

七美鄉居民吸菸、喝酒及嚼檳榔盛行率調查 ——兼論社區健康營造策略

蔡明惠 · 陳宏斌 · 李明儒

摘要

七美鄉為澎湖的二級離島，2003 年起獲行政院衛生署補助辦理社區健康營造計畫。本計畫執行之初，曾針對居民有關健康習慣之相關課題實施調查。本項調查主要以問卷為工具，依人口比率抽樣的方式實施實地訪談，共發出 300 份問卷，回收有效問卷 275 份。經統計分析發現，七美鄉居民吸菸及嚼檳榔的盛行率與台灣其他鄉鎮比較，顯然並不嚴重；只有喝酒盛行率方面有偏高的趨勢。儘管防制菸、酒與檳榔的危害是社區健康營造的主要議題，但是針對社區特質的需求，規劃推動涵蓋生理、心理及社會等各層面的健康促進工作，更是落實社區健康營造所不可忽視的重要目標。因此，本文也就兩年多來，在七美鄉推動社區健康營造的策略經驗作一說明。

關鍵字：社區健康營造，吸菸、喝酒及嚼檳榔盛行率，澎湖，七美。

Abstract

Chi-Mei Township is a secondary off-shore island of Penghu County. In 2003, the Department of Health, Executive Yan provided funds for proceeding healthy community building plan in Chi-Mei. At the beginning, the undertaking of the plan focused on surveying residents' daily habits with regarding health. The survey instrument was questionnaire. Samples were selected based on demographic ratio and interviewed in Chi-Mei. There were 300 questionnaires distributed and 275 questionnaires were valid. The data analysis revealed that the betel quid chewing and smoking prevalence was not serious

as compared with other townships in Taiwan. However, the alcohol drinking prevalence in Chi-Mei was more aggravated than others. Although prevention of betel quid chewing, smoking, and alcohol drinking were the primary issues on building healthy community, the planning of how to implement healthy promotion, based on community attributes, which included psychological, physiological, and social domains were important too. Moreover, the study illustrated how researchers implement their strategies on building healthy community in Chi-Mei these two years.

Key Words: Healthy Community Building, Smoking、Alcohol Drinking and Betel Quid Prevalence, Penghu, Chi-Mei.

壹、前言

行政院衛生署自 1999 年起開始推行「社區健康營造計畫」，希望經由居民及社區內的機關團體成立「社區健康營造中心」，透過社區內外資源之結合，應用社區健康推廣策略，由民眾參與制定社區健康營造方案並共同執行，改變社區居民不健康的生活方式及型態，期能逐漸建立民眾「防患於未然」與「健康能營造」的觀念，增強社區對於健康促進之自主性及自發性，以達到健康社區之目標。

澎湖位處離島，在社區健康營造的工作方面，至 2003 年由國立澎湖科技大學向行政院衛生署提出計畫獲得核准後，即開始於七美鄉試辦半年，2004 年則正式進入為期 3 年的社區健康營造計畫工作。七美鄉係澎湖縣的二級離島，根據近年來的統計發現，澎湖縣的老年人口與外籍新娘的比率為全台灣地區最高，而七美鄉的比率更居澎湖縣之冠，這樣的區位與人口

特性，確實需要更多的關懷與協助。由於吸菸、酗酒及嚼檳榔為國人常見的口腔不良習慣，因此，我們在七美鄉社區健康營造計畫施行的初期，即著手針對該鄉居民進行相關盛行率的調查，期藉由調查結果，做為爾後推動相關工作的參考。最後，本文也就兩年多來，在七美鄉推動社區健康營造的策略經驗作一說明。

貳、相關文獻回顧

一、社區健康營造

台灣目前的疾病和死因型態與光復初期的十大死因相比較，不難發現已有明顯的變化，非傳染性疾病包括惡性腫瘤、心血管疾病和事故傷害，已經完全取代傳染性疾病成為台灣居民生命的新威脅（江東亮，1999）。另外有些高危險行為（high-risk behaviors），容易引發疾病造成生命的威脅，這些所謂高危險行為或稱行為危險因子（behavioral risk factors），包括吸

菸、酗酒、不當的飲食習慣、缺乏運動、無法紓解緊張和壓力、未能遵從醫囑等（李蘭、晏涵文，1997）。根據歐、美的學者研究發現，以社區介入的方式來促進健康、預防疾病，不但已有相當的歷史，也被認為具有改善整個社區健康的潛能，針對問題的根源而介入是最有效的作法；同時，社區健康介入乃是經由社區健康評估、需求調查等方法，採用多重策略的方式，透過社區參與促使社區能力的建構與發展，以使危害健康的因素能澈底消除（陳靜敏，2002：1-2）。因此，我國為順應健康城市推廣的世界潮流，也著手推動「社區健康營造計畫」。

事實上，世界衛生組織早在 1986 年即已提出「健康促進計畫」（Health Promotion Project），其中的「健康城市計畫」（Healthy City Program），勾勒出一個健康城市的遠景，並且呼籲能結合地方的力量，由社區居民、政府、企業、民間團體等形成共同的意識，為發現並解決地方上與健康相關的問題而努力，以營造健康的城市，達到全民健康的目標。翌年，世界衛生組織更進一步指出，一個國家的醫療制度核心在基層健康照護（P.H.C., Primary Health Care），它與社區全面的社會進步與經濟發展是合為一體的。其內容包括基層健康照護（Primary Health Care）、以社區為導向的基層照護（COPC, Community Oriented Primary Care）、全民健康（Health for all）等（陳恆順、李龍騰，1991）。

由於透過社區層次介入衛生政策，對

民眾的健康將具有實質和潛在的貢獻，因此，不管是歐美的健康社區計畫或是國內的社區健康營造，均受到普遍的重視（陳美燕等，2001）。社區健康營造，在相當大的程度上須由社區裡的居民共同來解決，整合社區內現有的資源，如基層醫療院所、衛生所、學校、社區發展協會等，一起為全體社區居民的健康把關，推動基層醫療保健服務，才可能共同營造一個健康社區。社區內的健康促進單位可依社區本身的特性，透過社區診斷等方法，發掘影響社區居民健康問題的因子或來源，有效結合內外資源設法加以解決，進而凝聚社區共同體之信念，共創健康互助、相互關懷的社區文化。總之，社區健康營造，是以「健康」議題做為社區營造的切入點，希望依照社區本身的健康議題，藉由居民自發的力量加以解決，進而促進社區的健康（陳秀美，2004：224-225）。

我國行政院衛生署即依據對於現階段國人健康問題所作的評析，指出推動「國民保健 3 年計劃——推動社區健康營造」之起因在於：（一）癌症及慢性疾病已成為國人之主要死因，（二）生活型態是造成疾病發生的主要原因，（三）單純的健康資訊傳播尚不足以有效改變民眾生活型態，（四）民眾之健康問題無法得到適切的處理，（五）社區資源未被有效運用（行政院衛生署，1999）。因此，衛生署「社區健康營造計畫」首推以下六大議題：（一）健康飲食；（二）健康體能；（三）個人衛生；（四）防制菸害；（五）防制檳榔危害健康；（六）安全用藥等；希望能藉由社區居民協力的推動，增進全體健

康的能力（行政院衛生署，2001）。

二、吸菸、喝酒及嚼檳榔的盛行率

根據多項研究發現吸菸、飲酒、嚼食檳榔的習慣與口腔衛生及健康有密切關係。Ko 等（1995）的研究報告指出 3 種口腔的不良嗜好（菸、酒、檳榔）皆有的人，其罹患口腔癌之危險機率為全無不良嗜好者的 123 倍，次惡的不良嗜好是檳榔加菸組合為無不良嗜好者的 89 倍（台灣的檳榔族近九成也都吸菸），第三高的危險組合為檳榔加酒有 54 倍，而嚼食檳榔的罹癌危險機率也比無不良嗜好者高出 28 倍之多。然而吸菸、飲酒、嚼食檳榔在臺灣地區卻是民眾常見的不良習慣，儘管這些習慣已是眾所皆知的事實，也明知這些不良行為對自己健康有害，仍有許多人不放棄這樣的嗜好（Radius et al., 1980）。由於檳榔、菸、酒不像其他有害人體健康之物品如安非他命、嗎啡等毒品受到政府的嚴格管制，因此其盛行率有上升的趨勢，更成為臺灣地區重要的公共衛生問題。

就嚼食檳榔的盛行率而言，在衛生署民國 84 年的統計報告中，國內嚼食檳榔的人口已超過 152 萬人，口腔癌發生率近 10 年來年年升高，至民國 84 年已成為國內男性癌症死因第 5 名，嚼食檳榔造成的健康問題日益嚴重。原住民和檳榔的接觸時間很早，由於傳統文化及習俗中將檳榔視為重要的禮品及交際應酬物品，嚼食檳榔的問題可能更為嚴重。誠如張淑婷（2000）以花蓮縣豐濱鄉居民（包括原住

民及漢族）為樣本，研究他們嚼食檳榔的態度、行為與動機，以及影響因素，發現抽菸者占 38.3%（原住民 35.5%、漢人 48.2%）；有喝酒習慣者占 73.9%（原住民 80.2%、漢人 51.8%）；有嚼食檳榔習慣者占 75.5%（原住民 82.7%、漢人 58.9%），顯示除抽煙外，原住民喝酒及嚼食檳榔的比例都較漢人高。因此，葛應欽等人（1994）針對原住民健康問題調查也顯示，原住民的平均餘命約比臺灣平地少 10 歲，可見健康情況亦較差。

另外，針對台灣地區嚼食檳榔盛行率所作的調查中，李蘭等人（1996）發現台灣地區成年人嚼食檳榔盛行率為 10.9%；晚近的另一項調查則發現：曾有嚼食習慣者為 11.2%（男性 20.9%，女性 1.2%），目前仍有嚼食者為 8.5%，嚼食檳榔的主要族群為男性占 93.7%，其中 18~34 歲占 48.1%、已婚者占 74.1%、高中教育程度占 44.2%、勞工工作者占 84.1%（楊奕馨等，2002）。

再從吸菸的盛行率來看，根據邱清華等人（1997）的研究發現台灣地區成年人的吸菸率為 22.74%。台灣省菸酒公賣局的調查顯示（1995），1994 年台灣地區男性吸菸率為 55.27%，女性為 3.23%。晚近，楊奕馨等人（2002）亦發現：台灣地區吸菸盛行率方面曾有吸菸習慣者為 27.4%，其中（男性 50.7%，女性 3.0%），目前仍有吸菸者為 23.9%。這些吸菸族群當中，以社經地位比較，低教育程度吸菸比例高於高教育程度；勞工階級吸菸比例高於白領階級。

至於飲酒的盛行率方面，吳聰能（1995）研究台灣地區 15 歲以上人口發現飲酒盛行率為 18.8%，其中男性為 29.18%、女性為 7.8%，而原住民每月有飲酒習慣者則高達 40%。另一項針對台灣地區原住民男女性之酒精中毒及酒精依賴的盛行率調查更發現，泰雅族為 11.6%、11.4%，排灣族為 14.2%、9%，達悟族為 8.1%、6.4%（葉元麗等，1987）。周碧瑟等人（1992）的研究則發現高中生有 8.5%、高職生有 17.6%有飲酒習慣。晚近，梁振翊等人針對台灣地區飲酒盛行率的調查結果顯示：台灣地區曾有飲酒者和現有飲酒者的比例，分別是 8.3%以及 6.6%；至於澎湖縣曾有飲酒者和現有飲酒者的比例，則分別為 8.7%以及 7.7%（2004：95）。胡海國等人（1991）研究飲酒問題文獻整理指出，1980 年代台灣地區酒精濫用及酒癮終身盛行率漢人是 1.5%、原住民為 5.9%，原住民之飲酒盛行率顯著的高於漢人。事實上，台灣社會隨著現代化與工業化的影響，飲酒問題最近逐漸的被重視，飲酒問題也相當程度反應了社會適應不良和失調（姜逸群等，2000）。

參、調查方法與樣本結構

本文係以自編之「七美社區健康營造調查問卷」，由本研究小組親赴七美鄉各村落進行面訪，透過當面的解說使受試者皆能確實填答，以便獲得較精確之資料。問卷施測時間自民國 92 年 10 月至 11 月間實施，共發出 300 份問卷，獲得有效問卷 275 份，回收率為 91.6%。

此項調查係以澎湖縣離島地區「七美鄉」之六村的居民為對象，包括南港村、海豐村、中和村、平和村、東湖村、西湖村等 6 個村，年齡以 12~20 歲、21~30 歲、31~40 歲、41~50 歲及 51~60 歲等 6 個範疇來劃分，男女性別各占一半，採取戶中抽樣法並依照人口數比率分配問卷數。實際回收的問卷數分別為南港村 107 份、海豐村 31 份、中和村 48 份、平和村 24 份、東湖村 23 份、西湖村 42 份，總共 275 份，大抵吻合該地之人口比例。社經背景資料包含性別、年齡、職業、教育程度、平均月收入等，其統計結果（詳見表 1），茲描述如下：

表 1 七美鄉受測居民社經背景分佈統計表

變項	編碼	內容	次數	百分比
戶籍	1	南港	107	38.91
	2	海豐	31	11.27
	3	中和	48	17.45
	4	平和	24	8.73
	5	東湖	23	8.36
	6	西湖	42	15.27
性別	1	男	147	53.45
	2	女	128	46.55
職業	1	無	84	30.77
	2	軍公教	39	14.29
	3	農漁	54	19.78
	4	工	13	4.76
	5	商	20	7.33
	6	自由業	8	2.93
	7	學生	55	20.15

變項	編碼	內容	次數	百分比
年齡	1	12~20 歲	60	21.82
	2	21~30 歲	41	14.91
	3	31~40 歲	53	19.27
	4	41~50 歲	44	16.00
	5	51~60 歲	42	15.27
	6	>61 歲	35	12.73
教育程度	1	無	65	23.64
	2	小學	46	16.73
	3	中學	94	34.18
	4	高中職	37	13.45
	5	大專／學	33	12
家庭平均月收入(元)	1	<1 萬	80	29.63
	2	1 萬~3 萬	80	29.63
	3	3 萬~5 萬	83	30.74
	4	>5 萬	27	10

性別方面：男性占 53.45%，而女性占 46.55%，男略多於女；年齡方面：受測者中以 12~20 歲最多（21.82%），其次為 31~40 歲（19.27%）、41~50 歲（16%）、51~60 歲（15.27%）及 21~30 歲（14.91%）；職業方面：以無職業的受訪者最多（30.77%），其次為學生（20.15%）及農漁業（19.78%）；教育程度方面，中學最多（34.18%），無次之（23.64%）、高中職（13.45%）及大學（12%）較少。平均月收入則以 1 萬以下（29.63%）、1~3 萬（29.63%）及 3~5 萬（30.74%）約各占三成，而 5 萬以上的僅占 10%最少。

肆、調查結果與討論

一、七美鄉居民吸菸使用行為之現況

本次問卷調查中，七美鄉居民有吸菸的嗜好與習慣之受測者有 72 位，占受測者的 25.82%，而無吸菸嗜好與習慣之受測者有 204 位，占受測者的 74.18%，顯示無吸菸嗜好與習慣之受測者較多（詳見表 2）。回顧相關文獻，如張淑婷（2000）針對花蓮縣豐濱鄉居民（包括原住民及漢族）所作研究結果，吸菸者占 38.3%；另外，邱清華等人（1997）的研究發現台灣地區成年人的吸菸率為 22.74%；楊奕馨等人（2002）針對台灣地區吸菸盛行率之研究，曾有吸菸習慣者為

27.4%，目前仍有吸菸者為 23.9%。相較於上述的研究調查，我們發現七美鄉居民的吸菸比率顯然比原住民部落或地區來得低，而與整體台灣地區也並無特別嚴重。

表 2 七美鄉居民吸菸、喝酒及嚼檳榔的習慣統計表

調 查 題 目		選項	次數	百分比(%)
1	是否有抽菸的嗜好與習慣？	有	71	25.82
		無	204	74.18
2	是否有喝酒的嗜好與習慣？	有	65	23.64
		無	210	76.36
3	是否有嚼檳榔的嗜好與習慣？	有	26	9.45
		無	249	90.55

七美鄉有吸菸習慣之居民，依不同的社經背景屬性統計結果（詳見表 3），茲描述如下：在性別方面：男性有吸菸習慣者有 69 位，占男性受測者的 46.94%，而女性有吸菸習慣者有 2 位，占女性受測者的 1.56%。在年齡方面：以 41~50 歲有吸菸習慣者占最高比例（43.18%），其次為 51~60 歲、31~40 歲、21~30 歲、61 歲以上，最低為 12~20 歲（8.33%）。在職業方面：以農漁業有吸菸習慣者占最高比例（66.67%），其

次為工業、自由業、軍公教、商業、無業，最低為學生（1.82%）。在教育程度方面：以小學教育程度有吸菸習慣者占最高比例（45.65%），其次為無教育程度、國中教育程度、高中職教育程度，最低為大（專）學教育程度（12.12%）。顯示七美鄉有吸菸的居民當中，低教育程度吸菸比例高於高教育程度，勞工階級吸菸比例高於白領階級；此種現象與台灣省菸酒公賣局（1999）研究結果頗為相符。

表 3 七美鄉居民有使用菸、酒、檳榔習慣之個人屬性統計表

社經背景	類別	抽煙		喝酒		嚼檳榔	
		個數	背景內%	個數	背景內%	個數	背景內%
性 別	男	69	46.94	64	43.54	26	17.69
	女	2	1.56	1	0.78	—	—
年 齡	12~20 歲	5	8.33	1	1.67	1	1.67
	21~30 歲	11	26.83	10	24.39	2	4.88
	31~40 歲	15	28.30	15	28.30	6	11.32
	41~50 歲	19	43.18	17	38.64	9	20.45
	51~60 歲	16	38.10	16	38.10	8	19.05
	>61 歲	5	14.29	6	17.14	—	—

社經背景	類別	抽煙		喝酒		嚼檳榔	
		個數	背景內%	個數	背景內%	個數	背景內%
職業	無	12	14.29	6	7.14	—	—
	軍公教	8	20.51	14	35.90	1	2.56
	農漁	36	66.67	35	64.81	20	37.04
	工	6	46.15	7	53.85	4	30.77
	商	3	15.00	1	5.00	—	—
	自由業	3	37.50	1	12.50	—	—
	學生	1	1.82	—	—	—	—
教育程度	無	16	24.62	14	21.54	7	10.77
	小學	21	45.65	19	41.30	10	21.74
	國中	22	23.40	15	15.96	7	7.45
	高中職	8	21.62	8	21.62	2	5.41
	大專／學	4	12.12	9	27.27	—	—

在有吸菸習慣的受測者中，每天吸菸半包以下的有 21 位，占抽菸者的 29.16%；每天吸菸 0.5 包至 1 包的有 31 位，占吸菸者的 43.06%；每天吸菸 1 包至 1.5 包的有 15 位，占吸菸者的 20.83%；每

天吸菸 1.5 包至 2 包的有 2 位，占吸菸者的 2.78%；每天吸菸 2 包以上的有 3 位，占吸菸者的 4.17%。其中以每天吸菸 0.5 包至 1 包的比例最高（詳見表 4）。

表 4 七美鄉居民使用菸、酒、檳榔的數量（頻率）統計表

調查題目		編碼	選項	次數	百分比(%)
1	請問您每天抽菸的數量？	1	半包以下	21	29.16
		2	半包至 1 包	31	43.06
		3	1 包至 1.5 包	15	20.83
		4	1.5 包至 2 包	2	2.78
		5	2 包以上	3	4.17
2	請問您平均喝酒的次數？	1	每月 1 次	6	8.96
		2	每半月 1 次	5	7.46
		3	每星期 1 次	15	22.39
		4	每 3 天左右 1 次	25	37.31
		5	每天喝酒	16	23.88
3	請問您每天嚼檳榔的數量？	1	5 顆以下	7	25.00
		2	5~10 顆	14	50.00
		3	11~20 顆	5	17.86
		4	21~30 顆	—	—
		5	31 顆以上	2	7.14

二、七美鄉居民喝酒使用行為之現況

本次問卷調查中，七美鄉居民有喝酒之嗜好與習慣之受測者有 65 位，占受測者的 23.64%，而無喝酒嗜好與習慣之受測者有 209 位，占受測者的 76%，顯示無喝酒嗜好與習慣之受測者較多（詳見表 2）。與張淑婷（2000）針對花蓮縣豐濱鄉居民（包括原住民及漢族）所作研究結果，喝酒者占 73.9%（原住民 80.2%、漢人 51.8%）相較之下，七美鄉居民的喝酒情況，在比例上顯然低很多；但是如果與吳聰能（1995）研究台灣地區 15 歲以上人口發現飲酒盛行率為 18.8%，以及梁振翊（2004）等人的調查結果顯示：台灣地區和澎湖縣現有飲酒者的比例分別是 6.6%與 7.7%的數值相比較，則顯然有偏高的趨勢。

七美鄉有喝酒習慣之居民，依不同的社經背景屬性統計結果（詳見表 3），茲描述如下：在性別方面：男性有喝酒習慣者有 64 位，占男性受測者的 43.54%，而女性有喝酒習慣者有 1 位，占女性受測者的 0.78%。在年齡方面：以 41~50 歲有喝酒習慣者占最高比例（38.64%），其次為 51~60 歲、31~40 歲、21~30 歲、61 歲以上，最低為 12~20 歲（1.67%）。在職業方面：以農漁業有喝酒習慣者占最高比例（64.81%），其次為工業、軍公教、自由業、無業，最低為商業（5%）。在教育程度方面：以小學教育程度有喝酒習慣者占最高比例（41.3%），其次為大（專）學教育程度、高中職教育程度、無教育程

度，最低為國中教育程度（15.96%）。顯示七美鄉有喝酒的居民當中，中老年的喝酒比例比年輕人喝酒的比例高，教育程度低者普遍高於教育程度高者，勞工階級普遍高於白領階級。

在有喝酒習慣的受測者中，平均每月喝酒 1 次的有 6 位，占喝酒者的 8.96%；平均每半月喝酒 1 次的有 5 位，占喝酒者的 7.46%；平均每星期喝酒 1 次的有 15 位，占喝酒者的 22.39%；平均每 3 天左右喝酒 1 次有 25 位，占喝酒者的 37.31%；而每天喝酒的有 16 位，占喝酒者的 23.88%。其中以每 3 天左右喝酒 1 次的比例最高，而每天喝酒與每星期喝酒 1 次的次之（詳見表 4）。

三、七美鄉居民嚼檳榔使用行為之現況

本次問卷調查中，七美鄉居民有嚼檳榔的嗜好與習慣之受測者有 26 位，占受測者的 9.45%，而無嚼檳榔嗜好與習慣之受測者有 248 位，占受測者的 90.18%，顯示無嚼檳榔嗜好與習慣之受測者較多（詳見表 2）。進一步與 Ko 等（1995）、李蘭（1996）、蔡吉政（1997）、張淑婷（2000）針對台灣地區不同屬性及其對象所作研究結果相比較，可以發現七美鄉有嚼食檳榔之嗜好與習慣的居民，僅占相當低的比例。

七美鄉有嚼檳榔習慣之居民，依不同的社經背景屬性統計結果（詳見表 3），茲描述如下：在性別方面：男性有嚼檳榔習慣者有 26 位，占男性受測者的 17.69%。在年齡方面：以 41~50 歲有嚼

檳榔習慣者占最高比例（20.45%），其次為 51~60 歲、31~40 歲、21~30 歲，最低為 12~20 歲（1.67%）。在職業方面：以農漁業有嚼檳榔習慣者占最高比例（37.04%），其次為工業，最低為軍公教（2.56%）。在教育程度方面：以小學教育程度有嚼檳榔習慣者占最高比例（21.74%），其次為無教育程度、國中教育程度，最低為高中職教育程度（5.41%）。與劉碧華等（1994）以及楊奕馨等人（2002）研究結果大致上相符，且比例上相對低很多。

在有嚼檳榔習慣的受測者中，每天嚼檳榔五顆以下的有 7 位，占嚼檳榔者的 25%；每天嚼檳榔 5 至 10 顆的有 14 位，占嚼檳榔者的 50%；每天嚼檳榔 11 顆至 20 顆的有 5 位，占嚼檳榔者的 17.86%；每天嚼檳榔 31 顆以上的有 2 位，占嚼檳榔者的 7.14%，其中以每天嚼檳榔 5 至 10 顆的比例最高（詳見表 4）。

從上述的實地調查結果與相關文獻的比較，我們有以下幾點的發現與討論：

（一）整體而言，七美鄉有吸菸、喝酒及嚼食檳榔之嗜好與習慣的居民，其比率均比原住民部落或地區來得低；而與整體台灣地區的情況相比較，其中有吸菸和嚼食檳榔之嗜好與習慣者的比率，也並無特別嚴重，只有在喝酒盛行率（23.64%）方面有偏高的趨勢。

（二）針對七美鄉有吸菸、喝酒及嚼食檳榔之嗜好與習慣的居民背景，進一步加以分析可以發現，小學教育程度以及從事農漁業勞動階級的居民，所占的比率最高，

這種現象與其他地區的調查結果，大致上相一致。也由於七美的人口結構中，小學和未受教育者的比率高達四成，且在五成的有職業者當中兩成是從農漁業，這樣的特質也相當程度地反映出，整體七美鄉吸菸、喝酒及嚼食檳榔盛行率。

（三）根據調查資料顯示：七美鄉有喝酒習慣的居民當中，他們的在教育程度方面，以小學教育程度有喝酒習慣者占最高比例（41.3%），其次為大（專）學教育程度（27.27%）與高中職教育程度（21.62%）；其中大（專）學與高中職教育程度者，兩者合計約高達五成，這可能也是前述七美鄉居民的喝酒盛行率，相較於整體台灣地區有偏高趨勢的主要原因。陳喬琪等人（1993）的研究曾指出：同儕及父母的飲酒行為越多、社會文化休閒活動越少以及本人對飲酒正評價態度越高，則飲酒行為就會越多；這樣的發現，對於地處封閉所產生居民相互熟識度高且互動頻繁的社會生活模式，加上平日欠缺文化休閒活動的七美離島，可說是下了一個相當貼切的註解。

伍、七美社區健康營造策略——代結語

儘管防制菸、酒與檳榔的危害是社區健康營造的主要議題，但是針對社區特質的需求，規劃推動涵蓋生理、心理及社會等各層面的健康促進工作，更是落實社區健康營造所不可忽視的重要目標。同時，社區健康營造也包含了 4 點重點工作方

向：(一)了解社區健康問題；(二)集思廣益，凝聚社區共識；(三)強化社區組織，建立資源網絡；(四)提昇共同參與的興趣，擴大社區活動的影響層面（行政院衛生署，1999）。以下我們針對兩年多來在七美鄉推動社區健康營造的策略與經驗，提出扼要的說明，願與各地方的健康營造夥伴共同分享。

一、強化地方營造組織的自主運作機制

(一)籌組健康營造體系：本計畫於2003年的試辦初期，即由承辦單位國立澎湖科技大學，與主要協辦單位七美鄉衛生所

生所，共同籌劃並聘請當地政府機關學校與民間社團組織的領導人，成立「七美鄉社區健康營造推動委員會」，適時召開諮詢委員會議，依照地方居民的健康需求研擬具體工作方針；並設置「七美鄉社區健康營造中心」，運用志工與社區資源推動各項營造工作（參見圖1）。藉由與社區「既有社群」建立營造夥伴關係，將可節省社區健康營造之組織發展過程中所耗費的心力和時間，減少營造初期的無力感與挫折感，提高參與者繼續投入的動機，增加成功的機會（成亮，2003：7-8）。

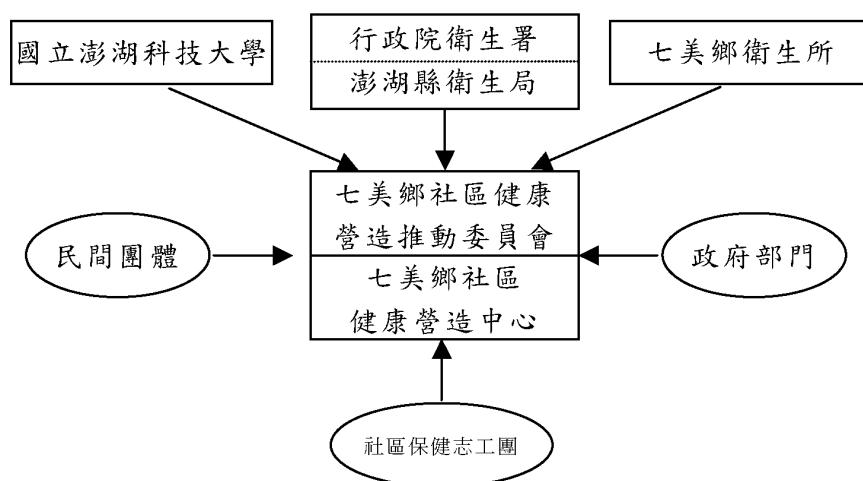


圖1 七美社區健康營造體系

(二)建全志工服務網絡：志工的招募與培訓是社區營造的重點工作項目之一，本計畫從兩個面向建立志工責任制：(1)區域志工——即透過地方領袖及村長的推薦，依七美鄉轄下6個村的人口數，分別招募相對比例的志工，如南港村6位，平和、中和、海豐與西湖各村3位，東湖村2

位，藉以建立區域服務聯繫網絡，他們不但扮演著動員居民參與各項宣導活動的角色，同時在平時也依責任區，實施外籍媳婦家戶訪視的服務工作；(2)專業志工——聘請具有休閒運動專長的地方熱心人士，如羽球、桌球及水域活動等，籌組社團藉以帶動居民培養運動健康生活習慣。另

外，為活化志工組織，健康營造中心除了持續志工招募工作之外，更適時辦理志工訓練以及經驗分享的聯誼座談會。

(三)落實自主營造機制：為達成社區健康營造工作的永續經營，「在地化」可說是最重要的策略原則（于漱、楊桂鳳，2003）。本計畫自第 2 年開始，所推動的各項營造工作和活動，大多委由相關職能的推動委員及其所屬的組織來主導辦理，例如：老人部分由老人福利促進會和鄉公所，外籍媳婦部分由婦女會和愛與關懷協會，海域活動者部分由漁會與消防隊，青少年部分則由學校、長老教會和體育會等單位分別負責（參見圖 2）。透過在地社團組織的主動參與，建立地方自主營造的運作模式。

二、建構社區健康生活的漸進營造模式

(一)確立營造主體需求：社區健康營造的工作內涵，必須符合社區特性與居民需求。就七美鄉的相關統計資料而言，老年人口的指數為 17.34%，遠高於澎湖縣的

14.73 %和全台灣的 9.48%。其次，在性別比例方面，雖然澎湖縣各鄉市都是男多於女，但七美鄉的性別比例更高達 119.18，居全縣各鄉市之冠，若相較於台灣地區平均性別比例才 104.3，或許更能突顯七美當地性別比例嚴重失衡的現象，這也是為何七美地區近年來大量出現跨國婚姻的主因之一；據調查資料顯示：澎湖縣外籍媳婦，約占全縣總人口數的 0.94%，而七美鄉的比例更高達 1.99%（依澎湖縣政府民政局民國 93 年第 1 季統計資料換算而成）。另外，從近年來七美鄉居民的死亡原因統計資料也發現：「意外事故」一直列名前 5 位，民國 90 年更躍升為第 1 位；其中因海域工作溺斃者占相當高的比例。基於上述的了解，本計畫分別以老年人口、外籍媳婦、海域工作者以及地區民眾為營造主體，並依照各主體健康需求的議題，規劃推動各種營造工作（參見圖 2）。

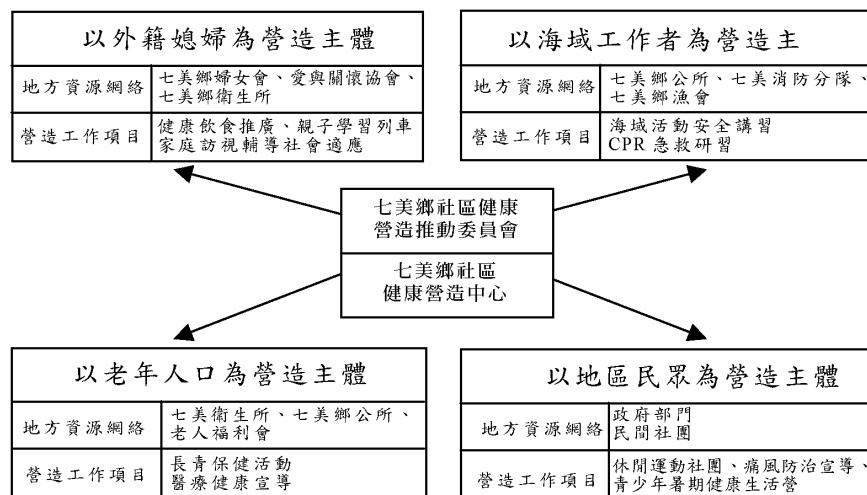


圖 2 七美社區健康營造主體暨策略模式

(二)實施策略回饋評估：本計畫為期 3 年，為落實營造工作的成效，我們一方面針對營造主體的參與度進行回饋評價，適時調整營造策略和活動內容；例如：針對外籍媳婦我們在試辦期間曾辦理有氧舞蹈活動，但因家人並不支持，以致於參與度並不理想，之後我們推動「親子學習列車」和「國際新移民・七美古早味」等活動，即獲得良好的迴響，尤其是後者更吸引許多外籍媳婦的婆婆共同參與。另一方面我們也針對一些執行項目建立評估指標，藉以檢驗營造的效益；例如：針對老年人口我們曾辦理「健康操」、「練功珠」以及「養生氣功」等一系列活動，目前當地已有 80 位左右的老人，已養成每天早上在老人活動中心從事上述各項運動的習慣，同時也透過活動宣導「多作運動・少

找醫生」的健康生活觀念，我們以衛生所提供的 65 歲以上人口的就診率作為評估指標，初步預估經過兩年來的營造應能達到降低 10%的目標。社區若能結合「社會資本」，必能使營造工作永續經營（陳敏麗等，2003）；同時，藉由回饋評價機制的建立，也將有助於營造工作效益目標的達成。

本文獲行政院衛生署「第 4 梯次原住民部落及離島社區健康營造計畫——七美鄉社區健康營造計畫」經費補助，謹致謝忱。

（本文作者：蔡明惠國立澎湖科技大學通識教育中心副教授兼主任；陳宏斌國立澎湖科技大學餐旅管理學系講師；李明儒國立澎湖科技大學休閒事業管理學系助理教授）

參考文獻

- 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。
- 江東亮（1999）健康促進：國民健康的新方向，收錄於氏著：醫療保健政策：台灣經驗，台北：巨流出版社，157～161。
- 成亮（2003）社區健康營造，*醫院協會雜誌*，36（5）：1-11。
- 行政院衛生署（1999）*中華民國公共衛生年報*。台北：衛生署。
- 行政院衛生署（2001）行政院衛生署國民健康局公開甄選 90 年度機關團體辦理「社區健康營造計畫」需求說明暨甄選須知。
- 吳聰能（1995）國人吸菸、喝酒、嚼檳榔及上下班使用交通工具之盛行狀況分析，*行政院衛生署檢疫總所*，20～45。
- 李蘭（1996）台灣地區青少年與成年人有關檳榔之認知與行為調查，*行政院衛生署民國 85 年度委託研究計劃保健工作研究報告*。
- 李蘭、晏涵文（1997）健康教育與健康促進，收錄於陳拱北預防醫學基金會編，*公共衛*

- 生學。修訂 2 版，台北：巨流，891～904。
- 李蘭、潘伶燕、晏涵文（1994）台灣地區成年人口吸菸現況、盛行率、及危險因子，中華衛誌，13：371～380。
- 林美玲（1989）嚼檳榔者之流行病學初探。台灣大學碩士論文。
- 邱清華、洪錦墩、邱丕霞（1997）台灣地區吸菸與嚼檳榔的盛行率調查，中華牙誌，16：28～36。
- 胡海國、葉英、陳珠章（1991）飲酒問題，一個新展現的心理衛生問題，中華心理月刊，5：1～9。
- 周碧瑟、賴明芸、吳碧儀等（1992）青少年用藥盛行率與危險因子之探討，台北：國立陽明大學公共衛生研究所。
- 姜逸群、黃雅文（2000）國中生飲酒者在生活狀況上之比較研究，衛生教育學報，14：17～32。
- 陳秀美（2004）社區健康營造推動內涵與策略之探討——以淡水鎮社區健康營造為案例，社區發展季刊，107：253～262。
- 陳美燕、楊瑞珍、劉影梅、廖照慧、黃璉華（2001）社區健康營造的理論與社區護理實務的結合，醫護科技學刊，3（4）：358～364。
- 陳恆順、李龍騰（1991）基層醫療工作團隊，收錄於社區醫業訓練手冊Ⅱ，台北：台大暨金山社區醫學中心，81～85。
- 陳喬琪、林式穀、李期才、胡海國等（1993）不同種族之間酒精自覺反應的變異性兼論酒癮的生物醫學涵義，中華精神醫學雜誌，3：23～33。
- 陳敏麗、施春合、施國正（2003）社會資本與社區健康營造，台灣醫學，7（5）：780～785。
- 陳靜敏（2002）健康促進的創新策略：社區健康營造，新臺北護理期刊，4（2）1～7。
- 梁振翊、周肇茂、何佩珊、謝天渝、楊奕馨（2004）台灣地區飲酒盛行率調查報告，臺灣口腔醫學衛生科學雜誌，20（2）：91～104。
- 張淑婷（2000）花蓮縣豐濱鄉原住民嚼食檳榔態度與行為研究，慈濟醫學院原住民健康研究所碩士論文。
- 葉元麗、王榮德、胡海國、葉英（1987）台灣地區原住民飲酒習慣及健康問題，台北市立療養院年報，174～188。
- 楊美賞（1996）台灣南部地區菸、酒、檳榔使用之流行病學研究——以青少年及原住民婦女為對象之探討。高雄醫學院博士論文。
- 楊奕馨、曾筑瑄、謝天渝（2002）台灣地區檳榔嚼食率吸菸率及對檳榔健康危害意識調查，行政院衛生署 91 年科技研究發展計畫，16～42。

- 葛應欽、劉碧華、謝淑芬（1994）台灣地區原住民的健康問題，高醫醫誌，10：337～351。
- 臺灣省菸酒公賣局（1995）台灣地區菸酒市場（83 年）總報告，台北：臺灣省菸酒公賣局。
- 臺灣省菸酒公賣局（1999）台灣地區菸酒市場（89 年）總報告，台北市：臺灣省菸酒公賣局。
- 蔡吉政（1997）台灣地區中老年人口腔健康調查，行政院衛生署科技研究發展計畫。
- Ko Y., Huang Y.L., Lin L.M., Tsai C.C., 1995. Betel quid chewing, cigarette smoking and alcohol consumption related to oral cancer in Taiwan. *Journal Oral Pathological Medical* 24: 450-453.
- Radius S.M., Dielman T.E., Becher M.H., Rosentock. I.M., Horrath W.J., 1980. Health beliefs of the school aged child and their relationship to risk-taking behaviors. *International Journal of Health Education* 23: 277-285.