

國立臺灣師範大學教育學院

健康促進與衛生教育學系

博士論文

Department of Health Promotion and Health Education

College of Education

National Taiwan Normal University

Doctoral Dissertation

應用 Q 研究法於探討中央輔導委員對輔導健康促進學

校經驗的看法

Application of a Q Methodology to Investigate the

Perspectives of Central Committee on Counseling

Experiences in Health Promotion Schools

姜智惠

Chiang, Chih-Huei

指導教授：郭鐘隆 博士

Advisor : Guo, Jong-Long, Ph.D.

中華民國 114 年 07 月

July 2025

謝辭

本論文的完成，要感謝我生命中的貴人們！

首先，向我的指導教授—郭鐘隆老師，致以最高的敬意和最誠摯的感謝，老師在學術上悉心教導，於研究方法與論文撰寫上給予精闢指引，更屢次耐心提點，精準指出研究可改進之處。您的支持與寬容，引領我逐步前行，您的專業學養與慈悲胸懷，為完成本論文之最關鍵力量。

接著要感謝的是黃久美老師在 Q 研究法提供的寶貴指導。有幸於陽明交通大學修習您的課程，使我對 Q 研究法的理論基礎與實踐應用有深入的理解，進而為本研究之設計奠定堅實的學術根基。

感謝口試委員：郭鐘隆老師、黃久美老師、李子奇老師、張麗春老師與廖容瑜老師撥冗審閱本論文，您們提出之精闢見解，對本論文最後階段之精進與完善助益匪淺，由衷感謝。

特別感謝研究過程中協助研究工具修正的鳳琴老師、久美老師、容瑜老師、素妃老師、志哲校長、莉婷學姊、耀德校長及參與 Q 排序與深度訪談的中央輔導委員們，您們的協助與分享構成本研究的核心內容。

感謝過程中曾給予協助之夥伴(尤其是哲綸、樓惠和郅儀)，還有容瑜老師與文平校長統整格式文句及一路鼓勵之師長、學長姐、學弟妹與 107 博班同學們，謹在此表達感謝，您的陪伴使我的學術旅程充滿溫暖。

最後向鼓勵我報考博士班的志哲校長、明輝會長及我最親愛的家人致上感謝：感謝我的先生、母親與所有家人對於我學業付出之時間與努力所給予的理解與包容，您們始終是我心中最堅實的後盾。

姜智惠 謹誌於

國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系

中華民國 114 年 07 月

中文摘要

背景：臺灣健康促進學校（Health Promotion Schools, HPS）政策推行逾十年，中央輔導團制度亦逐漸成形，透過專業委員協助縣市與學校整合健康議題。然而，對中央輔導委員實際參與輔導歷程中的主觀看法與實務經驗，尚缺乏系統性研究。本研究旨在探究中央輔導委員對其參與縣市與學校端輔導工作的主觀看法與觀點類型，補足相關研究缺口。

方法/設計：採 Q 研究法分兩階段進行。第一階段進行 Q 排序與問卷調查，對象為 111 至 112 學年度參與 HPS 計畫之中央輔導委員，共回收 54 份有效資料，Q 樣本以 30 個陳述句作為調查工具。透過紙本或線上平台完成排序後，進行因素分析與轉軸處理。第二階段邀請完成 Q 排序且被歸類之委員進行訪談，進一步了解其所屬類型與輔導經驗之關聯。

結果：分析結果歸納出四種類型：I 政策綜合型、II 計畫增能型、III 專業成效型、IV 正向互動型。各類型在價值認知、排序重點與輔導觀點具差異，訪談內容亦補充各類型之質性支持，與排序結果相互印證。

結論：本研究呈現中央輔導委員對 HPS 輔導歷程之主觀觀點與類型差異，研究成果可供政策調整、委員培訓與輔導策略設計之參考，亦建議後續延伸至地方輔導團與縣市合作模式，促進 HPS 支持系統。

關鍵字：Q 研究法、中央輔導委員、健康促進學校、輔導經驗

英文摘要

Background: The Health Promotion Schools (HPS) initiative has been implemented in Taiwan for over a decade, during which the central counseling group system has gradually taken shape. Professional consultants assist local governments and schools in integrating health-related topics. However, there remains a lack of systematic research on the subjective perspectives and practical experiences of central counseling members involved in the HPS process. This study aims to explore the subjective viewpoints and typologies of central counselors regarding their guidance work with local governments and schools, thereby addressing existing research gaps.

Methods/Design: This study employed Q methodology in two phases. The first phase involved Q-sorting and a questionnaire survey, targeting central counselors participating in the HPS program during the 2022–2023 academic year, yielding 54 valid responses. The Q sample consisted of 30 statements. Participants completed the sorting task via paper-based or online platforms, followed by factor analysis with rotation. In the second phase, selected counselors who had completed the Q-sorting and been categorized into specific types were invited for interviews to further explore the relationship between their typologies and counseling experiences.

Results: The analysis identified four distinct types: (I) Policy-Integrative Type, (II) Capacity-Building Type, (III) Professional-Effectiveness Type, and (IV) Positive-Interaction Type. Each type demonstrated differences in value orientation, sorting priorities, and counseling approaches. Interview data provided qualitative support for each type, which aligned with the

sorting outcomes.

Conclusion: This study reveals the subjective viewpoints and typological diversity among central counselors regarding the HPS counseling process. The findings offer practical implications for policy refinement, counselor training, and guidance strategy development. It is also recommended that future research extends to local counseling groups and models of collaboration with local governments to strengthen the HPS support system.

Keywords: Q Methodology, Central Committee, Health Promotion Schools, Counseling Experiences



目次

謝辭	I
中文摘要	II
英文摘要	III
目次	V
表次	VII
圖次	IX
第一章 緒論	1
第一節 研究動機與重要性	1
第二節 研究目的	5
第三節 名詞解釋	6
第二章 文獻探討	7
第一節 健康促進學校的發展、輔導團的角色與輔導成效	7
第二節 健康促進學校計畫執行與影響因素	14
第三節 Q 研究法在健康議題之相關研究	19
第三章 研究方法	23
第一節 研究設計	23
第二節 研究對象	24
第三節 研究流程	25
第四節 Q SORT 資料分析	31
第五節 訪談	33
第六節 研究倫理	34
第四章 研究結果	35

第一節 HPS 中央輔導委員基本資料分析.....	35
第二節 研究分析歷程.....	38
第三節 HPS 中央輔導委員因素類型分析與詮釋.....	42
第四節 HPS 中央輔導委員四種類型之比較分析.....	73
第五節 四種類型之訪談結果.....	87
第五章 討論與建議.....	98
第一節 研究討論.....	98
第二節 研究建議.....	106
第六章 結論與限制.....	112
第一節 研究結論.....	112
第二節 研究限制.....	114
參考文獻.....	115
中文文獻.....	115
英文文獻.....	119

表次

表 1	HPS 校長的六個類型.....	22
表 2	Q 陳述句.....	27
表 3	Q 陳述句分類的數量分配表.....	28
表 4	Q 陳述句分類規則表.....	29
表 5	健康促進學校中央輔導委員的基本資料.....	37
表 6	因素特徵值與解釋變異量.....	38
表 7	四種類型受訪者因素負荷表.....	40
表 8	因素類型I「政策綜合型」之理想化因素排列表.....	47
表 9	因素類型I「政策綜合型」最符合與最不符合之 Q 陳述句表.....	47
表 10	因素類型II「計畫增能型」之理想化因素排列表.....	54
表 11	因素類型II「計畫增能型」之最符合與最不符合之 Q 陳述句表.....	54
表 12	因素類型III「專業成效型」之理想化因素排列表.....	62
表 13	因素類型III「專業成效型」之最符合與最不符合之 Q 陳述句表.....	62
表 14	因素類型IV「正向互動型」之理想化因素排列表.....	71
表 15	因素類型IV「正向互動型」之最符合與最不符合之 Q 陳述句表.....	72
表 16	因素類型之分類對照表.....	73
表 17	四種類型受訪者之基本資料綜合比較表.....	75
表 18	四種類型受訪者之輔導經驗綜合比較表.....	76

表 19	四種類型受訪者之共識句	77
表 20	四種類型最符合與最不符合之 Q 陳述句及 Z 值綜合比較表	79
表 21	類型I「政策綜合型」與其他類型之區辨語句比較表	81
表 22	類型II「計畫增能型」與其他類型之區辨語句比較表	83
表 23	類型III「專業成效型」與其他類型之區辨語句比較表	84
表 24	類型IV「正向互動型」與其他類型之區辨語句比較表	86



圖次

圖 1 研究流程圖.....	25
圖 2 特徵值大於 2 的之陡坡圖	38



第一章 緒論

本章共分為三節，包括：研究動機與重要性、研究目的、名詞解釋。
茲敘述如下：

第一節 研究動機與重要性

世界衛生組織（World Health Organization，以下簡稱WHO）1998年頒布世界衛生組織學校衛生新創舉：協助學校成為健康促進學校指引，是以場所（setting approach）的角度為基礎，將學校視為一個學生成長過程中要花許多時間待在這裡的地方，此指引成為世界各國建立與推展健康促進學校的準則（教育部，2024）。我國教育部於2001年開始推動學校健康促進計畫（黃松元等人，2004），2005年時有318所學校加入試辦學校行列，並逐年增加試辦學校，於2008年在國內全面推動，共有3,000所以上學校參與，2009年建立健康促進學校推動中心，提供單一窗口資源，2010年宣示全國中小學全面推動（教育部，2024）。

自2010年起，教育部推行實證導向（evidence-based）的第二代健康促進學校機制，著力提升輔導團在執行健康促進學校成效評核的輔導運作功能，並增強在地化的輔導模式，以確實能建立健康促進學校推動成效之實證資料，促使臺灣健康促進學校經驗能與國際接軌與分享學習（健康促進學校國際網絡推廣中心，2020a）。自2011年起，國民健康署亦因應第二代健康促進學校推動，依據2009年WHO提出之健康促進學校發展綱領：行動架構，發展完成我國健康促進學校國際認證標準與認證機制。國民健康署積極透過舉辦及參與國際研討會、策略聯盟與跨國交流等多元形式，持續推動健康促進學校（Health Promotion Schools，以下簡稱

HPS) 向國際接軌，展現臺灣在健康促進政策與實務上的堅實成果。無論是主辦國際會議、設置專題攤位、舉辦主題工作坊，或促成核心認證指標之區域合作，均顯示我國已從政策執行者轉變為經驗輸出者，在亞洲甚至全球健康促進教育網絡中扮演積極且關鍵的角色。

此健康促進學校認證暨國際接軌計畫，參考世界衛生組織健康促進學校發展綱領：行動架構、教育部學校衛生法及其他國家之認證指標初步發展完成，經由Delphi方法及試評及國際專家學者參與，完成臺灣健康促進學校認證機制，包含：健康學校政策、學校物質環境、學校社會環境、健康生活技能教學與行動、社區關係、健康服務等六項標準，24個子標準、63項評量項目及評核機制（陳富莉等，2020）；直至2021年，健康促進學校之輔導機制，除中央輔導團外，全國已有22個縣市輔導團，各輔導團整合完整資源並提供健康促進學校多元之輔導措施。

為因應 2020 年臺灣教育部推動素養導向教學計畫，以及 WHO 與聯合國教科文組織（UNESCO）共同提出之健康促進學校國際標準（Global standards for Health Promoting Schools），倡導由學前至大學的全學齡健康促進路徑，以及全校參與、全人健康與政府政策的連結（教育部，2021；WHO & UNESCO, 2021）。

臺灣健康促進學校計畫在2020年開始研擬強調實踐與永續的臺灣健康促進學校3.0，將實施場域由幼兒園開始到大學；實施標準從學校層級之六大範疇標準，向上提升更重視政府層級的政策、領導與管理及學校層級的全校取向之健康促進治理、全校成員投入、與社區夥伴關係、及全人身心健康與福祉；內涵面向則結合臺灣教育政策與實務及國際健康促進學校方向發展，以展現臺灣特色（健康促進學校國際網絡推廣中心，2020b；教育部，2024）。此結合政策實踐與學術研究的策略，有助推動健康促進教育之永續發展並強化學校作為健康生活型態的培育場域。

有關臺灣地區驗證輔導機制對 HPS 推動的影響：已有實證研究 (Liao et al., 2015) 指出，輔導委員與學校的合作程度與學校資源分配顯著影響 HPS 推行成效。該研究也發現，改善學校與顧問團隊之間的投入與承諾，可能可以提高對如營造社會環境和建立學校-社區關係等較困難的 HPS 要求的執行程度。然而，儘管如此，目前的健康促進學校計畫在社會環境、學校-社區關係以及強化健康政策方面仍有不足。因此，本研究的重要性在於進一步探究輔導機制如何更有效地克服這些挑戰，提升 HPS 的全面實踐。

目前關於臺灣健康促進學校的研究，多數文獻聚焦於政策成效、學生健康行為、或教師健康知能的探討，研究對象涵蓋了健康促進學校體系中的主要利害關係人，包括政策制定者、學校行政人員、教學人員、護理人員、學生以及家長和社區夥伴等，以多角度評估政策的實施與成效 (Liao et al., 2015; Lin et al., 2024; Lin et al., 2025; Liu et al., 2019)。然而，對於專責輔導人員，特別是中央輔導委員，在支持政策實施與協助學校轉譯政策目標過程中的實質作用與挑戰，卻缺乏深入的探討。

本研究以中央輔導委員作為研究對象的理由如下：

一、被忽視的研究對象

儘管中央輔導委員在協助縣市與學校進行健康促進學校計畫擬定、訪視輔導以及增能活動中扮演關鍵角色，但臺灣目前尚未有以中央輔導委員或輔導人員本身作為主要研究對象的學術研究，探討他們的態度、經驗或成效。

二、輔導經驗的可貴

中央輔導委員不僅需要具備衛教與教育專業，還需具備跨單位協作、

系統診斷與實地輔導的能力，然而他們的經驗匯整與觀點探究卻被忽略。

三、實務推動層面的挑戰

中央輔導委員面臨多重挑戰，例如：地方教育局處的支持度不一、學校內部的推動動能存在落差、同健康議題的整合面臨困難。成效指標操作存在模糊性。這些實務困境不僅影響計畫推動成效，也對輔導委員本身的角色認同與工作信念構成壓力。

中央輔導團由學者專家為主，加上實務專家、教師一起引領政策方向，中央輔導團也透過分區輔導方式與地方輔導團密切合作；地方輔導團則輔導在地健康促進學校，運作良好的地方輔導團及團員，讓各級健康促進學校的推動更為亮眼（教育部，2024）。然而，目前對於中央輔導委員之主觀看法與輔導經驗之系統性研究仍屬闕如，致使健康促進政策設計與現場輔導實務之間仍存在落差，因此從中央輔導委員自身觀點出發，探究其對健康促進學校輔導工作的主觀看法與經驗歷程，對於補足目前研究與政策實務之間的缺口具有重要價值。

綜上所述，本研究運用 Q 研究法，深入探討中央輔導委員在輔導健康促進學校過程中的主觀經驗與觀點類型。

第二節 研究目的

綜觀上述研究動機與重要性，本研究期望透過 Q 研究法，以健康促進學校中央輔導委員為對象，探討其對輔導健康促進學校的主觀看法、觀點類型、類型內涵與比較類型內涵差異，期能提供未來HPS輔導機制優化之參考依據。本研究主要目的如下：

- 一、了解健康促進學校之中央輔導委員對輔導 HPS 經驗之主觀看法。
- 二、探討健康促進學校之中央輔導委員對輔導 HPS 經驗之觀點類型。
- 三、探討 HPS 之中央輔導委員對輔導 HPS 經驗之各類型內涵。
- 四、比較 HPS 之中央輔導委員對輔導 HPS 經驗之各類型內涵有何相同及相異之處。



第三節 名詞解釋

針對本研究中主要名詞說明如下：

一、Q 研究法 (Q methodology)

Q 研究法為一種主觀觀點探索性研究方法，適用於分析個體如何對特定主題進行排序與詮釋 (Brown, 1980)。

二、中央輔導委員 (Central Committee)

本研究所稱之中央輔導委員，係指 111 至 112 學年度期間，實際參與中央層級健康促進學校輔導團事務，並執行地方縣市健康促進學校實地輔導與行政協助任務之專業人員。

三、健康促進學校 (Health Promotion Schools, HPS)

依據 WHO (WHO, 1996) 之定義，健康促進學校係指學校社區的全體成員共同合作，為學生提供整體性與積極性的經驗與制度安排，以促進並維護學生的健康。

第二章 文獻探討

本研究旨在探討健康促進學校（HPS）中央輔導委員對於輔導 HPS 的主觀看法與類型差異，進一步比較其觀點內涵的異同，並彙整其對未來推動策略與制度設計之建議。為架構本研究之理論架構與研究工具建構，爰蒐集與本研究相關之國內外學術文獻，經歸納整理後，作為研究設計與研究結果討論之基礎依據。

本章節依據研究目的與核心變項，分為三節進行說明，分別為：一、健康促進學校的發展、輔導團的角色與輔導成效；二、健康促進學校計畫執行與影響因素；三、Q 研究法在健康議題之應用研究。

第一節 健康促進學校的發展、輔導團的角色與輔導成效

一、健康促進學校的發展

健康促進學校的概念源自 1986 年全球第一次健康促進大會渥太華憲章的五大行動綱領（WHO, 1986）。WHO 指出健康促進學校是促進學童與教職員健康最有效策略，強調整合健康議題至學校體系，並發展健康促進學校指引（WHO, 2009）。

2018 年世界衛生組織（WHO）和聯合國教科文組織（UNESCO）提出健康促進學校全球標準（WHO, 2018），指出當今全球慢性疾病負擔，增進兒童與青少年健康是最具成效投資。

我國從 2019 年起，國民健康署委託輔仁大學團隊推動國際網絡計畫，結合 SDGs、國際標準與實證研究，於 2021 年制定台灣第三代健康促進學校（HPS 3.0）架構。未來將強調從幼兒園至大學的全齡場域推動，落實政府政策支持、全校參與及在地實踐，朝永續健康與全人發展邁進(健

康促進學校國際網絡推廣中心，2020b)。

二、健康促進學校輔導團的角色

為了有效推動健康促進學校政策，並協助學校因地制宜地實施相關策略，健康促進學校支持網絡（Health-Promoting School Supporting Network, HPSSN）於 2005 年成立。這個支持網絡旨在確保全國健康促進學校（HPS）計畫的有效運作。HPSSN 的框架連結了中央政府、地方政府和學校，並強調由下而上的學校協助與由上而下的行政控制，以執行 HPS 政策（Liao et al., 2015）。

HPSSN 提供學校政府和專業支援。其中，一個由學者、醫療專業人員和資深教育者組成的顧問團隊（consultant team）提供專業支持。最初，該團隊由 50 名顧問組成，負責輔助地方政府制定和執行學校健康促進政策，並協助學校實施健康計畫（Liao et al., 2015）。教育部與國民健康署自 2009 年起推動健康促進學校輔導團制度，建立中央與地方雙層次之輔導支持系統（教育部，2024）。該制度源於第一代健康促進學校推動經驗中發現：學校端在實際推動上經常面臨健康議題專業不足、跨領域整合困難與缺乏外部資源等挑戰黃松元等人（2004）。

到 2011 年，顧問團隊已擴展至 101 人，每位顧問負責 1 至 3 個縣市，每個縣市則分配 2 至 8 名顧問，其中一人負責協調顧問、地方學校和政府之間的工作。教育部國教署每年辦理健康促進學校輔導計畫，重點在於建置支持網絡系統，協助縣市推動相關計畫。透過成立中央輔導委員團隊，深入縣市與學校提供輔導與增能，強化縣市政府及教師的執行能力，並建置臺灣健康促進學校網站，整合資源與資訊，以提升學生整體健康（教育部，2024）。

(一)中央輔導團的設置背景與角色

中央輔導團係由教育部遴聘具備公共衛生、健康教育、教育行政、學校實務或心理輔導等領域之學者專家組成，負責整體政策推廣、制度規劃、專業研發與策略諮詢等功能，亦負責跨縣市之政策引導與輔導整合（陳富莉等，2020）。此外，中央輔導團每年會依主責縣市規劃分區輔導機制，安排專業委員進行實地輔導、工作坊辦理與現場問題協助等任務，發揮政策與實務之連結者角色。

(二)地方輔導團的建立與運作

地方輔導團則由各縣市教育局（處）依據實際需求設立，團員通常包括衛教相關科系教師、健康議題承辦人、護理師與具輔導經驗的教師等，負責輔導所屬學校進行議題導入、計畫撰寫、教師研習與現場診斷等工作（教育部，2024）。地方團較能深入學校現場，回應區域文化與資源分布，形成在地化的支持系統，補強中央政策落實的最後一哩路。

(三)中央與地方團隊之互動與整合

中央與地方輔導團雖各有分工，實際推動中亦仰賴橫向與縱向的合作關係。中央團提供專業課程、標準建議與分區聯繫平台；地方團則根據現場需求回饋現實狀況，形成政策與現場之循環動能。學者指出，健康促進政策若欲成功，須兼顧中央支持、地方執行與學校自主三位一體的治理模式（Langford, Bonell, Jones, Pouliou, et al., 2015）。

進入健康促進學校 3.0 階段後，中央與地方團隊更被賦予協助全校治理、跨議題整合與多元參與的任務，角色不再僅止於輔導者，而是共學者、系統導航者與永續發展引導者的重要成員（教育部，

2021)。因此，探索中央輔導團成員的實務經驗與主觀看法，對於未來政策調整與培力策略發展，具有重要的實務與理論價值。

(四)有關中央輔導委員、輔導機制及挑戰

教育部與衛生署於 2002 年簽署聯合聲明書，開始試辦健康促進計畫，並於 2008 年全面推動國中小健康促進學校（游春音等，2015）。2011 年起，教育部更提出實證導向之健康促進計畫學校，期待學校能提出實證數據的改變成果。中央輔導團隊是臺灣健康促進學校計畫的重要組成部分，旨在建構中央輔導網絡機制，以自我成長與充權理念為主要訴求（教育部，2024）。

中央輔導委員由專家學者組成，劃分責任區並分工對縣市及學校進行支持、服務和輔導。他們扮演教育者、倡導者、促進者、充能者、諮詢者及支持者的角色，提供專業諮詢、即時回饋、肯定與鼓勵，以提升健康促進工作團隊的效能和信心。輔導員也被要求應協助學校解決行動計畫相關問題，熟悉相關衛生法令，與行政工作人員、組織進行溝通協調，並善用行政資源。

中央輔導委員應與地方輔導團建立互動機制，由中央帶領地方輔導團一同到學校提供協助，發揮大手攜小手的功能。同時，中央輔導委員應與教育局和衛生局之間建立資源共享與對話機制，以促進跨部門的合作（教育部，2024）。

然而，輔導機制也存在挑戰。有學校反映，不同的輔導專家之間意見不一致，導致學校無所適從，甚至對專家產生懷疑（陳玉霞，2007）。此外，教育部主管部門政策經常改變，也讓學校承辦人員感到無所適從，影響合作關係。有些學校認為輔導訪視會增加工作壓力。中央輔導委員在推動健康促進學校時，應協助學校建立共同備課、公

開授課及觀課議課的機制，以提升教師專業，並鼓勵學校進行簡單的統計分析，親自解讀研究成果，以獲得長期的幫助（吳俊憲等，2022）。

三、我國健康促進學校輔導成效

有關我國健康促進學校輔導成效，有成效指標及實務成效二類，以下分別說明之。

（一）成效指標

根據教育部國民及學前教育署近年（包含 109 至 113 學年度）持續推動之健康促進學校輔導機制，中央輔導團協助各縣市執行健康促進政策，逐步形塑跨議題整合、系統化支持、教師增能與成效導向之運作模式（教育部，2021，2024）。綜整其輔導任務，可歸納為以下五項成效指標：

- 1.強化建立健康促進學校支持網絡：辦理中央輔導委員共識會議、整合各健康議題計畫及中央輔導委員與縣市教育局（處）全國共識會議、辦理各健康議題計畫主持人整合共識會議。
- 2.輔導縣市與學校協助規劃健康促進學校計畫：評估視力、口腔、體位議題之重點縣市、瞭解縣市及學校辦理健康促進推動困境與需求，改善縣市推展成效、依縣市需求提供中央輔導委員諮詢及輔導服務；協助國教署規劃整合健康議題配合十二年國教新課綱，研擬健康促進學校健康素養指標，提供來年辦理本計畫具體推動策略。
- 3.增能教師素養導向教學知能及充實健康促進教材：結合縣市與國民教育輔導團，因應十二年國教新課綱理念，加強落實健康教育生活技能融入教學，規劃素養導向健康促進學校教師增能

研習內容，辦理全國性研習及至各縣市共同辦理研習；發展適齡和適合發展階段內容與推廣素養導向健康促進學校健康議題課程。

- 4.辦理競賽活動與媒體行銷、成效評價及成果發表會：在自發、互動與共好層面，加入素養理念與校本精神，持續辦理高級中等以下學校健康促進學校前後測成效評價暨校園健康主播評選競賽；結合教育部學生健康資訊系統與學生健康成效指標問卷，進行計畫成效評價；辦理全國高級中等以下學校健康促進學校及整合各健康議題辦理之成果發表會。
- 5.製作數位課程與網站維護：建置臺灣健康促進學校網站，製作各健康促進議題教學影片並維護充實，發行電子報等。

(二)實務成效

健康促進學校政策自 2001 年啟動以來，已在臺灣基礎教育體系紮根超過二十年。根據教育部與國民健康署近年統計資料，至 2023 年，全國已有超過 90% 以上 4000 所的國中小及部分高中職學校參與健康促進學校計畫（衛生福利部國民健康署，2023a），顯示健康促進理念已廣泛獲得教育現場接納與實施。

- 1.學生健康行為改善：多項實徵研究指出，參與健康促進學校計畫的學生，在飲食、運動、菸害防制及口腔衛生等行為方面均有顯著改善，尤其在正向健康態度與知識面向的提升更為明顯（衛生福利部國民健康署，2023b）。
- 2.教師專業成長與教學改進：教師透過參與健康議題研習與課程共備，有助於健康素養之深化與健康教學策略之創新應用（吳俊憲等，2022）。此外，健康議題的導入，也增進教師對學生身心狀況的敏感度與介入能力。

- 3.學校治理與文化轉變：健康促進學校強調全校參與與組織文化改變，許多學校已發展出結合校務計畫之健康政策、校園綠地改善、健康餐食制度與心理支持系統等整體性方案（教育部，2021），帶動學校營造安全、友善與健康支持環境。
- 4.縣市輔導機制建構完善：在中央與地方輔導團協助下，各縣市逐步建立以議題為單位的輔導資源網絡，透過專家診斷、現場輔導、觀課與回饋等方式協助學校具體落實推動策略（健康促進學校國際網絡推廣中心，2020c）。



第二節 健康促進學校計畫執行與影響因素

臺灣健康促進學校計畫的推動，其執行與影響因素涵蓋了多個層面，以下詳細闡述健康促進學校計畫執行與影響因素，包含執行計畫成功的要素、面臨的挑戰，及與中央輔導委員之關係。

一、健康促進學校計畫的執行

健康促進學校的目的是給孩子健康成長的權利，打造一個 24 小時的健康生活與健康成長的環境（劉潔心，2013），透過多元策略，結合學校行政各處室、家長及社區資源，將傳統學校衛生工作擴展至六大範疇：學校衛生政策、學校物質環境、學校社會環境、健康教學與活動、健康服務及社區關係（教育部，2024）。教育部與衛生署（現為衛生福利部）自 2002 年簽署聯合聲明書，試辦健康促進計畫，並於 2008 年全面推動國中小健康促進學校，2011 年更提出實證導向之健康促進計畫學校，強調需提出實證數據的改變成果（游春音等，2015），計畫執行方式通常包括：

(一)組織建立：

學校成立健康促進委員會，由校長擔任召集人，各處室主任、教師、護理師等共同參與規劃與執行（教育部，2024）。

(二)議題推動

目前重點議題包含健康體位、口腔保健、視力保健、菸（檳）害防制、性教育（含愛滋病防治）、全民健保（含正確用藥）及正向心理健康促進等（教育部，2024；游春音等，2015）。學校會根據不同年齡層學生的健康需求，將健康議題分年級或年段實施（黃大昌，2018）。

(三)教學與活動

透過課程教學及生活教育，將健康議題融入正式課程與非正式活動中（教育部，2024；黃大昌，2018）。

(四)服務與環境

提供健康服務，並營造健康的物質與社會環境。

(五)社區合作

連結社區資源，鼓勵家長參與，共同推動健康促進活動（教育部，2024；劉潔心，2013）。

(六)實證導向

中央輔導團隊帶領學校執行實證導向的行動研究方案，並訂定校本特色成效指標（教育部，2024；劉潔心，2013）。

二、執行健康促進學校計畫影響因素

推動健康促進學校計畫的成效受多種因素影響，包括促進成功的要素和面臨的挑戰與困境與中央輔導委員之關係。

(一)成功推動 HPS 的要素

- 1.政策與行政領導：校長、學務主任、衛生組長等行政人員的積極投入與用心帶領是關鍵動力。學校衛生政策需透過行政會議、主管會議、導師會議佈達，並納入學校行事曆中執行，以凝聚共識。將健康促進視為學校重要的校務政策，能促使計畫有效落實（張露娜等，2014；陳富莉等，2020；黃大昌，2018）。
- 2.跨處室與跨部門合作：健康促進工作範疇廣泛，需要教務處、學務處、總務處、輔導室等各行政處室共同參與及合作（教育部，2024；游春音等，2015；劉潔心，2013）。與地方輔導團

建立互動機制，由中央輔導團帶領地方輔導團一同到校提供協助，教育局與衛生局之間建立資源共享與對話機制，促進跨部門合作。

3.教師專業發展與投入：教師對健康促進學校的認知程度和接受態度越高，成效也越好。透過教師社群運作、共同備課、觀課、議課，能提升教師發展創意課程與教學策略的能力。教師參與健康促進活動後，會更關心自身健康，並培養健康行為與運動習慣。教師也能以身作則，成為學生健康促進的榜樣。健康教育教師編列足額、減少配課，讓教學正常化，能提升專業指導效果（吳俊憲等，2022；教育部，2024；黃大昌，2018）。

4.學生為中心的課程與活動設計：依據學習者的興趣、能力訂定學習目標，並辦理相關活動。運用多元教學方法（如講述、專題演講、影片、小組討論、角色扮演、遊戲、體驗、問答法）能激發學習動機與成效。課程設計應具備階段性、銜接性、統整性，並與學生生活情境結合。強調素養導向教學，透過實作、體驗、觀察、問題解決等活動，培養學生的探究、思辨與實踐能力。提供多元化的能力展現機會，讓學生學以致用（吳俊憲等，2022；教育部，2024）。

5.家長及社區參與：積極結盟家長會共同推動健康促進學校計畫，透過親職教育與親子共學，鼓勵家長參與學童健康行為養成。學校主動積極地與家長及社區聯繫合作，運用社區資源（如醫療院所、衛生所、文教機構、基金會等）能提升學生健康。招募社區或校內志工（如醫護背景者）加入健康中心志工行列，能解決人力不足問題（教育部，2024）。

6.資源整合與運用：運用行政、教學、研究等校內資源及學生社團、系學會、義工等，並訓練各班衛生股長成為班級衛生保健使者。與社區的公、私立醫療院所、衛生局、衛生所建立合作關係，提供健康服務、教學支援。開放校園，提供社區民眾使用場地與設施，建立良好互助關係（教育部，2024）。

7.輔導與評估機制：中央輔導團由學者與專家組成，提供專業諮詢與回饋，協助學校解決行動計畫問題，提升執行效能。學校透過定期會議與健康評估，檢討並修正計畫，強化學生健康行為。研究顯示，中央輔導委員在推動認證與提升教學成效上具關鍵影響力（教育部，2024；郭家娟，2019）。

成功推動健康促進學校計畫，需仰賴政策支持、跨部門合作、師生參與及社區動員等多重要素。其中，中央輔導委員以其專業輔導、策略引導與資源整合能力，成為連結政策與現場實務的關鍵推手，是促進HPS計畫有效落實的重要因素之一。

(二)面臨的挑戰與困境與中央輔導委員之關係

臺灣在推動健康促進學校的過程中與中央輔導委員相關的挑戰與困境主要在以下幾個方面：

1.輔導意見與理念不一致：學校承辦人員反映，不同的輔導教授或專家之間存在不一致的意見和理念，導致學校在執行健康促進計畫時感到無所適從，甚至對專家和輔導人員產生懷疑、失望或不想接觸的負面感受，進而影響推動意願（陳玉霞，2007）。各級主管機關雖應遴聘學者、專家等組成學校衛生委員會，提供學校衛生計畫、方案、措施及評鑑事項的諮詢指導意見，但意見差異仍是困擾（教育部，2024）。

2.輔導人力不熟悉學校實務與特性：部分學校認為，輔導人員雖

- 然好意提供協助，但未熟悉學校本身的發展特性，僅就政策推行提出普遍做法，反而徒增學校負擔（黃大昌，2018）。
- 3.教育訓練時機不當：相關輔導小組或單位安排的研習時間常未能配合學校學期時程或計畫執行進度，例如在計畫執行接近尾聲時才辦理研習，導致成效不彰，並為承辦人員帶來困擾（陳玉霞，2007；黃大昌，2018）。
 - 4.評估與回饋機制不完善：輔導訪視制度的存在，雖然有其必要，但學校承辦人員普遍感到訪視制度帶來壓力和負擔，訪視過多且不同輔導人員的指導內容和評鑑形式差異大，導致沉重的工作壓力和負擔，評鑑結果未有效回饋學校以改善問題，且存在數據迷失的風險輔導（陳玉霞，2007）。
 - 5.相關部門對健康促進學校的認知差異：學校尋求跨部門資源與協助時感受到相關部門（如衛生局）對HPS的認知不同，會影響雙方的合作與資源運用，尤其當上級單位的理念不適切時，影響層面更大（陳玉霞，2007）。

中央輔導委員具備專業知能與實務經驗，能協助學校精準掌握政策方向、整合多方資源、強化行動策略，是連結中央政策與學校執行力的關鍵橋樑。其輔導角色對健康促進計畫的推動成效具有深遠影響。

第三節 Q 研究法在健康議題之相關研究

Q 研究法 (Q methodology) 由心理學家 William Stephenson 於 1935 年提出，旨在研究人類主觀性 (subjectivity)。包括個體對於特定議題的態度、信念和偏好 (Brown, 1980; Stephenson, 1953)。此方法結合 Fisher 所倡導的實驗設計原則與因素分析 (factor analysis) 等多變量統計技術，不僅具備量化分析的嚴謹性，也保留了質性研究對主觀意義的詮釋特性，因而被視為一種質性與量化融合的研究方法 (Watts & Stenner, 2012)。

Q 研究法的核心理念在於受試者對一組具代表性的 Q 陳述句 (Q statements) 進行排序，進而揭示其潛在的主觀觀點結構。Stephenson (Stephenson, 1953) 認為，人的主觀性雖然表面上無法直接觀察，但可以透過有系統的排序與統計分析予以描繪與理解。因此，Q 研究法不僅強調個體觀點的複雜性，也追求在主觀性中找出具共通性的觀點型態 (viewpoint typologies)。

Q 研究法 (Q methodology) 已在多個學科領域中得到應用，並且在過去二十年中迅速普及。根據資料顯示 (Dieteren et al., 2023)，Q 研究法應用的領域包括：早期應用領域之教育學 (educational sciences)、政治學 (political sciences)、行為科學 (behavioral sciences)、健康科學 (health sciences)；近二十年來擴展的領域，自 2000 年以來，Q 研究法已迅速普及到世界各地更多的學者和許多其他學科中。Dieteren 等人 (2023) 的系統性文獻回顧，涵蓋了 2015-2019 年 Q 研究法應用於各學科的內容。在此期間，該方法在社會科學和環境科學領域最受歡迎，Q 研究法在醫療保健領域的應用也是日益增加，它被認為是研究複雜人類主觀性問題的方法。Churruca 等人 (2021) 的文獻回顧則發現，Q 研究法在醫療保健研究中涵蓋廣泛的健康狀況主題，最常見的主題領域包括：

健康專業教育 (Health professional education) (17.3%) 、護理實踐 (Nursing practice) (13.5%) 、心理健康照護 (Mental healthcare) (12.8%) 及其他常見的醫療保健主題領域，包括慢性病、臨終關懷、資源分配以及性別、性和生殖健康等具有明顯情感和道德層面的議題。另外，護理學 (包括護理教育) 是應用 Q 研究法最多的領域。

Q 研究法因其能夠探討複雜或具爭議性議題，捕捉不同且未被充分認可的觀點，並能以整體性方法理解個人主觀性，同時結合質性資料的豐富性和統計分析的嚴謹性而受到青睞。它特別適用於醫療保健領域中棘手問題 (wicked problems) 的研究，例如永續性、病人安全、慢性病管理和健康不平等 (Churruca et al., 2021) 。

然而，儘管 Q 研究法展現出理論與應用上的高度潛力，其研究設計與執行步驟相較於傳統問卷研究更為繁瑣，包括 Q 樣本建構、P 樣本選取、Q 分類操作與因素分析詮釋等環節，對研究者之專業素養提出相對較高的要求 (Watts & Stenner, 2012) ，此外，對於初學者而言，其統計分析結果的解讀與命名需結合深層詮釋與理論支持，亦可能構成一項挑戰。

Q 研究法 (Q methodology) 是一套程序、理論和哲學，用於研究同一類型的主觀性 (Brown, 1993) ，融合了質化與量化的研究特色，特別適用於探討人們對特定議題的觀點、態度與認知結構 (Watts & Stenner, 2012) 。相較於傳統問卷僅能獲得預設變項的分佈，Q 研究法強調受試者主觀世界的建構與類型化，透過 Q 分類與因素分析的程序，揭示不同立場與詮釋模式，是探討健康促進與衛生教育領域中多元觀點的重要方法 (Brown, 1980) 。

以下分為 Q 研究法與臺灣健康教育議題的結合、Q 研究法在臺灣健康促進學校研究的應用來說明：

一、Q 研究法與臺灣健康教育議題的結合

Q 研究法是一種能夠深入探索和理解個體主觀觀點、意見、信念、態度和偏好的研究方法。在健康教育和健康促進領域中，Q 研究法被廣泛應用於探測人們對健康議題的多元看法，即便這些觀點可能難以透過其他研究形式直接表達。具體而言，Q 研究法在健康領域的應用展現於多個研究：

(一) 症狀管理與醫病關係

用於探索接受中醫治療的婦女如何應對經期不適，以及她們對治療期望和醫病關係的主觀看法。研究發現，理解病人的觀點有助於醫療人員更準確地識別需求，提升醫病溝通與遵從性，進而維持成功的治療關係和提供更公平適切的照護（蔡芳瑜，2015）。另外，亦有接受中醫治療之痛經婦女對於醫病互動的看法（辜馨儀，2015）。

(二) 老年健康與預防

應用於研究社區長者對預防跌倒的信念與障礙，分析他們對跌倒可能存在的個人身心、外在人為、生活環境及知識技能缺乏等方面的看法與經驗。同時，也被用於了解社區高齡者對參與失智預防課程的主觀需求，以便規劃更符合他們期待的課程內容（呂莉婷，2017）。

(三) 兒童健康保護

探討嬰幼兒父母親在保護子女免於二手菸暴露方面的信念，包括對二手菸危害的認知、家中二手菸的預防策略、對環境菸害的察覺，以及遠離二手菸的好處等，並依據不同父母類型提供量身訂製的防制策略（Huang et al., 2019）。

(四)其他健康議題

亦有研究應用 Q 研究法探討學校營養師對國小過重或肥胖學生減重信念的看法 (賴毓伶, 2016) 。

綜合上述, Q 研究法探討健康議題的多樣化、主觀性觀點。

二、Q 研究法在臺灣健康促進學校研究的應用

賴世芬與鄭婉伶 (2014) 的研究為 Q 研究法在 HPS 領域應用的具體實例,其探討桃園縣國民中小學校長們對 HPS 國際認證指標的看法,研究目的為評估 HPS 的實際執行情況,藉由探索校長們的主觀性觀點,了解他們對各項指標重要程度的認知及如何在學校實務工作中結合指標來推動和營造 HPS 的氛圍。研究者採用 Q 研究法向 40 位 HPS 在地輔導團的國民中小學校長發放調查資料和問卷,並透過 Q 分類資料進行分析,以了解受測者對概念重要性的評析,並將結果分類、命名及討論。

研究結果歸納出 HPS 校長的六個類型 (表 1) ,此分類能深入了解校長在推動 HPS 工作上的主觀認知和優先順序,對教育行政單位協助學校進行輔導訪視、規劃未來工作具參考價值,能更順利推展 HPS 工作。

表 1 HPS 校長的六個類型

(一) 綜合型 (類型 I)	結合整體學校衛生政策、社區關係、學校物質環境、學校社會環境、健康服務、健康教學與活動等全面性的考量。
(二) 健康學習環境型 (類型 II)	強調學校除知識學習外,也需教導人際相處、培養自信,調整作息,營造重視全人健康的環境以形成支持性社會網絡。
(三) 健康教育活動型 (類型 III)	透過多元教學方式、健康課程及訓練,提升學生健康認知、態度及正向健康行為,進而提升個人健康技能和生活品質。
(四) 健康服務型 (類型 IV)	透過健康觀察、調查與篩檢等過程,以掌握師生健康狀態,並採取適當措施來協助其獲得最佳健康狀態的一系列服務。
(五) 自主管理型 (類型 V)	強調組成工作組織,評估學校本身的健康問題、社區需求與政策方向,並訂定學校健康政策。
(六) 健康三合一型 (類型 VI)	特別關注物質環境、社區關係與健康教學的整合。其中,物質環境泛指校園內房舍建築、操場、設備器材的提供、保養與安全及健康學習、飲食、無菸無毒環境的營造。

資料來源：賴世芬與鄭婉伶 (2014)

第三章 研究方法

本研究主要目的是了解健康促進學校之中央輔導委員對輔導 HPS 之主觀看法、觀點類型、類型內涵進而比較不同類型內涵之差異，期能為 HPS 輔導工作提供實務建議。本章共分六節，包括第一節研究設計、第二節研究對象、第三節研究流程、第四節 Q sort 資料分析、第五節訪談及第六節研究倫理等，茲分述如下：

第一節 研究設計

本研究採用 Q 研究法作為研究方法，Q 方法可探索個人主觀經驗，即使對主觀事物難以表達態度的人，亦可輕易表達感受，讓研究者了解不同受訪者對於研究主題的觀點、意見、信念、態度以及偏好等主觀意見。Q 研究法以系統化的方式探索重要個人主觀性經驗與看法的特點，使研究者得以深入了解中央輔導委員在輔導過程中，藉由自己對該議題排列的陳述句表達其看法，運用 Q 排序的方式提供一個良好的測驗情境，將一組題目進行整體的排列，可以深入理解健康促進學校之中央輔導委員對輔導 HPS 經驗之主觀看法並分為不同類型，再將排列結果運用 KADE v1.3.1 版統計軟體，進行量化統計分析，歸類受訪者對輔導 HPS 經驗之主觀看法的類型，經由一連串的分析步驟，除能擁有質性研究之深入訪談優點外，還能客觀界定群體屬性，了解各類型之間有哪些共同點、特質及不同類型之間的主觀看法有哪些顯著差異，幫助研究者釐清主觀的複雜問題，有助於受訪者提出對研究主題的真正觀點。基於上述理由，本研究採用 Q 研究法作為主要研究方法。

第二節 研究對象

Q 方法中的參與者選擇是目的性取樣 (purposive sampling)，類似於質性研究，目的是識別對研究主題具有豐富和不同觀點的個體，而不是為了代表性而進行隨機抽樣 (Dieteren et al., 2023; Millar et al., 2022)。收案條件如下：

- 一、教育部 111 學年度及 112 學年度健康促進學校中央輔導委員。
- 二、自願參與本計畫並已簽署受試者知情同意書者。
- 三、願意進行 Q 陳述句排序者。

本研究以中央輔導委員名冊為基準，發出 75 份邀請，最後完成問卷及 Q 研究法排序者為 54 人 (回收率 76%，完成率 94.74%)。在決定研究人數方面，Brown (1978) 認為，Q 研究法的重點在找到合適受試者，而非受試者數量；應用 Q 方法的系統性回顧 (Dieteren et al., 2023)，約三分之二的研究使用了 20 到 50 名參與者。該回顧發現，參與者數量的平均值為 41.1 人。因此本研究 54 人應適切可進行 Q 研究。

第三節 研究流程

本研究流程內容包括：建立意見母群體、選取 Q 陳述句、Q 排列、統計處理、訪談、進行結果分析，最後展現研究成果並提出結論及建議。其研究流程圖如圖 1。

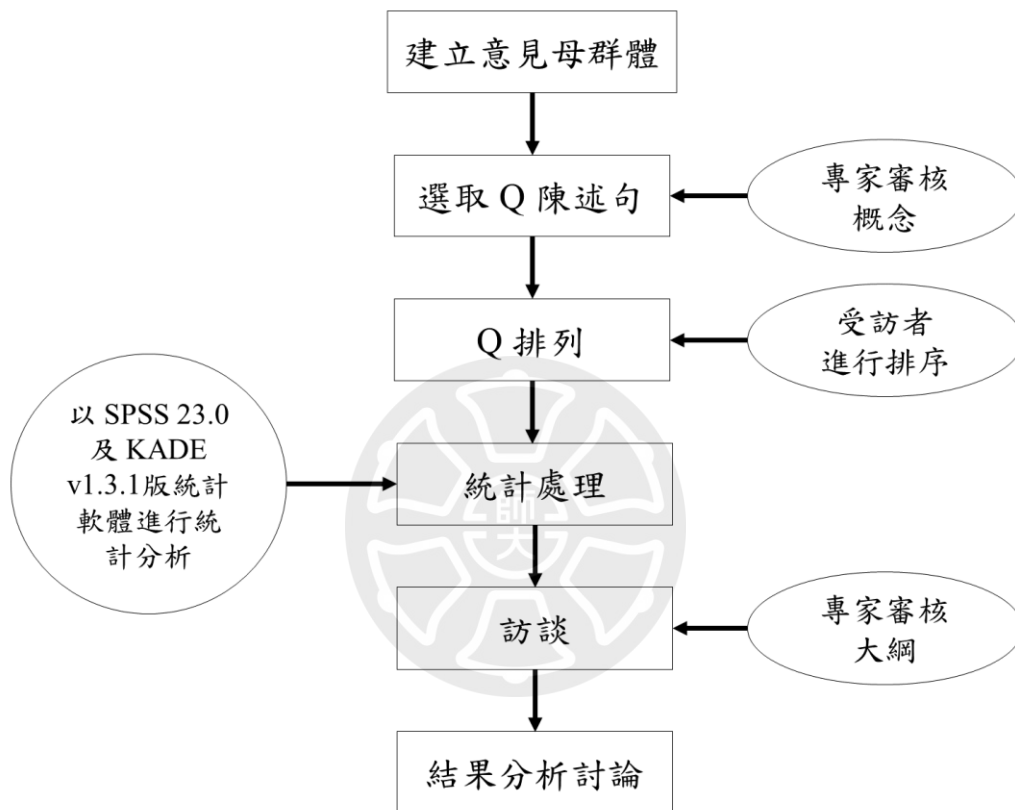


圖 1 研究流程圖

根據圖 1 研究流程圖，說明各步驟如下：

一、建立意見母群體

Q 陳述句之發展為進行 Q 研究方法最重要的一部分，確保 Q 陳述句盡可能涵蓋與研究主題有關之意見與概念，陳述句數量則選擇適當、具代表性且重要的基本概念，並清楚以文字敘述表達，使受訪者易於理解、方能適時完成。

Q 陳述句發展架構是 Q 方法論 (Q methodology) 的核心環節。Q 研究法則是結合質性與量化技術的混合方法，用於系統性地研究人類的主觀性，例如個人的意見、信仰、看法、態度、信念、優先事項或觀點 (Hensel et al., 2022; Millar et al., 2022; Morea, 2022)。在進行 Q 分類之前，首先要根據研究目的，多方收集相關的理論及研究，編製成 Q 樣本，Q 樣本所選取的概念並非所有與研究主題相關的概念，而是重要且具代表性的概念 (McKeown & Thomas, 1988)。

本研究之 Q 陳述句發展，主要來自蒐集與健康促進學校有關之理論及文獻後進行 Q 陳述句的編製。在 Q 樣本生成過程中，研究者徵詢多位健康促進學校領域專家與輔導實務人員之意見，挑選出最具代表性之 Q 陳述句，並邀請五位具 Q 方法與健康促進學校相關專業背景之專家進行內容審查，針對語句中可能引發誤解或難以理解之表述進行修訂，經數輪修訂後，將原始 80 句陳述句彙整，最終形成與研究主題高度相關之 Q 陳述句 30 句；以確保所選取之 Q 樣本能兼具理論深度與實務貼近性 (Brown, 1980; Watts & Stenner, 2012)，以提高研究工具之信效度與詮釋價值。

二、選取 Q 陳述句

本研究依據五位健康促進及對 Q 研究法瞭解之專家學者意見，將

Q 陳述句 (表 2) ，歸納為以下三類：

表 2 Q 陳述句

第一類： 針對 縣市的 健康促 進學校 輔導措 施	<ol style="list-style-type: none"> 1 協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣(市)本指標，發展在地化策略 2 協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書 3 協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊 (如主辦或擔任講座) 4 協助各縣市議題中心學校辦理之年度各會議(如擔任輔導專家、講座) 5 協助各縣市推動學校衛生政策(如組成工作小組，評估學校健康問題、社區需求、政策的方向，訂定學校健康政策)改善 6 協助各縣市推動學校物質環境(如教室燈管改善、健康中心設備、洗手台更新、運動設施...等)改善 7 協助各縣市推動學校社會環境(如友善校園、心理健康、調整學校作息，形成支持性社會網絡...等)改善 8 協助各縣市推動生活技能融入之教學或活動 9 協助各縣市與校外/社區相關的專業學會、衛生單位、NGO連結，爭取資源 10 協助各縣市府推動學校健康服務(健康觀察、調查、與篩檢的過程掌握師生健康狀態，採取適當服務協助改善學生健康)改善 11 協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪 12 促進各縣市承辦人與中央/地方健康促進輔導委員之合作 13 協助各縣市對於所屬健康促進學校進行訪視與評鑑 14 協助各縣市對健康促進學校訪視或評鑑的績優學校給予獎勵
第二類： 針對 學校的 健康促 進學校 輔導措 施	<ol style="list-style-type: none"> 15 提供個別學校健康促進計畫審查與諮詢服務 16 提供個別健康促進學校專業建議，指引適合發展方向 17 蒐集績優健康促進學校案例，提供其他受輔導學校參考 18 發揮個人專業知能有效輔導學校 19 能運用各項議題的實證策略，來增加輔導成效(如下課教室淨空、使用高氟牙膏...等) 20 協助解決行動研究(前後測成效評價)執行上的困難
第三類： 輔導員 輔導知 能及計 畫執行 參與	<ol style="list-style-type: none"> 21 能持續多年對同一縣市或學校進行長期認輔，以精進輔導品質和深化輔導成效 22 協助縣市或學校遇到執行困難時，能積極尋求解決方法及引進資源 23 參與中央或地方健康促進學校成果發表會 24 協助進行HPS成果的資料分析、各種評價和成果報告撰寫 25 能持續多年參與主計畫辦理之「中央委員與縣市教育局處共識會議」 26 能持續多年參與各縣市之校群會議/校際聯盟會議(如：菸檳防治議題校際聯盟會議) 27 能同時輔導多個健康議題(如：同時輔導菸檳、健康體位)以發揮綜效 28 能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持 29 能與各縣市承辦人有良好的互動，以利HPS之執行 30 能與各縣市議題的中心學校有良好的互動，以利HPS之執行

資料來源：本研究整理

三、Q 排列

本研究採用線上及紙本兩種方式，讓受試者選擇較方便的方式。

(一)紙本 Q 排序

若受試者選擇紙本，請受試者將 30 題陳述句題卡，依照自覺的重要性加以排序，建議一開始先分為三堆：重要的、不重要的和不確定三堆，然後開始挑選最重要的和最不重要的，依次拖曳題卡至符合其重要性程度之放置題卡處，直到最後剩下不確定題卡則放置中央。本研究將 Q 分類的操作分為九個等級，-4 為最不重要、4 為最重要、0 為中立意見的概念（孫同文，2023；Brown, 1980）。

Q 陳述句進行分類的數量分配表（表 3）：本研究每一個程度等級有限制的題數分配，分別為（2, 2, 3, 5, 6, 5, 3, 2, 2），由受測者進行排選、分類、產生結果，如：等級 4 者可選擇二個 Q 陳述句、等級 3 者可選擇二個 Q 陳述句、等級 2 者可選擇三個 Q 陳述句、等級 1 者可選擇五個 Q 陳述句、等級 0 者可以選擇六個 Q 陳述句……，以此類推。

表3 Q 陳述句分類的數量分配表

	最不重要						最重要		
等級	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
貼紙數量	2	2	3	5	6	5	3	2	2

Q 陳述句分類規則表（表 4）：本研究提供 A 3 大型卡片，請受測者將 30 題 Q 陳述句的紙片，依重要程度逐一將小貼紙黏貼至卡片上，如：等級 -4 者可黏貼二張 Q 陳述句小貼紙、等級 -3 者可以黏貼二張 Q 陳述句小貼紙、等級 -2 者可黏貼三張 Q 陳述句

小貼紙、等級 -1 者可黏貼五張 Q 陳述句小貼紙、等級 0 者可黏貼六張 Q 陳述句小紙片，其他類推。

表 4 Q 陳述句分類規則表

	最不重要					最重要			
程度	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
題號									

(二)線上 Q 平台：

若受試者選擇線上，則以線上 Q 平台排列，收集受訪者之分類結果與評分。受訪者進入網頁後，首先閱讀研究說明，點選「我同意，開始填寫問卷」，將受訪者基本資料以代碼代替並與帳號分開紀錄之保護機制，確保受訪者隱私；在輸入帳號及密碼後，即可開始進行填選。Q 陳述句皆依序排列，並清楚顯示每個程度所需之 Q 陳述句的數目與規則，依 Q 平台指示排序。本研究 Q 排序作業分為四個階段進行：

1.操作說明

受試者輸入帳號密碼登入平台後，首先瀏覽 Q 排序操作之動畫說明，以熟悉整體流程。

2.瀏覽 Q 陳述句

受試者需完整閱讀所有 30 句 Q 陳述句。與傳統問卷不同，Q 方法採相對排序模式，陳述句間具相互依存性，故受試者需在

心中建立整體排序架構。30 句陳述句一覽表供其初步理解內容與語意，協助建立排序基準。

3. Q 排序

執行排序初始建議將所有陳述句分為重要、不重要及不確定三類，再依個人觀點，分別將最重要與最不重要之陳述句拖曳至相對應排序位置，因每個陳述句的數量被限制，每一 Q 陳述句彼此間會互相影響（相對比較）。過程中依序填入所有陳述句，直至平台排序圖卡填滿。

4. 確認與調整

排序完成後，受試者可再次檢視整體排序，若對特定陳述句之重要性感受有所變動，可調整其位置。確認無須再更動後，方可送出排序結果。排序結束後進行訪談，說明其排序邏輯與觀點。

整體過程中，研究者與受試者可進行即時互動，針對 Q 陳述句之理解進行釐清與補充，展現 Q 方法結合量化資料處理與質性詮釋之綜合優勢。

第四節 Q sort 資料分析

本研究蒐集到的資料可分為三類：問卷調查資料、Q 排列的分類結果及個別訪談資料（第五節詳述）。

一、問卷調查資料-受訪者基本資料

本研究運用 SPSS for Windows 23.0 版，研究者彙整受訪者基本資料後，採用描述性方式呈現受訪者在性別、所屬縣市、年資、本職、輔導健康促進學校議題以及其他參與輔導情況的分佈情形。

二、Q 排列的分類結果

將受試者之 Q 排列結果輸入 Q 平台網站後，本研究即完成 Q 排序資料收集，採用 KADE 統計軟體進行資料處理及因素分析（factor analysis），以歸納中央輔導委員對健康促進學校輔導經驗之主觀看法類型。

（一）Q 因素分析軟體

本研究採用 KADE v1.3.1 (Ken- Q Analysis Desktop Edition) 軟體進行因素分析，KADE 是一款用於分析 Q 研究法數據的桌面應用程序，它比傳統的 PQ Method 軟體更易於使用，它以圖形界面，讓學生或具有定性方法背景的研究人員更容易使用。KADE 包括各種交互式視覺化工具，以探索和分析 Q 研究法數據（Banasick, 2019）。

（二）分析程序

首先，安裝並打開 KADE 軟體，將 Q 排列收集到的資料匯入 KADE 統計軟體進行量化統計分析，計算全部 54 位受訪者對 30 句

陳述句的 Q 排列資料，接著，進行主成分分析法 (Principal Component Analysis)。

(三)特徵值 (eigenvalues, 簡稱 EV)

表示一個因素的統計強度和解釋力。低因子 EV (特別是小於 1.00 的 EV) 通常被視為提取和保留因子的分界點。通常只保留 EV 為 1.00 或以上的因子 (Brown, 1978; Hensel et al., 2022; Watts & Stenner, 2012)。本研究還運用陡坡圖 (scree plot) 檢視各因素 EV 的落差，選擇最大變異轉軸 (varimax rotation)，使各因素之間差異更明顯 (Morea, 2022; Watts & Stenner, 2012)。



第五節 訪談

一、訪談對象

本研究之訪談對象，邀請111-112學年度中央輔導團輔導委員被歸類後的47位受訪者，以訪談大綱進行訪談，47位邀請對象中有42位回覆，其中同意且完成訪談有36位；有6位因研究及工作忙碌回信表示無暇接受訪談（同意書回收率89.4%，完成率85.7%），逐一錄下逐字稿後加以分析歸納，以強化補充 Q 研究法之內容並提出後續推動健康促進學校輔導時的建議。

二、訪談大綱

本研究之訪談大綱主要內容概述如下：

- (一)你覺得以下陳述句中最重要句子是那些？為何覺得重要（以您個人的想法，您認為原因是什麼）？
- (二)你覺得以下陳述句中最不重要的句子是那些？為何覺得較不重要（以您個人的想法，您認為原因是什麼）？
- (三)請問您還有什麼其他想法要表達？

三、訪談進行方式

本研究之訪談，可深入了解中央輔導委員選擇最重要及最不重要的陳述句之排列時，內心主觀考量的原因及立場，最後提出有關輔導健康促進學校的建議。進行方式如下：將個別受訪者逐一依據訪談大綱進行訪談，同時將訪談內容錄音，並將每位訪談之錄音資料，逐一轉譯為逐字稿，再初步整理逐字稿摘要，將四個因素類別的逐字稿分類，整理對輔導健康促進學校之建議，並比較各類別內不同受訪者看法的異同，最後彙整結果及建議。

第六節 研究倫理

- 一、本研究取得國立臺灣師範大學研究倫理審查委員會通過證明（編號：202406HS017）後，邀請研究對象進行知情同意書的簽署後即開始進行資料收集。對於受試者的所有資料均予以保密，以編號方式取代姓名，相關個人資料及受試結果亦分開放置。
- 二、依據因素分析歸類結果進行訪談大綱修訂後，申請倫理審查變更案通過，邀請訪談對象進行訪談，錄音檔轉為逐字稿，妥善保存。
- 三、本研究所得資料僅供研究之參考，不作為其他用途，確保受試者權益。



第四章 研究結果

綜合本研究統計分析結果，將健康促進學校中央輔導委員之看法歸納為四種類型，分別為：I、政策綜合型；II、計畫增能型；III、專業成效型；IV、正向互動型。

本章旨在呈現健康促進學校中央輔導委員之主觀觀點類型與詮釋結果。內容依序包含五節：第一節說明受訪者之基本資料分布；第二節介紹研究分析歷程與受訪者類型歸屬方式；第三節根據KADE軟體分析結果，進行四種類型之因素分析與詮釋；第四節綜合比較四種類型的受訪者分布與主要陳述句之排序差異；第五節彙整受訪者對健康促進學校輔導機制的其他建議，並與因素分析結果交叉比對，深入探討類型間的觀點異同與實務建議。

第一節 HPS 中央輔導委員基本資料分析

本研究共邀請 54 位 HPS 中央輔導委員進行問卷及 Q 陳述句排列，基本資料分析結果如下：參與本研究的健康促進學校中央輔導委員共計54位，其基本資料如表 5，性別男性23人，女性31人；其所屬的縣市歸類為北部、中部、南部、東部外加離島，以北部佔較多（44.4%），依序為南部12（22.2%）、中部10（18.5）、東部外加離島8（14.8）；另外，計有28位委員兼任中央及地方輔導委員（佔51.9%）；48位委員年資未曾中斷（佔88.9%）；年資五年以上有41人（75.9）。

委員的本職最多的是大專教師21人（38.9%），其次為退休人員16人（29.6%）、中小學師長14人（25.9%），最後是其他（含護理師、醫事人員）3人（5.6%）；有關輔導健康促進學校議題多議題的占多數37人

(68.5%)；有關111-112學年度有無參與中央輔導委員共識會議的參與相當高，計有48人（88.9）；未參加111-112學年度參與縣市端健康促進學校輔導會議的則有12人（22.2%），詳列於表 5。

健康促進學校中央輔導委員乃涵蓋臺灣本島及離島，且大部分均為資深輔導員，能參與中央輔導委員共識會議、參與縣市端健康促進學校輔導會議及大部分委員有參與入校輔導，另外其組成多元，含專家學者及實務工作人員。



表 5 健康促進學校中央輔導委員的基本資料

受訪者基本資料(N=54)		受訪者人口學結果 n(%)
變項		
性別	男性	23(42.6)
	女性	31(57.4)
縣市	北	24(44.4)
	中	10(18.5)
	南	12(22.2)
	東部外加離島	8(14.8)
擔任委員	中央輔導委員	26(48.1)
	中央及地方輔導員皆是	28(51.9)
年資是否中斷	是	6(11.1)
	否	48(88.9)
年資	小於5年	13(24.1)
	大於等於5年	41(75.9)
本職	大專教師	21(38.9)
	中小學師長	14(25.9)
	退休人員	16(29.6)
	其它(含護理師、醫事人員)	3(5.6)
輔導健康促進學校議題	單議題	15(27.8)
	多議題	37(68.5)
111-112學年度有無參與中央輔導委員共識會議	有	48(88.9)
	無	6(11.1)
111-112學年度參與縣市端健康促進學校輔導會議 次數	小於5次	22(40.8)
	大於等於5次	20(37.0)
	無	12(22.2)
111-112學年度有無參與入校輔導次數	小於10次	31(57.4)
	大於等於10次	11(20.4)
	無	12(22.2)

資料來源：本研究整理

第二節 研究分析歷程

本研究將受訪者進行 Q 排序後之資料匯入 KADE 軟體後，計算全部 54 位受訪者對於 30 句 Q 陳述句的排列資料，進行因素分析。

因素分析結果：特徵值大於 2 的因素數目 8 個（表 6），因此，用 Cattell (1966) 提出之陡坡圖檢定法 (scree plot test) 加以輔助，判斷取幾個因素數目。首先，當發現特徵值轉為和緩平坦時，將截止點後面的因素數目捨棄，從表 6 之因素特徵值與解釋變異量來看，若用特徵值大於 1 的標準，將有過多因素，所以搭配陡坡圖 (scree plot) (圖 2) 及對解釋變異量的觀察，綜合考量選取因素數量。

表 6 因素特徵值與解釋變異量

因素數目	特徵值	解釋變異量(%)	累積解釋變異量(%)
1	12.4238	23	23
2	5.9415	11	34
3	5.2398	10	44
4	3.5901	7	51
5	3.1084	6	57
6	2.7298	5	62
7	2.3865	4	66
8	2.0926	4	70

資料來源：本研究整理

圖 2 乃依據表 6 繪製的陡坡圖，由圖中可看出，前 4 個因素之間均有快速下降的趨勢，從第 4 個因素後陡坡圖則開始趨近平緩，從表 6 的數值變化也可看出相同的情形。

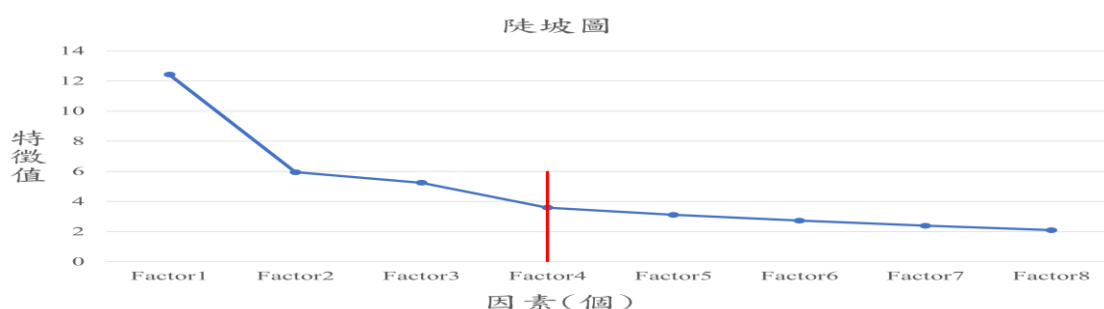


圖 2 特徵值大於 2 的之陡坡圖

根據陡坡圖顯示，在第4個因素之後即開始呈現坡度趨緩平滑；同時發現選擇 4 個因素即可達累積解釋變異量51%，在 Q 方法中，研究者可經由程式自動歸類功能，透過因素負荷數得到受訪者於不同因素的負荷量結果，將受訪者進行初步分類。研究者綜合評析來決定因素數量，考量必須對各因素進行完整合理解釋並盡可能瞭解受訪者的觀點，最後本研究決定採用 4 個因素進行因素轉軸。

本研究選取四種因素類型後，將因素負荷值皆取正向值，使受訪者的傾向一致，其中第二類型裡有三個因素負荷值為負向，因此將因素負荷值捨棄，故AC18、AC40、AC26列入未歸類。

四個因素進行統計分析，共有 47 人可被歸類（佔87%），另有 7 人（AC17、AC58、AC18、AC40、AC26、AC68、AC52無法被歸類）。得出四種類型因素負荷表 5。本研究 54 位受訪者，其中 47 位可被歸類於四種類型中，類型一有 16 位（34.0%）、類型二有 9 位（19.2%）、類型三有 10 位（21.3%）、類型四有 12 位（25.5%），以「X」標記（詳見表7）。各類型之受訪者相關背景資料、理想型因素排列（factor array）及最符合與最不符合之 Q 陳述句、共識句、區辨語句及其他相關細節，分述如後。

表 7 四種類型受訪者因素負荷表

編號	受訪者 代碼	類型			
		一	二	三	四
1	AC8	0.7977X	-0.2871	0.0996	-0.0665
2	AC34	0.7925X	0.1748	-0.3733	0.1760
3	AC73	0.7730X	0.3589	0.1264	-0.1136
4	AC3	0.7072X	0.2238	-0.1824	0.0766
5	AC9	0.6674X	0.0410	0.4116	0.2582
6	AC45	0.6652X	0.3014	0.2087	-0.2907
7	AC41	0.6592X	-0.0847	0.0977	-0.1939
8	AC64	0.6537X	0.2383	0.0644	0.2710
9	AC67	0.6266X	-0.0184	0.2641	0.1318
10	AC32	0.5793X	0.0880	0.5277	0.2477
11	AC61	0.5596X	-0.2352	0.0933	0.5397
12	AC1	0.5414X	-0.2989	-0.0838	0.3467
13	AC11	0.5017X	0.2007	0.2819	-0.2617
14	AC21	0.4874X	0.2245	0.3034	0.0347
15	AC46	0.4835X	0.2917	0.3740	0.4750
16	AC59	0.4272X	0.3929	0.3511	0.3756
17	AC37	-0.0267	0.8253X	-0.0070	0.0097
18	AC48	0.2372	0.6833X	0.0915	0.334
19	AC38	0.5317	0.6757X	-0.1628	0.0913
20	AC14	0.1209	0.6490X	0.2061	0.0640
21	AC66	0.0952	0.6296X	0.3014	0.2420
22	AC57	0.3167	0.6234X	-0.0056	0.0554
23	AC49	0.1238	0.6009X	0.1759	0.2684
24	AC70	0.3557	0.4579X	-0.0632	0.1312
25	AC22	-0.0991	0.3781X	-0.0208	0.2014
26	AC72	0.2732	-0.1181	0.7408X	-0.1761
27	AC10	0.0586	0.1189	0.7099X	0.4408
28	AC55	0.0521	0.2896	0.6656X	0.3613
29	AC15	-0.0590	-0.0930	0.6067X	-0.0048
30	AC13	-0.0412	-0.0215	0.5530X	0.1275
31	AC53	0.2047	0.3716	0.5476X	0.1203
32	AC12	0.2385	0.1944	0.5235X	0.1590
33	AC24	-0.1673	0.4714	0.5009X	0.0752
34	AC30	0.0534	-0.3805	0.4738X	0.0375
35	AC19	0.3351	-0.3941	0.4461X	0.0258

表 7 四種類型受訪者因素負荷表 (續)

編號	受訪者 代碼	類型			
		一	二	三	四
36	AC36	-0.0671	0.0834	0.2157	0.7284X
37	AC63	0.0848	0.0552	0.1892	0.6526X
38	AC69	0.1889	0.2385	-0.0883	0.6297X
39	AC62	-0.1716	0.2311	-0.0803	0.6091X
40	AC56	-0.3974	-0.0545	0.4748	0.5709X
41	AC75	0.1979	-0.2356	-0.0386	0.5456X
42	AC16	0.1697	0.2164	0.2675	0.4969X
43	AC5	0.2877	0.0582	0.466	0.4897X
44	AC51	-0.2970	0.1673	-0.3697	0.4799X
45	AC44	0.2544	0.1264	0.0255	0.4653X
46	AC27	-0.0847	0.2433	0.1863	0.4280X
47	AC39	0.0403	0.2594	0.1456	0.4123X
48	AC17	0.3863	0.2095	0.3820	0.0979
19	AC58	0.3710	0.1299	0.3664	0.2356
50	AC18	-0.1828	-0.5677	-0.1750	-0.0033
51	AC40	0.0293	-0.5451	0.1531	-0.1996
52	AC26	0.0438	-0.5330	0.3057	0.2126
53	AC68	-0.1098	-0.0036	-0.3509	0.2352
54	AC52	-0.2885	0.3171	-0.2635	0.3270

資料來源：本研究整理

本節重點在說明四種類型受訪者因素分析及歸類的過程，接下來將進行四種因素之命名及詮釋，詳如後述。

第三節 HPS 中央輔導委員因素類型分析與詮釋

本研究以 Q 研究法研究受訪者對於輔導 HPS 經驗的主觀看法，共回收 54 份有效資料。採強制排序，對於 30 個陳述句給予依重要程度，從最不重要到最重要，用數字-4、-3、-2、-1、0、1、2、3、4 來代表，其中編號 -4 代表最不重要的概念，4 代表最重要的概念。依據上述資料分析，本研究歸納整理出四個因素的類型，I、政策綜合型；II、計畫增能型；III、專業成效型；IV、正向互動型，分別說明如下：

一、因素類型I：政策綜合型

本類型共有 16 位。類型I「政策綜合型」在輔導健康促進學校時，較看重 HPS 計畫指標、政策、課程教學與健康議題增能，可說是全方位的關照執行政策，因此命名為「政策綜合型」。

依據因素類型I「政策綜合型」之理想化 Q 陳述句排列資料（表 8）及最符合與最不符合之 Q 陳述句結果（表 9），依序說明如下：

本類型的受訪者認為最重要的看法為：協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣（市）本指標，發展在地化策略（陳述句#1）及協助各縣市推動學校衛生政策（如組成工作小組，評估學校健康問題、社區需求、政策的方向，訂定學校健康政策）改善（陳述句#5）；次要的看法則為：協助各縣市推動生活技能融入之教學或活動（陳述句#8）及協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊（如主辦或擔任講座）（陳述句#3）。

類型I的受訪者認為臺灣各縣市狀況不同，因此在地化策略相當重要（陳述句#1），歸類於此類型的受訪者認為：

「各縣市的狀況都不太一樣，現在目前的狀況是各縣市都不太一樣，比如說那個台北都會型的，他那個資源的各方面都很好，但是離島的部分，恐怕甚至有 1 個小島上面，可能連 1 個護理人員都沒有啊。所以這個政策上面擬定的時候，可能就各縣市就有很大的差異性」（AC34）

「縣市政府，他必須衡量，就跟學校一樣，你要解決孩子的問題，你要找到問題在哪裡，所以我們要先做分析，分析完以後，我們才能訂定 1 個說我們今年努力的目標，所以你要了解，不管縣市也好學校也好，你要了解你在地孩子的健康問題」（AC73）

此類型的受訪者覺得協助各縣市推動學校衛生政策（陳述句#5）及協助各縣市推動生活技能融入之教學或活動（陳述句#8）都是輔導委員的重要工作，但前來開會的大都是護理師很難影響老師，學校實際上健體課程的很多非本科專業教師，導致政策或課程很難推動或執行，受訪者認為：

「就是來開會的那個校護或或者來開會的代表，他可能就會覺得，因為我們希望他們要做到那個下課的時候淨空，因為那個是比較能夠讓視力可以放鬆的時間，……而且小學喔……老師就會覺得，他需要下課的時間訂正作業，然後學校下課的時間，然後他就會覺得他沒辦法影響」（AC8）

「當然現在比較大的問題就是說，我們現在的教育現場的老師，……那小學的老師其實他們都不是健體本科的老師，那中學老師呢？就是除了本科老師，其實還是有一些兼某些幾堂課的、兼任健康教育的，或者是非專老師，對所以這個部分其實還是有需要做生活技能的」（AC21）

對於協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊（如主辦或擔任講座）（陳述句#3），此類型的受訪者 AC67 和 AC46 也強調健康知識

不斷進步，增能工作不能停止且較能直接看到成效：

「我覺得健康的知識是日新月異的，那都在進步嘛。所有的健康醫療的知識都一直在進步，所以我們的增能工作也就不能停止，要隨著這個那個醫學的進步指標，我們應該是與時俱進的，這個我是覺得是比較重要，以我自己的立場來講，我覺得增能是非常、非常的有需要」（AC67）

「增能工作坊，這個部分就是可能協助，可能去擔任講座，這個是以輔導員來講的話，……輔導員進去的話，比較可以直接看得到成效」（AC46）

另外，類型I「政策綜合型」認為最不重要的則是：能持續多年參與各縣市之校群會議/校際聯盟會議（如：菸檳防治議題校際聯盟會議）（陳述句#26）及能同時輔導多個健康議題（如：同時輔導菸檳、健康體位）以發揮綜效（陳述句#27）；其次不重要的則是：參與中央或地方健康促進學校成果發表會（陳述句#23）及能與各縣市議題的中心學校有良好的互動，以利健康促進學校之執行（陳述句#30）。

對於能持續多年參與各縣市之校群會議/校際聯盟會議（如：菸檳防治議題校際聯盟會議）（陳述句#26），此類型的受訪者擔心類似會議已成為習慣性事項而無創新及需額外時間及經費成本致使困難度較高，受訪者認為：

「不重要的原因，第1個就是校群會議跟校際聯盟會議就是持續多年，它已經變成一種習慣性，就是他已經是固定的做法了，那你要創新的話，或者是他必須有1個比較，就是他裡面的從內化以後再外放，這樣就是輔導團或是他們學校的老師真的很願意去做」（AC59）

「因為你要校際會議，……代表就是可能要出門要去溝通，要什麼……就是等於是額外的一筆開銷或額外的時間來處理，所以它的困難度會比剛剛講的工作坊或者融入教學活動這些，要來得比較難度，我個人會覺得比較

不容易」(AC41)

類型 I 的受訪者大部分對於同時輔導多個健康議題都認為較不重要(陳述句#27)，主要是強調專業考量，歸類於此類型的受訪者 AC8、AC9、AC21、AC34、AC46、AC64 認為：

「同時輔導多個，這個有辦法做到嗎？什麼都會……感覺，怎麼能都輔導，好厲害，我就弄一個就好」(AC8)

「我覺得每一位輔導的委員，他們不管是來自所謂的學術單位、教授、專家，或者來自實務單位、來自國小或國中或高中的、行政的、校長主任或者是來自不同學科領域的老師，我會覺得每一個人的一個專業有限。」(AC9)

「同時輔導多個議題發揮綜效，這個我會這樣選的原因，是因為其實地方也有蠻多一些跟健促學校推動有關的實務工作的校長啊，或者是一些像我們健體輔導團輔導的老師，所以其實他們也可以去輔導這個議題，對，所以對 1 個中央輔導委員來講，我覺得可能在我的排序裡面，我覺得如果他沒有參與這個部分，可能也不會造成縣市很大的 1 個影響。」(AC21)

「我覺得比較不重要的，應該是說那個多方面去輔導的，因為其實我覺得每 1 個人的專長或者是他比較興趣的，可能會比較不一樣……以專業考量，所以我覺得是這樣子。」AC34)

「我覺得就是每 1 個人……還是有不同的 1 個專業度啦，所以我會覺得就是說不見得要更多。」(AC46)

「我覺得應該是最好能夠，只輔導 1 個議題就好，這樣才能夠專精嘛。」(AC64)

另外，此類型受訪者部分對成果發表會雖持正向鼓勵態度卻認為不

這麼重要的原因，來自於無法從中學習到如何達到績優的過程，普遍認為太形式及結果化、學習典範輔導轉移困難、無法讓基層學校參與等，導致成效有限，歸類於此類型的受訪者認為：

「他太結果了，……他每次都是非常大量的活動的呈現，其實你不太能夠知道，怎麼做到這些活動出來，就是說過程是什麼，其實在那個成果發表會是看不見的，就是誰去做了什麼事，然後引導了哪裡？或者是說這整個你看到的這些成果，背後的 key person 是誰？」（AC8）

「成果會不管是中央跟地方，我覺得是那個形式，……他真的比較是在最後的成果的 1 個鼓勵跟彰顯，……比較沒有很大的時間，讓這些得獎者能夠發表他們是怎麼樣去思考推動的一些策略跟方案計畫，比較沒有機會去談這個部分……就是我要把這些績優的學校去做一些輔導轉移的過程中，我覺得是有一點點的沒辦法達到的……」（AC9）

「我是比較覺得這個有一點比較像屬於比如說大型的那種大拜拜啊！因為那個成效可能比較有限，當然你可以觀摩到各個縣市，這個是可能，……1 個蠻好的 1 個點，但是……我們全國那麼多在執行這個各大議題的這些現場的第一線的工作人員來說的話，恐怕就比較沒有這個機會」（AC34）

最後，有關能與各縣市議題的中心學校有良好的互動，以利健康促進學校之執行（陳述句#30），此類型受訪者強調此部分之所以覺得較不重要的原因是各縣市已經做很好及輔導委員的被動性，AC67、AC46 和 AC73 認為：

「互動以利健康促進學校的執行，其實這個我是覺得應該大家都做得很好，並沒有說很重要的，因為我們都有中心學校跟種子學校嘛，那中心學校他會去 handle 這些種子學校。」（AC67）

「我們應該是被動被聯繫啦，比較不會說有主動去跟他們就是聯繫，那通常都是接受邀請。」(AC46)

「是被動式的，因為各縣市有它的中心學校，中心學校的這些中心學校的校長，他願意請你幫忙，那當然如果他不找你幫忙，你也不會主動。」(AC73)

表 8 因素類型I「政策綜合型」之理想化因素排列表

程度	最不符合 ←————— → 最符合								
	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
題號	27	30	21	17	16	2	10	8	1
	26	23	29	20	6	7	19	3	5
			25	11	15	4	9		
				24	13	22			
				28	14	18			
					12				

表 9 因素類型I「政策綜合型」最符合與最不符合之 Q 陳述句表

	Q 陳述句編號	Q 陳述句	因素序列	Z 值
最符合	1	協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣(市)本指標，發展在地化策略	4	2.288
	5	協助各縣市推動學校衛生政策(如組成工作小組，評估學校健康問題、社區需求、政策的方向，訂定學校健康政策)改善	4	2.276
	8	協助各縣市推動生活技能融入之教學或活動	3	1.644
	3	協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊(如主辦或擔任講座)	3	0.836
最不符合	26	能持續多年參與各縣市之校群會議/校際聯盟會議(如：菸檳防治議題校際聯盟會議)	-4	-1.541
	27	能同時輔導多個健康議題(如：同時輔導菸檳、健康體位)以發揮綜效	-4	-1.406
	23	參與中央或地方健康促進學校成果發表會	-3	-1.215
	30	能與各縣市議題的中心學校有良好的互動，以利健康促進學校之執行	-3	-1.130

資料來源：本研究整理

二、因素類型II：計畫增能型

本類型共有 9 位。類型II「計畫增能型」在輔導健康促進學校時，特別在乎 HPS 健康議題之增能、HPS 計畫、年度會議、成果報告及下年度計畫撰寫，較為偏重計畫型增能，因此命名為「計畫增能型」。

依據因素類型II「計畫增能型」之理想化 Q 陳述句排列（表 10）的資料及本類型的受訪者最符合與最不符合之 Q 陳述句結果（表 11），發現本類型的受訪者認為最重要的看法為：協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊（如主辦或擔任講座）（陳述句#3）及協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣（市）本指標，發展在地化策略（陳述句#1）；次要的看法則為：協助各縣市議題中心學校辦理之年度各會議（如擔任輔導專家、講座）（陳述句#4），協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書（陳述句#2）。

類型II的受訪者認為，協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊（如主辦或擔任講座）（陳述句#3）重要的原因在於增能後的成果、教師對學生的影響力及學校老師對執行問題的回饋及增長，本類型受訪者 AC48、AC37、AC38 和 AC49 認為：

「縣市學校的增能，這個很重要，然後我們都很希望說增能之後啊，他們就要有成果。」（AC48）

「一定要辦教師增能，那教師增能做了，……因為學生在我們手上會長達 8 個鐘頭，那這 8 個小時我們用潛移默化而不是用命令口式，我們希望能夠培育學生的健康素養，……所以老師的增能做到了，那就會雙管齊下，行政也會減輕一些負擔。」（AC37）

「工作坊的提升專業知能之後，……比如說我們會聘請一些專家學者……甚至這樣的 1 個縣市議題的 1 個增能，那針對這個議題，我想夥伴們就我

們會由種子學校，然後由點到線到面的 1 個擴展。……，不單單是針對議題中心學校，針對協力學校、甚至待輔導學校，他都能夠知道，他們的議題，有哪些的 1 個執行策略，哪些的一些學生健康檢查的分析資料，能夠讓他們在推動健康促進學校能夠有所增長。」（AC38）

「在這個工作坊的部分，其實我覺得是最重要的，因為能夠把議題比較深入的，跟他們談，聽他們的問題在哪裡，給他們回饋。」AC（49）

本類型受訪者認為協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣（市）本的指標非常重要（陳述句#1），但重點在於承辦人更迭後的銜接和訂好指標後計畫的撰寫及落實執行，本類型受訪者 AC38、AC48 和 AC66 認為：

「我覺得不管是在行政團隊，在校長的異動或者在學校每 1 年針對他的市本指標，發展在地化策略，我覺得最重要的，還是必須擬定縣市推動健康促進學校的計畫撰寫，有了這樣計畫的撰寫，我們才有一定的 SOP 然後才有他的 1 個期程跟步驟的 1 個實施，將學年度的 1 個健康促進學校計畫能夠擬定周詳，而且能夠周延完整。」（AC38）

「我們那個縣市的在地化特色指標，我覺得這個很重要，很重要的原因是，因為我們縣市教育處或教育局的承辦人員，通常是有 1 個固定的承辦人，可是他有一段時間之後，會可能因為工作異動或什麼，然後他就會調可能別的單位，……，都會有 1 個新的承辦人員來銜接……我可能第 1 個還是會協助他們做，那個他們這個縣市的特色，然後發展他們在地的策略。」（AC48）

「應該是把這個健促的這 1 個縣本的指標的部分，怎麼來跟部本的指標，來做一些結合的地方，所以這個當然是很重要，但是這些訂定下來之後，怎麼樣子來落實下來」（AC66）

有關協助各縣市議題中心學校辦理之年度各會議（如擔任輔導專家、講座）（陳述句#4），其重要性在於形成共識、訂定方向及後續的執行推動，協助學校展現特色，其中 AC14、AC22 及 AC37 認為：

「年度會議，比較就是在比如說開始前，他們可能有 1 個共識，大家把方向或策略目標訂出來，然後在中間的時候可以做一些檢討跟修正，然後到期末就是成果的呈現的部分，再做一些微調縮小，或者是說怎麼樣幫他們把他們的特色能夠展現出來。」（AC14）

「中央委員應該要繼續擔任輔導專家或講座或參加他們的會議，要不然怎麼辦影響到這個計畫，因為健促計畫除了…主計畫以外，還有各子計畫，那你要去參加議題中心學校……各子計畫的組隊，他們都會去參加，那你才會對他們有互動，才能夠幫助計畫執行。」（AC22）

「議題中心學校辦的這個輔導講座，……針對我們要去弱扶強嘛，所以對於比較數據比較不 OK 的，我們要成立這個來協助他，所以這個是不會對全市，他就是針對 1 個學校」（AC37）

最後是有關協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書（陳述句#2），本類型的受訪者認為重要的原因是年度計畫間環環相扣，且牽涉到榮譽與績效成果的重視，找到問題並檢討修正計畫才能對症下藥，其中 AC38、AC22 和 AC49 認為：

「最後的成果報告都是非常重要的，所以在這個整個的 1 個年度的成果報告跟擬訂下 1 個學年度的 1 個健康促進學校計劃的 1 個計畫書撰寫，我覺得他會一脈相承，而且它會承先啟後、環環相扣。」（AC38）

「健促計畫……各縣市都會有特優、績優評選，都有獎金，那……是很大的榮譽啊。那他們每年都要同時寫成果報告，下一年度計畫那他們都必須要用用心去寫，……中央委員縣市都應該要幫助他們，讓他們努力，幫助他

們去得獎，讓這個計畫受到縣裡面的教育局處，或是甚至那個市府裡面的高層縣市長、副市長、主秘的局長，對我們的重視啊！」（AC22）

「在這個學年度的成果報告，一定是做 1 個檢視整年度的計畫推動的，它的優缺點，甚至可以作為下個學年度在推展的 1 個計畫的參考，這個假如在計畫你的方向沒有拿捏好，去年沒把問題找出來，那你明年還是一樣沒有辦法對症下藥啊！」（AC49）

另外，類型II「計畫增能型」認為最不重要的則是：協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪（陳述句#11）及能與各縣市承辦人有良好的互動，以利健康促進學校之執行（陳述句#29）；其次不重要的則是：能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持（陳述句#28）及能同時輔導多個健康議題（如：同時輔導菸檳、健康體位）以發揮綜效（陳述句#27）。

首先，本類型受訪者針對跨縣市交流的看法（陳述句#11），認為需要花費大量時間和資源，還有無法深入和普及，AC14 和 AC66 認為：

「縣市交流，因為他要花比較多的時間，還要比較好的安排，……透過像輔導委員，他就有不同縣市的輔導經驗，當然他也可以在很短的時間，去交換那個學校之間不同做法的這些交流，當然如果親身去體驗，當然是會比較好，但是相對來講，我說他有一些時間跟就是人力、物力這些資源的負擔」（AC14）

「跨縣市的經驗交流的 1 個部分，……我可以再把這個別人的經驗，那些可以帶回來，刺激他們，他們帶回來的，我會想到要去做，但是這個的部分就是限於經費的關係，其實也沒有辦法這樣普遍在那麼多人的來參與，你要用輪流的，……，沒有辦法普及，所以就相對來效率上來講，就有會降低下來，而且他出去的時間也沒有那麼那麼久，去都嘛走馬看花」（AC66）

其次是有關能與各縣市承辦人有良好的互動，以利健康促進學校之執行（陳述句#29）部分，本類型的受訪者對於能與各縣市承辦人有良好的互動，並非不重要而是有困難，主要來自於承辦人頻繁更動且是借調人員居多，應建立制度來解決，AC37、AC70 及 AC22 表示：

「我現在現實中遇到的，比方 OO 市的承辦人，他根本是老師借調，他都不敢得罪學校，也不敢要求，更不敢做擔當，所以我們講了什麼，他都不敢說這是教育處的意思，比如說我們餐後要好好刷牙，……他都說這是委員說的，教育處都沒有立場啊……我們也有試圖要跟他溝通，但是他就是先躲起來，沒有擔當。」（AC37）

「借調校長，本身他也 1 年就離開了，能夠做上 1 年已經是不錯的啦。……，但是縣市的承辦人員，……唉一直調一直換」（AC70）

「重點是制度，照制度去走，那這個縣市的健促計畫怎麼推動怎麼執行是跟著計畫走，跟著制度走，不是跟著那個人，萬一一個縣市承辦人 1 年換兩個，1 年換 3 個，你跟他有良好的互動，有什麼用啊？每年換來換去，流動率那麼高，那當然是應該努力去建立制度，不是只跟承辦人互動。」（AC22）

本類型的受訪者對於能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持（陳述句#28）的部分，則認為口頭的獎勵並無實質作用，不如給予實質的建議或推動策略，AC22、AC38 及 AC66 表示：

「給予輔導縣市或學校正向鼓勵，我覺得口頭當然好啊，……也不是說這個完全不重要，但相對來講，正向鼓勵……他們需要的是實質的益處啦，你要實質給他經費去執行，你要實質給他一些工具去執行，……要有具體的、工具性的，甚至有一些幫他帶經費，幫他辦研習、幫他訓練學校人員，告訴他這個議題要怎麼操作，讓他去推動下面的學校好好執行」（AC22）

「因為我們沒有子彈沒有兵啊！當我們的資源匱乏的時候，即便我給他口頭的正向鼓勵跟支持，我都覺得不如縣市政府或者是教育局教育處能夠給予他的一些肯定跟支持，……或者提供的成果報告，……在學年度之前就給予他有 1 個鼓勵的 1 個條件跟資源的提供，我覺得那會更好」（AC38）

「給予輔導員縣市跟那一些的正向的鼓勵跟支持，……我們現在所了解到的這些學校裡面，其實應該是不只是鼓勵支持的部分，其實更重要，其實很多學校都是說，我看這個工作很多的，這個議題要推很多，所以他們最需要的不是你要鼓勵他，就是能夠協助他，他要怎怎麼來做，做得就是比較具體的這樣。」（AC66）

對於能同時輔導多個健康議題（陳述句#27），持較不重要的原因，在本類型委員的看法是單一議題先做好才能穩紮穩打深入落實生活中，也有以委員個人的專業度來考慮，更提到學校容易忙不過來，委員輔導不容易發揮效果，AC37、AC48、AC66 及 AC38 認為：

「第 1 個是先不要多議題，因為如果學校能夠把 1 個主議題做得好，就已經很棒了，……那這個議題站穩了，我們再來第 2 個議題，然後融入生活中，慢慢的變成是，就是幾年後還會多議題，那你一開始就要比如說你又要做視力，又要做口腔、又要做體位，又要菸檳，又什麼健保，他又蜻蜓點水，什麼都沒做，無法深入。」（AC37）

「那同時輔導多個議題，我覺得比較不好，因為對我來講比較沒那麼熟識，像我菸檳害防治、健康體位或者視力口腔，……，我輔導比較多年，我比較熟識，……，我比較弱勢的就是那個性教育的部分，……有另外 1 個老師他蠻專責在輔導，所以我覺得不要 1 個老師輔導太多個議題，有時候就不專心」（AC48）

「我們現在進駐的議題其實是很多……其實在學校在推的時候，……全部的必選議題再加上自選議題，……真的是忙不來，……學校第 1 個不會寫

那麼多，第 2 個，我們輔導員……輔導也不容易啦。……我是覺得這個部分是比較沒辦法發揮那個效果的地方」(AC66)

「如果要輔導多個健康議題，我覺得他就會流於形式，……給學校做一些深度的 1 個討論跟策略的研發，我覺得會比較有用，所以如果輔導多個健康議題，我覺得他成效不是那麼的顯著。」(AC38)

表 10 因素類型II「計畫增能型」之理想化因素排列表

程度	最不符合					最符合				
	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	
題號	29	27	10	23	15	13	20	4	3	
	11	28	30	24	18	21	25	2	1	
			7	17	8	22	12			
				6	16	14				
				9	5	26				
					19					

表 11 因素類型II「計畫增能型」之最符合與最不符合之 Q 陳述句表

	Q 陳述句編號	Q 陳述句	因素序列	Z 值
最符合	3	協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊(如主辦或擔任講座)	4	2.057
	1	協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣(市)本指標，發展在地化策略	4	1.634
	4	協助各縣市議題中心學校辦理之年度各會議(如擔任輔導專家、講座)	3	1.579
	2	協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書	3	1.267
最不符合	11	協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪	-4	-1.843
	29	能與各縣市承辦人有良好的互動，以利健康促進學校之執行	-4	-1.560
	28	能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持	-3	-1.552
	27	能同時輔導多個健康議題(如：同時輔導菸檳、健康體位)以發揮綜效	-3	-1.342

資料來源：本研究整理

三、因素類型III：專業成效型

本類型共有 10 位。類型III「專業成效型」在輔導健康促進學校時，特別重視增加 HPS 輔導成效，無論是運用實證策略、長期認輔或是提供專業建議、發揮個人專業知能等，都是為精進輔導品質和深化輔導成效，強調專業和提升輔導成效，因此命名為「專業成效型」。

依據因素類型III「專業成效型」之理想化 Q 陳述句排列（表 12）的資料及本類型的受訪者最符合與最不符合之 Q 陳述句結果（表 13），得知本類型的受訪者認為最重要的看法為：能運用各項議題的實證策略，來增加輔導成效（如下課教室淨空、使用高氟牙膏...等）（陳述句#19）及能持續多年對同一縣市或學校進行長期認輔，以精進輔導品質和深化輔導成效（陳述句#21）；次要的看法則為：提供個別健康促進學校專業建議，指引適合發展方向（陳述句#16）及發揮個人專業知能有效輔導學校（陳述句#18）。

類型III的受訪者認為能運用各項議題的實證策略，來增加輔導成效（如下課教室淨空、使用高氟牙膏...等）（陳述句#19）之所以重要是因為實證策略是輔導健康促進學校有成效的基礎而非網路上的不實資訊，本類型受訪者 AC10、AC55 及 AC15 認為：

「實證策略……應該就會放很前面，……因為我們本來在做那種健康教育或者是衛生教育的介入的時候，就非常強調，一定要實證為基礎，因為先一定要先證明他是真的是有效的策略，我們才拿來用，……才是 1 個負責任的做法。」（AC10）

「視力我們最有問題的就是那個孩子的用眼時間沒有辦法中斷，為什麼一直持續就是 3010，還有……最有效的，……下課教室淨空，你說淨空是的確對有些老師來說是很難的，因為他覺得……弱勢孩子回去又不寫作

業，……像淨空就是要執行每天戶外活動要 120 分鐘，因為要多給他到外面去，戶外有一些自然光，自然光線，會讓他視網膜產生多巴胺，……眼軸不再拉長就不再惡化，就能夠控度了，……這個就是我們的 1 個策略的實證的策略，……所以我們在長期輔導一些高關懷的學校，也跟他說這個策略是有效的。」（AC55）

「第 19 項是實證的部分，……對於一些健康促進能做什麼是有效的這件事情，……，健康促進能夠達到有效的部分，就是要靠這個實證的策略來做引導，……我覺得實證很重要，……我舉個例子好了，就像國小的老師好了，他如果去找一些口腔健康相關的資訊，那他的資訊來源可能會是網路上的任何資訊，可是網路上的任何資訊，他結構的可能後面會有一些商業的連結，所以給的資訊就不一定會是正確的，所以實證策略的這個部分要連著輔導，放到學校輔導的裡面的項目之一，我覺得是很重要的」（AC15）

有關能持續多年對同一縣市或學校進行長期認輔，以精進輔導品質和深化輔導成效（陳述句#21），本類型受訪者認為長期認輔才能深度理解學校需求進而提供專業建議，有受訪者提出至少是三年一期，長期認輔才較有效果，輔導品質要提升才能精進。其中受訪者 AC10、AC12、AC53 及 AC55 認為：

「長期認輔很重要，就是因為你一定是長時間接觸這個學校，你才有可能知道他的那個學校主要的面臨的困境是什麼，所以比較有辦法做出一個符合那個學校真正合適的一個健康促進策略……長期的追蹤才會知道他的那個主要問題是什麼，……有什麼樣的一個資源，……知道他的困境，他們學校搞不好就是沒有那些資源可以做到這件事，而提供個別健康促進專業建議。」（AC10）

「我個人是認為輔導連續輔導 3 年是有必要性的，最主要就是學校都沒有經驗，他們可能對例如說蛀牙怎麼預防都沒有什麼經驗，那學校在推廣的時候也會遇到很多的阻礙，……最大的阻礙，可能就是老師，老師的部分

配合度會比較低，尤其遇到比如說餐後潔牙的時候，可能要多花一些時間去管理班上的秩序，……其實反對聲音最大的可能就是老師的部分，那怎麼樣讓老師覺得這件事很重要，就會變成 1 個輔導很重要的概念，……怎麼樣讓全校都覺得這件事情很重要，而且可以看到成效。」（AC12）

「如果我們比較長期的去認輔這縣市，可以協助他多一點，也可以幫他們做一些比較深入的這些策略的 1 個介入，它的效果也許會比較好一點。」（AC53）

「我是覺得那個長期的認輔，輔導的品質一定要提升，才能夠精進，不精進的話，我們那種錢用在刀口上，他輔導的那種成效才會出來，那個整個數據，我們現在現在比較苦惱的就是我們的體位，我們的視力這幾年來我們都低於全國平均。」（AC55）

有關提供個別健康促進學校專業建議，指引適合發展方向（陳述句 #16）這部分，本類型受訪者 AC12、AC15 及 AC19 認為輔導委員的不同背景、學校的差異性，致使委員可從不同觀點提出不一樣且適合個別健康促進學校專業建議：

「因為我們輔導委員的背景差異很大，有校長、有專業的人力，當然也有一些校護退休的，……其實大家背景不同，其實看事情的角度也非常不同，我們就發現牙醫背景的醫師，……例如說健康中心的一些齲齒的指標，然後窩溝封填，就是一些比較蛀牙相關的指標，……校長其實在裡面就扮演很重要的角色，我們就看到校長看到比較全面性的，……指引適合發展方向，我覺得不同背景的輔導委員，其實他是可以提供不一樣的發展方向……每個學校的狀況很不一樣，像我們有偏鄉、有離島，……如果我也能夠針對這個學校的問題，提供專業建議指引他適合發展的方向，我覺得這就很重要，所以我個人會認為 16 會特別重要，但是他是在以 19 為基礎

之下去建立的」(AC12)

「提供個別健康促進學校的專業建議，……但每個學校其實校長不一樣，學務長不一樣，校護不一樣，他們也通通都不一樣，學生也不一樣。……雖然兩個學校的指標 KPI 是一樣的，可是他們裡面發生的狀況是不一樣的，……例如說齲齒率要到 40 以下，……縣平均是 40 好了，……兩個學校也都是 40，當我們想要再下降的時候，把 40 下降到 30 的時候，其實這兩個學校完完全全可能會是不一樣的，要給他們需要做一些重新組合的內容會是不一樣的喔，所以個別的健康促進學校的專業建議會是重要的。」(AC15)

「個別健康專業建議指引適合發展的方向，因為每個學校有的那個資源跟他適合發展的方向，可能也不太一樣，不管是地區性的問題，或者是這個學校，或者是包含家長會等等的，……可能有它適合執行的發展方向都不一樣，因為健康促進的範圍很廣嘛！」(AC19)

最後是發揮個人專業知能有效輔導學校(陳述句#18)，本類型受訪者 AC24、AC55 及 AC10 認為輔導委員對議題的專業度要夠且要不斷精進才能有效輔導：

「發揮個人專業有效輔導學校，這是理所當然，你要成為 1 個輔導教授，你自己本身這個議題的專業知能一定要夠，不然你怎麼帶怎麼帶怎麼幫忙他們學校來執行這個議題」(AC24)

「其實都要去充電，……因為本身是輔導員，輔導員一定要具備專業知能，我們不能是我們不能說是每 1 個，每 1 個領域都很厲害啊，有些領域我們沒有接觸過，有些領域我們比較有碰過啊，所以像我在輔導視力體位口腔，這 3 年也都在輔導……，然後下來以後，他們也都做，以後也都會得獎」(AC55)

「因為畢竟你是去輔導人家，所以跟你自己本身的專長符合，……自己本

身是相關的專家你做出來的東西才是真的比較有可能可以抓得到重點，就是你自己個人專業本身就跟這個學校缺的東西是有關係的，……我也會覺得就是需要發揮到個人專業知識才能有效輔導到那個學校。」（AC10）

另外，類型III「專業成效型」認為最不重要的則是：協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書（陳述句#2）及協助各縣市對健康促進學校訪視或評鑑的績優學校給予獎勵（陳述句#14）；其次不重要的則是：能同時輔導多個健康議題（如：同時輔導菸癮、健康體位）以發揮綜效（陳述句#27）及協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪（陳述句#11）。本類型受訪者最符合與最不符合之Q 陳述句結果如表 13。

類型III的受訪者認為協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書（陳述句#2）最不重要的原因是，報告的撰寫應為承辦人員的主要任務，中央委員只有當他們遇到問題請教時被動協助，其中 AC10、AC15 及 AC53 認為：

「撰寫報告這件事情……主要還是承辦人他們的主要的任務，如果我們每個都要協助各縣市去撰寫這個報告的時候，好像中央輔導的任務也會非常的吃重」（AC10）

「我們輔導沒有到成果報告跟這個部分，我也覺得這個部分好像，他們有問題可以問我們啦，但他們不知道要怎麼寫可以問我們，但是是不是要協助，協助是應該說沒有主動協助，但是他們有問題也可以……主動協助，我覺得是比較不重要的這樣，他們可能需要協助，我們可以幫忙」（AC15）

「他的計畫應該要寫哪些東西，他的成果包括哪些內容，事實上他是固定每年要做，那他如果是新的，他們會有一些經驗的交接，所以基本上我們只是可以幫他說，看你這個成果報告的完整性或者哪一些部分，其實可以

去做一些強調，那所以我會覺得說，這個部分本來就是他們承辦人在做，所以比較未必需要提供那麼多的協助」（AC53）

有關協助各縣市對健康促進學校訪視或評鑑的績優學校給予獎勵（陳述句#14）的部分，本類型受訪者覺得沒這麼重要的原因是中央輔導委員只是從旁協助提供策略及建立制度鼓勵學校，AC24 及 AC55 認為：

「從輔導教授的立場，就是從旁協助，協助他們把這個議題能夠做好，然後提供一些策略給他們，然後，當然如果學校在訪視或評鑑得到績優的話，那當然這個就是這個是本來就應該鼓勵的啦，我想這個也是我們做輔導教授的應該做的事情，但是它沒有那麼重要，我覺得比較重要的是，他在執行過程當中提供的所謂的一些策略，我覺得這才是比較重要。」（AC24）

「因為這個獎勵，我在我當年都已經有建立 1 個獎勵制度」（AC55）

「其實績優學校是另外一種在我輔導的過程裡面，就是每年都會有大概十所，十到十二所口腔議題的績優學校，那學校當然是值得鼓勵，但拔尖的這件事情倒不是我在意的啦，我比較在意的是落地的，這些需要幫助的學校，所以我才會把這個部分選的比較不重要這樣」（AC15）

有關能同時輔導多個健康議題（如：同時輔導菸癮、健康體位）以發揮綜效（陳述句#27），本類型委員普遍認為不那麼重要的原因主要是針對委員的專業，輔導多個議題無法深入及發揮委員專長，AC19、AC24 及 AC53 認為：

「輔導多個議題，……當然也很好，那只是說並不見得每個委員的專業都能輔導多個議題嘛，所以我把他排相對不重要」（AC19）

「同時輔導多個健康議題，我會建議啦，如果說以專業來講，同時要輔導很多議題，我覺得沒有辦法深入，……，我個人比較喜歡輔導那個健康體

位，因為這是我的專業嘛，又是運動，然後又有那個健康促進這 1 塊，我就很喜歡輔導這個健康體位，……這是我非常，非常專業的部分，因為他剛好符合我的我的專業，那至於輔導到其他的議題也是可以，但是我覺得沒有辦法那麼深入啦，所以我個人認為一個輔導教授輔導多個健康議題，可能沒有辦法對該縣市的專業建議上面有那麼那麼的深化」（AC24）

「我們在輔導的時候，……像我們每 1 個輔導委員都有各自的專長，那他們縣市裡面的重點也會不太一樣，所以未必需要說我們同一個人就通通都輔導，……，其實輔導委員都是多個，那既然多個，我們就可以分不同的議題，每一個委員可以針對一個議題，做比較多次的一個介入……可以幫助他那個縣市的承辦人進入他學校的議題，那大部分各縣市也都會有組成同一個議題的一些學校共同來推動，……每 1 個議題有不同的委員可以發揮他的專長，應該是蠻好的」（AC53）

最後是協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪（陳述句#11），本類型受訪者持較不重要的立場，其原因主要在效果及輔導教授的從旁參與角色，AC15、AC24 和 AC55 認為：

「跨縣市的經驗交流參訪，……那個效果沒那麼好，……那有些學校他會藉由交流，他會盤整自己學校的優點出來，……拔尖的學校績優的學校，他們就是可以一直被交流，……對於我們整體的健促的環境能不能提升，我覺得那個有效性是有啦，但是可能……效能沒有那麼高」（AC15）

「跨縣市這個部分，……是輔導團，他們自己去做規劃，那如果需要輔導教授參與，那輔導教授應該是站在從旁協助，主軸不是輔導教授。」（AC24）

「這幾年來也不是說不好啦，但是我覺得這種參訪，現在就是變成一種慰勞……，大家去慰勞輔導員，這樣的性質，沒有真正的去落實到……兩個縣市啊我這個縣市推的是口腔覺得不錯，你們的縣市推的是體位，大家互相來提供，……所以我會把它列為比較不重要。」（AC55）

表 12 因素類型III「專業成效型」之理想化因素排列表

程度	最不符合				最符合				
	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
題號	14	11	6	4	30	17	1	16	19
	2	27	23	9	26	29	3	18	21
			24	13	28	22	5		
				12	7	8			
				25	10	20			
					15				

表 13 因素類型III「專業成效型」之最符合與最不符合之 Q 陳述句表

	Q 陳述句編號	Q 陳述句	因素序列	Z 值
最符合	19	能運用各項議題的實證策略，來增加輔導成效(如下課教室淨空、使用高氟牙膏...等)	4	1.882
	21	能持續多年對同一縣市或學校進行長期認輔，以精進輔導品質和深化輔導成效	4	1.507
	16	提供個別健康促進學校專業建議，指引適合發展方向	3	1.402
	18	發揮個人專業知能有效輔導學校	3	1.400
最不符合	2	協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書	-4	-1.791
	14	協助各縣市對健康促進學校訪視或評鑑的績優學校給予獎勵	-4	-1.540
	27	能同時輔導多個健康議題(如：同時輔導菸癮、健康體位)以發揮綜效	-3	-1.400
	11	協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪	-3	-1.377

四、因素類型IV：正向互動型

本類型共有 12 位。類型IV「正向互動型」在輔導健康促進學校時，重視 HPS 計畫、給予正向鼓勵及支持，強調與縣市承辦人良好互動並協助各縣市承辦人撰寫年度 HPS 成果報告和下年度計畫書，因此將本類型命名為「正向互動型」。

依據因素類型IV「正向互動型」之理想化 Q 陳述句排列（表 14）及本類型的受訪者最符合與最不符合之 Q 陳述句結果（表 15）的資料顯示，本類型的受訪者認為最重要的看法為：協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣（市）本指標，發展在地化策略（陳述句#1）及能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持（陳述句#28）；次要的看法則為：能與各縣市承辦人有良好的互動，以利健康促進學校之執行（陳述句#29）及協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書（陳述句#2）。

類型IV的受訪者認為協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣（市）本指標，發展在地化策略（陳述句#1）最重要的原因在於訂定縣（市）本指標，發展在地化策略，對於健康促進學校計畫的推動是基礎且不可或缺的，其中 AC69、AC62、AC5 和 AC36 認為：

「在地策略，其實要因地制宜，比如說，我認養的澎湖縣、金門縣，雖然他們都是離島，可是就離島來講，澎湖有 19 個有人島，金門的話，除了大金、小金以外，就是烏坵，所以他們的屬性雖然都是離島地區，可是有離島跟外島之分，所以如果不是很清楚如何在地化的話，就會產生一種現象，用臺灣本島的角度來看這些學校，然後另外也會用這些學校去羨慕臺灣本島有足夠資源的方式，會想說我們沒有辦法去落實，或者是完成臺灣本島做得到的事情」（AC69）

「訂定縣市縣本的指標，發展在地化的策略，因為我們健康促進學校已經 20 多年，……如果這個計畫沒有很完整的，然後送校務會議去讓大家去討論的話，容易大家不清楚說承辦人員，他在做這個業務的時候，有沒有給大家 1 個方向，大家有沒有支持他，……學校有很多的議題，到底是學……在哪些方面是需要學校去重視的，在推動的議題方面，經過一些不管是學校的校務會議也好，或是衛生委員會的討論之後的呈現，其實都是很重要的」(AC62)

「通常第一次去輔導，就是要訂那個指標嘛。然後這個時候因為有時候比如說今年如果換人了，那等於他們對那個指標都很陌生，就是訂指標這個事情，有點像是從零開始，雖然都會有前 1 年的，或者是中央的版本可以參考，可是只要一旦換人，這個事情就是要重新討論，然後我覺得會花比較多時間溝通」(AC5)

「發展在地化的政策就是可以針對問題，然後給予協助跟輔導，因為各縣市的狀況跟問題不太一樣，像新北他有山有海，然後有偏鄉有大校有小校，所以他可能跟台北市不一樣，跟桃園也不太一樣，因為我們這山區的資源是相對的是缺乏的，那你偏遠地區有偏遠地區的輔導的策略……比如說東北角、瑞芳，雙溪的部分，所以他在地化的策略，然後他們需要的協助跟幫忙也不太一樣，比如說他們可能那一邊的需要的是醫療的醫療車、巡迴車的這個部分。」(AC36)

能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持 (陳述句#28) ；顯示在輔導委員眼中，這項工作在健康促進學校計畫的推動中佔有一席之地。本類型受訪者 AC69、AC16、AC36 和 AC5 認為：

「從管理學的角度，如果可以給正向的肯定，這個就是我們所講的激勵，那激勵裡面，它強調的是正向的支持，也就是正向的增強，那給他正向的增強之後，有了鼓勵，他才會願意再去執行。」(AC69)

「我會比較傾向就是在輔導的時候，可以針對協同或是中心或協同的校長或是主任，……建立比較好的互動的關係，……除了這個健康議題以外，然後還有他個人的一些可能在處理學校的事情的壓力啊，我覺得好像就是給他們持續的支持跟鼓勵，然後有那個關係，然後後續要輔導的話，我覺得會比較容易」（AC16）

「在輔導過程裡面，……我們都給予指正，但是沒有鼓勵跟支持，所以這個正向鼓勵跟支持是能夠為維持維繫這個計畫明年度後年度，該校或是說該縣市的這個承辦人，他們有沒有那個意願或是有沒有那個繼續走下去的一個力量，很重要的一個……支持啦，……我們的承辦人員如果……他能夠支撐下來，……所以給學校正向的鼓勵跟支持，是讓這些學校能夠願意繼續做或是讓他們也努力去做的一個很好的一個動力。」（AC36）

「我覺得他們比較需要正向的鼓勵，因為他們其實就是比如說學校的那個承辦校護或者是衛生組長，他們自己工作壓力已經很大了，通常溝通什麼事情，還是會需要用比較正向的方式，他們也比較願意接受。」（AC5）

有關能與各縣市承辦人有良好的互動，以利健康促進學校之執行（陳述句#29）的部分，主因為本類型受訪者能站在輔導者角度思考被輔導學校的需求，進而解決問題，其中 AC69、AC56、AC36、AC44 及 AC16 表示：

「良好的互動，可以讓這些承辦人員他們有依靠，讓他知道有問題的時候，他可以找誰，那因為各縣市的中央輔導委員……協助他認養的學校，應該要如何克服他所遇到的問題，那承辦人員其實他最清楚哪些學校是績優，哪些學校是真的需要輔導或甚至於寫行動方案，所以說如果跟承辦人員有良好的互動，那在推健促的一個部分就會相當的容易。」（AC69）

「我們都會盡量去鼓勵這些承辦人員，就是我們會盡量跟他保持良好的關係，然後盡量去鼓勵他，然後讓他能夠在這個工作上獲得一些支持，如果

他覺得沒有被支持的時候，或者是說怎麼做，都是我一個人在做的時候，我覺得很容易就會做一做，然後，就無聲無息去了」（AC56）

「因為他們本應就會跟我們這些的輔導員會有良好的互動，所以基本上這幾年下來，他們在執行上面也都很正向，也都很積極的在跟我們進行互動，進行互動的狀況是因為我們終究是對於現場的問題比較能夠去掌握，……，因為各縣市的承辦人，……所以他只要第1年上手了，第2年、第3年就也沒有太大的問題」（AC36）

「因為情感關係的建立之後，……大家心門打開，要有一些建議或改進的地方都是很棒的，因為就行政的立場來講的話，情感的支持，還有共同面對這些問題或執行策略的部分，我覺得是要有共性去做這件事的時候，……然後有支持情感上的支持的時候，會比較容易去推動」（AC44）

「與承辦人有良好的互動，那我認為好像是中心學校的校長有良好的互動，然後就是大家都會有默契，所以就會持續的才能有後續，然後持續去推動這樣的1個輔導的1個機會」（AC16）

最後是協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書（陳述句#2），本類型受訪者多數將本陳述句排序靠後：顯示雖然重要，但在這組受訪者心中，通常有其他事項（如指標設定、正向支持、良好互動）被認為是更為優先或基礎的。其中AC36和AC56認為：

「我們在負責的工作裡面的主要工作，就是縣市的健促成果的報告，然後其實也還包含那個健促的計畫的部分的審查，……因為計畫書大部分都是已經是制式的，……可是成果報告可以去看到一個學校，他整年度執行下來，它實際上執行的1個狀況，或者是他遇到問題怎麼去解決，他的歷程是怎麼樣，……包含體位視力以及口腔的指標，他們在執行上面有沒有困難，或是說他們有沒有遇到問題去解決，那可以根據他們的一些成果……

了解，……到底有沒有認真的落實跟執行」(AC36)

「一年的工作下來之後，他總是要有一個結果，……常常前面推動得很不錯，因為後面在通常在年度計畫在撰寫報告的時候，……很多學校都很忙，然後忙到都會所以那個部份，我都會覺得你們既然工作都有做的這麼的辛苦，……那個報告反而在那個地方，他就是有一點沒有這麼完整的時候，會覺得有一點可惜，覺得一整年推動下來的成果反而沒有被看見，……能夠確實的把你這1年發現的問題，或者是把一些成果把它記錄下來，……可以讓明年的計畫一開始的時候延續」(AC56)

另外，類型IV「正向互動型」認為最不重要的則是：協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪(陳述句#11) 及協助各縣市與校外/社區相關的專業學會、衛生單位、NGO 連結，爭取資源(陳述句#9)；其次不重要的則是：協助各縣市府推動學校健康服務(健康觀察、調查、與篩檢的過程掌握師生健康狀態，採取適當服務協助改善學生健康) 改善(陳述句#10) 及能持續多年參與各縣市之校群會議/校際聯盟會議(如：菸檳防治議題校際聯盟會議)(陳述句#26)。最符合與最不符合之 Q 陳述句結果(表 15) 如下：

類型IV的受訪者認為協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪(陳述句#11) 最不重要的原因是相對比較，同時城鄉落差大，參訪學習結果無法適用，AC36、AC44、AC56 及 AC69 表示如下：

「透過參訪了解各縣市的一個有效的健康促進的推動，還有一些經驗上面的一個傳承，然後引進到我們的縣市，就是說經驗的一個轉化，那當然這個也是很重要，……我們在推動上面，我們的本職學能跟我們的專業的這個部分來講，相對其他下面3個，我們的功能性並沒有那麼的強，所以這個部分來講是相對的比較不重要一點。」(AC36)

「跨縣市的健康促進學校經驗交流參訪，這個有幫助啦。但是要選的話……畢竟交流現在比較不重要喔……，因為各縣市其實還是有區位的差異，比如說台北市跟苗栗那落差就這麼大了，那可能要找到跟苗栗相同的那種環境或條件的縣市會不太一樣。」（AC44）

「輔導的各縣市他會有落差，……我覺得差異都非常的大，所以即便我今天去參觀了 1 個績優的縣市，……其實我比較難確定說我今天去參觀了這樣子的績優的縣市，我回來之後，我就可以跟這個績優的縣市是一樣的能夠就所有的工作，都按照我正常的部分來進行，所以這個地方應該說不是不重要，是有時候我們去看別人也可以學到一些東西，……對我來講，它的排序就沒有這麼的前面。」（AC56）

「跨縣市健促學校的交流，這個部分其實必須要考慮到城鄉差異，他還有另外 1 個就是他們所屬的資源，我這樣說好了，就以金門縣為例，它其實還有所謂都會型的學校跟比較郊區的學校，就像以桃園市來講的話，有蛋黃區的學校啊，那也有比較偏遠地區靠海邊，那這些學校，他們的資源不同，所以就經驗交流來講的話，我覺得可能參考啦，那如果真的要落實啊。除非他有跟那些大校或都會型學校相同的資源，或是我覺得這個是比較比較難推動。」（AC69）

本類型受訪者認為協助各縣市與校外/社區相關的專業學會、衛生單位、NGO 連結，爭取資源（陳述句#9）較不重要的原因是因為本類型受訪者大多認為以中央輔導委員的角色，應該是協助整合資源而非爭取資源，AC16、AC36、AC44、AC56 及 AC69 認為：

「像學會，然後 ngo 的資源等等，……對於現場老師來講，……他們應該會需要我媒合一些講師，……不是協助他們爭取資源，而是可能是更像是我去整合這些資源，然後直接提供給學校的健康促進學校的師長……直接提供給他們，跟他說這個可以怎麼樣直接聯繫，或者有什麼樣的活動可以申請，所以我比較沒有這個機會去協助他們去爭取」（AC16）

「我想應該是用在局端的立場上面，由他們去主動去爭取是比較合理的，那單位的對應上面，對口上面也是比較對等的，……相對的資源來講，也沒有局端那一邊的多，所以這個部份我們是相對來講，我是覺得比較不重要」（AC36）

「協助各縣市與校外社區相關的專業協會、衛生單位、NGO 有連結，……，我覺得這個這個平台的東西，應該各縣市，其實現在現在資訊這麼發達，其實可以大家去去上網搜尋，其實都可以了，不需要比較不需要透過我們這個去進行媒介媒合」（AC44）

「在所有的六大構面裡面，就是有關社區關係的部分，其實我覺得常常是學校推動的比較沒那麼好的部分，……在處理校內的部分，常常就已經就是已經分身乏術了，有時候你還要讓它跟外面連結的時候，如果有一些比較是我們知道，像衛生局所這種部分，它相對還比較容易，但是你要讓老師他主動去聯絡一些其他的，像 NGO 的這些單位的時候，我覺得相對在這個排序上，都要他們在有餘力的情況之下，相對他們比較容易去進行這個部分。」（AC56）

「因為這個學校其實要推的活動很多，那我們與其說爭取資源，應該是說如何把資源能夠把它分配極大化，也就是用整合的方式，」（AC69）

本類型受訪者認為協助各縣市府推動學校健康服務（健康觀察、調查、與篩檢的過程掌握師生健康狀態，採取適當服務協助改善學生健康）改善（陳述句#10）較不重要的原因市覺得學校本身已有校護熟練該工作且輔導委員除非有學校邀請，否則這已是行政工作的一環，AC5、AC16、AC36、AC44 及 AC56 認為：

「學校自己本身就已經很厲害了，因為像大部分校護都是大部分都是校護負責嘛。那學校的，護理師都通常都很有經驗，所以他們自己比如說要去

「追什麼複檢，他們都很厲害，這個好像不需要我和縣市政府來幫忙推」
(AC5)

「就輔導委員的角色，就是就我過去的經驗，這個是比較實務第一線的那一面，但是我的議題，我認為好像還是比較聚焦在老師的教學上，這個服務是我覺得是比較比較少去這麼 detail 的去提供相關的協助，所以服務我覺得健康教學可能著墨比較多，健康服務就著墨比較少」 (AC16)

「推動各校的健康服務的 1 個改善……因為我們在現場的時候看到有很多縣市，我舉 1 個例子，就是以那個視力檢查來講，他在選過程，那我們都知道都是六公尺的距離，可是各校的距離量測的方式不一，有些人是坐下來，有些人是站著，有些人是坐下來，然後他的椅子有沒有靠近前面那 1 條線……如果有到各校的時候，才會去看、去協助，……我們是很難發現他在篩檢或是檢查過程裡面，可以去協助去改善的，除非他們直接有學校提出這樣的請求，或是我們覺得他們在推動上面的狀況是很不理想，我們才會去現場觀察，所以講的話，雖然重要，但是我們比較難去主動協助跟幫忙」 (AC36)

「因為各縣市，像我以苗栗縣為例，我們苗栗都知道說視力保健，我們一直有一些問題，我們最知道我們的問題在哪裡啊，那只是說我們在不同的環境，比如說學校或者是家長，或者是社區端，就有一些困境在解決，這我覺得是各縣市政府比較清楚啦。」 (AC44)

「我們都是有例行性的健康檢查的部分都已經在進行，……按照我們行政上本來預定的工作，這些就是已經有在做，然後同時我們只要按照這些健康檢查，基本上，我們都可以大部分可以篩檢出，……它已經是校園裡面本來的行政工作的一環了。」 (AC56)

最後是能持續多年參與各縣市之校群會議/校際聯盟會議 (如：菸檳防治議題校際聯盟會議) (陳述句#26) 較不重要的原因，是因為委員大

都是被動被邀請參加，本類型受訪者 AC36、AC44，AC5 及 AC69 認為：

「校群會議來講，有時候他們是比較被動，因為我們新北的狀況都是高關懷的校群，……我覺得這是 4 項裡面它是相對的重要，像校際聯盟策略聯盟，因為這個彼此的可以交流，可以彼此的那個就是互通有無啦，但是有些學校，他可能是心態上面說我被強迫來的，他可能就積極度沒有那麼的強，那效果就未必會良好。」（AC36）

「還是要轉化成在地，說你實際上怎麼去運作，標竿學習有它一定有它的重要性，但是其實是我覺得在地的落實或是說在地的執行，就是說你去檢核，你的計畫執行考核這一段會比較重要，就是滾動修正的話，是針對各縣市自己內部去做，我覺得是會比較重要一點。」（AC44）

「他們就是蠻需要其他學校的經驗的，尤其只要有換人，然後那種待比較久的，已經有辦理經驗的，就會對其他學校非常有幫助……所以 26 這個傳承，我覺得是蠻重要的。」（AC5）

「能夠持續多年參與各縣市的校群會議或校際聯盟，因為承辦人更換或者是說其他因素導致不是同 1 個人員在執行相同業務的時候，他沒有辦法能夠持續經營，那所以我會認為這個部分是相對的不重要」（AC69）

表 14 因素類型IV「正向互動型」之理想化因素排列表

程度	← 最不符合									最符合 →								
	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
題號	9	26	27	17	8	22	30	29	1									
	11	10	6	19	15	18	24	2	28									
			14	4	13	21	3											
				12	16	5												
				7	20	25												
					23													

表 15 因素類型IV「正向互動型」之最符合與最不符合之 Q 陳述句表

	Q 陳述句編號	Q 陳述句	因素序列	Z 值
最符合	1	協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣(市)本指標，發展在地化策略	4	2.188
	28	能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持	4	1.779
	29	能與各縣市承辦人有良好的互動，以利健康促進學校之執行	3	1.196
	2	協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書	3	1.151
最不符合	11	協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪	-4	-2.270
	9	協助各縣市與校外/社區相關的專業學會、衛生單位、NGO 連結，爭取資源	-4	-1.355
	10	協助各縣市府推動學校健康服務(健康觀察、調查、與篩檢的過程掌握師生健康狀態，採取適當服務協助改善學生健康)改善	-3	-1.212
	26	能持續多年參與各縣市之校群會議/校際聯盟會議(如：菸檳防治議題校際聯盟會議)	-3	-1.123

本研究以 Q 研究法研究受訪者對於 HPS 輔導的主觀看法，透過因素分析後，歸納整理出四個因素的類型，I、政策綜合型；II、計畫增能型；III、專業成效型；IV、正向互動型，接下來就要進行四種類型之比較分析。

第四節 HPS 中央輔導委員四種類型之比較分析

依據上一節運用 KADE 軟體，分析與解釋各類型間對於輔導 HPS 經驗的看法外，還能觀察到每一類型和其他類型間，最能代表區辨性的 Q 陳述句，稱為「區辨語句 (Distinguishing Statements)」。本節共分四部分依序說明，第一部分是針對各類型的比較分析，第二部分是各類型受訪者基本資料之綜合比較；第三部分則對四種類型最重要及最不重要之陳述句之綜合比較，第四部分則進行各類型受訪者之區辨語句之比較。

一、各類型之比較分析

從表 16 可顯示因素類型的分類對照，綜合本研究分析結果，將四種因素類型的命名及每一種類型所包含的意義，分別描述如下：

表 16 因素類型之分類對照表

類型 編號	名稱	綜合最重要陳述句及區辨句之研究發現
I	政策綜合型	此類型受訪者對健康促進學校六大範疇均能全面關照，不僅注重 HPS 計畫指標，衛生政策、生活技能融入之教學或活動、協助各縣市府推動學校健康服務改善、協助學校與校外/社區連結，爭取資源、協助改善社會環境、物質環境等。
II	計畫增能型	此類型受訪者在乎 HPS 健康議題之增能、擔任輔導專家、講座、協助年度及共識會議、促進合作縣市訪視與評鑑，較重視中央與縣市計畫式增能，偏重計畫型增能
III	專業成效型	此類型受訪者特別重視輔導成效，無論是運用實證策略、長期認輔或是提供專業建議、發揮個人專業知能及蒐集績優 HPS 案例、成果報告撰寫、績優學校給予獎勵，其目的均是以專業來提升輔導成效。
IV	正向互動型	本類型委員在輔導健康促進學校時，特別重視能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持，強調與縣市承辦人及縣市議題中心學校有良好互動，亦重視 HPS 計畫並協助各縣市承辦人撰寫年度 HPS 成果報告和下年度計畫書、協助進行健康促進學校成果的資料分析、各種評價和成果報告撰寫。

資料來源：本研究整理

二、各類型受訪者基本資料之綜合比較

表 17、18 中，可觀察到各類型受訪者之比較，有關委員性別，總人數女性多於男性，研究結果明確指出，在四種類型中只有「IV 正向互動型」是唯一男性委員多於女性委員的類型，其他三個類型都是女性多於男性。

依分布縣市來看，原先分布依序為北部、南部、中部、東部外加離島，「I 政策綜合型」、「II 計畫增能型」及「IV 正向互動型」均以北部為最多，唯有「III 專業成效型」的委員分布為北部與南部比例相同（40.0%），另外，「I 政策綜合型」以東部外加離島委員占比次多（18.8%）、「II 計畫增能型」以中部委員占比次多（22.2%）、「IV 正向互動型」則以北部和東部外加離島委員同樣占比次多（25.0%）。

表 18 中有關四種類型受訪者之輔導經驗之分析，輔導健康促進學校議題為多議題者，以 II 計畫增能型佔比最高（77.8%），III 專業成效型佔比最低（40.0%）；III 專業成效型於 111-112 學年度參與中央輔導委員共識會議政策者全部參與佔比最高（100%），I 政策綜合型佔比最低；111-112 學年度參與縣市端健康促進學校輔導會議次數以 III 專業成效型未參加比例最高（50%），小於 5 次者以 I 政策綜合型參加比例最高（43.8%），而大於等於 5 次者則以 IV 正向互動型最高（58.3%）；111-112 學年度參與入校輔導次數，小於 10 次者中以 I 政策綜合型參加比例最高（68.8%），「III 專業成效型」最低（40.0%）；而大於等於 10 次者則相反，以「III 專業成效型」最高（30.0%），而 I 政策綜合型參加比例最低（6.3%）。

表 17 四種類型受訪者之基本資料綜合比較表

變項	I 政策綜合型	II 計畫增能型	III 專業成效型	IV 正向互動型
	n=16 n(%)	n=9 n(%)	n=10 n(%)	n=12 n(%)
性別				
男性	7(43.8)	3(33.3)	4(40.0)	7(58.3)
女性	9(56.3)	6(66.7)	6(60.0)	5(41.7)
縣市				
北	7(43.8)	5(55.6)	4(40.0)	4(33.3)
中	2(12.5)	2(22.2)	2(20.0)	3(25.0)
南	4(25.0)	1(11.1)	4(40.0)	2(16.7)
東部外加 離島	3(18.8)	1(11.1)	0(0.0)	3(25.0)
擔任委員				
中央輔導 委員	10(62.5)	3(33.3)	7(70.0)	6(50.0)
中央及地 方輔導員 皆是	6(37.5)	6(66.7)	3(30.0)	6(50.0)
年資是否中斷				
是	2(12.5)	1(11.1)	0(0.0)	3(25.0)
否	14(87.5)	8(88.9)	10(100.0)	9(75.0)
年資				
小於 5 年	3(18.8)	1(11.1)	4(40.0)	3(25.0)
大於等於 5 年	13(81.3)	8(88.9)	6(60.0)	9(75.0)
本職				
大專教師	7(43.8)	2(22.2)	6(60.0)	4(33.3)
中小學師 長	6(37.5)	1(11.1)	0(0.0)	4(33.3)
退休人員	2(12.5)	5(55.6)	3(30.0)	4(33.3)
其它(含護 理師、醫 事人員)	1(6.3)	1(11.1)	1(10.0)	0(0.0)

表 18 四種類型受訪者之輔導經驗綜合比較表

變項	I政策綜合型 n=16 n(%)	II計畫增能型 n=9 n(%)	III專業成效型 n=10 n(%)	IV正向互動型 n=12 n(%)
輔導健康促進學校議題				
單議題	5(31.3)	2(22.2)	5(50.0)	2(16.7)
多議題	11(68.8)	7(77.8)	4(40.0)	9(75.0)
111-112 學年度有無參與中央輔導委員共識會議？				
有	12(75.0)	8(88.9)	10(100.0)	11(91.7)
無	4(25.0)	1(11.1)	0(0.0)	1(8.3)
111-112 學年度參與縣市端健康促進學校輔導會議次數				
小於 5 次	7(43.8)	1(11.2)	4(40.0)	1(8.4)
大於等於 5 次	4(25.0)	4(44.4)	1(10.0)	7(58.3)
無	5(31.3)	4(44.4)	5(50.0)	4(33.3)
111-112 學年度有無參與入校輔導次數				
小於 10 次	11(68.8)	5(55.6)	4(40.0)	7(58.3)
大於等於 10 次	1(6.3)	2(22.2)	3(30.0)	3(25.0)
無	4(25.0)	2(22.2)	3(30.0)	2(16.7)

資料來源：本研究整理

整體而言，本研究發現四種類型在性別、地區分布與輔導參與經驗上呈現差異。「IV正向互動型」為唯一男性多於女性的類型，其餘三類型則以女性為主；地區分布方面，除「III專業成效型」在北部與南部比例相同外，其餘類型皆以北部委員為主體，呈現出地區分布的差異性。在輔導經驗方面，「II計畫增能型」在多議題參與比例最高，「III專業成效型」則參與共識會議頻率較高且入校輔導次數最多，反映其長期深耕與實務導向特質；「I政策綜合型」參與頻率相對偏低，但對政策及整體規劃具高度關注。「IV正向互動型」則顯示出穩定參與縣市會議與實務互動的特性。

三、四種類型最重要及最不重要的 Q 陳述句之綜合比較

以下從四種類型間的共識句與四種類型之最符合與最不符合之陳述句比較與分析做深入的分析及比較。

(一) 四種類型間共識句

本研究結果可看出四種類型間的共識陳述句，如表 19，僅兩句，所有類型都認為「提供個別學校健康促進計畫審查與諮詢服務」（陳述句#15；0，0，0，0）屬於中立意見；另外，「協助縣市或學校遇到執行困難時，能積極尋求解決方法及引進資源」（陳述句#22；1，1，1，1）其主觀看法則偏向些許重要，四類型均看法一致。（以上括弧第一個數字代表 Q 陳述句之編號，後續數字則代表各類型因素序列數），透過共識陳述句所反映的主觀態度，所有類型的中央輔導委員對此兩句陳述句產生共識無差別。

表 19 四種類型受訪者之共識句

Q 陳述句 編號	Q 陳述句	類型/因素序列			
		一	二	三	四
15*	提供個別學校健康促進計畫審查與諮詢服務	0	0	0	0
22*	協助縣市或學校遇到執行困難時，能積極尋求解決方法及引進資源	1	1	1	1

顯著之共識語句* ($p < .05$) ** ($p < .01$)

(二) 四種類型之最符合與最不符合之陳述句比較與分析

將四種中央輔導委員對輔導 HPS 的看法類型進行深入分析比較，針對不同類型最符合與最不符合之 Q 陳述句統整為表 20；結果發現最符合者為：協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣（市）本指標，發展在地化策略（陳述句#1）對於「政策綜合型（I）」、「計畫增能型（II）」、「正向互動型（IV）」的委員來說特別符合，但「專業成效型（III）」的委員相對較不重視計畫指標，全力專注於提供學

校專業建議及發揮專業知能（陳述句#16、18）及輔導成效（陳述句#19、21、18）；「政策綜合型（I）」及「計畫增能型（II）」的委員都認同協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊（如主辦或擔任講座）（陳述句#3）的重要性；但「計畫增能型（II）」與「正向互動型（IV）」委員則認為協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書相當重要（陳述句#2）；在輔導成效上，只有「專業成效型（III）」的委員特別重視（陳述句#19、21、18）；而正向鼓勵及支持、與縣市承辦人良好互動的部分（陳述句#28、29），則只有「正向互動型（IV）」的委員特別在意。

另外，整理不同類型最不符合之 Q 陳述句（表 20），發現最不符合者為：協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪（陳述句#11）對於「計畫增能型（II）」、「專業成效型（III）」、「正向互動型（IV）」的委員來說特別不符合；而「政策綜合型（I）」、「計畫增能型（II）」和「專業成效型（III）」的委員對於能同時輔導多個健康議題（如：同時輔導菸癮、健康體位）以發揮綜效（陳述句#27）也特別不符合；另外，「政策綜合型（I）」和「正向互動型（IV）」的委員隊能持續多年參與各縣市之校群會議/校際聯盟會議（如：菸癮防治議題校際聯盟會議）的看法較不符合（陳述句#26）；只有「III專業成效型」委員認為協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書最不符合（陳述句#2）。

表 20 四種類型最符合與最不符合之 Q 陳述句及 Z 值綜合比較表

	I政策綜合型	II計畫增能型	III專業成效型	IV正向互動型	
	1.協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣(市)本指標，發展在地化策略	3.協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊(如主辦或擔任講座)	19.能運用各項議題的實證策略，來增加輔導成效(如下課教室淨空、使用高氟牙膏...等)	1.協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣(市)本指標，發展在地化策略	
Z	2.288	2.057	1.882	2.188	
最符合	5.協助各縣市推動學校衛生政策(如組成工作小組，評估學校健康問題、社區需求、政策的方向，訂定學校健康政策)改善	1.協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣(市)本指標，發展在地化策略	21.能持續多年對同一縣市或學校進行長期認輔，以精進輔導品質和深化輔導成效	28.能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持	
	Z	2.276	1.634	1.507	1.779
	8.協助各縣市推動生活技能融入之教學或活動	4.協助各縣市議題中心學校辦理之年度各會議(如擔任輔導專家、講座)	16.提供個別健康促進學校專業建議，指引適合發展方向	29.能與各縣市承辦人有良好的互動，以利健康促進學校之執行	
Z	1.644	1.579	1.402	1.196	
	3.協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊(如主辦或擔任講座)	2.協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書	18.發揮個人專業知能有效輔導學校	2.協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書	
Z	0.836	1.267	1.4	1.151	

表 20 四種類型最符合與最不符合之 Q 陳述句及 Z 值綜合比較表(續)

	I政策綜合型	II計畫增能型	III專業成效型	IV正向互動型
	26.能持續多年參與各縣市之校群會議/校際聯盟會議(如:菸檳防治議題校際聯盟會議)	11.協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪	2.協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書	11.協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪
	Z -1.541	-1.843	-1.791	-2.27
	27.能同時輔導多個健康議題(如:同時輔導菸檳、健康體位)以發揮綜效	29.能與各縣市承辦人有良好的互動,以利健康促進學校之執行	14.協助各縣市對健康促進學校訪視或評鑑的績優學校給予獎勵	9.協助各縣市與校外/社區相關的專業學會、衛生單位、NGO 連結,爭取資源
	Z -1.406	-1.560	-1.540	-1.355
最 不 符 合	23.參與中央或地方健康促進學校成果發表會	28.能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持	27.能同時輔導多個健康議題(如:同時輔導菸檳、健康體位)以發揮綜效	10.協助各縣市府推動學校健康服務(健康觀察、調查、與篩檢的過程掌握師生健康狀態,採取適當服務協助改善學生健康)改善
	Z -1.215	-1.552	-1.4	-1.212
	30.能與各縣市議題的中心學校有良好的互動,以利健康促進學校之執行	27.能同時輔導多個健康議題(如:同時輔導菸檳、健康體位)以發揮綜效	11.協助辦理跨縣市健康促進學校經驗交流參訪	26.能持續多年參與各縣市之校群會議/校際聯盟會議(如:菸檳防治議題校際聯盟會議)
	-1.13	-1.342	-1.377	-1.123

四、各類型受訪者之區辨語句之綜合比較

第三節中已分析詮釋受訪者對於輔導 HPS 的各種看法類型，本節透過 KADE 軟體的分析結果，可得到單一類型與其他三種類型最具有區辨性的 Q 陳述句，稱為「區辨語句 (Distinguishing Statements)」。本研究將四種類型受訪者的區辨語句分別加以整理，針對每種類型的區辨語句和其他三種類型進行比較，製表並分述如下：

由表 21 看出，「政策綜合型 (I)」與其他三種類型之受訪者看法不同的語句，分別為 Q 陳述句編號：5、8、10、9、7、6、21 (唯一負向值)。

表 21 類型I「政策綜合型」與其他類型之區辨語句比較表

Q 陳述句編號	Q 陳述句	類型/因素序列			
		一	二	三	四
5	協助各縣市推動學校衛生政策(如組成工作小組，評估學校健康問題、社區需求、政策的方向，訂定學校健康政策)改善	4	0	2	1
8	協助各縣市推動生活技能融入之教學或活動	3	0	1	0
10	協助各縣市府推動學校健康服務(健康觀察、調查、與篩檢的過程掌握師生健康狀態，採取適當服務協助改善學生健康)改善	2	-2	0	-3
9	協助各縣市與校外/社區相關的專業學會、衛生單位、NGO 連結，爭取資源	2	-1	-1	-4
7	協助各縣市推動學校社會環境(如友善校園、心理健康、調整學校作息，形成支持性社會網絡...等)改善	1	-2	0	-1
6	協助各縣市推動學校物質環境(如教室燈管改善、健康中心設備、洗手台更新、運動設施...等)改善	0	-1	-2	-2
21	能持續多年對同一縣市或學校進行長期認輔，以精進輔導品質和深化輔導成效	-2	1	4	1

其中，「協助各縣市推動學校衛生政策 (如組成工作小組，評估學校健康問題、社區需求、政策的方向，訂定學校健康政策) 改善」(陳述句 #5) 為+4 分的高分，代表此陳述句對類型I的受訪者來說，是最符合其感受的

因素；「協助各縣市推動生活技能融入之教學或活動」（陳述句#8）、「協助各縣市府推動學校健康服務（健康觀察、調查、與篩檢的過程掌握師生健康狀態，採取適當服務協助改善學生健康）改善」（陳述句#10）、「協助各縣市與校外/社區相關的專業學會、衛生單位、NGO 連結，爭取資源」（陳述句#9），在類型I的因素序列為+3 分及+2 分的分數，顯示對類型I的受訪者來說，這些陳述句代表他們對輔導 HPS 的重要看法，而其他三種類型的受訪者對這三句陳述句符合的程度明顯低於類型I；另外，「協助各縣市推動學校社會環境（如友善校園、心理健康、調整學校作息，形成支持性社會網絡...等）改善」（陳述句#7），「協助各縣市推動學校物質環境（如教室燈管改善、健康中心設備、洗手台更新、運動設施...等）改善」（陳述句#6），在類型一的因素序列為+1 分及 0 分的分數，顯示對類型I的受訪者而言，這些陳述句亦符合他們對輔導 HPS 的看法，而其他三種類型的受訪者對這 2 句陳述句符合的程度均低於類型I且為 0 分及負數；相反的，「能持續多年對同一縣市或學校進行長期認輔，以精進輔導品質和深化輔導成效」（陳述句#21），對於此類型受訪者來說較不符合其看法，但其他類型的受訪者都給予 1 分以上的評價。

因此，「政策綜合型（I）」的受訪者認為，推動 HPS 要重視衛生政策改善及 HPS 的六大範疇（教學活動、健康服務、社區資源、社會環境及物質環境等），不會特別關注是否長期認輔及輔導成效的議題，符合此類型受訪者的看法，對於政策及 HPS 的綜合內容非常認同。

由表 22 顯示，「計畫增能型（II）」與另外三種類型看法不同的語句，分別為 Q 陳述句編號：3、4、25、12、13、28（唯一負向值）。

其中，「協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊（如主辦或擔任講座）」（陳述句#3）與「協助各縣市議題中心學校辦理之年度各會議（如

擔任輔導專家、講座)」(陳述句#4) 為+4 分 及+3 分的高分，代表此兩句陳述句對類型II的受訪者而言，是最貼切符合其感受的因素；而「能持續多年參與主計畫辦理之「中央委員與縣市教育局處共識會議」(陳述句#25)、「促進各縣市承辦人與中央/地方健康促進輔導委員之合作」(陳述句#12)、「協助各縣市對於所屬健康促進學校進行訪視與評鑑」(陳述句#13) 為+2 分及+1 分，對類型II的受訪者來說仍符合看法，但其他類型的受訪者均低於類型II的受訪者分數或顯示不認同，給予負分數居多。

「能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持」(陳述句#28) 為-3 分的低分，說明對類型II的受訪者而言，這陳述句的內容不符合其看法，但其他三種類型的受訪者對這些情境看法不符合的程度，雖有一因素相同處，其他因素為 0 分或持極端+4 分 之相反意見。

表 22 類型II「計畫增能型」與其他類型之區辨語句比較表

Q 陳述句編號	Q 陳述句	類型/因素序列			
		一	二	三	四
3	協助各縣市辦理各健康議題之增能工作坊 (如主辦或擔任講座)	3	4	2	2
4	協助各縣市議題中心學校辦理之年度各會議 (如擔任輔導專家、講座)	1	3	-1	-1
25	能持續多年參與主計畫辦理之「中央委員與縣市教育局處共識會議」	-2	2	-1	1
12	促進各縣市承辦人與中央/地方健康促進輔導委員之合作	0	2	-1	-1
13	協助各縣市對於所屬健康促進學校進行訪視與評鑑	0	1	-1	0
28	能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持	-1	-3	0	4

因此，「計畫增能型 (II)」的受訪者認為，輔導健康促進學校時，最在乎健康議題之增能、擔任輔導專家、講座、協助及參與年度與共識會議、促進合作及縣市訪視與評鑑，較認同中央與縣市整體計畫及增能，卻最不認同給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持的看法。

由表 23 可以看出，「專業成效型（III）」與另外三種類型產生差異的語句，分別為 Q 陳述句編號：19、21、16、18、17、24、14、2（後三項為負向值）。其中，「能運用各項議題的實證策略，來增加輔導成效（如下課教室淨空、使用高氟牙膏...等）」（陳述句#19）、「能持續多年對同一縣市或學校進行長期認輔，以精進輔導品質和深化輔導成效」（陳述句#21）、「提供個別健康促進學校專業建議，指引適合發展方向」（陳述句#16）、「發揮個人專業知能有效輔導學校」（陳述句#18），在類型三的因素續列為+4 分、+3 分的高分，說明對類型III的受訪者來說，面對這四種情況時，均貼切符合其主觀看法，但在其他類型的受訪者身上，多是分數低於此類型、持中立或相反看法居多；另外，「蒐集績優健康促進學校案例，提供其他受輔導學校參考」（陳述句#17），在此類型受訪者認為符合其看法，但對於其他三類型的受訪者都給予負分的評價。

表 23 類型III「專業成效型」與其他類型之區辨語句比較表

Q 陳述句編號	Q 陳述句	類型/因素序列			
		一	二	三	四
19	能運用各項議題的實證策略，來增加輔導成效(如下課教室淨空、使用高氟牙膏...等)	2	0	4	-1
21	能持續多年對同一縣市或學校進行長期認輔，以精進輔導品質和深化輔導成效	-2	1	4	1
16	提供個別健康促進學校專業建議，指引適合發展方向	0	0	3	0
18	發揮個人專業知能有效輔導學校	1	0	3	1
17	蒐集績優健康促進學校案例，提供其他受輔導學校參考	-1	-1	1	-1
24	協助進行健康促進學校成果的資料分析、各種評價和成果報告撰寫	-1	-1	-2	2
14	協助各縣市對健康促進學校訪視或評鑑的績優學校給予獎勵	0	1	-4	-2
2	協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書	1	3	-4	3

反之，「協助進行健康促進學校成果的資料分析、各種評價和成果報告

撰寫」(陳述句#24) 對此類型受訪者來說較不符合其看法，但其他類型的受訪者有兩個因素給予高於本類型之負分，另一個因素給予正分；「協助各縣市對健康促進學校訪視或評鑑的績優學校給予獎勵」(陳述句#14)、「協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書」(陳述句#2)，因素序列為-4 分，代表相當不符合此類受訪者看法，但對其他類型受訪者來說大部分均呈現相反意見，僅一因素持相同看法，卻不如類型III明顯，有的則意見中立。

因此，「專業成效型 (III)」的受訪者認為，協助各縣市對 HPS 訪視評鑑績優給予獎勵、協助撰寫成果報告和下年度計畫及進行 HPS 成果分析評價撰寫非常不符合其主觀看法，但對於蒐集績優 HPS 案例，提供受輔學校參考感到符合其看法，而各種增加輔導成效的實證策略、長期認輔、專業建議及發揮個人專業等策略則成為此類型受訪者比其他類型更重視在乎的核心重點。

接下來，表 24 呈現出，「正向互動型 (IV)」與另外三種類型之區辨語句，分別為 Q 陳述句編號：28、29、30、24、9(唯一負向值)。其中，「能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持」(陳述句#28)、「能與各縣市承辦人有良好的互動，以利健康促進學校之執行」(陳述句#29)，在類型IV的因素序列分數分別為+4 分及+3 分的高分，但在其他類型卻分別只有-4 分~+1 分的分數，對類型IV的受訪者來說，此兩句陳述句最符合受訪者之看法，但在其他三種類型卻呈現出較不符合的現象；另外，「能與各縣市議題的中心學校有良好的互動，以利健康促進學校之執行」(陳述句#30)、「協助進行健康促進學校成果的資料分析、各種評價和成果報告撰寫」(陳述句#24) 等陳述句於此類型中之因素序列分數均為+2 分，代表此兩句陳述句亦較能符合此類型受訪之看法，而其他三類型則大部分均為負向或中立分數。

表 24 類型IV「正向互動型」與其他類型之區辨語句比較表

Q 陳述句編號	Q 陳述句	類型/因素序列			
		一	二	三	四
28	能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持	-1	-3	0	4
29	能與各縣市承辦人有良好的互動，以利健康促進學校之執行	-2	-4	1	3
30	能與各縣市議題的中心學校有良好的互動，以利健康促進學校之執行	-3	-2	0	2
24	協助進行健康促進學校成果的資料分析、各種評價和成果報告撰寫	-1	-1	-2	2
9	協助各縣市與校外/社區相關的專業學會、衛生單位、NGO 連結，爭取資源	2	-1	-1	-4

反之，陳述句#9 「協助各縣市與校外/社區相關的專業學會、衛生單位、NGO 連結，爭取資源」之因素序列為-4 分，代表相當不符合此類受訪者看法，其他類型則呈現-1 分~+2 分之間，與類型IV分數頗具差異。

因此，「正向互動型 (IV)」的受訪者認為，給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持、與各縣市承辦人和縣市議題的中心學校有良好的互動及協助 HPS 成果的資料分析評價和成果撰寫是此類受訪者較其他類型更在乎的重點。

綜合所有類型之受訪者分布情形做概略性的綜合比較、四種類型之陳述句比較與分析、進行每一類型與其他類型之區辨語句分析及四種類型受訪者之區辨語句比較後，我們可以發現四種類型的受訪者最符合與最不符合之 Q 陳述句及 Z 值綜合比較表，部分陳述句會在各種類均出現，故從區辨句較易比較出其差異。

第五節 四種類型之訪談結果

中央輔導委員輔導健康促進學校之想法或建議的訪談結果，可看出歸納為同一類型的受訪者間有高度的共通性，但也因個人經驗或側重面向不同而產生些許差異，整理如下：

一、因素類型I「政策綜合型」

歸納因素類型I「政策綜合型」的12位受訪者之相同與相異處，詳述如下：

(一)相同處：普遍關注系統性問題與地方賦權

1. 對縣市層級重要性的強調：多位受訪者認為縣市教育局處在推動健促工作中的角色至關重要，需要強化其投入與能力。這與他們作為「政策綜合型」特別看重縣市層級政策和在地化策略的屬性一致。他們提到縣市層級的重視程度、經費提供、教育局處與衛生單位合作是計畫永續的關鍵。
2. 對縣市端人員流動頻繁及能力落差的擔憂：多位受訪者指出縣市教育局處承辦人員、中心學校或科長更替頻繁，新接手人員可能不了解狀況需從頭摸索，或對健促計畫/議題不了解，影響推動HPS的延續性。
3. 對學校端執行困境的理解：受訪者普遍理解學校在推動HPS時的困難，包括升學壓力導致老師不願配合健康促進活動（如下課淨空），健康責任過度落在護理師身上（但她們不負責教學），以及人力與時間不足（尤其偏鄉/迷你學校）。
4. 強調在地化與深耕的重要性：多位受訪者不約而同強調健促工作需要在地生根、深耕，HPS不應是外掛或額外業務，而應成為

學校例行性該做的事，進入學校日常工作。這需要學校自發，有生命的動力長出來。有些甚至提出，應在輔導抽手後，再去看 HPS 是否真正成功。

5. 建議強化經驗交流與傳承：應促進優秀經驗的交流與傳承。建議請做出成效的學校進行巡迴說明或在研討會分享，分享對象應包含學校承辦人員，而非僅限委員，將能提供其他縣市或學校更多想法和靈感。
6. 對中央輔導委員機制或角色的反思：多位受訪者談到目前中央輔導委員的角色較為被動，縣市是否邀請、何時邀請、邀請誰，都難以預期和規劃，使得輔導員的工作頻率不一。建議邀請機制應有制度，如在縣市共識會議中協調，也有受訪者認為應釐清中央與地方輔導委員的角色與任務，中央應是培力地方，而非直接輔導學校。
7. 對增能工作坊形式或對象的建議：儘管將增能列為重要，但多位受訪者對現有增能模式提出改進建議。例如，應改為實作或實務導向，內容需科學化且最新，需確保參與者是能實際推動工作的主任或組長（甚至校長），而非僅是護理師。

(二)相異處：具體建議的切入點與強調重點不同

1. 對現行推動模式的整體評價與態度：AC32 對現行模式的批評較為強烈，認為 HPS 計畫是外掛的計畫，若一直靠輔導則學校本身生命的動力沒有長出來，會是失敗的；其他受訪者雖然也點出許多挑戰，但更偏向於如何改進現有模式。
2. 針對人員流動問題提出的解決方案：AC34 具體建議在縣市成立資源中心來保存資料和經驗，這是其他受訪者未明確提出的

具體機制。AC64 則建議釐清中央委員與地方承辦人員的角色任務，並讓雙方了解職責。AC59 和 AC64 強烈建議學校承辦人應由主任或組長擔任，並將其納入評核機制。

3. 對數據使用的看法與建議： AC41 明確指出數據會說假話，建議結合量化與質性分析，深入探討數據背後的深層原因。AC8 也提到現有資料缺乏準確性，難以找出問題真正原因，建議加強需求評估，利用地圖等工具分析區域特性。AC64 建議將縣市會議焦點從行政核銷轉向健康核心問題與策略討論，改善僅看數字或行政流程的現象。
4. 對政策衝突的具體建議： AC1 提到大力推動數位學習與視力方案的 SH150 活動可能衝突，大量平板用眼影響視力健康。AC8 也提及安親班與學校課程時間規定的差異，可能導致 HPS 推動困難。
5. 對成果發表會的具體看法：多數受訪者將成果發表會列為最不重要或相對不重要，原因多為錦上添花、流於形式、效益低或可有可無。AC8 和 AC9 進一步闡述原因，認為成果發表會太結果了，看不見過程或關鍵人物，像放煙火，且時間點太晚，已經來不及將分享習得的結果改善校內執行狀況，缺乏輔導著力點。
6. 對輔導角色的不同側重： AC21 和 AC32 強調輔導委員應持續去增溫縣市的熱忱；AC21 和 AC32 也提到委員可以在旁 empower 大家的熱忱；AC9 則更明確提出三級輔導的概念，認為中央應是 empower 地方，地方再輔導學校；AC73 強調到校輔導時需尊重學校感受，確認學校期望的協助，避免強加輔導。
7. 特定地區（偏鄉/離島）經驗的影響： AC21、AC32、AC67 提

到偏鄉地區面臨的資源限制、人力困難、委員難以長期投入。AC67 作為離島的受訪者，特別強調了人力、時間不足、教師流動率高、校長不重視等困境對其造成的沮喪與心寒感受，這些具體的情感表達和困境描述是其他受訪者較少觸及的。

8. 其他獨特的建議：AC1 建議取消中央輔導委員的名稱，並將中央與地方委員整合或混合，以避免標籤帶來的責任壓力；AC34 建議向下紮根，重視幼兒園的健康宣導與習慣養成；AC64 建議優化共識會議模式，恢復較長的會議時間以深入討論；AC73 建議縣市端應建立主動連結機制，將中央委員介紹給中心學校。

小結：類型I「政策綜合型」的受訪者普遍認同健康促進學校的推動面臨多重系統性挑戰，並傾向於從政策、制度、縣市能力強化等層面提出改善建議。然而，由於經驗差異和對問題根源判斷的不同，他們提出的具體建議或強調的重點呈現出多樣性，共同描繪了此類型受訪者對 HPS 輔導工作現況的觀察與對未來方向的思考。

二、因素類型II「計畫增能型」

歸納「計畫增能型」的 8 位受訪者 (AC14, AC22, AC37, AC38, AC48, AC49, AC66, AC70) 之相同與相異處，詳述如下：

(一)相同處：

1. 建立穩定的制度和work模式：面對縣市承辦人員流動率高的問題，強調不能過度依賴個人關係或承辦人的個人能力和擔當，而應努力建立穩定的制度或work模式，讓計畫能夠照制度去走，確保計畫推動不會因人事異動而停滯。此與計畫增能型的特質高度相關，因為穩定的制度是計畫得以持續、有效執行的基礎。
2. 主張深度輔導和聚焦議題：強調輔導應避免流於形式或蜻蜓點

水，應針對縣市或學校的核心問題，進行深度的討論跟策略的研發，輔導委員應作為專家輔導長期蹲點，讓學校一個主議題做得好，就已經很棒了，重視輔導的實質效果和專業性，而非議題的數量。

3. 提供實質的益處或資源：與他們將給予鼓勵支持列為不重要的排序相關，受訪者認為縣市承辦人或學校更需要的是實質的益處，例如實質經費、工具、資源或協助爭取榮譽與獎勵，中央輔導委員提供的鼓勵額度是有限的，著力點較小，他們較務實的認為具體資源和協助比單純的精神支持更能推動計畫執行。
4. 強調持續進行增能培訓的重要性：表達增能的持續性與必要性，AC22 特別提到由於每年承辦人員更換，需為新進人員提供增能，目標是讓學校內一群人都會執行，而不只是少數一兩人，這樣計畫才能順利推動，強調增能對於確保計畫執行能力和永續性的關鍵作用。
5. 建議利用科技輔助輔導工作：有三位受訪者（AC48, AC49, AC66）不約而同地建議 HPS 的會議應盡量有機會就開放視訊，讓共識會或增能工作坊可以透過視訊線上參與，這樣可以節省奔波且方便遠程委員參與，疫情時的經驗，顯示線上參與效果不錯。此為對輔導方式務實且現代化的建議，可打破時空限制提高參與度。

(二)相異處：

1. 對輔導體制或政策的具體建議：AC14 對教育部可能限制中央輔導委員在單一縣市人數的政策表示不解與擔憂，認為這會增加委員負擔且並非從學校需求出發，他也強調縣市政府應扮演

輔導委員與學校的橋樑角色。AC66 提出增加輔導團參與誘因的建議，認為目前的工作參與意願低，對經費核定及執行方式提出批評，認為經費較慢下來、執行太密集，影響成效，並建議教育部應允許部分基本經費可以先做。AC70 評論衛生行政單位似乎並未關心 HPS，將業務推給教育單位，應強化制度，改善經費流程。

2. 超越學校框架的健康促進策略：AC38 強烈建議結合社會教育跟家庭教育，並具體提出可透過媒體宣導社會教育、解決雙薪家庭問題及強化家庭教育的例子。AC70 認為應從學校的健康促進本身出發，發展到家庭和社區，促進整個社區的健康促進的模式，並指出學齡階段是健康行為建立的最關鍵的時期。
3. 更具體的輔導或計畫執行細節建議：AC37 提出輔導委員需具備數據分析能力並帶領縣市人員分析南華系統數據，可與幼兒園建立合作，強調健康行為落實在生活上並使用具體方法（如牙菌斑顯示劑）、善用即時的獎勵及鼓勵孩子成為小志工等非常具體的實務建議，他也提到健康促進應是很快樂的學習。AC70 強調學生健康是基礎，肯定學校的核心地位，呼籲政府加強關注支持，並提出學校應依各校數據去選擇主要的主議題跟次級議題，他也強調學而用之和團結合作。

小結：類型II「計畫增能型」的輔導委員，對健康促進學校輔導的建議或想法中，再次強化以計畫為導向、追求效率與實質成效的核心特質，他們不僅關注計畫本身的制定與執行，更延伸思考影響計畫落實的體制、資源、能力、方法等更廣泛的社會環境因素，並提供許多務實且具有洞察力的建議。

三、因素類型III「專業成效型」

歸納因素類型III「專業成效型」的9位被訪談者（AC10, AC12, AC13, AC15, AC19, AC24, AC30, AC53, AC55）之相同與相異處，詳述如下：

(一)相同處：

1. 強調聚焦提升實際成效與實證策略的運用：多位委員再次強調輔導重點應該是能夠真正提升學校的健康狀況，並應基於有效的實證研究，認為實證策略能讓學校更確定方向、節省力氣、並應說服其他教職員支持。
2. 需要更深入且長期的輔導模式：建議應打破現有的較為表面或片段式的互動（如單次講座或評鑑），轉向長期陪伴、深入了解學校脈絡、建立夥伴關係及真正能協助縣市與學校調整計畫並進行策略介入的模式，這才能精進輔導品質並深化輔導成效。
3. 強調提供個別縣市或學校建議的重要性：各縣市或學校的狀況（如地理位置、社區文化、資源、師資、校長支持度等）都非常不一樣，因此，必須針對個別縣市或學校的問題提供專業建議或指引適合發展方向，做到對症下藥，並延伸出應尊重縣市和學校的做法，避免所有學校都寫相同的計畫或報告。
4. 對中央與地方連結不夠緊密感到挑戰：中央輔導委員與地方承辦人或地方輔導團之間缺乏直接深入聯繫，互動僅限於受邀演講或協助評鑑，難以真正影響地方政策或深入參與計畫制定。
5. 中央輔導委員不應過度介入行政庶務：他們一致認為協助縣市撰寫報告、計畫書或處理敘獎等行政事務應是縣市承辦人的主要任務，中央委員的角色應是提供專業協助或從旁指導，而非親力親為或主導這些事務。

6. 同時輔導多個議題較為困難且可能分散精力：多位委員表示，作為專家應精於特定領域，同時輔導過多不同議題會分散委員的能量，導致無法深入。

(二)相異處：

1. 對如何提升地方執行的具體策略建議：AC24 和 AC30 建議讓縣市採用大家輪流做議題的方式，並建議一個議題讓學校至少做兩年以深化成果。AC53 和 AC55 則建議應按委員專長分工進行輔導，針對不同議題分配不同專長的委員進行深入介入。AC30 強調要將輔導深入到校內，並點出校長及其他 KEY POINT 人物的重要性，需讓學校有共識。
2. 對現有交流形式的具體評價：AC15 認為跨縣市參訪效果沒那麼好，因為學校真正的承辦人沒有時間參加，希望參與者要將健促內涵帶回自己的學校才能發酵，同時中央活動（如共識會議）較像大拜拜，意義度不高。AC55 則認為近年參訪變成慰勞活動，沒有達到真正互相觀摩學習、提供經驗的目的。
3. 對委員專業提升或投入的程度：AC12 委員願意貢獻額外時間參與輔導。AC15 認為委員自己也需要累積並提升輔導職能，可透過實踐、觀察成功學校累積經驗。
4. 對於輔導工作應連結的更高層次目標建議：AC55 建議將 HPS 工作連結到學生參與/倡議賦能（CRC）和永續發展目標 SDGs，強調永續的概念很重要。

小結：因素類型III「專業成效型」委員強調實質成效和深入輔導，也談到體制和行政的挑戰，在如何優化輔導模式、應對挑戰或連結更高層次目標等細節上，則根據自身經驗視角提出多樣化且具個人特色的建議。

四、因素類型IV「正向互動型」

歸納「正向互動型」的7位受訪者（AC5、AC16, AC36, AC44,, AC56, AC62, AC69）的觀點之相同與相異處，詳述如下：

（一）相同處：

1. 強調經驗傳承的重要性：有經驗的在地承辦人或績優學校願意分享經驗相當重要。校群會議或校際聯盟會議亦是促進經驗交流與傳承的重要場域，當學校，特別是承辦人更換頻繁時，更需要學習其他學校的經驗。
2. 聚焦偏鄉或離島學校的特殊需求：建議應研究並針對偏鄉或離島學校發展更適宜的做法，考量其地理環境、老師員額、學生背景等限制，並聚焦在他們實際所需資源上，可看到不同區域學校資源與挑戰的差異性。
3. 推動健康議題的跨議題整合：應辦理跨議題的綜合輔導或整合，考量到與老師接觸的機會難得（如共識會議），應整合輔導委員的專長（如視力、齙齒、身體活動、健保等），進行橫向的綜合輔導。
4. 強調輔導委員的角色定位：輔導委員的角色是被諮詢者，需要什麼就幫他找答案，提供專業協助或幫忙媒合資源。
5. 肯定健康服務工作的基礎：學校在例行性的健康服務（如篩檢、追蹤複檢）方面已有很好的基礎或經驗，通常是校護原本的常規工作，因此，輔導委員在此類工作的介入必要性較低。

（二）相異處：

1. 強調對常規健康服務的重要性：強調協助推動學校健康服務（如篩檢）實際上的重要性，這是了解學生健康問題、對症下

藥並連結家庭/社區資源協助改善的基礎。

2. 建議特定健康問題的介入：有受訪者建議應積極介入並找出長年高居不下的健康問題原因（如視力、口腔），需要更深入的探討，亦提出多元化解決方案，例如讓孩子有更多方式讓眼睛休息。
3. 探討數位學習的影響：建議應檢視數位學習對孩子戶外運動意願的影響，關注當前數位化教育趨勢對學生健康的潛在影響。
4. 強化家長與校長端的知能：有受訪者建議繼續強化家長跟校長端的專業知能與研習，認為這有助於應對政策快速更迭、家庭問題等挑戰，其他受訪者也提及讓教職員工生甚至家長感受學校對健康的重視及家長配合度的重要性。
5. 計畫書與成果報告的具體要求：有受訪者明確建議成果報告和計畫書應完整呈現進步或退步，並確實記錄問題與成果，以便檢討與延續，也能幫助新任承辦人快速上手。
6. 學校內部健康推動的基石：強調 HPS 的推動，計畫必須規劃良善，讓教職員工生甚至社區家長都感受到學校重視孩子的健康。若推動三點零，則需考量部分學校過往基礎是否已達到標準。
7. 縣市承辦人的重要性與協助方式：多位受訪者提及與縣市承辦人良好互動及鼓勵支持的重要性，有受訪者特別將協助（特別是新任）承辦人上手列為建議，透過良好互動及協助報告計畫撰寫來達成目標。

小結：「正向互動型」的受訪者，重視如何讓健康促進工作更有效率、更能落地執行，認為人際互動與支持、在地化策略及經驗傳承是重要的面向。差異點在對特定問題（如數位學習影響、特定健康問題介入）的關注及對輔導委員群體本身功能的探討。

以上四類訪談對象以各自的觀點，提出對輔導 HPS 或計畫本身的實務性看法及建議，期許未來輔導 HPS 時，能更落實計畫且更有輔導成效。接下來，要進行研究結果的討論與建議。



第五章 討論與建議

第一節 研究討論

本節針對健康促進學校中央輔導委員對輔導 HPS 的主觀看法進行討論，本研究利用 Q 研究法分析中央輔導委員的觀點，分為四種不同的觀點類型：「政策綜合型」、「計畫增能型」、「專業成效型」及「正向互動型」。

一、各類型觀點與健康促進學校理論模式的對應

「政策綜合型」的委員強調全面性與系統性，關注健康促進學校的六大範疇，包括學校衛生政策、學校物質環境、學校社會環境、個人健康技能、社區連結及健康服務，此種全面性取向與 Langford 等人（2014）在 Cochrane 系統性回顧中強調，WHO 健康促進學校框架的核心理念高度一致，文中強調 HPS 應採用整體學校取向（whole-school approach），將健康促進融入學校的各個層面，包括課程、環境和社區連結，關注 HPS 的全面發展，而非僅聚焦於單一面向。本類型委員強調 HPS 的輔導重點之一在協助各縣市推動學校衛生政策改善，而 Turunen 等人（2017）的研究亦指出，成功的 HPS 需將健康促進理念融入學校日常運作中，而非將其視為額外的工作。然而，全面性的政策實施將面臨挑戰，本類型委員需面對這些挑戰，協助學校克服實施障礙，與 Fathi 等人（2014）的研究指出，HPS 計畫實施的主要挑戰包括人力資源和設施的動員、社區參與的不足、跨部門合作的困難等相呼應。本類型委員注重協助各縣市訂定在地化指標，符應 Vennegoor 等人（2023）的研究發現，學校健康政策的實施需要有效的測量工具和監測機制，在地化指標有助於政策實施的監測和評估。另外，本類型輔導委員協助各縣市發展在地化策略，強調輔導 HPS

的在地化與各縣市各校情境脈絡，亦與 McHugh 等人 (2020., 2022) 的研究中強調 HPS 的實施需要適應當地情境，積極連結社區夥伴並與當地倡議連結；協助各縣市訂定在地化指標，有助於區分不同學校的實施程度，進而提供針對性的支持，此與 Vennegoor 等人 (2023) 的研究中提到 HPS 的實施程度因學校而異，需要有能區分不同實施程度的工具相呼應。

「計畫增能型」的委員的輔導觀點，強調能力建構和專業發展，關注健康議題增能工作坊、計畫指導和成果報告等，此增能觀點與文獻中強調的專業發展和能力建構有密切關聯。計畫增能型輔導委員協助各縣市辦理健康議題增能工作坊，回應學校承辦人需求，有助於提升學校人員的健康促進能力，此與 Pearson 等人 (2015) 在實證回顧研究中提到，教師和學校人員的專業發展是健康促進計畫成功實施的關鍵因素相符。本類型委員透過增能工作坊和計畫指導，促進學校人員的專業成長，與 Richardson 等人 (2023) 的整合性文獻回顧中指出之輔導 (coaching) 在護理和教育領域的專業發展中扮演著重要角色，有助於提升專業人員的知識、技能和自信相符。計畫增能型委員協助各縣市承辦人撰寫年度健康促進學校成果報告和下一年度計畫書，此能力建構的策略與 Manzi 等人 (2017) 的研究中強調，輔導和指導 (mentorship and coaching) 是支持健康系統能力建構的有效策略相符。本類型委員協助各縣市議題中心學校辦理年度各會議，有助於明確輔導目標和期望，促進有效的能力建構，則與 Hill 等人 (2022) 的研究指出，有效的輔導計畫通常包含輔導者和被輔導者的培訓組件，以明確期望和目標相符。本類型委員透過增能工作坊和計畫指導，有助於促進學校人員的持續參與和能力提升，與 Bartelink 等人 (2022) 的研究指出健康促進學校顧問在支持學校實施健康促進學校過程中扮演著關鍵角色，包括促進學校團隊的能力建構和可持續發展相符，也與 McHugh 等人

(2020) 的研究中有關健康促進學校的可持續發展需要學校人員的持續參與和能力提升。綜合而言，計畫增能型輔導觀點與文獻中強調的專業發展、能力建構和可持續發展等議題相符。此觀點有助於提升學校人員的健康促進能力和促進健康促進學校的持續發展。

「專業成效型」委員強調實證策略和輔導成效，關注實證策略的應用、長期認輔和專業建議等，此種成效導向與文獻中強調的實證實踐和成效評估有密切關聯。本類型輔導委員能運用各項議題的實證策略來增加輔導成效，與 Langford 等人 (Langford, Bonell, Jones, Poulidou, et al., 2015) 在 BMC Public Health 發表的研究中強調，健康促進學校介入應基於實證，並進行嚴謹的評估相符；專業成效型輔導委員發揮個人專業知能有效輔導學校，有助於將實證策略轉化為實際行動，此與 Vennegoor 等人 (2023) 和 Bermejo-Martínez 等人 (2024) 的研究提出，健康促進學校需要有效的工具來促進實證實踐的實施相符。另外，本類型輔導委員能持續多年對同一縣市或學校進行長期認輔，以精進輔導品質和深化輔導成效，此種長期輔導價值的展現與 McQuillin 等人 (2011) 的研究指出長期的輔導關係比短期輔導更能產生持久的效果，相符。同時，專業成效型輔導委員的長期認輔，與 Scandiffio 等人 (2024) 的研究中有關輔導和指導在健康專業人員的數位技術教育中扮演著重要角色，尤其是長期的輔導關係相符，長期認輔有助於促進 HPS 的數位化轉型。專業成效型輔導委員提供個別健康促進學校專業建議，指引適合發展方向，有助於學校進行有效的成效評估，此與 McLoughlin 等人 (2020) 之研究強調學校健康政策的實施需要有效的評估工具和機制相符應。本類型委員發揮個人專業知能有效輔導學校，有助於學校使用適當的工具進行成效評估，此與 Vennegoor 等人 (2023) 的研究指出，測量健康促進學校實施程度的工具對於評估和改進健康促進

學校計畫至關重要，相符。綜合而言，專業成效型輔導觀點與文獻中強調的實證實踐、長期輔導和成效評估等議題相符，此觀點有助於提升健康促進學校的實證基礎和輔導成效。

「正向互動型」委員強調關係建立和支持鼓勵，關注正向鼓勵支持、良好互動和成果分析評價等，此種關係導向與文獻中強調的支持性輔導和關係建立有密切關聯。正向互動型輔導委員能給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持，與 Carmel 和 Paul (2015) 的研究中，有關輔導和指導在學術環境中提供工作空間的心理社會支持，有助於被輔導者更有效地處理角色模糊和角色衝突，正是此種支持性輔導的展現。本類型委員能與各縣市承辦人有良好的互動，以利健康促進學校之執行，有助於建立支持性的輔導關係，其與 Manzi 等人 (2017) 的研究中有關支持性輔導是加強健康系統的有效策略，相符。本類型委員能與各縣市承辦人和縣市議題的中心學校有良好的互動，有助於建立積極的輔導關係，此與 Richardson 等 (2023) 與 Sims 等人 (2021) 所強調有關輔導關係的性質和演變對輔導成效有重要影響，相符。正向互動型輔導委員透過良好互動和正向支持，建立有效的輔導關係，此與 Richardson 等人 (2023) 的整合性文獻回顧中指出之良好的輔導關係是有效輔導的基礎，相符。正向互動型輔導委員能與各縣市承辦人有良好的互動，以利健康促進學校之執行，有助於建立社會資本和網絡，此與 Turunen 等人 (2017) 的研究提到，健康促進學校的成功實施需要建立社會資本和網絡，相符。本類型委員協助各縣市推動健康促進學校計畫，訂定縣(市)本指標，發展在地化策略，有助於促進社區參與和夥伴關係，此與 McHugh 等人 (2020) 的研究提出之健康促進學校的實施需要積極涉及社區夥伴，並與當地倡議連結，相符。綜合而言，正向互動型輔導觀點與文獻中強調的支持性輔導、關係建立和社會資

本等議題相符。此觀點有助於建立支持性的輔導關係和促進社區參與。

本研究發現的四種輔導類型反映健康促進學校輔導工作的多元面向，Langford 等人（2017）的研究指出，健康促進學校是一個複雜的系統，需要多元的輔導支持，包括政策指導、能力建構、專業輔導和關係支持等，本研究發現的四種輔導類型正好對應多元需求，提供全面的輔導支持；Bartelink 等人（2022）的研究進一步指出，HPS 顧問需要扮演多重角色，包括促進者、教練、專家和朋友等，這與本研究發現的四種輔導類型高度一致，政策綜合型對應促進者角色，計畫增能型對應教練角色，專業成效型對應專家角色，正向互動型對應朋友角色。

另外，有關在地化情境適應性輔導的重要性，Hill 等人的研究（2022）強調，HPS 的實施需要適應當地情境，沒有一種方法適用於所有學校，不同情境需要不同的輔導觀點。例如，剛開始實施健康促進學校的縣市可能更需要政策綜合型的全面指導；已有基礎但需要提升能力的縣市可能需要計畫增能型的專業發展；追求卓越成效的縣市可能需要專業成效型的實證策略；面臨挑戰和困難的縣市可能更需要正向互動型的支持鼓勵。無論是健康促進學校的宏觀實施，還是輔導關係的微觀運作，HPS 成功的實施和有效的輔導都須對當地情境、文化背景、個體需求及關係動態理解與適應，需要採取多元且具彈性的輔導觀點。Pearson 等人（2015）的實證回顧研究進一步指出，健康促進計畫的成功實施取決於多種因素，包括學校準備度、實施品質和外部支持等，這代表輔導委員需要根據學校的具體情況，靈活運用不同的輔導觀點，提供適切的支持。

基於上述討論，可以提出「健康促進學校輔導整合模型」來整合多元輔導觀點的概念，此模型包含四個維度：政策綜合、計畫增能、專業成效和正向互動，對應本研究發現的四種輔導類型；在此模型中，四個維度不

是互斥而是相互補充的，中央輔導委員可以根據縣市和學校的具體需求，在四個維度上調整輔導重點。例如，對於剛開始實施健康促進學校的縣市，可能需要較高的政策綜合和計畫增能，較低的專業成效和正向互動；對於已有豐富經驗的縣市，可能需要較高的專業成效和正向互動，較低的政策綜合和計畫增能。Vennegoor 等人（2023）的研究支持此整合模型的價值，他們開發一個工具來區分學校在 HPS 實施程度上的差異，並根據不同程度提供針對性的支持；HPS 輔導整合模型可以作為這種針對性支持的理論基礎，指導輔導委員根據學校的實施程度，提供適切的輔導支持。綜合而言，四種輔導類型的共存與互補反映健康促進學校輔導工作的複雜性和多元性，透過整合多元輔導觀點，可以為不同情境的縣市和學校提供更全面、更有效的輔導支持，促進健康促進學校的全面發展。

二、各類型輔導委員基本資料與輔導觀點的關聯

有關性別與各類型委員輔導觀點的關聯，在所有 HPS 中央輔導委員中，女性（57.4%）多於男性（42.6%），研究結果指出，在四種類型中，「正向互動型」是唯一男性委員多於女性委員的類型。「正向互動型」委員的輔導觀點強調正向鼓勵及支持（陳述句#28）和良好的人際互動，例如與縣市承辦人（陳述句#29）及議題中心學校（陳述句#30）的良好互動。顯示在該研究的樣本中，男性委員在 HPS 輔導工作中，可能更傾向於採取以人際關係和情感支持為核心的互動模式。Hill 等人（2022）的研究指出，性別可能影響輔導關係的建立方式及性別偏見在輔導關係中可能帶來的挑戰；Schwartz 等人的研究（2022）也提到，性別如何影響輔導關係的形成，特別是同質性（homophily）現象及其對機會的影響。然而本研究中「正向互動型」反而男性較多，這與傳統性別刻板印象不符，顯示輔導觀點的形成可能受到多種因素的影響，不僅僅是性別。不同輔導

類型在性別分佈上存在差異，輔導委員的歸類與其在 HPS 輔導工作中偏好的取向或風格有關，男性委員在本研究中之「正向互動型」佔比較高，而女性委員在其他三種輔導觀點中佔有較高比例。

有關地理分布與各類型委員輔導觀點的關聯，研究結果顯示，四類型輔導委員在地理分佈上的存在差異：「政策綜合型」、「計畫增能型」、「正向互動型」委員的分佈都以北部最多，這與整體委員的分佈趨勢一致。唯有「專業成效型」委員的分布則在北部與南部地區有相同的比例（40.0%），這是其分佈的獨特之處。此外，各類型中次多的分佈區域也各不相同，例如「政策綜合型」次多分佈於東部外加離島（18.8%），「計畫增能型」次多於中部（22.2%），而「正向互動型」次多則同時分佈於中部和東部外加離島（25.0%）。此種地理分佈差異可能反映不同地區的教育文化和資源條件，北部地區做為臺灣的政治和教育中心，可能較重視政策和計畫的執行，因此「政策綜合型」和「計畫增能型」委員較多；而南部地區可能重視實證成效和專業輔導，因此，「專業成效型」委員比例較高；另外，由於東部和離島地區資源相對不足，可能更需要正向支持和鼓勵，因此「正向互動型」委員比例較高。尚無專針對輔導委員地理背景的相關研究，因此，地理分佈與輔導觀點之間並未存在直接的因果關係，本分佈情況僅作為對各類型委員基本資料的描述，地理分佈上的差異可能反映不同地區委員組成的多元性。

有關輔導經驗與各類型委員之輔導觀點的關聯，研究結果顯示，輔導健康促進學校為多議題者，以「計畫增能型」佔比最高（77.8%），「專業成效型」佔比最低（40.0%），這可能反映「計畫增能型」委員更傾向於全面性的增能和計畫指導，而「專業成效型」委員則傾向於專注特定議題的深入輔導。此外，「專業成效型」委員參與入校輔導次數大於等於 10

次的比例最高 (30.0%)，而「政策綜合型」委員最低 (6.3%)。這可能反映「專業成效型」委員更重視實地輔導和直接接觸學校，而「政策綜合型」委員則更關注政策層面的指導。Scandiffio 等人 (2024) 的研究指出，輔導者與教練的輔導經驗的豐富程度和多樣性特質，確實會影響其輔導風格和效能，並進而影響培訓計畫的成功與知識的轉移，本研究的發現與此相符，顯示輔導經驗確實與輔導觀點存在關聯。總體而言，其經驗分佈上的特徵與其輔導觀點呈現出一定程度的關聯性，顯示委員們在長期輔導中，形成與其經驗背景相符的輔導工作重點。

最後是專業背景與各類型委員之輔導觀點的關聯，研究結果顯示，HPS 輔導委員的本職以大專教師 (21 人，38.9%) 為最多，其次為退休人員 (16 人，29.6%)，中小學師長 (14 人，25.39%)，最後是其他 (含護理師、醫事人員) (3 人 5.6%)，本研究分析專業背景與輔導類型的關聯如下：大專教師可能較重視理論和政策，傾向於「政策綜合型」；中小學師長可能較重視實務和增能，傾向於「計畫增能型」；醫事人員可能更重視實證和成效，傾向於「專業成效型」、退休人員可能更重視經驗傳承和關係建立，傾向於「正向互動型」。Richardson 等人 (2023) 的研究指出，專業背景會影響輔導者的知識基礎、價值觀和輔導方法。本研究的發現與此相符，顯示專業背景可能是形成輔導觀點的重要因素之一。

綜合而言，輔導委員的性別、地理分布、輔導經驗和專業背景等特質與輔導觀點間存在一定的關聯性，因此，在選擇和培訓健康促進學校中央輔導委員時，應考慮多元背景和經驗的平衡，以形成互補的團隊。

第二節 研究建議

本節依據研究討論提出對健康促進學校政策制定者、輔導委員培訓、實務工作者及未來研究的具體建議，期望強化研究成果的應用價值，以期進一步提升健康促進學校的推動成效。

一、對健康促進學校政策制定者的建議

將本研究主觀看法類型納入中央輔導委員遴選與配對機制，本研究發現中央輔導委員的主觀看法具有穩定的類型差異，建議中央單位未來遴選委員時，可透過簡式 Q 分類測驗或背景問卷辨識其輔導傾向與角色強項，進而於任務分配與縣市配對時進行精準媒合。政策綜合型適合負責政策溝通與制度倡議；計畫增能型支援縣市計畫設計與執行；專業成效型聚焦議題專業推進與資料解讀；正向互動型強化學校層級互動與人際陪伴，此類型配對可提升輔導效能與配適度。

考量各類型優勢，重構中央與縣市輔導任務分工邏輯，本研究結果顯示，不同類型的中央輔導委員對健康促進學校的輔導重點與角色認知存在差異，反映出現行制度中，中央與地方輔導團職責界線未臻明確，建議教育部可依據本研究的四類型委員觀點，作為任務分工檢視的依據；中央層級應聚焦於政策設計、資源整合、跨議題串聯與系統性推動等任務，地方層級則強化校務對接、在地需求回應與輔導訪視落實。透過任務重構與機制調整，有助於提升上下銜接的制度連貫性、減少重疊與輔導盲區，建立更有效率與分工清晰的輔導體系。

建立多元輔導團隊，平衡不同輔導觀點，本研究發現四種輔導類型各有優勢與限制，政策制定者應有意識地建構多元輔導團隊，確保不同輔導觀點的平衡代表。例如，在中央輔導委員的遴選與分組時，可考慮輔導觀

點的多元性，避免單一取向過度集中。這與 Bartelink 等人 (2022) 的研究發現一致，他們強調健康促進學校顧問需要扮演多重角色，包括促進者、教練、專家和朋友等。

發展情境適應性輔導策略，提供差異化支持，不同縣市、不同學校在 HPS 的實施階段與條件各異，政策制定者應發展情境適應性的輔導策略，根據學校的具體需求提供差異化支持。例如，可建立學校健康促進發展階段評估工具，並據此匹配適合的輔導資源與策略。McHugh 等人 (2020) 的研究支持這一建議，他們強調健康促進學校的實施需要適應當地情境，沒有一種方法適用於所有學校。

強化政策與實證的連結，建立成效導向的政策框架，政策制定應更緊密結合實證研究，建立成效導向的政策框架。例如，可定期檢視國際最新研究成果，調整 HPS 的政策方向與重點；建立 HPS 成效評估機制，以實證數據指引政策調整。McLoughlin 等人 (2020) 的研究強調，學校健康政策的實施需要有效的測量工具和持續監測機制，對於理解政策影響、確保公平性及促進計畫改進的重要性。

促進跨部門協作，整合健康與教育資源，健康促進學校的成功實施需要衛生與教育部門的密切協作。政策制定者應建立更有效的跨部門協作機制，整合健康與教育資源。例如，可成立跨部會工作小組，共同規劃健康促進學校政策；建立資源共享平台，促進衛生與教育資源的整合運用。Fathi 等人 (2014) 的研究指出，跨部門合作的困難是健康促進學校計畫實施的主要挑戰之一，強化跨部門協作對克服這一挑戰至關重要。

二、對健康促進學校輔導委員培訓的建議

發展多元輔導能力，促進輔導觀點的整合，輔導委員培訓應著重發展多元輔導能力，促進不同輔導觀點的整合。例如，可設計涵蓋政策分析、

增能技巧、實證應用與關係建立等多元面向的培訓課程；鼓勵輔導委員跨類型學習，拓展輔導視野。Hill 等人（2022）的研究指出，有效的輔導計畫通常包含輔導者和被輔導者的培訓組件，以明確期望和目標，這支持了多元輔導能力培訓的重要性。

強化實證導向輔導，提升專業知能，輔導委員應具備將實證研究轉化為實務指導的能力。培訓可加強實證研究的解讀與應用，例如，定期舉辦實證研究分享會，介紹國際最新健康促進研究成果；提供實證策略工具箱，協助輔導委員將研究發現轉化為具體輔導建議。Langford 等人（Langford, Bonell, Jones, & Campbell, 2015）的研究強調，實證導向的健康促進學校介入策略對提升學生健康有顯著效果，這凸顯了實證導向輔導的重要性。

建立輔導社群平台與跨類型分享機制，促進經驗交流與反思，輔導委員間的經驗交流與集體反思有助於提升輔導品質，建議成立專業社群平台，促進不同類型委員之間的角色理解與策略對話，提升輔導整合性與制度回饋力，如定期舉辦輔導案例研討會，分享成功經驗與挑戰；建立線上輔導社群平台，促進即時交流與資源共享。Richardson 等人（2023）的整合性文獻回顧指出，輔導在專業發展中扮演著重要角色，而輔導社群的建立有助於促進這種專業發展。

發展情境適應性輔導技巧，提升輔導彈性，輔導委員需要根據不同學校的特性與需求，調整輔導策略。培訓應強化情境評估與適應性輔導技巧，如提供學校健康促進發展階段評估工具的使用培訓；設計不同情境的輔導案例演練，提升輔導彈性。Pearson 等人（2015）的實證回顧研究指出，健康促進計畫的成功實施取決於多種因素，包括學校準備度、實施品質和外部支持等。

三、對健康促進學校實務工作者的建議

理解並善用不同輔導資源，尋求多元支持，學校實務工作者應了解不同輔導委員的特長與取向，有策略地尋求多元支持。例如，可根據學校的具體需求，向不同類型的輔導委員尋求針對性協助；在不同階段的工作重點上，尋求最適合的輔導資源。Vennegoor 等人（2023）的研究指出，學校在健康促進學校實施程度上存在差異，需要針對性的支持，這也代表多元輔導資源的重要性。

建立校內健康促進團隊，強化執行能力，學校應建立跨處室的健康促進團隊，整合校內資源，提升執行能力。例如，可明確團隊成員的角色與職責；定期舉行團隊會議，共同規劃與評估健康促進活動；建立激勵機制，提升團隊參與動機。Turunen 等人（2017）的研究強調，健康促進學校的成功不僅依賴於計畫內容本身，實施更需要學校團隊的能力建構和持續的努力、適應不同情境的能力及各層級（從領導層到全體教職員）的積極參與和支持。

發展在地化策略，結合學校與社區特性，健康促進學校的推動應結合學校與社區的獨特特性，發展在地化策略。例如，進行學校與社區健康需求評估，確定優先議題；結合當地文化與資源，設計具有在地特色的健康促進活動；建立社區夥伴關係，擴大健康促進影響力。McHugh 等人（2020）的研究指出，健康促進學校的實施需要適應當地情境，積極涉及社區夥伴，並與當地倡議連結，支持在地化策略的重要性。

建立成效評估機制，促進持續改進，學校應建立健康促進活動的成效評估機制，以數據指引持續改進。例如，設定明確、可測量的健康促進目標；運用多元評估方法，收集過程與成果數據；定期檢視評估結果，調整

健康促進策略。McLoughlin 等人 (2020) 的研究強調，學校健康政策的實施需要有效的評估工具和機制，這與本建議相符。

四、對未來研究方向的建議

本研究歸納四種輔導類型，但未直接測量其與健康促進學校成效的關聯。未來研究可進一步探討不同輔導類型對學校健康促進成效的影響，例如，設計縱貫性研究，追蹤不同類型輔導委員輔導的學校，比較其健康促進成效的差異；或進行干預研究，測試不同輔導策略的效果。Langford 等人 (2014) 的 Cochrane 系統性回顧為這類研究提供方法論參考。

輔導是一個動態的互動過程，未來研究可深入探討輔導過程的特性與影響因素。例如，可採用質性研究方法，如深度訪談、參與觀察等，深入了解輔導互動的細節；或採用混合研究法，結合問卷調查與個案研究，全面探討輔導過程的複雜性。Hill 等人 (2022) 的研究強調，輔導關係的性質和演變對輔導成效有重要影響，這支持深入探討輔導過程的必要性。

可開發情境適應性輔導模式與工具，基於本研究發現的四種輔導類型，未來可開發更具體的情境適應性輔導模式與工具。例如，設計學校健康促進發展階段評估工具，協助判斷學校的發展階段與需求；開發輔導策略選擇指南，協助輔導委員根據學校特性選擇適當的輔導策略。Bartelink 等人 (2022) 的研究為這類工具的開發提供了理論基礎。

本研究主要聚焦於中央輔導委員的視角，未來研究可擴展研究對象，納入多元視角，例如：納入縣市端對中央輔導委員的期待觀點，探討縣市政府衛生局、教育局或地方輔導團對中央委員之角色期待與輔導評價，深入掌握實務現場需求，以強化中央輔導機制的回應性與適切性。進行橫向角色比較與縱向歷程追蹤：建議後續可將中央委員與地方委員、校長、教

師進行觀點類型交叉比較，並進行時間序列追蹤，檢視輔導觀點隨制度變革或實務經驗變動之可能或是發展類型化對應之輔導效能指標：建議結合本研究類型分類，設計差異化的輔導指標系統，透過校端回饋、議題成效評量等量化資料，分析不同類型輔導模式之成效表現，為制度評估與調整提供實證依據。亦可調查地方輔導委員、學校實務工作者、學生等對輔導工作的看法與期待；或進行跨國比較研究，探討不同國家或地區健康促進學校輔導模式的異同。McHugh 等人 (2020) 的研究強調，健康促進學校的實施需要考慮多方利害關係人的視角，這支持多元視角研究的重要性。

隨著數位科技的發展，探索數位科技在健康促進學校輔導中的應用日趨廣泛，未來研究可探索如何運用數位工具提升輔導效能。例如，可開發健康促進學校線上輔導平台，促進遠距輔導與資源共享；設計數位化輔導工具，如輔導 APP、線上評估系統等，提升輔導的便利性與效率。Bermejo-Martínez 等人 (2024) 的研究探討網絡平台在促進健康促進學校實施中的作用，為此類研究提供參考。

綜合而言，本研究的實務建議涵蓋政策制定、輔導培訓、學校實務與未來研究等多個層面，旨在促進健康促進學校輔導工作的全面提升。這些建議基於本研究的發現與文獻的檢核，具有理論基礎與實務價值，期能為臺灣健康促進學校的持續發展提供有益參考。

第六章 結論與限制

第一節 研究結論

本研究透過 Q 研究法發現受訪者在輔導 HPS 的主觀看法分為四種主要類型：政策綜合型、計畫增能型、專業成效型及正向互動型。本節將基於前章節的研究討論與建議，提出本研究的主要結論。

政策綜合型輔導委員（16 位，佔 29.6%）在輔導健康促進學校時，較看重 HPS 計畫指標、政策、課程教學與健康議題增能，全方位的關照執行政策。此類型委員特別關注健康促進學校（HPS）六大範疇而非單一面向，其核心觀點在於推動 HPS 應重視衛生政策的改善（教學活動、健康服務、社區資源、社會環境及物質環境等）等六大範疇的綜合性內容，強調健促層面的全面性與系統性。

計畫增能型輔導委員（9 位，佔 16.7%）在輔導健康促進學校時，特別在乎 HPS 健康議題之增能、HPS 計畫、年度會議、成果報告及下年度計畫撰寫，較為偏重計畫型增能。此類型委員關注透過系統性的培訓（增能工作坊）、會議協調（共識會議、年度會議）、合作促進以及評鑑反饋，來實質性地提升學校和地方承辦人員推動 HPS 計畫的能力。

專業成效型輔導委員（10 位，佔 18.5%）在輔導健康促進學校時，特別重視增加 HPS 輔導成效，無論是運用實證策略、長期認輔或是提供專業建議、發揮個人專業知能等，都是為精進輔導品質和深化輔導成效，強調專業和提升輔導成效。此類型委員特別重視成果實效、專業知能應用及實證策略運用。

正向互動型輔導委員（12 位，佔 22.2%）在輔導健康促進學校時，

重視 HPS 計畫、給予正向鼓勵及支持，強調與縣市承辦人良好互動並協助各縣市承辦人撰寫年度 HPS 成果報告和下年度計畫書。此類型委員重視給予輔導縣市或學校正向鼓勵及支持、與各縣市承辦人及各縣市議題的中心學校有良好的互動及協助 HPS 成果資料分析、評價和成果報告撰寫。

四種類型各有其獨特的輔導觀點與價值觀。政策綜合型強調全面性與系統性；計畫增能型著重能力建構與專業發展；專業成效型聚焦實證策略與輔導成效；正向互動型重視關係建立與支持鼓勵。這四種類型的發現可了解 HPS 中央輔導委員的輔導觀點具多元性，此四種類型的共存，不僅反映輔導委員個體間的差異，更看到 HPS 輔導工作本身的多面向與複雜性。

另外，可以思考各類型輔導委員與 HPS 成效的可能性關聯，如：政策綜合型可透過完善學校衛生政策、整合校內外資源、營造整體支持環境等方式，全面提升學校的健康促進水平，對多項健康指標產生廣泛影響；計畫增能型委員可透過提升教師的健康教學知能、強化學校的計畫管理能力、促進校際經驗交流等方式，提升特定健康議題的介入品質與學生健康素養；專業成效型可透過引進實證有效的介入策略、提供精準的專業指導、建立成效評估機制等方式，針對特定健康問題取得顯著改善，並累積成功經驗；正向互動型可透過增強學校人員的參與動機、建立互信合作的夥伴關係、營造積極正向的校園氛圍等方式，提升計畫的接受度與持續性，間接促進健康行為的養成。未來研究應進一步探討輔導類型、輔導過程與學校特性之間的交互作用，及其對健康促進學校成效的綜合影響。

第二節 研究限制

- 一、樣本代表性與推論限制：本研究的 P 樣本為 54 位教育部健康促進學校中央輔導委員，雖涵蓋多數委員，但非全體，且 Q 研究法的研究結果主要在呈現觀點的類型，而非推論。因此，本研究發現的四種類型在整體輔導委員中的確切比例及研究結果對其他輔導群體（如地方輔導委員）的適用性，仍需謹慎看待。
- 二、陳述句的選擇與周延性：Q 研究法中的陳述句（Q sort statements）是研究的基礎，本研究的陳述句雖經文獻探討、專家諮詢等程序產生，力求周延，但仍可能無法完全涵蓋所有輔導面向，未來研究可考慮納入更多元、更細緻的陳述句，以深化對輔導觀點的理解。
- 三、類型解釋的主觀性：Q 研究法的類型解釋涉及研究者的詮釋，雖已盡力依循嚴謹的分析程序並佐以訪談資料，但仍難完全排除主觀因素的影響，未來研究可考慮採用多位研究者共同解釋或成員檢核（member checking）等方式，提升解釋的客觀性與可信度。
- 四、橫斷面研究的限制：本研究為橫斷面研究，僅呈現特定時間點的輔導觀點，輔導委員的觀點與取向可能隨時間、經驗與政策變化而演變，未來可考慮進行縱貫性研究，追蹤輔導觀點的動態發展。

本研究雖存在上述限制，但運用 Q 研究法探究中央輔導委員的輔導觀點與分類，在多樣性觀點的呈現及健康促進學校輔導委員的多元取向提供重要的初步發現，並為後續研究與實務工作奠定良好基礎。建議未來研究可結合縱貫資料、多方法詮釋及跨層級樣本，進一步擴展本研究所揭示的初步發現。

參考文獻

中文文獻

吳俊憲、吳錦惠、陳鼎華（2022）。國民中小學推動飲食教育多元活化課程之實施成效分析。 *臺灣教育研究期刊*，3(2)，261-284。

<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/P20220316001-202203-202205040012-202205040012-261-284>

呂莉婷（2017）。探討社區高齡者參與 [樂智課程] 之主觀需求：應用深度訪談形成 Q 陳述句的歷程研究。 *健康生活與成功老化學刊*，

9(1)，23-35 <https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/a0000544-201709-201710130018-201710130018-23-35>

孫同文（2023）。*主體性科學：Q 方法論的理論與操作*。元照出版有限公司。 <https://doi.org/DOI:10.3966/9789575119751>

健康促進學校國際網絡推廣中心（2020a）。*臺灣 PHS2.0 推動策略*。

<https://www.hpsinc.tw/page/20>

健康促進學校國際網絡推廣中心（2020b）。*臺灣 PHS3.0 實踐與永*

續。 <https://www.hpsinc.tw/page/3.0>

健康促進學校國際網絡推廣中心（2020c）。*健康促進學校推動成效報告書(2018 - 2020)*。臺北市：國民健康署。

張露娜、余坤煌、陳淑娟、曹宜穎（2014）。健康促進學校學童視力保健推動模式之探討。 *學校衛生*(64)，93-107。

<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/15618137-201406-201502020060-201502020060-93-107>

教育部 (2021) 。健康促進學校 3.0 政策白皮書。臺北市：教育部學校衛生科。

教育部 (2024) 。健康促進學校學校衛生工作指引第六版 *School Health Guideline* 。教育部。

[https://cpd.moe.gov.tw/upload/01.%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BF%83%E9%80%B2%E5%AD%B8%E6%A0%A1%EF%BC%8D%E5%AD%B8%E6%A0%A1%E8%A1%9B%E7%94%9F%E5%B7%A5%E4%BD%9C%E6%8C%87%E5%BC%95%EF%BC%88%E7%AC%AC%E5%85%AD%E7%89%88%EF%BC%89%E7%B6%9C%E8%AB%96%E7%AF%87\(113.8.8%E6%9B%B4%E6%96%B0\).pdf](https://cpd.moe.gov.tw/upload/01.%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BF%83%E9%80%B2%E5%AD%B8%E6%A0%A1%EF%BC%8D%E5%AD%B8%E6%A0%A1%E8%A1%9B%E7%94%9F%E5%B7%A5%E4%BD%9C%E6%8C%87%E5%BC%95%EF%BC%88%E7%AC%AC%E5%85%AD%E7%89%88%EF%BC%89%E7%B6%9C%E8%AB%96%E7%AF%87(113.8.8%E6%9B%B4%E6%96%B0).pdf)

郭家娟 (2019) 。健康促進學校國際認證金、銀、銅質獎學校推動歷程之研究[未出版碩士論文]。國立臺灣師範大學。

<https://www.airtilibrary.com/Article/Detail/U0021-G0003053121>

陳玉霞 (2007) 。宜蘭縣先驅性健康促進學校執行成效評估之研究[未出版碩士論文]。國立臺灣師範大學。

<https://www.airtilibrary.com/Article/Detail?DocID=U0021-2910200810571787&source=&sourceDocID=>

陳富莉、邱詩揚、陸玟玲、王英偉 (2020) 。探討健康促進學校國際認證成效：從學生健康行為表現之觀點。臺灣公共衛生雜誌，39(1)，27-40。 https://www.researchgate.net/profile/Fu-Li-Chen/publication/346963476_Effectiveness_of_Health_Promoting_School_International_Accreditation_A_Study_from_the_Perspective_of_Students'_Health_Behaviors/links/5fd4839045851553a0ac12dd/Effectiveness-of-Health-Promoting-School-International-Accreditation-A-Study-from-

[the-Perspective-of-Students-Health-Behaviors.pdf](#)

游春音、梁宜芬、胡益進、苗迺芳、蕭仔伶（2015）。國中生口腔保健成效研究-以健康促進學校六大範疇為推動策略。學校衛生(67)，1-21。 <https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/15618137-201512-201602020011-201602020011-1-21>

辜馨儀（2015）。利用 Q 方法探索接受中醫治療之痛經婦女對於醫病互動的看法 [未出版碩士論文]。國立陽明大學。
<https://hdl.handle.net/11296/mj72sw>

黃大昌（2018）。國民小學健康促進政策推動成效之個案研究—以臺北市三所小學為例[未出版碩士論文]。國立臺北教育大學。
<https://hdl.handle.net/11296/s9ey3f>

黃松元、陳政友、賴香如（2004）。學校衛生工作新模式-健康促進學校。學校衛生 45，59-71。
<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/15618137-200412-x-45-59-71-a>

劉潔心（2013）。臺灣推動健康促進學校之現況與展望。中等教育，64(1)，6-25。 <https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/10180230-201303-201304160002-201304160002-6-25>

蔡芳瑜（2015）。以 Q 方法探索接受中醫治療之婦女因應經期不適的看法[未出版碩士論文]。國立陽明大學。

衛生福利部國民健康署（2023a，6月28日）。全國超過4,000所健康促進學校 今年16縣市92所學校參加競賽。

<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4705&pid=17279>

衛生福利部國民健康署 (2023b)。臺灣健康促進學校學生參與推動案例。 <https://health99.hpa.gov.tw/storage/files/materials/22378.pdf>

賴世芬、鄭婉伶 (2014)。以 Q 方法探討國民中小學校長對健康促進學校國際認證指標看法之研究。 *健康生活與成功老化學刊*, 6(1), 10-24。 <https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/a0000544-201409-201410310014-201410310014-10-24>

賴毓伶 (2016)。以 Q 方法探討學校營養師對國小過重或肥胖學生之減重信念 [未出版碩士論文]。國立臺灣師範大學。
<https://etds.lib.ntnu.edu.tw/thesis/detail/6a616f9105ddd9abb793b53778742a58/>



英文文獻

- Banasick, S. (2019). KADE: A desktop application for Q methodology. *Journal of Open Source Software*, 4(36), 1360. <https://doi.org/10.21105/joss.01360> (joss.theoj.org)
- Bartelink, N., van Dongen, B., Kremers, S., Renders, C., van Vlokhoven, B., van Koperen, M., & van Assema, P. (2022). Supporting schools during the implementation of the health-promoting school approach: the roles of a healthy school advisor. *Frontiers in Public Health*, 10, 960873. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.960873/full>
- Bermejo-Martínez, G., Julián, J. A., Villanueva-Blasco, V. J., Aibar, A., Corral-Abós, A., Abarca-Sos, A., Generelo, E., Mur, M., Bueno, M., & Ferrer, E. (2024). Development of a web platform to facilitate the implementation and evaluation of health promoting schools: Protocol for a double diamond design approach. *JMIR Research Protocols*, 13(1), e52110. <https://www.researchprotocols.org/2024/1/e52110>
- Brown, S. R. (1978). The importance of factors in Q methodology: Statistical and theoretical considerations. *Operant Subjectivity*, 1(4), 84 – 93.
- Brown, S. R. (1980). *Political subjectivity: Applications of Q methodology in political science*. Yale University Press, (pp.262–274).
- Brown, S. R. (1993). A primer on Q methodology. *Operant Subjectivity*, 16(3/4). <https://qmethod.org/wp-content/uploads/2016/01/brown-1993.pdf>
- Carmel, R. G., & Paul, M. W. (2015). Mentoring and coaching in academia: Reflections on a mentoring/coaching relationship. *Policy Futures in Education*, 13(4), 479-491. <https://doi.org/10.1177/1478210315578562>

- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245-276.
- Churruca, K., Ludlow, K., Wu, W., Gibbons, K., Nguyen, H. M., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. (2021). A scoping review of Q-methodology in healthcare research. *BMC Medical Research Methodology*, 21(1), 125. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12874-021-01309-7>
- Dieteren, C. M., Patty, N. J., Reckers-Droog, V. T., & van Exel, J. (2023). Methodological choices in applications of Q methodology: A systematic literature review. *Social Sciences & Humanities Open*, 7(1), 100404. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590291123000098>
- Fathi, B., Allahverdipour, H., Shaghaghi, A., Kousha, A., & Jannati, A. (2014). Challenges in developing health promoting schools' project: application of global traits in local realm. *Health promotion perspectives*, 4(1), 9. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4122035/>
- Hensel, D., Toronto, C., Lawless, J., & Burgess, J. (2022). A scoping review of Q methodology nursing education studies. *Nurse Education Today*, 109, 105220. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691721004779>
- Hill, S. E., Ward, W. L., Seay, A., & Buzenski, J. (2022). The nature and evolution of the mentoring relationship in academic health centers. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 29(3), 557-569. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-022-09893-6>
- Huang, C. M., Liao, J. Y., Huang, S. F., Hsu, Y. T., Hsu, H. P., & Guo, J. L. (2019). Patterns of parents' perspectives on protecting young children from secondhand smoke exposure: A Q-methodology study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2591-2602.

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.14029?casa_token=olycMNNN1L8AAAAA%3AgGeNxiiHJRJegLXmS4DHkhS0i3rNUhEGoTY02hbHiDP3N1kxUI25THyMQUzflFjYNoMW8W9EtCOmsnM

Langford, R., Bonell, C., Jones, H., & Campbell, R. (2015). Obesity prevention and the Health promoting Schools framework: essential components and barriers to success. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *12*, 1-17.

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12966-015-0167-7>

Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Pouliou, T., Murphy, S., Waters, E., Komro, K., Gibbs, L., Magnus, D., & Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, *15*, 1-15.

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-015-1360-y>

Langford, R., Bonell, C., Komro, K., Murphy, S., Magnus, D., Waters, E., Gibbs, L., & Campbell, R. (2017). The health promoting schools framework: known unknowns and an agenda for future research. *Health Education & Behavior*, *44*(3), 463-475.

https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1090198116673800?casa_token=h5nz6kpXUJYAAAAA%3AvCEnD8dKz833v3yPgA3x16AJpH5jzVpkeVOkSTTDy6SDKFwp5-g6gpH0qsLKdKx5ZAGY4Z6ZurXJ

Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Pouliou, T., Murphy, S. M., Waters, E., Komro, K. A., Gibbs, L. F., Magnus, D., & Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane database of systematic reviews*(4).

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008958.pub2/full>

- Liao, L. L., Liu, C. H., Chang, F. C., Cheng, C. C. J., Niu, Y. Z., & Chang, T. C. (2015). Evaluation of the health-promoting school supporting network in Taiwan. *Journal of school health*, 85(7), 487-495.
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/josh.12275?casa_token=wnNEX1q6dpsAAAAA%3AEVDvfh5YHvirXhEL0CfjH_NAWa7MgejmX9jkJEqcMQZm04wLLb3LFUfXaA0PfJjPb7R9o6hPyrSe570
- Lin, L.-C., Chang, F.-C., Huang, T.-F., Chen, T.-Y., Chiu, C.-H., Chen, P.-H., Miao, N.-F., Chuang, H.-Y., & Chen, H.-C. (2024). Effects of Media Literacy Intervention on Weight-Control Products Digital Marketing Targeting Adolescents. *Behavioral Sciences*, 14(11), 1023.
<https://www.mdpi.com/2076-328X/14/11/1023>
- Lin, L.-C., Chang, F.-C., Huang, T.-F., Yu, T.-E., Chen, T.-Y., Chiu, C.-H., Chen, P.-H., Miao, N.-F., Chuang, H.-Y., & Chen, C.-Y. (2025). Body dissatisfaction and unhealthy weight-control behaviors of adolescents: The roles of exposure to influencer marketing and use of dating apps. *Medicine*, 104(27), e43152. https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2025/07040/body_dissatisfaction_and_unhealthy_weight_control.22.aspx?context=latestarticles
- Liu, C.-H., Chang, F.-C., Liao, L.-L., Niu, Y.-Z., Cheng, C.-C., & Shih, S.-F. (2019). Health-promoting schools in Taiwan: School principals' and teachers' perspectives on implementation and sustainability. *Health Education Journal*, 78(2), 163-175.
https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0017896918793661?casa_token=dwvCZ0JdNvkAAAAA%3AhnuybynsvGhHwBFILi9dLCueRftZ25hwj5_IFPDbAOzoE7IsIoogn4pmJ8EJs6c7YUOd8euCdUhy
- Manzi, A., Hirschhorn, L. R., Sherr, K., Chirwa, C., Baynes, C., & Awoonor-Williams, J. K. (2017). Mentorship and coaching to support

strengthening healthcare systems: lessons learned across the five Population Health Implementation and Training partnership projects in sub-Saharan Africa. *BMC health services research*, 17, 5-16.

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-017-2656-7>

McHugh, C., Hurst, A., Bethel, A., Lloyd, J., Logan, S., & Wyatt, K. (2020). The impact of the World Health Organization Health Promoting Schools framework approach on diet and physical activity behaviours of adolescents in secondary schools: a systematic review. *Public Health*, 182, 116-124.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350620300378>

McHugh, C., Lloyd, J., Logan, S., & Wyatt, K. (2022). Enablers and barriers English secondary schools face in promoting healthy diet and physical activity behaviours. *Health Promotion International*, 37(2), daab148.

<https://academic.oup.com/heapro/article/37/2/daab148/6365860>

McKeown, B., & Thomas, D. (1988). Q methodology. *Quantitative applications in the social sciences*, 66.

McLoughlin, G. M., McCarthy, J. A., McGuirt, J. T., Singleton, C. R., Dunn, C. G., & Gadhoke, P. (2020). Addressing food insecurity through a health equity lens: a case study of large urban school districts during the COVID-19 pandemic. *Journal of Urban Health*, 97, 759-775.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-020-00476-0>

McQuillin, S., Smith, B., & Strait, G. (2011). Randomized evaluation of a single semester transitional mentoring program for first year middle school students: A cautionary result for brief, school-based mentoring programs. *Journal of Community Psychology*, 39(7), 844-859.

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jcop.20475?casa_token=

[WP2JEjLKRVIAAAAA%3AKj5nseukxWStfVv1yqdtvbAYhBStH0Tpoi
jb1pEHX3Q-qHni43w1qxXIyb0caMwdJZBLiiDTcwaSKc](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2022.100025.x)

Millar, J. D., Mason, H., & Kidd, L. (2022). What is Q methodology?

Evidence-Based Nursing, 25(3), 77-78.

<https://ebn.bmj.com/content/25/3/77.abstract>

Morea, N. (2022). Investigating change in subjectivity: The analysis of Q-sorts in longitudinal research. *Research Methods in Applied Linguistics*, 1(3), 100025.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772766122000222>

Pearson, M., Chilton, R., Wyatt, K., Abraham, C., Ford, T., Woods, H. B., & Anderson, R. (2015). Implementing health promotion programmes in schools: a realist systematic review of research and experience in the United Kingdom. *Implementation Science*, 10, 1-20.

<https://link.springer.com/article/10.1186/s13012-015-0338-6>

Richardson, C., Wicking, K., Biedermann, N., & Langtree, T. (2023).

Coaching in nursing: An integrative literature review. *Nursing open*, 10(10), 6635-6649.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.1925>

Scandiffio, J., Zhang, M., Karsan, I., Charow, R., Anderson, M., Salhia, M., & Wiljer, D. (2024). The role of mentoring and coaching of healthcare professionals for digital technology adoption and implementation: A scoping review. *DIGITAL HEALTH*, 10, 20552076241238075.

<https://doi.org/10.1177/20552076241238075>

Sims, C., Carter, A., & Moore De Peralta, A. (2021). Do servant, transformational, transactional, and passive avoidant leadership styles influence mentoring competencies for faculty? A study of a gender

equity leadership development program. *Human Resource Development Quarterly*, 32(1), 55-75.

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hrdq.21408?casa_token=lrcvqzO2xHQAAAAA%3AV5hmtbnhXB4yNpBvuJcCgIQY2BhyMhldFDHgTmwk9jE7QjkmcMSIFWfoY7Y0xXE7q3eXacd0Js_WQ38

Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. The University of Chicago.

Turunen, H., Sormunen, M., Jourdan, D., von Seelen, J., & Buijs, G. (2017). Health promoting schools—a complex approach and a major means to health improvement. *Health Promotion International*, 32(2), 177-184. <https://academic.oup.com/heapro/article/32/2/177/3104584>

Vennegoor, G., Van Assema, P., Eekhout, I., Lezwijn, J., Molleman, G., & Jansen, M. (2023). Measuring implementation of health promoting school (HPS) programs: Development and psychometric evaluation of the HPS implementation questionnaire. *Journal of school health*, 93(6), 450-463. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/josh.13277>

Watts, S., & Stenner, P. (2012). *Doing Q methodological research: Theory, method & interpretation*. Los Angeles : Sage.

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva : WHO.

WHO. (1996). *Regional guidelines: development of health-promoting schools-a framework for action*.

WHO. (2009). *HEALTH PROMOTING SCHOOLS : A framework for action*.

WHO.

<https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/health-promoting-schools-framework-action>

WHO. (2018). *Global Standards for Health Promoting Schools*. WHO.

<https://www.who.int/docs/default-source/health-promoting-schools/global-standards-for-health-promoting-schools-who-unesco.pdf>

WHO. & UNESCO. (2021). *Global standards for health promoting schools: Implementation guidance*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059>

