

健康促進評估指引

健康促進

健康促進是一個改善過程，旨在提高人們自我護理和增強健康的能力。¹

健康促進代表著社會和政府方面的整體進程，並非單指改善個人技巧和能力的行動，當中還包括各項可能改善公眾和個人健康的社會、環境和經濟條件的改變。

健康促進介入措施通常涉及不同工作、較長時間及多個目標各異的合作伙伴。因此，對健康促進介入措施進行評估，不是簡單直接的工作。

健康促進評估

評估意指針對特定情況進行仔細評估及嚴謹評核後作出判斷，從而得出合理的結論，並就日後的行動提供有用的建議。²

所有評估均會涉及兩項基本元素，分別是識別各項準則(價值和目的)和釐定優先次序；以及搜集用以評估價值和目的實現程度的資料。³

下文臚列可用以評價健康促進介入措施的若干準則：⁴

- 成效 — 目的和目標的實現程度
- 適切性 — 介入措施與需要的相關程度
- 可接受性 — 推行方式能否顧及對象的需求
- 效率 — 就所得效益而言，時間、金錢和資源是否運用得宜
- 公平 — 同等需要獲得同等幫助

結果層次

清晰界定所得結果，對於評估健康促進介入措施及加強傳達健康促進因素來說，十分重要。下圖展示 Nutbeam(1996)⁵ 的健康促進結果模型。

表 1：健康促進結果模式

健康促進行動	教育	協助	倡導
健康促進結果	關於健康的知識	社會影響和行動	公眾和機構的健康行爲
中期健康促進結果	健康的生活模式	有效的服務	有利健康的環境
健康促進和社會結果	死亡率、發病率、殘疾、生活質素		

這個模型把結果分爲三個層次。健康促進結果反映出個人、社會和環境因素的變化，這些改變或可增強人們自我護理健康的能力，從而改變健康決定因素(中期健康促進結果)。健康促進行動的遠景，就是減低人口的死亡率、發病率和殘疾(健康促進和社會結果)。

評估循環

圖 1：評估循環

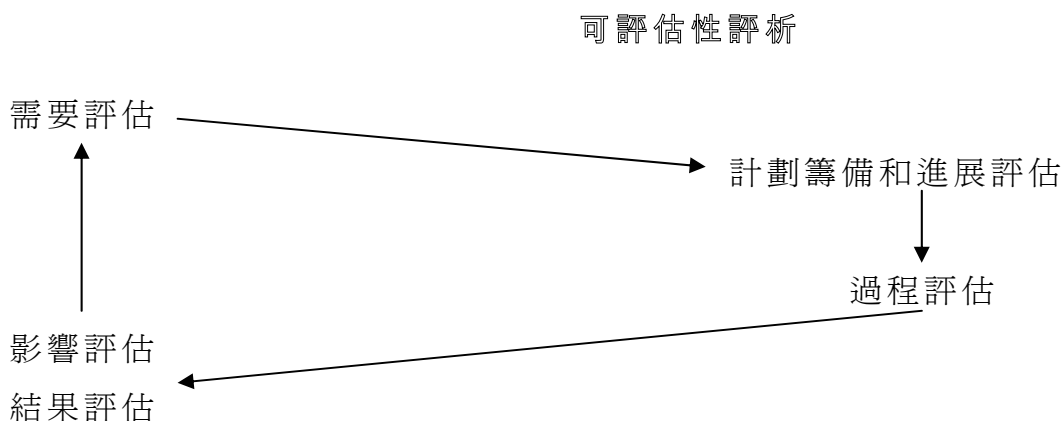


圖 1 是評估循環的簡圖，概述當中各個重要的階段。⁶

需要評估

進行需要評估，是為了解社會上各種健康問題的整體情況，從而選出所需健康介入措施的適當類別。

需要評估分可為兩個主要階段：

第一階段：識別優先的健康問題 — 旨在搜集資料和徵詢多方面的意見，以決定優先的健康問題。為此，應該清楚說明問題的嚴重性，以及面對該等問題的對象羣體的相關詳情。

第二階段：分析健康問題 — 旨在就構成健康問題的因素搜集更多資料。

關於如何進行需要評估的詳情，請參考 Hawe P、Degeling D 及 Hall J (1990)。⁷

可評估性評析

可評估性評析是為改善計劃及令評估更為合用的診斷及描述工具。這是個有系統的過程，既可說明計劃的結構(即理念、目標、活動和理想表現指標)，亦可分析達到目標的可能性和可行性、進行深入評估的適宜性，以及對計劃管理者、決策者和計劃籌辦人員的可接受性。⁸

進行可評估性評析，是要查明健康促進計劃是否符合各個評估的先決條件。為了確保有關計劃確實適合進行評估，你應先行解答下列問題：⁹

1. 為何進行評估？

這是啟動評估方案的關鍵。你需識別評估資料的主要使用者，並找出他們需要哪類資料。不同羣體或相關人士的日常要務和關注事項各有不同，他們對成功的詮釋也不盡相同。舉例說，某項目的贊助人或會要求更高效率或可演譯為具有成本效益的成果；業內人士或會要求足以顯示其工作方式獲得服務使用者接受及達到既定目標的證據。因此，在開始時弄清楚該以誰的觀點進行評估至為重要。

2. 評估對象是誰？

意指健康促進計劃的對象羣體：個人、羣體或社會；以及環境 — 學校為本還是家居為本。舉例說，在學校為本的藥物教育計劃中，學生、家長、教師、行政人員以至社區領袖，全部都可成為評估對象。

3. 要評估甚麼？

這關乎評估之目的。舉例說，在藥物教育計劃中，你可能評核學生的知識、態度和行動；向教師詢問教材是否容易使用；評估教師是否願意推行計劃；及評析計劃的成本效益。此外，你亦可向家長和社區領袖詢問計劃對學生和社區有何幫助，以及需要作出改善之處。

一般來說，你需要制定表現指標，以便對計劃進行評估。這些指標應按下列規則制定：

- a. 定出合適標準(以作為比較的基礎)。
 - i. 與上次比較，我這次的表現如何？
 - ii. 與他人比較，我的表現如何？
 - iii. 以 100 分計算，我的得分如何？(貫徹性)
- b. 制定可量化的指標。
- c. 確立各項指標與相關目標之間的關係。
- d. 是否不難取得衡量成效所需的資料？

4. 在何處進行評估？

意指進行評估的地點。我們應為接受評估的參加者選擇環境和氣氛均令人感到舒適的地點。舉例說，參加者對方便和熟識的地點會感到更加舒適，參加者亦可能喜歡在調查員不在場的情況下自行填寫問卷，而學生在學校填寫問卷也會較為方便。

5. 何時進行評估？

掌握適合進行評估的時機十分重要。計劃的結果，會在介入措施作出後的不同時段出現變化。有些影響即時發生，有些則會較遲出現；有些影響純屬暫時性質，有些則長久持續。Green (1977)¹⁰ 特別指出健康促進計劃的評估結果如何受到時間所影響：

- a. 沉睡效應：如果計劃的效應要過一段時間才會顯現，則在計劃結束之際所進行的評估便不能對之加以評析。舉例說，行為上的改變需要若干時間才能形成，過早評估便不能察覺任何效果。
- b. 減退效應：介入措施的即時效果，多少會隨時間減退。若評估過遲進行，便無法衡量即時的影響；即使察覺得到早期的效果，也不能假設它會持久。
- c. 觸發效應：意指計劃所激發但在較後時間才會自然出現的改變。這當然有可能會帶來實際效益，但也須當心別太高估介入措施的效果。
- d. 歷史效應：部分或全部改變都可能由計劃以外的其他因素所造成。以旨在增加某個變項的發生率的介入措施為例，如果該變項無論如何也會不斷增加，則介入措施的效益便會被高估。
- e. 對比效應：當計劃提前終止，又或當事人的某些期望未能達到時，便有可能出現這種效應。感到不滿的當事人或會作出有違忠告的行為以示反抗，因而產生「驟退」效應。於介入措施推行期間或緊接其後所作出的評估可以衡量相關效益，但不能衡量活動終止後所發生的對比驟退現象。

6. 如何進行評估？

意指所採用的評估方案，稍後將會再作討論。

7. 由誰進行評估？

計劃評估如由有份參與計劃的健康促進專家進行，評估結果或有偏頗。因此，最好由外間的健康促進專家進行評估。可是，此舉將會增加計劃開支，故此不一定可行。

下文臚列可評估性評析的步驟：⁷

步驟 1 識別評估資料的主要使用者，並找出他們需要知道的事項。

步驟 2 界定計劃 — 界定計劃的範圍，並把背景活動與計劃本身分別開來。

步驟 3 訂明目標和預期影響 — 目標必須切合實際和清晰界定。籌備計劃時，必須兼顧原先擬定的影響(即目標)和非原先擬定的影響(即意料之外的結果或「副作用」)。以旨在推廣子宮頸普查的健康促進計劃為例，計劃如果成功，前往婦女健康診所進行子宮頸抹片檢查的婦女人數或會超出診所的負荷。

步驟 4 確保計劃切實可行 — 先把問題清楚界定，然後從文獻中找出有效的介入措施，從而確保介入措施具有成效。

步驟 5 決定可衡量和可測試的計劃活動和目標 — 計劃中不是每項活動都值得量度和監察，目標也非全部可以量度。因此，我們必須決定應予量度和監察的項目。

步驟 6 決定評估中何謂足夠 — 必須確保所得數據足以向使用者提供所需的資料。

步驟 7 確保計劃按照原意付諸實行 — 這點與過程評估相同。

健康促進評估的類別和層次¹¹

評估分為五個類別和層次：

1. 進展評估

進展評估亦稱為預先測試，許多人把它納入為過程評估之下。

進展評估之目的，在於研究所推行的介入措施能否達致預期的改變。換言之，進展評估用以確保健康促進介入措施專為某個清楚界定及特定的對象羣體而設，而該等措施事實上能有效達到相關目的。

進行進展評估時，會在對象羣體中抽樣進行介入測試。在這個階段，通常會採用焦點小組和面談等質性方法。當中，務須注意對象羣體的特徵，以及擬辦項目所用的語言、設計和溝通渠道。其他的重要事項，包括信息相關程度、個人和羣體層面的意象和溝通媒介、目標對象是否記得和理解有關信息，以及信息或意象的可信性、吸引力和質素。這個階段需要運用市場推廣及大眾傳媒的理論。舉例說，以專為長者製備有關老人癡呆症的小冊子為例，你可能需要為長者舉行小組討論，聽取他們對小冊子的意見(是否明白小冊子的內容、是否喜歡其中的圖像等)，從而修訂單張，以切合長者的需要。

2. 過程評估

過程評估旨在研究計劃能否按照原意付諸實行。¹²對任何一項健康促進計劃來說，過程評估均是不可或缺的一環，也是影響評估和結果評估的先決因素。除非計劃按照原意推行，否則無法對其成效加以評析。

一般來說，過程評估採用各種質性方法，例如面談、日記、觀察和分析文件內容等。這些方法雖能展示大量有關某項計劃的資料及導致其成敗的因素，但是不能預測在其他範疇推行同一計劃時會出現的情況。表 2 載有質性評估的更多資料。

過程評估應能解答下列問題：

- 計劃的推行情況有多理想？
- 介入措施能否接觸原先擬定的目標對象？
- 實際接受介入措施的目標對象所佔的比例為何？
- 對象是否接受介入措施？
- 對象的滿意程度為何？

3. **影響評估**

影響評估及結果評估皆可用以評析介入措施的成效。影響評估對介入後即時產生的健康促進成效加以評析(該等成效通常與釐定計劃是否達到目標的衡量指標互相對應)。成效一般可分為行為和非行為兩個層面。行為層面的成效通常指活動參加者在意識、態度、知識、技能和行為上的轉變；非行為層面的成效則以組織和政策上的轉變為主。

知識衡量指標

旨在評估事實資料是否有效傳遞給計劃參加者，以及他們能否理解和記得這些資料。這方面的評估通常以半實驗方法進行，例如介入前及介入後的知識測試。

技巧衡量指標

旨在評估計劃參加者以某些技巧或某些行動促進健康的掌握程度。我們可透過模擬真實生活環境的情景中所進行的觀察和示範，達到這方面的評估目的。

態度衡量指標

旨在評估對個人做事方式有所影響的價值觀及信念有何改變。這方面的評估，可藉自我填報記錄的方法進行。

行為衡量指標

旨在評估介入後在正常情況下真實生活中的行為轉變。這方面的評估，可藉觀察或自我填報記錄的方法進行。

環境及政策衡量指標

旨在評估組織和社區兩個層面的政策(例如聲明、指引、規則和規例)及基礎建設(例如參與程度、網絡、委員會和設施)的轉變。

組織支援可在不同層面加以衡量^{13,14}，所涉範疇包括目的、架構、領導層、關係、有用的機制、獎勵、專才和態度方面的轉變。

社會接受程度可從八個範疇加以衡量^{15,16,17}，分別是參與程度、承擔、自覺性與他覺性、信息清晰程度、衝突容忍程度、關係管理和社會支持。

影響評估是較多人選擇的評估方式，因為它比結果評估較易進行、成本較低及需時較短。

下文臚列對反吸煙計劃所作影響評估的一些衡量指標：

- 增進知識，例如二手煙的禍害
- 態度轉變，例如較不容忍二手煙
- 學懂新技能，例如學會以鬆弛方法取代吸煙來紓緩壓力
- 推行衛生政策，例如撥款給私家醫生為貧窮人士處方尼古丁替代療法

4. 結果評估¹⁸

結果評估對介入措施的長遠影響加以評析，而所得結果通常與釐定計劃是否達到目標的衡量指標互相對應。結果評估旨在改善個人在心理和社會方面的健康，對風險因素、發病率、死亡率、殘疾、功能自主性、公平程度和生活質素是否在介入措施推行後有所改變加以評析。功能自主性、公平程度和生活質素可用單一衡量指標加以研究，亦可根據多個衡量指標所得出的綜合評分進行探

討。與影響評估相比，結果評估通常較為複雜、成本較高、需時較長和需用較多資源。不過，結果評估是必需的一環，因為它能衡量經得起時間考驗的持續轉變。

下文臚列反吸煙計劃所進行結果評估的若干衡量指標：

- 減少風險因素，例如吸煙者的人數和人均煙草耗用量有所下降
- 減低發病率，例如因呼吸系統疾病和冠心病而入住的比率有所下降
- 減低死亡率，例如肺癌死亡率有所下降

5. 經濟評估¹⁸

健康促進從業員經常進行上述四類評估，但對行政或管理人員來說，他們想知道的是能否用最經濟的方法取得所想達到的成果，以及為健康促進活動撥配資源的理據是否充分。因此，我們需要進行成本效果分析(cost-effectiveness analysis)和成本效益分析(cost-benefit analysis)(有時則要進行成本效用(cost-utility analysis)分析)，以察看用於健康促進工作的開支是否合理。我們經常假設，預防較治療的成本為低，而健康促進行動亦可節省金錢，但這個說法未必一定正確。

評估方法

評估方式有兩種：量性與質性，兩者對解答某類問題時各有優勢。表 2 列出兩種方式的不同之處。

表 2：量性與質性評估的分別¹⁹

量性評估	質性評估
對象人數較多—可類化至較多人口的情況	對象／個案的數目較少
演繹法—客觀性；所用科學方法的優點；實驗／半實驗方法；統計分析	歸納過程—現象研究；對相關情景中的經驗得出自然及全面的理解；內容或個案分析

利用有效及可靠的工具收集數據；須遵守指定的行政程序	研究人員本身就是評估工具；程序方面較為靈活
使用標準措施；預先決定回應類別	能對選定問題進行深入和詳細的研究
嚴謹、不變	靈活、具洞察力
所得結果可輕易累積作分析用途，另也易於表述	使人明白何謂個人異同；深化理解；具洞察力
或被視為有所偏頗、預計之內，或受到操縱務求取得某些結果	由業外人士進行評估，增添公信力
所得結果可輕易累積作分析用途，另也易於表述	所得結果的篇幅較長、資料詳盡、內容有變；難以分析
數據包括實際數字、人次／人數、項目、系統變化、政策／法例的通過、趨勢	數據包括羣體或個人的意見或觀感、關係、事例評論、質素評估、說明、個案研究、非預期結果
實驗條件和設計用以控制及減少外在變項的變化；集中根據限定數目的預定衡量指標進行評估	容許變化和多方向評估

要決定採用哪種方式進行評估，我們先要確定誰是相關人士(也就是決定就何問題尋求答案的人士)、甚麼理據會令他們信服計劃切實可行，以及哪類資料是他們所想得到和所會接受的。一般而言，質性方法會用於進展評估，而過程評估、影響評估及結果評估則會採用定質定量合用法。

道德問題

進行評估時應遵照下列道德標準：

- 必須取得當事人參與評估研究的知情同意
- 所得資料全須嚴加保密
- 接受評估人士有權退出評估研究
- 不得向接受評估人士收集非必要的資料
- 不得向參與評估研究的人士施壓
- 研究人員／評估人員必須不偏不倚，也不得涉及利益衝突
- 研究人員／評估人員不得隱瞞評估研究的結果

進行評估是否物有所值？

根據先前已確立的成效和效率所進行的日常工作，大概不值得進行深入評估。然而，對於新設或試行的介入措施，我們的確需要進行徹底的評估，因為如不就該等措施確立成效和效率方面的證據，便無法提出應把該等措施定為常規做法的理由。

如果不能產生改變，評估便會失去價值。換言之，評估結果必須詳加闡釋，並須透過可接觸相關人士的途徑作出反映，令改善建議得以在計劃中落實。

評估需要資源。根據一般指引，評估開支應佔總資源的 10 至 20% 左右。

參考書目

1. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization, 1986.
2. World Health Organization. *Health Programme Evaluation: Guiding Principles for Its Application in the Managerial Process for National Health Development*. Geneva: World Health Organization, 1981.
3. Peberdy A. Evaluation Design. In: Katz J, Peberdy A (editors). *Promoting Health: Knowledge and Practice*. Basingstoke, Hampshire: Macmillan/ Open University Press, 1997.
4. Naidoo J, Wills J. *Health Promotion: Foundations for Practice*. 2nd ed. Edinburgh: Baillière Tindall, 2000.
5. Nutbeam D. Health Outcomes and Health Promotion: Defining Success in Health Promotion. *Health Promotion Journal of Australia* 1996;6(2): 58-60.
6. Bauman A. *Qualitative Research Methods in Health Promotion*. Sydney: Australian Centre for Health Promotion Research Unit, University of NSW and University of Sydney, 2000.
7. Hawe P, Degeling D, Hall J. *Evaluating Health Promotion: A Health Worker's Guide*. Sydney: Maclellan and Petty, 1990.
8. Smith MF. *Evaluability Assessment: A Practical Approach*. Boston: Norwell, Mass.: Kluwer Academic Publishers, 1989.
9. McDermott RJ, Sarvela PD. *Health Education Evaluation and Measurement: A Practitioner's Perspective*. 2nd ed. Boston: WCB/ McGraw-Hill, 1999.
10. Green LW. Evaluation and Measurement: Some Dilemmas for Health Education. *American Journal of Public Health* 1977;67(2): 155-61.
11. Tang KC. *Health Promotion Evaluation Component Evaluation Protocol*. Health Promotion Project Management Lecture, 1 August 2000.

12. Moskowitz J. Preliminary Guidelines for Reporting Outcome Evaluation Studies of Health Promotion and Disease Prevention Programs. *In Braverman MT (editor). Evaluating Health Promotion Programs*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass, 1989.
13. Goodman RM, McLeory KR, Steckler AB, Hoyle RH. Development of Level of Institutionalization Scales for Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly* 1993;20(2): 161-78.
14. Pfeiffer JW, Jones JE. Weisbord's Organisation Assessment Questionnaire. *The Annual Handbook for Group Facilitators*. La Jolla, Calif.: University Associates Publishers, 1980.
15. Eng E, Parker E. Measuring Community Competence in the Mississippi Delta: The Interface between Programme Evaluation and Empowerment. *Health Education Quarterly* 1994;21(2): 199-220.
16. Dixon J. Community Stories and Indicators for Evaluating Community Development. *Community Development Journal* 1995;30(4): 327-36.
17. Goodman R, Speers M, McLeroy K, Fawcett S, Kegler M, Parker E, et al. Identifying and Defining the Dimensions of Community Capacity to Provide a Basis for Measurement. *Health Education and Behaviour* 1998;25(3): 258-78.
18. Thorogood M, Coombes Y (editors). *Evaluating Health Promotion: Practice and Methods*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
19. Capwell E, Butterfos FD, Francisco V. Choosing Effective Evaluation Methods. *Health Promotion Practice* 2000;1(4): 307-13.

由香港特區政府衛生署中央健康教育組製備

2005年6月13日

意見問卷

我們希望本《健康促進評估指引》能為你及貴機構提供有關健康促進評估的有用資料。你的回應有助我們改進日後提供其他指引給健康促進人員。請就下列事項告訴我們你的意見：

1. 你覺得本指引有用嗎？

十分有用

頗有用

沒有用

2. 你認為本指引哪些資料最有用？

3. 你希望日後可加入哪些額外的資料？

4. 你對本指引有其他建議或意見嗎？

5. 其他意見？

6. 你的資料：

姓名：

職位/工作性質：

機構：

電話：

電郵：

謝謝你的建議/意見。

請以傳真（傳真：2591 6127）或郵遞方式送交

香港灣仔軒尼詩道130號

修頓中心7樓

衛生署

衛生防護中心

中央健康教育組收