

國立臺灣大學醫學院護理學系研究所



碩士論文

Department of Nursing

College of Medicine

National Taiwan University

Master's Thesis

花東地區公共衛生護理人員之知識技能與實務需求差

異及繼續教育相關因素探討

Public Health Nurses' Knowledge, Skills and Practice

Gaps and Related Continuing Education Factors in

Hualien and Taitung Counties

許孟琦

Meng-Chi Hsu

指導教授：黃璉華教授

Advisor: Lian-Hua Huang, Ph.D.

中華民國 104 年1月

January, 2015

國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

花東地區公共衛生護理人員之知識技能與實務需求差異及繼續教育相關因素探討

Public Health Nurses' Knowledge, Skills and Practice Gaps and Related Continuing Education Factors in Hualien and Taitung Counties

本論文係許孟琦君 (R01426023) 在國立臺灣大學護理學系、所完成之碩士學位論文，於民國 104 年 1 月 14 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

黃璉華教授
(指導教授)

黃璉華 (簽名)

李龍騰副教授

李龍騰 (簽名)

林艷君助理教授

林艷君 (簽名)

誌謝

兩年多的日子，一段重回校園的時光，發生了不少事，認識了許多人，也學習了許多課程，想必會在多年後，再度回憶起這兩年來的時光。

而在這兩年多的日子，首先要感謝的是指導教授黃璉華老師，在論文慢慢成形的過程之中，總是在一旁給予我支持與鼓勵，並適時提點我的盲點，使得原本模糊的研究發想，一步步走向實際可行的目標。協助論文的李龍騰醫師及林艷君老師，在問卷的專家效度之建議，口試的提點和經驗分享，都幫助我釐清問題和思考具體的解決方案。此外也要感謝鍾明霞科長和婷芳學姐，百忙之中協助我完成問卷的專家效度。同時也感謝鍾美珠副局長、張鶯英副局長、林秋菊科長、林郁文科長及李素娟主任等人協力發送問卷事宜，使得研究能順利進行。

在這研究所的日子，特別感謝中華扶輪教育基金會及新莊中央扶輪社，給了我一個機會成為獎學生，使得我能全心全力的完成研究論文，也因成為獎學生，認識接觸各領域的研究生及長輩，使得我的視野能更加開闊且多元。而社區護理組的同學們，惠如、敏慧、婉晶、鈺雲，即便自己也在論文的水深火熱之中，大家還是不忘互相加油鼓勵！

最後要感謝的，就是一路相挺我念研究所的家人和兩隻狗，雖然論文寫作期間脾氣變的很暴躁，老爸、老媽和姊姊也是甚麼都沒說，在一旁默默支持，小妹明明是考生，還是很貼心的關心我的狀況，連搶先一步從台大畢業當兵中的老弟還要關切一下我這個老姊，對於我的家人，真是萬分感謝！

許孟琦 謹誌於國立臺灣大學護理學研究所

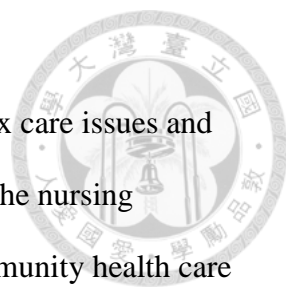
中華民國 103 年 1 月

摘要

公共衛生護理工作隨著社會變遷，面臨更多元複雜的照護問題，需要不斷地充實新的知識技能，以因應工作實務面所需。本研究為了解目前實務工作者，當社區健康面臨各種全新挑戰，第一線社區健康照護人員，對於照護知識技能有何需求，在職教育或進修課程中所提供的知識技能，是否滿足實務所需，執照更新制度對花東地區公共衛生護理人員知識技能之影響。本研究欲探討花東公共衛生護理人員知識技能與實務需求差異之現況分析，及其相關影響因素，希望藉由探討偏鄉及弱勢族群比率偏高的花東地區，做為類似情況地區的護理人員，未來繼續教育課程設計之參考。研究設計為橫斷式、相關性研究，以單次結構式問卷做為研究工具，問卷內容是根據研究者參考相關文獻而自擬的「花東地區影響公共衛生護理人員之知識技能與實務需求差異之因素」量表。問卷效度採專家內容效度，研究對象為花蓮、台東地區之公共衛生護理人員，共 160 名(回收率 70.2%)。研究結果顯示，本研究對象之各項知識技能分數，得分介於「2 分/只能做到一部分」及「3 分/能做到大部分」之間，知識技能分數居中，偏向護理實務技巧的能力，公共衛生護理人員自評較佳，但領導及管理方面之行政能力，自評較差。覺得缺乏的課程，前三名分別為「分析與評估」、「政策發展與活動計畫執行」及「溝通實務方面」。近一年參加在職教育類型，最多的為「公共衛生方面」及「社區實務方面」，較少的為「領導與管理」、「文化方面」及「財政管理方面」。社區工作年資及年齡越小者，因執照更新理由而參加在職教育者越高。迴歸分析顯示，參與在職教育種類量較少者，其參與理由較多是為了執照更新。現今因推動執照更新制度，護理人員參與在職教育之比率已較過去提升，建議將來要辦理在職教育課程時，課程設計可多加辦理領導及管理方面之課程，使得護理人員不只有參與量增加，質也能符合需求並有所提升。

關鍵字：公共衛生護理、公共衛生護理人員、在職教育、知識技能、實務需求、執照更新制度

Abstract



Along with social change, public health nurses face more complex care issues and need to constantly improve new knowledge and skills to cope with the nursing practices required. This study aimed to understand the primary community health care practitioners in Hualien and Taitung, in facing a variety of new community health challenges and license renewal, what is in-service education needed for knowledge and skills for practice. To explore continuing education need in remote and disadvantaged areas of eastern Taiwan, will be the reference for similar district in the future. A cross-sectional, correlation study design with structured questionnaire research method was used. The questionnaire was developed by the researchers. Questionnaire validity used expert content validity. 160 public health nurses completed the questionnaire with a response rate 70.2%. The results of this study show a moderate level of knowledge and skills scores. Ability of nursing practice skills is good, but the administrative capacity of leadership and management is poor. Feel a lack of courses included "analysis and assessment", "policy development and implementation of activities planned" and "practical aspects of communication." In recent one year in-service education, the most were "public health" and "practice aspects of the community." Fewer courses were "leadership and management", "culture" and "financial management." For those nurses with less years of community work experiences and the younger, license renewal as a reason to attend courses were higher. Regression analysis showed, participants of license renewal as main reason had less amount of in-service education. As a impact of license renewal, in-service education involvement have been enhanced over the past. It is recommended in the future when designing in-service education program, curriculum can be more addressed to leadership and management courses. In-service education not only increases in the quantity but also quality.

Keywords: public health nursing, public health nurses, continuing education, Knowledge, skills and Practice Requirements, License Renewal System



目 錄

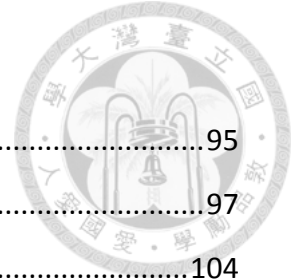


口試委員審定書.....	I
誌謝.....	II
摘要.....	III
ABSTRACT.....	IV
目 錄.....	VI
附錄目錄.....	VIII
圖目錄.....	IX
表目錄.....	IX
第一章 緒論	1
第一節 研究動機及重要性.....	1
第二節 研究目的.....	4
第二章 文獻查證.....	5
第一節 公共衛生護理人員之角色與功能.....	5
第二節 花東地區健康需求及現況.....	8
第三節 花東地區公共衛生護理人員進修情形.....	12
第三章 研究方法.....	15
第一節 研究設計與概念架構.....	15
第二節 研究問題.....	16
第三節 研究場所及對象.....	17
第四節 名詞解釋.....	17
第五節 研究工具及信效度.....	19
第六節 資料收集過程.....	23
第七節 倫理考量.....	23
第八節 統計分析.....	24
第四章 研究結果.....	26
第一節 花東地區公共衛生護理人員個人特性之資料分析.....	26
第二節 花東地區公共衛生護理人員工作情形之資料分析.....	28
第三節 花東地區公共衛生護理人員在職教育與進修之資料分析.....	32
第四節 花東地區公共衛生護理人員在職教育的需求之資料分析.....	40
第五節 花東地區公共衛生護理人員的知識技能之資料分析.....	43
第六節 花東地區公共衛生護理人員個人特性對於知識技能與在職教育需求之間的關係.....	49

第七節 花東地區公共衛生護理人員之工作情形對於知識技能與在職教育需求之間的關係...	57
第八節 花東地區公共衛生護理人員之知識技能與在職教育需求之間的關係	66
第九節 知識技能與實務需求之重要預測因子	69
第五章 討論	84
第一節 花東地區公共衛生護理人員知識技能情形	84
第二節 花東地區公共衛生護理人員之實務需求	84
第三節 花東地區公共衛生護理人員之在職教育與進修情形	85
第四節 花東地區公共衛生護理人員知識技能與實務需求之差異比較	86
第五節 花東地區公共衛生護理人員影響其實務需求相關因素	86
第六節 執照更新制度對花東地區公共衛生護理人員知識技能之影響	87
第六章 結論與建議	89
第一節 結論	89
第二節 建議	90
第三節 研究限制	91
參考文獻	92
中文部分	92
英文部分	93

附錄目錄

附錄一	研究同意書.....	95
附錄二	研究問卷.....	97
附錄三	問卷內容專家效度名單.....	104
附錄四	倫理委員會審查核可證明.....	105



圖目錄

圖一、研究架構.....	16
--------------	----



表目錄

表 2-2-1 民國 101 年十大死因分析表.....	10
表 2-2-2 民國 101 年花蓮縣十大死因分析表.....	10
表 2-2-3 民國 101 年台東縣十大死因分析表.....	11
表 3-5-1 研究問卷之專家效度平均得分.....	21
表 3-5-2 量表信度檢定之 CRONBACH'S ALPHA 值一覽表.....	22
表 3-5-3 問卷回收統計表.....	23
表 4-1-1 花東地區公共衛生護理人員個人特性-1.....	26
表 4-1-2 花東地區公共衛生護理人員個人特性-2.....	27
表 4-2-1 花東地區公共衛生護理人員工作情形.....	29
表 4-2-2 護理人員平均工作年資及平均負責業務量.....	31
表 4-3-1 在職教育參與頻率.....	32
表 4-3-2 在職教育類型、進修類型及自覺業務能力.....	33
表 4-3-3 近一年參加在職教育類型排序.....	34
表 4-3-4 進修理由.....	34
表 4-3-5 在職教育與進修參與相關因素-1.....	35
表 4-3-6 在職教育與進修參與相關因素-2.....	36
表 4-3-7 在職教育與進修參與相關因素排名.....	37
表 4-3-8 在職教育與進修參與相關因素排名-促進因素.....	38
表 4-3-9 在職教育與進修參與相關因素排名-管道不足因素.....	38
表 4-3-10 在職教育與進修參與相關因素排名-無需求/無幫助因素.....	39
表 4-3-11 在職教育與進修參與相關因素排名-參與障礙因素.....	39
表 4-4-1 覺得缺乏之在職教育類型.....	40
表 4-4-2 覺得缺乏之在職教育類型排名.....	40

表 4-4-3 社區護理的實務需求-1.....	41
表 4-4-4 社區護理的實務需求-2.....	42
表 4-5-1 公共衛生護理人員的知識技能.....	43
表 4-5-2 公共衛生護理人員的知識技能排名.....	46
表 4-6-1 知識技能與年齡相關性.....	49
表 4-6-2 知識技能與教育程度差異分析.....	51
表 4-6-3 社區護理的實務需求及進修相關因素與年齡之相關性.....	54
表 4-6-4 社區護理的實務需求及進修相關因素與教育程度之差異分析.....	55
表 4-7-1 知識技能與年資及業務量之相關性.....	57
表 4-7-2 知識技能與職務差異分析.....	60
表 4-7-3 知識技能與衛生所型態差異分析.....	60
表 4-7-4 社區護理的實務需求及進修相關因素與工作情形之相關性.....	62
表 4-7-5 社區護理的實務需求及進修相關因素與職務差異分析.....	63
表 4-7-6 社區護理的實務需求及進修相關因素與衛生所型態差異分析.....	64
表 4-8-1 知識技能與社區護理的實務需求之相關性.....	66
表 4-8-2 知識技能與進修相關因素之相關性.....	67
表 4-8-3 社區護理的實務需求與進修相關因素之相關性.....	68
表 4-9-1 知識技能總分與各自變項之逐步迴歸分析.....	70
表 4-9-2 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-實務品質.....	70
表 4-9-3 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-教育.....	71
表 4-9-4 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-專業實務能力評價.....	72
表 4-9-5 知識技能與各自變項之逐步迴歸分析-協同與專業關係.....	73
表 4-9-6 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-合作.....	73
表 4-9-7 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-倫理.....	74
表 4-9-8 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-研究.....	74
表 4-9-9 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-資源運用.....	75
表 4-9-10 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-領導統御.....	76
表 4-9-11 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-倡議.....	77
表 4-9-12 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-老人照護知識及技能.....	78

表 4-9-13 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-安寧照護知識及技能.....	78
表 4-9-14 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-心理健康照護知識及技能.....	79
表 4-9-15 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-社區評估知識及技能.....	80
表 4-9-16 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-婦幼衛生照護知識及技能.....	81
表 4-9-17 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-防疫知識及技能.....	82
表 4-9-18 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-新興傳染疾病照護知識及技能	82
表 4-9-19 「符合更新執業執照的要求」與各自變項之逐步迴歸分析.....	83

第一章 緒論

第一節 研究動機及重要性

隨著世界衛生組織所呼出的健康促進口號，世界各國政府無不努力推動，但影響人們是否從事健康促進之行為因素相當的多，大至政府政策及環境友善與否，小至個人生活習慣，都是環環相扣的，而民眾會接觸到的第一線醫事相關人員，通常為基層醫療機構人員，如：衛生所護理人員、家醫科醫師等，故民眾所要獲得的健康知識來源除了媒體傳播之訊息，就是由第一線的人員所提供。

由內政部的統計資料(2013)來進一步了解花東地區的人口結構，花蓮縣低收入戶人數占總人數比率為 2.02%，台東縣的低收入戶人數占總人數比率為 6.29%，台東地區是遠高於全國的 1.55%；身心障礙人口，花蓮縣所占的人口比率為 7.84%，台東縣則為 7.98%，皆高於全國的 4.81%，且為台灣地區中，最高比率之兩個縣市，緊接在後的是雲林縣及嘉義縣，也超過 7%，可得知，相較於台灣其他區域，花東地區是相對弱勢的地區，且因交通也較不便利，仰賴政府機關協助的需求也相較其他縣市高出許多。

而由行政院研究發展考核委員會定義之偏遠地區，花東地區除花蓮市及台東市外，縣內鄉鎮皆為偏遠地區，且在其提出的鄉鎮市區數位發展分類研究報告中指出，顯著進步且漸擺脫弱勢的地區中，沒有台東縣內任何鄉鎮，而花蓮也處於仍待加強區域，顯示花東地區在各方面，皆還需要許多努力(謝、簡、吳、游、紀、周，2012)。

在多種資源貧乏，且身心障礙人口比率偏高的情況下，民眾之身心健康更是仰賴公部門的資源，由行政院提出報告中也提到，花東地區數位發展仍較弱勢(謝等，2012)，故民眾在獲取各項身心健康方面的資訊，便主要是由基層第一線的公共衛生人員及基層醫療單位提供，是與資訊發展較便捷的都會地區，有很大的不同。

所以，身為把關民眾健康的第一線公共衛生護理人員，所要面對的情況，相

較其他縣市而言，是更為複雜的，不但是民眾健康資訊的主要來源之一，協助做資源轉介，也是預防及促進健康的重要推手，更顯其在花東地區醫療團隊之中，是相當重要的存在。

那麼第一線人所提供之訊息是否足夠、即時及正確呢？在這資訊爆炸的時代裡，第一線專業人員的角色更顯重要，需要更快速的獲取新知，然而現今探討護理能力方面之對象，多為醫院臨床護理人員(多為針對關於照護某些種類病患之能力探討，如照顧老人、特殊疾病之知識、態度…)，公衛護理人員之能力需求並非單一專科性，需要廣泛的跨領域知識，以因應民眾之需求，達到人們之健康素養之提升。

探討偏遠地區公衛護理人員相關研究指出，其照護能力新知(新興傳染病、新政策方向、照護福利政策等)多由在職教育獲得，但有許多阻礙以致其能力培訓受限(Chang, Tseng, Hsiao, & Wang, 2003)，承辦業務不只一個項目甚至要兼任行政工作，多種業務下導致常無法參加其業務之相關受訓，亦或者業務重新分配或業務之在職教育互相衝堂，故在多重業務情況下，人員能力是否能夠足以勝任？以教育進修之系統來看，台東縣內未有大學以上之護理相關科系設置，多為在職專班至台東縣設班，或是人員至外縣市進修，如此狀況下(在職教育參與片段、進修不易)之知識技能培訓是否完整？

在醫事人員執業登記及繼續教育辦法第三章規定「應每六年接受繼續教育之課程積分達 150 點以上」，也就是未上足積分的人員，就無法繼續執業，故從過去參與在職教育的動機中，以專業認知需求、自我成長及社交關係為主要(張、黃、黃、鍾，1997)，多了一個強制性的規定。

為達成執照更新目標，對於機構，需多加開辦相關課程，人員則為了持續更新執照而必須參與繼續教育。但對於師資相對其他縣市少的台東縣而言，六年 150 點執照更新之實施，是否也影響了偏遠地區公共衛生護理人員參與在職教育的動機及頻率？若參與量增加了，其知識能力是否跟著提升？而處於類似環境的花蓮，縣內設有護理相關科系，在人員在職教育方面，又與台東有什麼樣的異同

之處？

故本研究欲探討花東公共衛生護理人員知識技能與實務需求差異之現況分析，及其相關影響因素，希望藉由探討偏鄉及弱勢族群比率偏高的花東地區，做為類似情況的地區人員，未來繼續教育課程設計之參考。



第二節 研究目的



本研究目的為探討：

- 一、了解花東地區公共衛生護理人員知識技能情形
- 二、了解花東地區公共衛生護理人員之實務需求
- 三、了解花東地區公共衛生護理人員之在職教育與進修情形
- 四、了解花東地區公共衛生護理人員知識技能與實務需求之差異比較
- 五、了解花東地區公共衛生護理人員影響其實務需求相關因素
- 六、了解執照更新制度對花東地區公共衛生護理人員知識技能之影響

第二章 文獻查證

本研究所關注的群體為花東地區公共衛生護理人員，因花東地區地處偏遠，接受各種教育都不太容易，而社區健康面臨各種全新挑戰是趨勢，人員的知識及技能是否有跟上腳步？其中又有甚麼因素影響了人員的照護能力？身為花東地區中，第一線提供健康資訊及照護的一群人，是否有足夠的知識技能去因應現今社區照護的各種議題，便是本研究所關注之問題，而在適逢六年 150 點執照更新實施之際，是否有助力，亦或者是仍有重重阻礙？故本研究將探討了解花東地區公共衛生護理人員，知識技能與實務需求差異之因素現況分析，以及其相關影響因素之探討。

故本章節將針對公共衛生護理人員之角色與功能、花東地區健康需求及現況以及公共衛生護理人員進修情形做探討。

第一節 公共衛生護理人員之角色與功能

在臺灣將社區衛生護理工作人員以工作地點來區分，「公共衛生護理人員」是於衛生所（室）工作、「社區衛生護理人員」則包含在醫院附設社區護理單位或相關單位從事個案管理、出院準備服務、衛生教育或初段預防業務、「學校衛生護理人員」是位於學校，提供健康服務與諮詢、「職業衛生護理人員」在各職場，「照顧管理專員／督導」則是指在長照機構提供長期照護服務的護理人員(陳，2009)。

也就是說公共衛生護理人員，受過專門公共衛生護理訓練，在官方機構所提供之公共衛生護理相關機構服務者（台灣護理學會，2012）。根據台灣護理學會（2012）之定義，公共衛生護理人員之功能有三個面向，分別為個案、健康服務系統以及人群。

而與其他社區護理人員不同的是，公共衛生護理人員因為隸屬於官方機構，故也是執行國家衛生政策重要一員，也就是其業務內容是跟國家政策直接相關的，

是一個推動國家政策於社區之中的重要推手，也是社區中各種社區護理人員（職業衛生護理、學校護理、長期照護及醫療機構社區護理）的評核單位人員。

為面對社區中的個案、健康服務系統及人群，公共衛生護理人員應具備充分的專業能力，美國護理學會（2009）彙整出公共衛生護理有十個專業能力表現標準，分別為實務品質、教育、專業實務能力的評價、協同與專業關係、合作、倫理、研究、資源運用、領導統御及倡議。一名公共衛生護理人員被期待能夠具備上述所提之專業能力，並運用批判性思考經由護理過程中的評估、診斷、結果的確認、計劃、執行和評值，來因應社區中各種不同層面之狀況。

在基層醫療保健中，公共衛生護理人員占有重要的角色，是位於人們在醫療機構與社區之間的醫療專業人員，也是社區中的資源轉介者，連結著社區中的各種機構和資源，以現今健康照顧者的發展趨勢，朝向與服務對象（包含個人家庭、團體與社區等面向），建立夥伴關係（高、陳，2005）。相較於醫療機構中護理人員所接觸的，多為其他醫療相關專業人員，在社區裡，面對的不單只是病患，還有背後的社區環境及資源，所面臨的問題是多元的，或許疾病只是個案眾多問題中的其中一小塊，是故公共衛生護理人員要善用各方資源，協調出對個案來說，最佳的健康照護選擇。

台灣護理學會（2012）整理出社區衛生護理五大核心能力包含了實證基礎、管理、個案/照護管理、社區/群體/家庭及全球健康，公共衛生護理人員被期待成為一個健康管理者，從個人健康管理到社區健康營造，涉及範圍相當地廣，當然需要具備的知識及技能是相當多元，所連結合作的人員也是來自各方專業，若沒有對其他專業有一定程度的了解，也難以分工合作。

而近期推動之社區專科護理師，也提到所需的核心能力有三種，分別為臨床照護能力、管理能力以及社區領導力（陳，2012），點出了對於社區護理人員之能力期待方向，希望從事社區護理的人員，能有多元及統合的能力。

回顧探討社區衛生護理之角色與功能議題文獻，可分為探討護理人員在職教育方面之議題、及探討特殊族群照護知識技能之議題（如老人、精神衛生等），

都凸顯出了社區健康議題所包含之層面相當廣泛，且不斷有新的知識技能出現，非單純學校教育後就足以跟上變化，需要持續的進修學習。



第二節 花東地區健康需求及現況

根據內政部 2013 年的資料顯示(統計至 2013 年 12 月)，花蓮縣的低收入戶人數為 6,728 人，占總人數比率為 2.02%，台東縣的低收入戶人數為 14,142 人，占總人數比率為 6.29%，高於全國的 1.55%；花蓮縣的身心障礙人口為 26,143 人，所占的人口比率為 7.84%，台東縣為 17,938 人，所占的人口比率為 7.98%，高於全國的 4.81%，由此可見，台東縣為全國低收入戶和身心障礙人口最多的縣，而鄰近之花蓮縣，身心障礙人口也相當高。

人口組成方面，內政部（2014）資料顯示，花蓮縣總人口數為 333,653 人，原住民人口數為 91,122 人，占花蓮縣人口數 27%。台東縣總人口數為 224,753 人，原住民人口數為 79,286 人，占台東縣人口數 35%。65 歲以上人口比率，花蓮縣是 13.2%，扶養比為 36%，台東縣為 13.7%，扶養比是 38%，兩個地區相當類似。

由以上人口學統計資料可得知，花東地區在台灣是屬於一個相對弱勢的地區，不論是社會福利之介入、或是健康照護系統，都有相當多比率人口是需要協助的，故居中擔任社區民眾第一線健康的諮詢、照護者，也就是公共衛生護理人員，需要有相當多元知識及轉介的能力，才能夠給予適切之照護。

根據上述數據資料可得知，花東地區在台灣地區中，是屬於相對偏遠的地區，而對於地處偏遠地區之社區，其照護需求之特性為範圍廣、多樣性，居民有被隔離感及資源缺乏、照護角色多元等(Kenny & Duckett, 2003；Bushy, 2001；Richard, Farmer, & Selvaraj, 2005)，對於偏遠地區居民所著重之照護，是緊急照護及自我照護(Lee & Clarlene, 2004)。

花東地區可說是集各種弱勢族群於一區的地方，故所面臨到的問題，也會是在其他偏遠或弱勢地區會面臨的問題，故研究出適於花東地區有效的照護模式，也能夠推廣到其他同樣狀況的地區，目前台灣社區健康會面臨到的問題，有高齡社會、慢性病成為主要健康問題、住院病人急性程度提高、弱勢族群及易被邊緣

化之族群照護以及護理教育之改進對策（張、余、趙，2012）。

針對於人口老化之問題，政府推行了不少相關政策，如高齡友善城市及長期照護十年計劃，都是為了因應人口老化之問題，而台東縣已達人口老化之標準，相關的健康照護需求也是逐漸提高，而長期照護是以照護為主，醫療為輔的照護模式，需要跨專業團隊共同合作（戴、張、呂、吳，2004），未能入住機構之長照個案於社區中的照護需求，就是回歸於社區，也就是公共衛生護理人員去追蹤管理。

另一方面有待公共衛生人員去追蹤的是，慢性病成為民眾主要的健康問題，慢性病如：癌症、糖尿病、高血壓、心臟血管疾病、氣喘、憂鬱症與自殺等是現今主要的健康問題（國家衛生研究院，2008），其所衍生的健康照護需求與急性疾病的照護需求有極大的差異。

由衛生福利部(2013)的統計資料得知，101年十大主要死因為(1)惡性腫瘤；(2)心臟疾病（高血壓性疾病除外）；(3)腦血管疾病；(4)肺炎；(5)糖尿病；(6)事故傷害；(7)慢性下呼吸道疾病；(8)高血壓性疾病；(9)慢性肝病及肝硬化；(10)腎炎、腎病症候群及腎病變。每十萬人口標準化的死亡率為450.6（表2-2-1），而單看縣市十大死因資料顯示（表2-2-2及表2-2-3），花東地區每十萬人口的死亡率分別為939.8和1,060.4，且排名方面，事故傷害、慢性肝病及肝硬化兩項死因之死亡率較全國高，再進一步看各死因之每十萬人口標準化的死亡率，皆高出全國數值許多，顯見花東地區之健康問題是需要更多關注。

且花東地區弱勢族群比率高，面對其健康問題的同時，背後的社會因素也相當複雜，如中低收入戶家庭之就醫問題，或是失業人口同時為自殺高風險族群，對於要前往關懷訪視的人員來說，訪視或是協助的難度，是相對困難，需要跨部門的互助合作，為提供跨團隊、跨區域(社區、醫院、職場等)的照護，需要合適的人居中做協調、整合照護計畫，而此角色通常為公共衛生護理人員。

表 2-2-1 民國 101 年十大死因分析表

順位	死亡原因	死亡人數	每十萬人口死亡率	每十萬人口標準化死亡率	死亡百分比%
	所有死亡原因	153,823	661.0	450.6	100.0
1	惡性腫瘤	43,665	187.6	131.3	28.4
2	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	17,121	73.6	47.9	11.1
3	腦血管疾病	11,061	47.5	30.8	7.2
4	肺炎	9,314	40.0	24.4	6.1
5	糖尿病	9,281	39.9	26.5	6.0
6	事故傷害	6,873	29.5	23.8	4.5
7	慢性下呼吸道疾病	6,326	27.2	16.4	4.1
8	高血壓性疾病	4,986	21.4	13.3	3.2
9	慢性肝病及肝硬化	4,975	21.4	15.6	3.2
10	腎炎、腎病症候群及腎病變	4,327	18.6	12.1	2.8

表 2-2-2 民國 101 年花蓮縣十大死因分析表

順位	死亡原因	死亡人數	每十萬人口死亡率	死亡百分比%
	所有死亡原因	3,158	939.8	100.0
1	惡性腫瘤	765	227.7	24.2
2	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	328	97.6	10.4
3	腦血管疾病	246	73.2	7.8
4	糖尿病	234	69.6	7.4
5	肺炎	221	65.8	7.0
6	事故傷害	186	55.4	5.9
7	慢性肝病及肝硬化	173	51.5	5.5
8	慢性下呼吸道疾病	133	39.6	4.2
9	高血壓性疾病	129	38.4	4.1
10	腎炎、腎病症候群及腎病變	86	25.6	2.7

表 2-2-3 民國 101 年台東縣十大死因分析表

順位	死亡原因	死亡人數	每十萬人口死亡率	死亡百分比%
	所有死亡原因	2,410	1,060.4	100.0
1	惡性腫瘤	638	280.7	26.5
2	心臟疾病（高血壓性 疾病除外）	327	143.9	13.6
3	腦血管疾病	165	72.6	6.8
4	肺炎	150	66.0	6.2
5	事故傷害	130	57.2	5.4
6	慢性肝病及肝硬化	129	56.8	5.4
7	糖尿病	107	47.1	4.4
8	慢性下呼吸道疾病	102	44.9	4.2
9	高血壓性疾病	97	42.7	4.0
10	敗血症	67	29.5	2.8

關於弱勢族群及易被邊緣化族群之健康照護方面，也是常被人們提出，現況來說，較缺乏設計培育照護偏遠地區、弱勢族群相關之課程，政策面應當非單純的留人於當地、還需加強多元文化敏感度及跨部門資源整合能力，提供適切之社區照護能力，這也應當為護理教育課程之改善目標之一。

護理教育方面，增加老年及社區衛生護理的專業知能，以因應慢性病照護所需的能力，包括溝通、協調能力（能與病人、社區或其他醫療團隊人員建立伙伴關係），協助行為改變技巧、病人教育及諮商技巧、提供連續性照護的能力、品質改進及領導與管理等能力（WHO, 2005），對於公共衛生護理人員來說，挑戰是越來越多元及困難。

第三節 花東地區公共衛生護理人員進修情形

內政部針對偏遠地區定義為人口密度低於全國平均人口密度五分之一之鄉鎮市；或距離直轄市、縣市政府所在地 7.5 公里以上之離島。台東縣除台東市外，縣內鄉鎮皆為偏遠地區，且為全國低收入戶及身心障礙人口比率最多之縣市，而相鄰之花蓮縣也相當類似，不論是地理環境，或是人口組成，皆地處偏遠且弱勢（內政部，2013），故公共衛生人員所需要之專業訓練是刻不容緩的，但在文獻上指出，台東地區公共衛生護理人員雖有在職教育之需求，但有許多因素阻礙其受教育訓練，距離被認為是最主要之因素，其次為家庭及主管支持與否（Chang, Tseng, Hsiao, & Wang, 2003），而有著類似環境的花蓮縣，人員之進修也常常是受限於距離因素。

我國於今年第一次實施六年 150 點執照更新制度，回顧台灣護理學會積分審定通過課程清單，台東地區的護理繼續教育積分課程，一開始開辦時，主要由衛生局主辦，其次為各家醫院，近年醫院辦理有增多，也多了視訊型態的選擇，但醫院辦理之對象較偏針對醫院的人員，且整體來說，總場次偏少，而花蓮縣因本身有護理相關科系，人員課程選擇是較台東地區方便許多，但資源仍明顯分布不均，較集中於花蓮市區（台灣護理學會，2014），也就是不論位於花蓮或是台東，公共衛生護理人員會因距離限制，以至於能獲得較多積分的來源是衛生局提供，也就是因職務因素之進修課程，故課程選擇性也就相對少。

林、黃、馬、許和李（2008）調查台灣離島及偏遠地區公共衛生護理人員業務內容，包含主辦業務、地段管理以及醫療門診業務（含巡迴醫療等）；而限於人力與經費，雖然業務相當多元，但訓練課程多著重於業務執行之要求，也就是較停留於關注目標數，而非關注計劃背後所真正關注之議題及未來展望，這也與台灣護理學會積分審定通過課程清單中積分數據相互呼應，雖然因應學分之需求使開辦課程有增加，但針對社區護理人員的學分數仍略顯不足。

謝、李、周、蔡、劉、楊（2013）調查不同背景的基層護理人員發現，繼續

教育課程是有必要針對不同機構之基層護理人員進行合適之課程規劃，故公共衛生護理人員所需要之課程跟醫療院所護理人員是有差異的，而花東地區辦理課程內容較多針對醫療機構，使得人員可能參與的課程與實務有差距，故人員若想精進社區方面知能，可能仍需至外縣市參加課程或研習。

林、黃、馬、許和李（2009）進一步調查分析，衛生所護理人員之訓練重點主要有演講式/座談、實作、衛生所特色課程和公共衛生基礎課程，從課程安排中，也反映出各衛生所對於人員的知識及技能之期待，但人員也反映目前承接之業務中央主管機關單位很多，如：國健署、疾管署等，執行均由衛生所護理人員執行，人員表達出希望能明定工作內容且由單一中央主管機關窗口辦理，以免人員最終是無法釐清自身角色功能，成為只是執行計劃的人員，而非公共衛生護理人員。

在護理相關之科系方面，花蓮縣有慈濟大學及慈濟技術學院，並有護理相關科系，而台東縣並無專科以上之護理科系，故進修課程多為外縣市之學校至台東市區開班授課，或者人員至外縣市進修，並無充足且固定的師資可持續不斷推動教育課程，光以方便性來說，台東地區公共衛生護理人員至市區上課已是負擔，但師資卻不穩定，也成為台東縣內許多在職教育課程開辦之問題，這也是這花東地區兩縣市較不相同之處。

以在職需求來看，人員所需要的資訊是相當多元且複雜的，如：社區評估、心理諮詢、老人照護、安寧照護、統計資料分析法及急診照護(Chang, Tseng, Hsiao, & Wang, 2003)。以上述需求來看，若無穩定且有系統的課程，人員是難以提升其專業能力，也間接的影響到受照護的民眾。

而在目前在職教育及進修之種種困難之下，且多個單位計劃交辦下（如：國健署、疾管署等），使得工作內容越來越多元複雜，花東地區的公共衛生護理人員其專業方面的知識技能是否足夠？達到甚麼樣的程度？是少有文獻探討，雖有研究已探究其在職教育之需求，但在職教育所提供及人員的專業知識技能，與實務上政策方向所期待的能力，是否有差異？是本研究想了解得知的。



第三章 研究方法

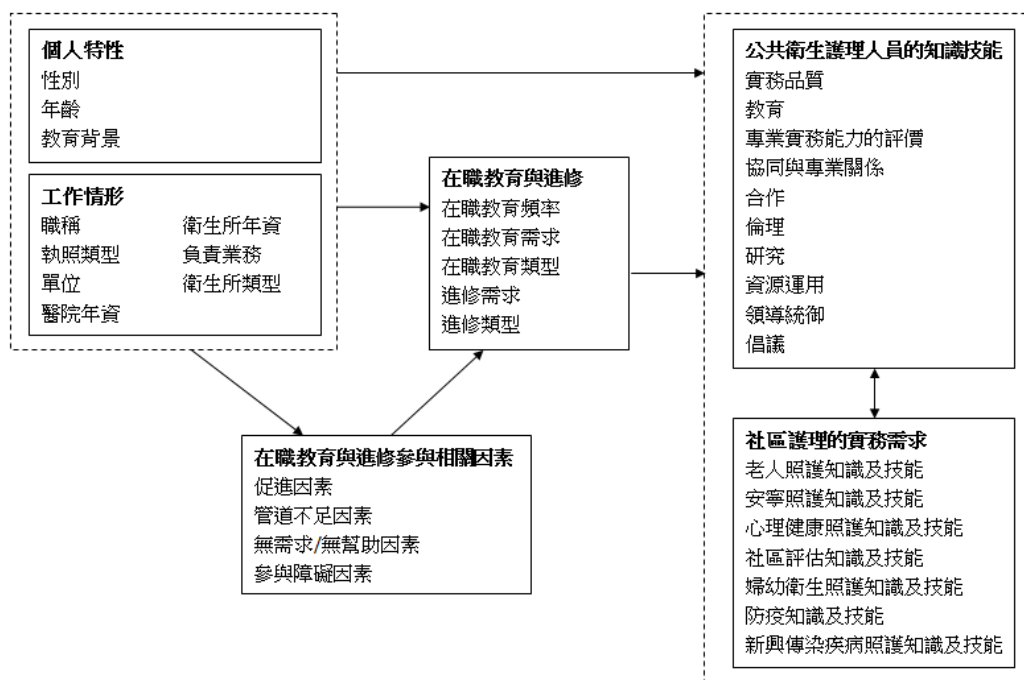
第一節 研究設計與概念架構

本研究採用橫斷式、相關性研究，以單次結構式問卷調查研究設計，做為現況之分析。依據文獻查證，將欲探討之變項分為個人特性、工作情形、在職教育與進修、公共衛生護理人員的知識技能與社區護理的實務需求，藉由探討其彼此之相關性，找出影響公共衛生護理人員之知識技能與實務需求差異之因素，研究架構如圖一。

預期人員之各項特質對於其知識技能與實務需求差異是有相關性，而針對其特質分為個人特性、工作情形以及在職教育與進修來做統計，以便分析。個人特性包含性別、年齡、教育背景。工作情形則包含職稱、執照類型、單位、醫院年資、衛生所年資、負責業務、衛生所類型。在職教育與進修包含在職教育頻率、在職教育需求、進修類型、進修需求。在職教育與進修相關因素則包含促進因素、管道不足因素、無需求/無幫助因素及參與障礙因素。

公共衛生護理人員的知識技能，包含：實務品質、教育、專業實務能力的評價、協同與專業關係、合作、倫理、研究、資源運用、領導統御及倡議。社區護理的實務需求：老人照護、安寧照護、心理健康照護、社區評估、婦幼衛生照護、防疫及新興傳染疾病照護。

本研究將個人特性、工作情形以及在職教育，視為影響公共衛生護理人員的知識技能之因素，而根據 Guo, Hsu & Lin(2008)指出，為因應未來以社區為導向之照顧需求，也就是不同社區型態應有不同類型之教育課程，在職教育應當配合此趨勢設計，而進修與社區護理實務需求的關係應當是越來越密切，故預期社區護理的實務需求會影響在職教育與進修，並期望藉由了解人員的實務需求及自評之專業能力，得知公共衛生護理人員的知識技能與實務需求兩者之間的關係。



圖一、研究架構

第二節 研究問題

綜合以上，探討了花東地區健康需求及現況、花東地區護理人員知識技能與實務上差異，訂定本篇研究之問題為：

- 一、了解花東地區公共衛生護理人員之個人特性(年齡、性別、教育程度)，對於知識技能與在職教育需求之間的關係
- 二、了解花東地區公共衛生護理人員之工作情形，對於知識技能與在職教育需求之間的關係
- 三、了解花東地區公共衛生護理人員之在職教育與進修現況
- 四、了解花東地區公共衛生護理人員之知識技能現況
- 五、了解花東地區公共衛生護理人員之地區別特性(偏遠、山地及離島)，對於知識技能與在職教育需求之間的關係
- 六、了解執照更新制度因素對花東地區公共衛生護理人員知識技能之關係

第三節 研究場所及對象

本研究主要探討花東地區公共衛生護理人員之知識技能與實務需求差異及其相關因素探討，故本研究之母群體為花蓮縣及台東縣衛生所公共衛生護理人員（包含：護理長、護理人員），花蓮縣內有十三個衛生所，台東縣內有十六個衛生所，根據衛生福利部執業登記資料，執業登記類別為護理師、護士、助產士者，皆為收案對象，花蓮縣計 92 人，台東縣計 136 人，共 228 人。排除條件為非領有護理相關執照之計劃下訪視人員。

第四節 名詞解釋

- 一、公共衛生護理人員：本研究所稱公共衛生護理人員是指於衛生所領有執業執照，且執行公共衛生護理實務之護理人員。
- 二、公共衛生護理人員之知識技能：指公共衛生護理人員於實務工作中，需使用之公共衛生照護相關之知識及技能，如：安寧照護知識與技能、心理健康照護知識及技能。本研究根據美國護理學會（2009）提出之十個專業能力表現標準，分別為與實務品質、教育、專業實務能力的評價、協同與專業關係、合作、倫理、研究、資源運用、領導統御及倡議，其定義分述如下：

（一） 實務品質

本研究是指公共衛生護理人員能否能夠有系統的提升護理品質和效果。

（二） 教育

本研究是指公共衛生護理人員是否能夠取得知識與能力，以回應當代護理及公共衛生實務中。

（三） 專業實務能力的評價

本研究是指公共衛生護理人員能否根據專業實務標準和指引、法令規章，來評價自己的實務能力。

(四) 協同與專業關係

本研究是指公共衛生護理人員與社區中的團體組織、其他健康服務專業人員互動時，能否建立夥伴關係，並對彼此、同事及學生的專業發展做出貢獻。

(五) 合作

本研究指公共衛生人員能否與社區民眾、組織及其他服務專業人員的代表共同合作，以提供與促進社區群體的健康。

(六) 倫理

本研究是指公共衛生護理人員能否就所有實務的領域去整合倫理規範。

(七) 研究

本研究是指公共衛生護理人員能否整合研究成果於實務中。

(八) 資源運用

本研究是指公共衛生護理人員能否在提供各項政策、公共衛生計劃及服務時，能考量安全、效果、成本和效益、與其對實務及社區群體所造成之影響等因素。

(九) 領導統御

本研究是指公共衛生護理人員能否於護理及公共衛生領域表現出領導能力。

(十) 倡議

本研究是指公共衛生護理人員能否為保護社區群體的健康、安全與權力倡議。

三、社區護理的實務需求：本研究所指之實務需求，係指現行衛生所執行之各項計劃及業務。如：老人照護、安寧照護、心理健康照護、社區評估、婦幼衛生照護、防疫、新興傳染疾病照護等。

第五節 研究工具及信效度

本研究工具為結構式問卷，共分為兩個部分：包括第一部分基本資料、第二部分公共衛生護理人員之知識技能與實務差異量表。第二部分之量表為運用文獻回顧並配合研究對象的特性，自行編修「公共衛生護理人員之知識技能與實務需求差異因素量表」，量表包含「在職教育頻率及參與相關因素」、「知識技能相關因素」兩個方面的因素量表。

一、基本資料

基本資料乃參考相關文獻及配合本研究對象特性所擬定。包含個人特性及工作情形。個人特性指性別、年齡、教育背景。工作情形則指職稱、執照類型、單位、醫院年資、衛生所年資、負責業務、衛生所類型。

二、公共衛生護理人員之知識技能與實務需求差異量表

本研究預計運用文獻回顧所提出的專業能力及社區護理的實務需求設計問卷，並配合研究對象自行編修之「公共衛生護理人員之知識技能與實務需求差異因素量表」。問卷內容根據相關領域之專家建議，做題目修訂，以建立問卷之內容效度。

在職教育頻率及參與相關因素量表，包含在職教育與進修參與相關因素量表、在職教育頻率、在職教育需求、進修類型及進修需求。知識技能相關因素量表，包含在專業能力及社區護理的實務需求。

專業能力方面，本研究根據美國護理學會（2009）提出之十個專業能力表現標準，設計公共衛生護理人員的知識技能問卷量表，包含：實務品質、教育、專業實務能力的評價、協同與專業關係、合作、倫理、研究、資源運用、領導統御及倡議。採自填式問卷使人員自評有無充分各項能力。

社區護理的實務需求方面，本研究根據文獻提出之實務需求，老人照護、安寧照護、心理健康照護、社區評估、婦幼衛生照護、防疫、新興傳染疾病

照護等，設計問題，使人員自評其對於相關業務所需能力，有何種程度的能力去執行該實務需求。

問卷之計分方式採 Likert 四點記分法，1 分代表不具此能力，或無法做到、完全不符合此能力要求；2 分代表具此能力，但只有一部分；3 分代表具此能力，且能做到大部分；4 分代表具有此能力，且能完全做好，分數越高代表專業能力越佳。

三、研究工具效度

本研究工具採內容效度，問卷初稿擬訂後，邀請五位與本研究主題相關之國內公共衛生及護理資深專家進行問卷評定修正（表 3-5-1），再立意取樣方式，邀請台東市、關山鎮、海端鄉及大武鄉衛生所之護理人員共 29 名做為預試對象，根據預試結果修改不適當的題目或語句，再經五位專家評估核可後，使成正式問卷。

根據專家的建議，對問卷做出以下的修改：

1. 修改部分的語句，使題意能更清楚以符合研究目的。
2. 根據專家之建議，問卷具體增減調整如下：
 - (1) 在職教育與進修參與相關因素量表由原本的 11 題，增加至 15 題，其中，促進的因素增加一題（第 15 題）。參與障礙相關因素題目（原題號為第 8、10 及 11 題），經修改共增加三題（第 8、9、11、12、13、14 題）。
 - (2) 基本資料部分，將語意不清的部分重新描述，使受測者能區辨（在職教育與進修、衛生所型態之定義）
3. 修改後的問卷題數：
 - (1) 在職教育與進修參與相關因素量表：15 題
 - (2) 知識技能相關因素量表：29 題

(3) 社區護理的實務需求量表：7 題



表 3-5-1 研究問卷之專家效度平均得分 (N=5)

量表名稱	題數	專家效度平均得分
在職教育與進修參與相關因素量表	11	0.99
促進因素	1	1
管道不足因素	2	1
無需求/無幫助因素	4	1
參與障礙因素	4	0.96
知識技能相關因素量表	29	0.99
實務品質	3	1
教育	3	1
專業實務能力評價	3	1
協同與專業關係	3	0.98
合作	3	0.98
倫理	3	0.97
研究	2	0.98
資源運用	3	1
領導統御	3	1
倡議	3	0.97
社區護理的實務需求量表	7	1

四、研究工具信度

本研究工具之信度採用各量表內部一致性檢定，以 Cronbach's α 表示。經參考相關文獻後，依據本研究目的設計之問卷，經資深專家評定完成後，開始發放。研究者以立意取樣方式邀請台東市、關山鎮及海端鄉、大武鄉衛生所之護理人員共 29 名做為預試對象。並以 Cronbach's α 值檢定研究工具之內在一致性（表 3-5-2）。

1. 在職教育頻率及參與相關因素量表

在職教育頻率及參與相關因素量表共 15 題，預試時 Cronbach's α 值為 0.845，正式研究則為 0.857。



2. 知識技能相關因素量表

知識技能相關因素量表共 29 題，預試時總量表 Cronbach's α 值為 0.956，正式研究則為 0.970。依參考文獻可細分為 10 個項目，預試時，Cronbach's α 值在 0.613-0.935 之間，正式研究則在 0.806-0.935 之間。

3. 社區護理的實務需求量表

社區護理的實務需求量表共 7 題，預試時 Cronbach's α 值為 0.893，正式研究則為 0.916。

表 3-5-2 量表信度檢定之 Cronbach's α 值一覽表

量表名稱	題數	Cronbach's α 值	
		預試 (n=29)	正式研究 (n=160)
在職教育頻率及參與相關因素量表	15	0.845	0.857
知識技能相關因素量表	29	0.956	0.970
實務品質	3	0.764	0.817
教育	3	0.855	0.861
專業實務能力評價	3	0.785	0.867
協同與專業關係	3	0.895	0.901
合作	3	0.830	0.895
倫理	3	0.812	0.892
研究	2	0.613	0.806
資源運用	3	0.864	0.893
領導統御	3	0.935	0.907
倡議	3	0.907	0.935
社區護理的實務需求量表	7	0.893	0.916

第六節 資料收集過程

本研究經 IRB 之審查通過後於 103 年 6 月至 9 月間開始收案，因收案問卷為自填式問卷，故先經由電話聯繫衛生局、所，徵得同意後，事先以所為單位分好問卷，再以局為單位，郵寄問卷至花東兩縣，再由各局協助人員分寄已分好組別之問卷至各鄉鎮衛生所，並附上信封，使各人員填答完畢後，最後將問卷收於信封中，統一交給承辦人員寄回各局並再由各局協助人員寄回。

本研究共發放 228 份問卷，回收有效份數為 160 份，回收率 70.2%(表 3-5-3)，未回收之問卷主要是人員請休假或是出差之因素，故無法全數回收。

表 3-5-3 問卷回收統計表

區域	發出人數	已回收人數	回收率
台東縣	136	91	66.9%
花蓮縣	92	69	75%
合計	228	160	70.2%

第七節 倫理考量

本研究為非侵入性調查性研究，研究工具為自擬式結構性問卷，為確保研究對象之權益，會經由台灣大學人體試驗委員會審查通過，經審議取得書面同意後，使得以進行。並讓參與者填寫同意書，使參與者在已知研究目的及用途之情況，依意願決定是否參與研究，如同意，簽署同意書後進行問卷填答。

嚴守研究資料保密原則：告知被研究者資料分析是以整體的分析，不做個別描述且匿名處理資料。留下研究者之聯絡方式，使參與者能夠隨時與研究者諮詢研究相關問題。

第八節 統計分析

研究回收之問卷，研究者會立即檢試問卷完整性，有遺漏之處將立即追蹤受試者填補完成。所有問卷皆為匿名方式，並由研究者統一收集保管，內容資料僅供研究使用絕無外流。



一、資料分析軟體：有效問卷經編碼處理後，以 SPSS for windows18.0 版統計套裝軟體進行資料管理及有效問卷之分析。

(一) 描述性統計：

1. 研究對象之個人特性包含性別、年齡、教育背景。工作情形則包含職稱、執照類型、單位、醫院年資、衛生所年資、負責業務、衛生所類型，利用次數分配、百分比、平均值、最大值、最小值與標準差等分析方式呈現。
2. 研究對象之在職教育頻率及參與相關因素，係指在職教育與進修，包含在職教育頻率、在職教育需求、進修類型、進修需求，以排序、百分比、平均值、最大值、最小值與標準差等分析方式呈現。
3. 研究對象之專業能力包含：實務品質、教育、專業實務能力的評價、協同與專業關係、合作、倫理、研究、資源運用、領導統御及倡議，以排序、百分比、平均值、最大值、最小值與標準差等分析方式呈現。
4. 研究對象之社區護理的實務需求，包含：老人照護、安寧照護、心理健康照護、社區評估、婦幼衛生照護、防疫、新興傳染疾病照護，以排序、百分比、平均值、最大值、最小值與標準差等分析方式呈現。

(二) 推論性統計

1. 研究對象之不同個人特性之間的差異，以獨立樣本 t 檢定及 ANOVA 做分析，其中 ANOVA 再以 Scheffe (變異數同質) 或 Tamhane (變異數不同質) 做事後比較。
2. 研究對象之個人特性、工作特性、在職教育與進修與專業能力之間的相關，若為連續或分成兩組之類別變項則以皮爾森積差相關 (Pearson) 檢定；序位變項則以斯皮爾曼等級相關係數 (Spearman) 做進一步分析。



第四章 研究結果



本章節將依據研究目的、研究架構及各變項，進行描述性及相關性的統計分析，並將研究結果分述如下。

第一節 花東地區公共衛生護理人員個人特性之資料分析

本節將根據研究對象之個人特性（性別、年齡及教育背景）做描述性統計分析，如表 4-1-1、表 4-1-2。

本研究收案人數為 160 人，只有一名男性，年齡方面，平均年齡為 37.95 歲，年齡最長為 61 歲，最年輕為 23 歲，兩縣平均年齡達統計顯著差異。而以十歲為一年齡層來看，31-40 歲之年齡層人數最多，佔 44.4%，41-50 歲次之（31.3%）。而分別來看花、東兩縣，平均年齡是台東縣較為年輕， 36.74 ± 7.74 歲，花蓮縣則是 39.55 ± 8.42 歲，兩個縣人數最多之年齡層皆為 31-40 歲，皆占四成之比例，而在年齡層為 21-30 歲，台東較花蓮多，約占二成，花蓮則只占一成。

教育程度方面，最多人數為大學畢業（36.3%），其次是五專（23.1%），15 名教育程度填寫其他，其中，14 名為二專，1 名三專，故將二專、三專併入五專，統稱為專科，共 52 人（32.5%），在花東兩地皆占三成比例。而近一年內有在進修者為 8 人，佔 5%，其中 3 人進修課程為二技，其餘為研究所。兩縣分別來看，台東縣之大學畢業及二技畢業比例相當，分別占 31.9%、26.4%，而花蓮縣則以大學畢業為主，占 42%。

表 4-1-1 花東地區公共衛生護理人員個人特性-1

變項	組別	t 值或卡方		
		台東 (n=91)	花蓮 (n=69)	總和 (n=160)
性別 n(%)				0.76/0.38
	女	90 (98.9)	69 (100)	159 (99.4)
	男	1 (1.1)	0 (0)	1 (0.6)

平均年齡				12.65**
n(%)				/0.005
	21-30 歲	23 (25.3)	7 (10.1)	30 (18.8)
	31-40 歲	40 (44)	31 (44.9)	71 (44.4)
	41-50 歲	27 (29.7)	23 (33.3)	50 (31.3)
	≥51 歲	1 (1.1)	8 (11.6)	9 (5.6)
(mean±SD)		36.74±7.74	39.55±8.42	-2.19*/0.03 37.95±8.14
教育程度				5.808/0.21
n(%)				
	高中職	1 (1.1)	4 (5.8)	5 (3.1)
	專科	31 (34.1)	21 (30.4)	52 (32.5)
	二技	24 (26.4)	12 (17.4)	36 (22.5)
	大學	29 (31.9)	29 (42)	58 (36.3)
	碩士	6 (6.6)	3 (4.3)	9 (5.6)

*p<.05 **p<.01

表 4-1-2 花東地區公共衛生護理人員個人特性-2

項目	最小值	最大值	平均值	標準差
年齡	23.00	61.00	37.9500	8.13626

第二節 花東地區公共衛生護理人員工作情形之資料分析

本節將根據研究對象之工作情形（職務、年資、衛生所型態及負責業務等）做描述性統計分析，如表 4-2-1、表 4-2-2。

職務類別方面，主管共 21 人，占 13.1%。而花東地區分別來看，花蓮、台東之主管各占 11.6% 及 14.3%。擁有之執照類型，近九成是擁有護理師執照，助產相關執照有 26 人次，擁有護士執照者，有 77 人，而護理師執照擁有者最多，有 141 人。取最高執照來看，花東兩縣最高執照為護理師者，分別占 84.1% 及 91.2%。

服務的衛生所型態，以平地原住民鄉最多，共 105 人（65.6%），其次是山地原住民鄉，47 人（29.4%）。而分別來看兩縣之分佈，仍以平地原住民鄉為主，而花蓮縣占七成，台東縣則為六成。以服務地區是否為偏遠地區來看，偏遠地區為 87 人，占 54.4%。以縣分開來看，花蓮縣約占五成，台東縣則近六成。

工作年資方面，總工作年資平均為 15.72 ± 8.43 年，台東、花蓮分別來看，則為 14.22 ± 7.65 年和 17.69 ± 9.05 年，且兩縣平均有達統計顯著差異。而臨床工作的平均年資，兩縣之平均年資為 4.52 ± 6.67 年，而台東為 4.11 ± 4.39 年，花蓮為 5.05 ± 4.99 年。社區工作的平均年資，平均年資為 10.41 ± 8.84 年，台東為 9.53 ± 7.90 年，花蓮為 11.57 ± 9.88 年，以年資分布來看兩縣分布是有達統計上顯著差異。而目前單位工作年資，平均為 9.76 ± 8.81 年，台東縣為 9.23 ± 8.01 年，花蓮縣為 10.46 ± 9.78 年。

負責業務方面，最多人員負責地段管理占八成左右、其次是保健業務，占七成多，而門診醫療也占六成，而以業務量來看，平均一人負責業務量為 3.89 ± 1.82 個業務，台東縣為 3.77 ± 1.61 個業務，花蓮縣為 4.06 ± 2.08 個業務。

表 4-2-1 花東地區公共衛生護理人員工作情形

變項	組別	台東(n=91)	花蓮(n=69)	總和 (n=160)	t 值或卡方 值 /p 值
職務類別 n(%)					0.25/0.62
	主管	13 (14.3)	8 (11.6)	21 (13.1)	
	非主管	78 (85.7)	61 (88.4)	139 (86.9)	
領有執照類 型 n(%)					
	助產士	11 (45.8)	13 (54.2)	24 (100)	
	助產師	1 (50)	1 (50)	2 (100)	
	護士	42 (54.5)	35 (45.5)	77 (100)	
	護理師	83 (58.9)	58 (41.1)	141 (100)	
最高執照類 型 n(%)					
	護士	8 (8.8)	11 (15.9)	19 (11.9)	
	護理師	83 (91.2)	58 (84.1)	141 (88.1)	
衛生所型態 n(%)					7.78*/0.02
	山地原住民鄉	29 (31.9)	18 (26.1)	47 (29.4)	
	離島	8 (8.8)	0 (0)	8 (5.0)	
	平地原住民鄉	54 (59.3)	51 (73.9)	105 (65.6)	
偏遠地區 n(%)					0.65/0.42
	否	39 (42.9)	34 (49.3)	73 (45.6)	
	是	52 (57.1)	35 (50.7)	87 (54.4)	
總工作年資 n(%)					6.46/0.17
	≥1 年~<5 年	8 (8.8)	4 (5.8)	12 (7.5)	
	≥5 年~<10 年	21 (23.1)	9 (13.0)	30 (18.8)	

	≥10年~<15年	26 (28.6)	16 (23.2)	42 (26.3)
	≥15年~<20年	12 (13.2)	10 (14.5)	22 (13.8)
	≥20年以上	24 (26.4)	30 (43.5)	54 (33.8)
(mean±SD)		14.22±7.65	17.69±9.05	-2.63*/0.01 15.72±8.43
臨床工作年 資 n(%)				3.21/0.67
	無	24 (26.4)	15 (21.7)	39 (24.4)
	<1年	8 (8.8)	4 (5.8)	12 (7.5)
	≥1年~<5年	24 (26.4)	20 (29.0)	44 (27.5)
	≥5年~<10年	22 (24.2)	17 (24.6)	39 (24.4)
	≥10年~<15年	11 (12.1)	8 (11.6)	19 (11.9)
	≥15年~<20年	2 (2.2)	5 (7.2)	7 (4.4)
(mean±SD)		4.11±4.39	5.05±4.99	-1.26/0.21 4.52±6.67
社區工作年 資 n(%)				9.76*/0.08
	<1年	10 (11.0)	3 (4.3)	13 (8.1)
	≥1年~<5年	24 (26.4)	20 (29.0)	44 (27.5)
	≥5年~<10年	16 (17.6)	14 (20.3)	30 (18.8)
	≥10年~<15年	19 (20.9)	7 (10.1)	26 (16.3)
	≥15年~<20年	14 (15.4)	10 (14.5)	24 (15.0)
	≥20年	8 (8.8)	15 (21.7)	23 (14.4)
(mean±SD)		9.53±7.90	11.57±9.88	-1.41/0.16 10.41±8.84
目前單位工 作年資 n(%)				6.77/0.24
	<1年	12 (13.2)	6 (8.7)	18 (11.3)
	≥1年~<5年	26 (28.6)	21 (30.4)	47 (29.4)
	≥5年~<10年	12 (13.2)	13 (18.8)	25 (15.6)
	≥10年~<15年	19 (20.9)	9 (13.0)	28 (17.5)
	≥15年~<20年	14 (15.4)	7 (10.1)	21 (13.1)
	≥20年	8 (8.8)	13 (18.8)	21 (13.1)
(mean±SD)		9.23±8.01	10.46±9.78	-0.87/0.38 9.76±8.81

負責業務				
n(%)				
護理行政	27 (29.7)	19 (27.5)		46 (28.8)
地段管理	74 (81.3)	51 (73.9)		125 (78.1)
門診醫療	61 (67.0)	35 (50.7)		96 (60.0)
巡迴醫療	29 (31.9)	26 (37.7)		55 (34.4)
總務	3 (3.3)	4 (5.8)		7 (4.4)
人事	4 (4.4)	1 (1.4)		5 (3.1)
會計	7 (7.7)	4 (5.8)		11 (6.9)
藥房管理	2 (2.2)	2 (2.9)		4 (2.5)
醫政業務	11 (12.1)	21 (30.4)		32 (20.0)
保健業務	66 (72.5)	52 (75.4)		118 (73.8)
長照業務	13 (14.3)	21 (30.4)		34 (21.3)
防疫業務	24 (26.4)	28 (40.6)		52 (32.5)
食藥檢業務	4 (4.4)	5 (7.2)		9 (5.6)
其他	18 (19.8)	11 (15.9)		29 (18.1)
(mean±SD)	3.77±1.61	4.06±2.08	-0.96/0.34	3.89±1.82

*p<.05

表 4-2-2 護理人員平均工作年資及平均負責業務量

項目	最小值	最大值	平均值	標準差
總年資	1.58	39.42	15.7176	8.43158
臨床年資	0.00	18.25	4.5182	4.66858
社區年資(含目前衛生所)	0.17	39.42	10.4121	8.83726
衛生所年資	0.08	39.42	9.7599	8.80842
負責業務量	1.00	9.00	3.8938	1.82435

第三節 花東地區公共衛生護理人員在職教育與進修之資料分析

本節將根據研究對象之在職教育與進修資料做描述性統計分析，依序敘述如下。

由表 4-3-1 可得知，人員在職教育頻率主要分布在平均一個月 2~4 次，占 47.2%，兩縣分開來看，台東縣有五成以平均一個月 2~4 次為主，而花蓮則有 48.5% 是以平均一個月 0~1 次為主，其次才是平均一個月 2~4 次，占 42.6%。每月平均進修時數 14.03 ± 15.67 小時，而人員自覺合理時數為 13.30 ± 12.41 小時。

表 4-3-1 在職教育參與頻率

變項	組別	台東(n=91)	花蓮 (n=68)	χ^2/p t/p	總和(n=159)
在職教育頻率 n(%)				4.61/0.33	
	平均一個月 0~1 次	32 (35.2)	33 (48.5)		65 (40.9)
	平均一個月 2~4 次	46 (50.5)	29 (42.6)		75 (47.2)
	平均一個月 5~7 次	6 (6.6)	4 (5.9)		10 (6.3)
	平均一個月 8 次以上	6 (6.6)	1 (1.5)		7 (4.4)
	其他	1 (1.1)	1 (1.5)		2 (1.3)
平均一個月進修時數 n(%)				2.72/0.26	
	0~10 小時	49 (59.8)	37 (55.2)		86 (57.7)
	11~20 小時	18 (22.0)	22 (32.8)		40(26.8)
	21 小時以上	15 (18.3)	8 (11.9)		23(15.4)
(mean±SD)		14.52±15.70	13.43±15.73	0.72/0.40	14.03±15.67
覺得一個月合理的進修時數 n(%)				5.32/0.07	
	0~10 小時	44 (51.8)	43 (69.4)		87 (59.2)
	11~20 小時	23 (27.1)	13 (21.0)		36 (24.5)

21 小時以上 (mean±SD)	18 (21.2)	6 (9.7)	24 (16.3)
	14.62±13.38	11.48±10.79	1.41/0.24 13.30±12.41

近一年參加的在職教育類型，以公共衛生方面的課程類型為最多(表 4-3-2)，占 86.9%，其次則為社區實務方面，占 52.5%，最少參與的課程種類為財政管理方面，占 1.9%。兩縣分開來看，參與課程種類之排名(表 4-3-3)，也是以公共衛生方面為首，其次為社區實務方面，而第三名參與之類型，台東縣為政策發展與活動計劃執行，占三成左右，花蓮縣則是溝通實務，占近二成。

而近一年進修課程方面，主要為二技及研究所兩類，占 5%左右的人數，而二技類的進修，主要是台東縣的護理人員，而研究所類的是花蓮縣的護理人員，進修的研究所類型皆非護理方面。人員進修的理由，最主要是實務需求及生涯規劃，其次是興趣(表 4-3-4)。

表 4-3-2 在職教育類型、進修類型及自覺業務能力

變項	組別	台東 (n=91)	花蓮 (n=69)	χ^2/p t/p	總和 (n=160)
近一年參加 在職教育類 型 n(%)					
	分析與評估	9 (9.9)	10 (14.5)		19 (11.9)
	政策發展與 活動計畫執 行	27 (29.7)	10 (14.5)		37 (23.1)
	領導與管理	11 (12.1)	1 (1.4)		12 (7.5)
	文化方面	7 (7.7)	3 (4.3)		10 (6.4)
	社區實務方 面	40 (44.0)	44 (63.8)		84 (52.5)
	公共衛生方 面	79 (86.8)	60 (87.0)		139 (86.9)
	財政管理方 面	3 (3.3)	0 (0)		3 (1.9)
	溝通實務方	18 (19.8)	13 (18.8)		31 (19.4)

面				
(mean±SD)		2.13±1.30	2.04±1.05	4.14*/0.04
				2.09±1.20
近一年進修 類型 n(%)				
	二技-護理	2 (2.2)	0 (0)	2 (1.3)
	二技-其他	1 (1.1)	0 (0)	1 (0.6)
	公共衛生研 究所	0 (0)	3 (4.3)	3 (1.9)
	其他研究所	0 (0)	2 (2.9)	2 (1.3)
自覺業務能 力 n(%)				3.27/0.20
	非常勝任	3 (3.3)	7 (10.1)	10 (6.3)
	勝任	48 (52.7)	32 (46.4)	80 (50.0)
	還需精進	40 (44.0)	30 (43.5)	70 (43.8)

表 4-3-3 近一年參加在職教育類型排序

項目	台東 (人次/排 序)	花蓮 (人次/排 序)	總和 (人次/排 序)
分析與評估	9 (6)	10 (4)	19 (5)
政策發展與活動計畫執 行	27 (3)	10 (4)	37 (3)
領導與管理	11 (5)	1 (7)	12 (6)
文化方面	7 (7)	3 (6)	10 (7)
社區實務方面	40 (2)	44 (2)	84 (2)
公共衛生方面	79 (1)	60 (1)	139 (1)
財政管理方面	3 (8)	0 (8)	3 (8)
溝通實務方面	18 (4)	13 (3)	31 (4)

表 4-3-4 進修理由

項目	人次
升遷需求	1
實務需求	17
生涯規劃	17

興趣	11
主管鼓勵	3



影響護理人員參與在職教育或進修之因素，以平均分數來看（表 4-3-5、表 4-3-7），第一名的理由為「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」，執照更新需求的理由也名列第二，而人員覺得最不符合的理由為「我覺得自己的能力已經足夠，不需要進修」。

兩縣分開來看，「我覺得進修管道不足夠」一題之分數，有達統計上的顯著差異，顯示台東縣的護理人員覺得進修管道是不足夠的較花蓮縣多，其餘題目兩縣並無差異，只有平均分數的排名差異，而「我覺得自己的能力已經足夠，不需要進修」一題之平均分數，是小於兩分，「我覺得進修課程的內容太困難，無法理解」一題，台東縣的平均分數為 1.97 ± 0.62 ，花蓮則平均分數大於兩分。

表 4-3-5 在職教育與進修參與相關因素-1

項目	台東 (n=91) (mean±SD)	花蓮 (n=69) (mean±SD)	t 值/p 值	總和 (n=160) (mean±SD)
1. 我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育	2.87±0.75	2.77±0.62	0.9/0.37	2.83±0.70
2. 我覺得遇到業務問題時，沒有合適管道可以學習如何解決	2.54±0.79	2.45±0.70	0.74/0.46	2.50±0.75
3. 我覺得參與進修只是因為升遷需求，對實務需求沒什麼幫助	2.15±0.84	2.13±0.89	0.17/0.87	2.14±0.86
4. 我覺得自己的能力已經足夠，不需要進修	1.76±0.69	1.84±0.78	-0.71/0.48	1.79±0.73
5. 我覺得進修管道不足夠	2.70±0.74	2.41±0.69	2.59*/0.01	2.58±0.73
6. 我覺得進修課程無法滿足實務需求	2.47±0.69	2.37±0.77	0.9/0.37	2.43±0.72
7. 我覺得在職教育或進修的內容對於工作沒有幫助(升遷、照護品質...)	2.09±0.83	2.10±0.75	-0.1/0.92	2.09±0.79

8. 我覺得在職教育的課程內容太困難，無法理解	2.00±0.63	2.03±0.66	-0.28/0.78	2.01±0.64
9. 我覺得進修課程的內容太困難，無法理解	1.97±0.62	2.14±0.71	-1.68/0.09	2.04±0.67
10. 我覺得工作環境並不鼓勵進修或參加在職教育	2.07±0.92	2.13±0.84	-0.46/0.65	2.09±0.88
11. 我覺得進修占用之時間太多	2.46±0.76	2.54±0.78	-0.61/0.54	2.49±0.77
12. 我覺得在職教育占用之時間太多	2.38±0.70	2.54±0.78	-1.3/0.2	2.45±0.73
13. 我覺得沒有體力參與進修	2.46±0.79	2.61±0.81	-1.15/0.25	2.53±0.80
14. 我覺得沒有體力參與在職教育	2.37±0.74	2.33±0.80	0.27/0.79	2.35±0.76
15. 我會參加在職教育主要是因為要符合更新執業執照的要求	2.71±0.93	2.86±0.79	-1.01/0.32	2.78±0.88

*p<.05

進一步看平均分數有低於兩分的第四題及第九題(表 4-3-6)，少有答題選擇「完全符合」，台東縣皆無回答該選項，兩縣之 p 值皆大於 0.05，未達統計上顯著，表示兩縣對於這兩題答題無統計上顯著差異。

第五題在平均分數上是達統計顯著差異(表 4-3-6)，進一步看答題狀況，是達統計顯著差異，台東縣較多比率填答「有點符合」，花蓮則是較高比率填答「有點不符合」，故在進修管道不足夠的問題，台東縣較多人員偏向有點符合現況。

表 4-3-6 在職教育與進修參與相關因素-2

變項	組別	台東 (n=91)	花蓮 (n=69)	χ^2/p	總和 (n=160)
4. 我覺得自己的能力已經足夠，不需要進修				2.06/0.56	
n(%)	完全不符合	35(38.5)	26(37.7)		61(38.1)
	有點不符合	43(47.3)	29(42.0)		72(45.0)
	有點符合	13(14.3)	13(18.8)		26(16.3)

	完全符合	0 (0)	1 (1.4)	1 (0.6)
5. 我覺得進修管道不足 夠 n(%)				10.32* /0.02
	完全不符合	4 (4.4)	3 (4.3)	7 (4.4)
	有點不符合	30(33.0)	40(58.0)	70(43.8)
	有點符合	46(50.5)	21(30.4)	67(41.9)
	完全符合	11(12.1)	5 (7.2)	16(10.0)
9. 我覺得進修課程的內 容太困難，無法理解 n(%)				5.00 /0.17
	完全不符合	19(20.9)	10(14.5)	29(18.1)
	有點不符合	56(61.5)	42(60.9)	98(61.3)
	有點符合	16(17.6)	14(20.3)	30(18.8)
	完全符合	0 (0)	3 (4.3)	3 (1.9)

*p<.05

表 4-3-7 在職教育與進修參與相關因素排名

項目	台東	花蓮	總和
1. 我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育	1	2	1
2. 我覺得遇到業務問題時，沒有合適管道可以學習如何解決	4	6	5
3. 我覺得參與進修只是因為升遷需求，對實務需求沒什麼幫助	10	11	10
4. 我覺得自己的能力已經足夠，不需要進修	15	15	15
5. 我覺得進修管道不足夠	3	7	3
6. 我覺得進修課程無法滿足實務需求	5	8	8
7. 我覺得在職教育或進修的內容對於工作沒有幫助(升遷、照護品質…)	11	13	12
8. 我覺得在職教育的課程內容太困難，無法理解	13	14	14
9. 我覺得進修課程的內容太困難，無法理解	14	10	13
10. 我覺得工作環境並不鼓勵進修或參加在職教育	12	12	11
11. 我覺得進修占用之時間太多	7	4	6
12. 我覺得在職教育占用之時間太多	8	5	7
13. 我覺得沒有體力參與進修	6	3	4
14. 我覺得沒有體力參與在職教育	9	9	9

15. 我會參加在職教育主要是因為要符合更新執業執照的要求

2 1 2

將在職教育與進修參與相關因素進一步分類（表 4-3-8、表 4-3-9、表 4-3-10 及表 3-11），可分為促進因素、管道不足因素、無需求/無幫助因素及參與障礙因素。

依平均分數將各因素排名，促進因素方面，第一名原因為「覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」，但兩縣分開來看，花蓮的第一名為「參加在職教育主要是因為要符合更新執業執照的要求」。管道不足因素方面，平均分數第一名為「覺得進修管道不足夠」，而分開來看，花蓮縣第一名為「覺得遇到業務問題時，沒有合適管道可以學習如何解決」。無需求/無幫助因素，平均分數第一名為「覺得進修課程無法滿足實務需求」，其次為「參與進修只是因為升遷需求，對實務需求沒什麼幫助」。參與障礙因素，平均分數第一名為「覺得沒有體力參與進修」，其次為「覺得進修占用之時間太多」。

表 4-3-8 在職教育與進修參與相關因素排名-促進因素

項目	台東 平均(排序)	花蓮 平均(排序)	總和 平均(排序)
1. 我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育	2.87(1)	2.77(2)	2.83(1)
15. 我會參加在職教育主要是因為要符合更新執業執照的要求	2.71(2)	2.86(1)	2.78(2)

表 4-3-9 在職教育與進修參與相關因素排名-管道不足因素

項目	台東 平均(排序)	花蓮 平均(排序)	總和 平均(排序)
2. 我覺得遇到業務問題時，沒有合適管道可以學習如何解決	2.54(2)	2.45(1)	2.50(2)
5. 我覺得進修管道不足夠	2.70(1)	2.41(2)	2.58(1)

表 4-3-10 在職教育與進修參與相關因素排名-無需求/無幫助因素

項目	台東	花蓮	總和
	平均(排序)	平均(排序)	平均(排序)
3. 我覺得參與進修只是因為升遷需求，對實務需求沒什麼幫助	2.15(2)	2.13(2)	2.14(2)
4. 我覺得自己的能力已經足夠，不需要進修	1.76(4)	1.84(4)	1.79(4)
6. 我覺得進修課程無法滿足實務需求	2.47(1)	2.37(1)	2.43(1)
7. 我覺得在職教育或進修的內容對於工作沒有幫助(升遷、照護品質…)	2.09(3)	2.10(3)	2.09(3)

表 4-3-11 在職教育與進修參與相關因素排名-參與障礙因素

項目	台東	花蓮	總和
	平均(排序)	平均(排序)	平均(排序)
8. 我覺得在職教育的課程內容太困難，無法理解	2.00(6)	2.03(7)	2.01(7)
9. 我覺得進修課程的內容太困難，無法理解	1.97(7)	2.14(5)	2.04(6)
10. 我覺得工作環境並不鼓勵進修或參加在職教育	2.07(5)	2.13(6)	2.09(5)
11. 我覺得進修占用之時間太多	2.46(1)	2.54(2)	2.49(2)
12. 我覺得在職教育占用之時間太多	2.38(3)	2.54(2)	2.45(3)
13. 我覺得沒有體力參與進修	2.46(1)	2.61(1)	2.53(1)
14. 我覺得沒有體力參與在職教育	2.37(4)	2.33(4)	2.35(4)

第四節 花東地區公共衛生護理人員在職教育的需求之資料分析

本節將根據研究對象之在職教育的需求資料做描述性統計分析，依序敘述如下。

覺得缺乏之在職教育類型（表 4-4-1、表 4-4-2），最多人填選的是「分析與評估」，共 72 人，占 45%，花蓮縣有五成左右人員填選，台東則有 39.6% 的人填選，其次為「政策發展與活動計畫執行」，有 40% 人員填選，而以縣為單位，台東則為「溝通實務方面」，且與「分析與評估」一樣，以 39.6% 並列台東的第一名，花蓮則是「溝通實務方面」名列第三，與總排名一樣，整體來看，總排名與花蓮排名較接近，而台東則是選填較平均，名次之間填寫人次差異不大。

表 4-4-1 覺得缺乏之在職教育類型

變項	組別	台東 (n=91)	花蓮 (n=69)	總和 (n=160)
覺得缺乏之在職教育 類型 n (%)				
	分析與評估	36 (39.6)	36 (52.2)	72 (45.0)
	政策發展與活動計畫 執行	31 (34.1)	33 (47.8)	64 (40.0)
	領導與管理	20 (22.0)	20 (29.0)	40 (25.0)
	文化方面	17 (18.7)	13 (18.8)	30 (18.8)
	社區實務方面	35 (38.5)	17 (24.6)	52 (32.5)
	公共衛生方面	23 (25.3)	15 (21.7)	38 (23.8)
	財政管理方面	24 (26.4)	18 (26.1)	42 (26.3)
	溝通實務方面	36 (39.6)	20 (29.0)	56 (35.0)
	其他	1 (1.1)	1 (1.4)	2 (1.3)

表 4-4-2 覺得缺乏之在職教育類型排名

項目	台東 人次 (名次)	花蓮 (人次/名次)	總和 (人次/名次)
分析與評估	36 (1)	36 (1)	72 (1)
政策發展與活動計畫執行	31 (4)	33 (2)	64 (2)

領導與管理	20 (7)	20 (3)	40 (6)
文化方面	17 (8)	13 (8)	30 (8)
社區實務方面	35 (3)	17 (6)	52 (4)
公共衛生方面	23 (6)	15 (7)	38 (7)
財政管理方面	24 (5)	18 (5)	42 (5)
溝通實務方面	36 (1)	20 (3)	56 (3)
其他	1 (9)	1 (9)	2 (9)

社區護理的實務需求(表 4-4-3)，以平均分數來看，「老人照護知識及技能」及「社區評估知識及技能」有達統計顯著差異。「防疫知識及技能」則為平均分數最高。

表 4-4-3 社區護理的實務需求-1

項目	台東	花蓮	t 值/p 值	總和
	(n=91) (mean±SD)	(n=69) (mean±SD)		(n=160) (mean±SD)
1. 我覺得我有充分的老人照護知識及技能	2.85±0.58	3.03±0.39	-2.40*/0.018	2.92±0.51
2. 我覺得我有充分的安寧照護知識及技能	2.70±0.66	2.86±0.52	-1.59/0.113	2.77±0.61
3. 我覺得我有充分的心理健康照護知識及技能	2.84±0.60	2.94±0.45	-1.46/0.145	2.88±0.54
4. 我覺得我有充分的社區評估知識及技能	2.78±0.65	3.00±0.45	-2.51*/0.013	2.88±0.58
5. 我覺得我有充分的婦幼衛生照護知識及技能	2.84±0.56	2.99±0.40	-1.96/0.052	2.90±0.50
6. 我覺得我有充分的防疫知識及技能	2.88±0.65	3.01±0.44	-1.57/0.118	2.94±0.57
7. 我覺得我有充分的新興傳染疾病照護知識及技能	2.84±0.65	2.99±0.50	-1.64/0.104	2.90±0.60

*p<.05

表 4-4-4 社區護理的實務需求-2

變項	組別	台東 (n=91)	花蓮 (n=69)	χ^2/p	總和 (n=160)
1. 我覺得我有充分的老人照護知識及技能 n(%)				6.15/0.10	
	完全不符合	3 (3.3)	0 (0)		3 (1.9)
	有點不符合	14 (15.4)	4 (5.9)		18 (11.3)
	有點符合	68 (74.7)	58 (85.3)		126 (79.2)
	完全符合	6 (6.6)	6 (8.8)		12 (7.5)
4. 我覺得我有充分的社區評估知識及技能 n(%)				9.53*/0.02	
	完全不符合	2 (2.2)	0 (0)		2 (1.3)
	有點不符合	25 (27.5)	7 (10.1)		32 (20.0)
	有點符合	55 (60.4)	55 (68.8)		110 (68.8)
	完全符合	9 (9.9)	7 (10.1)		16 (10.0)
5. 我覺得我有充分的婦幼衛生照護知識及技能 n(%)				4.94/0.18	
	完全不符合	2 (2.2)	0 (0)		2 (1.3)
	有點不符合	17 (18.7)	6 (8.7)		23 (14.4)
	有點符合	66 (72.5)	58 (84.1)		124 (77.5)
	完全符合	6 (6.6)	5 (7.2)		11 (6.9)

*p<.05

第五節 花東地區公共衛生護理人員的知識技能之資料分析

本節將根據研究對象之在職教育的知識技能資料做描述性統計分析，依序敘述如下。

知識技能依照十個專業能力表現標準之定義，分類為十個題組，實務品質、教育、專業實務能力評價、協同與專業關係、合作、倫理、研究、資源運用、領導統御及倡議（表 4-5-1）。

各題組之平均分數，都在兩分以上，兩縣分數並無統計上顯著差異，而倫理題組中，「能夠在合法情況下，維護個人隱私」，分數大於三分，為平均分數最高分。而平均分數最低的題目為研究題組中，「能夠主動參加各種層級所舉辦之適合自己教育程度和職位的研究活動，如：參與學會舉辦之論文發表會」。

表 4-5-1 公共衛生護理人員的知識技能

項目	台東 (n=91) (mean±SD)	花蓮 (n=69) (mean±SD)	t 值/p 值	總和 (n=160) (mean±SD)
實務品質				
1. 能夠運用創意或創新的方法去推動各項護理活動與計劃，以提升護理實務品質。	2.44±0.58	2.36±0.51	0.87/0.38	2.41±0.55
2. 能夠參與專業相關之常規和指引的訂定、執行與評價，以提升護理品質	2.54±0.62	2.57±0.61	-0.27/0.79	2.55±0.61
3. 能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中。	2.59±0.61	2.70±0.58	-1.07/0.29	2.64±0.60
教育				
1. 能夠持續性地參與繼續教育課程，以維持和增加能夠提升社區民眾健康所需的知識及技能。	2.78±0.55	2.83±0.62	-0.49/0.62	2.80±0.58
2. 能夠持續更新最新的實務工作的知識和技巧。	2.69±0.51	2.80±0.58	-1.21/0.23	2.74±0.54

- | | | | | |
|---------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| 3. 能夠確認與護理與公共衛生實務相關法規的變化。 | 2.58±0.58 | 2.67±0.61 | -0.89/0.37 | 2.62±0.59 |
|---------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|

專業實務能力評價

- | | | | | |
|---------------------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| 1. 能夠保持文化及族群的敏感度，執行合適於不同類型個案及社區的服務 | 2.69±0.57 | 2.64±0.62 | 0.58/0.56 | 2.67±0.59 |
| 2. 能夠從社區、專業團隊中，找到關於自身實務表現的回饋 | 2.70±0.55 | 2.71±0.64 | -0.07/0.94 | 2.71±0.59 |
| 3. 能夠根據當今的護理相關準則、指引、法規等知識整合於自己的工作計劃之中 | 2.65±0.55 | 2.66±0.61 | -0.15/0.88 | 2.65±0.57 |

協同與專業關係

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| 1. 能夠適當輔導或協助其他公共衛生護理人員、同事及其他人員 | 2.74±0.59 | 2.83±0.64 | -0.92/0.36 | 2.78±0.61 |
| 2. 能夠提供同事、其他專業人員及社區一個可以促進持續學習的環境 | 2.66±0.60 | 2.67±0.61 | -0.08/0.94 | 2.66±0.60 |
| 3. 能夠營造一個支持、健康與安全的工作環境 | 2.74±0.57 | 2.78±0.69 | -0.43/0.67 | 2.75±0.62 |

合作

- | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 能與民眾進行溝通且發展夥伴關係，來共同處理社區中所關注的健康議題 | 2.78±0.55 | 2.75±0.65 | 0.28/0.78 | 2.77±0.60 |
| 2. 能夠跨部門團隊的執行公共衛生的任務，如確認個案、計劃方案管理及強制通報等 | 2.67±0.63 | 2.65±0.64 | 0.18/0.86 | 2.66±0.63 |
| 3. 能與社區中的重要人士、團體成為夥伴關係，以影響公共衛生政策、計劃方案與服務的改變，且有正面成效 | 2.68±0.63 | 2.62±0.69 | 0.56/0.58 | 2.66±0.65 |

倫理

- | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 能夠維護、保護、增進民眾或社區整體及個人的自主性、尊嚴與權利，提供所需的計劃方案與服務 | 2.86±0.66 | 2.78±0.76 | 0.66/0.51 | 2.83±0.71 |
| 2. 能夠在合法情況下，維護個人隱私 | 3.20±0.75 | 3.00±0.87 | 1.54/0.13 | 3.11±0.81 |

- | | | | | |
|---------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| 3. 能夠協助社區、個人發展自主
倡議的技巧 | 2.79±0.64 | 2.79±0.82 | -0.03/0.98 | 2.79±0.72 |
|---------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|

研究

- | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 能夠應用最佳實證資料來運
用於實務工作之中 | 2.47±0.56 | 2.45±0.70 | 0.23/0.82 | 2.46±0.62 |
| 2. 能夠主動參加各種層級所舉
辦之適合自己教育程度和職
位的研究活動，如：參與學會
舉辦之論文發表會 | 2.35±0.71 | 2.33±0.74 | 0.16/0.87 | 2.34±0.72 |

資源運用

- | | | | | |
|--|-----------|-----------|------------|-----------|
| 1. 能夠在相同結果之實務方案
做選擇時，考量安全、效果、
便利性、成本效益等因素對護
理實務及社區民眾的影響 | 2.62±0.55 | 2.67±0.63 | -0.55/0.59 | 2.64±0.59 |
| 2. 能夠在分派工作時，考慮社區
群體所關注的焦點、潛在的傷
害、工作的複雜性以及成果的
可預測性 | 2.64±0.59 | 2.71±0.62 | -0.76/0.45 | 2.67±0.60 |
| 3. 能夠協助社區群體卻實知道
政策、計劃、服務有關的方案
選擇、成本、風險及利益 | 2.54±0.54 | 2.54±0.68 | -0.06/0.95 | 2.54±0.60 |

領導統御

- | | | | | |
|---|-----------|-----------|------------|-----------|
| 1. 能夠參與跨部門團隊發展與
建立聯盟，包括其他領域的專
業人員、社區民眾及利害關係
人 | 2.48±0.67 | 2.57±0.67 | -0.76/0.45 | 2.52±0.67 |
| 2. 能夠向其他專業人員及社區
民眾清楚的闡述護理及公共
衛生計劃方案及服務的宗
旨、目標、行動計劃及成效測
量的方法 | 2.56±0.64 | 2.55±0.65 | 0.09/0.92 | 2.56±0.64 |
| 3. 不論是在職場、社區及與民眾
互動時，能扮演領導的角色 | 2.51±0.67 | 2.59±0.67 | -0.77/0.44 | 2.55±0.67 |

倡議

- | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 能夠結合社區民眾，倡議並執
行符合民眾需求之政策、計劃
方案和服務 | 2.55±0.60 | 2.51±0.66 | 0.42/0.67 | 2.53±0.62 |
| 2. 能夠面對服務提供者及利害 | 2.55±0.62 | 2.51±0.63 | 0.42/0.67 | 2.53±0.62 |

關係人時，展現為社區民眾倡議的技巧

3. 能夠努力調解社區民眾、服務提供者、利害關係人的衝突，以確保民眾的安全與最大利益，並維護護理人員的專業形象	2.70±0.62	2.57±0.67	1.34/0.18	2.64±0.65
---	-----------	-----------	-----------	-----------



進一步看整體排序（表 4-5-2），排名前三名的題目為，倫理題組的「能夠在合法情況下，維護個人隱私」、「能夠維護、保護、增進民眾或社區整體及個人的自主性、尊嚴與權利，提供所需的計劃方案與服務」以及教育題組的「能夠持續性地參與繼續教育課程，以維持和增加能夠提升社區民眾健康所需的知識及技能」。

而倒數前三名的題目為研究題組的「能夠主動參加各種層級所舉辦之適合自己教育程度和職位的研究活動，如：參與學會舉辦之論文發表會」、「能夠應用最佳實證資料來運用於實務工作之中」以及實務品質題組的「能夠運用創意或創新的方法去推動各項護理活動與計劃，以提升護理實務品質」。

以縣為單位分開來看，台東縣的前三名題目為倫理題組的三題，倒數三名則是與全體排名一致。花蓮縣的前三名題目與全體排名一致，而倒數三名也與全體排名一致。

表 4-5-2 公共衛生護理人員的知識技能排名

項目	台東		花蓮		總和	
	組內	全體	組內	全體	組內	全體
實務品質						
1. 能夠運用創意或創新的方法去推動各項護理活動與計劃，以提升護理實務品質。	3	28	3	28	3	28
2. 能夠參與專業相關之常規和指引的訂定、執行與評價，以提升護理品質	2	23	2	22	2	22
3. 能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作	1	18	1	11	1	17

之中。

教育

1. 能夠持續性地參與繼續教育課程，以維持和增加能夠提升社區民眾健康所需的知識及技能。	1	4	1	3	1	3
2. 能夠持續更新最新的實務工作的知識和技巧。	2	11	2	4	2	8
3. 能夠確認與護理與公共衛生實務相關法規的變化。	3	19	3	13	3	19

專業實務能力評價

1. 能夠保持文化及族群的敏感度，執行合適於不同類型個案及社區的服務	2	10	3	17	2	11
2. 能夠從社區、專業團隊中，找到關於自身實務表現的回饋	1	9	1	9	1	9
3. 能夠根據當今的護理相關準則、指引、法規等知識整合於自己的工作計劃之中	3	15	2	15	3	15

協同與專業關係

1. 能夠適當輔導或協助其他公共衛生護理人員、同事及其他人員	1	6	1	2	1	5
2. 能夠提供同事、其他專業人員及社區一個可以促進持續學習的環境	3	14	3	14	3	14
3. 能夠營造一個支持、健康與安全的工作環境	2	7	2	7	2	7

合作

1. 能與民眾進行溝通且發展夥伴關係，來共同處理社區中所關注的健康議題	1	5	1	8	1	6
2. 能夠跨部門團隊的執行公共衛生的任務，如確認個案、計劃方案管理及強制通報等	3	13	2	16	3	13
3. 能與社區中的重要人士、團體成為夥伴關係，以影響公共衛生政策、計劃方案與服務的改變，且有正面成效	2	12	3	18	2	12

倫理

1. 能夠維護、保護、增進民眾或社區整體及個人的自主性、尊嚴與權利，提供所需的計劃方案與服務	2	2	3	6	2	2
2. 能夠在合法情況下，維護個人隱私	1	1	1	1	1	1
3. 能夠協助社區、個人發展自主倡議的技	3	3	2	5	3	4





巧						
研究						
1.	能夠應用最佳實證資料來運用於實務工作之中	1	27	1	27	27
2.	能夠主動參加各種層級所舉辦之適合自己教育程度和職位的研究活動，如：參與學會舉辦之論文發表會	2	29	2	29	29
資源運用						
1.	能夠在相同結果之實務方案做選擇時，考量安全、效果、便利性、成本效益等因素對護理實務及社區民眾的影響	2	17	2	12	18
2.	能夠在分派工作時，考慮社區群體所關注的焦點、潛在的傷害、工作的複雜性以及成果的可預測性	1	16	1	10	10
3.	能夠協助社區群體卻實知道政策、計劃、服務有關的方案選擇、成本、風險及利益	3	24	3	24	23
領導統御						
1.	能夠參與跨部門團隊發展與建立聯盟，包括其他領域的專業人員、社區民眾及利害關係人	3	26	2	20	26
2.	能夠向其他專業人員及社區民眾清楚的闡述護理及公共衛生計劃方案及服務的宗旨、目標、行動計劃及成效測量的方法	1	20	3	23	20
3.	不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色	2	25	1	19	21
倡議						
1.	能夠結合社區民眾，倡議並執行符合民眾需求之政策、計劃方案和服務	3	22	2	25	24
2.	能夠面對服務提供者及利害關係人時，展現為社區民眾倡議的技巧	2	21	3	26	25
3.	能夠努力調解社區民眾、服務提供者、利害關係人的衝突，以確保民眾的安全與最大利益，並維護護理人員的專業形象	1	8	1	21	16

第六節 花東地區公共衛生護理人員個人特性對於知識技能與在職教育需求之間的關係



育需求之間的關係

本節將根據研究對象之個人特性對於知識技能與在職教育需求做相關性分析，依序敘述如下。

知識技能與年齡的相關性（表 4-6-1），「實務品質」、「教育」、「專業實務能力評價」、「協同與專業關係」、「資源運用」、「領導統御」及「倡議」呈現正相關且達統計顯著。「教育」、「協同與專業關係」、「資源運用」及「倡議」之相關性在 0.2~0.24 之間且 p 值小於.01。

題組中，「能夠確認與護理與公共衛生實務相關法規的變化」、「能夠營造一個支持、健康與安全的工作環境」、「能夠在分派工作時，考慮社區群體所關注的焦點、潛在的傷害、工作的複雜性以及成果的可預測性」及「能夠面對服務提供者及利害關係人時，展現為社區民眾倡議的技巧」，也呈正相關且 p 值小於.01。

表 4-6-1 知識技能與年齡相關性 (n=160)

項目	r 值	p 值
實務品質	0.170*	0.031
能夠運用創意或創新的方法去推動各項護理活動與計劃，以提升護理實務品質。	0.08	0.314
能夠參與專業相關之常規和指引的訂定、執行與評價，以提升護理品質	0.18*	0.027
能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中。	0.18*	0.025
教育	0.207**	0.009
能夠持續性地參與繼續教育課程，以維持和增加能夠提升社區民眾健康所需的知識及技能。	0.16*	0.045
能夠持續更新最新的實務工作的知識和技巧。	0.18*	0.020
能夠確認與護理與公共衛生實務相關法規的變化。	0.21**	0.008

專業實務能力評價	0.193*	0.015
能夠保持文化及族群的敏感度，執行合適於不同類型個案及社區的服務	0.17*	0.034
能夠從社區、專業團隊中，找到關於自身實務表現的回饋	0.15	0.053
能夠根據當今的護理相關準則、指引、法規等知識整合於自己的工作計劃之中	0.17*	0.028
協同與專業關係	0.210**	0.008
能夠適當輔導或協助其他公共衛生護理人員、同事及其他人員	0.18*	0.027
能夠提供同事、其他專業人員及社區一個可以促進持續學習的環境	0.15	0.053
能夠營造一個支持、健康與安全的工作環境	0.24**	0.002
合作	0.087	0.274
能與民眾進行溝通且發展夥伴關係，來共同處理社區中所關注的健康議題	0.10	0.214
能夠跨部門團隊的執行公共衛生的任務，如確認個案、計劃方案管理及強制通報等	0.09	0.288
能與社區中的重要人士、團體成為夥伴關係，以影響公共衛生政策、計劃方案與服務的改變，且有正面成效	0.06	0.483
倫理	0.098	0.221
能夠維護、保護、增進民眾或社區整體及個人的自主性、尊嚴與權利，提供所需的計劃方案與服務	0.07	0.396
能夠在合法情況下，維護個人隱私	0.11	0.159
能夠協助社區、個人發展自主倡議的技巧	0.06	0.465
研究	0.047	0.552
能夠應用最佳實證資料來運用於實務工作之中	0.10	0.191
能夠主動參加各種層級所舉辦之適合自己教育程度和職位的研究活動，如：參與學會舉辦之論文發表會	-0.01	0.911
資源運用	0.226**	0.004
能夠在相同結果之實務方案做選擇時，考量安全、效果、便利性、成本效益等因素對護理實務及社區民眾的影響	0.17*	0.033
能夠在分派工作時，考慮社區群體所關注的焦點、潛在的傷害、工作的複雜性以及成果的可預測性	0.27**	0.000
能夠協助社區群體卻實知道政策、計劃、服務有關的方案選擇、	0.17*	0.036

成本、風險及利益

領導統御	0.174*	0.028
能夠參與跨部門團隊發展與建立聯盟，包括其他領域的專業人員、社區民眾及利害關係人	0.15	0.063
能夠向其他專業人員及社區民眾清楚的闡述護理及公共衛生計劃方案及服務的宗旨、目標、行動計劃及成效測量的方法	0.17*	0.034
不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色	0.17*	0.033
倡議	0.208**	0.008
能夠結合社區民眾，倡議並執行符合民眾需求之政策、計劃方案和服務	0.17*	0.029
能夠面對服務提供者及利害關係人時，展現為社區民眾倡議的技巧	0.21**	0.007
能夠努力調解社區民眾、服務提供者、利害關係人的衝突，以確保民眾的安全與最大利益，並維護護理人員的專業形象	0.20*	0.010

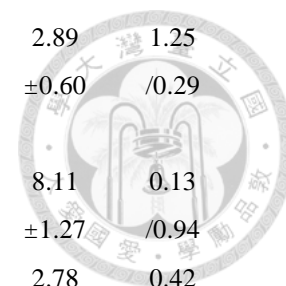
* $p < .05$ ** $p < .01$

而知識技能與教育程度之差異分析，進行分析前，因高中職組人數只有五人，而其他組之學歷為二專及三專，故將高中職組及其他組併入五專組，成為「高中職及專科」組，再進一步進行知識技能與教育程度之差異分析（表 4-6-2），結果顯示，各知識技能項目與不同教育程度未達統計顯著差異。

表 4-6-2 知識技能與教育程度差異分析

項目	高中職及 專科 (n=57)	二技 (n=36)	大學 (n=58)	碩士 (n=9)	F 值/p 值
	(mean ±SD)	(mean ±SD)	(mean ±SD)	(mean ±SD)	
實務品質	7.72 ±1.51	7.53 ±1.65	7.43 ±1.44	8.11 ±1.45	0.73 /0.54
能夠運用創意或創新的方法去推動各項護理活動與計劃，以提升護理實務品質。	2.40 ±0.56	2.36 ±0.59	2.40 ±0.53	2.67 ±0.50	0.75 /0.52
能夠參與專業相關之常規和指引的訂定、執行與評價，以提升護理品質	2.63 ±0.60	2.50 ±0.70	2.50 ±0.54	2.56 ±0.73	0.54 /0.65

能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中。	2.68 ±0.60	2.67 ±0.63	2.53 ±0.57	2.89 ±0.60	1.25 /0.29
教育	8.25 ±1.39	8.17 ±1.65	8.07 ±1.62	8.11 ±1.27	0.13 /0.94
能夠持續性地參與繼續教育課程，以維持和增加能夠提升社區民眾健康所需的知識及技能。	2.86 ±0.55	2.72 ±0.57	2.79 ±0.61	2.78 ±0.67	0.42 /0.74
能夠持續更新最新的實務工作的知識和技巧。	2.79 ±0.53	2.75 ±0.55	2.71 ±0.56	2.56 ±0.53	0.57 /0.63
能夠確認與護理與公共衛生實務相關法規的變化。	2.60 ±0.56	2.69 ±0.62	2.57 ±0.62	2.78 ±0.44	0.57 /0.63
專業實務能力評價	8.25 ±1.48	8.00 ±1.53	7.81 ±1.65	8.00 ±1.50	0.76 /0.52
能夠保持文化及族群的敏感度，執行合適於不同類型個案及社區的服務	2.72 ±0.62	2.67 ±0.53	2.62 ±0.62	2.67 ±0.50	0.26 /0.85
能夠從社區、專業團隊中，找到關於自身實務表現的回饋	2.77 ±0.57	2.69 ±0.58	2.66 ±0.61	2.67 ±0.71	0.40 /0.76
能夠根據當今的護理相關準則、指引、法規等知識整合於自己的工作計劃之中	2.75 ±0.54	2.64 ±0.59	2.56 ±0.60	2.67 ±0.50	1.09 /0.36
協同與專業關係	8.21 ±1.61	8.08 ±1.79	8.16 ±1.78	8.67 ±1.12	0.30 /0.83
能夠適當輔導或協助其他公共衛生護理人員、同事及其他人員	2.77 ±0.60	2.78 ±0.68	2.76 ±0.60	2.89 ±0.60	0.12 /0.95
能夠提供同事、其他專業人員及社區一個可以促進持續學習的環境	2.68 ±0.60	2.61 ±0.60	2.66 ±0.61	2.78 ±0.67	0.22 /0.88
能夠營造一個支持、健康與安全的工作環境	2.77 ±0.63	2.69 ±0.62	2.74 ±0.66	3.00 ±0.00	0.59 /0.62
合作	8.26 ±1.61	7.75 ±1.61	8.03 ±1.91	8.67 ±1.32	1.03 /0.38
能與民眾進行溝通且發展夥伴關係，來共同處理社區中所關注的健康議題	2.88 ±0.57	2.64 ±0.59	2.72 ±0.62	2.89 ±0.60	1.44 /0.23
能夠跨部門團隊的執行公共衛生的任務，如確認個案、計劃方案管理及強制通報等	2.68 ±0.60	2.56 ±0.61	2.66 ±0.69	3.00 ±0.50	1.22 /0.30
能與社區中的重要人士、團體成為夥伴關	2.70	2.56	2.66	2.78	0.47



係，以影響公共衛生政策、計劃方案與服務的改變，且有正面成效	±0.63	±0.61	±0.74	±0.44	/0.70
倫理	8.79	8.50	8.71	9.56	0.66
能夠維護、保護、增進民眾或社區整體及個人的自主性、尊嚴與權利，提供所需的計劃方案與服務	±1.85	±2.31	±2.04	±1.94	/0.58
能夠在合法情況下，維護個人隱私	2.84	2.81	2.78	3.11	0.60
能夠協助社區、個人發展自主倡議的技巧	±0.68	±0.75	±0.70	±0.78	/0.61
研究	3.11	3.00	3.16	3.33	0.51
能夠應用最佳實證資料來運用於實務工作之中	±0.77	±0.93	±0.79	±0.71	/0.68
能夠主動參加各種層級所舉辦之適合自己教育程度和職位的研究活動，如：參與學會舉辦之論文發表會	2.82	2.69	2.78	3.11	0.85
資源運用	±0.66	±0.79	±0.75	±0.60	/0.47
能夠在相同結果之實務方案做選擇時，考量安全、效果、便利性、成本效益等因素對護理實務及社區民眾的影響	4.89	4.89	4.71	4.56	0.40
能夠在分派工作時，考慮社區群體所關注的焦點、潛在的傷害、工作的複雜性以及成果的可預測性	±1.29	±1.28	±1.18	±1.01	/0.75
能夠協助社區群體卻實知道政策、計劃、服務有關的方案選擇、成本、風險及利益	2.54	2.42	2.43	2.33	0.56
領導統御	±0.66	±0.65	±0.60	±0.50	/0.64
能夠向其他專業人員及社區民眾清楚的闡	2.35	2.47	2.28	2.22	0.64
	±0.79	±0.70	±0.67	±0.67	/0.59
	7.88	7.89	7.76	8.00	0.09
	±1.57	±1.60	±1.77	±1.32	/0.96
	2.67	2.61	2.60	2.78	0.30
	±0.58	±0.60	±0.62	±0.44	/0.82
	2.70	2.67	2.64	2.67	0.11
	±0.63	±0.59	±0.61	±0.50	/0.96
	2.52	2.61	2.52	2.56	0.22
	±0.60	±0.55	±0.66	±0.53	/0.88
	7.52	7.75	7.55	8.11	0.36
	±1.65	±2.08	±1.87	±1.69	/0.78
	2.51	2.50	2.50	2.78	0.47
	±0.66	±0.65	±0.71	±0.67	/0.70
	2.51	2.67	2.52	2.67	0.61

述護理及公共衛生計劃方案及服務的宗旨、目標、行動計劃及成效測量的方法	±0.57	±0.76	±0.66	±0.50	/0.61
不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色	2.52	2.58	2.53	2.67	0.17
	±0.63	±0.77	±0.65	±0.71	/0.92
倡議	7.82	7.42	7.67	8.33	0.78
	±1.75	±2.10	±1.65	±1.41	/0.51
能夠結合社區民眾，倡議並執行符合民眾需求之政策、計劃方案及服務	2.49	2.47	2.57	2.78	0.72
	±0.63	±0.70	±0.60	±0.44	/0.54
能夠面對服務提供者及利害關係人時，展現為社區民眾倡議的技巧	2.58	2.47	2.50	2.67	0.40
	±0.63	±0.74	±0.57	±0.50	/0.75
能夠努力調解社區民眾、服務提供者、利害關係人的衝突，以確保民眾的安全與最大利益，並維護護理人員的專業形象	2.75	2.47	2.60	2.89	1.93
	±0.66	±0.74	±0.56	±0.60	/0.13

*p<.05 **p<.01

在社區護理需求方面（表 4-6-3），「安寧照護」、「社區評估」、「婦幼衛生」、「防疫知識」及「新興傳染疾病」，與年齡呈現正相關且達統計顯著。在職教育與進修參與相關因素中，「參與障礙因素」是與年齡呈負相關且達統計顯著，也就是年齡越高，越不符合參與障礙因素，進一步分析，障礙因素裡的體力及時間相關因素與年齡是呈負相關且達統計顯著。顯示年齡越小，與體力及時間相關的障礙因素越高，推估可能與年齡較高者，其實務能力較佳，故有較多餘力去參與不同課程，年齡較低的花費較多時間在熟悉本身業務，較難參與其他非本身業務相關的在職教育課程，其結果也呼應了促進因素中的「符合更新執業執照的要求」與年齡是負相關且達統計顯著，也就是年齡越低者，較多是為了符合更新執業執照的要求而去參加在職教育。

表 4-6-3 社區護理的實務需求及進修相關因素與年齡之相關性 (n=160)

變項	r 值	p 值
社區護理的實務需求		
1. 我覺得我有充分的老人照護知識及技能	0.10	0.194

2. 我覺得我有充分的安寧照護知識及技能	0.26**	0.001
3. 我覺得我有充分的心理健康照護知識及技能	0.11	0.184
4. 我覺得我有充分的社區評估知識及技能	0.23**	0.004
5. 我覺得我有充分的婦幼衛生照護知識及技能	0.22**	0.006
6. 我覺得我有充分的防疫知識及技能	0.20**	0.010
7. 我覺得我有充分的新興傳染疾病照護知識及技能	0.18*	0.019

在職教育與進修參與相關因素

管道不足因素	0.04	0.633
促進因素	-0.16	0.050
15. 我會參加在職教育主要是因為要符合更新執業執照的要求	-0.19*	0.015
無需求/無幫助因素	0.01	0.865
參與障礙因素	-0.20*	0.010
11. 我覺得進修占用之時間太多	-0.21**	0.008
12. 我覺得在職教育占用之時間太多	-0.25**	0.002
13. 我覺得沒有體力參與進修	-0.18*	0.020
14. 我覺得沒有體力參與在職教育	-0.19*	0.019

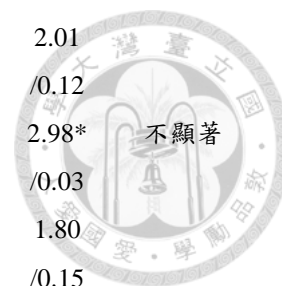
*p<.05 **p<.01

在社區護理需求與教育程度差異之分析（表 4-6-4），「社區評估知識及技能」在不同教育程度有達統計上顯著差異，事後檢定中未有達顯著的組間比較。而在職教育與進修參與相關因素中，在不同教育程度並無統計上顯著差異。

表 4-6-4 社區護理的實務需求及進修相關因素與教育程度之差異分析

項目	高中職及 專科 (n=57)	二技 (n=36)	大學 (n=58)	碩士 (n=9)	F 值 /p 值	Scheffe /Tamhane
	(mean ±SD)	(mean ±SD)	(mean ±SD)	(mean ±SD)		
1. 我覺得我有充分的老人 照護知識及技能	2.98 ±0.40	2.83 ±0.56	2.95 ±0.57	2.78 ±0.44	0.91 /0.44	
2. 我覺得我有充分的安寧 照護知識及技能	2.82 ±0.57	2.72 ±0.70	2.76 ±0.60	2.67 ±0.50	0.32 /0.81	

3.	我覺得我有充分的心理 健康照護知識及技能	2.93 ±0.53	2.78 ±0.59	2.95 ±0.51	2.56 ±0.53	2.01 /0.12
4.	我覺得我有充分的社區 評估知識及技能	2.91 ±0.51	2.64 ±0.64	2.95 ±0.57	3.11 ±0.60	2.98* /0.03
5.	我覺得我有充分的婦幼 衛生照護知識及技能	2.95 ±0.44	2.75 ±0.60	2.91 ±0.51	3.11 ±0.33	1.80 /0.15
6.	我覺得我有充分的防疫 知識及技能	3.02 ±0.52	2.81 ±0.62	2.93 ±0.56	3.00 ±0.71	1.06 /0.37
7.	我覺得我有充分的新興 傳染疾病照護知識及技 能	2.96 ±0.50	2.69 ±0.75	2.93 ±0.56	3.11 ±0.60	2.13 /0.10



在職教育與進修參與相關因素

管道不足因素	5.26 ±1.20	5.14 ±1.10	4.86 ±1.30	5.00 ±1.00	1.10 /0.35
促進因素	5.53 ±1.12	5.69 ±1.06	5.67 ±1.02	5.22 ±1.30	0.63 /0.60
無需求/無幫助因素	8.84 ±2.39	8.08 ±2.29	8.27 ±2.55	8.44 ±1.42	0.91 /0.44
參與障礙因素	16.36 ±3.83	16.06 ±3.47	15.81 ±4.06	14.22 ±5.45	0.81 /0.49

*p<.05 **p<.01

第七節 花東地區公共衛生護理人員之工作情形對於知識技能與在職

教育需求之間的關係

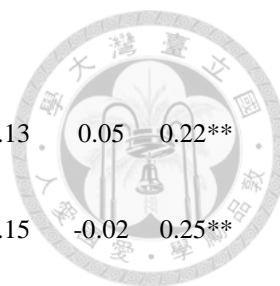
花東地區公共衛生護理人員之工作情形（職務、年資、衛生所型態及負責業務等）對於知識技能與在職教育需求之間的關係，將年資及負責業務量與知識技能各項做相關性分析（表 4-7-1）。

整體來看，總年資、社區年資及衛生所年資，與「實務品質」、「教育」、「專業實務能力評價」、「協同與專業關係」、「資源運用」、「領導統御」及「倡議」有正相關且達統計顯著。總年資的部分，「教育」、「專業實務能力評價」、「協同與專業關係」、「資源運用」及「倡議」之項目，相關性之 p 值小於.01，社區工作年資則是「實務品質」、「教育」、「專業實務能力評價」、「協同與專業關係」及「資源運用」之項目，相關性的 p 值小於.01，而衛生所工作年資在「協同與專業關係」及「倡議」之項目，其相關性之 p 值小於.01。

業務自覺能力方面，與「實務品質」、「教育」、「專業實務能力評價」、「協同與專業關係」、「合作」、「資源運用」、「領導統御」及「倡議」有正相關且達統計顯著。

表 4-7-1 知識技能與年資及業務量之相關性 (n=160)

項目	總年資	臨床年資	社區年資	衛生所年資	負責業務量	業務自覺能力
實務品質	0.20*	-0.07	0.21**	0.16*	0.14	0.23**
1. 能夠運用創意或創新的方法去推動各項護理活動與計劃，以提升護理實務品質。	0.08	0.03	0.09	0.09	0.19*	0.14
2. 能夠參與專業相關之常規和指引的訂定、執行與評價，以提升護理品質	0.22**	-0.08	0.20*	0.13	0.10	0.17*
3. 能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中。	0.20*	-0.14	0.25**	0.19*	0.09	0.27**
教育	0.24**	0.03	0.22**	0.15	0.02	0.26**
1. 能夠持續性地參與繼續教育課程，以維持	0.17*	0.00	0.17*	0.11	0.03	0.22**



	和增加能夠提升社區民眾健康所需的知識及技能。						
2.	能夠持續更新最新的實務工作的知識和技巧。	0.23**	0.04	0.22**	0.13	0.05	0.22**
3.	能夠確認與護理與公共衛生實務相關法規的變化。	0.23**	0.03	0.21**	0.15	-0.02	0.25**
專業實務能力評價		0.21**	-0.04	0.24**	0.20*	0.11	0.22**
1.	能夠保持文化及族群的敏感度，執行合適於不同類型個案及社區的服務	0.17*	-0.02	0.21**	0.19*	0.13	0.20*
2.	能夠從社區、專業團隊中，找到關於自身實務表現的回饋	0.17*	-0.05	0.20*	0.18*	0.08	0.18*
3.	能夠根據當今的護理相關準則、指引、法規等知識整合於自己的工作計劃之中	0.20**	-0.02	0.20*	0.15	0.06	0.18*
協同與專業關係		0.23**	-0.03	0.25**	0.21**	0.11	0.26**
1.	能夠適當輔導或協助其他公共衛生護理人員、同事及其他人員	0.19*	-0.03	0.21**	0.17*	0.15	0.25**
2.	能夠提供同事、其他專業人員及社區一個可以促進持續學習的環境	0.17*	-0.03	0.20**	0.17*	0.02	0.26**
3.	能夠營造一個支持、健康與安全的工作環境	0.27**	-0.02	0.28**	0.23**	0.13	0.21**
合作		0.11	-0.07	0.15	0.12	0.05	0.17*
1.	能與民眾進行溝通且發展夥伴關係，來共同處理社區中所關注的健康議題	0.11	-0.03	0.13	0.09	0.01	0.09
2.	能夠跨部門團隊的執行公共衛生的任務，如確認個案、計劃方案管理及強制通報等	0.11	-0.10	0.15	0.11	0.04	0.21**
3.	能與社區中的重要人士、團體成為夥伴關係，以影響公共衛生政策、計劃方案與服務的改變，且有正面成效	0.08	-0.05	0.13	0.13	0.07	0.15
倫理		0.12	-0.03	0.12	0.07	0.10	0.05
1.	能夠維護、保護、增進民眾或社區整體及個人的自主性、尊嚴與權利，提供所需的計劃方案與服務	0.10	-0.06	0.09	0.04	0.11	0.10
2.	能夠在合法情況下，維護個人隱私	0.11	-0.01	0.09	0.06	0.06	0.02

3. 能夠協助社區、個人發展自主倡議的技巧	0.09	-0.01	0.12	0.07	0.11	0.01
研究	0.06	-0.07	0.09	0.04	-0.04	0.10
1. 能夠應用最佳實證資料來運用於實務工作之中	0.11	-0.09	0.16*	0.09	-0.03	0.10
2. 能夠主動參加各種層級所舉辦之適合自己教育程度和職位的研究活動，如：參與學會舉辦之論文發表會	0.00	-0.04	0.01	-0.02	-0.04	0.08
資源運用	0.26**	-0.01	0.25**	0.19*	0.11	0.19*
1. 能夠在相同結果之實務方案做選擇時，考量安全、效果、便利性、成本效益等因素對護理實務及社區民眾的影響	0.20*	-0.03	0.20*	0.15	0.11	0.15
2. 能夠在分派工作時，考慮社區群體所關注的焦點、潛在的傷害、工作的複雜性以及成果的可預測性	0.31**	-0.01	0.31**	0.26**	0.13	0.23**
3. 能夠協助社區群體卻實知道政策、計劃、服務有關的方案選擇、成本、風險及利益	0.19*	0.01	0.17*	0.11	0.06	0.15
領導統御	0.19*	-0.04	0.20*	0.14	0.12	0.28**
1. 能夠參與跨部門團隊發展與建立聯盟，包括其他領域的專業人員、社區民眾及利害關係人	0.15	-0.04	0.17*	0.12	0.07	0.31**
2. 能夠向其他專業人員及社區民眾清楚的闡述護理及公共衛生計劃方案及服務的宗旨、目標、行動計劃及成效測量的方法	0.17*	-0.07	0.21**	0.16*	0.12	0.23**
3. 不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色	0.19*	-0.01	0.18*	0.12	0.14	0.22**
倡議	0.23**	-0.08	0.27*	0.23**	0.15	0.21**
1. 能夠結合社區民眾，倡議並執行符合民眾需求之政策、計劃方案和服務	0.19*	-0.09	0.24**	0.20*	0.13	0.20*
2. 能夠面對服務提供者及利害關係人時，展現為社區民眾倡議的技巧	0.23**	-0.10	0.29**	0.26**	0.15	0.18*
3. 能夠努力調解社區民眾、服務提供者、利害關係人的衝突，以確保民眾的安全與最大利益，並維護護理人員的專業形象	0.22**	-0.05	0.23**	0.20**	0.14	0.20**

*p<.05 **p<.01

知識技能各項分數與職務差異之分析(表 4-7-2),在「專業實務能力評價」、「協同與專業關係」、「合作」、「資源運用」、「領導統御」及「倡議」之項目,主管與否達統計顯著差異,且皆為主管之分數大於非主管之分數。



表 4-7-2 知識技能與職務差異分析

項目	主管 (n=21) (mean±SD)	非主管 (n=139) (mean±SD)	t 值/p 值
實務品質	8.10±1.79	7.52±1.46	1.64/0.103
教育	8.48±1.25	8.11±1.55	1.04/0.302
專業實務能力評價	8.71±1.49	7.91±1.54	2.23*/0.027
協同與專業關係	8.95±1.36	8.07±1.70	2.67*/0.012
合作	9.10±1.48	7.94±1.70	3.28**/0.003
倫理	9.29±1.31	8.65±2.11	1.88/0.068
研究	4.95±1.56	4.78±1.18	0.58/0.561
資源運用	8.76±1.37	7.70±1.62	3.21**/0.003
領導統御	8.81±1.66	7.43±1.79	3.31**/0.001
倡議	9.19±1.40	7.48±1.73	5.04**/0.000

*p<.05 **p<.01

知識技能與衛生所型態差異分析,以山地原住民鄉、離島或平地原住民來分類,知識技能各項分數並無顯著差異,但若以偏遠或非偏遠地區來分類,實務品質題組中的「能夠參與提升能力的相關活動,如:研討會、在職教育等,且應用於實務工作之中」有達統計顯著,非偏遠地區大於偏遠地區之分數,而「研究」題組之分數也是非偏遠地區大於偏遠地區且有達統計顯著。

表 4-7-3 知識技能與衛生所型態差異分析

項目	山地原住民鄉 (n=47)		平地原住民鄉 (n=105)		非偏遠 (n=73)		偏遠 (n=87)		F 值/p 值	t 值/p 值
	(mean ±SD)	(mean ±SD)	(mean ±SD)	(mean ±SD)	(mean ±SD)	(mean ±SD)				
實務品質	7.49	7.50	7.65	7.65	7.82	7.40	7.40	7.40	0.19	1.78

	±1.78	±1.20	±1.41	/0.83	±1.39	±1.59	/0.076
3. 能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中。	2.53	2.63	2.69	1.07	2.78	2.52	2.86**
	±0.69	±0.52	±0.56	/0.34	±0.56	±0.61	/0.005
教育	8.11	8.13	8.18	0.04	8.30	8.03	1.11
	±1.54	±1.46	±1.53	/0.96	±1.45	±1.57	/0.270
專業實務能力評價	8.13	8.00	7.97	0.16	8.04	8.00	0.17
	±1.65	±2.14	±1.47	/0.85	±1.41	±1.67	/0.865
協同與專業關係	8.40	7.75	8.13	0.73	8.19	8.18	0.04
	±1.61	±1.83	±1.71	/0.48	±1.64	±1.73	/0.969
合作	8.06	8.00	8.10	0.02	8.08	8.09	-0.04
	±1.65	±2.07	±1.73	/0.98	±1.61	±1.81	/0.971
倫理	8.61	7.50	8.89	1.88	8.90	8.59	0.96
	±2.03	±2.27	±2.00	/0.16	±2.02	±2.04	/0.337
研究	4.55	5.25	4.89	1.75	5.07	4.59	2.51*
	±1.21	±1.39	±1.22	/0.18	±1.26	±1.17	/0.013
資源運用	7.81	7.38	7.89	0.39	7.78	7.90	-0.46
	±1.47	±1.85	±1.69	/0.68	±1.66	±1.61	/0.649
領導統御	7.30	7.75	7.74	0.94	7.78	7.48	1.05
	±1.72	±1.83	±1.87	/0.39	±1.87	±1.79	/0.297
倡議	7.68	7.88	7.70	0.04	7.85	7.59	0.93
	±1.68	±2.10	±1.82	/0.96	±1.77	±1.80	/0.354

*p<.05 **p<.01

社區護理的實務需求與年資之相關性(表 4-7-4)，在安寧、社區評估、婦幼衛生、防疫知識及新興傳染疾病方面，與總年資、社區工作年資及衛生所工作年資有正相關，且有達統計上顯著，而負責業務量則是與安寧照護方面有正相關且達統計上顯著。業務自覺能力則是與「社區評估」、「防疫知識」及「新興傳染疾病」有正相關且達統計上顯著。

在職教育與進修參與相關因素，總年資與障礙因素的時間及體力因素呈負相關且達統計顯著，社區年資則與障礙因素的「在職教育占用之時間太多」呈負相關且達統計顯著，與促進因素中的「參加在職教育主要是因為要符合更新執業執

照的要求」呈現負相關且達統計顯著，與年齡因素的相關性分析結果接近。業務自覺能力與參與障礙因素中的體力因素呈現負相關且達統計顯著，表示業務能力越佳，越有餘力去參與各類在職教育。

由以上結果推論，年資越高，社區實務能力越佳，其體力及時間的障礙因素影響越低，而促進因素中的「更新執業執照的要求」，則是越資淺者，越是影響人員參加在職教育的主要理由。

表 4-7-4 社區護理的實務需求及進修相關因素與工作情形之相關性 (n=160)

變項	總年資	臨床年資	社區年資	衛生所年資	負責業務量	業務自覺能力
1. 我覺得我有充分的老人照護知識及技能	0.11	0.06	0.07	0.06	0.07	0.11
2. 我覺得我有充分的安寧照護知識及技能	0.25**	0.09	0.22**	0.21**	0.18*	0.11
3. 我覺得我有充分的心理健康照護知識及技能	0.09	-0.01	0.11	0.13	0.04	0.04
4. 我覺得我有充分的社區評估知識及技能	0.24**	0.01	0.22**	0.19*	0.12	0.24**
5. 我覺得我有充分的婦幼衛生照護知識及技能	0.23**	-0.03	0.24**	0.24**	0.08	0.17
6. 我覺得我有充分的防疫知識及技能	0.22**	0.02	0.22**	0.24**	0.00	0.21**
7. 我覺得我有充分的新興傳染疾病照護知識及技能	0.20**	0.02	0.21**	0.23**	0.09	0.19*
在職教育與進修參與相關因素						
管道不足因素	-0.02	-0.09	0.09	0.10	0.09	-0.11
促進因素	-0.16*	-0.01	-0.17*	-0.14	-0.04	-0.22**
15. 我會參加在職教育主要是因為要符合更新執業執照的要求	-0.16	-0.00	-0.20*	-0.14	-0.14	-0.13
無需求/無幫助因素	-0.04	-0.04	0.01	0.03	0.13	-0.01
參與障礙因素	-0.19*	-0.11	-0.09	-0.07	0.09	-0.16*
11. 我覺得進修占用之時間太	-0.19*	-0.12	-0.10	-0.72	-0.01	-0.13

多						
12. 我覺得在職教育占用之時間太多	-0.21**	-0.08	-0.16*	-0.09	-0.00	-0.13
13. 我覺得沒有體力參與進修	-0.16*	-0.12	-0.08	-0.09	-0.01	-0.20*
14. 我覺得沒有體力參與在職教育	-0.18*	-0.54	-0.12	-0.09	0.08	-0.21**

*p<.05 **p<.01

社區護理的實務需求及進修相關因素與職務差異分析(表 4-7-5)，在「社區評估知識及技能」之項目分數，主管組大於非主管組且達統計顯著差異。在職教育與進修參與相關因素中，「參與障礙因素」之項目分數，主管組小於非主管組且達統計顯著差異。進一步分析，「覺得在職教育的課程內容太困難，無法理解」、「在職教育占用之時間太多」及「覺得沒有體力參與進修」，皆達統計顯著差異，非主管組皆大於主管組。

表 4-7-5 社區護理的實務需求及進修相關因素與職務差異分析

項目	主管 (n=21) (mean±SD)	非主管 (n=139) (mean±SD)	t 值/p 值
1. 我覺得我有充分的老人照護知識及技能	2.86±0.73	2.93±0.47	-0.47/0.640
2. 我覺得我有充分的安寧照護知識及技能	2.86±0.57	2.76±0.61	0.72/0.475
3. 我覺得我有充分的心理健 康照護知識及技能	2.81±0.68	2.89±0.52	-0.53/0.599
4. 我覺得我有充分的社區評 估知識及技能	3.24±0.62	2.82±0.55	3.16**/0.002
5. 我覺得我有充分的婦幼衛 生照護知識及技能	3.00±0.63	2.88±0.48	0.98/0.331
6. 我覺得我有充分的防疫知 識及技能	3.00±0.71	2.93±0.55	0.54/0.590
7. 我覺得我有充分的新興傳 染疾病照護知識及技能	2.95±0.67	2.89±0.59	0.43/0.667

在職教育與進修參與相關因素

管道不足因素	5.10±1.41	5.07±1.18	0.08/0.935
促進因素	5.52±1.03	5.61±1.09	-0.35/0.729
無需求/無幫助因素	8.48±2.42	8.44±2.39	-0.07/0.946
參與障礙因素	14.33±3.62	16.22±3.93	-2.07*/0.040
8.我覺得在職教育的課程內容太困難，無法理解	1.71±0.64	2.06±0.63	-2.31*/0.022
12.我覺得在職教育占用之時間太多	2.05±0.80	2.51±0.71	-2.75**/0.007
13.我覺得沒有體力參與進修	2.14±0.79	2.58±0.79	-2.38*/0.018

*p<.05 **p<.01

社區護理的實務需求與衛生所型態差異分析(表 4-7-6)，在不同衛生所型態分類下，山地、離島及平地在各項社區護理的實務需求無顯著差異，但以偏遠或偏遠地區來分，「我覺得我有充分的心理健康照護知識及技能」之項目，非偏遠地區大於偏遠地區且達到統計顯著差異。

在職教育與進修參與相關因素方面，「管道不足因素」與衛生所型態之差異有達統計顯著差異，Scheffe 事後檢定顯示離島的分數大於平地原住民鄉。進一步分析，管道不足因素中的「我覺得遇到業務問題時，沒有合適管道可以學習如何解決」，有達統計顯著差異，Scheffe 事後檢定不顯著。而以偏遠或非偏遠地區來分類，在職教育與進修參與相關因素，參與障礙因素中的「我覺得沒有體力參與進修」，有達統計顯著差異，非偏遠地區較偏遠地區高，表示在非偏遠地區的人較多以體力因素做為影響參與進修的理由。

表 4-7-6 社區護理的實務需求及進修相關因素與衛生所型態差異分析

項目	山地原住	離島	平地原住	F 值	Scheffe	非偏遠	偏遠	t 值
	民鄉	(n=8)	民鄉			(n=73)	(n=87)	
	(n=47)	(mean	(n=105)	/p 值	(mean	(mean	/p 值	
	(mean	±SD)	(mean		±SD)	±SD)		
	±SD)		±SD)					
1. 我覺得我有充分的	2.89	2.88	2.94	0.20		3.00	2.86	1.73

老人照護知識及技能	±0.48	±0.64	±0.52	/0.82	±0.53	±0.49	/0.086	
2. 我覺得我有充分的 安寧照護知識及技能	2.83 ±0.56	2.75 ±0.71	2.74 ±0.62	0.33 /0.72	2.77 ±0.66	2.77 ±0.56	-0.03 /0.975	
3. 我覺得我有充分的 心理健康照護知識 及技能	2.89 ±0.52	2.88 ±0.64	2.88 ±0.55	0.02 /0.98	3.01 ±0.51	2.77 ±0.54	2.91** /0.004	
4. 我覺得我有充分的 社區評估知識及技能	2.91 ±0.54	2.50 ±0.76	2.89 ±0.58	1.82 /0.17	2.93 ±0.56	2.83 ±0.59	1.13 /0.260	
5. 我覺得我有充分的 婦幼衛生照護知識 及技能	2.91 ±0.41	2.88 ±0.64	2.90 ±0.54	0.03 /0.97	2.97 ±0.50	2.84 ±0.50	1.68 /0.095	
6. 我覺得我有充分的 防疫知識及技能	2.94 ±0.57	2.88 ±0.64	2.94 ±0.57	0.05 /0.95	3.01 ±0.51	2.87 ±0.61	1.58 /0.115	
7. 我覺得我有充分的 新興傳染疾病照護 知識及技能	2.91 ±0.62	2.88 ±0.64	2.90 ±0.59	0.02 /0.98	2.96 ±0.51	2.85 ±0.66	1.17 /0.243	
在職教育與進修參與相關因素								
管道不足因素	5.28 ±1.16	6.00 ±0.93	4.91 ±1.22	4.06* /0.019	離島 > 平地	5.07 ±1.22	5.08 ±1.21	-0.06 /0.951
2. 我覺得遇到業務 問題時，沒有合適管 道可以學習如何解決	2.62 ±0.68	3.00 ±0.76	2.41 ±0.77	3.18* /0.044	不顯著	2.52 ±0.78	2.48 ±0.73	0.32 /0.75
促進因素	5.55 ±1.06	5.88 ±0.99	5.60 ±1.10	0.30 /0.739		5.62 ±1.09	5.59 ±1.07	0.18 /0.860
無需求/無幫助因素	8.89 ±2.30	9.13 ±1.96	8.20 ±2.43	1.68 /0.190		8.39 ±2.49	8.49 ±2.30	-0.26 /0.795
參與障礙因素	16.65 ±3.85	15.75 ±4.06	15.69 ±3.95	0.98 /0.378		16.26 ±3.74	15.72 ±4.09	0.86 /0.390
13. 我覺得沒有體力 參與進修	2.55 ±0.72	2.63 ±0.74	2.50 ±0.84	0.12 /0.88		2.67 ±0.75	2.40 ±0.83	2.14* /0.034

*p<.05 **p<.01

第八節 花東地區公共衛生護理人員之知識技能與在職教育需求之間的關係



花東地區公共衛生護理人員之知識技能與在職教育需求之間的關係，將知識技能得分與社區護理的實務需求做相關性分析（表 4-8-1），「社區評估知識及技能」與知識技能各項皆呈正相關且 p 小於.01。

「教育」與「合作」項目得分，除「安寧照護知識及技能」與「心理健康照護知識及技能」兩項未達統計顯著，其餘項目皆為正相關且達統計顯著。「倫理」得分與「社區評估知識及技能」和「婦幼衛生照護知識及技能」呈現正相關且達統計顯著，其餘社區護理實務項目皆無達統計顯著。「研究」得分與「社區評估知識及技能」呈現正相關且達統計顯著，其餘社區護理實務項目皆無達統計顯著。

表 4-8-1 知識技能與社區護理的實務需求之相關性 (n=160)

項目	老人照護 知識及技 能	安寧照護 知識及技 能	心理健康 照護知識 及技能	社區評估 知識及技 能	婦幼衛生 照護知識 及技能	新興傳染 防疫知識 及技能	疾病照護 知識及技 能
實務品質	0.26**	0.16*	0.18*	0.41**	0.29**	0.33**	0.29**
教育	0.24**	0.15	0.10	0.31**	0.26**	0.24**	0.19*
專業實務能力評價	0.35**	0.27**	0.23**	0.38**	0.33**	0.29**	0.27**
協同與專業關係	0.30**	0.21**	0.20*	0.36**	0.32**	0.28**	0.29**
合作	0.24**	0.13	0.13	0.33**	0.19*	0.29**	0.27**
倫理	0.20*	0.11	0.13	0.28**	0.23**	0.26**	0.22**
研究	0.16*	0.15	0.13	0.28**	0.09	0.14	0.12
資源運用	0.22**	0.22**	0.16*	0.32**	0.20*	0.25**	0.22**
領導統御	0.31**	0.28**	0.27**	0.44**	0.27**	0.33**	0.32**
倡議	0.28**	0.20**	0.22**	0.35**	0.24**	0.32**	0.29**

* $p < .05$ ** $p < .01$

知識技能之得分與進修相關因素之相關性多呈負相關（表 4-8-2），表示知

識技能分數越高越不符合該進修相關因素之理由，知識技能之「研究」項目與「管道不足因素」及「無需求/無幫助因素」呈正相關但未達統計顯著，「協同與專業關係」與「倫理」兩項目與「管道不足因素」呈現負相關且達統計顯著。「實務品質」、「教育」、「專業實務能力評價」、「協同與專業關係」、「研究」、「資源運用」、「領導統御」及「倡議」與「促進因素」成負相關且達統計顯著。「無需求/無幫助因素」與知識技能之相關性未達統計顯著。「參與障礙因素」與「專業實務能力評價」、「協同與專業關係」及「資源運用」呈現負相關且達統計顯著。

表 4-8-2 知識技能與進修相關因素之相關性 (n=160)

項目	管道不足因素	促進因素	無需求/無幫助因素	參與障礙因素
實務品質	-0.06	-0.19*	-0.04	-0.10
教育	-0.11	-0.21**	-0.10	-0.13
專業實務能力評價	-0.13	-0.18*	-0.08	-0.17*
協同與專業關係	-0.19*	-0.18*	-0.12	-0.18*
合作	-0.12	-0.14	-0.13	-0.17*
倫理	-0.20*	-0.11	-0.15	-0.14
研究	0.03	-0.20*	0.07	-0.09
資源運用	-0.14	-0.24**	-0.08	-0.17*
領導統御	-0.13	-0.21**	-0.04	-0.11
倡議	-0.11	-0.22**	-0.03	-0.08

*p<.05 **p<.01

社區護理的實務需求與進修相關因素之相關性(表 4-8-3),「管道不足因素」與「老人照護知識及技能」、「安寧照護知識及技能」、「社區評估知識及技能」、「婦幼衛生照護知識及技能」及「防疫知識及技能」呈現負相關且達統計顯著,「促進因素」與社區護理的實務需求各項目呈現負相關但未達統計顯著。「無需求/無幫助因素」與「老人照護知識及技能」呈現負相關且達統計顯著,「參與障礙因素」與社區護理的實務需求各項中,「心理健康照護知識及技能」、「防疫知識

及技能」、「新興傳染疾病照護知識及技能」呈現正相關，其餘項目則呈現負相關，但皆未達統計顯著。



表 4-8-3 社區護理的實務需求與進修相關因素之相關性 (n=160)

項目	管道不足因素	促進因素	無需求/無幫助因素	參與障礙因素
老人照護知識及技能	-0.29**	-0.13	-0.18*	-0.04
安寧照護知識及技能	-0.21**	-0.14	-0.06	-0.02
心理健康照護知識及技能	-0.11	-0.09	0.00	0.07
社區評估知識及技能	-0.26**	-0.10	-0.13	-0.12
婦幼衛生照護知識及技能	-0.28**	-0.14	-0.14	-0.03
防疫知識及技能	-0.19*	-0.09	-0.04	0.09
新興傳染疾病照護知識及技能	-0.14	-0.09	-0.05	0.07

*p<.05 **p<.01

第九節 知識技能與實務需求之重要預測因子

由上述各節研究結果可得知個人特性、工作情形、知識技能及各實務需求的關係，而本節以多元逐步迴歸分析的方式，探討知識技能分數以及實務需求的重要預測因子，還有進修相關因素中，與執照更新制度相關的預測因子為何，分析個人特性、工作情形、社區護理的實務需求與進修相關因素對於知識技能之解釋情形；以及個人特性、工作情形、知識技能與進修相關因素對於社區護理的實務需求之解釋情形。

資料分析之前，先將個人特性中的教育程度、工作情形中的職務類型（主管/非主管）、衛生所型態（山地、離島或平地）、偏遠地區與否及參與在職教育頻率等類別變項轉為虛擬變項（dummy variable）。

一、知識技能之重要預測因子

首先以知識技能得分為依變項，個人特性、工作情形、社區護理的實務需求與進修相關因素做為自變項，且上述放入之變項是與知識技能得分有達統計顯著。分析結果顯示，知識技能總分之預測因子為「社區評估知識及技能」、「參與在職教育課程種類」、「覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」及「覺得沒有體力參與在職教育」，共可解釋 26.6% 的總變異量。

其迴歸公式顯示，「社區評估知識及技能」越高分、「參與在職教育的課程種類」越多、「覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」及「覺得沒有體力參與在職教育」越不符合，也就是以這兩個理由做為影響進修的動機越低，其知識技能總分越高（表 4-9-1）。進一步分析，在職教育與進修參與相關因素中的「覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」，與知識技能總分呈負相關，可能為自評自己能力較佳，並非覺得是因能力不足才去參加進修課程（業務自覺能力與該因素呈現負相關且達統計顯著）。

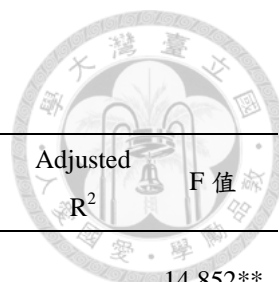


表 4-9-1 知識技能總分與各自變項之逐步迴歸分析

依變項	變項	原始迴歸 係數 (B)	標準化迴 歸係數(β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
知識技 能總分						14.852**
	社區評估知識及技能	8.143	0.355	0.184	0.178	
	參與在職教育課程種類	2.166	0.201	0.038	0.211	
	我覺得自己的能力無法滿足 實務需求，所以因此想要進 修或參與在職教育	-3.694	-0.201	0.033	0.240	
	我覺得沒有體力參與在職教 育	-3.125	-0.258	0.030	0.266	
	常數	66.275				

1. *p<.05 **p<.01

2. 知識技能總分=66.275+8.143×社區評估知識及技能+2.166×參與在職教育課程種類-3.694×覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育-3.125×覺得沒有體力參與在職教育

以知識技能的實務品質為依變項，分析結果顯示，知識技能的實務品質之預測因子為「社區評估知識及技能」及「參與在職教育課程種類」，共可解釋 19.8%的總變異量。其迴歸公式顯示「社區評估知識及技能」越高分及「參與在職教育課程種類」越多，其實務品質分數越高（表 4-9-2）。

表 4-9-2 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-實務品質

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數(β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
實務品 質						20.153**
	社區評估知識及技能	1.107	0.4	0.181	0.175	
	參與在職教育課程種類	0.214	0.169	0.028	0.198	
	常數	4.146				

1. *p<.05 **p<.01

2. 實務品質=4.146+1.107×社區評估知識及技能+0.214×參與在職教育課程種類



以知識技能的教育為依變項，分析結果顯示，知識技能的教育之預測因子為「社區評估知識及技能」、「我覺得沒有體力參與在職教育」、「參與在職教育課程種類」及「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」，共可解釋 16.8%的總變異量。其迴歸公式顯示「社區評估知識及技能」越高分、「我覺得沒有體力參與在職教育」越不符合、「參與在職教育課程種類」越多及「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」越不符合，其教育分數越高（表 4-9-3）。

表 4-9-3 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-教育

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數(β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
教育						8.951**
	社區評估知識及技能	0.639	0.242	0.096	0.090	
	我覺得沒有體力參與在職教育	-0.372	-0.184	0.038	0.122	
	參與在職教育課程種類	0.246	0.193	0.034	0.151	
	我覺得自己的能力無法滿足 實務需求，所以因此想要進 修或參與在職教育	-0.327	-0.150	0.022	0.168	
	常數	7.601				

1. *p<.05 **p<.01

2. 教育=7.601+0.639×社區評估知識及技能-0.372×我覺得沒有體力參與在職教育+0.246×參與在職教育課程種類-0.327×我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育

以知識技能的專業實務能力評價為依變項，分析結果顯示，知識技能的專業實務能力評價之預測因子為「社區評估知識及技能」、「參與在職教育課程種類」、「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與

在職教育」及「我覺得沒有體力參與進修」，共可解釋 24.5% 的總變異量。其迴歸公式顯示「社區評估知識及技能」越高分、「參與在職教育課程種類」越多、「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」越不符合及「我覺得沒有體力參與在職教育」越不符合，其專業實務能力評價分數越高（表 4-9-4）。

表 4-9-4 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-專業實務能力評價

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數 (β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
專業實務 能力評價						13.488**
	社區評估知識及技能	0.837	0.313	0.151	0.146	
	參與在職教育課程種類	0.278	0.214	0.046	0.187	
	我覺得自己的能力無法滿 足實務需求，所以因此想要 進修或參與在職教育	-0.461	-0.203	0.041	0.223	
	我覺得沒有體力參與在職 教育	-0.338	-0.164	0.027	0.245	
	常數	7.148				

1. *p<.05 **p<.01

2. 專業實務能力評價 = 7.148 + 0.837 × 社區評估知識及技能 + 0.278 × 參與在職教育課程種類 - 0.461 × 我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育 - 0.338 × 我覺得沒有體力參與在職教育

以知識技能的協同與專業關係為依變項，分析結果顯示，知識技能的協同與專業關係之預測因子為「社區評估知識及技能」、「參與在職教育課程種類」、「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」及「我覺得沒有體力參與進修」，共可解釋 19.8% 的總變異量。其迴歸公式顯示「社區評估知識及技能」越高分、「參與在職教育課程種類」越多、「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職

教育」越不符合及「我覺得沒有體力參與在職教育」越不符合，其協同與專業關係分數越高（表 4-9-5）。



表 4-9-5 知識技能與各自變項之逐步迴歸分析-協同與專業關係

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數(β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
協同與專業 關係						10.498**
	社區評估知識及技能	0.857	0.298	0.127	0.127	
	參與在職教育課程種類	0.262	0.187	0.028	0.155	
	我覺得自己的能力無法滿 足實務需求，所以因此想要 進修或參與在職教育	-0.416	-0.173	0.026	0.181	
	我覺得沒有體力參與在職 教育	-0.325	-0.148	0.017	0.198	
	常數	7.143				

1. *p<.05 **p<.01

2. 協同與專業關係=7.143+0.857×社區評估知識及技能+0.262×參與在職教育課程種類－
0.416×我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育－0.325×
我覺得沒有體力參與在職教育

以知識技能的合作為依變項，分析結果顯示，知識技能的合作之預測因子為「社區評估知識及技能」及「主管」，共可解釋 12.7%的總變異量。其迴歸公式顯示「社區評估知識及技能」越高分，其合作分數越高，而「主管」較「非主管」組合作分數高分（表 4-9-6）。

表 4-9-6 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-合作

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數(β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
合作						12.303**
	社區評估知識及技能	0.886	0.228	0.114	0.109	
	主管	0.794	0.388	0.023	0.127	

1. * $p < .05$ ** $p < .01$
2. 合作 = $5.431 + 0.886 \times \text{社區評估知識及技能} + 0.794 \times \text{主管}$



以知識技能的倫理為依變項，分析結果顯示，知識技能的倫理之預測因子為「社區評估知識及技能」及「在職教育頻率-其他」，共可解釋 10.5% 的總變異量。其迴歸公式顯示「社區評估知識及技能」越高分，其倫理分數越高，「在職教育頻率-其他」較其他頻率組別的倫理分數低分（表 4-9-7）。

表 4-9-7 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-倫理

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數 (β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
倫理						10.061**
	社區評估知識及技能	1.010	0.289	0.081	0.075	
	在職教育頻率-其他	-3.423	-0.190	0.036	0.105	
	常數	5.894				

1. * $p < .05$ ** $p < .01$
2. 倫理 = $5.894 + 1.010 \times \text{社區評估知識及技能} - 3.423 \times \text{在職教育頻率-其他}$

以知識技能的研究為依變項，分析結果顯示，知識技能的研究之預測因子為「社區評估知識及技能」及「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」，共可解釋 10.3% 的總變異量。其迴歸公式顯示「社區評估知識及技能」越高分、「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」越不符合，其研究分數越高（表 4-9-8）。

表 4-9-8 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-研究

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數 (β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
-----	----	-------------------	-----------------------------	--------------------------	----------------------------	-----

研究

社區評估知識及技能	0.559	0.268	0.085
我覺得自己的能力無法滿足 實務需求，所以因此想要進 修或參與在職教育	-0.301	-0.173	0.029
常數	4.065		



1. *p<.05 **p<.01

2. 研究=4.065+0.559×社區評估知識及技能-0.780×婦幼衛生照護知識及技能-0.301×我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育

以知識技能的資源運用為依變項，分析結果顯示，知識技能的資源運用之預測因子為「社區評估知識及技能」、「我覺得沒有體力參與在職教育」、「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」及「社區年資(含目前衛生所)」，共可解釋 20.3%的總變異量。其迴歸公式顯示「社區評估知識及技能」越高分、「我覺得沒有體力參與在職教育」越不符合、「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」越不符合及「社區年資(含目前衛生所)」越高，其資源運用分數越高(表 4-9-9)。

表 4-9-9 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-資源運用

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數(β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
資源運 用						10.818**
	社區評估知識及技能	0.672	0.241	0.105	0.099	
	我覺得沒有體力參與在職教 育	-0.456	-0.213	0.055	0.149	
	我覺得自己的能力無法滿足 實務需求，所以因此想要進 修或參與在職教育	-0.456	-0.196	0.037	0.181	
	社區年資(含目前衛生所)	0.031	0.169	0.027	0.203	
	常數	7.988				



1. *p<.05 **p<.01
2. 資源運用 = 7.988 + 0.672 × 社區評估知識及技能 - 0.456 × 我覺得沒有體力參與在職教育 - 0.456 × 我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育 + 0.031 × 社區年資(含目前衛生所)

以知識技能的領導統御為依變項，分析結果顯示，知識技能的領導統御之預測因子為「社區評估知識及技能」、「我覺得沒有體力參與在職教育」、「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」，共可解釋 25.3% 的總變異量。其迴歸公式顯示「社區評估知識及技能」越高分、「我覺得沒有體力參與在職教育」越不符合及「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」越不符合，其領導統御分數越高（表 4-9-10）。

表 4-9-10 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-領導統御

依變項	變項	原始迴歸係數 (B)	標準化迴歸係數 (β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
領導統御						18.628**
	社區評估知識及技能	1.248	0.396	0.194	0.189	
	我覺得沒有體力參與在職教育	-0.470	-0.195	0.040	0.225	
	我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育	-0.477	-0.183	0.033	0.253	
	常數	6.502				

1. *p<.05 **p<.01
2. 領導統御 = 6.502 + 1.248 × 社區評估知識及技能 - 0.470 × 我覺得沒有體力參與在職教育 - 0.477 × 我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育

以知識技能的倡議為依變項，分析結果顯示，知識技能的倡議之預測因子為「防疫知識及技能」、「主管」、「我覺得自己的能力無法滿足實務需求」，

所以因此想要進修或參與在職教育」，共可解釋 21.4%的總變異量。其迴歸公式顯示「防疫知識及技能」越高分、「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」越不符合及「我覺得沒有體力參與在職教育」越不符合，其倡議分數越高，「非主管」較主管之組別倡議分數低（表 4-9-11）。

表 4-9-11 知識技能得分與各自變項之逐步迴歸分析-倡議

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數(β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
倡議						12.444**
	非主管	-1.482	-0.285	0.105	0.099	
	防疫知識及技能	0.921	0.296	0.096	0.190	
	我覺得自己的能力無法滿足 實務需求，所以因此想要進 修或參與在職教育	-0.394	-0.155	0.026	0.211	
	我覺得沒有體力參與在職教 育	-0.350	-0.150	0.022	0.228	
	常數	8.247				

1. *p<.05 **p<.01

2. 倡議=8.247-1.482x非主管+0.921x防疫知識及技能-0.394x我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育-0.350x我覺得沒有體力參與在職教育

二、實務需求之重要預測因子

以社區護理的實務需求為依變項，個人特性、工作情形、知識技能與進修相關因素做為自變項。分析結果顯示，社區護理的實務需求中，老人照護知識及技能之預測因子為「不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色」、「我覺得進修課程無法滿足實務需求」、「專業實務能力評價題組總和」及「花蓮」，共可解釋 23.7%的總變異量。

其迴歸公式顯示「不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色」越能做到、「我覺得進修課程無法滿足實務需求」越不符合及「專業

實務能力評價題組總和」越高，其老人照護知識及技能分數越高，「花蓮」較台東之組別高（表 4-9-12）。



表 4-9-12 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-老人照護知識及技能

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數 (β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
老人照護知 識及技能						12.855**
	不論是在職場、社區及與 民眾互動時，能扮演領導 的角色	0.162	0.209	0.135	0.130	
	我覺得進修課程無法滿 足實務需求	-0.190	-0.259	0.073	0.198	
	專業實務能力評價題組 總和	0.069	0.208	0.024	0.217	
	花蓮	0.163	0.156	0.024	0.237	
	常數	2.353				

1. *p<.05 **p<.01
2. 老人照護知識及技能 = 2.353 + 0.162 × 不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色 - 0.190 × 我覺得進修課程無法滿足實務需求 + 0.069 × 專業實務能力評價題組總和 + 0.163 × 花蓮

以安寧照護知識及技能為依變項，分析結果顯示，安寧照護知識及技能之預測因子為「不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色」、「年齡」及「我覺得進修課程無法滿足實務需求」，共可解釋 15.1% 的總變異量。其迴歸公式顯示「不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色」越能做到、「年齡」越高及「我覺得進修課程無法滿足實務需求」越不符合，安寧照護知識及技能分數越高（表 4-9-13）。

表 4-9-13 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-安寧照護知識及技能

依變項	變項	原始迴 歸係數	標準化 迴歸係	R ² change	Adjusted R ²	F 值
-----	----	------------	------------	--------------------------	----------------------------	-----

	(B)	數 (β)		
安寧照護知識及技能				
不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色	0.244	0.270	0.102	0.096
年齡	0.015	0.201	0.038	0.128
我覺得進修課程無法滿足實務需求	-0.141	-0.166	0.027	0.151
常數	1.914			



1. *p<.05 **p<.01
2. 安寧照護知識及技能 = 1.914 + 0.244 × 不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色 + 0.015 × 年齡 - 0.141 × 我覺得進修課程無法滿足實務需求

以心理健康照護知識及技能為依變項，分析結果顯示，心理健康照護知識及技能之預測因子為「不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色」及「偏遠地區否」，共可解釋 13.5% 的總變異量。其迴歸公式顯示「不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色」越能做到，心理健康照護知識及技能分數越高，「偏遠地區」較「非偏遠地區」之心理健康照護知識及技能分數低（表 4-9-14）。

表 4-9-14 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-心理健康照護知識及技能

依變項	變項	原始迴歸係數 (B)	標準化迴歸係數 (β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
心理健康照護知識及技能						13.069**
	不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色	0.257	0.315	0.109	0.103	
	偏遠地區否	-0.210	-0.192	0.037	0.135	
	常數	2.348				

1. *p<.05 **p<.01

2. 安寧照護知識及技能 = 2.348 + 0.257 × 不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色 - 0.210 × 偏遠地區否

以社區評估知識及技能為依變項，分析結果顯示，社區評估知識及技能之預測因子為「領導統御題組總和」、「我覺得進修管道不足夠」、「實務品質題組總和」、「主管」及「花蓮」，共可解釋 28.7% 的總變異量。其迴歸公式顯示「領導統御題組總和」越高、「我覺得進修管道不足夠」越不符合、「實務品質題組總和」越高，社區評估知識及技能分數越高，「主管」較「非主管」之社區評估知識及技能分數高，「花蓮」較「台東」的社區評估知識及技能分數高（表 4-9-15）。

表 4-9-15 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-社區評估知識及技能

依變項	變項	原始迴歸係數 (B)	標準化迴歸係數 (β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
社區評估知識及技能						13.424**
	領導統御題組總和	0.079	0.244	0.201	0.195	
	我覺得進修管道不足夠	-0.150	-0.184	0.034	0.225	
	實務品質題組總和	0.088	0.227	0.027	0.247	
	主管	0.299	0.174	0.027	0.270	
	花蓮	0.180	0.151	0.022	0.287	
	常數	1.879				

- *p<.05 **p<.01
- 社區評估知識及技能 = 1.879 + 0.079 × 領導統御題組總和 - 0.150 × 我覺得進修管道不足夠 + 0.088 × 實務品質題組總和 + 0.299 × 主管 + 0.180 × 花蓮

以婦幼衛生照護知識及技能為依變項，分析結果顯示，婦幼衛生照護知識及技能之預測因子為「能夠營造一個支持、健康與安全的工作環境」、「衛生所年資」、「我覺得進修管道不足夠」及「能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中」，共可解釋 20.0% 的總

變異量。其迴歸公式顯示「能夠營造一個支持、健康與安全的工作環境」越高、「衛生所年資」越符合、「我覺得進修管道不足夠」越不符合及「能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中」越高，社區評估知識及技能分數越高（表 4-9-16）。

表 4-9-16 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-婦幼衛生照護知識及技能

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數(β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
婦幼衛生照 護知識及技 能						10.613**
	能夠營造一個支持、健康 與安全的工作環境	0.153	0.180	0.124	0.118	
	衛生所年資	0.011	0.187	0.028	0.141	
	我覺得進修管道不足夠	-0.155	-0.217	0.037	0.174	
	能夠參與提升能力的相 關活動，如：研討會、在 職教育等，且應用於實務 工作之中	0.171	0.201	0.031	0.200	
	常數	2.324				

1. *p<.05 **p<.01
2. 婦幼衛生照護知識及技能=2.324+0.153×能夠營造一個支持、健康與安全的工作環境+0.011×衛生所年資-0.155×我覺得進修管道不足夠+0.171×能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中。

以防疫知識及技能為依變項，分析結果顯示，防疫知識及技能之預測因子為「能夠面對服務提供者及利害關係人時，展現為社區民眾倡議的技巧」、「能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中」及「我覺得遇到業務問題時，沒有合適管道可以學習如何解決」，共可解釋 17.5%的總變異量。其迴歸公式顯示「能夠面對服務提供者及利害關係人時，展現為社區民眾倡議的技巧」越高、「能夠參與提升能力的相關

活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中」越高及「我覺得遇到業務問題時，沒有合適管道可以學習如何解決」越不符合，防疫知識及技能分數越高（表 4-9-17）。



表 4-9-17 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-防疫知識及技能

依變項	變項	原始迴 歸係數 (B)	標準化 迴歸係 數(β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
防疫知識及 技能						11.985**
	能夠面對服務提供者及 利害關係人時，展現為社 區民眾倡議的技巧	0.205	0.222	0.130	0.125	
	能夠參與提升能力的相 關活動，如：研討會、在 職教育等，且應用於實務 工作之中	0.201	0.213	0.035	0.155	
	我覺得遇到業務問題 時，沒有合適管道可以學 習如何解決	-0.124	-0.163	0.026	0.175	
	常數	2.196				

1. *p<.05 **p<.01

2. 防疫知識及技能=2.196+0.205×能夠面對服務提供者及利害關係人時，展現為社區民眾倡議的技巧+0.201×能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中-0.124×我覺得遇到業務問題時，沒有合適管道可以學習如何解決

以新興傳染疾病照護知識及技能為依變項，分析結果顯示，新興傳染疾病照護知識及技能之預測因子為「不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色」及「衛生所年資」，共可解釋 14.5%的總變異量。其迴歸公式顯示「不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色」越高及「衛生所年資」越高，新興傳染疾病照護知識及技能分數越高(表 4-9-18)。

表 4-9-18 實務需求與各自變項之逐步迴歸分析-新興傳染疾病照護知識及技能

依變項	變項	原始迴歸係數 (B)	標準化迴歸係數 (β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
新興傳染疾病照護知識及技能	不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色	0.301	0.336	0.128	0.122	14.116**
	衛生所年資	0.012	0.168	0.028		
	常數	1.730				

1. *p<.05 **p<.01

2. 新興傳染疾病照護知識及技能 = 1.730 + 0.301 × 不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色 + 0.012 × 衛生所年資

三、執照更新之重要預測因子

以「會參加在職教育主要是因為要符合更新執業執照的要求」之得分為依變項，個人特性、工作情形、社區護理的實務需求與進修相關因素做為自變項。分析結果顯示，「參與在職教育的種類」為預測因子，共可解釋 9.8% 的總變異量。其迴歸公式顯示「參與在職教育的種類」越少，以符合更新執業執照的要求做為參與在職教育之動機越高（表 4-9-19）。

表 4-9-19 「符合更新執業執照的要求」與各自變項之逐步迴歸分析

依變項	變項	原始迴歸係數 (B)	標準化迴歸係數 (β)	R ² change	Adjusted R ²	F 值
符合更新執業執照的要求	參與在職教育的種類	-0.220	-0.322	0.104	0.098	18.101**
	常數	3.272				

1. *p<.05 **p<.01

2. 符合更新執業執照的要求 = 3.272 - 0.220 × 參與在職教育的種類

第五章 討論

根據研究目的，分別從公共衛生護理人員的個人特性、工作情形、在職教育與進修因素、在職教育的需求及公共衛生護理人員的知識技能做探討。



第一節 花東地區公共衛生護理人員知識技能情形

根據研究結果來看，本研究對象之各項知識技能分數，得分介於「2分/只能做到一部分」及「3分/能做到大部分」之間，各項知識技能分數加總（ $\text{mean} \pm \text{SD} = 76.4 \pm 13.4$ ），顯示本研究對象的知識技能分數居中，與郭（2006）、鍾（2009）兩人研究結果相近。

而十項專業能力得分前三名的項目為「倫理」、「協同與專業關係」及「教育」；「合作」、「專業實務能力評價」及「資源運用」居中；「倡議」、「領導統御」、「實務品質」及「研究」得分較低。進一步分析，較偏向護理實務技巧的能力，公共衛生護理人員自評較佳，但領導及管理方面之行政能力，自評較差，與郭（2006）、鍾（2009）兩人研究發現接近，而根據研究結果之分析，可能與職務類型差異及教育進修課程中較少該方面類型有關。

第二節 花東地區公共衛生護理人員之實務需求

根據研究結果，花東地區公共衛生護理人員之實務需求，分別以覺得缺乏的課程及自評覺得有充分能力的護理業務兩方面來看，覺得缺乏的課程排名，前三名分別為「分析與評估」、「政策發展與活動計畫執行」及「溝通實務方面」。但若以縣為單位來看，台東縣的「溝通實務方面」與「分析與評估」兩個種類課程並列第一。花蓮縣則是「溝通實務方面」與「領導與管理」並列第三。

而以自評覺得有充分能力的護理業務來看，覺得有較充分能力的業務為「防疫知識及技能」及「老人照護知識及技能」，而自評較低分的為「安寧照護知識及技能」，以縣分開來看，除了安寧照護方面，台東縣較低分的為「社區評估知

識及技能」，花蓮縣為「心理健康照護知識及技能」。此外，「老人照護知識及技能」及「社區評估知識及技能」兩項，台東縣低於花蓮縣且有達統計顯著差異，表示這兩項目，台東較花蓮需要更多這方面的課程。

「安寧照護知識及技能」、「心理健康照護知識及技能」、「社區評估知識及技能」、「婦幼衛生照護知識及技能」、「防疫知識及技能」及「新興傳染疾病照護知識及技能」呈現與年齡及年資正相關且達統計顯著，與徐等人(2002)研究一致，也就是可隨資歷增長，換言之對於新進人員來說，這幾項的實務工作能力是有較高的在職教育需求。

第三節 花東地區公共衛生護理人員之在職教育與進修情形

根據研究結果，花東地區公共衛生護理人員之在職教育與進修情形，以近一年參加在職教育類型、近一年進修類型及在職教育與進修參與相關因素三方面來看。近一年參加在職教育類型，最多人次的為「公共衛生方面」及「社區實務方面」，較少的課程類型為「領導與管理」、「文化方面」及「財政管理方面」，其中「財政管理方面」的課程，花蓮縣無人近一年內有參加該種類課程。

近一年進修人數共 8 人，其中台東有三人，進修類型皆為二技，其中兩人為二技的護理相關科系，花蓮的進修類型為研究所，皆非護理相關科系，進修理由主要是「實務需求」及「生涯規劃」。

在職教育與進修參與相關因素，影響人員參與在職教育或進修的理由，為「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」及「我會參加在職教育主要是因為要符合更新執業執照的要求」，而「我覺得進修管道不足夠」在台東為排名第三的影響因素，與 Chang 等人(2003)研究結果一致，仍然是影響台東的參與進修或在職教育的主要理由。而花蓮則是「我覺得沒有體力參與進修」為排名第三的影響因素。「我覺得自己的能力已經足夠，不需要進修」之得分小於兩分，顯示其非主要影響人員是否參與的理由。

而綜合上述影響進修的因素與人員的進修類型來看，台東主要選擇二技的進修課程，可能與地區能選擇的科系有關，目前台東縣內能選擇的研究所較花蓮縣少，使得在職教育與進修相關因素中「我覺得進修管道不足夠」，兩縣有達統計顯著差異，台東較花蓮符合該因素。另外，「管道不足因素」之題組，離島較平地原住民鄉符合該因素的題組。

第四節 花東地區公共衛生護理人員知識技能與實務需求之差異比較

根據知識技能與實務需求之研究結果，進一步分析其相關性及關係，十項知識技能，「倡議」、「領導統御」、「實務品質」及「研究」得分較低，而這幾項知識技能是較偏向領導及管理方面之行政能力。

進一步看「倡議」、「領導統御」、「實務品質」及「研究」與各實務需求能力之關係，「研究」與「老人照護」及「社區評估」為正相關且達統計顯著，「領導統御」及「實務品質」則是與各護理實務需求呈現正相關且達統計顯著。也就是自評實務能力越佳，則相對應之知識技能的能力越佳。

近一年的參與課程中，較少的課程類型為「領導與管理」、「文化方面」及「財政管理方面」，而由研究對象自評覺得缺乏的課程為「分析與評估」、「政策發展與活動計畫執行」、「溝通實務方面」及「領導與管理」，顯見其課程供需其實未達平衡，且在知識技能分數也顯見其問題，偏向領導及管理方面的課程是有其需求的。

第五節 花東地區公共衛生護理人員影響其實務需求相關因素

從研究結果來看影響實務需求的相關因素，從個人特性及工作情形來看，「安寧照護」、「社區評估」、「婦幼衛生照護」、「防疫」及「新興傳染疾病照護」與年齡及工作年資有正相關，「社區評估」與是否為主管職務有關，「安寧照護」與負責業務量有正相關。「社區評估」、「防疫」及「新興傳染疾病」則是「自覺業務

能力」越能勝任則越覺得有充份能力。

從在職教育與進修相關因素來看，「老人照護」與「管道不足因素」及「無需求/無幫助因素」呈負相關且達統計顯著，「安寧照護」、「社區評估」、「婦幼衛生照護」及「防疫」與「管道不足因素」呈負相關且達統計顯著。

以逐步迴歸分析結果來看影響實務需求的專業能力，「老人照護」之能力，「專業實務能力評價」及「領導統御」是重要預測因子；「安寧照護」及「心理健康」，「領導統御」的能力是重要預測因子；「社區評估」的能力，「實務品質」及「領導統御」的能力是重要預測因子；「新興傳染疾病」，「領導統御」的能力是重要預測因子，「婦幼衛生照護」則是「協同與專業關係」及「研究」的能力為重要預測因子，「防疫」則以「倡議」及「研究」為重要預測因子。

第六節 執照更新制度對花東地區公共衛生護理人員知識技能之影響

執照更新制度在 2007 年公布實施，對比尚未實施該制度的文獻，張等人 (1997) 的研究指出，造成參與在職教育的障礙因素有「機會訊息」、「教育活動可近性」及「行政阻礙因素」等。而由於執照更新制度是每位人員都會受到影響，從本研究結果可得知，「我會參加在職教育主要是因為要符合更新執業執照的要求」為影響花蓮縣的人員參與在職教育的第一名理由，台東縣則是第二名理由，而社區工作年資及年齡越小者，以執照更新做為理由而參加在職教育者越高。迴歸分析的公式顯示，參與在職教育種類量較少者，其參與理由較多是為了執照更新。

故上述研究之障礙因素，隨著各種單位辦理可認證學分之課程後，不論是實體課程或是線上學習，障礙因素有受到些許改善，但台東縣的「進修管道不足夠」因素仍名列第三名影響進修之因素，故由地區來看，Chang 等人 (2003) 研究所提到的距離因素，在台東仍存在，仍需持續努力增加台東的進修管道。

而鍾 (2009) 之研究所調查的研究對象其近一年內曾參與在職進修教育的經

驗是近八成，本研究調查之護理人員則至少有參加一種以上的在職教育，且與「符合更新執業執照的要求」有相關性（越符合此動機者，參與種類越少），故以量來說，在職教育的參與比例是有因為此制度而上升，但質來說，較缺乏增進領導及管理方面之行政能力方面之課程。

研究結果顯示知識技能與年齡及年資是呈現正相關，而「符合更新執業執照的要求」與年齡及社區工作年資是負相關，也就是對於資淺人員來說，雖然是需要更多的進修學習，但大多是因為要符合更新執業執照的要求而去參加課程，而資深人員則是較少進修障礙，也較少是以更新執業執照的做為動機而去上課。

第六章 結論與建議

第一節 結論



本研究之目的為探討花東公共衛生護理人員知識技能與實務需求差異之現況分析，及其相關影響因素，綜合研究結果及討論做出以下結論。

本研究針對花東地區公共衛生護理人員進行研究，根據 160 位研究對象所得之研究結果顯示，公共衛生護理人員之知識技能得分介於「只能做到一部分」及「能做到大部分」之間，也就是知識技能能力處於中等程度。「倫理」、「協同與專業關係」及「教育」得分較高；「合作」、「專業實務能力評價」及「資源運用」居中；「倡議」、「領導統御」、「實務品質」及「研究」得分較低。也就是較偏向領導統御及行政管理方面的能力較欠缺。

經由了解在職教育的現況與需求，顯示參與較多的課程類型為「公共衛生方面」及「社區實務方面」，較少的課程類型為「領導與管理」、「文化方面」及「財政管理方面」；覺得缺乏的課程類型為「分析與評估」、「政策發展與活動計畫執行」、「溝通實務方面」及「領導與管理」，與知識技能之分數相呼應。

而自評覺得充分之護理實務能力，「防疫」及「老人照護」較高分，而自評較低分的為「安寧照護」，以縣分開來看，除了安寧照護方面，台東縣較低分的為「社區評估」，花蓮縣為「心理健康」。

影響其參與在職教育的因素，最主要的因素為「我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育」及「我會參加在職教育主要是因為要符合更新執業執照的要求」，而「我覺得進修管道不足夠」在台東為排名第三的影響因素。而花蓮則是「我覺得沒有體力參與進修」為排名第三的影響因素。

「我覺得自己的能力已經足夠，不需要進修」之得分小於兩分，顯示其非主要影響人員是否參與的理由，而由人員參與在職教育的參與狀況顯示，為符合更新執業執照的要求，參與度較過去研究所調查的高，以參與課程種類來說，參與種類越少，越多是「為符合更新執業執照的要求」而參與在職教育，故執業執照更新

制度的確有提高人員之參與在職教育量。研究結果也顯示，年齡越高者，其參與的在職教育種類越多，顯示人員對於參與各類課程情況，隨年齡增長而越有多元性。


而綜觀人員自評之知識技能及實務工作能力，知識技能中的「實務品質」、「教育」、「專業實務能力評價」、「協同與專業關係」、「資源運用」、「領導統御」及「倡議」與實務工作能力中的「安寧照護」、「社區評估」、「婦幼衛生照護」、「防疫」及「新興傳染疾病照護」與年資為正相關。

第二節 建議

根據研究結果顯示，「倡議」、「領導統御」、「實務品質」及「研究」得分較低，也就是較偏向領導統御及行政管理方面的能力較欠缺。而進一步看人員覺得缺乏的課程類型，為「分析與評估」、「政策發展與活動計畫執行」、「溝通實務方面」及「領導與管理」，也是較偏向領導統御及行政管理方面，而現今因推動執照更新制度，人員較過去參與在職教育之比例已有所提升，故建議對於將來要辦理在職教育課程時，課程設計可多著重這些類型之課程，使得人員不只有參與量上升，質也能有所提升。

而知識技能中的「實務品質」、「教育」、「專業實務能力評價」、「協同與專業關係」、「資源運用」、「領導統御」及「倡議」與實務工作能力中的「安寧照護」、「社區評估」、「婦幼衛生照護」、「防疫」及「新興傳染疾病照護」與年資為正相關。對於現今越來越多元需求之社區，所期待之社區護理的人員，是能有多元及統合的能力，故對於新進人員之教育，可搭配各業務之資深人員帶領新進人員熟悉環境及各類業務，降低人員只對自身業務熟悉卻對其他業務陌生之情況，也能使人員對於不同資源可有效的運用。

而「我覺得進修管道不足夠」在台東為排名第三的影響進修的因素，故除了現行的進修管道，建議增加更多遠距教學合作的方案，使得位於較少進修師資地



區，仍有許多參與課程的機會。而管道不足的障礙，職場是否為鼓勵進修的環境更顯重要，若人員是有意願想要進修，周邊的支持系統是很重要的，如：職務的代理機制、主管對進修之態度、單位進修規定及獎勵或補助進修的措施等，而由本次研究結果之情況顯示，資淺人員參與在職教育量較少，而持續在職教育對於人員能力精進是必要的，建議主管機關應當更加關注各項進修辦法及了解各地區人員進修狀況，營造對於人員進修是較友善的職場環境。

第三節 研究限制

本研究僅以衛生所的公共衛生護理人員為主，故無法推論至其他非衛生所之公衛護理人員。而因研究經費及時間限制，以橫斷式調查方式進行本研究，故研究對象回溯相關經驗時，可能會有所偏誤。而當初收案時，部分人員因請育嬰假而未能參與研究，故未能了解正值產休或育嬰之人員情形，建議將來之研究可採長期追蹤之模式，了解人員參與在職教育的需求變化，並加以分析探討。

參考文獻

中文部分

內政部統計處 (2013)· 內政統計月報· 取自

<http://statis.moi.gov.tw/micst/stmain.jsp?sys=100>

台灣護理學會 (2014)· 台灣護理學會積分審定通過課程清單· 取自

http://www.twna.org.tw/frontend/un20_education/webPage_1/index07.html

台灣護理學會 (2012)· 台灣護理學會社區衛生護理師認證說明會：社區衛生護理執業能力與範疇· 取自

http://www.twna.org.tw/frontend/un16_commission/webPages_8/file/101062201.ppt

林綽娟、黃玉珠、馬金足、許智皓、李采娟 (2008)· 「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來進階護理工作模式之建構計畫(1/2)研究報告(計畫編號：DOH96-TD-M-113-055 (1/2))。

林綽娟、黃玉珠、馬金足、許智皓、李采娟 (2009)· 「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來進階護理工作模式之建構計畫研究報告(計畫編號：DOH97-TD-M-113-96015)。

林綽娟、黃玉珠、馬金足、許智皓、李采娟 (2009)· 「離島及偏遠地區」護理工作模式之現況評估及未來進階護理工作模式之建構計畫總報告(計畫編號：DOH97-TD-M-113-96015)。

高淑芬、陳惠姿 (2005)· 長期照護與社區護理· 國家政策季刊, 4(4), 109-128。

美國護理學會 (2009)· 公共衛生護理實務之範疇與標準 (社區衛生護理委員會編譯)· 台北：台灣護理學會。(原著出版於 2007 年)

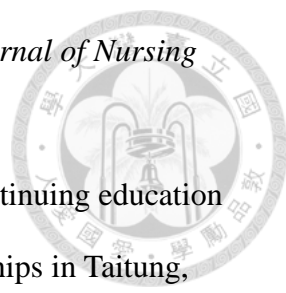
國家衛生研究院 (2008)· 2020 健康國民白皮書技術報告 (500—598 頁)· 苗栗縣：作者。

張淑卿、黃璉華、黃明珠、鍾聿琳 (1997)· 臺北縣衛生所公衛護理人員參與在





- 職教育動機及障礙之因素研究·*護理研究*，5 (3)，233-246。
- 張媚、余玉眉、趙可式 (2012)·從民眾健康需要看台灣護理教育的挑戰與對策·*護理雜誌*，59 (5)，10-15。
- 郭曉菁 (2006)·公共衛生護理人員專業能力之探討·未發表之碩士論文，台中：中國醫藥大學護理學系碩士班。
- 徐南麗、林碧珠、徐曼瑩、楊克評 (2002)·比較護理進階制度實施前後護理能力及影響因素分析·*慈濟護理雜誌*，1 (1)，76-85。
- 陳靜敏 (2009)·回應國際護理協會的呼應—發展社區衛生護理的契機·*護理雜誌*，56 (4)，5-10。
- 陳靜敏 (2012)·社區專科護理師發展之國際趨勢與挑戰·*護理雜誌*，59 (2)，10-15。
- 衛生福利部 (2013)·*死因統計*·取自
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=1601
- 戴玉慈、張媚、呂寶靜、吳淑瓊 (2004)·社區式照顧管理模式的設立與初步評價·*台灣公共衛生雜誌*，23 (3)，197-208。
- 謝景祥、李元墩、周蕙苓、蔡麗華、劉于華、楊鉞釧 (2013)·不同背景之基層護理人員對繼續教育課程成效認知之探討·*澄清醫護管理雜誌*，9 (2)，33-39。
- 謝雨生、簡文吟、吳淑俊、游其明、紀玉臨、周孟嫻 (2012)·*鄉鎮市區數位發展分類研究報告* (行政院研考會委託研究報告 RDEC-MIS-100-009)·臺北市：聯合行銷研究股份有限公司。
- 鍾玉芳 (2009)·公共衛生護理人員核心專業能力及其相關因素研究·未發表之碩士論文，台北：國立陽明大學護理學系暨研究所。

- 
- Bushy, A. (2001). Critical access hospitals: rural nursing issues. *Journal of Nursing Administration, 31*(6), 301-310.
- Chang, W. Y., Tseng, I. J., Hsiao, F. H., & Wang, M. Y. (2003). Continuing education needs and barriers for public health nurses in aboriginal townships in Taitung, Taiwan. *Journal of Nursing Research, 11*(4), 295-302.
- Guo, S. J., Hsu, C. H., & Lin, C. J. (2008). A Study of Community Healthcare Competency Among Public Health Nurses. *Journal of Nursing Research, 16*(4), 286-296.
- Kenny, A., Duckett, S. (2003). Educating for rural nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 44*(6), 613-622.
- Richard, H. M., Farmer, J., & Selvaraj, S. (2005). Sustaining the rural primary health care workforce: survey of healthcare professionals in the Scottish Highlands. *Rural Remote Health, 5*(1), 365.
- Lee, H. J., Charlene, A. W. (2004). Testing rural nursing theory: Perceptions and needs of service providers. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 4*(1) [Online]. Available: <http://rnojournl.binghamton.edu/index.php/RNO/article/viewFile/212/185>.
- World Health Organization. (2005). *Preparing a health care workforce for the 21st century: The challenge of chronic conditions*. Geneva, Switzerland: Author.

影響公共衛生護理人員之知識技能與實務需求差異之因素研究

編號：□□—□□

親愛的護理同仁您好：

公共衛生護理工作隨著社會變遷，面臨更多元複雜的照護問題，需要不斷地充實新的知識技能，以因應工作實務面所需。

本研究為了解目前實務工作者，當社區健康面臨各種全新挑戰，第一線社區健康照護人員，對於照護之知識技能有何需求？在職教育或進修課程中所提供的知識技能，是否滿足實務所需要？將從影響參與在職教育的因素，以及您對於在職教育與實務需求差異來做探討，期望能提供相關單位日後辦理在職教育及進修課程之參考。因此誠懇邀請您來參與本研究！

您所提供之資料，對未來擬訂在職教育活動政策甚為重要，請就您自己實際情況填答；若有任何問題，請與單位負責人員洽談，或電話與本人連絡。填妥問卷後，煩請於一周內繳交給單位護理長，問卷回填後，將會贈送小禮物一份，以致最深的謝意，最後感謝您的協助！

敬祝

健康愉快

國立臺灣大學護理研究所

指導教授：黃璉華 博士

研究生：許孟琦 敬上

連絡電話：0972-XXX-XXX

E-mail：r014XXXX@ntu.edu.tw

問卷說明：

本研究所探討的「在職教育」定義如下：

在職教育係指由衛生相關行政單位、學會、公會及其他相關組織為維持或增進護理人員的專業能力所設計之各種教育課程；其名稱包括在職教育、在職訓練、繼續教育，研討會及其他類似名稱教育活動。進修係指在職進修以取得相關學位之教育課程（如：二技、研究所等）。

此份問卷均以**四個等級程度**，請根據您的實際情況在適當的格子內打「✓」。每個題目除特別標明複選外，一律以單選作答，請務必每題都要作答不要遺漏。您所提供的各項資料，僅供學術研究之用，個人作答情形絕不對外公開，請放心作答！

研究計畫由國立臺灣大學行為與科學研究倫理委員會審查通過，委員會係依規範運作，並通過中央目的事業主管機構查核認證之審查組織。凡研究參與者於研究過程中自認權利受到影響、傷害，可直接與國立臺灣大學研究倫理中心聯絡，電話為 02-33669956、02-33669980。

您可自由決定參加研究與否，研究過程中亦可隨時撤銷同意或退出研究參與。退出研究不會引起任何不愉快，或影響日後研究計畫主持人對研究參與者之評價，更不會損及研究參與者任何權利。若您不同意參與研究，請將問卷交還給護理長，若您日後決定撤回同意或退出研究，也可透過 e-mail 或電話進行，計畫主持人將會將您的問卷撤除。研究計畫主持人或研究計畫贊助或監督單位，也可能於必要時中止該研究之進行。

「花東地區影響公共衛生護理人員之知識技能

與實務需求差異之因素」

研究同意書

我已閱讀以上研究的說明，我同意參與這項研究。

參與者簽名：_____ 103 年__月__日

附錄二 研究問卷



基本資料

性 別：女性 男性

年 齡：_____歲(以 103 年扣)

教育程度：高中職 五專 二技 大學 碩士 博士
其他_____

執照類型(可複選)：

護士 護理師 助產士 助產師

工作年資(含非護理相關工作)：共_____年_____月(計至 103 年 2 月)

過去臨床護理年資(本研究僅採計於醫院工作時的年資)：

沒有 共_____年_____月(計至 103 年 2 月)

過去社區護理之經驗：

*本研究採計之社區護經驗：校護、廠護、衛生所、衛生局，含約聘、僱、臨時人員

沒有 有，共_____年_____月(計至 103 年 2 月)

➤ 衛生所年資共_____年_____月(計至 103 年 2 月)

目前衛生所之工作年資(含約僱)：

共_____年_____月(計至 103 年 2 月)

衛生所型態：

*依參照行政院衛生署照護處界定山地原住民鄉、離島鄉、平地原住民鄉及偏遠地區之標準

山地原住民鄉 離島 平地原住民鄉 偏遠地區

職 務：主管職務(職稱：_____)

非主管職務(職稱：_____)

您目前負責業務(可複選)：

護理行政 地段管理 門診醫療 巡迴醫療 醫政業務

總務 人事 會計 藥房管理 保健業務 長照業務

防疫業務 食藥檢業務

其他_____

整體而言，我對於目前所負責的工作內容與業務執行能力上

- 非常勝任 勝任 還需精進

我最近一年參加在職教育的頻率（若是同一天參加兩種不同課程，則計2次）

- 平均一個月 0~1 次 平均一個月 2~4 次
平均一個月 5~7 次 平均一個月 8 次以上
其他



通常一個月花多少時間在參加在職教育或進修課程：_____小時

覺得一個月應該花多時間在在職教育和進修是合適的？_____小時

我近一年參加的在職教育類型（可複選）

- 分析與評估
政策發展與活動計劃執行
領導與管理
文化方面
社區實務方面
公共衛生方面
財政管理方面
實務溝通方面

我覺得缺乏的在職教育課程類型（可複選）

- 分析與評估
政策發展與活動計劃執行
領導與管理
文化方面
社區實務方面
公共衛生方面
財政管理方面
實務溝通方面
其他_____

我近一年有參與進修課程（如：二技、研究所、學分班等）

否 是，_____（請填攻讀之學位，如：護理研究所）

如上一題填”是”，參與進修的理由（可複選）

升遷需求

實務需求

生涯規劃

興趣

主管鼓勵

其他_____



在職教育與進修參與相關因素量表

請您依據 實際遇到的經驗『勾』選。(未進修者以在職教育的狀況填答)

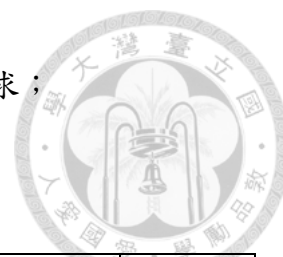
- 完全符合係指符合 100%的情況(4 次裡有 4 次)
- 有點符合係指大約符合 50-75%的情況(4 次裡有 2 到 3 次)
- 有點不符合係指小於一半的情況
- 完全不符合係指沒有相符合之情況



題目	完全符合	有點符合	有點不符合	完全不符合
我覺得在職教育或進修的內容、管道、實務需求與能力之間…				
我覺得自己的能力無法滿足實務需求，所以因此想要進修或參與在職教育				
我覺得遇到業務問題時，沒有合適管道可以學習如何解決				
我覺得參與進修只是因為升遷需求，對實務需求沒什麼幫助				
我覺得自己的能力已經足夠，不需要進修				
我覺得進修管道不足夠				
我覺得進修課程無法滿足實務需求				
我覺得在職教育或進修的內容對於工作沒有幫助(升遷、照護品質…)				
我覺得在職教育的課程內容太困難，無法理解				
我覺得進修課程的內容太困難，無法理解				
我覺得工作環境並不鼓勵進修或參加在職教育				
我覺得進修占用之時間太多				
我覺得在職教育占用之時間太多				
我覺得沒有體力參與進修				
我覺得沒有體力參與在職教育				
我會參加在職教育主要是因為要符合更新執業執照的要求				

公共衛生護理人員之知識技能量表

- 1分代表不具此能力，或無法做到、完全不符合此能力要求；
- 2分代表具此能力，但只有一部分；
- 3分代表具此能力，且能做到大部分；
- 4分代表具有此能力，且能完全做好



題目	1分 /無法 做到	2分 /只能 做到一 部分	3分 /能做 到大部 分	4分 /能完 全做到
公共衛生護理專業能力				
實務品質				
能夠運用創意或創新的方法去推動各項護理活動與計劃，以提升護理實務品質。				
能夠參與專業相關之常規和指引的訂定、執行與評價，以提升護理品質				
能夠參與提升能力的相關活動，如：研討會、在職教育等，且應用於實務工作之中。				
教育				
能夠持續性地參與繼續教育課程，以維持和增加能夠提升社區民眾健康所需的知識及技能。				
能夠持續更新最新的實務工作的知識和技巧。				
能夠確認與護理與公共衛生實務相關法規的變化。				
專業實務能力的評價				
能夠保持文化及族群的敏感度，執行合適於不同類型個案及社區的服務				
能夠從社區、專業團隊中，找到關於自身實務表現的回饋				
能夠根據當今的護理相關準則、指引、法規等知識整合於自己的工作計劃之中				
協同與專業關係				
能夠適當輔導或協助其他公共衛生護理人員、同事及其他人員				
能夠提供同事、其他專業人員及社區一個可以促進持續學習的環境				
能夠營造一個支持、健康與安全的工作環				

境				
合作				
能與民眾進行溝通且發展夥伴關係，來共同處理社區中所關注的健康議題				
能夠跨部門團隊的執行公共衛生的任務，如確認個案、計劃方案管理及強制通報等				
能與社區中的重要人士、團體成為夥伴關係，以影響公共衛生政策、計劃方案與服務的改變，且有正面成效				
倫理				
能夠維護、保護、增進民眾或社區整體及個人的自主性、尊嚴與權利，提供所需的計劃方案與服務				
能夠在合法情況下，維護個人隱私				
能夠協助社區、個人發展自主倡議的技巧				
研究				
能夠應用最佳實證資料來運用於實務工作之中				
能夠主動參加各種層級所舉辦之適合自己教育程度和職位的研究活動，如：參與學會舉辦之論文發表會				
資源運用				
能夠在相同結果之實務方案做選擇時，考量安全、效果、便利性、成本效益等因素對護理實務及社區民眾的影響				
能夠在分派工作時，考慮社區群體所關注的焦點、潛在的傷害、工作的複雜性以及成果的可預測性				
能夠協助社區群體確實知道政策、計劃、服務有關的方案選擇、成本、風險及利益				
領導統御				
能夠參與跨部門團隊發展與建立聯盟，包括其他領域的專業人員、社區民眾及利害關係人				
能夠向其他專業人員及社區民眾清楚的闡述護理及公共衛生計劃方案及服務的宗旨、目標、行動計劃及成效測量的方法				

不論是在職場、社區及與民眾互動時，能扮演領導的角色				
倡議/提案				
能夠結合社區民眾，倡議並執行符合民眾需求之政策、計劃方案和服務				
能夠面對服務提供者及利害關係人時，展現為社區民眾倡議的技巧				
能夠努力調解社區民眾、服務提供者、利害關係人的衝突，以確保民眾的安全與最大利益，並維護護理人員的專業形象				

請您依據 實際遇到的經驗『勾』選。

- 完全符合係指符合 100%的情況(4 次裡有 4 次)
- 有點符合係指大約符合 50-75%的情況(4 次裡有 2 到 3 次)
- 有點不符合係指小於一半的情況
- 完全不符合係指沒有相符合之情況

題目	完全符合	有點符合	有點不符合	完全不符合
社區護理的實務需求				
我覺得我有充分的老人照護知識及技能				
我覺得我有充分的安寧照護知識及技能				
我覺得我有充分的心理健康照護知識及技能				
我覺得我有充分的社區評估知識及技能				
我覺得我有充分的婦幼衛生照護知識及技能				
我覺得我有充分的防疫知識及技能				
我覺得我有充分的新興傳染疾病照護知識及技能				

- 整體來說，希望開辦什麼方面的在職教育課程？

本問卷到此全部填答完畢，請您檢查是否有遺漏的部份。
再次感謝您的協助！



問卷內容專家效度名單

(依姓氏筆畫排列)

專家姓名	所屬單位
呂婷芳	新北市淡水區衛生所護士
李龍騰	臺大醫學院家庭醫學科臨床副教授
林艷君	臺灣大學護理學系助理教授
黃璉華	臺灣大學護理學系教授 臺大醫院護理部主任
鍾明霞	臺東縣衛生局疾病管制科科長



國立臺灣大學
行為與社會科學研究倫理委員會

Research Ethics Committee
National Taiwan University
No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Taipei, Taiwan 10617, R.O.C
Phone: 3366-9956 Fax: 2362-9082

審查核可證明

許可日期：2014年6月9日

倫委會案號：201404HS005

計畫名稱：花東地區公共衛生護理人員之知識技能與實務需求差異及其相關因素探討

校/院/系所/計畫主持人：國立臺灣大學/醫學院/護理學系/黃璉華教授

計畫文件版本日期：【2014年4月25日】

上述計畫業於2014年6月9日通過國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會審查，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理準則與規範及政府相關法律規章。

本案需經研究經費補助單位核准同意後，該計畫始得執行。

本審查核可證明之有效期限為1年（自2014年6月9日起至2015年6月8日止），計畫主持人最遲應於本核可證明到期前的6週，提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。

在計畫執行期間，若有計畫變更或嚴重不良反應事件，計畫主持人須依國內及國立臺灣大學相關法令規定通報本委員會。

行為與社會科學研究倫理委員會主任委員 謝世忠

Ethical Review Approval
National Taiwan University

Date of approval : June 9, 2014

NTU-REC No. : 201404HS005

Title of protocol : The Exploration to Public Health Nurses among Difference Factors related to Knowledge, Skills and Practice Requirements in Hualien County and Taitung County

University/College/Department/Principal Investigator : National Taiwan University/College of Medicine/Department of Nursing/Professor Lian-Hua Huang

Version date of documents : 【April 25, 2014】

The protocol has been approved by the Research Ethics Committee of National Taiwan University and has been classified as expedited on June 9, 2014. The committee is organized under, and operates in accordance with, Social and Behavioral Research Ethical Principles and Regulations of National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Approval by funding agency is mandatory before project implementation.

The duration of this approval is one year (from June 9, 2014 to June 8, 2015). Continuing Review Application should be submitted to Research Ethics Committee no later than six weeks before current approval expired. The investigator is required to report protocol amendment and Serious Adverse Events in accordance with the National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Chairperson Shih-chung Hsieh
Research Ethics Committee