

第二章 文獻回顧

第一節 勞動彈性化之健康影響

在本章節中，首先介紹與解釋對健康有潛在影響的因素；為何有些看似平常的生活習慣，卻可能是致病甚至致死的原因。接著介紹「勞動彈性化」的概念，以及以「勞動彈性化」為重點的國內外健康相關研究。

一、影響健康的危險因素

有許多健康相關行為與疾病、失能與死亡有密切相關。在 1979 年美國衛生教育福利部發表的「健康人民：公共衛生署署長對健康促進與疾病預防的報告」(Health People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention)中，對於美國 1976 年十大死因進行分析，發現有一半的死亡因素是因為不健康的行為或生活方式：20%基於環境因素、20%是人類生理學因素，只有 10%是因為不適當的健康照護 (黃松元, 1990)。因此健康促進應該要回顧以往的統計數據，探究這些致病的原因以鎖定疾病的預防重點，並且警告如果改變勞動力中的人口型態，可能會正面或負面地影響死亡率、疾病率與相關的失能 (O'Donnell, 2002)。在 2002 世界衛生報告中，已開發國的前 10 大罹病原因中，也很清楚地證明了營養、運動、抽煙與壓力對於健康的重要影響。

處在職場與生活之中，能夠影響健康的行為因素不計其數，有些已被認知，有些則可能尚未經過證實或還未被發現。要體認與了解到工作中的健康災害與疾病發展，並且進而追求其理論與實際原因是一件很困難的事。因為許多職業疾病與失調是慢性的，要經過很長時間才會顯露徵狀，並且健康影響也可能是多重致病因所組成的，非職業相關的風險因素也存在致病或惡化的關鍵。以下列出常見的健康風險因素，是研究者會用來衡量實驗者的身心狀況的健康指標：

(一)生理因素

- 酒精、煙草等物質依賴：除了會讓使用者成癮外，也是心血管疾病、癌症、中風...等位居國民十大死因的致病源。在工作場所抽煙，除了會產生二手煙危害其他人外，也可能容易引發火災危害公共安全。而酒醉會讓勞工注意力下降，影響工作表現與工作安全的忽略。
- 缺乏運動：運動不足會讓身體機能衰退，也會容易疲倦、注意力不集中，有許多種類的疾病都會跟隨身體機能衰退而出現。
- 久坐的生活習慣：除了有上列運動不足的特徵外，也容易引起肌肉骨骼的酸痛；好發於辦公室工作者身上。
- 營養不均衡：營養攝取過多或不足都會影響身體健康，肥胖與過瘦都會導致多種疾病的產生。
- 過度疲勞：除了會帶來生理上的不適之外(如心血管疾病、頭痛、耳鳴...等)，也容易讓生理情緒不穩定或是記憶力、專注力的衰退；最極端的表現就是「過勞死」。
- 危險環境暴露：在高危險的環境中工作，得到疾病或受傷的機率會比常人高出數倍。

(二)心理與社會因素

- 壓力：長期處在壓力下，會影響神經、免疫與內分泌系統，以上的受影響就會造成身體上很多的疾病。在精神官能方面，情緒會不穩定、暴躁、多疑敏感，甚至出現憂鬱等精神疾病。
- 人際關係：除了產生壓力的特徵外，也容易與人發生衝突，或者是退縮的情形。
- 社會支持：適當的社會支持，例如社會安全網的建構與非營利組織協助，能夠在勞工面臨健康困境與疑惑時，得到有效地協助與防止惡化。
- 自我檢測：透過勞工對自我健康的檢視，可以初步瞭解勞工的身心狀態。
- 不良法規命令設計：適當的法規設計可以有效預防健康危害，反之不適當或

遺漏的法規設計，則可能加速健康情形的惡化。

如前前文所言，這些因素不一定是單獨地影響健康，絕大部分的健康影響存在著複數以上的因素交互作用，心理因素也可能與心理和社會因素結合影響健康。

欲從事健康促進，則必須熟悉這些行為之間的關連，才能夠設計出縝密的研
究與計畫。最常見的職場健康促進活動設計是「健康習慣」(health habit)或「生
活型態」(lifestyle)，包含生理的運動習慣、飲食習慣、睡眠模式、營養、菸酒防
制...等等與其他部分，加上心理層面的社會關係、情緒管理...等計畫與研究
(Murphy et al., 1995)。藉由這些計畫的運行，讓職場健康促進的相關利益者(如
勞工、雇主、法令政策制訂者)檢視個人與職場中潛在的健康危險因素，調整生
活型態與職場中的致病因素，提高對於不良健康的警覺與預防。近來職場健康促
進的干預與概念已傾向用更整體的手段，同時強調員工與組織的健康，且連結工
作環境、條件與有效的改變。

二、勞動彈性化

面臨全球化的資本主義，經營者為了要在價格上與對手競爭，不僅在原料、
技術、行銷、運輸與市場開發等項目上不斷追求精進與改變外，對於勞動成本的
節省上，也進行了許多革新。在許多的人事管理策略上，勞動彈性化(labor
flexibility)逐漸成為人力運用的趨勢。

「勞動彈性化」的名詞是在 1984 年由 John Atkinson 等人所提出，勞動彈性
化大致可分為下列五面向：

- 數量彈性化(numerical flexibility)：企業根據生產需求而調整勞動「人數」或
「工作時間」，如解雇部分員工或使用派遣、短期、臨時等非典型雇用方式，
或把全職工作轉為部分工時、輪班等。
- 功能彈性化(functional flexibility)：透過訓練或再訓練方式讓員工成為多技能
勞工，以應付技術革新與市場需求，是種訴諸內部勞動市場調整的策略。

- 距離策略(distancing strategy)：企業使用商業契約取代勞動契約，把企業的功能與服務委由第三者來執行與管理，以降低法定人事與管理成本。最常見的方式為「外包」，透過承包的企業與個人執行，如電傳勞動、派遣勞動等都屬這類型的管理策略。
- 區隔策略(segmentation strategy)：把企業內勞工分為「核心」與「邊陲」兩類。核心勞工透過企業重點栽培，執行企業重要業務；而邊陲勞工則是執行較不重要或例行性業務，因此也可以使用上列的「數量彈性化」或「距離策略」來找到執行的邊陲勞工。
- 報酬彈性化(pay flexibility)：企業給予報酬的方式，可以依不同的勞工作調整，例如時薪、月薪、計件、績效...等等不同的計算方式。

在勞工與雇主之間，對於「勞動彈性」有著不同的觀點。雇主想要藉由彈性來適應市場需求、技術與組織革新的生產/服務系統；勞工則想藉此改善工作與社會生活、增加雇用與自身事物的自治權（再）獲得。企業導向的彈性 (Company-oriented flexibility)滿足雇主的需求，例如改變營運時間、迎合顧客與服務的時間。藉由協商適度地增加（或減少）工作週，就不用花加班費或縮減薪水。其他種類的變化還有，輪調、加班與週末工作...等等。個人主導的彈性 (Individual-oriented flexibility)迎合勞工在人生不同階段的需求（例如進修、家庭、老年）。個人彈性提供更多的自主權，讓勞工決定工作開始與結束的時間。(Casta et al.,2004)

雖然勞雇對於「彈性」有著不同的抱持想法，但是在現實生活中卻大多是以企業導向的彈性為主流。甚至在真實世界的某些情況中，「彈性化」就是「實質工資消滅」、「解雇保護鬆懈」、「裁減社會安全支出」、「減少職業安全衛生與環境保護」及「集體協商談判的棄置」..等等現象的代名詞(劉梅君，2001)。光是依據 Atkinson 提出的五面向進行排列組合，就可以出現許多種類的勞動使用形式，傳統是以「長期」與「全時」雇用型態為原理原則，國家框架下的勞動法令和社

會福利也大多以長期且全職的勞工為主要適用對象，於是法規法令不能完全地適用於彈性的勞動使用。因此，在保護義務與法規的管制外的非傳統雇用型態勞工，也許會被有意(如雇主給予較差的工作條件、環境與保護)或無意(如勞工缺乏專業知識與自救意識)地被排除，以致於勞動彈性化直接或間接成為了剝削勞工的工具。

三、勞動彈性化之健康影響

本篇研究之所以關注於勞動彈性化的原因，是因為這樣的雇用型態存在著「不安定雇用模式」(unstable employment)與「工作不穩定」(job insecurity)的特性。「不安定雇用模式」指的是特定形式的勞動契約，例如定期契約、臨時契約、獨自工作者與部分工時。這些就業大多有不同的社經不利條件，例如收入不穩定、沒有或只有微薄的退休金累計以及不良的晉升機會。不同的勞動契約模式也意味著關於雇用關係相互間權利義務的心理學(P. Virtanen et al., 2003)。「工作不穩定」指的是這些勞工可能暴露在更危險的工作環境(Benach et al., 2000)以及較低的工作補償(Benach et al., 2002)。歐盟報告中顯示不安定的契約勞工，特別是臨時契約，是更容易暴露在如震動、噪音、有害物生產或重複性動作等不良的工作環境之中。例如臨時工作比起長期工作更容易處在痛苦或疲累的場合(臨時工作占57%，長期工作占42%)，更多噪音(臨時工作占38%，長期工作占29%)，更多重複性工作(臨時工作占46%，長期工作占36%) (Benavides et al., 2000)。

勞動的彈性化，已被視為是經濟效應的首要條件與失業率的良藥，在愈來愈多彈性勞動力的使用之下，失業與許多種邊緣勞動的界線已漸漸模糊。在低管制勞動市場的國家，彈性與臨時工作的工作特徵，逐漸呈現低福利、低工作條件與縮減的工作安全。有研究甚至認為長期暴露在工作不穩定與失業的恐懼，比起經歷失業本身更為有害(Cheng et al., 2005)。許多既有研究顯示，「失業」與不良的健康指標如死亡率、罹病率、有害生活習慣與生活品質低落，有高度相關；非長期雇用的不安全、不穩定特質，似乎也帶有與失業類似的特徵(Benavides et al.,

2000; Benach et al., 2000; Cheng et al., 2005)。重要的是，有證據顯示非長期的失業者回到職場時，有很大部分是從事非長期的工作。例如 1994 年丹麥失業者再回到就業市場中，有 46% 是定期契約；同時西班牙這些再就業人口有 90% 都是臨時性就業(Rodriguez, 1999)。於是，我們所要提出疑問的是一這些經失業再回到非長期就業的勞工，他們的健康狀況是否就改變了嗎，抑或仍處於不良的健康狀態之中。再者，以人口為基礎的研究發現，隨著勞動市場的核心/邊陲分級，勞工的整體健康呈現類似梯形的差異分佈(P. Virtanen et al., 2003)，越靠近邊陲的勞工健康狀況越差。很明顯地，在後工業化社會的彈性勞動市場範圍下，傳統的「就業」與「失業」二分法，已經無法用來檢視整體勞動力的健康狀態，因為這樣的二分法很有可能會低估了不充分工作的健康影響。

鄭雅文等人(2008)認為勞動彈性化下的「不安定雇用型態」，對於勞工的身心健康，可能有下列的影響：

- 職場物理環境的職業危害：不安定的雇用模式常伴隨著低技能需求、勞動條件不佳的情形，加上非正式人員的身份可能會缺乏經驗訓練，所以更容易暴露於不利的作業環境。
- 工作社會心理壓力：不安定雇用模式經常呈現高工作需求(high work demand)、低工作控制(low work control)，另外對於失去工作的恐懼等問題也會帶來壓力。
- 職場人際關係：因為不安定雇用，所以此類的勞工，對於工作的職場與同儕難以產生「歸屬感」。雇主與勞工之間的信任與指揮監督等心理因素，也可能影響著勞工的身心狀態。
- 職場健康安全保護：雇主把教育訓練、健康保護等工作外部化，雖然降低了人事成本，但是勞工卻難以參與企業決策，也可能被排除在保護規範之外。
- 經濟與就業安全：由於多變的彈性雇用型態，目前的法令尚未完善地針對此類型的勞動建構出一套經濟安全保護，所以可能會有不足的地方，或是被雇主遊走灰色地帶的可能。勞工會因此失去經濟上的保障與社會應給予的協

助，特別是處在失去工作的威脅之下。

- 個人工作型態與行為：由於不安定的雇用型態，所以勞工可能缺乏工作安全知識或勞動法規等常識，因而暴露於可見與不可見的職場危害中，或是無法調解心理方面的壓力。

近年來各國學者也紛紛進行分析，試圖釐清勞動彈性化與個人健康之間的關係。例如歐洲提昇生活與工作品質基金會(the European foundation for the improvement of living and working conditions)在 2002 年發表的「歐盟的雇用型態與健康」(Types of employment and health in the European Union)，使用 2000 年「歐洲工作條件調查」(Third European survey on working conditions 2000)的資料，來檢驗不同類型的就業與健康，並且與上一次在 1995 年的調查做比較(Benach et al., 2002)。調查對象鎖定歐盟 15 個會員國，週工時 10 到 35 小時與週工時 35 小時以上的長期雇用、自營作業、臨時契約與定期契約的勞工，以及僱有 1-9 人的小雇主。六個健康指標分別為健康問題的疲勞、背痛與肌肉酸痛以及健康結果的壓力、工作滿意度與因病缺席。

整體的健康方面，除了自營作業者以外，所有種類的全職(週工時 35 小時以上)勞工都比部分工時(週工時 10-35 小時)的勞工健康差。另外在與長期雇用勞工的比較上，個別健康指標的結果如下：

- ◆ 工作不滿意：比起長期雇用，非長期與自營作業比較容易對工作不滿。
- ◆ 健康相關缺席：比起長期雇用，所有種類的雇用都呈現較低的缺席。
- ◆ 壓力：比起長期雇用，小雇主的壓力較大，而非長期的受雇者較低。
- ◆ 疲勞：比起全職的長期雇用，自營作業者、全職定期契約顯示出較高程度的疲勞。
- ◆ 背痛：和全職的長期雇用比較，部分工時的臨時契約與長期契約的勞工背痛的情形較少。
- ◆ 肌肉痠痛：比起長期雇用，肌肉痠痛比較容易出現在自營作業與全職的定期契約勞工上。

研究發現不同種類的雇用對於健康是有獨立影響的，不管其工作條件如何，國家層級的經濟變數影響也有限。

此外 OECD 出版的「2008 就業展望」(employment outlook 2008)，在第四章節中提到就業型態與工作環境對於心理健康的影響，文中使用兩種不同數據呈現。第一種是檢視 OECD 歷年各國對於心理疾病的調查，另一種是針對五個 OECD 會員國(澳洲、加拿大、韓國、瑞士英國)所做的縱向研究調查。在檢視各國調查後，各國心理健康問題並沒有一致的趨勢；至於各國之間，除了長工時、歧視與低工作滿意度是心理健康問題增加的主因外，其他工作環境(如輪班)沒有出現跨國性顯著改變。至於五國調查，發現失業或非自願失業的勞工心理健康較差，而某些非典型雇用的勞工心理健康也較差，但是研究的結果各國之間並沒有一致。此外研究者發現勞工在調查初期時心理疾病的有無，對於研究中期該勞工的心理健康狀況有很大影響，甚至大於工作相關項目對勞工的影響。所以研究只能顯現「典型雇用的勞工比非典型雇用的勞工有較好的心理健康，或是說典型工作明顯有益於心理健康」，但就業種類與工作環境趨勢並不一定是加重工作人口心理健康的主要因素。

Rodriguez(1999)德國、英國邊際勞工比較研究中，設定的研究目標為「臨時雇用」(固定契約與無契約的形式)與「部分工時」。在「臨時雇用」方面，德國全職定期契約的不良健康情形比長期全時勞工不好；英國是一週工時20小時以下或是無契約的勞工，健康狀況較差。在「部分工時」方面，則是與不良健康沒有顯著相關性。最終的研究發現，兩國之間並沒有呈現相同的社會經濟事實，也就是兩國的勞動彈性化沒有一致的健康影響。不過作者還是認為，臨時工作的勞工有可能會因為不穩定的工作條件對於健康有所為害，至少在德國或是英國的勞工身上，都有出現相較長期雇用更不利的健康情形出現。

Virtanen等人(2002)的芬蘭定期契約研究中，對於「全時」與「部分工時」的定期契約作比較，發現「全時」的一方在健康自評、精神健康、不久坐生活形態與工作滿意上都來得比「部分工時」好。另外，這些全時的定期契約勞工也比

部分工時較容易在一段時間後，得到真正長期且全職的工作。接著P. Virtanen等人(2003)的另一個芬蘭研究，針對「長期契約」、「定期契約」、「定期契約外的非典型雇用」與失業(收入補償、補助金、低收入)六個族群。實驗結果，定期契約以外的非典型雇用勞工有較多的臨床疾病，特別是該種類的女性勞工常有憂鬱症的問題。而長期契約與定期契約的勞工，在健康方面沒有太大差異。這和同在芬蘭先前的研究結果相符，長期與定期契約勞工的健康為最穩定，其他非典型雇用的勞工，則可能因為不良的工作安全與失去工作的風險，導致健康比起前兩者較差。

Bardasi& Francesconi(2004)的英國研究，針對「臨時雇用」(臨時/季節、定期契約)與「工時」兩個項目，調查的健康項目為「心理健康」、「整體健康」、「生活滿意度」與「工作滿意度」。發現在短期間之內，非長期的雇用型態與健康並沒有強烈關連；但是整體而言，季節/臨時工作的工作滿意度較低。文章在最後也提到，事實上英國季節/臨時勞工遭受福利條件的劣勢，就算他們轉到了長期雇用還沒有消失。

國內勞工安全衛生研究所的委託研究—「非典型工時職業婦女身心健康評估研究」，選定護理人員與空服人員，研究「非典型工時」也就是輪班，是否會造成健康上的影響。結果發現需要輪班的女性在睡眠品質、身心健康，以及家庭功能三方面比不需輪班的女性來的差，尤其是在需輪值大夜班的女性，睡眠品質及時數、自述身心健康以及家庭功能都明顯的比不需輪班的女性差。(吳明蒼等人，2005)

在回顧學者們的研究之後，對於某些種類的不安定雇用的勞工比起長期全職勞工而言，在健康上出現弱勢的情形發生，但是因為學者之間的研究內容與客觀條件上的差異，我們無法明確指出。然而這樣的研究結果支持了前面的論點，也就是勞動彈性化是有可能影響勞工健康的，並且這樣的趨勢是需要世人給予更多關注的。

四、相關研究中的限制與展望

回顧上列各家研究結果，在此提出一些觀察到的研究問題與限制。

(一)研究對象的定義太過分歧：

因為不安定雇用的形式可以說是千變萬化，國際上也缺乏統一的定義。受訪者的類型與定義會因學者的偏好與實際觀察有所不同，例如前文的 Rodriguez 單純把「部分工時」視為獨立的自變項，但是其他學者可能卻配上不同的契約形式如部分工時的長期契約與部分工時的臨時契約...等等，以致於研究的結果會因為包含的變數不同而有出入，無法在研究與研究之間比較。

(二)健康評量的項目選擇：

情形類似於上文，有些學者關切物理健康的傷害，有些學者則是專精心理疾病對勞工的影響，此外職場中的人際也可以是調查的重點。就算檢視方向相同，其中的細目也有不一樣的選擇，再加上前項的定義對象，就可以發現在比較研究上有其窒礙難行之處。

(三)研究結果受到地理、人為因素而變異：

各國的人口組成不盡相同，地理、產業、法規、性別、風俗習慣...都會反映在勞工的工作選擇(或被選擇)上。例如Benavides等人(2000)的歐盟15個國家調查，作者提到研究中的困難：各國對於雇用種類的定義不同，各國健康與雇用的關係也有不同。或是Bardasi& Francesconi(2004)研究中，歐盟直接指令1999/70/EC要求英國雇主在面對定期契約的勞工給付同等於長期契約的給付與利益，然而臨時/季節勞工卻沒有這樣的指令存在，於是在研究中定期契約與長期契約健康結果相似，臨時/季節勞工就顯得相較弱勢。

(四)健康與職業選擇之間的因果關係：

上列檢視出的不安定雇用與不良健康之間孰因孰果。是因為不良的健康讓勞工自願或被迫選擇彈性的勞動市場，或者是這樣的彈性勞動市場所帶來的負面因素(如不佳的工作條件、環境)傷害了勞工，甚至是身體不佳的勞工在彈性市場中

受到更差的健康對待；目前的研究尚未能清楚解釋兩者之間的關連。

在未來，希望能夠結合各相關領域，如安全衛生、流行病學、心理學、勞動、管理、工業關係與其他相關學科學者之力，由研究前的資訊蒐集開始，到對象與健康指標定義、勞資關係、社會安全系統與其他的社會經濟面向考量，制訂出一套可供研究參考的標準以利系統性的分析。

至於對於如何消弭不安定雇用對於健康的威脅，學者大多認為政府應該要致力與改進的方面：

- 在國內與國際之間，對於勞動彈性化的定義與類型要有基本共識。
- 接著應該要在既有的體制之下或另外成立研究組織，建立適當的資訊系統與研究計畫。
- 對於已經造成的影響，除了監視勞動市場的健康變化以外，給予勞動彈性化中相對弱勢的團體補償與協助。
- 支持擴展個人彈性做為改善企業人員配置、和員工自治與員工對工作環境的控制，進而改善工作與生活環境以及總體上增加生活品質的社會價值的工具。
- 改善與增加國際層級的研究。既然市場變得日漸全球化，我們必須要改善我們對於工作彈性效應的知識，以回應法律、文化與社會差異。

面對勞動彈性化所潛在的健康影響，與其事後補救，不如在政策形成之際，採用研究者得到的資訊與分析來維護勞工的健康，也可以有效抑制社會成本 (Rodriguez, 1999; Benach et al., 2000; Virtanen et al., 2002; Casta et al., 2004)。

第二節 職場健康促進

職場健康促進是近幾十年才興起的健康促進措施，跳脫傳統安全衛生法令消極地預防與事後補救，改以綜合性、整體性的健康計畫積極地增進受僱者健康。於是本章節介紹健康促進與職場健康促進，瞭解並探究現今職場用來保護與回應受僱者身心健康的方式。

一、健康促進(health promotion)

(一)起源與定義

直到 1970 年代之前，「健康促進」(health promotion)一詞並不存在，雖然類似的概念在此之前已存在，但一直到近 30 年健康促進才被各個國家視為重要的政策，尤其是在西方工業世界(Bunton et al. 1995)。會被重視的原因不外乎福利國家日漸累積的龐大福利支出，加上社會經濟發展與疾病型態的轉變，社會大眾對於健康的要求也有所提高，因此造就了健康促進形成與討論。

當時對於「健康促進」議題發展，最有影響力之一的就是 Marc Lalonde 在 1974 年所提出的 Lalonde Report。Lalonde 是當時加拿大衛生與福利機構(Health and Welfare Canada)的主掌者，在報告中批判當時以「健康照護」(health care)為主的健康政策，『健康照護系統，只是維持與改善健康的其中一種方式...對於環境與行為帶來的健康威脅，「健康照護」只比被害者的保護網好一點而已。(加拿大政府的)目標不只是要延續壽命，而是延續人們的生活 (Lalonde) 。』；Lalonde 把死亡和疾病的決定因素歸因為四大類：「生活形態、環境因素、人類生物學因素、健康照護體系」，其中「生活形態」占 50% 影響最大。報告中把健康的決定因素擴展到環境、社會與文化因素上，並強調「生活形態」的重要性(黃淑貞等人，2004)。

有關於健康促進的定義有很多種解釋，有些解釋進行為本身，有些則解釋健康促進的目標、政策內容...等等，端看學者欲傳達給讀者的訊息而改變；下列列出幾位學者對於健康促進的定義。

Goodstadt(1986)：健康促進是經由執行有效的健康計畫、服務和政策，維持與增進目前的健康層次。

Pender (1987)：健康促進不是以疾病或特殊健康問題為導向，而是一種趨近行為(approach behavior)，以自我實現為導向，指引個人維持或增進健康、自我實現與幸福的肯定狀態(林建得等，2002)。

Green and Kreuter(1991)：認為健康促進是結合教育、環境、支持等影響健康因素，以幫助健康生活的活動。目的在於使人們對於自己健康能獲得更好控制。

Bunton et al.(1995)：健康促進的特點就是讓健康生活變容易，不能只告訴人們要改變生活形態，卻不改變社會、經濟與生態環境。健康促進的目標不只個人，還有社會經濟結構，並且鼓勵「健康公共政策」的制訂與實踐。

O'Donell(2002):健康促進是一門科學也是藝術，幫助人們改變生活形態，朝向最佳健康狀態。最佳健康是指生理、情緒社會、精神與智力等健康上的平衡。

總結言之，健康促進所要追求的是超出原先生理與心理上的健康，擴及到整體社會層面。然而這些健康促進任務，不能只單方面要求個人改變，因為只單靠個人的力量，是無法抵抗外來環境給予個人先天與後天的影響。近年來健康促進的趨勢，由早期的個人導向轉向由社會、經濟與生態環境著手，結構性地改變影響「理想健康達成」的阻礙。

(二)以世界衛生組織為中心的展開

在世界衛生組織(World Health Organization,以下文中簡稱 WHO)的網站上對於「健康促進」的解釋是，健康促進並不侷限於特定健康問題或特別的行為種類。WHO 支持任何與健康促進相關的原則與政策，包含各式各樣人民團體、危機因素、疾病與設置。健康促進與其相關效應，致力於教育、社區發展、政策、法令法規，同樣有效預防傳染性疾病，以及傷害、暴力和精神方面的問題等非傳染病的防治。

WHO 的「健康促進計畫」始於 1981 年。當時 WHO 的歐洲辦事處設計的健康教育計畫，時程為 1980-1984 年；然而他們在計畫執行之中意識到，把健康教

育獨立於其他研究以外是無法造就劃時代的健康改善。因此，歐洲辦事處引進了一個非強調教育方法的計畫，也就是「健康促進」；然而引進健康促進的目的並非是要取代現有健康教育計畫，反之藉由健康促進與健康教育計畫的串連來達到全民健康的目的(Bunton et al. 1995)。1984年歐洲辦事處對於健康促進的定義為：「幫助人們具備控制並改善其健康之能力的過程。因此，健康促進代表著在人與環境之間居中促成的策略，它將個人對健康抉擇及社會對健康責任予以整合，以創造更健康的未來。」

在1986年，WHO於渥太華舉行了第一屆健康促進大會(Global Conferences on Health Promotion)，目的在於回應世界日漸增加的公共衛生運動，以及延續1978年的「阿瑪阿塔宣言」(Declaration on Primary Health Care at Alma-Ata)。阿瑪阿塔宣言(Alma-Ata)中強調：「健康是人類最基本的權利，健康不僅是沒有疾病而已，政府和人民共同負有健康責任。」藉由落實基層保健醫療來促進民眾的健康，以達成全民健康的目標(Health for All)，強調運用民眾全力參與的策略來共同創造一個持續性健康的環境。

經由第一屆健康促進大會中各國討論，訂定出渥太華健康促進憲章(Ottawa Charter for Health Promotion)。憲章中對於健康促進的定義為：「增強人們對於自身健康的掌控與改善的過程。」為了達到完整的身心、福利健康狀態，個人或團體必須確認與瞭解目標、滿足需求以及改變或對抗環境。因此，健康應被視為日常生活的資源而非生活目標。健康是強調社會與個人資源的正面概念，就如同身體能量。健康促進不只是健康部門的責任，而是延伸到健康生活形式甚至福利。為了追求完整的身心健康，促進憲章列出了「五大行動綱領」，會員國應遵照此行動綱領，再依據各區域社會、文化與經濟組織的不同，在不同的國度與地區施行適合的健康促進政策。「五大行動綱領」如下：

- 訂定健康的公共政策
- 創造有利健康的支持環境
- 強化社區運動

- 發展個人技能
- 調整健康服務的方向

在第一屆健康促進大會後到目前為止，WHO 共舉辦過六屆健康促進大會，除了在渥太華宣布的憲章之外，另外在 1997 年制訂「雅加達宣言」、2005 年則為「曼谷宣言」；以上的兩個宣言，都以渥太華憲章內容為中心，除了補足原先憲章中的原理原則外，也因應世界情勢改變政策的方針與實踐。

二、職場健康促進(workplace health promotion; worksite health promotion)

(一)起源與定義

最初「職場健康促進」概念的出現，並非是以勞工為出發點，而是雇主為了節省醫療成本花費而制訂出來的一系列策略。自 1970 年代起，面臨不斷上升的醫療成本，雇主著手進行如「讓勞工健康」等等名目的健康計畫(徐傲暉等人，2002)，希望能透過健康改善降低人事成本。最早引起學界注意的職場健康促進研究，是美國 Johnson & Johnson 的 Life for Live 計畫。其所發表的兩篇論文，一篇是有關體適能與運動的影響，另一篇則是以醫療費用為指標，評估計畫的成效。這兩篇論文顯示了在職場中「公共衛生介入模式」的可能性(張蓓貞，2004)。

1997 年歐盟的職場健康促進盧森堡宣言(The Luxembourg Declaration on workplace Health Promotion in the European Union)定義「職場健康促進」是結合雇主、受雇者以及社會的努力，來改善工作中的健康與福利。藉由工作組織與工作環境的改善、積極的促進參與、還有個人發展的鼓勵，來達到健康促進的目的。

以「時間」而言，早期的職場健康促進計畫，因為是由節省醫療成本為出發點，所以大多侷限於單一疾病或危險因子，或者是認為健康是勞工本身的責任，而只著重在於勞工個人生活習慣的改變，忽略了環境、社會、企業等的外來因素潛在之影響。到了 1980 年代，開始有了廣泛性的多元計畫，包含健康管理、壓力管理、營養均衡、體適能等，不過大體而言還是圍繞在個人行為的改變上。到

了 1990 年代之後，體認到勞工的健康會受到許多因素的影響，並不完全是勞工自身決定健康情形。才開始結合健康促進計畫於職場文化之中，也陸續有證據證明健康促進計畫的實施不僅只是消極地降低人事成本，更能積極地增加企業營收與更多外部效應(黃淑貞等人，2004)。下表 2-1 中列舉健康促進計畫的實施，可以為個人與企業帶來的好處。

表 2-1 實施健康促進的優點與利益

組織利益	個人利益
<p>經濟利益</p> <p>品質更加的產品</p> <p>更多競爭力</p> <p>為經濟維持做出貢獻</p> <p>更高的生產力</p> <p>減低成本</p> <p>增加生產(週轉)</p> <p>減少缺席產生的成本</p>	<p>改善工作滿意度</p> <p>改善動機/對於公司的承諾</p> <p>更好的勞動生活</p> <p>降低意外、疾病</p> <p>改善工作條件</p> <p>改善勞工健康</p> <p>增加健康認知</p>
<p>企業形象</p> <p>改善顧客滿意度</p> <p>改善企業行象</p> <p>為企業社會責任做出貢獻</p> <p>績效</p> <p>WHP 是倫理的</p> <p>健康職場＝社會的要求</p> <p>好的健康管理＝好的管理</p>	

<p>社會利益</p> <p>較高的表現力</p> <p>較好的社會風氣</p> <p>留任/減低流動率</p> <p>在勞動市場的位置(主動的雇主)</p> <p>改善組織發展、過程</p> <p>改善管理形象</p> <p>對高品質管理做出貢獻</p>	
---	--

資料來源：ENWHP, 'Making the case for workplace health promotion—analysis of the effects of WHP'

以「空間」來檢視職場健康促進計畫，則因為各國的歷史背景與法令制度不同，計畫的主事者與內容上的偏好會有所差異。在美國，因為健康保險由私人提供，所以雇主有「降低醫療成本」的動機，於是健康促進計畫大多由雇主主導居多，於是計畫會跟隨事業單位的需求改變，較少有策略性的整體規劃(黃淑貞等人，2004)。相反地，由於歐洲已有全民社會保險，所以企業主沒有強烈的成本節省動機，反而是工會對於會員身心健康狀況的關注，於是職場中的健康活動就是由工會所主導。不過近年來的醫療負擔日漸沉重，歐洲各國政府也開始呼籲企業對健康促進的重視。政府列出如表 2-1 提到健康促進可以帶來的好處，企圖吸引企業加入職場健康促進的推動。至於日本、新加坡、台灣等，則是因為起步較晚，所以健康促進計畫大多是由政府所主導(張蓓貞，2004)。政府用鼓勵或是法規制訂的方式，吸引企業投入職場健康促進。

O'Donnell(2002)認為，職場應該被視為是一個推動健康促進的理想地點，是基於「職場」有著以下的特徵：

- 對象：職場中的工作勞工，是明確可以被鎖定的社群。
- 社會支援：除了政府在法令上的約束力、福利政策的制訂外；工會與外部的非營利團體...等等都是可以達到健康促進的推動。

- 目標：不管是勞方或雇方，都有改善健康與生產力的經濟理由。

因此，對於全體人民健康向上的宗旨，職場是個再適合也不過的設置。員工可以達到健康職場與正確的生活態度，雇主則因為員工的身心狀態顛峰，而收有生產力改善、節省醫療成本、企業形象良好等效益。整體國家社會也能夠減少經濟與社會成本的支出，維持人力資源的水準。

(二)國際上重要的 WHP 組織

1.世界衛生組織

一開始 WHO 並沒有把職場視為是健康促進的關鍵場所，而是以都市、醫院、學校...等地點為推行重點，並未針對職場進行有規劃性的計畫與政策。直到 1997 年，第四屆雅加達舉行全球健康促進大會上，發表了健康職場的聲明。聲明中認為各種社會上可以預見的趨勢都必須列入考量，這些都會對勞工健康的發展政策與行動計畫產生影響。到現在為止對健康促進投資最多的是大規模企業，然而非正式工作環境、中小微型企業已逐漸成為重要工作場所，對國家穩定與經濟成長也同等重要。這些趨勢對於社會中的所有部門構成相當大的挑戰，呼籲雅加達宣言夥伴關係的非政府組織，各部門的公部門和私部門，教育機構和媒體，都應該一同合作。

於是同時間創造了「健康工作方案」(Healthy Work Approach)作為「全民職業健康」(Occupational Health for All)的全球策略。基於「健康促進」、「職業安全與健康」、「人力資源管理」、「持續維持」的四個原則，健康工作方案是一個藉由環境(心理、生理、經濟、組織)改善、個人賦權與個人成長，加強工作生活品質、全工作人口的健康與福祉支持序性程序。

2.國際勞工組織(International Labor Organization, 以下文中簡稱 ILO)

ILO 對於健康促進的計畫正式名稱是”the ILO's Workers' Health Promotion and Well-being at Work Programmes”，計畫宗旨是「讓全世界所有國家中所有職業的勞工，其生活與健康都可以受到適當的保護。」ILO 是透過「社會對話」的方式來進行推動，ILO 認為光靠雇主主導是無法解決職場中的健康問題，因為雇主極

有可能無視或是以解雇的方式逃避健康責任。所以應藉由開放性的網絡—除了職場外，家庭、學校、政府等等機構的推動，來改變職場本身。目前 ILO 的執行重點在於預防與協助工作中的吸毒酗酒、抽煙、愛滋與壓力暴力問題。

3.歐洲職場健康促進網絡(European Network Workplace Health Promotion, 以下文中簡稱 ENWHP)

ENWHP 是在 1996 年成立的國家層級非正式網絡，內容包含職業健康安全機構、公共健康、健康促進與法定社會保險機構。組織的宗旨是「為了對歐洲經濟穩定與社會發展做出貢獻，而致力於良好職場健康實例的促進與發展。」

ENWHP 策略的主要元素是建立 WHP 的國家級網絡、論壇與團體，並且建立彼此的連結，透過上述的管道蒐集、研究並傳遞各國、各組織團體之間的職場健康促進。

ENWHP 為了職場健康促進的推廣，特別致力於提供各組織良好的職場範例，此策略名稱為”Making the case for workplace health promotion”，自 1997 年起蒐集各會員國的企業、中小企業與公部門成功案例，在報告書中提供了許多成功案例與數據，另外也介紹了執行職場健康促進的方法與工具、評鑑標準。希望可以藉由這些案例的散佈，讓更多企業主或組織的主事者瞭解到職場健康促進推動的好處，甚至能把健康促進這件事視為是企業營運的中心目標。表 2-1 中所列舉的健康促進實施優點就是整理自 ENWHP 的報告書(Greef & Broek, 2004)。

(三)國內的 WHP 執行

台灣重視職場健康促進是從 1990 年代開始，在這之前，職場健康大多仍停留傳統職業安全衛生領域，強調的是職災的減少與工作安全。以下針對 1990 年後的健康促進發展予以分析介紹。

1.政府主導政策：首先是 1991 年起勞委會與衛生署合辦的「勞工健康促進研習會」，向職業衛生人員與職場相關業務承辦人員介紹健康促進的觀念與作法。1993 年衛生署的「國民健保計畫」中，把健康促進列入重點工作項目之一；然後在 1995 年，從「工作場所高血壓防制」開始，衛生署辦理了一系列的健康促進活

動，包含體適能、戒煙、戒檳榔...等等主題。

勞工委員會勞工安全衛生研究所自 1996 年開始著手勞工健康促進的相關計畫。一開始是以「健康體能」為主體，除了協助事業單位推動外，也建立了體能評估表、評估軟體...等工具。在 2001 年，與「中華民國職業護理學會」合作，與八間不同類型的企業合作，輔導企業推動健康促進以及培育企業的健康促進人才；此時的計畫就不以體適能為限，根據研究者的設計而有不同的調查與活動，有些研究者在此加入了心理健康的調查與計畫(徐傲暉等人，2002)。

2003 年國民健康局開始推動「無菸職場」的計畫，這是以健康促進為主軸的企業認證開端，但是只限於煙害防制。台北市衛生局自 2004 年開始推動「健康職場」的認證，內容有煙害防制、環境設備、哺育設施、體能、壓力等的評鑑。然後在 2007 年，健康局辦理全國「健康職場自主認證」，鼓勵事業單位、政府機關等公民營機構，落實職場無菸措施及建立職場員工健康之工作環境。

勞委會把 2008 年列為「職場健康促進年」，與衛生署共同合作，將適當營養、休閒運動、壓力處理、人際支持、健康責任與自我實現六項健康生活型態行為列為計畫之主軸。

2.法令：目前我國有關職場健康促進的相關法令規範並不多，並未強制要求實施。「勞工健康保護規則」第七條第一款，規定職場的醫療衛生單位辦理事項之一為「勞工之健康教育、健康促進及衛生指導之策劃與實施」。以及「勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法」第十二條中，規定事業單位的勞工安全衛生委員會在開會時，必須把「研議健康管理及健康促進事項」列入討論。基本上仍是以「勞工安全衛生」為框架，把健康促進視為安全衛生管理的事項之一。

3.學界研究：勞委會所屬的勞工安全衛生研究所尋找學術單位，然後再與事業單位合作職場健康促進計畫，或是進行職場推行健康促進的調查。如在 2001 與職業護理學會的合作，邀請學者替企業設計適合的職場健康促進計畫。然後在 2002 年不以介入的方式，而是純粹針對兩家長期推動健康促進的事業單位調查，分析健康情況、健康行為等資料，評估事業單位健康促進效益(徐傲暉等人，2003)。

1999年師大與台電合作的體適能研究，是台灣第一個正式的職場促進研究(O'Donnell,2002)⁶。以台電總公司全體員工為母體，首先經由疾病史調查問卷師出沒有慢性病而且願意參加實驗計畫者共二百五十人，然後以辦公層樓為單位，將員工隨機分派至實驗組或對照組。體適能促進計畫執行後，實驗組由「不運動」改變為「有運動」，以及運動強度提高的人數顯著增加，心肺適能、肌力、肌耐力、柔軟度等四項體適能等級指標也顯著地進步。(卓俊辰等人，1992)研究顯示出健康促進計畫也可以因應台灣職場，並且達到效能。

4. 業界推動：推動情形與國外經驗類似，目前還是以大型企業為主，中小企業實施的意願與實際執行數目較少。在陳芬苓(2005)的研究中顯示，大企業之所以比起中小企業有動機的原因是「員工主動要求」、「高階主管的指示」以及「可以增加企業聲望」。不過整體而言，企業會進行健康促進計畫的動機還是來自於「符合法令規定」，企業大多還是採取比較被動的型態。

(四)職場健康促進的評論與展望

由1970年代起發展至今，職場健康促進的策略與研究是不斷演進與變化地。由早期的單一病因到現在的綜合計畫傾向，以及原先視健康因素為勞工個人結果直到目前擴及整個職場、社會的共同效應。又因主事者的不同，會有不同的執行導向，例如美國的企業導向是為了節省成本；歐洲則是由政府、工會的勞工身心健康、整體社會人力資源的維持為出發點。這樣的變異性，讓職場健康促進的執行充滿不確定性，最後的成果也可能大打折扣。對於職場健康促進的評論，各界有著不同的評論，整理如下：

1. 忽略了「人」才是主體：

雖然許多的健康促進計畫在實證上都收有良好的效果，但是並不代表所有不同背景的勞工都可以一視同仁。如果主事者只看到呈現的結果，把整套設計原封

⁶ 童淑琴，工作場所健康促進計畫之實驗研究——以臺電總公司體適能計畫為例，國立臺灣師範大學衛生教育研究所，2000

不動套用在勞工上，不僅無法達到成效，只會增加勞工對計畫的排斥與反感。如同范國棟等人(2008)在其文章中所提到的情形，『為增進員工健康生活型態知識，要求員工下班後待在職場聆聽學者高談闊論；或在聽到定時播放之健康操音樂，即便工作忙碌，也得停工跟著做操；但下班鈴響，卻仍得加班完成剩餘工作。』計畫應該要盡可能地量身設計，因為重要的不是計畫本身，而是參與計畫的「人們」；主事者應該用鼓勵、宣傳的方式來取代強制，因為有些勞工自身的身心狀況超越或是不足以負荷計畫內容(Williams & Cooper, 1999)。當然更重要的是廣泛地蒐集勞工的需求，經由與勞工不斷地交流，才能拼湊出完整的職場健康圖像。

2. 見樹不見林：

目前的職場健康促進的檢驗，大多仍停留在對健康結果的成果驗收；當然，這的確是健康促進存在的理由與宗旨—維持與增進目前的健康。但是我們能做到的只是協助戒煙、禁酒、增加體適能、消除壓力、舒緩疲勞...而已嗎？造成勞工抽煙喝酒、壓力與疲憊的來源究竟是什麼，當這些情形不再只是個案，而是一群人所共有的現象，甚至是有著相似背景的族群同時出現特徵時，我們可否從中得到一些蛛絲馬跡。

陳芬苓(2005)在描述職場健康促進的障礙時提到，『社會學者批評健康促進的觀點中忽略了貧窮、種族、性別、年齡、社會階層的影響因素，社會學者提出推動以環境介入為主流的「社會責任」觀點，認為健康促進計畫應以大眾傳播媒體、政策決定者、資源供給者、各社會部門(如學校、職場、社區)為主，並注意健康促進運動所可能造成的階級及性別不平等、加諸於員工的標籤作用，及健康市場化的情形。』例如政府所形成的國家勞動政策、雇主的人力管理、社會團體的社會協助...等等，若能先探究這些對於勞動者的影響，並且由這些結構性的因素著手，把潛在的制度與環境徹底改善，想必能大大地增進勞動者的健康。

3. 傳統雇用形式之外的因應之道：

職場健康促進的計算單位是「職場」，政策的執行與成效都需要時間，因此能發揮作用的大多是傳統長期且全時的雇用勞工上。但目前世界的潮流卻是走向

彈性、不安定的雇用。這些勞動者不一定可以長期地待在同一職場之中，甚至如電傳勞動的勞動形式是不需要固定職場的。但是這些勞工的健康由誰來促進與把關，目標團體的定位、計畫的設計，如何對應世界潮流的需求，讓彈性勞動市場中的勞工人能與傳統雇用型態勞工有同等的健康。

4. 「科際」整合的缺乏

現今從事職場健康促進的研究者，仍是以「公共衛生」領域的學者為大宗；只以「公共衛生」的角度出發，是否能夠完整地描繪出勞動領域的生態。如同前文提到社會學者對於健康促進的批評，可以知道「職場健康促進」確實有其思考不周全的地方。職場健康促進若想要進一步的發展與推廣，我們需要瞭解社會如何改變勞動關係、勞資和諧、勞動契約，以及影響健康的生產社會程序是什麼 (Benach et al., 2002)，這些都並非包含在「公共衛生」傳統領域之中，只有在結合勞動、管理、公共行政、社會等相關領域學者的協助與支持，才能促成健康的職場與勞動。

綜合先前的研究與探討，職場健康促進應該朝向的目標有：

- 由下而上：在「組織層級」中，由勞工為出發點，賦予勞工參與計畫的「權利」與計畫決策的「權力」，只有當事人才最能瞭解自身的健康狀態與需求。
- 由微觀到宏觀：不再只是被動地解決職場內已發生的不良健康與傷害，而是探究職場之外潛在產生不良健康的因素，從根本的結構與制度下手。
- 由單一到多元：不再只以「公共衛生」角度來看待職場健康促進，運用「科際」整合的力量。會影響職場健康的因素有很多，唯有全盤地瞭解職場周遭的行為因素，然後再經由各種形式的介入干預，才能打造出良好的健康職場。