

國民小學健康促進學校推動團隊推動現況及 團體效能影響因素之探討

晏涵文* 劉潔心** 牛玉珍*** 邱詩揚****

摘 要

目標：本研究之目的在探討國民小學健康促進學校推動團隊對團體效能影響之因素。方法：採橫斷性調查，以96年度參與健康促進學校之518所國民小學的健康促進學校推動團隊為母群體，依據區域與班級數大小進行分層隨機抽樣，共計發出26所，497份問卷，共回收468份有效問卷進行分析，有效回收率達86.32%。結果：經ANOVA分析結果顯示，「94或95年度核定為健康促進學校」、「成員參與程度高」與「各校推動成員數在21-30人」之研究對象，其在個人因素、組織因素、資源因素、互動過程及團體效能上均有較高的平均值且達顯著差異（ $p < .001$ ）。輸入因素（個人因素、組織因素、資源因素）對於依變項團體效能產生直接的影響，解釋力為52.8%，加入過程因素（團體互動過程）其對於依變項的解釋力增加至67.3%（ $F=179.318, p=.000$ ），均達顯著水準。結論：健康促進學校推動團隊的組織因素及資源因素透過團體互動過

* 國立臺灣師範大學 健康促進與衛生教育學系 教授

** 國立臺灣師範大學 健康促進與衛生教育學系 教授

*** 國立臺灣師範大學 健康促進與衛生教育學系 博士班研究生 國立交通大學 衛生保健組 講師

**** 國立宜蘭大學 食品科學系 副教授

通訊作者：牛玉珍 地址：新竹市大學路1001號 電話：03-5731819 傳真：03-5727531
E-mail:health@mail.nctu.edu.tw

程對團體效能產生顯著的影響。未來在推動健康促進學校團體效能的成效輔導或介入上，應以團體互動過程為主軸，並加入組織因素及資源因素之內容，以達健康促進學校團隊之整體效能。

關鍵字：健康促進學校、團隊、團體效能、階層迴歸分析

壹、前言

從渥太華憲章（Ottawa Charter）提出健康促進（Health Promotion）以來，世界衛生組織（World Health Organization，WHO）就在各個領域推動健康促進之概念及行動方案。1992年起，世界衛生組織認為學校是型塑學生健康行為的環境，也應將健康促進的觀念帶入校園，於是世界各國大力推動健康促進學校（Health-promoting school）的概念。健康促進學校最大的宗旨是希望學校以全面及全校性的政策連結個人、家庭及社區，共同促進學生之健康（李紹鴻、李大拔，2002）。世界衛生組織在雅加達的健康促進宣言中也指出建立合作關係、增強能力（capacity）與穩固組織基礎的重要性。澳洲推動經驗中也指出：1. 推動健康促進學校最重要的關鍵點是學校組織的能力，包括結構、組織與資源問題等；2. 不論在執行或內容上，成功的因素在於『整合性』（National Health and Medical Research Council, 1996）。只有在組織能力足夠之下，及確保學校整體環境的支持，才能使師生員工有能力去執行高品質的健康促進（Hoyle, Tena, Beverly, Valois, Robert, 2008）。台灣於2002年由行政院衛生署與教育部共同簽署合約，宣誓跨部會共同推動台灣健康促進學校計畫，並於2004年啟動為期三年的中程計畫，在2008年持續成立健康促進學校推動中心，期使全國健康促進學校之效能達整體性的提升（劉潔心，2008）。實施至今在各校團隊運作及校長的帶領下產生了一定的成效，但各校在縱向及橫向組織連結的運作上仍顯不足，支持健康行為的相關政策亦須加強，這些項目將影響未來健康促進學校推展的永續性。為達到健康促進學校最終目標，加強學校政策組織運作功能與能力，是刻不容緩且勢在必行的策略。

在健康促進學校的推動上，推動團隊是在健康促進學校政策組織運作上主要的核心成員，其需要透過群體動力（group dynamic）來完成整合性的健康促進之推展，群體動力運作的模式大致可區分為三大部分，輸入（Input）、過程（Process）與輸出（Output）。輸入包括個人及環境方面的因素，過程包括過程中實際的活動，輸出指的是團體運作的產物和達到的成果（楊極東，1992；Ellis & Fisher, 1994；李郁文，2001），它提供了一個模式以瞭解團體層級的過程，包括團體的發展、生產力及個人間的衝突（McClure, 1998；Tubbs, 2001；Forsyth, 2006）。多項實證性研究均以此IPO模式作為團體效能的預測模式（黃敏萍、鄭伯壘、王建忠，2003；Gladstein, 1984；Gist, Locke, Taylor, 1987）。在IPO的內涵中，多項研究及團隊發展模式（Hackma, 1983；Gladstein, 1984；Gist, Locke, Taylor, 1987；Salas et al, 1992；Schwarz, 1994；李弘暉，1996；黃敏

萍，2000）均顯示團隊特質、團隊結構、可利用資源與團隊互動過程會影響團隊效能，其中Gladstein（1984）在其實證性研究中提及，團體互動過程與團體效能的相關性高達0.627（ $p < .001$ ）。李弘暉（1998）在對美國俄亥俄州「高績效團隊獎」之個案研究中，亦發現團隊互動過程在高績效團隊與低績效團隊之間有顯著的差異（ $p < .001$ ）。因此團隊互動過程是影響團隊效能的主要因素。Schwarz（1994）在其團體效能影響因素的模式中顯示組織脈絡因素、團隊結構和團隊過程是影響團隊績效的三大因素，綜合以上文獻發現，團體互動過程、組織因素及可利用的資源均是影響團體效能之重要影響因素。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）以團體能力、團體滿意度及團體目標達成度為主要變項。另外，由於健康促進學校與傳統學校衛生最大的不同在於共同參與整合性的健康促進計畫。因此，個人對健康促進學校團隊的瞭解與推動態度也會是影響團體合作因素之一。

所以，本研究乃以台灣地區96年度獲選為健康促進學校國民小學之推動團隊為研究對象，希望瞭解個人因素、組織因素、資源因素與團體互動過程之現況，及其對健康促進學校推動團隊團體效能的影響。

貳、材料與方法

一、研究架構

本研究架構乃以全方位健康生態模式（eco-holistic）思維，依據愛爾蘭提出的健康促進學校模式（John Lahiff, 2002）及Schwarz（1994）的團隊運作模式為本研究理論之參考依據，並經修正後發展而成（見圖1）。

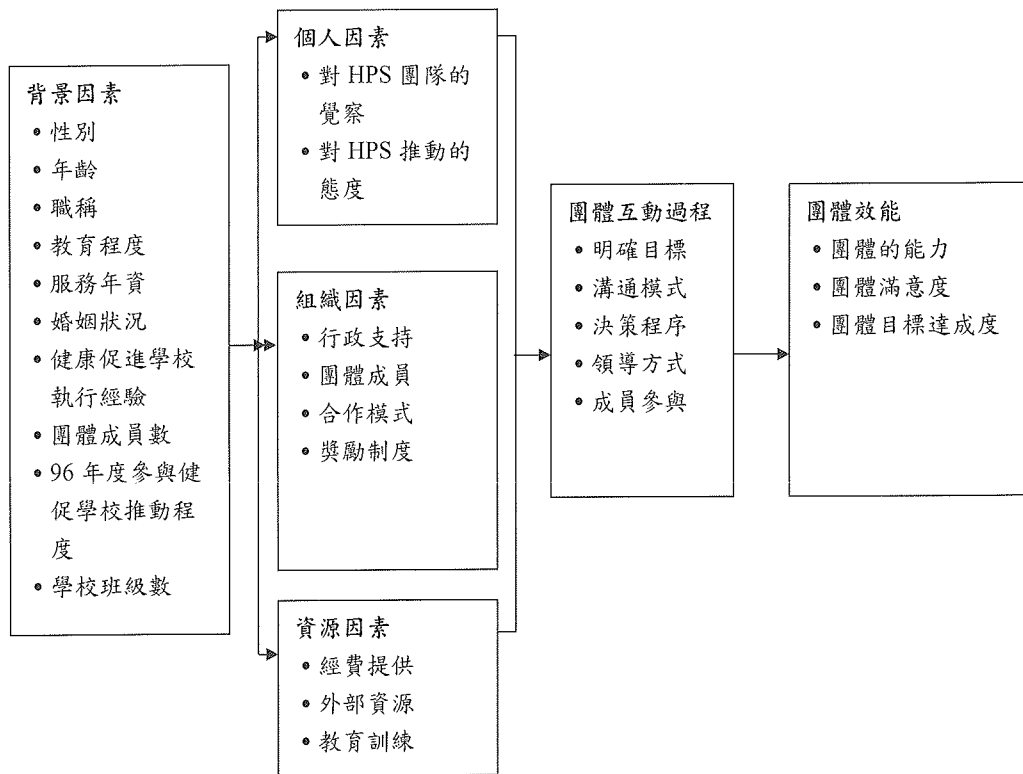


圖1 健康促進學校推動團隊團體效能影響因素研究架構圖

二、研究對象

以全國96年度教育部核定為健康促進學校的518所國民小學之健康促進學校推動委員會之成員（推動團隊）為母群體，採以縣市分區與學校規模作分層隨機抽樣，依照班級數大小進行排序，找出北、中、南、東各區學校的班級數之中位數，再依各區中位數進行分類成大小學校，並得各區大小學校之比例，共得北區5大3小、中區5大3小、南區2大5小、東區1大3小，依以上比例在各區隨機抽出26所學校進行施測，依學校推動團隊人數寄發問卷後，再次以電訪說明注意事項與確認各校實際推動團隊人數，共計有497位，扣除二次催繳未收回問卷及無效問卷數，共計回收有效問卷468份，達86.32%有效回收率。

三、研究工具與信效度

研究工具主要根據研究架構，並經參考相關文獻與彙集訪談資料，整理後發展成初步量表問卷，再邀請衛生教育、學校衛生、公共衛生領域專家與推動健康促進學校

有得過獎的學校代表，進行內容效度審查，另找一所實際執行健康促進學校的成員進行表面效度處理，針對施測對象的適合性與實際情況，修正敘述文字內容後成為正式問卷。本研究問卷共有六大部分，除了背景因素均採Likert Scale五點計分法，由1分至5分，內容包括：（一）背景因素，包含性別、年齡、職稱、教育程度、服務年資、婚姻狀況、健康促進學校執行經驗、團隊人數、參與程度、學校班級數；（二）個人因素，「對健康促進學校團隊的覺察」、「對健康促進學校推動的態度」兩個分量表，共16題，在健康促進學校團隊覺察的部份從「非常不清楚」到「非常清楚」分數越高，代表其對健康促進學校團隊清楚的程度越高，而對健康促進學校推動的態度是從「非常不同意」到「非常同意」，分數越高，代表其對健康促進學校團隊的態度越正向。信度為0.883；（三）組織因素，包含「行政支持」、「團體成員」、「合作模式」、「獎勵制度」等四個分量表，共12題，信度為0.887；（四）資源因素，有「經費提供」、「外部資源」、「教育訓練」三個分量表，共14題，信度為0.941；以上各項從「符合10%以下」到「符合90%以上」，分數越高，表示研究對象認為其與該校符合的程度越高；（五）團體互動過程，包含「明確目標」、「溝通模式」、「決策程序」、「領導方式」、「成員參與」等五個分量表，共27題，除了「成員參與」方面之計分方式從「從未如此」到「總是如此」外，其他變項以「符合10%以下」到「符合90%以上」，分數越高，表示研究對象認為其與該校符合的程度越高；（六）團體效能，是指團體成員對於團體成效的判斷，包含「團體的能力」、「團體的滿意度」與「團體目標達成度」，共19題。在參與團隊的能力上，從「可能性不到一成」到「有九成以上的可能性」，分數越高，代表能與健康促進團隊共同規劃的程度越有把握度，在團體滿意度上，從「非常不滿意」到「非常滿意」，分數越高，代表對團隊間合作越滿意。在團體目標達成度方面，與預定目標達成度的比較上，「達成0%」到「達成100%」，分數越高，代表目標達成度越高。本量表採Cronbach alpha檢測信度，其值皆大於0.7以上，介於0.76-0.98之間，符合良好測驗之信度標準；唯獨「健康相關政策的促成」題項信度偏低，經研究團隊討論，並審慎評估不會影響研究結果後，予以刪除。

四、資料收集與分析

獲得各健康促進學校推動負責人同意後，利用郵寄問卷的方式邀請各校推動委員進行問卷填答，為確保研究進行的正確性與時效性，以限制期限和電話催繳的方式回收問卷後，所有資料以SPSS for Windows 15.0版套裝軟體進行電腦建檔統計分析，包

括背景資料百分比、變項平均值、標準差、單因子變異數分析及階層迴歸分析，探討個人因素、組織因素、資源因素與團體互動過程對團體效能的影響。

參、結 果

一、健康促進學校推動團隊背景因素現況分析

468位施測對象的年齡平均為39.23歲（SD=7.75歲），以31-40歲者最多；服務年資平均為8.42年（SD=6.32年），其中服務10年以下者占66.0%；研究對象的職稱以班級導師居多（41.5%），其次為校外人員（包含家長、社區代表與其他人員，占19.6%），專業人員（健體老師、護理師、營養師，占11.9%），一級相關主管（含教務、學務、總務主任，占11.7%），二級相關主管（衛生組長、輔導主任與組長，占10.0%），校長則有4.2%；執行健康促進學校經驗中，94或95年度推動健康促進學校者占39.8%；96學年度有成立健康促進學校推動團隊有90.2%；推動團隊平均人數為24.78人，以11-20人之成員數最多，占41.5%；參與健康促進學校推動活動程度的對象上，經常參與及每次參與者以學務組長及衛生組長最多（均為93.7%）、其次為校長（88.2%）、教務組長（72.2%）、總務組長（66.6%）、健體老師（65.5%）、班級導師（62.4%）、社區代表（42.9%）最低的是家長代表（28.2%）。

二、健康促進學校推動團隊「個人因素」、「組織因素」、「資源因素」、「團體互動過程」及「團體效能」之現況分析

由表1可知「個人因素」、「組織因素」、「資源因素」、「團體互動過程」與「團體效能」之得分情形，其中以「組織因素」最佳，單題平均值為4.12，其次依序為「團體互動過程」，（單題平均值為3.99）、「團體效能」（單題平均值為3.90）、「個人因素」（單題平均值為3.43），最差的部份為「資源因素」，單題平均值為3.32。

個人因素包含對健康促進學校團隊的覺察與態度兩方面，分數越高表示對推動團隊清楚的程度越佳，此部分單題平均值為3.54；態度部分，分數越高表示對推動團隊的態度越正向，該部份單題平均值為3.97。

組織因素方面，含括行政支持、團體成員、合作模式與獎勵制度四次量表，其中行政支持、團體成員和合作模式的單題平均分數屬中上程度，單題平均值各為4.53、4.31及4.08，尤其在行政支持高達4.53，代表學校對健康促進學校的支持程度頗佳。最

低的是獎勵制度為3.68。

資源因素部份，包括經費提供、外部資源及教育訓練三方面，分數均偏低，尤其是經費提供（單題平均值3.05）是所有變項中分數最低者，其細項中，又以「校外團體有提供充足的經費協助本校推動健康促進計畫」為最低（平均值2.45）；次低的為外部資源，單題平均值為3.30。團體互動過程中，涵蓋明確目標、溝通模式、決策程序、領導方式及成員參與五層面，本研究中以領導方式得分最高，單題平均值為4.22，其次為溝通模式，單題平均值為4.12，最差的部份為成員參與，單題平均值為3.42，以細項來看，「我出席健康促進學校推動團隊會議有發言」得分最低（平均值2.91），此結果顯示團隊成員在會議上的參與度有待加強。

而團體效能方面，包含團體能力、團體滿意度及團體目標達成度三個次量表，團體能力的單題平均值為3.97。團體滿意度為4.03，為此項目中最高者。團體目標達成度單題平均值為3.72。

表1 個人因素、組織因素、資源因素、團體互動過程與團體效能之現況分佈

變項名稱	題目總數	分數範圍	平均值	平均得分 百分率	總分平均 標準差	單題平均值
個人因素	16	16~80	54.94	68.68	8.13	3.43
對HPS團隊的覺察	6	6~30	21.21	70.70	5.15	3.54
對HPS團隊的態度	10	22~50	39.71	79.42	5.32	3.97
組織因素	9	9~45	37.06	82.36	6.37	4.12
行政支持	2	2~10	9.07	90.70	1.39	4.53
團體成員	2	2~10	8.61	86.10	1.70	4.31
合作模式	2	2~10	8.16	81.60	1.72	4.08
獎勵制度	3	3~15	11.03	73.53	3.28	3.68
資源因素	14	14~70	46.50	66.43	11.87	3.32
經費提供	4	4~20	12.20	61.00	3.81	3.05
外部資源	7	5~35	23.07	65.91	6.57	3.30
教育訓練	3	3~15	11.08	73.87	2.86	3.69
團體互動過程	27	27~135	107.80	79.85	20.58	3.99
明確目標	5	5~25	20.18	80.72	4.60	4.04
溝通模式	5	5~25	20.59	82.36	4.16	4.12
決策程序	6	6~30	24.25	80.83	4.90	4.04
領導方式	6	6~30	25.31	84.37	4.94	4.22
成員參與	5	5~25	17.11	68.44	5.35	3.42
團體效能	19	38~95	74.16	78.06	11.12	3.90
團體能力	7	7~35	27.81	79.46	5.33	3.97
團體滿意度	5	5~25	20.15	80.60	3.38	4.03
團體目標達成度	7	7~35	26.02	74.34	4.30	3.72

三、背景因素在個人因素、組織因素、資源因素、團體互動過程及團體效能的差異情形

爲了瞭解背景因素對其他變項間的影響情形，以單因子變異數分析（One-way ANOVA）進行研究變項之檢定分析。本研究背景因素包括年齡、職稱、教育程度、服務年資、健康促進學校執行經驗、團體成員數、96年度參與健促學校推動程度及學校班級數。茲針對有顯著差異的項目說明如下。

（一）背景因素在個人因素的差異

如表2所示，在「個人因素」部分，達統計上的顯著差異有年齡、職稱、執行健康促進學校經驗、有成立健康促進學校推動團隊、團體人數、參與健康促進學校推動的程度等變項，其他部分未達顯著。根據此結果顯示、在個人層面上，研究對象爲50歲以上、校長、經常或每次都參與健康促進學校的推動者、94或95年度核定之健康促進學校、96年度成立健康促進學校推動團隊、團體成員數在11-20人或21-30人者之學校的研究對象，其對健康促進學校團隊的覺察程度與態度上顯著高於其他對象。

表2 背景因素在個人因素之單因子變異數分析摘要表

變項名稱	個數(n)	平均值±標準差	F值	Scheffe's事後檢定
年齡分布			3.26*	
1. 30歲以下	68	53.91±6.79		4>1
2. 31~40歲	168	54.59±8.28		4>2
3. 41~50歲	137	55.15±8.38		
4. 50歲以上	33	59.00±8.27		
教育程度			2.887	
1. 專科以下	44	54.64±9.11		
2. 大學	271	54.31±7.64		
3. 研究所以上	98	56.59±8.84		
服務年資			0.110	
1. 10年以下	275	55.03±7.79		
2. 11-20年	94	54.90±9.32		
3. 20年以上	18	55.89±8.07		
職稱			4.405**	
1. 校長	18	61.11±7.24		1>5
2. 一級主管（含教務、總務、學務主任）	50	57.52±9.03		1>6
3. 專業人員（健體老師、護理人員、營養師）	50	56.28±6.88		

表2 背景因素在個人因素之單因子變異數分析摘要表(續)

變項名稱	個數(n)	平均值±標準差	F值	Scheffe's事後檢定
4. 二級相關主管(衛生組長、輔導主任與組長)	42	54.36±9.89		
5. 班級導師	172	54.19±7.55		
6. 校外人員(家長、社區代表與其他)	79	53.43±7.76		
兼任行政			0.984	
1. 無兼任	396	54.95±8.17		
2. 有兼任	15	57.07±6.56		
94或95年度核定為健康促進學校			11.285***	
1. 是	154	56.95±8.14		
2. 否	233	54.16±7.93		
本年度是否成立健康促進學校推動團隊			16.480***	
1. 是	377	55.62±7.81		
2. 否	15	47.33±6.08		
團體成員數			6.993***	
1. 10人以下	37	50.70±7.69		2>1
2. 11-20人	175	55.49±7.71		3>1
3. 21-30人	72	57.40±6.90		
4. 30人以上	34	53.59±8.00		
本年度參與健康促進學校推動程度			8.882***	
1. 從未參與	18	50.67±7.79		5>1
2. 偶爾參與	70	51.00±6.66		4>2
3. 約半參與	66	54.71±6.86		5>2
4. 經常參與	132	56.36±8.09		
5. 每次都參與	116	57.01±8.61		
學校班級數			0.139	
1. 10班以下	98	55.04±7.38		
2. 11-30班	116	54.41±8.11		
3. 31-50班	99	54.94±8.70		
4. 50班以上	93	54.90±7.65		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

(二) 背景因素在組織因素的差異

在「組織因素」部分，有顯著差異者包含94或95年度核定之健康促進學校、有成立健康促進推動團隊、團體人數、參與健康促進學校推動程度與學校班級數等變項(見表3)，其他部分未達顯著。根據此結果顯示、在個人層面上，經常或每次都參與健康促進學校的推動者，認為學校有提供較多的行政支持、學校團隊成員是多樣性、

合作模式是跨單位及學校有給予獎勵上比其他成員認為符合程度為高。在團體層面上，94或95年度核定之健康促進學校、96年度成立健康促進學校推動團隊、團體成員數在21-30人者及班級數在31-50班之學校的研究對象，在組織因素上比其他成員的得分為高。

表3 背景因素在組織因素之單因子變異數分析摘要表

變項名稱	個數(n)	平均值±標準差	F值	Scheffe's事後檢定
年齡分布			1.459	
1. 30歲以下	66	37.58±5.84		
2. 31~40歲	169	36.62±6.56		
3. 41~50歲	130	37.07±6.53		
4. 50歲以上	28	39.18±5.02		
教育程度			2.706	
1. 專科以下	43	36.21±6.49		
2. 大學	263	36.72±6.63		
3. 研究所以上	94	38.35±5.42		
服務年資			0.455	
1. 10年以下	271	37.09±6.22		
2. 11-20年	86	36.52±7.09		
3. 20年以上	16	38.00±6.70		
職稱			1.654	
1. 校長	17	37.94±6.53		
2. 一級主管（含教務、總務、學務主任）	48	39.17±4.60		
3. 專業人員（健體老師、護理人員、營養師）	50	36.52±6.51		
4. 二級相關主管（衛生組長、輔導主任與組長）	40	35.58±6.48		
5. 班級導師	167	36.89±6.93		
6. 校外人員（家長、社區代表與其他）	77	36.94±5.82		
兼任行政			1.582	
1. 無兼任	386	37.11±6.36		
2. 有兼任	13	34.85±7.10		
94或95年度核定為健康促進學校			22.344***	
1. 是	150	39.25±5.33		
2. 否	226	36.35±6.11		

表3 背景因素在組織因素之單因子變異數分析摘要表(續)

變項名稱	個數(n)	平均值±標準差	F值	Scheffe's事後檢定
本年度是否成立健康促進學校			49.613***	
推動團隊				
1. 是	364	37.62±5.92		
2. 否	15	26.40±8.66		
團體成員數			22.805***	
1. 10人以下	37	32.51±7.95		2>1
2. 11-20人	168	36.38±5.18		3>1
3. 21-30人	71	41.25±4.27		4>1
4. 30人以上	31	37.97±6.61		3>2
本年度參與健康促進學校推動程度			13.166***	
1. 從未參與	16	29.31±10.51		2>1,3>1
2. 偶爾參與	71	35.28±6.89		4>1,4>2
3. 約半參與	65	35.75±5.46		5>1
4. 經常參與	127	38.20±5.41		5>2
5. 每次都參與	110	39.04±5.43		5>3
學校班級數			6.558***	
1. 10班以下	90	34.90±6.79		3>1
2. 11-30班	111	36.68±6.57		4>1
3. 31-50班	99	38.79±4.68		
4. 50班以上	93	37.68±6.73		

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

(三) 背景因素在資源因素的差異

如表4結果所示，在「資源因素」方面，達統計上顯著差異的為年齡、服務年資、執行健康促進學校經驗、有成立健康促進推動團隊、團體人數、參與健康促進學校推動程度與學校班級數等變項，其他部分未達顯著。在個人層面上，30歲以下的研究對象、服務10年以下者、經常或每次都參與健康促進學校的推動者，在經費提供、外部資源、教育訓練上比其他成員的得分較高。在團體層面上，94或95年度核定之健康促進學校、96年度成立健康促進學校推動團隊、團體成員數在21-30人者及班級數在31-50班之學校的研究對象，在資源因素上比其他成員的得分較高，表示這些研究對象認為學校有較多的資源推動健康促進學校。

表4 背景因素在資源因素之單因子變異數分析摘要表

變項名稱	個數(n)	平均值±標準差	F值	Scheffe's事後檢定
年齡分布			5.013*	
1. 30歲以下	67	50.70±10.82		1>3
2. 31~40歲	169	46.98±12.11		
3. 41~50歲	129	43.94±11.60		
4. 50歲以上	30	46.97±12.09		
教育程度			0.518	
1. 專科以下	42	45.21±12.85		
2. 大學	265	46.94±11.73		
3. 研究所以上	96	45.98±11.88		
服務年資			5.085*	
1. 10年以下	267	47.85±11.54		1>2
2. 11-20年	90	43.48±12.09		
3. 20年以上	18	44.39±10.91		
職稱			0.504	
1. 校長	17	46.65±11.27		
2. 一級主管（含教務、總務、學務主任）	50	46.36±9.18		
3. 專業人員（健體老師、護理人員、營養師）	47	47.389±11.29		
4. 二級相關主管（衛生組長、輔導主任與組長）	42	44.33±11.50		
5. 班級導師	165	46.69±12.54		
6. 校外人員（家長、社區代表與其他）	80	47.75±12.40		
兼任行政			0.118	
1. 無兼任	386	46.73±11.82		
2. 有兼任	15	45.67±11.76		
94或95年度核定為健康促進學校			23.232***	
1. 是	150	50.55±10.96		
2. 否	228	44.90±11.26		
本年度是否成立健康促進學校推動團隊			27.289***	
1. 是	368	47.48±1.45		
2. 否	15	31.73±11.29		
團體成員數			11.636***	
1. 10人以下	36	39.83±13.49		2>1
2. 11-20人	172	47.80±11.73		3>1
3. 21-30人	68	52.37±8.53		3>2
4. 30人以上	30	42.57±11.57		3>4

表4 背景因素在資源因素之單因子變異數分析摘要表(續)

變項名稱	個數(n)	平均值±標準差	F值	Scheffe's事後檢定
本年度參與健康促進學校推動程度			7.242***	
1. 從未參與	16	35.88±12.53		3>1
2. 偶爾參與	72	42.88±11.40		4>1
3. 約半參與	66	48.36±12.56		5>1
4. 經常參與	126	46.97±11.07		5>2
5. 每次都參與	112	49.10±10.85		
學校班級數			6.981***	
1. 10班以下	97	44.73±14.05		3>1
2. 11-30班	114	44.18±10.75		3>2
3. 31-50班	94	51.02±10.11		
4. 50班以上	92	46.47±11.34		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

(四) 背景因素在團體互動過程的差異

在「團體互動過程」的部份，如表5所示，有達統計顯著差異者包括年齡、執行健康促進學校經驗、有成立健康促進推動團隊、團體人數、參與健康促進學校推動程度等，其他部分未達顯著。根據結果顯示，在個人層面上，研究對象為50歲以上者、經常或每次都參與健康促進學校的推動者，在明確目標、溝通模式、決定程序、領導方式及成員參與上，比其他成員的得分較高。在團體層面上，94或95年度核定之健康促進學校、96年度成立健康促進學校推動團隊、團體成員數在21-30人者，在以上各項目上比其他成員的得分高，表示這些研究對象認為其學校有較高的團隊互動。

表5 背景因素在團體互動過程之單因子變異數分析摘要表

變項名稱	個數(n)	平均值±標準差	F值	Scheffe's事後檢定
年齡分布			4.702*	
1. 30歲以下	66	108.14±18.41		4>1
2. 31~40歲	172	106.02±20.68		4>2
3. 41~50歲	135	107.79±21.46		4>3
4. 50歲以上	30	121.00±14.02		
教育程度			0.755	
1. 專科以下	43	110.84±20.38		
2. 大學	268	106.91±19.93		
3. 研究所以上	99	108.40±22.44		
服務年資			0.914	
1. 10年以下	273	107.04±20.52		

表5 背景因素在團體互動過程之單因子變異數分析摘要表（續）

變項名稱	個數(n)	平均值±標準差	F值	Scheffe's事後檢定
2. 11-20年	90	108.53±21.79	3.138	
3. 20年以上	18	113.50±18.58		
職稱				
1. 校長	18	119.44±19.92		
2. 一級主管（含教務、總務、學務主任）	49	113.69±14.02		
3. 專業人員（健體老師、護理人員、營養師）	51	110.06±18.16		
4. 二級相關主管（衛生組長、輔導主任與組長）	43	109.79±22.11	0.617	
5. 班級導師	170	105.17±21.82		
6. 校外人員（家長、社區代表與其他）	77	104.58±21.17		
兼任行政				
1. 無兼任	393	107.65±20.75		
2. 有兼任	15	111.93±19.43		
94或95年度核定為健康促進學校			8.485**	
1. 是	152	112.83±14.89	81.294***	
2. 否	235	107.09±21.13		
本年度是否成立健康促進學校推動團隊				
1. 是	374	110.03±18.31		
2. 否	16	67.31±23.92		
團體成員數			21.648***	
1. 10人以下	38	90.66±25.94	37.637***	2>1,3>1
2. 11-20人	172	109.94±17.12		3>2
3. 21-30人	73	119.16±14.69		3>4
4. 30人以上	33	101.55±22.77		4>1
本年度參與健康促進學校推動程度				
1. 從未參與	18	75.17±27.72		2>1,3>1
2. 偶爾參與	71	96.51±20.49	2.178	4>1,4>2
3. 約半參與	64	103.72±15.75		4>3
4. 經常參與	131	113.43±16.58		5>1, 5>3
5. 每次都參與	115	117.43±13.69		5>2
學校班級數				
1. 10班以下	99	106.21±20.65	2.178	
2. 11-30班	115	105.29±22.06		
3. 31-50班	97	111.92±16.78		
4. 50班以上	92	108.54±20.63		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

(五) 背景因素與團體效能的差異

由表6顯示，在「團體效能」部分，僅在94或95年度有核定之健康促進學校、有成立健康促進推動團隊、團體人數、參與健康促進學校推動程度等變項達統計上顯著差異，其他部分未達顯著。根據結果顯示，在個人層面上，經常或每次都參與健康促進學校的推動者，在團體層面上，94或95年度的健康促進學校、96年度有成立健康促進推動團隊及團隊成員數在21-30人的研究對象在團體能力、團體滿意度及學校目標達成度上比其他成員有較高的得分，表示這些研究對象認為其學校有較高的團體效能。

表6 推動委員背景因素在團體效能之單因子變異數分析摘要表

變項名稱	個數(n)	平均值±標準差	F值	Scheffe's事後檢定
年齡分布			2.084	
1. 30歲以下	67	75.12±10.24		
2. 31~40歲	170	75.31±11.26		
3. 41~50歲	133	73.92±11.91		
4. 50歲以上	30	78.57±8.33		
教育程度			1.757	
1. 專科以下	47	76.72±11.57		
2. 大學	264	73.52±10.52		
3. 研究所以上	97	74.57±12.42		
服務年資			1.205	
1. 10年以下	268	73.90±10.98		
2. 11~20年	93	73.04±12.19		
3. 20年以上	19	77.42±9.52		
職稱			0.541	
1. 校長	16	75.81±13.12		
2. 一級主管（含教務、總務、學務主任）	48	75.65±8.94		
3. 專業人員（健體老師、護理人員、營養師）	49	73.08±12.01		
4. 二級相關主管（衛生組長、輔導主任與組長）	42	73.17±11.27		
5. 班級導師	168	73.57±11.60		
6. 校外人員（家長、社區代表與其他）	82	74.82.10.46		
兼任行政			0.128	
1. 無兼任	390	74.02±11.12		
2. 有兼任	15	75.07±12.04		
94或95年度核定為健康促進學校			9.990**	
1. 是	150	76.75±9.90		
2. 否	233	73.23±11.09		

表6 推動委員背景因素在團體效能之單因子變異數分析摘要表（續）

變項名稱	個數(n)	平均值±標準差	F值	Scheffe's事後檢定
本年度是否成立健康促進學校推動團隊			22.504***	
1. 是	370	74.84±10.69		
2. 否	15	61.33±13.69		
團體成員數			14.414***	
1. 10人以下	36	68.06±13.54		2>1
2. 11-20人	174	74.53±9.32		3>1
3. 21-30人	69	80.61±8.85		3>2
4. 30人以上	31	71.45±11.33		3>4
本年度參與健康促進學校推動程度			10.164***	
1. 從未參與	18	65.17±11.87		4>1
2. 偶爾參與	73	69.85±12.55		5>1
3. 約半參與	66	72.59±9.55		4>2
4. 經常參與	126	76.83±10.99		5>2
5. 每次都參與	113	76.54±8.85		
學校班級數			1.970	
1. 10班以下	97	73.84±12.56		
2. 11-30班	112	72.74±11.21		
3. 31-50班	99	76.31±9.12		
4. 50班以上	92	73.65±10.89		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

四、影響團體效能之相關因素探討

依據研究架構，考量輸入因素（個人因素、組織因素、資源因素）與過程因素（團體互動過程）為不同性質變項的先後次序關係。使用階層迴歸分析探討個人因素、組織因素、資源因素及團體互動過程等重要預測因子對團體效能之依變項的預測效果。表7結果顯示，第一個區組輸入因素對於依變項團體效能具有顯著的解釋力， $R^2 = 52.8\%$ ， $F = 128.201$ ， $p < .001$ 。「個人因素」的 β 值為.150（ $t = 3.640$ ， $p < .001$ ）、組織因素的 β 值為.470（ $t = 10.275$ ， $p < .001$ ）及資源因素的 β 值為.259（ $t = 5.788$ ， $p < .001$ ）。

第二個區組過程因素變項投入模型後，對於依變項的解釋力達到67.6%，（ $F=179.318$ ， $p=.000$ ）。調整後 R^2 仍有67.3%的解釋力。解釋增量 $\Delta R^2=.149$ ， $\Delta F=157.597$ ， $\Delta p < .001$ 。顯示過程因素的投入能有效提升模型的解釋力，也就是區組的增量具有統計意義，亦即在控制了輸入因素的影響下，過程因素能夠額外「貢獻」14.9%的解釋力。四個主要變項當中，以「團體互動過程」的貢獻程度最大， β

$=.565$ ($t = 12.554, p < .001$)，其次為「組織因素」的 $.244$ ($t = 5.817, p < .001$)。顯示主要影響變項為「組織因素」及「團體互動過程」。

表7 以個人因素、組織因素、資源因素、團體互動過程預測「團體效能」之階層迴歸分析

輸入因素 模式內變項	區組一 輸入因素			區組二 過程因素		
	β	t	p	β	t	p
個人因素	.150	3.640***	.000	-.002	-.052	.959
組織因素	.470	10.275***	.000	.244	5.817***	.000
資源因素	.259	5.788***	.000	.120	3.104**	.002
團體互動過程				.565	12.554***	.000
R^2		.528			.676	
adj R^2		.524			.673	
F		128.201***			179.318***	
p		.000			.000	
ΔR^2		.528			.149	
ΔF		128.201			157.597	
Δp		.000			.000	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

肆、討 論

本研究根據研究目的及結果進行討論，並與國內外文獻進行比較分析，以下分為一、個人因素、組織因素、資源因素、團體互動過程及團體效能之現況分析；二、背景因素在個人因素、組織因素、資源因素、團體互動過程及團體效能的差異；三、健康促進學校團體效能之影響因素，分別進行探討：

一、個人因素、組織因素、資源因素、團體互動過程及團體效能之現況分析

世界衛生組織檢討世界各國推展健康促進學校計畫的障礙中，缺乏資源是主要的項目之一，其內容包括財政、人力、物質資源以及組織基礎等（WHO, 1997；Dehran & Priscilla, 1999）。顯示資源的不足是世界各國在推動健康促進學校重要的問題。雖然政府在2004年起開始推展健康促進學校，但由於資源有限，學校眾多，仍讓各個學校覺得資源的不足，相關研究也顯示如果有足夠的經費、適當的訓練及適當形式的支

持對學校達成計畫目標有實質的幫助（Jo, Janine & Candace, 2006；Deschesnes, Martin & Hill, 2003）。本研究在所有變項中，以行政支持的分數最高，顯示團隊成員均認為各校主管對健康促進學校推動的重視與支持，代表政府推動健康促進學校已引起學校校長的認同與支持，如此容易增加部門間平行式的溝通，有助於跨單位的結盟與合作模式，增進整合式健康促進學校的推展（Jo, Janine, & Candace, 2006）。但本研究發現在成員參與上仍顯不足（平均值為3.42），特別是在家長及社區的參與上，由本研究顯示，家長有參與推動團隊之研究對象共有32人，但鮮少參加健康促進學校的相關活動中。社區代表在推動團隊的比率看起來比家長的比率高，而實際上是因為其參與在推動團隊的研究對象就很少，僅7人。這些狀況會對永續發展產生某種程度的影響，健康促進學校是以真實的參與為基礎，真實的參與被視為是引導個人有意義學習與發展行動力的重要條件，過程中促使個人真實的參與，是健康促進學校全面性及永續性發展的必要條件（Simovska, 2004）。學校應多讓家長及社區參與健康促進相關活動，透過導師與家長的互動機會，進行整合性健康促進計畫的推動。亦需運用策略聯盟加強社區對學校健康促進的參與度。

二、背景因素在個人因素、組織因素、資源因素、團體互動過程及團體效能的差異

由表2至表6看出，無論是個人因素、組織因素、資源因素、團體互動過程或團體效能，在所有變項中，核定為健康促進學校之推動團隊的得分均顯著高於非健康促進學校。代表國健局與教育部從94年度起透過輔導機制共同推動之健康促進學校，在組織政策方面已產生具體的成效。此顯示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。經常或每次參與推動者之得分，其在個人因素、組織因素、資源因素、團體互動過程或團體效能上亦均顯著高於參與程度低者。此結果符合了健康促進學校共同參與的核心概念（Katherine, 1998）。也與世界衛生組織於2005年8月7至11日在曼谷召開的第六次全球健康促進大會中所強調「…邁向世界更健康的過程中，應加強組織政策的行動及擴大參與的層面…」相呼應（WHO, 2005）。本研究顯示校內各單位已能共同的參與，但家長及社區的參與上仍待加強。另外，在團隊人數上，小於10人以下的推動團隊在各變

項中之得分均顯著低於11-20人及21-30人，實際瞭解小於10人以下的推動團隊之現況，發現在37位填答者中有13位填0個團隊成員數，其在各變項上的得分均遠低於其他團隊成員數，此造成小於10人以下的團隊成員數在各變項的得分均顯著低於11-20人及21-30人。

三、健康促進學校團體效能之影響因素

本研究與相關研究（李弘暉，1998；黃敏萍2000）結果有相同的發現，團體互動過程為團體效能的主要預測因子，當越有良好互動過程，則對團體效能的影響越大。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）。另外，在其他團隊包括電機設備維修（Hyatt & Ruddy, 1997）、製造業（Barrick, et al., 1998）及道路工程（Tesluk & Mathieu, 1990）均獲得類似的結果。可見團隊內互動無論在任何的領域中均對團體效能產生顯著性的影響力。Grant（2005）針對紐西蘭發展永續健康促進學校的操作模式中亦提到，經由多方合作來進行改變，可達整體效益，相關實證資料證明，其能對態度及行為產生改變（Radcliffe et al., 2005）。跨單位的結盟（collaboration）是健康促進的原則，在共同合作的過程中能建立有效的聯盟（alliance），能促進角色清楚分配及有效的溝通（Inchley et al., 2006）。St. John 與 Rue（1991）之實證研究也發現部門間使用協調機制的頻率愈高，部門間的共識愈高，也愈有助於績效的達成。團隊成員的互動又進一步內嵌於組織內各部門間平日的關係中，故部門間的關係會扮演一情境變項的角色影響團隊效能的關係，因此，為了在健康促進學校增進工作團隊團體效能的提升，平時各相關部門間若能建立起合作性的人際網絡關係時，則可以使此關係形成一個良性、開放的社會系絡，對於跨功能任務團隊的運作提供正面的助益（黃敏萍，2000）。

另外，本研究發現健康促進學校在組織及資源因素對團體效能也能產生一些影響，相關的研究中也有相同的結果（Gladstein,1984；Earley & Mosakowski, 2000；Watson, Kumar & Michaelsen, 1993；Cohen & Bailey, 1997；黃敏萍，2000），其內容包括團隊組成、團隊結構及資源分配等變項。在本研究組織因素變項中包括行政支持、團體成員、合作模式及獎勵制度，相關資料顯示，要能自我永續成為一所健康促進學校，除了透過多方協調及合作的途徑外，需要來自校內和社區持續的覺醒與支持（Grant, 2005）。此內容與本研究結果相契合。由以上的探討發現，學校領導者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的不二法門，

亦是未來介入策略的思考方向。

伍、結論與建議

一、結論

（一）健康促進學校推動團隊的現況中，學務組長及衛生組長的參與程度最高，其次為校長，最低的是家長及社區代表。在影響團體效能的變項中，組織因素的得分最高，在細項中又以行政支持的得分最高，顯示校長對健康促進學校有較高的支持度；其次為團體互動過程，代表各學校推動團隊能透過團隊的互動模式，共同推動健康促進學校。在變項中分數最低的為資源因素，此顯示學校期待有更多的經費提供及外部資源協助學校推動健康促進。

（二）94或95年度核定之健康促進學校、有成立健康促進學校推動團隊及參與健康促進學校推動程度越高者，在個人因素、組織因素、資源因素、團體互動過程及團體效能上均顯著高於非核定之健康促進學校及未成立健康促進學校推動團隊者。推動團隊的人數在11-30人的學校在以上變項中均顯著優於11人以下及30人以上的學校。

（三）健康促進學校的團體效能主要受到推動團隊的組織因素、資源因素及團體互動過程的影響，代表組織越支持、資源越多、團體越能以多方互動及共同決策學校健康問題的解決，其團體效能越好。

二、建議

本研究依據研究結果、討論與結論，針對健康促進學校推動團隊，提出以下建議：

1. 在參與健康促進學校的推動上，家長及社區參與的程度仍顯不足，未來在團隊及整體策略的推動上仍應加強家長及社區的參與度。
2. 在本研究的結果中，顯示團體互動過程對團體效能有高的預測力，學校在平時即可藉由各種的活動或相關工作坊增進團體的良好互動，在需要進行跨單位的團隊結盟時就比較容易建立起互信與互動的模式。
3. 由於研究時間及經費的限制，本研究僅對台灣地區96年度參與健康促進學校的國民小學之推動團隊為母群體，建議未來可以國中、高中或大學的健康促進學校推動團隊為研究對象，瞭解學校在推動健康促進方面之現況與影響因素，作為各學校推動

健康促進學校之參考。

4. 本研究結果可做為未來健康促進學校團體效能增進之介入的參考，並將介入模式推展至全國各國民小學，以增進健康促進學校推動團隊之團體效能。

5. 配合健康促進評價典範的轉移，重視充能及改變過程以符合後渥太華憲章時代的挑戰，其基礎是合作與群體活動的過程（Springett, 1998）。參與式的行動研究是未來相關研究的趨勢。因此建議未來除了量性的研究應加入質性研究，更能瞭解過程的脈絡及因果的關係性。

致 謝

本研究得以順利完成，感謝文鳳在資料處理上的協助，另本研究獲國科會經費補助。研究編號NSC-96-2516-S-003-010。

參考文獻

一、中文部份

- 李紹鴻、李大拔（2002）。何謂「健康促計學校」，於李大拔編著，健康促進學校香港經驗分享，1-10，香港：香港中文大學。
- 李弘暉（1998）。公共組織的高績效團隊-美國俄亥俄州「高績效團隊獎」之個案研究。空大行政學報，8，365-400。
- 李弘暉（1997）。高績效團隊管理的理論基礎-團隊理論模型綜述。中國行政評論，6，87-104。
- 李弘暉（1996）。公共組織的全面品質管理空大行政學報，6，417-440。
- 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，45，59-72。
- 黃淑貞、徐美玲、莊萃、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。
- 黃敏萍（2000）。跨功能任務團隊之結構與效能—任務特性與社會系絡之影響。台北：國立台灣大學商學研究所博士論文。
- 郭鐘隆（2005）。推動學校本位的健康促進學校。台灣教育，634，14-19。
- 張麗春、黃松元（2004）。從健康促進學校的觀點談學校與社區伙伴關係建立。護理雜誌，

52，76-81。

陳毓璟（2001）。健康促計學校的發展與推動，*學校衛生*，39，40-62。

劉潔心（2004）。推動健康促進學校中程計畫事前規劃之工作計畫-2005-2008。*健康促進學校行動方案成果報告*，17-24。

劉潔心（2008）。97-98年度健康促進學校推動中心計畫。*行政院衛生署國民健康局計畫書*。

二、英文部份

Bandura, A. (1997). Self-efficacy the exercise of control. *U.S.A.:W. H. Freeman and Company*.

Barrick, M. R., & Stewart, G. L., & Neubert, M. J. & Mount, M. K. (1998). Relating member ability and personality to work-team processes and team effectiveness. *Journal of Applied Psychology*, 83(3),377-391.

Campion, M. A., & Medsker, G. J., & Higgs, A. C. (1993). Relations between work group characteristics and effectiveness: Implications for designing effective work groups. *Personnel Psychology*, 46, 823-825.

Campion, M. A., & Papper, E. M., & Medsker, G. J. (1996). Relations between work group characteristics and effectiveness: A replication and extension. *Personnel Psychology*, 49, 429-452.

Cohen, S. G.,& Bailey, D. E. (1997). What makes team work? Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23, 239-290.

Dehran Swart, & Priscilla Reddy. (1999). Establishing Networks for Health Promoting Schools in South Africa. *Journal of School Health*, 69,47-50.

Deschesnes, M., & Martin, C. & Hill, A. J. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? *Health Promotion International*, 18, 387-396.

Dooris, M. (1999). Healthy Cities and Local Agenda 21:The UK Experience-Challenges for the New Millennium. *Health Promotion International*, 14(4), 365-375.

Early, P. C. & Mosakowski, E. (2000). Creating hybrid team cultures: An empirical test of transnational team functioning. *Academy of Management Journal*, 43(1), 26-29.

Forsyth, D.R., 1990. **Group dynamics** (4th ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Gist,M.E., & Locke,E.A., & Taylor,M.S. (1987). Organizational Behavior: Group Structure, Process, and Effectiveness. *Journal of Management*, 13(2), 237-257.

Gladstein,D.L.(1984). Groups in Context : A Model of Task Group Effectiveness. *Administrative*

Science Quarterly, 29, 499-517.

Hackman, J. R. (1983). A Normative Model of Work Team Effectiveness. *New Haven, CT: Yale University*.

Hoyle, Tena B., & Samek, Beverly B., & Valois, Robert F. (2008). Building Capacity for the Continuous Improvement of Health-Promotion Schools. *Journal of School Health*, 78, 1-8.

Hyatt, D. E., & Ruddy, T. M. (1997). An examination of the relationship between work group characteristics and performance: Once more into the breach. *Personnel Psychology*, 50, 553-585.

http://www.redorbit.com/news/education/1242080/building_capacity_for_the_continuous_improvement_of_health_promoting_schools/ Improvement of Health- Promoting Schools, Journal of School Health, The Provided by ProQuest Information and Learning. All rights Reserved.

Jernsen, B.B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health Education Research* 12,419-428.

Inchley, J.& Muldoon, J. & Currie, C. (2006). Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. *Health Promotion International*, 22,65-71.

Katherine, W. (1998). First workshop of evaluation of the Health Promoting models, experiences and perspectives in Switzerland:19-22 November 1998.

National Health and Medical Research Council (1996).Effective School Health Promotion. Canberra: Australian Government Publishing Service.

Salas,E.et al. (1992). “ Toward an Understanding of Team Performance and Training .” in R.W. Swezey and E. Salas eds. *Teams : Their Training and Performance*. Norwood,NT: Ablex Publishing Corporation, 3-29.

Schwarz, R. (1994). The Skilled Facilitator: Practical Wisdom for Developing Effective Groups. *San Francisco,CA:Jossey-Bass Publishers*.

Simovska,V. (2004). Student participation: a democratic education perspective-experience from the health-promoting schools in Macedonia. *Health Education Research*, 19, 198-207.

Song, X. M., & Montoya-Weiss, & Schmidt, J. B. (1997). Antecedents and consequences of cross –functional cooperation: A comparison of R&D,manufacturing, and marketing perspectives. *Journal of Production Innovation Management*, 14, 35-47.

Springett, J. (1998). Practical Guidance on evaluating health promotion. *Paper given at the WHO*

Integrated Health Development Confernce, 13, April.

- St. John, C. H., & Rue, L. W. (1991). Co-ordinating mechanisms, consensus between marketing and manufacturing groups, and marketplace performance. *Strategic Management Journal, 12*, 549-555.
- Stewart, G. L., & Manz, C.C., & Sims, H. P., Jr. (1999). Team work and group dynamics. *New York: Wiley.*
- Tesluk, P. E., & Mathieu, J. E., (1999). Overcoming roadblocks to effectiveness: Incorporating management of performance barriers into models of work group effectiveness. *Journal of Applied Psychology, 84*, 200-217.
- WHO (1997) : Promoting health through schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. (pp.1-44) Typeset in Hong Kong, Printed in Spain.
- WHO (1998). WHO's Global School Health Initiative-Helping Schools to Become “Health-Promoting Schools” . Fact Sheet(92), Revised June 1998.
- WHO (2005, August). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. <http://www.who.int>.

A Study of Health Promoting Woekteams' Group Efficacy and Related Factors in Taiwanese Elementary Schools

Han-Wen Yen* Chieh-Hsing Liu** Yu-Zhen Niu*** Shy-Yang Chiou****

Abstract

The aim of this study is to explore the influences factors of health promoting workteam' s collective efficacy of all elementary schools in Taiwan. The probability proportional sampling according various school sizes was used in this study to select faculty from all health promoting schools participated in 2007. 497 questionnaires were distributed in 26 selected schools and 468 questionnaires were returned with a response rate of 86.32%. Finally, 468 valid questionnaires were used in further analysis. The results have showed that input factors(individual factor, organizational factor, resources factor) indirectly related to collective efficacy through process factor(group interaction) and process factor directly related to collective efficacy. There were significant predictors for collective efficacy, accounting 67.3% variances. Only input factor were significant predictors for collective efficacy, accounting 52.8% variances. We hope the result can be the reference for schools to establish health polices and to develop action

* Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

** Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

*** Ph.D. Student, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

Lecturer, Sanitary and Health Caring Center, National Chiao Tung University

**** Associate Professor, Department of Food Science , National Ilan University

plan to cooperatively resolve the health problem.

Key words:health promoting school, work team, collective efficacy, hierarchical regression.