

參與行動研究： 921地震後中崙社區健康營造研究案例*

蔡鶯鶯、徐永年、林永隆**

《摘要》

本計畫的研究團隊成員以實際參與社區動員的方法，了解「九二一集集大地震」後災區的健康需求，結合災區在地資源與居民建立社區自助互助網絡，促進社區居民的健康與風險認知，及建立災後營造健康社區的發展模式。

本研究以一年的時間參與觀察地震後社區的重建歷程，有三項主要發現：社區參與者的健康社區概念已形成；社區參與者有參與社區調查的能力並能創新知識；及災區自主團體參與健康營造賦權的同時也體驗資源重分配的政治過程。此一災後社區組織動員模式與社區資源網絡的基礎，證實健康賦權的策略對深度社區參與者達到具體效能。

根據此一災區健康營造的賦權的變動歷程，本文試圖建構一個災區健康資源重整模型—社區動員的參與和賦權的機制呈現時序變化，係先「由上而下」，再轉變為「由下而上」。至於外來學術團隊在社區動員初期與居民協商合作，後期則扮演陪伴的角色。

關鍵詞：地震、社會動員、健康社區、健康促進、參與行動研究、賦權

投稿日期：2002年8月17日；通過日期：2003年7月24日。

* 本文作者感謝兩位匿名評審的審查意見與寶貴建議，及新聞學研究編委會提供的建議，以使本文增色不少，筆者獲益良多。本文為行政院衛生署民國八十八年下半年及八十九年度科技研究發展計畫，計畫編號：DOH89-TD-1221的部分成果。

** 作者蔡鶯鶯為世新大學新聞學系副教授，E-mail: yytsai@cc.shu.edu.tw。徐永年醫師為行政院衛生署豐原醫院院長，林永隆醫師為台中縣石岡鄉衛生所主任。

壹、研究源起

傳統的社區衛生教育都採「由上而下」的執行過程，亦即由衛生專業人員規劃執行衛生教育及健康課程內容；本研究透過「賦權」(empowerment)的機制，由學術、衛生專業人員及社區居民組成合作團隊，鼓勵社區居民「由下而上」參與災區之健康社區營造之過程。本文將描述外來的學者如何將參與行動研究(participatory action research, 以下簡稱PAR)應用在地震災後營造健康社區(healthy community)的經驗與意義。

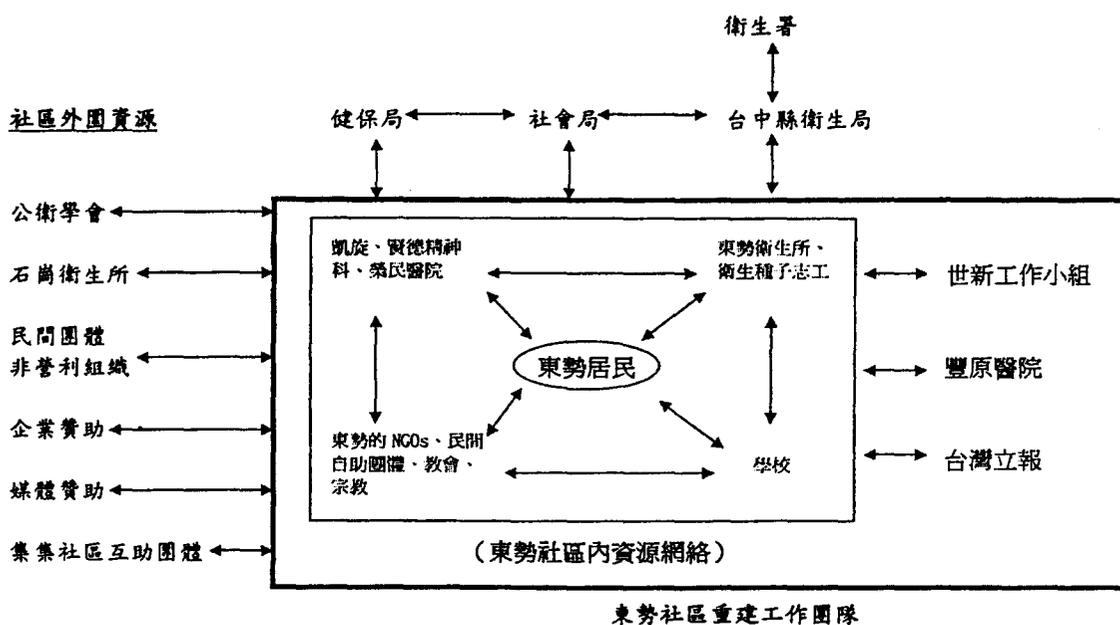
1999年台灣地區發生芮氏規模七點三的「九二一集集大地震」(以下簡稱「九二一」)後，據內政部消防署統計，此一震災造成全台灣2,405人死亡及10,718人受傷，房屋毀損嚴重，近十萬的民眾無家可歸。影響居民生活流離失所，生活困頓(行政院內政部消防署，2000)。其中以台中縣東勢鎮的死亡達381人最為嚴重，受傷人數近兩千八百人，房屋全倒4,767戶及半倒3,644戶。

地震發生三個月之後，東勢震毀房屋中有化糞池震破污染水源之虞、自來水供應不穩定，加上拆屋造成塵灰飛揚，約有兩千多人住在臨時收容所，衛生狀況堪慮，對居民的身心健康威脅嚴重。根據東勢衛生所提供的震災資料顯示，東勢鎮原有人口近六萬人，而在「九二一」的大地震後，部分產業及商店損失嚴重、停工，部分人口失業，加速人口外移。在「九二一」地震後，至1999年11月23日止，亦即地震後兩個月期間，東勢地區有三處組合屋聚落共有196戶居住640人，及2,423人仍居住在14個臨時帳棚聚落。部分遭受不幸的居民心理狀況不穩定，如同定時炸彈，而衛生所又缺乏人力資源探訪每一受災家戶，心理重建工作極需人力協助。災區部分基層衛生人員及鄰里長也是災民，在災後發揮應有的功能極有困難，致居民經常求助無門。

在舊有的基層服務體系幾乎瓦解，殘垣破壁的險境下，顯示災後半年內更急需專業人員及志工的介入，動員社區居民，並賦權其自助與互助的能力，輔導(facilitate)居民重建家園。因此研究者率世新大學新聞學系學生一人及兩名研究助理組成災區志願訪視團隊，在地震災後的第七天透過台中縣衛生局及中國醫藥學院附設醫院的安排訪視東勢災區。此一災區訪視團隊在回台北之後，即擴大招募學生志工十二人。有十名學生志工固定參與訪視達三個月，訪視團隊每週一次街頭訪視，持續三個月，其間並與東勢衛生所合作，動員其衛生志工成立「衛生種子志工」

團體，參與社區衛生重建行動，提升其健康生活品質。後來，研究者再擴大和東勢鎮衛生所及其鄰近的行政院豐原醫院組成研究團隊（以下簡稱研究小組）。此一研究小組包括：大學（世新大學）、醫療提供者（衛生署豐原醫院）及在地的基層衛生機構（東勢鎮衛生所）共同提出計畫書，向行政院衛生署申請經費，自民國89年1月至12月止，進行為期一年的東勢地區居民的重建公共衛生與健康需求計畫。

要言之，此一PAR計畫有四大目的：一、建立自助互助的社會動員網絡（見圖一），協助東勢居民賦權及自主；二、促進震災後東勢居民的健康意識；三、建立災後「打造健康社區」的社區動員模式；四、探索外來團隊協助災區建立社區動員的瓶頸。本研究小組撰寫本文旨在呈現行動研究的初淺經驗，記錄災區居民在「九二一」震災之後，自力營造健康社區及動員的集體記憶。



圖一：東勢社區重建資源網絡圖

貳、東勢鎮中料社區簡介

東勢舊名「東勢角」，意指「在東隅之聚落」。早期的軍工在東勢採伐木料而興建工寮，又名「匠寮」或「寮腳」。東勢鎮位於台中縣中部偏東，介於大甲溪及大安溪之間。全鎮面積一一七平方公里，轄二十五里，為台中縣面積第三大的市鎮

(陳炎正, 1955: 18-19)。據台中縣政府統計資料指出, 至民國89年12月1日, 東勢人口共57,846人, 近一萬六千戶, 人口密度為每平方公里492人(台中縣衛生局, 2000)。東勢早期以泰雅族及平埔族為主, 清乾隆三十五年, 因匠工採伐軍工料, 漢人移入東勢, 早期以客籍為主(陳炎正, 1955: 336-381)。

根據台中縣衛生局的統計(台中縣衛生局, 2000), 東勢鎮的醫療資源共有四家醫院及44家中、西與牙醫診所, 平均每位醫師服務人數1,115人, 在豐原醫療次區域的醫師人口比, 僅次於豐原市的660人。但仍高於該區域的平均每位醫師服務人數966人的醫師人口比。

參與此一行動研究的介入社區位於東勢鎮東北方的中料里, 屬於丘陵地形。社區居民絕大多數為客家人, 客家話為經常使用的溝通語言。居民以務農為主, 農業生產以嫁接梨、甜柿為主, 故中料又稱為「嫁接梨的故鄉」。中料里共分12鄰, 總戶數為666戶(九二一地震前資料), 男性有1,314人, 女性有1,209人。

中料里兼具農村與客家特質, 「九二一」震災之前, 農業發展或保存客家文化是該里居民共同關心的議題。自「九二一」地震後, 由於產業道路中斷、坡地流失等問題, 造成農業損失慘重。同時農業廢棄物污染、自來水供應不足, 或是健康資訊流通不足, 嚴重影響社區衛生環境, 並威脅居民身心健康, 致少數的社區意見領袖開始正視災後社區的健康問題。

為了讓東勢居民了解研究小組與東勢社區的合作計畫, 本研究小組先在東勢舉辦一場健康社區營造座談會, 邀請各里的社區發展協會、媽媽教室及長青會等社區團體代表參加。在會後, 中料里的社區重建隊成員參與本研究的行動積極, 表示同意提供在地定點聯絡站, 招募在地志工, 由研究小組提供訓練課程, 共同合作規劃與執行健康社區行動計畫。經研究小組研估之後認為, 在「九二一」震災後, 中料里的部分社區居民已自力組織動員, 成立「中料社區重建隊」, 以在地自助互助方式, 加入家園重建的行列, 顯示其社區共識在凝聚中, 因此, 本研究小組決定選擇以中料社區為PAR的合作對象。

參、文獻探討

一、健康社區營造與參與行動研究

我國衛生署近三年來大力推廣社區健康營造 (community health building) 的健

康促進政策，鼓勵民間社團以組織的力量，動員社區熱心居民加入自己規劃符合社區個別需求的健康活動。這種以社區發展模式促進社區健康的方式，肇始於1974年加拿大衛生福利部提出一份報告「New Perspective on the Health of Canadians」(Lalonde, 1974)。報告者建議加拿大政府設定全國健康目標且指定健康促進為加國的新策略 (Mittelmark, 1999: 20)。其後，此一概念在1976年經世界衛生組織採用，且宣布在全球推廣「健康城市」(Healthy Cities)¹公共政策，目前在歐美及亞洲等許多國家已進行實證計畫 (Duhl, 1996; Flynn, 1996)。

「健康城市」的模式強調營造社區的能力 (community capability building)，以提升及管理各種不同的健康促進計畫，或改善社區致勝的基本功能。例如，平等地接受教育、經濟安全、市民的社會聯結 (social connectedness)，以及支持健康目標的公共政策 (Mittelmark, 1999: 5-6)。健康城市的兩大構成要件：一是在社區推廣健康議題；另一個要件是採取PAR取向，強調解決問題導向，由研究者與個案共同規劃其行動過程，與傳統的健康推廣方式—由醫事人員扮演健康資源提供者，民眾扮演接收者的衛生教育模式，有很大的差異。

PAR的鼻祖是社會心理學家Kurt Lewin。1940年代Lewin (1946) 首創行動研究 (action research, 以下簡稱AR) 模式之後，促使社會科學走向實證研究的分水嶺。AR應用於社會科學的領域又稱為理性的社會管理 (rational social management)。Lewin提出AR概念最早出現於一篇文章〈行動研究與弱勢族群問題〉(Action research and minority problems)，他說：「理性的社會管理是一種結合社會實驗與回應主要社會問題的過程」(Kemmis, 1982)。

AR的執行步驟包括：先有一個大概的構想與目標，檢視構想與達成目標的關係，提出更多的事實依據，從而評價及修改構想與目標。接下來則形成計畫，再依計畫執行，並蒐集執行後的觀察資料與發現，再依此發現修正計畫，如此循環復始。換言之，理性的社會管理是一個持續且呈螺旋式的步驟，包括規劃、行動及發現造成此一行動的結果，周而復始的循環 (Lewin, 1946: 206)。後來很多的社會心理學家根據AR的步驟，融合應用於研究團體影響個人態度及行為改變的重要因子 (Cartwright, 1948: 333; van Elteren, 1992: 35; Alloport, 1948; Lipptt, 1968; Gill & Johnson, 1991)，其中以Meyer (1993: 1066) 根據Lewin的描述發展AR的四個步驟最為簡明，即是：計畫、行動、觀察及反省。此外，行動研究的功能可提升解決問題制度的能力、使組織更適應環境、解決問題和創新系統知識的功能；行動研究者

扮演的角色在幫助成員界定問題、創新思考或介入之外，也可能由研究者提供一個新方向思考舊問題（Susman & Evered, 1978: 582-603）。

行動研究可用於計量方法不適用的情境、組織與機構，目前已在美國、英國、澳洲及其他開發中國家推廣，而且應用議題也很多元。美國在1940年代的行動研究多應用於工業化的社會（Lewin, 1948），例如，工人抗爭、工作士氣、曠職、勞資關係與權力關係的主題。晚近則擴及健康及社會福利的議題，例如，組織機構的行動研究、社區發展、教育改革及護理的領域，後來有學者則普遍以參與行動研究替代行動研究，以便從字義上強調參與的特點（Kahn & Boulding, 1964）。

De Koning & Martin（1996: 1）指出，PAR日益普遍應用於健康促進議題的三大重要理由：（1）解決醫事專業人員與民眾對健康與疾病的認知、態度的衝突。特別是生病與疾病在生物醫學架構下的註解，常與地方性及文化性的情境有明顯的對立。（2）測量健康的成果及其相關因素，不宜只採用實驗數據來測量健康，卻忽略了涉及社會文化、歷史、及政治因素。誠如Lammerink & Wolfers（1994: 7）所言：「不應將實驗室以外的世界，假想成與實驗室內的世界一樣。」（3）為解決上述的問題，Tandon（1996: 23）主張，必須以地方民眾所認知的「健康的定義」和「對自己負責維持健康」的看法為核心，因此，PAR的進行歷程即是賦權給民眾自己控制自己的生活，以提升其健康及改善生活品質。具體說來，上述思維的根本問題是：「醫學研究、健康科學是誰的利益？誰可控制健康、醫療、醫學科技及健康研究？如果只為醫學研究者的利益，就會導致醫療上的不公平。而PAR不只強調此一趨勢，且提供了重整及減少不公平及不對等的基礎」（Tandon, 1996: 24-25）。

如何執行社區的健康營造？Buchanan（2000: 148-153）具體指出，應從建立社區關係、蒐集社區資源及其需求開始，再招募社區居民參與，及應用人類學家的長期駐站或定期訪視的方式介入。最重要的是，強調以改善社區生活為訴求，舉凡籃球比賽、社區論壇，都可納入社區健康營造的內容。此外，美國疾病管制與預防中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC, 1995）編訂的「社區健康營造指引」（Planned Approach To Community Health: Guide for the local coordinator, 以下簡稱PATCH）的模式。根據PATCH模式，營造健康社區的五項步驟為：（一）社區動員：公開徵求社區熱心居民，以關心自己和社區居民的健康為目的，並鼓勵志工參與公共衛生、環保、教育、衛生教育或就業等公共議題與政策。（二）蒐集並分析社區的健康資料，包括社區的死亡率、十大死因，居民最關心的健康或社區問

題。(三)根據資料的結果，選擇社區居民最關心或最急迫的健康問題，列為社區健康活動及教育的優先活動或政策。(四)發展綜合計畫，結合社區內部與外部的資源，包括人力、物力，提供中、長期的健康社區永續發展的計畫。(五)評價及檢討營造成果。

社區發展研究經常被視為PAR取向，如社區民眾在研究計畫扮演合夥人的角色，且都要參與每一階段的計畫(Flynn et al., 1994; Rains & Ray, 1995; Whyte, 1991; Mittelmark, 1999)。推動社區發展課題的最大挑戰是，如何組織、利用及增加社區內部的能力及資源。此外，近年來，由於PAR大都應用於社區發展的情境，因此PAR取向也涵蓋社區發展的特質，例如，在社區發展的過程中，營造社區能力，使地方領導的能力提升，是社區發展重要的過程(Hawe et al., 1997; Jackson et al., 1989)。Mittelmark (1999: 6)認為，雖然社區發展的核心在提升社區的能力，及運用社區的資源，以強調比現有和未來更大範圍的議題，但仍以社區成員的自我認同最重要。

二、賦權理論 (empowerment theory) 與健康促進

賦權是PAR的重要核心概念，也是PAR的目的。賦權的定義可依應用的主題、情境及個案的性別、族群而有不同的意涵。例如，Batliwala (1994)指出，婦女的賦權的定義，係指在某一機構環境下的婦女可以支配物質資產(material assets)、知性資源(intellectual resources)及意識形態(ideology)。Batliwala (1994)所指物質資產的控制範圍很廣，例如，物理的、人類、財務上的土地、水、林地、人的身體及勞工、金錢及近用金錢的權力，都包括在內。至於知性的資源則包括知識、資訊及理念。控制意識形態可意指符號學上的象徵意義，例如，生產、再製、保存及機構化特殊的信念、價值、態度的能力，及可決定人在某一社經地位及政治環境下的知覺和功能的虛擬行為。對婦女而言，婦女近用資源和權力取決於其所處的社會地位(social position)，例如，階級、世襲權勢、族群及性別。因此，婦女的賦權是以改變體制內壓迫婦女情境為主旨的過程。除了重新認知及喚醒婦女了解這股造成附屬地位的壓力之外，事實上，還要改變婦女的價值、態度及其整體的世界觀。

弱勢者在什麼情境下提出賦權呢？學者指出(Chattopadhyaya, 1983: 98; Jayawardana, 1988; Liddle & Joshi, 1986)，弱勢者提出賦權的要求未必與挫敗同時出現。換言之，賦權必須從外部引導，藉著一股改變的共識(altered consciousness)

和一股體認到既存的社會次序是不公平且不中立的喚醒 (awareness)。有時候則需倚賴外來社區提供的資源進行顯著的組合。理想的社區發展係來自社區的草根。但實證經驗顯示，健康促進的社區發展往往是由社區中的精英或社區外的人士所刺激形成 (Mittelmark, 1999: 5-6)。

Kabeer (1994: 299) 提到，意識化 (conscientization) 是婦女掙脫弱勢地位的第一步，不只要認清自己的能力，還要分析其附屬地位，然後，再據以建構她們想要的世界，並以行動實踐的願景。Freire (1968) 闡釋意識化指出，意識化是一種教育的形式，透過教育迫使啓發批判的意識及創造新的社會連結形式 (form of social solidarity)，此一形式使人從想要自主又害怕自主的矛盾情結中解放。賦權的最終目的是完成一個政治過程 (Khanna, 1996: 66)，因此，需要一個有組織的大型社會運動來挑戰及改革既成的權力結構。

很多健康促進的主題都涉及賦權理論。在未開發中國家，如泰國清邁地區推行的婦女哺餵嬰兒營養計畫 (Yimyam & Suwamworn, 1995)。至於已開發國家應用 PAR 的健康議題，如英國的國家保健服務制度的改革 (Dockery, 1996: 168)、澳洲的職場工人健康促進計畫 (Ritchie, 1996) 和原住民健康促進計畫 (Hecker, 1997)。

近年來，女性健康議題採行 PAR 的事例不少。Khanna (1996) 在印度進行的女性健康促進，係依下列三個方式而建構：(1) 引導地方婦女更關心因健康不足及生活條件與低社區地位，以致造成其社會權力低落；(2) 結合傳統的醫療與婦女健康議題，例如，民俗醫療坊、老人社區會議、參加學校的學生運動、訪視地方婦女，確認民俗醫療使用在一般健康及婦科問題。婦女透過這些活動的參與過程，可了解傳統醫療的價值，並擴大認識醫用植物及重新認知他們在基層醫療所需要的傳統醫學體制；及 (3) 建構婦科問題以社會及性別敏感的自助式訓練形式，例如，舉辦一場三天的講習會，從參與者自己檢查自己的身體來認識婦科的基礎知識，並討論自己的健康問題和傳統的藥物與非藥物治療方法。由於這些知識和技巧都來自 PAR 的取向，有很多受訓過的婦女後來成為「赤腳婦科專家」，到處協助該區域裡的婦女。此一案例證明 PAR 計畫對西印度 Panchmahals 地區的貧窮及被邊緣化的婦女有無限的價值。

另一個引人深思的問題是：醫事專業者在 PAR 中扮演什麼角色呢？依照健康社區營造的理念與推行模式，醫事專業者的角色是幫助社區居民確認社區內常見的問題、訂定社區的健康目標及動員社會資源，發展其執行策略，達成社區居民共同追

求的願景 (Minkler & Wallerstein, 1997: 5)。依此而言，醫事專業者的角色比外來的專家扮演更積極的角色，即是協助社區團體創造一個更好的生活條件，且能由社區居民決定及設定健康議題，然後以有效地行動來協助改善居民的家居條件及社區的生活。近年來，美國政府極力推動透過學術界與社區組織的合作計畫，以及行政官員提出更有效改善多元化的社區問題，部分PAR應用於社區的實例證實可達到學術界與社區組織相輔相成的合作效果，並建立兩者的信任關係。亦即PAR的研究重心在於研究者與社區參與者「一起」進行研究，而不是對社區居民做研究 (Research done with the community and not to the community) (Nyden et al., 1997)。

三、災難後的社區健康重建

災難的類型可分為人為的災難及自然的災難。Young (1994) 指出，假如災難區域規模很大，或重新安置、長期失業或廣泛性的財產損失，此一災變可能挑戰社區的認同與社區結構。社區災難帶來的影響，就如同個人遭到創傷的反應一樣，愈是無預期的傷害，其造成的結果，與處理能力的挑戰就愈嚴重。

社區內部的創傷事件可能導致不同的結果。有些在悲劇發生後引起憤怒、或因過度悲傷而崩潰，有些是害怕面對該事故導致生病。是什麼可使社區的悲傷化為浴火重生的鳳凰？那些是可探索的新方向？及可發現那些新意義呢？相關研究顯示，喚醒社區創傷來自於社區的照顧者是否以必要的領導能力來引導身體及情緒復原。如果照顧者已經受傷，受損害或創傷的程度嚴重，就不可能有領導能力。如果受災社區的世界已經屈服或被挑戰，過往秩序井然的現象可能不復再現 (Garrison, 1996)。例如，1988年發生在亞美尼亞共和國 (Armeia) 的地震 (Kalayjian, 1999) 與1995年日本阪神地震 (Williams et al., 1999)，都有共同現象：集體喪生、親人大量死亡、集體療傷、大型的地震災害。但亞美尼亞發生芮氏規模6.9的地震，造成25,000名喪生，此一災變給受災者帶來憤怒的感受。

歷經災難的社區，在創傷事件之後，可能形成一個社區發展的危機或轉機 (Zinner & Williams, 1999: 8-9)。所謂的危機係指促進社區穩定與社區結構的歸屬感與認同瓦解。Kulka等 (1989) 指出，加劇悲傷或創傷反應的風險因子包括：延長暴露於創傷事件、重複事件及刻意的創傷事件，以及身體傷害、生命威脅及破壞社區支持系統的事件。但有時候，受害者互相觀摩對創傷的合理化，也可能造成嚴重的影響 (American Psychological Association, APA, 1994; Young, 1994)。

社區災變也會改變社區人際網絡的互動。Albrecht & Adelman (1987b) 指出，社群提供的協助與支持常會形成一種「弱聯結」(weak ties) 的現象。其所指的是支持性團體，例如，慈濟功德會及個人都不是家人及親密的好朋友。這些成員可能達上百人，且提供協助給那些並不熟悉的人。當更強的聯結遭到創傷破壞時，弱聯結也可能提供支持。弱聯結之間的互換傾向較工具性，以致後來會受限於特定的區域，例如一個諮詢團體 (debriefing group)，電話熱線的工作人員或支持性團體。

社區發生災變事件之後，如何提升社區的能力 (empower a community) 呢？Albrecht & Adelman (1987a) 建議，災變之後應立即、充分地提供社區災變資訊給社區成員，以便社區居民充分了解發生的事實及評斷可能的應變措施，以減少創傷的影響。而社區領導者提供的支持性訊息必須重新建構內容、指導及使用口語及非語文的方式傳遞出去，以及建議如何充分自由表達。但是，Albrecht & Adelman (1987a) 對於如何指導受災居民重新學習參與重建社區的技巧和訓練課程，並未詳細說明。而文獻涉及災難事件後的公共衛生重建經驗，多偏重於災後重建與媒體關係 (Churchill, 1997; PAHO, 2000; Gordon et al., 1999)。基於文獻上健康社區營造案例的時空背景較少涉及災難後的健康營造經驗，因此，本計畫偏重探討在地震災區發展 PAR 模式的健康社區重建計畫的可行性。

肆、研究問題

根據研究目的，本研究探討下列四個主要研究問題：

研究問題一：地震災後的社區如何建立社會動員網絡自力營造健康社區？

研究問題二：社區參與者對「健康社區」的意識化為何？

研究問題三：地震後災區營造健康社區模式為何？

研究問題四：外來團隊在地震災後協助居民自力營造健康社區的瓶頸為何？

伍、災區健康促進和參與行動研究經驗

一、研究方法

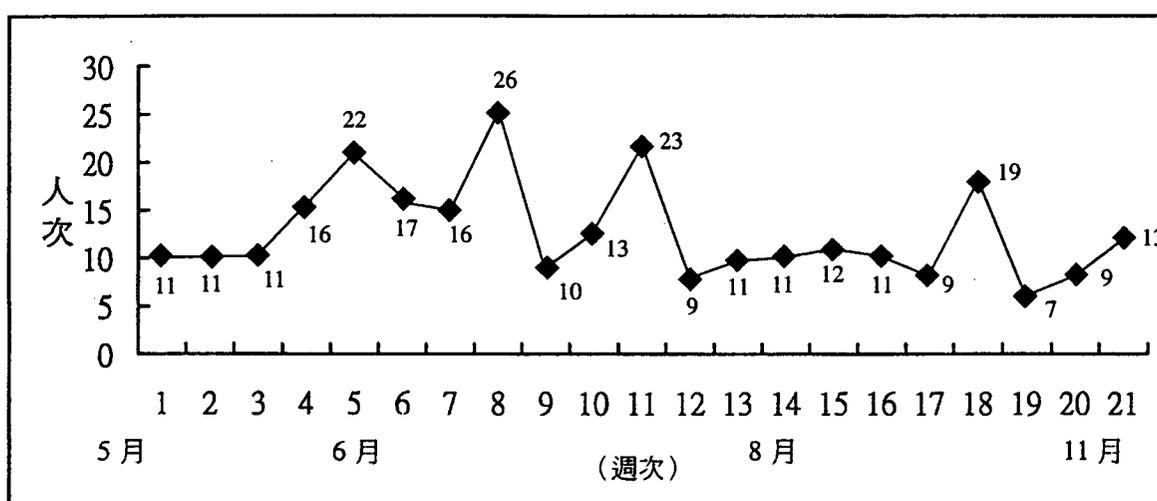
國內學界對於民眾在衛生教育的研究，多著重在個人認知、態度及行為的描述，但鮮見以社區團隊的參與解釋 (武茂玲，1999)。文獻上有些 PAR 兼採量化與

質化研究方法的案例，但大多數的PAR普遍使用質性研究方法，包括深度訪談、焦點團體座談、個人生平記敘（life history）及參與觀察（Rice & Ezzy, 1999: 178-79; George, 1996）。有些學者主張採用深度訪談、焦點團體座談及個人生平記敘等研究方法，應用於家庭計畫及女性研究（Mavalankar et al., 1996; George, 1996）。至於本研究採用研究方法如下：

（一）社區健康志工座談會：每週舉行一次衛生種子志工聚會，討論的議題包括志工分享及瞭解社區衛生需求和現況，以及輔導社區團體領導人撰寫社區營造計畫申請書。圖二顯示，自2000年5月至11月共七個月動員社區志工的趨勢分析。總計動員社區志工的開會次數達二十三次，共計有287志工人次參與。平均每次參加會議為14人次，最多的開會人次為26人，最少的與會人次為7人；每次參與人次最多人次（眾數）是11人次。此一趨勢分析結果顯示，在第一階段的志工培訓課程期間，參與的人次介於16至26人次；但是在訪視期間則明顯下降至10至12人次，可能是訪視期間適值當地水梨採收期，部分志工必須採收水果，無暇參與社區訪視。

至於參加人次最多的活動共有三次，分別是「志工培訓結業典禮」、「參與訪視說明會」及「參與訪視成果報告說明會」。這三次的活動特色是，由龍馬站核心成員擴大結合社區鄰里長、居民及其他社區團體成員參與。

（二）焦點團體座談：本文採取PAR常用的焦點團體座談，作為本計畫執行的過程評價（process evaluation）方法，其主要的理由是：便於在行動研究執行過程



圖二：東勢健康社區志工動員趨勢分析（2000年5月至11月）

傾聽社區參與者的「發聲」，作為研究者檢討與回應社區居民需求的依據；以及焦點團體符合研究目的優點。例如，尋求社區參與者的對話內容，作為研究者反思的基礎；且引導社區參與者在焦點團體座談中，分享與澄清社區成員之間的異見與凝聚共識；及蒐集社區成員之豐富與動態的互動資料，以補充量化問卷調查研究的限制。為探索參與程度是否可能影響參與者對健康社區認知的差異，研究小組在舉辦焦點團體座談時，將社區座談者分成深度參與和部分參與兩組²。兩場焦點團體座談的時間各約兩小時，舉辦地點分兩處進行，一場於2000年11月6日中午在東勢鎮老人福利服務中心會議室，另一場則於2000年11月6日晚上在東勢的一家安養中心會議室。焦點團體訪談的過程由座談會主持人開場白，引導參與者自我介紹，再由主持人邀請參與者輪流發表社區參與的觀察與經驗分享。研究小組遴選主持人的原則，以有社工經驗及曾經帶動團體討論為優先考慮人選。由於時間的限制，本研究的兩場焦點團體主持人的背景互有不同，一名主持人是資深的專業社工人員，且參與本研究計畫；另一名是在地的護理人員，其社區志工服務的經驗豐富，且曾有在地震災後組織社區團隊的經驗。

(三) 實地觀察法：研究者每週訪視一次東勢，記錄社區需求及資源。觀察面向包括：介入社區的人文與環境特徵、資源團體之性質、「九二一」災後的特殊時空背景、行動研究過程面臨的困難、解決方法與建議等。

(四) 調查法：訓練社區居民擔任社區問卷調查訪員，執行社區家戶訪問調查，限於篇幅，此一量化研究結果將另行撰文詳述。

二、健康營造六部曲：社區動員一步一腳印

PATCH健康社區營造的架構已在美國普遍推行，但考慮地理條件、社會經濟及文化差異，及地震災變因素，因此本計畫在執行步驟依實務需要略有修改，共分為六階段，依序如下：(一) 社區動員、(二) 蒐集資料、(三) 規劃中長程計畫、(四) 選擇健康議題、(五) 發展綜合性策略及(六) 評價社區健康活動。以下依階段分述其過程。

(一) 動員社區居民，組織核心團隊

研究小組自2000年1月起持續在災後訪視東勢社區意見領袖，在訪視過程發現，東勢居民對災後重建的健康服務需求迫切，但幾乎都沒聽過「健康社區營造」

的概念。因此，爲了促動居民的健康自覺意識，研究小組於同年3月25日邀請六十三個東勢社團領導人參加「健康社區營造座談會」，包括：東勢鎮各里的社區發展協會、媽媽教室及長青協會的代表。座談會中有民眾反映，東勢地區亟需建立緊急醫療救護系統，以及反映地震災後農業廢棄物及房屋傾倒的衛生問題。座談會後，共有三個社區團體的代表繼續與研究小組在下一週聯繫溝通，最後促成部分東勢熱心的社區領袖在4月8日，決議成立「台中縣東勢區龍馬健康工作站」（簡稱「龍馬站」，諧音「嚨嚨讚」）。會中的參與者並推薦東勢鎮中崙社區發展協會領導人擔任站長，且由社區人士提供營造健康社區的據點成立辦公室，確立本計畫在東勢地區的合作窗口，踏出社區動員的第一步。

爲提升社區居民的領導能力，與凝聚團隊的社區意識，研究者與龍馬站志工開會決議，志工有必要接受社區營造技巧及保健預防的教育訓練，並分兩階段進行。因此，由研究小組設計「健康種子培訓第一梯次課程」，於4月27日起至5月25日止，共計五週，每週一次，每次上課兩小時。課程重點包括：人際溝通與集會、撰寫企劃書、社區訪視、募集資源與媒體溝通等。共有十四名種子志工完成全程的志工培訓，並獲得結業證書。

（二）蒐集資料：志工參與社區需求評估調查

繼志工培訓課程之後，龍馬站的志工決定到社區走透透，訪視社區居民的健康需求，作爲未來規劃社區健康活動的參考。志工在6月8日與6月22日接受兩次的訪員訓練，訓練內容係採「做中學」的方式，由志工參與設計社區訪視的問卷，以鼓勵社區居民以自己的行動與創意，創造東勢在地人的健康社區營造經驗。受訓的志工訪員在6月24日進行社區試訪之後，於6月底決定以東勢鎮中崙里共660家戶爲受訪戶母體，經隨機抽樣，共成功訪視328份有效樣本，成功受訪率爲94%。其中男性樣本比例爲52.1%，女性樣本比例爲47.9%，受訪者平均年齡約五十歲。

（三）對外分享社區動員經驗，規劃中長程計畫失利

研究小組以打造健康社區爲訴求，是「九二一」大地震後，少數在災區扎根，打造健康社區的先驅計畫之一。因此從2000年4月起，東勢區龍馬健康工作站成立之後，衛生行政單位先後共四次邀請研究小組報告龍馬站志工動員的社區參與行動經驗分享。例如，研究小組提供衛生行政單位在規劃「九二一」地震災區社區健康

營造計畫之參考模式；衛生局邀請研究小組及龍馬站成員對衛生基層單位，主講社區自主團體營造健康社區的實況及檢討；在同年8月獲得行政院衛生署公共衛生研究所邀請，公開對獲准辦理災區社區健康營造的團體，示範龍馬站自力動員災區志工及營造健康社區的行動；以及參加台中縣政府舉辦的「九二一」震災滿一週年的災區重建研討會報告。

研究小組原計畫在社區訪視完成後，再輔導龍馬站團隊發展行動策略，但由於衛生署在2000年5月公開徵求災區健康社區營造計畫，促使此一核心團隊提早發展結盟策略。為落實健康社區永續經營的機制，龍馬站志工遂以台中縣客家協會名義，與東勢地區的環保團體、國小家長會長及社區媽媽教室結盟，於6月10日提出三年健康社區營造企劃書。此一行動顯示，社區居民主動成立健康組織及自己決定計畫行動的能力逐步增強，其社區參與意識也日漸提升。但是在獲知計畫申請未獲核准之後，參與的社區志工團隊一度很錯愕與挫折。尤其在計畫申請挫敗之後，八月份，衛生單位二度邀請主講龍馬站參與健康社區營造的經驗。社區團隊的士氣轉為氣憤與不解。

由於外來環境因素「迫使」龍馬站提早進入「發展綜合社區介入策略」的階段。其他的重要發展策略如下：

1. 舉辦「社區走透透」的社區家戶訪視活動，關懷居民的健康及生活需求，藉以凝聚志工與居民的情感。在每次的志工聚會中檢討社區訪視調查的過程與發現，討論解決方法，由志工參與解決的過程。

2. 運用大眾媒體、人際傳播及組織動員等，持續招募衛生志工。

3. 鼓勵社區發展結盟策略，撰寫健康社區行動計畫。

4. 由社區自主設計符合居民需要的議題、活動方案及服務內容等。例如，龍馬站及社區重建隊參訪宜蘭「白米社區」及台北市「石牌健康營造中心的社區營造」觀摩、訪視社區老人、完成社區生活關懷及衛生調查、設計衛生志工標幟，及舉辦社區健行導覽活動。

5. 由各資源團體分工合作執行決定的計畫或活動方案，並檢討執行成果。資源團體包括東勢及其他鄉鎮的非營利組織（Non-profit Organizations, NPOs），豐盟有線電視台，東勢鎮公所、學校及衛生署豐原醫院與東勢鎮衛生所等。

6. 繼續促動居民健康自覺意識，主動參與和改變健康生活及社區衛生環境。

(四) 社區分析：選擇社區共有的衛生議題

研究者在分析社區問卷調查資料之後，於中料社區舉辦一場社區座談會，公布給社區居民有關社區健康問卷調查結果，再與龍馬站志工討論中料社區健康議題的優先順序。根據健康志工完成全里的社區問卷調查結果顯示，居民最關心的前五項健康資訊為：心血管疾病和高血壓（48%），骨質疏鬆症（25%），癌症的預防（24%），糖尿病飲食（24%），腰酸背痛（24%）。因此，龍馬站核心成員選定階段性的社區健康營造議題之後，決定先辦理心血管疾病預防系列健康宣導講座。

(五) 策劃社區健康活動

2000年11月下旬起，由龍馬站志工及東勢鎮衛生所、台中縣衛生局、豐原醫院、世新大學、石岡衛生所及當地的潘診所共同舉辦五場系列的中老年人健康講座。主題是「好心的中料人」，引起居民熱烈迴響，展現社區參與者的社區認同與領導能力，與本研究提倡社區參與者賦權的目的之一致。以下以社會行銷學的組合（Product, Price, Place, Promotion, and Partner, 簡稱5Ps）（Siegel & Doner, 1998）為架構，描述研究者對社區參與者主辦「好心的中料人」健康講座的觀察。

1. 產品（Product）意指課程內容。原先企劃的系列健康講座是以「心血管疾病」為主，後來因講師建議，而在內容上做些許調整。這六場講座的內容分別是：心血管疾病及高血壓的預防、高血脂飲食、預防酸痛自己來、老人保健、各種急救、走出陰霾做自己心理主人。由於課程的內容是根據社區調查結果，反映居民需要議題，因此，活動展開後，居民普遍反映課程內容頗實用。

2. 價格（Price）意指活動的時間安排對參加活動的社區居民是否方便且有利。這一系列的健康講座時間安排原則上是在晚上七點半以後，其中一場急救課程安排在上午，參與人數明顯減少。居民參加活動的習慣是陸陸續續出席，有時講座接近尾聲，仍有人被裡面的活動吸引而進來。從12月起，因為接梨穗的農忙時期，參與的人數大幅下滑。因此在農村辦理類似的活動，最好選擇農閒時期或假日的晚上，居民參與的意願較高。

3. 地點（Place）意指產品上市的地點是否符合居民的需求。此一健康講座的地點都設在中料里的活動中心，該活動中心的樓上是一座廟宇，且附近有社區幼稚園及國小，是該里居民日常集會中心。

4. 夥伴（Partner）意指參與舉辦活動的合作團體及機構和居民的參加意願。本

活動結合龍馬站志工及東勢鎮衛生所、台中縣衛生局、豐原醫院、世新大學、石岡衛生所及當地的潘診所等共同舉辦，以致每一場講座平均參與人數為50人。第三場起（12月），屬於接梨穗的農忙時期，故參與民眾減少。但第三、四、六場（晚場）參與人數相差不多，仍有一群民眾固定參與活動。

5. 促銷（Promotion）意指傳播健康講座的管道及促銷方式。（1）本研究的社區健康講座之宣傳方式多採用社區媒介與人際傳播的通路，包括：發傳單、在社區活動中心廣播、在中料社區健康工作站前貼海報、刊登在東勢鎮的社區報紙《山城周刊》。根據每次上課後課程評價調查表得知，居民大多是收到傳單，或是經由親友告知。在農村聚落，居民接受訊息管道有限，加上一些不識字的年長者，因此居民間的口耳相傳就成為很好的傳播媒介。社區媒體的運用應可再加強，例如，本次活動《山城周刊》雖有刊登活動的訊息，但卻在活動進行一半後才發布消息。至於有線電視，工作站人員表示活動是屬於里民的活動，並未利用。（2）紀念品與獎品：由於此一講座的主辦單位在活動宣傳單上註明參與活動者皆可獲得紀念品，或許這也是吸引許多民眾參與的一大誘因。紀念品的選擇皆以日常用品為主：沙拉油、醬油、香皂、洗衣粉、手提袋。有獎徵答的獎品則是吹風機。由於過課程內容雖強調低鹽少油，但送的是醬油與沙拉油，此一紀念品的適當性曾引起討論，工作人員表示送油並不表示要民眾多用，課堂上講師曾說明用量，民眾當會節制。

（六）社區參與者執行活動評價

龍馬站志工原計畫在六場講座課程結束後，進行整個系列活動的評估。但由於每次活動參與者不完全相同，屆時可能無法完整評價課程，經研究者和工作站志工溝通後，由研究者在第二次講座示範操作課程的問卷評價。接下來的場次，除了第六場由合作的單位—衛生所心理輔導員自備課程評價問卷外，其餘全參照第二場的問卷內容。評價問卷的回收率為三成左右，造成回收率偏低的原因是，參加講座的居民多表示不識字而不願意寫。但研究者觀察記錄發現，現場工作人員不太重視問卷，認為每次都是這些人來，題目也一樣，不會差太多。工作站人員似乎還沒意識到課程評估表可以作為活動檢討的依據，及下次設計活動的參考。

此一健康講座活動過程反映一個有趣的現象是，小朋友也參與健康講座。有些居民會帶家中的小朋友一起參加，年齡層多為幼兒及國小低年級，這樣的年齡層當然無法乖乖坐在裡面，不但家長無法專心聽講，也影響到他人。龍馬站志工檢討後

建議，日後辦理活動可安排臨時的安親班，讓家長能安心吸取健康新知。

陸、社區參與者的健康賦權與社區利益衝突

一、社區改變了什麼？

參與行動研究常被問到的一個問題是：歷經PAR的社區改變了什麼？如何評價PAR的賦權效果？雖有很多文獻提及PAR的評價指標，目前仍未有定論。例如，Thompson & Kinne（1999）提出有系統測量社區由小規模至大規模的改變，包括：社區參與者個人、每個社區組織內部的改變、各社區組織之間的橫向聯繫、社區的社會規範的改變，以及外在環境對社區的影響。De Koning & Martin（1996: 4）認為評定PAR成功的指標應包括，社區參與者是否提升其自信心？De Koning & Martin（1996: 3）建議，可透過下列兩個問題，檢定PAR執行過程的品質：「社區參與者是否自始至終都參加此一計畫呢？那一個社區團體在那一個過程代表出現？」

De Koning & Martin（1996: 3）認為，同一個社區團體從頭到尾都參與研究的流程，就可稱為是一個好的參與品質。部分研究者認同如果可能以這樣的方式組織其PAR之後，參與的社區團體成員之間就會產生學習與賦權的結果（Rice & Ezzy, 1999: 185）。但是可能會出現社區成員有不同的期望和需求，例如，社區成員必須工作謀生養家、研究可能無法完全符合社區的需求，或是研究者可能想要主導研究流程（De Koning & Martin 1996; Pratt & Loizos, 1992）。

因此，本文融合上述的社區改變測量指標、我國衛生署和美國CDC提倡的健康社區營造評價指標，作為本研究的評價指標。研究者根據在民國89年11月舉行兩場社區焦點團體座談會的內容，經編碼分析後，呈現社區參與者經歷此一災後營造健康社區經驗，及其健康意識及社區的變革。所有的座談主題可參考附錄一；為保障焦點團體受訪者的隱私，以下的座談內容均採化名，發言者的背景可參考附錄二。經歸納後有三個主要研究發現：社區參與者的健康社區概念已形成；社區參與者有參與社區調查的能力，創新知識；及災區自主團體參與健康營造賦權及體驗資源重分配的政治過程³。

(一) 個人健康意識的深化與建構社區健康意識

研究者發現，社區參與者對健康社區的覺知意義，分為微觀的個人健康層次、巨觀的社群或地理衛生環境的健康層次。本研究的社區參與者往往從自身經驗、觀察他人的生病經驗、關心他人的角度，和環境保護的認知表達其健康意識。他們詮釋「健康」的面向不只顯現在傳統醫療觀念—「有病治病」的層面；參與者更進一步注意到除了自己的健康覺知之外，醫病溝通之間的障礙也是醫療訴求的盲點，此一參與者似乎體悟必須尋求更多元的健康資訊管道，預防發生疾病。

例如，一名部分參與者以親身患病的經驗說：

我吃藥吃兩年多，民國87年7月我要去大陸，我還特別去健康檢查，還是檢查不出來。…88年底，因為很嚴重了，我是覺得很嚴重，我還問醫生是不是癌，他都說不是。看了三個醫生，中西醫都看過，到最後是一個醫師很老實「你如果懷疑，那不在我的項目，那是比較專科的」，所以我去XX醫院。我問x主任：「是不是癌？」他很輕鬆的說：「既然你這樣說，我就跟你說是。」…所以才寫條子給我去榮總。…所以，有的時候醫療體系也要配合，不是個人就可以。…我非常信任他，這醫生竟然說：「沒事沒事，會好起來，拿藥吃就好了。」…口腔癌…現實的問題，想做也沒辦法做。(B1, 里長)

有些參與者的「健康自覺意識」(perceptions of health)來自訪視社區居民的健康經驗，產生自我投射的健康自覺及改變飲食習慣。

我去訪視之後，我覺得我撿到一條命，因為我最喜歡吃豬腳和肥豬肉，我問他們在洗腎前是怎麼辦，他們說以前吃的東西也有關聯，所以我覺得我參加這個意義很深。(B4, 男志工)

另一名參與者提到的「健康自覺意識」涉及災區其他居民更需要心靈重建服務。顯示震災之後，災區的居民發展出受災者互相關懷的受災者友誼(survivorship)。此一現象與1988年的亞美尼亞地震(Kalayjian, 1999)及1995年日本阪神地震後的研究發現(Williams et al., 1999)相似。

地震以後可能大家壓力就比較大，我覺得我們班員好像比較容易失眠。

(A1, 媽媽教室班長)

很多的社區居民對「健康的社區，社區的健康」概念的直覺反應，是指「眼見為憑」的環境保護，和社區生態污染對健康的威脅與風險。有的社區參與者從觀察環境的改變，如飲用水、農業廢棄物的污染問題，激發的健康自覺擴及社區健康意識，顯示多數社區居民同時關心健康與環保問題。例如，一名身兼環保團體志工的男性健康志工提到：

在中崙的訪問發現到農藥的問題跟梨套袋的問題。…講環保也可以，講健康也可以，環保就扣著健康的問題。(A3, 社區領導人)

大家都一直在飲用地下水…(B9, 環保團體男志工)

還有一些套袋都往河裡丟…(還有)農藥空瓶…(B9, 環保團體男志工)

我們東勢這邊都是以務農為主…有機肥的下雨沖刷，那個水就排到河裡面、你用水井的地下水。…農藥殘留相當嚴重…(B3, 男志工)

有些參與者發現，災區的社區公共空間及社區休閒活動不足、居民的運動與飲食習慣不佳等，可能影響社區居民的健康。從預防醫學及健康促進的觀點來看，顯示社區參與者的健康意識從關注生病經驗的層次，升高至預防的層次；且關心的議題擴及社區文化活動與心靈重建。

希望能夠增加一些活動的空間…像例假日的話，小朋友、青少年…那些孩子假日都不曉得去哪裡…(A1, 媽媽教室班長)

我覺得越是鄉村的地方，這種文化活動到底用什麼方式能夠提升心靈的層次。…後來文化局也辦過這樣的活動，但是我發現不夠熱烈…所以整個心靈重建不只是九二一，包括健康社區的營造，這種心靈的活動在鄉村地區要怎樣來提升。(B2, 社區環保組織領導人)

(二) 災區營造健康社區意識與文化衝突

在地震後的社區推廣健康社區理念的過程，難免面臨社區文化的差異與文化迷思。包括：「生死有命」、長者忌談健康及生病的話題，及健康是個人的隱私。有些社區參與者表示上述現象在客家村落很普遍，與都市地區呈現明顯衝突，這也是在東勢地區推動健康社區營造的文化特質。

所以有了社區健康的推廣，是很不容易，因為蠻抽象，一般里民、居民不太能接受。(B5, 社區重建團隊男志工)

健康的問題，在東勢這邊和都市地區的認知有落差，因為東勢地區一般對健康的看法是生死有命。(B3, 男志工)

(三) 喚醒居民的健康意識

有些社區參與者參加健康社區營造活動之後，已漸漸有社區健康自主的概念，而且也以同理心表達喚起其他居民的健康認知，及預期可能需要花費的時間與方法，包括推行衛生教育的歷程，及期望社區營造的過程可用統計數字說明居民參與社區健康營造的成果。

九二一地震以後，我們自動自發成立一個工作隊，沒想到x教授會把健康社區的議題帶進來。因為我在外面接觸比較多一點，可能社區裡面那些人，還要慢慢去教育、培養，有機會不斷地宣導，尤其健康這個名詞更是抽象。而且這個不能看出成果，可能十年、二十年後才知道。(A3, 社區領導人)

我曾經建議，用我們問卷做出來的統計數字比較有說服力，像今年我們中料洗腎的多少人，明年的又多了幾個，是不是每年的增加數，經過兩、三年後這個數字減少了，這種統計數字比較有說服力。像骨質疏鬆症也如此。(A3, 社區領導人)

(四) 社區的改變歷程：從社區動員到資源競爭

本研究動員社區居民參與的風貌相當多元，以下分別就人際網絡、志工角色與專業角色、多重社區參與、行政資源的協助角色、競爭及社區團體申請立案等分述如下：

1. 人際網絡：參與 vs. 人力流失

本研究在東勢地區推動健康社區從初期至結束，都採「滾雪球」式的人際網絡模式效應，不只促成新的社群，也形成一股「我們是一體的」的社區意識。最明顯的是，促成社區成立自主性團體——「東勢區龍馬健康工作站」，作為聯結人際網絡的核心地標。

我跟蘇老師很也有緣，當時做我們這個龍馬工作站的時候，就是他叫我來參加這個志工，結果認識大家，學到很多東西… (A4, 女志工)

我覺得大家在這邊純粹為了健康的社區，來這邊討論進行，已經是蠻成功了。…當初如果沒有大家這樣子半年過來的話，ㄟ叫大家突然坐在這邊講這個問題，他覺得這個人是瘋子。(A2, 衛生所醫師)

我們現在社區發展協會原來的會員只有30多個，現在已經暴增到84個了。(A3, 社區領導人)

2. 志工角色 vs. 專業角色

部分社區參與者在推動健康社區營造時面臨健康志工角色的定位與衝突。有些參與者指出，自己未具醫療或公衛的專業背景，在推動健康議題時，居民可能因此降低對保健志工的信任及質疑志工的動機。

如果我們今天專業人員去訪談的話比較容易去接受；但是我們非專業人員，我們去的話可能會有排斥，他如果有一些隱藏的疾病不願被人知道，因為怕跟我認識，都是里民嘛。(B5, 男志工)

其他的志工也表示，在社區重建的過程中，引進專業人士很重要。

一樣的話，我講給這個重建隊的隊員聽，他聽不進去一分，一樣的話，教

授講他會聽進七分…還是要需要外面的人來支援… (B3, 男志工)

此一問題凸顯保健志工與居民對健康專業指導的期望，並反映出保健志工對健康的專業認知的落差。「健康」是否界定在專業的領域呢？志工扮演的角色是健康資訊的提供者？還是健康資訊的傳遞者？在營造社區健康與動員社區居民的過程，必須釐清保健志工的角色定位。顯示志工接受保健專業訓練，對社區居民認同健康志工的角色及健康社區營造的理念影響很大。易言之，在重建過程也仍需要和專業合作，而外來團隊的協助確實有助社區參與的動員效果。

3. 志工多重參與社會服務

本研究的核心參與者幾乎都是跨多個社團的幹部或成員，其優點是訊息可以互相流通，甚至整合各個資源。

我參加中料重建隊來自隆興里的，我是副班長… (B8, 其他社區來的志工)

我是客家協會的理事…客家協會擔任里事的職務兼總務。 (B3, 男志工)

我是衛生所護理長兼代理主任。 (B10, 衛生所護理長)

雖然志工多重參與社團可顯示其人際網絡豐沛及身居意見領袖的社區聲望，但就沒辦法專心投入。例如，龍馬健康工作站的發展空間即可能受到壓縮。參與者雖認同健康社區理念，也期望持續推動健康議題，但卻因為參與各社團的多重角色，影響龍馬站組織運作的瓶頸，與面臨專業人力不足的問題，都未獲解決或尋求改善。以致部分參與者在爭取衛生署的社區健康營造中心挫敗之後，轉而傾向主張將龍馬站與社區發展協會合併。此一案例顯示，社團領導人與成員的多重角色社區參與服務，雖然對於組織發展有正面幫助，如引進新成員等，但相對也可能壓縮新社團的發展空間。

4. 社區參與者的信心來自於行動

到底社區參與者對於自力營造健康的信心如何？不只研究者關心，社區參與者也關心。值得注意的是，社區領導人的訓練課程對於基層的護理人員有直接應用的機會；但對於社區參與者而言，由於沒有適合的機會和資源，其應用的頻率則較

少，直到在本次座談會後，有了一筆經費，龍馬站自己主辦社區系列健康講座，才有應用的機會。

例如，當焦點團體座談的主持人問道：「大家在參加這個龍馬工作站的時候，會不斷有課程去充實自己，自信心變多啊，…xxx，你覺得你參加了之後啊，你個人自信心各方面有沒有提升，有沒有怎麼樣？」

我覺得不是很實用。(A1, 媽媽教室班長)

沒有用啊，因為沒有拿出來用啊！…可是我這次辦糖尿病班，我就有用一點，只是我那個本來就是上面的經費，那我只是在課程安排的時候把它…
嗯，加進去，丫其他那個就沒有。(A6, 衛生所護理人員)

沒有實際上的運作。(A2, 衛生所醫師)

沒有，對啦也有差啦！剛開始帶，叫他們做，他們都不敢做，因為我只有做而已啊。剛開始都沒有搖，然後最後一堂課的時候，大家都搖得很快樂、很高興，呵因為叫他們搖，歐吉桑都搖的很高興就對了。(A6, 衛生所護理人員)

5. 結盟的理念與募集資源應運而生

有些社區參與者在接受領導人訓練，以及參與社區家訪調查之後，已萌起辦健康活動須與其他團體結盟的策略。

我們辦活動的時候你們就來幫忙插花。(A3, 社區領導人)

其實辦活動，可以跟學校合作，為什麼？現在學生家長喔，比較重視學生，…妳通知學校喔，學生會回去跟家長溝通。家長如果晚上辦活動或是假日，大家都會去。辦活動也可以透過慈濟的會員啊，因為有意義的，他們都願意參與啊…(A1, 媽媽教室班長)

6. 包裝健康活動的集體創意

部分深度社區參與者顯然已意識到健康生活化和健康社區化，辦任何一個活動都很好，最重要的是要結合健康常識。

我們在社區辦過的健行就是健康議題啊。…到魚藤湖走一圈，那就是健康嘛！（A3, 社區領導人）

我們今天辦一個活動，然後到一個定點，再聽一個健康講座。…聽完以後摸彩，人家一定等到摸彩才走。（A1, 媽媽教室班長）

7. 社區參與者對基層行政體系的期待與行動

災區自主團體在推動社區營造的過程，必須仰賴社區內部及外部資源的合作。本研究的進行過程發現，社區自主團體很期待基層的行政體系多給予適時援助。深度參與者與部分參與的志工有一個共同特色，即都是先從環境議題觀察社區健康。歷經半年之後，深度參與者已轉向行動參與的決策層次，強調社區內部自己制定社區健康議題的策略；但部分參與者較強調政府公部門的支持力不足，並期望政府出力以公共政策解決社區的環境與飲水問題。

我認為民間社團再講得怎麼好的話，行政單位如果沒有配合，還是白忙…
（B6, 曾參加此一團體的男志工）

但是基層衛生單位也有其限制。

我們做的個案是有限，像一個護理人員一年收案管理30案，我們有六個護理人員，一年大約200個案…配合政府的政策，像我們東勢衛生所，現在也要配合東勢農民醫院在做社區健康營造，所以我們就東一下、西一下。
（B10, 衛生所護理長）

部分參與者提出社區與衛生公部門資源互補、互利共生的概念。

其實這是互相合作的啦，衛生單位跟你們單位的困難不一樣，衛生單位是怕找不到人；你們應該比較不怕找不到人，因為你們是來自社區可以號召社區來參與。衛生單位不怕編排課程。（A2, 衛生所醫師）

衛生所的創意衛教的經費就可和社區連結。透過衛生所來邀請講師、設計課程等都是可行的合作模式。（A4, 女志工）

簡言之，社區自主性團體的優勢在於可動員民眾與發掘需要。里辦事處的行政宣導業務也可透過社區團體來補強，雙方若是能有更緊密的合作往來，將提高雙方溝通的效率，幫助社區營造推動得更順利。

8. 提升社區的競爭能力，社區資源重分配

社區自主性團體的優勢在於成員來自社區，具有「由下而上」的動員力量，透過其人際網絡的延伸，可以有效探索居民的生活需要，這是醫療機構或是衛生所等醫療單位所不及。此外，社區自主團體的競爭優勢即是以一個點狀的網絡發散出去，密實地連成一張網，雖然短時間可能還無法織出太大的網，但結合相當緊密的。在本計畫的實踐過程發現，在「九二一」災區，一個待萌芽的社區自主團體，仍無可避免必須面臨資源競爭的考驗，尤其是競爭的對象是一個更具有優勢醫療資源的機構，此一考驗對社區團體成員的參與士氣帶來正面及負面的影響。

本來寄望衛生署有一個後續計畫，這個計畫被某醫院給拿走了，…教授很不服氣，我們也不服氣，因為我們總是個社區自主發生的一個自主性的團體，不是你從中間攔截下來。(A3, 社區領導人)

我們xx社區是還沒接到命令(公告計畫)就先做完，是由下往上，他們(xx醫院)類似從中攔截…。像我們社區的龍馬健康站現在等於是零，因為我們沒有經費，要怎麼去做？這是最現實的問題。(B5, 男志工)

健康中心，以後可能就掛在社區發展協會下面，由發展協會這邊幫忙推動，xx醫院現在打算以我們(xx社區)來辦一次全鎮性的觀摩會，類似觀摩會這樣的東西，以我們的經驗傳授給他。(A3, 社區領導人)

9. 募集資源的創意與能力

即使在資源短缺的情境，也有熱心的社區志工表達募集資源的創意。

文化中心每年都有經費，中寧里去爭取好幾次，他們都辦活動啊。你們可以去申請，請教中寧里申請辦活動。企劃書寫出去，他就會給你經費。(A1, 媽媽教室班長)

10. 組織立案

社區自主性團體的生存必須依賴募集資源與尋求結盟，而要達成此一目的，社區組織的立案與否很重要，但也相對地必須承擔更多責任。本計畫的社區自主團隊在籌備半年之後，尚未達成申請立案的共識。例如，參與者沒提到組織立案的問題，但卻透露要與其他組織合併，或將社區的健康需求交由其他組織承接的意向。

希望將龍馬健康工作站併入原有重建隊或社區發展組織內。(A3, 社區領導人)

不過，後來的發展卻有明顯的改變，半年後，此一社區自主團體終於決定朝正式組織的方向發展⁴。

11. 愈挫愈勇：實踐健康社區願景

多位志工和醫護人員描繪未來的健康願景如下：

這條路還是在走下去，龍馬站呢，因為已經沒錢，以後可能到發展協會這邊。既然我們有這個觀念了，以後我們發展協會或是工作隊辦活動，我們就會把這個東西帶進來，希望讓大家能夠關心自己的健康、關心社區的健康。(A3, 社區領導人)

其實像這個社區健康，我是覺得其實是大家應該注意自己的健康，像以後的話，我們是很想做啦，能夠為我們社區這樣走，應該是要繼續走，可是我們也不知道我們的力量有多大，如果說我們需要她的時候，希望她能指導我們，希望以後我們大家還是能夠配合。(A4, 女志工)

…如果需要我的地方，請多多指教。(A2, 衛生所醫師)

我覺得很高興參加龍馬站以後，還有跟老師一路走下來，認識了很多我們志同道合的人。就像剛才班長說的，因為一個人想要做很多事情是不可能的，需要我們這些人一起來做。雖然說現在走到這個地方，上禮拜已經有跟老師談過，我覺得感觸很多。可是，我覺得我們還是可以做，只是說時間可能會很長，也可能很快，大家都已經有一個共識。(A6, 參與社區健康營造的衛生所護士)

二、參與行動研究建構災區健康賦權的模型

本研究的重點在研究者與地震災區的社區參與者在實踐的行動過程中以合作的角度，共同決定、規劃與執行，並在其中分享觀念、價值與獲得「做中學」(learning by doing)所發展出來的知識及理論。換言之，本研究以參與式行動研究為主軸，涉入的成員與機構包括：衛生署扮演經費提供者的角色、學者與豐原醫院及東勢衛生所組成研究小組扮演輔導社區團體的角色，中料社區志工自組「龍馬健康工作站」的社區志工則扮演社區參與者的角色。因此，作者依此一中料社區災後健康社區重建的歷程，試圖建構一個災區健康資源重整模型，茲簡略說明如下（參考表一）：

表一：災區健康賦權歷程模型

成員	歷程	參與機制	
		由上而下	由下而上
政府+研究者+民間團體	研究者賦權	√	
社區參與者+研究者	社區參與者賦權	√	
社區參與者+研究者 vs. 社區醫療機構	資源競爭行動		√
社區參與者+研究者+地方政府+診所+縣衛生局	社區參與者再賦權		√

表一所指的受難者（oppressed 或稱為災區居民）的健康賦權，係指藉著提升社區居民的健康意識，及增加其參與健康促進的能力、爭取金錢及人力資源及立法的保障，以獲得重新分配健康資源的權力，用來改善其生活地位與生活水準。易言之，此一賦權的過程即是權力角力及政治化的歷程，一般稱之為「由下而上」的民主化。

本行動研究的建構模式來自四個重要組成要員，包括：政府（含行政院衛生署、縣市政府及鄉鎮公所）、醫療提供者（含醫院、衛生所及診所）、學術界（大學）及社區居民。由於集集大地震，中料的社區資源在歷經地震災變急性期之後（災後的前三個月），災區進入社區重建的中長程階段，造成這四個主要的成員匯聚成流。這四個主要的成員，在執行歷程依四個階段的變化，而有不同的對應關係。研究者發現，社區健康賦權的歷程有很大的變異性，其中研究者與受難者的賦權能量也因社區不同的事件和政府災後重建政策「朝令夕改」的不確定性，增加了其賦權

能力與實踐健康社區自主性的衝突。此外，居民參與災區的重建歷程中不只顯示一股「由下而上」的賦權勢力，同時也和「由上而下」的主流權力抗衡。

研究者假設本架構圖中任何一個要素的賦權消長，會影響與其他三個成員的合作與競爭關係，因此，以下從賦權的消長傳遞演變的歷程，來看這四個成員的互動網絡及關係的變化：

第一階段是研究者進入社區能力的賦權。此一階段的參與成員包括政府、研究學者和民間團體。例如，本案例中政府扮演支配重建大餅的最大的權力控制角色，具有重大的決策權力。九二一地震災後，政府即公告由衛生署委託台灣公共衛生學會召集學術界加入災區的健康營造計畫，並核准學術界申請健康社區營造計畫。對於研究者而言，從災後進入東勢的街頭訪視、了解社區災民的需求及尋找合作夥伴，如東勢衛生所及衛生署豐原醫院及東勢的社區團體及台中縣衛生局的合作，即是研究者在PAR賦權的證明。

第二階段是社區參與者賦權的歷程。此一階段參與的成員主要為研究者和社區參與者，經由研究者以賦權後的資源與能力傳遞給社區參與者。例如，先獲得介入社區合作的信任與資源，與社區參與者（community participants）建立合作的夥伴關係，共同決定這個健康社區團隊的名稱、性質，以及是否要成立健康志工的訓練及進行社區家訪調查，此一過程即是社區參與者賦權。值得注意的是，社區參與者在此一賦權過程，由於外部事件而提升其團隊認同及其自信心。例如，台中縣衛生局兩次邀請此一研究團隊與社區團體發表其社區健康營造的參與經驗，率先分享九二一災區由居民主動參與健康營造的榮譽，也提振了社區參與者的信心，可稱之為達到賦權的最高峰。

第三階段是社區參與者在增能賦權之後，實踐參與資源重組和競爭行動的面向。本階段可稱為資源競爭行動期，主要的參與者包括：社區參與者和研究者的結盟，和一家社區醫院對立爭取三年的社區健康營造經費。例如，衛生署公布在每一個九二一震災的鄉鎮營造社區營造的公告之後，社區參與者以其增加的社區動員能力，決定加入資源重組的政治化過程，卻面臨與社區內的私立醫療機構（health care organizations），同時競爭申請一個鄉鎮只有一個社區健康營造的計畫，儼如「魷仔魚和大鯊魚」的競爭。而社區參與者面對這股重醫院輕社區的主流勢力，最後由於未能獲得衛生署的三年社區營造計畫，因此，打消了擴大營造東勢整個地區的健康，相對地其分配資源的勢力也大為挫敗。

第四階段是社區參與者實踐社區健康自主行動期，可稱為社區再賦權行動。此一時期的參與成員擴大，包括：衛生所、鎮公所、社區參與者和研究者、診所及縣衛生局建立資源合作關係。社區參與者歷經外來的醫療機構的介入競爭挫敗之後，社區參與者決定轉型為只做小規模的社區，限於一個里的範圍。由於採取「小而美」的路線，從前一次的挫敗經驗，凝聚社區的共識，社區團隊的參與者採取化零為整的小額資源募集及人力動員。此一信心重整期，社區參與者體驗籌備「好心的中料人」健康講座的自主性及主動性，而且學到了計畫從無到有及評價健康活動品質的能力。

此一模式除了闡明參與成員在四個階段建立不同的關係之外，再從社區動員的參與型態來看，可分為「由上而下」和「由下而上」的兩種機制。前者係指其資源包括來自主流的權力機構，再分配給下層的參與者。後者則指低權力的社會階級有了賦權之後的能力，以行動展現自主性地動員社區資源，爭取人力與物力，改善社區存在不佳的健康條件。

值得注意的是，此一研究的歷程展現的參與機制有時段上的變化，即先是「由上而下」，再轉變為「由下而上」。在研究者賦權及社區參與者賦權的階段，其參與權力的型態偏向於「由上而下」的機制。例如，研究者的經費主要來自政府；而社區參與者先接受志工訓練，及社區調查的主要資源來自研究者及政府機構的補助。及至資源競爭，與社區參與者再賦權的行動階段，社區參與者積極扮演自主的角色，顯示了「由下而上」的主動參與機制。因此，表一顯示，災區健康資源重整的模式，在第一階段至第二階段實質上仍仰賴政府及外來學者的介入，此時社區參與者整合社區意識，達到社會結構功能論的要旨，強化其社區意識。但直到第三階段至第四階段，由於弱勢者的自主意識抬頭，且體驗社區資源不足的「衝突」，及深感社區健康資源之迫切，因此其社區參與者的自力救濟能力與信心則日趨彰顯。

三、社區健康意識化與健康賦權的實證

研究者根據上述的社區參與者經歷PAR賦權的歷程，再從喚醒社區健康意識化、改變行動及創造知識的面向深入論述。

(一) 喚醒社區健康意識萌芽

本研究發現，社區參與者高度關心健康意識，隨著時間延續形成「漣漪效

應」。從個人的健康自覺意識擴散，發展出一種對社區參與的關懷，連結了個人與社區的關係。簡言之，參與者的健康意識的涉入從單一的個人，擴大至群體的涉入。此一過程讓社區參與者親眼目睹社區居民關心健康的意識，了解社區共同的健康問題，從而產生了社區健康共同體的意識，都顯示社區參與者在PAR的認同。此外，當社區參與者的健康意識（perceptions of health）從關心個人的健康議題，發展至關注社區公共衛生、心理衛生健康及社區環境保護的層次，同時，社區參與者的健康意識，往往會將個人的健康的「果」與環境保護議題的「因」，融合為一，密不可分。例如，在焦點座談的內容發現，參與者察覺到社區環境的污染，深切影響居民的健康風險等公共議題。包括：自來水供應不穩定問題、農藥污染、水果套袋的回收處理等。此一對談內容彰顯出，從地震災區居民的認知觀點來看，社區環保問題是當地健康社區營造最根本要解決的問題，也是該地震災區最為迫切的社區健康議題。

（二）社區參與者的賦權與實踐

1. 中料社區的社區動員經驗，促成災區人際網絡緊密連結，已形成一個新社群，強化新社群的「弱連結」功能，證實了賦權效果。從龍馬站核心參與者的背景來看，最先加入龍馬站的參與者大多是「九二一」社區重建隊的成員，其中大多數是男性，而後續加入的成員多半是經由這些基本成員介紹引進。即使在執行社區訪視調查的階段，適值農忙採收水梨季，社區訪視的志工大量流失，仍依賴核心成員說服認同此一理念的受訪者加入龍馬站。另外，研究者在社區訪視階段適值農忙期，人力大量流失之際，促成龍馬站成員接受媒體記者採訪，呼籲民眾加入社區訪視，獲得東勢地區及台中縣其他鄉鎮民眾的電話詢問及加入訪視行列。此一效果與Rogers（1995）等人提出大眾傳播與人際傳播並用，可有效地影響行為改變，獲得印證效果。

值得注意的是，社區參與者的受災損失程度或經濟狀況顯然較其他受災者略居優勢。例如，龍馬站成員歷經志工培訓、建立組織及社區訪視階段，其間有新志工加入，但也不斷地出現志工人力流失現象。部分參與者指出，大部分志工多以家庭第一，行有餘力才從事社區服務。女性參與者則認同顧好家庭，才能夠出來當志工是自己的本份，因此，家庭因素或工作是迫使女性參與者無法前來或半途退出的主因。而男性志工同樣也是重視家庭，但通常以肩負家庭生計或農忙採收季節為由，

退出健康社區營造工作。

本研究發現，這些率先參與社區志工及社區重建隊者，大都具有充沛的人際脈絡、社經地位較優勢或是青壯年族群。上述的經驗和Garrison（1996）所言一致。例如，社區災變之後，提供照顧者已經受傷或創傷嚴重，要求他們站出來領導社區的可能性較低，因此喚醒社區創傷復健的過程，關鍵在於社區的照顧者可提供必要的領導能力引導社區成員復原創傷的情緒（Garrison, 1996）。

2. 從社區參與者動員社區志工參與家戶健康調查的行動來看，顯示社區參與者有參與行動研究的能力，也提升及「自己做主」的健康主導意識，此一發現與Hecker（1997）進行南方澳洲原住民衛生工作者提升其研究能力的結果一致。

3. 本研究的自主團隊為爭取永續發展的機會，在社區動員之後，即加入申請衛生署公布的社區健康營造中心計畫，促成社區團隊在健康社區營造的計畫過程提前進入發展策略階段，致此一社區自主團體及早經歷與醫療機構的優勢資源競爭的考驗，與其他文獻的營造模式有所差異。但本研究發現，災區的社區參與者經歷此一「政治化」的歷程，讓有些人覺悟到以行動爭取改變健康的意識是必要的，此一結果與Khanna（1996: 66）的發現一致。

4. 雖然社區參與者在申請三年的健康營造計畫挫敗，但是，後來社區參與者卻因此而提升撰寫健康議題計畫書的能力。其後另提計畫書由社區主辦健康講座，並向鎮公所及衛生署中部心理輔導中心募集資源，及邀請地方的開業醫師、東勢衛生所及石岡衛生所醫護人員講課，都是社區參與者提升了健康賦權的實證。此一發現印證Maguire（1996: 32）提及的參與者改變行動與創造知識的面向。

5. 那些人從一而終參加PAR？從焦點團體座談內容分析社區參與者關心公共健康議題是否轉化成具體可行的行動及意向來看，參與健康社區營造的程度和解決健康議題的意向也略有不同。例如，「深度參與者」的行動意向傾向透過舉辦活動或健康講座、提供衛生教育的社區通路、擴大居民對健康資訊的正確認知，慢慢累積社區居民健康意識的成效；但「部分參與者」側重提倡政策制度面的改善。兩組的健康行動策略有差異。後來，在中崙社區自行主辦健康講座的過程，其實仍以深度參與者及領導者負責籌備及執行活動為主。而且，此時這些深度社區參與者的角色也自資源的「受與者」（the given）轉換成資源的「給予者」（givers）。

6. 社區參與者經過社區動員的半年後，尚未達成申請立案的共識，但在本研究結束後的半年，社區參與者卻表示，為使此一團隊可以在社區永續經營，這些社區

成員已向台中縣申請社區團體的立案。顯示，社區參與者歷經此一計畫已激發其社區自主的行動，此舉可視為本計畫達成了社區參與者賦權的效能。

7. 龍馬站的健康社區營造步驟與PATCH的步驟並不一致。關鍵在於龍馬站發展社區介入計畫的時機在第二階段，而非PATCH的第四階段。最主要的原因是爭取社區永續發展的資源的市場性。

四、災區社區動員的困境與挑戰

本研究的經驗歷程發現，災後建構健康社區永續發展的瓶頸可分為外部及內部的限制因素。

(一) 從外部因素來看，公部門與私立醫療機構和由下而上的社區參與有利益衝突，與衛生署提倡「由下而上」的社區健康營造理念矛盾。

1. 雖然行政院衛生署近三年來鼓勵健康社區營造的理念，公開徵求計畫，希望扶植及協助社區自主性團體，以「由下而上」、「自助互助」方式推動健康社區。但是從本行動研究的個案來看，顯然衛生單位在落實健康社區政策的遴選與規則，偏向機構式的組織勝於草根性且自發性的社區團體。此外，基層行政體系的限制也值得重視。研究小組在行動研究進行期間發現，第一線的基層行政單位，如里辦事處與衛生所，大多對社區自主性團體維持善意，在其能力所及的範圍內提供援助，但比較「被動式參與」。例如，基層的衛生單位相當認同健康社區營造的理念，並且表示基層的衛教也在推動健康社區的理念，但是基於人力的限制，所能處理的社區自主團隊的個案相當有限。而基層的里辦事處對居民關心的公共議題的回應，如水果套袋亂丟的問題，已經有相關罰則及已經宣導執行，但是在座談中，部分參與者卻完全不知道這個訊息。雖然行政資源的釋放與居民的認知有衝突，但基層行政人員仍對於居民願意投入健康社區營造抱持肯定，及表示未來願意釋出合作的彈性與資源。因此日後行政單位與社區自主團隊如何整合與合作，是一項重要的課題。

2. 醫事專業機構與社區團體之間的資源競爭。東勢鎮以客家族群為主，居民對社區健康營造認識不深，經過兩個多月的社區營造能力培訓，部分參與培訓的志工雖積極投入與學習，但仍自認力量薄弱，尚需相關部門釋放資源，互助培植社區「向上提升」的能力。而此一草根性團體在擴大結合社區資源，提倡健康社區的過程中，曾主動向專業的醫事機構提出結盟，卻未獲支持，致萌芽中的健康自助社區團體引以為憾。此一現象顯示，傳統由醫事機構主導提供醫療保健服務型態與醫療

供給者的專業自主性，與近年來衛生署推廣健康社區營造的理念，鼓勵草根性團體自發性提倡健康社區的行動，顯然有衝突。

(二) 從社區的內部來看災區的健康社區營造的三大限制因素。研究小組在近一年的災區行動方案的參與過程發現，災區的社區自主團隊在營造健康社區時，還面臨時空不利的三大特殊困境：1. 災區居民對健康社區營造的概念在生活重建的排序落後；及2. 社區居民募集資源困難。從東勢社區營造的座談會及多次東勢社區訪視過程中發現，災民對緊急醫療服務及房屋貸款與就業生計的重建需求，遠高於自己行動的健康營造意識與需求，因此當部分熱心的居民加入健康志工之後，卻因組合屋化糞池溢出、為參加以工代賑的培訓並可接受輔導就業機會、適值農忙時期，需要採收水梨等家庭或經濟等問題，中途退出健康志工培訓行列。

此一經驗顯示，在災區動員居民參與志工行列，有必要優先解決居民的生活安置與經濟因素基礎，才能有效建立營造社區健康與居民生活環環相扣的機制。由於本計畫內容並無將志工重建計畫所需社區健康活動費用列入，因此在志工培訓課程結束後，舉辦社區健康活動的經費，須由社區居民自行籌募。災區民眾在歷經「九二一」地震之後，身心的創傷及家園整頓之困難外，又需費神籌募經費，實為一大問題。

柒、省思

研究者參與此一行動研究後，提出下列三點反思：

一、參與行動研究強調社區居民是一個對等的夥伴。研究者在中料社區的社區行動參與過程，更是深刻體驗到學者與社區居民互動、互助與互信的關係來自於「陪伴」多於「指導」。但有一特例是，研究者在分析社區問題的階段擔任的專業角色，比其他階段更明顯，主因是社區團體使用統計分析的能力，無法在短期間接受訓練。但是，當研究者在社區舉辦社區健康需求調查分析成果座談會時，受訪的社區居民及社區志工訪員更深刻認識社區的健康問題。同時，此一社區調查結果也回應了社區參與者在11月份的焦點團體座談會中，提出想了解社區健康需求調查發現社區主要健康問題是什麼的期許。研究者在此一過程發現，輔導的方法與誠懇的承諾在參與式行動研究都很重要。因此，行動研究的發現，最好在完成分析結果之後，即先與社區參與者分享，是研究者和社區參與者營造信任關係的重要關鍵。

二、研究者涉入此一社區團體與公部門關係不穩定的過程，學術界無可避免落入立場選擇的風險，並在九二一一週年紀念研討會，發聲描述社區團體的挫敗⁵。後來，從社區團體參與者在兩場焦點團體的「對話」發現，參與者在無奈之餘，社區團體的核心成員仍有營造社區居民健康的強烈意願。之後，研究小組決定採取募集研究資源與地方資源，以及九二一災後心理衛生中心經費，由社區團體在中料社區舉辦五場社區健康講座，驗證社區團體營造健康的能力。

三、理想的PAR研究計畫應由研究者和被研究的社區分享。要達成此一目標，必須歷經一個複雜的協商過程，且往往造成研究者與社區之間的權力改變（Martin, 1996）。本研究與Martin（1996）在英國進行一個女性團體的PAR有相似的發現，即研究初期，研究者與社區參與者共同規劃志工訓練的時間及調查的方法等；但是到了中後期，即社區調查與分析調查資料至撰寫報告，則由研究者負責的工作加重，顯示出權力不均衡。

捌、未來研究建議

一、本研究探討的議題在國內公衛及社會政策是少見的領域：探討社區在大型地震災難破壞後，外來團隊如何結合在地醫療及社區資源，營造健康社區及社會動員案例。研究小組在「九二一」災後持續一年在田野參與及觀察記錄的議題很廣，包括：個人層次的健康意識、社區的健康與環保問題、社區自主團體與其他組織機構的互動、衛生政策與社區關照的異同，及社區參與者與研究者的情緒與經驗分享。但受限於時間及探索的議題廣泛，因此無法深入討論每一個議題。未來的研究可以專注於某一明確的議題進行更細緻的研究，例如，深入觀察個人健康意識的自覺與社區健康意識自覺的特質與關係。

二、本研究的焦點團體座談舉辦的時間在計畫的執行末期，正值龍馬站爭取計畫失利，及經費短缺之際，致核心成員的討論多側重在資源的永續及社區衛生需求層面。未來研究可針對各個階段做深入研究，掌握社區自主團體推動社區營造每一階段的特質與困難。

三、基於災區的客觀條件、社區居民的特質及本土衛生行政文化差異等，本研究的健康社區營造步驟，從社區動員、蒐集資料、規劃中長程計畫、選擇健康議題、發展綜合性策略及評價社區健康營造成果，其執行步驟與PATCH模式相異。此

一本土的健康社區營造模式，值得學者與實務工作者再深入研究。

玖、結論

研究小組近一年在東勢鎮推動健康社區營造可歸納下列結論：（一）深度參與者與部分參與的志工有一個共同特色，即都是從觀察社區環境議題出發來關心社區健康議題。歷經半年之後，深度參與者已轉向行動參與的決策層次，強調制定社區健康議題的策略；但部分參與者較強調政府公部門的支持力不足，並期望政府出力以公共政策解決社區的環境與飲水問題。（二）社區居民對健康概念從抽象的個人自覺生病的意識，慢慢發展形成關切生活周遭的人、事、物、地是否有助於健康或減少生病風險的「健康觀」。（三）參與健康社區營造的居民，在本計畫執行期間藉由成立社區自主性團體的過程，落實健康社區的概念，也建立「九二一」震災後，在東勢建立災後社區組織動員模式與社區資源網絡的基礎，證實健康賦權的策略可能對深度社區參與者達到具體效能。（四）研究小組以外來專業團隊的角色促成與協助社區成立在地的團隊促進社區健康的過程，無可避免地面臨挑戰與阻礙。

總而言之，本文除了描述台灣地區在大型的地震災難後，在地的社區團隊如何從經濟、生命、健康、心靈的損失創傷及生活困境中破繭而出的歷程，並記錄一群農村鄉鎮的農民及文史工作者在災後同心協力、攜手營造農村聚落模式參與健康願景與創造行動典範的契機。

誌謝

本研究由衛生署委託研究，感謝行政院衛生署提供經費完成此一研究成果。共同主持人徐永年院長、林永隆醫師、恩師陳紫郎教授及蔡篤堅教授、黃美娜局長的大力協助，使本研究如期完成。同時誠摯地感謝許瓊文、許芸涵、蘇珊玄、陳筱鈺、呂美雲、宋佳穎、林佩瑩、彭淑菱、溫深淵、李三財、王雅慧、黃靜宜、黃麗如、王勇超，和研究助理吳宗蓉、鄭智遠、陳靜玉、胡金菁、楊錦鎧、吳怡慧、黃暖琪等至災區辛苦付出與陪伴。最感動的是中料里居民與志工的熱心襄助，由於您的勇氣與投入，改寫了健康社區營造在台灣的历史，謹致上最誠摯的謝意。

註釋

- 1 美國疾病管制與預防中心推廣的健康城市計畫，則改稱為健康社區 (healthy community)，惟兩者的精神與作法都相似，只是名稱有所不同。
- 2 深度參與組的成員係指全程參加行動研究的參與者；至於部分參與組的成員係指曾接受志工訓練或訪員訓練，但因故無法全程參與者。
- 3 為考量參與本研究社區參與者的隱私，以下受訪者都以代號替代真實姓名。
- 4 在本研究結束半年後，社區參與者成員已向台中縣申請社區團體的立案。
- 5 見蔡鶯鶯等 (2001)。《被糟蹋的民意：東勢鎮龍馬健康工作站打造健康社區的實例》。

參考文獻

- 台中縣衛生局 (2000)。《台中縣各醫療次區域醫療資源之分布情形》。取自台中縣政府網站，<http://921erc.gov.tw/statistics/index.htm>，2000年12月31日。
- 行政院內政部消防署 (2000)。《地區天然災害損失統計表》。取自內政部消防署網站，<http://www.nfa.gov.tw/stast/disaster.html>，2000年12月31日。
- 武茂玲 (1999)。《以行動研究法來探討影響台北市北投區泉源里老年人健康檢查行為之相關因素》。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。
- 陳炎正 (1955)。《東勢鎮志》。台中縣東勢鎮公所。
- 蔡鶯鶯、徐永年、林永隆 (2001年9月14日)。《被糟蹋的民意：東勢鎮龍馬健康工作站打造健康社區的實例》。發表於台中縣政府921週年暨心理及公共衛生學術研討會。台中縣，豐原。
- Albrecht, T. L., & Adelman, M. B. (1987a). Communicating social support: A theoretical perspective. In T. L. Albrecht & M. B. Adelman (Eds.), *Communicating social support* (pp. 18-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Albrecht, T. L., & Adelman, M. B. (1987b). Measurement issues in the study of support. In T. L., Albrecht & M. B. Adelman (Eds.), *Communicating social support* (pp. 64-75). Newbury Park, CA: Sage.
- Alloport, G. W. (1948). Foreword. In G. W. Lewin (Ed.), *Resolving social conflicts* (pp. vii-xiv). New York: Happer and Brothers.

- APA, American Psychological Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Revised). Washington, DC: Author.
- Batliwala, S. (1994). Meaning of empowerment: New concepts form action. In Gita Sen, Adrienne Germaine, and Lincoln Chen (Ed.), *Population policies reconsidered: Health empowerment and rights* (pp. 129-131-75). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buchanan, D. R. (2000). *An ethic for health promotion: Rethinking the sources of human well-being*. Oxford University Press.
- Cartwright, D. (1948). Social psychology in the United States during the second World War, *Human Relations*, 1 (3), 333-52.
- Chattopadhyaya, K. (1983). *India women battle for freedom*. Delhi: Abhina.
- Churchill, R. E., (1997). Effective media relations. In Eric K. Noji (Ed.), *The public health consequences of disasters* (pp. 122-131). Oxford University Press.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention (1995). *PATCH: Planned approach to community health*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease prevention and Health Promotion, Division of Chronic Disease and Community Intervention, Atlanta, Georgia, 30333, revised January 1995.
- de Koning, K., & Martin, M. (1996). *Participatory research in health: Issues and experiences*. London: Zed Books.
- Dockery, G. (1996). Rhetoric or reality? Participatory research in the National Health Services, UK. In K. De Koning & M. Martin (Eds.), *Participatory research in health: Issues and experiences* (2nd ed.) (pp. 164-175). London: Zed Books.
- Duhl, L. J. (1996). An ecohistory of health: The role of "Health Cities." *American Journal of Health Promotion*, 10 (4), 258-261.
- Flynn, B. C. (1996). Healthy Cities: Toward worldwide health promotion. *Annual Review of Public Health*, 17, 239-309.
- Flynn, B. C., Ray, D. W., & Rider, M. S. (1994). Empowering communities-Action research through healthy cities. *Health Education*, 21, 395-405.
- Freire, P. (1968). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Seabury Press.
- Garrison, W. (1996). Organizational triage: Reporting the state of the organization altered by trauma. In J. T. Reese & R. M. Solomon (Eds.), *Organizational issues in law*

- enforcement* (pp. 193-205). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- George, A. (1996). Methodological issues in the ethnographic study of sexuality: Experiences from Bombay. In K. de Koning & M. Martin (Eds.), *Participatory research in health: Issues and experiences* (pp. 119-129). London: Zed Books.
- Gill, J. & Johnson, P. (1991). *Research methods for managers*. London: Paul Chapman.
- Gordon, N. S., Farberow, N. L., & Maida, C. A. (1999). *Children & Disasters*. Brunner/Mazel, Talyor & Francis.
- Hawe, P., Noort, M., King, L., & Jordens, C. (1997). Multiplying health gains: The critical role of capacity-building within health promotion programs. *Healthy Policy*, 39, 29-42.
- Hecker, R. (1997). Participatory action research as a strategy for empowerment of aboriginal health workers. *Australian and New Zealand Journal of public Health*, 21 (7), 784-8.
- Jackson, T., Mitchell, S., & Wright, M. (1989). The community development continuum. *Community Health Studies*, 13 (1), 66-73.
- Jayawardana, K. (1988). *Feminism and nationalism in the Third World*. London: Zed Books.
- Kabeer, N. (1994). *Reversed realities: Gender hierarchies in development thought*. New York: Verso.
- Kahn, R. L., & Boulding, E. (Eds.) (1964). *Power and conflict in organizations*. London: Tavistock.
- Kalayjian, A. S. (1999). Coping through meaning: The community response to the earthquake in Armenia. In E. S. Zinner, & M. B. Williams (Eds.), *When a community weeps: Case studies in group survivorship* (pp. 87-101). Taylor & Francis.
- Kemmis, S. et al. (1982). *The action research reader*, 2nd ed. Australia: Deakin University Press.
- Khanna, R. (1996). Participatory action research (PAR) in women's health: SARTHI, India. In K. De Koning & M. Martin (Eds.), *Participatory research in health: Issues and experiences* (pp. 62-71). London: Zed Books.
- Kulka, B. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. A. (1989). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of*

- findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Canadian Federal Government.
- Lammerink, M. & Wolffers, I. (Eds.) (1994). *Some selected examples of participatory research: Special program in research (DGIS/DST/SO)*. Ministry of Foreign Affairs, The Hague, The Netherlands.
- Lewin, G. W. (Ed.) (1948). *Resolving social conflicts: Selected papers on group dynamics by Kurt Lewin*. New York: Harper and Brothers.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2 (1), 34-36.
- Liddle, J. & Joshi, R. (1986). *Daughters of independence: Class, caste, gender in India*. London: Zed Books.
- Lipptt, R. (1968). Lewin, Kurt. In D. L. Sills (Ed.), *International Encyclopedia of the social sciences*, Vol. 9. New York: Crowell Collier and MacMillan Inc.
- Maguire, P. (1996). Considering more feminist participatory research: What's congruency got to do with it? *Qualitative Inquiry*, 2, 106-118.
- Martin, M. (1996). Issues of power in the participatory research process. In K. de Koning and M. Martin (Eds.), *Participatory research in health: Issues and experiences* (pp. 82-93). London: Zed books.
- Mavalankar, D., Satia, J. K., & Sharma, B. (1996). Experiences and issues in institutionalizing qualitative and participatory research approaches in a government health programme. In K. de Koning & M. Martin (Eds.), *Participatory research in health: Issues and experiences* (pp. 216-228). London: Zed Books.
- Meyer, J. E. (1993). New paradigm research in practice: The trials and tribulations of action research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1066-72.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (1997). Improving health through community organization and community building: A health education perspective. In Meredith Minkler (Ed.), *Community organization and community building for health*. Rutgers University Press.
- Mittelmark, M. B. (1999). Health promotion at the community wide level: Lessons from

- diverse perspective. In Neil Bracht (Ed.), *Health promotion at the community level* (pp. 3-28). 2nd Edition. Sage Publications.
- Nyden, P., Figert, A., Shibley, M. & Burrows, D. (1997). *Building community: Social science in action*. Pine Forge Press.
- PAHO, Pan American Health Organization (2000). *Natural disasters: Protecting the public health* (pp. 1-2). Washington, D.C.: PAHO, Scientific Publication, 575.
- Pratt, B. & Loizos, P. (1992). *Choosing research methods: Data collection for development workers*. Development Guidelines No. 7, Oxfam, Oxford.
- Rains, J. W., & Ray, D. W. (1995). Participatory action research for community health promotion. *Public Health Nursing, 12*, 256-261.
- Rice, P. L., & Ezzy, D. (1999). *Qualitative research methods: A health focus*. Oxford University Press.
- Ritchie, J. E. (1996). Using participatory research to enhance health in the working setting: An Australian experience. In K. De Koning & M. Martin (Eds.), *Participatory research in health: Issues and experiences* (2nd ed.) (pp. 82-93). London: Zed Books.
- Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Siegel, M., & Doner, D. (1998). *Marketing public health: Strategies to promote social change*. An Aspen Publication.
- Susman, G. I. & Evered, R. D. (1978). An assessment of the scientific merits of action research. *Administrative Science Quarterly, 23*, 582-603.
- Tandon, R. (1996). The historical roots and contemporary tendencies in participatory research: Implications for health care. In K. De Koning & M. Martin (Eds.), *Participatory research in health: Issues and experiences* (2nd ed.) (pp. 19-26). London: Zed Books.
- Thompson, B., & Kinne, S. (1999). Social change theory: Applications to community health. In N. Bracht (Ed.), *Health promotion at the community level: New advances* (2nd ed.) (pp. 29-58). London: Sage Publications.
- Van Elterren, M. (1992). Karl Korsch and Lewinian social psychology: Failure of a project. *History of the Human Sciences, 5* (2), 33-61.
- Whyte, W. F. (Ed.) (1991). *Participatory action research*. Newbury Park, CA: Sage.

- Williams, M. B., Baker, G. R., & Williams, T. (1999). The great Hanshin-Awaji Earthquake: Adapted strategies for survival. In E. S. Zinner, & M. B. Williams (Eds.), *When a community weeps: Case studies in group survivorship* (pp. 103-116). Taylor & Francis.
- Yimyam, S., & Suwamworn, B. (1995). *Culturally appropriate strategies for food supplement promotion in rural northern Thailand*. Chiang Mai University School of Nursing, Chiang Main (in Thai).
- Young, M. A. (1994). *Responding to communities in crisis: The training manual of the NOVA Crisis Response Team*. Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- Zinner, E. S., & Williams, M. B. (1999). *When a community weeps: Case studies in group survivorship*. Taylor & Francis.

附錄一 焦點團體座談問題綱要

1. 社區自主團體的整體評估為何？
2. 社區參與者對「健康社區」的認知為何？
3. 那些是社區內部運作的問題與困難？
4. 社區參與者整體社區意識的評價結果如何？
5. 志工自覺意識與能力評價如何？

附錄二 焦點團體座談時間、受訪者身份及訪問地點

訪問時間、受訪者身份及訪問地點

座談時間	受訪者身份	代碼	地點
2000年11月6日中午12:00-2:00	社區媽媽教室班長	(A1)	東勢老人服務中心
	衛生所醫師	(A2)	
	社區重建隊志工	(A3)	
	中料社區龍馬站領導人		
	中料社區龍馬站志工	(A4)	
	中料社區龍馬站志工	(A5)	
	衛生所護理人員	(A6)	
2000年11月6日晚上7:00-9:00	社區基層公職人員	(B1)	東勢鎮信義養護之家
	環保團體領導人	(B2)	
	中料社區龍馬站志工		
	社區重建隊志工		
	國小家長會長	(B3)	
	中料社區龍馬站志工		
	社區重建隊志工		
	中料社區龍馬站志工	(B4)	
	社區重建隊志工		
	中料社區龍馬站志工	(B5)	
	社區重建隊志工		
	衛生所護理人員	(B6)	
	中料社區龍馬站志工	(B8)	
媽媽教室班長			
中料社區龍馬站志工	(B9)		
衛生所護理人員暨主任	(B10)		

Participatory Action Research: A Case Study of Healthy Community Building at Chun-Ker Village after the 921 Earthquake Disaster

Ying-ying Tsai, Yuan-Nian Hsu, and Yung-lung Lin*

ABSTRACT

This study aims at promoting community-resident health and risk perceptions after the 921 Chi-chi earthquake that hit Taiwan. The research team herein constructs a model for building a healthy community in a specific earthquake disaster area. The result of this participatory action research with an empowerment approach is part of a one-year study.

The action research findings show that most participants have developed a deeper community consciousness on health promotion. In addition, some participants have increased their own empowerment on collecting health needs' assessment data and experience in planning a community-based health education program based on the results of an interview survey. Finally, the number of individuals using an agenda focusing on a healthy community has increased through both "top-down" and "bottom-up" social mobilization strategies. Although the process of building a healthy community faces competition and restrictions, it does develop a grass-root model for the specific earthquake-hit community.

Keywords: earthquake, social mobilization, healthy community, participatory action research, health promotion, empowerment

* Ying-ying Tsai, MPH, Dr. PH, Associate Professor, Department of Journalism, Shih Hsin University, Taiwan. Yung-lung Lin, MD, Director, Shih-kang Health Center, Taiwan. Yuan-Nian Hsu, MD, MPH, President, Feng Yuan Hospital, Department of Health, Executive Yuan, Taiwan.