

企業組織健康文化與組織健康促進效能之關係

林雅雯

目標：本研究從組織理論的角度切入，探討組織健康文化與企業主所關心之健康促進效能的關係，此效能包括健康促進規劃成效、產出、成果與品質四個面向。**方法：**以立意抽樣法選取了55家台灣企業，由企業中負責職場健康促進業務的人員填寫測量組織健康促進效能的組織問卷，並自每家企業中選取20位專職員工，共1,100人，填寫測量組織健康文化知覺的員工問卷。再將同一組織內員工的知覺得分透過聚合程序進行加總平均，產生各企業組織的組織健康文化得分。回收之有效問卷包含54份組織問卷與1,011份員工問卷，有效問卷回收率為91.91%。研究資料以SPSS 17.0進行描述性統計、相關分析與層級迴歸分析。**結果：**組織健康文化只有對健康促進規劃成效、健康促進產出等過程面指標及健康諮詢率有所影響。而對於病假率、意外事件發生率、健康促進活動出席率與滿意度等指標則無顯著影響。**結論：**組織健康文化對於公司的健康促進規劃與產出等成效有正向影響，表示組織健康文化是影響職場健康促進計畫成功的關鍵因素，透過組織健康文化的形塑，才能將健康促進的理念深耕於組織與部門之中。(台灣衛誌 2013；32(2)：155-169)

關鍵詞：組織健康文化、健康促進效能、職場健康促進

前 言

職場健康促進累積數十年的理論與實務的發展，其相關的知識已經逐步建構與證實，而在發展的過程，許多觀點與理論也不斷的修正，如何正確地論述職場健康促進以促進員工健康，近年來已成為各界矚目的焦點[1]。職場健康促進主要源自於健康促進與職業安全衛生的歷史脈絡，多數理論的發展乃建構在這二者的理論基礎上，然而從相關文獻可知，組織環境及管理因素與職場健康促進息息相關，而眾多組織因素當中，組織文化又具有一定的影響力。組織文化有助於了解組織中的行為，並有助於組織效能的

提昇，然而職場健康促進的研究，卻鮮少探討組織理論與行為中相當重要的組織文化議題。此外，職場健康促進成效評估指標的設定，大多遵循健康促進五大行動綱領或其他理論，本研究認為可以從組織理論之組織效能的觀點來思考，畢竟健康促進的成效攸關組織內部之政策、結構、系統與計畫的變革。據此，本研究希望從組織理論與行為的觀點來探究健康的組織文化與職場健康促進的成效，以補足相關知識體系的缺口，包括組織健康文化、組織健康促進效能等構念的意涵、測量，以及其間的關係。

組織健康文化的意涵與測量

1.意涵

組織健康文化屬於較新的構念，學術界並沒有十分明確的定義可循，對於健康組織文化構念意涵的探討，仍須從健康組織(healthy organization)的意涵為概念基礎，融合一般組織文化的定義與理論來加以剖析。

元培科技大學醫務管理系

通訊作者：林雅雯

聯絡地址：新竹市香山區元培街306號

E-mail: aven@mail.ypu.edu.tw

投稿日期：101年5月21日

接受日期：102年2月7日

Cutknecht和Cutknecht曾將組織的健康促進(organizational health promotion)定義為：透過對個人風險相關行為及其他組織性的相關狀態之計畫性變更，以降低員工健康風險的一種策略性行動[2]。健康組織也被認為是一個支持與鼓勵員工個人養成健康行為的工作環境，為了達到組織的健康，必須要建立一個健康的組織氣候與文化。由此看來，健康的組織為一個強調、支持及促進員工個人整體性健康的組織環境，讓組織內成員具有相近的健康特性與價值觀以實現組織的目標，其中所提及員工的整體性健康包括多層面的健康，如生理、心理、社會與自我實現等更宏觀的面向。而有關組織文化的定義，一般認為組織文化是組織成員所共同抱持的意義體系，是組織所重視的一組重要特質，使得組織不同於其他組織[3,4]。因此，若從組織文化來思考健康的組織，需要探究的是那些文化特質、內涵或元素是「健康的」。換言之，組織健康文化乃組織本身具備了強調、支持及促進員工個人整體性健康的組織環境的「健康」的特質，並建構「健康」的核心屬性，型塑成健康的文化，而此健康文化影響員工個人的健康相關思想、感受和行為，讓組織內成員具有相近的健康特性以實現組織的目標。因此，組織健康文化的內涵，應該涵括了組織健康層面特質的文化，以及影響個體層面健康的文化因素。在類似的理念下，Golaszewski等人[5]曾將健康文化定義為：在社會和組織中建構一套核心的屬性，反映了組織成員集體維持的普遍價值、潛在的假設、預期和定義，並影響他們與個人的群體健康有關的思想、感受和行為。由此定義來看，藉由組織文化的引導與影響，組織內的成員經由不斷互動、學習的社會化過程，形成重視個體與群體健康的共同的信念、價值及行為。

2.測量

有關組織健康文化的評估，就現有國內外文獻來看，並沒有如同組織文化一般具有許多已被發展且經過信效度考驗的量表。較具代表性的是The Lifegain Health Culture

Audit (LHCA)，LHCA是一套規劃和評估組織內部健康促進工作的工具，用以評估組織中避免健康危險行為與促進員工健康之文化的支持程度。LHCA最早乃於1981年由一位社區心理學家及多位職場健康促進專家所開發，該工具以社會學習(social learning)、理性行為理論(theory of reasoned action)和社會行銷(social marketing)等文化前提為基礎，當時並廣泛被運用在社會場域和組織機構當中[5]。近期，LHCA被更明確的區分為六大文化因素，包括運動/飲食信念(exercise/diet norms)、一般健康信念(general health norms)、組織支持(organizational support)、氣候(climate)、主管模範(supervisor modeling)及價值(values)[6]。在建構出LHCA的文化因素與題項之後，Golaszewski等人接著以美國紐約西部55家公司中的2613位員工為樣本，進行LHCA量表的信效度考驗，該研究證實LHCA具有很好的內部一致性以及構念效度與效標關聯效度[5]。

本研究綜合相關文獻，將組織健康文化定義為：組織所建構的一套健康導向的核心屬性，反映了組織成員集體抱持的潛在假設和期望、普遍價值、意義體系，並影響組織內個體與群體健康有關的信念、感受、態度和行為，而此健康導向的核心屬性具備能促進個人的生理與心理等基本層面健康，以及高品質社會互動與自我實現等積極層面健康的文化特質。在此定義下，本研究將組織健康文化分成四個文化構面，分別為(1)自我照護文化：組織支持與促進成員積極關照自我健康，去除影響個人生理健康的工作環境因素與生活習性的文化；(2)情緒與壓力調適文化：組織支持與促進成員積極尋求適當的途徑與方法，來調適個人工作壓力與情緒問題以促進心理健康的文化；(3)互相尊重與支持文化：組織支持與促進成員積極建立良好的社交與人際關係、促進個人社會層面健康的文化；及(4)發揮自我潛能文化：組織支持與促進成員積極發揮自我潛能、創造個人生命的意義與價值的文化。

有關組織健康文化的測量，本研究並未直接採用LHCA來進行，主要原因是組織文

化是組織層次(organizational level)的構念，並且屬於共享單位構念(shared unit construct) [7]，其測量需透過評估員工的組織文化知覺，瞭解個別成員所認知的組織成員共享中心思想，與其對組織成員行為模式的解讀。亦即，評估各組織內員工個體的組織文化知覺(低階變數)，再透過組內聚合(aggregated)程序產生相同測量內容的組織健康文化(高階變數)。而從LHCA的部分文化因素及測量題項來看，多是在評估組織員工的個人感受與信念，未能符合上述組織文化構念的測量特性。

組織健康促進效能之意涵與測量

1. 意涵

如同組織健康文化一般，組織健康促進效能也是極少被論及的構念，儘管健康促進成效的評估有相關的理論存在，各國也發展了職場健康促進成效的評估系統與指標，而這些評估系統大多是依據健康促進的理論背景發展而成，而且多數的評估系統為求完整，評估的面向與指標相當多元及繁雜，導致難以進行整體效能的量化評估。此外，畢竟職場健康促進的執行主體為「組織」，而組織的管理與運作攸關職場健康促進的成敗，因此若能從組織理論與管理的角度來探究職場健康促進的成效，並找出合宜的量化指標，將有助於補足傳統職場健康促進成效評估的缺失。因此，本研究嘗試從組織效能的觀點來談組織推動健康促進的成效。

組織效能的探討在管理領域中同樣是個熱門的話題，然而由於組織效能的評定，無論是在對組織的看法或是評估指標的選擇上，都會因為切入角度的不同而產生不同的詮釋，因而組織效能的定義和測量方法非常多[8,9]。組織效能通常用來描述一個組織能有效率且有效地達到組織成果的能力，Cameron和Whetten以同樣的論點指出組織效能是一種構念，是賦予觀念或心靈意象意義的抽象物，本身並沒有客觀的實體，因此，組織效能有各種不同的意義、不同的測量方式和指標[10]。

2. 測量

由於組織效能具備複雜的特質，因此其評估測量的理論模式與方法也相當多元。傳統組織效能的量測方法包括：目標方法(goal approach)、系統資源方法(system resource approach)、內部歷程方法(internal process approach)，三種方法各有其優缺點，這也表示組織效能的評估並沒有最完美的方法，端看組織的特性、需求、量測的目的及可行性。Gibson等人綜合各組織效能的定義與量測方法提出其見解，認為組織效能是一系列攸關組織成就(organizational achievement)達成的整體績效，包括生產、效率、品質、滿意度、適應性和發展等要素。就短期的組織效能來看，生產的產品/服務、效率和顧客滿意度是組織應考量的關鍵要素；但長期而言，為求組織效能的最佳化，以及在競爭激烈的環境中求生存，組織必須要在攸關組織成就的所有要素上保持平衡[11]。Gibson等人所提出的組織效能量測要素，涵蓋了上述三種方法的範疇，誠然較為週延，且其依照時程將組織效能分為短期效能與長期效能，得以讓組織更循序漸進的進行評估。

若援用Gibson等人的組織效能論點，組織健康促進效能可以被視為一個組織實現其職場健康促進組織成就的整體績效，包括攸關職場健康促進層面的產出、品質、滿意度、適應性與發展性等。短期的健康促進組織效能應該包括實施健康促進計劃的產出和品質。此外，職場健康促進的推動過程中，計畫規劃的能力被認為是影響整體成效的關鍵技術程序[12]。Kok指出健康促進計畫的效能很大程度上取決於計畫規劃的品質[13]。Mullen等人的一個後設分析(meta-analysis)研究結果顯示，健康促進計畫規劃的品質其實比其他的具體的技術方法更為重要[14]。

有關職場健康促進品質及成果的測量日趨多元化，除了常見的主觀測量方式外(如自評生活型態、目標健康行為及工作滿意度等)，客觀性的指標評估也是常見的方式，例如身體檢查生理指標。郭建志從組織效能的觀點提出在評估職場健康促進成效時，除

了工作滿意、幸福感或工作壓力等軟性效標(soft criteria)外,亦可加入意外事件發生率、死傷率、損失工時、保給付與疾病發生率等較能夠與企業效能產生密切連結的硬性效標(hard criteria) [15]。國外學者也有相同建議,包括採用經濟性衡量的相關指標,如員工缺席與失能所損失的生產力[16]、病假天數的降低折算成貨幣單位所獲致的經濟效益[17]等。而無論是以生活型態、目標健康行為、投資報酬、成本效益、成本效果來衡量健康促進計畫執行結果,都反映出健康促進計畫多元化的評估方式,且有朝經濟性效益評估的發展趨勢[18]。由此看來,偏屬於評估健康促進效能結果面的品質及成果構面,採用客觀性指標更為適宜。不過,范國棟及李蘭認為美式企業利潤思維的職業健康促進計畫推動及評估方式,可能會導致台灣職場健康促進計畫較出現的盲點[1]。因此,由於中西文化差異,以及台灣企業對健康促進之意涵及推動方式未臻完備,在選擇評估指標時,要考量指標的參考應用價值及可取得性等因素。

依據上述探討,本研究將組織健康促進效能定義為:「組織實現其職場健康促進組織成就的短期效能,包括組織所採用或執行的健康促進計畫之規劃成效(planning effectiveness)、產出(output)、成果(outcome)與品質(quality)等」。其中,規劃成效指的是職場健康促進的規劃、設計、執行和評估等方面的努力與有效安排;產出則為組織之職場健康促進方案活動的產物,也就是方案活動執行的內容與量,規劃成效與產出二個面向,係發展量表來進行評估。品質則是組織成員對於健康促進計畫與方案的滿意情形。成果是指健康促進計畫執行後,組織成員因健康相關知識、技能與行為的改變,促成組織健康促進方面的具體成果,以客觀性指標為主,採用員工的病假率、意外事件發生率及員工健康諮詢率等指標。

組織健康文化與健康促進效能之關係

組織文化已經被證實對組織效能有正向影響,許多專家學者對於組織文化與組

織效能的關係,多持肯定的態度[19-22]。深入從理論層面來看組織文化與組織效能的關係,Wiener提出價值是文化概念的重心,並基於價值的來源與內容焦點,而找出文化與效能兩個變數間的權變關係(contingent relationships)。他認為組織的價值體系是組織目標、政策與策略的指導原則,因此,價值體系在文化與效能的關係上,是一個非常重要的因素。亦即,組織中普遍的價值觀若支持組織的目標與策略,那麼,文化將是組織的重要資產,可望提升組織效能;反之,若價值觀有所偏差,無法支持組織的目標與策略,則將使文化成為組織的負債,而對組織效能產生負面影響[23]。

鄭伯壘也從組織價值觀來探討組織文化與組織效能之間的關係。有二種模式可以來探討組織文化對效能的影響,一是強勢文化模式、一是契合文化模式。從強勢文化的論點來看,當組織內成員信奉的價值觀與行為一致,且多數成員對公司都有同樣的看法時,則有助於企業績效的提升。而契合文化模式則是認為,當個人的價值觀與組織的價值觀相契合時,則成員對組織會有正面的工作態度與工作行為[24]。此二種模式基本的想法都是由組織文化直接指向效能,也就是任何企業只要具有強勢的組織價值觀或契合的組織價值觀,就能增進成員的效能,進而提升組織的效能。

在探討組織健康文化的影響性時,組織的健康價值觀似乎也是一個適當的切入點。從定義與意涵來看,組織健康文化乃組織所建構的一套健康導向的核心屬性,會影響組織內個體與群體生理、心理、高品質社會互動與自我實現等層面健康相關之信念、感受、態度和行為,亦即組織健康文化會對個體產生規範性的影響,使得組織中普遍存在與認同健康的價值觀,組織成員進而能支持組織的健康促進的目標、策略與方案,則將有助於組織職場健康促進的產出與品質,提升組織健康促進效能。此外,若從微觀的員工健康信念與行為改變的觀點來推論健康文化與組織健康促進效能之關係,當組織健康文化影響員工個人的健康信念與價值觀時,



可能影響員工的健康行為模式，進而提升組織的健康促進的效能。本研究根據文獻之理論支持及假設性的邏輯關係認為企業若具有健康的組織文化將有助於提升其健康促進效能。由於組織健康文化包含了四個文化構面，從四個文化構面的意涵還來看，本研究認為組織健康文化的四個文化構面，對於組織整體性的健康促進成效，包括規劃成效、產出及品質方面均具有個別性的影響性，故提出以下假說：

研究假說1：組織健康文化之四個文化構面分別對組織健康促進效能之規劃成效、產出及品質有正向影響。

組織健康文化的四個文化構面乃意指組織具備促進員工生理、心理、社會與自我實現等面向的文化特性，故對於各文化構面對於組織健康促進效能的成果也會產生個別性的影響。其中，自我照護文化及情緒與壓力調適文化分別著重於促進員工的生理與心理健康，因此，愈重視此二文化構面的組織，其員工的病假率或意外事件發生率等成果指標應較低。故提出以下假說：

研究假說2：自我照護文化對病假率有負向影響。

研究假說3：自我照護文化對意外事件發生率有負向影響。

研究假說4：情緒與壓力調適文化對病假率有負向影響。

研究假說5：情緒與壓力調適文化對意外事件發生率有負向影響。

而互相尊重與支持文化，就其定義而言，在於促進員工的社會層面的健康，除了增進其人際互動頻率與品質，並能獲得適當的健康支持。故在一個具備互相尊重與支持文化的組織中，員工當有健康方面的問題時，則會更積極的尋求專業的諮詢。故提出以下假說：

研究假說6：互相尊重與支持文化對健康諮詢率有正向影響。

材料與方法

本研究採用問卷調查法來進行研究資料的蒐集。研究問卷設計與發放對象，乃依照研究構念的屬性不同而有所不同。因組織特性資料及組織健康促進效能(規劃成效、產出、品質與成果等變項)係屬於共通單位構念(global unit construct)，故設計成組織問卷，由每家企業負責健康促進業務之人員依據組織的實際狀況進行填答，以蒐集研究資料。而組織健康文化因屬於共享單位構念，需測量組織內員工對企業健康文化的知覺再加以聚合成為公司層次的資料，此部分則設計成員工問卷，由每家樣本企業中抽出員工樣本來進行調查。

研究對象與抽樣

以台灣企業組織為研究對象，由於調查資料涉及組織的健康促進成效，因此需受訪者高度配合意願，否則有效回收率恐偏低，故本研究採用立意取樣法選取願意配合施測的企業組織為樣本。樣本數的決定乃參考相關文獻的建議，以50/20原則(50家企業，每家企業20位員工)為標準[25]。但考量回收問卷之有效性，最後本研究選取了55家企業組織，並於每家企業組織中以立意抽樣選取20專職員工進行調查，總計抽樣之個體樣本數為1,100人。回收問卷經過人工檢核去除掉漏答過多以及答題不認真之問卷後，最後回收之有效問卷包含54份組織問卷與1,011份員工問卷，有效問卷回收率為91.91%，每間公司有效回收之員工問卷數介於15-20人，平均為18.72人。

54家有效樣本企業組織之基本資料分析結果，企業成立的平均歷史約為26.24年，其中營利事業佔79.6%、非營利事業佔20.4%；企業屬性以民營企業為多數(87.0%)，主要投資者以本土企業居多(83.3%)；而員工人數部分，500人以下佔36.7%、501-1,000人佔20.4%、1,001-3,000人佔25.9%、3,001人以上則佔16.7%。

而有效回收之1,011員工樣本之基本資料，男性(50.1%)與女性(49.9%)各佔約

一半；教育程度以大專/大學為多數，佔63.8%；已婚員工佔54.9%，未婚員工則佔43.9%；員工的平均年齡為35.8歲，平均工作年資約11.17年，平均每週工時約48.03小時，上班時段以白天班居多(92.1%)。

研究構念測量

1. 組織健康文化

組織健康文化量表的設計是以健康促進與組織文化相關文獻為理論基礎，依據本研究組織健康文化構念定義，並參考LHCA的評估題項，編製成問卷初稿。量表初稿經過專家評鑑建立內容效度之後，開始進行預試。採立意抽樣選擇就讀某私立大學管理學院EMBA，並有專職工作之學生為本研究預試對象，共發放與回收有效樣本50份。根據預試問卷回收資料進行項目分析與因素分析，刪除不適當題項後，確定正式施測量表。

正式量表共分成四個文化構面，34題問項，包含自我照護文化6題，情緒與壓力調適文化8題，互相尊重與支持文化12題，發揮自我潛能文化8題。各衡量題項皆以Likert六點量表詢問填答者對於各題項敘述的同意程度，由非常不同意到非常同意分別給予1~6分，依據受試者反應得出四文化構面之知覺分數，再透過組內聚合程序，將同一組織內員工的知覺得分加總平均，產生組織層次的組織健康文化得分。得分愈高，代表該企業組織的文化愈符合健康文化的特質。

2. 組織健康促進效能

有關組織健康促進效能的測量，本研究參考健康促進與組織理論相關文獻，並依據本研究之組織健康促進效能的構念定義擬定問卷初稿。問卷初稿再邀請五位人力資源部、健康管理部門或勞安室部門之實務專家進行試填，並提供具體的建議後完成正式施測問卷。

健康促進組織效能包含了四個構面：規劃成效、產出、品質與成果。規劃成效有6題，產出有4題，此二個構面的測量尺度為

Likert六點量表，填答者依據公司的實際狀況進行勾選，1表示非常不同意，6表示非常同意。

品質則是透過二個客觀性的評量指標來進行衡量員工健康促進活動參與情形與滿意度。成果的評估以客觀性指標為主，採用員工的病假率(病假總次數/總員工數 $\times 100\%$)、意外事件發生率(發生總次數/總員工數 $\times 100\%$)及員工健康諮詢率(諮詢人次數/總員工數 $\times 100\%$)等客觀性的指標來進行衡量。

3. 組織特性

以組織特性相關變項為控制變項，包括營利非營利事業、屬性、成立歷史、規模等變項。

資料分析

為確保組織健康文化量表的測量模式，本研究先以PLS軟體進行驗證性因素分析以檢測組織健康文化量表之個別題項的信度、構念的內部一致性及區別效度。此外，由於組織健康文化其資料均蒐集自組織成員，並加以聚合而得，故在產生組織層次資料之前，需確定組織成員填答的一致性，並檢驗其聚合的合理性[26]。本研究以SPSS 17.0之程式語法來計算群體內部信度係數(within-group interrater reliability coefficient)指標 $r_{wg(j)}$ ，驗證受試者間是否存在一定程度的共識，並以George所建議的 r_{wg} 大於.70為標準[27]。另外，本研究亦利用HLM 6.0軟體進行intraclass correlation coefficient, ICC(1)與reliability of the mean, ICC(2)的分析來衡量資料的同質性，判斷點為ICC(1)大於.12且ICC(2)大於.70[28]。

其他統計分析方面，則利用SPSS 17.0進行研究資料的描述性分析，藉由次數分配、平均數來瞭解樣本的分配及基本資料，並利用相關分析來檢驗各變數間的相關情形。此外，因本研究之二個構念之間的關係為邏輯上的影響關係，所以統計方法上使用可處理控制變數的層級迴歸統計分析來驗證組織文化對健康促進組織效能之影響關係。

結 果

組織健康文化測量模型評估

正式施測之資料，先進行個別題項的信度、構念的內部一致性及區別效度的檢測。個別題項的信度是根據觀察題項對潛在構念的因素負荷量來評估，分析後發現：自我照護文化、情緒與壓力調適文化及互相尊重與支持文化中各有一題問項，其因素負荷量未達.70以上標準，故在計算加總構面分數時均予以排除。在排除不適題項後重新分析，各個觀察題項對其潛在構念的因素負荷量皆在.70以上，且均達到.001的顯著水準，顯示其個別題項之信度良好。此外，組織健康文化各構面之CR值皆高於.90，AVE值介於.61與.69之間，兩個指標皆明顯高於Bagozzi和Yi[29]建議之準則，顯示潛在構念之測量題項具有高度的內部一致性。最後，因健康組織文化量表之四個文化構面彼此存在中度以上的相關性，為了檢視是否有區別效度不佳的情況，本研究根據Fornell和Larcker[30]的建議，以 \sqrt{AVE} 值來進行判斷。經計算後發現，四個文化構面之 \sqrt{AVE} 值介於.784與.829之間，皆大於構面間之相關係數，表示組織健康文化構面間之區別效度，已達可接受的程度。由上述指標檢測的結果可知，組織健康文化量表之衡量模式具有一定的品質。

組織健康文化構念聚合檢驗

經由計算，組織健康文化總量表及各文化構面之平均 $r_{wg(j)}$ 介於.81與.97之間，符

合George[27]所建議之大於.70之判定標準。而ICC(1)之分析結果(表一)，各文化構面之數值介於.12與.24之間，均符合相關文獻要求大於.12之標準；ICC(2)分析結果(表一)，組織健康文化總量表及各文化構面之數值介於.72與.86之間，同樣均符合相關文獻要求大於.70之標準[28]。綜合上述指標結果顯示，以員工個人對健康組織文化評分的加總平均來代表健康組織文化構念具合理性。

研究構念之相關性分析

表二列出本研究構念測量之平均數、標準差及相關係數等統計分析結果。由相關係數可以看出，組織健康文化四個文化構面與健康促進規劃成效與健康促進產出，以及員工平均訓練費用和健康諮詢率二個指標，均呈現顯著的正相關，但四個文化構面與其他客觀指標則沒有顯著關係。此外，健康促進規劃成效、健康促進產出則與健康促進活動出席率呈現正相關。此結果大致呈現組織健康文化與組織健康促進成效各衡量構面的基本關係，但也可以看出組織健康文化構面與大多結果面的效能指標並不具有相關性。

組織健康文化與組織健康促進效能關係之驗證

接著以層級迴歸分析來驗證各文化構面對組織健康促進效能的影響，並以企業組織特性為控制變項。

首先是自我照護文化，分析結果發現，在扣除控制變項的影響後，自我照護文化對健康促進規劃成效($\beta=.348$, $p<.01$)與健康促

表一 聚合構念檢驗結果(N=54)

文化構面	群內共識指標($r_{wg(j)}$)		ICC(1)	ICC(2)
	平均值	中位數		
自我照護文化	.81	.84	.24	.86
情緒與壓力調適文化	.86	.88	.20	.83
尊重與支持文化	.92	.92	.13	.73
發揮自我潛能文化	.90	.91	.12	.72
組織健康文化	.97	.98	.19	.78

註：ICC(1)為組內相關係數(intraclass correlation coefficient)；ICC(2)為平均數信度(reliability of the mean)。

表二 變項之描述性統計與相關係數(N=54)

構念	平均值	標準差	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.自我照護文化 ^a	3.78	.52	.829 ^b									
2.情緒與壓力調適文化 ^a	3.75	.45	.741 ^{**}	.791 ^b								
3.尊重與支持文化 ^a	4.03	.36	.778 ^{**}	.783 ^{**}	.784 ^b							
4.發揮自我潛能文化 ^a	4.00	.36	.531 ^{**}	.717 ^{**}	.755 ^{**}	.818 ^b						
5.HP規劃成效	4.24	1.18	.396 ^{**}	.285 [*]	.333 [*]	.334 [*]	--					
6.HP產出	4.20	1.12	.479 ^{**}	.306 [*]	.365 ^{**}	.312 [*]	.715 ^{**}	--				
7.病假率(%)	7.94	7.58	.153	.090	.102	.009	.169	.192	--			
8.意外事件發生率(%)	1.34	1.84	.142	.010	.083	-.030	-.166	.035	-.030	--		
9.健康諮詢率(%)	12.25	19.14	.291 [*]	.293 [*]	.360 ^{**}	.396 ^{**}	.251	.209	.065	.010	--	
10.HP活動出席率(%)	71.65	24.48	.176	.086	.117	.105	.284 [*]	.337 [*]	.068	.026	.188	--
11.HP活動滿意度(%)	83.06	10.93	.159	.096	.000	.026	.166	.259	.217	.035	.004	.211

註1：HP代表健康促進。

註2：^a平均值乃由各公司之員工樣本之知覺分數透過聚合程序加總平均而得，員工樣本總數為1,011人。

註3：^b為 \sqrt{AVE}

註4：^{*}p<.05；^{**}p<.01

進產出($\beta=.398$, $p<.01$)具有影響力, ΔR^2 依序為10.0%及29.3%, 而其他的效能指標則均沒有顯著的影響(表三)。

情緒與壓力調適文化方面, 在扣除控制變項的影響後, 情緒與壓力調適文化對健康促進規劃成效($\beta=.325$, $p<.05$)與健康促進產出($\beta=.357$, $p<.01$)具有影響力, ΔR^2 為8.1%及9.8%, 而其他的效能指標則均沒有顯著的影響(表四)。

互相尊重與支持文化方面, 在扣除控制變項的影響後, 互相尊重與支持文化對健康促進規劃成效($\beta=.332$, $p<.05$)與健康促進產出($\beta=.363$, $p<.01$)與健康諮詢率($\beta=.319$, $p<.05$)具有影響力, ΔR^2 依序為9.4%、11.2%及8.7%, 而其他的效能指標則均沒有顯著的影響(表五)。

最後, 有關發揮自我潛能文化方面, 在扣除控制變項的影響後, 發揮自我潛能文化對健康促進規劃成效($\beta=.328$, $p<.05$)與健康促進產出($\beta=.285$, $p<.05$)具有影響力, ΔR^2 依序為9.4%及7.1%, 而其他的效能指標則均沒有顯著的影響(表六)。

由上述結果可知, 四個文化構面均對健康促進規劃成效及產出具有正向影響, 但對於品質則沒有顯著影響, 因此假說1獲得部

分支持。而自我照護文化則對病假率及意外事件發生率二個指標沒有顯著影響, 故假說2及假說3未獲支持。而情緒與壓力調適文化同樣對病假率及意外事件發生率二個指標沒有顯著影響, 故假說4及假說5未獲支持。最後, 經統計分析發現, 互相尊重與支持文化對於健康諮詢率有正向影響, 所以假說6獲得支持。

討 論

研究發現討論

職場健康促進計畫執行需透過組織發展, 包括實體環境的改變, 一直到組織結構、行政管理等, 都會影響到職場健康促進計畫執行的效果[18]。本研究從組織理論的角度切入, 推論組織健康文化可能與企業主所關心的健康促進效能具影響性關係, 此效能包括健康促進規劃成效、產出、成果與品質四個面向。而研究結果發現, 組織健康文化四個文化構面只有對健康促進規劃成效及健康促進產出等過程面指標有所影響。而對於用來測量健康促進品質與成果的結果面指標, 包括健康促進活動出席率、健康促進活動滿意度、病假率與意外事件發生率等指標

表三 自我照護文化對健康促進效能之層級迴歸分析摘要表(N=54)

變項	健康促進規劃成效		健康促進產出		品質(活動出席率)		品質(活動滿意度)		病假率		意外事件發生率	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 1	Model 2	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
控制變項												
營利與非營利	-.008	.009	-.184	-.165	.002	.002	.014	.014	.011	.020	-.025	-.020
企業歷史(年數)	.105	.073	-.009	-.046	-.051	-.051	-.075	-.075	.090	.073	-.135	-.145
員工數虛擬變項1	-.398*	-.204	-.597**	-.375*	.163	.163	.307	.307	.027	.128	-.261	-.203
員工數虛擬變項2												
員工數虛擬變項3	-.047	.123	-.171	.024	.168	.168	.294	.294	.026	.114	-.189	-.138
解釋變項												
自我照護文化		.348*		.398**			.258	.258		.181		.104
合計R ²	.157	.257	.293	.424	0.19	0.19	.074	.074	.008	.035	.046	.055
調整後R ²	.088	.179	.235	.364	-.062	-.062	-.023	-.023	-.073	-.066	-.032	-.044
△R ²	.157	.100*	.293**	.131**	.019	.019	.055	.055	.008	.027	0.46	.009
F值	2.275	3.315*	5.079**	7.075**	.231	.231	.762	.762	.096	.347	.591	.558

註1：Model 1為控制變項對結果變項之迴歸模式；Model 2為加入解釋變項之迴歸模式。

註2：虛擬變項設定

營利與非營利：營利(1)，非營利(0)

員工數虛擬變項1：500人以下(1,0,0)，員工數虛擬變項2：500~1,000人(0, 1,0)，員工數虛擬變項3：1,001~3,000人(0,0,1)。

註3：*p<.05；**p<.01

表四 情緒與壓力調適對健康促進效能之層級迴歸分析摘要表(N=54)

變項	健康促進規劃成效		健康促進產出		品質(活動出席率)		品質(活動滿意度)		病假率		意外事件發生率	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 1	Model 2	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
控制變項												
營利與非營利	.004	-.047	-.187	-.243	-.167	-.205	-.020	-.048	.000	-.016	.018	.019
企業歷史(年數)	.111	.061	-.010	-.064	-.005	-.042	-.061	-.089	.084	.068	-.114	-.112
員工數虛擬變項1	-.396*	-.253	-.597**	-.440*	-.045	.062	.160	.240	.025	.070	-.253	-.258
員工數虛擬變項2	.004	.169	-.147	.034	.199	.322	.054	.147	-.023	.028	.012	.007
員工數虛擬變項3	-.070	.063	-.144	.002	.231	.331	.203	.278	.053	.095	-.278	-.282
解釋變項												
情緒與壓力調適文化		.325*		.357**			.245	.183		.103		-.010
合計R ²	.160	.241	.293	.392	.144	.190	.031	.056	.011	.020	.095	.098
調整後R ²	.072	.144	.220	.314	.055	.087	-.070	-.064	-.092	-.106	.000	-.021
△R ²	.160	.081*	.293**	.098**	.144	.046	.031	.026	.011	-.008	.095	.000
F值	1.827	2.492*	3.983**	5.041**	1.614	1.839	.302	.468	.111	.156	1.003	.819

註1：Model 1為控制變項對結果變項之迴歸模式；Model 2為加入解釋變項之迴歸模式。

註2：虛擬變項設定

營利與非營利：營利(1)，非營利(0)

員工數虛擬變項1：500人以下(1,0,0)，員工數虛擬變項2：500~1,000人(0, 1,0)，員工數虛擬變項3：1,001~3,000人(0,0,1)。

註3：*p<.05；**p<.01

表五 尊重與支持文化對健康促進效能之層級迴歸分析摘要表(N=54)

變項	健康促進規劃成效		健康促進產出		品質(活動出席率)		品質(活動滿意度)		健康諮詢率	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
控制變項										
營利與非營利	.004	-.041	-.187	-.235	-.167	-.196	-.020	-.027	.207	.165
企業歷史(年數)	.111	.089	-.010	-.033	-.005	-.019	-.061	-.064	.196	.175
員工數虛擬變項1	-.396*	-.254	-.597**	-.442*	-.045	.048	.160	.181	-.243	-.107
員工數虛擬變項2	.004	.126	-.147	-.014	.199	.279	.054	.073	-.202	-.085
員工數虛擬變項3	-.070	.051	-.144	-.011	.231	.310	.203	.222	.132	.248
解釋變項										
尊重與支持文化		.332*		.363**		.218		.051		.319*
合計R ²	.160	.254	.293	.406	.144	.185	.031	.033	.199	.285
調整後R ²	.072	.159	.220	.330	.055	.080	-.070	-.091	.115	.194
△R ²	.160	.094*	.293**	.112**	.144	.041	.031	.002	.199*	.087*
F值	1.827	2.669*	3.983**	5.347**	1.614	1.773	.302	.265	2.379*	3.128*

註1：Model 1為控制變項對結果變項之迴歸模式；Model 2為加入解釋變項之迴歸模式。

註2：虛擬變項設定

營利與非營利：營利(1)，非營利(0)

員工數虛擬變項1：500人以下(1,0,0)，員工數虛擬變項2：500~1,000人(0, 1,0)，員工數虛擬變項3：1,001~3,000人(0,0,1)。

註3：*p<.05；**p<.01

表六 發揮自我潛能文化對健康促進效能之層級迴歸分析摘要表(N=54)

變項	健康促進規劃成效		健康促進產出		品質(活動出席率)		品質(活動滿意度)	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
控制變項								
營利與非營利	.004	-.033	-.187	-.218	-.167	-.187	-.020	-.027
企業歷史(年數)	.111	.114	-.010	-.007	-.005	-.003	-.061	-.061
員工數虛擬變項1	-.396*	-.261	-.597**	-.480**	-.045	.029	.160	.186
員工數虛擬變項2	.004	.119	-.147	-.047	.199	.262	.054	.077
員工數虛擬變項3	-.070	.024	-.144	-.062	.231	.283	.203	.222
解釋變項								
發揮自我潛能文化		.328*		.285*		.181		.066
合計R ²	.160	.254	.293	.364	.144	.173	.031	.034
調整後R ²	.072	.159	.220	.283	.055	.067	-.070	-.089
△R ²	.160	.094*	.293**	.071*	.144	.029	.031	.004
F值	1.827	2.672*	3.902**	4.041**	1.614	1.636	.302	.278

註1：Model 1為控制變項對結果變項之迴歸模式；Model 2為加入解釋變項之迴歸模式。

註2：虛擬變項設定

營利與非營利：營利(1)，非營利(0)

員工數虛擬變項1：500人以下(1,0,0)，員工數虛擬變項2：500~1,000人(0, 1,0)，員工數虛擬變項3：1,001~3,000人(0,0,1)。

註3：*p<.05；**p<.01

則無顯著影響。

本結果發現愈具健康文化的企業，會更重視有關健康促進活動的規劃、設計、執行和評估，相對在於職場健康促進的產出，即方案活動執行的內容與量方面，也會有較佳的成效。不過，由於健康促進規劃與產出偏屬於過程面的指標，且是以量表由填答人員進行主觀性的評量，因此，僅能認為組織健康文化對健康促進規劃與產出為一假設性的影響關係。此外，在本研究的調查中，約有75.9%的企業組織於99年度舉辦員工健康促進活動的場次為十場以下，而99年度編列的職場健康促進預算，有70.4%的企業組織是10萬元以下，顯示台灣的企業對於健康促進方案的投資並未非常積極。再就企業的特性資料來檢視，本研究進一步進行分析發現，企業規模(員工人數)不同，則在健康促進規劃成效及產出等變項上有顯著差異，並且企業規模與企業每年辦理的健康促進活動場次有統計上的顯著關係。而不同產業特性(營利與非營利)的公司，則在健康促進產出及健康促進活動出席率上有顯著差異。由此可知企業的規模與產業性質上的差異，使得公司在健康促進的活動提供、產出及員工的參與方面也會有所差異。此結果與Fielding和Piserchia的研究相符合，該研究指出企業的規模愈大，則提供的健康促進方案愈多，而行業別也會影響職場健康促進方案的提供，高達78.0%公用事業、運輸、傳播產業提供健康促進方案，其他產業則只有51.0%提供[31]。企業規模的差異除了顯現於部分健康促進效能變項之外，在組織健康文化方面也呈現顯著差異。企業規模較大(員工數3000人以上)的公司，其健康文化總分及四個文化構面的得分均高於企業規模較小的公司，但企業產業別及成立歷史二個特性，則與組織健康文化沒有顯著的關係。大規模的公司，通常具備較完善的制度及資源條件，並受限於勞工安全衛生相關法令的規定，需配置相關的人力及設備，因而可能讓員工感受到公司重視健康促進的氛圍。不過，組織健康文化的形塑並沒有企業條件的限制，只要企業管理階層能把員工健康視為重要的使命

與組織價值觀，經由組織成員的詮釋或是健康管理措施的轉化後，自然會形成組織各運作過程中的具體表現。

本研究發現在控制企業特性變項之後，互相尊重與支持文化對員工健康諮詢率有正向影響，其原因可能是在一個彼此尊重與具體支持員工促進健康的組織中，當員工有健康方面的問題時，則會更積極的尋求企業內部健康專業人員(如廠醫或廠護)的諮詢。

而分析結果不如原先預期的指標，如病假率及意外事件發生率，有可能因為這二個指標的影響因素過於複雜導致此研究結果產生。病假率可能會因為企業特性與出勤差假制度的差異，影響員工請病假意願與頻率。雖然台灣的勞基法中已明確規範勞工的請假規則，但整體社會或大多數的企業組織仍未形成重視員工休假權的氛圍，因而以員工病假率作為健康促進的成效指標，可能較不適宜。意外事件發生率則受到企業產業型態與員工個人的工作性質所影響，且在一般企業當中，員工發生意外事件之比率不高，部分工作性質安全穩定的企業，發生員工意外事件的機率更低。加上部分企業可能並未建立完整的意外事件統計資料，因而導致本研究數據蒐集上的偏差，都可能會影響研究的結果。後續研究在效能指標上的選擇時，可考量影響變數較少且容易取得的其他指標。

此外，組織健康文化對健康促進的品質二項指標(活動出席率和滿意度)並沒有顯著的影響，深入分析原因，因為員工對於健康促進活動的參與及出席情形，可能受限於公司的產業特性與個人的工作性質，使得公司在安排健康促進活動時，無法滿足所有員工的需求，包括時段、地點與活動形式等。Fielding和Piserchia的調查研究發現，小公司的員工對於健康促進方案的參與率較高[31]。郭信智和陳宏基以某醫院為個案所進行的研究也發現，由於醫師的工作時間與工作性質特殊，醫院較無法採取積極性的介入方式，以免延誤醫師的臨床作業。因此，醫院應考量部門科別特性上的差異，需檢視各科別醫師的臨床作業活動來設計健康促進計畫，將一般性職場健康促進計畫進行修正，

才能適合醫師的需要[18]。由此可知，即使公司強調健康文化，但部分員工因工作性質特殊，仍須以工作為重，而無法隨時參與公司的健康促進活動。這也提醒企業職場健康促進的負責單位與人員，在規劃健康促進方案時，能進行員工健康需求評估，瞭解不同部門或階層員工的需求，並據以安排適當的健康促進方案及執行事宜，才能提升員工的參與率。

本研究雖然解答了組織健康文化與組織健康促進效能之間的關係，但仍有一些問題值得深思與探究。首先，二個研究構念關係的推論是援用組織文化對組織效能影響為理論基礎，就現有的文獻來看，儘管多數實證結果證實二者的關係，但似乎仍無法清楚其中的影響過程，二者之間是否存在中介變項，值得再探究。而本研究提出組織健康價值觀為連結組織健康文化與組織健康促進效能理論基礎的論點，似乎也具可信度，在組織健康價值觀的引導之下，組織中普遍存在與認同健康的價值觀，組織成員進而能支持組織的健康促進目標、策略與方案，提升組織健康促進效能。第二，本研究組織健康文化的概念源自於健康組織，而健康組織在於強調企業除了重視組織績效或生產力之外，也應重視與關懷組織的健康層面，且不應忽略組織及其成員之幸福(well-being)與安適(wellness)[32]。因此，從另一角度來看，組織健康促進效能未必是健康促進的終極效標，也許是組織健康文化與組織及員工幸福安適的中介變項。第三，本研究亦從微觀的員工健康信念與行為改變的觀點來推論健康文化與組織健康促進效能之關係，然而組織健康文化對個體員工的行為影響效果如何？與員工有密切接觸的部門或團隊主管，其遵循組織之健康促進理念與策略所展現的領導行為，是否也會影響員工的健康行為與工作效能？建議未來研究可以採用多層次的觀點來探討影響員工健康行為跨層次因素。最後，Saffold認為組織的次文化經常更能反映部分成員所面臨的共同問題、情境或經驗，因此，在分析文化對組織績效的影響時，需考慮組織的次文化如何彼此互動，進而影響

組織的績效[33]。未來研究在探究組織健康文化議題時，也可從次文化觀點來探討不同的任務特性與成員間不同的交互作用導致形成多元的健康次文化。上述觀點與問題，都是職場健康促進、健康組織及組織健康文化相關理論發展的新思維。

研究意涵

本研究所探討的部分重要研究構念，包括組織健康文化與組織健康促進效能等構念，均是目前鮮少被深入探討的議題。本研究從健康促進的觀點提出新的研究構念～組織健康文化及組織健康促進效能，並從組織理論與組織行為的相關文獻來深入分析組織健康文化與組織健康促進效能，亦即以多元的觀點來探究職場健康促進理論，並剖析新的研究構念，包括釐清構念的意涵及建立其操作型定義，並發展具體可衡量的工具，用以蒐集實證資料，除了補足相關知識體系的缺口之外，也提供後續研究的新方向。因此，本研究在新研究構念與測量工具的發展上具有其意義。

組織健康文化構念定義與四大文化構面內涵，乃依據健康組織為概念基礎，並融合組織文化的理論而得，此概念化的過程釐清員工的整體性健康包含多層面的健康，如生理、心理、社會與自我實現等宏觀的健康面向，而組織本身則需具備強調、支持及促進員工個人整體性健康的組織環境的「健康」的特質，並建構「健康」的核心屬性。因而形成自我照護、情緒與壓力調適、尊重與支持及發揮自我潛能等四個組織健康文化構面來強化員工的生理、心理、社會與自我實現的健康。就現有的文獻與理論來看，本研究深入剖析組織健康文化構念定義與內涵，值得各界參考且具有一定程度的貢獻。

研究限制

本研究採用立意取樣法進行組織樣本的選取，故結果在解釋與推論時，可能會受到樣本代表性的限制。此外，本研究為橫斷式研究，因此本研究發現組織健康文化對組

織健康促進效能部分指標具有顯著的影響，此結果在解釋與應用時，需更小心謹慎，尤其是組織健康文化與健康促進規劃成效的關係，有可能是相互影響所致。

致 謝

本文為行政院國家科學委員會補助專題研究(NSC100-2314-B-264-001)之部份資料分析與成果。謹此致謝國科會生物處對本計畫經費的支持。

參考文獻

1. 范國棟、李蘭：職場健康促進：國際與台灣經驗之比較。台灣衛誌 2008；27：271-81。
Fan KT, Yen LL. Health promotion in the workplace: comparison of the experiences of Taiwan and other countries. Taiwan J Public Health 2008;27:271-81. [In Chinese: English abstract]
2. Cutknecht DB, Cutknecht DM. Building Productive Organizations Through Health and Wellness Program. Lanham: University Press of America, 1990.
3. Becker HS. Culture: a sociological view. Yale Rev 1982;71:513-27.
4. Sun S. Organizational culture and its themes. Int J Bus Manag 2008;3:137-41.
5. Golaszewski T, Hoebbel C, Crossley J, Foley G, Dorn J. The reliability and validity of an organizational health culture audit. Am J Health Stud 2008;23:116-42.
6. Allen J. Building supportive cultural environments. In: O'Donnell MP ed. Health Promotion in the Workplace. 3rd ed. New York: Delmar Publishers, 2002; 202-17.
7. 林鈺琴、彭台光：多層次管理研究：分析層次的概念、理論和方法。管理學報 2006；23：649-75。
Lin CC, Peng TK. Multilevel research in management: conceptual, theoretical, and methodological issues in level of analysis. J Manag 2006;23:649-75. [In Chinese: English abstract]
8. Steers RM. Problems in the measurement of organizational effectiveness. Admin Sci Q 1975;20:546-8.
9. Zammuto RF. Assessing Organizational Effectiveness: System Change, Adaptation, and Strategy. Albany: State University of New York Press, 1982;29.
10. Cameron KS, Whetten DA. Organizational Effectiveness: A Comparison of Multiple Model. New York: Academic Press, 1983;53.
11. Gibson JL, Ivancevich JM, Donnelly JH, Konopaske R. Organizations: Behavior, Structure, Process. 11th eds., London: McGraw Hill Company, 2003;15-6.
12. Heward S, Hutchins C, Keleher H. Organizational change-key to capacity building and effective health promotion. Health Promot Int 2007;22:170-8.
13. Kok G. Why are so many health promotion programs ineffective? Health Promot J Aust 1993;3:12-7.
14. Mullen PD, Green LW, Persinger GS. Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. Prev Med 1985;14:753-81.
15. 郭建志：職場健康心理學的機會與挑戰。應用心理研究 2005；(28)：12-4。
Kuo CC. The opportunities and challenges of the occupational health psychology. Res Appl Psychol 2005;(28):12-4. [In Chinese]
16. Burton WN, Conti DJ, Chen CY, Schultz AB, Edington DW. The role of health risk factors and disease on worker productivity. J Occup Environ Med 1999;41:863-77.
17. Schultz AB, Lu C, Barnett TE, et al. Influence of participation in a worksite health-promotion program on disability days. J Occup Environ Med 2002;44:776-80.
18. 郭信智、陳宏基：職場健康促進計畫執行之組織脈絡及其經濟性效益。行政院國家科學委員會專題研究成果報告，計畫編號NSC 98-2511-S-214-001。台北：行政院國家科學委員會，2010。
Kuo HC, Chen HC. The Organization Context and Economic Benefit for the Implementation of Workplace Health Promotion Program. National Science Council Research Report. Project Number NSC 98-2511-S-214-001. Taipei: National Science Council, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan), 2010. [In Chinese: English abstract]
19. Sathe V. Implications of corporate culture: a manager's guide to action. Organ Dyn 1983;12:4-23.
20. Dension DR, Mishra AK. Toward a theory of organizational culture and effectiveness. Organ Sci 1995;6:204-23.
21. Gordon GG, DiTomaso N. Predicting corporate performance organizational culture. J Manag Stud 1992;29:783-98.
22. 顏童文：國民小學組織動態能耐、組織健康氣候與學校創新經營關係之研究。台北：國立政治大學教育學系博士論文，2007。
Yen TW. A study on relationships between the dynamic capabilities and organizational health climate

- and school innovative management in elementary school [Dissertation]. Taipei: Department of Education, National Chengchi University, 2007. [In Chinese: English abstract]
23. Wiener Y. Forms of value systems: a focus on organizational effectiveness and cultural change and maintenance. *Acad Manag Rev* 1988;**13**:534-45.
 24. 鄭伯壘：組織價值觀與組織承諾、組織公民行為、工作績效的關係：不同加權模式與差距模式之比較。中華心理學刊 1993；**35**：43-57。
Cheng BS. The relationship between organizational value, organizational citizenship behavior, and job performance: a comparison between different weighted models and discrepancy models. *Chinese J Psychol* 1993;**35**:43-57. [In Chinese]
 25. Maas C, Hox J. Sufficient sample sizes for multilevel modeling. *Methodology* 2005;**1**:86-92.
 26. Rousseau DM. Issues of level in organizational research: multi-level and cross-level perspectives. In: Staw BM, Cummings LL eds. *Research in Organizational Behavior*. Greenwich, Connecticut: JAI Press, 1985;1-37.
 27. George JM. Personality, affect, and behavior in group. *J Appl Psychol* 1990;**75**:107-16.
 28. 溫福星、邱皓政：多層次模式方法論~階層線性模式的關鍵問題與試解。第一版。台北：新亞測驗評量計技術研究中心，2011；4-16。
Wen FH, Chiou HJ. *Methodology of Multilevel Modeling: The Key Issues and Their Solutions of Hierarchical Linear Modeling*. Taipei: New Asia, 2011;4-16. [In Chinese]
 29. Bagozzi RP, Yi Y. On the evaluation of structure equations models. *J Acad Market Sci* 1988;**16**:76-94.
 30. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unbervables and measurement error. *J Market Res* 1981;**18**:39-50.
 31. Fielding JE, Piserchia PV. Frequency of worksite health promotion activities. *Am J Public Health* 1989;**79**:16-20.
 32. 洪瑞斌、李志鴻、周志明、劉兆明：從組織文化角度探就健康組織之意涵。應用心理研究 2007；**(36)**：151-91。
Hung JP, Lee JH, Chou CM, Liu CM. Using organizational culture framework to inquire the meaning of healthy organization. *Res Appl Psychol* 2007;**(36)**:151-91. [In Chinese: English abstract]
 33. Saffold GS. Culture traits, strength, and organizational performance: moving beyond "strong" culture. *Acad Manag Rev* 1998;**13**:546-58.

The relationship between organizational health culture and the effectiveness of health promotion activities in organizations

YEA-WEN LIN

Objectives: From the perspective of organizational theory, this study explored the relationship between organizational health culture and the effectiveness of health promotion activities of those organizations in four areas: planning effectiveness, production, outcome, and quality. **Methods:** Using purposive sampling, we selected 55 enterprises across Taiwan and asked service personnel who were responsible for workplace health promotion (WHP) to fill out a questionnaire that was designed to collect information about the effectiveness of their WHP. In addition, a sample of employee surveys (filled out by 20 full-time employees) was collected from each enterprise. These contained information about personal perceptions of organizational health culture. This information was provided by individual employees and aggregated into organizational-level data. **Results:** The results showed that organizational health culture had a significant impact on the effectiveness of the planning for and the production of health promotion activities; however, organizational health culture had no significant impact on indicators such as the rates of sick leave and accidents or on the level of satisfaction with and attendance at health promotion activities that served to evaluated both the outcome and quality of health promotion activities. **Conclusions:** Organizational health culture has made a positive impact on the planning and production of health promotion activities in organizations. This suggests that organizational health culture was a critical factor in the success of WHP. If there is a positive view of health culture in an organization, then the concept of health promotion will be deeply embedded in that organization and its departments. (*Taiwan J Public Health*. 2013;32(2):155-169)

Key Words: *organizational health culture, health promotion effectiveness, workplace health promotion*

Department of Healthcare Management, Yuanpei University, No. 306, Yuanpei St., Xiangshan Dist., HsinChu, Taiwan, R.O.C.

Correspondence author. E-mail: aven@mail.ypu.edu.tw

Received: May 21, 2012 Accepted: Feb 7, 2013