

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHASEP-017

健康促進醫院組織效能與員工特質對健康促進
生活型態影響之研究

The study between the Organizational Effectiveness
of Health Promoting Hospitals and the Influence on
Lifestyle of Employees' Health Promotion.

指導教授：賴 俊 雄 博士

共同指導：郝 宏 恕 博士

研究生：黃 進 吉 撰

中華民國九十七年七月

誌謝

人生中真的有無限的可能；想不到在將屆天命之年，仍能在國內卓越老字號的醫管學術殿堂與良師益友共度二年學習時光，與其說是一種機遇，不如說是自己的幸運。當然首先要衷心感激指導教授賴俊雄老師、共同指導教授郝宏恕老師，在論文寫作過程中深入淺出、悉心指導，讓我的論文能順利完成；也感謝口試委員鎮明常老師、王俊文老師及吳聖良研究員對論文的審閱及指正，提出寶貴意見使論文更臻完備。而能在此優良環境學習，必需感念衛生署台中醫院徐永年院長的推荐就讀，以及國民健康局蕭美玲局長及同仁們的支持及勉勵，使我在工作與課業間取得平衡，得以從容地學習與成長。

其次感謝中國醫藥大學醫務管理研究所前任戴志展所長、現任蔡文正所長對論文進度的關心與協助，龍紀萱老師、謝淑惠老師對論文問卷的指導建議，以及元培科技大學林雅雯老師提供參考資料與建議，及同意使用所發展之研究問卷，還有所上全體老師在就讀期間，盡心課程傳授、精闢學習解惑，並對課外相關知識切磋指導等等，均令我印象深刻與感佩，而在撰寫論文期間學弟妹們的熱心協助也在此一併致謝。

懷念我們第一屆在職專班一起學習的同學們：班代亮吟及正和、世欽、碧敏、揆洲、信水、泰昌、文侯、慧珠、立群、恩瑄、敬旺、淑怡、永宜、雪絨、富珍、力行、文珍等同學，特別感謝您們對我這位“資深”同學的寬待與支持，心中也經常浮現大夥們每週假日上課中午一起吃便當的歡愉景象。

最後感謝賢妻瑞芬及馨葦、馨寧、士軒三個寶貝們默默支持與鼓勵，以及祝福一切曾經在我學習旅程中熱心幫助的好朋友們！

黃進吉 謹誌于

中國醫學大學醫務管理研究所

2007 年 7 月

中文摘要

目的：本研究係探討台灣地區獲得世界衛生組織（WHO）認證之健康促進醫院(Health Promoting Hospital, HPH)，其健康組織效能與員工特質對健康促進生活型態的影響評估與關鍵因素之探討。希望能瞭解認證醫院員工之健康促進生活型態現況，及是否在組織層面能發揮健康促進之效能，並探討關鍵影響因素及提出檢討建議，期能提供我國健康促進醫院未來發展之參考。

方法：本研究以台灣地區北、中、南部首批獲得WHO網路認證之三家健康促進醫院員工為研究母群，針對有關醫院健康組織與員工健康促進生活型態，進行橫斷式調查，研究對象為個案醫院之醫師、護理人員、醫技人員及行政人員，利用自填式結構問卷進行資料收集，問卷內容包括員工人口學變項與健康行為自我效能、自覺健康狀態、健康促進生活型態及醫院健康組織效能等變項，共發出1200份問卷，有效回收問卷781份，回收率為65%。統計方法包含次數、百分率、平均值、標準差、單因子變異數分析、比較獨立樣本 t 檢定、Scheffe事後檢定，pearson 積差相關、複迴歸分析等。

結果：研究發現員工傾向「同意」醫院健康組織有助於其健康促進之成效，其中以「物理環境」構面表現最佳，「健康資源」構面最低。而員工認同以「時常如此」來達成健康促進生活型態，以「人際支持」構面表現最佳；「健康責任」構面最低。進一步以複迴歸分析，影響員工健康促進生活型態之主要因素為「健康行為自我效能」、「性別」、「自覺目前健康狀態」、「單位屬性」、「教育程度」等5項，其中尤以「健康行為自我效能」部分佔41%，為其中最關鍵因素。

結論與建議：健康促進醫院組織效能雖非其員工健康促進生活型態之主要影響因素，但仍發揮員工健康促進之正向作用，另員工之健康促進生活型

態亦僅達中等程度，故醫院如能整合員工之身體、心理、社會三個主要健康促進構面功能，善用員工之高度健康行為自我效能優勢，有效導入符合員工所需之健康促進方案，對於員工建立健康促進生活型態及醫院全面推動健康促進管理模式，應可發揮更大助益。

關鍵字：健康促進生活型態、健康行為自我效能、健康促進醫院



ABSTRACT

Objectives: This exploratory study tried to identify major factors of WHO accredited Health Promoting Hospital (HPH) as well as employees' demographics affect on employees' health promoting life style.

Method: This study includes three accredited HPH one in north, one in central and in south Taiwan as case study hospitals. We sent out 1200 questionnaires to physicians, nurses, allied professionals and administrative employees in three hospitals, The survey includes employees' demographics variables, health behavior self-efficacy, health status, health promoting life style, and health promoting hospital effectiveness The survey response rate is 65%. The data analysis includes frequency, mean, standard deviation, one way ANOVA, t-test, Scheffe test, Pearson correlation, and multiple regression analysis.

Results : Most responders agreed HPH had positive effects on their health Promotion. Among HPH dimensions, physical environment has the highest effect, and health resource has the lowest effect. Among health promoting life style dimensions, family and social support has the highest effect and health responsibility has the lowest score. We found health behavior self-efficacy, gender, perceived health status, work unit, and education have significant effect on health promoting life style using multiple regression analysis. Health behavior self-efficacy is the single most important factor. It accounts for 41% of the variation.

Conclusions and Suggestions : Even through health promoting hospitals are not major factor in employees' healthy life style but still have positive impact. Hospital should integrate physical, mental, and social dimensions as well as individual healthy behavior self-efficacy to effective improve employees' healthy life style.

Key Words: Health Promoting Life Style, Health Behavior Self-Efficacy, Health Promoting Hospital.

目 錄

第一章	緒 論	1
第二節	研究背景.....	1
第二節	研究動機.....	4
第二節	研究目的.....	6
第二章	文獻探討	8
第一節	健康促進概念.....	8
第二節	健康促進生活型態.....	12
第三節	影響健康促進生活型態之因素.....	18
第四節	人口學因素與相關研究經驗.....	26
第五節	健康行為自我效能.....	29
第六節	組織效能.....	33
第七節	健康組織.....	35
第八節	健康促進醫院.....	42
第九節	國際健康促進醫院之發展.....	45
第三章	研究方法	57
第一節	研究架構.....	57
第二節	研究假設.....	58
第三節	名詞界定.....	58
第四節	研究對象與樣本.....	60
第五節	研究工具.....	61

第六節	量表之信效度檢測.....	62
第七節	資料蒐集與統計方法.....	64
第八節	研究限制.....	65
第四章	結果與討論.....	66
第一節	研究樣本之人口學因素資料.....	66
第二節	醫院健康組織效能狀態.....	69
第三節	員工之健康促進生活型態.....	75
第四節	員工之健康行為自我效能與自覺健康狀態.....	81
第五節	員工人口學因素與各變項關係比較.....	88
第六節	醫院健康組織效能與各變項關係比較.....	108
第七節	員工健康促進生活型態之影響因素.....	121
第五章	結論與建議.....	130
參考文獻	140

圖目錄

圖 2-1 健康促進模式	19
圖 2-2 自我效能架構圖	30
圖 3-1 研究架構	57



表目錄

表 2-1 健康組織之特色	37
表 2-2 健康促進醫院指標	49
表 2-3 健康促進醫院之核心發展策略	54
表 3-1 醫院各部門分層比例抽樣之樣本分配情形	60
表 3-2 總量表與分量表信度分析	63
表 3-3 研究目的與統計方法	64
表 4-1 人口學因素變項	68
表 4-2 健康組織效能之得分與分佈	71
表 4-3 健康組織效能題目分量表	73
表 4-4 健康促進生活型態之得分與分佈	77
表 4-5 健康促進生活型態各題目之分量表	79
表 4-6 健康行為自我效能之得分與分佈	83
表 4-7 健康行為自我效能分量表得分情形	85
表 4-8 自覺健康狀態之得分與分佈	87
表 4-9 人口學因素與健康生活促進型態之單變項分析	91
表 4-10 人口學因素與健康促進生活型態分量表之單因子變異數 分析	97
表 4-11 人口學因素與健康行為自我效能之單變項分析	101
表 4-12 人口學因素與健康行為自我效能分量表之單因子變異數 分析	106
表 4-13 人口學因素與醫院健康組織效能之單變項分析	111
表 4-14 人口學因素與醫院健康組織效能分量表之單因子變異數 分析	118
表 4-15 人口學因素與健康促進生活型態之相關分析	122
表 4-16 醫院健康組織效能與健康促進生活型態之相關分析	125

表 4-17 自覺健康狀態、健康行為自我效能與健康促進生活型態 之相關分析.....	127
表 4-18 健康促進生活型態回歸係數分析表	129



附 錄

附錄一 醫院健康組織效能各構面量表信度分析	148
附錄二 健康促進生活型態各構面量表信度分析	150
附錄三 健康行為自我效能各構面量表信度分析	152
附錄四 問卷內容效度專家名單	153
附錄五 研究問卷.....	154
附錄六 量表使用同意書.....	160



第一章 緒論

第一節 研究背景

我國憲法第 157 條規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」此為我國衛生政策之最高指導方針；後因應時代變遷與政府施政需要，民國 81 年起復於憲法增修內容中明列：「...國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展...。」之條文，重新賦予國家衛生政策嶄新方向，因此；為達成全民健康之衛生施政目標，實有賴於公共衛生制度及醫療保健體系之健全發展。近年來雖然我國公共衛生與醫療保健均有顯著進步，對於國民健康之增進、醫療保健服務之普及、醫藥衛生科技之提昇等，亦有卓越績效，但在目前全面提昇國民健康的要求下，醫療機構所應擔任的功能與角色，不再是謹守公共衛生「三段五級」理論中早期診斷和適當治療而已，更應以掌握最多醫療資源的既有優勢，延伸並擴大服務領域，積極擔負起疾病診斷治療前國民健康促進的核心中樞，才能啟迪我國全民健康的新思維與新方向，並迎頭趕上國際先進國家健康促進的趨勢作為。

隨著科技與經濟的進步發展、社會人口特質的變遷、疾病型態的轉型以及醫療服務體系的改變，使得民眾對健康需求及生活品質之提昇越來越重視，而追求健康安適及提昇生活品質，實有賴於政府有關機關大力推動健康促進計畫，進而達到全民健康之目標，而健康促進相關領域中，則以實施健康促進生活型態為最佳策略。眾多研究文獻均指出；實施健康促進生活型態即是有良好的健康行為，否則易引發各類慢性疾病而影響健康（Kasl & Cobb, 1966；石曜堂，1992；王瑞霞，2000）

健康促進(Health Promotion)經過歐美先進國家近 30 年的推行，已成為廿一世紀最重要的公共衛生概念，也成為各先進國家的核心健康理念與策略。WHO(1984)定義的健康促進為：「使人們能夠增加對於本身健康之控制並促進其健康之過程」。學者 O'Donnell (2001)則認為健康促進是「協助民眾改變其生活型態，使朝向最理想健康邁進的科學與藝術」。由以上定義中，顯然說明健康促進是以強調個人生活型態改變為核心的策略運用。故如欲協助民眾達成生活型態之改變，應喚醒個人的健康意識、改變個人的行為方式及創造良好生活習慣支持環境等多重策略的運用。

1986 年 WHO 頒布渥太華憲章 (Ottawa Charter on Health Promotion)，強調建立健康的全面性支持環境，並以重整健康服務體系為目的；由於醫療場所與大眾健康密切相關，若能發展成為健康促進核心職場，將可促使社會大眾較易接受健康促進概念，並有助於達到提昇生活品質的目標。而「健康促進醫院」(Health Promoting Hospital,HPH)並非要求醫院改變其原本治療疾病的功能，而是希望將「健康促進」的觀念、價值與準則，以組織發展的技巧融入醫院的組織文化和日常工作中，並藉以影響員工、病患及其家屬和社區民眾；其目的在增進醫療健康照護的品質，以及員工、病患及其家屬在工作和生活層面的滿意度，進一步擔負維護社區居民健康的責任(Aujoulat et al.,2001)。健康促進領域相關研究在國內已發展多年，依據宋素真 (1998) 的研究建議，可針對不同領域的醫療團體、護理人員，進行健康促進生活型態及壓力之探討與比較，另學者 (李蘭，1998) 也提出健康促進取向之研究，應朝向廣泛性及全方位之模式推動。陳政友 (1999) 則指出健康促進生活型態相關研究之對象主要為學生，其次是教師、一般民眾、工人，再其次則為衛生工作人員、學生家長或病患；研究場所則主要為學

校，其次為社區，而醫院與職場之研究較少。

員工是醫院的寶貴資產，醫院有責任提供一個健康工作環境給員工；以我國90年底為例；全國計有637家醫院，其中從業員工總數佔全國總就業人口之1.16 %，未來此類員工就業人數亦將隨社會進步而逐年上升，故其職場健康安全之重要性實不容小覷，由於員工每週中約有三分之一時間投入工作場所中，其工作環境中之物理環境、心理環境以及社交環境等，皆能直接或間接影響其身心健康，又因醫院為高機動性工作職場，隨時均需因應各種緊急情況，加以醫療業務具有高度專業化及排他性，故醫院從業員工所承受之工作壓力甚為鉅大，如欲維持其身心健康，除由員工自主努力外，亦須醫院支持協助方能見效。而醫院必須擁有健康的員工，才能確保提供病患良好醫療服務，進而協助醫院管理者，共同實現「健康促進醫院」之理想。

雖然「健康促進醫院」在國際已行之有年，然而國內直至2005年起，方有少數醫院個別申請成為WHO健康促進醫院網路認證醫院，導入實施「健康促進醫院」相關概念與作為，近年來雖已逐漸形成國內醫院管理之新思維與新風潮，但有關國內健康促進醫院之推動策略與支持環境營造，塑造健康促進應有的組織文化，進而改變經營管理者思維等，目前相關調查研究仍寥寥可數，亦無從瞭解各推動醫院是否在獲得WHO-HPH認證後，其內部健康促進推動基礎是否完備？尤其有關健康組織的建置與其效能是否發揮？員工健康促進生活型態是否因而改善等等？如能加以研究分析並提出因應改善建議，除能減少醫院推行健康促進時障礙產生，亦能對我國健康促進醫院未來發展策略，提供先驅研究之參考。

第二節 研究動機

在急性健康照護體系日趨完備之下，為因應人口老化現象，在健康及照護的議題，更應提倡國民健康促進相關作為，而非依然僅重視醫療或疾病的處理(李蘭,1998)。研究指出在健康領域(Health field)中決定個人健康的四大要素，以生活方式最具影響力(佔50%)，但卻往往最被忽略(Lalonde,1974)。另慢性病流行學模式也提出影響健康狀態最主要原因為個人的生活型態(Dever,1976)，如美國每年至少有50%的死亡原因，係源自於不健康的生活型態(Walker、Sechrist&Pender,1987)。

五十年來台灣地區由於社會經濟結構、生活型態的改變及衛生保健政策的改善，民眾主要死因轉變極大；由民國41年之以消化系統疾病及傳染病，如：胃腸炎(胃炎、十二指腸、腸炎及大腸炎)、肺炎與結核病等為主因，轉變至民國93年時之惡性腫瘤、心血管等慢性疾病及事故傷害為主；故消化系統疾病及傳染病已不在十大死因之列，反而惡性腫瘤自民國71年起位居國人十大死因之首位後，至今粗死亡率仍逐年增加中。若比較民國70年與93年之十大死因內容，發現20餘年來，以事故傷害死亡率降低最多，其次為腦血管疾病及高血壓性疾病；而增加者中又以惡性腫瘤及糖尿病等慢性疾病最為明顯，根據台灣地區93年十大死因之統計，其中有惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、慢性肝病及肝硬化、肺炎、腎炎、腎徵候群及腎性病變、高血壓性疾病等九項屬於慢性病，故如以公共衛生初級預防角度加以分析，應及早規劃並建立國人健康的生活型態，積極預防慢性病的發生。另影響個人健康行為相關因素甚多，如人口學因素、對健康

概念的認知與知覺狀況、家人、同儕及社會支持等，均為影響個人健康行為的重要因素。

為配合上述健康照護時代趨勢及因應國人疾病型態之改變，我國衛生署已將衛生政策從注重醫療服務，轉向為兼顧民眾健康促進面向，並將健康促進獨立為重要的衛生政策，陸續在學校、社區及職場推廣健康促進計畫，並積極參與 WHO 健康促進活動，期望能與國際接軌，在在顯示政府對國人健康促進的重視。行政院也於 2005 年將「健康臺灣」定位為施政主軸，希望透過推動「健康學校」、「健康社區」、「健康城市」的先驅計畫，來增強民眾健康生活概念，提供民眾實踐健康生活型態的引導，(行政院研究發展考核委員會，2005)。而在職場健康促進方面，則著眼於以「健康促進醫院」為推廣主軸，希望透過醫療機構的配合推動，使全國民眾均成為具有健康促進概念的「健康公民」，最終達到「健康國家」的願景。

健康促進醫院除強調提供外部之病患及其家屬、社區民眾在預防、保健、醫療、復健為一體的多方位服務外，更強調讓醫院成為健康的工作場所，亦即醫院應重視內部員工健康，有計劃的改善員工生理及心理之工作環境，降低對員工健康各種危害，透過教育訓練讓員工有更健康的工作與生活。又因醫院強調健康促進的功能，使得提供服務的員工必須提昇健康促進的認知與概念，面臨更多的挑戰與機會時，能採取適當及有效的專業行為 (Pelikan & Lobnig, 1997)。由於醫院員工同時兼具健康照護的提供及需求的雙重角色，其對於健康促進生活型態的認知與實踐情形，除影響自身的健康外，更將透過工作直接或間接影響所服務的對象，對健康促進醫院的成效扮演舉足輕重的關鍵角色。

就目前醫療機構實務作業中，身為民眾健康的把關者，同時擔任治療照護的醫師、護理人員、醫技人員，甚至是一般行政人員，在具備照護他人的專業領域之外，其對健康促進生活型態是否注重或其專業知能是否運用於本身或同儕等，均令人感到興趣與亟須瞭解的問題。然而國內有關健康生活型態對象之研究，大多廣泛針對一般民眾、學生團體或部分醫護人員進行，缺乏對於醫療機構全部成員進行全面性研究，尤其尚未針對國內已取得 WHO-HPH 醫院所屬從業員工進行探討。因此；本研究選擇國內首批取得 WHO-HPH 之醫院員工為對象，希望瞭解彼等健康生活型態，是否因服務之醫院取得國際性健康促進醫院的認證，在組織面能發揮健康促進應有效能，進而在執行面能影響員工實行健康促進生活型態之成效，並深入探討兩者間關鍵影響因素及提出合適政策建議，俾利我國健康促進醫院的健全發展。

第三節 研究目的

本研究主要探討國內首批（2005 年至 2006 年間）經 WHO-HPH 網路認證位處北、中、南部；屬性為委託經營、公立醫院及財團法人等各一家健康促進醫院，在彼等具有國際性健康促進認證及建置健康組織（Healthy Organization）基礎及執行員工健康促進方案條件下，探討其醫院健康組織效能與員工健康促進生活型態之影響，主要研究目的如下：

一、瞭解健康促進醫院員工在人口學因素、健康行為自我效能、自覺健康狀態與健康促進生活型態的情形。

二、瞭解健康促進醫院在健康組織之政策與領導、健康資源、健康文化與活動、物理環境等四個構面的效能與不足及與員工健康

促進生活型態之關聯。

三、探討健康促進醫院員工之人口學因素與健康促進生活型態的關係與差異。

四、探討健康促進醫院員工在人口學因素與醫院健康組織效能等變項下，採行健康促進生活型態之影響及其關鍵因素。

五、依據研究結果，提出健康促進醫院在健康組織效能與員工健康促進生活型態之相關建議，以提供我國發展健康促進醫院政策之參考。



第二章 文獻探討

依據研究目的及涉及之相關概念，針對國內外之文獻進行整理，文分九節為：健康促進概念；健康促進生活型態；影響健康促進生活型態之因素；人口學因素與相關研究經驗；健康行為自我效能；組織效能；健康組織；健康促進醫院；國際間健康促進醫院發展，茲分述如下。

第一節 健康促進概念

廣義而言；健康促進包含疾病預防部份，然而嚴格而言；健康促進（health promotion）和疾病預防（disease prevention）是可再加以區別；健康促進係以疾病或特殊健康問題為導向，而疾病預防觀點則是認為健康促進是一種「著手」行為（approach behavior），疾病預防則是一種「避免」行為（avoidance behavior）。再者；健康促進是在尋求擴展正向的健康潛能，至於疾病預防則在阻止或降低疾病或特殊健康問題對個人健康安適造成病理性的傷害。以字義而言；「預防」是避免某事件或現象的「發生」，「促進」則是幫忙或鼓勵某事件或某現象的「存在或活躍」。故健康促進行為的目標超越單純預防某些特殊疾病或健康問題，並積極促使個人達到最高層次的健康狀態。雖說健康促進和疾病預防是可以區分，然而實務上兩者在「健康促進」領域中，也形成一種相輔相成的互補作用。

Pender（1987；1996）將健康促進行為包含 10 個項目：自我照顧、適當營養、身體活動、睡眠狀態、壓力處理、自我實現、

生活目的、人際關係、環境控制與使用健康照護系統，綜合這些涵蓋身體、心理、社會層面，已是甚為完整之「健康行為」概念。1984年WHO歐洲分部將健康促進定義為：「幫助人們具備控制並改進其健康能力的過程」。因此；健康促進可謂居中促成人與環境間的策略，它將個人對健康的抉擇及社會對健康的責任予以整合，以創造更健康的未來。

1974年加拿大衛生福利部長Lalonde以非傳統醫學的觀點，將國民致病及死亡的因素歸納為：一、行為因素及不健康的生活型態；二、生物性因素；三、環境的危害；四、現有醫療體系不健全。並根據此4項主要影響健康的因素，提出5個改善健康的策略：

- 1.健康促進策略（a Health Promotion Strategy）
- 2.一般策略（a General Strategy）
- 3.研究策略（a Research Strategy）
- 4.健康照顧之有效策略（a Health Care Efficiency Strategy）
- 5.目標設定策略（a Goal-Setting Strategy）

其中健康促進策略主要在於改善生活型態，報告中提出23個可行的措施，大多與特定的生活型態因素有關，如：飲食、菸、酒、藥物和性行為等。此外；尚包括對個人和機關團體的教育計劃，以及其他促進身體娛樂的資源。Lalonde報告的最大貢獻為提出影響健康的廣泛環境因素，並使得加拿大政府的公共衛生政策，由治療疾病轉向預防疾病的策略，進而積極建立該國國民健康的生活型態。

1979年美國公共衛生部門（U. S. Public Health Service）出版之「健康人民（Healthy People：The Surgeon General's Report on Health

Promotion and Disease Prevention)」(Green, 1979)，指出造成美國疾病和死亡的 4 個因素為：遺傳 (20%)、環境 (20%)、健康服務系統 (10%) 和生活型態 (50%)。此報告闡述改善環境和個人的生活型態是防止疾病發生與死亡最有效的方法。同時將健康促進從疾病預防領域分開，給予相等政策地位，並將健康促進定義為生活型態的改變，而疾病預防則定義為保護健康不受環境因素的侵害，強調個人的生活型態和行為，對於維持和增進健康扮演重要角色及功能。

在 Lalonde 和「健康人民 (Healthy People)」兩份報告中，均將健康促進定義為生活型態的改變。因此；美國早期的健康促進計劃均強調個人行為的改變，也提供民眾許多衛生教育策略，而對於貧窮、醫療照顧缺乏等社會問題及環境對健康的影響，則鮮少提及。然而健康促進的定義是將健康促進視為影響健康之一般因子，如 Sigerist(1941)所指出的「令人滿意的居住水準、良好的工作條件、教育、文化，以及休息和娛樂的方式」，這些影響健康的一般因子是相當重要，若不能將其置放於重要地位，則將嚴重影響預防疾病的效果。

由於上述影響健康的一般因素甚為重要且事實存在，加以 Lalonde 研究報告之影響，促使世界衛生組織 (WHO)、加拿大衛生與福利機構 (Health and Welfare Canada) 以及加拿大公共衛生學會 (The Canada Public Health Association) 於 1986 年在加拿大渥太華舉辦第一屆健康促進國際會議，會中由來自 38 個國家 212 個代表共同簽訂發布渥太華憲章，而形成劃時代衛生醫療新思潮與成為全球性健康促進運動濫觴。

Brubaker (1983) 認為健康促進是引導自我成長，並增進安

寧幸福的健康照顧，而 Laffrey (1986) 提到健康促進是指獲得更高層次之健康為目的所採用的行為。Pender (1987) 更進一步提出，健康促進不僅是針對疾病或健康問題的預防行為；更具有正向成長與改變實現導向 (actualizing tendency) 的特性與擴展健康潛能的趨向行為 (approach behavior)，是引導個人維護或增進健康、自我實現及幸福美滿的肯定態度，而非僅為預防疾病或避免健康問題的行為而已。

渥太華憲章指出：「健康促進是增加人們控制與改善自己健康能力的過程」。而為能追求生理、心理、社會的完美境界，個人和團體均應實現抱負、滿足需求、改變或能適應環境。所以；健康是日常生活的資源，而非生存的目標，健康也是一種積極的概念，其重視社會與個人的資源及身體能力，因此；健康促進不僅是政府衛生部門的責任，更要協助個人能維持健康的生活方式並達最佳境界 (江東亮，1994)。

黃淑貞 (1991) 另指出健康促進是鼓勵民眾避免有害健康之生活方式，包括抽煙、飲酒、藥物濫用、減少意外傷害、增加健康有益行為以及壓力調適，如良好運動及習慣。

Pender (2002) 也指出：健康促進不是針對疾病或健康問題之特定預防；它是一種趨近行為 (approach behavior)，以自我實現為導向 (Actualizing tendency)，指引個人維持或增進健康、自我實現和幸福滿足的肯定態度，表示個人積極主動建立新的行為模式。而預防性行為，僅是一種穩定傾向，暗示減少、避免或去除既存的危險性行為。

總結來說；「健康促進」是 WHO 在 1978 年提出「Health for All」目標後，最重要的關鍵工作。其內涵從渥太華憲章揭示以來，不

斷與時精進，特別在 WTO 成立後引發出全球化對公共衛生的衝擊(蕭美玲，2007)。健康促進(health promotion)有許多定義，但多數公認渥太華憲章為最佳定義：「健康促進是增加人們控制與改善自己健康能力的過程」。此為一個整體性的社會和政治過程，不僅涵蓋增強個人技巧和能力的行動，也包括改變社會環境、經濟狀況，以減少對民眾或個人健康不良影響的行動，故健康促進計畫之推動將使人們能更有效的控制健康決定因子，進而改善其健康狀態（林美聲，2004；鄭淑芬，2004）。

第二節 健康促進生活型態

美國Information General's Report指出，在美國每年至少有50%的死亡肇因於不健康的生活型態所導致(Pullen, Walker & Fiantd, 2001)，而國外學者Alan於1974年提出慢性病流行病學分析模式中，指出影響健康狀態的因素有四大項目，包括生活型態、人類生物學因素、環境和醫療體制，其中「生活型態」是最主要因素，加以近年來台灣地區社會經濟及醫療科技的發展，民眾的生活及疾病型態的改變，社會大眾對健康需求的層次雖不斷提高，但在個人行為表現配合健康促進型態的進程中，卻顯得相當緩慢(湯慧娟等，2007)。

預防性與保護性的健康行為(preventive and protective behavior)又稱為健康行為(health behavior)，乃指相信自己是健康而不感覺有任何疾病症狀的人們，為保有健康所採取的行動。其目的主要在預防疾病，所以也泛指非醫療性的日常活動。國內學者李蘭將健康行為分為預防疾病和健康促進兩大類，前者係消極減少或去除高危險性的行為為目標，後者則積極建立良好且有益健康的行為為目標(李蘭，

1991)。而危險行為(risk behavior)是指使個人增加可能不健康之特定原因的行為。健康行為和危險行為通常並存為較複雜的行為型式，而稱為生活型態(葉琇珠，2000)。

Haris & Guten (1979) 將「生活型態的健康行為」內容整理為五類：一、健康習慣：充足的睡眠、鬆弛、提防體重過重、避免勞累、對飲食提高警覺尤其要限制食量；二、安全行為：繫安全帶或其他防備裝置、常檢查各類狀況、備妥急救設備及緊急時聯絡的電話號碼；三、預防性健康照護：口腔檢查、健康檢查；四、避免環境危害：如污染及犯罪；五、避免有害物質：如菸、酒等。依據上述陳述，健康行為應包括預防疾病及增進健康有關的行為，前者為減少或去除既存的高危險性行為(risk behavior)；而後者則表示積極主動建立新的行為模式(黃雅文、姜逸群，1991)。

Walker 等人(1987)將「健康促進生活型態」(Health-Promoting Lifestyle) 定義為：「個人為能維持或提昇安適狀態(wellness)層次，以及自我實現和滿足(fulfillment)的一種自發性、多層面的行動和知覺。」Pender 亦認為健康促進行為是健康生活型態的要素，並可視為個人健康生活型態中正向的生活方式，能引導個人體認其自身具有高度的健康潛能(Pender,1987)。

健康促進生活型態其內涵包含人際間支持、自我實現、壓力、健康責任、運動、營養及靈性成長等 7 個層面(高淑芬等，2000；Walker et al., 1987; Pender, 1996)。茲敘述如下：

一、人際間支持

House & Guten (1980) 認為人際間支持可由三方面影響健康：

- 1.滿足個人安全、受肯定、歸屬、社會接觸及情感的需要，直接促進個人身心健康及幸福感。
- 2.減少生活壓力而增進健康。
- 3.在壓力情境

下能緩衝壓力對健康的負面影響，而對身心健康及生活適應產生正面效果。在流行病學之死亡率與罹病率研究中，均證實與人際間支持相關，有較多人際間支持的個案，其死亡率遠低於缺乏社會支持者，而在生理疾病的罹患率方面亦會受到人際間支持的影響，另學者王潤清（1999）研究指出，有力的人際間支持可以增進病患執行健康促進行為，減少生理疾病的罹患率。

二、自我實現

自我實現是Maslow人格理論的核心，人類身為萬物之靈特別具備此特質，能導引自己朝向理想發展。就健康的角度觀之，具有自我實現特質者，在健康促進方面會強化其免疫系統，也較能遵行健康行為（陳美燕等，2001b），Pender(1996b)亦指出：健康促進不是針對疾病或健康問題之特定預防，它是一種趨近行為(approach behavior)，即是以自我實現為導向，指引個人維持或增進健康、自我實現和幸福滿足的肯定態度，表示個人積極主動建立新的正向行為，而預防行為(health prevention)是一種穩定傾向，暗示著減少、避免或去除已存在的危險性行為。因此；健康促進與預防行為可說是一體兩面。

三、壓力

壓力與疾病的相關研究，無論國內、外均甚多，有學者指出在高度工業化的社會中，有 50 % - 80 % 的疾病與壓力有關，例如：精神疾病（憂鬱症）、消化性潰瘍、高血壓、冠狀動脈心臟、心肌梗塞、緊張性頭痛、免疫能力下降...等。人體對於壓力之反應，以 Hans Selye 的一般適應症候群（general adaptation syndrome）為最著名。它說明人體在面對壓力時，會產生生理、行為的改變，例如：內分泌增強、血壓、血糖、心跳上升等（陳美燕，1992；陳美燕等，2001a）。因此有關壓力管理（stress management）原則與方法之研究也日益增多，有學者表示吾人處在此現代化、工業化社會裡，壓力管理已是每天生

活中促進健康最基本且重要之事，如能學習放鬆技巧、冥想、靜坐、休息、睡眠（每天至少睡 6 至 8 小時）等活動，將可使身體各器官系統安定，連同心理情緒也較能放鬆。

四、健康責任

學者 Ardell 於 1979 年提出要達到個體的安適狀態有五大途徑：分別為自我責任、對營養的認識、壓力管理、體能健康及對環境的敏感性。自我責任是居於其他四項的中央地位，且與其餘四項形成十字架的樞紐關係，在實踐與健康有關的行為中扮演重要關鍵角色（Cookfair, 1996）。

五、運動

研究指出人類惟有經常接受運動負荷的挑戰，才能保持最佳的體能與健康狀態。適度運動可以防止壯年後的體力衰弱，而且運動量愈小則死亡率愈高。運動可以促進肌肉力量、耐受性、彈性，增加心肺功能、減少焦慮和肌肉緊張度，以及協助維持正常體重和身體的組成結構。運動也對心臟疾病、高血壓、糖尿病、骨質疏鬆症、憂鬱症等之預防與治療有幫助，但必須為有效的規律性運動（regular exercise），亦即每週至少劇烈運動 3 次以上，且每次能使心跳增加至最大脈搏的 70 %-80 %，每次至少 20-30 分鐘（黃雅文等，1991；Pender, 2002），方能獲得運動所產生之健康促進效果。

六、營養

人類自受精開始至死亡，正確的營養習慣必將影響個體健康重要決定因素之一。文獻指出美國人約有 30 %-50 % 每天並未攝取適當食物，如攝食過量的膽固醇、脂肪、鹽、糖、酒精和食物，但在穀類、蔬菜、水果之份量則不足。同時；在該國十大死因中有五項是與不良飲食習慣有關，例如：冠狀動脈心臟病、部分癌症、中風、非胰島素

依賴型糖尿病以及動脈硬化症 (Edelman & Mandle, 1994)。國內 91 年十大死因中亦有五項是與飲食習慣有關，例如：惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病及高血壓 (行政院衛生署，2003)，因此合適的營養攝取有助於維持個人健康狀態。

七、靈性成長

其內涵包含生活有目的、朝個人目標發展、對生命樂觀、有自覺及正向成長的感覺 (高淑芬等，2000)。

馬懿慈(2003)於「社區老人健康促進生活型態及其相關因素之探討—以嘉義縣民雄鄉為例—健康自我效能」研究中，亦採用 Walker, et al.(1987) 健康促進生活型態之定義，以健康責任、身體活動、營養、人際關係、靈性成長和壓力處理等6個構面的行為代表健康促進生活型態內涵。

Walker, et al. (1987)以居住美國中西部社區952位成人研究中，尋出六大健康促進因素：自我實現(self-actualization)、運動(exercise)、健康責任(health responsibility)、營養(nutrition)、人際支持(interpersonal support)和壓力處理(stress management)等6個構面。在48項測量中有47.1 %解釋量，而以自我實現為最主要的影響因素。茲分述如下：

一、自我實現：是將個人的能力及潛能發揮至最大程度。包含生活有目的、朝目標努力、對生命樂觀、有正向成長與改變感覺等。

二、健康責任：是個人對自己的健康所付出的注意、接受的責任和需要時能尋求專業人員的協助。包含能注意自己的健康及與健康專業人員討論健康保健和參加有關健康保健課程等。

三、運動：係指從事運動與休閒的活動。包含每週至少運動三次、每次持續 30 分鐘等。

四、營養：包含日常飲食型態、食物的選擇等。

五、人際支持：指能發展社會支持系統，如有親密的人際關係、與人討論自己的問題、花時間與親密朋友相處等。

六、壓力處理：指當面對壓力時能放鬆自己及運用減輕壓力的方法，使生理各器官系統穩定及緩解心理壓力等，包含能放鬆自己、有減輕壓力的方法與技巧等。

黃毓華、邱啟潤(1996)於「健康促進生活型態量表信度效度之評估」研究中，以健康促進生活型態量表應用於國內大學生之信、效度分析檢定。利用因素分析獲得6個因素，分別為自我實現、健康責任、壓力處理、發展人際支持、營養、運動，共得解釋52.8%之變異量。

陳淑雅(2002)於「護生健康促進衛生教育及體適能活動之成效探討-健康自我效能」研究中，將健康促進生活方式定義為個人為維持或促進健康水平以及自我實現和自我滿足的一種自發性多層面之行為與知覺。並以高淑芬等人(1999)之健康促進生活方式量表評估護生個人在健康責任、營養、身體活動、人際關係、壓力處理、靈性成長等六構面的行為。

健康促進生活型態指為達更高層次的健康和增加安寧幸福的目的所採取各項的行動，健康促進行為包括個人在適當營養、運動休閒、壓力處置、人際社會支持、健康責任及自我實現六構面之行為(鄭小玉，2005)。

湯慧娟等人(2007)於「健康促進生活型態與危害健康行為之相關研究」中，將健康促進生活型態定義為：個人為達到更高層次的健康與安寧幸福的目的所採取的任何行動，其中包含自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持、壓力處理等六項。

一、自我實現 (self-actualization)：包含生活有目的、朝個人目標發展、對生命樂觀及有自覺及正向發展的感覺。

二、健康責任 (health responsibility)：包含能注意自身健康、與專業健康人員討論健康保健、參加有關健康保健的活動等。

三、運動(exercise)：指能從事規律性運動或休閒性活動。

四、營養(nutrition)：包括日常飲食型態與食物選擇。

五、人際支持(interpersonal support)：指能發展社會支持系統：如親密的人際關係、與他人討論自身的問題、花時間與親密的朋友共處等。

六、壓力處理(stress management)：包括睡眠、放鬆自己、運用減輕壓力的方法等。

綜合上述文獻，可將各學者所提出之健康促進生活型態分為自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持、壓力處理及靈性成長等 7 個構面。其中自我實現係指盡自我最大能力，展現自身最佳之表現；健康責任係指個人對自身健康所付出的最大注意；運動及營養係指在生活中我們能從事規律運動或休閒、以及飲食型態及食物的選擇；人際支持係指個人如何發展自身的社會支持系統，投入時間與朋友相處；壓力處理係指如何做到放鬆自己、抒發壓力；靈性成長係指對生命抱有正向觀，朝自覺及自我目標前進之樂觀態度。在一般研究中，通常可使用此 7 個構面來衡量個人健康促進生活型態之成效。

第三節 影響健康促進生活型態之因素

一、Pender 健康促進模式

Pender 的健康促進模式對於健康促進決定因素方面的研究，提供實證性的研究架構。健康促進模式是由健康信念模式所衍生，但健康信念模式僅著重在減低或避免疾病的行為，而健康促進模式則強調高層次的健康及自我實現，所提出可能影響到健康促進行為的因素

(Pender, 1996)。

Pender 1987 年版之健康促進模式中，將促進健康行為的決定因素分為：認知-知覺的因素 (cognitive-perceptual factor)、修飾因素 (modify factors) 及行動的線索 (cues to action)。1996 年修正版的健康促進模式 (圖 2-1) 主要包含三大概念：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)。

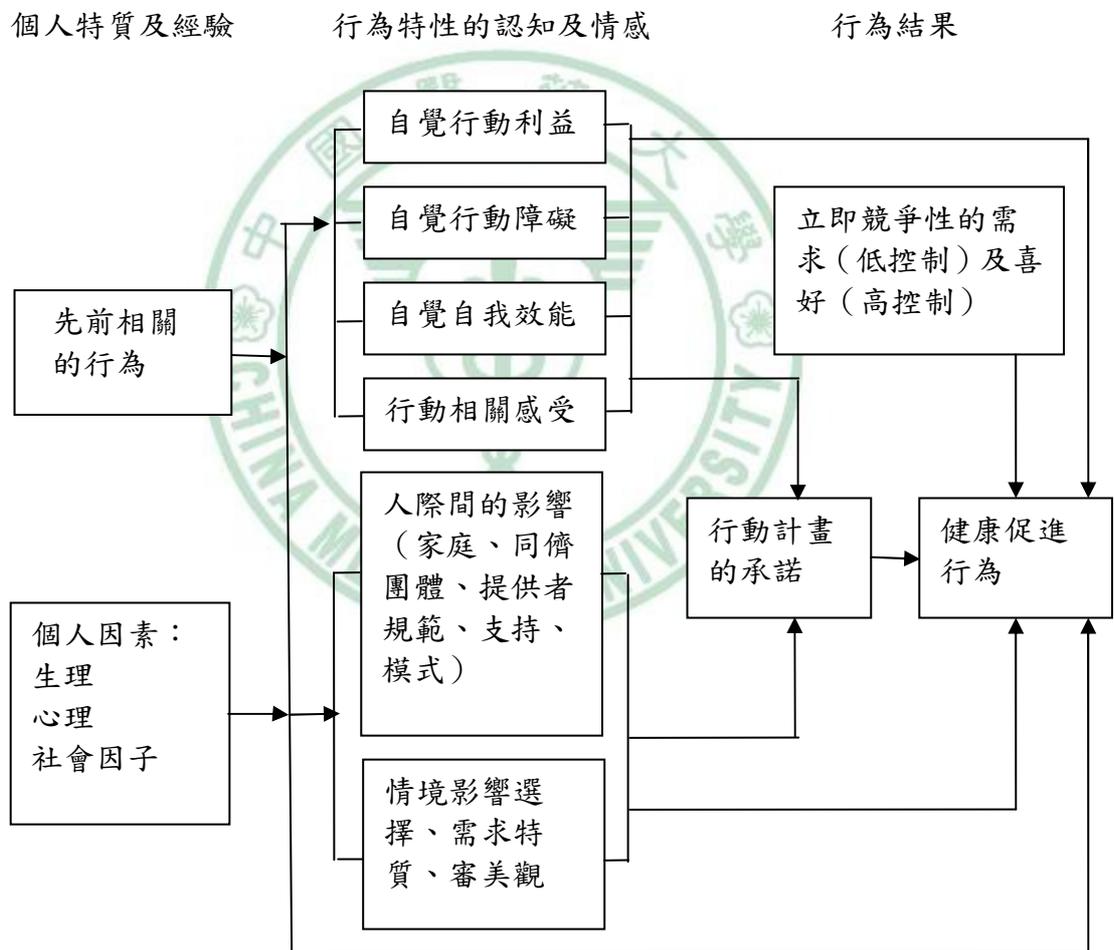


圖 2-1 健康促進模式

資料來源：Pender, N. J. Health promotion in nursing Practice (3rd). Stamford, Connecticut : Appleton & Lange's., 1996 a.

1.個人特質及經驗 (Individual characteristics and experience)：指影響個人健康促進行為有關的個人特性和經驗。包括先前相關的行為 (prior related behavior) 及個人因素 (personal factors) 2 個次概念與健康行為有重要關聯。

(1) 先前相關的行為 (prior related behavior)：在健康促進模式中所有行為因素均包含在先前相關行為中，即指所有會直接或間接影響此次健康促進行動之先前的行為。

(2) 個人因素 (personal factors)：被分為生理性 (biologic)、心理性 (psychological) 以及社會文化性 (sociocultural)。個人生理因素包括：年齡、性別、身體質量指數、肌力等。個人心理性因素包括：自尊、自我動機、個人能力、自覺健康狀態及對健康的定義。個人社會文化因素則包括：種族、籍貫、教育、社經地位等。

2.行為特性的認知及情感 (Behavior-specific cognitions and affect) 因素：包括自覺行動的利益 (perceived benefits of action)、自覺行動障礙 (perceived barriers to action)、自覺自我效能 (perceived self-efficacy)、行動相關的感受 (activity-related affect)、人際間的影響 (interpersonal influences) 及情境的影響 (situational influences)。

3.行為結果 (behavior outcome)：影響健康促進行為的產生，常受到的影響包括：對行動計畫的承諾 (commitment to a plan of action) 及立即面對的需求與喜好 (immediate competing demands and preference) 而產生健康促進行為 (health-promoting behavior)，此為健康促進模式中最後的行為結果，其最終目的均為使個人獲得正向的健康生活型態，並擴展到生活中每個層面，使整個生命週期充滿正向健康經驗 (Pender, 1996)。

二、影響健康生活型態之因素

Pender 等人曾對美國中西部六家工廠 589 位員工進行健康促進生活型態研究，結果發現自我效能、健康概念、自覺健康狀態及健康控制歸因均為預測因子，共可解釋變異量之 31%(Pender , Walker, Sechrist , & Frank-Stromborg, 1990)。

Weitzel (1989)探討 179 位藍領勞工之健康促進生活型態，經由逐步迴歸發現自我效能、自覺健康狀態、健康價值觀及教育程度為健康促進生活型態的預測因子。

Lusk, Ronis, & Hogan(1994)曾對 359 位建築業工作人員(如木匠)研究使用保護聽力器具的健康行為，結果顯示保護聽力器具使用的價值、不使用的障礙及自我效能是有意義的預測因子。修正因素的人口特徵直接對於使用保護聽力相關，且暴露在吵雜環境及人際關係影響 (interpersonal influences)成為使用保護聽力的健康行為有意義之預測因子，並驗證 Pender 健康促進修正模式。

Walker 等人所發表的健康促進生活型態量表在美國被廣為使用，國內黃毓華、邱啟潤(1997)加以修正後，研究高雄地區三所大學院校 562 名二年級大學生健康促進生活型態，顯示健康行為自我效能為最強預測因子，達可解釋變異量的 45.9 %，其次為健康概念、性別與自覺健康狀態，並指出認知知覺變項與性別對個人健康促進生活型態有影響。

仇方娟(1997)探討南區 22 所五專學生的健康促進生活型態，以多步驟抽樣，抽取 1163 人，有效樣本 1157 人，結果發現健康促進生活型態量表總得分指標為 64.6 分，6 個分量表依序為自我實現、營養、壓力處理、人際支持、運動及健康責任。結果顯示健康行為自我效能、自覺健康狀況、就讀學校健康資源的可利用性，自覺家人、師長、同

儕執行健康行為，感受家人、師長、同儕執行健康行為對其影響等，分別與五專生的健康促進生活型態呈顯著正相關。

洪麗玲、高淑芬(1997)對某護專五專三年級學生，藉由衛生教育介入與否，以隨機分派實驗組(48人)或控制組(45人)，探討其健康促進生活方式成效。結果顯示實驗組於衛教介入的後測其自覺健康狀態、健康促進生活方式、健康概念、健康行為自我效能皆比前測進步，且達顯著差異，兩組前後測差異比較，則以實驗組顯著優於控制組，健康概念、健康行為自我效能為護生健康促進生活方式之預測因子，共解釋行為變異量之 59.7 %。

Gillis(1993)利用 1983 至 1991 年期間發表的 23 篇探討健康促進生活型態之決定因子，以統合分析(meta-analysis)方法發現有 6 篇以探討小孩及青少年為主，17 篇以成人為對象，均以自我效能為最強的預測因子，次為社會支持、利益認知、自我概念、障礙認知及健康定義。其中 3 篇探討健康定義，所包涵幸福概念(wellness)成為推動採行健康促進生活型態的有效因子。

葉琇珠(2000)於「大學生健康概念與健康促進生活型態之探討」研究中，以北部某國立大學學生為研究母群體，共取得 492 位樣本，探討其人口學因素、生活經驗特質、健康概念及健康促進生活型態間之關係。研究發現：整體而言；大一生之健康促進生活型態優於大四生。健康概念得分較高者其健康促進生活型態的得分亦較高，健康概念與健康促進生活型態間呈現正相關。

林雅雯等人(2003)於「醫院員工健康促進生活型態及其決定因素之探討—以新竹某區域教學醫院為例」研究中，以新竹某區域教學醫院員工為研究對象，利用分層抽樣抽取 500 名樣本，採自填式問卷調查法，利用單因子變異數分析 406 份有效問卷發現：教育程度、婚姻

狀況及工作班別在整體健康促進生活型態之總得分有顯著差異。而複迴歸分析結果則顯示教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、健康自覺狀態與健康促進行為自我效能的影響達顯著差異，可解釋健康促進生活型態 47.9 % 的變異量。

陳淑雅(2002)於「護生健康促進衛生教育及體適能活動之成效探討—健康自我效能」研究中，將自覺健康狀態定義為個人自評的健康狀況，包含與同年齡者比較、自己是否容易生病、是否比他人健康及整體自評的健康狀況；將健康行為自我效能定義為個人對自身執行健康行為時，自認有把握能做到的程度，包括：營養、運動、心理安適、健康責任四構面。並以高淑芬等人(1999)之自覺健康狀態量表及健康行為自我效能量表，來評估研究對象與同年齡者比較，感覺自己是否更易生病、是否比他人健康、整體而言自評的健康情形如何，對實踐健康促進行為能力的信念，包含營養、運動、心理安適及健康責任4個構面的健康促進行為能力，個人自評有把握能夠做到的程度。

馬懿慈(2003)於「社區老人健康促進生活型態及其相關因素之探討—以嘉義縣民雄鄉為例—健康自我效能」研究中，採用 Pender et al.(1990) 及 Becker et al.(1993) 說法，將自覺健康狀態定義為個人自評與同年齡者相比較、與半年前健康狀態相比較及整體自評的健康狀態；將健康行為自我效能定義為個人對實踐健康促進行為，認為自己有能力做到的程度，包括運動、營養、心理安適和健康責任等4個構面。

Garcia 等人(1995)對 286 位學生的研究中發現，自覺健康狀態會影響運動行為。Pender 等人(1990)對受僱員工的研究中也發現，知覺個人能力、對健康的定義、自覺健康狀態及自覺健康控制等，可以解釋健康促進生活型態變異量之 31 %，自覺健康狀態與健康促進生活方式有相關，自覺健康狀態是健康促進生活型態最重要的預測因子。

Duffy 等人(1996)針對婦女的調查發現健康狀態與健康促進生活型態有關。Foster (1992)以 100 位 60-89 歲的黑人為研究對象，發現自覺健康狀態與健康促進生活方式有顯著相關。Bottorff, Johnson, Ratner, Pamela, 及 Hayduk (1996) 對 1339 位女性的調查發現，健康狀態會影響部份健康行為。Brown 和 McCreedy(1986)調查 386 位 65 歲以上老年人，發現健康保護行為與自覺健康狀態有顯著相關。Mahon (1994) 調查 211 位 15-21 歲的青少年也指出，運動、營養、較少物質濫用、健康促進與自覺健康狀態有較高的相關。

于漱 (1988) 對 20 至 60 歲台北市居民的調查，發現自覺健康狀況愈佳者，預防性健康行為得分愈高。王秀紅等人(1992)對 459 位婦女的調查中，發現自覺健康狀況可以有效預測健康促進行為。仇方娟 (1997)對南區五專生的研究中證實，自覺健康狀態可有效預測健康促進生活型態。李思招 (2000) 對護理學生的研究中，則證實自覺健康狀態可有效預測護理學生之規律運動行為。陳美燕、廖張京棣 (1995) 調查護理學生及護理人員的健康促進生活方式中，發現自覺健康狀態對健康促進行為具有影響力。黃毓華(1995)對大學生的研究中也發現，自覺健康狀態與健康促進生活型態成正相關。

三、調查健康促進生活型態相關量表

1.健康促進生活型態量表

最常被用來評估健康促進生活型態的量表(Health-Promoting Lifestyle Profile)是依據 Walker 等人發展之健康促進生活型態量表 (Walker, Sechrist & Pender, 1987)，經中文轉譯及文化調整修訂之中文版量表。此量表題目係以提昇健康層次為導向的正向健康行為，而不包含預防疾病的行為。量表共計 42 個題目，包含自我實現、健康責任、運動休閒、適當營養、發展人際、壓力處理等 6 個分量表(林美

聲，2004)，內涵如下：

(1) 自我實現(Self-Actualization)分量表，共有 14 個題目，包含生活有目的、朝目標努力、對生命樂觀、有正向成長與改變的感覺等。

(2) 健康責任(Health Responsibility)分量表，共有 9 個題目，包含能注意自身的健康、與健康專業人員討論健康保健、參加有關健康保健的課程等。

(3) 運動(Exercise)分量表，共有 3 個題目，係指從事運動與休閒的活動。

(4) 營養(Nutrition)分量表，共有 5 個題目，包含日常飲食型態、食物的選擇等。

(5) 人際支持(Interpersonal Support)分量表，共有 5 個題目，係指能發展社會支持系統，如有親密的人際關係、與他人討論自身的問題、花時間與親密的朋友相處等。

(6) 壓力處理(Stress Management)分量表，共有 6 個題目，包含能放鬆自己、有減輕壓力的方法等。

2. 健康行為自我效能評量表

Becker 等人(1993)所發展自評健康行為能力量表(self-rated abilities scale)，是測量個人對執行健康促進行為的能力與信念，測量構面包括健康責任、運動、心理安適、營養等四大部分，共計 28 題，受試者依據其有把握能夠做到的程度進行填答，分別為 10 %、25 %、50 %、75 %及 100 %五種等級，而依等級分別給予 1-5 分。

黃毓華、邱啟潤(1997)依據 Becker 等人發展之自評健康行為能力量表(Becker, Stuifbergen, Oh, & Hall, 1993)，經中文轉譯及文化調整後修訂為中文版量表，用來測量個人對執行健康促進行為能力的信念，包含營養、運動、心理安適、健康責任等 4 個構面的健康促進行

為能力。量表由 28 個題目組成，每個題目以個人自己評估有把握能夠做到的程度，可解釋的變異量為 61 %。

四、自覺健康狀況評量表

黃毓華、邱啟潤（1996）所發展的一般性健康知覺量表，採五分量表計分，分別給予 1 至 5 分，分數愈高表示自覺健康狀態愈佳。

綜合上述文獻分析發現，影響健康促進生活型態因素甚多，包括：健康促進行為自我效能、健康概念、自覺健康狀態、健康控制歸因、健康價值觀及教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、使用價值及使用障礙、認知知覺、社會支持、利益認知、障礙認知...等。其中研究結果分析出，證明最具有預測健康促進生活型態的因素則為健康促進行為自我效能以及自覺健康狀態，且已有國內學者發展或改良國外適用之量表，提供國內研究者參考應用。

第四節 人口學因素與相關研究經驗

從 Pender（1987）的健康促進模式或健康促進修正模式（1996）中，均提及人口學因素為其影響健康促進行為之一，包含年齡、性別、教育程度、收入和婚姻...等；均可經由其轉變認知，進而影響健康促進行為。而健康促進生活型態量表發展至今，已普遍使用於測量不同對象之健康促進行為，其中年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、身體質量指數（BMI）、宗教信仰、社經地位、家庭狀況、保險、自覺健康狀況、罹病情形、所屬單位、工作年資、工作時數、工作性質、工作負荷等，對於健康促進活動的支持因素皆能影響個人採取健康促進行為，以下分別針對欲探討之人口學統計變項加以說明：

一、年齡、性別、教育程度

黃雅文等人(1991)對台北縣40歲以上2000名民眾探討健康行為調查，其中運動行為部份，女性有規律運動者為30.30%，男性為39.46%，女性運動行為低於男性。于淑(1988)對台北市20-60歲居民預防性健康行為之調查，發現年齡是影響健康行為因素之一。Pender等人(1990)針對美國中西部6個公司的589位員工所作的研究發現，女性及年紀較大者，能持續參加公司舉辦的體能活動者，有較正向的健康促進生活型態。Duffy、Rossow & Hernandez(1996)，探討397位被雇用之非洲裔美國婦女為對象所進行有關健康生活型態探討，顯示教育程度愈高、年齡愈大者，愈能執行健康生活型態。

二、婚姻狀況

Peterson及Dounnagan(1998)針對1283名大學教職員的健康促進活動研究顯示，已婚者較會採行健康的生活型態。邱靜如、劉貴雲(2003)針對竹科321位員工的健康促進生活型態現況及相關因素之探討發現，單身者比已婚者會採行健康促進生活型態。林雅雯(2004)以500名教學醫院員工為研究對象，採自填式問卷調查法進行資料的蒐集。發現教育程度、婚姻狀況及工作班別在整體健康促進生活型態上有顯著差異。

三、家庭狀況

Pender提出，影響健康促進行為的因素甚多，其中一項重要的因素為家人的支持(Yin & Pender, 2005)。Pullen、Walder與Fiandt(2001)針對102名65歲以上的農村婦女的健康促進生活型態調查，也發現與家人同住者會有較健康之生活型態。張良漢(1997)以方便取樣，對296個案探討名仕俱樂部之會員生活型態及行為之研究，其結果顯示已婚者及其小孩低於6歲者，生活型態愈佳。國內學者研究發現，

離婚與喪偶者沮喪之程度較高於已婚者，即心理健康狀況較差，而未婚者則無差異（蔡秀美，1995）。

四、單位屬性

Peterson 和 Dounnagan（1998）針對 1,283 名大學教職員的健康促進活動研究顯示，組織類型、工作型態不同者，會有不同的健康生活型態。林雅雯等人（2003）針對新竹某區域教學醫院員工為研究對象，共有醫療、醫技、行政及護理等 4 個不同工作部門的受試者，結果發現醫療部門在健康促進生活型態中的自我實現、運動、均衡飲食的分數比護理部門高，醫技部門在均衡飲食部分的得分也比護理人員高。

五、職務

職務較高者，因責任感較大，也因普遍年齡較高，有較佳之健康行為。國內一項針對半導體工廠員工健康促進生活方式研究發現，經理級人員在健康促進生活型態得分比較高（邱靜如、劉貴雲，2003）。

六、工作年資

楊明仁等人（1997）研究發現新進員工，以年資未達一年之心理健康狀況欠佳，分析可能之原因為年資淺，造成工作壓力較大所致。林女理（2002）發現學校護理年資、護理工作總年資等與健康促進生活型態呈正相關。陳美燕、廖張京隸（1995）針對桃園地區 197 位護理學生與 209 位護理人員作調查，結果發現年齡與教育程度是影響健康促進生活型態的因素，年齡愈大、教育程度愈高、工作年資愈久及無子女者執行情況愈佳。

七、工作時數

依據我國勞動基準法第三十條規定，勞工每日工作時數不可超過 8 小時，由於目前該法並未將全部醫療工作人員納入保障範圍，因此許多第一線醫療工作人員經常超時工作，造成心理與生理上的傷害，

且常因工作時數增加而注意力不集中，間接造成病患的傷害。林雅雯等人（2003）針對新竹某區域教學醫院員工為研究對象，結果發現每週工作時數與健康促進生活型態中的均衡飲食呈現負相關。

八、工作性質

一項對於愛爾蘭醫院護士的生活型態調查顯示，公共衛生護士與醫院的一般護士相比，較會採行更健康的生活型態，或許因為公共衛生護士的工作領域與健康促進概念息息相關，且其工作性質大部份毋須輪值夜班（Hope, Kelleher, & O'Connor, 1998）。一項針對 1,507 名員工健康促進生活方式探討發現，工作班別在 6：30AM—14：30PM 的員工，其健康促進生活型態得分比其他工作班別員工高（高淑芬等，1999）。

九、工作負荷

Hope、Kelleher & O'Connor（1998）在一項醫院護理人員的生活型態及健康促進環境調查中指出，工作負荷是最常出現的壓力因子，也會影響到護理人員採行健康生活型態的行為。

綜合上述文獻可知；社會人口學變項及工作性質與健康促進生活型態具相關性，更是探討健康促進行為不可或缺的重要因素，因此擇取與本研究密切相關之人口學變項為：性別、年齡、教育程度、單位屬性、居住狀況、職稱、職務、年資、工時、工作性質與負荷等，作為本研究分析變項。

第五節 健康行為自我效能

「健康行為」依 Gochman 的定義，健康行為是指個人的屬性（如信念、動機、經驗、價值、知覺、和其他認知變項）、人格特質和外顯行為（為維護或增進健康所採取的行動或習慣）。而根據

健康信念模式，個人採行某種健康行為效果的估計包含 2 個變項 (陳曉悌等，2003)：

一、有效性認知：當個人感受到威脅(自覺罹患疾病且嚴重性較高)，便會產生趨力促使個人採行其某項健康行為。

二、障礙性認知：行動者對行動過程中可能存在障礙的評估，包括實質與心理層面，如花費過高、過於冒險、不方便、引起疼痛、有副作用或困窘等。個人採取行動時，先評估此行動的利益、方便性、花費代價等，認為利多於弊才可能採取行動。

在健康促進行為模式中，自我效能是認知—知覺變項中一個重要中介變項 (Pender et al.,1990)。自我效能理論由 Bandura 所提出，源自於社會學習理論，定義為「個人相信自己能夠組織並執行一連串行動以達成預期目標的信念」，此種信念乃是個人對於自己從事某項任務或表現某種行為所具備的能力，以及對於工作或行為可達到何種程度的一種知覺 (Bandura, 1977a；Rosenstock, Strecher & Becker,1988)。Bandura(1977a,1977b)指出影響個人行為改善或繼續維持的原因有成果預期 (outcome expectancy) 及效能預期 (efficacy expectancy) 二種，前者是指對從事某項行為會導致某特定結果的期望；後者是指對從事某項行為，自己認為的能力期望，也即是自我效能。兩者皆與行為有關，效能預期對行為的預測力強過於結果預期，是影響行為改變最重要的因子。

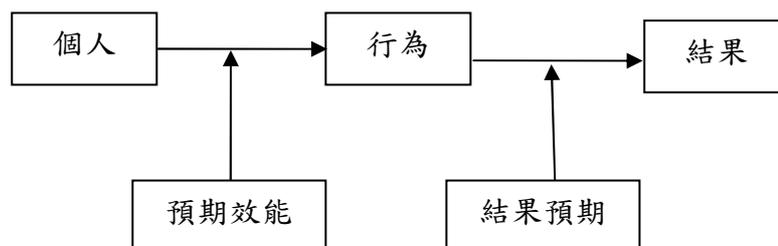


圖 2-2 自我效能架構圖 資料來源：Bandura (1977).

國內學者蔣立琦等人（2004）以自我效能進行概念分析時，將自我效能定義為「自己覺得有能力可以與環境互動成功，有達成特定目標之行動信念以及執行行為和完成預期行為表現的能力」，定義特徵包含下列 3 項：

- 一、自己判斷個人有自我控制能力的一種信念。
- 二、個人自覺達成預期行為之信心。
- 三、個人完成一個成功行動之思考判斷能力。

Dzewaltowski, et al.(1990)比較社會認知理論、理性行動理論及計畫行為理論對身體活動的影響，顯示出自我效能為最佳的預測因子。Bandura(1986)亦提出個人的自我效能(self-efficacy)會受 4 種訊息的影響，其中過去的執行經驗是產生效能預期的最可靠來源，其次為替代性經驗，分別敘述如下：

- 一、目標達成(Enactive attainment)：過去的成敗經驗，是影響效能判斷的最大因素
- 二、替代經驗(Vicarious experience)：藉由觀察別人的行為，觀察者可從中提高自我效能。
- 三、語言的說服(Verbal persuasion)：藉由口語的說服或指導的過程，使個體相信有能力達成目標，提高自我效能感。
- 四、生理狀態(Physiological state)：人們有時會藉著生理狀態來判斷其能力，如面臨壓力情境時會降低自我效能。

Becker 等學者於 1993 年發展出「健康行為自我效能量表」(Self-Rated Abilities for Health Practices Scale)，內容包括運動(exercise)、心理安適(well-being)、營養(nutrition)、健康責任(health practices)等 4 個構面的自我效能，能夠有效預測健康促進生活型態(Becker et al, 1993)。

自我效能概念之所以受重視，是因能清楚呈現健康促進的要旨；由渥太華宣言可知健康促進是使人們能增加控制及改善其健康的過程，因此自我效能理論被廣泛應用於健康行為的研究中。

關於自我效能之相關研究中，Garcia, Norton-Broda, Frenn, Coviak, Pender 及 Ronis (1995) 研究 286 位學生的運動行為，結果發現運動自我效能會藉由行為的效益或障礙而影響運動行為。李思招 (2000) 研究護理學生的規律運動行為，結果發現運動自我效能與規律運動行為呈現正相關，且可有效預測護理學生之規律運動行為。

自我效能也常使用於健康促進生活方式的研究中，且被許多研究證實是健康促進生活方式的重要預測因子。Bottorff, Johnson, Ratner 及 Hayduk (1996) 調查 1339 位女性的健康行為，結果發現自我效能雖會影響部份健康行為。

另有學者研究 117 名殘障者健康促進生活型態之預測因子，發現健康行為自我效能是最強的預測因子 (Stuifbergen & Becker, 1994)。而國內方面仇方娟 (1997) 研究南區五專生的健康促進生活方式，結果亦發現健康行為自我效能會影響健康促進生活方式。

宋素真 (1998) 針對臨床護理人員的研究、高淑芬 (2001) 對技職院校學生的研究、蕭冰如 (1998) 對社區老人的衛生教育計畫、張聖如 (2002) 對更年期婦女健康促進生活方式之探討及黃毓華 (1995) 對大學生的研究結果皆發現，健康行為自我效能與健康促進生活型態成正相關，且為健康促進生活方式的最佳預測因子。因此本研究將健康行為自我效能列為一中介變項，並藉由參考健康行為自我效能量表之 4 個構面，分析是否影響醫院員工採行健康促進生活型態。

第六節 組織效能

組織效能(organizational effectiveness)定義是指組織設法取得所需資源，並有效利用資源及反應環境變遷，以達成組織目標的過程與結果的程度(Goodman & Pennings, 1997)。組織效能意謂有效能的組織，其表徵應該是內部作業流程順暢、各部門協力合作、良好的企業文化以及擁有士氣高昂的員工，並且能有效運用資源以反應環境的變遷來達成組織目標之過程和結果，因此組織效能必須能夠適當的反應企業在目標達成、內部運作及組織成員參與程度(Quinn, 1988)。以下分四點描述關於組織效能的觀點：

一、以目標導向觀點而言

企業存在的目的是為能達成目標，所以組織效能可視為對組織目標有效加以衡量或描述的程度，同時在管理上被視為是實行策略目標的結果及反應企業運作的狀況(Go et al 1999; Koll, 2005)。強調組織成員對於自身努力而與原訂目標產生一致性程度，因此屬於強調產出高度價值的結果觀點。

二、以內部歷程觀點而言

強調組織可支配的資源如何適當的分配予各部門，以提昇各單位的營運效率 (Schlevogt, 2001; Harvey, 2004; Harrison and Tarter, 2007)。著重在如何使組織運作更具有效率的過程，因此是指投入資源與所得到的產出比率之間的關係。

三、以參與導向觀點而言

對於組織內部成員在工作態度、投入及參與的程度上，以突顯來自於激勵及學習所塑造的組織文化效果(Denison and Mishra, 1995; Geisler, 2005)。

四、其他觀點而言

組織效能也可以藉由企業在財務績效的表現，以及與利害關係人的相互關係來加以衡量，甚至透過平衡計分卡或者組織效能的競值模式來描述組織的整體運作狀況(YukI, 1998; Cameron & Whetton, 1983; Walton & Dawson, 2001)。

另有學者從以下四種不同的觀點說明組織效能的意義：

一、就靜態的觀點而言

組織效能是組織達成其目標的程度。例如 Etzioni(1960)視組織目標為各組織試圖實現之期望事物的狀態，若組織活動可觀察的結果符合或超過組織目標，則此組織便是具有效能；Banard 認為組織要生存，就必須兼顧效能與效率，而效能係指目標的達成(Zammuto, 1982)。

二、就動態的觀點而言

組織為一自然系統，是個有機體，既為有機體，就有某些需求，因此組織效能便是在特定情境下，滿足這些需求的能力。有此能力，組織才能生存和維持其均衡(陳明璋, 1982)。

三、就心態的觀點而言

組織效能是組織滿足組織成員或參與者需求、利益的程度。例如：Keely(1984)界定組織效能為公平反應組織參與者或組成份子各種利益的程度；Zammuto(1982)亦認為有效能的組織必須符合其組成份子的需要。此種效能觀將組織效能的重心轉移至組織的人性面。

四、就生態的觀點而言

組織效能是在考慮時間層面、組織層面、組成份子及衡量規準等因素，組織發揮適應、目標達成、統整和潛在等功能的程度(Hoy & Miskel,1982)。這種效能觀藉由「制宜」的觀點，統合上述前三種定義，是較周延的一種定義。

而 Gold A. H.等學者提出衡量組織效能可從開發新產品/服務、辨識新商機、協調各單位的發展、預見潛在商機及危機之存在、將創新快速商品化、因應環境變遷以調整目標、降低市場反應時間、內部流程合理化、以及降低資訊或知識的短缺等方面著手(Gold, Malhotra, & Segars, 2001)。

根據上述探討，發現組織效能係一項主觀的結果指標，若要發展出一個適切的概念並對組織效能進行廣泛且多元的描述實屬困難，而必須端賴於研究的設計及目的來加以考量(Kaplan & Norton, 1992)。而以本研究目的而言；係指健康組織(在本研究中為取得 WHO-HPH 認證之醫院)，因推行健康促進而建置或增強的組織結構，在執行健康促進醫院的效能程度。

第七節 健康組織

WHO 在 1990 年代推展「健康城市」與「健康學校」後，緊接著發展「健康促進醫院」，主要目的為提供發展健康促進醫院的概念、方法及應用，WHO 歐洲部門認為「健康促進醫院」(WHO,1998)，除須提供更佳品質之醫療及護理服務外，更要以健康促進為目標，透過各種不同專業領域的合作，讓醫院成為一個「健康的組織」，促進醫院的員工、病患及鄰近社區的居民共同參與健康促進活動，提昇促

進自我健康的能力。而健康促進醫院主要目標群體包括(Pelikan et al., 1998)：

- 一、醫院員工 (staff)
- 二、病患(patients)
- 三、家屬 (relatives)
- 四、社區居民 (community members)

定義健康組織之前須先瞭解所謂「組織」，組織是一群人為達成共同的目標，經由人力、職能的分化，運用不同層次的權力與職責，合理協調這一群人的活動，以達成共同的目標（莊逸洲、黃崇哲，2000）。由此定義來看，組織的要素必須包含一群人、分工合作的機制、權力與責任的分配以及透過各種活動來達成共同的目標。

然而，實際上組織的運作所牽涉的層面更為廣泛，對組織內部而言；控制幅度、自主性、工作負荷、決策參與、工作滿意度、人際關係與工作壓力...等因素，均深深影響員工的健康與工作士氣（朱明若、李姣姿，2002）；對組織外部而言；與顧客、社區、利益團體、社會機構、政府...等因素的互動，更是影響組織的運作與發展（林建煌，2001）。一個有效能的組織除必須符合其使命要求，也必能讓員工在組織中學習成長，因此 Kirtley (1999) 認為健康組織是指其成員擁有一種強烈的工作認同感，認為個人是屬於團隊的一份子，結合為共同目標而工作的群體。

從健康促進的角度而言；組織是由個體所集合而成，因此組織的健康大多有賴於其成員身體與情緒的健康。歐洲健康促進醫院組織網絡推行健康促進醫院時，定義之「健康的組織」，應為能讓員工樂於在其中工作，受到顧客（病患）的重視讚賞，並且能夠得到社區的尊重（McKelvie & Crombie, 2002），而加拿大衛生部（Health Canada,

2001) 對健康的組織之定義是指「擁有健康的員工與積極的組織文化之組織」。組織的健康促進定義為：「透過對個人的風險相關行為及其他組織性相關之計畫性變更，以降低員工健康風險的一種策略性行動」。以此定義來看，健康的組織乃是一個具有支持與鼓勵員工個人養成健康行為的工作環境。

最後；Fordyce 與 Weil (1971) 對健康及不健康的組織之特色加以比較 (表 2-1)，將有助於進一步瞭解健康組織之概念。

表 2-1 健康組織之特色

No	不健康組織 (Unhealthy Organization)	健康組織 (Healthy Organization)
1	僅投入較多人力於重要的組織目標上	所有人員皆能兼顧所有組織目標之發展，並有強烈的動機。
2	隱藏或擱置過失，而沒有人願意解決	能意識到困難的發生，並抱持樂觀態度加以解決。
3	無關的因素干擾問題的處理—呆板的規範、過份考慮主管的想法。	務實地處理問題—主管能夠容忍以適當變通方式解決問題
4	由高層主管控制決策，並在資訊不足的情況做出決定，員工對不合理的決策有所抱怨。	決策過程廣泛地收集各種資訊與意見，職位層級不是決策的主要影響因素。
5	由主管獨自推行決策，有時會覺得命令或政策的完成未如預期。	有決策團隊共同計畫、實行與訓練，並能分擔責任。
6	組織中地位較低的員工意見不被尊重	地位較低的員工意見能受到重視
7	員工的需求與感覺是無關緊要的事	能考慮到員工的需求與人際關係
8	以競爭取代合作，員工們非常在意自己的權責並不容侵犯；不會主動幫助他人，並對協助者抱持懷疑態度；而主管卻容許此一情形。	員工樂於向他人請求協助或協助他人，並有相當多的溝通管道；保持公平的競爭，且朝向共同的目標努力
9	當危機發生時，員工會設法抽身或歸咎於其他人。	當危機發生時，員工會迅速團結合作，直到危機解除
10	暗中有許多意見上的衝突，或是無止盡的對立與爭執。	衝突被視為決策及成長的重要因素，並能夠公開及有效地處理衝突。
11	認為學習是非常困難的；員工們不會從同事身上學到經驗，而是不斷地重複自己的錯誤；並拒絕其他人的意見。	員工們樂於提供自己的經驗，並尋求與接納他人的建議；他們認為自己與其他人的經驗有助於個人發展與成長。
12	回饋的意見不被接受	整合批評的意見，並視為例行的工作。

(續) 表 2-2 健康組織之特色

No	不健康組織 (Unhealthy Organization)	健康組織 (Healthy Organization)
13	人際關係不良；人們覺得孤獨且不受到關心。	真誠的人際關係；人們關心其他人並且不覺得孤單。
14	員工對工作感到厭倦且缺乏安全感；他們只能在其他地方得到慰藉。	員工能全心投入並參與工作；他們能保持樂觀的態度，並認為工作場所是重要且有趣的。
15	由管理者掌握大權	管理方式是靈活變通的，會隨著不同的人或情況加以調整。
16	主管緊緊控制小額的支出並過度要求正當的理由；他不容許任何的錯誤發生。	充分地相信員工並給予權責相當的自由；而員工都能瞭解什麼對組織是重要的。
17	降低風險是最重要的	將風險視為成長與改變的契機
18	犯錯就開除”One mistake and you’re out.”	我們能從錯誤中學習到什麼？”What can we learn from each mistake?”
19	掩蓋失敗的計畫成果（poor performance），並任意處理。	勇於面對計畫的失敗，並尋求解決之道。
20	組織的架構、政策及常規妨礙組織發展；員工利用組織架構或規定的漏洞取巧。	組織的架構、政策及常規有助於工作的完成，並能長期維護組織的健康，且樂於改變。
21	傳統	創新
22	未廣泛地具有改革的意識與行動	組織能迅速地掌握市場的改變或機會，且每個人都能考慮未來的發展。
23	壓抑挫折，並視為他人的責任。	視挫折為動力，並勇於承擔。

資料來源：Fordyce J. K. & Weil R., “Some Characteristics of Unhealthy and Healthy Organizations”, 1971,
<http://www.usatfofficials.com/training/admin/hvsunh.pdf>.

由上表可知；健康組織取決於組織內部環境，而組織內部環境中包含物理、技術、社會、政策及經濟等要素，每一個要素均會影響員工的健康與工作生活品質。工作環境中的物理要素包括影響健康與安全的相關因素，例如溫度、空氣品質、噪音及環境外觀。技術要素包括工作的設備、流程及作業場所的設計規劃等。社會要素包含所有員工的態度與行為。政策要素包含來自正式的與非正式職權支持的影响力。而組織可運用於健康促進計畫的財務資源是經濟要素的決定因素。一般而言；組織因素很少對員工造成直接的傷害，但由於組織因

素所導致的工作壓力，對員工及組織的影響也是不容忽視，相關研究分述如下：

一、組織內部環境對員工的身心健康影響

不少探討工作場所員工健康促進的研究，主要均為針對物理環境或生活型態對健康的影響，然而研究發現，工作環境、工作性質及組織文化等眾多因素對員工的健康皆有影響（陳潭、李宜融，2001；李琳琳等，1997）。根據 Robbins（1989）的工作壓力模式顯示，組織內部環境因素會導致壓力。許多學者指出，工作壓力容易造成神經系統、心血管系統、消化系統、肌肉系統、內分泌、皮膚以及精神等各種健康危害（劉德鈴，2000；朱明若、李姣姿，2001）。

二、組織內部環境對組織運作的影響

研究顯示組織文化的良窳對員工的士氣、滿意度或是工作績效有關（楊樹昌、蘇喜，1995；林秋芬、盧美秀，1997；陳明惠等，1996）；而據林秋芬與盧美秀（1997）研究，員工期望較民主的組織氣候；而吳萬益等人（2000）也認為對組織有認同感及勇於創新的醫療機構，較重視內部溝通與控制，且員工滿意度亦較高。

此外；由加拿大國家品質協會、健康加拿大以及健康安全部門等專家共同合作開發的「加拿大健康工作場所準則」，提出組成一個健康職場需包含三大要素：物理環境、健康實踐、社會環境與個人資源。物理環境是指能滿足員工擁有健康和安全的工作場所；健康實踐是指組織是否以具體的行動，促進並支持員工採用健康的生活方式、行動及應對技巧等，有益於健康的方法來面對生活；社會環境是指員工所感受的組織文化，包括組織內部氣候與員工之間的人際互動等；個人資源即是個人在工作環境中面對壓力時，其所具備判斷能力，以及所獲得來自朋友、家庭、專家或同事的支持，此三大要素環環相扣

缺一不可。

健康組織範圍包含醫院，但醫院是一個獨特的環境，擁有眾多高度專業集合的工作場所，據估計一家醫院內即擁有超過 200 種以上不同職類的員工（張錦文等，1988），所處理的健康問題其複雜程度與急迫性非一般企業組織所能及，對醫療機構而言；具有下列與一般企業不同的特點（Merrill & Moosbrucker, 1982）：

一、醫療機構的構成：

醫療體系具有行政（Administrative）及醫療（Clinical）2 個不同的架構；行政體系重視階層管理，而醫療體系之決策著重於技術，兩者的差異可能導致衝突的發生；故有必要重新定義角色與責任、確認決策過程以建立更好的溝通架構。

二、不可預測性：

醫療機構工作的特色為不能延遲、不可預測且具有危險性；而其主要的任務是由醫療照護者提供病患專業服務，對管理者而言；應採用危機管理（Management-by-Crisis）而非目標管理（Management-by-Objective）。在與病患的互動加上複雜的組織環境，員工將承受非常大的壓力，因此情緒控制亦為重要的議題。

三、差異性：

醫療機構所提供的服務隨著病患而有不同，難以界定正式或固定的工作流程；病患有時因此無法得到連續性的服務。因此建立溝通與協調管道為必要的議題。

而根據歐洲國家的健康促進醫院發展經驗，要將醫院發展成為「健康」組織，有 3 個主要努力目標（Pelikan et al., 1998）：

一、將醫院發展成為「學習型組織」

由於工作本質的改變、全球性的競爭與外在環境無法預測未來的

變化，持續性的學習越來越受到重視；學習不但是組織生存與成功的重要關鍵，也是達到健康促進的目標之一。因此；持續的學習、發掘問題與進步，將是健康促進醫院得以永續發展的根本要素。

二、改善醫院內各部門、各專業領域或各層級間的合作：

由於健康的問題，並非單獨依靠單一專業或單一部門即可解決，而是應該透過跨部門、跨領域的合作模式，促使各單位主動參與，除易於整合並獲取所需資源外，更能整體提昇所有參與者的健康。

三、改善醫院服務項目的成本效能（Cost-effectiveness）及效率（Efficiency）：

以發展健康促進醫院而言；服務品質與內涵才是考量重點，例如：提供預防性的服務、推行健康促進運動、建立健康環境...等服務，不但能擴充另一服務領域，且更具有長期的效益。

依據加拿大健康職場之全國性管理機構－國家品質協會(NQI)收集之資料指出，愈健康的工作場將產生更健全的盈收、更低的人員流動率、曠職率，並可降低員工的壓力與減少疾病和健康的損害(林雅雯，2004)，因此健康的組織可為經營者及員工創造雙贏的局面。截至2008年5月止，國內符合HPH International Network申請認證之健康醫院已達35家，代表已有多數醫院認同HPH的概念與發展，為能實踐HPH的理想，醫院必須建置為健康組織，以發揮溝通健康促進概念，落實健康促進方案的效能，來達成健康促進目標。而在社區、員工、病患及家屬實施對象中，尤應優先將員工生活型態導入健康促進的面向，由醫院內部員工帶頭做起，方能有效示範引導社區、病患及其家屬朝向健康促進領域發展，而此即本研究探討醫院健康組織效能對於員工健康促進生活型態間影響之初始立意。

第八節 健康促進醫院

WHO 於 1988 年提出健康促進醫院概念，並於 1996 年將此理念納入針對健康照護改革(health care reform) 的 Ljubljana 憲章中，主要的觀點仍如同發展其他場所健康促進理念，希望改變醫院以治療為主的組織文化為健康促進文化，其目標在使醫院成為健康促進中心，而不是手術和藥物治療中心，建立一個健康的全方位醫療環境，來同時提昇醫院之內部員工與外部服務對象的健康。醫務人員不再只是針對病患進行疾病的診斷和臨床治療，還要對患者、陪同看病的家屬、醫院所在的社區居民以及員工自身，開展健康衛教、疾病預防、治療與康復的綜合服務，使彼等達到生理、心理和社會的完好狀態。

目前國人的疾病型態以慢性疾病為主，許多未開發或開發中國家所盛行之傳染病，在國內皆已獲得適當的控制；而慢性疾病之發生，其原因相當複雜，且大多與環境及個人生活習慣有關，所以對於維護大眾健康的醫療體系而言；以疾病治療為導向的醫療服務，已不足以因應現代的疾病型態；有鑑於此，學者亦指出醫院應超越傳統疾病診斷、治療與復健的角色，進一步從社會、物理及環境等因素協助促進健康 (Rafei,2001)。

增進國民健康是世界各國一致追求的國家目標，而「健康促進」概念原起源於 1974 年加拿大發展的健康新視角(A New Perspective on the Health of Canadian)，Lalonde 提出決定疾病和死亡的 4 個重要因素：生活型態、環境污染、遺傳和醫療照顧的不足。Lalonde 不但批判當時「醫療照護」為主的健康政策，亦將環境、行為和影響健康的諸多社會因素（如失業、住宅、貧窮及文化等），導入健康政策的考量因素中。Lalonde 的視角帶動 WHO 一連串「新運動、新宣言」；包

括 1978 年在蘇俄聯邦哈薩克首都 Alma-Ata 宣言：「全民健康是世界各國的共同目標，並且應在公元兩千年以前達成（health for all by the year 2000）」，同時各國連署承諾推動「社區參與」及「部門合作行動」之健康促進計畫。1984 年 WHO 歐洲分部將健康促進定義為：「幫助人們具備控制並改進其健康能力的過程」。所以健康促進代表著在人與環境之間居中促成的策略，它將個人對健康的抉擇及社會對健康的責任予以整合，以創造更健康的未來」。

WHO 於 1978 年「Alma-Ata 宣言」提出以全民健康(health for all)為最後目標時，即試圖以健康促進策略，將維護健康之責任，擴展至更廣的範圍，包括政治、文化、經濟、環境、生態等領域，以追求健康上的公平。延續 1978 年發表的 Alma-Ata 宣言理念，1986 年 11 月首屆於加拿大渥太華舉行之世界健康促進大會，由參加國家共同訂定渥太華憲章，並擬定健康促進五大行動綱領：

- 一、訂定健康的公共政策：衛生與非衛生部門制定公共政策時（包括立法、財務、賦稅以及組織政策），都必須接受健康促進的責任，考量政策對健康的影響。
- 二、創造有利健康的支持環境：人與環境之間存在著密切關係，因此不但要愛護大自然，社區之間亦應相互關懷，社會應該幫助建立一個健康的支持環境，提供安全與滿足的條件資源，並以系統評估環境變遷對健康的影響。
- 三、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，經由設定優先順序、規劃以及執行等步驟，強化社區功能，運用社區資源及人才，使社區民眾經由自助及社會支持來從事良好健康行為，以推展健康促進活動。
- 四、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，作正確的選擇，為其人生各階段做好準備，包括慢性疾病與傷害之調適。

五、調整健康服務的方向：醫療服務不能再侷限於臨床治療，必須擴及健康促進，提供以人為中心在生理、心理、社會等層面之全方位完整性照護。

此 5 個行動原則勾畫出提供健康促進方案的架構，且在此架構下，民眾得以重獲健康的「控制權」。在歐洲；健康促進同時採用個人取向（生活型態的改變）及結構取向（包括環境及社會經濟面的改變）的雙重策略。推動健康促進醫院是達到全民健康目標中的一個過程，而且是一項持續性的計畫，隨著不同時段而產生不同的健康議題；任何場所對健康促進活動的推行，都必須獲得該場所領導者在政策上的承諾（Commitment）（WHO, 1998），領導者除向員工表達推動健康促進計畫的決心，並應提供足夠資源以推行計畫。

政府為促進國人健康，提昇醫療照護品質及與國際接軌，已由衛生署國民健康局致力推動我國健康促進醫院發展計畫，並由陽明大學、元培科技大學及各級醫院，依據 WHO-HPH International Network 之規定，授權推動台灣地區健康促進醫院網絡認證。而國內通過該網絡認證為健康促進醫院家數，累增至 2006 年為 5 家；2007 年為 26 家；2008 年 5 月止，已多達 35 家，成為世界認證第 4 多之國家，故於 2007 年舉辦首屆「全國健康促進醫院研討會」，探討我國健康促進醫院之現況與展望，及其相關文化的深耕與實踐，期能導引國內醫院依據健康促進醫院的精神，對外提供民眾治療兼保健的服務，對內顧及員工健康促進發展，以建立更完備的健康醫療網服務。惟對照國際推動健康促進醫院發展歷程，台灣仍處於伊始初創之階段，故國民健康局仍將持續推動國內健康促進醫院網絡計畫，積極輔導有意推動健

康促進之醫院，使我國健康照護品質與世界潮流同步，達成全民健康促進之目標。

第九節 國際健康促進醫院之發展

「健康促進醫院」(Health Promoting Hospitals 簡稱 HPH) 是由 WHO 在 1990 年代啟始於歐洲的健康促進運動，由於現代醫院已形成為一個複雜機構，組成之專業人員非但多元且具獨立性與專業化分工，各分科之專業人員特質已超過醫院與專業團體所能掌握之範圍，因此許多醫院現已面臨整合困難與管理失調的困境，再加上內外環境的變化，例如：診斷關聯群 (DRGs) 的實施、專業人員生涯的重新規劃、管理制度的改革、勞動法規的規範、人員績效的考核、勞工安全衛生的執行、實證醫學的發展以及醫療品質的改進等措施，在在均影響醫院的管理與發展，而上述種種挑戰除加深醫療產業的競爭性，更提高醫院經營上的困難。

對於上述醫院面臨的困境，健康促進醫院可提供一個整合性解決的思維架構；亦即提供機構內員工服務概念之改變，由原本認為醫院是一個以疾病 (sickness) 為導向的工作場所的概念，轉變成一個正面的思維方式 (Positive focus)，除在醫院的環境中整合健康促進的原則與策略，主要目的乃在維護及促進員工、病患以及社區居民的健康，進而提昇醫療服務體系的服務品質，此種概念指引醫院應更積極維護與增進民眾健康，以及做好疾病預防的挑戰，故健康促進醫院乃是綜合性、整合性的醫療介入方式，亦為積極達成醫院目標及任務的一種有效策略。

為擴大推動健康促進醫院，自 1990 年代開始在歐洲各國間的醫

療服務機構，陸續組成健康促進醫院合作網絡（簡稱 HPH Network），並與世界衛生組織歐洲部門（WHO-EURO）和 Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine（LBISHM）共同合作來發展健康促進醫院的計畫，HPH Network 每年定期召開國際會議，並每半年出一期會刊，以報導國際間健康促進醫院發展情形。

而國際間健康促進醫院實務推動，係 1993 年由歐洲國家開始執行一系列有關先驅性健康促進醫院的計畫，稱為 European Pilot Hospital Project of Health Promoting Hospitals（EPHP），共有 11 個國家包括 20 所醫院共同參與，此計畫已於 1997 年圓滿結束，EPHP 證明健康促進醫院是可以被接受且成功被實行，其中有些醫院將健康促進醫院當成一個創新觀念來啟迪，或是計畫將醫院發展成為一個健康的場所，例如禁煙場所、美化景觀等。截至 2001 年為止，國際性健康促進醫院網絡共有 22 個歐洲國家，涵蓋 29 個地方性的健康促進醫院網絡系統，總計有 542 家醫院共同參與並有 930 項有關病患、員工及社區的健康促進計畫正進行中（Pelikan et al., 2001）。

在亞洲國家方面；泰國衛生部門於 1998 年開始發展健康促進醫院，目的為改變醫療服務系統以治療為主的文化，增加對健康促進的重視與投資，希望藉由整合健康促進、預防疾病、治療與復健等策略，來增加個人掌控自身的健康，政府中央層級除公開承諾發展健康促進醫院外，並制訂其相關的衛生政策，如資金贊助、管理技巧以及評估機制等，在地方層級則發展當地健康促進醫院之網絡系統，促進彼此間經驗交流，並積極與國際組織合作。中國大陸方面；則在 2001 年的威海市成立健康促進中心，開始著手發展當地市立醫院為健康促進醫院，根據其規劃的內容，各市立醫院必須依據淨收入提撥 0.5 % 比率，成為發展健康促進項目經費，並推展全方位的社會化健康服務。

在我國則於 2001 年由前衛生署署長李明亮，宣布健康促進醫院為我國未來衛生政策（李明亮，2001），其後臺北市於 2002 年 11 月首度舉辦該市「健康醫院」評鑑，並以減重、運動、飲食及戒菸等 4 項健康主題為評鑑重點，更強化政府機關對醫療機構實施健康促進的高度重視，然而目前台灣醫療環境獨特且複雜，加以民眾對健康促進醫院的概念尚且模糊，在民眾未有普遍深刻的認知及完善的規劃模式前，即加以大力推行，是否因而與國際間健康促進醫院理念及執行方式產生落差，實有待研究瞭解。

WHO 自 1988 年開始著手健康促進醫院計畫，並於歐洲建立健康促進醫院國際性網絡，發展出健康促進醫院之前瞻性概念和具體的計畫執行策略，持續推動關於員工、病患及其家屬及社區的健康促進計畫。對照 WHO 積極推動的健康促進醫院模式，我國國民健康局也積極建立國內健康促進醫院網絡，研擬本土化健康促進醫院推動手冊，以輔導有意願申請加入 WHO 健康促進醫院網絡之醫院。

根據我國 2007 年第一屆健康促進醫院學術研討會資料，個別醫院申請加入 WHO-HPH 網絡會員，其申請條件為：遵守維也納健康促進醫院建言、遵守國家性/區域性網絡所訂定之條例及規範、推行無菸醫院、申請後即日起推行 HPH 計畫，執行時間總計 4 年。而申請手續則是指派一位健康促進醫院協調者代表醫院，填寫 1 份「醫院概況」及 3 份「健康促進活動資訊」調查問卷，並簽署「同意函」後寄至區域網絡。經區域網絡許可後，轉送至國際網絡秘書處，登錄為會員並上網註冊。醫院收到國際網絡秘書處收費通知，並繳交每年規定的會費後，即能收到歡迎信與會員證書及具有會員資格。檢視國內個別醫院申請 WHO-HPH 認證條件及手續，瞭解其認證過程尚未發展至實地訪查的階段，或許無法真正呈現健康促進醫院組織實施健康

促進活動的成效。

依據世界衛生組織 2006 年出版之「健康促進醫院導入與自我評估手冊」，對健康促進醫院訂定五大標準，包括：醫院有一個健康促進的書面計畫作為管理策略；醫院能確保醫療人員有系統與病患共同評估其健康促進需要；醫院提供病患影響其健康與疾病的資訊，對所有病患都建立健康促進的介入路徑；醫院具備發展為健康職場的條件；醫院有計畫與其他層級之醫療單位及其他機構與部門持續合作。

WHO 每年均定期舉辦國際性健康促進醫院國際研討會，同時於會前辦理工作坊，以指導各國進行健康促進醫院之方法，每年為數眾多國家指派專人參加受訓，以提昇醫院對病患與社區健康的責任。故健康促進醫院自 90 年代自歐洲發起至今，全世界已有數百家醫院致力於健康促進醫院創建活動，並提供許多重要發展經驗以供參考。而歐洲分部於 2001 年亦提出健康促進醫院的標準，其標準涉及 5 個方面。每項標準均包含標準的宗旨、細項標準、指標，標準的內容皆是有關於患者在醫院中所接收之全部健康促進服務的責任定義，焦點著重在患者、醫院員工和組織管理(Oliver Groene, 2006)。而標準中規範的目標則為增加專業、組織以及與病患相關的品質議題，健康促進醫院指標（表 2-2）如下：

表 2-3 健康促進醫院指標

Standard/Domain	Indicator
Management Policy	% of staff aware of health promotion policy % of patients aware of standards for health promotion % of budget dedicated to staff health promotion activities
Patient assessment	% of patients assessed for generic risk factors % of patients assessed for disease specific risk factors according to guideline Score on survey of patients' satisfaction with assessment procedure
Patient information and intervention	% of patients educated about specific action in self-management of their condition % of patients educated about risk factor modification and disease treatment options in the management of their condition Score on survey of patients' experience with I nformation and intervention procedures
Promoting a healthy workplace	% of staff smoking Smoking cessation Score of survey staff experience with working conditions % of short term absence % of work-related injuries Score on burnout scale
Continuity and cooperation	% of discharge summaries sent to general practitioner or referral clinic within two weeks or handed to patients on discharge Readmission rate for ambulatory care sensitive conditions within 5 days Score on patient discharge preparation survey

資料來源：Oliver Groene, Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms, Quality of Health Systems and Services: Division of Country Health Systems Country Policies, Systems and Services Unit Barcelona Office, 2006.

1.管理方針 (Management policy)

A.宗旨

醫院要有書面之開展健康促進工作政策，並將該政策作為全院整體醫護品質管制系統的必備內容之一，該政策應明確敘述目的是為促進患者、患者親屬和醫護人員自身的健康。

B.細項標準

1.1 醫院明確自身對實施、評價和修改健康促進政策的責任。

1.2 醫院為實施、評價和修改健康促進政策提供必要的資源保證（如經費、人力資源等）。

1.3 醫院職工熟知健康促進政策，且提供新進員工教育訓練。

1.4 為保證對健康促進活動品質進行必要的評估，醫院必須保證有關資訊和資料的可獲得性。

1.5 醫院應保證醫護人員具有開展健康促進活動的能力（知識和技術），並為他們提供健康促進方面的繼續教育機會。

1.6 醫院應提供開展健康促進活動所必備的場所、設施、設備、經費等。

C.指標

多少比例的員工知道健康促進政策

多少比例的患者知道健康促進的標準

多少比例的預算是用於員工的健康促進活動

2.患者評估 (Patient Assessment)

A.宗旨

醫院保證醫務人員能夠與患者密切合作，並對開展何種健康促進活動進行系統的評估和分析。

B.細項標準

2.1 為提供適宜的健康促進服務，醫院保證對所有病患進行健康促進的需求評估。

2.2 醫院在對病患進行診斷時，要考慮到患者是否需要特殊的健康促進服務。

2.3 在醫院對患者第一次接診時，(初診病患)就進行健康促進需求評估。

2.4 在對患者進行健康促進需求評估時，要考慮到患者的社會和文化背景。

2.5 根據患者的需要，充分利用其他醫療機構提供有關患者的資訊。

C.指標

多少比例的患者被用來估計一般的風險因子

多少比例的患者被依據準則且估計疾病的特別風險因子

在評估過程中，調查到病患滿意度的分數

3.病患資訊和介入 (Patient Information and Intervention)

A.宗旨

醫院為病患提供明確有關患者所患疾病、健康狀況和危險因素的基本資訊，並根據病患的需要制定健康促進方案。

B.細項標準

3.1 根據健康促進需求評估，應明確告知患者影響他們所患疾病發生的因素為何，並與患者緊密合作，制定健康促進方案。

3.2 醫院應該為病患提供一個明確的、易於理解和適宜的有關他們所患疾病的病情、治療、護理以及影響疾病轉歸的因素有那些。

3.3 在對病患的需求進行充分的瞭解，保證為所有的患者提供系統的健康促進服務。

3.4 醫院應保證就對病患開展健康促進干預的情況、取得的效果

情況、是否開展評價等建立檔案。

3.5 醫院應保證所有的病患、醫院職工和其他到訪人員能夠得到健康影響因素的資訊。

C.指標

多少比例的患者被教育有關對個人狀況做自我管理的具體行動

多少比例的患者被教育有關於做自我管理時，風險因子的校正和疾病治療的選擇

利用資訊及介入的過程中，調查病患經驗的分數

4.促進一個健康的工作場所（Promoting a Healthy Workplace）

A.宗旨

醫院管理者應著手把醫院建設成為一個健康的工作場所。

B.細項標準

4.1 醫院保證採取綜合的健康促進人力資源策略，有計劃的對醫護人員進行健康促進有關技能的培訓。

4.2 醫院應保證實施創建健康和安全的工作場所的政策，為醫護人員提供職業健康服務。

4.3 醫院保證在醫護人員的參與下創建良好的工作環境。

4.4 醫院應採取措施提高醫護人員的健康意識。

C.指標

有多少比例的員工有抽煙習慣及戒煙

調查員工對工作環境經驗所得的分數

臨時缺席的比例

工作傷害的比例

評估員工過勞(工作超時)的程度

5.合作與可持續發展（Continuity and Cooperation）

A. 宗旨

醫院在開展健康促進工作時，不斷與其他醫療保健機構及社會各部門合作。

B. 細項標準

5.1 醫院應明確健康促進服務是整體醫療服務的重要組成部分。

5.2 醫院在開展健康促進工作時應與社區中其他現有的醫療機構、社會保健服務提供機構和其他相關社會機構和部門進行充分的合作。

5.3 醫院應對出院病患繼續開展健康促進服務。

5.4 醫院應為接受患者的其他醫療保健機構提供病患的有關疾病情況、治療情況的資訊檔案資料。

C. 指標

多少百分比的出院摘要，在兩週內被寄到一般的開業醫或轉診診所，或是出院時有送到病患手上

五天內因初級照護所造成的過敏而再住院率

病人出院計畫之評估（病人出院計畫的落實程度、內容好壞、病人是否瞭解出院計畫中的內容以及是否有遵從出院計畫）

WHO 歐洲分部於 2001 年開始研發健康促進醫院策略，並於 2004 年提出 18 個健康促進醫院的核心策略(Elimar et al., 2006)。此核心策略主要是由 6 個一般性健康促進策略，再連結病患、員工和社區 3 個目標群體所開展出，強調賦權 (Empowerment) 的重要性(表 2-3)。本研究僅針對「員工健康促進生活型態」相關部分(STA-1 及 STA-5)加以介紹。

表 2-4 健康促進醫院之核心發展策略

Hp by...		Hp for...		
		Patient	Staff	Community
Health promoting quality development of treatment and care by :	Empowerment of stakeholders for health promoting self-reproduction/self management	PAT-1 : Health promoting living in hospital for patients	STA-1 : Health promoting living in hospital for staff	COM-1 : Health access to the hospital for citizens
	Empowerment of stakeholders for health promoting co-production	PAT-2 : Health promoting coproduction of patient in treatment	STA-2 : Health promoting coproduction of staff in work processes	COM-2 : Health promoting coproduction with service in the region
	Health promoting & empowering hospital setting for stakeholders	PAT-3 : Health Promoting Hospital setting for patient	STA-3 : Health Promoting Hospital setting for staff	COM-3 : Health Promoting Hospital setting for citizens
Strategic positioning	Empowering illness management (patient education) for stakeholders	PAT-4 : Health promoting illness management for patient	STA-4 : Health promoting illness management for staff	COM-4 : Health promoting illness management for citizens
	Empowering lifestyle development (health education) for stakeholders	PAT-5 : Health promoting lifestyle development for patient	STA-5 : Health promoting lifestyle development for staff	COM-5 : Health promoting lifestyle development for citizens
	Participation in health promoting & empowering community development for stakeholders	PAT-6 : Health promoting community setting for patient	STA-6 : Health promoting community setting for staff	COM-6 : Health promoting community setting for citizens

資料來源：Elimar Brandt et al., Putting HPH Policy into Action: Working Paper of the WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care, 2006.

1. 核心策略 STA-1：員工在醫院中的健康促進生活

策略 STA-1 之目標在於使醫院所推動的策略可影響員工，使其在工作中有良好健康狀況。這個策略倡導員工不僅是醫院工作人力的一員，而且也須被尊敬為一個「人」，如果員工想維護甚至改善自己的

正面健康狀態，則員工的身心靈及社會的健康需求，在工作期間應被滿足，其中包括提供員工：

A. 身體健康需求(即支持和授權員工食用健康且方便取得的食物、休閒、足夠的休息、意外及感染的風險管理)

B. 心理健康需求(即支持和授權員工發展如何處理工作壓力的策略；處理在醫院中的各種壓力)

C. 社會健康需求(即支持和授權員工在工作場所有社會關係的存在；發展個人職涯規劃；保持工作與生活間的平衡)

策略 STA-1 的成功將非常仰賴於醫院對員工的管理態度：如果員工有感受支持和被授權去照顧自己，則較可能有健康促進之作為傾向。而醫院可藉由提供充分空間給員工休閒、提供職業衛生服務；如疫苗接種、提供足夠時間給職員吃健康的食物、提供健康食物的選擇、提供心理諮商師的服務、提供工作上的社交活動機會...等措施，來支持院內員工落實在生理、心理、社會等健康需求的自我管理。

2. 核心策略 STA-5：發展員工健康促進的生活型態

策略 STA-5 的目標在於藉由授權員工發展健康促進的生活型態，以改善或增進員工自身健康成果。此策略應藉由實際提供具體授權的服務，即衛生教育，訓練和諮詢，來提高員工的生活品質且使壽命延長。

醫院應特別考量員工生活型態對健康所造成的特別衝擊(例如：抽煙、營養、酒精、壓力)，以設計適當的介入措施；如透過提供個人或是群體的戒煙諮詢、戒煙政策、營養食品的提供、實施養生政策、提供烹飪空間、提供個人或小組的運動空間，設置員工運動俱樂部、具體個人或小組的諮商服務、實施不喝酒政策、自我管理培訓...等等。而醫院亦可與社區結合提供健康生活型態的教育及諮詢服務，以

及發展品質評估策略，來評估健康活動實施的成效。由以上 WHO 提出之健康促進醫院的指標標準與核心策略中，顯示醫院在推動整體健康促進的規畫中，員工除被要求為核心實踐主體外，同時也是健康促進受益者，進而對其餘三類對象健康促進之推動，發揮關鍵導引的角色及功能。

「健康促進醫院」是 WHO 推動「健康城市」計畫的一系列策略之一，自 1988 年開始推動起，目前健康促進醫院網絡涵蓋 25 個國家、35 個全國性/區域性網絡、以及超過 700 家醫院會員。「台灣健康促進醫院網絡」於 2006 年 11 月成功加入 WHO 國際網絡，取得相當於國家層級的正式會員資格，並已輔導國內各層級多家醫院取得認證資格。並於 2007 年舉辦第一屆全國健康促進醫院研討會，邀請 WHO 健康促進醫院國際網絡秘書長 Hanne Tonnesen 特別來台，授證 17 家於 2007 年通過認證醫院。其次醫院因擁有大批專業人員可提供預防保健服務，是推廣健康促進非常重要而有效的場所，也是全體民眾的「健康資源」中心，如將「健康促進醫院」融入社區環境中，將使社區民眾得到預防疾病、增進健康的機會，進而創造民眾、醫界與社會三贏局面。

第三章 研究方法

本研究採橫斷式調查法之設計，以結構式問卷為工具進行研究。本章分別就研究架構、研究假設、名詞界定、研究對象與樣本、分析方法、量表之信度檢測、資料收集與統計方法、研究限制等八節加以說明。

第一節 研究架構

本研究架構如圖 3-1 所示，係參考符合研究目的之國內外文獻相關影響變項設計所得。此研究架構主要為瞭解健康促進醫院在員工人口學變項、健康行為自我效能、自覺健康狀況與健康促進生活型態及醫院健康組織效能之現況；其次以員工人口學變項與醫院健康組織效能為自變項，健康行為自我效能、自覺健康狀況為中介變項，健康促進生活型態為依變項，探討對醫院員工健康促進生活型態之影響及其重要關鍵因素。

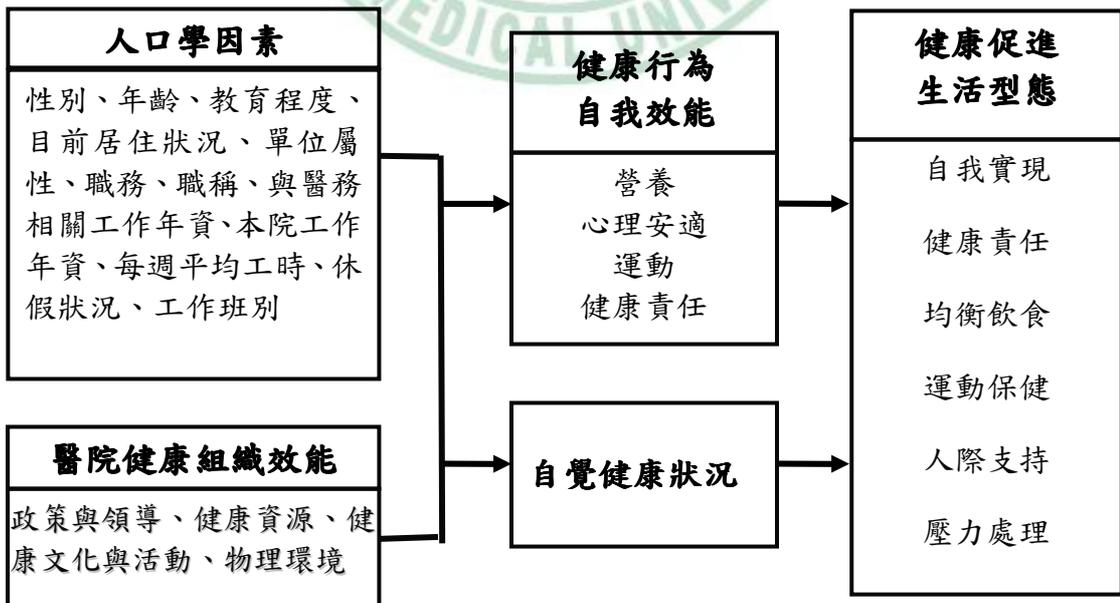


圖 3-1 研究架構

第二節 研究假設

依據研究之目的，本研究欲探討之主要研究假設如下：

一、員工健康促進生活型態因其人口學因素不同而有差異。

二、員工健康行為自我效能與自覺健康狀態因其人口學因素不同而有差異。

三、員工健康促進生活型態因其醫院健康組織效能不同而有差異。

四、員工健康行為自我效能與自覺健康狀態因其醫院健康組織效能不同而有差異。

五、員工人口學因素、健康行為自我效能、自覺健康狀態以及醫院健康組織效能，是預測員工健康促進生活型態的影響因素。

第三節 名詞界定

本研究工具為結構式問卷，採用之相關變項名詞定義如下：

一、人口學因素：

員工人口學相關因素包括「性別」、「年齡」、「教育程度」、「單位屬性」、「目前居住狀況」、「職務」、「職稱」、「與醫務相關工作年資」、「本院工作年資」、「平均每週工時」、「休假狀況」及「工作班別」等，分述如下：

性別：分為男性與女性。

年齡：自調查當年度(民國 97 年)減其出生年次為其年齡，由當事人自行填入出生年次。

教育程度：分為國中/初中、高中/高職、大專/大學、研究所及以上。

單位屬性：分為財團法人、公立醫院以及委託經營之等 3 家屬性不同且均獲得 WHO-HPH 認證之醫院，。

目前居住狀況：分為與家人同住、住醫院宿舍、獨自在外賃屋居住。

職稱：分為醫師、護理人員、醫技人員以及行政人員。

職務：一級主管、二級主管以及基層人員。

與醫務相關工作年資：以調查年度(民國 97 年)為基準，累計醫務相關工作之年資。

本院工作年資：以調查當時的年度(民國 97 年)為基準，統計於目前 WHO-HPH 認證醫院之工作年資。

平均每週工時：分為 45 小時以下、46~50 小時、51~60 小時以及 61 小時以上（均含加班）。

休假狀況：分為過去半年每月平均休假 4 天以下、5-6 天、7-8 天以及 9 天以上（均含例假）。

工作班別：分為過去半年最主要工作班別為白天班、小夜班、大夜班或輪班。

二、醫院健康組織效能：

本研究之醫院健康組織效能係調查醫院於「政策與領導」、「健康資源」、「健康文化與活動」、「物理環境」等4個構面之效能評量。

三、健康行為自我效能：

本研究之健康行為自我效能係包含員工在「營養」、「運動」、「心理安適」、「健康責任」等 4 個構面之效能評量。

四、自覺健康狀態：

本研究之自覺健康狀態係指「員工在醫院取得 WHO-HPH 認證之前後」、「認證後與同年齡者比較」及「與認證前之自己比較」，其

健康狀況差異程度評量。

五、員工健康促進生活型態：

本研究之健康促進行為係包括員工在「自我實現」、「健康責任」、「壓力處理」、「人際支持」、「均衡飲食」、「運動保健」等 6 個構面之行為評量。

第四節 研究對象與樣本

本研究以在台灣地區北、中、南部於 2005 年至 2006 年間，獲得 WHO-HPH 網路認證之 3 家健康促進醫院從業員工為研究母群，針對其醫院之健康組織效能與員工健康促進生活型態，做探索性之資料收集、分析與研究。

本研究依據部門專業屬性(醫師、護理人員、醫技人員及行政人員)，以分層比例抽樣方法進行樣本選取，樣本問卷總共發放 1200 人，回收有效問卷 781 份，有效問卷回收率 65.08 %。各部門樣本數分配及回收情形如表 3-1 所示。

表 3-1 醫院各部門分層比例抽樣之樣本分配情形

部 門	樣本數	有效樣本	有效回收率	分層比例公式	備 註
醫 療 部 門	170	136	80.03 %	抽樣醫院各部門 人數比例 x 1200 (3 家醫院員工 平均總人數)	內、外、婦、兒、.... 其它科系醫師。
護 理 部 門	573	258	45.04 %		一般病房、特殊病 房、檢查室、健檢中 心等護理人員。
醫 技 部 門	194	194	100 %		藥劑科、檢驗科、放 射科等醫技人員。
行 政 部 門	263	193	73.38 %		院長室、資管處、醫 事處、其它行政科室 行政人員。

資料來源：研究者整理

第五節 研究工具

本研究採自填式問卷調查法進行資料蒐集，研究工具係參考國內相關文獻，並針對研究對象之特性，編製成結構式問卷，問卷內容包括下述五部分：

一、基本資料：包括員工「性別」、「年齡」、「教育程度」、「單位屬性」、「職稱」、「職務」、「與醫務相關之工作年資」、「本院工作年資」、「目前居住狀況」、「每週平均工時（含加班）」、「過去半年每月平均休假(含例假日)天數」及「過去半年最主要的工作班別」等。

二、醫院健康組織效能評量：本研究採用林雅雯等人（2005）所修訂發展之中文健康醫院組織評估量表，計有「政策與領導」、「健康資源」、「健康文化與活動」、「物理環境」4 個構面共 42 題。採五分量表計分，分別為很不同意、不同意、沒意見、同意、很同意，分別給予 1 至 5 分，分數愈高表示醫院健康組織效能愈佳。

三、健康行為自我效能評量：係採自 Becker 等人(1993)發展之自評健康行為能力量表(self-rated abilities scale)，是測量個人對執行健康促進行為的能力與信念，測量構面包括「健康責任」、「運動」、「心理安適」、「營養」等四大部分共 28 題，受試者依據其有把握能夠做到的程度進行填答，分別為 10 %、25 %、50 %、75 %及 100 %五種等級，而依等級分別給予 1 至 5 分。得分愈高表示員工健康行為自我效能愈佳。

四、自覺健康狀態評量：參考黃毓華、邱啟潤（1996）所發展之一般性健康知覺分量表中部分題項修改而成，共計 3 題，採五分量表計分，分別為非常差、稍微差、沒有差別、稍微好、非常好，分別給予 1 至 5 分，分數愈高表示自覺健康狀況愈佳。

五、健康促進生活型態評量：採用陳美燕等人(1997)依據 Walker 等人發展之健康促進生活評量表轉譯及文化調整後之中文量表，該量表包含六大構面，包括「自我實現」、「健康責任」、「運動保健」、「均衡飲食」、「壓力處理」、「人際支持」，共計 40 題，以四分量表進行計分，由從來沒有、偶爾如此、時常如此、都是如此，分別給予 1 至 4 分，得分愈高表示其生活型態愈符合健康促進之精神。

第六節 量表之信效度檢測

一、量表之信度

問卷信度方面，係以 Cronbach's α 係數法分析問卷之內部一致性，通常一般量表之 Cronbach's α 值被要求在 0.6 以上，且不得低於 0.35，本研究量表試測樣本合計 125 人，施測依據結果總量表及其各分量表之 α 值其信度皆能達到一定水準以上，量表信度一致性分析詳見表 3-2 與附錄一～三。

A. 醫院健康組織效能評量：

本研究採用之健康醫院組織評估量表經試測之總量表 Cronbach's α 值為 0.98，各分量表之 α 值為：「健康資源」為 0.93、「健康文化與活動」為 0.92、「物理環境」為 0.90、「政策與領導」為 0.93。

B. 健康促進生活型態評量

本研究參考之中文版健康促進生活型態評量表經試測之總量表 Cronbach's α 值為 0.96，各分量表之 α 值：自我實現為 0.88、健康責任為 0.87、壓力處理為 0.81、人際支持為 0.88、均衡飲食為 0.81、運動保健為 0.86。

C. 健康行為自我效能評量

本研究參考之中文版「健康行為能力量表」經試測之總量表 Cronbach's α 值為 0.97，各分量表之 α 值：營養為 0.87、運動為 0.91、心理安適為 0.92、健康責任為 0.91。

表 3-2 總量表與分量表信度分析

項目	Cronbach's α
健康組織效能	.98
健康資源	.93
健康文化與活動	.92
物理環境	.90
政策與領導	.93
健康促進生活型態	.96
自我實現	.88
健康責任	.87
壓力處理	.81
人際支持	.88
均衡飲食	.81
運動保健	.86
健康行為自我效能	.97
營養	.87
運動	.91
心理安適	.92
健康責任	.91

資料來源：研究者整理

二、量表之效度

量表之效度採行專家內容效度，將問卷的內容交付國內相關專家以及學者來進行；本問卷共邀請醫務管理、社會科學、護理專業以及衛生行政等 4 位專家共同評估問卷之效度，並依學者專家所提出之意見進行內容修正，以提高問卷之可行性與效度，問卷內容效度專家名單見附錄四。

第七節 資料蒐集與統計方法

資料之蒐集乃由研究者事先向受測醫院人體試驗委員會提出研究計劃並取得調查同意後，配合適當時間前往該院發放及回收問卷，本研究施測時間為 2008 年 3 月至 4 月。資料收集完成經人工檢查去除無效問卷後，以 SPSS for Windows 12.0 統計軟體進行建檔及統計分析，並採用描述性統計、單因子變異數分析、pearson 積差相關分析及複迴歸分析等統計方法分析及檢定相關資料，經單因子變異數分析後發現有顯著差異者，再以薛費氏法 (Scheffe Method) 做進一步事後檢定。依研究目的運用之統計分析方法整理如下 (表 3-3)：

表 3-3 研究目的與統計方法

研究目的	統計方法
一、瞭解健康促進醫院員工在人口學因素、健康行為自我效能、自覺健康狀態與健康促進生活型態的情形。	描述性統計(次數、百分比、平均值、標準差、最大值、最小值)、推論性統計(單因子變異數分析、Scheffe 事後檢定、獨立樣本 t 檢定、pearson 積差相關)
二、瞭解健康促進醫院在健康組織之政策與領導、健康資源、健康文化與活動、物理環境等四個層面的效能與不足。	
三、探討健康促進醫院員工之人口學因素、健康組織效能與健康促進生活型態的關係與差異。	推論性統計(單因子變異數分析、Scheffe 事後檢定、獨立樣本 t 檢定、pearson 積差相關)
四、探討健康促進醫院員工在人口學因素、健康醫院組織效能、健康行為自我效能、自覺健康狀態等變項下，採行健康促進生活型態之影響及關鍵因素。	複迴歸分析

資料來源：研究者整理

第八節 研究限制

一、由於國內實施健康促進醫院管理模式時程尚短，且員工對健康促進相關概念瞭解程度尚淺，仍屬先期評估階段，本研究設計或有所疏漏，易產生研究結果之偏誤。

二、抽樣醫院推動各項員工健康促進方案時程不久，易影響研究資料來源之取得、分析與研究結果之外推性。

三、本研究為橫斷面調查法，並採用回溯性、自陳式之問卷調查，故受試者在行為自評容可能出現高估或低估之情形，較欠缺客觀性的行為評量，未能作連續性改變狀態之觀察。



第四章 結果與討論

第一節 研究樣本之人口學因素資料

本研究總計發出 1200 份樣本，回收全部有效問卷 781 份，有效問卷回收率 65.08 %。人口學因素分析中，在「性別」方面，受試者以女性居多為 571 人，佔 73.1 %，男性為 210 人，佔 26.9 %。在「年齡」部分，受試者之平均年齡為 33.1 歲。「教育程度」方面，最低為國中/初中，最高為研究所，其中大專/大學人數最多，為 674 人，佔 87.9 %。「目前居住狀況」，以家人同住居多，為 508 人，佔 66 %，其次為「獨自在外賃屋居住」，共計 175 人，佔 22.7 %，而居住於醫院宿舍僅 87 人（11.3 %）。「單位屬性」部分，分別為「財團法人」，共計 263 人，佔 33.7 %，「公立醫院」為 250 人，佔 32.0 %，「委託經營」為 268 人，佔 34.4 %。在「職務」部分，受試者以基層員工最多，共計 687 人，佔 87.9 %，二級主管為 62 人（8.2 %），而一級主管僅 8 人（1.1 %）。在「職稱」部分，以護理人員居多，為 258 人，佔 33 %，行政人員與醫技人員差別甚微，前者為 193 人，佔 24.7 %，後者為 194 人，佔 24.8 %，而醫師為 136 人，佔 17.4 %。在「與醫務相關之工作年資」部分，平均年資為 8.05 年，而在「本院工作年資」之平均年資則為 5.97 年。在「每週平均工作時數（含加班）」部分，以每週工作 46 至 50 小時以下最多，為 304 人，佔 39.8 %，其次為 45 小時以下，為 216 人，佔 28.3 %，而 51 至 60 小時則為 135 人，佔 17.7 %，61 小時以上者為 109 人，佔 14.3 %。在「過去半年每月平均休假（含例假日）天數」部分，7 至 8 天最多為 356 人，佔 46.2 %，其次為 5 至 6 天 221 人，佔 28.7 %，4 天以下為 121 人，佔 15.7 %，而 9

天以上僅 72 人，佔 9.4 %。在「過去半年最主要的工作班別」方面，以白天班最多，為 389 人，佔 58.8 %，而採輪班者，為 214 人，佔 32.3 %，其餘小夜班則為 32 人 (4.8 %)，大夜班為 27 人 (4.1 %) (表 4-1)。然在樣本受測時，可能出現誤答及錯填之情事，故在研究分析進行時均將其設為遺漏值，以確保分析盡量正確。



表 4-1 人口學因素變項 (N = 781)

變項名稱	類別	人數	百分比	平均值	標準差
性別	男	210	26.9		
	女	571	73.1		
年齡				33.1	7.83
教育程度	國中/初中	4	.5		
	高中/高職	42	5.5		
	大專/大學	674	87.9		
	研究所以上	47	6.1		
單位屬性	財團法人	263	33.7		
	公立醫院	250	32.0		
	委託經營	268	34.3		
職務	一級主管	8	1.1		
	二級主管	62	8.2		
	基層人員	687	90.8		
職稱	醫師	136	17.4		
	護理人員	258	33.0		
	醫技人員	194	24.8		
	行政人員	193	24.7		
與醫務相關之工作年資				8.05 (年)	7.14 (年)
本院工作年資				5.97 (年)	5.39 (年)
目前居住狀況	家人同住	508	66.0		
	醫院宿舍	87	11.3		
	獨自在外賃屋居住	175	22.7		
每週平均工時 (含加班)	45hr 以下	216	28.3		
	46-50hr	304	39.8		
	51-60hr	135	17.7		
	61hr 以上	109	14.3		
過去半年每月平均休假 (含例假日) 天數	4 天以下	121	15.7		
	5-6 天	221	28.7		
	7-8 天	356	46.2		
	9 天以上	72	9.4		
過去半年最主要的工作班別	白天班	389	58.8		
	小夜班	32	4.8		
	大夜班	27	4.1		
	輪班	214	32.3		

第二節 醫院健康組織效能狀態

由本節起至第四節止，係以描述性統計之方式，依研究目的分別論述如下：首先；員工於醫院在獲得 WHO-HPH 認證後，其醫院健康組織效能與推動健康促進之情形；其次；在醫院取得認證後，員工在健康促進生活型態之現狀；最後；說明員工在醫院獲得認證後，在健康促進行為自我效能及自覺健康狀態之表現。

在醫院健康組織效能方面，研究對象於醫院健康組織效能總分之表現，最小值為 42，最大值為 210，平均值為 141.07，標準差為 25.49，而平均數分項為 3.35 分，由此可知；其落點係略傾向同意健康促進醫院組織對於醫院健康促進活動之推動成效，而在健康組織效能題目之得分與分佈中（表 4-2），亦呈現此落點狀況。如依 Kaplan & Norton（1992）認為所謂組織效能必須端賴於研究的設計及目的來加以考量，則上述結果可推測為醫院健康組織，確具有增強醫院健康促進活動之效能。惟是否有達統計上顯著之差異，另於第六節敘述之。

健康組織各題目之分量表（表 4-3），則清楚呈現研究對象相對「同意」那些題目。在「健康資源」方面，係以「醫院能提供員工足夠的學習機會」、「所有員工都有機會參與醫院所實施的健康促進活動」兩者表現相對較佳，而在「醫院對員工的工作時間進行評估，以期達到與私人時間相平衡」、「醫院重視員工需求，以期維持家庭與工作的平衡」則表現相對較差。在「健康文化與活動」方面，「我的部門主管支持下屬參與醫院所舉辦的健康促進相關活動」、「所有員工均有權使用醫院健康相關之設備」、「醫院的工作環境可以讓員工不斷的學習與成長」表現相對較佳，然而在「醫院實施健康飲食計劃」、「醫院支持員工的家庭生活如同支持員工的工作一般」表現則相對較

差。在「物理環境」方面，「醫院設置有符合規定的消防設施」、「醫院對於所有員工施以必要的急救訓練」表現相對較佳，在「醫院具有一套檢查機制，以檢驗新技術或新操作系統引進時可能對員工健康產生的影響」、「醫院建構健康促進的組織文化」則表現相對較差。在「政策與領導」方面，「促進員工的健康為醫院現行的業務計畫之一」、「促進員工的健康為醫院的目標與宗旨之一」表現相對較佳，而在「全院員工均明瞭醫院健康促進計劃之內容」、「醫院高層管理者展現其促進健康工作環境的具體承諾(如資源的分配)」則表現相對較差。

總結而言；組織效能對於員工健康促進是有其正向作用，在陳潭與李宜融（2001）及李琳琳等人（1997）相關研究中，均呈現相同的趨勢，另依據加拿大衛生部（Health Canada, 2001）對健康的組織之定義：「擁有健康的員工與積極的組織文化之組織」、「為一個支持與鼓勵員工個人養成健康行為的工作環境」及「組成一個健康職場需包含三大要素：物理環境、健康實踐、社會環境與個人資源」（加拿大健康工作場所準則）及 Fordyce 與 Weil（1971）對所謂健康組織特色之陳述（表 2-1），抽樣醫院健康組織效能僅能部分符合員工需求，且員工健康促進行為仍屬被動接受醫院安排為主，缺乏健康促進賦權自主精神。

表 4-2 健康組織效能之得分與分佈 (N = 781)

項目	得分人數與百分比				
	1	2	3	4	5
1.醫院管理決策過程中會考量與員工健康相關的議題	34 (4.4)	108 (13.8)	298 (38.2)	303 (38.8)	38 (4.9)
2.醫院支持員工的家庭生活如同支持員工的工作一般	43 (5.5)	193 (24.8)	280 (35.9)	236 (30.3)	27 (3.5)
3.醫院建構健康促進的組織文化	22 (2.8)	66 (8.5)	312 (40.0)	334 (42.8)	46 (5.9)
4.醫院的工作環境可以讓員工不斷的學習與成長	27 (3.5)	61 (7.9)	260 (33.5)	386 (49.8)	41 (5.3)
5.醫院實施健康飲食計劃	49 (6.3)	188 (24.3)	312 (40.3)	184 (23.8)	41 (5.2)
6.醫院透過各種管道向員工宣導健康促進的組織文化	25 (3.2)	92 (11.8)	310 (39.7)	306 (39.2)	47 (6.0)
7.醫院重視員工需求，以期維持家庭與工作的平衡	54 (6.9)	198 (25.4)	329 (42.1)	166 (21.3)	34 (4.4)
8.醫院提供員工衛生教育與諮詢	30 (3.8)	71 (9.1)	329 (42.1)	298 (38.2)	53 (6.8)
9.委員會/專責單位/管理階層定期檢視健康促進計劃之發展	25 (3.2)	79 (10.1)	361 (46.2)	276 (35.3)	40 (5.1)
10.醫院對員工的工作時間進行評估，以期達到與私人時間相平衡	79 (10.1)	203 (26.0)	324 (41.5)	142 (18.2)	33 (4.2)
11.醫院實施運動計劃(體適能)	32 (4.1)	140 (17.9)	325 (41.6)	251 (32.1)	33 (4.2)
12.醫院實施酒精/藥物濫用防範計劃	16 (2.0)	73 (9.3)	367 (47.0)	282 (36.1)	43 (5.5)
13.醫院內設有委員會或專責單位，負責健康促進之規劃、執行、監控及評估等任務	21 (2.7)	86 (11.0)	334 (42.8)	292 (37.4)	48 (6.1)
14.所有員工都有機會參與醫院所實施的健康促進活動	19 (2.4)	71 (9.1)	285 (36.5)	353 (45.3)	52 (6.7)
15.醫院認為促進員工健康為員工福利的一部份	29 (3.7)	70 (9.0)	260 (33.3)	373 (47.8)	49 (6.3)
16.醫院設置有符合規定的消防設施	5 (.6)	14 (1.8)	140 (17.9)	502 (64.4)	119 (15.3)
17.醫院確實將健康促進的政策落實於組織架構及流程當中	21 (2.7)	40 (5.1)	368 (47.1)	299 (38.3)	53 (6.8)
18.醫院實施壓力管理計劃	30 (3.8)	123 (15.7)	411 (52.6)	181 (23.2)	36 (4.6)
19.醫院提供有需要的員工合格的個人防護用具	25 (3.2)	81 (10.4)	271 (34.7)	350 (44.8)	54 (6.9)
20.醫院有設置專任且合格的勞工安全衛生人員	5 (.6)	44 (5.7)	236 (30.3)	414 (53.2)	79 (10.2)
21.促進員工的健康為醫院的目標與宗旨之一	23 (2.9)	44 (5.6)	301 (38.5)	332 (42.5)	81 (10.4)
22.醫院員工有參與醫院決策、稽核及審查之機會	52 (6.7)	122 (15.6)	364 (46.6)	209 (26.8)	34 (4.4)

(續) 表 4-2 健康組織效能之得分與分佈 (N = 781)

項目	得分人數與百分比				
	1	2	3	4	5
23.醫院對於新進員工施以必要的安全衛生訓練	6 (.8)	14 (1.8)	189 (24.2)	496 (63.5)	76 (9.7)
24.醫院管理人員確實推動與執行醫院的健康促進理念	18 (2.3)	46 (5.9)	343 (43.9)	332 (42.5)	42 (5.4)
25.所有員工均有權使用醫院健康促進相關之設備	17 (2.2)	47 (6.0)	321 (41.2)	352 (45.1)	43 (5.5)
26.醫院各部門間有良好的溝通	19 (2.4)	137 (17.5)	334 (42.8)	251 (32.1)	40 (5.1)
27.醫院提供足夠的資源與人力進行健康促進計劃	32 (4.1)	104 (13.4)	376 (48.3)	222 (28.5)	44 (5.7)
28.醫院有系統且定期收集相關資料，以評估健康促進活動之成效	21 (2.7)	76 (9.7)	381 (48.8)	273 (35.0)	29 (3.7)
29.醫院對於有害健康的作業場所定期實施作業環境測定	16 (2.0)	50 (6.4)	286 (36.6)	359 (46.0)	70 (9.0)
30.醫院能提供員工足夠的學習機會	29 (3.7)	34 (4.4)	286 (36.6)	367 (47.0)	65 (8.3)
31.促進員工的健康為醫院現行的業務計畫之一	21 (2.7)	65 (8.3)	303 (38.8)	339 (43.4)	53 (6.8)
32.醫院執行上述活動之外的健康促進的方案	19 (2.4)	65 (8.3)	377 (48.3)	274 (35.1)	46 (5.9)
33.我的部門主管支持部屬參與醫院所舉辦的健康促進相關活動	18 (2.3)	30 (3.8)	324 (41.5)	360 (46.1)	49 (6.3)
34.醫院員工的意見反映可以獲得高階主管的回應	37 (4.7)	109 (14.0)	360 (46.2)	233 (29.9)	41 (5.3)
35.醫院對於危險物或有害物有適當的標示	3 (.4)	38 (4.9)	195 (25.0)	465 (59.6)	79 (10.1)
36.醫院對於所有員工施以必要的急救訓練	4 (.5)	19 (2.4)	140 (17.9)	510 (65.3)	108 (13.8)
37.醫院對於需要使用防護用具的場所都已經適當標示	10 (1.3)	35 (4.5)	227 (29.2)	462 (59.4)	44 (5.7)
38.全院員工均明瞭醫院健康促進計劃之內容	20 (2.6)	106 (13.6)	367 (47.1)	268 (34.4)	18 (2.3)
39.醫院編列明確的預算進行健康促進計劃	26 (3.3)	60 (7.7)	410 (52.6)	256 (32.9)	27 (3.5)
40.醫院具有一套檢查機制，以檢驗新技術或新操作系統引進時可能對員工健康產生的影響	24 (4.2)	66 (8.5)	385 (49.4)	271 (34.7)	34 (4.4)
41.醫院高層管理者展現其促進健康工作環境的具體承諾(如資源的分配)	33 (4.2)	66 (8.5)	409 (52.4)	239 (30.6)	34 (4.4)
42.醫院提供員工健康促進相關課程之教育訓練	25 (3.2)	45 (5.8)	310 (39.7)	359 (46.0)	42 (5.4)

註：得分：1-很不同意 2-不同意 3-沒意見 4-同意 5-很同意

表 4-3 健康組織效能題目分量表 (N = 781)

項目	平均數 總得分	平均數分 項 (M)	標準差 (SD)	全距 (Range)	總量表 序位	分量表 序位
總量表	141.07	3.35	25.49	168		
健康資源	38.74	3.22	8.24	48		
7.醫院重視員工需求，以期維持家庭與工作的平衡		2.90	.95		33	10
8.醫院提供員工衛生教育與諮詢		3.34	.88		17	3
10.醫院對員工的工作時間進行評估，以期達到與私人時間相平衡		2.80	.98		34	11
14.所有的員工都有機會參與醫院所實施的健康促進活動		3.44	.84		12	2
18.醫院實施壓力管理計劃		3.08	.84		29	8
22.醫院員工有參與醫院決策、稽核及審查之機會		3.06	.92		30	9
27.醫院提供足夠的資源與人力進行健康促進計劃		3.18	.88		26	7
28.醫院有系統且定期收集相關資料，以評估健康促進活動之成效		3.27	.79		21	5
30.醫院能提供員工足夠的學習機會		3.51	.85		8	1
32.醫院執行上述活動之外的健康促進的方案		3.33	.80		18	4
39.醫院編列明確的預算進行健康促進計劃		3.25	.78		22	6
42.醫院提供員工健康促進相關課程之教育訓練		3.44	.81		12	2
健康文化與活動	35.97	3.27	7.14	44		
2.醫院支持員工的家庭生活如同支持員工的工作一般		3.01	.95		31	8
4.醫院的工作環境可以讓員工不斷的學習與成長		3.45	.84		11	2
5.醫院實施健康飲食計劃		2.97	.97		32	9
6.醫院透過各種管道向員工宣導健康的組織文化		3.33	.87		18	4
11.醫院實施運動計劃(體適能)		3.14	.90		28	7
12.醫院實施酒精/藥物濫用防範計劃		3.33	.80		18	4
15.醫院認為促進員工健康為員工福利的一部份		3.43	.88		13	3
25.所有的員工均有權使用醫院健康相關之設備		3.45	.78		11	2
26.醫院各部門間有良好的溝通		3.19	.87		25	5
33.我的部門主管支持下屬參與醫院所舉辦的健康促進相關活動		3.50	.76		10	1

(續) 表 4-3 健康組織效能題目分量表 (N = 781)

項目	平均數 總得分	平均數分 項 (M)	標準差 (SD)	全距 (Range)	總量表 序位	分量表 序位
34. 醫院員工的反應可以獲得高階主管的回饋		3.16	.90		27	6
物理環境	36.29	3.62	5.49	40		
3. 醫院建構健康的組織文化		3.40	.83		16	9
16. 醫院設置有符合規定的消防設施		3.91	.67		1	1
19. 醫院提供有需要的員工合格的個人防護用具		3.41	.88		15	8
20. 醫院有設置專任且合格的勞工安全衛生人員		3.66	.76		5	5
23. 醫院對於新進員工施以必要的安全衛生訓練		3.79	.66		3	3
29. 醫院對於有害健康的作業場所定期實施作業環境測定		3.53	.82		7	7
35. 醫院對於危險物或有害物有適當的標示		3.74	.71		4	4
36. 醫院對於所有員工施以必要的急救訓練		3.89	.67		2	2
37. 醫院對於需要使用防護用具的場所都已經適當標示		3.63	.71		6	6
40. 醫院具有一套檢查機制，以檢驗新技術或新操作系統引進時可能對員工健康產生的影響		3.28	.80		20	10
政策與領導	30.09	3.34	5.98	36		
1. 醫院管理決策過程中會考量與員工健康相關的議題		3.25	.91		22	7
9. 委員會/專責單位/管理階層定期檢視健康促進計劃之發展		3.29	.83		19	6
13. 醫院內設有委員會或專責單位，負責健康促進之規劃、執行、監控及評估等任務		3.33	.85		18	5
17. 醫院確實將健康促進的政策落實於組織架構及流程當中		3.41	.80		15	4
21. 促進員工的健康為醫院現行的業務計畫之一		3.51	.86		9	1
24. 醫院的管理人員確實推動與執行醫院的健康促進理念		3.42	.78		14	3
31. 促進員工的健康為醫院的目標與宗旨之一		3.43	.84		13	2
38. 全院的員工均明瞭醫院健康促進計劃之內容		3.20	.79		24	9
41. 醫院的高層管理者展現其促進健康工作環境的具體承諾(如資源的分配)		3.22	.82		23	8

第三節 員工之健康促進生活型態

此節論述研究對象於健康促進生活型態之表現，其總分最小值為 40，最大值為 160，平均值為 104.41，標準差為 19.55，而平均數分項為 2.61 分，由此可知；其落點係略傾向研究對象於平時健康促進生活型態是以「時常如此」進行，而在健康促進生活型態題目之得分與分佈表中（表 4-4），亦呈現出此落點狀況。惟是否有達統計上顯著之差異，另於第五節敘述之。

在健康促進生活型態各題目之分量表（表 4-5）中，則清楚呈現研究對象對於那些生活型態是較常進行。其中在「人際支持」方面，係以「會維持良好的人際關係」與「樂於和親近的人保持聯絡」表現較佳，而以「會找時間與好朋友相處」、「容易對別人表達關懷、愛心及溫暖」表現相對較差。在「自我實現」方面，則以「知道生命中那些是重要的」、「知道自己個人的優缺點」表現相對較佳，而在「每天都是充滿樂趣和挑戰」、「重視自己的成就」之得分相對較差。在「均衡飲食」方面，以「每天吃早餐」、「每天食用富含纖維質的食物」表現相對較佳，而在「每日吃含有五大類營養素的食物」表現較差。在「壓力處理」方面，係以「知道生活中壓力的來源」及「會注意自己不愉快的情緒」表現較佳，而在「閱讀有關健康促進的相關資訊」與「每天睡足 6~8 小時」表現較差。在「運動保健」方面，則以「每天找一些時間放鬆自己」、「會從事休閒式的體能活動（如散步、游泳、騎單車等）」表現較為突出，而在「參加有人指導的運動課程或活動」表現較差。在「健康責任」方面，以「定時做身體檢查或檢驗，並知道結果」與「注意食品包裝上營養成分的標示」表現相對較佳，而在「運動時會測量自己的脈搏」與「固定時間量血壓並知道自

己的血壓」表現相對較差。

上述健康促進生活型態分量表之得分首位為「人際間支持」，參照 House & Guten (1980) 指出人際間支持可滿足個人安全，受肯定、歸屬、社會接觸及情感上的需要，除直接促進個人身心健康及提昇幸福感外，並可緩衝壓力對健康的負面影響，對身心健康及生活適應產生正面效果。而在高度專業壓力極高之醫療作業環境下，員工尋求人際間支持誠屬正常合理現象。其次就「自我實現」而言；具有自我實現特質者，在健康促進方面會強化其免疫系統，也較能遵行健康行為 (陳美燕等, 2001b)，而醫院員工均為專業人員，有否因而較易塑造自我實現人格，則期待未來研究瞭解。



表 4-4 健康促進生活型態之得分與分佈 (N = 781)

項目	得分人數與百分比			
	1	2	3	4
1.每天吃早餐	7 (.9)	157 (20.1)	256 (32.8)	361 (46.2)
2.欣賞自己	18 (2.3)	292 (37.4)	304 (38.9)	167 (21.4)
3.每週至少做三次伸展操	179 (23.0)	357 (45.8)	149 (19.1)	94 (12.1)
4.只要知道食物含防腐劑或人工添加物，就不吃	155 (19.8)	396 (50.7)	160 (20.5)	70 (9.0)
5.每天找一些時間放鬆自己	38 (4.9)	369 (47.2)	289 (37.0)	85 (10.9)
6.定期做身體檢查或檢驗，並知道結果	46 (5.9)	318 (40.7)	277 (35.5)	140 (17.9)
7.對生命充滿熱忱及樂觀	18 (2.3)	220 (28.3)	374 (48.1)	166 (21.3)
8.覺得自己是朝著積極的方向成長和改變	13 (1.7)	212 (27.2)	395 (50.7)	159 (20.4)
9.與親近的人討論個人問題及所關心的事	13 (1.7)	205 (26.4)	388 (50.0)	170 (21.9)
10.知道生活中壓力的來源	9 (1.2)	136 (17.4)	446 (57.2)	189 (24.2)
11.每週至少有三次運動，每次連續 20~30 分鐘	186 (23.8)	359 (46.0)	146 (18.7)	89 (11.4)
12.每日三餐的時間和分量都規律正常	87 (11.2)	311 (39.9)	262 (33.6)	119 (15.3)
13.閱讀有關健康促進的相關資訊	43 (5.5)	371 (47.7)	279 (35.9)	85 (10.9)
14.注意食品包裝上營養成份的標示	53 (6.8)	292 (37.5)	306 (39.3)	128 (16.4)
15.知道自己個人的優缺點	7 (.9)	163 (20.9)	472 (60.5)	138 (17.7)
16.參加有人指導的運動課程或活動	180 (23.1)	362 (46.4)	170 (21.8)	68 (8.7)
17.知道生命中那些是重要的	5 (.6)	146 (18.7)	429 (55.0)	200 (25.6)
18.會找時間和好朋友相處	17 (2.2)	237 (30.3)	366 (46.9)	161 (20.6)
19.會維持良好的人際關係	5 (.6)	150 (19.2)	449 (57.6)	176 (22.6)
20.每天食用富含纖維質的食物	21 (2.7)	288 (36.9)	350 (44.9)	121 (15.5)

註：得分 1-從來沒有 2-偶爾如此 3-時常如此 4-都是如此

(續) 表 4-4 健康促進生活型態之得分與分佈 (N = 781)

項目	得分人數與百分比			
	1	2	3	4
21.每天有 15~20 分鐘的時間讓自己鬆弛或冥想(靜坐)	187 (23.9)	344 (44.0)	177 (22.7)	73 (9.3)
22.和健康專業人員討論自我健康照顧有關的事	213 (27.3)	359 (46.0)	134 (17.2)	75 (9.6)
23.重視自己的成就	31 (4.0)	314 (40.2)	302 (38.7)	134 (17.2)
24.運動時會測量自己的脈搏	272 (34.8)	309 (39.6)	141 (18.1)	59 (7.6)
25.和所關心的人保持連絡	12 (1.5)	231 (29.6)	382 (49.0)	155 (19.9)
26.固定時間量血壓並知道自己的血壓	246 (31.5)	334 (42.8)	137 (17.5)	64 (8.2)
27.每天都是充滿樂趣和挑戰	30 (3.8)	343 (43.9)	298 (38.2)	110 (14.1)
28.會從事休閒式的體能活動(如散步、游泳、騎單車等)	94 (12.0)	363 (46.5)	227 (29.1)	97 (12.4)
29.每天吃含有五大類營養素的食物	37 (4.7)	400 (51.2)	281 (36.0)	63 (8.1)
30.容易對別人表達關懷、愛及溫暖	7 (.9)	212 (27.2)	445 (57.1)	115 (14.8)
31.每個月至少一次檢視自己身體有無改變或其他異狀	66 (8.5)	420 (53.8)	245 (31.4)	50 (6.4)
32.有計劃的安排工作	22 (2.8)	301 (38.5)	369 (47.2)	89 (11.4)
33.會注意自己不愉快的情緒	13 (1.7)	203 (26.1)	445 (57.1)	118 (15.1)
34.樂於和親近的人保持聯絡	11 (1.4)	169 (21.7)	437 (56.2)	161 (20.7)
35.每天至少喝水 1500CC	35 (4.5)	362 (46.4)	245 (31.4)	139 (17.8)
36.每天睡足 6~8 小時	47 (6.1)	292 (37.7)	346 (44.6)	90 (11.6)
37.參加有關個人健康保健方面的教育課程或活動	115 (14.7)	402 (51.5)	196 (25.1)	68 (8.7)
38.注意控制自己的體重	46 (5.9)	264 (33.8)	325 (41.6)	146 (18.7)
39.對於生活中不合理的要求會恰當反應	27 (3.5)	334 (42.8)	330 (42.3)	90 (11.5)
40.覺得自己的工作是有意義的	31 (4.0)	247 (31.6)	358 (45.8)	145 (18.6)

註：得分 1-從來沒有 2-偶爾如此 3-時常如此 4-都是如此

表 4-5 健康促進生活型態各題目之分量表 (N = 781)

項目	平均 數總 得分	平均數 分項 (M)	標準差 (SD)	全距 (Range)	總量 表序 位	分量 表序 位
總量表	104.54	2.61	19.55	120		
自我實現	22.73	2.84	4.56	24		
2.欣賞自己		2.79	.79		12	5
7.對生命充滿熱忱及樂觀		2.88	.75		9	4
8.覺得自己是朝著積極的 方向成長和改變		2.89	.73		8	3
15.知道自己個人的優缺點		2.95	.64		6	2
17.知道生命中那些是 重要的		3.05	.68		2	1
23.重視自己的成就		2.69	.79		14	6
27.每天都是充滿樂趣 和挑戰		2.62	.77		17	7
40.覺得自己的工作是有意 義的		2.79	.78		12	5
健康責任	18.22	2.27	4.86	24		
4.只要知道食物含防腐劑 或人工添加物就不吃		2.18	.85		26	4
6.定時做身體檢查或檢 驗，並知道結果		2.65	.83		16	1
14.注意食品包裝上營養成 分的標示		2.65	.83		16	1
22.和健康專業人員討論自 我健康照顧有關的事		2.09	.90		29	5
24.運動時會測量自己 的脈搏		1.98	.91		31	7
26.固定時間量血壓並知道 自己的血壓		2.02	.90		30	6
31.每個月至少一次檢視自 己身體有無改變或其他 異狀.		2.35	.72		23	2
37.參加有關個人健康保健 方面的教育課程或活動		2.27	.81		24	3
壓力處理	19.01	2.71	3.50	21		
10.知道生活中壓力的來源		3.04	.67		3	1
13.閱讀有關健康促進的相 關資訊		2.52	.76		20	6
32.有計畫的安排工作		2.67	.71		15	4

(續) 表 4-5 健康促進生活型態各題目之分量表 (N = 781)

項目	平均 數總 得分	平均數 分項 (M)	標準差 (SD)	全距 (Range)	總量 表序 位	分量 表序 位
33.會注意自己不愉快 的情緒		2.85	.67		11	2
36.每天睡足 6~8 小時		2.61	.76		18	5
38.注意自己體重		2.73	.83		13	3
39.對於生活中不合理的要 求會恰當反應		2.61	.73		18	5
人際支持	17.53	2.92	3.35	18		
9.與親近的人討論個人問 題及所關心的事		2.92	.73		7	3
18.會找時間與好朋友相處		2.85	.75		11	5
19.會維持良好的人際關係		3.02	.66		4	1
25.和所關心的人保持聯絡		2.87	.73		10	4
30.容易對別人表達關懷、 愛心及溫暖		2.85	.66		11	5
34.樂於和親近的人保持聯絡		2.96	.69		5	2
均衡飲食	13.61	2.72	3.00	15		
1.每天吃早餐		3.24	.80		1	1
12.每日三餐的時間和分量 都規律正常		2.53	.88		19	4
20.每天食用富含纖維質的 食物		2.73	.74		13	2
29.每日吃含有五大類營養 素的食物		2.47	.71		21	5
35.每天至少喝水 1500CC		2.62	.82		17	3
運動保健	13.67	2.26	4.01	18		
3.每週至少做三次伸展操		2.20	.92		25	2
5.每天找一些時間放鬆自己		2.53	.75		19	1
11.每週至少有三次運動， 每次持續 20~30 分鐘		2.17	.92		27	3
16.參加有人指導的運動課 程或活動		2.16	.87		28	4
21.每天有 15~20 分鐘的時 間讓自己鬆弛或冥想 (靜坐)		2.17	.90		27	3
28.會從事休閒式的體能活 動(如散步、游泳、騎單 車等)		2.41	.85		22	2

第四節 員工之健康行為自我效能與自覺健康狀態

此節係針對醫院員工於健康行為之自我效能及自覺健康狀態的表現論述，其表現總分最小值為 40，最大值為 160，平均值為 102.18，標準差為 17.93，而平均數分項為 3.64 分，由此可知；其落點略傾向研究對象對於健康行為自我效能約有「50%」至「75%」的把握程度能做到，而在健康行為自我效能之得分與分佈表中（表 4-6），亦呈現此落點狀況。

在健康行為自我效能各題目之分量表中（表 4-7），呈現研究對象對於健康行為自我效能之表現狀態。其中在「營養」方面，係以「我能計算出自己理想體重」與「我能判斷那些是高纖維的食物」表現較佳，而以「我能在預算範圍內找到合乎健康的食物」、「我能吃到營養均衡的食物」表現相對較差。在「運動」方面，則以「我能保持每天清潔」、「我知道何時該停止運動」表現相對較佳，而在「我能將運動列入規律性日常作息」、「我能夠在住處附近找到方便運動的場所」之得分相對較差。在「心理安適」方面，以「我能不讓自己感覺到無聊」表現相對較佳，而在「我能在生活上做改變以減少壓力」表現較差。在「健康責任」方面，係以「罹病時我能在醫護人員指導下正確的使用藥物」及「我能知道出現那些症狀時，應該去找醫護人員」表現較佳，而在「我能注意到身體狀況的不良變化」與「我能知道自己的健康權利並挺身爭取」表現較差。

上述健康行為自我效能分量表之得分最佳為「營養」，最差為「健康責任」，參照學者 Ardell（1979）提出要達到個體的安適狀態之五大途徑：自我責任、對營養的認識、壓力管理、體能健康及對環境的敏感性。而「營養」之重要性對研究對象而言，或許純然僅因身為醫

護專業人員，原即具有較多相關知能與資訊來源所致。另「健康責任」部分如比照前述之健康促進生活型態同樣為「健康責任」項目之表現（表 4-5），不令人意外均呈現得分最差情形，而據 Cookfair (1996) 指出；自我責任是居於自我責任、對營養的認識、壓力管理、體能健康及對環境的敏感性等四項的中央地位，而與其他四項形成十字架的樞紐關係，對於實踐與健康有關的行為中扮演重要關鍵角色，故此種現象實不利於醫院健康促進活動之發展。



表 4-6 健康行為自我效能之得分與分佈 (N = 781)

項目	得分人數與百分比				
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
1.我能在預算範圍內找到合乎健康的食物	13 (1.7)	94 (12.0)	302 (38.7)	311 (39.8)	61 (7.8)
2.我能吃到營養均衡的食物	11 (1.4)	89 (11.4)	304 (38.9)	322 (41.2)	55 (7.0)
3.我能保持每天清潔	3 (.4)	27 (3.5)	130 (16.6)	313 (40.1)	308 (39.4)
4.我能從食物分類表中找出對健康有益的食物	7 (.9)	44 (5.6)	248 (31.8)	348 (44.6)	134 (17.2)
5.我每天能喝下足夠自己身體需要的水	11 (1.4)	87 (11.2)	263 (33.9)	257 (33.2)	157 (20.3)
6.我能使用一些幫助自己放鬆的方法	9 (1.2)	71 (9.1)	279 (35.7)	318 (40.7)	104 (13.3)
7.我能不讓自己感覺到孤獨寂寞	14 (1.8)	54 (6.9)	241 (30.9)	387 (49.6)	85 (10.9)
8.我能做些讓自己感覺美好的事情	9 (1.2)	45 (5.8)	241 (30.9)	351 (44.9)	135 (17.3)
9.我能不讓自己感覺到無聊	7 (.9)	49 (6.3)	199 (25.5)	378 (48.4)	148 (19.0)
10.我能向朋友及家人傾吐心中的煩惱	12 (1.5)	76 (9.7)	239 (30.6)	332 (42.5)	122 (15.6)
11.我能知道自己面對壓力時的反應	9 (1.2)	46 (5.9)	226 (28.9)	399 (51.1)	101 (12.9)
12.我能在生活上做改變以減少壓力	6 (.8)	78 (10.0)	271 (34.7)	335 (42.9)	91 (11.7)
13.我能做對自己有益的運動	20 (2.6)	93 (11.9)	262 (33.6)	302 (38.7)	103 (13.2)
14.我能將運動列入規律性日常作息	45 (5.8)	162 (20.7)	288 (36.9)	217 (27.8)	69 (8.8)
15.我能找到自己喜愛的運動	29 (3.7)	99 (12.7)	253 (32.4)	283 (36.2)	117 (15.0)
16.我能在住處附近找到方便運動的場所	36 (4.6)	108 (13.8)	235 (30.1)	292 (37.4)	110 (14.1)
17.運動時，我能避免自己受傷害	18 (2.3)	76 (9.8)	234 (30.1)	344 (44.2)	106 (13.6)

(續) 表 4-6 健康行為自我效能之得分與分佈 (N = 781)

項目	得分人數與百分比				
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
18.我能知道從何處得到有關保健的資訊	11 (1.4)	52 (6.7)	240 (30.8)	352 (45.2)	124 (15.9)
19.我能注意到身體狀況的不良變化	7 (.9)	56 (7.2)	249 (31.9)	388 (49.7)	80 (10.3)
20.我能知道出現那些症狀時，應該去找醫護人員	7 (.9)	44 (5.6)	191 (24.5)	388 (49.7)	151 (19.3)
21.罹病時我能在醫護人員指導下正確的使用藥物	7 (.9)	39 (5.0)	172 (22.0)	364 (46.6)	199 (25.5)
22.我能找到提供健康諮詢的醫護人員	5 (.6)	62 (7.9)	210 (26.9)	332 (42.5)	172 (22.0)
23.我能知道自己的健康權利並挺身爭取	11 (1.4)	57 (7.3)	244 (31.2)	371 (47.5)	98 (12.5)
24.當我有需要時，我能找到他人幫忙	7 (.9)	38 (4.9)	219 (28.0)	357 (45.7)	160 (20.5)
25.我知道何時該停止運動	13 (1.7)	54 (7.0)	221 (28.5)	340 (43.9)	147 (19.0)
26.我能夠做伸展運動	17 (2.2)	87 (11.1)	259 (33.2)	304 (38.9)	114 (14.6)
27.我能夠計算出自己理想體重	15 (1.9)	44 (5.6)	187 (24.0)	343 (44.0)	190 (24.4)
28.我能判斷那些是高纖維的食物	9 (1.2)	28 (3.6)	185 (23.7)	349 (44.7)	210 (26.9)

註：得分 1-10 % 2-25 % 3-50 % 4-75 % 5-100 %

表 4-7 健康行為自我效能分量表得分情形 (N = 781)

項目	平均數 總得分	平均數 分項 (M)	標準差 (SD)	全距 (Range)	總量表 序位	分量表 序位
總量表	102.14	3.64	17.93	112		
營養	21.92	3.65	4.10	24		
1.我能在預算範圍內找到 合乎健康的食物		3.40	.85		23	6
2.我能吃到營養均衡的 食物		3.41	.83		22	5
4.我能從食物分類表中找 出對健康有益的食物		3.71	.84		8	3
5.我每天能喝下足夠自己 身體需要的水		3.59	.97		14	4
27.我能計算出自己理想 體重		3.83	.92		4	2
28.我能判斷那些是高纖 維的食物		3.92	.86		2	1
運動	28.47	3.55	5.96	32		
3.我能保持每天清潔		4.14	.84		1	1
13.我能做對自己有益的 運動		3.48	.95		19	5
14.我能將運動列入規律 性日常作息		3.13	1.02		24	8
15.我能找到自己喜愛的 運動		3.46	1.01		20	6
16.我能夠在住處附近找 到方便運動的場所		3.42	1.03		21	7
17.運動時，我能避免自己 受傷害		3.57	.92		15	3
25.我知道何時該停止運動		3.71	.90		8	2
26.我能夠做伸展運動		3.52	.94		18	4

(續) 表 4-7 健康行為自我效能分量表得分情形 (N = 781)

項目	平均數 總得分	平均數 分項 (M)	標準差 (SD)	全距 (Range)	總量表 序位	分量表 序位
心安適	25.50	3.64	4.98	28		
6.我能使用一些幫助自己放鬆的方法		3.55	.87		16	5
7.我能不讓自己感覺到孤獨寂寞		3.60	.83		13	4
8.我能做些讓自己感覺美好的事情		3.71	.85		8	2
9.我能不讓自己感覺到無聊		3.78	.85		6	1
10.我能向朋友及家人傾吐心中的煩惱		3.60	.91		13	4
11.我能知道自己面對壓力時的反應		3.68	.81		9	3
12.我能在生活上做改變以減少壓力		3.54	.85		17	6
健康責任	22.39	3.19	4.26	24		
18.我能知道從何處得到有關保健的資訊		3.67	.86		10	4
19.我能注意到身體狀況的不良變化		3.61	.80		12	6
20.我能知道出現那些症狀時，應該去找醫護人員		3.80	.84		5	2
21.罹病時我能在醫護人員指導下正確的使用藥物		3.90	.86		3	1
22.我能找到提供健康諮詢的醫護人員		3.77	.90		7	3
23.我能知道自已的健康權利並挺身爭取		3.62	.84		11	5
24.當我有需要時，我能夠找到他人幫忙		3.80	.84		5	2

此外；研究對象在醫院獲得健康促進醫院認證後，其自覺健康狀態之表現，主要仍以「沒有差別」為多，而在與同年齡的人比較方面，共計 350 人表示沒有差別，佔 44.9 %。在醫院獲得認證後，自身健康的比較方面，共計 546 人表示沒有差別，佔 70.0 %。最後；目前的健康狀況，共 402 人表示沒有差別，佔 51.6 %，惟是否有達統計上顯著之差異，另於第六節敘述之(表 4-8)。

表 4-8 自覺健康狀態之得分與分佈 (N = 781)

項目	得分人數與百分比				
	1	2	3	4	5
1.在醫院獲得健康促進醫院認證後與同年齡的人比較，您認為自己目前的健康狀況是	34 (4.4)	214 (27.4)	350 (44.9)	133 (17.1)	49 (6.3)
2.在醫院獲得健康促進醫院認證後與認證前的自己比較，你目前的健康狀況是	13 (1.7)	86 (11.0)	546 (70.0)	111 (14.2)	24 (3.1)
3.您認為自己目前的健康狀況是	31 (4.0)	179 (23.0)	402 (51.6)	149 (19.1)	18 (2.3)

註：得分 1-非常差 2-稍微差 3-沒有差別 4-好一些 5-非常好

第五節 人口學因素與各變項關係比較

此節係以單因子變異數分析進行各變項間之比較，首先由人口學因素進行比較，以瞭解人口學因素在醫院員工健康促進生活型態、健康行為自我效能之表現，若整體達顯著差異將再進行 Scheffe 事後檢定，以瞭解那些人口學因素在此變項中表現較為顯著。

一、人口學因素與健康促進生活型態之單因子變異數分析比較 (表 4-9&表 4-10)

首先，先針對人口學因素於健康促進生活型態之比較。在「性別」方面，是運用獨立樣本 t 檢定進行分析，結果顯示性別對健康促進生活型態之整體表現達顯著差異 ($p = 0.000 < 0.001$)，且男性 ($M = 111.07$) 表現明顯優於女性 ($M = 102.09$)。此與黃雅文等人 (1991) 對台北縣 40 歲以上 2000 名民眾探討健康行為調查，其中有關運動行為部份，亦呈現出相同結果。而在「年齡」方面，因年齡主要分佈於 25 歲至 36 歲之間，故再將年齡進行分層以利分析比較，發現健康促進生活型態於各年齡層間並無顯著差異 ($p = 0.63 > 0.05$)。在「教育程度」方面，對於健康促進生活型態之整體表現，其結果達顯著差異 ($p = 0.045 < 0.05$)，其中國中 ($M = 115.25$) 之表現較研究所以上 ($M = 102.18$) 為佳，然或因醫院工作為高專業及學歷之型態，具有抽樣之人口比例上之懸殊，通常以國中學歷之樣本數較少，故雖統計結果達到顯著程度，然事實狀況有否如此，須再進一步探討。在「目前居住狀況」方面，結果顯示達顯著差異 ($p = 0.017 < 0.05$)，其中與家人同住者 ($M = 105.44$) 表現較在外獨自賃屋居住者為佳 ($M = 100.75$)。「單位屬性」方面，此 3 家不同屬性之醫院員工在健康促進生活型態上並無明顯差異 ($p = 0.366 > 0.05$)。在「職務」方面，由於依醫院管理階層之

人口比例會有所不同，即愈高層者人數必越少，故抽樣比例差距雖大，但仍可分析參考之，此特性經分析後其健康促進生活型態之表現彼此間無明顯差異 ($p = 0.092 > 0.05$)。在「職稱」部分，其結果達顯著差異 ($p = 0.007 < 0.05$)，且醫師 ($M = 107.51$) 之表現明顯優於護理人員 ($M = 101.80$)，行政人員 ($M = 107.32$) 與醫技人員 ($M = 103.53$) 間則差異不大。在「與醫務相關工作之年資」部分，雖此變項原為「連續變項」，但為鑑別年資長短對調查變項之影響，故切割分為「3 年以下」、「3-10 年以下」、「10 年以上」，經分析其結果則達顯著差異 ($p = 0.000 < 0.05$)，而經事後檢定，工作「3 年以下」($M = 110.66$) 者之表現均較「3 年至 10 年」($M = 101.78$) 及「10 年以上」($M = 104.66$) 者為佳，另工作「3 年至 10 年」者與「10 年以上」者則無明顯差異，由此得知；工作年資較短者有較為重視健康促進生活型態之趨勢。參照國內外一些學者的研究中，雖談到年齡是影響健康行為因素之一，如：于漱 (1988) 對台北市 20-60 歲居民預防性健康行為之調查，但在國外部分研究中，Pender 等 (1990) 針對美國中西部 6 個公司 589 位員工所作的研究，與 Duffy、Rossow & Hernandez (1996)，進行 397 位被雇用之非洲裔美國婦女為對象所進行有關健康生活型態探討，其結果卻顯示教育程度愈高者、年齡愈大愈能執行健康生活型態，與本研究呈現相反之結果，推測或因國情與醫療體制不同，以致研究結果有所差異。在「本院工作年資」方面，各子項間無明顯差異 ($p = 0.628 > 0.05$)。在「每週平均工時 (含加班)」上，結果顯示達顯著差異 ($p = 0.000 < 0.05$)，而以每週工作「46-50 小時」($M = 107.09$) 者表現優於每週工作「51-60 小時」($M = 101.59$) 與「61 小時以上」($M = 98.91$) 者，另在每週工作「45 小時以下」者表現亦比工作「61 小時以上」者為佳，此結果顯示，工作時數過長對於員工之健康促進生活

型態，將造成一定負面程度之影響，使員工於健康促進生活型態之表現較為低落。此與林雅雯等人（2003）針對新竹某區域教學醫院員工之研究，發現每週工作時數與健康促進生活型態中的均衡飲食呈現負相關之結果相似。而在「過去半年每月平均休假（含例假日）天數」上，其結果則未達顯著差異（ $p = 0.585 > 0.05$ ），表示每月休假天數對於醫院員工健康促進生活型態之影響並不大。最後；在「工作班別」方面，結果顯示各工作班別間均未達顯著差異（ $p = 0.056 > 0.05$ ），表示不同工作班別對員工健康促進生活型態之影響亦不明顯。



表 4-9 人口學因素與健康生活促進型態之單變項分析

變項名稱		人數(N)	平均數±標準差 (M±SD)	P 值	事後檢定 Scheffe
a 性別	男	207	111.07±20.72	.000***	
	女	552	102.09±18.53		
年齡	25 歲以下	88	99.86±20.67	.063	
	26-30 歲	228	106.05±20.51		
	31-35 歲	166	104.36±20.85		
	36 歲以上	219	105.95±17.23		
教育程度	國中/初中	4	115.25±5.50	.045*	
	高中/高職	42	112.09±23.59		
	大專/大學	656	104.23±19.34		
	研究所以上	43	102.18±16.74		
單位屬性	財團法人	261	105.29±23.90	.366	
	公立醫院	241	103.06±17.15		
	公辦民營	257	105.16±16.54		
職務	一級主管	8	113.75±16.90	.092	
	二級主管	62	108.56±17.59		
	基層人員	666	104.06±19.90		
職稱	醫師	132	107.51±19.26	.007**	1 > 2*
	護理人員	255	101.80±20.09		
	醫技人員	193	103.53±18.15		
	行政人員	179	107.32±19.95		4 > 2*
與醫務相關 工作年資	3 年以下	112	110.66±26.45	.000***	1 > 2*** ; 1 > 3*
	3 至 10 年	347	101.78±18.35		
	10 年以上	187	104.66±16.76		
本院工作年 資	2 年以下	194	105.79±21.70	.628	
	2 年至 8 年	399	104.57±19.56		
	8 年以上	100	103.52±18.51		
目前居住狀 況	家人同住	486	105.44±19.47	.017*	1 > 3*
	醫院宿舍	87	106.22±23.18		
	獨自在外賃屋 居住	175	100.75±17.68		

(續) 表 4-9 人口學因素與健康生活促進型態之單變項分析

變項名稱	人數(N)	平均數±標準差 (M±SD)	P 值	事後檢定 Scheffe	
每週平均工 時(含加班)	45hr 以下	212	105.79±18.21	.000***	1 > 4*
	46-50hr	294	107.09±20.17		2 > 3* ; 2 > 4**
	51-60hr	128	101.59±21.48		
	61hr 以上	108	98.91±16.74		
過去半年每 月平均休假 天數 (含例假日)	4 天以下	120	104.73±18.77	.585	
	5-6 天	216	103.96±17.83		
	7-8 天	344	105.13±21.27		
	9 天以上	69	101.69±17.60		
過去半年最 主要的工作 班別	白天班	375	103.87±17.32	.056	
	小夜班	32	95.59±12.34		
	大夜班	26	101.11±16.55		
	輪班	211	102.36±17.21		

註：最低分為 40 分，最高分為 160 分；得分越高表示健康生活型態狀況越佳

^aIndependent Samples t-Test

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

健康促進生活型態係由不同子項所構成，故再針對其整體表現達顯著者分別討論之，以釐清其中那些人口學因素對健康促進生活型態具有明顯影響作用。

在「性別」方面，針對健康促進生活型態之各子項進行分析，結果發現在「自我實現」($M_{男} = 24.09 > M_{女} = 22.23$, $p = 0.000 < 0.001$)、「健康責任」($M_{男} = 19.77 > M_{女} = 17.65$, $p = 0.000 < 0.001$)、「壓力處理」($M_{男} = 19.68 > M_{女} = 18.76$, $p = 0.002 < 0.01$)、「均衡飲食」($M_{男} = 14.33 > M_{女} = 13.35$, $p = 0.000 < 0.001$)與「運動保健」($M_{男} = 15.49 > M_{女} = 13.00$, $p = 0.000 < 0.001$)部分，男性表現均

明顯優於女性，而在「運動保健」結果與黃雅文等人（1991）對台北縣 40 歲以上 2000 名民眾探討健康行為調查之男、女性運動行為相似，表示男性員工較女性員工注重平時之健康促進生活，僅在「人際支持」此項目（ $p = 0.126 > 0.05$ ）兩者表現無明顯差異。

在「教育程度」方面，針對健康促進生活型態之各子項分析，結果發現在「健康責任」上（ $p = 0.003 < 0.01$ ），高中（高職）程度者（ $M = 20.83$ ）表現優於大專/大學程度者（ $M = 18.11$ ）及研究所以上程度者（ $M = 17.53$ ）；而在「人際支持」（ $p = 0.014 < 0.05$ ），國中/初中程度者（ $M = 22.50$ ）表現優於其他三者（高中/高職 $M = 17.52$ ，大專/大學 $M = 17.53$ ，研究所以上 $M = 16.86$ ）；在「均衡飲食」（ $p = 0.01 < 0.05$ ）方面，國中/初中程度者（ $M = 18.00$ ）較高中/高職程度者（ $M = 13.53$ ）表現為佳；在「運動保健」方面，高中/高職程度者（ $M = 15.45$ ）則較大專/大學程度者（ $M = 13.59$ ）為佳，僅在「自我實現」（ $p = 0.216 > 0.05$ ）及「壓力處理」（ $p = 0.349 > 0.05$ ）兩者無明顯差異。

而國高中學歷者之健康促進生活型態表現較大專/大學及研究所程度為佳，或許與彼等在醫院之工作性質差異有關，惟仍須進一步分析瞭解。

在「職稱」方面，經對各子項分析後發現除「健康責任」（ $p = 0.118 > 0.05$ ）及「人際支持」（ $p = 0.574 > 0.05$ ）未達顯著差異外，餘四項均達顯著差異，而經事後檢定分析，在健康生活型態之「自我實現」（ $p = 0.01 < 0.05$ ），醫師（ $M = 23.48$ ）與行政人員（ $M = 23.48$ ）之表現優於醫技人員（ $M = 22.06$ ），而護理人員與其他人員則無明顯差異，此部份推測醫師或因醫學知識較豐富，故在健康生活型態之自我實現表現較佳；另在「壓力處理」（ $p = 0.026 < 0.05$ ）的表現上，行政人員則優於醫技人員，其原因或許與其非醫療作業第一線之工作人員有關，其

壓力負荷較無急迫性所致，而在「均衡飲食」($p = 0.000 < 0.001$)方面，護理人員($M = 12.65$)之表現要比其他三者表現較差(醫師 $M = 14.19$ 、醫技人員 $M = 13.65$ 、行政人員 $M = 14.46$)，由於護理工作原即為醫院之業務主軸，工作量更為居高不下，也間接造成護理人員在用餐時間及餐飲內容傾向快速、簡便，使得此項表現不佳；最後在「運動保健」($p = 0.005 < 0.01$)部分，醫師($M = 14.31$)及行政人員($M = 14.11$)之表現均較護理人員($M = 13.00$)要來得出色，或因仍與護理人員平時工作繁忙有關，連帶忽略對運動之重視。

另外在「與醫務相關工作年資」方面，於健康促進生活型態各子項之分析，結果在各子項中均達顯著差異，在「自我實現」($p = 0.007 < 0.01$)以「3年以下」者($M = 23.71$)之表現較「3年至10年」者($M = 22.16$)為佳；同樣在「健康責任」($p = 0.001 < 0.01$)方面，亦呈現「3年以下」者($M = 19.59$)表現較「3年至10年」者($M = 17.63$)為佳；在「壓力處理」($p = 0.001 < 0.01$)上，「3年以下」者($M = 19.96$)同樣表現較「3年至10年」者($M = 18.55$)為佳；同樣在「人際支持」($p = 0.010 < 0.05$)上，「3年以下」者($M = 18.27$)亦表現較「3年至10年」者($M = 17.19$)為佳；而在「均衡飲食」($p = 0.000 < 0.001$)方面，「3年以下」者($M = 14.01$)與「10年以上」者($M = 13.95$)之表現均較「3年至10年」者($M = 13.05$)為佳；最後在「運動保健」($p = 0.002 < 0.01$)方面，「3年以下」者($M = 14.80$)之表現則優於「3年至10年」者($M = 13.36$)與「10年以上」者($M = 13.32$)。此結果與楊明仁等人(1997)研究新進員工、林女理(2002)研究學校護理人員及陳美燕、廖張京隸(1995)研究護生與護理人員之影響健康促進生活型態的因素調查，發現年齡愈大、工作年資愈久者執行情況愈佳，兩者結果相反，探求原因；或許為本研究之對象為專業性要求極高之醫療機構從業員

工，與上述其他研究對象職務性質不同所致，惟由此可知；醫院相關工作年資對於員工之健康促進生活型態各子項並無助益，此結果或能提醒醫院管理階層對資深員工之健康促進生活型態，應特別加以瞭解及重視。

在「目前居住狀況」方面，在「健康責任」($p = 0.114 > 0.05$)、「人際支持」($p = 0.258 > 0.05$)、「運動保健」($p = 0.104 > 0.05$)上均無顯著差異。而在「自我實現」($p = 0.043 < 0.05$)部分，與家人同住者($M = 22.97$)表現比居住醫院宿舍者($M = 22.56$)為佳；在「壓力處理」($p = 0.04 < 0.05$)部分，居住醫院宿舍者($M = 19.85$)則表現較獨自在外賃屋居住者($M = 18.36$)為佳；在「均衡飲食」($p = 0.000 < 0.001$)部分，與家人同住者($M = 13.99$)及居住醫院宿舍者($M = 13.64$)則比獨自在外賃屋居住者($M = 12.60$)為佳。由此可知；與家人同住及居住醫院宿舍者，較為注重平時之健康促進生活型態，推測獨自在外賃屋居住者，平時外食居多，生活較無親人提醒及約束，故健康促進生活型態表現不如理想。此亦與 Pullen、Walder 及 Fiandt (2001) 針對 102 名 65 歲以上的農村婦女的健康促進生活型態調查與張良漢 (1997) 對 296 個案探討名仕俱樂部之會員生活型態及行為之研究，呈現相同之研究結果。

最後在「每週平均工時(含加班)」方面，除「自我實現」($p = 0.534 > 0.05$)及「人際支持」($p = 0.214 > 0.05$)外，餘四項均達顯著差異，進一步分析在「健康責任」($p = 0.004 < 0.01$)部分，每週平均工作「46-50 小時」者($M = 18.90$)之表現優於每週工作「61 小時以上」者($M = 17.07$)；在「壓力處理」($p = 0.002 < 0.001$)部分，亦呈現相同結果，每週工作「46-50 小時」者($M = 19.43$)之表現優於每週工作「61 小時以上」者($M = 18.16$)；此外；在「均衡飲食」($p = 0.000 < 0.001$)

部分，每週工作達「61 小時以上」者(M = 12.28)之表現比起其他三項明顯不佳(「45 小時以下」者 M = 13.83,「46-50 小時」者 M = 14.05,「51-60 小時」者 M = 13.58);最後於「運動保健」部分 ($p = 0.001 < 0.01$),每週工作「46-50 小時」者(M = 14.07)與「45 小時以下」者(M = 14.03)之表現均優於工作「61 小時以上」者(M = 12.37)。

此結果與林雅雯等人(2003)針對新竹某區域教學醫院員工為研究對象，發現每週工作時數與健康促進生活型態呈現負相關相同。因此；過長工時對於員工之健康促進生活型態確會帶來其不良之影響，值得醫院管理者檢討注意。



表 4-10 人口學因素與健康促進生活型態分量表之單因子變異數分析

變項名稱		人數 (N)	健康促進生活型態											
			自我實現		健康責任		壓力處理		人際支持		均衡飲食		運動保健	
			M	P 值	M	P 值	M	P 值	M	P 值	M	P 值	M	P 值
性別				.000***		.000***		.002**		.126		.000***		.000***
1	男	210	24.09		19.77		19.68		17.83		14.33		15.49	
2	女	571	22.23		17.65		18.76		17.41		13.35		13.00	
事後檢定 Scheffe														
教育程度				.216		.003*		.349		.014*		.001**		.030*
1	國中/初中	4	24.25		19.75		18.25		22.50		18.00		12.50	
2	高中/高職	42	24.09		20.83		19.47		17.52		14.71		15.45	
3	大專/大學	674	22.67		18.11		19.05		17.53		13.53		13.59	
4	研究所以上	47	22.53		17.53		18.23		16.86		14.12		13.68	
事後檢定 Scheffe					2 > 3** ; 2 > 4*				1 > 2* 1 > 3* ; 1 > 4*		1 > 3*		2 > 3*	
職稱				.001**		.118		.026*		.574		.000***		.005**
1	醫師	136	23.48		19.02		19.37		17.46		14.19		14.31	
2	護理人員	258	22.28		17.85		18.63		17.44		12.65		13.00	
3	醫技人員	194	22.06		17.98		18.78		17.40		13.65		13.67	
4	行政人員	193	23.48		18.40		19.52		17.82		14.46		14.11	
事後檢定 Scheffe			1 > 3* ; 4 > 3*						1 > 2*** 3 > 2** ; 4 > 2***		1 > 2* ; 4 > 2*			
與醫務相關 工作年資				.007**		.001**		.001**		.010*		.000***		.002**
1	3 年以下	116	23.71		19.59		19.96		18.27		14.01		14.80	
2	3 至 10 年	354	22.16		17.63		18.55		17.19		13.05		13.36	
3	10 年以上	188	22.44		18.33		19.05		17.62		13.95		13.32	
事後檢定 Scheffe			1 > 2**			1 > 2**			1 > 2**		1 > 2* ; 3 > 2**		1 > 2** ; 1 > 3**	

(續) 4-10 人口學因素與健康促進生活型態分量表之單因子變異數分析

變項名稱	人數 (N)	健康促進生活型態											
		自我實現		健康責任		壓力處理		人際支持		均衡飲食		運動保健	
		M	P 值	M	P 值	M	P 值	M	P 值	M	P 值	M	P 值
居住狀況			.043*		.114		.004**		.258		.000**		.104
1 家人同住	508	22.97		18.35		19.06		17.58		13.99		13.82	
2 醫院宿舍	87	22.56		18.62		19.85		17.83		13.64		13.71	
3 在外租賃	175	21.97		17.54		18.36		17.18		12.60		13.08	
事後檢定 Scheffe			1 > 2*			2 > 3*				1 > 3*** ; 2 > 3*			
平均每週 工時			.534		.004**		.002**		.214		.000***		.001**
1 45hr 以下	216	22.76		18.16		19.22		17.76		13.83		14.03	
2 46-50hr	304	22.96		18.90		19.43		17.62		14.05		14.07	
3 51-60hr	135	22.42		17.77		18.42		17.33		13.58		13.31	
4 61hr 以上	109	22.34		17.07		18.16		17.00		12.28		12.37	
事後檢定 Scheffe				2 > 4*		2 > 4*				1 > 4** 2 > 4** ; 3 > 4**		1 > 4** ; 2 > 4**	

註：^aIndependent Samples t-Test ; *p < .05 ** p < .01 ***p < .001

二、人口學因素與健康行為自我效能之單因子變異數分析(見表 4-11&表 4-12)

此段探討研究對象之人口學因素於健康行為自我效能各項表現狀況，並針對顯著差異者進行事後檢定，以瞭解健康行為自我效能於醫院獲得 HPH 認證後，何者為其主要影響變項。

首先針對人口學因素於健康行為自我效能之整體表現加以比較。在「性別」方面，採獨立樣本 t 檢定進行分析，結果顯示性別於健康行為自我效能之整體表現未達顯著差異 ($p > 0.05$)，表示男性 ($M = 104.62$) 與女性 ($M = 101.21$) 在健康促進自我效能之表現無明顯之差別。在「年齡」方面，健康行為自我效能於各年齡層間之表現均達顯著差異 ($p = 0.019 < 0.05$)，其中「36 歲以上」者 ($M = 104.61$) 之健康行為自我效能之表現較「26-30 歲」者 ($M = 99.60$) 為佳。在「教育程度」方面，健康行為自我效能之整體表現則未達顯著差異 ($p = 1.66 > 0.05$)，表示教育程度在健康行為自我效能上未顯現差別，然進一步思考，由於樣本數差異較大，國中/初中程度者僅有 4 位，雖統計上呈現此結果，但仍須進一步探討瞭解。在「目前居住狀況」方面，顯示達顯著差異 ($p = 0.000 < 0.001$)，「獨自在外賃屋居住」者 ($M = 95.91$) 之表現較「與家人同住」者 ($M = 104.31$) 及「居住醫院宿舍」者 ($M = 101.76$) 差。在「單位屬性」方面，此 3 家不同屬性醫院之員工於健康行為自我效能之整體表現具顯著差異 ($p = 0.001 > 0.01$)，其中「委託經營」醫院 ($M = 104.83$) 表現較「財團法人」醫院 ($M = 99.03$) 為佳。在「職務」方面，結果達顯著差異 ($p = 0.001 > 0.01$)，「二級主管」 ($M = 108.55$) 之表現優於「基層員工」 ($M = 101.21$)，而「一級主管」 ($M = 116.62$) 經比較後則無明顯差異，表示二級主管於自身健康行為自我效能明顯較佳。在「工作職稱」方面，結果達顯著差異 ($p = 0.001$)

< 0.01)，「醫師」(M = 105.54) 及「行政人員」(M = 105.16) 之表現均優於「護理人員」(M = 99.10)，「醫技人員」(M = 100.72) 經分析後則差異不大，此結果說明護理人員等第一線服務人員於健康行為自我效能較為不佳。在「與醫務相關工作之年資」方面，結果達顯著差異 ($p = 0.006 < 0.01$)，經事後檢定發現，工作「3 年以下」者 (M = 104.93) 表現較工作「3 年至 10 年」者 (M = 99.61) 為佳，顯示醫護工作年資對於健康行為自我效能具某程度之負面影響，故資淺者表現較資深者為佳。在「本院工作年資」方面，結果未達顯著差異 ($p = 0.195 > 0.05$)。在「每週平均工時(含加班)」方面，結果達顯著差異 ($p = 0.007 < 0.01$)，其中以每週工作「46-50 小時」者 (M = 104.41) 表現優於每週工作「61 小時以上」者 (M = 97.57)，其餘每週工作「45 小時以下」者與工作「51-60 小時」者則無明顯差異，此結果顯示擁有合適工時之員工，有助於提高自身健康行為自我效能，反之過長之工時其表現則相對偏弱。而在「過去半年每月平均休假(含例假日)天數」方面，結果則未達顯著差異 ($p = 0.438 > 0.05$)，表示員工休假天數對於健康行為自我效能之整體表現影響效果並不明顯。最後；在「工作班別」方面，各班別比較後達顯著差異 ($p = 0.001 < 0.01$)，其中「白天班」者 (M = 104.23) 表現優於「小夜班」者 (M = 95.56) 及「輪班者」者 (M = 99.63)，依此結果推測可能所謂正常班之「白天班」員工，因生活作息較為正常，在安排相關健康促進活動較其他班制容易，故在健康促進自我效能表現較佳。此結果與高淑芬等人 (1999) 針對 1,507 名員工之健康促進生活方式之研究，發現工作班別在 6:30AM -14:30PM 的員工，其健康促進生活型態得分較其他工作班別員工為高相同。

表 4-11 人口學因素與健康行為自我效能之單變項分析

變項名稱		人數(N)	平均數±標準差 (M±SD)	P 值	事後檢定 Scheffe
a 性別	男	208	104.62±18.20		
	女	558	101.21±17.76		
年齡	25 歲以下	86	99.51±18.28	.019*	
	26-30 歲	227	99.60±17.21		
	31-35 歲	171	103.77±17.56		
	36 歲以上	219	104.61±16.97		4 > 2*
教育程度	國中/初中	4	112.50±7.00	1.66	
	高中/高職	42	106.33±23.03		
	大專/大學	660	101.73±17.51		
	研究所以上	46	104.80±15.17		
單位屬性	財團法人	262	99.03±20.18	.001**	
	公立醫院	244	102.61±16.58		
	公辦民營	260	104.83±16.27		3 > 1**
職務	一級主管	8	116.62±14.75	.001**	
	二級主管	61	108.55±19.55		2 > 4**
	基層人員	673	101.21±17.68		
職稱	醫師	135	105.54±16.35	.000***	1 > 2**
	護理人員	249	99.10±19.25		
	醫技人員	193	100.72±16.83		
	行政人員	189	105.16±17.55		1 > 2** ; 4 > 2**
與醫務相關工作年資	3 年以下	116	104.93±19.27	.006**	
	3 至 10 年	349	99.61±17.50		1 > 2*
	10 年以上	181	103.32±16.61		
本院工作年資	2 年以下	193	102.76±18.79	.195	
	2 年至 8 年	407	101.61±17.80		
	8 年以上	99	105.26±18.76		
目前居住狀況	家人同住	497	104.31±18.53	.000***	1 > 3***
	醫院宿舍	86	101.76±15.00		2 > 3*
	獨自在外賃屋居住	173	95.91±16.15		
每週平均工時 (含加班)	45hr 以下	214	101.42±17.83	.007**	
	46-50hr	299	104.41±17.41		2 > 4*
	51-60hr	134	101.36±18.88		
	61hr 以上	103	97.57±17.93		

(續) 表 4-11 人口學因素與健康行為自我效能之單變項分析

變項名稱	人數(N)	平均數±標準差 (M±SD)	P 值	事後檢定 Scheffe
過去半年每月平均休假(含例假日)天數	121	102.80±20.81	.438	
4 天以下	121	102.80±20.81		
5-6 天	216	102.59±17.92		
7-8 天	347	101.92±17.42		
9 天以上	72	98.84±14.77		
過去半年最主要的工作班別			.001**	1 > 2*; 1 > 4*
白天班	382	104.23±17.03		
小夜班	32	95.56±12.87		
大夜班	25	98.60±19.37		
輪班	213	99.63±15.22		

註：最低分為 0 分，最高分為 120 分；得分越高表示健康行為自我效能越佳

^aIndependent Samples t-Test

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

健康行為自我效能係由各子項所構成，故針對其整體表現達顯著者分別討論之，以逐一釐清那些人口學因素對健康行為自我效能有明顯影響作用。

在「年齡」方面，對健康行為自我效能之各子項進行分析，發現在「營養」及「健康責任」兩子項均達顯著差異，其餘「運動」(p = 0.066 > 0.05)、「心理安適」(p = 1.50 > 0.05)則無顯著差異。在「營養」方面 (p = 0.000 < 0.001)，「36 歲以上」者(M = 22.45)與「31-35 歲」者(M = 22.52)表現較「26-30 歲」者(M = 21.17)為佳，表示在研究對象中 31 歲以上之員工，比 26-30 歲此年齡層更為注重飲食營養之行為；在「健康責任」(p = 0.000 < 0.001)方面，「36 歲以上」者(M = 23.06)與「31-35 歲」者(M = 23.23)表現較「26-30 歲」者(M = 21.59)與「25 歲以下」者(M = 21.43)為佳，顯示以健康責任而言；30 歲可謂為一個分水嶺，健康促進醫院員工在 30 歲之後，明顯比 30 歲前對自身的健康更加重視。

在「目前居住狀況」方面，結果發現其與健康行為自我效能各子

項均達顯著差異。在「營養」子項 ($p = 0.000 < 0.001$)，「與家人同住」者 ($M = 22.50$) 與「居住醫院宿舍」者 ($M = 22.12$) 表現優於「獨自在外賃屋居住」者 ($M = 20.20$)；「運動」 ($p = 0.000 < 0.001$) 子項，「與家人同住」者 ($M = 29.30$) 表現比「居住醫院宿舍」者 ($M = 27.40$) 與「獨自在外賃屋居住」者 ($M = 26.60$) 兩者為佳；「心理安適」 ($p = 0.000 < 0.001$) 子項，「與家人同住」者 ($M = 25.96$) 表現較「獨自在外賃屋居住」者 ($M = 24.10$) 為佳；最後在「健康責任」 ($p = 0.000 < 0.001$) 子項，「與家人同住」者 ($M = 22.80$) 與「居住醫院宿舍」者 ($M = 22.85$) 表現優於「獨自在外賃屋居住」者 ($M = 20.94$)。由此可知；與家人同住之員工在健康行為方面較為重視，其自我效能亦較高，反之「獨自在外賃屋居住」者，其健康行為自我效能較不佳，若醫院能主動篩選此類員工並設計合適健康促進相關方案，或許能產生明顯的功效。

在「單位屬性」部分，結果發現其與健康行為自我效能各子項均達顯著差異，在「營養」子項 ($p = 0.002 < 0.01$)，「委託經營」醫院 ($M = 22.50$) 表現較「財團法人」 ($M = 21.27$) 醫院為佳，表示前者醫院較後者醫院員工在營養之健康行為效能表現為佳，而「公立醫院」在此則表現持平；在「運動」子項 ($p = 0.006 < 0.01$)，「公立醫院」 ($M = 28.89$) 及「委託經營」 ($M = 29.02$) 兩醫院之表現比「財團法人」 ($M = 27.52$) 醫院較佳；在「心理安適」 ($p = 0.002 < 0.01$) 子項，「委託經營」醫院 ($M = 26.30$) 表現較「財團法人」 ($M = 24.80$) 醫院為佳；最後在「健康責任」 ($p = 0.004 < 0.01$) 子項，「委託經營」醫院 ($M = 22.99$) 表現較「財團法人」醫院 ($M = 21.77$) 為佳。綜上說明；委託經營之醫院員工於健康促進行為自我效能係較財團法人醫院員工為佳，而公立醫院員工則在其中幾項表現較為突出，推測有此情形成因有：醫院之經營型態、服務區域特性、資源條件等環境因素，以及影響員工個人

自我效能之原因，如成長背景、調適能力、成功事件等個人因素，均有直、間接之關聯，將留待未來研究者繼續深入探討之。

在「職務」方面，結果發現其與健康行為自我效能各子項均達顯著差異，在「營養」子項 ($p = 0.000 < 0.001$)，「一級主管」($M = 25.62$)與「二級主管」($M = 23.47$)之表現均較「基層人員」($M = 21.73$)為佳，表示醫院主管階級較基層員工更注重平時之營養行為；「運動」子項 ($p = 0.007 < 0.01$)，「二級主管」($M = 30.32$)之表現較「基層人員」($M = 28.22$)為佳，而「一級主管」($M = 32.12$)雖亦表現突出，但經分析差異並不顯著，故醫院中階主管人員較基層員工更加重視在運動之健康行為表現；在「心理安適」($p = 0.009 < 0.01$)子項，各職務別之整體表現均達顯著差異，然個別之比較則無何者較突出；最後在「健康責任」($p = 0.004 < 0.01$)子項，「二級主管」($M = 23.75$)之表現均較「基層人員」($M = 22.17$)為佳，而「一級主管」($M = 25.62$)雖亦表現良好，但其差異並不顯著。綜上說明；二級主管於健康行為自我效能係較其他階層人員較高。推測在醫院生態中，二級主管均與基層員工有最直接之接觸，其於健康行為之表現同時易受員工之關注，通常亦為員工仿效之對象，在醫院推展健康促進相關方案時，院方必然要求各級主管以身作則戮力推動，故彼等自我效能在外在因素強力刺激下，亦可能產生自我提昇之影響，然相關成因仍待深入探討之。

另外在「與醫務相關工作年資」部分，結果發現其與健康行為自我效能各子項除於「運動」未達顯著 ($p = 0.058 > 0.05$)外，餘三項均達顯著差異，在「營養」方面 ($p = 0.001 < 0.01$)，「3年以下」者 ($M = 22.43$)表現較「3年至10年」者 ($M = 21.31$)為佳，而「10年以上」者 ($M = 22.50$)又較「3年以下」者 ($M = 22.43$)表現更佳；在「心理安適」($p = 0.041 < 0.01$)子項，「3年以下」者 ($M = 26.23$)表現較

「3年至10年」者($M = 24.90$)為佳；最後在「健康責任」($p = 0.004 < 0.01$)子項，「3年以下」者($M = 23.18$)與「10年以上」者($M = 23.02$)表現均較「3年至10年」者($M = 21.68$)為佳。上述結果顯示；對於健康行為自我效能之各子項間，將因工作年資之長短而有不同程度之表現。

在「每週平均工時(含加班)」方面，結果發現其與健康行為自我效能之「營養」及「健康責任」兩子項達顯著差異，而在「運動」($p = 0.174 > 0.05$)與「心理安適」($p = 0.119 > 0.05$)兩子項則未達顯著差異。在「營養」方面($p = 0.002 < 0.01$)，每週工作「46-50小時」者($M = 22.57$)表現較每週工作「45小時以下」者($M = 21.54$)與「61小時以上」者($M = 20.95$)者為佳；在「健康責任」($p = 0.006 < 0.01$)子項，每週工作「46-50小時」者($M = 22.99$)表現較每週工作「61小時以上」者($M = 21.44$)為佳。雖然平均工時此項僅在「營養」及「健康責任」兩構面有明顯差異，惟仍顯示身處合理工時之員工，較有機會提昇健康行為自我效能。

最後；在「工作班別」部分，結果發現其與健康行為自我效能各子項均達顯著差異，而進一步事後檢定分析，在「營養」子項($p = 0.002 < 0.01$)，「白天班」者($M = 22.37$)表現較「小夜班」者($M = 20.34$)為佳。在「運動」子項($p = 0.001 < 0.01$)，「白天班」者($M = 29.13$)表現則優於「輪班」者($M = 27.62$)；而在「心理安適」子項($p = 0.006 < 0.01$)，雖達顯著差異，但各對象間則無明顯之差別表現；最後在「健康責任」($p = 0.000 < 0.001$)子項，「白天班」者($M = 22.99$)表現比「輪班」者($M = 21.75$)為佳。顯示上班時間為「正常班」之員工較其他班制者，在健康行為自我效能上表現為佳，尤其相對於日夜交替之「輪班」制員工而言。

表 4-12 人口學因素與健康行為自我效能分量表之單因子變異數分析

健康行為自我效能									
變項名稱	人數 (N)	營養		運動		心理安適		健康責任	
		M	P 值	M	P 值	M	P 值	M	P 值
年齡			.000***		.066		1.50		.000***
25 歲以下	88	21.39		28.05		25.25		21.43	
26-30 歲	228	21.17		27.82		25.00		21.59	
31-35 歲	172	22.52		28.44		25.72		23.23	
36 歲以上	221	22.45		29.25		25.99		23.06	
事後檢定 Scheffe		3 > 2** ; 4 > 2**						3 > 1* ; 3 > 2** 4 > 1* ; 4 > 2**	
目前居住狀況			.000***		.000***		.000***		.000***
家人同住	502	22.50		29.30		25.96		22.80	
醫院宿舍	87	22.12		27.40		25.58		22.85	
獨自在外 賃屋居住	173	20.20		26.60		24.10		20.94	
事後檢定 Scheffe		1 > 3** ; 2 > 3***		1 > 2* ; 1 > 3**		1 > 3***		1 > 3*** ; 2 > 3**	
單位屬性			.002**		.006**		.002**		.004**
財團法人	263	21.27		27.52		24.80		21.77	
公立醫院	248	22.00		28.89		25.39		22.41	
委託經營	262	22.50		29.02		26.30		22.99	
事後檢定 Scheffe		3 > 1**		2 > 1** ; 3 > 1**		3 > 1**		3 > 1**	
職務			.000***		.007**		.009**		.002**
一級主管	8	25.62		32.12		28.87		25.62	
二級主管	61	23.47		30.32		26.87		23.75	
基層人員	680	21.73		28.22		25.29		22.17	
事後檢定 Scheffe		1 > 3* ; 2 > 3**		2 > 3*				2 > 3*	
與醫務 相關工作年資			.001**		.058		.041*		.000***
3 年以下	116	22.43		29.13		26.23		23.18	
3 至 10 年	352	21.31		27.78		24.90		21.68	
10 年以上	182	22.50		28.66		25.43		23.02	
事後檢定 Scheffe		1 > 2* ; 3 > 1**					1 > 2*	1 > 2** ; 3 > 2**	
本院工作年資			.214		.094		.633		.214
2 年以下	195	22.16		28.21		25.55		22.61	
2 年至 8 年	410	21.81		28.44		25.42		22.23	
8 年以上	101	22.59		29.77		25.95		23.00	
事後檢定 Scheffe									

(續) 表 4-12 人口學因素與健康行為自我效能分量表之單因子變異數分析

		健康行為自我效能			
變項名稱	人數 (N)	營養	運動	心理安適	健康責任
		M	P 值	M	P 值
每週平均工時 (含加班)					
		.002**	.174	.119	.006**
45hr 以下	216	21.54	28.56	25.54	22.06
46-50hr	302	22.57	28.80	25.87	22.99
51-60hr	135	21.94	28.30	25.26	22.30
61hr 以上	103	20.95	27.30	24.56	21.44
事後檢定 Scheffe		2 > 1* ; 2 > 4**		2 > 4*	
過去半年最主要的工 作班別					
		.002**	.001**	.006**	.000***
白天班	383	22.37	29.13	25.91	22.99
小夜班	32	20.34	26.84	23.59	21.09
大夜班	25	20.92	26.48	24.00	20.85
輪班	214	21.46	27.62	25.15	21.75
事後檢定 Scheffe		1 > 2*	1 > 4*	1 > 4**	

註：^aIndependent Samples t-Test ; *p < .05 ** p < .01 ***p < .001

第六節 醫院健康組織效能與各變項關係比較

此節說明研究對象人口學因素與醫院健康組織效能之關，尤其探討在醫院獲得 WHO-HPH 認證後，醫院健康組織對醫院內部員工有多少助益，同時探討員工瞭解醫院健康組織任務及推動相關工作之程度。(見表 4-13 & 表 4-14)

首先，分析員工人口學各項因素於醫院健康組織效能之整體表現比較。在「性別」方面，顯示達顯著差異 ($p = 0.007 < 0.05$)，而「男性」($M = 145.61$)之表現較「女性」($M = 139.38$)為佳，說明男性員工較女性員工更為瞭解醫院在推動健康促進相關事宜之作為。在「年齡」方面，顯示達顯著差異 ($p = 0.000 < 0.001$)，其中「36 歲以上」者($M = 148.88$)之表現較其它年齡層較佳(「25 歲以上」者 $M = 137.67$ 、「26-30 歲」者 $M = 139.62$ 、「31-35 歲」者 $M = 139.12$)，說明年齡越長者對於醫院健康組織效能更為瞭解。在「教育程度」方面，顯示達顯著差異 ($p = 0.000 > 0.001$)，而以「高中/高職」者($M = 158.16$)之程度表現較「大專/大學」者($M = 140.44$)與研究所($M = 136.55$)以上者程度為佳，然因此項人口比例較為懸殊，仍須進一步探討以確認實際狀況。在「目前居住狀況」方面，顯示達顯著差異 ($p = 0.001 < 0.01$)，其中「與家人同住」者($M = 143.46$)之表現較「獨自在外賃屋居住」者($M = 134.72$)為佳，顯示與家人同住員工對於醫院健康組織效能之作用較「獨自在外賃屋居住」之員工瞭解。在「單位屬性」方面，顯示達顯著差異 ($p = 0.026 > 0.05$)，其中「公立醫院」($M = 144.27$)表現較「財團法人」醫院($M = 138.09$)為佳，推測公立醫院賦有執行政府公衛任務之使命，故在政府致力推動健康醫院政策時，公立醫院通常除為當然試辦對象外，同時亦扮演協辦單位之角色，因此其醫院健

康組織效能將有較多優勢強度。在「職務」方面，顯示達顯著差異 ($p = 0.000 > 0.001$)，其中以「二級主管」($M = 153.31$)之表現優於「基層員工」($M = 139.85$)，而「一級主管」($M = 116.62$)經比較後則無明顯差異，推測二級主管於醫院中一般多為計畫、任務之管理者，而一級主管多為決策層級，基層人員則為操作及執行為主，故二級主管對於醫院健康組織效能較為瞭解係可理解。在工作「職稱」方面，結果亦達顯著差異 ($p = 0.006 < 0.01$)，而「行政人員」($M = 146.58$)之表現優於「醫技人員」($M = 138.08$)，惟醫師及護理人員在此項目雖表現不如行政人員，但其差異亦未達顯著程度。推測或因行政人員所處理業務較易接觸院內各層級人員，故對於醫院健康組織效能亦較有機會瞭解。在「與醫務相關工作之年資」方面，其結果則未達顯著差異 ($p = 0.325 > 0.05$)，表示此因素對瞭解醫院健康組織效能並無顯著影響。在「本院工作年資」方面，顯示達顯著差異 ($p = 0.024 > 0.05$)，且工作「10年以上」者表現較「3年以下」者瞭解，說明在 HPH 認證醫院工作年資較長者對於醫院健康組織之效能更加瞭解。在「每週平均工時(含加班)」方面，顯示達顯著差異($p = 0.000 < 0.001$)，其中以每週工作「46-50小時」者($M = 144.06$)與「45小時以下」者($M = 143.76$)表現優於每週工作「61小時以上」者($M = 129.94$)，表示工作時數較長者對於醫院健康組織效能較無法認同，同時並因此在健康行為自我效能及健康促進生活型態兩變項中均呈現不佳之反映。而在「過去半年每月平均休假(含例假日)天數」方面，其結果亦達顯著差異 ($p = 0.010 > 0.05$)，其中每月休假「5至6天」者($M = 142.18$)與「7至8天」者($M = 142.94$)表現較每月休假「4天以下」者($M = 134.04$)為佳，此結果與上述平均工時相呼應，即過長之工作時數、短少的休息時間，均不利於員工接受健康促進相關概念，更無法瞭解與肯定醫

院健康組織之效能。最後；在「工作班別」方面，則未達顯著差異 ($p = 0.114 > 0.05$)，表示員工工作班別對於醫院健康組織效能並無明顯之影響。



表 4-13 人口學因素與醫院健康組織效能之單變項分析

變項名稱		人數 (N)	平均數±標準 差 (M±SD)	P 值	事後檢定 Scheffe
a 性別	男	205	145.61±29.76	.007**	
	女	549	139.38±23.50		
年齡	25 歲以下	85	137.67±25.90	.000***	
	26-30 歲	227	139.62±25.94		
	31-35 歲	162	139.12±27.59		
	36 歲以上	217	148.88±22.60		4 > 1** 4 > 2** ; 4 > 3**
教育程度	國中/初中	4	128.50±17.00	.000***	
	高中/高職	42	158.16±24.89		2 > 3*** ; 2 > 4**
	大專/大學	651	140.44±24.97		
	研究所以 上	43	136.55±25.19		
目前居住狀況	家人同住	487	143.46±25.87	.001**	1 > 3**
	醫院宿舍	86	141.59±28.58		
	獨自在外 賃屋居住	170	134.72±21.44		
單位屬性	財團法人	262	138.09±31.10	.026*	
	公立醫院	236	144.27±21.61		2 > 1*
	公辦民營	256	141.17±21.90		
職務	一級主管	8	145.37±14.65	.000***	
	二級主管	60	153.31±25.27		2 > 3***
	基層人員	662	139.85±25.53		
職稱	醫師	132	139.98±26.58	.006**	
	護理人員	246	139.77±21.62		
	醫技人員	189	138.08±27.87		
	行政人員	187	146.58±26.25		4 > 3*
與醫務相關工 作年資	3 年以下	115	141.86±34.98	.325	
	3 至 10 年	343	139.55±25.30		
	10 年以上	176	143.09±21.57		
本院工作年資	2 年以下	196	138.60±30.88	.024*	
	2 年至 8 年	399	141.29±23.87		
	8 年以上	96	147.53±25.00		3 > 1*
每週平均工時 (含加班)	45hr 以下	210	143.76±20.58	.000***	1 > 4***
	46-50hr	294	144.06±29.09		2 > 4***
	51-60hr	133	139.12±23.36		
	61hr 以上	101	129.94±24.01		

(續) 表 4-13 人口學因素與健康組織效能之單變項分析

變項名稱	人數 (N)	平均數±標準差 (M±SD)	P 值	事後檢定 Scheffe
過去半年每月 平均休假 (含 例假日) 天數	4 天以下	120	134.04±30.06	.010*
	5-6 天	212	142.18±29.26	2 > 1*
	7-8 天	342	142.94±21.69	3 > 1*
	9 天以上	69	141.43±20.21	
過去半年最主 要的工作班別	白天班	372	142.37±25.72	.114
	小夜班	32	139.25±24.62	
	大夜班	27	131.44±23.12	
	輪班	205	140.24±19.60	

註：最低分為 0 分，最高分為 120 分：得分越高表示醫院健康組織效能越佳

^aIndependent Samples t-Test

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

醫院健康組織效能係由「健康資源」、「健康文化與活動」、「物理環境」與「政策與領導」等四子項構成，故以下將針對員工人口學因素整體表現達顯著者，再與各子項分別討論之，以釐清其中那些人口學因素對醫院健康組織效能具有明顯影響作用。

在「年齡」部分，發現各年齡層與醫院健康組織效能之各子項均達顯著差異，在「健康資源」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「36 歲以上」者 ($M = 41.02$) 較「26-30 歲」者 ($M = 38.43$) 與「31-35 歲」者 ($M = 37.54$) 為高。在「健康文化與活動」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「36 歲以上」者 ($M = 38.06$) 表現較「26-30 歲」者 ($M = 35.56$) 與「25 歲以下」者 ($M = 34.64$) 為高。對「物理環境」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，仍以「36 歲以上」者 ($M = 37.76$) 較「26-30 歲」者 ($M = 36.04$) 與「25 歲以下」者 ($M = 34.90$) 為高。最後；對於「政策與領導」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「36 歲以上」者 ($M = 31.92$) 較「26-30 歲」者 ($M = 29.78$)、「25 歲以

下」者 ($M = 29.31$) 與「31-35 歲」者 ($M = 29.67$) 均高。整體而言；年齡較長之員工，對於醫院健康組織效能較認同，亦較為瞭解醫院所推展之相關作為。

在「教育程度」部分，發現各階層與醫院健康組織效能之各子項均達顯著差異。在「健康資源」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「高中/高職」者 ($M = 43.80$) 較「大專/大學」者 ($M = 38.63$) 與「研究所以上」者 ($M = 36.44$) 為高。在「健康文化與活動」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「高中/高職」者 ($M = 40.66$) 較「大專/大學」者 ($M = 35.80$) 與「研究所以上」者 ($M = 34.21$) 為高。對「物理環境」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「高中/高職」者 ($M = 39.66$) 表現較「大專/大學」者 ($M = 36.12$) 為高。最後；對於「政策與領導」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「高中/高職」($M = 34.02$) 仍較「大專/大學」者 ($M = 29.92$) 與「研究所以上」者 ($M = 29.57$) 為高，惟因此項人口比例較為懸殊，仍須進一步探討以確認實際狀況。

在「目前居住狀況」部分，其對醫院健康組織效能之各子項均達顯著差異。在「健康資源」子項認同方面 ($p = 0.013 < 0.05$)，「家人同住」者 ($M = 39.40$) 較「獨自在外賃屋居住」者 ($M = 37.34$) 為高。在「健康文化與活動」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「家人同住」者 ($M = 36.55$) 及「醫院宿舍」者 ($M = 36.68$) 較「獨自在外賃屋居住」($M = 34.02$) 為高。對「物理環境」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「家人同住」者 ($M = 36.83$) 及「醫院宿舍」者 ($M = 37.12$) 較「獨自在外賃屋居住」者 ($M = 34.52$) 為高。最後；對於「政策與領導」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「家人同住」者 ($M = 30.64$) 較「獨自在外賃屋居住」者 ($M = 28.97$) 為高。由此說明；「獨自在外賃屋居住」之員工，對於醫院健康組織效能之各子項認同

程度大致均為偏低，而在其他研究變項中，「獨自在外賃屋居住」者亦呈現相同結果，故推測「獨自在外賃屋居住」之員工對於健康促進之概念與作為，並非為其日常生活所認真重視，故對醫院推動健康促進相關作為自然較少參與及關注。

在「單位屬性」部分，除「物理環境」子項 ($p = 1.55 > 0.05$) 未達顯著差異外，於「健康資源」、「健康文化與活動」與「政策與領導等」三子項均達顯著差異。進一步探討之，在「健康資源」子項 ($p = 0.044 < 0.05$)，以「公立醫院」($M = 39.68$) 表現優於「財團法人」醫院 ($M = 37.85$)。在「健康文化與活動」子項 ($p = 0.019 < 0.05$)，「公立醫院」($M = 36.92$) 之表現亦較「財團法人」($M = 35.14$) 為佳。最後在「政策與領導」子項 ($p = 0.008 < 0.01$)，仍以「公立醫院」($M = 30.91$) 之表現優於「財團法人」醫院 ($M = 29.28$)。此變異數分析中，顯示或因醫院之屬性而有所差異，其中公立醫院在健康組織效能之推展不遺餘力，相較之下優於其他兩類之醫院。

在「性別」部分，係以獨立樣本 t 檢定分析醫院健康組織效能於各子項之表現，其結果發現均達顯著差異，其中以「男性」員工對醫院健康組織效能較「女性」更為認同。在「健康資源」子項 ($p = 0.004 < 0.05$)，「男性」員工 ($M = 40.25$) 認同高於「女性」員工 ($M = 38.17$)。在「健康文化與活動」子項 ($p = 0.011 < 0.05$)，「男性」員工 ($M = 37.18$) 認同高於「女性」員工 ($M = 35.52$)。在「物理環境」子項 ($p = 0.071 < 0.05$)，以「男性」員工 ($M = 36.88$) 認同高於「女性」員工 ($M = 36.08$)。最後在「政策與領導」子項 ($p = 0.026 < 0.01$)，仍以「男性」員工 ($M = 30.95$) 認同高於「女性」員工 ($M = 29.77$)。綜上說明；男性員工相較於女性員工對醫院組織效能更為認同，且無論在醫院組織效能各構面而言，其結果均呈現此趨勢。

在「職務」部分，其對醫院健康組織效能之各子項均達顯著差異。在「健康資源」子項認同方面 ($p = 0.004 < 0.01$)，「二級主管」($M = 42.13$) 較「基層人員」($M = 38.44$) 為高。在「健康文化與活動」子項認同方面 ($p = 0.002 < 0.01$)，「二級主管」($M = 38.93$) 較「基層人員」($M = 35.64$) 為高。在「物理環境」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「二級主管」($M = 38.85$) 亦較「基層人員」($M = 36.02$) 為高。最後；對於「政策與領導」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「二級主管」($M = 33.19$) 仍表現較「基層人員」($M = 29.80$) 為高。由此得知；二級主管較基層人員認同醫院健康組織效能之表現，推測其原因為醫院有關健康促進之計畫擬訂、任務分派等工作，主要均透過二級主管推動執行，加以二級主管比基層人員較有參與任務會議，對醫院推展計畫內容也較為瞭解所致。

在「職稱」部分，經分析後其對醫院健康組織效能之各子項均達顯著差異。在「健康資源」子項認同方面 ($p = 0.003 < 0.01$)，「行政人員」($M = 40.6$) 較「醫師」($M = 37.97$)、「護理人員」($M = 38.34$) 與「醫技人員」($M = 37.92$) 為高。在「健康文化與活動」子項認同方面 ($p = 0.010 < 0.01$)，「行政人員」($M = 37.43$) 較「護理人員」($M = 35.45$) 與「醫技人員」($M = 35.24$) 為高。在「物理環境」子項認同方面 ($p = 0.002 < 0.01$)，「行政人員」($M = 37.56$) 表現亦較「護理人員」($M = 36.07$) 與「醫技人員」($M = 35.48$) 為高。最後；對於「政策與領導」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「行政人員」($M = 31.29$) 表現亦較「醫技人員」($M = 29.35$) 為高。綜上所述，可明瞭院內後勤行政人員較第一線服務之醫務人員更為瞭解醫院健康組織效能，在醫院體系中，除服務病患之醫療專業外，維繫醫院運作亦需要各種行政人員，包含人事、總務、會計等科室，然此類員工對於

醫院所推展之各種計畫必最常接觸與瞭解，故呈現此研究結果尚屬合理。

在「本院工作年資」部分，其對醫院健康組織效能之各子項均達顯著差異。在「健康資源」子項認同方面 ($p = 0.016 < 0.05$)，相關年資達「8年以上」者 ($M = 40.39$) 較年資「2年以下」者 ($M = 38.03$) 為高。在「健康文化與活動」子項認同方面 ($p = 0.041 < 0.05$)，「8年以上」者 ($M = 37.40$) 亦較年資「2年以下」者 ($M = 35.12$) 為高。在「物理環境」子項認同方面 ($p = 0.025 < 0.01$)，「8年以上」者 ($M = 37.67$) 表現仍較年資「2年以下」者 ($M = 35.88$) 為佳。最後對於「政策與領導」子項認同方面 ($p = 0.041 < 0.05$)，「8年以上」者 ($M = 31.44$) 表現依然較年資「2年以下」者 ($M = 29.57$) 為高。其結果明確顯示，在 HPH 認證醫院工作之年資越長，越對醫院健康組織效能產生高度之認同。

在「每週平均工時 (含加班)」方面，其對醫院健康組織效能之各子項均達顯著差異。在「健康資源」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「45 小時以下」者 ($M = 39.82$) 與「46-50 小時」者 ($M = 39.47$) 表現較「61 小時以上」者 ($M = 35.68$) 高。在「健康文化與活動」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「45 小時以下」者 ($M = 36.63$)、「46-50 小時」者 ($M = 36.94$) 與「51-60 小時」者 ($M = 35.51$) 均較「61 小時以上」者 ($M = 32.40$) 為高。在「物理環境」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「45 小時以下」者 ($M = 36.35$) 與「46-50 小時」者 ($M = 37.25$) 表現較「61 小時以上」者 ($M = 34.21$) 為高。最後對於「政策與領導」子項認同方面 ($p = 0.000 < 0.001$)，「45 小時以下」者 ($M = 30.77$) 與「46-50 小時」者 ($M = 30.56$) 仍表現較「61 小時以上」者 ($M = 28.19$) 為高。由此可知；過長工時之員工，對於醫院健康組織效能呈現低度認同之負面態度。

在「過去半年每月平均休假（含例假日）天數」部分，其對醫院健康組織效能之各子項均達顯著差異。在「健康資源」子項認同方面（ $p = 0.049 < 0.05$ ），雖達統計上顯著程度，但於各組間之比較則無差異。在「健康文化與活動」子項認同方面（ $p = 0.003 < 0.01$ ），每月休假「5至6天」者（ $M = 36.35$ ）與「7至8天」者（ $M = 36.49$ ）表現均較「4天以下」者（ $M = 33.75$ ）為高。而在「物理環境」子項認同方面（ $p = 0.032 < 0.05$ ），每月休假「5至6天」者（ $M = 36.77$ ）表現則較「4天以下」者（ $M = 34.99$ ）為高。最後在「政策與領導」子項認同方面（ $p = 0.007 < 0.01$ ），每月休假「7至8天」者（ $M = 30.58$ ）表現較「4天以下」者（ $M = 28.44$ ）為高。以上結果亦可回應前節討論工時過長之問題，由於過長之工時，亦容易壓縮假日天數，而每月假日較少之員工，對於醫院健康組織效能各子項亦呈現低度認同現象。



表 4-14 人口學因素與醫院健康組織效能分量表之單因子變異數分析

		醫院健康組織效能							
變項名稱	人數 (N)	健康資源		健康文化與 活動		物理環境		政策與領導	
		M	P 值	M	P 值	M	P 值	M	P 值
性別			.004**		.011*		.071*		.026*
男	210	40.25		37.18		36.88		30.95	
女	565	38.17		35.52		36.08		29.77	
事後檢定 Scheffe									
年齡			.000***		.000***		.000***		.000***
25 歲以下	85	38.51		34.64		34.90		29.31	
26-30 歲	228	38.43		35.56		36.04		29.78	
31-35 歲	172	37.54		35.68		36.32		29.67	
36 歲以上	226	41.02		38.06		37.76		31.92	
事後檢定 Scheffe			4 > 2** ; 4 > 3**		4 > 1** ; 4 > 2** ; 4 > 3*		4 > 1** ; 4 > 2**		4 > 1** ; 4 > 2** ; 4 > 3**
教育程度			.000***		.000***		.000***		.000***
國中/初中	4	34.75		34.25		33.00		26.50	
高中/高職	42	43.80		40.66		39.66		34.02	
大專/大學	668	38.63		35.80		36.12		29.92	
研究所以上	47	36.44		34.21		36.75		29.57	
事後檢定 Scheffe			1 > 3** ; 1 > 4***		2 > 3*** ; 2 > 4***		2 > 3**		2 > 3*** ; 2 > 4**
目前居住狀況			.013*		.000***		.000***		.004**
家人同住	502	39.40		36.55		36.83		30.64	
醫院宿舍	87	38.19		36.68		37.12		29.62	
獨自在外賃屋居住	175	37.34		34.02		34.52		28.97	
事後檢定 Scheffe			1 > 3*		1 > 3* ; 2 > 3*		1 > 3*** 2 > 3**		1 > 3**

(續) 表 4-14 人口學因素與醫院健康組織效能分量表之單因子變異數分析

		醫院健康組織效能							
變項名稱	人數 (N)	健康資源		健康文化與 活動		物理環境		政策與領導	
		M	P 值	M	P 值	M	P 值	M	P 值
單位 屬性			.044*		.019*		1.55		.008**
財團 法人 公立 醫院 委託 經營	263	37.85		35.14		35.81		29.28	
	247	39.68		36.92		36.75		30.91	
	265	38.74		35.93		36.35		30.11	
事後檢定 Scheffe		2 > 1*		2 > 1*				2 > 1*	
職務			.004**		.002**		.000***		.000***
一級 主管	8	38.12		38.37		38.87		30.00	
二級 主管	61	42.13		38.93		38.85		33.19	
基層 人員	682	38.44		35.64		36.02		29.80	
事後檢定 Scheffe		2 > 3**		2 > 3**		2 > 3***		2 > 3***	
職稱			.003**		.010**		.002**		.010**
醫師	135	37.97		35.91		36.09		29.80	
護理 人員	256	38.34		35.45		36.07		29.90	
醫技 人員	192	37.92		35.24		35.48		29.35	
行政 人員	192	40.62		37.43		37.56		31.29	
事後檢定 Scheffe		4 > 1* 4 > 2* ; 4 > 3*		4 > 2* ; 4 > 3*		4 > 2* ; 4 > 3**		4 > 3*	
在本 院工 作年 資			.016*		.041*		.025*		.041*
2 年 以下	196	38.03		35.12		35.88		29.57	
2 至 8 年	399	38.67		36.12		36.34		30.07	
8 年 以上	96	40.93		37.40		37.67		31.44	
事後檢定 Scheffe		3 > 1*		3 > 1*		3 > 1*		3 > 1*	

(續) 表 4-14 人口學因素與醫院健康組織效能分量表之單因子變異數分析

醫院健康組織效能									
變項名稱	人數 (N)	健康資源		健康文化與 活動		物理環境		政策與領導	
		M	P 值	M	P 值	M	P 值	M	P 值
每週 平均 工時									.001**
45hr 以下	212	39.82		36.63		36.35		30.77	
46-50 hr	303	39.47		36.94		37.25		30.56	
51-60 hr	135	37.89		35.51		35.93		29.68	
61hr 以上	108	35.68		32.40		34.21		28.19	
事後檢定 Scheffe		1 > 4***; 2 > 4***		1 > 4*** 2 > 4***3 > 4*		1 > 4*; 2 > 4***		1 > 4**; 2 > 4**	
平均 休假 天數			.049*		.003**		.032*		.007**
4 天 以下	121	36.90		33.75		34.99		28.44	
5-6 天	220	39.08		36.35		36.77		30.15	
7-8 天	352	39.25		36.49		36.46		30.58	
9 天 以上	71	38.36		36.21		36.43		30.52	
事後檢定 Scheffe				2 > 1* ; 3 > 1**		2 > 1*		3 > 1**	
過去 半年 最主 要的 工作 班別			.319		.132		.029*		.070
白天 班	384	38.78		36.24		36.90		30.42	
小夜 班	32	38.90		35.50		35.46		29.37	
大夜 班	27	35.88		33.29		34.66		27.59	
輪班	213	38.74		35.60		36.05		30.00	
事後檢定 Scheffe									

註：^aIndependent Samples t-Test ; *p < .05 ** p < .01 ***p < .001

第七節 員工健康促進生活型態之影響因素

此節係以相關分析討論各變項間之關聯性，以進一步瞭解那些變項對健康促進醫院員工在健康促進生活型態產生之影響。

一、健康促進生活型態之相關分析

首先，由研究對象之人口學因素進行討論，以瞭解何者對於健康促進生活型態較為重視。在健康促進生活型態之整體表現中，分別有「性別」、「年齡」、「職務」、「職稱」、「目前居住狀況」等五項達顯著性，其中「性別」、「職務」、「職稱」與「目前居住狀況」，因屬類別變項，故僅表示此類項目在研究對象對健康促進生活型態係有明顯之相關性；而在「年齡」部分，則呈現顯著負相關($R = -0.095, P < 0.05$)，其表示年齡越輕者越注重健康促進生活型態（表 4-15）。

進一步對健康促進生活型態各子項分別分析之。其中「自我實現」方面，在「性別」、「年齡」、「職務」、「目前居住狀況」均達顯著性，表示自我實現與此諸因素均有相當之關聯性，其中「年齡」部分，則呈現顯著負相關($R = -0.096, P < 0.05$)，顯示在研究對象中年齡越小則越重視健康促進生活型態之自我實現部分。

在「健康責任」方面，則於「性別」、「年齡」、「職務」均達顯著性，表示健康責任與此諸因素均有相當之關聯性，其中在「年齡」部分，亦顯示出顯著負相關($R = -0.134, P < 0.01$)，表示在研究對象中年齡越小則越重視自身之健康責任。

在「壓力處理」方面，則於「性別」、「年齡」、「每週工時」均達顯著性，表示壓力處理於這些因素均有相當之關聯性，而在「年齡」部分，亦顯示出顯著負相關($R = -0.134, P < 0.01$)，表示在研究對象中年齡越小則越重視自身之壓力處理。

在「均衡飲食」方面，則對「性別」、「年齡」、「職稱」、「目前居住狀況」、「每週工時」達顯著性，表示均衡飲食與此諸因素均有其相當之關聯性，其中在「年齡」此項，顯示顯著負相關 ($R = -0.185, P < 0.01$)，表示在研究對象中年齡越小則越重視均衡飲食問題。

在「運動保健」方面，則僅「目前居住狀況」達其顯著性，其餘因素則無明顯之關聯性。由此瞭解，員工之「目前居住狀況」與健康促進生活型態之「運動保健」彼此間具有關聯性，且在 ANOVA 分析結果，亦呈現出同樣之現象。

在「人際支持」方面，則僅「教育程度」達其顯著性，其餘因素亦無明顯之關聯性。說明員工之「教育程度」與健康促進生活型態之「人際支持」具有關聯性，雖在 ANOVA 分析結果，亦說明著其影響，然因樣本數差距較大，能否以相關性分析加以解釋，仍須進一步探討。

表 4-15 人口學因素與健康促進生活型態之相關分析

	健康促進生活型態						
	總分	自我實現	健康責任	壓力處理	均衡飲食	運動保健	人際支持
性別	-.205**	-.181**	-.193**	-.116**	-.145**	-.275	-.055
年齡	-.095*	-.096*	-.134**	-.134**	-.185**	-.043	.013
教育程度	-.061	-.061	-.112	-.050	-.067	-.057	-.074*
單位屬性	-.003	.026	-.056	.018	.050	-.038	-.003
職務	-.080*	.015**	-.107**	-.053	-.034	-.020	-.031
職稱	-.080*	.015	-.022	.035	.105**	.026	.05
目前居住狀況	-.268**	-.090*	-.062	-.065	-.187***	-.074*	-.042
每週工時	-.092	-.038	-.081	-.116**	-.152**	-.042	-.042

註：* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

此段說明醫院健康組織效能對於健康促進生活型態之關聯性，在兩者總分之相關分析，其結果達顯著正相關 ($R = 0.365, P < 0.01$)，表示醫院健康組織效能與員工健康促進生活型態存在顯著之正相關，亦即醫院健康組織效能愈佳對於員工之健康促進生活型態具有正向之作用 (表 4-16)。

其次探討醫院健康組織效能各子項對於健康促進生活型態之關聯性，在組織的「健康資源」方面，與健康促進生活型態係達顯著正相關 ($R = 0.351, P < 0.01$)，亦即說明醫院之「健康資源」對於員工健康促進生活型態具有正面的影響。進一步對於其他各子項分析，亦呈現相同結果；「自我實現」($R = 0.296, P < 0.01$)，「健康責任」($R = 0.337, P < 0.01$)，「運動保健」($R = 0.344, P < 0.01$)，「均衡飲食」($R = 0.169, P < 0.01$)，「壓力處理」($R = 0.297, P < 0.01$)，「人際支持」($R = 0.216, P < 0.01$)。

在「健康文化與活動」方面，與健康促進生活型態係達顯著正相關 ($R = 0.374, P < 0.01$)，亦即醫院對於「健康文化與活動」的推展對於員工健康促進生活型態具有正面影響。進一步對於其他各子項分析，亦呈現相同結果；「自我實現」($R = 0.309, P < 0.01$)，「健康責任」($R = 0.347, P < 0.01$)，「運動保健」($R = 0.360, P < 0.01$)，「均衡飲食」($R = 0.207, P < 0.01$)，「壓力處理」($R = 0.322, P < 0.01$)，「人際支持」($R = 0.227, P < 0.01$)。

在「物理環境」方面，與健康促進生活型態達顯著正相關 ($R = 0.308, P < 0.01$)，亦說明醫院對於健康促進所建設的「物理環境」對於員工健康促進生活型態有正面影響。進一步對其他各子項分析，亦呈現相同結果；「自我實現」($R = 0.288, P < 0.01$)，「健康責任」($R = 0.200, P < 0.01$)，「運動保健」($R = 0.235, P < 0.01$)，「均衡飲食」(R

= 0.186, $P < 0.01$)，「壓力處理」($R = 0.299, P < 0.01$)，「人際支持」($R = 0.257, P < 0.01$)。

在「政策與領導」方面，與健康促進生活型態達顯著正相關($R = 0.351, P < 0.01$)，說明醫院在推展有關健康促進之「政策與領導」對於員工健康促進生活型態有正面影響。進一步對其他各子項分析，亦呈現相同結果；「自我實現」($R = 0.291, P < 0.01$)，「健康責任」($R = 0.305, P < 0.01$)，「運動保健」($R = 0.327, P < 0.01$)，「均衡飲食」($R = 0.161, P < 0.01$)，「壓力處理」($R = 0.275, P < 0.01$)，「人際支持」($R = 0.209, P < 0.01$)。

綜上所述，可明確瞭解員工均認同醫院健康組織之各子項效能，與其健康促進生活型態有明顯正向之作用，然醫院健康組織效能是否為其採行健康促進生活型態之決定性因素，將另以迴歸分析說明之。



表 4-16 醫院健康組織效能與健康促進生活型態之相關分析

		健康促進生活型態						
		總分	自我實現	健康責任	運動保健	均衡飲食	壓力處理	人際支持
醫院健康組織效能	總分	.365**	.314**	.321**	.348**	.189**	.313**	.238**
	健康資源	.351**	.296**	.337**	.344**	.169**	.297**	.216**
	健康文化與活動	.374**	.309**	.347**	.360**	.207**	.322**	.227**
	物理環境	.308**	.288**	.200**	.235**	.186**	.299**	.257**
	政策與領導	.334**	.291**	.305**	.327**	.161**	.275**	.209**

註：*p < .05 **p < .01

最後；討論員工之自覺健康狀態、健康行為自我效能與健康促進生活型態之關聯性，分析發現在員工自覺健康狀態 ($R = 0.294$, $P < 0.01$)、健康行為自我效能 ($R = 0.638$, $P < 0.01$) 與健康促進生活型態均達顯著正相關，其中健康行為自我效能與健康促進生活型態更存有強烈之正向關係，表示員工愈具有健康行為自我效能者，其健康促進生活型態亦表現愈佳 (表 4-17)。

分析自覺健康狀態與健康促進生活型態各子項之關聯性，亦均達顯著正向關係，「自我實現」($R = 0.292$, $P < 0.01$)，「健康責任」($R = 0.225$, $P < 0.01$)，「運動保健」($R = 0.259$, $P < 0.01$)，「均衡飲食」($R = 0.253$, $P < 0.01$)，「壓力處理」($R = 0.255$, $P < 0.01$)，「人際支持」($R = 0.169$, $P < 0.01$)，表示在醫院獲得健康促進醫院認證後，雖大多數員工認為自身健康狀態差異不大，但卻認為與其健康促進生活型態存在正面之影響關係，由於身體狀況愈佳，亦較有可能達到健康促進生活型態。因此呈現員工覺得自身健康狀態越佳者，對日常生活型態也將會落實執行健康促進之行為。

在探討健康行為自我效能各子項對於健康促進生活型態之關聯

性，在員工「營養」行為方面，與健康促進生活型態係達顯著正相關 ($R = 0.537, P < 0.01$)，此亦說明醫院員工在「營養」健康行為與健康促進生活型態存有正向關係。進一步對健康促進生活型態之各子項分析，亦呈現相同的結果：「自我實現」($R = 0.493, P < 0.01$)，「健康責任」($R = 0.384, P < 0.01$)，「運動保健」($R = 0.362, P < 0.01$)，「均衡飲食」($R = 0.571, P < 0.01$)，「壓力處理」($R = 0.548, P < 0.01$)，「人際支持」($R = 0.438, P < 0.01$)。

在員工之「責任」行為方面，與健康促進生活型態係達顯著正相關 ($R = 0.541, P < 0.01$)，此亦說明醫院員工在「責任」健康行為方面與健康促進生活型態存有正向關係。進一步對健康促進生活型態之各子項分析，亦呈現相同的結果：「自我實現」($R = 0.549, P < 0.01$)，「健康責任」($R = 0.390, P < 0.01$)，「運動保健」($R = 0.308, P < 0.01$)，「均衡飲食」($R = 0.450, P < 0.01$)，「壓力處理」($R = 0.565, P < 0.01$)，「人際支持」($R = 0.514, P < 0.01$)。

在員工之「心理」健康方面，與健康促進生活型態存在顯著正相關 ($R = 0.593, P < 0.01$)，說明醫院員工在「心理」健康行為與健康促進生活型態存有正向關係。進一步對健康促進生活型態之各子項分析，亦均呈現相同的結果：「自我實現」($R = 0.647, P < 0.01$)，「健康責任」($R = 0.355, P < 0.01$)，「運動保健」($R = 0.407, P < 0.01$)，「均衡飲食」($R = 0.434, P < 0.01$)，「壓力處理」($R = 0.573, P < 0.01$)，「人際支持」($R = 0.627, P < 0.01$)。

在員工之「運動」行為方面，與健康促進生活型態亦達顯著正相關 ($R = 0.595, P < 0.01$)，此說明醫院員工在「運動」之健康行為與健康促進生活型態存在著正向關係。進一步對健康促進生活型態之各子項分析，亦呈現相同的結果：「自我實現」($R = 0.566, P < 0.01$)，「健

康責任」(R = 0.399, P < 0.01),「運動保健」(R = 0.536, P < 0.01),「均衡飲食」(R = 0.493, P < 0.01),「壓力處理」(R = 0.551, P < 0.01),「人際支持」(R = 0.510, P < 0.01)。

由健康行為自我效能與健康促進生活型態之相關分析結果中，明顯瞭解兩者間係存有高度之正向關聯性，這也說明健康行為自我效能高之員工對於平時之健康促進生活型態必然更為注重，同時對於醫院健康組織效能亦有更為強烈之相關性，不論在整體表現亦或是各子項之比較，其結果均呈現相同之趨勢，而對於員工健康促進生活型態影響而言，健康行為自我效能之表現比醫院健康組織效能發揮更具顯著之正向關係，此與國內黃毓華、邱啟潤(1997)以高雄地區三所大學院校 562 名二年級大學生研究健康促進生活型態，顯示健康行為自我效能為最強預測因子結果相同。

表 4-17 自覺健康狀態、健康行為自我效能與健康促進生活型態之相關分析

		健康促進生活型態						
		總分	自我實現	健康責任	運動保健	均衡飲食	壓力處理	人際支持
自覺健康狀態		.294**	.292**	.225**	.259**	.253**	.255**	.169**
健康行為自我效能	總分	.638**	.633**	.429**	.461**	.540**	.623**	.592**
	營養	.537**	.493**	.384**	.362**	.571**	.548**	.438**
	責任	.541**	.549**	.390**	.308**	.450**	.565**	.514**
	心理	.593**	.647**	.355**	.407**	.434**	.573**	.627**
	運動	.595**	.566**	.399**	.536**	.493**	.551**	.510**

註：*p < .05 **p < .01

二、健康促進生活型態之影響及預測因子 (表 4-18)

此段係以複迴歸分析將所有與員工健康促進生活型態相關之因子進行分析，以探討在所有變項之中，何者對於員工採行健康促進生活型態具有決定性之影響。而研究結果顯示在本研究預測變項 HPH 認證醫院員工之健康促進生活型態，進入迴歸方程式之獨立變項顯著者共有 5 個，多元相關係數為 0.685，聯合解釋變異量為 0.463。5 個變項可以解釋 HPH 認證醫院員工之健康促進生活型態之影響因素共達 46.3 % 的變異量 (表 4-18)。

就個別變項的解釋量而言；以「健康行為自我效能」預測力最強，其解釋量為 41.1 %，佔迴歸方程式整體解釋量約 9 成，其餘依次為「性別」(3.8 %)、「自覺目前健康狀態」(1.0 %)、「單位屬性」(0.6 %)、「教育程度」(0.5 %)，由此瞭解健康行為自我效能即是本研究中與員工健康促進生活型態最具關鍵性之影響因素，雖然在前段相關性分析中其他變項亦具有顯著之正相關，但經複迴歸分析後仍呈現「健康行為自我效能」為最主要之變項，此結果亦可佐證仇方娟(1997)研究南區五專生的健康促進生活方式、宋素真(1998)針對臨床護理人員的研究、高淑芬(2001)對技職院校學生的研究、蕭冰如(1998)對社區老人的衛生教育計畫、張聖如(2002)對更年期婦女健康促進生活方式之探討及黃毓華(1995)對大學生的健康促進生活型態及其預測因子等研究結果，亦即健康行為自我效能與健康促進生活型態成正相關，且健康行為自我效能為健康促進生活方式的最佳預測因子，可成為醫院在推展相關工作時之重要參考。

標準化迴歸方程式為：

$$\text{員工健康促進生活型態} = .575 \times \text{健康行為自我效能} + .178 \times \text{性別} + .108 \times \text{自覺目前健康狀態} - .079 \times \text{單位屬性} + .073 \times \text{教育程度}$$

原始化迴歸方程式為：

$$\text{員工健康促進生活型態} = 32.755 + .610 \times \text{健康行為自我效能} + 6.740 \times \text{性別} + 2.290 \times \text{自覺目前健康狀態} - 2.964 \times \text{單位屬性} + 5.772 \times \text{教育程度}$$

表 4-18 健康促進生活型態迴歸係數分析表

變項順序	多元相關決定係數 增加解釋			F 值	淨 F 值	原始化迴歸係數	P 值	標準化迴歸係數
	係數 R	R ²	量△R ²					
截距 (常數項)						32.755		
健康行為自我效能	.641	.410	.411	317.239	317.239	.610	.000	.575
性別 a	.670	.446	.038	184.576	30.998	6.740	.000	.178
目前健康狀況	.677	.455	.010	127.730	8.190	2.290	.000	.108
單位屬性 b	.681	.459	.006	97.728	4.641	-2.964	.008	-.079
教育程度 c	.685	.463	.005	79.656	4.416	5.772	.011	.073

註：*p<.05 **p<.01

a.男=1，女=0

b.公立醫院=1，財團法人=0，委託經營=0

c.高中/高職=1，國(初)中=0，大學/大專=0，研究所以上=0

第五章 結論與建議

「健康促進醫院」之理想，最終希望將「健康促進」推廣於社區民眾，而現代醫院的角色功能，也由原來單純之「醫療照護」目的，轉變包含「健康促進」之預防保健功能，由於醫院此職場係達成此目標的核心出發點，其從業員工亦為主要推動之關鍵人員，故醫院惟有健康促進生活型態之員工，才有健康促進的病患、病患家屬及社區民眾。我國近年來積極推廣健康促進醫院之國際認證，無疑是期待國內醫院能朝此方向邁進，而現階段已獲認證之醫院其健康組織效能狀態，內部相關健康促進方案是否落實推動而非流於形式，其所屬員工對於自身健康促進生活型態是否因而有所轉變，而非僅為追逐潮流不落人後而認證等，均為亟須關注與瞭解之重要議題，亦為本研究探討之重點。

以下針對研究目的逐一進行總結，並深入探討醫院健康組織效能與員工健康促進生活型態間之影響。首先瞭解健康促進醫院所屬員工之人口學因素與其健康促進生活型態之差異；其次討論醫院健康組織效能各面向之成效，分析其表現較佳及不足之處；再論述影響其員工健康促進生活型態之關鍵因素為何；最後則對目前我國推廣健康促進醫院提出檢討及建議，以作為我國健康促進醫院政策制訂與推動發展之參考。

一、瞭解健康促進醫院員工在人口學因素、健康行為自我效能、自覺健康狀態與健康促進生活型態的情形。

健康促進醫院員工之人口學因素、相關研究變項與健康促進生活

型態之影響方面，由研究變項中各分量表得知在健康促進生活型態之表現，其得分情形係以「人際支持」此子項獲得最多回應，其次為「自我實現」子項，推測為醫院從業員工在健康方面知能應較一般民眾多元廣泛，故相較於均衡飲食、運動保健等基礎概念不再被最為看重，反而在「心理支持」、「自我實現」等高階概念獲得較多重視，而此現象在健康行為自我效能分量表亦有相同傾向情況；即「營養」子項重視程度雖在首位，然「心理安適」子項同樣也受到高度認同。

醫院人力結構組成係以女性護理人員為多數，本研究抽樣結果亦呈現相同之分布情形，進一步於人口學因素與健康促進生活型態分析顯示，女性員工在諸變項表現亦較為弱勢，由此可知；雖然抽樣醫院已獲得國際健康促進醫院之認證，但對於長期身處第一線接觸病患之護理人員，其健康促進生活型態之協助卻不如預期，使得醫院內擔負病患健康指導之主力提供者，卻成為最無力兼顧自身健康之矛盾情形，其原因或許與近年來醫院因應管理變革，不斷要求精進醫療品質及簡省人事成本降低護理人力配置有所關聯，形成醫院管理進步嘉惠病患，卻有形或無形中增加護理人員工作負荷，相對影響彼等追求並維持健康促進生活型態的動機。

本研究亦發現醫院員工越年輕者對於自身健康越為重視，而資深醫護工作者也未必對健康行為有顯著之落實情形，顯示醫院從業員工在健康促進之概念已逐漸年輕化，且注意身心健康不再是資深長者的專利。另員工居住狀況與其健康促進生活型態間確有影響，尤以家人同住者與獨自在外賃屋居住者兩者差異較大，前者明顯較注意自身健康，而後者則表現不佳，因此醫院在推動員工健康促進相關方案時，可針對獨自在外賃屋居住之員工，特別安排合適方案或活動，以提昇彼等建立健康促進生活型態。

此外；研究發現醫院員工每週工作時數，大多介於 46-50 小時之間，工時過長對於員工健康促進生活型態，會產生一定程度之負面影響，使員工無法妥善注意自身健康。因此；適當工時將較有助於員工建立健康促進生活型態，另本研究對象以與家人同住者居多，如能多加以考量員工在工作與家庭間，其生理與心理上平衡需求，對其健康促進生活型態將更有正面之幫助。

最後；雖然本研究各變項對員工健康促進生活型態均有其影響作用，惟發現健康行為自我效能在相關分析中，與健康促進生活型態產生強烈正向關係，並在後續迴歸分析中呈現其關鍵地位，由於醫院員工本身具有健康照護專業知能，對於健康促進自我效能之表現原即較為突出，故在本研究中表現出強大決定力實屬正常，故結果顯示員工之健康行為自我效能表現越佳者，則其健康促進生活型態亦越佳，如能善用此優勢，繼續積極強化醫院員工健康行為自我效能並配合導入健康促進生活型態，應有事半功倍之效。另員工自覺健康狀態在與同年齡者、認證前後及目前的健康狀況比較均無明顯改善；故醫院推展健康促進相關方案時，除持續加強其應有概念宣導外，更須要求員工落實執行，否則縱使獲得國際 HPH 認證，員工主觀自覺之健康狀態與認證前仍無差別，無法啟動員工追求健康促進生活型態之動機。

二、瞭解健康促進醫院在健康組織之政策與領導、健康資源、健康文化與活動、物理環境等四個層面的效能與不足及與員工健康促進生活型態之關聯。

本研究結果顯示；醫院健康組織效能並非員工健康促進生活型態之關鍵影響因素，「健康行為自我效能」方為主要之關鍵因素，但本研究在迴歸分析外之其餘探討中，醫院健康組織效能對

於推展員工健康促進仍產生一定程度正面影響，亦即醫院推動健康促進相關方案時，對員工在健康促進概念認知產生關聯與改善，但是否落實執行健康促進行為仍取決於員工之自我效能作用。

以下分述醫院健康組織效能各子項效能情形及與員工健康促進生活型態影響作用為何，在「物理環境」子項，顯示醫院對「物理環境」之建設獲得較多員工之認同，尤其以「消防設施」與「急救訓練」兩題最高，然此兩題與員工健康促進較無直接關聯性，亦為醫院本應具有之基礎設施與要求，故此子項與員工健康促進生活型態之相關程度係亦較低，而在變異數分析中與其他變項間亦無顯著差異，顯示員工對此子項認同度雖較高，但卻未必與其健康促進有直接之關聯。

其次「政策領導」與「物理環境」兩子項之情況類似，即雖員工認同度高，但為未必與其執行健康促進生活型態有直接之關聯性，雖在變異數分析中，顯示確有部分員工對於醫院在此子項之推展情形有更深入瞭解，但縱使理解醫院所推展之健康促進政策與計畫，對於員工本身健康促進行為之實質助益仍不顯著。

「健康文化與活動」與「健康資源」兩子項方面，則與上述兩子項呈現不同之分析結果，兩者之分量表表現均偏低，但在相關性分析中，卻顯示員工較為認同彼等與其健康促進生活型態有直接之關聯，而變異數分析中，亦可瞭解不同群體之樣本，對於認同醫院在「健康文化與活動」之推展程度有差異，故如醫院推動適切之健康促進方案，對於員工健康文化之型塑與建構健康促進生活型態將更有直接效益。

「健康資源」此子項為醫院員工所重視，雖其在分量表屬表現較差，但其與健康促進生活之相關性卻高居第二位，與「健康

文化與活動」子項呈現類似之傾向，即醫院在健康資源之提供相較於其他子項不足，但此類資源卻與員工健康促進生活之表現具有更多關聯程度，故如能充分提供健康資源以滿足員工的需求，將有助於奠定醫院健康促進之基礎。

綜上所述，醫院健康組織推動雖有其成效，員工亦從中更瞭解健康促進之相關概念，然是否執行健康行為仍決定於個人自我效能之中。醫院健康組織效能對於員工健康促進概念雖有其正向作用，但員工之自我效能仍是其實踐健康促進生活型態之決定因素。

三、探討健康促進醫院員工之人口學因素與健康促進生活型態的關係與差異。

研究結果顯示員工在人口學因素對健康促進生活型態之整體表現在單因子變異數分析中，達顯著差異者為「性別」(男>女)、「教育程度」(高中以下>大專以上)、「目前居住狀況」(與家人同住者>在外獨自賃屋)、「職稱」(醫師>護理人員)、「與醫務相關工作之年資」(「3年以下」>「3年至10年」&「10年以上」)、「每週平均工時(含加班)」(「46-50小時」>「51-60小時」&「61小時以上」)，以此推論；員工在醫院工作性質、職務角色、工作時數、家庭支持等面向，均對員工之健康促進生活型態有一定之影響。而進一步於相關分析中，亦分別於「性別」、「年齡」、「職務」、「職稱」、「目前居住狀況」等五項達其顯著性，同樣表現出員工因不同之特性及工作型態，關連程度亦不盡相同。

因此針對不同形態之員工，為維護其健康促進生活之品質，採取之健康促進策略也因而有所不同，尤其在現代講求績效及知

識管理的時代，如何維護員工身心健康，厚實員工人力資源，是任何組織責無旁貸之任務。而以本研究結果瞭解，男性員工較女性員工有健康促進生活型態，且醫院員工對健康關注有年輕化趨勢，另醫院員工職務性質對於其健康促進行為亦有明顯影響，尤其對大多數女性護理人員而言，其健康促進生活形態之表現則明顯不如其他職務類型。此外；過長的工作時間、居住形態之差異，亦同樣對員工健康促進生活形態產生明顯之影響。

綜合上述，醫院在推廣員工健康促進策略或活動時，除應儘力排除所有健康促進生活形態負向因素之干擾，並可針對不同職務員工之特別需求，提供適切之輔導措施，並結合醫院人力資源之維護策略，方能有效協助員工建立其理想之健康促進生活型態。

四、探討健康促進醫院員工在人口學因素與醫院健康組織效能等變項作用下，採行健康促進生活型態之影響及其關鍵因素。

本研究迴歸分析方程式其整體解釋力達 46.3 %，其中「健康行為自我效能」則佔 41.1 %，佔總解釋力近 9 成，而其餘影響變項所產生影響程度甚微。說明在相關分析中，其他變項仍具一定程度之相關性，惟經迴歸分析後，員工健康促進生活型態之關鍵因素為「健康行為自我效能」。而參照文獻探討中有關「自我效能」之學說理論，即可先透過醫院發揮健康組織效能，進而對員工產生健康行為鼓勵作用，最後促使員工實踐健康促進生活型態，雖然在本研究中醫院健康組織效能並非員工健康促進生活型之關鍵影響因素，但兩者之間仍存有正向之影響關聯，此亦同時說明醫院健康組織效能對於提倡員工健康促進概念是有所助益。然而；醫院如已提供員工健康促進之環境，而員工是否執行健康促進生

活型態，仍決定於其健康行為之自我效能，此結果或許與本研究預期結果有所差異，但亦為本研究所樂見，因其直接反映渥太華宣言中健康促進的要旨：「健康促進是使人們能增加控制及改善其健康的過程」—「賦權授能」。從樣本特性而言；醫院員工對於健康概念原較一般民眾明瞭，而健康促進醫院所推展之理念，即是由「治療」進化到「預防」乃至於「促進」，就醫院員工而言；僅是再度強化原有對健康知能的體認與實踐，因此醫院健康組織效能之發揮，對於健康行為自我效能較強之員工，對協助其建立健康促進生活型態，僅為錦上添花之效。

就整體醫療環境而言，政府為加強提供民眾更佳的醫療環境及服務品質，陸續推出許多醫院管理之制度革新，惟仍須仰賴醫院全體員工全力配合執行方可奏效，但通常為能滿足外部顧客(病患)之要求，卻往往忽略內部顧客(員工)的需求，尤以第一線服務病患之醫護人員更是首當其衝，在工作條件每況愈下情形下，使得彼等空有健康促進概念卻無實踐能力，縱使服務醫院獲得國際健康促進醫院之認證榮譽，仍將無法使所屬員工獲得「健康促進」應有益處。

最後以員工需求面而言；研究顯示生理健康不再成為員工之首重，反而在心理健康有更多需求，由於生理健康部分醫院員工均有一定程度之瞭解，但在日漸增加之工作壓力下，期盼獲得合理的休息時間與人際間相互支持，已逐漸超過生理健康基本需求，是故醫院在宣導健康促進概念及推動相關方案時，應同時考量此確為所屬員工心中所盼之高度需求。而本研究中有超過半數以上之研究對象對於服務醫院獲得國際健康促進醫院認證後，其自覺健康狀態之表現仍多為「沒有差別」，甚至有傾向「稍微差」之情形，

而此結果亦說明醫院高層政策宣示與基層實際作為存有相當差距，頗值醫院管理者注意改善。

五、依據研究結果，提出健康促進醫院在健康組織效能與員工健康促進生活型態之相關建議，以提供我國發展健康促進醫院政策之參考。

本研究最終結果雖未顯示醫院健康組織效能，其中任一子項對員工健康促進生活型態具有關鍵性之影響，但並非表示醫院健康組織效能與員工之健康促進生活型態全無關聯，在相關分析中明瞭兩者間係存有正相關之作用性，以下僅依研究結果提出有關建議，以為我國發展健康促進醫院之參考。

1. 醫院推行健康促進方案時，應以院內員工為優先推動對象：

目前醫院推動健康促進方案之動機，或許以取得認證之任務導向為主，故尚未全面落實推動至病患及其家屬、社區民眾等健康促進對象身上，由於醫院員工是推行健康促進的骨幹主力，而惟有落實推動員工健康促進行為、建立健康促進生活型態後，員工才能以身作則樹立模範，發揮醫務專業人員核心關鍵之影響力，成為其他推動對象仿效標竿，使醫院推動健康促進目標事半功倍，畢竟惟有落實執行健康促進的員工，才有健康促進功能的醫院。

2. 醫院推行員工健康促進方案時，應以員工需求為出發點：

如同前述醫院健康組織效能中，在「政策與領導」與「物理環境」分屬概念宣導與維安設備之顯性構面，較獲得員工認同，而在「健康文化與活動」及「健康資源」屬於深植內化與基礎平台之隱性構面，員工認同度卻偏低，表示醫院目前推動健康促進計畫，仍處於表象層次而未達深化層次，無形中偏誤員工真正所需之健康促進方案，更無

法型塑醫院堅實永續之健康促進文化內涵。以本研究而言；若醫院在推動員工健康促進相關方案時，若能針對健康行為自我效能較差者（如「工時較長」、「獨自在外賃屋居住」者等對象），進一步增強其健康行為自我效能，並針對其健康促進需求予以支持，將可確實改善其健康促進生活型態，如此不僅能針對員工需求提供合適協助使之更健康，同時亦能有效運用醫院寶貴資源及節省相關成本。

3.強化員工健康促進於身、心、社三構面之整合：

健康促進是協助一個人全面達到身體、心理、社會三方面之健康，惟醫院管理階層面對日漸增加業務及品質要求，往往忽略員工在心理及社會方面的健康，使得員工面對壓力無宣洩管道、無時間與朋友、家人相處，故醫院規劃員工健康促進方案時，除須達成生理健康之基本要求外，對於心理及社會層面之需求亦應兼顧，方能使員工直接感受醫院全人健康之完整照護，間接對於其他健康促進服務對象產生正面示範之影響。

醫院繼續強化健康組織效能確屬必要，並可分別獲得消極面及積極面之效益，消極面係指健康促進之概念若能由醫院員工擴展至社區，可望能改變民眾動輒就醫之不良習慣，節省醫療資源支出；積極面係指擴展於社區民眾後，可進一步建立健康促進社區，使社區民眾亦能樹立自主健康之概念，做自身健康的主人，進而成為醫院轉型為「健康中心」的推動助力，而此種理想的達成仍有賴醫院全體員工將「預防勝於治療」消極思維，昇華為「健康促進行為」積極作為，而此一切起點均由醫院員工能積極建立應有的健康促進生活型態，為自身的健康完全負責做起。而為能促進我國健康促進醫院蓬勃發展，除應強化國內外聯繫網絡功能、加強意見交流及經驗分享外，可考量於各級醫院評鑑中加入

「健康促進醫院」為評核特色項目，以全面推廣健康促進醫院管理模式，創造醫療機構永續發展新猶。

最後在本研究仍有所不足之處，即健康促進醫院組織效能與員工健康行為自我效能間，其關聯性尚無法得知，亟待未來有關健康促進醫院議題研究者繼續進一步探討，以完整我國健康促進醫院相關研究及推動執行之參考。



參考文獻

英文文獻

1. Ardell, D.B. "The Nature and implication of high level wellness, or why "normal health" is a rather sorry state of existence". *Health Value*, Vol. 3, No. 1, pp17-24, 1979.
2. Aujoulat I, Le Faou AL, Sandrin-Berthon B, Martin F, Deccache A 2001 . Implementing health promotion in health care settings: conceptual coherence and policy support. *Patient education and counseling [Patient Educ Couns]*. 45 4 :245-54.
3. Bandura, A. "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change". *Psychological Review*, Vol. 84, No. 2, pp191-215, 1977 a.
4. Bandura, A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977b.
5. Bandura, A., "Social foundations of thought and action: A Social cognitive theory." Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
6. Becker, H., Stuijbergen, A., Oh, H. S., & Hall, S. "The self-rated abilities for health practices scale: A health self-efficacy measure". *Health Value*, Vol. 17, No. 5, pp42-50, 1993
7. Bottorff, J.L., Johnson, J. L., Ratner, P. A. & Hayduk, L.A. "The Effects of Cognitive-Perceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance". *Nursing Research*, Vol. 45, No. 1, pp.30-36, 1996.
8. Brown, J. S., & McCreedy, M. "The hale elderly: Health behavior and its correlates". *Research in Nursing & Health*, Vol. 9, No. 4, pp.317-329, 1986.
9. Brubaker, B.H. "Health promotion : a linguistic analysis". *Advances in nursing Science*, Vol. 5, No. 3, pp.1-14, 1983.
10. Cookfair, J.M. *Nursing care in the Community*. St.Louis : Mosby., 1996.
11. Denison, D. R. and Mishra, A. K., "Toward a Theory of Organizational Culture and Effectiveness", *Organization Science*, Vol. 6, No. 2, pp.204-223, 1995.
12. Dever, G.E.A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicator Research*, 2, 453-466.
13. Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. "Correlates of health-promotion activities in employed Mexican American women". *Nursing Research*, Vol. 45, No. 1, pp.18-24, 1996.
14. Dzewaltowski, D. A., Noble, J.M., & SHaw, J. M., "Physical Activity Participation: Social Cognitive Theory Versus the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior," 12, 388-405, 1990.
15. Edelman, C.L. & Mandle, C.L.. *Health promotion throughout the lifespan*, Mosby-Year BOOK, Inc., 1994.
16. Elimar Brandt et al., *Putting HPH Policy into Action: Working Paper of the WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care*, 2006.

17. Etzioni, A., "Two Approaches to Organizational Analysis: A Critique and a Suggestion", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 5, pp.178-257, 1960.
18. Fordyce J. K. & Weil R. (1971) Some Characteristics of Unhealthy and Healthy Organizations. <http://www.usatfofficials.com/training/admin/hvsunh.pdf>.
19. Foster, M. F. "Health promotion and life satisfaction in elderly Black adults". *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 14, pp.444-456, 1992.
20. Garcia, A. W., Norton-Broda, M. A., Frenn, M., Coviak, C., Pender, N. J., & Ronis, D.L. "Gender and developmental differences in exercise beliefs among youth and prediction of their exercise behavior". *Journal of School Health*, Vol. 65, No. 6, pp213-219, 1995.
21. Geisler, D. "Meaning From Media: The Power of Organizational Culture", *Organization Development Journal*, Vol. 23, No. 1, pp.81-85, 2005.
22. Gillis, A. J. "Determinants of a health-promoting lifestyle: an integrative review". *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 18, No. 3, pp. 345-353, 1993.
23. Go, G. L., Kamerschen, D. R. and Delorme, C. D. Jr. "Market Structure and Price-cost Margins in Philippine Manufacturing Industries", *Applied Economics*, Vol. 31, No. 7, pp.857-876, 1999.
24. Gold, A. H., Malhotra, A. & Segars, A.H. "Knowledge management: An organizational capabilities perspective". *Journal of Management Information Systems*, Vol. 18, No. 1, pp185-214, 2001.
25. Goodman, P. S. & Pennings, J. M. "New Perspectives on Organizational Effectiveness", San Francisco: Jossey-Bass, 1977.
26. Green, L.W. "National policy in the promotion of health" *International Journal of Health Education*, Vol. 12, No. 3, pp.161-168, 1979.
27. Groene Oliver, *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms, Quality of Health Systems and Services: Division of Country Health Systems Country Policies, Systems and Services Unit Barcelona Office*, 2006.
28. Groene Oliver & Mila Garcia-Barbero, *Health promotion in hospitals: Evidence and quality Management, Country Policies, Systems and Services: Division of Country Support WHO Regional Office for Europe*, 2005.
29. Haris, D.M. & Guten, S. "Health protective behavior: an exploratory study". *Journal of Health and Social Behavior*, No. 20, pp.17-29, 1979.
30. Harrison, B. and Tarter, D. "Building and Sustaining a High Performance Internal", 2007.
31. Harvey, T. W. "A framework for understanding the financial performance of the firm using the resource-based view: An empirical investigation". Ohio: Cleveland State University, 2004.
32. Health Canada (2001) Glossary of Frequently Used Terms. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/fitness/work/glossary_e.html.
33. Hope, A., Kelleher, C. C., & O'Connor M. "Lifestyle practices and the health promotion environment of hospital nurses". *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 28, No. 2, pp. 438-444, 1998.

34. House, D.M. & Guten S. "Health protective behavior : Examination of the conception". *Nursing Outlook*, Vol. 28, pp. 104-108, 1980.
35. Hoy, W.K., & Miskel, C.G. (1982), *Educational Administration*, N.Y.: Random House. <http://www.hekmangroup.com/practicelook.htm>.
36. Kasl SV, Cobb S., Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior. *Archives of environmental health* 1966 Feb;12(2):246-66.
37. Kirtley G. "Designing for the Healthy Organization. In: Berger H, Krajic K, Paul R, eds. *Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks*". Germany: Health Promotion Publication, pp. 144-51, 1999.
38. Kollo, O., Woodside, A. G. and Muhlbacher, H., "Balanced versus Focused Responsiveness to Core Constituencies and Organizational Effectiveness," *European Journal of Marketing*, 39, 9/10, 1166-1187, 2005.
39. Laffrey, S.C. "Development of a health conception scale" *Research in Nursing & Health*, Vol. 9, No. 2, pp. 107-113, 1986.
40. Lalonde, M. A. (1974). *New perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa, Canada: Ministry of National Health and Welfare, Government of Canada.
41. Lusk, S.L., Ronis, D.L., & Hogan, M.M. "Test of the health promotion model as a causal model of construction workers' use of hearing protection" *Research in Nursing & Health*, Vol. 20, pp. 183-194, 1994.
42. Mahon, N. E. "Positive health practices and perceived health status in adolescents" *Clinical Nursing Research*, Vol. 3, No. 2, pp. 86-103, 1994.
43. McKelvie K. & Crombie D. (2002) *Draft Strategic Plan 2002: Short Version for Public Consultation—Making a Healthy Difference*. Waitemata District Health Board, New Zealand. <http://www.whl.co.nz/strategicplan2002/pdfs/short.pdf>.
44. Merrill M.J. & Moosbrucker J. "Building an organizational development effort in a teaching hospital". *Organizational Development in Health Care Organizations*, pp. 75-104. Addison-Wesley, Philippines, 1984.
45. National Quality Institute, Health Canada. *Canadian Healthy Workplace Criteria*, 1998.
46. O'Donnell, Michael P. (2001) *Health Promotion In The Workplace* (Hardcover).
47. Pelikan J.M., Lobnig H., Krajic K. & Dietscher C. "Structure, Process and Outcome of the European Pilot Hospital Project -A Summary" In: Pelikan J.M., Garcia-Barbero M., Lobnig H. & Krajic K. *Pathways to a Health Promoting Hospital*, pp. 17-44. Health Promotion Publications, Germany, 1998.
48. Pelikan JM, Lobnig H (1997). *Healthpromoting hospitals*. *World Health*. 50 3 :24-5.
49. Pelikan, J. M., Krajic, K. & Dietscher, C. (2001) *The Health Promoting Hospital (HPH): Concept and Development*. *Patient Education and Counseling*, 45(4), 239-243.
50. Pender, N. J. *Health promotion in nursing Practice* (3rd). Stamford, Connecticut :

- Appleton & Lange's., 1996 a.
51. Pender, N. J. Health promotion in nursing Practice(2rd).Stamford, Connecticut : Appleton & Lange., 1987.
 52. Pender, N.J., Health promotion in nursing practice (4th ed.) .N.J. : Upper Saddle River., 2002.
 53. Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Frank-Stromborg, M.“Predicting health-promoting lifestyle in the workplace”Nursing Research,Vol. 39,No. 6, pp. 326-332, 1990 .
 54. Pender, N.J.. Health promotion in nursing practice. East Norwalk: Appleton & Lange .,1996 b.
 55. Peterson, M. & Dounnagan, T. ”Analysis of a worksite health promotion program’s impact of job satisfaction”. Journal of Occupational and Environmental Medicine,Vol. 40,No, 11,pp.973-979, 1998.
 56. Pullen C, Walker SN, Fiandt K.“Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women”Fam Community Health, Vol. 24, No. 2, pp. 49-72, 2001.
 57. Quinn, R. E., Beyond Ratoinal Management:Mastering the Paradox and Competing Demands of High performance. San Francisco: Jossey-Bass,1988.
 58. Rafei, U.M. Striving for Better Health in South-East Asia. Selected Speeches by Rafei, U.M., Regional Director WHO South-East Asia Region Volume II :1997-2000, World Health Organization, New Delhi-India, 2001.
 59. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. ”Social learning theory and the health belief model”. Health Education Quarterly, Vol. 15, pp.175-182,1988.
 60. Schlevogt, A. K., ”Institutional and organizational factors affecting effectiveness”.State University,2001.
 61. Sigerist, H. E. Medicine and Human Welfare. New Haven: Yale University Press (p104) ,1941.
 62. Stuijbergen, A. K.,& Becker, K. A. ”Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities”. Research in & Health, Vol. 17, PP.3-13,1994.
 63. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. ”The health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics”Nursing Research, Vol. 36, No. 2, pp. 77-81,1987.
 64. Weitzel M.H.“A test of the health promotion model with blue collar workers”Nursing Research, Vol. 38, No. 2, pp. 99-104, 1989.
 65. WHO, World Health Organization Health Promoting Hospitals Information Package, 1998.
 66. Yin, W. T., Pender, N,”A panel study of physical activity in Taiwanese youth: Testing the revised health-promotion model. ” Family & Community Health, Vol. 28, No. 2, 2005.
 67. Zammuto, R.F. (1982), Assessing Organizational Effectiveness, N.Y.:State University of New York Press.

中文文獻

1. 于淑，”台北市 20-60 歲居民預防健康行為之調查研究”，公共衛生，第 14 卷，第 4 期，第 391-405 頁，1988。
2. 仇方娟，”探討南區五專學生的健康促進生活型態”，私立高雄醫學院護理研究所碩士論文，1997。
3. 王秀紅，”老年人健康促進-護理的涵義”，護理雜誌，第 47 卷，第 1 期，第 19-24 頁，2000。
4. 王秀紅，王瑞霞，邱啟潤，李建廷，”婦女健康促進行為及其相關因素的探討-以高雄市三民區及屏東縣高樹鄉居民為例”，公共衛生，第 19 卷，第 3 期，第 251-266 頁，1992。
5. 王瑞霞，青少年性健康促進。護理雜誌，第 47 卷，第 1 期，第 26-32 頁，2000。
6. 王潤清，”慢性病患健康促進及其相關因素之探討”，弘光學報，第 34 期，第 47-98 頁，1999。
7. 石曜堂，醫療保健與生活素質，《自由中國之工業》，81 年 8 月，第 9-10 頁，1992。
8. 朱明若、李姣姿，”整合性工作場所健康管理的概念與方法”，未發表文章，2002。
9. 江東亮、余玉眉，”健康促進：國民健康的新方向”，中華衛誌，第 13 卷，第 13 期，第 381-395 頁，1994。
10. 吳萬益、鄭永忠、江正信，”大型教學醫院組織文化、內部激勵與控制制度對經營績效之影響研究”，輔仁管理評論，第 7 卷，第 1 期，第 103-130 頁，2000。
11. 宋素真，”臨床護理人員健康促進生活型態及其相關因素之探討”，國立臺灣師範大學碩士論文，1998。
12. 李明亮，衛生教育與健康促進，衛生報導，第 103 期，第 2-6 頁，2001。
13. 李思招，護理學生規律動行為相關因素研究-以臺北護理學院學生為例，國立臺灣師範大學衛生教育研究碩士論文，2000。
14. 李琳琳、張玲珍、黃金淑、郭憲文，中部地區某教學醫院醫護人員對工作環境危害認知之研究，中華職業醫學雜誌，第 4 卷，第 2 期，第 83-92 頁，1997。
15. 李蘭，公共衛生學，第 535-584 頁，台北：巨流，1998。
16. 李蘭，健康行為的概念與研究，中華衛誌，第 10 卷，第 5 期，第 199-211 頁，1991。
17. 林女理，”學校護理人員健康促進生活型態及其相關因素之探討”，國立台灣大學醫學院護理學研究所碩士論文，2002。
18. 林建煌，管理學。智勝文化出版，台北，2001。
19. 林秋芬、盧美秀，某醫療機構員工對組織氣候期望與感受之差異，護理研究，第 5 卷，第 1 期，第 65-76 頁，1997。

20. 林美聲，中小學學校護理人員健康促進生活型態之研究—以宜蘭縣中小學學校護理人員為例-健康自我效能，國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，2004。
21. 林雅雯、游琇茜、翁政玉、黃于晏、楊琇惠、劉智綱，醫院員工健康促進生活型態及其決定因素之探討—以新竹某區域教學醫院為例，醫務管理期刊，第4卷，第4期，第77-90頁，2003。
22. 林雅雯，世界衛生組健康促進醫院之介紹與台灣推行之建議，醫務管理期刊，第5卷，第1期，第1-18頁，2004。
23. 林雅雯、彭廣興、朱盛葳、梁嘉玲、莊景文，建構健康醫院組織評估量表之研究，醫務管理期刊，第6卷，第4期，384-398頁，醫務管理期刊，2005。
24. 邱柏松、戴志聰，組織認同、員工忠誠度、人力資本及組織效能之研究—以商業銀行為例，管理研究學報，第7卷，第2期，第227-255頁，2007。
25. 邱靜如、劉貴雲，職場員工對健康促進活動認知、態度、需求、參與情形與健康生活型態之現況及相關因素探討，健康促進劑衛生教育雜誌，第23卷，第29-42頁，2003。
26. 洪麗玲、高淑芬，衛生教育介入對某護專學生健康促進生活方式成效之研究。長庚醫學工程學院護理研究所碩士論文，1997。
27. 馬懿慈，社區老人健康促進生活型態及其相關因素之探討—以嘉義縣民雄鄉為例—健康自我效能。國立台灣大學護理學研究所碩士論文，2003。
28. 高淑芬，某技職專科部不同學制之護理學生的健康促進生活方式及其相關因素。第16屆全國技術及職業教育研討會—醫護類：醫護組，第39-48頁，2001。
29. 高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲，員工健康促進生活方式之初步探討，元培學報，第6期，第43-67頁，1999。
30. 高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏、邱珮怡，老年人的健康促進生活型態與衛生教育，護理雜誌第47卷，第1期，第13-18頁，2000。
31. 張良漢，名仕健康俱樂部會員生活及參與行為之調查研究，聯合學報，第15卷，第117-133頁，1997。
32. 張聖如，更年期婦女健康促進生活方式及其相關因素之探討，國立臺灣大學護理學研究所碩士論文，2002。
33. 張錦文、譚開元、黃佳經，醫院管理。水牛出版社，台北1988。
34. 莊逸洲、黃崇哲，醫務管理學系列-組織經營，華杏出版，台北，2000。
35. 陳明惠、楊美雪、沈姍姍，組織氣候與組織績效之探討-台灣區域醫院之實證研究，嘉南學報，第22卷，第33-45頁，1996。
36. 陳明璋，組織效能及其決定因素關係之研究，政大學報，第45期，第117-148頁，1982。
37. 陳政友，學生健康生活型態與相關因素研究-以國立台灣師範大學四年級學生為例，衛生教育學報，第12期（待查），115-135頁，1999。

38. 陳美燕，壓力與適應-護理專業導論，台北：華杏書局，1992。
39. 陳美燕，預防慢性病從健康促進生活方式開始，長庚護理，第5卷，第2期，第57-61頁，1997。
40. 陳美燕、洪麗玲、趙曲水宴、蕭雅竹、蔡慈儀、張淑紅、高月梅、萬國華，健康促進與人生-自我實現，台北：啟英，2001b。
41. 陳美燕、洪麗玲、趙曲水宴、蕭雅竹、蔡慈儀、張淑紅、高月梅、萬國華，健康促進與人生-壓力處置，台北：啟英，2001a。
42. 陳美燕、廖張京棟，桃園地區護理學生與護理人員執行健康促進的生活方式之初步探討，護理研究，第3卷，第1期，第6-15頁，1995。
43. 陳淑雅，護生健康促進衛生教育及體適能活動之成效探討-健康自我效能，國立台北護理學院護理研究所碩士論文，2002。
44. 陳潭、李宜融，工作環境與工作特性對手腕型作業之手眼協調及視覺疲勞度之影響，東海學報，第42卷，第101-111頁，2001。
45. 陳曉悌、李怡娟、李汝禮，健康信念模式之理論緣起與應用，護理廣場，第7卷，第4期，第632-639頁，2003。
46. 湯慧娟、何明璇、林婉玉、吳建霖、王政梧、王暉博，健康促進生活型態與危害健康行為之相關研究，遠東學報，第24卷，第1期，第43-54頁，2007。
47. 黃雅文、姜逸群、藍忠孚、方進隆、劉貴雲，中老年人健康行為之探討，公共衛生，第18卷，第2期，第113-146頁，1991。
48. 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，1991。
49. 黃毓華，大學生健康促進生活型態及其預測因子，私立高雄醫學院碩士論文，1995。
50. 黃毓華、邱啟潤，高雄地區大學生健康促進生活型態之預測因子，中華衛誌，第16卷，第1期，第24-36頁，1997。
51. 黃毓華、邱啟潤，健康促進生活型態量表信度及效度之評估，高雄醫學科學雜誌，第12卷，第9期，第529-537頁，1996。
52. 楊明仁、何啟功、蘇以青、楊美賞，工作壓力、社會支持與心理健康：以重工業工廠男性作業員工為例，高雄醫學科學雜誌，第13卷，第332-341頁，1997。
53. 楊樹昌、蘇喜，某些省市立醫院組織氣候、工作滿意度及士氣之研究，中華衛誌，第15卷，第2期，第162-169頁，1996。
54. 葉琇珠，大學生健康概念與健康促進生活型態之探討，國立陽明大學社區護理研究所碩士論文，2000。
55. 蔣立琦、郭雅雯、林綽娟，自我效能之概念分析，護理雜誌，第51卷，第2期，第67-72頁，2004。
56. 劉德鈴，工作壓力所引起的疾病，人事月刊，第31卷，第1期，第38-40頁，2000。

57. 蔡秀美，由身心保健與醫療照護談兩性的健康，婦女與兩性學刊，第 6 卷，第 1-23 頁，1995。
58. 鄭小玉，花東地區學校護理人員健康促進生活型態之研究，國立東華大學公共行政研究所碩士論文，2005。
59. 鄭淑芬，桃園地區高中職學生個人因素及健康促進生活型態之相關性研究，國立台北護理學院護理研究所碩士論文，2004。
60. 蕭冰如，社區老年人健康促進衛生教育介入之探討，長庚大學護理學研究所碩士論文，1998。
61. 蕭美玲，行政院衛生署國民健康局編印，2006 國民健康局年報，台北：國家書坊，2007。
62. 行政院衛生署，民國九十一年台灣地區的主要死亡原因，衛生統計資訊網站，摘自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/>，2003。
63. 行政院衛生署，民國九十三年台灣地區的主要死亡原因，衛生統計資訊網站，摘自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/>，2005。
64. 行政院研究發展考核委員會，民國九十四年健康臺灣實施方案，行政院研究發展考核委員會網站，摘自 <http://www.rdec.gov.tw/public/Attachment/55415234871.doc>，2005。



附錄一 醫院健康組織效能各構面量表信度分析

項目	Item-Total Correlation	Alpha If Item Deleted	Cronbach's α
總量表			.978
健康資源			.926
7 醫院重視員工需求，以期維持家庭與工作的平衡	.716	.868	
8 醫院提供員工衛生教育與諮詢	.688	.870	
10 醫院對員工的工作時間進行評估，以期達到與私人時間相平衡	.643	.871	
14 所有的員工都有機會參與醫院所實施的健康促進活動	.609	.874	
18 醫院實施壓力管理計劃	.710	.869	
22 醫院員工有參與醫院決策、稽核及審查之機會	.651	.871	
27 醫院提供足夠的資源與人力進行健康促進計劃	.766	.866	
28 醫院有系統且定期收集相關資料，以評估健康促進活動之成效	.772	.868	
30 醫院能提供員工足夠的學習機會	.686	.871	
32 醫院執行上述活動之外的健康促進的方案	.734	.869	
39 醫院編列明確的預算進行健康促進計劃	.315	.933	
42 醫院提供員工健康促進相關課程之教育訓練	.736	.869	
健康文化與活動			.921
2 醫院支持員工的家庭生活如同支持員工的工作一般	.706	.912	
4 醫院的工作環境可以讓員工不斷的學習與成長	.686	.913	
5 醫院實施健康飲食計劃	.662	.915	
6 醫院透過各種管道向員工宣導健康的組織文化	.778	.909	
11 醫院實施運動計劃(體適能)	.635	.916	
12 醫院實施酒精/藥物濫用防範計劃	.608	.917	
15 醫院認為促進員工健康為員工福利的一部份	.713	.912	
25 所有的員工均有權使用醫院健康相關之設備	.667	.914	
26 醫院各部門間有良好的溝通	.729	.911	
33 我的部門主管支持下屬參與醫院所舉辦的健康促進相關活動	.671	.914	
34 醫院員工的反應可以獲得高階主管的回饋	.698	.913	

物理環境				.901
3	醫院建構健康的組織文化	.609	.891	
16	醫院設置有符合規定的消防設施	.635	.889	
19	醫院提供有需要的員工合格的個人防護用具	.608	.892	
20	醫院有設置專任且合格的勞工安全衛生人員	.680	.886	
23	醫院對於新進員工施以必要的安全衛生訓練	.614	.891	
29	醫院對於有害健康的作業場所定期實施作業環境測定	.720	.883	
35	醫院對於危險物或有害物有適當的標示	.684	.886	
36	醫院對於所有員工施以必要的急救訓練	.650	.888	
37	醫院對於需要使用防護用具的場所都已經適當標示	.703	.885	
40	醫院具有一套檢查機制，以檢驗新技術或新操作系統引進時可能對員工健康產生的影響	.600	.892	
政策與領導				.928
1	醫院管理決策過程中會考量與員工健康相關的議題	.687	.922	
9	委員會/專責單位/管理階層定期檢視健康促進計劃之發展	.714	.920	
13	醫院內設有委員會或專責單位，負責健康促進之規劃、執行、監控及評估等任務	.730	.919	
17	醫院確實將健康促進的政策落實於組織架構及流程當中	.743	.918	
21	促進員工的健康為醫院現行的業務計畫之一	.705	.920	
24	醫院的管理人員確實推動與執行醫院的健康促進理念	.782	.916	
31	促進員工的健康為醫院的目標與宗旨之一	.777	.916	
38	全院的員工均明瞭醫院健康促進計劃之內容	.707	.920	
41	醫院的高層管理者展現其促進健康工作環境的具體承諾(如資源的分配)	.768	.916	

附錄二 健康促進生活型態各構面量表信度分析

項目	Item-Total Correlation	Alpha If Item Deleted	Cronbach's α
總量表			.959
自我實現			.875
2 欣賞自己	.569	.856	
7 對生命充滿熱忱及樂觀	.523	.869	
8 覺得自己是朝著積極的方向成長和改變	.759	.836	
15 知道自己個人的優缺點	.616	.852	
17 知道生命中那些是重要的	.616	.852	
23 重視自己的成就	.621	.850	
27 每天都是充滿樂趣和挑戰	.706	.841	
40 覺得自己的工作是有意義的	.633	.849	
健康責任			.863
4 只要知道食物含防腐劑或人工添加物就不吃	.526	.855	
6 定時做身體檢查或檢驗，並知道結果	.476	.860	
14 注意食品包裝上營養成分的標示	.529	.855	
22 和健康專業人員討論自我健康照顧有關的事	.708	.834	
24 運動時會測量自己的脈搏	.646	.842	
26 固定時間量血壓並知道自己的血壓	.674	.838	
31 每個月至少一次檢視自己身體有無改變或其他異狀。	.674	.841	
37 參加有關個人健康保健方面的教育課程或活動	.666	.840	
壓力處理			.811
10 知道生活中壓力的來源	.467	.795	
13 閱讀有關健康促進的相關資訊	.506	.789	
32 有計畫的安排工作	.629	.768	
33 會注意自己不愉快的情緒	.646	.766	
36 每天睡足 6~8 小時	.490	.793	
38 注意自己體重	.504	.791	
39 對於生活中不合理的要求會恰當反應	.581	.776	
人際支持			.877
9 與親近的人討論個人問題及所關心的事	.618	.866	
18 會找時間與好朋友相處	.703	.851	

19	會維持良好的人際關係	.707	.851	
25	和所關心的人保持聯絡	.747	.843	
30	容易對別人表達關懷、愛心及溫暖	.649	.860	
34	樂於和親近的人保持聯絡	.669	.857	
均衡飲食				.810
1	每天吃早餐	.512	.794	
12	每日三餐的時間和分量都規律正常	.621	.762	
20	每天食用富含纖維質的食物	.647	.754	
29	每日吃含有五大類營養素的食物	.658	.753	
35	每天至少喝水 1500CC	.545	.785	
運動保健				.855
3	每週至少做三次伸展操	.687	.824	
5	每天找一些時間放鬆自己	.539	.850	
11	每週至少有三次運動，每次持續 20~30 分鐘	.746	.812	
16	參加有人指導的運動課程或活動	.588	.843	
21	每天有 15~20 分鐘的時間讓自己鬆弛或冥想（靜坐）	.596	.841	
28	會從事休閒式的體能活動（如散步、游泳、騎單車等）	.715	.819	

附錄三 健康行為自我效能各構面量表信度分析

項目	Item-Total Correlation	Alpha If Item Deleted	Cronbach's α
總量表			.966
營養			.868
1 我能在預算範圍內找到合乎健康的食物	.749	.827	
2 我能吃到營養均衡的食物	.666	.841	
4 我能從食物分類表中找出對健康有益的食物	.741	.828	
5 我每天能喝下足夠自己身體需要的水	.568	.861	
27 我能計算出自己理想體重	.610	.851	
28 我能判斷那些是高纖維的食物	.650	.844	
運動			.907
3 我能保持每天清潔	.419	.919	
13 我能做對自己有益的運動	.789	.890	
14 我能將運動列入規律性日常作息	.724	.896	
15 我能找到自己喜愛的運動	.775	.891	
16 我能夠在住處附近找到方便運動的場所	.774	.891	
17 運動時，我能避免自己受傷害	.765	.892	
25 我知道何時該停止運動	.708	.897	
26 我能夠做伸展運動	.690	.899	
心理安適			.924
6 我能使用一些幫助自己放鬆的方法	.723	.917	
7 我能不讓自己感覺到孤獨寂寞	.791	.910	
8 我能做些讓自己感覺美好的事情	.833	.905	
9 我能不讓自己感覺到無聊	.728	.916	
10 我能向朋友及家人傾吐心中的煩惱	.759	.913	
11 我能知道自己面對壓力時的反應	.756	.913	
12 我能在生活上做改變以減少壓力	.746	.914	
健康責任			.912
18 我能知道從何處得到有關保健的資訊	.698	.903	
19 我能注意到身體狀況的不良變化	.797	.889	
20 我能知道出現那些症狀時，應該去找醫護人員	.770	.893	
21 罹病時我能在醫護人員指導下正確的使用藥物	.737	.897	
22 我能找到提供健康諮詢的醫護人員	.767	.893	
23 我能知道自已的健康權利並挺身爭取	.747	.896	

附錄四 問卷內容效度專家名單

姓名	服務單位	專長領域
郝宏恕	中國醫藥大學副教授	醫務管理
龍紀萱	中國醫藥大學副教授	社會科學
謝淑惠	中國醫藥大學副教授	護理專業
吳聖良	衛生署國民健康局研究員	衛生行政



附錄五 研究問卷

親愛的員工：您好！

本調查問卷想瞭解貴醫院在取得世界衛生組織健康促進醫院（WHO－HPH）的認證後，醫院在組織層面提供健康促進的效能，及其對您在健康促進生活型態成效的影響，並深入探討兩者間相互影響關鍵因素，研究結果期望能對貴醫院提出合適改善建議，並有助於我國健康促進醫院的健全發展，故希望能與您共同關心醫院與員工在健康促進的進展，並藉由您對自己健康的關注，來直接加強醫院對員工健康促進的重視與改善，並間接影響民眾共同朝向全民健康的理想邁進，因此；我們非常需要您提供寶貴的意見。

本問卷採不記名的方式填答，答案無所謂對或錯，請就您的實際狀況逐題勾（填）寫即可，您所提供的資料僅限於學術研究使用，不會移作其他用途，所以請您放心。非常感謝您的支持與協助！

敬祝 工作順利 健康快樂

中國醫藥大學醫務管理碩士在職專班

指導教授 賴俊雄 博士

共同指導 郝宏恕 博士

研究生 黃進吉 敬上

壹、您的基本資料

填答說明：請適當的內打√，或在_____內填寫正確資料。

1. 性別：(1)男 (2)女
2. 年齡：民國 _____年_____月出生
3. 教育程度：(1)國中/初中 (2)高中/高職 (3)大專/大學 (4)研究所及以上
4. 職稱：(1)醫師 (2)護理人員 (3)醫技人員 (4)行政人員
5. 職務：(1)一級主管 (2)二級主管 (3)基層人員
6. 與醫務相關之工作年資：_____年_____月
7. 本院工作年資：_____年_____月
8. 目前居住狀況：(1)與家人同住 (2)住醫院宿舍 (3)獨自在外賃屋居住
9. 每週平均工時（含加班）：(1)45小時以下 (2)46~50小時 (3)51~60小時 (4)61小時以上
10. 過去半年每月平均休假(含例假日)天數為：(1) 4天以下 (2) 5-6天 (3) 7-8天 (4) 9天以上
11. 過去半年最主要的工作班別為：(1) 白天班 (2) 小夜班 (3) 大夜班(4) 輪班

貳、醫院健康組織效能評量

填答說明：

以下內容是指貴院在取得世界衛生組織健康促進醫院認證後，有關醫院在健康組織效能的衡量問卷，請就您個人知覺與直覺上的認定，針對每一題項的說明，勾選出您對該題項的同意程度，各題項無一定之標準答案，僅呈現真實情形即可。

問 題	很不同意	不同意	沒意見	同意	很同意
1. 醫院管理決策過程中會考量與員工健康相關的議題	<input type="checkbox"/>				
2. 醫院支持員工的家庭生活如同支持員工的工作一般	<input type="checkbox"/>				
3. 醫院建構健康促進的組織文化	<input type="checkbox"/>				
4. 醫院的工作環境可以讓員工不斷的學習與成長	<input type="checkbox"/>				
5. 醫院實施健康飲食計劃	<input type="checkbox"/>				
6. 醫院透過各種管道向員工宣導健康促進的組織文化	<input type="checkbox"/>				
7. 醫院重視員工需求，以期維持家庭與工作的平衡	<input type="checkbox"/>				
8. 醫院提供員工衛生教育與諮詢	<input type="checkbox"/>				
9. 委員會/專責單位/管理階層定期檢視健康促進計劃之發展	<input type="checkbox"/>				
10. 醫院對員工的工作時間進行評估，以期達到與私人時間相平衡	<input type="checkbox"/>				
11. 醫院實施運動計劃(體適能)	<input type="checkbox"/>				
12. 醫院實施酒精/藥物濫用防範計劃	<input type="checkbox"/>				
13. 醫院內設有委員會或專責單位，負責健康促進之規劃、執行、監控及評估等任務	<input type="checkbox"/>				
14. 所有員工都有機會參與醫院所實施的健康促進活動	<input type="checkbox"/>				
15. 醫院認為促進員工健康為員工福利的一部份	<input type="checkbox"/>				
16. 醫院設置有符合規定的消防設施	<input type="checkbox"/>				
17. 醫院確實將健康促進的政策落實於組織架構及流程當中	<input type="checkbox"/>				
18. 醫院實施壓力管理計劃	<input type="checkbox"/>				
19. 醫院提供有需要的員工合格的個人防護用具	<input type="checkbox"/>				
20. 醫院有設置專任且合格的勞工安全衛生人員	<input type="checkbox"/>				
21. 促進員工的健康為醫院的目標與宗旨之一	<input type="checkbox"/>				

問 題	很不同意	不同意	沒意見	同意	很同意
22. 醫院員工有參與醫院決策、稽核及審查之機會	<input type="checkbox"/>				
23. 醫院對於新進員工施以必要的安全衛生訓練	<input type="checkbox"/>				
24. 醫院管理人員確實推動與執行醫院的健康促進理念	<input type="checkbox"/>				
25. 所有員工均有權使用醫院健康促進相關之設備	<input type="checkbox"/>				
26. 醫院各部門間有良好的溝通	<input type="checkbox"/>				
27. 醫院提供足夠的資源與人力進行健康促進計劃	<input type="checkbox"/>				
28. 醫院有系統且定期收集相關資料，以評估健康促進活動之成效	<input type="checkbox"/>				
29. 醫院對於有害健康的作業場所定期實施作業環境測定	<input type="checkbox"/>				
30. 醫院能提供員工足夠的學習機會	<input type="checkbox"/>				
31. 促進員工的健康為醫院現行的業務計畫之一	<input type="checkbox"/>				
32. 醫院執行上述活動之外的健康促進的方案	<input type="checkbox"/>				
33. 我的部門主管支持部屬參與醫院所舉辦的健康促進相關活動	<input type="checkbox"/>				
34. 醫院員工的意見反映可以獲得高階主管的回應	<input type="checkbox"/>				
35. 醫院對於危險物或有害物有適當的標示	<input type="checkbox"/>				
36. 醫院對於所有員工施以必要的急救訓練	<input type="checkbox"/>				
37. 醫院對於需要使用防護用具的場所都已經適當標示	<input type="checkbox"/>				
38. 全院員工均明瞭醫院健康促進計劃之內容	<input type="checkbox"/>				
39. 醫院編列明確的預算進行健康促進計劃	<input type="checkbox"/>				
40. 醫院具有一套檢查機制，以檢驗新技術或新操作系統引進時可能對員工健康產生的影響	<input type="checkbox"/>				
41. 醫院高層管理者展現其促進健康工作環境的具體承諾 (如資源的分配)	<input type="checkbox"/>				
42. 醫院提供員工健康促進相關課程之教育訓練	<input type="checkbox"/>				

參、員工健康促進生活型態評量

一、健康促進生活方面

填答說明：

這部份問卷是有關於貴院在取得世界衛生組織健康促進醫院認證後，您目前的生活方式或習慣的描述，請您圈選出最能代表您目前狀況的答案。

問 題	從來沒有	偶爾如此	時常如此	都是如此
1.每天吃早餐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.欣賞自己	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.每週至少做三次伸展操	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.只要知道食物含防腐劑或人工添加物，就不吃	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.每天找一些時間放鬆自己	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.定期做身體檢查或檢驗，並知道結果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.對生命充滿熱忱及樂觀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.覺得自己是朝著積極的方向成長和改變	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.與親近的人討論個人問題及所關心的事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.知道生活中壓力的來源	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.每週至少有三次運動，每次持續 20~30 分鐘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.每日三餐的時間和分量都規律正常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.閱讀有關健康促進的相關資訊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.注意食品包裝上營養成份的標示	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.知道自己個人的優缺點	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.參加有人指導的運動課程或活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.知道生命中那些是重要的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.會找時間和好朋友相處	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.會維持良好的人際關係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.每天食用富含纖維質的食物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.每天有 15~20 分鐘時間讓自己鬆弛或冥想(靜坐)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.和健康專業人員討論自我健康照顧有關的事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.重視自己的成就	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.運動時會測量自己的脈搏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.和所關心的人保持連絡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.固定時間量血壓並知道自己的血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.每天都是充滿樂趣和挑戰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.會從事休閒式的體能活動(如散步、游泳、騎單車等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.每天吃含有五大類營養素的食物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30.容易對別人表達關懷、愛心及溫暖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.每月至少一次檢視自己身體有無改變或其他異狀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.有計劃的安排工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.會注意自己不愉快的情緒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.樂於和親近的人保持聯絡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.每天至少喝水 1500CC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.每天睡足 6~8 小時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.參加有關個人健康保健方面的教育課程或活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.注意控制自己的體重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.對於生活中不合理的要求會恰當反應	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.覺得自己的工作是有意義的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

二、自覺健康狀態方面

填答說明：

以下題目是有關於貴院在取得世界衛生組織健康促進醫院認證後，您目前的健康情形，請勾選出最能代表您目前狀況的答案。

- 1.整體而言；在醫院獲得健康促進醫院認證後與同年齡的人比較，您認為自己目前的健康狀況是：1. 非常差 2. 稍微差 3. 沒有差別 4. 稍微好 5. 非常好
- 2.整體而言；在醫院獲得健康促進醫院認證後與認證前的自己比較，你目前的健康狀況是：1. 差很多 2. 差一點 3. 沒有差別 4. 好一些 5. 好很多
- 3.整體而言；您認為自己目前的健康狀況是：1. 非常差 2. 稍差 3. 普通 4. 良好 5. 非常良好

三、健康行為自我效能方面

填答說明：

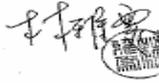
這部份問卷是評估貴院在取得世界衛生組織健康促進醫院認證後，您在日常生活中，認為能夠做到各種健康行為的程度，各題項並沒有「對」或「錯」的答案。請由各題項內容敘述中，圈選出您自認為有把握做到的程度，而非您平常執行的情況。

問 題	我有把握做到的程度				
	10%	25%	50%	75%	100%
1.我能在預算範圍內找到合乎健康的食物	<input type="checkbox"/>				
2.我能吃到營養均衡的食物	<input type="checkbox"/>				
3.我能保持每天清潔	<input type="checkbox"/>				
4.我能從食物分類表中找出對健康有益的食物	<input type="checkbox"/>				
5.我每天能喝下足夠自己身體需要的水	<input type="checkbox"/>				
6.我能使用一些幫助自己放鬆的方法	<input type="checkbox"/>				
7.我能不讓自己感覺到孤獨寂寞	<input type="checkbox"/>				
8.我能做些讓自己感覺美好的事情	<input type="checkbox"/>				
9.我能不讓自己感覺到無聊	<input type="checkbox"/>				
10.我能向朋友及家人傾吐心中的煩惱	<input type="checkbox"/>				
11.我能知道自己面對壓力時的反應	<input type="checkbox"/>				
12.我能在生活上做改變以減少壓力	<input type="checkbox"/>				
13.我能做對自己有益的運動	<input type="checkbox"/>				
14.我能將運動列入規律性日常作息	<input type="checkbox"/>				
15.我能找到自己喜愛的運動	<input type="checkbox"/>				
16.我能在住處附近找到方便運動的場所	<input type="checkbox"/>				
17.運動時，我能避免自己受傷害	<input type="checkbox"/>				
18.我能知道從何處得到有關保健的資訊	<input type="checkbox"/>				
19.我能注意到身體狀況的不良變化	<input type="checkbox"/>				
20.我能知道出現那些症狀時，應該去找醫護人員	<input type="checkbox"/>				
21.罹病時我能在醫護人員指導下正確的使用藥物	<input type="checkbox"/>				
22.我能找到提供健康諮詢的醫護人員	<input type="checkbox"/>				
23.我能知道自已的健康權利並挺身爭取	<input type="checkbox"/>				
24.當我有需要時，我能找到他人幫忙	<input type="checkbox"/>				
25.我知道何時該停止運動	<input type="checkbox"/>				
26.我能夠做伸展運動	<input type="checkbox"/>				
27.我能夠計算出自己理想體重	<input type="checkbox"/>				
28.我能判斷那些是高纖維的食物	<input type="checkbox"/>				

※感謝您耐心填答，麻煩再檢查有否漏填之處！檢查完成後，請儘速將問卷送回貴醫院指定之單位或人員，以利研究如期進行，謝謝您的合作！

附錄六 量表使用同意書

茲同意中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士在職專班研究生黃進吉，使用本人編製之「健康醫院組織評估量表」，作為碩士論文「健康促進醫院組織效能與員工特質對健康促進生活型態影響之研究」之研究工具。

元培科技大學醫務管理學系林雅雯助理教授  (請簽名)

中 華 民 國 九 十 七 年 三 月 七 日

