

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

社區健康營造之成效評價研究－以建構「社區組織結盟」成效為例

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC92-2516-S-003-021-

執行期間：92 年 08 月 01 日至 93 年 07 月 31 日

執行單位：國立臺灣師範大學衛生教育學系(所)

計畫主持人：劉潔心

計畫參與人員：楊智琳、林怡君、陳嘉玲

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，1 年後可公開查詢

中 華 民 國 93 年 11 月 4 日

政院國家科學委員會補助專題研究計畫

☒ 成果報告
☐ 期中進度報告

社區健康營造之成效評價研究：

以「建構社區組織結盟」成效為例

計畫類別：☒ 個別型計畫 ☐ 整合型計畫

計畫編號：NSC 92-2516-S-003-021

執行期間：92 年 08 月 01 日 至 93 年 07 月 31 日

計畫主持人：劉潔心 教授

共同主持人：

計畫參與人員：楊智琳、林怡君、陳嘉玲

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)：

☒ 精簡報告 ☐ 完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

☐ 赴國外出差或研習心得報告一份

☐ 赴大陸地區出差或研習心得報告一份

☐ 出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

☐ 國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育
研究計畫、列管計畫及下列情形者外，得立即公
開查詢

☒ 涉及專利或其他智慧財產權，☐ 一年☐ 二年後可公開查詢

執行單位：國立台灣師範大學

中 華 民 國 93 年 10 月 31 日

社區健康營造之成效評價研究： 以「建構社區組織結盟」成效為例

中文摘要

本研究目的在探討國內社區健康營造中心營造狀況之相關影響因素及成效評價。

本研究計畫為期一年，分為兩階段進行。研究對象的選取以北部地區 41 家社區健康營造中心的成員為母群體，在第一階段，運用深度訪談、再以系統分層隨機抽樣法，最後取 20 家社區健康營造中心成員為樣本，進行結構式問卷調查，共發出 565 份問卷，回收 358 份有效問卷，有效問卷回收率為 63.4%；第二階段，則從第一階段的樣本社區中，篩選出一個社區組織結盟有效的社區及另一個社區組織結盟效果不彰的社區作為對照，運用個別訪談、焦點團體訪談等研究方法，比較兩社區在社區健康營造策略上的差異，並對其中重要因素作深入分析，以建構有效社區健康營造運作模式，供未來各社區在進行健康營造工作上，得以繼續發展之重要參考依據。

本研究有幾點重要發現：1.目前台灣社區健康營造中心成員背景以女性為主，年齡分佈以 41-50 歲年齡層居多；成員參與數目有持續增加的趨勢。另外，年齡愈大、教育程度越低、沒有正式工作及有在營造中心擔任職務（如：志工隊隊長）的成員，具有較佳的成員態度與能力；2.「運作過程」與「計畫執行有效性」之相關探討發現：領導型態、溝通型態、社區參與助力與計畫執行有效性達顯著正相關；3.「組織結構」與「計畫執行有效性」之相關探討發現：組織行政運作、組織氣氛與計畫執行有效性達顯著正相關；4.「成員態度與能力」與「計畫執行有效性」之相關探討發現：成員滿意度、成員知識與技能與計畫執行有效性達顯著正相關；5.「組織連結

與組織結盟」與「計畫有效性」並無達到顯著相關；6.以「運作過程」、「組織結構」、「成員態度與能力」、「組織連結與組織結盟」預測「計畫有效性」的逐步迴歸發現，成員滿意度、溝通型態、社區參與阻力能有效預測計畫有效性，三者共同解釋力為 28.7%，以成員滿意度解釋力最高，佔 18.3%。

因此未來社區健康營造中心內部經營時，提升成員滿意度及溝通型態、並降低社區成員參與阻力應是首要考量的重要因素；另外在「組織連結與結盟」此項因素上，值得未來國內相關研究持續投入關注，以深入瞭解此變項在台灣社區健康營造過程中，與國外相關研究成果所扮演之重要角色是否真正有所不同，亦或只是現階段台灣社區營造時的短暫現象。本研究提供以下幾項建議：1.營造良好組織氣氛、增加成員與自身相關的健康知能成長機會，以提升社區營造中心成員滿意度；2.改善社區營造中心的領導型態，為成員建立有效溝通管道；3.增加助力促使成員更願意參與社區健康營造事務；4.強化社區組織行政運作功能，使其組織間功能更趨正式化，以便有效促進社區資源整合。

關鍵詞：社區健康營造、組織結盟、成效評價

Effectiveness of Community Health Building Using the Construction of Community Organizing Coalitions as an Example

Abstract

The purposes of this study are to investigate factors that may influence community health building in Taiwan and to evaluate the effectiveness of the community health building programs. The data was collected by in-depth interview, focus grouping, and the structural questionnaire.

Stratified random sampling was

used to derive the sample for this study. The study population was defined as the 41 centers for community health building in north Taiwan. Study subjects of the questionnaire survey were recruited from members of 20 centers randomly selecting from the 41 centers. A total of 565 structured questionnaires were mailed out to participants and 358 questionnaires were returned, yielding a response rate of 63.4%.

Important findings of this study include: (1) the majority of members of community health building centers in north Taiwan are female and within the age interval of 41-50. The number of members continues to increase. Also, attitudes and capability of voluntary members were positively associated with older age, lower levels of education, no formal jobs, and position holding in the community center; (2) findings of operating process and efficiency of project implementation: types of leadership, types of communication, benefits (such as courage from family members, getting to know new friends etc.) of community participation were positively associated with the efficiency of project implementation; (3) findings of organizing structures and efficiency of project implementation: administrative operation and atmosphere of organizations were positively associated with the efficiency of project implementation; (4) findings of members' attitudes and capability and efficiency of project implementation: extent of satisfaction, knowledge, and skills of members were positively associated with efficiency of project implementation; (5) the relationship between connections and alliances of organizations and efficiency of project implementation was not statistically significant; (6) findings from a stepwise regression using operating process, organizing structure, attitudes and capability of members, and connections

and alliances of organizations as predictors showed that extent of members' satisfaction, types of communication, barriers of community participation were strong predictors. These three factors collectively account for 28.7% of variation in efficiency of project implementation. The extent of members' satisfaction alone accounts for 18.3% of variation.

Therefore, the extent of members' satisfaction, types of communication, and barriers of community participation should be considered when operating internal managements of community health building centers in the future. Recommendations based on the study findings include: (1) creating a pleasant atmosphere of organizations and enhancing the satisfaction of members in the community centers; (2) improving types of leadership in community centers and creating an effective channel for communication between members; (3) augmenting facilitating factors of community participation to increase involvement of members; (4) strengthening administrative functions of community organizations to promote integration of community resources.

Key words: community health building, community coalition, evaluation of effectiveness

壹、前言

台灣人口結構的老化，民眾生活形態的轉變，慢性病問題成為目前民眾疾病的主因(行政院衛生署，2002)。基於渥太華憲章所提出健康城市的觀念，衛生署從民國 88 年開始推動社區健康營造計畫，希望能達到每一個鄉鎮市區至少有一個社區健康營造中心的目標(行政院衛生署，1999)。透過社區健康營造中心的成立，期許社區能自主性的發展，並能發揮組織運作功能，以落實社區居民對社區的參

與，解決社區內部問題，達到社區民眾的凝聚力（楊孝燦，1995）。截至目前為止，獲通過成立的社區健康營造中心家數已有 302 家之多（行政院國民健康局，2004）。

因而近年來有許多社區組織和營造的工作模式浮現，特別強調自我幫助與相互合作觀念，其中以社區組織結盟（community coalitions）最為目前解決社區問題和健康問題的熱門策略（Kumpfer and Hopkins,1993）。2001 年美國公共衛生教育年會，更將「社區組織結盟」列為大會的主題之一，教導學員如何建立夥伴關係與結盟以強化社區能力與推動或增進全球健康，並希望融合更有效的策略或新技術，來加強結盟與夥伴關係的評價方式（李景美，2002）。運用社區組織發展的策略在健康促進的議題上是能有效影響民眾的健康（Francisco, Paine, Fawcett,1993），Butterfoss,Kegler(2002)提出社區結盟行動理論（Community Coalition Action Theory），此理論指出社區結盟是社區組織一連串的發展過程，其社區組織的組成單位是個人而非組織，建立於成員間相互信任的基礎上。而在社區組織結盟的概念上，曾有許多學者為其下定義：Brown (1984)認為社區組織結盟（community coalitions）為不同利益團體的組織，他們合併了人力和物力資源，致力於成員不能單獨完成的特殊改變。Minkler（1992）則認為社區組織結盟（community coalitions）有助於動員更多有能力的人、資源，對單一團體可獨自達成的議題更具有影響力，且定義社區組織結盟為(1)能夠適應一個以上的任務或目標(2)能相互交換利益資

源(3)能主導多階層，包括政策的改變、資源的發展、生態的改變等層面的介入。而最近對社區組織結盟的解釋更強化了結盟是具多重目的，它容納了更多社區任務或既定的目標（Black，1983），交換相互的利益資源，直接多層面的介入，包括：改善既有資源、開發更大的生態改變等等（Mc Leroy,Bibeau,Steckler,and Glanz, 1988）。

國外許多研究已運用社區組織結盟策略於解決公眾健康問題，如 AIDS、物質濫用、青少年懷孕、子宮頸癌等，其結果均顯示運用社區組織結盟策略能使社區組織間的合作，發揮更大的力量，產生擴大社區自生力量的功效（Kegler, Steckler, McLeroy, Malek,1998）。根據研究證實運用社區組織結盟是目前社區健康促進的重要策略（Butterfoss, Goodman, Wandersman, 1993），因而在探究社區組織聯盟的成功因素上，若能經由瞭解社區組織結盟的過程，則較能使健康促進活動有效的執行，同時能擴大在健康行為或在健康結果上的效果，因此有一些學者，對社區組織結盟發展出相關理論模式，其中 Prestby & Wandersman 於 1985 年發展出「結盟開放系統」(Open System Framework as a Model of Coalition Viability)，將結盟視為一個組織與其他組織互動的過程，從「輸入」(input)、「過程」(throughput)到「輸出」(output)三方面來看整個社區組織結盟。Florin 於 2000 年提出之「結盟組織系統」(Organizational Systems View of a Coalition)架構內容中，其將 Prestby & Wandersman 所發展之「結盟開放系

統」的若干變項，作更清楚的定義，並將其結盟發展過程更細分為資源獲得期（input resource）、初步動員期（initial mobilization）、組織運作期（organization structure）、自生行動期（capacity building）到結盟成果（output）。而目前已有許多研究於探討有效結盟過程的相關因素，結果發現：成員能力（members capacity）、成員溝通（member communication）、組織間的效能（team efficacy）、作決定型態（decision making）、領導型態（leadership）、具體工作目標方向（task-oriented）、組織氣氛（organizational climate）、成員滿意度（member satisfaction）、成員投入的阻力與助力（participation cost and benefit）等（Kumpfer, Turner, Hopkins, Librett, 1993；Butterfoss, Goodman, Wandersman, 1996），皆是影響有效結盟與否的重要關鍵因素。

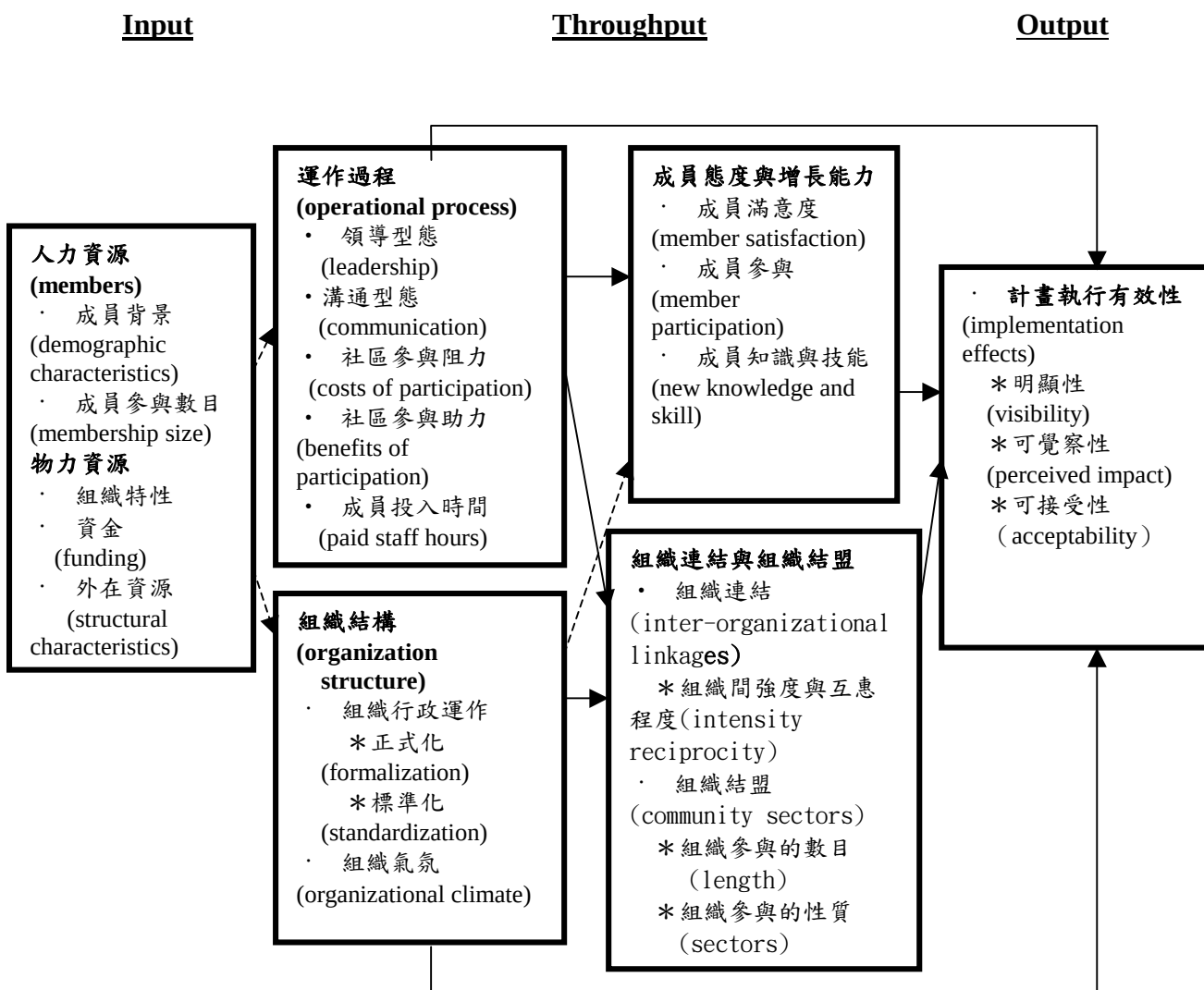
以目前台灣社區健康營造推動之健康促進議題來看，其包含愛滋病、婦女骨質疏鬆症、糖尿病等（謝菊英，2001；張淑芳、陳靜敏、陳品玲、楊榮森，2001；樓美玲，2001），這些社區多仍以增加居民對社區的參與方式來從事健康營造，然國內亦有學者指出，社區健康營造需由在地的地方公益團體，協同社區內外相關資源，以社區組織結盟的方式將地方的人力、物力、財力凝結起來，並選定社區居民所關心之切身議題，提供可運用的資源找出解決方式（陳再晉，2001）。此部分的呼籲，即符合國際間對社區健康營造策略的期許，亦是台灣可以加以著力之處。社區組織連結與結盟因素，受到哪些因素影響？社區健康營造中心在成效評價時社區結盟是否也扮演如國外文獻中的重要角色？值得國內社區營造學者專家共同探究。

因此，本研究目的，擬先分析影響社區健康營造成效之組織結盟及其他相關因素，再診斷出影響社區健康營造成效因素間的相互關係，以進一步探討出有效的營造運作模式，並增進社區居民對健康議題活動的參與、提高興趣與行動力。本研究亦欲藉此研究過程，參考國外實證性研究，以嘗試建構出國內社區組織運作過程之多項影響指標，來提供國人對成功社區健康營造成效的參考準則；並希望以此研究的經驗，提供給相關學者、決策者，及其他社區在未來研究制度政策或實際推動社區健康營造時具體可行之參考依據。

貳、研究方法

一、研究架構

本研究架構主要參考 Prestby & Wandersman（1985）發展出的「結盟開放系統」（The Open System Framework as a Model of Coalition Viability）與 Florin（2000）所提出之「結盟組織系統」架構（Organizational Systems View of a Coalition）」為理論參考基礎，由「結盟開放系統」的若干變項，作更清楚的定義，並將其結盟發展過程更細分為資源獲得期（input resource）、初步動員期（initial mobilization）、組織運作期（organization structure）、能力建立期（capacity building）到結盟成果（output），並發展成本研究架構中的各項主要變項，同時考量研究目的與其他相關文獻探討後，進而擬出本研究架構，並經修正後發展而成（見圖一：研究架構）。



圖一、研究架構

二、研究對象

本研究社區的選取，在考量行政上的相關因素後，決定選擇以社區健康營造中心為社區研究的單位，立意取樣基隆市、台北市、台北縣及桃園縣四縣市共 41 家社區健康營造中心成員為母群體，估計約 1025 人（以實際電訪推估平均每家社區健康營造中心有 25 位核心成員），並經查表得知母群體的最小樣本數為 306 人（Krejcie & Morgan, 1970）。

研究對象的選取採系統分層隨機抽樣法，依據縣市別（台北市：台北縣：基隆市：桃園縣＝2：2：1：1）及研究者自訂評分之等級別（低分組：中分組：高分組＝1：1：1）抽取問卷調查對象。自訂評分條件為研究者經由文獻查證而成，共包含 4 部分如下：1.社區運作的時間：共 1 題，分數範圍為 1-3 分。2.組織成員人數多寡及志工招募狀況：共 3 題，分數範圍為 0-9 分。3.組織行政運作狀況，包括會議召開情形、人力運作的狀況：共 5 題，分數範圍為 1-17 分。4.社區營造中心辦理活動狀況，包括定期活動及非定期活動的項目：共 6 題，分數範圍為 1-11 分。全部總為 40 分，將所得總分分為三組，3 分至 15 分為低分組，16 分至 28 分為中分組，29 分至 40 分為高分組。在實際訪談社區負責人之意願後，最後抽出基隆市 3 家（低分組：1 家，中分組：1 家，高分組：1 家）、台北市 6 家（低分組：2 家，中分組：2 家，高分組：2 家）、台北縣 8 家（低分組：3 家，中分組：3 家，高分組：2 家）、桃園縣 3 家（低分組：1 家，中分組：1 家，高分組：1 家），共計 20 家社區健康營造中心。

本研究總計共發出 565 份問卷，回收 366 份問卷（回收率為 64.8%），在扣除無效問卷後之有效問卷為 358 份，有效問卷回收率為 63.4%。

三、研究工具

本研究採結構式問卷進行資料收

集，問卷編制係依據研究架構並參考相關文獻發展而成，本問卷共包括七大部分，茲將問卷內容說明如下：

（一）社區營造中心之人力資源及物力資源：意指成員的社會人口學背景、參與社會組織的成員數目，經費來源與數量，組織特性、組織成立時間、組織運作狀況等，其中人力資源包括成員背景 11 題、成員參與數目 2 題；物力資源包括財力資源 5 題及組織特性 3 題。

（二）運作過程：意指營造中心內部運作狀況共包括 33 題，其中包含領導型態 10 題、溝通型態 6 題、成員參與阻力 7 題、成員參與助力 7 題、成員投入時間 3 題。計分方式均採 Likert Scale 五點式計分法，「非常不同意」～「非常同意」依序以 1 至 5 給分，成員參與阻力經反向計分後，分數越高表示越正向。

（三）組織結構：包括組織內結構鞏固的正式化及標準化程度 16 題，及成員內參與組織氣氛的關係，共 8 題。其中組織結構正式化單題描述性統計計分，是依照所調查社區對該角色的有無與其所發揮功能的乘積所得，而組織氣氛計分方式均採 Likert Scale 五點式計分法，由「非常不同意」～「非常同意」依序以 1 至 5 給分，兩者得分分數越高表示越正向。

（五）成員態度及成員增長能力：意指成員參與組織的滿意度、參與度及所學得的知識與技能，共包括 15 題其中包括成員滿意度 4 題、成員參與度 5 及成員知識與技能 6 題。計分方式均採 Likert Scale 五點式計分法，由「非常不同意」～「非常同意」依序以 1 至 5 給分，唯有成員參與以「從不這樣做」～「總是這樣做」測量，並依序以 1 至 5 給分，分數越高表示越正向。

（六）組織連結與組織結盟：指組織連結強度、組織連結互惠程度、組織參與數目與性質。計分方式採 Likert

Scale 五點式計分法，由「非常不同意」～「非常同意」依序以 1 至 5 給分，分數越高表示越正向。

(七) 計畫執行有效性：其中包含活動或計畫對於社區居民的明顯性、活動或計畫對於社區居民的健康產生的可覺察性，及民眾對於活動或計畫的可接受性等各一題。計分方式採 Likert Scale 五點式計分法，由「非常不同意」～「非常同意」依序以 1 至 5 給分，分數越高表示越正向。

四、研究步驟

本研究步驟是經由文獻查證後，選定研究上所符合的社區研究對象，並進行社區領導者的面對面訪談，以作為結構式問卷的形成性評價，同時根據文獻查證與實際訪談的結果，擬定社區組織結盟成效的結構式問卷並進行問卷專家效度分析與修改，其後以問卷郵寄方式進行社區組織成員的結構式問卷調查，而後經資料分析結果，篩選出一個社區運作成效較優的社區及另一個相對成效較不彰的社區作為對照，實地參訪社區其運作方式。

五、資料收集及分析

本研究經過 8 位不同背景之專家進行專家校度，包括相關研究領域專家學者、行政單位專員等，並經由研究團隊討論修改確定問卷後，採郵寄問卷方式，將問卷寄送至所抽樣出來的社區。進行方式先以電話方式聯繫所抽取之 20 家社區營造中心負責人，說明研究目的及施測問卷注意事項，繼而郵寄問卷至各社區營造中心，由負責人親自發給各社區營造中心成員並說明，讓成員以自填式的方式完成問卷。而質性資料之收集及分析是以實地走訪社區方式，面對面訪談其意見領袖並檢閱其年度活動記錄。

此外，本研究之資料分析，主要運用社會科學統計套裝軟體 SPSS10.0

(Statistical Package for the Social Science, SPSS) 進行統計分析。描述性分析包含平均值、標準差、百分比；推論性統計分析包含 t 值檢定、變異數分析、皮爾森積差相關及多變項迴歸分析。

參、結果與討論

一、「人力資源物力資源」、「組織結構」、「成員態度與能力」、「組織連結與組織結盟」、「計畫執行有效性」之現況分析

此研究成果乃依據結構式問卷收集所得之量性資料，並融入第二階段面對面訪談所得之質性資料整理後，一併呈現於本研究結果及討論中。

(一) 人力資源及物力資源

在社區營造中心成員背景上，營造中心成員以女性居多 (83.8%)，年齡以 41-50 歲最主 (33.5%)，6 成受訪者為高中/高職以上教育程度，八成以上為已婚 (84.6%)，有 72.9% 居住在社區健康營造中心所屬的社區。所有受訪者中以志工最多，佔 72.3%，半數的受訪者 (52.8%) 參與社區健康營造中心外無其他工作；而在成員參與數目方面，有 55% 的社區健康營造中心志工數目有增加趨勢，其志工狀態為持續的在招募新志工，同時也有少部分舊志工退出；在社區健康營造中心資金的來源上，有接受其他經費補助的營造中心佔七成左右 (71.8%)，其中以公家機關捐款為最多 (佔 38.3%)，所屬單位自行編列預算次之 (佔 22.3%)；在承辦營造中心的組織特性上，所調查的北區營造中心家數總共有 20 家，而承辦健康營造中心的單位中以醫院為最多 (60%)，其餘為衛生所與民間社團；在組織特性上，社區健康營造中心多由原組織某部門兼任承辦單位 (n=122, 34.1%)，而經由本研究結果發現，社區健康營造中心承辦單位多數為醫療院所為主；在社區健康營造中心資金的來源方面，本研究結果發現有接受其他經費補助的營造中心

佔七成左右（71.8%），其中以公家機關捐款為最多（佔 38.3%），所屬單位自行編列預算次之（佔 22.3%），而有 53.1% 的成員認為所屬的營造中心沒有自籌經費的能力。在人力資源上，目前台灣社區健康營造工作投入的人力以中年及老年的女性為主，顯示在台灣女性對於社區服務工作較為熱衷，而較有空閒且已無正式工作的社區中年、老年人，如家庭主婦、退休老人等族群，大多願意奉獻心力以投入社區服務，是社區健康營造工作的主要人力，而社區健康營造中心參與的成員，也多是該社區營造中心所屬社區的居民，顯示國內的社區健康營造工作的推動，能符合了社區參與的精神，社區居民能夠願意主動參與自身社區的事務。但由另一個角度來看，社區營造工作的精神，是希望能夠社區居民無論從老到少，都能夠關心社區事務，主動為自己的社區解決問題，但以調查的結果來看，年輕族群及社區中的男性，對社區事務參與的熱忱，仍有待培養，此結果與陳定銘（1999）對台灣志工的研究有些不符，該研究指出台灣志工發展的困境之一為志工流動率高，且多屬短期志工，因為志工能力、個別差異即服務項目種類眾多，降低其服務熱誠。在物力資源上，本研究結果顯示社區營造中心，對於資金的自籌能力、資源的整合運用，是相當不足的，尚停留在依賴政府補助，無自營能力的階段，而劉瑞煌（2001），就曾指出目前台灣社區營造中心的困境之一，為經費問題和資源無法整合，與本研究結果完全相符，此現象可能與我國文化中組織競爭、不善合作的民族性有關，而社區營造中「使能」的原則，需透過組織之資源整合，才能有效的產生社區能力，故各社區營造中心在此方面的能力，是需要努力培養的。

（二）社區運作過程的現況分析

在運作過程方面得分情形發現，以「領導型態」最佳，單題平均分數為 4.07 分，其次為「社區參與助力」，單題平均分數為 3.50 分。最差的部分為「社區參與阻力」，單題平均分數為 1.78 分。由此顯現出，目前台灣北區社區健康營造中心在運作過程之領導型態尚好，表示營造中心領導者的結盟組織執行能力、溝通與人際關係的技巧、解決問題、衝突處理的技能及協商的能力不錯，很少是完全主導模式，該結果與黃松共、吳永鐘 2003 年研究相似。另外，「社區參與助力」大於「社區參與阻力」，進而更助於社區志工參與活動意願，顯示目前台灣北區健康營造中心志工參與意願不差，也可從文獻中得到相同印證（黃松共、吳永鐘，2003）。

（三）社區組織結構的現況分析

社區組織結構，包括社區組織行政運作的現況及社區組織氣氛。社區行政組織運作又可分為組織標準化及正式化。在社區行政運作正式化的現況方面，有 91.5% 的營造中心成員，表示該社區有成立「社區營造中心推動小組」。而推動小組的成員中，以鄰里長（佔 60.1%）、承辦單位人員（佔 65.9%）、社區衛生機關人員（佔 65.9%）、社區民眾（佔 50.6%）為最多，且有 91.9% 社區成員表示該社區健康營造中心有「職位分工」，職位中，又以有承辦人的職位（佔 82.4%）為最多，其次為志工隊隊長、副隊長的職位（佔 79.3%）及主委的職位（佔 74.9%）。而在組織分工上，有 82.7% 的成員表示該營造中心有組織分工，組織分工的組別以活動推廣組（82.7%）、文書組（74%）、公關組或宣傳組（73.5%）佔最多；在組織行政運作之程度方面，包括正式化程度及標準化程度，共 16 題，滿分為 80 分，分數愈高表示行政運作愈佳，整體而言，北部營造中心的行政運作屬於中等程度，其平均值為 44.14 分。其中於

組織結構正式化裡所依照調查社區對該角色的有無與其所發揮功能的乘積計分中，在「營造中心裡具有的職位所發揮功能的程度」上，以承辦人最高平均值為 3.47 分，標準差為 1.76，其次為志工隊隊長、副隊長，平均值為 3.19 分，標準差為 1.81；在「營造中心的組織分工所發揮功能的程度」上，所得的平均值介於 2.09 分至 2.58 間相距不大，而以活動推廣組及公關組或宣傳組分居前兩名，充分顯現出目前台灣社區營造中心是以辦活動的方式來經營社區。而組織氣氛方面，平均得分為 30.13 分，社區組織氣氛屬於中上程度。此結果顯示，目前台灣社區健康營造中心，多數仍有正式化的組織結構，除仍維持有「營造中心推動小組」外，同時也有正式的職位分工，顯示各社區不但有正式化的組織架構，其也具有標準化的組織章程，其中幾乎所有的社區均有在會議進行後做會議紀錄，但關於組織章程的修正方面，仍有待加強。另外，在社區組織氣氛上，社區營造中心普遍有不錯的組織氣氛，他們普遍能夠關心自己的社區，並對自己的社區有榮譽感。

（四）社區成員態度與能力現況分析

以整體平均而言，成員滿意度平均值為 15.12 分（SD=2.76），具有相當高的滿意度，其中又以對成員間的互動氣氛感到最為滿意（M=3.97，SD=0.74）。成員參與平均得分為 18.51 分，顯示有相當高的參與度。而又以參加自己所舉辦的活動的程度為最高（M=3.97，SD=0.75），參與社區健康營造中心的會議（M=3.88，SD=0.92）次之。成員增長的能力平均得分為 23.26 分（SD=3.09）。以增長知識的程度為最多（M=3.8 分，SD=0.74），其次為健康相關技能（M=3.71，SD=0.83）、健康的行為（M=3.76，SD=0.75）。而運用所學的增長能力中，以健康行為（M=4.13，SD=0.6）

為最多，其次為健康知識（M=3.93，SD=0.62）、健康技能（M=3.92，SD=0.6）。根據結果顯示，目前社區營造中心之滿意度及參與度均相當不錯，成員滿意度、成員參與常被用以作為社區營造成功與否的中介評量指標，而成員滿意度與參與度與社區組織有效性有直接的相關性（Kegler, Steckler, McLeroy, Malek, 1998）；此外，Ansari, Phillips 在 2001 年的研究結果亦指出，成員滿意度與社區健康營造中心的經營，有正向的成效。

（五）組織連結與組織結盟現況分析

組織連結與組織結盟包含組織連結強度與互惠程度、組織結盟之組織參與數目與性質等。在組織連結部分，組織連結強度平均得分為 15.69（SD=6.36），組織連結強度屬於中等程度，且各社區間的差異很大；在組織連結互惠程度上，組織間的互惠屬於中上程度，平均得分為 18.13（SD=5.44）。另外，在社區組織結盟程度方面，組織連結參與數目的平均值為 4.78（SD=1.91），顯示出所調查之社區健康營造中心的社區連結參與數目上，對組織連結參與數目屬於中上程度。在社區連結參與的性質中，以與「社區其他組織」及「公家機關」合作為最多，佔 92.2% 及 91.6%。其次為「學校」（69.6%）、社區其他商業機構（69.3%）、醫院（64%）、民間其他機構及團體（60.9%），皆佔 60% 以上。

（六）計畫執行有效性的現況分析

計畫執行有效性包含明顯性、可覺察性、可接受性等。在計畫執行成效的總平均得分上來看，平均值為 8.42（SD=3.05）分，分數範圍為 3-15 分，其得分分布趨於中間偏上的位置。顯現出目前民眾對於社區健康營造中心現階段所辦理的計畫活動內容而言，在得知活動訊息、發覺活動是和自己有關，及能接受活動內容的人大致上是偏向中上的態度，處於不會很滿意

的狀態，因此未來若活動本身訊息無法符合民眾需要，亦或是民眾無法從活動中得到與自己有關的需求時，則在計畫成效上的效果呈現上則會降低。

二、社區中「運作過程」、「組織結構」、「成員態度與能力」、「組織連結與組織結盟」與「計畫執行有效性」之相關性分析

(一) 運作過程與計畫有效性之相關探討

以皮爾森機差相關，探討變項間的相關性，發現以「領導型態」、「溝通型態」、「社區參與阻力」、「社區參與助力」、「成員投入時間」與「計畫執行有效性」的相關性來看，「領導型態」、「溝通型態」、「社區參與助力」均與「計畫執行有效性」成顯著性正相關($r=.23, p<.001$; $r=.37, p<.001$; $r=.30, p<.001$) (見表一)。而「社區參與阻力」，例如：從事社區健康營造事務時，可獲得健康相關知識、成就感，且可從中交到很多朋友、能有服務他人的機會，或是受到親友及家人的鼓勵而參與社區事務等。

此結果與 Hays, Hay, DeVille, Mulhall (2000) 的研究結果相似，顯示計畫成效與運作過程息息相關，有效的領導方式為結盟行動與持續的重要促進者，當他們增加時間在共同目標、成員組織利益上運作，結盟被認為更有效力。在領導過程上，多數的社區營造中心領導者能具備好的領導技巧，以「當完成社區工作時，營造中心領導者會鼓勵志工」、「能引導會議順利進行，並使會議朝會議目標完成」、「能交付提供成員工作，提供成員學習的機會」、「能對社區健康營造中心的未來發展有明確的目標」等領導表現為最好。好的社區領導者必需能具備溝通能力、人際關係的技巧、解決問題及協商的能力，且民主式且能充權的

領導型態是成功領導的重要因素 (李怡娟, 1995) 此外，從研究者比較實際訪談抽樣社區中的營造情況也發現，在運作型態上的領導、溝通型態上有明顯不同差異，社區中成員依據領導形式不同，而影響其成員在社區內發揮的功能，而成員參與的狀況會因為其衡量在社區內是否能交到朋友、學到東西而充實自己來的最大。由此可知無論在組織領導、組織溝通等促進組織有效運作的相關議題，均是值得大家深入研究並找出有效的經營策略，以協助社區健康營造的推動。

表一 運作過程與計畫有效性之相關性

變項名稱	計畫有效性
運作過程	
領導型態	.23**
溝通型態	.37**
社區參與阻力	-.01
社區參與助力	.30**
成員投入時間	.94

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

(二) 組織結構與計畫有效性之相關探討

以皮爾森機差相關，探討變項間的相關性，發現以「組織結構」與「計畫執行有效性」的相關性來看，「組織行政運作」、「組織氣氛」均與「計畫執行有效性」成正相關 ($r=.21, p<.001$; $r=.35, p<.001$) (見表二)。組織行政運作包含正式化與標準化，正式化是指組織內有主委、副主委、承辦人、志工隊隊長或其他幹部的職位分工，以及組織內分為總務組、企畫組、公關組、會計組、活動推廣組、文書組或其他組別。標準化是指有編排營造中心年度活動行事曆、擬定開會通知單即時程表、做會議記錄、建立組織章程。

由此結果可發現組織結構與計畫執行狀況有關，若組織行政運作月好、社區內能營造良好的組織氣氛，則對於社區健康營造計畫的推動有正向影響，此與 Kegler, Steckler, McLeroy, Malek(1998)研究結果相似。在 Florin, P., Mitchell, R., Stevenson, J., Klein, I. (2000) 也強調組織氣氛的重要性，而根據實際訪談幾個社區營造狀況較佳的社區而言，他們認為：有組織的團隊，其工作有固定的模式，大家能清楚知道自己的工作職責，又由於組織成員間彼此相當熟識，因此工作氣氛愉快，又有默契，辦起事來一點也不需要花很多的力氣，因此組織氣氛良好、大家服務愉快。

表二 組織結構與計畫有效性的相關性

變項名稱	計畫有效性
組織結構	
組織行政運作	.21**
組織氣氛	.35**

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

(三) 成員態度與能力與計畫有效性之相關探討

以皮爾森機差相關，探討變項間的相關性，發現以「成員態度與能力」與「計畫執行有效性」的相關性來看，「成員滿意度」、「成員知識與技能」均與「計畫執行有效性」達顯著正相關 ($r=.44$, $p < .001$; $r=.22$, $p < .001$)，而「成員參與」與「計畫執行有效性」則無相關性存在 (見表三)。

所以，成員對於社區健康營造中心的滿意程度，以及他們能藉由從事社區營造事務中獲得知識與技能的多寡，皆與計畫的執行有正向影響，可與 Kegler, Steckler, McLeroy, Malek (1998) 的研究結果呼應，尤其是成員滿意度較高時，成員投入時間較多，對於計畫的推動更有助力，而調

查結果顯示「成員參與」與「計畫執行有效性」是未達顯著相關，透過實際訪談幾個社區的結果，發現目前志工參與情形是志工排班制，大部分投入的時間皆為排班時間，若要需要他們花更多而外事情於營造中心裡，可能會有困難，如布置環境、製作成果檔等。

而探討影響成員滿意度的相關因素，從逐步迴歸的結果可發現組織氣氛為最重要的預測因子，解釋力為 29.2%，此結果與 Mayer, Soweid, Dabney, Brownson, Goodman, Brownson(1998)、Roger, Howard-Pitney, Feighery, Altman, Endres, Roeseler(1993) 及 沈洸洋

(2002) 的研究結果相似，因此，要提升成員滿意度，建立良好組織氣氛是首要的關鍵因素，而若擁有好的組織氣氛加上發展健全的組織結構，將有助於成員的滿意度，進而有助於社區健康促進計畫的執行。

表三 成員態度與能力與計畫有效性的相關性

變項名稱	計畫有效性
成員滿意度	.44**
成員參與	.07
成員知識與技能	.22**

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

(四) 組織連結及組織結盟與計畫有效性之相關探討

以皮爾森機差相關，探討變項間的相關性，發現以「組織連結與組織結盟」與「計畫執行有效性」的相關性來看，並無達到顯著相關性 (見表四)。而探討影響組織連結及組織結盟的相關因素，從逐步迴歸的結果發現，以組織行政運作為最重要的預測因子，解釋力分別為 12%、11%。透過實際訪談社區的結果，發現反觀台灣本土現階段對於組織連結與結盟的想法仍未興盛，或許是國內外社區民情與行事作風不同有關。

從國外文獻可瞭解，組織連結與組織結盟包括社區彼此間資源交換、互動的頻率、互惠的程度及結盟中組織參與的性質與數目 (Florin, Mitchell, Stevenson, 1993 ; Florin, Mitchell, Stevenson, Klein, 2000)，社區組織連結與結盟所得到的外在資源對社區是很有幫助的，他們可以貢獻人力、付出成本於計畫的執行，外在資源也可以提供專家諮詢、會議的設備、獲得捐款、硬體設備的支持等 (Butterfoss & Kegler, 1997)，而透過組織連結與組織結盟可幫助我們審視社區資源的運用情形，亦顯示出社區組織連結程度與個人層次中的成員參與利益、成員間相互信任關係、及成員參與有顯著的關係存在 (Chan, Bazzoli, Shortell, Shortell, Hasnain-Wynia, 2001)。

表四 組織連結與組織結盟與計畫有效性相關性

變項名稱	計畫有效性
組織連結	.09
組織結盟	.07

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

三、影響計畫執行有效性之相關因素探討

以計畫執行有效性為依變項，以逐步迴歸探討運作過程、組織結構、成員態度與能力、組織連結與組織結盟等預測因子，發現成員態度與能力中的「成員滿意度」、運作過程中的「溝通型態」、「社區參與阻力」均與「計畫執行有效性」成顯著性的差異，共同解釋力為 28.7%，而尤以「成員滿意度」來的最高解釋力達 18.3% (見表五)。

文獻中提到，影響社區營造中心成員滿意度的因素包括成員參與利益、成本，即當成員參與社區事務所獲得的利益高於參與成本時，成員滿意度就會越高 (Ansari, Phillops, 2001)；國內有學者提出社區參與助力多於阻力

時，更助於社區志工參與活動意願 (管敏秀, 2001)，本研究所提及的社區參與阻力，如：參與社區事務時須付出額外的時間、受到家人的反對，影響到與家人的關係、與自己當初想參與社區活動的期待不符或者是承受社區營造中心交辦事務的工作壓力等。因此，未來社區健康營造中心的領導者，可先瞭解如何製造誘因，增加民眾參與社區的意願，以提升成員滿意度。而在社區健康營造中心的運作過程中，組織內的溝通型態、領導型態除了與成員滿意度有關之外，亦與健康促進計畫執行有效有關 (Mayer, Soweid, Dabney, Brownson, Goodman, Brownson, 1998)，Kumpfer, Turner, Hopkins, Librett (1993) 研究結果也發現：組織內領導者屬於充能型，且能充分和成員溝通，既能提升成員滿意度，亦能對計畫執行狀況有正向影響。

由此推估，社區計畫執行有效性的條件，必須首先提升成員滿意度，包括成員對組織的歸屬感及凝聚力、成員對自己參與組織獲得的知識及技能、成員對於自己組織內活動推行的滿意情形等；再者減少成員參與阻力，增加其參與意願；最後也要提供成員良好的溝通管道，彼此有共識存在，共同為社區盡一份心力。

表五 以運作過程、組織結構、成員態度與能力、組織連結與組織結盟預測依變項「計畫執行有效性」之逐步迴歸分析

變項	迴歸係數	標準誤	R ²	F
成員態度與能力				46.63***
成員滿意度	.475	.054	.183	
運作過程				
溝通	.226	.037	.268	

型態

社區 -.089 .029 .287

參與阻力

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

肆、結論與建議

根據研究結果研究者提出以下幾點建議，以作為未來政府相關部門及從事社造工作有心人士及相關單位，推動社區健康營造計畫時的參考：

一、造良好組織氣氛、增加成員與自身相關的健康知能成長機會，以提升社區健康營造中心成員滿意度

社區中的組織氣氛、社區參與助力及社區參與阻力是預測成員滿意度的重要因素，因此，未來在社區健康營造中心的經營上或面臨成員流失的情況時，可從組織氣氛、社區參與阻力、社區參與助力等因素去改進，同時藉由組織氣氛的營造、提升成員參與的誘因，如加強成員訓練等課程、增加服務社區的頻率等方式，提升成員參與的助力，同時透過協助解決成員參與的阻力，以提升成員滿意度，以利於營造中心的永續經營。

二、改善社區健康營造中心的領導型態，為成員建立有效溝通管道

未來在經營社區營造上，其領導人或意見領袖需要適時掌握組織目標，提高成員溝通，建立解決衝突處理的技能，如此一來，組織成員間則能提高對組織內的凝聚力，更能擔任較賦予任務的工作，對提高社區營造的成效有很大幫助。

三、增加助力促使成員更願意參與社區健康營造事務

在社區營造運作上，彼此成員間應能有適時或定期的訓練課程，讓成員間能學習到更多健康相關專家知識的機會，同時成員間能善予分工，減少個別特殊狀況使事物都堆積於少數某些人身上的情形，如此，在工作上

才能得到愉悅感也能有所成長。此外社區內應設置一固定處所可供成員彼此彼此聯絡，能讓成員間彼此認識，得到人際認同與支持。

四、強化社區組織行政運作功能，使其組織間功能更趨正式化，以便有效促進社區資源整合

社區資源整合的概念在社區中廣為倡導，被認為是有助於社區永續經營的不二法門，而不少社區實務工作者卻表示社區資源整合有其實行上的困難。因此，在檢討社區組織及組織結盟不良的原因時，首先應從改進社區行政運作開始著手，改變流於形式的社區組織運作，讓社區能紮實的運作功能，在輔導社區組織運作的同時，除讓正式化的組織能夠產生實際的運作外，也應輔導其制訂組織的規章，並透過成員相互督促的機制，促進組織行政的運作。

參考文獻

(一) 中文部分

- 李景美(2002):2001 奧德賽:任輔、夥伴關係、領導前行—記參加美國公共衛生教育學會年會。學校衛生, 40, 73-82。
- 李怡娟(1995)。如何促進社區民眾參與基層保健工作。社區發展季刊, 69, 95-100。
- 吳淑瓊(1998):公共衛生學。台北:巨流。
- 洪德仁(2000):社區健康大家一起來-臺北市北投區新舊北投區社區健康營造經驗分享。北投社雜誌。18, 10-12。
- 陳再晉(2001):營造健康社區。台灣醫學。5(2), 194-197。
- 陳定銘(1999)。非營利組織志工招募與甄選的探討。社區發展季刊, 85, 128-141。

- 張淑芳、陳靜敏、陳品玲、楊榮森 (2001)：北市某社區婦女骨質疏鬆症之預防知識、健康信念、行為現況及相關因素探討。醫護科技學刊。3 (4)，p.303-314。
- 蔡勳雄 (1997)：生活環境總體營造改造計畫。環境教育季刊，33，p.8-11。
- 管敏秀 (2001)。社區健康營造之現況分析與策略研究。銘傳大學公共管理與社區發展所碩士論文。
- 劉潔心、晏涵文、邱詩揚 (1998)：社區環境需求、組織運作及其環境行動之現況調查研究--以大安區民輝社區之個案研究經驗為例。公共衛生，25(1)，33-47。
- 鄭惠美 (2001)：應用自我導向學習策略培養社區志工--以臺北縣雙溪鄉社區健康營造中心為例。護理雜誌，48 (1)，43-48。
- 樓美玲 (2001)：健康社區營造--以福興里糖尿病患者的社區照顧方案為例。弘光學報，38，p.31-36。
- 謝菊英 (2001)：愛滋感染者的新生活--社區照顧模式。愛滋病防治，34，p.6-10。
- 羅瑞煌 (2001) 醫院參與社區健康營造計畫現況評估與策略運用之研究。雲林科技大學工業工程與管理研究所碩士論文。
- (二) 英文部分
- Black,T.(1983).Coalition building -some suggestions. *Child Welfare* 62,263-268.
- Brown,C.,(1984).The art of coalition building:A guide for community leaders. New York : American Jewish Committee.
- Butterfoss,F.D. , Goodman,R.M. , Wandersman,A.(1993).Community Coalitions for Prevention and Health Promotion. *Health Education Research :Theory and Practice* 8(3):315-330.
- Butterfoss,F.D. , Goodman,R.M. , Wandersman,A.(1996).Community Coalitions for Prevention and Health Promotion: Factors Predicting Satisfaction, Participation, and Planning. *Health Education Quarterly*, 23(1),65-79.
- Butterfoss,F.D.,Kegler,M.C.(1997).Toward a comprehensive understanding of community coalitions. In Diclemente, R.J., Crosby, R.A. & Kelger, M.C.(Ed.) *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp.157-193).San Francisco :A Wiley company.
- Florin, P., Mitchell, R., Stevenson, J., Klein, I. (2000). Predicting intermediate outcomes for prevention coalitions: developmental perspective. *Evaluation and Program Planning*, 23, 341-346.
- Hays,C.E.,Hay,S.P.,DeVile,J.O.,Mulhall ,P.F.(2000).Capacity for effectiveness: the relationship between coalition structure and community impact : *Evaluation and Program Planning* .23(2000),376-379
- Kegler,M.C.,Steckler,A.,McLeroy,K., Malek,S.H.(1998)Factors that contribute to effective community health promotion coalition: A study of 10 project ASSIT coalitions in North Carolina. *Health education & behavior*,25(3),338-353.

- Kumpfer, K.L. and Hopkins, R. (1993) Prevention: current research and trends. *Psychiatric Clinics of North America*, W.B. Saunders, Philadelphia, PA.
- Mayer, J.P., Soweid, R., Dabney, S., Brownson, C., Goodman, R.M., Rowson, R.C. (1998). Am J Health Behav: Practices of Successful Community Coalitions: A Multiple Case Study. 22(5), 368-377.
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., and Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.
- Minkler, M. (1992). Community organization among the elderly poor in the U.S.: A case study *International Journal of Health Services* 22(2), 303-316.
- Rothman, J., and Tropman, J. E. Models of Community Organization and Macro Practice : Their Mixing and Phasing .” In F. M. Cox, J. L. Erlich, J. Rothman, and J. E. Tropman (eds.), *Strategies of Community Organization*. (4th ed.) Itasca, Ill.: Peacock.
- Roger, T., Howard-Pitney, B., Feighery, E., Altman, D., Endres, J., Roeseler, A. (1993) Characteristics and participant perceptions of tobacco control coalitions in California. *Health Education Research: Theory and Practice* 8(3), 345-357.
- Prestby, J., Wandersman, A. (1985). An empirical exploration of a framework of organizational viability: Maintaining block organizations. *Journal of Applied Behavioral Science* 21(3):287-305.
- Walter, C.L. (1998) *Community Organizing and Community Building for Health*. Rutgers University Press, 1998

計畫成果自評

一、達成預期目標之情況

本研究計畫為期一年，分為兩階段進行。第一階段，運用深度訪談、結構式問卷調查等方式，針對台灣北部地區社區健康營造中心與其他進行社區健康促進之相關社區中立意選取 20 個社區進行社區組織結盟及運作現況調查；第二階段，則從第一階段的樣本社區中，篩選出一個社區運作成效較優的社區及另一個相對成效較不彰的社區作為對照，運用個別訪談、焦點團體訪談等研究方法，比較兩社區在社區健康營造策略上的差異，並對其中重要因素作深入分析，以建構有效社區健康營造運作模式，供未來各社區在進行健康營造工作上，得以繼續發展之重要參考依據。

目前針對原先計畫中所擬定欲達成之目標，已如期全部完成。

二、研究成果的學術或應用價值

本研究主要目的在檢視社區組織結盟的發展過程，並深入探討影響有效社區組織結盟及其成效的相關因素。本研究以 Prestby & Wandersman (1985) 發展出之「結盟開放系統」(Open System Framework as a Model of Coalition Viability) 與 Florin (2000) 所提出「結盟組織系統」(Organizational Systems View of a Coalition) 為理論基礎，來診斷影響台

灣各社區健康營造中心，社區組織結盟系統之輸入、過程與輸出情形，並嘗試建構出國內社區組織運作過程之多項影響指標，來提供國人對成功社區健康營造成效的參考準則；本研究亦欲藉此研究過程，參考國外實證性研究，以嘗試建構出國內社區組織運作過程之多項影響指標，來提供國人對成功社區健康營造成效的參考準則；並希望以此研究的經驗，提供給相關學者、決策者，及其他社區在未來研究制度政策或實際推動社區健康營造時具體可行之參考依據。