

社區民眾從事體能活動之研究

季瑋珠 符春美

本研究之目的在於探討社區民眾自發性體能活動進行的情況，民眾如何組織、如何參與，藉以發掘蘊藏於社區中的健康資源，並比較社區間之不同，以作為衛生政策與計畫之參考。同時採用問卷調查法及對各活動團體之田野調查法，透過量化與質化資料分析，對此問題作一深入而廣泛的了解。研究之社區採立意取樣，分別為台北市康莊社區(松山區敦厚、六藝二里)、台北縣新莊市頭前社區(頭前、化成二里)，與台北縣貢寮鄉龍門、貢寮二村，代表大都市、衛星城市與鄉村地區。結果發現只有39.1%的受訪者，從事固定體能活動，且為高度個人化的行為，唯家庭仍有相當的影響力，有57.1%的固定運動者有家人陪同。從事固定運動為男性、都市居民、高教育程度及社經地位者的特質。社區正式組織影響力及號召力甚微，硬體設施亦不足。但較少運動的鄉村居民卻極熱心從事與其切身利益相關的活動。本研究建議社區保健工作者參考吸引民眾高度熱心的社區活動的實例，充實軟硬體設備，利用工作場所及家庭等資源，提倡有益身心社會的體能活動，藉著社區參與、有組織的社區努力達到全民健康的目的。(中華衛誌 1992; 11(4): 328-340)

Key words: 社區(*community*)、體能活動(*physical activities*)

前 言

聯合國世界衛生組織(WHO)於1978年在阿拉木圖(Alma-Ata)宣言中指出民眾有權利也有義務個別或集體地參與其健康照顧的計劃與執行，並強調在「基本健康照顧」(primary health care)中，「社區參與」的重要性[1]。對於社區民眾健康狀況的提昇，過去以國內而言，均十分偏重政府及醫療專業的角色，如早期的衛生所普及全省，各項保健防疫的工作，近年來的醫療網計畫，省市立醫院的改進，與群體醫療執業中心的設置等[2,3]，即使是理應由社區自動自發、自立自

助的「社區發展」，與「社區衛生事業促進委員會」，也不能免於由上而下，而且太重表面工作與硬體架構，缺乏社區參與的實質缺失[4,5]。過去曾經發表的討論基層醫療保健的研究文獻，如早期顏裕庭等[6]，近期石曜堂等[7]、陳麗美等[8]對衛生所的評估，以及楊志良等[9]、季瑋珠等[10]對群體醫療執業中心的評鑑，其討論的重點亦偏重政府及專業的角色。然而，「有組織的社區努力」不但是公共衛生的精神[11]，也是社區醫學的精神[12]，我們實在有必要換一個角度，探討社區對醫療保健究竟是如何參與的。Hanlon指出，「民間衛生組織有八種基本的功能，做為開路先鋒、示範、教育衛生學會補充政府活動之不足，保護民衆的衛生福利、促成衛生立法的通過、整體的計畫與協調及發展均衡的社區衛生計畫[13]。當然，

台大公共衛生研究所

聯絡人：季瑋珠

地 址：台北市仁愛路一段1號

這也許是指比較大型而有規模的組織，但至少如Freeman等所分析，蘊藏於社區中的機構、正式人力、非正式人力，以及社區的生活習慣，都是可資運用的「健康資源」[14]。基於這些理由，本研究期望從不同的角度探究社區民眾如何自發地關心和參與社區保健的工作。

社區保健範圍甚廣，過去在談及基層的研究中，仍然比較重視社區的醫療服務，或是由專業人員才能執行的保健和防疫工作[6-10]，然而目前慢性病和意外傷害已成為國人健康的主要威脅[2]，而從病因探討來看，這些健康問題同屬「生活型態」(life style)的範圍，不僅比重甚高而且已經不是醫療保健服務本身就可以改變的[15]，只研究專業機構如何服務民眾，或雖同時研究社區，但仍著重於社區中屬於民間的專業人員，也是不夠的。Green和Anderson也在其社區保健的著作中，談到社區民眾可以藉由社區的力量，推行許多「健康促進活動」[16,17]。本研究的作者在前二年度的研究中，曾發現在台灣的社區民眾、也有許多有組織、自發性的健康促進活動，特別是體能活動，如跑步、爬山、土風舞等，也組成一些社團組織，有效地利用社區中可用的天然環境，或機構場所[18,19]。在今天，醫療保健的專業人員也漸漸了解，要在社區中進行服務(包含直接的服務與教育)，必須先了解社區，進入社區[20]。究竟在「健康促進活動」(至少是體能活動)上，我們的社區民眾，是如何自發性的組成團體，舉辦活動的呢？專業的服務機構又是如何與民眾相配合，來提升社區的健康水準呢？都市和鄉村有何不同？未來的發展又如何？都是我們感到興趣的問題。

對是否參與健康促進活動的預測，國外的研究多針對「工作場所」(worksites)的健康促進活動，或由某些保健中心所舉辦，而非「社區自發性」的活動。Davis et al. [21]以美國南卡州政府公務人員854人的樣本研究健康危險因子和心理社會因素，對「個人不滿足感」及「改變意願」的影響，以預測這些員工參與工作場所健康促進活動的傾向，

結果發現，在「健康危險因子」中，體重控制、運動、處理壓力的能力三方面，具有高危險者有較高的不滿足感，及改變意願，喝酒的影響不明顯；在「社會心理因素」中，自信心、工作壓力，和焦慮程度，均能有效預測個人的不滿足感與改變意願，其中又以自信心的影響最為顯著，自信心較低的人，改變生活型態的意願也較低。此篇的特點是作了許多個人危險因子及心理社會因素的測量，運用迴歸相關去尋找這許多指標間的關係，但對社區、家庭及個人較具體的特徵，卻未加以分析。Pirie et al. [22]以電話訪問、分析參與和不參與明尼蘇達心臟保健計畫者各76人的特徵，發現參加者中由親友聽過此活動者，已婚者，最近曾檢查牙齒，使用安全帶，及教育程度在高中以上者的比率較不參加者高，但最近曾作身體檢查的比率較不參加者為低；而健康信念變項則沒有關聯。Atkin et al. [23]在聖地牙哥邀請安格魯裔及墨西哥裔美國學童家長參與以家庭為基礎的保健活動，共203個家庭，比較參加者，有興趣但未參加者，與不參加者的特徵，結果發現安格魯裔的參加者較少吃不健康的食品，較少抽菸；墨西哥裔的參加者教育程度較低，家庭較大(人數較多)，較常運動，有興趣但未參加者較常用動物脂肪烹調，該文重點在於比較參加者的代表性，並未探討這些差異的原因。Zavela, et al. [24]針對奧勒岡大學永久性員工抽樣662人進行「工作場所健康促進活動」願意參加者與不願參加者(各331人)之比較，完成553份發現願意參加者較少抽菸，較多攝取高纖維飲食，但身體健康較差，病假率較高，滿足感較低，壓力中的失落事件(loss)較多，其他項目則無差異，該研究最大的發現為，並非較健康者才會參加健康促進活動，而對自我身心健康的不滿意是促使個人參加活動的主要原因。Sloan and Gruman [25]從另一角度探討對於員工是否參加工作場所健康促進活動個人之外的影響因素(主要為組織特色)，針對AT&T傳播公司192位員工進行研究，個人特徵上女性較傾向於參加，感受的疾病危險愈高，滿足感就愈低，愈希望改變健康習慣而去參

加活動，組織特色方面，感受的主管支持程度愈高，愈傾向於參加活動，其他特性則無顯著影響。

綜合以上各篇國外的研究，可以發現除了多針對「工作場所」的健康促進活動外，亦多探討在測量上十分抽象而困難的個人及組織特徵，如不滿足感、壓力、焦慮、感受的疾病危險性，組織氣候等，對於許多較具體的變項，如社區特性、家庭結構、經濟狀況、職業性質等，反而較少談論。可能的原因一方面是受限於研究對象在上述許多變項上已十分一致，例如同為一公司的員工，另一方面可能是上述較具體的變項已被研究得很透徹了，研究的重點已深入到模型的建立，自然要去深入測量那些抽象的影響因素。但國內有關的研究尚不多，而較抽象困難，需要使用量表的變項，亦不便冒然自國外引入及翻譯，是故本研究仍從較具體的變項，包括社區、家庭和個人的特徵加以探討。而各項健康促進活動中，以台灣目前的社會情況而言，又以體能活動較易界定和研究，故本研究暫時以「體能活動」為主題。

本研究的目的為：

1. 了解社區民眾有那些自發性的體能活動，如何組成，如何進行，參加者具有那些特色？
2. 了解政府機構與民間團體對此類體能活動的支持與協助。
3. 對未來的發展及公共衛生專業人員應作的努力提出具體的建議。

材料及方法

(一)社區的選定

本研究繼續使用76與77年度之研究[18,19]樣本，包括「大都市」社區台北市松山區敦厚、六藝二里(康莊社區)，「衛星城市」社區台北縣新莊市頭前、化成二里(頭前社區)，與「鄉村」社區台北縣貢寮鄉龍門、貢寮二村(穗龍、貢寮二社區)，為研究的社區。

(二)資料的蒐集與分析

本研究採用問卷調查法訪問社區民眾，參與觀察及團體訪談法訪問社區中推動「體能活動」的團體。

1. 社區民眾部分(以問卷訪視為主)

針對上述「大都市」、「衛星城市」與「鄉村」三類社區，前二年度的家庭樣本中18歲以上的成人，進行問卷調查。由台大公共衛生學系學生5人經訓練後擔任訪員。訪問內容包括基本人口學資料，參加之體能活動及頻率、自行參加或和家人一同參加，由何人何團體主辦，在何地點(是否在社區地理範圍內)等等，以及是否知道其他此類活動。此部分資料蒐集完畢後，依一般量化資料處理方法，經譯碼、鍵入、使用個人電腦PC, SPSS/PC+及BMDP套裝軟體處理以逐步對數複迴歸分析社區、家庭、個人特性對民眾選擇「體能活動」的影響。由於本研究係初步探索性質，國人體能活動及其他健康促進活動的習慣尚不普遍，且缺乏完整的基礎資料，本研究對於「參加體能活動」的定義暫採從寬認定方式，從事固定體能活動達到至少每週一次者，即定義為「有固定體能活動」，其對體能及健康狀況的影響暫不考慮，而工作上的勞動亦不在定義範圍中，而基本人口學變項方面，家庭經濟狀況係以15項家庭設備數測量，社會經濟地位係以教育程度與職業交叉列表測量[26]。根據前二年的檔案，本研究共追蹤到147個家庭，訪問到479位成人。

2. 社區團體部分(以田野調查為主)

一方面根據社區民眾調查所得，一方面由研究者訪問社區中可能有關之機關、團體，找出社區自發性的「體能活動」，由研究者與研究助理使用田野方法中的「參與觀察」及「團體訪談法」實地參與活動了解這些活動進行的情形，對社區民眾健康的助益，以及如農會、鄉鎮市公所等官方與民間團體配合的情形，並比較社區之間的不同。

此部分資料屬於「質」(qualitative)或「半量化」(semi-qualitative)的資料，採取「質性分析法」(qualitative analysis)。

結 果

本研究分為問卷訪視及社區觀察兩部分，茲分述其結果如下：

一、社區民眾(問卷訪視)部分

(一)家戶追蹤率

表一為本研究與原始樣本及前二年度研究各類社區核心及擴大家庭數目之比較，以及據此計算之家戶追蹤率。大致而言，本年度和77年之戶樣本相當接近，總家戶追蹤率達94.8%，但與76年實訪家戶樣本相比，則衛星城市的核心家庭，與大都市之擴大家庭，流失率較高，但合計之總追蹤率亦達83.1%。因前二年無18歲以上個人之詳細資

料，故只能由家戶的追蹤率來判斷本年度樣本之代表性。

(二)受訪者基本人口學變項分佈

受訪者之基本人口學變項分佈見表二。

就受訪者的各項基本資料看來，在性別方面，男女大約各半；年齡方面，40歲前後亦大約各半；都市化程度上各有35.3%，29.4%及35.3%分屬於鄉村、衛星城市及大都市；家庭結構上分別有42.4%來自核心家庭，57.6%來自擴大家庭；家庭設備數若以10項劃分收入的高低，高低收入者亦大約各佔一半，在家中稱謂方面，以性別角色來看，有39.2%屬於丈夫、父親，42.8%屬於妻子、母親，而另有18.0%屬於子女及孫的角色，以輩份角色來看，則有56.3%屬於父

表一、家戶追蹤情況

	鄉村	衛星城市	大都市	合計
原始樣本				
核心家庭	40	40	40	120
擴大家庭	40	31	40	111
76年實訪家戶數				
核心家庭	32	37	32	101
擴大家庭	26	20	30	76
77年實訪家戶數				
核心家庭	28	26	31	85
擴大家庭	26	19	25	70
78年實訪家戶數				
核心家庭	28	25	29	82
擴大家庭	24	19	22	65
家戶追蹤率78年／77年(%)				
核心家庭	100.0	96.2	93.5	96.5
擴大家庭	92.3	100.0	88.0	92.2
家戶追蹤率78年／76年(%)				
核心家庭	87.5	67.6	90.6	81.2
擴大家庭	92.3	95.0	73.3	85.5

*總家戶追蹤率：

78年／77年： $147/155=94.8\%$

78年／76年： $147/177=83.1\%$



表二、受訪者基本人口學變項分佈

變項	人數	百分比
性別		
男	234	48.9
女	245	51.1
年齡		
18-39	236	49.3
40+	243	50.7
都市化程度		
鄉村	169	35.3
衛星城市	141	29.4
大都市	169	35.3
家庭結構		
核心	203	42.4
擴大	276	57.6
家庭設備數(15項)		
0-10項	231	48.2
11項以上	248	51.8
家中稱謂(性別角色)		
夫父	188	39.2
妻母	205	42.8
子女, 孫	86	18.0
家中稱謂(輩份角色)		
父母, 祖父母	270	56.3
已婚子女	123	25.7
未婚子女, 孫	86	18.0
教育程度		
不識字	97	20.3
小學	150	31.3
初中	76	15.9
高中及以上	156	32.6
行業		
無, 農	111	23.2
工	91	19.0
商及服務*	164	34.3
家庭主婦	113	23.6
社會經濟地位		
I-III	78	16.2
IV	101	21.1
V	300	62.7
工作地點		
家中	263	54.9
同一鄉鎮市區	91	19.0
不同鄉鎮市區	125	26.1
婚姻別		
單身	82	17.1
已婚, 再婚, 同居	357	74.5
喪偶, 離婚, 分居	40	8.4
慢性疾病		
有	95	19.8
無	384	80.2
知道社區活動		
不知道	436	91.0
知道	43	9.0

*含軍警學生

母(第一代, 含擴大家庭祖父母及核心家庭父母), 25.7%屬於已婚子女, 18.0%屬於未婚子女及孫; 教育程度方面, 分別有20.3%不識字, 31.3%具小學程度, 15.9%具初中程度, 32.6%具高中及以上程度; 行業方面, 屬於無業及農業者佔23.2%, 工業者佔19.0%, 商業、服務業、軍警及學生者佔34.3%, 家主婦則有23.6%; 若依教育及工作的專業程度排出五等級社會經濟地位, 則有16.2%屬於較高的1-3位, 21.1%屬於第4位, 62.7%屬於第5位; 工作地點有54.9%在家中, 19.0%在同一鄉鎮市區, 26.1%不在同一鄉鎮市區; 婚姻別方面有17.1%為單身(未婚), 74.5%目前有偶(包含已婚、再婚及同居), 8.4%為喪偶, 離婚或分居; 健康狀況方面有19.8%自述患有高血壓、糖尿病等慢性病; 另外, 只有9.0%知道社區的體能活動。

(二)參加體能活動之情形

受訪者參加體能活動的項目分佈見表三。

479位受訪者中, 有288人, 60.1%沒有固定的體能活動, 而在有固定體能活動191人中, 活動比例最高者為「健行或爬山」, 佔全部的36.1%, 其次為「球類運動」15.2%, 「游泳」10.5%, 「釣魚」9.9%, 「慢跑」8.9%, 如「舞蹈」及「太

表三、受訪者體能活動項目之分佈(n=191)

活動項目	人數	百分比
健行或爬山	69	36.1
球類運動	29	15.2
游泳	20	10.5
釣魚	19	9.9
慢跑	17	8.9
舞蹈	9	4.7
太極拳或外丹功	5	2.6
其它	23	12.0

*有固定運動者之比率: 191/479=39.9%

極拳、外丹功」等比例則較低。

體能活動的主辦者及陪同者分佈見表四，在有固定體能活動的191人中，有90.0%為「自己參加」，屬於「鄰居朋友自動組成」者只佔5.2%，其餘所佔比率則甚低，可見「工作場所的健康促進」仍不普遍。但另一方面，有57.1%的固定體能活動者有家人陪同，23.6%有朋友陪同。

表四、體能活動主辦者及陪同者之分佈
(n=191)

主辦者或陪同者	人數	百分比
主辦者		
鄰居朋友自動組成	10	5.2
民間社團	4	2.1
工作單位	4	2.1
自己	172	90.0
其它	1	0.5
陪同者(複選)		
家人	109	57.1
同事	17	8.9
鄰居	8	4.2
朋友	45	23.6

(三)相關因素的探討

各單一基本人口學變項與從事固定體能活動的相關見表五。每一項研究中列入的基本特徵均有顯著的相關：男性、年齡在40歲以下、都市社區居民(大都市尤為明顯)、核心家庭成員、家庭經濟情況較佳者、家庭角色為未婚子女或孫者、教育程度高、社會經濟地位高者、行業為商業、服務業與軍警或學生者、不在居住地同一鄉鎮市區工作者、單身者、沒有慢性病者，及知道社區活動者，較多從事固定的體能活動。

從事固定體能活動相關因素的逐步對數複迴歸分析，結果見表六。由此表可知，控制其他變項後，性別、家庭結構、都市化程度、教育程度、社經地位、工作地點及是否

知道社區活動，仍然與是否從事固定體能活動有顯著相關，其他變項則無。在正向的相關方面，傾向於從事固定體能活動的特質包括：知道社區活動者與不知道者相比，勝算比2.74 (95%信賴區間1.30~5.76)，社會經濟地位較高者，與社經地位5者相比，社經地位4者從事的勝算比為2.83 (95%信賴區間1.56~5.12)，1~3者從事的勝算比為2.06 (95%信賴區間1.01~4.22)。在負向的影響方面，較不傾向於從事固定體能活動的特質包括：女性(與男性相比)勝算比0.51 (95%信賴區間0.32~0.82)；擴大家庭成員(與核心家庭相比)，勝算比0.52 (95%信賴區間0.33~0.82)，較低的都市化程度，與都市相比，鄉村的勝算比為0.15 (95%信賴區間0.08~0.27)，衛星城市的勝算比為0.19 (95%信賴區間0.11~0.33)；教育程度低者，與高中以上程度相比，初中者勝算比0.70，但未達顯著水準(95%信賴區間0.36~1.37)，小學程度者勝算比0.50 (95%信賴區間0.26~0.39)，不識字者勝算比0.21 (95%信賴區間0.09~0.50)，工作地點則在控制其他變項後出現與單變項影響力正好相反的情形，與工作地點在家中者相比，工作地點與居住地點在同一鄉鎮市區從事固定運動的勝算比為0.64 (95%信賴區間0.34~1.20，未達顯著水準)，不同鄉鎮市區的勝算比為0.52 (95%信賴區間0.29~0.93)。整個模型的適合度(Goodness of Fit) X^2 以 $2 \times O \times 1n$ (O/E)計算，P值為0.056，以Hosmer及Brown的方法計算，則各為0.431和0.920。其中 $2 \times O \times 1n$ (O/E)的適合度是得自每一細格(cell)觀察值和期望值的符合程度，自變數太多時，細格數增多，每一細格中的人數減少，此一判斷標準便不適用。Hosmer適合度是由十個細格的觀察值和期望值比較而得。Brown適合度得自與對數模型或R.L. Prentise界定之其他模型的比較。而此三指標之P值越大，表示模型適合度越高。

二、社區團體(田野調查)部分

(一)大都市

代表大都市的台北市康莊社區，包括台

表五、從事固定體能活動與基本人口學變項之相關(n=479)

變項	未從事	%	從事	%	卡方值	P值
性別						
男	122	(52.1)	112	(47.9)	12.18	.0005
女	166	(67.8)	79	(32.2)		
年齡						
18-39	117	(49.6)	119	(50.4)	21.59	<.0001
40+	171	(70.4)	72	(29.6)		
都市化程度						
鄉村	137	(81.1)	32	(18.9)	79.85	<.0001
衛星城市	93	(66.0)	48	(34.0)		
大都市	58	(34.3)	111	(65.7)		
家庭結構						
核心	109	(53.7)	94	(46.3)	6.08	.0137
擴大	179	(64.9)	97	(35.1)		
家庭設備數(15項)						
0-10項	160	(69.3)	71	(30.7)	15.54	.0001
11項以上	128	(51.6)	120	(48.8)		
家中稱謂(性別角色)						
夫父	105	(55.9)	83	(44.1)	16.01	.0003
妻母	143	(69.8)	62	(30.2)		
子女, 孫	40	(46.5)	46	(53.5)		
家中稱謂(輩份角色)						
父母, 祖父母	170	(63.0)	100	(37.0)	8.11	.0173
已婚子女	78	(63.4)	45	(36.6)		
未婚子女, 孫	40	(46.5)	46	(53.5)		
教育程度						
不識字	85	(87.6)	12	(12.4)	66.23	<.0001
小學	102	(68.0)	48	(32.0)		
初中	41	(53.9)	35	(46.1)		
高中及以上	60	(38.5)	96	(61.5)		
行業						
無, 農	84	(75.7)	27	(24.3)	43.25	<.0001
家庭主婦	78	(69.0)	35	(31.0)		
工	60	(65.9)	31	(34.1)		
商及服務*	66	(40.2)	98	(59.8)		
社會經濟地位						
I-III	28	(35.9)	50	(64.1)	55.91	<.0001
IV	41	(40.6)	60	(59.4)		
V	219	(73.0)	81	(27.0)		
工作地點						
家中	171	(65.0)	92	(35.0)	10.53	.0052
同一鄉鎮市區	57	(62.6)	34	(37.4)		
不同鄉鎮市區	60	(48.0)	65	(52.0)		
婚姻別						
單身	39	(47.6)	43	(52.4)	10.57	.0051
已婚	218	(61.1)	139	(38.9)		
喪偶, 離婚	31	(77.5)	9	(22.5)		
慢性疾病						
有	66	(69.5)	29	(30.5)	4.32	.0377
無	222	(57.8)	162	(42.2)		
知道社區活動						
不知道	270	(61.9)	166	(38.1)	6.57	.0104
知道	18	(41.9)	25	(58.1)		



表六、從事固定體能活動相關因素之逐步複迴歸分析(n=479)

變項	參考組	迴歸係數	標準誤	勝算比	95%信賴區間
常數項		1.73	.43		
性別					
女	(男)	-.68	.24	.51	(.32-.82)**
都市化程度					
鄉村	(大都市)	-1.88	.30	.15	(.08-.27)**
衛星城市		-1.68	.29	.19	(.11-.33)**
家庭結構					
核心	(擴大)	-.65	.23	.52	(.33-.82)**
教育程度					
不識字	(高中以上)	-1.55	.43	.21	(.09-.50)**
小學		-.70	.33	.50	(.26-.39)**
初中		-.35	.34	.70	(.36-1.37)
社會經濟地位					
I-III	(V)	.72	.36	2.06	(1.01-4.22)*
IV		1.04	.30	2.83	(1.56-5.12)**
工作地點					
同一鄉鎮市區	(家中)	-.45	.33	.64	(.34-1.20)
不同鄉鎮市區		-.66	.30	.52	(.29-.93)
知道社區活動					
知道	(不知道)	1.01	.38	2.74	(1.30-5.76)**

*P<.05, **P<.01

GOODNESS OF FIT CHI-SQ (2*O*LN (O/E))=415.223 D.F.=371 P=.056

GOODNESS OF FIT CHI-SQ (D.HOSMER)=8.026 D.F.=8 P=.431

GOODNESS OF FIT CHI-SQ (C.C.BROWN)=.166 D.F.=2 P=.920

北市松山區的敦厚、六藝二里，位於忠孝東路五段、永吉路、松隆路交會處，大部分為公寓住宅，社區內因中國大陸災胞救濟總會(簡稱救總)設有兒童福利中心及西藏兒童之家，所以各項運動休閒設施相當充實，有籃球場、溜冰場、兒童游泳池等，可供社區民眾使用。附近且有國父紀念館，拇指山等體能活動場所。

歸納觀察結果，此一社區活動特色為：

1. 以晨間運動為主。
2. 活動地點及參與者組成往往超過社區界限。
3. 各自有固定的組織和活動內容。

4. 社區名義上的正式組織如社區理事會缺乏功能。

(二)衛星城市

代表衛星城市的新莊市頭前、化成二里，位於一、二省道之間，是典型的工業區，街巷中，小工廠林立，不時發出各種不同的氣味及噪音。

歸納觀察的結果，此一社區活動的特色為：

1. 以晨間運動為主，但活動時間較台北市為晚。
2. 活動地點及參與者組成以社區內為主。

3. 媽媽土風舞最有組織及固定活動內容，其他則受天候影響。
4. 社區名義上的正式組織，如社區理事會，市公所各委員會，功能並不明顯，只有農會發揮了積極的影響力。

(三)鄉村

代表鄉村的台北縣貢寮、龍門二村，是典型的農漁村，亦有一些行政機構、學校及小商店。

歸納觀察結果，此一社區活動的特色為：

1. 公家機構提供的場地及主辦的體能活動並不成功，對外經營的休閒設施亦非民眾所慣於享用。
2. 「體能活動」受重視的程度遠不及販賣大陸貨，和反核四的活動來得強烈。且後二者有相當龐大的組織，也吸引相當多的社區人力，可見民眾仍然可以基於切身利益而相結合，只是「健康」的優先性遠較其他如經濟、環保為低。

綜合社區民眾(問卷訪視)及社區團體(實地觀察)二部分的結果，可以發現民眾的體能活動的確相當「自發性」，且組織不穩定，個別性頗高，都市社區尚有團體存在，鄉村社區則遠不如其他活動受到重視。而二部分所見最大的不同則在於活動的種類，問卷法得到的社區外爬山健行較多，觀察法卻得到較多社區內的土風舞及體操活動；參加者的年齡亦有所不同，問卷訪視得到的是各年齡層的成人，活動種類較分散。觀察法則因場地特性，觀察到的多為中老年人，活動種類亦較集中在該社區場所適合的活動。

討 論

以下將就研究的限制和代表性、問卷及觀察法的結果，及政策上的涵義對本研究加以討論。

一、研究的限制和代表性

本研究樣本取自前二年研究的家庭[18,19]，其中所有滿18歲的成人均為訪問對

象。當時在社區的選擇上受到人力、物力、財力及時間的限制，只能用立意取樣；而家庭的抽樣上，為了訪視相同數目的核心擴大家庭，採取分層系統抽樣。因此在繼續研究時，推論的範圍受到原始樣本及追蹤情況的影響。對於流失率較高的群體，如衛星城市之核心家庭，大都市之擴大家庭，在推論時須加以注意。此外，因原始樣本以家庭為抽樣單位，體能活動會出現家族聚集[19]的現象，在推論至個人時亦應小心。

研究題材方面，「健康促進活動」原本涵義甚廣，凡促進身、心、社會健康的各項活動均包括在內，但限於上述資源的不足，且發現運動(體能活動)在各項活動中為最普遍，故首先選擇運動(體能活動)為研究的主題。另外，在各項運動中根據前二年的訪問結果[18,19]，「散步」雖為最常見的運動，但其時間、場所、方式很難定義，故決定將之除去。而在「固定體能活動」的定義方面，亦嫌過於寬鬆，且未探討此一體能活動對健康是否真有益處，此點亦為本研究的限制，有待在進一步的研究中深入探討。

研究方法上，正由於量性(quantitative)和質性(qualitative)方法各有不足，故合併使用，以求達到互補效果。在量性的問卷訪視方面，因過去的經驗較多，故困難較可掌握，其中最感困擾者，為態度、信念等較抽象的變項不易清楚界定及測量，故暫且不用，僅先就受訪者的各項基本特徵對結果加以分析。在質性的社區觀察方面，此為研究者第一次試用，除了方法上的一般困難外，最感辛苦者為社區的「自發性體能活動」多在清晨，研究者必須早起且開車前往觀察地點，較遠者尚要住在社區中，稍有疏漏就失去多寶貴訊息；此外，受到地理及訪問方便性的影響、距離社區太遠的運動場所及團體則不能親自前往觀察，如此亦會失去許多訊息。

二、問卷訪視的結果

由問卷訪視的結果看來，固定體能活動的風氣仍不甚普遍，只有39.9%的社區成人有固定的體能活動；以種類而言，扣除散

步，最多的體能活動是健行或爬山，其餘則較少，而在主辦及參加方式上，則偏向個人化；由這些結果看來，社會的運動風氣仍然有待提升，而在體能活動的種類方面，則須藉建造更適當的場地而促進其多樣化。至於訪視中發現體能活動的高度個人化的傾向，也許暗示了社會網絡(social network)的作用未能建立新的網絡。倒是「家人陪同」者超過一半，高達57.1%，顯示家庭在體能活動上的重要性，相形之下，其他比率就很低了。國外許多工作場所的健康促進活動[21,24,25]，在本研究中尚未發現，至於由社區組織(如理事會)主辦的體能活動，更是未有所聞。這些現象至少顯示了「對健康的需求」未能引起社區民眾以「有組織的社區努力」[11]來從事體能活動，至於社區民眾是否對所有的事物均持冷漠態度，不知團結，留待社區觀察部分討論。

具有什麼特質的人，傾向於從事固定體能活動？控制其他變項後可以發現固定體能活動是優勢團體—都市居民、男性、核心家庭成員、高教育程度者及高社經地位者所特有，是社會資源和權力的不均等，還是實際需要使然？值得深入探討。而在工作地點的影響力方面，控制其他變項後反而呈現與單變項分析相反的結果，本來不在同一鄉鎮市區工作者，比在家中工作者，較傾向於從事固定體能活動，但多變項中卻正好相反，則可能是自變項間高度相關所致，控制如性別、社經地位等後，在外者反較少運動，此部分之解釋應十分小心。與前人的研究相比較，本研究所探討的變項，較國外其他研究[21-25]為淺，只討論到表面的特質，許多社會心理因素如健康信念、態度、自信心等均未曾涉及，這是本研究有待努力之處，也許這些社會心理變項才是直接決定個人從事固定體能活動的因素，本研究只能猜測是否具有上述都市化程度、社經地位、教育程度較高、男性、核心家庭成員…特質者，這些內在特質較易鼓勵個人採取行動，這都是以後的研究中應該加強的。Pirie et al. 發現已婚者、聽過此活動者、教育程度在高中以上者等較傾向於參加心臟保健計畫[22]，本研究

在單變項分析中，在上述幾個變項上亦出現相同結果，但全部變項放入後，只剩教育程度有相同的影響力，也許是比其他自變項的解釋力更高所致。這是「單一公式」常見的問題Atkins et al. 發現教育程度低、家庭人數較多的墨西哥裔家長較願參加學校的保健活動[23]，本研究的結果正好相反，是否因樣本不同，活動性質不同所致，值得進一步分析。Zavela et al. 發現較不健康，或對自己健康狀態較不滿意者，較易參加健康促進活動[24]，本研究只有一個變項與此有關，即是慢性病的有無，在單變項中是沒有慢性病患者較多從事固定體能活動，多變項分析時此一特質便失去影響力；Sloan and Gruman 發現女性、健康滿意度低者及主管支持者，較易參加公司的健康促進活動[25]，本研究結果也與之不甚符合。是否台灣地區從事固定體能活動者的動機不是尋求改變，而是追求樂趣及更佳的體能，則需要更深入的探討。以後從事類似的研究，應把自變項加以整理，作成綜合指標，並加以入知識態度，身心健康等的測量，以作更深入的探討。

三、社區田野調查的結果

既然由問卷訪視發現所謂的「自發性體能活動」是相當個人化的行為，在社區中吾人能觀察到什麼呢？綜合三個社區的觀察，並與問卷訪視相比較，的確發現社區本身的組織(如社區理事會)，以及公家的正式機構(如鄉公所)，沒有什麼號召力，成果乏善可陳，流於形式。此一情況在鄉村尤為明顯，在社區中可以找得到的固定體能活動，大部分都是民眾自己發起的，且除了新莊的土風舞活動有農會的協助外，其餘連尋求社區正式資源協助的跡象都沒有。這是否表示由上而下的方式一定會失敗[4,5]？或是體能活動尚未引起社區民眾關注呢？由此亦可知此類活動尚未造成「有組織的社區努力」[11,12]。此外，似乎問卷中所得到的活動和社區中觀察到的有相當大的出入，限於社區中的活動可說只是全部民眾固定體能活動的一部分，且多為中老年，以體操、舞蹈為主，許多年輕人的活動，以及需要特定設備

或場所的運動項目，因根本不在社區的範圍內，所以雖然在問卷中出現，卻無法由社區觀察中得到，此點似乎暗示了民眾自發性的活動並不以地理性的社區為界限。由此可見，研究任何社會現象，都要多種方法並用，才能了解問題的全貌。

鄉村的民眾為什麼不熱衷於「體能活動」呢？此點是問卷和社區觀察十分一致的。實地進行觀察以前，吾人猜測可能是鄉村居民平日工作較偏重體力勞動，自然不需要再從事額外的運動；另一方面，「運動」也是都市生活和高社會階層的風尚，鄉村居民謀生已十分辛苦，自無閒情去參加具有休閒意味的體能活動，表現的態度自然比較冷漠。但親自訪問社區的結果，卻發現這些海邊的居民竟如此熱衷於與其切身利益關係重大的海峽兩岸「貿易」，以及反對核四廠設立的各項活動，不但遠超過「透過社區的參與追求健康」的努力，甚至也超過對他們賴以維生的農漁業應有的基本責任。從事公共衛生的人常常抱怨民眾漠不關心，難以溝通及帶動，可是從鄉村居民如此熱心的參與他們認為攸關切身利益的事務看來，實應反省到過去所持態度和使用的技巧的確有所不足。

四、政策上的涵義

本研究的結果在政策上有那些涵義，可供社區醫療保健的參考呢？

首先，自發性體能活動並不普及，集中於優勢團體，及其個人化特徵，至多推到家庭，而社區現有組織又充滿無力感，提醒我們在此方面社區保健工作還有許多領域有待開發。而與真正切合民眾切身利益的問題相比，公共衛生、健康促進如何爭得一席之地，成為民眾自動熱心參與的事務，則有待自基層至中央的衛生行政人員，以及公共衛生和社會行為專家共同努力。

其次，由於「家庭」仍具有相當的重要性，此一中國社會的特性，亦值得社區保健工作者善加利用，不僅以家庭為健康照顧的基本單位[18]，亦能以家庭為健康促進的基本單位。對於社區中的弱勢團體，透過家庭

鼓勵他們參與體能活動也許不失為一良方。

再者，就運動的硬體設施而言，各社區並不十分充實，社區外的各項設備場地亦受到交通、經費、地理條件等限制，能如康莊社區有國父紀念館及拇指山可供民眾藉以從事運動者，並不多見，事實上拇指山距康莊社區亦有一段不算短的距離。休閒設施數量不足及品質不佳，是全台灣地區民眾普遍的問題。要吸引民眾脫離危害身心健康的投機、賭博、菸酒，除了好的政策外，好的場地也是必要的。此外，國外十分普遍的工作場所健康促進(worksite health promotion)，亦值得提倡。

本研究發現了許多問題，也看到了未來有待努力的方向，需要公共衛生、生物醫學，及社會行為科學方面的專家共同努力，藉著「社區參與」[1]、「有組織的社區努力」[11,12]，自體能活動開始，進而推動有益全民身、心、社會健康的「健康促進活動」，以期早日實現「全民健康」[1]的理想。

致 謝

承蒙國科會的經費補助，計畫編號 NSC78-0301-H002-59，台大公共衛生學系莊啟政、許芳源、黃榮利、陳怡琪、吳天仁進行問卷調查，許綜仁、施淑清協助資料鍵入，各社區鄉市公所、衛生所、農會、及熱心人士協助社區觀察的進行，特此致謝！

參考文獻

1. WHO. Alma-Ata Declaration, 1978.
2. 行政院衛生署，中華民國台灣地區公共衛生概況 1987。
3. 江東亮：公共衛生的歷史，見：公共衛生學、台北陳拱北預防醫學基金會 1988；9-36。
4. 王培勳：社區工作一兼論我國的社區發展工作，台北：金鼎圖書文物出版社 1985。
5. 關富雄：籌組社區衛生事業促進委員會工作簡介，台灣衛生 1981；188：25-28。
6. 顏裕庭等：地方政府人員和鄉鎮區代表對衛生所工作的看法(上)，台灣衛生 1971；76：29-34。

7. 石曜堂、陳麗美、高森永：台灣地區衛生所功能分析，台灣地區衛生所業務狀況之分析，公共衛生(季刊) 1985；12：1-20。
8. 陳麗美、石曜堂：台灣地區衛生所功能分析一組織、人力及經費之結構分析公共衛生(季刊) 1984；11：115-39。
9. 楊志良、江東亮：73年度及74年度群體醫療執業中心評鑑，中華民國公共衛生學會75年度會員大會發表 1986。
10. 季瑋珠、賴美淑、謝維鈴：75年度群體醫療執業中心診療品質評鑑之一：診療過程評鑑、公共衛生(季刊) 1988；14：369-379。
11. Hanlon原著，葉金川等編譯：公共衛生學(上)台北：旭海出版社 1979；3-4。
12. Shirreffs AM. Community Health-contemporary perspectives. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1982; 4-5.
13. Hanlon原著、葉金川等編譯：公共衛生學(上)第十六章，268-9頁，台北：旭海出版社 1979。
14. Freeman R. and Heinrich J. Community Health Nursing Practice 2nded. Philadelphia: Saunders Company. 1981; 320-328.
15. Dever G. Community health analysis-a holistic approach, Germantown MD: Asp. System Co. 1980.
16. Green and Anderson. Community recreation and fitness. In: Green and Anderson: Community health. New York: Times Mirror/Mob, 1986; 200-220.
17. Green and Anderson. Life style and community health problem. In: Green and Anderson: Community health. New York: Times Mirror/Mob, 1986; 254-284.
18. 季瑋珠、楊志良：社會變遷與家庭健康照顧型態之研究。中華衛誌 1988；8：12-27。
19. 季瑋珠、楊志良：健康行為的家族聚集，中華衛誌 1990；10：89-97。
20. 丁志音：田野方法與參與觀察在衛生教育上的運用與價值，公共衛生(季刊) 1987；13：79-93。
21. Davis KE, Jackson KL, Kronenfeld JJ, et al. Intent to participate in worksite health promotion activities: a model of risk factors and psychosocial variables, Health Education Quarterly 1984; 11(4): 361-377.
22. Pirie PL, Elias WS, Wackman DB, et al. Characteristics of participants and nonparticipants in a community cardiovascular disease risk factor screening: the Minnesota heart health program. Am J Prev Med 1986; 2: 20-25.
23. Atkins CJ, Patterson TL, Roppe BE, et al. Recruitment issues, health habits, and the decision to participate in a health promotion program. Am J Prev Med 1987; 3: 87-94.
24. Zavela KJ, Davis LG, Cottrell RR, et al. Do only the healthy intended to participate in worksite health promotion? Health Education Quarterly 1988; 15(3): 259-267.
25. Sloan RP, Gruman JC. Participation in workplace health promotion programs: the contribution of health and organizational factors. Health Education Quarterly 1988; 15(3): 269-288.
26. 林 憲：社會階層與精神疾病。見：林憲著：精神醫學與社會，台北：當代醫學出版社 1978；47-55。

A STUDY ON PARTICIPATION OF PHYSICAL ACTIVITIES OF COMMUNITY RESIDENTS

WEI-CHU CHIE, CHUN-MEI FU

The purposes of this study are to investigate the spontaneous physical activities in the community, to study their organization, the participation of community people, in order to find out the hidden health resources in the community. The author also compared the differences among different communities, and give suggestions to health policy and planning. In this study both questionnaire interview and field method, and both quantitative and qualitative data analysis were used to obtain the result. The study samples were drawn through purposeful systematic sampling, which are: Kang-chuang community in Taipei City, Tou-chien community in Shin-chuang city, and Lung-men and Kung-liao community in Kung-liao rural township, standing for urban, satellite city, and rural areas.

The results showed that only 39.1% of the subjects had regular exercise, and these activities were highly individualized, while the family still had its influence, 57.1% of the

regular exerciser had at least one family member taking exercise with them. Male, urban residents, people of high education and SES tended to exercise regularly. The formal organizations in the community had little influences. The hardware for exercise was also inadequate. However, those rural people exercising seldomly showed great enthusiasm in those activities related to their own interest. The authors hoped the health workers in the community borrow the experiences from those activities highly related to the residents' interests, strengthen the hardware and software in the community, mobilize the existing resources such as family and worksite, initiate physical activities which are good for people's physical, mental and social well-being, and finally reach the goal of "health for all" through community involvement, and organized community efforts. (*J Natl Public Health Assoc (ROC)*: 1992; 11(4): 328-340)

Key words: *Physical activities, community*