

從領導方式觀點解析健康促進學校推動 團隊之集體效能及其團體效果—以新竹 縣市國中為例

A Study on the Collective Efficiency and Group Efficacy on the Implementation of the Health Promotion School via the Leadership Viewpoint: a case of HsinChu County

黎苑均^{*1} Yuan-Jun Li 徐均宏² Chun-Hung Hsu
白瑞聰³ Jei-Tsung Pai

¹新竹市立建功高中

²新竹市元培醫事科技大學

³新竹市元培醫事科技大學

¹ Hsinchu Municipal Chienkung Senior High School

² Yuanpei University of Medical Technology

³ Yuanpei University of Medical Technology

摘要：本研究主要目的在瞭解健康促進學校推動團隊領導方式、集體效能與團體效果(目標達成度、滿意度、整體效果)之現況及關係模式驗證，以 103 學年度新竹縣市國中健康促進學校委員會成員為研究對象為母群體，以郵寄或親送方式送發問卷，研究工具以結構式問卷為主，得有效問卷 250 份，100% 有效；以 SPSS 20.0 版統計軟體進行統計分析，研究主要發現分述如下：

- 一、健康促進學校推動團隊之集體效能與其領導方式呈正相關。其顯著性為 <0.001 ，而 r 值則為 0.545，也就是說，健康促進學校推動團隊之集體效能與領導方式存有顯著正相關。
- 二、健康促進學校推動團隊之整體團體效果與其領導方式呈正相關。其顯著性為 <0.001 ，團體效果-目標達成度， r 值則為 0.565；團體效果-滿意度， r 值則為 0.489，皆有顯著正相關。
- 三、健康促進學校推動團隊之整體團體效果與其集體效能呈正相關。其顯著性為 <0.001 ，團體效果-目標達成度， r 值則為 0.511；團體效果-滿意度， r 值則為 0.559，有顯著正相關。

另外，健康促進學校推動團隊之團體效果，統計達顯著水準($F=69.81, p<0.001$)，解釋變異量為 35.6%；其中「集體效能」($t=6.86, p<0.001$)、「領導方式」($t=4.33, p<0.001$)，集體效能 Beta 絕對值較大，表示有較高的解釋變異量，故集體效能最能有效預測健康促進學校推動團隊之團體效果-滿意度，其次是領導方式。故領導者越有領導力，可直接對團體效果產生正向的影響，也可以透過集體效能產生正面的效

* Corresponding author



果。故領導者越有領導力，可直接對團體效果產生正向的影響，也可以透過集體效能產生正面的效果。

關鍵字：健康、領導、健康促進、集體效能、健康促進學校

Abstract: This study aimed at understanding the health promoting schools promote team leadership, collective efficacy and group effects (goal achievement, satisfaction, the overall effect) of the current situation and the relational schema validation to 103 academic year, Hsinchu County States Health Promotion membership of the school committee for the study population as a mother, sent by mail or pro-hair way to send questionnaires, research tools based structured questionnaire to obtain 250 valid questionnaires parts, 100% effective; with SPSS version 20.0 statistical software for statistical analysis, the researchers found that the main points as follows:

Health-Promoting School team to promote the effectiveness of their collective leadership was positively correlated. Its distinctiveness is <0.001 , compared with 0.545 and the r value, that is, to promote school health promotion Collective efficacy and the leadership team there are significant positive correlation.

Health-Promoting School team as a whole to promote the organization and its leadership effect was positively correlated. Its distinctiveness is <0.001 , group effect - degree of achievement, r value was 0.565; group effect - satisfaction, r value was 0.489, there are significant positive correlation.

School health promotion groups to promote the team as a whole and its effect collective efficacy was positively correlated. Its distinctiveness is <0.001 , group effect - degree of achievement, r value was 0.511; group effect - satisfaction, r value was 0.559, there are significant positive correlation.

In addition, health-promoting schools promote community effects team, the statistics up to significant level ($F = 69.81$, $p < 0.001$), explained variance of 36.1%; wherein the "collective efficacy" ($t = 6.86$, $p < 0.001$), "Leadership" ($t = 4.33$, $p < 0.001$), collective efficacy Beta larger absolute value, it indicates that the higher the amount of explained variance, it is most effective to predict the effectiveness of collective health-promoting school team to promote the group effect - satisfaction, followed by leadership the way. Therefore, the more leaders leadership can produce immediate positive impact on group results, it can also have a positive effect through collective efficacy. Therefore, the more leaders leadership can produce immediate positive impact on group results, it can also have a positive effect through collective efficacy.

Keywords: health, leadership, health promotion, health promotion schools, collective efficacy

1. 緒論

現今學童和青少年的健康問題多樣化和複雜化，常透過一些警訊來引起大眾的關注，諸如吸菸、懷孕、喝酒、用藥和自殺問題越來越常見，這些現象正顯示出學生健康需求已由治療醫學轉為健康促進。1979年美國衛生、教育與福利部在「Health for All by 2000 公元兩千年全民健康」的全球策略中，要求各國能修正健康政策及健康服務方向，促使人們擁有「正向積極的健康」(positive health)，而不再只是預防死亡或疾病的發生而已 (U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1979a)。

聯合國世界衛生組織(WHO)自1986年在加拿大渥太華(Ottawa)舉行第一屆的健康促進國際研討會，提出「健康促進」的定義在於使人增強(empowering)其掌控和改善個人健康之能力的過程(WHO, 1986)。接著，世界衛生組織 WHO 在1992年將健康促進的理念引進校園後，世界各國皆開始積



極推動「健康促進學校」(健康促進學校工作指引, 2003)。而我國教育部也於 2001 年開始推動「學校健康促進計畫」(教育部, 2001)。教育部與衛生署於 2003 年共同正式推動「健康促進學校計畫」(教育部, 2003)。目前我國教育部推動健康促進學校的工作內容, 包括下列六大範疇: 1. 學校衛生政策 2. 健康服務 3. 個人健康技能 4. 學校物質環境 5. 學校社會環境 6. 社區關係(健康促進學校工作指引, 2003)。

我國健康促進學校的成功推動, 在於政策與為衛生教育資源的整合, 以及伙伴關係的建立, 無論是中央或地方政府單位、社區組織、家長團體、地方輔導團或各級學校皆能重視「健康」的價值, 認同並共同將健康促進學校的理念分享與增能, 將努力的過程展現出具體的健康成果。就像是聯合國世界衛生組織(WHO)及國際健康促進聯盟(IUHPE)所提倡的, 要有政策的支持、夥伴關係的建立、人員能力的增能、擴大社區參與等, 才能有效推動計畫。以下茲將台灣推動健康促進學校之發展內容以表格呈現如下:



表 1-1 台灣 1996-2014 年推動健康促進學校之內容與參加學校數

年度	參加學校數	發展內容
1996 (85 年)		教育部開始推動「提升學生健康四年計畫」。
2000 (89 年)		「提升學生健康四年計畫」，更名為「學校健康促進計畫」。
2002 (91 年)		1. 「學校衛生法」公布施行。 2. 前衛生署李明亮署長與教育部黃榮村部長共同簽署「學校健康促進計畫聲明書」。
2003 (92 年)	10 所	1. 行政院衛生署委託學校衛生學會編印「學校衛生工作指引-健康促進學校-實驗版」。 2. 教育部選定 10 所學校試辦「學校健康促進計畫」。 3. 教育部與行政院衛生署合作舉辦「健康促進學校國際研討會」。
2004 (93 年)	48 所	1. 教育部與衛生署結合地方政府、教師及家長團體代表共同簽署推動「健康促進學校計畫」，遴選 48 所學校推動該項計畫，並完成 120 位種子師資培訓。 2. 教育部與衛生署正式宣布於各縣市共同推動健康促進學校。 3. 結合地方政府辦理簽署記者會，展現中央與地方之合作。 4. 開始結合家長、教師、校護、民間團體等，建立健康促進學校之伙伴關係。

表 1-1 台灣 1996-2014 年推動健康促進學校之內容與參加學校數(續)

年度	參加學校數	發展內容
2005 (94 年)	318 所	1. 教育部政策持續推動「教育部補助地方政府辦理學校健康促進實施計畫」。(依據 2005 年 3 月 23 日發布教育部辦理健康促進學校計畫遴選要點)。 2. 建置教學資源發展中心、輔導支持網絡、人員培訓中心、「臺灣健康促進學校」網站及「臺灣健康促進學校輔導網絡」網站、媒體行銷、監測與評價等支持系統，提供學校推動健康促進相關資源及經驗交流平臺。 3. 學校推動健康議題有:無菸校園及檳榔危害、健康飲食、口腔保健、視力保健、事故傷害防制、性教育與生育保健、愛滋病防治、藥物濫用防治、傳染病控制、自殺防治。 4. 教育部委託學校衛生學會重編「學校衛生工作指引-健康促進學校-理論篇、實務篇」。
2006 (95 年)	516 所	1. 教育部與國立臺北教育大學合作舉辦「第一屆亞太地區健康促進學校國際研討會」。 2. 學校推動健康議題有:無菸校園及檳榔危害、健康體位、口腔保健、視力保健、安全教育與急救、性教育、心理健康促進、用藥安全及藥物濫用防治、傳染病控制、消費者健康。



2007 (96年)	773所	1.完成並強化教學資源發展中心、輔導支持網絡、人員培訓中心、「臺灣健康促進學校」網站及「臺灣健康促進學校輔導網絡」網站、監測與評價等支持系統，提供學校推動健康促進相關資源及經驗交流平臺。 2.學校推動健康議題有:無菸校園及檳榔危害、健康體位、口腔保健、視力保健、安全教育與急救、性教育、心理健康促進、用藥安全及藥物濫用防治、傳染病控制、消費者健康。
2008 (97年)	國中、國小全面推動，共3000所(100%)	1.學校推動健康議題有:健康體位、口腔保健、視力保健、菸害防治、檳榔危害、正確用藥、性教育暨愛滋病防治。 2.建立「健康促進學校推動中心」，提供單一窗口資源，整合2005年起建置之各項資源，由98位學者專家組成中央及地方輔導團，提供縣市政府及各級學校一致性協助與服務。
2009 (98年)	高中職135所(39%)	「健康促進學校推動中心」，提供單一窗口資源。其服務內容: (1)強化與輔導22縣市在地輔導團。 (2)發展及推廣教育並提出成效。 (3)配合政策議題進行輔導辦理校園菸害防治計畫。 (4)擴充健康促進學校網站及評價網站之運用成效。 (5)推動健康促進學校行銷。 (6)辦理教育訓練。 (7)提供學校推動成效回饋機制。 (8)辦理績優學校評選及頒獎典禮。

表 1-1 台灣 1996-2014 年推動健康促進學校之內容與參加學校數(續)

年度	參加學校數	發展內容						
2010 (99年)	國中小100% 高中職184所(53%)	1.教育部制定9項「部頒學校推動健康促進相關議題之成效指標項目」及「部頒地方縣本特色健康學校學生健康及行為成效指標項目」，議題主要包括健康體位、口腔保健、視力保健、菸害防制、檳榔危害防制等健康議題，並發展全國統一的健康促進學校行動研究必選議題成效前後測評量工具，供各級學校辦理行動研究評估成效。(四項必選議題，九項全國健康指標。) 2.九項全國健康指標如下:(1)學生裸視視力不良率(2)學生矯視視力不良率(3)學生視力不良複檢率(4)學生初檢齲齒率(5)學生齲齒複檢率(6)學生體位過輕比率(7)學生體位肥胖比率(8)無菸校園率(9)無檳校園率。						
2011 (100年)		1.教育部推動「健康促進學校輔導與網站維護計畫」。延續過去健康促進學校的發展模式，建立實證導向的二代健康促進學校。 2.辦理「2011健康促進學校成果發表暨國際研討會」邀請5位國外專家來臺分享經驗。						
2012 (101年)		依據WHO「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認證標準，並首次辦理健康促進學校國際認證工作。						
2014 (103年)		1.辦理第2次認證工作，邀請國際專家學者進行「健康促進學校國際認證」作業，以檢視及呈現我國健康促進學校推動之成果。 認證結果如下表：						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2012年</th> <th>2014年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>金質獎</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		2012年	2014年	金質獎	4	5
	2012年	2014年						
金質獎	4	5						



	銀質獎	14	21
	銅質獎	120	31
	(參加學校數)	293	238
<p>2.辦理「2014 健康促進學校國際研討會」。本次會議與美國視導與課程發展協會(ASCD)、加拿大國際學校健康網絡(ISHN)、歐洲學校健康網絡(SHE)、亞洲學校健康與發展跨區域網絡，共同規劃辦理並以「學校健康促進與教育—過去、現在及未來行動展望 (Assessments, Accomplishments, Anniversaries and Action: Knowing Where we are At, to focus on Where we are Going in School Health, Development and Education)」為主題，邀請來自美國、加拿大、法國、德國、荷蘭、比利時、日本、香港等共 12 國際專家學者分享各國推動健康促進學校之經驗，營造國際交流平台，期吸取國際經驗，更積極推動學校健康促進工作，以促進學童、教職員的健康。與會專家均肯定我國推動健康促進學校的成效。</p>			

資料來源:(健康促進學校工作指引,2003)。(衛生福利部國民健康局,2015)。作者加以整理。

2.文獻探討

1979 年美國衛生、教育與福利部 (U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1979a) 在「公元兩千年全民健康」的全球策略中，要求各國能修正健康政策及健康服務方向，促使人們擁有「正向積極的健康」(positive health)，而不再只是預防死亡或疾病的發生而已。遂積極導入「健康促進」與「疾病預防」的觀念，此舉不僅可以降低醫療成本及國家經濟負擔，並可增進個人及社會健康，提升生活及工作之品質 (高毓秀, 2009)。聯合國世界衛生組織(World Health Organization,WHO)，則是對健康促進學校(Health promoting school)定義為:「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和組織，以促進並維護學生的健康。(A health-promoting school is where all members of the school community work together to provide students with integrated and positive experiences and structures which promote and protect their health) 」(WHO Regional Office for the Western Pacific, 1996)。美國衛生福利部亦主張健康決定於個人行為和生物因素的交互作用，外在的物理環境及社會環境也會影響個人行為，而健康服務的提供、政策及措施等都對健康有決定性影響，可見個人行為、生活型態對健康影響之重大(Healthy People, 2010)；也有學者指出實施健康促進生活型態即是有良好的健康行為，否則容易引發各類疾病而影響健康(石曜堂, 1992；王瑞霞, 2000)；Dooris(1999)也指出，並強調全人健康、全人關懷以及個人或社區自覺與自決的由下而上策略，才能落實健康促進的目標。

Green&Kreuter(1999)提出健康促進的定義:「健康促進是有計畫的結合教育、政治、法規和組織支持，為促成個人、團體和社區的健康之生活狀態。Jacobs & Jaques (1990)則認為領導具意義的目的是使團體成員共同努力且全心在達成目標的一種過程。而組織中領導者之領導模式具有重要的影響效果(吳益勝, 2004)。領導者亦可運用個人專業知識或能力並同時對團隊成員指導，進而能提升集體效能。Lindsley, Brass & Thomas(1995)將集體效能定義為組織或團體對於它可以成功地完成特定任務的集體信念。Gibson(1999)透過田野法與實驗法證實，集體效能與團隊表現有關。也就是說集體效能是評估所屬團體執行特定任務的能力，因此領導者的領導方式與集體效能可能具有關聯。在團體效能的內容，本研究參考相關文獻 (Song, 1997；Stewart, Manz, & Sims, 1999；Bandura, 1997；黃敏萍, 2000) 以團體目標達成度與團體滿意度及整體效果為主要變項。歸納言之，健康促進學校的特色在於強調學校衛生政策的重要性，建立團隊合作的機制，善用社區資源，使學校能夠持續增強其本身的能力，而成為健康生活、學習和工作的場所(健康促進學校工作指引-實驗版, 2005)。不管如何其最終目的都在鼓勵大家採行健康的生活型態，明智的運用現有的衛生服務資源，能個別或集體的決定並改善自己的健康狀



態及生活環境（姜逸群、黃雅文，1992）。

3.研究方法

3.1 研究對象:

本研究主要目的在瞭解健康促進學校推動團隊領導方式、集體效能與團體效果(目標達成度、滿意度、整體效果)之現況及關係模式驗證，以 103 學年度新竹縣市國民中學之健康促進學校委員會成員為研究對象，共 50 所學校。其填答分配為校長(一級主管)、主任(一級主管)、組長(二級主管)、護理師、導師、校外人士或專家、家長會長或代表，每校合計至少填答回收 5 份問卷。發出 250 份問卷，有效回收率為 100%；研究工具以結構式問卷為主，主要參考相關研究之結構式問卷(牛玉珍、劉潔心、邱詩揚、晏涵文等人，2010)，已獲原著作者牛玉珍博士授權使用問卷；透過郵寄或親送問卷方式進行施測，再分別以電訪及電子郵件方式說明填寫注意事項與確認各校是否有實際推動健康促進學校計畫。

3.2 研究假設:

- 1、研究對象對健康促進學校推動團隊之領導方式、集體效能、團體效果(目標達成度、滿意度、整體效果)的認知會因性別、教育程度、職稱、任職學校所在區域、學校規模不同而有差異。
- 2、健康促進學校推動團隊之集體效能與其領導方式呈正相關。
- 3、健康促進學校推動團隊之整體團體效果與其領導方式呈正相關。
 - (1)健康促進學校推動團隊之團體效果(目標達成度) 與其領導方式呈正相關。
 - (2)健康促進學校推動團隊之團體效果(滿意度) 與其領導方式呈正相關。
- 4、健康促進學校推動團隊之整體團體效果與其集體效能呈正相關。
 - (1)健康促進學校推動團隊之團體效果(目標達成度) 與其集體效能呈正相關。
 - (2)健康促進學校推動團隊之團體效果(滿意度) 與其集體效能呈正相關。
- 5、健康促進學校推動團隊之團體效果間--目標達成度與滿意度呈正相關。
- 6、健康促進學校推動團隊之領導方式、集體效能，可有效解釋其團體效果之差異。

3.3 研究架構:

綜合以上文獻，使健康促進學校運作最有效率的關鍵因素，係在於是適當的組職運作層面。在執行面上，夥伴關係或是內部的整合是健康促進學校的核心工作，而為了促進學校和社區的整合，除了須建立共同推動之工作團隊外，在評價健康促進學校之成效時，應以團體效果為評價的指標，而非個人。再者，領導方式能讓工作同仁集體確認何者是對團體重要的工作並且願意成功的完成，同時領導者應能喚起團體成員對團隊的貢獻之價值並建立集體效能。Bandural(2000)認為擁有較高集體效能的團隊，會活用他們的資源並努力克服所遇到的困境。故本研究之研究架構是依據文獻探討及研究目的，並結合健康促進學校實務工作內容等相關資料發展而成，如圖 3-1 研究架構圖。

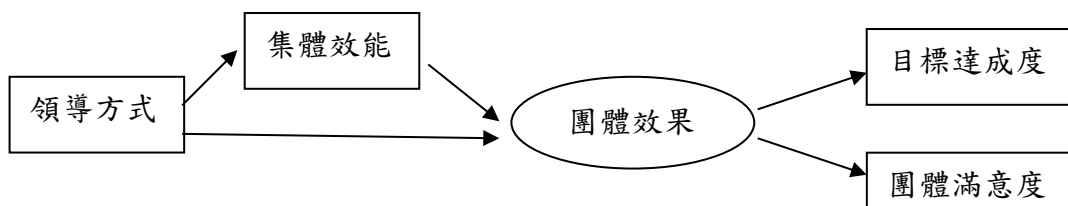


圖 3-1 健康促進學校推動團隊領導方式與集體效能影響團體效果之研究架構



3.4 研究工具:

本研究問卷內容，包括：1.領導方式(Leading the way)，為 Likert 五等分量表，共 6 題；主要在評量健康促進學校推動團體之領導者的領導能力，各題選項從「符合程度 10%以下」到「符合程度 90%以上」，分別計分 1~5 分，分數越高，代表領導者越有推動健康促進學校的領導力。本量表之 Cronbach's 為 0.87，顯示本量表之信度「佳」。2.集體效能(Collective Efficacy)，為 Likert 五等分量表，共 7 題；主要由團隊成員個人分別評量他們對於集體效能的感受，目的在於評量成員對團體共同能做到的信心程度(團體合作運作的能力)，各題選項從「可能性不到一成」到「有九成以上的可能性」，分別計分 1~5 分，分數越高，代表團體合作運作的能力越佳，亦即團隊的集體效能越好。本量表之 Cronbach's 為 0.94，顯示本量表之信度「優」。3.團體效果(Groups effects)--滿意度，為 Likert 五等分量表，共 5 題；主要在評量團體滿意度，各題選項從「非常不滿意」到「非常滿意」，分別計分 1~5 分，分數越高，代表對團隊間的合作越滿意。本量表之 Cronbach's 為 0.90，顯示本量表之信度「優」。4.團體效果(Groups effects)--目標達成度，為 Likert 五等分量表，共 7 題；主要在評量團體目標達成度，各題選項從「達成 0%」到「達成 90%以上」，分別計分 1~5 分，分數越高，代表團體目標達成度越高。本量表之 Cronbach's 為 0.90，顯示本量表之信度「優」。

表 3-4-1 評量健康促進學校推動團體功能與效果之各量表信度

項目	量表評量內容	Cronbach's α
1	健康促進學校推動團體之領導方式	0.87
2	健康促進學校推動團體之集體效能	0.94
3	健康促進學校推動團體之團體效果(滿意度)	0.90
4	健康促進學校推動團體之團體效果(目標達成度)	0.90

4.結果與討論

本章旨在依據問卷調查所得之資料，分析討論研究結果，共五節。主要內容包括:第一節研究對象基本資料；第二節健康促進學校推動團體之領導方式；第三節健康促進學校推動團體之集體效能；第四節健康促進學校推動團體之團體效果；第五節健康促進學校推動團體效果之模式驗證。

4.1 研究對象基本資料

發出 250 份問卷，有效回收率為 100%，其中男性佔 26.4%，女性佔 73.6%，研究所以上佔 38.8%，大學佔 51.2%，專科佔 10%；研究對象填答率，以校長與護理師居多佔 20%，其次為組長(衛生組長)佔 19.6%，家長會長或代表佔 19.6%，主任佔 14%，導師佔 6.4%，校外人士或專家佔 0.4%。有效樣本基本資料分析如表 4-1-1。

表 4-1-1 研究對象基本資料

變項	選項	n	%
性別	1. 男	66	26.4
	2. 女	184	73.6



教育程度	1. 研究所以上	97	38.8
	2. 大學	128	51.2
	3. 專科	25	10.0
職稱	1. 校長(一級主管)	50	20.0
	2. 主任(一級主管)	35	14.0
	3. 組長(二級主管)	49	19.6
	4. 護理師	50	20.0
	5. 導師	16	6.4
	6. 校外人士/專家	1	0.4
	7. 家長會長/代表	49	19.6
任職學校所在縣市	1. 新竹縣	175	70.0
	2. 新竹市	75	30.0
任職學校規模	1. 1~40 班	195	78.0
	2. 41 班以上	55	22.0
合 計		250	100.0

4.2 健康促進學校推動團隊之領導方式

領導方式的題目係由團隊成員來評量，由表 4-2-1 可以看出健康促進學校推動團隊在領導方式之平均得分達 3.768 以上，其中分數最高的是「團隊領導人為我們樹立一個好榜樣」，平均得分達 4.104。

學校行政領導的態度和方向，可以讓各方人士就不同情況，依照著目標及原則，做出適當的工作及行動，有助於建立監督與檢討的架構，達到政策上所預期之效益（李大拔，2002）。目前各級健康促進學校係由衛生組長或護理師為召集人，領導規劃學校衛生政策推動事宜，廣納各方意見，爭取社區資源，形成健康支持系統，進而推展健康促進議題；換句話說，健康促進計畫的推動與領導方式有關，關係到是否能順利推展學校衛生政策及目標達成度。

表 4-2-1 研究對象在健康促進學校推動團隊領導方式量表之作答與得分情形

選項 ^a 題項	10%及以 下		30%左 右		50%左 右		70%左 右		90%及以 上		平均 數	標準 差	排序
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
1. 團隊領導人能夠很清楚說明對健康促進學校的願景。	1	0.4	5	2.0	61	24.4	131	52.4	52	20.8	3.912	0.750	4
2. 團隊領導人鼓勵我們以積極進取的態度來面對問題。	0	0.0	8	3.2	53	21.2	143	57.2	46	18.4	3.908	0.719	5
3. 團隊領導人尊重我們個人的感受。	0	0.0	1	0.4	40	16.0	147	58.8	62	24.8	4.080	0.648	2



4. 團隊領導人努力營造我們之間的互信與合作。	0	0.0	6	2.4	35	14.0	158	63.2	51	20.4	4.016	0.664	3
5. 團隊領導人的領導行為或行事作風，會考慮到我們個人的需求。	0	0.0	2	0.8	100	40.0	102	40.8	46	18.4	3.768	0.751	6
6. 團隊領導人為我們樹立一個好榜樣。	0	0.0	14	5.6	21	8.4	140	56.0	75	30.0	4.104	0.774	1
原始得分：											3.965	0.563	
標準化分數 ^b ：											74.117	14.086	

註：a. 原始得分(0~5分)計分方式：「10%及以下」1分、「30%左右」2分、「50%左右」3分、「70%左右」4分、「90%及以上」5分。

b. 標準化分數(0~100分)=(實際整體量表原始得分 - 整體量表最低原始得分) / (整體量表最高原始得分 - 整體量表最低原始得分) × 100。

在健康促進學校推動團隊領導方式量表標準化整體得分情形為「好」(得分分數 61~80)佔 58.8%，可以得知研究對象認為該校團隊之領導方式，大部分能符合題目所敘述之內容，如表 4-2-2。

表 4-2-2 研究對象在健康促進學校推動團隊領導方式量表標準化整體得分之分佈情形

組別(標準化分數 ^a)	n	%
非常差 (0~20)	0	0.0
差 (21~40)	0	0.0
普通 (41~60)	40	16.0
好 (61~80)	147	58.8
非常好(81~100)	63	25.2
合計	250	100.0

註：a. 標準化分數(0~100分)=(實際整體量表原始得分-整體量表最低原始得分) / (整體量表最高原始得分-整體量表最低原始得分) × 100。

由表 4-2-3 得知不同社會人口特性之研究對象自覺健康促進學校推動團隊之領導方式比較，t/F 值已達顯著水準，可見不同職稱、性別的人員與健康促進學校推動團隊之領導方式有顯著差異；以 Games-Howell 法進行事後比較，以瞭解真正存有差異之組別，分析結果如表 4-2-3 所示，得知擔任不同職務之領導方式，其中以「校長」職稱達顯著水準(F=2.70, p<0.05)，故推動健康促進學校建議以「校長」為領頭羊之領導方式為最優；也就是說，在校長領導下組成學校衛生委員會，依據需求評估結果，擬定健康促進學校工作之目標或共同願景的方式為最好。

表 4-2-3 不同社會人口特性之研究對象自覺健康促進學校推動團隊之領導方式比較

變項	選項	n	Mean ^a	SD	t / F	事後比較
性別	1. 男	66	82.072	12.909	5.67***	



	2. 女	184	71.263	13.408		
	合計	250	74.117	14.086		
教育程度	1. 研究所以上	97	76.504	13.703	2.33	
	2. 大學	128	72.721	14.527		
	3. 專科	25	71.999	12.356		
	合計	250	74.117	14.086		
職稱	1. 校長(一級主管)	50	78.500	13.531	2.70*	1 > 4 ^b
	2. 主任(一級主管)	35	75.596	13.713		
	3. 組長(二級主管)	49	71.004	13.501		
	4. 護理師	50	70.083	9.660		
	5. 導師	16	73.959	19.632		
	6. 家長會長/代表	49	76.361	15.668		
	合計	249	74.214	14.031		
任職學校所在縣市	1. 新竹縣	175	74.309	14.274	0.33	
	2. 新竹市	75	73.667	13.720		
	合計	249	74.214	14.031		
任職學校規模	1. 1~40 班	195	74.167	14.181	0.11	
	2. 41 班以上	55	73.940	13.871		
	合計	250	74.117	14.086		

註：a.標準化分數(0~100 分)=(實際整體量表原始得分-整體量表最低原始得分)/(整體量表最高原始得分-整體量表最低原始得分)×100。

b.採 Games-Howell 法。

* p < 0.05 ; *** p < 0.001

4.3 健康促進學校推動團隊之集體效能

集體效能的題目係由團隊成員來評量，由表 4-3-1 可以看出健康促進學校推動團隊在集體效能之平均得分達 3.516 以上，其中分數最高的是「團隊成員能共同營造學校和諧與愉快的氣氛」，平均得分達 4.144。

表 4-3-1 研究對象在健康促進學校推動團隊集體效能量表之作答與得分情形

選項 ^a 題項	可能性 不到一 成		有三成 的可能 性		有五成 的可能 性		有七成 的可能 性		有九成 以上可能 性		平均 數	標準 差	排 序
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
	1. 團隊成員能共同評估學校的健康需求。	4	1.6	7	2.8	84	33.6	125	50.0	30			
2. 團隊成員能共同擬定學校的衛生政策。	3	1.2	17	6.8	113	45.2	82	32.8	35	14.0	3.516	0.861	7
3. 團隊成員能共同規劃學校	4	1.6	10	4.0	71	28.4	108	43.2	57	22.8	3.816	0.886	3



物質環境的改善工作。															
4.團隊成員能共同營造學校和諧與愉快的氣氛。	2	0.8	1	0.4	46	18.4	111	44.4	90	36.0	4.144	0.783	1		
5.團隊成員能共同規劃及執行健康促進相關課程及活動。	2	0.8	11	4.4	46	18.5	147	59.0	43	17.3	3.876	0.770	2		
6.團隊成員能共同規劃學校健康服務的內涵。	4	1.6	10	4.0	67	26.8	131	52.4	38	15.2	3.756	0.817	4		
7.團隊成員能與社區及家庭建立夥伴關係，共同規劃及執行健康促進學校計畫。	4	1.6	9	3.6	105	42.0	102	40.8	30	12.0	3.580	0.809	6		
原始得分										: 3.767		0.702			
整體量表												標準化分數 ^b : 69.172		17.540	

註：a.原始得分(0~5 分)計分方式：「可能性不到一成」1 分、「有三成可能性」2 分、「有五成可能性」3 分、「有七成可能性」4 分、「有九成以上可能性」5 分。

b.標準化分數(0~100 分)=(實際整體量表原始得分 - 整體量表最低原始得分) / (整體量表最高原始得分 - 整體量表最低原始得分) × 100 。

在健康促進學校推動團隊集體效能量表標準化整體得分情形為「好」(得分分數 61~80)佔 50.0%，可以得知研究對象認為該校團隊之集體效能，大部分能符合題目所敘述之內容，如表 4-3-2。

表 4-3-2 研究對象在健康促進學校推動團隊集體效能量表標準化整體得分之分佈情形

組別(標準化分數 ^a)	n	%
非常差(0~ 20)	4	1.6
差 (21~ 40)	9	3.6
普通 (41~ 60)	56	22.4
好 (61~ 80)	125	50.0
非常好(81~100)	56	22.4
合計	250	100.0

註：a.標準化分數(0~100 分)=(實際整體量表原始得分-整體量表最低原始得分) / (整體量表最高原始得分-整體量表最低原始得分) × 100 。

由表 4-3-3 得知不同社會人口特性之研究對象自覺健康促進學校推動團隊之集體效能比較，t/F 值已達顯著水準，可見不同教育程度、性別的人員與健康促進學校推動團隊之集體效能有顯著差異；以 Scheffe 法進行事後比較，以瞭解真正存有差異之組別，分析結果如表 4-3-3 所示，得知不同教育程度之集體效能，其中以「研究所以上」達顯著水準(F=4.31, p < 0.05)，且健康促進學校推動團隊之集體效能為研究所以上優於大學，這也表示，教育程度愈高者其推動或影響團隊之效能也愈高；再來，我們如表 4-3-3 所示，得知自覺健康促進學校推動團隊之集體效能，其中性別以「男性」達顯著水準(t=3.33, p<0.01)，表示男性參與程度愈多者，其推動或影響團隊集體效能也愈高。



表 4-3-3 不同社會人口特性之研究對象自覺健康促進學校推動團隊之集體效能比較

變項	選項	n	Mean ^a	SD	t / F	事後比較
性別	1. 男	66	74.352	13.109	3.33**	
	2. 女	184	67.313	18.559		
	合計	250	69.172	17.540		
教育程度	1. 研究所以上	97	73.049	15.091	4.31*	1 > 2 ^b
	2. 大學	128	67.216	17.591		
	3. 專科	25	64.143	23.156		
	合計	250	69.172	17.540		
職稱	1. 校長(一級主管)	50	71.286	18.648	0.40	
	2. 主任(一級主管)	35	67.858	19.466		
	3. 組長(二級主管)	49	67.129	14.211		
	4. 護理師	50	68.643	17.530		
	5. 導師	16	68.528	23.300		
	6. 家長會長/代表	49	70.700	16.559		
	合計	249	69.163	17.575		
任職學校所在縣市	1. 新竹縣	175	69.470	19.163	0.48	
	2. 新竹市	75	68.477	13.081		
	合計	249	69.172	17.540		
任職學校規模	1. 1~40 班	195	69.671	16.967	0.85	
	2. 41 班以上	55	67.403	19.502		
	合計	250	69.172	17.540		

註：a.標準化分數(0~100 分)=(實際整體量表原始得分-整體量表最低原始得分)/(整體量表最高原始得分-整體量表最低原始得分)×100。

b.採 Scheffe 法。

* p < 0.05 ; ** p < 0.01

而由下表 4-3-4 所示，其顯著性為<0.001，而 r 值則為 0.545，也就是說，健康促進學校推動團隊之「集體效能」與「領導方式」存有顯著正相關；領導方式越符合期待，其集體效能則愈高，而團隊通常較有效率，而這二者關連性達顯著水準。

表 4-3-4 健康促進學校推動團隊之集體效能與領導方式的相關矩陣

變 項	領導方式量表 標準化分數(0~100 分)	集體效能量表 標準化分數(0~100 分)
領導方式量表標準化分數(0~100 分)	1.000	
集體效能量表標準化分數(0~100 分)	0.545***	1.000

註：n=250



*** p < 0.001

4.4 健康促進學校推動團隊之整體團體效果

一、團體效果--目標達成度

團體效果的題目係由團隊成員來評量，由表 4-4-1 可以看出健康促進學校推動團隊在團體效果(目標達成度)之平均得分達 3.696 以上，其中分數最高的是「本校推動健康促進計畫後健康行為改善。(例如:運動行為增加)」，平均得分達 3.840；其次是「本校推動健康促進計畫後學校整體氛圍更友善」，平均得分達 3.768；「本校推動健康促進計畫後學生的健康行為改善(例如:喝含糖飲料數減少、運動行為增加等)」，平均得分達 3.748；「本校推動健康促進團隊原訂之計劃目標達成情況」，平均得分達 3.732；「本校推動健康促進計畫後老師的健康狀態改善(例如:身體質量指數下降)」，平均得分達 3.728；「本校推動健康促進計畫後學校環境變得更健康(例如:飲水、採光、運動設施等)」，平均得分達 3.716；最低為「本校推動健康促進計畫後學生的健康狀態改善(例如:齶齒率降低、肥胖率降低等)」，平均得分達 3.696，全部項目平均得分在 4 分以下，顯示「目標達成度」仍有努力空間。

表 4-4-1 研究對象在健康促進學校推動團隊團體效果(目標達成度)量表之作答與得分情形

選項 ^a 題項	達成 0%		達成 25%		達成 50%		達成 75%		達成 90%以上		平均 數	標準 差	排序
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
	1. 本校推動健康促進計畫後學生的健康狀態改善(例如:齶齒率降低、肥胖率降低等)。	0	0.0	22	8.8	43	17.2	174	69.6	11			
2. 本校推動健康促進計畫後學生的健康行為改善(例如:喝含糖飲料數減少、運動行為增加等)。	1	0.4	7	2.8	61	24.4	166	66.4	15	6.0	3.748	0.625	3
3. 本校推動健康促進計畫後老師的健康狀態改善(例如:身體質量指數下降)。	0	0.0	11	4.4	62	24.8	161	64.4	16	6.4	3.728	0.645	5
4. 本校推動健康促進計畫後健康行為改善。(例如:運動行為增加)	1	0.4	7	2.8	40	16.0	185	74.0	17	6.8	3.840	0.593	1
5. 本校推動健康促進計畫後學校整體氛圍更友善。	1	0.4	9	3.6	55	22.0	167	66.8	18	7.2	3.768	0.648	2
6. 本校推動健康促進計畫後學校環境變得更健康(例如:飲水、採光、運動設施等)。	1	0.4	9	3.6	78	31.2	134	53.6	28	11.2	3.716	0.725	6
7. 本校推動健康促進團隊原訂之計劃目標達成情況。	0	0.0	7	2.8	69	27.6	158	63.2	16	6.4	3.732	0.618	4
原始得分 :											3.747	0.513	
標準化分數 ^b :											68.67	12.82	
整體量表											1	7	



註：a.原始得分(0~5 分)計分方式：「達成 0%」1 分、「達成 25%」2 分、「達成 50%」3 分、「達成 75%」4 分、「達成 90%以上」5 分。

b.標準化分數(0~100 分)=(實際整體量表原始得分 - 整體量表最低原始得分)/(整體量表最高原始得分- 整體量表最低原始得分) × 100 。

在健康促進學校推動團隊集體效能量表標準化整體得分情形為「好」(得分分數 61~80)佔 62.8%，可以得知研究對象認為該校團隊之目標達程度，大部分能符合問卷題目所敘述之內容，如表 4-4-2。

表 4-4-2 研究對象在健康促進學校推動團隊團體效果(目標達成度)量表之標準化整體得分的分佈情形

組別(標準化分數 ^a)	n	%
目標達成度非常差 (0~ 20)	1	0.4
目標達成度差 (21~ 40)	7	2.8
目標達成度普通 (41~ 60)	59	23.6
目標達成度好 (61~ 80)	157	62.8
目標達成度非常好 (81~100)	26	10.4
合計	250	100.0

註：a.標準化分數(0~100 分)=(實際整體量表原始得分-整體量表最低原始得分)/(整體量表最高原始得分-整體量表最低原始得分) × 100 。

由表 4-4-3 得知不同社會人口特性之研究對象自覺健康促進學校推動團隊之團體效果-目標達成度比較，t/F 值已達顯著水準，可見不同教育程度、性別的人員與健康促進學校推動團隊之團體效果-目標達成度有顯著差異；以 Games-Howell 法進行事後比較，以瞭解真正存有差異之組別，分析結果如表 4-4-3 所示，得知不同教育程度之目標達成度，其中以「研究所以上」達顯著水準(F=6.06, p<0.01)，且健康促進學校推動團隊之目標達成度為研究所以上及大學優於專科，這也表示，教育程度愈高者其推動團隊之目標達成度也愈高；其中性別以「男性」達顯著水準(t=3.99, p<0.001)，表示男性參與程度愈多者其推動團隊目標達成度也愈高。

表 4-4-3 不同社會人口特性之研究對象自覺健康促進學校推動團隊之團體效果(目標達成度)比較

變項	選項	n	Mean ^a	SD	t/ F	事後比較
性別	1. 男	66	73.917	12.716	3.99***	
	2. 女	184	66.790	12.368		
	合計	250	68.671	12.827		
教育程度	1. 研究所以上	97	69.992	11.172	6.06**	1,2 > 3 ^b
	2. 大學	128	69.280	12.592		
	3. 專科	25	60.429	17.002		
	合計	250	68.671	12.827		



職稱	1. 校長(一級主管)	50	70.857	14.035	1.99
	2. 主任(一級主管)	35	72.040	11.042	
	3. 組長(二級主管)	49	67.274	10.724	
	4. 護理師	50	67.143	12.580	
	5. 導師	16	61.830	18.384	
	6.家長會長/代表	49	69.097	12.233	
	合計	249	68.646	12.847	
任職學校所在縣市	1. 新竹縣	175	68.204	14.015	-1.02
	2. 新竹市	75	69.761	9.493	
	合計	249	68.671	12.827	
任職學校規模	1. 1~40 班	195	68.242	12.684	-1.00
	2. 41 班以上	55	70.195	13.332	
	合計	250	68.671	12.827	

註：a.標準化分數(0~100 分)=(實際整體量表原始得分-整體量表最低原始得分) / (整體量表最高原始得分-整體量表最低原始得分) × 100 。

b.採 Games-Howell 法。

** p < 0.01 ； *** p < 0.001

而由下表 4-4-4 所示，其顯著性為<0.001，團體效果-目標達成度與領導方式是存有顯著正相關，r 值則為 0.565。而集體效能與領導方式之 r 值存有顯著正相關，r 值則為 0.545。再來，團體效果-目標達成度與集體效能亦是存有顯著正相關，r 值則為 0.511，也就是說，領導方式越好者其集體效能及達成度也會越好，有共識且執行情況較好，而他們之間關連性達顯著水準。

表 4-4-4 健康促進學校推動團隊之團體效果(目標達成度)與領導方式、集體效能的相關矩陣

變 項	領導方式量表 標準化分數(0~100 分)	集體效能量表 標準化分數(0~100 分)	團體效果-目標達成度量 表 標準化分數(0~100 分)
領導方式 標準化分數(0~100 分)	1.000		
集體效能 標準化分數(0~100 分)	0.545***	1.000	
團體效果-目標達成度 標準化分數(0~100 分)	0.565***	0.511***	1.000

註：n=250

*** p < 0.001

由表 4-4-5 可知，健康促進學校推動團隊之團體效果-目標達成度，達統計顯著水準(F=34.40,p<0.001)，解釋變異量為 40.1%；其中，「領導方式量表」(t=6.43, p<0.001)、 「集體效能量表」(t=4.81,p<0.001)、 「教育程度--研究所」(t=2.35,p<0.05)、 「教育程度--大學」(t=3.54,p<0.001)等 4 項是主要的預測變項，



其中 Beta 絕對值越大，表示能有較高的解釋變異量，故研究對象之「領導方式」最能有效預測健康促進學校推動團隊之團體效果-目標達成度，其次是集體效能量表、教育程度，最差的預測則為性別。

表 4-4-5 健康促進學校推動團隊之團體效果(目標達成度)的迴歸分析

解釋變項	未標準化		標準化	t
	迴歸係數		迴歸係數	
	B	SE	Beta	
常數	21.218	3.993		5.31***
性別	女 ^{Ref.}	1.000		
	男	1.667	1.585	0.057
教育程度--研究所	專科 ^{Ref.}	1.000		
	研究所	5.443	2.321	0.207
教育程度--大學	專科 ^{Ref.}	1.000		
	大學	7.722	2.184	0.301
領導方式量表標準化 分數(0~100 分)	0.359	0.056	0.394	6.43***
集體效能量表標準化 分數(0~100 分)	0.208	0.043	0.284	4.81***
F=34.40*** R ² =0.413 (Adj. R ² =0.401)				

註：Ref. 對照組。

* p < 0.05 ; *** p < 0.001

二、團體效果--滿意度

團體效果的題目係由團隊成員來評量，由表 4-4-2-1 可以看出健康促進學校推動團隊在團體效果(目標達成度)之平均得分達 3.740 以上，其中分數最高的是「我對本校健康促進團隊成員的工作效率感到..。」，平均得分達 3.844；其次是「我對本校健康促進團隊成員的整體貢獻感到..。」，平均得分達 3.800；「我對本校健康促進團隊成員的合作氣氛感到..。」，平均得分達 3.800；「我對本校健康促進團隊成員的合作方式感到..。」，平均得分達 3.756；最低為「我對本校健康促進團隊成員的獎勵公平性感到..。」，平均得分達 3.740；，全部項目平均得分在 4 分以下，顯示「滿意度」仍有努力空間。

表 4-4-2-1 研究對象在健康促進學校推動團隊團體效果(滿意度)量表之作答與得分情形

選項 ^a 題項	—不滿										平均 數	標準 差	排序
	非常不滿意		意		普通		滿意		非常滿意				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			



1. 我對本校健康促進團隊成員的合作氣氛感到..。	1	0.4	1	0.4	95	38.0	103	41.2	50	20.0	3.800	0.771	3
2. 我對本校健康促進團隊成員的工作效率感到..。	0	0.0	2	0.8	66	26.4	151	60.4	31	12.4	3.844	0.630	1
3. 我對本校健康促進團隊成員的合作方式感到..。	0	0.0	3	1.2	84	33.6	134	53.6	29	11.6	3.756	0.665	4
4. 我對本校健康促進團隊成員的整體貢獻感到..。	1	0.4	3	1.2	80	32.0	127	50.8	39	15.6	3.800	0.723	2
5. 我對本校健康促進團隊成員的獎勵公平性感到..。	2	0.8	5	2.0	69	27.6	154	61.6	20	8.0	3.740	0.665	5
原始得分 :											3.788	0.582	
標準化分數 ^b :											69.70	0	14.542

註：a.原始得分(0~5分)計分方式：「非常不滿意」1分、「不滿意」2分、「普通」3分、「滿意」4分、「非常滿意」5分。

b.標準化分數(0~100分)=(實際整體量表原始得分 - 整體量表最低原始得分) / (整體量表最高原始得分- 整體量表最低原始得分) × 100。

在健康促進學校推動團隊團體效果(滿意度)量表之標準化整體得分的情形為「滿意」(得分分數61~80)佔49.2%，可以得知研究對象認為該校團隊之滿意度，大部分能符合問卷題目所敘述之內容，如表4-4-2-2。

表 4-4-2-2 研究對象在健康促進學校推動團隊團體效果(滿意度)量表之標準化整體得分的分佈情形

組別(標準化分數 ^a)	n	%
非常不滿意 (0~ 20)	1	0.4
不滿意 (21~ 40)	2	0.8
普通 (41~ 60)	83	33.2
滿意 (61~ 80)	123	49.2
非常滿意 (81~100)	41	16.4
合計	250	100.0

註：a.標準化分數(0~100分)=(實際整體量表原始得分-整體量表最低原始得分) / (整體量表最高原始得分-整體量表最低原始得分) × 100。

由表4-4-2-3得知不同社會人口特性之研究對象自覺健康促進學校推動團隊之團體效果-滿意度比較，t/F值未達顯著差異水準。此結果與Jehn, Northcraft,及Neale(1999)研究結果都有相同之處。Campion等人的研究小組亦發現，開放溝通與互相合作等團隊內互動變項都與團隊生產力、團隊效能及成員滿意度具有正向關係(Campion, Medsker & Higgs, 1993；Campion, Papper & Medsker, 1996)。而McNeese-Smith (1996)的研究發現，受充能的員工(empowered employees)有較高的工作動機、工作滿意度與生產力。Manojlovich (2005)之研究亦獲得相同結果，該研究發現充能感受較高其工作表現



較佳。整體而言，領導者要學習如何在工作團隊間營造及增進成員參與及互動的氛圍，是提升健康促進學校整體效能及滿意度的不二法門。

表 4-4-2-3 不同社會人口特性之研究對象自覺健康促進學校推動團隊之團體效果(滿意度)比較

變項	選項	n	Mean ^a	SD	t / F	事後比較
性別	1. 男	66	72.500	12.957	1.83	
	2. 女	184	68.696	14.975		
	合計	250	69.700	14.542		
教育程度	1. 研究所以上	97	70.979	13.495	1.48	
	2. 大學	128	69.570	13.719		
	3. 專科	25	65.400	21.061		
	合計	250	69.700	14.542		
職稱	1. 校長(一級主管)	50	72.300	13.858	1.63	
	2. 主任(一級主管)	35	69.000	13.383		
	3. 組長(二級主管)	49	69.388	14.275		
	4. 護理師	50	65.300	11.536		
	5. 導師	16	69.063	23.468		
	6. 家長會長/代表	49	72.449	15.039		
	合計	249	69.679	14.567		
任職學校所在縣市	1. 新竹縣	175	69.571	15.673	-0.24	
	2. 新竹市	75	70.000	11.566		
	合計	249	69.700	14.542		
任職學校規模	1. 1~40 班	195	69.795	14.385	0.19	
	2. 41 班以上	55	69.364	15.216		
	合計	250	69.700	14.542		

註：a.標準化分數(0~100 分)=(實際整體量表原始得分-整體量表最低原始得分) / (整體量表最高原始得分-整體量表最低原始得分) × 100 。

而由下表 4-4-2-4 所示，其顯著性為<0.001，而領導方式與集體效能之 r 值則為 0.545，健康促進學校推動團隊之領導方式與集體效能量表存有顯著正相關；再來，健康促進學校推動團隊之領導方式與團體效果-滿意度存有顯著正相關，r 值則為 0.489，也就是說，領導方式與團體效果-滿意度有正比關係，而領導方式愈好的學校，推動團隊通常較有目標，分工合作情況較好，其滿意度也較高，而這二者關連性達顯著水準；集體效能與團體效果-滿意度量表亦是存有顯著正相關，r 值則為 0.559，也就是說，領導方式與團體效果-滿意度有正比關係，而集體效能愈高的學校，推動團隊通常分工合作情況較好，其滿意度也較高，而這二者關連性達顯著水準。



表 4-4-2-4 健康促進學校推動團隊之團體效果(滿意度)與領導方式、集體效能的相關矩陣

變 項	領導方式量表 標準化分數(0~100 分)	集體效能量表 標準化分數(0~100 分)	團體效果-滿意度量表 標準化分數(0~100 分)
領導方式量表 標準化分數(0~100 分)	1.000		
集體效能量表 標準化分數(0~100 分)	0.545***	1.000	
團體效果-滿意度量表 標準化分數(0~100 分)	0.489***	0.559***	1.000

註：n=250

*** p < 0.001

而由下表 4-4-2-5 所示，其顯著性為<0.001，而團體效果--目標達成度與團體效果--滿意度之 r 值則為 0.394，所以健康促進學校推動團隊之目標達成度與滿意度存有顯著正相關；也就是說，團體效果--目標達成度與滿意度有正比關係，而滿意度愈高者，推動團隊成員通常較有共識與目標，團隊分工合作推動健康議題活動情況較好，其目標達成度也較高，而這二者關連性達顯著水準。

表 4-4-2-5 健康促進學校推動團隊團體效果間--目標達成度與滿意度的相關矩陣

變 項	團體效果--目標達成度量表 標準化分數(0~100 分)	團體效果--滿意度量表標 準化分數(0~100 分)
團體效果--目標達成度量表 標準化分數(0~100 分)	1.000	
團體效果--滿意度量表 標準化分數(0~100 分)	0.394***	1.000

註：n=250

*** p < 0.001

由表 4-4-2-6 可知，健康促進學校推動團隊之團體效果-滿意度，達統計顯著水準(F=69.81,p<0.001)，解釋變異量為 35.6%；其中，「集體效能」(t=6.86,p<0.001)、「領導方式」(t=4.33,p<0.001)等 2 項是主要的預測變項，藉由分析看出兩者之差異，其中 Beta 絕對值越大，表示能有較高的解釋變異量，故研究對象之集體效能最能有效預測健康促進學校推動團隊之團體效果-滿意度，其次是領導方式。

表 4-4-2-6 健康促進學校推動團隊之團體效果(滿意度)的迴歸分析

解釋變項	未標準化		標準化	t
	B	SE	Beta	



常數	25.774	4.073		6.32***
領導方式量表標準化 分數(0~100 分)	0.271	0.063	0.263	4.33***
集體效能量表標準化 分數(0~100 分)	0.345	0.050	0.416	6.86***
F=69.81*** R ² =0.361 (Adj. R ² =0.356)				

註：Ref. 對照組。

* p < 0.05 ; *** p < 0.001

三、團體效果--整體效果

如下表 4-4-3-1 所示，健康促進學校推動團隊之團體效果--目標達成度、滿意度與整體效果之標準化分數，其中「團體效果--滿意度」在其整體分佈中位於平均分之上 14.542 個標準差的地位，而「團體效果--目標達成度」在其整體分佈中位於平均分之上 12.827 標準差的地位。由此可見，「團體效果--滿意度」優於「團體效果--目標達成度」。

表 4-4-3-1 健康促進學校推動團隊之團體效果--目標達成度、滿意度與整體效果之標準化分數

量 表	n	Min	Max	Mean	SD
團體效果--目標達成度量表 標準化分數(0~100 分) ^a	250	10.710	100.000	68.671	12.827
團體效果--滿意度量表 標準化分數(0~100 分) ^b	250	10.000	100.000	69.700	14.542
整體團體效果--目標達成度 及滿意度量表平均標準化 分數(0~100 分) ^c	250	10.355	100.000	69.186	11.434

註：a, b.標準化分數(0~100 分)=(實際整體量表原始得分-整體量表最低原始得分)/(整體量表最高原始得分-整體量表最低原始得分) × 100。

c.標準化分數(0~100 分)=(目標達成度之標準化分數 + 滿意度之標準化分數) / 2。

在健康促進學校推動團隊整體團體效果之標準化得分情形為「整體團體效果好」(得分分數 61~80) 佔 65.2%，可以得知研究對象認為該校團隊之滿意度，大部分能符合問卷題目所敘述之內容，如表 4-4-3-2。

表 4-4-3-2 研究對象在健康促進學校推動團隊整體團體效果之標準化得分的分佈情形

組別(標準化分數 ^a)	n	%
整體團體效果非常差 (0~ 20)	1	0.4
整體團體效果差 (21~ 40)	2	0.8



整體團體效果普通 (41~ 60)	53	21.2
整體團體效果好 (61~ 80)	163	65.2
整體團體效果非常好(81~100)	31	12.4
合計	250	100.0

註：a.標準化分數(0~100 分)=(目標達成度之標準化分數 + 滿意度之標準化分數) / 2 。

由表 4-4-3-3 得知不同社會人口特性之研究對象自覺健康促進學校推動團隊之整體團體效果比較，t/F 值已達顯著水準，可見不同教育程度、性別的人員與健康促進學校推動團隊之整體團體效果有顯著差異；我們以 Scheffe 法進行事後比較，以瞭解真正存有差異之組別，得知不同教育程度之目標達成度，其中以「研究所以上」達顯著水準(F=4.54,p<0.05)，且健康促進學校推動團隊之整體團體效果為研究所以上及大學優於專科，這也表示，教育程度愈高者其推動團隊之整體團體效果也愈高；其中性別以「男性」達顯著水準(t=3.40,p<0.001)，表示男性參與人數愈多者，其推動團隊整體團體效果也愈高。

表 4-4-3-3 不同社會人口特性之研究對象自覺健康促進學校推動團隊之整體團體效果比較

變項	選項	n	Mean ^a	SD	t / F	事後比較
性別	1. 男	66	73.208	11.637	3.40***	
	2. 女	184	67.743	11.039		
	合計	250	69.186	11.434		
教育程度	1. 研究所以上	97	70.486	10.742	4.54*	1,2 > 3 ^b
	2. 大學	128	69.425	10.670		
	3. 專科	25	62.914	15.628		
	合計	250	69.186	11.434		
職稱	1. 校長(一級主管)	50	71.579	12.367	1.82	
	2. 主任(一級主管)	35	70.520	10.065		
	3. 組長(二級主管)	49	68.331	10.328		
	4. 護理師	50	66.222	8.237		
	5. 導師	16	65.446	19.703		
	6.家長會長/代表	49	70.773	11.311		
	合計	249	69.162	11.451		
任職學校所在縣市	1. 新竹縣	175	68.888	12.523	-0.73	
	2. 新竹市	75	69.881	8.394		
	合計	249	69.186	11.434		
任職學校規模	1. 1~40 班	195	69.018	11.337	-0.44	
	2. 41 班以上	55	69.779	11.858		
	合計	250	69.186	11.434		



註：a. 標準化分數(0~100分)=(目標達成度之標準化分數 + 滿意度之標準化分數) / 2。

b.採 Scheffe 法。

* p < 0.05 ; *** p < 0.001

而由下表 4-4-3-4 所示，其顯著性為<0.001，而領導方式與集體效能之 r 值則為 0.545，也就是說健康促進學校推動團隊之「領導方式」與「集體效能」存有顯著正相關。再來，健康促進學校推動團隊之「領導方式」與「整體團體效果」亦存有顯著正相關，r 值則為 0.628。而「集體效能」與「整體團體效果」亦是存有顯著正相關，r 值則為 0.642，也就是說，領導方式、集體效能與整體團體效果有正比關係，而領導方式、集體效能愈高者，團隊成員通常有共識也較有目標，推動健康促進議題計畫執行情況良好，其整體團體效果也越高。換句話說，若健康促進學校推動團隊的感受是正向、溫暖、被尊重的，其成員大都能投入執行活動中，並且領導者的方式是符合團隊成員期待的，也能看出推動團隊之集體效能相當不錯，而這三者關連性達顯著水準。

表 4-4-3-4 健康促進學校推動團隊之整體團體效果與領導方式、集體效能的相關矩陣

變 項	領導方式量表	集體效能量表	整體團體效果
	標準化分數(0~100分)	標準化分數(0~100分)	標準化分數(0~100分)
領導方式量表 標準化分數(0~100分)	1.000		
集體效能量表 標準化分數(0~100分)	0.545***	1.000	
整體團體效果 標準化分數(0~100分)	0.628***	0.642***	1.000

註：n=250

*** p < 0.001

由表 4-4-3-5 可知，健康促進學校推動團隊之整體團體效果，達統計顯著水準(F=72.73,p<0.001)，解釋變異量為 53.5%；其中，「集體效能」(t=8.15, p<0.001)、「領導方式」(t=7.77,p<0.001)、「教育程度--大學」(t=3.18,p<0.01)、「教育程度--研究所」(t=2.06,p<0.05)等 4 項是主要的預測變項，其中集體效能 Beta 絕對值越大，表示能有較高的解釋變異量，故研究對象之「集體效能」最能有效預測健康促進學校推動團隊之整體團體效果，其次是領導方式、教育程度--大學、教育程度--研究所。

我們也可以看到透過健康促進學校的推動，已使學校有能力將學校衛生的工作模式由單一單位的推動延伸到全校組織的參與，如此的效能除了獲得更多的支持，亦增進各處室跨單位溝通協調的能力與管道的通暢，達到組織文化的改變（黃松元、陳政友、賴香如，2004），也營造出全校師生執行健康促進能力的支持性環境（Hoyle, Samek & Valois,2008），進而促使全校師生健康的提昇。加上校長的支持與領導更能促成並凝聚團隊在整體運作上的共同參與及投入，增加成員的擁有感，使成員在共同參與的過程中增加集體效能。這個結果也與(Gully et. al.,2002；Guzzo, et. al,1993)研究結果相符，透過分析(meta-analytic)證實，集體效能與團隊表現有高相關。



表 4-4-3-5 健康促進學校推動團隊之整體團體效果標準化分數^c的逐步迴歸分析

解釋變項	未標準化		標準化	t	R ²	Adj. R ²	R ² Change	F Change
	迴歸係數		迴歸係數					
	B	Std. Error	Beta					
常數	21.789	3.040		7.17***				
集體效能標準化分數 (0~100 分) ^a	0.276	0.034	0.424	8.15***	0.412	0.410	0.412	173.86* **
領導方式標準化分數 (0~100 分) ^b	0.325	0.042	0.401	7.77***	0.522	0.519	0.110	57.07** *
教育程度--大學(專科 Ref.)	5.428	1.707	0.238	3.18**	0.535	0.529	0.012	6.57*
教育程度--研究所(專 科 ^{Ref.})	3.648	1.767	0.156	2.06*	0.543	0.535	0.008	4.26*
					F=72.73***	R ² =0.543 (Adj. R ² =0.535)		

註：a, b.標準化分數(0~100 分)=(實際整體量表原始得分-整體量表最低原始得分)/(整體量表最高原始得分-整體量表最低原始得分) × 100 。

c.標準化分數(0~100 分)=(目標達成度之標準化分數 + 滿意度之標準化分數) / 2 。

Ref. 對照組。 * p < 0.05 ; ** p < 0.01 ; *** p < 0.001



4.5 健康促進學校推動團隊團體效果之模式驗證

本研究為了進一步了解各構面之間的影响效果，以下即就領導方式、集體效能、團體效能之中介效果分析之關係模式，以 (AMOS)來驗證其因果關係，模式整體架構如圖 4-5-1 所示。

路徑分析中，變項間的影响效果包含「直接效果」與「間接效果」，二者的效果分總量和稱為外因變項對內因變項影響的總效果值(吳明隆，2007)。也就是說除了以路徑係數衡量潛在自變數對潛在應變數之直接影響外，潛在自變數尚可能經由其他變數對潛在應變數產生間接影響。其中，直接影響又稱為直接效果，間接影響又稱為間接效果，二者皆可經由路徑係數計算而得。直接效果與間接效果之加總，稱為總效果 (Total effects)。依上述影响效果，整體模式影响路徑共有 2 條:第一條為直接影響路徑，領導方式會直接正向影响集體效果及團體效果。第二條為間接影响路徑，也就是領導方式會透過集體效能去間接正向影响團體效果。

在直接效果方面，本研究領導方式是直接影响團體效果的重要因素，影响效果為 0.54，集體效能對團體效能的直接效果為 0.55，其結果為領導方式越好，則會讓團隊成員及資源一起動起來，把事情順利完成的影响力越高；團隊合作程度越高，產生團隊效果也會越高，影响效果分別為 0.61、0.64。

在間接效果方面，領導方式對集體效能的直接效能為 0.55，領導方式對團體效能產生的直接效果為 0.55，間接效果為 0.30，總效果為 0.85。而集體效能對團體效果的直接效果為 0.55。再來，領導方式對團體效果的直接效果為 0.54，間接效果為 0.30，總效果為 0.84。整體模式也顯示領導方式影响集體效能及團體效果，集體效能也會影响團體效果。由標準化係數為正號可以知道，越是以促進健康推動團隊發展之領導方式去領導，越能使健康促進團體共同運作的能力增加，也越能得到高的目標達成度及團體滿意度。

LS : Leadership Style 領導方式

CE : Collective Efficacy 集體效能

GA : Goal Achievement 目標達成度

SAT : Satisfaction 團體滿意度

GASAT : Group Effect 團體效果

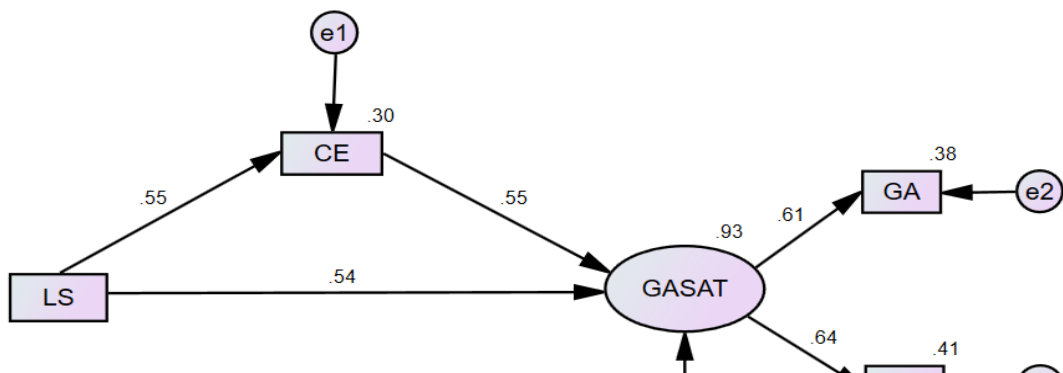


圖 4-5-1 健康促進學校推動團隊領導方式、集體效能影响團體效果之驗證性模型路徑關係圖

5. 結論與建議

5.1 結論

一、研究對象對健康促進學校推動團隊之領導方式、集體效能、團體效果(目標達成度、滿意度)的認知會因性別、教育程度、職稱、任職學校所在區域、學校規模不同而有差異；假設部分獲得支持。

1. 領導方式-t/F 值已達顯著水準。可見不同職稱的人員與健康促進學校推動團隊之領導方式有顯著差異。

(1)以領導方式量表之作答情形，我們得知「團隊領導人為我們樹立一個好榜樣」分數為最高，其次為「團隊領導人尊重我們的感受」，也就是說由領導者推動學校衛生政策，廣納各方的意見，有助於達到政策所預期之效益；

(2)職稱以「校長」達顯著水準($t=2.70, p<0.05$)，故推動健康促進學校仍以「校長」為領頭羊之領導方式為最優；

(3)學校所在區域及規模則無差異發現。

2. 集體效能-t/F 值已達顯著水準。可見不同教育程度、性別的人員與健康促進學校推動團隊之集體效能有顯著差異。

(1)以集體效能量表之作答情形，我們得知「團隊成員能共同營造學校和諧與愉快的氣氛」分數為最好，其次為「團隊成員能共同規劃及執行健康促進相關課程及活動」，也就是說推動健康促進學校計畫以團隊合作產生集體效能情形最好；

(2)教育程度以「研究所以上」達顯著水準($F=4.31, p<0.05$)，研究所以上優於大學，表示教育程度愈高者其推動或影響團隊之效能也愈高；

(3)性別以「男性」達顯著水準($t=3.33, p<0.01$)，表示男性參與程度愈高者，其推動或影響團隊執行力也愈高；

(4)學校所在區域及規模則無差異發現。

3. 團體效果-我們分別以目標達成度及滿意度來看，其目標達成度 t/F 值已達顯著水準，可見不同教育程度、性別的人員與健康促進學校推動團隊之團體效果有顯著差異；以滿意度來看 t/F 值其變項都未達顯著水準，可見在這一方面是需要了解及增進團隊之間溝通氛圍以符合團隊成員們的期待。

3-1 團體效果-目標達成度

(1)以目標達成度量表之作答情形，我們得知「本校推動健康促進計畫後健康行為改善」為最高分，整體得分是介於「普通」與「好」，顯示仍有努力空間；

(2)教育程度以「研究所以上」達顯著水準($F=6.06, p<0.01$)，研究所以上級大學優於專科，表示教育程度愈高者其達成目標達成度也愈高；

(3)性別以「男性」達顯著水準($t=3.99, p<0.001$)，表示男性參與愈多者，其推動團隊目標達成度也愈高；

(4)學校所在區域及規模則無差異發現。

3-2 團體效果-滿意度

(1)以滿意度量表之作答情形，我們得知「我對本校健康促進團隊成員的工作效率感到…」為最高分，其次為「我對本校健康促進團隊成員的整體貢獻感到…」，整體得分是介於「普通」與「滿意」，顯示仍有努力空間；

(2)其變項都無差異發現。

二、健康促進學校推動團隊之集體效能與其領導方式呈正相關；假設獲得支持。其顯著性為 <0.001 ，集體效能與領導方式之相關係數 r 值則為 0.545。也就是說，健康促進學校推動團隊之集體效能與領導方



式存有顯著正相關；領導方式越符合期待，其集體效能則愈高，而團隊通常較有效率，而這二者關連性達顯著水準。

三、健康促進學校推動團隊之整體團體效果與其領導方式呈正相關；假設獲得支持。

- (1)健康促進學校推動團隊之團體效果(目標達成度) 與其領導方式呈正相關。其顯著性為 <0.001 ，目標達成度與領導方式之相關係數 r 值則為 0.565，存有顯著正相關；也就是說，領導方式愈好的學校，執行情況較好，其目標達成率也較高，而這二者關連性達顯著水準。
- (2)健康促進學校推動團隊之團體效果(滿意度) 與其領導方式呈正相關。其顯著性為 <0.001 ，滿意度與領導方式之相關係數 r 值則為 0.489，有顯著正相關；也就是說，領導方式與滿意度有正比關係，而領導方式愈符合期待的學校，推動團隊通常較有目標，分工合作情況較好，其滿意度也較高，而這二者關連性達顯著水準。

四、健康促進學校推動團隊之整體團體效果與其集體效能呈正相關；假設獲得支持。

- (1)健康促進學校推動團隊之團體效果(目標達成度) 與其集體效能呈正相關。其顯著性為 <0.001 ，目標達成度與集體效能之相關係數 r 值則為 0.511，有顯著正相關；也就是說，推動團隊集體效能愈高者，成員通常願意從自身做起，推動健康議題執行情況較好，其目標達成率也較高，而這二者關連性達顯著水準。
- (2)健康促進學校推動團隊之團體效果(滿意度)與其集體效能呈正相關。其顯著性為 <0.001 ，滿意度與集體效能之相關係數 r 值則為 0.559，有顯著正相關；也就是說，集體效能與團體效果-滿意度有正比關係；而滿意度愈好的學校推動團隊，其團隊成員之集體效能越高，而這二者關連性達顯著水準。

五、健康促進學校推動團隊之團體效果間--目標達成度與滿意度呈正相關；假設獲得支持。其顯著性為 <0.001 ，目標達成度與滿意度之相關係數 r 值則為 0.394，有顯著正相關。也就是說，團體效果--目標達成度與滿意度有正比關係，而滿意度愈高者，推動團隊成員通常分工合作推動健康議題活動情況較好，其目標達成度也較高，而這二者關連性達顯著水準。

六、健康促進學校推動團隊之領導方式、集體效能，可有效解釋其團體效果之差異；假設獲得支持。

1.其顯著性為 <0.001 ，

- (1)領導方式與整體團體效果(目標達成度及滿意度)之相關係數 r 值為 0.628，有顯著正相關。
- (2)集體效能與整體團體效果(目標達成度及滿意度)之相關係數 r 值為 0.642，有顯著正相關。
- (3)領導方式與集體效能之相關係數 r 值為 0.545，有顯著正相關。

也就是說，領導方式、集體效能與整體團體效果有正比關係；而領導方式、集體效能愈好時，推動健康促進議題計畫執行情況較好，其整體團體效果也會較好。

2.團體效果-滿意度的迴歸分析，達統計顯著水準($F=69.81, p < 0.001$)，解釋變異量為 35.6%；以「集體效能」($t=6.86, p < 0.001$)、「領導方式」($t=4.33, p < 0.001$)等 2 項為主要的預測變項，藉由分析看出兩者之差異，其中「集體效能」Beta 絕對值越大，表示能有較高的解釋變異量，故「集體效能」最能有效預測健康促進學校推動團隊之團體效果-滿意度，其次是領導方式。

3.團體效果-目標達成度的迴歸分析，達統計顯著水準($F=34.40, p < 0.001$)，解釋變異量為 40.1%；以「領導方式」($t=6.43, p < 0.001$)、「集體效能」($t=4.81, p < 0.001$) 為主要的預測變項。其中「領導方式」Beta 絕對值較大，表示有較高的解釋變異量，故「領導方式」最能有效預測健康促進學校推動團隊之團體效果-目標達成度，其次是集體效能、教育程度，最差的預測則為性別。。



5.2 建議

一、行政與實務上的建議

(一) 需繼續培育健康促進學校推動團隊領導者的專業能力。

在一組織中，領導者扮演著極為重要的角色，因為他們必需負責組織、團隊或一個群體的管理與分工，那麼怎樣能夠去管理好團隊就需要各種的技能與能力；而領導者與團隊成員是否有能力去影響與創造一個目標或願景，就增加其重要性。

(二) 務實工作設計與人力安置適才所用及能力互補。

在工作設計方面，職務上任務的工作負荷應要適當，以避免團隊成員的意興闌珊；在平日的工作上應建立完整標準的作業程序或計畫分工，計畫職務的設置應符合實際工作所需，以符合實際人才需求來達到適才所用及整體能力，才能足以達成目標；對於上述的建議情境下的團隊管理，是可能較容易使得團隊成員具有高工作滿足感、工作投入、提昇團隊績效與目標任務的達成。

(三) 校長應多鼓勵與關懷女性團隊成員。

在本研究中發現，研究對象女性團隊成員居多數，對健康促進學校推動團隊之領導方式、集體效能、團體效果(目標達成度、滿意度、整體效果)的知覺度卻低於男性團隊成員，究其原因可能是兼行政工作太多或是參與健康促進學校的經驗尚淺，亦或是女性成員大多擔任導師或專任教師少有機會接觸學校行政事務，此外家庭因素也可能是其中的一個原因。因此，校長應任用有能力且有意願的女性成員擔任行政職務，定期召開會議並應適時關懷團隊成員，以提升團體效果達到目標。

(四) 在實務上給予團隊成員適度充能，以增進集體效能。

針對未來推動之健康議題，安排研習充能活動，讓團隊共同學習，增強集體效能，使團體目標達成度及滿意度可以產生最大效應。

二、未來研究上的建議

(一) 由於研究地區及時間的限制，建議未來可以以台灣地區的國中、高中或大學之健康促進推動團體為研究對象，瞭解各校在領導方式、集體效能與團體效果有無影響的相關模式，以作為各學校推動健康促進學校之參考。

(二) 而在未來研究上，建議可從其他更多團體效果變項了解對學校團隊大小的區別，如團隊組成、團隊資源、團隊凝聚力以及學校領導行為；其次，亦可利用其他統計方法了解這些變項與學校團隊大小的關係，如利用趨向分析(trend analysis)了解這些變項在學校團隊大小中呈何種趨向，即隨著成員數的增加是呈直線漸增或直線漸減的趨向？值得未來研究進一步探討。

(三) 本研究因受限時間等因素，故採用問卷調查法來作為主要研究法，在回收分析過程中發現填答者給予的想法與回饋甚多，顯示其執行現場必然有著更細微的因素在影響推動團隊之領導方式、集體效能與團體效果，故建議未來可以增加質性研究方法，以便能看到更清楚和細微之因素，作為改善建議與參考依據。

參考文獻

一、中文部份

1. 牛玉珍、劉潔心、邱詩揚、晏涵文：健康促進學校推動團隊領導方式、集體效能與團體效果之現況及關係模式驗證-以台灣小學為例。台灣衛誌 2010；29(3):247-260。
2. 晏涵文、劉潔心、牛玉珍、邱詩揚：國民小學健康促進學校推動團隊現況及團體效能影響因素之探討。健康促進與衛生教育學報 2009；31：101-28。
3. 晏涵文、劉潔心、牛玉珍、邱詩陽(2009)。國民小學健康促進學校推動團對推動現況及團體效能影



- 響因素之探討。健康促進與衛生教育學報。31：101-128。
4. 劉潔心、晏涵文、廖梨伶(2005)。以典範轉換的觀點看健康促進學校評價的未來發展。台灣教育，第 634 期，頁 20-26。
 5. 邱詩揚、晏涵文(2006)環境行動與群體效能教學模組之教學效果研究，衛生教育學報，17：89-108。
 6. 劉嘉貞：國小學校轉型領導與團體決策之研究。嘉義：國立中正大學教育學研究所碩士論文，2007。
 7. 吳淑任：國小學校轉型領導與教師集體效能感之研究。嘉義：國立中正大學教育學研究所碩士論文，2008。
 8. 張家鳳：醫院品管圈領導型態、衝突型態、衝突處理行為對團隊效能的影響。台北：國立台北護理學院醫護管理研究所碩士論文，2005。
 9. 姜逸群、黃雅文（1992）衛生教育與健康促進。台北：文景。
 10. 江東亮、余玉眉（1994）。健康促進：國民健康的新方向。中華衛誌，13（5），381-387。
 11. 許珍琳、黃松元（1996）學校衛生計畫的評價。中等教育 47（2），p3-22。
 12. 陳毓璟（2001）健康促進學校的發展與推動。學校衛生，40，40-62。
 13. 陳鼎華（2006）。臺灣地區國中甲級籃球隊教練領導行為與團隊凝聚力之相關研究。未出版之碩士論文，台北市，台北市立體育學院運動科學研究所。
 14. 顏明哲、張家昌（2006）。運動團隊凝聚力之初探。彰化師大體育學報，6，114-160。
 15. 周學霧（2008）。團隊凝聚力、自我效能、集體效能、競技倦怠及退出意圖的關係研究。未出版之碩士論文，台北市，國立臺北教育大學體育學系碩士班。
 16. 李蘭（2001）。從衛生教育到健康促進。台灣衛誌，20（1），1-4。
 17. 李大拔（2002）。健康促進學校—香港經驗分享。香港：香港中文大學。
 18. 李紹鴻、李大拔(2002)。何謂「健康促進學校」？健康促進學校香港。香港：中文大學出版社。
 19. 教育部（1997）。學校衛生工作指引。台北：教育部。
 20. 行政院衛生署（2002）。學校健康促進計畫。
 21. 行政院(2002)。健康促進學校工作指引(實驗版)。台北市：行政院衛生署。
 22. 黃松元等人（2005a）。《健康促進學校工作指引》（實驗版）。台北：行政院衛生署。
 23. 黃松元等人（2005b）。《健康促進學校工作指引》（簡要版）。台北：行政院衛生署。
 24. 黃淑貞等人（2005）。〈台灣地區國小實施健康促進學校現況之研究〉。《學校衛生》，第 46 期，1-23。
 25. 行政院(2003)。健康促進學校工作指引。台北市：行政院衛生署。
 26. 黃松元（2003）。我國學校衛生之發展。學校衛生，42，59-81。
 27. 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。
 28. 賴國忠（1998）。營造學校與社區雙贏的夥伴關係。北縣教育，24，58-60。
 29. 行政院衛生署國民健康局(2005a)。健康促進學校輔導手冊~學校行動篇。台北市：財團法人杏陵醫學基金會。
 30. 曾勤媛、蘇慧芳、謝碧晴：領導型態與團體效能相關性探討-以大台北地區醫院品管圈為例。臺灣公共衛生雜誌 2005；24(3):230-238
 31. 中華民國學校衛生學會主編(2005)。學校衛生工作指引—健康促進學校(理論篇)。台北：教育部。
 32. 吳雯菁(2008)。彰化縣國民中小學衛生組長對健康促進學校的認知、態度及執行程度之研究。台北：國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系碩士論文。
 33. 黃淑貞、徐美玲、莊莘、姜逸群、陳曉玟、邱雅莉(2005)。台灣地區國小實施健康促進學校現況之研究。學校衛生，46，1-23。



- 34.黃淑貞(1998)。世界健康促進學校計畫簡介·學校衛生通訊, 19(4), 2-6。
- 35.黃靖華(2005)。台北縣國小班級導師對學校衛生工作認知、態度及執行現況之研究。台北:國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 36.陳政友(1996)。健康危險評估在大專院校教職員健康促進之應用與其實效研究-以國立台灣師範大學教職員為例。學校衛生, 31, 1-29。
- 37.陳敏麗、曾銀貞(2003)。由健康促進學校觀點談改進我學校衛生之道。長庚科技學刊, 2, 1-12。
- 38.教育部(1997)。學校衛生工作指引。台北:教育部。
- 39.教育部(2005)。2004年教育部辦理健康促進學校計畫遴選要點。台北:教育部。
- 40.曹以好(2007)。臺北縣國民中小學健康促進學校實施現況之研究。台北:輔仁大學教育領導與發展研究所。
- 41.郭鐘隆(2005)。推動學校本位的健康促進學校。台灣教育, 634, 14-19。
- 42.曾如敏(2005)。台灣地區國民小學護理人員對健康促進學校的看法與其相關因素之研究。台北:國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 43.張采秀;黃松元;葉明珍;樓美玲(2003)。大專校院衛生保健組長推行進學校計畫自我效能評估及其相關因素之探討。弘光學報, 42, 1-11。
- 44.賴香如(2008)。各國健康促進學校計畫之特色與啟示。學校衛生, 52, 107-113。
- 45.鄭勵君(2006)。健康促進學校面面觀。教師天地, 141, 20-27。
- 46.謝琇英、李新民(2008)。大專院校衛生保健人員健康促進學校工作現況與學習需求相關之研究。樹德科技大學學報, 10, 21-31。
- 47.譚燕婉(2006)。彰化縣國民中小學校長對健康促進學校工作之認知及執行研究。台北:國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 48.方進隆(2004)。學校的健康促進理念與策略。學校體育雙月刊, 第14卷第5號, 28-35。
- 49.李明憲(2008)。台灣健康促進學校網站。2015年6月20日, 取自:
<http://www.hps.pro.edu.tw/hps/mainpage/default.aspx>。
- 50.李貞儀(2007)。推動健康促進學校的理念之經驗分享。南縣國教, 第27期, 30-31。
- 51.李蘭、晏涵文、高松景(2005)。營造無菸校園:一個健康促進學校計畫。《醫學教育》, 第9卷第4期, 37-47。
- 52.汪忠獻(2007)。健康兒童---活力學校 Go. Go. Go。南縣國教, 第27期, 14-15。
- 53.周琳霓(2007a)。健康促進學習力,義竹國中辦學績優。健康世界, 255期, 79-81。
- 54.周琳霓(2007b)。成得安全做的好,學童健康不得了。健康世界, 255期, 82-85。
- 55.周琳霓(2007c)。深坑飲食健康吃,學生快樂吃健康。健康世界, 255期, 85-88。
- 56.林佩芬(2005)。健康促進學校—學校衛生護理的新紀元。護理雜誌, 52卷2期, 21-26。
- 57.邱桂琦、張憲庭(2007)。健康促進學校的理念與推動。南縣國教, 第27期, 8-9。
- 58.侯吉原(2007)。健康有活力營造校園新氣象 東山國小實施健康促進學校經驗談。南縣國教, 第27期, 20-21。
- 59.洪玉珠(2004)。健康促進學校。2015年6月22日, 取自:www.cjih.kh.edu.tw/org/2/health/0704.ppt。
- 60.紀雪雲(2006)。94年健康促進學校地方整合行銷成果。2015年6月22日,
取自:http://academic94.ntue.edu.tw/~hps2006/tw/data_download/1113-C%A6%E6%BEP%BE%F7%A8%EE02.ppt。
- 61.紀雪雲、關瑞紋(2007)。社區醫療群與健康促進學校的夥伴關係經營。台灣醫學, 11卷3期, 312-314。
- 62.徐美玲譯(2006)。發展健康促進學校的挑戰:回顧香港的創新與創舉。載於 63.黃松元等人(主編),



- 健康促進學校國際面面觀（二）179-190 頁。台北：行政院衛生署國民健康局發行。
- 64.張麗春、黃松元、巫菲翎（2005）。從健康促進學校的觀點---談學校與社區夥伴關係之建立。護理雜誌，52 卷 3 期，76-81。
- 65.許慧瑜譯（2007）。健康促進學校衛生的統整性「健康學校計畫」：結合衛生及教育部門之努力的香港經驗。載於黃松元等人（主編），健康促進學校國際面面觀（三）（195-208 頁）。台北：行政院衛生署國民健康局發行。
- 66.陳娟惠、牛玉珍（2001）。學校健康促進工作之推展—以交通大學為例。學校衛生，第 39 期，85-92。
- 67.陳楓岷譯（2007）。讓健康的選擇成為容易的選擇：加拿大安納波里斯村地區健康促進學校介紹。載於黃松元等人（主編），健康促進學校國際面面觀（三）183-193 頁。台北：行政院衛生署國民健康局發行。
- 68.衛生福利部國民健康局（2015）。
<http://www.hpa.gov.tw/Bhpnet/Web/Index/Index.aspx>。
- 69.台灣健康促進學校（2012a）。關於台灣健康促進學校／台灣概況。台北：教育部。
線上檢索日期：2015 年 7 月 10 日。網址：
<http://hpshome.giee.ntnu.edu.tw/About/Taiwan.aspx>
- 70.台灣健康促進學校（2012b）。關於台灣健康促進學校／WHO 定義。台北：教育部。線上檢索日期：2015 年 7 月 13 日。網址：<http://hpshome.giee.ntnu.edu.tw/About/WHO.aspx>
- 71.行政院衛生署國民健康局（2005）。健康促進學校國際面面觀（一）。台北：中華民國學校衛生學會。
- 72.行政院衛生署國民健康局（2007）。健康促進學校國際面面觀（三）。台北：中華民國學校衛生學會。
- 73.行政院衛生署國民健康局（2009）。2008~2009 國民健康局年報。台中：行政院衛生署。線上檢索日期：2015 年 7 月 18 日。網址：<http://health99.doh.gov.tw/media/public/pdf/21617.pdf>
- 74.吳雯菁（2008）。彰化縣國民中小學衛生組長對健康促進學校的認知、態度及執行程度之研究。未出版之碩士論文，國立台灣師範大學，台北。
- 75.姜逸群、黃雅文、胡益進、黃春太、林怡杉、謝嘉珍（2009）。學校衛生工作模式與青少年健康之研究。學校衛生，54，91-105。
- 76.張榮珍、陳俊瑜、祁安美、李朝雄、古曉娟、紀雪雲（2006）。由性格與推動健康促進學校的主觀困難度探討職場健康。工業安全科技季刊，58，34-38。
- 77.陳麗敏、曾銀貞（2003）。由健康促進學校觀點談改進我學校衛生之道。長庚科技副刊，2，1-12。
- 78.劉潔心（2005）。輔導機制。論文發表於「第一屆亞太地區健康促進學校國際研討會」，台北。
- 79.劉潔心（2009）。台灣健康促進學校成長軌跡與挑戰。台北：台灣健康促進學校。線上檢索日期：2015 年 7 月 23 日。網址：http://hps.giee.ntnu.edu.tw/inner_downloads/upload/091126120612.ppt#256,1
- 80.蔡秀鳳（2007）。兩岸學校衛生工作經驗分享—台灣。論文發表於中華民國學校衛生學會「學校衛生工作新展望」學術研討會，台北。

二、英文部份

- 1.Ancona, D. G., &Caldwell, D. F. 1992. Bridging the boundary: External activity and performance in.Administrative Science Quarterl, 37:634-665.
- 2.Bandura, A. 1982.Self-efficacy mechanism in human agency.American Psychologist, 37:122-147.
- 3.Bandura, A. 1997.Self-efficacy:The exercise of control, New York : Freeman.
- 4.Bandura, A. 2000. Exercise of human agency through collective efficacy. Current Directions in



- Psychological Science, 9: 75-78.
5. Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. 1992a. Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13:653-665.
 6. Guzzo, R. A., Yost, P. R., Campbell, R. J., Shea, G. P. 1993. Potency in group: Articulating a construct. *British Journal of Social Psychology*, 32:87-106.
 7. Green, L. W. (1979) : National policy in the promotion of health, *International Journal of Health Education*, 12 (3) : 161-168.
 8. Gibson, C. B. 1999. Do they do what they believe they can? Group efficacy and group effectiveness across tasks and cultures. *Academy of Management Journal*, 42:138-152.
 9. Gibson, C. B., Randel, A. E., & Earley, P. C. 2000. Understanding group efficacy: An empirical test of multiple assessment methods. *Group & Organization Management*, 25:67-97.
 10. Judge, T. A., Higgins, C. A., Thoresen, C. J., & Barrick, M. R. 1999. The big five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology*, 52:621-652.
 11. Katzenbach, J. R. & Smith, D. K. 1993. *The Wisdom of Teams: Creating The High-Performance Organization*, New York: Harper Collins.
 12. Organ, D. W., & Lingl, A. 1995. Personality, satisfaction, and organizational citizenship behavior. *Journal of Social Psychology*, 135, 339-350.
 13. Shonk, J. H. 1982. *Working in Teams: A Practical Manual for Improving Work*, New York: Amacom.
 14. Squyres, W. D. (1985) . *Patient Education and Health Promotion in Medical Care*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing.
 15. UNESCO, UNICEF, World Bank & WHO (2000). *FRESH (Focusing Resources on Effective School Health: A FRESH Approach for Achieving Education for All)*
 16. WHO (1986) . WHO Ottawa charter for health promotion. (2015.6.14)
 17. WHO Regional office for the Western Pacific (1996). *Regional Guidelines for the development of health-promoting schools- A framework for action*. Manila: The office.

