

中國醫藥大學  
醫務管理學研究所碩士論文  
編號：IHAS-500

健康促進活動對民眾知識、態度及行為之影響—  
以論人計酬試辦計畫中部某區域整合模式為例

**The Impact of Health Promotion Activities on Knowledge,  
Attitude, and Practice among Community Residents-the  
Case of Capitation Demonstration Program with Regional  
Integration Model**

指導教授：蔡文正 教授

研究生：黃士玲 撰

中華民國一〇二年七月

私立中國醫藥大學醫務管理學碩士班

黃士玲 君所撰之碩士論文

經本委員會審查通過。

論文考試委員會委員

黃光華

翁瑞宏

蔡文子

指導教授

蔡文子

碩士班主任

蔡文子

中華民國 102 年 7 月

## 摘要

**目的：**為提升整合性照護之成效，中央健保局辦理全民健康保險論人計酬試辦計畫。本研究欲針對中部某區域整合模式，探討健康促進活動對民眾知識、態度及行為之影響，並評估健康促進活動實施之成效。

**方法：**研究對象以台中市東區 18 歲以上民眾為觀察母群體，以其它地區一般民眾為對照組，採便利抽樣方式選取受訪民眾。本研究於論人計酬試辦計畫實施一年後，利用結構式問卷進行調查，共計發出 727 份問卷，有效問卷 635 份。調查結果以描述性分析分析兩組民眾基本特性，以變異數分析測量兩群民眾在知識、態度及行為上的差異，並運用複迴歸分析探討民眾健康促進知識、態度及行為之相關影響因素。

**結果：**東區有效樣本 345 份，非東區有效樣本 290 份。東區民眾平均健康促進知識  $13.79 \pm 1.25$  分、態度  $70.25 \pm 11.57$  分、行為  $52.76 \pm 8.83$  分，皆顯著高於其他地區一般民眾平均健康促進知識  $13.05 \pm 1.90$  分、態度  $65.15 \pm 11.92$  分、行為  $47.87 \pm 8.26$  分。複迴歸分析顯示影響民眾健康促進知識之因素有「居住區域」、「性別」、「教育程度」及「參與健康講座之感受」；影響民眾健康促進態度之因素有「知識」、「家庭月平均收入」、「教育程度」、「參與健康管理站的感受」及「參與健康講座之感受」；影響民眾健康促進行為之因素有「態度」、「居住區域」、「性別」、「家庭月平均收入」、「與同年齡人比自覺健康狀況」、「參與健康管理站」及「參與健康講座」。

**結論：**在論人計酬制度區域整合模式下，利用社區醫療服務管理民眾健康、加強民眾對疾病的認知、提供健康相關的衛生教育、辦理

健康相關活動，可有效提高民眾健康促進知識、態度及行為。建議政府可擴大辦理論人計酬區域整合模式，辦理更多健康促進相關活動。

**關鍵字：**論人計酬、健康促進、知識、態度、行為



## Abstract

**Purposes :** In order to achieve the integration care, Bureau of National Health Insurance conducted the Capitation Demonstration Program. This study aimed to survey the impact of health promotion on knowledge, attitude, and practice among community residents, and to examine the effects of health promotion activities with Regional Integration Model.

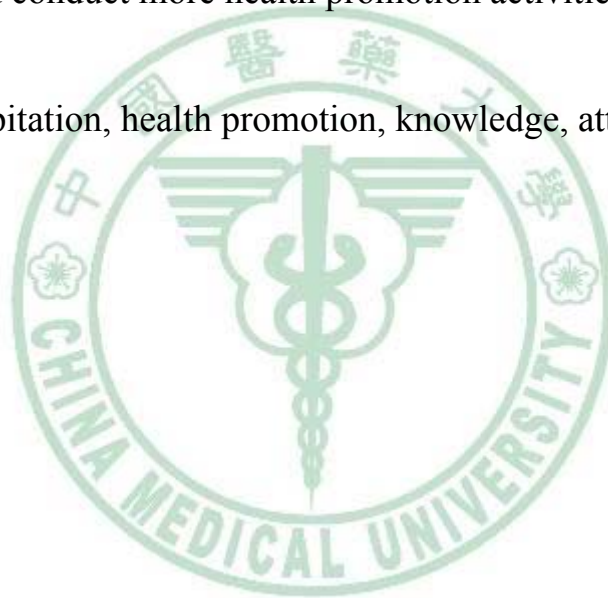
**Methods :** The subjects were community residents who lived in East District, Taichung City, and general public who lived in other districts. A total of 730 questionnaires were distributed and 635 valid questionnaires were returned after the program has been executed for one year. Descriptive analyses was used to present the demographic characteristics of subjects, and variant analyses were used to exam the differences of knowledge, attitude and practice among these two groups, and the multiple regression analysis was used to evaluate the related factors that affect the community residents' knowledge, attitude, and practice of health promotion.

**Results :** There were 345 valid questionnaires retrieved in East District and 290 in others. Among community residents lived in East District, the average score of knowledge was  $13.79 \pm 1.25$ , attitude was  $70.25 \pm 11.57$ , and practice was  $52.76 \pm 8.83$ , which were significantly higher than those lived in other district whose average score of knowledge, attitude and practice were  $13.05 \pm 1.90$ ,  $65.15 \pm 11.92$  and  $47.87 \pm 8.26$  separately. The factors affecting knowledge included living section, gender, education level, and their feelings about participating health education lessons. The factors affecting attitude included knowledge, income, education level, and their feelings about participating health management stations and health education lessons. The factors

affecting practice included attitude, living section, gender, income, self-perceived health status, and participating health management stations and health education lessons.

**Conclusions :** Generally, in the case of Capitation Demonstration Program with Regional Integration Model, community residents' knowledge, attitude and practice of health promotion could improve by managing their health, strengthening their cognition of disease, offering health education and conducting health-related activities. Therefore, the government and the relative organization should execute the model extendedly, and conduct more health promotion activities.

**Keywords:** Capitation, health promotion, knowledge, attitude, practice



## 致謝

終於完成我的碩士論文了！這兩年的時間，沐浴在碩士班的殿堂，接受老師們專業的學術洗禮，讓我對醫管領域有了更深入的了解。而老師們對於我在學習過程中遇到的困難，更是不遺餘力的為我解惑，指引我學習的方向，讓我深深覺得收穫豐碩。

能夠完成這篇論文，首先要對所長 蔡文正教授獻上我最誠敬的感恩。感謝您浩瀚的智慧及無私的提攜，讓我對學習、對未來有了更寬闊的視野；感謝您在學術上嚴謹的態度，使我的論文能夠愈臻完善；也感謝您對我的諄諄教誨，讓我在做人處事上變得更成熟。其次，要感謝我的口試委員 翁瑞宏副教授及黃光華副教授，你們給予我論文上的建議也讓它更有價值。再者，我要感謝問卷效度審查的所有專家學者，你們的專業意見讓問卷更能反映真實情形。

同時，我也要感謝澄清綜合醫院平等院區 周思源院長給我這個機會，能夠讓我以撰寫論文的方式參與論人計酬試辦計畫。也非常感謝轉診服務課 王秀卿課長、卓伊紋管理師以及澄清醫院裡所有幫助我的先進們，在我實習期間與問卷發放期間給予我大力的指導與協助，使我可以事半功倍。

媿吟學姐，謝謝妳教我許多寫作的眉角；文鈺學姐，謝謝妳給我許多問卷上的建議；莉婷學姐、悅馨學姐，謝謝妳們在統計上給我的指導；小貓學姐，謝謝妳在我學習過程中不斷給我鼓勵。研究室二的學姐們，謝謝妳們給我無限的支持。

親愛的同學們，我也謝謝你們這兩年帶來的許多歡樂。不論是誇張的讚美或是帶著笑容卻微酸的嗆聲，都讓我可以忙裡偷閒的時候，擁有忙裡偷閒的時光並找到得以開懷大笑的小天地。怡婷，謝謝妳在我遇到挫折的時候給我加油；佩雯，謝謝妳在我遇到困難的時候

給我打氣；同窗的好友們，謝謝你們在我遇到瓶頸的時候叫我堅持下去。

謝謝親愛的 Daddy、爺爺和曾祖父在天上保佑我；謝謝親愛的 Mommy、妹妹、弟弟、阿嬤、姨婆(丈公)、舅舅(媽)、阿姨及家人們的支持與愛護，讓我每次回家都像充飽電的電池，重新擁有向前衝的力量。你們是我心中的支柱，也是我最重要的後盾。

最後，對於所有認識我的、愛我的以及我認識的、我愛的人，願以這本論文與你們分享我完成碩士論文的喜悅！



士玲 謹誌

於中國醫藥大學醫務管理研究所

2013 年 7 月



# 目錄

摘要 .....	I
Abstract.....	III
致謝 .....	V
目錄 .....	VII
表目錄 .....	IX
圖目錄 .....	X
第一章 緒論 .....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的 .....	3
第二章 文獻探討 .....	4
第一節 論人計酬與整合性照護.....	4
第二節 健康促進之探討 .....	7
第三節 知識、態度及行為之相關研究.....	17
第三章 研究設計與方法 .....	21
第一節 研究架構.....	21
第二節 研究對象與抽樣方法 .....	22
第三節 研究工具 .....	23
第四節 資料分析方式 .....	27
第四章 研究結果 .....	28
第一節 受訪者基本特性分析 .....	28
第二節 民眾健康促進知識、態度及行為分析.....	30

第三節 民眾基本特性對健康促進知識、態度及行為之影響.....	32
第四節 影響民眾健康促進知識、態度及行為之相關因素.....	34
第五章 討論 .....	36
第一節 民眾健康促進知識、態度及行為.....	36
第二節 影響民眾健康促進知識、態度及行為之相關因素.....	39
第六章 結論與建議 .....	41
第一節 結論 .....	41
第二節 建議.....	42
第三節 研究限制.....	43
參考文獻.....	71
附錄一 問卷.....	78



## 表目錄

表 2-1	健康促進模式之理論基礎及主要構面定義.....	12
表 2-2	知識、態度、行為 (KAP) 之定義.....	17
表 3-1	專家效度學者名單.....	23
表 3-2	自變項操作型定義.....	25
表 3-3	依變項操作型定義.....	26
表 4-1	受訪者基本特性.....	44
表 4-2	民眾健康促進知識分數分布情形.....	48
表 4-3	民眾健康促進態度分數分布情形.....	49
表 4-4	民眾健康促進行為分數分布情形.....	52
表 4-5	民眾基本特性對健康促進知識的影響.....	55
表 4-6	民眾基本特性對健康促進態度的影響.....	58
表 4-7	民眾基本特性對健康促進行為的影響.....	61
表 4-8	健康促進知識之複迴歸分析.....	64
表 4-9	健康促進態度之複迴歸分析一.....	65
表 4-10	健康促進態度之複迴歸分析二.....	66
表 4-11	健康促進行為之複迴歸分析一.....	67
表 4-12	健康促進行為之複迴歸分析二.....	68
表 4-13	健康促進行為之複迴歸分析三.....	69
表 4-14	健康促進行為之複迴歸分析四.....	70

## 圖目錄

圖 2-1	The Tannahill model of health promotion.....	8
圖 2-2	Health Promotion Model(1987).....	10
圖 2-3	Health Promotion Model(1996).....	11
圖 3-1	研究架構.....	21



# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與動機

台灣近年來受人口日趨老化、國民所得、醫療資源耗用的增加、醫療新科技與藥品引進、重大傷病範圍擴大及人數增加等因素影響，健保醫療給付費用大幅成長，導致保費收入不足以支應醫療費用支出，健保財務也遭遇嚴峻的考驗（中央健康保險局，2011a）。有研究指出落實整合性照護可減少民眾醫療利用、提升就醫滿意度、強化轉診服務功能、提升健康促進與疾病預防（Glazier, Klein-Geltink, Kopp, & Sibley, 2009; Gosden et al., 2006; Lennon, Worthington, Coventry, Mellor, & Holloway, 1990; 張必正、郭斐然、李汝禮、王三郎、陳慶餘、邱泰源，2011）。

為達到整合性照護之成效，部分歐美國家採用論人計酬作為健保支付方式，促使醫療院所提供較有效率的服務並重視預防保健，像是牙醫師會提供更多預防照護（Gravelle, 1999; Lennon et al., 1990）。台灣則於2003年實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」以達到整合性照護之目的，其成效包括轉診制度的建立、24小時諮詢專線、預防保健受檢率提升等（中央健康保險局，2011b）。此外，2002年國民健康局針對國民健康促進知識、態度與行為的調查結果發現，約一成多民眾自覺健康狀況不佳；對各種慢性疾病的控制情形較差，且普遍有知識不足或錯誤認知之情形；於醫療及預防保健利用情形不理想；於個人健康行為方面則有待加強（國民健康局，2002）。

有鑑於國民健康促進知識不足、醫療利用情形不佳及健保財務赤字等問題及歐美國家採用論人計酬之成效，政府轉向整合性照護並採用論人計酬作為支付原則。行政院衛生署中央健康保險局於2011年3

月公告之全民健康保險法第四十四條：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照護對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。第一項家庭責任醫師制度之實施辦法及時程，由主管機關定之（中央健康保險局，2011c）。」

故以民眾健康為導向的「論人計酬」支付制度實為現階段全民健保支付制度改革之重要政策。為此，行政院衛生署辦理「全民健康保險論人計酬試辦計畫」，以強化預防保健提供，增進民眾健康。該計畫有區域整合、社區醫療群、醫院忠誠病人三種試辦模式，其中區域整合模式係以行政區域為照護對象，以選定區域之醫院及診所組成院所團隊提供整合性照護（中央健康保險局，2011d）。承辦論人計酬試辦計畫區域整合模式之中部某醫療團隊，依據社區特性規劃在地化社區衛生教育，結合當地衛生所規劃健康促進與宣導活動，並與鄰里辦公室負責人配合推廣各項健康促進活動。此醫療團隊辦理健康促進活動之目的為教育民眾正確的健康促進知識，期望民眾健康促進行為因此增加，進而有較好的健康狀況。

本研究欲針對論人計酬試辦計畫之中部某區域整合模式，瞭解論人計酬制度區域整合模式辦理健康促進活動一年後，民眾健康促進知識、態度與行為之情形，期能評估執行區域整合模式、辦理健康促進活動對促進民眾健康的有效性。

## 第二節 研究目的

本研究有以下研究目的：

1. 探討有無論人計酬區域整合模式下，民眾健康促進的知識、態度、行為之差異。
2. 了解影響民眾健康促進知識、態度、行為之相關因素。



## 第二章 文獻探討

### 第一節 論人計酬與整合性照護

過去學者認為高品質的醫療照護包括六個層面，其中一個便提到財務校正及適當的論人計酬 (Capitation)，論人計酬被主張是整合資源、發展服務、專注責任及適當管理式照護的預算方法，為特定時間內一群人支付一筆特定費用給醫療提供者，該費用是根據先前的實際服務量訂定的預設值 (Berwick, 1996; Enthoven & Vorhaus, 1997)。論人計酬的概念來自於整合性照護，而整合性照護廣義而言包含成本降低及提升照護結果 (Berwick, 1996)。Enthoven 和 Vorhaus (1997) 表示一個高品質的醫療照護體系會以提供更好的照護流程來降低成本並提供醫療照護，如果能夠正確落實，論人計酬便是一個強化品質的推進器，因為它會提供預防保健、有效地解決病患醫療問題及提升照護流程 (Enthoven & Vorhaus, 1997)；鄒惠雪 (2011) 也指出論人計酬的優點是會促使醫療院所更願意控制醫療費用支出、簡化行政作業等，但也可能誘發醫師選擇低風險的病患，較易出現不當的轉診 (鄒惠雪, 2011)。

理論上，論人計酬可能以兩種方式影響照護品質，一是影響個人決策，特別是醫師的部分，論人計酬迫使醫師在做任何治療或檢驗時會在財務風險上三思，且在預防照護及管理式照護上也較注重；二是鼓勵系統性的整合性照護及服務設計及流程的創新，這對提升照護品質是重要且有影響的 (Berwick, 1996)。有文獻指出在論人計酬制度下，醫師較願意控制服務項目的提供以避免不必要的浪費 (Kerr, Mittman, Hays, Leake, & Brook, 1996)；牙醫師提供更多預防照護，特別是對孩子的牙齒疾病控制的建議，而家長也對孩子接受預防照護感到滿意 (Lennon et al., 1990)；民眾的死亡率及共病症指數皆較低



(Glazier et al., 2009); 過去只能在急診室的氣喘照護，現今已能在家自行照顧及有更好的結果，且除了身體功能改善之外，在整合性照護計畫下醫療利用也有所下降，甚至有研究指出管理式照護能有較好的生活品質 (Berwick, 1996)。

為達到管理式照護，多數國家實施家庭醫師制度，許多國外學者也認為落實家庭醫師制度不僅能夠有效減少不必要的醫療支出，更有效提升醫病關係、增進醫療品質 (Martin, Diehr, Price, & Richardson, 1989; Scott, 2000; 許佑任、陳家榆、林恆慶、陳楚杰, 2004)。台灣為達到整合性照護的成效，於2003年開辦家庭醫師整合性照護計畫，目的在於(1)建立家庭醫師制度及基層醫療院所與醫院之合作關係，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，並提升醫療品質;(2)以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質;(3)減少醫療浪費，合理控制醫療費用 (中央健康保險局, 2011b; 張必正等人, 2011)。該計畫成效表示整合性照護計畫可減少民眾醫療利用、提升就醫滿意度、強化轉診服務功能、提升健康促進與疾病預防，更有研究發現以社區為基礎的整合性照護的成效比一般性照護來的好 (張必正等人, 2011; 葉乃綸、朱家緯、詹其峰、邱泰源、郭斐然, 2012)。

為使民眾獲得更完整的照護、醫療團隊發揮照護能量，政府於2011年7月提出以民眾健康為導向的論人計酬試辦計畫，由醫院或地區診所結合的醫療團隊必須提出健康促進計畫書，承辦之醫療團隊選定一個地區來執行計畫。除牙醫、中醫及器官移植外，其涵蓋範圍包含所有全民健保給付項目，且民眾就醫權益、醫療團隊費用申報及審查作業不變。該計畫目的有 (1) 透過疾病治療服務、加強提供預防保健、衛生教育與個案管理服務，以促進民眾健康;(2) 以全人照護

為導向，促進區域醫療體系整合，包括基層院所與醫院之整合；(3) 促進民眾健康、減少醫療浪費（中央健康保險局，2011d）。

其中區域整合模式為由上往下的整合，由醫院及同一地區的診所組成醫療群，鼓勵民眾在同一醫療群的醫療院所看病；而這些醫療照護提供者則透過推動預防保健與衛生教育等健康促進活動並提供更緊密的服務，好讓民眾身體更健康、減少看病；執行期間為民國101年1月1日至民國103年12月31日。



## 第二節 健康促進之探討

### 一、健康促進的定義

1986年世界衛生組織（World Health Organization, WHO）在「渥太華憲章」中對健康促進的定義是使人們能夠強化其掌控並增進自身健康的過程，也指出健康促進有五大行動綱領，分別為（1）訂定健康的公共政策：衛生與非衛生部門制定公共政策時，都必須接受健康促進的責任，考量政策對健康的影響；（2）創造有利健康的環境：人與環境之間存在密切的關係，因此不但要愛護大自然，社區之間亦應相互關懷，提供安全與滿足的工作環境，以及系統評估環境變遷對健康的影響；（3）強化社區行動：健康促進必須透過有效的社區發展與社區參與，包括優先次序訂定計畫與執行；（4）發展個人技巧：經由健康教育與資訊傳播，使人們得以學習生活技巧，為其人生各階段做準備，包括慢性疾病與傷害之調適；（5）調整醫療服務的方向：醫療服務不能再侷限於臨床治療，必須擴及健康促進，提供以人為中心，包括生理、心理、社會等全方位之完整性照護（WHO, 1986）。

學者 Tannahill 認為健康促進是指經由衛生教育、疾病預防和健康保護等方面（圖 2-1），同時為增加正向健康和降低負向健康所做的努力（Tannahill, 1985, 2009）。美國健康促進雜誌發行人 O'Donnell 強調健康促進是協助民眾改變其生活型態，是朝向最理想健康邁進的科學與藝術（O'Donnell, 1986, 2009）。學者 Green 指出健康促進不是改變個人行為這麼簡單，而是使人們對健康決定因素增進掌握的增強過程（Green, 2001）。學者 Anderson 認為健康促進是指將衛生教育與為了增進和保護健康而設計的組織、政治及經濟等介入方案結合，以利於有益健康的行為和環境適應（Mary Fraser & Anne Fraser, 2001）。另外也有學者表示健康促進必須均衡的包含公平公正、衛生政策、社

區介入、醫療服務路徑以及社會安康 (Bunton & Macdonald, 2002; Enthoven & Vorhaus, 1997; Irvine, 2009; Kickbusch, 1986)。簡單來說，健康促進就是民眾為了過更健康的生活而從事有益健康的活動，其內容包括營養、菸酒、藥物控制、家庭計畫、體適能、心理健康等。

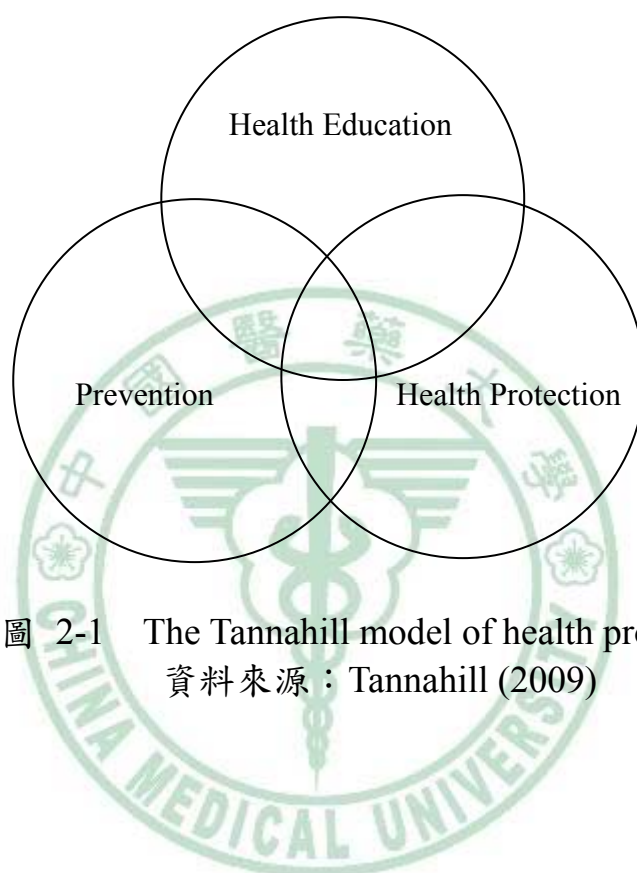


圖 2-1 The Tannahill model of health promotion  
資料來源：Tannahill (2009)

## 二、健康促進模式

Pender 在 1987 年提出的健康促進模式 (Health Promotion Model, HPM) 指出人口特性、社交互動、環境等修飾因素 (modify factors)，皆會影響個人對健康的認知 (cognitive-perceptual factors)，而其認知會影響個人有無健康促進行為 (cues to action) (圖 2-2) (Ratner, Bottorff, Johnson, & Hayduk, 1994)。

其後 Pender 於 1996 年又提出健康促進行為修正模式，包含三個構面：個人特質及經驗 (individual characteristics and experience)、行為特性的認知及情感 (behavior-specific cognitions and affect)、行為結果 (behavior outcome)，指出每個人特性和經驗皆會影響後續行為，而這些個人特質和經驗可以藉由護理照護來調整，最終目的是希望以健康促進行為當作結果，而這個結果理應改善人的健康、加強身體功能及有更好的生活品質 (圖 2-3) (Pender, 2012)。此模式的理論基礎與主要構面定義如表 2-1。

許多學者研究亦表示人口特性包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、職業、親友罹病等變項對健康狀況有直接影響，也與健康行為有不同程度的相關性 (Irvine, 2009; Ratner et al., 1994; 李蘭、黃美維、陸均玲、潘伶燕、李隆安、鄧肖琳, 1995; 季瑋珠、符春美, 1992)。

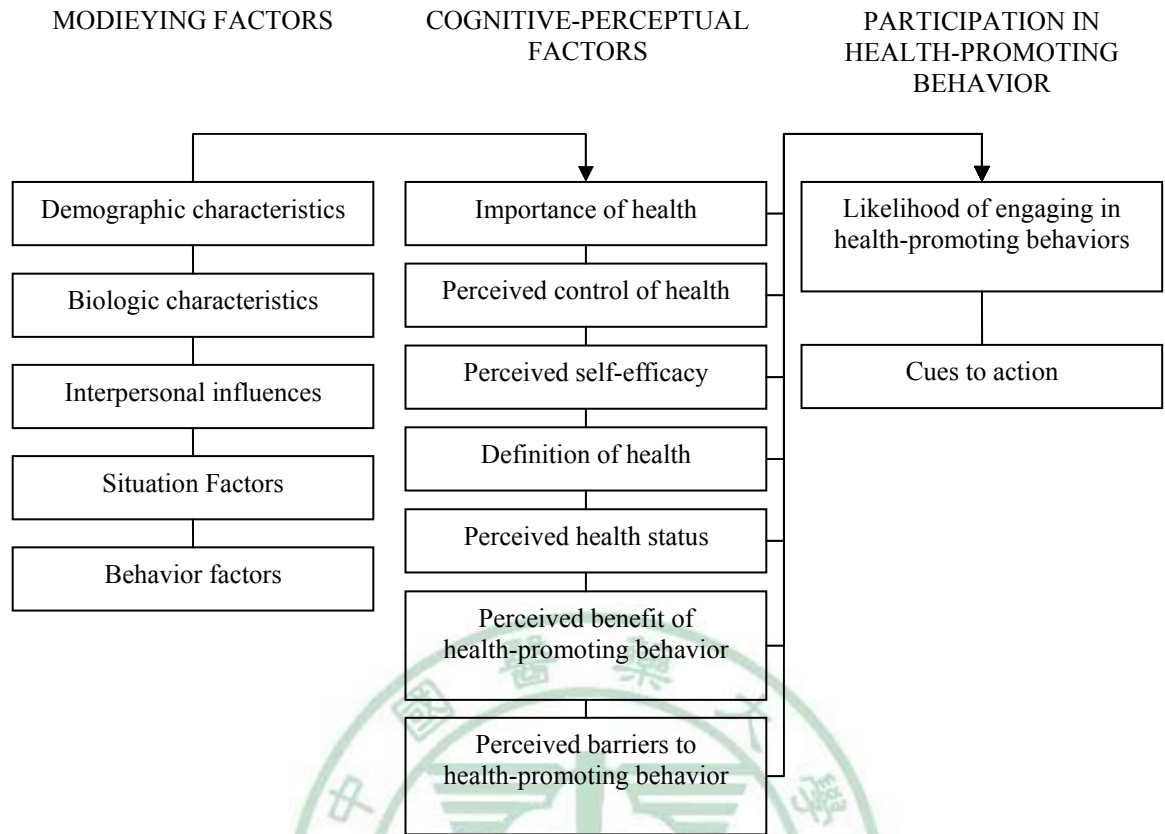


圖 2-2 Health Promotion Model(1987)

資料來源：Ratner, Bottorff, Johnson & Hayduk (1994)

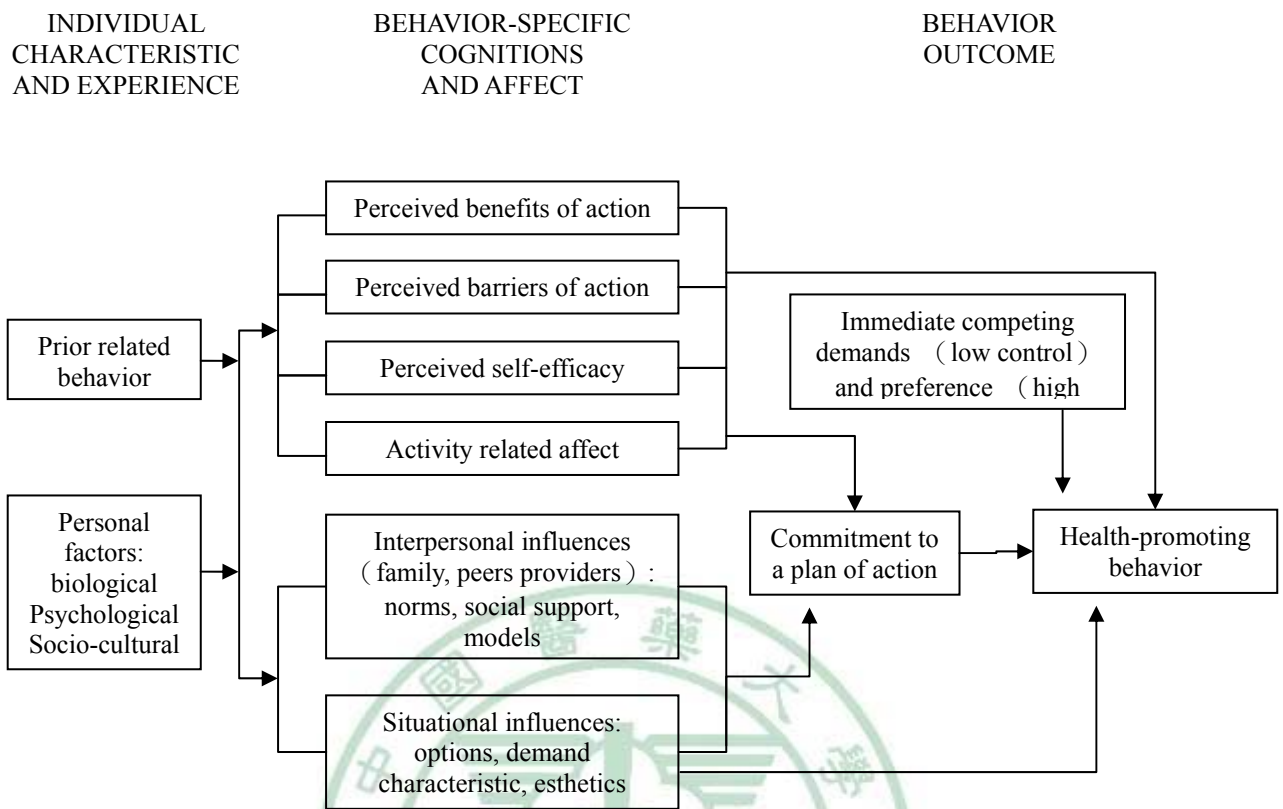


圖 2-3 Health Promotion Model(1996)

資料來源：Pender (2012).

表 2-1 健康促進模式之理論基礎及主要構面定義

理論基礎	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 先前的行為、遺傳（如性格）、習慣會影響其對健康促進行為的看法及感覺。</li> <li>2. 人的行為來自於他們預期從中取得的個人價值利益。</li> <li>3. 自覺障礙會限制行動，是行為與實際行動的調節因子。</li> <li>4. 執行某項行為的自覺能力和自我效能會增加採取行動的承諾和實際行為成效的可能性。</li> <li>5. 較強烈的自覺自我效能可以減少從事健康行為的自覺障礙。</li> <li>6. 對行為的正向感受會產生較強自知覺自我效能，而較強的自覺自我效能會增加正向感受。</li> <li>7. 當對行為的正向感受增加，採取行動的承諾可能性也會增加。</li> <li>8. 較於其他有同樣行為的人有顯著成效時，人會較願意從事健康促進行為。</li> <li>9. 家庭、同儕、醫療照護提供者是人際影響力的重要來源，會增加會減少健康促進的行動承諾及執行。</li> <li>10. 情境影響在外部環境中會增加或減少健康促進行為的行動承諾或參與。</li> <li>11. 對行動的承諾越高，健康促進行為越可能長時間維持。</li> <li>12. 對立即競爭性需求及喜好的需求低時，行動承諾不太會影響行為。</li> <li>13. 當其他行為較具吸引力時，行動承諾不太會影響行為，而是會更喜歡新的行為。</li> <li>14. 人會改變其認知、情感、人際關係及環境去創造健康促進行為的動機。</li> </ol>				
構面定義	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="359 1111 539 1361" style="width: 20%;">個人特質及經驗</td> <td data-bbox="539 1111 1410 1361"> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 先前相關行為：為一項行為的因素，具有直接及間接的效用，其個體感受與自我效能是一致的，先前相關行為的成功或失敗會影響到未來採取相關行為與否。</li> <li>* 個人因素：包含生物因素（如年齡、性別、BMI）、心理因素（如自尊、自我激勵、自覺健康狀況）、社會文化因素（如種族、社經地位）。</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="359 1361 539 1982">行為特性的認知及情感</td> <td data-bbox="539 1361 1410 1982"> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 自覺行動利益：預期健康行為會產生的正向結果。</li> <li>* 自覺行動障礙：預期、想像從事健康行為的成本及障礙。</li> <li>* 自覺自我效能：從事健康促進行為的個人能力判斷，知覺自我效能會影響知覺行動障礙，故知覺自我效能越高，則從事健康行為的知覺行動障礙越低。</li> <li>* 活動相關感受：行為前、中、後的正面及或負面感受是基於行為本身的刺激，而感受會影響自覺自我效能，正面感受越多，自覺效能越高，而越高的自覺自我效能可以產生更多正向感受。</li> <li>* 人際影響力：包括 1.標準規範，如來自他人的期望 2.社會支持，如工具或情緒上的支持 3.典範，指透過觀察他人的學習，通常來自於家人、同儕、醫療照護提供者。</li> <li>* 情境影響力：個體對情境的感受認知會促進或阻礙行為的產生，若個體對事件的感受情緒是正向的會比較可能去執行。</li> </ul> </td> </tr> </table>	個人特質及經驗	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 先前相關行為：為一項行為的因素，具有直接及間接的效用，其個體感受與自我效能是一致的，先前相關行為的成功或失敗會影響到未來採取相關行為與否。</li> <li>* 個人因素：包含生物因素（如年齡、性別、BMI）、心理因素（如自尊、自我激勵、自覺健康狀況）、社會文化因素（如種族、社經地位）。</li> </ul>	行為特性的認知及情感	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 自覺行動利益：預期健康行為會產生的正向結果。</li> <li>* 自覺行動障礙：預期、想像從事健康行為的成本及障礙。</li> <li>* 自覺自我效能：從事健康促進行為的個人能力判斷，知覺自我效能會影響知覺行動障礙，故知覺自我效能越高，則從事健康行為的知覺行動障礙越低。</li> <li>* 活動相關感受：行為前、中、後的正面及或負面感受是基於行為本身的刺激，而感受會影響自覺自我效能，正面感受越多，自覺效能越高，而越高的自覺自我效能可以產生更多正向感受。</li> <li>* 人際影響力：包括 1.標準規範，如來自他人的期望 2.社會支持，如工具或情緒上的支持 3.典範，指透過觀察他人的學習，通常來自於家人、同儕、醫療照護提供者。</li> <li>* 情境影響力：個體對情境的感受認知會促進或阻礙行為的產生，若個體對事件的感受情緒是正向的會比較可能去執行。</li> </ul>
個人特質及經驗	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 先前相關行為：為一項行為的因素，具有直接及間接的效用，其個體感受與自我效能是一致的，先前相關行為的成功或失敗會影響到未來採取相關行為與否。</li> <li>* 個人因素：包含生物因素（如年齡、性別、BMI）、心理因素（如自尊、自我激勵、自覺健康狀況）、社會文化因素（如種族、社經地位）。</li> </ul>				
行為特性的認知及情感	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 自覺行動利益：預期健康行為會產生的正向結果。</li> <li>* 自覺行動障礙：預期、想像從事健康行為的成本及障礙。</li> <li>* 自覺自我效能：從事健康促進行為的個人能力判斷，知覺自我效能會影響知覺行動障礙，故知覺自我效能越高，則從事健康行為的知覺行動障礙越低。</li> <li>* 活動相關感受：行為前、中、後的正面及或負面感受是基於行為本身的刺激，而感受會影響自覺自我效能，正面感受越多，自覺效能越高，而越高的自覺自我效能可以產生更多正向感受。</li> <li>* 人際影響力：包括 1.標準規範，如來自他人的期望 2.社會支持，如工具或情緒上的支持 3.典範，指透過觀察他人的學習，通常來自於家人、同儕、醫療照護提供者。</li> <li>* 情境影響力：個體對情境的感受認知會促進或阻礙行為的產生，若個體對事件的感受情緒是正向的會比較可能去執行。</li> </ul>				



表 2-1 健康促進模式之理論基礎及主要構面定義（續）

構面定義	行為結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 採取行動的承諾：擬定預計採取的健康行為之計畫策略。</li> <li>* 立即競爭性需求及喜好：競爭性需求是指因環境慶況而對需求控制能力低，如家庭照顧責任；競爭性喜好是指對選擇的控制能力高，如吃蘋果當早餐。</li> <li>* 健康促進行為：理想健康、滿足個人成就等正向健康結果。</li> </ul>
------	------	---

資料來源：本研究翻譯整理自 Pender (2012)



### 三、健康促進生活方式及相關研究

健康促進廣泛且強而有力的促使人們改變健康相關行為的策略，除了環境支持外，形成良好的健康生活方式也是它的目標。Walker, Volkan, Sechrist 和 Pender 針對健康促進生活方式之評估項目分六個構面探討，分別為（1）自我實現：包含生活有目的、朝個人目標發展等（2）健康責任：包含注意自己健康、參加有關健康保健的活動等（3）運動：能從事有規律性的活動，如每周至少運動 3 次且每次 30 分鐘以上（4）營養：包含日常飲食、食物的選擇（5）人際支持：指能發展社會支持系統，如有親密的人際關係（6）壓力處理：能找到放鬆自己、減輕壓力的方法（Walker, Volkan, Sechrist, & Pender, 1988; 姜逸群，2006）。也就是說，健康促進生活方式是指個人以健康促進為導向來達到更健康狀態所做的主動行為。

健康促進生活方式在具體實現的部分，可以從政府計畫以及許多研究看到。我國在 1999 年由國民健康局辦理「社區健康營造計畫」，說明健康營造應逐步涵蓋健康促進的整合，強調公共衛生三段五級的預防，以改變民眾不良的就醫習性及對健康的錯誤認知，期望依社區民眾的健康需求，透過民眾和醫療專業人員的共同參與擴大健康議題並推動整合性社區健康照護（林秀娟、蕭淑珍、林美智，2005; 國民健康局，1997）。也就是說社區健康促進介入是指藉由民眾參與的過程，使資源提供者與一般民眾共同配合，配合社區需求發展是用當地社區的活動以解決社區健康上的問題。

通常醫護團隊會結合學校、醫院、衛生所的力量，藉由疾病篩檢、衛生教育講座、健康諮詢、疾病追蹤與控制等許多方式參與社區健康促進。台大醫療體系的鹿谷社區醫療群策劃祈福晚會撫慰震災居民心靈，舉辦慢跑健身運動促進民眾身體健康，藉由深入家庭訪視對心理

受創及行動不便的災民提供醫療服務（邱泰源，2001）。門諾醫院於花蓮秀林鄉實施社區醫療照護計畫，在介入村落設置診站，藉整合門諾醫院的醫護專業人員及社工發展社區醫療團隊，提供預防保健與衛生教育服務，以達成改變居民衛生習慣與生活型態的目標（李奕慧、尤瑞鴻、項秋梅，2001）。陳銘樹等人針對桃園縣六個鄉鎮進行巡迴醫療活動，探討提供醫療服務是否有助於提升社區健康營造，研究發現參與巡迴醫療之民眾較重視健康，並且能夠利用巡迴醫療達到增進健康的目的（陳銘樹、魏慶國、黃曉令、吳潔瑜、黃莉蓉，2006）。台南市長榮里里長潘美純藉「長青食堂」、「關懷問安」、「健康管理站」等老人社區照顧計畫，了解及實際掌握社區老人生活作息、就醫習慣，並適時引入健康議題其相關藝文活動，使社區老人能充分利用既有的社區環境來從事健康促進活動，藉由社區的協助獲得正確醫療資訊並從事健康自我管理與適切的醫療照護轉介（潘美純，2010）。

此外，健康概念、健康價值觀、自覺健康狀況、同儕支持、家庭環境、壓力處置、營養、運動、自我實現、安全行為（如繫安全帶）、危害健康行為（如抽菸酗酒）在健康促進生活型態中亦扮演重要的影響因素（Walker et al., 1988; 胡益進，2009; 陳昭伶、陳政友、羅會丹，2009）。

除了改變民眾不良的就醫習性及對健康的錯誤認知外，有研究表示健康促進介入對健康狀況有正面的影響。糖尿病健康促進計畫介入後，民眾生理指標測量分數較低，生活品質較好（周美珍，2006）；有長期性的飲食和運動處方介入對肌耐力、柔軟度、身體質量指數、血壓、血脂等健康狀況等評量有顯著的改善（黃國儀、張家銘，2007）；健走運動介入有助於提升社區中老年人的身體活動量，進而改善心血管疾病之危險因子及生活品質（巫靜怡，2009）。

從以上文獻探討中，我們可以發現政府及醫療團隊推行健康促進用意在於增進及維持民眾身體健康，而有一些國家（採用論人計酬制度或總額預算制度的國家）則認為藉由健康促進介入提升民眾健康觀念和健康促進態度也包含對控制醫療費用上漲的需求（Macdonald, Veen, & Tones, 1996）。台灣亦針對增進民眾健康與醫療費用的控制問題做了許多健保制度上的變革，目前進行的論人計酬試辦計畫區域整合模式中某一承辦醫療團隊即是採用健康促進社區介入的方式，期望可以改變民眾健康促進知識、態度與行為，如果能同時改善民眾健康狀況，則更能有效的控制醫療費用。



### 第三節 知識、態度及行為之相關研究

Gumucio 等人(2011)曾指出，知識(knowledge)、態度(attitude)及行為(practice)的研究可以帶來的資訊包括(1)了解其情況以確認或推翻已知假設，提供現實情況新的觀點(2)加強特定主題的知識、態度及行為，確認哪些有關健康的議題已有執行(3)為未來評估建立參考值，並協助測量健康教育活動的有效性(4)依據地區特性及文化因素提出介入措施及規劃更適合的活動，知識、態度及行為的定義整理如下(Gumucio et al., 2011)，表 2-2 為 Gumucio 等人對知識、行為的定義。Naylor (2011)也曾表示，知識、態度及行為的調查可提供的訊息包括(1)社區優先考量的議題為何(2)對目前有關公共衛生的健康議題的知識(3)有關公共衛生議題的態度(4)為預防保健所做的行為(Naylor, 2011)。

欲達到改變行為的成效，首先民眾必須明白該議題意義並評估議題與自身的關聯性，思考改變行為可能需要的知識、成本及可能帶來的益處，假如民眾能夠了解這些訊息，則有可能採取正向態度(Macdonald et al., 1996)。

表 2-2 知識、態度、行為(KAP)之定義

	定義	舉例
知識	指對事物的了解、認知、觀念，也是一個人的思想能力和感知方法。儘管健康行為知識被認為是有益的，但不代表會從事該行為。	抽菸有害健康？ 是、否、不知道
態度	態度沒法像行為一樣可以直接觀察，它是一種生存方式、一種定位、一種傾向，是情境與情境反應的中介變項，可以用來解釋受到某種事物刺激而產生的可能的行為。	當你察覺抽菸正在對你的身體造成傷害，你會減量甚至戒菸？ 同意、不同意
行為	個人對事情反應看的見的、具體的行動。	你有抽菸？是、否

資料來源：本研究翻譯整理自 Gumucio, Merica, Luhmann, Fauvel, Zompi, Ronsse, Axelle, . . . Monde (2011).

自以上學者的觀點得知，良好的生活方式建立大部分和環境有關，但大多數取決於個人意識，也就是說即便有了知識和採取健康行為的態度，並不表示一定會產生健康行為。儘管如此，仍有不少相關研究可以證實知識、態度及行為之間存在某種程度的相關性。阿里山鄒族營養知識與態度呈正相關（黃韶顏，1999）；中部地區高中（職）生營養知識與態度及行為任兩者呈顯著正相關（黃美惠，2001）；家長的口腔衛生知識及態度、口腔衛生知識與行為及口腔衛生態度及行為三者間皆呈顯著相關（黃耀慧、胡騰蔚、高森永、季麟揚、姚振華，2006）；國軍健康知識及健康態度對健康行為有顯著影響（徐夢竹、孔繁文、蔡文勳，2008）；食品處理者對食品相關衛生的知識、態度與行為任兩者皆有顯著相關性（Abdul-Mutalib et al., 2012）。

知識、態度及行為理論也被用來評估在特殊介入措施（如衛教講座）後，個人或一群人對某特定事情的知識、態度及行為的情形。例如營養教育介入後對阿里山鄒族原住民營養知識、態度、行為有顯著地改善，且任兩者呈正相關（黃韶顏，2000）；農夫在接受農藥相關教育訓練計畫後，在農藥使用安全的認知、態度和行為有所改變（Janhong, Lohachit, Butraporn, & Pansuwan, 2005）；健康促進計畫介入後，民眾社交情況、整體健康行為、健康責任、身體活動、營養、人際關係與壓力處理等方面有顯著增加（王美玲，2005）；糖尿病病人接受積極衛教後，對於控制病情的知識有所增加（Palaiian et al., 2006）；環境營養介入後，學生營養知識有部分增加，營養行為有改善且某些行為有顯著差異，但知識和行為間並沒有顯著相關，其原因可能是學生受廣告影響（章慶堅、胡雪萍，2006）；口腔衛教介入後，身心障礙機構照護者的口腔衛生知識和態度的改變皆有立即的顯著差異，潔牙次數及方法也有明顯的增加和改變（吳妮蓉、黃純德、鄭

雅愛、謝尚廷、蕭思郁、紀乃智、劉旻育，2007)；針對台南沿海 C 型肝炎高盛行地區社區組織運作之衛教介入後，該地區民眾對疾病防治知識、態度、行為意願與防治行為有明顯成效 (王琪珍、張定宗、張瑩如、林梅鳳，2003)；有機溶劑健康安全教育的計劃介入後，員工對操作有機溶劑的安全認知及健康意識有所增加，但行為並沒有因為知識的增加而改變，反而是受同儕及工作經驗影響 (Ruslan, Hashim, Ismail, Naing, & Nordin, 2010)；職場健康促進介入後，年資短、教育程度低、來自鄉村及尚未受訓的私人企業員工在職業病風險的認知、態度、行為皆明顯增加 (Cai, Chen, Xu, Shi, & Xia, 2011)；預防老人跌倒計畫介入後，老人在「運動的好處」、「光線明亮的重要性」、「地毯的選擇」等知識有明顯增加，「參與跌倒傷害的知識訓練課程是必要的」、「適當的輔助工具可以預防跌倒傷害」等態度有顯著改進，在「我的身體狀況仍好」、「我的居住環境安全，不可能會跌倒」的信念有明顯下降，「每週規律運動」、「運動頻率」、「家中安裝防滑設施」、「預防跌倒行為<sup>1</sup>」等行為皆有明顯改善 (Zhang et al., 2012)；在營養教育的介入後，醫學院學生對營養照護的知識、態度及行為皆有所改變，該研究也發現態度與行為呈正相關 (Ray et al., 2012)。

由過去國內外研究皆可得知，民眾在衛教介入後，對於該衛教議題的知識、態度及行為有明顯的改變。

---

<sup>1</sup> 例如上下樓梯時緊握扶手。

## 文獻小結

綜合以上許多文獻，可以歸納以下幾點：

1. 論人計酬促使醫療院所在財務限制下思考長期下來的成本及臨床管理的好處，故醫療院所多採用健康促進的方式達到提供較有效率的服務、重視預防保健、促進民眾健康之目的。
2. 欲使健康生活社區化，不僅提供社區民眾可接受性、可近性、可用性的基層醫療服務為重要介入方法，同時也要有充分的社會支持及社區參與。
3. 提供健康相關的知識、教育及行為環境，透過改變民眾對健康的知識、態度及行為，能夠有效地提升民眾知識、態度及行為，以達到其照護成員健康的目的。
4. 論人計酬試辦計畫區域整合模式係以多種健康促進相關活動介入社區生活環境，希望透過活動教育民眾正確的健康知識並改變對健康的認知，進而引發正面的態度並執行健康促進行為。



## 第三章 研究設計與方法

### 第一節 研究架構

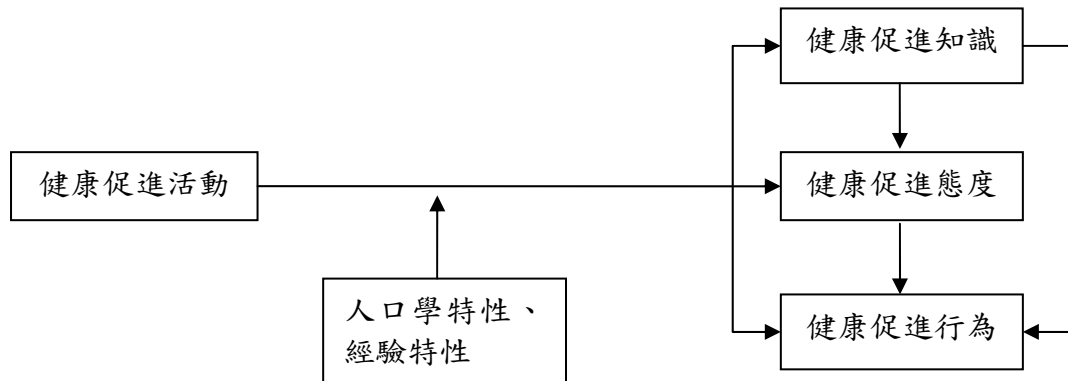


圖 3-1 研究架構

#### 研究假設

- 假設一：健康促進活動會影響民眾健康促進知識。
- 假設二：健康促進活動會影響民眾健康促進態度。
- 假設三：健康促進活動會影響民眾健康促進行為。

#### 介入措施

論人計酬試辦計畫中部某區域整合模式承辦單位與台中市東區衛生所、東區西醫基層醫療院所組成醫療團隊，並聯合東區鄰里辦公室建立健康照護推展中心，服務項目包含 24 小時健康諮詢專線、高齡友善關懷、遠端醫療照護、基層診所資源整合、家戶健康管理檔案、高資源耗用輔導等。此中心亦定期於台中市東區舉辦健康促進活動，活動主要內容包括健康管理站、癌症篩檢、義診與健康講座，另有慢性疾病衛教管理、維持社區生活環境（如掃地）、運動（如騎腳踏車）等。以上介入措施皆只針對台中市東區民眾，其他地區民眾（非論人計酬制下）則無法使用以上資源。

## 第二節 研究對象與抽樣方法

### 一、研究對象

行政院衛生署「全民健康保險論人計酬試辦計畫」區域整合模式中，中部某承辦單位以台中市東區為主要照護區域，提供社區民眾整合性照護。本研究對象係以2012年台中市東區內所有戶籍在保人口73,913人中18歲以上者為觀察組母群體，以其他地區一般民眾做為對照組。

### 二、抽樣方式

本研究使用便利抽樣進行取樣，觀察組由經過訓練的研究人員及志工於各里健康管理站、癌篩義診、健康講座等社區活動執行期間發放問卷，活動結束時收回；對照組於承辦醫院門診時段的門診區收案，訪員在徵求民眾同意後，經詢問了解其為非東區民眾，再進行問卷調查。問卷發放如遇民眾有識字方面問題，則以一對一訪問的方式進行。

### 三、研究問卷發放回收

本研究問卷收案於2012年10月31日結束，問卷發放共計727份，回收727份，東區有效問卷345份、非東區有效問卷290份，共計635份，有效回收問卷為87.34%。依據樣本計算公式及本研究收案比例，回推樣本回收觀察組應至少92份，對照組應至少77份，本研究樣本回收達最少個案數。

$$n_1 = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2/k) \left( Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}, n_2 = \frac{(k\sigma_1^2 + \sigma_2^2) \left( Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$k = \frac{n_2}{n_1} = \frac{345}{290} = 1.19$$

### 第三節 研究工具

#### 一、問卷設計

本研究採問卷調查方式進行資料收集，研究工具以結構式問卷為主。測量工具為參考民國91年衛生署國民健康局「台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查」問卷及李蘭等人（1995）「台灣地區成人的健康行為探討」之研究問卷，並針對論人計酬區域整合模式承辦醫療團隊之社區介入內容，自擬結構式問卷作為研究工具。本問卷包含個人基本資料部分22題、知識部分15題（包含2題反向題）、態度部分17題（包含2題反向題）、行為部分18題（包含4題反向題），共72題。

#### 二、效度分析

本研究問卷內容效度檢定（content validity index, CVI）採專家內容效度（專家名單如表 3-1），委請與研究主題相關之三位臨床專家及兩位研究學者，進行問卷內容之評定與修改，以建構測驗內容的完整性、適當性。經過兩次專家效度審查後，本研究問卷 CVI 值介於 0.81 到 0.96 之間，表示本研究問卷內容效度良好，適用於研究測量。

表 3-1 專家效度學者名單

姓名	現職
周思源	澄清綜合醫院平等院區院長
黃麗玲	澄清綜合醫院平等院區護理部主任
黃光華	中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班副教授
劉金明	澄清綜合醫院平等院區身心內科主任
謝淑惠	中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班副教授

（依照姓氏筆畫順序排列）

### 三、信度分析

本研究依變項分為三個構面，知識構面為二元變項，信度分析採用KR-20；態度與行為構面為序位變項，信度分析採用Cronbach's  $\alpha$  係數測量，內部一致的係數大於0.7表示具有良好信度。信度分析結果知識構面係數為0.732，態度構面係數為0.921，行為構面係數為0.876。

### 四、操作型定義

#### (一) 自變項操作型定義

過去文獻指出部份人口特性、環境因素及經驗皆會影響其健康促進行為 (Irvine, 2009; Pender, 2012; Ratner et al., 1994)，本研究自變項包括人口特性及經驗特性，其中性別、職業、家庭結構、婚姻狀況、居住區域、宗教信仰、長期用藥、個人疾病情形、家族疾病史等類別變項，及身體質量指數<sup>2</sup>、年齡、家庭月平均收入、教育程度、自覺健康狀況、與去年比自覺健康狀況、與同年齡人比自覺健康狀況、參與健康促進活動場次（健康管理站、癌篩義診、健康講座）及參與健康促進活動感受（健康管理站感受、癌篩義診感受及健康講座感受）等序位變項，變項操作型定義整理如表 3-2。

#### (二) 依變項操作型定義

本研究根據過去國民健康調查及國民健康局公告之健康促進相關資訊，並針對論人計酬區域整合模式試辦團隊的社區介入內容，設計相關題項包括社區生活環境、正確的就醫行為、部分慢性病（高血壓、高血膽固醇、心臟病、糖尿病、氣喘）預防保健、癌症篩檢及健康檢查、心理健康、飲食營養、運動等知識、態度及行為。知識構面

<sup>2</sup> 國民健康局定義身體質量指數 BMI=體重（公斤）/身高（公尺）<sup>2</sup>

每題以「正確」或「不正確」評量民眾對健康促進的認知程度，給予 1 或 0 分；態度構面每題以「非常不同意」至「非常同意」評量民眾對執行該行為的傾向程度，以李克特五分衡量尺度給予 1 至 5 分；行為構面每題以「從未如此」至「總是如此」評量民眾對該行為的落實頻率，以李克特四分衡量尺度給予 1 至 4 分，再以分數加總做為知識、態度及行為構面之得分，變項操作型定義整理如表 3-3。

表 3-2 自變項操作型定義

研究變項	操作型定義	變項屬性
<b>人口學特性</b>		
性別	女、男	類別
身體質量指數 (BMI)	(過輕) $BMI < 18.5$ 、(正常) $18.5 \leq BMI < 24$ 、(過重) $24 \leq BMI < 27$ 、(肥胖) $27 \leq BMI$	序位
年齡	18~24 歲、25~34 歲、35~44 歲、45~54 歲、55~64 歲、65 歲以上	序位
職業	無、資訊業、金融業、製造業、服務業、軍公教人員、農林漁牧業、家管、學生、其他	類別
家庭結構	獨居、與家人或親友同住、其他	類別
家庭月平均收入	少於 20,000 元、20,000~39,999 元、40,000~59,999 元、60,000~79,999 元、80,000~99,999 元、100,000 元以上	序位
婚姻狀況	未婚/單身、已婚、離婚、喪偶、其他	類別
教育程度	小學(含)以下、國中/初中、高中職、大學/專科、研究所以上	序位
居住區域	台中市東區、非台中市東區之其他區域	類別
宗教信仰	無信仰、一貫道、佛教、道教、回教、基督教、天主教、其它	類別
長期用藥	有、沒有	類別
個人疾病情形	有(高血壓、高血脂、心臟病、糖尿病、氣喘、中風、癌症、肝炎、慢性腎臟病、其它)、無	類別
家族疾病	有(高血壓、高血脂、心臟病、糖尿病、氣喘、中風、癌症、肝炎、慢性腎臟病、其它)、無	類別
<b>經驗特性</b>		
自覺健康狀況	很好、好、普通、差、很差	序位
與去年比自覺健康狀況	好很多、好一些、差不多、差一些、差很多	序位
與同年齡人比自覺健康狀況	好很多、好一些、差不多、差一些、差很多	序位

表 3-2 自變項操作型定義 (續)

研究變項	操作型定義	變項屬性
參與健康管理站場次	0 場、1 場、2 場、3 場、4 場 (含) 以上	序位
參與健康管理站感受	完全沒幫助、沒幫助、尚可、有幫助、非常有幫助	序位
參與癌篩義診場次	0 場、1 場、2 場、3 場、4 場 (含) 以上	序位
參與癌篩義診感受	完全沒幫助、沒幫助、尚可、有幫助、非常有幫助	序位
參與健康講座場次	0 場、1 場、2 場、3 場、4 場 (含) 以上	序位
參與健康講座感受	完全沒幫助、沒幫助、尚可、有幫助、非常有幫助	序位

表 3-3 依變項操作型定義

研究變項	操作型定義	變項屬性
<b>各題變項</b>		
知識：民眾對健康促進的認知程度	「正確」得 1 分、「不正確」得 0 分，反向題「正確」得 0 分、「不正確」得 1 分。	類別
態度：民眾對執行該行為的傾向程度	「非常同意」得 5 分、「非常不同意」得 1 分，反向題「非常同意」得 1 分、「非常不同意」得 5 分。	序位
行為：民眾對該行為的落實頻率	「從來沒有」得 1 分、「總是如此」得 4 分，反向題「從來沒有」得 4 分、「總是如此」得 1 分。	序位
<b>各構面變項</b>		
民眾健康促進知識	總分為各題回答得分之加總，分數越高表示認知程度越高，最低 0 分，滿分 15 分。	連續
民眾健康促進態度	總分為各題回答得分之加總，分數越高表示態度越佳，最低 17 分，滿分 85 分。	連續
民眾健康促進行為	總分為各題回答得分之加總，分數越高表示行為越頻繁，最低 18 分，滿分 72 分。	連續

## 第四節 資料分析方式

於 2012 年 10 月進行收案，測量結果以每題得分加總計算。研究資料所得以 SAS 9.2 版進行資料處理及統計分析。

### 一、描述性統計

以次數分布、百分比、平均值和標準差描述民眾基本特性及知識、態度、行為的答題情形。

### 二、推論性統計

以卡方及 t-test 分析健康促進社區介入後，民眾在健康促進知識、態度及行為上的差異；以 t-test 及 ANOVA 探討民眾基本特性對知識、態度、行為的影響；以複迴歸分析探討探討知識、態度、行為的相關影響因素。



## 第四章 研究結果

本研究結果分為：受訪者基本特性；民眾健康促進知識、態度、行為之差異性分析；民眾基本特性對健康促進知識、態度、行為之差異性分析及影響民眾健康促進知識、態度、行為之複迴歸分析。

### 第一節 受訪者基本特性分析

本研究回收有效樣本東區 345 份，非東區 290 份，受訪民眾基本特性包括居住區域、性別、身體質量指數、年齡、職業、家庭結構、家庭月平均收入、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、長期用藥、個人疾病情形、家族疾病史、自覺健康狀況、與去年比自覺健康狀況、與同年齡人比自覺健康狀況、參與健康促進活動場次（健康管理站、癌篩義診、健康講座）及參與健康促進活動感受（健康管理站感受、癌篩義診感受及健康講座感受）等，分布情形如表 4-1。

東區女性 209 人，男性 133 人；非東區女性 161 人，男性 129 人。東區民眾平均身體質量指數 23.52，非東區平均身體質量指數 24.90。東區民眾最老 97 歲，最年輕 19 歲，平均年齡 50 歲；非東區民眾最老 89 歲，最年輕 19 歲，平均年齡約 42 歲。

東區民眾職業以家管或無工作為主，分別佔 27.38%及 20.83%；非東區民眾職業以服務業與製造業為主，分別佔 30.18%及 15.79%。東區與非東區民眾與家人或親友同住者皆約 92%。東區民眾家庭月平均收入在六萬元以下者佔 70%，非東區民眾家庭月平均收入在六萬元以下者佔 52.78%。東區民眾未婚者約 17%，已婚者約 67%，離婚或喪偶者約 15%；非東區民眾未婚者約 30%，已婚者約 56%，離婚或喪偶者約 13%。東區民眾教育程度在高中職（含）以下者約 70%，非東區民眾教育程度在高中職（含）以下者約 55%。東區民眾信仰道



教者約34%，其次為信仰佛教者約28%；非東區民眾無信仰者約43%，信仰道教者約25%。

東區民眾有長期用藥者約32%，非東區民眾有長期用藥者約37%。東區民眾有慢性疾病者約40%，非東區民眾有慢性疾病者約36%。東區民眾有遺傳性疾病者約44%，非東區民眾有遺傳性疾病者約55%。東區民眾自覺健康狀況普通或良好者約86%，非東區民眾自覺健康狀況普通或良好者約76%。東區民眾自覺健康狀況與前一年相比差不多或較好者約74%，非東區民眾自覺健康狀況與前一年相比差不多或較好者約71%。東區民眾自覺健康狀況與同年齡人比差不多或較好者約80%，非東區民眾自覺健康狀況與同年齡人比差不多或較好者約72%。

東區民眾參加過至少三場健康管理站者約45%，覺得參加健康管理站對健康促進有幫助者約72%；非東區民眾參加過至少三場健康管理站者約13%，覺得參加健康管理站對健康促進有幫助者約38%。東區民眾參加過至少三場癌篩義診者約27%，覺得參加癌篩義診對健康促進有幫助者約69%；非東區民眾參加過至少三場癌篩義診者約4%，覺得參加癌篩義診對健康促進有幫助者約51%。東區民眾參加過至少三場健康講座者約34%，覺得參加健康講座對健康促進有幫助者約60%；參加過至少三場健康講座者約8%，覺得參加健康講座對健康促進有幫助者約34%。

## 第二節 民眾健康促進知識、態度及行為分析

本研究問卷主要分為知識、態度、行為三個構面進行，內容包含民眾對環境重要性、正確的就醫觀念、用藥安全、疾病預防與控制、良好的生活習慣等，此節以次數、百分比、卡方及 t-test 進行分析，分析結果如下。

知識構面回答「正確」者得 1 分，回答「不正確」者得 0 分，反向題則相反，滿分 15 分。東區民眾的健康促進知識平均 13.79 分，非東區民眾的健康促進知識平均 13.05 分，表 4-2 為呈現有正確知識者之分布結果。整體而言，東區民眾健康促進認知程度優於非東區民眾，東區民眾在「轉診觀念」、「遵從醫囑」及心臟病、糖尿病、早期治療、精神病等「疾病預防與控制」等有正確知識者比例明顯較非東區民眾高 ( $p < 0.05$ )。反向題部分，東區民眾對於「氣喘」有正確知識者比例低於非東區民眾，但不顯著 ( $p = 0.382$ )。東區與非東區民眾對於「運動可預防跌倒」有正確知識者比例皆低於 50%，其中東區民眾有正確知識者比例較高，但不顯著 ( $p = 0.760$ )。

態度構面回答「非常同意者」得 5 分、「非常不同意」者得 1 分，反向題則相反，滿分 85 分。東區民眾的健康促進態度平均 70.25 分，非東區民眾的健康促進態度平均 65.15 分，表 4-3 為呈現民眾執行該行為的傾向程度。整體而言，東區民眾健康促進態度優於非東區民眾，東區民眾在「轉診觀念」、「遵從醫囑」、「疾病預防與控制」、「均衡飲食」、「運動」及「參與健康相關活動」等態度明顯較非東區民眾佳 ( $p < 0.05$ )。反向題部分，東區民眾對於「使用非醫師開立之處方箋」的態度明顯較非東區民眾差 ( $p < 0.05$ )。

行為構面回答「總是如此」者得 4 分、「從未如此」者得 1 分，反向題則相反，滿分 72 分。東區民眾的健康促進行為平均 52.76 分，

非東區民眾的健康促進行為平均 47.87 分，表 4-4 為呈現民眾在行為上的執行頻率。整體而言，東區民眾健康促進行為執行頻率大於非東區民眾，東區民眾在「環境重要性」、「轉診觀念」、「遵從醫囑」、「疾病預防與控制」、「均衡飲食」、「運動」、「參與衛生教育課程」等行為執行頻率明顯大於非東區民眾 ( $p < 0.05$ )。



### 第三節 民眾基本特性對健康促進知識、態度及行為之影響

本節以 t-test 及 ANOVA 探討民眾基本特性於健康促進知識、態度、行為上的差異，事後檢定採 Scheffe 法，分析結果如下。

民眾基本特性與健康促進知識雙變項分析中，如表 4-5 所示，居住區域、性別、身體質量指數、職業、家庭平均月收入、教育程度、宗教信仰、長期用藥與否、自覺健康狀況、與去年比自覺健康狀況、與同年齡人比自覺健康狀況、參與健康促進活動場次及參與健康促進活動之感受等基本特性於個人對健康促進的認知程度上呈顯著差異 ( $p < 0.05$ )。在比較各組差異部份，東區民眾認知程度顯著高於非東區民眾；女性認知程度顯著高於男性；身體質量指數小於 24 者認知程度顯著較高；職業為家管者認知程度顯著高於無職業者；家庭月平均收入為二至四萬者認知程度顯著高於六至八萬者；教育程度為大學或專科者認知程度顯著高於高中職者；無長期用藥者認知程度顯著高於有長期用藥者；自覺健康狀況良好者認知程度顯著較高；與同年齡人比自覺健康狀況較好者認知程度顯著較高；參與健康管理站四場以上者認知程度顯著高於未參加者；參與健康講座兩場以上者認知程度顯著較高；認為參與健康相關活動有幫助者認知程度顯著較高。

民眾基本特性與健康促進態度雙變項分析中，如表 4-6 所示，居住區域、性別、身體質量指數、職業、家庭月平均收入、婚姻狀況、宗教信仰、長期用藥與否、自覺健康狀況、與去年比自覺健康狀況、與同年齡人比自覺健康狀況、參與健康促進活動及參與健康促進活動之感受等基本特性於個人對執行健康促進行為的態度上呈顯著差異 ( $p < 0.05$ )。在比較各組差異部份，東區民眾態度顯著優於非東區民眾；女性態度顯著優於男性，身體質量指數小於 24 者態度顯著較佳；職業為家管者態度顯著優於製造業或無職業者；家庭月平均收入為二

至四萬元者態度顯著較佳；信仰佛教者態度顯著優於無信仰者；無長期用藥者態度顯著優於有長期用藥者；自覺健康狀況良好者態度顯著較佳；與去年比自覺健康狀況較好者態度顯著優於自覺健康狀況較差者；與同年齡人比自覺健康狀況較好者態度顯著較佳；參與健康管理站四場以上者態度顯著較佳；參與健康講座三場以上者態度顯著較佳。認為參與健康相關活動有幫助者態度顯著較佳。

民眾基本特性與健康促進行為雙變項分析中，如表 4-7 所示，居住區域、性別、身體質量指數、職業、家庭平均月所得、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、自覺健康狀況、與去年比自覺健康狀況、與同年齡人比自覺健康狀況、參與健康促進活動及參與健康促進活動之感受參與健康相關活動之感受等基本特性於個人健康促進行為執行頻率上呈顯著差異 ( $p < 0.05$ )。在比較各組差異部份，東區民眾執行頻率顯著高於非東區民眾；女性執行頻率顯著高於男性；身體質量指數為 18.5 至 24 者執行頻率顯著高於指數大於 27 者；喪偶者執行頻率顯著高於離婚者；教育程度為研究所以上者執行頻率顯著高於國中或高中職者；信仰佛教者執行頻率顯著高於無信仰者；自覺健康狀況良好者執行頻率顯著較高；與去年比自覺健康狀況較好者執行頻率顯著較高；與同年齡人比自覺健康狀況較好者執行頻率顯著較高；參與健康相關活動二場以上者執行頻率顯著較高；認為參與健康相關活動有幫助者執行頻率顯著較高。

#### 第四節 影響民眾健康促進知識、態度及行為之相關因素

在文獻探討中提過民眾基本特性會影響個人對健康的認知，進而影響個人是否有健康促進行為，本節以複迴歸探討民眾基本特性與健康促進知識、態度、行為間的相關性。本研究先以逐步複迴歸分析影響民眾健康促進知識、態度、行為之顯著相關因素，最後進入模式的變項為區域、性別、家庭月平均收入、教育程度、與同年齡人比自覺健康狀況、參與健康管理站、參與健康管理站感受、參與健康講座及參與健康講座感受，並將「年齡」強迫進入模式中當自變項，分析結果如下。

迴歸模式一（表 4-8）中，依變項為民眾健康促進知識。在控制其他變項之下，民眾居住區域、性別、教育程度為大專或專科及參與健康講座感受對健康促進知識有顯著影響（ $p < 0.05$ ）。東區民眾認知程度高於非東區者民眾（ $\beta = 0.348$ ）、男性認知程度顯著低於女性（ $\beta = -0.254$ ）、教育程度為大學或專科者認知程度顯著高於教育程度為國小（含）以下者（ $\beta = 0.696$ ）、認為參與健康講座幫助程度愈多者認知程度顯著愈高（ $\beta = 0.295$ ）。

為探討知識與態度間的相關性，迴歸模式三（表 4-10）為迴歸模式二（表 4-9）加入「知識」做為自變項，依變項為民眾健康促進態度。在控制知識及其他變項之下，民眾健康促進知識、家庭月平均收入四至六萬者、教育程度為高中職者、參與健康管理站感受及參與健康講座感受對健康促進態度有顯著影響（ $p < 0.05$ ）。健康促進知識認知程度愈高者態度顯著愈佳（ $\beta = 2.573$ ）；家庭月平均收入為四至六萬元者態度較家庭月平均收入顯著少於兩萬元者差（ $\beta = -2.704$ ）；教育程度為高中職者態度較教育程度為國小（含）以下者佳（ $\beta = 2.704$ ）；感覺參與健康管理站及健康講座愈有幫助者態度顯著愈佳（ $\beta = 1.985$ ，

$\beta=2.975$ )。自表 17 及表 18 可得知，在控制知識前，東區民眾態度比非東區民眾明顯較佳 ( $\beta=1.502, p<0.05$ )；在控制知識後，兩群民眾態度則無明顯差異，但東區民眾態度仍有較佳的傾向 ( $\beta=0.608, p=0.511$ )。

為進一步探討知識、態度及行為間的相關性，迴歸模式五 (表 4-12)、迴歸模式六 (表 4-13)、迴歸模式七 (表 4-14) 為迴歸模式四 (表 4-11) 分別加入「知識」及「態度」做為自變項，依變項為民眾健康促進行為。在控制知識、態度及其他變項之下，民眾健康促進態度、居住區域、性別、家庭月平均收入為八至十萬元者、與同年齡人比自覺健康狀況、參與健康管理站及參與健康講座對健康促進行為有顯著影響 ( $p<0.05$ )。民眾健康促進態度愈佳者執行頻率顯著愈大 ( $\beta=0.303$ )；東區民眾執行頻率顯著大於非東區民眾 ( $\beta=1.326$ )；男性執行頻率顯著小於女性 ( $\beta=-2.007$ )；家庭月平均收入為八至十萬元者執行頻率顯著大於收入少於兩萬元者 ( $\beta=4.142$ )；與同年齡人比自覺健康狀況愈好者執行頻率顯著愈大 ( $\beta=1.482$ )；參與健康管理站及健康講座場次愈多者執行頻率顯著愈大 ( $\beta=0.945, \beta=0.548$ )。

## 第五章 討論

本章探討論人計酬試辦計畫實施一年後，以一般民眾做為對照組，討論台中市東區民眾與非東區民眾健康促進知識、態度、行為之情形差異以及影響因素。

### 第一節 民眾健康促進知識、態度及行為

過去許多研究顯示在特殊介入措施如衛教講座後，個人或一群人對某特定事情的知識、態度及行為會有所改變 (Janhong et al., 2005; Ray et al., 2012; Ruslan et al., 2010; Zhang et al., 2012)。故本研究預期論人計酬試辦團隊進行社區介入後，東區民眾有較正確的健康促進知識、較良好的健康促進態度以及較頻繁的健康促進行為。

經問卷調查後發現，在健康促進知識方面，整體而言東區民眾知識有明顯較高 (東區 13.79 分，非東區 13.05 分)，於「轉診觀念」及「遵從醫囑」有正確知識者分別為 95.52%及 95.82%，皆明顯比非東區民眾有較正確的認知 (87.54%及 82.01%)；而心臟病、糖尿病、精神病與疾病治療等「疾病預防與控制」方面有較正確認知的結果與過去衛教介入對疾病預防控制的成效相似 (Palaiian et al., 2006)。本研究認為東區民眾有較正確的轉診觀念，可能是因為論人計酬試辦團隊和當地醫療提供者的緊密合作，使得當地醫療提供者除了和試辦團隊有完整的轉診服務外，同時也教育民眾正確的就醫觀念。此外，本研究推測東區民眾有較正確的疾病預防保健知識與論人計酬試辦團隊於該地區辦理多場健康講座、衛教宣導及健康管理站有關。但對於「運動可預防跌倒」的知識，少於 50%的民眾有正確知識 (表 4-2)，表示對運動的知識明顯不足，未來可以針對這方面的教育加強。



在健康促進態度方面，從複迴歸結果（表 4-9、表 4-10）來看，當單純討論兩群民眾的態度差異時，東區民眾態度較非東區民眾佳（ $\beta=1.502$ ）；若把知識程度加入討論，控制知識程度後則兩群民眾在態度上則無差異（ $\beta=0.608$ ），但是知識程度愈高者，態度有較佳的傾向（ $\beta=2.573$ ）。這意味者民眾的健康促進態度受到了知識影響，而東區民眾之所以有較好的健康促進態度是由於其知識程度較高的緣故。過去 Ehiri、Morris 和 McEwen 等學者也表示個人態度深受知識影響，同時亦指出大量的資訊可以改變態度（Ehiri, Morris, & McEwen, 1997）。從表 4-3 亦可看到，東區民眾於「轉診觀念」、「遵從醫囑」、「疾病預防與控制」、「均衡飲食」、「運動」等方面的知識較高者，這些方面的態度也明顯較非東區民眾佳，與過去研究表示知識和態度成正相關的結果一致（Abdul-Mutalib et al., 2012; Cai et al., 2011; Ehiri et al., 1997; Janhong et al., 2005）。但東區民眾在「使用非醫師開立之處方箋」的態度上明顯較非東區民眾差（東區平均 3.65 分，非東區平均 3.96 分），故將來衛教宣導應加入有關安全用藥的議題。於是，本研究認為欲維持甚至改善民眾的態度，論人計酬試辦團隊應持續辦理衛教講座，盡可能提供全方位的健康促進知識，以影響其健康促進態度。

論人計酬試辦團隊以提倡健康促進生活型態進行社區介入，最終目的便是希望以健康行為當作結果，並希望此結果可以改善人的健康、加強身體功能及有更好的生活品質。在健康促進行為方面，東區民眾於運動、營養、壓力處理等行為方面執行較多（表 4-4），在問卷訪查時亦得知以上行為均由民眾主動採取，與學者對健康促進生活方式之評估項目定義相符（Walker et al., 1988; 姜逸群, 2006）。根據迴歸模式六（表 4-12）顯示知識程度愈高者，健康促進行為愈頻繁，因

此推測東區民眾在健康促進行為上有較好的表現，可能與論人計酬試辦團隊於該地區辦理多場健康講座，教導民眾健康促進生活態有關。推測民眾接收到健康促進知識後，了解改變行為對健康促進生活的益處，進而增加其健康促進行為。在身體功能的健康狀況方面，東區民眾表示自覺健康狀況較好的比例較高（表 4-1），推測與東區民眾參與論人計酬試辦團隊所辦理的健康管理站及義診有關，故在此期間的疾病管理控制下，健康狀況有改善的趨勢。

研究結果顯示不論在健康促進知識、態度及行為各構面，均以論人計酬試辦團隊所照護的東區民眾平均分數較高，意即健康促進社區介入後，民眾的知識、態度及行為有較好的表現，與學者 Tannahill 所指增加正向健康和降低負向健康所做的努力及 O'Donnell 所謂改變民眾生活型態的健康促進定義相符（O'Donnell, 1986, 2009; Tannahill, 1985, 2009），也如同過去許多研究發現健康促進特殊介入後，民眾知識、態度及行為有增加（Ruslan et al., 2010; Zhang et al., 2012; 王美玲, 2005; 黃韶顏, 2000）。本研究認為東區民眾的健康促進知識、態度及行為有明顯較佳的情形，是由於東區民眾近一年來處於健康促進的環境，有較多吸收健康促進相關知識的機會及經驗，進而影響其對健康促進生活態度的改變，也因此有較多的健康促進行為，甚至可能有較健康的身體狀況及生活品質。

## 第二節 影響民眾健康促進知識、態度及行為之相關因素

過去許多學者表示人口特性包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、職業、親友罹病、社交互動、行為經驗等環境因素會影響個人對健康的認知及態度，也與健康行為有不同程度的相關性（Abdul-Mutalib et al., 2012; Irvine, 2009; Lownik, Riley, Konstenius, Riley, & McCullough, 2012; Pender, 2012; Ratner et al., 1994; 李蘭等人, 1995; 季瑋珠、符春美, 1992）。

研究結果也發現性別、居住區域（台中市東區或其他地區）、教育程度、家庭月平均收入、與同年齡人比自覺健康狀況、參與健康管理站次數及參與健康講座次數，皆會影響民眾健康促進知識、態度及行為，與過去研究結果一致。本研究認為東區民眾的健康促進知識、態度及行為隨著參與健康管理站與健康講座的次數增加而改變，可能與論人計酬試辦團隊改變醫療照護的方式，利用遠距行動醫療紀錄民眾健康生理數值及改變社區介入的方式，利用開設里健康管理站、舉辦健康講座並結合當地衛生單位進行健康相關活動，以加強民眾健康促進知識、態度和行為有關。同時，推測民眾自覺健康狀況有所好轉的經驗，可能增加民眾對於參與健康促進相關活動的滿意度，從而增加持續參與健康促進相關活動的意願及行為。此外，本研究結果（表 4-10、表 4-13）呈現知識愈正確者有較佳的態度（ $\beta=2.573$ ）、態度愈佳者有較佳的行為表現（ $\beta=0.320$ ），與過去許多研究相符（Abdul-Mutalib et al., 2012; Ansari-Lari, Soodbakhsh, & Lakzadeh, 2010; Yan et al., 2008; 黃耀慧等人，2006）。

另一方面，東區民眾知識、態度及行為表現明顯較非東區民眾佳，且態度明顯受知識影響、行為明顯受態度影響。這表示東區民眾在健康促進行為的表現較佳是由於態度的改善，而造就東區民眾健康促進

態度有所改變的原因來自於知識的增加，這不僅說明「態度」是「知識」影響「行為」重要的中介變項 (Gumucio et al., 2011)，也驗證了 Ehiri 等學者提出個人態度及行為深受知識影響的論點 (Ehiri et al., 1997)。

綜合以上討論，論人計酬試辦團隊應積極加強民眾對於健康各方面的知識，以促使改變其健康促進態度，並增加其健康促進行為，方能達到建立健康促進生活型態之成效。



## 第六章 結論與建議

### 第一節 結論

研究結果發現，於整體健康促進知識、態度及行為的評比上，在「環境重要性」、「轉診觀念」、「遵從醫囑」、「疾病預防與控制」、「均衡飲食」、「運動」及「參與健康相關活動」等方面，東區民眾知識、態度及行為明顯較佳，顯示東區民眾在參加多次健康管理站、健康講座及其他健康相關活動後，健康促進知識明顯有所提高，健康促進態度有所改善，健康促進行為也有所增加；但民眾缺乏運動相關的知識，且在使用非醫師開立處方箋的態度較差。影響民眾健康促進知識、態度及行為的因素包含知識、態度、性別、居住區域（台中市東區或其他地區）、教育程度、家庭月平均收入、與同年齡人比自覺健康狀況、參與健康管理站次數及參與健康講座次數，和參與健康管理站次數及參與健康講座之感受。此外，與其他地區民眾相較之下，東區民眾參加健康促進相關活動的比例較高，且五成以上覺得參加該活動對健康促進有幫助，表示民眾認為論人計酬試辦團隊在社區的醫療服務有助於健康促進生活。

由本研究得知，利用社區醫療服務管理民眾健康、加強民眾對疾病的認知、提供健康相關的衛生教育、辦理健康相關活動皆可有效提高民眾健康促進知識、態度及行為，且民眾自覺健康狀況有較高的趨勢。

## 第二節 建議

依據本研究結果，顯示目前論人計酬試辦團隊於台中市東區所做之社區介入方法有提升民眾健康促進知識、態度、行為之成效，因此本研究仍提出幾點建議：

### 一、對試辦團隊的建議

由表 4-3 得知東區民眾在使用非醫師開立處方箋的態度較差，建議在健康教育部份應加強「用藥安全」的觀念。此外，世界衛生組織指出缺乏運動已成為影響全球死亡率的第四大危險因子，且我國十大死因的危險因子皆與缺乏運動有關（國民健康局，2012），研究結果亦發現民眾的運動相關知識不足，故建議論人計酬試辦團隊應增加與運動相關的健康講座及相關活動。

### 二、對政府機關的建議

政府及相關單位應持續甚至擴大實施論人計酬區域整合模式，辦理更多的健康促進相關活動，以更進一步增加民眾健康促進相關的知識、態度及行為並提升民眾生活品質，來達到促進預防醫學、減少民眾醫療利用、強化轉診服務功能、提升醫療品質與就醫滿意度等整合性照護之成效。

### 三、對後續研究者的建議

本研究只針對該年度民眾對健康促進的知識、態度及行為之調查，後續研究者可以長期追蹤民眾在知識、態度及行為上的改變情形，並比較民眾生理數值以做為臨床驗證。

### 第三節 研究限制

針對本研究未臻完善之處，提出下列研究限制：

- 一、 本研究為探討論人計酬試辦計畫中部某區域整合模式執行一年後之民眾健康促進知識、態度及行為情形，研究結果僅能代表台中市東區民眾該年度健康促進知識、態度及行為。
- 二、 全國三種試辦模式、七個試辦團隊所提供的照護仍有細節上的不同，故研究結果外推性有限。
- 三、 非東區民眾可能受其他醫療提供者舉辦的健康相關活動影響，但本研究無法排除其干擾。
- 四、 本研究使用問卷調查，可能存在回憶性偏差。



表 4-1 受訪者基本特性

變項名稱	東區 (N=345)		非東區 (N=290)			
	N	%	N	%		
性別	女	209	61.11	161	55.52	
	男	133	38.89	129	44.48	
	遺漏值	3				
身體質量指數	BMI < 18.5	32	9.28	19	6.55	
	18.5 ≤ BMI < 24	170	49.28	107	36.90	
	24 ≤ BMI < 27	80	23.19	77	26.55	
	27 ≤ BMI	63	18.26	87	30.00	
	平均值	23.52		24.90		
年齡	18~24 歲	20	5.80	34	11.72	
	25~34 歲	51	14.78	72	24.83	
	35~44 歲	46	13.33	65	22.41	
	45~54 歲	78	22.61	62	21.38	
	55~64 歲	94	27.25	41	14.14	
	65 歲以上	56	16.23	16	5.52	
	平均值	50.03		41.93		
職業	無	70	20.83	37	12.98	
	資訊業	9	2.68	8	2.81	
	金融業	14	4.17	19	6.67	
	製造業	45	13.39	45	15.79	
	服務業	50	14.88	86	30.18	
	軍公教人員	8	2.38	16	5.61	
	農林漁牧業	7	2.08	7	2.46	
	家管	92	27.38	27	9.47	
	學生	17	5.06	21	7.37	
	其他	24	7.14	19	6.67	
	遺漏值	9		5		
	家庭結構	獨居	19	7.31	19	6.96
		與人同住	239	91.92	251	91.94
		遺漏值	87		20	
家庭月平均收入	少於 20,000 元	57	19.00	11	4.09	
	20,000~39,999 元	96	32.00	71	26.39	
	40,000~59,999 元	66	22.00	60	22.30	
	60,000~79,999 元	24	8.00	44	16.36	
	80,000~99,999 元	45	15.00	65	24.16	
	100,000 元以上	12	4.00	18	6.69	
遺漏值	45		21			



表 4-1 受訪者基本特性 (續)

變項名稱		東區 (N=345)		非東區 (N=290)	
		N	%	N	%
婚姻狀況	單身	58	17.31	88	30.66
	已婚	225	67.16	160	55.75
	離婚	16	4.78	25	8.71
	喪偶	32	9.55	14	4.88
	遺漏值	14		3	
教育程度	小學 (含) 以下	57	19.13	9	3.16
	國中 / 初中	62	20.81	46	16.14
	高中職	93	31.21	101	35.44
	大學 / 專科	76	25.50	108	37.89
	研究所以上	10	3.36	21	7.37
	遺漏值	47		5	
宗教信仰	無	85	25.22	121	43.37
	一貫道	17	5.04	14	5.02
	佛教	93	27.60	50	17.92
	道教	113	33.53	69	24.73
	基督教	16	4.75	14	5.02
	其他	13	3.86	11	3.94
	遺漏值	8		11	
長期用藥	無	233	68.13	183	63.10
	有	109	31.87	107	36.90
	遺漏值	3			
罹患疾病 (複選)	無	200	59.52	183	63.76
	高血壓	69	21.10	45	16.85
	高血脂	16	4.88	10	3.76
	心臟病	20	6.10	21	7.87
	糖尿病	41	12.50	20	7.49
	氣喘	13	3.98	5	1.88
	中風	2	0.61	3	1.12
	癌症	4	1.22	8	3
	肝炎	5	1.52	6	2.25
	慢性腎臟病	6	1.83	7	2.62
	其他	10	3.05	11	4.12
	遺漏值	9		3	

表 4-1 受訪者基本特性 (續)

變項名稱	東區 (N=345)		非東區 (N=290)		
	N	%	N	%	
家族疾病 (複選)	無	179	56.11	131	45.49
	高血壓	72	23.45	89	33.58
	高血脂	8	2.61	9	3.4
	心臟病	17	5.54	36	13.58
	糖尿病	47	15.31	47	17.74
	氣喘	6	1.95	4	1.51
	中風	10	3.26	10	3.77
	癌症	9	2.93	18	6.79
	肝炎	14	4.56	18	6.79
	慢性腎臟病	7	2.28	12	4.53
	其他			3	1.13
	遺漏值	26		2	
	自覺健康狀況	很差	4	1.17	8
差		44	12.83	62	21.38
普通		174	50.73	145	50.00
好		98	28.57	58	20.00
很好		23	6.71	17	5.86
遺漏值		2			
與去年比自覺健康狀況		差很多	10	2.91	17
	差一些	79	22.97	67	23.18
	差不多	183	53.20	167	57.79
	好一些	58	16.86	25	8.65
	好很多	14	4.07	13	4.50
	遺漏值	1		1	
	與同年齡人比自覺健康狀況	差很多	10	2.93	14
差一些		57	16.72	66	23.08
差不多		176	51.61	158	55.24
好一些		80	23.46	33	11.54
好很多		18	5.28	15	5.24
遺漏值		4		4	

表 4-1 受訪者基本特性 (續)

變項名稱	東區 (N=345)		非東區 (N=290)		
	N	%	N	%	
參與健康管理站場次	0 場	63	18.42	123	42.41
	1 場	42	12.28	84	28.97
	2 場	82	23.98	47	16.21
	3 場	60	17.54	13	4.48
	4 場 (含) 以上	95	27.78	23	7.93
	遺漏值	3			
對健康管理站感受	非常沒幫助	4	1.18	9	3.16
	沒幫助	3	0.88	51	17.89
	尚可	87	25.66	116	40.70
	有幫助	169	49.85	89	31.23
	非常有幫助	76	22.42	20	7.02
	遺漏值	6		5	
參與癌篩義診場次	0 場	110	31.98	126	43.45
	1 場	64	18.60	91	31.38
	2 場	77	22.38	61	21.03
	3 場	53	15.41	4	1.38
	4 場 (含) 以上	40	11.63	8	2.76
	遺漏值	1			
對癌篩義診感受	非常沒幫助	3	0.88	8	2.82
	沒幫助	4	1.17	34	11.97
	尚可	99	29.03	97	34.15
	有幫助	176	51.61	107	37.68
	非常有幫助	59	17.30	38	13.38
	遺漏值	4		6	
參與健康講座場次	0 場	105	30.97	148	51.03
	1 場	54	15.93	91	31.38
	2 場	63	18.58	27	9.31
	3 場	51	15.04	8	2.76
	4 場 (含) 以上	66	19.47	16	5.52
	遺漏值	6			
對健康講座感受	非常沒幫助	7	2.05	16	5.67
	沒幫助	10	2.92	78	27.66
	尚可	117	34.21	90	31.91
	有幫助	158	46.20	66	23.40
	非常有幫助	50	14.62	32	11.35
	遺漏值	3		8	

表 4-2 民眾健康促進知識分數分布情形

題目	東區 (N=335)		非東區 (N=289)		兩組比較 $\chi^2$ (p-value)
	N	%	N	%	
1. 環境重要性	333	99.40	285	98.62	0.423
2. 必要時再轉診	320	95.52	253	87.54	<0.001
3. 不隨便打針用藥	325	97.01	271	93.77	0.051
4. 遵從醫囑	321	95.82	237	82.01	<0.001
5. 高血壓控制	326	97.31	273	94.46	0.070
6. 膽固醇控制	331	98.81	280	96.89	0.094
7. 避免刺激性食物以預防心臟病	332	99.10	268	92.73	<0.001
8. 糖尿病控制	324	96.72	242	83.74	<0.001
9. 寵物毛髮不會引起氣喘	222	66.27	201	69.55	0.382
10. 抽菸、嚼檳榔增加口腔癌機率	331	98.81	284	98.27	0.575
11. 早期診斷早期治療	334	99.70	276	95.50	<0.001
12. 早期發現獲得較好治療效果	330	98.51	249	86.16	<0.001
13. 預防精神疾病	331	98.81	265	91.70	<0.001
14. 三餐定時定量	324	96.72	275	95.16	0.322
15. 運動預防跌倒	135	40.30	113	39.10	0.760
東區：平均值=13.79 分	標準差=1.25 分				<0.001
非東區：平均值=13.05 分	標準差=1.90 分				

表 4-3 民眾健康促進態度分數分布情形

題目	東區 (N=321)			非東區 (N=281)			兩組比較		
	N	平均值	標準差	N	平均值	標準差	$\chi^2$ (p-value)	t-test (p-value)	
總計		70.25	11.57		65.15	11.92		<0.001	
1. 環境重要性	非常不同意	10	4.24	1.02	0	4.10	0.85	<0.001	0.059
	不同意	8			7				
	普通	52			67				
	同意	76			99				
	非常同意	175			108				
2. 必要時再轉診	非常不同意	16	4.13	1.12	20	3.80	1.18	<0.001	<0.001
	不同意	13			17				
	普通	48			57				
	同意	79			92				
	非常同意	165			95				
3. 不隨便打針用藥	非常不同意	19	4.00	1.17	5	3.86	1.05	<0.001	0.116
	不同意	16			22				
	普通	58			80				
	同意	81			75				
	非常同意	147			99				
4. 遵從醫囑	非常不同意	10	4.18	1.02	1	3.89	0.98	<0.001	<0.001
	不同意	6			18				
	普通	63			92				
	同意	79			70				
	非常同意	163			100				
5. 高血壓控制	非常不同意	11	4.07	1.07	3	3.78	0.97	<0.001	<0.001
	不同意	12			16				
	普通	70			104				
	同意	78			74				
	非常同意	150			84				
6. 膽固醇控制	非常不同意	12	4.19	1.06	3	3.88	0.97	<0.001	<0.001
	不同意	10			11				
	普通	53			98				
	同意	77			73				
	非常同意	169			96				

表 4-3 民眾健康促進態度分數分布情形 (續)

題目	東區 (N=321)			非東區 (N=281)			兩組比較		
	N	平均值	標準差	N	平均值	標準差	$\chi^2$ (p-value)	t-test (p-value)	
7. 刺激性食物不 影響健康	非常不同意	161	3.80	1.40	111	3.83	1.18	<0.001	0.837
	不同意	38			63				
	普通	47			64				
	同意	48			33				
	非常同意	27			10				
8. 糖尿病控制	非常不同意	4	4.14	0.98	1	3.74	0.95	<0.001	<0.001
	不同意	12			14				
	普通	74			125				
	同意	76			58				
	非常同意	155			83				
9. 注意氣喘來源	非常不同意	8	4.11	1.04	0	3.75	0.94	<0.001	<0.001
	不同意	14			17				
	普通	68			115				
	同意	75			70				
	非常同意	156			79				
10. 戒菸、戒酒、 戒檳榔	非常不同意	4	4.35	0.96	2	4.11	0.97	0.002	0.002
	不同意	11			10				
	普通	53			75				
	同意	54			63				
	非常同意	199			131				
11. 早期診斷早期 治療	非常不同意	1	4.35	0.86	1	3.97	0.95	<0.001	<0.001
	不同意	10			15				
	普通	46			78				
	同意	82			84				
	非常同意	182			103				
12. 早期發現獲得 較好的治療效 果	非常不同意	1	4.31	0.93	0	4.04	0.86	<0.001	<0.001
	不同意	17			6				
	普通	46			81				
	同意	75			91				
	非常同意	182			103				

表 4-3 民眾健康促進態度分數分布情形 (續)

題目	東區 (N=321)			非東區 (N=281)			兩組比較		
	N	平均值	標準差	N	平均值	標準差	$\chi^2$ (p-value)	t-test (p-value)	
13. 預防精神疾病	非常不同意	0	4.34	0.86	1	3.95	0.92	<0.001	<0.001
	不同意	10			10				
	普通	51			90				
	同意	81			81				
	非常同意	179			99				
14. 重視均衡飲食	非常不同意	2	4.33	0.87	0	3.88	0.92	<0.001	<0.001
	不同意	9			13				
	普通	47			99				
	同意	85			79				
	非常同意	178			90				
15. 運動	非常不同意	3	4.15	0.95	2	3.57	1.05	<0.001	<0.001
	不同意	11			40				
	普通	72			110				
	同意	85			55				
	非常同意	150			74				
16. 參與健康相關活動	非常不同意	8	3.90	1.11	18	3.05	1.19	<0.001	<0.001
	不同意	24			87				
	普通	94			89				
	同意	60			37				
	非常同意	135			50				
17. 使用非醫師開立之處方箋	非常不同意	142	3.65	1.49	119	3.96	1.13	<0.001	0.003
	不同意	56			77				
	普通	37			52				
	同意	40			22				
	非常同意	46			11				

表 4-4 民眾健康促進行為分數分布情形

題目	東區 (N=330)			非東區 (N=283)			兩組比較		
	N	平均值	標準差	N	平均值	標準差	$\chi^2$ (p-value)	t-test (p-value)	
總計		52.76	8.83		47.87	8.26		<0.001	
1. 環境重要性	從未如此	10	3.02	0.80	13	2.80	0.81	0.009	<0.001
	有時如此	71			87				
	經常如此	151			126				
	總是如此	98			57				
2. 必要時再轉診	從未如此	11	3.14	0.83	31	2.73	0.94	<0.001	<0.001
	有時如此	60			80				
	經常如此	132			107				
	總是如此	127			65				
3. 就醫打針	從未如此	130	3.13	0.87	121	3.19	0.84	0.491	0.380
	有時如此	134			107				
	經常如此	46			44				
	總是如此	20			11				
4. 遵從醫囑	從未如此	37	2.64	0.94	53	2.26	0.88	<0.001	<0.001
	有時如此	116			132				
	經常如此	107			70				
	總是如此	70			28				
5. 高血壓控制	從未如此	32	2.77	0.93	21	2.51	0.82	<0.001	<0.001
	有時如此	92			135				
	經常如此	126			89				
	總是如此	80			38				
6. 膽固醇控制	從未如此	11	2.99	0.84	8	2.74	0.77	<0.001	<0.001
	有時如此	85			106				
	經常如此	131			120				
	總是如此	103			49				
7. 避免刺激性食物	從未如此	14	2.96	0.88	14	2.63	0.80	<0.001	<0.001
	有時如此	92			120				
	經常如此	116			106				
	總是如此	108			43				
8. 糖尿病控制	從未如此	16	2.91	0.85	22	2.56	0.85	<0.001	<0.001
	有時如此	87			126				
	經常如此	138			89				
	總是如此	89			46				



表 4-4 民眾健康促進行為分數分布情形 (續)

題目	東區 (N=330)			非東區 (N=283)			兩組比較		
	N	平均值	標準差	N	平均值	標準差	$\chi^2$ (p-value)	t-test (p-value)	
9. 閱讀健康促進 相關新聞	從未如此	54	2.47	0.97	76	2.18	0.95	0.002	<0.001
	有時如此	125			112				
	經常如此	93			64				
	總是如此	58			31				
10. 喝酒	從未如此	172	3.32	0.84	145	3.32	0.83	0.738	0.960
	有時如此	103			96				
	經常如此	43			30				
	總是如此	12			12				
11. 抽菸	從未如此	245	3.56	0.85	186	3.48	0.82	0.028	0.234
	有時如此	40			55				
	經常如此	29			33				
	總是如此	16			9				
12. 嚼檳榔	從未如此	272	3.71	0.70	241	3.80	0.56	0.040	0.091
	有時如此	28			31				
	經常如此	22			6				
	總是如此	8			5				
13. 自我檢查	從未如此	20	2.80	0.85	19	2.45	0.80	<0.001	<0.001
	有時如此	98			153				
	經常如此	139			75				
	總是如此	73			36				
14. 定期健康檢查	從未如此	46	2.63	0.96	37	2.40	0.83	<0.001	0.001
	有時如此	98			121				
	經常如此	118			100				
	總是如此	68			25				
15. 保持心情愉快	從未如此	11	3.04	0.82	13	2.70	0.82	<0.001	<0.001
	有時如此	71			111				
	經常如此	141			106				
	總是如此	107			53				
16. 重視均衡飲食	從未如此	15	2.89	0.86	30	2.47	0.87	<0.001	<0.001
	有時如此	97			133				
	經常如此	126			78				
	總是如此	92			42				

表 4-4 民眾健康促進行為分數分布情形 (續)

題目		東區 (N=330)			非東區 (N=283)			兩組比較	
		N	平均值	標準差	N	平均值	標準差	$\chi^2$ (p-value)	t-test (p-value)
17. 運動	從未如此	34	2.61	0.93	86	1.20	0.89	<0.001	<0.001
	有時如此	130			139				
	經常如此	96			31				
	總是如此	70			27				
18. 參與衛生教育 課程	從未如此	97	2.16	0.98	148	1.66	0.83	<0.001	<0.001
	有時如此	123			97				
	經常如此	70			25				
	總是如此	40			13				



表 4-5 民眾基本特性對健康促進知識的影響

變項		N	平均值	標準差	p-value	事後檢定
區域	(a)東區	345	13.75	1.28	<0.001	
	(b)非東區	290	13.05	1.90		
性別	(a)女	370	13.65	1.53	<0.001	
	(b)男	262	13.12	1.72		
身體質量指數	(a)BMI<18.5	51	13.75	1.52	<0.001	a.b>d
	(b)18.5≤BMI<24	277	13.74	1.43		b>c
	(c)24≤BMI<27	157	13.26	1.74		
	(d)27≤BMI	150	12.93	1.75		
年齡	(a)18-24 歲	54	13.61	1.82	0.073	
	(b)25-34 歲	123	13.68	1.41		
	(c)35-44 歲	111	13.24	1.60		
	(d)45-54 歲	140	13.28	1.78		
	(e)55-64 歲	135	13.60	1.55		
	(f)65 歲以上	72	13.14	1.66		
職業	(a)無	107	12.85	1.94	<0.001	h>a
	(b)資訊業	17	13.41	0.94		
	(c)金融業	33	13.09	1.86		
	(d)製造業	90	13.26	1.49		
	(e)服務業	136	13.60	1.61		
	(f)軍公教人員	24	13.96	0.91		
	(g)農林漁牧業	14	13.21	1.89		
	(h)家管	119	13.78	1.40		
	(i)學生	38	13.79	1.60		
	(j)其他	43	13.47	1.56		
家庭結構	(a)獨居	38	13.08	2.06	0.249	
	(b)與人同住	490	13.41	1.66		
家庭月平均收入	(a)少於 20,000 元	68	13.65	1.55	0.002	b>d
	(b)20,000~39,999 元	167	13.77	1.26		
	(c)40,000~59,999 元	126	13.47	1.60		
	(d)60,000~79,999 元	68	12.96	1.93		
	(e)80,000~99,999 元	110	13.29	1.56		
	(f)100,000 元以上	30	12.87	2.43		

表 4-5 民眾基本特性對健康促進知識的影響 (續)

變項		N	平均值	標準差	p-value	事後檢定
婚姻狀況	(a) 單身	146	13.56	1.72	0.554	
	(b) 已婚	385	13.42	1.61		
	(c) 離婚	41	13.29	1.33		
	(d) 喪偶	46	13.20	1.87		
教育程度	(a) 小學 (含) 以下	66	13.52	1.56	0.006	d>c
	(b) 國中 / 初中	108	13.27	1.88		
	(c) 高中職	194	13.20	1.88		
	(d) 大學 / 專科	184	13.80	1.06		
	(e) 研究所以上	31	13.58	1.91		
宗教信仰	(a) 無	206	13.18	1.76	0.032	
	(b) 一貫道	31	13.36	1.31		
	(c) 佛教	143	13.55	1.66		
	(d) 道教	182	13.72	1.51		
	(e) 基督教	30	13.30	1.42		
	(f) 其他	24	13.71	0.96		
長期用藥	(a) 無	416	13.57	1.54	0.005	
	(b) 有	216	13.19	1.76		
罹患疾病 (複選)	(a) 無	383	13.48	1.66	0.206	
	(b) 有	240	13.31	1.61		
家族疾病 (複選)	(a) 無	310	13.46	1.58	0.649	
	(b) 有	297	13.40	1.70		
自覺健康狀況	(a) 很差	12	12.08	2.94	<0.001	c.d.e>b d.e>a
	(b) 差	106	12.79	1.72		
	(c) 普通	319	13.42	1.55		
	(d) 好	156	13.85	1.50		
	(e) 很好	40	14.02	1.21		
與去年比自覺健康狀況	(a) 差很多	27	13.07	2.11	0.016	
	(b) 差一些	146	13.18	1.63		
	(c) 差不多	350	13.44	1.58		
	(d) 好一些	83	13.72	1.65		
	(e) 好很多	27	14.11	1.45		

表 4-5 民眾基本特性對健康促進知識的影響 (續)

變項		N	平均值	標準差	p-value	事後檢定
與同年齡人比自覺 健康狀況	(a)差很多	24	12.83	2.30	<0.001	d.e>a.b.c
	(b)差一些	123	13.07	1.68		
	(c)差不多	334	13.35	1.63		
	(d)好一些	113	13.98	1.28		
	(e)好很多	33	14.33	0.85		
參與健康管理站場 次	(a)0場	186	13.20	1.89	0.005	e>a
	(b)1場	126	13.25	1.59		
	(c)2場	129	13.49	1.48		
	(d)3場	73	13.55	1.56		
	(e)4場(含)以上	118	13.87	1.26		
對健康管理站感受	(a)非常沒幫助	13	13.46	1.13	<0.001	d.e>c>b a>b
	(b)沒幫助	54	11.87	1.88		
	(c)尚可	203	13.17	1.74		
	(d)有幫助	258	13.87	1.25		
	(e)非常有幫助	96	13.85	1.24		
參與癌篩義診場次	(a)0場	236	13.47	1.62	0.009	
	(b)1場	155	13.25	1.66		
	(c)2場	138	13.23	1.77		
	(d)3場	57	13.91	1.09		
	(e)4場(含)以上	48	13.92	1.43		
對癌篩義診感受	(a)非常沒幫助	11	13.46	1.29	<0.001	d.e>b.c
	(b)沒幫助	38	12.24	1.92		
	(c)尚可	196	13.04	1.78		
	(d)有幫助	283	13.77	1.34		
	(e)非常有幫助	97	13.90	1.31		
參與健康講座場次	(a)0場	253	13.07	1.87	<0.001	c.d.e>a e>b
	(b)1場	145	13.23	1.44		
	(c)2場	90	13.70	1.52		
	(d)3場	59	13.97	1.13		
	(e)4場(含)以上	82	14.22	1.04		
對健康講座感受	(a)非常沒幫助	23	12.83	1.56	<0.001	d.e>c>b d.e>a
	(b)沒幫助	88	12.28	2.12		
	(c)尚可	207	13.23	1.54		
	(d)有幫助	224	14.00	1.14		
	(e)非常有幫助	82	14.13	0.89		

表 4-6 民眾基本特性對健康促進態度的影響

變項		N	平均值	標準差	p-value	事後檢定
區域	(a)東區	345	69.88	11.82	<0.001	
	(b)非東區	290	65.08	11.92		
性別	(a)女	370	69.65	12.09	<0.001	
	(b)男	262	64.85	11.55		
身體質量指數	(a)BMI<18.5	51	71.00	11.37	<0.001	a.b>d
	(b)18.5≤BMI<24	277	70.21	11.92		b>c
	(c)24≤BMI<27	157	65.84	11.81		
	(d)27≤BMI	150	63.33	11.64		
年齡	(a)18-24 歲	54	68.69	10.81	0.266	
	(b)25-34 歲	123	69.53	10.42		
	(c)35-44 歲	111	67.83	10.85		
	(d)45-54 歲	140	66.59	13.21		
	(e)55-64 歲	135	67.73	13.25		
	(f)65 歲以上	72	65.65	12.80		
職業	(a)無	107	64.92	12.47	<0.001	h>a.d
	(b)資訊業	17	63.65	13.46		
	(c)金融業	33	65.06	12.13		
	(d)製造業	90	64.70	11.45		
	(e)服務業	136	69.04	11.50		
	(f)軍公教人員	24	68.50	12.01		
	(g)農林漁牧業	14	63.57	12.13		
	(h)家管	119	71.73	12.15		
	(i)學生	38	70.26	10.50		
	(j)其他	43	67.63	11.93		
家庭結構	(a)獨居	38	68.18	10.87	0.868	
	(b)與人同住	490	67.85	12.01		
家庭月平均收入	(a)少於 20,000 元	68	67.97	13.22	<0.001	b>c.d.e
	(b)20,000~39,999 元	167	70.98	11.15		
	(c)40,000~59,999 元	126	66.29	11.73		
	(d)60,000~79,999 元	68	64.38	11.16		
	(e)80,000~99,999 元	110	65.64	11.89		
	(f)100,000 元以上	30	66.90	12.92		

表 4-6 民眾基本特性對健康促進態度的影響 (續)

變項		N	平均值	標準差	p-value	事後檢定
婚姻狀況	(a)單身	146	68.56	9.93	0.004	
	(b)已婚	385	68.36	12.43		
	(c)離婚	41	62.85	12.24		
	(d)喪偶	46	63.74	13.58		
教育程度	(a)小學(含)以下	66	67.73	14.06	0.069	
	(b)國中/初中	108	65.69	11.71		
	(c)高中職	194	67.53	12.27		
	(d)大學/專科	184	69.11	10.69		
	(e)研究所以上	31	71.52	11.60		
宗教信仰	(a)無	206	66.11	12.14	0.005	c>a
	(b)一貫道	31	64.39	11.94		
	(c)佛教	143	70.66	12.19		
	(d)道教	182	68.35	11.38		
	(e)基督教	30	68.17	11.89		
	(f)其他	24	65.33	13.63		
長期用藥	(a)無	416	69.01	11.75	<0.001	
	(b)有	216	65.15	12.11		
罹患疾病(複選)	(a)無	383	68.25	12.05	0.073	
	(b)有	240	66.46	12.19		
家族疾病(複選)	(a)無	310	68.51	11.81	0.267	
	(b)有	297	67.43	11.95		
自覺健康狀況	(a)很差	12	64.17	11.00	<0.001	d.e>c>b
	(b)差	106	61.77	10.99		
	(c)普通	319	66.79	11.94		
	(d)好	156	72.02	10.99		
	(e)很好	40	74.53	12.01		
與去年比自覺健康狀況	(a)差很多	27	68.22	10.91	<0.001	d>b
	(b)差一些	146	65.66	12.02		
	(c)差不多	350	67.21	11.86		
	(d)好一些	83	71.19	11.79		
	(e)好很多	27	72.56	14.42		

表 4-6 民眾基本特性對健康促進態度的影響 (續)

變項	N	平均值	標準差	p-value	事後檢定
與同年齡人比自覺 健康狀況	(a)差很多	24	65.83	<0.001	d.e>b.c e>a
	(b)差一些	123	63.92		
	(c)差不多	334	66.66		
	(d)好一些	113	72.81		
	(e)好很多	33	76.55		
參與健康管理站場 次	(a)0 場	186	67.06	<0.001	e>a.b.c.d
	(b)1 場	126	64.81		
	(c)2 場	129	67.09		
	(d)3 場	73	67.26		
	(e)4 場 (含) 以上	118	72.83		
對健康管理站感受	(a)非常沒幫助	13	61.85	<0.001	e>d>c>b e>a
	(b)沒幫助	54	56.69		
	(c)尚可	203	63.82		
	(d)有幫助	258	70.44		
	(e)非常有幫助	96	76.15		
參與癌篩義診場次	(a)0 場	236	69.07	0.006	a>b
	(b)1 場	155	65.03		
	(c)2 場	138	66.76		
	(d)3 場	57	69.65		
	(e)4 場 (含) 以上	48	69.81		
對癌篩義診感受	(a)非常沒幫助	11	62.82	<0.001	e>d>b.c e>a
	(b)沒幫助	38	57.66		
	(c)尚可	196	62.38		
	(d)有幫助	283	70.60		
	(e)非常有幫助	97	74.90		
參與健康講座場次	(a)0 場	253	65.66	<0.001	d.e>a.b. e>c
	(b)1 場	145	64.33		
	(c)2 場	90	68.62		
	(d)3 場	59	71.36		
	(e)4 場 (含) 以上	82	75.61		
對健康講座感受	(a)非常沒幫助	23	59.09	<0.001	e>d>c>a.b
	(b)沒幫助	88	58.69		
	(c)尚可	207	63.75		
	(d)有幫助	224	72.38		
	(e)非常有幫助	82	77.83		



表 4-7 民眾基本特性對健康促進行為的影響

變項		N	平均值	標準差	p-value	事後檢定
區域	(a)東區	345	52.50	8.87	<0.001	
	(b)非東區	290	47.81	8.22		
性別	(a)女	370	52.08	8.51	<0.001	
	(b)男	262	47.85	5.79		
身體質量指數	(a)BMI < 18.5	51	51.18	8.82	<0.001	b>d
	(b)18.5 ≤ BMI < 24	277	51.82	9.06		
	(c)24 ≤ BMI < 27	157	49.92	8.67		
	(d)27 ≤ BMI	150	47.86	8.29		
年齡	(a)18-24 歲	54	52.13	10.11	0.140	
	(b)25-34 歲	123	49.99	8.62		
	(c)35-44 歲	111	49.73	8.33		
	(d)45-54 歲	140	49.89	8.53		
	(e)55-64 歲	135	49.82	9.38		
	(f)65 歲以上	72	52.58	8.74		
職業	(a)無	107	49.33	9.03	0.001	
	(b)資訊業	17	48.88	7.01		
	(c)金融業	33	50.76	7.67		
	(d)製造業	90	48.83	8.31		
	(e)服務業	136	49.21	8.75		
	(f)軍公教人員	24	49.54	9.63		
	(g)農林漁牧業	14	47.71	8.59		
	(h)家管	119	53.32	8.21		
	(i)學生	38	54.84	10.41		
	(j)其他	43	49.47	8.60		
家庭結構	(a)獨居	38	49.11	10.68	0.338	
	(b)與人同住	490	50.54	8.75		
家庭月平均收入	(a)少於 20,000 元	68	52.84	8.28	0.006	
	(b)20,000~39,999 元	167	50.12	8.73		
	(c)40,000~59,999 元	126	49.46	8.47		
	(d)60,000~79,999 元	68	48.49	8.87		
	(e)80,000~99,999 元	110	52.58	9.53		
	(f)100,000 元以上	30	49.77	9.99		

表 4-7 民眾基本特性對健康促進行為的影響 (續)

變項		N	平均值	標準差	p-value	事後檢定		
婚姻狀況	(a)單身	146	49.65	9.39	0.003	d>c		
	(b)已婚	385	50.45	8.60				
	(c)離婚	41	47.24	7.97				
	(d)喪偶	46	54.07	9.10				
教育程度	(a)小學(含)以下	66	51.88	10.62	0.001	e>b.c		
	(b)國中/初中	108	48.26	7.97				
	(c)高中職	194	50.17	9.45				
	(d)大學/專科	184	50.63	7.71				
	(e)研究所以上	31	55.58	11.42				
宗教信仰	(a)無	206	49.18	8.97	<0.001	c>a		
	(b)一貫道	31	48.74	7.60				
	(c)佛教	143	52.77	8.41				
	(d)道教	182	50.09	8.94				
	(e)基督教	30	54.00	10.18				
	(f)其他	24	48.63	8.65				
長期用藥	(a)無	416	50.65	9.04	0.291			
	(b)有	216	49.86	8.62				
罹患疾病(複選)	(a)無	383	50.54	9.09	0.458			
	(b)有	240	50.00	8.56				
家族疾病(複選)	(a)無	310	51.30	9.20	0.050			
	(b)有	297	49.89	8.50				
自覺健康狀況	(a)很差	12	42.58	8.07	<0.001	d.e>c>a.b		
	(b)差	106	46.30	7.10				
	(c)普通	319	49.77	8.27				
	(d)好	156	53.42	9.12				
	(e)很好	40	56.33	10.05				
與去年比自覺健康狀況	(a)差很多	27	44.82	8.93	<0.001	c.d.e>a		
	(b)差一些	146	48.06	8.01			d.e>b	
	(c)差不多	350	50.09	8.25				d>c
	(d)好一些	83	56.00	9.37				
	(e)好很多	27	54.59	10.67				

表 4-7 民眾基本特性對健康促進行為的影響 (續)

變項	N	平均值	標準差	p-value	事後檢定	
與同年齡人比自覺 健康狀況	(a)差很多	24	44.58	9.14	<0.001	d.e>c>a.b
	(b)差一些	123	46.37	7.77		
	(c)差不多	334	49.93	7.88		
	(d)好一些	113	55.29	9.08		
	(e)好很多	33	57.82	9.83		
參與健康管理站場 次	(a)0 場	186	46.68	7.72	<0.001	c.d.e>a.b
	(b)1 場	126	47.27	7.47		
	(c)2 場	129	52.33	8.26		
	(d)3 場	73	53.89	8.92		
	(e)4 場 (含) 以上	118	55.06	9.09		
對健康管理站感受	(a)非常沒幫助	13	43.54	7.24	<0.001	e>d>a.b.c
	(b)沒幫助	54	44.11	6.54		
	(c)尚可	203	47.85	7.51		
	(d)有幫助	258	51.98	8.63		
	(e)非常有幫助	96	56.18	8.70		
參與癌篩義診場次	(a)0 場	236	48.07	8.01	<0.001	d.e>a.b c>a
	(b)1 場	155	49.19	8.66		
	(c)2 場	138	51.75	8.51		
	(d)3 場	57	55.86	9.92		
	(e)4 場 (含) 以上	48	54.79	8.77		
對癌篩義診感受	(a)非常沒幫助	11	44.36	7.23	<0.001	d.e>b.c e>a
	(b)沒幫助	38	45.13	7.37		
	(c)尚可	196	47.72	8.16		
	(d)有幫助	283	51.97	8.37		
	(e)非常有幫助	97	54.50	9.12		
參與健康講座場次	(a)0 場	253	47.01	7.65	<0.001	e>c.d>a.b
	(b)1 場	145	48.68	7.76		
	(c)2 場	90	52.77	8.66		
	(d)3 場	59	55.80	9.00		
	(e)4 場 (含) 以上	82	56.95	8.45		
對健康講座感受	(a)非常沒幫助	23	43.74	7.60	<0.001	e>d>a.b.c
	(b)沒幫助	88	45.84	7.42		
	(c)尚可	207	48.39	7.79		
	(d)有幫助	224	52.60	8.55		
	(e)非常有幫助	82	56.74	8.23		

表 4-8 健康促進知識之複迴歸分析

變項	Model 1				
	迴歸係數	標準誤	標準化係數	p-value	
常數	10.95	0.40		<0.001	
區域	非東區 (參考組)				
	東區	0.35	0.14	0.11	0.014
性別	女 (參考)				
	男	-0.25	0.13	-0.08	0.043
年齡	18~24 歲 (參考組)				
	25~34 歲	0.21	0.24	0.05	0.378
	35~44 歲	-0.07	0.26	-0.02	0.799
	45~54 歲	0.01	0.26	0.00	0.971
	55~64 歲	0.32	0.27	0.08	0.239
	65 歲以上	-0.09	0.30	-0.02	0.778
家庭月平均收入	少於 20,000 元 (參考組)				
	20,000~39,999 元	0.33	0.18	0.09	0.069
	40,000~59,999 元	0.14	0.19	0.04	0.483
	60,000~79,999 元	-0.05	0.23	-0.01	0.826
	80,000~99,999 元	-0.13	0.21	0.03	0.537
	100,000 元以上	-0.18	0.31	-0.02	0.567
教育程度	國小 (含) 以下 (參考組)				
	國中/初中	0.30	0.21	0.07	0.147
	高中職	0.29	0.20	0.09	0.142
	大學/專科	0.70	0.22	0.20	0.001
	研究所以上	0.49	0.35	0.07	0.154
與同年齡人比自覺健康狀況	0.09	0.08	0.05	0.256	
參與健康管理站場次	-0.02	0.06	-0.01	0.800	
參與健康管理站感受	0.14	0.10	0.08	0.177	
參與健康講座場次	0.10	0.06	0.09	0.096	
參與健康講座感受	0.30	0.09	0.19	0.002	

N=606, R-Square=0.199, Adjusted R-Square=0.171

表 4-9 健康促進態度之複迴歸分析一

變項	Model 2				
	迴歸係數	標準誤	標準化係數	p-value	
常數	42.94	2.82		<0.001	
區域	非東區 (參考組)				
	東區	1.50	0.99	0.16	0.029
性別	女 (參考)				
	男	-2.07	0.87	-0.09	0.018
年齡	18~24 歲 (參考組)				
	25~34 歲	1.23	1.67	0.04	0.462
	35~44 歲	0.86	1.78	0.03	0.631
	45~54 歲	-0.69	1.80	-0.02	0.701
	55~64 歲	0.11	1.88	0.00	0.955
	65 歲以上	-2.26	2.13	-0.06	0.288
家庭月平均收入	少於 20,000 元 (參考組)				
	20,000~39,999 元	1.34	1.28	0.05	0.296
	40,000~59,999 元	-2.36	1.35	-0.08	0.080
	60,000~79,999 元	-2.13	1.63	-0.06	0.192
	80,000~99,999 元	-1.28	1.46	-0.04	0.382
	100,000 元以上	0.27	2.17	0.01	0.901
教育程度	國小 (含) 以下 (參考組)				
	國中/初中	2.27	1.45	0.07	0.118
	高中職	3.46	1.39	0.13	0.013
	大學/專科	2.98	1.50	0.11	0.048
	研究所以上	3.93	2.41	0.07	0.103
與同年齡人比自覺健康狀況	0.71	0.54	0.05	0.189	
參與健康管理站場次	-0.53	0.43	-0.07	0.216	
參與健康管理站感受	2.33	0.70	0.18	0.002	
參與健康講座場次	0.45	0.43	0.05	0.297	
參與健康講座感受	3.73	0.65	0.32	<0.001	

N=606, R-Square=0.322, Adjusted R-Square=0.297

表 4-10 健康促進態度之複迴歸分析二

變項	Model 3				
	迴歸係數	標準誤	標準化係數	p-value	
常數	14.77	3.94		0.001	
知識	2.57	0.27	0.34	<0.001	
區域					
	非東區 (參考組)				
	東區	0.61	0.92	0.03	0.511
性別					
	女 (參考組)				
	男	-1.41	0.82	-0.06	0.084
年齡					
	18~24 歲 (參考組)				
	25~34 歲	0.69	1.55	0.02	0.659
	35~44 歲	1.02	1.66	0.03	0.537
	45~54 歲	-0.72	1.68	-0.03	0.669
	55~64 歲	-0.71	1.75	-0.02	0.685
	65 歲以上	-2.04	1.98	-0.05	0.302
家庭月平均收入					
	少於 20,000 元 (參考組)				
	20,000~39,999 元	0.48	1.19	0.02	0.688
	40,000~59,999 元	-2.70	1.25	-0.09	0.031
	60,000~79,999 元	-2.00	1.52	-0.05	0.189
	80,000~99,999 元	-1.61	1.36	-0.05	0.237
	100,000 元以上	0.73	2.02	0.01	0.719
教育程度					
	國小 (含) 以下 (參考組)				
	國中/初中	1.50	1.35	0.05	0.270
	高中職	2.70	1.29	0.10	0.037
	大學/專科	1.19	1.41	0.05	0.398
	研究所以上	2.66	2.25	0.05	0.236
與同年齡人比自覺健康狀況	0.49	0.51	0.03	0.336	
參與健康管理站場次	-0.49	0.40	-0.06	0.219	
參與健康管理站感受	1.99	0.65	0.15	0.002	
參與健康講座場次	0.19	0.40	0.02	0.645	
參與健康講座感受	2.98	0.61	0.25	<0.001	

N=606, R-Square=0.414, Adjusted R-Square=0.392

表 4-11 健康促進行為之複迴歸分析一

變項	Model 4				
	迴歸係數	標準誤	標準化係數	p-value	
常數	34.21	2.03		<0.001	
區域	非東區 (參考)				
	東區	1.89	0.71	0.11	0.008
性別	女 (參考組)				
	男	-2.71	0.63	-0.15	<0.001
年齡	18~24 歲 (參考組)				
	25~34 歲	-1.31	1.20	-0.06	0.277
	35~44 歲	-1.09	1.29	-0.05	0.395
	45~54 歲	-1.84	1.30	-0.09	0.158
	55~64 歲	-0.73	1.35	-0.03	0.592
	65 歲以上	0.48	1.53	0.02	0.754
家庭月平均收入	少於 20,000 元 (參考組)				
	20,000~39,999 元	0.25	0.92	0.01	0.786
	40,000~59,999 元	0.54	0.97	0.03	0.578
	60,000~79,999 元	1.10	1.18	0.04	0.352
	80,000~99,999 元	3.80	1.05	0.17	0.001
	100,000 元以上	1.67	1.57	0.04	0.286
教育程度	國小 (含) 以下 (參考組)				
	國中/初中	-0.25	1.05	-0.01	0.815
	高中職	1.24	1.00	0.07	0.215
	大學/專科	1.83	1.08	0.10	0.092
	研究所以上	3.36	1.74	0.08	0.054
與同年齡人比自覺健康狀況	1.73	0.39	0.17	<0.001	
參與健康管理站場次	0.78	0.31	0.13	0.011	
參與健康管理站感受	1.29	0.50	0.14	0.010	
參與健康講座場次	0.72	0.31	0.12	0.022	
參與健康講座感受	0.89	0.47	0.10	0.059	

N=606, R-Square=0.353, Adjusted R-Square=0.330

表 4-12 健康促進行為之複迴歸分析二

變項	Model 5				
	迴歸係數	標準誤	標準化係數	p-value	
常數	22.21	2.98		<0.001	
知識	1.10	0.20	0.20	<0.001	
區域	非東區 (參考組)				
	東區	1.51	0.70	0.09	0.031
性別	女 (參考組)				
	男	-2.44	0.62	-0.14	<0.001
年齡	18~24 歲 (參考組)				
	25~34 歲	-1.54	1.17	-0.07	0.191
	35~44 歲	-1.02	1.26	-0.04	0.416
	45~54 歲	-1.85	1.27	-0.09	0.146
	55~64 歲	-1.07	1.32	-0.05	0.418
	65 歲以上	0.58	1.50	0.02	0.701
家庭月平均收入	少於 20,000 元 (參考組)				
	20,000~39,999 元	-0.12	0.90	-0.01	0.899
	40,000~59,999 元	0.39	0.95	0.02	0.680
	60,000~79,999 元	1.15	1.15	0.04	0.316
	80,000~99,999 元	3.65	1.03	0.16	0.001
	100,000 元以上	1.87	1.53	0.05	0.222
教育程度	國小 (含) 以下 (參考組)				
	國中/初中	-0.58	1.03	-0.03	0.574
	高中職	0.92	0.98	0.05	0.347
	大學/專科	1.07	1.07	0.06	0.319
	研究所以上	2.81	1.70	0.07	0.099
與同年齡人比自覺健康狀況		1.63	0.38	0.16	<0.001
參與健康管理站場次		0.80	0.30	0.13	0.008
參與健康管理站感受		1.15	0.49	0.12	0.020
參與健康講座場次		0.60	0.30	0.10	0.048
參與健康講座感受		0.57	0.46	0.07	0.222

N=606, R-Square=0.384, Adjusted R-Square=0.361



表 4-13 健康促進行為之複迴歸分析三

變項	Model 6			
	迴歸係數	標準誤	標準化係數	p-value
常數	20.47	2.15		<0.001
態度	0.32	0.03	0.43	<0.001
區域	非東區 (參考組)			
	東區			
	1.41	0.64	0.08	0.028
性別	女 (參考組)			
	男			
	-2.05	0.57	-0.12	0.001
年齡	18~24 歲 (參考組)			
	25~34 歲			
	-1.70	1.08	-0.08	0.115
	35~44 歲			
	-1.37	1.15	-0.06	0.236
	45~54 歲			
	-1.62	1.17	-0.08	0.167
	55~64 歲			
	-0.76	1.21	-0.04	0.532
	65 歲以上			
	1.21	1.38	0.04	0.381
家庭月平均收入	少於 20,000 元 (參考組)			
	20,000~39,999 元			
	-0.18	0.83	-0.01	0.830
	40,000~59,999 元			
	1.29	0.87	0.06	0.139
	60,000~79,999 元			
	1.78	1.06	0.06	0.093
	80,000~99,999 元			
	4.20	0.95	0.18	<0.001
	100,000 元以上			
	1.59	1.40	0.04	0.259
教育程度	國小 (含) 以下 (參考組)			
	國中/初中			
	-0.97	0.94	-0.04	0.302
	高中職			
	0.14	0.90	0.01	0.880
	大學/專科			
	0.87	0.98	0.05	0.370
	研究所以上			
	2.10	1.56	0.05	0.180
與同年齡人比自覺健康狀況	1.50	0.35	0.14	<0.001
參與健康管理站場次	0.95	0.28	0.16	0.002
參與健康管理站感受	0.55	0.46	0.06	0.230
參與健康講座場次	0.57	0.28	0.09	0.041
參與健康講座感受	-0.31	0.43	-0.04	0.483

N=606, R-Square=0.481, Adjusted R-Square=0.461

表 4-14 健康促進行為之複迴歸分析四

變項	Model 7				
	迴歸係數	標準誤	標準化係數	p-value	
常數	17.72	2.77		<0.001	
知識	0.32	0.20	0.06	0.116	
態度	0.30	0.03	0.41	<0.001	
區域	非東區 (參考組)				
	東區	1.33	0.64	0.08	0.039
性別	女 (參考組)				
	男	-2.01	0.57	-0.11	0.001
年齡	18~24 歲 (參考組)				
	25~34 歲	-1.75	1.08	-0.08	0.106
	35~44 歲	-1.33	1.15	-0.06	0.248
	45~54 歲	-1.63	1.17	-0.08	0.162
	55~64 歲	-0.86	1.21	-0.04	0.480
	65 歲以上	1.20	1.37	0.04	0.385
家庭月平均收入	少於 20,000 元 (參考組)				
	20,000~39,999 元	-0.26	0.83	-0.01	0.753
	40,000~59,999 元	1.21	0.87	0.06	0.166
	60,000~79,999 元	1.76	1.06	0.06	0.096
	80,000~99,999 元	4.14	0.95	0.18	<0.001
	100,000 元以上	1.65	1.40	0.04	0.241
教育程度	國小 (含) 以下 (參考組)				
	國中/初中	-1.03	0.94	-0.04	0.274
	高中職	0.10	0.90	0.01	0.911
	大學/專科	0.70	0.98	0.04	0.472
	研究所以上	2.01	1.56	0.05	0.200
與同年齡人比自覺健康狀況	1.48	0.35	0.14	<0.001	
參與健康管理站場次	0.95	0.28	0.16	0.002	
參與健康管理站感受	0.54	0.46	0.06	0.233	
參與健康講座場次	0.55	0.28	0.09	0.050	
參與健康講座感受	-0.34	0.43	-0.04	0.440	

N=606, R-Square=0.483, Adjusted R-Square=0.462

## 參考文獻

### 一、英文部分

- Abdul-Mutalib, Noor-Azira, Abdul-Rashid, Mohammad-Faid, Mustafa, Shuhaimi, Amin-Nordin, Syafinaz, Hamat, Rukman Awang, & Osman, Malina. (2012). Knowledge, attitude and practices regarding food hygiene and sanitation of food handlers in Kuala Pilah, Malaysia. *Food Control*, 27 (2), 289-293. doi: 10.1016/j.foodcont.2012.04.001
- Ansari-Lari, Maryam, Soodbakhsh, Sahar, & Lakzadeh, Leila. (2010). Knowledge, attitudes and practices of workers on food hygienic practices in meat processing plants in Fars, Iran. *Food Control*, 21 (3), 260-263. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodcont.2009.06.003>
- Berwick, Donald M. (1996). Payment by capitation and the quality of care. *New England Journal of Medicine*, 335 (16), 1227-1231. doi: 10.1056/NEJM199610173351611
- Bunton, Robin, & Macdonald, Gordon. (2002). *Health promotion: disciplines, diversity, and developments* (R. Bunton & G. Macdonald Eds.). London: Routledge.
- Cai, F. M., Chen, J., Xu, F. F., Shi, H. Y., & Xia, X. D. (2011). Effects of intervene on occupational health knowledge, attitude and practice of people with occupational disease risk in private enterprises. *Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases*, 29 (3), 219-221.
- Ehiri, J. E., Morris, G. P., & McEwen, J. (1997). Evaluation of a food hygiene training course in Scotland. *Food Control*, 8 (3), 137-147. doi: 10.1016/S0956-7135(97)00005-4
- Enthoven, Alain C., & Vorhaus, Carol B. (1997). A Vision Of Quality In Health Care Delivery. *Health Affairs*, 16 (3), 44-57. doi: 10.1377/hlthaff.16.3.44
- Fraser, Mary, & Fraser, Anne. (2001). Are people with learning disabilities able to contribute to focus groups on health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (2), 225-233. doi: 10.1111/j.1365-2648.2001.01657.x
- Glazier, Richard H., Klein-Geltink, Julie, Kopp, Alexander, & Sibley, Lyn M. (2009).

- Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *Canadian Medical Association Journal*, 180(11), E72-E81. doi: 10.1503/cmaj.081316
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., . . . Pedersen, L. (2006). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behavior of primary care physicians (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). doi: 10.1002/14651858.CD002215.
- Gravelle, Hugh. (1999). Capitation contracts: access and quality. *Journal of Health Economics* 18(3), 315-340. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296\(98\)00046-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00046-0)
- Green, Lawrence W. (2001). From Research to Best Practices in Other Settings and Populations. *American Journal of Health Behavior*, 25(3), 165-178. doi: 10.5993/AJHB.25.3.2
- Gumucio, Sybille, Merica, Melody, Luhmann, Niklas, Fauvel, Guillaume, Zompi, Simona, Ronse, Axelle, . . . Monde, Médecins du. (2011). *The KAP Survey Model*.
- Irvine, Fiona. (2009). *Contextualizing Health Promotion*.
- Janhong, K., Lohachit, C., Butraporn, P., & Pansuwan, P. (2005). Health promotion program for the safe use of pesticides in Thai farmers. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 36 (Suppl 4), 258-261.
- Kerr, EA, Mittman, B. S., Hays, R. D., Leake, B., & Brook, R. H. (1996). Quality assurance in capitated physician groups: Where is the emphasis? *The Journal of the American Medical Association*, 276(15), 1236-1239. doi: 10.1001/jama.1996.03540150038028
- Kickbusch, Ilona. (1986). Issues in health promotion: Dr Ilona Kickbusch. *Health Promotion International*, 1(4), 437-442. doi: 10.1093/heapro/1.4.437
- Lennon, M. A., Worthington, H. V., Coventry, P., Mellor, A. C., & Holloway, P. J. (1990). The Capitation Study. 2. Does capitation encourage more prevention? *British Dental Journal*, 168(5), 213-215. doi: 10.1038/sj.bdj.4807134
- Lownik, E., Riley, E., Konstenius, T., Riley, W., & McCullough, J. (2012).

- Knowledge, attitudes and practices surveys of blood donation in developing countries. *Vox Sanguinis*, 103 ( 1 ) , 64-74. doi: 10.1111/j.1423-0410.2012.01600.x
- Macdonald, G., Veen, C., & Tones, K. (1996) . Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Education Research*, 11 ( 3 ) , 367-376. doi: 10.1093/her/11.3.367
- Martin, D. P., Diehr, P., Price, K. F., & Richardson, W. C. (1989) . Effect of a Gatekeeper Plan on Health Services Use and Charges-A Randomized Trial. *American Journal of Public Health*, 79 ( 12 ) , 1628-1632. doi: 10.2105/AJPH.79.12.1628
- Naylor, Andrea. (2011). *Development and implementation of sanitation survey: using a knowledge attitude practice (KAP) model*: University of South Florida.
- O'Donnell, Michael P. (1986) . Definition of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1 ( 1 ) , 4-5. doi: 10.4278/0890-1171-1.1.4
- O'Donnell, Michael P. (2009) . Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities. *American Journal of Health Promotion*, 24 ( 1 ) , iv. doi: 10.4278/ajhp.24.1.iv
- Palaian, Subish, Acharya, Leelavathy D., Rao, Padma Guru Madhva, Shankar, P. Ravi, Nair, Nidin Mohan, & Nair, Nibu P. (2006) . Knowledge, Attitude, and Practice Outcomes-Evaluating the Impact of Counseling in Hospitalized Diabetic Patients in India. *P&T*, 31 ( 7 ) , 383-396.
- Pender, N. J. (2012) . Health Promotion Model. from [http://nursingplanet.com/health\\_promotion\\_model.html](http://nursingplanet.com/health_promotion_model.html)
- Ratner, Pamela A., Bottorff, Joan L., Johnson, Joy L., & Hayduk, Leslie A. (1994) . The Interaction Effects of Gender within the Health Promotion Model. *Research in Nursing & Health*, 17(5), 341-350. doi: 10.1002/nur.4770170505
- Ray, S., Udumyan, R., Rajput-Ray, M., Thompson, B., Lodge, K. M., Douglas, P., . . . Gandy, J. (2012). Evaluation of a novel nutrition education intervention for medical students from across England. *British Medical Journal Open*, 2, e000417. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000417
- Ruslan, Rumaizah, Hashim, Zailina, Ismail, Ismi Arif, Naing, Lin, & Nordin, Rusli.

- (2010) . The Implications of a Health Promotion Program on the Knowledge and Practice of Automotive Workers Exposed to Solvent. *American Journal of Applied Sciences*, 7 ( 5 ) , 661-668. doi: 10.3844/ajassp.2010.661.668
- Scott, Anthony. (2000) . Chapter 22 Economics of general practice. In J. C. Anthony & P. N. Joseph (Eds.), *Handbook of Health Economics* (Vol. Volume 1, Part B, pp. 1175-1200) : Elsevier.
- Tannahill, Andrew. (1985) . What is health promotion? *Health Education Journal*, 44 ( 4 ) , 167-168. doi: 10.1177/001789698504400402
- Tannahill, Andrew. (2009). Health promotion: the Tannahill model revisited. *Public Health*, 123(5), 396-399. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2008.05.021>
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988) . Health-promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, 11 ( 1 ) , 76-90.
- World Health Organization. (1986) . The Ottawa Charter for Health Promotion. from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
- Yan, Jin, Xiao, Shuiyuan, Ouyang, Dongsheng, Jiang, Dongmei, He, Caiyun, & Yi, Shanghai. (2008) . Smoking Behavior, Knowledge, Attitudes and Practice Among Health Care Providers in Changsha City, China. *Nicotine & Tobacco Research*, 10 ( 4 ) , 737-744. doi: 10.1080/14622200801901930
- Zhang, Ling-ling, Dalal, Koustuv, Yin, Ming-min, Yuan, De-guo, Andrews, Johanna Yvonne, & Wang, Shu-mei. (2012) . The KAP Evaluation of Intervention on Fall-Induced Injuries among Elders in a Safe Community in Shanghai, China. *PLoS ONE*, 7 ( 3 ) , e32848. doi: 10.1371/journal.pone.0032848

## 二、中文部分

- 中央健康保險局 (2011a)。 **中華民國 99 年全民健康保險統計** 台北：行政院衛生署中央健康保險局。
- 中央健康保險局 (2011b)。 **全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫** 台北：行政院衛生署中央健康保險局。
- 中央健康保險局 (2011c)。 **全民健康保險法 二代健保**。台北：行政院衛生署中央健康保險局。
- 中央健康保險局 (2011d)。 **全民健康保險論人計酬試辦計畫** 台北：行政院衛生署中央健康保險局。
- 王美玲 (2005)。 **以醫院為基礎之健康促進計畫對社區民眾健康狀況與健康行為改善之成效**。台北醫學大學護理學研究所碩士論文。
- 王琪珍、張定宗、張瑩如、林梅鳳 (2003)。 **社區組織運作之衛教介入對疾病防治知識、態度、行為意願與防治行為成效影響：以 C 型肝炎為例**。行政院國家科學委員會專題研究計畫。
- 吳妮蓉、黃純德、鄭雅愛、謝尚廷、蕭思郁、紀乃智、劉旻育 (2007)。 **口腔衛生教育介入對機構保育員的口腔保健認知態度及行為之影響**。中華牙誌， 26 (2)，頁 226-233。
- 巫靜怡 (2009)。 **健走運動介入社區健康營造對於社區中老年人身心健康之影響**。國立成功大學體育健康與休閒研究所碩士論文。
- 李奕慧、尤瑞鴻、項秋梅 (2001)。 **偏遠地區社區醫療照護之評估—花蓮縣秀林鄉之實證研究**。台灣衛誌， 20 (3)，頁 216-227。
- 李蘭、黃美維、陸玟玲、潘伶燕、李隆安、鄧肖琳 (1995)。 **台灣地區成人的健康行為探討：分佈情形、因素結構和相關因素**[An Investigation of Health Behaviors in Taiwanese Adults: Distribution, Factor Structure, and Related Factors]。中華公共衛生雜誌， 14 (4)，頁 358-368。
- 周美珍 (2006)。 **社區健康促進介入計畫對糖尿病患生理指標與生活品質之影響**。國立台北護理學院護理研究所碩士論文。
- 李瑋珠、符春美 (1992)。 **社區民眾從事體能活動之研究**[A Study on Participation of Physical Activities of Community Residents]。中華民國公共衛生學會雜誌， 11 (4)，頁 328-340。

- 林秀娟、蕭淑珍、林美智 (2005)。健康生活社區化。「第六屆非營利事業管理研討會」發表之論文，嘉義：南華大學。
- 邱泰源 (2001)。社區醫學教育與健康照護。*台灣醫學*，5 (2)，頁 212-220。
- 姜逸群 (2006)。健康促進與生活型態。*學校體育雙月刊*，16，頁 31-35。
- 胡益進 (2009)。國立師範大學新生健康概念、自覺健康狀態、健康生活狀況及其相關因素之研究。*健康促進與衛生教育學報*，31，頁 1-30。
- 徐夢竹、孔繁文、蔡文勳 (2008)。國軍官兵對健康認知、態度與行為之研究—以年度業務講習參訓學員為例。「第十六屆國防管理學術暨實務研討會與國防軍備管理年會」發表論文，台北。
- 國民健康局 (1997)。社區健康營造計畫 台北：行政院衛生署國民健康局。
- 國民健康局 (2002)。民國 91 年台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查 台北：行政院衛生署國民健康局。
- 國民健康局 (2012)。缺乏運動已成為影響全球死亡率的第四大危險因子-國人無規律運動之比率高達 72.2%。取自 [http://health99.doh.gov.tw/Hot\\_News/h\\_NewsDetailN.aspx?TopIcNo=6680](http://health99.doh.gov.tw/Hot_News/h_NewsDetailN.aspx?TopIcNo=6680)
- 張必正、郭斐然、李汝禮、王三郎、陳慶餘、邱泰源 (2011)。台灣家庭醫師整合照護計畫的執行成效與未來展望。*家醫照護展望*，203，頁 6-12。
- 章慶堅、胡雪萍 (2006)。某學院住宿生營養知識和飲食行為與低密度營養教育成效研究。*臺灣營養學會雜誌*，31 (2)，頁 40-48。
- 許佑任、陳家榆、林恆慶、陳楚杰 (2004)。台灣民眾對實施家庭醫師制度之意願及相關因素研究—民眾的認知、態度及參與意願。*台灣家醫誌*，14 (4)，頁 159-172。
- 陳昭伶、陳政友、羅會丹 (2009)。基隆地區高中職學生健康促進生活型態及相關因素探討。*健康促進與衛生教育學報*，31，頁 129-154。
- 陳銘樹、魏慶國、黃曉令、吳潔瑜、黃莉蓉 (2006)。利用健康行為模式探討社區健康營造實施之成效。*健康管理學刊*，4 (2)，頁 155-167。
- 黃美惠 (2001)。中部地區高中 (職) 生之營養知識、態度、飲食行為及其相關因素之調查研究。*中山醫學院營養科學研究所碩士論文*。
- 黃國儀、張家銘 (2007)。屏東縣社區居民健康促進之研究—以飲食及運動處方介入。*體育學報*，40 (2)，頁 1-12。



- 黃韶顏 (1999)。阿里山特富野鄒族營養知識、態度、行為之調查研究。生活應用科技學刊，2 (1) ，頁 69-99。
- 黃韶顏 (2000)。阿里山特富野鄒族原住民飲食生活與營養之研究。臺灣師範大學家政教育學系博士論文。
- 黃耀慧、胡騰蔚、高森永、季麟揚、姚振華 (2006)。台北縣學齡前兒童齲齒狀況與家長知識、態度、行為相關性研究。中華牙誌，25(4)，頁 244-256。
- 葉乃綸、朱家緯、詹其峰、邱泰源、郭斐然 (2012)。社區整合式照護之成效：系統性文獻回顧。台灣醫誌，16 (2)，頁 112-120。
- 鄒惠雪 (2011)。健保支付制度 台北：行政院衛生署中央健康保險局。
- 潘美純 (2010)。老人社區照顧服務模式之探討-以台南市長榮社區為例。台灣老年學論壇，7。



## 附錄一 問卷

### 民眾健康促進知識、態度及行為之調查問卷

親愛的小姐、先生您好：

首先感謝您撥冗協助填答本問卷！

這是一份有關於行政院衛生署「論人計酬試辦計畫」的研究問卷，目的在探討論人計酬試辦計畫對民眾健康促進知識、態度及行為之影響，期望由您的寶貴意見來瞭解實施論人計酬制度的成效，對政府及醫療提供者提出完整建議，並提供您更佳服務品質。

本問卷調查採不記名方式，您所提供的資料僅供本次研究統計分析使用，絕不對外公開，敬請安心填答。最後，再次誠心感謝您的熱心協助與支持。

敬祝 健康快樂 萬事如意

中國醫藥大學醫務管理暨碩士班

指導教授：蔡文正 教授

研究生：黃士玲

敬上

填答說明：

本問卷共分知識、態度、行為及基本資料四個部分。請依照您個人的情況，在□內打「✓」或圈選您的同意程度。

#### 第一部分：個人健康促進知識

請針對題目敘述勾選您的答案

- |   | 正確                       | 不正確                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. 社區與居家生活環境對健康很重要.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 身體不適時應先到基層診所就診，必要時再由診所轉診至醫院或專科醫師.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 不可隨便打針吃藥，以降低感染發生、副作用及過敏反應的機會.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 應依照醫師指示用藥，不可以自行增減藥量.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 高血壓病人應減少攝取醬油、醃製品、味精等高鈉食品添加物，有助於血壓控制..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 膽固醇偏高之病人應少吃內臟、蛋黃等食物並限制油脂.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 避免刺激性食物如菸、酒、油炸物等，可減輕或預防心臟病.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 維持標準的體重有助於糖尿病的控制.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 貓狗等寵物毛髮不會引起氣喘.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 抽煙、嚼檳榔會增加口腔病變的機率.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 定期接受健康檢查可早期診斷早期治療.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. 疾病可藉由早期發現獲得較好的治療效果.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. 隨時保持心情愉快，建立自己有效的減壓抗憂方式，可避免精神疾病...       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 三餐要定時定量，每天至少3碟蔬菜2份水果.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. 運動會增加肌肉強度，但不會減少意外跌倒的機會.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 第二部分：個人健康促進態度

請針對題目敘述圈選您的同意程度

	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1. 我會注重社區與居家環境衛生清掃.....	1	2	3	4	5
2. 身體不適時會先到診所就診，必要時再由診所轉診至醫院或專科醫師診治.....	1	2	3	4	5
3. 感冒時，我會靠充分的休息及補充水分自然痊癒，非必要就不打針或用藥.....	1	2	3	4	5
4. 我會遵照醫師指示用藥.....	1	2	3	4	5
5. 我會因為患有高血壓而每天量血壓.....	1	2	3	4	5
6. 如果血膽固醇濃度較高我會少吃內臟、蛋黃等食物並限制油脂.....	1	2	3	4	5
7. 我覺得炸雞、含糖飲料、烤肉對我的健康不會造成太大影響.....	1	2	3	4	5
8. 如果罹患糖尿病我會常常量血糖.....	1	2	3	4	5
9. 日常生活中，我應該注意任何可能引起氣喘的來源.....	1	2	3	4	5
10. 若有抽菸、喝酒、嚼檳榔的人應該戒菸、戒酒、戒檳榔.....	1	2	3	4	5
11. 如果身體出現異狀，我會馬上做進一步的檢查.....	1	2	3	4	5
12. 我認為應定期做健康檢查或癌症篩檢.....	1	2	3	4	5
13. 當壓力來時，我應該要尋找自己紓壓的管道.....	1	2	3	4	5
14. 為了自身及家人健康，我應該重視均衡飲食.....	1	2	3	4	5
15. 我會為了促進健康而規律運動.....	1	2	3	4	5
16. 當醫療團體辦理健康相關活動時，我會主動參加.....	1	2	3	4	5
17. 我會使用未經醫師開立的處方治療疾病.....	1	2	3	4	5

### 第三部分：個人健康促進行為

請針對題目敘述勾選您的行為頻率

	從 來 沒 有	有 時 如 此	經 常 如 此	總 是 如 此
1. 我協助維持社區與居家生活環境衛生.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 身體不適時我都先到診所就診，必要時再由診所轉診至醫院或專科醫師診治.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 生病時，我常要求醫師幫我打針.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 即使病情好轉，我也沒有減少藥量.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	從 來 沒 有	有 時 如 此	經 常 如 此	總 是 如 此
5. 我有定期量血壓並知道結果及代表意義.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 日常飲食中，我盡量避免攝取內臟、蛋黃等食物並限制油脂.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 我盡量避免吃刺激性食物如油炸物.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我持續控制自己的體重在標準內.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 我有閱讀與健康促進相關的報章雜誌或書籍的習慣.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我有喝酒或喝含酒精成分的飲料.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 我有抽菸.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 我有嚼檳榔.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 我有觀察自己身體有無改變或危險的訊號的習慣.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 我有定期做健康檢查或癌症篩檢.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 我每天保持心情愉快.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 我重視均衡飲食的攝取.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 我有每次運動至少 30 分鐘的習慣.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 我有參加機關團體舉辦的衛生教育課程.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 第四部分：個人基本資料

1. 性別 女 男
2. 身高\_\_\_\_\_公分；體重\_\_\_\_\_公斤
3. 出生年月 民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月
4. 職業 無/已退休 資訊業 金融業 製造業 服務業  
軍公教人員 農林漁牧業 家管 學生 其他\_\_\_\_\_
5. 家庭結構 獨居 與家人或親友同住 其他\_\_\_\_\_
6. 家庭月平均所得 0~19,999 元 20,000~39,999 元 40,000~59,999 元  
60,000~79,999 元 80,000~99,999 元 10,0000 元以上
7. 婚姻狀況 未婚/單身 已婚 離婚 喪偶 其他\_\_\_\_\_
8. 教育程度 小學(含)以下 國中/初中 高中職 大學/專科 研究所以上
9. 居住地 十甲里 干城里 合作里 早溪里 東門里  
(中市東區) 東信里 東南里 東英里 東勢里 東橋里  
東興里 泉源里 振興里 富仁里 富台里  
新庄里 樂成里 其他\_\_\_\_\_
10. 宗教信仰 無 一貫道 佛教 道教 回教  
基督教 天主教 其它\_\_\_\_\_

### 疾病史

11. 您是否有長期服藥？ 是 否
12. 您是否罹患以下疾病？ 是 ( 高血壓 高血脂 心臟病 糖尿病 氣喘  
(複選) 中風 癌症 肝炎 慢性腎臟病  
其他\_\_\_\_\_ )
- 否
13. 您是否有家族疾病？ 是 ( 高血壓 高血脂 心臟病 糖尿病 氣喘  
(複選) 中風 癌症 肝炎 慢性腎臟病  
其他\_\_\_\_\_ )
- 否

### 自覺健康狀況

14. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是？  
很差 差 普通 好 很好
15. 和一年前比較，您認為您目前的健康狀況是？  
差很多 差一些 差不多 好一些 好很多
16. 與同年紀的人相比，您認為您目前的健康狀況是？  
差很多 差一些 差不多 好一些 好很多

### 您近一年來參加過哪些健康促進活動：

17. 您參加過幾場「健康管理站」進行血壓、血糖等身體檢查？  
0場 1場 2場 3場 4場(含)以上
18. 您覺得藉由「健康管理站」對健康促進有無幫助？  
完全沒幫助 沒幫助 尚可 有幫助 非常有幫助
19. 您參加過幾場「癌篩義診」進行大腸直腸癌、子宮頸癌、乳癌、口腔癌等篩檢或義診？  
0場 1場 2場 3場 4場(含)以上
20. 您覺得藉由「癌篩義診」對健康促進有無幫助？  
完全沒幫助 沒幫助 尚可 有幫助 非常有幫助
21. 您參加過幾場「健康講座」聆聽有關健康促進的議題？  
0場 1場 2場 3場 4場(含)以上
22. 您覺得藉由「健康講座」對健康促進有無幫助？  
完全沒幫助 沒幫助 尚可 有幫助 非常有幫助

一本問卷到此全部結束，煩請您再檢視一遍，看看是否有遺漏之處。—

再次誠心感謝您的熱心協助與支持，謝謝！

～今天您怎麼對待您的身體，明天您的身體就怎麼對待您～

同心協力·守護健康  
中市東區·澄清醫院