。

表 4.32：社區健康營造中心所推動之社區活動的民眾參與度

受訪者編號	與活動性質有關	與會員制度有關	健檢參與度高	大型活動參與度高	飲食與運動參與度高	講座參與度低	戒煙參與度低
HCM11	*		*				
HCM21			*			*	
HCM31			*			*	
HCM41				*			
HCM51		*					
HCM52		*					
HCM61			*			*	
HCM62			*			*	*
HCM71				*	*		
HCM72					*		*
HCM73					*		*
合計	1	2	5	2	3	4	3

#### (十) 討論分析與小結

在營造中心的推動範圍、推動出發點的認知與主要工作方面，本研究發現其推動範圍主要以中心所在鄉鎮為主，成亮（2003）指出推動健康促進的觀念和作法，可先由行政社區（鄉、鎮、市、區或村、里）裡的「小社群」著手。另外，本研究更發現有1家營造中心推廣範圍擴及到中心週邊的鄉鎮。管敏秀（2002）的研究結果亦發現以整個鄉鎮（市區）為社區健康營造計畫的實施範圍之居民對於社區健康促進活動整體滿意度，較非整個鄉鎮（市區）之居民整體滿意度為高，此結果與本研究相互映證。而在營造中心的主要工作是遵照衛生署社區健康營造計畫所規定之健康六大議題，以及由營造中心自訂健康議題來訂定營造中心的推動工作。

在志工招募、訓練與推展家戶參與活動方面，本研究發現志工的招募主要透過醫院和社區的宣傳、依活動任務類型招募所需的志工等方式，與羅瑞煌（2001）研究結果相同，其招募志工方式為透過院訊、海報單張、志工推薦、里長招募等

方式；另外，本研究更發現到5家營造中心將醫院志工與營造中心志工加以區分。本研究發現志工的訓練方式主要以醫院、營造中心或衛生所開設訓練課程，而訓練內容與陳毓璟（2003）研究結果歸納出志工訓練一般以保健常識和志工服務的基本概念為主的情況相同。完善的社區保健志工培訓計畫有助於幫助社區保健志工不斷的吸收新知充實自我，加強志工對於社區問題的解決能力和健康知能的增長，進而提昇健康營造之執行成效，進一步促進社區保健志工培訓更加完善落實。本研究發現志工推展家戶參與活動上，多位受訪者表示以影響身邊的親朋好友和小團體學習的方式較多；志工在社區健康營造計畫中的服務是先「以身作則、身體力行」（衛生署，2000），然後再去影響社區居民，關心社區間各種衛生健康問題，隨時掌握狀況，做最有效的處理。

在營造中心推動活動項目、內容與民眾參與度方面，本研究發現11位受訪者皆表示有『三支雨傘標』的活動項目與內容，此與羅瑞煌（2001）的研究結果中，營造中心較常運用吸引社區民眾參與的健康行銷活動方式相類似；民眾參與度上發現跟活動性質和會員制度方式有關，而健檢、大型活動、飲食與運動活動參與度較高，講座和戒煙班的參與度低，此結果與張耀文（2003）研究所提之民眾參與健康活動的類型以醫療保健、休閒活動、運動為主的結果相似。

就過程面整體而言，本研究結果可以歸納得知，不論是在營造中心的推動範圍、推動出發點的認知與主要工作，志工招募、訓練與推展家戶參與活動方面，營造中心推動活動項目、內容與民眾參與度等方面，若以一般系統理論的觀點來看，我們可以知道過程面屬於社區健康營造中心的運作體系，將過程面這一些輸入營造中心的人力、物力、經費體系等，透過系統的運作處理，以輸出營造中心的具體成效，也就是結果面的呈現。

### 三、結果面

本研究歸納衛生行政界受訪者針對研究者所問之問題回答，運用結果面之「（一）醫院與社區健康營造中心有效整合社區資源的認知觀點」、「（二）對醫院本身營運績效與形象的認知觀點」、「（三）醫院參與社區健康營造工作所遭遇的困難與挑戰」、「（四）目前醫院參與社區健康營造工作最需要的協助」、「（五）對於衛生署社區健康營造計畫的建議」等五方面，來探討受訪者對於醫院承辦社區健康營造中心對醫院本身營運績效影響的看法、營造中心與社區資源整合的狀況，以及營造中心運作成效、困難和建議的認知觀點。

## (一) 醫院與社區健康營造中心有效整合社區資源的認知觀點

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『請問貴院(會)與營造中心如何將社區資源作有效的整合?』回答內容中發現,營造中心有效整合社區資源方面可歸納為四種方式:「1.以在地資源為考量」、「2.醫院提供支援」、「3.醫院向後垂直整合」和「4.解決社區問題」(表 4.33)。

### 1.以在地資源為考量

有 9 位受訪者 HCM11、HCM21、HCM41、HCM52、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示,列舉 7 位受訪者的內容如下:

HCM11:「我舉個例子來說好了,營造中心舉辦一個社區的健康園遊會,由我們主導規劃、協調安排附近的里、社區裡的社團組織來共同參加,像找社區裡的媽媽教室來設攤位,賣一些她們的手工藝品,她們煮的東西啦!我們亦會邀請區衛生所一起 enjoy。由里辦公室、里長找人來園遊會幫忙啦!還是醫院提供慢性病篩檢、健康檢查這些活動攤位。...可能是我們對來這裡實習的實習生不錯吧!實習結束後,他們會回來營造中心幫忙,這也是社區資源整合的一部份吧!」

HCM21:「...譬如說有很多公益團體,他們自己就已經就是自己很有規模就對了,就去結合他們,來運用的話,有時候資源像桌子椅子都他們出啊,場地是他們出啊。有答應的(社區團體)多半是有意願的,沒有答應的也是有碰到,但是還好,多半聽到不用錢都還好就對了,應該都還好,只是他們覺得麻煩,就是說要開會什麼會很麻煩,他們會比較不想來開會。」

HCM41:「...這是我們那個有一個資源整合系統,就是我剛才講說我們在這邊嘛對不對,上面是國健局,就是這兩邊,這邊是推動小組啦,主要是社工營養,這邊是我們醫院,其餘這個都是里社區發展協會那個代表,這個和這個是社區發展,因為這個是其實是媽媽教室啦,啊這個也是,對,然後這是○○國小那個校長,他是負責就是類似無煙害校園,對然後從他就是國小部分可能他開始連結,我們跟他去聯絡說我們這樣想法,那是不是能夠跟其他就是讓其它的學校有共識。...這邊有附一個執行長,對啊!下面就是有督導小組就是一個主任嘛,那其實我們主要就是分成這七個大團體啦,對啊像○○國小嘛,對就是主要是無煙跟健康飲食,對然後這個福興里就是 high 起來體適能,這個興安里這個健康霹靂伙就是類似有一點健康新煮張這種我們後來又演變的團體啊。...那這個是其實 Slt 青商會這個是剛好那個執行長,他有在參加青商會,然後就是他去裡面推行,那剛好就是社長也支持這些無煙社團這個部分,所以只要就是由青商會的那個會員,然後就當算是無煙社團開始堆動的一個點吧,像他們都主要譬如說你在聚會的時候點煙就罰三千塊一根,就是點一次就是罰三千,就嚴格實行,所以大家就真的是來開會就不敢抽啊!」

HCM51：「我們一般來講啦，其實我只是希望社區的資源讓它很健康很正常的發展就好啦，那以營造中心來講，我們找那個○執行長、鄉長啦，其實他在社區的人脈相當紮根、很紮實，他等於說二十幾年都在做志工，所以有效的整合等於說他就是這裡的人，就是應用當地人來做這樣子的事，我醫院做 support，所以根本就沒有整合，他等於說我在為鄉里為自己人做事，他這樣子，我是這裡的人我在為這裡的人做事，就是這樣的作法。」

HCM52：「...依我社會的人脈有的，我就找一些我所互動出去這些的人脈，譬如說衛生所護理長啦，還有交誼會的理事長啦，還有長老會的理事長，紳士協會的會長啦，還有鳳凰志工的副隊長啦，游泳基金會的董事長啦，元極舞的總幹事啦，土風舞的執委啦，農會的總幹事、股長啦，體育會的這一些常務監事啦，永興宮的總幹事，文教基金的董事長啦，一些人脈來協助互動，做要推動的後盾。」

HCM52：「...我是算說跟這一些社會課啦民政課啦他們都配合，因為這個是廣泛的，因為那是啊所以是說，我感覺說政府做的應當是配合度應當是最好的，你要是說一個社團上我是認為還是不夠，我跟你說一個社團上你能夠多少的起色，我社團涉那麼多啊對某（台語），第一資源人脈，資源人脈，但是呢政府的話就是唯一的他是真實能夠互動的人的代表性，不是他絕對一定要，舉個例子，你是政府的政策A時準了，一個代表性A時準（台語），他是裡面的課長啦裡面的什麼他也能夠協助幫忙互動我們的代表性，攔來以鄉裡的全民大家動的觀念比較快，動的比較快。」

HCM61：「目前我們事實上還是朝向就是跟一些機關團體做一些小團體的活動，還有就是說喔～我們跟獅子會做物質上面的一些交流，然後跟一兩個里來推動健康里這樣子，所以有行政單位嘛，那有機關團體，然後也有就是喔～以里為那個，我們會做這樣的整合。機關團體除了衛生局所之外，我們還有學校，我們也去學校辦小團體。」

HCM71：「健康營造中心的成立以後的第一個動作都叫資源整合，因為它絕對不是，健康營造中心不是資源的來源，如果回溯到剛剛我開始講的說，健康營造中心有意願參與的有文化團體參與的，有這個像我們這個附近還有鄉公所參與的、衛生所參與的喔，甚至還有像老吾老基金會參與的型態，都有，只有我們醫院是以醫療為背景，其他的都是以其他行業為背景，那麼他要去做健康這個議題的時候，他一定要跟社區的資源結合，這種資源可能就包括了你的人力的來源。第二個是途徑的來源，這將來你要透過哪一個捷徑、途徑，去宣傳你的社區健康嘛，對不對，所以你結合以後，就可以回復到前幾年有講到的，你要宣傳社區健康營造中心的時候，我們有跟社團結合嘛，對不對，那所以你現在講資源整合的時候，那跟他整合就順便跟他營造嘛，他就變一個健康社團嘛，對不對，所以一定是這樣子的一個進行整合啦，所以我們就說結合地方的機關團體，你就把它結合在一起。...那第二個就是說整合以後，我們說一個目的嘛，就是有錢出錢有力出力，對不對，共同出資、人力共用、空間共用，這個是整合上的一個目的嘛。」

HCM73：「社團，剛才講的農會的家政班啦，這個前面已經回答你了。」

由 9 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示的整合方式大多為與在地的社區資源做結合，有學校、社區公益團體、社團團體、社區發展協會、農會公所、衛生所、基金會等等單位，希望透過資源的整合後，大家能有錢出錢有力出力，空間與人力相互共用，這才是整合的目的。

## 2.醫院提供支援

有 2 位受訪者 HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 1 位受訪者的內容如下：

HCM72：「我們剛才說的阿，我們辦活動的時候醫院會支援一些救護車跟醫師，資源整合的嘛，送給我們一些他們的禮物啦，就是物資嘛，那桌椅是不是用借的等於是結合了嘛，已經是有效的資源整合了耶。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為醫院所提供的人力、物力的支援，其實就是一種有效的資源整合觀點。

## 3.醫院向後垂直整合

有 1 位受訪者 HCM11 就研究者的所問問題回答內容如下：

HCM11：「我們醫院也有護理之家和居家護理的工作，就是把公共衛生中的避免殘障和提供復健做醫院服務的再延伸（延長），醫院做營造中心的公共衛生工作更健全、落實。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為醫院向後垂直整合的方式，將長期照護單位納入醫院的體系之中，將公共衛生的三段五級觀念徹底落實、貫通。

## 4.解決社區問題

有 1 位受訪者 HCM31 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「營造中心有成立公共關係委員會協助社區資源整合，每三個月開會一次。這個地方你可能再強調，我們開會的會議記錄是上呈到我們總裁，也就是我們營造中心的主任委員，他們所提出來跟醫院或者是社區有問題的地方，我們都會去改善，也就是說，其實你提到這個有效，這個有效其實最後面就是人家提的問題你要能解決啦！不然以後開會沒有人要來。所以我們目前的開會是人是越來越多啦，越來越多，因為我們每次都有在幫他，他提出來了，我有跟他們說你提出來了我會幫他們

解決，當然不是每個問題都能解決，但是不能解決我們要跟他們溝通說哪些地方有問題，因為他們常常會要求這個什麼都是醫療的減免啦！什麼東西免啦！但是問題是不能全面性啦！像這個部分我們就會溝通說那你里長的部分就可以，但是你不能要求你里民全部通通都這樣子，那這樣子其實在醫院和對醫院來講以後會變成惡性循環。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為有效的資源整合，應該先從解決社區民眾的問題做起。由召開公共關係委員會來瞭解社區社區的問題，進而幫助解決問題，這樣子民眾才會覺得你醫院是站在我這邊的，真正在幫助我們健康的。受訪者也提到其實社區中最常見的問題是醫療費用的減免，而他們的解決方式是進行溝通，讓民眾瞭解這對醫院才說是一種惡性循環。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者的認知觀點，可以歸納為資源的連結是因為不同性質的組織擁有不同的資源和力量，關注著不同類型的社區議題，所以社區內不同性質的團體要設法結盟，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利。

表 4.33：醫院與社區健康營造中心有效整合社區資源的認知觀點

受訪者編號	以在地資源為考量	醫院提供支援	醫院向後垂直整合	解決社區問題
HCM11	*		*	
HCM21	*			
HCM31				*
HCM41	*			
HCM51	*			
HCM52	*			
HCM61	*			
HCM62	*			
HCM71	*			
HCM72	*	*		
HCM73	*	*		
合計	10	2	1	1

## (二) 對醫院本身營運績效與形象的認知觀點

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『您認為貴院（會）承辦社區健康營造中心對醫院本身的營運績效與醫院的形象是否有所影響和幫助。』回答內容中發現，對醫院本身營運績效與形象的認知觀點可歸納為四種觀點：「1.有助於醫院形象」、「2.有助於醫院形象與營運」、「3.醫療形象的影響」和「4.難以評估醫院績效」（表 4.34）。

### 1.有助於醫院形象

有 3 位受訪者 HCM11、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「形象我覺得是一定有幫助啦，至於我的論點、我的基礎在哪裡，沒有喔！沒有 research 啦，所以不知道，我只是感覺啦，對醫院的形象是絕對有幫助。」

HCM72：「我們相信有，但是這個有並不是說馬上，就是說我們是去拿營造的錢在做這個東西，因為我剛剛就是講我們出去是不打○○醫院的招牌的啦，但是是因為它像我們自主的嘛，一出去人家就劃上等號，像這邊我跟你講的，但是慢慢的他們會做邊界，是這樣。」

HCM73：「...第一公益形象嘛，喔對不對，所謂的公益形象，那他們知道○○醫院不只賺在我們的錢那它還有做公益喔，這個應該這個問題寫這個答案也算是有一點點對啦，所以說形象是否有影響和幫助嘛，影響的話就是說病人在健康方面做得很好，當然它的生意就減少，病人量就減少，急診量又減少因為我們是做預防的工作。幫助就是說我們等於就是說講白的就是做功德嘛，在名詞上應該是做公益形象，對醫院來講應該就是這樣子。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者皆表示醫院承辦社區健康營造對於醫院本身的形象絕對是有幫助的。

### 2.有助於醫院形象與營運

有 6 位受訪者 HCM21、HCM41、HCM51、HCM52、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 5 位受訪者的內容如下：

HCM21：「有啊，有幫助啊，醫院本來就站在關懷的立場。幫助是對回診有幫助，就對了。」

HCM41：「我覺得是有絕對正面的關係，因為一方面可以把醫院形象帶出去嘛，那民眾就在潛移默化的就是狀況，他是覺得說你○○醫院注重我這一塊，那很自然而

然的就是你有遇到身體狀況或是疾病啦，或是預防保健上面的問題，很自然而然就是因為我○○醫院就是近，他就會在這邊就醫，他其實或許效果不是很顯著，但是我相信這個是很持續性的，你越去關心民眾，民眾相對就覺得說他可以信任這一家醫院，對，其實這是行銷的一個一個機會啦，對所以只要是能夠讓醫院曝光的這個機會，我們都不希望能夠放棄。大部分都覺得有幫助吧，對啊，就多做的（台語）這樣子，有人會說這樣子，我們絕不能想說是為了營運而去做這件事情，真的不可以。」

HCM51：「很大很大，很大，第一個就是有一點說我是他健康的好鄰居啦，那因為認識在地的人，那相對就是他們有一些疾病啦什麼，他們會來找我們，這就是有一點相對的那種回饋啦。那醫院形象來講，他們認為說我們在幫他忙，為什麼，因為○○倒底是從外地來建醫院的，那我們幫他申請國健局 140 萬的補助，我們出錢又出力，我覺得很好啦。」

HCM52：「絕對很大的幫助，所以為什麼會『雙營又雙贏』，嘿，因為他會認為說他回饋社會、他回饋社區，對某（台語），這些社區人員會感激感恩醫院的協助與互動，而自然而然人是這樣子會有感情的啦，無形中他會什麼投入你關懷的，醫院你在給他們照顧與治療嘛，但是最主要你醫療的素質要好，但是喔醫療素質也要好，不是說絕對的，你要醫療素質你本身要做，你要做出來，以後變成區域醫院嘛，你算有A時準，以後講你這一區就是這個醫院來給你顧，嚕出嚕少人A時準嚕賺錢，嚕多人你就A嚕了錢，社區給你包A意思（台語）。」

HCM61：「認為貴院承辦社區健康營造中心對醫院本身的營運績效和醫院的型態，這個有幫忙啦，當然是有幫忙啦，這個是增加社區民眾的認知程度。」

由 6 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為醫院承辦社區健康營造中心，對於醫院本身的營運績效和形象絕對是有幫助的。因為健康營造中心是醫院在回饋社區的一種方式，所以社區民眾再予營造中心互動之後，會加深對醫院的認知。

### 3.醫療形象的影響

有 2 位受訪者 HCM31 與 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「形象上是有啦！但是績效，我是說回診量那一些不一定會有，但是你說病院好不好，好好好，但是醫師好某？（台語）他們就分的很清楚哪一個醫師哪一個醫師，這個東西就很實際，所以說整體的一個是醫院的形象，但是你講到實際私底的醫療的層面那就是不一定。」

HCM71：「...很多人在講說這叫什麼得到形象，但是很可惜的形象這兩個字，企業不一定會活，我們念企管告訴我們說有一個很好的公益的招牌它會企業會活，對，在

醫療業不一定這樣啊，醫療業的形象是在什麼，它的形象是在什麼，它的醫療專業上，就是說你來我這裡如生病的時候、住院的時候，我非常的專業，你需要錢的時候我找社工幫助你，你要掛號的時候我有一個這個絕好的服務態度，在病房的時候，人不舒服按一個鈴，nurse馬上到而且笑容可掬，在這方面我稱為醫療的專業，這一段做得很好的時候，哇！不容易，然後偶而我贊助一下，就像長庚醫院這樣子，對不對，你要什麼錢，啪！丟給你，長庚贊助，形象馬上跑出來了嘛，但是跑到這一段（營造中心）來，形象對於它有什麼幫助，我跟你講這裡頭的很難有。...不是一般的人一句話說，你做這個就是做功德啦（台語），就得到形象啦，啊你因為形象很好，所以很多人跑去你那裡看病？跑去來我這裡看病，不是因為我公益的形象很好，是因為我的醫療專業很好。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示社區民眾其實是會區分醫療形象與醫院公益形象的，雖然你承辦營造中心有很好的公益形象，但是人們不會你醫院的形象好，就認為你的醫療專業也一樣好，所以醫院承辦社區健康營造中心對於醫院的整體形象是有幫助的，但是民眾不一定來你醫院就醫，因為民眾就醫的選擇是針對醫療專業形象而非公益形象。

#### 4.難以評估醫院績效

有 3 位受訪者 HCM11、HCM71 與 HCM72 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「...那醫院本身的營運績效，那我不知道如何去定義啦，不過假如是以民國 86 年 85 年從○○分院成立到現在，我們醫院確實是每年的營運績效一直在增加，門、急、住診都一直增加當中，啊那至於是不是社區健康營造的關係呢，我想我不知道有沒有相關，因為在健康營造參加之前，我們也是每年增加的，參加之後，我們也是每年增加的，啊，至於是不是有絕對的相關，我不知道，看看有沒有人要研究啦！我也不知道。」

HCM71：「那醫院經營社區健康營造中心跟本身的營運績效沒有幫助啦，我就說這叫正面效益，啊我剛剛講到的從最基層的叫做取得一個捷徑進入社區，這要最基本的，但是我覺得那個叫做不是一個正常的想法、正常狀態的想法，而是說醫院裡頭在經營社區健康營造中心的時候，應該是一個一體兩面的事情，換句話講說，我們本來就是講說要讓一個人，他在這個跟你接觸的時候、跟你這個機構接觸的時候，你到底是要讓這個人越活越健康，這個才是你最重要的目的，就是社區健康營造中心最主要的目的，當跟你社區健康營造中心一接觸，他應該越活越健康。我剛剛講說基本的觀念就是說，每一個人都有公平的機會，取得正確的資訊，選擇健康的生活方式，那他一接觸以後應該有這個能力，對不對。但今天剛好這個後面的支持者叫做醫院嘛，所以醫院在這一段的時候，既然要讓他活得更健康，這個跟你的醫療完全是什麼背道而馳嘛，對不對，那這個怎麼會講說從健康營造中心得利呢，

這個叫背道而馳。」

HCM71：「那你經營社區健康營造中心，你做了這個案子下去，你得到多少，你獲利多少，就是說多少人回來門診？所以那個根本一點幫助都沒有嘛，啊我是說我把這個看得很清楚了以後，我從來不認為醫院應該要從健康營造裡頭得利，意思是說你巴的緊緊的，你也搞不清楚你得多少利，乾脆你就不要理他嘛，該來的還是會來嘛，你擔心也沒用啊，你不擔心也來嘛，擔心不會來，不擔心也來，你幹嘛擔心，就在這裡啊。」

HCM72：「...應該是說對本身的營運績效來講，這個本身就蠻難去評估的啦，因為這個如果我說有，你們一定會說這就是把醫療行銷帶出去，但是對醫院的形象是絕對有，這個是絕對有，這個的話我們本身沒有去做評估，這個我們本身沒有做評估，你知道嗎？因為我們就身上沒有背負什麼行銷的東西，所以我們無法做評估，我的業績起來是不是跟我們績效有關係，我們沒有做評估，但是這個絕對有，這個跟這個有沒有關係，我想答案就知道了，長久以來絕對有幫助，」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為以較長遠的時間來看，醫院承辦社區健康營造中心對於醫院自身的營運績效絕對是有幫助的，但是這個績效成長是很難設定因子來加以評估的。研究者圖 4.1 來表示醫院與營造中心以及健康與生病四者間的關係。

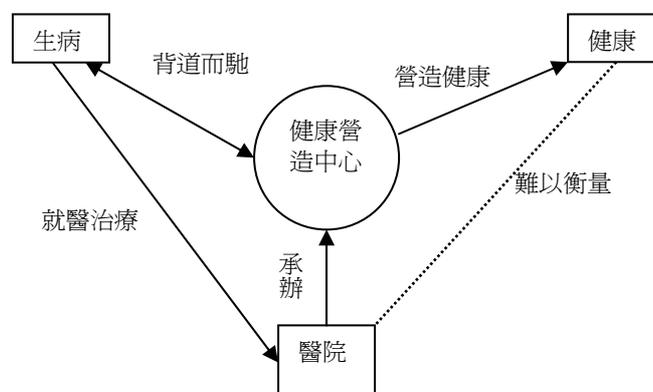


圖 4.1：醫院與營造中心之間的概念圖

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者大多表示，若以長遠的觀點來看，醫院承辦營造中心對醫院形象與營運績效的影響，受訪者皆抱持著正向的態度，普遍認為醫院若用心耕耘社區，對於醫院的形象一定是會有幫助的；但是，是否真正隊於醫院的經營績效有所幫助，目前受訪者表示醫院參與營造中心的發展與醫院營運績效的增加，兩者之間或許存在一些關係，但是是否與營造中心有絕對的關係，是很難去評估與瞭解的。

表 4.34：對醫院本身營運績效與形象的認知觀點

受訪者編號	有助於醫院形象	有助於醫院形象 與營運	醫療形象的影響	難以評估醫院績效
HCM11	*			*
HCM21		*		
HCM31			*	
HCM41		*		
HCM51		*		
HCM52		*		
HCM61		*		
HCM62		*		
HCM71			*	*
HCM72	*			*
HCM73	*			
合計	3	6	2	3

### (三) 醫院參與社區健康營造工作所遭遇的困難與挑戰

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『請問貴院（會）參與推動社區健康營造中心所遭遇的困難與挑戰為何？』回答內容中發現，醫院參與社區健康營造工作所遭遇的困難與挑戰可歸納：「1.從挫折中學習」、「2.志工參與意願」、「3.中心缺乏經費」、「4.社區資源整合不易」、「5.難扭轉社團形式」、「6.民眾的不瞭解」、「7.社團領導者的意願」、「8.公所的經費投入」、「9.小團體學習外推性」、「10.人才培養不易」、「11.健康議題邊緣化」和「12.健康營造成效無立即性」等十二種（表 4.35）。

#### 1.挫折中學習

有 1 位受訪者 HCM11 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「...挑戰喔！這個我覺得任何事情都一定有一個解決的一個窗口啦，那當然在執行的過程當中一定遇到很多的 trouble，那我們也一直在從挫折裡面學習到一些經驗。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為「做中學」的態度，因為在執行過程中一定會有很多問題，所以邊做邊學，從挫折中學習經驗。

## 2. 志工參與意願

有 4 位受訪者 HCM21、HCM41、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 3 位受訪者的內容如下：

HCM21：「喔，困難喔與挑戰喔，困難點就是就是說，就是因為好像就是困難，人力不足，是我們醫院自己的事情，就是社區志工的穩定性不高，然後也沒有在其他的那個啦 support，只有保險的那個 support，就是那種社區志工參與意願都一直不高啊，好奇怪。」

HCM31：「困難的部分，就是你要叫民眾去教，種子教師是最困難的，每一個類型都是一樣，因為它要求我們要活就要動、健康新煮張，他要教社區民眾，以後要叫那個民眾去教，事實上它這個規定是民眾，民眾來上上上都沒有問題，但是變成你要教這個種子教師，它所謂的種子教師，種子教師其實就會有問題。」

HCM41：「...那再加上說我們在招募志工方面，就是因為針對這些，想要招募志工然後去設計訓練課程，其實那個尺度啊拿捏上比較困難，你可能訓練這些但是他聽不下去，但是簡單一點又覺得不夠強，就覺得說要這些人去當種子教師的話沒有能力啊，對啊，嘿阿那要我去做教師就免啦，我就聽聽就好（台語），對啊，就是覺得說我有了空來（台語），要我做什麼不要啊，就像你講的真的要拉出那個來，有能力有 power 的人去影響自己的人，大部分都這樣子。...只是真的是需要說培訓啦！那部分一定要加強，要不然這樣下去只是覺得說唉～永遠都是在做活動或是辦講座，這樣真的沒有意義。」

HCM62：「...我有找過兩個班長，因為兩個班長都覺得說都不錯，我一直在請有一些班，我沒有空來沒有班然後怎樣怎樣，不肯就是不肯，不肯就是不肯，他說一來啊我沒時間啦，二來我不敢上去講啦，我自己會弄叫去我上面講，私底下大家媽媽教室的時候，我來跟你講這個怎麼煮怎麼煮，啊你叫她真的站在台上的時候，講一些的話他不要，他不要，我還一直跟他講說沒關係啦！這四位都是這樣子就像你這樣子培訓起來的呢，他們是這樣子，你現在先不會你講半個鐘頭，只要講你會的地方，講這幾章啣，啊我們有投影片給你，稍微給你提示一下，順著這樣子講就好，我說半個鐘頭就好不要講一個鐘頭，半個鐘頭就好，不肯就是不肯。」

由 4 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示志工的穩定性與種子教師的訓練與推廣都遭遇到困難。其中 HCM21 表示志工的流動率太大，穩定性低，其他 3 位受訪者則表示民眾喜歡來聽來參加活動，但是不願意成為種子教師。

## 3. 中心缺乏經費

有 2 位受訪者 HCM31 與 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM31：「遭遇的困難喔，我覺得這個困難第一個困難是經費，其實我覺得可以從一般公司銷、產、發、人、財嘛，行銷大概還可以啦，行銷其實我們國健局它也有在推嘛，但是這也確實是一部份是有困難，因為你要去那個地方做還是有分年齡層的。那生產的話，我想醫院提供這個部分大概沒有問題，因為有這些架構。研發的話，以我們營造中心來講的話，我剛講的示範社區那是你會不會去推一個新的東西出來，你除了基本的東西會不會去推一個新的東西出來，我覺得當然每一間，我相信也有它的困難啦，那只是說我們因為要去比賽，所以我們就會一直在想每年每年要怎麼樣去變換一些新的，那些新的東西呢，其實也沒辦法增加很多新的，因為新的東西最重要是要落實嘛，所以要花很長的時間這樣子。人有醫院 support 嘛，財務是由基金會 support，但是財務也有困難點。」

HCM71：「再來我碰到的困難，經費難以為繼，我剛給你看了响，社會公益不是一個機構的主要職責，社會公益不是我機構的主要職責啦，很多人說你醫院辦那個，你醫療院所辦是你的責任，不對啦，不是我的主要職責，對不對，我剛講我的主要責任叫做什麼，醫療專業啊，啊結果因為你冠上一個公益之名，就是要我出錢出力，對不對，除非我有賺錢，說真的，除非一家醫療機構賺錢，它的機構的社會責任就會不等於我剛剛那個講法，它取之於民、要之於民，但你在醫管所你就會知道啊，這兩年的地區醫院點值變這樣，還在談公益，我活的下去就不錯啊，對某（台語），哈哈，我最近今年都在忙那個。」

HCM71：「...回到我們剛剛講的，健康營造中心要夠專業，否則的話，要來拿（台語），我健康營造中心 互勢（台語）我不會，因為我只會辦活動，對不對，但一些宣傳的活動，有什麼意義，你根本不夠專業，我也不要向你要，所以這裡頭就出現一個問題响，我剛剛提到回到剛剛組織面去講的時候，我說一個健康營造中心，它如果只給像這樣子的半個人力的人事費的時候，我 21300 塊錢我能夠雇什麼樣專業的人，對不對，我簡單講大學畢業的現在平均水準薪水多少錢，對啊一個商學院畢業的也要 2 萬 8、2 萬 9 吧，對不對，是不是，好，它這裡頭已經不是他說你自己編 2 萬 1 千 3 啊，不是這個問題啊响，我們的問題是在於什麼，它 40 萬去乘以 0.35 嘛，這當人事費的上限啊，14 萬啊，你去除以 12 個月，一個月編 1 萬 1 千 6 啊，對不對，我請大學的 1 萬 1 千 6 怎麼可能，所以我就說當你今天資源連結以後，你到底是在做什麼事，你用了什麼人，就看你的薪資水平嘛。」

由 2 位受訪者的陳述中，受訪者 HCM31 以企業機能的概念來說明營造中心的狀況，他表示所遭遇第一個困難就是經費的不足。受訪者 HCM71 表示醫院要在有賺錢的情況下才也辦法談公益；有提到經費的不足會反映在專業人力的雇用上，因為薪資水水太低請不到專業的工作人員。

#### 4.資源整合不易

有 2 位受訪者 HCM11 與 HCM51 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「...資源整合有時候遇到一些組織比較以自我為中心，自我利益為考量，以自我為中心，不會去想說澄清醫院給你什麼，你要把這個東西往外丟出去，通常很難，個人還比較容易喔！個人通常還比較容易喔！可是組織有時候覺得嘔，他們認為譬如說，只能做到這裡啊或怎麼樣，我們的策略也開始修正啊，你沒有辦法把這個訊息丟出去，好，沒有關係，那我們就辛苦一點，我們就開始遊走，所謂的遊走是說，我們希望你教會這個組織來負責把這個訊息傳出去到其他的教會，對不對，OK 那你不願意，沒有時間沒有人力，那好我不要你了，我不要去找你了，我去找其他教會。」

HCM51：「嗯，困難喔，應該是一開始啦，一開始的整合不易啦，因為大家都想當頭啦，搞的那時候很亂，那是初期啦，那現在慢慢的其實比較穩了。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示社區資源在整合上，社區團體比較以自我為中心，以利益的觀點去考量參與健康營造中心工作，在這方面受訪者 HCM11 提到會先與團體溝通，若溝通後的結果相同，將轉換其他團體做合作。

#### 5.難扭轉社團形式

有 1 位受訪者 HCM51 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM51：「那挑戰的話，我是覺得說我們比較難扭轉他們原來辦社團活動的方式，把它導向真正社區健康營造的工作上，我們這一點其實是很難導啦，因為最主要是他可能會想說我們第一個不是當地人，第二個就是以○大哥來講，他是社團起家的，他義工固然當了二十幾年，但是他沒有辦法就是說用那種社工、義工的那種立場來承辦所謂的社區健康營造，那你看還是為什麼每次都這麼多人，這個就是社團的形式嘛，那你要把它變成正常的，那種多層次傳銷，真正落實的健康生活，關心那種社區，那個還要有一段距離。」

HCM51：「他們最大的問題在於就說，他們認為這個團體很有錢，也不可否認說真的很有錢，他們來這裡是享受資源，你看我可以來吃、我可以去玩、我可以交很多朋友，都免費，都免費，但是這個有沒有錯，一開始這樣子是沒錯，但是慢慢的你要把它回歸正常，你要變成要扭轉這個趨勢不容易這樣子，我的問題在這裡。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示營造中心運用辦社團活動的方式來推動健康營造，其原因為領導者沒有辦法以社工或義工立場來辦活動，所以每次活動人數眾多，無法以小團體學習的方式來落實健康生活。

## 6.民眾的不瞭解

有 3 位受訪者 HCM52、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM52：「...因為社區營造中心所碰到的困難就是說，我們要給人家什麼叫是營造中心，憑良心講大家還很沒有，聽了感覺說霧煞煞（台語），因為政府他現在是說社區健康營造這個名稱喔，名稱這樣的話真的爭執，大家對這樣還沒有認知有多深說你知道無（台語）。」

HCM72：「像生命線人家知道，張老師人家知道，他們不斷的在做行銷，張老師它很成功的是它打入校園，校園不斷的有活廣告出來，一樣嘛，不管是大的行銷或小的行銷都一樣。啊你全台，台灣省三百多家社區健康營造中心力量很大世，結果我們看到是呈現出來的那種讓人家知道的成果是這麼的渺小，但是大家很努力做，我相信努力的很多很多啦，我覺得是這樣。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者社區健康營造已成立超過三年了，可是民眾對於社區健康營造中心是什麼東西、在做什麼都還不清楚，所以受訪者 HCM72 表示應該像生命線一樣，除來做行銷，讓大家知道社區健康營造中心的意義。

## 7.社團領導者的意願

有 2 位受訪者 HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答爲此意思表示，列舉 1 位受訪者的內容如下：

HCM62：「困難就是我們常會遇到就是說，就像主任講說要推出一個，好比說我們有構想要推出一個健康里，往往就是說里長答應說啊！我來幫你弄幫你弄，可是常常會跟他們講我們什麼時候來做什麼，什麼時候可以完成，可是都達不到那個目標。因為我們曾經跟主任去拜訪就是說其中某一個里，他本來剛開始里長很熱心說喔！這種健康里，覺得說蠻有意思的，或許他我在想他可能在他的里裡面，或是說在他的推展委員會裡面，可能有遭遇到困難，只是說可能也是他一相情願的，因為他這一定要搭到鄰長嘛，搭到他另外有一些的什麼會長啊之類的，你才能推嘛，那如果說他本身里長要，那鄰長乜的配合度不是說那麼高的話，或是說那另外的什麼什麼推動委員會的一些委員意願不是很高的話，光是一個里長要來推，他應該是蠻受挫的，就像說我跟他搭的，他給我的回應是這樣子，我覺得蠻受挫的，這樣子。」

HCM62：「...我知道那個里長很有心要去做那個嘿，我也去曾經去找過他，可是他侷限於他要辦什麼嘿歌唱比賽啦！啊然後老年的什麼競賽，去旅遊啦！然後又有什麼就里民活動，他就辦那個而已，啊其他不要，他會跟我搭就是要我幫他義診、幫他

講課、幫他需要的，對。有時候聽了也蠻悲哀的啊！可是他們要的是這樣子，那上面也認為說我們老是在做這些，對不對，所以我都一直還沒有找那麼 superstar 那種，沒看到，那個離我還蠻遙遠，不曉得在哪裡，對啊！因為是區域型態的問題，區域型態不一樣，因為跟那個區域型態很多關連。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示在社區裡面有心做健康營造的團體不多，有時候里長很熱心要推，但是找不到社區團體的支持，或者是里長只願意做一些公關活動啦！唱歌、旅遊啦！無心於與健康有關的議題。

## 8.公所的經費投入

有 1 位受訪者 HCM62 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM62：「可能 Fyc 的那個民眾的意識喔，不像不太像其他那個鄉鎮的那種緊合度吧，那種向心力吧，尤其一個我感覺啦，像我們的運動團體來講，在 Fyc 來講很多要推的跟神岡鄉隔壁的鄉喔來比，光是活動來講，他們一個活動，在 Fyc 你要推一個社區的嗯～，像好比說運動的活動，還是說他旅遊，媽媽參與什麼的，申請經費來講，在市公所來說他們申請經費比較困難，然後在鄉來講，我覺得他們那個在申請經費响之好用之快耶，而且他們可能鄉市的那種用的在投入在社區，譬如說在他的鄰里，他們是村啦，那我們像里來講，像那種那種不太一樣，我的感覺。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示公所對於市（鎮）內的發展方向不同，而在健康方面的撥款程度也都不相同，所以他覺得以當地的公所來說，不易申請經費補助。

## 9.小團體學習外推性

有 2 位受訪者 HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 1 位受訪者的內容如下：

HCM62：「...我從去年弄到現在，他們衛生局一直想說用小團體的學習模式，一直想要像老鼠會這樣一直推一直推，我覺得沒有一個，目前來講弄得這麼多沒有一個說他有辦法再去生一個小老鼠給我，沒有，沒有，都我自己要再去找，或是說別的媽媽教室聽到說他們辦了這個活動，然後剛好那個班長也在傷腦筋說，我下一個月的活動我要怎麼去弄，然後他才主動說啊！我們來搭你這個線，他這個月就不用煩惱說，我這個要怎麼去跟要跟這個學員教什麼東西，會有這種困點。」

HCM62：「...可是我們針對面對民眾的時候，他們常常會提出很多的問題出來，他只是找我們是說，萬一種子老師不會的話，我們把他的問題帶回來醫院，我再去請教營養師，然後再去回答他，可是往往這樣子對種子老師是一種傷害，他會一種挫折，他會相對要求我是說，醫院這邊有什麼資源再幫你受訓，再培訓他們。...只是說因

為大家都不是科班出生的嘛，然後他們認為是說我只要教你，然後你有這種稍微這種概念之後，你還可以再去組一個團，你要去教人家，難啦，除非說運動，運動它是很制式的講我怎麼動怎麼動都可以，只是只要教到有健康營養的東西，你說隨便找一個，我現在說講你對不對，你有這堆講義了，你回去念一念，啊你去再組一個團，然後去教人家，你知道我那這種子老師我已經培訓滿久了，而且不敢說一個人一下上四堂課、講四個題目，沒有，我說一個你給我專精高纖的部分，然後一個專精去開始講脂肪的部分，就給他分開，四個人講不同的議題這樣，然後講到他們熟練為止，然後在四個說入你們的題目交換看看、交換講看看，用這樣的方式。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示小團體學習的外推性很差，因為種子教師通常是社區裡面的家庭主婦，他們的健康專業知識是經由營造中心訓練而產生的，若沒有持續不斷的訓練與上課，種子教師的流失率很高，團體外推更是困難。

## 10. 人才培養不易

有 1 位受訪者 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM71：「...我覺得困難回到組織經營人才是關鍵，碰到困難就是缺乏人才，喔人才培養不易，健康是一個很模糊的東西，你要透過營造要去達成健康，達成大眾健康更非容易之事，你要讓人才在這時候要產生，太難了，也不是我一個短期的培養就可以去。」

HCM71：「很困難是因為你要讓志工有這個技巧啊，那更是難上加難，光志工管理人才都很難培育了，何況你是這方面的志工，那更是難；啊我剛剛講就算不用人用活動，用活動，你光幾張海報放一放擺一擺，你說那一些農民、那些漁民、那些古社區裡面的中低階層的人，你看海報看的懂，更難。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者強調人才是經營社區健康營造中心的關鍵，而管理規劃人員與專業志工是短時間內無法培育出來的。

## 11. 健康議題邊緣化

有 1 位受訪者 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM71：「...然後第二個困難就是健康議題邊緣化啦，這個剛剛都解釋過了，那要把居民的健康的優先次序引導到前面來，你要透過議題的一個活動，讓民眾把健康自然往前挪這是非常困難的。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示在許多民眾的觀念中，健康往往被其邊緣化，民眾對工作、休閒都比健康來的更優先，所以要透過活動來改變健康

的有先順序，不是一件容易的是。

## 12.健康營造成效無立即性

有 1 位受訪者 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM71：「...我碰到的困難就這個啊，心臟病是什麼原因導致的，有遺傳啊、有環境啊、有飲食啊，他高工作壓力他絕對，他也有可能得慢性心臟病啊，我怎麼知道他，但是我面對的是台中縣甚至是 Dst 的十大死亡原因啊，健康營造我辦辦運動，我怎麼知道我今天辦的好不好，對不對，但是呢國外的學者、國內的學者他告訴你說十年以後會改變，問題我根本不知道這個計畫，你大概問我說能不能活十年，對不對，很難啦。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示健康營造的成效是需要時間來觀察的，通常民眾健康狀態改變的時間可能遠大於營造計畫所施行的時間，才會看到健康營造的成果。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者所遭遇的困難大致上在於民眾對健康營造的不瞭解與健康觀念的邊緣化，造成推動上、人才培育上的困難，加上營造中心的經驗不足，又缺乏資源分享與溝通的平台，造成社區健康營造上的諸多困難。

表 4.35：醫院參與社區健康營造工作所遭遇的困難與挑戰

受訪者編號	挫折中學習	志工參與意願	中心缺乏經費	資源整合不易	難扭轉社團形式	民眾的不瞭解	社團領導者的意願	公所的經費投入	小團體學習外推性	人才培養不易	健康議題邊緣化	健康營造成效無立即性
HCM11	*			*								
HCM21		*										
HCM31		*	*									
HCM41		*										
HCM51				*	*							
HCM52						*						
HCM61		*					*		*			
HCM62		*					*	*	*			
HCM71			*							*	*	*
HCM72						*						
HCM73						*						
合計	1	5	2	2	1	3	2	1	2	1	1	1

#### (四) 目前醫院參與社區健康營造工作最需要的協助

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『您認為目前最需要其他單位提供您哪些協助？』回答內容中發現，目前營造工作最需要的協助可歸納為六種協助：「1.人力與經費協助」、「2.傳播媒體協助」、「3.健康照護（healthcare）基金會協助」、「4.社區團體協助」、「5.標竿學習協助」和「6.無須單位協助」（表 4.36）。

##### 1.人力與經費協助

有 3 位受訪者 HCM11、HCM31 與 HCM41 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「...那最需要其他協助，我想應該是錢跟人力啦，錢跟人力啦！那人力的話，我們當然會利用社區志工來當我們的人力，可是志工是必須要管理的，既然要管理就必須要有有人力嘛。」

HCM31：「要其他單位提供哪些協助，我覺得是經費，因為找任何單位來，我覺得剛剛講的研發、人、財那些東西，我覺得在整合上來講，跟社區都可以去都很好找，但是找來找去找到後面都是錢，因為沒有錢做，所以這個 money。」

HCM41：「...那當然如果提到培訓或者是志工管理，當然也是我們醫院志工室要在，因為其實每個醫院社工室都有自己的志工要管理，說真的他們業務也是很多，那加上我們這部分的志工我們有時候，如果說要去分開的話，他們當然都一定會加重，對這部分也是嘖～，但是喔，真的是卡在很多私人醫院都是兼任的。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示需要人力與經費上的協助，人力上的協助提到志工的管理，也需要人員，通常都是由醫院社工來兼任。

## 2. 傳播媒體協助

有 1 位受訪者 HCM11 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「...我現在最需要協助的是傳播媒體，我不知道其他的社區健康營造的作法是怎樣啦！不過對我以後的策略來講，我不管我有什麼活動，我一定會發文去給各大媒體，啊至於各大媒體願不願意幫我們刊登，這有一段距離，因為有的媒體的經營策略可能是以金錢為導向，可能我們要刊登廣告，那就是經費的問題了，那蘋果日報願意刊我們是沒有給錢的喔！我們只花了 5 塊錢，郵票的錢，沒有稿費。那，所以我想我下一個步驟在傳播媒體的部分我會去在跟他們搞不好主動去跟他們談，也不一定啦！我再想想看要怎麼做。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示在未來會以增加傳播媒體協助的方式，在社區健康營造中心招募至工或有活動時做宣傳。

## 3. 健康照護 (healthcare) 基金會協助

有 1 位受訪者 HCM11 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「...你說你這家醫院希望這家基金會來 support 你這家醫院，有時候這是互相競爭的，譬如說，居家照護好了，他們有一些基金會，可是醫院有在做居家啊，有時候是互斥的。那我們有去找其他有關於 healthcare 的基金會，那，他們認為這個小事一樁，舉個例子啦，那個創世基金會，他們表示：『我們自己本身就不夠了，我們還要拜託醫院給我們捐錢，還要叫我們幫醫院的忙。』你知道我的意思嗎？我們當然希望跟基金會合作，可使要找到有關於 healthcare 方面，既不競爭又可以合

作的，我現在還沒找到，假如有的話要跟我講。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示在台灣他目前找不到可以一起合作又不會相互競爭的健康照護基金會，如果能有這樣的組織來協助，營造中心的整合工作將更完善。

#### 4.社區團體協助

有 4 位受訪者 HCM21、HCM41、HCM61 與 HCM62 就研究者所問問題回答爲此意思表示，列舉 3 位受訪者的內容如下：

HCM21：「...就是幫我們能夠找那個點就好了，我可以推動的點，然後就是輔導他們，就是說可能靠里長他們幫忙做一個轉介這樣子。」

HCM41：「...其實我覺得應該可以再加強一點就是，因為我們現在只有兩個里發展協會嘛，如果能夠每個里都能夠自己文化帶出來，但是這個就是要靠我們去溝通啦，這部分還要在加強。」

HCM62：「...如果真的有社區願意說：啊！它為了這樣子，然後很投入，然後要很多時間甚至於晚上的時間或假日的時間我都願意，即使我都願意，我都願意，要我當志工型的我都願意，只是說嘿！做到現在好像為了要擺這種成果出來，就不得不怎麼再去弄，不得不去拜訪，不得不去硬就是說，不得不去硬拉著面子脫下這個面子去辦這種活動，真的是幹得有一點心不甘情不願。」

由 4 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示目前社區推廣健康營造的點還是不夠，所以藉由社區組織領導者或里長的協助，來加強社區團體的加入。

#### 5.標竿學習協助

有 6 位受訪者 HCM41、HCM61、HCM62、HCM71、HCM72 與 HCM73 就研究者所問問題回答爲此意思表示，列舉 3 位受訪者的內容如下：

HCM41：「其實就我瞭解啦，台中縣來說的話，推社區健康營造還不錯ㄝ，就是好像噴～清水是績優耶，他們績優，但是噴～沒有什麼機會去類似，我是想要類似標竿學習去觀摩，去看看他們怎麼看，但是因為社區不一樣，說真的他們作法會不一樣。」

HCM62：「...因為像我們台中縣來講，有幾個應該十來個營造中心嘛，可是現在目前能夠很誇口講說，我的社區媽媽我的學員都已經在家裡，都是用健康新煮張這一套在煮飯的在弄餐的，只有清水，他們那個文教基金會，他們是文教基金會的，他敢這樣在講，可是呢他那個執行長這樣講之後，你知道嗎下面這堆人都啊哈，對，然

後當然說不便說給他戳破，我們就透過衛生局的那個，就企劃課的那個跟他講說：哪天喔，帶我們去拜訪他們那邊，我們真的去看一看，改天帶我們去。」

HCM71：「我們希望哪些協助啦，就是說一個健康營造中心必須要得到那種成功的營造單位的深度之旅，就是我們企管上面講的，所謂的 KSF 啊，它的成功關鍵因素。」

由 6 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示目前台灣已有不少經為國健局評比為績優的營造中心，希望能透過標竿學習或成功關鍵因素（KSF）的學習，來促進營造中心的交流。

## 6.無須單位協助

有 2 位受訪者 HCM51 與 HCM52 就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉 1 位受訪者的內容如下：

HCM52：「...你要互動的是說（台語）有元極舞啊攔來這個都有，每個單位都有了，政府單位也有，對啊，因為社會課長也是我的委員啊，對某（台語），社會課也是我們的委員，民政課也是大家相處的很那個安呢啦（台語），你像農會總幹事還有一些兮勒（台語），你像文教基金會董事長都是啊都是啊，這都是一些人脈，你看要救的要醫護的啦，要救生的醫護的什麼都有，體育的都有，你這個可以推到每這角落裡發芽你看驚人耶，這不是我在講，所以我跟你講（台語）最重要是啥（台語）你這核心能力要真的掌握在真實要做的人，你不要叫一個來應付應付，對某（台語）。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示目前在資源整合和人力的協助上已架構的十分健全，所以暫時無須其他的單位來協助營造中心的工作與活動。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者表示所需協助的單位，皆是目前自己營造中心裡較弱的一個環節，所以特別需要這些單位來配合與協助。

表 4.36：目前醫院參與社區健康營造工作最需要的協助

受訪者編號	人力與經費協助	傳播媒體協助	健康照護基金會協助	社區團體協助	標竿學習協助	無須單位協助
HCM11	*	*	*			
HCM21				*		
HCM31	*					
HCM41	*			*	*	
HCM51						*
HCM52						*
HCM61				*	*	
HCM62				*	*	
HCM71					*	
HCM72					*	
HCM73					*	
合計	3	1	1	4	6	2

### (五) 對於衛生署社區健康營造計畫的建議

醫院實務界的 11 位受訪者 HCM11-HCM73 針對研究者所問問題『您對衛生署之『社區健康營造計畫』有何建議？』回答內容中發現，對於衛生署社區健康營造計畫的建議可歸納為九種建議：「1.促進單位合作」、「2.增加贈品撥放」、「3.增加健康營造宣導」、「4.經費核發標準公正與公平」、「5.給予中心執行方向與策略」、「6.修訂健康營造計畫」、「7.帶動國內外經驗交流」、「8.健康觀念從小教育」和「9.總額預算制度的利基」(表 4.37)。

#### 1.促進單位合作

有 2 位受訪者 HCM11 與 HCM51 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「...可是我覺得衛生所的人力真的很不夠，假如在衛生所的人力能夠再增加，然後我們社區健康營造跟衛生所的人力一起搭配的話，我覺得會不錯，雖然我們從一開始到現在都一直跟衛生所一直在合作做社區健康營造，可是他們一直在告訴我們他們人力很不夠，非常不夠，就像我剛才講的一萬人，一個公共衛生護士要

負責一萬多人。假如衛生所那邊，因為衛生所主導整個社區的公共衛生，這是絕對的，而且社區健康營造絕對跟公共衛生有絕對的關係，因為，你公共衛生做的好，你環境好，你的預防醫學做的好，當然，民眾在社區健康營造就有意識，嚕，我覺得衛生所的人力一定要再增加，不是說醫院不做社區營造或者是說不做公共衛生，而是說醫院有一定的限制，都有一定的限制在，醫院主要的工作是在於第二階段的治療，而不是第一的戒、治療，當然我們現在已經跨出去第二階段的治療進行到第一階段的預防醫學，當然我們有主有次嘛，那希望公共衛生在衛生所的部分，他們是以第一階段為主，他們人力假如能再增加一點，然後醫院的部分呢，他除了主以外的部分，次的部分再跟衛生所合作的話，我覺得會更好。」

HCM11：「還有，社區健康營造未來，我建議是說能夠跟公共衛生結合嘛，再來，以後那個家庭醫師整合性照護制度這部分也要結合，這都是一個相關的，相關性質的一個工作。這個都要互相結合，家庭醫師嘛嚕，知道計畫啦嚕，公共衛生是衛生所嘛，以後說要成立公共衛生群，這衛生署的草案已經出來了，不過還沒定案，公共衛生群，然後跟社區健康營造，我希望能說這三個假如能夠結合起來，彼此相互運用資源，我覺得就很好，不要互相自己做自己的，營造中心作自己的，家庭醫師整合性照護制度也做自己的，衛生所自己做自己的，這是資源的浪費。」

HCM51：「...嗯，我是覺得營造計畫嚕，我認為說它應該有一個常設單位，你如果說初期的話你要借用民間的力量嚕，還有一些結合當地的那個嚕，如果說可以的話嚕，如果政府認為它可以的話，我覺得跟衛生所結合變為一個常設的單位，然後再稍加修改，我認為它還是大有可為啦。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為因為醫院是負責第二階段的疾病治療，如果政府能增加衛生所工作人員的數量，以及結合家庭醫師整合性照護制度的部分，由營造中心與當地的醫療衛生單位合作來推動健康營造計畫，相互運用資源，那營造中心將大有可為。

## 2.增加贈品撥放

有 1 位受訪者 HCM21 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM21：「再來就是你對衛生署的計畫有何建議，就是贈品多一點，衛生署撥贈品撥多一點。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示衛生署應增加活動禮品的發放，用禮物來獎勵民眾的參與。

## 3.增加健康營造宣導

有 4 位受訪者就研究者 HCM21、HCM71、HCM72 與 HCM73 所問問題回

答內容如下：

HCM21：「...希望能多做宣傳宣導，多做宣導，大家連什麼是社區健康營造是什麼都不知道，就是說可能多做宣導啦，多做宣導他們才會知道啊。」

HCM71：「好，那有什麼建議啦，就是說應該要由國內偶而去舉辦所謂的整體性的健康問題的一個營造，譬如說像台北市做得很好啊，3個月100頓減重計畫，大家現在都過胖嘛，3個月減100頓，這個由名人發起容易啦。那像我現在在辦腳踏車安全帽啊，對不對，名人戴個安全帽騎腳踏車，做個公益啦，對不對，這個很快啦，啊結果呢，各社區健康營造中心自己辦，啊攔做嘎麥死（台語），又沒有什麼效果。這個就是國內我是覺得衛生署要自己要重新思考的，因為其實策略都很簡單，我現在講的東西都不難，嘿，但是不要有一堆的所謂的，藉口去推掉這麼簡單的營造策略，嗯～。什麼，錢已經給你啦，你可以自己辦啊，我可以邀請到陳水扁來戴安全帽嗎？很難嘛，你衛生署可以啊，他是你的boss啊；你找所有的衛生局長去騎腳踏車戴安全帽，對不對，你把教育局長拉去騎腳踏車戴安全帽，學童就做啦，有什麼難的。」

HCM72：「現在好像國健局有一個什麼我們家前面那個很雜亂的空地變乾淨了，其實那個也是我們去一次什麼課的時候，就是說大家既成的意見很多都是這樣，大家推的半死，那我們其實覺得說行銷很重要啦，一些廣告的行銷手法很重要啦。...我覺還是要去行銷，一些公部門比方說衛生署啦做行銷，什麼衛生署國民健康局關心您，或者是什麼，大家就知道，比較快，不用我們像我們一步一腳印，這樣子拖磨（台語）。」

HCM73：「社區健康營造中心成立三年來，不太見得居民認識它耶。他認識我們，可是不認識這個叫做什麼東西。所以說我們行銷的人很重要。一般人他們不會說自己去想這是什麼，因為你根本沒打過廣告。」

由4位受訪者的陳述中，發現受訪者表示衛生署國健局應對民眾加強宣導社區健康營造中心，利用廣告或名人的宣傳，讓民眾知道社區健康營造是什麼，要不然營造中心的人員推得很辛苦，可是民眾的參與和信任度都不好，要實際推廣與落實社區健康是非常困難的。

#### 4.經費核發標準公正與公平

有3位受訪者HCM31、HCM61、HCM62就研究者所問問題回答為此意思表示，列舉3位受訪者的內容如下：

HCM31：「這應該是對國健局的建議嘛，經費，經費核撥要公平，後面我附註救是說，我聽到的訊息是說，今年在這個衛生署的醫院，國健局它撥了不曉得是半年還是一年，撥了7000萬給他們那些所有的醫院，但是它撥給我們私人的機構，像我們

每年每年也都有在做，因為他們沒有考量其他東西嘛，像我們是一直做很久，那每年都有在做，那我們這個地區附近也都沒有，但是它只撥給我們 30 萬，那我不曉得它們核撥的標準在哪裡。」

HCM31：「...你不要用這個控制經費的手段，去強迫我們營造中心去做到一些事，這個地方我再提一件事情就是在合約的編制裡面，它有撥說我們這兩年半，就是 92 年去年是從 6 月嘛到 94 年底結束，它說核撥我們的這個總經費是 140 萬，核撥 140 萬喔，但是事實上你會發現說，實際上呢它附註的條文說我要看你營運的績效，當然你講績效是沒有錯，但是你太離譜了，你 140 萬，你去年給我們 15 萬，今年 30 萬，那你那個帳目上面到底是怎麼做的，我的意思是說，我會質疑到原先國健局的經費到底是怎麼撥的，原先你畫一個很大的餅，最後這個錢跑到哪去了，對不對，你可能一開始編了這個一億的錢，但是你真正撥給其他的地方你只有撥很少的錢，到最後我不曉得你那個經費後面是怎麼算，對不對。那還有就是說，就我所知道的訊息，那他們那這地方為什麼平均他們可以撥到那麼多，還有就是他們的工讀生。我們以前幾乎各營造中心很少會答應去撥工讀生的費用，那他們那個 7000 萬裡面，他們撥了 500 個工讀生，那 500 個應該講臨時工或工讀生，應該是工讀生吧，他們要做什麼老實講他們不曉得，所以說你要建議就是說，我剛才講除了經費應該要公平，公平意思是說你公家機關跟私人機構，你的核撥標準最好能透明公開，不能對私人機構太嚴苛。」

HCM62：「...因為現在又有分等級，你就是什麼級，其實我們覺得說醫院型態大家做得都一樣，可是我覺得說這種等級應該都用輪的嘛，譬如說我去年輪到 A 今年就輪到 B，那去年輪到 B 的今年就 A，幾乎大家都這樣，可是你給人家的感覺不是很好，感覺不是很好。我們主任說：啊！為什麼只有 30 萬，他不是說總共 120 萬，那啊 3 年，去年 30 萬，去年 A 是 30 嘛，今年 A 是 40，今年 B 是 30，我說沒有啊就只有 30 萬，她就說那從 9 月份才開始，10 月份經費才核銷下來，然後 12 月 5 號就要核銷，就 2 個多月 30 萬在我那邊就擺 2 個多月，你說我那場次硬衝耶，我每天都要跑外面硬衝耶。要不然你錢撥下來，你那我兩個月怎麼去做，啊 12 月 5 號就要核銷回去耶，就很好笑對不對，他不是到 12 月底 12 月 5 號就核銷了，10 月 15 號經費核下來 12 月 5 號核銷。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示國健局以合約方式來控制社區健康營造中心的經費，其經費分配方式不夠公開，經費的核撥又與營造中心評比有關，使得經費核撥標準不清楚，讓受訪的感到遭受不公平的對待。

## 5. 給予中心執行方向與策略

有 3 位受訪者 HCM41、HCM51 與 HCM52 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM41：「衛生署的計畫喔，是覺得說嘖～可以給我們就是方向，就是它想要推行什麼就是可以明白的列出來，讓我們有一個，當然它譬如說它需要幾個議題給我們 OK，那留下一個自推議題給我們，這我們針對我們自己去推，那其他也不要因為國健局給衛生局壓力啊，衛生局給我們壓力啊，有時候就是像三支雨傘標好了，我們會覺得可能你今天你就是強迫就是要做多少人，就是譬如說來上這個小團體的這個課，幾月到幾月就是完成多少人這樣啊，其實通常實際的比預估一定都少啊，但是我們就是靠那個預估要那麼多的數字，招不到會比較有壓力，可能是這樣子，其餘倒還好，因為真的是自己需要努力的地方也很多，也不能怪他們，他們畢竟也是推很久了嘛，對啊。」

HCM51：「我比較希望就是說國健局給我們一些策略，給我們一些方向，然後呢嚴格叫我們說去執行這一些東西呢，那以 Dyt 來講的話呢，我就是因為有行政命令叫我這樣子做，我可能在扭轉上會比較簡單，如果這樣子他也可以的話當然也很好啦，啊如果說他認為說我應該做得更深入的話，要深入民間，那應該要給我一些策略，另外給我一些方向，那我可能做起來喔！我因為這樣子非得交成績，那沒辦法我們就這樣子做，可能我才有辦法扭轉。」

HCM52：「...因為他的目標給我們，我們是照他的目標去做，唯一最重要的他能夠給我們一些啥啲，一些這個叫做專業知識，專業知識，專業知識就是怎麼健康，舉個例子啊啲，你本身說你這個情形是我們來運動，要活就要動，我們怎麼來動的時候注意哪裡比較會傷到，不然我們這個健康新煮張，他講是講說三低，但是這個他只印一本最簡單的，但是最簡單的你給他看講，你反而啊會有感覺說，有的看看說啊沒有感覺到什麼，對某，沒有錯你吃就安呢，對，好啊（台語），舉個例子喔，第一招啥米貨啥米貨，對某，你想這誰吃得下去啊，是啊，吃麥落，我是講你是給伊看啥（台語）。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者希望衛生署能針對健康營造的議題部分訂定明確的規劃、策略，以及相關的專業知識提供，讓營造中心的工作人員與志工有依循的方向。

## 6.修訂健康營造計畫

有 1 位受訪者 HCM62 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM62：「...我們就在講說你三年前剛開始推營造的時候也是這個議題，你三年後了要改一個健康生活方案，你還是這個議題，那我們每次在這個地方老是 run 這個東西。因為上次在開要我們申請那個就是第二年這是第二年的時候，第二批啦，就是第二批的時候，我們在開會的時候就很多人提這個出來，你的議題還是這個還是這個，有沒有新的啊，他說沒有還是叫我們繼續要推這個，還是推原來那些東西，是啊，你也看到，也是一樣啊，啊你說要有要做什麼改變，即使真正有在推健康里的

怎麼再去提升，因為你的一開始還是在那裡繞啊，對不對。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為三年前的健康營造計畫與現在的健康生活方案，其實始有換名字沒有改變計畫內容，受訪者表示應該依照營造中心目前的推動狀況去修改計畫的議題，那新計畫才有較高的可行性。

## 7.帶動國內外經驗交流

有 1 位受訪者 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM71：「...我們知道說藉由 Dst 的安全社區與國際的安全城市的會員城市交流以後，取得國外的經驗，然後在地方上成長，然後協助其他的單位成長，我覺得我們台灣的健康的這一步很慢，而且慢到我覺得幾乎停留在原地踏步，啊，那麼第二個就是說，不夠宏觀，他們有什麼樣秘方不願意分享，健康計畫的在這個部分大家都很有保守，從我們譬如說大家在做健康計畫交流的時候，我們說你那怎麼做啊，大家都是這個願意講實話的不多啦，然後就聽到都是埋怨一堆，埋怨說喔我這個做的怎麼那個樣不好，那個怎麼樣怎麼樣，一堆困難，我們在安全社區裡面，我們提到的是成功經驗的告知，每個人來看到，你實際看到嘛，就是這樣子，成功的經驗一直講一直講，我們在台北去有沒有，也是一直 publish，一直講一直講，我們多成功，但是我們也歡迎你們來看。...你來看我怎麼辦，我經驗可以給我，這個是非常大的不同，嘿分享、學習成長。」

HCM71：「...健康營造我今天做的不好，我自己策略運用錯誤，對不對，但是我今天為什麼會做的這麼難，因為我們缺乏專家的引導，你像我自己我學醫管的背景，我今天來做健康營造，對不對，這不是一件容易的事情啊，我今天又跑跑去安全營造，這也不是一件容易的事情，可是我們今天有國外的專業的引導啊，但是他一年也不過來個一趟而已啊，但我們透過這麼樣的一個資深的安排、對話，那這個只有一個專業的機構的一個專案計畫的一個引導，才能夠讓四個社區做這樣的一個進步，安全計畫花的錢多不多，很少耶，四個社區花不到一年花不到400萬，嘿啊一個不到100，上100以後要專案審查，所以每一個社區也拿不到100，100要做四個議題、五個議題耶，一個25萬。...啊你看我們可以做到這個成績，對不對，是不是，你看看健康營造計畫到底這一年花多少錢，你說不用多一個50就好，或是像現在平均30，30去乘以200個，看花多少錢，難道他真的不能夠撥出百分之一來做像安全營造這樣的handle嗎？你懂意思嗎？對就是一個vision的問題，和人員的整個宏觀夠不夠。你今天要社區自提議題這何等容易啊，就是問題出在這，所以我是認為是說，你說對衛生署的建議，你要聽深的還是聽淺的，就是這個意思，對啊，你說我真的講真話有用嗎？他聽的進去嗎？他把它當真嗎？我們的份量不夠，對不對。所以我是認為啦，這個還是要在高層的單位，真的。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示台灣的社區健康營造中心缺乏經驗分

享的機制，所以受訪者建議可以參考安全社區的方式，推動國內外成功的營造社區的交流與訪視，以及由專家來協助推動與引導。

## 8.健康觀念從小教育

有 2 位受訪者 HCM11 與 HCM52 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM11：「...我覺得應該是從國小的健康教育開始做起，讓小朋友知道說，健康絕對不只是自己的健康而已，因為你的健康好或不好會影響你的周遭人，這等於就是有一種公共衛生的..的意思啦，然後從自己做起，然後把自己的健康訊息丟出去，而不是健康教育一直告訴自己的健康怎麼樣？自己的健康哪裡出了問題？自己的健康怎麼樣？而是應該告訴那些小朋友說除了你自己應該要知道那些健康信息，注重自己的健康以外，更要把這個健康訊息往外傳送給其他的伙伴或是朋友，我覺得從教育的部分要做，這一部份我們也開始要做了。反正我的意思是說在國小的部分我們現在開始在介入，我現在是對於資訊媒體的部分。」

HCM52：「...從幼苗扎根，這是最期待的，什麼，學校裡現在都有一些那個嘛，有啊，政府人家有這個响『天天五蔬果』，ㄟ這個不錯，這個有啊，我也叫他們學啊，為什麼學校教育界的許校長，伊講長ㄟ，你看健康沒一些兮勒，沒我ㄟ學校來做兮勒（台語），他是教育會的理事長响，屬於○○國小校長，在小孩子的時候給他們瞭解說，為什麼這麼吃會肥胖，為什麼我們糖不能吃這麼多，一種教育的一些影片給他們能夠瞭解，來看來認知，因為你的教育的話你扎根的話，我認為這個你今天很簡單嘛電腦和一些VCD嘛，你推廣是在以教育方面啦，你煙害也是一樣。」

由2位受訪者的陳述中，發現受訪者表示健康的觀念若能從小扎根，讓民眾從小就有健康生活的觀念，與如何健康生活的方式，這是一個比較有效的推動方式。

## 9.總額預算制度的利基

有 1 位受訪者 HCM71 就研究者所問問題回答內容如下：

HCM71：「...社區健康營造或者是社區安全營造，它今天要能夠在醫療院所裡頭生存，完全是需要這個健保給付制度的改變，醫院才有參與的利基，對，換句話說，整個醫院的給付不應該以量取勝，以量給付，它要完全走到以質給付、以區域給付，或者是說將來走到就是說，你這個民眾他..你只能在哪一個醫院就醫，或者是在哪一個地區的醫院裡頭的就醫，你不能跨區就醫，你必須要很清楚的健保給付裡面，健保的管控醫院裡頭要能夠管控到醫院的品質，換句話說，在你這裡醫，他第一個進來給這個地區醫院醫治，你的質足以把他醫好，當你不能把它醫好，OK 你把他 refer 出去，健保制度要能夠 cover 他，那麼我們就簡單講說這個地區裡面的，在這樣的制度 cover 底下，1 點 1 塊錢，民眾不會跑掉那就是代表說，我整個地區裡面响的醫療院所有共通的使命，就是我要照顧這一塊區域的健康，那這一塊區域的人越健康，

我的點值越高，對不對，就總額預算制度嘛」

HCM71：「...如果說今天健康營造要得到利基，就是健保制度要改變，它一改變健康營造中心也有地位嘛，這個地位不見得是醫院的，它是社區的，因為他會發現我一個健康營造中心我把這個事情做得很好，跟我策略聯盟的醫院點值會增加，我跟它要、我跟它拿、我跟它募款，它都會給我，就是一樣啊，我先不要講別人嘛，我是說我○○醫院如果說將來是在這個制度底下，我捐錢給協會啦，我就捐給你啊，讓你去健康促進的活動，因為你做得很好我醫院就賺錢啊，對某（台語），沒有人來看病啊，我一樣拿那麼多啊，我花小錢我可以做大事，我為什麼不花，我讓協會有存在的理由啊。離這一步還很遠，但是當它這個制度像美國這樣子的封閉式的就醫制度一旦成形的話，不得了，但是不是不可能，你看總額都下來了，對不對，診所的總額也出現，中醫的總額也出現了，如果地區的總額在出現呢，不要把醫院總額嘛，地區總額，對，地區醫院的總額或者是地域性總額出現的話，我們就有機會了，那循環就會有良性的循環會產生。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者強調若地區總額的實施，將會來給承辦營造中心之醫院生存的利基，因為營造中心照護好社區的民眾健康，民眾不生病，醫院的營收就會增加，那醫院就能不論是在人力、物力或經費上繼續支持營造中心，那民眾、營造中心與醫院之間會有一個良性的互動與循環。

從以上 11 位醫院實務界工作人員的訪談過程當中，發現受訪者對於衛生署的建議多偏向於希望政府能針對經費、執行策略與執行方式上，提供更多的方向，以及營造計畫的修正，衛生署能夠以公平與公正的方式核發補助經費，協助促進政府與社區各社團單位的合作，增加社區健康營造中心的宣傳，讓健康的觀念能從小教育起，並帶動社區健康營造中心的國內外經驗交流，那社區健康營造工作將更加容易互動學習與真正落實於社區。

表 4.37：對於衛生署社區健康營造計畫的建議（醫院實務界觀點）

受訪者編號	促進單位合作	增加贈品撥放	增加健康營造宣導	經費核發標準公正與公平	給予中心執行方向與策略	修訂健康營造計畫	帶動國內外經驗交流	健康觀念從小教育	總額預算制度的利基
HCM11	*							*	
HCM21		*	*						
HCM31				*					
HCM41					*				
HCM51	*				*				
HCM52					*			*	
HCM61				*					
HCM62				*		*			
HCM71			*				*		*
HCM72			*						
HCM73			*						
合計	2	1	4	3	3	1	1	2	1

#### （六）討論分析與小結

在整合社區資源方面，本研究發現 10 位受訪者皆表示以社區中的在地資源作為社區整合時的重要考量，受訪者更提到由醫院提供支援的整合方式，以解決社區問題來作為社區整合的方式。劉文俊等（2000）曾提到在社區健康評估時，發現社區健康問題，發覺可用資源是很重要的，在資源的利用上不外乎人力、物力及財力等資源，包括在地的學校、機關團體、公司行號、義工慈善組織、熱心的個人等都是可以尋求的社區資源；這與本研究的發現是一致的。而本研究的結果更發現有受訪者提出醫院以向後垂直整合的方式，結合與醫療相關的復健安養機構，將醫院的公共衛生工作更加健全與落實。

在醫院的營運績效與形象方面，本研究發現受訪者大多表示正向的影響。Proenca（1998）指出若醫院的社區健康導向程度愈高，對於醫院之醫療資源成本效益表現、市場佔有率、內外部環境的利益關係人（stakeholder）滿意度均有正向的影響。也就是說醫院社區導向對於組織績效之影響是全面性的，其績效影響的層面包含：有形的產出（如市場佔有率）、內部作業過程的效率（醫療資源的成本效益）、資源的獲取（醫院形象、合法性等）等，這與本研究發現是能夠互相對應的。

在營造中心工作所遭遇的困難與挑戰方面，本研究發現健康議題邊緣化、健康營造成效無立即性等結果。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）給它一個有非常貼切的名詞，稱之為「後天健康文化缺乏徵候群AHDS」。南玉芬（2002）的研究當中，亦發現民眾自我健康維護的自覺低，認為健康不會立竿見影，要改變健康習慣是很難的結果。陳毓璟（2003）也發現民眾關切的是眼睛看得到的東西，立刻能夠看到成效的東西，如環保、治安、社區工務問題，而非健康。

在營造中心工作最需要的協助方面，本研究發現有6位受訪者表示需要標竿學習的協助，也就是說他們需要對成功的社區健康營造單位進行參訪與觀摩。目前營造中心僅限於營造報告成果展的觀摩與分享，只是書面與圖片的展示，並無實際的實地參訪活動，有多位受訪表示如果有時間的話，他在那些成功的營造中心中住一段時間，看看人家實際上是怎麼做的，能夠那麼成功因為。雖然目前營造中心有召開相互交流的座談會或經驗分享，但是真正願意將他們的成功的經驗與策略分享的並不多，所以受訪者表示應由公部門來推動這一些參訪與觀摩的活動，讓大家能夠分享別人成功的經驗與工作策略。

在對於衛生署社區健康營造計畫的建議方面，本研究發現之經費核發標準公平與公正觀點，與管敏秀（2002）針對營造中心重點人士的研究結果，指出衛生署應訂定考核制度，補助應依優劣調整額度，而非齊頭或總額方式的預算補助等觀點相類似。陳毓璟（2003）與南玉芬（2002）的研究結果中亦提到以長遠來看，應投資學校健康教育，因為成人的行為不容易改變，所以應該從小讓孩子有健康生活的觀念，長大以後自然就容易推動健康營造，此觀點可印證本研究結果之「健康觀念從小教育」。

就結果面整體而言，本研究結果可以歸納分析出，不論是在整合社區資源、醫院的營運績效與形象、營造中心工作所遭遇的困難與挑戰、營造中心工作最需要的協助、對於衛生署社區健康營造計畫的建議方面，我們發現7家營造中心都是站在繼續經營營造中心的觀點上，提出他們對於社區健康營造的認知觀點，就自

我遭遇的困難與挑戰，來進行營造中心的改善和修正推動策略，以建立醫院與營造中心共存的契機，更積極的建議衛生與教育主管機關，能就互動交流、學習與健康教育等方面的活動或課程，讓健康從小開始，以達到社區健康營造的目標，以台灣的全體國民都健康為目的。

#### 四、討論與結論

由 11 位醫院實務界受訪者豐富且多元的訪談內容中，可以看出醫院承辦營造中心在過程面的參與動機、目的與宗旨，醫院在營造中心裡扮演的角色，營造中心人力、物力與經費來源上的支援方式，經費充裕性的認知觀點，繼續經營的意願，自籌經費的方式，以及對於健康營造的認知與觀念；在結構面的營造工作推動範圍，主要的推動工作與狀況，推動點的認知觀點，保健志工的招募、訓練與活動方式，以及營造推動活動的項目與參與對象；在過程面的社區資源整合觀點，醫院形象與營運績效的影響，營造工作遭遇的困難、挑戰與所需的協助，以及對社區健康營造的建議。研究者將「結構-過程-結果」的分析結果，整理為表 4.38。

表 4.38：醫院實務界觀點的社區健康營造中心運作內涵分析總表

一、結構面	(一) 醫院參與的動機與目的	1.公共衛生服務 2.醫院既有服務 3.健康的社會責任 4.與社區建立良好關係
	(二) 社區健康營造中心宗旨	1.促進民眾健康 2.社會資源參與
	(三) 醫院參與的動機、目的與營造中心宗旨之間的吻合程度	1.相互吻合的觀點
	(四) 醫院扮演的角色類型	1.主導者角色 2.支援輔導者角色 3.資源整合者角色 4.社會公益者角色
	(五) 社區健康營造中心的人力支援	1.人員編制狀況 2.醫療團隊支援 3.保健志工支援 4.社區服務時數限定

		<ul style="list-style-type: none"> <li>5.人力不足</li> <li>6.人才培育</li> <li>7.代理人制度</li> </ul>
	(六) 社區健康營造中心的物力支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.獨立辦公空間</li> <li>2.社區資源協助</li> <li>3.週邊廠商贊助</li> <li>4.基金會協助</li> </ul>
	(七) 社區健康營造中心目前的經費來源	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.衛生署與醫院經費</li> <li>2.使用者付費</li> </ul>
	(八) 衛生署補助經費充裕性的認知觀點	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.補助經費不足</li> <li>2.補助經費尚可</li> <li>3.靈活運用經費</li> </ul>
	(九) 醫院繼續經營社區健康營造中心的意願與理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.公共關係與行銷策略</li> <li>2.經費來源充裕</li> <li>3.轉型經營</li> <li>4.醫院社區化</li> <li>5.醫院主導經營</li> </ul>
	(十) 醫院繼續經營後自籌經費的方式	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.醫院自行吸收</li> <li>2.向基金會申請</li> <li>3.尚無自籌經費</li> <li>4.無需自籌經費</li> <li>5.申請相關計畫經費</li> <li>6.承接相關活動</li> </ul>
	(十一) 醫院的支援方式是否符合營造中心需求	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.非常支持且符合需求</li> </ul>
	(十二) 醫院實務界人員對社區健康營造和社區健康的認知觀點	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.增加社會福利</li> <li>2.社區落實預防保健</li> <li>3.自發性的健康需求</li> <li>4.營造因地制宜</li> <li>5.深根於社區</li> <li>6.身心靈健康</li> <li>7.志工社區</li> <li>8.人與環境營造</li> <li>9.和樂積極地社區</li> </ul>

	(十三) 醫院實務界人員達到健康社區目標的認知觀點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 社區民眾情感的建立</li> <li>2. 永續推動營造工作</li> <li>3. 社區照顧</li> <li>4. 健康概念深植人心</li> <li>5. 發展社區健康組織網路</li> <li>6. 提升健康可近性</li> <li>7. 尋找健康傳播者</li> <li>8. 中心與社區溶為一體</li> <li>9. 修正營造推動策略</li> </ol>
二、過程面	(一) 社區健康營造中心的主要推動範圍	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 中心所在鄉鎮</li> <li>2. 中心所在地和週邊鄉鎮</li> </ol>
	(二) 社區健康營造中心的主要工作與推動情況	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健康六大議題</li> <li>2. 自訂健康議題</li> <li>3. 與社區團體合作</li> <li>4. 成立健康加油站</li> <li>5. 建立示範社區</li> <li>6. 發展健康推動組織</li> </ol>
	(三) 社區健康營造中心推動之出發點的認知觀點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以里(社區)為出發點</li> <li>2. 多元化出發點</li> </ol>
	(四) 社區健康營造中心招募保健志工的方式	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 醫院和社區組織宣傳</li> <li>2. 任務導向</li> </ol>
	(五) 醫院志工與營造中心保健志工之間的關係	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 加以區分</li> <li>2. 無區分</li> </ol>
	(六) 社區健康營造中心保健志工的教育訓練方式	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 相互開放課程</li> <li>2. 中心開設課程</li> <li>3. 中心無完整課程</li> <li>4. 委託衛生所辦理課程</li> </ol>
	(七) 志工推展家戶參與社區健康營造活動的方式	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 市場和學校推展</li> <li>2. 身邊的親戚朋友</li> <li>3. 自動自發的社區服務</li> <li>4. 活動或計畫推廣</li> <li>5. 小團體學習</li> </ol>

	(八) 社區健康營造中心推動的社區活動項目與內容	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.中心主要成員決定</li> <li>2.「三支雨傘標」活動</li> <li>3.戶外參訪活動</li> </ol>
	(九) 社區健康營造中心所推動之社區活動的民眾參與度	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.與活動性質有關</li> <li>2.與會員制度有關</li> <li>3.健檢參與度高</li> <li>4.大型活動參與度高</li> <li>5.飲食與運動參與度高</li> <li>6.講座參與度低</li> <li>7.戒煙參與度低</li> </ol>
三、結果面	(一) 醫院與社區健康營造中心有效整合社區資源的認知觀點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.以在地化資源為考量</li> <li>2.醫院提供支援</li> <li>3.醫院向後垂直整合</li> <li>4.解決社區問題</li> </ol>
	(二) 對醫院本身營運績效與形象的認知觀點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有助於醫院形象</li> <li>2.有助於醫院形象與營運</li> <li>3.醫療形象的影響</li> <li>4.難以評估醫院績效</li> </ol>
	(三) 醫院參與社區健康營造工作所遭遇的困難與挑戰	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.挫折中學習</li> <li>2.志工參與意願</li> <li>3.中心缺乏經費</li> <li>4.資源整合不易</li> <li>5.難扭轉社團形式</li> <li>6.民眾的不瞭解</li> <li>7.社團領導者的意願</li> <li>8.公所的經費投入</li> <li>9.小團體學習外推性</li> <li>10.人才培養不易</li> <li>11.健康議題邊緣化</li> <li>12.健康營造成效無立即性</li> </ol>
	(四) 目前醫院參與社區健康營造工作最需要的協助	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.人力與經費協助</li> <li>2.傳播媒體協助</li> <li>3.健康照護基金會協助</li> <li>4.社區團體協助</li> <li>5.標竿學習協助</li> <li>6.無須單位協助</li> </ol>

	(五) 對於衛生署社區健康營造計畫的建議	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 促進單位合作</li> <li>2. 增加贈品撥放</li> <li>3. 增加健康營造宣導</li> <li>4. 經費核發標準公正與公平</li> <li>5. 給予中心執行方向與策略</li> <li>6. 修訂健康營造計畫</li> <li>7. 帶動國內外經驗交流</li> <li>8. 健康觀念從小教育</li> <li>9. 總額預算制度的利基</li> </ol>
--	----------------------	---

我們將研究結果以 Kovner (1994) 的演進觀點，依照醫院對於社區健康利益的承諾程度，以及社區健康利益與醫院宗旨（計畫）的整合等兩項標準，我們可以瞭解醫院介入社區健康的程度與型態主要是以社區服務計畫、登記照護的人口、社區照護網路等三種模式運作進行著。我們從結構與過程面的分析結果歸納出，這 7 家由醫院承辦的社區健康營造中心是以社區服務計畫和登記照護人口兩種方式相互融合而成的綜合體。另外，更發現到有 1 家醫院所承辦之營造中心已逐漸地形成其所屬之社區健康照護網路。

由其他相關營造中心推動工作與成效的研究中，我們發現社區健康營造中心推動的問題與困難，包含民眾對於健康活動的參與和自我健康的維護自覺性低；營造中心缺乏整體規劃，政策方針不明，亦缺乏有效的評估標準；營造中心反映出缺乏推動營造的經驗與專業知識等（南玉芬，2002；陳毓璟，2003；羅瑞煌，2001）。這些研究結果與本研究「結構面」之結果相互驗證。我們也發現到這些困難與挑戰，是需要教育、衛生或營造政策改變才能共同改善的。

在醫院實務界主要推動者對營造計畫的建議上，本研究與其他相關研究有一些相似的結果，如衛生署應將整個營造計畫應重新加以檢討，以做出完整的規劃；進行營造中心的成效評估；以鼓勵的態度替代指責；培訓退休醫護相關人員參與社區健康營造；進行媒體行銷等（陳毓璟，2003）。醫院實務界人員對於社區健康營造中心在關念上，都是十分贊同與支持的，所以提出建言希望營造中心能繼續且有支援與指引的經營下去。

整體而言，醫院承辦社區健康營造中心的運作成效是良好的，因為醫院承辦之營造中心應和社區相互協商，找出社區的健康問題與需求，由營造中心來提供健康的觀念與活動，鼓勵社區民眾參與，使民眾知道健康的重要，並讓民眾擁有健康的生活型態，將健康視為己任。在社區民眾得到健康之後，也會開始回饋營造中心，由社區民眾自行投入人力、物力與經費，與營造中心共同成爲一個自給自足的系統，並能永續地發展下去。

## 第四節 營造中心運作內涵分析～地方衛生主管機關觀點

社區健康營造中心的運作成效若單從推動者的觀點來看，不免會有觀念偏頗之疑，所以採用三角測定之「資料來源的三角測定法」，對於台中縣市政府內的衛生局承辦人員進行深度訪談。由於台中縣市衛生局的承辦人員，平日即為協助與輔導台中地區各社區健康營造中心的推動工作，也是負責監督、評估營造中心的運作成效，因此，從不同角度的深度訪談，來更進一步瞭解台中地區醫院承辦之社區健康營造中心的運作與成效。本研究運用 Donabedian 之「結構-過程-結果」三構面的概念來設計訪談大綱，藉由「結構-過程-結果」的構面來探討衛生局承辦人員的觀點。以下為針對衛生局承辦人員之訪談內容加以整理及分析。

### 一、結構面

本研究歸納地方衛生行政界受訪者針對研究者所問之問題回答，運用結構面之「(一) 醫院所扮演的角色類型」、「(二) 地方衛生行政界人員對社區健康營造的認知觀點」、「(三) 承辦醫院的資源充足性與繼續經營觀點」等三方面，由受訪對象的觀點來評估醫院承辦之社區健康營造中心是否具備充足且適當的資源與設備，以提供良好品質的健康營造服務。

#### (一) 醫院所扮演的角色類型

地方衛生行政界的 4 位受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題『您期望醫院在「社區健康營造計畫」過程中，應扮演何種角色？』回答內容中發現，醫院所扮演的角色可歸納為五種類型：「1. 社區發展者角色」、「2. 健康政策者角色」、「3. 健康管理者角色」、「4. 衛生教育者角色」和「5. 引導者角色」(表 4.39)。

#### 1. 社區參與者角色

受訪者 THB11 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB11：「醫院如果要做這一塊，它這個動作怎麼做怎麼做，那它可以在具體成事就是說今天我去做篩檢，不是說篩檢就不叫做健康促進、就不叫健康營造，而是你怎麼做，我如果充分讓社區瞭解，在溝通過程裡面解釋給村里長聽，獲得他很大的認同，他主動幫我找很多人來檢查，所以他會鼓勵他社區民眾說這東西很重要，這不是就有社區參與的意涵。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的看法，他認為在社區參與中強調

自我發展 (self-development)、組織發展 (community-development) 與社區參與決策權 (power)，由醫院來促進社區民眾的自我發展，並來帶動社區組織的發展，再由社區民眾、組織與營造中心共同來參與決策，共同執行社區的健康促進，所以醫院扮演著社區發展的角色。

## 2.健康政策者角色

受訪者 THB11 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB11：「...所以那又講到健康公共政策，如果說以醫院立場來講，醫院有很多專科醫師、專家嘛 他們應該對政府的一個健保或其他的篩檢政策、預防保健提出非常有用的建議，那不就是公共政策參與嗎。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的看法，他認為醫院擁有相當充足的醫療專業知識及人才，應該運用這些專業的知識與人員，來參與制訂政府的健康公共政策，或是提出相關的政策建議，所以醫院有健康公共政策者的角色扮演。

## 3.健康管理者角色

受訪者 THB12 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB12：「...醫院當然是這個社區，嗯這個醫療的資源的一個提供者嘛，那它要走入這個社區健康營造，社區健康營造你知道它是在三段五級前段那個部分嘛，是預防疾病的發生嘛，所以它幫忙這個我們的這個社區民眾，跟社區來結合來提供一些健康的促進的活動嘛，或者是它規劃上面來推動。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的看法，他認為醫院是社區醫療資源的提供者，應將社區民眾之健康視為己任，提供促進健康、預防、早期診斷、早期治療、復健等各方面之服務，醫院應擔負健康管理者的角色。

## 4.衛生教育者角色

有 3 位受訪者 THB11、THB21 與 THB22 就研究者的所問問題回答為此意思表示，列舉 2 位受訪者的內容如下：

THB11：「...你醫院的社區健康營造做了那一塊，我們舉具體一點，譬如說它出去什麼，它去跟社區辦講座、篩檢，在篩檢是不是就是要去，它檢查發現之後要叫去就醫嘛，對不對，所以它基本上是落在衛生教育這裡面的一個早期預防的地方。」

THB21：「我認為醫院來做社區健康營造，他不能把醫院的醫療面當成營造的重點，

醫療方面不能站在首要的角色，社區健康營造應該是以衛教保健為主。」

綜合他們三位地方衛生行政界受訪者所表達的看法，他們認為醫院在做社區健康營造的時候，不應該只是以健診、健檢這一些醫療面的工作當成營造中心營運的重點，醫院應該更積極從事病人及社區衛生教育，讓民眾關心健康，注意保健，以實踐健康的生活。

## 5.引導者角色

受訪者 THB22 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB22：「...醫院有完整的組織架構，由組織去凝聚社區力量，醫院必須擔負起引導者的角色。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的看法，他認為醫院既有完整的組織架構，所以應由醫院來扮演引導凝聚社區力量的角色。

從以上 4 位地方衛生行政界官員的訪談過程當中，發現 4 位受訪者對醫院扮演角色的看法，主要是認為醫院在社區健康營造中心裡扮演衛生教育者的角色。比較特別的是醫院扮演的角色更可以擴大到社區發展和健康公共政策立場，來說明醫院不應止限於照護社區民眾的健康，更能對國家政策提出建議，並能參與政府對民眾健康的立法程序。本研究發現也顯示出，醫院所扮演的角色是多元化的，從健康管理到健康公共政策的建議與規劃，顯示地方衛生主管機關期望醫院承辦社區健康營造能拉近與社區的距離，整合社區的資源，更期望能增加醫院與政府機關間的溝通。

表 4.39：醫院所扮演的角色類型（地方衛生行政界觀點）

受訪者編號	社區參與者 角色	健康政策者 角色	健康管理者 角色	衛生教育者 角色	引導者角色
THB11	*	*		*	
THB12			*		
THB21				*	
THB22				*	*
合計	1	1	1	3	1

## (二) 地方衛生行政界人員對社區健康營造的認知觀點

地方衛生行政界的受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題『您認為一個成功的『社區健康營造』必須具備那些特質？』回答內容，歸納出受訪者對社區健康營造的認知有二種觀點：「1.整體性觀點」、「2.健康促進與決策觀點」(表 4.40)。

### 1.整體性觀點

有 3 位受訪者 THB12、THB21 與 THB22 就研究者的所問問題回答內容有表示此看法，列舉受訪者 2 位受訪者的回答如下：

THB11：「...所以它的幾個特點，第一個它強調的是操作模式是一個整體性的他們叫 holistic view，為什麼它不是衛生單位自己做，而是它發現很多健康問題有很多整體性的因素，貧窮問題可能不是你衛生單位可以解決的，所以它強調 holistic 一個 view，從整體性去解決很多健康相關的問題，那它的操作模式呢是希望說是全體參與，那全體參與的方式呢，不同地方歐洲、美國發展的方式就不一樣，但你要很重要它是個 holistic，所以它一定是以一個鄉一個鎮，整體性的規劃、整體性的參與，去發展它的模式，至於說參與的方式、規劃的重點、操作的關切的主題，不一樣。」

THB21：「成功的社區健康營造中心應有 7 個特質：連結在社區資源並整合，以建立社區組織、形成社區共識、健康議題確立、策略正確且符合、志工培訓、成效評價以及永續經營。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點是以一個鄉（鎮、市、區）來做整體性的考量，與社區民眾共同來規劃、參與及執行營造中心的工作，以符合當地社區民眾的需求，形成社區健康的共識，確立社區健康議題，培訓保健志工服務，以期來評價營造中心的成效，以及營造中心永續經營的目標。

### 2.健康促進與決策觀點

有 2 位受訪者 THB11 與 THB12 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB11：「...所以為什麼我要先講這個，就是說你要先在這個大架構裡面三個核心概念，一個是 health promotion 健康促進，一個是操作模型健康城市，然後台灣的社區整體營造背後有一個它的理論想法也有它操作的模式，就在這裡面他（夏鑄九）講得很仔細，所以今天是在這三種重大的趨勢的演進之下，衛生署在幾年前開始推動社區健康營造，是這樣來的，所以這背後有三個來源。」

THB11：「...其實健康城市 Health city 跟 Health community 其實差異性不大，這是它目標，你看它做什麼，乾淨、安全、高品質生活環境，這不是屁話嗎，你說這是健康

嗎，你可以說它不是也可以說它是，你也可以說它是，廣義的健康，穩定可靠的生態環境，這不也是屁話嗎，第三個強而有力，這就比較特別它特別強調喔這個是民間組織，民間組織，社區我們等一下會再談，我現在講的是民間組織，然後在來就是對影響生活和福利之決策具高度參與的社區，這什麼意思，這重點是決策，決策就是權利，這個社區有權利去參與這個決策過程，這就什麼意思，譬如說在我們這個里，公所說要蓋一個公園，它要蓋公園之前從規劃、設計、構想到施工應該讓我有參與的機會，所謂參與就是我不是聽你講，我還可以給你意見而且你要尊重，甚至進一步來講你要讓我表決，怎麼蓋、要蓋什麼樣子的，响，所以注意到响，在一個健康城市後面它所牽涉到的問題，為什麼這就是其中一個，你光要做這一點，你在想想就要政府部門本身要做多少的改變，民眾的心態觀念，政府它施政的行政的規範，是不是要跟著改，所以你可以想看看這是一件多複雜的工程。」

THB11：「滿足城市居民的基本需求，這個講的是什麼空氣、水這都是，垃圾這都是，現在不在環保局，業務政策現在都在環保署。市民能夠著藉多元管道獲得不同的經驗跟資源，這表示什麼，它講的不是整合，它講的是decentralize，如果是整合怎麼會多元，多元就是說你很討厭種花，可是你喜歡飆車，你也能夠在這個城市找到你的同好的，你可以發展的你可以去接觸共享的社區，所以它背後所謂多元取得的意思，第一個背後一定是一個多元價值的，多元價值是這個社區網絡的價值是多元的，你有你好幾個群，我有我好幾個群，不會有人被孤立，每個人都找到自己的同好，每個人有他自己價值發展的空間。」

THB11：「...要保留地方文化，這其實是跟多元價值是一樣的，你既然多元就是尊重每個多元的文化跟歷史嘛，不會說新的就好，主流的就好非主流的就不好。有特色的城市，那前面就做到當然有特色啊，因為每個城市都不一樣嘛，對不對响。其實就光第十點（提供有品質的衛生跟醫療服務），第十點難道不就是衛生署要做的嘛。然後第十一點有良好的健康狀況，所以你看到說健康城市這種概念，它本身就是政府的施政計畫，政府跟民間共同來打造的一個全方位的施政計畫，它絕對不是一個衛生單位自己來做的一個衛生計畫嘛，所以當你把它當衛生計畫來做的時候，那你就只有做這樣嘛。但是當你要用政府全方位方式，由政府民間共同來打造一個有前瞻性遠光的施政計畫的時候，你就知道嘛，我不要講健康城市，你光在台灣你要期待說，等會兒就會知道說，這裡面有很多的困難重重，行政上的障礙，社區民眾參與上的障礙，觀念想法的障礙，OK，响所以知道這個就是，大概要先知道健康城市喔！」

THB12：「我想這個是非常好啦，因為我們說健康城市，健康城市是我們所追求的，事實上要做到這樣的程度，也是不是那麼簡單啦，我們很多的指標，我們能夠做到這樣的城市、情況啦，我想這個很重要的是強調的是民眾參與的過程，使專業與一般民眾能共同檢視影響社區健康因素，因應社區健康問題，並發展社區適用當地社區的活動，一起解決社區上健康的問題，所以目前說健康城市的計畫已經成功、快速傳播，已經超過一百多個遍佈歐洲、美洲、非洲、中東、太平洋、東南亞等地區

建立這樣的一個城市的創立。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點是引用健康城市與健康促進的概念，來說明社區健康營造的動機與內容。更發現 1 位受訪者的理論概念十分清楚而廣泛，這與受訪者本身曾參與衛生署社區健康營造計畫的內容規劃與執行策略的訂定，有很大的關係。

綜合以上 4 位衛生行政界受訪者的看法，研究發現受訪者認為社區健康營造中心的認知，皆離不開世界衛生組織（WHO）的健康城市以及衛生署的社區健康營造計畫的概念，這顯示出地方衛生機關的承辦人員皆遵照衛生署及國健局的方向來輔導和執行，但有時在執行工作上仍不免有照本宣科的情形發生。

表 4.40：地方衛生主管機關承辦人員對社區健康營造中心的認知觀點

受訪者編號	整體性觀點	健康促進與決策觀點
THB11	*	*
THB12	*	*
THB21	*	
THB22	*	
合計	3	2

### （三）承辦醫院的資源充足性與繼續經營觀點

地方衛生行政界的受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題『您認為醫院承辦之營造中心的人力、物力與經費是否充足？衛生署給予營造中心的補助經費是否充裕？醫院在承辦「社區健康營造計畫」結束後，您認為其繼續經營的意願如何？若繼續經營，您對醫院籌措經費有何建議。』回答內容，歸納出醫院在承辦社區健康營造中心的資源與經費方面分為：「1.資源充足性觀點」、「2.非關資源性觀點」、「3.經費補助觀點」、「4.繼續經營意願觀點」等四個部分來說明（表 4.41）。

#### 1.資源充足性觀點

有 3 位受訪者 THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題回答有表示此觀點，列舉 2 位受訪者的內容如下：

THB12：「這個各個醫院的情況都不一樣吧！喔，有的是專門用一個社工部門或社區

部門來做，這人力就比較充足，這重點是醫院重不重視這樣的一個工作，那另外它要去承辦這個營造中心，它提出來申請，它能不能通過，它可能之前，它的考量，各有各的考量啦！它如果說今天它是純粹想要透過這樣一個社區健康營造中心來跟社區來結合，它可能會投入的心血會比較多啦！人力物力會比較多，但如果它只是說它用來作一些公關啦！或一些 social，那它可能就不花了很多心血在這邊，所以它的人力物力的一個經費的投入就不會是很多啦！」

THB21：「醫院承辦社區健康營造中心的人力、物力與經費是很充足的，因為醫院擁有的資源相當的多。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點皆認為醫院不論是在人力、物力與經費上，這些資源都是十分充足的。其中特別發現有 1 位受訪者提到社區資源的配置和運用，與醫院的用心程度有關，醫院若用心於營造中心會投入大量的人力、物力和資源，來做社區健康營造的工作；反之，醫院若不用心，則承辦之營造中心只會投入少量的資源來做社區公關而已。

## 2.非關資源性觀點

有 2 位受訪者 THB11 與 THB12 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB11：「那你認為說什麼人力、物力、經費是否充足，恐怕問題不是在這裡，問題不在於人力、物力、經費是否充足，問題在於概念跟結構對不對。」

THB12：「那這裡面提到說衛生署給的經費是不是充裕，我想這個當然第一個應該是問說：你的計畫提的好不好，因為有可能一個鄉鎮有好幾個單位會去提出來，說這個要申請這樣一個社區健康營造的經費，但不一定是哪一個醫院會去取得這樣的一個承辦機會，所以這很難講。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的考量重點在於，醫院本身對於社區健康營造的概念與營造中心的組織結構，而非醫院資源與衛生署的補助經費，因為只要概念與架構正確，營造中心能整合社區資源與力量，來推動社區健康營造中心的發展。

## 3.經費補助觀點

有 2 位受訪者 THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題回答內容有表示此觀點，列舉 2 位受訪者的內容如下：

THB12：「我跟你講過了，事實上，這也是醫院如果他的格局這麼小，它一直是看這個經費衛生署補助的經費，那這個是無疾而終、不了了之，沒有什麼用。」

THB21：「以衛生主管機關的立場來看，政府的經費補助需要有一個平衡點，不可能任由營造中心要多少就給多少，而且目前政府的財政支出並不充裕。就目前而言，衛生署給予營造中心補助經費是充足的。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點在於因為國家目前財政收支並不充裕，所以政府的經費補助一定要有一個平衡點，而醫院不應只看在有經費補助的觀點來做社區健康營造。

#### 4.繼續經營意願觀點

有 3 位受訪者 THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題回答內容有表示此觀點，列舉 2 位受訪者的內容如下：

THB12：「...喔，應該是要能夠說永續經營嘛，因為重點是，你把這個地區社區當成你生命共同體，生活的一個區塊嘛！你在這邊協助他們發覺到健康的問題，然後替他們在做健康促進的這個設計嘛，那這裡面如何去作永續經營，可以用很多方式啦！」

THB21：「我認為醫院在計畫結束後，有很強烈的意願跟動機，來繼續經營社區健康營造中心，因為，對醫院形象有提升的作用。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的繼續經營觀點有認為醫院應該將社區當成生命共同體，與社區共融共存；或者是有助於提升醫院的形象。這二個看法與醫院社區化的部分觀點十分接近。

綜合 4 位地方衛生行政界受訪者的看法，我們歸納發現在醫院資源與衛生署經費補助方面的充足性是無庸置疑的，而醫院承辦之營造中心的永續經營更能帶動醫院社區化的發展，醫院與社區之間的關係是雙贏的。另外，特別有 2 位受訪者提到營造中心的資源充足與否，取決於承辦醫院的概念與結構正不正確，而不是在於醫院實質的資源。

表 4.41：承辦醫院的資源充足性與繼續經營觀點

受訪者編號	資源充足性觀點	非關資源性觀點	經費補助觀點	繼續經營意願觀點
THB11		*		
THB12	*	*		*
THB21	*		*	*
THB22	*		*	*
合計	3	2	2	3

#### (四) 討論分析與小結

以公共衛生角度來看，社區健康營造的工作有三個面向，分別為：社區發展 (community develop)、健康的公共政策 (health policy)、衛生教育/行為改變 (health education/behavior change)，三面向又有些功能重疊 (Downie R.S., & Fyfe C., etc., 1990)。在地方衛生主管機關所認為之醫院扮演角色方面，本研究發現地方衛生主管機關對於醫院所扮演的角色，有社區參與者、健康公共政策者、健康管理者、衛生教育者角色和引導者角色，其中，以衛生教育者角色為最多受訪者表示。林玉恩 (2003) 研究發現衛生行政界受訪者在醫院社區化的角色上，認為醫院是以教育諮詢者與健康管理者這兩個角色為主，與本研究發現之結果可以相互印證。

在地方衛生主管機關對於社區健康營造的認知上，本研究發現受訪者表示應有整體性的健康營造觀點，以及健康促進與決策的觀點。其中，受訪者明確指出一個健康城市應具備的十一項指標，並加以詳細之說明。本研究結果發現受訪者在社區健康營造的認知以世界衛生組織提出「健康城市」的概念為基礎，希望透過建立社區民眾的主動參與，結合社區中不同專業人員、資源，政府處於輔導協調角色，以跨部門的合作機制，整合公、私部門的資源，設計出適合當地社區居民的生活型態、居住環境的健康營造活動 (李蘭，1999)，讓社區民眾共同營造健康的社區，以達到全民健康的目標。

在衛生主觀機關的觀點上，在承辦醫院的資源充足性與繼續經營方面，本研究發現地方衛生主管機關的受訪者普遍認為醫院資源充足，而醫院人力、物力與經費資源的充裕性，和營造中心執行人員的概念與結構有很大的關係；基本上大家都認為由醫院來承接社區健康營造的工作是適當的，因為其本身的醫療資源豐富，衛生專業知識與人力資源都充足，持續推動的經費也比較沒有困難 (陳毓璟，2003)。在衛生署補助經費充裕與否的觀點上，受訪者普遍認為政府補助本來就

有一平衡點，而醫院不應該將焦點放在有補助金才來執行這個計畫；醫院繼續經營意願上，應是與社區互為一生命共同體，來進行營造中心的永續經營，所以醫院應該有蠻強的動機來繼續經營營造中心。

就結構面整體而言，本研究結果可以歸納分析出，不論是在醫院所扮演的角色、社區健康營造的認知、以及承辦醫院的資源充足性與繼續經營上，地方衛生主管機關受訪者是站在考量社區健康營造中心的整體意義層面，表示醫院應以服務社區民眾為目標，醫院所扮演的角色應是健康教育和管理者角色，普遍認為醫院的資源充足性足夠，而永續經營的意願也高。

## 二、過程面

本研究歸納地方衛生行政界受訪者針對研究者所問之問題回答，運用過程面之「(一) 醫院承辦的特色與優點」、「(二) 醫院承辦的缺點、問題」、「(三) 針對醫院承辦缺點與問題的調整方式」等三方面，來探討受訪者對社區健康營造中心的各項資源與活動組成關係的認知觀點。

### (一) 醫院承辦的特色與優點

4 位衛生行政界的受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題『不同的機構承辦社區健康營造中心各有其不同的特色，您認為醫院承辦之社區健康營造中心的特色與優點為何？』回答內容中發現，歸納出醫院承辦的特色與優點有五種觀點：「1.社區發展觀點」、「2.因地制宜觀點」、「3.專業資源豐富觀點」、「4.社區合作互動觀點」、「5.醫院營運觀點」(表 4.42)。

#### 1.社區發展觀點

有 1 位受訪者 THB11 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB11：「譬如說乳癌篩檢很重要，政府要花錢讓所有民眾都能夠乳癌篩檢，它也沒有做到這個，沒有，它只是一個 service provider，提供某個服務你要就給你，它有沒有社區發展意涵，如果是我把篩檢的人到社區設個站你就來，你檢查完之後就告訴你結果，然後你就做治療，如果只是這樣不會有社區發展意涵，可是我如果事先聯絡村里長請他幫我叫人，我獲得他的認同，認同就表示他瞭解，瞭解就表示他有成長，這個就有社區發展意涵，所以如果跟社區之間的互動只是一個提供服務的話，只是我 provider 某些 services 的話，那就沒有發展的概念，可是如果是我把你當成伙伴，透過你的一些幫忙、分享，我也告訴你，讓你知道多知道一些東西，你又能提供我意見說該怎麼做，這就有互動，有互動就有發展。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點是，醫院與社區應有良善的互動溝通，有溝通就會有瞭解，有瞭解就會有互動，而有互動就能夠有發展，所以醫院應該要以社區發展的觀點來承辦社區健康營造中心。

## 2.因地制宜觀點

有 1 位受訪者 THB12 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB12：「...我覺得這個醫院也要跟地方結合，這個地方裡面有怎麼樣的特色，譬如說，它的這個鄉鎮裡面有什麼的一個基本上的...我們從死因分析、十大死亡原因分析裡面瞭解它的疾病的一個分佈狀態，那這個部分來對這個鄉鎮來做特別的一個服務，就會展現出來它的一個特色嘛。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點是，每個地方每個鄉鎮都有其自身的風土人情、文化背景與其疾病分佈的差異，所以醫院應將這一些因素納入營造中心工作上的考量，依其地區的特質來展現營造中心的特色。

## 3.專業資源豐富觀點

有 4 位受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 對於研究者所問問題回答皆有表示此觀點，列舉 3 位受訪者的回答內容如下：

THB12：「...那醫院有能夠做這樣社區健康營造有它的好處就是，因為它有醫療資源可以 care，它不管是地區醫院或者區域醫院，它有這個相關的各種...內科、外科啦、婦產科、小兒科啦等等，响相關的資源可以，甚至心理衛生部分都可以來配合來做。」

THB21：「醫院辦的優點上面，我們可以說醫院的資源相當豐富，不管是在人力、物力或者是經費上面，醫院擁有專業的醫療團隊，他可以整合各個科別，他擁有醫療的專業知識，也有很多醫師在從事專業的研究啊，在學術研究領域上，他們不會遜色於研究單位，像學校。」

THB22：「因為醫院有專業的醫療資源，所以在地方的衛生保健會比一般民間團體、單位來的更容易瞭解，也來的強，在專業資源上。對民眾的衛生教育，不論像人力、策略上都比一般民間團體來的好。」

由 4 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點，是站在比較不同承辦單位的立場上，他們認為醫院的醫療專業、人力、物力資源，甚至還有專業的學術研究團隊，這些資源都遠比其他類型的承辦單位擁有的資源來的更多來的更好。所以，綜合 4 位的觀點，醫院不論是在醫療專業、研究發展與策略運用上，資源都較其他承辦單位豐富，所以在醫院資源的豐富性上是無庸置疑的。

#### 4.社區合作互動觀點

有 1 位受訪者 THB22 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB22：「由醫院來辦社區健康營造中心，設站篩檢，醫院跟里長、社區團體相合作、結合，共同討論要提供有哪些服務給社區民眾，由醫院提供，志工轉介，最後再由醫院回饋給社區。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點是，醫院應與社區建立良好的互動合作關係，強化醫院與社區民眾之間的溝通與結合，將有助於社區健康營造中心的工作內容的訂定和推展，因為民眾能真正獲得他們想要的健康服務，讓醫院來幫他們計畫與推行。

#### 5.醫院營運觀點

有 2 位受訪者 THB21 與 THB22 就研究者所問問題回答內容皆有表示此觀點，列舉 1 位受訪者的回答內容如下：

THB21：「...若是醫院很支持營造中心的工作，經過社區健康營造中心設站篩檢後，病患回歸到醫院來，接受進一步的治療跟照顧，醫院回診率會提升，對醫院的營運是有幫助的。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為醫院承辦社區健康營造中心對醫院不但有助於增加回診率的能力，對於醫院營運的幫助也有所影響。這樣的論述與醫院實務就界受訪者的社區行銷觀念，可以相互照應的。

綜合以上 4 位受訪者所述，發現受訪者認為資源豐富的觀點，是醫院承辦社區健康營造中心最主要的特色與優點，其餘特色與優點還有基於公共衛生的國家觀點，因地制宜的地區觀點，以及社區整合互動，以拉近彼此距離的社區觀點，研究顯示地方衛生主管機關受訪者的觀點有其推廣層次上的差異，此差異與其所擔任的職位有明顯的關係。

表 4.42：醫院承辦的特色與優點

受訪者編號	社區發展觀點	因地制宜觀點	專業資源豐富觀點	社區合作互動觀點	醫院營運觀點
THB11	*		*		
THB12		*	*		
THB21			*		*
THB22			*	*	*
合計	1	1	4	1	2

## (二) 醫院承辦的缺點與問題

地方衛生行政界的受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題『您認為醫院承辦之社區健康營造中心的缺點為何？醫院在執行計畫時所面臨的主要問題為何？』回答內容，以下歸納出醫院承辦的缺點與問題有：「1. 健康營造概念不清」、「2. 未用心探討社區需求」、「3. 偏向醫療服務」、「4. 單一決策者」等四項缺點與問題（表 4.43）。

### 1. 健康營造概念不清

有 3 位受訪者 THB11、THB21 與 THB22 就研究者所問問題回答內容有表示此觀點，列舉 2 位受訪者的回答內容如下：

THB11：「我說一般來講，你可以去看它做的事情大致上都沒什麼變，這個沒什麼變就是牽涉到你整個衛生署丟下來這整個計畫的推動方案，我講的這些概念都沒有弄清楚，但是我不是說它這樣就沒有用，因為畢竟你有在健康前面加了社區這兩個字，所以這個計畫它即使是醫院來承做一定會增加醫院跟社區互動的機會，但是它不可能說在這樣的一個架構、概念之下，去要做什麼健康城市、健康社區，那是不可能的因為概念都不對了。」

THB11：「我為什麼要做健康城市？我們觀念上的體質概念不清楚，所以你就會發現說你去看醫院在做喔，它只是把它以前在做的事情換個包裝換個名字而已，做的事情都一樣，做的人沒有不一樣啦，想的事情沒有不一樣嘛，做的方式也沒有不一樣嘛，唯一不一樣只是政府多給你一百萬嘛。」

THB11：「大部分的醫院做的是這個嘛（衛生教育），或是說跟社區互動的層次很低，好，所以這可以去看喔，所以很多人在談什麼社區健康營造中心要評價它的成效，

觀念都不清楚，評價的重點都不對，就看不到，如果他是要做這個你就要評價這個，如果要做這個就要評價，問題是你連它做什麼都不清楚那你怎麼評價，它明明做社區發展，結果你拿這個疾病導向去給它做評價，所以在健康生活方式衛生署規定要做什麼社區健康評估，那就是鬼扯啦！」

THB21：「醫院負責人的支持、人力、金錢上的支援，和領導者對社區健康理念強不強會影響到營造中心的運作。...如果醫院的負責人沒有理念的話，來開會的人常在變，架構也常在改變，不但營造中心的工作人員會無所適從，衛生局的輔導（監督）人員也會很累。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者強調營造中心的工作人員必須對社區健康營造有很強的概念與推動的理念，因為這些醫院推動者或工作者的觀念會深深影響社區健康營造中心的發展，若是醫院實務工作者對社區健康營造的概念不清楚的話，只是承辦醫院繼續做以前在做的社區醫療服務工作，使得營造中心工作停滯不前。另外，更特別發現到受訪者認為領導者的觀念不清，更容易增加營造中心的在架構或人員上的不穩定性。

## 2.未用心探討社區需求

有 1 位受訪者 THB12 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB12：「他們並沒有很用心的去探討這個社區需要一個什麼樣的健康營造，他知道了疾病的分佈狀態，但是他不知道如何去突破、去幫忙民眾來做這樣的一個組織，我們所謂的社區健康營造中心，或者我們叫健康生活方式，就是以有組織有系統的方式、模式來結合這個社區的民眾來推動衛生促進、預防保健的一些活動，讓這個區域的民眾能更夠健康。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為醫院承辦社區健康營造中心，除了瞭解社區的疾病型態外，更應花時間與社區民眾溝通，針對民眾的需求與疾病分佈狀況，來規劃促進社區民眾健康的活動與保健教育課程，讓社區民眾能更健康，也讓社區健康營造中心的功能狀況更健全。

## 3.偏向醫療服務

有 3 位受訪者 THB12、THB21 與 THB22 就研究者的所問問題回答內容有表示此看法，列舉 2 位受訪者的回答如下：

THB12：「...但是他問題是他往往都不是在做這個（預防保健），他反而是 focus 在一直在強調在他的什麼地方，那個篩檢的部分，那篩檢我們不反對，因為篩檢會篩檢出一些疾病出來，像子宮頸抹片檢查或者是一些癌症的篩檢，都可以，問題是那

個一些比較偏向於一些治療的活動乙，像義診或什麼這個就不是社區健康營造中心有必要去做的事情，因為普通這些事情在一些單位也都會去做，那我們要做得就是比較屬於預防那個區塊的事情，那像是我們剛講的一些疾病治療的部分，這個就不是我們比較 care 的部分。」

THB21：「...醫院不能只做醫療服務，像就診、轉介這些事情，雖然做這些服務可以發現社區民眾的異常個案，將他們收案管理，但是醫院更需要負起社區民眾經營健康的責任。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者普遍認為醫院承辦營造中心的執行方向應該是擺在社區居民健康的預防及保健上，不應將醫院內已有的健診篩檢放在社區健康營造中心工作首要的重點。此與張清枝（2003）的研究指出衛生所承辦之社區健康營造中心與醫院合作，醫院所推動的活動內容似乎偏重醫療服務的發現頗為相同。

#### 4.單一決策者

有 1 位受訪者 THB11 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB11：「...所以你看社區健康營造即使是不管是醫院或社區自己承做的，他通常都是一個主辦人嘛，那個主辦人就幾乎決定了...決定這個錢要怎麼花要怎麼做，對不對，所以他根本沒有去掌握到這樣核心的這種參與跟代表性相關的問題，他沒有去考慮，所以你假如說他只是對政府說應該讓他們自主，我們自己定，可是你自己內部沒有民主啊，你只是一兩個人在決定啊，所以我就碰到過那個醫院說人家說健康營造要自主啊，我們自己定我們要做什麼啊，那我就問說你底下有幾個志工，他說有十個，那你把經費分給每個人十萬塊，叫他們自己做，你要不要，對不對，就他一個人決定嘛，所以你對政府講好像是你自己決定，但是實際上是你 mix 一個人決定的。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為許多社區健康營造中心的主辦人常常都是自己主導社區健康的規劃方向與經費使用，都沒有和社區與志工來溝通，營造中心做的是營造中心想要的東西，並不是社區民眾真正需要的，這樣營造中心的民眾是沒有社區參與和代表性的。

綜合以上 4 位地方衛生行政界受訪者的看法，研究發現受訪者認為醫院承辦的優缺點與問題，主要是在於醫院承辦人員對於社區健康營造中心的概念不清楚、執行方向偏向醫療服務兩方面。因為醫院承辦人員對於社區健康營造的概念，主要還是停留在於醫療服務方面的社區推廣，像健檢、健診、疾病篩檢等方式，受訪者表示並不反對這些方式在社區進行，但他們更希望醫院能做增進與改變的

活動，提供民眾更多更健全的社區健康活動和項目，來維護社區民眾的健康。

表 4.43：醫院承辦的缺點與問題

受訪者編號	健康營造概念不清	未用心探討社區需求	偏向醫療服務	單一決策者
THB11	*	*		*
THB12			*	
THB21	*		*	
THB22	*		*	
合計	3	1	3	1

### (三) 針對醫院承辦缺點與問題的調整方式

地方衛生行政界的受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題『您針對醫在執行計畫時的缺點與問題的調整方式為何？』回答內容，歸納出「不要續接計畫的方式」。

#### 1.不要續接計畫的方式

有 2 位受訪者 THB21 與 THB22 針對研究者所問問題回答內容如下：

THB21 & THB22：「衛生局這邊對於這現象的調整方式是，要求醫院計畫到期後不要再接，轉給其他有相當意願的單位來辦，因為想要接辦的人大有人在，被甄選到的醫院不珍惜，會要他們不要在續接。」

由 2 位地方衛生行政界受訪者認為在衛生局針對醫院的問題，提出建議與要求改進之後，若醫院仍舊不加以改善，則衛生局則要求其不要再申請，轉由其他有意願的單位來承辦，讓社區健康營造中心能夠讓真正有心的人來承接，將營造中心的工作辦好。

### (四) 討論分析與小結

在醫院承辦的特色與優點方面，本研究發現受訪者皆表示醫院的專業資源豐富。南玉芬（2002）的研究結果，衛生行政人員對於由醫院承辦之營造中心的正面評價有：承辦單位醫療的身份對健康較能掌握、與多樣地方資源合作、永續經營的想法萌生。陳毓璟（2003）針對台北縣營造中心的研究結果指出，由醫院來承接社區健康營造的工作是適當的，因為其本身的醫療資源豐富，衛生專業知識

與人力資源都充足，只是範疇比較狹隘，會配合健保的給付，比較偏社區篩檢的部分，缺乏健康促進的眼光，但是優點是永續性比較沒有問題。本研究結果與二位研究者所發現之結果是相類似的狀況。

在醫院承辦的問題、缺點與調整方式方面，本研究發現健康營造概念不清和偏向醫療服務為較多受訪者表示。南玉芬（2002）的研究結果，衛生行政人員對醫院承辦之營造中心的負面評價中，提出民眾對醫院推動有質疑。陳毓璟（2003）針對台北縣營造中心的研究結果指出，以醫院為基礎來推動，擅長在健康促進三段五級的第二段第一級的部分，醫院通常藉由社區義診進行篩檢來找到個案，來增加收入。這和社區民眾的健康促進需求是不太相符的。二位研究者的研究結果與本研究發現是可以相互驗證的。本研究結果在問題與缺點的調整上，受訪者表示要求醫院不要在續接計畫，交由其他單位承辦。

就過程面整體而言，本研究結果可以歸納分析出，不論是在醫院承辦的特色與優點，或是醫院承辦的問題、缺點與調整方式上，地方衛生主觀機關受訪者是以整體民眾的健康福利為出發點，來說明其對於醫院承辦營造中心工作的優、缺點、特色與問題的認知與立場，研究結果也發現到受訪者是正向認同醫院的承辦工作，但也希望醫院在社區健康營造的理論與認知上，能多加學習與並鼓勵民眾參與營造的決策過程，並能檢討並減少與醫療服務相關之營造活動。

### 三、結果面

本研究歸納地方衛生行政界受訪者針對研究者所問之問題回答，運用結果面之「(一) 衛生局已完成的工作和未來工作上的想法與見解」、「(二) 醫院推動健康營造計畫讓國家政策更落實的觀點」、「(三) 給醫院的整體評價與建議」、「(四) 對於衛生署社區健康營造計畫之建議」等四方面，來探討地方衛生主管機關的官員對於醫院承辦社區健康營造計畫後的看法與建議，以及地方衛生主管機關官員在監督(輔導)社區健康營造計畫後，相關工作的想法與見解。

#### (一) 衛生局已完成的工作和未來工作上的想法與見解

地方衛生行政界的受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題『對於醫院所承辦之社區健康營造中心，以您站在衛生局監督(輔導)的立場，您認為做到或完成了哪一些工作？對於未來的監督(輔導)工作您有何想法與見解？』的回答內容，歸納出：「1.已完成工作」、「2.資訊傳遞者」、「3.輔導營造計畫」、「4.醫院公益服務」、「5.醫院獨立作業」、「6.社區自主管理」等六方面

來說明衛生局已完成的工作與未來工作上的想法與見解（表 4.44）。

## 1.已完成工作

有 2 位受訪者 THB12 與 THB22 針對研究者所問問題回答內容如下：

THB12：「我想我們衛生局的部分除了當然是輔導以外，我們就是說我們的基本的基調、策略，要往那個策略去做，都會召開一些檢討會嘛，我們會找這個社區健康營造中心來做檢討的工作，那我們也會那個除了檢討以外，我們本身也都會..我們○○這邊也都會到各個社區健康營造中心去跟他們做一個訪談，做一些輔導，瞭解他們的問題，需要局裡面來協助什麼樣的一個問題，那至於課程設計上面，我們那個不管是健康新煮張或者是要活就要動都有課程設計標準，我們也有一些個相關的問卷，來做一些評估、評比，那我們整個在年度計畫結束以後，也會做整體的一個評估，瞭解到相關的問題，當然這個都是可以提供我們一些思考，對未來的方向及對目前執行的狀況做一些檢討改進這樣子。」

THB12：「那目前來講，我們已經有19個社區健康營造中心，其中2個是山地的，還有一個是原住民的，另外有17個是我們一般鄉鎮的，有4個鄉鎮沒有，包括新社、霧峰、龍井跟大甲現在目前還沒有，現在因為目前三年計畫過了以後現在就是目前可以說是停擺，現在沒有社區健康營造中心，那一方面就是其實也是一個政府在辦社區健康營造中心的重要性是一個start，它來丟出這個計畫這個經費給你，來試做試辦，那慢慢還是要讓你自己去把這民眾帶起來以後，真正去落實去做，那你經費慢慢要從政府補助到你到自己營運的方式，所以我們對於這個還沒有做的這些，我們也會有一些對於未來規劃上面都會輔導它，適當的一個機構由衛生所這邊來輔導，到時候提出申請的時候我們再來幫忙協助這樣子。」

THB22：「目前完成的工作，我們會看營造中心的狀況而會有不一樣的地方，我們把主要的工作項目分成，用七項來評估他們，看是不是有完成，和他們完成的狀況...台中市中區—台中醫院的社區資源整合完整，組織架構也健全，但是，在人力資源方面的志工部分有稍嫌不足，它的自我評價不足，永續經營上也漸漸有了。台中市西區—林新的社區資源整合完整，因為他承辦的時間比較短，所以，目前的自我評價與永續經營比較不明顯。台中市西屯區—澄清嘛，有自我評價，在永續經營上面也有做了 1/2 了。」

由 2 位受訪者的陳述中，可以發現受訪者以不同的角度來說明營造中心目前已完成的工作狀況，其原因與受訪者是否實際參與督導工作和參與營造工作的時間長短，有顯著的關係。

## 2.資訊傳遞者

有 1 位受訪者 THB22 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB22：「我們會繼續輔導營造中心的工作。我們的部分是，衛生局會陸陸續續接收到中央的相關計畫和它的執行策略，而衛生局的責任是將這些東西、策略轉達給告訴給民眾和營造中心他們的意義是什麼。」

由 1 位受訪者的陳述中，可以發現受訪者是站在衛生局營造工作實際督導人的立場來說明其見解，因為受訪者的工作上常常與各營造中心的溝通與聯繫，所以他的職責之一就是將衛生署健康營造資訊向下傳達給社區健康營造中心通曉瞭解，所以衛生局身為社區健康營造資訊的傳遞者。

### 3.輔導營造計畫

有 1 位受訪者 THB11 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB11：「...所以今天以衛生局來思考就是這樣，我有沒有專家，我沒有專家我只好跟他盡量不要去跟變成純粹外包關係，可是很難，所以你去看衛生局的人在反應都是說拿了錢也沒做事，這就是外包關係，他不會想說你拿了錢之後我要幫助你，提供你必要的know how跟技術，讓你能夠順利的把要做的事情做完，而且你也得到成長，政府不會這樣想，對不對，政府一定是說，你如果去訪問一些高層或者是一些，他們會說錢拿了都沒做事啊，他會這樣講，你去問政府機關，他會告訴你很多東西拿了錢都沒做事，也沒達到那個效果，不知道做了什麼，對不對，那個就是用外包概念來看嘛，外包就是我給你錢你要做這一些事嘛，可是你如果知道你就知道，要做的事其實很複雜，它的指標要看你做重點什麼再來定，啊它的關係是動態的，它也需要政府自己做改變，你用外包去看政府不用做改變，我只要給錢就好了，可是你如果用的是營造關係的話，政府本身也要改變啊，對不對，但是只有這樣要改變太難了，所以通常要有第三者來幫忙這兩邊做改變。」

由1位受訪者的陳述中，發現受訪者認為衛生局身為地方政府的衛生主管單位，要能尋找第三者如學界專家來參與社區健康營造中心的發展，藉由第三者來協助政府機關與承辦單位之間的互動溝通和技術上的協助，不要讓政府與營造中心的關係淪為純粹的外包關係。

### 4.醫院公益服務

有 1 位受訪者 THB12 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB12：「...就是社區健康營造中心本身的這個能夠對社區民眾幫忙很多啦，不過這個工作要出乎於就是算是一種服務性質、公益性質的這種角色，那要來在這個社區裡面要做這樣貢獻的人，本身就要有這樣的一個看法，他不能夠說好像用這樣的中心要來做一些自己利益的營造或什麼，但是那是不可能的，也是希望能夠這個部分在籌備社區健康營造中心的時候他們就有這樣的看法，純粹是站在幫忙民眾的立

場，那這個是說要有熱心的人士，那醫院本身來講，因為醫院在這個地區是受到人家信賴的還是受到人家唾棄的，從這裡也看的出來，它有沒有說能夠受到當地民眾的肯定，我想這邊醫院要做好這樣的一個角色，事實上，它要花更多的心血，在跟民眾互動的部分，瞭解民眾的看法跟想法，能夠落實這個一些預防保健的作法。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為醫院來承辦社區健康營造，它本身帶有一些公益服務的傾向，應優先考量社區的利益，瞭解社區民眾的需求與想法，再進一步的規劃與推動營造工作，藉此獲得社區民眾的信賴。

## 5.醫院獨立作業

有 1 位受訪者 THB21 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB21：「我的見解是承辦社區健康營造中心的醫院應該要能夠獨立作業，自給自足，衛生局是站在輔導者的立場，沒有辦法幫醫院做。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為衛生局只是站在輔導的立場來協助醫院的社區健康營造中心，而醫院在輔導的過程中，往往會有依賴衛生局的現象，無法自我獨立的作業。

## 6.社區自主管理

有 1 位受訪者 THB22 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB22：「社區健康營造中心不論是給哪個單位來承接承辦，最終他們都會回歸到回歸給社區來自主管理，所以要怎麼樣使社區健康營造中心不會流於形式化，使它的組織更健全，理念能更正確。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者認為不論社區健康營造中心目前是交由何種單位來承辦，它最終的目標將會回歸社區民眾來自主管理，而組織理念的正確與健全是影響社區自主管理的重要因素。

綜合4位地方衛生行政界受訪者的看法，我們歸納發現受訪者雖然以不同的觀點來說明衛生局的工作狀況，以及未來工作上的想法和見解，但是這些見解仍是環繞在衛生局對醫院的輔導（監督）工作，和醫院對社區的發展與照顧這二個範疇上。

表4.44：衛生局已完成的工作和未來工作上的想法與見解

受訪者編號	已完成工作	資訊傳遞者	輔導營造計畫	醫院公益服務	醫院獨立作業	社區自主管理
THB11			*			
THB12	*			*		
THB21					*	
THB22	*	*				*
合計	2	1	1	1	1	1

## (二) 醫院推動健康營造計畫讓國家政策更落實的觀點

地方衛生行政界的受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題『依您與承辦機構的接觸與瞭解，您是否認為由醫院來推動『社區健康營造計畫』會讓國家政策更佳落實？其理由為何。』回答內容，歸納出醫院推動健康營造計畫讓國家政策更落實的四個觀點：「1.衛生教育與行為改變」、「2.不同承辦單位」、「3.交由醫院承辦」和「4.政府計畫外包」(表 4.45)。

### 1.衛生教育跟行為改變

有 1 位受訪者 THB11 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB11：「...那一家醫院或是一個健康服務提供者如果它希望幫助社區發展的話，它必須把它服務的方式做改變，對不對，所以它必須把它服務的方式做改變，甚至服務的內涵也要做改變。...渥太華憲章講的是就說整個環境跟行為的改變，它講的是衛生教育跟行為改變這一塊，它要符合條件，有沒有..健康的公共政策，講的是這個，它現在是看這一塊，可是它會知道這一塊要完整在現代的民主社會一定要這兩個，對不對，這什麼...自信的環境，自信的環境有硬體也有軟體，軟體就是社區組織啊、人的支持啊，所以講的是這一塊。」

THB11：「...那你要知道強調治療、強調醫療不可能做行為改變，那是做藥物治療，人不會改變，就是你有病我拿要給你吃嘛，那個絕對不會有行為改變的意涵，行為改變的意涵一定要去強調非醫療的還有健康促進那一部份，會考慮生物、社會、心理的因素，响就是渥太華憲章那五個要點，所以醫院要是能夠認同這個東西的話，這個講的就是服務取向的改變，講的就是這個，响，概念上是要這樣聽我，才會知道說以公共衛生角度來看的時候，一個完整的社區健康營造計畫的綱架是這樣，那你醫院是在這一塊（社區發展和衛生教育/行為改變的交集），那你要做什麼，是這

樣。醫院也可以說我不做這個我專門做社區發展，我一天到晚去社區裡面跟社區裡面混，然後希望他們能主動的參與什麼、瞭解什麼、參與什麼做什麼，它也可以不是不行，但那個對醫院來講又更遠，响又更遠。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點為醫院應落實服務內涵與取向的改變，來促進社區環境和民眾行為的改變。受訪者認為這個部分的意涵比較深遠，目前醫院還沒有想到和做到這部分的工作。

## 2.不同承辦單位

有 1 位受訪者 THB12 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB12：「我們在衛生局的立場只是不太喜歡由衛生所來做啦，因為衛生所本身負有公共衛生跟預防保健、衛生保健的一個責任嘛，所以它來做這個是等於是它要花很多的精神在那邊，在公共衛生的工作上面會比較，人力上會比較吃緊而且會比較不落實，我們是希望由社會資源來做啦，那當然醫院是這樣的一個型態，我們也是希望每一個民間團體可以來做，而不一定只有醫院啦，像社區發展協會啦，像是這個一些像體育會啦，反正這個社團或者是財團我們都很歡迎他，因為這個他的計畫提出來還是要經過層層的審核啊，當然要符合我們這個相關的不只是策略、執行方向都要符合，計畫都是要符合，所以我們並不是說一定 care 是誰來做，那當然如果由醫院的話，醫院它本身就有方向的話，它能夠去深入社區跟社區結合，去發現社區的問題，替民眾解決這個健康上的問題，又能夠利用到所謂的多層次傳銷這種理念，任這個健康概念下放到基層去落實到基層，那我們都非常的贊成，是這樣。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點認為在衛生局的立場，他們鼓勵多元的單位來承接營造中心工作，只要是能夠將社區健康的概念真正落實到社區民眾身上，都是他們所樂觀其成的。

## 3.交由醫院承辦

有 2 位受訪者 THB21 與 THB22 針對研究者所問問題回答內容為此意思表示，列舉 THB21 的內容如下：

THB21：「當然會讓國家政策更落實，因為醫院的資源多，營造中心的設站篩檢工作，有人（醫院）來管理，不但對醫院的形象是正面，由醫院來運用策略推動營造中心也會比較容易。而且醫院對社區民眾也比較有號召力。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點認為由醫院來承接營造中心，受訪者一再強調醫院資源的豐富性，這與過程面中所提到的醫療專業資源豐富，兩者之間相互呼應。

#### 4.政府計畫外包

有 2 位受訪者 THB21 與 THB22 針對研究者所問問題回答內容為此意思表示，列舉 THB21 的內容如下：

THB21：「國家為了節約財政開支，陸陸續續將許多計畫案委外辦理，就是希望委外業務能透過具有一定實力的機構來真正的落實和執行，這樣不但使政府的財政支出能節流，更能帶動民眾有健康觀念與生活方式，醫院具備了這種能力。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點認為社區健康營造計畫就如同國家其他外包計畫，不但使國家財政支出節流外，更可以促使醫院這些有實力的機構來帶動社區民眾的健康觀念。

綜合 4 位地方衛生行政界受訪者的看法，不論是從衛生教育跟行為改變觀點來促進民眾的健康；不同承辦單位的觀點或是醫院承辦的觀點來看，對於由醫院來承辦都有很大的認同與期許；還是政府計畫外包的觀點，不但能收政府節流之效，更能藉此帶動醫院對社區的發展。

表 4.45：醫院推動健康營造計畫讓國家政策更落實的觀點

受訪者編號	衛生教育跟行為改變	不同承辦單位	交由醫院承辦	政府計畫外包
THB11	*			
THB12		*		
THB21			*	*
THB22			*	*
合計	1	1	2	2

#### (三) 給醫院的整體評價與建議

地方衛生行政界的受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題「您目前對醫院參與「社區健康營造計畫」整體成效評價為何？有何建議？」回答內容，歸納出四個觀點：「1.正向評價觀點」、「2.永續經營觀點」、「3.資源整合觀點」、「4.策略管理觀點」（表 4.46）。

##### 1.正向評價觀點

有 4 位受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 就研究者的所問問題回

答內容如下：

THB11：「東勢它是一個比較社區化的醫院，啊～那個東勢是因為他又參加了另外一個安全社區的計畫，所以它基本上它的那個，而且很重要的就是第一這個是一個真正社區化的醫院，它這個地區醫院不大，它又在東勢，它又是客家莊，在地人做，這完全不一樣，所以它社區化本身先天上的條件就很強，加上它承做那個安全社區，所以它是一個非常特殊的案例。」

THB12：「有好有壞啦！有做到stop的有好幾個啊，那有好的是這個全國的模範的也是有啊，所以我們在台中縣這邊光田也做的不錯嘛，東勢農民醫院也做的不錯嘛，仁愛醫院，所以幾個醫院他們有在support的話，大概其實對健康的議題，他們都不會很離題，不會太離譜，有衛生局在輔導，在抓住方向，應該會有很好的成果展現。」

THB21：「評價不錯。推動者的全力支持是營造中心成功的重要關鍵。主承辦人固定而且永續，人員不要常換，我們也會要求他們不要經常換人，這樣營造中心也比較能永續經營下去。」

THB22：「評價是正向的。我認為在推動營造中心的同時，醫院應該對組織持續做結合。」

由4位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點皆對醫院承辦有正向的評價，受訪者分別提到社區化的醫院、由在地人來執行、推動者的支持、持續的整合和衛生局的輔導，是讓營造中心有正向評價的重要因素。

## 2.永續經營觀點

有2位受訪者 THB21 與 THB22 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB21：「主承辦人固定而且永續，人員不要常換，我們也會要求他們不要經常換人，這樣營造中心也比較能永續經營下去。」

THB22：「...目前營造中心工作入軌道後，醫院比較少會繼續擴展。中心主要的負責人的理念常常跟民眾要的是不一樣的，醫院做自己想做，並非民眾想要的。一個做的好的營造中心，會讓民眾瞭解到醫院與社區健康營造中心是不同的，營造中心是推動健康議題與策略，要漸漸跳脫設站篩檢的概念。營造中心的醫療領導者的瞭解和全力支持，交由執行者去執行，是營造中心是否成功的重要關鍵。」

由2位受訪者的陳述中，發現受訪者認為醫院承辦社區營造中心領導人（主辦人）的理念與支持度，對於營造中心的工作與永續有很重大影響。因為有領導人的支持，營造中心工作人員的流動率會低，大家會齊心來推動健康營造，而

永續經營的機會也會大大提升。

### 3.資源整合觀點

有 3 位受訪者 THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題回答內容如下：

THB12：「這個都是可以，你要怎樣的方式，成立怎樣的基金會都可以，在醫院主導之下，你們去發展如何的組織都可以，那你或者是你自己去編預算來貼補，都可以，那問題是，你如果說很短視的只是說我來做一年做二年為了我醫院的生意，那這樣的一個態度那是不可能做好的，這樣你知道嗎。」

THB21：「在經費籌措上，醫院可以結合基金會、社區團體、財團法人進行募款或義賣，尋找在地的財團法人和企業界的支助、回饋這些方式來進行。」

THB22：「在經費籌措的話，讓社區團體出錢、出力，營造中心得到的不只是經費，更需要某些人力、物力，像志工來幫忙，活動場地社區有人來提供。例如：醫院到地區辦活動，活動所需的場地、志工、桌椅器具由社區民眾及團體來負責，這樣對社區健康概念傳達更有幫助。」

由 3 位受訪者的陳述中，發現受訪者在營造中心繼續經營的經費籌措上所表達的觀點，皆認為社區應結合社區資源，例如社區社團組織（基金會、社團法人、財團法人、志工）、企業界、工廠等對象，有大家的支持與回饋，有錢出錢有力出力，共同來承辦社區健康營造中心。另外，有 1 位受訪者提到承辦營造中心的醫院不能只是短視近利，只圖有計畫經費補助的這兩三年，這樣的營造中心是無法成功的。

### 4.策略管理觀點

有 1 位受訪者 THB11 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB11：「...對醫院來講，你在你的這個組織網絡裡面你有幾個很重要的 component，第一個你跟公共衛生部門的關係是什麼，第二個你跟社區組織關係是什麼，第三個你跟其他醫療院所的關係是什麼，那在這三種不同的關係底下，你現在是做健康營造，請問這不同的關係要怎麼樣去經營，然後幫助社區營造。」

THB11：「...我們策略基本上有三個東西嘛，核心優勢嘛、產品市場、組織網絡，那我就要問說如果你的醫院是要走社區醫院，對不對，社區醫院就是說我對這個社區民眾的健康，有健康他會來找我他信賴我，他都願意到我這裡來，我掌握這個市場，所以我給民眾的是一個全方位的產品，不光是有病也包括沒病也能更健康，那在這裡面就要定位說我醫院應該提供的是什麼，那我醫院要跟其他不同的組織的，發生網絡關係的這些組織產生怎麼樣的合作關係提供其他東西，要這樣去想，對，那你

對社區組織也可以去想，所以這牽涉到你內部，在醫院內部你發展的核心策略是什麼，你要培養的核心優勢又是什麼，如果我的策略是說我跟這社區的關係非常緊密，跟衛生局的關係非常緊密，互相的支援能夠互補共享，我進一步能夠掌握公共政策的變化，及早因應，而且我能夠更清楚的掌握這個產品市場，那你就要去發展這網絡關係啊，但是我跟你講醫院在思考部分沒有很深啦！醫院會去想這個嗎？」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者對於醫院承辦營造中心的策略基礎，有著一套非常完整的見解，從公共部門、社區組織到其他醫療機構之間的關係，以及醫院自我的核心優勢、產品市場到組織網絡的概念，從醫院對內到對外的策略概念建構，給予醫院一番另類的思考與建議。

綜合以上 4 位地方衛生行政界受訪者的看法，研究發現受訪者對於承辦醫院的整體評價上，皆給予正面的評價看法，這顯示出目前在台中地區醫院所承辦之營造中心的成效，在衛生局的輔導之下有一定的成果。雖然受訪者所給予醫院的建議觀點多在領導者與資源整合的部分，但是仍有 1 位受訪者針對醫院的策略管理上提出了建言，因此，我們可以將觀念整合出由營造中心的領導者到醫院的策略規劃，甚至到整個社區環境的整合這一連串的有系統的觀點。

表 4.46：給醫院的整體評價與建議

受訪者編號	正向評價觀點	永續經營觀點	資源整合觀點	策略管理觀點
THB11	*			*
THB12	*		*	
THB21	*	*	*	
THB22	*	*	*	
合計	4	2	3	1

#### (四) 對於衛生署社區健康營造計畫之建議

地方衛生行政界的受訪者 THB11、THB12、THB21 與 THB22 針對研究者所問問題『請問您對衛生署所擬『社區健康營造計畫』有何建議修正與改善的地方？』回答內容，歸納出四個觀點：「1.三方參與觀點」、「2.決策體制觀點」、「3.考核機制觀點」與「4.民眾需求觀點」(表 4.47)。

## 1.三方參與觀點

有 1 位受訪者 THB11 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB11：「...其實它可能是要用衛生署牽涉到好多局處喔，它可能不是只有一個國民健康局，他把它當做外包計畫來做，所以你看到他問題在於說，他把一個民間跟政府角色，還有學界參與，要做很重大地互動模式的改變的一件事情，只是用個簡單的外包計畫來做它，所以你看它即使它從開始做到現在它有很多的外包計畫去做評價，評價結果很分歧，甚至也沒掌握到重點，然後他所邀請來的專家，各吹各的調，有些專家是那一塊有些專家這一塊，所以慢慢注意看，你去問不同的專家他講的東西不一樣，但不出我那三個面向七個區塊，有些專家說應該讓社區自行來訂定什麼計畫，有沒有，要自主啊，但是我就要講的社區發展的面向裡面有很多，你要有組織的行動，對不對，你要有公共政策透明化的參與，你這都不談只談社區自主，就好像說政府也不存在什麼歐，只有我們自己，我們自己來定計畫我們自己來做，要這樣做也可以，只是問題是你有那個社區組織可以去做嗎？」

THB11：「...政府本身本來就掌握到比較多的資源跟權利，所以如果只是民間組織跟政府互動了之後，這個關係非常不對等，因為對政府來講這裡都是官僚體系的人，當官當慣了，就很容易習慣下面你要聽我的話，這政府我有錢、我有人你一定要聽我的，政府可以社區一下，社區對政府看到衙門習慣就矮了半截，所以這種關係要平等很難，所以在這個過程裡面要有 Facilitator，學界出來扮演一個去促成誘發的角色，去緩和這兩個不對等的關係並且提供非政府組織足夠的支援跟技術，因為它還沒茁壯，所以它需要專業的支援跟協助，所以看到它的角色有兩層，一層是技術跟知識的執行 know how，一種呢他是扮演這兩種之間的緩衝，不要讓這種通常是不對等的關係受到破壞，導致社區主體性沒辦法出來。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點是在政府的計畫與民間機構的合作之下，應加入專家學者的指導協助與緩和調停的角色，這與國健局「社區健康輔導計畫」籌組之輔導、諮詢之委員及外聘之學者專家的方式，兩者的意義是相同的。

## 2.決策體制觀點

有 1 位受訪者 THB11 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB11：「...這個組織的問題不是我們想的那麼單純，社區的組織要發展到健全有能力去做事情，不是我們今天想的那麼簡單，不是我們想的那麼簡單，這牽涉到你社區組織內部的決策體系，所以你碰到這一塊，內部再深入下去又有社區內部的決策體系，你這個組織是..你們以前在組織有講，它這個三角形的組織 CEO 說了就算嗎，還是它是個比較扁平的組織，所以你看這就已經牽涉到我們講的民主的政治文化，

假如我們平常的社區民眾沒有這種集會結社，民主的素養跟習慣跟概念，這個就會有問題，所以你看到很多都是這樣，你注意去看，很多執行這種社區營造計畫的組織不管它是醫院還是社區，那如果這問題沒解決，你政府給錢好像是給社區，實際上只是給一兩人來花，不是嗎？」

THB11：「...所以重點在哪邊，重點是大家一起來的這個大家是誰，但是一般我們大家就是找什麼民意代表啊，那不對，因為你強調是全員參與，你是要把社區裡面各式各樣的人，他背後有不同的價值跟社會階層，你一起找來，所以第一個問題，找來的人必須要能夠反應這個社區狀態要有代表性，所以我必須找農民代表、找工人代表、找貧窮人低收入的代表、找黑人、找外籍新娘、找什麼，我也要找專家，代表性夠了，這是第一步。再來就是說，這一群人是用什麼方式去達成一個決策，因為你定計畫一定大家什麼都想做，那有一些順序嘛，那有一些順序一定要根據你，如果第一個順序要根據這一個問題的嚴重性、可行性啦、經費什麼的，那你怎麼去做這個決定。...所以你會看到，你審視一個健康城市計畫是不是真的有掌握它的精髓看兩個，參與人有沒有代表性，代表有不同階層不同價值的，你是不是要有同性戀的代表，對，不同年齡層不同性別不同種族，第二個決策過程是不是民主，這兩個你沒有做到的話，對不起，它不是一個健康城市，它只是一個政府比較有野心的施政計畫，那也不是說它做的不好，只是它不是符合那個概念。」

THB11：「...理論上你不管是在鄉鎮公所選出來的鄉長，他應該不是說選出來你就當山大王，選出來是你還是有很多行政體系的約束，讓你公共政策必須透明化，強制你要讓大家參與就要參與，不是你想怎麼做就怎麼做，對不對，所以除了代議政治之外，人民的直接參與直接民權，那只是參與的方式之一，它還很多行政的規範去要求你一個行政組織如何的透明，譬如說行政程序法規定你資訊要公開，對不對，所以你看這裡面其實牽涉到很多體制的問題啊，那社區整體營造最大的問題就在於說它一直沒有去碰體制的問題，他就是一群人在那邊做，做得很高興，然後也做了當然是說有一些成果，他從來不敢真正去碰到社區裡面一些跟民主相關的決策體制。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的看法認為社區健康營造計畫不只應有政府與承辦單位的參與，政府應公開行政程序的資訊，以及提升民眾的民主教育與素養，並透過不同階層具代表性民眾的參與社區健康營造，這是目前政府單位還沒有正視與積極推動的。

### 3.考核機制觀點

有 2 位受訪者 THB21 與 THB22 就研究者的所問問題回答內容有表示此看法，列舉受訪者 THB21 的回答如下：

THB21：「我是認為社區健康營造中心的考核機制需要改進。醫院接辦衛生署的計

畫，來承辦社區健康營造中心，但是營造中心的好壞卻列在衛生局的考核當中，我認為這不合理也不恰當。衛生署考核衛生局的機制與營造中心的相似，這個考核制度並不恰當。所以，我希望中央能也應該設一個常設的機構來審核、管理、考核社區健康營造中心，而我們衛生局的應該至是站在輔導的立場。」

由 2 位受訪者的陳述中，發現受訪者表示因為衛生局是站在輔（督）導的立場來協助營造中心工作，而社區健康營造計畫申請案的審議是由國健局來辦理，但營造中心的承辦成效又列入考核衛生局的機制之中，這樣的機制與流程並不恰當，所以，受訪者建議應另設一專責機構來管理與考核營造中心的績效與成果。

#### 4.民眾需求觀點

有 1 位受訪者 THB12 就研究者的所問問題回答內容如下：

THB12：「我國是在 1999 年開始推動這樣的計畫，已經有 302 個鄉鎮，我們是 365 個鄉鎮，現在是 302 個鄉鎮，也還沒有全部都有，而且多數的社區中已經看到民眾主動參與社區健康政策的推動，那 91 年國健局這邊把它列入挑戰 2008 國家發展重點計畫，可以看的出來國家對這個的重視，所以我想我們這邊的建議當然是說，這個計畫的一個實施，就是剛才提到的，它一定要符合當地民眾需求的社區，一起來解決當地社區民眾的健康問題，這樣的概念，所以能夠執行的也不是隨便的人都有辦法的，一定是在這個部分有那個能力的人才會有辦法。」

由 1 位受訪者的陳述中，發現受訪者所表達的觀點是社區健康營造計畫是目前國家的重點政策，所以計畫的實施，一定要注意中心的承辦單位與人員是不是有清楚的健康營造觀念，能不能符合當地民眾的需求，衛生署在審核計畫時應挑選出有能力且適當的機構來承辦，才能夠達到營造全民健康的目的。這與醫院承辦特色中的因地制宜觀點是相互關連且相互呼應的。

綜合以上 4 位地方衛生行政界受訪者的看法，研究發現受訪者站在行政立場的觀點有可能受到行政文化的牽引，因此比較自然的脫口而出表達站在自己行政領域對衛生署的計畫修正與改善的建議，認為應從決策體制面、考核機制面、民眾需求面，以及民間、政府與學界三方面的合作四個考量點，給予計畫推動實務面上的建議。

表 4.47：對於衛生署社區健康營造計畫之建議（地方衛生行政界觀點）

受訪者編號	三方參與觀點	決策體制觀點	考核機制觀點	民眾需求觀點
THB11	*	*		
THB12				*
THB21			*	
THB22			*	
合計	1	1	2	1

### （五）討論分析與小結

在衛生局已完成工作與未來工作的見解和想法方面，本研究發現之結果為衛生局完成對於營造中心之訪談、輔導與評估成效；而在未來工作上，是分別希望能做到健康營造資訊的傳遞、繼續輔導、鼓勵醫院增進公益服務、醫院能不依賴衛生局輔導而獨立運作、鼓勵社區自主管理。地方衛生主觀機關在權力之使用方面，應以影響而非權威之方式，與民眾共享而非管理民眾之心態；儘量以協商方式進行溝通而非一味指導；在與民眾或其他非政府部門間之關係方面，協同或合作之關係勝過階層性或競爭之關係（賴美淑、陸杓玲，1997），此觀點與本研究之結果是能相互映證的。

在醫院推動健康營造計畫讓國家政策更落實方面，本研究之發現受訪者普遍認為醫院擁有醫療與健康的專業知識，所以尤其來推展健康營造工作是適宜的，而政府外包方式來辦理社區健康營造計畫，對於政府財政與政策推行事有助益的。管敏秀（2002）的研究結果指出具有醫療背景（如：醫院、醫學院、護理學院、衛生所等）的團體來承辦社區健康營造計畫效果較佳。因醫療院所大多擁有醫師、護士、社工師等專業人力，志工的管理和訓練經驗豐富，對於推展社區健康營造的活動無論在人力或專業資源上都比其他組織更充裕。

給醫院的整體評價與建議方面，本研究的結果發現到受訪者接對醫院的工作成效表示正向的評價，並且對於醫院的資源整合、永續經營和營造發展的策略管理方面，對醫院提出建議。而受訪者的建議以「範疇-資源-網路」三個構面（吳思華，2000）為主，從核心優勢的培育，到社區資源的整合，建立起屬與醫院承辦之營造中心的健康網路組織，充分運用這三構面的策略互動，讓醫院能夠永續經營社區健康營造中心。

對於衛生署社區健康營造計畫的建議方面，本研究發現之決策體制觀點和三方參與觀點，與國健局推動之社區健康營造輔導計畫的概念相同，鼓勵政府、專家、民間來共同參與和推動。而本研究發現之考核機制觀點，與陳毓璟（2003）針對台北縣營造中心的研究結果指出，評估指標不斷的修改造成基層衛生行政機關的困擾，有相似的情況。

就結果面整體而言，本研究結果可以歸納分析出，不論是在衛生局已完成工作與未來工作的見解和想法、醫院推動健康營造計畫讓國家政策更落實、給醫院的整體評價與建議、或者是對於衛生署社區健康營造計畫的建議上，我們發現地方衛生主管機關工作人員，在社區健康營造的工作範圍已超越了傳統的衛生醫療保健工作。對於健康社區的發展，基於衛生人員的立場，可扮演的角色有倡導者、促成者、協調溝通者、諮詢者、執行者、評價者、經驗傳播及推廣者（賴美淑、陸杓玲，1997）。另外，衛生人員還身負資訊傳遞的角色，將社區健康營造計畫的資訊傳遞給社區民眾和參與單位知悉，同時也評估承辦醫院在推動過程與結果的成效，並將推動的困難與建議反映給國民健康局。因此，我們可以說地方衛生主管機關是一個中繼站也是一個連絡站，應充分發揮其多重角色的功能。

#### 四、討論與結論

由 4 位地方衛生行政界受訪者豐富且多元的訪談內容中，可以看出醫院承辦營造中心在過程面的醫院所扮演之角色，對社區健康營造的認知觀點，以及醫院承辦的資源充足性與繼續經營的觀點；在過程面的醫院承辦特色和優、缺點，以及針對醫院承辦缺點與問題的調整方式；在結果面的已完成的工作與未來工作的看法，由醫院來推動能更落實國家政策，給醫院的整體評價，以及對於健康營造計畫的建議與修正；研究者將「結構-過程-結果」的分析結果，整理為表 4.48。

表 4.48：地方衛生主管機關觀點的社區健康營造中心運作內涵分析總表

一、結構面	（一）醫院所扮演的角色類型	1.社區參與者角色 2.健康政策者角色 3.健康管理者角色 4.衛生教育者角色 5.引導者角色
	（二）地方衛生行政界人員對社區健康營造的認知觀點	1.整體性觀點 2.健康促進與決策觀點

	(三) 承辦醫院的資源充足性與繼續經營觀點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.資源充足性觀點</li> <li>2.非關資源性觀點</li> <li>3.經費補助觀點</li> <li>4.繼續經營意願觀點</li> </ol>
二、過程面	(一) 醫院承辦的特色與優點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.社區發展觀點</li> <li>2.因地制宜觀點</li> <li>3.專業資源豐富觀點</li> <li>4.社區合作互動觀點</li> <li>5.醫院營運觀點</li> </ol>
	(二) 醫院承辦的缺點、問題	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.健康營造概念不清</li> <li>2.未用心探討社區需求</li> <li>3.偏向醫療服務</li> <li>4.單一決策者</li> </ol>
	(三) 針對醫院承辦缺點與問題的調整方式	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.不要續接計畫的方式</li> </ol>
三、結果面	(一) 衛生局已完成的工作和未來工作上的想法與見解	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.已完成工作</li> <li>2.資訊傳遞者</li> <li>3.輔導營造計畫</li> <li>4.醫院公益服務</li> <li>5.醫院獨立作業</li> <li>6.社區自主管理</li> </ol>
	(二) 醫院推動健康營造計畫讓國家政策更落實的觀點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.衛生教育跟行為改變</li> <li>2.不同承辦單位</li> <li>3.交由醫院承辦</li> <li>4.政府計畫外包</li> </ol>
	(三) 給醫院的整體評價與建議	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.正向評價觀點</li> <li>2.永續經營觀點</li> <li>3.資源整合觀點</li> <li>4.策略管理觀點</li> </ol>
	(四) 對於衛生署社區健康營造計畫之建議	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.三方參與觀點</li> <li>2.決策體制觀點</li> <li>3.考核機制觀點</li> <li>4.民眾需求觀點</li> </ol>

綜合本節地方衛生主管機關觀點的「結構-過程-結果」三構面分析，我們可以得知地方衛生主觀機關在社區健康營造中心的立場與工作，對於醫院整體的成效分析，以及對醫院和衛生署的建議事項說明，亦觀察到受訪者的參與營造時間越長，

對於社區健康營造的理念與實施方法越清楚也越明白；如同 Hancock（1993）認為社區的改變需要長時間的觀察，光是社區結構與決策過程的改變，及需要花 2-4 年的時間，而發展健康的公共政策，則要用到 3-6 年，所以欲創造一個較健康的場所至少需要 4-6 年的時間；至於要看到健康狀況改善與否，則至少需要 5-10 年。由此可知，社區健康營造是一個需要長時間經營的工作，而衛生人員的培育與留任，讓他們真正融會貫通營造中心的理念與工作，可以讓營造的工作推動的更健全和更完善。

## 第五節 綜合討論

將以上醫院實務界承辦人員對社區健康營造中心運作內涵分析的觀點，與地方衛生行政界承辦人員的觀點做一比較，可以發現一些有趣之處，研究者將兩類人員之觀點就「結構-過程-結果」三構面，來說明之。

### 一、結構面

#### (一) 醫院所扮演的角色類型比較

地方衛生行政界受訪者站在公共衛生的角度來詮釋醫院所扮演的角色，因此在地方衛生行政界的五類角色中，有四種是偏向於公共衛生層面的。而醫院實務界則是以營造中心經營者的角度來詮釋醫院所扮演的角色，所以在四類角色中有三類為主導、輔導與資源整合的角色，與地方衛生行政界 1 位受訪者表示的「引導者角色」相類似。將醫院所扮演的角色整理為表 4.49。

表 4.49：在醫院扮演角色上觀點的比較表

分類	地方衛生行政界的觀點	醫院實務界的觀點
醫院所扮演的角色類型	1.社區參與者角色 2.健康政策者角色 3.健康管理者角色 4.衛生教育者角色 5.引導者角色	1.主導者角色 2.支援輔導者角色 3.資源整合者角色 4.社會公益者角色

#### (二) 對社區健康營造的認知觀點比較

地方衛生行政界受訪者對於「社區健康營造的認知觀點」和醫院實務界所表示的「社區健康營造和社區健康的認知觀點」這些觀點是相似的，而醫院實務界更說明達到「健康社區目標」的推動方式。將對社區健康營造的認知觀點整理為表 4.50。

表 4.50：對社區健康營造中心的認知觀點比較表

分類	地方衛生行政界的觀點	醫院實務界的觀點	
對社區健康營造中心的認知觀點	1.整體性觀點 2.健康促進與決策觀點	社區健康營造和社區健康的認知觀點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.增加社會福利</li> <li>2.社區落實預防保健</li> <li>3.自發性的健康需求</li> <li>4.營造因地制宜</li> <li>5.深根於社區</li> <li>6.身心靈健康</li> <li>7.志工社區</li> <li>8.人與環境營造</li> <li>9.和樂積極地社區</li> </ol>
		健康社區目標的認知觀點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.社區民眾情感的建立</li> <li>2.永續推動營造工作</li> <li>3.社區照顧</li> <li>4.健康概念深植人心</li> <li>5.發展社區健康組織網路</li> <li>6.提升健康可近性</li> <li>7.尋找健康傳播者</li> <li>8.中心與社區溶為一體</li> <li>9.修正營造推動策略</li> </ol>

### (三) 承辦醫院的資源充足性與繼續經營觀點比較

地方衛生行政界受訪者表示的「資源充足性觀點」與醫院實務界表示在人力、物力上的支援觀點相類似；地方衛生行政界受訪者表示的「衛生署經費補助觀點」與醫院實務界表示在經費支援觀點相類似，醫院實務界更提出「使用者付費」與「靈活運用經費」兩個觀點；地方衛生行政界受訪者表示的「繼續經營的意願觀點」與醫院實務界表示繼續經營的觀點相同，而醫院實務界更提出自籌經費的方式。將承辦醫院的資源充足性與繼續經營觀點之比較，整理為表 4.51。

表 4.51：在承辦醫院的資源充足性與繼續經營上觀點的比較表

分類	地方衛生行政界的觀點	醫院實務界的觀點	
承辦醫院的資源充足性與繼續經營觀點	1.資源充足性觀點	人力支援	1.人員編制狀況 2.醫療團隊支援 3.保健志工支援 4.社區服務時數限定 5.人力不足 6.人才培育 7.代理人制度
		物力支援	1.獨立辦公空間 2.社區資源協助 3.週邊廠商贊助 4.基金會協助
	2.衛生署經費補助觀點	經費來源	1.衛生署與醫院經費 2.使用者付費 3.補助經費不足 4.補助經費尚可 5.靈活運用經費
	3.繼續經營的意願觀點	繼續經營	1.公共關係與行銷策略 2.經費來源充裕 3.轉型經營 4.醫院社區化 5.醫院主導經營
		自籌經費	1.醫院自行吸收 2.向基金會申請 3.尚無自籌經費 4.無需自籌經費 5.申請相關計畫經費 6.承接相關活動

由結構面的「醫院所扮演的角色類型」、「對社區健康營造的認知觀點」與「承辦醫院的資源充足性與繼續經營觀點」這三類觀點上之比較，本研究發現醫院實務界受訪者與衛生行政界受訪者在這三項觀點上的差異，社區健康營造中心的運作狀況與承辦醫院所扮演的角色，有著很大的影響；以衛生行政界的公共衛生角度來看，社區健康營造的工作有三個面向，分別為：社區發展、健康的公共政策、衛生教育/行為改變，三面向又有些功能重疊(Downie R.S., & Fyfe C., etc., 1990); 施天岳(1994)

提出醫院在社區應扮演的角色有：醫療照護者、健康管理者、衛生教育者之三種角色。本研究結果所發現的醫院所扮演之角色，皆包含在這三位學者的所歸納的角色之中。

健康社區是一個多元的面向，包含所能提供的各種生活機能與情感的滿足，從經濟的保障、醫療資源的提供、乾淨的飲水，生活的空間，一直到人與人之間的互助與關懷，傳統文化與族群的重建。代表的是社區健康營造過程中，社區居民共同的承諾與追求的目標。是一個持續不斷改善的過程，不是死亡率、採行健康行為的比率或是出席健康講座的人次所能定義與規範（陳毓璟，2003）。所以，我們在地方衛生行政界和醫院實務界兩方面都希望社區居民的能參與決策，以真正瞭解社區的健康需求，而建構出符合社區需求的健康營造中心。

單純指的是社區健康營造工作的永續，主要包括的是社區健康營造的持續推動與自主經營。因為大家體認到社區健康營造的重要性，並且了解這是一個紮根的工作，不是三年的計畫時間就能看得到成效，它需要長時間的推動，政府也無法長期的提供補助，因此需要自關財源（陳毓璟，2003）。所以在本研究中，我們也發現到地方衛生行政界人員鼓勵醫院運用自身資源與整合社區力量，繼續經營社區健康營造中心；而在醫院實務界人員方面，也在尋找與推敲「在地化」的合作伙伴，期望能做到大家一起出錢出力，共同經營社區健康營造中心，不過目前仍有諸多問題與困難尚待解決。

## 二、過程面

地方衛生行政界對於醫院承辦的特色與優點，和醫院實務界的主要工作內容與推動相比較，發現地方衛生行政界受訪者表示的「因地制宜觀點」和醫院實務界的「中心所在鄉鎮」、「中心所在地和週邊鄉鎮」、「以里（社區）為出發點」、「多元化出發點」、「自訂健康議題」，在概念上是相吻合的。地方衛生行政界受訪者表示的「社區發展觀點」和醫院實務界的「與社區團體合作」、「成立健康加油站」、「建立示範社區」、「發展健康推動組織」有近似的概念。

地方衛生行政界受訪者在醫院承辦的特色與優點表示的「社區合作互動觀點」與醫院實務界的活動項目與內容由「中心主要成員決定」是相符合的，但在醫院承辦的問題與缺點方面地方衛生行政界的「單一決策者」又與「中心主要成員決定」是不同的，由此我們可以推測出，過去地方衛生行政界普遍認為營造中心的活動多由中心執行者來規劃的情形，已改變為與推動委員一同協商的情況。

醫院實務界對社區活動的民眾參與度的高低，可以發現其中「健檢參與度高」，

與衛生行政界在醫院承辦的問題與缺點中所表示的「偏向醫療服務」的認知是有關係的；而地方衛生行政界的「未用心探討社區需求」觀點，與醫院實務界對民眾活動參與度的高低，這二者之間的認知觀點是有差異的（表 4.52）。

表 4.52：過程面－地方衛生行政界與醫院實務界之觀點比較表

地方衛生行政界的觀點		醫院實務界的觀點	
特色/ 優點	1.社區發展觀點 2.因地制宜觀點 3.社區合作互動觀點	主要推動範圍	1.中心所在鄉鎮 2.中心所在地和週邊鄉鎮
		主要工作情況	1.自訂健康議題 2.與社區團體合作 3.成立健康加油站 4.建立示範社區 5.發展健康推動組織
		出發點	1.以里（社區）為出發點 2.多元化出發點
		保健志工的招募方式	1.醫院和社區組織宣傳 2.任務導向
		醫院志工與營造中心保健志工之間的關係	1.加以區分 2.無區分
		保健志工的教育訓練方式	1.相互開放課程 2.中心開設課程 3.中心無完整課程 4.委託衛生所辦理課程
		志工推展家戶參與的方式	1.市場和學校推展 2.身邊的親戚朋友 3.自動自發的社區服務 4.活動或計畫推廣 5.小團體學習
		活動項目與內容	1.中心主要成員決定
缺點/ 問題	1.單一決策者	社區活動的民眾參與度	1.與活動性質有關 2.與會員制度有關 3.健檢參與度高 4.大型活動參與度高
	2.未用心探討社區需求 3.偏向醫療服務		

			5.飲食與運動參與度高 6.講座參與度低 7.戒煙參與度低
--	--	--	-------------------------------------

推動社區健康營造的非營利組織，本身運作機制狀況、組織動員能力、資源的應用多寡、人員教育訓練等均會影響到社區健康營造中心的營運與績效（施秋娟，2003）。而主要推動者的知識、能力、經驗、人脈關係，以及整合社區資源的能力、領導者之間的協調性與配合度，均是攸關社區人力、物力、財力能否擴大參與和永續發展的關鍵，亦會影響營造中心的實施成效與存在（管敏秀，2002）。本研究在過程面分析發現到，由醫院來承辦社區健康營造中心對於不論是在健康專業知識方面、資源運用方面、志工招募與教育方面，在地方衛生行政界和醫院實務界人員的認知看法，大致上是認同醫院目前的經營成效。

不論是地方衛生行政界或是醫院實務界人員普遍認為具有醫療背景（如：醫院、醫學院、護理學院、衛生所等）的團體來承辦社區健康營造計畫效果較佳。因醫療院所大多擁有醫師、護士、社工師等專業人力，志工的管理和訓練經驗豐富，對於推展社區健康營造的活動無論在人力或專業資源上都比其他組織更充裕（管敏秀，2002）。對於居民的健康行為追蹤、營造中心經費籌措以及保健志工的招募上，由醫療院所來承辦的比其他承辦單位比較，相對在成效上會有所差異。

Kotler認為社會行銷是改變行為模式的一種策略，其繼承了傳統社會改革策略中的計畫整合與運作架構，同時也運用了現代化溝通與行銷技巧，亦即社會行銷意味著經營社會改革的技術，包括如何設計、實行與控制一個方案，使目標群更能接受新的社會理念與習慣（江明修，2002）。我們更應該利用社會行銷將社區健康營造推廣到社會的每個角落，讓「健康的生活化，生活健康化」的觀念透過民眾、志工的溝通和健康促銷的方式，廣佈於民眾的生活之中。

### 三、結果面

#### （一）地方衛生行政界對醫院的整體評價與醫院實務界的社區資源整合觀點之比較

就地方衛生行政界對於醫院的整體評價中「資源整合觀點」，與醫院實務界對於社區資源整合中「以在地化資源為考量」、「醫院提供支援」是相符的觀點；就地方衛生行政界的「策略管理觀點」與醫院實務界的「醫院向後垂直整合」之間來說，衛生行政界是以整體醫療市場來談醫院策略的概念，而醫院實務界是以自身的服務狀況來進行垂直整合，兩者間的看法有異曲同工之處（表 4.53）。

表 4.53：地方衛生行政界對醫院的整體評價與醫院實務界的社區資源整合觀點之比較表

地方衛生行政界的觀點		醫院實務界的觀點	
醫院的整體評價	1.正向評價觀點 2.永續經營觀點 3.資源整合觀點 4.策略管理觀點	醫院營運績效與形象	1.有助於醫院形象 2.有助於醫院形象與營運 3.醫療形象的影響 4.難以評估醫院績效
		社區資源整合的觀點	1.以在地化資源為考量 2.醫院提供支援 3.醫院向後垂直整合 4.解決社區問題

## (二) 對於衛生署社區健康營造計畫之建議

比較地方衛生行政界與醫院實務界對於衛生署社區健康營造計畫之建議，衛生行政界受訪者是以衛生局介於衛生署與營造中心之間的立場，來提出上對衛生署的「考核機制」，下對營造中心的「決策體制觀點」、「民眾需求觀點」，以及「三方參與」的建議；而醫院實務界上對衛生署的建議為有九項，其觀點是站在醫院經營的立場來說明，與衛生行政界所提之建議並不相同（表 4.54）。

表 4.54：對於衛生署社區健康營造計畫之建議比較表

分類	地方衛生行政界的觀點	醫院實務界的觀點
對於衛生署社區健康營造計畫之建議	1.三方參與觀點 2.決策體制觀點 3.考核機制觀點 4.民眾需求觀點	1.促進單位合作 2.增加贈品撥放 3.增加健康營造宣導 4.經費核發標準公正與公平 5.給予中心執行方向與策略 6.修訂健康營造計畫 7.帶動國內外經驗交流 8.健康觀念從小教育 9.總額預算制度的利基

「社區健康營造」的目的是要建構一個由下到上、凝聚的社區參與和社區意識，來解決社區中有關健康議題的問題；為建立機制與能力，通常必須藉由民間社會組織、團體、公益社團，協同該社區之資源，以聯盟、整合、合作的方式，將地方的人力、物力、財力統整、凝聚，共同分享公、私部門的資源（陳再晉，2002）。所以地方衛生行政界給予醫院正向的承辦評價，並期望醫院能透過社區資源整合和策

略管理的方式，永續經營社區健康造中心。而醫院實務界則認為贏辦營造中心對於醫院自身的營運績效和形象是正向的影響；他們透過在地化的資源整合、醫院的支援或醫院的垂直整合方式，來取得資源，並加以解決社區的健康問題和需求。

醫學中心所在的位置與其周遭自然而然就會形成社區型態的生活共同體，對該「社區」的居民而言，醫學中心應扮演「社區醫院」的角色，以整體性、可近性、及連續性之原則，以照顧社區居民之健康為目標。因此，醫學中心當結合民間資源積極進入社區服務居民（金台明，2002）。醫院可以先與轄區內的衛生所做一互補性的結合，再與社區基層診所結合形成合作網路，進而與社區的公益團體、獅子會、扶輪社、殘障團體、宗教團體合作塑造公益形象，更與里、鄰長、及社區意見領袖之互動，或成立病友俱樂部、社區保健志工隊等，開闢出社區健康營造與醫院共存共生的生活空間。

陳毓璟（2003）、管敏秀（2002）、南玉芬（2002）的研究結果在對衛生署的計畫建議上，有表示不要做太多的規範，容許有更多元的推動策略；經費的持續補助，之補助款分配比例宜調整得更適切；衛生署本身應該對這個計畫重新進行檢討與規劃，並請政府進行媒體的行銷，增加民眾對社區健康營造的認識；投資學校健康教育，從小灌輸社區健康營造的理念。本研究更發現應由衛生署引導營造中心的交流工作，因為目前社區健康營造中心最欠缺的是國內外的成功健康營造單位的交流和互動，透過實質的交流活動能讓營造中心有標竿學習或關鍵成功因素學習的機會，能為目前進步緩慢的營造工作打上一劑強新針，加快台灣社區健康營造進步的腳步。

## 第五章 結論與建議

### 第一節 研究發現與結論

本研究以深入訪談法，對於醫院承辦社區健康營造中心的運作成效加以探討，主要在於瞭解衛生行政官員和醫院實務界工作者對於醫院承辦社區健康營造中心在結構面、過程面、結果面上運作成效的認知觀點和看法。從中了解醫院承辦社區健康營造中心的動機目的、運作人員的認知觀點、醫院的支援方式、營造中心的參與人員、資源整合、所遭遇的困難和所需的協助等，且期盼能整合各界的寶貴意見與經驗，對醫院承辦社區健康營造中心的運作方式提出建議，以利相關決策者及執行者實務運作的參考，以下將本研究根據研究結果及發現所整理的結論說明如下：

#### 一、結構面

##### (一) 醫院參與的動機、目的與營造中心的宗旨

從研究結果中可以得到下列七項醫院參與的動機、目的與中心宗旨的認知觀點：「公共衛生服務」、「醫院既有服務」、「健康的社會責任」、「與社區建立良好關係」、「促進民眾健康」、「社會資源參與」，以及「醫院參與的動機、目的與中心宗旨之間是相互吻合」的觀點。Proenca 等人（2000）認為醫院由醫療照護的角色轉變為對於社區健康的重視，一方面源自於對環境壓力的回應，二方面是基於自利的策略考量的觀點看法，與本研究的結果相互印證。

所以，醫院參與營造的目的為注重公共衛生第一階段預防保健的部分，營造中心是醫院進入社區的重要管道，藉由這個管道與社區民眾建立良好的互動關係，由醫院來擔負社區民眾健康的責任，這與營造中心成立的宗旨之間是有相同的概念。醫院與營造中心觀念一致，讓醫院在營利與健康之間，取的一個平衡點，有助於營造中心的成長和永續經營。

##### (二) 醫院在營造中心裡扮演的角色類型

從第四章的研究結果中，可以得到九種醫院扮演的角色類型：「主導者角色」、「支援輔導者角色」、「資源整合者角色」、「社會公益者角色」、「社區參與者角色」、「健康政策者角色」、「健康管理者角色」、「衛生教育者角色」、「引導者角色」。我們可以看到「主導者角色」、「支援輔導者角色」、「資源整合者角色」、「社區參與者角色」、「引導者角色」與廖秀幸（2001）的研究指出醫院以「主導式參與」和「參與式參與」的類型相類似；本研究更發現醫院還扮演著「社會公益的角色」、

「健康政策者角色」、「健康管理者角色」、「衛生教育者角色」這些公共衛生、社會公益與健康政策三方面的角色。

因此，可以歸納出醫院在營造中心所扮演的角色，是有階段性的，營造中心開接辦時，因為社區資源的缺乏管理和社區民眾對健康營造的不熟悉，所以在健康營造的第一個階段中，醫院所扮演的角色應為主導民眾健康的角色與整合社區資源的角色；而後隨著民眾的認知增加，醫院漸漸轉變為支援輔導的角色（社會參與者的角色），來繼續經營營造中心；在民眾的健康意識確立後，將社區健康組織網絡的建立與連結，醫院應將其經營權交還給社區民眾，這個階段的醫院角色，除了繼續支持營造中心外，還應增加健康公共政策的角色，促使政府對有關於民眾健康的立法，以及增進政府與營造中心的協助與支援。

### （三）營造中心人力、物力與經費的資源狀況

從研究結果中可以獲知目前營造中心的人力、物力與經費三方面的資源狀況，所得到的結果如下：

- 1.人力支援方面：「人員編制狀況」、「醫療團隊支援」、「保健志工支援」、「社區服務時數限定」、「人力不足」、「人才培育」、「代理人制度」。
- 2.物力支援方面：「獨立辦公空間」、「社區資源協助」、「週邊廠商贊助」、「基金會協助」。
- 3.經費方面：在經費的來源上，有「衛生署與醫院經費」、「使用者付費」；在經費充裕性的認知觀點上，有「補助經費不足」、「補助經費尚可」、「靈活運用經費」；在自籌經費上，有「醫院自行吸收」、「向基金會申請」、「尚無自籌經費」、「無需自籌經費」、「申請相關計畫經費」、「承接相關活動」。

因此，醫院在營造中心人力與物力的支援上，盡其最大的努力提供專任與兼任人員、醫療團隊的支援、設備器材、活動空間等多重協助，但因醫院有營收之壓力，所以營造中心有人力不足的情況。社區團體志工對營造中心來說，也是重要的人力與物力支援來源。因此，不論是志工或中心人員的專業培育，對於營造中心的發展上有很大的幫助。目前營造中心的經費以衛生署的補助經費與醫院補助為主要的來源，而在於社區團體的捐款上實為不多，歸究其原因為社區都認為營造中心是醫院的一部份，造成社區團體認為你比我還有錢，那我幹麻捐錢給你的狀況。所以在自籌經費方面，營造中心多傾向於以醫院相關的社福基金或基金會來申請與要求贊助，或另外申請政府相關計畫案的經費、搭其他單位的活動等方式來獲取經費。

#### (四) 醫院繼續經營的看法

從研究結果中可以獲知在醫院繼續經營的觀點上有：「公共關係與行銷策略」、「經費來源充裕」、「轉型經營」、「醫院社區化」、「醫院主導經營」、「資源充足性觀點」、「非關資源性觀點」、「經費補助觀點」與「繼續經營意願觀點」等九種觀點。

大體上來說，不論是從醫院行銷、公共關係與經費來源的觀點來看，醫院對於繼續經營營造中心的意願都很高，因為這是進入社區發展的一條重要管道，但是營造中心在社區中找尋合作社團或單位的受挫經驗，以及衛生署與衛生局要求推動項目的運作困難，讓營造中心執行者在思索繼續經營的方式時，會要求轉型成為醫院主導營造中心的工作，或是交由社區民眾自行經營的方式。

#### (五) 主要推動人員對社區健康營造的認知

從研究結果中可以獲知主要推動人員對社區健康營造的認知有：「增加社會福利」、「社區落實預防保健」、「自發性的健康需求」、「營造因地制宜」、「深根於社區」、「身心靈健康」、「志工社區」、「人與環境健康」、「和樂積極地社區」、「整體性觀點」與「健康促進與決策觀點」等十一種認知觀點；而達成健康社區的目標方式有：「社區民眾情感的建立」、「永續推動營造工作」、「社區照顧」、「健康概念深植人心」、「發展社區健康組織網路」、「提升健康可近性」、「尋找健康傳播者」、「中心與社區融為一體」與「修正營造推動策略」等九種觀點。就本研究結果所整理出來的概念，與第二章參考文獻所整理出的社區健康營造的概念做比較，發現台灣推動社區健康營造這幾年，大家所討論的與社區健康有關的概念相去不遠。

醫院實務界工作者與衛生行政界承辦人員對於社區健康營造的認知，都以社區的健康促進和健康城市的概念為其主要的觀點，希望藉由營造中心的工作推動，帶動社區民眾重視健康，改變生活形態，將健康概念深根於社區，達到社區居民身心靈都健康、人與環境都健康的目標。

## 二、過程面

### (一) 營造中心的主要工作與推動策略

從研究結果中可以獲知營造中心的主要工作與推動策略有：「中心所在鄉鎮」和「中心所在地和週邊鄉鎮」二種情況；主要工作與推動情況有：「健康六大議題」、「自訂健康議題」、「與社區團體合作」、「成立健康加油站」、「建立示範社區」和「發展健康推動組織」等六種方式，而營造工作的出發點有：「里（社區）為出發

點」和「多元化出發點」二種方式。

營造中心主要以所在地的鄉/鎮/市/區作為推動的範圍，而健康營造的起點則是以社區或里（村）為最常見的方式，在里（村）、社區中建立健康示範社區或健康加油站，來帶動健康活動的發展。在主要的工作上，仍是以衛生署社區健康營造計畫之規定為主要的推動工作與策略。

## （二）營造中心志工的招募訓練與運用

從研究結果中可以獲知營造中心志工的招募方式有：「醫院和社區組織宣傳」和「任務導向」；志工的訓練方式有：「相互開放課程」、「中心開設課程」、「中心無完整課程」和「委託衛生所辦理課程」；醫院志工與中心志工的運用上分為「有區分」與「無區分」二種；志工推展家戶參與方式有：「市場和學校推展」、「身邊的親戚朋友」、「自動自發的社區服務」、「活動或計畫推廣」和「小團體學習」等五種。由這些研究結果可以發現完善的社區保健志工培訓規劃有助於建立積極活潑的志工教育訓練制度，能使社區保健志工不斷的吸收新知充實自我，加強社區問題解決能力及健康知能增長，進而提昇健康營造之執行成效，進一步促使社區保健志工培訓更完善的落實，強化積極活潑的志工教育制度，如此形成一良性循環（羅瑞煌，2001）。

在志工的招募訓練上，營造中心目前是以比較被動的方式來進行志工的招募，如以活動需要來招募，醫院院訊、海報宣傳等方式。而志工的訓練方式，則是以衛生局規定之基礎訓練和各營造中心依需求而訂定的進階訓練為主。志工在推展家戶參與社區健康營造的活動上，多以小團體學習、影響身邊的親朋好友、舉辦社區健康活動為主要的推動方式。

## （三）營造中心推動的活動與民眾的參與情況

從研究結果中可以獲知中心推動的活動有：「中心主要成員決定」、「『三支雨傘標』活動」和「戶外參訪活動」等三種方式；與民眾的參與情況有：「與活動性質有關」、「與會員制度有關」、「健檢參與度高」、「大型活動參與度高」、「飲食與運動參與度高」、「講座參與度低」與「戒煙參與度低」等七項。

民眾對於健康促進活動的參與程度的高低與活動的性質有很大的關係，民眾對於健檢、健行、園遊會、運動項目與健康飲食的學習等意願都很高，但是若牽涉到需要民眾改變生活習慣、飲食習慣的活動時，如戒煙、生活飲食的改善方面，則民眾的參與性會降低，因為民眾對健康狀況沒有一種迫切性的需求，民眾對於健康的認知還是停留在疾病篩檢的部分，有病了才開始治療，才會體悟到疾病預

防的重要。

#### (四) 醫院承辦營造中心的特色、優缺點與問題

從研究結果中可以獲知醫院在承辦的特色與優點上有：「社區發展觀點」、「因地制宜觀點」、「專業資源豐富觀點」、「社區合作互動觀點」、「醫院營運觀點」等五項；在缺點與問題上有：「健康營造概念不清」、「未用心探討社區需求」、「偏向醫療服務」、「單一決策者」等四項缺點與問題。在衛生局針對營造中心問題的調整上，以溝通改善為前提，若溝通後不改善者，則要求承辦醫院不要續接計畫。

衛生行政界官員對於醫院承辦的特色與優點上，認為有增加社區發展、因地制宜、提供專業的醫療服務資源、與社區合作、增加醫院行銷與營運等；缺點與問題上有醫院承辦人員對於健康營造的概念不清楚、沒有與社區民眾共同討論社區的需求、活動執行方向多以醫療服務像健診健檢為主。

### 三、結果面

#### (一) 社區資源整合的狀況

從研究結果中可以獲知醫院在社區資源整合的情況有：「以在地資源為考量」、「醫院提供支援」、「醫院向後垂直整合」和「解決社區問題」五種。在社區資源整合上，除了醫院繼續提供人力、物力、經費的資源外，醫院多以在地化的資源作為整合的考量，如衛生所、公所、學校、基金會、社區發展協會、獅子會、教會等社區團體單位；或做醫療服務向後垂直整合的方式如復健、安養機構，來增加對社區的服務技術與專業知識。

#### (二) 對醫院營運與形象的影響

從研究結果中可以獲知承辦營造中心對醫院營運與形象的影響有：「有助於醫院形象」、「有助於醫院形象與營運」、「醫療形象的影響」和「難以評估醫院績效」五種影響。

所以，就醫院承辦社區健康營造中心對醫院的整體形象和營運績效來說，有正向關係的影響，也就是說受訪者普遍認為醫院承辦營造中心對醫院長久來說是有幫助的，不但是醫院形象會有所提升，而其醫院的營運也會有增加的影響，但是這不能做為醫院承辦營造中心的主要目的，應該以社會行銷的方式，來促進社區民眾的健康才對。

### （三）醫院承辦社區健康營造工作所遭遇的困難和挑戰

從研究結果中可以獲知營造工作所遭遇的困難和挑戰有：「志工參與意願」、「中心缺乏經費」、「民眾的不瞭解」、「社團領導者的意願」、「公所的經費投入」、「小團體學習外推性」等六項結果與羅瑞煌（2001）在中心遭遇困難部份發現，最常遭遇到之問題為「社區民眾參與意願不高」、「人力不足」、「資金不足」、「活動宣傳不足」、「政府相關宣傳不足，民眾對健康營造計畫認知欠缺」的結果大致相同；但本研究更另外發現有「從挫折中學習」、「社區資源整合不易」、「難扭轉社團形式」、「人才培養不易」、「健康議題邊緣化」和「健康營造成效無立即性」等問題。

所以，醫院承辦社區健康營造工作目前最大的問題與挑戰在於民眾對健康營造還是濛濛懂懂的狀況，而且社區內團體、單位願意參與社區健康營造工作的意願很低，沒有有力又有權威的人士出來號召大家參與，再加上民眾將健康邊緣化，社區資源整合上的困難，保健志工的參與活動的意願不高，以及健康營造的成效是需要時間的，非短期間有成效的，這些問題與困難是需要由政府單位、醫院和社區三方面來共同來協商與思索如何改善。

### （四）營造中心目前所需的協助

從研究結果中可以獲知營造中心目前所需的協助有：「人力與經費協助」、「傳播媒體協助」、「健康照護（healthcare）基金會協助」、「社區團體協助」、「標竿學習協助」和「無須單位協助」六種協助。

營造中心目前所需的協助上，以經費與人力的協助最為需要，另外其他的協助像傳播媒體、健康照護基金會、社區團體與成功營造中心的標竿學習或成功關鍵學習等。其實目前營造中心最需要彼此間的經驗分享和學習，雖然說社區健康營造應因地制宜，可是若能透過各個營造中心間的交流和合作，那社區健康營造中心的功能將更佳健全與完善。

### （五）衛生局已完成的工作和未來工作上的想法與見解

從研究結果中可以獲知衛生局已完成的工作和未來工作上的想法與見解有：「已完成工作」、「資訊傳遞者」、「輔導營造計畫」、「醫院公益服務」、「醫院獨立作業」、「社區自主管理」等六方面的觀點。

社區組織、民眾和公衛部門三者在公衛政策的推動上有極密切的關係，社區組織居政策倡導、溝通聯繫和利害關係人的角色，也是政策執行的助力，因此衛生局官員的角色就像橋樑一樣，一個協調和傳播資訊，當橋樑、協調的角色（張

清枝，2003）。衛生局還身負輔導營造計畫工作，鼓勵醫院將健康營造視為公益的服務，經由輔導後醫院能各自獨力作業，以達到將營造工作回歸社區自主管理的最終目標。

#### **（六）醫院的整體評價與建議**

從研究結果中可以獲知衛生行政界給醫院的整體評價與建議有：「正向評價觀點」、「永續經營觀點」、「資源整合觀點」、「策略管理觀點」四點。衛生局給予醫院的評價一致認同醫院目前的經營成效，也給予未來醫院在經營社區健康營造中心上一些永續經營、社區資源整合的方式，以及醫院如何建立其核心優勢，選擇產品市場，建立組織網絡，這些策略管理上的建議。

#### **（七）醫院來承辦社區健康營造中心可以讓國家政策更加落實**

從研究結果中得到衛生行政界對於醫院承辦營造中心讓國家政策更加落實的理由有：「衛生教育與行為改變」、「不同承辦單位」、「交由醫院承辦」和「政府計畫外包」四種觀點。

基本上，衛生行政界認為由醫院來承接社區健康營造的工作是適當的，因為其本身的醫療資源豐富，衛生專業知識與人力資源都充足，持續推動的經費也比較沒有困難。以醫院為基礎來推動，主要擅長於健康促進三段五級的第二段第一級部分的預防性篩檢，因此醫院通常藉由社區義診進行篩檢來找到個案，並且訓練志工在各地設置保健站，來為民眾量血壓及其他簡易的檢驗，或者運用醫院的醫療專業人力資源來辦理各項健康講座。其困難是，民眾容易先入為主的認為醫院是為了營利才從事社區健康營造的工作，需要醫院長期真正投入做些事情，才能獲得民眾的信任，而且部分的醫院推動社區健康營造的主要推動者常常身兼數職，無法專心於此項業務的推展（陳毓璟，2003）。

總而言之，醫院擁有相當豐富的醫療資源和相當完整的組織架構，政府以外包計畫方式將營造計畫委託醫院辦理，在經費、資源與組織架構健全之下，所以衛生行政界普遍認為由醫院來承辦會有較佳的成果與政策的落實性。

#### **（八）對於衛生署社區健康營造計畫的建議**

從研究結果中得到對於衛生署社區健康營造計畫的建議有：「促進單位合作」、「增加贈品撥放」、「增加健康營造宣導」、「經費核發標準公正與公平」、「給予中心執行方向與策略」、「修訂健康營造計畫」、「帶動國內外經驗交流」、「健康觀念從小教育」、「總額預算制度的利基」、「三方參與觀點」、「決策體制觀點」、「考核機制觀點」與「民眾需求觀點」等十三種建議。在建議中，醫院實務界與衛生

行政界對於衛生署的建議，在營造工作推動的過程、方式與政策制訂為主要的建議事項，兩者都有所建言。

在營造工作的推動方面，以醫院實務界的建議為多，這與醫院在推動營造的過程中，所遭遇的困難和挑戰有很大的關係，如「促進單位合作」、「增加贈品撥放」、「增加健康營造宣導」，而衛生行政界則有「民眾需求觀點」、「決策體制觀點」來對營造工作的規劃與推動提出建議。在政策的制訂與協助上，醫院實務界提出「經費核發標準公正與公平」、「給予中心執行方向與策略」、「修訂健康營造計畫」、「帶動國內外經驗交流」、「健康觀念從小教育」、「總額預算制度的利基」，而衛生行政界則指出應以學者、政府、承辦單位三者參與的觀點。醫院的受訪者有針對對經費的提撥做出建議，而衛生行政界受訪者則對考核機制有所建言。由此可知，醫院實務界與衛生行政界的受訪者都是希望營造工作能更落實於社區，以及政府能訂定更周延的健康營造政策，為全國的民眾營造一個健康的生活形態。

不論是營利性或非營利性的醫療機構，承辦政府部門的社區健康營造工作，不僅可以增加其服務的公信力，減低民眾的疑慮，以利於業務的推展，更可以建立醫院服務社區的形象。而政府推動總額預算制度以後，也讓原先對醫院沒有利潤可言的社區預防保健業務，成為必須發展的重要項目（陳毓璟，2003）。美國的經驗告訴我們醫院突破困境的兩種方式：多角化經營與社區服務，在進入高齡化的二十一世紀，後者就更顯得可行又實用。台灣大學醫學院與醫院已和南投縣鹿谷鄉合作健康營造（侯勝茂，2001），馬偕醫院亦與三芝社區互動，台北醫學大學附設醫院與台北市信義區結合，都是明顯的例子。

健康城市是一個持續創造和改進城市的物理與社會環境，擴展社區資源，讓社區民眾彼此互動，展現其生命中各項功能，並發展他們最大潛能的都市（Hancock，1993；Duhl，1996；葉金川，2000）。行政院衛生署國民健康局所推動的「社區健康營造計畫」，透過有組織、有系統的運作，民眾的全力參與，將最基本、必需的健康服務，普及到社區中的每一個人、家庭及群體中，以全方位的健康營造，將所有資源及需求互相連結，期望社區裡的每個人都能扮演助人、自助及互助的角色、並藉各個專業的合作，共同營造出一個理想、健康的大台灣社區。

## 第二節 研究建議

### 一、對政府單位的建議

- (一) 應健全衛生所的服務與功能：因為衛生所主導整個社區的公共衛生，所以社區健康營造跟公共衛生有絕對的關係。本研究發現醫院主要的工作是在於第二階段的疾病治療，醫院藉由營造中心跨出去做第一階段的預防醫學。那公共衛生在衛生所的部分，他們是以第一階段為主，若衛生主管單位能增加衛生所的工作人力，然後再與醫院相互搭配，由衛生所為主，醫院為次，兩者相互合作的話，社區健康營造中心將大有可為。
- (二) 衛生署能增加社區健康營造中心的宣導工作：本研究結果指出由衛生署來進行社區健康營造中心的宣傳，增加媒體、網路廣告，或經由政府官員的公開支持和宣傳，將健康營造的知名度打開，將更有助於營造工作的推動。
- (三) 衛生署經費核發標準要公正與公平：本研究發現衛生署應訂定套完整的經費核撥規定，有明確的補助時間和方法，不要用經費控制的方式來要求營造中心推動的項目，應該在大方向的策略規範下，由營造中心自行規劃與推動營造健康的活動。
- (四) 應針對社區健康營造計畫做修訂：本研究發現衛生署應針對社區健康營造三年計畫所推行的策略與推動成效，進行大規模的檢視與探討，將較難推動的活動項目進行策略方向的修正和增廢，以作為未來社區健康營造計畫與現今健康生活方式相關策略和目標遵循的依據。
- (五) 建立溝通的機制與資源分享的平台：本研究發現衛生署應建立各營造中心之間的溝通管道與資源分享的平台，雖然目前已有全國性的社區健康營造網網站的建立，但其網站功能仍停留在活動宣傳方面，對於真正的資訊交流與標竿學習，目前還沒有做到。
- (六) 健康觀念要從小教育起：本研究發現衛生署與教育部應共同擬定健康教育政策，增加義務教育中健康概念的教導與推行，因為教育是百年大業，若健康的概念與方式能從小做起，那離全民健康的目標就更近了。
- (七) 中央與地方單位對社區健康營造中心之監督方式應釐清其角色與責任：本研究發現目前政策執行方式是由中央撥款補助、地方監督輔導各地的社區健康營造中心，在由中央以相同的考核機制來稽核衛生局和營造中心，這樣的方式的方式造成衛生局執行功能上的混淆，所以中央應另設一專職機

構統一來監督、管理與考核營造中心的工作。

- (八) 辦理志工管理研習：本研究發現應該針對志工管理者或中心執行長。志工管理是一門複雜的學問，因為牽涉到許多「人」的問題，而中心許多人力來源是志工，因此由政府單位統一舉辦志工管理研習營，讓各中心的推動者對於志工人能有方法的運用。
- (九) 鼓勵社區健康營造的實務研究：本研究發現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，來協助這項政策的快速推展。

## 二、對醫院的建議

- (一) 醫院應重視社區訊息：醫院應重視社區每個訊息來源，並且做好醫院及民眾之友誼橋樑，其對醫院形象塑造有正面助益，所以營造中心應加強與社區團體、媒體之互動，重視每一個足以影響到社區民眾健康的管道，並善加運用，以創造醫院及民眾雙贏的局面。
- (二) 總額預算制度是醫院承辦社區健康營造中心的利基：本研究發現健康營造要得到利基，就是健保制度要改變，健保制度改變健康營造中心也有地位，這個地位不見得是醫院的，它是社區的，一個健康營造中心把民眾健康的事情做得很好，跟它策略聯盟的醫院點值自然會增加。而在醫院營運收益的情況下，醫院自然對於營造中心要求，給予經費、人力、物力的協助，造成一種良性的互動與循環。
- (三) 應聘請專家學者來進行輔導與協助：本研究發現由於醫院與政府之間的關係是不對等的，所以利用專家學者來扮演促成誘發的角色，去緩和這兩個不對等關係，並且提供醫院足夠的支援跟技術，所以專家學者的角色有兩個層次，一是技術跟知識的執行 know how，另一種扮演這醫院與政府單位之間的緩衝劑，不要讓這種通常是不對等的關係受到破壞，導致社區主體性沒辦法激發出來。
- (四) 醫院與社區居民對計畫執行要有所共識：本研究發現應以社區居民為主體，結合醫院、政府、企業及學者專家的資源來運行；醫院應糾正以醫院為主體、以社區民眾為客體的錯誤觀念；培養社區民眾自動自發關懷社區、注

重健康。

- (五) 應同時注重身心靈的健康：本研究發現醫療院所在推動社區健康營造計畫，促使民眾健康的同時，應不容忽視心靈層面的關懷，因為健康不是只有侷限於狹義的身體健康層面，更應以全人關懷、全人照護的精神，來促進社區民眾身心靈的健康。
- (六) 專業人才的養成與運用：本研究發現公私部門缺乏專業人才的養成，是社區健康營造的重大隱憂。社區健康營造的推動需要專業人力的審慎評估社區現況與資源配置、協調與整合，以帶領社區民眾不斷前進。因此，需要開發社區內的專業人才，來與公部門的營造理念和推動上達成共識，並培訓共同的營造能力，才能使上下協調，運轉順暢。
- (七) 發展社區健康組織網路：本研究發現由營造中心來協助發展社區健康組織，讓健康組織成為營造中心的成員，並將健康組織相互連結，成為龐大的健康有機體，來支持社區健康營造中心的永續發展。。
- (八) 顧客關係管理：目前企業界對顧客關係管理日益重視之際，醫院也可以學習其精髓，應用至醫療產業中，來加強對病患與及家屬的關係管理，將其資料建檔，並與營造中心的志工或社區民眾資料共同組織為一顧客資料庫系統，將有利於健保總額支付制度、HMO或RBRVS實施時的運用。
- (九) 加強經營志工團體：本研究發現為維持推動社區健康營造工作，需加強志工的經營，強調志工社區健康營造的理念與正確的知能，及需建立志工支持、互動網絡及輔導、監測制度，確保志工人能正確提供服務，並能密切維繫志工，避免志工流失，進而使志工團體不斷成長、茁壯、持續參與營造工作。
- (十) 爭取知名人士為社區健康營造代言：營造計畫初期，一般民眾不會深入瞭解社區健康營造中心的各項業務內涵，加上民眾在教育、觀念、習慣之不同，使得每個社區的健康營造內容、對象及方法都有相當的差異性。因此，除了爭取媒體報導活動的機會以外，還須選擇適當人選做為策略宣傳的代言人，當然，邀請知名人士、公眾人物參加社區活動，並非容易之事，社區健康營造中心並無經濟優勢可如大企業重金禮聘知名人士為其產品代言，但可善用本身為公益團體的優勢，邀請具有社會公信力的知名人士為活動代言，吸引民眾注意，提高民眾的信賴程度。

### 三、對後續研究者的建議

- (一) 在研究範圍方面，本研究樣本只侷限於台中地區，台中縣與台中市作為本研究所研究的區域，事實上，目前全台灣還有超過50家由醫院承辦之社區健康營造中心，所以後續研究者可以擴大研究範圍，以比較不同縣市承辦醫院的計畫執行情況。
- (二) 在研究對象方面，僅承辦社區健康營造計畫之醫院，而事實上，承辦計畫之單位包括衛生所、學校、地方公家或半官方機構、民間社團等四種類型，所以後續研究宜擴大範圍，以比較其它不同單位承接計畫執行情況。
- (三) 本研究針對營造中心的運作成效作分析，所以僅對於跟營造中心營運較有關係之醫院實務界與衛生行政界人士進行深入訪談，並未涉及志工訪談的部分，因為志工做營造中心的工作推動上擔負重要的角色，所以建議後續研究者，能增加在志工部分的訪談資料，以獲得更完整的研究內容和結果。

### 第三節 研究限制

本研究之限制有以下三點：

- 一、本研究為質性研究，採用深度訪談法進行資料收集，因研究時間有限，為求時間之掌握與地緣之便利性，研究者僅以台中地區有經衛生署醫院評鑑通過「地區醫院」以上之醫療機構目前仍實際從事社區健康營造工作的實務工作者，以及地方行政界人員為主要研究對象，因醫院取樣不會太多，所以醫院界的研究對象僅 11 人，此為研究限制之一。
- 二、研究期間，研究者努力鑽研研究法，並依循質性研究深入訪談的步驟，以收集研究所需資料來作為資料分析時的依據，期能盡量符合客觀、不預設立場及不受到既有相關研究結果與理論之影響，以進行本研究。在整個研究過程中，研究者負責蒐集相關文獻資料、訪問、訪談內容逐字稿之撰寫、資料分析等工作，雖力求研究分析立場的客觀中立，但在資料呈現與分析過程中，難免有個人主觀意識的涉入，此為研究限制之二。
- 三、因不同的醫院層級有其不同的功能與特色，本研究對象之醫院層級多是地區與區域醫院，所以此研究結果可能無法類推適用於其他醫療機構如衛生所、醫學中心等層級，此為研究限制之三。

## 參考文獻

### 英文部分

- Adler, P. A., & Adler, P. (1994). Observational Techniques. In Densin, N. K., & Lincoln, Y.S. (eds.), *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage.
- Bertalanffy, L. V. (1968), *General System Theory*, New York: George Brazillier.
- Billings, JR. (2000). Community Development: A Critical Review of Approaches to Evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 472-480.
- Barnett, K. (2002). Building Powerful Partnerships: The Role of Hospitals in Community-based Public Health. *Community-based Public Health Policy & Practice*. 3, 1-4.
- Christopher, F. A., & Marry, A. P. (2000). Seven Patterns of a Health Community. *Health Forum Journal*, 43(1), 2-18.
- Claudia, M. S., & Frances, A. M. (2000). *Community Health Nursing: Theory and Practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Downie, R.S., et al. (1990). *Health Promotion: Models and Values*. New York: Oxford University Press.
- Don, R. R., & Sirgy, M. J. (2000). Marketing of Health Care within a Community: A Quality-of-Life / Needs Assessment Model and Method. *Journal of Business Research*, 48, 165-176.
- Donabedian A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Michigan: Health Administration Press.
- Duhl, L. J. (1996). What's all this talk of community? *Trustee*, 49(5), 36.
- Duhl, L. J. (1996). An Ecohistory of Health: The Role of "Healthy Cities". *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 258-261.
- Gold, R. L. (1969). "Roles in Sociological Field Observations." In George M. and Simmons, J. L. (eds.), *Issues in Participant Observation*. Menlo Park: Addison-Wesley. pp30-39.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hancock, J. & Duhl, L. (1986). *Healthy Cities: Promoting Health in The Urban Context*. Copenhagen: WHO Europe.
- Haro, A. S. (1987). The Role of Participation in Health Promotion. In. *Measurement in Health Promotion and Protection* (ed. Ablin T., et al.), 61-65. *WHO European Series*, No.22. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

- Joan G. T. & Katherine H. C. (1988). *Community Health Nursing-An Epidemiologic Perspective Through The Nursing Process*. First Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Kenzer M. (2000). Healthy Cities: A Guide to the Literature. *Public Health Reports* 2000, 115: 279-289.
- Kaplan, R. S. & David P. Norton, (1992), The Balanced Scorecard Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71-79.
- Kegler, M. C., et al. (2000). Assessing Community Change at Multiple Levels: The Genesis of an Evaluation Framework for the California Healthy Cities Project. *Health Education & Behavior*, 27(6), 760-779.
- Kirk J., & Miller, M. (1988). *Reliability and Validity in Qualitative Research*. London: Sage.
- Kotler P. (1986). *Principles of Marketing*. Third Edition. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kovner, A. R. (1994). The Hospital Community Benefit Standards Program and Health Reform. *Hospital & Health Services Administration*. 39(2), 143-157.
- Lather, P. (1986). "Research as Praxis." *Harvard Educational Review*. 56(3):257.
- Miller, W. L. & Crabtree, B. F. (1992). "Primary Care Research: A Multimethod Typology and Qualitative Road Map." In Crabtree & Miller (eds), *Doing Qualitative Research*. Newbury Park CA: Sage. pp3-28.
- Proenca, E. J. (1998). Community Orientation in Health Services Organizations: The Concept and Its Implementation. *Health Care Manage Rev.*, 23(2), 28-38.
- Proenca, E. J., et al. (2000). Community Orientation in Hospitals: An Institutional and Resource Dependence Perspective. *Health Services Research*, 35(5), 1011-1035.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. California: Sage Publication.
- Philip, A. N. (1995). Building Healthy Communities. *Frontiers of Health Services Management*, 11(4), 45-48.
- Rice, R. E., & Paisley, W. J. (1981). *Public Communication Campaigns*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Sherry, L. S., & Betty P. (1981). A Community is... . *Nursing Outlook*, 29(3), 182-185.
- Simth, C. M., & Maurer, F. A. (1995). *Community Health Nursing: Theory and Practice*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Steer, R. M. ( 1975 ) . Problems in The Measurement of Organizational Effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 20, 546-558.

**Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newsbury Park, CA: Sage.**

**Hancock T. (1993). The Evolution, Impact and Significance of The Healthy Cities/Community Movement. *Journal of Public Health Policy*. 14(1), 5-18.**

**Venkatraman, N., & Ramanujam, V. (1986). Measurement of business performance on strategy research : A Comparison of Approach. *Academy of Management Review*, 11(4), 801-814.**

**WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. 21 November 1986, from Ottawa: WHO Web site: <http://www.euro.who.int/>**

**WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Switzerland: WHO.**

**WHO (1996). "*Healthy Cities*" for The Twenty-First Century. 7 June 1996, from WHO Web site: <http://www.who.ch/>**

**WHO (2000). *Regional Guidelines for Developing a Healthy Cities Project*. March 2000, from WHO Regional Office for the Western Pacific.**

## 中文部分

于漱，楊桂鳳（2003），「在地化：社區健康營造永續發展的策略」，*台灣醫學*，7(1)：132-136。

中華民國社區營造學會編輯小組（2003），「SARS 社區重建—社區健康營造，營造健康社會」，社區營造電子報創刊號，民國 92 年 7 月 11 日，<http://www.cesroc.org.tw/>。

中央健康保險局網站：業務執行報告，網址：  
<http://www.nhi.gov.tw/01intro/statistic/s26.htm>。

中美文化經濟協會科際整合促進委員會編（1983），「一般系統理論及其應用」，臺北市：漢苑出版，p151-179。

方世榮譯（1995），Kotler P.原著，「行銷管理學」，第 1 章，台北市：東華書局。

王惠珀（2003），「後煞時代風險治理與社會重建--社區健康營造與社區參與」，當代雜誌，195：80-85。

尹祚芊、黃明珠等著（1997），「公共衛生護理學」，第 11 章，台北市：匯華。

台中縣衛生局社區健康營造專區網站：空中講座，網址：  
[http://www.hbtc.gov.tw/community/in\\_01.htm](http://www.hbtc.gov.tw/community/in_01.htm)。

甘炳光（1995），「社區照顧概念與推行原則」，社區發展季刊，69：132-141。

史麗珠、李絳桃等譯（1999），「護理研究法（上）」，台北縣：桂冠。

- 司徒達賢 (1999),「非營利組織的經營管理」,台北市:天下遠見出版。
- 白璐 (2000),「社區健康營造計畫之評估—以台北市內湖區為例」,行政院衛生署 88 年下半年度及 89 年度科技研究發展計畫。
- 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 (2000),社區健康營造工作手冊。
- 行政院衛生署國民健康局—社區健康營造網網站:社區小百科,網址:  
<http://www.bhp.doh.gov.tw/hpnet/Default.asp?itemck=1>
- 行政院衛生署國民健康局網站:健康主題區—社區健康營造,網址:  
<http://www.bhp.doh.gov.tw/ch/index.htm>。
- 行政院衛生署公共衛生研究所 (2000),「評價社區健康營造工作成效三年計畫」,行政院衛生署 88 年下半年及 89 年報告。
- 江明修 (2002),「非營利管理」,台北市:智勝。
- 成亮 (2003),「社區健康營造」,醫院雜誌,36(5):1-11。
- 朱柔若譯 (2000),「社會研究方法—質化與量化取向」,台北市:揚志文化。
- 朱文洋,葉淑娟 (2001),「中小型醫院經營策略與營運績效之探討—以平衡計分卡觀點分析」,台灣醫務管理期刊,2(2):109-137。
- 朱文洋 (2001),「中小型醫院經營策略與營運績效之探討—以平衡計分卡觀點分析」,碩士論文,國立中山大學人力資源管理研究所醫管組在職專班。
- 呂育一、徐木蘭 (1994),「非營利組織績效指標之研究--以文教基金會為例」,臺大管理論叢,5(1):165-188。
- 呂文皓 (2003),「社區發展中非營利組織其角色與功能之研究—以船仔頭文教基金會為例」,碩士論文,南華大學非營利事業管理研究所。
- 李增祿 (1995),「社會工作概論」,台北:巨流出版社。
- 李增祿 (1995),「論社區意識、社會建設與國家發展」,社區發展季刊,69:21-24。
- 李長貴著 (1997),「績效管理與績效評估」,台北市:華泰文化事業公司。
- 李蘭 (1999),「健康促進取向之研究構想」,國家衛生研究院,4(4):21-26。
- 李怡娟,武茂玲 (2001),「健康社區營造與護理」,護理雜誌,48(1):19-27。
- 李雅櫻 (2002),「我國公辦民營醫院管理機制與經營績效之研究--以組織生命週期觀點」,碩士論文,靜宜大學企業管理學系碩士班。

- 吳芝儀、李奉儒（1995），「質的評鑑與研究」，台北縣：桂冠。
- 吳思華（2000），「策略九說」，台北市：臉譜出版。
- 吳永鐘（2001），「台灣地區社區健康營造中心運作現況初探—以兩梯次 159 家社區健康營造中心為例」，碩士論文，國立陽明大學醫務管理研究所。
- 吳文貴（2002），「從組織理論的觀點看醫院的社區導向」，醫院雜誌，35(3)：23-33。
- 沈靜敏（2000），「營造『健康的社區』之行動研究」。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告，執行期間：88 年 8 月 1 日到 89 年 7 月 31 日。
- 沈靜敏（2001），「營造『健康的社區』之行動研究-第二年」。行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告，執行期間：89 年 8 月 1 日到 90 年 7 月 31 日。
- 林東森（1996），「社會行銷的理論與實務」，國立台灣師範大學社會教育學系社會教育學刊，25：49-75。
- 林豔君、黃秀梨等（2001），「鹿谷鄉健康體系營造經驗」，台灣醫學，5(2)：198-202。
- 林上青（2001），「由營造健康社區看基層衛生組織」，護理雜誌，48(1)：36-42。
- 林金定、羅慶徽、朱明若（2002），「世界衛生組織推動健康城市策略與計畫步驟分析」，台灣家庭醫學雜誌，12(1)：1-8。
- 林金定、羅慶徽、朱明若（2002），「健康城市—生態大眾健康的新思維」，台灣家庭醫學雜誌，12(4)：149-156。
- 林玉恩（2003），「當代醫院社區化角色功能之探討—以台中市地區醫院以上之醫療機構為例」，碩士論文，中國醫藥學院環境醫學所。
- 邱啓潤（1998），「社區健康評估與診斷」，護理雜誌，45(3)：70-76。
- 邱泰源（2001），「社區醫學教育與健康照護」，台灣醫學，5(2)：212-220。
- 邱淑媿（2002），「宜蘭縣營造健康社區之過程與現況」，護理雜誌，48(1)：28-35。
- 胡幼慧主編（1996），「質性研究：理論、方法及本土女性研究實例」，台北市：巨流。
- 胡幼慧、姚美華（1996），「一些質性方法的思考：信度與效度？如何抽樣？如何收集資料、登錄與分析？」，收錄於胡幼慧編，「質性研究：理論、方法及本土女性研究實例」，台北市：巨流，p141-158。
- 侯勝茂（2001），「社區健康營造」，台灣醫學，5(2)：182-187。
- 南玉芬（2001），「社區健康營造中心之社區推動內涵分析」，碩士論文，東海大學社會工作學系碩士班。
- 施天岳（1994），「社區醫學與社區醫院」，北市醫誌，38(1)：4-5。

- 施秋娟 (2003),「非營利組織在社區健康營造之角色-高雄市經驗剖析」, 碩士論文, 國立中山大學中山學術研究所。
- 侯夙芳 (1998),「淺述系統理論」, 警學叢刊, 29(3): 243-256。
- 畢恆達 (1996),「詮釋學與質性研究」, 收錄於胡幼慧編,「質性研究: 理論、方法及本土女性研究實例」, 台北市: 巨流, p27-45。
- 洪德仁 (2001),「北投社區健康營造」, 台北市醫師公會會刊, 45(4): 26-31。
- 柳欽元 (2001),「基督教會經營管理績效指標及其在教會牧養治理上的運用」, 碩士論文, 國立交通大學經營管理研究所。
- 高敬文 (1996),「質性研究方法論」, 台北: 師大書苑發行。
- 唐先柏 (2000),「社區的溝通--營造社區與社區營造」, 北市衛生, 54: 18-21。
- 徐國宗譯 (1997),「質性研究概論」, 台北市: 巨流。
- 莊逸洲、楊漢泉等著,「醫療品質管理學」, 台北市: 華杏出版, p31-33。
- 郭倩琳 (1995),「社區健康評估--以大園鄉后厝村為例」, 護理雜誌, 42(3): 72-77。
- 常紫薇 (2002),「企業組織運作之內在績效指標建立之研究--以一般系統理論為研究觀點」, 碩士論文, 中原大學企業管理學系碩士班。
- 陳其南、陳瑞華 (1998),「台灣社區營造運動之回顧」, 研考報導 41 期, p21-37。
- 陳世堅 (2000),「社福與衛生體系平行整合的長期照顧系統模式建構之研究」, 博士論文, 東海大學社會工作學系博士班。
- 陳玫秀 (2000),「社區健康營造中心」, 空大學訊, 民國 89 年 8 月 1 日, p119-123。
- 陳茂鴻 (2001),「社會行銷」, 智策慧行銷電子報雙週刊, 5 號刊, 網址:  
<http://www.swem.com.tw/電子報/No.5/No.5-index.htm>
- 陳再晉 (2001),「營造健康社區」, 台灣醫學, 5(2): 194-197。
- 陳楚杰著 (2001),「醫院組織與管理」, 台北市: 宏瀚文化事業有限公司。
- 陳靜敏 (2002),「健康促進的創新策略: 社區健康營造」, 新台北護理期刊, 4(2): 1-6。
- 陳韻靜、郭乃文等 (2003),「醫院策略型態與績效評估指標之相關性探討--以平衡計分卡觀點分析」, 台灣醫務管理期刊, 4(4): 91-109。
- 陳毓璟 (2003),「社區健康營造推動現況與推動者概念之研究」, 博士論文, 國立台灣師範大學衛生教育學系博士班。

- 張宗銘 (1987),「醫院績效評估模式與實證分析」,碩士論文,國立中山大學企業管理研究所。
- 張碩芳 (1998),「對醫療照護品質不同觀點之質性研究」,醫療品質雜誌, 1(1): 24-41。
- 張錫惠、王巧雲等 (1998),「我國地區醫院經營效率影響因素探討」,管理評論, 17(1): 21-38。
- 張煥禎、張威國著 (1999),「醫療行銷管理學」,台北市:偉華書局有限公司。
- 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。
- 張麗春 (2002),「運用系統理論模式於原住民社區健康評估—以大西鎮瑞興國宅為例」,長庚科技學刊, 1: 227-242。
- 張清枝 (2003),「社區需求導向的公共衛生服務之評估研究—以台中市社區為例」,碩士論文,國立台北大學公共行政暨政策學系碩士班。
- 黃淑貞 (1991),「美國推展『健康促進』之現況及其成本效益評估」,公共衛生, 18(1): 55-63。
- 黃明珠等 (1996),「衛生所社區健康評估模式之實驗」,公共衛生, 22(4): 213-229。
- 黃琪璘 (1999),「一項值得社會行銷的產品-健康生活形態 (Health Life-style)」,國教之聲, 33(1): 18-26。
- 黃煌雄、郭石吉等著 (2001),「社區總體營造總體檢調查報告書」,臺北:遠流圖書公司。
- 黃明仁 (2002),「社區健康服務中心對醫院經營之影響」,碩士論文,國立中山大學高階經營碩士學程專班 (EMBA)。
- 黃松共、吳永鐘 (2003),「台灣地區社區健康營造中心運作現況初探—以兩梯次 159 家社區健康營造中心為例」,台灣醫務管理期刊, 4(1): 13-37。
- 葉金川 (2000),「營造社區健康—打造健康城市」,北市衛生, 52: 2-3。
- 葉雲炫 (2001),「專家的說法」,台灣醫師網:全民健保還給全民系列報導—從總額預算制談起, <http://www.doctor.com.tw/nih/>。
- 葉金川 (2001),「台北市社區健康營造」,台北市醫師公會會刊, 45(4): 22-24。
- 葉彥伯 (2003),「社區健康營造與多層次學習團體」,台中縣衛生局社區健康營造專區, [http://www.hbtc.gov.tw/community/in\\_07.htm](http://www.hbtc.gov.tw/community/in_07.htm)。
- 楊孝濬 (1983),「一般系統理論應用於我國社區發展評估之實例分析」,收錄於中美

- 文化經濟協會科際整合促進委員會編，「一般系統理論及其應用」，臺北市：漢苑出版。p151-179。
- 廖秀幸（2001），「醫院參與社區健康營造之研究」，碩士論文，中國醫藥學院醫務管理研究所。
- 管敏秀（2002），「社區健康營造之現況分析與策略研究」，碩士論文，銘傳大學公共事務學研究所。
- 劉文俊、李龍藤、陳慶餘（2000），「社區健康評估—解決社區健康問題的基本工具」，當代醫學，27(6)：47-51。
- 劉丹桂（2000），「社區健康營造三年計畫」，空大學訊，民國 89 年 8 月 1 日，p112-118。
- 劉玲足（2000），「前進社區健康好厝邊」，台灣醫學，4(1)：43-47。
- 劉潔心（2000），「健康社區（城市）之理念與發展」，衛生署公共衛生研究所，921 地震災區社區健康營造計畫專題班，台北市：公研所。
- 潘紹山、孫方敏等編（2000），「現代護理管理」。北京：科學技術文獻出版社，p17-20。
- 潘淑滿（2003），「質性研究：理論與應用」，台北市：心理。
- 鄭燊隆（2002），「網際網路品質指標構建之研究：以一般系統理論為觀點」，碩士論文，國立清華大學科技管理研究所碩士在職進修專班。
- 蔡鶯鶯（2000），「九二一東勢社區衛生重建計畫：促動社區好衛生，打造健康我建康」，行政院衛生署 88 年下半年及 89 年報告。
- 盧孳豔等（2000），「社區健康評估--以碇內社區為例」，護理雜誌，47(4)：87-93。
- 錢慶文（1994），「全民健保實施後醫院可採行的行銷策略」，醫院雜誌，27(5)：24-30。
- 賴美淑、陸杓玲（1997），「健康社區」，收錄於陳拱北預防醫學基金會編，「公共衛生學（下）」，台北市：巨流，第 28 章，p1177-1204。
- 蕭文著（1993）。「醫院管理」。臺北縣新店市：書華出版。
- 韓德仙（2002），「非營利組織績效指標適當性之研究-以教育事務基金會為例」，碩士論文，南華大學非營利事業管理研究所。
- 謝文亮（2002），「志工教育訓練與工作投入關係之研究」，碩士論文，國立中山大學人力資源管理研究所。
- 謝臥龍（2004），「質性研究」，台北市：心理。
- 簡春安、鄒平儀（1998），「社會工作研究法」，台北：巨流。

羅瑞煌（2001），「醫院參與社區健康營造計畫現況評估與策略運用之研究」，碩士論文，雲林科技大學工業工程管理研究所。

蘇永裕（2002），「醫院長期經營效率評估」，碩士論文，高雄醫學大學公共衛生學研究所。

## 附錄一：訪談大綱—衛生局版

親愛的衛生局工作人員：

您好！我們目前正在進行有關『醫院參與社區健康營造中心運作之評析—以台中地區為例』之研究，本研究想瞭解目前各醫療院所運作之情形與所面臨之困難，衷心懇請 您惠予協助。本研究採深度訪談方式，訪談時間約為一小時，您的意見對本研究成果非常重要，將是本研究的重要資料來源。期盼本研究能為衛生主管單位及有心推動之單位參考。本訪談內容純為學術研究整體分析之用，個人資料絕對保密，請您安心回答。誠心感謝您的合作、參與，為了方便您瞭解對本研究的貢獻，在研究結束後，我們會寄贈研究結果乙份給您，敬祝您

平安健康 萬事如意

中國醫藥大學醫務管理學研究所

指導教授：陳世堅博士

馬作鑑博士

研究生：許怡芳 敬上

聯絡電話：0928-195965

E-mail: kilo.if@msa.hinet.net

### 訪談大綱

1. 您期望醫院在參與『社區健康營造計畫』過程中，扮演起何種角色？
2. 不同的機構承辦社區健康營造中心各有其不同的特色，您認為醫院承辦社區健康營造中心的特色及其優缺點為何。
3. 您認為醫院承辦之營造中心的人力、物力與經費是否充足？衛生署給予營造中心補助經費是否充裕？醫院在『社區健康營造計畫』結束後，您認為其繼續經營的意願如何？若繼續經營，您對醫院籌措經費有何建議。
4. 您在輔導（督導）的過程中，發現醫院在執行計畫時面臨到的主要問題為何？醫院如何去調整？
5. 依您與承辦機構的接觸與瞭解，您是否認為由醫院來推動『社區健康營造計畫』會讓國家政策更佳落實？其理由為何。
6. 您目前對醫院參與『社區健康營造計畫』整體成效評價為何？有何建議？
7. 對於醫院所承辦之社區健康營造中心，以您站在衛生局監督（輔導）的立場，您認為做到或完成了哪一些工作？對於未來的監督（輔導）工作您有何想法與見解？
8. 請問您對衛生署所擬『社區健康營造計畫』有何建議修正與改善的地方？
9. 您認為一個成功的『社區健康營造』必須具備那些特質？

## 附錄二：訪談大綱—醫院版

親愛的社區健康營造中心工作人員：

您好！我們目前正在進行有關『醫院參與社區健康營造中心運作之評析—以台中地區為例』之研究，本研究想瞭解目前各醫療院所運作之情形與所面臨之困難，衷心懇請 您惠予協助。本研究採深度訪談方式，訪談時間約為一小時，您的意見對本研究成果非常重要，將是本研究的重要資料來源。期盼本研究成果能提供衛生主管單位及有心推動之單位參考。本訪談內容純為學術研究整體分析之用，個人資料絕對保密，請您安心回答。誠心感謝您的合作、參與，為了方便您瞭解對本研究的貢獻，在研究結束後，我們會寄贈研究結果乙份給您，敬祝您

平安健康 萬事如意

中國醫藥大學醫務管理學研究所  
指導教授：陳世堅博士  
馬作鑑博士  
研究生：許怡芳 敬上  
聯絡電話：0928-195965  
E-mail: kilo.if@msa.hinet.net

### 訪談大綱（承辦機構）

請問貴院營造中心成立時間？\_\_\_\_年\_\_\_\_月成立。（換算至九十三年二月底止已成立了\_\_\_\_年\_\_\_\_月）

1. 請問貴院（會）參與「社區健康營造計劃」的動機與目的？貴營造中心成立的宗旨為何？您認為承辦至今營造中心的宗旨與貴院（會）的動機和目的是否能夠相吻合？
2. 貴院（會）在營造中心裡所扮演的角色為何？貴院（會）是否完全支持與支援營造中心之工作？其支援方式為何？其支援方式是否符合真正營造中心之需求？
3. 目前貴營造中心之主要工作與推動情況為何？營造中心的推動範圍包含哪些區域？若選擇以里（村）為社區健康營造的出發點，對此您是否有其他或更佳的方式或想法。
4. 貴營造中心是否有獨立的空間配置與設備？貴院（會）是否協助提供所需的活動空間（如營造中心辦公室、舉辦相關活動的場地等）與設備（如電腦、桌椅等）？是否還提供其他相關的物力資源？
5. 貴營造中心的人員的編制為何？中心人力是否足夠？貴院（會）在營造中心人力上的支援與運用為何？是否有其他人力的編制與協助？
6. 貴院（會）在營造中心的經費來源主要為何？您認為衛生署所給予的健康營造中心補助經費是否充裕？貴中心經費的運用方式，除衛生署經費補助外，是否尚其他的經費來源？而在計畫結束後，貴院繼續經營的意願為何？若繼續經營，您認為應如何籌措所需之經費？

7. 請問貴中心如何招募社區保健志工？中心保健志工與醫院志工是否有所區隔？貴院（會）與營造中心有哪些志工培訓研擬計畫，其課程內容與訓練方式為何？是否有聯合性的志工培訓計畫？志工如何推展家戶參與社區健康營造活動？
8. 請問貴院（會）營造中心有辦理何種促進民眾健康行為之活動？何種類型的社區健康營造活動民眾參與度最高與最低？原因為何？
9. 請問貴院（會）與營造中心如何將社區資源作有效的整合？
10. 您認為社區健康營造的基本原則與精神為何？怎樣才叫做健康的社區？您要怎麼做才能達到這個目標？
11. 您認為貴院（會）承辦社區健康營造中心對醫院本身的營運績效與醫院的形象是否有所影響和幫助。
12. 請問貴院（會）參與推動社區健康營造中心所遭遇的困難與挑戰為何？您最需要其他單位提供您哪些協助？您對衛生署之『社區健康營造計畫』有何建議？

### 附錄三：社區健康營造中心之基本資料調查表

#### 【結構面：醫院背景資料】

A、請問貴院（會）屬於：（單選）

- 1、醫學中心 2、區域教學醫院 3、區域醫院 4、地區教學醫院  
5、地區醫院 6、其它\_\_\_\_\_。

B、請問貴院（會）負責社區名稱：\_\_\_\_\_；  
所負責社區位置為：1、都會地區 2、鄉村（農村）地區 3、山城地區。（單選）

C、請問貴院（會）推動社區健康營造計畫的推行單位是：（單選）

- 1、社區醫學部 2、社區健康部 3、社會服務室 4、護理部 5、企劃室  
5、其它\_\_\_\_\_。

D、請問貴院（會）主要負責「社區健康營造中心」人數為何？

專任人數\_\_\_\_\_人，兼職人數\_\_\_\_\_人，共\_\_\_\_\_人。

E、請問貴院（會）之「社區健康營造計畫」的最高推動者是：（單選）

- 1、院長 2、副院長 3、企劃室主任 4、護理部主任 5、公關室主任  
6、社區服務部主任 7、社會服務室主任 8、其它\_\_\_\_\_。

F、請問貴院（會）營造中心之主要經費來源為：（複選）

- 1、政府補助 2、醫院撥款 3、其他\_\_\_\_\_。

#### 【過程面：社區保健志工參與狀況】

A、至目前為止，貴院（會）營造中心保健志工有幾位？\_\_\_\_\_人。

志工數目是否足夠？ 是 否。

B、請問貴院（會）如何招募「社區健康營造」之保健志工？（複選）

- 1、報紙 2、院訊 3、電視 4、廣告信函  
5、醫院海報單張 6、學校社團 7、網路 8、社區看板  
9、醫護人員 10、其它\_\_\_\_\_。

C、請問貴院（會）安排何種志工培訓課程內容？（複選）

- 1、健康飲食 2、煙害防制 3、檳榔危害防制  
4、用藥安全 5、個人衛生 6、口腔保健  
7、視力保健 8、溝通技巧 9、人際關係  
10、志願服務倫理 11、其它\_\_\_\_\_。

D、請問貴院（會）之保健志工流動情況為何？（單選）

- 1、非常低 2、低 3、普通 4、高 5、非常高

E、請問貴中心如何將這些活動訊息傳達給社區民眾知道呢？（複選）

- 1、醫院海報單張 2、有線電視、電台 3、醫院醫護人員  
4、社區網站 5、醫院網站 6、報章雜誌 7、保健志工宣傳  
8、鄰里長宣傳 9、本單位人員宣傳  
10、其它\_\_\_\_\_。

F、請問貴中心應用那些社區健康行銷活動，吸引民眾參與？（複選）

- 1、園遊會活動 2、健康講座 3、健康教材  
4、健康檢查活動 5、社區健康文藝賽 6、親子活動  
7、健康運動會 8、社區健康護照 9、其它\_\_\_\_\_。

**【結果面】**

A、請問貴院（會）承辦計畫後，於主辦、協辦及參與社區活動的頻率，平均每月多少次？（單選）

1、1-3 次 2、4-6 次 3、7-9 次 4、10-12 次 5、12 次以上。

B、請問貴院（會）在承辦計畫後曾經針對負責的社區中，舉辦過何種類型的活動？（複選）

1、六大健康議題活動 2、30歲以上婦女子宮抹片檢查  
3、30歲以上婦女乳癌篩檢 4、全民健保成人、兒童、婦女預防保健服務  
5、檳榔嚼食者定期口腔癌篩檢 6、戒煙班 7、辦理體重控制班  
8、健康新煮張  
9、其它\_\_\_\_\_。

C、請問貴院（會）未來將以什麼方式協助社區（健康促進）活動的舉行？（複選）

1、策劃社區健康促進活動 2、衛生教育 3、提供人力上的支援  
4、鼓勵民眾參與 5、健康講座 6、提供場地或設施  
7、提供民眾免費健康諮詢 8、協調其它社區組織共同參與活動  
9、其它\_\_\_\_\_。

D、請問貴中心辦理「社區健康營造計畫推動小組」結合了社區那些資源？（複選）

1、農會 2、銀行 3、公所 4、基層診所 5、衛生所  
6、學校 7、媒體 8、熱心人士 9、基金會 10、其它\_\_\_\_\_

E、請問貴中心之社區資源配合單位協助辦理社區活動時之配合程度為：（單選）

1、非常低 2、低 3、普通 4、高 5、非常高