

## 社區健康評估與健康社區評估的異同

### Differences and Similarities between Community Health Assessment and Healthy Community Assessment

陳淑眉<sup>1</sup>、胡淑貞<sup>2</sup>

Chen, Shu-mei、Hu, Susan C.

<sup>1</sup>國立成功大學公共衛生研究所 碩士

<sup>2</sup>國立成功大學公共衛生研究所 副教授

#### 摘要

雖然社區健康與健康社區的推動其最終目標都是期望居民更健康,但是由於對健康概念的不同思維,造就了社區健康與健康社區在評估與實踐面向有截然不同的發展。不同的評估面向不僅反映出不同的健康知識與建構,同時也決定健康計畫的介入及資源投注的方向。本文的目的是(1)探討社區健康與健康社區之發展軌跡,(2)區辨二者背後的理論邏輯,以瞭解其在實踐上的差異;(3)討論現階段健康社區面臨的挑戰,以為未來評估之參考。

Although the eventual goal of community health and healthy community is to promote residents' health, the different concept of health contributes diverse assessment dimensions and practices between them. Different assessment tools not only reflect different construction of health knowledge but also determinate the direction of community intervention programs and investment. The purposes of this article are (1) to review the history of community health and healthy community, (2) to compare the theoretical logic between community health and healthy community in order to understand their practice nature, (3) to discuss the challenges of current healthy community movement for helping establish possible dimensions of healthy community assessment.

**關鍵字：**健康社區 (healthy community)、社區健康 (community health)、社區評估 (community assessment)

## 壹、社區健康評估的發展軌跡

所謂社區健康評估是指一個有系統的方式去建立社區的健康藍圖，檢視社區的健康狀態及健康問題，以作為地方衛生單位瞭解社區的健康需求、規劃相關衛生計畫、排定介入優先次序、分配醫療資源，是執行及評估社區健康的重要工具(Williams, Crabtree et al. 1999; Simon, Wold et al. 2001; Cibula, Novick et al. 2003; Stafford-Alewine 2002)。

社區健康評估大抵可以以 70 年代為劃分點。70 年代之前，社會瀰漫著醫療科技對健康的貢獻，認為醫療服務的提供與醫療照護的介入可以改善社區的健康，因此當時的社區健康評估著重於診斷社區內各種疾病死亡率與罹患率(Chapman and Coulson 1972)，並評估社區所需要的照護方向以投入相關資源，其本質可說是社區健康照護的需求評估。

直到 1974 年，Lalonde 發表加拿大人的健康新觀點( a new perspective on the health of Canadians ) 指出醫療照護對健康的影響僅有 10%，生活型態才是影響健康的最重要因子，打破了長久以來的醫療神話(Baum 2002)，進而促使 70 年代之後的社區健康評估開始評估影響健康的生活型態，而非只是著重在醫療服務的需求(Nettle, Laboon et al. 1989)。

雖然此時期的社區健康評估包括醫療面及生活型態，但是在策略上，社區健康評估仍是以找出社區問題及瞭解社區需求為出發點，例如評估社區是否有如癌症、慢性病、抽菸、酗酒、藥物濫用、事故傷害、未成年懷孕等健康問題，可說是一種「缺乏與需求導向」(deficit and need oriented) 的模式來規劃社區健康計畫。這種模式雖可創造單一面向的社區特徵圖像，但卻容易使社區被標籤化為低收入、弱勢、殘障、或高犯罪社區等(Sharpe, Greaney et al. 2000)。而且社區健康評估通常是由政府、專業人員、及組織機構有系統的規劃相關政策及計畫，教導人們問題的嚴重性，並以提供服務作為問題的解決之道(McNight and Kertzmann 1999)，可說是一種上至下 ( top-down ) 的操作方式。這種操作方式雖可促使社區有正面的改變，但是卻導致社區領導人為了吸引外部資源的投入，而積極強調社區最差勁的一面或社區的缺點，因此容易造成社區居民的低自尊、低認同、依賴、及無力感(Sharpe, Greaney et al. 2000)。

## 貳、從社區健康到健康社區

Alma - Ata 宣言及渥太華憲章 ( Ottawa charter ) 是促成了社區健康模式向前邁進為健康社區模式的主要推手。1978 年，Alma - Ata 宣言明確指出健康照護的侷限，倡議初級預防的重要性，同時指出社會及經濟對健康的影響，呼籲各個部門應該要共同促進健康。因此，促使當時的社區健康評估從未段醫療邁向初級照護，以積極的促進全民健康。而 1986 年，渥太華憲

章更指出除了衛生政策，和平、居住、教育、飲食、收入、穩定的生態系統、永續資源、及社會公平正義等其他非健康領域的公共政策也會深刻影響健康，它強調社區應透過增強自身能力去改善其社會及物質環境，建立健康的公共政策，以創造支持健康的環境。

表 1：社區評估的歷史進程

	年代	里程碑	主要評估面向
社區健康評估	70 年代以前	(醫療科技是主流)	疾病的死亡率及 罹患率醫療服務
	70-80 年代	Lalonde report(1974) Alma - Ata 宣言(1978)	生活型態 預防性健康服務
健康社區評估	90 年代以後	Ottawa Charter(1986)	支持性的環境 健康的公共政策

從 Alma - Ata 到 Ottawa Charter 的歷史過程，我們發現健康社區最主要的精神就是合作與充權。Rappaport(1984)定義充權是指使個人及社區可以控制他們的生活及環境的過程(Minkler, Thompson et al. 2001)。也就是說，健康社區評估主要是關切社區參與計畫的程度、各團隊的領導能力、社區動員內在及外在資源的能力、以及在決策過程的自主程度(Laverack and Labonte 2000)。因此，健康社區計畫的重點不再只著重瞭解社區問題與需求，而是評估社區的資源，將這些資源作為促進社區改變的工具，提升社區意識與覺醒、提供訓練培養社區的領導及組織能力，以幫助社區做決定，降低對外的依賴(Hancock and Minkler 1999; Byrne et al., 2002; Stafford-Alewine, 2002)。

## 參、理想的健康社區

由上述可知，健康社區與社區健康在理念與策略上有極大的不同，健康社區除了以充權及合作為推動原則外，也體認到影響健康的因子不只是衛生醫療體系和個人生活型態，還包括社區整體的社會及物理環境。1986 年 Hancock 及 Duhi 提出所謂的健康社區是指一個「能不斷地改善社區的物理及社會環境，擴大社區資源，使社區居民可以互相支持，以發揮最大的潛能」的社區(Hancock and Minkler 1999; 胡淑貞、蔡詩薏 2004)。同時，Hancock 及 Duhi 也提出理想的健康社區應至少包括下列 11 項條件(Hancock and Minkler 1999)：

1. 乾淨、安全、高品質的生活環境
2. 穩定且可持續的生態系統
3. 強而有力且互相支持的社區
4. 對影響生活和福利等決策有高度的參與

5. 能滿足城市居民的基本需求
6. 能藉多元管道獲得不同的經驗及資源
7. 多元化且具有活力及創新的都市經濟活動
8. 能保留歷史古蹟並尊重地方文化
9. 具有城市遠景，是一個有特色的城市
10. 提供市民有品質的衛生與醫療服務系統
11. 市民有良好的健康狀況

從這 11 項條件中我們可以發現此時對於健康的概念已經從過去消極的維持健康到積極的促進健康的機會與環境，健康社區評估不僅評估居民的健康問題、社區的醫療服務系統以及影響健康的生活環境，同時也包括了市民的參與及社區的支持等面向；健康不再只是衛生部門的範疇，它更需要社區本身及政府各部門的合作。所謂健康社區評估可說是將渥太華憲章的理念付諸行動，期望社區能透過不斷地創造及改善物理及社會環境，使居民能互相支援，發揮最大潛能。相較於前述的社區健康評估，健康社區評估強調社區持續改變的過程，包括社區參與、社區充權、和跨部門合作，而不單是社區居民的健康達到某一水準。

## 肆、健康社區評估的面向

不同於過去社區健康是以「由上而下」的方式解決社區問題，在健康社區的推動過程中，外在的政府組織或專家學者主要是協助或指引社區去找尋社區所關注的健康議題、確認影響健康的多重因素，並且發展一種合作的模式、確認資源以及引發社區參與及行動(Billings and Cowley, 1995; Laverack and Labonte, 2000 ; Curtis, 2002)。專業人員此時的角色不再是主導者，而是幫助社區主動的發展資產，促成社區再造，以作為一個新的結合、新的機會、新的來源、或新的可能( Billings and Cowley, 1995 )。因此，即便是城市裡最貧窮的地區，個人及組織的資源將會被重新建立，鄰里的再造不只是建立社區已經控制的資源，而是發展社區還沒有獲得的資源(McNight and Kertzmann 1999)。

表 2 整理了社區健康評估與健康社區評估的差異。基本上，此二者在名詞上的不同意涵、背後的邏輯以及不同的實踐取向反映了不同時代對於健康的概念。從 70 年代至 90 年代，我們可以說健康促進已經從過去的社區健康評估邁向健康社區的推動。在測量上也跳脫過去以疾病死亡率、罹患率、醫療服務利用率、個人健康行為等傳統健康結果指標，而是以社區資產(community assets)及社區能力(community capacity)為導向。健康社區在推動策略上也以提升社區參與(community participation)及社區充權(community empowerment)為目標；推動時也不再只是衛生部門的範疇，而是跨領域合作及社區結盟。

表 2：社區健康評估與健康社區評估的差異

	Community health assessment 社區健康評估	Healthy community assessment 健康社區評估
目標	Promoting community health status	Building healthy community
影響健康的因素	Medical related factors	Non-medical factors
	Behavioral related factors	Social determinants
導向	Deficiency and Need oriented	Asset and Capacity oriented
策略	Providing health services	Community development
	Problem solving	Community building
評估的面向	Health outcome	Supportive environment
	Health behavior	Community capacity
	Environmental risk factors	Healthy Public Policy
執行者	Department of health	All sectors
評估者	Professionals	Communities

資料來源：本文作者綜合整理

基於這樣的理念，McKnight 及 Kertzmman(1999)認為健康社區評估應以社區能力或社區資產取代過去的社區需求評估。所謂社區資產導向的評估是透過確認、支持及動員社區現有的資源及能力，以創造及達到社區的共同願景。這樣的評估方式並不是忽略社區問題及需求不重要，或是放棄現有合理且具策略的計畫方式，而是為了要到達理想的健康社區，社區必須在評估過程學習確認及解決社區自身的問題或障礙(Sharpe, Greaney et al. 2000)。

社區資產導向評估與過去社區需求評估最大的差別是 ( 1 ) 強調評估社區的能力面而非需求面；( 2 ) 評估的過程應該是有助於人們及社區的能力建立(Hancock and Minkler 1999)。根據社區能力建立的過程中，各種資源的可獲得性，McKnight 及 Kertzmman(1999)將社區資產分為三個部分(McKnight and Kertzmman 1999)：

第一級：社區內的資產，且在社區的控制範圍內，包括 1)個人的資產：包括居民的技能、才藝、經驗、自營商、家庭式企業、個人收入、民眾的天賦；2)組織的資產：營業公會、市民團體、文化組織、溝通組織、宗教組織。

第二級：社區內的資產，但多由外在者控制，包括：1)私人及非營利組織：高中以上的教育機構、醫院、社會服務機關、公共機構及服務、公立學校、警政單位、圖書館、消防單位；2)空間資源：公園、空地、廢棄的商業、工業用地及房屋；3)能源及廢物資源。

第三級：社區外的資源，且由外在者控制，包括：1)社會福利與支出；2)

公共發展支出；3)公共資訊。

## 伍、健康社區的問題與挑戰

綜觀社區健康促進，70 年代之前強調提供醫療照護來維持健康，80 年代以改善個人生活型態，養成運動、飲食控制等的健康生活方式去維持健康，90 年代則是體會到個人的健康選擇深受其所在的社會及物理環境的影響 (Bazos, Weeks et al. 2001)，而 90 年代之後則是突破了過去的專業介入，強調社區參與和充權，建立社區的資源及能力。

透過社區參與來推行健康計畫，不僅可利用社區內的非正式網絡散播健康訊息以接觸「難以接近」(hard to reach)的族群，更可深入運用當地的資源去評估社區的優勢，瞭解目標族群的問題，制訂出更符合社區需求的計畫。同時，在參與的過程中發展及組織社區(Hancock, Sanson-Fisher et al. 1997)，提升社區內的領導能力，動員社區的創造力及資源，轉化當地的財富及資源為行動，促成健康的社區(Norris and Pittman 2000)。上述策略也可避免過去研究者或上位者在推行健康計畫時忽略尊重社區，或是所從事的社區計畫只是研究者或上位者的目標而不是社區的目標(Seifer 2000)。許多研究指出，不了解目標族群或社區，缺乏文化的適切性，將造成執行困難或是根本就不符合社區的需求，以至於研究結束後，計畫或服務也隨之結束(Sullivan, Kone et al. 2001)。

文獻指出，雖然許多社區介入計畫宣稱其有與社區合作，但卻是狹隘的與社區溝通，目的是為了獲得社區的支持。有些計畫即便有推動社區參與，卻只是將參與視為達到計畫目標的一種手段，這樣的社區合作以獲得社區支持或運用社區資源其實是誤解了合作的本質(Eisinger and Senturia 2001)。事實上，社區合作應強調社區參與計畫的每一個過程，應該對社區產生長期效益，提升社區能力，最後將權力轉移到社區本身，以期望社區未來可以依據其自己的興趣以及能力去發展相關的計畫(Eisinger and Senturia 2001)。換言之，把就是社區參與視為一種連續的發展，當社區加入及主動參與每一個過程即為社區發展或是社區組織，也就是達到社區的充權(Hancock, Sanson-Fisher et al. 1997)。所以，Eisinger 提出符合下列的原則才是真正的與社區合作(Eisinger and Senturia 2001)：

1. 從計畫開始規劃到發展的過程社區都有參與
2. 社區伙伴真的可以影響計畫的方向及活動
3. 社區參與目標的發展與選擇、執行、評估、資料擁有權及解釋及傳遞研究的結果等特定的計畫
4. 社區內每個人的價值觀、遠景、貢獻及隱私都是受尊重的
5. 透過持續的有用的計畫、對社區產生長期的效益以及發展社區能力（訓練、工作）等研究過程及結果來服務社區

除了合作，現階段健康社區之推動還包括下列挑戰：(1) 許多社區健康計畫雖然有評估社區資源，卻都是站在問題解決的面向來尋找社區的資源，

換句話說，這的方式並不是在能力與需求之間取得平衡，而是在社區需求之下去尋找可獲得的能力。(2) 與社區合作不應只是在執行時，必須從計畫開始規劃時即開始，包括活動的決定與執行及分享計畫最後的成果。社區通常有自己的一套具創造性及有意義的健康促進方式，因此，健康專業人員所面臨的挑戰是需要更加注意社區成員如何定義健康，並且在評估社區健康時具體化其定義(Hancock and Minkler 1999)。(3) 評估計畫成效時，應該尊重社區的意見，由社區選擇要測量的議題以及測量的方式，這也是提供社區自己去解釋及管理的機會(Werna and Harpham 1996)。(4) 評估成效時，不應只是停留在評估健康的結果，而需要包含社區動員與能力及社區組織(Wickizer, Von Korff et al. 1993)。

## 參考文獻

1. Baum, F. (2002). The new public health evolves. In F. Baum eds:The new public health. Oxford University Press, pp.29-58.
2. Bazos, D. A., W. B. Weeks, et al. (2001). "The development of a survey instrument for community health improvement." Health Services Research. 36(4): 773-92.
3. Billings, J. R. and S. Cowley (1995). "Approaches to community needs assessment: a literature review." Journal of Advanced Nursing. 22(4): 721-30.
4. Byrne, C., J. B. Crucetti, et al. (2002). "The process to develop a meaningful community health assessment in New York State." Journal of Public Health Management & Practice 8(4): 45-53.
5. Chapman, J. M. and A. Coulson (1972). "Community Diagnosis: an analysis of indicators of health and disease in a metropolitan area." international journal of epidemiology 1(1): 75-81.
6. Cibula, D. A., L. f. Novick, et al. (2003). "Community health assessment." American Journal of Preventive Medicine 24(4S): 118-123.
7. Curtis, D. C. (2002). "Evaluation of community health assessment in Kansas." Journal of Public Health Management & Practice 8(4): 20-5.
8. Eisinger, A. and K. Senturia (2001). "Doing community-driven research: a description of Seattle Partners for Healthy Communities." Journal of Urban Health. 78(3): 519-34.
9. Hancock, L., R. W. Sanson-Fisher, et al. (1997). "Community action for health promotion: a review of methods and outcomes 1990-1995.[see comment]." American Journal of Preventive Medicine. 13(4): 229-39.
10. Hancock, T. and M. Minkler (1999). Community health assessment or healthy community assessment. In M. Minkler eds: Community organization & community building for health. New Jersey, Rutgers



Univeristy Press, pp.139-156.

11. Laverack, G. and R. Labonte (2000). "A planning framework for community empowerment goals within health promotion." Health Policy & Planning. 15(3): 255-62.
12. McNight, J. L. and J. P. Kertzmann (1999). Mapping community capacity. In M. Minkler eds: Community organization & community building for health. New Jersey, Rutgers Univeristy Press, pp. 157-172.
13. Minkler, M., M. Thompson, et al. (2001). "Contributions of community involvement to organizational-level empowerment: the federal Healthy Start experience." Health Education & Behavior. 28(6): 783-807.
14. Nettle, C., P. Laboon, et al. (1989). "Community nursing diagnosis." Journal of Community Health Nursing 6(3): 135-45.
15. Norris, T. and M. Pittman (2000). "The healthy communities movement and the coalition for healthier cities and communities." Public Health Reports 115(2-3): 118-24.
16. Seifer, S. D. (2000). "Engaging colleges and universities as partners in Healthy Communities initiatives." Public Health Reports. 115(2-3): 234-7.
17. Sharpe, P. A., M. L. Greaney, et al. (2000). "Assets-oriented community assessment." Public Health Reports. 115(2-3): 205-11.
18. Simon, P. A., C. M. Wold, et al. (2001). "Meeting the data needs of a local health department: the Los Angeles County Health Survey." American Journal of Public Health. 91(12): 1950-2.
19. Stafford-Alewine S and L. GH. (2002). "The Missouri experience in providing tools and resources to promote community assessment." J Public Health Manag Pract. 8(4): 14-9.
20. Sullivan, M., A. Kone, et al. (2001). "Researcher and researched--community perspectives: toward bridging the gap." Health Education & Behavior. 28(2): 130-49.
20. Werna, E. and T. Harpham (1996). "The implementation of the healthy cities project in developing countries: lessons from Chittagong." Habitat International. 20(2): 221-8.
21. Wickizer, T. M., M. Von Korff, et al. (1993). "Activating communities for health promotion: a process evaluation method." American Journal of Public Health. 83(4): 561-7.
23. Williams, R. L., B. F. Crabtree, et al. (1999). "Practical tools for qualitative community-oriented primary care community assessment." Family Medicine. 31(7): 488-94.