

中國醫藥大學

醫務管理研究所碩士論文

編號：IHAS-303

建立民眾參與社區健康營造之監測與評價指標

**The Indicators Establishment for Monitoring and
Evaluating People Participate in Community Health
Planning Development**



指導教授：馬作鏗 博士

研究生：陳慧珊 撰

中華民國九十三年六月

摘要

自民國 88 年起，行政院衛生署推行「社區健康營造三年計畫」，此三年中每年給與各中心經費補助 140 萬元，在政府投入如此龐大的資源後，評估社區健康營造推行成效是有必要的，而以往的衡量方法，皆著重在營造中心層次上，很少去研究民眾參與情形。

因此本研究希望引用平衡計分卡的概念，以完整之構面來衡量民眾參與社區健康營造情形，量表建構使用焦點團體、德菲法、專家座談會等方法，並利用階層分析法設定各構面權重，希望建立一套民眾參與社區健康營造的監測與評價指標，並進行問卷實測，以證明此份量表的可行性與敏感性，最後用以提供未來政府制定政策、社區健康營造中心自我評量及政府改革策略之參考。

本研究結果發現：最後建立的民眾參與社區健康營造監測及評價指標，共包含六大構面，即民眾接觸社區健康營造、民眾對社區健康營造之看法、民眾參與社區健康營造情形、共識凝聚、將社區健康營造推己及人、結果(Outcome)產生，各構面權重分別是 0.197、0.140、0.228、0.100、0.153、0.182。本研究發展之問卷用來衡量民眾參與社區健康營造情形，具有很高之信效度，且可行性及敏感性佳。

本研究建議為：上級單位應繼續努力推動社區健康營造，並積極利用此問卷，了解目前民眾對於社區健康營造的參與程度及全國各地區健康營造中心執行成效，建議未來研究可做普查，且與衛生機關評鑑結果做比較，以證實這份工具的正确性與實用性。

中文關鍵詞：社區健康營造、德菲法、生活品質

Abstract

Since 1999, the Department of Health has invested more than 3 billion to implement community healthy building plan. An objective evaluation system to measure the effectiveness for such policy is necessary. Scholars advocated that the evaluation of effectiveness should be consisted of three dimensions –structure, process, and outcomes. Previous studies have contemplated to develop such systems from the perspective of structure and process. Rare paper focuses on the dimension of outcome.

This study aimed to establish an evaluation system that could evaluate and monitor the performance of Community Health Building from the perspective of outcome. Focus Group, Delphi Method and Specialist Symposium were used to develop the evaluation system. A pilot study was conducted to assess the feasibility, sensitivity and reliability.

The results showed that an appropriate evaluation system is consisted of six dimensions including touching, recognition, participation, consensus, influence, and outcome. By using the method of Analytic Hierarchy Process, we weighted the six dimensions 0.197, 0.140, 0.228, 0.100, 0.153, 0.182 respectively. The reliability is 0.8492. The pilot study of three counties demonstrated that the current evaluation system has good feasibility as well as sensitivity.

Our study not only establish an appropriate system for government to evaluate the outcome of Community Health Building Plan for each county but also provide the director suitable strategies to improve their performance.

Key Words: Community Health Building Delphi Method Quality of Life

致謝

經過了辛苦的煎熬與磨練，本篇研究終於完成，首先要感謝的是我的論文指導老師馬作鏗教授，從擬定題目、統計分析以至結果的產生及文字撰述等，老師總是不厭其煩的給予我許多指導，花費了老師許多時間與精力，在論文進行中遭受到挫折與失敗時，老師適時的鼓勵與支持，是我把論文持續完成的原動力。

還要感謝我的論文口試委員，郭憲文教授與林金定教授，謝謝您們如此用心仔細批改我的論文，並提出許多寶貴建議，因為有您們的幫助，使我的論文更加完美。

最後還要感謝馬老師辦公室裡的學姊們，曉芬、文鈺、普曼及晏麟學姊，在論文的進行過程中，向您們請教了許多大大小小的問題，您們就像一本活字典，解答了我所有疑惑的難題。

一件事情的完成，往往需要許多人的協助與幫忙，今天可以順利完成這份論文，需要感謝的人實在太多了，不能逐一備載，總之，非常感謝所有協助此份論文以及給與建議之人士，謝謝您們！

研究生 陳慧珊 謹致

九十三年六月

目錄

| | |
|---------------------------|-----------|
| 中文摘要 | ? |
| 英文摘要 | ? |
| 致謝 | ? |
| 目錄 | ? |
| 表目錄 | ? |
| 圖目錄 | ? |
| 第一章 緒論..... | 1 |
| 第一節 前言..... | 1 |
| 第二節 研究目的..... | 3 |
| 第二章 文獻探討..... | 4 |
| 第一節 社區健康營造的意義..... | 4 |
| 第二節 社區健康營造的起源..... | 8 |
| 第三節 社區參與的概念..... | 10 |
| 第四節 台灣及國外實施社區健康營造之經驗..... | 13 |
| 第五節 社區健康營造相關學術研究..... | 18 |
| 第六節 焦點團體與德菲法技術..... | 20 |
| 第三章 研究方法..... | 24 |
| 第一節 研究架構..... | 24 |
| 第二節 研究變項與操作型定義..... | 26 |
| 第三節 研究對象..... | 34 |
| 第四節 研究流程..... | 35 |
| 第五節 資料分析..... | 36 |

| | |
|-------------------------------|------------|
| 第四章 結果 | 38 |
| 第一節 問卷發展..... | 38 |
| 第二節 民眾基本資料..... | 44 |
| 第三節 問卷計分..... | 51 |
| 第四節 民眾參與社區健康營造情形分數..... | 55 |
| 第五節 生活品質分數..... | 65 |
| 第六節 複迴歸分析與邏輯斯迴歸分析..... | 70 |
| 第五章 討論 | 79 |
| 第一節 問卷發展..... | 79 |
| 第二節 民眾基本資料..... | 82 |
| 第三節 民眾參與社區健康營造情形分數..... | 84 |
| 第四節 生活品質分數..... | 90 |
| 第五節 複迴歸分析與邏輯斯迴歸分析..... | 92 |
| 第六章 結論與建議 | 94 |
| 第一節 結論..... | 94 |
| 第二節 建議..... | 96 |
| 第七章 研究限制 | 100 |
| | |
| 參考文獻..... | 101 |
| | |
| 附錄一 民眾參與社區健康營造情形研究問卷..... | 107 |
| 附錄二 二次德菲法完成後問卷（附平均數與標準差）..... | 113 |

表目錄

| | | |
|---------|--|----|
| 表 2-4-1 | 行政院衛生署社區健康營造推動承辦單位..... | 14 |
| 表 2-5-1 | 國內社區健康營造相關學術研究..... | 18 |
| 表 2-5-2 | 國內社區健康營造相關學術研究（續）..... | 19 |
| 表 3-2-1 | 變項操作型定義..... | 27 |
| 表 3-2-2 | 變項操作型定義（續）..... | 28 |
| 表 3-2-3 | 變項操作型定義（續）..... | 29 |
| 表 3-2-4 | 變項操作型定義（續）..... | 30 |
| 表 3-2-5 | 變項操作型定義（續）..... | 31 |
| 表 3-2-6 | 變項操作型定義（續）..... | 32 |
| 表 3-2-7 | 變項操作型定義（續）..... | 33 |
| 表 4-1-1 | 問卷題數演變情形..... | 40 |
| 表 4-1-2 | 使用 AHP 法計算六大構面權重比之結果..... | 41 |
| 表 4-1-3 | 六大構面信度值..... | 43 |
| 表 4-2-1 | 民眾基本資料..... | 46 |
| 表 4-2-2 | 不同鄉鎮別與各類別變項之關係..... | 48 |
| 表 4-2-3 | 不同居住地與連續變項之關係..... | 48 |
| 表 4-2-4 | 有無聽過社區健康營造民眾基本資料分析表..... | 50 |
| 表 4-2-5 | 是否聽過健康營在年齡與居住年數的檢定..... | 50 |
| 表 4-3-1 | 重新譯碼分數轉換表..... | 52 |
| 表 4-3-2 | 重新譯碼分數轉換表（續）..... | 53 |
| 表 4-3-3 | 構面分數轉換值對照表..... | 54 |
| 表 4-4-1 | 民眾參與社區健康營造情形構面平均分數三鄉鎮比較.. | 56 |
| 表 4-4-2 | 有聽過「社區健康營造」民眾之參與社區健康營造情形構面平均分數三鄉鎮比較..... | 57 |
| 表 4-4-3 | 民眾去參與「社區健康營造」活動或團體的動機..... | 58 |

| | | |
|---------|---|----|
| 表 4-4-4 | 民眾不去參與「社區健康營造」活動或團體的原因..... | 59 |
| 表 4-4-5 | 三鄉鎮各構面細部指標平均數與標準差表..... | 61 |
| 表 4-4-6 | 三鄉鎮各構面細部指標平均數與標準差表（續）..... | 62 |
| 表 4-4-7 | 三鄉鎮各構面細部指標平均數與標準差表（續）..... | 63 |
| 表 4-4-8 | 三鄉鎮各構面細部指標平均數與標準差表（續）..... | 64 |
| 表 4-5-1 | 生活品質平均分數三鄉鎮比較（包含有聽過與沒聽過 民眾）..... | 66 |
| 表 4-5-2 | 有聽過「社區健康營造」民眾之生活品質平均分數三 鄉鎮比較..... | 66 |
| 表 4-5-3 | 有聽過與沒聽過「社區健康營造」民眾在生活品質各 構面平均分數之比較..... | 67 |
| 表 4-5-4 | 清水鎮有無聽過「社區健康營造」民眾在生活品質各 構面平均分數之比較..... | 68 |
| 表 4-5-5 | 沙鹿鎮有無聽過「社區健康營造」民眾在生活品質各 構面平均分數之比較..... | 69 |
| 表 4-5-6 | 太平市有無聽過「社區健康營造」民眾在生活品質各 構面平均分數之比較..... | 69 |
| 表 4-6-1 | 複迴歸及邏輯斯迴歸之操作型定義..... | 72 |
| 表 4-6-2 | 民眾參與社區健康營造情形總分與基本資料之複？歸.. | 73 |
| 表 4-6-4 | 虛擬變項..... | 77 |
| 表 4-6-5 | 邏輯斯迴歸模型之適合度檢定及自變項係數檢定..... | 77 |
| 表 4-6-6 | 民眾是否聽過「社區健康營造」與基本資料之邏輯斯 迴歸..... | 78 |
| 表 5-3-1 | 三鄉鎮各構面細部指標分數比較情形..... | 85 |
| 表 5-3-2 | 三鄉鎮各構面細部指標分數比較情形（續）..... | 86 |

圖目錄

| | | |
|---------|------------|----|
| 圖 3-1-1 | 研究架構圖..... | 24 |
| 圖 3-4-1 | 研究流程圖..... | 35 |

第一章 緒論

第一節 前言

目前台灣已進入高齡化社會，老化及各種慢性病成為危害健康的主要來源，而健保財務已因醫療費用急速增加而出現危機，建構以社區為基礎的健康促進及醫療服務系統，是我國在進入新世紀之際必須重視的問題。

早期衛生單位推展健康促進議題時，是透過各種媒體、衛教宣傳等方式提供健康知識，未能有效傳達到社區民眾，且部份健康知識教材之內容，民眾不易於日常生活中身體力行。社區辦理之各種衛生教育宣導活動，僅只傳達各種保健知識，對於民眾生活型態的改變，實難有效達成。因此衛生署於民國 88 年提出「社區健康營造中心」計畫，而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，使專業者和一般民眾共同發掘社區健康的議題，制定社區健康營造對策並努力執行，在社區內組成自主性、自發性之健康促進組織，以達整體社區健康成長之目標。

社區健康營造近年來在政府的推動下，儼然已成為健康照護體系的新名詞，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)，希望從每一個人的主動關懷擴及到社區、進而影響到整個城市、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，生活健康化的精神，並期健康營造活動能達永續經營。

政府對健康營造計劃投入許多資源，自民國 88 年推行「社區健康營造三年計畫」，以三年為期，每年給各中心的經費補助 140 萬元(行政院衛生署國民健康局，民 92)。以往衡量健康營造計畫成效，皆著重在營造中心層次上，這是比較屬於結構面的衡量，無法反應民眾真實參與社區健康營造情形，如果從民眾面去衡量，才能衡量到過程面及結果面的部分，衡量民眾參與社區健康營造情形之工具必須兼具兼顧效率(efficiency)、效果(effectiveness)及公平性(equity)三個構面，較具實質上之意義。

而在政府投入許多資源後，若沒有後續的評估與監測，即不能保證會有好的成效，所以目前健康營造中心的重點應放在注重民眾健康行為的改變及健康狀況的改善。再者，社區或社區外的時空環境變動

不息，定期檢討、評估與修正是因應環境衝擊的唯一辦法。在健康營造進行的各階段中，應善用各種測量指標，以便做效果評價，提供未來工作方向。

因此本研究希望引用平衡計分卡的概念，發展出具有多重構面的一套民眾參與社區健康營造的監測與評價指標，來衡量民眾參與社區健康營造的情形，並進行問卷實測，以證明此份量表的可行信與敏感性，最後用以提供未來政府制定政策、社區健康營造中心自我評量及政府改革策略之參考。

第二節 研究目的

本研究之研究目的如下：

- 1.建立民眾參與社區健康營造之監測與評價指標。
- 2.進行問卷實測，評估問卷可行性與敏感性。
- 3.提供未來政府制定政策、社區健康營造中心自我評量及政府改革策略之參考建議。

第二章 文獻探討

第一節 社區健康營造的意義

「社區健康營造」這個名詞，在行政院衛生署推動「社區健康營造三年計畫」至今，廣泛的被討論與運用，但是卻很少被定義清楚，缺乏用文字及概念架構來說明它（Walter.C.,1999），以下本研究試著綜合幾位學者提出「社區健康營造」相關名詞的定義。

一、社區

WHO(1974)提出社區是指一固定地理區域範圍內的社會團體，其成員有共同利益，彼此互相認識往來，行使社會功能，創造社會規範，形成特有的價值體系和福利，每個成員均由家庭、近鄰、社區而融入更大的社區。季瑋珠（民82）認為社區是指一群人因為有共同的利益、共同的問題及共同的需要，於是產生一種共同的意識，為了達到其共同目標，這群人必須組織起來，互相合作採取集體行動，以求共同發展。十九世紀德國社會學家 Tonnies 主張社區是指具有根源、道德一致、親密及友誼的聯結，成員對團體認同，以生存、生活和生涯發展為目標，以友誼、互助和感情為特性，是一個生命共同體組織（Tonnies, F.,1887; Loomis,C. P., 1957）。

綜合以上，社區是指居住在同一地區的人，因為具有共同需求，發展出共同目標，大家群力完成，最後培養出社區共識。

二、社區健康

「社區健康」是在多層次中不斷進行的過程，視個人與社區為一整體，使所有的次系統均以健康為主要的價值觀，使社區朝向健康的方向永續經營（葉金川，民 89）。Hancock 和 Duhl 將「健康城市」作一定義為持續地創造並增進城市之物理及社會環境，同時強化其社區資源，使人們能夠相互支持，實行其所有的生活功能，並達到最大的潛能(Hancock et al.,1986) Norris 和 Pittman 認為健康的社區應包括社區價值觀的分享、居民生活品質的改善、各種公民的參與及平等的社區所有權（Norris et al.,2000）。「社區健康」所指的不單是整個社區的健康狀況，也包含由個人、政府機構或民間組織所致力推行的各種措施和活動，而這些行動最終目標是為了促進、保護及維持該社區民眾的身體、心理及社會三方面的完全健康（管敏秀，民 91）。

綜合以上，社區健康是經由民眾與政府配合，一起從事健康促進相關活動，致力使社區環境、民眾健康達到盡善盡美的境界。

三、社區健康營造

「社區健康營造」的定義是指透過社區民眾的主動參與，結合社區中不同專業之力量，實踐健康的生活，來共同營造健康的社區，以達到全民健康的目標(行政院衛生署，民 88)。文建會對「社區健康營造」所下的定義是藉由社區居民積極參與地方事務，凝聚社區共識，經由社區的自主能力，配合「社區健康營造」理念的推動，社區民眾的自主與參與使生活空間獲得美化或生活品質得以提升，全面性及整體性來規劃參與「社區健康營造」的過程（陳其南，民 84）。

劉潔心(民 88)認為「社區健康營造」是運用社區營造(Community building)的理念，將社區人的健康狀態(Health status)，朝向健康促進(Health promotion)的目標邁進，使社區逐漸變成健康城市(Health city)的理想世界。Flynn(1996)則提出「社區健康營造」的概念主要在強調社區之充能，開發、結合社區資源，如政治、經濟等來提升社區之健康，一個健康社區其社區成員有能力開發社區資源，相互支持提升環境品質。Green(1979)也提出「社區健康營造」綜合了健康教育、組織、政治、經濟、法律和環境等多項因素之設計，以增加民眾對健康的控制，發揮最大的健康效能，達到提升健康品質之目的。

綜合以上，社區健康營造是結合政府、專家及民眾的力量，找出符合社區需求之議題，以由下而上的方式，使社區議題獲得解決，促進社區民眾健康提升。而本研究所欲衡量的「社區健康營造」，是指行政院衛生署於民國 88 年推動「社區健康營造三年計畫」至今，民眾參與「社區健康營造」的情形。

第二節 社區健康營造的起源

「社區健康營造」運動始於 1980 中期，由 Hancock 和 Duhl 擔任初期世界衛生組織推行此運動的先鋒，當時適逢二次大戰，戰後由於糧食增產，人口大量增加，都市迅速發展，而城鄉發展差距日益擴大，使得有些都市(社區)環境及生活條件日漸惡化，因此世界衛生組織(WHO)之歐洲部門於 1986 年在丹麥的哥本哈根依據世界衛生組織在 1981 年所提出的健康原則，提出「健康城市(社區)計劃」，希望藉由基層健康照護 健康促進及健康的公共政策，達到全民健康的目的(吳永鐘，民 90)。

近年來，台灣社會經濟結構及國人生活方式改變，癌症及慢性疾病成為國人主要死因，民國 91 年我國國民十大死因調查，慢性病即佔了六種，分別為惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、慢性肝病、腎炎，對國人的健康及社會的負擔影響甚鉅，而生活形態是造成這些慢性疾病發生的主要原因之一(張耀文，民 92)。Marc Lalonde (1974) 的研究指出個人生活對於健康影響的重要性，Stuifbergen & Becker (1994) 也指出缺乏健康行為是造成慢性疾病的主要原因，個人若執行健康促進活動，則可降低疾病的發生和死亡。所以要預防慢性疾病，唯有從培養民眾正確的日常生活形態開始，而社區健康營造

正可灌輸民眾正確的健康知識及修正民眾不良的健康行為。由於國人慢性病增加、生活形態不良等問題，行政院衛生署為落實全民健康的目標，在民國 88 年開始推動「社區健康營造三年計畫」，預期全國每一鄉鎮市區至少建置一個社區健康營造中心，最初以六大健康議題做為「社區健康營造」的切入點，分別是健康飲食、健康體能、個人衛生、菸害防治、防治檳榔危害健康及安全用藥(行政院衛生署，民 88)，但目前是採取因地制宜的方式，由各地區營造中心自由發展符合該社區民眾需求的健康議題。

早期台灣推展社區工作，社區居民大都是處於被動，認為社區居民的問題應由政府負起責任解決（徐震，民 69）。過去民眾的健康問題常由基層衛生人員於社區發現後才有機會處理，但衛生基層人力有限，無法一一關心人口眾多之鄉鎮區域，所以整合社區資源與人力，善用社區組織力量，凝聚社區共識，群眾集體薰陶、參與、策劃與決議健康生活改善方案，才能使民眾的健康獲得充分的保障（施秋娟，民 92）。所以推行「社區健康營造」的原因之一也是希望藉由民眾自發的力量解決社區的健康問題，進而促進社區的健康。

第三節 社區參與的概念

衛生機關推動任何健康促進政策，都需民眾來參與才會具有意義，以下探討民眾參與的意義與民眾參與程度，以期瞭解民眾在參與社區健康營造時可能的發展順序。

一、社區參與

社區參與（Community Participation）範圍可擴大到社會各層面，是指民眾由參與日常生活中與群體有關的公共事務，到政府政策制定與執行（夏鑄久，民 88）。個人在整體社區運作過程中投入自己的意見、行為及其他資源，在社區中產生效果，對社會產生某種程度的影響（林振春，民 87）。社區參與是社區民眾透過活動來維持及促進健康之過程，意義即個人及家庭負擔自己和社區的福祉與責任，貢獻他們自己的能力，也意味著民眾對地方衛生行政的參與（邱詩揚，民 88）。

社區參與旨趣乃在於有目標、組織和行動導向的過程和投入，尤其在某特定區域內，結合社區成員以及有共同利益的相關組織團體，藉以凝聚社區意識和提高社區生產力，以及提昇社區居民生活品質，或設法解決社區的各種困難和問題（施教裕，民 86）。社區參與的

運作並不希望外來角色過份來介入，而是希望盡量能融入社區生活的一部分，社區民眾自助互助、自立自主，凝聚共識，積極參與社區的公共事務（施秋娟，民 92）。

綜合以上，社區參與是民眾為了解決自身及社區所需求的議題，貢獻己力，一起參與公共事務，產生有組織的活動及凝聚共識，最後期使社區健康或生活品質提升。

二、社區參與程度

Bagnall(1989) 將成人參與社區教育活動的形式分成三種類型：

- 1.出席(presence)：指民眾個人參加社區內所舉辦的教育活動，當一位活動的參與者或一項產品消費者。
- 2.涉入(invovement)：包括個人性的涉入與社會性的涉入。個人性的涉入是指個人對教育活動結構的投入，對活動本身會表示個人的意見或看法；社會性的涉入是指個人會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。
- 3.控制(control)：是指個人或團體對社區教育活動的內容、過程和目標或結果等的控制或操縱，此時的社區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。

夏鑄九（民 88）社區健康營造計畫，希望經由社區賦權（Empowerment）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

綜合以上，社區參與程度是民眾先有了共同必須解決的議題後，大家來接觸和參與活動，對此事件產生想法，並影響別人，最後大家達成共同意識，一起為社區健康而努力。瞭解社區參與程度的定義及內容，有助於推論民眾參與社區健康營造時，會發生的情況及發展順序，明白定義出民眾參與的各階段內容。

第四節 台灣及國外實施社區健康營造之經驗

「健康城市」的運動在二十世紀開始發展，希冀用以面對疾病及環境威脅等問題，1986年「渥太華憲章」提出五大策略，完整闡述健康促進的定義、行動原則及未來發展方向，強調政治、經濟、社會、文化、環境、行為與生物因素都會影響健康。健康城市計畫陸續於加拿大多倫多等國家開始推動，目前健康城市已成為全球性的活動，全球約有超過 4500 個社區正在推動健康城市運動（Ashton,1992；Minkler,1997）。

在台灣，早年政府推動「示範社區」，認為只有民眾同心協力互相幫忙，才能做好基層的公共衛生工作，於是在民國 88 年開始推動「社區健康營造三年計畫」，希望以由下而上的方式，共同解決社區健康問題，達到「健康生活化、生活健康化」的目標(行政院衛生署，民 89)。

一、台灣

社區健康營造至民國 92 年 12 月截止，已成立 302 所社區健康營造中心，其中 22 所位於 921 震災災區，46 所位於離島部落。社區健康營造推動承辦單位主要以衛生所及公家單位最多，民間團體、醫療

院所次之，如表 2-4-1 所示，不同屬性之承辦單位推行社區健康營造方法可能不盡相同。

表 2-4-1 行政院衛生署社區健康營造推動承辦單位

| 類別 | 家數 |
|----------|-------------|
| 醫療院所 | 85(28.1 %) |
| 衛生所及公家單位 | 111(36.8 %) |
| 民間團體 | 86(28.5 %) |
| 學校 | 20(6.6 %) |
| 合計 | 302(100 %) |

註：資料來源：國民健康局網站，92 年

台灣從民國 88 年開始推行社區健康營造計劃，其推行重點，率先由衛生署制定六大健康議題：健康飲食、健康體能、個人衛生、菸害防治、防治檳榔危害健康、安全用藥。而「社區健康營造」的推行方法有：1.找出健康議題，2.凝聚社區意識，3.強化社區組織，建立社區組織網絡，4.喚起共同參與興趣，擴大活動影響層面。整合社會資源、解決社區健康問題，到最後達到社區健康營造永續經營（行政院衛生署，民 88）。

「社區健康營造」經費的來源是透過公開徵選，由立案的民間社團、學校、鄉鎮公所、農漁會及醫療院所等單位提出計畫案，經由衛生局初審通過，再經試辦進行複審通過後委辦，此三年中每年給與各中心補助經費 140 萬元。

健康營造中心組成的第一年重點放在組織的形成及社區健康營造理念的傳播，但因組織功能尚未完整，無法建立有效的民眾支持網絡，以致民眾健康行為的改善無法達到立竿見影的效果。許多健康營造中心雖積極的推展相關業務，但民眾參與的情況卻未達理想，社區健康營造計畫推定至今已經三年的時間，健康營造中心的重點應轉變成注重民眾健康行為的改變及健康狀況的改善。

二、美國

1988年，建立第一個「印第安那健康城市計畫」(Flynn,1996)。美國強調國民健康之增進著重於疾病預防和促進健康，而非源自醫療服務(黃淑貞，民80)。美國健康促進計畫的推廣是以學校、醫院、工作場所及社區為重點，其中在社區方面，許多大規模的社區性健康促進活動是由衛生機關、學術團體、民間機構等共同貢獻心力一起進行(莊宜佳，民90)。

推行重點為預防服務、健康保護、健康促進，各州發展健康促進計畫所需之資金，由聯邦政府負責提供，但是執行機關不限於政府的衛生部門，亦鼓勵民間團體合作參與。在實行上，各州依區域狀況、屬地特性擬定目標，並訂定先後執行順序，然後再分別研擬實行方針，加以落實推廣(黃淑貞，民80)。

三、加拿大

1987年，多倫多的健康部門提出有關公共健康的報告，強調社會及環境各層次的改變對健康已造成相當程度的威脅，政府應推動以健康狀態的數據為基礎的計畫、研究以及教育，並從結構與功能上重組公共健康部門，注重地方分權及以社區為基礎的組織（吳永鐘，民90）。

推行的重點為強化維持健康的環境、正確的生活形態和疾病的預防（張世雄，民85）。加拿大憲法明定健康照護服務為各省的責任，除了分散的醫療行政管理體系之外，聯邦政府以經費補助的方式，嚴格的控制各省健康照護制度的主要內涵，並促使各省的健康照護制度朝向聯邦政府設計的方向發展（陳明芳，民84）。

四、英國

1986年，利物浦加入世界衛生組織的健康城市（社區）計畫，成立了跨部門的委員會，接受由官員及專家組成的科技委員會的協助。在“尋求所有人的健康”（Health for All）的架構下，利物浦對健康的結果及健康改變的過程同樣重視，它曾經規劃一個計畫，希望在1991年前能針對六大重點項目（健康、生活形態、環境、合理的照

護、研究及發展) 進行改善工作，相當程度的達成了目標 (Ashton, J.,1992)，經費來源則是部分來自中央，部分來自地方。

五、西班牙

1986年，西班牙巴塞隆納決定加入世界衛生組織的健康城市(社區)活動，1987年，市議會通過四條公共健康政策的優先性，即引進健康提升的願景、鼓勵與健康有關的態度與行為上的改變、依民眾的需要來調整健康服務的提供及使相關機構具備處理未來健康問題的能力。市政府大量引進一些先進國家的人才，學得家庭醫學及社區醫學的專業知識，擴展從事公共健康人員的觀念認知。市政府認為改善公共健康的政策應由非健康部門來制訂，經費來源則是公家機構資金與私人企業認養(吳永鐘，民90)。

根據以上各國推行社區健康營造的經驗，可以得知近幾年來各國都紛紛積極在推行，且政府也採取鼓勵的態度多有補助，推行重點大多是在改變民眾生活形態和健康行為等，可見推行社區健康營造是必然的趨勢，台灣目前尚屬推動初期，經驗不足之處，如推行方法及相關政策的擬定等，可向各國學習。

第五節 社區健康營造相關學術研究

最近幾年，國內關於社區健康營造的研究，多著重於從營造中心績效面去衡量社區健康營造執行成效，而少以從民眾參與程度面去衡量。近年來，國內社區健康營造相關學術研究整理如下：

表 2-5-1 國內社區健康營造相關學術研究

| 作者（年份） | 研究名稱 | 研究重點 |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| 行政院衛生署 （民 80） | 社區健康管理模式之實驗計畫-社區居民健康記錄檔案之建立 | 瞭解居民健康狀況、主要健康問題及影響健康需求之因素，擬定健康管理計畫 |
| 行政院衛生署 公共衛生研究所 （民 85） | 衛生所社區健康評估模式之實驗 | 擬定社區健康評估模式，確定能由衛生所人員評估其轄區之優先健康問題，而據以規劃服務重點及目標 |
| 行政院衛生署 公共衛生研究所 （民 89） | 評價社區健康營造工作成效三年計畫 | 評量及監測各縣市社區健康營造組織工作效能之指標 |
| 行政院衛生署 （民 89） | 社區健康營造計畫之評估-以台北市內湖區為例 | 分析社區組織力量對民眾健康行為改變之影響，評估民間組織與衛生行政單位合作模式，與社區健康營造方案的有效性及其民眾接受度 |
| 林麗香（民 85） | 健康都市的理論與實務-以哈瑪星社區營造規劃為案例 | 社區營造困難點二：居民參與度不高、居民對社區營造的概念有認知差異 |
| 王明傑（民 88） | 台北市社區參與實質環境營造機制之研究 | 社區環境的營造應以兩種模式推動，即政府協助模式、社區提案模式 |
| 莊宜佳（民 90） | 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 | 探討影響志工推行健康促進活動相關因素 |
| 吳永鐘（民 90） | 台灣地區社區健康營造中心運作現況之初探 | 探討社區健康營造中心活動之運作現況、影響運作現況的重要因素以及運作現況與運作效益之間的相關性 |

表 2-5-2 國內社區健康營造相關學術研究 (續)

| 作者 (年份) | 研究名稱 | 研究重點 |
|------------|--------------------------|--|
| 莊瑞菱 (民 90) | 組織台北市某社區健康促進委員會之形成過程及結果 | 探討充能與賦權策略對社區健康促進委員會成員之社區健康意識之提昇情形 |
| 羅瑞煌 (民 90) | 醫院參與社區健康營造計畫現況評估與策略應用之研究 | 了解醫院在參與社區健康營造計畫之現況與角色扮演，醫院推行策略、成效與困難，營造中心運作與社區資源整合運用情況 |
| 南玉芬 (民 91) | 社區健康營造中心之社區推動內涵分析 | 探討中心推動者的特質、組織內部運作、社區參與及資源運用 |
| 管敏秀 (民 91) | 社區健康營造之現況分析與策略研究 | 探討社區健康營造中心之執行成效，普遍性瞭解社區健康營造的實施情形 |
| 張耀文 (民 91) | 推動社區健康營造之效益比較與評估-以雲林縣為例 | 探討社區健康營造參與人員認知情形、各單位整合運用社區資源情形、推動成效，了解民眾對於六大議題之認知及行為 |
| 陳毓璟 (民 92) | 社區健康營造推動現況與推動者概念之探討 | 分析目前社區健康營造推動的現況與困難，主要推動者對於社區健康營造概念上的認知與差異 |

在檢視這些學者的研究後，他們以營造中心層次去衡量社區健康營造執行成效的模式，發展得漸趨成熟，並且經由這幾年這些學者對於社區健康營造深入的研究後，社區健康營造的定義、運作方式、評估與檢討等，漸漸被大家所熟知和應用。但是目前為止並未發現有學者發展以民眾層次衡量的完整模式，所以本研究將從民眾面去觀察民眾參與社區健康營造情形，以衡量社區健康營造執行成效。

第六節 焦點團體與德菲法技術

本研究使用焦點團體及德菲法來建構衡量民眾參與社區健康營造情形之問卷，以下是焦點團體與德菲法的定義、使用時機與優缺點等。

一、焦點團體 (Focus Group)

焦點團體研究法，是社會科學中最廣為使用的研究工具之一，最大的功能是蒐集探索性的資料，在研究的早期可以用來做探索性的先驅研究（吳淑瓊，民 81）。而本研究欲從民眾參與情形去衡量社區健康營造執行成效，之前幾乎沒有從民眾面去衡量的研究，所以本研究需透過焦點團體的方式，取得各界專家對於衡量民眾參與社區健康營造情形須包含哪些指標的共識。

焦點團體的定義如下：

- 1.焦點團體是將探討的題目圍繞在特定主題，進行有組織、有系統的團體討論（Krueger,1994）。
- 2.這團體是由 4-12 人組成的小團體，而且具有同質性，時間上每次進行 1.5-2 個小時（Patton,1990；周雅容，民 86）。
- 3.一位訓練有素的主持人帶來準備就緒的問題，以最佳的方式引發參與者討論（Stewart, Shamdasani,1990）。

4.目的在於引發參與者對經過選擇出來探討主題的知覺、感受、態度與想法(王文科，民 88)。

5.焦點團體不會製造量的資訊，以投射到較大的母群體(王文科，民 88)。

本研究採取焦點團體的原因是因為台灣在實施社區健康營造之後，幾乎沒有研究是以民眾面去衡量社區健康營造推行成效，所以在擬定指標時，需靠大家腦力激盪，從無至有產生構面及指標出來。

二、德菲法技術 (Delphi Method)

德菲法 (Delphi Method) 是一種兼具量化與質性之科技整合研究方法，研究過程中針對特定議題，透過專家匿名，不斷書面討論方式，誘導專家以其專業知能、經驗和意見建立一致性的共識，進而解決複雜議題。德菲法具有集思廣益、維持專家獨力判斷能力、打破時空隔離困境及不需要複雜統計等優點，但也有不能考慮不可預料事件、對模稜兩可問題難劃分、專家代表性質疑、耗費時間等缺點 (宋文娟，民 90)。在學術理論上，需要重複四次，但在實際運用上，因考慮參與研究的專家有其他的工作，可參與討論的時間有限，一般多從事 2~3 次即停止 (黃東琪，民 89)。本研究進行德菲法二次，確定最後適合衡量民眾參與社區健康營造情形的指標。

德菲法進程序如下：(王志誠，民 91)

參與者思考問題？ 協調者整理分析(協調者工作：列表分析、計算平均數、標準差)？ ... ? ... ? 產生一致性結果

而最適合採用德菲法的研究情況如下：(王志誠，民 91)

- 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，無法有效作面對面溝通；
- 4.參與者未曾有過順暢溝通經驗，或代表不同背景、不同觀點的經驗和專業能力；
- 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，並提升其對團體的參與感。

本研究使用德菲法建構衡量民眾參與社區健康營造情形問卷的原因是因為時間、經費有限，無法多次舉行專家面對面會議，且多人一起開會不一定具有良好之效率。本研究總共進行了二次的德菲法，希望與各界專家用書面溝通的方式，對問卷各指標評估其適用性，並得到修改或新增指標以及最後指標篩選參考的資訊。

第三章 研究方法

第一節 研究架構

本研究引用平衡計分卡的精神，以民眾角度，發展具有多重構面之指標，以衡量民眾參與社區健康營造情形，研究架構如下：

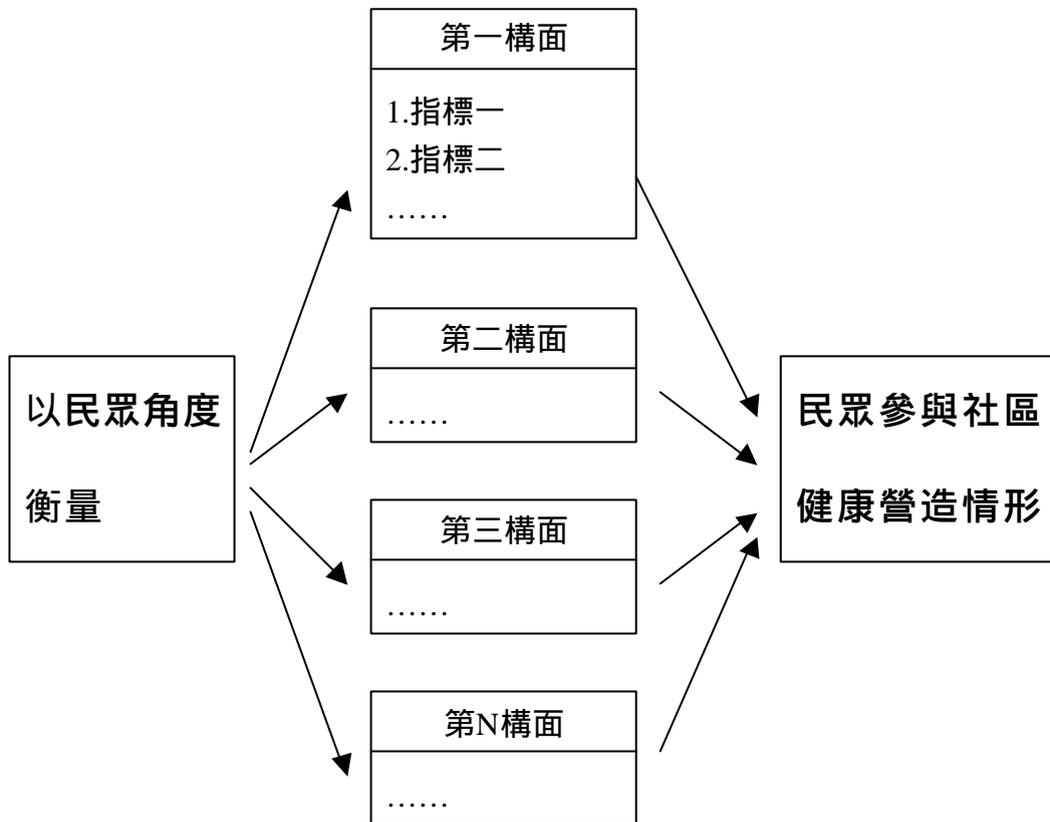


圖 3-1-1 研究架構圖

Kaplan and Norton(1992) 提出平衡計分卡 (Balance Score Card) 的觀念，平衡計分卡是結合策略、遠景方向與績效評估的一項策略性管理制度，並強調它具有內部衡量及外部衡量的平衡，結果面與未來面衡量的平衡，主觀面與客觀面衡量的平衡，短期與長期衡量的平衡。本研究引用平衡計分卡的精神，期望發展出一套完整民眾參與社區健康營造情形之衡量系統，使各構面發展面面俱到並具有緊密聯結的關係，能真正衡量到民眾真實參與情形，進而得知社區健康營造執行成效。

第二節 研究變項與操作型定義

一、研究變項

1.自變項

鄉鎮別：清水鎮、沙鹿鎮、太平市及是否有聽過「社區健康營造」。

2.依變項

民眾參與「社區健康營造」情形六大構面分數 生活品質(SF-36)分數。

3.控制變項

民眾個人特質：性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、居住狀況、家庭平均月收入、居住年數等。

二、操作型定義

本次研究所採用之變項操作型定義如下：

表 3-2-1 變項操作型定義

| 題目代號 | 變項種類 | 變項屬性 | 定義 | 操作型定義 |
|---------------|---------|------|-----------|--|
| AA1 | 訪談地區 | 類別變項 | 問卷發放地區 | 1.清水 2.沙鹿 3.太平 |
| AA2 | 完成時間 | 連續變項 | 完成一份問卷的時間 | 訪員填答實際完成分鐘數 |
| 民眾基本資料 | | | | |
| A1 | 性別 | 類別變項 | 民眾性別 | 1.男 2.女 |
| A2 | 年齡 | 連續變項 | 民眾年齡 | 問卷填答年份 - 民眾出生年份 |
| A3 | 教育程度 | 類別變項 | 民眾教育程度 | 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 |
| A4 | 職業 | 類別變項 | 民眾職業 | 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 |
| A5 | 婚姻狀況 | 類別變項 | 民眾婚姻狀況 | 1.未婚 2.已婚 3.鰥寡 4.離婚 5.分居 6.其他 |
| A6 | 居住狀況 | 類別變項 | 民眾居住狀況 | 1.與家人同住 2.獨居 |
| A7 | 家庭平均月收入 | 類別變項 | 民眾家庭平均月收入 | 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 5.80,001~100,000 元 6.100,000 元(含)以上 |
| A8 | 居住年數 | 連續變項 | 民眾居住年數 | 民眾填答實際居住年數 |

表 3-2-2 變項操作型定義 (續)

| 題目代號 | 變項種類 | 變項屬性 | 定義 | 操作型定義 |
|-------------------|-------------------|------|--------------------------------------|---|
| 民眾接觸社區健康營造 | | | | |
| B11 | 聽過「社區健康營造」名詞 | 等距變項 | 聽過「社區健康營造」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 |
| B12 | 衛生機關推行「社區健康營造」 | 類別變項 | 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 |
| B13 | 居住的地區有無「社區健康營造中心」 | 類別變項 | 居住的地區有無「社區健康營造中心」 | 1.沒有 2.不知道 3.有 |
| B14 | 社區報、平面文宣、媒體廣告活動訊息 | 等距變項 | 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 | 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) |
| B15 | 志工宣導訊息 | 等距變項 | 有接受過「社區健康營造中心」志工所宣導的訊息 | 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) |
| B151 | 訊息內容 | 等距變項 | 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 |
| B152 | 實作技巧 | 等距變項 | 志工應該提供您健康行為的實作技巧 | 1.不同意 2.無意見 3.同意 |
| B153 | 訊息實用性 | 等距變項 | 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 |

表 3-2-3 變項操作型定義 (續)

| 題目代號 | 變項種類 | 變項屬性 | 定義 | 操作型定義 |
|---------------------|----------------|------|--|------------------|
| 民眾對社區健康營造的看法 | | | | |
| B21 | 參加活動、講座 | 等距變項 | 「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 |
| B22 | 民眾主動關心解決社區健康議題 | 等距變項 | 「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 |
| B23 | 衛生所保健宣導 | 等距變項 | 「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 |
| B24 | 民眾主動提出議題 | 等距變項 | 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 |
| B25 | 營造中心負責推動 | 等距變項 | 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 |
| B26 | 政府負責推動 | 等距變項 | 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 |
| B27 | 政府補助全部經費 | 等距變項 | 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 |
| B28 | 每個人都健康 | 等距變項 | 「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 |
| B29 | 改進民眾健康 | 等距變項 | 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 |
| B210 | 民眾凝聚力 | 等距變項 | 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 |

表 3-2-4 變項操作型定義 (續)

| 題目代號 | 變項種類 | 變項屬性 | 定義 | 操作型定義 |
|---------------------|--------------------|------|-------------------------------|--|
| 民眾參與社區健康營造情形 | | | | |
| B31 | 有無參加過 | 類別變項 | 是否有參加過有關「社區健康營造」的活動 | 1.沒有 2.有 |
| B32 | 參加過幾次 | 等距變項 | 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 |
| B33 | 有無參加過健康營造團體 | 類別變項 | 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 |
| B34 | 擔任發起人或召集人幾次 | 等距變項 | 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 |
| B35 | 參與規劃活動幾次 | 等距變項 | 過去三個月內曾參與規劃「社區健康營造」的活動幾次 | 1.從未擔任過 2.1~5 次 3.6~10 次 4.11 次以上 |
| B36 | 接受程度 | 等距變項 | 對於社區內舉辦的健康促進活動接受程度高 | 1.不同意 2.無意見 3.同意 |
| B37 | 滿意度 | 等距變項 | 對於社區內舉辦的健康促進活動滿意度高 | 1.不同意 2.無意見 3.同意 |
| B38 | 持續參與 | 等距變項 | 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 |
| B391 | 參與「社區健康營造」活動或團體的動機 | 類別變項 | 自己想要主動了解健康常識 | 1.否 2.是 |
| B392 | | 類別變項 | 基於參與社團，建立人際關係 | 1.否 2.是 |
| B393 | | 類別變項 | 基於可以領贈品 | 1.否 2.是 |
| B394 | | 類別變項 | 基於個人服務熱忱 | 1.否 2.是 |
| B395 | | 類別變項 | 基於個人打發時間 | 1.否 2.是 |
| B396 | | 類別變項 | 基於各種健康促進活動內容吸引 | 1.否 2.是 |
| B397 | | 類別變項 | 基於親朋好友的影響 | 1.否 2.是 |
| B398 | | 類別變項 | 受主辦單位人情壓力邀請 | 1.否 2.是 |
| B399 | | 類別變項 | 基於個人或家人健康切身的需要 | 1.否 2.是 |
| B3910 | | 類別變項 | 活動地點離家裡或上班處近 | 1.否 2.是 |

表 3-2-5 變項操作型定義 (續)

| 題目代號 | 變項種類 | 變項屬性 | 定義 | 操作型定義 |
|-------------|----------|------|-------------------------------------|------------------|
| B3101 | 不去參與 | 類別變項 | 時間上不能配合 | 1.否 2.是 |
| B3102 | 「社區健康營造」 | 類別變項 | 對於「社區健康營造」活動沒有興趣 | 1.否 2.是 |
| B3103 | 活動或團體的原因 | 類別變項 | 覺得參與「社區健康營造」活動對您沒有任何助益 | 1.否 2.是 |
| B3104 | | 類別變項 | 沒有同伴或家人一起陪伴參加 | 1.否 2.是 |
| B3105 | | 類別變項 | 不了解「社區健康營造」的意義及內容 | 1.否 2.是 |
| B3106 | | 類別變項 | 從未或很少接受到有關「社區健康營造」活動舉辦的訊息 | 1.否 2.是 |
| B3107 | | 類別變項 | 覺得參與「社區健康營造」活動對您而言沒有成就感 | 1.否 2.是 |
| 共識凝聚 | | | | |
| B41 | 一起腦力激盪活動 | 等距變項 | 「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 |
| B42 | 有共同目標 | 等距變項 | 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 | 1.不同意 2.無意見 3.同意 |
| B43 | 共同討論活動 | 等距變項 | 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 |
| B44 | 同心協力舉辦活動 | 等距變項 | 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 |

表 3-2-6 變項操作型定義 (續)

| 題目代號 | 變項種類 | 變項屬性 | 定義 | 操作型定義 |
|---------------------------|---------------|------|--|---|
| 民眾將社區健康營造概念及工作推己及人 | | | | |
| B51 | 介紹家人 | 等距變項 | 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 |
| B52 | 介紹親戚 | 等距變項 | 主動介紹過幾位親戚跟您一起來參加「社區健康營造」活動 | 1.0 位 2.1~3 位 3.4~6 位 4.7~10 位 5.11 位以上 |
| B53 | 介紹朋友 | 等距變項 | 主動介紹過幾位朋友跟您一起來參加「社區健康營造」活動 | 1.0 位 2.1~3 位 3.4~6 位 4.7~10 位 5.11 位以上 |
| B54 | 介紹鄰居 | 等距變項 | 主動介紹過幾位鄰居跟您一起來參加「社區健康營造」活動 | 1.0 位 2.1~3 位 3.4~6 位 4.7~10 位 5.11 位以上 |
| 結果 (Outcome) 產生 | | | | |
| B61 | 健康概念 | 類別變項 | 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.否 2.是 |
| B611 | 飲食健康概念 | 等距變項 | 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 |
| B612 | 持續運動習慣 | 等距變項 | 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 |
| B62 | 改變行為 | 等距變項 | 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 |
| B63 | 健康生活習慣 | 等距變項 | 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 |
| B64 | 健康知識 | 等距變項 | 自己對健康的知識，比以前更好 | 1.不同意 2.無意見 3.同意 |
| B65 | 團結互助精神 | 等距變項 | 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 |
| B66 | 加入幾個非相關健康活動社團 | 等距變項 | 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 | 1.0 個 2.1 個 3.2 個 4.3 個以上 |

表 3-2-7 變項操作型定義 (續)

| 變項種類 | 變項屬性 | 定義 |
|-----------------------------|------|-----------|
| SF-36 生活品質量表分數 | | |
| PF (Physical Fouctioning)分數 | 連續變項 | 生理功能構面之總分 |
| RP (Role Physical)分數 | 連續變項 | 角色生理構面之總分 |
| RE (Role Emotional)分數 | 連續變項 | 角色情緒構面之總分 |
| SF (Social Fouctioning)分數 | 連續變項 | 社會功能構面之總分 |
| BP (Bodily Pain)分數 | 連續變項 | 身體疼痛構面之總分 |
| VT (Vitality)分數 | 連續變項 | 活力狀況構面之總分 |
| MH (Mental Health)分數 | 連續變項 | 心理健康構面之總分 |
| GH (General Health)分數 | 連續變項 | 一般健康構面之總分 |

第三節 研究對象

在問卷設計過程，於焦點團體、專家德菲法及專家座談會，請社區健康營造相關專家，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，進行指標擬定、問卷的適用性評估，以及效度評估，以訂定適當的指標來衡量民眾參與社區健康營造的程度。

在問卷完成後，採立意取樣，於台中縣三個不同鄉鎮，即清水鎮、沙鹿鎮及太平市，每一鄉鎮抽取 200 名居住於此的民眾，在經訪員訓練後進行問卷調查，進行問卷實測目的是用以證實此份量表的可行性與敏感性。

第四節 研究流程

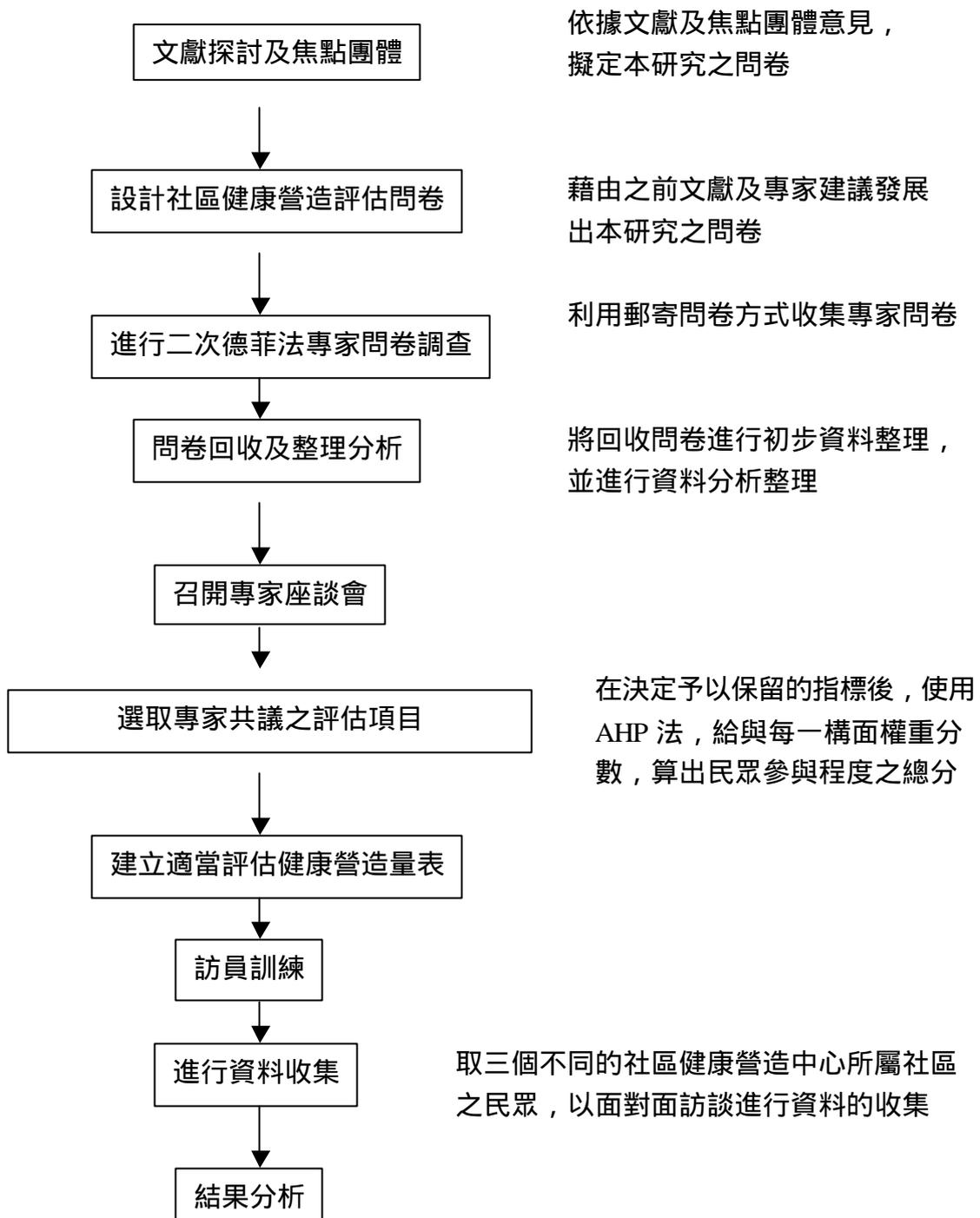


圖 3-4-1 研究流程圖

第五節 資料分析

一、分析方法

1. 民眾參與社區健康營造程度分數

在問卷設計完成後，於專家座談會請專家們給予每個構面權重分數，兩兩構面比對，比較此構面用來衡量民眾參與社區健康營造情形的重要性，然後使用階層分析法（AHP 法，Analytic Hierarchy Process），計算出每一構面最後之權重分數。

2. 信度

為了確定指標的可信賴程度與一致程度，本研究是採用內部一致性評估，計算問卷題目之 Cronbach's α 值。

3. 描述性分析

依照研究對象之基本資料、參與社區健康營造情形、生活品質 outcome 計算其平均數、標準差。

4. 雙變項分析

視研究變項之特性，利用單一樣本 T 檢定、單因子變異數分析

(One-way ANOVA)、薛費(Scheffe)事後檢定、卡方檢定(χ^2)，檢驗三鄉鎮及有無聽過「社區健康營造」的民眾其個人特質是否有所不同，比較三鄉鎮民眾參與社區健康營造程度分數是否不同，三鄉鎮及有無聽過「社區健康營造」的民眾其 SF-36 分數是否不同。

5.多變項分析

探討在控制其他變項下，利用複迴歸分析找出影響民眾參與社區健康營造活動情形的因子，利用邏輯斯迴歸分析找出影響民眾是否聽過「社區健康營造」的因子。

二、統計軟體

本研究採用 SPSS 10.0 及 Microsoft Excel 2000 軟體，進行資料整理及統計分析。

第四章 結果

第一節 問卷發展

一、問卷產生過程

設計問卷初稿時，採焦點團體方式。採用焦點團體法的理由為，國內外文獻中從民眾面去衡量民眾參與社區健康營造情形的研究非常少，如果只藉由文獻探討來建構問卷，可能會遺漏了一些重要的指標，因此希望藉由焦點團體法，請來社區健康營造相關專家，一起討論激發豐富的資訊與意見。

本研究召開之焦點團體，共邀請 5 位學術研究界學者、4 位實務推動健康營造工作者以及 1 位衛生機關主管，希望以談話、啟發的方式，一起腦力激盪的方式想出可以用來衡量民眾參與社區健康營造情形的指標。討論架構以平衡計分卡為大構面，再分別發展出衡量參與情形等子構面，使用平衡計分卡架構，是希望不是像以往傳統單純只用財務面來衡量，希望能借重平衡計分卡的概念，發展出完整、面面俱到的指標。

在焦點團體初步討論出來的大架構為：

民眾參與社區健康營造？民眾對社區健康營造的認知？民眾參與意願？共識凝聚？組織發展？民眾將社區健康營造概念及工作推廣他人？結果 Outcome 產生

在文獻探討及焦點團體後，問卷初稿完成，開始進行二次德菲法，而本研究採用德菲法的原因如下：

- 1.在時間及經費有限下，無法舉行專家面對面的會議；
- 2.人數太多，無法有效作面對面溝通；
- 3.參與者有不同背景、不同觀點的經驗和專業能力；
- 4.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。

我們採取郵寄方式發送問卷，寄出後經過三次電話催討，我們選取的專家學者包含有學術研究界學者 11 位、實務推動健康營造工作者 3 位以及衛生機關主管 2 位，第一次寄出 16 封問卷給專家學者，回收 14 份；第二次寄出給第一次有回覆的專家學者 14 份，最後回收有 11 份。

本次研究德菲法進程序如下：

參與者思考問題？協調者整理分析(協調者工作：列表分析、計

算平均數、標準差)? 參與者再次思考問題? 協調者再次整理分析?

產生一致性結果

在二次德菲法完成後，計算出平均數與標準差，以作為最後取捨問卷题目的標準，在召開專家座談會時，請專家學者決定要保留平均數與標準差為幾分的題目，與會人員有學術研究界學者 5 位、衛生機關主管 1 位，最後是保留平均數 3.5 分以上且標準差有收斂的題目。最後完成的問卷中包含六大構面：民眾接觸社區健康營造、民眾對社區健康營造之看法、民眾參與社區健康營造情形、共識凝聚、將社區健康營造推己及人、結果 Outcome 產生。此六大構面是經由焦點團體先討論出初步模型，之後再經由德菲法、專家座談會完成最後確定之構面，表 4-1-1 是各階段各構面題目題數演變情形。

表 4-1-1 問卷題數演變情形

| | 原始問卷 | 第一次德菲法後 | 第二次德菲法後 | 專家座談會後 |
|------|------|---------|---------|--------|
| 接觸構面 | 10 | 13 | 14 | 8 |
| 看法構面 | 19 | 21 | 21 | 10 |
| 參與構面 | 19 | 27 | 29 | 10 |
| 共識構面 | 5 | 5 | 6 | 4 |
| 推及構面 | 4 | 5 | 5 | 4 |
| 結果構面 | 3 | 11 | 7 | 8 |

二、各構面權重比

在專家座談會中，請專家們在問卷六大構面中，兩兩構面比對，給與分數，以比較此構面用來衡量民眾參與社區健康營造情形的重要性，決定最後每個構面的權重比。之後再使用階層分析法(AHP)計算出每一個構面最後的權重分數，以建構最後完整之問卷。

根據六位專家的意見，經使用 AHP 法計算後，每位專家認為各構面權重詳細情形如所表 4-1-2 示，經平均六位專家的權重分數後，最後得到的六構面權重比依序如下：

民眾接觸社區健康營造：民眾對社區健康營造之看法：民眾參與社區健康營造情形：共識凝聚：將社區健康營造推己及人：結果 Outcome 產生 = 0.197 : 0.140 : 0.228 : 0.100 : 0.153 : 0.182

表 4-1-2 使用 AHP 法計算六大構面權重比之結果

| | A專家 | B專家 | C專家 | D專家 | E專家 | F專家 | 最後結果 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 接觸構面 | 0.287 | 0.347 | 0.085 | 0.102 | 0.102 | 0.258 | 0.197 |
| 看法構面 | 0.279 | 0.225 | 0.054 | 0.047 | 0.081 | 0.156 | 0.140 |
| 參與構面 | 0.294 | 0.174 | 0.152 | 0.342 | 0.216 | 0.189 | 0.228 |
| 共識構面 | 0.076 | 0.089 | 0.022 | 0.041 | 0.158 | 0.218 | 0.100 |
| 推及構面 | 0.051 | 0.113 | 0.229 | 0.147 | 0.276 | 0.100 | 0.153 |
| 結果構面 | 0.012 | 0.052 | 0.459 | 0.322 | 0.167 | 0.078 | 0.182 |

三、問卷信度

本研究用來衡量民眾參與社區健康營造情形的問卷總共包含六大構面，即民眾接觸社區健康營造、民眾對社區健康營造之看法、民眾參與社區健康營造情形、共識凝聚、將社區健康營造推己及人、結果 Outcome 產生等六大構面。本研究使用 Cronbach a 係數來評定此份研究工具的信度，公式如下：

$$a = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right]$$

K：量表中的項目數

S_t^2 ：總變異量

S_i^2 ：各項目的變異量

一般 Cronbach a 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，本研究針對此六大構面，經 SPSS10.0 統計套裝軟體檢定內在一致性信度，a 值如表 4-1-3 所示。

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 Outcome 產生構面皆屬於高信度，民眾參與社區健康營造情形構面屬

於尚可之範圍。

表 4-1-3 六大構面信度值

| 構面名稱 | a 值 | 備註 |
|---------------|--------|---------------------------|
| 六構面總合 | 0.8492 | a=0.8809(不包含第三構面第 9、10 題) |
| 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 | 0.5235 | a=0.6852(不包含第 9、10 題) |
| 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 | |

註：第三構面第 9、10 題不列入計算民眾參與社區健康營造情形分數

四、問卷受測完成時間及拒訪率

沒有聽過「社區健康營造」的民眾，只需填答基本資料及 SF36，問卷完成時間一份平均 8.5 分鐘；有聽過「社區健康營造」的民眾，需填答基本資料、六構面題目及 SF36，問卷完成時間一份平均 12.0 分鐘。根據計算每個訪員估計的拒訪率後，拒訪率大約是 40%。

問卷未完成原因如下：本次問卷共回收 567 份，其中 559 份為有效問卷，8 份為無效問卷，無效問卷中有 4 份是因為民眾不是當地居民，而本研究所要採取的樣本限定必須是當地居民，另有 4 份是因為要趕車班，來不及填答完畢。

第二節 民眾基本資料

一、民眾基本資料

民眾個人特質分布情形如表 4-2-1 所示，本研究收集之有效問卷共 559 份，其中清水鎮 161 份、沙鹿鎮 192 份、太平市 206 份；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 歲及 21~30 歲，分別有 161 人(28.8%)及 221 人(39.5%)；婚姻狀況則以未婚者居多，有 375 人(67.1%)，其次為已婚者，有 175 人(31.3%)，離婚者有 2 人(0.4%)，有 6 位受訪者為鰥寡(1.1%)；居住狀況則以與家人同住為主，有 464 人(83%)，少部分人為獨居，有 95 人(17%)。

受訪者之教育程度多為高中職畢，有 176 人(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%)；職業種類最多為「學生」，有 227 人(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，有 190 人(34.0%)及

20,001 元~40,000 元之間，有 157 人(28.1%)；居住於目前居住地區之年數以 1~5 年最多，有 173 人(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%)。

在是否聽過「社區健康營造」名詞的民眾比例中，受訪者完全沒聽過「社區健康營造」者有 446 人，佔大部分(79.8%)，其次有 82 人(14.7%)好像有聽過「社區健康營造」，但不了解，有 29 人(5.2%)有聽過「社區健康營造」且了解一點點，而有聽過「社區健康營造」且非常了解的民眾只有 2 人(0.4%)。

表4-2-1 民眾基本資料

| 研究變項 | 次數(個) | 百分比(%) | 研究變項 | 次數(個) | 百分比(%) |
|-------------|-------|--------|---------------------|-------|--------|
| <u>訪談地區</u> | 559 | | <u>婚姻狀況</u> | 559 | |
| 清水 | 161 | 28.8 | 未婚 | 375 | 67.1 |
| 沙鹿 | 192 | 34.3 | 已婚 | 175 | 31.3 |
| 太平 | 206 | 36.9 | 鰥寡 | 6 | 1.1 |
| <u>性別</u> | 558 | | 離婚 | 2 | 0.4 |
| 男 | 236 | 42.2 | 其他 | 1 | 0.2 |
| 女 | 323 | 57.8 | <u>居住狀況</u> | 559 | |
| <u>年齡</u> | 559 | | 與家人同住 | 464 | 83.0 |
| 11~20歲 | 161 | 28.8 | 獨居 | 95 | 17.0 |
| 21~30歲 | 221 | 39.5 | <u>家庭平均月收入</u> | 559 | |
| 31~40歲 | 61 | 10.9 | 20,000元以下 | 190 | 34.0 |
| 41~50歲 | 65 | 11.6 | 20,001~40,000元 | 157 | 28.1 |
| 51~60歲 | 36 | 6.4 | 40,001~60,000元 | 111 | 19.9 |
| 61~70歲 | 13 | 2.3 | 60,001~80,000元 | 65 | 11.6 |
| 71~80歲 | 2 | 0.4 | 80,001~100,000元 | 20 | 3.6 |
| <u>教育程度</u> | 559 | | 100,000元以上 | 16 | 2.9 |
| 未受教育 | 10 | 1.8 | <u>居住年數</u> | 559 | |
| 小學 | 32 | 5.7 | 1~5年 | 173 | 30.9 |
| 國(初)中 | 81 | 14.5 | 6~10年 | 79 | 14.1 |
| 高中(職) | 176 | 31.5 | 11~15年 | 87 | 15.6 |
| 專科 | 98 | 17.5 | 16~20年 | 108 | 19.3 |
| 大學 | 155 | 27.7 | 21~25年 | 47 | 8.4 |
| 研究所以上 | 7 | 1.3 | 26~30年 | 30 | 5.4 |
| <u>職業</u> | 559 | | 30年以上 | 35 | 6.3 |
| 農 | 7 | 1.3 | <u>聽過「社區健康營造」名詞</u> | 559 | |
| 工 | 36 | 6.4 | 完全沒聽過 | 446 | 79.8 |
| 商 | 67 | 12.0 | 好像有聽過，但不了解 | 82 | 14.7 |
| 公教人員 | 12 | 2.1 | 有聽過，了解一點 | 29 | 5.2 |
| 軍警人員 | 13 | 2.3 | 點 | | |
| 服務業 | 99 | 17.7 | 有聽過，且非常了解 | 2 | 0.4 |
| 自由業 | 35 | 6.3 | | | |
| 家庭主婦 | 38 | 6.8 | | | |
| 學生 | 227 | 40.6 | | | |
| 其他 | 25 | 4.5 | | | |

二、三鄉鎮民眾基本資料分析

1. 鄉鎮別與基本資料之卡方分析

針對不同鄉鎮別檢視問卷訪查對象是否相同，如表 4-2-2 所示，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？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 4-2-3 中顯示不同鄉鎮別在年齡及居住年數上均？到統計上顯著差異($p < 0.01$)。利用 Scheffe's 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。

表 4-2-2 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 | 48.4 | 66 | 34.4 | 92 | 44.7 | 0.019* |
| 女 | 83 | 51.6 | 126 | 65.6 | 114 | 55.3 | |
| 教育程度 | | | | | | | |
| 國小以下 | 9 | 5.6 | 10 | 5.2 | 23 | 11.2 | 0.000*** |
| 國中 | 29 | 18.0 | 25 | 13.0 | 27 | 13.1 | |
| 高中 | 73 | 45.3 | 38 | 19.8 | 65 | 31.6 | |
| 大專以上 | 50 | 31.1 | 119 | 62.0 | 91 | 44.2 | |
| 職業 | | | | | | | |
| 農工商 | 30 | 18.6 | 27 | 14.1 | 53 | 25.7 | 0.000*** |
| 軍公教 | 8 | 5.0 | 6 | 3.1 | 11 | 5.3 | |
| 服務業、自由業 | 44 | 27.3 | 27 | 14.1 | 63 | 30.6 | |
| 其他 | 79 | 49.1 | 132 | 68.8 | 75 | 38.3 | |
| 婚姻狀況 | | | | | | | |
| 是 | 118 | 73.3 | 158 | 82.3 | 108 | 52.4 | 0.000*** |
| 否 | 43 | 26.7 | 34 | 17.7 | 98 | 47.6 | |
| 居住狀況 | | | | | | | |
| 與家人同住 | 147 | 91.3 | 149 | 77.6 | 168 | 81.6 | 0.002** |
| 獨居 | 14 | 8.7 | 43 | 22.4 | 38 | 18.4 | |
| 家庭月平均收入 | | | | | | | |
| 20,000 元以下 | 68 | 42.2 | 58 | 30.2 | 64 | 31.1 | 0.000*** |
| 20,001~40,000 元 | 42 | 26.1 | 38 | 19.8 | 77 | 37.4 | |
| 40,001~60,000 元 | 27 | 16.8 | 45 | 23.4 | 39 | 18.9 | |
| 60,001~80,000 元 | 10 | 6.2 | 34 | 17.7 | 21 | 10.2 | |
| 80,000 元以上 | 14 | 8.7 | 17 | 8.9 | 5 | 2.4 | |

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001

表 4-2-3 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(歲) | 27.4 | 12.18 | 25.56 | 11.69 | 29.19 | 13.04 | 0.000*** | 1<3,2<3 |
| 居住年數(年) | 16.06 | 10.44 | 12.15 | 9.95 | 13.45 | 12.56 | 0.004** | 1>2 |

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001, 1-清水 2-沙鹿 3-太平

三、有無聽過社區健康營造民眾基本資料分析

在民眾是否聽過社區健康營造方面，如表 4-2-4 所示，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，如表 4-2-5 所示，是否曾聽過社區健康營造在年齡上並無統計上的顯著差異，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 年，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。

表 4-2-4 有無聽過社區健康營造民眾基本資料分析表

| | 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 |
| 軍公教 | 6 | 5.3 | 19 | 4.3 | |
| 服務業、自由業 | 23 | 20.4 | 111 | 24.9 | |
| 其他 | 53 | 46.9 | 237 | 53.1 | |
| 婚姻狀況 | | | | | |
| 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 元以上 | 12 | 10.6 | 24 | 5.4 | |

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001

表 4-2-5 是否聽過健康營在年齡與居住年數的檢定

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

*p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001

第三節 問卷計分

一、計分法說明

和所有研究考驗一樣，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。首先本研究將問卷各構面裡面的各個小題轉換成五分制的題目，再將各構面轉換成百分制的分數，各構面乘上權數後加總起來可得一總分，最低分為零分，滿分為一百分，民眾所得分數愈高表示民眾參與社區健康營造情形愈佳。資料輸入後，題目和構面以四個步驟來計分：

- 1.題目譯碼，各小題皆需要轉換分數，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。

因為每一構面裡每小題的選項數目不一定，有的是 2 項，有的是 3 項、4 項，所以必須先一致標準化為五分制的題目，在第二構面「民眾對社區健康營造的看法」中，因第 1、3、5、6、7 題為對社區健康營造觀念較偏負向的題目，所以分數必須反轉。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，但這兩題可提供資訊給社區健康營造推行單位，去了解民眾會去與不會去參與社區健康營造的主要動機與原因為何。表 4-3-1、表 4-3-2 提供題目分數轉換的資訊：

表 4-3-1 重新譯碼分數轉換表

| 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 |
| | 4 | 2 | 1.7 |
| | 5 | 3 | 3.3 |
| | | 4 | 5 |
| | 2 | 1 | 0 |
| | | 2 | 5 |
| | | 1 | 0 |
| | 3 | 2 | 2.5 |
| | | 3 | 5 |
| | | 5-1 | 第 5 題勾選從未接受過 |
| 民眾對社區健康營造的看法 | 5-2 | 1 | 0 |
| | 5-3 | 2 | 2.5 |
| | | 3 | 5 |
| | 2 | | |
| | 4 | 1 | 0 |
| | 8 | 2 | 2.5 |
| | 9 | 3 | 5 |
| | 10 | | |
| | 1 | | |
| | 3 | 1 | 5 |
| 5 | 2 | 2.5 | |
| 6 | 3 | 0 | |
| 7 | | | |

表 4-3-2 重新譯碼分數轉換表 (續)

| 構面 | 題號 | 選項標示號碼 | 轉換後之分數 |
|--------------------|---------|--------|--------|
| 民眾參與社區健康營造情形 | 1 | 1 | 0 |
| | 3 | 2 | 5 |
| | 2 | 1 | 0 |
| | 4 | 2 | 1.7 |
| | 5 | 3 | 3.3 |
| | | 4 | 5 |
| | 6 | 1 | 0 |
| | 7 | 2 | 2.5 |
| 共識凝聚 | 8 | 3 | 5 |
| | 1 | 1 | 0 |
| | 2 | 2 | 2.5 |
| | 3 | 3 | 5 |
| 民眾將社區健康營造概念及工作推己及人 | 4 | 1 | 0 |
| | 1 | 2 | 1.7 |
| | | 3 | 3.3 |
| | | 4 | 5 |
| | 2 | 1 | 0 |
| | 3 | 2 | 1.25 |
| | 4 | 3 | 2.5 |
| | | 4 | 3.75 |
| 結果 Outcome 產生 | | 5 | 5 |
| | 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 | |

二、遺漏值的處理

受訪者在每個構面中回答至少一半的題目，其構面分數則納入計算，至於遺漏項目在民眾基本資料部份，性別、教育程度、職業、婚姻狀況、居住狀況、家庭月平均收入等變項是採用眾數替代，年齡與居住年數是採用平均分數替代；在六大構面分數及 SF36 分數是採用平均分數替代，即所有受訪者填答該題之平均分數。

三、構面分數的轉換

本研究使用下面的公式，將各題目轉換成 0-5 分、各構面轉換成 0-100 分，表 4-3-3 提供應用這公式各構面所需之資訊。

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

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

表 4-3-3 構面分數轉換值對照表

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

第四節 民眾參與社區健康營造情形分數

本研究進行問卷實測，除了用以證實問卷的可行性與敏感性外，可獲得民眾參與社區健康營造情形與生活品質的資訊，進而對相關單位提出執行方向與策略修改的建議。

一、民眾參與社區健康營造情形構面分數三鄉鎮比較

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，如表 4-4-1 所示，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。

若只計算有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，如表 4-4-2 所示，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 4-4-1 民眾參與社區健康營造情形構面平均分數三鄉鎮比較

| | 清水 (n=161) | 沙鹿 (n=192) | 太平 (n=206) | 三鄉鎮總合 (n=559) | F 值 | 事後檢定 (Scheffe) |
|-------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------|-------------------|
| 接觸構面 | 8.39(15.87) | 6.09(16.90) | 3.79(13.87) | 5.90(15.62) | 3.966 | 1>3 |
| 看法構面 | 19.13(26.86) | 9.17(21.59) | 6.94(18.85) | 11.22(22.87) | 14.691* | 1>2,1>3 |
| 參與構面 | 8.72(14.12) | 4.74(12.03) | 3.80(11.32) | 5.54(12.57) | 7.688* | 1>2,1>3 |
| 共識構面 | 25.31(37.45) | 13.35(31.28) | 10.86(29.18) | 15.88(32.97) | 9.841* | 1>2,1>3 |
| 推及構面 | 1.54(7.71) | 0.54(4.58) | 0.82(7.27) | 0.93(6.62) | 1.040 | |
| 結果構面 | 21.27(31.81) | 11.04(25.93) | 9.30(25.09) | 13.35(27.88) | 9.618* | 1>2,1>3 |
| 構面總分 | 12.96(18.86) | 6.99(16.42) | 5.49(15.00) | 8.16(16.93) | 9.780* | 1>2,1>3 |

註: * $p < 0.05$, 1-清水 2-沙鹿 3-太平

表 4-4-2 有聽過「社區健康營造」民眾之參與社區健康營造情形構面平均分數三鄉鎮比較

| | 清水 (n=56) | 沙鹿 (n=31) | 太平 (n=26) | 三鄉鎮總合 (n=113) | F 值 | 事後檢定 (Scheffe) |
|------|---------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------|----------------------|
| 接觸構面 | 24.11(18.63) | 37.70(24.23) | 30.05(27.51) | 29.20(23.02) | 3.670* | 1<2 |
| 看法構面 | 55.00(9.49) | 56.77(13.26) | 55.00(12.81) | 55.49(11.34) | 0.272 | |
| 參與構面 | 25.07(12.75) | 29.37(13.19) | 30.13(15.06) | 27.42(13.51) | 1.710 | |
| 共識構面 | 72.77(23.73) | 82.66(17.58) | 86.06(15.94) | 78.54(21.23) | 4.558* | 1<3 |
| 推及構面 | 4.43(12.65) | 3.36(11.14) | 6.49(19.89) | 4.61(14.19) | 0.349 | |
| 結果構面 | 61.16(21.44) | 68.35(15.23) | 73.72(14.97) | 66.02(19.10) | 4.406* | 1<3 |
| 構面總分 | 37.25(10.67) | 43.29(9.58) | 43.50(11.15) | 40.35(10.85) | 4.832* | 1<2,1<3 |

*P<0.05, 1-清水 2-沙鹿 3-太平

二、民眾會去與不會去參與「社區健康營造」活動或團體的動機與原因

第三構面第 9、10 小題為複選題，由此二題可以獲得民眾會去與不會去參與「社區健康營造」活動或團體的動機與原因之訊息。統計民眾會去與不會去參與「社區健康營造」活動或團體的動機與原因之個數百分比，如表 4-4-3、表 4-4-4 所示，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」的個數百分比也很高。

表 4-4-3 民眾去參與「社區健康營造」活動或團體的動機

| 動機與原因 | | 清水 (n=56) | 沙鹿 (n=31) | 太平 (n=26) | 總合 (n=113) |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 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 (46.43%) | 26 (83.87%) | 23 (88.46%) | 75 (66.37%) |
| | 基於參與社團，建立人際關係 | 25 (44.64%) | 7 (22.58%) | 7 (26.92%) | 39 (34.51%) |
| | 基於可以領贈品 | 6 (10.71%) | 5 (16.13%) | 0 (0%) | 11 (9.73%) |
| | 基於個人服務熱忱 | 9 (16.07%) | 11 (35.48%) | 3 (11.54%) | 23 (20.35%) |
| | 基於個人打發時間 | 5 (8.93%) | 5 (16.13%) | 2 (7.69%) | 12 (10.62%) |
| | 基於各種健康促進活動內容吸引 | 15 (26.79%) | 14 (45.16%) | 10 (38.46%) | 39 (34.51%) |
| | 基於親朋好友的影響 | 5 (8.93%) | 6 (19.35%) | 4 (15.38%) | 15 (13.27%) |
| | 受主辦單位人情壓力邀請 | 7 (12.50%) | 1 (3.23%) | 1 (3.85%) | 9 (7.96%) |
| | 基於個人或家人健康切身的需要 | 18 (32.14%) | 24 (77.42%) | 11 (42.31%) | 53 (46.90%) |
| | 活動地點離家裡或上班處近 | 13 (23.21%) | 10 (32.26%) | 10 (38.46%) | 33 (29.20%) |

表 4-4-4 民眾不去參與「社區健康營造」活動或團體的原因（續）

| 動機與原因 | | 清水 (n=56) | 沙鹿 (n=31) | 太平 (n=26) | 總合 (n=113) |
|----------------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 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 (78.57%) | 25 (80.65%) | 22 (84.62%) | 91 (80.53%) |
| | 對於「社區健康營造」活動沒有興趣 | 5 (8.93%) | 2 (6.45%) | 3 (11.54%) | 10 (8.85%) |
| | 覺得參與「社區健康營造」活動對您沒有任何助益 | 7 (12.50%) | 0 (0%) | 1 (3.85%) | 8 (7.08%) |
| | 沒有同伴或家人一起陪伴參加 | 15 (26.79%) | 9 (29.03%) | 5 (19.23%) | 29 (25.66%) |
| | 不了解「社區健康營造」的意義及內容 | 17 (30.36%) | 13 (41.94%) | 6 (23.08%) | 36 (31.86%) |
| | 從未或很少接受到有關「社區健康營造」活動舉辦的訊息 | 27 (48.21%) | 13 (41.94%) | 13 (50.00%) | 53 (46.90%) |
| | 覺得參與「社區健康營造」活動對您而言沒有成就感 | 5 (8.93%) | 1 (3.23%) | 2 (7.69%) | 8 (7.08%) |

三、三鄉鎮民眾參與社區健康營造情形各構面細部指標分數比較

三鄉鎮民眾參與社區健康營造情形各構面細部指標分數比較，如表 4-4-5 表 4-4-8 所示。在「民眾接觸社區健康營造」構面中，針對有聽過社區健康營造的民眾，沙鹿鎮的民眾較清水鎮的民眾接受到志工宣導訊息的頻率為高 ($p < 0.05$)，也較同意每次志工傳達的訊息內容會針對不同的健康議題 ($p < 0.05$)。志工應該提供健康行為的實作

技巧 ($p < 0.05$), 以及每次志工傳達的訊息內容具有實用性 ($p < 0.05$)。

在「民眾對社區健康營造的看法」構面中，針對有聽過社區健康營造的民眾，沙鹿鎮與太平市的民眾較清水鎮的民眾同意「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 ($p < 0.01$)；沙鹿鎮的民眾較太平市的民眾同意各地區「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 ($p < 0.01$)；太平市的民眾較清水鎮與沙鹿鎮的民眾同意「社區健康營造」的目的是要社區內每個人都是健康的 ($p < 0.01$)；沙鹿鎮與太平市的民眾較清水鎮的民眾同意在社區舉辦促進健康的活動，有助於改進社區民眾的健康 ($p < 0.01$)；太平市的民眾較清水鎮的民眾同意社區健康營造可增進社區民眾的凝聚力 ($p < 0.01$)。

在「共識凝聚」構面中，針對有聽過社區健康營造的民眾，沙鹿鎮與太平市的民眾較清水鎮的民眾同意「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 ($p < 0.001$)；太平市的民眾較清水鎮的民眾同意一起參與「社區健康營造」活動的伙伴有共同的目標 ($p < 0.01$)。

在「結果 Outcome 產生」構面中，沙鹿鎮與太平市的民眾較清水鎮的民眾同意因為參加健康促進活動，而對如何飲食有健康概念

($p < 0.01$); 太平市的民眾較清水鎮的民眾同意自己對健康的知識，
比以前更好 ($p < 0.01$)。

表 4-4-5 三鄉鎮各構面細部指標平均數與標準差表

| 題目 | 清水 鎮 | 沙鹿 鎮 | 太平 市 | F 值 | p 值 | 事後檢定 (Scheffe) |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|-------|--------|-------------------|
| (一) 民眾接觸社區健康營造 | | | | | | |
| 聽過「社區健康營造」 名詞 | 1.99 (0.67) | 2.37 (0.94) | 2.24 (0.94) | 2.283 | 0.107 | |
| 衛生機關推行「社區 健康營造」 | 1.61 (2.36) | 2.10 (2.51) | 2.12 (2.52) | 0.591 | 0.556 | |
| 居住的地區有無「社 區健康營造中心」 | 1.70 (1.85) | 1.61 (1.38) | 2.40 (1.50) | 2.008 | 0.139 | |
| 社區報、平面文宣、 媒體廣告活動訊息 | 1.13 (1.31) | 1.56 (1.36) | 1.09 (1.56) | 1.149 | 0.321 | |
| 志工宣導訊息 | 0.54 (0.96) | 1.24 (1.36) | 0.71 (1.34) | 3.608 | 0.030* | 2>1 |
| 訊息內容 | 0.76 (1.42) | 1.94 (2.21) | 1.06 (1.89) | 4.417 | 0.014 | 2>1 |
| 實作技巧 | 0.98 (1.83) | 2.18 (2.39) | 1.25 (2.15) | 3.388 | 0.037 | 2>1 |
| 訊息實用性 | 0.94 (1.75) | 2.10 (2.15) | 1.15 (2.02) | 3.691 | 0.028 | 2>1 |

註：* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$ ，1-清水 2-沙鹿 3-太平

表 4-4-6 三鄉鎮各構面細部指標平均數與標準差表 (續)

| 題目 | 清水 鎮 | 沙鹿 鎮 | 太平 市 | F 值 | p 值 | 事後檢定 (Scheffe) |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|-------|---------|-------------------|
| (二) 民眾對社區健康營造的看法 | | | | | | |
| 參加活動、講座 | 1.92 (1.51) | 1.53 (1.90) | 1.44 (1.89) | 0.902 | 0.409 | |
| 民眾主動關心解決社區健康議題 | 3.84 (1.50) | 4.68 (0.85) | 4.81 (0.68) | 8.012 | 0.001** | 2>1 3>1 |
| 衛生所保健宣導 | 1.88 (1.74) | 2.02 (1.98) | 0.96 (1.88) | 2.809 | 0.065 | |
| 民眾主動提出議題 | 3.26 (1.65) | 3.95 (1.55) | 2.69 (2.23) | 3.636 | 0.030 | 2>3 |
| 營造中心負責推動 | 1.79 (1.56) | 1.29 (1.81) | 1.35 (1.90) | 1.071 | 0.346 | |
| 政府負責推動 | 1.38 (1.50) | 0.65 (1.44) | 0.67 (1.51) | 3.372 | 0.038* | |
| 政府補助全部經費 | 1.79 (1.41) | 1.61 (1.89) | 0.96 (1.74) | 2.307 | 0.104 | |
| 每個人都健康 | 3.97 (1.33) | 3.63 (1.92) | 5.00 (0.00) | 7.629 | 0.001** | 3>1 3>2 |
| 改進民眾健康 | 3.97 (1.33) | 4.68 (0.85) | 4.81 (0.68) | 7.042 | 0.001** | 2>1 3>1 |
| 民眾凝聚力 | 3.71 (1.43) | 4.35 (1.29) | 4.81 (0.68) | 7.480 | 0.001** | 3>1 |

註：*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001, 1-清水 2-沙鹿 3-太平

表 4-4-7 三鄉鎮各構面細部指標平均數與標準差表 (續)

| 題目 | 清水 鎮 | 沙鹿 鎮 | 太平 市 | F 值 | p 值 | 事後檢定 (Scheffe) |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|-------|----------|-------------------|
| (三) 民眾參與社區健康營造情形 | | | | | | |
| 有無參加過 | 0.36 (1.30) | 0.48 (1.50) | 0.58 (1.63) | 0.226 | 0.798 | |
| 參加過幾次 | 0.18 (0.52) | 0.38 (1.03) | 0.32 (0.95) | 0.704 | 0.497 | |
| 有無參加過健康營造 團體 | 0.36 (1.30) | 0.48 (1.50) | 0.58 (1.63) | 0.226 | 0.798 | |
| 擔任發起人或召集人 幾次 | 0.06 (0.31) | 0.00 (0.00) | 0.06 (0.33) | 0.576 | 0.564 | |
| 參與規劃活動幾次 | 0.06 (0.31) | 0.00 (0.00) | 0.13 (0.45) | 1.219 | 0.299 | |
| 接受程度 | 3.13 (1.60) | 3.71 (1.43) | 3.85 (1.45) | 2.613 | 0.078 | |
| 滿意度 | 2.90 (1.49) | 3.31 (1.50) | 2.79 (1.47) | 1.037 | 0.358 | |
| 持續參與 | 3.00 (1.46) | 3.39 (1.38) | 3.75 (1.46) | 2.601 | 0.079 | |
| (四) 共識凝聚 | | | | | | |
| 一起腦力激盪活動 | 3.75 (1.51) | 4.68 (0.85) | 4.90 (0.49) | 11.06 | 0.000*** | 2>1 3>1 |
| 有共同目標 | 3.62 (1.42) | 4.27 (1.32) | 4.62 (0.92) | 6.048 | 0.003** | 3>1 |
| 共同討論活動 | 3.57 (1.57) | 3.95 (1.55) | 3.94 (1.44) | 0.845 | 0.432 | |
| 同心協力舉辦活動 | 3.62 (1.50) | 3.63 (1.81) | 3.75 (1.46) | 0.068 | 0.935 | |

註：*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001, 1-清水 2-沙鹿 3-太平

表 4-4-8 三鄉鎮各構面細部指標平均數與標準差表 (續)

| 題目 | 清水 鎮 | 沙鹿 鎮 | 太平 市 | F 值 | p 值 | 事後檢定 (Scheffe) |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|-------|---------|-------------------|
| (五) 民眾將社區健康營造概念及工作推己及人 | | | | | | |
| 介紹家人 | 0.15 (0.58) | 0.27 (0.97) | 0.38 (1.18) | 0.697 | 0.500 | |
| 介紹親戚 | 0.22 (0.64) | 0.08 (0.31) | 0.19 (0.58) | 0.678 | 0.510 | |
| 介紹朋友 | 0.29 (0.86) | 0.16 (0.70) | 0.38 (1.21) | 0.433 | 0.650 | |
| 介紹鄰居 | 0.22 (0.76) | 0.16 (0.70) | 0.34 (1.09) | 0.320 | 0.727 | |
| (六) 結果 Outcome 產生 | | | | | | |
| 健康概念 | 2.86 (2.50) | 3.55 (2.31) | 3.85 (2.15) | 1.831 | 0.165 | |
| 飲食健康概念 | 3.66 (1.58) | 4.44 (1.24) | 4.71 (0.81) | 6.598 | 0.002** | 2>1 3>1 |
| 持續運動習慣 | 3.84 (1.50) | 4.19 (1.35) | 4.42 (1.29) | 1.668 | 0.193 | |
| 改變行為 | 3.13 (1.60) | 3.47 (1.40) | 3.85 (1.27) | 2.188 | 0.117 | |
| 健康生活習慣 | 3.35 (1.37) | 3.47 (1.40) | 3.85 (1.27) | 1.206 | 0.303 | |
| 健康知識 | 3.62 (1.42) | 4.27 (1.15) | 4.62 (0.92) | 6.486 | 0.002** | 3>1 |
| 團結互助精神 | 3.39 (1.46) | 3.63 (1.27) | 3.94 (1.44) | 1.374 | 0.257 | |
| 加入幾個非相關健康 活動社團 | 0.63 (1.54) | 0.32 (1.09) | 0.26 (1.02) | 0.910 | 0.406 | |

註：*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001, 1-清水 2-沙鹿 3-太平

第五節 生活品質分數

本研究使用簡短 36 健康量表 (SF-36) 作為測量民眾生活品質的工具。

一、生活品質平均分數三鄉鎮比較

比較三鄉鎮的 SF36 分數，如表 4-5-1 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 ($p < 0.05$)。

二、有聽過「社區健康營造」民眾之生活品質平均分數三鄉鎮比較

比較三鄉鎮有聽過社區健康營造民眾的 SF36 分數，如表 4-5-2 所示，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 ($p < 0.05$)。

三、有聽過與沒聽過「社區健康營造」民眾在生活品質各構面平均分數之比較

比較有聽過與沒聽過「社區健康營造」民眾的 SF36 平均分數，

如表 4-5-3 所示，結果發現在 VT 活力狀況構面、GH 一般健康構面，有聽過的民眾平均分數大於沒有聽過的民眾 ($p < 0.05$)。

表 4-5-1 生活品質平均分數三鄉鎮比較(包含有聽過與沒聽過民眾)

| | 清水 | 沙鹿 | 太平 | F 值 | p 值 | 事後檢定 (Scheffe) |
|---------|--------------|--------------|--------------|--------|----------|-------------------|
| PF 生理功能 | 88.39(19.26) | 94.11(10.67) | 90.58(15.26) | 6.441 | 0.002** | 1<2 |
| RP 角色生理 | 78.26(31.76) | 80.08(32.72) | 75.12(36.00) | 1.103 | 0.333 | |
| RE 角色情緒 | 67.00(39.26) | 61.00(40.31) | 72.00(37.61) | 3.535 | 0.030* | 2<3 |
| SF 社會功能 | 79.66(18.43) | 79.17(16.25) | 77.73(19.93) | 0.567 | 0.567 | |
| BP 身體疼痛 | 79.37(20.05) | 80.75(19.27) | 78.30(21.31) | 0.730 | 0.482 | |
| VT 活力狀況 | 65.90(18.24) | 64.82(14.39) | 57.96(19.71) | 11.495 | 0.000*** | 1>3,2>3 |
| MH 心理健康 | 66.26(17.35) | 66.00(13.20) | 63.30(17.04) | 2.048 | 0.130 | |
| GH 一般健康 | 66.12(19.98) | 64.08(18.24) | 63.54(23.16) | 0.757 | 0.469 | |

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ *** $P < 0.001$, 1-清水 2-沙鹿 3-太平

表 4-5-2 有聽過「社區健康營造」民眾之生活品質平均分數三鄉鎮比較

| | 清水 | 沙鹿 | 太平 | F 值 | p 值 | 事後檢定 (Scheffe) |
|---------|--------------|--------------|--------------|-------|--------|-------------------|
| PF 生理功能 | 85.36(23.17) | 91.94(9.28) | 94.42(6.68) | 2.925 | 0.058 | |
| RP 角色生理 | 81.25(31.71) | 70.16(35.01) | 81.73(33.58) | 1.302 | 0.276 | |
| RE 角色情緒 | 73.00(36.75) | 62.00(39.20) | 76.00(34.71) | 1.148 | 0.321 | |
| SF 社會功能 | 81.25(15.99) | 72.58(14.22) | 82.69(15.44) | 4.028 | 0.021* | 1>2 |
| BP 身體疼痛 | 82.14(18.60) | 77.77(14.31) | 87.58(19.32) | 2.166 | 0.120 | |
| VT 活力狀況 | 67.23(16.40) | 58.55(15.66) | 69.81(14.73) | 4.284 | 0.016* | 2<3 |
| MH 心理健康 | 67.07(16.80) | 61.68(11.35) | 73.08(12.32) | 4.363 | 0.015* | 2<3 |
| GH 一般健康 | 69.09(18.34) | 60.77(16.49) | 73.62(16.75) | 4.086 | 0.019* | 2<3 |

* $P < 0.05$, 1-清水 2-沙鹿 3-太平

表 4-5-3 有聽過與沒聽過「社區健康營造」民眾在生活品質各構面
平均分數之比較

| | 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 生理功能 | 89.25(17.68) | 91.65(14.71) | 91.16(15.37) | -1.485 | 0.138 |
| RP 角色生理 | 78.32(33.16) | 77.58(33.88) | 77.73(33.71) | 0.208 | 0.835 |
| RE 角色情緒 | 71.00(37.04) | 66.00(39.72) | 67.00(39.21) | 1.145 | 0.253 |
| SF 社會功能 | 79.20(15.81) | 78.67(18.87) | 78.78(18.28) | 0.276 | 0.783 |
| BP 身體疼痛 | 82.19(17.90) | 78.75(20.77) | 79.45(20.26) | 1.615 | 0.107 |
| VT 活力狀況 | 65.44(16.29) | 61.88(18.28) | 62.60(17.94) | 2.022 | 0.045* |
| MH 心理健康 | 66.97(14.95) | 64.60(16.18) | 65.08(15.96) | 1.413 | 0.158 |
| GH 一般健康 | 67.85(17.97) | 63.61(21.21) | 64.47(20.65) | 1.952 | 0.032* |

*P<0.05

四、三鄉鎮個別比較有無聽過「社區健康營造」民眾生活品質各構面 平均分數

1. 清水鎮

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，如表 4-5-4 所示，結果發現沒有任何一個構面有達統計上顯著意義。

2. 沙鹿鎮

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，如表 4-5-5 所示，結果發現在 SF 社會功能構面、VT 活力

狀況構面、MH 心理健康構面，沒有聽過的民眾平均分數大於有聽過的民眾（ $p < 0.05$ ）。

3. 太平市

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，如表 4-5-6 所示，結果發現在 PF 生理功能構面、BP 身體疼痛構面、VT 活力狀況構面、MH 心理健康構面、GH 一般健康構面，有聽過的民眾平均分數大於沒有聽過的民眾（ $p < 0.05$ ）。

表 4-5-4 清水鎮有無聽過「社區健康營造」民眾在生活品質各構面平均分數之比較

| 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 生理功能 | 85.36(23.17) | 90.00(16.70) | -1.462 | 0.146 |
| RP 角色生理 | 81.25(31.71) | 76.67(31.82) | 0.871 | 0.385 |
| RE 角色情緒 | 73.00(36.75) | 64.00(40.37) | 1.354 | 0.178 |
| SF 社會功能 | 81.25(15.99) | 78.81(19.62) | 0.800 | 0.425 |
| BP 身體疼痛 | 82.14(18.60) | 77.90(20.72) | 1.283 | 0.201 |
| VT 活力狀況 | 67.23(16.40) | 65.19(19.19) | 0.675 | 0.501 |
| MH 心理健康 | 67.07(16.80) | 65.83(17.71) | 0.432 | 0.667 |
| GH 一般健康 | 69.09(18.34) | 64.54(20.71) | 1.379 | 0.170 |

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

表 4-5-5 沙鹿鎮有無聽過「社區健康營造」民眾在生活品質各構面

平均分數之比較

| 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 生理功能 | 91.94(9.28) | 94.53(10.89) | -1.243 | 0.215 |
| RP 角色生理 | 70.16(35.01) | 81.99(32.02) | -1.855 | 0.065 |
| RE 角色情緒 | 62.00(39.20) | 61.00(40.64) | 0.136 | 0.892 |
| SF 社會功能 | 72.58(14.22) | 80.43(16.34) | -2.745 | 0.009** |
| BP 身體疼痛 | 77.77(14.31) | 81.32(20.08) | -1.176 | 0.349 |
| VT 活力狀況 | 58.55(15.66) | 66.02(13.86) | -2.477 | 0.018* |
| MH 心理健康 | 61.68(11.35) | 66.83(13.40) | -2.245 | 0.029* |
| GH 一般健康 | 60.77(16.49) | 64.71(18.54) | -1.102 | 0.272 |

*P<0.05 **P<0.01

表 4-5-6 太平市有無聽過「社區健康營造」民眾在生活品質各構面

平均分數之比較

| 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 生理功能 | 94.42(6.68) | 90.03(16.06) | 2.476 | 0.015* |
| RP 角色生理 | 81.73(33.58) | 74.17(36.32) | 1.002 | 0.318 |
| RE 角色情緒 | 76.00(34.71) | 71.00(38.07) | 0.550 | 0.583 |
| SF 社會功能 | 82.69(15.44) | 77.01(20.43) | 1.361 | 0.175 |
| BP 身體疼痛 | 87.58(19.32) | 76.96(21.30) | 2.585 | 0.014* |
| VT 活力狀況 | 69.81(14.73) | 56.25(19.78) | 4.180 | 0.000*** |
| MH 心理健康 | 73.08(12.32) | 61.89(17.19) | 4.091 | 0.000*** |
| GH 一般健康 | 73.62(16.75) | 62.09(23.63) | 3.092 | 0.004** |

*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

第六節 複迴歸分析與邏輯斯迴歸分析

一、複迴歸分析

本研究將個人鄉鎮別及基本資料作為自變項，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 4-6-2 所示，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 4-6-2 可看出迴歸模式之 F 值檢定達到顯著水準($F=1.918$, $p<0.025$)，經調整後的變異解釋力為 12.2%。

迴歸模型中的「鄉鎮別 - 沙鹿鎮對清水鎮」、「鄉鎮別 - 太平市對清水鎮」、「職業 - 軍公教對農工商」、「居住狀況」、「家庭月平均收入 - 80,001 元以上對 20,000 元以下」以及「居住年數」變項，在控制其他變項下，與依變項的相關有顯著差異。

控制其他變項下，在鄉鎮別方面，沙鹿鎮民眾相較於清水鎮民眾參與社區健康營造情形總分增加 5.579 ($p<0.05$)，太平市民眾相較於清水鎮民眾參與社區健康營造情形總分增加 5.600 ($p<0.05$)；在職業方面，職業為軍公教的民眾相較於職業為農工商的民眾，其總分增加 7.355 ($p<0.05$)；居住狀況方面，獨居者相較於與家人同住者的總分增加 7.974 ($p<0.05$)；家庭月平均收入方面，平均收入 80,001 元以上

的民眾相較於平均收入 20,000 元以下的民眾，總分增加 5.810
($p < 0.05$)；居住年數方面，居住年數每增加一年總分增加 0.310 分
($p < 0.05$)。

其餘自變項如「性別」、「年齡」、「教育程度」、「職業 - 服務業及
自由業對農工商」、「職業 - 其他業對農工商」、「婚姻狀況」、「家庭月
平均收入 - 20,001~40,000 元對 20,000 元以下」、「平均收入 -
40,001~60,000 元對 20,000 元以下」、「平均收入 - 60,001~80,000 元對
20,000 元以下」皆未達統計上顯著意義。

表 4-6-1 複迴歸及邏輯斯迴歸之操作型定義

| 變項名稱 | 變項屬性 | 操作型定義 |
|------------------|------|---|
| 依變項(複迴歸) | | |
| 參與健康營造情形總分 | 連續變項 | |
| 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 |
| 自變項 | | |
| 性別 | 類別變項 | 男、女 |
| 年齡 | 連續變項 | 填答問卷之年份-出生年份 |
| 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 |
| 婚姻狀況 | 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 |
| 鄉鎮別 | 類別變項 | 清水鎮、沙鹿鎮、太平市 |

表 4-6-2 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 | 5.579 | 2.794 | 0.049* |
| | 太平市 | 5.600 | 2.714 | 0.042* |
| 性別 | | | | |
| | 男性 (參考組) | | | |
| | 女性 | -0.610 | 2.260 | 0.788 |
| 教育程度 | | | | |
| | 小學以下 (參考組) | | | |
| | 國中 | -2.940 | 5.756 | 0.611 |
| | 高中 | 0.547 | 5.918 | 0.926 |
| | 大專以上 | 1.397 | 5.933 | 0.814 |
| 職業 | | | | |
| | 農、工、商 (參考組) | | | |
| | 軍、公、教 | 7.355 | 3.280 | 0.027* |
| | 服務業、自由業 | 1.728 | 3.052 | 0.573 |
| | 其他 | 1.669 | 4.937 | 0.736 |
| 婚姻狀況 | | | | |
| | 無婚姻狀態 (參考組) | | | |
| | 有婚姻狀態 | 0.509 | 4.034 | 0.900 |
| 居住狀況 | | | | |
| | 與家人同住 (參考組) | | | |
| | 獨居 | 7.974 | 3.590 | 0.029* |
| 家庭月平均收入 | | | | |
| | 20,000 元以下 (參考組) | | | |
| | 20,001~40,000 元 | 2.046 | 3.524 | 0.563 |
| | 40,001~60,000 元 | 5.458 | 4.865 | 0.265 |
| | 60,001~80,000 元 | -2.505 | 2.996 | 0.405 |
| | 80,001 元以上 | 5.810 | 2.889 | 0.047* |
| 年齡 | | | | |
| | 填答問卷之年份-出生 年份 | 0.091 | 0.171 | 0.594 |
| 居住年數 | | | | |
| | 民眾居住於此地區之實 際年數 | 0.310 | 0.128 | 0.017* |

附註：*p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

二、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別、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、居住年數等因素為自變項，在控制住其他變項，看上述 9 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 $-2\log L$ 值是 505.248，如表 4-6-5，自由度是 542。此值在 $\alpha=0.05$ (卡方值=597.268)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 57.513，自由度為 17，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-沙鹿鎮對清水鎮」、「鄉鎮-太平市對清水鎮」、「職業-軍公教對農工商」、「職業-服務業及自由業對農工商」、「居住狀況」及「居住年數」有統計上的顯著意義。

就受測者的基本資料特質而言，在「鄉鎮」方面，沙鹿鎮曾聽過社區健康營造中心的勝算比是清水鎮的 0.230 倍 ($p < 0.001$)；太平市曾聽過社區健康營造中心的勝算比是清水鎮的 0.317 倍 ($p < 0.001$)，達統計上顯著意義。

在「職業」方面，職業為軍公教警曾聽過社區健康營造中心勝算比為農工商的 0.406 倍 ($p < 0.01$)；職業為服務業及自由業曾聽過社區健康營造中心勝算比為農工商的 0.411 倍 ($p < 0.05$)，以上二者皆達統計上顯著意義。

在「居住狀況」方面，獨居者曾聽過社區健康營造中心勝算比為與家人同住者的 0.389 倍 ($p < 0.05$)，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比增加 0.968 倍 ($p < 0.05$)，達統計上顯著意義。

其餘變項如「性別」、「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」皆未達統計上顯著意義。

表 4-6-4 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 | |
| 婚姻狀況 | | | | |
| 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 |
| 鄉鎮別 | | | | |
| 清水鎮(參考組) | 0 | 0 | | |
| 沙鹿鎮 | 0 | 1 | | |
| 太平市 | 1 | 0 | | |

表 4-6-5 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) | 505.248 | 542 |
| 自變項係數檢定 | Omnibus | 57.513 | 17 |

表 4-6-6 民眾是否聽過「社區健康營造」與基本資料之邏輯斯迴歸

| 研究變項 | 迴歸模型 | | | |
|---------------------|--------|-------|-----------|--------------------|
| | 迴歸係數 | 標準誤 | 卡方值 | 勝算比(95%C.I.) |
| 鄉鎮 | | | | |
| 清水 (參考組) | | | | |
| 沙鹿 | -1.472 | 0.302 | 23.828*** | 0.245(0.127-0.414) |
| 太平 | -1.149 | 0.290 | 15.654*** | 0.349(0.179-0.560) |
| 性別 | | | | |
| 男 (參考組) | | | | |
| 女 | 0.102 | 0.244 | 0.175 | 1.172(0.687-1.785) |
| 年齡 | | | | |
| | 0.001 | 0.016 | 0.003 | 1.002(0.970-1.033) |
| 教育程度 | | | | |
| 國小以下 (參考組) | | | | |
| 國中 | 0.730 | 0.619 | 1.390** | 2.300(0.617-6.980) |
| 高中 | 0.140 | 0.622 | 0.051* | 1.245(0.340-3.897) |
| 大專以上 | 0.506 | 0.627 | 0.651 | 1.642(0.485-5.669) |
| 職業 | | | | |
| 農工商 (參考組) | | | | |
| 公教軍警 | -0.902 | 0.337 | 7.172 | 0.377(0.210-0.785) |
| 服務自由 | -0.890 | 0.350 | 6.477 | 0.430(0.207-0.815) |
| 其他 | -0.606 | 0.571 | 1.126 | 0.534(0.178-1.671) |
| 婚姻狀況 | | | | |
| 是 (參考組) | | | | |
| 否 | 0.078 | 0.388 | 0.041 | 0.924(0.505-2.315) |
| 居住狀況 | | | | |
| 與家人同住 (參考組) | | | | |
| 獨居 | -0.943 | 0.391 | 5.823* | 0.349(0.181-0.838) |
| 家庭月平均收入 | | | | |
| 20,000 元(含)以下 (參考組) | | | | |
| 20,001~40,000 元 | 0.291 | 0.438 | 0.440 | 1.301(0.566-3.158) |
| 40,001~60,000 元 | -0.767 | 0.474 | 2.625 | 0.467(0.183-1.175) |
| 60,001~80,000 元 | 0.055 | 0.324 | 0.029 | 1.064(0.560-1.995) |
| 80,000 元(含)以上 | -0.254 | 0.306 | 0.688 | 0.728(0.425-1.414) |
| 居住年數 | | | | |
| | -0.032 | 0.013 | 5.962* | 0.969(0.944-0.994) |

附註：*p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

第五章 討論

第一節 問卷發展

一、問卷產生過程

從問卷最後完成的六大構面中，學者專家們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（Outcome），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，如夏鑄九（民 88）提出的社區參與模式，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（Outcome）產生。

另外，Bagnall（1989）認為成人參與社區教育活動形式，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(1989)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，且經過嚴格的信效度評估，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為，民眾接觸社區健康營造：民眾對社區健康營造之看法：民眾參與社區健康營造情形：共識凝聚：將社區健康營造推己及人：結果 Outcome 產生 = 0.197 : 0.140 : 0.228 : 0.100 : 0.153 : 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不是真的有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 Outcome 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（民 87）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。所以這些學者的研究在此方面與本研究結果一致，都強調民眾實際參與、接觸社區健康營造的重要性。

三、問卷信度、可行性與敏感性

問卷各構面經信度分析皆屬於高信度，內部一致性高。問卷完成時間一份平均 12.0 分鐘，拒訪率大約是 40%，屬於正常範圍，問卷可行性(feasibility)高。本研究結果清水鎮民眾參與社區健康營造情形所得總分平均為 12.96 分，沙鹿鎮為 6.99 分，太平市為 5.49 分，台中縣衛生局 92 年實施「營造中心評鑑」，評比結果亦是清水鎮營造中心執行成效最優良，沙鹿鎮及太平市次之（行政院衛生署國民健康局網站，民 92），與本研究有一致的結果，表示問卷敏感性(sensitivity)高。由此可知，用本研究發展之問卷來衡量民眾參與社區健康營造情形，是非常具有信效度、可行性及敏感性的。

第二節 民眾基本資料

一、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？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。

二、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？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。所以這些學者的研究在此方面與本研究結果是一致的。

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，這可能可以解釋為本次受訪的民眾中，以年輕人和學生佔大多數，所以在本地區居住的年數就會比較少一點，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，這可能可以變向解釋為較年輕的人比較有注意社會動態或媒體訊息，所以較有聽過社區健康營造。

第三節 民眾參與社區健康營造情形分數

一、民眾參與社區健康營造情形構面平均分數比較

合併計算有聽過與沒聽過社區健康營造民眾之構面分數，「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（Outcome）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，所以顯示出清水鎮的民眾在社區健康營造參與情形較為良好，清水鎮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、Outcome 方面也有比較高的分數，所以往後其他鄉鎮在推行社區健康營造時，可以以清水鎮為楷模，去學習他們是如何推行的。

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（Outcome）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。如果計算全部的人的構面總分，是清水鎮較高，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，這可能可以解釋為清水鎮推行社區健康營造推行得很廣，有把訊息盡量傳播

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，卻有對社區健康營造有較深的認識與參與。

二、三鄉鎮民眾參與社區健康營造情形各構面細部指標分數比較

比較三鄉鎮民眾參與社區健康營造情形每一構面細部指標分數，發現各鄉鎮在推行社區健康營造成效上各有其優缺點，整理如下：

表 5-3-1 三鄉鎮各構面細部指標分數比較情形

| 鄉鎮別 | 優缺 | 題目 |
|---------------------------------|----|--|
| 清水鎮 | 優點 | 無 |
| | 缺點 | 接受到志工宣導訊息的頻率較低 |
| | | 對於「每次志工傳達的訊息內容會針對不同的健康議題」同意度較低 |
| | | 對於「志工應該提供健康行為的實作技巧」同意度較低 |
| | | 對於「每次志工傳達的訊息內容具有實用性」同意度較低 |
| | | 對於「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」同意度較低 |
| | | 對於「社區健康營造的目的是要社區內每個人都是健康的」同意度較低 |
| | | 對於「在社區舉辦促進健康的活動，有助於改進社區民眾的健康」同意度較低 |
| | | 對於「社區健康營造可增進社區民眾的凝聚力」同意度較低 |
| | | 對於「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」同意度較低 |
| 對於「一起參與社區健康營造活動的伙伴有共同的目標」同意度較低 | | |
| 對於「因為參加健康促進活動，而對如何飲食有健康概念」同意度較低 | | |
| 對於「自己對健康的知識，比以前更好」同意度較低 | | |

表 5-3-2 三鄉鎮各構面細部指標分數比較情形 (續)

| 鄉鎮別 | 優缺 | 題目 |
|-----|----|---|
| 沙鹿鎮 | 優點 | 接受到志工宣導訊息的頻率較高 |
| | | 對於「每次志工傳達的訊息內容會針對不同的健康議題」同意度較高 |
| | | 對於「志工應該提供健康行為的實作技巧」同意度較高 |
| | | 對於「每次志工傳達的訊息內容具有實用性」同意度較高 |
| | | 對於「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」同意度較高 |
| | 缺點 | 對於「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」同意度較高 |
| | | 對於「在社區舉辦促進健康的活動，有助於改進社區民眾的健康」同意度較高 |
| | | 對於「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」同意度較高 |
| | | 對於「因為參加健康促進活動，而對如何飲食有健康概念」同意度較高 |
| | | 對於「社區健康營造的目的是要社區內每個人都是健康的」同意度較低 |
| 太平市 | 優點 | 對於「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」同意度較高 |
| | | 對於「社區健康營造的目的是要社區內每個人都是健康的」同意度較高 |
| | | 對於「在社區舉辦促進健康的活動，有助於改進社區民眾的健康」同意度較高 |
| | | 對於「社區健康營造可增進社區民眾的凝聚力」同意度較高 |
| | | 對於「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」同意度較高 |
| | 缺點 | 對於「一起參與社區健康營造活動的伙伴有共同的目標」同意度較高 |
| | | 對於「因為參加健康促進活動，而對如何飲食有健康概念」同意度較高 |
| | | 對於「自己對健康的知識，比以前更好」同意度較高 |
| | | 對於「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」同意度較低 |
| | | |

在分析問卷各構面細部指標分數時，發現清水鎮在許多指標的分數都較沙鹿鎮與太平市有顯著的低，這是值得思考的地方，清水鎮有聽過社區健康營造的民眾比例較沙鹿鎮與太平市高，但是在細部方面卻執行得不比沙鹿鎮與太平市好。

1.清水鎮

A.在接觸構面，「接受到志工宣導訊息的頻率」、「每次志工傳達的訊息內容會針對不同的健康議題」同意度、「志工應該提供健康行為的實作技巧」同意度、「每次志工傳達的訊息內容具有實用性」同意度較低。清水鎮民眾接受到志工宣導訊息頻率低，連帶可能造成民眾覺得志工傳達的訊息沒有多樣性、實作技巧和實用性。

B.在看法構面，對於「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」同意度、「社區健康營造的目的是要社區內每個人都是健康的」同意度、「在社區舉辦促進健康的活動，有助於改進社區民眾的健康」同意度較低。清水鎮民眾在參加社區活動時，可能是處在較被動的狀態，另外，可能清水鎮民眾對於社區健康營造內容及意涵認識不深，不知道參加社區健康營造可以促進健康。

C.在共識構面，對於「社區健康營造可增進社區民眾的凝聚力」同意度、「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」同意度、「一起參與社區健康營造活動的伙伴有共同的目標」同意度較低。清水鎮民眾雖然聽過社區健康營造比例高，但是有聽過的民眾對於健康營造執行不夠徹底，在看法構面分數不高，更遑論之後才會發展出來的共識了。

D.在結果構面，對於「因為參加健康促進活動，而對如何飲食有健康概念」同意度、「自己對健康的知識，比以前更好」同意度較低。在目前社區健康營造活動執行不算深入的情形下，民眾尚未接收到參與健康營造對健康所帶來的益處，所以也還沒產生良好的結果。

2.沙鹿鎮

在看法構面，對於「社區健康營造的目的是要社區內每個人都是健康的」同意度較低，可能與清水鎮民眾相同，對於社區健康營造認識不深，不了解推行社區健康營造真正的目的為何。

3. 太平市

在看法構面，對於「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」同意度較低。可能是民眾對自身較無信心，認為要提出健康議題就如同要提出衛生政策一樣，擔心自己知識不足，所以認為還是應由專家提出較為妥當。

第四節 生活品質分數

一、生活品質平均分數三鄉鎮比較 有聽過與沒聽過「社區健康營造」

民眾在生活品質各構面平均分數之比較

比較三鄉鎮的 SF36 分數，在 PF 生理功能構面，沙鹿鎮的平均分數較高，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 VT 活力狀況構面、GH 一般健康構面，有聽過的民眾平均分數大於沒有聽過的民眾，表示活力狀況、健康分數較高的民眾較有聽過社區健康營造，這可能可以解釋為有聽過社區健康營造的民眾，可能因為有去參加社區健康營造活動，所以身體較為良好，亦有可能原本身體即很健康，因為平常較有注意健康訊息，以保養自己的身體，所以較有機會聽到社區健康營造。

二、三鄉鎮個別比較有無聽過「社區健康營造」民眾生活品質各構面 平均分數

在太平市中，有聽過社區健康營造民眾的「PF 生理功能構面」、「BP 身體疼痛構面」、「VT 活力狀況構面」、「MH 心理健康構面」、「GH 一般健康構面」平均分數大於沒有聽過的民眾，太平市有聽過社區健康營造的民眾在很多生活品質構面擁有較高的分數，可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。

在沙鹿鎮中，沒有聽過社區健康營造民眾的「SF 社會功能構面」、「VT 活力狀況構面」、「MH 心理健康構面」平均分數大於有聽過的民眾，這表示自覺身體及心理較少問題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及心理很健康的人，認為較不需要去注意健康訊息或參加團體活動，所以較沒聽過社區健康營造。

第五節 複迴歸分析與邏輯斯迴歸分析

本研究進行複迴歸分析與邏輯斯迴歸分析，以找出民眾是否有聽過社區健康營造以及民眾參與程度的影響因子，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。

研究結果發現在鄉鎮別方面，清水鎮民眾有聽過社區健康營造的比例高於沙鹿鎮與太平市很多，但在有聽過社區健康營造的民眾中，沙鹿鎮的參與情形總分較高，參與得較為深入；在職業方面，職業為軍公教的民眾參與社區健康營造情形總分較高，可能是他們對健康常識瞭解較深，較重視健康，所以對於健康促進活動較有意願去深入參與，職業為軍公教、服務業及自由業的民眾較沒有聽過社區健康營造，因為在檢驗三鄉鎮民眾基本資料是否不同時，職業不是呈現常態分佈，所以要瞭解為何這些職業的民眾聽過機會較低，則需未來研究再做進一步的檢驗才可得知。

在居住狀況方面，目前有與家人同住者的民眾較有聽過社區健康營造，其參與社區健康營造情形總分也較高，有家庭支持的民眾，較會去注意健康促進相關訊息和參與社會性活動，對自身健康也會較關心。在家庭月平均收入方面，收入較高的家庭較有聽過社區健康營造，收入高的家庭可能比較有時間、經濟能力，可以去注意社會上傳

播的健康訊息，反之，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；在居住年數方面，在本地居住愈久的民眾愈有聽過社區健康營造，其參與社區健康營造情形總分也愈高，在本地居住較久的民眾在地方上可能較有人脈，接受到訊息的管道會較多，所以較有聽過社區健康營造，也較有可能與跟他居住一樣久的民眾一同來參與社區健康營造。

對於獨居、低收入及居住年數較少的民眾要更進一步心力去引發他們參與社區健康造的動機，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。

第六章 結論與建議

第一節 結論

隨著二十一世紀來到，社會急速變遷，慢性病愈來愈多，有關社區健康議題更是需大大的被提倡，「社區」在地理與空間上是最適合推廣各項公共事務與政策的單位，對於社區問題要能因地制宜。再者，為了要讓社居健康營造計畫具有成效，需要專家與民眾共同規劃議題，集結大家的智慧，共同形成改革的動力。

充分結合社區資源，選擇符合社區民眾需求的健康議題，以由下而上的方式，讓民眾自主參與社區健康營造，自動關心自己的健康，改變以往不良生活型態，真正做到「健康生活化、生活健康化」，並持續力行，使社區健康營造達到永續經營，這才是當初推行社區健康營造的真正旨趣。

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。而以往評估方式皆著重在衡量營造中心績效面上，至於民眾參與社區健康營造情形如何，從而改變生活型態，健康改善情形又如何，本研究發展的

問卷正好可以解決此問題。本研究發展之問卷用來衡量民眾參與社區健康營造情形，具有很高之信效度，且可行性及敏感性佳。經由本問卷測量民眾後，民眾參與社區健康營造情形能被評估了解，進而知道政府推行社區健康營造計畫三年以來的成效如何，以及未來繼續推行之策略方向。

比較清水鎮、沙鹿鎮與太平市三個健康營造中心執行成效，結果發現清水鎮民眾參與社區健康營造情形較為踴躍，廣度大而深度小，沙鹿鎮及太平市民眾對於社區健康營造有較深的認識，廣度小而深度大。另外，綜合三鄉鎮有聽過社區健康營造的民眾在 SF36 分數也較高，生活品質較好。並且本研究也找出可以預測民眾是否有聽過社區健康營造及構面分數的影響因子，如職業、居住狀況、收入及居住年數等，了解是哪些因素後，再對症下藥，提升社區健康營造執行成效。

第二節 建議

本次問卷調查結果在此三鄉鎮中約有 20% 的民眾有聽過「社區健康營造」，在推行了三年後，這樣的成績不能說是完全沒有成效，但是如果對未來執行方向下對方針，必能收事半功倍之效，根據本研究發展之量表去衡量三鄉鎮社區健康營造執行成效的結果，提出建議及未來執行策略如下：

一、對三鄉鎮之建議

分析民眾不會去參與「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。可見未來在舉辦社區健康營造活動時，可以有比較多元的時間讓民眾選擇，例如在晚間或假日舉辦，以配合上班族。社區健康營造宣傳工作必須再加強，可以利用廣告媒體、社區報、電子郵件或網際網路散佈社區健康營造活動訊息。

1. 清水鎮

(1) 清水鎮有較高比例的民眾有參與社區健康營造，值得其他鄉鎮學習。

(2) 在每一地區多深入推廣社區健康營造的精神，以期最後能讓

民眾自發維護社區的健康，並且更有向心力。

(3)清水鎮民眾很重視人際關係互動，將來設計活動時，可以多一點有關此方面的課程。

(4)針對問卷題目分數，提出適用的建議及改進策略方向，如下：

a.定期安排負責任的志工拜訪民眾或舉辦多元的活動，讓民眾多接觸社區健康營造。

b.找出民眾較感興趣且較符合民眾需求的議題，多鼓勵民眾主動參與；另外，多運用志工現身說法，以自身的經驗向民眾行銷，參加健康營造可獲得怎樣的幫助及改善。

c.讓民眾盡快了解社區健康營造概念後，多參與活動及組織運作，覺得有興趣及有意義，自然很有可能從學習者變成領導者，屆時共識及社區凝聚力很容易即可產生。

d.健康知識的傳遞應更加徹底執行，讓民眾了解並願意自動去執行健康，才能感受到社區健康營造所帶來的益處。

2.沙鹿鎮

(1)截長補短，分別擷取清水鎮與太平市的優點，進而改善之。

(2)推行範圍應再擴大，在維持民眾參與原有深度下，增加廣度。

(3)把社區健康營造推行目的，就是希望能藉由改變民眾生活習

慣而提升民眾健康的觀念深植家戶之中。

- (4)對社區居民提倡更多豐富且正確的健康常識，以提醒他們其實還有許多健康議題要注意，吸引他們來參加。

3.太平市

- (1)在鞏固好目前推行的成效之下可以考慮將範圍再擴大。
- (2)社區健康營造應由下而上推動，鼓勵民眾自動自發提出真正符合社區需求的健康議題，自主參與活動。

二、對醫藥衛生政策之建議

- 1.在「民眾參與社區健康營造之監測與評估系統」產生之後，應立即積極利用此問卷，了解目前民眾對於社區健康營造的參與程度、看法等等，並找出問題點，盡速改善，讓政府投入的資源能得到報償。政府當初規劃社區健康營造之精神，就是希望社區健康營造能永遠綿延推行，最後提升整體社區居民之健康，如果有定期評估成效，改善問題，「社區健康營造」必能達永續經營。
- 2.有聽過社區健康營造的民眾在 SF36 分數較高，證明推行社區健康營造可以提升民眾的生活品質，上級單位應繼續努力，帶動全民一起參與社區健康營造，預防勝於治療，如果能在平時照顧好

民眾的健康，那麼每年龐大的醫療費用可望降低許多。

- 3.應多鼓勵社區健康營造相關的實務研究，國內社區健康營造施行至今僅 3~4 年，相關的研究還不足以因應政策改革所需，尤其是如何評估民眾參與情形，充分了解現況才能對症下藥，擬定策略，對於推動社區健康營造才有幫助。

三、對未來研究之建議

- 1.經過種種嚴格的考驗，終至產生一良好衡量民眾參與社區健康營造情形的工具，未來應將此工具應用到多一點的鄉鎮上，更可以證實這份工具的正確性與實用性，並建立良好的抽樣系統，如此研究結果才能具有更高的代表性，甚至如果有充足的人力、經費可以做普查，以比較全國各地區健康營造中心執行成效，挑出優良社區健康營造中心，學習其推行方法。
- 2.目前衛生機關也有在對社區健康營造做實地的評鑑，如果可以拿到評鑑資料，來對照此份工具衡量出來的結果，一方面更可知道此份衡量工具的效用，另一方面也可檢驗衛生機關的評鑑結果是否正確。因為我們是從民眾的角度去衡量社區健康營造執行成效，而衛生機關多以營造中心績效面去衡量，角度不同，衡量出來的結果可能也不盡相同。

第七章 研究限制

- 1.樣本代表性不足，本研究因人力、時間不夠，使用立意取樣採集三鄉鎮民眾樣本。
- 2.本研究問卷建構方法使用專家德菲法，德菲法可能無法達到高度的精確性。

參考文獻

英文部分

Ashton, J. *The Origins of Healthy Cities*. Milton Keynes. Philadelphia: Open University, 1992.

Bagnall, R. G. "Researching Participation in Adult Education: A Case of Quantified Distortion." *International Journal of Lifelong Education*, Vol. 8, No. 3, pp. 251-260, 1989.

Bergner, M. "Quality of Life, Health Status, and Clinical Research." *Medical Care*, Vol. 27, No. 3, pp. 148-156, 1989.

Davis, M. A., Randall, E., Forthofer, R. N., Lee, E. S. and Margen, S. "Living Arrangements and Dietary Patterns of Older Adults in the United States." *Journal of Gerontology*, Vol. 40, pp. 434-442, 1985.

Duhi, L. J. "Health Information Community Networks." *Public Health Reports*, Vol. 115, pp. 271-273, 2000.

Flynn, B. C. "Healthy Cities: Toward World Wide Health Promotion." *Annual Reviews of Public Health*, Vol. 17, pp. 299-309, 1996.

Green, L. W. "National Policy in the Promotion of Health" *International Journal of Health Education*, Vol.12, No. 3, pp. 161-168, 1979.

Hancock, J., Duhi, L. *Health Cities: Promoting Health in the Urban Context*. Copenhagen: WHO Europe, 1986.

Hsiu-Yueh Hsu "The Relationships Between Health Beliefs and Utilization of Free Health Examinations in Older People Living in a Community Setting in Taiwan." *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 35, No. 6, pp. 864-873, 2001.

Kaplan, R. S., Norton, D. P. "The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance." *Harvard Business Review*, Vol. 70, No. 1, pp. 71-79, 1992.

- Krueger, R. A. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*, 2nd ed. Thousand Oaks, Calif. Sage., 1994.
- Lalonde, M. *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare, Government of Canada, 1974.
- Minkler, M. Introduction and Overview, "Community Organizing and Community Building for Health" New Jersey: Rutgers, The State University, pp.3-19, 1997.
- Norris, T. and Pittman, M. "The Healthy Communities Movement and the Coalition for Healthier Cities and Communities" *Public Health Report*, Vol. 115, pp. 118-124, 2000.
- Patton, M. Q. *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2nd ed. Newbury Park, Calif.: Sage Publications., 1990.
- Stewart, D. W. and Shamdasani, P. N. *Focus Groups: Theory and Practice* Sage, 1990.
- Stuifbergen, A. K. and Becker, H. A. "Predictors of Health-Promoting Lifestyles in Persons with Disabilities." *Research in Nursing & Health*, Vol. 17, pp. 3-13, 1994.
- Tonnies, F. (original author) *German: Gemeinschaft and Gesellschaft*, 1887. Loomis, C. P. (translator) *English: Community and Society*. East Lanst Lansing, Mich: Michigan State University Press, 1957.
- World Health Organization (WHO). "Ottawa Charter for Health Promotion." *Health Promotion*, Vol. 1, No. 4, pp. iii-v, 1986.
- Walter, C. L. "Community Building Practice: A Conceptual Framework" New Jersey: Rutgers, The State University, pp. 68-87, 1999.

中文部分

王文科、王智弘譯，焦點團體訪談—教學與心理學適用，五南圖書出版公司，民 88 年。

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，民 91 年。

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，民 86 年。

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，民 92 年。

林振春，社區營造的教育策略，台北：師大書苑，民 87 年。

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，民 85 年。

宋文娟，”一種質量並重的研究法-德菲法在醫務管理學研究領域之應用”，醫務管理期刊，第 2 卷，第 2 期，第 11-20 頁，民 90 年。

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，第 40 卷，第 199-214 頁，民 82 年。

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，民 90 年。

吳淑瓊，”焦點團體研究法”，研考雙月刊，第 16 卷，第 1 期，第 44-50 頁，民 81 年。

邱詩揚，”強化社區組織功能之參與式行動研究”。台灣師範大學衛生教育學研究所碩士論文，民 88 年。

周雅容，”焦點團體法在調查研究上的應用”，研究調查，第 3 卷，第 51-73 頁，民 86 年。

季瑋珠，社區診斷(第一版)，台北：巨流書局，民 82 年。

南玉芬，”社區健康營造中心之社區推動內涵分析”。東海大學社會工作學研究所碩士論文，民 91 年。

施秋娟，”非營利組織在社區健康營造之角色-高雄市經驗剖析”。中山大學中山學術研究所碩士論文，民 92 年。

施教裕，”社區參與的理論與實務”，社會福利，第 129 卷，第 2-8 頁，民 86 年。

徐震，社區與社區發展，台北：三民書局，民 69 年。

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，第 9/10 卷，第 175-185 頁，民 88 年。

黃東琪，”中醫門診總額支付制度醫療品質評估之研究”。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，民 89 年。

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，第 18 卷，第 1 期，第 55-63 頁，民 80 年。

陳其南、陳瑞樺，”台灣社區營造運動之回顧”，研考報導，第 41 卷，第 21-37 頁，民 84 年。

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，民 84 年。

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，民 89 年。

陳毓璟，”社區健康營造推動現況與推動者概念之探討”。台灣師範大學衛生教育學研究所碩士論文，民 92 年。

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，第 4 卷，第 2 期，第 1-6 頁，民 91 年。

張世雄，社會福利的理念與社會安全制度，台北：唐山，第 136-137 頁，民 85 年。

張耀文，”推動社區健康營造之效益比較與評估-以雲林縣為例”。雲林科技大學工業管理研究所碩士論文，民 92 年。

葉金川，”營造社區健康、打造健康城市”，北市衛生，第 52 卷，第 2-3 頁，民 89 年。

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，民 90 年。

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，民 90 年。

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，民 90 年。

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，民 91 年。

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，第 27 期，第 6 卷，第 47-51 頁，民 89 年。

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，民 91 年。

劉潔心、邱詩揚，調兵遣將話社區(第一版)，台北：光寶書局，民 88 年。

行政院衛生署保健工作研究計畫，社區健康管理模式之實驗計畫-社區居民健康記錄檔案之建立，行政院衛生署，民 80 年。

行政院衛生署公共衛生研究所，衛生所社區健康評估模式之實驗，行政院衛生署，民 85 年。

行政院衛生署公共衛生研究所，評價社區健康營造工作成效三年計畫，行政院衛生署，民 89 年。

行政院衛生署科技發展研究計畫，社區健康營造計畫之評估-以台北市內湖區為例，行政院衛生署，民 89 年。

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，民 89 年。

國民健康局網站。<http://www.bhp.doh.gov.tw>

民眾參與社區健康營造情形研究問卷

訪員簽名：_____

訪談日期：_____

訪談地區： 清水 沙鹿 太平

訪談結果： 完成 未完成，原因_____

完成時間：_____ 分鐘

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

指導教授：馬作鏹 博士

研究生：陳慧珊

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
(5)80,001~100,000元 (6)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) 不知道 (3) 有
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)0 位 (2)1~3 位 (3)4~6 位 (4)7~10 位 (5)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)0 位 (2)1~3 位 (3)4~6 位 (4)7~10 位 (5)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)0 位 (2)1~3 位 (3)4~6 位 (4)7~10 位 (5)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)否 (2)是
- 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

(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
(3)偶爾接受到 (4)常常接受到

可行性

| | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | | <u>適用性</u> | | | |
|----|------------|-------|------------|-------|------------|------------|------------|------------|
| | 平均數 | 標準差 | 平均數 | 標準差 | 第一次 平均數 | 第一次 標準差 | 第二次 平均數 | 第二次 標準差 |
| 1. | 3.800 | 0.422 | 3.455 | 0.934 | 3.583 | 0.900 | 3.545 | 0.688 |
| 2. | 3.500 | 0.707 | 3.909 | 0.302 | 3.500 | 0.905 | 3.818 | 0.405 |
| 3. | | | 3.364 | 0.674 | | | 3.455 | 0.522 |
| 4. | 2.700 | 0.949 | 2.818 | 0.603 | 2.583 | 1.165 | 2.727 | 0.647 |
| 5. | 3.700 | 0.483 | 3.545 | 0.688 | 3.417 | 0.900 | 3.545 | 0.522 |
| 6. | 3.500 | 0.972 | 3.545 | 0.688 | 3.500 | 0.905 | 3.636 | 0.505 |
| 7. | 3.600 | 0.699 | 3.545 | 0.688 | 3.333 | 0.985 | 3.636 | 0.505 |
| 8. | 3.600 | 0.516 | 3.455 | 0.688 | 3.333 | 0.985 | 3.636 | 0.505 |
| 9. | 3.800 | 0.422 | 3.273 | 0.786 | 3.583 | 0.900 | 3.455 | 0.688 |

可行性

適用性

| | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | |
|--|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | 平均數 | 標準差 | 平均數 | 標準差 | 平均數 | 標準差 | 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 | 2.917 | 0.996 | 2.727 | 0.905 |
| 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 | 3.083 | 0.996 | 2.818 | 0.982 |
| 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 | | | 3.364 | 0.674 |
| 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 | | | 2.909 | 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 | | 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. | | | 3.182 | 0.874 | | | 3.200 | 0.789 |
| 2. | 3.200 | 0.919 | 3.364 | 0.505 | 2.833 | 1.193 | 3.182 | 0.405 |
| 3. | 3.444 | 0.882 | 3.364 | 0.674 | 3.455 | 1.036 | 3.364 | 0.505 |
| 4. | 3.889 | 0.333 | 3.455 | 0.688 | 3.636 | 0.924 | 3.727 | 0.467 |
| 5. | 3.778 | 0.667 | 3.545 | 0.688 | 3.455 | 1.036 | 3.545 | 0.522 |
| 6. | 3.900 | 0.316 | 3.273 | 1.191 | 3.333 | 1.073 | 3.000 | 0.894 |
| 7. | 3.900 | 0.316 | 3.182 | 1.168 | 3.500 | 1.000 | 3.182 | 0.982 |
| 8. | 3.900 | 0.316 | 3.364 | 1.027 | 3.500 | 1.000 | 3.273 | 0.905 |
| 9. | 3.800 | 0.422 | 3.545 | 0.688 | 3.417 | 0.996 | 3.364 | 0.674 |
| 10. | 3.900 | 0.316 | 3.636 | 0.505 | 3.900 | 0.316 | 3.636 | 0.505 |

| | <u>可行性</u> | | | | <u>適用性</u> | | | |
|--|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | |
| | 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

適用性

| | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | |
|--|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | 平均數 | 標準差 | 平均數 | 標準差 | 平均數 | 標準差 | 平均數 | 標準差 |
| 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 | 3.600 | 0.699 | 3.091 | 1.221 | 3.583 | 0.900 | 3.091 | 1.044 |

新增或修改題目之建議： _____

(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

| | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | |
|------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | 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 | 3.909 | 0.302 | 3.500 | 1.000 | 3.909 | 0.302 |
| 2. | 3.600 | 0.699 | 3.545 | 0.688 | 3.583 | 0.900 | 3.636 | 0.674 |
| 3. | 3.800 | 0.422 | 3.455 | 0.934 | 3.583 | 0.900 | 3.455 | 0.688 |
| 4. | 3.800 | 0.422 | 3.273 | 0.905 | 3.417 | 0.996 | 3.455 | 0.688 |
| 5. | 3.300 | 1.059 | 2.727 | 1.104 | 2.909 | 1.300 | 2.818 | 0.982 |
| 6. | 3.600 | 0.516 | 3.364 | 0.674 | 3.250 | 0.965 | 3.364 | 0.674 |
| 7. | 3.800 | 0.422 | 3.545 | 0.522 | 3.167 | 1.193 | 3.455 | 0.522 |
| 8. | 3.600 | 0.699 | 3.091 | 1.136 | 3.500 | 0.905 | 3.182 | 0.982 |
| 9. | 3.400 | 0.966 | 3.818 | 0.405 | 3.250 | 1.138 | 3.636 | 0.674 |
| 9-1. | | | 3.364 | 0.924 | | | 3.273 | 0.647 |

適用性

| | <u>可行性</u> | | | | <u>適用性</u> | | | |
|---|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|
| | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | |
| | 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |

可行性

適用性

| | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | |
|--|------------|-----|------------|-----|------------|-----|------------|-----|
| | 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.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：

(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

可行性

適用性

| | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | |
|----|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | 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 |

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

第二次

平均數 標準差

適用性

第一次

平均數 標準差

第二次

平均數 標準差

| | | | | | | | | |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. | 3.800 | 0.422 | 3.455 | 0.688 | 3.667 | 0.651 | 3.556 | 0.527 |
| 2. | 3.800 | 0.422 | 3.636 | 0.505 | 3.667 | 0.651 | 3.636 | 0.505 |
| 3. | 3.800 | 0.422 | 3.636 | 0.505 | 3.583 | 0.900 | 3.455 | 0.522 |
| 4. | | | 3.636 | 0.505 | | | 3.636 | 0.505 |
| 4-1. | 3.800 | 0.422 | 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

可行性

| | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | | <u>第一次</u> | | <u>第二次</u> | |
|------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | 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. | 3.600 | 0.966 | 3.545 | 0.934 | 3.667 | 0.492 | 3.545 | 0.688 |
| 1-1. | | | 3.455 | 0.934 | | | 3.545 | 0.522 |
| 1-2. | | | 3.636 | 0.505 | | | 3.636 | 0.505 |
| 2. | 3.600 | 0.699 | 3.364 | 0.809 | 3.750 | 0.452 | 3.500 | 0.850 |
| 3. | 3.600 | 0.699 | 3.364 | 0.809 | 3.750 | 0.452 | 3.400 | 0.843 |
| 4. | 3.700 | 0.483 | 3.273 | 0.786 | 3.667 | 0.492 | 3.400 | 0.699 |
| 5. | 3.700 | 0.483 | 3.200 | 1.033 | 3.667 | 0.492 | 3.333 | 1.000 |

適用性

(六之二) 生活品質量表 SF-36

新增或修改題目之建議： _____

