

國立臺灣師範大學教育學院

健康促進與衛生教育學系

碩士論文

Department of Health Promotion and Health Education

College of Education

National Taiwan Normal University

Master 's Thesis

健康促進專業人員核心能力之研究

A Study on the Core Competencies of Health Promotion
Professionals



楊之嫻

Chih-Hsien Yang

指導教授：胡益進 博士

Advisor Yih-Jin Hu, Ph.D.

中華民國 114 年 7 月

July 2025

謝辭

時光飛逝，兩年的碩士班生活一轉眼就過了，本論文得以順利完成，首先要感謝指導教授胡益進教授，從研究主題的確立、問卷設計到資料分析，給予我耐心的指導與寶貴的建議，讓我在學術研究這條路上獲益良多。教授嚴謹的治學態度與不吝分享的精神，將是我求學道路上的明燈。

其次，感謝口試委員張鳳琴教授與苗迺芳副教授，於繁忙間撥冗審閱我的論文，並且不吝嗇的給予許多中肯且具啟發性的建議，讓本研究更臻完善，於此致上由衷的感謝。

此外，本研究能夠順利進行，也要感謝社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會的協助，以及所有願意撥冗填寫問卷的專業人員。謝謝你們的支持讓我收集到寶貴的資料，並完成這份研究。

同時，感謝這段時間協助我蒐集資料與分析的同學與好友，總是在我脆弱時給予我耐心的陪伴與鼓勵，是你們的支持讓我能堅持到最後。

最後，感謝我的家人一路以來的愛與支持，無論是精神的鼓勵或生活上的協助，都是我完成研究的最大動力。

謹以此文，向所有幫助過我的人致上最誠摯的謝意。

楊之嫻

114 年 07 月

中文摘要

目的：本研究旨在探討臺灣健康促進專業人員之核心能力現況，並分析其背景變項與核心能力間之關係以及預測情形。

方法：本研究採橫斷式設計，以「社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會」之會員為研究對象，於 2025 年 4 月 14 日至 5 月 27 日進行線上問卷調查，並回收 203 份有效樣本。研究工具包含背景變項資料與「健康促進專業人員核心能力量表」，量表分為七大項核心能力並下設 29 題核心能力題目，採六點李克特量表評分。資料分析使用描述性統計、單因子變異數分析、獨立樣本 T 檢定、皮爾森積差相關以及簡單線性迴歸分析。

結果：(一) 研究對象核心能力屬中上程度，其中以「擔任健康教育資源人物」表現最佳，「進行健康教育計畫的評價和研究」最低。(二) 背景變項分析中，性別與職業場域於各項核心能力並無顯著差異；參與健康促進繼續教育者於所有任務得分均顯著優於未參與者。(三) 由相關性分析可知，年齡與核心能力呈顯著正相關；取得證照時間與核心能力則未達顯著相關。(四) 由迴歸分析可知，參與繼續教育為核心能力的重要正向預測因子，年齡亦具部分預測力。

建議：研究對象之核心能力良好，但評價與研究方面仍需加強。建議未來應強化繼續教育訓練與專業發展機制，提升健康促進之實務能力。

關鍵詞：健康促進專業人員、核心能力、專業資格、繼續教育

ABSTRACT

Purpose: This study aimed to investigate the current status of core competencies among health promotion professionals in Taiwan and to analyze the relationships and predictive effects between demographic and professional background variables and these competencies.

Methods: A cross-sectional design was adopted, and members of the Taiwan Health Promotion and Health Education Association were recruited as study participants. An online questionnaire survey was conducted from April 14 to May 27, 2025, yielding 203 valid responses. The research instrument included demographic information and the “Core Competency Scale for Health Promotion Professionals,” which consists of 29 items under seven major domains, rated on a six-point Likert scale. Data were analyzed using descriptive statistics, one-way ANOVA, independent samples t-test, Pearson’s correlation, and simple linear regression analysis.

Results: (1) Participants demonstrated an overall above-average level of core competencies, with the highest performance in “Serving as a health education resource person” and the lowest in “Conducting evaluation and research related to health education programs.” (2) Background variable analysis showed no significant differences in core competency scores by gender or workplace setting; however, participants who engaged in continuing education scored significantly higher across all tasks compared to those who did not. (3) Correlation analysis revealed a significant positive relationship between age and core competencies, while no significant association was found between years of certification and competency scores. (4) Regression

analysis identified participation in continuing education as a key positive predictor of core competency, with age also showing partial predictive power.

Suggestions: Overall, participants exhibited strong core competencies, though evaluation and research skills remain areas for improvement. It is recommended that future efforts strengthen continuing education and professional development mechanisms to enhance the practical capacity of health promotion professionals.

Keywords: health promotion professionals, core competencies, professional qualification, continuing education



目次

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	4
第三節 研究問題.....	4
第四節 研究假設.....	4
第五節 名詞操作型定義.....	5
第六節 研究限制.....	7

第二章 文獻探討

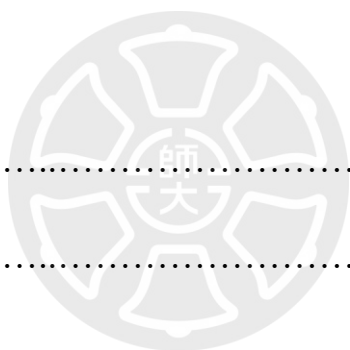
第一節 核心能力的概念.....	9
第二節 健康促進專業人員現況.....	16
第三節 核心能力相關影響因素之實證研究.....	21

第三章 研究方法

第一節 研究架構.....	27
第二節 研究對象.....	28
第三節 研究工具.....	29
第四節 研究步驟.....	32
第五節 資料統計與分析.....	34

第四章 研究結果

第一節 健康促進專業人員背景變項資料分析.....	37
第二節 健康促進專業人員核心能力資料分析.....	41
第三節 健康促進專業人員背景變項與核心能力之關係.....	49
第四節 健康促進專業人員背景變項與核心能力之預測.....	66
第五節 討論.....	83
第五章 結論與建議	
第一節 結論.....	87
第二節 建議.....	89
參考文獻	
中文文獻.....	91
英文文獻.....	95
附錄	
附錄一 問卷專家效度名單.....	101
附錄二 知情同意書及正式施策問卷.....	102



表目錄

表 4-1-1 背景變項分布情形.....	40
表 4-2-1 健康促進專業人員核心能力之各項得分.....	45
表 4-2-2 健康促進專業人員核心能力之答題分佈情形.....	46
表 4-3-1 背景變項與「評估個人與社區對健康教育的需求」之差異檢定	50
表 4-3-2 背景變項與「擬訂健康教育計畫」之差異檢定表.....	52
表 4-3-3 背景變項與「執行健康教育計畫」之差異檢定表.....	54
表 4-3-4 背景變項與「進行健康教育計畫的評價和研究」之差異檢定表	56
表 4-3-5 背景變項與「管理健康教育計畫」之差異檢定表.....	58
表 4-3-6 背景變項與「擔任健康教育資源人物」之差異檢定表.....	60
表 4-3-7 背景變項與「溝通和倡導健康與健康教育」之差異檢定表.....	62
表 4-3-8 健康促進專業人員背景變項與核心能力間之關係.....	65
表 4-4-1 背景變項與「健康促進專業人員整體核心能力」之迴歸分析..	68
表 4-4-2 背景變項與「評估個人與社區對健康教育的需求」之迴歸分析	70
表 4-4-3 背景變項與「擬訂健康教育計畫」之迴歸分析.....	72
表 4-4-4 背景變項與「執行健康教育計畫」之迴歸分析.....	74
表 4-4-5 背景變項與「進行健康教育計畫的評價和研究」之迴歸分析	76

表 4-4-6 背景變項與「管理健康教育計畫」之迴歸分析.....	78
表 4-4-7 背景變項與「擔任健康教育資源人物」之迴歸分析.....	80
表 4-4-8 背景變項與「溝通和倡導健康與健康教育」之迴歸分析.....	82



圖目錄

圖 3-1-1 研究架構圖27



第一章 緒論

本研究旨在臺灣健康促進專業人員核心能力上的之調查，採用健康促進專業人員自填問卷方式進行調查。本章共分為六節進行闡述，第一節為研究背景與動機；第二節為研究目的；第三節為研究問題；第四節為研究假設；第五節為名詞操作型定義；第六節為研究限制。

第一節 研究背景與動機

「健康」一詞一直存在我們的生活中，早在 1946 年世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 就已將健康定義為「健康不僅僅是身體上沒有病痛，更是一個在生理、心理以及社會方面皆為舒適的狀態」(WHO, 1948)，而隨著時代的變遷，相較於過往的忽視，在當今的社會我們所強調的早已不僅是科技、經濟等資本領域上的追求，在二十一世紀中，「健康」更是需要進行革命與推動的範疇，且如今所追求的目標也不再是獨善其身的個體健康，而是融合貫穿於生活中各個不同領域的健康促進(Aldana et al., 2005)。

隨著時代的變化，人們對於健康的重視與日俱增，除了醫師與護理師，也誕生了健康促進專業人員一職，健康促進專業人員可以衍伸出許多其他職位名稱，然而他們不變的宗旨皆是提供健康相關的建議與教育，這樣健康促進專業人員的角色肩負了健康促進的責任，在不同的場

域中成為專業與民眾的傳播渠道，推動各領域的健康促進(van Heteren et al., 2024)。

場域中的健康促進專業人員可能同時具備其他職務，像是場域中管理階層或是專業職員都可以擔任此職，但不論身份為何，他們都同時肩負促進該場域人員健康的使命，而他們的功用也在不同的研究中看到成效，像是在許多的工作場域報告中，當其具備健康促進專業人員一角色時，透過軟硬體的介入措施，皆可以看到員工們不只對健康呈現較積極的態度，同時也擁有較為良好的健康結果，由此可以看出健康促進專業人員身為健康促進推手的必要性(Greenberg et al., 2021)。

現今，健康促進專業人員在各國逐漸成為新興職業，像是根據美國系網路職業資訊系統(The Occupational Information Network, O*NET)職能基準的醫療健康管理師(Medical and Health Service Manager)一職，在美國就已有數十萬的健康管理師正在從業中(Marketdata LLC, 2024)，在臺灣除了勞動部規範達一定人數的場域須設置職業衛生護理師外，許多單位也透過各樣健康促進專業人員的加入來營造更全面的健康友善環境，以提升健康促進水準（吳志雄，2014）。

由於健康促進專業人員專業度的重要性，也須架構健康促進專業人員之基本核心能力。國際健康促進與教育聯盟(International Union for

Health Promotion and Education, IUHPE)訂定了健康促進專業人員應具備的核心能力，包括：增能以促成改變(Enable Chance)；倡議健康(Advocate for Health)；透過夥伴關係進行協調(Mediate through Partnership)；溝通(Communication)；領導(Leadership)；評估(Assessment)；計畫(Planning)；執行(Implementation)；評價與研究(Evaluation and Research) (Dempsey et al., 2011; Barry et al., 2012)。

在臺灣，陳素芬（2012）的「我國健康教育專業人員核心能力與認證制度之建構」研究中，擬定我國健康促進專業人員所承擔之七大任務，以及相對應之二十九項核心能力。然而，在框架訂定後，核心能力在不同地域、不同機構服務之健康促進專業人員間是否存在差異？是否受到個人背景或專業培訓等因素產生影響？這些問題尚未被充分探討。

「社團法人臺灣健康促進暨衛生教育學會」除推廣各域健康促進與衛生教育活動，更培育健康促進專業人員認證體系，以增健康促進專業人員在企劃、推動與評價上的能力（社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會, n.d.）。有鑒於學會致力於健康促進專業人員的發展，故本研究以「社團法人臺灣健康促進暨衛生教育學會」之會員為研究對象，探討健康促進專業人員之核心能力現況，及其相關變項與核心能力之相關性，進而針對健康促進專業人員的核心能力提升提出建議，以促進專業能力之發展。

第二節 研究目的

本研究旨在探討研究對象之核心能力與其相關因素，歸納研究目的有以下三者：

- 一、了解研究對象之背景變項與核心能力之現況。
- 二、了解研究對象之背景變項與核心能力之關係。
- 三、研究對象背景變項變項對核心能力之預測情形。

第三節 研究問題

依據研究動機與目的，本研究所要探討的問題如下：

- 一、研究對象之核心能力現況為何？
- 二、研究對象之背景變項與核心能力之間的關係為何？
- 三、研究對象之背景變項對核心能力的預測情形為何？

第四節 研究假設

依據研究目的與問題，本研究擬定以下研究假設：

- 一、研究對象之背景變項與核心能力有顯著差異。
- 二、研究對象之背景變項與核心能力有顯著相關。

三、 研究對象之背景變項能顯著預測核心能力。

第五節 名詞操作型定義

一、 健康促進專業人員

健康促進專業人員主要在社區、學校、職場與照護機構進行健康促進企劃、推動及評價知能。其主要工作目標如下：(一) 促進民眾健康生活，(二) 推展民眾預防保健服務，(三) 創建社區、學校、職場與照護機構健康環境，(四) 整合醫療資源與社會資源，(五) 營造健康社區、學校、職場與照護機構，(六) 推展健康促進與衛生教育訓練及研究，(七) 其他社區、學校、職場與照護機構健康促進相關事宜（社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會, n.d.）。

本研究以「社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會」會員作為收案對象。

二、 核心能力

核心能力(Core Competencies)指個人在其專業領域或職業角色中，具備執行工作所需的關鍵知識、技能和態度。核心能力的範疇不止囊括技術能力(hard skills)與軟實力(soft skills)，更進一步確保能勝任其職責，同時在多變的環境中適應與成長。

本研究中所指之核心能力為健康促進專業人員為達成其健康促進之所需具備之二十九項核心能力。依據臺灣健康教育專業人員核心能力所列之二十九項核心能力，共分為七大項，七大項包括：(一) 評估個人與社區對健康教育的需求，(二) 擬定健康教育計畫，(三) 執行健康教育計畫，(四) 進行健康教育計畫的評價和研究，(五) 管理健康教育計畫，(六) 擔任健康教育資源人物，(七) 溝通和倡導健康與健康教育 (陳素芬，2012)。

三、背景變項

本研究中之背景變項包含社會人口學變項和專業資格相關變項。社會人口學變項常運用於社會科學、公共衛生等相關研究領域，意指個體在社會和人口統計學上的特徵，可藉此瞭解不同群體的行為、態度和需求，同時並分析其與各種結果間的相關性(Ezzati-Rice & Curtin, 2001)。本研究的社會人口學變項包含性別、年齡、職業場域，專業資格相關變項包含取得相關證照與否、取得證照時間、定期更新展延證照與否、參與健康促進相關繼續教育與否等變項。

第六節 研究限制

本研究對象為「社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會」之會員，採用線上問卷之調查方式進行，其研究限制如下：

一、由於時間及人力之限制，本研究僅社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會之會員為調查對象，而非全臺灣之健康促進專業人員，因而研究結果之推論性會受到限制。

二、本研究採橫斷式調查研究法，因此無法探討健康促進專業人員背景變項與其核心能力間之長期性變化。

三、本研究採用線上問卷進行資料蒐集，雖有便利性與可及性之優點，然同時存在樣本偏誤及資料有效性之潛在限制。填答者需具一定水準之電子設備操作能力，故恐需排除年長者及資訊弱勢族群，將影響樣本之代表性。且線上自填式問卷難以控制填答過程，可能因理解偏差或社會期許而影響作答準確性，進而影響研究之結果。



第二章 文獻探討

本研究的目的是在探討健康促進管理師之現況，及不同背景變項對於核心能力是否有顯著性的影響。本章文獻將分為三部分進行探討，第一節為核心能力的概念；第二節為健康促進專業人員現況；第三節為核心能力相關影響因素之實證研究，茲分述如下：

第一節 核心能力的概念

一、核心能力的定義

能力(Competency)一概念最早於 1973 年由 David McClelland 提出，除了代表個體在特定情境下所展現的知識、技能和態度外，更強調在預測工作成果時，職能(Competency)的重要性(McClelland, 1973)。除此之外，1982 年 Boyatzis 也更進一步將職能(Competency)解釋為能激發個體工作潛能的潛在特質，其中包括動機、特質、技能、自我形象等 (Boyatzis, 1982)。

核心能力(Core Competency)一詞則接著於 1990 年由 Prahalad 和 Gary Hamel 提出，所謂核心能力代表著個體在技能與技術的整合，以提供特定的效用與價值，也就是知識(Knowledge)、技能(Skill)與能力(Ability)的整合（簡稱 KSAs），並且能在市場中為企業取得競爭優勢的關鍵能力(Prahalad & Hamel, 2006)。

核心能力一概念同時又細分為不同類別，像是門檻能力、重要性能力和未來性能力，其中門檻能力是指維持產業競爭力所需具備的基本能力，重要性能力則為對公司及顧客具有重大競爭優勢影響的技能及系統，未來性能力代表企業在維持其未來競爭優勢時，所必備的發展能力（林文寶、吳萬藝，2004）

核心能力廣泛運用於各大領域中，最一開始是在企業管理領域中被提出，在企業的核心能力中，核心能力通常具備幾點特色，分別是有價值性、獨特性、難以模仿性、延伸性、動態性以及綜合性，透過全方位視角審視企業策略，以在競爭激烈的市場中勝出（柯博文，2014）

後來核心能力被廣泛推及至各大領域，像是美國畢業後醫學教育評鑑委員會(Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME)提出的醫學教育核心能力分別為病人照護(Patient care)、醫學知識(Medical knowledge)、從工作中學習及成長(Practice-based learning and improving)、人際及溝通技能(Interpersonal and communication skills)、制度下之臨床工作(Systems-based practice)、專業素養(Professionalism)以上六大面向（朱宗信，2009）。成人教育教師的五大核心能力則訂定為創新知識、傳播知識、累積知識、應用知識以及評估知識（胡夢鯨等，2005）。在環境教育人員方面，則需具備環境教育基礎知識、環境教育工作者責任、規劃設計課程方案、教學與課程實踐，及其相關所具備能

力指標（高翠霞等，2022）。

綜上所述，我們可以理解到能力與核心能力對專業能力發展之重要性，不論是在企業管理層面，抑或是各類別產業，能力與核心能力的具備為其專業性之共同的基本標準。透過其具象化的準則進行角色發展，使個體具備相對應之知能，除肩負專業責任，更開拓發展潛能。

二、 健康促進專業人員之核心能力

隨著健康促進的發展，專業人員是促進其日益蓬勃之重要關鍵角色，專業培訓制度、核心能力架構等同樣為健康促進專業人員一職進行具象化之架構（黃松元，2004）。所謂健康促進專業人員之核心能力即為執行健康促進計畫活動時，需具備之相關技能(Shelton, 2016)。

1970 年代，美國疾病管制中心衛生教育局(Bureau of Health Education, Center for Disease Control)根據健康促進專業人員之角色概要，擬定出其執業之七大任務以及相關知能(Bureau of Health Education, 1980)，首創先驅影響各國架構之制定。

在 1980 年時，Ross 以及 Mico 便提出健康促進專業人員所需擁有的基本能力，分別為八項：方案計畫(Program Planning)、方案評價(Program Evaluation)、社區組織服務(Community Organization Services)、機構工作人員訓練(Training By Department Staff)、機構外工作人員訓練

(Training By Other Than Department Staff)、提供諮詢(Consultation)、傳播健康資訊(Communication Of Health Information)、行政管理(Administration) (Ross, 1980)。

健康促進專業領域的重要性與日提升，各方面發展也逐漸完整。國際健康促進與教育聯盟(International Union for Health Promotion and Education, IUHPE)也制定健康促進專業人員之核心能力與專業標準，所謂健康促進專業人員之核心能力為其於職業中所需的知識、技能和價值觀的綜合體，所應具備之核心能力包括：增能以促成改變(Enable Chance)、倡議健康(Advocate for Health)、透過夥伴關係進行協調(Mediate through Partnership)、溝通(Communication)、領導(Leadership)、評估(Assessment)、計畫(Planning)、執行(Implementation)、評價與研究(Evaluation and Research)，以上九大領域皆對應特定之技能和知識要求，同時也為國際上健康促進專業人員目前所依循之主要核心能力準則(IUHPE, 2016)。

在臺灣，健康促進專業人員之核心能力是健康促進計畫推動成功的關鍵因素，發展演變與全球健康促進趨勢密切相關。國內多位專家早在1980年代便針對相關能力概況進行深入研究與架構。

在1980年，李叔佩、黃松元就已建構在臺灣之健康促進專業人員推

行健康促進計畫時，所應具備之五大高層次專業知能素養，如：具備衛生教育專業精神、認識衛生教育的基礎和原理、熟悉衛生教育的方法與技術、擬定及執行衛生教育計畫的能力、具備衛生教育研究與評價的知能，以及其他相關細項執行方法（李叔佩、黃松元，1980）。

隨著健康意識抬頭，健康促進專業人員也持續蓬勃發展，在 1990 年代，多位專家學者也針對其提出相關標準，以利專業發展。姜逸群、魏米秀便於 1993 年指出，身為省市衛生教育指導員一職，應具備評估衛生教育需求、計畫衛生教育活動、執行衛生教育活動、評價、聯繫與合作、擔任資源人物等相關執業能力，以執行相關健康促進計畫（姜逸群、魏米秀，1993）。

1996 年，黃松元根據健康教育專業人員之七大任務及所應具備之能力進行詳細說明，八大任務分別為：評估個人與社區對健康教育的需求、擬定有效的健康教育計畫、執行健康教育計畫、評價健康教育計畫的有效性、統籌提供健康教育服務、擔任健康教育資源人物、溝通健康和健康教育的需求、關切的課題與資源，及二十七項核心能力，奠定臺灣健康促進專業人員之架構基石（黃松元、胡益進、余坤煌，1996）。

隨著國際健康趨勢、社會環境與生活型態的轉變以及各類健康議題

挑戰，到了 2000 年代，健康促進的重要性與日俱增，有了更多針對臺灣各地健康促進專業人員之研究調查與職責建立（邱詩揚，1999），像是 2002 年余坤煌針對臺北地區進行專業認證意見調查（余坤煌，2002），2010 年李淑宜也針對高雄地區進行專業人員之能力相關調查研究（李淑宜，2010）。

2012 年，陳素芬針對臺灣健康促進專業人員之核心能力與認證制度的研究中，透過德懷術探討其所需之七大任務，及其相對應之二十九項核心能力與九十一項次能力，七大任務包括：任務一評估個人與社區對健康教育的需求、任務二擬定健康教育計畫、任務三執行健康教育計畫、任務四進行健康教育計畫的評價和研究、任務五管理健康教育計畫、任務六擔任健康教育資源人物、任務七溝通和倡導健康與健康教育，以完善本國發展制度之架構（陳素芬，2012）。

綜上所述得知，雖然「核心能力」概念最初源自企業管理領域，然如今已廣泛運用至醫學教育、成人教育、環境教育及健康促進等各大不同專業領域，成為衡量專業人員之能力水準與職能表現的重要指標。在健康促進領域中，核心能力不僅意味著健康專業人員於計畫規劃、執行與評估中所需具備之知識、技能與觀念，更隨著健康促進的趨勢與社會需求的變遷持續地演進，透過國際組織所制定之核心能力架構，以及臺灣本土學者所進行的制度建構與研究調查，如今健康促進專業人員之核

心能力架構已日趨適切且符合專業標準之概念。此一發展不僅代表著核心能力的建構與落實，更著重於提升健康促進專業人員之角色認同與實務推動能力，更為日後研究與實務應用奠定基礎。



第二節 健康促進專業人員現況

一、 健康促進專業人員的概念與功能

健康促進專業人員執業涵蓋範圍廣闊，根據各地域、各性質的不同，可稱為社區健康領導、社區健康大使，亦或是健康工作者，但無論他們的職稱為何，宗旨皆是搭起醫療服務、健康保健與一般民眾之間的橋樑(Smith et al., 2019)。

健康照護體系中，除了專業醫療人員外，如今也增加了健康促進專業人員，專業醫療人員如醫師及護理師等，主要業務內容為疾病診斷、治療與臨床照護等，強調醫學判斷，而健康促進專業人員主要業務範圍為健康教育、行為改變等，強調預防層面以及健康素養提升(American College of Education, 2021)。

專業醫療人員提供專業醫療資訊，然而有時民眾更需要獲得的是情感面友善的健康鼓勵，因此健康促進專業人員透過其和藹的親和力與專業，以可理解的方式成為傳遞健康資訊的重要媒介，促進全體之健康意識(James et al., 2023)。

儘管名稱各不相同，根據職業展望手冊定義(Occupational Outlook Handbook)，健康促進專業人員具備幾項能力：評估健康需求、規劃計畫與材料、教導民眾如何進行健康管理、幫助民眾尋求協助、為增進健

康資源與服務進行倡議、關注個人與社區的健康風險、收集數據、提供訓練與結果報告等，且健康促進人員也需要透過一定的訓練，以具備根據民眾不同需求進行相對應健康促進的能力(Suther et al., 2016)。

隨著健康促進意識的提升，健康促進專業人才日益受到重視，各國也培育各自健康專業促進人才。成立於 1950 年的美國公共衛生教育學會(Society for Public Health Education, SOPHE)便是以推動公共衛生教育與健康促進為宗旨，培訓超過兩千一百位的健康促進專業人才（李景美，2002）。莫爾豪斯學院(Morehouse School of Medicine, MSM)在過去二十幾年內，透過多元培訓模式持續的培育了一千五百多位健康促進專業人員，在各場域推行健康促進、提升健康素養外，也致力於減少「飛行常客」(Frequent Fliers)，也就是經常使用急診醫療患者，以提高醫療效率(National Academies of Sciences et al., 2023)。

為了證明健康促進專業人才對於提升健康的可用性，各國也進行多項研究以進行考察，在中國，透過培育當地女性健康促進人員，除了大幅了提升飲食習慣上的健康選擇，亦使其開始反思健康的重要性，並學習為自身健康狀況負起責任(Wong et al., 2017)。伊朗的一項研究也融入當地文化的方式培育健康促進專業人才，並透過對照組與介入組的比較，可以看到進行介入組別在健康素養方面達顯著提升(Sotoudeh et al., 2022)。除了阿拉伯聯合大公國將健康列為國家推動優先計畫外，阿布達

比的衛生部更是推行了一系列健康促進專業人才之全面培訓計畫，並在營養、菸品、壓力、運動和心理健康等進行介入，以提升民眾全方面健康生活水準(Elbarazi et al., 2024)。

二、臺灣健康促進專業人員現況

透過各界之推動與各研究之實證結果，健康促進專業人才之功能與重要性不可言喻。臺灣的健康促進專業人員原為衛生教育人才，並早於民國二十年便開始進行培育，透過需求與角色功能的轉變，成為如今為了健康促進社區而誕生的健康促進專業者（邱詩揚，1999）。健康促進專業人員活躍於各界，如校園社區、醫事單位、企業機構、政府部門等，進行各項健康相關計畫推動上的設計、執行、評價與改善（黃松元、胡益進、余坤煌，1996）。執業涵蓋範圍廣闊的健康促進專業人員以多重的樣貌活躍於我們周遭，如病人衛生教育師、健康教育老師、健康訓練人員、社區品質工作者、健康專案管理經理等（陳偉，1996）。

無論他們的身份為何，臺灣的健康促進專業人員皆具備以下之專業技能：評估個人和社區對健康的需求、設計有效的健康促進規劃、健康促進規劃的組織與實施、評估健康促進規劃的效果、組織與協調能力、開拓健康促進資源、健康傳播能力，以專業的角度與能力從事健康促進（黃敬亨，2007）。

然而根據實務上的研究可以發現，臺灣健康促進專業人才主要從業之學校與醫療院所，在校園的健康教育老師並未具備相對應健康促進專業知識與技能，從事健康促進項目承辦人員多數竟未受過相關專業訓練，進行衛教宣導之護理師沒有信心能改善病患之健康生活型態等，因此勢必需要透過更加系統化與專業度的培訓，加強健康促進從業人員之基本知能，以擴大健康促進專業人才之影響力（邱詩揚，1999）。

在學術方面，1939年臺北帝國大學成立熱帶醫學研究所（公共衛生研究所之前身），1959年臺灣師範大學成立衛生教育學系，爾後臺灣大學、中國醫藥學院、國防醫學院等皆相繼成立公共衛生相關科系，培育了公衛、環境及職業衛生、醫管、流病政策行為教育等各方面健康促進專業人才（陳為堅等，2018）。

在坊間，各學會、協會等民間組織也積極辦理健康促進專業人員之培訓班，例如：臺灣健康促進暨衛生教育學會、臺灣健康管理學會、國際健康家庭守護學會等，都提供豐富的課程給對健康促進感興趣之民眾，以及希望在職進修以提升相關知能的職員們（國際健康家庭守護學會，2023）。期許透過多元管道發展臺灣健康促進專業人才之專業培訓。

由上述文獻可知，健康促進專業人員無論在世界各地的健康體系中

皆扮演著關鍵的促進角色，其不僅是醫療服務與社區民眾間的重要橋樑，同時更肩負著推動健康教育、提升健康素養以及疾病預防之重責大任。隨著健康促進觀念的普及與實證成效，各國透過系統性訓練與當地文化結合，培養出具關鍵影響力之健康促進專業人才，臺灣同樣也積極建立健康促進之專業發展。然即便實務層面積極培訓健康促進專業人員，近年來於學術上的研究卻相當有限，尤其是以其專業核心能力之相關研究，研究密度與深度目前尚未能反映健康促進專業人員於健康促進體系中日益提升的重要性。



第三節 核心能力相關影響因素之實證研究

一、背景變項

(一) 社會人口學變項

1. 性別

Bakken 等人曾針對威斯康辛大學麥迪遜分校之學生，進行核心能力之自我評估於性別上之差異影響，研究中發現，女性針對專業能力進行自評時，遠遠低於男性，而且當周遭環境越傳統時，該項差異也越大(Bakken et al., 2003)。Gumus 等人同樣針對性別在專業能力的持續發展上進行研究，研究中發現女性相較於男性，更容易因為家庭責任與晉升制度，減少職場上的進修學習機會，而因為總總因素導致女性在專業能力上，與男生有所落差(Gumus et al., 2009)。奧地利健康促進基金會(Fonds Gesundes Österreich, FGÖ)同樣也建議在職場健康促進的核心能力培訓中，應將性別納入評判標準，以確保其有效性(Burkert et al., 2013)。

2. 年齡

Jing Xu 等人指出年齡較長並不代表其學習能力下降，反而

具有更強烈的利他行為，願意於工作中投入更多精力，在針對 3940 名健康促進專業人員進行核心能力運用進行研究，研究中發現不同的年齡與經驗，將導致受試者各自所擅長能力也有所差異，而年齡較為年輕之健康促進專業人員確實相較年長者，更穩定地將核心能力運用於日常公務中，然卻也發現其將核心能力運用於品質改進，相較於年長者之循證實踐則更為不足(Xu et al., 2021)。

3. 職業場域

Fattahi 指出不同的職業場域特性，對於健康促進專業人員所需之核心能力並不相同(Fattahi et al., 2020)，像是在公部門與私部門中，不同的職場規模、組織文化與先前經驗皆是影響其核心能力在執行上差異的關鍵因素(Crane et al., 2019)。根據 Ankan Liu 的研究可知，職業場域中的組織支持以及資源提供，不僅將影響員工之工作投入，更高度影響員工之核心能力水準，以及專業能力之提升(Liu et al., 2024)。

綜上所述，發現性別、年齡、職業場域與其核心能力有關，皆在本研究中有納入探討。

(二) 證照資格相關變項

1. 取得相關證照與否

Belanich 於 2019 年針對是否取得專業認證與專業度間相關性進行研究，透過數據成果可看出是否取得證照對專業度有著高度的影響力(Belanich et al., 2019)。且專業的認證對於相關人員在從業上也具有專業能力上之差異 (Ramamonjiarivelo et al., 2020)。

2. 取得證照時間

林大森於 2007 年對臺灣專業證照制度進行了探究，在現今的社會，專業證照儼然成為個人之專業能力之指標，尤其具備效期內的證照代表專業程度之水準，因此證照有效期對於專業人員之專業度的提升具有重要影響 (林大森，2007)。

3. 定期更新展延證照與否

同樣針對臺灣專業人員證照制度進行分析，可發現除了效期外，證照的更新更代表了專業能力的提升，在瞬息萬變的世代，證照更新是提升專業素養的重要手段 (劉佩怡、郭耀昌，2011)。

4. 參與健康促進相關繼續教育與否

中華專案管理學會針對各學會在專業人員證照培訓上，特別提到了繼續教育的重要度，旨在確保專業人員持續吸收最新專業技能，以適應環境中多變的需求（中華專案管理學會, 2024），且透過建立系統性的相關機制，更能促進其專業發展（王秀香等，2006）。

各界之專業人員之所以稱為專業人員，乃因透過系統性的訓練持續地提升其專業業務水準及表現，其中不可少的便是在效期內，達到其所制定之規範（斯偉義、饒見維，2010）。社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會於2018年第十七屆第三次理監事聯席會議修正通過之台灣健康促進暨衛生教育學會健康促進專業人員認證辦法中，清楚條列健康促進專業人才證照之五年效期與七十五小時之繼續教育訓練辦法（社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會，2018），期許藉此不僅提升人員之專業技能，更增加對自我身份的認同感，以利健康促進專業人員之發展。

專業人員在效能專業性層面便是透過證照更新與繼續教育作為保證，透過進修確保人員不但具備最新知能，並提升自我認同感，以提升全方面專業技能（羅佳，2011）。

綜合上述文獻可知，健康促進專業人員的核心能力受多項背景變項影響，無論是性別、年齡與職業場域的社會人口學變項。如性別導致專業發展以及自我效能之差異、年齡則將影響經驗的實務層面、而職業場

域所營造之組織文化、組織支持及資源提供，同時進一步影響其核心能力之展現與發展。在證照資格相關變項層面，如是否取得證照、取證時間、更新與否以及參與繼續教育的狀態，都與核心能力的維持以及提升緊密連結。由此可知，研究對象之個人背景變項為健康促進專業人員核心能力發展的重要依據，故本研究將納入上述變項進行探討，藉此進行全方面深入研究，期許為未來實務提供具體建議與參考方向。





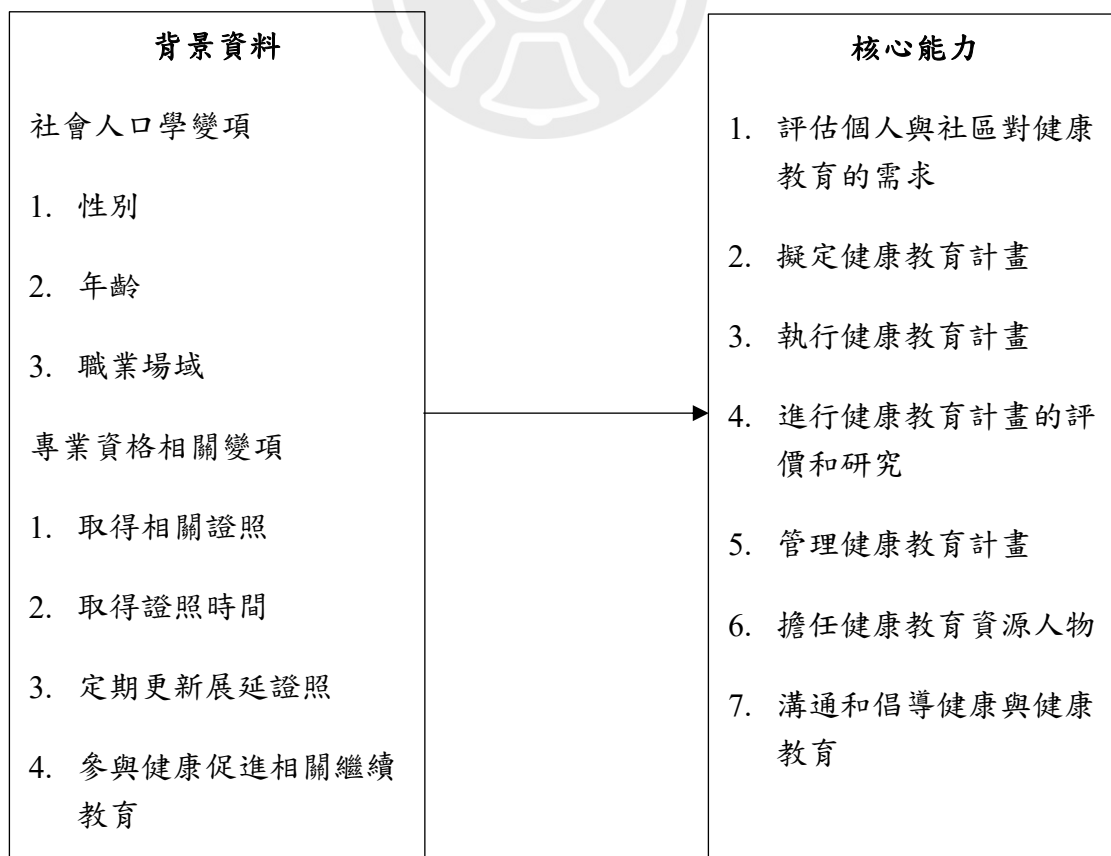
第三章 研究方法

本章將說明本研究進行之方式，其包含以下五個部分並加以敘述，第一節為研究架構、第二節為研究對象、第三節為研究工具、第四節為研究步驟、第五節為資料統計與分析，茲分述如下：

第一節 研究架構

本研究旨在針對健康促進專業人員之核心能力現況進行研究，探討研究對象之背景變項對其核心能力的影響。依據研究目的、問題與假設，以及參考相關文獻之後擬定研究架構如圖 3-1-1：

圖 3-1-1 研究架構圖



第二節 研究對象

本研究以「社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會」之會員為研究對象，該學會會員遍佈健康促進各大產業，其下設所認證之健康促進專業人員可分為健康促進管理士、健康促進管理師、健康促進教育師與長期照顧健康管理師等四類：(一) 健康促進管理士：協助社區、學校、職場與照護機構健康促進之企劃、推動及評價者，(二) 健康促進管理師：擔任社區、學校、職場與照護機構健康促進之企劃、推動及評價者，(三) 健康促進教育師：擔任社區、學校、職場與照護機構健康促進之教育訓練、評價及研究者，(四) 長期照顧健康管理師：擔任社區或照護機構健康促進之企劃、推動及評價者（社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會, n.d.）。

本研究之研究母群體為「社團法人臺灣健康促進暨衛生教育學會」會員，且即為樣本，創立學會至 2025 年 4 月 13 日截止共有 2,665 位會員，問卷於 2025 年 4 月 14 日至 2025 年 5 月 27 日進行正式施測，共回收 203 份有效問卷，透過敏感性分析，效果量(cohen's f)皆大於 0.254，故本研究已收集足夠樣本數。

第三節 研究工具

本研究之測量工具採用自填式問卷，收集國內專家學者之意見，修訂編制而成。擬定問卷初稿、專家內容信效度分析、實行問卷預試，內容如下：

一、 擬定問卷初稿

本研究參考陳素芬（2012）的「我國健康教育專業人員核心能力與認證制度之建構」之健康促進專業人員的七大任務與二十九項核心能力進行問卷設計，經由專家學者就內容加以修改、指導，完成正式施測問卷。問卷初稿內容包括：知情同意書、社會人口學變項、專業資格相關變項、健康促進專業人員核心能力量表四個部分。

二、 專家內容效度分析

問卷初稿設計完成後，邀請在健康促進、衛生教育、護理、公共衛生領域及對本研究主題深耕多年之五位專家學者，進行內容效度審查工作。針對每一題之適切性進行評量，採三點計分法：1分表示「不適合」、2分表示「修正後適合」、3分表示「適合」。

依據專家給分計算內容效度指標(Content Validity Index,

CVI)，本研究之 CVI 採專家給分 3 分者為計算之標準。將所有得分 3 分之活動數相加後，除以總題數（36 題），得 CVI 值 0.91，達 CVI 值需大於等於 0.90 之標準。

三、問卷預試

為了瞭解研究對象填答問卷之結果、所需施測時間、應注意事項及改進事項，採立意取樣進行預試，收到 39 份有效問卷，並於預試結束後，進行資料譯碼、鍵入和分析，並將預試之結果進行信度分析。

經 SPSS23 所統計，預試問卷分析所得之「健康促進專業人員核心力量表」之 Cronbach's α 係數為 0.984，分七大項構面，「評估個人與社區對健康教育的需求」之 Cronbach's α 係數為 0.951，「擬訂健康教育計畫」之 Cronbach's α 係數為 0.948，「執行健康教育計畫」之 Cronbach's α 係數為 0.926，「進行健康教育計畫的評價和研究」之 Cronbach's α 係數為 0.964，「管理健康教育計畫」之 Cronbach's α 係數為 0.854，「擔任健康教育資源人物」之 Cronbach's α 係數為 0.905，「溝通和倡導健康與健康教育」之 Cronbach's α 係數為 0.891，顯示此量表

具內在一致性與可靠性。

四、正式問卷

正式問卷中，包含知情同意書，社會人口學變項、專業資格相關變項、健康促進專業人員核心能力量表四個部分。

背景變項部分共七題，社會人口學變項包括性別（男／女）、出生（年／月／日）、職業場域（學校／社區／醫療機構／企業機構），專業資格相關變項包括取得相關證（是／否）、取得證照時間（年／月／日）、定期更新展延證照（是／否）、參與健康促進相關繼續教育（是／否）。

健康促進專業人員核心能力量表分為七大類，分別為評估個人與社區對健康教育的需求、擬定健康教育計畫、執行健康教育計畫、進行健康教育計畫的評價和研究、管理健康教育計畫、擔任健康教育資源人物、溝通和倡導健康與健康教育，共二十九題。針對每一題採六點計分法：1分表示「非常沒把握」、2分表示「沒把握」、3分表示「稍微沒把握」、4分表示「稍微有把握」、5分表示「有把握」、6分表示「非常有把握」。

第四節 研究步驟

本研究之步驟分為五項，具體實施如下：

一、確立研究目的與研究問題

確立研究主題後，蒐集國內外相關研究及文獻，擬定研究目的與研究問題。

二、文獻蒐集與分析

瀏覽相關論文與研究，將文獻進行系統歸納整理，同時蒐集設計問卷及研究設計的相關文獻，以建立本研究的架構之參考。

三、研究工具設計

參閱相關文獻並根據研究對象的特性擬定適合之問卷，並依據專家學者的建議進行修正。問卷內容分為四個部分，分別為知情同意書、社會人口學變項、專業資格相關變項、健康促進專業人員核心能力量表。

四、問卷預試

在正式施測問卷之前，進行問卷預試，以檢測內容之適當性、填答時間以及題目數量，確保問卷的可行性與有效性。經過預試收集問卷之分析與反饋，完成正式問卷。

五、問卷施測

本研究以網路問卷之方式進行，透過線上方式發放問卷並進行填寫，且研究對象皆於填表前簽署知情同意書，以符合研究倫理。正式施測時間為 2025 年 4 月 14 日至 2025 年 5 月 27 日。

六、資料整理與分析

問卷施測回收後，進行資料建檔與整理，剔除無效問卷後，針對有效問卷進行分析。



第五節 資料統計與分析

線上問卷回收後將進行編碼、譯碼、輸入電腦，並使用 SPSS 23.0 版統計軟體進行資料處理與分析，本研究進行統計分析方法如下：

一、 描述性統計

本研究以次數及百分比描述所收集之樣本分布情形，並透過各變項之平均數、標準差、變異數，以說明各量表分數的集中及散布趨勢。類別變項（性別、職業場域、取得相關證照、定期更新展延證照、參與健康促進相關繼續教育）之資料以次數分配、百分比描述；等距變項（年齡、取得證照時間、健康促進專業人員核心力量表）則以平均數、標準差方式進行描述。

二、 推論性統計

（一） 單因子變異數分析

探討研究對象之社會人口學變項（職業場域）與其核心能力之是否具有顯著差異。

（二） 獨立樣本 T 檢定

探討研究對象之社會人口學變項（性別）與專業資格相關變項（取得相關證照、定期更新展延證照、參與健

康促進相關繼續教育)，與其核心能力之是否具有顯著差異。

(三) 皮爾森積差相關

探討研究對象之社會人口學變項（年齡）與專業資格相關變項（取得證照時間），與核心能力之相關。

(四) 簡單線性迴歸分析

探討可能影響研究對象核心能力表現之預測因子。核心能力得分作為依變項，並以背景變項自變項，進行兩組簡單線性迴歸模型建構，了解各預測變項對核心能力表現之單獨影響。



第四章 研究結果

本章根據研究之研究目的、研究問題，將所蒐集問卷整理、分析，並將研究結果分為以下五節進行說明與探討，分別為第一節健康促進專業人員背景變項分析；第二節健康促進專業人員核心能力分析；第三節健康促進專業人員背景變項與核心能力之關係；第四節健康促進專業人員背景變項與核心能力之預測；第五節討論，各節內容分述如下。

第一節 健康促進專業人員背景變項分析

本研究施測對象為社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會之會員，回收問卷之有效樣本數為 203 人。研究中所涵蓋背景變項之資料，包括社會人口學變項的性別、年齡、職業場域，以及專業資格相關變項的取得相關證照、取得證照時間、定期更新展延證照、參與健康促進相關繼續教育，依序說明如下：

一、性別

男性有 29 人（14.3%），女性有 174 人（85.7%），女性多於男性，分析結果如表 4-1-1。

二、年齡

203 位研究對象之年齡介於 21 歲至 77 歲間，平均年齡為 44.34 歲，

標準差為 13.05，顯示年齡分布較為廣泛，且集中於中壯年族群，偏態係數為-0.059，峰態係數為-0.894，為常態分布，分析結果如表 4-1-1。

三、職業場域

職業場域因社區、長照機構、政府機關、企業機構人數較少，因此將社區與長照機構結合，政府機關與企業機構合併，所得結果為學校者有 61 人（30%）、社區者有 18 人（8.9%）、醫療機構者有 66 人（32.5%）、企業機構者有 55 人（27.1%），另外有 3 人（1.5%）為其他職業（如：待業），其中以醫療機構為主要職業場域，學校次之，分析結果如表 4-1-1。

四、取得相關證照

共有 116 人（57.1%）具備健康促進專業人員證照，並有 87 人（42.9%）不具備健康促進專業人員證照，分析結果如表 4-1-1。

五、取得證照時間

116 人具備證照會員中，90 人提供取得證照時間資料，取證時間介於 1 年至 26 年，平均為 6.58 年，標準差為 5.34，故研究對象於取得證照的時間有明顯差異，偏態係數為 0.977，呈正偏態，顯示大多數會員取得證照時間偏短，僅少數會員取得證照時間較長，結果如表 4-1-1。

六、定期更新展延證照

定期更新展延證照有 54 人 (46.6%)，另外有 149 人 (53.4%) 則表示並無定期更新展延證照之行為，分析結果如表 4-1-1。

七、參與健康促進相關繼續教育

有參與健康促進相關繼續教育為 117 人 (57.6%)，另外有 86 人 (42.4%) 則表示並無參與健康促進相關繼續教育之行為。無論是否具備健康促進相關證照，研究對象皆積極參與於健康促進相關繼續教育課程，分析結果如表 4-1-1。



表 4-1-1 背景變項分布情形

(n=203)

變項名稱	類別	人數	%
類別變項			
性別	男性	29	14.3
	女性	174	85.7
職業場域	學校	61	30
	社區	18	8.9
	醫療機構	66	32.5
	企業機構	55	27.1
	其他	3	1.5
	取得相關證照與否	是	116
	否	87	42.9
定期更新展延證照與否	是	54	46.6
	否	149	53.4
參與健康促進相關繼續教育與否	是	117	57.6
	否	86	42.4
連續變項			
年齡	平均	44.34	標準差 13.05
取得證照時間	平均	6.58	標準差 0.98

第二節 健康促進專業人員核心能力分析

本量表採李克特六點量表(Likert Scale)，由研究對象針對題目敘述來勾選答案並予以計分，計分選項為「非常有把握」、「有把握」、「稍微有把握」、「稍微沒把握」、「沒把握」、「非常沒把握」，分別以6、5、4、3、2、1分別計分，平均得分範圍為1-6分，得分越高表示研究對象對於該項健康促進專業人員之核心能力的信心程度與掌握能力愈高，意謂著執行相對應任務能力愈高，反之亦然。七大項之各構面，透過描述性統計分析，由擔任健康教育資源人物構面平均得分4.68分為最高，以進行健康教育計畫的評價和研究平均得分4.22分為最低，詳細分析結果如表4-2-1。

一、評估個人與社區對健康教育的需求

「評估個人與社區對健康教育的需求」部分共有5題，得分愈高即有較高的評估能力。由表4-2-1的量表分佈情形可知，研究對象之評估個人與社區對健康教育的需求總分的平均數為4.64分，標準差為0.88。由表4-2-2的量表分佈情形可知，其中得分最高為「我能辨別個人和群體內，潛在促進或危害健康的行為。」平均分為4.76分，其次則為「在推動健康教育時，我能確認哪些因素會促進或妨礙其實施。」平均分為4.67分。最低分為「我能夠使用現有的健康相關資料來分析個人或群體的健康狀況。」平均分為4.56分。

二、擬訂健康教育計畫

「擬訂健康教育計畫」部分共有 6 題，得分愈高即有較高的擬定能力。由表 4-2-1 的量表分佈情形可知，研究對象之擬訂健康教育計畫總分的平均數為 4.45 分，標準差為 1.07。由表 4-2-2 的量表分佈情形可知，其中得分最高為「在擬訂計畫時，我能清楚確定健康促進的實施範圍與順序。」平均分為 4.45 分，其次則為「我能擬訂適當且可測量的健康促進計畫目標。」平均分為 4.43 分。最低分為「在擬訂健康教育計畫時，我能適時邀請民眾和社區代表參與討論。」平均分為 4.14 分。

三、執行健康教育計畫

「執行健康教育計畫」部分共有 3 題，得分愈高即有較高的執行能力。由表 4-2-1 的量表分佈情形可知，研究對象之執行健康教育計畫總分的平均數為 4.41 分，標準差為 1.08。由表 4-2-2 的量表分佈情形可知，其中得分最高為「在執行健康促進計畫時，我能夠使用多樣的策略或介入技巧來提升成效。」平均分為 4.45 分，「我能推動健康促進行動計畫，使其順利進行。」及「3. 我能靈活運用不同的策略或介入方案來執行計畫。」同分，平均分為 4.38 分。

四、進行健康教育計畫的評價和研究

「進行健康教育計畫的評價和研究」部分共有 5 題，得分愈高即有

較高的進行能力。由表 4-2-1 的量表分佈情形可知，研究對象之進行健康教育計畫的評價和研究總分的平均數為 4.22 分，標準差為 1.08。由表 4-2-2 的量表分佈情形可知，其中得分最高為「我能解釋評價與研究結果，並將其應用於後續健康促進計畫的調整。」平均分為 4.31 分，其次則為「我能選擇適當的評估工具，以評價健康促進計畫的成效。」平均分為 4.24 分。最低分為「我能有效執行健康促進計畫的評價與研究。」平均分為 4.17 分。

五、管理健康教育計畫

「管理健康教育計畫」部分共有 2 題，得分愈高即有較高的管理能力。由表 4-2-1 的量表分佈情形可知，研究對象之管理健康教育計畫總分的平均數為 4.32 分，標準差為 1.10。由表 4-2-2 的量表分佈情形可知，其中得分最高為「我能運用組織與領導能力，使健康教育計畫順利進行。」平均分為 4.39 分，最低分為「我能有效管理健康教育計畫中的人力與資源。」平均分為 4.24 分。

六、擔任健康教育資源人物

「擔任健康教育資源人物」部分共有 4 題，得分愈高即有較高的承擔能力。由表 4-2-1 的量表分佈情形可知，研究對象之擔任健康教育資源人物總分的平均數為 4.68 分，標準差為 0.95。由表 4-2-2 的量表分佈

情形可知，其中得分最高為「我能選擇適當的健康資源，並分享給有需要的人。」平均分為 4.79 分，其次則為「我能建立良好的諮詢關係，以提供適當的健康教育建議。」平均分為 4.76 分。最低分為「我能適當回應個人或群體對健康資訊的需求。」平均分為 4.58 分。

七、溝通和倡導健康與健康教育

「溝通和倡導健康與健康教育」部分共有 4 題，得分愈高即有較高的溝通與倡導能力。由表 4-2-1 的量表分佈情形可知，研究對象之溝通和倡導健康與健康教育總分的平均數為 4.35 分，標準差為 1.04。由表 4-2-2 的量表分佈情形可知，其中得分最高為「我能運用多種溝通方法與技巧，讓健康教育內容更容易被理解與接受。」平均分為 4.66 分，其次則為「我能以個別或集體行動，促進健康教育的專業發展。」平均分為 4.56 分。最低分為「我能影響衛生政策，以促進健康與健康教育的發展。」平均分為 3.73 分。

表 4-2-1 健康促進專業人員核心能力之各項得分

(n=203)

構面名稱	題數	平均數	標準差	最小值	最大值	排序
總平均	29	30.96	6.53			
任務一評估個人與社區對健康教育的需求	5	4.64	0.88	1.0	6.0	2
任務二擬訂健康教育計畫	6	4.45	1.07	1.0	6.0	3
任務三執行健康教育計畫	3	4.41	1.08	1.0	6.0	4
任務四進行健康教育計畫的評價和研究	5	4.22	1.08	1.0	6.0	7
任務五管理健康教育計畫	2	4.32	1.10	1.0	6.0	6
任務六擔任健康教育資源人物	4	4.68	0.95	1.0	6.0	1
任務七溝通和倡導健康與健康教育	4	4.35	1.04	1.0	6.0	5

表 4-2-2 健康促進專業人員核心能力之答題分佈情形

(n=203)

題目名稱	非 常 沒 把 握	沒 把 握	稍 微 沒 把 握	稍 微 有 把 握	有 把 握	非 常 有 把 握	平均 值	標準 差	排 序
評估個人與社區對健康教育的需求									
1. 我能夠使用現有的健康相關資料來分析個人或群體的健康狀況。	3	5	23	51	87	34	4.56	1.07	5
2. 我能夠搜集個人或群體的健康相關資料，以評估其健康需求。	4	7	20	48	84	40	4.58	1.13	4
3. 我能辨別個人和群體內，潛在促進或危害健康的行為。	1	4	10	47	107	34	4.76	0.89	1
4. 在推動健康教育時，我能確認哪些因素會促進或妨礙其實施。	2	7	12	43	109	30	4.67	0.98	2
5. 我能依據所蒐集的資料，推估個人與群體之健康促進需求。	2	5	12	50	109	25	4.65	0.93	3
擬訂健康教育計畫									
1. 在擬訂健康教育計畫時，我能適時邀請民眾和社區代表參與討論。	8	19	24	58	73	21	4.14	1.27	6
2. 我能將資料分析與社區組織原則結合，制訂適合的健康促進計畫。	10	16	21	56	75	25	4.21	1.30	5
3. 我能擬訂適當且可測量的健康促進計畫目標。	7	9	17	54	89	27	4.43	1.17	2
4. 在擬訂計畫時，我能清楚確定健康促進的實施範圍與順序。	4	12	19	51	87	30	4.45	1.15	1

表 4-2-2 健康促進專業人員核心能力七大任務之答題分佈情形 (續)

5. 我能評估潛在影響健康教育計畫實施的各種因素。	5	9	18	56	98	17	4.40	1.07	4
6. 我能選擇適當的策略以達成健康教育計畫的目標。	4	10	21	56	88	24	4.41	1.11	3
執行健康教育計畫									
1. 我能推動健康促進行動計畫，使其順利進行。	5	12	19	59	80	28	4.38	1.16	2
2. 在執行健康促進計畫時，我能夠使用多樣的策略或介入技巧來提升成效。	4	12	19	48	93	27	4.45	1.14	1
3. 我能靈活運用不同的策略或介入方案來執行計畫。	4	12	19	60	83	25	4.38	1.13	2
進行健康教育計畫的評價和研究									
1. 我能選擇適當的評估工具，以評價健康促進計畫的成效。	6	12	26	63	76	20	4.24	1.16	2
2. 我能掌握評價與研究的程序，確保其準確性與科學性。	5	13	30	70	62	23	4.18	1.17	4
3. 我能設計適當的資料蒐集工具，進行健康促進計畫的評價與研究。	5	15	31	58	72	22	4.20	1.19	3
4. 我能有效執行健康促進計畫的評價與研究。	4	12	32	77	54	24	4.17	1.14	5
5. 我能解釋評價與研究結果，並將其應用於後續健康促進計畫的調整。	4	13	21	69	71	25	4.31	1.14	1

表 4-2-2 健康促進專業人員核心能力七大任務之答題分佈情形 (續)

管理健康教育計畫										
1. 我能運用組織與領導能力，使健康教育計畫順利進行。	4	10	23	58	81	27	4.39	1.13	1	
2. 我能有效管理健康教育計畫中的人力與資源。	4	15	27	63	71	23	4.24	1.17	2	
擔任健康教育資源人物										
1. 我能運用合適的檢索系統，獲取正確的健康資訊。	4	7	18	48	87	39	4.60	1.12	3	
2. 我能適當回應個人或群體對健康資訊的需求。	2	8	15	54	93	31	4.58	1.03	4	
3. 我能選擇適當的健康資源，並分享給有需要的人。	2	6	9	42	101	43	4.79	0.99	1	
4. 我能建立良好的諮詢關係，以提供適當的健康教育建議。	4	5	14	44	82	54	4.76	1.12	2	
溝通和倡導健康與健康教育										
1. 我能分析並回應健康促進需求，且據此調整計畫。	3	13	17	57	78	35	4.47	1.15	3	
2. 我能運用多種溝通方法與技巧，讓健康教育內容更容易被理解與接受。	3	10	13	43	93	41	4.66	1.11	1	
3. 我能以個別或集體行動，促進健康教育的專業發展。	4	9	17	47	91	35	4.56	1.13	2	
4. 我能影響衛生政策，以促進健康與健康教育的發展。	15	26	44	48	54	16	3.73	1.38	4	

第三節 健康促進專業人員背景變項與核心能力之關係

本節將針對背景變項之性別、職業場域、取得相關證照、定期更新展延證照以及參與健康促進相關繼續教育內容，以單因子變異數分析及獨立樣本 T 檢定進行分析，探討研究對象之核心能力是否會因為不同變項而產生顯著差異。背景變項之職業場域中的其他設為缺失資料，排除於後續推論性統計中。

一、背景變項與「評估個人與社區對健康教育的需求」之關係

健康促進專業人員背景變項與「評估個人與社區對健康教育的需求」之關係分析，結果如表 4-3-1。在社會人口學變項中，性別 ($t = 0.15, p = .881$) 與職業場域 ($F = 0.90, p = .481$) 對本項核心能力得分無顯著差異，顯示不同性別及職業場域對於健康促進專業人員之「評估個人與社區對健康教育的需求」之核心能力表現無顯著差異。

在專業資格相關變項方面，具備證照者在本項核心能力得分上顯著高於未具證照者 ($t = 2.10, p = .037$)，平均得分分別為 23.78 分 ($SD = 3.98$) 與 22.45 分 ($SD = 4.78$)；定期更新證照者亦顯著高於未更新者 ($t = 1.99, p = .048$)，其得分平均分別為 24.22 分 ($SD = 3.82$) 與 22.85 分 ($SD = 4.51$)。此外，參與健康促進相關繼續教育者在本項能力表現亦顯著優於未參與者 ($t = 4.88, p < .001$)，平均得分為 24.50 分

(SD = 3.41) 與 21.48 分 (SD = 4.93)，為所有變項中最為顯著之項目。上述結果顯示，具備專業資格、定期更新證照，以及參與相關繼續教育之健康促進專業人員，在評估個人與社區健康教育需求的能力上表現較佳，由此可知持續發展專業對於提升該任務之核心能力具有正向影響。

表 4-3-1 背景變項與「評估個人與社區對健康教育的需求」之差異檢定表

變項名稱	變項分類	人數	平均值	標準差	F 值/t 值	p 值
性別	1. 男	29	23.10	5.28	0.15	.881
	2. 女	174	23.24	4.22		
職業場域	1. 學校	61	23.11	5.18	1.49	.207
	2. 社區	18	24.33	3.22		
	3. 醫療機構	66	23.65	4.21		
	4. 企業機構	55	22.69	3.84		
取得相關證照	1. 是	116	23.78	3.98	2.10	.037*
	2. 否	87	22.45	4.78		
定期更新展延證照	1. 是	54	24.22	3.82	1.99	.048*
	2. 否	149	22.85	4.51		
參與健康促進繼續教育	1. 是	117	24.50	3.41	4.88	<.001***
	2. 否	86	21.48	4.93		

註：*p<0.05；** p<0.01；***p<0.001

二、背景變項與「擬訂健康教育計畫」之關係

健康促進專業人員背景變項與「擬訂健康教育計畫」之關係分析，結

果如表 4-3-2。在社會人口學變項方面，性別 ($t=1.38$ ， $p=.170$) 於該任務得分之差異未達統計顯著水準，顯示男性與女性在擬訂健康教育計畫能力上表現相當；職業場域 ($F=0.73$ ， $p=.576$) 未達顯著水準 ($p>.05$)，顯示不同職業場域之健康促進專業人員於該項任務能力無明顯差異。

專業資格相關變項方面，具備證照者 26.68 分 ($SD=5.83$) 在該能力項目平均得分雖高於未具證照者 25.18 分 ($SD=7.03$)，然未達統計上顯著差異 ($t=1.61$ ， $p=.109$)，因此具備專業證照與否在健康教育計畫擬訂能力無統計上顯著差異；定期更新展延證照者之得分顯著優於未更新者 ($t=2.53$ ， $p=.013$)，其得分分別為 27.72 分 ($SD=5.30$) 與 25.43 分 ($SD=6.67$)；而參與健康促進相關繼續教育者亦顯著高於未參與者 ($t=3.64$ ， $p<.001$)，其得分為 27.46 分 ($SD=5.29$) 與 24.49 分 ($SD=3.41$)，為所有變項中差異最顯著者。

綜上可知，定期更新展延證照以及參與健康促進相關繼續教育之健康促進專業人員，在「擬訂健康教育計畫」任務之核心能力上具有顯著優勢；而性別、職業場域、取得相關證照則非此能力表現之主要影響因子。

表 4-3-2 背景變項與「擬訂健康教育計畫」之差異檢定表

變項名稱	變項分類	人數	平均值	標準差	F 值/t 值	p 值
性別	1. 男	29	27.55	6.66	1.38	.170
	2. 女	174	25.79	6.34		
職業場域	1. 學校	61	26.02	6.98	0.73	.576
	2. 社區	18	27.83	5.39		
	3. 醫療機構	66	26.27	6.59		
	4. 企業機構	55	25.38	5.91		
取得相關證照	1. 是	116	26.68	5.83	1.61	.109
	2. 否	87	25.18	7.03		
定期更新展延證照	1. 是	54	27.72	5.30	2.53	.013*
	2. 否	149	25.43	6.67		
參與健康促進	1. 是	117	27.46	5.29	3.64	<.001***
繼續教育與否	2. 否	86	24.49	3.41		

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

三、背景變項與「執行健康教育計畫」之關係

健康促進專業人員背景變項與「執行健康教育計畫」之關係分析，結果如表 4-3-3。在社會人口學變項部分，性別與本核心能力無顯著差異，男性平均得分為 13.59 分（SD = 3.11），女性為 13.16 分（SD = 3.28），t 值為 0.65，p 值為 .516，表示不同性別在執行健康教育計畫之能力上並無明顯的統計上差異。在職業場域方面，經單因子變異數分析檢定未達統計上顯著差異（ $F = 1.47$ ， $p = .214$ ），表示任職於不同場域

對健康促進專業人員的本項核心能力表現並無顯著差異。

在專業資格相關變項方面，是否具備證照與本核心能力之得分呈現顯著差異，具證照者之平均得分為 13.60 分 (SD = 3.14)，高於未具證照者之 12.71 分 (SD = 3.35)，t 值為 1.92，p 值為 .048。此外，定期更新展延證照者 (M = 14.37，SD = 2.55) 得分也顯著優於未更新者 (M = 12.81，SD = 3.89)，t 值為 3.52，p = .001，達到統計上之顯著差異。參與健康促進相關繼續教育者 (M = 14.02，SD = 2.68) 在該項能力得分上同樣明顯優於未參與者 (M = 12.14，SD = 3.75)，t 值為 4.00，p < .001，為所有變項中差異最顯著者，顯示定期更新展延證照與參與健康促進繼續教育與否核心能力養成的重要性。

健康促進專業人員若具備專業證照、定期更新展延證照，並積且極參與相關繼續教育課程，於健康促進專業人員之「執行健康教育計畫」能力表現上明顯較佳，反映專業資格制度與持續學習在實務能力提升上之關鍵因素；而性別、職業場域則對此能力則無顯著影響。

表 4-3-3 背景變項與「執行健康教育計畫」之差異檢定表

變項名稱	變項分類	人數	平均值	標準差	F 值/t 值	p 值
性別	1. 男	29	13.59	3.11	0.65	.516
	2. 女	174	13.16	3.28		
職業場域	1. 學校	61	13.15	3.49	1.47	.214
	2. 社區	18	14.22	2.62		
	3. 醫療機構	66	13.65	3.19		
	4. 企業機構	55	12.53	3.24		
取得相關證照	1. 是	116	13.60	3.14	1.92	.048*
	2. 否	87	12.71	3.35		
定期更新展延證照	1. 是	54	14.37	2.55	3.52	.001**
	2. 否	149	12.81	3.89		
參與健康促進	1. 是	117	14.02	2.68	4.00	<.001***
繼續教育	2. 否	86	12.14	3.75		

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

四、背景變項與「進行健康教育計畫的評價和研究」之關係

健康促進專業人員背景變項與「進行健康教育計畫的評價和研究」之關係分析，結果如表 4-3-4。社會人口學變項方面，性別在本核心能力上並無統計上顯著差異 ($t = 0.16$, $p = .870$)，男性平均得分為 21.24 分 ($SD = 6.35$)，女性為 21.06 分 ($SD = 5.27$)，差異細微。職業場域亦無統計上顯著差異 ($F = 0.83$, $p = .510$)，顯示任職於不同場域之健康促進專業人員在本核心能力沒有差異。

在專業資格相關變項方面，是否具備證照對能力表現無顯著影響 ($t = 0.87, p = .382$)，然而，定期更新證照者之平均得分 ($M = 22.35, SD = 4.51$) 顯著高於未更新者 ($M = 20.63, SD = 5.65$)，達統計上顯著差異 ($t = 2.02, p = .045$)。參與健康促進相關繼續教育者其平均得分 ($M = 22.44, SD = 4.51$) 顯著高於未參與者 ($M = 19.26, SD = 6.01$)，達統計上顯著差異 ($t = 4.13, p < .001$)，為本核心能力分析中差異最為顯著的變項。

經上述資料可知，健康促進專業人員若能定期更新證照並參與相關繼續教育，在進行健康教育計畫之評價與研究方面表現更佳；然而，性別、職業場域、是否具備證照則未對本核心能力具有顯著影響。

表 4-3-4 背景變項與「進行健康教育計畫的評價和研究」之差異檢定表

變項名稱	變項分類	人數	平均值	標準差	F 值/t 值	p 值
性別	1. 男	29	21.24	6.35	0.16	.870
	2. 女	174	21.06	5.27		
職業場域	1. 學校	61	21.66	6.12	0.83	.510
	2. 社區	18	20.94	5.40		
	3. 醫療機構	66	21.53	5.50		
	4. 企業機構	55	20.04	4.56		
取得相關證照	1. 是	116	21.39	4.81	0.87	.382
	2. 否	87	20.69	6.15		
定期更新展延證照	1. 是	54	22.35	4.51	2.02	.045*
	2. 否	149	20.63	5.65		
參與健康促進	1. 是	117	22.44	4.51	4.13	<.001***
繼續教育	2. 否	86	19.26	6.01		

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

五、背景變項與「管理健康教育計畫」之關係

健康促進專業人員背景變項與「管理健康教育計畫」之關係分析，結果如表 4-3-5。社會人口學變項部分，性別對該項能力無顯著差異 ($t = 1.15$, $p = .250$)，男性之平均得分為 9.07 分 ($SD = 1.83$)，女性為 8.56 分 ($SD = 2.07$)，兩者差異不達統計上顯著差異。職業場域同樣未達統計上顯著差異 ($F = 0.43$, $p = .790$)，顯示任職於不同場域之健康促進專業人員在管理健康教育計畫能力的表現上沒有差異。

在專業資格相關變項中，取得相關證照與否對本核心能力之表現差異未達統計上顯著差異 ($t = 1.86$, $p = .064$)，具證照者平均得分為 8.88 分 ($SD = 2.11$) 高於未具證照者之 8.29 分 ($SD = 2.31$)。定期更新證照者之得分 ($M = 9.20$, $SD = 1.83$) 顯著高於未更新者 ($M = 8.42$, $SD = 2.30$)， t 值為 2.49， $p = .014$ ，達統計上顯著差異。參與健康促進相關繼續教育者 ($M = 9.10$, $SD = 1.77$) 在本核心能力表現亦明顯優於未參與者 ($M = 7.98$, $SD = 2.57$)，差異達統計上的顯著差異 ($t = 3.46$, $p < .001$)，為所有變項中差異最為明顯者。

整體而言，參與健康促進相關繼續教育、定期更新展延專業證照之健康促進專業人員，在「管理健康教育計畫」核心能力之表現較佳。性別、職業場域、取得相關證照則與本核心能力表現無顯著差異。

表 4-3-5 背景變項與「管理健康教育計畫」之差異檢定表

變項名稱	變項分類	人數	平均值	標準差	F 值/t 值	p 值
性別	1. 男	29	9.07	1.83	1.15	.250
	2. 女	174	8.56	2.27		
職業場域	1. 學校	61	8.57	2.44	0.43	.790
	2. 社區	10	8.94	2.10		
	3. 醫療機構	66	8.74	2.19		
	4. 企業機構	8	8.52	2.08		
取得相關證照	1. 是	116	8.88	2.11	1.86	.064
	2. 否	87	8.29	2.31		
定期更新展延 證照	1. 是	54	9.20	1.83	2.49	.014*
	2. 否	149	8.42	2.30		
參與健康促進 繼續教育	1. 是	117	9.10	1.77	3.46	<.001***
	2. 否	86	7.98	2.57		

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

六、背景變項與「擔任健康教育資源人物」之關係

健康促進專業人員背景學變項與「擔任健康教育資源人物」之關係分析，結果如表 4-3-6。社會人口學變項部分，分性別在此本核心能力上無統計上顯著差異 ($t = 0.68$, $p = .496$)，男性平均得分為 19.17 分 ($SD = 3.43$)，女性為 18.65 分 ($SD = 3.88$)，由此可知兩性在擔任健康教育資源人物能力上的表現沒有差異。職業場域亦無統計上的顯著差異 ($F = 0.69$, $p = .601$)，顯示任職機構不同對本核心能力表現無明顯差

異。

在專業資格相關變項中，是否具備證照變項者，雖呈具備者得分較高（ $M = 19.02$ ， $SD = 3.61$ ）之趨勢，但仍未達統計上顯著差異（ $t = 1.27$ ， $p = .210$ ）。定期更新證照者於本核心能力之得分（ $M = 19.24$ ， $SD = 3.34$ ）亦高於未更新者（ $M = 18.54$ ， $SD = 3.97$ ），但同樣未達到統計上的顯著差異（ $t = 1.16$ ， $p = .247$ ）。然而，參與健康促進相關繼續教育者（ $M = 19.46$ ， $SD = 3.21$ ）於本核心能力項目之得分明顯高於未參與者（ $M = 17.72$ ， $SD = 4.33$ ）， t 值為 3.15， $p < .001$ ，為本核心能力中差異最為顯著之變項，顯示參與健康促進相關繼續教育對於擔任健康教育資源角色之核心能力發展具實質助益。

健康促進專業人員若有積極參與健康促進相關繼續教育，其在「擔任健康教育資源人物」之核心能力表現明顯優於未參與者，凸顯持續教育訓練的重要性，至於性別、職業場域、是否具備證照、是否定期更新證照則與本項核心能力未具顯著差異。

表 4-3-6 背景變項與「擔任健康教育資源人物」之差異檢定表

變項名稱	變項分類	人數	平均值	標準差	F 值/t 值	p 值
性別	1. 男	29	19.17	3.43	0.68	.496
	2. 女	174	18.65	3.88		
職業場域	1. 學校	61	18.75	4.32	0.69	.601
	2. 社區	18	19.00	3.36		
	3. 醫療機構	66	18.92	4.09		
	4. 企業機構	55	18.55	3.02		
取得相關證照	1. 是	116	19.02	3.61	1.27	.210
	2. 否	87	18.33	4.06		
定期更新展延證照	1. 是	54	19.24	3.34	1.16	.247
	2. 否	149	18.54	3.97		
參與健康促進	1. 是	117	19.46	3.21	3.15	.001**
繼續教育	2. 否	86	17.72	4.33		

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

七、背景變項與「溝通和倡導健康與健康教育」之關係

健康促進專業人員背景變項與「溝通和倡導健康與健康教育」關係分析，結果如表 4-3-7。社會人口學變項層面，性別與本項核心能力表現之差異未達統計之顯著差異 ($t = 0.76$, $p = .446$)，男性之平均得分為 17.97 分 ($SD = 4.27$)，女性為 17.33 分 ($SD = 4.15$)，不同性別之健康促進專業人員於該任務之核心能力表現沒有差異。職業場域方面亦未呈現顯著差異 ($F = 0.23$, $p = .921$)，推測職業場域之不同不影響其溝通與

倡導能力的展現。

在專業資格相關變項方面，具備證照者得分為 17.91 分 (SD = 3.79)，高於無證照者之 16.77 分 (SD = 4.56)，其差異達到統計上顯著差異 ($t = 1.88$, $p = .049$)，顯示專業證照資格與本核心能力呈正關聯。定期更新展延證照者 (M = 18.63, SD = 3.89) 在此能力上亦顯著優於未更新者 (M = 16.77, SD = 4.56)， t 值為 2.83, $p = .005$ ，具統計上顯著性。參與健康促進相關繼續教育者之得分為 18.58 分 (SD = 3.22)，顯著高於未參與者之 15.84 分 (SD = 4.76)，達到統計上顯著差異 ($t = 4.62$, $p < .001$)，為所有變項中差異最為顯著者。

健康促進專業人員若具備證照、定期更新展延證照並積極參與相關繼續教育課程，在溝通和倡導健康與健康教育之核心能力表現明顯較佳，而性別和職業場域則非主要影響變項。

表 4-3-7 背景變項與「溝通和倡導健康與健康教育」之差異檢定表

變項名稱	變項分類	人數	平均值	標準差	F 值/t 值	p 值
性別	1. 男	29	17.97	4.27	0.76	.446
	2. 女	174	17.33	4.15		
職業場域	1. 學校	61	17.69	4.54	0.23	.921
	2. 社區	18	17.39	3.57		
	3. 醫療機構	66	17.50	4.44		
	4. 企業機構	55	17.11	3.72		
取得相關證照	1. 是	116	17.91	3.79	1.88	.049*
	2. 否	87	16.77	4.56		
定期更新展延證照	1. 是	54	18.63	3.89	2.83	.005**
	2. 否	149	16.98	4.34		
參與健康促進	1. 是	117	18.58	3.22	4.62	<.001***
繼續教育	2. 否	86	15.84	4.76		

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

八、健康促進專業人員背景變項與核心能力間之關係

健康促進專業人員背景變項（年齡、取得證照時間）與其核心能力間之相關性，及核心能力間之關係透過皮爾森積差相關分析，結果如表 4-3-8。由表可知，年齡與取得證照時間呈現正相關，且達到統計上的顯著差異，顯示隨著年齡的增長，研究對象取得證照的時間也隨之增加。此外，年齡與各大項核心能力同樣皆呈現正相關，相關係數介於.204 至.282，且皆達到統計上的顯著差異（ $p < .01$ ），其中又以「執行健康教

育計畫」之相關性最高 ($r = .282$)，次之為「擬定健康教育計畫」($r = .264$)，由「溝通和倡導健康與健康教育」最低 ($r = .204$)。由此結果可知，年齡較長之研究對象在執行健康教育計畫，以及擬定、評估、評價上的核心能力表現較佳，在專業實務上的協調與溝通技巧，以及資源整合能力上也具備一定優勢。

取得證照時間與各項任務間雖呈正向相關，但相關係數介於.050至.187之間，且皆未達到統計上的顯著差異 ($p > .05$)，表示取得證照時間的長短，與核心能力之表現並無相關。換言之，僅有延長證照持有時間並不足以顯著提升專業人員的核心能力，核心能力的提升更可能仰賴繼續教育、實務經驗等，而非單純取得證照時間的累積。

在七大項核心能力間各自皆為正向相關且達到統計上的顯著差異 ($p < .01$)，相關係數介於.690至.853間，由此可知各項任務間呈現高度一致性。其中，可看到「擬定健康教育計畫」與「執行健康教育計畫」及「溝通和倡導健康與教育計畫」之間的相關性為最高 ($r = .853$)，其次為「擬定健康教育計畫」與「管理健康教育計畫」及「管理健康教育計畫」與「溝通和倡導健康與教育計畫」間之相關 ($r = .849$)，由此推論，若其善於擬定計畫，則更能有效推動並管理倡導其計畫內容。

此外，「擔任健康教育資源人物」與其他項核心能力間亦呈現高度相

關 ($r > .72$)，代表當健康促進專業人員在同時整合多項任務時，能有效擔任資源整合交流之角色。

綜合上述結果，本研究顯示年齡與核心能力之間呈現顯著的正相關，推測與專業經驗累積有關；相較之下，取得證照時間並未與核心能力表現產生顯著關聯，顯示核心能力的提升需搭配繼續教育與實務經驗等方法以有效增能。整體而言，七大項核心能力與整體核心能力總得分的相關係數皆達高度顯著水準，最低為「評估個人與社區對健康教育的需求」($r = .846$)，最高為「溝通和倡導健康與健康教育」($r = .936$)，可看出研究對象在七大項核心能力表現上呈現一致性，且更反映出健康促進專業人員在實務操作中，需具備多項能力整合的特質。

表 4-3-8 健康促進專業人員背景變項與核心能力間之關係

變項	年齡	取得證照時間	大項一	大項二	大項三	大項四	大項五	大項六	大項七
年齡	1								
取得證照時間	.474**	1							
大項一	.245**	.187	1						
大項二	.264**	.146	.754**	1					
大項三	.282**	.107	.718**	.853**	1				
大項四	.245**	.174	.690**	.809**	.814**	1			
大項五	.228**	.099	.694**	.849**	.839**	.762**	1		
大項六	.204**	.050	.795**	.779**	.755**	.721**	.765**	1	
大項七	.222**	.127	.758**	.853**	.820**	.802**	.849**	.835**	1
總體	.268**	.141	.846**	.934**	.920**	.888**	.914**	.888**	.936**

註：*p<0.05；** p<0.01

第四節 健康促進專業人員背景變項與核心能力之預測

本節經前述階段，完成 7 題背景變項題目以及 29 題健康促進專業人員核心能力之檢測題目，了解背景變項中研究對象的性別、年齡、職業場域、取得相關證照與否、取得證照時間、定期更新展延證照與否以及參與健康促進相關繼續教育與否等七項內容，將針對背景變項與核心能力進行簡單線性迴歸分析，探討其是否具備對研究對象之核心能力之預測力。

由於本研究部分自變項為類別資料，為進行簡單線性迴歸分析，將其轉換為虛擬變項。性別變項以男性為參考組，編碼為男性 = 0、女性 = 1。職業場域編碼為學校 = 1、社區 = 2、醫療機構 = 3、企業機構 = 4、其他 = 999，而其他設為缺失資料，排除於後續推論性統計中。此外，專業資格相關變項（取得相關證照、定期更新展延證照、參與健康促進繼續教育）均為二元變項，分別編碼為「是」= 1、「否」= 0，直接納入迴歸模型。

一、背景變項與「健康促進專業人員整體核心能力」之預測

健康促進專業人員背景變項與「健康促進專業人員整體核心能力」之預測結果如表 4-4-1。由表可知，整體模型解釋力為 $R^2 = 0.163$ ，顯示該模型對整體核心能力具有一定解釋力，然解釋力屬於中低水準，故

推斷整體核心能力仍受其他潛在因素影響，且在不同分項核心能力上，也各自存在差異。

在各變項中，性別 ($\beta = -0.135$, $p = .053$) 未達統計上的顯著差異，顯示男性與女性在整體核心能力表現並無顯著差異。年齡 ($\beta = 0.225$, $p = .004$) 達顯著水準，顯示年齡越高之研究對象在整體核心能力上表現較佳，推測可能與專業經驗累積及實務應用熟悉度相關。

職業場域中，學校 ($\beta = 0.290$, $p = .262$)、社區 ($\beta = 0.160$, $p = .350$)、醫療機構 ($\beta = 0.248$, $p = .349$)、企業機構 ($\beta = 0.182$, $p = .469$) 皆未達統計上的顯著差異，顯示職業場域並非整體核心能力的重要預測因子。

在專業資格相關變項中，取得相關證照 ($\beta = 0.032$, $p = .763$)、取得證照時間 ($\beta = 0.008$, $p = .934$)、定期更新展延證照 ($\beta = 0.018$, $p = .833$) 皆未達到統計上的顯著，顯示單純證照取得及其時間長短以及證照的更新展延對整體核心能力表現並無顯著影響。而參與健康促進繼續教育 ($\beta = 0.250$, $p = .001$) 為顯著正向預測因子，顯示參與繼續教育有助於整體核心能力之提升。

表 4-4-1 背景變項與「健康促進專業人員整體核心能力」之迴歸分析

變項	R ²	F 值	β	T 值	P 值
性別	0.163	3.737***	-0.135	-1.947	.053
年齡			0.225	2.924	.004**
職業場域					
學校			0.290	1.126	.262
社區			0.160	0.937	.350
醫療機構			0.248	0.938	.349
企業機構			0.182	0.725	.469
取得相關證照			0.032	0.302	.763
取得證照時間			0.008	0.084	.934
定期更新展延證照			0.018	0.211	.833
參與健康促進繼續教育			0.250	3.273	.001**

註：*p<0.05；** p<0.01；***p<0.001

二、背景變項與「評估個人與社區對健康教育的需求」之預測

健康促進專業人員背景變項與「評估個人與社區對健康教育的需求」之預測，結果如表 4-4-2。根據分析結果可知，整體模型解釋力為 $R^2 = 0.175$ ，表示模型中所納入的背景變項對本項核心能力具一定解釋力。

在各變項中，性別 ($\beta = -0.059$, $p = .390$) 未達顯著，表示性別的不同對於本項核心能力並無影響。年齡 ($\beta = 0.151$, $p = .049$) 達到統計

上的顯著差異，由此可知年齡較長的研究對象在「評估個人與社區對健康教育的需求」上表現可能略優於年齡較輕者。

進一步觀察職業場域與「評估個人與社區對健康教育的需求」間的預測，與企業機構 ($\beta = 0.438$, $p = .074$) 相比，學校 ($\beta = 0.528$, $p = .041$)、社區 ($\beta = 0.373$, $p = .029$)、醫療機構 ($\beta = 0.535$, $p = .043$) 均達統計上顯著差異，因此可知職業場域為此之研究對象在該任務表現明顯優於企業機構場域。

在專業資格相關變項部分，取得健康促進相關證照 ($\beta = 0.055$, $p = .601$)、取得證照時間 ($\beta = -0.040$, $p = .660$) 與定期更新展延證照 ($\beta = -0.078$, $p = .356$) 均未達統計上顯著差異，表示單純取得證照、取得證照時間長短或更新證照並不影響本項核心能力。相對地，參與健康促進繼續教育 ($\beta = 0.321$, $p < .001$) 為顯著的正向預測因子，顯示參與健康促進繼續教育對於提升「評估個人與社區對健康教育的需求」能力具有顯著效果。

表 4-4-2 背景變項與「評估個人與社區對健康教育的需求」之迴歸分析

變項	R ²	F 值	β	T 值	P 值
性別	0.175	4.086***	-0.059	-0.862	.390
年齡			0.151	1.974	.049*
職業場域					
學校			0.528	2.061	.041*
社區			0.373	2.195	.029*
醫療機構			0.535	2.041	.043*
企業機構			0.438	1.799	.074
取得相關證照			0.055	0.524	.601
取得證照時間			-0.040	-0.440	.660
定期更新展延證照			-0.078	-0.926	.356
參與健康促進繼續教育			0.321	4.228	<.001***

註：*p<0.05；** p<0.01；***p<0.001

三、背景變項與「擬訂健康教育計畫」之預測

健康促進專業人員背景變項與「擬訂健康教育計畫」之預測，結果如表 4-4-3。根據分析結果可知，整體模型的解釋力為 $R^2 = 0.149$ ，顯示背景變項對本項核心能力具被一定的解釋力。

在各變項中，性別 ($\beta = -0.182$, $p = .010$) 達到統計上的顯著差異，且迴歸係數為負值，表示女性在「擬訂健康教育計畫」的核心能力表現顯著優於男性。年齡 ($\beta = 0.223$, $p = .003$) 同樣達統計上顯著差異，顯

示年齡愈長的研究對象在該任務中表現較佳。

在察職業場域中，學校 ($\beta = 0.228$, $p = .383$)、社區 ($\beta = 0.161$, $p = .353$)、醫療機構 ($\beta = 0.185$, $p = .489$)、企業機構 ($\beta = 0.137$, $p = .588$) 皆未達統計上顯著差異，顯示職業場域在本項核心任務的預測效果並不顯著。

在專業資格相關變項部分，取得健康促進相關證照 ($\beta = -0.006$, $p = .952$)、取得證照時間 ($\beta = -0.049$, $p = .597$)、定期更新展延證照 ($\beta = 0.043$, $p = .619$) 均未達到統計上的顯著差異，顯示單純取得證照、持有時間長短或更新展延證照，對本項核心能力並無影響。然而，參與健康促進繼續教育 ($\beta = 0.186$, $p = .016$) 為顯著的正向預測因子，顯示持續參與健康促進繼續教育有助於提升「擬訂健康教育計畫」的核心能力。

表 4-4-3 背景變項與「擬訂健康教育計畫」之迴歸分析

變項	R ²	F 值	β	T 值	P 值
性別	0.149	3.350***	-0.182	-2.608	.010*
年齡			0.223	2.999	.003**
職業場域					
學校			0.228	0.875	.383
社區			0.161	0.931	.353
醫療機構			0.185	0.694	.489
企業機構			0.137	0.543	.588
取得相關證照			-0.006	-0.601	.952
取得證照時間			-0.049	-0.529	.597
定期更新展延證照			0.043	0.498	.619
參與健康促進繼續教育			0.186	2.419	.016*

註：*p<0.05；** p<0.01；***p<0.001

四、背景變項與「執行健康教育計畫」之預測

健康促進專業人員背景變項與「執行健康教育計畫」之預測，結果如表 4-4-4。由表可知，整體模型的解釋力為 $R^2 = 0.167$ ，顯示背景變項對本項核心能力具有一定解釋力。

在各變項中，性別 ($\beta = -0.141$, $p = .043$) 達到統計上的顯著差異，且迴歸係數為負值，顯示女性在「執行健康教育計畫」的核心能力表現顯著優於男性。年齡 ($\beta = 0.230$, $p = .003$) 亦達統計上顯著差異，顯示

年齡愈長的研究對象在本項核心能力表現較佳。

進一步觀察職業場域，學校 ($\beta = 0.134$, $p = .603$)、社區 ($\beta = 0.109$, $p = .524$)、醫療機構 ($\beta = 0.122$, $p = .644$)、企業機構 ($\beta = 0.001$, $p = .998$) 均未達統計上顯著差異，表示職業場域在本項核心能力上並無顯著預測效果。

在專業資格相關變項部分，取得健康促進相關證照 ($\beta = 0.033$, $p = .752$)、取得證照時間 ($\beta = 0.042$, $p = .652$)、定期更新展延證照 ($\beta = 0.104$, $p = .222$) 皆未達統計上顯著差異，表示單純取得證照、取得證照時間或更新展延證照，對本項能力並無顯著影響。然而，參與健康促進繼續教育 ($\beta = 0.185$, $p = .016$) 為統計上顯著的正向預測因子，由此可知持續進修有助於提升「執行健康教育計畫」之核心能力。

表 4-4-4 背景變項與「執行健康教育計畫」之迴歸分析

變項	R ²	F 值	β	T 值	P 值
性別	0.167	3.858***	-0.141	-2.033	.043*
年齡			0.230	2.987	.003**
職業場域					
學校			0.134	0.522	.603
社區			0.109	0.638	.524
醫療機構			0.122	0.463	.644
企業機構			0.001	0.003	.998
取得相關證照			0.033	0.317	.752
取得證照時間			0.042	0.451	.652
定期更新展延證照			0.104	1.226	.222
參與健康促進繼續教育			0.185	2.430	.016*

註：*p<0.05；** p<0.01；***p<0.001

五、背景變項與「進行健康教育計畫的評價和研究」之預測

健康促進專業人員背景變項與「進行健康教育計畫的評價和研究」之預測，結果如表 4-4-5。由分析結果可知，整體模型的解釋力為 $R^2 = 0.144$ ，顯示背景變項對本項核心能力具有一定解釋度。

在各變項中，性別 ($\beta = -0.085$, $p = .224$) 未達顯著，表示性別並非影響本項核心能力的重要因素。年齡 ($\beta = 0.236$, $p = .003$) 達到統計上顯著差異，顯示年齡愈長的研究對象在「進行健康教育計畫的評價和研

究」之核心能力表現較佳，推測可能與專業經驗的累積以及評估能力有關。

在職業場域部分，學校 ($\beta = 0.113$, $p = .666$)、社區 ($\beta = -0.031$, $p = .859$)、醫療機構 ($\beta = 0.049$, $p = .855$)、企業機構 ($\beta = -0.036$, $p = .88$) 均未達統計上顯著差異，表示不同職業場域在本項核心能力表現並無顯著差異。

在專業資格相關變項中，取得健康促進相關證照 ($\beta = -0.010$, $p = .929$)、取得證照時間 ($\beta = 0.064$, $p = .493$)、定期更新展延證照 ($\beta = 0.046$, $p = .594$) 均未達統計上的顯著差異，顯示僅取得證照資格或證照取得時間長短以及定期更新展延證照並不足以提升本項核心能力。然而，參與健康促進繼續教育 ($\beta = 0.225$, $p = .004$) 達到統計上的顯著差異，且為正向預測因子，表示參與持續參與健康促進繼續教育對於「進行健康教育計畫的評價和研究」能力具有顯著影響。

表 4-4-5 背景變項與「進行健康教育計畫的評價和研究」之迴歸分析

變項	R ²	F 值	β	T 值	P 值
性別	0.144	3.228**	-0.085	-1.219	.224
年齡			0.236	3.029	.003**
職業場域					
學校			0.113	0.432	.666
社區			-0.031	-0.178	.859
醫療機構			0.049	0.182	.855
企業機構			-0.036	-0.141	.888
取得相關證照			-0.010	-0.090	.929
取得證照時間			0.064	0.686	.493
定期更新展延證照			0.046	0.534	.594
參與健康促進繼續教育			0.225	2.908	.004**

註：*p<0.05；** p<0.01；***p<0.001

六、背景變項與「管理健康教育計畫」之預測

健康促進專業人員背景變項與「管理健康教育計畫」之預測，結果如表 4-4-6。由表可知，整體模型的解釋力為 $R^2 = 0.119$ ，顯示此模型對本項核心能力具一定解釋力。

在各變項中，性別 ($\beta = -0.156$, $p = .029$) 達到統計上的顯著差異，顯示男性與女性在「管理健康教育計畫」的核心能力表現上有一定差異，且女性在本項核心能力表現優於男性。此外，年齡 ($\beta = 0.197$, p

= .013) 同樣達統計上顯著差異，顯示年齡較長者於管理健康教育計畫上表現較佳，可能與其累積的計畫管理經驗與資源整合能力有關。

在職業場域部分，學校 ($\beta = 0.249$, $p = .348$)、社區 ($\beta = 0.148$, $p = .399$)、醫療機構 ($\beta = 0.219$, $p = .419$)、企業機構 ($\beta = 0.195$, $p = .450$) 均未達統計上的顯著差異，顯示不同工作場域對本項核心能力並無顯著影響。

在專業資格變項中，取得相關證照 ($\beta = 0.065$, $p = .550$)、取得證照時間 ($\beta = 0.026$, $p = .785$)、定期更新展延證照 ($\beta = 0.029$, $p = .742$) 皆未達統計上的顯著差異，顯示單純具備證照資格或取得證照時間以及定期更新展延並未對「管理健康教育計畫」的核心能力具有影響力。然而，參與健康促進繼續教育 ($\beta = 0.186$, $p = .019$) 為顯著的正向預測因子，顯示參與健康促進繼續教育有助於提升計畫管理之核心能力。

表 4-4-6 背景變項與「管理健康教育計畫」之迴歸分析

變項	R ²	F 值	β	T 值	P 值
性別	0.119	2.600**	-0.156	-2.196	.029*
年齡			0.197	-2.494	.013*
職業場域					
學校			0.249	0.941	.348
社區			0.148	0.845	.399
醫療機構			0.219	0.809	.419
企業機構			0.195	0.758	.450
取得相關證照			0.065	0.599	.550
取得證照時間			0.026	0.274	.785
定期更新展延證照			0.029	0.329	.742
參與健康促進繼續教育			0.186	2.369	.019*

註：*p<0.05；** p<0.01；***p<0.001

七、背景變項與「擔任健康教育資源人物」之預測

健康促進專業人員背景變項與「擔任健康教育資源人物」之預測結果如表 4-4-7 所示，整體模型解釋力為 $R^2 = 0.098$ ，顯示該模型對本項核心能力的解釋程度有限。

在各變項中，性別 ($\beta = -0.106$, $p = .143$) 未達統計上顯著差異，顯示男性與女性在「擔任健康教育資源人物」之核心能力並無顯著差異。年齡 ($\beta = 0.179$, $p = .027$) 達到統計上的顯著差異，顯示年齡較長之研

究對象在擔任資源角色上展現較為優秀的核心能力。

在職業場域部分，學校 ($\beta = 0.425$, $p = .114$)、社區 ($\beta = 0.241$, $p = .177$)、醫療機構 ($\beta = 0.416$, $p = .130$)、企業機構 ($\beta = 0.376$, $p = .150$) 雖呈正向影響，但皆未達統計上的顯著差異，顯示不同場域對於擔任資源人物之核心能力影響有限。

專業資格相關變項中，取得相關證照 ($\beta = 0.037$, $p = .733$)、取得證照時間 ($\beta = 0.000$, $p = .997$)、定期更新展延證照 ($\beta = -0.059$, $p = .503$) 均未達顯著，顯示單純具備證照或證照持有時間以及定期更新展延證照並非關鍵因素。相對地，參與健康促進繼續教育 ($\beta = 0.204$, $p = .011$) 為顯著的正向預測因子，表示參與健康促進繼續教育可顯著提升其在資源角色上的核心能力。

表 4-4-7 背景變項與「擔任健康教育資源人物」之迴歸分析

變項	R ²	F 值	β	T 值	P 值
性別	0.098	2.087*	-0.106	-1.471	.143
年齡			0.179	2.233	.027*
職業場域					
學校			0.425	1.588	.114
社區			0.241	1.355	.177
醫療機構			0.416	1.520	.130
企業機構			0.376	1.455	.150
取得相關證照			0.037	0.342	.733
取得證照時間			0.000	0.004	.997
定期更新展延證照			-0.059	-0.670	.503
參與健康促進繼續教育			0.204	2.568	.011*

註：*p<0.05；** p<0.01；***p<0.001

八、背景變項與「溝通和倡導健康與健康教育」之預測

健康促進專業人員背景變項與「溝通和倡導健康與健康教育」之預測結果如表 4-4-8 所示，整體模型解釋力為 $R^2 = 0.151$ ，顯示該模型對本項核心能力具有一定解釋力。

在各變項中，性別 ($\beta = -0.126$, $p = .072$) 未達到統計上的顯著差異，表示男性與女性在本項核心能力上的表現並無顯著差異。年齡 ($\beta = 0.180$, $p = .021$) 達到統計上的顯著差異，顯示年齡較長之研究對象在

「溝通與倡導健康與健康教育」之核心能力表現較佳，可能與其溝通協調經驗及專業影響力的累積有關。

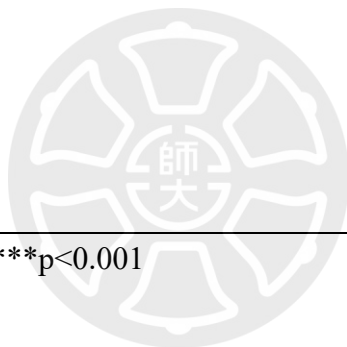
職業場域中，學校 ($\beta = 0.193$, $p = .457$)、社區 ($\beta = 0.051$, $p = .770$)、醫療機構 ($\beta = 0.094$, $p = .723$)、企業機構 ($\beta = 0.089$, $p = .725$) 皆未達統計上的顯著差異，顯示不同工作場域對本項核心能力無顯著影響。

在專業資格相關變項中，取得相關證照 ($\beta = 0.075$, $p = .479$)、取得證照時間 ($\beta = 0.038$, $p = .684$)、定期更新展延證照 ($\beta = 0.030$, $p = .728$) 皆未達統計上顯著差異，顯示證照取得或持有時間及證照的定期更新展延與本項核心能力表現無明顯關聯。相對而言，參與健康促進繼續教育 ($\beta = 0.266$, $p = .001$) 為顯著正向預測因子，顯示參與健康促進繼續教育對於提升溝通與倡導能力之核心能力具有顯著成效。

表 4-4-8 背景變項與「溝通和倡導健康與健康教育」之迴歸分析

變項	R ²	F 值	β	T 值	P 值
性別	0.151	3.423***	-0.126	-1.812	.072
年齡			0.180	2.324	.021*
職業場域					
學校			0.193	0.745	.457
社區			0.051	0.293	.770
醫療機構			0.094	0.355	.723
企業機構			0.089	0.352	.725
取得相關證照			0.075	0.710	.479
取得證照時間			0.038	0.408	.684
定期更新展延證照			0.030	0.349	.728
參與健康促進繼續教育			0.266	3.456	.001**

註：*p<0.05；** p<0.01；***p<0.001



第五節 討論

本節將根據研究目的與研究問題，歸納研究結果及發現，並進行討論。

一、研究對象的背景變項與核心能力之差異

本研究透過單因子變異數分析以及獨立樣本 t 檢定，探討不同背景變項對於健康促進專業人員核心能力之影響，由研究結果可知，性別在核心能力上並未達到統計上的顯著差異，然而女性於「擬定健康教育計畫」、「執行健康教育計畫」、「進行健康教育計畫的評價和研究」、「管理健康教育計畫」、「擔任健康教育資源人物」與「溝通和倡導健康與健康教育」之得分略低於男性，與 Bakken 等人（2003）發現女性於專業自評較低的結果相同，可能反映女性在健康促進專業實務中，儘管實際表現與男性相當，卻在自我評價上較為保守。此外，也可能與組織文化或職場性別角色期待有關，使女性在其職業領域中的自信程度或角色參與程度受到影響。然而，由於性別在本研究中未呈現統計上的顯著差異，故上述解釋仍須進一步研究驗證，並建議後續研究可深入探討性別角色認知、專業認同與核心能力表現之間的交互關係。

職業場域部分，在多項核心任務中，學校、社區及醫療機構之研究對象在核心能力得分皆顯著高於企業機構，呼應 Fattahi 等人（2020）指

出不同場域因組織文化及資源支持差異，會影響專業人員核心能力表現之見解。此結果可能因為學校、社區與醫療機構對健康促進業務的重視程度較高，並提供較多相關資源與培訓機會，使專業人員在實務執行過程中累積較多經驗，進而提升其核心能力。相較之下，企業機構可能因健康促進政策與組織支持相對不足，導致專業人員在健康促進計畫的支持受限(Sorensen et al., 2011)。

在專業資格相關變項中，「參與健康促進繼續教育」在所有項目的核心能力中達到統計上的顯著差異，顯示參與繼續教育對專業人員核心能力提升具有重要作用，與王秀香等（2006）及中華專案管理學會所強調持續進修對核心能力發展的重要性一致；然而，取得證照與取得證照時間並未呈顯著差異，顯示單純取得證照不足以保證能力提升，需結合實務培訓與專業進修。

二、研究對象的背景變項與核心能力之相關

本研究採皮爾森積差相關分析，結果顯示年齡與健康促進專業人員之核心能力間呈現顯著正相關，尤其在「執行健康教育計畫」與「擬定健康教育計畫」的相關性最高，與 Xu 等人（2021）認為年長專業人員具較高實務經驗以及決策力的結果相符，反映經驗累積對於核心能力表現的重要性。

然而，取得證照時間雖與健康促進專業人員之核心能力呈現正相關，但未達到統計上的顯著差異，顯示取得證照時間本身並不足以影響專業人員之核心能力發展，更須結合繼續教育與專業發展之相關策略。

在七大核心任務間，相關係數均達高度正相關，顯示各任務間存在強烈連動性，呼應 Nutbeam (1998) 提出核心能力應具「整體性、跨任務性」發展之觀點。此結果亦說明，健康促進專業人員在推動健康促進計畫時，必須具備多項能力以確保計畫之順利進行。

三、研究對象的背景變項與核心能力之預測

由研究結果之迴歸分析結果可知，年齡與參與健康促進繼續教育為健康促進專業人員核心能力之顯著預測因子，且對其核心能力呈現正向影響，呼應 Shams 等人 (2020) 及王秀香等 (2006) 所強調，持續學習與專業繼續教育課程是提升核心能力的關鍵手段。性別僅在部分任務中為影響因子，職業場域在「評估個人與社區對健康教育的需求」的核心能力呈現顯著。

至於專業資格相關變項，無論是取得證照、取得證照時間或定期更新展延證照，皆未能顯著預測核心能力，顯示單純依靠證照制度難以確保專業人員具備核心能力及提升核心能力，應配合系統性培訓與實務經驗累積，以強化證照制度的實質能力。



第五章 結論與建議

本章第一節為結論，第二節為建議。

第一節 結論

本節將根據研究目的與問題，歸納統整出研究結論。

一、 研究對象之背景變項與核心能力之現況

研究對象的健康促進專業人員之核心能力屬於中上水準，顯示研究對象擁有良好的核心能力水準，並且具備推行健康促進計畫所需之基本核心能力。依據各層面來看，七大項核心能力得分由最高至最低依序為擔任健康教育資源人物、評估個人與社區對健康教育的需求、擬定健康教育計畫、執行健康教育計畫、溝通和倡導健康與健康教育計畫、管理健康教育計畫、進行健康教育計畫的評價和研究。其中以「擔任健康教育資源人物」與「評估個人與社區對健康教育的需求」兩項任務取得最高之得分，顯示健康促進專業人員在更擅於資源整合以及需求評估；「進行健康教育計畫的評價和研究」得分相對較低，則顯示健康促進專業人員在評價與研究層面的核心能力仍需加強。

二、 研究對象之背景變項與核心能力之關係

由研究結果可知，性別在整體核心能力及各項核心能力中未達顯著差異，顯示男性與女性在專業能力上沒有差異；職業場域僅在「評估個

人與社區對健康教育的需求」達到統計上的顯著差異，職業場域於學校、社區及醫療機構之研究對象的核心能力表現優於企業機構，反映資源支持可能影響專業表現。專業資格變項中，取得證照、取得證照時間及定期更新展延證照均未達到統計上的顯著差異，僅參與健康促進繼續教育在各項核心能力中具有顯著影響，顯示持續參與繼續教育對於核心能力提升的重要性。此外，年齡與各核心任務同樣呈現顯著正相關，表示年齡較長者在核心能力表現上較為優秀；而七大核心任務間則呈高度正相關，支持核心能力發展為整體性與橫向整合性。

三、研究對象之背景變項與核心能力之預測情形

由迴歸分析結果可知，年齡與參與健康促進繼續教育為各大項核心能力以及整體核心能力之顯著正向預測因子，顯示年齡所帶來之專業歷練，以及持續參與繼續教育課程為核心能力提升之關鍵因素。相較之下，性別與職業場域僅於部分大項之核心能力呈現顯著差異，且影響力有限。至於專業資格相關變項，包括取得證照、取得證照時間、定期更新，皆未呈現顯著預測力，推測單純依靠證照制度不足以確保核心能力，須搭配有效之繼續教育及相關培訓機制，方能確保專業人員核心能力之提升。

第二節 建議

本節根據研究結果提出對於實務上之建議，供健康促進專業人員或健康促進相關單位（如：學校機構、培訓單位）作參考。以及提出未來研究建議給予相關領域研究者之參考。

一、實務工作建議

（一）強化繼續教育機制，提升專業人員核心能力

由研究結果可知，參與健康促進相關繼續教育對多項核心能力皆具有顯著正向影響，可看出繼續教育的重要性。因此，建議相關培訓單位積極提供多元且彈性的課程，例如線上學習平台、模組化課程設計，同時並針對「進行健康教育計畫的評價和研究」等相較弱勢的核心能力項目加強培訓，以提升專業人員在推行健康促進計畫的實務能力。

（二）針對企業機構加強支持，縮小場域差異

由研究結果可知，職業場域為企業機構之專業人員在多項核心能力皆低於其他職業場域，因此建議政府及相關學會推動企業健康促進計畫時，增加資源提供、專業輔導及跨組織合作，以改善場域間的核心能力落差以提升實務能力。

二、未來研究建議

(一) 研究工具的開發和完善

本研究所使用之自編問卷為自評式問卷，然自評式量表可能因社會期許、自我認知偏差以及理解程度差異對等，導致無法客觀評斷，建議可結合客觀評量，如長官反饋或實務績效指標等，增加資料解釋力與結果信度。

(二) 研究方向和方法的延伸

健康促進專業人員所涵蓋作業範圍包含多元面向，影響其核心能力與任務執行影響因素眾多，建議未來相關研究可加入多方因素進行考量，如工作負荷、專業認同感等作為共同探討，同時擴展研究對象至不同地區，以提升研究結果之代表性與推論性。

參考文獻

中文部份：

中華專案管理學會。(2024)。PMA® 專案助理資格延續辦法。取自

https://npma.org.tw/master_media/Cert_PMA_04RenewalHandbook.pdf

王秀香、丁淑惠、鍾聿琳、李選。(2006)。臺灣護理執業執照更新之

探討。 *醫護科技學刊*, 8(4), 249–258。

[https://doi.org/10.6563/TJHS.2006.8\(4\).1](https://doi.org/10.6563/TJHS.2006.8(4).1)

朱宗信。(2009)。ACGME 六大核心能力於一般醫學教育。 *醫療品質雜誌*,

3(3), 75–78。 <https://doi.org/10.30160/jhq.200905.0018>

吳志雄。(2014)。開放式職場健康管理—創新的醫療服務模式。 *醫院*

雙月刊, 47(2), 21–24。

<https://www.airtilibrary.com/Article/Detail/P20130829001-201404-201405280023-201405280023-21-24>

李叔佩、黃松元。(1980)。理想的健康教育教師。 *衛生教育雜誌*, 1, 2–

6。

李淑宜。(2010)。高雄地區社區衛生教育人員角色任務、專業能力及

訓練需求之調查研究 (碩士論文, 國立高雄師範大學成人教育研

究所)。 <https://hdl.handle.net/11296/f3bypp>

- 李景美。(2002)。推動公衛生教育的舵手—美國公共衛生教育學會。
學校衛生, 41, 81 - 85。 <https://doi.org/10.30026/cjsh.200212.0002>
- 余坤煌。(2002)。台北地區學校衛生人員對健康教育專業證照制度意見之研究(博士論文, 國立臺灣師範大學)。取自
<https://hdl.handle.net/11296/n7363u>
- 林文寶、吳萬藝。(2004)。以組織學習觀點探討知識整合及運作特性對核心能力影響之研究。*臺大管理論叢*, 15(2), 165-197。
<https://doi.org/10.6226/nturm2004.15.2.165>
- 林大森。(2007)。臺灣專業證照制度初探(委託研究報告, NSC 96-2413-H-431-003)。行政院國家科學委員會。未出版手稿。取自
<http://fguir.fgu.edu.tw:8080/retrieve/126/NSC96-2413-H431-003.pdf>
- 邱詩揚。(1999)。衛生教育專業人員角色與功能之探討。*健康促進暨衛生教育雜誌*, (19), 61-70。
- 柯伯文。(2014)。企業核心能力與持續成長策略之個案研究(碩士論文, 國立臺灣大學)。 <https://doi.org/10.6342/ntu.2014.02587>
- 胡夢鯨、蕭佳純、林幸璇。(2005)。成人教育教師知識管理核心能力、教學績效及培訓需求之研究。*高雄師大學報*, (18), 23-43。
<https://doi.org/10.7060/knuj.200506.0023>
- 姜逸群、魏米秀。(1993)。省市衛生教育指導員角色及功能研究。*衛*

生教育論文集刊, 6, 64-85。

高翠霞、高慧芬、莊潔。(2022)。環境教育人員核心能力之探究。環

境教育研究, 18(1), 1-42。 <https://doi.org/10.6555/jeer.18.1.001>

徐勝元、張鳳琴、李景美。(2014)。國中學生之電子健康素養及其相

關因素研究。健康促進與衛生教育學報, (41), 1-24。

<https://doi.org/10.3966/207010632014060041001>

陳偉。(1996)。衛生教育人員證照制度之建立。學校衛生, 28, 37-39。

陳素芬。(2012)。我國健康教育專業人員核心能力與認證制度之建構

(博士論文，國立臺灣師範大學)。

<https://hdl.handle.net/11296/9n9yyr>

陳為堅、黎伊帆、連盈如、張純琦、江東亮。(2018)。台灣公共衛生

教育之發展與挑戰。台灣公共衛生雜誌, 37(5), 481-498。

[https://doi.org/10.6288/TJPH.201810_37\(5\).107031](https://doi.org/10.6288/TJPH.201810_37(5).107031)

黃松元。(2004)。美國衛生教育專業人員培育及證照制度之研究。學

校衛生, 44, 77-98。 <https://doi.org/10.30026/cjsh.200406.0004>

黃松元、胡益進、余坤煌。(1996)。健康教育專業人員證照制度之研

究。學校衛生, 29, 105-115。

黃敬亨。(2007)。健康教育學(第4版)。復旦大學出版社。

劉佩怡、郭耀昌。(2011)。我國專技人員證照制度與人才國際接軌之研究。臺北：考試院。

<https://ws.exam.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvMS9yZWxmaWxlLzEyMDgyLzI4NDc4L2YzZjkxMmRiLTQzZGItNGE1Zi05NTYzLThmNTc0MmQ1MGJmMi5wZGY%3D>

羅佳。(2011)。面質。諮商與輔導, 310, 59-59-2。

<https://doi.org/10.29837/cg.201110.0019>

斯偉義、饒見維。(2010)。從「教師專業證照」與「醫師專業證照」的對照探討我國中小學教師專業證照更新制度之實施策略。師資培育與教師專業發展期刊, 3(2), 1-16。

社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會。(2018)。健康促進專業人員認證辦法(第十七屆第三次理監事聯席會議修正通過)。臺北：社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會。取自 <https://thpea.org.tw>

社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會。(n.d.)。專業認證。
<https://thpea.org.tw>

國際健康家庭守護學會。(2023)。健康管理師是什麼？全面解析健康管理師的工作內容、出路、薪水發展與應具備的6大能力！取自 <https://www.isofh.org/13036/what-is-health-manager/>

英文部份：

Aldana, S. G., Merrill, R. M., Price, K., Hardy, A., & Hager, R. (2005). Financial impact of a comprehensive multisite workplace health promotion program. *Preventive Medicine, 40*(2), 131–137.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.05.008>

American College of Education. (2021, September 1). *What is the difference between public health and clinical medicine?* Retrieved July 20, 2025, from <https://ace.edu/blog/what-is-the-difference-between-public-health-and-clinical-medicine/>

Bakken, L. L., Sheridan, J., & Carnes, M. (2003). Gender differences among physician-scientists in self-assessed abilities to perform clinical research. *Academic Medicine, 78*(12), 1281–1286.
<https://doi.org/10.1097/00001888-200312000-00018>

Barry, M. M., Battel-Kirk, B., & Dempsey, C. (2012). The CompHP core competencies framework for health promotion in Europe. *Health Education & Behavior, 39*(6), 648–662.
<https://doi.org/10.1177/1090198112465620>

Belanich, J., Fedele, E. A., Dobbins, C., Morrison, J. E., Moses, F. L., & Madhavan, P. (2019). Impact of professional credentials on employability (IDA Document D-10553). Institute for Defense Analyses. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20406.96324>

Birgel, V., Decker, L., Röding, D., & Walter, U. (2023). Community capacity for prevention and health promotion: A scoping review on underlying domains and assessment methods. *Systematic Reviews, 12*(1), 147.
<https://doi.org/10.1186/s13643-023-02314-1>

Boyatzis, R. E. (1982). *The competent manager: A model for effective performance*. John Wiley & Sons.
https://www.researchgate.net/publication/247813294_The_Compentent_Manager_A_Model_For_Effective_Performance

Burkert, N. T., Muckenhuber, J., Großschädl, F., Sprenger, M., Rohrauer-Näf, G., Ropin, K., Martinel, E., & Dorner, T. (2013). Good practice models for public workplace health promotion projects in Austria:

Promoting mental health. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 164(7–8), 141–145. <https://doi.org/10.1007/s10354-013-0253-x>

Bureau of Health Education, Centers for Disease Control. (1980). Health education and credentialing: The role delineation project. <https://doi.org/10.1080/01644300.1980.10392979>

Crane, M., Bohn-Goldbaum, E., Lloyd, B., Rissel, C., Bauman, A., Indig, D., Khanal, S., & Grunseit, A. (2019). Evaluation of get healthy at work, a state-wide workplace health promotion program in Australia. *BMC Public Health*, 19(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6493-y>

Croskerry, P., & Tait, G. (2013). Clinical decision making: The need for meaningful research. *Academic Medicine*, 88(2), 149–150. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31827b258d>

Cunningham, J. K. (2022). Competency status and desire for training in core public health domains: An analysis by job level. *Journal of Public Health Management and Practice*, 28(4), 406–416. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001497>

Dempsey, C., Battel-Kirk, B., & Barry, M. M. (2011). The CompHP core competencies framework for health promotion handbook. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE).

Elbarazi, I., Al-Balushi, J., Al-Dhaheri, A., Meeran, M., Peyroteo, M., Paulo, M. S., & Grivna, M. (2024). Public health ambassadors: A novel participatory community health awareness program in Abu Dhabi. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61, 469580241241268. <https://doi.org/10.1177/00469580241241268>

Ezzati-Rice, T. M., & Curtin, L. R. (2001). Population-based surveys and their role in public health. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(4 Suppl), 15–16. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(01\)00287-2](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(01)00287-2)

Fattahi, H., Abolghasem Gorji, H., & Bayat, M. (2020). Core competencies for health headquarters: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Public Health*, 20(1), 891. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08884-2>

Greenberg, K. L., Donchin, M., Leiter, E., & Zwas, D. R. (2021). Health

ambassadors in the workplace: A health promotion intervention mobilizing middle managers and RE-AIM evaluation of outcomes. *BMC Public Health*, 21, 1585. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11609-8>

Gumus, G., Borkowski, N., Deckard, G. J., & Martel, K. J. (2009). Gender differences in professional development of healthcare managers. *Leadership in Health Services*, 22, 329–339. <https://doi.org/10.1108/17511870910996123>

International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), & UK Public Health Register. (2016). *Core competencies and professional standards for health promotion*. http://www.ukphr.org/wp-content/uploads/2017/02/Core_Competencies_Standards_linkE.pdf

James, A., Chamberlain, D., Azar, D., & Sewell, L. (2023). Talking about health: Community ambassadors as a health promotion strategy to increase breast and bowel cancer screening in regional Australia. *Health Promotion Journal of Australia*, 34(1), 246–254. <https://doi.org/10.1002/hpja.635>

Liu, A., Wang, D., Xu, S., Zhou, Y., Zheng, Y., Chen, J., & Han, B. (2024). Correlation between organizational support, self-efficacy, and core competencies among long-term care assistants. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1411679. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1411679>

Malloy-Weir, L. J., Charles, C., Gafni, A., & Entwistle, V. (2016). A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications. *Journal of Public Health Policy*, 37(3), 334–352. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.18>

Marketdata LLC. (2024, February 2). *United States health coaching market report 2024: Industry outlook through 2028 & consumer demand survey insights for 2020–2023*. GlobeNewswire. <https://www.globenewswire.com/news-release/2024/02/02/2822647/28124/en/United-States-Health-Coaching-Market-Report-2024-with-Industry-Outlook-to-2028-and-Consumer-Demand-Factor-Survey-Insights-for-2020-2023.html>

McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for “intelligence.” *American Psychologist*, 28(1), 1–14.

<https://doi.org/10.1037/h0034092>

- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2023). *Engaging community health workers/youth ambassadors to improve health literacy: Proceedings of a workshop—in brief*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/27146>
- Nielsen-Bohlman, L., et al. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10883>
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion—Progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.27>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Prahalad, C. K., & Hamel, G. (2006). *The core competence of the corporation*. In D. Hahn & B. Taylor (Eds.), *Strategische Unternehmensführung*. Springer. https://doi.org/10.1007/3-540-30763-X_14
- Ramamonjiarivelo, Z., Lieneck, C., Kruse, C. S., Greene, L., & Fulton, L. (2020). Assessing the impact of professional certifications on time-to-hire. *The Journal of Health Administration Education*, 37(1), 25–44. <https://www.proquest.com/docview/2439039130>
- Ravaghi, H., Guisset, A.-L., Elfeky, S., Nasir, N., Khani, S., Ahmadnezhad, E., & Abdi, Z. (2023). A scoping review of community health needs. *BMC Health Services Research*, 23(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08983-3>
- Ross, H. S. M., & P. R. (1980). *Theory and practice in health education*. Mayfield Publishing Company.
- Shelton, M. E. (2016). A competency-based framework for health education specialists—2015. *Health Promotion Practice*, 17(6), 769–770. <https://doi.org/10.1177/1524839916666264>
- Smith, J. M., Sanders, R., Kosoko-Lasaki, O., & Stone, J. R. (2019). Training community health ambassadors. *Journal of Health Science*

Education, 3(4), 1–7. PMID: PMC10398416

Sohn, E. (2022, March 2). How decision-making changes with age. Simons Foundation. <https://www.simonsfoundation.org/2022/03/02/how-decision-making-changes-with-age/>

Sorensen, G., Stoddard, A. M., Stoffel, S., Buxton, O., Sembajwe, G., Hashimoto, D., Dennerlein, J. T., & Hopcia, K. (2011). The role of the work context in multiple wellness outcomes for hospital patient care workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(8), 899–910. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31822589c1>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Sotoudeh, A., Fattahi Ardakani, M., Jadgal, M. S., Asadian, A., & Zareipour, M. A. (2022). Promoting health literacy through the teach back method. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(1), e17. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n1e17>

Suther, S., Battle, A. M., Battle-Jones, F., & Seaborn, C. (2016). Utilizing health ambassadors to improve diabetes outcomes. *Evaluation and Program Planning*, 55, 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2015.11.001>

van Heteren, F., Raaphorst, N. J., & Bussemaker, J. M. (2024). Health promotion roles shaped by professional identity. *Health Promotion International*, 39(1), daad195. <https://doi.org/10.1093/heapro/daad195>

Wong, J. Y. H., Chan, M. M. K., Lok, K. Y. W., Ngai, V. F. W., Pang, M. T. H., Chan, C. K. Y., Yau, J. H. Y., Choi, E. P. H., & Fong, S. S. M. (2017). Chinese women health ambassadors programme: A process evaluation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19–20), 2976–2985. <https://doi.org/10.1111/jocn.13638>

World Health Organization. (1948). Constitution of the World Health Organization. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf

Xu, J., Hicks-Roof, K., Bailey, C. E., & Hamadi, H. Y. (2021). Older and

wiser? The need to reexamine the impact of health professionals age and experience on competency-based practices. *SAGE Open Nursing*, 7, 23779608211029067. <https://doi.org/10.1177/23779608211029067>



附錄

附錄一. 問卷專家效度名單

專家姓名	單位職稱
黃松元	國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系名譽教授
陳政友	國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系退休教授
苗迺芳	臺北醫學大學護理學院副教授
余坤煌	國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系兼任助理教授
陳素芬	新北市林口區麗林國民小學教師兼任衛生組長

附錄二. 知情同意書及正式施策問卷

健康促進專業人員核心能力之研究

各位學員您好：

我是國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系楊之嫻研究生，目前正在執行由胡益進教授指導之論文研究計畫，計畫名稱為「健康促進專業人員核心能力之研究」，希望透過本問卷了解健康促進專業人員之核心能力與其相關因素，研究對象為健康促進領域相關人員。問卷內容共有 8 部分，共 36 題，約需花費 5 分鐘作答，感謝您撥冗填答。

本問卷採記名及有可能直接辨識個人的方式作答，研究資料將儲存至國立臺灣師範大學誠大樓社團法人台灣健康促進暨衛生教育學會辦公室，保存至 2027 年 03 月即刪除。我與研究團隊將盡力維護您的隱私及善盡保密責任，盡量減少可能的風險。

此研究未來發表採整體分析，研究資料不會被辨識出特定個人，將發表於學位論文之資料運用規劃，亦無衍生的商業利益。

若想詢問研究內容，或得知研究結果，歡迎依照下述方式聯繫。

國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系

指導教授：胡益進 博士

研究生：楊之嫻

聯絡方式：



第一部分、知情同意書

本人已經了解研究內容及參與者權益，並同意參與研究。

(1) 同意

(2) 不同意

第二部分、背景資料

1. 性別： (1) 男 (2) 女

2. 出生：_____年_____月_____日

3. 職業場域：

(1) 學校 (2) 社區 (3) 醫療機構 (4) 長照機構

(5) 政府機關 (6) 其他

4. 是否具備健康促進專業人員證照？

(1) 是 (2) 否

5. 取得健康促進專業人員證照時間：_____年_____月_____日

6. 是否定期展延健康促進專業人員證照？

(1) 是 (2) 否

7. 是否參與健康促進相關繼續教育？

(1) 是 (2) 否

第三部分、健康促進專業人員核心能力量表

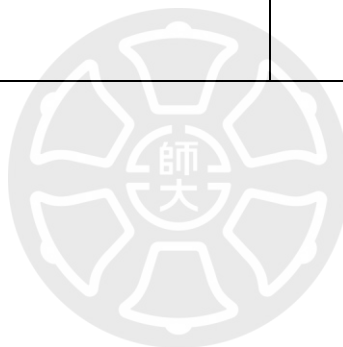
「評估個人與社區對健康教育的需求」	非常 沒 把握	沒 把握	稍 微 沒 把握	稍 微 有 把握	有 把握	非 常 有 把握
1. 我能夠使用現有的健康相關資料來分析個人或群體的健康狀況。	1	2	3	4	5	6
2. 我能夠搜集個人或群體的健康相關資料，以評估其健康需求。	1	2	3	4	5	6
3. 我能辨別個人和群體內，潛在促進或危害健康的行為。	1	2	3	4	5	6
4. 在推動健康教育時，我能確認哪些因素會促進或妨礙其實施。	1	2	3	4	5	6
5. 我能依據所蒐集的資料，推估個人與群體之健康促進需求。	1	2	3	4	5	6

「擬訂健康教育計畫」	非常 沒 把握	沒 把 握	稍 微 沒 把 握	稍 微 有 把 握	有 把 握	非 常 有 把 握
1. 在擬訂健康教育計畫時，我能適時邀請民眾和社區代表參與討論。	1	2	3	4	5	6
2. 我能將資料分析與社區組織原則結合，制訂適合的健康促進計畫。	1	2	3	4	5	6
3. 我能擬訂適當且可測量的健康促進計畫目標。	1	2	3	4	5	6
4. 在擬訂計畫時，我能清楚確定健康促進的實施範圍與順序。	1	2	3	4	5	6
5. 我能評估潛在影響健康教育計畫實施的各種因素。	1	2	3	4	5	6
6. 我能選擇適當的策略以達成健康教育計畫的目標。	1	2	3	4	5	6

「執行健康教育計畫」	非常 沒 把握	沒 把 握	稍 微 沒 把 握	稍 微 有 把 握	有 把 握	非 常 有 把 握
1. 我能推動健康促進行動計畫，使其順利進行。	1	2	3	4	5	6
2. 在執行健康促進計畫時，我能夠使用多樣的策略或介入技巧來提升成效。	1	2	3	4	5	6
3. 我能靈活運用不同的策略或介入方案來執行計畫。	1	2	3	4	5	6

「進行健康教育計畫的評價和研究」	非常 沒 把握	沒 把握	稍 微 沒 把握	稍 微 有 把握	有 把握	非 常 有 把握
1. 我能選擇適當的評估工具，以評價健康促進計畫的成效。	1	2	3	4	5	6
2. 我能掌握評價與研究的程序，確保其準確性與科學性。	1	2	3	4	5	6
3. 我能設計適當的資料蒐集工具，進行健康促進計畫的評價與研究。	1	2	3	4	5	6
4. 我能有效執行健康促進計畫的評價與研究。	1	2	3	4	5	6
5. 我能解釋評價與研究結果，並將其應用於後續健康促進計畫的調整。	1	2	3	4	5	6

「管理健康教育計畫」	非常 沒 把握	沒 把 握	稍 微 沒 把 握	稍 微 有 把 握	有 把 握	非 常 有 把 握
1. 我能運用組織與領導能力，使健康教育計畫順利進行。	1	2	3	4	5	6
2. 我能有效管理健康教育計畫中的人力與資源。	1	2	3	4	5	6



「擔任健康教育資源人物」	非常 沒 把握	沒 把握	稍 微 沒 把握	稍 微 有 把握	有 把握	非 常 有 把握
1. 我能運用合適的檢索系統，獲取正確的健康資訊。	1	2	3	4	5	6
2. 我能適當回應個人或群體對健康資訊的需求。	1	2	3	4	5	6
3. 我能選擇適當的健康資源，並分享給有需要的人。	1	2	3	4	5	6
4. 我能建立良好的諮詢關係，以提供適當的健康教育建議。	1	2	3	4	5	6

「溝通和倡導健康與健康教育」	非常沒把握	沒把握	稍微沒把握	稍微有把握	有把握	非常有把握
1. 我能分析並回應健康促進需求，且據此調整計畫。	1	2	3	4	5	6
2. 我能運用多種溝通方法與技巧，讓健康教育內容更容易被理解與接受。	1	2	3	4	5	6
3. 我能以個別或集體行動，促進健康教育的專業發展。	1	2	3	4	5	6
4. 我能影響衛生政策，以促進健康與健康教育的發展。	1	2	3	4	5	6