

# 原住民族委員會

## 人體研究計畫中央諮詢會第 69 次會議紀錄

壹、時間：112 年 05 月 25 日（星期四）上午 10 時 00 分

貳、主持人：汪啟聖 聘用委員/代理主持

參、地點：本會 15 樓中型會議室

紀錄：黃郁文

肆、申請單位：花蓮慈濟醫院醫務部

伍、研究計畫名稱：原住民數位健康識能與遠距醫療的相關因素探討

陸、研究主持人（申請人）：李雨霜 醫師

柒、受理編號：CRB-112-010（研究申請-新案）

捌、出／列席人員：詳如簽到表

本會中央諮詢會應出席委員人數計 15 人（含召集人），法定出席人數 8 人，實際出席人數 13 人，全程出席人數 13 人，表決人數 13 人。

玖、會議內容：

一、原召集人因故出缺，由出席委員互推一人主持；本次全體出席委員全數通過主持人由汪啟聖聘用委員代理主持。

二、主持人確認出席人數達法定標準。

三、專管中心報告：（略）

四、研究主持人報告：（略）

五、綜合討論及詢答：

**（一）專家學者建議：**

**1. 黃委員蔚綱：**

(1) 有關本案會議手冊第 19 頁，計畫執行期程為 111 年 9 月 1 日~112 年 12 月 31 日，召開會議時間為 112 年 5 月，執行計畫期間僅限 7 個月，請計畫主持人確認執行年度及期間是否正確，若屬誤植請修正正確執行年度及期間，亦或是有其他考量及規劃，請主持人說明。

(2) 本案研究重點透過問卷以瞭解原住民族對數位健康識能與遠距醫療的相關因素程度為何。但從問卷整體來看，共有 61 題，其中 18 個問項與主題相關，其他 40 個問項屬基本資料；有關問卷取得之疑問，請計畫主持人說明：

a. 問卷來源為何？設計者為何？若為國內學者設計，其信效度如何？若從國外翻譯而來，如何轉譯而來？

b. 問卷都有版權與所有權，研究者的取得使用，是否經設計者或設計群體的同意？

c. 本問卷若為研究者自行設計，其設計理念為何？

- (3) 本問卷基本上偏向 Overall (整體) 民眾而非原住民族之相關特質，建議若以原住民族為研究對象，可加入研究族群現況與特質之問題，以達到計畫之研究目的。
- (4) 問卷若在不同地點施行，其樣本數需足夠，才足以代表該地區意見；李醫師抽樣數以問卷題 48 乘以 3 倍計數，計有 160 位樣本數，其屬合理範圍，但採樣僅能是單一變相統計分析，若要做到多變相統計分析，就需要大於 3 倍以上的樣本數，得到結果會較為客觀，且具代表性，其影響度也會較高。
- (5) 160 位樣本數可否達到原計畫分析的目的，建議研究團隊再說明一下；假設因樣本數不足，導致研究成果解釋出現問題，那時若需要再增加樣本數，亦需將 IRB 計畫內容提送修正，否則計畫執行無法增加樣本數，這部份的疑慮，建議研究團隊可做修正或再做說明。
- (6) 延續林教授的建議把”花蓮縣地區”加入研究題目後面；因研究計畫題目與內容尚有差距；正常情況下，會把族群列入問項內，並將此部份做特殊補充說明，考量 IRB 已通過，更改題目不容易，建議問項後面加”——以花蓮縣 55 歲長者為例“，也較不易造成誤解，且 IRB 更改程序也會較容易。
- (7) 根據陳委員提及族群分布的人數差異很大的情況，抽取 160 位樣本數可能無法完整代表整個族群。例如，若要瞭解某一族群的情況，則填寫問卷的人僅有 2 位，恐無法充分呈現該族群真實的情況。因為樣本數有限，抽樣可能只能涵蓋少數族群，有些族群可能只抽到 2、3 位，在此情況下，是否應該繼續進行相關研究，需請研究團隊再仔細考慮。此外，問卷題項提到可複選，由於樣本數的限制，恐會對後續的分析帶來困擾。
- (8) 對於題目的設計，或許研究題目一個概念，對象是一個概念，將原住民族數位健康識能與遠距醫療的相關因素探討-以花蓮縣 55 歲以上長者為例，這樣的方式符合研究題目設計的慣例，因此這部份建議研究團隊再進一步討論。
- (9) 建議本研究問卷，可以再做一次預測 (pretest)，尋找 20-30 位花蓮地區的原住民族人協助填寫，透過測試確認問卷是否存在其他問題，並做修改，以符合研究計畫目標；此外，也能確保問卷的性效度能夠適用於原住民族族群。
- (10) 有關計畫執行期程為 111 年 9 月 1 日~112 年 12 月 31 日有需要修正，即在計畫授權之前就開始執行可能會造成原住民族委員會的困擾，建議將執行時程明確指定在 CRB 通過後一段時間開始執行，而非特定的日期。或許可以避免授權上的混淆和衝突。建議依據計畫的預定通過時間來訂

定執行日期會較合適。

## 2. 林委員源峰：

- (1) 本研究計畫主要是以花蓮縣地區的文健站和原住民族長者為研究對象，因此建議研究題目後面加入"以花蓮縣地區為例"，這樣比較符合實際研究情況，畢竟在不同地區，不同人文，就會有不同的研究結果。
- (2) 研究計畫問卷主要受訪對象為原住民族長者，未能從研究計畫看出有原住民身分人員協助翻譯，若無原住民族或在地相關人士協助翻譯，長者若對問題不瞭解又無人協助翻譯，最後研究成果會有誤差。

## (二) 諮詢委員意見：

### 1. 蘇史亞伯·布里旦 委員：

- (1) 我對問卷也是很有興趣，因問卷若未加入文化觀點或哲學觀點時，長者在回答問卷，恐會有不理解題意及內容情形，且我們未看到問卷，也無法評估研究計畫的文化風險及文化敏感度。
- (2) 手冊第 29 頁第七項受試者納入條件之第 2 點，「可以用母語或國語溝通」，依現行「國家語言發展法」規範，所有母語已是國語了，我們的母語為國語的一部份。
- (3) 有關數位健康識能量表的設計，已經假設長者都會使用數位工具，然而，根據我對家人的觀察，在 60 歲以上長者，可能並不常使用 LINE 或其他更高階的數位工具，問卷的設計可能較不適用於部落原住民族長者。因此，建議需要重新調整一開始的假設。

### 2. 吳雅雯 委員：

- (1) 因資料未把問卷呈現出來，要給研究團隊一些建議與修改，實為困難；往後有這樣的問卷研究，請併同將問卷放置會議手冊內。
- (2) 這份問卷看起來有幾個問項需要注意，首先，這份問卷的難度非常高，可能只有高中以上學歷的長者才能理解其中的問題。例如，第一個問題和第四個問題涉及同住的家庭成員，但家庭成員可能很多，包括配偶、孫子和其他親戚，這可能讓長者感到困惑。  
其次，第十個問題關於網路使用頻率，問題設計可能有些深奧，不容易被長者理解，他們可能對於網路是什麼，是指瀏覽網頁、使用 LINE、還是觀看電視等有所困惑。  
最後，問卷中還有許多問題可能對長者來說很難回答。例如，程度評價是一到七，對於長者來說可能無法理解如何選擇，他們可能更習慣於零和一百這樣的選擇方式。

建議研究團隊至花蓮文健站尋找 1、2 位或 3、5 位的長者進行測試，看看

他們是否能夠理解問卷並填寫，我相信這對長者來說會很困難。此外，問卷的文化安全性很重要，特別是與部落長者的合作，必需確定長者是否真正理解問卷內容。

### 3. 羅恩加 委員：

- (1) 研究計畫的主要研究地點為花蓮地區，建議問卷題目中是不是加入”以花蓮地區老人為主”的文字較為合適，否則會以為研究地點為全國區域。
- (2) 與大家一樣是問卷的問題，問卷內容是什麼很重要。因為涉及文化敏感度的問題，且花蓮文健站內可能有不同的族群，透過問卷內容，就可先幫長者理解一些，評估是否有文化風險及安全問題，建議未來有做原住民族研究的團隊，可先找一些原住民族學者協助或邀請原住民族擔任研究團隊成員，相信在問卷設計上，較清楚文化安全與敏感度的問題。
- (3) 問卷確實有存文化敏感度的疑慮，例如家庭成員的問題，有些長者可能因為獨居不方便回答。另外，還有些問題涉及敏感且隱私問題，如個人收入和疾病情況，建議重新調整問題的方式，對於敏感問題，長者可能不願回答。

### 4. 阿里曼·伊斯達西拔爾 委員：

- (1) 剛提到問卷設計很重要，問卷從哪裡來？參考哪個國家？或自己設計？因此，這對我們若是有幫助的，因為設計的起點正確，研究結果也會是正確的；否則，我們可能會面臨較大的風險。

另文獻的引用可能要解說一下，例如引用動機為何？

- (2) 關於問卷第二頁的月收入問題建議改進，通常，問受訪者的薪水數額，對於 55 歲以上的公務員來說可能容易回答，建議改變問法，例如詢問每年報稅時繳納的稅金金額，這樣更具體且準確，如果有人回答沒有繳稅，表示他們的收入可能在幾十萬元以下，我們可以對此有一個大致的了解。

另外，在問卷第三頁的第 13 題問題設計上，問卷受訪者的疾病控制情況，可能會引起困擾。特別是對於原住民族來說，可能無法理解這樣的問題，他們的回答可能只會說很痛苦、不舒服，或者需要找醫生；因此，建議避免使用難以翻譯或理解的術語，尤其是在原住民族長者的翻譯，有些術語可能無法精準傳達；若疾病控制良好、控制不好等詞語在翻譯上很困難，建議應更詳細地評估，讓受訪者能夠清楚表達自己的狀況。題項設計不夠細緻，可能無法得到精準的回答。

### 5. 林娜鈴 委員

對於這個研究案，我非常喜歡且相信其價值。剛在簡報中提到主觀偏見

和知覺行為控制這兩個重點，對我們來說，這些概念可能有些困難，但研究團隊用自身的例子來解釋，使得我們更容易理解。

同時，簡報中提到網路醫療預約的例子，這使我們能夠更直接地感受到這一概念，並且清楚地理解了它。我相信對於原住民族受訪者來說，若照這樣的方式進行問卷設計，能較容易理解問卷內容的意思。雖然我們還沒有看到問卷，但對於問卷設計是否需要注意哪些方面仍然不確定，例如，問卷上僅可能不要詢問到與長者們生活環境不相關的問題。

## 6. 陳峻鵬委員

有兩個重點，首先是關於阿里曼委員對於不理解文獻的問題，他提醒我們要避免引用傷害的概念，他無法理解文獻內容，因此無法提供關於引用的建議，因此，想要強調的是避免引用傷害的重要性。

第二個重點是在第 17 頁提到的執行過程中，邀請原住民族學者，例如高靜懿老師和怡懋老師，來指導我們，可確保不精通國語的原住民族長者能完全理解研究內容及目的；另外，想請問一下李醫師，在花蓮地區有多少原住民族群?請再說明。

### (三)研究團隊回覆：

- 1.首先回答黃委員提及的時程問題，我們的研究從 111 年 9 月開始進行文獻爬梳及彙整，設計問卷大概在當(111)年十月中完成，IRB 於十月底取得許可，從那之後到今(112)年三月，一直在進行 CRB 申請作業，因取得原住民族倫理研究課程證明有些狀況，所以造成時程有些延誤。
- 2.關於問卷的問題，我們使用了中文修訂版的數位健康識能量表，量表來自於葉淑桓教授在中央大學進行的研究，其信度效度是可接受的，我們已經獲得葉淑桓教授以及原始英文問卷的作者的版權同意。
- 3.對於問卷設計中是否考慮到原住民族的特質，在研究架構中有兩個主要方向，透過與文健站的工作人員進行訪談和修訂，例如：我們發現文健站的原住民族長者中有一半以上使用 LINE 與他人溝通，因此，在詢問通訊軟體相關問題時，我們使用 LINE 作為一種通訊軟體的例子，而不是其他通訊軟體；另外，在文健站中的原住民族長者中，有超過三成長者的子女在外地工作，所以當長者需要就醫時，此時則需要文健站的工作人員協助就醫，為了方便文健站的工作人員評估長者的健康狀況，也考量問卷設計有關健康存摺的問題，以上是研究架構中考慮到的一些問題。
- 4.對於問卷設計中是否考慮到原住民族的特質，我們在架構中有兩個主要方向，透過與文健站的工作人員進行訪談和修訂，例如：我們發現文健站的原住民族長者中有一半以上使用 LINE 與他人溝通，因此，在詢問通訊軟體相關問題時，我們使用 LINE 作為一種通訊軟體的例子，而不是其他通訊軟體；另外，在文健站中的原住民族長者中，有超過三成長者的子女

在外地工作，所以當他們需要就醫時，他們需要文健站的工作人員協助就醫，為了方便文健站的工作人員評估這些長者的健康狀況，我們在問卷中也設計了有關健康存摺的問題。

- 5.在研究計畫中，提到計畫的行為理論，其中主觀規範與文化和社會結構密切相關的概念，在訪問過程中，亦能夠感受到人際面對面的互動在原住民族文化中非常重視，因此，在研究計畫內有相對應的修正。
- 6.關於樣本數的問題，扣除基本資料問項，共計有 48 個問題。將 48 乘以 3，總計有 144 個樣本數。然而，我們擔心在進行面訪時，部分原住民族長者可能無法完全回答所有題目，可能會中途暫停，考量上述因素，我們打算從 144 個樣本數中取出 10%，即 14 人用來預估可能遇到的障礙，因此，總共有 158 個樣本數，即 144 加上 14 等於 158，就是我們的樣本數估算。
- 7.為了限縮研究區域範圍，我們將把題目依黃委員建議修改。
- 8.我們希望題目內容能夠讓原住民族長者能夠清楚理解，避免產生誤解。在訪問過程中，我們會優先選擇與我們溝通較不需依賴母語的原住民族長者進行訪問並填寫問卷。同時，如果有家屬可從旁協助理解，亦列為優先受訪對象。此外，我們團隊預計邀請兩位原住民族專家一同協助進行訪問。
- 9.在花蓮縣原住民族，阿美族是最大宗的族群，其次是撒奇萊雅族。

**陳峻鵬 委員補充：**

根據原住民族委員會的人口統計資料，截至 2023 年 3 月，花蓮縣共有六個主要的原住民族群，阿美族是最大宗的族群，人口為 52,807 人，其次是撒奇萊雅族，為 697 人，接著是太魯閣族，為 23,364 人、布農族為 8,406 人、葛瑪蘭族為 677 人和賽德克族為 962 人。此外，還有其他少數族群如泰雅族等，但人口較少且可能有人口流動的情況。這些數據供給研究團隊參考，以協助深入了解花蓮地區的原住民族群分布情況。

- 10.有關研究問卷的信效度，我們透過五位專家學者進行問卷的專家效度評估，並計畫邀請兩位原住民族成員參與及進一步審查。在此過程中，經過充分討論後，將問卷內容進行修改。
- 11.有委員提到可能會遇到不願意回答或透露的問題，例如獨居狀況、月收入和疾病等，為了解決這個問題，我們考慮採用一對一的方式進行詢問，以確保周圍沒有其他人，或許這樣受訪者則會願意回答問卷題項，以保護他們的隱私。
- 12.還有我們假設所有長者都使用數位工具，在收集個人資料時，為了讓長者理解，我們會用多種解釋「使用網路的頻率」方式。透過詢問網路使用頻率，我們可以得到一些資訊，如他們是否常使用網路，如果他們不

常使用，我們可能會發現某些問題的回答偏向「從未使用」或「困難」。儘管如此，我們仍需要這樣的資料供作參考。因此，我們不排除少數使用數位工具的長者納入樣本數範圍，希望包含各種使用能力的長者，無論他們擅長與否。

13. 有關問卷月收入的詢問，改成報稅繳多少錢，我覺得是一個很棒的方式，我們會再討論如何進一步修改，其使題項更貼近長者的回答。
14. 在訪談現場時，我們可以透過舉例說明來解釋控制良好的含義。例如，控制良好可以表示在醫院定期追蹤並按時回診，而醫生不再提出進一步改進的建議。這種說明方式可以更清楚地表達控制良好的概念。

#### **(四)主持人總結：**

出席委員（含專家學者）一致認為研究團隊所執行研究計畫對於原住民族長者健康非常有幫助，在會議中，有關研究計畫涉及文化敏感度方面存在一些挑戰，委員們也提供一些建議提供研究團隊在進行研究時的參考。

#### **(五)專管中心報告：**

1. 針對研究計畫基本資料的檢核表，建議進行一些細部的修正。首先是計畫執行的期程，族群委員已了解研究團隊從文獻開始進行研究方法的佈局，並經由今日會議討論後，請研究團隊調整開調查時間應從今日會議之後，並請在研究計畫內註明這一點。
2. 另外，非常感謝研究團隊在研究過程中提供了回饋機制，特別是勾選了與研究結果相關的商業利益回饋機制。雖然要執行一段時間後才能確定是否有商業利益產生。若在後續執行過程中有產生商業利益機制，請客觀紀錄並進行回饋。
3. 此外，本研究計畫與原民會文健站的質性和未來健康控管有關，希望未來在撰寫研究成果中有關原住民族長者使用數位工具情況或內容，並進一步探究如何透過數位工具以提升長者健康適能方式，也請研究團隊予我們分享。
4. 感謝各聘用委員及專家學者對於研究問卷提供寶貴建議及意見及可能遇到的情況，這些註記非常重要，有助於研究團隊檢核研究工具，亦請在回收問卷後依照委員意見修正，並在細部項目中關注受訪問和資料蒐集過程中避免文化干擾。

### **五、表決**

(一) 委員人數：15 位（含召集人），出席人數：13 位。

(二) 表決結果：出席委員人數 13 人，表決人數 13 人，離席 0 人，同意 12 票，不同意 0 票，迴避 0 票，領票未投 0 票，廢票 1 票。

(三) 議決：

1. 本案議決結果為同意。
  2. 請研究團隊在收到議決通知後，於 14 日內依各位委員建議將「議決修正對照表」及「修正後計畫書」上傳專屬網站以利備查。
- 壹拾、散會。