

# 邁向健康生活社區化的可行模式－ 呼應社區營造條例的三個健康營造可能模式初探

蔡篤堅

## 中文摘要

2004年2月4日行政院所通過的「社區營造條例」草案，系挑戰2008的國家施政方針訂定了方向，也賦予社區更積極的自主能力，願意以更積極的態度尊重社區居民認同形態的價值，和據此價值所產生出集體行動的結果。本研究利用過去一年的時間，結合整體的文化認同形態和特殊的社區健康營造，以輔導的方式建立涵蓋全國的支援網絡，將結合在地文化重建的社區健康營造診斷概念導入社區，促進整體社區認同形態。以此為基礎，我們提出了三個社區健康營造的模式，作為後續發展健康生活社區化政策的基礎。

## Abstract

New national policy on community building has valued the approach of empowerment, the autonomy of local community, the importance of new identify formation as well as those following collective actions. To follow this policy, this one year research project has taken nationally wide on-site research to link the discourse on cultural identity formation and the discourse on community health building. During the time period, a mutual supportive network capable of empowering various local community health building efforts has been established. Our network, as a research team, combines an oral historical approach and the empowerment-oriented community health building strategy. We attempt to facilitate the linkage between cultural identity formation and healthy lives engagement in various local communities. Accordingly, this paper proposes three practical models to transform current community health building strategies to new national policy.

## 壹、健康生活社區化的政策依據

2004年2月4日行政院所通過的「社區營造條例」草案，為挑戰2008的國家施政方針訂定了方向，也賦予社區更為積極的自主能力，願意以更為積極的態度尊重社區居民認同形塑的價值，和據此價值所產生出集體行動的結果。（註1）當我們政府賦予社區居民制定社區公約的責任與義務時，提供了政府行政力量必須配合甚至積極支持民間共識落實的法源依據，而民眾也可根據認同形塑的範圍界定社區的內涵與界線，臺灣的社區不再侷限於行政統治方便的地理區域劃分，以行政的力量透過社區的組成還政於民，這是個企圖非常大的臺灣社會體質改造政策，也是臺灣民權運動史上最重要的一頁，這樣的政策適當地執行後將可為臺灣建立完善的市民社會基礎。

這樣的政策給予社區全面發展的企圖，舉凡機構、學校、職場、或是其他具有共同生活機能的人際網絡都可以界定成為社區，而既存的各個不同社會分工的角度如何在協助社區全面發展的範疇，釐清自身的角色，成為社區營造條例能否落實的關鍵。（註2）過去臺灣的社區營造，以政府的補助計畫協助社區發展，卻也落入不同專業分工的部會分裂社區的情況，如文建會、營建署、社會局、衛生署、環保署等等分別有不同的補助，這造成了社區分裂的效果；也有同一團體申請不同的補助，卻存有一己之私，沒有同時將營造的活動擴大為全面社區認同形塑與資源共享

的缺失。如何讓社區成為一個形塑集體認同的整體，是社區營造條例面臨最大的挑戰之一。本文由社區健康營造的角度出發，嘗試歸納整理社區健康營造既有的發展模式，作為積極呼應健康生活社區化的策略，而這些策略的發展，首先應該嘗試根據社區營造條例訂定合適健康生活發展的政策目標，我們訂定的政策目標如下：

1.以民眾與社區為主體的健康權概念必須徹底落實，在醫療衛生領域全面推動社區賦權，保障社區居民對於社區健康相關公共事務的參與權、組織權與提案權，新時代的國家衛生統治原理應立基於地方社區居民身體自主權和參與衛生公共事務能力的提升。

2.衛生醫療的基層建設必須促進社區自主的能力，強化公民意識與社區認同，社區資源整合能力，協助建立具有地方特色的社區健康營造模式，搭配社區公共領域與協議機制的建構，使健康社區的範疇能夠依一定程序經由居民共識所決定，促進以社區為主體的醫療衛生論述發展，以及專業與社區資源整合平臺。

3.以健康自主權觀照新時代的公民意識與市民社會發展，達到社區與國家資源的全面整合，這必須評估探尋具有地方特色的社區健康營造自主運作模式，協助發展具有社區主體意識和能力的領導地位，擴大社區內外的互助與連結，由下而上地推動民間與醫療衛生單位的夥伴關係，以社區為基礎建立不同層級的醫療衛生論述發起機制，配合社區總體營造與國家行政資源之整合與效率化的推展，建立符合健康城市與公民國家的政策形塑機制。

可是這樣的目標不能由上而下根據執政者的善意來達成，有許多社會基礎必須開發才能夠落實。我們利用過去一年的時間，在國健局的補助之下，結合整體的文化認同形塑和特殊的社區健康營造，以輔導的方式建立涵蓋全國的支援網絡，將結合在地文化重建的社區健康營造診斷概念導入社區，促進整體社區認同形塑。以此為基礎，我們提出了三個社區健康營造的模式，作為後續發展健康生活社區化政策的基礎。

## 貳、過去社區健康營造的成果： 三個轉型的模式

在過去的一年，藉由結合人文社會學科質性研究與敘事認同分析的資料處理與理論建構的過程，我們發現臺灣的社區在非常短的時間內經歷了快速現代化與民主化的過程，這是世界上少有的經歷。更神奇的是在這麼快速變化的過程中，臺灣的社區不但沒有被過於快速的發展破壞殆盡，反而展現了強而有力的環境適應能力，創造出更多的能力來因應快速經濟起飛與政治轉型的惡劣環境。或許也是因為這樣快速變遷的關係，臺灣的社區呈現的不是類似各個先進國家循序漸進的發展模式，由公民社會所建立安康的小社區，有點像是歐美 60 年代的社區健康中心或是 70 年代都市郊區的社區文藝復興，發展到以政府的力量協助每個社區同享幸福的努力，這也是 1977 年世界衛生組織阿麻阿塔宣言所揭示「health for all」的立論基礎（Graham, 1965；Anderson et al, 1976；

Geiger, 1984）。而有了健全的社區發展為基礎，晚近推動的健康城市才有可能，這是以城市公民政治為基礎，以民間自決的力量推動政策，可視為社區健康運動的延伸或是進階的發展趨勢（WHO, 1986；Hancock, 1993；Flynn, & Ray, 1994；Minkler ed. 1997）。可是臺灣社會政治與經濟快速變遷的腳步，打亂了按步就班的社區演變機會，許多不同發展時期的社區樣貌出現在同一個歷史時期，形成臺灣社區健康營造的特殊現象，或許這也是臺灣社區健康營造政策所面臨最大的難題。

可是危機就是轉機，我們發現許許多多社區根基還未發展成熟的地方，在自身所處現代化道路中跌跌撞撞的同時，竟然開始發展出助人與互助的模式，彷彿在政府歷經政黨輪替的困境中，社區開創了位於單一社區營造與健康城市之間的互助發展模式（周宗禎，2001；施豐坤，2001；林上清，2001；蔡篤堅，2004a）。這可說是目前舉世無雙的臺灣經驗，這些社區像是還沒長大的小孩，卻帶著比他們更為幼小的孩子手牽手過馬路，以這樣的方式健全自身的成長，也爭取到培育自身發展能力有所不足的空間與時間。舉例來說，平常部分區域垃圾滿地的臺北市中正區忠勤里，意外成功地塑造了社區防 SARS 的機制，在自己的社區還沒有完全發展之前，就以自身的優點協助其他社區發展社區防疫，而在這樣的過程中，也為自己爭取到進一步茁壯和與其他社區共同擬定政策的機會（林世明、林菁、蔡篤堅，2004）。同樣的板橋社區健康營造中心，本身還有許多社區發展的根本問題還沒解決，可是卻

在後防 SARS 時代協助臺北縣坪林、瑞芳、萬里、貢寮、板新等等社區健康營造中心的成立，成為臺北縣社區防 SARS 最大的力量。這是一個具有臺灣特色的社區營造經驗，我們決定先定義此類型為臺灣社區營造的模式，稱之為「社區健康營造中心轉型成區域支援中心模式」(黃寧秋主編，2003)。這個模式導引我們對照不同的社區發展經驗與特質，歸結出以下三個特殊的臺灣社區營造發展模式：

### 一、社區健康營造中心轉型成區域支援中心模式

我們必須承認「社區健康營造中心轉型成區域支援中心模式」的代表，本身社區營造未必完備，因此它可能只是一個具有行政能力的主體，可能是現存的社區健康營造中心、願意扶助社區發展的專業團體、或是醫療衛生社福等相關機構或是財團與社團法人，可是這樣的團體知道如何得到資源，也願意幫助其他的社區得到類似的資源，本身與其他社區發展互助合作的策略可供大家參考，就構成了「社區健康營造中心轉型成區域支援中心模式」：

#### (一)單位特質

- 1.現存的社區健康營造中心。
- 2.願意扶助社區發展的專業團體。
- 3.醫療衛生社福等相關機構或是財團與社團法人。

#### (二)健康營造的特色

- 1.達經費自主的原則。
- 2.有專業輔導其他社區進行健康營造的能力。
- 3.與其他社區發展互助合作的策略可

供大家參考。

### 二、示範社區模式

不同於前述社區與不同社區互助關係的營造來呈現社區發展的特色，臺灣也有典型的優質社區，這類的社區不會主動去幫忙其他的社區，也不會建立區域的互助合作聯盟，可是卻不斷地從事在地資源的連結，自行發展優質的社區生活，我們可稱這樣的社區健康營造模式為「示範社區模式」(李怡娟、伍茂玲，2001；張秀卿，1992；萬育維，1992)。這樣的社區通常是由有能力實施健康生活的自主社區或是有具體社區作夥伴的單位所組成，這樣社區的定義涵蓋一般社區、學校等自主經營的網絡或是機構，評估導引包括呈現在地化的社區健康營造機制、具體推動社區健康生活公約、本身營造策略可供其他社區健康營造參考，這就構成「示範社區模式」：

#### (一)單位特質

- 1.有能力實施健康生活的自主社區或是有具體社區作夥伴的單位。
- 2.社區的定義涵蓋一般社區、學校等自主經營的網絡或是機構。

#### (二)健康營造特色

- 1.呈現在地化的社區健康營造機制。
- 2.具體推動社區健康生活公約。
- 3.自身營造策略可供其他社區從事健康營造參考。

### 三、部落自治區推動模式

第三種模式是「部落自治區推動模式」，這是臺灣近年原住民自治運動或稱部落重建運動所衍生的特殊模式，這是一個由現行縣轄市到人口接近萬人的小鎮或是

行政區域、可能是「社區營造條例」通過後經居民自決後新劃分的行政區域、或是有能力發展由下而上的部落自治區政策的單位，這樣的模式必須建立健康立法示範，帶動多元的部落發展，發展由下而上的健康部落政策，以原住民自治區為單位，發展具有總體營造內涵的健康生活促進方案，營造策略可作為部落自治制定模式的參考，這就構成了「部落自治區推動模式」：

#### (一)單位特性

- 1.由現行縣轄市到人口接近萬人的小鎮或是行政區域。
- 2.社區營造條例通過後經居民自決後新劃分的行政區域。
- 3.有能力發展由下而上的部落自治區政策。

#### (二)健康營造特色

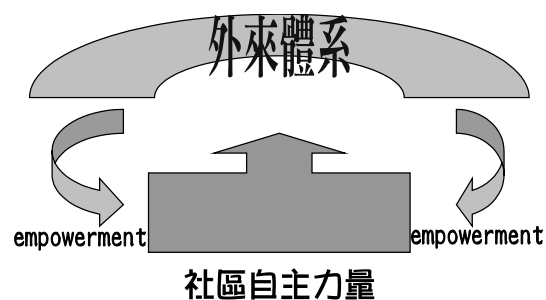
- 1.建立健康立法示範。
- 2.帶動多元的部落發展。
- 3.發展由下而上的健康部落政策。
- 4.以原住民自治區為單位，發展具有總體營造內涵的健康生活促進方案。
- 5.營造策略可作為部落自治公約制定模式的參考。

我們建議這三個具有互斥性質的，座落於不同社會學科分析層次的模式，可作為評定健康營造成果與轉向健康生活社區化的建議與參考。

### 參、形成模式的理論依據與 社區健康營造的歷程回顧

我們認為衛生醫療體系與社區並非必

然對立，跳脫對立的可能情境端賴於體系必須成為社區自主力量形成的資源，這也是充能（empowerment）概念的內涵。目前臺灣衛生領域不易獲得社區自主力量的支持，原因大半在於絕大部分的資源屬於外來體系，並非社區力量可以掌握，如何改變這狀態成為左右社區健康總體營造成敗的重要關鍵（Hollister et al, 1974；Flynn & Ray 1994；Minkler ed. 1997；蔡篤堅，2004a）。如此的經驗也挑戰著傳統社區經營者區別外來客與在地人的視野，繼承過往經驗自我與他者的區隔並不足以成為共謀社區營造的障礙，重點是有無可能依據經驗共享的參與式決策模式創造共同行動的可能。成功的社區健康營造，需要所有的參與者本著承認彼此差異的同理心，共同開創在地認同形塑的可能。（圖一）



圖一

說實在，不論是政府組織或是專業團體，本身都是與社區不同的體系延伸物，由此角度反省，醫療院所、政府組織、乃至具有超越地區認同形塑範圍之人際和組織網絡形成的團體，都代表某種體系的力量。這不意味著這些機構與團體都對社區認同形塑無益，值得提醒的是這些團體都有著依附所屬體系而可能對社區產生具破

壞性的作用，如何讓足以形成在地認同的網絡有著自主利用體系資源的能力，成為這些機構與團體角色扮演的關鍵。也因此應用學術知識於社區工作的可貴關鍵，在於了解自身的立場和能力的侷限，對於社區認同的形塑有著促成的效果，反之過於強調普遍性的追求現代化視野，則可能是體系負面影響社區認同形塑的根源。而當前社區健康總體營造的政策確有著促成社區自主的視野，然而進一步發展兼具地方和宏觀視野之臺灣社會轉型契機，猶待社區營造經驗回饋（謝曼麗，2000；林上清，2001；蔡篤堅，2004a）。

整體來說，有志於經營社區的人們，應藉同理心由所處場域營造互為主體的集體行動可能出發，定義自身為具社區「媒合」功能的角色，促成新的社區運動發展可能（蔡篤堅、呂佳蓁，1999）。在這過程中，不僅是個別的研究者，相關領域的公共衛生和政策研究單位，如何援引當代思潮的反省，促成臺灣社區運動、乃至市民社會發展的自主性與相對完整性，是整個臺灣的專業社群與國家社會都必須面臨的重要挑戰，而推動「社區健康營造中心」的政策，可說是我國政府衛生部門面對這樣挑戰的全新展現。

「社區健康營造中心」的政策，源自民國八十八年詹啓賢署長任內，詹署長特地撰文提出施政理念（詹啓賢，1998）。詹署長回顧過去二十年臺灣社會變遷的經驗，首先抨擊「大有為政府」的理念，批評的方向在於「近十年來，政府對於許多公共工程，無論用地的取得、預算的編列以及時程的掌控，陸陸續續遭遇許多困

難，甚至有的公共工程還爆發一些引起爭論的弊病」；其次，詹文指出：「中小企業在國際市場上努力打拼，而為我國創造了鉅額的外匯收入，大型企業，如臺塑、長榮、宏國電子、臺積電等企業，也一一興起，使得我國民間企業漸漸成為帶動社會經濟發展的主要動力」。總結來說，詹署長認為民間企業的發展「挑戰所謂大有為政府的迷失」。詹署長進一步挑戰傳統統治者的父權思想和科技官僚霸權，指出：「過去我們常常站在政府官員的角色上認為『民可使由之，不可使知之』，或者站在科技官僚的專業角色上想像『消費者無知』。這種思考方式，很可能越來越站不住腳。」就社會整體而言，詹署長認為「現在民眾的水準是相當的高，整體民間力量的發展是不容低估的」。在這兒所說的民間力量侷限於大企業和中小企業，而抨擊的是「科技官僚」引導的「大有為政府」施政方式（蔡篤堅，2001）。（註 3）在詹署長的領導之下，衛生署開始撥款推動社區健康營造計畫，以由下而上的方式，喚起民眾的健康自覺，實踐「健康生活化、生活健康化」的目的（陳大鵬、劉榮春、李坤建，2001）。

「社區健康營造計畫」由衛生署補助經費，委託醫院、衛生所、民間團體或私人企業，結合地方人力資源，以健康講座、疾病篩檢及預防保健等方式，營造健康新氣象。第一年補助一百萬元，第二、三年各補助二十萬元。而在九二一大地震之後，更積極推動災區的社區健康營造計畫，第一年結合醫學院校提共同計畫者以一百九十萬元為上限，第二、三年各以二十萬元為上限。據當事主辦的政府官員透

露，第二、第三年壓低到二十萬元，主要原因在於首次承辦這樣的計畫，又爲了避免後續計畫受到過多的政治壓力干擾，故先壓低經費避免浪費，主事的官員當時認爲績優的單位還會另外編列補助經費。然而因爲國民健康局成立時，人事銓敘的問題加上所處地緣在臺中的關係，原來在保健處執行相關業務的官員紛紛離職，「社區健康營造計畫」和「921 災區社區健康營造計畫」就如原先設定的方式實施至今，並沒有後續的輔助政策。由於有中心反映差距太大更難辦事，因此從善如流在第二批改爲六十萬、四十萬和四十萬。試辦期間，總數一百四十萬元不變，每年分配多少還是有討論的空間（陳大鵬、劉榮春、李坤建，2001）。行政院衛生署自民國八十八年開始進行社區健康營造工作，截至九十一年八月底止，已在兩百二十三個鄉鎮市區（含山地離島）成立社區營造中心及展開運作。而今年（九十二年）此項工作更納入挑戰二零零八的國家發展計畫中，預期將結合二千個以上的社區機關團體，招募志工六萬二千人之多，帶動社區執行健康生活之風氣，並逐一形成社區多元化健康模式。

整體評估發展的成效，主導社區健康營造中心的前衛生署國民健康局翁局長瑞亨主張：「社區健康營造中心」之前不曾做過，而三年的規畫期限也尚未結束，目前針對部分問題逐步修正，未來將會做全面檢討。其實翁局長瑞亨是依據學者專家的建議速度「慢一點」，待現有中心上了軌道，做出成績再增設，所以才放慢了腳步，不急著達到全臺鄉、鎮、區、部落都設置

的目標，這需要再增設一百七十四個社區營造中心。如同先前規劃時的考慮，翁局長也認爲應該解決經營經費的問題，主張未來將設置評鑑標準，瞭解各中心組織架構、志工培訓、運作模式和能否永續經營等，翁局長瑞亨表示對營運不錯的中心核發經費，各中心無需擔心財源問題，但要考慮能否永續經營？（陳大鵬、劉榮春、李坤建，2001）

其實社區健康營造已有多種成效，各社區健康營造中心各有巧妙的方法營造健康。如臺南歸仁鄉由學生利用電腦統計分析地方居民的健康狀況；臺南安南、花蓮吉安社區培育「體適能」種子隊；臺中中山醫學大學、中國醫藥學院附設醫院、屏東基督教醫院等醫院舉行「健康新煮張」、「要活就要動」及「潔牙保健康」等活動吸引居民熱烈參與；桃園壠新、彰化秀傳、花蓮慈濟及門諾醫院還將骨質密度檢測、體脂肪、肝炎、眼科、乳癌及子宮頸癌等篩檢送到社區；花蓮慈濟與門諾醫院針對原住民的需求，主動提供服務，發揮預防保健的功能。可是這一切努力都需要永續經營才有意義，能否「永續經營」成爲社區健康營造中心政策成敗的關鍵。爲求永續經營，「社區健康營造中心」亟待克服的問題包括：「社區健康營造中心」和衛生所功能重疊、社區意識尚未形成、許多中心缺乏經驗不知如何營運、缺乏評估經營成果的指標等等，翁局長認爲由於無前例可循，目前只能一面做一面修正，讓中心做得更好，民眾健康受惠（民生報，2001.12.19）。本文基本上同意翁局長瑞亨的看法，願意提出更積極的解決問題方式

來支持現有的社區健康營造中心，使得永續經營成為可能。為達此目的，我們必須協助社區健康營造中心面對下列難題：

1.如何喚起民眾的健康自覺？提高社區居民自覺意識？

2.地方政治勢力的介入，健康營造中心運作失序，辦些無關健康的活動，淪為政治的附庸品。

3.各中心直接對衛生署負責，未必配合衛生局、所的政策，突顯衛生行政體系內部的協調問題。

4.推廣人員應先了解社區居民的需求，列為優先健康策略。

5.各社區營造的手段過於粗糙，摸索成本太高，與成效不成比率。

6.健康策略、疾病防治及預防保健過度依賴專業，難以落實與社區生活；更有不少醫院與衛生所著眼於醫療利益，派出醫護人員與抽血大隊，不過是解決疾病的治標之道。

7.衛生署設限在健康飲食、健康體能、防制菸害、個人衛生、安全用藥、防制檳榔等六項議題，領域過於狹隘，各中心在營造過程中顯得綁手綁腳，或只應付上級的交差、消化補助款。

8.社區意識抬頭後，許多部會爭相經營社區，例如內政部推動「社區發展協會」、環保署進行「城鄉風貌再造」、文建會實施「社區總體營造」，現在衛生署也搞一個「社區健康營造中心」，每個單位都砸下數億經費，但參加的常是那些老面孔，不但浪費資源，且成效不彰，為何不整合各項資源，把錢花在刀口上？（民生報，2001.12.18）

面對這些有關永續經營的難題，李前衛生署長明亮巡視南投集集社區健康營造中心時，對於集集社區健康營造中心以地方文化特色凝聚居民情感，再藉由居民互助，照護彼此健康的作法，給予高度肯定。集集地區的社區健康總體營造是將社區總體營造觀念，落實到社區健康維護上，似乎為尋找永續經營提供了一種可能。從民國八十九年六月集集社區健康營造中心成立以來，首先透過集集的藝術、文化、歷史課程，強化集集的社區認同；現在，每兩周至少有一次健康志工訓練課程，並在各地設立據點和分配負責的志工，從社區互助控制高血壓著手，慢慢擴大到糖尿病、骨骼肌肉痠痛等常見的慢性病，以了解集集人的健康需求，並充實衛生所功能，擴大對居民的服務。（民生報，2001.1.6）九二一災變之後，集集社區以口述歷史結合互助家庭的社區營造方式，藉以幫助集集地區的民眾能夠結合社區內現有資源，並配合外來的助力去發掘或運轉培養其社區內部機制，同時在教導該社區民眾動員起來，以達到自行解決社區內居民真正的生活需求及醫療保健需求問題的能力，讓當地社區居民的力量即便在外來的幫助撤離時，也得以繼續並發揮達到幫助自己提昇獲取醫療服務資源的目的。如此搭配以口述歷史重塑在地文化認同的社區健康營造方式，似乎可面對需要永續經營的困境，與衛生所充分整合的健康營造機制的建立，也克服衛生體系與社區發展可能的杆格，發展集集社區健康營造的經驗，成為本研究的重要基礎之一。

更重要的是，本研究蘊含著進一步釐



清社區健康發展的可能，讓視野超越我們這時代對於健康城市的定義。其實有關健康城市的觀念不斷地影響著目前臺灣許多社區健康營造的視野，如衛生署國民健康局所提供的社區健康營造手冊，主要依據1986年 Hancock 及 Duhl 對「健康城市」的定義，強調健康決策過程的重新建構，並將權力轉移至地方層次，主要目的在於減少健康不平等，保護環境，加強社區行動，以及將健康意識置於都市政策之議程中（Hancock, 1993；Duhl, 1996；李怡娟、伍茂玲，2001）。如此定義的優點在於讓健康議題普遍化，提升到一般市政重要議題之列，可是在鼓吹在地特色和文化史蹟保存之餘，這樣的定義很容易讓臺灣人誤以為健康社區的營造可藉由普遍性的健康議題設定來達成，忽略了地方文化與健康需求的異質性，如此過度追求一致的形式表現，反而讓社區健康營造難以為繼，因為過度普遍性的議題難以滿足地方特殊的需求，民眾也就缺乏參與的動機，社區健康營造也就失去了動能。其實對地緣差異和文化特殊性的警覺，早在六零年代歐美的社區健康運動就有著充分的警覺，以美國為照顧少數民族和貧窮偏遠地區所發起鄰近健康中心運動，就對社群認同的歧異與社區特殊風貌會大幅影響社區的健康需求非常警覺，而社區健康的運動也因著對在地文化價值的重視，隨著多元文化認同浪潮的興起，搭配著民權運動的社群社區認同塑造蔚為風潮（Graham, 1965；Livatan, 1969；Bellin and Geiger, 1976；Geiger, 1984；Tsai, 1996）。反觀在臺灣目前進行中的社區健康營造，似乎沒有令人驚艷的

成果，使得推展工作也遲緩了下來。

可是集集結合口述歷史的經驗卻呼應歐美六零年代社區健康運動史的經驗，唯有搭在形塑在地認同的動力之上，社區健康營造才可產生非凡的動力，即便在九二一災後不久的時光。這些景觀我們認為與其說是口述歷史神奇魔力所造成的，不如說健康的議題也須扣連影響更為深遠的社群認同的形塑，才能夠有足夠的動力，而如此開展出來的社區健康運動，不僅受惠於鄉土認同的努力，也有助於強化進行中本土化的運動。目前面臨歷史失憶的臺灣，地方上方興未艾的文史工作和口述歷史努力意味著尋求認同的渴望，或許也僅有搭在這股認同形塑的風潮，我們才有機會許諾社區健康營造一個滿意的發展與未來，這也是社區總體營造的意義。面對以老年人和慢性病漸漸增多的社會，口述歷史更有助於我們多理解一些患者的感受和能力的，除了有著重塑社群史的功能之外，更有著充能（empower）病人、促進理解和擬定參與式介入計畫的功能，積極培養社區健康營造中所需的自立能力。

如何培養自立解決的能力？首先針對社區民眾的需求究竟是什麼進行瞭解，畢竟瞭解需求才能迎合改善的議題。很多時候社區民眾的需求卻被忽略掉，取而代之卻是外來力量如「專業」在引導，甚至操控社區內的民眾去解決一些「專業」所謂的問題，而這些問題卻不盡然是該社區民眾的需求，真正經營一個社區必須以當地的力量做主導（Labonte, 1997）。事實上，臺灣很早即有類似社區的型態存在，不論是溯源於荷據時期或是日據時期，不過那

時人們對社區這一名詞概念並未完備，晚近社區概念的發展還是受了美國的影響，而這一概念也在六零年代因為美國國內的社會問題使得社區概念面臨挑戰，而使得臺灣的社區概念也在此時有了變化（徐震，1980；姚克明等譯，1984；Tsai, 1996）。不可否認，社區的概念將臺灣導向現代化的路上，因為社區的專業直接幫助當地人得到現代，繼而讓該地的一些公共衛生相關問題得以改善而達到現代化。然而以往臺灣都是以「專業」為一機制在主導國家整個的施政方針、國家政策、經濟財務、醫療環境及公共衛生建設等（行政院衛生署，1978，1983，1985，1986）。但是這種以「專業」作為主導一切政策的作法到了九零年代後誠然是不可行了，特別是今日社區的發展首先應以當地社區居民的需要作為出發而不應該以「專業」來主導當地民眾的取向來進行，「專業」的幫助必須和在地力量相對應，意即外來的專業力量或資源是不可以在排除在地力量或資源下進行，「專業」必須和社區民眾討論，而「專業」的幫助必須在當地社區民眾都有所瞭解、認同、對應及反省時方可涉入，但是前提必須是此「涉入」是以一種分享經驗、資源及概念為主軸的（Labonte, 1997；蔡篤堅、魏玓玲，2002；蔡篤堅，2002b）。

總之，我們認為專業對於社區所扮演的應該是一種輔助性的角色，甚至專業只能是替社區帶進一種反省勝於帶進一種經驗，而且在社區內所進行的每一項計畫在進行後都會不斷在該社區產生新的環境、帶出新的問題、釋出新的力量及資源，這些社區改變日後即形成所謂地方特殊性，

這些改變當然也就是壯大該地的社區組織和當地的社區力量的資源。因此，社區居民的需要為優先，非在地人的專業角色只是輔助絕不能是控制駕馭的角色來介入，必須由當地的自主性著眼。

## 肆、研究方法

本研究結合口述歷史和參與式的社會學科方法提出社區營造之診斷與建議，成立足以充能（empower）各地區社區健康營造點既存文化社會脈動的全國性支援網絡，在融合整體社區文化與社會演變脈絡的概念下推動社區健康營造，使得社區健康的推動得以借重在地的文化社會生命力，進而使得推動社區健康的成果又有助於維繫、強化、進而開創在地的文化認同，發展具地方特色之社區健康營造成果診斷模式（Thompson, 1988；Perks and Thomson eds. 1998；Gluck and Patai eds., 1991；游鑑明，2002；蔡篤堅，2002a，2002b）。配合充能（empowerment）策略的推動，本研究的特色在於將研究經費視為培育各個營造點擴大在地資源的連結，使之能以自給自足的方式擁有結合口述歷史組織運作的社區健康營造診斷能力，並依此能力不僅持續擴大社區健康營造的地方參與及特色，更有能力與其他社區營造點形成策略聯盟，並協助其他的營造點發展類似的社區健康診斷模式。以此模式推動計畫，將有機會為全國現有的社區健康營造地區，注入新的在地化互助機制，以增能的方式帶動整體臺灣社會全面性地發展出具地方特色的社區健康營造模式。

在研究過程中，我們透過臺灣社會改造協會成立涵蓋全國的技術與資訊支援團隊，發展並推動結合口述歷史與社區健康營造成果評估的策略，選取已有初步基礎的地方作為研究點，在各個研究地點成立口述歷史工作團隊。本研究順利地成立的北部推動中心於臺灣社會改造協會辦公室，統合陽明大學、臺北護理學院、臺北醫學大學、長庚大學等致力於口述歷史與社區志工推廣的網絡，協助東華與中正兩個里、林口東南社區發展協會、板橋的板新與三民社區發展協會、以及老吾老基金會與中華民國紅十字會主辦的兩個社區營造中心；中區辦公室於中國醫藥大學，協助整合包括靜宜大學與東海大學的口述歷史團隊，協助南投與臺中地區發展社區健康營造策略；南區辦公室於高雄醫學大學，整合位於成功大學的臺南辦公室與位於屏東基督教醫院的屏東辦公室，協助屏東縣的屏東市、三地門鄉、高雄的旗津、並搭配臺南的健康城市計畫發展結合口述歷史的健康生活社區化計畫；而位於臺東縣金峰鄉衛生所的東區辦公室、則統籌位於花蓮的慈濟大學、花蓮師範學院、臺東的南島社區大學部分的老師，搭配原住民部落重建運動，透過口述歷史發展結合部落自治認同形塑的社區健康生活化計畫。以這些地方為基礎，我們發展三種可推廣至全國的在地化社區健康營造診斷與建議模式，並據此提出足以維繫、強化、進而開創在地文化認同的社區健康營造政策建議，促使政府不僅提出長遠的政策規劃，更使得類似的政策規劃能夠襄助臺灣市民社會的發展，強化政府與社會生命力共存

共榮、互相提攜的夥伴關係，為臺灣未來衛生福利社區化的發展奠定社會文化基礎，創造臺灣迎向新世紀的社區健康文化奇蹟。

口述歷史可成為動員社區，共同建立認同的媒介，這是本文作者於九二一之後參與集集災後重建和社區健康營造過程中最大的收穫。以九二一地震災後集集重建的經驗為例，我們發覺口述歷史有著除卻個別的沮喪，凝聚地方團體認同的效果。

（註 4）在集集從事結合居民力量共同經營社區口述歷史時，我們抱持著以下的方法學預設：(1)每個人都會根據自身獨特的生命經驗來建立一套具內在一致性的認同與道德敘事邏輯，口述歷史的工作就在於協助受訪者集合情感、意義、和事件完整地陳述這套邏輯；(2)人們有能力認知人我之間的差異，口述歷史訪談時應由認知此差異出發，盡可能地讓受訪者說話，協助受訪者呈現認同邏輯所架構生命故事的完整，而訪談者也應以差異對比的方式，一方面嘗試了解他人邏輯的獨特性，另一方面也自覺自己生命經驗的獨特性，一個成功的訪談就好像自己接受了一次心理治療，因為了解他人生命敘事獨特性的同時，也了解自身習以為常的經驗的獨特性；(3)社區史的建構基礎在於擴大受訪者的差異，在有限的計畫執行時間中尋找生活背景差異最大的人們進行訪談，如此才能呈現較為全面的社區風貌（Thompson, 1988；Cavarero, Trans. By Kottman, 1997；Perks and Thomson eds. 1998；Gluck and Patai eds., 1991；張炎憲, 1993a, 1993b, 1995；蔡篤堅, 2002b）。這樣的口述歷史

形式，成就了由災後至今的社區重建活動，也促使當地建立全新的社區重建網絡。在這過程中，由在地居民與外來參與者所扮演的歷史學家，成了社區認同和思想的催化劑，而不是扮演領導者和歷史詮釋者的角色，然而如何由這樣的社區經驗發展成新的臺灣文化復興運動，似乎是未來口述歷史實踐可期待的挑戰（蔡篤堅，2002c）。根據社區介入的經驗，我們發現目前推廣的社區營造或是社區健康營造都未能以這個社區認同形塑為目標或是範圍，以致於都流於某種特殊的精英舉辦活動的形式，對於公民意識的提升與健康生活的推動有所侷限，而我們也發現口述歷史可協助我們，了解處在不同社區臺灣社會多元的文化基因，是打開臺灣社會精神分析與認同形塑大門的鑰匙，而這過程中有著更多以社群認同為基礎的史學理論和方法開創可能（張炎憲，1993a，1995；許雪姬編著，1998；梁妃儀、洪德仁、蔡篤堅，2003）。我們以口述歷史勾勒出代表性社區的發展動能與營造過程，結合社區健康總體營造診斷，進而發展擴大參與的策略，蘊含著將社區健康營造連結整體社區營造發展的可能，成為塑造臺灣認同努力的一部分，導引整個臺灣社會邁向新的世紀。

## 伍、研究成果與模式範例

由於我們利用口述歷史進行社區健康營造動力的診斷，口述歷史的優點在於尊重受訪者的價值觀點與邏輯，可以取的信任而獲得寶貴的訊息，可視野牽涉到許多

社區與個人的隱私，有許多沒有進一步整理不適合公布的資料。可是要促進社區健康的發展，隱惡揚善是非常必要的，所以我們將以建設性的觀點來呈現部分受訪者的訪談內容，這些訪談內容已然足夠協助我們已見微知著的方式，了解各地區社區健康營造主要的動力與所遭遇的問題，並提出具體的建議。在這樣的過程中，雖然我們的口述歷史訪談於二十多個社區網絡中進行，可是我們以三個具有代表性的對象寫成範例，希望協助往後社區經營的借鏡與參考，也藉此擴大這協範例原有的社區營造動力與能力，促進健康生活社區化的落實。我們選取的社區分別代表社區健康營造中心轉型成區域支援中心模式、示範社區模式、與健康部落自治區推動模式。

### 一、社區健康營造中心轉型成區域支援中心模式

我們必須承認「社區健康營造中心轉型成區域支援中心模式」的代表，本身社區營造未必完備，因此他可能只是一個具有行政能力的主體，可能是現存的社區健康營造中心、願意扶助社區發展的專業團體、或是醫療衛生社福等相關機構或是財團與社團法人，可是這樣的團體知道如何得到資源，也願意幫助其他的社區得到類似的資源，本身與其他社區發展互助合作的策略可供大家參考，就構成了「社區健康營造中心轉型成區域支援中心模式」。在此以東華里與東華社區發展協會轉型成區域支援中心來做這個模式的進一步解說：

#### (一)單位特質

1.原來的社區發展協會人際網絡發展

而來。

2.與里辦公室結合。

#### (二)健康營造的特色

1.以整合民政、社政、環保、醫療等多元的計畫案加上社區自行募款與會費收繳達經費自主的原則。

2.在後 SARS 的社區防疫網建構中展現此社區具有專業輔導其他社區進行健康營造的能力。

3.與附近里長辦公室、其他社區發展協會、各級學校、民間團體等發展互助合作的策略可供大家參考。

4.優良的社區動力，與鄰近社區關係良好，致力與自身社區更為精緻的營造工作。

5.缺乏檔案資料的建立，感到社區認同與文史工作推動的重要性，可是缺乏執行的要領，各項活動的聯會可在加強。

#### (三)口述歷史方法應用的成果

1.成立了在地的口述歷史團隊。

2.口述歷史的運用促進社區不同人際網絡的相互了解，不僅建制了數位網路資料庫，也促成社區認同形塑的新動力。

3.促進學校與社區結盟，促使陽明大學開設常態性質的口述歷史與社區志工課程。

4.以口述歷史的推動將健康生活社區化帶到全面的社區認同重建的動力之中。

5.主動協助鄰近社區的發展，成為啓動多個社區健康營造的支援中心。

#### (四)社區健康營造成果簡述

東華整體社區營造的成果朝向全人的健康生活發展，並不局限於身體健康的層面，社區整體能夠達成對周圍環境的維

護、社區老人問題的關心，更顯示出東華社區居民的社會健康程度已臻於成熟。八十九年保健志工擴大服務範圍，九十及九十一年開始走入家庭從事家庭訪問關懷弱勢團體，目前東華保健志工隊除提供定時、定點保健服務外，更主動積極參與社區各項活動包括關懷長者、環保、綠美化、巡守、解說員等志願服務工作深獲社區好評。另外我們從社區巡守隊的成立與工作方向來看，不僅只是幫忙巡邏社區，維護社區安全。更有巡守隊隊員於平日，主動幫助清除里內的違規張貼的小廣告，製作標題，海報宣導守望相助、防範犯罪的小告示。幫忙宣導其垃圾費隨袋徵收並大力倡導資源回收、幫助學童上下學安全等。除此之外，從 SARS 事件的發生，平時社區巡守隊員也加入抗煞的行列，整合原來的保健志工隊的專業力量，整個社區不但沒有聞煞色變的恐慌，還能夠有餘力去關懷北投其他鄰近社區的疫情狀況。東華社區與鄰近石牌、北投其他社區的交流觀摩，資源分享的成長與影響模式，這交流的優點在於發展快的區域，可以提供經驗給發展較晚的區域，快速達到相同水平的社區健康營造模式。

#### 二、示範社區模式

不同於前述社區與不同社區互助關係的營造來呈現社區發展的特色，臺灣也有典型的優質社區，這類的社區不會主動去幫忙其他的社區，也不會建立區域的互助合作聯盟，可是卻不斷地從事在地資源的連結，自行發展優質的社區生活，我們可稱這樣的社區健康營造模式為「示範社區

模式」。這樣的社區通常是由有能力實施健康生活的自主社區或是有具體社區做夥伴的單位所組成，這樣社區的定義涵蓋一般社區、學校等自主經營的網絡或是機構，評估導引包括呈現在地化的社區健康營造機制、具體推動社區健康生活公約、本身營造策略可供其他社區健康營造參考，這就構成「示範社區模式」，我們以因應 SARS 威脅之後發展成功的大廈型社區，林口東南社區發展協會來作為模式的解說：

#### (一)單位特質

- 1.有能力實施健康生活的大廈管理委員。
- 2.都會發展中新興社區模式。

#### (二)健康營造的特色

- 1.因應 SARS 威脅而自發形成的大廈管理委員。
- 2.取得社區健康營造中心地位後，資源由少數人把持，而且財務不再公開，這部分亟需改進。
- 3.僅有社區健康營造的計畫案加上大樓管理委員會會費收繳，尚未達經費自主的原則。
- 4.有實力堅強的網路技術能力與網站。
- 5.社區營造經驗可供其他大樓管理委員會參考，對臺灣都會區的社區營造發展具有典範與指標意義。
- 6.可加強與鄰近長庚大學的連結合作。

#### (三)口述歷史方法應用的成果

- 1.發覺社區健康營造新形成的問題。
- 2.藉由口述歷史工作坊與相關成果發

表會，建立本社區與長庚大學學生社團的聯繫。

3.透過學生社團資源的引入，形成局部的在地優勢，導引少數人決策壟斷的情況獲得改善。

4.成為長庚大學與口述歷史與社區健康營造課程的田野實驗場域。

5.迎接挑戰，發展大廈管理委員會模式的社區營造模式，期待成為類似社區的典範。

#### (四)社區健康營造成果簡述

林口東南社區是一個新興的大廈型社區，外來人口佔了大部分的居民數。因為人口結構與屬性的關係，其經營方式與其他傳統的社區有所不同。林口東南社區發展協會所試圖去建立的社區，全面並試圖去呼應現今高科技導向的潮流—網路化，下一代的教育問題等，都納入東南社區的整體發展計畫構想之中。也因為林口東南社區一開始的經營不是開始於健康營造的思維點，因此該社區的健康生活社區化早就以一個整體的方式在進行。不過等到協會茁壯了、有經費有資源之後，自然免不了開始有利益糾葛的情形出現，一些後進者直接享受成果，未嚐過前面披荊斬棘的辛勞，自然引起其他人的不滿。許多時候為了協會的和睦而妥協，但是依然存在著不知協會會往何處去的疑惑。在這樣的過程中，研究團隊導入長庚大學醫學系的學生，進入林口東南社區發展口述歷史與志工服務的醫學人文課程，以發覺社區新的動力，形成具有在地局部優勢的認同形塑網絡，才挽救這個曾經表現傑出的大廈管理形社區，協助建全在地化的社區健康營

造機制，進而使有能力推動社區健康生活公約，建立健康生活社區化的新典範。

### 三、部落自治區推動模式

第三種模式是「部落自治區推動模式」，這是臺灣近年原住民自治運動或稱部落重建運動所衍生的特殊模式，這是一個由現行縣轄市到人口接近萬人的小鎮或是行政區域、可能是社區營造條例通過後經居民自決後新劃分的行政區域、或是有能力發展由下而上的部落自治區政策的單位，這樣的模式必須建立健康立法示範，帶動多元的部落發展，發展由下而上的健康部落政策，以原住民自治區為單位，發展具有總體營造內涵的健康生活促進方案，營造策略可作為部落自治者各制定模式的參考，這就構成了「部落自治區推動模式」，我們以臺東原住民自治運動為範疇來說明這個模式：

#### (一)單位特質

1.涵蓋原住民自治區的範圍，社區營造條例通過後經居民自決後新劃分的行政區域。

2.整合衛生所、南島社區大學與多各社區發展協會的資源。

3.有能力發展由下而上的部落自治區政策。

#### (二)社區營造的特色

1.有能力建立健康立法示範。

2.透過現代的民政體系與傳統的頭目制度，有能力帶動多元的部落發。

3.正透過南島社大原住民部落的努力，推廣耆老口述史，並由後殖民論述的觀點，進行全面的文化認知再造與重新定

義健康的原住民自治區認同重塑運動，發展由下而上的健康部落政策。

4.由金峰鄉衛生所與南島社區大學原住民部所引領的部落重建運動，有著藉由整體社區營造來發展社區健康生活的企圖。

5.在原住民地區的社區健康營造的努力，將是一場重新藉由原住民歷史文化經驗來定義健康的反殖民主義鬥爭，也是一個「國中有國」的臺灣新憲法奠基運動。

#### (三)口述歷史方法應用的成果

1.衛生所的主要人員與各個不同社區發展協會的幹部，都成了促進部落歷史記憶重建的口述歷史訪談員。

2.嘗試建立原住民健康自治區的立法示範，設立多元的原住民自治區健康政策指標，建立發展由下而上的健康政策制定機制。

3.規劃出版營造策略，可作為部落自治著各制定模式的參考。

4.社區健康營造成果簡述。

臺東是原住民部落重建運動的重鎮之一，推動部落重建運動不遺餘力的金峰鄉衛生所主任高正治醫師，正透過南島社大原住民部落的努力，推廣耆老口述史，並由後殖民論述的觀點，進行全面的文化認知再造與重新定義健康的原住民自治區認同重塑運動，這也是原住民健康生活社區化的起點。透過實質部落歷史的重建與頭目和幹部的雙元體系的整合，由金峰鄉衛生所與南島社區大學原住民部所引領的部落重建運動，有著藉由整體社區營造來發展社區健康生活的企圖。在這樣的過程中，衛生所的主要人員與各個不同社區發

展協會的幹部，都成了促進部落歷史記憶重建的口述歷史訪談員，一次又一次的口述歷史工作坊培育了大量的在地口述歷史訪談人員，可以說是我們這個計畫最為成功之處。在原住民地區的社區健康營造的努力，將是一場重新藉由原住民歷史文化經驗來定義健康的反殖民主義鬥爭，也是一個「國中有國」的臺灣新憲法奠基運動。我們建議以南島社區大學與金峰鄉衛生所所建立的部落重建網絡為基礎，模仿健康城市推動計畫，與相關的縣市政府合作，以自治區的模式來推動原住民自治區的健康營造活動，而當社區發展條例通過後，經居民自決後新劃分的行政區域，進而發展由下而上的原住民自治區健康政策。這時臺東縣可藉由南島社區大學與金峰鄉的努力，建立原住民健康自治區的立法示範，設立多元的原住民自治區健康政策指標，建立發展由下而上的健康政策制定機制，以行政區為單位，發展跨局處的健康生活促進方案，協助各部落建立可參考的健康生活社區化工作選項手冊。而如此宏觀格局建立之後，也可與所有臺東縣的社區健康營造中心結盟，將這樣的經驗推展到所有需要的地區，成就更為宏觀的社區健康營造規模。

## 陸、結論

本文結合口述歷史和參與式的社會學科方法，提出社區營造之診斷與建議，成立足以充能（empower）各地區社區健康營造點既存文化社會脈動的全國性支援網絡，在融合整體社區文化與社會演變脈絡

的概念下推動社區健康營造，使得社區健康的推動得以借重在地的文化社會生命力，進而使得推動社區健康的成果又有助於維繫、強化、進而開創在地的文化認同，發展具地方特色之社區健康營造成果診斷模式。

配合充能（empowerment）策略的推動，本計畫將研究經費視為培育各個營造點擴大在地資源的連結，使之能以自給自足的方式擁有結合口述歷史組織運作的社區健康營造診斷能力，並依此能力不僅持續擴大社區健康營造的地方參與及特色，更有能力與其他社區營造點形成策略聯盟，並協助其他的營造點發展類似的社區健康診斷模式。以此模式推動計畫，將有機會為全國現有的社區健康營造地區，注入新的在地化互助機制，以增能的方式帶動整體臺灣社會全面性地發展出具地方特色的社區健康營造模式。

本文嘗試根據社區營造條例訂定合適健康生活發展的政策目標，選取三個範例，發展可推廣至全國的在地化社區健康營造診斷與建議模式，並據此提出足以維繫、強化、進而開創在地文化認同的社區健康營造政策建議，促使政府不僅提出長遠的政策規劃，更使得類似的政策規劃能夠襄助臺灣市民社會的發展，強化政府與社會生命力共存共榮、互相提攜的夥伴關係，為臺灣未來衛生福利社區化的發展奠立社會文化基礎，創造臺灣迎向新世紀的社區健康文化奇蹟。

（本文作者現任陽明大學教授暨臺灣社會改造協會理事長）



📖 註釋：

註 1：此條例與挑戰二零零八新故鄉辦公室的關係，可見新聞局網站的說明 <http://publhis.gio.gov.tw/newsc/newsc/930204/93020403.html>。

註 2：挑戰二零零八新故鄉辦公室計畫的全文，詳見 <http://www.cepd.gov.tw/2008/2008Rev-20030106.pdf>。

註 3：2001 年三月訪談衛生署保健處官員，受訪者要求匿名。

註 4：關於這方面的紀錄，詳見 2000 年醫望雜誌第三十期，口述歷史重建集集專輯。

📖 參考文獻：

行政院，「社區健康營造條例」草案，2004。

行政院衛生署，國民保健三年計畫，1999；「921 地震災區社區健康營造計畫」，1999；「社區健康營造計畫」，1998；衛生署保健計畫：籌建醫療網計畫（核定本），1986；辦理全體醫療執業中心計畫，1985；加強基層建設提高農民所得方案，醫療保健計畫（草案），1983；加強農村醫療保健四年計畫，1978。

呂佳蓁，從公共衛生到口述歷史：憶集集救災，醫望復刊第一期，2000。

李怡娟、伍茂玲，健康社區營造與護理，護理雜誌 48（1）：19-27，2001。

周宗禎，全國社區健康營造中心齊聚南縣分享工作心得，聯合報，2001.12.8。

季瑋珠，社區診斷，臺北巨流，1993。

林上清，由營造健康社區看基層衛生組織，護理雜誌 48（1）：36-42，2001。

林世明、林菁、蔡篤堅合編，抗 SARS 紀實——以臺北市中正區為例，臺北記憶工程股份有限公司，2004。

姚克明等譯，社區組織的理論與實際，臺灣省公共衛生研究所，1984。

施豐坤，社區健康營造讓災區活絡起來，李明亮肯定鹿谷、集集居民互助，民生報，2001.01.06。

徐震，社區與社區發展，正中書局，1980。

張秀卿，推動示範性社區之參考模式，社區發展季刊 57：32-37，1992。

張炎憲，臺灣史與臺灣史料；臺北吳三連基金會，1995；臺灣史研究的新精神，臺灣史料研究創刊號：76-86，1993a；悲情車站二二八，臺北自立文化，1993b。

梁妃儀、洪德仁、蔡篤堅，協助社群認同發展的口述歷史實踐——結合理論與實務的操作手冊，臺北唐山出版社，2003。

許雪姬編著，中縣口述歷史第五輯：霧峰鄰家相關人物訪談紀錄：頂厝篇，豐原中縣文化，1998。

陳大鵬、劉榮春、李坤建，臺灣地區城鄉醫療資源調查採訪社區健康營造中心篇（上）鄉鎮鄰里掀起一股健康熱，民生報，2001.12.18。

- 游鑑明，傾聽她們的聲音，臺北左岸出版社，2002。
- 黃寧秋主編，打造文化新市鎮：戀戀舊鐵道夢幻新故鄉，臺北縣板橋市板新社區發展協會，2003。
- 萬育維，示範性社區推展創新計畫的原則，社區發展季刊 57，23-31，1992。
- 詹啓賢，衛生政策的基本理念，衛生報導第 8 卷第 2 期，2-10，1998。
- 蔡篤堅，2004a；社會變遷與政府政策對民眾求助模式的影響——攸關現代醫學的反省與思考，於衛生署南投區心理衛生服務中心主辦之「諮商輔導專業訓練」，臺中草療，4 月 23 日，2004b；口述歷史與醫學人文教改運動，於教育部醫教會主辦之「醫學人文課程設計研討會暨教學觀摩會」，臺北陽明大學活動中心表演廳，12 月 1 日，2002a；由敘事認同重省知識權力的方法學初探，於高雄師範大學舉辦之「性別、知識與權力」研討會，高雄市中正文化中心第一、二會議室，5 月 23 日，2002b；口述歷史實踐與臺灣認同發展，於臺灣歷史學會編，邁向 21 世紀的臺灣歷史學論文集，臺北 稻鄉 頁 11-38，2002c。
- 蔡篤堅、呂佳蓁，臨界空間和社群想像：跨越多重邊界的災區重建旅程與市民社會催生實踐，論文發表於東海大學主辦之「間別千年：臨界空間與社會」國際學術研討會，臺中東海大學，1999.12.11。
- 蔡篤堅、魏玳玲，以「媒介的醫病關係為核心」的生物醫學科技與人文對話課程規劃構想，應用倫理研究通訊 21：52-58。
- 謝曼麗，走入社區、展現健康活力——市七家社區健康營造中心實務面面觀，北市衛生 52：4-7，2000。
- 韓乃鎮、林秀美總策劃，臺灣地區城鄉醫療資源調查採訪守護健康大家做夥伴感情社區健康營造中心篇（下），民生報，2001.12.19。
- Anderson, Elizabeth J., Leda R. Judd, Jude Thomas May, and Peter K. New (1976) The Neighborhood Health Center Program, Its Growth and Programs: An Introduction, Washington, D.C.: NANHC.
- Bellin, Seymour S. and H. Jack Geiger (1976) "The Impact of a Neighborhood Health Center: A Study of a Low-Income Housing Project," in Robert L. Kane, Josephine M. Kasteler, and Robert M. Gray eds., The Health Gap: Medical Services and the Poor, New York: Springer Publishing Company.
- Cavarero, Adriana, Trans. By Paul A. Kottman (1997) Relating Narratives: Storytelling and Selfhood, London & New York, pp.1-80.
- Duhl, L.J. (1996) "An ecohistory oh health : the role of "healthy cities", Am J Health Promotion, 10(4), pp. 258-261.
- Flynn, B.C., Rider, M. & Ray, D.W. (1994) "Empowering communities: Actions research through healthy cities," Health Education Quarterly, 21(3), 395-405.
- Geiger, H. Jack (1984) "Community Health Centers: Health Care as an Instrument of Social

- Change,” in Vicor W. Sidel and Ruth Sidel eds., *Reforming Medicine: Lessons of the Last Quarter Century*, New York: Pantheon Books.
- Gluck, S. Berger and D. Patai eds. (1991) *Women’s Words: The Feminist Practice of Oral History*, New York and London: Routledge.
- Graham, Elinor (1965) “Politics of Poverty,” in Ben B. Seligman ed., *Poverty as a Public Issue*, New York: Free Press.
- Hancock, T. (1993) “The evolution, impact and significance of the healthy cities / communities movement,” *J of Public Health Policy*. Spring, 5-18.
- Hollister, Robert M., Bernard M. Kramer, and Seymour S. Bellin (1974), “Neighborhood Health Centers as a Social Movement,” in eds., *Neighborhood Health Centers*, Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Labonte, Ronald (1997) “Community, Community Development, and the Forming of Authentic Partnerships: Some Critical Reflections,” in Minkler, Meredith ed., *Community Organizing and Community Building for Health*, New Brunswick, NJ and London: Rutgers University Press.
- Livatan, Sar A. (1969) *The Great Society’s Poor Law: A New Approach to Poverty*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Minkler, Meredith ed. (1997) *Community Organizing and Community Building for Health*, New Brunswick, NJ and London: Rutgers University Press.
- Morone, James A. (1990) *The Democratic Wish: Popular Participation and the Limits of American Government*, New York: Basic Books.
- Perks, Robert and Alistair Thomson eds. 1998, *The Oral History Reader*, London and New York: Routledge
- Thompson, Paul (1988) “Historians and Oral History” in *The Voice of the Past: Oral History*, Oxford, New York, & Toronto: Oxford University Press .
- Tsai, Duujian (1996) *Transformation of Physicians’ Public Identities in Taiwan and the United States: A Comparative and Historical Analysis of Ambivalence, Public Policy, and Civil Society*, Ph. D. Dissertation in Sociology, University of Michigan, Ann Arbor.
- World Health Organization (WHO) (1986) “Ottawa charter for health promotion,” *Health promotion*, 11(4), pp. iii-iv.