



社區健康營造

～以高雄縣田寮鄉無菸、無檳社區為例

蘇培人

壹、緒論

世界衛生組織 (W.H.O.) 曾在 2000 年阿瑪阿塔 (Alma-Ata)「全民健康宣言」中強調，藉由落實基層保健醫療來促進民眾健康，以達成全民健康目的。藉由民眾參與的過程，使專業者與一般民眾共同發掘社區健康議題，並結合社區資源，一起解決社區的健康問題。

國內最早由內政部規劃社區發展工作，推動社會福利社區化，省衛生處過去推動成立社區衛生促進會，協助公共衛生工作推展，營造方法沒有一定的模式或內容，在文建會的社區總體營造，舉了幾個可以的切入點包括：生活問題的解決、社區環境景觀的改善、社區生活空間的創造、社區終身學習等；衛生署保健處在 1999 年至 2001 年的三年跨世紀保健計畫中，將社區健康營造訂為最終目標。

田寮鄉由西德村社區發展協會主辦 2003 年至 2005 年社區健康營造中心，作者帶領社工系學生進入該區從 2003 年擔任志工、2004

年社區實習，最後發展成學校與社政、衛生主管機關合作，從「社區健康營造」方案到「老人日托」照顧方案，範圍逐漸擴及其他社區；營造議題也由健康飲食、健康體適能、個人衛生、擴及安全用藥等。本文嘗試記錄 2010 年由衛生所主導辦理菸害防制、檳榔防制等促進社區健康之相關活動。

貳、文獻探討及重要名詞釋義

一、社區健康營造

1986 年 Hancock 及 Duhlru 將「健康城市」定義：「持續地創造並增進城市之物理及社會環境，同時強化其社區資源，使人們能夠相互支持，實行其所有的生活功能，並達到最大的潛能」。

以上所述的理想健康城市，就是希望每個社區能夠針對本身的健康議題，藉由居民自發的力量，解決社區的健康問題，進而促進社區的健康。簡單說起來社區健康營造通常有以下幾個過程：



也就是說，社區健康營造政策是要經由整合運用社區中有助於居民健康促進與保護的資源，去形塑每個社區居民健康的生活型態。

初期政府設定鄉（鎮、市）及直轄市、省轄市的每一行政區獎助建置至少一個社區健康營造中心，塑造一個社區、一個生活圈的民眾能自發性地經營創造在生理、心理、社會各方面都健康的社區和居民，它所運用的資源主要是在內在的，必要時再尋求外部支持。所以即使在開始的階段會有輔導介入，但介入的範圍應以從旁觀察及於必要時指引其辦理的方式和方向為原則。

行政院於 2005 年，為宣示政府推動社區發展之決心，提出「臺灣健康社區六星計畫」，以產業發展、社福醫療、社區治安、人文教育、環境景觀、環保生態等六大面向作為社區評量指標；計畫強調建立由下而上提案機制，營造一個「永續成長、成果共享、責任分擔」的社會環境，讓社區健康發展。計畫對於社區定義已經不同於衛生署保健處，縮小為以部落、村里、社區等地方性組織為核心，鼓勵結合區域性及專業性團體之共同參與及投入，至 2007 年後至今全國至少已經成立逾 400 家社區健康營造中心。

二、社會計畫模式（Social Planning model）

蘇景輝（2003）將 Rothman 的三種社區工作模式修正為社區發展、社區計畫、社區行動三大類：「社區工作者要能針對不同的狀況而應用單一的模式協助社區民眾解決問題。例如當社區中的人口同質性較高時，或意見較易取得一致時，可以運用社區發展模式；當社區問題是來自強勢者的壓迫、剝削時，可採用社會行動模式；當社區問題較為複雜，不是一般社區民眾能自行應付時，要採用社會計畫模式。所以一個社區工作者要有能力去評析社區的狀況，然後採用合宜的模式去解決問題，而不是執著某一特定模式及其背後的意識形態，或固執於特定的工作方法。」

社會計畫模式著重以問題解決的技術去解決具體的、實質上的社區問題。此模式以理性的、謹慎的計畫去控制變遷，對社區成員的參與要求，會因問題狀況或社區組織本身的狀況而有所不同；此模式假設在一複雜的社會環境下，需要專門的計畫者（expert planners），透過技術能力的運作，包括操作大型科層組織，才能夠引導複雜的變遷過程，並設計各種計畫與政策，以有效的方式執行之，將各種服務輸送給有需要的人群。

三、食用檳榔、抽菸對身體的危害

（一）食用檳榔對身體的危害

在臺灣，檳榔是一種普遍被中下階層勞工、農民所食用，因為檳榔對他們來說可以使他們在工作中保持一定的清醒，在社會人與人互動的過程中有時也會看到，互請檳榔或香菸的習慣，因此食用的人口越來越多，成癮的比例也越來越高。衛生署國民健康局 2008 年統計，吃檳榔的人口占全臺的 15%，以 30-49 歲占最多（55%），學歷則以具高中職（39%）和國中（32%）占最多。就平均嚼檳榔頻率而言，有 3 成以上檳榔族是檳榔天天不離口，嚼檳榔者中有高達 7 成以上民眾是每週至少要嚼 1-2 天以上。

檳榔吃多了對身體會造成一定的負擔，也會有成癮的問題產生。金鳳英（2001）研究指出，檳榔成分中所含的檳榔鹼（arecoline）和檳榔素（arceidine），尤其是檳榔素可經由類膽素行作用（cholinomimetic effect）在中樞神經產生興奮作用，末梢神經亦可產生類似副交感神經作用。林易超等人（2000）認為，檳榔添加物中的酚化合物如荖花中的黃樟素，會導致基因毒性，而檳榔鹼亦經證實會對細胞有直接毒殺作用導致基因體變異，而發生口腔癌、肝癌等，對身體產生重大健康危害。口腔癌是國人男性增加最快速的癌症，近 10 年國人男性口腔癌的發生率和死亡率已分別增加了 85% 和 56%，每年約有 5,000 多名新診斷口腔癌個案，並有約 2,300 人死於口腔癌。

（二）抽菸對身體的危害

「飯後一支菸，快樂似神仙」，雖然政府及電視媒體都在宣導吸菸的危害，可是大多數的吸菸者都選擇去忽略這個訊息。衛生署

國民健康局 2008 年統計臺灣吸菸人口比例占 21.9%，年齡層分布比率，18 至 29 歲（21.0%），30 至 39 歲（22.4%），40 至 49 歲（24.2%），50 至 64 歲（20.7%），65 歲以上（11.7%），吸菸人口隨年齡的升高而降低。

金鳳英(2001)指出：菸草在燃燒後會產生四千多種的化學物質，其中至少 43 種有致癌性。凌莉珍等人（1997）指出戒菸後焦油致癌物仍會存留在體內，20 年後的致癌率仍是不吸菸者的兩倍以上，尼古丁毒性非常強，食用二至五毫克時就會引起噁心、嘔吐，四十毫克以上就會有致命的危險。許兆畬等人（1994）的報告指出，因吸菸而死於心肌梗塞或冠狀動脈疾病者為不吸菸者的兩倍，至於每天吸一包菸的癮君子則會增加 70% 的死亡率和三到四倍得到缺血心臟病的機會。凌莉珍等人（1997）研究發現吸菸者齒槽骨的破壞程度為不吸菸者的三倍，老菸槍更高達七倍之多。

參、田寮鄉背景分析

一、地理特性

高雄縣田寮鄉位居高雄西北隅，東與旗山鎮為界，西以大崗山、小崗山與阿蓮鄉、岡山鎮為界、南以阿公店溪與燕巢鄉為鄰、北方和臺南縣龍崎鄉、高雄縣內門鄉毗鄰。四面為高山、河流環繞阻隔，形成閉塞，來往不易，鄉內山巒起伏地廣人稀，加上土質貧瘠、皆為灰大黏土岩塊、不蓄水分，土地總面積 92.6802 平方公里，可供耕種面積有限僅 1028 公頃，山林地占 7,359.29 公頃，可說是最貧瘠的鄉。田寮鄉總共分為崇德村等十

個村。對外交通只有高雄客運可搭乘，鄉內各村落沒有公車路線，大多以機車代步。

二、歷史特性

根據史書所載，田寮鄉初無部落，先民來往時，於田畔蓋茅室居之，田邊之草「寮」以方便耕作，故名之曰「田寮」。後來，慢慢移民居住，遂形成村落，至於何時建寮、何時始成部落，已無從查考，反映了歷代先祖慘澹經營的苦心更印證了鄉民勤勞儉樸、刻苦耐勞的習性，敦厚的民風。

三、人口特性

依據田寮鄉戶政事務所 2010 年 11 月統計田寮鄉性別年齡人口數總計 8233 人，男性

為 4570 人，女性為 3663 人。以務農人口居多（占 60.9%），鄉民以種植耐旱之果樹維生（番石榴、芒果、龍眼、棗子等）。畜牧業則以養豬、雞、（土雞城）羊、蜜蜂為主。田寮鄉設有國中一所、國小二所、幼稚園二所，田寮鄉山多田少，可耕面積有限，又沒有工廠，因此年輕人大都到外地謀求發展。因為交通不便、引水困難、生活落後、造成人口外流嚴重為全市之冠，據衛生所由保健計畫初步預估，外流率可達五成左右。人口密度為 89.8 人/平方公里，人口聚落十分零散。2008 年 65 歲以上老人人口業已達 24.3%，老化程度約略是臺灣整體的 2.5 倍，遠遠大於其他鄉鎮市。

表 1：2000 年至 2009 年田寮鄉人口數

年度	戶數	人口數			增減(百分比)
		男	女	合計	
2000	3819	5371	4251	9622	-201(-2.04%)
2001	3797	5366	4349	9715	93(0.96%)
2002	3741	5281	4220	9501	-214(-2.20%)
2003	3698	5161	4077	9238	-263(-2.76%)
2004	3653	5027	3952	8979	-259(-2.28%)
2005	3648	4957	3921	8878	-101(-1.12%)
2006	3610	4874	3847	8721	-157(-1.76%)
2007	3592	4798	3778	8576	-145(-1.66%)
2008	3556	4686	3755	8441	-135(-1.57%)
2009	3559	4613	3712	8325	-116(-1.37%)

資料來源：田寮鄉戶政事務所

四、醫療保健系統與社區資源

醫療保健資源嚴重缺乏，全鄉僅有一位醫師（衛生所主任），公衛護理人員六人擔任

鄉民的保健工作，例假日與晚上即成為無醫鄉。衛生所醫療服務以老人為主，老人要到衛生所就醫，大部分都必需得自行走路、家人接送或甚至花費數佰元的計程車費，因此

造成鄉民有病痛能忍則忍，或自購藥物、或找偏方服用、或依賴密醫治療，鄉民的醫療安全及健康堪慮；在預防保健、治療管理方面，有相當程度的困難。

參、2010 年田寮鄉無菸、無檳計畫

一、處境分析

田寮鄉各項資源均缺乏，屬高度老化之醫療資源缺乏地區，鄉民的教育程度一般為小學以下，尤其是老人；環境使然令鄉民養成能省則省、能忍則忍的醫療保健行為，普遍上有延遲就醫的情形。雖然生活方式與城市落差很大，但是威脅民眾健康的致死原因仍以癌症及心血管疾病為主，不健康生活習慣中吸菸、吃檳榔情形嚴重，民眾普遍不以為意；鄉民戒菸、戒檳動機低落，成功者非常少。如何有效降低吸菸、嚼食檳榔人口實為公共衛生上一大挑戰。

分析 2006 年田寮鄉十大死因統計發現前五名分別為肺癌、肝癌、女性乳癌、食道癌、結腸直腸癌，口腔癌在 2004 年也排名第五位。若戒除吸菸、拒嚼檳榔將可降低各項癌症及心血管疾病的危害。

二、工作目標

- (一) 抽樣問卷調查追蹤，了解社區嚼食檳榔、吸菸相關流病資料。
- (二) 招募衛生所無菸、無檳志工。
- (三) 結合學校與農會力量，整合鄉內社區資源共同推動。
- (四) 提升社區民眾對檳榔及菸害防制、菸害防制新法正確認知達 80%。

(五) 加強口腔癌高風險個案篩檢，提升嚼食檳榔者口腔黏膜篩檢率，結合口腔外科醫師提供疑陽性個案追蹤服務，疑陽性個案發現率占高風險個案 2%，幫助個案戒除菸檳。

(六) 推動月世界無菸土雞城形象商圈，土雞城老闆都不吸菸。推動拒售菸品予未滿 18 歲青少年。推動無菸街道宣示及掃街。

(七) 開辦在家戒檳班及團體戒檳班，戒檳率達 40%。開辦社區戒菸班，招募戒菸班人數達 20 人，戒菸成功率(半年追蹤)達 60% 以上。若有需求開立國中生戒菸班，戒菸成功率(半年追蹤)達 30%。

(八) 降低全鄉檳榔嚼食總量及嚼食人口，逐年減少鄉年吸菸民眾。引導民眾健康自主管理，確實遠離菸檳。

三、推動組織與實施策略

(一) 推動組織：

由衛生所主導，結合學校力量，加入農會、牙醫診所、社區發展協會與村辦公室共同執行(如下圖 1 與圖 2)：

(二) 實施策略：

為落實疾病三段五級預防保健觀念，必須把有限資源投入加強第一級與第二級的預防工作，才能有效降低疾病發生率。除了完成衛教宣導外，實施策略應以社區培力、推廣行銷與稽查評核三方面同時進行。

除了整合運用在地有限資源外，更積極向外申請研究計畫金補助，自 2005 年起與成大醫院家醫科長期合作，每月均有醫師支援

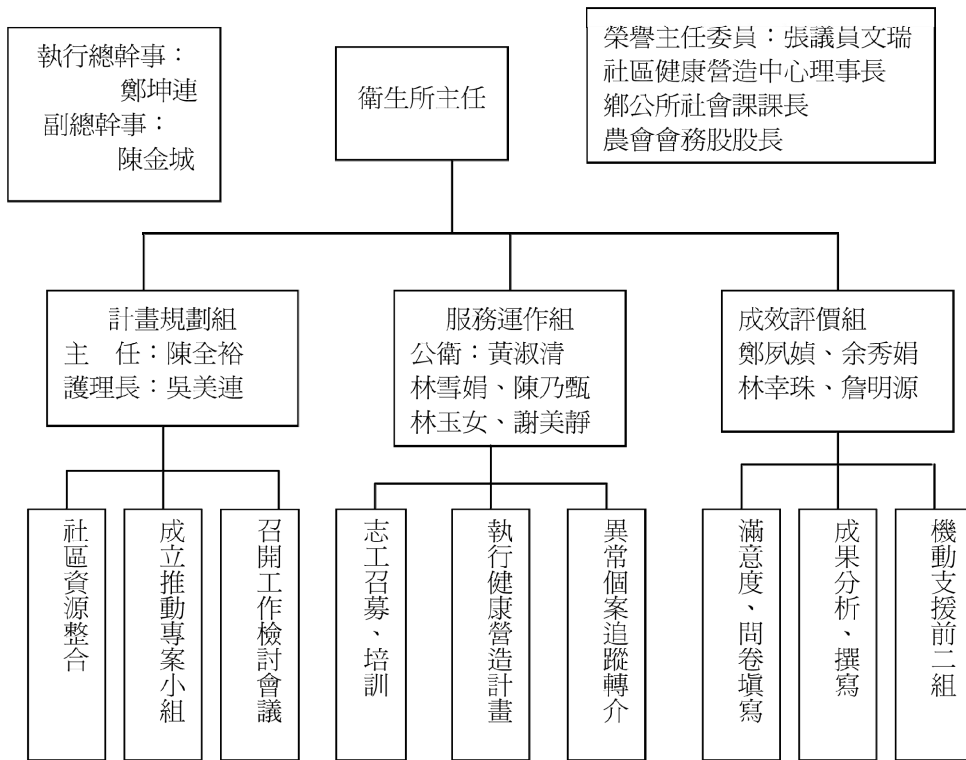


圖 1：社區健康營造推動委員會組織

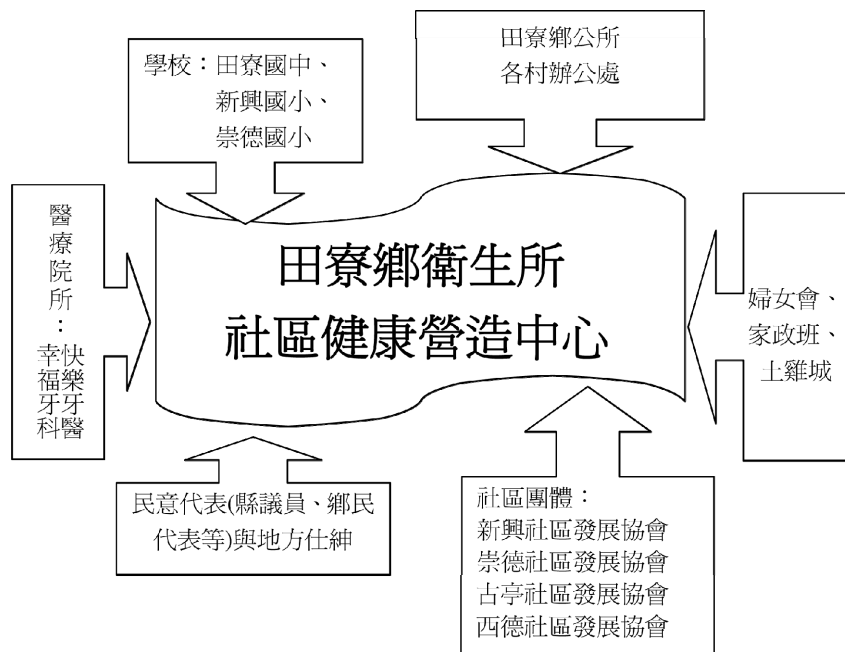


圖 2：田寮鄉衛生所社區健康營造中心結合社會資源圖

醫療服務，2008 年起也有臺南郭綜合醫院家醫科醫師不定期支援。結合學校、農會的影響力，希望屏除不健康的生活習慣能從下扎根，藉由老者影響鼓勵青壯年，由小孩影響家長，由學校影響社區。因此，五項實施策略分別為：

1. 建立社區共識：

- (1) 透過社區公約、宣言或生活規範，營造無檳、無菸社區。
- (2) 鼓勵學生與家長簽訂「無檳、無菸家庭」宣言（如附件一）。

2. 創造支持性的環境：

- (1) 於街道設立相關議題看板、立牌等，舉辦遺失的微笑紀錄片欣賞等活動提醒民眾檳榔對身體的危害並評估成效（如附件二、三）。
- (2) 校園內設立各項檳榔、菸害防制標示，透過課程及評量測驗，教導學生正確觀念；家庭作業鼓勵學生撰寫、繪出相關主題的文章、面具或圖畫，邀請家長分享（尤其是有嚼食檳榔、抽煙的家長）；設計發放衛教單張，引領家長以身作則戒除檳榔，達成上行下效。

3. 強化社區行動：

- (1) 透過社區健康營造中心、村辦公室、社區發展協會、農會與民意代表等人力物力財力資源之整合，促使民眾了解檳榔、香菸的危害。
- (2) 調查追蹤關懷民眾，鼓勵並幫助正嚼食

檳榔的社區領袖戒除檳榔。

- (3) 調查全鄉社區檳榔攤之分布情形。
- (4) 成立無菸無檳志工隊，進行教育訓練與安排社區挨家挨戶檳榔防制宣導，定期召開聯繫會報、志工會議，溝通理念與活動之執行與追蹤。

4. 發展個人技巧：

- (1) 衛生所結合各項預防保健工作機會，例如整合性篩檢、子宮頸抹片檢查及各項衛教演講課程，提供民眾之正確認知。
- (2) 結合學校透過課程安排，提供學生之認知，並引導學生簽訂「我不嚼食檳榔、抽煙」宣言。
- (3) 推行在家戒檳班，以衛生所六位公衛護士為領導，採個案管理模式引領、結合社區志工，以制式追蹤計畫與問卷輔導民眾戒檳。
- (4) 鼓勵嚼食檳榔民眾參加衛生所舉辦的團體戒檳班服務，以專業的人員、專業的知識與柔性的支持系統幫助民眾戒除檳榔。
- (5) 邀請戒檳成功者擔任志工，經驗分享，增進有心戒檳民眾的信心，鼓勵其努力不懈，提供民眾良好戒檳成功模範。

5. 重新定位健康服務：

- (1) 利用各項機會如社區各項慶祝活動、衛生所門診、巡迴醫療及居家訪視提供口腔黏膜篩檢服務（如圖 3），輔以放大口腔黏膜病變圖片以一對一方式直接衛教嚼食檳榔者。

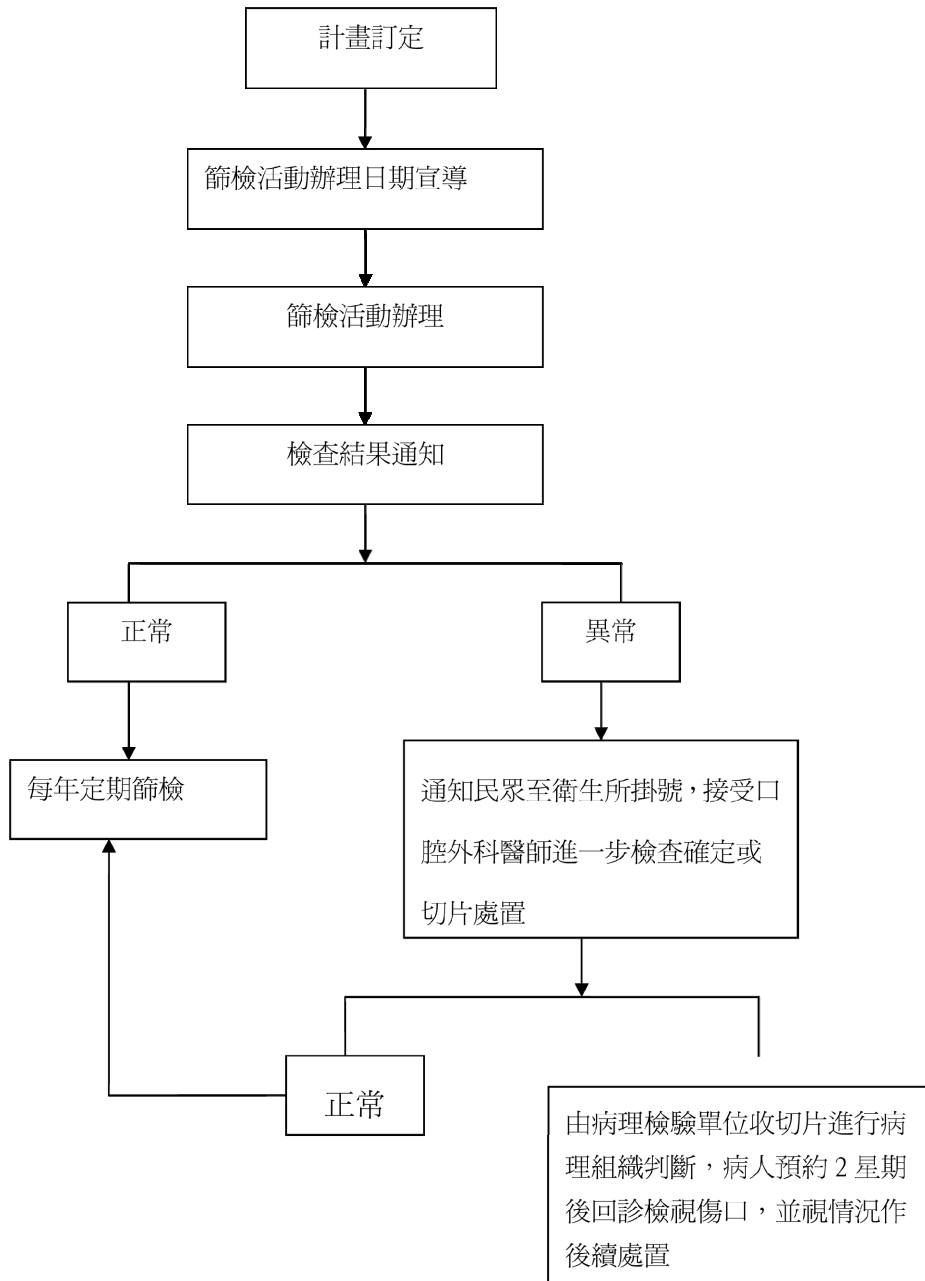


圖 3：口腔癌篩檢執行計畫流程圖

(2) 針對疑陽性個案則全力後續追蹤，直接由口腔外科醫師作後續追蹤治療服務與衛教，以專業形象改變高風險個案之不健康行為，包含戒菸、戒檳及戒酒。

(3) 以地段護士為中心，提供專業檳榔相關衛教諮詢，柔性引導民眾健康自主管理，戒除不良生活習慣，深植預防勝於治療的觀念。

表 2：工作內容與進度

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
1.工作協調及說明會										
2.開立戒檳班(團體&在家)										
3.辦理社區衛教宣導座談會										
4.辦理鄉內機關衛教宣導座談會										
5.提供戒檳榔門診諮詢										
6.無檳街道宣示及宣傳										
7.推展無檳會議、無檳校園										
8.親子座談餐會										
9.召開工作聯繫會議										
10.流行病學調查										
11.口腔黏膜篩檢暨陽性個案追蹤										
12.成果彙整與發表										
13.招募無菸無檳志工										

2010 年辦理防制菸害、檳榔危害之相關

四、工作項目執行步驟與成果

工作成果如下表 3：

表 3：工作步驟與成果

工作項目	步驟	成果
工作協調	1. 拜訪社區、學校、農會等機關團體了解計畫目的及內容 2. 辦理說明會	取得各社區機關團體支持與配合
成立在家戒檳榔班、團體戒檳班與戒煙班	1. 由社區志工、學校及衛生所地段護士廣邀嚼食檳榔民眾參加在家戒檳班或團體戒檳 2. 在家戒檳班由公衛護士依照制式追蹤計畫，以電話或家訪方式提供輔導與協助，並鼓勵班員至少參加一堂檳榔防制課 3. 簽訂戒除菸、檳榔同意書 4. 由醫師或護士上課 5. 所有班員皆可獲得紀念品一分及「衛生所感謝您關心健康，從預防保健做起」鼓勵狀一只	1. 班員接受護士追蹤協助 2. 在家戒檳榔班班員 19 員，半年追蹤戒檳成功有 11 人，戒檳成功率 58% 3. 古亭社區戒菸班 10 人、崇德社區戒菸班 11 人，共計 21 人，半年後 16 人戒菸成功，戒菸成功率達 76.2%

工作項目	步驟	成果
	6. 戒菸、檳成功者可領取精美紀念品及「戒檳勇士」證明一只，其小孩接受學校公開表揚	
辦理社區檳榔、菸害防制衛教宣導座談會	1.辦理社區檳榔防制宣導座談會鼓勵年輕民眾參加 2.設計問卷評值課程效果 3.簽訂「無檳榔社區」宣言 4.簽訂無檳榔生活規範與公約 5.簽訂「無菸、檳榔家庭」宣言	1.辦理社區檳榔菸害防制宣導座談會 10 場，每場座談會有 19-31 人參與 2.防制評值成效，民眾皆達 90%以上正確率 3.簽訂「無菸、檳榔家庭」宣言達 670 戶
辦理機關檳榔、香煙衛教宣導座談會	1. 辦理座談會，由老師或醫師安排檳榔防制課程，向學生宣導共同防制，使遠離檳榔、香煙 2. 設計問卷評值效果	1. 辦理 3 場機關學校檳榔防制衛教宣導座談會 2. 檳榔防制評值成效，皆達 90%正確率
戒菸、檳榔門診諮詢	1. 每週一至週五上午 8:00~12:00 2. 下午巡迴醫療時段	1. 民眾能獲得專業諮詢 2. 持續門診治療達 2 次以上
無檳街道宣示及宣傳	1. 裝扮田寮無檳街道 2. 舉辦無檳街道 LOGO 創意比賽 3. 舉辦掃街活動，清除檳榔渣 4. 透過學校舉辦活動(如作文比賽、演講、繪畫比賽等)，讓學生及家長認識無檳街道	1. 一個月一次大掃街，減少菸蒂檳榔渣，為無菸、檳街道(西德路+崇德路)注入活力 2. 改善社區環境衛生及加強民眾檳榔防制觀念
推展無菸、檳會議、校園	1. 拜訪地方人士取得共識 2. 開會時主席宣布場內不嚼食檳榔及禁菸 3. 由校長領導宣示為無檳校園	1. 開會會場為無菸、檳區 2. 校園為全面無菸、檳區 3. 機關場所內禁菸
親子座談會	1. 配合學校親子日，藉由學校力量與小孩影響，加強檳榔防制並增進家長戒除檳榔動機 2. 辦理健康篩檢活動 3. 支持學生鼓勵親友戒除檳榔	1. 有戒檳意願家長有 2 位 2. 簽訂無檳榔家庭宣言 30 分
召開工作聯繫會議	每個月召開一次工作聯繫會議或溝通理念與活動執行檢討與追蹤	每個月召開一次工作聯繫會議、志工會議(含訓練)
口腔黏膜篩檢暨陽性個案追蹤治療	1. 由醫師或牙醫師至學校作口腔癌防制宣導演講，為學生作口腔黏膜篩檢，增進學生的認知，減少學生嘗試嚼食的機會 2. 辦理社區整合性篩檢，由衛生所主任	1. 口腔癌疑陽性個案占高風險個案達 10%(篩檢 414 位，疑陽性個案有 41 位)追蹤 31 位完成率達 75% 2. 口腔黏膜篩檢率占達衛生局目標 80%

工作項目	步驟	成果
	或聘請專業牙醫師作口腔黏膜篩檢 3. 聘請口腔外科醫師至衛生所提供陽性個案追蹤檢查及衛教或安排至醫學中心追蹤治療	
流行病調查	1. 搜尋文獻 2. 設計調查問卷 3. 針對四村目標社區，依年齡、村別比例分層抽樣 4. 由公衛護士執行問卷調查 3. 調查過去高風險個案菸檳行為改變相關情形	1. 調查 403 位男性，有嚼食檳榔者 85 位，比例為 21.1% 2. 調查疑似口腔癌個案改變狀況，提供未來訂定衛生預防保健政策參考 3. 男性曾經吸菸率達約 63%，目前吸菸率僅 17%
招募無菸無檳志工	自熱心參與菸檳防制工作之志工中招募成為無菸無檳志工	招募無菸無檳志工 21 位
召開土雞城等商家、業者會議	增進對公共場所菸害問題的重視，使更了解菸害及新法規定，營造無菸商圈	1. 100%商店禁售菸予未滿 18 歲青少年規定 2. 辦理田寮月世界無菸土雞節慶祝活動

伍、結論與建議

一、國內醫療資源城鄉分布不均，某大醫院社工師曾感嘆說：「財團在經營 Hospital? No! 是 Hotel!」。除了少數宗教醫院經營尚能秉持非營利服務外，財團介入經營之白色巨塔早就把健康照顧產業過度「市場化」與「商業化」！以田寮人口老化嚴重卻沒有一家私人醫院願意前往經營，竟成為無醫鄉。健康營造既然是希望民眾擁有健康不生病，病患減少的結果，對於唯利是圖的醫院而言是檔其財路。難怪美國政府把私立醫院歸類為營利部門，值得深思。

二、1995 年文建會「社區總體營造」開始

民間團體由下往上 (Bottom Up) 的運作模式，然而 Bottom Up 的模式在衛生署的健康營造計畫中運作並不順暢，營造策略是否改由上而下 (Top Down)? 爭議一直不斷，由於社區健康營造需要醫療領域的專家 (醫師、公衛護士、社工等) 參與規劃，執行時更需要高門檻專門技術 (如篩檢)，實非一般社區民眾能獨立完成。田寮鄉衛生所主導辦理防制菸害、防制檳榔危害健康之相關活動，居民初期對於戒菸、戒檳意見較不易取得一致時，適合用社會計畫模式操作推動。

三、由醫師或牙醫師至學校作口腔癌防制宣導演講，為學生作口腔黏膜篩檢，增進學生的認知，減少學生嘗試嚼食的機會，同時於社區由衛生所主任或

聘請專業牙醫師作口腔黏膜篩檢，顯示民眾對口腔外科醫師下鄉駐診的接受度很好，應該鼓勵口腔外科醫師走出醫院踏入社區。醫師養成教育中之**PGY1**制度值得更加以推廣。

四、衛生署將推動社區健康營造採用契約外包的方式，其目的是試圖將民間彈性創業精神及成本效益分析能力引入政府保健服務輸送中。本計畫可看到在醫療資源缺乏的情形下，衛生所如何策略運用整合資源，並訂出量化指標，有效的建立社區共識、創造支持性的環境、強化社區行動、發展個人技巧，令人佩服田寮衛生所工作人員敬業態度。

五、如何永續經營？社區推動健康營造初期，因要辦理活動吸引民眾參與因此由衛生所（**Do for them**），但中期之後，必須與民眾、志工共同規劃與執行（**Do with them**），長遠甚至期待居民能夠有能力達到他們自己的目標，而非依靠外力（**Do by them**）；唯有社區培力，才是永續之道。本方案採用滾動式進行檢討，仍然經由不斷的評估與修正，期待社區之路越走越寬廣。（本文作者為嘉南藥理科技大學社會工作系助理教授）

關鍵字：社區健康營造、社會計畫模式、無菸、無檳社區

📖 參考文獻

- 行政院衛生署國民健康局（1999）。《社區健康營造手冊》。
- 行政院衛生署國民健康局（2006）。《社區健康營造成果發表會大會手冊》。
- 行政院衛生署（2005）。《臺灣地區中老年保健與生活規劃調查報告》。
- 林易超、柯政全、謝天渝（2000）。〈檳榔及其添加物致突變性之研究〉。《臺灣口醫誌》，16，273-95。
- 金鳳英（2003）。〈檳榔、菸、口腔健康狀況與慢性病指標之比較研究〉。
- 凌莉珍、黃惠華、謝依蓁（1997）。〈吸菸與牙周病的危害因子〉。《牙醫界》，16：47-54。
- 許兆奮、祝年豐（1994）。菸塵之成分及其人體造成之傷害。《中華職醫誌》，1：129-36。
- 蘇景輝（2009）。《社區工作理論與實務》（3版）。臺北：巨流圖書公司。
- 六星計畫 資料檢索日期：2007.3.12。網址：http://sixstar.cca.gov.tw/07_faq/detail.php?fid=31&ID=16
- 行政院衛生署國民健康局（2008）。《成人吸菸行為調查》。資料檢索日期：2011.3.18。網址：<http://olap.bhp.doh.gov.tw/search/ListHealth1.aspx?menu=1&mode=12&year=97&sel=0&mid=3>
- 行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所 資料檢索日期：2011.3.22。網址：<http://www.iosh.gov.tw/>
- 行政院衛生署國民健康局（2008）。《成人檳榔嚼食者背景調查》。資料檢索日期：2011.3.22。網址：<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/PressShow.aspx?No=200906060001>