

以拒菸為議題之社區健康促進計畫

吳文琪¹、李 蘭^{1,2}、潘伶燕¹、蔡鶯鶯³

本研究之目的是探討以拒菸為議題的社區健康促進計畫在提升社區意識、改變吸菸行為、及營造拒菸環境的成效。首先，以成長團體活動提升核心組織成員之能力，進而應用社區發展五階段模式推動以「拒菸」為主題之社區健康促進計畫。為評價介入成效，同時採用問卷調查之量性方法和深度訪談之質性方法收集資料。研究結果發現，以特定主題推動社區健康營造計畫被證實是可行的，不僅能增長核心組織成員的能力，還可營造有益健康的環境，並建立居民的健康行為。在計畫結束後，社區的整體吸菸率雖然沒有顯著降低，但在參加戒菸競賽者中，有一半的人完全戒菸，另一半的人則減少其吸菸量。此外，計畫結束後居民感受到身處拒菸環境的比率顯著提升。社區健康促進計畫有助於組織成員之增能及拒菸環境之營造，然需要有更長時間的追蹤和評量。

關鍵詞：拒菸、社區營造、健康促進、成長團體
(醫學教育 2005；9：91~103)

前 言

根據 2001 年的國民健康訪問調查^[1]，台灣地區成年男性的吸菸盛行率高達 46.5%，成年女性為 4.2%，相較於 1999 年的全國調查^[2]雖有些微下降（成年男性為 47.3%；成年女性為 5.2%），但男性戒菸率卻僅為 7.1%，女性為 0.5%。由於吸菸已被證實是引發眾多慢性病的危險因子，也是導致死亡的重要因素^[3]，因此降低吸菸率成為追求全民健康的主要任務之一。改變吸菸行為的方法有很多，可以歸納成「臨床治療」、「健康政策」及「社區介入」三類^[4,5]，本計畫係屬社區介入類的一項實例。

從 1972 年開始，有一系列的社區健康介入計畫在北歐及美國等地執行，計畫的目的在降低心血管疾病的發生，而吸菸便是其中亟欲改善的危險因子之一^[6]。早期的計畫，如 North Karelia Project^[7]、Stanford Three-City Project^[8]、Swiss National Research Program^[9]、Stanford Five-City Project^[10]和 Minnesota Heart Health Program^[11]等，均呈現社區健康介入有降低吸菸率的成效，但也有一些計畫，如 Pawtucket Heart Health Program^[12]及 Heart to Heart Project^[13]的介入效果則不確定。近期的 Community Intervention Trial for Smoking Cessation（簡稱 COMMIT）^[14,15]是以吸菸為單一主題，並採隨機分派的大規模社區介入實驗。該計畫在分析橫斷性資料時雖沒有看到顯著的介入成效，但長期

¹國家衛生研究院醫療保健政策研究組；²國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所；³慈濟大學傳播學系

受理日期：2005 年 4 月 14 日；接受日期：2005 年 5 月 24 日

通信作者：李 蘭，台北市中正區仁愛路一段一號 國立台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所

縱貫性資料分析則發現介入對輕度吸菸者的戒菸成效，比對重度吸菸者來得顯著。由此可見，以社區為基礎之健康介入方式，對於吸菸行為的改變是否有效尚無定論。

Lebonte^[16]認為，社區介入可分為以社區為基礎的計畫（Community-based）和社區發展計畫（Community development）。前者的議題主要由外界（如專家學者）設定，且有具體的時間表，但社區居民的參與度較低；後者的議題主要由社區自行決定，再經由與外界相關機構的協商，找出共同執行的目標。社區發展類計畫雖然執行期間較長，卻可提昇社區的自主能力，對於社區的永續經營也較為有利。故本計畫決定採用此模式，以由下而上的方式，嘗試改變社區之拒菸環境及民衆之吸菸行為。

台灣的社區營造工作已行之有年，在社政機構的推動下，社區發展協會陸續成立，以台北市為例，就有 297 個社區發展協會在各地運作^[17]。近年來，行政院文化建設委員會推動之社區總體營造計畫，更開啓了台灣新的社區運動^[18]。行政院衛生署也自 1999 年開始積極推行全國的社區健康營造工作，迄 2003 年底已有 230 個社區加入^[19]。在衛生署第一階段輔導成立的社區健康營造中心，主要是以健康飲食、規律運動、和口腔保健三大議題為主^[20]，也有由學術單位和社區共同形成議題的案例，例如台北市民輝社區曾以垃圾分類和資源回收為重點^[21]，以及雙溪社區以自我導向學習方式培養志工^[22]等。至本計畫提出之時，綜觀當時所發展的社區健康營造議題，尚未有以拒菸為議題的社區發展研究。因此本計畫以「拒菸和戒菸」為主，「拒嚼檳榔」為輔，提出「香（菸）檳（榔）止步計畫」。以由下而上的方式，先運用社區發展理論開發成長活動，為核心組織成員之增能打好基礎之後，再陸續展開居民總動員的社區健康促進工作。此種將菸害防制議題落實在社區健康營造計畫中的經驗，值得與目前從事社區健康營造或菸害防

制計畫的實務工作者分享。

材料與方法

Bracht 等人^[23]將社區發展分成以下五個階段：1.社區的現況與需求分析；2.擬定計畫和倡導；3.計畫的執行；4.計畫的永續；5.資訊的傳播和重新評價（圖 1）。為幫助社區民衆瞭解並便於溝通，本研究將前述社區發展的概念和流程予以簡化，並轉換為「接觸鼓舞期」、「實際行動期」、和「檢討收割期」三個階段來說明。其中，「接觸鼓舞期」係包括 Bracht 所指的前兩個階段；而「實際行動期」相當於第三階段；「檢討收割期」則涵蓋第四與第五兩個階段。下面以這三個時期為主軸配合理論進行探討，另運用參與式行動研究的模式^[24]，將社區健康營造的過程呈現於計畫執行螺旋中（圖 1）。

一、接觸鼓舞期

(一)選擇社區

1999 年底，立意選取台北市文山區作為實驗地區。為尋求樂意參加實驗計畫之社區，研究者先以傳真將邀請函送到轄區內的 34 個里辦公室和社區發展協會辦公室，然後以電話聯絡相關人員。溝通結果，有些里表示本身已在執行社區營造工作而予以拒絕；有些里則因負責人本身意願不高而拒絕。景行社區發展協會因為剛完成改選，新任理事長正在思考如何服務社區，而理監事們也多為新任且滿懷熱誠，得知研究者能夠陪同他們一起開展工作後，立刻接納研究者進入其社區營造團隊。

(二)確立議題

台北市景行里包含 24 個鄰，在 1,972 戶中共有 5,603 位居民，男性和女性各佔一半（50.1%和 49.9%）。景行社區發展協會則有 241 位個人會員及 20 個團體會員。為瞭解社區的現況和需求，協

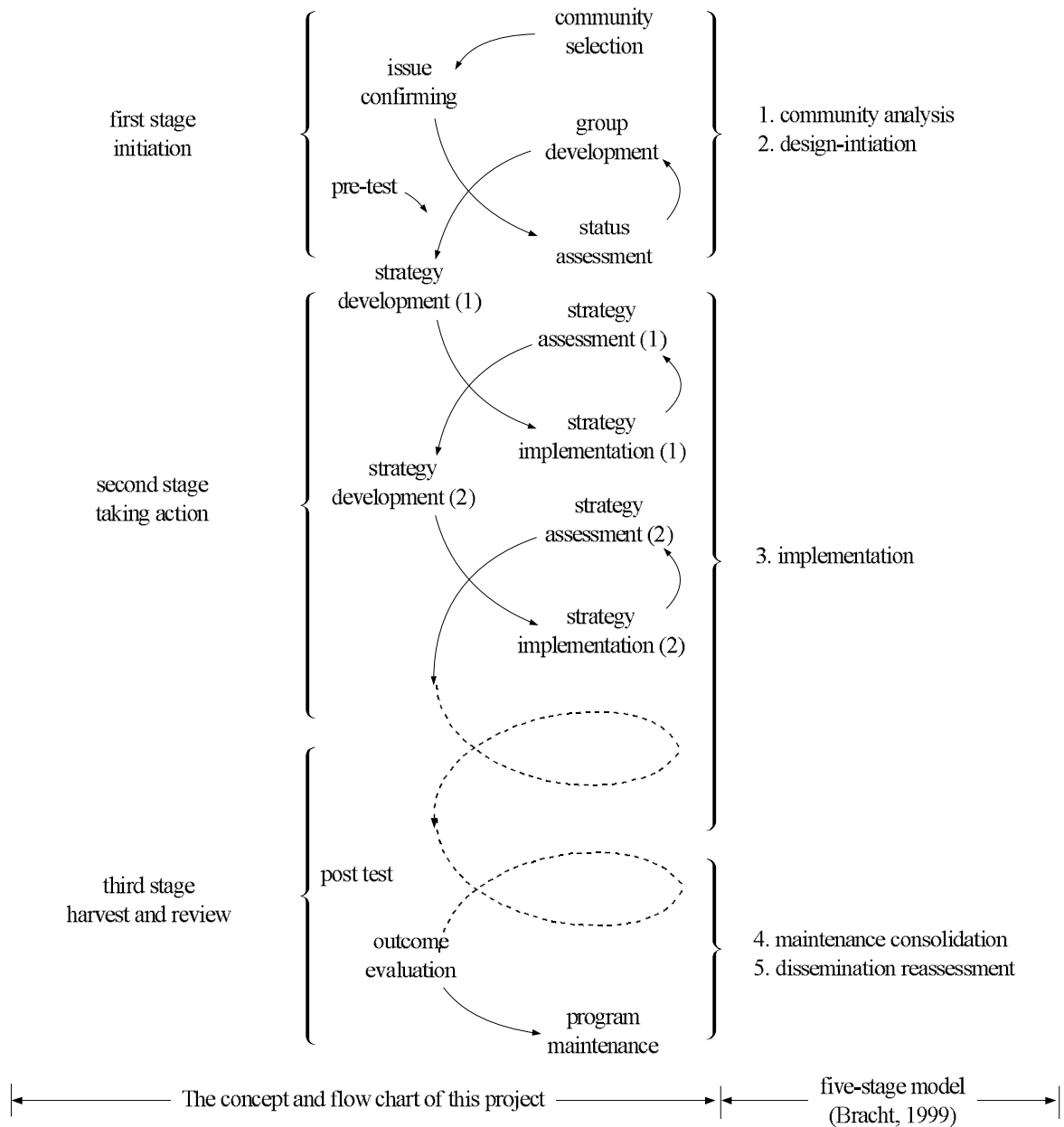


Fig 1. The project implementing spiral steps

會的理事長和理監事們（以下簡稱核心組織成員），曾與研究者一起勘查社區的環境並訪談重要人士。經多次溝通和討論之後，核心組織成員認為該社區因屬商圈（尤其夜市為民衆常來消費的主要

場所），地面上被棄置的菸蒂和檳榔汁渣，不但有礙觀瞻更影響了社區形象，因此決議將「拒絕香菸和檳榔」作為營造健康社區的第一個議題。在經過腦力激盪之後，決定了「香（菸）檳（榔）止步計

畫」這個響亮的名稱，使計畫從初始就激起人們的好奇和興趣。

(三)成長活動

由於核心組織成員覺得其缺乏菸害相關知識，亦不瞭解社區發展的意涵，因此決定舉辦一個以「社區營造」與「菸害防制」為主題的增能（empowerment）活動。該成長團體成員共十七人（4位女性；13位男性），有三人（18%）已經戒菸；六人（35%）仍有吸菸習慣；二人（12%）已經戒嚼檳榔；一人（6%）仍有嚼檳榔習慣。此成長團體包括六個單元^[25]，第一個單元的主題為「認識你真好」，幫助參與者彼此認識，並藉機建立其在社區中的互助網絡。第二個單元名為「話（畫）透透」，根據實地勘查社區與拜訪相關人士的結果畫出社區的資源地圖。第三個單元採用「社區的夢中情人」為題，引導參與者將社區的「現況」和「理想」做比較，共同確立「社區的願景」。第四個單元以「香檳尋奇」為主題，請團體成員從各種管道蒐集與香菸和檳榔有關的資訊。第五個單元是「好東西與好朋友分享」，就大家蒐集到有關吸菸和嚼檳榔的資料加以討論，並進一步提出執行「香檳止步計畫」的策略。第六個單元是「老師開講」，先針對上次提出的策略進行「可行性」的評估，再由研究者以簡單易懂的講義和詞彙，向參與者講解社區發展的概念。第七次以「就在今夜」為主題，頒發全勤獎和各類優秀獎項，以表揚所有參與者的努力和成就。各課程的完整教案另有專書^[26]詳述。此成長活動不但提高組織的凝聚力和動員力，還幫助成員認識吸菸和嚼檳榔的危害，且讓成員初步瞭解社區發展的階段，包括社區現況的評估、健康議題的探索、解決策略的研擬、和社區工作的規劃等，亦更加瞭解社區發展的精神和做法。

(四)社區計畫執行前的評量（前測）

研究者回顧文獻和核心組織成員討論後，設計

一份「社區居民健康生活型態調查」問卷。內容包含個人資料、自己及重要他人的吸菸狀況、菸害知識與拒菸態度、社區參與及社區意識、運動習慣、飲食習慣、嚼檳榔習慣、及媒體暴露情形等。根據文山區衛生所提供之 1999 年健康訪查資料先隨機抽出 1,000 個樣本戶，接著寄發名信片通知受訪戶，再由經過標準化訓練的大學生擔任訪員執行調查工作。進入樣本家戶後，先進行戶內抽樣，以樣本戶內年滿 12 歲且剛過完生日的那一位作為受訪者。訪問時間由 2000 年 3 月 12 日至 4 月 31 日止。共有 157 位居民完成問卷調查，完訪率為 15.7%，拒訪率為 29.1%，無法接觸的比率為 55.2%，無法接觸的原因包括空戶、店面、大樓管理員阻擋、房屋拆遷等。

二、實際行動期

(一)香檳止步計畫的第一波行動：母親節的關懷卡

香檳止步計畫於 2000 年的四月正式展開。五月份適逢母親節，社區發展協會透過社區內唯一的小學代轉母親卡，除向社區內的母親們致敬外，同時藉機鼓勵家中成員提供母親一個健康的居家環境，以「自己不吸菸，也不製造二手菸」的具體行動，來表達愛母親的心意。理事長邀請研究者一同拜訪該小學，在徵得校長和教師同意後，讓學童將母親卡帶回家去，完成協會與社區居民的第一次接觸。

(二)香檳止步計畫的第二波行動：社區拒菸園遊會

社區發展協會決定於七月份舉辦「香檳止步園遊會」，以激發居民對健康的重視。園遊會包括三種類型的活動。一是「宣誓性活動」，包括集體宣示（由政府官員和社區領袖帶領民眾宣讀「香檳止步宣言」）和個人宣示（在「香檳止步宣言」海報上簽下自己的名字）。二是「資訊性活動」，於會場張貼以「吸菸及嚼檳榔危害」為主題之繪畫作品及衛教海報，除表現居民的才藝外，亦增長居民對



菸及檳榔危害的認知。三是「體驗性活動」，包括：1.健康挑戰組—如健康檢查、健康諮詢、體適能測量、肺活量檢測等；2.寓教於樂組—透過各式遊戲如快問快答、跳舞機、猜拳、大聲公、情境大挑戰等，傳遞拒菸及拒檳榔的訊息。這些攤位由社區內的企業、學校、機關、團體分別認養，提供社區組織之間互助與合作的機會。

園遊會當天，參與民衆可以領到紀念品、園遊會手冊和闖關卡。手冊內容包括吸菸和嚼檳榔的危害、各攤位的遊戲規則、菸害防制法及檳榔管制條例的重要條文，以及如何參加摸彩及領獎等。為徵募後續戒菸競賽的參加者，特別設立一個攤位徵召想要戒菸的人士，與他們做完簡單的會談後留下聯絡資料。社區發展協會透過寄送邀請卡、張貼海報、分發傳單等多種管道宣傳，吸引了將近三千人前來參加，場面壯觀且熱絡。

(三)香檳止步計畫的第三波行動——戒菸競賽活動

為鼓勵吸菸者化戒菸動機為具體行動，參考世界衛生組織提出的"Quit and Win"^[27]設計了戒菸競賽活動。內容包括戒菸資訊的提供、支持網絡的建立、戒菸成功後的獎勵等。23 名參賽者（19 位男性及 4 位女性）中，除了園遊會當天留下資料者（事後聯繫，有些人因為感到困難而不願參加）外，另有一些人是看到張貼的海報而來報名。每位參賽者會收到一份戒菸秘笈（包括菸害知識、戒菸 Q&A、戒菸方法、戒菸日記、成功戒菸經驗、及台北市各醫院之戒菸門診和戒菸班），供其自行閱讀和運用。另外，請其邀請一位親戚簽名擔任證人，目的除證明參賽者確實有吸菸習慣外，亦於競賽過程中提供人際支持。戒菸競賽為期兩個月，曾舉辦兩次面對面的會談，讓參賽者有機會彼此激勵及交換心得。協會工作人員於競賽期間會以電話關懷參賽者，詢問近況並給予鼓勵。競賽期間有 11 人於中途退出，持續到最後的僅 12 人（男性 10 位；女性 2 位），戒菸競賽的完成率為 52.2%。

(四)香檳止步計畫的第四波行動：無菸商店加盟活動

為了落實社區宣示拒菸的決心，協會再規劃一個無菸商店加盟活動。由協會辦公室向社區內的所有商家發出邀請函，希望有意加盟全面禁菸商店之行列者，向協會提出一份意願書。協會核心成員分批前往有投遞意願書的商家，逐一拜訪負責人，進行現場評鑑，並請店主將禁菸（檳榔）海報於店內明顯處張貼後，拍照留念，再度宣示全面禁菸（檳榔）的決心。最後，共有 50 家商店加盟「無菸優良商店」的行列。其中，飲食店 6 家（12%）、金融機構 1 家（2%）、服飾店 11 家（22%）、雜貨店 25 家（50%）、醫療用品店 5 家（10%）、及美容院 2 家（4%）。

三、檢討收割期

(一)拒菸表揚大會

為鼓勵戒菸競賽參與者和無菸商店加盟者的努力，協會廣邀社區民衆和機關團體代表，一起參加十月十日舉辦的「景行健康社區拒菸表揚大會」。當天前來參加的人士有政府首長、地方領袖、民意代表、戒菸競賽參賽者及其家屬、無菸商店負責人及其家屬、社區居民等約 450 人。會上將「英雄獎」頒發給五位戒菸成功者；「努力獎」頒給六位吸菸減量者；「無菸優良商店」獎牌頒給 50 家商店負責人。除頒獎外，節目還包括拒菸宣誓、團體表演、戒菸顧問經驗談、戒菸成功者心得分享、喝香檳酒、摸彩抽獎等多項活動。

(二)香檳止步計畫執行後之評量（後測）

利用前測之「社區居民健康生活型態調查」問卷，加入一些與拒菸活動相關之問題後，進行計畫執行後之效果評量。由於前測樣本係經「家戶」及「戶內」二階段之隨機抽樣取得，後測時要追蹤到同一樣本不僅困難而且耗時，所以依據前測相同的步驟，重新抽出後測的 500 名受訪樣本。由同一批訪視員於 2000 年 10 月底開始，以兩星期時間完成

後測資料收集，結果有 116 人完成訪視，完訪率為 23.2%，拒訪率為 37.6%，無法接觸的比率為 39.2%。

結 果

一、計畫執行中之過程評價

(一)母親節的關懷卡

香檳止步計畫於第一波行動中，共發出母親卡和短問卷各 570 份，回收問卷共 345 份（回收率為 60.5%）。其中，回答家中有人吸菸者計 135 人（39.1%）；對參加社區發展協會有興趣者有 71 人（20.6%）；表示願意擔任志工者有 30 人（佔 8.7%）。有近四成小學生在家中可能遭受二手菸危害，吸菸問題確實是社區亟需重視的健康議題。在這些家長中，僅有二成的人願意參與社區事務，願意投入志工行列的比率不到一成。也許是因為社區營造工作還在起步階段，仍有許多待努力的空間。

(二)香檳止步園遊會

分析後測資料中有關居民對香檳止步園遊會的回應，包括活動知名度（有沒有聽過社區曾舉辦香

檳止步園遊會？）；針對有聽過的人，再進一步詢問其活動參與度（有參加香檳止步園遊會嗎？）；另外，還就活動知曉度（知道園遊會是在宣傳什麼事情嗎？）去尋問。由表一可見，社區內有四成（42.4%）的人聽說過香檳止步園遊會，但只有三成（30.0%）的人有來參加。知道社區曾舉辦香檳止步園遊會的人當中，知道該活動是在宣導吸菸（嚼檳榔）有害健康者佔 34.0%。

(三)拒菸表揚大會

舉辦表揚大會的目的，一方面是以公開的獎勵，使被表揚者獲得成就感，堅定其信心；另一方面藉表揚戒菸者的模範效果，讓吸菸者起而效尤。分析後測資料的結果（表 1），受訪居民聽過拒菸表揚大會者佔 28.0%；實際有前去參加者佔 18.2%。在這些聽說社區舉辦過表揚大會的人當中，有 48.5% 的人知道是在表揚戒菸者和禁菸的商店。

(四)戒菸競賽

以深度訪談的方式，訪問堅持到競賽結束之 12 位參賽者，瞭解其對戒菸競賽的想法，結果發現有正負兩面的評價。在正面評價方面，受訪者認

Table 1. The participation in community activities among the residents

Items	"Smoking and chewing betel-nut" free fair		"Quit smoking successfully" award	
	no	%	no	%
Awareness				
Yes	50	42.4	33	28.0
No	68	57.6	85	72.0
Participation				
Yes	15	30.0	6	18.2
No	35	70.0	27	81.8
Understand				
Yes	17	50.0	16	76.2
No	17	50.0	5	23.8

為活動期間工作人員用電話聯絡，給人關心和溫暖的感受，對此不但給予肯定和讚賞，甚至建議應該在其他地區推廣此活動。另有人表示，願意和有意戒菸者分享自己的戒菸經驗和心得。他們的說法舉例如下：

「現在他們做這個事情還蠻有恆心的……這個電話一直打來喔。」（受訪者 1）

「我覺得很好啊！你們也很辛苦……本來我覺得戒菸是個人的事情，沒想到現在有人願意來做這件事，那我當然要給你們支持啊！……我覺得這樣做真的很好！」（受訪者 2）

「哇你們很勤快。還一直做追蹤。」（受訪者 3）

「不應該只在景美，要再推廣，請有關單位盡量推廣。」（受訪者 7）

「對啊！……應該繼續推廣下去……我覺得說我們戒菸的心得告訴大家的話，也許大家都覺得戒菸不錯，就決心要戒。」（受訪者 8）

「我看就是多辦這種活動，然後有什麼活動的話通知我，如果收到那個宣傳單，戒菸秘笈啊，喔，蠻好的！」（受訪者 11）

對於戒菸競賽成功指標的選擇，有人認為：「不要以戒菸人數的多寡來評估計畫是不是成功！」，而是將「有人已經減少吸菸量」、「有人瞭解到吸菸不好」等，視為計畫成功的指標。例如：

「但是，你不要把成功了兩、三個人當成說是失敗！你要了解說有多少人喔，因為這樣子而少抽了，已經有在調整，這個都是在你們的計畫成效裡面。……不要只看已經戒菸的人！就像用藥下去不會馬上得到一個結論出來，所以預期的標準也不是這樣定。……活動式、獎勵式這種慢慢這樣弄起來，……但是那個效果達成，可能不是你們想像的這樣子。」（受訪者 4）

整體說來，負面的評價較少。有人覺得除了安排戒菸參賽者聚會之外，應該介紹其他有實質幫助

的戒菸方法，如戒菸貼片等：

「現在戒菸好像有一些，輔助的藥片，我是沒貼過，……就是讓我們自由選購，藉由這種方便上可以多幫助我們一點。」（受訪者 5）

另外，有人覺得與其參加戒菸競賽，不如仰賴個人的自制力來得重要，因為外在的協助總是有限的。相反地，也有人覺得光靠自己的意志力是一件非常難的事：

「這個計畫只不過是一個調味料，……那最重要還是自律性。」（受訪者 5）

「因為憑自己的意志力去戒菸那太難了，自己意志力沒那麼強……因為我們不曉得說有什麼方法可以戒菸。」（受訪者 9）

從訪談中發現，戒菸參賽者大都肯定協會所做的努力，對於結果的評價也提供正向的看法。在所有的參賽者中，有五位表示已完全戒菸，其餘六位則已減少吸菸量，有一位無法排出時間接受評估，因此排除。他們一致認為，此項競賽活動提供他們一個好的開始。

二、計畫結束後之立即評價

比較計畫執行之前和之後的調查資料，藉以評價介入的立即效果。先針對前後測兩個樣本之性別（男、女）、年齡（12~24 歲、25~34 歲、35~44 歲、45~65 歲）和教育程度（國中以下、高中職以上）進行卡方檢定，確定前後測兩樣本在這些基本變項上沒有顯著差異，具有可比較性。接著，就最近三個月內有吸菸者在前測和後測的比率來看，雖未達統計上的顯著差異水準，但仍呈現出下降的趨勢，即由前測的 18.06% 降至後測的 16.95%。在「自覺拒菸環境」方面，察覺到社區中有商店執行禁菸的比率，從前測的 27.35% 顯著地提高到後測的 45.07%。另外，居民的社區意識平均得分在介入前後並沒有顯著改變（27.82 分→27.63 分）。

三、永續與再評估

在一年多計畫介入的時期，景行社區發展協會的理監事們累積了營造健康社區的經驗，其信心和能力明顯提高。2000 年底，研究者因計畫結束而離開，2002 年初，有一組修習社區健康營造理論與實務課程的研究生進入該社區實習，為期半年。後續的社區營造工作皆由社區自行推動未曾間斷，包括認養及美化社區公園、創造無污染的公共空間、維護社區居民的安全、倡導運動風氣並提供運動機會、關懷老人的健康和生活、強化居民的互動與互助網絡……等。研究者於 2003 年初，訪問協會的核心人物，發現他們不但能夠自行設定議題，也知道如何爭取和運用各方資源，與社區內的其他組織（如警察局、衛生所）建立很好的合作關係，奠定了社區永續發展的基礎。談到整體的社區意識時，受訪者表示，這三年來社區呈現明顯的變化。例如，過去居民之間彼此不認識，現在認識的人多了，走在路上彼此都會打招呼 and 問候。協會在舉辦各種活動時，前來詢問是否需要幫忙的人也多了。他們很肯定研究者於兩年前的訓練、協助、與陪伴。

討 論

一、介入方法的彈性

本研究採用之社區介入策略並非事前規劃產生，乃根據社區核心成員及社區居民的需求而設計。例如，有關拒菸的議題，並未以傳統教學方式的戒菸班或衛教課程為切入點，而是將整個社區營造造成一個大型的學習場所，鼓勵居民從主動參與的歷程中，形塑社區全面拒菸的氛圍。

針對核心組織成員所推動的成長團體，是有鑑於該社區組織仍屬發展階段，極需一個可以凝聚共識的機會。成長團體除了可以增長核心成員的知識和能力外，還可以提升他們對組織的向心力。

成長團體告一段落後，社區介入活動隨即展

開。核心組織成員在成長團體中集思廣益所做的規劃，包括掌握母親節的關懷氣氛，發送兼具問候和關心區民全家健康的賀卡；參考世界衛生組織的戒菸競賽所推出的社區戒菸活動；針對社區內的商家舉辦「無菸商店」的加盟活動；於雙十國慶舉辦戒菸成功者和無菸商店負責人的表揚大會等。這些介入策略的運用，均在加深社區居民對於拒菸的認識和支持，進而積極參與拒菸和戒菸的行動。

由於此計畫係應用社區發展模式及參與式行動研究法進行，因此各種介入活動都是隨著社區發展的階段規劃而來。由於所有的策略均以民衆為中心，又能配合當時的時點及狀況，社區居民易被吸引且樂意參與，為其優點。反之，有時因事前準備不夠充分，使得成效不易評量，為其缺點。

二、介入成效的評價

1. 過程評價和結果評價

Dowine^[28] 和 Koelen 等人^[29] 提到，應同時採用量性和質性的方法對介入計畫進行成效的評價，且應認同過程評價所呈現的結果。本研究在計畫成效評價方面，同時呈現過程評價與立即評價的結果，並分別採取量性（問卷調查）與質性（深度訪談）的方法收集相關資料。

在過程評價方面，針對「香檳止步園遊會」分析量性資料顯示，有些人因為只有聽說卻未參加，所以不清楚園遊會的主要訴求；另有一些人雖然參加過園遊會，卻沒有認真去瞭解活動的主題。針對「拒菸表揚大會」而言，由於該次活動邀請的對象主要是參加戒菸競賽者和家屬，加盟無菸商店的負責人、員工和家屬，其他居民雖然也被通知，但可能覺得事不關己，來參加的人較少。因此，從這結果來看，社區營造者在未來規劃此類大型社區活動時，應再加強民衆對主題的認識，且應在邀請函的內容和邀請方式上加以改進。針對戒菸競賽參賽者的評價，深度訪談的質性資料呈現受訪者對此計畫有很高的滿意度，也對計畫給予很多正面評價，表

示對吸菸者而言，戒菸競賽應為促進戒菸行為的良方。

在結果評價方面，比較計畫執行前後的量性資料發現，在營造社區拒菸環境上確實有顯著的效果，可是在社區整體吸菸率的下降方面，則無法立即看出計畫介入的成效，且對社區意識的提升也沒有顯著影響。這可能因為前後測的時間僅間隔六個月，吸菸行為的改變和社區意識的形成均需要較長時間的觀察。此外，由於本次社區發展計畫有針對拒菸環境來設計相關活動，因此居民在覺察社區有禁菸商店的評量上，顯現立即且明顯的效果。

2. 行為指標和環境指標

除了以社區居民的吸菸或戒菸行為作為計畫成效的指標外，「社區支持性環境指標」亦可衡量拒菸活動的效果。例如，社區發展協會自執行香檳止步計畫後，其組織內舉辦的各種會議均不再提供香菸和煙灰缸。原有吸菸或嚼檳榔習慣的幾位理監事，在會議中絕不吸菸或嚼檳榔。這些人表示，開始時雖覺不太方便，久而久之卻也達到戒除或減量的效果。

大多數的戒菸參賽者，在接受訪談時強調，社區的關懷和鼓勵是讓他們持續戒菸的原動力。根據董氏基金會的資料^[28]，我國於2002年時亦加入國際世界衛生組織所舉辦的「Quit and Win」的活動，當年參加人數高達23,096人，一年後電話追蹤確認的戒菸率為37.2%，而該年度之國際戒菸率為20%。本計畫於2000年時，第一次在台灣的小社區中舉辦「Quit and Win」活動，最初雖僅23人參與，最後成功戒菸率為21.7%，但仍具有指標性的意義。

社區健康營造和參與式行動研究均需要較長的時間來執行，才能觀察到介入效果。本研究受限於計畫執行期間為一年的限制，量性資料只能呈現營造拒菸環境的成效，對降低社區吸菸率及提升社區意識雖未能呈現立即的效果，實不應就此否定計畫

的價值。

誠如Downie^[29]在探討社區介入計畫的成效評價時提到，由於社會變遷產生諸多因素的影響，一個介入計畫的成效很難被明確地分離出來。本計畫之前測和後測雖然相隔有六個月，但近年來各種因素，如菸害防制法的通過與實施、媒體與學校相繼推動拒菸教育等，均已直接或間接促使社會反菸意識的高漲，也可能是導致此計畫成效不明顯的原因之一。

三、社區志工的形成

社區志工的產生，一直是社區發展關心的議題。一般所謂志工是指本著自我意願和追求公共利益，參與社區工作或服務社區者^[30]。由於志工的寡、投入和素質，對社區發展的永續經營有影響，因此對於社區志工的 formed 和招募，需要審慎進行。

景行社區一開始透過母親節賀卡招募志工時，雖有少數人表達意願，但實際有行動的人卻很少，所以先期的主要人力均來自社區發展協會的核心成員。隨著社區活動陸續展開，透過核心成員的人際關係，以及參與活動之後的認同感，不斷有志工加入。景行社區的志工群中，有一類是「常駐式志工」，人數較少且多為社區發展協會的會員，以理監事為主約有25人。他們長時間投入組織內舉辦的活動，如參與開會、表達意見及接受訓練，他們也是規劃和執行社區計畫的主要人員，屬於領導和促成的角色。另一類志工是「任務式志工」，人數較多且較少參與社區組織內的會議，但他們和核心組織維持良好的關係，參與特定的志工作務如社區巡守、健康服務、關懷老人等，另外加上舉辦各式活動時加入之合作單位所帶來的志工，以園遊會為例，約有上百人。

在社區實際運作時，上述兩種志工應會同時存在且發揮不同的功能。在規劃和準備階段，常駐型志工需要投入較多的時間和精力；在活動進行時，

則需要任務型的志工。就營造一個健康的社區而言，無論何種形式的志工，均是需要的。Kaye^[31]認為吸引居民參加社區組織有以下六項誘因：被組織接受、被成員尊重、有適當的角色、有良好的關係、獲得合理的回饋、及看到實質的效果。為吸引更多居民參與志工行列，社區核心組織和居民互動時，必須強化前述誘因，無論是會議溝通、訓練規劃、社區活動、獎勵表揚等各個環節，均需重視志工的感受和意見。

結 論

本研究於台北市景行社區，以拒菸為議題所推動之社區健康促進計畫，從量性資料分析結果看來，在營造拒菸環境方面獲得顯著的效果，但在社區整體的吸菸率改變及社區意識提升方面，沒有呈現顯著的成效。從質性資料分析結果看來，社區發展協會成員的信心和能力顯著提升；戒菸競賽參賽者有半數以上成功戒菸且對該計畫有正向的評價；社區內許多商店以具體行動加盟「無菸商店」；社區居民陸續加入社區發展協會及志工行列；社區內其他相關組織強烈表達繼續支持社區活動的意願等。

總之，將社區發展模式充分地運用在健康促進議題上應為可行方案，然而，仍需要有更長時間的追蹤和評量。近年來，行政院衛生署大力推動「社區健康營造計畫」，在台灣各地掀起健康促進之風潮。本研究在計畫形成、策略規劃、和成效評價各方面之做法和經驗，應可提供社區健康營造中心相關人員參考。

誌 謝

本研究為行政院衛生署支助之科技研究發展計畫成果報告（DOH89-TD-1180）的一部份。感謝台北市景行社區的居民，認同社區發展協會的努

力，願意參與社區事務。更要感謝社區發展協會王義典理事長和所有理監事，他們在成長活動中的付出令人感動，在社區介入計畫中的投入，讓研究者不但經歷了社區的改變，也體驗到化理論為實務的震撼。

參考文獻

1. 鄭丁元、溫啓邦、蔡孟娟、蔡善璞：國人吸菸行為現況：2001年國民健康行為調查之分析。台灣衛誌 2002；22（6）：453-64。
2. 李蘭、潘伶燕：台灣地區成年人之吸菸率與吸菸行為：八十八年度之全國性調查。台灣衛誌 2000；19（6）：423-36。
3. World Health Organization: Combating the tobacco epidemic. In: World Health Report 1999. Geneva: World Health Organization, 1999: 65-79.
4. Fiore MC, Hatsukami DK, Baker TB: Effective tobacco dependence treatment. JAMA 2002; 288(14): 1768-71.
5. Houston T, Kaufman NJ: Tobacco control in the 21st century: searching for answers in a sea of change [editorial]. JAMA 2000; 284(6):752-3.
6. Secker-Walker RH, Flynn BS, Solomon LJ, Skelly JM, Dorwaldt AL, Ashikaga T: Helping women quit smoking: results of a community intervention program. Am J Public Health 2000; 90(6): 940-6.
7. Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J, et al: The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. Annu Rev Public Health 1985; 6: 147-93.
8. Maccoby N, Farquhar JW, Wood PD, Alexander J: Reducing the risk of cardiovascular disease: effects of a community-based campaign on knowledge and behavior. J Community Health 1977; 3: 100-14.

9. Gutzwiller F, Nater B, Martin J: Community-based primary prevention of cardiovascular disease in Switzerland: methods and results of the National Research Program (NAP 1A). *Prev Med* 1985; 14: 482-91.
10. Fortmann SP, Taylor CB, Flora JA, Jatulis D: Changes in adult cigarette smoking prevalence after 5 years of community health education: the Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol* 1993; 137: 82-96.
11. Lando HA, Pechacek TF, Pirie PL, et al: Changes in adult cigarette smoking in the Minnesota Heart Health Program. *Am J Public Health* 1995; 85: 201-8.
12. Carleton RA, Lasater TM, Assaf AR, et al: The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *Am J Public Health* 1995; 85: 777-85.
13. Goodman RM, Wheeler FC, Lee PR: Evaluation of the Heart to Heart Project: lessons from a community-based chronic disease prevention project. *Am J Health Promot* 1995; 9: 443-55.
14. COMMIT Research Group: Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT), II: changes in adult cigarette smoking prevalence. *Am J Public Health* 1995; 85: 193-200.
15. COMMIT Research Group: Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT), I: cohort results from a four-year community intervention. *Am J Public Health* 1995; 85: 183-92.
16. Labonte R: Community, community development, and the forming of authentic partnerships: some critical reflections. In: Minkler M eds. *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 1997: 88-102.
17. 台北市社會局: 台北市社區發展協會名冊。Available from URL: <http://www.dosw.tcg.gov.tw/doswlink/台北市社區發展協會名冊.asp>。2004/5/3。
18. 行政院文化建設委員會: 社區總體營造。Available from URL: <http://www.cca.gov.tw/news/news66/>。2003/1/14。
19. 行政院衛生署國民健康局社區健康組: 何謂社區健康營造。Available from URL: <http://hpnet.bhp.doh.gov.tw/hpnet/Default.asp?itemck=1>。2004/5/17。
20. 謝曼麗: 走入社區、展現健康活力——臺北市七家社區健康營造中心實務面面觀。北市衛生 2000; 52: 4-7。
21. 邱詩揚、劉潔心、晏涵文: 強化社區組織功能之參與行動研究。衛生教育學報 1999; 12: 23-47。
22. 鄭惠美: 應用自我導向學習策略培養社區志工——以台北縣雙溪鄉社區健康營造中心為例。護理雜誌 2001; 48(1): 43-8。
23. Brach N, Kingsbury L, Rissel C: A five-stage community organization model for health promotion: empowerment and partnership strategies. In: Bracht N eds. *Health Promotion at the Community Level: New Advances*. Thousand Oaks, Calif.; London: Sage, 1999: 83-102.
24. Karlsen JI: Action research as method: reflections from a program for developing methods and competence. In: Whyte WF eds. *Participatory Action Research*. Newbury Park, Calif.: Sage, 1991: 150-1.
25. 李蘭、蔡鶯鶯、潘怡燕、吳文琪: 以社區為基礎之拒菸介入實驗計畫。行政院衛生署科技研究發展計畫(DOH89-TD-1180)成果報告, 2000。
26. 李蘭、成亮、洪百薰、洪美紋、劉文玉、吳文琪: 形塑陽光家園——健康社區DIY。財團法人光寶文教基金會發行, 2003。
27. World Health Organization: Help Customers to Quit & Win. *Chemist & Druggist* Tonbridge. 2002; Feb:

- 28.
28. 董氏基金會：活動介紹一年後追蹤評估結果。
Available from URL: http://www.quitandwin.org.tw/last_event.asp 2002，最近更新日期 2005/5/12。
29. Downie RS, Tannahill C, Tannahill A: Health Promotion: Models and Values. Oxford ; New York : Oxford University Press, 1996: 76-99.
30. Bussell H, Forbes D: Understanding the volunteer market: the what, where, who, and why of volunteering. *International Journal of Nonprofit and Voluntary sector marketing* 2002; 7(3): 244-57.
31. Kaye G: The six "R's" of participation. In: Minkler M eds. *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, N.J. : 1998: 372-3.



A Community Health Promotion Program Focusing on Anti-smoking

*Wen-Chi Wu, Ph.D.¹, Lee-Lan Yen, M.P.H., Sc.D.²,
Ling-Yen Pan, Ph.D.¹, Ying-Ying Tsai, M.P.H., Dr.P.H.³*

The purpose of this study is to explore the effectiveness of a community health promotion program focusing on tobacco control by raising community consciousness, changing smoking behavior and building up an anti-smoking environment. At first, we empowered community core members by group development activities. A five-stage community health promotion program focusing on anti-smoking was followed. Quantitative data collected from a questionnaire survey and qualitative data collected by in-depth interview were used to evaluate the effectiveness of intervention. The results showed that to build a healthy community by focusing on a specific topic is feasible. Community development strategies can increase core members' capabilities, build a healthy environment in the community and establish behavior patterns for the

residents. At the end of intervention, no significant decrease in smoking prevalence within the community was found. Nevertheless, half of the participants who took part in the cigarette cessation competition had quit smoking while the rest of them had reduced their level of smoking. In addition, the rate of residents who perceived an anti-smoking environment around them increased after the community intervention. A health promotion program implemented in a community can empower the members' capabilities and help build an anti-smoking environment. The community development model can therefore be applied to various health issues. Nevertheless, it will need a longer time for follow-up and to allow proper evaluation. (Full text in Chinese)

Key words: anti-smoking, community building, health promotion, group development
(J Med Education 2005; 9: 91~103)

¹Division of Health Policy Research, National Health Research Institutes; ²Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University; ³Communication Studies, Tzu Chi University

Received: 14 April 2005; Accepted: 24 May 2005.

Correspondence to: Lee-Lan Yen, Institute of Health Policy and Management, College of Public Health, National Taiwan University, No. 1, Jen-Ai Road, Section 1, Taipei, Taiwan, R.O.C.