

科技部補助專題研究計畫報告

性別敏感融入醫療環境-醫療照護等候空間設計之跨域性研究 (L04)

報告類別：成果報告
計畫類別：個別型計畫
計畫編號：MOST 109-2629-H-037-002-
執行期間：109年08月01日至110年07月31日
執行單位：高雄醫學大學附設中和紀念醫院泌尿科

計畫主持人：陳偉權
共同主持人：林育志、張智元

計畫參與人員：碩士級-專任助理：林苗玄

本研究具有政策應用參考價值：否 是，建議提供機關
(勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關)
本研究具影響公共利益之重大發現：否 是

中華民國 110 年 10 月 20 日

中文摘要：目的：

發展具備信效度之探究性別敏感融入醫療等候空間設計問卷，並運用問卷進行性別友善醫療環境感知資料收集與分析，探討建構性別敏感融入醫療就醫等候空間之指標。

方法與材料：

本研究從性別敏感出發，針對醫療環境中病人等候空間的感知，經由文獻探討，及透過醫療提供者、使用者與建築設計者等跨領域角色之觀點，並引申Lefebvre對空間生產概念之三元組之空間論述，整理並歸納具備探討隱私、安全、便利、舒適與多元文化知識等五個感知構面與相關題項設計之問卷初稿，再經由跨領域專家進行焦點座談、修正題項與評審內容效度後，形成預測問卷。預測收集之資料以因素分析及信效度分析進行問卷指標考驗與校正，最後形成正式問卷。最終以正式問卷於研究場域進行性別友善醫療環境感知資料收集與分析，以探究建構性別敏感融入醫療就醫等候空間之指標。

結果：

本問卷具有良好的信、效度，適合做為探究性別敏感之醫療照護等候空間議題之研究工具。問卷各層面之感知程度，隱私是性別敏感感知構面中受測者最為重視的項目。個人特質與性別敏感感知各構面之差異分析結果顯示，不同身分別對之性別敏感感知各構面均具有顯著差異。性別敏感感知之安全、便利、隱私及舒適四構面與多元文化知識相關性均達顯著水準。多元文化知識對於身份別與年齡層之於性別敏感感知具有調節效果。

結論：

本研究首創從空間產生理論看性別敏感醫療等候空間設計的產生與循環，並找到成人教育培育多元文化知識可以切入性別主流化落實的手段，發展具有信度及效度之問卷，適合做為探究性別敏感之醫療照護等候空間議題之研究工具。此外，從研究結果也發現，醫護人員與年輕族群的多元文化知識對於醫療等候空間的性別敏感感知具有調節效果，也就是透過多元文化知識的培育，可以有效調節醫療等候空間關於性別友善的產生與良性的循環，看到落實性別主流化建構性別敏感融入醫療等候空間的可能取徑，同時透過培力的性別意識與知能，進而培養出具備性別平等意識的各種人才，方能有效落實性別主流化，也是推動性別主流化的成敗關鍵，據此，加強醫護人員與年輕族群對多元文化知識之識讀，是型塑性別敏感融入醫療環境「空間再現」意識，達成性別友善醫療環境之「再現空間」的關鍵。

中文關鍵詞：性別敏感度、醫療等候空間、跨域性、空間設計

英文摘要：Objective:

The aim of this study is to explore the medical waiting space by developing a gender-sensitive integrating questionnaire and to construct the indicators of a gender-friendly medical waiting space.

Methods and materials:

The questionnaire of this study was designed from the variables of perspective of gender sensitive, patients'

perception of medical waiting space, provider of medical service and architect. Five domains of perception of medical waiting space consisted of privacy, security, convenience, comfort. The theory of Lefebvre's space production triad was introduced conceptually. Content validity by pilot study and validation by pre-test questionnaire were performed to form a formal questionnaire which was used to collect data from people in the medical waiting space for statistical analyses.

Results:

This questionnaire was validated and suitable as a research tool to explore the gender-sensitive medical care waiting space. Among all perceptions, privacy is the most important item. The comparison between individual characteristics and gender-sensitive perception showed were significantly different. In the gender-sensitive perception of different body members. The safety, convenience, privacy and comfort of were all significantly related to multicultural knowledge positively. Multicultural knowledge of medical staff and age of young people has moderating effect on gender sensitivity perception of medical waiting space.

Conclusion:

This is the first study which explored gender-sensitive medical waiting space from the theory of space production. The results demonstrated that a valid questionnaire as a research tool and multicultural knowledge as a moderator variable were found in exploring the gender-sensitive waiting space. Thus, multicultural literacy was pivotal to construct "representation of space" of gender sensitive consciousness and to achieve "space of representation" of gender friendly medical environment.

英文關鍵詞： gender sensitive 、 medical waiting space 、 production of space

科技部補助專題研究計畫報告
(期末報告)

性別敏感融入醫療環境-醫療照護等候空間設計之跨域性研究

報告類別：進度報告

成果報告：完整報告/精簡報告

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：MOST 109-2629-H-037-002-

執行期間：109年8月1日至110年7月31日

執行機構及系所：高雄醫學大學附設中和紀念醫院/泌尿部 臨床教訓練部

計畫主持人：陳偉權

共同主持人：林育志、張智元

計畫參與人員：林苗玄

本研究具有政策應用參考價值：否 是，建議提供機關_____

(勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關)

本研究具影響公共利益之重大發現：否 是

中華民國 110 年 10 月 20 日

目錄

中文摘要	I
英文摘要	II
壹、研究計畫內容	
一、前言	1
二、研究目的	2
三、文獻探討	3
四、研究方法與材料	8
五、研究結果	9
六、討論與建議	29
貳、參考文獻	32
附錄一：研究問卷	35

中文摘要

目的：

發展具備信效度之探究性別敏感融入醫療等候空間設計問卷，並運用問卷進行性別友善醫療環境感知資料收集與分析，探討建構性別敏感融入醫療就醫等候空間之指標。

方法與材料：

本研究從性別敏感出發，針對醫療環境中病人等候空間的感知，經由文獻探討，及透過醫療提供者、使用者與建築設計者等跨領域角色之觀點，並引申 Lefebvre 對空間生產概念之三元組之空間論述，整理並歸納具備探討隱私、安全、便利、舒適與多元文化知識等五個感知構面與相關題項設計之問卷初稿，再經由跨領域專家進行焦點座談、修正題項與評審內容效度後，形成預測問卷。預測收集之資料以因素分析及信效度分析進行問卷指標考驗與校正，最後形成正式問卷。最終以正式問卷於研究場域進行性別友善醫療環境感知資料收集與分析，以探究建構性別敏感融入醫療就醫等候空間之指標。

結果：

本問卷具有良好的信、效度，適合做為探究性別敏感之醫療照護等候空間議題之研究工具。問卷各層面之感知程度，隱私是性別敏感感知構面中受測者最為重視的項目。個人特質與性別敏感感知各構面之差異分析結果顯示，不同身分別對之性別敏感感知各構面均具有顯著差異。性別敏感感知之安全、便利、隱私及舒適四構面與多元文化知識相關性均達顯著水準。多元文化知識對於身份別與年齡層之於性別敏感感知具有調節效果。

結論：

本研究首創從空間產生理論看性別敏感醫療等候空間設計的產生與循環，並找到成人教育培育多元文化知識可以切入性別主流化落實的手段，發展具有信度及效度之問卷，適合做為探究性別敏感之醫療照護等候空間議題之研究工具。此外，從研究結果也發現，醫護人員與年輕族群的多元文化知識對於醫療等候空間的性別敏感感知具有調節效果，也就是透過多元文化知識的培育，可以有效調節醫療等候空間關於性別友善的產生與良性的循環，看到落實性別主流化建構性別敏感融入醫療等候空間的可能取徑，同時透過培力的性別意識與知能，進而培養出具備性別平等意識的各種人才，方能有效落實性別主流化，也是推動性別主流化的成敗關鍵，據此，加強醫護人員與年輕族群對多元文化知識之識讀，是型塑性別敏感融入醫療環境「空間再現」意識，達成性別友善醫療環境之「再現空間」的關鍵。

關鍵詞：性別敏感度、醫療等候空間、跨域性、空間設計

Abstract

Objective:

The aim of this study is to explore the medical waiting space by developing a gender-sensitive integrating questionnaire and to construct the indicators of a gender-friendly medical waiting space.

Methods and materials:

The questionnaire of this study was designed from the variables of perspective of gender sensitive, patients' perception of medical waiting space, provider of medical service and architect. Five domains of perception of medical waiting space consisted of privacy, security, convenience, comfort. The theory of Lefebvre's space production triad was introduced conceptually. Content validity by pilot study and validation by pre-test questionnaire were performed to form a formal questionnaire which was used to collect data from people in the medical waiting space for statistical analyses.

Results:

This questionnaire was validated and suitable as a research tool to explore the gender-sensitive medical care waiting space. Among all perceptions, privacy is the most important item. The comparison between individual characteristics and gender-sensitive perception showed were significantly different. in the gender-sensitive perception of different body members. The safety, convenience, privacy and comfort of were all significantly related to multicultural knowledge positively. Multicultural knowledge of medical staff and age of young people has moderating effect on gender sensitivity perception of medical waiting space.

Conclusion:

This is the first study which explored gender-sensitive medical waiting space from the theory of space production. The results demonstrated that a valid questionnaire as a research tool and multicultural knowledge as a moderator variable were found in exploring the gender-sensitive waiting space. Thus, multicultural literacy was pivotal to construct "representation of space" of gender sensitive consciousness and to achieve "space of representation" of gender friendly medical environment.

Keywords: gender sensitive 、 medical waiting space 、 production of space

壹、研究計畫內容：

一、前言

醫院如同社會的縮影，每天都有不同人、事、物在發生及出現，隨著性別主流化的推動，就醫環境漸漸意識到性別友善空間的營造，然而，從學者、相關的文獻探討、以及研究者對日常生活的觀察可以發現，現有醫院的硬體空間仍然充斥著性別偏見與性別歧視，因此性別友善的空間建構，應該從提升性別敏感度做起，要先意識到性別的差異和不平等可能帶來的空間設計不當和使用，才能對性別友善空間的相關問題進行研究(游美惠，2016a)。

空間是人所製造出來的，在既有的社會結構中，空間如何被設計、使用與安排，會反映、中介甚至加強社會中性別、種族、階級等關係的不平等。換句話說，空間的設計、安排與使用是具有及具備社會文化意涵，同時也是權力運作的媒介與產物(游美惠，2019)，這意味著某些群體有支配其他人的權力，亦會影響到性別關係的建構，Weisman 就指出：「就像語言一樣，空間是社會的建構...，建築物和社區的空間安排，加強了社會中性別、種族和階級關係的性質」(Weisman, 1997)。

學者王志弘(2018)認為性別不僅是生理特質，更是一個由空間構築起來的身分認同存在處境，又或會以某種具性別差異的行為來認識、感知、使用和塑造周遭環境。過去許多研究者將「公、私領域」二元劃分的概念，也深深說明了權力關係如何影響空間的設計與使用。游美惠(2016a)就指出，公領域定義包含就業、國家與政治的活動場域，而私領域則是指婚姻與家庭的相關活動場域，這類的權力分類等於將男性歸屬於公領域，而女性則與私領域緊密連結，這樣男性自然而然就擁有支配空間的優先權，女性則附屬在次要的使用地位，甚至被忽略。因此許多具有空間意識的性別研究者開始積極主張，公私領域的二元對立與截然劃分應被挑戰，其中的對立性與高低尊卑層級意涵更應該被解構，以現今社會女性穿梭在公領域時，就需要性別友善的空間設計來協助減輕壓力與負擔 (Rendell, 2000)。

建構「性別友善空間」意指透過藉由性別敏感的觀點與性別平等意識，融入於空間的設計與規劃之中，讓空間的使用者不因為性別的弱勢處境而受到空間使用的限制，甚至可以透過較友善的空間設計，有尊嚴且自在舒適的在空間之中移動與行動(游美惠，2016a)。游美惠(2016a)建議探討性別友善空間，應要從提升性別敏感度做起，提供者、設計者及使用者等，須要先具備有性別差異和不平等可能帶來的空間設計不當和使用不便的問題意識，才會進一步思考住居其中的空間設計和規劃改善的可能性。據此，性別敏感融入醫療環境的等候空間設計，必須使設計者或提供者先肯認不同性別的差異需求，才能消除因空間設計不良所帶來的性別偏見與歧視問題，進一步透過「性別友善」理念，推廣與落實「性別友善空間」的建構。

性別議題的研究方法，近年均以交織性研究為取徑，在醫學專業中探討性別議題也不例外，必須同時思考生物醫學與社會文化的交織結構，且須以性別敏感度的角度思考男性和女性的共同、差異與經驗及其比較。Verdonk 等人(2006)認為探討人類健康和疾病議題時，個人在社會中的主體位置包括性別、年齡、階級和種族等都應作為考量的依據，因此，研究性別敏感融入醫療環境、探究空間與性別關係時，除了生理性別區隔資料外，其他主體因素也應納入考量與分析，才能瞭解他們如何與生理和社會性別交織(Audirac, 2008)，特別是不論醫療提供者、使用者或空間設計者，每個人都是帶著多重社會認同的主體，空間與性別相遇產生

的議題，不是從建築師或室內設計師的觀點，也不從土木工程或強調創意設計的角度去探討空間，更需要從多元文化素養的觀點，且以性別的角度去討論空間的配置與設計，對空間進行社會分析。

總之，關切性別平等之促進，不能忽視空間設計安排及其所衍生出來的權力效果，不良的空間設計與安排甚至有加強歧視的效果，會讓不平等更加嚴重，而有了性別敏感的「空間意識」，才有可能透過改變空間來改善不平等或消除歧視。本研究將以 Lefebvre 對空間生產概念之三元組為基礎(Lefebvre and Nicholson-Smith 1991, 王志弘 2009)，引申空間的論述，應用於探究醫療等候空間的生產。將多元文化知識感知程度視為醫療等候空間的「空間實踐」的面向；空間「安全、便利、隱私與舒適」的期待感知程度視為「空間再現」的面向；將性別主流化落實性別敏感融入醫療等候空間的內容，視為「再現的空間」的面向。本研究嘗試將個人特質、常用來探討醫療空間之安全、便利、隱私、舒適等四構面，與多元文化素養知識列為研究變項，目的在於緊扣上述三個研究變項因素與三個空間生產與演繹，進而探究醫院等候空間生產相關因素的相關性與調節性的影響。

本研究以文獻為基礎，蒐集國內外性別敏感融入醫療空間設計發展的資料，分析其意涵、理論基礎與應用，並整合歸納其面向及指標等，一方面採用與生理、社會性別等相關因素之交織性分析，另一方面與建築專業合作，採用跨域性研究方式，探討性別敏感融入醫療空間設計發展之指標內涵，以期瞭解建構性別友善之醫療等候空間設計之要素，再透過焦點座談與專家內容效度修正指標，設計具信、效度之問卷，並進行醫療等候空間設計之現況資料收集與分析，試圖建構出性別敏感融入醫療等候空間設計之指標，並以此指標做為落實性別主流化友善之參考。

二、研究目的

從 1985 年聯合國首先提出性別主流化的概念、1995 年提出訴求後，各國儼然將「性別主流化」作為達成性別平等的主要策略。性別主流化是一種策略，也是一種價值，是將性別觀點帶入各種公共事務中，並成為從規劃到執行各項公共事務必須具備的重要元素，其最終的目標就是實現性別平等(陳亭羽，2017；龍紀萱，2018)。

醫療場域的性別議題，可分為環境及人際互動，其中環境就包含醫療空間(王志嘉 2013)。看診醫療空間設計，也因為就醫者的多樣性與不確定性，需要用更多元的觀點及角度來討論，王智筠(2011)指出，多數醫院空間設計問題在於缺乏以病人為主體的設計思考，也沒有提供病人「控制感」的支持，以及公私活動行為、公私空間領域界定的混淆，進而影響病人對於醫療空間的使用經驗，而若從建構「性別友善空間」的角度，更要從提升性別敏感度做起，藉由性別敏感的觀點與性別平等意識，融入於空間的設計與規劃之中，讓空間的使用者不因為性別的弱勢處境而受到空間使用的限制(游美惠，2016a)，因此，本研究欲探究性別敏感融入醫療就醫等候空間之內涵與指標，並透過問卷的建構與施測，找到落實性別主流化建構性別敏感融入醫療等候空間的可能取徑，其主要研究目的：

- (一)探究性別敏感融入醫療就醫等候空間之內涵與相關研究。
- (二)匯整醫療空間提供者及設計者對性別敏感融入醫療就醫等候空間之認知與意見。
- (三)建構性別敏感融入醫療就醫等候空間之指標。
- (四)根據研究結果提供後續研究與相關機構實務運作之參考

三、文獻探討

(一)性別友善之醫療空間環境的現況

性別主流化的概念從 1995 年由聯合國提出訴求後，各國積極推動將「性別主流化」之性別觀點帶入各種公共事務中，最終的目標就是要實現性別平等(陳亭羽，2017；龍紀萱，2018)，台灣在這波潮流中也未缺席。臺北市衛生局於 1997 年即訂定該年為婦女健康年、1998 年提出婦女政策白皮書，重視婦女職場醫療保健的推動、2002 年更進一步提出建立女性友善的醫療環境及健康諮詢服務管道。高雄市衛生局則是在 2001 年組成婦女醫療倫理委員會，積極彙整婦女健康需求，建立符合性別考量的醫療環境。行政院 2004 年頒定婦女綱領、2005 年將性別主流化納入政策，重新配置具有性別敏感度觀點的政策及資源，並進行立法、預算編列等作業；2008 年核定婦女健康政策、2010 年通過立法設立性別平等處、2011 年頒布性別平等綱領，其中，第六篇所提到的「健康、醫療與照顧」中，更將婦女親善的概念擴及性別友善、健康政策融入性別意涵，強化醫療與照顧體系的性別敏感度(性別平等綱領，2011)。醫療主管機關衛生福利部則搭配國家政策，2005 年將婦女親善就醫環境納入醫院評鑑項目，期待能消弭女性病患在就醫時所產生的不適經驗與負面感受；2009 年則公告「門診病人隱私全衛護規範，要求醫事人員執行醫療業務時，診療過程及所處的環境空間都須考量病人隱私；2014 年則積極推動整合性門診服務，對於女性常見疾病，輔導醫院設立女性整合門診，提供較隱私且整合性的就醫環境，降低女性延遲就診機會。

醫療空間設計是否符合性別友善的實證調查，近年也已成爲醫療院所提升服務品質的重點工作之一，高雄市自 2003 年起，曾就硬體設施面，進行三次婦女友善醫療環境進行評鑑，評鑑重點主要在於隱私是否有被關注、設施是否便利、動線是否流暢、使用設備的女性權益是否有被關注等，而評鑑的結果也發現醫療空間多數的硬體設備，仍是以醫療人員爲中心，忽略病人的權益與便利性(李佳燕，2008)。張菊惠(2005)曾針對 2002 年度行政院衛生署通過婦女親善就醫環境服務模式計畫之 26 家醫院所提的成果報告書進行分析發現，多數醫院以空間設備的改善佔主要內容，其次爲衛教諮詢，再者爲作業流程，最少的是性別敏感度，且雖然多數的醫院在實施親善方案後，婦女的就醫滿意度有提昇，但方案的維持與持續發展並不理想，另外，母嬰親善與婦女親善觀念的混淆、缺乏性別主流化思維、缺乏需求評估、以及成效評價能力不足等，都是醫療院所普遍面臨的問題。

醫院如同一個小型社會，每天都有各式各樣的人物進出與使用，醫療場域的性別議題，簡單可分爲環境及人際互動，前者包含醫療體系(如法規、政策)、醫療機構與環境(如公廁、檢查空間、等候空間)等，後者則有醫事人員(如醫療性別分工是否合理、醫師性別對病人的影響)、醫病關係、病人家屬間等(王志嘉，2013)。醫病關係中，就醫者選擇更換醫師的關鍵，很多時候是在彼此互動後的雙方因素造成，而這些雙方的互動，除了人與人之間的交流溝通，更與醫療環境空間的設計有關(廖筑君，2000)。傳統醫療空間的設計及就醫流程，多是以醫療專業人員的立場作爲考量，依其便利性及習慣來設計，未考慮就醫者的方便性、隱私性及舒適性，因此也常使得就醫者處於尷尬窘迫的狀況，李佳燕(2008)就指出，生病、不舒服及不安的就醫者，往往被要求配合、遷就既有的醫療環境與體系中，特別是將私領域中的性別不平等關係帶到醫療專業體系的公領域中所衍生的空間與流程設計，更

造成就醫者的不舒適。王智筠(2011)也指出，多數醫院空間設計問題在於缺乏以病人為主體的設計思考，也沒有提供病人「控制感」的支持，以及公私活動行為、公私空間領域界定的混淆，這些都會影響病人對於隱私空間的經驗。

女性在使用醫療資源的比例遠高於男性，但多數的女性對於醫療經驗普遍都有負面的印象，特別是在醫療空間設計所帶來的不舒服感，包含診療空間忽略隱密性、缺乏安全感、擔心身體曝露的窘境、不當的檢查設備或儀器、就醫流程缺乏符合女性私密性的需要與尊重等，黃志中與王秀紅(2003)就提及，醫療環境是醫療體系執行專業職責時，為達成組織維繫的場域，此一場域所建構的醫療公共空間，取決於醫療人員的專業知識、醫療設施與醫療流程，關於女性病患的健康需求則被忽略，致使女性的醫療經驗感受通常是不愉快的、被排擠或邊緣化的，尤其在門診候診區是就醫者最密集、停留最久的區域，也是動線往來中最高頻的一個空間，若無法提供安心、舒適、適切且維護尊重個人的隱私，醫院所提供的醫療品質便無法對應民眾的需求而低落(張鈞策，2011)。

醫療體系近年來在政府的大力宣導下，開始執行性別主流化的相關行動，但通常流於形式，或片段的執行，較少以完整、全面性觀點進行規劃，使得各部門之間缺乏充分協調及配合，也缺少適合的操作模式、方法、工具及組織，使性別友善空間建議及服務提供的效果大打折扣。醫療領域中對於性別主流化的實踐，是希望透過觀念的改變，打破因性別與權力所連結而產生的不平等現象，且將其不同背景與觀點，納入需求的界定，提供不同的性別經驗，進而在醫療環境的設計上、醫療政策上與醫療資源的分配上，建立不同性別友善的環境(林靜儀，2010)。游美惠(2016b)就彙整國內外相關文獻，提出積極推廣性別友善醫療環境的概念，不過仍有許多努力的空間讓資源普及，也須要研發創新一些做法並積極推廣，才能為推動相關工作打下更好的基礎，謝臥龍、駱慧文、駱惠銘、張維真(2011)的研究指出，性別友善醫療環境與情境的營造，需要由在上位者先將政策規範詳細得宜，並透過宣導的方式，讓執行者得以了解並順勢執行，且要透過軟、硬體的設施、教育訓練與行為建立等作法，讓院內的服務提供者先有性別友善的認知及共識，才會跟著有性別友善的思維，進而提供友善的服務，讓使用者在醫療環境中得到性別友善的待遇。黃敏偉(2010)也強調性別友善醫療環境的建立，須要在醫療管理階層的扶持與服務下，才能建構舒適的服務環境，且在兩性平權、多元文化的社會時代，每個人都該享有隱私的權利及義務，甚至是兒童對於自身的隱私也該有相對的保障。

透過性別主流化的策略，來建構性別友善醫療環境以便達成性別平等，是一個不變的既定目標。從就醫的空間而言，一個完善的醫療環境除了可以讓就醫者自由的從事各種行為外，更應藉由環境物件的設計規劃，保留人在公共空間的隱私，並尊重個人差異、滿足不特定多數人的需求，因此，醫療院所可以努力推動的方向相當多元，性別友善的醫療空間環境建構不應只是侷限在以女性為關懷對象，應該擴及思索所有性別弱勢者的處境與經驗，就醫者就診科別的友善要求也應逐步擴及全院，而非只侷限在婦女相關的科別或檢查、治療場域。

(二)性別友善醫療空間建構之取徑

空間是人所製造出來的，在既有的社會結構中，空間如何被設計、使用與安排，都會反映、中介甚至加強社會中性別、種族、階級等關係的不平等。空間的使用是有社會層級之高低的區別，也有其權力效應，意味著某些群體有支配其他人的權力，亦會影響到性別關係的建構(畢恆達，2001)，換言之，空間的設計、安排與使用是具有及具備社會文化意涵，同時也是權力運作的媒介與產物。L. K. Weisman 指出：「就像語言一樣，空間是社會的建構...，...建築物 and 社區的空間安排，加強了社會中性別、種族和階級關係的性質」(Weisman, et al., 1997)。學者 Henri Lefebvre 也認為空間並非是單純的幾何學或地理學，是需要重組社會關係以及實踐社會秩序的建構過程，理解空間必須探討空間的生產(Production of Space)，並從「空間實踐(Spatial Practice)」、「空間的再現(Representations of Space)」、以及「再現的空間(Spaces of Representation)」三個層面來討論(Lefebvre & Nicholson-Smith, 1991)。

Lefebvre 所提出的理論中，「空間實踐」又可以稱為「感知空間(Perceived Space)」，泛指有邊界的實體空間，人可以在其中產生空間經驗和活動，醫院和醫療等候空間都可稱之。「空間的再現」又稱「構想空間(Conceived Space)」，是一個概念化(conceptualized)的空間，指透過思想、文字、畫作等媒介所構想出的社會空間，也就是將空間概念化成為知識及符碼。「再現的空間」又稱「生活空間(Lived Space)」，是指透過意象和象徵，再經由居民和使用者直接生活出來(lived)的空間，這個生活空間同時具有反對的實踐，是一種動態的、反霸權的社會空間(王志弘，2009)，Lefebvre 認為「空間的再現」具有實質影響力，因為它會透過思想等媒介，將空間概念化為知識及符碼，進而介入且修改了由有效知識和意識形態所支持的空間織理(spatial texture)中，換言之，空間再現對於空間的生產是有其實質角色和特殊影響力，它們會藉由建構的方式來介入(王志弘，2009)。因此，「空間實踐」可以藉由硬體上的設計來達成性別友善醫療空間，然而「再現的空間」和「空間的再現」都與人的意識相關，就需要透過多元文化素養的訓練與增能，進而使推動性別友善醫療空間設計有其實質的幫助。

建構「性別友善空間」是期待藉由性別敏感的觀點與性別平等意識，將其融入於空間的設計與規劃之中，讓空間的使用者不因為性別的弱勢處境而受到空間使用的限制，游美惠(2016a)更建議探討性別友善空間，應要從提升性別敏感度做起，提供者、設計者及使用者等，須要先具備有性別差異和不平等可能帶來的空間設計不當和使用不便的問題意識，才會進一步思考住居其中的空間設計和規劃改善的可能性。對於醫療專業人員而言，如何建構友善的就醫環境仍是須要學習與教育的，每位醫療專業人員都應該瞭解性別主流化、生理性別與社會性別的異同，以及醫療場域各類的性別議題，避免醫療爭議或糾紛的產生(王志嘉，2013)。

「性別主流」並非是將兩性放在齊頭式的平等地位上，而是要在多元性別的社會環境中，確實地去關注在性別差異下、不同需求的使用者，並給予完善的適切照護，讓所有的人都能達到立足點的平權(鄭孟淙、張瓊恩、黃薇臻，2013)，而建構性別友善的醫療環境與情境，在性別主流化的時代是相當值得重視的議題，性別意識的興起，也讓性別友善的醫療環境更受矚目。一般醫療專業工作者或民眾所想像的友善，多是以無障礙空間或服務的觀點，對於性別友善的概念著墨較少，友善其實是須要建構在同理心與尊重的基礎上，而性別友善則至少要包含女性、同志乃至於跨性別者的處境與需求，並透過性別敏感、尊

重差異的觀念宣導與實踐，進而落實與提升醫療照護的品質與效能(游美惠，2016b；龍紀萱，2018)；所謂的「性別敏感」，即是對於政策、方案或計劃，均能指認出與性別議題有關係或有問題之處(游美惠，2016b)，對於醫院管理的決策訂定或執行，都能留意性別的關懷與觀點，甚至在營運時間或基礎公共設備上，都須留意男女等求診病患的需求差異，進而評估、改善。換句話說，醫療領域中在性別主流化的實踐上，是希望藉由性別主流化的過程，打破因為性別與權力連結之下所產生的不平等，且不論男性或女性都能正視醫療環境、醫療行為或可能因為性別偏見或性別盲點所造成的不公平，除此之外，也須要將男性與女性不同的背景與觀點，納入需求的界定，透過提供不同的性別經驗，從而在醫療環境及醫療政策的設計、醫療資源及預算的分配上，都能建立對不同性別、不同性向的友善環境(周瑛琪等人，2015)。

在現今自由、開放的社會中，人與人的關係越來越多樣化，從性別的議題來看，相同性別仍會存在著差異，無論從性別、年齡、種族、宗教、社經背景等，進入醫療環境接受服務的個體就應被整體瞭解，Kuhlmann and Annandale (2010)就指出，性別主流化經常被誤解為只要留意生理兩性差異即可，但實際上有關健康照護的組織管理以及服務的提供，都具有許多的性別化問題都需要更細緻的加以處理，而性別與種族、階級、城鄉、性取向和年齡等因素交錯所造成的不平等，更不容忽視。性別友善的醫療環境，除了要多方兼顧空間與硬體設施、管理、教育訓練及社會關係等面向外，其性別關懷並非只有看見性別差異，更要看到其與階級、族群、年齡、城鄉、性傾向等差異，換言之，在進行指標工具設計時，不能僅考慮性別差異，其個人主體性因素都應被尊重與平等對待，留意多元的交織性及影響，才能追求更細緻的實質平等。

友善並非僅是工作人員態度和善有禮，不管從病患就醫或從醫護人員就業的角度，營造尊重人的舒適醫療環境才是重要的工作目標，而性別敏感度的思維就是關鍵(游美惠，2012、2016b)，醫界或醫院治理的決策者更應擷取並運用性別理論的相關概念，擴充性別知識學習的範圍與內涵，讓臨床能力(clinical competence)融入性別素養(gender competence)，以便提供更性別友善的醫療服務。雙贏的性別友善醫療環境，能促進醫病間的溝通與信任，但如何評核醫療院所是否具備性別友善醫療環境與情境，在謝臥龍、駱慧文、駱惠銘、張維真(2011)的研究整理得知，可從政策面、行政面、教育面及硬體空間四區塊著手，唯因涵蓋面廣，本研究僅針對硬體空間進行指標工具的建構。

(三)性別敏感融入醫療空間設計之構面

從婦女友善評鑑指標及眾多學者的研究文獻歸納，安全性、舒適性、便利性及隱私性四個構面是在設計性別友善醫療空間中最被重視也首要被考慮的(謝臥龍、駱慧文、駱惠銘、張維真，2011)，除此之外，本研究認為醫療空間的提供者、使用者及設計者，其本身具備的多元文化素養也應納入指標構面考量，因為隨著人口結構的多元化，文化多元性的知識基礎不斷的在增加，承認及尊重差異是需要重視的議題。多元文化素養(multicultural literacy)就是開啓各種多元文化論述的鑰匙，也是一種關於個人對於多元文化方面的知識反應在態度的運作能力(曾素秋，2011)。王雅玄(2007)認為，多元文化素養是強調多元文化社會關切族群、語言、文化之間的權力問題，弱勢族群的聲音需要被聆聽，且聆聽者需抱持同理心、真誠的理解被聆聽者的主體角色與需要，而這樣具有文化包容性的理解與同理，即是多元

文化素養的重要一環。

在探討醫病關係時，可以發現當病人以多樣主體位置出現在以權威性主體的醫師面前，權力問題會使得病人更顯弱勢(陳偉權，2017)。而如同前面所述，醫療空間在規劃、設計時，提供者或設計者多以醫療專業人員的需求為出發點，就醫者在空間環境的設計就如同醫病關係般處於弱勢的地位，但並不是表示就醫者可以接受或將不合理視為理所當然，在多元文化的意識下，有越來越多的就醫者會尋求管道發聲，並要求醫療院所進行改善。多元文化素養知識並非與生俱來的特性，是需要透過學習的(DeGenova, 1995)，多元文化素養知識層面的訓練與增能，使人能了解差異更認同他人，使醫病雙方更深投入檢視醫病關係之社會結構問題，提供醫病雙方改變自己傳統或主流的意識型態，得以在醫病關係中實踐多元文化旨趣(陳偉權，2017)。故此，在討論性別友善醫療環境議題時，更應該把多元文化素養知識納入討論，瞭解提供者、設計者及使用者意識型態與觀念，進而落實以病人為中心的性別友善醫療環境營造。

綜合以上，醫療領域中的性別主流化實踐，是希望藉由性別主流化的過程，打破因為性別與權力連結之下所產生的不平等，或因性別偏見、性別盲而所造成的不公平，並將性別的不同背景、觀點與經驗，納入需求的界定，從而在醫療環境設計上、醫療政策設計上、醫療資源及預算分配上，建立對不同性別、不同性向的友善環境，以實現世界衛生組織所指：「醫療體系要確實反應因性別不平等而造成的問題及設施，包含醫療服務、病人教育、研究、政策以及計畫方案等，都必需考量到性別議題(WHO, 2010)」。

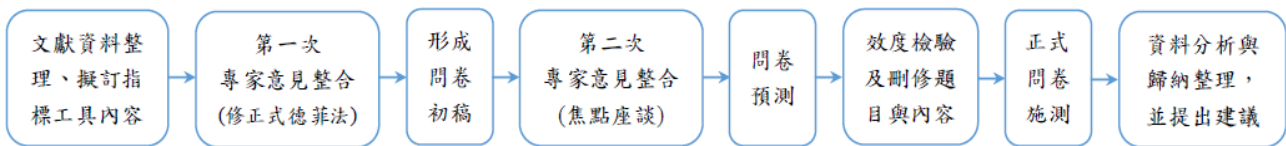
目前政府推動性別主流化，利用性別分析達到科技研究的創新發展，鼓勵「性別化創新」(Gendered Innovations)(性別化創新網站)。從研究過程中納入生理性別與社會性別的分析視角，檢視科技領域現有觀點及內涵，已是潮流與現實，基此，本研究與建築空間之跨域性研究，討論性別敏感融入醫療環境之醫療照護等候空間設計，只是針對狹義醫療等候空間，開展建構「性別友善空間」的第一步。高雄市衛生局婦女友善醫療環境推動諮詢小組曾建構一套「高雄市營造婦女友善醫療環境檢核指標(醫院)」，用來作為醫療單位是否提供友善醫療環境的檢核工具，李佳燕(2008)批評這份檢核表並未以病人為中心、而是以醫療人員慣性和方便性所設計，游美惠(2019)也指出這份檢核指標不應該只看性別差異，還必須留意階級、族群、年齡、城鄉、性傾向等個人背景因素對於友善環境觀感而產生的差異影響，需要更留意多元交織性，才能追求更複雜和細緻的性別平等。因此，關切性別平等之促進，不能忽視空間設計安排及其所衍生出來的權力效果，不良的空間設計與安排甚至有加強歧視的效果，會讓不平等更加嚴重，而有了性別敏感的「空間意識」，才有可能透過改變空間來改善不平等或消除歧視。

本研究以性別友善醫療空間相關文獻、現有的法規和性別研究專家學者、建築研究專家學者之建議為構思基礎，蒐集國內外性別敏感融入醫療空間設計發展的資料，分析其意涵、理論基礎與應用，並整合歸納其面向及指標等，一方面採用與生理、社會性別等相關因素之交織性分析，另一方面與建築專業合作，探討性別敏感融入醫療空間設計以期瞭解性別友善之醫療等候空間設計的要素，建構出探究性別敏感之醫療等候空間設計之構面，發展內含安全、便利、隱私、舒適及多元文化素養知識等五構面之量性問卷，以探究性別敏感融入醫療等候空間設計情形。

四、研究方法及材料

(一)研究方法

本研究主要目的在探討性別敏感融入醫療空間設計發展之指標內涵，以期瞭解建構性別友善之醫療等候空間設計的要素，依此目的，本研究透過文獻資料的整理與專家意見的收集，發展探究性別敏感融入醫療等候空間設計之結構式量性問卷，並透過橫斷面、量性問卷調查法進行問卷施測及資料收集，以驗證分析及確認問卷信、效度，並藉由問卷分析結果，探討醫療等候空間性別敏感議題的影響因素，其研究流程如下。



(二)研究場域

本研究以南部某間醫學中心為問卷發放場域，蒐集醫院就醫民眾、醫師、護理人員、醫院行政人員及其他醫事職類人員對醫院等候空間的感知。研究場域限定在「醫療等候空間」，並定義為「病人從出發點至與醫療照護人員面對面，接受醫療服務所需跨越的空間」，包括候診區、檢查區、治療區等，私有或公共運輸工具移動所需的空間本次不納入。

(三)研究材料

本研究所使用之問卷，為研究者自行發展之問卷。研究者首先透過文獻整合及分析，蒐集國內外相關性別友善醫療等候空間之評核指標，而由於醫療等候空間的性別敏感議題，會受到空間性質與空間中人員活動內容的影響，故本研究在建構問卷的架構及內容時，除蒐集文獻資料、整理評核指標依據，更結合研究者自身經驗及尋求其他臨床醫療工作者及建築專家的意見，採取在醫療空間中接受醫療與保健服務的人員(包含病人與接受檢查的健康人)之視角，及參酌其中人員可能的行為與歷程體驗來設計本研究問卷內容，其問卷設計架構，依循病人的視角來檢視人員在醫療等候空間所會經歷的不同活動與空間，也就是從等待到完成醫療處置之各項階段：報到、準備、等候、執行檢查及完成檢查等進行問卷之設計。

研究者首先透過文獻收集與彙整出相關議題資料，採用修正式德菲法，在無干擾的情況下，採取匿名式的專家集體決策技術，並利用統計分析與系統化的資料處理來整合相關領域的專家意見，初步完成之問卷初稿，共分三部分，第一部分「性別敏感」感知構面，又分「安全與便利」、「隱私」、「舒適」等三項子構面，共計 20 題；第二部分為「多元文化知識」感知構面，共計 7 題；第三部分為受測者基本背景資料。問卷初稿再依焦點座談法，邀請 2-3 位性別領域或性別友善醫療環境領域及跨域性(建築設計相關)專家進行 3 次焦點座談，完成問卷構面及題項內容之建構，其問卷內容修訂為：第一部分「性別敏感」感知構面，又分「安全」、「便利」、「隱私」、「舒適」等四面向，共計 14 題；第二部分為「多元文化知識」感知構面，共計 7 題；第三部分為受測者基本背

景資料，問卷形式以 Likert 五點計分量表及開放式意見回饋，蒐集受試者意見。

五、研究結果

(一)研究問卷因素分析及信、效度分析

本研究問卷之前測問卷，經專家焦點座談完成修訂後，首先發放 8 份前導問卷，超過 90% 前導研究受測者表示問卷用語清楚程度，均能完成(completion)與接受(acceptability)，顯示問卷具有很高的問卷內容效度(content validity)。之後進行問卷前測，共計發放 85 份問卷，並進行因素分析及信度分析。

因素分析主要目的在考驗問卷內在結構與建構效度，本研究之問卷經探索式因素分析，適當性量數(Kaiser-Meyer-Olkin, KMO)大於 0.5，表示適合進行因素分析。因素分析方法採用主成分分析法，並透過變異數最大法，萃取特徵值大於 1 的因素，保留因素負荷量大於或等於 0.5 之題項。本研究問卷之 KMO 值為 0.864，適合進行因素分析；Bartlett 球形考驗達顯著性 0.000，達統計上的顯著水準(表 1)。

表 1：KMO 與 Bartlett's 球型檢定

KMO 係數值		0.863
	近似卡方值	1440.951
Bartlett's 球型檢定	自由度	210
	顯著性	0.000*

* $p < 0.001$ ， $N=85$ 。

因素分析結果，本問卷保留有效題項 21 題，且每題之因素負荷量均在 0.5 以上。因子分析萃取 5 個因素，所含題項定義構面名稱分別為安全、便利、隱私、舒適及多元文化知識，其轉軸後解釋變異量分別為 17.677%、18.579%、8.301%、10.530% 及 22.411%，累積解釋變異量為 77.499%，達 50% 以上。整體而言，各構面皆已能符合收斂效度之要求，問卷的內在品質亦佳(表 2)。區別效度之檢驗，顯示兩構面間相關係數小於 1 且達顯著，而任兩構面間的相關係數均小於個別構面的 Cronbach's α 值，證明問卷的內在品質頗佳(表 3)。

表 2：問卷之因素分析及信度 (N=85)。

主構面	子構面	題項編號	因素負荷	轉軸後平方負荷量		信度 Cronbach's α
				特徵值	解釋變異量%	
		10	.901			
		11	.832			
性別 權益	便利	7	.774	3.712	17.677	.936
		9	.751			
		4	.635			
		1	.822			
	安全	1	.822	3.902	18.579	.897

主構面	子構面	題項編號	因素負荷	轉軸後平方負荷量		信度 Cronbach's α
				特徵值	解釋變異量%	
		3	.803			
		2	.786			
		8	.757			
	隱私	5	.806	1.743	8.301	.935
		6	.784			
	舒適	13	.815	2.211	10.530	.775
		14	.728			
		12	.683			
多元 文化	多元 文化 知識	20	.894	4.706	22.411	.914
		21	.872			
		19	.817			
		17	.754			
		16	.753			
		18	.661			
		15	.653			
總解釋變異量：77.499%						
整體信度：0.923						

本研究對問卷之層面與總問卷的信度考驗，採用 Cronbach's α 係數作為信度指標。衡量安全、便利、隱私、舒適及多元文化知識等五個構面的信度，其 Cronbach's α 係數皆在.70 以上，整體信度為.923，屬於高信度，表示本研究量表內部一致性頗佳(表 3)。

透過因素分析及信效度分析結果顯示，本問卷具有良好的信度及效度，適合做為探究性別敏感之醫療照護等候空間議題之研究工具。

表 4. 問卷之區別效度分析表，N=85。

構面	項目 數	相關係數				
		便利	安全	隱私	舒適	多元文化知識
便利	5	.936				
安全	4	.708**	.897			
隱私	2	.486**	.645**	.935		
舒適	3	.350**	.199	.241*	.775	
多元文化知識	7	.367**	.249*	.242*	.607**	.914

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ 。

(二)正式問卷施測之研究結果

1、受測者基本資料描述性統計(表 4)

本研究正式施測之研究對象，為高雄醫學大學附設中和紀念醫院之就診病人與醫療人員，以隨機抽樣方式給予問卷，共發放 478 份，回收有效問卷共 476 份，有效回收率為 99.6%，受測者基本資料整理如下。

- (1) 受測者身分：本研究有效問卷中，受測者身分包含病人(32.1%)、行政人員(8.4%)、醫事人員(12.6%)、護理師(40.5%)及醫師(6.3%)。
- (2) 年齡：受測者的年齡分組為 30 歲(含)以下 123 人(25.9%)；31-40 歲 174 人(36.6%)；41-50 歲 124 人(26.1%)；51 歲(含)以上 54 人(11.4%)。
- (3) 性別：受測者性別分布，女性 359 人(75.4%)、男性 112 人(23.5%)及其他性別 5 人(1.1%)。
- (4) 婚姻狀況：受測者婚姻狀況為已婚 253 人(53.2%)、未婚 194 人(40.8%)及其他 29 人(6.1%)。
- (5) 子女狀況：受測者子女狀況為，有子女者 231 人(48.5%)及無子女者 245 人(51.5%)。
- (6) 停車位需求：若自行開車來院之停車位需求，需要停車位 330 人(69.3%)及不需停車位 146 人(30.7%)。
- (7) 看診科別空間：受測者當日就診科別的等候空間，走道空間 143 人(30.0%)、獨立空間 69 人(14.5%)及共同空間 264 人(55.5%)。
- (8) 族群：受測者的族群為台灣 474 人(99.6%)及其他 2 人(0.4%)。
- (9) 教育程度：受測者的教育程度為高中(含)以下 37 人(7.8%)、大學 311 人(65.3%)及碩士(含)以上 128 人(26.9%)。
- (10) 宗教信仰：受測者的宗教信仰，佛教 126 人(26.5%)、道教 134 人(28.2%)、一般民間信仰 112 人(23.5%)及其他 104 人(21.8%)。

表 4：受測者基本資料之描述性統計

基本資料	項目	樣本數(N)	百分比
身分別	P 病人	153	32.1
	O 行政	40	8.4
	M 醫事人員	60	12.6
	N 護理師	193	40.5
	D 醫師	30	6.3
年齡	30 歲(含)以下	123	25.9
	31 歲-40 歲	174	36.6
	41 歲-50 歲	124	26.1
	51 歲(含)以上	54	11.4
性別	其他	5	1.1
	男	112	23.5
	女	359	75.4
婚姻狀況	其他	29	6.1
	未婚	194	40.8
	已婚	253	53.2
有無子女	無	245	51.5

基本資料	項目	樣本數(N)	百分比
	有	231	48.5
停車位需求	否	146	30.7
	是	330	69.3
看診等候空間	走道空間	143	30.0
	獨立空間	69	14.5
	共同空間	264	55.5
族群	其他	2	0.4
	台灣	474	99.6
教育程度	高中(含)以下	37	7.8
	大學	311	65.3
	碩士(含)以上	116	24.4
宗教信仰	其他	104	21.8
	一般民間信仰	112	23.5
	道教	134	28.2
	佛教	126	26.5

2、問卷感知構面得分描述性統計(表 5)

本研究問卷分為「性別敏感」及「多元文化」感知構面，涵蓋「安全」、「便利」、「隱私」、「舒適」及「多元文化知識」等五子構面。衡量各構面之離散情形與受測者對性別敏感與多元文化之感知程度，由表 5 顯示，每題項平均值皆高於 3，顯示受測者對於各層面之感知程度屬於中等偏高的程度。各面向之整體平均數中又以隱私 4.686 分最高，其次安全 4.617、便利 4.342 分、舒適 4.315 分、多元文化知識 4.191 分最低，且各層面之標準差皆低於 1，代表分歧程度低。

表 5、問卷各層面之分析摘要表(N=476)

構面	面向	題號	題項	平均數	標準差	整體平均數	整體標準差
性別敏感	安全	1	更衣室設有防偷拍偵測器。	4.46	.740	4.617	.456
		2	設置完善的緊急呼叫系統(包括更衣室、廁所、停車場等)。	4.71	.513		
		3	更衣室可安全上鎖	4.72	.534		
	8	設置適合嬰兒車行動的走道斜坡、昇降設備。	4.57	.613			
便利		4	檢查區/等候區內設有嬰兒車置放區域。	4.24	.773	4.342	.593
		9	設置親子專用停車位。	4.39	.734		
		10	親子專用停車位的數量充足。	4.30	.762		

構面	面向	題號	題項	平均數	標準差	整體平均數	整體標準差
		11	親子專用停車位距離醫院入口電梯較近。	4.36	.742		
		7	報到區域設有獨立桌椅以利攜帶小孩或嬰兒載具之家長填寫表單。	4.41	.691		
	隱私	5	哺集乳室具有不易被他人窺探的隱密性	4.76	.477	4.686	.483
		6	哺集乳室設施完善，有靠背座椅與置物桌子方便哺乳與集乳器的置放。	4.61	.583		
	舒適	12	醫院提供檢查的服裝遮蔽性佳。(例如：接受放射科檢查的服裝)	4.43	.755	4.315	.742
		13	等候空間的座椅設計具有支撐性，方便抱幼兒。例如：扶手、靠背。	4.29	.839		
		14	等候區的座椅擺設位置與方式合適，不會過於擁擠，可以方便進出。	4.22	.911		
		15	等候空間的設計會考慮病人的差異使醫病溝通變得更好。	4.27	.799	4.191	.731
		16	廁所的設計考慮到多元性別的需求。(例如：跨性別等)	4.02	1.009		
		17	廁所的設計考慮到不同族群的需求。	4.14	.906		
多元文化	多元文化知識	18	醫院等候空間有設置能反應您意見的管道(例如：意見箱，行動載具)	4.12	.797		
		19	醫療人員和醫院志工會熱心解決不同文化背景(包含病人、陪伴者、照顧者)的詢問與協助問題。	4.32	.741		
		20	醫院設計者因不同性別的需求給予重視	4.24	.803		
		21	醫院設計者因不同族群的需求給予重視。	4.23	.812		

3、受測者個人特質在性別敏感感知與多元文化知識之變異數分析

(1)不同身分別在各構面感知之差異分析(表 6)

各構面變異數同質性檢定，Levene 統計量皆達 $p < .01$ 的顯著水準，表示變異數

不具同質性，故以 Welch 與 Brown-Forsythe 法進行均等平均數的 Robust 檢定，結果如下：

- A. 安全構面，Brown-Forsythe 統計量 4.013，達 $p < .01$ 的顯著水準，表示不同身分別對安全與便利之感知具有顯著差異。經 Games-Howell 事後比較顯示，「病人」(M=4.714)及「行政人員」(M=4.769)的安全感知顯著高於「護理人員」(M=4.543)。「行政人員」(M=4.769)的安全感知顯著高於「醫師」(M=4.450)。
- B. 便利構面，Brown-Forsythe 統計量 2.936，達 $p < .01$ 的顯著水準，表示不同身分別對便利之感知具有顯著差異。經 Games-Howell 事後比較顯示，「病人」(M=4.499)的便利感知顯著高於「護理人員」(M=4.293)及「醫師」(M=4.193)。
- C. 隱私構面，Brown-Forsythe 統計量 7.202，達 $p < .01$ 的顯著水準，表示不同身分別對隱私之感知具有顯著差異。經 Games-Howell 事後比較顯示，「病人」(M=4.791)的隱私感知顯著高於「護理人員」(M=4.645)及「醫師」(M=4.500)。
- D. 舒適構面，Brown-Forsythe 統計量 3.424，達 $p < .01$ 的顯著水準，表示不同身分別對舒適之感知具有顯著差異。經 Games-Howell 事後比較顯示，「護理人員」(M=4.432)的舒適感知顯著高於「病人」(M=4.174)。
- E. 多元文化知識構面，Brown-Forsythe 統計量 4.067，達 $p < .01$ 的顯著水準，表示不同身分別對多元文化知識之感知具有顯著差異。經 Games-Howell 事後比較顯示，「護理人員」(M=4.335)的多元文化知識感知顯著高於「病人」(M=4.066)。

表 6：不同身分別在各構面之差異分析

構面	身分別變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	Brown-Forsythe 統計量 a	顯著性	事後檢定
安全	P 病人	153	4.714	.4090	4.013**	5.496	.000***	P&O>N O>D
	O 行政人員	40	4.769	.3686				
	M 醫事人員	60	4.592	.4579				
	N 護理人員	193	4.543	.4812				
	D 醫師	30	4.450	.4887				
便利	P 病人	153	4.499	.5125	2.936**	4.146	.003**	P>N&D
	O 行政人員	40	4.200	.6748				
	M 醫事人員	60	4.263	.6704				
	N 護理人員	193	4.293	.5979				
	D 醫師	30	4.193	.5343				
隱私	P 病人	153	4.791	.3788	7.202**	3.640	.007**	P>N&D
	O 行政人員	40	4.750	.5064				
	M 醫事人員	60	4.600	.5431				
	N 護理人員	193	4.645	.5100				
	D 醫師	30	4.500	.5252				
舒適	P 病人	153	4.174	.8593	3.424**	3.463	.009**	N>P
	O 行政人員	40	4.442	.7016				
	M 醫事人員	60	4.222	.7508				

構面	身分別變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	Brown-Forsythe 統計量 a	顯著性	事後 檢定
	N 護理人員	193	4.432	.6500				
	D 醫師	30	4.300	.5421				
	P 病人	153	4.066	.8187				
多元 文化 知識	O 行政人員	40	4.243	.7991				
	M 醫事人員	60	4.055	.7063	4.067**	4.071	.003**	N>P
	N 護理人員	193	4.335	.6592				
	D 醫師	30	4.105	.4532				

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

(2)不同年齡層在各構面感知之差異分析(表 7)

- A. 安全構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 1.373，未達顯著水準，因此不同年齡層的受測者對安全與便利感知不具有顯著差異。
- B. 便利構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 3.047，達 $p < .05$ 的顯著水準，表示不同年齡層的受測者對便利感知具有顯著差異。經 Scheffe 事後比較顯示，「51 歲(含)以上」(M=4.722)的便利感知顯著高於「31 歲(含)以下」(M=4.242)。
- C. 隱私構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 1.196，未達顯著水準，因此不同年齡層的受測者對隱私感知不具有顯著差異。
- D. 隱私構面，組別不具同質性，Brown-Forsythe 統計量 2.151，未達顯著水準，因此不同年齡層的受測者對隱私感知不具有顯著差異。
- E. 舒適構面，組別不具同質性，Brown-Forsythe 統計量 4.007，達 $p < .01$ 的顯著水準，表示不同年齡層對舒適之感知具有顯著差異。經 Games-Howell 事後比較顯示，「41 歲-51 歲」(M=4.454)的舒適感知顯著高於「30 歲(含)以下」(M=4.171)；「51 歲(含)以上」(M=4.531)的舒適感知顯著高於「31 歲(含)以下」(M=4.171)及「31 歲-40 歲」(M=4.257)。
- F. 多元文化知識構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 2.008，未達顯著水準，因此不同年齡層的受測者對多元文化知識感知不具有顯著差異。

表 7：不同年齡層在各構面之差異分析

構面	年齡變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	F 值	顯著性	事後檢定
安全	30 歲(含)以下	123	4.575	.4875	1.498	1.373	.250	
	31 歲-40 歲	174	4.628	.4520				
	41 歲-50 歲	124	4.605	.4430				
	51 歲(含)以上	54	4.722	.4053				
便利	30 歲(含)以下	123	4.242	.6289	2.159	3.047*	.028	4>1
	31 歲-40 歲	174	4.387	.5735				
	41 歲-50 歲	124	4.315	.5982				

構面	年齡變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	F 值	顯著性	事後檢定
隱私	51 歲(含)以上	54	4.507	.4971	7.534***	Brown-Forsythe 統計量 a	.093	
	30 歲(含)以下	123	4.606	.5699				
	31 歲-40 歲	174	4.713	.4602				
	41 歲-50 歲	124	4.698	.4455				
	51 歲(含)以上	54	4.778	.3720				
舒適	30 歲(含)以下	123	4.171	.8802	4.007**	Brown-Forsythe 統計量 a	.001**	3>1
	31 歲-40 歲	174	4.257	.7009				
	41 歲-50 歲	124	4.454	.6752				
	51 歲(含)以上	54	4.531	.5590				
	5.384			4>1&2				
多元文化知識	30 歲(含)以下	123	4.197	.7900	1.098	2.008	.112	
	31 歲-40 歲	174	4.094	.7207				
	41 歲-50 歲	124	4.268	.7087				
	51 歲(含)以上	54	4.315	.6505				

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

(3)不同性別在各構面感知之差異分析(表 8)

- A. 安全構面，組別不具同質性，Brown-Forsythe 統計 5.660，達 $p < .01$ 的顯著水準，表示不同性別之安全感知具有顯著差異。經 Scheffe 事後比較顯示，「女性」(M=4.650)的安全感知顯著高於「男性」(M=4.504)。
- B. 便利構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 2.169，未達顯著水準，表示不同性別之便利感知不具有顯著差異。
- C. 隱私構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 1.912，未達顯著水準，因此不同年齡層的受測者對隱私感知不具有顯著差異。
- D. 舒適構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 .140，未達顯著水準，因此不同年齡層的受測者對多元文化知識感知不具有顯著差異。
- E. 多元文化知識構面，組別不具同質性，Brown-Forsythe 統計 .212，未達顯著水準，表示不同年齡層對多元文化知識之感知不具有顯著差異。

表 8：不同性別在各構面之差異分析

構面	年齡變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	F 值	顯著性	事後檢定
安全	其他	5	4.800	.3260	4.208*	Brown-Forsythe 統計量 a	.007**	1>2
	男	112	4.504	.5067				
	女	359	4.650	.4355				
便利	其他	5	4.760	.3578	1.387	2.169	.115	
	男	112	4.271	.5887				
	女	359	4.358	.5949				

構面	年齡變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	F 值	顯著性	事後檢定
隱私	其他	5	4.600	.5477	1.724	1.912	.129	
	男	112	4.607	.4997				
	女	359	4.708	.4780				
舒適	其他	5	4.333	1.1547	1.382	.140	.870	
	男	112	4.283	.7007				
	女	359	4.325	.7497				
多元文化知識	其他	5	4.457	1.1357	3.135*	Brown-Forsythe 統計量 a	.814	
	男	112	4.182	.6173				
	女	359	4.190	.7579				

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

(4)不同婚姻狀況在各構面感知之差異分析(表 9)

- A. 安全構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 .485，未達顯著水準，表示不同婚姻狀況對安全之感知不具有顯著差異。
- B. 便利構面，組別不具同質性，Brown-Forsythe 統計量 6.178，達 $p < .01$ 的顯著水準，表示不同婚姻狀況對便利之感知具有顯著差異。經 Games-Howell 事後比較顯示，「已婚」(M=4.432)的便利感知顯著高於「未婚」(M=4.227)。
- C. 隱私構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 .595，未達顯著水準，因此不同婚姻狀況對隱私感知不具有顯著差異。
- D. 舒適知識構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 .088，未達顯著水準，因此不同婚姻狀況的受測者對舒適感知不具有顯著差異。
- E. 多元文化知識構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 .413，未達顯著水準，顯示不同婚姻狀況對多元文化知識感知不具有顯著差異。

表 9：不同婚姻狀況在各構面之差異分析

構面	婚姻狀況變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	F 值	顯著性	事後 檢定
安全	其他	29	4.603	.4508	.666	.485	.616	
	未婚	194	4.594	.4732				
	已婚	253	4.636	.4440				
便利	其他	29	4.324	.6289	3.537	Brown-Forsythe 統計量 a	.003**	1>2
	未婚	194	4.227	.6345				
	已婚	253	4.432	.5413				
隱私	其他	29	4.655	.5018	2.077	.595	.552	
	未婚	194	4.657	.5263				
	已婚	253	4.706	.4490				

構面	婚姻狀況變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	F 值	顯著性	事後 檢定
舒適	其他	29	4.333	.7127	.178	.088	.916	
	未婚	194	4.330	.7557				
	已婚	253	4.302	.7363				
多元文化 知識	其他	29	4.281	.8237	.459	.413	.662	
	未婚	194	4.209	.7175				
	已婚	253	4.167	.7310				

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

(5)不同等候空間者在各構面感知之差異分析(表 10)

- A. 安全構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 1.555，未達顯著水準，表示不同等候空間者之安全感知不具有顯著差異。
- B. 便利構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 3.074，達 $p < .05$ 的顯著水準，表示不同等候空間者之安全與便利感知具有顯著差異。經 Scheffe 事後比較顯示，「共同空間」(M=4.385)的便利感知顯著高於「其他空間」(M=4.239)。
- C. 隱私構面，組別不具同質性，Brown-Forsythe 統計 2.726，未達顯著水準，因此不同等候空間者對隱私感知不具有顯著差異。
- D. 舒適知識構面，組別同質，變異數分析其 F 值為.673，未達顯著水準，因此不同婚姻狀況的受測者對舒適感知不具有顯著差異。
- E. 多元文化知識構面，組別同質，變異數分析其 F 值為.844，未達顯著水準，顯示不同婚姻狀況對多元文化知識感知不具有顯著差異。

表 10：不同等候空間者對各構面之差異分析

構面	等候空間 變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	F 值	顯著性	事後 檢定
安全	走道空間	143	4.565	.4935	2.540	1.555	.212	
	獨立空間	69	4.609	.4879				
	共同空間	264	4.648	.4244				
便利	走道空間	143	4.239	.6136	.553	3.074	.047*	1>3
	獨立空間	69	4.388	.6048				
	共同空間	264	4.385	.5743				
隱私	走道空間	143	4.605	.5498	4.900**	Brown-Forsythe 統計量 a	.067	
	獨立空間	69	4.681	.4772				
	共同空間	264	4.725	.4440				
舒適	走道空間	143	4.326	.7037	.631	.673	.511	
	獨立空間	69	4.401	.6582				
	共同空間	264	4.287	.7816				

構面	等候空間 變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	F 值	顯著性	事後 檢定
多元文化 知識	走道空間	143	4.155	.6804	1.684	.844	.431	
	獨立空間	69	4.292	.6857				
	共同空間	264	4.185	.7673				

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

(6)不同教育程度在各構面感知之差異分析(表 11)

- A. 安全構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 1.008，未達顯著水準，因此不同教育程度對安全感知不具有顯著差異。
- B. 便利構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 1.873，未達顯著水準，因此不同教育程度對安全與便利感知不具有顯著差異。
- C. 隱私構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 .664，未達顯著水準，因此不同教育程度的受測者對隱私感知不具有顯著差異。
- D. 舒適構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 1.496，未達顯著水準，顯示不同教育程度對舒適感知不具有顯著差異。
- E. 多元文化知識構面，組別不具同質性，Brown-Forsythe 統計量 3.199，達 $p < .05$ 的顯著水準，表示不同教育程度對多元文化知識之感知具有顯著差異。經 Games-Howell 事後比較顯示，「高中(含)以下」(M=4.367)的多元文化知識感知顯著高於「碩士(含)以上」(M=4.081)。

表 11：不同教育程度在各構面之差異分析

構面	教育程度變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	F 值	顯著 性	事後檢 定
安全	高中(含)以下	37	4.669	.4490	.902	1.008	.366	
	大學	311	4.596	.4652				
	碩士(含)以上	128	4.654	.4349				
便利	高中(含)以下	37	4.503	.5177	.483	1.875	.154	
	大學	311	4.344	.5833				
	碩士(含)以上	128	4.289	.6324				
隱私	高中(含)以下	37	4.757	.4187	.822	.664	.515	
	大學	311	4.667	.4796				
	碩士(含)以上	128	4.699	.5149				
舒適	高中(含)以下	37	4.505	.5645	2.302	1.496	.225	
	大學	311	4.313	.7395				
	碩士(含)以上	128	4.266	.7863				
多元文化 知識	高中(含)以下	37	4.367	.5244	3.701*	Brown-Forsythe 統計量 a 3.199	.043*	1>3
	大學	311	4.215	.7191				
	碩士(含)以上	128	4.081	.7954				

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

(7)不同宗教信仰在各構面感知之差異分析(表 12)

- A. 安全構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 2.494，顯著水準，因此不同宗教信仰對安全與便利感知不具有顯著差異。
- B. 便利構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 .804，未達顯著水準，因此不同宗教信仰對安全與便利感知不具有顯著差異。
- C. 隱私構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 .754，未達顯著水準，因此不同宗教信仰的受測者對隱私感知不具有顯著差異。
- D. 舒適構面，組別同質，變異數分析其 F 值為 .792，未達顯著水準，顯示不同宗教信仰對舒適感知不具有顯著差異。
- E. 多元文化知識構面，組別不具同質性，Brown-Forsythe 統計量 .675，未達顯著水準，表示不同宗教信仰對多元文化知識之感知不具有顯著差異。

表 12：不同宗教信仰在各構面之差異分析

構面	宗教信仰變項	人數	平均值	標準差	Levene 統計量	F 值	顯著性	事後檢定
安全	其他	104	4.599	.4756	1.466	2.494	.059	
	民間信仰	112	4.587	.4585				
	道教	134	4.569	.4653				
	佛教	126	4.710	.4176				
便利	其他	104	4.312	.5970	1.128	.804	.492	
	民間信仰	112	4.289	.6038				
	道教	134	4.354	.6209				
	佛教	126	4.400	.5508				
隱私	其他	104	4.635	.5035	1.306	.754	.520	
	民間信仰	112	4.674	.4826				
	道教	134	4.683	.5150				
	佛教	126	4.730	.4366				
舒適	其他	104	4.327	.7446	.042	.792	.499	
	民間信仰	112	4.223	.7038				
	道教	134	4.361	.7278				
	佛教	126	4.339	.7865				
多元文化知識	其他	104	4.180	.7360	3.935*	Brown-Forsythe 統計量 a .675	.568	
	民間信仰	112	4.116	.6189				
	道教	134	4.244	.7644				
	佛教	126	4.211	.7816				

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

4、獨立樣本 T 檢定

(1) 有無子女狀況在各構面感知程度之差異分析如表 13 所示：

經獨立樣本 t 檢定顯示，有無子女者在「便利」感知程度上有顯著差異，t 值為 3.582，顯著性=.000。表示有子女者(M=4.441)對便利之感知程度大於無子女者(M=4.248)。而有無子女者在「安全」、「隱私」、「舒適」及「多元文化知識」之感知程度上皆均未達顯著水準，顯示有無子女者對安全、隱私、舒適及多元文化知識之感知程度沒有明顯差異。

表 13：有無子女者在各構面之差異分析

構面	子女狀況	人數	平均值	標準差	t 檢定	顯著性(雙尾)
安全	無子女	4.586	.4713	4.586	1.550	.122
	有子女	4.650	.4378	4.650		
便利	無子女	4.248	.6181	4.248	3.582	.000**
	有子女	4.441	.5500	4.441		
隱私	無子女	4.639	.5212	4.639	2.057	.040
	有子女	4.441	.5500	4.441		
舒適	無子女	4.267	.7751	4.267	1.470	.142
	有子女	4.367	.7022	4.367		
多元文化知識	無子女	4.175	.7341	4.175	.499	.618
	有子女	4.208	.7278	4.208		

** $p < .001$, * $p < .01$

(2) 停車位需求狀況在各構面感知程度之差異分析如表 14 所示：

經獨立樣本 t 檢定顯示，有無停車位需求者在「舒適」感知程度上有顯著差異，t 值為 2.713，顯著性=.007。表示需要停車位者(M=4.380)對舒適之感知程度大於不需停車位者(M=4.169)。而停車位需求狀況在「安全」、「便利」、「隱私」及「多元文化知識」之感知程度上皆均未達顯著水準，顯示停車位需求狀況對隱私、舒適及多元文化知識之感知程度沒有明顯差異。

表 14：停車位需求狀況在各構面之差異分析

構面	停車位需求變項	人數	平均值	標準差	t 檢定	顯著性(雙尾)
安全	不需要	146	4.579	.4840	1.221	.223
	需要	330	4.634	.4428		
便利	不需要	146	4.305	.6321	.883	.378
	需要	330	4.358	.5756		
隱私	不需要	146	4.630	.5121	1.578	.115
	需要	330	4.706	.4710		

舒適	不需要	146	4.169	.8167	2.713	.007**
	需要	330	4.380	.6973		
多元文化知識	不需要	146	4.099	.7303	1.839	.066
	需要	330	4.232	.7279		

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

(3) 不同族群在各構面感知程度之差異分析如表 15 所示：

經獨立樣本 t 檢定顯示，不同族群在「安全」感知程度上有顯著差異，t 值為 -18.345，顯著性=.000。其他族群(M=5.00)對安全之感知程度大於台灣族群(M=4.616)。在「隱私」感知程度上有顯著差異，t 值為-14.292，顯著性=.000。其他族群(M=5.00)對隱私之感知程度大於台灣族群(M=4.681)。在「多元文化知識」感知程度上也有顯著差異，t 值為 2.887，顯著性=.004。表示台灣族群(M=4.197)對多元文化知識之感知程度大於其他族群(M=2.714)。而不同族群在「便利」及「舒適」之感知程度上均未達顯著水準，顯示不同族群在便利及舒適之感知程度沒有明顯差異。

表 15：不同族群在各構面之差異分析

構面	族群變項	人數	平均值	標準差	t 檢定	顯著性(雙尾)
安全	其他	2	5.000	.0000	-18.345	.000**
	台灣	474	4.616	.4563		
便利	其他	2	4.800	.2828	-1.095	.274
	台灣	474	4.340	.5937		
隱私	其他	2	5.000	.0000	-14.292	.000**
	台灣	474	4.681	.4853		
舒適	其他	2	3.500	.2357	1.560	.119
	台灣	474	4.319	.7411		
多元文化知識	其他	2	2.714	1.0102	2.887	.004**
	台灣	474	4.197	.7242		

** $p < .001$, * $p < .01$

5、性別敏感感知與多元文化知識之相關分析(表 16)

運用皮爾森積差相關分析方法，探討性別敏感感知之「安全」、「便利」、「隱私」及「舒適」四構面與「多元文化知識」相關性，其結果顯示，各構面間的相關性均達顯著水準。安全與多元文化知識屬低度正相關($r=0.225$, $p < 0.01$)；便利與多元文化知識屬低度正相關($r=0.240$, $p < 0.01$)；隱私與多元文化知識屬低度正相關($r=.195$, $p < 0.01$)；舒適與多元文化知識屬高度正相關($r=0.747$, $p < 0.01$)，即多元文化知識會隨性別敏感感知提高而增加。

表 16：多元文化知識與性別敏感感知之相關係數摘要表

主要構面：性別敏感感知				
變項/相關係數(r)	安全	便利	隱私	舒適
多元文化知識	.225**	.240**	.195**	.747**

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

$|r| < 0.3$ 低相關， $0.3 > |r| < 0.7$ 中等相關， $|r| > 0.7$ 高度相關

6、個人特質和性別敏感感知與多元文化知識之迴歸分析

受測者之多元文化知識對個人特質變項與性別敏感感知(安全、便利、隱私、舒適)程度之調節效果，依序說明如下：

(1)個人特質與安全感知程度的迴歸分析結果如下說明(表 17)：

- A. 模型 1 受測者之個人特質與安全感知程度的迴歸分析結果 R^2 為 .076，不同個人特質可解釋安全與便利之 R^2 改變量為 5.6% 的變異量，整體的迴歸效果達顯著水準 ($F=3.823$, $p < .001$)。其中身份別之 Beta 值為 -.208，達 $P < .001$ 的顯著水準；性別之 Beta 值為 .129，達 $P < .01$ 的顯著水準。由分析結果可知，身分別及性別對安全感知程度呈現顯著影響。
- B. 模型 2 將多元文化知識作為自變項置入迴歸式中驗證與安全感知程度之關聯性，分析結果 R^2 為 .144，多元文化知識可解釋安全之 R^2 改變量為 12.4% 的變異量，整體的迴歸效果達顯著水準 ($F=37.006$, $p < .001$)。多元文化知識 Beta 值為 .271，達 $P < .001$ 的顯著水準。由分析結果可知，多元文化知識對安全感知程度呈現顯著影響。
- C. 模型 3 將受測者個人特質變項、多元文化知識及交乘項分別置入迴歸式中，分析結果 R^2 為 .185， R^2 改變量為 14.7% 的變異量 ($p < .05$)，整體的迴歸效果達顯著水準 ($F=2.256$, $p < .05$)，其中身份別與多元文化知識交乘之 Beta 值為 .171，達 $P < .01$ 的顯著水準。意即多元文化知識對身份別與安全感知程度具有調節效果。

表 17：受測者之多元文化知識對個人特質與安全感知程度之調節分析

變項名稱	依變數：安全感知程度		
	模型 1	模型 2	模型 3
	β	β	β
Step1			
身分別	-.208***	-.246***	-.235***
年齡	.044	.023	.031
性別	.129**	.136**	.107*
婚姻	-.006	.028	-.001
子女	.065	.055	.067
車位需求	.028	.001	.008
看診空間	.070	.067	.041
族群	-.032	-.068	-.029
教育程度	.063	.095*	.069
宗教	.046	.037	.024
Step2			
多元文化知識		.271***	.314***
Step3			
身分別 x 多元文化知識			.171**
年齡 x 多元文化知識			.027
性別 x 多元文化知識			-.010
婚姻 x 多元文化知識			.050
子女 x 多元文化知識			-.108
車位 x 多元文化知識			.021
空間 x 多元文化知識			-.040
族群 x 多元文化知識			.024
教育 x 多元文化知識			.039
宗教 x 多元文化知識			-.055
F	3.823***	37.006***	2.256*
R ²	.076	.144	.185
Adj. R ²	.056	.124	.147

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

(2)個人特質與便利感知程度的迴歸分析結果如下說明(表 18)：

- A. 模型 1 受測者之個人特質與便利感知程度的迴歸分析結果 R² 為.071，不同個人特質可解釋便利之 R² 改變量為 5.1%的變異量，整體的迴歸效果達顯著水準 (F=3.551, $p < .001$)，其中不同個人特質之身份別 Beta 值為-.146，達 $P < .01$ 的顯著水準。由分析結果可知，不同個人特質之看身份別對便利感知程度呈現顯著影響。

- B. 模型 2 將多元文化知識作為自變項置入迴歸式中驗證與便利感知程度之關聯性，分析結果 R^2 為 .141，多元文化知識可解釋便利之 R^2 改變量為 12.1% 的變異量，整體的迴歸效果達顯著水準 ($F=37.743$, $p<.001$)。多元文化知識 Beta 值為 .274，達 $P<.001$ 的顯著水準。由分析結果可知，多元文化知識對便利感知程度呈現顯著影響。
- C. 模型 3 將受測者個人個人特質、多元文化知識及交乘項分別置入迴歸式中，分析結果 R^2 為 .196， R^2 改變量為 15.8% 的變異量 ($p<.01$)，整體的迴歸效果達顯著水準 ($F=3.074$, $p<.01$)，身分別與多元文化知識交乘之 Beta 值為 .254，達 $P<.001$ 的顯著水準。意即多元文化知識對身分別與便利感知程度具有調節效果。

表 18：受測者之多元文化知識對個人特質與便利感知程度之調節分析

變項名稱	依變數：便利感知程度		
	模型 1 β	模型 2 β	模型 3 β
Step1			
身分別	-.146**	-.185***	-.174***
年齡	.025	.003	.011
性別	.032	.040	-.003
婚姻	.061	.095	.068
子女	.118	.108	.117
車位需求	.011	-.016	-.005
看診空間	.098*	.095*	.065
族群	-.052	-.089*	-.116
教育程度	-.044	-.012	-.044
宗教	.027	.018	.000
Step2			
多元文化知識		.274***	.328***
Step3			
身分別 x 多元文化知識			.254***
年齡 x 多元文化知識			.009
性別 x 多元文化知識			-.043
婚姻 x 多元文化知識			.013
子女 x 多元文化知識			-.016
車位 x 多元文化知識			.007
空間 x 多元文化知識			.029
族群 x 多元文化知識			-.070
教育 x 多元文化知識			.037
宗教 x 多元文化知識			-.030
F	3.551***	37.743***	3.075**
R^2	.071	.141	.196

變項名稱	依變數：便利感知程度		
	模型 1	模型 2	模型 3
	β	β	β
Adj. R ²	.051	.121	.158

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

(3)個人特質與隱私感知程度的迴歸分析結果如下說明(表 19)：

- A. 模型 1 受測者之個人特質與隱私感知程度的迴歸分析結果 R² 為.064，不同個人特質可解釋隱私之 R² 改變量為 6.4%的變異量，整體的迴歸效果達顯著水準 (F=3.186， $p < .05$)，其中身份別 Beta 值為-.159，達 $P < .01$ 的顯著水準；性別 Beta 值為.102，達 $P < .05$ 的顯著水準；看診空間 Beta 值為.103，達 $P < .05$ 的顯著水準。由分析結果可知，不同個人特質之身份別、性別及看診空間對隱私感知程度呈現顯著影響。
- B. 模型 2 將多元文化知識作為自變數置入迴歸式中驗證與隱私感知程度之關聯性，分析結果 R² 為.111，多元文化知識可解釋隱私之 R² 改變量為 4.7%的變異量，整體的迴歸效果達顯著水準 (F=5.250， $p < .001$)。多元文化知識 Beta 值為.224，達 $P < .001$ 的顯著水準。由分析結果可知，多元文化知識對隱私感知程度呈現顯著影響。
- C. 模型 3 將受測者個人個人特質、多元文化知識及交乘項分別置入迴歸式中，分析結果 R² 為.156，R² 改變量為 4.5%的變異量，整體的迴歸效果達顯著水準 (F=3.980， $p < .001$)。身分別與多元文化知識交乘之 Beta 值為.197，達 $P < .001$ 的顯著水準。意即多元文化知識對身分別與隱私感知程度具有調節效果。

表 19：受測者之多元文化知識對個人特質與隱私感知程度之調節分析

變項名稱	依變數：隱私感知程度		
	模型 1	模型 2	模型 3
	β	β	β
Step1			
身分別	-.159**	-.190***	-.193***
年齡	.063	.045	.050
性別	.102*	.108*	.075
婚姻	-.021	.007	-.025
子女	.083	.075	.084
車位需求	.049	.027	.030
看診空間	.103*	.101*	.079
族群	-.025	-.055	-.020
教育程度	.031	.057	.031
宗教	.030	.023	.010
Step2			
多元文化知識		.224***	.258***

變項名稱	依變數：隱私感知程度		
	模型 1	模型 2	模型 3
	β	β	β
Step3			
身分別 x 多元文化知識			.197***
年齡 x 多元文化知識			-.023
性別 x 多元文化知識			-.010
婚姻 x 多元文化知識			.068
子女 x 多元文化知識			-.051
車位 x 多元文化知識			-.074
空間 x 多元文化知識			-.034
族群 x 多元文化知識			-.005
教育 x 多元文化知識			.068
宗教 x 多元文化知識			-.004
F	3.186*	5.250***	3.980***
R ²	.064	.111	.156
R ² 改變量	.064*	.047***	.045**
Adj. R ²	.044	.090	.117

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

(4)個人特質與舒適感知程度的迴歸分析結果如下說明(表 20)：

- A. 模型 1 受測者之個人特質與舒適感知程度的迴歸分析結果 R² 為.084，不同個人特質可解釋舒適之 R² 改變量為 6.4%的變異量，整體的迴歸效果達顯著水準(F=4.268， $p < .001$)，其中身分別 Beta 值為.129，達 $P < .01$ 的顯著水準；年齡 Beta 值為.190，達 $P < .001$ 的顯著水準；婚姻 Beta 值為-.136，達 $P < .05$ 的顯著水準；車位需求 Beta 值為.147，達 $P < .01$ 的顯著水準。由分析結果可知，不同個人特質之身份別、年齡、婚姻及停車需求對舒適感知程度呈現顯著影響。
- B. 模型 2 將多元文化知識作為自變數置入迴歸式中驗證與舒適感知程度之關聯性，分析結果 R² 為.583，多元文化知識可解釋舒適之 R² 改變量為 57.4%的變異量，整體的迴歸效果達顯著水準(F=554.899， $p < .001$)。多元文化知識 Beta 值為.732，達 $P < .001$ 的顯著水準。由分析結果可知，多元文化知識對舒適感知程度呈現顯著影響。
- C. 模型 3 將受測者個人個人特質、多元文化知識及交乘項分別置入迴歸式中，分析結果 R² 為.606，R² 改變量為 58.8%的變異量，整體的迴歸效果達顯著水準(F=2.573， $p < .01$)。其中年齡與多元文化知識交乘之 Beta 值為-.150，達 $P < .001$ 的顯著水準；族群與多元文化知識交乘之 Beta 值為.178，達 $P < .05$ 的顯著水準。多元文化知識對年齡及族群與舒適感知程度具有調節效果。

表 20：受測者之多元文化知識對個人特質與舒適感知程度之調節分析

變項名稱	依變數：舒適感知程度		
	模型 1	模型 2	模型 3
	β	β	β
Step1			
身分別	.129**	.026	.023
年齡	.190***	.133***	.152***
性別	-.008	.012	.006
婚姻	-.136*	-.045	-.052
子女	.035	.009	.010
車位需求	.147**	.074*	.066*
看診空間	-.024	-.031	-.044
族群	.081	-.016	.156*
教育程度	-.075	.010	.010
宗教	.017	-.008	-.004
Step2			
多元文化知識		.732***	.731***
Step3			
身分別 x 多元文化知識			.055
年齡 x 多元文化知識			-.150***
性別 x 多元文化知識			-.019
婚姻 x 多元文化知識			.034
子女 x 多元文化知識			.017
車位 x 多元文化知識			-.026
空間 x 多元文化知識			.014
族群 x 多元文化知識			.178*
教育 x 多元文化知識			-.009
宗教 x 多元文化知識			-.001
F	4.268***	554.899***	2.573**
R ²	.084	.583	.606
Adj. R ²	.064	.574	.588

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

六、討論與建議

(一)討論

空間是由人所製造出來的，其空間的設計、使用與安排，會反映、中介甚至加強社會中性別關係的不平等。空間的設計、安排與使用具有其社會文化意涵，同時也是權力運作的媒介與產物(游美惠，2019)。權力的分類將男性歸屬於公領域，女性則與私領域緊密連結，男性因而擁有支配空間的優先權，女性則處於次要的使用地位，甚至被忽略(游美惠，2016a)。李佳燕(2008)指出，生病、不舒服及不安的就醫者，往往被要求配合、遷就既有的醫療環境與體系中，特別是將私領域中的性別不平等關係帶到醫療專業體系的公領域中所衍生的空間與流程設計，更造成就醫者的不舒適。醫院所建構的醫療公共空間，取決於醫療人員的專業知識、醫療設施與醫療流程，關於女性病患的健康需求則被忽略，致使女性的醫療經驗感受通常是不愉快的、被排擠或邊緣化的(黃志中、王秀紅，2003)。性別主流化促成健康照護的性別平等已是國際趨勢發展趨勢(游美惠，2019)，醫療領域中對於性別主流化的實踐，是希望打破因性別與權力所產生的不平等現象，提供醫療環境的設計、醫療政策與醫療資源分配上，建立多元性別友善的環境(林靜儀 2010)。

我國政府已明白宣示硬體空間設置與軟體服務層面，應營造讓女性的生活環境(王珮玲，2011)，而重要的起點是建構「性別友善空間」。建構「性別友善空間」的意涵，是指透過融入性別敏感觀點與性別平等意識，空間的規劃設計者要先肯認不同性別的差異需求，才能消除因空間設計不良所帶來的性別偏見與歧視問題，進而透過「性別友善」理念，推廣「性別友善空間」的建構(游美惠，2016a)。目前政府推動性別主流化，利用性別分析達到科技研究的創新發展，鼓勵「性別化創新」，從性別的角度去討論空間的配置與設計，則是落實「性別友善空間」的第一步(游美惠，2016b)。

本研究以 Lefebvre 對空間生產概念之三元組為基礎(Lefebvre and Nicholson-Smith, 1991; 王志弘，2009)，引申空間的論述，接合應用於探究醫療等候空間的生產。將多元文化知識感知程度視為醫療等候空間的「空間實踐」的面向；空間「安全、便利、隱私與舒適」的期待感知程度視為「空間再現」的面向；將性別主流化落實性別敏感融入醫療等候空間的內容，視為「再現的空間」的面向。研究將個人特質、常用來探討醫療空間之安全、便利、隱私與舒適四構面(謝臥龍等人，2011)，與多元文化素養知識列為研究變項，目的在於緊扣上述三個研究變項因素與三個空間生產與演繹，探究醫院等候空間生產相關因素的相關性與調節性的影響。

本研究自行發展之問卷內容，第一部分為搜集受測者對於醫院等候空間之安全、便利、隱私、舒適等構面重要性的感知程度，換言之，即是對四個構面，受測者「應然面」的期待。第二部分是關於多元文化素養之知識的感知程度，即是受測者對四個構面「實然面」的情況。由前測問卷的因素分析與信度分析顯示得知，本問卷具有良好的內在結構與建構效度，適合探究性別敏感之醫療照護等候空間相關議題，其信度分析 0.923，可以用來做為研究工具。

透過問卷結果的分析，受測者對於各層面之感知程度屬於中等偏高的程度，各面向

又以隱私 4.70 分最高，多元文化知識 4.19 分最低，此結果說明隱私是醫療照護等候空間的性別敏感，是受測者最為重視的項目。

而從個人特質與性別敏感感知各構面之差異分析結果顯示，不同身分別對之感知權益感知各構面均具有顯著差異。「護理人員」及「醫師」在安全、便利與隱私構面均顯著低於「病人」及「行政人員」，這結果說明，除了舒適感知外，非醫療專業之「病人」及「行政人員」較注重性別敏感感知，表示身為醫療使用者(例如：病人)對於性別敏感融入醫療環境的期待，比醫療服務提供者(例如：醫師或院方)高。只有「護理人員」在舒適與多元文化知識感知構面顯著高於「病人」，推論其原因，可能因為護理人員處於第一線、長時間在醫療環境中工作，對舒適感知較為注重；而又常因為護理人員接受系統性在職教育的遵從性較高，參與教育訓練頻率多，關於多元性別、多元文化知識敏感度也因此較高。

不同年齡層對於便利及舒適構面有顯示差異，且年齡越大，感知程度越高，推論可能因為年齡層愈大，行動能力需求與適應性沒有年輕人好，對與性別敏感有關的便利與舒適要求就愈高。不同性別之安全感知具有顯著差異，且「女性」對於安全感知顯著高於「男性」，顯示普遍現有醫療空間設計欠缺對女性安全上的需求，這與洪麗卿(2015)以空間區位觀點探討性別在醫療空間安全的重視程度、女性一致性高於男性的結果相似。已婚者便利感知顯著高於未婚者，可能與社會建構出之已婚女性一為家務勞動者有關(李芳儀，2017)。

「共同空間」中的醫療使用者對便利性較為期待，由於「共同空間」的等候空間設計是主流，這結果可說明增加便利性設計是大家普遍的期待。高中(含)以下學歷者，多元文化知識感知顯著高於碩士(含)以上者，從「外人內置」(outsider within) 概念來解釋，學歷高者的社會位置，通常較難查覺「尊重差異」對次等社會位置的重要意義(Collins, 1986)。本研究對象，台灣族群佔九成以上，其他族群則絕大多數是指新住民與移工，雖然台灣族群多元文化知識感知大於其他族群，但在性別敏感感知之「安全」與「隱私」則低於其他族群，這說明其他族群之安全與隱私需求被忽略，而台灣族群之多元文化知識也只屬於「應然面」的「知」，如何化為「行」，值得在多元文化能力培育下功夫。

在性別敏感感知與多元文化知識相關性分析部分，性別敏感感知之「安全」、「便利」、「隱私」及「舒適」四構面與「多元文化知識」相關性均達顯著水準，意指隨性別敏感的期待，會因為多元文化知識感知的提昇而增加，換言之，增加多元文化知識感知也可能會增加「安全」、「便利」、「隱私」及「舒適」四構面的敏感度，造成期待增加。

從多元文化知識之調節分析，發現身份別為「醫護人員」之於「安全」、「便利」、「隱私」三構面的影響具有調節效果；年齡與族群之於「舒適」感知的影響具有調節效果。這三項結果說明，醫護人員與年輕族群的多元文化知識培育的重要性。楊幸真(2019)指出，透過培力的性別意識與知能，進而培養出具備性別平等意識的各種人才，方能有效落實性別主流化，也是推動性別主流化的成敗關鍵，據此，加強醫護人員與年輕族群對多元文化知識之識讀，是型塑性別敏感融入醫療環境「空間再現」意識，達成醫療環境具有性別敏感本質之「再現空間」的第一步。

(二)結論與建議

由於近年性別研究之進展，性別關懷除了關注女性的處境、經驗與權益之提升，多元文化知識的認識與尊重也是不能忽視的性別面向。本研究從空間的產生與循環理論切入(Lefebvre and Nicholson-Smith, 1991; Anderson, 2007)，在問卷設計上搜集受測者關於對於醫院等候空間之安全、便利、隱私、舒適及多元文化知識等構面重要性的感知程度，探究醫療等候空間多元文化知識的實然面感知，以及對空間安全、便利、隱私與舒適的期待感知為應然面期待，進而探究將性別主流化落實性別敏感、融入醫療等候空間內容的實踐程度。就如同性別主流化的推動與建構友善醫療環境工作一樣，知識建構、醫院治理與政策制訂，缺一不可(游美惠 2016b)，因此，本研究從探究目前有關性別敏感醫療就醫等候空間的「空間實踐」著手，瞭解需要改善的項目與影響因素，跨域性結合空間設計與性別敏感概念，將性別敏感融入醫療環境與性別友善空間的設計，減少就醫病人在等候空間產生的性別敏感落差，讓不平等的現況不再惡化，並提供公部門在環境與空間規劃相關決策機制的原則，以確保女性與其他相對弱勢群體有發聲的權利與權力，減少性別落差或是其他社會位置的不平等狀況。

此外，由於多元文化知識是可以培養而來(王雅玄，2007)，且對醫療行為感知是具有調節功能(陳偉權，2017)，本研究結果可看到，醫護人員與年輕族群的多元文化知識對於醫療等候空間的性別議題感知具有調節效果，也就是透過多元文化知識的培育，可以有效調節醫療等候空間產生與循環，看到落實性別主流化建構性別敏感融入醫療等候空間的可能取徑。

本研究首創從空間產生理論看性別敏感醫療等候空間設計的產生與循環，並找到成人教育培育多元文化知識可以切入性別主流化落實的手段，更發展具有信度及效度之問卷，適合做為探究性別敏感之醫療照護等候空間議題之研究工具。惟因本研究場域為醫學中心，建築年代與場域規模使研究結果推論性受限，研究結果推論至不同資源與教育醫療場域之情形仍屬有限，需要更多、更廣的收集其它醫療體系資料，與運用質性研究的深度訪談方法才能有進一步的結論。

總之，本研究成果期待能成為性別主流化的相關政策落實性別友善醫療空間設計的參考依據，朝向更具性別敏感之性別友善醫療「空間再現」的方向設計，讓落實平權性別關係的「再現空間」理想可以早日實現，其研究問卷可提供其他研究場域，藉以收集更多且廣泛的資料，進而具體性的建構性別空間指標，將性別主流化落實性別敏感融入醫療等候空間設計，達成實踐再現的可能。

二、參考文獻

- 王志弘(2009)。多重的辯證列斐伏爾空間生產概念三元組演繹與引申。地理學報，55，1-24。
- 王志弘(2018)。空間作為方法：社會與物的空間存有論。地理學報(90)，1-26。
- 王志嘉(2013)。營造醫療場域具性別敏感度的環境。家庭醫學與基層醫療，28(12)，328-331。
- 王珮玲(2011)。〈人身安全與司法篇〉，載於行政院性別平等處編，《性別平等政策綱領》。台北市：行政院性別平等處。
- 王智筠(2011)。醫療院所候診空間型態與使用者認知之研究。中原大學室內設計研究所碩士論文，未發表。
- 王雅玄(2007)。多元文化素養評量工具及其應用：現況與展望，教育研究與發展期刊，3(4)，149-180。
- 行政院性別平等處(2011)。性別平等政策綱領。台北：行政院性別平等處。
- 李佳燕(2008)。性別與醫療環境。醫療品質雜誌，2(5)，72-75。
- 李芳儀(2017)。性別化的家庭勞務分工對臺灣與中國婚姻滿意度的影響。中原大學國際經營與貿易研究所學位論文，未發表。
- 周瑛琪、白佳原、楊常立、陳又菱、林旻敬、沈蘊彤(2015)。應用服務場域模型建構醫療性別友善環境並進行投資效益評估。科技部補助專題研究計畫成果報告(計劃編號：MOST 103-2629-E-029-001-)，未出版。
- 林靜儀(2010)。醫療領域的性別主流化。臺灣醫界，53 (3)，39-41。
- 洪麗卿(2015)。一位國小女性教師開展性別意識之敘事探究。臺北市立大學學報，46(1)，51-72。
- 張菊惠(2005)。台灣婦女親善就醫環境的省思。護理雜誌，52(3)，5-9。
- 張鈞策(2011)。醫院公共空間通用設計準則初探。中原大學室內設計研究所碩士論文，未發表。
- 畢恆達(2001)。彩虹的國度。載於《空間就是權力》。台北市：心靈工坊。
- 陳亭羽(2017)。以性別友善醫療環境觀點探討醫院婦產科空間規劃設計。中原大學建築研究所碩士論文，未發表。
- 陳偉權(2017)。診間醫病關係之探究—以多元文化為觀點。國立高雄師範大學成人教育研究所博士論文，未發表。
- 曾素秋(2011)。多文元化教育課程對師資生多元文化素養影響之研究。教育研究與發展期刊，7(1)，111-150。
- 游美惠(2012)。性別友善的醫療環境與空間。性別與護理，293-312。台北：華杏。
- 游美惠(2016a)。性別友善空間。載於行政院性別平等處編《性別與環境、能源與科技》。

- 游美惠(2016b)。性別主流化與友善醫療環境：知識建構、醫院治理與政策制訂。科技部補助專題研究計畫成果報告(計劃編號：MOST 103-2420-H-017-001-MY2)，未出版。
- 游美惠(2019)。性別主流化與友善醫療環境的建構：國外經驗與本土推動實例的探討。思與言:人文與社會科學期刊，57(1)，231-271。
- 黃志中、王秀紅(2003)。性與醫療環境。護理雜誌，50(5)，16-21。
- 黃敏偉(2010)。落實提供女性友善的醫療環境-性別友善及身心並重視推動全方位健康政策的健康、醫療與照顧座談會。
- 楊幸真(2019)。性別主流化與人才培力：醫學大學職員性別意識培力課程之經驗探析。思與言:人文與社會科學期刊，57(1)，181-230。
- 廖筑君(2000)。醫病之間-以不孕婦女為例之探索研究。台北醫學院醫學研究所碩士論文，未發表。
- 鄭孟淙、張瓊恩、黃薇臻(2013)。從性別友善環境探討醫院等待空間之隱私設計。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告(計劃編號：NSC 101-2629-E-027-001-)，未出版。
- 龍紀萱(2018)。建構性別友善醫療服務。澄清醫護管理雜誌，14(1)，4-6。
- 謝臥龍、駱慧文、駱惠銘、張維真(2011)。建構性別友善醫療環境與情境指標以及策略之研究。行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告(計劃編號：NSC 99-2511-S-017-008-)，未出版。
- Anderson, H. (2007). Chicago's critical mass and the transportation of everyday life. *The Inversion of Space and Spectacle*.
- Audirac I. (2008). Accessing Transit as Universal Design. *Journal of Planning Literature*, 23(1):4-16. DOI:10.1177/0885412208318558
- Collins, P. H. (1986). Learning from the outsider within: The sociological significance of Black feminist thought. *Social problems*, 33(6): s14-s32.
- DeGenova, M. K. (1995). Changing Racist Behaviour through Multicultural Education. *Multicultural Teaching*, 13(2), 21-23.
- Kuhlmann, E., Annandale, E. (2010). *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*. New York: Palgrave Macmillan.
- Lefebvre, H. and D. Nicholson-Smith (1991). *The production of space*, Oxford Blackwell.
- Rendell, J., et al. (2000). *Gender space architecture: an interdisciplinary introduction*, Psychology Press.
- Verdonk, P., Mans, L. J. L., & Lagro-Janssen, T. (2006). How is gender integrated in the curricula of Dutch medical schools? A quick-scan on gender issues as an instrument for change. *Gender and Education*, 18(4), 399-412
- Weisman, L. K., et al. (1997). "設計的歧視:[男造] 環境的女性主義批判." 台北市: 巨流。

World Health Organization (2010). Gender, women and health: What do we mean by sex and gender? Available from: <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/index.html>, Accessed June 15, 2010.

「性別敏感融入醫療環境-醫療照護等候空間設計之跨域性研究」問卷

您好：

感謝您撥冗寶貴時間填寫科技部計畫「性別敏感融入醫療環境-醫療照護等候空間設計之跨域性研究」問卷，問卷內容分為三部分，第一部分為您對於醫院等候空間之想法，第二部分為您對於醫院等候空間之感受，第三部分為受測者個人基本資料。請您自在地表達自己的感受與想法，本次研究結果為學術研究使用，您的回答內容僅做為研究分析之用，不會做為其他用途，敬請安心填答，謝謝！

一、請您以您在醫院的經驗，勾選出最符合您覺得重要的程度。

構面	面向	題號	題 項	非	不	普	重	非	補充
				常	重	通	要	常	
				不	要			重	
				重	要			要	
性別敏感	便利	4	檢查區/等候區內設有嬰兒車置放區域。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7	報到區域設有獨立桌椅以利攜帶小孩或嬰兒載具之家長填寫表單。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		9	設置親子專用停車位。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		10	親子專用停車位的數量充足。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		11	親子專用停車位距離醫院入口電梯較近。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
安全		1	更衣室設有防偷拍偵測器。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		2	設置完善的緊急呼叫系統(包括更衣室、廁所、停車場等)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		3	更衣室可安全上鎖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		8	設置適合嬰兒車行動的走道斜坡、昇降設備。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

一、請您對醫療等候區域的觀察和感受，勾選最符合您的感受程度。

構面	面向	序號	題 項	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意	補充
性別敏感	隱私	5	哺集乳室具有不易被他人窺探的隱密性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		6	哺集乳室設施完善，有靠背座椅與置物桌子方便哺乳與集乳器的置放。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	舒適	12	醫院提供檢查的服裝遮蔽性佳。(例如：接受放射科檢查的服裝)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		13	等候空間的座椅設計具有支撐性，方便抱幼兒。例如：扶手、靠背。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		14	等候區的座椅擺設位置與方式合適，不會過於擁擠，可以方便進出。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
多元文化	知識	15	等候空間的設計會考慮病人的差異使醫病溝通變得更好。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		16	廁所的設計考慮到多元性別的需求。(例如：跨性別等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		17	廁所的設計考慮到不同族群的需求。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		18	醫院等候空間有設置能反應您意見的管道(例如：意見箱，行動載具)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		19	醫療人員和醫院志工會熱心解決不同文化背景(包含病人、陪伴者、照顧者)的詢問與協助問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		20	醫院設計者因不同性別的需求給予重視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		21	醫院設計者因不同族群的需求給予重視。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

三、受測者個人基本資料

請於下列各題符合您個人基本資料的方格內勾選「✓」(單選) 及填寫

個案編號：_____

1. 問卷日期：____年____月____日
2. 性別：女性 男性 其它_____
3. 年齡：_____歲
4. 來院的交通工具（可複選）：自用小客車 機車 公車 計程車 醫院接駁車
捷運 步行 其他_____
5. 承上題：若是您自行駕駛小客車或機車來院，需要在本院停車場停車嗎？是 否
6. 就診科別：內科 外科 健檢 婦科 產科 小兒科 泌尿科尿路動力學檢查
放射科 胃腸內視鏡 眼耳鼻喉科 復健科 其他：_____
7. 族群：台灣 越南 印尼 菲律賓 其他_____
8. 教育程度：國小 國中 高中 大學 碩士 博士 識字(無學歷)
9. 職業：製造業、營造業 軍人 公務人員 教職人員 農、林、漁、牧人員
醫療、醫療照護 運輸及倉儲業 資訊及通訊傳播業
不動產業 批發及零售業 住宿及餐飲業 金融保險業
藝術人文 NGO 組織 觀光業 學生 其它：_____
10. 宗教：佛教 道教 基督教 天主教 一般民間信仰 伊斯蘭教
其它：_____

109年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：陳偉權		計畫編號：109-2629-H-037-002-		
計畫名稱：性別敏感融入醫療環境-醫療照護等候空間設計之跨域性研究(L04)				
成果項目		量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)
國內	學術性論文	期刊論文	0	篇
		研討會論文	0	
		專書	0	本
		專書論文	0	章
		技術報告	0	篇
		其他	0	篇
國外	學術性論文	期刊論文	0	篇
		研討會論文	0	
		專書	0	本
		專書論文	0	章
		技術報告	0	篇
		其他	0	篇
參與計畫人力	本國籍	大專生	0	人次
		碩士生	0	
		博士生	0	
		博士級研究人員	0	
		專任人員	0	
	非本國籍	大專生	0	
		碩士生	0	
		博士生	0	
		博士級研究人員	0	
		專任人員	0	
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)		<p>本研究首創從空間產生理論看性別敏感醫療等候空間設計的產生與循環，並找到成人教育培育多元文化知識可以切入性別主流化落實的手段，發展具有信度及效度之問卷，適合做為探究性別敏感之醫療照護等候空間議題之研究工具。此外，從研究結果也發現，醫護人員與年輕族群的多元文化知識對於醫療等候空間的性別敏感感知具有調節效果，也就是透過多元文化知識的培育，可以有效調節醫療等候空間關於性別友善的產生與良性的循環，看到落實性別主流化建構性別敏感融入醫療等候空間的可能取徑，同時透過培力的性別意識與知能，進而培養出具備性別平等意識的各種人才，方能有效落實性別主流化，也是推動性別主流化的成敗關鍵，據此，加強醫護人員與年輕族群對多元文化知識之識讀，是型塑性別敏感融入醫療環境</p>		

	「空間再現」意識，達成性別友善醫療環境之「再現空間」的關鍵。
--	--------------------------------