

計畫編號：DOH92-HP-1403

國民健康局九十二年度科技研究發展計畫

建立民眾參與社區健康營造之監測與評價系統

研究報告

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：馬作鏹

研究人員：馬作鏹、郭憲文、陳侑佳、李曉芬

執行期間：92 年 3 月 1 日至 93 年 2 月 29 日

本研究報告僅供參考，不代表本局意見

目 次

摘 要.....	1
一、前言.....	3
(一) 研究背景.....	3
(二) 研究目的.....	5
二、材料與方法.....	6
(一) 研究流程.....	6
(二) 研究方法.....	7
(三) 研究對象.....	9
(四) 研究工具.....	10
(五) 資料分析.....	11
(六) 統計軟體.....	12
三、結果.....	13
(一) 諮詢會議.....	13
(二) 德菲法.....	14
(三) 問卷預試.....	17
四、討論.....	26
(一) 問卷.....	26

(二) 各構面權重比	27
(三) 三鄉鎮民眾基本資料分析	28
(四) 有無聽過社區健康營造民眾基本資料分析	28
(五) 各構面平均分數	29
(六) SF36 平均分數	29
(七) 迴歸分析與邏輯斯分析	30
五、結論與建議	32
(一) 結論	32
(二) 建議	33
參考文獻	37
附錄一：德菲法問卷結果	57
附錄二：「民眾參與社區健康營造情形問卷」	72

表 次

表 2-1 問卷譯碼及轉換表.....	39
表 2-2 構面分數轉換值對照表.....	40
表 3-1 六大構面權重比.....	41
表 3-2 問卷 Cronbach's α 值.....	41
表 3-3 問卷基本資料.....	42
表 3-4 不同鄉鎮別與各類別變項之關係.....	44
表 3-5 不同居住地與連續變項之關係.....	45
表 3-6 有無聽過社區健康營造民眾基本資料.....	45
表 3-7 是否聽過健康營造在年齡與居住年數的檢定.....	46
表 3-8 三地區六大構面分數比較.....	46
表 3-9 三地區六大構面分數比較—有聽過「社區健康營造」者.....	47
表 3-10 民眾參與「社區健康營造」活動或團體的動機與原因.....	48
表 3-11 有聽過「社區健康營造」SF36 平均分數三鄉鎮比較.....	49
表 3-12 有沒有聽過「社區健康營造」SF36 平均分數比較.....	49
表 3-13 有沒有聽過「社區健康營造」SF36 平均分數比較--清水鎮.....	50
表 3-14 有沒有聽過「社區健康營造」SF36 平均分數比較--沙鹿鎮.....	50
表 3-15 有沒有聽過「社區健康營造」SF36 平均分數比較--太平市.....	51
表 3-16 民眾參與社區健康營造情形總分與基本資料之複迴歸.....	52
表 3-17 邏輯斯迴歸及複迴歸之操作型定義.....	53
表 3-18 虛擬變項.....	54
表 3-19 邏輯斯迴歸模型之適合度檢定及自變項係數檢定.....	55
表 3-20 邏輯斯迴歸分析.....	55

摘 要

影響民眾參與社區健康營造活動的因素有很多，不論是組織、個人、家庭、外界環境等因素，都會影響社區居民參與社區健康營造的意願，而如何排除這些障礙、激勵民眾參與，應視為健康營造中心的績效之一。

本研究之目的為建立民眾參與社區健康營造之監測與評價指標，並探討社區居民的人口學特徵屬性、對社區健康營造的看法與社區健康營造中心運作內涵，是否會影響居民參與社區健康營造活動的廣度與深度。

本研究以嚴謹之研究過程，透過諮詢會議、德菲法及專家座談，研擬出六大構面(接觸、看法、參與、共識凝聚、推己及人及結果)，發展民眾參與社區健康營造之指標，透過 AHP 法，專家賦予六大構面之權數依序為 0.197、0.140、0.228、0.100、0.153 及 0.182，另外，為能確定問卷之可行性及適用性，並以中部三個鄉鎮(清水鎮、沙鹿鎮與太平市)進行實地訪查，共回收有效問卷 559 份，填答整份問卷平均需 12.5 分鐘，拒答率為 26.5%。

研究結果顯示本問卷具有高度之可行性及適用性，且其結果與台中縣政府現有之評比結果一致性相符，即具有良好之敏感度，同時在評價系統之細項指標，可定義三鄉鎮各別於執行上之弱點，並可以此發展策略加以改進。

本研究建立之「民眾參與社區健康營造之監測與評估系統」，除可了解目前民眾對於社區健康營造的參與程度及看法，並可提供社區健康營造中心及衛生主管機關，擬定促進民眾參與之策略，唯有透過定期評估成效，並改善問題，才能使「社區健康營造」達永續經營。

關鍵詞：社區健康營造、民眾參與、生活品質、德菲法、分層分析法

Abstract

Several factors prohibit residents from participating in community health development. To facilitate community residents in taking part in such programs, those factors should be minimized. Such an endeavor can be considered as one of the major indicators measuring preference for the center of community health development.

The aims of the current study are to develop a monitoring and evaluating system in the participation of community health development for the public. As a result, further strategies can be derived from such a system to assist the stimulator of the center of community health development.

Counseling meetings were held to develop a questionnaire and the Delphi method was utilized as a validating technique. Our results show that six dimensions including access, knowledge, participation, consensus, promotion and outcome are appropriate to use to measure the performance of community health development. AHP was executed to weight 0.197, 0.140, 0.228, 0.100, 0.153 and 0.182 respectively for those six dimensions. The pilot study of three towns from middle Taiwan indicates that our system is not only feasible but also suitable. The coefficients of Cronbach's Alpha range from 0.69 to 0.93. The responding rate is 73.5% and the average responding time is 12.5 minutes among 761 surveys. In addition, our results indicate that Chieng-shuei town, Shalu town and Taiping city score 12.96, 6.99 and 5.49 respectively for total 100 points. Such results are consistent with the evaluation of Taichung county as well as public image, which demonstrates the concurrent validation of our system is good.

Keywords : community health development · Delphi method · Quality of life · Analytic Hierarchy Process

一、前言

(一) 研究背景

近年來，隨著平均壽命的延長、生活及工作方式的改變，使得國人疾病型態及主要死亡原因，已由以往的傳染病轉變成慢性病。而根據研究推論，50%以上的健康問題導因於人類生活型態和行為，故為解決健康及醫學問題，必須積極導入疾病預防及健康促進(health promotion)的觀念(徐傲暉，民 90)。然「預防」與「促進」在其含意上不盡相同，前者需要人們採取行動以降低或除去特定的危險因子；而後者需要人們努力地增進自己的健康(蔡閻閻，民 87)。1984 年世界衛生組織(World Health Organization, WHO)對健康促進所下的定義是：「使人們更能掌握健康決定因素及增進健康的過程」。健康促進介入應開始於人們基本上還是健康時，即設法發展社區和個人策略，以協助人們採行有助於維護和增進健康的生活方式(黃松元，民 82)。健康促進之中心目標則在於增進每一個人自我照顧的知能和對健康的自我負責(黃松元，民 84)。

早期衛生單位推展健康促進議題時，是透過各種媒體及衛教宣導的方式推動，然而不論是針對個人或團體，其所提供健康知識的方式並未能有效傳達到社區民眾；且部分健康知識教材之內容，民眾不易於日常生活中執行。社區辦理之各種衛生教育宣導活動，僅止傳達各種保健知識，對於民眾生活形態的改變，尚難有效達成，因此於民國 88 年提出「社區健康營造中心」計畫，此計畫是呼應世界衛生組織(WHO)「健康城市」之理念：結合社區資源、應用社區健康行銷策略，由社區民眾參與制訂社區健康營造對策並共同執行，以達整體社區健康成長之目標，所組成的社區自主性、自發性健康促進之組織(林金玉等，民 89)。

根據統計，全台灣(包括台澎金馬)至今共成立了 302 個社區健康營造中心(行政院衛生署國民健康局，民 92)，希望藉由每一個人的主動關懷擴及到社區、進而影響到整個城市及國家，使健康意識傳播至台灣每個角落。目前，健康生活社區化的計劃已納入「挑戰 2008」國家發展重點計劃中，國民健康局規劃到民國九十六年前，在每一鄉鎮市區都至少能有一個社區健康營造中心，結合當地資源，鼓勵民眾主動關心並解決社區健康議題，落實健康生活化與生活健康化的精神，並期健康營造活動能達永續經營。

社區健康營造中心之主要工作為促進社區居民參與及推動社區健康策略，而民眾參與社區健康營造之活動時，其動機為：求知興趣、外在誘因、社交接觸、外界期望、自我實現、社會服務、逃避/刺激及提升生活等，但也會遇到許多的障礙，如：資訊傳播障礙、體力障礙、時間障礙、缺乏相關課程、心理障礙、個人主觀因素、工具性障礙及支持性障礙等(鄭琇芬等，民 86 年)，社區健康營造中心必須滿足其動機並避免其障礙，才能有效的提升民眾參與社區健康營造活動的意願。在「內湖社區健康營造之評估」(白璐等，民 89 年)研究中指出，社區居民不願參與社區活動的原因可能是有些人早已參與某一類屬(category)的社會團體，而無法再參加更多其他的事物；有些人也可能是因為此社區團體已經有了別的類屬的人，而不願與之共事。例如：知識份子不願參加以工人為主的團體、本省籍的人士不願參加以外省人為主的團體、信奉基督教與信奉佛教的人也不願意參加彼此所舉辦的活動。社區健康營造中心在此情況下必須採取各種不同的策略來避免上述情況的發生，才能有效改善民眾參與活動之情形。

綜觀上述，影響民眾參與社區健康營造活動的因素有很多，不論是

組織、個人、家庭、外界環境等因素，都會影響社區居民參與社區健康營造的意願，而如何排除這些障礙、激勵民眾參與，應視為健康營造中心的績效之一。

因此本研究希望採用 Donabedian's 之品質評價理論，以結構、過程及結果為基準，發展出衡量民眾參與社區健康營造情形之指標及構面，並引用平衡計分卡的概念，給予各構面適當之權重，求得此衡量系統之總分，以此來衡量民眾參與社區健康營造的情形，並觀察民眾健康狀況及行為，希望建立一套民眾參與社區健康營造的監測與評價系統，以供未來可確切了解健康營造執行成效與民眾健康改善之情形。

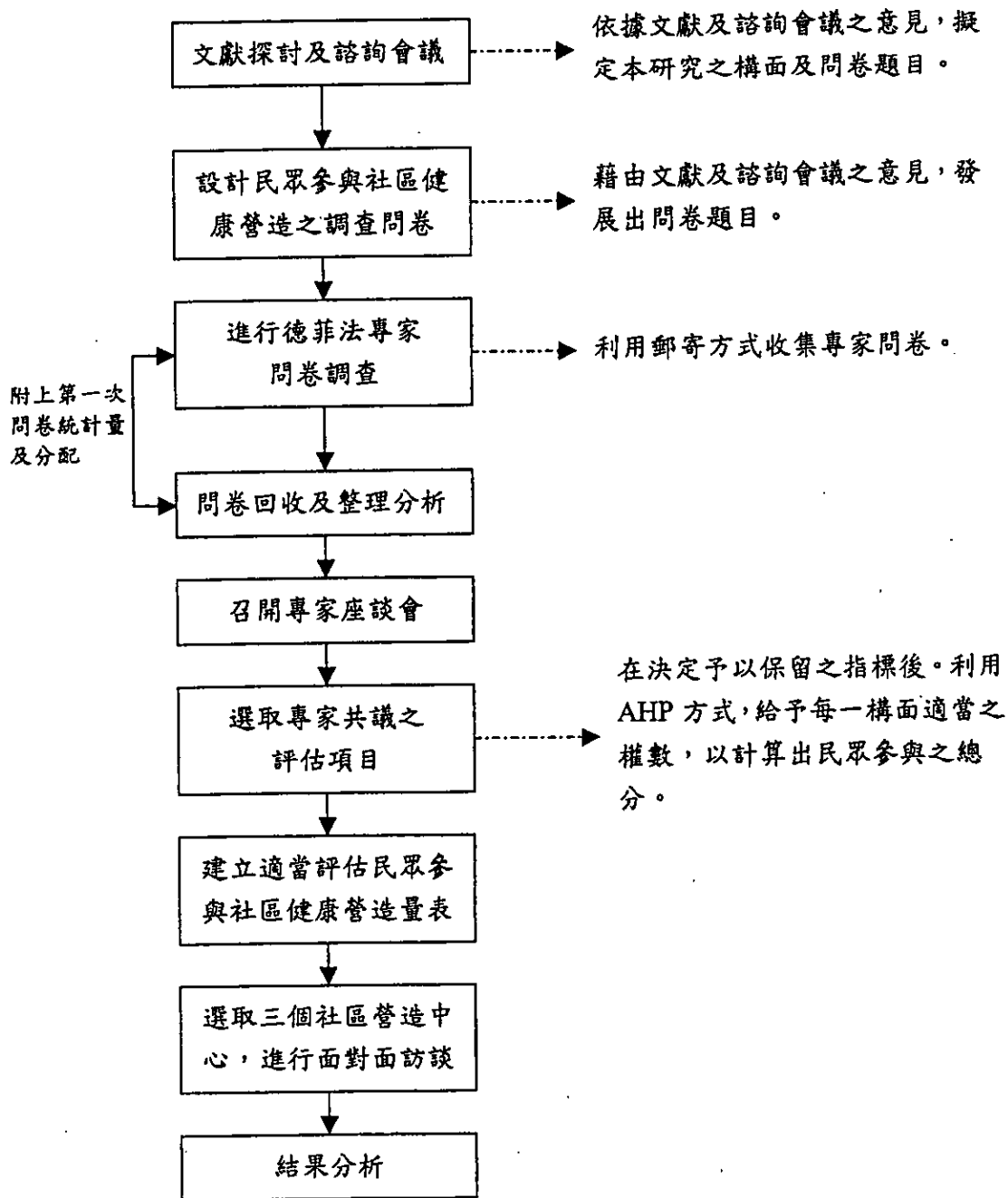
(二) 研究目的

1. 建立民眾參與社區健康營造之監測與評價指標。
2. 建立社區民眾生活品質之資料庫。
3. 探討社區居民的人口學特徵屬性、對社區健康營造的看法與社區健康營造中心運作內涵，是否會影響居民參與社區健康營造活動的廣度與深度。

二、材料與方法

(一) 研究流程

本研究實施流程如下圖所示：



本研究採用 Donabedian's 之品質評價理論，以結構、過程及結果三構面為基準，發展民眾參與社區健康營造之監測及評價系統，本研究首先以文獻探討及諮詢會議之方式，尋找此評價系統之構面及可能之指標。在指標的選取方面，採用修正後的德菲法，郵寄問卷給研究專家，並於第一次問卷回收後，附上適當之中央趨勢及分配之統計量，再進行第二次郵寄問卷，在完成兩次問卷回收後，選取適當之產官學界代表，召開專家座談會，決定衡量「民眾參與社區健康營造」之適合指標。

再利用分層分析法 (Analytic Hierarchy Process, AHP)，計算出每一構面最後之權重。而分層分析法乃是利用兩兩構面相比之概念，藉以比較出各構面相對之權重。本研究於問卷設計完成後，請專家們給予每個構面權重，再配合問卷各構面之分數，即可求得一民眾參與社區健康營造情形之總分。

本研究於三個不同的健康營造中心，進行問卷調查，以了解問卷之可行性及適用性，並比較此三社區健康營造中心民眾參與之情況。

(二) 研究方法

首先利用諮詢會議方式蒐集各專家之意見，本研究採用諮詢的方式進行，主要因目前國內外文獻中，於民眾面去衡量民眾參與社區健康營造情形的相關研究相當有限，若只以文獻探討而建構問卷，其可能易遺漏一些重要的指標，因此期望藉由諮詢會議的方式，邀請社區健康營造相關專家，一起討論激發豐富的資訊與意見，使指標能更趨完整。

於諮詢會議後，草擬之問卷透過德菲法之方式，決定適當之指標。德菲法乃是結構化團體溝通過程的一種方法，亦是一種政策方案預測之

技術，在面對政策問題資訊不足、複雜度高、性質專精時，藉由學者專家或利害關係者，以腦力激盪方式團體開會達成共識。而最適合採用德菲法的研究情況，如下：

1. 研究問題不需要精細的分析技術，而著重在集合一群人的主觀判斷。
2. 在時間及經費有限下，無法舉行專家面對面的會議。
3. 人數太多無法有效做面對面溝通。
4. 參與者未曾有過順暢溝通經驗，或代表不同背景或不同觀點的經驗和專業能力，不易建立溝通共識。
5. 為使面對面會議更具效率，希望能事先找出共同可接受的討論主題。
6. 參與者有嚴重的意見衝突或不同的政治對立，使得溝通過程必須採用匿名的方式，以去除權威和利害關係的影響。
7. 為確保每個成員具有平均參與的機會和具備相同的影響力，避免有權威人士的影響或排除集團力量的干擾。
8. 為改善不常參加聚會的團體成員對團體問題的關心，並提昇其對團體的參與感（王志誠，民 91）。

由於本研究具備上述之狀況，因此採用德菲法凝聚所有專家之共識，以達到指標之建立。

所有構面中的子指標，就其可行性及適用性進行評估，在可行性部份以李克氏量表四等分割分，由「非常不可行」到「非常可行」而對應分數分別為 1~4 分；在適用性方面以同樣方式分為「非常不適用」到「非常適用」。

本次研究德菲法進程序如下：

1. 參與者思考問題
2. 協調者整理分析(協調者工作：列表分析、計算平均數、標準差)
3. 參與者再次思考問題
4. 協調者再次整理分析
5. 產生一致性結果。

於兩次德菲法完成後，最終再召開專家座談會，邀請對象為與社區健康營造有關之產、官學界專家，而專家針對評量表的架構、內容及使用方法進行討論，並逐項討論哪些指標應予以保留，決定最後納入評價系統之子指標，會後依決議內容修改評量指標，完成「民眾參與社區健康營造情形評價系統」。

在評價系統完成後，本研究選取三個社區健康營造中心進行預試，分別為太平、沙鹿及清水，並於預試後分析本問卷之可行性及適用性，並加以修訂問卷之語句，刪除艱深難懂之字句，使評價指標更容易、更清楚的被使用。

(三) 研究對象

問卷設計過程中，在諮詢會議、德菲法及專家座談會，將請社區健康營造之相關專家，包含：學術單位學者、健康營造中心執行單位人員及政府相關單位人員等進行指標擬定、問卷的可行性、適用性及效度評估，藉以訂定出適當的指標來衡量民眾參與社區健康營造的程度。

於問卷完成後，針對台中縣三個不同健康營造中心(清水、沙鹿及太平)之所屬社區，以立意取樣之方式，對當地民眾進行問卷調查，藉以比較三個社區的健康營造中心其民眾參與之情況。

(四) 研究工具

本研究之主要工具為民眾參與社區健康營造之問卷，其計分及分數轉換方式如下：

1. 計分方式

與所有研究考驗一樣，問卷之計分需標準化，才能解釋以各構面衡量民眾參與社區健康營造的情形。本研究將問卷各構面內的每個小題先轉換成五分制，再將各構面換算成百分制之分數，最後將各構面乘權數後加總而得其總分，總分最高為一百分，若民眾所得分數愈高，即表示民眾參與社區健康營造情形愈佳。詳細之計分步驟為：(1) 題目譯碼：各小題皆需要轉換分數，而各小題滿分為 5 分；(2) 加總構面中各題分數，以計算每一構面分數；(3) 將每一構面分數轉換成 0~100 分；(4) 將每一構面乘以所屬的權數，再加總起來。

由於各構面內每小題的選項數目不一，所以必須先一致標準化為五分制的題目，並在第二構面「民眾對社區健康營造的看法」中，針對觀念為負向之題目，進行分數之反轉，使同構面之計分方向一致，而反轉之題目分別為：第 1、3、5、6、7 題。另外，在第三構面「民眾參與社區健康營造情形」中的第 9、10 小題並不納入計算構面總分，此兩小題主要是提供資訊給社區健康營造推行單位，了解民眾參不參與社區健康營造之主要動機與原因為何。題目及分數轉換詳細資訊如表 2-1。

2. 構面分數的轉換

本研究將利用下面的公式，將各題目轉換成 0~5 分、各構面轉換成 0~100 分。轉換公式中，各構面可能之最低原始分數及原始分數範圍，如表 2-2。

$$\text{題目轉換分數} = \left[\frac{(\text{實際原始分數} - \text{最低可能原始分數})}{\text{可能的原始分數範圍}} \right] \times 5$$

$$\text{構面轉換分數} = \left[\frac{(\text{實際構面分數} - \text{最低可能構面分數})}{\text{可能的構面分數範圍}} \right] \times 100$$

另外，為確定本問卷指標之可信賴程度與一致性程度，以內部一致性進行評估，計算問卷各題目之 Cronbach's α 值。公式如下：

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_1^K S_i^2}{S^2} \right]$$

K：量表中的項目數

S^2 ：總變異量

S_i^2 ：各項目的變異量

一般 Cronbach's α 係數在小於 0.35 為低信度，在 0.35~0.7 之間為尚可，大於 0.7 則屬於高信度。

(五) 資料分析

在德菲法方面，計算各題目之平均數及標準差，以提供專家在第二次衡量之參考，期望擬定具有專家共識之問卷。

在民眾參與社區健康營造方面之問卷，依據研究對象之基本資料、參與健康營造之情形、生活品質等變項，進行描述性、雙變量及多變量之統計分析。描述性統計，將分析變項之個數、百分比、平均數及標準差等資料；利用 t 檢定及變異數分析(ANOVA)，進行雙變項之統計分析，並針對 ANOVA 檢定為顯著變項，利用 Scheffe 法進行事後檢定，藉以比較不同社區健康營造中心在民眾參與社區健康營造程度上之差異。最

後，以迴歸分析，找出影響民眾參與社區健康營造活動的廣度與深度，如民眾的人口學特徵屬性、對社區健康營造的看法與社區健康營造中心運作內涵等。

(六) 統計軟體

本研究使用 Excel 2000 及 SPSS10.0 兩套統計軟體，進行資料建檔、整理及分析。

三、結果

(一) 諮詢會議

本研究召開之諮詢會議，共邀請五位專家學者、四位實務推動健康營造工作者以及一位衛生機關主管，以談話、啟發及一起腦力激盪的方式，建構出可以用於衡量民眾參與社區健康營造情形之構面及指標。

本次研究利用平衡計分卡之概念，先討論出大架構(構面)，並於各構面下分別發展出衡量參與情形的子構面(指標)，採行平衡計分卡之概念進行設計，將可避免單純以某一構面來衡量而造成失行情形產生，以確保發展出較具完整性之指標。

在諮詢會議中，專家整理出民眾參與社區健康營造之過程如下：民眾首先接觸社區健康營造，進而對社區健康營造有所認識及看法，並參與社區健康營造之活動，在參與之後，產生共識凝聚，更進一步發展組織、團體，再將社區健康營造之概念推廣他人，最後產生健康行為之改變，促使民眾更健康。

民眾接觸社區健康營造→民眾對社區健康營造的認知與看法→民眾參與意願→共識凝聚→民眾將社區健康營造概念及工作推廣他人→結果(Outcome)產生

依據上述民眾參與之過程，共擬定六大構面：

1. 民眾接觸社區健康營造。
2. 民眾對社區健康營造之看法。
3. 民眾參與社區健康營造情形。
4. 共識凝聚。
5. 將社區健康營造推己及人。

6. 結果產生。

(二) 德菲法

德菲法之專家學者，包含有學術研究界、實務推動健康營造工作者以及衛生機關主管。

在問卷發出及回收部份：第一次德菲法，共寄出 16 份問卷，回收 14 份；第二次則寄出給第一次有回覆的專家學者共 14 份，最後回收有 11 份。

於第一次德菲法回收後，除計算各題目之平均數及標準差外，並依據專家之意見增加題目，於第二次寄出問卷時除附上原有題目之平均數及標準差外，並將增加之題目一併附上。

在問卷結果部份：第一次德菲法及第二次德菲法之結果詳如附錄一。

在各構面下增加之題目數如下：

構面	原有題數	增加之題數	總題數
民眾接觸社區健康營造	10	4	14
民眾對社區健康營造之看法	19	2	21
民眾參與社區健康營造情形	19	10	29
共識凝聚	5	1	6
將社區健康營造推己及人	4	1	5
結果產生	5(不含 SF36)	2	7

於二次德菲法完成後，計算出平均數與標準差，以作為最後取捨問卷题目的標準。第一次及第二次德菲法各構面收斂之題數如下：

構面	總題數	有收斂題數
民眾接觸社區健康營造	10	10
民眾對社區健康營造之看法	19	13
民眾參與社區健康營造情形	19	13
共識凝聚	5	5
將社區健康營造推己及人	4	4
結果產生	5	0

因有構面之題目未收斂，表示專家在這些題目上，無法達成共識，因此召開專家座談會以取得共識，並決定各構面適當之題數。

於專家座談會中，專家學者決定首先保留適用性平均數在 3.5 分以上且標準差具收斂之題目。其餘題目若有專家認為應保留，則透過題目之修改後而予以保留。最後完成的問卷有六大構面共計 42 題，而各構面保留題數如下：

構面	保留題數
民眾接觸社區健康營造	8
民眾對社區健康營造之看法	10
民眾參與社區健康營造情形	10
共識凝聚	4
將社區健康營造推己及人	4
結果產生	6

最後在專家座談會中，請專家針對六大構面，進行兩兩構面比較，藉比較此構面相對於另一構面，用來衡量民眾參與社區健康營造情形的重要性，以決定最後每個構面的權重比。再利用分層分析法(AHP)計算出每一個構面的權重分數，以建構最後完整之問卷。

依據六位專家之意見，經使用 AHP 法計算後，得到六大構面的權重比依序如下 (表 3-1)：

1. 民眾接觸社區健康營造 (權重為 0.197);
2. 民眾對社區健康營造之看法 (權重為 0.140);
3. 民眾參與社區健康營造情形 (權重為 0.228);
4. 共識凝聚 (權重為 0.100);
5. 將社區健康營造推己及人 (權重為 0.153);
6. 結果產生 (權重為 0.182)。

(三) 問卷預試

本研究選取三個社區健康營造中心，分別為太平、沙鹿及清水，進行問卷預試，以評估問卷之可行性及適用性。問卷結果如下：

1. 問卷回收結果：

本研究之問卷採用面對面之訪談方式，本研究共回收有效問卷 559 份。其中，清水地區 161 份、沙鹿地區 192 份、太平地區 206 份。

在問卷完成時間方面，沒聽過「社區健康營造」者，只填答基本資料及 SF36，完成一份問卷平均時間為 8.5 分鐘；對於有聽過「社區健康營造」者，除上述資料須填答外，需另填六大構面題目，其問卷平均完成時間為 12.5 分鐘；問卷平均之拒訪率為 26.5%。

為確定本問卷指標之可信賴程度與一致程度，本研究採內部一致性評估，計算問卷題目之 Cronbach's α 值。各構面之係數如表 3-2 所示。其中，在六構面總合、民眾接觸社區健康營造構面、民眾對社區健康營造之看法構面、共識凝聚構面、將社區健康營造推己及人構面、結果產生等構面皆具有高信度，民眾參與社區健康營造情形構面屬於尚可之範圍。

2. 問卷基本資料分析：

如表 3-3 所示，本研究回收之有效問卷中，男性有 236 人(42.2%)、女性有 323 人(57.8%)，受訪者平均年齡為 29 歲(標準差=13.04 歲)，其中大部分年齡層分佈於 11~20 歲(28.8%)及 21~30 歲(39.5%)。婚姻狀況則以未婚者居多(67.1%)，其次為已婚者(31.3%)，離婚者有 2 位(0.4%)，有 6 位受訪者為鰥寡(1.1%)。其居住狀況以與家人同住為主(83%)，少

部分人為獨居(17%)。

受訪者之教育程度多為高中職畢(31.5%)，其次為大學(27.7%)、國中肄業(7.0%)、國小畢業(6.2%)，佔最少數的分別為未受教育(1.8%)與研究所以上(1.3%)。本研究之受訪者職業種類最多為「學生」(40.6%)，其次為「服務業」(17.7%)、「商」(12.0%)，6.8%的受訪者職業為「家庭主婦」、6.4%為「工」、6.3%為「自由業」，其餘少數為「公教人員」佔 2.1%、「軍警人員」佔 2.3%及「農」佔 1.3%，有 4.5%受訪者的職業為其他。

家庭平均月收入大部分在 20,000 元以下(34.0%)及 20,001 元~40,000 元之間(28.1%)，平均收入越多者越少，呈指數分配。居住於目前居住地區之年數以 1~5 年最多(30.9%)，其次為 16~20 年(19.3%)及 11~15 年者(15.6%)，6~10 年佔 14.1%、21~25 年佔 8.4%、30 年以上佔 6.3%，居住年數為 26~30 年者最少(5.4%)。

受訪者中完全沒聽過「社區健康營造」者有 446 位，佔大部分(79.8%)，其次有 82 位(14.7%)好像有聽過，但不了解何謂社區健康營造，29 位(5.2%)有聽過社區健康營造且了解一點點，而有聽過且非常了解的只有 2 位(0.4%)。

3. 三地區民眾基本資料分析

針對不同鄉鎮別檢視問卷訪查對象是否相同(表 3- 4)，結果顯示不同鄉鎮別在教育程度、職業、婚姻狀況、居住狀況及家庭月平均收入均達統計上顯著差異($p < 0.01$)；而不同鄉鎮別在性別分布亦達統計上顯著差異($p < 0.05$)。

在表 3- 5 中顯示不同鄉鎮別在年齡及居住年數上均達到統計上顯著差異($p < 0.01$)。利用 Scheffe 進行事後檢定，顯示清水與太平、沙

鹿與太平在年齡上有統計上顯著差異；在居住年數上則是清水與沙鹿有統計上顯著差異。

在民眾是否聽過社區健康營造方面(表 3- 6)，不管男性或女性多數以未聽過居多，在聽過的民眾中則是以女性居多佔 57.5%，但卡方檢定結果並無統計上的顯著意義；教育程度上以大學以上的學歷居多，但與是否曾聽過並無統計上的顯著意義；另外職業、婚姻狀態以及平均收入的檢定上亦都沒有顯著意義，表示是否曾聽過社區健康營造與這些變項間並無相關聯，唯有在居住狀況上有達統計上的顯著意義 ($p < 0.05$)，代表是否曾聽過健康營造與居住狀況之間有關聯。

在年齡與居住年數的檢定上，是否曾聽過社區健康營造在年齡與上並無統計上的顯著差異(表 3- 7)，在居住年數上沒聽過社區健康營造的民眾平均居住年數較高 14.1，且達到統計上的顯著差異，代表是否聽過社區健康營造在平均居住年數有差異。

4. 三地區六大構面比較

合併計算有聽過與沒聽過社區健康營造民眾之構面分數，在「民眾接觸社區健康營造」構面、「民眾對社區健康營造之看法」構面、「民眾參與社區健康營造情形」構面、「共識凝聚」構面、「結果 Outcome 產生」構面之平均分數皆為清水鎮最高，沙鹿鎮次之，太平市最低；在「將社區健康營造推己及人」構面之平均分數則為清水鎮最高，太平市次之，沙鹿鎮最低。在進行變異數分析之後，發現鄉鎮別與「民眾接觸社區健康營造」構面分數具有統計上的顯著意義 ($P < 0.05$)，清水鎮的平均分數較太平市為高；鄉鎮別與「民眾對社區健康營造之看法」構面、「民眾參與社區健康營造情形」構面、「共識凝聚」構面、「結果 Outcome 產生」構面以及六構面總和也分別具有統計上的顯

著意義 ($P < 0.05$)，清水鎮的平均分數較沙鹿鎮為高，也較太平市為高 (表 3-8)。

在六大構面總分之計算中，若排除未聽過社區健康營造者，在「民眾接觸社區健康營造」構面、「民眾對社區健康營造之看法」構面之平均分數，為沙鹿鎮最高，太平市次之，清水鎮最低；在「民眾參與社區健康營造情形」構面、「共識凝聚」構面、「結果 Outcome 產生」構面之平均分數，太平市為最高，沙鹿鎮次之，清水鎮最低；在「將社區健康營造推己及人」構面之平均分數則為太平市最高，清水鎮次之，沙鹿鎮最低。在進行變異數分析之後，發現鄉鎮別與「民眾接觸社區健康營造」構面分數具有統計上的顯著意義 ($P < 0.05$)，沙鹿鎮的平均分數較清水鎮為高；在「共識凝聚」構面、「結果 Outcome 產生」構面 ($P < 0.05$)，太平市的平均分數較清水鎮為高；在六構面總和 ($P < 0.05$)，沙鹿鎮與太平市的平均分數都較清水鎮為高 (表 3-9)。

5. 民眾參與社區健康營造之動機與原因 (表 3-10)

民眾會去參與「社區健康營造」活動或團體的動機主要以「自己想要主動了解健康常識」為最多，「基於個人或家人健康切身的需要」次之；民眾不會去參與「社區健康營造」活動或團體的原因主要以「時間上不能配合」為最多，「從未或很少接受到有關社區健康營造活動舉辦的訊息」次之。

在三鄉鎮中，民眾會去參與「社區健康營造」活動或團體的動機及不會去參與「社區健康營造」活動或團體的原因前二名皆與上述相同，唯有清水鎮，民眾會去參與「社區健康營造」活動或團體的動機，覺得是「基於參與社團，建立人際關係」的個數較高。

6. 生活品質 SF-36

比較三地區之生活品質，其 SF36 分數，如表 3-11 所示，結果發現在 PF 生理功能構面，沙鹿鎮的平均分數大於清水鎮 ($P<0.05$)；在 RE 角色情緒構面，太平市的平均分數大於沙鹿鎮 ($P<0.05$)；在 VT 活力狀況構面，清水鎮及沙鹿鎮的平均分數皆大於太平市 ($P<0.05$)。

比較三鄉鎮有聽過社區健康營造民眾的 SF36 分數(表 3-12)，結果發現在 SF 社會功能構面，清水鎮的平均分數大於沙鹿鎮 ($P<0.05$)；在 VT 活力狀況構面、MH 心理健康構面、GH 一般健康構面，太平市的平均分數皆大於沙鹿鎮 ($P<0.05$)。

以下在就個別鄉鎮加以分析：

(1) 清水鎮-表 3-13

比較清水鎮有聽過與沒聽過「社區健康營造」民眾的 SF36 平均分數，結果發現在 PF 生理功能構面，沒有聽過的民眾平均分數大於有聽過的民眾 ($P<0.01$)；在 SF 社會功能構面，有聽過的民眾平均分數大於沒有聽過的民眾 ($P<0.05$)。

(2) 沙鹿鎮-表 3-14

比較沙鹿鎮有聽過與沒聽過「社區健康營造」民眾的 SF36 平均分數，結果發現在 SF 社會功能構面、BP 身體疼痛構面，沒有聽過的民眾平均分數大於有聽過的民眾 ($P<0.01$)。

(3) 太平市-表 3-15

比較太平市有聽過與沒聽過「社區健康營造」民眾的 SF36 平均分數，結果發現在 PF 生理功能構面、SF 社會功能構面、MH 心理健康構面，有聽過的民眾平均分數大於沒有聽過的民眾 ($P<0.05$)。

7. 複迴歸分析

本研究將個人鄉鎮別、基本資料及 SF-36 各構面之總分作為的自變項，以民眾參與社區健康營造情形總分作為依變項，進行複迴歸模型之建立，各變項定義如表 3- 17 所列。以了解在控制其他變項下，各自變項對依變項的影響程度。由表 3- 16 可看出迴歸模式之 F 值檢定達到顯著水準 ($F=2.354, p<0.002$)，經調整後的變異解釋力為 23.2 %。

迴歸模型中的「鄉鎮別—沙鹿鎮對清水」、「職業—軍、公、教對農、工、商」、「居住狀況—」、「平均收入—80,001 對 20,000 以下」、「居住年數」以及「身體疼痛 BP」變項，在控制其他變項下，與依變項的相關有顯著差異，其餘自變項則無顯著。

控制其他變項下，在鄉鎮別方面，相較於清水鎮沙鹿鎮民眾參與社區健康營造情形總分增加 5.685 ($p<0.05$)；在職業方面，相較於職業為農、工、商的民眾，職業為軍、公、教的民眾其總分增加 9.481 ($p<0.01$)；居住狀況方面，相較於與家人同住的民眾獨居者的總分增加 8.826 ($p<0.05$)；平均收入方面，相較於平均收入 20,000 以下的民眾，平均收入 80,001 以上的民眾總分增加 6.154 ($p<0.05$)；居住年數方面，居住年數每增加一年總分增加 0.243 分 ($p<0.1$)；在身體疼痛 BP 方面，身體疼痛 BP 分數每增加一分總分減少 0.227 分 ($p<0.01$)。

8. 邏輯斯迴歸分析

在曾聽過社區健康營造中心與否的邏輯斯迴歸模式中，探討研究對象的鄉鎮、性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、居住狀況、家庭月平均收入、居住年數、PF 分數、RP 分數、RE 分數、SF 分數、BP 分數、VT 分數、MH 分數、GH 分數等因素（自變項），在控制住

其他變項，看上述 17 項因素中各單一變項，何者為曾聽過健康營造中心之因子，以建立健康營造中心未來發展的模型。

(1) 邏輯斯迴歸模型適合度檢定：

在評估邏輯斯迴歸模型與原始資料的適合度上，統計值的虛無假設與對立假設如下：

H_0 :此假設模型適合原始資料

H_1 :此假設模型不適合原始資料

模型中包含截距及共變數-2logL 值是 495.971(表 3- 19)，自由度是 558。此值在 $\alpha=0.05$ (卡方值=614.062)下不顯著，表示此模型符合原始資料。在檢定自變項的係數是否顯著上，此統計值遵從 P 自由度的卡方分配，P 是自變項之數目。本模型的係數卡方值是 66.790，自由度為 25，在 $\alpha=0.05$ 下呈現統計上顯著差異($P<0.000$)，表示自變項與依變項之間是有關係存在。

(2) 邏輯斯迴歸模型結果：

在控制住其他變項之效應後，結果發現「鄉鎮-沙鹿對清水」、「鄉鎮-太平對清水」、「職業-公教軍警對農工商」、「職業-服務及自由業對農工商」、「居住狀況」、「居住年數」及「RE 分數」有統計上的顯著意義，而「性別-女對男」、「年齡」、「教育程度」、「職業-其他職業對農工商」、「婚姻狀況」、「家庭月平均收入」、「PF 分數」、「RP 分數」、「SF 分數」、「BP 分數」、「VT 分數」、「MH 分數」、「GH 分數」均未達統計上顯著意義(表 3- 20)。

就受測者的基本資料特質而言，在「鄉鎮」方面，沙鹿曾聽過社區健康營造中心的勝算是清水的 0.245 倍($p<0.01$)；太平曾聽過社區

健康營造中心的勝算是清水的 0.349 倍($p < 0.01$)，達統計上顯著意義。

在「性別」方面，女性曾聽過社區健康營造中心的勝算是男性的 1.172 倍($p > 0.1$)。在「年齡」方面，每增加一單位的年齡，曾聽過社區健康營造中心的勝算增加 1.002 倍($p > 0.1$)，皆未達統計上顯著意義。

在「教育程度」方面，教育程度為國中曾聽過社區健康營造中心的勝算是教育程度在國小以下的 2.300 倍($p > 0.1$)；教育程度為高中曾聽過社區健康營造中心的勝算是教育程度在國小以下的 1.245 倍($p > 0.1$)；教育程度為大專以上曾聽過社區健康營造中心的勝算是教育程度在國小以下的 1.642 倍($p > 0.1$)，均未達統計上顯著意義。

在「職業」方面，職業為公教軍警曾聽過社區健康營造中心勝算為農工商的 0.377 倍($p < 0.01$)；職業為服務及自由業曾聽過社區健康營造中心勝算為農工商的 0.430 倍($p < 0.05$)，以上二者皆達統計上顯著意義。而職業為其他職者的曾聽過社區健康營造中心勝算為農工商的 0.534 倍($p > 0.1$)，其並未達統計上顯著意義。

在「婚姻狀況」方面，目前無婚姻者曾聽過社區健康營造中心勝算為目前有婚姻者的 0.924 倍($p > 0.1$)，未達統計上顯著意義。在「居住狀況」方面，獨居曾聽過社區健康營造中心勝算為與家人同住的 0.349 倍($p < 0.01$)，達統計上顯著意義。

在「家庭月平均收入」方面，家庭收入在 2 萬至 4 萬元間曾聽過社區健康營造中心的勝算是家庭收入在 2 萬元以下的 1.301 倍($p > 0.1$)；家庭收入在 4 萬至 6 萬元間曾聽過社區健康營造中心的勝算是家庭收入在 2 萬元以下的 0.467 倍($p > 0.1$)；家庭收入在 6 萬至 8 萬元間曾聽過社區健康營造中心的勝算是家庭收入在 2 萬元以下的 1.064 倍($p > 0.1$)；家庭收入在 8 萬元以上曾聽過社區健康營造中心的

勝算是家庭收入在 2 萬元以下的 0.728 倍($p>0.1$)，以上均未達統計上顯著意義。

在「居住年數」方面，每增加一單位的年數，曾聽過社區健康營造中心的勝算增加 0.969 倍($p<0.05$)，達統計上顯著意義。

就受測者的生活品質八個構面分析，在「PF 分數」方面，每增加一單位的分數，曾聽過社區健康營造中心的勝算增加 0.990 倍($p>0.1$)；在「RP 分數」方面，每增加一單位的分數，曾聽過社區健康營造中心的勝算增加 0.995 倍($p>0.1$)；在「SF 分數」方面，每增加一單位的分數，曾聽過社區健康營造中心的勝算增加 0.990 倍($p>0.1$)；在「BP 分數」方面，每增加一單位的分數，曾聽過社區健康營造中心的勝算增加 1.011 倍($p>0.1$)；在「VT 分數」方面，每增加一單位的分數，曾聽過社區健康營造中心的勝算增加 1.008 倍($p>0.1$)；在「MH 分數」方面，每增加一單位的分數，曾聽過社區健康營造中心的勝算增加 1.003 倍($p>0.1$)；在「GH 分數」方面，每增加一單位的分數，曾聽過社區健康營造中心的勝算增加 1.001 倍($p>0.1$)，以上均未達統計上顯著意義。唯獨在「RE 分數」方面，每增加一單位的分數，曾聽過社區健康營造中心的勝算增加 1.006 倍($p<0.1$) 達統計上顯著意義。

四、討論

本研究將針對問卷擬定過程、各構面之權重、三鄉鎮之比較及生活品質等方面進行討論。

(一) 問卷

從問卷最後完成的六大構面中，學者專家都同意民眾參與社區健康營造程度是由淺至深，先經由接觸社區健康營造，之後才能產生共識，進而民眾將社區健康營造推己及人，最後產生良好的結果，所以政府在推行社區健康營造時，第一步是要讓民眾認識了解社區健康營造，才有後續的結果產生。

本研究問卷設計出衡量民眾參與社區健康營造程度的六大構面，在一些文獻中可得到佐證。夏鑄九（1999）的社區健康營造計畫研究中提出，社區參與程度是經由社區賦權的過程，由居民的社區參與來經營社區，其模式如下：

社區健康營造計畫→社區動員→社區參與→社區組織→社區意識（社區認同）→改變社會關係→居民自主地營造社區

其中社區參與程度的概念與本研究相似點，民眾先經由接觸、參與，之後才發生共同意識，再一起主動營造社區，而本研究發展出的構面也是先經由接觸、參與，產生看法，再有共識凝聚，一直到有結果產生。

另外，Bagnall（1989）將成人參與社區教育活動的形式分成三種類型：出席(presence)→涉入(involvement)→控制(control)，其主要概念也是民眾先參加社區內所舉辦的教育活動，再來是對活動本身會表示個人的意見或看法，對於參加活動的其他參與者，產生互動性的活動，包括情感上的分享與集體行為的投入等，最後進入到民眾不只是要求自我導向的教育活動，更產生引導他人參與教育活動，或是由他們來決定社區內

該辦理的教育活動內容和方式。Bagnall 用來衡量成人參與社區教育活動的研究概念也是與本研究一樣，由淺至深，先由自己開始再推廣至他人，最後還能有能力主導活動。

所以，使用本研究發展出的問卷去衡量民眾參與社區健康營造程度，其概念與方法得到國內外文獻的佐證，且經過可行性評估，必能確切測量到民眾參與社區健康營造情形，藉以評估政府施行社區健康營造的具體成效。

(二) 各構面權重比

經過舉辦專家座談會，請專家賦予每一構面權數，最後六大構面權重比依序如下：

1. 民眾接觸社區健康營造（權重為 0.197）；
2. 民眾對社區健康營造之看法（權重為 0.140）；
3. 民眾參與社區健康營造情形（權重為 0.228）；
4. 共識凝聚（權重為 0.100）；
5. 將社區健康營造推己及人（權重為 0.153）；
6. 結果產生（權重為 0.182）。

由以上的數據顯示出，專家們認為在衡量民眾參與社區健康營造情形時，最重要的是要看民眾是否身體力行去參與社區健康營造，其次是民眾接觸情形，再來則考慮到結果如何。而在剛推行社區健康營造不久的現在，民眾共識凝聚及將健康營造工作推己及人則是屬於較後期的工作。林振春（1998）學者提出，社區健康營造的活動從初期的引導「民眾參與」，到中期希望民眾能參與規劃和執行，到達末期，完全有社區民

眾成立團體，自行主導該社區的活動。Bagnall (1989) 學者也說，要先有涉入，才會發生後來更進一步的控制等等，都強調民眾實際參與、接觸社區健康營造的重要性。

(三) 三鄉鎮民眾基本資料分析

針對不同鄉鎮別檢視問卷訪查對象是否相同，不同鄉鎮別在性別、年齡、教育、程度、職業、婚姻狀況、居住狀況、家庭月平均收入及居住年數均達統計上顯著差異，表示受訪者基本資料在此三鄉鎮的分布有所不同，所以之後在做更進一步的分析時，如檢驗影響民眾構面分數的因素，必須注意到要在控制這些變項下，才能正確檢驗出差異處，而不是因為本身三鄉鎮基本資料分布不同，而導致構面分數不同。

(四) 有無聽過社區健康營造民眾基本資料分析

民眾有無參與社區健康營造與居住狀況、居住年數達統計上顯著差異。這表示民眾與家人同住或獨居，會影響民眾是否去參與社區健康營造，這可能可以解釋為有家庭支持的民眾，較會因為家人或自身健康需要或是有家人鼓勵，所以較會去參與社會性的活動。Hsiu-Yueh Hsu(2001) 學者在做老人議題的研究中提到，與家人同住的人會較獨居的人有較高知覺到自身健康的重要性，Davis 等學者 (1985) 提出，與配偶或家人同住的人，有較好的健康行為。

在本地區居住多少年會影響民眾是否去參與社區健康營造，有聽過社區健康營造的民眾較沒聽過的民眾在本地區居住年數少，這可能與本次受訪的民眾中，以年輕人和學生佔大多數，所以在本地區居住的年數會比較少，又或者是因為受訪的大部分民眾是從小就生長在這個鄉鎮，較

年輕的人居住年數會比較少，這可能與較年輕者比較有注意社會動態或媒體訊息，所以有聽過社區健康營造之比例較高有關。

(五) 各構面平均分數

合併計算有聽過與沒聽過社區健康營造民眾之構面分數，「民眾接觸社區健康營造」構面分數，清水鎮的平均分數較太平市為高；「民眾對社區健康營造之看法」構面、「民眾參與社區健康營造情形」構面、「共識凝聚」構面、「結果產生」構面，清水鎮的平均分數較沙鹿鎮為高，也較太平市為高，顯示清水鎮的民眾在社區健康營造參與情形較為良好，有較高比例的民眾有接觸與參與社區健康營造，在看法與共識凝聚、結果方面也有比較高的分數，顯示在三鄉鎮中，清水鎮在推廣社區健康營造方面較廣，其推廣方式，應可提供其他鄉鎮參考學習。

若只計算有聽過社區健康營造民眾之構面分數，「民眾接觸社區健康營造」構面，沙鹿鎮的平均分數較清水鎮為高；在「共識凝聚」構面、「結果產生」構面，太平市的平均分數較清水鎮為高；在六構面總分，沙鹿鎮與太平市的平均分數都較清水鎮為高。如果計算全部人的構面總分，以清水鎮較高，但若分開來看，只比較有聽過社區健康營造民眾的構面總分，反而是清水鎮最低，這可能為清水鎮推行社區健康營造推行得較廣，有把訊息傳播給鎮裡的居民，但並沒有把健康營造內容深植在民眾心中；而太平市雖然聽過社區健康營造的比率較低，但是在有聽過的那些民眾，卻對社區健康營造有較深的認識與參與。

(六) 生活品質

比較三鄉鎮的 SF36 分數，在 RE 角色情緒構面，太平市的平均分數

較高，在 VT 活力狀況構面，清水鎮及沙鹿鎮的平均分數較高，太平市有較高比例的民眾可以與家人、朋友相處良好，清水鎮及沙鹿鎮有較高比例的民眾平時充滿活力。

比較有聽過與沒聽過「社區健康營造」民眾的 SF36 平均分數，結果發現在 SF 社會功能構面，有聽過的民眾平均分數大於沒有聽過的民眾，這可能可以解釋為，有聽過社區健康營造的民眾，因為有去參加社區健康營造活動，較有機會與人群接觸，可以學習人際關係，所以在與家人、朋友的互動上也會比較好。

在清水鎮中，有聽過社區健康營造民眾的「SF 社會功能構面」平均分數大於沒有聽過的民眾，在太平市中，有聽過社區健康營造民眾的「PF 生理功能構面」、「SF 社會功能構面」、「MH 心理健康構面」平均分數大於沒有聽過的民眾，表示清水鎮與太平市在執行社區健康營造都有一定的成效，有聽過社區健康營造的民眾生活品質較好，尤其是太平市有聽過社區健康營造的民眾在更多構面擁有較高的分數，這也可以呼應前面的研究結果，太平市執行社區健康營造工作較有深度，所以影響民眾生活品質較深。

在清水鎮中，沒有聽過社區健康營造民眾的「SF 社會功能構面」平均分數大於有聽過的民眾，在沙鹿鎮中，沒有聽過社區健康營造民眾的「SF 社會功能構面」、「BP 身體疼痛構面」平均分數大於有聽過的民眾，這表示在清水鎮與沙鹿鎮中，自覺身體健康的民眾較沒聽過社區健康營造，這可能可以解釋為覺得自己身體很健康的人，覺得比較沒有需要去參加社區健康營造。

(七) 迴歸分析與邏輯斯分析

本研究進行迴歸分析與邏輯斯分析，以找出預測影響民眾是否有聽過社區健康營造以及影響民眾參與程度的因子，再針對這些特質去思考未來可以改善社區健康營造執行成效的方向。

研究結果發現，性別會影響有無聽過社區健康營造，女性較男性有聽過社區健康營造，所以將來在推行社區健康營造時，可以朝一些婦女團體先下手，或是透過社區媽媽們口耳相傳，其宣傳效力會較佳；年齡愈高者聽過社區健康營造的比例愈高，年紀大的人較會注重保養身體，所以對於社區健康營造這種健康促進相關的活動較有興趣去參加；在教育程度方面，普遍而言，高教育的人會比低教育的人較有聽過社區健康營造，高教育的人會比較關心自己的身體健康，所以對於社區健康營造這種健康促進活動較感興趣，會較有意願參與。

在婚姻與居住狀況方面，目前有婚姻者及與家人同住者的民眾較有聽過社區健康營造，有家庭支持的民眾，較會去參與社會性的活動，對自身健康也會較關心；在家庭月平均收入方面，收入較為中等小康的家庭較有聽過社區健康營造，在現實社會中，家庭小康的民眾本就佔大多數，而家庭收入較低的家庭可能因為經濟壓力而較無時間來參與。在 SF36 分數方面，「身體疼痛 BP」分數愈高，民眾得到的六大構面總分愈低，也就是說參與社區健康營造較多的民眾，身體健康有比較少的問題；「角色情緒 RE」構面有聽過社區健康營造的民眾較沒有聽過的分數高，表示因為有參加團體活動，所以培養與人較好的互動關係，情緒分數較高。對於低教育者、獨居者、低收入者要更進一步心力去引發他們參與社區健康營造的動機，激起他們的興趣，並匯集擁有較會參與社區健康營造共同特質的這些民眾，努力培養他們對社區健康營造的認識與實踐，進而去影響沒有參與的民眾。

五、結論與建議

(一) 結論

隨著二十一世紀來到，社會急速變遷，慢性病愈來愈多，這些因生活及飲食習慣所造成之慢性疾病，使得預防醫學越來越重要，而預防醫學越來越著重於社區健康提升，政府為順應此趨勢，於民國八十八年開始推動社區健康營造計畫，以鄉鎮為單位成立社區健康營造中心，希望藉由參與社區資源，使民眾發掘出社區的健康議題，產生共識並建立社區自主照護健康營造機制。在資源有限之限制下，政府所執行之政策應具有成本效益。

過去有許多研究發展績效之評量指標，這些評量指標多僅從營造中心之觀點來衡量其績效，根據Aday等學者，於1993年出版之專書中提及，衡量一政策或醫療系統之績效，需從三大構面進行衡量，包含：效率(Effectiveness)、效能(Efficiency)及公平性(Equity)，在效率的部分，通常以結構、過程及結果面來衡量；在效能部分，通常以資源分配效能(allocation efficiency)及生產效能(Production efficiency)，通常可利用成本效益分析(Cost-benefit analysis, CBA)、成本效果(Cost-effectiveness analysis, CEA)及成本效用(Cost-utility analysis, CUA)來進行衡量；公平性的部份，多以民眾能接觸之可近性加以衡量。一般以健康營造中心填答之績效評量系統，多只侷限於效率部分的結構面，無法衡量其他方面。

本研究所發展之評價系統，在發展初期即考慮結構、過程及結果面，藉由長期監測結果面，可評估健康營造之成本效果及成本效益，另外亦可由民眾面監測到其可近性，所以本研究為一完整考慮效率、效能及公平性之評價系統。

本研究以嚴謹之研究過程，透過諮詢會議、德菲法及專家座談，研

擬出六大構面(接觸、看法、參與、共識凝聚、推己及人及結果)，發展民眾參與社區健康營造之指標，為能確定問卷之可行性及適用性，並以中部三個鄉鎮(清水鎮、沙鹿鎮與太平市)進行實地訪查。

研究結果顯示本問卷具有高度之可行性及適用性，且其結果與台中縣政府現有之評比結果一致性相符，即具有良好之敏感度，同時在評價系統之細項指標，可定義三鄉鎮各別於執行上之弱點，並可以此發展策略加以改進。

由國家衛生研究院醫療保健政策研究組於 2000 年 1 月 13 日所提出的「如何建構『全民健康』新世紀醫療網政策建議報告書」中指出，社區健康營造中心立意雖好，惟執行成效應確實加以評估。本研究發展之衡量系統正好可加強成效之評估，經由本系統即可衡量民眾參與社區健康營造之情形，除可協助營造中心針對較弱勢的地方擬定有效之推廣策略，並提供政府衡量社區健康營造計畫在民眾參與方面之成效如何。

(二) 建議

1. 對三鄉鎮整體之建議

依據本研究之結果，可協助三鄉鎮改進現行推廣社區健康營造之策略，而三個鄉鎮在民眾參與社區健康營造的六大構面皆各有優缺點，因此需依照各鄉鎮之強勢及弱勢提出改進之策略，才能有效促進民眾之參與。

由本研究所建立之民眾參與社區健康營造構面：「接觸」、「看法」、「參與」、「共識凝聚」、「推己及人」及「結果」，在三鄉鎮中，總體而言，以「推己及人」此構面之分數最低，顯示三鄉鎮在推廣社區健康營造上，雖有不同之成果，但實際有參與社區健康營造者，並未將自身參與之經

驗推廣給他人，可能是營造中心於初期，並未將推廣社區健康營造等概念傳達給民眾了解，使得民眾雖有實際參與，但卻尚未將社區健康營造之概念推廣出去，因此各社區健康營造中心應可透過正式儀式或表揚等方式，賦予參與的民眾推廣社區健康營造之使命，並運用志工，建立良好之人際關係及行銷網絡，不論是透過口耳相傳或活動推廣，進而引發民眾能主動參與及投入。

本研究除考量上述六大構面外，另使用 SF-36 衡量三鄉鎮民眾之生活品質，由結果可發現在清水鎮及沙鹿鎮兩地區，沒有聽過社區健康營造者，在生活品質的生理功能構面....等較有聽過者為佳，表示自覺較健康者在社區健康營造之接觸方面較薄弱，因此營造中心，對於此類民眾在推廣上，可應用預防醫學之角度，吸引民眾之參與，或運用志工引導民眾參與，並宣傳參與社區健康營造之重要性。

而在民眾不參與「社區健康營造」活動的原因方面，主要是「時間上不能配合」，因此營造中心在舉辦活動的時間上必須因地制宜，並先了解當地社區民眾之日常作息及生活型態，再根據所調查之資料，擬定民眾可參與之時間，或提供多元化之時段供民眾選擇；另外「從未或很少接受到有關社區健康營造活動舉辦的訊息」也是民眾常見不參與之原因，顯示營造中心於宣傳推廣上需再加強，除透過傳統之人際網絡推廣外，還可透過平面媒體(報章、雜誌、海報、宣傳單.....等)、社區有線電視、地方性廣播電台及網路等方式，例如：設置社區營造中心之網站，定期發送與社區有關訊息之電子報....等，並依據個別營造中心所擁有之傳播訊息資源及民眾之特性，建立屬於自己最有效的傳播訊息管道，使社區內之民眾能在第一時間得到營造中心之相關訊息。

2. 對三鄉鎮個別之建議

本研究首先分別探討各鄉鎮有無聽過「社區健康營造」之民眾比例，及各鄉鎮推動社區健康營造的深度及廣度，進而針對各鄉鎮提出策略。

(1) 清水鎮

根據問卷統計結果，在是否聽過「社區健康營造」題目中，清水鎮民眾曾聽過的比例為最高(34.8%)，進一步就有聽過的民眾分析，發現於該題的平均分數上卻為最低(1.99分)，大部分聽過的民眾都只是好像聽過但不了解，代表清水地區民眾聽過的人最多但了解程度卻最低，建議清水地區健康營造中心於推動時，加強其深入的內容推廣而非僅是口號或媒體的宣傳方式，例如：傳單上除了活動名稱、地點等內容之外，可加入社區健康營造之精神、宗旨及目的。

就六大構面中的接觸構面而言，清水鎮的分數最低，其中以志工宣導方面的題目(訊息內容、實做技巧、實用性)分數最低，可能因為清水鎮在志工訓練的成果上較不佳，建議清水鎮可加強志工招募及培訓，強化志工對社區健康營造訊息的正確宣導，並提升健康議題的實用性。

有聽過社區健康營造的清水鎮民眾中，只有 7.1%的民眾參與過相關活動，且「參與活動次數」、「參與團體次數」、「支持意願」及「活動規劃」等題目之分數，皆為三個鄉鎮中最低，推測可能為活動宣傳不足、活動內容不實用或活動時間無法配合所致，建議可於活動規劃前進行市場調查，盡量推動民眾感興趣之活動，並將活動時間定於大多數人可參與之時間，且於活動前加強活動宣導，以增加民眾參與度。

在共識及結果構面中，清水鎮的分數在三個鄉鎮中是最低的，可能因民眾對社區健康營造的接觸及參與程度上原本就不高，因此解決之道即是從接觸面及參與面做起。

(2) 沙鹿鎮

在是否聽過「社區健康營造」題目中，沙鹿鎮民眾曾聽過的比例較清水鎮低、略高於太平市，進一步就有聽過的民眾分析，發現於該題的平均分數上為最高(2.37分)，且該鎮於接觸面及看法面的分數皆為三鎮中最高，代表民眾的接觸程度較深入且看法也較正確，但「推己及人」構面的分數卻為三鎮中最低，建議社區健康營造中心可加強人脈網絡的建立，鼓勵並教導一般民眾協助健康營造概念的推廣，提升社區健康營造工作推己及人的成果。

(3) 太平市

根據問卷統計結果，接觸及看法兩大構面的分數較低，但就其他四大構面的平均分數來看皆為最高，顯示太平市民眾接觸社區健康營造的程度稍低，但對於社區健康營造卻有最多的了解與深入參與，因此建議太平市在鞏固好目前推行的成效之下可以考慮將範圍再擴大，讓多一點的民眾都能來參與社區健康營造。

3.對未來研究之建議

本研究已初步設計出一衡量民眾參與社區健康營造之工具，並於台中縣選取三鄉鎮加以衡量，針對各營造中心之優缺點，擬定推廣策略，未來，可將此研究工具推廣至全國，甚至每半年或每年進行調查，經由本工具監測民眾參與社區健康營造之情形。

另外，目前也有其他衡量社區健康營造之評價指標，可將此指標與本研究之結果相互比較，雖然評價之構面及方式不同，但可提供相互驗證之資訊，對於未來衛生主管機關在評價社區健康營造提供更多之資訊。

參考文獻

1. Bergner, M: Quality of life, health status, and clinical research. *Medical Care* 1989; 27(3): 148-156。
2. Duhi LJ: Health information community networks. *Public Health Reports* 2000; 115: 271-273。
3. Flynn, B. C.: Healthy cities: Toward world wide health promotion. *Annual Reviews of Public Health* 1996; 17: 299-309。
4. John Ashton : The origins of Healthy Cities, Healthy Cities. , 1992。Open University Press, Milton Keynes, Philadelphia.
5. World Health Organization (WHO): Ottawa charter for health promotion. *Health Promotion*; 1(4): iii-v.
6. 林振春：社區營造的教育策略。台北：師大書苑，1998。
7. 林青慧：台灣簡短 36 (SF36) 健康量表工具信效度及常模之建立。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2003。
8. 施教裕：社區參與的理論與實務。社會福利 1997；129：2-8。
9. 黃淑貞：美國推展「健康促進」之現況及其成本效益評估。公共衛生 1991；18(1)：55-63。
10. 陳靜敏：健康促進的創新策略：社區健康營造。新台北護理期刊 2002；4(2)：1-6。
11. 劉文俊、李龍藤、陳慶餘：社區健康評估-解決社區健康問題的基本工具。當代醫學 2000；27(6)：47-51。
12. 夏鑄九：市民參與和地方自主性：台灣的社區營造。社市與設計學報 1999；9/10：175-185。
13. 余民寧：次序性資料的內容效度係數和同質性信度係數之計算。中國測驗學會測驗年刊 1993；40：199-214。
14. 廖秀幸：醫院參與社區健康營造之實證研究。中國醫藥大學醫務管理

- 研究所，2001。
15. 管敏秀：社區健康營造之現況分析與策略研究。銘傳大學公共事務學研究所，2002。
 16. 莊宜佳：影響北市社區健康營造志工推行健康促進活動成效相關因素之探討。台北醫學院護理學研究所碩士論文，2001。
 17. 陳怡如：社區成人教育活動參與及其社區意識之關係研究。高雄師範學院成人教育研究所碩士論文，2000。
 18. 林麗香：健康都市的理論與實務-以哈瑪星社區營造規劃為案例。中山大學政治學研究所碩士論文，1996。
 19. 劉劍華：社區健康營造之老年人其社區參與程度及健康促進生活方式對生活品質之相關研究。台北護理學院護理研究所碩士論文，2002。
 20. 莊瑞菱：組織台北市某社區健康促進委員會之形成過程及結果。台北醫學大學護理學研究所碩士論文，2001。
 21. 吳永鍾：台灣地區社區健康營造中心運作現況之初探-以兩梯次 159 家社區健康營造中心為例。陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2001。
 22. 陳明芳：健康照護制度中國家角色的演變與困境：台灣、英國、美國、加拿大的比較研究。台灣大學社會研究所碩士論文，1995。
 23. 王明傑：台北市社區參與實質環境營造機制之研究。淡江大學建築學系碩士論文，1997。
 24. 王志誠：生理機能障礙者就醫環境品質指標之建立。中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文，2002。
 25. 張世雄：社會福利的理念與社會安全制度 1996；台北：唐山，136-137。
 26. 國民健康局：社區健康營造工作手冊，行政院衛生署國民健康局，2000。
 27. 國民健康局網站。http://www.bhp.doh.gov.tw

表 2-1 問卷譯碼及轉換表

構面	題號	選項標示號碼	轉換後之分數
民眾接觸社區健康營造	1	1	0
		2	1.7
		3	3.3
		4	5
	2	1	0
		2	5
	3	1	0
		2	2.5
		3	5
	5-1	第 5 題勾選從未接受過	0
5-2	1	0	
5-3	2	2.5	
	3	5	
民眾對社區健康營造的看法	2、4、8、9、10	1	0
		2	2.5
		3	5
	1、3、5、6、7	1	5
		2	2.5
		3	0
民眾參與社區健康營造情形	1	1	0
	3	2	5
	2	1	0
		2	1.7
	4	3	3.3
		4	5
	5	5	5
	6	1	0
7	2	2.5	
8	3	5	
共識凝聚	1、2、3、4	1	0
		2	2.5
		3	5
民眾將社區健康營造概念及工作推己及人	1	1	0
		2	1.7
		3	3.3
		4	5
		5	5
	2	1	0
		2	1.25
		3	2.5
		4	3.75
		5	5
結果 Outcome 產生	1	1	0
		2	5
	1-1	1	0
	1-2	2	2.5
	2,3,4,5	3	5
	6	1	0
		2	1.7
3		3.3	
		4	5

表 2-2 構面分數轉換值對照表

構面	最低和最高可能分數	可能分數範圍
民眾接觸社區健康營造	0,40	40
民眾對社區健康營造的看法	0,50	50
民眾參與社區健康營造情形	0,40	40
共識凝聚	0,20	20
民眾將社區健康營造概念及 工作推己及人	0,20	20
結果 Outcome 產生	0,40	40

表 3-1 六大構面權重比

專家 構面	A	B	C	D	E	F	結果
接觸	0.287	0.347	0.085	0.102	0.102	0.258	0.197
看法	0.279	0.225	0.054	0.047	0.081	0.156	0.140
參與	0.294	0.174	0.152	0.342	0.216	0.189	0.228
共識	0.076	0.089	0.022	0.041	0.158	0.218	0.100
推己及人	0.051	0.113	0.229	0.147	0.276	0.100	0.153
結果	0.012	0.052	0.459	0.322	0.167	0.078	0.182

表 3-2 問卷 Cronbach's α 值

構面名稱	α 值
六構面總合	0.8809
民眾接觸社區健康營造	0.8302
民眾對社區健康營造之看法	0.7916
民眾參與社區健康營造情形	0.6852
共識凝聚	0.7176
將社區健康營造推己及人	0.9323
結果 Outcome 產生	0.7273

表 3-3 問卷基本資料

	次數(個)	百分比(%)
訪談地區	559	
清水	161	28.8
沙鹿	192	34.3
太平	206	36.9
性別	558	
男	236	42.2
女	323	57.8
年齡	559	
11~20 歲	161	28.8
21~30 歲	221	39.5
31~40 歲	61	10.9
41~50 歲	65	11.6
51~60 歲	36	6.4
61 歲以上	15	2.7
教育程度	559	
未受教育	10	1.8
小學	32	5.7
國(初)中	81	14.5
高中(職)	176	31.5
專科	98	17.5
大學	155	27.7
研究所(含)以上	7	1.3
職業	559	
農	7	1.3
工	36	6.4
商	67	12.0
軍公教人員	12	2.1
軍警人員	13	2.3
服務業	99	17.7
自由業	35	6.3
家庭主婦	38	6.8
學生	227	40.6
其他	25	4.5

表 3-3 問卷基本資料-續

婚姻狀況	559	
未婚	375	67.1
已婚	175	31.3
鰥寡	6	1.1
離婚	2	0.4
分居	0	0
其他	1	0.2
居住狀況	559	
與家人同住	464	83.0
獨居	95	17.0
家庭平均月收入	559	
20,000元(含)以下	190	34.0
20,001~40,000元	157	28.1
40,001~60,000元	111	19.9
60,001~80,000元	65	11.6
80,001~100,000元	20	3.6
100,000元(含)以上	16	2.9
居住年數	559	
1~5年	173	30.9
6~10年	79	14.1
11~15年	87	15.6
16~20年	108	19.3
21~25年	47	8.4
26~30年	30	5.4
30年以上	35	6.3
聽過「社區健康營造」名詞	559	
完全沒聽過	446	79.8
好像有聽過，但不了解	82	14.7
有聽過，了解一點點	29	5.2
有聽過，且非常了解	2	0.4

表 3-4 不同鄉鎮別與各類別變項之關係

	清水(n=161)		沙鹿(n=192)		太平(n=206)		p 值
	個數(n)	百分比 (%)	個數(n)	百分比 (%)	個數(n)	百分比 (%)	
性別							
男	78	14.0	66	11.8	92	16.5	0.019*
女	83	14.8	126	22.5	114	20.4	
教育程度							
國小以下	9	1.6	10	1.8	23	4.1	0.000**
國中	29	5.2	25	4.5	27	4.8	
高中	73	13.1	38	6.8	65	11.6	
大專以上	50	8.9	119	21.3	91	16.3	
職業							
農工商	30	5.4	27	4.8	53	9.5	0.000**
公教軍警	8	1.4	6	1.1	11	2.0	
服務自由	44	7.9	27	4.8	63	11.3	
其他	79	14.1	132	23.6	75	14.1	
婚姻狀況							
是	118	21.1	158	28.3	108	19.3	0.000**
否	43	7.7	34	6.1	98	17.5	
居住狀況							
與家人同住	147	26.3	149	26.7	168	30.1	0.002**
獨居	14	2.5	43	7.7	38	6.8	
家庭月平均收入							
20,000 元(含)以下	68	12.2	58	10.4	64	11.4	0.000**
20,001~40,000 元	42	7.5	38	6.8	77	13.8	
40,001~60,000 元	27	4.8	45	8.1	39	7.0	
60,001~80,000 元	10	1.8	34	6.1	21	3.8	
80,000 元(含)以上	14	2.5	17	3.0	5	0.9	

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

表 3-5 不同居住地與連續變項之關係

	清水(n=161)		沙鹿(n=192)		太平(n=206)		p 值	事後檢定 (Scheffe)
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差		
年齡	27.4	12.18	25.56	11.69	29.19	13.04	0.000**	(1,3) (2,3)
居住年數	16.06	10.44	12.15	9.95	13.45	12.56	0.004**	(1,2)

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

表 3-6 有無聽過社區健康營造民眾基本資料

	聽過		沒聽過		p 值
	個數	百分比	個數	百分比	
性別					
男	48	42.5%	188	42.2%	0.95
女	65	57.5%	285	57.8%	
教育程度					
國小以下	5	4.4%	37	8.3%	0.51
國高中	19	16.8%	62	13.9%	
大專	36	31.9%	140	31.4%	
大學以上	53	46.9%	207	46.4%	
職業					
農工商	31	27.4%	79	17.7%	0.11
公教軍警	6	5.3%	19	4.3%	
服務自由	23	20.4%	111	24.9%	
其他	53	46.9%	237	53.1%	
婚姻					
是	77	68.1%	307	68.8%	0.89
否	36	31.9%	139	31.2%	
居住狀況					
與家人同住	102	90.3%	362	81.2%	0.02*
獨居	11	9.7%	84	18.8%	
家庭月平均收入					
20,000 元(含)以下	41	36.3%	149	33.4%	0.10
20,001~40,000 元	30	26.5%	127	28.5%	
40,001~60,000 元	23	20.4%	88	19.7%	
60,001~80,000 元	7	6.2%	58	13.0%	
80,000 元(含)以上	12	10.6%	24	5.4%	

表 3-7 是否聽過健康營造在年齡與居住年數的檢定

	聽過		沒聽過		t-test
	平均數	標準差	平均數	標準差	p 值
年齡	28.3	11.64	29.4	13.37	0.129
居住年數	12.5	8.6	14.1	11.8	0.012

表 3-8 三地區六大構面分數比較

各構面 平均分數	清水 1	沙鹿 2	太平 3	三地區 總合	F 值	差異來源
接觸	8.39	6.09	3.79	5.90	3.966	1>3
看法	19.13	9.17	6.94	11.22	14.691*	1>2 1>3
參與	8.72	4.74	3.80	5.54	7.688*	1>2 1>3
共識	25.31	13.35	10.86	15.88	9.841*	1>2 1>3
推己及人	1.54	0.54	0.82	0.93	1.040	
結果	21.27	11.04	9.30	13.35	9.618*	1>2 1>3
總平均分數	12.96	6.99	5.49	8.16	9.780*	1>2 1>3

註:六大構面權重比依序為 0.197 : 0.140 : 0.228 : 0.100 : 0.153 : 0.182

*p<0.05

表 3-9 三地區六大構面分數比較—有聽過「社區健康營造」者

各構面 平均分數	清水 1	沙鹿 2	太平 3	三地區 總合	F 值	差異來源
接觸	24.11	37.70	30.05	29.20	3.670*	1<2
看法	55.00	56.77	55.00	55.49	0.272	
參與	25.07	29.37	30.13	27.42	1.710	
共識	72.77	82.66	86.06	78.54	4.558*	1<3
推己及人	4.43	3.36	6.49	4.61	0.349	
結果	61.16	68.35	73.72	66.02	4.406*	1<3
總平均分數	37.25	43.29	43.50	40.35	4.832*	1<2 1<3

*P<0.05

表 3-10 民眾參與「社區健康營造」活動或團體的動機與原因

動機與原因		清水	沙鹿	太平	總合
參與「社區健康營造」	活動或團體的動機				
	自己想要主動了解健康常識	26	26	23	75
	基於參與社團，建立人際關係	25	7	7	39
	基於可以領贈品	6	5	0	11
	基於個人服務熱忱	9	11	3	23
	基於個人打發時間	5	5	2	12
	基於各種健康促進活動內容吸引	15	14	10	39
	基於親朋好友的影響	5	6	4	15
	受主辦單位人情壓力邀請	7	1	1	9
	基於個人或家人健康切身的需要	18	24	11	53
活動地點離家裡或上班處近	13	10	10	33	
不去參與「社區健康營造」	活動或團體的原因				
	時間上不能配合	44	25	22	91
	對於「社區健康營造」活動沒有興趣	5	2	3	10
	覺得參與「社區健康營造」活動對您沒有任何助益	7	0	1	8
	沒有同伴或家人一起陪伴參加	15	9	5	29
	不了解「社區健康營造」的意義及內容	17	13	6	36
	從未或很少接受到有關「社區健康營造」活動舉辦的訊息	27	13	13	53
	覺得參與「社區健康營造」活動對您而言沒有成就感	5	1	2	8

表 3-11 有聽過「社區健康營造」SF36 平均分數三鄉鎮比較

	清水	沙鹿	太平	F 值	差異來源
PF	85.36(23.17)	91.94(9.28)	94.42(6.68)	2.925	
RP	81.25(31.71)	70.16(35.01)	81.73(33.58)	1.302	
RE	73.00(36.75)	62.00(39.20)	76.00(34.71)	1.148	
SF	81.25(15.99)	72.58(14.22)	82.69(15.44)	4.028*	1>2
BP	82.14(18.60)	77.77(14.31)	87.58(19.32)	2.166	
VT	67.23(16.40)	58.55(15.66)	69.81(14.73)	4.284*	2<3
MH	67.07(16.80)	61.68(11.35)	73.08(12.32)	4.363*	2<3
GH	69.09(18.34)	60.77(16.49)	73.62(16.75)	4.086*	2<3

*P<0.05

表 3-12 有沒有聽過「社區健康營造」SF36 平均分數比較

	有聽過「社區健康營造」	沒有聽過「社區健康營造」	全部總合	t 值	p 值
PF	89.25(17.68)	91.65(14.71)	91.16(15.37)	-1.331	0.033*
RP	78.32(33.16)	77.58(33.88)	77.73(33.71)	0.208	0.843
RE	71.00(37.04)	66.00(39.72)	67.00(39.21)	1.145	0.141
SF	79.20(15.81)	78.67(18.87)	78.78(18.28)	0.307	0.001*
BP	82.19(17.90)	78.75(20.77)	79.45(20.26)	1.615	0.088
VT	65.44(16.29)	61.88(18.28)	62.60(17.94)	1.888	0.093
MH	66.97(14.95)	64.60(16.18)	65.08(15.96)	1.413	0.275
GH	67.85(17.97)	63.61(21.21)	64.47(20.65)	1.952	0.060

*P<0.05

表 3-13 有沒有聽過「社區健康營造」SF36 平均分數比較--清水鎮

	有聽過「社區健康營造」	沒有聽過「社區健康營造」	t 值	P 值
PF	85.36(23.17)	90.00(16.70)	-1.327	0.001**
RP	81.25(31.71)	76.67(31.82)	0.871	0.971
RE	73.00(36.75)	64.00(40.37)	1.354	0.236
SF	81.25(15.99)	78.81(19.62)	0.851	0.023*
BP	82.14(18.60)	77.90(20.72)	1.283	0.880
VT	67.23(16.40)	65.19(19.19)	0.675	0.114
MH	67.07(16.80)	65.83(17.71)	0.432	0.937
GH	69.09(18.34)	64.54(20.71)	1.379	0.358

*P<0.05 **P<0.01

表 3-14 有沒有聽過「社區健康營造」SF36 平均分數比較--沙鹿鎮

	有聽過「社區健康營造」	沒有聽過「社區健康營造」	t 值	P 值
PF	91.94(9.28)	94.53(10.89)	-1.243	0.563
RP	70.16(35.01)	81.99(32.02)	-1.855	0.185
RE	62.00(39.20)	61.00(40.64)	0.136	0.345
SF	72.58(14.22)	80.43(16.34)	-2.745	0.008**
BP	77.77(14.31)	81.32(20.08)	-1.176	0.007**
VT	58.55(15.66)	66.02(13.86)	-2.691	0.914
MH	61.68(11.35)	66.83(13.40)	-2.007	0.085
GH	60.77(16.49)	64.71(18.54)	-1.102	0.704

**P<0.01

表 3-15 有沒有聽過「社區健康營造」SF36 平均分數比較--太平市

	有聽過「社區健康營造」	沒有聽過「社區健康營造」	t 值	P 值
PF	94.42(6.68)	90.03(16.06)	2.476	0.026*
RP	81.73(33.58)	74.17(36.32)	1.002	0.203
RE	76.00(34.71)	71.00(38.07)	0.550	0.239
SF	82.69(15.44)	77.01(20.43)	1.675	0.047*
BP	87.58(19.32)	76.96(21.30)	2.403	0.373
VT	69.81(14.73)	56.25(19.78)	3.360	0.231
MH	73.08(12.32)	61.89(17.19)	4.091	0.044*
GH	73.62(16.75)	62.09(23.63)	2.399	0.094

*P<0.05

表 3-16 民眾參與社區健康營造情形總分與基本資料之複迴歸

研究變項	迴歸模型			
	迴歸係數	標準誤	p 值	
鄉鎮別				
	清水鎮 (參考組)			
	沙鹿鎮	5.685	2.670	0.036*
	太平市	3.438	2.831	0.228
性別	男性 (參考組)			
	女性	-0.608	2.151	0.778
教育程度	小學以下 (參考組)			
	國中	-3.589	5.757	0.535
	高中	1.168	5.753	0.840
	大專以上	-1.271	5.694	0.824
職業	農、工、商 (參考組)			
	軍、公、教	9.481	3.240	0.004**
	服務業、自由業	0.742	2.938	0.801
	其他	2.530	4.750	0.596
婚姻	無婚姻狀態 (參考組)			
	有婚姻狀態	0.799	3.926	0.839
居住狀況	與家人同住 (參考組)			
	獨居	8.826	3.542	0.015*
平均收入	20,000 元以下 (參考組)			
	20,001~40,000 元	1.899	3.488	0.587
	40,001~60,000 元	5.014	4.740	0.293
	60,001~80,000 元	-2.073	3.000	0.491
	80,001 元以上	6.154	2.817	0.032*
年齡		0.117	0.162	0.471
居住年數		0.243	0.124	0.054*
PF 分數		0.016	0.069	0.817
RP 分數		0.059	0.039	0.136
RE 分數		-0.02895	0.034	0.398
SF 分數		-0.106	0.075	0.162
BP 分數		-0.227	0.064	0.001**
VT 分數		-0.132	0.090	0.145
MH 分數		0.113	0.096	0.240
GH 分數		0.134	0.069	0.570
截距		41.025	10.869	
F		2.354		0.002**
R ²		0.403		
Adjusted R ²		0.232		

附註：* $p < 0.1$ * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

表 3-17 邏輯斯迴歸及複迴歸之操作型定義

變項名稱	變項屬性	操作型定義
依變項(邏輯斯迴歸)		
聽過「社區健康營造」名詞	類別變項	聽過、沒聽過
依變項(複迴歸)	連續變項	
健康營造參與總分		
自變項		
性別	類別變項	男、女
年齡	連續變項	填答日期減去出生日期
教育程度	類別變項	小學以下、國(初)中、高中(職)、大專以上
職業	類別變項	農工商、軍公教、服務及自由業、其他
婚姻狀態	類別變項	無婚姻狀態、有婚姻狀態
居住狀況	類別變項	與家人同住、獨居
家庭月平均收入	類別變項	20,000 元以下、20,001~40,000 元、40,001~60,000 元、60,001~80,000 元、80,001 元以上
居住年數	連續變項	民眾居住於此地區之實際年數
居住鄉鎮	類別變項	清水鎮、沙鹿鎮、太平市
SF-36 之 PF 分數	連續變項	SF-36 中生理功能構面之總分
SF-36 之 RP 分數	連續變項	SF-36 中角色生理構面之總分
SF-36 之 BP 分數	連續變項	SF-36 中身體疼痛構面之總分
SF-36 之 GH 分數	連續變項	SF-36 中一般健康構面之總分
SF-36 之 VT 分數	連續變項	SF-36 中活力狀況構面之總分
SF-36 之 SF 分數	連續變項	SF-36 中社會功能構面之總分
SF-36 之 RE 分數	連續變項	SF-36 中角色情緒構面之總分
SF-36 之 MH 分數	連續變項	SF-36 中心理健康構面之總分

表 3-18 虛擬變項

變項名稱	虛擬變項			
性別				
男(參考組)	0			
女	1			
教育程度				
小學以下(參考組)	0	0	0	
國中	0	0	1	
高中	0	1	0	
大專以上	1	0	0	
職業				
農、工、商(參考組)	0	0	0	
軍公教	0	0	1	
服務業、自由業	0	1	0	
其他	1	0	0	
婚姻				
無婚姻狀態(參考組)	0			
有婚姻狀態	1			
居住狀況				
與家人同住(參考組)	0			
獨居	1			
家庭月平均收入				
20,000 以下(參考組)	0	0	0	0
20,001~40,000 元	0	0	0	1
40,001~60,000 元	0	0	1	0
60,001~80,000 元	0	1	0	0
80,001 元以上	1	0	0	0
鄉鎮				
清水(參考組)	0	0		
沙鹿	0	1		
太平	1	0		

表 3-19 邏輯斯迴歸模型之適合度檢定及自變項係數檢定

		卡方值	自由度
適合度檢定	-2LogL (Intercept & Covariates)	495.971	558
自變項係數檢定	Omnibus	66.790	25

表 3-20 邏輯斯迴歸分析

研究變項	迴歸模型				
	迴歸係數	標準誤	卡方值	顯著性	勝算比
鄉鎮					
清水 (參考組)					
沙鹿	-1.405	0.312	20.271	0.000**	0.245
太平	-1.054	0.297	12.581	0.000**	0.349
性別					
男 (參考組)					
女	0.159	0.250	0.405	0.524	1.172
年齡	0.002	0.016	0.017	0.898	1.002
教育程度					
國小以下 (參考組)					
國中	0.833	0.638	1.706	0.192	2.300
高中	0.219	0.643	0.116	0.734	1.245
大專以上	0.496	0.639	0.603	0.437	1.642
職業					
農工商 (參考組)					
公教軍警	-0.975	0.345	7.972	0.005*	0.377
服務自由	-0.844	0.355	5.651	0.017*	0.430
其他	-0.628	0.580	1.172	0.279	0.534
婚姻狀況					
是 (參考組)					
否	-0.079	0.394	0.040	0.842	0.924

附註：# $p < 0.1$ * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

表 3-17 邏輯斯迴歸分析-續

研究變項	迴歸模型				勝算比
	迴歸係數	標準誤	卡方值	顯著性	
居住狀況					
與家人同住 (參考組)					
獨居	-1.054	0.401	6.903	0.009*	0.349
家庭月平均收入					
20,000 元(含)以下 (參考組)					
20,001~40,000 元	0.263	0.452	0.333	0.564	1.301
40,001~60,000 元	-0.761	0.480	2.509	0.113	0.467
PF 分數	-0.010	0.009	1.308	0.253	0.990
RP 分數	-0.006	0.005	1.386	0.239	0.995
RE 分數	0.006	0.004	2.820	0.093 [#]	1.006
SF 分數	-0.010	0.008	1.449	0.229	0.990
BP 分數	0.011	0.008	1.827	0.177	1.011
VT 分數	0.008	0.011	0.578	0.447	1.008
MH 分數	0.003	0.011	0.078	0.781	1.003
GH 分數	0.001	0.008	0.022	0.881	1.001
常數	0.199	1.258	0.025	0.875	1.220

附註：[#] $p < 0.1$ * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

附錄一：德菲法問卷結果

壹、【民眾填答】部分

(一) 民眾接觸社區健康營造

1. 您是否聽過「社區健康營造」這個名詞？
 (1)完全沒聽過 (2)好像有聽過，但不了解 (3)有聽過，了解一點點
 (4)有聽過，且非常了解
2. 您所居住的地區有「社區健康營造中心」嗎？
 (1)沒有 (2)有 (3)不知道
3. 您認為在社區內舉辦的健康促進活動對社區居民的健康有幫助。
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
4. 您對於社區內有關健康促進的活動，有心理障礙或感覺排斥。
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
5. 整體而言，對於社區內舉辦的健康促進活動，您的接受程度高。
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
6. 整體而言，對於社區內舉辦的健康促進活動，您的滿意度高。
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
7. 參與社區中健康促進活動的方便與否，會決定您參與的意願。
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
8. 您在社區報或是其他平面文宣、媒體廣告有接受過「社區健康營造中心」的活動訊息嗎？
 (1)從未接受過 (2)不確定 (3)偶爾接受到 (4)常常接受到
9. 您有接受過「社區健康營造中心」志工所宣導的訊息嗎？
 (1)從未接受過 (直接填答第二大題) (2)不確定

	可行性		適用性	
	第一次 平均數	第二次 標準差	第一次 平均數	第二次 標準差
1.	3.800	0.422	3.583	0.900
2.	3.500	0.707	3.500	0.905
3.				
4.	2.700	0.949	2.583	1.165
5.	3.700	0.483	3.417	0.900
6.	3.500	0.972	3.500	0.905
7.	3.600	0.699	3.333	0.985
8.	3.600	0.516	3.333	0.985
9.	3.800	0.422	3.583	0.900

(3)偶爾接受到 (4)常常接受到

	<u>可行性</u>		<u>適用性</u>	
	第一次 平均數	標準差	第二次 平均數	標準差
9-1. 您認為每次志工傳達給您的訊息內容，總是針對不同的健康議題？ (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.100	0.994	2.636	0.809
9-2. 您認為每次志工傳達給您的訊息內容，總是針對同一健康議題，且內容不同？ (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.200	0.789	2.500	0.972
9-3. 您認為志工有提供您健康行為的實作技巧？如「如何吃才健康」、「如何運動」等。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意				
9-4. 您認為每次志工傳達給您的訊息內容，對您而言具有實用性。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意			3.182	0.603
9-5. 您認為每次志工傳達給您的訊息內容，具有正確性。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意			2.909	1.044
			2.917	0.996
			2.818	0.982
			2.727	0.905
			3.083	0.996
			3.364	0.674
			2.909	0.944

新增或修改題目之建議：

(二) 民眾對社區健康營造的看法

1. 您認為您了解「社區健康營造」的意義及內容。
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
2. 您認為「社區健康營造」的意義就是朋友聚會聊天？
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
3. 您認為「社區健康營造」的意義就是參加由「社區健康營造中心」所舉辦的活動、講座？
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
4. 您認為「社區健康營造」的意義就是民眾主動關心並解決社區健康議題？
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
5. 您認為「社區健康營造」的意義就是衛生所的保健宣導？
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
6. 您認為各地區「社區健康營造」之各種健康議題應由衛生署統一規定？
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
7. 您認為各地區「社區健康營造」之各種健康議題應由志工建立？
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
8. 您認為各地區「社區健康營造」之各種健康議題應由社區民眾自動的提出？
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
9. 您認為各地區社區健康營造活動應該由健康營造中心來負責推動？
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
10. 您認為各地區「社區健康營造」應該持續由政府支持推動？
 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

	可行性		適用性	
	第一次 平均數	第二次 標準差	第一次 平均數	第二次 標準差
1.	3.200	0.919	3.182	0.874
2.	3.444	0.882	3.364	0.674
3.	3.444	0.882	3.364	0.674
4.	3.889	0.333	3.455	0.688
5.	3.778	0.667	3.545	0.688
6.	3.900	0.316	3.273	1.191
7.	3.900	0.316	3.182	1.168
8.	3.900	0.316	3.364	1.027
9.	3.800	0.422	3.545	0.688
10.	3.900	0.316	3.636	0.505

可行性

適用性

	第一次		第二次		第一次		第二次	
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差
11. 您認為各地區「社區健康營造」的經費應全部由政府支助？ (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.700	0.675	3.364	0.674	3.583	0.900	3.455	0.522
12. 您認為「社區健康營造」的內容只包含健康議題，並不包含有關社區環境的內容。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.600	0.843	3.273	0.905	3.333	1.155	3.000	0.775
13. 您認為「社區健康營造」的內容只包含健康議題，並不包含有關人際網絡的內容。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.600	0.843	3.182	1.079	3.417	1.084	3.091	0.944
14. 您認為「社區健康營造」的目的是要社區內每個人都是健康的？ (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.800	0.422	3.545	0.820	3.583	0.900	3.727	0.647
15. 您認為醫院在社區舉辦有關健康促進活動，是為了進行宣傳。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.700	0.483	3.364	0.809	3.583	0.515	3.364	0.674
16. 您認為在社區中推動各種健康促進相關的活動，有助於增加居民個人的健康知識。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.800	0.422	3.455	0.820	3.750	0.452	3.545	0.820
17. 您認為在社區舉辦促進健康的活動，有助於個人健康。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.800	0.422	3.364	0.809	3.750	0.452	3.455	0.688
18. 您認為在社區中推動各種健康促進的活動，對於健康概念的提升成效有限，所以沒有必要去參與它。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.700	0.483	3.364	0.809	3.417	0.996	3.455	0.688
19. 您認為由非醫療專業的志工來推動各種健康促進的活動，十分具有成效。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.800	0.422	3.182	1.079	3.583	0.900	3.182	1.079

可行性

	第一次	第二次
	平均數	平均數
	標準差	標準差
20.	3.600	3.182
	0.699	1.250
21.	3.600	3.091
	0.699	1.221

20. 您認為在社區中舉辦各種與健康活動相關的活動，應該因地制宜，配
(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意
21. 您認為社區健康營造的動力為社區意識的凝聚，藉以提昇居民的認同。
(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

新增或修改題目之建議：

適用性

	第一次	第二次
	平均數	平均數
	標準差	標準差
20.	3.583	3.273
	0.900	1.009
21.	3.583	3.091
	0.900	1.044

(三) 民眾參與社區健康營造情形

1. 您過去是否有參加過有關「社區健康營造」的活動？
(1)沒有 (以下題目免填答，直接填答生活品質量表 SF-36) (2)有
2. 您過去一年內總共參加過幾次「社區健康營造」活動？
(1)1~3 次 (2)4~6 次 (3)7~9 次 (4)10 次以上
3. 自您上次參加「社區健康營造中心」活動的時間至今相隔多久？
(1)半年以上 (2)三個月至六個月 (3)一個月~三個月 (4)一個月內
4. 您平均一個月參與「社區健康營造中心」活動有多少次？
(1)不滿 1 次 (2)1~2 次 (3)3~4 次 (4)5 次以上
5. 您加入幾個由「社區健康營造中心」志工發起所組成的健康營造團體？
(1)0 個 (2)1 個 (3)2 個 (4)3 個以上
6. 您加入幾個由民眾對特定議題自發組成的健康營造團體，如運動、烹飪、健康促進社團？
(1)0 個 (2)1 個 (3)2 個 (4)3 個以上
7. 您較常參與的健康營造社團通常隔多久您會去參加聚會一次(包含舉辦活動、開會等)？
(1)從未聚會 (2)一個月以上 (3)三週~四週 (4)一週~二週
8. 通常每次聚會平均參與人數？
(1)不知道 (2)1~10 人 (3)11~20 人 (4)21 人以上
9. 您是否曾擔任社區活動的發起人或召集人。
(1)是 (2)否
- 9-1. 您過去三個月內曾擔任社區活動的發起人或召集人幾次？
(1)從未擔任過 (2)1~5 次 (3)6~10 次 (4)11 次以上

可行性

	第一次	第二次	第三次	
	平均數	標準差	平均數	標準差
1.	3.700	0.675	3.909	0.302
2.	3.600	0.699	3.545	0.688
3.	3.800	0.422	3.455	0.934
4.	3.800	0.422	3.273	0.905
5.	3.300	1.059	2.727	1.104
6.	3.600	0.516	3.364	0.674
7.	3.800	0.422	3.545	0.522
8.	3.600	0.699	3.091	1.136
9.	3.400	0.966	3.818	0.405
9-1.			3.364	0.924

適用性

	第一次	第二次		
	平均數	標準差	平均數	標準差
1.	3.500	1.000	3.909	0.302
2.	3.583	0.900	3.636	0.674
3.	3.583	0.900	3.455	0.688
4.	3.417	0.996	3.455	0.688
5.	2.909	1.300	2.818	0.982
6.	3.250	0.965	3.364	0.674
7.	3.167	1.193	3.455	0.522
8.	3.500	0.905	3.182	0.982
9.	3.250	1.138	3.636	0.674
9-1.			3.273	0.647

可行性

適用性

	第一次		第二次		第一次		第二次	
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差
10. 您是否曾參與規劃社區的活動。 (1)是 (2)否	3.500	0.972	3.364	0.924	3.333	1.155	3.273	0.786
10-1. 您過去三個月內曾參與規劃社區的活動幾次？ (1)從未參與過 (2)1~5次 (3)6~10次 (4)11次以上			3.182	0.874			3.182	0.751
11. 您對「社區健康營造」的活動議題感到興趣。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.600	0.966	3.455	0.688	3.583	0.900	3.455	0.688
12. 下列幾項因素，它是否是您參與「社區健康營造」活動或團體的動機？								
12-1. 基於自己想要主動了解健康常識。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.800	0.422	3.636	0.505	3.583	0.900	3.545	0.522
12-2. 基於參與社團，建立人際關係。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.900	0.316	3.636	0.505	3.667	0.888	3.636	0.505
12-3. 基於可以領贈品。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.900	0.316	3.636	0.505	3.833	0.389	3.636	0.505
12-4. 基於個人服務熱忱。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.900	0.316	3.636	0.505	3.833	0.389	3.636	0.505
12-5. 基於個人打發時間。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.900	0.316	3.636	0.505	3.833	0.389	3.636	0.505
12-6. 基於各種健康促進活動內容吸引。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.800	0.422	3.727	0.467	3.750	0.452	3.727	0.467
12-7. 基於親朋好友的影響。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.800	0.422	3.727	0.467	3.750	0.452	3.727	0.467

可行性

適用性

	第一次		第二次		第一次		第二次	
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差
12-8.	3.900	0.316	3.636	0.674	3.636	0.674	3.636	0.674
12-9	3.900	0.316	3.727	0.467	3.667	0.888	3.727	0.467
13-1			3.727	0.467			3.727	0.467
13-2			3.636	0.505			3.600	0.516
13-3			3.636	0.505			3.636	0.505
13-4			3.636	0.505			3.636	0.505
13-5			3.636	0.674			3.818	0.405
13-6			3.545	0.688			3.636	0.505
13-7								

12-8.受主辦單位人情壓力邀請。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

12-9.基於個人或家人健康切身的需要。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

13. 下列幾項因素，它是否是您不去參與「社區健康營造」活動或團體的原因？

13-1.時間上不能配合。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

13-2.對於「社區健康營造」活動沒有興趣。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

13-3.覺得參與「社區健康營造」活動對您沒有任何助益。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

13-4.沒有同伴或家人一起陪伴參加。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

13-5.不了解「社區健康營造」的意義及內容。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

13-6.從未或很少接受到有關「社區健康營造」活動舉辦的訊息。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

13-7.覺得參與「社區健康營造」活動對您而言沒有成就感。

新增或修改題目之建議：

可行性

適用性

	第一次		第二次		第一次		第二次	
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差
1.	3.700	0.675	3.455	0.688	3.417	0.996	3.364	0.924
2.	3.700	0.675	3.455	0.688	3.417	0.996	3.364	0.924
3.								
4.	3.800	0.422	3.636	0.505	3.583	0.900	3.545	0.522
5.	3.900	0.316	3.545	0.522	3.667	0.888	3.636	0.505
6.	3.700	0.675	3.636	0.505	3.500	0.798	3.636	0.505

(四) 共識凝聚

1. 您覺得在您所參加的健康營造聚會活動中，自我定位為學習者。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

2. 您覺得在您所參加的健康營造聚會活動中，自我定位為推廣者。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

3. 您覺得在您所參加的健康營造聚會活動中，自我定位為湊熱鬧者。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

4. 您覺得「社區健康營造中心」所舉辦的活動通常能符合您的需求。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

5. 您覺得因為有「社區健康營造中心」所成立的社團或舉辦活動，使您居住的地區裡，居民變得較有團結、互助的精神？

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

6. 您加入了幾個其他非相關健康活動的社團，而這些社團是因為健康營造共識凝聚後進而發展出的，如守望相助站、巡邏隊、送餐服務等社團？

(1)0個 (2)1個 (3)2個 (4)3個以上

新增或修改題目之建議：

(五) 民眾將社區健康營造概念及工作推己及人

1. 您認為在社區裡舉辦的健康促進活動，可增進自身健康，並促進全家的健康？

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

2. 您個人是否願意持續參與「社區健康營造」相關的活動和社團？

(1)非常不願意 (2)不願意 (3)願意 (4)非常願意

3. 您是否願意介紹親戚、親朋好友參與「社區健康營造」活動？

(1)非常不願意 (2)不願意 (3)願意 (4)非常願意

4. 您有沒有介紹過親友跟您一起來參加「社區健康營造」活動？

(1)有 (2)沒有(4-1題免填答)

4-1. 您過去曾主動介紹過幾位親友跟您一起來參加「社區健康營造」活動？

(1)1~3位 (2)4~6位 (3)7~10位 (4)11位以上

可行性

第一次

平均數 標準差
1. 3.800 0.422

第二次

平均數 標準差
3.455 0.688

適用性

第一次

平均數 標準差
3.667 0.651

第二次

平均數 標準差
3.556 0.527

3.667 0.651 3.636 0.505

3.583 0.900 3.455 0.522

3.636 0.505 3.636 0.505

3.417 0.996 3.545 0.522

新增或修改題目之建議：

(六之一) 結果 Outcome 產生

1. 您是否因為參加有關健康促進的活動，而增加日常生活中健康概念。
(1)是 (2)否

1-1. 您認為您因為參加健康促進活動，而對如何飲食有健康概念。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

1-2. 您認為您因為參加健康促進活動，在日常生活中養成持續運動的習慣。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

2. 您因為志工向您介紹健康概念，而改變生活上不好的行為。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

3. 您因為志工向您介紹健康概念，而養成健康的生活習慣。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

4. 整體而言，您認為自己對健康的知識，比朋友或鄰居較好。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

5. 整體而言，您認為自己對健康的能力，比朋友或鄰居較好。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

(六之二) 生活品質量表 SF-36

新增或修改題目之建議：

	可行性		適用性	
	第一本 平均數	第二本 平均數	第一本 平均數	第二本 平均數
1.	3.600	3.545	3.667	3.545
	0.966	0.934	0.492	0.688
1-1.		3.455	3.545	0.522
1-2.		3.636	3.636	0.505
2.	3.600	3.364	3.750	3.500
	0.699	0.809	0.452	0.850
3.	3.600	3.364	3.750	3.400
	0.699	0.809	0.452	0.843
4.	3.700	3.273	3.667	3.400
	0.483	0.786	0.492	0.699
5.	3.700	3.200	3.667	3.333
	0.483	1.033	0.492	1.000

貳、【健康營造中心人員填答】部分

(一) 組織發展

1. 貴中心於民國_____年_____日成立。

2. 貴中心有無制訂組織章程或架構？

(1)無 (2)有

2-1. 貴中心是否有組織委員會？

(1)無 (2)有

2-2. 貴中心是否有聘請顧問？

(1)無 (2)有

2-3. 貴中心是否有聘請專任人員？

(1)無 (2)有

2-4. 貴中心是否有成立執行小組？

(1)無 (2)有

3. 目前貴中心可運用的經費充足。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

3-1. 貴中心在推動組織運作中，有結合政府部門的資源。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

3-2. 貴中心在推動組織運作中，有結合學會及其他民間資源。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

3-3. 到目前為止參與「社區健康營造中心」的民間贊助單位或協助舉辦單位有多少個？

(1)0個 (2)1~5個 (3)6~10個 (4)10個以上

可行性

第一次

平均數 標準差

1. 3.566 0.726

2-1.

2-2.

2-3.

2-4.

3. 3.625 0.518

3-1.

3-2.

3-3. 3.500 0.535

第二次

平均數 標準差

3.600 0.516
3.455 0.522

適用性

第一次

平均數 標準差

3.455 0.934
3.600 0.516
3.636 0.505

第二次

平均數 標準差

3.600 0.516
3.727 0.467

3.545 0.688

3.400 0.966
3.636 0.505

可行性

適用性

	第一次		第二次		第一次		第二次	
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差
4.	3.625	0.518	3.455	0.688	3.200	1.033	3.364	0.674
4-1.			3.500	0.707			3.500	0.707
5.	3.444	0.527	3.455	0.688	3.364	0.924	3.455	0.522
5-1.			3.500	0.707			3.600	0.516
5-2.								
5-3.			3.600	0.516			3.600	0.516
5-4.	3.333	1.000	3.273	0.905	3.300	1.059	3.300	0.483
5-5.			3.273	1.191			3.200	1.229
6.			3.545	0.934			3.700	0.483
6-1.			3.273	1.191			3.200	1.229
6-2.			3.455	0.688			3.400	0.699

4.目前貴中心所使用的空間、設備足夠。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

4-1.目前貴中心辦公地點是否有固定的空間？

(1)是 (2)否

5.到目前為止貴中心的志工人數有多少人？

(1)0個 (2)1~10個 (3)11~20個 (4)21個以上

5-1.貴中心志工流失情形少。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

5-2.貴中心的志工人數可能會再增加。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

5-3.貴中心經常獎勵表現優秀的志工。

(1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意

5-4.貴中心是否有訓練志工宣導「社區健康營造」相關概念？

(1)是 (2)否(3-1題免填答)

5-5.通常貴中心多久訓練志工宣導「社區健康營造」相關概念技巧一次？

(1)一週~二週 (2)三週~四週 (3)一個月~二個月 (4)二個月以上

6.貴中心是否有定期工作會議？

(1)有 (2)沒有(4-1題免填答)

6-1.貴中心多久開會一次？

(1)一週 (2)二週 (3)三週 (4)四週以上

6-2.對於決議事項是否有做紀錄？

(1)有 (2)沒有

可行性

適用性

	第一波		第二波		第一波		第二波	
	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差
6-3. 您認為在開會後，對於決議事項有確切執行。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.364	0.924	3.500	0.527	3.182	1.168	3.200	1.229
7. 貴中心在進行策略設計時，會對所轄社區進行社區問題評估。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	2.889	0.782	2.909	0.701	2.909	0.701	2.636	1.206
8. 由本地「社區健康營造中心」發起的健康營造社團有多少？ (1)0個 (2)1~5個 (3)6~10個 (4)10個以上	3.111	0.782	2.818	0.874	3.400	0.843	2.636	1.206
9. 由民眾自發組成的委員會及健康營造社團有多少？ (1)0個 (2)1~5個 (3)6~10個 (4)10個以上	3.111	0.782	2.818	0.874	3.500	0.707	3.000	0.775
10. 您認為貴中心所轄的鄉鎮中，平均有多少百分比的村里有參與「社區健康營造」活動？ (1)0% (2)1%~25% (3)26%~50% (4)50%以上	3.111	0.782	2.636	1.206	2.800	1.229	2.818	0.874
11. 您認為貴中心所轄的鄉鎮中，平均有多少百分比的民眾有參與「社區健康營造」活動？ (1)0% (2)1%~25% (3)26%~50% (4)50%以上	2.778	1.202	2.727	1.104	2.727	1.272	2.636	1.120
12. 您認為貴中心所轄的鄉鎮中，由民眾自發組成的社團，如基金會、促進會、協會，有申請正式立案的有幾個？ (1)0個 (2)1~5個 (3)6~10個 (4)10個以上	3.125	0.835	3.000	0.894	3.500	0.707	3.000	0.894
13. 貴中心每隔多久向行政院衛生署呈報工作成果？ (1)半個月 (2)一個月 (3)二個月 (4)三個月以上	2.818	1.250	2.818	1.250	2.818	1.250	2.818	1.250
14. 貴中心在衛生署補助款三年計畫結束後，依然有意願繼續永續經營下去。 (1)非常不同意 (2)不同意 (3)同意 (4)非常同意	3.727	0.467	3.727	0.467	3.727	0.467	3.727	0.467

新增或修改題目之建議：

附錄二：「民眾參與社區健康營造情形問卷」

親愛的民眾：

您好！我們正在進行「建立民眾參與社區健康營造之監測與評價系統」之研究，此份問卷是為了瞭解您對「社區健康營造」的看法及參與程度，藉以檢視行政院衛生署實施社區健康營造的具體成效，幫助政府制定政策時，能做最適當的考量。您的意見對本研究非常重要，將提供政府訂定相關政策時的重要參考，懇請您撥冗填答下列問題。本問卷內容純為學術研究整體分析之用，不做單一個別分析，個人資料絕對保密，請您安心回答，誠心感謝您的參與！

祝您 健康快樂！

中國醫藥大學醫務管理研究所
馬作鏹 博士

壹、民眾基本資料

1. 性別： (1) 男 (2) 女
2. 年齡： 歲
3. 教育程度： (1) 未受教育 (2) 小學 (3) 國(初)中 (4) 高中(職)
 (5) 專科 (6) 大學 (7) 研究所(含)以上
4. 職業： (1) 農 (2) 工 (3) 商 (4) 公教人員 (5) 軍警人員
 (6) 服務業 (7) 自由業 (8) 家庭主婦 (9) 學生
 (10) 其他
5. 婚姻狀況： (1) 未婚 (2) 已婚 (3) 鰥寡 (4) 離婚 (5) 分居
 (6) 其他
6. 居住狀況： (1) 與家人同住 (2) 獨居
7. 家庭月平均收入： (1) 20,000 元(含)以下 (2) 20,001~40,000 元
 (3) 40,001~60,000 元 (4) 60,001~80,000 元
 (4) 80,001~100,000 元 (5) 100,000 元(含)以上
8. 請問您在本社區內居住至今已有幾年： 年 月

貳、問卷內容

(一) 民眾接觸社區健康營造

1. 您是否聽過「社區健康營造」這個名詞？
- (1) 完全沒聽過 [以下題目免填答，直接填答 SF-36]
 (2) 好像有聽過，但不了解 (3) 有聽過，了解一點點
 (4) 有聽過，且非常了解
2. 您是否知道目前衛生機關正在推行「社區健康營造」？
- (1) 不知道 (2) 知道
3. 您所居住的地區有「社區健康營造中心」嗎？
- (1) 沒有 (2) 有 (3) 不知道
4. 您在社區報或是其他平面文宣、媒體廣告有接受過「社區健康營造中心」的活動訊息嗎？
- (1) 從未接受過 (2) 很少接受到 (3) 偶爾接受到 (約每季一次)
 (4) 常常接受到 (約每月一次)
5. 您有接受過「社區健康營造中心」志工所宣導的訊息嗎？
- (1) 從未接受過 (直接填答第二大題) (2) 很少接受到
 (3) 偶爾接受到 (約每季一次) (4) 常常接受到 (約每月一次)
- 5-1. 您認為每次志工傳達給您的訊息內容，會針對不同的健康議題？
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意
- 5-2. 您認為志工應該提供您健康行為的實作技巧嗎？如「如何吃才健康」、「如何運動」等。
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意
- 5-3. 您認為每次志工傳達給您的訊息內容具有實用性？
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意

(二) 民眾對社區健康營造的看法

1. 您認為「社區健康營造」的意義就是參加由「社區健康營造中心」所舉辦的活動、講座？
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意
2. 您認為「社區健康營造」的意義就是民眾主動關心並解決社區健康議題？
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意
3. 您認為「社區健康營造」的意義就是衛生所的保健宣導？
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意

- 4.您認為各地區「社區健康營造」之各種健康議題應由社區民眾主動的提出，而非單由專家提出？
- (1)不同意 (2)無意見 (3)同意
- 5.您認為各地區社區健康營造活動應該由健康營造中心來負責推動？
- (1)不同意 (2)無意見 (3)同意
- 6.您認為各地區「社區健康營造」應該持續由政府支持推動？
- (1)不同意 (2)無意見 (3)同意
- 7.您認為各地區「社區健康營造」的經費應全部由政府補助？
- (1)不同意 (2)無意見 (3)同意
- 8.您認為「社區健康營造」的目的是要社區內每個人都是健康的？
- (1)不同意 (2)無意見 (3)同意
- 9.您認為在社區舉辦促進健康的活動，有助於改進社區民眾的健康。
- (1)不同意 (2)無意見 (3)同意
- 10.您認為社區健康營造可增進社區民眾的凝聚力。
- (1)不同意 (2)無意見 (3)同意

(三) 民眾參與社區健康營造情形

- 1.您過去是否有參加過有關「社區健康營造」的活動？
- (1)沒有 (2)有
- 2.您過去一年內總共參加過幾次「社區健康營造」活動？
- (1)0次 (2)約1~5次 (3)約6~10次 (4)約11次以上
- 3.您過去是否有參加過「社區健康營造中心」所舉辦的健康營造團體？
- (1)沒有 (2)有
- 4.您過去三個月內曾擔任「社區健康營造」活動的發起人或召集人幾次？
- (1)從未擔任過 (2)1~5次 (3)6~10次 (4)11次以上
- 5.您過去三個月內曾參與規劃「社區健康營造」的活動幾次？
- (1)從未參與過 (2)1~5次 (3)6~10次 (4)11次以上
- 6.整體而言，對於社區內舉辦的健康促進活動，您的接受程度高。
- (1)不同意 (2)無意見 (3)同意
- 7.整體而言，對於社區內舉辦的健康促進活動，您的滿意度高。
- (1)不同意 (2)無意見 (3)同意
- 8.您個人是否願意持續參與「社區健康營造」相關的活動和社團？
- (1)不同意 (2)無意見 (3)同意

9. 下列幾項因素，它是否是您參與「社區健康營造」活動或團體的動機？(可複選)

- (1) 基於自己想要主動了解健康常識 (2) 基於參與社團，建立人際關係
 (3) 基於可以領贈品 (4) 基於個人服務熱忱 (5) 基於個人打發時間
 (6) 基於各種健康促進活動內容吸引 (7) 基於親朋好友的影響
 (8) 受主辦單位人情壓力邀請 (9) 基於個人或家人健康切身的需要
 (10) 活動地點離家裡或上班處近

10. 下列幾項因素，它是否是您不去參與「社區健康營造」活動或團體的原因？(可複選)

- (1) 時間上不能配合 (2) 對於「社區健康營造」活動沒有興趣
 (3) 覺得參與「社區健康營造」活動對您沒有任何助益
 (4) 沒有同伴或家人一起陪伴參加
 (5) 不了解「社區健康營造」的意義及內容
 (6) 從未或很少接受到有關「社區健康營造」活動舉辦的訊息
 (7) 覺得參與「社區健康營造」活動對您而言沒有成就感

(四) 共識凝聚

1. 您認為「社區健康營造」活動應該由大家一起腦力激盪籌辦，而不是由一個人主導？

- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意

2. 您認為與您一起參與「社區健康營造」活動的伙伴與您有共同的目標，如增進健康、增進社區團結等？

- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意

3. 您認為每次舉辦的「社區健康營造」活動內容，都有經過大家共同討論後，才舉辦活動？

- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意

4. 您認為與您居住在同一社區的民眾，有同心協力來舉辦「社區健康營造」活動？

- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意

(五) 民眾將社區健康營造概念及工作推己及人

1. 您過去曾主動介紹過幾位家人跟您一起來參加「社區健康營造」活動？
- (1) 0位 (2) 1~2位 (3) 3~4位 (4) 5位以上
2. 您過去曾主動介紹過幾位親戚跟您一起來參加「社區健康營造」活動？
- (1) 1~3位 (2) 4~6位 (3) 7~10位 (4) 11位以上
3. 您過去曾主動介紹過幾位朋友跟您一起來參加「社區健康營造」活動？
- (1) 1~3位 (2) 4~6位 (3) 7~10位 (4) 11位以上
4. 您過去曾主動介紹過幾位鄰居跟您一起來參加「社區健康營造」活動？
- (1) 1~3位 (2) 4~6位 (3) 7~10位 (4) 11位以上

(六之一) 結果 Outcome 產生

1. 您是否因為參加有關健康促進的活動，而增加日常生活中健康概念。
- (1) 是 (2) 否
- 1-1. 您認為您因為參加健康促進活動，而對如何飲食有健康概念。
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意
- 1-2. 您認為您因為參加健康促進活動，在日常生活中養成持續運動的習慣。
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意
2. 您因為志工向您介紹健康概念，而改變生活上不好的行為。
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意
3. 您因為志工向您介紹健康概念，而養成健康的生活習慣。
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意
4. 整體而言，您認為自己對健康的知識，比以前更好。
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意
5. 您覺得因為有「社區健康營造中心」所成立的社團或舉辦活動，使您居住的地區裡，居民變得較有團結、互助的精神？
- (1) 不同意 (2) 無意見 (3) 同意
6. 您加入了幾個其他非相關健康活動的社團，而這些社團是因為健康營造共識凝聚後進而發展出的，如守望相助站、巡邏隊、送餐服務等社團？
- (1) 0個 (2) 1個 (3) 2個 (4) 3個以上

(六之二) 生活品質量表 SF-36

SF-36

本調查目的在探討您對自己健康的看法。這些資訊將能幫助您記錄您的感受，以及您在執行日常生活的能力。

敬請回答下列各問題並圈選一適當答案。如您對某一問題的回答不能確定，還是請您盡可能選一個最適合的答案。在本部份所指過去一個月內，係指從今天往前算三十天內。

1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是

(請僅圈選一項答案)

- 極好的.....1
- 很好.....2
- 好.....3
- 普通.....4
- 不好.....5

2. 和一年前比較，您認為您目前的健康狀況是？

(請僅圈選一項答案)

- 比一年前好很多.....1
- 比一年前好一些.....2
- 和一年前差不多.....3
- 比一年前差一些.....4
- 比一年前差很多.....5

3. 下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？

(每行請僅圈選一項答案)

活 動	會， 受到很多限制	會， 受到一些限制	不會， 完全不受限制
a. 費力活動，例如跑步、提重物、參與劇烈運動	1	2	3
b. 中等程度活動，例如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打太極拳	1	2	3
c. 提起或攜帶食品雜貨	1	2	3
d. 爬數層樓樓梯	1	2	3
e. 爬一層樓樓梯	1	2	3
f. 彎腰、跪下或蹲下	1	2	3
g. 走路超過 1 公里	1	2	3
h. 走過數個街口	1	2	3
i. 走過一個街口	1	2	3
j. 自己洗澡或穿衣	1	2	3

4. 在過去一個月內，您是否曾因為身體健康問題，而在工作上或其他日常活動方面有下列任何的問題？

(每行請僅圈選一項答案)

	是	否
a. 做工作或其它活動的時間減少	1	2
b. 完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c. 可以做的工作或其他活動的種類受到限制	1	2
d. 做工作或其他活動有困難 (例如，須更吃力)	1	2

5. 在過去一個月內，您是否曾因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其他日常活動方面有下列的問題?

(每行請僅圈選一項答案)

	是	否
a. 做工作或其它活動的時間減少	1	2
b. 完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c. 做工作或其它活動時不如以往小心	1	2

6. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題，對您與家人或朋友、鄰居、社團間的平常活動的妨礙程度如何？

(請僅圈選一項答案)

- 完全沒有妨礙.....1
- 有一點妨礙.....2
- 中度妨礙.....3
- 相當多妨礙.....4
- 妨礙到極點.....5

7. 在過去一個月內，您身體疼痛程度有多嚴重？

(請僅圈選一項答案)

- 完全不痛.....1
- 非常輕微的痛.....2
- 輕微的痛.....3
- 中度的痛.....4
- 嚴重的痛.....5
- 非常嚴重的痛.....6

8. 在過去一個月內，身體疼痛對您的日常工作(包括上班及家務)妨礙程度如何？

(請僅圈選一項答案)

- 完全沒有妨礙.....1
- 有一點妨礙.....2
- 中度妨礙.....3
- 相當多妨礙.....4
- 妨礙到極點.....5

9. 下列各項問題是關於過去一個月內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。在過去一個月中有多少時候.....

(每行請僅圈選一項答案)

	一直都是	大部分時間	經常	有時	很少	從不
a.您覺得充滿活力？	1	2	3	4	5	6
b.您是一個非常緊張的人？	1	2	3	4	5	6
c.您覺得非常沮喪，沒有任何事情 可以讓您高興起來？	1	2	3	4	5	6
d.您覺得心情平靜？	1	2	3	4	5	6
e.您精力充沛？	1	2	3	4	5	6
f.您覺得悶悶不樂和憂鬱？	1	2	3	4	5	6
g.您覺得筋疲力竭？	1	2	3	4	5	6
h.您是一個快樂的人？	1	2	3	4	5	6
i.您覺得累？	1	2	3	4	5	6

10. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？

(請僅圈選一項答案)

- 一直都會.....1
- 大部分時間會.....2
- 有時候會.....3
- 很少會.....4
- 從不會.....5

11. 下列各個陳述對您來說有多正確？

(每行請僅圈選一項答案)

	完全正確	大部分正確	不知道	大部分不正確	完全不正確
a.我好像比別人較容易生病	1	2	3	4	5
b.和任何一個我認識的人來比, 我和他們一樣健康。	1	2	3	4	5
c.我想我的健康會越來越壞	1	2	3	4	5
d.我的健康狀況好得很	1	2	3	4	5