

健康促進國小建立家庭夥伴關係影響因素研究

牛玉珍¹ 劉潔心^{2,*} 邱詩揚³ 陳政友²

目標：本研究目的為瞭解台灣健康促進國民小學能成功建立家庭夥伴關係的影響因素。**方法：**本研究以99學年度全國2,675個國民小學健康促進國小主要承辦人為研究對象，按各縣市國小數比例算出抽樣的校數，再依國小班級數大小進行分層隨機抽樣，共抽出584個國小(含74個議題中心及行動研究學校)，最後有效問卷共391份，回收率為67%。本研究係參考PRECEDE-PROCEED理論模式擬定研究架構，自變項包含背景變項、素質因素、增強因素、及使能因素；依變項則為國小建立家庭夥伴關係。以描述性、階層迴歸分析進行統計分析。**結果：**所有變項可以解釋國小建立家庭夥伴關係46.4%的總變異量，背景變項、使能因素、增強因素及素質因素能在逐層的控制下，單獨的對國小家庭夥伴關係達到4.4%、13.2%、20.3%及8.6%的解釋力，所有影響的變項中，建構夥伴關係的效能有最大的影響力($\beta=.389$)。**結論：**足夠的資源、政府主管的重視度、校長及同仁的支持、建構家庭夥伴關係的效能，能使國小成功的與家庭建立夥伴關係。(台灣衛誌 2014；33(3)：290-303)

關鍵詞：階層迴歸分析、國小建立家庭夥伴關係、PRECEDE- PROCEED模式

前　　言

以往一般人都認為學校的差異是影響兒童表現的主要原因，但早在1966年於The Landmark Coleman Report中指出，家庭的差異才是真正影響兒童表現的主要因素而非學校的差異[1]，因家庭是學童從小長期生長的環境，家長與學童有大量的相處時間，因此對學童有更深入的瞭解，且學童的價值觀與態度皆承襲自家庭，會直接影響學童各方面的行為與表現[2]。不論在家庭、國小或是親師關係中，家長參與子女教育，能對學生各方面產生影響，包括學業方面[3]；社

會發展[4]；學生的行為及國小的紀律[5]。家庭提供的經驗及對子女的期望，與學童在國小的成效有顯著的關聯性[6]。對國小而言，良好的親師關係能使國小從不同觀點瞭解學童，更快速找到解決學童問題的方法。國小與家長之間的連結若能建立起來，加上家長對國小教育的合作及參與都能使國小更有效地運作[7]。另外，根據Chicago世代研究發現，每投資1元家長參與的計畫或活動，能對社會回饋7元的長期效益[8]。由以上資料顯示，家長參與無論是對學童的發展或對國小的成效都能產生一些的效益。雖然與家長建立夥伴關係可以產生許多正面的效應與功能，但研究也顯示，教師會出現一些阻礙推動家長夥伴關係的態度，例如：家長是麻煩的、家長認為教育孩子都是國小的事[9]，另外，教師也會覺得學童在家的狀況應由家長自行負責，國小只能影響學童在校的情形，國小亦認為與家長建立夥伴關係是麻煩又沒必要的。

健康促進國小的推展，主要目的是透

¹ 國立交通大學衛生保健組

² 國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系

³ 國立宜蘭大學食品科學系

* 通訊作者：劉潔心

聯絡地址：台北市大安區和平東路一段162號

E-mail: t09010@ntnu.edu.tw

投稿日期：103年3月14日

接受日期：103年5月29日

DOI:10.6288/TJPH201433103022

過國小人員、社區及家長的共同參與以促進學童的健康，除了學校成員間的合作外，另一個關鍵要素是與社區及家長建立夥伴關係，因此，與學童家長發展穩固的夥伴關係是執行健康促進學校計畫之中不可或缺的部分。但就目前來說，學校在健康教育上與家庭建立夥伴關係的實施現況，Blom-Hoffman等人[10]系統性的蒐集58篇小學的營養教育策略，38(65.5%)篇將家庭包含在內，在此38篇中8(21.1%)篇的活動僅在學校或社區(例如：家庭活動夜)，20(52.6%)篇乃是在家學習的活動(例如：給家長的信或家庭作業)，8(21.1%)篇同時包含學校及家庭的活動。Michael等人[11]，調查發現，提供家長各種的健康教育，從2000年的27.8%增加到2006年的46.4%。溝通方面，提供家長各種的健康訊息，在各個健康議題上均有顯著性的增加，健康促進活動上從61.2%增加至80.1%、體能教育從52.2%增加至67.6%、心理健康從76.3%增加至89.3%及營養計畫從63.8%增加至80.8%，針對健康議題調查學校與家庭活動現況，沒有探討學校設計或推動與家庭建立夥伴關係的影響因素之研究。健康促進學校從1992年起在世界各國大力推動，其工作團隊或校內教師能認同此項計畫並發揮功效[12]。但在向外拓展與家長連結上的記載仍闕如，僅有英國健康教育局(Health Education Authority，簡稱HEA)針對所有國內參與歐洲健康促進學校網絡計畫的學校進行調查，結果顯示：僅有50%的小學孩童家長及35%的中學孩童家長認為他們充份知悉其子女的健康教育課程內容。另外，只有30%的小學家長與11%的中學家長認為他們曾經有機會可以表達對健康促進學校計畫的觀點[13]，其內容仍局限在現況調查。台灣從2004年開始推動健康促進國小以來，已使各縣市能透過校內整合及校際間結盟持續的推動健康促進國小[14]。但從研究亦顯示，無論是國內或國外，在參與健康促進國小的推動上，家長及社區參與的程度上仍顯不足，未來除了需進行團隊及整體策略的推動，仍應加強家長及社區的參與度[13,14]，另外，調查研究發現，限制家長參與健康教

育的原因，其中一個因素是家長感受到學校不期望他們參與[15]。因此，相關研究指出家長及社區參與學校之事務的主要預測指標即為：校長高度支持學校與家長建立夥伴關係[16]，當學校老師相信家長參與學校教育能有效增進學童的學習，也相信家長願意共同參與，則願意花時間設計讓家長參與的教學策略，家長則會更多的參與並感受到能對學童學習的幫助性，也使學童的學習表現更好[17]，相關實證性的研究亦發現，教師對家長參與學童教育的態度有效地的影響家長參與學童教育的態度[18]。學校的邀請是家長決定共同參與學童教導的主要因素[19]。因此，從國小主動發展與家長夥伴關係的策略，是促進家長共同參與推動學童在家建立健康行為重要的起始點。

以上內容發現，各國漸漸對學校與家庭建立夥伴關係的重視度，學校發展與家庭連結教育性策略是促進家長共同參與學童教育的主要因素，但卻沒有相關文獻探討影響學校人員發展或推動與家庭連結之教育性策略的影響因素，因此，本研究擬探討影響健康促進國小與家庭建立夥伴關係的因素有哪些，有多少的影響力。以了解國小主動發展與家庭結盟的策略，建立夥伴關係的因素是什麼？作為未來國小建立家庭夥伴關係的參考。

從研究架構來看，目前仍未發現影響國小與家長夥伴關係的理論模式或研究架構，PRECEDE-PRODEED模式[20]為衛生教育診斷與評價模式，它提供了衛教需求評估一個完整有系統的架構，其優點在於它可確認影響個體或群體決策及行動的因素，可運用於探討各種對象與某種特定行為之關係，及應用訊息來發展合適的計劃及行為改變策略[21]，其被運用在疾病預防上如：老年人流感疫苗接種行為[22]、健康促進上如：飲食管理[23]、疾病檢查上如：乳房攝影結果相關影響因素[24]、疾病治療上如：實證之精神分裂症治療方式[25]等。除了健康相關的運用外，Ransdell[26]應用PRECEDE-PROCEED模式探討學術發表數量的影響因素，以知覺自我能力(perceived competence)

及知覺所得的報償(perceived rewards)等代表素質因素，以部門文化及被授予的角色與責任等代表增強因素，以寫作潛力(writing talent/skills)、可運用時間(release time)等代表使能因素，可見此模式不僅被應用在健康相關的主題上，亦被使用在探討學術發表數量影響因素的分析上。

本研究依據健康促進國小推動現況，並整理國小推動家庭夥伴關係產生顯著影響的變項，包括：夥伴關係重要性覺知[27]、夥伴關係角色覺知[28,29]、建立夥伴關係的自我效能[28]、缺少資源、校長的支持、校長的期待[29]、團隊同仁的支持[30]等項目，其內涵包括了素質因素(夥伴關係重要性覺知、夥伴關係角色覺知、建立夥伴關係的自我效能)、增強因素(校長的支持、校長的期待、團隊同仁的支持)、使能因素(缺少資源)等項目，足見PRECEDE-PROCEED模式的內容能作為本研究探討國小家庭夥伴關係建立影響因素之研究架構。

材料與方法

一、研究對象

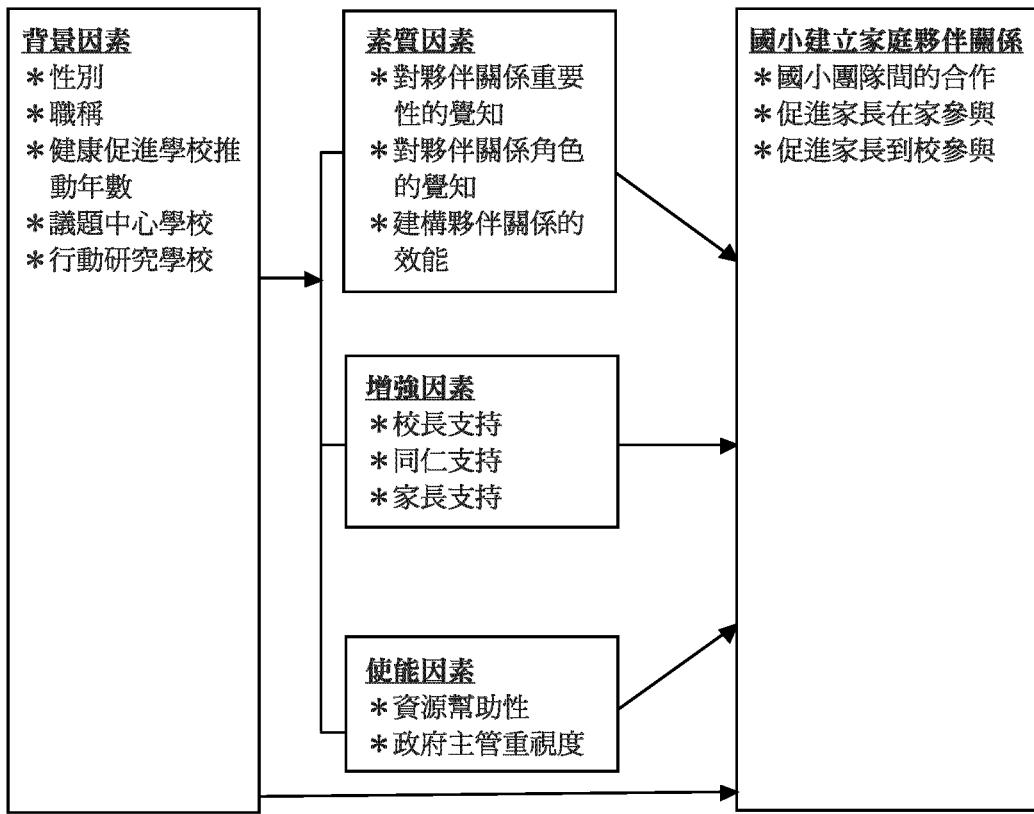
本研究以台灣99學年度所有公立國民小學為研究母群體，共2,675所，以健康促進國小主要承辦人為研究對象，為能抽出具代表性之樣本，因此以分層方式進行抽樣，抽樣前先將接受訪談的4所學校剔除，其抽樣程序如下：1.將25縣市按各縣市國小數比例算出抽樣的校數；2.按各縣市學校之班級數進行排序後找出中位數，中位數以上班級數的國小定義為大學校，中位數以下的班級數定義為小學校，3.再按各縣市大小學校的比例抽出相對應的大小學校的校數。以584個(含74個議題中心及行動研究國小)國小為本研究之主要研究樣本，共回收401份問卷，研究者檢查漏達率過高者之廢卷10份，共計得到有效問卷391份，最後計算回收率為67%。

二、研究架構與工具信效度

本研究主要以PRECEDE-PROCEED model做為理論架構模式，先據以設計與前

述模式中提及之相關概念的開放式題目，運用訪談方式請4所健康促進國小主要承辦人做回應(包括：學校推動了那些與家長合作的健康策略？會推動這些策略的考量因素是什麼？學校沒有推動的因素是什麼？那些因素影響老師配合及參與學校推動家長合作的策略？)，將其回應內容整理後並參考相關文獻[30-34]，形成本研究之研究架構(如圖一所示)，並編製出本研究所使用之問卷，內容包括背景因素、素質因素、增強因素、使能因素及國小建立家庭夥伴關係等，經衛生教育、國民教育、國小行政及研究家長參與之相關專家共9位進行內容效度，依據專家的建議進行修改。最後再以修改後之問卷，另找3位健康促進國小承辦人協助進行表面效度檢測，針對施測對象的適合性修正敘述文字內容後成為正式問卷。

本研究問卷共有五大部分，除了背景因素均採Likert Scale五點計分法，由1分至5分，內容包括(一)背景因素，包括性別、職稱、健康促進學校推動年數、議題中心學校(指縣市推動健康促進學校的重點學校，其任務會依縣市不同為健康議題的示範學校或召集學校)，行動研究學校(指學校透過學校團隊檢視學生健康行為問題，設計相關問卷，設計推動課程及活動等策略，再進行後測，以統計方式評價推動後的成效)；(二)素質因素，包括「對夥伴關係重要性的覺知」、「對夥伴關係角色的覺知」及「建構夥伴關係的效能」三個分量表，共19題，其中對夥伴關係重要性的覺知及對夥伴關係角色的覺知均是從「非常不同意」到「非常同意」分數由1分至5分，分數越高，在對夥伴關係重要性的覺知方面，代表其越同意與家庭建立夥伴關係的重要性，題目包括：「與家長建立夥伴關係有助於督導學童全面性落實健康生活型態」等7題；在對夥伴關係角色的覺知方面，越同意與家庭建立夥伴關係應扮演的角色，題目包括：「學校有責任規劃使家長共同參與促進學童健康的各項活動」等6題。建構夥伴關係的效能是自覺團隊有信心設計家庭夥伴關係策略的程度，從「不到一成」到「九成以上」，分



圖一 健康促進國小家庭夥伴關係建立影響因素研究架構

數越高代表自覺團隊越有信心能設計與家庭建立夥伴關係之策略，題目包括：「能從家長的角度設計適合的家長夥伴關係策略」的信心程度等6題。信度為.904，素質因素驗證性因素分析(CFA)， $\chi^2/df=3.6(<5)$ ，RMSEA=0.082(並未<0.08)，雖此一指標未達標準，但其餘多數指標均達標準，顯示素質因素之效度尚可，CFI=0.933(>0.9)，SRMR=0.033(<0.08)；(三)增強因素，包括「校長支持」、「同仁支持」及「家長支持」三個分量表，共12題，均是從「從未如此」到「總是如此」分數由1分至5分，分數越高，各代表校長、同仁及家長對學校推動家庭夥伴關係的支持度越高，校長支持的題目包括「本校推動家長夥伴關係策略時，校長會協調導師或其他單位共同參與」等5題，同仁支持包括「本校導師持續會追蹤學童未繳回健康相關檢核表」等5

題，及家長支持的題目包括「家長對學童帶回家的健康檢核表按時繳回」等2題。信度為.849，增強因素驗證性因素分析(CFA)， $\chi^2/df=2.6(<5)$ ，RMSEA=0.065(<0.08)，CFI=0.972(>0.9)，SRMR=0.028(<0.08)；(四)使能因素，包括「資源幫助性」及「政府主管重視度」兩個分量表，共8題，資源幫助性是從「完全沒有幫助」到「非常有幫助」分數由1分至5分，分數越高代表計畫提供的資源對學校建立家庭夥伴關係越有幫助性，題目包括：「主管機關提供的健康促進工作坊對學校設計及推動家長夥伴關係策略」等6題。政府主管重視度，代表縣市政府對健康促進學校推動的重視程度，以兩個題目代表，「99學年度體健科補助經費數」及「本縣(市)體健科推動健康促進學校的積極程度」。信度為.930，驗證性因素分析(CFA)， $\chi^2/df=4.4(<5)$ ，RMSEA=0.093(並

未 <0.08) 雖此一指標未達標準，但其餘多數指標均達標準，顯示使能因素之效度尚可，CFI=0.933(>0.9)，SRMR=0.029(<0.08)；(五) 國小建立家庭夥伴關係，包括「國小團隊間的合作」、「促進家長在家參與」及「促進家長到校參與」三個分量表，共11題，均是從「從未如此」到「總是如此」分數由1分至5分，分數越高，代表承辦人自覺學校越成功建立了家庭夥伴關係。國小團隊間的合作代表國小健康促進主要承辦人為促進家長的參與與老師之間的配合度。題目包括「學校會考量導師的工作流程設計檢核表的發放與回收之流程」等4題，促進家長在家參與的內容包括「學校會考量家長可觀察得到的學童行為設計在家健康行為檢核表(例如:睡前刷牙)」等3題，及促進家長到校參與的題目包括「學校會考量家長的興趣，設計家長參與學校舉辦之健康講座主題與內容」等4題。信度為.890，驗證性因素分析(CFA)， $\chi^2/df=3.5(<5)$ ，RMSEA=0.080(並未 <0.08) 雖此一指標未達標準，但其餘多數指標均達標準，顯示國小建立家庭夥伴關係之效度尚可，CFI=0.956(>0.9)，SRMR=0.036(<0.08)。

三、資料收集與分析

本研究經文獻探討後發展理論模式，於2011年4月編製問卷初稿，6月諮詢學者專家意見後，7月進行預試，8月進行信效度分析並修成正式問卷，9月將問卷寄給學校，11月回收問卷後進行資料建檔與分析。以SPSS 18統計軟體進行資料分析，並以 $\alpha=.05$ 進行統計的顯著考驗，資料分析方法包括：平均值、標準差、各題次數分配、百分比等描述性統計分析，以瞭解健康促進國小各變項的分布情形；以pearson相關係數、t及F檢定瞭解類別變項與依變項之間的相關性，以階層迴歸分析瞭解自變項對依變項的預測力，另以Mplus統計軟體進行驗證性因素分析，以 $\chi^2/df < 5$ ，RMSEA<0.08，CFI>0.9，SRMR<0.08[35]為適配量測指標與測量值。

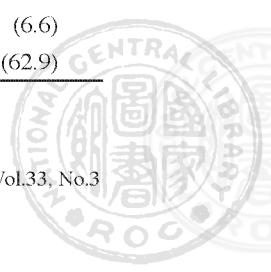
結果

一、健康促進國小主要承辦人背景因素現況分析

由表一顯示，受測對象中，男性共有192人，佔整體受測人數之49.1%；女性則有197人，佔50.4%。在職稱方面，一級主管(學務主任、訓導主任、教務主任、總務主任)共有195人，佔整體受測人數之51.7%；二級主管(衛生組組長、體育組組長、環教組組長、學務組組長、訓導組組長)有130人，佔34.5%，護理人員共有52人，佔整體受測人數之13.8%。94-98年沒有推動HPS的有194所，佔49.7%。推動1年的有71所，佔18.2%。推動2年的有60所，佔15.4%。推動3年的有25所，佔6.4%。推動4年的有23所，佔5.9%。議題中心國小有51所，佔12.9%，行動研究國小有26所，佔6.6%，是議題中心也是行動研究國小有28所，佔7.1%，都不是的有249所，佔62.9%。

表一 研究對象背景因素資料(N=391)

變項	人數(%)
性別	
男	192 (49.1)
女	197 (50.4)
職稱	
一級主管	195 (51.7)
二級主管	130 (34.5)
護理人員	52 (13.8)
健康促進學校推動年數	
0年	194 (49.7)
1年	71 (18.2)
2年	60 (15.4)
3年	25 (6.4)
4年	23 (5.9)
5年	17 (4.4)
議題中心與行動研究國小	
均是	28 (7.1)
議題中心國小	51 (12.9)
行動研究國小	26 (6.6)
均不是	249 (62.9)



二、素質因素、增強因素、使能因素、國小建立家庭夥伴關係之現況分析

從表二可看出素質因素、增強因素、使能因素、國小建立家庭夥伴關係之得分情形，單題平均值各為4.01、3.97、3.33及3.60，分數最高的是素質因素，分數最低的是使能因素。

素質因素包括對夥伴關係重要性的覺知、對夥伴關係角色的覺知及建構夥伴關係的效能三個分量表，前兩個變項單題平均值屬中上程度，各為4.23及4.08，分數較低的是建構夥伴關係的效能，單題平均值為3.71。增強因素包括校長支持、同仁支持及家長支持三個分量表，三個變項單題平均值屬中等程度，各為4.00、4.05及3.85。使能因素包括資源幫助性及政府主管重視度兩個分量表，各為3.36及3.26。國小建立家庭夥伴關係，包括國小團隊間的合作、促進家長在家參與及促進家長到校參與三個分量表，各為4.00、2.91及3.41。其中，促進家長在家參與的分數最低。

三、國小建立家庭夥伴關係之影響因素分析

本研究以皮爾森積差相關(Pearson product-moment correlations)考驗健康促進國

小推動年數、素質因素、增強因素、使能因素各變項與國小建立家庭夥伴關係之間的關係，以t及F檢定檢視背景因素：性別、職稱、議題中心與行動研究國小等類別變項與國小建立家庭夥伴關係間的相關性。再就其中達顯著相關的變項，進行階層迴歸分析(Hierarchical regression)[30]，依據研究架構，本研究期望從巨觀層次至微觀層次依序探討政策、組織及個人等不同層面之因素對國小建立家庭夥伴關係的影響性，因此於分析模式中，在控制背景因素後，依序放入使能因素、增強因素、及素質因素，建立四個模式(結果詳見表四)。

(一) 背景因素、素質因素、增強因素、使能因素和國小建立家庭夥伴關係之關係檢定結果

由表三顯示，健康促進國小推動年數、素質因素(對夥伴關係重要性的覺知、對夥伴關係角色的覺知及建構夥伴關係的效能)、增強因素(校長支持、同仁支持及家長支持)、使能因素(資源幫助性及政府主管重視度)與國小建立家庭夥伴關係呈現顯著的相關性。另以t及F檢定檢視性別、議題中心及行動研究國小、健康促進國小主要承辦人的職稱與國小建立家庭夥伴關係的相關性，

表二 素質因素、增強因素、使能因素、國小建立家庭夥伴關係各變項之現況分佈

變項名稱	題目總數	分數範圍	平均值	標準差	單題平均值	單題標準差
素質因素	19	19~95	76.37	9.23	4.01	0.49
對夥伴關係重要性的覺知	7	7~35	29.60	4.02	4.23	0.57
對夥伴關係角色的覺知	6	6~30	24.50	3.22	4.08	0.54
建構夥伴關係的效能	6	6~30	22.27	4.13	3.71	0.69
增強因素	12	12~60	47.95	7.33	3.97	0.61
校長支持	5	5~25	20.01	3.62	4.00	0.72
同仁支持	5	5~25	20.26	3.18	4.05	0.64
家長支持	2	2~10	7.70	1.39	3.85	0.69
使能因素	8	8~40	26.69	5.31	3.33	0.66
資源幫助性	6	6~30	20.16	4.66	3.36	0.78
政府主管重視度	2	2~10	6.52	1.58	3.26	0.79
國小建立家庭夥伴關係	11	11~55	38.35	7.72	3.60	0.70
國小團隊間的合作	4	4~20	15.98	3.26	4.00	0.82
促進家長在家參與	3	3~15	8.73	2.84	2.91	0.95
促進家長到校參與	4	4~20	13.63	3.43	3.41	0.86

表三 素質因素、增強因素、使能因素、國小建立家庭夥伴關係各變項之間相關分析

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.HPS推動年數	1									
2.對夥伴關係重要性的覺知	.130**	1								
3.對夥伴關係角色的覺知	.135**	.636**	1							
4.建構夥伴關係的效能	.150**	.362**	.489**	1						
5.校長支持	.145*	.420**	.540**	.656**	1					
6.同仁支持	.094	.467**	.535**	.579**	.688**	1				
7.家長支持	.082	.343**	.426**	.468**	.571**	.793**	1			
8.資源幫助性	.118*	.287**	.392**	.481**	.478**	.477**	.486**	1		
9.政府主管重視度	.231**	.200**	.211**	.278**	.240**	.248**	.212**	.269**	1	
10.國小建立家庭夥伴關係	.156**	.401**	.475**	.608**	.524**	.543**	.453**	.384**	.295**	1

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

表四 以背景因素、素質因素、增強因素、使能因素各變項預測「國小建立家庭夥伴關係」之階層迴歸分析

模型內變項	模式一 背景因素		模式二 背景、使能因素		模式三 背景、使能、 增強因素		模式四 背景、使能、 增強、素質因素			VIF
	β	t	β	t	β	t	β	t		
是議題中心也是行動研究國小	.123	2.189*	.040	.741	.051	1.076	.051	1.150	1.223	
議題中心國小	-.048	-.883	-.093	-1.785	-.104	-2.275	-.063	-1.468	1.171	
行動研究國小	.041	.764	.048	.959	.050	1.165	.066	1.641	1.034	
HPS推動年數	.131	2.327*	.085	1.612	.050	1.080	.014	.320	1.196	
資源幫助性			.299	5.884***	.052	1.022	-.027	-.546	1.509	
政府主管重視度			.173	3.215**	.110	2.315*	.086	1.942	1.238	
校長支持					.242	3.952***	.046	.733	2.502	
同仁支持					.339	4.299***	.193	2.490*	3.800	
家長支持					-.008	-.115	.031	.469	2.737	
對夥伴關係重要性的覺知							.055	1.042	1.752	
對夥伴關係角色的覺知							.073	1.282	2.044	
建構夥伴關係的效能							.389	6.840***	2.044	
R ²		.044		.176		.378		.464		
Adj R ²		.033		.161		.362		.445		
F		3.981**		12.205***		23.054***		24.413***		
ΔR ²		.044		.132		.203		.086		
ΔF		3.981**		27.434***		37.074***		18.091***		

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

其中議題中心及行動研究國小達顯著差異 ($F=3.404$, $p<.05$)，將此變項轉成虛擬變項並放入階層迴歸分析模式中。

(二) 國小建立家庭夥伴關係的影響因素

表四結果顯示，模式一背景因素對於依

變項國小建立家庭夥伴關係具有顯著的解釋力，F值為3.981 ($p<0.01$)。R²為.044調整後亦有.033，表示議題中心及行動研究國小、健康促進國小推動年數兩個變項能解釋國小建立家庭夥伴關係的變異量達3.3%。其迴

歸係數(β 值)均達顯著，分別為.123 ($t=2.189$, $p<.05$)及.131 ($t=2.327$, $p<.05$)，表示是議題中心又是行動研究國小、健康促進國小推動年數越長，健康促進國小主要承辦人越認為國小能成功建立家庭夥伴關係。模式二中，再將使能因素的兩個變項：資源幫助性及政府主管重視度投入模型，對依變項的解釋力增加至17.6% ($F=12.205$, $p<.001$)，調整後 R^2 仍有16.1%的解釋力，增加的解釋力為13.2% ($\Delta R^2=.132$, $\Delta F=27.434$, $p<.001$)，資源幫助性及政府主管重視度的 β 值各為.299及.173，表示健康促進國小主要承辦人越認為政府提供資源有幫助性、政府主管越重視，國小越能成功建立家庭夥伴關係。模式三將增強因素的三個變項：校長支持、同仁支持及家長支持再投入模型後，對依變項的解釋力增加至37.8% ($F=23.054$, $p<.001$)，調整後 R^2 仍有36.2%的解釋力，能有效提升模型20.3%的解釋力($\Delta R^2=.203$, $\Delta F=37.074$, $p<.001$)，校長支持、同仁支持的 β 值各為.242及.339，表示健康促進國小主要承辦人越感受到校長、同仁支持越認為國小能成功建立家庭夥伴關係。模式四將素質因素的三個變項：對夥伴關係重要性的覺知、對夥伴關係角色的覺知及建構夥伴關係的效能再投入模型後，對依變項的解釋力增加至46.4% ($F=24.413$, $p<.001$)，調整後 R^2 仍有44.5%的解釋力，能有效提升模型8.6%的解釋力($\Delta R^2=.086$, $\Delta F=18.091$, $p<.001$)，建構夥伴關係的效能的 β 值為.389，表示健康促進國小主要承辦人越能建構夥伴關係的效能，國小越能成功建立家庭夥伴關係。

國小建立家庭夥伴關係包括了國小團隊間的合作、促進家長在家參與及促進家長到校參與等三個變項，為了解各自變項對此三個次變項的影響性，經過階層迴歸分析，各自變項能對國小團隊間的合作產生33.5%解釋變異量，校長、同仁及家長支持加入模式產生最大解釋力的改變， ΔR^2 為20.3%，校長與同仁支持的 β 值分別為.285及.342。各自變項能對促進家長在家參與產生18.1%解釋變異量，家長支持及建構家庭夥伴關係效能的 β 值為.205及.224。各自變項能對促進家長

到校參與產生40.1%解釋變異量，顯著的變項有資源幫助性、校長支持、同仁支持及建構夥伴關係效能。

討 論

本研究根據研究目的及結果，並與國內外文獻進行比較分析進行討論如下：

一、學校應加強促進家長在家參與的相關策略及建構夥伴關係的效能

台灣從2008年起，教育部期望各學校能以實證性之學童健康行為數據作為評量推動健康促進學校成效的評量指標。對承辦人而言，學生要建立健康行為或生活型態，需要家長在家共同檢核及督導學生在家的行為，所以，國小需要主動設計相關的檢核表，使家長可以幫助學童在家建立健康行為，因此，本研究在促進家長在家參與的變項中，調查學校針對健康議題設計家長在可配合的學童健康檢核表實際執行的狀況，在所有變項中，促進家長在家參與是所有變項中分數最低的，主要的原因為老師會覺得學童在家的狀況由家長自行負責，學校只負責學童在校的情形，較少會設計延伸至家庭的相關策略，在三個題目中，學校會設計量化(可測量)之學童健康行為檢核表，請家長協助評量(例如吃1碗半的蔬菜)，有一半以上的填答者圈選從未如此或有時如此做，代表大部份的健康促進國小沒有針對健康議題設計可測量之檢核表，讓家長在家共同督導與檢核學童在家的健康行為。因此，需要更深入的瞭解國小如何願意發展學童健康行為檢核表的影響因素，再從學校的角度提供國小所需的協助。研究亦顯示，許多教師對家長參與與學童教育有正向的態度，但卻沒有接受過與家長合作的相關訓練，也不知如何發展與家庭建立夥伴關係的策略[32]，本研究的結果亦有相同的結果，在素質因素中，建構夥伴關係的效能是三個變項中分數最低的，代表學校在如何成功建立家庭夥伴關係的能力上不足，可能的原因是學校人員缺乏推展家長參與所需要的特定知能[33]；及教育單位沒

有給予學校人員這方面的增能教育訓練。實際層面上，教育部推動的健康促進學校計畫，讓學校從跨處室的合作、健康議題融入課程、行動研究的推展，使學校從一個單位推動健康促進到全校各處室的共同合作，但在與社區及家長結盟上沒有給予太多的增能。Walker等人[34]建議，需要讓老師及家長知道促進家長參與對學童健康行為的重要性與意義性，再教導國小老師或相關人員如何與家庭建立夥伴關係，使其知道如何增進家長共同參與，同時讓家長對學童在家的行為有參與及責任感；從支持面上，校長需領導國小營造歡迎家長參與的氛圍，及鼓勵學校人員多設計促進家長在家及到校參與的各項策略。另外，本研究亦發現，政府主管重視度仍顯不足，而相關研究顯示，當國小表示地方政府越支持學校推動夥伴關係，則學校越會有高品質的推動計畫[36]。足見政府主管的重視度對國小推動家庭夥伴關係的重要性與影響性。但實際現場來看，對學校老師或工作人員而言，要從負責學生在校的情形之既定的觀念與模式，到需要與家庭建立夥伴關係之新的工作模式，是一種革新式的轉變，倡導此概念對學生學業及健康的實質意義是非常重要的，當校長及老師們相信這些工作的推動能對學生產生正向及實質上的幫助，就會漸漸產生行動的意願，並願意有更多的參與，此時再給予如何設計延伸至家庭的相關策略的教導，才能具體的達到實際的效益，否則以現在學校被賦予如此多又重的任務下，又要發展延伸至家庭的新任務，老師會缺乏配合的意願，最後只是徒增資源的浪費及耗損彼此的時間與精力。所以，必須從政策及校內行政面的支持及個人層面的增能，才能讓學校人員真實的參與並共同的建立家庭夥伴關係。

二、使能因素與增強因素能有效增進學校成功建立家庭夥伴關係

本研究逐步放入變項後建構四個模式，模式一顯示議題中心及行動研究國小、健康促進學校推動年數兩個變項能對國小建立家庭夥伴關係產生3.3%的解釋力，可能的原

因是議題中心及行動研究國小能獲得健康促進學校計畫較多的資源，包括經費及專家輔導，使得學校也比較會發展與推動與家庭連結的策略。模式二加入使能因素的兩個變項，增加了13.2%的解釋力，代表相關資源的注入及政府主管的重視度能對國小建立家庭夥伴關係產生顯著的影響，促使學校改變是不容易的，除非政策決定者努力的設計適合學校需求並促進學校參與的計畫[37]，Sheldon[30]以SEM驗證學校推動家長參與計劃的影響路徑分析，外部支持包括經費的補助，舉辦工作坊、提供資訊及相關輔導，能有效的影響學校撰寫促進家長參與的計畫，此與本研究結果互相呼應，資源的幫助性能對國小建立家庭夥伴關係產生顯著的影響性。因此，當政府主管單位提供足夠的資源及積極的推動健康促進國小，可使國小較積極的與家庭建立夥伴關係，共同增進學童的健康行為。鑑於政策的支持對國小建立家庭夥伴關係的影響性，中央教育單位需要運用現在已在推動的健康促進學校計畫，透過專業人員對建立家庭夥伴關係之相關概念與執行內容做一個整體性的規劃，輔導各縣市從政策面加強校長對此概念的認知與支持，幫助學校內部跨處室的合作機制，及建立家庭夥伴關係能力的增強。可使國小在獲得政策及資源的支持下，有意願及能力推動各種與家庭結盟的策略[11]，與家長共同建立學生的健康生活型態及健康狀況。

另外，增強因素亦能對國小建立家庭夥伴關係產生顯著的影響性，從表4發現增強因素在控制了背景因素及使能因素下，增加了20.3%的解釋力，校長及同仁支持對國小建立家庭夥伴關係有顯著的影響力，相關研究有一致性的結果，Sheldon[30]以學校促進家長參與的推動計畫之驗證模式，內部支持(internal support)包括校長、老師及家長的支持，能有效的影響計畫推動的品質，進而影響家長的參與。相關研究亦支持了這樣的論證[30]。Smrekar和Mawhinney[38]在探討家庭夥伴關係的影響因素上，發現學校因素大於個人因素，校長的期望及學校合作的氛圍能顯著的影響學校與家庭社區建立夥伴關係。

係[28,29]，顯示學校支持的重要性。要發展各種的策略，最主要的支持來源是國小校長[29,39]，校長能影響國小的發展重點及所著重的事務，進而影響同仁對這些事務的態度，校長參與其中能有效的分配工作並分攤責任[11]。除了校長的支持，同仁支持亦是非常重要的變項，與家庭建立夥伴關係無法由一人獨自完成，需要整個團隊共同的合作與努力，如何讓同仁願意一起參與共同完成任務是非常重要的，Viig和Wold[40]探討促使老師參與以學校推動健康促進的質性研究發現，具體的目標、整體的計畫、校長的支持、合作的機制、足夠的資源及團隊合作是促使老師願意參加學校推動健康促進計畫的主要因素。主要的整合者是很重要的角色，他最了解實際內容及促使計畫執行的因素，因此，應在校內運用各種機會倡導建立家庭夥伴關係的重要性與意義性及執行的方式，促使校長支持及國小同仁的共同參與，並增進國小建立家庭夥伴關係的效能，共同建立學童的健康生活型態。除此之外，Bryan和Griffin[29]建議教育輔導者應協助國小將建立家庭夥伴關係的策略整合至相關課程中，並在過程中讓教師或相關人員能實際進行演練增加自我效能。

三、建構家庭夥伴關係的效能最能預測學校成功建立家庭夥伴關係

從表四模式四中發現，在控制了背景因素、使能因素、增強因素，素質因素中三個變項對國小建立家庭夥伴關係增加了8.6%的解釋力，其中，建構夥伴關係的效能產生最大的影響性，多項研究影響諮商人員建立家庭與社區夥伴關係的探討，均顯示自我效能有效的影響諮商人員建立家庭夥伴關係[28,29]，而本研究亦發現健康促進國小主要承辦人在建構夥伴關係的效能平均值偏低，代表這方面的能力有待加強，Luterman[41]建議學校與家庭夥伴關係建立的有效途徑為：1.學校要以開放的心態及清楚的與家庭進行溝通，特別在訊息的傳遞上，需考量家庭的實際狀況與感受。2.讓家庭非常清楚在各項合作事務上所應承擔的任務與責任。

3.學校需要盡量以家庭背景的不同設計適合的溝通模式，且要接受互動中會產生衝突或不同的意見是正常的狀況，必要時面對面的溝通能化解彼此間的誤會。4.學校與家庭間對等的態度是建立夥伴關係的基石。5.讓學校家庭間夥伴關係的建立形成學校行政上的固定模式。以上內容說明了學校與家庭結盟的內涵與實施的原則，相關研究也顯示，受過相關訓練的比未受過訓練的教師偏好親師關係的活動[42]，未來學校可舉辦相關的增能工作坊，協助學校人員如何與家庭合作的相關技能。實際操作與輔導面上，應教導學校人員將健康議題，設計為讓學童可與家人分享、互動性的活動；引導家長針對健康議題在家與學童互動，即鼓勵(encouraging)、傾聽(listening)、回應(reacting)、獎勵(praising)、引導(guiding)、監督(monitored)及討論(discussing)，將學童在校學習的內容應用於家中生活[43]。除此之外，國小應運用不同的管道與家長有互動，讓彼此了解學童在校及在家的學習與執行狀況。

四、不同變項對國小團隊間的合作、促進家長在家參與及促進家長到校參與產生影響性

校長與同仁支持能對國小團隊間的合作產生最大的影響性，校長的支持與領導能促成並凝聚團隊在整體運作上的共同參與及投入，增加成員的擁有感，使同仁在共同參與的過程中增加集體效能。家長支持及建構家庭夥伴關係效能能對促進家長在家參與產生最大的影響性，學校越能瞭解不同家庭背景及親子之間的關係，越能運用不同的方式與家長互動，也就越能設計不同策略使家長能參與學童在家的學習及行為的建立[30]。資源幫助性、校長支持、同仁支持及建構夥伴關係效能能對促進家長到校參與產生顯著的影響性。相關研究亦顯示，外部資源的提供、校內校長及老師的支持、能有效增進學校推動家長參與學校舉辦的活動[30]。學校可依據可執行的內容，針對影響因素進行計畫的推動，使家庭夥伴關係的建立達到最大的效能。

由以上內容可知，議題中心及行動研究國小、HPS推動年數、資源幫助性、政府主管重視度、校長支持、同仁支持及建構夥伴關係的效能能對國小建立家庭夥伴關係產生影響性，其中，建構夥伴關係的效能最能預測承辦人自覺國小能成功建立家庭夥伴關係、同仁支持其次重要，所以，除了中央教育主管單位，需整體性的運用現在持續在全國推動的健康促進學校計畫中，請相關的專業學者、實務工作者及家長代表，共同針對此議題擬訂相關策略，從縣市政府到學校，透過各種的增能工作坊，倡導建立家庭夥伴關係的具體意義與效益，增進學校相關人員團隊合作的能力、更重要的是加強國小健康促進主要承辦人如何設計符合家長需求的健康相關活動及如何促進家長在家與孩子共同學習的健康親子活動。唯有我們共同的努力才能增進下一代孩子的健康。

結論與建議

一、結論

(一) 使能因素與增強因素能有效增進學校成功建立家庭夥伴關係

資源的幫助性及政府主管的重視度能對國小建立家庭夥伴關係產生13.2%的解釋力，校長支持、同仁支持及家長支持能對國小建立家庭夥伴關係產生20.3%的解釋力，代表國小越覺得資源的幫助性、政府單位的重視度、校長、同仁及家長的支持，越能建立國小家庭夥伴關係。

(二) 建構家庭夥伴關係的效能最能預測學校成功建立家庭夥伴關係

所有變項中，建構夥伴關係的效能最能預測學校建立夥伴關係($\beta=.389$)，代表健康促進國小越具備建構家庭夥伴關係的效能，越能成功的與家庭建立夥伴關係。

(三) 學校應針對不同影響因素進行家庭夥伴關係建立之計畫的推動

校長與同仁支持能對國小團隊間的合作產生最大的影響性，家長支持及建構家庭夥伴關係效能能對促進家長在家參與產生最大

的影響性，資源幫助性、校長支持、同仁支持及建構夥伴關係效能能對促進家長到校參與產生顯著的影響性。

二、建議

本研究依據研究結果、討論與結論，針對健康促進國小提出以下建議：

(1) 對政府主管的建議：

從研究結果看出政府主管的重視度、資源的幫助性、校長的支持、同仁的支持，及建構夥伴關係的效能能對國小建立家庭夥伴關係產生顯著的影響性，未來政府主管單位應提供相關資源與經費，利用縣市輔導或到校輔導等各種的機會，使校長、同仁及家長對國小建立家庭夥伴關係的支持，並在健康促進學校計畫上加強學校與家庭建立夥伴關係的相關內容，並舉辦工作坊增進相關人員的能力。

(2) 對校長的建議：

建議校長能將此計畫列為重要的年度工作，多參與整個工作團隊的相關會議，應藉由策略的推動增進同仁間彼此合作與互動的機會，過程中帶領同仁彼此的分工與合作，並在校內營造促進家長參與的氛圍，並常常邀請家長到校參與活動。

(3) 對健康促進國小主要承辦人的建議：

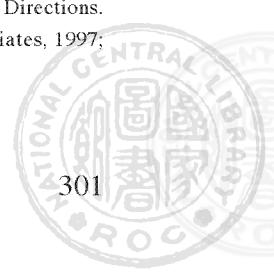
與家庭建立夥伴關係不是一個人能完成的，應發揮工作團隊的效能，共同合作，以達整體的效益，所以，建議健康促進國小主要承辦人在推動學校家庭夥伴關係策略時，應加強以下之知能，以成功與學校老師與家長共同促進學童的健康，其內容如下：1.了解建立家庭夥伴關係對建立學童健康行為的實質意義與重要性；2.多參與研習活動增進建構家庭夥伴關係的能力，將學童在校學習的內容應用於家中生活；3.與其他學校互相觀摩與學習；4.在校內倡導與家庭建立夥伴關係的重要性與意義；5.多了解學童與家長互動的情形，與工作團隊共同設計可在家學習及家長可參與的健康親子活動；6.應從家長的立場設計家長有興趣及可到校參與的活動。

三、研究限制

本研究限於人力、時間及經費的限制，僅對國民小學為母群體，無法推論至不同對象的學校。

參考文獻

1. Coleman JS. Equality of Educational Opportunity. Washington, DC: Government Printing Office, 1966. doi:10.3886/ICPSR06389.v3.
2. Wherry JH. Is parent involvement still important? Principal 2007;86:8.
3. Hill NE, Craft SA. Parent-school involvement and school performance: mediated pathways among socioeconomically comparable African-American and Euro-American families. J Educ Psychol 2003;95:74-83. doi:10.1037//0022-0663.95.1.74.
4. Christenson SL. Parent-Teacher Partnerships: Creating Essential Connections for Children's Reading and Learning. Minneapolis, MN: University of Minnesota, 2004.
5. Epstein JL, Sheldon SB. Present and accounted for: improving student attendance through family and community involvement. J Educ Res 2002;95:308-18. doi:10.1080/00220670209596604.
6. 許崇憲：家庭背景因素與子女學業成就之關係：台灣樣本的後設分析。中正教育研究 2002；1：25-62。
7. Hsu CS. The meta-analysis of the relationship between familial background and children's academic performance in Taiwan. Chung Cheng Educational Studies 2002;1:25-62. [In Chinese: English abstract]
8. Brighouse T, Tomlinson J. Successful Schools, Education and Training Paper, No. 4. London: Institute for Public Policy Research, 1991.
9. Reynolds A, Clements M. Parental involvement and children's school success. In: Patrikakou EN, Weissberg RP, Redding S, Walberg HJ, Anderson AR eds. School-Family Partnerships for Children's Success. New York, NY: Teachers College Press, 2005.
10. Hornby G. Improving Parental Involvement. London, NY: Cassell, 2000.
11. Blom-Hoffman J, Wilcox KR, Dunn L, Leff SS, Power TJ. Family involvement in school-based health promotion: bringing nutrition information home. School Psych Rev 2008;37:567-77.
12. Tjomsland HE, Iversen AC, Wold B. The Norwegian network of health promoting schools: a three-year follow-up study of teacher motivation, participation and perceived outcomes. Scand J Educ Res 2009;53:89-102. doi:10.1080/00313830802628364.
13. Denman S. The health-promoting school: reflections on school parent links. Health Educ 1998;98:55-8. doi:10.1108/09654289810199810.
14. 晏涵文、劉潔心、牛玉珍、邱詩揚：國民小學健康促進學校推動團隊現況及團體效能影響因素之探討。健康促進與衛生教育學報 2009；31：101-28。
15. Yen HW, Liu CH, Niu YZ, Chio SY. A study of health promoting wockteams' group efficacy and related factors in Taiwanese elementary schools. J Health Promot Health Educ Contents 2009;31:101-28. [In Chinese: English abstract]
16. Winnail SD, Geiger BF, Nagy S. Why don't parents participate in school health education? Am J Health Educ 2002;33:10-6. doi:10.1080/19325037.2002.10604714.
17. Epstein JL, Dauber SL. School programs and teacher practices of parent involvement in inner-city elementary and middle schools. Elementary Sch J 1991;91:289-305. doi:10.1086/461656.
18. Grolnick WS, Benjet C, Kuriwski CO, Apostoleris NH. Predictor of parent involvement in children's schooling. J Educ Psychol 1997;89:538-48. doi:10.1037//0022-0663.89.3.538.
19. Hoover-Dempsey KV, Sandler HM. Parental involvement in children's education: why does it make a difference? Teachers Coll Rec 1995;97:310-31.
20. Green LW, Kreuter MW. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 3rd ed., Mountain View, CA: Mayfield, 1999.
21. Skinner CS, Kreuter MW. Using theories in planning interactive computer programs in health promotion and interactive technology: theoretical applications and future directions. In: Street RL, Gold WR, Manning T eds. Health Promotion and Interactive Technology: Theoretical Applications and Future Directions. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1997; 39-65.



22. Zimmerman RK, Nowalk MP, Bardella IJ, et al. Physician and practice factors related to influenza vaccination among the elderly. *Am J Prev Med* 2004; **26**:1-10. doi:10.1016/j.amepre.2003.09.020.
23. Olsen TM, Wandel M. Changes in food habits among pakistani immigrant women in Oslo, Norway. *Ethn Health* 2005; **10**:311-39. doi:10.1080/13557850500145238.
24. Arnsberger P, Fox P, Ryder P, Nussey B, Zhang X, Sabogal RO. Timely follow-up among multicultural women with abnormal mammograms. *Am J Health Behav* 2006; **30**:51-61. doi:10.5993/AJHB.30.1.5.
25. Young GJ, Mohr DC, Meterko M, Seibert MN, McGlynn G. Psychiatrists' self-reported adherence to evidence-based prescribing practices in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; **57**:130-2. doi:10.1176/appi.ps.57.1.130.
26. Ransdell LB. Using the PRECEDE-PROCEED Model to increase productivity in health education faculty. *Int Electron J Health Educ* 2001; **4**:276-82.
27. Bryan J, Holcomb-McCoy C. School counselors' perceptions of their involvement-family-community partnerships. *Prof Sch Counsel* 2004; **7**:162-71.
28. Bryan J, Holcomb-McCoy C. An examination of school counselor involvement in school-family-community partnerships. *Prof Sch Counsel* 2007; **10**:441-54.
29. Bryan J, Griffin D. A multidimensional study of school-family-community partnership involvement: school, school counselor, and training factors. *Prof Sch Counsel* 2010; **14**:75-86.
30. Sheldon S. Testing a structural equation model of partnership program implementation and parent involvement. *Elementary School J* 2005; **106**:171-87. doi:10.1086/499197.
31. 邱皓政：量化研究與統計分析。初版。台北：五南書局，2006：13-9。
Chiou HJ. Quantitative Research and Statistical Analysis. 1st ed., Taipei: Wu-Nan Book, 2006; 13-9. [In Chinese]
32. Morris VG, Taylor SI. Alleviating barriers to family involvement in education: the role of teacher education. *Teach Teach Educ* 1998; **14**:219-31. doi:10.1016/S0742-051X(97)00037-1.
33. 吳璧如：家長參與：師資培育中失落的一環。*教育研究月刊* 2005； **(135)** : 66-80。
- Wu PJ. Parental engagement: the missing link of teacher education. *J Educ Res* 2005; **(135)**:66-80. [In Chinese]
34. Walker JMT, Wilkins AS, Dallaire JR, Sandler HM, Hoover-Dempsey KV. Parental involvement: model revision through scale development. *Elementary School J* 2005; **106**:85-104. doi:10.1086/499193.
35. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* 1999; **6**:1-55. doi:10.1080/10705519909540118.
36. Van Voorhis FL, Sheldon SB. Five-year study: developing quality partnership programs in schools. In: Proceedings of Annual Meeting of the American Educational Research Association. New Orleans, LA, 2002.
37. Cuban L. How schools change reforms: redefining reform success and failure. *Teachers Coll Rec* 1998; **99**:453-77.
38. Smrekar CE, Mawhinney HB. Integrated services: challenges in linking schools, families, and communities. In: Murphy J, Louis KS eds. *Handbook of Research on Educational Administration*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1999; 443-61.
39. Griffith J. The school leadership/school climate relation: identification of school configurations associated with change in principals. *Educ Admin Q* 1999; **35**:267-91. doi:10.1177/00131619921968545.
40. Viig N, Wold B. Facilitating teachers' participation in school-based health promotion- a qualitative study. *Scand J Educ Res* 2005; **49**:83-109. doi:10.1080/0031383042000302146.
41. Luterman D. *Counseling and the Diagnostic Process. Counseling the Communicatively Disordered*. Austin, TX: Pro-Ed, 1991; 80-2.
42. Arsenault JE. A comparative study of teacher's attitude toward parent involvement in the schools [Dissertation]. Amherst, MA: University of Massachusetts, 1991.
43. Epstein JL. *School, Family, and Community Partnerships: Preparing Educators and Improving Schools*. 2nd., Boulder, CO: Westview Press, 2010.



Influential factors of school involvement in family partnership of health-promoting primary schools in Taiwan

YU-ZHEN NIU¹, CHIEH-HSING LIU^{2,*}, SHY-YANG CHIOU³, CHENG-YU CHEN²

Objectives: This paper explores the factors influencing the involvement of health-promoting Taiwanese elementary schools in school-family partnership. **Methods:** The study design was cross-sectional. A stratified random sample was used, according to the size of the districts and individual schools, to select participants from 2,675 primary schools in Taiwan. A total of 584 participants were recruited and the response rate was 67% (n=391). Structured questionnaires including items on demographics, predisposing factors, reinforcing factors, enabling factors, and involvement in school-family partnership, were used to collect data. The data were analyzed using descriptive statistics and hierarchy regression, and $p < .05$ was considered statistically significant. The research framework was based on the PRECEDE-PROCEED model. **Results:** The demographics, predisposing factors, reinforcing factors, and enabling factors were the major factors affecting school involvement in school-family partnership, accounting for 46.4% of the total variance for involvement in school-family partnership. The demographics, predisposing factors, reinforcing factors, and enabling factors can divided for 4.4%, 13.2%, 20.3% & 8.6% of the total variances. **Conclusions:** The availability of helpful resources, supportive policy-making, supportive principal, colleagues, and perceived efficacy of school-family partnership, can successfully enhanced school involvement in school-family partnership. (*Taiwan J Public Health*. 2014;33(3):290-303)

Key words: hierarchy regression, involvement in school-family partnership, PRECEDE-PROCEED model

¹ Sanitary and Health Caring Center, National Chiao Tung University, Hsinchu, Taiwan, R.O.C.

² Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University, No. 162, Sec. 1, Heping East Rd., Daan Dist., Taipei, Taiwan, R.O.C.

³ Department of Food Science, National Ilan University, Ilan, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: t09010@ntnu.edu.tw

Received: Mar 14, 2014 Accepted: May 29, 2014

DOI:10.6288/TJPH201433103022

