

# 衛生教育論文集刊

民國八十三年五月

## ● 第七期 ●

### 論 著

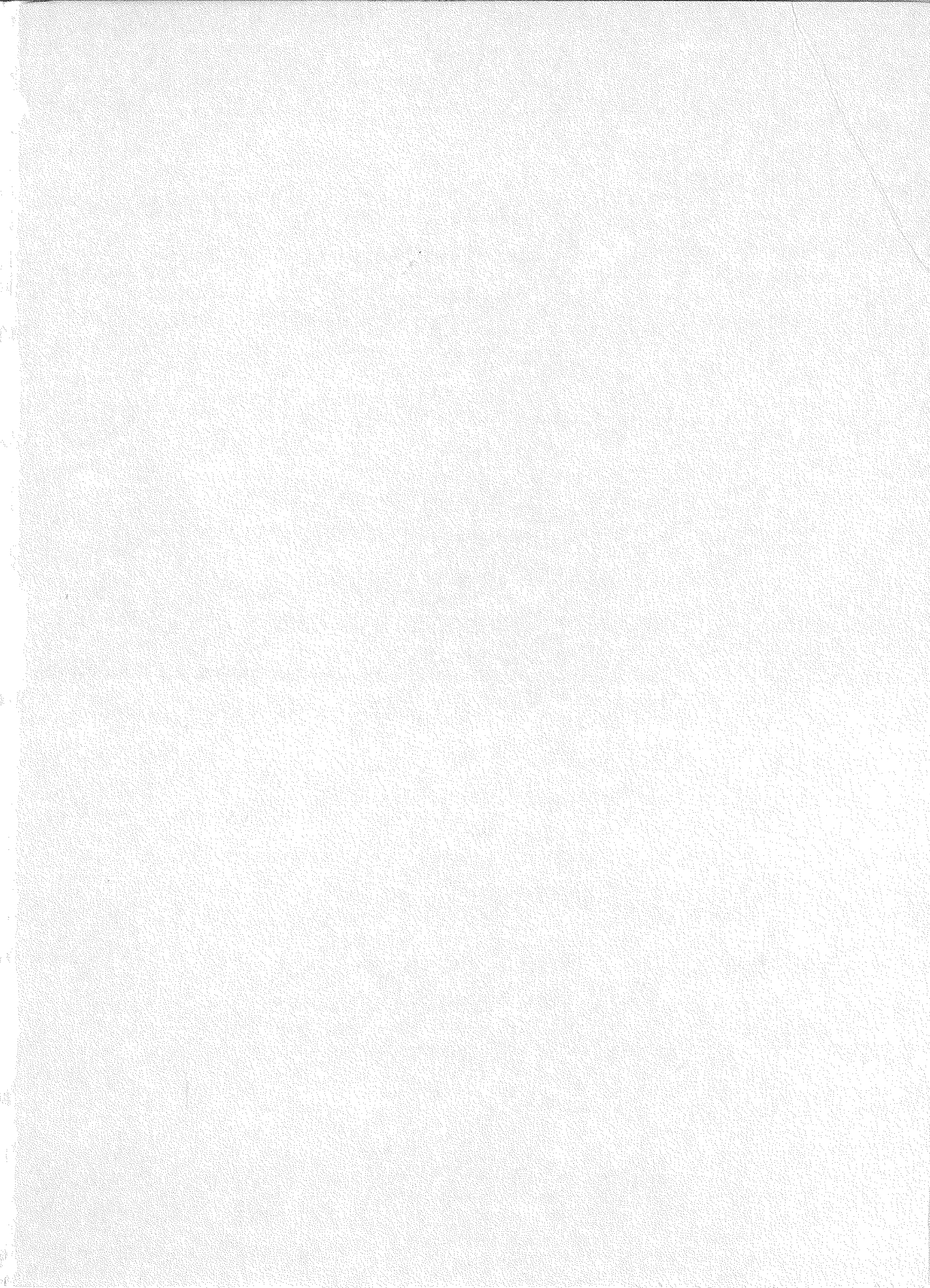
- 1.我國醫療保健團體有關人員健康促進計畫推行現況及相關因素之研究 黃松元·劉淑媛·苗迺芳·胡益進... 1
- 2.青少年家庭親子關係中之情緒表露行為研究 吳就君·陳皇蓉·賴秀宜·饒玉孜... 27
- 3.台北市房屋建築業勞工安全衛生知識、態度、習慣及相關因子調查研究 呂 槃·林榮生·廖信榮... 59
- 4.影響大學生婚前性行為因素的性別差異之研究 呂昌明... 78
- 5.鄉村中老年人自我導向學習衛生教育策略研究 鄭惠美·陳昭郎·呂 槃... 88
- 6.三位精神病患者日常生活之個案觀察、訪問研究 吳就君·黃淑英·張麗玲...113
- 7.以健康信念模式分析公共衛生護理人員執行乳房自我檢查之意圖 呂昌明...142
- 8.鄉村中老年人高血壓衛生教育自我導向學習效果研究 鄭惠美·謝雨生...154

### 碩士論文摘要

- 9.影響民眾前往性病防治所接受愛滋病毒抗體檢驗相關因素的探討 楊玉玟...191
- 10.台北市房屋建築工地勞工使用個人防護具習慣及相關因素調查研究 廖信榮...192
- 11.鹿港地區65~74歲社區老人之老人態度、社會支持、健康狀態與憂鬱程度之相關研究 許毅貞...193
- 12.某教學醫院參加健康檢查者之運動及攝鈉行為探討 吳宏蘭...194
- 13.台灣地區醫療保健團體有關人員推行健康促進計畫之認知、態度及需求研究 胡益進...195
- 14.某工專夜間部吸菸男生之戒菸意向、戒菸行為及其影響因素之研究 魏米秀...196
- 15.愛滋病及其他性病教學實驗研究~理性行為論之應用 高松景...197
- 16.桃園縣基層公共衛生人員工作壓力、社會支持與職業倦怠之相關研究 賴杏琇...199
- 17.北市高中及高職學生使用菸、酒及非法藥物狀況及社會學習及社會連結因素關係之研究 黃惠玲...200
- 18.學生中心教學與教師中心教學對某國小五年級學生資源回收知識、態度及行為影響之實驗研究 何文雀...201

國立臺灣師範大學

衛生教育學系 編印  
衛生教育研究所



# 我國醫療保健團體有關人員健康促進計畫 推行現況及相關因素之研究

黃松元\*、劉淑媛\*\*、苗迺芳\*\*\*、胡益進\*\*\*\*

本研究主要目的在了解臺灣地區醫療保健團體有關人員對於健康促進計畫的認知、態度及需求的情形。

研究對象主要來自三個群體，包括：政府機構、醫療院所及民間組織；在單位內負責推行健康促進計畫的相關人員，共111人，依自擬之結構式問卷進行訪談，共獲有效問卷98份，有效回收率為88.29%，所得資料以百分比、平均值、t檢定、F檢定、積差相關、逐步複迴歸等方法進行統計分析，所得之重要結果如下：

- 一、醫療保健團體相關人員在健康促進計畫的認知上，都有很高的答對率，但在香菸的毒素、營養素的內涵、運動對心肺功能的影響、壓力對身心造成不良的影響等的認知，仍可再加強。
- 二、醫療保健團體相關人員在健康促進計畫的態度上，大都持正向、肯定的看法，不過有關看法取向與意願取向兩者的態度雖然都表示正向，但是如果提到需要親自參與或推動健康促進計畫時，則其意願取向的態度，便明顯的降低，亦即意願取向的得分低於看法取向的得分。
- 三、醫療保健團體相關人員對菸害防制活動的前途並不是大部份的人都持樂觀的態度，值得注意。
- 四、醫療保健團體相關人員中，有一半的人認為推動健康促進活動無形中會增加自己工作負擔，所以政府相關主管單位對這樣的問題需要加以正視。
- 五、醫療保健團體相關人員對健康促進計畫的需求，都表示非常需要或需要，可見受訪者在行政需求上的迫切性；所以相關單位的主事者應該正視這個問題。
- 六、醫療保健團體相關人員對健康促進計畫的態度與需求之間有顯著相關，其中態度的意願取向與需求間的相關性最高，其次是曾經辦理過健康促進活動的有無。
- 七、態度方面有關意願取向與是否曾經辦理過健康促進活動這兩者最能有效預測對健康促進計畫的需求，且可解釋44.2%的變異量。

關鍵字：健康促進 認知 態度 需求

---

\* 國立台灣師範大學衛生教育研究所教授兼所長、系主任

\*\* 國立台灣師範大學衛生教育系副教授

\*\*\* 台北醫學院護理系講師

\*\*\*\* 國立台灣師範大學衛生教育系助教

## 壹、緒論

### 一、研究動機

臺灣地區近幾年來，由於社會、經濟結構之改善，國人生活方式的變遷，促使國人平均餘命不斷延長，疾病的型態已由急性的傳染病轉型為以慢性的疾病為主，今日國人的主要死因，如惡性腫瘤、腦血管病變、心臟病、高血壓及交通事故等意外傷害，已取代傳染性疾病，而躍居十大死因排行前幾位。面對這些問題，不僅人們的生命和健康受到威脅，而社會、家庭的損失更難以估計和補償。如何預防這些疾病及傷害，建立健康的生活型態，乃現今世界各國所要達成的重要公共衛生目標，我國亦不例外，現在正積極推展「國民保健計劃」，其中以「健康促進」計劃為主要重點工作。

行政院衛生署曾於民國七十九年三月召開全國衛生行政會議，其分組結論報告中，於第二分組「研訂公元兩千年衛生目標」，指出：為迎接未來國民健康、醫療衛生問題的新挑戰，使繁雜的衛生事業邁向目標管理的新紀元，在未來十年使我國能邁入衛生大國之林，並達及全民健康的神聖任務，早日頒訂民國八十九年（公元兩千年）健康目標。為了要達到此健康目標，而分成三大部分訂定工作目標，其中一部分為健康促進，範圍包括：菸害防制、體適能與運動、國民營養、心理衛生等四項健康問題。

在科技日新月異的工業化社會，大部分上班族的工作型態已轉變成非活動性坐式工作性質。另外，根據國內研究調查顯示國人的休閒活動以靜態為主；如此，健康促進計畫便相對地提高它的重要性。在國外健康促進計畫通常實施於學校、社區、醫院及工作場所，其中，工作場所健康促進計畫最受雇主的重視與員工們的歡迎，且實施成效卓著。在一九八〇年代，工作場所健康促進計畫，在美國已經很普遍，公司視其為控制日益上漲的醫療照顧成本及增進員工健康的方法(Conrad, 1988)。其實施於工作場所的健康促進計畫主題有體適能、體重控制、壓力調適、戒菸、安全帶的使用等；而在國內部分，由於健康促進計畫仍屬起步階段，如「工作場所健康促進計畫之實驗研究—以臺電總公司體適能計畫為例」（童淑琴，民80）等實驗性研究，尚未普遍實施。因此，如何讓每一個工作場所負責單位能夠願意擬訂健康促進計畫，實在是值得探討的主題。

### 二、研究計畫緣起

健康促進計畫尚未普及之前，而政府相關部門已經開始推行之下，衛生教育工作者，已然成為推動健康促進計畫最有力的左右手，許多專家學者亦已就這個主題，從事多項學術研究，包括：健康行為調查（呂槃等，民77）、危險因子調查（馬力生、孔憲蘭，民75）、實驗研究計畫（童淑琴，民80）等，但是至今仍未有人探討政府相關機構及民間團體推行健康促進計畫之情形。

不管是政府機關或是企業界，單位主管或許會為部屬提供休閒活動及福利措施，但是僅止於旅遊活動或運動比賽，而無一整體性的健康促進計畫。為了探討此一情形的發生，而引發本研究的概念，希望藉此瞭解我國政府相關機構及民間團體對實施健康促進

計畫的意願如何，並找出其困難所在，以提供給願意執行者作為參考。

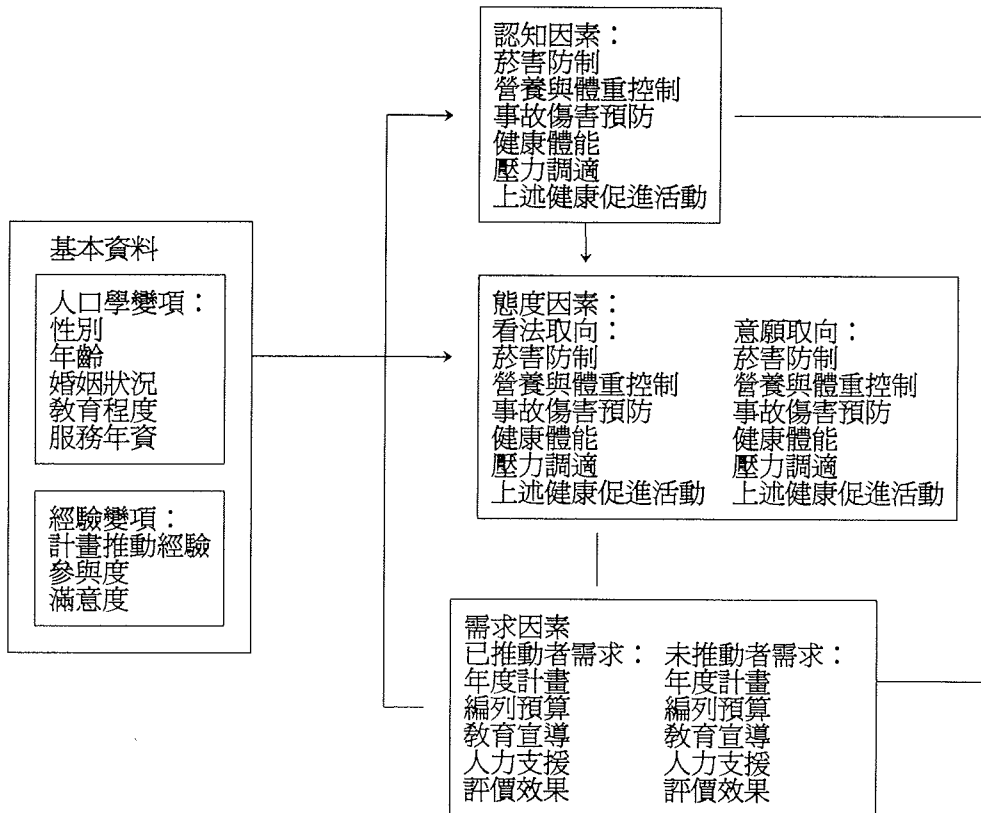
### 三、研究目的

基於前述的問題背景與研究動機，將本研究的目的，歸納為下列幾項：

- (一) 探討臺灣地區醫療保健團體推行健康促進計畫有關人員對健康促進計畫之認知程度。
- (二) 探討臺灣地區醫療保健團體推行健康促進計畫有關人員對健康促進計畫之態度。
- (三) 探討臺灣地區醫療保健團體推行健康促進計畫有關人員對健康促進計畫之需求程度。
- (四) 分析基本資料變項與對健康促進計畫認知程度之相關性。
- (五) 分析基本資料變項與對健康促進計畫態度之相關性。
- (六) 分析基本資料變項與對健康促進計畫需求程度之相關性。

### 四、研究架構

依據本研究之目的，並參考相關文獻，設定研究基本架構如下圖：



## 五、名詞界說

### (一) 健康促進 (Health Promotion) :

Karen Green(1985)提出「健康生活實務模式」(The Practice Model for a Health Life)，根據這個模式，廣泛性的健康促進計畫涵蓋了整體性的健康服務（質量並重）、預防（包括初級、次級和三級預防），以及高度安適狀態（包括身體、心理、精神、情緒及社會等層面）。而健康促進之中心目標則在增進每一個人自我照顧的知能及對健康的自我責任。健康促進的工作重點包括：吸菸、喝酒、藥物濫用、營養、駕駛行為、運動、性教育、家庭發展、危險因子的處理、心理壓力調適、適應能力、自尊心的增強、安全生活等（引自黃松元，民79）。

### (二) 健康促進計畫 (Health Promotion Program) :

指行政院衛生署推展健康促進之主題，包括菸害防制、營養與體重控制、事故傷害預防、健康體能及壓力調適等單項或多項為主之活動（其他活動如酒精及藥物、家庭計畫、暴力行為、食物與藥物安全、口腔衛生、後天免疫不全症候群等，目前本問卷未予列入）。

### (三) 醫療保健團體(Medical and Health Care Agencies)

本問卷包括三大部份：1．政府相關單位，2．公私立醫療院所，3．民間醫療保健組織。其餘單位未列入本研究之調查範圍。

### (四) 健康促進計畫的認知(Cognition of Health Promotion Program)

指研究對象對於本研究所設計之有關菸害防制、營養與體重控制、事故傷害預防、健康體能、壓力調適及健康促進整體計畫的意義、內容等方面的問題之認知情形。

### (五) 健康促進計畫的態度(Attitudes Toward Health Promotion Program)

指研究對象對於本研究所設計之有關菸害防制、營養與體重控制、事故傷害預防、健康體能、壓力調適及健康促進整體計畫的自編式態度量表的反應情形。

### (六) 健康促進計畫的需求(Demand of Health Promotion Program)

指研究對象對於本研究所設計之有關菸害防制、營養與體重控制、事故傷害預防、健康體能及壓力調適的自編式需求量表的反應情形。

### (七) 人口學變項(Demographic Variables)

本研究的人口學變項包括：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、工作單位、服務年資等。

### (八) 經驗變項(Experience Variables)

本研究的經驗變項是指個人在工作中對健康促進活動的經驗及滿意度，包括：是否辦理過健康促進活動、是否參加過健康促進活動、工作滿意度。

## 貳、研究過程

本章共分為四個部分：第一節為研究對象；第二節為研究工具；第三節為研究步驟；第四節為資料處理與分析。

## 一、研究對象

研究目的旨在了解目前臺灣地區醫療保健團體有關人員對健康促進計畫實施之認知、態度及需求情形，故以全臺灣地區政府相關機構及民間組織作為研究對象。

根據全臺灣地區政府相關機構及民間組織中，選擇受訪單位包括以下三方面：

政府機構	30個	}	共計179個
醫療院所	89個		
民間組織	60個		

其中政府機構所選擇的對象是包括中央及省市之教育、衛生、環境保護、社會及勞工機構；醫療院所所選擇的對象是根據衛生署公布七十九學年度評鑑合格之教學醫院名單共89個；而民間組織方面則以中華民國民眾團體活動中心(民80)編印的民眾團體名錄內有關醫療衛生團體中加以選擇相關的組織，共60個，合計179個。

第一階段中首先郵寄一份：「臺灣地區醫療保健團體增進健康、預防疾病計畫實施現況調查表」，請各單位提供辦理有關健康促進計畫之相關人員資料，以利本研究之進行。

從第一階段回收的問卷中，得到第二階段所需要的樣本數如下所示：

政府機構	25人	}	共計111人
醫療院所	61人		
民間組織	25人		

故本研究的抽樣方式乃屬立意取樣，根據上述資料再進行問卷訪談。

## 二、研究工具

本研究主要工具為由研究者參考文獻，並依研究目的、概念架構，紓衡國內實況，對於相關人員一般知能所自編之問卷。

本研究採用問卷調查法，所使用的問卷編製過程分為初步擬訂問卷、內容效度評定、預試、完成問卷等四個步驟，茲分述於下：

### (一) 初步擬訂問卷

本研究問卷初稿之設計乃依研究目的及研究架構，分別搜集了國內外有關文獻及與專家學者討論而成。

### (二) 內容效度評定

問卷初稿擬定後，為確定問卷內容是否正確且適用，特函請衛生行政、衛生教育、公共衛生、護理、醫學等專家學者共12人，擔任內容效度評分委員，針對問卷內容作評

分和提出建議。內容效度評分方式是將『致專家信函、問卷草案和意見表』郵寄給各專家學者，並打電話說明本研究的內容大綱，再請專家學者將意見提供後寄回，評分依據則依：1·正確性、2·適用性、3·需要性、4·內容涵蓋面等原則，對每一試題做評分，並請專家學者們提供修改意見，最後綜合各專家意見，修改問卷內容與用詞。

### (三) 完成問卷

問卷修正結果，完稿包括四部份：

#### 1.個人基本資料

基本資料包括：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、工作單位、服務年資、是否辦理過健康促進活動、是否參與過健康促進活動、工作滿意度等九項。

#### 2.健康促進計畫的認知部份

##### (1)問卷內容

此部份共計 31 題，包括以下六方面：

- a.菸害防制：6 題，第 1 - 6 題。
- b.營養與體重控制：7 題，第 7 - 13 題。
- c.事故傷害預防：5 題，第 14 - 18 題。
- d.健康體能：4 題，第 19 - 22 題。
- e.壓力調適：4 題，第 23 - 26 題。
- f.上述之健康促進：5 題，第 27 - 31 題。

##### (2)分析方式

此部份主要是爲了了解醫療保健團體承辦推動健康促進計畫者，對於菸害防制、營養與體重控制、事故傷害預防、健康體能、壓力調適、整體健康促進的知識部份之認知情形，故除了分析各題選項的分佈情形外，並且要分析得分情形，以便了解其認知狀況。

#### 3.健康促進計畫的態度部份

##### (1)問卷內容

此部份共計 54 題，包括以下六方面：

- a.菸害防制：8 題，第 1 - 8 題。
- b.營養與體重控制：10 題，第 9 - 18 題。
- c.事故傷害預防：8 題，第 19 - 26 題。
- d.健康體能：8 題，第 27 - 34 題。
- e.壓力調適：8 題，第 35 - 42 題。
- f.上述之健康促進：12 題，第 43 - 54 題。第 43、53、54 題爲反向題，其餘爲正向題。

##### (2)計分方式

計分方式採 Likert 總加量表方式計分，依非常同意、同意、中立意見、不同意、非常不同意，分別給予 5 分、4 分、3 分、2 分、1 分；反向題則分別給予



1分、2分、3分、4分、5分。

#### 4.需求部份

此部份分為以下兩大類：

(1)個人及業務上對健康促進活動推展上之需要此部份包括：菸害防制、營養與體重控制、事故傷害預防、健康體能及壓力調適活動中，針對擬定年度工作計畫、編列預算、辦理大眾傳播宣導、其他單位人力支援、評估活動效果等部份表示意見。

計分方式亦採Likert總加量表方式計分，依非常需要、需要、中立意見、不需要、非常不需要，分別給予5分、4分、3分、2分、1分。

(2)綜合建議

以開放問卷的方式讓受訪者表達其對整個健康促進推展的過程中，所面臨的困難或問題提出個人的看法及意見，提供本研究寶貴的意見。

### 三、研究步驟

因本研究調查對象遍及臺灣地區，故調查工作需要訓練訪視員協助進行，原則上由本研究者及訪視員攜帶問卷至該單位施測。

問卷的施測過程共分五個階段，以下分別簡述之：

- 1.訪視員訓練：因需要訪視員協助進行，故於民國81年10月27日舉辦訪視員訓練，內容包括：計畫說明、模擬填寫問卷、問卷討論、訪視員注意事項說明、綜合討論、工作分配等。
- 2.聯絡：施測之前，先由中華民國紅十字會總會發函給各個受訪者，再由研究者及訪視員以電話聯絡約定訪談時間後，即進行施測。
- 3.施測時間：於民國81年11月1日起，至民國82年1月21日止，分別於聯絡後進行施測。
- 4.施測方式：由研究者及訪視員親自至各單位進行一對一訪談填答工作，並在場說明解答有關之疑問。
- 5.問卷回收與整理：在111位受訪者中，扣除於調查期間請假、拒訪、聯絡不上之人員共計13位，故實際進行分析的有效問卷為98份，有效回收率為88.29%。

### 四、資料處理與分析

將回收之問卷篩檢處理後，進行資料譯碼，在重複校對後，利用SPSS/PC+之套裝軟體程式進行統計分析處理。

本研究採用下列幾種統計方法：

- (一)描述性統計：以次數分佈、百分比、平均值、標準差、最大值、最小值等描述研究對象之基本資料，以及各變項的分佈情形。
- (二)推論性統計：

1. t 考驗：了解研究對象的基本資料變項與各變項間是否有顯著差異。
2. 單因子變異數分析 (One-Way ANOVA)：考驗研究對象之基本資料變項與各變項間是否有顯著差異。
3. 皮爾森積差相關分析 (Pearson Correlation of Coefficients)：考驗各變項間是否有顯著相關。
4. 逐步複迴歸分析 (Stepwise Regression)：考驗各自變項對依變項是否能作有效預測。

## 參、結果與討論

本章依據研究目的，將所得資料分為：一、研究對象的基本資料，二、醫療保健團體有關人員對健康促進計畫的認知，三、醫療保健團體有關人員對健康促進計畫的態度，四、醫療保健團體有關人員對健康促進計畫進行時的需求，五、醫療保健團體有關人員對健康促進計畫的認知、態度與需求之間的關係等五部份。其結果如下：

### 一、研究對象的基本資料

研究對象的基本資料包括：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、工作單位、服務年資、是否辦理過健康促進活動、是否參加過健康促進活動、工作滿意度等項目(見表3-1)。

#### (一) 性別：

在研究對象中，男性共有42人(42.9%)，女性共有56人(57.1%)。

#### (二) 年齡：

各年齡層的分佈中，以30-39歲者為最多，計有41人(41.8%)，其次為40-49歲者有26人(26.5%)，另外，20-29歲者有16人(16.3%)，50-59歲者有14人(14.3%)。

#### (三) 婚姻狀況：

研究對象中，有23人(23.5%)未婚，而有72人(73.5%)已婚。

#### (四) 教育程度：

在研究對象中，以大學以上畢業者最多，有61人(62.2%)，專科畢業者有28人(28.6%)，高中、高職畢業者有8人(8.2%)。其次，衛生教育之相關科系畢業者有80人(81.6%)，非相關科系畢業者有16人(16.3%)。這可能跟研究對象的職務有關，因為大部份均為中上級之主管。

#### (五) 工作單位：

在政府機關者有23人(23.5%)，醫療院所有57人(58.2%)，民間組織有18人(18.4%)。

#### (六) 服務年資：

在研究對象中，其服務年資以服務5年以內者為最多，有43人(43.4%)，其次

為5年-10年者，有22人（22.1%），而10年-15年，15年-20年20年以上者，都是各有10人（10.1%）。

（七）是否辦理過健康促進活動：

在研究對象中，辦理過健康促進活動者有72人（73.5%），而未辦理過健康促進活動者有26人（26.5%）。

（八）是否參加過健康促進活動：

在研究對象中，經常參加健康促進活動者有46人（46.9%），偶而參加健康促進活動者有44人（44.9%），不曾參加健康促進活動者僅佔8人（8.2%）。

（九）工作滿意度：

本研究所指的工作滿意度是針對健康促進計畫進行的滿意情形，研究對象中，對目前工作感到滿意者有79人（80.6%）為最多，很滿意者有10人（10.2%），不滿意者有8人（8.2%），很不滿意者有1人（1.0%），可見大部份受訪者對自己目前的工作感到滿意。

表 3 - 1 個人基本資料

					(N=98)	
項	目	類	別	人 數	百分比	
性	別	男	性	42	42.9	
		女	性	56	57.1	
年	齡	20—29	歲	16	16.3	
		30—39	歲	41	41.8	
		40—49	歲	26	26.5	
		50歲以上		14	14.3	
		未填答者		1	1.0	
婚 姻 狀 況		已	婚	23	23.5	
		未	婚	72	73.5	
		其	它	2	2.0	
		未	答	1	1.0	
最 高 學 歷		大	學	61	62.2	
		專	科	28	28.6	
		高	職	8	8.2	
		未	答	1	1.0	
畢 業 科 系		衛 生 教 育 之		80	81.2	
		相 關 科 系		16	16.3	
		非 相 關 科 系		2	2.0	
工 作 單 位		政 府 機 構		23	23.5	
		醫 療 院 所		57	58.2	
		民 間 組 織		18	18.4	
服 務 年 資		5 年 以 內		43	43.4	
		5 年—10 年	內	22	22.1	
		10 年—15 年	內	10	10.1	
		15 年—20 年	內	10	10.1	
		20 年 以 上		10	10.0	
		未 填 答 者		1	1.0	

表 3 - 1 (續) 個人基本資料

項 目	類 別	人 數	百分比
在 您 任 內 有 沒 有 辦 理 過 健 康 促 進 活 動	有	76	73.5
	沒 有	26	26.5
您 參 與 自 己 所 辦 理 或 他 人 的 辦 理 的 健 康 促 進 活 動 的 狀 況	經 常 參 加	46	46.9
	偶 爾 參 加	44	44.9
	不 曾 參 加	8	8.2
整 體 而 言 您 對 目 前 工 作 是 否 感 到 滿 意	很 滿 意	10	10.2
	滿 意	79	80.6
	不 滿 意	8	8.2
	很 不 滿 意	1	1.0

表 3 - 2 有關人員對健康促進計畫的認知、態度及需求得分分佈表

變項	類別	總分	平均數	標準差	最大值	最小值	答對率(%)
知識部份							
菸害防制		6	4.9	1.1	6.0	0.0	81.3
營養與體重控制		7	5.7	0.9	7.0	3.0	81.4
事故傷害預防		5	3.8	1.0	5.0	0.0	75.8
健康體能		4	2.7	0.6	4.0	1.0	67.8
壓力調適		4	3.1	0.8	4.0	1.0	77.3
健康促進		5	4.2	1.0	5.0	1.0	83.2
總計		31	24.3	3.3	29.0	12.0	78.5

## 二、醫療保健團體有關人員對健康促進計畫的認知

### (一) 各題選項分佈情形：

醫療保健團體有關人員對健康促進計畫的認知，主要內容有：一、菸害防制，二、營養與體重控制，三、事故傷害預防，四、健康體能，五、壓力調適，六、上述之健康促進計畫總和內容等項目。現將其各題選項的分佈情形加以說明，並分析其與基本資料的相關。

由表3-2得知，有關人員對健康促進計畫認知之答對率為78.6%，六部份內容中，以健康促進內容（83.2%）及營養與體重控制（81.4%）答對率較高，其次為事故傷害（75.8%），而以健康體能的答對率較低（67.8%）。

### (二) 與基本資料的相關性

以下所探討有關健康促進計畫的認知、態度及需求與基本資料變項之間的關係，所使用的基本資料部份，有兩個變項需要加以說明，即婚姻變項和工作滿意情形變項。婚姻變項中原有離婚的選項，因僅有兩人，故歸入已婚的選項中統計之；而工作滿意情形變項中原有很不滿意的選項，因僅有一人，故歸入不滿意的選項中，所以下面所做的分析統計，均以此來歸類進行。

在健康促進計畫的認知與個人基本資料的關係方面，依表3-3結果顯示，不因性別、年齡、婚姻、最高學歷、工作單位、服務年資、是否參與健康促進活動及工作滿意情形之不同，而達到統計上顯著水準（ $P>0.05$ ），但與畢業科系、是否曾經辦理過健康促進活動，有達到統計上顯著水準（ $P<0.05$ ），亦即在學歷中，相關科系者其認知情形比非相關科系者的認知情形來得好；因為有關健康促進活動方面的認知，在受教育的過程中會產生很大的影響。另外，在是否曾經辦理過健康促進活動方面，有辦理過者，其知識方面必定有較多的涉獵，因為一位承辦者需要了解自己所辦理的業務內容，否則容易疏忽、遺漏工作的重點，所以曾經辦理過者顯然比沒有辦理過者的認知來得好。

## 三、醫療保健團體有關人員對健康促進計畫的態度

### (一) 各題選項分佈情形：

醫療保健團體有關人員對健康促進計畫的態度，主要內容有：一、菸害防制，二、營養與體重控制，三、事故傷害預防，四、健康體能，五、壓力調適，六、健康促進計畫內容等項目，現將其各題選項的分佈情形加以說明，並分析其與基本資料的相關。

由表3-2得知，有關人員對健康促進計畫的態度感受率為80.9%，六部份內容中，以健康體能（87.2%）及事故傷害預防（86.3%）感受率較高，次高者為營養與體重控制（78.3%），而健康促進的總和題目之感受率最低（72.0%）。

### (二) 與基本資料的相關性

由表3-4所示，醫療保健團體有關人員對推行健康促進活動的態度，並不因性別、年齡、婚姻、最高學歷、畢業科系、工作單位、工作年齡及工作滿意情形之不同，而有顯著差異，但在是否曾經辦理過健康促進活動和是否參與健康促進活動的狀況，有達到

表 3 - 3 健康促進計畫認知總分與基本資料變項之考驗分析表

變	項 類	別	人 數	平均值	標準差	F值/t值 (prob)
性	別	男	42	24.00	3.99	-0.87 (0.39)
		女	56	24.59	2.712	
年	齡	20—29	16	24.81	2.61	2.52 (0.06)
		30—39	41	25.10	2.48	
		40—49	26	23.58	4.10	
		50以上	14	22.71	3.95	
婚	姻	未婚	23	24.13	3.48	-0.29 (0.77)
		已婚	74	24.36	3.29	
最 高 學 歷		大學以上	61	24.26	3.54	0.56 (0.57)
		專 科	28	24.82	2.80	
		高中高職	8	23.50	3.46	
畢 業 科 系		相關科系	80	24.75	3.16	2.93 ** (0.004)
		非相關科系	16	22.19	3.33	
單	位	政府單位	23	23.61	4.34	1.00 (0.37)
		醫療院所	57	24.72	2.70	
		民間機構	18	24.06	3.61	
服 務 年 資		5年以內	46	24.57	2.96	1.38 (0.25)
		5年—10年以內	23	24.70	4.30	
		10年—15年以內	10	25.20	1.93	
		15年—20年以內	11	22.36	3.26	
		20年以上	8	23.63	3.02	
曾辦理健康促進活動		有	72	24.78	2.49	2.24 * (0.027)
		沒有	26	23.12	4.79	
參與健康促進活動的狀況		經常參加	46	24.43	3.07	1.79 (0.17)
		偶而參加	44	24.61	3.06	
		不曾參加	8	22.25	5.34	
工 作 滿 意 情 形		很滿意	10	23.90	4.43	0.16 (0.85)
		滿 意	79	24.43	3.30	
		不滿意	9	24.00	2.12	

表 3-4 基本資料變項與健康促進計畫態度總分之考驗分析表

變	項 類	別	人 數	平均值	標準差	F值/t值 (prob)	事後比較
性	別	男	39	216.67	24.28	-0.68 (0.495)	
		女	49	220.02	21.60		
年	齡	20—29	14	217.29	16.33	0.305 (0.82)	
		30—39	37	216.51	24.39		
		40—49	22	220.00	26.65		
		50以上	14	222.93	19.10		
婚	姻	未婚	20	219.75	20.51	0.21 (0.84)	
		已婚	65	217.55	23.11		
		離婚	2	250.50	10.61		
最 高 學 歷	歷	大學以上	53	215.32	21.90	1.58 (0.21)	
		專 科	26	224.96	25.41		
		高中高職	8	217.75	17.91		
畢 業 科 系	系	相關科系	73	218.29	23.14	-0.24 (0.82)	
		非相關科系	13	219.92	22.90		
單	位	政府單位	20	228.35	22.75	2.57 (0.08)	
		醫療院所	51	215.04	23.36		
		民間機構	17	217.47	18.30		
服 務 年 資	資	5年以內	43	215.07	21.88	0.90 (0.47)	
		5年—10年以內	21	218.19	21.38		
		10年—15年以內	8	222.25	32.49		
		15年—20年以內	9	223.00	18.36		
		20年以上	7	230.86	25.29		
曾辦理健康促進活動	有	有	66	221.61	21.35	2.24 * (0.027)	
		沒有	22	209.32	24.80		
參與健康促進活動的狀況	狀況	經常參加	42	225.62	18.32	4.465 * (0.015)	G1>G2
		偶而參加	40	212.95	25.37		
		不曾參加	6	206.17	19.52		
工 作 滿 意 情 形	情形	很滿意	9	232.67	17.73	2.39 (0.097)	
		滿 意	70	217.73	22.15		
		不滿意	9	210.67	28.01		

統計上顯著水準 ( $P < 0.05$ )，亦即曾經辦理過健康促進活動者其態度比沒有辦理過者的態度來得正向，可能的因素是這些承辦者在承辦的過程中，體會到健康促進活動的重要性，因此在健康促進活動推展的過程中，表現積極的態度。

在是否參與健康促進活動方面，經分析結果得知，以「經常參加」組的得分最高，平均值為225.6分，其次為「偶而參加」組，平均值為213.0分，最低分者為「不曾參加」組，平均值為206.2分；再經薛費氏事後考驗結果發現，「經常參加」其對推行健康促進活動的態度，顯著高於「偶而參加」組，可見參加健康促進活動的多寡，會影響到其對健康促進的態度。

#### 四、醫療保健團體的有關人員對健康促進計畫所進行時的需求

##### (一) 各題選項分佈情形：

醫療保健團體有關人員對健康促進計畫進行時的需求，主要的內容有：一、菸害防制，二、營養與體重控制，三、事故傷害預防，四、健康體能，五、壓力調適內容等項目，現將其各題選項的分佈情形加以說明，並分析其與基本資料的相關。

由表3-2得知，有關人員對健康促進計畫的需求強度為81.73%，而在需求的部份分為兩大類：A、為受訪者服務的單位目前尚未推動健康促進活動的或預計將來會推動的需求情形；B、為受訪者服務的單位目前或曾經推動健康促進活動的需求情形，所以下描述的過程將包括這兩項的分類。(見表3-5、3-6)

本研究的量表係採Likert總加量表型式，將其分為非常同意、同意、中立意見、不同意、非常不同意五個等級，正向題分別給5、4、3、2、1分，反向題給1、2、3、4、5分。其結果如下：

##### 1. 尚未推動者部份

在菸害防制活動方面，覺得非常需要或需要的情形，有關擬定年度工作計畫方面佔41.8%，編列預算佔38.8%，辦理大眾傳播宣導佔43.9%，其他單位人力支援佔38.7%，評估活動效果佔43.9%；在健康體能方面，覺得非常需要或需要的情形，有關擬定年度工作計畫方面佔58.2%，編列預算佔57.1%，辦理大眾傳播宣導佔62.3%，其他單位人力支援佔58.1%，評估活動效果佔60.2%；在營養與體重控制活動方面，覺得非常需要或需要的情形，有關擬定年度工作計畫方面佔59.1%，編列預算佔57.2%，辦理大眾傳播宣導佔63.3%，其他單位人力支援佔57.1%，評估活動效果佔63.2%；在壓力調適活動方面，覺得非常需要或需要的情形，有關擬定年度工作計畫方面佔63.3%，編列預算佔62.3%，辦理大眾傳播宣導佔66.4%，其他單位人力支援佔62.3%，評估活動效果佔66.3%；在預防事故傷害活動方面，覺得非常需要或需要的情形，有關擬定年度工作計畫方面佔58.2%，編列預算佔57.2%，辦理大眾傳播宣導佔61.3%，其他單位人力支援佔55.1%，評估活動效果佔57.1%。

##### 2. 現在正推動者部份

在菸害防制活動方面，覺得非常需要或需要的情形，有關擬定年度工作計畫方面佔



33.6%，編列預算佔32.6%，辦理大眾傳播宣導佔37.7%，其他單位人力支援佔35.7%，評估活動效果佔36.7%；在健康體能方面，覺得非常需要或需要的情形，有關擬定年度工作計畫方面佔20.4%，編列預算佔19.4%，辦理大眾傳播宣導佔20.4%，其他單位人力支援佔19.4%，評估活動效果佔22.4%；在營養與體重控制活動方面，覺得非常需要或需要的情形，有關擬定年度工作計畫方面佔18.4%，編列預算佔16.3%，辦理大眾傳播宣導佔19.4%，其他單位人力支援佔18.3%，評估活動效果佔18.4%；在壓力調適活動方面，覺得非常需要或需要的情形，有關擬定年度工作計畫方面佔18.3%，編列預算佔17.3%，辦理大眾傳播宣導佔17.3%，其他單位人力支援佔18.3%，評估活動效果佔18.4%；在預防事故傷害活動方面，覺得非常需要或需要的情形，有關擬定年度工作計畫方面佔23.4%，編列預算佔22.5%，辦理大眾傳播宣導佔24.5%，其他單位人力支援佔24.4%，評估活動效果佔24.5%。

表 3 - 5 已推動健康促進活動人員之需求

分量表名稱	題目	非常需要 人數(%)	需要 人數(%)	中立意見 人數(%)	不需要 人數(%)	非常不需要 人數(%)	平均數	標準差
菸害防制	1	10(10.2)	32(32.7)	7( 7.1)	9(9.2)	0( 0.0)	2.214	1.981
	2	11(11.2)	28(28.6)	10(10.2)	9(9.2)	0( 0.0)	2.194	1.974
	3	16(16.3)	28(28.6)	7( 7.1)	7(7.1)	0( 0.0)	2.316	2.064
	4	12(12.2)	27(27.6)	10(10.2)	9(9.2)	0( 0.0)	2.204	1.984
	5	14(14.3)	30(30.6)	6( 6.1)	8(8.2)	0( 0.0)	2.286	2.041
健康體能	1	18(18.4)	40(40.8)	12(12.2)	5(5.1)	0( 0.0)	3.020	1.828
	2	22(22.4)	35(35.7)	13(13.3)	5(5.1)	0( 0.0)	3.051	1.858
	3	28(28.6)	34(34.7)	9( 9.2)	4(4.1)	0( 0.0)	3.175	1.911
	4	21(21.4)	37(37.8)	12(12.2)	5(5.1)	0( 0.0)	3.051	1.852
	5	23(23.5)	37(37.8)	10(10.2)	5(5.1)	0( 0.0)	3.092	1.873
營養與體重	1	17(17.3)	42(42.9)	9( 9.2)	5(5.1)	1( 1.0)	2.969	1.858
	2	18(18.4)	39(39.8)	11(11.2)	5(5.1)	1( 1.0)	2.959	1.861
	3	20(20.4)	43(43.9)	7( 7.1)	4(4.1)	0( 0.0)	3.071	1.879
	4	21(21.4)	36(36.7)	11(11.2)	5(5.1)	1( 1.0)	2.990	1.886
	5	21(21.4)	42(42.9)	6( 6.1)	4(4.1)	1( 1.0)	3.061	1.899
壓力調適	1	19(19.4)	44(44.9)	10(10.2)	4(4.1)	1( 1.0)	3.163	1.774
	2	19(19.4)	43(43.9)	11(11.2)	4(4.1)	1( 1.0)	3.153	1.772
	3	23(23.5)	43(43.9)	9( 9.2)	3(3.1)	0( 0.0)	3.265	1.791
	4	23(23.5)	39(39.8)	12(12.2)	3(3.1)	1( 1.0)	3.204	1.799
	5	21(21.4)	45(45.9)	8( 8.2)	4(4.1)	0( 0.0)	3.235	1.781
事故傷害預防	1	23(23.5)	35(35.7)	10(10.2)	3(3.1)	0( 0.0)	2.969	1.961
	2	24(24.5)	33(33.7)	11(11.2)	3(3.1)	0( 0.0)	2.969	1.966
	3	28(28.6)	33(33.7)	7( 7.1)	3(3.1)	0( 0.0)	3.051	2.007
	4	25(25.5)	30(30.6)	13(13.3)	3(3.1)	0( 0.0)	2.959	1.968
	5	22(22.4)	37(37.8)	9( 9.2)	3(3.1)	0( 0.0)	2.969	1.955

表 3 - 6 尙未推動健康促進活動人員之需求

分量表名稱	題目	非常需要 人數(%)	需 要 人數(%)	中立意見 人數(%)	不需要 人數(%)	非常不需要 人數(%)	平均數	標準差
菸 害 防 制	1	16(16.3)	18(18.4)	6( 6.1)	1(1.0)	0( 0.0)	1.755	2.140
	2	15(15.3)	18(18.4)	7( 7.1)	1(1.0)	0( 0.0)	1.735	2.118
	3	22(22.4)	16(16.3)	3( 3.1)	0(0.0)	0( 0.0)	1.867	2.250
	4	23(23.5)	13(13.3)	3( 3.1)	1(1.0)	1( 1.0)	1.827	2.243
	5	20(20.4)	17(17.3)	4( 4.1)	0(0.0)	0( 0.0)	1.837	2.218
健 康 體 能	1	9( 9.2)	12(12.2)	3( 3.1)	0(0.0)	0( 0.0)	1.041	1.866
	2	8( 8.2)	12(12.2)	4( 4.1)	0(0.0)	0( 0.0)	1.020	1.833
	3	11(11.2)	10(10.2)	2( 2.0)	1(1.0)	0( 0.0)	1.051	1.896
	4	11(11.2)	9( 9.2)	2( 2.0)	1(1.0)	1( 1.0)	1.020	1.872
	5	10(10.2)	9( 9.2)	5( 5.1)	1(1.0)	0( 0.0)	1.071	1.912
營 控 養 與 體 重	1	10(10.2)	9( 9.2)	5( 5.1)	1(1.0)	0( 0.0)	1.051	1.858
	2	11(11.2)	6( 6.1)	7( 7.1)	1(1.0)	0( 0.0)	1.041	1.850
	3	10(10.2)	10(10.2)	5( 5.1)	0(0.0)	0( 0.0)	1.071	1.879
	4	12(12.2)	7( 7.1)	6( 6.1)	0(0.0)	0( 0.0)	1.082	1.903
	5	10(10.2)	9( 9.2)	5( 5.1)	1(1.1)	0( 0.0)	1.051	1.858
壓 力 調 適	1	11(11.2)	8( 8.2)	2( 2.0)	0(0.0)	0( 0.0)	0.949	1.852
	2	10(10.2)	8( 8.2)	3( 3.1)	0(0.0)	0( 0.0)	0.929	1.818
	3	11(11.2)	7( 7.1)	3( 3.1)	0(0.0)	0( 0.0)	0.939	1.838
	4	12(12.2)	7( 7.1)	2( 2.0)	0(0.0)	0( 0.0)	0.959	1.872
	5	9( 9.2)	10(10.2)	2( 2.0)	0(0.0)	0( 0.0)	0.929	1.812
事 故 活 傷 動 害 預	1	12(12.2)	12(12.2)	2( 2.0)	1(1.0)	0( 0.0)	1.184	1.971
	2	13(13.3)	10(10.2)	3( 3.1)	1(1.0)	0( 0.0)	1.184	1.976
	3	13(13.3)	12(12.2)	1( 1.0)	1(1.0)	0( 0.0)	1.204	2.000
	4	12(12.2)	13(13.3)	1( 1.0)	0(0.0)	1( 1.0)	1.184	1.981
	5	11(11.2)	14(14.3)	2( 2.0)	0(0.0)	0( 0.0)	1.194	1.972

## (二) 與基本資料的相關性

表3-7顯示，醫療保健團體有關人員對推行健康促進活動時的需求，並不因性別、年齡、婚姻、學歷 I、學歷 II、工作單位、工作年齡及工作滿意情形之不同，而有顯著差異 (P>0.05)，但在是否曾經辦理過健康促進活動和是否參與健康促進活動的狀況，有顯著差異 (P<0.05)，亦即曾經辦理過健康促進活動者其需求程度高於沒有辦理過者，如同其在態度方面的情形，因為這些承辦者在承辦的過程中，已經體會到健康促進活動的重要性，所以他們便會感受到健康促進的重要，而在承辦業務的過程中，亦較容易發現行政上面的需求，故其在需求上有較高的表現。

在是否參與健康促進活動方面，經分析結果得知，以「經常參加」組的得分最高，平均值為110.4分，其次為「不會參加」組，平均值為101.9分，最低分組為「偶而參加」組，平均值為97.0分。再經薛費氏事後比較結果發現，「經常參加」組，其對推行健康促進活動的需求，顯著高於「偶而參加」組，可見參加健康促進活動的多寡，亦會影響到其對健康促進活動的需求強度。

表 3 - 7 健康促進計畫需求總分與基本資料變項之考驗分析表

變	項	人 數	平均	標準	F值/t值	
			值	差	(prob)	
性	別	男	41	101.61	16.30	-0.27 (0.79)
		女	55	102.58	18.40	
年	齡	20—29	16	103.38	15.88	0.28 (0.84)
		30—39	40	100.25	18.34	
		40—49	26	103.96	17.81	
		50以上	14	102.93	17.17	
婚	姻	未婚	22	105.27	14.86	0.94 (0.35)
		已婚	73	101.26	18.26	
最 高 學 歷	歷	大學以上	59	101.12	18.31	0.44 (0.64)
		專 科	28	104.89	17.38	
		高中高職	8	102.88	9.55	
畢 業 科 系	系	相關科系	78	102.62	17.67	-0.07 (0.95)
		非相關科系	16	102.94	15.75	
單	位	政府單位	23	105.09	17.24	0.48 (0.62)
		醫療院所	55	101.67	17.29	
		民間機構	18	99.94	18.70	
工 作 年 資	資	5年以內	45	98.69	17.36	1.41 (0.24)
		5年—10年以內	22	103.41	15.08	
		10年—15年以內	10	106.00	25.25	
		15年—20年以內	11	102.45	15.98	
		20年以上	8	113.13	11.36	
曾辦理健康促進活動		有	70	104.49	15.97	2.18 * (0.032)
		沒有	26	95.92	19.94	
參與健康促進活動的狀況		經常參加	44	107.43	14.63	4.24 * (0.017)
		偶而參加	44	96.95	18.16	
		不曾參加	8	101.86	21.13	
工 作 滿 意 情 形		很滿意	10	105.50	17.00	0.33 (0.72)
		滿 意	79	102.10	16.87	
		不滿意	9	99.00	23.71	

## 五、醫療保健團體有關人員對健康促進計畫的認知、態度與需求之間的關係

### (一) 有關健康促進計畫的認知、態度與需求之間的關係

從認知、態度與需求之間的關係來看，在表3-8之相關矩陣中，認知與態度之間並沒有相關存在，亦即認知的得分高低，不會和態度得分產生相關性；其次，認知的得分高低也與需求之間沒有相關存在；但是在態度與需求之間，有顯著的正相關( $r=0.46$ )，可見態度與需求之間之相關性很高。

表 3 - 8 健康促進計畫的認知、態度及需求相關矩陣

	認知部份	態度部份	需求部份
認知部份	1.00		
態度部份	0.157	1.00	
需求部份	0.082	0.456 **	1.00

\*\* $P<0.01$

為了解受訪者的健康促進需求與其基本資料、健康促進認知及態度方面之間的關係，除了上述的相關係數分析外，進一步採複迴歸分析，得到基本資料變項、認知變項和態度變項對需求的預測情況，其標準化迴歸方程式為：

$$Y(\text{健康促進計畫需求得分})=0.37X1(\text{態度的意願取向})-0.22X2(\text{辦理健康促進活動})-0.19X3(\text{婚姻})+0.11X4(\text{畢業科系})-0.05X5(\text{性別})-0.03X6(\text{認知})+0.14X7(\text{服務年資})+0.23X8(\text{態度的看法取向})$$

顯示上述八個變項能顯著預測健康促進計畫需求的得分 ( $R=0.71, F=9.37, P<0.05$ )，且此八個變項對健康促進計畫需求有不錯的預測力，能夠解釋總變異量的50.7%。

再以逐步複迴歸分析得到以下的最佳複迴歸方程式：

$$Y(\text{健康促進計畫需求得分})=0.59X1(\text{態度的意願取向})-0.20X2(\text{辦理健康促進活動})$$

由上式得知對健康促進計畫的需求得分最有影響力的變項是態度的意願取向，能解釋總變異量的40.3%；其次是辦理健康促進活動，能解釋總變異量的3.9%，此二個變項共解釋健康促進計畫需求的總變異量的44.2%，其餘則不具預測力（見表3-9）。

表 3-9 基本資料、健康促進計畫的認知和態度與需求得分之複迴歸分析及逐步複迴歸分析表

預測變項	複迴歸分析				逐步複迴歸分析		
	Beta	R	R	F值	R	R+	F(R+)
意願取向	0.37*				0.403	0.403	53.92***
辦理健康 促進活動	-0.21*				0.442	0.039	31.29***
婚 姻	-0.19						
畢業科系	0.11						
性 別	-0.05						
認 知	-0.03						
服務年資	0.14						
看法取向	0.23						
		0.711	0.506	9.37***			

\* P&lt;0.05 \*\*\* P&lt;0.001

## 六、討 論

本節主要是將本研究的結果與國內外相關研究作比較分析，分為健康促進計畫的認知、健康促進計畫的態度、和健康促進計畫的需求等三部份來討論：

### (一) 健康促進計畫的認知

有關認知部份的題目包括菸害防制、營養與體重控制、事故傷害預防、健康體能、壓力調適及總和性的健康促進計畫等，而本研究結果顯示醫療保健團體對健康促進計畫的認知，都有正向的概念，在菸害防制、營養與體重控制、總和性的健康促進計畫的題目其答對率均很高，這項結果與賴伶蜜(民81)所進行的研究結果類似，其結果指出：受訪者對於健康促進的認知，都有正向的概念。而與林純美(民81)及黃松元等(民80)所進行的研究結果有所不同，主要乃是一般青少年及員工對菸害認知、體重控制、健康體能、事故傷害預防及壓力調適等相關認知缺乏之故，而本研究對象大部份為專業人員，所以有較高的認知概念。

### (二) 健康促進計畫的態度

態度方面亦如上述一樣分為菸害防制、營養與體重控制、事故傷害預防、健康體能、壓力調適及總和性的健康促進計畫等，而本研究結果顯示醫療保健團體有關人員對健康促進計畫都有積極正向的態度。有關菸害防制方面與吳玉霞(民78)的研究結果類似，亦即其結果顯示均為正向的吸菸態度，而且願意扮演反菸角色；在有關事故傷害預防方面也與林頂(民74)的研究內容十分類似，其結果顯示護產人員對急救方面的態度偏向正向。另外，本研究對態度部份分為看法取向與意願取向來探討時發現，雖然受訪者在兩方面的得分情形都很高，但是仍然以看法取向的分數高於意願取向的分數，其中的涵意

代表著醫療保健人員在看法取向的態度上有很正向的價值判斷，但是如果要本人承辦、推廣、參與活動時，即為意願取向的態度時，其得分便較低些，此結果與賴伶蜜(民81)及林頂(民74)所得的結果類似。此種現象可能與目前的醫療保健團體人員的工作量有關，所以如何讓相關人員從事健康促進活動或從事計畫內容，則是一個很重要的課題。

### (三) 健康促進計畫的需求

在需求方面則分為菸害防制、營養與體重控制、事故傷害預防、健康體能、壓力調適等，而本研究的需求得分方面均很高，亦即醫療保健團體的人員在這五方面均十分需要，包括：擬定年度工作計畫、編列預算、辦理大眾傳播宣導、其他單位人力支援、評估活動效果等，所以在總的需求強度高達81.73%，這與林純美(民81)所呈現的結果類似，其結果顯示有49%的公司員工健康促進活動的實施經費來自公司有編列專項經費，而經費主要為員工福利金或員工教育預算部份，因此，員工福利金的多寡將對員工健康促進活動的實施有所影響，可見人力、經費都是相關的機構或團體所欠缺的。

## 肆、結論與建議

### 一、結論

本研究之結論如下：

#### (一) 對健康促進計畫的認知

- 1.在研究的過程中發現，受訪者在接受有關於菸害防制、營養與體重控制、事故傷害預防、健康體能及壓力調適等方面的認知問題時，其答對率並不如預期的高，雖然包括了一些知識理論部份的題目，但仍有一些題目是一般常理性的問題，所以有關單位如何加強或彌補相關人員的認知是一項重大的課題。
- 2.如上所述，受訪者對健康促進計畫的認知，仍缺乏瞭解知識性的內容包括：香菸中危害人體的毒素有那些、營養素的內容有那些；健康體能方面，有八成的人不瞭解運動對心肺系統的影響；在壓力調適方面，受訪者不瞭解過度的壓力可能造成那些不良影響；總括而言，醫療保健團體相關人員，在健康促進計畫的認知方面，這些重點有待加強，以便其順利推展。

#### (二) 對健康促進計畫的態度

- 1.受訪者對健康促進計畫，都持正向、肯定的看法，不過有關菸害防制活動的前途並不是大部份人都感到樂觀，尤其是政府本身對菸草事業至今仍存在者矛盾心態，以致於造成社會大眾的無所是從，值得注意。
- 2.有一半的人感覺推動健康促進活動會造成負擔，因為本身的工作量已經超出負荷，而再加上健康促進的工作，更形成他們的壓力，所以這些問題值得相關單位的瞭解與重視。
- 3.多數受訪者，對健康促進計畫都有很正向的態度，但是如果提到需要親自參與或推動健康促進計畫時，則其意願便有明顯的降低，此問題是上述結論的延伸，因

為工作加重，雖然認為很重要，但是要自己再加重工作量時，其意願定降低許多，值得我們深思。

- 4.在本研究中，認為缺乏健康促進的諮詢單位者佔五分之四以上，可見醫療單位對健康促進的諮詢服務工作並不理想，也可以說現在的醫療保健團體提供這樣的諮詢服務幾乎不存在，也可看出其醫療保健團體在這方面的迫切需要性。
- 5.在本研究中，辦理大眾傳播的教育宣導是非常需要的，因為除了建立健康促進的諮詢單位外，大眾傳播的教育宣導，也是重要的重點工作，政府機構應該重視之。

### （三）對健康促進計畫的需求

從本研究第四部份的調查中，可發現在擬定年度工作計畫、編列預算、各單位的人力支援等，受訪者對健康促進計畫的行政需求上，都表示非常需要或需要，可見受訪者在行政需求上的迫切性，所以相關單位的主事者應該正視這個問題。

## 二、建 議

針對本研究結果及重要結論，提出下列幾點建議：

### （一）行政上的建議

- 1.醫療保健團體在健康促進計畫上，應該作整體性的規劃與策動：

建議政府應該整體規劃健康促進計畫的措施，且增加的工作量必須是工作者所能負荷的，以提高服務品質，促使這些相關的醫療衛生人員願意推展健康促進計畫，或是訂定承辦者的獎懲辦法，在固定時間公開表揚獎懲，或者減少承辦者原有的工作量，以資鼓勵。

- 2.加強醫療保健團體有關人員的在職訓練：

建議在未來的醫療保健團體有關人員的在職訓練中，加入健康促進計畫，因為訓練的過程中除了學理之外，也要配合實作演練，並提供正確的觀念，以釐清模糊的健康促進的概念，並加強整體性的認知，以建立正確的工作理念。在課程的安排上，要讓受訓者了解為什麼要推動健康促進計畫？內容是什麼？以及如何落實健康促進計畫。另外，在訓練的過程中，亦可加強其評價的知能，使其了解如何評價實施效果。

- 3.加強各單位的行政需求：

建議政府行政單位應該率先倡導，將健康促進計畫納入經常性的工作項目內，編列相關的預算，加強社會上的資源，並讓全部的人員了解健康促進的重要性；加強各單位的支援，以期健康促進計畫的順利進行。

- 4.建立健康促進的諮詢單位：

建議政府在相關的單位能夠設立諮詢服務處，不僅可提供醫療單位本身人員的諮詢服務，而且也可為一般民眾提供的諮詢，讓大多數的人都能夠對健康促進計畫有所了解。

5.加強大眾傳播教育宣導，以推廣健康促進計畫：

建議政府單位多做電視、電影上媒體的宣導，讓全民有機會了解健康促進計畫，政府本身除了要推行之外，也要讓人民了解做什麼，而大眾傳播則是教育人民的最好的工具。

## 二、研究上的建議

- 1.研究對象可擴展至全部的醫療保健團體，包括：政府機構、醫療院所、民間保健組織的全部單位，以普遍了解對於推廣健康促進計畫的配合情形及在行政需求方面的情形，以做為全國推展健康促進計畫的參考。
- 2.本研究探討的範圍僅包括菸害防制、營養與體重控制、事故傷害預防、健康體能、壓力調適等五部份，以後可針對其他如：酒精及藥物、家庭計畫、暴力行為、食物與藥物安全、口腔衛生、後天免疫缺乏症候群等方面加以探討。
- 3.本研究發現研究對象雖然對健康促進計畫有相當的肯定，但若是要在工作中執行，就有矛盾的現象產生，此點應該在日後的研究中，再做深入的探討，以了解其目前的工作狀況，健康促進計畫實施的時機是否適當，以期真正落實健康促進計畫的推廣。
- 4.本研究著重在基礎調查研究工作，因此，在往後的研究中應可考慮個人的行為、行政及機關的影響因素，並且可探討研究對象對健康促進計畫有關教育需求方面的因素及內涵等課題。
- 5.本研究中實地調查的期程為兩個半月，期間過長，可能造成受訪者在接受訪視時，由於政府的行政措施在不同的時期有不同的改變，影響答題的方向，所以建議以後的研究者的實地調查期程能夠酌予縮短。
- 6.訪視員的訓練會影響到訪視過程的品質，所以建議以後的研究者在訓練訪視員的品質上，宜強化研究者與訪視員之間的溝通。
- 7.在本研究的過程中，行政上的配合程度，會影響研究的順利與否。建議以後的研究者在事先的行政聯繫工作上必須重視，以減少不必要的障礙，造成資料收集不易的困擾。
- 8.本研究的結果顯示需求方面是很迫切的，所以在日後的研究不妨用實徵性的教育介入的方式，來探討其效果。

## 參考文獻

### 中文部份



- 行政院衛生署(民80)：國民健康生活促進研討會資料彙編
- 行政院衛生署(民80)：中華民國臺灣地區公共衛生概況
- 行政院衛生署(民81)：國民保健六年計畫(草案)
- 行政院衛生署(民82)：國民保健計畫
- 呂榮、劉俊昌(民77)：營養學－基本概念與問題討論，台北：大洋出版社
- 呂榮、劉俊昌、劉貴雲(民77)：公共衛生營養學，台北：大洋出版社
- 李師鄭(民71)譯：現代急救手冊，台北：聯經出版社
- 李 蘭(民77)：“衛生教育與促進健康”公共衛生頁577,台北：巨流圖書公司
- 李景美(民79)：台北市國民中學三年級男生吸菸行為之情境因素及相關家庭狀況因素分析研究，學校衛生17期38-47頁
- 林 頂(民74)：臺北縣衛生所護理、助產人員急救知識、態度暨需要調查研究，國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文
- 林純美(民81)：台灣地區大型企業實施員工健康促進活動之研究，國立臺灣大學公共衛生研究所碩士論文
- 卓俊辰(民78)編譯：體適能－健身運動處方的理論與實際，台北：師大書苑
- 吳玉霞(民78)：台北市教學醫院醫護人員抽菸狀況與反菸角色研究，國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文
- 吳宗正(民80)：迴歸分析－理論與應用，復文圖書出版社
- 姜逸群、黃雅文(民79)：“成人保健、健康促進與健康教育”健康教育65期，頁31
- 姜逸群、黃雅文(民80)：健康促進與健康教育，台北：文景出版社
- 馬力生、孔憲蘭(民76)：臺北市市民行為危險因子盛行率調查”衛生月刊
- 陳錫琦(民74)：從態度與主觀規範的因素探討國中生之抽菸意向，國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文
- 國立臺灣師範大學衛生教育學會(民79)：健康教育65期專題－健康促進
- 黃松元(民77)：台北市公私立高中學生吸菸意向研究，台北：文景出版社
- 黃松元(民79)：健康促進與健康教育，台北：師大書苑
- 黃松元、劉淑媛、張蓓莉(民79)編著：實用急救手冊，中華民國衛生教育學會出版
- 黃松元等(民80)：臺灣地區青少年吸菸行為調查研究報告行政院衛生署編印
- 黃伯超、游素玲(民72)：營養學精要，台北合作書刊出版合作社
- 童淑琴(民80)：工作場所健康促進計畫之實驗研究－以臺電總公司體適能計畫為例，國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文
- 游恆山(民79)編譯：心理學，台北：五南圖書出版公司
- 楊志良(民78)：生物統計學新論，台北：巨流圖書公司
- 楊志良(民79)：公共衛生新論，台北：巨流出版社
- 賴怡蜜(民81)：台北市衛生所公共衛生護理人員對推展健康促進活動的角色認知、態度及意願調查研究，國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文

英文部份：

- Anderson, Rebecca Cogwell(1988). Worksite Health Promotion : The Benefits of Providing Personal Health Status Feedback to Employees, Marquette University Dissertation.
- Belcher, Otha A(1990). Survey of Employee Health Promotion Programs in Public Research and Doctorate-granting Institutions in The United States with Comparisons to The National Survey of Worksite Health Promotion Activities, The University of Alabama Dissertation.
- Bergmann, Barbara Lynn.(1988). The Psychosocial Profile of the Health Promoting Adult, University of Maryland College Park Dissertation.
- Cambers, L.W.(1989). Individual Client Care and Public Health Policy : The Dual Challenges for Health Nurses. Canadian Journal of Public Health, Vol.80, 315-316
- Charlton, Janice Mary(1989). Employee Health Promotion Among Small Businesses, The University of Texas at Austin Dissertation.
- Fomby, Betty Lee Wright(1986). A Health Promotion Strategy for Adolescents : Effects of Values Therapy and Relaxation Exercises on Depressed Adolescents , Texas Woman's University Dissertation.
- Geiger, Sandra K(1987). Manufacturers' Worksite Health Promotion Programs in Western Maryland: A Nursing Model for Small Industry, University of Maryland College Park Dissertation.
- Graff-Haight, Dawn L.(1987). Healthy Behaviors as Mediating Factors in Promoting Health During Times of Stress, Oregon State University Dissertation.
- Guidotti, T.I.(1989). Health Promotion in Perspective. Canadian Journal of Public Health. Vol.80 Nov/Dec 400-405
- Hollarder-RB, Lengermann-JJ (1988). Corporate Characteristics and Work Health Promotion Programs: Survey Finding from Fortune 500 Companies, Soc-Sci-Med 26(5):491-501
- Holser, Marry ANN(1990). Evaluation of A Worksite Health Promotion Program Emphasizing Leisure Awareness Within A Navy Command, University of Oregon Dissertation.
- Lawrence W.Green, Marshall W.Kreuter (1991). Health Promotion Planning An Education and Environmental Approach, Mayfield Publishing Company
- Linda Ewles, Ina Simnett(1985). Promoting Health A Practical Guide to Health Education, John Wiley & Sons, New York.

- Mcleroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, Vol. 15, No. 4, 351-377
- Minkler, M. (1989). Health Education, Health Promotion and the Open Society: An Historical Perspective. *Health Education Quarterly*, Vol. 16, No. 1, 17-30
- O'Donnell, M.P. (1986). Definition of Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, Vol. 1, No. 1, 4-5
- Richard A. Windsor, Thomas Baranowski, Noreen Clark, Gary Cutter (1984). *Evaluation of Health Promotion and Education Programs, California: Mayfield Publishing Company.*
- Rosen, C. & Mary, J.A. (1987). Smoking and the Health Professional: Recognition and Performance of Roles. *Canadian Journal of Public Health*. Vol. 69, Sep/Oct.
- Ruth. P. Saunders (1988): What is Health Promotion? *Health Education OC/NO.1*
- Sciacca, John Peter (1986). A Study of Health Care Utilization by Type of Participation in a Worksite Health Promotion Program, Purdue University Dissertation.
- Stachtchenko, S. & Jenicek, M. (1990). Conceptual Differences Between Prevention and Health Promotion: Research Implications for Community Health Programs. *Canadian Journal of Public Health*. Vol. 81, Jan/Feb, 53-59.
- Stevens, Christine Dorresteyn (1989). An Analysis of Health Promotion Programs in North Carolina Hospitals, The University of Tennessee Dissertation.
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare. (1979) *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services Public Health Services. *The 1990 Health Objectives for the Nation: A Midcourse Review*, Washington, DC: U.S. Government Printing Office. (1986)
- U.S. Department of Health and Human Services Public Health Services. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*, Washington, DC: U.S. Government Printing Office. (1990)
- Wells, K.B., Lewis, C.E. et al. (1984). Do Physicians Preach What They Practice? A Study of Physicians' Health Habits and Counseling Practices. *JAMA*, Vol. 252, 2846-2848.
- Wells, K.B., Lewis, C.E., Leaks, B., Schleiter M.K. & Brook, R.H. (1986). The Practices of General and Subspecialty Internists in Counseling about Smoking and Exercise. *American Journal of Public Health*, Aug, Vol. 76, No. 8

## **A Study of the Present Status of the Implementation of Health Promotion Programs and Related Factors in Medical and Health Care Organizations in Taiwan, Republic of China**

*Song-Yuan Huang; Shwn-Yean Liu; Nae-Fang Miao; Yih-Jin Hu*

### **Abstract**

The main purpose of this study was to investigate the knowledge, attitudes and demands of health promotion programs among the medical and health care agencies' staffs in Taiwan.

The sample included three groups: government institutions, medical infirmaries and private organizations. The subjects were 111. The closed-format questionnaire used in this study was administered to the subjects.

After deducting the unavailing samples, the available questionnaires were 98. The data was analyzed by using percentage, mean, t-test, F test, Pearson r and stepwise regression. After analyzing the data, the major findings were as follows:

1. The subjects had high scores in the aspect of knowledge of health promotion programs, need to be reinforced in the issues of harmful effect of cigarette, concept of nutrition, the impact of exercise on cardiopulmonary function and the effect of stress on physical and mental health.
2. The subjects had positive attitudes toward health promotion programs. Although viewpoint-oriented and intention-oriented attitudes were all positive, the subjects had lower intention-oriented attitudes when they are requested to participate in or to promote health promotion programs.
3. The subjects' attitudes toward anti-smoking activity was not very optimistic.
4. Fifty percent of the subjects indicated that it will increase their work load when they are requested to carry out health promotion programs.
5. The subjects had high demand regarding health promotion programs. It is very important to meet with their demand.
6. There was a significant relationship between the subjects' attitude toward health promotion programs and demand of the programs.
7. Multiple regression analysis revealed that intention oriented attitude and the experience of conducting health promotion activity were relatively able to predict the demand of health promotion program and to explain 44.2% of variations.

**Key Words:** Health Promotion; Knowledge; Attitude; Demand

# 青少年家庭親子關係中之情緒表露行為研究

吳就君\* 陳皇蓉\*\* 賴秀宜\*\* 饒玉孜\*\*

本研究的目的有下列幾點：(1)瞭解五分鐘演說樣本(Five-Minute Speech Sample)在研究青少年家庭關係時適用的程度，並做修改使其合乎我國一般家庭之現況；(2)瞭解青少年家庭關係中，父母的何種表達會引起子女產生正向或負向的情緒。

本研究以台北市某國中輔導室收案的學生及其父母為研究對象，於82年8月24日至9月11日進行訪問，一共訪問了九名學生，十一名家長。學生部分採個別會談方式，以研究者於訪問前擬定好之問題引導其發言；家長部分以五分鐘演說樣本評估其情緒表露行為。所獲之重要發現如下：(1)家長五分鐘演說樣本中，「最初敘述」只有一個樣本為正向表達，其餘皆為中性，沒有正負向的表達；(2)所有演說樣本中，家長均很少提及他(她)和子女的關係；(3)演說樣本被評為高情緒表露的父母之子女較評為低情緒表露的父母之子女傾向於退縮、逃避現實；(4)沒有一個演說樣本有情緒展現；(5)演說樣本中顯示東西方在「態度敘述」上的表達有所不同。

本研究曾蒙八十三年度國科會研究補助，特此致謝。

關鍵字：國中輔導少年 家長 高情緒表露 五分鐘演說樣本內容分析

## 壹、緒論

精神病患家庭照護者的高情緒表露行為(High Expressed Emotion EE)與精神分裂症病患復發的關係，經由 Brown, Carstairs和Topping等人在1958年的研究發現：

(1)親密的情緒連結對精神病患沒有好處

(2)病人疾病的復發與親人的親密接觸是有關的

1962年的追蹤研究結果則更強化高情緒表露組的疾病復發率高，而經家庭介入方案後可降低病患負向症狀量及復發率；此後，由Brown, Birley和Wing(1972)發展出測量症狀復發的指標，並經Vaughn和Leff(1976)將會談時間由3小時縮短為1小時後，更印證測量EE的三指標：

(1)情緒過度介入

(2)敵意

(3)批評內容的總量

---

\*國立台灣師範大學衛生教育研究所教授

\*\*國立台灣師範大學衛生教育系四年級學生

EE的概念由此操作性定義而建立對於症狀復發具有預測力，並認為EE是一種雙向的互動關係。之後的研究者也陸續發現EE有顯著的解釋力，但普遍地質疑病人困擾行為和家屬情緒表露間潛在的相互循環互動性的影響。

Wynne & Singer(1963)以及Brown & Rutter(1966)在測量方法上致力於重測量和確認評估方法的使用，後者並採用錄音方式記錄會談，但需持續3小時的會談，為臨床醫療人員和家屬方面都相當耗時的方法。此外，Kuipers(1979)回顧EE的文獻後認為評估"過度介入"和"批評"的信度好比一種秘傳的測量，評估者的內在系統，在個別差異和文化差異之下如何標準化，她因此質疑正確的測量上述反應是不可能的；此外，就概念建構而言，用操作性定義歸納法得來的EE概念，究竟在臨床上的意義是什麼？EE是單一的概念？還是兩個概念建構？

Vaughn和Leff(1981)針對1976年的研究進行重測，認為EE測量反應出親人在面對精神分裂病人困擾行為的某些特定態度和因應反應，他們認為EE是可以確認和測量的，並區分出高度批評和過度介入的特性。據此報告，將EE定義為"照顧者的一種信念、態度和反應型態"，此種分析雖把EE概念表達較為清楚，但無法用以直接觀察家屬與病人的互動關係，即病人如何反應家屬的情緒表露？EE的測量究竟是單憑家屬一方面的報告，而不是直接觀察家庭互動的結果。Leff et al (1983)針對此點繼續進行研究，結果確認社區精神分裂症病人承受2種主要的壓力：

(1)生活事件-為急性壓力

(2)High EE的親人-為慢性壓力

Vaughn, Synder&Jones(1984)以及Parker&Johnston(1987)分別在美國加州及澳洲依相同的設計如法泡製，研究結果相似：重要親人的批評是預測病人出院後9個月疾病復發的最好指標。然而，諸如前者、Karno(1982)、Day(1982)以及Jenkins(1986)都發現EE測量並不適用於非英語系的文化背景中，例如東方的社會文化環境，在家族為主的文化主導下，對於EE概念及測量都等待進一步的釐清。

此外，近幾年來的EE研究中，Kottgen et al (1986)研究發現EE無法預測復發；McMillan et al (1986)則認為EE與其他變項如人格特質、管教態度等難以明確的加以區別；McCreadie&Phillips(1987)的研究發現EE對住在鄉村的精神分裂症病人沒有預測力，唯有加上生活壓力、支持等變項才有顯著解釋力。

回顧以上西方文獻，EE的建構概念仍待建立，EE與復發率是否為一穩定的因果關係？在不同社會文化下如何測量EE才真正具有其信效度？換言之，至今仍存在的爭議包括：

- 1.EE是單一的概念？還是複合概念建構？
- 2.EE是穩定持久存在的現象嗎？
- 3.是否會隨著病程階段的不同而有所改變？
- 4.不同文化社會中，EE是否仍有預測力？
- 5.現有的EE測量方法，發源自西方社會，因此若應用在東方社會，應如何修正才能測量到該社會的EE？

EE在西方存在20多年的爭議使其更具有研究價值，尤其在不同的文化背景下生活

的家庭，EE的概念、假設、測量方法、評估標準的適用性尚待更多的國際跨文化的比較的研究。EE深受社會文化環境因素的影響，而中國人對家庭的態度、觀念及長久以來“家庭我”與“個人我”界限的運作與西方社會不同，這些文化特質對EE的影響是如何？

文榮光與Arthur Kleinman (1991) 的研究，認為病人及其家屬如何知覺精神分裂症症狀並賦予意義將塑造其生病經驗；個人及家屬對疾病的悲觀取向將變成惡性循環，這種悲觀取向將家屬環境的負面解釋模式及負面情緒表露反映出來，例如病人及家屬若享有不足的社會支持與社會資源以利應對精神分裂病，則附隨該病的恥辱將較強烈，悲觀較重，病程較易慢性化，社會與個人功能較惡劣，並隨著社會的現代化而增加負面發展。他們針對國內36位精神分裂症第一次發病病人，研究復原或復發及其家人的社會文化因素與病人預後的關係做兩年的追蹤研究，研究人員以參與者觀察的策略，應用結構式與半結構式問卷及會談進行資料搜集工作，特別是家庭訪問、家族會談與觀察等，結果發現在眾多影響預後的社會文化因素，包括病因解釋、社會支持、EE等14項，只有藥物治療的規則性有正相關。針對這樣的發現，文認為可能的解釋有：(1)CFI量表無法準確測得中國人的EE；(2)中國人的EE在研究會談情境與家庭自然情境表現不同；(3)EE與病人預後無關；(4)樣本數太少，無法作EE與預後無關的推論；(5)病程短使EE影響作用不明顯，而抗精神病藥物的影響卻很顯著；(6)EE評估的信效度可疑。因此除了期待更大的樣本數證明EE與復發的關係，情緒表露高低標準的界定，也需找出一般中國人家屬情緒表露的常模，再設定高低的切割點(cutting point)。

陳珠璋、李明濱 (1991)採用CFI量表對都市及鄉鎮地區的45位精神疾病患者家庭作為時1.5小時的評估會談並且對病患作九個月的BPRS追蹤，嘗試了解精神分裂病預後與家屬EE的關係以及中國人EE高低標準的界定。和文榮光等人(1991)相同的發現是：(1)多元因素影響下，EE會因下列因素而有差異。即深受病人家庭環境及其社會生活圈多元化醫療資源與文化信仰的影響；(2)CFI量表在中國社會的困難可能來自於評估技術的偏差。此外也發現雙親角色導致家屬EE的不同，例如母親對病人女兒批評比對兒子多。

以上兩篇國內文獻的研究者，都對西方測量工具在中國文化社會的適用性，有許多的懷疑。楊中芳和趙志裕(1987)認為中國的社會心理學界都過份倚賴西方所發展出來的研究工具，其適用性相當可疑。他們提出下列四項假設，由此搜集的資料方能避免研究上的偏差。

- 1.受測者填答量表時會全力以赴
- 2.受測者認為量表中所問的問題或所說的事情，對自己而言是有意義的
- 3.受測者填答量表時會流露真情，並適當的、恰如其份的反應在量表的尺度
- 4.量表上所反應的情感或看法，與受測者的行為有高相關

傳統上，EE的評估工具多數採用CFI(Camberwell Family Interview, Vaughn & Leff, 1976)。這項工具通常需耗費1-1.5小時於會談。為節省家屬參加研究的時間，並保持EE評估之效度與信度，乃產生Five-Minute Speech Sample(簡稱FMSS)五分鐘演說樣本之EE評估(Magana et al, 1986 ; Gottschalk & Gleser, 1969 ; Gife et al, 1985 ; Gife,

Cole & Wynne, 1985) 經過多次的研究與修正, 已出版標準手冊(Goldstein, 1992)。FMSS與 CFI之間的相關在美國樣本達.75, 德國樣本.73(Leeb, 1992)。

筆者從“精神病患照顧者負荷跨國、跨文化”研究中(吳就君, 1993), 發現我國家屬對疾病的調適, 在認知方面十分缺乏, 這一點倒是美國家屬也一樣。但是情緒的表達方面, 我國家屬常多無奈、無助和埋怨; 美國家屬表現理性的描述或直接表達對病患的批評和正負向評估。這個觀察引起研究者對HEE理論與測量的好奇, 欲探究我國人的情緒表露行爲, 與精神病家庭環境的關係, 乃在美期間先接受FMSS使用標準化的訓練過程。發現FMSS評估的結構, 很值得國內研究者的參考, 但是內容分析的規則, 必須從我國人家屬所表達的語言(口語、非口語) 中, 重新發現。

因此, 1992年國科會的研究支持下, 著手兩個樣本的個案分析第一個樣本為16個精神分裂症病患的家屬五分鐘演說樣本, 第二個樣本為10個國中學生輔導個案家屬的五分鐘演說樣本。嘗試從不同社會人口特質的樣本著手中國人FMSS的適用性。第一個樣本的研究, 曾邀請相關的專家用我國的情緒詞彙界定家屬的情緒, 參加的學者包括: 語言學魏叔倫教授、曾志朗教授, 人類學許木柱教授、心理學許文耀教授、精神科宋維村教授和社會工作者黃梅羹、陳蕪、楊素端、劉瓊瑛等人。結果, 專家的見解, 如人類學家強調受訪者的情緒是寓於家庭環境中的責任、地位、社會互動而引發的。因此評估情緒時不能忽略這方面的敏感度。心理學家重視受訪者表達負向情緒時, 為求取人際的和諧、謙虛、圓滿的社會關係, 把不滿意或批評的訊息, 會一正一反、吞吞吐吐的表達, 欲言又止、夾雜非口語或口頭禪似的語音都是我國人表達負向情緒的特徵。語言學家強調非口語所表達的情緒訊息應該特別注意。精神科醫師和社會工作人員根據臨床觀察和體驗挑選表達痛苦和不滿意的語句和訊息。綜合起來他們的專長都提供FMSS本土化的過程中, 重要的資訊和依據。本文係屬第二個樣本, 10個國中學生家長的五分鐘演說樣本內容分析研究報告。

## 二· 目的

1. 探討五分鐘演說樣本(FMSS)在研究青少年家庭關係時適用的程度。
2. 對五分鐘演說樣本做適度的調整以合乎我國一般家庭之現況。
3. 瞭解青少年家庭關係中, 父母的何種表達會引起子女產生正向的情緒。
4. 瞭解青少年家庭關係中, 父母的何種表達會引起子女產生負向的情緒。

## 三· 名詞界定

1. 情緒表露行爲: 父母對子女所表現之特別的情緒、態度、行爲。
2. 五分鐘演說樣本: 即是把案家在五分鐘之內對其一家庭成員所作的演說樣本中所流露的情緒、感覺和態度給予標明。演說的內容和語調都要列入分析考慮。這套系統現階段由三個項目組成(1)最初的敘述, (2)關係, (3)情緒類別和表達。
3. 國中輔導室之收案學生: 國中學生因有不適應行爲或偏差行爲需定期至輔導接受輔導者。



## 貳、研究方法

根據本研究目的與文獻探討，擬定研究對象、資料收集及分析的方法。本章分為四部分：(一)樣本敘述；(二)資料收集的方法；(三)資料收集的步驟；(四)資料分析的方法；於下呈現之。

### 一· 樣本敘述

本研究之訪問對象為台北市某國中輔導室收案之十名學生，男女各五名及其家長；以三年級學生為主，不足者以二年級學生遞補。由於該輔導室收案學生中，女生不足五人，且研究期間一名學生因身體狀況不佳無法接受訪問，並有數位家長拒訪，而造成研究對象之流失。因此本研究之訪問對象共得學生九名，家長十一名；學生九名中，男生六人、女生三人，而三年級七人，二年級二人；家長十一名中，父親五人，母親六人。

學生及其家庭狀況之簡述見表1。

### 二· 資料收集的方法

#### (一) 家長部分

根據吳就君之「中國人家庭情緒表露行為評估量表使用手冊草稿」進行資料收集，收集的過程需注意下列事項：

#### A、環境

會談室裡只能容納訪問者和父母，不可有其他人在場（父母分別進行），免得案家覺得拘束、分心或疲憊干擾。若在案家的家中進行會談，為了減少干擾，應要求案家在五分鐘的施測期間把電話插頭拔掉。減少打岔或干擾有助於資料的一致性、正確性。

#### B、設備

訪問時，必須有下列設備：

- 1.性能優良的錄音機。
- 2.麥克風(可夾在衣襟的小的分離型麥克風可產生最佳效果,經常檢查麥克風的電池)。
- 3.定時表

每次施測之前，務必對各項設備加以試驗。在佈置會談室時，把該項研究的名稱和該家庭的編號錄進該卷錄音帶的開端。施測一開始，在對父母進行講解說明的时候，就開始錄音。

用定時錶或數字錶計時可產生最正確的結果。父母談話五分鐘是一個要點。如果父母無法持續五分鐘的談話，即使訪問者已做了適當的提示而父母依然沈默，錄音機還是要維持運作，直到時間終了。附有鈴聲的計時器不可使用，因為它可能會驚嚇案家。

#### C、逐字說明

為了確保資料的一致性，務必如下所述，一字不差地對案家加以說明：

「我想請你用五分鐘的時間，談談你覺得『阿忠』是個什麼樣的人？他和你相處（

表 1：學生基本資料

學生代號	性別	問題簡述	基氏人格測驗		系列學業性向測驗		父母教育程度 (註)	家庭狀況
			類型	原始分數	百分等級			
C01	男	上課不專心、好動、打架 屢勸不聽、注重外表	D	47	13	<u>P01·1</u> 小學 <u>P01·2</u> 小學	與父母不常交談； 與父親關係較好。	
C02	男	喜出風頭、不愛讀書、 上課搗蛋不服從	B	36	1	<u>P02·1</u> <u>P02·2</u>	與母親相處較好； 和父親很少說話。	
C04	男	上課睡覺、打架、疑吸食 安非他命(未證實)	B <sup>-</sup>	56	30	<u>P04·1</u> 初中 <u>P04·2</u> 小學	父母親只用金錢關心， 少有實際行動；與父母 相處時間不多；和母親 時有爭執。	
C05	男	逃課、打電動、推諉責任 、有偏差觀念	B	30	1	<u>P05·1</u> 初中 <u>P05·2</u> 小學	父母對其不良行為甚表 關切；平時對其頗為寵 愛。	
C06	女	逃學、遲到、上學不專心	C	35	6	<u>P06·1</u> 小學 <u>P06·2</u> 小學	父親常酒後回家鬧事， 無故打罵家人；與母親 無所不談，相處甚佳。	
C07	女	偷竊、更改成績、 人際關係欠佳	E	43	7	<u>P07·1</u> 初中 <u>P07·2</u> 小學	母親以權威方式管教， 責罵時口氣甚重，常拿 別人與其比較；與父親 關係較佳。	
C08	女	偷竊、撒謊、改成績	B <sup>-</sup>	59	52	<u>P08·1</u> 大學 <u>P08·2</u> 高中	四歲前與祖母同住，祖 孫感情甚佳；祖母和父 母對其管教態度相差甚 大。	
C09	男	衝動暴躁、打架、推諉責 任、與同學相處不良、破 壞同學物品、拿同學物品 、突然抱住同學親吻、適 應不良、不交作業	B <sup>-</sup>	38	4	<u>P09·1</u> 小學 <u>P09·2</u> 初中	父母平時與其關係良好 ；但父親處理其不良行 為甚為嚴厲。	
C10	男	無意學習、不交作業	E <sup>-</sup>	31	1	<u>P10·1</u> 小學 <u>P10·2</u> 初中	父母離婚，自小與祖父 母同住。	

註：本欄中，代號之小數點後數字“1”表父親，“2”表母親；代號下劃“\_\_\_\_\_”表接受訪問者。

例：P01·1表示為C01之父親且接受本研究之訪問。

門陣)時怎麼樣?請你用五分鐘的時間來敘述。這期間我不會打斷你講話(插嘴),也不會向你發問,完全由你儘量描述,五分鐘時間到了,我會告訴你。這樣你有問題問我嗎?……如果沒有的話,我們就開始。」

註:『阿忠』為其子女姓名;( )內為台語譯

#### D、會談之前如何處理受試者所問的問題

1. “你要我告訴你什麼?你希望我從阿忠小時候開始談起嗎?”

回答:“關於阿忠的人以及與你的相處情形,主要是你的想法和感受說出來是很重要的。”

2. “我想知道我女兒現在情況如何。”

回答:“這個問題由跟你女兒比較接近的人來回答可能更合適。不過,等會談結束之後,我們也可以談一些。”

#### E、會談過程中如何處理發問

1. “我這樣說對嗎?”

回答:說“很好”或點頭。點頭比較恰當,因為較不易使對方分心。

2. “我還剩多少時間?” 回答:“還有兩三分鐘。” “大約一分鐘。”

註:不要告訴父母確實還剩多少時間,因為這會引起他的焦慮。

3. “你要我繼續談他的事嗎?”

回答:“請再告訴我幾分鐘有關阿忠的任何事情。”

#### F、會談過程中如何處理各種狀況以及應注意事項

- 1.如果五分鐘未結束而父母停止說話

行動:在提示前先等30秒,因為父母通常會繼續說下去。

如果有必要,提示父母一次,說法如下:

“請再告訴我幾分鐘有關阿忠的任何事情。”如果受訪者仍不說話,就讓五分鐘過去,然後再關掉錄音機。

- 2.如果會談期間受訪情緒失控開始哭泣

行動:會談結束後在錄音帶上寫下“情緒展現”。完成家庭評估之後,在錄音帶上寫下想附加說明或澄清的話。

- 3.如果五分鐘之後父母繼續說話

行動:五分鐘一到就關掉錄音機,但是讓父母繼續說下去。

- 4.把父母實際說話的時間記在錄音帶上。

#### G、訪問者不可出現的行為

- 1.父母說話的時候,不可說任何話,連“嗯”也不可以。

- 2.當父母說話時避免看著他,假裝忙著看資料做記錄等等。不要以任何形式打擾父母。有些父母會覺得缺乏眼光接觸很難受,這時候少量的眼神接觸可以減少父母欲言又止的情況。

## (二) 學生部分

以個別會談方式，給予學生題目以引導其發言，會談過程中並予以錄音、記錄。題目如下：

在你的記憶中，父母曾對你說過的話或做過的事，有那些讓你印象最深刻？為什麼？

(若學生之回答屬正向情緒反應事件，則續以正向情緒導向的題目，再進行負向情緒導向的題目；若學生之回答屬負向情緒反應事件，則續以負向情緒導向的題目，再進行正向情緒導向的題目。)

### A. 正向情緒導向的問題

1. 在你的記憶中，父母有那些語言或態度，讓你覺得很高興？為什麼？你覺得當時你有多高興呢？如果用1、2、3、4、5,五個數字表示你高興的程度，1是最輕微，5是極度高興，你會選那個數字？
2. 在你的記憶中，父母有那些語言或態度，讓你覺得很感動？為什麼？你覺得當時你有多感動呢？如上題，1是最輕微，5是極度感動，你會選那個數字？

### B. 負向情緒導向的問題

1. 在你的記憶中，父母有那些語言或態度讓你覺得很難過？為什麼，你覺得你當時有多難過？如果用1、2、3、4、5,五個數字表示你難過的程度，1是最輕微，5是極度難過，你會選那個數字？
2. 在你的記憶中，父母有那些語言或態度，讓你覺得很生氣？為什麼？你覺得當時你有多生氣呢？如上題，1是最輕微，5是極度感動，你會選那個數字？
3. 在你的記憶中，父母有那些語言或態度讓你覺得很害怕？為什麼？你覺得你當時有多害怕？如上題，1是最輕微，5是極度害怕，你會選那個數字？

### C. 你覺得你和父母相處的情形如何？

## 三· 資料收集的步驟

八十二年七月底經北市某國中輔導室之協助，取得該室收案之十三名學生及其家長之通訊電話、住址，其中十名三年級學生，三名二年級學生。分別擬好致家長及學生之信函，如附錄三。於八月中旬先寄給十名三年級學生及其家長，再經電話聯絡後進行訪問。但有二位學生之家長無法取得聯絡，故以二名二年級學生遞補，計得十名學生，三年級八名，二年級二名。八月二十四日至九月三日完成家長的訪問部分，而學生部分則於九月六日至十一日（國中開學的第二星期期間），利用學生在校之自習課時間進行會談。一名三年級學生於此期間因身體狀況不佳而請長假在家休養，並且其家長堅決拒絕該生接受訪問，故而判定為個案流失，共計訪問家長十一人，學生九人。所有訪問內容（含家長、學生）均錄音記錄，九月中旬至十月初將所有內容騰稿，並輸入電腦。

## 四· 資料分析的方法

### (一)家長部分

收集的資料依據「中國人家庭情緒表露行為評估量表使用手冊草稿」(吳就君, 民82)從三方面進行評估:最初敘述的評估,關係的評估,情緒類別和表達的評估。情緒類別在本研究分為批評:包含批評、生氣、抱怨、無奈/無力感、拒絕,且強度在3以上者(包含3);不滿意:包含批評、生氣、抱怨、無奈/無力感、拒絕,且強度在3以下者;情緒過度介入:包含過度保護、情緒展現、態度表白、正向短評、關心、過度介入、擔心、宿命且強度在3以上者(包含3)。情緒類別在強度的評估方面,以1、2、3、4、5,五個數字為指標,將引起情緒反應的語句、事件與研究者生活經驗中所觀察到之非收案學生家庭中的父母對相同語句、事件之情緒反應做比較,其中尤其是視談話者之聲調、語氣,而給予強度上的區分。情緒類別中除高興/喜歡此正向情緒類別不列入最終評估,其餘之情緒類別在若出現二次且其強度均達3以上(包含3),或出現一次且其強度達4以上者(包含4),即評為高情緒表露(H E E)。(參看附件一)

例如:「功課好不好是另外一件事,交朋友都要慎重喔以後才不會人家騙了還是怎樣」是強度為1的擔心;「我國校畢業他現在讀的書喔根本我看都看不懂啦,我怎麼問」是強度為2的無奈/無力感;「他不是說不會讀,給他補習也不補啊」是強度為3的抱怨,「我兒子到十點多才回來,要怎麼出門,摩托車如果給他騎去我就不用動了」是強度為4的抱怨;「就換他給我親啦」是強度為5的高興/喜歡。

### (二)學生部分

將訪問所得資料中的語句、事件依發問的五個情緒類別:高興、感動、生氣、難過、害怕,依序列出並標明強度於每一語句或事件之後。並且藉由每名受訪學生之人格測驗、性向測驗之結果及訪問學生導師的談話內容,加以訪問者於訪問期間之觀察,以期更能確切描述學生之特質。

## 參·研究結果

### 一·個案分析

呈現方式是按照個案依下面的結構一一分析呈現。

- (1)學生背景資料:包含學生的基氏人格測驗、系列學業性向測驗以及與學生及其導師、家長談話所得的資料。
- (2)家長五分鐘談話樣本之分析

#### (一)個案一 <C01>

- (1)C01的基氏人格測驗屬典型D型人格,為情緒安定、社會適應普通、活動的、積極的、外向的性格。這類型的人能勝任一般的管理工作,故稱為指導型(Director type 簡稱D型)。這種性格的人在學校內不會是問題學生,而是班級內的領導者。但因

C01活動性較強，因此較好動，偶爾會和人打架，而從其父親及導師的口中以及與其的訪談中可知，這位學生的本性很善良，對人也不錯，只是比較好動、調皮搗蛋、上課不專心而已，沒有什麼大問題，不致於令人太頭痛。

這位學生會成為輔導室收案的學生，主要是由於其上課不專心且屢勸不聽，根據其系列學業性向測驗的結果，顯示其一般的能力較同年級的男生為低。

在家中與父母不常交談；與父親關係較好。

(2)受訪者：父親<P01.1>

教育程度為小學，開砂石車為業，與C01交談的時間不多。

演說樣本分析結果於第37頁。

(二)個案二 <C02>

(1)C02的基氏人格測驗屬典型B型人格，為情緒不穩定、社會不適應、活動的、外向的性格。由於這種不穩定、不適應的人格直接表現於外，故容易產生反社會的行為。倘若環境不好，就容易走入犯罪的趨向，故這類型為暴力型（Black list type簡稱B型）C02目前尚無暴力傾向，但上課時非常喜歡搗蛋、愛出風頭、帶頭起鬨、不服從規定，使老師無法正常教學，故而送至輔導室予以輔導。

根據這位學生的系列學業性向測驗的結果，顯示其一般能力較同年級的男生低很多，故不愛讀書，但其本性不錯，會想表現自己以獲得注意，若能給其適當的表現將會有較佳的成就。

在家中與母親相處較好；和父親很少說話。

(2)受訪者：母親<P02.2>

過去為職業婦女，而後知道孩子常在學校搗蛋做怪，故辭職專心做個家庭主婦，努力用心地增進親子關係。

演說樣本分析結果於第38頁。

(三)個案四 <C04>

(1)C04的基氏人格測驗屬B型的準型，即其人格特徵接近典型B型人格，傾向於情緒不穩定、社會不適應、活動的、外向的性格，亦容易產生反社會的行為。從其導師口中得知C04的心眼很小，喜歡斤斤計較；很羨慕別人；瞧不起其母親；定力差，若做錯事被抓到會很努力地懺悔，但是一離開後，不久便又恢復原來的模樣；並且對於上學是想上就到學校上課，不想上便藉故不到學校，即使到學校，上課時間都在打瞌睡，其導師懷疑可能是吸毒所造成，但尚未證實。

根據C04的系列學業性向測驗的結果，顯示其一般能力較同年級的男生低一點。而這位學生國一時成績不差，但到了國二便開始不學無術，問題行為亦開始增多，此現象似與其家庭及交友情形有關。

在家中與父母親相處的時間不多；和母親時有爭執。

(2)受訪者：父親<PO4.1>

教育程度為初中，以水泥工為業，但主要之金錢來源為販毒，且經常在外面享樂，

P01.1 五分鐘演說樣本分析

行 數	五 分 鐘 演 說 樣 本 內 容	評 估	強 度	次 數	說 明
1-2	自從這個C01 喔出生以來啦，真真的叫做有有四個字形容，叫做調皮搗蛋啦。	中性之最初敘述			語氣平順地陳述事實
15-21	像這個暑假他也是自己自願去打工，所以說這個孩子說，本性喔我還是說，生他以後，我還是覺得很安慰，所以說現在有時候我像現在每天晚上啊，我都要睡覺的時候，一定叫他喔叫他給我馬、好像說馬殺雞就對了，我才能夠睡覺，他我很尊敬他，他也很尊敬我們啦，我們一家人就對，所以說這個孩子還算說嗯本性很善良就對了，我覺得就是說希望他將來也是這樣繼續最好，	滿意／貼心	3	第一次滿意／貼心	
24-27	啊有時候他說他不曉得怎麼做啊，做功課有的不曉得要問我，啊我怎麼辦，因為我國校畢業他現在讀的書喔根本我都看不懂啦，我怎麼問，我只說可以督促他說，啊要做功課要看書而已啊，	無奈／無力感	2	第一次無奈／無力感	語氣感歎
<p>最終評估:此樣本演說含一個強度 3 的滿意／貼心及一個強度 2 的無奈／無力感之表達，故P01.1為低情緒表露。(LEE)</p>					

P02.2 五分鐘演說樣本分析

行 數	五 分 鐘 演 說 樣 本 內 容	評 估	強 度	次 數	說 明
1	<笑>因爲他頭先不乖噃喔，不然我兒子是都沒有，沒說。	中性之最初敘述			帶有條件的敘述
3-4	我就會一直想說啊要儘量和小孩子相處喔，看是否孩子說這樣較較、和我們好像較同心這樣哪，	關心	2	第一次關心	
6-7	啊那相處之時就好像這樣子，有時候會愛開玩笑啦，啊好像這樣、好像好像這樣好像朋友這樣在聊天這樣，	中性之關係		第一次關係	不確定的語氣
8-9	啊所以我們我們在相處也也是這樣好像趣味趣味這樣那個，	中性之關係		第二次關係	不確定的語氣
11-20	因爲他前幾天生日嘢，啊我頭先沒跟他說喔，啊沒跟他說他就我就拿錢，我想說把他這樣好像說本來不要訂蛋糕，不是啦，本來要訂蛋糕，啊後來沒訂，因爲太晚了，所以我就拿一百塊給他，啊他就覺得說哪很奇怪耶，啊我怎麼會拿錢給他啦，啊我在跟他說他就跟我說啊媽媽你拿一百塊給我做什麼，啊我跟你說我一百塊給你，那有什麼？他就跟我說一定有原因的喔，啊他就猜猜猜，猜到最後說啊我我今天生日是否這樣啦，那他那時候他一直在猜啦喔，啊我向他的嘴巴親一下這樣啦喔，啊他就跟我說耶媽媽我想看看啊對我今天生日的樣子，啊我就說對啦啊他就給要那雙溜冰鞋喔，啊所以說喔就換他給我親啦，	高興／喜歡	4-5	第一次高興／喜歡	表現出愉悅、歡欣的表情，且聲調上揚
29-31	我都很怕他去吃那安非他命啊什麼有的沒有的，所以我怕他這樣喔，我都會儘量把他這樣好像說說讀書好像說我沒有很勉強他要讀很好這樣啊，只要不做壞孩子就好了，	擔心	1-2	第一次擔心	語氣及表情顯示出擔心的情形不明顯
<p>最終評估：此樣本演說含一個強度 4 以上的正向高興／喜歡、一個強度 2 的關心及一個強度 1 - 2 的擔心之表達故 P02.2 爲低情緒表露。(L E E)</p>					



很晚才回家，故與C04相處的時間不多；對C04只用金錢關心，少有實際行動。

P04.1 五分鐘演說樣本分析

P04.1 五分鐘演說樣本分析

行 數	五 分 鐘 演 說 樣 本 內 容	評 估	強 度	次 數	說 明
1-2	因為這個C04這個孩子現在喔，已經讀國中二年級了，現在他這個變化喔，很大啦！	中性之最初敘述			語氣平順地陳述事實
最終評估：此樣本演說只含中性之最初敘述，無其他情緒表露，故P04.1為低情緒表露。(LEE)					

受訪者：母親<P04.2>

教育程度為小學，亦為水泥工人；晚上常騎機車出去玩，故與 C04相處的時間不多，對C04也只用金錢關心，少有實際行動，且時有爭執。

演說樣本分析結果於第40頁。

(四)個案五 <C05>

(1)C05的基氏人格測驗屬典型B型人格，為情緒不穩定、社會不適應、活動的、外向的性格。從其導師口中得知這位學生很容易衝動，只要有人稍微欺負他，便會極力反抗。

根據C05的系列學業性向測驗的結果，顯示其一般能力較同年級的男生低很多，故對課業無興趣，不願意讀書而逃課。但升上國三後只逃過兩次課，都是第八節的課後輔導，逃課情形改善很多。其導師表示，這位學生的問題行為改善很多，因為其家庭很關心他且平時頗為寵愛，對其不良行為甚表關切，因此其行為改善都是為了家庭。

(2)受訪者：父親<P05.1>

教育程度為初中，對於唯一的兒子頗為寵愛，亦很保護其家人。

演說樣本分析結果於第41頁。

(五)個案六 <C06>

(1)C06基氏人格測驗屬典型C型,為情緒穩定、社會適應良好、不活動、內向的性格。換句話說是很乖的、不發生問題的人，故稱為鎮靜型(Calm type簡稱C型)。這類型的人較穩定、冷靜，但也較消極、被動。

研究者亦認為C06滿乖的。

P04.2 五分鐘演說樣本分析

行數	五分鐘演說樣本內容	評估	強度	次數	說明
1	阮C04喔對我來說他很……他很 很孝順我沒錯。	中性之最初敘述			
1-2	性他比較壞，他性比他還壞，	批評	4	第一次批評	加重語氣
6-8	真的要，而要天揮好樣他 今發就這跟 你己樣話有 說自這句沒 真你，一也 一法煩這麼 我辦麻說什 的有我他 真看找跟沒， 的你要，我樣 真眼不嚙已求	拒絕	4	第一次拒絕	聲調上揚
9-11	我較少，這 兒說我樣 是話們要 這，都怎 樣因在麼 很為睡配 和上他， 我都不 配出回 合去來 ，啊啦	抱怨	3	第一次抱怨	語氣稍重
12-14	男啦，孩子，不要說說爲不 可，信女，要對 能，否孩會是， 和，子去老啊 你就喔會母哪 老有有找個孩 母什啦老都子 說麼，母這是 話，女說樣不	無奈/失落	4	第一次無奈/失落	語氣感歎 且認命
16-19	我老，生我女也孩再是 我囉說，個生男能掉 母我那兒孩是肚生是 一再麼瘦耶男耶啦男 直生多她，孩，孩 叫也要本結，是我， 我是做來果因啊頭 說男什要都爲，一 生孩麼二男我我個 一耶，個孩這們就 個啊對男，一是流 女，不孩她邊不一	宿命	3	第一次宿命	語氣感歎
19-21	啊他他，我上回怎 哪晚才要 兒出來麼 子去啦配 很回，合 少來他， 和，要 我怎 在們麼 說在樣 話睡說	抱怨	3	第二次抱怨	語氣稍重
22-24	我麼我看啊 兒出就到，昨 子門不，他晚 到，用他晚 十摩動現也 點托了在沒 多車，就回 才如對和來 回果否女， 來給，孩 ，他你子 要騎沒在 怎去有瘋	抱怨	4	第三次抱怨	語氣更重
24-26	啊說老說 我話母這 才，在如對也 在如對也 兒有對辦 說果不沒 在如對也	無奈/失落	3	第二次無奈/失落	語氣感歎
28-29	要而不可 然，他的 怎樣說事 ，要情 做靠啦 老兒， 母子， 是我， 這說 樣是	無奈/失落	4	第三次無奈/失落	語氣感歎 且認命
29-31	兒已對已 我妻， 們，嚙 要嘍我 是就說 把沒真 他的吧 養我 到，的 大的這 ，事樣 自，而	宿命	3	第二次宿命	語氣感歎
<p>最終評估：此樣本演說含一個強度4之批評、一個強度4的拒絕、三個強度3以上的表達，故                  P04.2為三個高批評與情緒過度介入情緒表露。(H E E)</p>					



根據C06的系列學業性向測驗的結果，顯示一般能力較同年級的女生低很多，又因其為免試升學班的學生，故對於讀書不是很認真，因此上課不專心、愛打瞌睡。從其導師口中得知，C06升上三年級後尚未逃過學，過去會逃學、蹺家是因其父親喝完酒回家會打小孩出氣，故害怕而逃離。

在家中與母親無所不談，相處甚佳；但很害怕其父親。

(2)受訪者：母親<P06.2>

教育程度為小學，與C06相處甚佳，無所不談。

演說樣本分析結果於第43頁。

(六)個案七 <C07>

(1)C07的基氏人格測驗屬典型E型，為情緒不穩定、社會不適應、不活動的、消極的、內向的性格，情緒上偏向怪癖的趨向，故稱為怪癖型(Eccentric type簡化稱E型)。這種人的意志薄弱，自我軟弱(Ego-weakness)。因為不穩定、不適應的情緒不向外發洩，而有自責、自罰的傾向。

故很容易造成精神症徵候。從其導師的口中與C07的談話中，可以很明顯地知道C07不太敢和別人說話，更不願將心裡的話說出來，很沈默，且從C07的眼神及表情可以感受到一股強烈的怨恨之氣，似乎對所有的事情感到不滿。

根據C07的系列學業性向測驗的結果，顯示其一般能力較同年級的女生為低，因成績不好，故而更改成績（此成績是給父母看的）。

從其導師口中得知，這位學生升上三年級後尚未有偷竊行為，且也無更改成績的情形出現，以前會有這兩種情形與其母親有關。在家中與父親關係較佳；不太願意與母親交談。

(2)受訪者：母親<P07.2>

教育程度為小學，開小餐聽；以權威方式管較C07，責罵時口氣甚重，常拿別人與其比較。

演說樣本分析結果於第44頁。

(七)個案八 <C08>

(1)C08的基氏人格測驗屬B型的準形，即其人格特徵接近典型B型人格，傾向於情緒不穩定、社會不適應、活動的、外向的性格。亦容易產生反社會的行為。從其導師口中得知，C08不僅自己偷竊，亦會帶同學一起去偷，雖然不是什麼貴重物品，但是此種行為已被發現好幾次，似乎已成為一種習慣，且明知如此的行為是錯的，卻仍然照做；至於升上國三後，是否還有偷竊行為，C08自己說沒有，但導師並未真正去查，且C08有撒謊的記錄，因此無法確定有無改善。

根據C08的系列學業性向測驗的結果，顯示其一般能力與同年級的女生相同，其成績不差，之所以會有改成績的行為（此成績是給父母看的），是與其父母有關。

從其導師的口中得知，C08在國二時，為了防止導師與其家長溝通，從一開學便使用兩本聯絡簿，一本給導師看，另一本給家長看，而導師或家長藉以聯絡簿與對方溝

C06.2 五分鐘演說樣本分析

行 數	五 分 鐘 演 說 樣 本 內 容	評 估	強 度	次 數	說 明
1	欸C06她是本身就是很好好動， 很愛交朋友。	中性之最初敘 述			語氣平順 地陳述事 實
7-9	我是覺得說她功課好不好都是 另外一回事，就是說交朋友都 要慎重喔以後才不會被人家騙 了還是怎樣，	擔心	1	第一次擔 心	語氣平順
9-10	她跟相處是，我們母子是很談 得來啦，只是有時候我就是氣 她說，〈嘖〉，都喜歡往外跑 ，對功課都不很專心，	中性之關係			語氣平順
9-10	只是有時候我就是氣她說，〈 嘖〉，都喜歡往外跑，對功課 都不很專心，	不滿意	1	第一次不 滿意	語氣平順
14	啊她那隻嘴巴很甜，〈笑〉	高興／喜歡	2	第一次高 興／喜歡	笑得很開 心
27-28	平常我跟她相處就是說我們母 子她就是說她有什麼話啊，有 什麼事她都會跟我講，	正向之關係			
<p>最終評估：此樣本演說含一個強度1的擔心、一個強度1的不滿意、一個強度2的高興／喜歡及正向關係之表達，故P06.2為低情緒表露。(L E E)</p>					

P07.2 五分鐘演說樣本分析

行 數	五 分 鐘 演 說 樣 本 內 容	評 估	強 度	次 數	說 明
1	喔我跟女兒喔的中間我跟她的，說起來也是有有一陣代溝啦。	中性之最初敘述 中性之關係			語氣平順地陳述事實
6	到現在目前為止還是有一種代溝，	不滿意			
6-8	我每次講她什麼話，臉臭臭的啊，捧著一個臉給我看，我說好，我叫妳爸爸回來，跟妳爸爸講，	不滿意	2	第一次不滿意	語氣稍重
14-18	有一點孤僻的個性，沒有辦法說接受人家的意見，你現在她如果怎樣做錯，我們講她的話，她不會去接受，她都一直說，她認為說我沒有做錯，我應該是對的，你做錯，<比手勢>，這樣子，反正她沒辦法去接受人家的意見就對了，	不滿意	2	第二次不滿意	
19-21	我每次講她，我說你的智商啊差不多只有五年級啊，真的實在實在講說五年級的智商，輸我兩個兒子，讀書又不會，品性又不好，	批評	4	第一次批評	語氣強烈、強調
21-22	我現在就是說那個，現在小孩子喔真的實在，很難管，	抱怨	2	第一次抱怨	
26-28	我跟她相處也是<嘖>要怎麼講，她，她很沒有辦法跟我跟我單獨在聊天，根本沒有辦法跟我單獨在聊天，	負向之關係			語氣加重
28-29	因為她的思想她的想法還很低的想法，輸我那個四年級的兒子，我兒子我講什麼他聽得懂，可是我跟她講什麼她聽不懂，	批評	3	第二次批評	語氣加重
30	比較沒辦法跟她說，溝通什麼事情啦，	負向之關係			
<p>最終評估：此樣本演說含二個強度2的不滿意、一個強度2的抱怨、二個強度3以上之批評及負向關係之表達，故P07.2為高批評情緒表露。(H E E)</p>					

通時,C08都自行代答,直到導師與家長利用電話溝通時才知道已被蒙騙近一個學期;至於到了國三是否還有此種情況,因導師尚未直接與家長溝通,故無法確定。因C08四歲以前與其祖母同住,故與祖母感情甚佳;但祖母與父母親對其管教態度相差甚大,因而造成相當大的困擾。

(2)受訪者:母親<P08.2>

教育程度為高中,對C08之功課要求很嚴,對其成績要求很高。  
演說樣本分析結果於第46頁。

(八)個案九 <C09>

(1)C09的基氏人格測驗屬B型的準型,即其人格特徵接近典型B型人格,傾向於情緒不穩定、社會不適應、活動的、外向的性格,亦容易產生反社會的行為。從其導師口中得知,C09衝動暴躁、常打架且出手很重不會控制力氣、拿取或破壞同學物品、且有突然抱住某位男同學親吻的行為,因此與同學相處不良,而且有推諉責任、適應不良的情形。至於到了國二,尚未打過架,但是會想和同學玩,若該同學不願意,則會努力抓著對方不放,因此有同學的手臂、臉被抓傷;故與同學相處情形仍不良。

根據C09的系列學業性測驗的結果,顯示其一般能力較同年級的男生低很多,故無心學習,不交作業。

C08常常心不在焉,將心思放在同一件事上的時間不長,無法專心。

(2)受訪者:父親<P09.1>

教育程度為小學,平時與C09的關係良好,但處理其不良行為甚為嚴厲。

P09.1 五分鐘演說樣本分析結果於第47頁。

(3)受訪者:母親<P09.2>

教育程度為初中,平時與C09的關係良好。

演說樣本分析結果於第48頁。

(九)個案十 <C10>

(1)C10的基氏人格測驗屬E型的準型,即其人格特徵接近典型E型人格,傾向於情緒不穩定、社會不適應、不活動的、消極的、內向的性格。且意志較薄弱,自我較軟弱。

從其導師口中得知,C10較其他人安靜、沈默些,但無任何問題行為,將其送至輔導室的主要原因是其無意學習、不交作業。

根據C10的系列學業性向測驗的結果,顯示其一般能力較同年級的男生低很多,所以無意學習、不交作業。

C10自小與祖父母同住,因此與祖父母的感情較佳,又因父母親離婚,故對於父母親的認識不多。

(2)受訪者:父親<P10.1>

教育程度為小學,因為C10不是自己撫養,故對其認識不多。

演說樣本分析結果於第49頁。

P08.2 五分鐘演說樣本分析

行 數	五 分 鐘 演 說 樣 本 內 容	評 估	強 度	次 數	說 明
1	就是說C08就是說比較那種個 性，就是說比較不愛講話啦	中性之最初敘述			
5-6	我跟她相處的情，就比較慢， 一驗，逆第，第二個，就比不	中性之關係			沒說有真正 說情出相處 形
15-18	那我們，現需是說慢慢配 含有，她不，在的需說慢慢配 ，要給她就，我，有，說，的，慢，慢，配 ，給她就，我，有，說，的，慢，慢，配	過度保護	2	第一次過度保護	語氣稍重
23-28	就好好，像說求，趕就快，好學那 ，就想麼學子像說在，急急	過度介入	2-3	第一次過度介入	揚聲語度自求很 上緩其態出要兒 調後由及示仍女 聲而，氣顯前其嚴
40-42	整成個，整掉個，成來功，一 ，整成個，整掉個，成來功，一	過度介入	2-3	第二次過度介入	聲調上揚
42-45	可你，扯到始在，她我，壞後了有 ，就愈了看也，叛讀直，來看，	中性之關係			
47-51	以緊就，前張放，說是不書，在 ，就愈了看也，叛讀直，來看，	過度介入	2-3	第三次過度介入	揚聲語度自求很 上緩其態出要兒 調後由及示仍 聲而，氣顯前意
53	她是，也是，是很能幹的人哪	正向短評		第一次正向批評	語氣肯定

最終評估：此樣本演說含一個正向短評、一個強度2的過度保護及三個強度2-3的過度介入之表達，故P08.2為低情緒情緒表露。(LEE)



P09.1 五分鐘演說樣本分析

行 數	五 分 鐘 演 說 樣 本 內 容	評 估	強 度	次 數	說 明
1-2	他就是從小，從他三、嗯三歲以後，就開始就，他的個性上面就好像，比較<嘖>好一個屬於比較外向，啊好動。	中性之最初敘述			語氣平順地陳述事實
9-11	每次我們做、說什麼事情，他總是在隔天就忘掉，忘掉一切，啊然後就必須每天盯、盯著同樣、同一件事情，就必須要每天每天講，每天去揍他他才會去做，	過度介入	4	第一次過度介入	語氣加重
12-14	我在想說是不是，像嗯人人說，“牽到北京也是牛”，講不聽啦，啊就必須每天用鞭子抽著他他才會去做嗎？	無奈／無力感	3	第一次無奈／無力感(批評)	語氣感歎
39	總是都是不吭不氣的啦，	無奈／無力感	3-4	第一次無奈／無力感(批評)	語氣感歎
<p>最終評估：此樣本演說含一個強度 4 的過度介入及二個強度 3 以上的無奈／無力感（批評），故P09.1為 情緒過度介入之高情緒表露。(HEE)</p>					

P09.2 五分鐘演說樣本分析

行 數	五 分 鐘 演 說 樣 本 內 容	評 估	強 度	次 數	說 明
1	就是他平常在家的話，還滿乖的啦。	中性之最初敘述			
1-3	啊就是如果一出去外面的話，就開始調皮搗蛋的去蠻牛（閩南語），帶出去的話就滿給我們這樣子很操操心這樣子，	擔心	2	第一次擔心	語氣平順
3-4	有時候我就跟他講話的時候，他就不聽啦，就、聽、我講我的，他聽他的啦，	無奈／無力感	2	第一次無奈／無力感	語氣平順
14-16	他有時候會做一些事啊被我們生氣啊，啊在跟他講的時候愛理不理的啦，我們被、很被我很生氣那樣子啊，	不滿意	2	第一次不滿意	語氣平順
17-18	啊在家有時候他爸爸不在啊，我講、我講的啊，他根本愛理不理的，	無奈／無力感	3	第二次無奈／無力感	語氣稍重
<p>最終評估：此樣本演說含一個強度 2 的擔心、一個強度 2 的不滿意及二個強度 3 以下的無奈／無力感之表達，且關係為中性，故 P09.2 為情緒過度介入之高情緒表露。（L E E）</p>					

P10.1 五分鐘演說樣本分析

行 數	五 分 鐘 演 說 樣 本 內 容	評 估	強 度	次 數	說 明
1	他從小就在他外婆她那裏，他 外婆在養他嘛他、她照顧他嘛 。	中性之最初敘 述			語氣平順 地陳述事 實
4	覺得很乖啊，	正向短評		第一次正 向短評	
23	就是老實啦，	正向短評		第二次正 向短評	
<p>最終評估：此樣本演說只含中性的最初敘述及二個正向短評，故P10.1為低情緒表露。 。（LEE）</p>					

二．父母引起子女不同情緒反應的表達方式

將訪問所得資料中的語句、事件綜合歸納為各情境，如下：

(一)會引起子女高興、感動等正向情緒反應的情境有：

- (1)父母滿足子女提出之要求；
- (2)父母主動給予子女物品、金錢；
- (3)父母給予子女意外的驚喜；
- (4)父母對於子女的良好行為給予正向回饋；
- (5)父母允諾給予子女好處；
- (6)父母不吵架；
- (7)父母對子女有所要求；
- (8)父母說話時語氣溫和；
- (9)父母在其他子女面前誇讚其表現良好；
- (10)父母給予獨處的時間；
- (11)父母帶全家出去玩；
- (12)父母表現出關心子女的言行；
- (13)父母對子女吐露出為人父母對家庭的責任。

表 2：家長五分鐘演說樣本分析結果

	最 初 敘 述	關 係	高 興 、 喜 歡 #	情 緒 展 現	正 向 短 評 #	貼 滿 心 意 #	關 心 #	態 度 表 白 #	過 度 保 護 #	過 度 介 入 #	無 奈 無 力 感 #	宿 命 #	擔 心 #	批 評 #	不 滿 意 #	抱 怨 #	麻 煩 #	拒 絕 #	情 緒 最 表 終 露 評 估
P01.1 父子	O	O (A)		A	1	1 (3)					1 (2)								L
P02.2 母子	O	O	1 (4-5)	A			1 (2)						1 (1-2)						L
P04.1 父子	O	O (A)		A															L
P04.2 母子	O	O (A)		A							3 (4, 3, 4)	2 (3, 3)		1 (4)		3 (3, 3, 4)		1 (4)	H
P05.1 父子	+	O (A)		A	2			3 (2, 3, 4)							2 (2, 2)	1 (2)	1 (1)		H
P06.2 母女	O	+	1 (2)	A									1 (1)		1 (1)				L
P07.2 母女	O	-		A										2 (4, 3)	2 (2, 2)	1 (2)			H
P08.2 母女	O	O		A					1 (2)	3 (2-3, 2-3, 2-3)									L
P09.1 父子	O	O (A)		A						1 (4)	2 (3, 3-4)								H
P09.2 母子	O	O (A)		A							2 (3, 3)		1 (2)		1 (2)				H
P10.1 父子	O	O (A)		A	2														L

註：+ = 正向、O = 中性、- = 負向、P = 出現、A = 未出現、# = 計算次數、而 ( ) 內之數字表示強度。

(二)會引起子女生氣、難過、害怕等負向情緒反應的情境有：

- (1)父母不讓子女做想做的事；
- (2)父母強迫子女做其不想做的事；
- (3)父母失信於子女；
- (4)父母以子女為玩笑的對象；
- (5)父母因子女做不好或做錯事而責罰之；
- (6)父母不顧慮子女的隱私權或自尊心；
- (7)父母干預子女的交友；
- (8)父母批評子女或其重要他人；
- (9)父母威脅子女；
- (10)父母在子女面前表現出不當的行為；
- (11)父母偏心；
- (12)父母誤解子女；
- (13)父母與子女間有利益衝突；
- (14)父母在子女面前表現出對子女的擔憂；
- (15)父母弄壞子女的物品；

## 肆· 研究重要發現

- 1.本研究發現家長五分鐘演說樣本中，「最初敘述」只有一個樣本為正向表達，其餘皆為中性，（參看表2）而在吳就君的「精神分裂症病患家屬情緒表露行為測量工具跨文化比較」研究中亦發現我國的樣本，首句幾乎都是中性，沒有正負向的表達（吳就君，民82，P60）。
- 2.在本研究的家長五分鐘演說樣本中，很少會談到他（她）和他（她）的子女之關係，即使談到他（她）和他（她）的子女之關係，亦沒有明確地表明正負向；而在吳就君教授的「精神分裂症病患家屬情緒表露行為測量工具跨文化比較」研究中亦發現相同，美國UCLA的樣本使用同樣的指導語，結果美國家長表達關係的語言，顯著的比較多我國的樣本很少談及與家人的關係如何（吳就君，民82，P60）。
- 3.本研究中的五分鐘演說評定為高情緒表露的父母之子女較評為低情緒表露的父母之子女傾向於退縮、逃避現實。例如：高情緒表露的父母其子女有下列的情形：  
C04若不想上學便藉故不到學校上課；  
C05對課業無興趣，因不願意讀書而逃學；  
C07不太敢和別人說話，更不願將心裏的話說出來，沈默被動；  
C08怕父母看到其不好的成績而罵她，因此自行更改成績，且有撒謊的記錄；

- C09有推諉責任，適應不良的情形，和同學相處的情形不良。
- 4.本研究的家長五分鐘演說樣本中，沒有一個樣本有情緒展現。〔情緒展現指在會談過程中，案家哭泣或說不出話來。在第一樣本精神分裂症病患的家屬，哭泣的不少。（吳就君，民82，P74）〕
- 5.本研究家長五分鐘演說樣本中P05.1在「態度表白」上，不以我與你之間做直接的溝通的表白，是以第三者的立場敘述，例如：「人家說你自己不管好，你家裡的人你的孩子不管好，……，我們孩子各人的各人教，這樣沒有事」、「國中三年畢業的時候他如果不讀，我也不打算讓他讀，我說沒關係，來給我，來給我幫忙工作，工作是我們自己的，不是給人家、給人家打工的，如果幫別人工作的就沒有用了」；而西方的樣本會很直接地表達出對患者的關愛或願意為患者做任何事情，例如：「我真的很愛我的孩子」、「我會為阿康做任何事」（吳就君，民82，P77-78）。

## 伍．討論與限制

### 一．討論

研究發現，家長容易因受訪者要求錄音感到緊張，甚至拒訪；而且在家長談話五分鐘之時，即使與受訪者有眼光的接觸，但是多位家長在結束五分鐘演說之後表示很不能適應這樣沒有口語回應的談話而感到緊張，無話可說。這一點是研究方法上值得注意的地方。

本研究的結果發現，除PO5.1的演說樣本之最初敘述為正向，其餘均為中性。在吳就君「精神分裂症病患家屬情緒表露行為測量工具跨文化比較」的研究中提到曾中國人在第一句話不會馬上就來個正向或負向的評論，美國人，一般來說在情緒表露上比較直接，中國人則比較含蓄，對指導語語意的了解上，不適用受訪者（許木柱，吳就君；吳就君，民82，P.25）。但本研究訪問過程中，均曾強調「只有兩個問題，第一是你覺得×××（受訪學生）是怎樣的人？第二個問題是你和他相處的情形怎樣？」多位家長在發表五分鐘演說樣本之前，會發問是否真的只有兩個問題且能重述問題，表示他們已經了解。因此研究者認為我國父母對FMSS引導語前兩句的語意了解沒有困難。

我國人在情緒表達方式上的間接，婉轉，點到為止，應該在研究內容分析上特別注意。

本研究十一個家長五分鐘演說樣本中，沒有一個出現哭泣、說不出話來的情緒展現。而在「精神分裂症病患者家屬情緒表露行為測量工具跨文化比較」（吳就君，民82）的研究中，十二位受訪者即有三名出現了情緒展現。研究者認為本研究中，由於訪問是大學四年級學生，年齡和社會歷練皆不足，而且FMSS是在訪問者和家長第一次會面時進行。家長在一個初次見面的環境中，面對年齡和社會經驗，看來較輕的大學生，並不會出現像哭泣、哽咽等屬於弱勢的情緒。而在「精神分裂症病患者家屬情緒表露行為測量

工具跨文化比較」的研究中，訪問者是長期與受訪者有互動，並且可提供受訪者協助的社工人員，因此同樣以FMSS為測量工具，卻在情緒展現上有所差異。

研究結果也發現所有演說樣本中，有關「關係」的描寫並不多，這可能是文化的特性，中國人不把關係當作一個課題來討論，關係是生活的一部分，是「生活的」而不是「談論、表達的」，是發生然後感覺的過程，可以運用卻不能提出來敘述的。（許文耀，吳就君；吳就君，民82，P35）。

再者，他們的子女在學校輔導室收案，父母自覺「沒面子」，對於研究者的來訪，多少有些自我保護。例如：

「其實，我們不是那麼壞的人，我們是喔是兒子比較壞而已，不然你們看我們兩個女兒，也很乖喔，我沒有騙人，我們兩個女兒也很乖我沒騙你，有否，你看我們女兒每一個也很乖耶，人家半工半讀也是耶，學費都是自己交，都是自己交，人家也不是說什麼，非要你拿多少銀兩，她都不用啦我跟你講，真的我跟你講，現在你看我兩個女兒都是這個樣子，人家她們，打工回來，喔，她們現在，都一樣哪！半工半讀就對啊！是這個她們的弟弟就是說這樣說這樣說，就是說喔愛去打那電動，他的電動你看，家裏在用的很多，你看……」

最後值得注意的，此研究樣本取自臺北市工業郊區某國中的收案學生，受訪者的教育程度大部分為初中或小學，經濟收入屬中等。情緒表露行為受到社經、文化、社會環境的影響特別值得注意。（許木柱、吳就君；吳就君，民82）。

## 二．研究的限制

- 1.本研究因限於樣本數少，僅就台北市外圍社區國中輔導室十一名收案學生及其家長進行資料上的收集，且FMSS之情緒類別評估的涵蓋面只限於本研究之所有五分鐘演說樣本中所出現之情緒，因此資料涵蓋面均有限，在推論上有限，仍待進行更多的內容分析與研究。

## 陸．參考文獻

### 一．中文部分

- 1.王淑俐 台北市縣國中階段青少年的情緒特徵。國立臺灣師範大學教育研究所，碩士論文，民75。
- 2.何金針 國中學生性別角色與生活適應、學習成就之關係，民75，36-37頁。
- 3.文崇一 從價值取向談中國國民性。中國人的性格，民76，49-89頁。
- 4.徐 靜 從兒童故事看中國的親子關係，中國人的性格，民76，207-233頁。
- 5.曾文星 從人格發展看中國人性格，中國人的性格，民76，235-267頁。
- 6.李亦園、楊國樞主編 中國人的性格，民78，1-4頁。

- 7.魏芳婉、陳珠璋、柯少華、林惠珠、丁志茵 精神分裂病患家屬情緒表露與疾病復發相關性之探討——初步報告，民78。
- 8.魏芳婉、陳珠璋、柯少華、林惠珠、丁志茵 精神分裂病患家屬情緒表露與病情惡化相關性之繼續性探討，民79。
- 9.劉書芳 我國家庭教育的現況分析及其改進途徑，國立臺灣師範大學社會教育研究所，碩士論文，民79。
- 10.劉坤德 青少年犯罪原因及輔導方法之探討，訓育研究，民79.3，(28卷4期)，28-30頁。
- 11.林秀香 從子女有犯過的權利談家庭氣氛，師友月刊，民81.5，50-52頁。
- 12.謝國平 語言學概論，民81。
- 13.吳就君 精神分裂症病患家屬情緒表露行為測量工具跨文化比較。(國科會民82年研究報告，未發表)

## 二·英文部分

- 1.Robert Bland(1989)Understanding family variables in outcome research in schizophrenia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1989;23:396-402.
- 2.Brown G, Birey, Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. British Journal of Psychiatry 1976;129:1976;129:125-137.
- 3.Amato, AM. (1990)  
Manual for coding expressed emotion from the Five Minute Speech Sample (FMSS). UCLA Family Project.
- 4.Dulz, B., & Hand, I. (1986)  
Short-term relapse in young schizophrenics:Can it be predicted and affected by family (CFI), patient, and treatment variables? An experimental study.  
In:Goldstein. M., Hand, I., and Hahlweg, K., eds. Treatment of schizophrenia: Family Assessment and Intervention. Berlin-Heidelberg: Springer, 1986.
- 5.Brown, G. W., & Rutter, M. (1966)  
The measurement of family activities and relationships:a methodological study. Human Relations, 1966, 19. 241-263
- 6.Brown, G. W., Birley, J.L.T., & Wing, J.K. (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. British J. Psychiatry, 1972, 121, 241-258.
- 7.Gift, T., Cole, R., and Wynne, L. (1985)  
A hostility measure for use in family contexts. Psychiatry Research, 15:205-210.
- 8.Gottaschalk, L. & Gleser, G. (1969)  
The measurement of psychological states through analysis of verbal behavior.



Berkeley: University of California Press.

9.Hill, R. (1949)

Families under stress. New York: Harper, 1949.

10.Hill, R. (1958)

Generic features of families under stress. *Social Casework*, 1958, 39, 139-150.

11. Jenkins, J.H., & Karno, M. (1992)

The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. *The American Journal of Psychiatry*. (149) No.1. p.9-21

12.Jou, S.Y., Wen, J.K., Kleinman, A., Kleinman, J., Wu, Y., Chiu, C.L.,& Schiller, M. (1989)

A pilot study of expressed emotion of relatives of patients with schizophrenia in Taiwan. *Chinese psychiatry* 3 (Supplement 1): 124-137, 1989.

13.Joel Kanter,M.S.W.,H Richard Lamb,Cynthia Loeper,M.S.W.(1987)

Expressed Emotion in Families: A Critical Review. *Hospital and Community*. (38) No.4 pp.374-380

14.Kleinman, A. (1986)

Social origins of distress and disease: Depression, neurasthenia, and pain in modern China. Yale University Press, New Haven and London.

15.Kluchohn, C (1962)

Cultural and behavior. New York: The Free Press of Glencoe, p.20-72.

16.Leeb, B., Hahlweg, K., Goldstein, M., Feinstein, E., Mueller, U.,Dose, M., & Magana, A. (1991) Cross-national reliability, concurrent validity, and stability of a brief method for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 39:25-31.

17.Li, C. & Thompson, S. (1981)

Mandrin Chinese: A Functional reference grammar. The Netherlands:

Kluwer Academic. 18.McCubbin, H.I., & Patterson, J.M. (1983)

The family stress process: The couple ABCX model of adjustment and adaptation. *Social stress and the family*. The Haworth Press, p.7-37.

19.Magana, A., Goldstein, M., Karno, M., Miklowits, D., Jenkins, J.,& Falloon, I. (1986)

A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatric Research*, 17:203-212.

20.Parker, G., Johnston, P., & Hayward, L. (1988)

Parental expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry*, 45:806-813.

21.Vaughn, C.E., & Leff, J.P. (1976)

The influence of the family and social factors on the course of psychiatric

illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients.

British J. of Psychiatry, 129, 125-137.22.Vaughn, C., & Leff, J. (1976)

The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients.

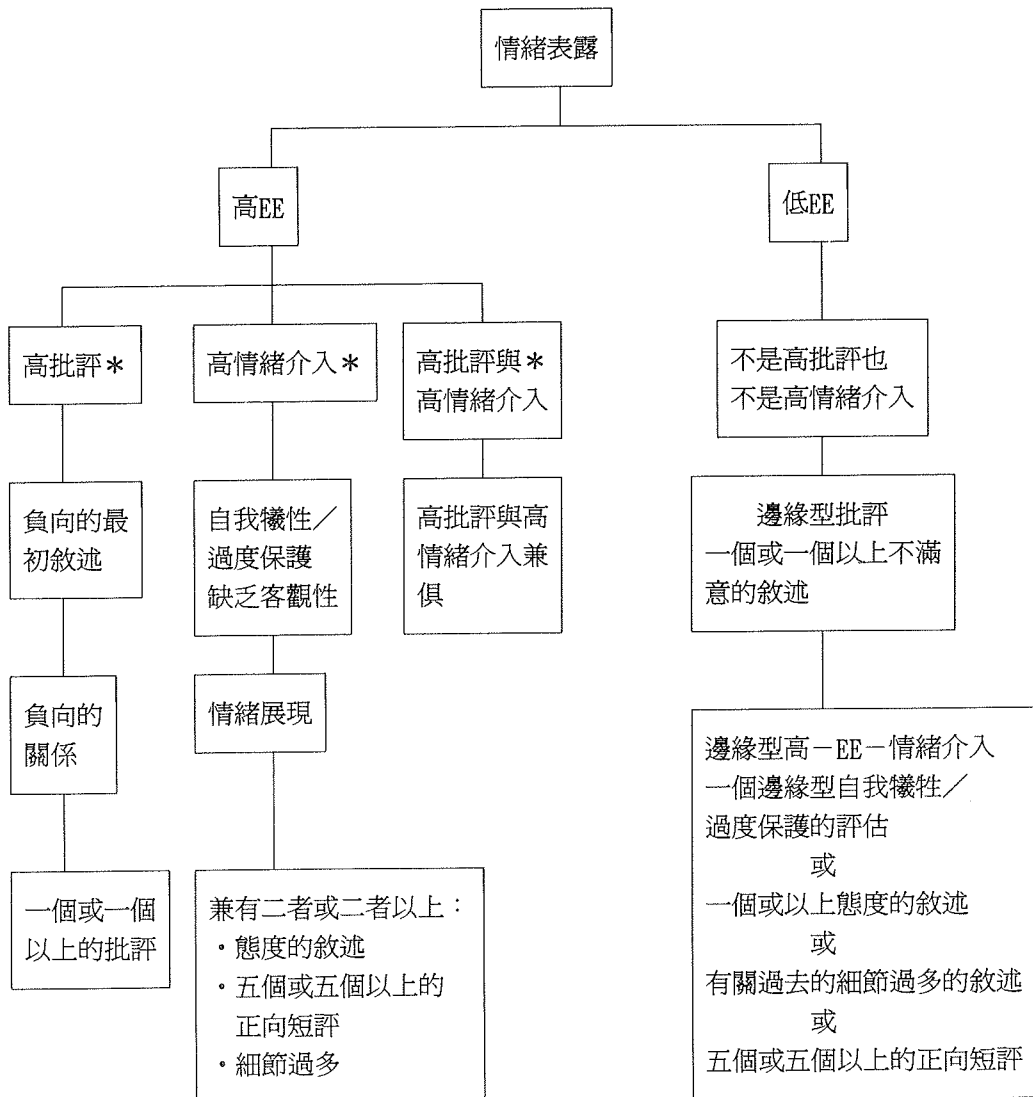
British J. of Social and Clinical Psychology, 15:157-165.

23redictor of schizophrenic relapse. Archives of General Psychiatry, 45:806-813.

附件一

情緒表露(EE)圖解

(以五分鐘談話樣本代號系統為本)



\* 所包含之情緒類別在同個案身上出現二次且其強度均達3以上（包含3），或出現一次且其強度達4以上者（包含4）。

## Applicability of Chinese Five-Minute Speech Sample for Expressed Emotion on the Parents of Juvenile

*C.C.Wu; H.J.Chen; S.Y.Lei; Y.M.Jaw*

### Abstract

The goals of this study are as follows:

- 1.To understand the applicability of Chinese Five-Minute Speech Sample for expressed emotion on the family relationship of juveniles and try to refine it to fit the situation in Taiwan.
- 2.To understand how parents' expressed emotion induce the positive or negative emotion of their children.

The subjects are the students of a junior high school in Taipei along with their parents, who are filed in school counseling center. The interview was processed from August 24th to September 11th, 1993. 9 students and 11 parents were contacted students were individually interviewed and approached with the pre-constructed question . On the other hand, Chinese Five-Minute Sample was used to evaluate the parents expressed emotion. The main findings were:

- 1.In the Chinese Five-Minute Speech Sample applied on the parents, only one sample revealed positive initial statement; others were neutral. No negative initial statement was found.
- 2.Every parent mentioned little about his/her relationship with his/her child.
- 3.The children of high-expressed-emotion parents showed more withdrawal and evasion than the children of low-expressed-emotion parents.
- 4.Emotional display was not found in any of the samples.
- 5.Chinese Five-Minute Speech Sample in this study indicated there are differences in attitude's expression between the West and the East.

Key Words: Junior high school student; Parent; High expressed emotion;  
Five-Minute Speech Sample

# 台北市房屋建築業勞工安全衛生知識、態度、習慣及相關因子調查研究

呂 榮\* 林榮生\*\* 廖信榮\*\*\*

本研究目的為以PRECEDE Framework(衛生教育診斷架構)為研究架構，探討台北市房屋建築業勞工的安全衛生知識、態度、習慣及其相關因素。本研究利用結構式訪談問卷取得研究資料，共訪視53個工地，494位勞工，完成有效問卷481份，有效率97.56%。

研究結果之重要結論分述如下：

- 一、受訪勞工較缺乏與墜落災害發生相關之安全衛生知識。
- 二、受訪勞工之安全衛生態度偏正向，而使用個人防護具態度得分洽為中庸值。
- 三、個人素質傾向、使能、增強等三類因素能顯注預測受訪勞工的安全衛生習慣，共可解釋勞工安全衛生習慣總變異量的46.96%，具有中度的解釋力。在21個預測變項中，以「勞工使用個人防護具態度」、「勞工參加過雇主辦理之安全衛生訓練」、「勞工的安全衛生知識」等3項最具影響力。
- 四、受訪工地中有94.3%辦理過安全衛生教育訓練，但受訪勞工只有53.2%受過雇主辦理之安全衛生教育訓練，兩者差異極大。

根據研究結果，提出以下建議：

- 一、建議採獎勵方式以增加各工地辦理安全衛生教育訓練之頻率，並擴大目前貴會積極推動，由職業工會辦理的「無一定雇主勞工一般安全衛生教育訓練」，以提高勞工受訓率，養成良好的安全衛生習慣。

關鍵字：房屋建築業勞工 安全衛生習慣 PRECEDE 架構

## 緒 論

我國近二十多年來因經濟的急速發展，帶動社會的繁榮，國民所得增加，營造業伴隨興起，與經濟發展有密切的關係。營造業為我國的火車頭工業，象徵國家的現代化及人民生活水準的提高。

我國營造業職業災害發生率近年來已有逐年減低之趨勢，但仍較諸日本及歐美各國為高，尤其是重大職業災害的發生率較諸其他行業高出許多，而使得勞資雙方及政府蒙受重大損失，對國家、社會及勞工個人造成傷害。以民國75至80年共六年間為例，營造

---

\* 國立台灣師範大學衛生教育研究所兼任教授

\*\* 勞工安全檢查所組長

\*\*\* 桃園縣大成國中教師

業勞工的因工災害千人率（不含交通事故）已有減少現象出現，自民75年的8.78‰降至民79年的6.81‰，降幅達22%，但80年又回升到7.27‰。但整體而言，有降低之驅勢。又以國際勞工局統計各已開發國家之職業災害資料來看時，民國78年我國營造業勞工因工死亡千人率(含交通事故)為0.535，較諸各國之因工災害千人率為高，如日本為0.192、英國為0.095、美國為0.270、法國為0.251、韓國為0.210、奧地利為0.226。顯示我國營造業職業災害確比其他國家高。

而以重大職業災害發生件數來看時，分析民國79年得的重大職業災害（工作場所發生災變致勞工死亡一人或三人以上之職業災害）時，在全產業所發生之438件重大職業災害中，營造業佔236件(54%)。

營造業職業災害發生率高，常造成許多的成本及金錢的損失。就以民國80年勞工保險之職業災害實付保險給付為例，以行業別來分析時發現，營造業之職業災害保險給付金額高達59,540萬元，僅次於製造業之178,277萬元，高居職業災害保險給付之第二位，但營造業參加勞保人數約為製造業勞保人數之五分之一，可知營造業職業災害之嚴重性。而職業災害的發生常會使勞資雙方蒙受重大損失，而其直接損失成本與間接損失成本之比例，依北美保險公司工程服務處主任法蘭克貝爾表示，可能有一比五至一比五十之巨大變化。如用此比例計算，則營造業所造成之成本上的損失更為巨大。

本研究擬探討營造業中之房屋建築業勞工實際的安全衛生態度及行為習慣的狀況，以供主管機關推動勞工安全衛生教育，及雇主依法對其勞工施以工作上所必需之安全衛生及預防災變之教育訓練的重要資料，提供建立營造業辦理安全衛生訓練模式之參考。擬先選擇之房屋建築業，以台北市行政區之勞工為對象，建立基礎資料之研究，以提供未來安全衛生教育、訓練介入之參考。

本研究目的為探討受訪之台北市房屋建築業勞工之安全衛生知識、態度、習慣及相關因素，以提供未來安全衛生教育、訓練介入之參考。茲將研究目的分點敘述如下：

- 一、瞭解受訪的台北市房屋建築業勞工（以下簡稱受訪勞工）之安全衛生習慣之現況。
- 二、瞭解個人素質因素（社會人口學變項、職業災害經驗、安全衛生知識與態度、使用各種個人防護具之態度），使能因素（用安全帶能力、安全衛生教育訓練經驗、防護具之提供等），輔強因素（安全衛生管理、重要他人影響因素）對勞工各種安全衛生習慣之影響。
- 三、瞭解個人素質因素、使能因素及輔強因素對勞工安全衛生知識、安全衛生態度、使用個人防護具態度之影響。

根據研究目的，本研究提出四項研究假設，這些假設將以虛無的型式（ $\alpha = .05$ ）來考驗。

- 一、個人素質傾向因素（社會人口學變項、職業災害經驗、安全衛生知識與態度、使用各種個人防護具之態度），使能因素（用安全帶能力、安全衛生教育訓練經驗、障礙因素等），輔強因素（安全衛生管理、重要他人影響因素）能顯著的預測受訪勞工的安全衛生習慣。

- 二、個人素質傾向、使能、輔強因素能顯著的預測勞工的安全衛生知識。
- 三、個人素質傾向、使能、輔強因素能顯著的預測勞工的安全衛生態度。
- 四、個人素質傾向、使能、輔強因素能顯著的預測勞工使用個人防護具態度。

## 研究方法

### 一、研究架構

本研究架構採PRECEDE架構(衛生教育計畫診斷架構)是強調教育計畫的設計過程要由結果(outcome end)開始考量, 必須先診斷與結果有關的重要因素, 然後才據以設計介入計畫。國內外已有數篇研究應用此架構進行對勞工之調查研究及理論應用之探討, 本研究參考PRECEDE架構中的素質傾向(predis posing)、使能(enabling)和增強(reinforceing)因素為研究重點, 而研擬出研究架構(見圖1)。

### 二、研究對象

本研究之研究對象選取即根據台北市政府勞工局勞工檢查所在八十年十月至八十一年八月間, 檢查過之房屋建築工程工地資料中, 選擇建築完成之樓層數在六層樓以上, 工期在八十二年五月底以後完工之工地, 為本研究之母群體, 共選出66個房屋建築工地。因經費及人力限制所以本研究之研究樣本選取, 採二階段之選取:

- (一) 採亂數表隨機取樣方式, 選出53個建築工地。因各工地勞工人數會受工程進度及工地之大小所影響, 而有所不同, 因此在工地抽樣時, 未考慮工地大小之問題。
- (二) 在上述取樣工地內工作之房屋建築業勞工為本研究之受訪勞工樣本。研究對象是指訪視當日在受訪建築工地工作之全體勞工, 但不包括外籍勞工。而工地受訪勞工之抽樣方式為由工地當日進行之工程項目中, 依不同工種之勞工數目, 以決定訪問之勞工數目及分配。依工地當日雇用人數之多寡分成三個等級抽樣, 勞工人數30人以下之工地, 每三位訪視一位, 不足三位則加訪一位; 30~99人之工地, 每四位訪視一位, 不足四位則不加訪; 100人以上之工地, 最多訪視16人。

而作為預試時之工地, 則由剩下的13個工地中抽出四個, 預試工地之受訪勞工選取方法與上述相同, 共訪視30人。預試期間自民國81年11月12日起至31日止。

### 三、研究工具

#### (一) 擬定問卷初稿

本研究以結構式訪談問卷為研究工具, 並依研究目的及架構內容進行問卷的研擬, 並參考參考國內外文獻以充實問卷內容。問卷初稿共112道題, 分成A、B兩種問卷, A卷為工地之基本資料, 由各受訪工地之工地主任填寫一份; B卷為每位受訪勞工填寫一份。

問卷初稿擬定後，為確定問卷內容的正確性與適用性，函請公共衛生、衛生教育、工業管理、工業教育、營造業安全衛生等各領域專家15人，進行內容效度之評分。於民國81年10月20日發函寄出，請專家依據問卷的適用性、需要性及內容涵蓋面來評分。於11月中旬回收15位專家之評分意見表。綜合專家回函的意見，將問卷內容作第一次的修改，作為預試時之問卷。

### (二) 預試及分析

為了解研究對象對於問卷訪談之反應與對採用之語句的了解程度，作答時間，及進行訪談時可能發生之問題，以亂數表隨機取樣方式抽出剩下之13個工地中的四個，進行預試，共訪視30位勞工，平均訪談時間在35~45分鐘內即可訪談完畢。在訪談結束時，並徵詢受訪勞工意見及參酌其回答情形，作為問卷修改或刪減之參考。

問卷經分析整理並做信度處理。安全衛生知識部份採庫李信度分析，其他部份之信度採Cronbach Alpha值進行各個分量表之信度考驗。安全衛生知識部份採用庫李二十號公式(Kueder-Richardson formula 20)計算所得之 $r=.71$ 。其他部份之信度如表1之問卷各安全衛生態度、使用個人防護具態度、規範性信念及依從動機等分量表之信度考驗分析中所示，各分量表之Cronbach Alpha值在 0.51~0.90 之間。

表1 問卷各分量表之信度考驗分析表

分量表	題數	Cronbach $\alpha$ 值
安全衛生習慣	8	.5135
安全衛生態度	13	.6902
使用個人防護具態度	13	.8048
分量表：		
戴安全帽態度	4	.7946
用安全帶態度	4	.5813
穿安全鞋態度	4	.7565
戴安全帽規範信念	5	.8053
戴安全帽依從動機	5	.9094
戴安全帽規範信念	5	.8298
戴安全帽依從動機	5	.9088

### (三) 問卷完稿

經過多次修改後，問卷完稿分成A、B卷共八大部份簡述如下：

1.A卷：受訪工地基本狀況，17題。

2.B卷：共七部份，分述於下。



- (1)勞工基本資料：共15題。分別為A.社會人口學資料,7題；B.受訪勞工之安全衛生教育訓練經驗及意願，共3題；C.受訪勞工之職業災害經驗,2題；D.受訪勞工自覺工地安全衛生管理人員會不會嚴格要求使用安全防護具，3題。
- (2)受訪勞工之安全衛生態度，13題。
- (3)受訪勞工安全衛生習慣：共10題。分成A.與工作有關之安全衛生習慣,共8題；B.個人安全衛生習慣，3題。
- (4)使用個人防護具之態度，13題。其分量表中，1-4題為使用安全帽之態度，5-8題為使用安全帶之態度，9-12題為穿著安全鞋之態度，第13題為使用防護手套之態度。採Likert的四分量表，每題得分範圍1~4分。
- (5)安全衛生知識，11題。
- (6)使用安全帶、安全帽及午間休息時飲酒等三種行為的重要他人影響之規範信念，各5題，共15題。
- (7)使用安全帶、安全帽及午間休息時飲酒等三種行為的重要他人影響之依從動機，各5題，共15題。

#### 四、資料收集與分析處理

##### (一) 資料收集

研究資料由7位受過訓練之訪視員自民國81年12月16日起至31日止，共訪視51個工地，483位勞工接受訪視，其中13份問卷未完成或有所缺失，完成471份問卷。因鷹架工之樣本人數過少，而於民82年2月21日及3月3日選擇兩個在母群內且未訪視過之工地，進行鷹架工之訪視工作，共訪得11位，有效問卷10份。前後共完成481份有效問卷，有效率97.56%。工地基本資料部份則全部回收，共53份有效問卷。

##### (二) 資料分析

篩選問卷後，將資料譯碼輸入電腦，使用 SPSS/PC+ 套裝軟體處理，進行問卷統計分析。依據研究目的及架構，採用次數分布、百分比率、平均數、標準差、最大值、最小值進行描述性統計分析，並以單因子變異數分析 (One-Way ANOVA) 及複迴歸分析進行推論性統計分析。

## 結論與建議

### 一、結論

(一) 在受訪勞工之安全衛生習慣方面可分以下兩點結論：

1. 受訪勞工在使用個人防護具習慣上，有91.8%的勞工習慣使用防護手套，67.9%的勞工習慣戴安全帽，65.7%勞工習慣穿著安全鞋子，而習慣使用安全帶的勞工最少，只有37.0%。以8種工作種類別分析時，在勞工使用安全帽、安全帶習慣上，

以鋼構工、水電工較常使用，泥水工較不常使用；在勞工穿著安全鞋子習慣上，以混凝土搗築工、鋼構工較好，泥水工及雜工較差。受訪勞工中有79.4%的勞工習慣在下班時會清理工作區域，而有23.3%的勞工有利用施工架上下樓層間的習慣，應特別注意。

2.在個人安全衛生習慣方面，38.7%的受訪勞工習慣在工作時吸菸，10.8%的勞工習慣在午間休息時飲酒，大部份受訪勞工有足夠夜間睡眠及有午休睡眠的習慣。

(二) 受訪勞工之安全衛生知識測驗上(11題，總分0-11分)，每位平均答對約七題，平均答對率為六成以上，但是以與墜落相關之知識，如鋪板寬度、安全帶使用時機，及健康檢查的實施間隔，較缺乏有待加強。而受訪勞工之安全衛生態度(13題，總分13-52分) 平均得分為37.22分，偏正向。

(三) 受訪勞工使用個人防護具態度(13題，總分13-52分) 平均得分為32.48分，態度為中庸，而4個分量表中，戴安全帽態度(4題，總分4-16分)平均得分為10.08分，使用安全帶態度得分平均數為9.81分(4題，總分4-16分)，穿著安全鞋的態度(4題，總分4-16分)平均得分為9.89分，其中使用安全帶及穿著安全鞋的態度偏負向，戴安全帽的態度偏正向。在11種工作種類差異上，在整體的使用個人防護具態度或分量表之使安全帶、穿安全鞋的態度上，均以水電工較好，泥水工較差。但在穿戴安全帽態度上，任何兩個工作種類間無顯著差異。在工作種類差異方面，顯示鋼構工之整體安全衛生習慣比泥水工、模板工好；水電工與雜工之整體安全衛生習慣比泥水工好。

(四) 個人素質傾向、使能、增強等三類因素能顯著預測受訪勞工的安全衛生習慣，共可解釋受訪勞工安全衛生習慣之總變異量的46.96%，具有中度的解釋力。而在21個預測變項中，以「勞工使用個人防護具態度」、「勞工參加過雇主所辦理之安全衛生教育訓練」、「勞工的安全衛生知識」等3項之影響最大，共可解釋受訪勞工戴安全帽習慣總變異量的38.00%。

(五) 個人素質傾向、使能、增強等三類因素能顯著預測受訪勞工安全衛生知識狀況，共可解釋受訪勞工安全衛生知識總變異量的22.67%，具有中度的解釋力。而在18個預測變項中，以「勞工參加安全衛生教育訓練的意願」、「受訪勞工教育程度」、「勞工受過雇主辦理之安全衛生教育訓練」，等3個變項影響力較大，共可解釋受訪勞工安全衛生知識總變異量的19.32%。

(六) 個人素質傾向、使能、增強等三類因素能顯著預測受訪勞工的安全衛生態度，共可解釋受訪勞工安全衛生態度總變異量的19.96%，具有中度的解釋力。而在19個預測變項中，以「勞工安全衛生知識」變項影響力較大，共可解釋受訪勞工安全衛生態度總變異量的14.14%。

(七) 個人素質傾向、使能、增強等三類因素能顯著預測受訪勞工使用個人防護具態度，共可解釋受訪勞工使用個人防護具態度總變異量的29.41%，具有中度的解釋力。而在19個預測變項中，以「勞工安全衛生知識」、「勞工教育程度」等2項

影響力較大，共可解釋受訪勞工使用個人防護具態度總變異量的25.44%。

- (八) 影響受訪勞工安全衛生習慣的主要因素為勞工使用個人防護具態度、勞工參加過雇主所辦理之安全衛生教育訓練、勞工的安全衛生知識等3項，而影響受訪勞工安全衛生態度及使用個人防護具態度的主要因素也是勞工的安全衛生知識，因此勞工安全衛生知識為影響勞工安全衛生習慣之重要影響因素。

## 二、建議

根據本研究之結論，提出四方面之建議(一)促進勞工安全衛生習慣，(二)安全衛生教育訓練的推行，(三)其他建議，(三)未來研究方向。

### (一) 促進勞工安全衛生習慣

- 1.在勞工安全衛生習慣方面，依據本研究結果，影響勞工安全衛生習慣的主要因素是「勞工使用個人防護具態度」、「參加過雇主所辦理的安全衛生教育訓練」、「安全衛生知識」等3項，因此建議在促進勞工整體的安全衛生習慣上，應積極要求工地要辦理安全衛生教育訓練及安全衛生知識的教導，以提高勞工採取安全衛生行為的意願，以養成勞工良好的安全衛生習慣。
- 2.除上述因研究結果而提之建議外，尚可利用保險給付及職業災害認定的舉證，賦予勞工更多保護自己的責任。如勞工因飲酒或應使用安全帶而未使用、或利用施工架上下樓層時導致墜落災害的發生，應依職業災害認定的舉證，而減低其因此災害發生之傷病、殘廢及死亡的現金給付，或提高其醫療部份負擔比率，以實際上的金錢損失，以提高勞工自我保護的責任，除此之外更應加重雇主及包工在法律上之責任及擔負賠償之金額，促使雇主、包工及勞工注重安全衛生，此建議可與相關保險單位研商修訂。

### (二) 安全衛生教育訓練的推行

依據本研究結果得知，勞工參加雇主或職業工會辦理之安全衛生教育訓練對勞工安全衛生知識、安全衛生習慣均有顯著的影響，因此建議在推行安全衛生訓練時，應兼顧訓練內容、參與訓練意願、訓練暴露量三方面著手進行，茲分述如下。

- 1.在增進安全衛生教育訓練內容方面，可分成以下數點說明：
  - (1)應加強勞工在安全帶之使用時機的教導及安全帶的使用方法，若無安全帶可用時，則應教導勞工要求雇主要有設置替代之安全設施如安全網及護欄等，以確保勞工在工地中工作的安全。
  - (2)加強用電前之檢查及通知管理人員用電的情形，以避免感電災害的發生。
  - (3)應強調勞工應穿著符合自己作業安全的鞋種，絕不可赤腳或穿拖鞋在工地中工作。
  - (4)勞工普遍缺乏定期健康檢查的觀念，高達41%的勞工不知道多久要作一次健康檢查，應在辦理訓練時告知健康檢查的間隔年數及相關知權利義務。
- 2.在促進勞工參與安全衛生教育訓練方面，因受訪勞工之教育程度在國中以下者68

.8%,與民國81年全部就業人口的教育程度,在國中以下者佔51.2%,兩者相比較之下可知本研究對象勞工教育程度偏低,而為提高勞工對安全衛生的認識,最好的方法是讓勞工參加安全衛生教育訓練,但由本研究結果得知,只約有一半的受訪勞工願意接受雇主或工會辦理之安全衛生教育訓練,建議應排除勞工不願意參加訓練的因素,如「受訓時間無法配合」可採類似巡迴醫療車的方式,巡迴辦理安全衛生訓練來克服,「參加訓練便無收入」則可以提高補助金額及觀念溝通來因應,以使訓練之辦理得以順利有效的實施。

- 3.在增加勞工接受安全衛生教育訓練量方面,本研究過程中發現受訪勞工之接受安全衛生教育訓練率(53.2%)與工地有辦理安全衛生教育訓練比率(94.3%),兩者相差極大,可能原因為受訪工地所辦理之安全衛生教育訓練次數偏低,再加上營造業勞工流動率高,工地辦理勞工安全衛生教育訓練不易,建議應增加各工地對勞工辦理之安全衛生教育訓練頻率及利用勞工上工前的10—15分鐘作簡單的訓練;並擴大目前政府積極推動,由職業工會辦理的「無一定雇主勞工一般安全衛生教育訓練」,以提高勞工安全衛生教育受訓率,減少職業災害發生。

### (三) 其他建議

- 1.本研究結果發現在11種工作種類上,泥水工在使用安全帶及穿安全鞋態度,安全衛生習慣上,均屬得分較低或較負向的工種,以交叉表分析時發現,泥水工的「教育程度」及「參加過雇主辦理之安全衛生訓練」比率,兩者均屬較低的工種,尤其是受訓率為所有工種中最低者,建議雇主及工地安全管理人員應加強對泥水工之安全管理及安全衛生訓練上。
- 2.本研究發現各工地建築總經費中,大部份均無專項設立安全衛生經費之金額、項目,且安全衛生經費所佔百分比差異極大,故建議應經由法令訂立總工程經費中之比率及專款專用,以使得安全衛生工作的推行更加順利。

### (四) 未來研究方向之建議

- 1.建議進行勞工安全衛生習慣之縱貫性的追蹤研究,以探討影響勞工使用個人防護具習慣因素間的因果關係。
- 2.選擇特定工作種類進行直接觀察研究,例如以泥水工為對象,確立其工作所必需的安全衛生知識內容,以提供雇主及工會在辦理安全衛生教育訓練時之參考。
- 3.進行勞工使用個人防護具的實驗性研究計畫,以實際觀察記錄方式探討那些因素促使勞工使用個人防護具。
- 4.進行個案之分析研究,以探討更深入影響勞工安全衛生行為的的價值觀及次文化因素。
- 5.進行安全衛生經費比率之研究,以提供法令訂定時之參考。

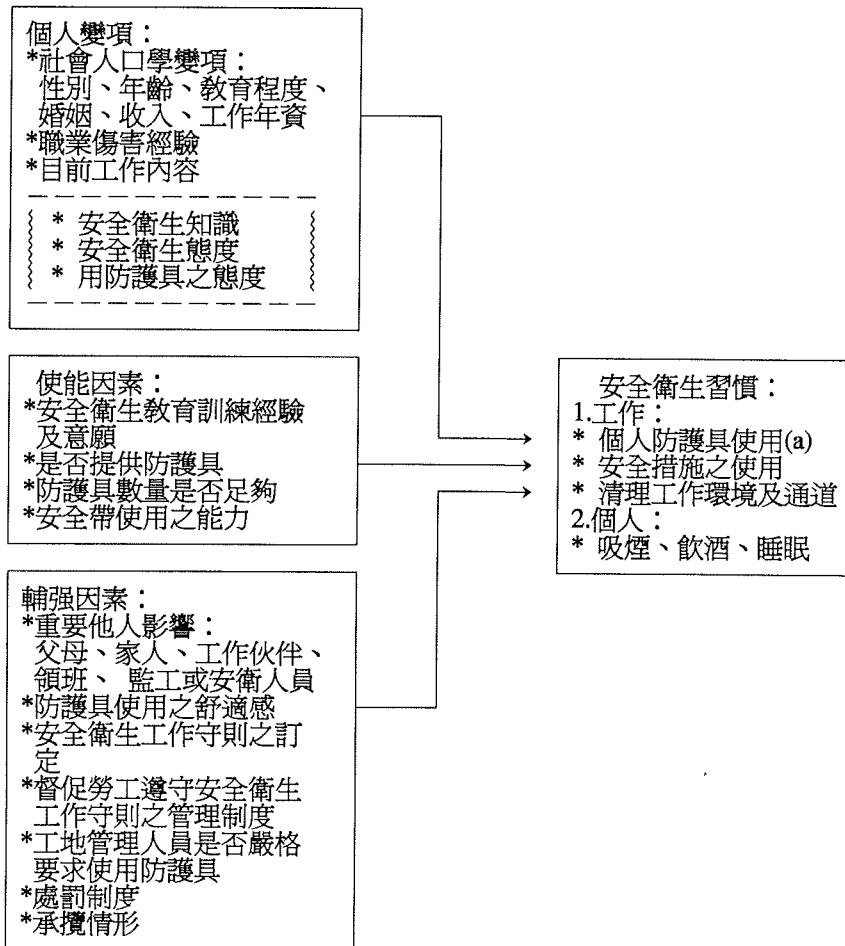


圖 1 研究架構

註：a.將「工地中勞工使用安全帽比率」當作是工地中受訪勞工使用安全帽習慣之訪視資料之比對資料以確定訪談資料之正確性。

表2 受訪勞工安全衛生習慣與個人素質傾向、使能、增強因素之複迴歸分析摘要表

(N=465)

變 項	B值	β 值	t 值
個人素質傾向因素：			
安全衛生知識	.371	.248	5.64 ***
安全衛生態度	.079	.067	1.63
使用個人防護具態度	.272	.332	7.62 ***
性 別	2.022	.189	4.89 ***
年齡(年)	.010	.029	.63
教育程度	.150	.054	1.16
婚姻狀況	.310	.038	.85
月收入	-.051	-.030	-.75
工作年資	.000	.002	.05
自己過去一年中受傷經驗	-.288	-.031	-.79
工作伙伴過去一年中受傷經驗	-.566	-.078	-1.97 *
使能因素：			
受過雇主辦理之安全衛生教育訓練	1.809	.254	6.59 ***
受過工會辦理之安全衛生教育訓練	-.692	-.076	-1.96
參加安全衛生教育訓練之意願	-.008	-.001	-.04
安全衛生經費之比率	.001	.080	.90
受訪工地辦過安全衛生教育訓練	-.043	-.008	-.09
受訪工地辦理安全衛生教育訓練時數	.060	.051	1.30
輔強因素：			
安全衛生管理員之專兼任情形	-1.539	-.173	-4.51 ***
工地安全衛生工作守則的訂定	1.862	.075	1.62
對違反工作守則勞工予以處罰	.090	.012	.28
督促勞工遵守工作守則的制度	.045	.004	.11
(截距= 2.87)			

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

註：R = .70    AdjRsqr=.4696, F = 19.25 (p<.001)

表3 受訪勞工安全衛生習慣與個人素質傾向、使能、增強因素之逐步複迴歸分析摘要表

(N=465)

步驟	變項	$\beta$ 值	r值	R值	修正Rs <sub>q</sub>	Rs <sub>q</sub> 改變量	FCh
1.	使用個人防護具 態度	.503	.50	.50	.2520	.2520	146.9***
2.	受過雇主辦理的 安全衛生訓練	.296	.38	.58	.3353	.0823	55.1***
3.	安全衛生知識	.246	.47	.62	.3800	.0447	32.1***
4.	性別	.211	.09	.65	.4220	.0420	32.3***
5.	安全衛生管理員為 專任	-.161	-.16	.67	.4469	.0249	20.3***
6.	工地訂定安全衛生 工作守則	.114	.15	.68	.4581	.0112	9.8**
7.	工作伙伴受傷經驗	-.093	-.14	.69	.4655	.0074	7.0**
8.	安全衛生經費比率	.075	.05	.69	.4696	.0041	4.3*
9.	受過工會辦理的 安全衛生訓練	-.077	.10	.70	.4738	.0042	4.3*

\* P<.05 \*\* P<.01 \*\*\* P<.001

表4 受訪勞工安全衛生知識與個人素質傾向、使能、增強因素之複迴歸分析摘要表

(N=481)

變 項	B值	$\beta$ 值	t 值
個人素質傾向因素：			
性 別	-.323	-.046	-1.03
年 齡 ( 年 )	.029	.121	2.35*
教育程度	.415	.221	4.33***
婚姻狀況	-.043	-.008	-.15
月收入	-.043	-.038	-.84
工作年資	-.001	-.022	-.44
自己過去一年中受傷經驗	.318	.052	1.14
工作伙伴過去一年中受傷經驗	-.253	-.051	-1.14
使能因素：	-.605	.127	2.88**
受過雇主辦理之安全衛生教育訓練	.364	.059	1.35
受過工會辦理之安全衛生教育訓練	.921	.245	5.44***
參加安全衛生教育訓練之意願	.001	.113	1.18
安全衛生經費之比率	-.533	-.142	-1.45
受訪工地辦過安全衛生教育訓練	.105	.134	3.01**
受訪工地辦理安全衛生教育訓練時數	-.557	-.091	-2.10*
輔強因素：	-1.796	-.113	-2.13*
安全衛生管理員之專兼任情形	-.355	-.075	-1.47
工地安全衛生工作守則的訂定	-.142	-.021	-.45
對違反工作守則勞工予以處罰	.090	.012	.28
督促勞工遵守工作守則的制度	.045	.004	.11

(截距= 1.98)

\* P<.05 \*\* P<.01 \*\*\* P<.001

註：R = .51 , AdjRsqr=.2267 , F = 8.82 (p<.001)



表5 受訪勞工安全衛生知識與個人素質傾向、使能、增強因素  
之逐步複迴歸分析摘要表

(N=481)

步驟	變項	$\beta$ 值	r值	R值	修正Rs <sub>q</sub>	Rs <sub>q</sub> 改變量	FCh
1.	參加安全衛生教育 訓練意願	.366	.37	.37	.1322	.1322	74.2***
2.	教育程度	.210	.31	.42	.1696	.0368	22.5***
3.	受過雇主辦理的 安全衛生訓練	.164	.25	.45	.1932	.0238	15.0***
4.	年 齡	.114	-.00	.46	.2024	.0098	6.5*
5.	工地訂定安全衛生 工作守則	-.096	-.05	.47	.2099	.0075	5.5*
6.	工地辦理安全衛生 教育訓練時數	.121	.16	.48	.2217	.0118	8.2**

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

表6 受訪勞工安全衛生態度與個人素質傾向、使能、增強因素之複迴歸分析摘要表

(N=481)

變 項	B值	$\beta$ 值	t 值
個人素質傾向因素：			
安全衛生知識	.333	.260	5.49***
性 別	.333	.037	.81
年 齡 ( 年 )	.044	.146	2.77**
教育程度	.398	.166	3.12**
婚姻狀況	.149	.021	.41
月收入	.001	.016	.32
工作年資	-.021	-.015	-.31
自己過去一年中受傷經驗	.090	.011	.25
工作伙伴過去一年中受傷經驗	-.645	-.102	-2.22*
使能因素：			
受過雇主辦理之安全衛生教育訓練	-.265	-.044	-.96
受過工會辦理之安全衛生教育訓練	.484	.061	1.38
參加安全衛生教育訓練之意願	.440	.091	1.94
安全衛生經費之比率	.003	.178	1.82
受訪工地辦過安全衛生教育訓練	-.842	-.175	-1.76
受訪工地辦理安全衛生教育訓練時數	.135	.134	2.94**
輔強因素：			
安全衛生管理員之專兼任情形	.070	.009	.20
工地安全衛生工作守則的訂定	-1.365	-.067	-1.24
對違反工作守則勞工予以處罰	-.283	-.046	-.89
督促勞工遵守工作守則的制度	-1.026	-.116	-2.46*
( 截距 = 1.98 )			

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

註：R = .51 , AdjRsqr=.2267 , F = 8.82 (p<.001)

表7 受訪勞工安全衛生態度與個人素質傾向、使能、增強因素  
之逐步複迴歸分析摘要表

(N=481)

步驟	變項	$\beta$ 值	r值	R值	修正Rs <sub>q</sub>	Rs <sub>q</sub> 改變量	FCh
1.	安全衛生知識	.378	.38	.38	.1414	.1414	80.0 ***
2.	工地辦理安全衛生 教育訓練時數	.109	.17	.39	.1513	.0109	6.6 *
3.	督促勞工遵守工作 守則的制度	-.122	-.09	.41	.1634	.0121	7.9 **
4.	工作伙伴受傷經驗	-.104	-.12	.42	.1724	.0090	6.2 *
5.	參加安全衛生教育 訓練之意願	.117	.24	.44	.1824	.0100	6.8 **
6.	年齡	.105	.09	.45	.1917	.0093	6.5 *
7.	教育程度	.135	.21	.46	.2030	.0113	7.7 **

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

表8 受訪勞工使用個人防護具態度與個人素質傾向、使能、增強因素之複迴歸分析摘要表

(N=448)

變 項	B值	$\beta$ 值	t 值
個人素質傾向因素：			
安全衛生知識	.615	.334	7.14 ***
性 別	-.492	-.037	-.85
年齡（年）	.057	.131	2.55 *
教育程度	.479	.141	2.69 **
婚姻狀況	-.219	-.022	-.43
月收入	-.086	-.041	-.91
工作年資	-.004	-.105	-2.12 *
自己過去一年中受傷經驗	.172	.015	.34
工作伙伴過去一年中受傷經驗	-.040	-.004	-.10
使能因素：			
受過雇主辦理之安全衛生教育訓練	.050	.006	.13
受過工會辦理之安全衛生教育訓練	1.415	.126	2.90 **
參加安全衛生教育訓練之意願	.652	.094	2.03 *
安全衛生經費之比率	.002	.086	.89
受訪工地辦過安全衛生教育訓練	-.987	-.148	-1.50
受訪工地辦理安全衛生教育訓練時數	.128	.089	2.00 *
輔強因素：			
安全衛生管理員之專兼任情形	.122	.011	.26
工地安全衛生工作守則的訂定	-1.724	.059	1.11
對違反工作守則勞工予以處罰	-.237	-.027	-.53
督促勞工遵守工作守則的制度	-.360	-.029	-.62
（截距 = 3.64）			

\* P&lt;.05    \*\* P&lt;.01    \*\*\* P&lt;.001

註：R = .57 , AdjRsqr=.2941 , F = 10.80 (p&lt;.001)

表9 受訪勞工使用個人防護具態度與個人素質傾向、使能、增強因素之逐步複迴歸分析摘要表

(N=448)

步驟	變項	$\beta$ 值	r值	R值	修正Rs <sub>q</sub>	Rs <sub>q</sub> 改變量	FCh
1.	安全衛生知識	.475	.48	.48	.2238	.2238	129.9***
2.	教育程度	.189	.32	.51	.2544	.0306	19.3***
3.	受過工會辦理之安全衛生教育訓練	.120	.23	.52	.2665	.0121	8.3**
4.	工地辦理安全衛生教育訓練時數	.115	.20	.53	.2776	.0111	7.8**
5.	工地辦理安全衛生教育訓練	-.090	-.13	.54	.2839	.0063	4.9*
6.	年齡	.088	-.00	.55	.2887	.0048	4.0*
7.	參加安全衛生教育訓練之意願	.090	.33	.55	.2934	.0047	3.9*

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

項 目	主 要 影 響 因 素
安全衛生知識	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.參加安全衛生教育訓練之意願</li> <li>2.教育程度</li> <li>3.有無參加過雇主辦理之安全衛生教育訓練</li> <li>4.工地辦理之安全衛生教育訓練時數</li> </ol>
安全衛生態度	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.勞工之安全衛生知識</li> <li>2.年齡</li> <li>3.教育程度</li> <li>4.工地辦理之安全衛生教育訓練時數</li> </ol>
使用個人防護具 態度	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.勞工之安全衛生知識</li> <li>2.有無參加過工會辦理之安全衛生教育訓練</li> <li>3.教育程度</li> <li>4.工地辦理之安全衛生教育訓練時數</li> </ol>
安全衛生習慣	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.勞工使用個人防護具之態度</li> <li>2.有無參加過雇主辦理之安全衛生教育訓練</li> <li>3.勞工之安全衛生知識</li> <li>4.性別（女性）</li> <li>5.安全衛生管理人員之專兼任情形</li> </ol>
1.戴安全帽習慣	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.戴安全帽態度</li> <li>2.工地管理人員會嚴格要求勞工戴安全帽</li> <li>3.戴安全帽之重要他人影響</li> <li>4.工地訂有督促勞工遵守工作守則的制度</li> <li>5.有無參加過雇主辦理之安全衛生教育訓練</li> </ol>
2.使用安全帶習 慣	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.使用安全帶能力</li> <li>2.使用安全帶態度</li> <li>3.工地管理人員會嚴格要求勞工使用安全帶</li> <li>4.使用安全帶之重要他人影響</li> </ol>
3.在午間休息時 飲酒之習慣	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.在午間休息時飲酒之重要他人影響</li> <li>2.勞工之安全衛生知識</li> <li>3.工地對違反工作守則勞工予以處罰</li> </ol>

## **The Survey Study of the House-Construction Labours' Knowledge、Attitude、Practice and related factors of Safety and Health in Teipei Municipality**

*Laura P. Lu; Sen-Sheng Lin; Sing-Loong Liao*

### **Abstract**

The main purpose of study was to understand and explore House-Construction labours' knowledge、attitude、practices and related factors of safety and health in PRECEDE framework.

The study was conducted on 53 House-Construction sites that located in Teipei Municipality where construction floors were more than six floors. The data were collected via interviews, with the total number of valid questionnaires being 481(97.56%).

The findings indicated those conclusions are :

1. the interviewees have less numeric of falling accident's knowledge in safety and health.
2. The interviewees have positive attitude of safety and health, and middle attitude of using personal protectors.
3. Stepwise regression analyses showed that labours' predisposing, enabling and reinforcing factors explained 46.96% of the variance of their safety and health practices. "Attitude of using personal protectors"、"labour had involved the educated training of safety and health which conducted by employer" and "labour's knowledge of the the safety and health " were found to be the three more powerful predictors of their safety and health practices.
4. there is 50 sites(94.3%) of 53 house-construction sites that had been taken place educated training of safety and health. there is 256 (53.2%) of 481 interviewees these had involved the educated training of safety and health which conducted by employer. there is very large difference between two kinds of training ratio.

It is recommended that government should promote employers to taking place safety and health training program in rewarding incentive, and should increase times of safety and health training program by the occupational unions.

Key words : house-construction labour; safety and health practice;  
PRECEDE Framework

# 影響大學生婚前性行爲因素的性別差異之研究\*

呂 昌 明\*\*

男性從事婚前性行爲的比率高於女性，爲什麼性別間會有這種差距呢？本研究的目的是爲了探究大學生對從事婚前性行爲的行爲信念，結果評價、規範信念，依從動機是否有性別差異存在。研究結果發現對從事婚前性行爲的行爲信念、結果評價、規範信念依從動機都有顯著的性別差異。將來進行教育計畫時應考量性別間的差異，以發揮教育的效果。

關鍵字：婚前性行爲 理性行爲理論 行爲信念 結果評價 規範信念 依從動機

## 壹、前 言

過去，性生理的成熟與結婚年齡比較接近，青少年的性問題並不嚴重。自經濟發達，社會構造變動之後，青少年身體發育有早熟現象，再加上接受教育年數的延長等因素，造成結婚年齡的遲延；另外由於性的商品化的影響，青少年不斷的接受性刺激下，要長期壓抑性的衝動是不容易的事。青少年的性問題無論是婚前性行爲，未婚懷孕，性病的感染等漸成爲深刻的社會問題。

青少年的性問題，無論在國內或國外，都成爲社會科學家所關心研究的主题之一。根據晏涵文（1991年）「性教育」研究之回顧中指出，國內學生對婚前性交態度已漸趨開放，男性比女性開放；婚前性交的比率也逐年增加，男性約在16%~35%左右，女性在10%以下，且男女之間有顯著差異存在。

兩性在婚前性行爲的比率上，爲何會呈現這樣的差距呢？是否在婚前性行爲方面，兩性間存在著不同的影響因素？如果，促使兩性從事婚前性行爲的因素有所差異，那麼進行婚前性行爲研究時，必須將這些因素作一區分，甚至針對婚前性行爲策定教育計劃時，也必須將兩性間的差異列入考慮。本研究之目的，在於應用理性行爲理論(the Theory of Reasoned Action)中部分重要變項來辨識兩性從事婚前性行爲（注一）的行爲信念、結果評價、規範信念和依從動機上的差異，而不在於驗證理論中各變項間之關係。

根據理性行爲理論（Fishbein 1979, Ajzen & Fishbein 1980），人們是否從事某種行爲的行爲意圖（behavioral Intention）是該行爲發生與否的立即決定因子（immediate determinant）。而影響行爲意圖的兩大因素則爲：1.個人對從事某種行爲的態度(attitude

---

\* 本研究爲一自費研究，能順利完成首先要謝謝廖添富教授對統計方面所提供的寶貴意見，也要謝謝楊昭慧小姐、林燕卿小姐在研究過程中的鼎力協助。

\*\* 國立台灣師範大學衛生教育研究所副教授



toward the behavior), 是指個人對從事某種行為的正向或負向的評價。而此態度能從行為信念(behavioral belief)即個人對從事某種行為可能導致某些結果的信念(如吸菸會得肺癌)及對這些結果的評價(如吸菸會得肺癌是好或壞的判斷)來預測, 換言之此態度是信念及評價(evaluation)的函數。2.主觀規範(Subjective norm), 是個人對社會壓力的知覺。而主觀規範是規範信念(normative belief)及依從動機(motivation to comply)的函數。規範信念是指個人知覺到重要他人或團體認為他應該或不應該去從事某種行為的壓力, 而依從動機則指個人是否願意依從他們認為他應該或不應該從事的行為。

楊昭慧(1992)曾用這個理論來預測未來二個月內從事婚前性行為的意圖, 結果解釋了依變項將近百分之三十的變異量。理性行為理論對行為改變有興趣的衛生教育家而言是值得去應用的。因為這個理論對行為信念, 結果評價、規範信念, 依從動機與行為之間的關係提供了良好的架構。根據這個理論只要找出對象的顯著的行為信念、結果評價、規範信念及依從動機, 即可應用於教育策略中。透過對這些信念、評價, 依從動機的改变就可導致行為的改变。

## 貳、研究方法

### 一、研究對象

以台北市某私立學院八十年度二年級學生1500人為母群體, 以男性的軍訓課17班(850人), 女性的護理課13班(650人)之編班為抽樣單位, 以分層集束隨機抽樣(Stratified cluster random Sampling, 共抽出軍訓課4班(男性188人), 護理課3班(女性124人), 共312人。

### 二、工具

先以開放式引導問卷(問及從事婚前性行為的好處、壞處及有那些個人或團體贊同, 或反對你從事婚前性行為)對研究母群體中的男、女學生各兩班, 共179人(男93人, 女86人)作為受測對象, 依其填答結果, 加以分類處理, 篩選出現頻率為總信念前70%的顯著信念及重要參考對象據以擬定行為信念、結果評價、規範信念及依從動機等分測驗(其計分方法是根據Ajzen & Fishbein 1980所推薦的方法)。形式如圖一所示。

## 參、資料分析

在本研究中, 將性別視為自變項, 以行為信念、結果評價、規範信念及依從動機為四組依變項。因為每一組依變項內皆含有許多小項, 故利用多變項變異數分析(MANOVA)來考驗四組依變項中的每一小項是否有差異, 並以 $\alpha = .05$ 作為顯著水準。如果MANOVA考驗發現有差異時, 再利用多重區別分析技術(multiple discriminant analysis techniques)找出造成兩性間差異的主要來源。以結構相關(Structure correlations), 即



每一依變項與其區別函數間的相關，來區別那一個特殊變項對差異的貢獻最大，以.25的結果相關值作為考量變項對性別差異貢獻的最低可接受水準。

由於缺失資料的影響，每次分析時的樣本數皆不相等，再以F檢定（注二）來解釋對性別差異有貢獻的變項在性別上的差異。

## 肆、結果

MANOVA檢定顯示在行為信念[F(9,302)=28.8575,P<.05]，結果評價[F(9,302)=18.5742,P<.05]規範信念[F(8,303)=30.6896 P<.05]及依從動機[F(8,303)=7.6771,P<.05]上，男、女之間皆有顯著差異。

### 一、行為信念方面的性別差異

行為信念方面，區別函數的典型相關值為.6800(P<.05,df=9)由表1，性別在行為信念方面之結構相關與平均分數的差異分析表中可知，除了「會導致懷孕而造成我的許多困擾」對於性別在行為信念方面的差異貢獻較少外，其餘各項均有明顯貢獻。

男性認為從事婚前性行為會「增進我和男（女）朋友雙方的感情」、「使我增加對性的知識」、「滿足我的生理需求」及「有助於我適應未來的婚姻生活」等的可能性顯著地高於女性；而女性則認為從事婚前性行為會「造成我心理負擔」、「危害我的身體健康」、「破壞我未來的婚姻幸福」及「使我不被社會所接受」的可能性顯著地高於男性。值得注意的是在「破壞我未來的婚姻幸福」、「使我不被社會所接受」、「危害我的身體健康」等項目，男性認為是不可能的，女性認為是可能的。「在滿足我的生理需求」、「增進我和男（女）朋友雙方的感情」、「有助我適應未來的婚姻生活」等項目，男性認為是可能的，女性認為是不可能的，男女性間對上述項目的認識呈現對立的狀態。

### 二、結果評價方面的性別差異

結果評價方面，區別函數的典型相關值為.5969(P<.05, DF=9)。由表2，性別在結果評價方面之結構相關與平均分數的差異分析表中可知，在「有助於我適應未來的婚姻生活」、「增進我和男（女）朋友雙方的感情」、「滿足我的生理需求」、「導致懷孕而造成我的許多困擾」及「造成我的心理負擔」等六項對於性別在結果評價方面的差異貢獻較大。男性認為從事婚前性行為會造成上述六項結果的評價皆顯著地優於女性。男性對前四項的結果賦予正面的評價傾向認為是好的，而女性傾向認為是不好的。對後兩項的結果，男、女性都賦予負面的評價，只是女性比男性給予更負向的評價。

### 三、規範信念方面的性別差異

表1 性別在行爲信念方面之結構相關與平均分數的差異分析表

行 爲 信 念	結 構 相 關	平 均 分 數	
		男	女
破壞我未來的婚姻幸福	.7783	-.399	1.573 *
使我不被社會所接受	.7046	-.644	1.258 *
危害我的身體健康	.6398	-.979	.766 *
滿足我的生理需求	-.6315	1.218	-.323 *
增進我和男(女)朋友雙方的感情	-.5962	.872	-.540 *
有助於我適應未來的婚姻生活	-.5608	.888	-.532 *
造成我的心理負擔	.5309	.638	2.008 *
使我增加對性的知識	-.3760	1.027	.073 *
導致懷孕而造成我的許多困擾	.1645	1.766	2.153

\*P<.05 量表得分範圍從-3到+3。

表2 性別在結果評價方面之結構相關與平均分數的差異分析表

結 果 評 價	結 構 相 關	平 均 分 數	
		男	女
有助於我適應未來的婚姻生活	.8175	.920	-.831 *
增進我和男(女)朋友雙方的感情	.8014	.819	-.774 *
滿足我的生理需求	.7480	.904	-.629 *
使我增加對性的知識	.6754	.872	-.508 *
導致懷孕而造成我的許多困擾	.3899	-.617	-1.702 *
造成我的心理負擔	.3584	-.649	-1.508 *
破壞我未來的婚姻幸福	.2428	-.947	-1.444
使我不被社會所接受	.1958	-.910	-1.323
危害我的身體健康	.0788	-.920	-1.081

\*P<.05 量表得分範圍從-3到+3。

規範信念方面，區別函數的典型相關值為.6690, ( $P < .05$ ,  $df=8$ )。由表3性別在規範信念方面之結構相關與平均分數的差異分析表中，可知除了「社會輔導機構」對於性別在規範信念方面的差異貢獻較少外，其餘各項均有明顯貢獻。總體而言女性認為父母、朋友、親戚、性觀念開放的人、同學、老師、宗教團體給予她們不應該從事婚前性行為的壓力均顯著地強於男性。在這些重要的他者及團體中，女性方面，只有性觀念開放的人；在男性方面有性觀念開放的人、朋友、同學輕度贊成他們從事婚前性行為。

#### 四、依從動機方面的性別差異

依從動機方面，區別函數的典型相關值為.4153( $P < .05$ ,  $df=8$ )。由表4性別在依從動機方面之結構相關與平均分數的差異分析表中可知，除了「宗教團體」及「社會輔導機構」兩項對於性別在依從動機方面的差異貢獻較少外，其餘各項均有明顯貢獻。總體而言男性對父母、朋友、親戚、老師、同學、性觀念開放的人的依從動機上顯著地強於女性。對這些重要的他者及團體，男性都願意依從；而女性除了對性觀念開放的人，不願意依從外，其餘的都願意依從。

### 伍、討論

根據本研究結果，男女性無論在對從事婚前性行為的行為信念、結果評價、規範信念及依從動機上皆有差異存在。因此要進一步深入地探討婚前性行為及發展有關婚前性行為的教育計畫或教材時，必須仔細考量性別間的差異。

本研究女性部分的行為信念、結果評價、規範信念、依從動機在量表的項目上與楊昭慧（1992年）的研究有些許的不同，而在共同的項目上的得分相當一致，顯示大學女性，有相同的價值觀及承受相同的社會壓力。

男、女性在行為信念上有最大差異的項目是從事婚前性行為會「破壞我未來的婚姻幸福」及「使我不被社會所接受」二個項目上，從平均分來看，女性認為可能，男性認為不可能，呈現對立狀態對女性而言此反映了處女情結及貞操觀念的問題，也反映了目前社會的價值觀。

在對於從事婚前性行為會「危害我的身體健康」這個項目上，男性認為不可能，女性認為可能且評價是不好的。這個項目未具體地指出危害那方面的健康？可想見的是女性擔心從事婚前性行為導致懷孕後需要墮胎的話會傷害到身體。而男性不會懷孕不會考量這方面的問題。以目前正流行的各樣的性傳染病的觀點來看，讓大專男女習得避孕方法及了解各種性病的傳染途徑與預防方法是有必要的。

至於從事婚前性行為會「增進我和男（女）朋友雙方的感情」，「有助於我適應未來的婚姻生活」兩個項目上，性別間有差異存在。男性認為可能，女性認為不可能。同時，對這兩個項目的評價是所有結果評價項目中，男女間差異最大的項目，男性認為是

表3 性別在規範信念方面之結構相關與平均分數的差異分析表

依從動機	結構 相關	平均分數	
		男	女
朋友	.8354	.176	-1.597 *
同學	.7844	1.154	-1.573 *
親戚	.7010	-.915	-2.331 *
父母	.6869	-1.138	-2.524 *
老師	.5196	-.798	-1.919 *
性觀念開放的人	.3666	1.160	.452 *
宗教團體	.2902	-1.468	-2.113 *
社會輔導機構	.1476	-.878	-1.218

\*P<.05 量表得分範圍從 -3到+3。

表4 性別在依從動機方面之結構相關與平均分數的差異分析表

依從動機	結構 相關	平均分數	
		男	女
性觀念開放的人	.7893	4.149	3.444 *
父母	.4506	5.255	4.855 *
親戚	.4299	4.590	4.242 *
朋友	.2603	4.862	4.653 *
老喇	.2540	4.729	4.508 *
同學	.2529	4.612	4.403 *
社會輔導機構	.1784	4.681	4.532
宗教團體	.0656	4.367	4.435

\*P<.05 量表得分範圍從 1到 7。

好的，女性認為是不好的。從事婚前性行為是否有助於適應未來的婚姻生活？是否能增進雙方的感情？是否會破壞我未來的婚姻幸福？缺乏實證的資料，有待日後對已婚男女作回溯性的研究，以提供客觀的、科學的資料做為實施教育的參考。

對從事婚前性行為「能滿足我的生理需求」這個項目，男性認為可能，且是好的。女性正好相反。對男性進行教育活動時，與其否定能滿足生理的需求，不如強調參與有益身心的活動等，舒解生理、心理的壓力以減少誘發從事婚前性行為的因素。

在規範信念方面，男女性在朋友及同學對其從事婚前性行為的期待上差異最大，男性覺得朋友及同學認為其應該從事婚前性行為的認知比女性強。男女性間對性的觀點不同，社會上對其性行為的容許尺度亦不同，造成兩性群體對從事婚前性行為支持程度亦有明顯差異。

至於依從動機方面，男女性對性觀念開放的人之依從動機上的差異最為明顯。男性對性觀念開放的人依從意願比女性強。

把規範信念與依從動機合起來看會發現，對男性而言，朋友、同學間如果有性觀念開放的人則會形成從事婚前性行為的助力；相反的，從父母老師來的社會壓力則成為從事婚前性行為的阻力。因此對男性進行教育活動時，應考量如何善用父母、老師、同學、朋友等資源人物的影響力。綜上所述，依男女性在行為信念，結果評價、規範信念、依從動機上認知的差異，可分別設計不同的教育活動，讓他們對從事婚前性行為可能產生的正負兩面的後果有一清礎的認識，並善用重要他者的影響力，培養做決定的能力期能對自己的行為負責。

未來的研究可擴大到其他不同教育程度，不同年齡層的男女與本研究結果做一比較；並使用理性行為理論，分別對男女從事婚前性行為的意向進行驗證，以確認是否有不同的預測力。

注一：婚前性行為：係指結婚之前，與您的異性朋友發生的性交經驗，非交易性的性行為。

注二：要檢定各項目的性別差異，可使用更嚴格正確的Duncan's Multiple Range Test，因本研究的原始資料已遺失以致未能修正。

## 參考文獻

### 一、中文部分

晏涵文：台灣地區「性教育」研究之回顧(1977~1989)在晏涵文、教康教育—健康教學與研究。320~346心理出版社，民國80年。

楊昭慧：台北市某女子學院三專夜間部學生從事婚前性行為之意向研究～理性行為論之驗證～，國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文民國81年。

## 二、日文部分

松村博雄・岡本一彦編集：性教育～愛の試行錯誤～至文堂，1975年。

和田實・西田智男：性に對する態度及び性行動の規定因 社會心理學研究7(1),54～68，1992。

## 三、英文部分

Fishbein, M (1979) : A Theory of reasoned action:some applications and implication. Nebraska symposium on motivation. University of Nebraska Press.

Ajzen, I & Fishbein, M (1980) : Understanding attitude and Predicting Social behavior prentice Hall, Inc., Englewood cliff, New Jersey.

Jorgensen, S.R., and Sonstegard, J.S. (1984) Predicting adolescent sexual and contraceptive behavior : an application and test of the Fishbein model. Journal of Marriage and the Family, 46:43-55.

Robinson, I., Ziss, K., Ganza, B., Katz, S., and Robinson, E (1991). Twenty years of the sexual revolution, 1965～1985:an update, Journal of Marriage and the Family, 53.216～220.



## **Gender Differences in Premarital Sexual Behavior Among College Students.**

*Chang-Ming Lu*

### **abstract**

Different rate in premarital sexual behavior between men and women have led to the consideration that there may be gender differences which account for these variations.

The purpose of the current study was to determine whether such gender differences exist in beliefs about consequences of engaging in premarital sexual behavior, evaluation of those consequences, one's normative beliefs and one's motivations to comply among 312 college-age students. These subcomponents of theory of reasoned action were tested with multivariate analysis procedures. Significant gender differences found in beliefs about the consequences of engaging in premarital sexual behavior, evaluation of those consequences, normative beliefs concerning engaging premarital sexual behavior and motivations to comply indicate that educational program should address members of the two sexes in different ways.

Key words: Premarital Sexual Behavior; Theory of Reasoned action; Behavioral Belief; Outcome Evaluation; Normative Belief; Motivation to comply

# 鄉村中老年人自我導向學習衛生教育策略研究

鄭嘉美\* 陳昭郎\*\* 呂 槃\*\*\*

台灣地區人口迅速完成轉型，目前已邁入「高齡社會」的行列，老年人口的比率將迅速增加；老年人口面臨的最大問題就是健康問題。隨著疾病型態的改變，目前影響人類健康最重要的因素就是「生活型態」。衛生教育在協助人們執行健康生活型態上有極其重要的地位；衛生教育對於成年人，尤其是渴望獲得健康知能又缺乏接受正式教育管道的中老年人更是有相當大的發展空間。成人與兒童的學習特性是不相同的，本研究即藉由理論之推演，參酌成人教育哲學與實務而發展出「自我導向學習」的中老年人衛生教育策略，並以準實驗設計評估該策略與傳統策略的差異。

結果發現(1)自我導向學習策略的效果優於教師導向教學之效果，且此差異短期效果比立即效果更清晰。(2)學習小團體異質性對學習效果之影響不明顯。(3)不論高自我導向學習傾向者或低自我導向學習傾向者在自我導向策略中的學習效果均優於在教師導向策略中的學習效果。最後並根據研究結果提出「台灣鄉村地區中老年人自我導向學習衛生教育策略的實施方案」及本研究所引發的建議，以供實務及相關研究之參考。

關鍵字：自我導向學習 成人教育 衛生教育 鄉村 中老年人 高血壓

## 壹、緒論

### 一、研究背景與研究重要性

台灣地區在七十年(1920-1989)內完成了歐美國家費時二百多年才完成的人口與疾病轉型 (Coale, 1973; Ryder, 1983; Omran, 1971; Olshansky, 1986; 黃建忠·韓文瑞, 1993)，人口迅速老化已是必然的趨勢。民國82年時台灣地區六十五歲以上人口佔總人口的7%以上，已邁入聯合國所稱「老人國」之列。據推估 (經建會, 1993)，民國99年時台灣地區六十五歲以上的人口將佔總人口10%以上，而到民國120年時，六十五歲以上的人口將超過20%；老年人口由10%上升到20%，只需二十一年的時間，而相對於芬蘭、瑞士、西德等國家，他們則經歷了五、六十年 (Ogawa, 1989; 黃建忠·韓文瑞, 1993)。人口老化對台灣地區社會、經濟環境所造成的衝擊，將比歐美國家嚴重。而老年人口或人口老化社會所面臨的最大問題，莫過於健康問題。

老年人的健康問題，並非肇始於老年期。尤其在平均壽命延長的情況下，邁入老年

---

\* 國立台灣師範大學衛生教育系副教授

\*\* 國立台灣大學農業推廣學研究所教授兼系、所主任、所長

\*\*\* 國立台灣師範大學衛生教育研究所兼任教授

期之前的不良健康行為所種下的因，隨著年齡的增長顯現的機會日漸增加。研究（Lalonde, 1974）指出影響近代人類健康的四大因素(1)生活型態(2)環境因素(3)醫療服務體系(4)遺傳、生物因素中，又以生活型態的影響力(43%)最大。執行健康生活型態是增進健康最廉價、最根本的方法；惟此方法需要極大的決心，長期整體的執行，方能有良好效果。傳統以傳染病防治為主，疾病防治之成效，短期內即有明確、具體成果可見之衛生教育策略已不敷應用；因此需要發展更能深入人心、啟發學習、長期執行、維持健康生活潛能的衛生教育策略。

在台灣地區兒童可在正式教育管道中學得健康知能，而成年人則較缺乏此途徑；尤其中年人在生活、事業忙碌中走過了人生的精華期後，身心上的一些不良症狀逐漸出現，他們開始為自己的健康著急，渴望獲得保健之道，但是他們常苦於不知從何著手。特別是鄉村地區的中老年人，由於其保守的個性及偏低的教育程度，識字能力有限，致使其可資利用的資源與管道少了許多；更因為鄉村地區交通不若都市發達，許多衛生教育的教學研究都只在都市地區進行，其發展出來的成果不見得適合鄉村地區的中老年人使用。此外，鄉村醫療資源的可近性先天上就比不上都市；而且鄉村中年輕一代不克陪伴於年長父母身側者多，鄉村中老年人自我照顧、自我保健的需求甚於都市中老年人，實在需要發展適合鄉村中老年人的衛教策略，以協助他們有效率的執行健康生活，促進健康。然而，如何設計合適的策略呢？

在目前這世界裏，一般知能的半衰期大約只有三十年，也就是說一個人年輕時所學的知能，在他步入中年時已不敷使用，必須隨時對已學會的知能加以補充、擴充、修正。這代中老年人年輕時並未學會AIDS之預防，未被強調環境污染之後果，注意的營養問題是營養不足，不是營養過剩...。過去所標榜的「讓受教者先經歷某些模擬情境，或學會某些技能，以備其將來面臨相同狀況時，可以從容應付」的教育哲學，顯然已受到挑戰。

以行為主義為哲學基礎的「行為目標」教學策略講究外在刺激、個體反應，著重教學成果之具體客觀一致性評價；在講求效率、科學化的工商社會中，廣泛的被接受了。「行為目標」自引進國內後風靡了台灣地區的學校教育、社會教育界。崇尚行為改變的衛生教育界更奉此為圭臬。但由於「行為目標」注重一致可測量的外顯行為，以致常為求可見之行為效標，而將「全人」支解為許多零碎可見性行為，而忽略「全人」的內在心理機轉與整體性及其他重要但不易由外顯性行為測量的因素...等。故有許多學者對「行為目標」提出質疑，而波范(楊龍立, 1984)也對這些質疑加以辯証。到目前為止，「行為目標」教學策略之效果，從眾多的研究報告中，仍無法歸納出一個一致的結論。

近代國外許多衛生教育策略已超越純粹行為主義的觀點，而融合應用了不同門派的學理，近幾年來，國內的衛生教育也有此趨勢，只是在融合的過程中，時常只關心「如何」做，而少注意「為何」如此做，所以並未能真正闡釋這些哲理的精神，發揮其功能，甚而在執行時出現了矛盾的措施或是理想與實際難以配合的情況（呂榮和鄭惠美, 1993）。根據調查結果可發現儘管進步主義衛生教育措施、或人文主義衛生教育措施是部

份衛生工作人員認為是理想方案，但不論是衛生局的護理督導或鄉村地區的衛生教育工作人員，實際採行的衛生教育措施，仍以「行為主義」為主，尤其是不少護理督導人員期望其所督導的基層工作人員遵循上級的指示，優先於地方民眾的實際需求。

不同的教育哲學信念將導致不同的教育理論，不同的教育理論對教育實務會產生不同的影響；民眾衛生教育者的基本信念與他對中老年人衛生教育的觀點—民眾的特性、教育者的角色、教育的內容、有效的教學方法、中老年人衛生教育的功能...等都有直接、密切的關係。注意成人教育哲學可以幫助民眾衛生教育者深刻思考整體的教育與生活歷程，使他們能夠站在更適當的立場去發展出前後一致、兼容並蓄的綱領，協助其對象達到可欲的目標。因此從成人教育哲學的觀點，探討中老年人衛生教育策略，有其必要性。

成人是個較成熟的個體，有豐富的經驗，身心發展與兒童不同，因此學習方式是不相同的，其衛生教育策略自應有其特色。在迅速變遷、資訊充斥、科技躍進的時代裡，批判性思考更顯得重要，學習如何學習，遠比學什麼更重要(Fellene and Conti,1989)。成人教育專家們指出成人教育的課程：(1)應以學習者為中心(2)新學習應建立於學習者的舊經驗上(3)成人是自我導向學習的個體(4)成人學習者應參與學習需求的評量、目標的決定、結果評鑑(5)成人學習應以問題為中心(6)成人教師應扮演促進者的角色，不是訊息的儲存所(Conti, 1985)。自我導向學習自古就是人類學習的一種方式，近代它再度興起，尤其近二、三十年有關自我導向學習的研究大量出現，幾乎成為成人教育的主流，它尊重成人的學習特性，適宜應用於成人衛生教育上；它更尊重每個人的特性，所以也應可用於處於教育不利地位的鄉村中老年人身上。

本研究擬藉由文獻探討、理論推演、實地實驗提供如何將自我導向學習的理論應用於衛生教育上的經驗與結果，期望不論在實務上或是學術上皆有其價值。

## 二、研究目的

本研究的重要研究目的有下列三項：

- (一) 比較自我導向學習衛生教育策略與教師導向衛生教育策略的立即效果、短期效果差異。
- (二) 探討自我導向學習小組成員的同質性或異質性對學習效果的影響。
- (三) 比較不同「自我導向學習傾向」的對象在自我導向學習衛生教育策略及教師導向策略中的學習效果。
- (四) 研擬鄉村地區中老年人自我導向學習衛生教育策略實施方案。

## 貳、研究方法

本研究首先以文獻探討分析的方式，研擬初步策略；然後以準實驗設計(Quasi

-Experimentation)方式進行實地驗證，設實驗組、對照組分別給予自我導向衛生教育及教師導向衛生教育，以前測、後測、後後測評估兩種不同衛生教育策略的教學效果，並對參與實驗組的部份民眾、工作人員進行深度訪談，進行質的分析。

## 一、研究設計

由文獻分析得知學習者未能實行參與學習後的預期行爲，可能是他沒學會該事項；也可能是學習者學了該事項，但是，這些事項對學習者沒有深刻的意義，於是因爲遺忘、焦慮、或其它更有吸引力事物的誘惑，而使其注意力移轉，或缺乏動機而沒有實行預期行爲。因此一個有效的衛生教育策略，必須對學習者產生深刻意義，且其效果評估，除了教學後的立即效果評估外，更應在一段時間後，進行追蹤，以瞭解學習後的預期行爲是否持續，或已被其他事項取代、遺忘。

自我導向學習衛生教育策略，經由協助民眾發現其需求，再由民眾根據需求，擬定學習目標、學習途徑、學習成果評估，呈現的方法，再依其計畫進行學習，與民眾之經驗、需求密切結合，在此過程中不僅可增進民眾的相關知識，對於其行爲傾向及行爲也有所助益，因此，本研究以此爲實驗組的教學策略，預期其學習效果，優於教師導向教學策略組的學習效果（教師導向策略是教師決定教學目標、內容、方法）。

Pratt(1984)指出學習者的獨立性和自我導向學習有密切的關連，他認爲依賴性的學習者，較少進行自我導向學習，他們希望從教師處獲得更多，更具結構性的指導。Mezirow(1985)也認爲只有具某種程度以上自我導向學習努力者，才可真正進行自我導向學習，惟有學習者知道全部的學習目標才可能從中抉擇其需求。但是Pratt並未對依賴性學習者在自我導向學習策略與教師導向教學策略中的學習效果做探討；Mezirow的考慮可藉教學上的技術給予克服。Knowles就持不同的看法，他從人類自然發展的過程來說明自我導向學習符合人類心理之發展，可獲致較好的學習效果。

此外，成年學習者有豐富的經驗，獨立的思考能力，能感覺需要，都是在自我導向學習中可充份發揮的學習資源，而這些資源在許多制式化的教學策略中被埋沒了。使其效果未能發揮。自我導向學習是由學習者根據自己的學習需要、學習速度、學習方式而擬定的，不但學習過程中能顧及學習者的個別差異，更能滿足學習者不同的學習需求，因此學習者本身的自我導向學習傾向，對學習效果的影響，亦是本研究所希望探討的。

由團體異質性與學習效果的文獻探討中發現由於團體異質性的定義及教學過程中其它相關因素的控制不易，而無法對團體異質性對學習者學習效果歸納出一致的結果，但基於小團體學習式自我導向學習過程中學習者彼此間知識的交流，經驗的傳遞都是重要的學習資源與學習方法，研究者認爲如果小組成員彼此間異質性高，則其知識、經驗交流的機會多，有助彼此之學習，所以學習小團體的異質性對學習效果的影響亦是本研究所關心的。爲確實掌握學習效果，本研究除了在教學前對研究對象做教學前的狀況評估，六週教學後立即做學習後調查訪問外，並於教學完成後二個月，再進行追蹤調查。

## 二、教學策略

本研究對「自我導向學習衛生教育策略」、「教師導向衛生教育策略」分別做如下的操作型定義：

「自我導向學習衛生教育策略」是指個體不論在有沒有他人協助下，以個人責任為出發點，主動診斷自己的健康需求，形成學習目標，應用人、物資源以助健康知能之探究、選擇、安排、執行學習成果，以達成自我實現健康生活目標的一種學習方式。

「教師導向衛生教育策略」是指學習者被動的接受教師對全體學習者所安排的一種循序漸進的健康單元教學，以獲得健康知能，改善健康行為的教學方式。

本研究的「自我導向學習衛生教育策略」進程序與方式略述如下：

- 第一次 氣氛建立，課程進行方式介紹，初步需求診斷
- 第二次 確立需求、成立學習小團體、擬定學習計畫
- 第三次 學習小團體小組工作
- 第四次 學習小團體呈現結果
- 第五次 學習小團體呈現結果
- 第六次 成果評估、課程評估、計畫未來

## 三、研究對象

研究對象：

本研究實驗研究部份，必須應用地方資源，極需地方衛生局、所之支持，因此立意選取南投縣為研究地區，南投縣是個農林業縣，也是台灣省政府的所在地，為符合「鄉村地區」的要求，特選擇國姓鄉、中寮鄉等兩個農林業人口佔百分之五十以上的鄉來進行本研究。並以其老人大學學員為主要研究樣本，每鄉各選一組為實驗組，另一組為對照組；利用老人大學上課以外的時間，由學員自由出席，並於第一次上課時，向學員說明本研究進行的方式，請學員思考，並期望有興趣學習者儘可能每次出席，有始有終。兩鄉共有實驗組學員75人，對照組學員76人。

## 四、研究工具

本研究之主要研究工具包括高血壓防治自我導向學習計畫、效果評估調查結構問卷，深度訪談記錄表。

## 五、資料處理分析

訪查資料回收後，隨即進行問卷整理，除去廢卷，補足少數缺失之資料，並抽查訪問的正確性，然後將結構性問卷之資料過錄、建檔，將敘述性、非結構性之資料重點摘要。結構性資料在建檔完畢後，即刻進行分析，本實驗研究所使用的套裝軟體除了社會科學常用的SAS、SPSS軟體外，並使用Limdep軟體做Logistic迴歸分析，使用 MLLSA軟體做Latent Class分析。

## 參、研究結果與討論

### 一、學習者的學習效果

#### (一) 理論、哲學思維推演

自我導向學習是一種以人文主義教育思想為內涵，以新行為主義精神為輔助工具的學習方式。人文主義教育把學習者看成是富有獨特性格的個體，他的各方面能力都必須在教育過程中得到充份的發展；感情、觀念以及生理上的成長與智力培養具有同樣的重要性。這和行為主義者以可測量的外顯行為改變為目標是不相同。人文主義教育思想還提出一個非常重要的概念，即行為是選擇性知覺的結果，學習者學習他認為需要的、重要的或有意義的東西。所以，傳統以教師為中心，向學生傳遞教師認為重要的知識、訊息的教育方法，對學生來說不一定有意義。人文主義者認為人性本善，任何人都具有實現美好生活、解決自身問題、充分發展自我的權利與能力，適當的協助將有利於學習者潛能的發揮。

自我導向學習策略應用新行為主義者系統化教學過程的概念，以「學習契約」幫助學習者釐清自己的需要，設定自己的學習計畫，並以之做為自我評估學習目標是否達成的依據，使崇高的人文主義教育思想得以落實在學習過程中。Caffarella (1982, 1986)，Kasworm(1982, 1983)分別於研究中証實「學習契約」可以有效的幫助學習者學習。理論上自我導向學習策略比教師導向教學策略更容易達到增強個體各種生活能力，使其在抉擇、執行健康行為時，有較強的抵抗壓力、持續理想、面對挑戰的信心，進而逐漸邁向自我實現健康生活的目標。

#### (二) 實際教學活動的討論

本實驗課程，共計六週六次課程。當第一次課程（介紹課程進行方式及需求初步診斷）結束時，研究者隨機和研究對象聊天，兩鄉實驗組的民眾不約而同的告訴我：「老師！阮莊下人，什麼攏不識，還是老師你來說，院來聽，卡好！」「以前攏嘛是衛生所的小姐想要告訴阮啥，著告訴阮啥。你要阮想阮需要學什麼，實在阮根本就不知道有什麼阮要學，好佳在！你有設計那十本資料，阮可以從那兒選，不過，正經說，你寫那十本資料，攏是阮需要！那十本書說的，阮攏無啥識，你看大家亂嘈嘈實在難決定要那一個先選，最好是免選，老師你攏準備好了，你就攏教阮！」。無怪乎，第一次上課前半節大家靜悄悄，聽老師說，後半節請他們動手做、動腦思考時，他們覺得很新鮮，又覺得自己沒能力做，所以只好和同伴商量！事實上，這也是本教學實驗的第一步棋—培養與同伴商量、討論的習慣。課堂秩序安不安靜並非重點。

Mezirow (1985)曾指出除非學習者知道全部的學習目標，才可能從中去抉擇其需求。對於個性淳樸保守、程育程度低、缺乏自信、依賴專家的鄉村中老年人，希望他們自行想出自己需要學什麼，其困難是可想像的。為提高策略的可行性，研究者在教學實驗之前即對該二鄉之中老年人進行深度訪談，從談話中歸納整理出十大民眾最需要的主題，編寫成初步的學習契約書，以供學習者做抉擇之依據，並將未列入十大學習主題的

學習需求，列為參考，在學習者做需求選擇之前建議他們，如果他們有.... 的需求，而那十本資料中沒有，就可以把它寫在十份資料的後面，做為自己的需求。

參與本研究的南投縣國姓鄉、中寮鄉中老年人有三分之一以上不識字，教育程度在小學畢業以上者僅聊聊幾人；教學活動開始前認為可以有效率的學習高血壓防治方法者不到五分之一，認為沒有老師一步一步教，自己仍然可以想辦法學習到防治高血壓方法者更是只有3.3%，而知道那兒可獲得防治高血壓方法者也只有8.6%。對於執行量血壓、薄鹽飲食、低油脂飲食、瞭解高血壓等四種行為，分別為51.3%，39.1%，42.1%，35.8%的中老年人認為有困難，而肯定這四種行為對自己有好處的分別只有60.3%，66.9%，58.3%，62.3%。對於如此弱勢，又有許多空間可改進的鄉村中老年人，著實需要一個參考的學習契約，以做為學習的起步，並且修改學習契約，畢竟比書寫學習契約容易。這樣的做法不失民眾自己抉擇學習需求的精神，又可降低難度，避免一開始嚐試新學習方法就遭受挫折而打擊學習興趣，相反的，可以增進其信心讓他們覺得他們可以做到，並且對學習漸感興趣。這情形在第二次上課時，就可發現。第二次課程是學習需求的再診斷與確定，並進行學習小團體的分組及第一次小團體會議。課程開始時由促進者說明如何扮演諮商者、訴說者、觀察者的角色，隨即自行尋找三位同伴輪流扮演各角色對自己的學習需求，進行再診斷與確定。在學習者經過討論活動後，促進者補充說明這種諮商方法，也可用在日常生活中，如婆媳問題，或其它問題上。在確定需求後即進行學習小團體的成立活動，由學習者根據自己的第一、二需求順位自行組成學習小團體，除了特別注意每組中至少有一位識字者，及同一學習主題不要有太多組外，研究者不對學習小團體之組成做干預。根據研究者的觀察，學習者對此次課程相當投入。此次課程結束時，研究者仍然隨機訪談數位學習者，由其中歸納出以下三點(1)這次課程比較知道自己在做什麼，做這些事有什麼好處、目的。(2)學習小團體成立後的第一次會議，老師沒有長駐各小團體，給予適時指導在遇到疑問時，必須等待老師來，使會議進行的較慢且零散，覺得很遺憾。(3)自認是鄉下人，知識水準不夠，要自行討論學問，不容易。

由於鄉村地區交通較不便利，許多學習者是騎摩托車、腳踏車、搭班次稀少的客運巴士、或幾人合開一部箱型小汽車來上課，為顧及學習者的方便、提高學習興趣，中寮鄉在第二次課程時，將衛生所中有關的錄影帶、掛圖、單張...都載到教室（離衛生所約2分鐘車程），學習者在小團體會議後，即可借用。國姓鄉由於教室離衛生所非常遠，所以只在小團體會議時，告之有許多視聽媒體、資料可參考，有需要者，可寫條子借用，衛生所將托人送達指定地點。但後來，由於傳遞之間出現誤差，國姓鄉學習者並未如期借到資料，以致有學習者很認真的打電話到台北向研究者洽問所要借的錄影帶，尚未收到，是否缺少，有無其他相關的錄影帶，何時可借給他們，他們要約定時間一起看。由此事件，研究者深深感受到鄉村中老年人並不全然沒有學習健康保健的興趣，只要適當的引導，他們會很認真，很在意的學習。對於傳遞間產生的誤差，造成學習者的不便，研究者在此再次致歉。



第三次課程是學習小團體作業時間，爲了顧及學習者的實況及課程的進度，研究者特別商請衛生所的護士擔任各組的促進者，促進者在各組中的角色是解答民眾提出的問題，促進討論的氣氛，並間接輔正觀念避免錯誤訊息之傳導，儘量不主動表示意見。學習者自我學習的精神、互相幫助、傳導訊息、訴說經驗，在這次課程展現出來了，有的用客語將討論的重點再向同伴歸納，有的將單張資料之內容說給同伴聽、有的將自己的親身經驗與親友的實例說給大家聽，更有以實物做比擬...，看著他們聚精會神，專注討論的神情，真不下於大學生的分組討論，不禁讓人懷疑傳統對鄉村中老年人學習態度的印象的正確性。

人文主義學者對於人類個性與潛力的看法，在此得到印証：人的行爲並不像人們想像的那樣容易預見，教育的關鍵在於促進人們個性的展現，發展人的天資，培養人的能力；每個人身上所蘊藏的發展潛力是無限的。自我導向學習促進鄉村中老人此方面潛能的發揮，更重要的，研究者盼望這樣的機會，能增進其自信，引起其學習興趣，應用到其它方面的學習上而主動學習。當然，這短短乙次的機會，必竟其強度有限，能發揮多少功用，實在不可太樂觀，但總是希望這是一個開始，地方衛生所的護士，對此教育方式也有點瞭解，將來在舉辦衛教活動時，也可斟酌採用。課程結束時，有幾個小團體反應小團體作業時間不夠，他們要利用其它時間，到同伴家裡繼續討論，（這不正是真正的自我導向學習嗎？）以便在下週小團體學習成果呈現交流中好好表現。

第四次課程、第五次課程是各學習小團體及每位學習者呈現學習成果、交流學習經驗的時間。學習者莫不使出渾身解數刻意的裝扮自己，甚至略施薄粉，設計了精彩的呈現方式，有角色扮演，有錄音特寫，有輪番上陣做心得報告，有實地示範表演解說，有又說又唱，看著學習者努力喝采享受著自我實現的滿足，研究者心中的欣慰真是難以形容，數星期來披星戴月，台北南投奔波的辛勞一掃而空。課後學習者告訴我，雖然在表演前他很緊張，表演後覺得如果有下次，她那些地方要改進，但她沒想到大家有那麼好的表現，從來也不敢想過自己可以做個這麼好的老師，她們要呼朋引伴到衛生所看他們表演的錄影帶。

第六次課程是總檢討，計畫未來，學習者表示（1）感激老師帶領她們進行一種新的學習方式，大部分學習者，喜歡這種學習方式；（2）這課程的時間太短了，可否繼續延長；（3）可否接下來爲他們辦理糖尿病保健或其他保健課程；（4）當初有十大學習需要，他們並沒有全部學習到，可否再另找時間，將那些主題也學一學；（5）雖然大家都努力學習、實現，但因學習者的知能有限，不知是否都學到了應該學的，是否都學對了，可否請老師再將整個課程做重點摘要解說。

由學習者(2)(3)(4)項的反應，研究者感受到自我導向學習發揮了功用，學習者已能主動的提出自己的學習需求，要求衛生所給予協助，和過去衛生所辦活動，要拜託民眾參與的情形不同。若能因勢利導，南投縣或許可開創衛生教育活動的新紀元。學習者第(5)項的建議，仍然反應了中老年人依賴專家，對自己有關衛生的知識信心不足，以及傳統學習觀念的影響，由於這是學習者的要求，表示他們有此需要，因此在總檢討課程的

最後，促進者也將六週學習焦點做了綱要性的整理。

六週的衛生教育課程在學習者又送柳丁，又送橘子，充滿友誼、潛能發揮的愉悅氣氛下暫時畫上休止符，研究者內心也盪漾著新衛生教育策略實驗圓滿成功自我實現的喜悅。課程結束時自我導向學習者認為可以有效率的學習高血壓防治方法者有38.67%，認為沒有老師一步一步教，自己仍然可以想辦法學習到防治高血壓方法者有18.67%，知道那兒可獲得防治高血壓方法者有38.67 %。

由此次實驗課程的實地操作，研究者認為自我導向學習策略實質上可以促進學習者潛能的發揮，增強其自信，開拓學習方法與領域，鄉村中老年人在自我導向學習過程中所展現的能力，是衛生教育者可善加開發的。學習者在獲得學習內容呈現的自我實現滿足後，將自動成為同儕團體的初級衛生教育者。

### (三) 數量分析結果討論

為了能清楚瞭解兩種教學策略效果之差異，特依據分析結果整理出表3-1，由表中可知「自我導向學習衛生教育策略」的整體效果優於「教師導向教學策略」的效果；其中對於學習者「學習自覺」自我導向學習傾向、「量血壓」行為傾向的立即效果、短期效果的優勢影響是很穩定的；對於學習者「薄鹽飲食」傾向的短期效果也呈現穩定的優勢影響；對於學習者「高血壓防治知識」、「低油脂飲食」傾向、「瞭解高血壓」的行為傾向短期效果的優勢影響，只發生在控制實驗前狀況的情形下；對於學習者「開放學習」自我導向學習傾向的優勢影響，只出現在立即效果上。

但是對於「飲食行為」上「健康飲食類型」「高鹽高脂型」的改變，兩組學習者不論是立即效果或短期效果在預期類別改變上均呈現沒有差異的現象。

在眾多衛生教育的實驗研究中，時常得到學習者在經過教學後知識、態度有顯著的改變，但行為則沒改變的結論，各研究者也都對其結論提出討論、建議，其中最常被提及的就是(1)樣本太小，不易做深入分析(2)教育介入的時間太短，無法呈現效果。

相對於本研究，研究者認為這是因為自我導向學習組學習者各方面的能力成長還未達到「頓悟」改變其飲食行為的階段，所以其飲食行為改變未呈現優於教師導向教學組的學員。根據人文主義者的看法行為是選擇性知覺的結果，惟有人類在「知覺」該行為對他個人的意義後，才會選擇執行該行為。但是「知覺」無法由外在強迫迅速加諸在個人身上，而必須藉由個人多方體驗、感知而逐漸形成。Keith(1990)指出必須先「強化個體的能力」，藉由個體各種生活能力的增強，而直接、間接改變個體對自己的看法，提昇自尊、增進自信、提高自我效能，以利健康行為的抉擇，也是這個道理。兩個未呈現某一健康行為的學習者，其對該行為的「知覺」程度不一定相同，所以本研究數量統計分析呈現兩組學習者在「健康飲食類型」與「高鹽高脂飲食類型」飲食行為的改變上沒有差異，研究者並不認為兩組教學策略的效果相同，而必須再輔以其它「知覺」上的指標才能下結論。

許多衛生教育的研究都以可見的行為改變為其主要的目標，認為學習者沒有執行預期的健康行為，教育的目標就沒達成，這是行為主義者的觀念，國內衛生教育受行為目

表3-1 自我導向學習衛生教育策略的效果一  
(自我導向學習傾向、高血壓防治知識、高血壓防治行爲傾向)

	立即效果	短期效果		
		模式一	模式二	模式三
自我導向學習傾向				
開放學習	*			
學習自覺	***	***	*	*
高血壓防治知識		*		
高血壓防治行爲傾向				
量血壓	**	***	**	**
薄鹽飲食		*	*	*
低油脂飲食		**		
瞭解高血壓		**		

\*p<.05    \*\*p<.01    \*\*\*p<.001

空白表示自我導向學習衛生教育策略的效果與教師導向學習衛生教育策略的效果沒有差異

模式一

模式二

模式三

表3-2 自我導向學習衛生教育策略的效果二  
(飲食類型改變之綜合分析)

	低蛋白質型/高鹽高脂型				健康飲食型/高鹽高脂型			
	立即效果			短期效果	立即效果			短期效果
	模 式 一	模 式 二	模 式 三	模 式 一 二 三 四	模 式 一 二 三	模 式 一 二 三	模 式 一 二 三 四	模 式 一 二 三 四
自變項								
教學策略 (以教師導向爲對照)	**	*	**					
自我導向								
控制變項								

\*p<.05    \*\*p<.01

標教學法影響甚鉅，其後雖有學者致力於價值澄清、角色扮演、行為改變技術的探討，但不可否認的，其評估的標準，仍以「可見的行為改變」為依歸。固然健康生活的實踐需賴健康行為的執行，沒有執行健康行為哪來健康生活。但是人生的價值是多元的，每個人都是獨特的，拿一個固定的標準來衡量每個人，並不見得合適。例如：假設上下階梯運動有利健康，每上下一個階梯可延長0.01秒的生命，那麼一位老者上下一個階梯，需時0.2秒，則他是否要執行上下階梯來促進健康延長生命呢？又一位癌症晚期患者，他是要執行健康行為規範，接受百般的約束，還是放棄部分約束，做些自己渴望做的事，愉快渡過僅存的有限生命？人文主義教育者的觀點有許多不同於行為主義者（高志敏，1990），它注重行為改變的目的，而不是專心於行為改變的手段；它研究人內在情感，不是專注於外顯行為的研究；它希望在解決問題的過程中獲得內心的「頓悟」，而不是把學習當醫病情境，追求表面行為的變化；它不像行為主義者為獲得某一結果而強調操縱人與環境，而是試圖使人特別注意自己獨特的特徵與能力（表3-3），它贊成人本著每個人的特性為自己做抉擇，為自己負責。這樣的精神相當適合當今這多元化社會的衛生教育策略。

從分析中，可發現自我導向學習組學習者之「學習自覺」自我導向學習傾向，「量血壓」行為傾向不論是立即效果、短期效果均穩定的優於教師導向教學組；其「高血壓防治知識」「薄鹽飲食」傾向、「低油脂飲食」傾向，「瞭解高血壓」之行為傾向的短期效果均優於教師導向教學組的學習者。這可用『學習者經過「頓悟」之後的知能，才能深存於其心，隨時一貫呈現，而單純「刺激、反應」沒有經過學習者「知覺」程序的知能，容易遺忘且刺激消失了，反應也可能跟著消失，不能持久』來加以解釋。

教師導向教學策略，教師直接將整理好的知識、觀念有系統的傳輸給學習者，學習者在接受到這樣的刺激後，對於不太困難的東西，可以很快的接受，例如：上課所傳授的知識，短暫的「薄鹽飲食」傾向、「低油脂飲食」傾向、「瞭解高血壓」的行為傾向等，在立即效果的比較上兩組學習者此方面的學習效果沒有差異，但是對於較麻類的「量血壓」行為傾向，需要親身體驗等難度較高的自我導向學習傾向等，則教師導向教學策略就不易發揮功能了，因為沒有經過學習者親身的體驗、領悟，單由老師口述很難體會其意義，自然就不會有強的動機及預期的改變。所以此等變項在立即效果上教師導向教學策略的效果顯然不如自我導向學習策略。

對於「高血壓防治知識增進」的短期效果，明顯的表現出，年紀大的人，記憶力不好，若未經內化，則很快的忘記了；自我導向學習組學習者，此方面的知識並非由老師包裹好，直接傳遞給學習者，而是由學習者根據其需要去查閱資料、觀看錄影帶、請教老師，然後經過自己的思考，講給同組同伴聽，再討論，而後成一整體概念呈現出來，在這過程中學習者經歷了「知覺」的過程，是故，在課程結束後兩個月的調查中，自我導向學習者的短期學習效果，優於教師導向教學組的學習者。

根據 Keith的看法：當個體各方面生活能力增強後，可直接、間接改變個體對自己的看法，提昇自尊、增進自信，使個體在面對抉擇、執行健康行為時，有較大抵抗壓力

表3-3 人文主義與行為主義的比較

特點說明	人文主義	行為主義
科學與直覺	偏重個人的直覺、理解與主觀經驗	在實驗活動中強調使用嚴格的科學方法與精確的語言
手段與目的	專心於改變行為的目的	專心於改變行為的手段
外顯行為與內在感情	觀察不一定能分清的人的內在感情	致力於研究人的外顯行為
行為與頓悟	在解決問題過程中獲得內心的頓悟	追求表面行為變化
控制與人性化	試圖使人特別注意自己獨特的特徵與能力	為獲得某一結果而強調操縱人與環境
簡化與整體	注重全人	簡化人的行為成可測量之片段
<b>全貌摘要</b>		
對人的假設	人性本善 人是主體	人是客體
教育目標	自我實現	有效的行為改變
教師角色	促進者	教育目標的指引者
教育方法	自我導向學習	效標參照
考評方法	自我評估	特定標準之比較
代表之學者	Maslow Rogers Knolwes	Taylor Skinner

、持續理想、面對挑戰的勇氣與信心，及學習者經過「頓悟」後，知道自己所為為何，較可持續困難的事項。本研究教師導向組並沒有如同自我導向學習組學習者一樣受到其它能力的啓迪，以致其抵抗困難（持續某一行為傾向的理念）的能力就較弱，再加上教師導向教學組學習者，並未深入感受前述行為傾向的意義，所以自然而然產生自我導向學習者「薄鹽飲食」傾向、「低油脂飲食」傾向、「瞭解高血壓」的行為傾向的短期學習效果優於教師導向教學組學習者的現象。

綜合本部分之討論，我們可得到對於鄉村中老年人而言自我導向學習策略的效果優於教師導向教學策略的效果。

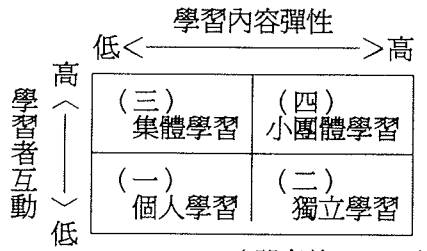
## 二、學習特性

### （一）學習小團體異質性與鄉村中老年人自我導向學習的特性

#### 1.理論推演

自我導向學習可以以自我導向學習過程中「學習者間互動的高低」及「學習內容彈性的 高低」為二個面相，將自我導向學習分為四個類型，第一、二類型是學習者個人單獨學習，和別人互動較少的學習；對學習內容有較高選擇權限者是「獨立學習」，對學習內容較無選擇自由者為「個人學習」。

第三、四類型是和別人一起學習的自我導向學習，和別人互動的學習；其學習內容，個體有較大的抉擇空間的是「小團體學習」，對學習內容較無選擇空間的是集體學習。



(鄭惠美：1994)

圖 3-1 自我導向學習的類型

人文主義者認為自我發展、自我實現，絕不是與世隔絕，惟有在互相鼓勵、互相合作的環境中，才能促進人的發展，所以「小團體學習」式的自我導向學習是促進學習者自我發展，自我實現的重要途徑，也是本研究實驗組所採行的方法。

學習小團體有許多型式，例如60年代的 Encounter groups, Training Groups, Sensitivity Groups, 以及....等都是。

Encounter group可產生的學習效果有(1)能夠傾聽他人的意見；(2)能夠接受、尊重他人，(3)能夠理解他人；(4)能夠識別、意識感情；(5)能夠表露自己的感情；(6)能夠意識他人的感情；(7)能使他人聽取自己的意見；(8) 能夠得到受他人接受與尊重的體驗；(9)能夠得到他人的理解；(10)能夠認識人類經驗的基本共通點；(11)能夠探索自我；(12)能夠發展強烈的自我意識；(13)能夠實地表現自我；(14)能夠朝更加接近於希望成功的方向去改變自己。

若針對上述這些學習效果而言，則小團體內互動的情形是最重要影響學習效果的因素，而小團體內異質性的高低對其影響則不見得重要。但是如果小團體的學習效果，不只於此，如：Knowles在自我導向學習活動中倡導的探究小組，在此小團體中其學習目標尚包括知識的交流、經驗的傳遞，則小團體的異質性對其學習效果可能具有相當程度的影響力。

## 2.實証研究結果討論

由分析中發現在 252次學習小團體特質的異質性對學習效果影響的分析裏，只有11次有顯著的影響。亦即顯示學習小團體的異質性對學習者學習效果的影響並不大。此外，究竟學習小團體何種異質性指標及其異質性高或低較有利於學習者學習效果的增進並沒有一定的規則，必須視擬探討的「特質」而定。

這其中可發現學習小團體各種特質的異質性，（包括高血壓防治知識）對學習者高血壓防治知識立即、短期學習效果都沒有顯著的影響，這和從理論推演所得到的結果不符，是否因為學習前全部學習者的高血壓防治知識都非常的低，而未能發揮其功能，有待更進一步的研究。

研究中也發現學習小團體的學習自覺、飲食類型、高血壓防治知識、教育程度等特質的品質對學習者立即自我導向學習傾向學習效果沒影響，但對學習者短期自我導向學習傾向學習效果有顯著影響。這應是人文主義教育主張的特色之一——的行為不全然是刺激反應的立即產物，而必須經過人們選擇性知覺後的抉擇。上述特質品質高的人較多的學習小團體比上述特質品質高的人較少的學習小團體，在團體互動時，對學習者有利的影響較深；這些影響，在一般平順的情境下，並不特別顯現出和沒有受到此影響者有何不同，但是因為這些影響會經由人類選擇性知覺的程序，所以在面臨壓力或較困難的情境下，就會顯現出來。個體要偶而呈現某種狀況，並不會太困難，但是要持續該狀況的難度就增加了。惟有個體對該狀況有深刻知覺，才會願意為該知覺而堅持自己的理想，努力去實踐，以持續該狀況；如果沒有這些深刻的知覺，則在遇到困難時，就較容易放棄。

在實踐健康生活的過程，時常會面臨許多壓力與挑戰，魚與熊掌不可得兼的情形，只有個體深深知覺自己所為為何，才能克服這些困難；鄉村中老年人以小團體學習式的自我導向學習來學習高血壓防治可獲得良好的學習效果，由實証研究之結果得知學習小團體的異質性對其學習效果影響不大，但是學習小團體中高品質特質的人數較多時，較有利於學習者短期的學習效果。

## (二) 學習者自我導向學習傾向高低與不同學習策略的學習效果

雖然Pratt(1984)指出學習者的獨立特性和自我導向學習有密切的關連，他認為依賴性的學習者，較少進行自我導向學習，他們希望從教師處獲得更多，更具結構性的指導。Mezirow(1985)也認為只有具某種度以上自我導向學習能力者，才可真正進行自我導向學習，惟有學習者知道全部的學習目標才可能從中抉擇其需求。但是Pratt並未對依賴性學習者在自我導向學習策略與教師導向教學策略中的學習效果做探討；Mezirow的考慮可藉教學上的技術給予克服。Knowles就持不同的看法，認為自我導向學習係由個體自己引發的學習，是一種主動的學習，其動機較強，效果較能持久，且較能應用所學，而教師教導式教學，學生只在教師跟前等待被教，是被動的，動機較弱，效果較差。Knowles也從人類自然發展的過程來說明自我導向學習符合人類心理之發展，可獲致較好的學習效果。

此外，成年學習者有豐富的經驗，獨立的思考能力，能感覺需要，都是在自我導向學習中可充份發揮的學習資源，而這些資源在許多制式化的教學策略中被埋沒了。使其效果未能發揮。自我導向學習是由學習者根據自己的學習需要、學習速度、學習方式而擬定的，不但學習過程中能顧及學習者的個別差異，更能滿足學習者不同的學習需求，因此不論學習者自我導向學習傾向的高低，在自我導向學習策略中，應可得到較好的學習效果。黃富順曾引用Penland (1978)對自我導向學習者進行廣泛研究發現社會階級指標與自我導向學習時數相關甚低的結論，而認為自我導向學習是參與繼續教育活動處於不利者，如：年紀較大、居住鄉村者...的重要學習策略。

由本實驗研究分析的結果證明不論學習者自我導向學習傾向高或低，其在自我導向學習策略中的學習效果均比在教師導向教學策略中的效果好。

綜合上述討論，對本研究所關心的學習者自我導向學習傾向特性，與學習小團體異質性對鄉村中老年人高血壓防治衛生教育學習效果的影響，可得到下列的結論：鄉村中老年人自我導向學習的特性是(1)學習小團體的異質性對其學習效果的影響不大。(2)學習小團體中高品質特質的人較多時，有利於學習者短期學習效果之增進。(3)學習者不論其自我導向學習傾向的高低，在自我導向學習策略中都可獲得比教師導向策略好的學習效果。

## 肆、鄉村中老年人的自我導向學習策略

「早期農村生活純樸寂靜、團體衛生教育活動均能吸引多數人的眼光，而今工商業社會，每個年齡層的人口都為生計奔忙，連老人家也都架著老花眼鏡在挑茶葉梗，每年50~60場次的衛生教育活動都是護理人員靠著人際關係拉人、禮品誘人、才能勉強湊齊人數，而衛教成果，有的更要求人數要百人或數十人，實在難矣！如何能使衛教的種子傳播在鄉村每一家戶，實在是我們衛生教育人員該努力突破與研擬的！」（張淑貞，1



993)。是的！隨著時代潮流的發展，社會結構的改變，即使是鄉村的老人家，他們的生活也不再是那麼閒適。況且，隨著知識的爆增、疾病型態的改變，人們所需的健康知能與日俱增。衛生所護理工作人員在B型肝炎流行時，被要求辦理B型肝炎衛生教育；登革熱流行了，又要加辦預防登革熱衛教活動；AIDS成爲世紀大敵，自然又要加辦AIDS衛教....。面對這與日俱增的衛教活動項目、衛教效果的要求，及平日已分身乏術的保健服務工作、群醫中心業務，基層護理人員其所負擔的壓力，求新求變的期望，及害怕新工作方式又造成新的負擔的矛盾心態可想而知。

鄉村中老年人自我導向學習衛生教育策略實驗自始至終承蒙南投縣衛生局的全力支持，獲得寶貴實務經驗，以下將根據學理、研究結果，參酌研究進行過程中所有參與的工作人員的意見、經驗、研究計畫完成時由局長主持的檢討會與會人員的建議，擬出如何在鄉村地區以自我導向學習策略進行中老年人衛生教育活動的方案，以供參考。

## 鄉村地區中老年人自我導向學習衛生教育策略實施方案

### (壹)推行目標

- 1.以「人」爲中心，統合衛生教育活動，提高衛生教育效果。
- 2.充實基層護理工作人員自我導向學習衛生教育策略施行知能，使得以擔任自我導向學習活動的促進者，以提昇衛生教育品質。
- 3.化鄉村中老年人被動接受健康知能的型態爲主動追求健康知能。
- 4.提昇鄉村中老年人生活能力，增進其信心，提高自我效能，以利健康生活之實踐。

### (貳)實施方式

#### 一、人員培訓

- 1.分階層舉辦自我導向學習衛生教育策略研討會。  
各階層研討會的課程重點及所需時間，舉辦單位如下表：
- 2.定期舉辦自我導向學習衛生教育活動觀摩會
  - (1)第一階段由各縣遴選之2~3個衛生所，各自負責臨近幾個衛生所的示範觀摩推廣。
  - (2)第二階段由各衛生所間互相觀摩。
  - (3)第三階段由各縣衛生局每年推舉績優自我導向衛生教育策略執行單位，給予獎勵，並錄製其下一期之自我導向衛生教育活動，角逐全省鄉村地區中老年人自我導向學習衛教活動「金馬獎」。衛生署則將優選之錄影帶拷貝送各衛生所參考。

表4-1 自我導向學習衛生教育人員培訓計畫表

對象	課程重點	時 間	主辦單位	備 註
<u>推廣初期</u>				
I、各縣市衛生局局長 衛生教育課、護理課課長 其它委辦衛生局舉辦衛教 活動單位之直接負責人	A. Self-empowerment 衛生教育觀與自我 導向學習衛生教育 策略	4小時	衛生署	
II、各縣衛生局護理課督導 各縣衛生局衛生教育指導員 各縣衛生局衛生所主任	A. B. 成人學習特性與自 我導向學習 C. 自我導向學習衛生 教育實施方式簡介	8小時	衛生處	
III、各衛生所護士長 各縣遴選 2-3個衛生所之資 優或執行衛教之護理工作 人員各2名	A、B、C D. 自我導向學習衛生 教育技術 E. 自我導向學習衛生 教育實習	30小時	衛生處	被遴選者有 示範推廣之 責任
IV、各衛生所分批遴選執行衛生 教育工作之人員 (未參加III者)	A、B、D、E F. 自我導向學習衛生 教育觀摩	28小時 (觀摩另 計時間)	衛生局	可分段實施 A+B→F→D→E
<u>新進人員</u>				
V、新進之執行衛生教育工作 人員	A、B、D、E、F			若人數少 A、B、D以錄 影帶觀賞代替 由督導員輔導 並個別進行E、F
<u>在職訓練</u>				
執行衛生教育之工作人員 定期分批參加	觀摩教學與研討	4小時		可配合衛教人員 在職訓練舉行， 或由各衛生局自 行舉辦

## 二、教材教具

- 1.製作以鄉村中老年人為主角群的「自我導向學習衛生教育活動」進行方式及精華集錦，以供說明課程進行方式時使用。  
※相同背景的人物→增進認同感進行方式之示範錄影→具體可見，降低不確定性  
精華集錦→經驗交流
- 2.製作地方語言（客語、台語、原住民語言）之中老年人各種保健錄影帶、錄音帶，每段約10分鐘左右，內容深淺可分級表示。※鄉村中老年不識字、不懂國語的不少。
- 3.出版適合識字不多之中老年人翻閱之大字本小冊健康保健資料。
- 4.成立專責小組或委託學術單位搜集鄉村中老年人的保健需求及各地方可供利用的資源編寫學習契約書草案題庫，由各衛生所視其需要選擇修訂後做成教育活動時的契約草案。契約書草案格式要簡明扼要文字宜簡潔，並輔以圖案。
- 5.隨時徵集基層衛生教育實際執行者所發展出來的契約書草案、教材教具、自我導向學習衛生教育策略執行經驗，並印行供其他工作者參考。  
※自我導向學習衛生教育策略在國內是剛開始，需要累積經驗。

## 三、進行方式

- 1.採小團體學習方式進行，初期每一班次人數以不超過15人為原則，每班次約分成3個小團體。
- 2.學習小團體之成立以學習需求及學員意見為主，並輔以每個小團體最好至少有一個人識字之原則。
- 3.初期採用自我導向學習衛生教育策略時，每一班次配備二名促進者。若有需要在小團體作業課程可聘資源人物。
- 4.初期執行此策略時，每期課程以4次課為原則，每次約90~100分鐘。  
第1次建立融洽氣氛，介紹課程，需求診斷  
第2次確定需求分組，修訂契約書，第1次小團體會議  
第3次學習小團體作業時間  
第4次學習成果呈現，檢討  
（※詳細實施參考步驟另文敘述）
- 5.試驗期以後，可視實際需要調整人數、組別、時間。

## 四、協調與連繫

- 1.自我導向學習衛生教育策略在執行之初期，必須耗費相當多的人力，一則工作人員不熟悉此法，課程準備費時，再則民眾未曾接受過此方式之教育，尚不習慣；開始時必然渾渾沌沌，事倍功半，不論是促進者或學習者皆可能感受挫折，但到課程接近尾聲時自我呈現的滿足滿將取而代之。

工作人員必須先有此共識。

- 2.本策略特色之一是培養中老年人的生活能力—包括學習如何學習保健之道，自信心之建立....；所以不可營營汲汲以健康行為之改進為惟一目標。
- 3.各有關單位擬委衛生所辦理之衛生教育活動，宜事先連繫統整，並以「人」為中心，勿以各單位之業務為衛教活動分類之依據。
- 4.以本策略進行之各衛生教育活動，可協調相關團體，如：農會、社區健康促進委員會、或寺廟、教會、企業團體、學校、鄉公所、長青學苑、社會課……等共同辦理。不僅可節省人力、財力，又可獲得充分資源，更可提高民眾主動參與之意願。
- 5.如有需要，可由縣衛生局代訓自我導向學習衛生教育策略執行人員，或由有關單位共同委請專門單位代訓各單位之人才，或直接將此課程納入省訓團的訓練計畫中。
- 6.基層護理、衛教工作人員的工作負擔，隨著疾病型態轉變、醫療服務方式的變更，有增無減；宜做整體規劃，並善用資訊時代的產物，簡化報表填寫製做方式，合併統整相關之業務，刪減不必要之工作，使基層護理、衛教人員有時間與精力從事民眾衛生教育品質的提昇，而不再只是對「衛教場次與人數」之要求，做反應。

## 五、結 論

### 一、重要研究發現

#### (一) 學習效果

- 1.整體而言，自我導向學習策略的效果，優於教師導向教學策略的效果，且這種優勢在短期效果上比立即效果更明顯。
- 2.自我導向學習衛生教育策略與教師導向教學衛生教育策略對學習者立即的、短期的健康飲食類型與高鹽高脂飲食類型改變效果沒有不同。
- 3.自我導向學習組學習者從學習過程中領受到自我實現的滿足。

#### (二) 鄉村中老年人自我導向學習的特性與其學習效果

- 1.不論是高自我導向學習傾向的鄉村中老年人或低自我導向學習傾向的鄉村中老人在自我導向學習衛生教育策略組中的學習效果均優於教師導向教學策略組。
- 2.學習小團體的異質性對學習者自我導向學習效果的影響不是很大，但是學習小團體某些特質高品質的人數較多時有利於學習者短期學習效果的增進。

### 二、研究之總結

人類的行為是個複雜的過程，有關人類行為的知識與理論是相當浩瀚，不同的思想家，有不同的看法，其結論也不相同，沒有絕對的對、錯、好、壞。不論從源於生理的人格發展理論，到環境制約的看法，到團體動力的影響與衛生教育都有密切的關係；衛生教育者在擬定衛生教育策略時，必須將這些知識綜合統整起來，視對象、環境....等情

境而抉擇出較合適的策略。

本研究基於鄉村中老年人已走過人生二分之一以上的路程有豐富的人生經驗，思想臻於成熟，但是生活上的某些能力卻處於弱勢，極需培養其能力、信心、助其自我改變對事、物、自我之看法，提高自我效能，進而有信心與能力抉擇持續健康行為的觀點，進行「以人文主義思想為根基引用系統化教學概念，應用團體動力學原理」的小團體學習式自我導向學習衛生教育策略效果研究，研究結果証實。整體而言以自我導向學習衛生教育策略進行鄉村中老年人高血壓防治衛生教育的效果比教師導向教學策略的效果好，而且這種現象在短期效果上表現的比立即效果更清楚。

這說明了以「全人」為目標，尊重鄉村中老年人的需求，肯定其潛能，借重其本身可貴的經驗，鄉村中老年人在適當的協助之下，靠著同儕團體互相合作、鼓勵，可以有效率的自我導向學習，發展各方面的能力—與人合作討論解決問題的能力、尋求健康知能的能力、說明呈現健康知能的能力...，並享受自我實現的滿足感，進而更能持續，甚至擴展其學習成果。鄉村中老年人藉著這樣的學習過程可達成下列各情境，使衛生教育的效果更加寬廣。

- (1)對其所欲知曉的健康知能融會貫通，並內化成自己的東西，隨時可應用，所以其效果可持久。而不若傳統教師授課，聽時覺得吸收良多，但因不會做筆記，而記憶力有限，很快的淡忘了。即使後來有需要，想透著僅存的一點記憶，回憶相關事務而加以應用時；也因為在聽課後，沒有立即思考討論，隔一段時間後，已無法再想出。
- (2)由於享受到這種自我實現的滿足感，所以更願意，更有興趣去追求相類似的知能，以再享受這種成就感。更由於透過這樣的學習方式，學習者自我學習的能力加強了，可以在較少的協助下不太困難的完成他想做的「相類似」事情，學習者自然又享受到自我實現的滿足，如此，週而復始，學習者自我學習的能力逐漸增強，所探求的知能範圍也擴大了。
- (3)學習者在自我導向學習過程中，所內化的知能，在日常生活中可以很容易、很自然、很有效率的呈現出來，間接影響其週圍的人；這樣的自然影響過程，對學習者而言，又是另一次自我實現。此外，也無形增添了社區衛生教育的人力，而且這種影響效果比由衛教人員，若口婆心，開班授課，拜託民眾來聽效果高。例如：  
①學習者在課程結束時，自己邀請親朋好友，觀賞其學習成果的錄影帶，使親朋好友間接瞭解相關知能。  
②學習者透過自我導向學習過程，使其表達，說明該相關知能的能力增進；當其週圍的人有其需要，或學習者欲將其理念付諸實行，或遊說家人共同執行時的表達能力與表達內容將更充實，其影響力將更大。  
③學習者也可本著「好東西與好朋友分享」的心境，邀集三、五親朋好友共同自我導向學習。如此，良性循環，自我導向學習策略，所形成滾雪球似的影響，其在衛生教育上的效果，是無可限量的。

不論任何程度自我導向學習傾向的鄉村中老年人都可在自我導向學習策略衛

生教育活動中，獲得較好的學習成果，即使低自我導向學習傾向者在自我導向策略中，也可獲得比在教師導向策略中更好的學習效果。在進行自我導向學習時，學習小團體的異質性對學習效果的影響不大，但是如果學習小團體中某些特質品質高的人數較多時，對學習者短期學習效果有正向的影響：因此鄉村中老年人適合以「自我導向學習」策略，進行衛生教育，學習時各學習小團體可以依其需要相同順其自然組成，不必刻意安排。但若某些組內，其高品質成員較多，則短期學習效果較好。

本研究的意義，不僅在發現自我導向學習衛生教育策略組整體的立即學習效果、短期學習效果均優於教師導向教學衛生教育策略組，適合在鄉村地區進行自我導向策略的中老年人衛生教育；更在於發現、探討自我導向學習衛生教育策略的這種優勢在短期效果上比立即效果上更明顯，自我導向學習策略對鄉村中老年人其他能力增進所產生的影響及這種影響在未來鄉村地區公共衛生教育上的意義。

### 三、建議

#### (一) 對本研究及相關研究的建議

##### 1. 本研究之改進建議

- (1) 自我導向學習，學習小團體所用學習契約書宜精簡，並儘量輔以圖示。
- (2) 每班人數太多，鄉村中老年人不識字者多，領悟力較低，尤其第一、二次課程需要促進者較多的關注。如果將每班拆成二班，即每班之數均在二十人以下，即不僅可照顧到每位學習者，也可節省上課等待老師協助的時間。
- (3) 學習小團體作業時間不夠，若減少班級人數，則可挪出一次成果呈現的時間，做為學習小團體作業的時間。
- (4) 同時在南投縣的另二鄉也一併進行本研究，一則可增加本研究推論之範圍（如此，南投縣符合本研究訂定 50 % 以上人口之行業為第一類行業者為「鄉村」定義之鄉，全部為研究對象）二則可增加研究對象人數，結果較客觀，且方便做精確統計。

##### 2. 繼續進行本研究

- (1) 自我導向學習策略的特性之一，是經得起時間考驗其學習效果可持久，時間可使其與其它策略的效果差距更顯現，本研究限於時間因素，只做到學習後二個月時的效果追蹤。不妨在能力許可的範圍下對研究對象進行學習後一年的效果追蹤，驗證其長期效果。
- (2) 在學習後一年，可考慮課程結束時學習者的要求，對同一群學習者進行自我導向學習式的糖尿病防治衛生教育，一則服務民眾，協助其需求之達成，二則對同一學習團體，加強其自我導向學習，可收事半功倍的效果，也可繼續評估本教學策略的效果，使其更完善。

##### 3. 進行更多「自我導向學習」衛生教育策略研究，累積研究成果經驗，發展國內「自我導向學習」策略

- (1)國內自我導向學習研究較少，在國外，則在數年前即已如雨後春筍，不論是自我導向學習的評量表，相關因素探討，質或量的教學實驗分析，理論哲理的研究等論著大量出爐，固然國外之研究可供我們參考，但其本土化畢竟不夠。我們必須發展適合本土性的自我導向學習研究。
  - (2)本研究限於人力、物力的限制，只以可提供充份支援的南投縣進行實驗，所獲寶貴經驗可提供研究，或實務之參考；但因只是立意取樣，其推論性有限；不妨再選擇其他縣市進行實驗，累積更豐富的資料、經驗為研究、推廣之用。
  - (3)由不同單位如由農會、教會、社區健康促進委員會、老人會、主辦「自我導向學習」策略衛生教育活動，而以衛生所為資源單位，或以其它合作、協調的方式進行此策略之衛生教育，探討其可行性、參與者背景分析比較及學習效果評估，以研擬出一個可行、有效率以「人」為中心的合作式或協調式自我導向學習衛生教育活動。
- (二) 將研究結果應用於實務工作上的建議
- 1.本實証研究顯示自我導向學習衛生教育策略之效果優於傳統策略，可繼續選擇某些鄉進行自我導向衛生教育策略的小規格推廣及實驗，一則尋找更合適的推廣方法，二則培養自我導向學習師資。
  - 2.鄉村地區中老年人自我導向學習衛生教育策略的實施必須包括人員培訓、教材教具的製作、各相關單位的協調與連繫……詳如「鄉村地區中老年人自我導向學習衛生教育策略實施方案」。
  - 3.自我導向學習策略在開始實施時，質重於量，因此不宜以人頭數來評估其成果，可做些質量方法的評估。
  - 4.自我導向學習策略在進行的過程中，尊重學習者的特性。學習者除了學習到自己期望學習的事物，更可學習到「如何學習」，在學習過程中及學習結束時，學習者可享受到自我實現的滿足感，對學習者各方面的能力皆具增強功能，也可直接、間接提昇學習者的自信。對處於弱勢地位的鄉村民眾而言，「自我導向學習」是個相當不錯的學習策略，是以農村地區的家政推廣、衛生教育可善用此策略。此外，對於農村領導人才的培訓也可應用此策略。

## 參考文獻

### 一、中文部份

行政院經濟建設委員會

1993 中華民國台灣地區民國81年至125年人口推計。

呂榮和鄭惠美

1992 台灣地區中老年人健康促進策略之研究（第一年報告），行政院衛生署。

黃建忠、韓文瑞

1993 台灣地區老人的生活狀況與福利需求，社區發展，62:16-26

高志敏

1990 成人教育的哲學基礎，北京，職工。

張淑貞

1993 中寮鄉自我導向學習衛生教育介入心得（未出版）。

楊龍立

民73 行為目標的研究，國立台灣師範大學碩士論文。

## 二、英文部份

Caffarella, R.S.

1982 Fostering Self-directed learning in post-secondary education: The use of learning contracts, *Lifelong Learning: An Omnibus of Practice and Research*, 7(3):7-10,25-26.

Coale, A.J.

1973 The demographic transition, In *Proceedings of the International Population Conference, Bucharest, Liege: IUSSP*: 53-72.

Fellene, R.A. and Conti, G.J.

1989 Learning and reality: Reflections on trends in Adult learning, ERIC clearinghouse on adult, Career and Vocational Education, Columbus, Ohio.

Kasworm, C.E.

1983 Self-directed learning and lifespan development. *International Journal of Lifelong Education*, 2(1):29-46.

Keith, T., T. Sylvia. and R. Yvonne.

1990 *Health Education: Effectiveness and efficiency*, New York, Chapman & Hall.

Knowles, M.S.

1975 *Self-directed learning*, New York: Association Press.

Lalonde, H.M.

1974 *A New Perspective on the health of Canadians*  
—A working document. Ottawa: Government of Canada.

Mezirow, J.

1985 A critical theory of self-directed learning, In Brookfield, S., *Self-directed learning: From theory to practice* (New Directions for Continuing Education 25:17-30, San Francisco: Jossey-Bass.

Ogawa, Naohiro

1989 Population aging and its impact upon health resource requirement at government and familial levels in Japan *Aging and Society* 9:383-405.



Olshansky, S. J.

1986 The fourth stage of epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases, *The Milbank Quarterly* 64(3): 355-391.

Omran, A.R.

1971 The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change, *The Milbank Quarterly* 49 (4): 509-538.

Penland, P.R.

1978 Self-Planned learning in america, ERIC Document Reproduction Service No. ED 154987.

1979 Self-initiated learning, *Adult Education Quarterly* 29:170-179.

1981 Towards self-directed learning theory, ERIC Document Reproduction Service No. ED209457.

Pratt, D.D.

1984 Andragogical assumptions: some counter-Intuitive Logic. *Proceedings of the Adult Education Research Conference*, no. 25. Raleigh: North Carolina State University.

Ryder, N.B.

1983 The translation model population transition, Paper Presented to the Annual Meeting of the sociological Association.

## **A study of self-directed learning strategy in health education for the adult of middle and advanced age in rural area**

*Huey-Mei Jeng; Chao-Lang Chen; Laura P.Lu*

### **Abstract**

The purpose of the study was to develop an adult health education strateg and evaluate the effectiveness of the strateg.

Base on following reasons, self-directed learning health education strateg is an effective strateg was evidenced.

First reason is that self-directed learning is more in tune with our natural processes of psychological development.

Second reason is that we are entering into a strange new world in which rapid change, It become the only stable characteristic. Thus, the main purpose of education must now be to develop the skills of inquiry.

Third reason is that proactive learners learn more things and learn better than reactive learners.

Key Works: health; education; self-directed; learning; rural; adult

# 三位精神病患者日常生活之個案觀察、訪問研究

吳就君\* 黃淑英\*\* 張麗玲\*\*

本研究擬從「生活品質」概念中的社會層面觀點，採取質的研究方法，探討精神病患在社區中的生活互動情形。

本研究之目的有七：1.了解村民如何看待個案？2.了解個案的家人如何看待個案？3.了解村民與個案間的互動情形為何？4.了解個案家人與個案間的互動情形為何？5.了解個案的生長史為何？6.了解個案對其生活滿意度與自我期許為何？7.了解個案的生活作息為何？經過研究過程中的準備、熟悉、觀察、訪談、整理期，所得結果如下：

- 一、本研究中大部份村民對個案的態度，有三大特色：1.視個案為隱形人。2.對個案的容忍力高。3.對個案採取敬而遠之的態度。
- 二、村民會因男個案的教育程度（大專）及預後情形較女個案為佳，而對男個案有較強的互動意向與較多的互動經驗。
- 三、兩位個案與家人間的互動，會受到個案本身的預後情形、家人間原本的互動模式及生活型態而有所差異。
- 四、由「生活品質」的角度來看兩位個案，會發現除了基本生活需求的供應不成困難外，兩位個案在角色功能、家庭生活面、社會文化面的生活品質，仍是個值得再進一步探討的問題。

盼望在從事社區復健等規劃措施時，村人與家人如何看待精神患者，可當作計畫設計時一個考慮的主要變項，以使精神患者，能在更舒適、溫馨的社區裡，得到高品質的復健環境。

關鍵字：生活品質 精神病患 家屬 鄰居

## 壹、前言：

病患生活品質的研究，已逐漸引起醫療與行為科學界的注意（Hollandsworth, 1988）。但是有關生活品質的概念，眾說紛云，光是精神病患生活品質測量的工具，就有多樣，如生活滿意度（Baker & Intaglia, 1981），生活品質量表（Heinrich, 1984），生活品質檢查表（Malm, 1981），生活品質會談（Lehman, 1988），社會適應量表（Weismann & Bothwell, 1976）和功能階梯量表（Strauss & Carpenter, 1972）。不少研究都以標準生活應有的項度為測量的概念，卻疏忽了個人生活中認為重要的品質。如欲建立我國精神病患生活品質量表，則質的研究是起步中絕不可少的研究法。

---

\* 國立台灣師範大學衛生教育研究所教授

\*\* 國立台灣師範大學衛生教育系四年級學生

台灣精神病患生活品質的研究，首推鄭若瑟在桃療所進行的資料搜集（未發表）。他分為七個層面測量：基本需求面，角色功能面，社會與文化生活面，家庭生活面，精神健康面，身體健康面等六項，是由訪員做家庭訪問，觀察生活環境，並由病患的主要照顧者所做的報告，第七項心理與主觀感受面則訪問病患本人做報告。因此，可以說生活品質的測量包含客觀的測量指標，及第三者和本人的主觀報告。此項量表的信度和效度仍在建構中，許多客觀的測量指標還待未來研究中繼續修正。Heinrich等人(1984)的生活品質量表分為：人際關係、工具性角色功能、精神健康、生活目標和活動等四方面。從這些測量概念，得知醫療要帶給病人的不再僅是：症狀的消除或控制，尤其對於慢性病患的預後評估，應考量其社會，心理生活面。全方位的生活品質提升為目標。

因鑑于鄭氏研究為量化設計，如能輔以質的研究，以落實精神病患生活品質研究之本土化。研究者提出下列幾個問題：

在家中或社區中的精神病患者與家人或社區居民如何相處？家人、居民如何看待他們？精神病患者在社區中的生活品質如何呢？恐怕都不是量的研究所能解答的。因此研究者即擬由「生活品質」概念中的社會層面觀點，採取個案研究方法，探討精神病患在社區中的生活互動情形。本研究之目的有七：

- 1.了解村民如何看待個案？
- 2.了解個案的家人如何看待個案？
- 3.了解村民與個案間的互動情形為何？
- 4.了解個案家人與個案間的互動情形為何？
- 5.了解個案的生長史為何？
- 6.了解個案對其生活滿意度與自我期許為何？
- 7.了解個案的生活作息為何？

## 貳、研究方法

### 一、研究場所（雲林縣水林鄉牛挑灣村）的描述：

#### 1.地理環境：

水林鄉位於雲林縣的西南部，東接北港鎮，西鄰口湖鄉，北為四湖鄉，南與嘉義縣西鄰；而牛挑灣村則位於水林鄉的西北角，與四湖、口湖兩鄉毗鄰。該村的地形全為平地，村民以種植稻米、蔬菜等為生。

#### 2.人口特徵：

全村約有2602人，其中以15~29歲的人口居多（約佔28.9%），75歲以上的人口最少（約佔4%）。在性別上，以男性居多，約佔59.72%。全村中，已知有15位精神病患者，其中11位已為公共衛生護士收案管理中，另外4位仍未收案管理。

省經建會依人口密度、人口淨遷率、每千人企業場所單位數，每千人工商人口產值、每千人執業醫師數、每百人電話用戶數、自來水普及率、自籌財政能力、農家人

口比及低收入戶數比等十項指標，將發展遲緩鄉鎮地區分為五個等級，第五級為高都市化與經濟發展程度過高之地區，第一級為低度經濟發展地區。而本研究所選擇的鄉鎮為一級鄉鎮，屬於平地低度經濟發展地區。

### 3.公共設施：

- (1)學校：牛挑灣村內有一小學，村內並無國民中學，最近的國中約距本村四公里。
- (2)圖書館：牛挑灣村村內並無圖書館，但在距其約四公里的四湖鄉與水林（水北村、水南村的合稱）各有一圖書館。
- (3)醫療設施：牛挑灣村內無任何診所，雖有兩、三家藥房，但藥房並非由藥劑師開設。村內亦無衛生室或基保中心，村民若有疾病，須至蘇秦基保中心，（距離約2.5~3公里，騎摩托車約五分鐘）或至水林衛生所（距離約四公里，騎摩托車約六、七分鐘）求診；若有較複雜的疾病則需至九公里遠的北港媽祖醫院就醫了（坐公車約需20分鐘）。至於精神科疾病的診斷、治療，大部分會至嘉義私立太和醫院，若交通工具為公車，則從牛挑灣村至太和醫院約需兩個小時（包含等車、轉車的時間）。

## 二、研究者的角色

水林鄉牛挑灣村為研究者之一的家鄉，對於村內的環境、村民都非常熟悉，而此次的研究對象亦是研究者從小就認識的，如此對於我們欲採用的參與觀察法非常有助益，因為研究者已熟悉此環境，對當地的人文背景、風俗習慣、語言用語上都有相當程度的了解，再加上其與村民、個案熟識，可使村民、個案的防衛性降低、語言溝通的障礙減至最低，以及對自然情境破壞的可能性減至最低。

## 三、取樣過程

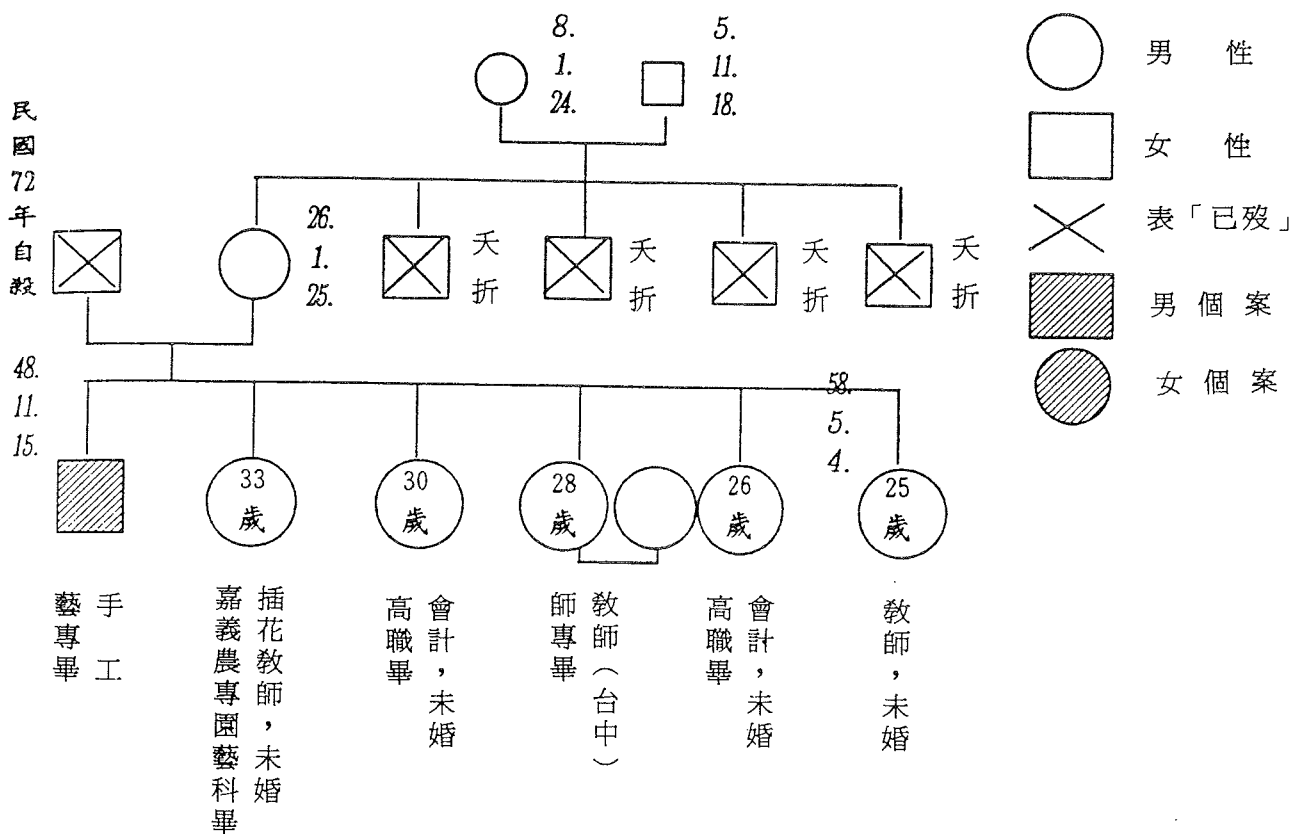
七月初時，研究者透過叔叔（擔任灣西村村里幹事）的幫忙，拜訪了預定個案的家庭，詢問其是否同意研究者以其兒女為對象進行研究，同時，收集個案的疾病診斷、病程、婚姻狀況、教育背景及是否接受醫療補助等的基本資料。在此次的拜訪中，預定的三位個案家庭中，有兩位同意，另外一位則因為下列因素而捨棄：1.找不到家長；2.其鄰居說其家長不明理，不帶其兒子去精神科醫院做診斷或治療；3.個案的年齡約為27、28歲，未婚、未接受診斷或治療，且曾有掀女孩子裙子的作為；4.因為第三點緣故，研究者的父母強力反對以及使研究者心生恐懼，害怕其對研究者亦會有類似的行為，或更嚴重的行為。雖然第三位預定個案因上列因素而捨棄，但是研究者仍透過其家族成員來獲取其他精神疾病患者的資料，但是，發現其他精神疾病患者皆屬於四處遊盪者，且其家庭狀況不清，因此在帶其前往省立雲林醫院給予診斷時，會有較大的阻礙，也因此其他精神疾病患者就不考慮列入本研究的對象，所以本研究的對象改定為兩位。

在研究者正式進入研究場所後，研究者的父母提供了一個新資訊給予研究者，有一位與研究者的父母熟識的朋友的兒子，有精神疾病的症狀，但是研究者的父母說他們不太願意與他人談其兒子的病況。當我們得知此消息後，即前往該處進行拜訪、收集資料，以決定是否以其為研究對象。拜訪之後，我們發現：1.個案的年齡約為三十幾歲、男性、未婚、經診斷為精神分裂症且門診治療中；2.距離研究者的住所較遠；3.其父母經常外出，留其一人獨自在家；4.研究者與個案不熟識，彼此有如陌生人一般。由於個案距離遠、男性、未婚，且常一人在家，造成研究者的恐懼，擔心其對研究者會有性方面的攻擊行為；以及個案與研究者不熟識，不適合以參與觀察法來進行研究，因此，此個案不列入本研究的對象中。故本研究的對象僅有二位。其基本資料分述如下：

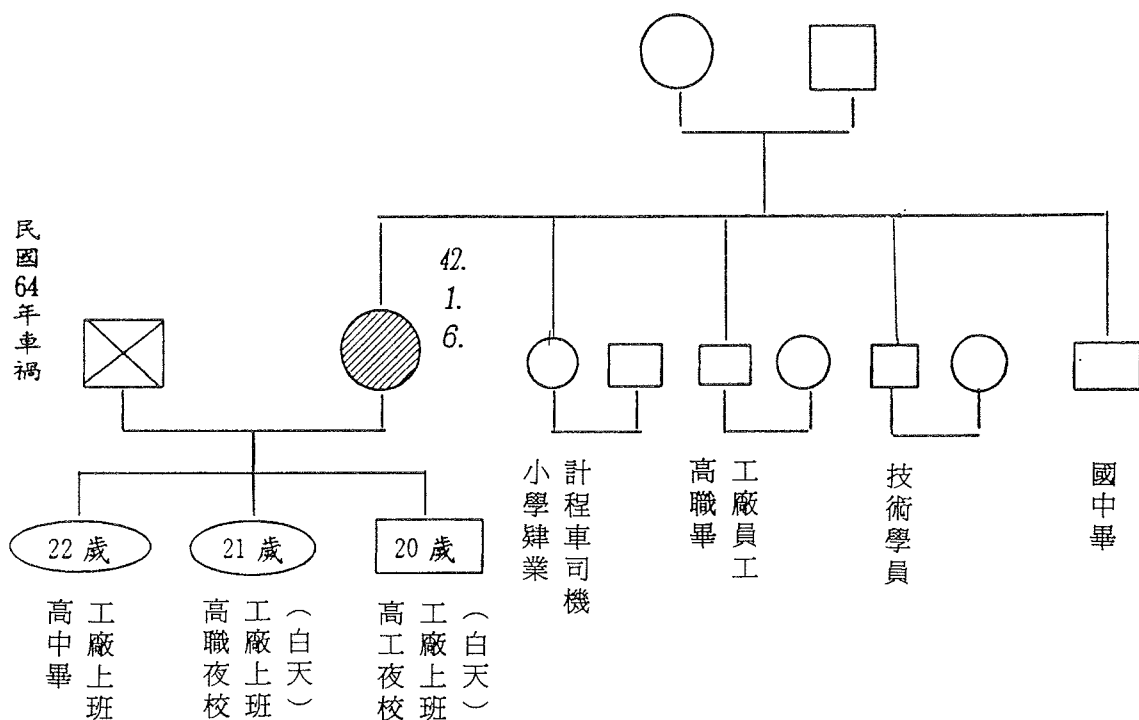
- 1.性別：一男一女
- 2.出生年月日：男：48年11月15日  
女：42年 1月 6日
- 3.教育程度：男—國立藝專畢業  
女—國小肄業（二年級）
- 4.職業：男—在家作手工（修剪成衣的線頭）  
女—無
- 5.經濟來源：男—做手工（月入兩仟元左右）  
與母親及弟妹們的經濟協助  
女—子女每月寄回三仟元
- 6.婚姻狀況：男—未婚  
女—已婚（但先生在民國64年車禍去世）
- 7.初次發病：男—69年 1月  
時間 女—64年
- 8.住院次數：男—二次（第一次在私立嘉義太和醫院，住院40天；第二次院名不知，住院三星期）  
女—三次（第一次在虎尾某神經精神科診所住院三天）  
（第二次在高雄市立凱旋醫院住院八個月）  
（第三次在高雄市立凱旋醫院住院天數不明）
- 9.出院診斷：男—精神分裂症  
女—精神分裂症
- 10.主要照顧者：男—母親  
女—父母
- 11.家庭成員及背景：
- 12.病史摘要：
  - ①男個案：

個案於高中時，曾被同學發現行為怪異，但未加以輔導或治療。高中畢業後，

① 個案一：男



② 個案二：女



大學未考上，至台北補習一年，於民國68年考上國立藝專戲劇科，在專一上學期時夜闖女生宿舍，由教官告知父母，帶至太和醫院，住院40天後回到學校。復學後拒吃藥，認為醫院騙錢，將藥退回醫院，72年底父親自殺死亡而受刺激，再度住院三星期。之後，並未有固定的門診治療，直至81年7月起，在高雄凱旋醫院接受每月一次的門診治療，目前仍在繼續中。

②女個案：

民國64年，其丈夫車禍死亡後，因與夫家相處不融洽而回娘家，之後三、四個月即發病，先送至虎尾某神經精神科診所住院三日後，再送高雄凱旋醫院，住院八個月接受治療，出院後半年左右再次發病，再送至高雄凱旋醫院，住院日數不明。出院後，曾接受門診治療，但未固定，期間曾中斷一、二個月。現在，則由其父親每月一次至高雄凱旋醫院拿藥，並未帶她一同前往，而個案的服藥情形並不規律，主要是因為她會四處遊盪（但每日會回到家），在服藥的時間裡，若他的父親尋她不著，即會造成服藥的不規律。



#### 四、研究設計（過程）：

茲將本研究的研究設計（過程）分為準備期、熟悉期、觀察期、訪談期及整理期，現分述如下：

##### 1. 準備期：（82年6月15日～82年8月28日）

在此階段，研究者從事文獻資料的蒐集與閱讀，並就在水林鄉中搜集資料的方法與指導教授討論，決定以參與觀察的方式——在個案的生活中扮演「隱形人」，也就是讓個案能無視研究者的存在而繼續其活動；來搜集本研究所需的資料，並將重點放在：1. 記錄個案的生活作息；2. 觀察、記錄個案與其家人或村民的互動方式，包括：何時互動（When）、與誰互動(Who)、在何處互動(Where)、如何互動(How)、互動的內容（What）、為什麼互動（Why）；3. 觀察、記錄個案在社區中的活動路線。

由於從小至大對精神疾病患者有一刻板印象——蓬頭垢面、自言自語、四處游盪或者暴力行爲，再加上傳播媒體對有暴力行爲之精神疾病患者的報導，使得研究者對精神疾病患者採取「敬而遠之」的態度；雖然在文獻閱讀的過程中，已知精神疾病患者在藥物的控制下，有助於病情的穩定，但那種「怕怕」的心態仍存在著，因此，在進入研究場所之前，研究者要先調整其心態至「願意接近精神疾病患者」，以免干擾研究的進行（或品質）。另一方面，牛挑灣村為研究者之一的家鄉，其父母在研究進行之初即表反對意見，他們說：「做這要幹啥？你是吃飽閒著沒事做啊？一個女孩子家成天往男孩子家跑，而這男人又是個精神不正常的人，這成何體統啊，萬一他跑到家裡來騷擾，你怎麼辦？再說你利用那些時間幫家裡做些事情，不是更好嗎？而且又不會被說閒話。」而另一研究者的父母亦表示類似的看法，他們說：「你真是雞婆啊，別種研究不做，卻做這種研究，你沒看過報紙上常報導精神疾病患者的暴力行爲嗎？竟然還去接近精神疾病患者？萬一他發作起來，跑都來不及了。」因此，研究者除了要調整其自身的心態外，尚需面對來自父母的壓力。在這段期間內，研究者不斷與父母溝通並告訴他們「精神疾病患者在規律的服藥情況下，症狀控制好，其行爲舉止可與一般人無異」。最後，由於研究者的堅持，他們只好屈服，但仍然採取不贊同的態度。

##### 2. 熟悉期：（82年8月29日～82年9月5日）

此階段，研究者正式進入研究場所中，按著原定的程序，進行熟悉個案的生活作息模式，並藉此設定觀察時段。然而，我們遇到了困難。雖然在七月初時，研究者已先行拜訪個案及其家人，但恐怕事隔一個多月後，個案及其家庭已忘記同意我們觀察這件事了，所以我們再做了一次拜訪。在此次拜訪中，我們以衛生所實習護士的角色前往，並請水林鄉蘇秦村基保中心負責牛挑灣村的公共衛生護士一同前往個案家，因為我們的研究對象即其收案對象，且她與個案或個案的家庭較熟悉，也與研究者熟識，因此我們邀請她一同前往，期望藉由她能與個案及其家庭建立關係。在此次的拜訪中，研究者刻意隱瞞了真正的目的，以避免研究對象因知悉研究目的而

改變其行爲，因而改以衛生所公共衛生護士實習生爲名。因爲如此才能名正言順地至個案家裡觀察或訪談，同時也能化解其他村民不必要的猜測，以利研究的進行。在拜訪之前和之後，研究者對個案皆做了觀察或訪談，並從中發現自然情境會因研究者的介入而破壞，除非研究者與個案隔一段距離才能進行自然情境的觀察，如此一來，互動型態中的How、Why、What就無法進行搜集與記錄。因此，我們面臨了研究目的與研究方法須做適當調整的處境，經過研究者間的討論，以及與指導教授的討論後，我們將研究目的與研究方法作如下的調整：

(1)研究目的：（如前所述）

(2)研究方法：

以觀察與訪問兩種方式進行。先行觀察個案的生活作息一個禮拜，觀察時與個案隔一段距離，以不破壞自然情境爲原則的距離。並從觀察中篩選訪問對象，以曾與個案有互動經驗者或個案的鄰居爲對象，進行半結構式的訪問。而這些受訪者大都是同一條街上經營小買賣者或一般住戶。調整研究目的和方法後，我們即開始觀察個案的生活作息。

3.觀察期：（82年9月6日～82年9月10日）

在熟悉期中，對於個案的生活作息已大略知道：男個案大部份在家做手工（修剪成衣的線頭）；女個案則四處遊盪或在家睡覺、發呆。爲了使其生活作息能更清楚地呈現在我們眼前，我們決心密集觀察——從早上八點至晚上十點，每隔一個鐘頭即觀察一次且每次持續五分鐘的方式，來獲得我們所需的資料。而之所以會選擇8:00 AM～10:00PM是因爲在熟悉期中，我們已大略知道其早上起床和晚上睡覺的時間就大致爲8:00AM和10:00PM左右。

在觀察期中，我們常碰到找不到個案的情形，在初期，我們曾猶疑著要不要詢問村民或個案之家人有關個案的行蹤，但由於我們的觀察非常頻繁，若只要找不到個案即詢問村民或個案的家人有關個案的行蹤，恐怕會引起村民或個案的家庭不必要的猜測與不安；再加上村民對個案的行蹤並不在意，也不關心。（因爲在一次的觀察中，我們找不到個案的行蹤，即假裝隨意地問一下村民有關個案的行蹤，村民回答道：「我管他去那裡幹什麼。」）因此，我們決定：找不到個案時，即以「未見」記錄之，不再探尋其蹤跡，以免特意提昇個案家人與村民對個案的注意，而破壞他們原有的互動模式。

4.訪問期：（82年9月11日～82年9月18日）

在觀察期間，我們即開始著手設計半結構式問卷，問卷可分爲四類，其對象分別爲村民、公共衛生護士、個案及個案的主要照顧者。問卷的內容係根據我們的研究目的設計而成的，以下即爲四類問卷的題目：

(1)訪問村民的問卷：

①你曾與個案或村莊中其它精神疾病患者聊過天、說過話或打過招呼嗎？

a.若沒有，請說明原因。

b.若有，請談談最近或印象較深刻的談話情形。

- ②你若看到個案迎面而來，你會主動與其打招呼嗎？
  - a.若沒有，請說明原因。
  - b.若有，請說明原因。
- ③如果個案來你店面坐，你會如何對待他？
- ④你曾請個案幫忙過事情嗎？
  - a.若沒有，請說明原因以及將來是否可能委託他辦事？
  - b.若有，事情的性質為何？結果如何？以及將來是否可能委託他辦事？

（第三題其對象為開設店鋪的村民）

(2)訪問個案的主要照顧者問卷：

因為兩位個案的預後情況不同，因此問個案的主要照顧者的問卷也有所不同？

- ①訪問男個案的主要照顧者（母親）的問卷：
  - a.個案的工作是誰找到的？且其在工作前後是否有差別？
  - b.個案患有精神疾病，在其發病期與穩定期中，您如何與鄰居或村民相處？以及其是否影響您與村民或鄰居的來往呢？
  - c.您是否認為讓別人知道兒子患有精神疾病是件羞恥的事呢？
  - d.請談談個案在發病前、發病期及穩定期中，其與鄰居或村民的相處情形？
  - e.請談談您對個案在發病前、發病期及穩定期的管教態度及對待方式為何？
  - f.您是否會擔心或害怕個案再度發病？若再發病，您有把握處理嗎？以及將如何處理？
  - g.您是否擔心個案的未來？尤其是您去世後。您是否想為個案娶個媳婦以照顧他呢？
  - h.個案發病後，其他家人如何看待他？
  - i.請談談個案的個性？
- ②訪問女個案的主要照顧者（父母）的問卷：
  - a.個案在家是否會與您打招呼？
  - b.個案與其兒女相處的情形為何？
  - c.個案患有精神疾病是否會影響您與鄰居或村民的相處？
  - d.您為何想送個案到醫院呢？若她病情穩定後，還會不會想送她去醫院呢？為什麼？

（註：此部份問卷的題目順序與訪問時的順序無關。）

(3)訪問個案的問卷：

- ①訪問男個案的問卷：
  - a.請敘述您到目前為止的成長過程？
  - b.請談談您與家人相處的情形？
  - c.請談談您與鄰居的相處情形？
  - d.請敘述您在生活上自我照顧的能力？

e.請談談您對未來有那些打算？

(註：由於男個案的教育程度高，除了訪問之外，我們亦修改鄭琳(民79年)的會談評估表，讓男個案填寫，以得到更多的資料。題目順序與訪問順序無關。)

②訪問女個案的問卷：

a.您會想找工作嗎？其性質為何？

b.您與家人相處的情形如何？

c.您與鄰居的相處情形如何？

d.您在生活上的自我照顧能力如何？

(註：由於女個案的教育程度低、病情不穩定以及其在語言溝通上有障礙，因此，有關其到目前為止的生長過程，則經由訪問其父親與其小學同學而獲得。且題目順序與訪問順序無關。)

(4)訪問公共衛生護士的問卷：

①就您的觀察而言，兩位個案的病情在收案時與現在有無明顯的差別？

②目前您在精神疾病患者的管理上，遇到了那些難題？

③就您所知，村民對精神疾病患者的態度為何？

④由您與個案或其家人接觸的經驗，談談兩位個案與其家人的關係？

⑤請談談您對兩位個案的印象？

(註：題目順序與訪問順序無關)

在訪問村民的過程中，我們係以當地的方言(台語)發音，並將題目改寫成最貼近當地方語的語言，以免造成溝通上的障礙，另一方面，我們為避免記憶的有限而造成資料的不完整，因而在訪問時，未徵詢村民的同意即進行秘密錄音，以免資料流失。而在訪問公共衛生護士、個案以及其主要照顧者，即先徵求其同意，讓我們能當場錄音。

在訪問村民的過程中，研究者必須承受村民異樣的眼光，以及擔心村民是否對我們或我們的家族會大加撻伐，尤其是我們離開後，因此，在此階段，研究者是硬著頭皮繼續做下去，完成資料的收集。

5.整理期：(82年9月19日~82年12月15日)

訪問結束後，我們再重新檢視所收集到的資料，確定足夠後，即北上開始做資料整理——謄錄音帶、整理觀察記錄的工作，再搜集、閱讀文獻，並與指導教授討論，以及經過研究者間的討論後，進行撰寫研究報告。

## 參、結 果

### 一、結 果

(一)男、女個案在觀察期間之生活作息：

在觀察期間（9/6~9/11）中，從早上八點至晚上十點，每隔一個小時即做一次五分鐘的觀察。若以一次的觀察即為一次觀察時段來計算，就可得到男個案共觀察了51個時段（因為男個案9/9~9/11與其母上台北，這期間除了9/9外，並未做觀察），女個案共觀察了 一個時段（因為在9/10、9/11中，研究者因忙著草擬訪問問卷，而疏忽了觀察）。以下即為男、女個案在觀察期間的生活作息（見表一）：

女個案在觀察期間有五個時段在屋外遊盪，有十八個時段在屋內的椅子上睡覺或坐著，或坐在屋前的階梯上；有九個時段在其隔壁鄰居那兒看電視、閒坐或逗小孩子；有三十四個時段沒有看見個案；另有四個時段家裡鐵門緊閉。

男個案雖觀察了五十一個時段，但應先扣除9/9的觀察（因為我們在9/9下午，才知道與他母親到台北，所以9/9的觀察記錄就無效了），扣除之後就剩下四十二個時段。在這個四十二個時段中的二十八個時段，為個案有工作可做的情形，另外十二個時段則為無工作的情形。

## （二）女個案的生長史

### 1.男個案的生長史（由個案的自述整理而得）

### 2.女個案的生長史

由於女個案的預後情形不佳，語言表達能力差，故有關其生長史部份，係經由訪問其父親與其國小同學綜合歸納而得的，其簡略生長史如下：

她出生於民國42年1月6日，自小就是一個文靜、內向、不喜與人打招呼的女孩；小學只唸了二年就不再唸了，即在家幫忙做農田上的工作直到18歲。18歲時，獨自一人北上找工作，透過其國小同學幫忙，找到擔任女傭的工作。當時，她每天必須送飯至其雇主的店面去，而其雇主店面的隔壁為電器行，電器行內有一位修理電器的年輕小伙子，每當她經過電器行門前，即對她吹口哨，吸引她的注意，以期獲得她的青睞。而她對他也頗有好感，因而迅速墜入情網，走向地氈的另一端，那一年她19歲。婚後，她與她丈夫兩人間的感情很好，育有二女一男，但與婆婆間的相處情形不融洽。在她22歲時（民國64年），她丈夫車禍去世，而夫家又不願照顧她和她的子女，在這樣的情形下，她只好帶著三個子女回娘家。

也許是因受丈夫去世的刺激太大，致使她回娘家三、四個月後即發病，先送至虎尾某神經精神科診所住院三天後，再送高雄凱旋醫院，住院八個月，接受治療。出院後半年左右再次發病，再送高雄凱旋醫院，住院日數不清。出院後，曾接受門診治療，但未固定，因而病情時好時壞，曾出現下列行為：隨手拿走他人祭拜時供奉的物品；隨手拿走他人物品；夜間自行拉開其家鐵門，四處遊盪等行為，造成其父親不少的麻煩與心理負荷。

目前，其病情已較以前穩定，由其父親獨自一人每月固定至高雄凱旋醫院拿一次藥，並由其父親按時拿藥給她，但其服藥情形不規律，主要是由於她會四處遊盪，若其父親在其服藥時間裡，找不到她，就造成其服藥不規則的情形。

## （三）男、女個案的生活品質表

表一 男、女兩個個案的生活作息觀察記錄：

	9/6 (一)		9/7 (二)		9/8 (三)		9/9 (四)		9/10(五)		9/11(六)	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
8:00	a	a	b	i	a	a	a	j	e	h		
9:00	a	a	b	g	a	i	a	j	e	a		a
10:00	b	a	b	g	a	g	a	i	e	h		a
11:00	a	h	b	a	a	g	a	a	e	g		
12:00	a	i	b	a	a	g	a	a	e	i		a
13:00	a	a	a	a	a	g	a	a	e			
14:00	a	a	b	a	a	g	a	i	e			h
15:00	b	h	a	i	a	g	a	i	e			
16:00	a	i	b	i	b	a	a	i	e	i		i
17:00	b	a	b	a	a	i	e	a	e	i		i
18:00	a	a	a	a	a	a	e	a	e	i		
19:00	b	a	f	a	c	a	e	a	e			
20:00	a	a	f	a	a	a	e	a	e			
21:00	a	a	f	j	f	j	e	i	e			
22:00					手工 缺貨		與母 親上 台北		與母 親上 台北		與母 親上 台北	
備註												

註：\* 符號說明：

(一)♂：男個案

a：未見

b：做手工

c：坐在家門前

d：騎車外出

e：與母親上台北

f：熄燈

(二)♀：女個案

a：未見

g：在隔壁鄰居那裡

h：四處遊盪

i：在屋內或門前階梯

j：家裡鐵門緊閉

空白處：研究者忙於研擬問卷而疏於觀察。

## (二)男、女兩個個案的生長史

### 1.男個案的生長史（由個案的自述整理而得）

年 代	特 殊 事 件	個案自述之人際關係
48.11.15.	個案出生	<ul style="list-style-type: none"> <li>在校少與同學交往。</li> <li>自認孤僻。</li> </ul>
57年   61年	<ul style="list-style-type: none"> <li>唸國民小學。</li> <li>曾任躲避球隊隊長。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在校人際關係差。</li> <li>自認孤僻。</li> <li>未曾有過交女朋友的念頭。</li> </ul>
61年   64年	<ul style="list-style-type: none"> <li>唸國民中學。· 作文比賽第二名。· 3000公尺賽跑第三名。</li> <li>國三當選為模範生。</li> <li>國中畢業後，分別考上市立嘉義高中與郵政建教合作班，選擇就讀省立嘉義高中。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>從未有交女朋友的心。</li> <li>與班上同學或室友相處淡漠，只顧著讀書。</li> </ul>
64年   67年	<ul style="list-style-type: none"> <li>就讀省立嘉義高中。· 高一時擔任班長。</li> <li>高二時擔任服務股長。</li> <li>曾擔任住宿處——天主教學生中心的康樂幹部。</li> </ul>	
67年   68年	<ul style="list-style-type: none"> <li>聯考失敗，至台北某補習班，補習一年。</li> </ul>	
68年	<ul style="list-style-type: none"> <li>考上國立藝專。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在國立藝專時，曾做性向測驗，結果顯示其人際關係差。</li> </ul>
69年	<ul style="list-style-type: none"> <li>專一上學期，夜闖女生宿舍，由教官告知其父母，帶至嘉義私立太和醫院，住院 40 天。</li> <li>復學後拒吃藥，認為醫院騙錢而將藥退回醫院。</li> </ul>	
71年	<ul style="list-style-type: none"> <li>學分未修完，而無法畢業。</li> </ul>	
72年	<ul style="list-style-type: none"> <li>雙十節後，父親自殺死亡而受刺激，再度住院三星期。</li> <li>休學一年。</li> </ul>	
73年	<ul style="list-style-type: none"> <li>修完藝專學分。· 辦理免服兵役證明。</li> <li>畢業後至北部某餐廳當跑堂，時間約為一、二個月，其餘的時間回家幫忙做冰棒。</li> </ul>	
74年 75年 76年	<ul style="list-style-type: none"> <li>在北部某工廠當作業員，時間約為一、二個月。</li> <li>在北部某製衣工廠當包裝員，時間約為20天。</li> <li>北上，在某餐廳當跑堂，時間約為一個月，之後就一直在家裡。</li> </ul>	
77年   82年	<ul style="list-style-type: none"> <li>從事門診治療，但並未固定門診且勤換醫院，前前後後共換了五家醫院，目前在高雄凱旋醫院從事固定門診治療。</li> </ul>	

(三)男、女個案的生活品質表

生活品質的層面	男 個 案	女 個 案
<p>一、基本需求面：</p> <p>1.同住者，每人平等可利用的住所面積</p> <p>2.社區周邊環境</p> <p>3.隱私性與自由度</p> <p>4.基本生活物質供應</p> <p>5.個人交通工具</p> <p>6.就醫能力與方便性</p>	<p>1.18~22坪。</p> <p>2.雜貨店、派出所、小學、公車站牌。</p> <p>3.私物與人身不受監視，可自由出入。有私人房間。</p> <p>4.質衛生、量夠基本需要（吃素）。</p> <p>5.摩托車、搭公車。</p> <p>6.有應付危機能力，但無法獲得居家治療等出診措施。</p>	<p>1.13~17坪。</p> <p>2.雜貨店、派出所、小學、公車站牌。</p> <p>3.私物與人身不受監視，可自由出入。有私人房間，但房間之隱密性差，不能上鎖。</p> <p>4.質衛生、量夠基本需要（大部份外食）。</p> <p>5.步行。</p> <p>6.有應付危機能力，但無法獲得居家治療等出診措施。</p>
<p>二、角色功能面：</p> <p>1.自我照顧能力</p> <p>2.每天工作時數</p> <p>3.工作種類</p> <p>4.個人月工作收入</p>	<p>1.煮飯、洗衣、掃地、洗澡</p> <p>2.視情況而定，若貨源充足，則每天工作六小時以上，若貨源短缺，就沒有工作可作。</p> <p>3.做手工（修剪成衣線頭）。</p> <p>4.2,000左右。</p>	<p>1.煮飯、洗衣、掃地、洗澡。</p> <p>2.無。</p> <p>3.無。</p> <p>4.無。</p> <p>5.無。</p>
<p>三、家庭生活面：</p> <p>1.居住型態</p> <p>2.與親人互動時間</p> <p>3.與同住者互動模式（包括見面、書信電話等，不包括睡眠）</p> <p>4.主要照顧者與其態度</p>	<p>1.核心家庭。</p> <p>2.每天5~6小時。</p> <p>3.與成員間還算和諧，但少能彼此分享內心感受。</p> <p>4.母親，對病患身心狀態，相當了解，積極協助，對治療措施能充份配合。</p>	<p>1.核心家庭。</p> <p>2.每天1~2小時。</p> <p>3.與成員間相當冷漠，少互動，偶而有言語衝突。</p> <p>4.父母，對病患還算關心，但甚少出面，對治療措施相當被動。</p>
<p>四、社會與文化生活面：</p> <p>1.與朋友、鄰居接觸時間（在觀察期間）</p> <p>2.宗教信仰</p> <p>4.休閒、文藝活動</p> <p>4.與人衝突情形</p> <p>5.村民的態度（在觀察期間）</p> <p>6.與村民互動的時間</p> <p>7.與村民互動的情形</p>	<p>1.未看到。</p> <p>2.佛教。</p> <p>3.看書、聽音樂。</p> <p>4.近一個月內無言語或肢體衝突。</p> <p>5.尚稱和善，但甚少打招呼。</p> <p>6.未見。</p> <p>7.很少，幾乎待在家中。</p>	<p>1.未看到。</p> <p>2.無。</p> <p>3.無。</p> <p>4.同在。</p> <p>5.對其冷淡，甚少打招呼。</p> <p>6.未見。</p> <p>7.很少，偶而是因向村民索取菸及檳榔。</p>
<p>五、身體健康面：</p> <p>1.失眠或睡眠問題</p> <p>2.生理疾病</p> <p>3.藥物副作用</p>	<p>1.無失眠、睡眠足夠七小時。</p> <p>2.過胖、有痛風、尿酸過高現象。</p> <p>3.想睡覺。</p>	<p>1.偶而失眠、睡眠時間不定。</p> <p>2.過胖、常覺心頭鬱悶。</p> <p>3.無。</p>
<p>六、心理與主觀感受面（個案自述）</p> <p>1.對未來期待</p> <p>2.對目前生活方式</p>	<p>1.希望經濟狀況更好，有份收入較好的工作。</p> <p>2.除了收入不多外，其它方面尚可接受。</p>	<p>1.無法自述。</p> <p>2.無法自述。</p>



#### (四) 村民與個案的相處情形

「在村民與個案的相處情形」這部份，研究者將在研究期間所訪談到的資料（總共訪談24位村民，拒訪者4位，故實際有效人數20位），與參與觀察所得的生活作息記錄，作一整合後，再分成四部份介紹：

##### 1. 為何他們會向個案說打招呼嗎？

曾跟兩位個案接觸過的人佔大多數，談話的性質以日常生活交易買賣的交談為主，且談話時間不超過五分鐘。

在問到「你會與個案或村莊中其它精神疾病患者聊過天，說過話或打過招呼嗎？」時，有19位的受訪者給予肯定的答案：曾與個案中的任一位講過話。而在回想最近的一次談話情形時，僅有兩位受訪者曾在男個案穩定服藥期間，與男個案作持續半小時以上的談話，其餘的18位受訪者，有的是因作買賣時的交談，如「買什麼」15位；有的則因找個案家人之故（1位）；更有的只是因「好玩」，故意問個案：「吃飽沒？」（2位）而跟個案有不超過五分鐘的對話。

##### 2. 他們會主動向個案打招呼嗎？

村民會主動向兩位個案打招呼或談天的人不多，對男個案會主動打招呼、談天的有五位，若是女個案則有兩位。

而在問及「你若看到個案迎面而來，你會主動與其打招呼嗎？」，針對男個案有五位受訪者回答「會」，但若是女個案則僅有兩位受訪者回答「會」。除了訪談時有如此低比率的村民會主動跟個案們談話或打招呼外，在研究者觀察期間1993，9/9~9/11，亦僅發現男個案的一位鄰人主動請他幫忙打電話（因這位婦人不會打電話）。而在女個案這邊，村人主動與她打招呼的情形，在觀察期間除了研究者之外則無。

##### (1) 誰不會主動說：

認為精神患者有較大情緒起伏，暴力行爲、大吵大鬧、喃喃自語、傻笑等「瘋子」特質的人，較不願主動與兩位個案打招呼或談話。

在研究者進一步追問村民爲什麼不想主動去跟個案講話或打招呼的原因時，他們的反應如下：（原來的對話全以台語進行）

受訪對象一（66歲的買菜婦人，不識字，村人）

她答道：「和瘋子講話作啥！」

受訪對象二（68歲的一對老夫婦人，不識字，村人）

婦人不假思索地答道：「和那些瘋子打交道？萬一他們在失去理智時，比較倒楣的就會被打！」其先生亦在旁點頭，表示心有同感！

受訪對象三（71歲的婦人，不識字，村人）

她說：「有時主動和她聊天，她高興時回你一句，不高興時，不是悶不吭聲，就是大聲回吼一句，唉，久了，也懶得主動打招呼了……」

受訪對象四（21歲，水果攤的女兒，大學肄，住其對面

她說：「不會想主動跟她講話，因為彼此沒有可談的話題，而曾經講過話的經驗，也讓我講不到兩三句後，根本就不清楚她在講什麼，有時就她一個人自言自語……」。

受訪對象五（40歲的A美容院老闆娘，國小肄，村人）

「知道她那個樣子，就不會想和她說話了……」她如是說……。

受訪對象六（50歲，A雜貨店老闆娘，不識字，村人）

「我們作生意的，就怕別人來亂，什麼？和他們（指男個案或女個案）主動打招呼？不可能的啦！平常生意就有夠忙的，再加上，一旦和他們太熟絡，他們就會常往我這跑，如果嚇走了客人，那還得了啊，那我生意就甬作了！」老闆娘一邊熟練地迅速包著檳榔，一邊不時以敏銳的眼神，注意是否有上門來的客人，而又繼續娓娓向研究者道出她的感受。

## (2)誰會主動說

\*對兩位個案的病情及個性較熟悉，且認為他們仍有能力作溝通的村民，較願意主動去與個案打招呼或談話。那些會主動與個案（大部份是跟男個案）講話或打招呼的人，他們在被詢及為何會想主動談話時，作了如下的表示：

受訪對象七（45歲的B雜貨店老闆娘，國中畢，村人）

「女的那個，我較少接觸啦，但那個男的，我很熟啦。一有空都嘛會來我這翻報紙，最近比較少，好像在家做手工。他呀很可惜啦，都唸到大專才這樣，我跟他談過幾次話，覺得他還蠻「精工」的（台語，具有精明的含意）、頭腦也很聰明，所以他來看報紙時，只要我有空，都會跟他聊上一會……。」

受訪對象八（35歲的B美容院老闆娘，小學畢，村人）

「我知道他不會打人家，他的性情我較了解，所以他來這看報紙時，我不會不歡迎。他喜歡和我談政治，但我不了解政治，所以我不喜歡和他談政治，但我會和他講講佛經，也會借他或送他一些佛經的帶子……。至於那個女的喔！我也會主動問她吃飽沒啊，因為她母親去工廠工作一整天，我擔心她可能還沒吃飯，她跟我較熟，偶爾也會向我抱怨她的身體哪不舒服……。」

對象九(70)歲的老夫婦，不識字，住在男個案隔壁的親戚

「我們照輩份來講，也稱得上是他舅舅和舅媽，平常又住在隔壁，而且是看著他長大的，當然彼此也就常常有打招呼和談話的機會，尤其在他未發病前，我覺得他是個有禮貌、知進退的孩子，而且他也唸到大專的程度，所以在他發病後，我便會常常鼓勵他要往好的方向想，當然這得在他情緒穩定時才可行。」

受訪對象十（48歲的賣菜婦人，不識字，村人）

「他們若跟我說話，我也就會回答，其實像那個男的，我一直把他當作是自己的孩子，我最大的孩子也有這麼大了。而有一次，我還開了那女的一次玩笑呢！（臉上閃著開心的笑容）我跟她說：報一張「明牌」給我吧！（明牌是大家樂的中獎號碼），她還跟我說：『你不需要名牌了，你已經有好多錢了』。看來人家說

她空空的，她還挺「精工」的。

### 3. 芳鄰來訪，怎麼辦？

\* 大部份商家在兩位個案來店裡坐時，所採取的態度是：「就讓他坐啊，我不會特別去注意他或趕他啦！」

因受訪對象中，有14位是與個案住在同一條街上經營買賣或開雜貨店、美容院者，故在半結構的開放式問卷中，曾詢及「如果個案來你店面坐，你會如何對待他？」，我們得到的答案有三類：一為「他如果來，就讓他坐，不會特別去注意他或趕他」，回答此類者有10位；另一類答案為「他如果來店裡坐，讓他坐是沒關係，但若他發出喃喃自言自語聲。會叫他停止，要不就趕他回家」，回答此類者有兩位；最後一類則是「他在店裡待是沒關係，但若客人有害怕或反感的表情出現時，則請他先回家」，如是答者也有兩位。

### 4. 誰會請個案幫過忙？

\* 大部份的受訪村民從來沒有請過個案幫幫忙或跑跑腿。

最後一道訪問題目為「你會請個案幫忙過事情嗎？」，20位的受訪者中，有三位回答「曾經有」，其餘17位則從來沒託付過個案事情或請其幫忙事情。

#### (1) 誰請個案幫幫忙、跑跑腿？

\* 會請個案幫幫忙、跑跑腿的材民，大致上，認定個案有能力完成所託之事，如看個店、掃掃地、搬個東西……。也覺得他們做得挺好的，以後有機會並不排斥再麻煩他們。

針對曾經有請過個案協助的人，進一步詢及「那事情的性質為何？結果如何？以及將來是否可能委託他辦事？」時，他們的回答如下：

受訪對象七（45歲的B雜貨店老闆娘，國中畢，村人）

「那次是因他剛好待在我店裡看報紙，而我一個人得出去送瓦斯給人家，故只好請他（男個案）幫我看顧一下店，其實我知道他不會幫我賣東西，但店裡有個人看著，我比較走得開，回來時，看他還坐在那看報紙，我也就放心了。如果下次再遇到別人臨時來叫瓦斯，而他正好在我店裡時，我想我會請他幫忙吧！因為他通常只有在情緒穩定時才會出來，也比較不會對外人有攻擊或大聲斥責的傾向，但我知道，他曾對家人，尤其是他媽發脾氣！」

受訪對象八（35歲的B美容院老闆娘，小學畢，村人）

「我知道那個男的很懶，所以我從沒請他做過什麼事情；倒是女的頗勤快，也很愛乾淨，夏天時她一天會洗兩次澡，所以她來我這，也會主動幫我掃掃地或洗洗毛巾什麼的，總之，只要她不自言自語、且病情穩定之下，我都很樂意且謝謝她幫我作這些事情。」

受訪對象十一（60歲的賣豆漿婦人，不識字，村人）

「我沒請過那個男的作過什麼事，倒是有一次，請那個女的和我一起抬麵包櫥，我一個人抬不動，而她就剛好打從我那經過，她還反問我說：『如果我幫你

搬櫥子，你會請我吃東西嗎？」，我則告訴她說：當然啦！你若幫我搬櫥子，請你吃東西？沒問題！事後，也真得請她吃早餐。如果以後遇到這種的情況，而她剛好又在旁邊，我還是會請她幫忙的。」

## (2)誰從未請過個案幫忙？

從未請過個案幫忙的村民，大致上認為個案的做事能力及病情穩定程度仍有待商榷，故他們不敢也不會託付事情給兩位個案。

而那些從未託付過個案事情或請其幫忙事情的人，他們的想法又是如何呢？或許可由以下幾位受訪者的訪談資料中看出些端倪吧！

受訪對象十二（50歲的藥房老闆娘，小學肄，村人）

「如果能託付她（女個案）事情，我早就託付了，何必那麼累，我一個人又要帶孫子又要看店，每天又得準備三餐，如果有人能暫時幫我看一下孩子，那倒會讓我省事不少，我也知道她常常來店裡坐，就是為了和我孫子玩，我知道她喜歡孩子，但是我就是不放心，因為她會亂塞東西給小孩子吃，這叫我怎能安心地將小孩託付給她帶呢？」

受訪對象十三（46歲的米店老闆，小學畢，村人）

「我知道他們的性情後，還託付事情給他們，怎麼有可能？那很麻煩的，我不如自己累一點，自己來做反而保險些。」

受訪對象十四（36歲的麵店老板娘，小學畢，村人）

「拜託，如果託他們做事情，搞不好愈弄愈糟，我反而麻煩，還得去收拾善後哩！」

## (五)家人與個案相處情形

家人與個案相處情形的資料來源，全藉由訪談及訪談時研究者的觀察而來。以下便將個案與家人相處的情形分男、女個案兩部份介紹。

1.男個案方面：此部份由男個案及其母親，分別接受兩小時的訪談而整理如下：

### (1)個案在家庭生活中的角色：

#### ①個案自認為在家庭生活中的角色：

\*努力把書唸好，是個案在未發病前最重要的目標，也因而在此期間忽略了為人子、為人兄的角色。而在發病後，母親頓時成為他生命的依靠……。

（以下為個案的自述）我從小就只知道唸書，很少和父母談論未來或升學的事，父母也對我很好，家裡那時賣冰棒很忙，家境也很苦，但是他們都叫我只要好好唸書就好，所以我也不需負擔當時的家務，雖然我是長子。也或許是因為我只顧唸書，所以我從小就很少和弟妹在一起玩或聊天。自從我發病後，家裡就屬媽媽和我最談得來。她雖然沒唸過什麼書，但在人際應對上，卻給我很大的幫助！（個案目前與爺爺、奶奶和媽媽住在一起；四位妹妹在台北工作，唯一的弟弟在台中工作）

#### ②主要照顧者（母親）眼中的個案

\* 在發病前，他是母親心目中的乖孩子，不欺負弟妹，也能自個兒好好唸書，發病後，他成爲叮嚀弟妹生活起居的嘮叨者，事母孝順，只是懶得料理家務……。

（以下爲個案母親的自述，以台語發音）他小時候就很乖，從不跟弟妹吵架或打架，他爸爸生前很疼孩子，常捨不得叫孩子幫忙做冰棒，只是他脾氣較急且暴躁，表面嚴格，內心卻很疼愛孩子，我和我先生從沒吵過架，彼此的感情也不錯……（神情陷入回憶中……），而現在他（男個案）和弟妹也很有話講、很愛說話，甚至不時（「常常」之意）寫信叮嚀她們工作要認真、日常生活要如何如何……等等。他病情穩定時，對我也算孝順，只是懶了點，（眼神慈愛地望向坐在另一旁的兒子）有時叫他拖個地、抹抹桌椅，都叫不動喔！

(2)對個案的未來期許：

①個案對自己未來的期許：

\* 種田、存點錢、持齋唸佛、偶而與左鄰右舍聯絡聯絡感情，過著淡泊的生活是他目前所希望的……。

（以下爲個案的自述，以國語發音）我不想一直做手工，因爲做手工的收入每個月大約兩千元，我想種田存點錢，只是我精神不集中，做事不持久，人又斯文，怕做不來粗重的工作。但想到自己可享受農保，就不忍放棄自家的那六分地，況且種田的話，我可以在田頭田尾種些家常菜，以供我持齋唸佛，如此就可過著淡泊的日子，因我讀書沒有成就，我頭腦不能作主。我這輩子不會結婚，所以，以後大概有空就會到左鄰右舍聯絡聯絡感情，以幫忙國民黨爭取選票……。

（在訪問過程中，個案時而沮喪，時而意氣風發。）

②個案母親的期許：

\* 企盼他的病情穩定，不再復發，是母親最大的心願，生活起居能規律，亦是母親的另一項期待。

（以下爲母親的自述，台語發音）我只希望他的病可以趕快好起來，看看是不是能夠不吃藥，因爲長期吃藥使他尿酸增高，怕傷害腎臟。也希望他就好好做事，看是要作手工或種田都可以，就是不要再看一些書而增加壓力、傷了腦力，真怕再度引發病情復發。我也想過幫他討一門媳婦，但是他這樣，誰敢嫁他呢？（臉上有著無奈、些許茫然的表情），像他現在都會賴床，我就希望他以後能早點起床，和我一起去參加唸佛的早課，不然一直睡又一直胖……。

(3)個案病情所帶來的影響：

①個案認爲：

\* 看書或工作無法專心持久、動作遲緩、情緒變化無常、精神很差等是個案

自認病情所帶來的影響。

(以下為個案本身的自述，國語發音) 它讓我看書或工作時，沒辦法專心，精神較差，也使我動作上很遲緩。不穩定時，我會發脾氣，得罪了家人或村民，但最近我都嘛定時服藥，只是常常覺得想睡覺……。

②母親認為：

最初發病時沈重的醫療費用、日後個案時好時壞的病情及與村民不斷地溝通道歉，積壓成母親深沈的胃痛……。

(以下為個案母親的自述，台語發音) 自從他第一次發病後，我就花了好幾十萬元的醫藥費，所以當我女兒跟我說：『你知道這個兒子花了我們多少錢嗎』我怎可能不知道呢！尤其在他病情不穩定而亂罵人時，我總會先閃到一邊，等到他火氣降了，再跟他說，儘量不去刺激他。如果他在外面得罪別人時，我會趕緊誠心誠意地去道歉，幸好都還跟村民處得不錯。其實有時也好擔心，他會再度發病，所以長期心情鬱悶緊張，讓我有胃痛的毛病。多年來，自從信了佛教以後，晚上若睡不著，唸佛可以幫我較好入眠了。

2.女個案方面：由於女個案有溝通障礙，所以此部份我們分別以兩小時的時間，訪談了她的父母，而整理如下：

(1)個案在家庭生活中的角色：

①父親眼中的個案：

\* 喃喃自語、情緒變化無常等精神疾病患者的樣子，是父親眼中的女兒，也因此家人很少和其聊天……。

(以下為個案之父的自述，台語發音) 我很少跟她講話，你看她這樣，也知道她的想法和思考還沒有恢復正常，常常胡亂說話，我知道她這個病不能受到刺激，我就儘量不唸她，但她常不聽話到處亂跑，她媽媽有時會跟她大吼大叫，而她的兒女目前在北部半工半讀，也很少有機會相處。

②母親眼中的個案：

\* 原本勤儉持家的好女兒，在發病後，反成為家裡的依賴人口，日常生活起居雖可自理，但差強人意，她雖有病在身，但仍掩不住身為母親對子女應有的體恤與關懷……。

(以下為個案之母的自述，台語發音) 她在沒結婚前，很勤勞又很節儉，誰知道她現在變成這樣，她常嘴巴嚷著要去工作賺錢給我，但當她又伸手向我要錢花時，我跟她說不是要賺錢給我花嗎？這時她就會靜靜的。我整天在工廠做工，所以每天給她 100元零用，她會自己煮東西吃，有時乾脆不煮就到外面吃，她煮的不好吃，所以我頭家(「先生」的意思)自己也會煮。她會自己洗衣服，只是比較浪費洗衣粉，平時很少和我或我頭家講話，除了要錢的時候……。她曾經提著包袱說要到台北找她的子女，但過了一天又回來了，我沒有把我孫女的住址給她，怕她去吵到她們。在過年時，如果我孫子

們回來，她會去坐下來和她們看電視，當我孫女要塞錢給她零用時，她反而不會拿。有一天她還告訴我說她存了1000元要給我的大孫女作嫁妝哩！（女個案家中目前僅她和父母同住）

(2)對個案的未來期許：

①父親的期許：

\*好希望她的子女亦能分擔照護她的責任，或者政府能提供收容養護等治療機構，早點使她的病情穩定……。

（以下為個案之父的自述，台語發音）我一直希望她的女子能夠多負點責任，常回來看她或帶她去看醫生，我雖然每天會拿藥給她吃，但她有時會到處亂跑，所以藥也沒有固定吃，我都是一個人固定一個月去拿一次藥，我一個人不敢帶她去，怕她走丟。我也很希望政府能有個地方像宿舍一樣，專心把她治好，讓她過過團體的生活比較有益，若真的能把病情控制住，再回來家裡也沒關係。

②母親的期許：

\*生活起居正常，少抽點菸是母親的希望，亦盼望在她走後，子女能挑起這個擔子……。

（以下為個案之母的自述，台語發音）我是希望她能夠不要到處亂跑，尤其是三更半夜，可是每次跟她說，她會回我說：『不跑出去很鬱悶』。我也就沒辦法。還有就是她喜歡到處撿地上的菸蒂抽，真擔心別人的毛病不知會不會傳染給她。她子女回來也一直勸她不要隨地撿人家丟棄的菸蒂抽。對她的以後怎麼打算喔，就希望她那三個兒女會為這個母親著想。

(3)個案病情所帶來的影響：

①父親認為：

\*醫療照顧的麻煩，村人的指責忿怒，孫兒們的失責等，在在擊潰老父日漸薄弱的雙肩……。

（以下為個案之父的自述，台語發音）她這病很麻煩，想到當初帶她去門診時，就令我頭痛，她竟然隨便坐上一部計程車就跑了。後來，漸漸服藥控制後，也是陸陸續續在莊內給我惹不少麻煩，別人都會跑來向我告狀：如她偷摘別人的絲瓜等事，我是儘量能夠處理就處理，有能力賠的儘量賠給人家，實在沒辦法賠的，就誠心向人道歉，哎，阮這樣做，有的莊內人也還是責怪我不好好管教女兒，放任她到處破壞，事實你也知道。（看了現在默坐在一旁的女個案）她的兒女我替她扶養成人，但他們現在卻好像不想承擔照顧這個母親的責任，讓我好失望……。

②母親認為

\*長久經濟的負荷、人情的包袱，已讓母親懂得「船到橋頭自然直」的樂天觀。

(以下為個案之母的自述，台語發音) 每天都要給她錢，自從她回來娘家住以後，就從沒有賺錢拿回來。像我現在一天給她一佰塊，都嘛得交待她一天只有一佰塊，花完就沒有了，她以前都會買東西給野貓野狗吃……。什麼？喔，想要了解她的病會不會影響我跟鄰居的相處喔！這是不會啦！因為各人一戶，她是她，我是我，再說我也跟賣檳榔的說過，檳榔這麼貴，她在討時不要理她。其實遇到了啦，要煩惱的話，永遠煩惱不完，不如放輕鬆，日子嘛是照過，船到橋頭自然直啦！

## 二、討論

(一) 從以上的半結構問卷訪談資料，及研究者在研究期間所作的參與觀察中，(9/6~9/11)發現：大部份村民對個案的態度，有三大特色：卻能視個案為隱形人（即使在同一社區生活，卻能視而不見，不互相問候寒暄），2.對個案的容忍力高，3.對個案採取敬而遠之的態度。

### 1.視個案為隱形人

誠如前面所提的，不管是訪談的村民或觀察期間的村民，大部份的村民很少會像遇到其它村民般地，給予個案一聲「呷飽沒？」或「要去那裡？」那種日常生活中最基本且親切的關懷問候！研究者從小便在這個村莊中長大，其間因高中至大學皆在外求學，總共有六年的時間，平均每個月回來一次，且僅待個週末。但，只要我是在村莊裡，不管買東西、買菜或僅兜個圈也好，村民間彼此的問候，不僅是種禮貌，也是種生活習慣，它的存在就像這裡的一草一木般，是那樣的自然。然而，在這次的研究裡，我們體會到這兩名個案，卻是這層問候的「絕緣體」。村民們與之擦肩而過，如同視他們為「隱形人」般，省略了當地人與人之間，那種親切的問候！

### 2.對個案的容忍力高

再者，經由研究者在研究期間與村民的互動中得知：雖然目前個案的情況已較穩定，但在研究期間前，曾有一些個案與村民間的糾紛事件發生。以下即將收集到的事件，陳述如下：

事件一：「破口大罵記」——男個案曾在病情不穩定期間，大聲怒罵家人，胡亂摔東西，並進而站在本村大馬路上，指名道姓、大聲斥責同村的村民，被指名道姓痛罵的村民，在訪談時談他當時的感受及處理方式時，他表示：「雖然當時也很生氣，但繼而想想，也就算了，我又不是不了解他的情形，再者他的母親事後亦趕緊誠意賠罪，同村這麼久，唉，也就看開了。」

事件二：「錢財失竊記」——女個案曾拿走賣菜老板當日所得一萬多元，賣菜老板事後得知，並不採取報警方式以偷竊名義逮捕她，而是有耐心地到她家，好言相勸，而拿回八千多元，問他的感受時答道：「知道她的病，所以較不生氣，但會提醒自己更加小心，以免重蹈覆轍。雖然損失了兩千多元，但看到她父親怒罵



她時，她那可憐無助的模樣，也就算了……」（臉上有著無奈的表情與笑容）類似這樣的糾紛，曾在個案病情不穩定時，一再上演，過了一段時間，村民的「應變」措施及心裡的適應空間，從一開始的生氣、忿怒、向其父母告狀，甚或指責個案父母管教不當，到能了解、體諒、進而包容。就像一位居民說的：「和瘋子說理？真是開玩笑。」，況且大部份時候，村民反而會體諒到個案之所以發病，乃源於一段慘痛的生活經驗。（如：女個案年輕喪夫，男個案遭受升學壓力重挫等等）

在觀察期間，女個案的症狀仍然顯著：自言自語、無法明確表達己意及做些社會規範不容許的行為，如隨意拿走菜販所賣之物品或向雜貨店的老板娘討香菸、討檳榔，但訪談時，兩位菜販卻表示他們已可「默許」此種行為，而雜貨店的老板娘雖偶而會數落女個案「一個女人家不該抽這麼多菸、嚼這麼多檳榔」，但大部份時候，卻也在數落聲中遞給了女個案菸或檳榔！

### 3.對個案採敬而遠之的態度

「敬而遠之」的態度使村民刻意在其與個案間保持一段距離，這不僅可由他們日常生活中，彼此很少談天、打招呼中看出，亦可由研究者一踏入研究場所時，便被整個家族諄諄告誡而得知：如「勿和他們太熟絡，你一個女孩子家什麼不好研究，卻研究這個，搞不好他以後常常來找你，也不想這保守的農村，人家會怎麼看你！」。而在研究期間，男個案真的跑到研究者家中來找研究者，令全家人為之捏一把冷汗。而那些在一開始便拒訪的村民，當談及此事時，莫不支吾其詞，更以「我不清楚他們的事」為由，擋住我們下面才要開始的半結構訪談。但，實際的情況是：與個案一起生活了三、四十年的村民，其實早把兩位個案發生的大小事，鉅細靡遺地呈現在他們茶餘飯後的話題上。或許這些事是所謂「公開」的「秘密」吧。

- (二) 本研究結果中，村民對兩位個案有較高的包容力與容忍度，其背後的因素與民國八十年許文耀與戴傳文的一篇「社區居民與病患家屬對精神病患態度之探討」結果雷同：一般民眾基本上對精神病患傾向同情、人本的慈悲的心懷，而較不持強制管理或「權威取向與社會限制」的負向態度。
- (三) 由生活作息表得知，在觀察期間(9/6~9/11)，發現男個案大部份時間獨自待在家中作手工，而女個案若不是一人枯坐家中發呆、睡覺，便是在家門前的大街上遊盪，兩者皆甚少與村民互動。這與「行政院研究發展考核委員會」在「精神醫療服務體系之檢討」專案中的研究結果類似：發現五成以上社區病患在最近三個月內只有偶而或從未做過社會性活動，而其中三個月內從未做過者更高達34%至47%。
- (四) 由個案和家人相處的情況看來，男個案和女個案之間的差異頗大，不管是互動頻率的高低或相處時的態度，都有著天壤之別。若以個案的生活基本需求來看，男個案有份手工收入及家中弟妹的援助；而女個案則有父母及在外工作的大女

兒提供每日的零用金，故他們在生活基本需求上沒有明顯的困難，此與行政院研究發展考核委員會的「精神醫療服務體系」之檢討中所提的類似：由於家屬的包容和支持，故大多數社區病患基本生活不成問題。

- (五) 若以角色功能來看，則發現男個案在家中仍以兄長的角色（會寫信叮嚀弟妹自我照顧）及家人生病時的照顧者出現（研究期間，男個案的奶奶因病北上就醫，媽媽陪侍奶奶北上，家中剩下男個案及其祖父，男個案會料理三餐並騎機車送祖父至四湖衛生所就醫），在觀察期，亦工作（作手工）從事生產；而女個案則整天無所事事，在街頭徘徊遊盪，或躺在家裡的長椅上睡覺，女個案的父母及子女，都視其為「病人」，故她卸下了為人女、為人母的角色，反成為家中的依賴人口。
- (六) 就社會文化面來談，男個案不僅在社區中擁有談得來的村民，本身亦將看小說、報紙、其他書籍及唸佛誦經當成工作後的休閒；相較之下，女個案賦閒在家或遊盪在外，不僅與村民的互動極少，其安排生活的能力也薄弱。
- (七) 在研究期間和20位受訪村民的談話中，約有19位的村民表示：「他們都這樣一、二十年了，我看也不好醫吧！」（台語發音）這與葉英 等人（民70）認為有過與精神病患接觸經驗的人，對精神病患的預後採較悲觀看法雷同。
- (八) 研究者原先接觸個案前，心懷戒慎恐懼之心，但與個案接觸後，卻較不認為精神病人會威脅別人的安全，且較願意在碰到精神病人時，上去幫助他。這樣的心路過程變化與葉英 等人（民70）在「台北市居民對精神病的態度」一文的結果相似，因此，如何增進社區民眾與病患的互動，將可助益病患的社會溝通。
- (九) 吳就君（民82）的研究“嚴重慢性精神疾病影響家庭的相關因素研究—跨國跨文化比較”發現最能夠解釋台灣樣本家庭負荷的重要因子有四：①症狀②住院次數③家庭排斥病人的程度④社會支持的滿意度（負相關）。這四個變項對台灣精神病患家庭照護者的負荷具有顯著的解釋力。而在本研究裡亦有相關的發現。
  1. 針對本研究中的男女個案，來看其家庭負荷情形可發現：家庭負荷受病患的狀況直接影響，病患情況（自我照顧能力、工作能力與人交談能力、思考能力等）愈好，則家庭感受到的負荷較輕，反之則較重。
  2. 一旦家屬感到病患是家中沈重的負荷時。排斥病人的情形更形加重，如女個案的父親便一直希望，政府能夠收容這些精神病患，比較不接受病患住在家裡。
  3. 社區居民對精神病患的負向態度，除了影響社會復歸工作的推展之外，還影響到病患家屬。例如，當村人在由個案所引發的衝突中，持較寬容的態度看待，則個案家屬表示在面臨此類衝突情境時，他們有信心且樂觀地相信，能圓滿解決這類衝突，亦確信這類事件，不會影響到他們與村民的正常互動。

## 肆、結論與建議

## 一、結論

根據本研究之發現，可提出下列數項結論：

### (一) 村民與個案的相處情形：

- 1.本研究的19位受訪者表示，最近五年內，都曾與個案中的一位談過話，其中兩位受訪者曾與男個案作持續半小時以上的談話，其餘的受訪者則與男個案或女個案有不超過五分鐘的談話。
- 2.受訪村民中有五位受訪者會主動與男個案打招呼或談話，而對女個案則有兩位受訪者表示會主動與其打招呼或談話。
- 3.村民會因男個案的教育程度（大專）及預後情形較女個案為佳，而對男個案有較強的互動意向與較多的互動經驗。
- 4.14位開店的村民對來店面坐的個案，有三類態度：10位認為「如果他來，就讓他坐，不會特別去注意他或趕他」，兩位認為「他如果來店裡坐，讓他坐是沒關係，但若他發出喃喃自語聲，會叫其停止，要不就趕他回家」；最後兩位則認為「他在店裡待是沒關係，但若客人有害怕或反感的表情出現時，則請他先回家。」
- 5.有三位受訪村民曾經請個案幫忙勞力性質的工作（如：搬東西）亦表示未來若有機會也會找個案幫忙類似的工作，但其餘的17位受訪村民請個案幫忙的意願則較低，他們的理由在於不相信個案有能力把他們託付的事辦好。
- 6.本研究中的大部份村民對個案的態度，有三大特色：1.視個案為隱形人。2.對個案的容忍力高。3.對個案採取敬而遠之的態度。

### (二) 個案家人與個案相處情形

#### 1.在角色功能方面：

- (1)男個案自認為在發病前，沒有把哥哥和長子的角色扮演好，而發病後，和母親的互動關係良好；而在母親這方面則認為：個案現在相當健談；對弟妹會以口頭或信件的方式表達關懷；日常生活能自行料理，不構成問題；每月也有一份手工的收入！
- (2)女個案方面，綜合其父母所述得知：其預後情形不佳，與人仍有溝通障礙，雖會自行洗衣煮飯，但能力不強，因無工作，所以四處遊盪，家人視其為負擔。故其為人女、為人母角色薄弱。

#### 2.在對個案的未來期許上：

- (1)男個案自述希望藉由種田存點錢，過著持齋念佛的淡泊生活，並期待自己利用農暇與左鄰右舍建立關係，以利將來選舉時，可運用其影響力為國民黨爭取選票。而在其母親對個案未來的期許上，則希望在病情上，能達到毋須藥物控制即可穩定的程度；生活模式上避免接受過度刺激，如儘量從事勞力工作而非勞心工作；養成良好的起居運動習慣。
- (2)女個案的父親，希望她的子女能善盡養護女個案的責任，也企盼政府機關能提供收容或養護訓練機構，使女個案有較佳的治療環境；而女個案之母則較希望

女個案在日常生活，有個較穩定的作息，減少菸、檳榔的攝取量。

### 3.個案病情所帶來的影響：

- (1)男個案自述此病影響了他在閱讀、工作時的專心度及人際關係；其母親則感受到經濟（醫療費用）與心理（對個案的病情擔心度、與村人糾紛的排解）的雙重壓力。
- (2)女個案的病情同樣為父母帶來經濟（醫療費用）及心理（得處理女個案與村民間的糾紛）雙重負擔！
- (3)若村民能以較寬容的態度，看待與個案間的糾紛，則主要照顧者的心裡壓力不僅頓減不少，更能有信心與村人相處和諧。

### （三）就個案本身的生活模式言之：

- 1.由他們簡略的生長史得知，男個案從國小到藝專的求學階段，在人際交往上，由於只專注於讀書，而疏忽了與同學及家人間的互動。女個案的父母及一位小學同學的回憶中則指出，女個案的個案性較內向，故在交友上顯得較被動，從小到大沒有什麼談得來的朋友，也很少和家人訴說她的事。
- 2.由觀察期間所得的觀察記錄中得知，女個案唯一被看到主動和村民談話（跟村民要檳榔）的時段僅佔全部觀察時段的1.4%，而男個案在全部的觀察時段中，未看到他主動與村民談話。
- 3.由生活品質簡表得知，兩位個案在基本需求面上的供應較不虞匱乏，但在角色功能、家庭生活、社會與文化生活方面，男個案明顯地優於女個案，而在身體健康面上，兩人各有不同的病症困擾。整體言之，個案們在發病後的功能、家庭生活面、社會文化生活面上，都受到精神疾面的影響而呈現較差的生活品質。

## 二、建議

- （一）精神疾病在一般人心目中，仍是神秘而難解的，甚至是一種禁忌。尤其在所謂「低度經濟發展區」或偏遠地區更是如此，不論是病患家屬或社區村民，對精神疾病的認識非常有限，即使有所認識也多半是誤解。社區居民與病患家屬是社區網路中的重要資源，因此，建立他們對精神疾病更正確的觀念與態度，才能提供精神患者更適當的社區復健環境。而其施行方式可透過針對精神疾病的原因、治療方式、復健、社區資源等，編製適合當地的本土化教材，配合當地的衛生機關或其它相關團體，進行各項心理衛生教育介入活動。
- （二）針對低度經濟發展區或偏遠地區的醫療資源普遍缺乏情況（雖有行政院衛生署的醫療門診補助，但卻無相關復健措施），研擬補救措施。如：利用現有的衛生所、基保中心、輔導個案規律服藥；及為個案家屬舉辦座談或相關教育指導；加強公共衛生護士心理專業素養培訓……等。
- （三）在籌設社區心理衛生中心或相關單位時，為避免社區居民的排斥態度，應事先了解當地居民對此舉的概念及想法，以作為在設計社區支持系統模式的參考。

- (四) 本研究的觀察記錄時期(9/6~9/11)仍嫌太短,若想求得更完整的客觀資料,在時間上得延長觀察記錄時間;且為做到更完全的參與觀察,研究者投入研究場所的時間得更久,才能降低社區居民及個案家屬的防衛或陌生感,以獲得更深入的資料。

### 三、研究限制

- (一) 無法真正做到完全參與觀察,因此有些互動看不到或只看到表面。此乃由於研究執行者離鄉求學長達六年多,在這期間雖然每月固定回家一次,然而相對於生活在村莊中的村民而言,仍是一個較不熟識者;再加上,在鄉村地區即使是親戚上門來,仍需與其寒暄;而研究者的登門拜訪,對主人而言更需要招呼我們,如此一來,自然情境就被破壞,也就無法做到完全參與觀察。
- (二) 訪問村民的對象多集中在同一條街上,其職業多為經營雜貨店者或開美容院者,多為女性(因男性得去種田),受訪人數有限,對於一般住家的村民與男性村民有所忽略,因而在做村民對男、女個案態度的歸納或比較時,會因對象的有限而有限制。

## 參考書目

1. 莊明敏、鄭若瑟：精神醫療服務體系之檢討，(未發表)行政院研究發展考核委員會專題研究，民國八十二年。
2. 鄭夙芬：精神病患社區復健計畫之評估，八十一年度行政院衛生署委託研究計畫(高雄：民國八十一年)。
3. 行政院衛生署，八十一年度台灣地區精神病患社區復健工作研討會彙編(台北：行政院衛生署，民國八十年)。
4. 台北市立療養院研究摘要，民國七十八年。
5. 精神衛生法，民國七十九年總統公布。
6. 鄭若瑟：居家治療病人「生活品質」兩年追蹤研究。(未發表)
7. 王文科：質的教育研究法，初版，師大書苑，民79年。
8. 鄭琳：出院精神分裂病患者自我照顧問題之探討，國防醫學院護研所碩士論文，民79年。
9. 許文耀、戴傳文：社區居民與病患家屬對精神病患態度之探討。中華心理衛生學刊，第五卷、第一期，35~48頁，民80年2月。
10. 葉英、吳英璋、陳朝灶、林幸魄：此市居民對精神病的態度，心理衛生，二十四期，46~63頁，民70。
11. 吳就君：嚴重慢性精神疾病影響家庭的相關因素研究—跨國跨文化比較—衛生教育

論文集刊第六期，民82年，第12頁—150頁。

- 12.楊素端、簡春安：門診精神病患社會生活適應之追蹤研究，行政院衛生署精神醫療保健七十七年度研究報告。
- 13.李引玉等：探討出院精神分裂病患者家屬的負荷經驗—壓力知覺與因應行爲，行政院衛生署研究計畫，民79年。
- 14.戴伝文、許文耀：精神病患概念、接觸經驗的有無對精神病患態度的影響，七十八年度行政院衛生署「精神醫療保健研究計畫」。
- 15.戴伝文、李欽湧：社區居民對精神疾病及其治療態度。行政院衛生署精神醫療保健七十七年度研究報告。
- 16.Heinrichs. W. et al (1984) The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10(3):388-398.
- 17.Hollander, J.G. (1988) Evaluation of the impact of medical treatment on the quality of life: a five year update. *Social Science & Medicine* 26, 425-434.
- 18.Lehman A. (1988) A quality of life interview for the chronically mentally-ill. *Evaluation and Program Planning* 1988; 11(1):51-62.
- 19.Malm.U. et al (1981) Evaluation of the quality of life of the schizophrenic out patient: A checklist. *Schizophrenia Bulletin* 1981; 7(3): 477-487.
- 20.Strauss & Carpenter (1972) The social adjustment scale. *American Journal of Psychiatry* 1976; 133: 757-760.

## Case study of Mentally Ill Family Members' Daily Life

*C.C.Wu; S.Y.Huang; L.L.Chang*

### Abstract

This study adopted the social point of view from the concept of life quality and used the method of qualitative research to probe the activities of mentally ill in communities.

The goals of this study are:

- 1.To see how the subject was viewed by the villagers.
- 2.To see how the subject was viewed by his/her family.
- 3.To see the interaction between the villagers and the subject.
- 4.To see the interaction between the subject and his/her family.
- 5.To understand the subject's personal history.
- 6.To understand the subject's satisfaction level with life and self-expretation.
- 7.To observe the subjects activities during the day.

The results were obtained through the stages of preparation, acquaintance, observation, interview and file-processing, which were stated as follows:

- 1.The attitudes most of the villagers held toward the subjects could be categorized into three patterns:
  - a) taking the subject as an "invisible person",
  - b) showing high tolerance toward the subject,
  - c) keeping distance from the subject.
- 2.The villagers showed more intention to interact with the male subject and practically did because the male subject had higher education (college) and better prognosis.
- 3.Subject's prognosis, life style and family members' interaction pattern decided the interaction between the specific subject and his/her family.
- 4.When life quality becomes the issue, these two subjects, though their basic living requirements have been fulfilled, their role function, family life, and the quality of social life deserve further research.

It is suggested that when planning Community rehabilitation, villagers and family members' perception toward the mentally ill should be considered as a variable in order to establish a high-quality rehabilitation environment.

Key Words: Quality of life; Mentally ill family member; Family; Neighbour.

# 以健康信念模式分析公共衛生護理人員執行\* 乳房自我檢查之意圖

呂 昌 明\*\*

本研究以健康信念模式為理論架構，針對台北市公共衛生護理人員執行乳房自我檢查意圖進行調查，結果發現此模式能有效地預測行為意圖，其中以對乳房自我檢查的障礙性認知最具預測力，其次為有效性認知，罹患性與嚴重性認知則未達統計上的顯著水準。並依據研究結果提出未來教育宣導重點與相關研究方向之建議。  
關鍵字：健康信念模式 行為的意圖 乳房自我檢查

## 一、前 言

根據行政院衛生署生命統計資料顯示，台灣地區婦女罹患乳房惡性腫瘤而死亡的人數，由民國六十五年244人，逐年增加，至民國八十年為664人（行政院衛生署，民81），高居女性癌症死亡原因之前五位；相關研究報告亦指出台灣地區女性乳癌標準化死亡率逐年上升（鄭玉娟、民71；周碧瑟、民72）；行政院衛生署保健處已將防治乳癌的具體目標列入八十二至八十六年「國民保健計畫」中。

乳房對婦女而言，是具有特殊意義的器官，一旦罹患疾病，一則是面對疾病，甚至死亡的威脅；另則是乳房切除對女性身體形象完整性的破壞（Graydon, 1984；張珏等，民77）；足見乳癌對女性身、心層面的重大威脅。乳癌在尚未轉移之前，如能早期發現早期治療，則其五年存活率高達85%，若有淋巴轉移或擴散後才治療，則其存活率降為56%（Schlueter, 1982），因此乳癌的防治關鍵在於早期發現早期治療。乳癌的篩檢方法有許多，而其中乳房自我檢查法（Breast Self-Examination，以下行文簡稱為BSE）不需特殊儀器設備及專業人員操作，故較其他篩檢方法更具普遍性與經濟效益，已被公推為是每一婦女最佳的「護乳之道」（Miller et al, 1985）。

公共衛生護理人員在提供初級健康照護上扮演著多重而重要的角色，例如：直接的護理服務、衛生教育、健康管理與諮詢....等（賴幼玲，民76），其本身既為婦女團體的一員，並兼負社區婦幼衛生教育之重責，而影響其執行BSE的原因何在？以及未來執行BSE的意圖如何？本研究將以健康信念模式(Health Belief Model)為理論架構，探討影響台北市公共衛生護理人員執行BSE意圖的相關因素，以做為對基層醫療單位護理人員之防癌教育參考。

\* 本研究為一自費研究,特別謝謝劉翠媚小姐、李明憲先生在研究過程中的鼎力協助。

\*\* 國立台灣師範大學衛生教育研究所副教授



## 二、理論架構

健康信念模式乃由Rosenstock等(1957)社會心理學家以價值期待理論(value expectancy theory)為基礎發展而來，主要以動機(motivation)及認知(perception)的因素來預測、說明與健康有關的行為。模式中的主要組成因素有下列各項：

(一) 罹患性認知(perceived susceptibility)：

個人主觀的評估自己罹患某種疾病的可能性。

(二) 嚴重性認知(perceived severity)：

個人覺得罹患某種疾病後的結果是否具嚴重性，如：該疾病是否會引起死亡、殘障等及其對心理、社會關係上或家庭方面的影響。

(三) 有效性認知(perceived benefits of action)：

個人對所欲採取之行動是否能預防或偵測疾病、維持個人健康或減少因疾病導致之不良後果等利益性的主觀評估。

(四) 障礙性認知(perceived barriers of action)：

個人對所欲採取的行動過程中可能存在的障礙評估，如：花費太高、不方便、花費時間、引起疼痛等。

(五) 行動的線索(cues to action)：

是指促成採取行動的刺激如：大眾傳播活動，醫師的提醒，親朋家人的疾病經驗等。

此模式認為：個人對疾病的罹患性與嚴重性認知是提供行動的動力，而有效性與障礙性認知的衡量與比較，則會影響個人最佳行動途徑的選擇，若再加上行動線索的刺激則會提升採行健康行為的可能性。此外，不同的人口學、社會心理和結構等因素，對個人的認知也有直接的作用，並間接的影響健康行為的表現。

本研究的主要目的是瞭解台北市公共衛生護理人員對乳癌的嚴重性與罹患性認知、對BSE的有效性與障礙性認知在其未來執行BSE意圖上的影響程度，也就是透過健康信念模式來預測受測者執行BSE的意圖。

## 三、文獻探討

採用健康信念模式所做過的研究極多，一般而言，此模式可以有效的預測預防性健康行為；Janze & Becker(1984)發現1974~1984年間所有運用健康信念模式以了解預防性健康行為的研究中，有93%支持障礙性認知與該研究健康行為間具有顯著相關，其他依次為罹患性認知(86%)、有效性認知(74%)、嚴重性認知只佔50%；而與BSE有關的研究結果如下：

(一) 罹患性認知方面

許多學者發現婦女對乳癌的罹患性認知與BSE的執行頻次無關(Trotta, 1980, Howe

.1981, Mamon.1982, Schlueter.1982, Bennett et al.1983, Champion.1984.1985.1987, Siero et al.1984, Lashley.1987)但亦有些研究則發現覺得自己罹患乳癌的可能性較高的婦女,較多能規律的執行BSE(Hallal.1982, Brailey.1986, Massey.1986, Champion.1988, Redeker.1989, Gray.1990, Wyper.1990), Champion(1988)也發現罹患性認知與做BSE的意圖之間有顯著的正相關。

#### (二) 嚴重性認知方面

大部分的研究發現婦女對乳癌嚴重性認知的強弱與其是否規律地執行BSE並無關係(Bennett et al.1983, Champion.1984.1985.1987, Siero et al.1984, Rutledge.1987, Gray.1990, Wyper.1990),但Champion(1988)研究指出,婦女對乳癌的嚴重性認知強者,其未來傾向於做BSE的意圖較高。

#### (三) 有效性認知方面

對BSE的有效性認知較強者其執行BSE頻次較高(Hallal. 1982, Champion. 1985, Brailey.1986, Rutledge.1987, Redeker.1989, Gray.1990),也有發現此項認知在引發執行BSE的頻次(Trotta.1980, Schlueter.1982, Champion.1984.1987, Lashley.1987, Wyper.1990)或未來執行意圖上無關(Champion.1988)。

#### (四) 障礙性認知方面

大部分的研究皆支持婦女對執行BSE的障礙性認知較強則其執行BSE的頻次愈低(Trotta.1980, Howe.1981, Mamon.1982, Champion.1984.1985.1987, Norman.1986, Wyper.1987.1990, Lashley.1987, Rutledge.1987, Gray.1990),或其未來的執行意圖也較低(Champion.1988)。

## 四、方法

### (一) 研究對象：

本研究的母群體是指民國七十八年服務於台北市十六個行政區的衛生所護理人員,根據台北市衛生局所提供的名冊,共計187人,皆列為實際調查的對象。

### (二) 研究工具

以自編的結構式問卷為工具、內容除了人口學基本資料外,還有測量罹患性認知,例如:考慮所有因素,我認為1.在未來5年內2.在將來的某一天我得到乳癌的可能性3.與一般婦女相比,我得到乳癌的可能性共3項,嚴重性認知例如,乳癌是一極嚴重的疾病等共5項,有效性認知,例如:做BSE是發現乳房腫塊的有效方法等共5項,障礙性認知。例如:做:BSE需要花費很多時間等6項,行動的線索(3項),如親朋的患病經驗,有無人提醒做BSE。另外依變項「做BSE的行為意圖」分別由1.在未來1個月中,我做乳房自我檢查的可能性(以下行文略稱為意圖1)2.在未來6個月中,我每個月都做乳房自我檢查的可能性(以下行文略稱為意圖2)等兩項來測量。問卷設計除了「做BSE的行為意圖」採Likert 5 點量表外(非常可能給5分,非常不可能給1分),其他認知變項皆

採6點量表，由非常同意，可能（給6分）到非常不同意，不可能（給1分）反向題則反計之。

### （三）施測過程

本研究工具以台北縣、中和、永和衛生所15名護士進行預試，經修改後，將結構式問卷交給台北市16個衛生所護理長，經說明後由其轉交該所護理人員（共187人）採不記名各別填寫，共回收184份；經逐一檢查問卷後，有效問卷共169份，有效回收率為91.8%。

回收後的問卷，各重要變項的信度考驗採 Cronbach  $\alpha$  係數，罹患性認知，嚴重性認知、有效性認知、障礙性認知4部份的分測驗  $\alpha$  值各為0.77，0.78，0.92，0.91，皆達0.7以上。

## 五、結果

### （一）受測者背景：

受測者的年齡分布為21~59歲，平均年齡是38歲；91.7%是已婚者；教育程度以專科以上畢業者較多佔57.7%；受測者本身或其親戚各有80%以上沒有罹患過乳房疾病，在其朋友方面曾經有乳房疾病的佔51.2%。約30%的受測者表示會定期到醫院做健康檢查（項目包含乳房檢查）；66.3%曾經接受過別人提醒她要做BSE，其提醒者以防癌工作人員最多佔26.9%，醫師，女同事次之，約各佔23%，最少者是先生佔5.7%。

### （二）做BSE的經驗

在執行BSE的情形上，85.2%的受測者有做過BSE的經驗，做過BSE者中，已養成習慣的近乎半數；在這些已養成習慣的受測者中，以平均每個月執行多於1次（包括1次）的居多佔60.3%，也就是說在所有受測中有24.4%能習慣地至少每個月做一次BSE。有無習慣做BSE和意圖1之間的相關是 $r=0.15$ 未達顯著水準；而與意圖2之間的相關是 $r=0.36$ ， $P<0.01$ 達顯著水準。

把受測者的年齡分成3組（34歲以下，35~44歲，45歲以上）來看，隨著年齡的增加，有做BSE的習慣者也愈多， $X^2(df=2, N=166)=15.02, P<0.01$ ；可是在做BSE的意圖上（前述2種意圖），3個年齡組別之間則無差異存在。

本身有過乳房疾病的人，有做BSE習慣的也愈多， $X^2(df=1, N=168)=3.896, P<0.05$ ；有定期做健康檢查的人，有做BSE習慣的也愈多， $X^2(df=1, N=167)=11.741, P<0.001$ 。

### （三）模式的評價

爲了驗證健康信念模式預測意圖的能力，進行複迴歸分析以決定罹患性、嚴重性、有效性、障礙性等認知何者對做BSE的意圖影響力最大。根據表1可知健康信念模式中的4個變項一共可解釋意圖1，18%的變異量並達到統計上的顯著水準( $F=7.77, P<0.01$ )其中僅障礙性及有效性的認知的影響力達到統計的顯著水準。從表2，同樣地可知這4個變項一共可解釋意圖2，13%的變異量並達到統計上的顯著水準( $F=5.03, P<0.01$ )，其中僅障礙

性認知的影響力達到統計上的顯著水準。由上可知健康信念模式對 2 種意圖，可解釋的變異量不大。

表1 4個健康信念與意圖1之複迴歸分析

變 項	R	R2	F	B	r
罹患性				-0.11	-0.12
嚴重性				0.12	-0.04
有效性	0.42	0.18	7.77**	0.19*	0.28
障礙性				-0.31**	-0.34

\*P<0.05 \*\*P<0.01 r為各變項與意圖1之相關係數

表2 4個健康信念與意圖2之複迴歸分析

變 項	R	R2	F	B	r
罹患性				-0.12	-0.15
嚴重性				0.09	-0.03
有效性	0.36	0.13	5.03**	0.13	0.17
障礙性				-0.27**	-0.26

\*P<0.05 \*\*P<0.01 r為各變項與意圖2之相關係數

#### (四) 信念與做BSE的意圖

爲了瞭解有那些特殊信念與做BSE的意圖有關，進行皮爾遜積差相關考驗。由表3可知，障礙性認知全部6個信念，每個都與意圖1有顯著的負相關(P<0.01)；而與意圖2除了「觸摸乳房不舒服」及「要有獨處且隱密的地方」2信念外，其餘4個信念也都達到顯著的負相關(P<0.01)。從平均值來看，較大的障礙是「記得特定時間很困難(3.32, 得分範圍1~6)」，「要判別異常結構不容易(3.28)」，「要花費很多時間(2.65)」。

至於有效性認知，由表4可知，全部5個信念每個都與意圖1有顯著的相關(P<0.01)；而與意圖2，除了「比給醫生檢查更能提早發現異常」外，其餘4個信念也都達到顯著的相關。從平均值來看，每個信念得分都在5.30上下(得分範圍1~6)表示受測者認爲做BSE可帶來極大的效益。

表3 障礙性認知的各信念的平均值及與意圖1，意圖2之相關

項 目	平均值	人數	與意圖1的 相關係數(r)	與意圖2的 相關係數(r)
看到自己的乳房 覺得不好意思	2.63	168	-0.34**	r=-0.21**
觸摸乳房覺得不 舒服	2.46	167	-0.26**	r=-0.11
需記得特定時間 很困難	3.32	166	-0.31**	r=-0.39**
要有獨處且隱密 的地方不容易	2.64	167	-0.20**	r=-0.15
需花費很多時間	2.65	166	-0.29**	r=-0.21**
要判別異常結構 不容易	3.28	166	-0.22**	r=-0.29**

\*\*P<0.01 得分範圍1~6分

表4 有效性認知的各信念的平均值及與意圖1意圖2之相關

項 目	平均值	人數	與意圖1的 相關係數(r)	與意圖2的 相關係數(r)
發現乳房腫塊的 好方法	5.33	168	0.27**	0.17*
為早期發現腫塊， 做BSE是值得的	5.36	168	0.25**	0.22**
可增加未來健康 保障	5.37	168	0.26**	0.19*
可減少婦女因得乳 癌而死亡的人數	5.35	168	0.26**	0.16*
比給醫生檢查更能 提早發現乳房異常	5.21	168	0.22**	0.06

\*P<0.05 \*\*P<0.01 得分範圍1~6分

### (五) 行動的線索

在行動的線索的三個項目中，親戚有乳房疾病經驗的受測者，有做 BSE習慣的也愈多， $X^2 (df=1, N=168) = 10.424, P < 0.01$ ；但在朋友有乳房疾病經驗的受測者，則無此現象。另外，有人提醒做BSE者，有做BSE習慣的也愈多加標點， $X^2 (df=1, N=169) = 6.931, P < 0.01$ 。

## 六、討論

受測者中能習慣性地至少每個月做一次BSE的有24.4%，此項結果皆高於金春華（民57）、吳盈江（民69）及周蕙娟（民76）對不同婦女所做的調查結果（都在5%以下）。同樣地受測者中有30%的人定期到醫院做健康檢查（包括乳房檢查）。與一般婦女相較，這反映專業上的差異，受測者，具備BSE相關的知識，技能及工作環境等，因此有較高的執行率。但從公共衛生護理人員須做為改變元(change agent)及BSE的教育者的角色來看，今後在策略上對一般婦女推廣普及BSE之前，應先考量如何大大地提升醫護人員的執行率。

由於理性行為理論(the theory of reasoned action)中的假設(Ajzen & Fishbein, 1980)，在意志控制下的行為，人們是否採行該項行為的行為意圖(behavioral intention)是該行為發生與否的立即決定因子(immediate determinant)，這個假設在許多的實徵研究中，得到支持，因此本研究以做「BSE的意圖」代替實際去做「BSE的行為」作為主要的依變項。

健康信念模式中的各變項，僅障礙性認知，有效性認知對意圖1有預測力；對意圖2僅障礙性認知有預測力，障礙性認知對意圖1、意圖2，都有最大的影響力。模式中的各變項對意圖1、意圖2所能解釋的變異量也不大（分別是18%，13%）。其可能原因是受測者對意圖1、意圖2的回答，認為自己不可能去做BSE的人數較少使得全體的得分偏離正規分布所致。為什麼會造成這種現象呢？第1.對意圖的測定似欠妥當，如意圖1「在下個月中，做BSE的可能性是....」（原本打算在1個月後追蹤其行為）這樣的問法並不能測出規律地做BSE的習慣，讓受測者輕易地認為有可能去做。意圖2「在未來6個月中，每個月都作BSE的可能性是....」這種問法較能顯現做BSE的習慣（可是只限定在6個月內也欠妥當），因此受測者有可能去做的人數減少了。由於測定上的差異，也說明了「有無習慣做BSE」和意圖1之間的相關比意圖2低且未達顯水準的原因。第2.受測者是醫護人員對意圖1、意圖2的反應，可能會考量自己的角色，以符合社會的期待來作答，因此，「不可能做BSE」的人數也就偏低。第3.對意圖1、意圖2或整份問卷的回答本身有可能是刺激做BSE意圖的「行動線索」，這也許也是受測者「有可能去做BSE的人」多的理由。以上考察的3個論點都有可能是解釋受測者中有意圖去做BSE的人多的理由；同時亦可說明年齡組別在做BSE的習慣上有差異，而在做BSE的意圖上沒有差異存在

的原因，今後對「做BSE意圖」的測定可修改成「從今以後，我每個月都會做BSE的可能性是.....」，這樣也許能提升模式的預測力。另外，最近有人主張在模式內導入自我效能（self-efficacy）變項以提升對健康行為的預測力（Rosenstock，1990），今後的研究所可嚐試這個方向。

障礙性認知6個信念中有4個信念同時與意圖1及意圖2有顯著的負相關，其中較大的障礙是「需記得時間很困難」、「要判別異常結構不容易」、「需花費很多時間」，針對「需記得時間很困難」，可設法養成在月曆上做記號的習慣來克服。另外可發揮提醒者的「行動的線索」的功能，除了醫護人員的相互提醒做BSE外，先生、家人應是提醒不忘做BSE的最佳資源人物。「要判別異常結構不容易」連醫護人員也視為障礙因素更何況一般婦女。將來在教育活動中，可採用實際演練的方法，反復練習，直到習得熟練、正確的技術為止。今後的研究在依變項方面應考慮、質、量兼顧的問題，換言之，不只是做BSE頻度的問題，同時要注意到技術的精熟度，是否能確實找出腫塊。

有效性認知5個信念中有4個信念與意圖1及意圖2有顯著的相關存在，將來在教育活動中可強調做BSE是能早期發現腫塊的好方法，可增加對健康的保障及減少死亡等正面效益以提升做BSE的動機。

綜上所述今後要普及推廣BSE活動前，應先提升醫護人員能正確地執行BSE的比率，在教育策略上，應先診斷出執行BSE的障礙因素以掃除障礙，另外在內容上可強調做BSE的效益，縱然需花費時間也是值得的。

## 參考文獻

### 壹、中文部份

行政院衛生署（民81）。衛生統計。台北：行政院衛生署

行政院衛生署（民81）。台灣地區民國七十三年癌症登記調查報告。台北：行政院衛生署

行政院衛生署（民82）。當前醫療衛生政策。台北：行政院衛生署

✓吳盈江（民69）。護理活動對大安區婦女乳房自我檢查知識與態度及實行影響。護理雜誌。27(1):86-101。

✓金春華（民70）。婦女乳癌知識調查報告。護理雜誌。16(1):7-13。

林國妃（民75）。護理人員對乳房自我檢查認知程度之研究。榮總護理，3(2):133-192。

呂昌明、陳瓊珠（民72）。所謂健康信念模式。健康教育，51:32-34。

周碧瑟（民72）。1983中美兩國癌瘤統計。台北：中華民國防癌協會

✓周蕙娟（民72）。中等以上學校婦女乳癌知識及乳房自我檢查之調查研究。致理學報。72年。71-104。

- 陳光耀（民74）·乳房自我檢查法·當代醫學，4(10):108-111。
- 張 珏·黃梅羹·林弘崇（民77）·乳癌病人的壓力與調適初步探討·中華衛誌·8(2):109-123。
- 張金堅（民70）·乳癌不再可怕·健康世界，66:8-16·乳房的自我檢查·健康世界，67:16-18。
- 楊國樞等編（民74）·社會及行為科學研究法·台北：東華書局。
- 鄭玉娟·戴桂英·林東明（民73）·女性生殖器癌症死亡趨勢之研究·China Medical Journal.34:601-607。
- 賴幼玲（民76）·公共衛生護理與衛生教育·護理雜誌·34(4):19-23。

## 貳、英文部份

- Bennett, S.E etal. (1983). Profike of women prating breast self-examination. JAMA, 249(4):488-491.
- Braley, L.J (1986). Effects of health teaching in workplace on women's knowledge, beliefs, and practices regarding breast self-examination. Research in Nursing & Health, 9:223-231.
- Calnan, M. & Rutter, D.R(1986). Do health belief predict helth behavior? An analysis of breast self-examinatin. Social Science & Medicology, 22(6):673-678.
- (1988)Do health belief predict helth behavior? A follow-up analysis of breast self-examination. Social Science & Medicology, 26(4):463-465.
- Celentano, D.D & Holtzman, D.(1983).Breast self-examination comptency:an analysis of self-reported practice and associated characteristics. American Journal Public Health, 73(11):1321-1323.
- Champion, V.L(1984). Instrument development for health belief model constrcts. Advances in Nursing Science, 6(3):73-85.
- Champion, V.L(1985). Use of the health belief modle in determining frequency of breast self-examination. Research in Nursing & Health, 8:373-379.
- ✓ Champion, V.L(1987). The relationship of breast self-examination to health belief model variables. Research in Nursing & Health, 10:375-382.
- Champion, V.L(1988). Attitudinal variables related to intention,frequency and pro-ficiency of breast self-examination in women 35 and over. Research in Nursing & Health, 11:283-291.
- Costanza, M.C & Foster, R.S(1984). Relationship between breast self-examinatin and from breast cancer by age groups. Cancer Detective Prevention, 7(2):103-108.
- Davidson, A.R & Jaccard, J.J(1975). Population psycholos:A new look at an old pro-blem. Journal of Personality and Social Psycholosy,31(6):1073-1082.



- Edwards, V. (1980). Changing breast self-examination. *Nursing Research*, 29(5):301-306.
- Foster, R.S & Costanza, M.C (1984) . Breast self-examination practices and breast cancer survival. *Cancer*, 53(4):999-1005.
- Gray, M.E(1990). Factors related to practice of breast self-examination in rural women. *Cancer Nursing*,13(2):100-107.
- Hallal, J.C (1982) . The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. *Nursing Research*, 31(3):137-142.
- Howe, H.L(1981). Social factors associated with breast self-examination among high risk women. *American Journal Public Health*, 71(3):251-255.
- Jazey, N.K & Becker, M.H (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1):1-47.
- Lashley, M.E(1987). Predictors of breast self-examination practice among elderly women. *Advances in Nursing Science*, 9(4):25-34.
- Lauver, D.(1987). Theoretical perspectives relevant to breast self-examination. *Advances in Nursing Science*, 9(4):16-24.
- Lauver, D & Angerame, M.(1988). Development of a questionnaire to measure beliefs and attitudes about breast self-examination. *Cancer Nursing*, 11(1):51-57.
- Maiman, L.A. & Zapka, J.G(1982). Integration of theory, practitioner standards, literature findings, and baseline data: A case study in planning breast self-examination education. *Health Education Quarterly*, 9(4):330-357.
- Massey, V.(1986). Perceived susceptibility to breast cancer and practice of breast self-examination. *Nursing Research*, 35(3):133-185.
- Norman, R. & Tudiver, F.(1986). Predictor of breast self-examination among family practice patients. *The Journal of Family Practice*, 22, 149-153.
- Roberts, M.M et al.(1984). Breast cancer and breast self-examination: What do Scottish women know? *Social Science Medical*, 13(9):721-797.
- Rosenstock, I.M(1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4):328-335.
- Rosenstock, I.M(1974). The health belief model and preventive behavior. *Health Education Monographs*, 2(4):354-386.
- Rosenstock, I.M(1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Rutledge, D.N(1987). Factors Related to Women's Practice of Breast Self-Examination. *Nursing Research*, 36(2):117-121.

- Schlueter, L.A.(1982). Knowledge and belief about breast cancer and breast self examination among athletic and nonathletic women. *Nursing Research*, 31(6):348-353.
- Siero S.Kok G.Pruyn J(1984). Effects of public education about breast cancer and breast self examination. *Social Science & Medicolog*, 18:881-888.
- Stillman, M.J(1977), Women's health beliefs about breast cancer an breast self examination. *Nursing Research*, 26(2):121-127.
- Taylor, S.E(1984). Breast self-examination among diagmosed breast caner patients.*Cancer*, 54 (11):2528-2532.
- Trotta, P(1980).Breast self-examination:FActors influencing compliance.*Oncology Nursing Forum*, 7, 13-17.
- Wyper, M.A(1990). Breast self-examination and the health belief model:variations on a theme. *Research in Nursing & Health*, 13:421-428.
- Wyper, M.A(1987). Psychosocial correlates of Breast self-examination practice.*Health Sciences*, 1987. 248pp.

**Factors Influencing Public Health Nurse to Perform  
Breast Self-Examination  
-Testing the Health Belief Model-**

*Chang-Ming Lu*

**Abstract**

This study investigated whether the Health Belief Model would predict public health nurses' intention to perform breast self-examination(BSE). Results showed that the model was a significant predictor of intention. Statistically associations were found between the intention to perform BSE and perceived barriers and benefits of action. Implications for use of this knowledge by health educators in developing relevant interventions to enhance BSE practice are discussed.

Key Words: Health Belief Model; Breast Self-Examination; Behavioral Intention

# 鄉村中老年人高血壓衛生教育自我導向學習 效果研究

鄭惠美\* 謝雨生\*\*

本研究以準實驗設計評價自我導向學習高血壓衛生教育與傳統教師導向高血壓衛生教育策略效果的差異。以台灣中部某縣151位鄉村中老年人（實驗組75人，對照組76人）為對象，進行為期六週的教學實驗，並分別於教學前、教學結束時，課程結束後二個月時收集兩組學習者的相關資料，以多元迴歸分析分析資料。結果發現自我導向學習策略的效果優於教師導向教學之效果，且此差異短期效果比立即效果更清晰。

關鍵字：自我導向學習 準實驗設計 衛生教育 鄉村 中老年人 高血壓

## 壹、研究背景與研究重要性

自有人類即有自我導向學習的存在，Kulich(1978) 指出自我教育在希臘哲人的生活居中重要地位，蘇格拉底、柏拉圖、亞里斯多德…都是著名的自我教育者。在正式學校未發展前，自我教育是人類學習的最根本方法。Long (1983) 研究美國革命前的成人教育，發現殖民時期缺乏正式教育機構，因此許多人們皆自我學習。近二十年自我導向學習在國外蓬勃發展，廣受成人教育者重視，質、量方面之研究倍出。

自我導向學習強調個人責任、自主、深受人文主義哲學的影響；但也融合了行為主義、新行為主義的部分觀點。人文主義教育思想強調人有自我導向的自我概念，能為自己做決定，為自己的生活負責，經驗是個人充份發展的條件，教育就是要自我實現，而學習就是一種經驗，教育者在個人的學習過程中扮演促進者的角色。古典行為主義認為人非性善，亦非性惡，人被環境影響、塑造，人受環境刺激而反應，所以人的學習需透過有系統的教學過程，以做可測量的反應。人的自我是一種反應，不是天生的，這觀點和人文主義截然不同。但是其系統化教學過程的概念與學習計畫（契約）的概念，在自我導向學習中有極大的價值。我們可以說自我導向學習是一種以人文主義思想為內涵，以新行為主義精神為輔助工具的學習方式。

---

\*\* 國立台灣師範大學衛生教育系副教授

\*\*\* 國立台灣大學農業推廣學研究所教授

自我導向學習與傳統教師導向教學在對學生的看法、學習動機的假設，學習過程的執行上皆有顯著的差異。這些差異可以以表1-1來加以比較。

表 1-1 自我導向學習與教師導向教學之比較

	教師導向	自我導向
<b>前 提</b>		
對學習者的看法	依賴的人格	逐漸自我導向的有機體
學習者的經驗	有待建立	豐富的學習資源
學習導向	目標中心	任務、問題中心
學習動機	外在獎賞、懲罰	內在誘發
<b>過 程</b>		
學習氣氛	正式、權威取向、競爭、批評	非正式，相互尊重
課程安排	主要由教師決定	互動、合作、支持、參與決定
需求診斷	教師	互相協助評估，自我診斷
目標決定	教師	互相商議，自我決定
學習計畫設計	單元內容合邏輯的順序	學習契約，順序依學習傾向而定
學習活動	傳遞技能，指定閱讀	探究計畫，獨立研究，經驗方法
評價	教師	自我呈現成果互相評估

(譯自 Knowls:1975)

成人是個較成熟的個體，有豐富的經驗，身心發展與兒童不同，因此學習方式是不相同的，其衛生教育策略自應有其特色。在迅速變遷、資訊充斥、科技躍進的時代裡，批判性思考更顯得重要，學習如何學習，遠比學什麼更重要(Fellene and Conti,1989)。成人教育專家們指出成人教育的課程：(1)應以學習者為中心(2)新學習應建立於學習者的舊經驗上(3)成人是自我導向學習的個體(4)成人學習者應參與學習需求的評量、目標的決定、結果評鑑(5)成人學習應以問題為中心(6)成人教師應扮演促進者的角色，不是訊息的儲存所(Conti, 1985)。自我導向學習尊重成人的學習特性，適宜應用於成人衛生

教育上；它更尊重每個人的特性，所以也應可用於處於教育不利地位的鄉村中老年人身上。

高血壓疾病及其相關的腦血管疾病、心臟疾病均名列於台灣地區的十大死亡原因之中，民國八十年時，分別居於十大死亡原因的第九、二、四位（行政院衛生署，1992）。台灣地區40歲以上民眾高血壓之盛行率約在20%左右。高血壓與生活型態有密切關係；國內有關高血壓的防治傳統上較注重藥物治療，但根據美國The Joint Committee on the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure建議以「藥物」或「非藥物」的治療方法可使高血壓病人保持低而安全的舒張壓。藥物治療易生副作用，目前美國正推展許多全國性的高血壓防治計劃，如「血壓預防試驗」、「高血壓飲食介入研究」等以行為治療為主的計劃（季瑋珠，1992）。國內目前雖有多位公共衛生專家進行此方面之研究，惟其對象多為學生或是都市之上班族，也有部分農會家政指導員或改良場在其農村生活改善細部計劃中探討此問題，但以衛生教育的立場來研討鄉村民眾高血壓防治之研究者並不多。

因此研究者擬藉由實際實驗提供將自我導向學習的理論應用於衛生教育上的經驗與結果。期望能累積「自我導向學習策略」應用於中老年人衛生教育上的效果、可行性、適用對象特性等研究之經驗與成果，以提供廣泛分析自我導向學習策略效果的依據。

本研究的重要研究目的有下列三項：

- 一、驗證自我導向學習式高血壓衛生教育的立即效果優於教師導向式衛生教育的立即效果。
- 二、驗證自我導向學習式高血壓衛生教育的短期效果優於教師導向式衛生教育的短期效果。
- 三、探討影響學習者高血壓衛生教育效果的因素。

## 貳、研究方法

本研究以準實驗設計(Quasi-Experimentation)方式進行，設實驗組、對照組分別給予自我導向衛生教育及教師導向衛生教育，以前測、後測、後後測評估兩種不同衛生教育策略的教學效果，並對參與實驗組的部份民眾、工作人員進行深度訪談，進行質的分析。

### 一、研究架構、研究假設

為確實掌握學習效果，本研究除了在教學前對研究對象做教學前的狀況評估，六週教學後立即做學習後調查訪問外，並於教學完成後二個月，再進行追蹤調查。本實驗之設計如表3-1。

表2-1 實驗設計

	前測	教學	後測	後後測
實驗組	√	自我導向	√	√
對照組	√	教師導向	√	√
時間	11.9	11.17	12.28	2.18
	-11.16	-12.24	-1.7	-2.28

整體研究架構如圖2-1所示。

研究架構中，標示出本研究將探討在控制與高血壓防治教育有關的人口變項（年齡、性別、籍貫、教育程度、職業、血壓值是否太高），社會心理變項（自覺健康狀況，有無因高血壓疾病而死亡或得高血壓的親友，家人或共住者有無從事醫療工作，飲食是否由自己製備），學習前的相關知能：高血壓的防治知識，高血壓防治自我導向學習傾向，高血壓防治行為傾向情況下，自我導向學習衛生教育策略對學習者的高血壓防治知識，高血壓防治自我導向學習傾向，高血壓防治行為傾向立即效果、短期效果，是否比教師導向衛生教育策略有更正向的影響？

衛生教育的目標是協助學習者持續執行健康生活，促進健康，但由文獻探討中，我們得知學習者如果所學習之事物對其有意義，並經過內化，該項學習成果較易被保留且付諸實行，否則，所學事物很快就會被其它事物取代或遺忘，尤其年紀越大者，記憶力不佳，更是容易遺忘。所以一個良好的衛生教育策略，必須幫助學習者內化所學，並且所教育之事物必須是學習者認為有意義的事。否則所教育之事物被學習者迅速遺忘，則教育目標並未真正實現。是以衛生教育策略的效果評價，除了在學習者學習後立即考評其學習成果外，更應進行追蹤考評。限於研究人力、物力，本研究除了進行立即效果探討外，只進行學習後兩個月時的短期效果追蹤考評。又根據對「自我導向學習」的探討得知，自我導向學習策略以學生為中心，學習之事物是學習者自己認為需要的，它比教師導向策略能協助學習者內化所學，所以本研究的第一個假設是『自我導向學習高血壓防治衛生教育策略的立即效果，優於教師導向高血壓防治衛生教育策略的立即效果。』第二個假設是『自我導向學習高血壓防治衛生教育策略的短期效果，優於教師導向高血壓防治衛生教育策略的短期效果。』

## 二、研究變項

以下根據研究架構，逐項說明變項的意義，與測量方法。

### （一）教學策略

T0：實驗進行前      T1：進行教學實驗 (6週)      T2：實驗結束時 (立即效果)      T3：實驗後2個月 (短期效果)

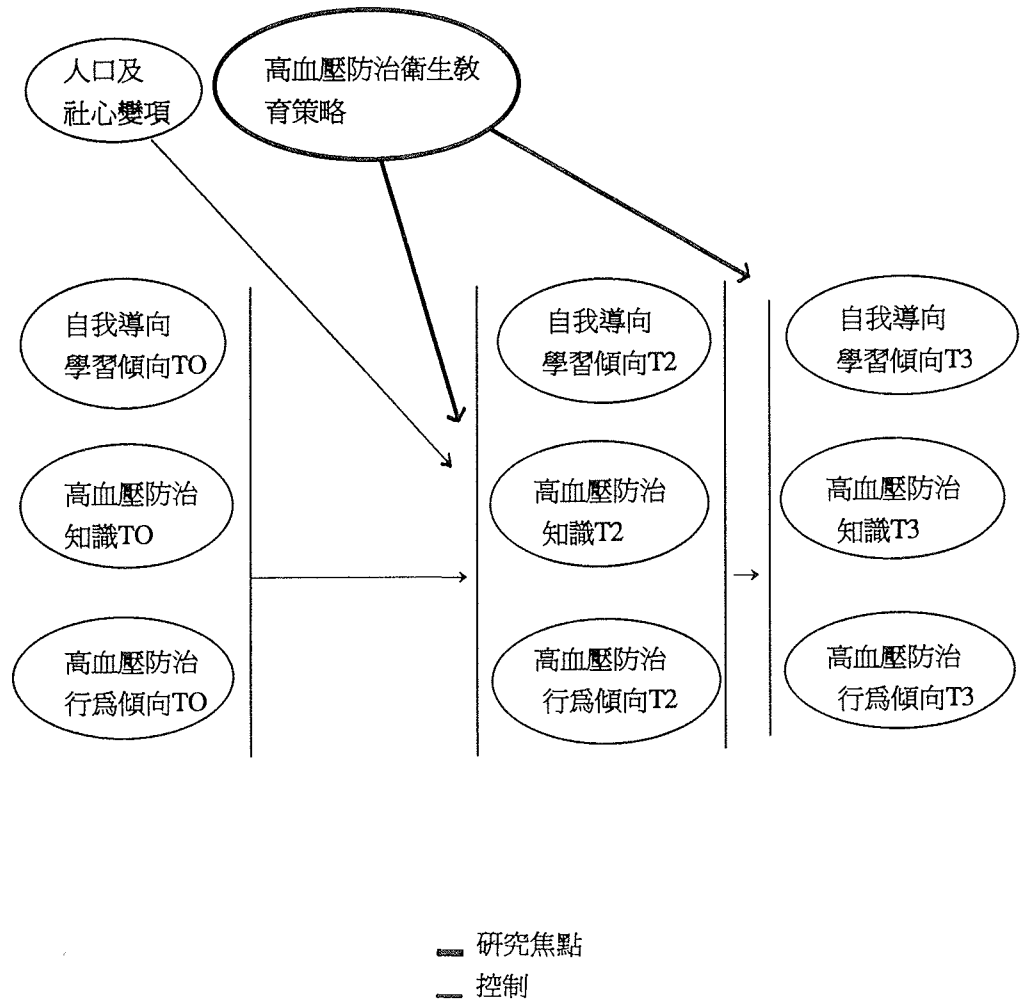


圖3-1 研究架構



是本研究的自變項，實驗組採用的是「自我導向學習衛生教育策略」，對照組採用的是「教師導向衛生教育策略」。Tough(1971), Knowls(1975) 曾分別對自我導向學習的原則、方法、步驟著書論述，並實際操作。今歸納其重要的執行步驟依次是：

- 1.學習者進行學習需求診斷，決定學習目標。
- 2.學習者進行學習計畫之擬定、修訂。
- 3.學習者利用學習資源，進行學習活動（按需求分組進行）。
- 4.學習者彼此互相協助，進行學習效果之自我評估。

本研究對「自我導向學習衛生教育策略」「教師導向衛生教育策略」分別做如下的操作型定義：

「自我導向學習衛生教育策略」是指個體不論在有沒有他人協助下，以個人責任為出發點，主動診斷自己的健康需求，形成學習目標，應用人、物資源以助健康知能之探究、選擇、安排、執行學習成果，以達成自我實現健康生活目標的一種學習方式。

「教師導向衛生教育策略」是指學習者被動的接受教師對全體學習者所安排的一種循序漸進的健康單元教學，以獲得健康知能，改善健康行為的教學方式。

本研究的「自我導向學習衛生教育策略」進程序與方式略述如下：

- 第一次 氣氛建立，課程進行方式介紹，初步需求診斷
- 第二次 確立需求、成立學習小團體、擬定學習計畫
- 第三次 學習小團體小組工作
- 第四次 學習小團體呈現結果
- 第五次 學習小團體呈現結果
- 第六次 成果評估、課程評估、計畫未來

## （二）高血壓防治自我導向學習傾向

以學習者在自編量表上的因素分數表示。

Guglielmino (1977) 發展Self-Directed Learning Readiness Scale(自我導向學習傾向量表)。包含58題5等級的Likert 量表，經因素分析界定出喜愛學習、有效率的學習、複雜冒險和獨立學習、創造力、開放學習、主動學習、自我瞭解、對自己的學習負責等八個因素，信度係數0.87，此量表為其後之學者廣泛利用。國內學者也曾將之修正為中文，以進行對18歲以上之專科生自我導向學習傾向評估。由於本研究之研究對象為識字能力不高的鄉村中老年人，且研究所欲測量之內容極多，此部分題目不宜過多，文字內容亦需簡短明確以方便調查，是故研究者參考該量表，以其因素分析結果分析出八個因素為骨架，自行編擬完成一份十題 Likert 五等級式的中老年人自我導向學習傾向量表。經過因素分析處理，發現本量表以二因素即可表示。高血壓防治自我導向學習傾向的測量，即以各學習者在本量表上的兩個因素分數開放學習、學習自覺表示之。

因素分數轉換過程詳如下：

首先，以前測之自我導向學習傾向各題之分數為準，直接進行因素分析，決定抽取二個因素（共可表示77.89%的訊息）—「開放學習」、「學習自覺」來表示學習者的自

我導向學習傾向，其中「開放學習」因素是由問卷的第4, 5, 7, 8, 12題組成，「學習自覺」因素是由問卷的第1, 2, 3, 10, 11題組成，其因素負荷情形如表2-2。

表2-2 前測自我導向學習傾向因素負荷表

題號	因素1 (開放學習)	因素2 (學習自覺)
8	.87	.25
4	.81	.44
7	.79	.37
5	.75	.44
12	.60	.56
10	.30	.89
11	.30	.87
2	.55	.68
3	.58	.65
1	.54	.62
%Explained	70.40	7.50

並求得每名學習者此二因素之因素分數。然後以前測因素分析的因素負荷量為權值，(即前測求得的「學習自覺」二因素之Factor Score Coefficient Matrix)與已標準化的後測、後後測分數相乘，求得每位學習者後測、後後測的因素分數。

### (三) 高血壓防治行為傾向

班都拉繼社會學習理論後，提出自我效能理論，認為個人的行為會受他人的影響，是因為個人觀察別人的行為，再衡量自己的情況，而後評估自己達成該行為的可能性，自我評估完成該行為可能性愈高者，愈可能去執行該行為。

健康信念模式將知覺分為四種，即自覺疾病的罹患性、自覺疾病的嚴重性、自覺行動的利益性、自覺行動的障礙；場域理論指出人所處的環境有正、反兩股力量，彼此運作，以產生行為。理性行為論者認為人的行為並非有刺激就有反應，必需要有個人的意向才會產生行為，所以可以由意向來預測行為。而「行為意向」的測量可藉由有關因素之乘積而求得。研究者應用這些概念，來測量高血壓防治行為的傾向。

本研究選擇學習者對「量血壓」、「瞭解高血壓」、「薄鹽飲食」、「低油脂飲食」等四方面的行為，請研究對象衡量自己在未來兩個月內，對執行各行為的信心，認為該行為對自己健康的幫助，執行該行為遭遇到困難的大小，然後以(執行各行為的信心

得分×有利健康得分／執行行爲遭遇到困難得分），轉換成學習者各項高血壓防治行爲傾向得分，即「量血壓」行爲傾向得分，「瞭解高血壓」行爲傾向得分，「薄鹽飲食」行爲傾向得分，「低油脂飲食」行爲傾向得分。分數愈高表示行爲傾向愈強。

#### （四）高血壓防治知識

學習者在8題包括高血壓症狀、原因、影響、預防方法等方面內容的高血壓防治知識測驗得分（每題正確答對者得10分）與正確知道高血壓的收縮壓、舒張壓數值。（正確者20分，錯誤者0分）得分之和爲高血壓防治知識分數，計滿分100分。分數愈高表示高血壓防治知識愈豐富。

#### （五）高血壓防治立即效果

在本研究中「高血壓防治立即效果」是指在經過六週的高血壓防治衛生教育課程後，隨即在兩週之內對研究對象進行問卷訪視，將訪視結果與在教學前一週內所訪視之結果做比較，其所呈現之差異即爲立即效果。本立即效果藉由「自我導向學習傾向」「高血壓防治知識」「高血壓防治行爲傾向」等概念表示。

#### （六）高血壓防治短期效果

本研究之「高血壓防治短期效果」是指「高血壓防治衛生教育課程」結束6-8週內對研究對象進行問卷訪視所呈現之結果與前測之差異，即爲短期效果，此效果仍藉由與立即效果一致的概念表示。

#### （七）人口變項

本變項包括研究對象的性別、年齡、籍貫、教育程度、職業、血壓。「性別」分男、女兩類，迴歸分析時，以男性爲對照；研究地區之民眾以閩南、客家人爲主，研究對象全爲閩南人及客家人，沒有其他籍貫者，是以「籍貫」分閩南人與客家人二類，迴歸分析時，以客家人爲對照；鄉村地區中老年人小學畢業以上者極少，所以將其合併於小學畢業項內，因此「教育程度」分「不識字」、「自修識字及小學肄業、小學畢業以上」二類，迴歸分析時以不識字爲對照，職業共分二類即家管與非家管，分析時以家管爲對照，「血壓」是以「非高血壓」者爲對照。年齡是連續變項，以學習者的實足年齡計算。高血壓的定義是根據世界衛生組織之定義：成人收縮壓超過160mmHg或舒張壓超過95mmHg者爲高血壓。收縮壓在140 mmHg及舒張壓90mmHg以下者爲正常血壓。介於兩者之間者爲邊際高血壓，國人平均正常血壓爲收縮壓125mmHg，舒張壓爲80mmHg(衛生署，1980)。本研究血壓之測量由公共衛生護士於問卷訪問時爲研究對象做兩次測量，而後取其平均值，做爲衡量是否爲高血壓之依據。若其收縮壓大於140mmHg或舒張壓大於90mmHg，即爲高血壓。

#### （八）社會心理變項

包括自覺健康狀況、有無高血壓患者之親友、有無因高血壓疾病亡故之親友、有無子女或共住者從事醫療及相關工作、飲食製備者等變項。其中自覺健康狀況以指標衡量是連續變項，自覺健康良好者3分，普通者2分，不好者1分。其餘各變項皆爲二類的類別變項，除了飲食製備者，以「非自己製備」爲對照外，其餘皆以「沒有」爲對照。

### 三、研究工具、研究對象、研究過程

研究工具：

#### (一) 高血壓防治自我導向學習計畫書

根據文獻探討得知學習計畫書(或稱學習契約書)對自我導向學習的效果有正面的影響，而且計畫書在自我導向學習的過程中扮演極重要的角色，它可以協助學習者引導其自己朝目標前進，並約束督促自己；但鄉村中老年人識字能力有限，因此無法自行書寫整份計畫書，因此研究者參考Knowles進行自我導向學習教學的方法，由研究者、教學者並參考專家意見，先擬定計畫初稿，於正式使用時，交由學習者針對其需要修正使用。理想上對識字能力低的中老年人，計畫書最好是用圖解方式記載，但礙於研究經費及研究者個人時間、精力、能力的問題，暫時以文字行之。

#### (二) 效果評估調查結構問卷

本研究所設計的效果評估調查結構問卷內容包括

##### 1.高血壓防治行為傾向調查表

正式調查表的信度係數Cronbach  $\alpha$  為0.8266。

##### 2.高血壓防治自我導向學習傾向調查表

正式調查時本調查的信度係數Cronbach  $\alpha$  為0.9527。

##### 3.高血壓防治知識問卷

共計 8題是非題，並設有「不知道」答項，以供學習者使用，避免猜答，鑑別指數在.32 -.66之間。

研究對象：

本研究為實驗研究，必須應用地方資源，極需地方衛生局、所之支持，因此立意選取南投縣為研究地區，南投縣是個農林業縣，也是台灣省政府的所在地，為符合「鄉村地區」的要求，特選擇國姓鄉、中寮鄉等兩個農林業人口佔百分之五十以上的鄉來進行本研究。並以其老人大學學員為主要研究樣本，每鄉各選一組為實驗組，另一組為對照組；利用老人大學上課以外的時間，由學員自由出席，並於第一次上課時，向學員說明本研究進行的方式，請學員思考，並期望有興趣學習者儘可能每次出席，有始有終。兩鄉共有實驗組學員75人，對照組學員76人。

研究過程：

以下條列本研究進行過程中的重要事件：

- (一) 收集研究地區、人口、衛生、經濟、交通資料。
- (二) 拜訪相關人員。
- (三) 協調溝通。
- (四) 實驗教材之編寫。
- (五) 工作人員之訓練。
- (六) 問卷設計。
- (七) 訪視調查手冊編寫。

- (八) 實際班級、上課地點、時間確定。
- (九) 試教。
- (十) 訪視員訓練。
- (十一) 正式進行教學實驗，評估教學效果。
- (十二) 實驗計畫檢討會。

#### 四、資料處理分析

資料分析步驟、方法如下：

- (一) 核對資料之正確性及缺失值校對。
- (二) 再作信度檢定。
- (三) 對各變項、測量做頻率分析。
- (四) 進行資料整理與轉換
  - (1) 人口變項、社會心理變項，資料轉換成研究設計所設定的類別。
  - (2) 高血壓防治自我導向學習傾向調查表資料，以 SPSS軟體進行因素分析，求得各學習者的因素分數。
  - (3) 高血壓防治行為傾向以研究者自行設計的換算公式（第三節研究變項與測量所示(6)轉換成指標分數。
  - (4) 計算知識分數。
- (五) 進行資料分析
  - 1. 本研究之分析以多元迴歸分析為主，分析之前對於控制變項或自變項是類別變項者，分別設立對照類別變項後，轉換成虛擬變項，然後放入多元迴歸方程式中。均先進行多元線性重合的檢定，若有多元線性重合出現，從理論或統計技巧上加以排除。再進行分析。
  - 2. 在進行立即效果、短期效果多元迴歸分析時，皆以人口、社會、變項為固定的控制變項，以教學策略組別為自變項。
    - (1) 當進行立即效果分析時，則控制變項增加前測時的自我導向學習傾向、行為傾向、知識變項為控制變項。
    - (2) 當進行短期效果分析時，則分別加入前測、後測的自我導向學習傾向、行為傾向、知識為控制變項。依變項是後後測時的自我導向學習傾向、行為傾向、知識。

## 參、研究結果與討論

### 一、研究對象特性

本實驗之對象分成兩組共151人，其中有三分之一以上不識字，平均年齡60歲，其

中有七成是女性，四成是客家人(表3-1)。在實驗開始前兩組學習者高血壓防治行為傾向沒有不同，但是自我導向學習組成員的自我導向學習傾向、高血壓防治知識優於教師導向學習組成員。兩組學習者學習前高血壓防治知識不足；學習者高血壓防治知識(表3-2)、行為傾向(表3-3)與自我導向學習傾向(表3-2)三者之間幾乎不互相影響；但高血壓防治行為傾向內所包含的四項行為傾向有彼此互相影響的現象。人口變項、社會心理變項對學習者的高血壓防治行為傾向沒有影響，但對學習者的自我導向學習傾向、高血壓防治知識有影響。

實驗組學習者與對照組學習者在實驗開始之前就不很相似，這是人文社會科學實驗上，常遭遇『不易尋得一群特性完全相同的對象以供分派為實驗組、對照組』的限制，更是本鄉村中老年人教學實驗的難處。為了克服此困難，本研究除採準實驗設計外，並採取統計控制方式，來處理控制實驗前兩組研究者間的差異。

## 二、立即效果分析

立即效果之比較是指在控制研究對象的人口變項：年齡、性別、籍貫、教育程度、職業、有無高血壓，社會心理變項：自覺健康狀況、疾病壓力、死亡威脅、醫護常識資源、飲食是否自己製備，及實驗開始前的自我導向學習傾向、高血壓防治知識、高血壓防治行為傾向的狀況下，比較接受自我導向學習策略衛生教育活動學習者在六週課程結束時的自我導向學習傾向、高血壓防治知識、高血壓防治行為傾向與接受教師導向教學策略衛生教育學習者在上述時間的自我導向學習傾向、高血壓防治知識、高血壓行為傾向上的差異情形。

本研究用多元迴歸分析的方法分析此問題。以教學策略為自變項，以人口變項、社會心理變項、實驗前的自我導向學習傾向、高血壓防治知識、高血壓防治行為傾向、為控制變項，其依變項分別是衛生教育活動結束時研究對象的自我導向學習傾向：學習自覺、開放學習，高血壓防治知識，高血壓防治行為傾向：量血壓行為傾向、薄鹽飲食行為傾向、低油脂飲食行為傾向、瞭解高血壓之行為傾向。在分析進行之前，先對各依變項之自變項與控制變項進行多元線性重合的檢驗，以避免因嚴重的多元線性重合的緣故，而引致錯誤的結論。檢驗結果發現年齡與常數項間有多元線性重合的現象，因此嘗試以中心化(Centering)的方法解決此共線問題。當以〔年齡一年齡平均數〕代替年齡變項放入多元迴歸方程式，再做多元線性重合檢驗時，得到各控制變項及自變項的變異數膨脹因子最大的是2.9，其容忍度最小的為0.33(附表A-1)，條件值只有一個(31.15)略大於30，再看其中每個變項之變異數比例指標，發現其中除了截距項外，並沒有其他任何變項的變異數比例超過0.5(附表A-2)，因此我們認為本分析的自變項及各控制變項無嚴重的線性重合的問題，得以進行多元迴歸分析。

表3-4及表3-5分別呈現在控制人口變項、社會心理變項及實驗開始前學習者的自我導向學習傾向，高血壓防治知識、行為傾向、飲食類型等控制變項下，不同衛生教育策略對學習者課程結束時的自我導向學習傾向、高血壓防治知識、行為傾向得分的影響。由表3-4可發現教學策略是學習者課程結束時自我導向學習傾向的顯著影響因子；自我

鄉村中老年人高血壓衛生教育自我導向學習效果研究

表3-1 研究對象人口特性及社會心理特性

	實驗組		對照組	
	人數	百分比	人數	百分比
<u>人口特性</u>				
性別				
男	21	28.00	20	26.32
女	54	72.00	56	73.68
籍貫				
閩南	48	64.00	46	60.53
客家	27	36.00	30	39.47
教育程度				
不自識字	25	33.33	30	39.47
小學肄業	15	20.00	24	31.58
小學畢業及以上	35	46.67	22	28.95
職業				
農林	32	42.67	26	34.21
家管	35	46.67	44	57.89
其他	8	10.67	6	7.89
年齡				
50歲以下	10	13.33	14	18.42
50—59歲	28	37.33	24	31.58
60—69歲	23	30.67	21	27.63
70歲以上	14	18.67	17	22.37
血壓值				
達高血壓標準	14	18.67	14	18.42
未達高血壓標準	61	81.33	62	81.58
<u>社會心理特性</u>				
自覺疾病罹患性				
自覺健康狀況不良	26	34.67	43	56.58
疾病接觸經驗				
有無親友因高血壓性疾病而死亡	54	72.00	47	61.84
有無親友罹患高血壓	21	28.00	29	38.16
有無	37	49.33	31	40.79
無	38	50.67	45	59.21
資源可近性、可利用性				
有無兒女或共住者	63	84.00	70	92.11
從事醫護工作	12	16.00	6	7.89
無				
是否自己製備飲食				
否	32	42.67	29	38.16
是	43	57.33	47	61.84

表 3-2 影響學習者學習前自我導向學習傾向—高血壓防治知識的因素

	依		變		項	
	自我導向學習傾向					
	開放學習		學習自覺		知 識	
	B	SE	B	SE	B	SE
自變項						
教學策略	0.36 *	0.18	0.53 **	0.18	6.63 *	3.10
人口變項						
性別(以男性為對照)	0.01	0.30	0.42	0.29	-6.93	5.10
年齡	0.01	0.01	0.01	0.01	-0.35 *	0.17
籍貫(以客家人為對照)	0.48 **	0.17	0.52 **	0.17	4.48	3.03
教育程度 (以不識字為對照)	-0.16	0.20	0.24	0.20	-0.58	3.41
社會心理變項						
自覺健康狀況	0.14	0.17	0.04	0.17	2.76	2.87
疾病壓力	0.35	0.19	0.14	0.19	7.63 *	3.27
死亡威脅	0.17	0.20	0.14	0.20	-8.25 *	3.33
資源人物	0.17	0.25	0.10	0.25	1.17	4.35
飲食製備 (以非自己為對照)	-0.10	0.21	-0.28	0.21	-5.19	3.56
有無高血壓 (以無高血壓為對照)	0.04	0.22	0.25	0.22	4.48	3.74
自我導向學習傾向						
開放學習			-0.10	0.09	-1.20	1.50
學習自覺	-0.10	0.09			1.37	1.51
知 識	-0.00	0.01	0.00	0.01		
行為傾向						
量血壓	0.06	0.08	-0.05	0.08	2.03	1.34
薄鹽飲食	-0.01	0.07	-0.08	0.07	0.40	1.20
低油脂飲食	0.17	0.07	-0.01	0.08	2.22	1.29
瞭解高血壓	0.07	0.08	0.10	0.08	1.14	1.31
飲食行為 (以非健康飲食為對照)	-0.20	0.22	-0.11	0.22	0.19	3.88
常數	-1.81 **	0.64	-1.08	0.64	26.32 *	11.04
R*R	0.21		0.22		0.24	
significance level	0.03		0.01		0.00	

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001



表3-3 影響學習者學習前高血壓防治行為傾向的因素

	依		變		項			
	量血壓		薄鹽飲食		低油脂飲食		瞭解高血壓	
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
自變項								
教學策略	0.07	0.20	-0.13	0.23	-0.03	0.21	-0.55	0.20
人口變項								
性別(以男性為對照)	0.11	0.33	0.18	0.37	-0.47	0.34	-0.02	0.34
年齡	-0.00	0.01	0.00	0.01	-0.01	0.01	0.00	0.01
籍貫(以客家人為對照)	-0.01	0.20	0.42	0.22	-0.14	0.20	-0.38	0.20
教育程度 (以不識字為對照)	0.04	0.22	-0.25	0.25	0.17	0.23	0.37	0.22
社會心理變項								
自覺健康狀況	0.30	0.18	0.02	0.21	-0.27	0.19	-0.29	0.19
疾病壓力	0.01	0.22	-0.18	0.24	0.13	0.22	-0.08	0.22
死亡威脅	0.32	0.22	-0.35	0.25	-0.14	0.23	0.23	0.22
資源人物	-0.03	0.28	-0.20	0.32	0.10	0.29	-0.11	0.29
飲食製備 (以非自己為對照)	-0.04	0.23	0.36	0.26	0.25	0.24	0.04	0.24
有無高血壓								
(以無高血壓為對照)	0.41	0.24	-0.30	0.27	0.06	0.25	-0.26	0.25
自我導向學習傾向								
開放學習	0.07	0.10	-0.02	0.11	0.23 *	0.10	0.09	0.10
學習自覺	-0.06	0.10	-0.13	0.11	-0.02	0.10	0.14	0.10
知 識	0.01	0.01	0.00	0.01	0.01	0.01	0.00	0.01
行為傾向								
量血壓			0.14	0.10	0.09	0.09	0.27**	0.09
薄鹽飲食	0.11	0.08			0.17 *	0.08	0.27***	0.08
低油脂飲食	0.09	0.08	0.20 *	0.09			0.08	0.09
瞭解高血壓	0.26 **	0.08	0.32***	0.09	0.08	0.09		
飲食行為 (以非健康飲食為對照)	-0.05	0.25	0.46	0.28	0.31	0.26	-0.05	0.26
常數	1.04	0.72	1.29	0.81	2.93***	0.71	1.90 **	0.73
R*R	0.24		0.31		0.23		0.33	
significance level	0.0052		0.0001		0.007		0.0001	

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

表3-4 高血壓防治衛生教育立即效果—自我導向學習傾向、高血壓防治知識

	依		變		項	
	自我導向學習傾向					
	開放學習		學習自覺		知 識	
	B	SE	B	SE	B	SE
自變項						
教學策略	0.53*	0.23	0.72***	0.21	-0.53	2.76
控制變項						
人口變項						
性別(以男性為對照)	-0.02	0.38	0.10	0.34	-0.91	4.50
年齡	0.00	0.01	0.00	0.01	0.14	0.15
籍貫(以客家人為對照)	-0.12	0.22	0.10	0.20	2.70	2.68
教育程度 (以不識字為對照)	0.02	0.25	-0.10	0.23	6.67*	2.99
職業	0.15	0.28	-0.10	0.25	-6.59	3.32
社會心理變項						
自覺健康狀況	-0.17	0.21	0.23	0.19	2.81	2.52
疾病壓力	0.30	0.24	-0.14	0.22	-2.21	2.92
死亡威脅	-0.29	0.25	0.33	0.22	-1.84	2.98
資源人物	-0.46	0.32	0.48	0.29	-1.54	3.82
飲食製備 (以非自己為對照)	0.40	0.26	-0.57*	0.24	2.38	3.15
有無高血壓 (以無高血壓為對照)	-0.49	0.28	0.49	0.25	1.11	3.29
前測						
自我導向學習傾向						
開放學習	0.23*	0.11	0.19	0.10	0.18	1.32
學習自覺	0.12	0.11	0.23*	0.10	1.36	1.33
知 識	0.00	0.01	0.00	0.01	0.08	0.08
行為自覺						
量血壓	-0.14	0.10	0.02	0.09	0.75	1.18
薄鹽飲食	-0.15	0.09	-0.01	0.08	-2.31*	1.05
低油脂飲食	0.26**	0.10	-0.02	0.09	2.12	1.14
瞭解高血壓	-0.08	0.10	0.05	0.09	1.34	1.16
飲食行為 (以非健康飲食為對照)	0.78**	0.28	-0.55*	0.26	-2.92	3.40
常數	-0.10	0.83	-0.36	0.74	60.36***	9.88
R*R	0.2760		0.3448		0.2058	
significance level	0.0012		0.0001		0.0437	

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

導向學習策略組學習者在自我導向學習傾向中的「開放學習」因素得分與「學習自覺」因素得分之增進均優於教師導向教學策略。至於不同教學策略對於學習者在課程結束時的高血壓防治知識得分的影響則沒有明顯的區別。表3-5可看出不同教學策略對於學習者課程結束時的高血壓防治行為傾向的影響。在本研究探討的量血壓、薄鹽飲食、低油脂飲食、瞭解高血壓之四種行為傾向中，教學策略只對量血壓行為傾向產生顯著的影響，自我導向學習策略之效果優於教師導向教學策略；至於其它三種行為之傾向，並不因教學策略之不同而有所不同。

以下分述在考慮其他因素的情形下，影響學習者課程結束時各變項得分之因素：

(1)「開放學習」自我導向學習傾向：

學習者參與實驗前的「開放學習」自我導向學習傾向、「低油脂飲食」傾向、飲食類型都是影響學習者課程結束時「開放學習」自我導向學習傾向的顯著因子；實驗前「開放學習」自我導向學習傾向愈高者，課程結束時的「開放學習」自我導向學習傾向愈高；實驗前低油脂飲食傾向愈強者在課程結束時其「開放學習」自我導向學習傾向愈高；實驗前飲食類型是「健康飲食型」者，課程結束時之「開放學習」自我導向學習傾向高。

(2)「學習自覺」自我導向學習傾向：

「飲食製備者」、學習前的「學習自覺」自我導向學習傾向及「飲食類型」是影響學習者課程結束時的「學習自覺」自我導向學習傾向的因素。日常飲食不是自己製備者，其課程結束時的「學習自覺」較高；學習前「學習自覺」自我導向學習傾向愈高者，課程結束時，其「學習自覺」也愈高；學習前飲食類型是高鹽高脂型及低蛋白質型者，課程結束時「學習自覺」較高。

(3)高血壓防治知識：

「教育程度」「薄鹽飲食」傾向是影響學習者課程結束時高血壓防治知識分數的顯著因子。識字者高血壓防治知識優於不識字者。學習開始前「薄鹽飲食」傾向愈低者，課程結束時高血壓防治知識分數愈高。

(4)「量血壓」行為傾向：

人口變項、社會心理變項、學習前的狀況對此都無顯著影響。

(5)「薄鹽飲食」行為傾向：

學習者參與實驗前「薄鹽飲食」傾向愈高者，其課程結束時「薄鹽飲食」傾向愈高。

(6)「低油脂飲食」傾向：

學習前「薄鹽飲食」傾向、「低油脂飲食」傾向是影響學習者課程結束時「低油脂飲食」傾向的顯著因子。實驗前「薄鹽飲食」傾向愈低者，課程結束時「低油脂飲食」傾向愈強；實驗前「低油脂飲食」傾向愈高者，課程結束時「低油脂飲食」傾向愈強。自己製備飲食者，課程結束時的低油脂飲食傾向高。

(7)「瞭解高血壓」的行為傾向實驗前「瞭解高血壓」

表3-5 高血壓防治衛生教育立即效果一行為傾向

	依		變		項			
	量血壓		薄鹽飲食		低油脂飲食		瞭解高血壓	
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
自變項								
教學策略	0.49**	0.18	0.19	0.16	0.17	0.14	0.01	0.15
控制變項								
人口變項								
性別(以男性為對照)	0.04	0.29	-0.44	0.26	-0.30	0.23	-0.21	0.24
年齡	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.01
籍貫(以客家人為對照)	-0.14	0.17	0.25	0.15	0.19	0.14	0.15	0.14
教育程度 (以不識字為對照)	0.31	0.19	0.29	0.17	0.03	0.16	0.20	0.16
職業	-0.24	0.22	-0.47	0.19	-0.14	0.17	-0.15	0.18
社會心理變項								
自覺健康狀況	0.03	0.16	0.25	0.14	0.12	0.13	0.02	0.14
疾病壓力	0.12	0.19	0.12	0.17	0.00	0.15	0.27	0.16
死亡威脅	0.09	0.19	-0.05	0.17	-0.01	0.15	0.06	0.16
資源人物	-0.25	0.25	-0.15	0.22	-0.14	0.20	0.07	0.21
飲食製備 (以非自己為對照)	0.22	0.20	0.07	0.18	0.41*	0.16	0.13	0.17
有無高血壓 (以無高血壓為對照)	0.18	0.21	0.22	0.19	0.08	0.17	-0.11	0.18
前測								
自我導向學習傾向								
開放學習	0.07	0.09	0.00	0.08	0.08	0.07	-0.01	0.07
學習自覺	0.01	0.09	0.01	0.08	0.01	0.07	0.03	0.07
知識	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.01	0.00
行為自覺								
量血壓	0.09	0.08	-0.04	0.07	0.12	0.06	0.01	0.06
薄鹽飲食	-0.04	0.07	0.14*	0.06	-0.17**	0.05	-0.03	0.06
低油脂飲食	0.01	0.07	0.03	0.07	0.42***	0.06	0.09	0.06
瞭解高血壓	0.03	0.08	-0.07	0.07	0.00	0.06	0.1*	0.06
飲食行為 (以非健康飲食為對照)	0.11	0.22	-0.01	0.20	0.18	0.18	0.16	0.18
常數	3.70***	0.64	4.14***	0.57	2.72***	0.51	3.71***	0.53
R*R	0.1477		0.1596		0.4130		0.1710	
significance level	0.3307		0.2369		0.0001		0.1654	

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

之行為傾向愈強者，課程結束時「瞭解高血壓」之行為傾向愈強。

總而言之，「自我導向學習衛生教育策略」對學習者在課程結束時之自我導向學習傾向（包含「開放學習」「學習自覺」兩項因素）及高血壓防治行為傾向中的「量血壓」行為傾向之影響效果優於「教師導向教學策略」的影響效果；但「自我導向學習策略」與「教師導向教學策略」對於學習者課程結束時的「高血壓防治知識」與高血壓防治行為傾向中的「薄鹽飲食」「低油脂飲食」「瞭解高血壓」等三項行為傾向之影響並沒有不同。倒是，學習者參與實驗前的「薄鹽飲食」「低油脂飲食」「瞭解高血壓」等三項行為傾向及部分其他因子分別是影響課程結束時學習者各該項行為傾向的顯著因素。此外，學習者參與實驗前的自我導向學習傾向及部分其他因素，亦是影響課程結束時學習者自我導向學習傾向的顯著因子。

但是學習者學習前的高血壓防治知識及量血壓行為傾向對學習者課程結束時該二項表現並無明顯影響。識字者課程結束時，高血壓防治之知識優於不識字者。

### 三、短期效果分析

短期效果之比較分兩部分進行，第一部分(模式一)之比較是以學習者參與實驗前的狀況為基準點，比較兩組學習者在學習課程結束後二個月的情況。因此本部分(模式一)的分析是在控制研究對象的人口變項、社會心理變項及學習者參與學習前的自我導向學習傾向、高血壓防治知識、高血壓防治行為傾向、飲食類型的狀況下，比較接受「自我導向學習策略」者與「教師導向教學策略」者在課程結束後二個月時的自我導向學習傾向、高血壓防治知識、高血壓防治行為傾向上的差異。第二部分(模式二、模式三)之比較是基於學習者經過六週的學習後，其自我導向學習傾向、高血壓防治知識、行為傾向、飲食類型已改變，而此改變已包含了實驗前的各種訊息的假設，而以「學習課程結束時」學習者的狀況為比較之基準點，是故第二部分(模式二、模式三)比較之控制變項，包括人口變項、社會心理變項及學習者在課程結束時的自我導向學習傾向、高血壓防治知識、行為傾向、飲食類型，其自變項仍是教學策略，而依變項分別是學習者在課程結束二個月時的「開放學習」、「學習自覺」自我導向學習傾向，「高血壓防治知識」，「量血壓」、「薄鹽飲食」、「低油脂飲食」、「瞭解高血壓」之行為傾向。

在進行多元迴歸分析之前，仍先對各控制變項及自變項做多元線性重合的診斷。第一部分短期效果分析(模式一)各變項的診斷和立即效果分析一樣，第二部份短期效果分析(模式二、模式三)各變項診斷的初步結果發現年齡和截距有高度共線的現象，課程結束時的「低油脂飲食」傾向和「瞭解高血壓」之行為傾向，也有高度共線的現象。因此以「中心化」的方式避免「年齡」和「截距」之多元線性重合現象；以「輪流進入」的方式避免「低油脂飲食傾向」和「瞭解高血壓」之行為傾向嚴重線型重合的現象，所以將第二部分的分析再分為兩個模式(模式二與模式三)分別包含課程結束時的「低油脂飲食」傾向(模式二)及「瞭解高血壓」之行為傾向(模式三)進行分析。經過此處理，模式二、模式三分析的各控制變項、自變項間已沒有嚴重的線性重合現象，可以進行多元迴

歸分析。

表3-6、表3-7呈現以第一個模式做短期效果分析之結果亦即是在分析考慮人口變項、社會心理變項、學習者參與實驗前情況等因素後，「教學策略」對學習者在課程結束後二個月之狀況的影響。由表中可發現在我們所要分析的七個變項中，除了「開放學習」以外，「教學策略」均是影響各依變項的顯著因子；「自我導向學習策略」對於學習者課程結束二個月時的「學習自覺」自我導向學習傾向、高血壓防治知識、「量血壓」行為傾向、「薄鹽飲食」傾向、「低油脂飲食」傾向、「瞭解高血壓」之行為傾向的影響效果均優於「教師導向教學策略」之效果。兩種教學策略對於學習者「開放學習」自我導向學習傾向短期效果的影響並沒有明顯的差異。

表3-8、表3-9以模式二進行短期效果分析，本模式是在考慮學習者之人口變項、社會心理變項及學習者課程結束時的「開放學習」自我導向學習傾向、「學習自覺」自我導向學習傾向、高血壓防治知識、「量血壓」行為傾向、「薄鹽飲食」傾向、「低油脂飲食」傾向、飲食類型的情況下比較「自我導向學習策略」與「教師導向教學策略」的短期效果。結果發現「自我導向學習策略」對於學習者「學習自覺」自我導向學習傾向、「量血壓」行為傾向、「薄鹽飲食」傾向的短期效果影響，均優於「教師導向教學策略」之短期效果。但兩種教學策略對學習者「開放學習」自我導向學習傾向、高血壓防治知識、「低油脂飲食」傾向、「瞭解高血壓」行為傾向短期效果之影響，沒有明顯的不同。

表3-10、表3-11是以模式三分析短期效果，此模式和模式二不同之處在於其控制變項。本模式以學習者在課程結束時之「瞭解高血壓」行為傾向代替模式二的學習者在課程結束時之「低油脂飲食」傾向。此舉乃是為了避免嚴重線性重合，導致迴歸母數推定值之變異數膨脹，進而導致迴歸母數的檢定結果變成不顯著而作出錯誤的結論。由此二表之分析，可知「教學策略」對於學習者課程結束二個月後學習效果的影響，和模式二類似，亦即「自我導向學習策略」對於學習者課程結束後二個月時的「學習自覺」自我導向學習傾向、「量血壓」行為傾向、「薄鹽飲食」傾向的短期效果優於「教師導向教學策略」對學習者上述變項之短期效果。兩種教學策略對學習者「開放學習」自我導向學習傾向、高血壓防治知識、「低油脂飲食」傾向、「瞭解高血壓」行為傾向短期效果之影響，沒有明顯的不同。

由前述三個模式的分析中，我們也可發現，在控制其他因素後，影響學習者課程結束後兩個月時各變項得分的因素如下：

(1)「開放學習」自我導向學習傾向：

三個模式均呈現職業為家管者學習後兩個月時的「開放學習」自我導向學習傾向優於其他職業者。學習前或課程結束時學習者之「開放學習」與「自習自覺」自我導向學習傾向愈高者，課程結束二個月後的「開放學習」自我導向學習傾向愈高。死亡威脅高者、「量血壓」行為傾向低者、健康飲食類型者學習後兩個月之「開放學習」自我導向學習傾向高於死亡威脅低者、「量血壓」行為傾向高者、

表3-6 高血壓防治衛生教育短期效果(模式一)-自我導向學習傾向、高血壓防治知識

	依		變		項	
	自我導向學習傾向					
	開放學習		學習自覺		知 識	
	B	SE	B	SE	B	SE
自變項						
教學策略	0.30	0.22	0.19***	0.26	0.04*	2.93
控制變項						
人口變項						
性別(以男性為對照)	-0.50	0.36	0.23	0.42	-6.65	4.77
年齡	0.00	0.01	0.00	0.01	-0.07	0.16
籍貫(以客家人為對照)	-0.34	0.21	0.40	0.25	1.76	2.84
教育程度 (以不識字為對照)	0.01	0.24	0.04	0.28	9.83**	3.17
職業	-0.56*	0.26	0.53	0.31	-7.59*	3.52
社會心理變項						
自覺健康狀況	0.06	0.20	0.02	0.24	2.28	2.68
疾病壓力	0.01	0.23	-0.09	0.28	1.41	3.10
死亡威脅	0.57*	0.24	-0.21	0.28	5.08	3.16
資源人物	0.16	0.30	-0.17	0.36	1.14	0.04
飲食製備 (以非自己為對照)	-0.19	0.25	0.22	0.30	4.79	3.34
有無高血壓 (以無高血壓為對照)	0.22	0.26	-0.30	0.31	7.09*	3.49
前測						
自我導向學習傾向						
開放學習	0.36***	0.10	0.06	0.12	-0.32	1.40
學習自覺	0.38***	0.11	-0.02	0.12	2.49	1.40
知 識	0.01	0.01	-0.01*	0.01	-0.01	0.08
行為自覺						
量血壓	-0.22*	0.09	0.23*	0.11	-0.76	1.25
薄鹽飲食	0.07	0.08	-0.19	0.10	-1.76	1.11
低油脂飲食	0.11	0.09	0.15	0.11	2.01	1.21
瞭解高血壓	-0.08	0.09	0.07	0.11	2.29	1.23
飲食行為 (以非健康飲食為對照)	-0.08	0.27	0.28	0.32	-3.06	3.61
常數	0.37	0.78	-1.47	0.93	68.36***	10.47
R*R	0.3538		0.2452		0.2840	
significance level	0.0001		0.0067		0.0007	

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

表3-7 高血壓防治衛生教育短期效果—行為傾向(模式一)

	依		變		項			
	量血壓		薄鹽飲食		低油脂飲食		瞭解高血壓	
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
<b>自變項</b>								
教學策略	0.73***	0.16	0.31*	0.14	0.45**	0.14	0.34**	0.13
<b>控制變項</b>								
<b>人口變項</b>								
性別(以男性為對照)	0.38	0.26	0.11	0.23	-0.20	0.23	-0.38	0.21
年齡	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
籍貫(以客家人為對照)	-0.08	0.16	0.02	0.14	0.09	0.14	-0.11	0.12
教育程度 (以不識字為對照)	0.37*	0.18	0.29	0.15	0.27	0.15	0.26	0.14
職業	-0.10	0.19	-0.11	0.17	-0.11	0.17	-0.27	0.15
<b>社會心理變項</b>								
自覺健康狀況	0.37*	0.15	0.34**	0.13	0.27*	0.13	-0.01	0.12
疾病壓力	0.09	0.17	-0.13	0.15	0.14	0.15	0.13	0.13
死亡威脅	0.08	0.18	0.18	0.15	-0.05	0.15	0.05	0.14
資源人物	-0.08	0.22	0.07	0.19	0.05	0.19	-0.02	0.18
飲食製備 (以非自己為對照)	-0.02	0.18	0.11	0.16	0.20	0.16	0.19	0.15
有無高血壓 (以無高血壓為對照)	0.26	0.19	0.36*	0.17	0.11	0.17	0.13	0.15
<b>前測</b>								
<b>自我導向學習傾向</b>								
開放學習	-0.04	0.08	-0.03	0.07	-0.06	0.07	-0.05	0.06
學習自覺	-0.11	0.08	-0.05	0.07	0.01	0.07	0.03	0.06
知識	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00*	0.00
<b>行為自覺</b>								
量血壓	0.20**	0.07	-0.05	0.06	0.15*	0.06	0.03	0.05
薄鹽飲食	-0.10	0.06	0.17**	0.05	0.02	0.05	0.03	0.05
低油脂膽固醇飲食	0.18**	0.07	-0.03	0.06	0.49***	0.06	0.07	0.05
瞭解高血壓	0.03	0.07	-0.13*	0.06	0.00	0.06	0.12*	0.05
<b>飲食行為</b>								
(以非健康飲食為對照)	-0.29	0.20	-0.05	0.17	-0.06	0.17	0.10	0.16
常數	2.20***	0.58	3.97***	0.50	0.88***	0.50	4.01***	0.46
R*R	0.3274		0.2285		0.5240		0.2249	
significance level	0.0001		0.0155		0.0001		0.0184	

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001



表3-8 高血壓防治衛生教育短期效果(模式二)－自我導向學習傾向、高血壓防治知識

	依		變		項	
	自我導向學習傾向					
	開放學習		學習自覺		知 識	
	B	SE	B	SE	B	SE
自變項						
教學策略	0.16	0.26	0.50*	0.30	3.16	2.80
控制變項						
人口變項						
性別(以男性為對照)	-0.63	0.37	0.38	0.43	-4.96	3.97
年齡	0.00	0.01	0.01	0.01	-0.13	0.13
籍貫(以客家人為對照)	0.00	0.21	0.17	0.24	-1.04	2.27
教育程度 (以不識字為對照)	0.04	0.25	0.13	0.29	6.43*	2.66
職業	-0.63*	0.28	0.55	0.32	-3.34	2.96
社會心理變項						
自覺健康狀況	0.06	0.21	-0.04	0.24	-1.16	2.20
疾病壓力	0.07	0.24	-0.15	0.27	1.21	2.53
死亡威脅	0.44	0.24	-0.11	0.27	7.36**	2.56
資源人物	0.19	0.32	-0.18	0.36	2.00	3.39
飲食製備者 (以非自己為對照)	-0.07	0.27	0.18	0.30	4.66	2.82
有無高血壓 (以無高血壓為對照)	0.23	0.27	-0.34	0.31	4.87	2.86
後測						
自我導向學習傾向						
開放學習	0.33**	0.11	0.18	0.13	1.60	1.16
學習自覺	0.42***	0.12	0.24	0.14	1.90	1.26
知 識	0.00	0.01	-0.01	0.01	0.58***	0.08
行為傾向						
量血壓	-0.15	0.12	0.22	0.14	0.83	1.33
薄鹽飲食	-0.04	0.13	0.04	0.15	2.40	1.41
低油脂飲食	0.06	0.14	0.14	0.15	-1.68	1.40
飲食類型 (以非健康飲食為對照)	0.56*	0.25	-0.44	0.28	-1.40	2.63
常數	0.78	1.02	-2.02	1.16	24.93*	10.80
R*R	0.2964		0.2376		0.5067	
significance level	0.0002		0.0064		0.0001	

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

表3-9 高血壓防治衛生教育短期效果(模式二)－行為傾向

	依		變		項			
	量血壓		薄鹽飲食		低油脂飲食		瞭解高血壓	
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
自變項								
教學策略	0.58**	0.18	0.32*	0.14	0.31	0.17	0.10	0.15
控制變項								
人口變項								
性別(以男性為對照)	0.28	0.26	0.35	0.20	-0.17	0.25	-0.32	0.21
年齡	0.00	0.01	0.00	0.01	-0.01	0.01	-0.01	0.01
籍貫(以客家人為對照)	-0.13	0.15	-0.09	0.11	0.00	0.14	-0.17	0.12
教育程度 (以不識字為對照)	0.30	0.17	0.10	0.13	0.33	0.17	0.24	0.14
職業	-0.14	0.19	0.15	0.15	-0.18	0.18	-0.22	0.16
社會心理變項								
自覺健康狀況	0.35*	0.14	0.24*	0.11	0.16	0.14	-0.07	0.12
疾病壓力	0.02	0.17	-0.13	0.12	0.17	0.16	0.03	0.14
死亡威脅	0.13	0.17	0.15	0.13	-0.15	0.16	0.13	0.14
資源人物	0.01	0.22	0.14	0.17	0.08	0.21	0.01	0.18
飲食製備 (以非自己為對照)	-0.09	0.19	0.08	0.14	0.11	0.18	0.22	0.15
有無高血壓 (以無高血壓為對照)	0.20	0.19	0.26	0.14	0.09	0.18	0.09	0.15
後測								
自我導向學習傾向								
開放學習	-0.05	0.08	-0.03	0.06	-0.01	0.07	0.07	0.06
學習自覺	-0.07	0.08	-0.07	0.06	0.02	0.08	-0.01	0.07
知識	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
行為自覺								
量血壓	0.34***	0.09	-0.05	0.07	-0.10	0.08	0.08	0.07
薄鹽飲食	-0.05	0.09	0.56***	0.07	-0.03	0.09	0.01	0.08
低油脂飲食	0.17	0.09	-0.05	0.07	0.68***	0.09	0.01	0.08
飲食行為 (以非健康飲食為對照)	-0.05	0.17	-0.10	0.13	0.17	0.16	0.08	0.14
常數	1.47*	0.71	1.78**	0.53	1.56*	0.67	3.93***	0.58
R <sup>2</sup>	0.3487		0.4315		0.4560		0.1855	
significance level	0.0001		0.0001		0.0001		0.0731	

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

表3-10 高血壓防治衛生教育短期效果(模式三)－自我導向學習傾向、高血壓防治知識

	依		變		項	
	自我導向學習傾向					
	開放學習		學習自覺		知 識	
	B	SE	B	SE	B	SE
自變項						
教學策略	0.08	0.27	0.61*	0.31	3.93	2.88
控制變項						
人口變項						
性別(以男性為對照)	-0.69	0.37	0.37	0.42	-3.97	3.94
年齡	0.00	0.01	0.01	0.01	-0.12	0.13
籍貫(以客家人為對照)	0.02	0.21	0.18	0.24	-1.35	2.27
教育程度 (以不識字為對照)	0.03	0.25	0.09	0.29	6.39*	2.68
職業	-0.65*	0.28	0.53	0.31	-2.95	2.96
社會心理變項						
自覺健康狀況	0.05	0.21	0.00	0.23	-1.18	2.21
疾病壓力	0.09	0.24	-0.20	0.27	1.07	2.56
死亡威脅	0.45	0.24	-0.13	0.27	7.25**	2.57
資源人物	0.21	0.32	-0.21	0.36	1.78	3.41
飲食製備 (以非自己為對照)	-0.02	0.26	0.17	0.30	3.88	2.80
有無高血壓 (以無高血壓為對照)	0.21	0.27	-0.24	0.30	4.73	2.88
後測						
自我導向學習傾向						
開放學習	0.36***	0.10	0.18	0.12	1.04	1.12
學習自覺	0.45***	0.12	0.21	0.14	1.59	1.28
知 識	0.00	0.01	-0.01	0.01	0.57***	0.08
行為自覺						
量血壓	-0.10	0.12	0.19	0.14	0.22	1.32
薄鹽飲食	-0.01	0.13	0.01	0.15	2.07	1.42
瞭解高血壓	-0.15	0.14	0.31	0.16	0.80	1.54
飲食行爲 (以非健康飲食為對照)	0.60*	0.25	-0.48	0.28	-0.92	2.65
常數	1.37	1.04	-2.56*	1.18	18.02*	11.14
R*R	0.3007		0.2534		0.5023	
significance level	0.0001		0.0027		0.0001	

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

表3-11 高血壓防治衛生教育短期效果(模式三)－行為傾向

	依		變		項			
	量血壓		薄鹽飲食		低油脂飲食		瞭解高血壓	
	B	SE	B	SE	B	SE	B	SE
自變項								
教學策略	0.55**	0.19	0.33*	0.14	0.27	0.21	0.19	0.15
控制變項								
人口變項								
性別(以男性為對照)	0.20	0.26	0.37	0.19	-0.46	0.29	-0.29	0.21
年齡	0.00	0.01	0.00	0.01	-0.01	0.01	0.00	0.01
籍貫(以客家人為對照)	-0.10	0.15	-0.10	0.11	0.09	0.17	-0.18	0.12
教育程度 (以不識字為對照)	0.29	0.18	0.10	0.13	0.26	0.20	0.22	0.14
職業	-0.17	0.20	0.16	0.15	-0.32	0.22	-0.22	0.16
社會心理變項								
自覺健康狀況	0.35*	0.15	0.24*	0.11	0.22	0.16	-0.06	0.12
疾病壓力	0.02	0.17	-0.13	0.13	0.13	0.19	0.00	0.13
死亡威脅	0.14	0.17	0.15	0.13	-0.16	0.19	0.11	0.13
資源人物	0.03	0.23	0.14	0.17	0.11	0.25	-0.02	0.18
飲食製備 (以非自己為對照)	-0.03	0.19	0.07	0.14	0.32	0.21	0.19	0.15
有無高血壓 (以無高血壓為對照)	0.24	0.19	0.26	0.14	0.28	0.21	0.13	0.15
後測								
自我導向學習傾向								
開放學習	0.00	0.07	-0.04	0.06	0.14	0.08	0.04	0.06
學習自覺	-0.05	0.08	-0.08	0.06	0.05	0.09	-0.03	0.07
知 識	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00
行為自覺								
量血壓	0.38***	0.09	-0.06	0.06	0.02	0.10	0.05	0.07
薄鹽飲食	-0.03	0.09	0.55***	0.07	0.02	0.10	-0.01	0.07
瞭解高血壓	0.00	0.10	0.01	0.08	0.26*	0.11	0.18*	0.08
飲食行為 (以非健康飲食為對照)	-0.02	0.18	-0.11	0.13	0.24	0.19	0.03	0.14
常數	1.91*	0.74	1.64**	0.55	2.61**	0.82	3.41***	0.58
R <sup>2</sup>	0.3320		0.4296		0.2331		0.2166	
significance level	0.0001		0.0001		0.0081		0.0185	

\* P<.05    \*\* P<.01    \*\*\* P<.001

非健康飲食類型者。

(2)「學習自覺」自我導向學習傾向：

學習者學習前的高血壓防治知識愈低者、學習前「量血壓」行為傾向愈高者，其學習課程結束兩個月時的「學習自覺」自我導向學習傾向愈高。

(3)高血壓防治知識：

在三個模式中一致呈現識字的學習者其學習後兩個月的高血壓防治知識得分較不識字者高。家管者、有高血壓者、有朋友因高血壓性疾病亡故者的學習後二個月時之高血壓防治知識優於其他職業者、無高血壓者、無因高血壓性疾病亡故者之知識。課程結束時高血壓防治知識得分愈高者，課程結束後兩個月時其高血壓防治知識得分仍比較高。

(4)「量血壓」行為傾向：

三個模式均呈現學習者「自覺健康狀況」愈好者，其學習後二個月時「量血壓」行為傾向較高。學習前或學習課程結束時「量血壓」行為傾向愈高者，其學習後二個月時「量血壓」行為傾向愈高者，其學習後二個月時「量血壓」行為傾向愈高。學習前低油脂飲食傾向愈強者，其學習後二個月時的「量血壓」行為傾向愈強。

(5)「薄鹽飲食」傾向：

三個模式之分析均呈現學習者「自覺健康狀況」愈好者，其學習後二個月時「薄鹽飲食」傾向愈高。學習前或學習後課程結束時「薄鹽飲食」傾向愈高者，其學習後二個月時「薄鹽飲食」傾向愈強。高血壓患者、學習前「瞭解高血壓」之行為傾向低者，學習後二個月時「薄鹽飲食」傾向愈高。

(6)「低油脂飲食」傾向：

學習前或學習課程結束時「低油脂飲食」傾向高者，課程結束兩個月後的「低油脂飲食」傾向較高。學習前「量血壓」傾向高者，課程結束兩個月時的「低油脂飲食」傾向較高。

(7)「瞭解高血壓」的行為傾向：

學習前或課程結束時「瞭解高血壓」的行為傾向愈高者，課程結束兩個月後之「瞭解高血壓」行為傾向愈高。學習前高血壓防治知識高者，課程結束兩個月後之「瞭解高血壓」的行為傾向較強。

綜觀本節之分析可得知在控制其他變下的情況下「自我導向學習」衛生教育策略對於學習者「學習自覺」自我導向學習傾向、「量血壓」行為傾向、「薄鹽飲食」傾向的短期效果均穩定顯著的優於「教師導向教學」衛生教育策略。在模式一(控制前測及人口、社心變項)的分析中「自我導向學習策略」對於學習者高血壓防治知識的短期效果，優於「教師導向教學策略」。學習者學習前，學習課程結束時各變項的情況，對其學習後二個月時各該變項的得分有顯著的影響力。學習者學習後二個月的「量血壓」行為傾向、「薄鹽飲食」傾向、「低油脂飲食」傾向受學習者「自覺健康狀況」影響。

#### 四、討論

##### (一) 研究方法之檢討

###### 1. 研究方法之特點

###### (1) 研究設計方面：

- ①本研究以準實驗設計驗證「由理論推演而來但未曾在國內鄉村實施過的公共衛生教育教學策略」的可行性與策略效果。
- ②大部份一段期間團體衛生教育教學效果的研究多以學校學生為對象。一則取其研究對象容易尋找資料收集方便，樣本流失少，二則取其容易整體操控。若以一般民眾為對象之衛生教育效果研究，則多以個別衛教方式進行，或是避開不利教育之群體進行較短時間的研究。本研究以處於教育不利地位的鄉村中老年人為研究對象，進行為期四個月的團體衛生教育效果研究。

###### (2) 統計分析方面

- ①本研究在資料分析過程中極其謹慎，在進行每項分析之前均審慎考慮是項分析對資料特性的前提要求。
- ②以多元迴歸分析方法進行學習效果分析，取其可控制多種可能影響實驗結果的因素。

###### 2. 研究限制：

###### (1) 研究可推論範圍之限制

- ①教學實驗的研究，必需獲得實驗地區有關人員之支持，尤其是本研究以「高難度」人口群為對象，進行四個月的實驗，實驗地區的配合度自是本研究選擇研究地區的重要條件。因此本研究以立意取樣的方式選取屬農業縣的南投縣為研究進行的縣，然後篩選其第一類行業人口佔50%以上的鄉為預定鄉，再由衛生局配合其行政需求選擇其中最相似的兩鄉為研究對象。由這選擇過程中，可知所選取的兩鄉確實是「鄉村」，但是它們不具備代表台灣鄉村的充份條件。實際上這兩鄉公共衛生的人、事、地資源、狀況約居鄉村地區的平均值之上，因此若欲將本研究結果推論應用到全省之鄉村地區，必須有此斟酌與考慮。
- ②為使衛生教育活動得以順利推展，本研究利用現有的組織，為招募研究對象的主要管道。以兩鄉鄉公所所辦老人大學學員為基礎，輔以由衛生所或老人大學獲知消息自由報名的一般中老年人組成研究對象由研究對象配合其時間安排，選擇參與班別的時間、地點；再由本研究小組在兩鄉中各抽選一班為實驗組，一班為對照組。是以，其任何一班的組織氣氛，勢必不同於完全由民眾零散個別報名所組成的新團體。此外，通常老人大學學員求學的動機比一般中老年人強。因此，本研究結果推論到一般零散自由報名組成的團體時，將受限制。

###### (2) 研究方法上的限制

實驗教學時教師特質對實驗效果影響的限制

眾多教育上的研究皆指出教師的特質對學生的學習效果有密切的影響，也有許多教

學效果的實驗研究受到教師特質影響的限制，本研究也不例外。

爲了儘可能克服此項限制及將來本教學策略的實際可運用，本研究遴選兩鄉擔任護理工作兼衛生教育工作的同仁各二名（一名負責全部課程之進行，一名協助）進行三天的研習及三次的試教，並請其分別負責該鄉兩組課程的進行。做這樣安排的理由是：

- ①同一鄉的實驗組、對照組由同一組人員負責教學，以避免實驗組，對照組因教師不同，而使不同教師的特質對兩組產生不同的影響。
- ②兩鄉由兩組人員分別負責教學，是爲了避免研究結果只受某類特質教師影響。
- ③兩鄉之教學同時由研究者與研究助理共同擔任教學助理，避免兩鄉教學方式差異太大。
- ④執行課程發展人員接受訓練並試教，以控制教學之品質。

但是不可否認的，能爲衛生局遴選爲本研究課程進行負責人；其認真、負責、平日其它衛教活動之品質自然有比其他人優秀足爲該鄉其他工作人員之表率的地方。因此本研究之結果也受到此點限制，不見得所有衛生教育工作同仁執行此方式的教學，都可獲致此結果，因此在實施此方案之前，執行工作的人員，必須參與研習。

## （二）衛生教育策略效果綜合摘要

「自我導向學習衛生教育策略」的整體效果優於「教師導向教學策略」的效果；其中對於學習者「學習自覺」自我導向學習傾向、「量血壓」行爲傾向的立即效果、短期效果的優勢影響是很穩定的；對於學習者「薄鹽飲食」傾向的短期效果也呈現穩定的優勢影響；對於學習者「高血壓防治知識」、「低油脂飲食」傾向、「瞭解高血壓」的行爲傾向短期效果的優勢影響，只發生在控制實驗前狀況的情形下；對於學習者「開放學習」自我導向學習傾向的優勢影響，只出現在立即效果上(表3-12)。

學習者學習前、課程結束時的狀況分別對學習者課程結束時及課程結束後兩個月的狀況有影響。學習者的人口變項、社心變項也會影響學習效果，尤其是學習者自覺健康狀況，對於其學習後兩個月時的「量血壓」行爲傾向、「薄鹽飲食」傾向、「低油脂」飲食傾向，有顯著影響。

表3-12 自我導向學習衛生教育策略的效果

	立即效果	短期效果		
		模式一	模式二	模式三
自我導向學習傾向				
開放學習	*			
學習自覺	***	***	*	*
高血壓防治知識		*		
高血壓防治行爲傾向				
量血壓	**	***	**	**
薄鹽飲食		*	*	*
低油脂飲食		**		
瞭解高血壓		**		

\*p<.05    \*\*p<.01    \*\*\*p<.001

空白表示自我導向學習衛生教育策略的效果與教師導向學習衛生教育策略的效果沒有差異

## 肆、結 論

### 一、重要研究發現

#### (一) 研究對象特性

1. 151位研究對象中，75位接受自我導向學習衛生教育,76位接受教師導向教學衛生教育，兩組學習者在實驗開始前，有些特性不相等。
2. 自我導向學習組中有33.33%不識字。
3. 教師導向組中有39.47%不識字。
4. 兩組學習者中，女性各約佔四分之三。
5. 兩組學習者中各有六成左右的閩南人，四成左右的客家人，沒有其它籍貫的學習者。

#### (二) 學習效果

1. 自我導向學習衛生教育策略對學習者「開放學習」自我導向學習傾向、「學習自覺」自我導向學習傾向、「量血壓」行為傾向的立即學習效果優於教師導向教學衛生教育策略。兩組教學策略對學習者「薄鹽飲食」「低油脂飲食」「瞭解高血壓」三種行為傾向改變及高血壓防治知識增進的立即效果沒有不同。
2. 自我導向學習衛生教育策略對學習者「學習自覺」自我導向學習傾向、高血壓防治知識、「量血壓」行為傾向、「薄鹽飲食」傾向、「低油脂飲食」傾向、「瞭解高血壓」行為傾向的短期學習效果增進優於教師導向教學衛生教育策略。兩組教學策略對學習者「開放學習」自我導向學習傾向改變的短期效果沒有不同。
3. 整體而言，自我導向學習策略的效果，優於教師導向教學策略的效果，且這種優勢在短期效果上比立即效果更明顯。

#### (三) 人口特性與社會心理特性對學習效果的影響

1. 識字者，高血壓防治知識增進的立即效果、短期效果及量血壓行為傾向改進的短期效果，優於不識字者。
2. 職業是家管者，其開放學習自我導向學習傾向、高血壓防治知識增進的短期效果優於農林業者及其他業者。
3. 自己製備飲食者，低油脂飲食傾向增進的立即效果優於非自己製備飲食者。
4. 自覺健康狀況較好者，其「量血壓」行為傾向、「薄鹽飲食」行為傾向、「低油脂飲食」行為傾向增進的短期效果優於自覺健康狀況較差者。
5. 血壓值偏高者，甚「薄鹽飲食」行為傾向增進的短期效果優於血壓正常者。
6. 有親友因高血壓性疾病而死亡者，其高血壓防治知識增進的短期效果，優於無此經驗者。

### 二、研究之總結

整體而言以自我導向學習衛生教育策略進行鄉村中老年人高血壓防治衛生教育的效



果比教師導向教學策略的效果好，而且這種現象在短期效果上表現的比立即效果更清楚。這說明了以「全人」為目標，尊重鄉村中老年人的需求，肯定其潛能，借重其本身可貴的經驗，鄉村中老年人在適當的協助之下，靠著同儕團體互相合作、鼓勵，可以有效率的自我導向學習，發展各方面的能力—與人合作討論解決問題的能力、尋求健康知能的能力、說明呈現健康知能的能力 ....，並享受自我實現的滿足感，進而更能持續，甚至擴展其學習成果。鄉村中老年人藉著這樣的學習過程，使衛生教育的效果更加寬廣。

識字者、家管者、自己製備飲食者、自覺健康狀況較好者、血壓值偏高者，有親友因高血壓性疾病而死亡者，學習效果優於其他人，是高血壓衛生教育的有利團體。

若以衛生教育效果為主要考慮的目標，則根據教育介入的目標，選擇有利團體進行教育活動，可收較好的效果。但是，如果考慮到民眾的實際需要、政府公共政策的公平性、對弱勢群體的照顧，則對於不利團體—例如：自覺健康狀況不好者、不識字者，則不宜忽視，反而應該投資更大的力量去教育他們。在衛生教育人力、財力不足的情況下，或許可考慮前者為衛生教育的目標，但是對於號稱經濟發展優越，想躋身於已開發國家之列的中華民國，實在應多花些資源於衛生教育上，照顧這些教育不利團體。

本實証研究的意義，不僅在發現自我導向學習衛生教育策略組整體的立即學習效果、短期學習效果均優於教師導向教學衛生教育策略組，適合在鄉村地區進行自我導向策略的中老年人衛生教育；更在於發現、探討自我導向學習衛生教育策略的這種優勢在短期效果上比立即效果上更明顯，自我導向學習策略對鄉村中老年人其他能力增進所產生的影響及這種影響在未來鄉村地區公共衛生教育上的意義。

## 參考文獻

### 一、中文部份

行政院衛生署

1980 衛生教育手冊。

行政院衛生署

1992 中華民國台灣地區公共衛生概況。

季瑋珠

1992 社區高血壓非藥物治療研究，行政院衛生署。

### 二、英文部份

Fellene, R.A. and Conti, G.J.

1989 Learning and reality: Reflections on trends in Adult learning, ERIC clearing house on adult, Career and Vocational Education, Columbus, Ohio.

Guglielmino, L.M.

1977 Development of the self-directed learning readiness scale. *Dissertation Abstracts International*, 38:6467A.

The Joint National Committee on detection, Evaluation,  
and Treatment of High blood Pressure

1980 The 1980 Report of the Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure, *Arch Int Med* 140:1280-1285.

Kulich, J.

1978 The adult self-learner: An historical perspective, In Kidd J.R., and Selman G.R. *Coming of age: Canadian adult education in the 1960s*, Toronto, Canadian Association of Adult Education.

Long, H.B.

1983 *Adult Learning: Research and practice*. New York: Cambridge Publishing.

Tough, A.M.

1967 Learning without a teacher, A study of tasks and assistance during adult self-teaching projects, *Educational Research Series*, No.3, Toronto: The Ontario Institute for studies in Education.

1971 *The adult's learning projects*, Toronto: Ontario Institute for Studies in Education.

1979 *The adult's learning projects (2nd ed)*, Austin, Texas: Learning Concepts.

附表

附表A-1 立即效果、短期效果模式 I 之線性重合檢驗  
—變異數膨脹因子、容忍度（中心化）

變項	自由度	容忍度	變異數 膨脹因子
常數	1	.	0.00000000
教學策略	1	0.71199261	1.40450895
性別	1	0.33976836	2.94318163
年齡#	1	0.65884110	1.51781666
籍貫	1	0.80498269	1.24226274
教育程度	1	0.65654708	1.52312002
職業	1	0.49550621	2.01813817
自覺健康狀況	1	0.86006151	1.16270753
疾病壓力	1	0.64309890	1.55497079
死亡威脅	1	0.68964443	1.45002259
資源人物	1	0.88920894	1.12459508
飲食製備	1	0.56970213	1.75530326
有無高血壓	1	0.82988766	1.20498238
開放學習*	1	0.78756246	1.26974056
學習自覺*	1	0.77901739	1.28366839
高血壓防治知識*1	1	0.75735992	1.32037619
量血壓*	1	0.75869010	1.31806122
低鈉飲食*	1	0.69175915	1.44558983
低油脂飲食*	1	0.76602660	1.30543770
瞭解高血壓*	1	0.66866638	1.49551409
飲食類型*	1	0.84998305	1.17649404

\* 表前測

附表A-2 立即效果、短期效果模式 I 之線性重合檢驗—條件值 (中心化)

主成份	固有值	條件值	變異數比 例指標 截距	變異數比 例指標 教學策略	變異數比 例指標 性別	變異數比 例指標 年齡#
1	11.68646	1.00000	0.0001	0.0013	0.0005	0.0000
2	1.38339	2.90649	0.0000	0.0000	0.0005	0.2188
3	1.24669	3.06170	0.0000	0.0146	0.0006	0.0319
4	1.08740	3.27829	0.0000	0.0104	0.0004	0.0092
5	0.89471	3.61410	0.0000	0.0315	0.0107	0.0198
6	0.85023	3.70743	0.0000	0.0202	0.0021	0.0008
7	0.67966	4.14663	0.0000	0.0009	0.0003	0.0071
8	0.66748	4.18429	0.0000	0.0069	0.0114	0.0173
9	0.62786	4.31431	0.0001	0.0003	0.0000	0.3512
10	0.39870	5.41398	0.0000	0.5570	0.0020	0.0005
11	0.31924	6.05037	0.0002	0.0381	0.0040	0.0596
12	0.31306	6.10982	0.0000	0.0137	0.0005	0.0507
13	0.25433	6.77859	0.0001	0.0372	0.0004	0.0063
14	0.17607	8.14701	0.0004	0.0133	0.0044	0.0347
15	0.11072	10.27364	0.0007	0.0026	0.0012	0.0045
16	0.08739	11.56388	0.0021	0.0196	0.6048	0.0254
17	0.06293	13.62721	0.0003	0.1273	0.0957	0.0563
18	0.05362	14.76336	0.0023	0.0030	0.0005	0.0002
19	0.04694	15.77864	0.0003	0.0041	0.0000	0.0000
20	0.04107	16.86949	0.0017	0.0232	0.0027	0.0029
21	0.01204	31.15495	0.9915	0.0749	0.2574	0.1029

附表A-2 (續) 立即效果、短期效果模式 I 之線性重合檢驗一條件值 (中心化)

主成份	變異數比 例指標 籍貫	變異數比 例指標 教育程度	變異數比 例指標 職業	變異數比 例指標 自覺健康狀況	變異數比 例指標 疾病壓力	變異數比 例指標 死亡威脅	變異數比 例指標 資源人物
1	0.0015	0.0011	0.0009	0.0006	0.0013	0.0013	0.0009
2	0.0019	0.0101	0.0008	0.0001	0.0025	0.0139	0.0011
3	0.0064	0.0002	0.0048	0.0003	0.0042	0.0045	0.0648
4	0.0000	0.0012	0.0017	0.0000	0.0111	0.0275	0.0044
5	0.0020	0.0194	0.0629	0.0000	0.0175	0.0465	0.2288
6	0.0023	0.0027	0.0269	0.0000	0.0163	0.0007	0.3830
7	0.0085	0.0005	0.0031	0.0001	0.0001	0.0331	0.1830
8	0.0054	0.0016	0.0583	0.0005	0.0217	0.3128	0.0000
9	0.0076	0.0012	0.0013	0.0017	0.0030	0.0007	0.0005
10	0.0806	0.0443	0.0045	0.0023	0.0511	0.0035	0.0174
11	0.0072	0.0149	0.0257	0.0079	0.1465	0.1019	0.0018
12	0.6186	0.1154	0.0134	0.0022	0.0019	0.0001	0.0189
13	0.0076	0.0550	0.2527	0.0000	0.3063	0.2907	0.0163
14	0.1355	0.6330	0.0786	0.0109	0.3176	0.0173	0.0703
15	0.0004	0.0001	0.0000	0.5841	0.0072	0.0127	0.0043
16	0.0014	0.0250	0.2446	0.0110	0.0035	0.0016	0.0006
17	0.0212	0.0004	0.0287	0.0653	0.0815	0.0392	0.0010
18	0.0051	0.0000	0.0006	0.0105	0.0004	0.0113	0.0001
19	0.0160	0.0114	0.0202	0.0098	0.0004	0.0344	0.0008
20	0.0349	0.0337	0.0049	0.0325	0.0002	0.0078	0.0000
21	0.0358	0.0288	0.1655	0.2603	0.0057	0.0387	0.0019

附表A-2 (續) 立即效果、短期效果模式 I 之線性重合檢驗一條件值 (中心化)

主成份			*	*	*	*	*
	變異數比	變異數比	變異數比	變異數比	變異數比	變異數比	變異數比
	例指標	例指標	例指標	例指標	例指標	例指標	例指標
	飲食製備	有無高血壓	開放學習	學習自覺	知識	量血壓	低鈉飲食
1	0.0011	0.0010	0.0000	0.0000	0.0005	0.0004	0.0004
2	0.0029	0.0742	0.0959	0.0280	0.0000	0.0000	0.0000
3	0.0009	0.0297	0.0768	0.1869	0.0000	0.0001	0.0003
4	0.0002	0.0501	0.2645	0.2672	0.0002	0.0000	0.0000
5	0.0160	0.0003	0.0155	0.0030	0.0002	0.0001	0.0001
6	0.0018	0.0093	0.0213	0.0033	0.0003	0.0001	0.0001
7	0.0113	0.2239	0.0818	0.1289	0.0003	0.0000	0.0003
8	0.0172	0.0034	0.0993	0.0590	0.0001	0.0001	0.0008
9	0.0007	0.4482	0.1241	0.0092	0.0001	0.0001	0.0005
10	0.0022	0.0056	0.0203	0.0709	0.0003	0.0002	0.0009
11	0.2976	0.0306	0.0015	0.0002	0.0179	0.0035	0.0007
12	0.0136	0.0146	0.0814	0.0848	0.0003	0.0013	0.0000
13	0.1514	0.0044	0.0021	0.0386	0.0002	0.0029	0.0003
14	0.0002	0.0272	0.0039	0.0670	0.0011	0.0078	0.0144
15	0.0000	0.0008	0.0111	0.0003	0.0001	0.0025	0.0416
16	0.4135	0.0022	0.0087	0.0031	0.0826	0.0031	0.0009
17	0.0034	0.0324	0.0124	0.0035	0.6705	0.0253	0.1246
18	0.0164	0.0037	0.0029	0.0077	0.0598	0.2649	0.0542
19	0.0006	0.0221	0.0157	0.0009	0.1218	0.4001	0.4124
20	0.0034	0.0062	0.0018	0.0158	0.0088	0.2798	0.3368
21	0.0459	0.0101	0.0591	0.0217	0.0350	0.0076	0.0107

\* 表前測

附表A-2 (續) 立即效果、短期效果模式 I 之線性重合檢驗  
一條件值 (中心化)

主成份	*	*	*
	變異數比 例指標 低油脂飲食	變異數比 例指標 瞭解高血壓	變異數比 例指標 飲食類型
1	0.0004	0.0004	0.0010
2	0.0000	0.0000	0.0077
3	0.0001	0.0001	0.1124
4	0.0000	0.0000	0.0000
5	0.0000	0.0000	0.0003
6	0.0000	0.0002	0.2547
7	0.0001	0.0001	0.3136
8	0.0004	0.0000	0.0100
9	0.0000	0.0003	0.0924
10	0.0000	0.0017	0.0318
11	0.0031	0.0021	0.0811
12	0.0013	0.0048	0.0125
13	0.0013	0.0018	0.0251
14	0.0024	0.0106	0.0013
15	0.0273	0.0626	0.0061
16	0.0214	0.0002	0.0152
17	0.0113	0.0500	0.0002
18	0.5208	0.1164	0.0140
19	0.2422	0.0205	0.0024
20	0.0206	0.6737	0.0055
21	0.1472	0.0544	0.0128

\* 表前測

## **A study on effectiveness of self-directed learning in health education for the adult in rural Taiwan**

*Huey-Mei Jeng; Yeu-Sheng Hsieh*

### **Abstract**

The purpose of the research was to compare the effectiveness of self-directed learning approach and traditional approach

The Quasi-Experimentation design was used in this study. Four classes, a total of 151 adults in rural area, were selected as the subjects of the study. We chose two classes as the experiment group and intervene in hypertension education with self-directed learning approach. Then we took another two classes as the control group and intervene in hypertension education with traditional approach. The data from the questionnaire survey was collected during November(before instruction), December 1992 (immediately after the instruction) and February 1993 (6 weeks after the instruction), and analyzed by statistical treatment. We found the effectiveness of self-directed learning approach better than the effectiveness of traditional approach.

Key Words: health education; self-directed learning; rural; adult



# 影響民眾前往性病防治所接受愛滋病毒抗體 檢驗相關因素的探討

(碩士論文八十二年六月)

楊 玉 玟

## 摘 要

刊於：醫學繼續教育雜誌 Vol.4 No.2

本研究主要目的是探討影響民眾前往台北市立性病防治所接受愛滋病毒抗體檢驗的因素。其次要了解民眾在接受愛滋病毒抗體檢驗方面的知識、態度、行為及與愛滋病教育方面有關的需求。

研究對象係指81年11月16日至12月10日間，前往台北市立性病防治所自願接受檢驗者105人，及非主動接受檢驗的性病初診者102人。研究採問卷調查法，以個別自填問卷加上面對面訪談的方式進行。最後得有效個案共193位。

研究結果以SPSS/PC+進行統計t檢定、卡方檢定及單因子變異數及直線迴歸分析，及以 SAS進行邏輯迴歸分析處理。結果如下：

- 一、自願接受檢驗者接受檢驗最主要的原因是欲再次確定檢驗的結果、半年內有性交易之危險行為的經驗，擔心受感染及受大眾傳播媒體宣導的影響；性病初診者沒有想過主動接受檢驗最主要的原因是根本不認為自己會受到愛滋病毒的感染；
- 二、接受檢驗與否會因人口學特徵上教育程度的差異而有顯著不同，且以自願者的教育程度顯著高於性病初診者，不因性別、婚姻狀況、年齡及職業等人口學特徵上的差異而有顯著不同；
- 三、接受檢驗與否會因非健康信念中知識及態度變項上的差異而有顯著不同，不因危險因子的曝露程度變項的差異而有顯著不同；
- 四、接受檢驗與否會因健康信念中自覺罹患性、行動利益及行動障礙變項上的差異而有顯著不同，不因自覺嚴重性變項上的差異而有顯著不同；
- 五、對接受檢驗行為有顯著作用的變項有：人口學特徵中的性別、婚姻狀況、職業及教育程度，及所有非健康信念變項，與健康信念中的自覺罹患性變項；
- 六、利用逐步對數迴歸統計分析，得知在所有對接受檢驗與否行為有顯著作用的變項中，以教育程度、知識、態度及自覺罹患性對此行為有顯著解釋力與預測力。以此四變項來預測接受檢驗行為的產生，其正確率達63%。
- 七、在愛滋病衛生教育的需求方面：內容上仍以正確的傳染途徑及預防病毒感染的保護措施為主；教育活動的方式可採專題演講、座談會或在醫療單位設置相關課程，以增加民眾學習的機會；一般訊習傳遞的管道，仍偏好以自行索取單張、衛教手冊資料，及閱讀報章、雜誌的資訊為主。

建議宜加強愛滋病衛生教育的推廣，改善民眾對愛滋病及病毒抗體檢驗的知識、態度，及提高對病毒感染的自覺罹患性，必能顯著提昇民眾接受檢驗的可能性。

# 台北市房屋建築工地勞工使用個人防護具 習慣及相關因素調查研究

(碩士論文八十二年六月)

廖 信 榮

## 摘 要

本研究目的在探討台北市房屋建築工地勞工使用個人防護具習慣及其相關因素，應用PRECEDE Framework為研究架構。

本研究對象之母群體，為台北市政府勞工局勞工檢查所在80年10月至81年8月間，檢查過之房屋建築工程工地中，建築完成之樓層數在6層樓以上，工期在82年5月底以後完工之工地，共篩選出66個房屋建築工地，因經費及人力的限制，採亂數表隨機取樣方式，選出53個建築工地為本研究之樣本，共有勞工2294人。其抽樣方式為至工地後，視受訪工地當日之雇工人數之多寡加以抽樣，實際受訪勞工人數494人，有效問卷427份（有效率86.44%）。資料收集採用結構式問卷訪視法，訪視期間為民國81年12月16日～31日。

研究結果發現下列結論，茲分述如下。

- 一、受訪勞工在使用個人防護具習慣上，有91.8%的勞工習慣使用防護手套，67.9%的勞工習慣戴安全帽，65.7%勞工習慣穿著安全鞋子，而習慣使用安全帶的勞工最少，只有37.0%。
- 二、個人素質傾向、使能、增強等三類因素能顯著預測受訪勞工戴安全帽的習慣，共可解釋受訪勞工戴安全帽習慣總變異量的47.22%。
- 三、個人素質傾向、使能、增強等三類因素能顯著預測受訪勞工使用安全帶的習慣，共可解釋受訪勞工使用安全帶習慣總變異量的58.73%。
- 四、個人素質傾向、使能、增強等三類因素能顯著預測受訪勞工穿安全鞋子的習慣，共可解釋受訪勞工穿安全鞋子習慣總變異量的13.74%。
- 五、有94.3%的受訪工地辦理過安全衛生教育訓練，但只有51.1%的受訪勞工參加過雇主所辦理之安全衛生教育訓練，勞工接受過訓練的比率明顯偏低。

根據研究結果，提出二項建議：

- 一、建議採獎勵方式以增加各工地辦理安全衛生教育訓練之頻率，並擴大目前行政院勞委會積極推動、由職業工會辦理的「無一定雇主勞工一般安全衛生教育訓練」，以提高勞工受訓率，養成勞工良好的防護具使用習慣。
- 二、選定某工作種類勞工，進行個案的長期追蹤性研究，以探討那些因素促使勞工使用個人防護具。

# 鹿港地區65~74歲社區老人之老人態度、 社會支持、健康狀態與憂鬱程度之相關研究

(碩士論文八十二年六月)

許 毅 貞

## 摘 要

本研究的目的是在探究老人健康狀態、社會支持、及老人態度與憂鬱程度間的關係。

本研究以鹿港鎮鎮公所列冊之65至74歲老年人口為抽樣母群體，採比率隨機抽樣法，抽出140名老人為本研究之訪視對象。實地訪視得有效問卷121份，訪視率為86.4%。

研究工具為社會支持量表、老人態度量表與CES-D憂鬱量表。研究資料以SPSSPC+電腦統計程式分析。採t考驗、單因子變異數分析、皮爾遜積差相關、複迴歸及逐步迴歸等統計法分析之。得重要結果如下：

- 一、69.4%的老人其健康狀態屬普通、良好及相當良好。
- 二、整體而言，老人之老人態度較偏正向。
- 三、老人所得社會支持行為量屬中等偏低程度，然其支持可及性與支持滿意度均屬高程度。
- 四、老人之健康狀態愈佳者，其憂鬱程度愈低。
- 五、老人之老人態度愈正向者，其憂鬱程度愈低。
- 六、老人所得支持行為量愈多、或愈容易得各項支持行為、或對所得支持愈滿意者，其憂鬱程度愈低。
- 七、影響老人憂鬱程度的主要因素為老人所得之總支持行為量（解釋量為24.28%），其次為健康狀態與老人態度，其解釋量共達33.35%。

# 某教學醫院參加健康檢查者之運動及攝鈉 行爲探討

(碩士論文八十二年六月)

吳 宏 蘭

## 摘 要

本研究主要目的在瞭解成年民眾的運動及攝鈉行爲，並探討這兩項行爲與其背景因素及健康信念之間的關係。本研究在民國八十一年十一月至八十二年一月期間，以參加某教學醫院之全身健康檢查者爲研究對象，利用訪談或自填問卷的方式取得有效樣本220人。重要結果歸納如下：(1)58.2%的受訪者有規律運動的習慣，其中男性的比率高於女性，61歲及以上者高於其他年齡群，教育程度愈高有規律運動的比率也愈高。與採取規律運動有關的因素，包括自覺採取規律運動的「利益因素」及「障礙因素」(2)自覺飲食的口味屬於比較鹹者有19.1%，以40歲及以下者所佔的比率最高，無疾病者口味屬於比較鹹的比率也高於有疾病者。與飲食口味有關的因素爲自覺採取低鈉飲食的障礙因素(3)攝取高鈉食物的頻率平均每月爲18.5次。女性比男性，年長者比年輕者，教育程度在小學及以下者比國中及以上者，無職業者比有職業者，有疾病者比無疾病者，無心血管疾病家族史者比有此類疾病家族史者，其攝取高鈉食的頻率較少。與攝取高鈉食物的頻率有關之因素，包括性別、年齡、心血管疾病家族史及自覺採取低鈉飲食的障礙因素。建議針對健檢者的特質，擬定不同的衛生教育計畫，以減少健康行爲的障礙因素，並增加對利益因素之認同。

# 台灣地區醫療保健團體有關人員推行健康 促進計畫之認知、態度及需求研究

(碩士論文八十二年六月)

胡 益 進

## 摘 要

本研究主要目的在了解台灣地區醫療保健團體有關人員對於健康促進計畫的認知、態度及需求的情形。

研究對象主要來自三個群體，包括：政府機構、醫療院所及民間組織；在單位內負責推行健康促進計畫的相關人員，共111人，依自擬之結構式問卷進行訪談，共獲有效問卷98份，有效回收率為88.29%，所得資料以百分比、平均值、t檢定、F檢定、積差相關、逐步複迴歸等方法進行統計分析，所得之重要結果如下：

- 一、醫療保健團體相關人員在健康促進計畫的認知上，都有很高的答對率，但在香菸的毒素、營養素的內涵、運動對心肺功能的影響、壓力對身心造成不良的影響等的認知，仍可再加強。
- 二、醫療保健團體相關人員在健康促進計畫的態度上，大都持正向、肯定的看法，不過有關看法取向與意願取向兩者的態度雖然都表示正向，但是如果提到需要親自參與或推動健康促進計畫時，則其意願取向的態度，便明顯的降低，亦即意願取向的得分低於看法取向的得分。
- 三、醫療保健團體相關人員對菸害防制活動的前途並不是大部份的人都持樂觀的態度，值得注意。
- 四、醫療保健團體相關人員中，有一半的人認為推動健康促進活動無形中會增加自己工作負擔，所以政府相關主管單位對這樣的問題需要加以正視。
- 五、醫療保健團體相關人員對健康促進計畫的需求，都表示非常需要或需要，可見受訪者在行政需求上的迫切性；所以相關單位的主事者應該正視這個問題。
- 六、醫療保健團體相關人員對健康促進計畫的態度與需求之間有顯著相關，其中態度的意願取向與需求間的相關性最高，其次是曾經辦理過健康促進活動的有無。
- 七、態度方面有關意願取向與是否曾經辦理過健康促進活動這兩者最能有效預測對健康促進計畫的需求，且可解釋44.2%的變異量。

# 某工專夜間部吸菸男生之戒菸意向、戒菸 行爲及其影響因素之研究

(碩士論文八十二年六月)

魏 未 秀

## 摘 要

本研究之主要目的在於運用Ajzen的計劃行爲理論(the Theory of Planned Behavior)來預測並解釋某工專夜間部吸菸男生之戒菸意向及戒菸行爲。同時也比較理性行動理論(the Theory of Reasoned Action)與計劃行爲理論二者在解釋戒菸行爲上的適用性。

本研究是採前瞻性(prospective)研究設計，第一階段測量戒菸意向及其前的各個變項，研究工具爲研究者依開放式引導問卷填答結果自編而成的結構式問卷；兩個月以後，再以電話訪問的方式追蹤戒菸行爲。結構式問卷施測共得175份有效問卷，行爲追蹤則完成了147位。

研究的重要結果如下：

- 一、在控制原菸量的影響力之後，本研究對家的戒菸行爲（減菸量）可由其戒菸意向、知覺行爲控制和戒菸經驗來加以預測。
- 二、對戒菸的態度、主觀規範和知覺行爲控制可以有效地解釋本研究對象的戒菸意向，其中，態度與知覺行爲控制尚存有正向的交互作用。
- 三、本研究對象對戒菸的態度與結果信念( $B_i$ )、結果評價( $E_i$ )的交乘積和 ( $\sum B_i * E_i$ )呈正相關；主觀規範也與規範信念( $NB_j$ )、依從動機( $MC_j$ )的交乘積和 ( $\sum NB_j * MC_j$ )呈正相關。而知覺行爲控制與控制信念的相關雖未達顯著程度，但相關的方向與邏輯假設相符合。
- 四、菸改變量不同者在結果評價和規範信念上有整體的差異性存在。有／無戒菸意向者則在結果信念、規範信念及依從動機三類信念上達整體性的差異。

整體而言，本研究結果支持計劃行爲理論的假設，並發現計劃行爲理論應用在戒菸行爲上，比理性行動理論更爲合適。

# 愛滋病及其他性病教學實驗研究

## ～理性行爲論之應用

(碩士論文八十二年六月)

高 松 景

### 摘 要

本研究的目的，主要在探討應用理性行爲論之行爲改變理論，所發展的『愛滋病及其它性病教學』對高職三年級學生在『愛滋病及其它性病知識』、『對愛滋病帶原者態度』及『採取預防愛滋病及其它性病行爲的意向』之教學效果及其延宕性，並探討影響學生『採取預防愛滋病及其它性病行爲的意向』之因素以及學生對此次教學的評價。

本研究採『不相等實驗組控制組(對照組)設計』，研究對象是兩所省立高職三年級男同學，六個班級共計252人，兩個班爲實驗組選自省立海山高工，接受每週一次，每次100分鐘，共計三次的『愛滋病及其它性病教學活動』，對照組則不接受任何的實驗處理；且爲一併探討校內實驗污染對照組的影響情形，故分別在實驗組學校內與校外各有一組對照組(校外對照組兩班選自省立三重商工)。此外，爲評估教學的延宕效果，於教學之後九週進行後後測。

研究所得之資料以單因子單變項共變數分析進行統計分析，研究所得結果爲：

- 1.教學介入後，實驗組學生在『愛滋病及其它性病知識』的得分上顯著高於兩組對照組。
- 2.教學介入後，實驗組學生比校內對照組學生表示更願意接納愛滋病帶原者。
- 3.教學介入後，實驗組學生比兩組對照組表示更有可能採取不從事『婚前性行爲』、『交易性性行爲』來預防愛滋病及其它性病；而在有『婚前性行爲』、『交易性性行爲』時實驗組比校外對照組學生表示更有可能使用保險套來預防愛滋病及其它性病。
- 4.教學之後九週的後後測結果顯示，實驗組學生在『愛滋病及其它性病知識』的得分、採取不從事『婚前性行爲』和在有『交易性性行爲』時使用保險套來預防愛滋病的意向上仍顯著高於或較可能於兩組對照組，這表示此教學介入有很好的延宕效果。
- 5.影響學生『採取預防愛滋病及其它性病行爲的意向』之因素，因不同的行爲而有不同的影響因素，其分別是：影響學生採取避免『婚前性行爲』和『交易性性行爲』的意性性行爲』時使用保險套的意向是行爲態度與主觀規範。
- 6.實驗組學生對此次教學活動皆表示喜歡與有幫助，並有百分之九十七點七的學生表

示此次教學活動有需要在全省各高職三年級學生推廣。

根據研究結果，研究者建議：根據本研究教學模式，在學校教導有關愛滋病及其它性病的性教育不但是學生有需要且喜歡，更證實有很好的效果，當然也應注意實驗教學類推的限制。負責校園防治愛滋病及性病的教育行政機關，可更有信心的，來積極推動在學校實施有關愛滋病及其他性病的性教育教學活動。



# 桃園縣基層公共衛生人員工作壓力、 社會支持與職業倦怠之相關研究

(碩士論文八十二年六月)

賴 杏 琇

## 摘 要

本研究主要目的在瞭解基層公共衛生人員之工作壓力、社會支持、職業倦怠的情形，及三者的關係。並探討工作壓力與社會支持對職業倦怠的影響。

研究對象為桃園縣各衛生所內辦理正式或非正式衛生教育之人員，包括：公共衛生護士、衛生稽查、營養員及護理督導員共144人。實地訪視後得有效問卷130份。

本研究之研究工具為工作壓力量表、社會支持量表及職業倦怠量表(MBI)。研究資料以SPSS/PC+統計軟體處理之，採t考驗、單因子及雙因子變異數分析、皮爾遜積差相關、階層式迴歸進行資料分析。得結果如下：

- 1.基層公共衛生人員之工作壓力屬於中度偏高的情形，其中在「專業認同」及「制度」方面最感到壓力。
- 2.基層公共衛生人員之社會支持屬於中度偏高的情形，其中以來自主管的支持最高。
- 3.基層公共衛生人員之職業倦怠屬中度偏低的情形，其中以對「個人成就」方面之倦怠感最高。
- 4.基層公共衛生人員中，以衛生稽查、非相關科系、有參加專業訓練者，有較高之工作壓力及職業倦怠。
- 5.工作壓力與社會支持有顯著的負相關、職業倦怠與社會支持也有顯著的負相關、而工作壓力與職業倦怠之間則呈現顯著的正相關。
- 6.工作壓力愈高，社會支持對職業倦怠的影響愈顯著；工作壓力愈低，則愈不明顯。故社會支持在工作壓力與職業倦怠之間有緩衝作用存在。
- 7.工作壓力與社會支持對職業倦怠有直接的影響；且兩者間有顯著之交互作用。

# 北市高中及高職學生使用菸、酒及非法藥物 狀況及社會學習及社會連結因素關係之研究

(碩士論文八十二年六月)

黃 惠 玲

## 摘 要

本研究主要目的欲以Akers的社會學習理論與Hirschi的社會連結理論，預測台北市高中及高職二年級學生使用菸、酒及非法藥物的狀況。此外，本研究亦探討受測學生使用菸、酒及非法藥物的狀況及情境因素，且分析學生家庭狀況變項與其使用菸、酒及非法藥物狀況之關係。

研究對象是以台北市高中及高職二年級學生為母群體，採用比率機率抽樣法來抽取樣本，計抽取9所高中及高職學校為樣本學校，每校再隨機抽取2班學生為研究樣本。本研究採用學生團體自填問卷方式蒐集資料，施測時間為民國八十一年十二月，共獲得有效問卷803份。

研究結果發現受測學生近半數曾吸菸，近九成曾飲酒，少數(2.5%)曾使用非法藥物，而曾經使用非法藥物者以使用安非他命佔絕大多數，且幾乎全數均曾吸菸及飲酒。學生第一次使用菸、酒及非法藥物的平均年齡為13至16歲，而同儕及父母是學生使用菸、酒或非法藥物的重要情境因素，在有使用菸、酒或非法藥物的學生中，多數學生在自己家及學校吸菸，在朋友及自己家使用非法藥物，從同儕處獲得菸及非法藥物，並與同儕一起吸菸或使用非法藥物；多數學生由父母或同儕供給酒，並與父母或同儕一起在自己家或餐飲、遊藝場所飲酒。學生的家庭完整性能顯著預測學生使用菸、酒及非法藥物狀況。Akers的社會學習理論及 Hirschi的社會連結理論能夠顯著預測學生使用菸、酒及非法藥物狀況，而在二組所有變項中，對學生吸菸狀況解釋力最強的變項是學生對吸菸的信念，其次是同儕吸菸狀況；對學生飲酒狀況解釋力最強的變項是同儕飲酒狀況，其次是同儕飲酒比率；對學生曾否使用非法藥物較有影響力的變項有同儕使用非法藥物比率、對吸菸的信念、父母對學生使用非法藥物的獎懲反應及學生對學校活動的投入。

根據研究結果，建議青少年藥物教育須兼顧菸、酒及非法藥物的內容，著重情意及技能方面的教學，主動關心高危險群學生，並將實施教育範圍推廣至家庭。未來的研究應著重青少年使用菸、酒及非法藥物的長期追蹤探討及藥物教育的介入實驗。

# 學生中心教學與教師中心教學對某國小 五年級學生資源回收知識、態度及行為影響 之實驗研究

(碩士論文八十二年六月)

何 文 雀

## 摘 要

本研究目的在探討學生中心教學與教師中心教學兩種教學方式，對國小五年級學生資源回收的教學效果。採原班級型態的實驗組控制組（即本研究之對照組）前後測不等之準實驗設計，針對三個五年級班級學生（共140人），進行四週，每週二小時的實驗教學。所得的前測、後測及後後測資料做描述性及推論性統計。所得結果為：

一、學生中心教學與教師中心教學皆能顯著的增進學生的資源回收知識，並能促進及維持正向積極的態度。而學生中心教學，能促使學生表現更好的資源回收行為，具有立即效果。

在知識各分測驗方面，教師中心教學對於『資源保育』、『垃圾現況』及『資源回收』知識的獲得，皆能有效的增進與保持，兼具立即效果與延宕效果。學生中心教學在『資源回收』知識的提升，有立即效果及延宕效果，『資源保育』的知識，經過一個半月後，亦能有效的保留，顯示良好的延宕效果。

在態度的各分量表方面，學生中心教學能使學生有關『資源浪費嚴重性』的態度更趨正向，具有立即效果及延宕效果。對『再使用』正向態度的維持，也具有延宕效果。而在『少用』態度，教學後能有效的改變，但沒有延宕效果。教師中心教學能促進並維持『少用』及『再使用』的積極態度；對『資源浪費嚴重性』的態度改變也能有延宕效果。

在行為方面，學生中心教學能增進學生資源回收的行為，但未能有效的保持。而教師中心教學對行為的改變，效果不顯著。

二、教師中心教學對資源回收知識的教導，效果優於學生中心教學。其中，在『垃圾現況』立即效果及『資源保育』的延宕效果的維持，是教師中心教學優於學生中心教學，而其餘的知識、態度及行為的教學效果，兩種教學並沒有明顯的不同。

三、接受實驗教學的班級，個人的垃圾質與量均有明顯的改變。在量的改變上，不管是總重量或各類垃圾，學生中心組均有大幅的變化，尤以『食物殘渣』及『紙』二類的減量最明顯；教師中心組在『塑膠』及『食物殘渣』類有明顯的減量效果。但是『鋁箔類包裝等』兩教學組均有增加，學生中心組增加較多。

四、兩實驗組學生，均認為各單元教學活動是有幫助的，對這些活動都表示喜歡，並認為本研究各單元的內容對實施資源回收有所幫助。學生對資源回收學習興趣的改變，不因教學方式不同而異，但學生中心教學比教師中心教學更快提昇學生的學習興趣。而他們最希望老師使用的教學法是遊戲教學、老師說故事、角色扮演，均屬於活潑生動的教學法。至於對實踐資源回收的把握程度，學生中心教學顯著比教師中心教學效果好。

根據研究結果，研究者建議可改採隨機取樣及隨機分派方法，在一連續時間內及不受學校環境干擾下進行教學，以觀察垃圾質量改變情形。此外，並建議可讓學生熟悉學生中心教學方式後再進行實驗教學，以排除因能力不足所造成的干擾。對學校則建議應採全面性的教育介入計畫，及應加強國小老師學生中心教學能力的培養。

BULLETIN OF HEALTH EDUCATION

EDITORIAL BOARD

HUANG, SONG-YUAN (Chairman)  
YEN, HAN-WEN

LU, CHANG-MING  
JENG, HUEY-MEI

衛生教育論文集刊 第七期

中華民國八十三年五月

發行人：呂溪木

總編輯：黃松元

本期主編：呂昌明

編輯委員：晏涵文、鄭惠美

出版者：國立台灣師範大學

衛生教育學系  
衛生教育研究所

地址：台北市和平東路一段一六二號



**BULLETIN OF HEALTH EDUCATION**  
**CONTENTS**

**Original Articles**

1. A Study of the Present Status of the Implementation of Health Promotion Programs and Related Factors in Medical and Health Care Organizations in Taiwan, Republic of China  
Song-Yuan Huang; Shwu-Yean Liu; Nae-Fang Miao; Yih-Jin Hu...1
  2. Applicability of Chinese Five-Minute Speech Sample for Expressed Emotion on the Parents of Juvenile  
C.C.Wu; H.J.Chen; S.Y.Lei; Y.M.Jaw...27
  3. The Survey Study of the House-Construction Labours' Knowledge \ Attitude \ Practice and related factors of Safety and Health in Taipei Municipality  
Sing-Loong Liao; Sen-Sheng Lin; Laura P. Lu...59
  4. Gender Differences in Premarital Sexual Behavior Among College Students  
Chang-Ming Lu...80
  5. A Study of Self-directed Learning Strategy in Health Education for the Adult of Middle and Advanced Age in Rural Area  
Huey-Mei Jeng; Chao-Lang Chen; Laura P.Lu...88
  6. Case Study of Mentally Ill Family Members' Daily Life  
C.C.Wu; S.Y.Huang; L.L.Chang...113
  7. Factors Influencing Public Health Nurse to Perform Breast Self-Examination -Testing the Health Belief Model-  
Chang-Ming Lu...142
  8. A study on effectiveness of self-directed learning in health education for the adult in rural Taiwan.  
Huey-Mei Jeng; Yeu-Sheng Hsieh...154
- Abstract**
9. Investigating the Factors which affect Persons to Receive HIV Antibody Test at Sexual Transmitted Disease (STD) Clinic  
Yu-Wen Yung...191
  10. The Study of the House-Construction Labours' Practices of Using Personal Protectors and Related Factors in Taipei Municipality  
Sing-Loong Liao...192
  11. A Correlation Study of the Attitudes Toward Old Age, Social Support, Self -Reported Health Condition and Depression of the Age Between 65 TO 74 Years Old Adults at Lukang Community  
Yih-Jen Hsu...193
  12. Exercise and Sodium Intake Behavior of Participants Undergoing Physical Examination in a Teaching Hospital  
Hung-Lan Wu...194
  13. A Study of Knowledge, Attitude and Demand Among Medical and Health Care Personnel Regarding the Implementation of Health Promotion Programs in Taiwan, Republic of China  
Yih-Jin Hu...195
  14. A Study on Intention and Behavior to Quit Smoking of Male Students in a Junior College  
Mii-Shiow Wei...196
  15. A Study of AIDS and other STDs Education: The Applicability of Theory of Reasoned Action  
Song-Jiing Gau...197
  16. The relationship research of Public Health Educators' work stress \ social Support and Burnout in Tau-Yuan  
Lay Shing-Shiow...199
  17. The Study of Social Learning and Social Bonding Variables as Predictors of Cigarette Smoking, Alcohol Drinking, and Illicit Drug Using Behavior among Senior and Vocational High School Students in Taipei City  
Hung-Ling Hwang...200
  18. The Effects of Students-centered Instruction and Teacher-centered Instruction on Fifth Grade Students Knowledge, Attitude and Behavior on 3Rs'  
Wen-Cher Her...201

統一編號

006383830053

# BULLETIN OF HEALTH EDUCATION

1994, 5

Vol. 7

DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION

GRADUATE INSTITUTE OF HEALTH EDUCATION

NATIONAL TAIWAN NORMAL UNIVERSITY

TAIPEI, TAIWAN, R.O.C.