

第三章 研究方法

第一節 研究對象

壹、研究對象的角色功能類別

影響整個社區健康營造計畫推動的重要關鍵人物，依其在計畫中所扮演的角色功能，可分為政策規劃者、政策諮詢者、政策執行者、社區健康營造中心的主要推動者，彼此之間存在著權利義務或互惠諮詢的關係（見圖 3-1），其觀念與態度影響著整個政策的執行，相關的人物說明如下：

一. 政策規劃者

行政院衛生署規劃社區健康營造計畫的主要決策人員，包括衛生署保健處時代的處長、副處長、承辦科的科長、國民健康局承辦的組長和科長、和醫政處承辦的的專門委員、科長和承辦人。

二. 政策諮詢者

目前參與行政院衛生署社區康營造計畫的諮詢委員、各縣市社區健康營造中心的輔導員。

三. 政策執行者

台灣地區各縣市衛生局提報衛生署的社區健康營造執行總監（局長、副局長或技正）、科長、承辦人、社區康營造中心所在地的轄區衛生所主任或護理人員。

四. 社區健康營造中心的主要領導者

社區健康營造中心的承辦單位的首長或營造中心的執行長。

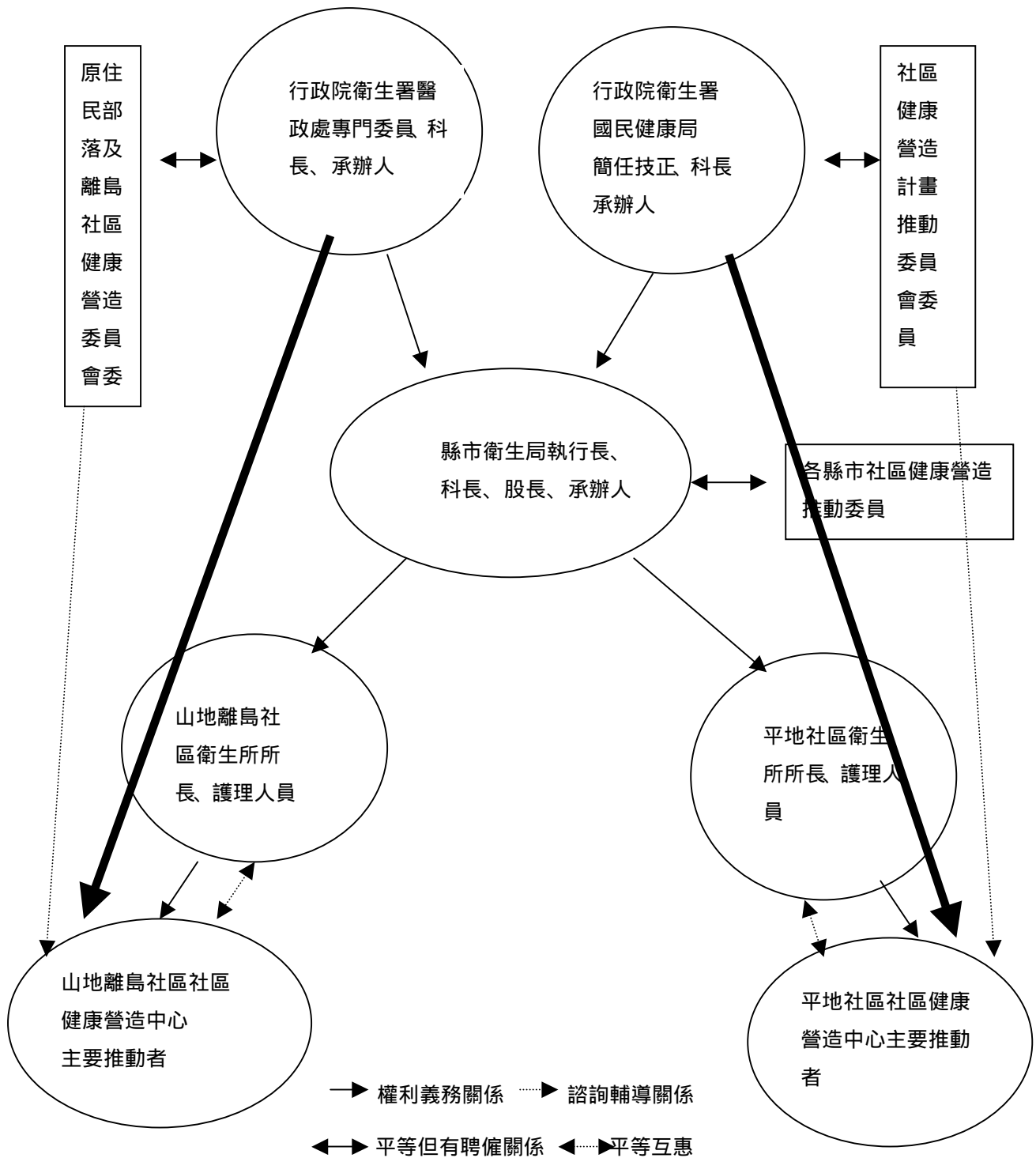


圖 3-1 推動社區健康營造計畫重要關鍵者關係分析

貳、訪談對象

本研究採質性研究的方法，以深入訪談為主，相關文獻資料分析為輔。分析目前社區健康營造計畫主要推動者，對於社區健康營造的概念。

從第二章文獻的探討，大致瞭解會影響社區健康營造概念的屬性密度的因素，包括社區的城鄉特質、種族的特質、城市領導者的理念、社區健康營造中心承辦單位的屬性、主要推動者的角色功能、推動者專業的背景。為擴大健康營造概念屬性的密度，增加理論的飽和，訪談對象依社區城鄉特性、推動者的角色、承辦單位的性質與族群特性特性立意選擇。最後選擇台北市、台北縣、台東縣三個縣市所有的相關社區健康營造的主要推動者作為訪談對象。

一、社區城鄉特性與首長理念

同時考量大都會區、一般都市、一般鄉鎮與山地離島城鄉的差距，與首長對社區健康營造工作理念的差距，從院轄市（台北市）、直轄市（台北縣）與縣轄市（台東縣）各選一個縣市為代表，所有的相關社區健康營造的推動者作為訪談對象。其中已知台北市的首長，對於社區健康營造十分支持。

二、承辦單位的性質

包括衛生所及公家單位、民間團體、醫療院所、學校四大類別，承辦單位的性質可能影響其推動社區健康營造工作的目的、可運用的資源和對營造本質的看法。台北市、台北縣、台東縣承辦單位的性質分佈比例，和全國的分布相當（見表 2-2, 表 3-1、3-2）。

三、族群特性

族群的特性可能因其社區的凝聚力，社區醫療的資源、社會文化的差異、健康的問題的特殊性，進而影響社區營造的概念，選取類別包括平地人與原住

民（至少涵蓋阿美族、布農族、泰雅族、排灣族與都市原住民），而所選擇的台北市、台北縣、台東縣三個縣市的社區內族群分布符合這項條件，同時包括平地社區，與包括阿美族、布農族、泰雅族、排灣族、雅美族、魯凱族、卑南族七大族群的山地社區與都市原住民的社區。

表 3-1 社區健康營造中心的屬性（依承辦單位屬性分）

縣市別	衛生所或公家單位	醫院	民間團體	學校	總計
台北市	1	1	9	2	13
台北縣	4	4	4	3	15
台東縣	9	4			13
合計（%）	14（34.1）	9（22.0）	13（31.7）	5（12.2）	41（100.0）

表 3-2 社區健康營造中心的屬性（依城鄉特性區分）

縣市別	大都會	市	鄉鎮	山地離島	總計
台北市	13				13
台北縣		8	5	2	15
台東縣		1	6	6	13
總計	13	9	11	8	41

預計訪談對象約計 95 人，分類如下：

1. 衛生署社區健康營造諮詢委員

衛生署社區健康營造平地社區與山地部落委員會委員（以曾經輔導台北市、台北縣或台東縣者優先選擇）約計 8 人。

2. 衛生署相關人員

衛生署醫政處、與國健局相關承辦人與主管，約計 9 人。

3. 衛生局、衛生所與社區健康營造中心主要推動者，約計 78 人。

表 3-3 衛生局、衛生所與社區健康營造中心主要推動者角色分析

縣市別 \ 角色	局長 或 CEO	科 (課) 長	承辦 人	衛生所所長 (平地)或護 理人員	衛生所所 長(山地 離島)或 護理人員	* 社區健 康營造中 心主要推 動者	總計
台北市	1	1	1	12		13 (1)	28
台北縣	1	1	1	13	1	12 (3)	29
台東縣	1	1	1	7	6	5 (7)	21
總計	3	3	3	32	7	26 (19)	78

* 括弧內為衛生所兼辦社區健康營造中心的業務

實際訪談人數視資料飽和程度決定，儘量每位受訪者至少與一次面對面受訪的機會，若無法直接訪問到，則以電話訪問取代。資料不足之處，亦以電話訪問的方式補足。

二、研究流程

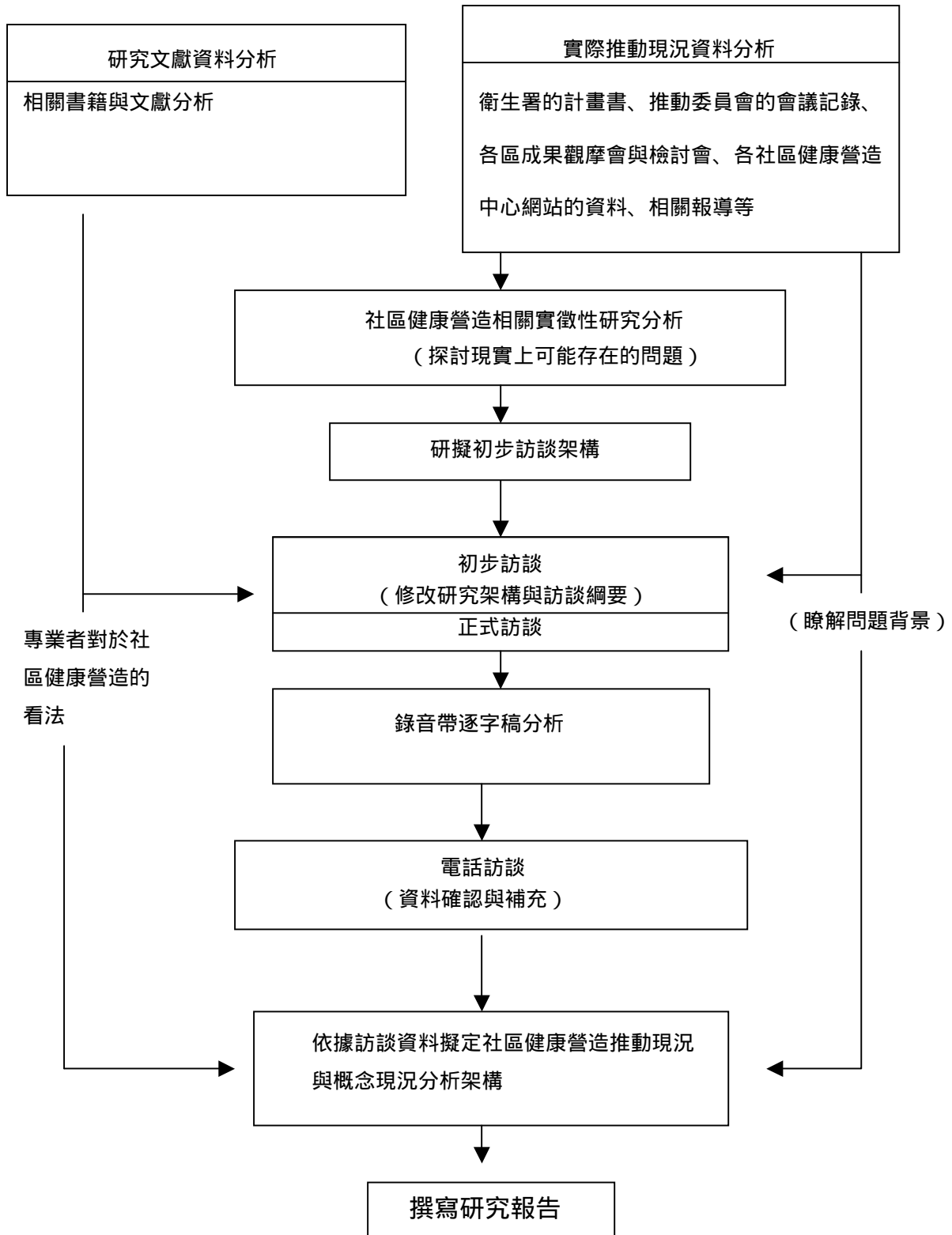


圖 3-2 研究流程圖

第二節 研究工具

本研究採導引式的訪談，先由研究者依據研究涵蓋的主題，以及受訪者在衛生局、衛生所、營造中心與輔導（專家）委員等四種不同的工作角色，分別設計訪談大綱（見附錄二），藉由導引訪問的方式進行，使訪問的進行聚焦在待答的研究問題上。並且依據實際受訪時的情境，與受訪者回答的內容，修正訪問的內容順序、詢問的方法，甚至增加訪問的問題與深度。訪談過程利用錄音機記錄，並且撰寫實地札記來記錄訪問的過程與心得。

訪談大綱的內容除了包括受訪者的人口資料以外，在衛生署部分，主要是強調社區健康營造政策制定的原因與過程，政策規劃的理念、推動的策略與所遭遇的困難；衛生局部分，則著重於政策落實的情形、首長重視的情形與其決策的理念、推動者對社區健康營造的概念與推動過程中所遭遇的困難、營造中心所反應的困難與每個營造中心推動的情形、與衛生署、衛生所和營造中心的互動情形，以及對社區健康營造計畫的看法與建議等；衛生所部分，則強調這項業務和衛生所社區衛生業務的異同比較、社區健康營造的概念、營造中心所發揮的功能、衛生所與營造中心的互動情形、推動的困難，以及對社區健康營造計畫的看法與建議等；營造中心部分，強調當初承辦營造中心的動機、推動的理念與策略、目前推動的情形與所遭遇的困難、與衛生局所的互動情形、社區健康營造的概念、對社區健康營造計畫的看法、建議，以及所需要的協助等；學者專家的部分，則視該學者在此計畫中的參與情形與其專長，以及研究者本身希望釐清的問題，以及大致對整個計畫的執行情形的看法加以訪問。

除此之外，也視受訪者本身在次計畫中的參與情形、特殊的角色或身分，以及現場的實際情形，彈性的調整訪問的內容。

為了讓受訪者瞭解本研究的目的與研究方法，本研究另外設計訪談說明書（見附錄三），並且說明本研究所訪問的內容僅作為學術研究使用，訪談內容

將作整體性的分析而不是針對個別受訪者，以及嚴守訪談者的姓名與錄音資料不外流的原則。

第三節 實施步驟

本研究先收集相關的文獻，以草擬訪談大綱與訪談說明書，同時拜訪台北市衛生局社區健康營造業務承辦科長與承辦人，了解並收集台北市社區健康營造推動的初步現況資料，以及各社區健康營造中心主要的推動者和輔導專家名單。

接著以電話聯絡受訪者，說明研究者的身分與研究目的，並安排訪談時間進行實地訪談。若再三聯絡無法接受實地訪談者，最後才以電話訪問方式取代。實地訪問時提出訪談說明書，說明研究目的與研究結果的匿名性，以及過程中必須藉助錄音機紀錄資料的需求性，在徵求受訪者的同意下，才開始進行訪問與錄音。

自 2002 年 3 月至 2003 年 2 月止，訪問行政院衛生署、專家委員會委員、台北市衛生局、台北縣衛生局、台東縣衛生局、三個縣市四十家衛生所與四十一家營造中心社區健康營造工作的主要推動者，共計訪問 95 人。（其中僅台北市中文山區社區健康營造中心以剛成立尚未就緒為理由拒絕受訪；台北縣三峽鎮社區健康營造中心與樹林市衛生所則因受訪者工作忙碌，再三更改訪問時間未果，而放棄訪問。）（見表 3-4、3-5）。其中有 15 個人為電話訪問，其餘皆為面對面的訪談。每個人每次接受訪問的時間從十五分鐘到二個小時不等，大致平均每人受訪一個小時。大致上每個人都接受一次的訪問，但是最多也有人接受三次的訪問。最後將訪問錄音帶逐字騰稿，並進行分析。分析過程中若發現有不清楚或遺漏地方，則再以電話確認。

表 3-4 訪談對象服務單位分析表

服務單位	衛生署	專家委員會	台北市	台北縣	台東縣	總計
人數	7	7	28	29	24	95

表 3-5 衛生局所受訪人員分析

	台北市	台北縣	台東縣	總計
衛生所主任(所長)	12	6	6	24
護理人員		8	9	17
衛生局人員	3	4	3	10
合計	15	18	18	51

第四節 資料的整理與分析

資料分析是針對訪談錄音帶轉譯的逐字稿進行編碼，整理出主要的概念與架構。除了訪談錄音帶的逐字稿以外，並參考實地札記與相關的書面資料。書面資料包括衛生署的社區健康營造計畫書、各社區健康營造中心的成果報告、社區健康營造中心成果觀摩會與檢討會、各社區健康營造中心網站的資料、相關新聞報導等。

資料分析的過程，首先針對訪談逐字稿中有意義的字句，進行開放性編碼（open coding），再將類似的意義字句整合，進一步歸納出概念類別。這些概念類別隨著分析個案逐字稿的增加而逐漸擴增，並且隨時重整。接著整合每個受訪個案訪談本文的開放編碼結果，參照研究待答問題重新進行資料的歸類與組合，以釐清概念彼此之間的關聯，再進一步找出核心類別（core category）。

資料的編碼以個案的編號和逐字稿本文的頁數來表示，例如「北市 28-代表某一個概念的文句，出現於台北市第 28 位受訪者的訪問逐字稿第 1 頁之中。

第五節 研究者訓練與角色定位

質性研究中，研究者就是工具，研究者的學經歷與個人觀點，會影響所蒐集的資料範圍與詮釋，也會影響訪問過程被研究者對研究問題的反應。

研究者本身學術專長於衛生教育領域，對於社區健康促進的概念與推動、質性研究方法接受過專業的訓練，並且任職於行政院衛生署，熟悉衛生政策規劃的歷程、公共衛生行政的運作與相關的資源。這些背景有助於研究者快速了解社區健康營造政策的推動，並且容易進入研究場域。

基於任職於中央衛生主管單位，職務多與政策的制定有關，因此容易從社會整體的面向關懷政策的推動過程與結果，並從組織的運作與管理的面向來分析問題，而較忽略某一人或團體的個別表現與想法。此外，研究者本身的職務與本研究無直接相關，因此對此政策的制定無任何的辯護之心，較能以中立的立場真實的反應研究的結果。

雖然因為任職衛生署，使研究者得以容易進入衛生職場進行訪問。但也因為與被研究者之間有組織上下層級的隸屬關係，恐受訪者因此有所顧慮而不願意表明真正的想法。為使訪談進行順利，雖然表明研究者的職務身分，但強調研究者本身目前的職務與社區健康營造計畫無直接關係，並且強調被訪者的意見對於整個業務改進將有很大的貢獻，以及研究報告上不會呈現受訪者的姓名，請受訪者毋須擔憂，以免影響訪談結果的可靠性。

第六節 信度與效度

質性研究所考量的信度與效度指標與量化研究有所不同，質性研究者所關注的不是「客觀分類計量」、「普遍法則的尋找」或「因果假設的否證和統計推論」，而是「社會事實的建構過程」，以及「人們在不同的、特有的文化社會脈絡下的

經驗和解釋」(胡幼慧、姚美華, 1996)。Lincoln 和 Guba (1989) 認為在控制質化研究的信度與效度上, 可包含可信性 (credibility)、可轉換性 (transferability) 與可靠性 (dependability) 三種方法。從資料真實的程度, 資料的可比較性與詮釋性和資料來源的穩定性, 作為質化研究信度與效度的評量指標。涉及研究資料的深度與廣度、概念的紮根性、系統關聯性、變異的飽和度與研究的歷程。也和研究者本身的專業與訓練、分析能力、理論敏覺力和寫作能力、以及現象學派點鐘的哲學信念有關 (Strauss&Corbin, 2001; Patton,1990)。許多研究並且提出運用三角交叉法, 來增加質性研究的信度與效度 (Padgett,1998; Bogdan&Biklen, 1998; Patton,1990)。依據上述觀念, 本研究資料的收集與分析, 透過下列的方法來增加研究的信度與效度。

一、多元化收集相關資料

除了訪談的錄音帶逐字稿以外, 也同時收集相關的書面資料, 包括衛生署的計畫書、成果觀摩會與檢討會、各社區健康營造中心網站的資料、成果報告與出版的刊物。並訪問以前參與此項計畫的政策規劃者與相關的諮詢委員, 做為研究結果詮釋與反思的依據。而訪問過程的心得與手札紀錄, 也是增加效度的工具, 更可真實的協助資料的分析與詮釋。

二、增加協商信度

本研究透過衛生署社區健康營造諮詢委員、衛生署承辦人員、台北市、台北縣與台東縣衛生局承辦人員, 共同討論編碼的架構與訪談結果的解釋, 以增加研究的信度。

三、採三角交叉檢視法

分別針對同一個社區健康造中心 (1) 不同人的看法: 包括衛生局的科長、承辦人、衛生所所長、社區健康營造中心主要推動者。(2) 不同性質的資料: 錄音訪問稿與相關的實際運作的書面資料 (如計畫書、成果觀摩會、網站資料、剪報等), 來交叉檢視同一個社區健康造中心的訪談資料的真實性。

四、以錄音機紀錄訪問結果並親自謄校成逐字稿

為忠實的呈現受訪者的想法與情感，並避免因筆錄速度太慢與記憶力有限而有所遺漏，因此以錄音機來記錄訪談結果。並且親自校稿與反覆聆聽，以增加對訪談內容的了解，有助於訪談結果真實的反應。

五、由多方的推薦來決定訪問對象

社區健康營造中心的訪問對象，是依據衛生局承辦社區健康營造的人員，與衛生所人員所推薦，並且徵詢社區健康營造中心的意見而決定，因此較可以找出對社區健康營造計畫推動最有影響力的受訪者來接受訪問。