

部落改變促動者培養及媒體介入計畫

李明憲

壹、前言

台灣原住民族在強勢的漢人文化主導的台灣環境中生存，雖有高山原住民仍能堅持自己的文化，平埔族群卻因接觸而逐漸消失；資本體系衝擊著以農漁獵生活為主的高山原住民生活型態。於是台灣原住民短短半世紀要由初民社會走向資本社會，造成原住民在社會、經濟、教育、醫療方面都與主流社會的比較標準有極大的落差。

台灣原住民的健康狀況數年來的比較研究顯示與臺灣一般漢人的健康狀態有一段差距。經歸納整理可分下列幾點：菸酒檳榔的使用率過高、精神健康不佳、感染疾病盛行、意外災害居高不下、慢性疾病盛行。

在原住民接觸高度社會化的一〇〇年之後，雖然一方面嚐到了文明便利的滋味，一方面也因為衝擊太大適應不良而深受其害。僅僅接觸西方文明社會一〇〇年的台灣原住民。如果要完全的利用西方的文明來重新塑造台灣原住民的價值觀，雖然能極迅速的與主流社會融合，卻從此成爲失根的原住民。

因此，在原住民傳統行爲價值尚未完全消失之際，尋求以原住民傳統的認知方式來解釋並推動健康促進，使部落住民都能清楚自

己的健康在族群、部落的意義，這應該是未來應努力的方向。

但是首先必須面臨一個實際的問題，部落健康促進模式如何推動？原住民的健康問題絕不是以單一的方法所能夠解決，其中涉及文化、宗教、經濟等等因素，因此整體性的健康促進模式應是目前較能獲致成效的方法，目前常被運用的健康促進模式包括美國疾病管制中心（Center for Disease Control）所推動的 Planned Approach to Community Health (PATCH) / Dignan, L., & Carr, M. (1981) / Ewles, I., & Simnett (1990) / Galbally, R. (1992) / Green, L. W., & Kreuter, M. W., Ross, H. S., & Mico, P. R. (1980). Sullivan, D. (1973) 等學者也提出了許多實用的模式。而有關原住民的健康促進模式主要有 Spark et al. (1991) 的健康促進模式，此模式指出三階段之模式：

第一階段 使部落住民接納部落性的健康促進計畫

第二階段 經由訓練的原住民健康工作者進行有關環境與行為之計畫推動

第三階段 經由原住民健康工作者對於部落的群體及組織開發部落本土的健康促進計畫。

但迄今對於台灣本土性的部落健康促進模式則仍未有系統的發

展，尤其在部落層次的研究，多著重於流行病學的調查，僅有胡海國（民八十一）以烏來社區為對象進行飲酒預防介入嘗試建構教育的模式。

目前衛生署醫政處正在推動原住民部落暨離島社區之健康營造工作，輔導之專家學者多以因地制宜以及尊重社區部落住民的觀點來建議修改原有之提案，各申請案亦已執行中，但是這些計畫中多次提到志工及自助組織的成立，我們不禁反問志工及自助組織的制度在一個經濟落後、失業問題嚴重的地區，有可能落實嗎？有可能建立一個可以依循的健康促進步驟嗎？

原住民部落中依賴人口、失業人口比例甚高，一般民眾的失業率約二、六%，而原住民的失業率則高達七、〇%，因顧及部落之健康必須由部落住民來解決方能永續經營，但在一個貧窮失業率高的地區，你如何能要部落進行所謂的健康促進呢？漢族及西方思維的志工模式真得能落實到部落中嗎？本計畫參酌美、澳、加拿大等國的文獻，嘗試建立部落保健員的模式，希望能夠使原住民部落對於自我的健康照顧轉為主動，並使部落的健康促進工作能夠永續經營。

所謂部落保健員，在美、澳、加拿大均有類似的制度，包括CHW (Community Health Worker)、LHAS (Lay Health Advisors)、VHWS (Village Health Workers)，目前國際上進行相關的研究已漸漸增多，然而多著重在探討工作的內容 (Ramirez-Valles J. 1999)。

不過，在 A SU SALUD 的社區健康促進計畫、the North Karelia Project 健康促進計畫 (McAlister et al. 1982; Puska et al. 1979) 以及澳洲 Pitjantjatjara Homelands 的原住民健康促進計畫 (Freeman P. 1994) 阿拉斯加的 Community Health Aide Training (McLean C.L. 1991) 中，健康工作者在社區資源的整合、招募志工、傳播健康資訊上扮演了很重要的改變促進者的角色 (change agent)。McLean 指出如果想在部落中真正的使部落動員起來，進行健康照護工作，所必須做的就是加強原住民部落健康工作者的角色，社區健康工作者主要被運用在改善較未開發的社區，透過當地人被短期的訓練後，協助社區健康促進的經營，這一種方式，在我國尚未被有系統的建立，因此研究者嘗試將引進並修正此一模式，希望此一模式在原住民部落中，可以有效幫助原住民解決自身的健康問題，並透過此一部落保健員的模式，使部落健康營造的永續經營變成可能。

本研究在健康促進介入方面，採用的理論基礎為主要來自於社會學習論、傳播行為改變模式 (communication-behavior change) 中有關新行為的建立與獲得，透過人際網路、社會支持、媒體的計畫來使新行為產生。此一運用的模式在 stanford five city project (Flora et al. 1989) 中已獲致良好的成效。

衛生署於民國八十九年開始推動原住民部落暨離島社區健康營造計畫，目的在於透過社區營造的手法達成健康促進的目標，起初之構想除因為時代潮流所趨傾向以社區的力量來解決共同的健康事務外，並與世界衛生組織推動之健康城市計畫、健康社區的方向同

步，只是在對象及行動手法上有所差異。

第一年總計核定了十九個部落及離島進行營造，至今年四月已屆滿一年，當初設定之目標在於建立部落永續的機制組織，目前已有部分部落達成此一目標，但是，在未來的數年中將如何的走下去，成了目前部落思考的問題。

在國內目前推動祥和計畫的經驗中指出，志工多數仍屬於辦參與狀態，因此，如何使原民部落住民及離島居民能夠永續參與，就必須有實驗性的計畫來驗證，研究者即參考國內外文獻擬定此一計畫，計畫之目標在於培養部落及社區中的改變促動者，並給予適當之給付，此一促動者可稱做半官方的社區工作人員，但是卻可幾乎二十四小時服務，本計畫給予適當的訓練，培育成爲促動者，且能成爲永續參與的人員，並提供更適當的經濟援助。

藉由此一促動者的養成，另建立適合各部落之教育策略及媒體，目前部落健康營造採直接進行的方式已實施一年，摸索中學習，不如如有系統的進行研究、建立模式後再進行。

本計畫將嘗試透過部落改變促動者（以下稱作部落保健員）整合部落之相關組織進行健康促進計畫，並再招募一般志工，依據相關文獻指出（Paul Freeman, 1994）在原住民的部落中，許多教育發生在非正式的小團體中，因此，本研究的目標將嘗試以家庭組織爲主要的介入對象。

而在推動媒體計畫方面，因爲目前沒有任何研究顯示台灣原住民最能接受的強勢媒體是什麼，也沒有針對原住民設計的衛生教育

媒體，因此，本計畫參酌相關文獻（Lachter, R.B. 1999）指出先訓練部落住民製作媒體的方式，再由住民自行製作，應該是有效的媒體教育方式，計畫者將評估成效，而媒體的形式則不事先決定，因爲依據ASSURE模式，不應該先決定任何媒體，應先進行形成性研究並評估受眾之特性後，方才決定何種媒體最爲有效。

但因本計畫顧及目前各地區之部落健康營造陸續全面開展，需要媒體的支援，在評估各族的需要性及專家委員會的決議下，其中飲酒預防亦列爲主要主題，因此除了實驗部落爲了建立健康促進模式，將製作多樣性的健康傳播媒體評估成效外，其餘各族將先僅運用部落的人力製作本土的錄影帶，至於錄影帶傳播對象區隔，將視各族之飲酒問題嚴重性，而由部落的製作委員會決定，此錄影帶製作可視爲社區議題設定的起步，透過製作影帶此一議題，部落健康促進的工作也將展開。

貳、計畫內容

一、計畫目的及工作項目：

本研究爲一實務型的計畫，研究目的有兩個，第一個目的在於透過訓練部落中的住民自我成長成爲部落保健員的方式，來推動部落自決的健康議題，並嘗試建構原住民健康促進的本土性模式。研究的方法採用擬實驗設計，選定實驗部落及控制組部落各一個，實驗部落將進行保健員訓練及教育介入，教育介入的方式包括媒體教育、部落教育計畫，計畫共分四年實施，第一年主要工作在於選定

實驗部落，進行保健員訓練以及部落資源評估，第二、三年在於進行教育介入、過程評價，第四年在於保健員制度及健康促進結果評價。

第二個目的在於結合保健員制度，整合部落民眾逐年對於台灣各族原住民的健康議題製作相關的教育媒體（飲酒錄影帶）並建立教育策略，以提供全面推動的原住民部落健康營造中心使用。

本研究最大的價值在於嘗試找出部落中改變的促動者（Change Agent）以建立部落保健員制度，並推動部落化的教育策略，此一半官方的制度使部落中缺乏的基層預防保健人力，獲得支援，並使得醫療衛生系統所無法深入教育、服務的項目，得以在部落中永續經營。

預計四年完成之工作項目如下

第一年 工作項目試擬如下：

- (一) 選定花蓮縣池南部落（阿美族）、水源部落（太魯閣族）、馬遠部落（布農族）擬定健康促進之實驗計畫內容
- (二) 部落資源分析
- (三) 建立原住民部落保健員訓練課程及認證制度
- (四) 訓練原住民部落保健員
- (五) 建立原住民部落保健員之管理制度
- (六) 分析部落資源
- (七) 部落基本健康資料調查
- (八) 分析部落健康傳播管道

(九) 與部落住民決定部落特殊健康議題

(十) 製作阿美、太魯閣、布農族之飲酒教育錄影帶等相關教材

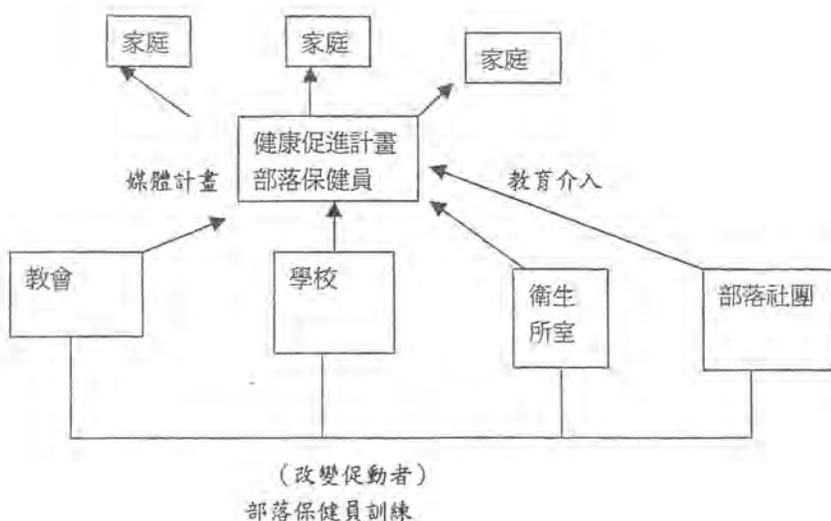
第一、二年 工作項目

- (一) 對各年齡層進行部落健康議題之教育介入
- (二) 原住民部落保健員制度過程評價
- (三) 部落特殊健康議題縱貫性追蹤調查
- (四) 製作卑南、排灣、達悟族之飲酒教育錄影帶等相關教材
- (五) 製作賽夏、鄒族、泰雅族之飲酒教育錄影帶等相關教材

第四年 工作項目

- (一) 評價部落保健員模式成效
- (二) 評價部落特殊健康議題教育介入模式之成效
- (三) 評價部落健康促進模式
- (四) 評價飲酒教育媒體之效用

本研究部落教育介入的模式如下圖。



一一、實施方法及進行步驟

(一) 針對計畫目的之一之研究方法及進行步驟如下：

本研究將採取修正Spark et al. (1991)所提出之健康促進模式，並佐以部落保健員的模式建立，對部落所自決之健康議題進行介入。本計畫將採取參與者研究的方式來進行此一實驗。

第一階段：甄選部落保健員並採用擬驗設計選定實驗部落花蓮縣池南部落（阿美族）、水源部落（太魯閣族）、馬遠部落（布農族）三個包括及三族控制組部落各一個，共計六個。

1 進行各國文獻蒐集

2 設計健康工作者訓練課程，預計將設計為三級制

3 建立甄選標準

4 實驗部落甄選部落保健員，每部落三人

5 進行部落健康保健員訓練

6 建立管理制度

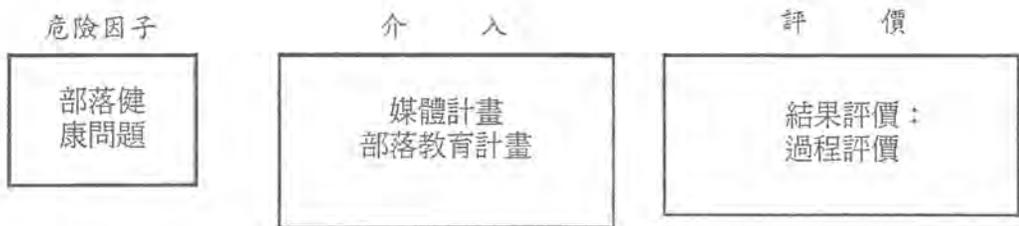
第二階段：實驗組部落健康促進介入

控制組部落不施行任何介入，仍維持原有之衛生所教育方式

1 由部落保健員整合當地醫療衛生組織進行部落健康議題評估。

2 針對將進行之健康議題先以六個月時間蒐集部落實驗組、控制組介入前基本資料後，方才進行健康促進介入，介入方式原則上由部落自決，但將參酌 Spark et al.(1991)、stanford five city project、minnesota heart health program 等整體性的社區介入模式，本研究假設透過部落保健員人際間的管道以及媒體的介入，可以使得特殊健康議題獲得改善。

本計畫不預設危險因子健康議題，乃是因為希望健康議題由部落健康工作者來進行評估，本計畫之健康促進模式設計如下表：



1. 部落健康議題評估：採用焦點團體之方式及問卷調查的方式進行形成性研究。藉以評估部落中之對象區隔、健康需求、傳播管道，以及訊息前測。

2. 介入重點：使部落住民能知悉、瞭解、獲得與特殊健康議題有關之保健技能、引起動機、包括使用

(1) 媒體計畫：運用人際傳播及電視、單張、小冊進行傳播以及自助教材。

① 衛教幻燈片製作。

② 海報製作：以生動、活潑、又富有原住民色彩的全開海報、以吸引社區居民的注意。

③ 有線電視：情商部落地區的有線電視業者製作關於部落健康危險因子的紀錄片，由原住民病患提供自己罹病的經驗，勸導部落的人不要重蹈覆轍。由原住民說服較有說服力，若母語發音更見親和力，包括患者自述上述疾病對身體、心理、家庭、部落的影響。

④ 繪製漫畫小冊：疾病防治的對象年齡越小成效越好，所以對於學校中的學齡兒童應該給予適當的衛教。衛生教育幻燈片對於學齡兒童不能太過於艱深，所以利用漫畫的方式給予學齡兒童適當的疾病防治觀念。

(2) 部落教育計畫

部落教育計畫包含人際間的接觸，透過衛生單位、本計畫團隊、部落自願和特別的組織、教會、達邦組織以及外來的自願機構、醫院以課堂、座談會、競賽活動等策略來對各個年齡層進行教

育介入。

並預計辦理誘因競賽，在部落中以誘因（如獎品）用來改善危險因子的控制，以及維繫改變維持的時間。

第三階段：對於部落保健員、健康促進模式等等成果進行評價。

1 將針對健康促進之結果進行評估，對於實驗部落及控制組部落使用問卷調查法瞭解特殊健康議題的知識、態度、技能是否獲得改善，並進行生理測指標之測量等等。

2 對部落保健員的制度進行問卷調查、居民滿意度調查及訪談，並據以建立保健員制度之建議模式

3 對於飲酒教育媒體進行評估，包括問卷、訪談、使用率調查等等。

(二) 針對研究目的之二研究方法及進行步驟如下：

1 分三年分別製作各族之健康議題及飲酒預防衛生教育媒體

第一年：阿美族、太魯閣族、布農族

第二年：賽夏族、排灣族、達悟族

第三年：泰雅族、卑南族、鄒族

2 製作方式：

本計畫除實驗部落外以動態影帶為製作重點，因為錄影帶畢竟為強勢媒體，若能因地制宜製作各族之影帶，相信有一定的成效。製作步驟仍透過部落自覺及參與的方式進行，詳述如下：

(1) 蒐集與飲酒相關之國內外錄影帶及其他媒體進行評析

(2) 以 Focus Group 的方式在部落中蒐集有關飲酒的議題

(3) 組成部落中的腳本委員會

(4) 決定對象區隔

(5) 決定內容

(6) 完成腳本編寫

(7) 外包拍攝

(8) 剪接

(9) 部落住民試看

(10) 編寫使用手冊

(11) 評估效益

參、計畫的可行性

本計畫嘗試建立一個目前公部門不敢嘗試的領域，亦即培養部落中必須支薪的社區促動者，批評者擔心未來如何支應這些人的薪水、標準為何、需要保險嗎？等等諸如此類的意見，均非常有見地，計畫者均嘗試要建立一個模式以回答這些問題，有些人認為此支薪方式不可行，但其實在山地部落中，公部門以雜費支付協助工作的住民，早已屢見不鮮，本計畫只是將其制度化，而計畫完成之時，不予給付，是否此促動者就會退出促動者的角色呢？這也是仍待思考觀察的，基本上，透過部落的參與，喚起部落的自覺，起初或許參與者會為利而來，但是我想最終人性愛的本性中就會被喚

起，這或許是計畫設計者的一廂情願，但是，計畫者亦將控制此變數，亦即透過徵選的方式，謹慎挑選促動者，並給予足夠的訓練，建立養成課程的模式，當一個促動者養成時，對於未來爭取持續的經濟補助，亦當會有許多管道產生，經濟的來源應是不成問題，例如目前許多自發性的部落文史工作室，每年均可爭取到許多財源來推動部落營造。

總結本計畫的可行性應考慮以下幾點：

- 一、謹慎的規劃部落保健員甄選制度。
- 二、完善規劃部落保健員教育訓練課程。
- 三、建立部落保健員認證制度。
- 四、運用多層次媒體行銷的觀念進行健康議題的教育。
- 五、參與、自覺、自決為推動計畫必須把持的理念。
- 六、重視形成性評價、過程評價及結果評價。

肆、結語

本計畫嘗試建構一個不同於以往的部落研究，強調找出促動者，並持續媒體計畫以擴大部落參與的模式，希望捲動部落原有的熱情、投入部落的事務，建構部落中推動部落發展的模式。

(本文作者為慈濟技術學院副教授暨東區部落健康營造輔導教授)

◎參考文獻：

¹Center for Disease Control. (1987). *Planned approach to community*

health (PATCH). Atlanta: Center for Health Promotion and Education.

²Dignan, L., & Carr, M. (1981). *Introduction to program planning: a basic text for community health education*. Philadelphia: Lea & Febiger.

³Ewles, I., & Simnett, L. (1990). *Promoting health*. London: Scutari Press.

⁴Freeman P.(1994)*Health promotion for aboriginal communities*, World Health Forum, 15:25-28

⁵Flora, J. A. Maccoby, N., & Farouhar, J. W. (1989) *Communication campaigns to prevent cardiovascular disease: The Stanford community studies*. In Ronald E. Rice, & Charles K. Atkin(eds). *Public communication campaigns*. CA: SAGE Publishers Inc.

⁶Galbally, R. (1992). *Planning health promotion: equity as intrinsic*. Paper presented at the Public Health Association of Australia 24th Annual Conference, 27-30 September 1992. "Choice and change: ethics, politics and economics of public health"

⁷Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: an education and environmental approach*. (2nd ed.). Mountain View, California: Mayfield.

⁸Lancher, R. B., Komro, K. A., Veblen-Mortenson S., Perry, C. L., &

- use in their communities:Project Northland's Youth Development Component.Journal of Health Education,30(6):330-335
- ⁶McLean CL. The health status of communities employing para-professional indigenous community health workers as the primary health care provider. Arctic Medical Research. Suppl:170-2, 1991.
- ⁷McAister, A. Puskka, P., Salonen, J. T., Tuomilehto, J., & Koskela, K. (1982) Theory and action for health promotion: Illustrations from the North Karelia project. American Journal of Public Health, 72(1), 43-50.
- ⁸Ramirez-Valles J. (1999) Changing women: The narrative construction of personal change through community health work among women in Mexico. Health Education & Behavior 26(1):25-42
- ⁹.Puska, P., Tuomilehto, T., Salonen, J., Neittaanmaki, L., Maki, J., Virtamo, J., Nissinen, A., Koskela, K., & Talalo, T. (1979) Changes in community risk factors during comprehensive five-year community programme to control cardiovascular diseases (North Karelia Project). British Medical Journal, 2(6198), 1173-1178
- ¹⁰Ross, H. S., & Mico, P. R. (1980). Theory and practice in health education. Palo Alto, California: Mayfield.
- ¹¹Sullivan, D. (1973). Model for comprehensive systematic program development in health education. Health Education Reports, 1, 4-5.
- tion project, outlined a model for health promotion for use in Indigenous communities. The conceptual framework contains three phases.
- ¹²Spark, R., Donovan, R.J. & Howat, P. (1991). Promoting health and preventing injury in remote Aboriginal communities: a case study. Health Promotion Journal of Australia, 1(2), 10-16.
- ¹³ 中華民國 (八二) 山胞健康問題之預防 國科會 DOH82-TD-004