

第二章 文獻探討

第一節 肥胖的相關探討

一、肥胖的定義

肥胖(obesity)是指身體內的脂肪組織，佔體重的比例過高，即是體內堆積過多脂肪的現象(李燕鳴，民 83)。理想體內脂肪含量在成年男性是少於體重的 15- 18%，在成年女性是少於體重的 20-25%。若男性體內脂肪含量超過身體重的 25%，女性若超過體重的 30%，即屬於醫學上定義的肥胖症(呂碧鴻，民 83)。但一般以性別及年齡的相對體重作為比較，若超出該性別及年齡層平均體重的 10%，則界定為「過重」(over-weight)，超出 20%，則界定為「肥胖」(obesity)(Bray，1985)。

嚴格而言肥胖與超重不同，超過標準體重者，不一定是體脂肪過多者，如體重過重的人，可能是因肌肉發達和骨質密度高而非脂肪組織過多，雖體重較重但卻不是肥胖(如運動員)，因此若只以體重多寡來判斷是否肥胖並不一定正確，故在判定是否肥胖時，應注意個別差異，依實際需要選擇判定標準(鍾美雲，民 83)。

二、肥胖的原因：

造成肥胖的原因並不十分清楚，可能與種族、遺傳、生活習慣或環境等因素有關，但可以確定的是因體內能量代謝不平衡所引起，即熱量攝取量大於需求量，多餘的熱量就以脂肪的型態儲存於體內而造成肥胖。現就可能原因分述如下：

(一)遺傳：

洪建德(82)在長期追蹤研究下，發現雙親體型正常，子女肥胖的機會可達 10%；雙親之中有一肥胖者，子女肥胖的機會可達 40%；雙親均為肥胖者，子女肥胖的機會可達 80%。劉秋松(民 87)研究台中學齡兒童肥胖情況，發現當父母親均為肥胖者其小孩為肥胖的勝算比為 9.32 倍，Chen (1997) 研究發現，若兒童肥胖其父肥胖的機率是非肥胖兒童的五倍，國外亦有些學者研究雙胞胎分開飼養後體重變化的情形，這些研究應可以佐證「遺傳」是造成肥胖的重要因素，但全家人有相同的飲食及生活習慣，對其肥胖的情形應有加成作用，故共同家庭環境因素應是不可忽視的因素。

(二)飲食行為因素：

(1) 經濟改善後，食物獲得容易且方便。

(2) 不良的飲食習慣，如吃零食、宵夜、偏好高熱量的西式飲食(洪建德，民 82)

(三)運動量不足：

由於活動量不足，導致體能消耗減少；科技的發達，省力工具讓人們於日常生活減少熱量的消耗。

(四)心理因素：

一般人常利用餐會建立人際關係，而導致過量飲食；亦有些人在面臨情緒低潮時以過度飲食及非必要性飲食的方式來排除困擾；有些父母忙於事業，即給予子女過多的物質需求以為補償，因而導致肥胖的發生。

(五)染色體或內分泌失調：

此即所謂病態性的肥胖，如因甲狀腺分泌不足，導致代謝率降低，熱量堆積而造成肥胖（吳明灝，民 85）。此類型肥胖相當少見，大部份的肥胖學生是屬於前四項因素所造成的肥胖。

三、肥胖的類型

人一生中有兩個時期因體脂肪細胞大量分裂，致使體脂肪細胞明顯增加，而此兩個時期一是在四歲以內，另一為在十至十四歲間；然成年之後，脂肪細胞數目改變不多，大部份只是改變

細胞的大小（吳明灝，民 85）。

一般學者將「肥胖症」分為兩種類型（一）未成年期肥胖，乃指於未成年時，身體已呈肥胖，其體脂肪數目較正常體重者多，又因是為體脂肪數目增加，故又稱增殖型肥胖。小孩或青少年時期的肥胖常屬於此類型，而本研究的國中生即正值此脂肪細胞大量分裂期。（二）成年期肥胖，此類型肥胖者體內脂肪細胞數目正常，但脂肪以三酸甘油脂的型式大量儲存於脂肪細胞，致使脂肪細胞的體積增大造成肥胖。（許怡平，民 80），此情況大都發生在成年期及懷孕期。

然一般肥胖症的人並非單一類型的肥胖，而以混合型居多。若小孩或青少年於未成年期即體重過重，致使肥胖細胞大量增殖，於成年期又繼續讓肥胖細胞體積增大，一旦形成此狀況，則即使於成人時積極執行體重控制，但通常只能使肥胖細胞體積縮小，卻無法有效減少脂肪細胞數量；此種情形往往導致以後減重不易，而於中途放棄（洪清霖、黃伯超，民 68）。

四、肥胖對健康的影響

若不及早防治兒童及青少年肥胖，日後將可能成為中老年人慢性病疾病的禍根，且讓這些慢性疾病提早到來（Casbi, Torok,

Molnar , 2000)。又研究發現若青少年時期已呈肥胖，則於成人時發胖機會高達 60 80 % (Serdula et al , 1993)，換句話說，青少年的肥胖易持續至成人，故要避免肥胖所造成的影響，在青少年時期即應注意體重控制。現就其影響分述如下：

(一) 生理層面的影響：

行政院衛生署八十八年國人十大死因統計資料顯示：癌症、腦血管疾病、高血壓性疾病、心臟病、糖尿病、慢性肝病等均與肥胖有直接或間接關係。

現就肥胖常引發之疾病分述如下：

- (1) 心血管疾病：研究發現肥胖兒童及青少年血液高密度膽固醇偏低，低密度膽固醇偏高，三酸甘油酯亦較無肥胖青少年為高 (Chen , 1997 ; Ditz , 1998)，而此情況極可能導致在成年期罹患心臟病、高血壓、高血脂症等疾病，且發生的機率較一般健康成人高。(Aristimuno , Berenson , Voor & Srinivasan , 1984)
- (2) 醣類代謝異常：肥胖將導致體內血糖上升，而血糖升高即將造成第二型糖尿病，且研究指出肥胖青少年成後發生糖尿病的機率亦較一般健康成人高 (Chouet al , 1998)。
- (3) 骨骼異常：因體重過重，對下肢造成負荷過重，使大腿骨脫臼或彎曲，小腿骨彎曲變形或發生退化性(Cicuttini , Spector &

Baker , 1997)。

(4) 皮膚病：因皮下脂肪層較厚，在大腿及下腹部皮膚常出現類似產婦之妊娠紋；又磨擦機率增加容易造成對磨疹。體溫散熱差，容易過熱及出汗現象，而影響其運動動機。

(5) 癌症：雖然目前尚無研究直接顯示，肥胖青少年將增加成人時發生癌症的罹患率，但青少年肥胖常與攝食高脂肪食物息息相關。根據美國國科會飲食、營養與癌症委員會發現，在眾多飲食成份中與癌症最有關係的是油脂。且根據國內多位學者（黃伯超、游素玲、李淑美、高美丁、李寧遠、洪清霖、吳宗賢、楊志良，民 72；李寧遠等，民 80）及行政院衛生署於民國 82-85 年在有關油脂攝取量之調查發現，國人油脂攝取量均超過行政院衛生署（民 83）對油脂攝取量勿高於總熱量的 30% 的建議量，而此情況將淺藏未來國人容易引發癌症的危機，而常見之相關癌症如乳癌、子宮頸癌、大腸癌及攝護腺癌等(Anderson et al , 1997)。

根據美國醫學協會 1999 年研究統計報告指出，肥胖者罹患各種慢性疾病的比例都比一般常人高出很多。若根據體質指數來作標準，當體質指數大於 28 以上時，患糖尿病的機會是一般人的 2 倍，腦中風是常人的 1.5 倍，心臟血管疾病是 1.7 倍，此外，肥胖者的死亡率，也會隨肥胖的程度而增高。當體質指數超過

33 時，死亡率約為正常人的兩倍；體質指數達到 36 時死亡率就升至常人的三倍了，換言之從流行病觀點而言，肥胖者死亡率較非肥胖高。

（二）心理層面的影響：

青少年的肥胖，常導致自我形象的偏差。由於對自己容貌缺乏信心、導致自卑、焦慮、害怕接觸人群等人格問題，進而影響學業及就業，讓其生活中充滿挫折感，且此現象常延續至成人期（Dietz，1998）。在一篇發表於美國公共衛生期刊（*American Public Health Journal*，2000）有關肥胖之相關調查研究報告中指出，女性身體質量指數（BMI）愈大，則其罹患憂鬱症及有自殺念頭的比率愈高。且目前青春期的少女出現類似厭食症之類的飲食症候群呈現增多趨勢（Thompson，1989），而錯誤的飲食控制將引發生理上諸多的疾病，因此肥胖所造成的心理問題方面，更是不容忽視。

五、肥胖的測量方法：

在判定是否需要體重控制時，應先給予體內脂肪測定，準確的脂肪測定必須在實驗室內測量，所以無法應用於團體篩檢，故團體篩檢一般常以身高與體重之關係或皮脂厚度測量結果作為

判定標準。測量理想體重（標準體重）的測量方法有多種，可依實際需要而選擇使用。現依一般常用的方法分述如下：

（一）標準體重測量法（Ideal Body Weight）

對不同性別在身高調整後計算出理想體重，再以現在實際體重高出理想體重的百分率來換算。

計算公式如下：

男性的標準理想體重 = (身高 - 80) × 0.7

女性的標準理想體重 = (身高 - 70) × 0.6

理想體重超出率 = [(實際體重 - 標準理想體重) / 標準理想體重] × 100%

若理想體重超出率在 ± 10 % 之內為理想體重；

若在 10 % - 20 % 為過重；

若超出 20 % 可歸為肥胖。

標準體重乃根據平均體重換算而來，因近來國人經濟能力提高，營養普遍改善，體重逐年改變，故以此判斷脂肪量多寡雖方便，但較不準。

（二）平均體重測量法：

以各年齡組不同性別的平均體重為標準，再以實際體重高出平均體重的百分率來換算。

計算公式如下：

$$\text{平均體重超出率} = [(\text{實際體重} - \text{平均體重}) / \text{平均體重}] \times 100\%$$

若平均體重超出率在 $\pm 10\%$ 之內為理想體重，

若在 $10\% \sim 20\%$ 為過重，

若超出 20% 可歸為臨床性肥胖。

(三) 身體質量指數 (Body Mass Index, BMI)

計算公式如下：

$$\text{身體質量指數} = \text{體重 (公斤)} / \text{身高 (公尺)}^2$$

BMI ≥ 28 肥胖

25 \leq BMI < 28 過重

22 \leq BMI < 25 正常

BMI < 22 過輕

依美國國家衛生研究院 (National Institutes of Health, 簡稱 NIH), 在 1985 年建議 20-44 歲成人身體質量指數大於等於第 85 百分位值作為篩選成年男女肥胖之指標。學者指出此種估計法與體內的脂肪量具有良好相關, 但再測體脂肪百分比的效度可能較易受到種族、性別、與成熟期的影響 (Daniels, Khoury, Morrison, 1997)。

(四) 皮下脂肪厚度判別法 (Triceps Skin Fold, TSF):

利用皮脂厚度測量器，測量皮膚及皮下組織厚度的方法。可測上臂二頭肌、三頭肌、肩胛骨下肌、腹肌等，常用來間接評估身體脂肪百分比的一種體位測量法之一。

對青少年 12-14 歲的學生，較常以上臂與肩胛皮脂厚度的總和加以判讀 (Lohman, 1987)。但因此方法只能評估身體外圍的脂肪量，對於評估體內脂肪總量則較不恰當。

(五) 重高指數 (Weight-Length Index, WLI)

計算公式如下：

$$WLI = \left[\frac{\text{體重 (公斤)}}{\text{身高 (公分)}} \right] / \text{該年齡層重高常數}$$

重高常數即該年齡層第 50 百分位體重 (公斤) 除以第 50 百分位身高 (公分) 之數值。

Durant 和 Linder 於 1981 年提出以同性別、同年齡 50 百分位體重與身高之比值 (重高常數) 來評估兒童的體重狀況。因 50 百分位體重與身高均取自常用的生長曲線，因此生長曲線必須隨時更新，方能減少誤差，故當有新的百分位值發表時，重高常數也得隨時修正。下表乃陳偉德醫師於民國八十七年依(1)陳麗美：台灣地區零至六歲兒童體位標準之建立，衛生署，民國八十六年；及(2)江界山：八十六年度提升國民體能計畫：台閩地區中小學學生體能檢測資料處理 - 常模研究，教育部，民國八十七

年，兩位學者所發表之數據，重新修訂計算之重高常數表。

台灣地區 3 - 18 歲兒童重高常數(民國 87 年修定)

重高常數			重高常數		
年齡(足歲)	男生	女生	年齡(足歲)	男生	女生
3 歲	0.156	0.157	11 歲	0.278	0.267
4 歲	0.168	0.163	12 歲	0.293	0.291
5 歲	0.177	0.174	13 歲	0.316	0.310
6 歲	0.191	0.186	14 歲	0.335	0.318
7 歲	0.205	0.198	15 歲	0.351	0.329
8 歲	0.219	0.213	16 歲	0.365	0.327
9 歲	0.241	0.227	17 歲	0.368	0.327
10 歲	0.254	0.245	18 歲	0.374	0.331

圖 2-1 台灣地區 3 - 18 歲兒童重高常數

採用 Durant (1981) 的建議

WLI 1.2 肥胖

1.10 WLI < 1.2 過重

0.9 WLI < 1.1 正常

WLI < 0.9 過輕

林正介、賴明美等(民 87)在八十四學年度研究台中公立中小學學童肥胖盛行率，研究對象為國小一、四，國中一年級學生，參與學生共 46443 人，以(1)身體質量指數(BMI)大於第八十五個百分位值(2)重高指數(WLI)大於等於 1.2(3)超出平均體重 20%三種篩選肥胖指標作為判定標準，進而比較

三種指標的一致性，結果發現指標間的一致性很高。莊婷婷（民 87）認為兒童至青春期的因素，較不適用理想體重計算方法來評估體位，因此建議 19 歲以下青少年及兒童以重高指數作為體位判定的篩檢標準。

教育部體育司於七十九學年度選用身體質量指數（BMI）、重高指數（WLI）與超出平均體重 20 % 三種指標，作為台閩地區中小學體位測量指標。又民國八十六年度，教育部為提升國民體能計畫，乃發展台閩地區中小學學生體能檢測資料處理常模（江界山，民 87），陳偉德醫師根據此最新研究數據而於民國八十七年發表最新的重高常數，經教育部採用。

參考上述文獻後，因本研究對象為國中生，正處於青少年階段，又配合教育部公佈最新的重高常數資料，因此以重高指數作為篩選肥胖指標應較為合適，故本研究決定採重高指數測量法作為篩檢肥胖學生的研究方法。

六、台灣地區青少年肥胖的盛行率

根據高美丁等於 75~77 年的調查發現，國中生一年級男女生的平均體重，分別為 42.9 公斤及 42.5 公斤，劉秋松等於民國 85 年調查台中某國中一年級學生體位之研究結果，男女生的平均體

重分別為 49.5 公斤及 48.1 公斤。在陸續的研究中，雖然判定肥胖的標準及對象不一，但在數據的顯示下，可以發現台灣地區的青年近幾年來體重明顯上升，肥胖的盛行率一直在增加中，不斷上升的統計數字不得不讓我們重視青少年體重控制的問題。

歷年來國內青少年肥胖盛行率的調查研究

研究時間 (民國/ 年)	研究對象	肥胖盛行率 年齡 12~15 歲			判斷標準	研究者/發表時間
		歲	男%	女%		
69-71	台灣地區青少年	13 15	10.6 15.1	7.2 9.1	超出平均體重 20%	林美月、朱志良 洪清霖、黃伯超 1985
75-77	台灣地區國中小學生	13 14 15	17.4 13.9 10.5	10.2 9.3 9.8	超出平均體重 20%	高美丁、黃惠煥、曾明淑、朱寧遠、謝明哲 1991
78-79	台北市北區中小學生	13 14 15	25.3 24 15.7	12.4 13.2 8.9	超出平均體重 20%	洪建德 1994
81	台北市國中一年級	13	17.3	14.8	超出平均體重 20%	李燕鳴、李蘭、吳裴瑤 1994
81	台北市國中一年級	13	15	15.2	身體質量指數	李燕鳴、李蘭、吳裴瑤 1995
84	台北縣金山鄉國中生	13 15	14.5	11.5	超出平均體重 20%	黃國晉、李龍騰、陳慶餘、林瑞雄 1996
85	台中國小一、四 年級及國中一 年級	12 13	17.6	13.7	重高指數	劉秋松、賴世偉、林正介 1998

圖 2-2 歷年來國內青少年肥胖盛行率的調查研究

第二節 健康信念模式與其相關研究

一、健康信念的起源：

健康信念模式(Health Belief Model)發展於 1950 年代早期，由 Hochbaum, Kegeles, Leventhal, Rosenstock 等社會心理學家，應用 Lewin「場域論(Field Theory)」的概念，所建構出適用於解釋民眾預防性健康行為的理論模式。Lewin 的「場域論」認為：每個人存在於一個由正負兩個價值領域所組成的生活空間，在這正負的價值領域中，健康是「正」向的價值，生病是「負」的價值。當一個人感受到生病的威脅(知覺罹患性與知覺嚴重性)時，會考慮採取一些行為以避免生病所帶來的「負」向威脅，在他進行活動時同時會考慮在執行此項行為所得到的利益與所需克服的障礙。

又健康信念模式理論是以價值期待理論(Value Expectancy Theory)為基礎，以動機(motivation)和認知(perception)因素來預測及說明與健康有關的行為，即當個人想要避免疾病或想要獲得健康的價值，而利用特殊的健康行動以期待預防或改善疾病(Rosenstock et al, 1988；呂昌明，民 72)。健康信念模式

最初原是希望用於解釋一般人為何會接受預防醫療及篩檢的活動，但因其適用性相當廣，而被提出用以解釋民眾的健康行為後，一直受到醫療社會學者普遍的重視，因此除了預防行為之外，也常被運用於疾病行為、醫病關係以及衛生教育介入等研究領域中。

二、健康信念模式內容：

根據 Rosenstock (1974) 的解釋，健康信念模式中的重要變項有：(1) 罹患性認知 (Perceived susceptibility) (2) 嚴重性認知 (Perceived seriousness) (3) 利益性認知 (perceived benefits of taking action) (4) 障礙性認知 (barriers to taking action) (5) 行動線索 (cues to action) (引自李守義，民 78)。現在分述如下：

(一) 罹患性認知 (perceived susceptibility)：

個人主觀的評估罹患某種疾病的可能性。每一個人對自己罹患某種疾病的感受有極大的差異，可以從極端否認有機會得病，到認為自己得病的機率很高。若應用在疾病行為的研究中，這個因素則可評估罹患某病的可能性或是對診斷結果的相信程度。

(二) 嚴重性認知 (Perceived seriousness)：

個人主觀的評估罹患某種疾病後的結果是否嚴重性。對罹患某病之嚴重性的感受，同樣的也是因人而異。自覺嚴重性不只是個人感受其對疾病醫療結果（例如死亡、殘障和生理的痛苦）的嚴重性，也涉及至因患某病而造成的生活影響（例如工作、家庭生活和社會關係方面的影響）的嚴重性。

（三）利益性認知（perceived benefits of taking action）：

個人準備採取某項行為時，主觀的評估行為的結果是否能預防或偵測疾病，以減輕疾病的威脅，即減輕疾病罹患性與嚴重性以維持個人健康等利益性的評估。

（四）障礙性認知（barriers to taking action）：

個人對所欲採取行動過程中，自覺可能存在之障礙評估。任何健康行為多少存在一些影響個人行動抉擇的負面因素（例如：費用太高、交通不便、時間不夠、具副作用等），而這些負面的因素將促使人產生逃避的動機，這時會有三種情況產生：（1）若行動的準備充分，負面的影響較弱，則個人即可能採取行動（2）若行動的準備不夠，負面的影響較強，個人就不會採取行動（3）若行動的準備與負面的影響力相當時，個人可能會採取行動減輕威脅，也可能不採取行動以避免失敗。

（五）行動線索（cues to action）：

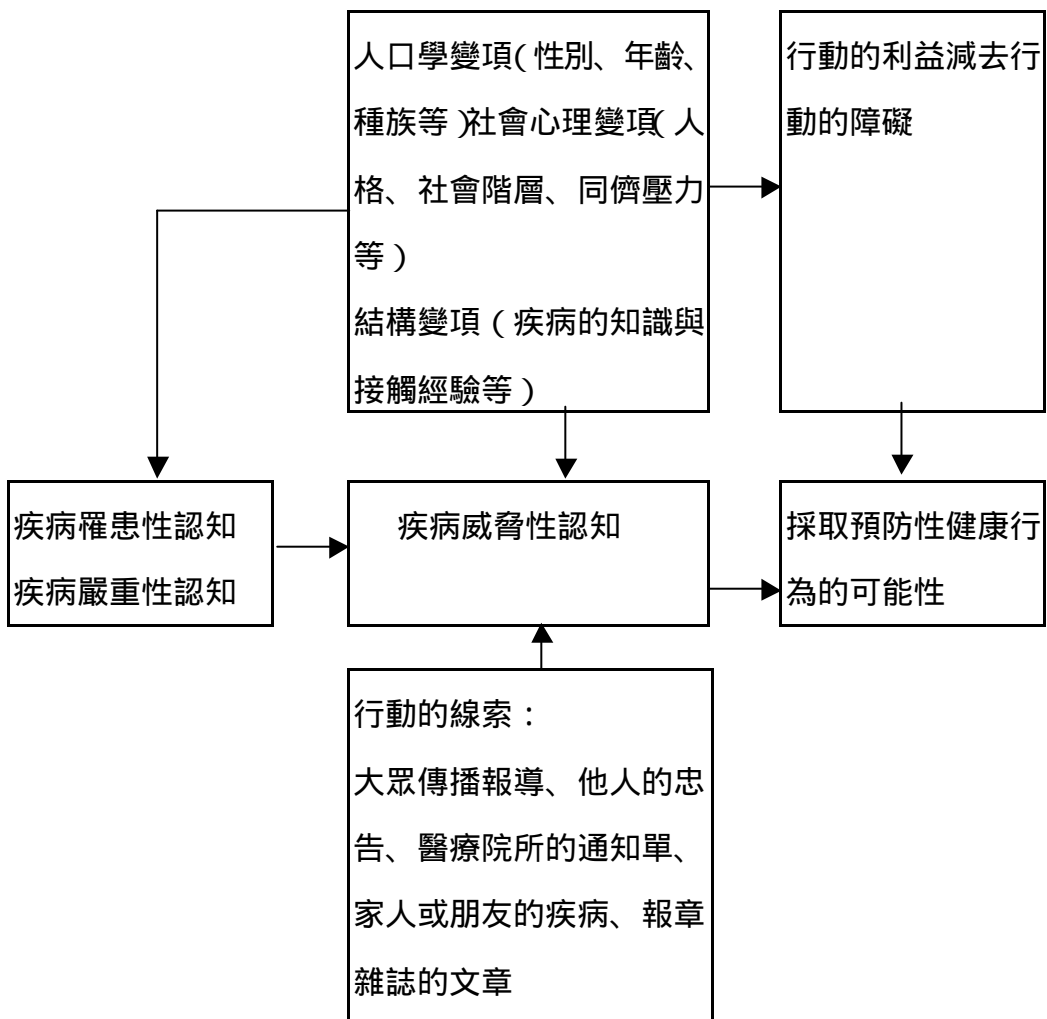
指促成採取行動的刺激。行動者的選擇需要一些「行動線索(cues to action)」加以激發。這些線索可分為內在線索(例如：疾病的症狀)及外在線索(例如：大眾傳播的報導、親朋家人罹病的經驗和健康檢查通知單等)。前四項重要變項再加上行動線索的刺激則可提升採行健康行為的可能性。

Rosenstock (1974) 曾進一步解釋：知覺疾病罹患性與知覺疾病嚴重性提供了行動的動力，而知覺利益性與知覺障礙性的權衡則影響了個人最佳行動途徑的選擇(引自李守義，民 78)。

而不同的人口學變項(例如年齡、性別、種族、教育程度等)、社會心理變項(例如人格、社經地位、同儕影響、社會階層壓力)、結構變項(例如：罹病的經驗、報章雜誌的文章與醫護人員的互動等)等因素將影響個人的認知，也直接與間接影響至健康行為的表現。

健康信念模式圖

個人的認知 (Individual perception) 修飾因素 (Modifying Factors) 行動的可能 (Likelihood of Act)



(譯自 Rosenstok , 1974)

圖 2-3 健康信念模式圖

三、健康信念 (Health Belief Model) 相關研究：

Janz & Becker 回顧 1974-1984 年間使用健康信念模式設計的調查研究結果顯示：健康信念能有效預測健康行為 (Janz & Becker, 1984)。在此回顧中也提出：所有研究中最具預測力的變項是障礙性認知；罹患性認知在預防性健康行為比在疾病角色行為重要；嚴重性認知則是比較弱的預測變項，但與疾病角色行為有較強的相關 (引自 Baldwin, 1990)。在國內有關健康信念的研究發現如下：

呂昌明(民 83)針對台北市公衛生護理人員執行有關乳房自我檢查的意圖，發現障礙性認知及利益性認知對乳房自我檢查的意圖預測力最強。

陳秀屏(民 83)在五專生愛滋病預防行為意向研究中發現，預防行為意向與罹患性認知、利益性認知及障礙性認知有顯著相關，其中以利益性認知的解釋力最大。

洪秀吉(民 84)在 122 位非胰島素依賴型糖尿病病患之健康信念對自我照顧與糖尿病的控制研究中發現健康信念與自我照顧行為呈正相關。嚴重性認知、障礙性認知為預測糖尿病患者自我照顧行為的重要變項。

李美惠(民 84)對某國中學生之吸煙行為與父母健康信念

吸菸行為管教努力關係之探討，發現學生的健康信念對吸煙行為的影響上，吸煙組學生較無吸煙組學生有較高的障礙性認知，較低的罹患性、嚴重性、利益性認知。

蔡玲珠（民 85）針對某大學一年級學生以健康信念來預測或解釋學騎乘機車戴安帽之行為意向。發現有罰責時，障礙性認知、利益性認知、罹患性認知具有顯著意義；無罰責時，障礙性認知及利益性認知具顯著意義；在不論有無罰責，障礙性認知及利益性認知均為較佳預測變項。

柯懿嬖（民 85）以健康信念模式分析某工作場所員工之大腸直腸糞便篩檢行為研究，發現障礙性認知與利益性認知與篩檢行為有顯著影響。

李思招（民 89）在護理學生規律運動行為的研究發現，學生規律運動與知覺運動利益成正相關，與知覺運動障礙呈負相關，能有效預測之變項為知覺運動障礙。

根據上述文獻探討，以往以健康信念模式在健康行為領域裡，均有多位學者深入探討，如吸菸、運動、低脂飲食、愛滋病預防、子宮頸癌篩檢、乳房自我檢查、大腸直腸癌篩檢、戴安全帽行為等，足見其在預防性健康行為的養成具重要影響力。又因本研究主要目的是想了解國中肥胖學生對肥胖疾病的罹患性

知、嚴重性認知、及對體重控制的利益性與障礙性認知，與其在未來執行體重控制行為意向上的影響程度，故乃決定透過健康信念模式來了解受測者體重控制的行為意向。

第三節 自我效能與其相關研究

一、自我效能的涵義與內容

「自我效能」是班篤拉社會學習理論 (Bandura, 1977) 中的重要概念，是指個人對其完成特定行為所需之各項能力所做的評估；亦即是個人能否執行某項行為的判斷。在 Bandura 的社會學習理論中，主要以誘因 (incentives)、結果期待 (outcome expectation) 及自我效能 (self-efficacy) 等概念來預測及解釋行為 (1977a, 1977b)。近年來自我效能 (Self-efficacy) 更被廣泛應用於預測健康行為上，例如：吸菸、運動、避孕行為等多方面的研究，其結果均發現自我效能與健康行為的改變及維持具有高相關之特性。在健康行為改變和維持上自我效能的基本建構如下：

個人	行為	結果
----	----	----

效能期待

結果期待

(Efficacy Expectations) (Outcome Expectations)

其中「效能期待」即是「自我效能」。自我效能反應「個人對自己完成特定行為能力的認知」；結果期待反應「個人相信成功

完成特定行為後，將產生特定期待的結果」，所以當個人開始要從事某項行為時，個人必須相信此行為可產生想要的結果（結果期待），且認為個人有能力完成這項行為（自我效能）。Bandura 認為這兩種期待是不相同的，但對行為都具影響力；因為有些人可能相信某特定行為會產生某些特定結果，卻對自己從事這項行為的能力存有懷疑。

Bandura (1977) 指出自我效能可決定個人面對困難情境時的反應，這些反應包括：

(1) 決定個人是否願意面對問題

當個人自認為能力不足以解決問題時，自信心會降低，此時易因產生焦慮而採逃避的反應。

(2) 決定個人應付問題的努力程度

對自我效能持懷疑態度者，常會高估問題的困難度；而自我效能高者，常將注意力及努力運用於困難情境的要求，且因障礙的刺激而更努力。

(3) 決定個人面對障礙時的持久度

當面臨困難時，自我效能高的人，因相信努力可達到成功，而願意繼續面對障礙。

又依 Bandura (1977a, 1977b) 的理論，自我效能的學習改變

可透過個人對下列四種訊息的評估而定：

(1) 行為表現的結果 (performance accomplishment)：

成功的經驗可以強化個人的自我效能，偶而的失敗則會降低自我效能，但若能克服這些經驗，則可增強繼續努力的動機。

(2) 替代性學習 (vicarious experience)：

個人的自我效能學習不一定要透過直接經驗，由觀察別人行為或聽取別人口述經驗，也可產生學習效果。

(3) 口語的說服 (verbal persuasion)：

透過別人的鼓勵與支持，個人可被引導去相信自己能成功的解決過去曾受挫的問題。

(4) 情緒激發 (emotional arousal)：

在有困難的情境下，低沉的情緒會影響自我效能，例如：當焦慮增加時，自我效能便會降低。

Strecher 等人 (1986) 認為雖然自我效能架構中強調「效能期待」及「結果期待」對行為的重要性，但因「結果期待」包含特定預防行為的利益性認知，此概念與本研究另一重要變項「健康信念模式」部分較為近似故不加以探討。

二、自我效能的相關研究：

由於自我效能對行為的預測力極佳，目前被廣泛應用在對健康行為的預測與解釋上。節制飲食及規律運動與體重控制有關，多項研究均證實在節制飲食及規律運動上自我效能是重要行為改變因子，其相關研究如下：

吳裴瑤（民 81）以臺北市某國中一年級學生、姚元青（民 83）以大學生及李蘭、陳重弘、吳裴瑤、潘文涵（民 83）以臺北市國中學生為研究對象，研究節制飲食行為，結果發現自我效能對學生節食意向具重要預測力。

聶啟美（民 87）以國小學童母親攝取低脂飲食行為研究中，發現在低脂飲食行為中，自我效能是顯著的預測變項。Kuppens, Erikson & Adrianse（1996）對成人所做飲食行為研究，也發現自我效能與低脂飲食有顯著相關。

蔡美月（民 85）以六十歲以上成年人為研究對象，發現運動自我效能與運動行為呈正相關，且能有效預測運動規律行為。

劉翠薇（民 84）對某商專學生運動行為的研究亦有相同結果。Sallis et al（1986）也發現在運動行為的改變上，自我效能是良好的預測因子。

而與體重控制有關之研究如下：

陳麗鳳（民 83）針對參加暑期體重控制班的兒童進行研究，發現自我效能是影響體重控制的重要因子。

蘭寶珍（民 85）研究國中生體重控制行為，發現運動自我效能可預測國中生的體重控制行為。

郭婉萍（民 89）針對某專科女學減重意圖的研究中，發現運動效能與減重意圖無顯著關係。

Bernier & Avard（1986）在體重控制介入計畫中發現，自我效能與體重變化具有顯著相關。

另國內外多位學者在不同人口群以自我效能對健康行為加以預測，其相關研究如下：

陳秀屏（民 83）對五專生預防愛滋病行為的研究中發現，自我效能與預防愛滋病行為意向有顯著正相關，且為最重要預測變項。

柯懿嬖（民 85）在某公司員工大腸癌糞便篩選行為的研究發現，自我效能與篩選行為有顯著正相關且為最重要的預測變項。

蔡玲珠（民 85）以某大學生為研究對象，研究騎機車戴安全帽的行為意向，發現無論有無罰則自我效能均為最佳預測變

項。

根據上述的文獻發現，自我效能在健康行為上極具影響力，常為重要預測因子；不論在飲食、運動、大腸癌糞便篩檢、預防愛滋病、攝食低脂飲食、戴安全帽等行為上均被廣泛應用，可見其重要性已獲肯定與重視。

此外，健康信念模式對於決定要開始或終止某項行為較有預測力，但對於長期習慣性的行為預測力較弱，這可能是因該模式本身屬於認知模式，較適用於做決定的行為，而連續性的習慣性行為並非只是認知的因素即能持續良久，故該模式的創始人之一 Rosenstock 和其學生們（1988）為了提高「健康信念模式」的解釋力與預測力，並彌補概念上的不足，建議在原有五個重要因素外，再加另一因素「自我效能」。故將「健康信念模式」配合「自我效能」的修正結果應更能加強體重控制行為意向的解釋力與預測力，因此本研究即以「健康信念模式」加上「自我效能」作為研究主要變項進行相關探討，期盼此研究有助於了解影響體重控制行為意向之因素。

第四節 影響體重控制行為意向之相關因素

本研究依據國內外相關文獻，探討影響體重控制行為意向之相關因素，包括年級、性別、自覺體型、家庭社經地位及過去體重控制經驗。現分述如下：

一、年級

洪建德、鄭淑慧（民 84）針對台北地區青少女學生有關身體形象和飲食行為的研究中，發現年齡愈高則愈有節制飲食行為。吳慧嫻（民 85）在國中學生體重控制相關研究中，也發現年級愈高，體重控制行為意向及積極性也愈強。Sallis, Pinski, Grossman & Putterson（1988）研究發現年齡與飲食自我效能呈正相關，Rodin（1993）研究亦指出年齡愈高，愈會去執行體重控制。

但藺寶珍、王瑞霞（民 85）在肥胖國中生體重控制自我效能研究中，則發現年齡與體重控制行為無顯著相關。郭婉萍（民 89）在專科學生減重意圖研究中亦發現年齡與減重意圖無關。Levine et al（1994）也發現體重控制行為和年齡無關。

故由上述文獻結果，體重控制與年級是否有關須進一步探討。

二、性別

李蘭等（民 83）對台北市國中一年級的學生有關節食意向研究發現，女生較男生更有意意向去執行節制飲食行為。Sallis et al（1988）研究發現女生在飲食自我效力得分顯著高於男生。蘇振鑫（民 87）以在運動健康信念模式探討老年運動行為研究領域中發現，女性知覺運動利益高於男性且達顯著差異。

蘭寶珍、王瑞霞（民 85）在肥胖國中生體重控制自覺自我效能的研究中，則發現性別在飲食控制效能得分無顯著差異，但是男生在運動效能得分則高於女生。

而吳慧嫻（民 85）在台北縣 1788 名國中學生體重控制相關研究中，發現女生體重控制意向顯著高於男生。

因此體重控制行為是否與性別有關仍需進一步探討。

三、家長社經地位

蔡淑鳳（民 82）在肥胖成人體重控制行為研究中，發現教育程度及職業影響減重行為。蘭寶珍（民 85）在研究肥胖國中生的體重控制行為及相關因素時發現，家庭社經地位不同則飲食控制自我效能上會有差異，家庭社經地位愈低則把握度愈低。

至於 Drenows，Kurth & Krahn（1994）發現女生在體重

控制行為上不論在節制飲食或運動行為，會隨著家庭社經地位增高而升高，但男生則無相關。而 Whitaker et al (1989) 發現家庭社經地位與體重控制是無關的。

故在家庭社經地位與體重控制此方面的研究，結果常不一致故是否相關仍需進一步探討。

四、自覺體型

若不覺自己肥胖者常不會積極進行體重控制。張淑珍(民 76) 研究大學生體型意識食，發現自覺肥胖程度愈胖者愈會進行體重控制，吳裴瑤(民 81 年) 研究國中生節食行為及林碧芬(民 87) 研究大學生飲食行為均有類似的發現。李蘭等(民 83) 研究發現，體型越胖者較願意試著去減重及參與體重控制計劃，但亦有研究發現自覺體重過重者，但卻未試著進行體重控制 (Anderson et al 1997)，故自覺體型是否與體重控制有關可，進一步深入探討。

五、有無體重控制經驗

蔡淑鳳(民 82) 在體重控制研究中發現過去減肥次數對體重控制積極性的解釋力最大，郭婉萍(民 89) 在研究減重意圖時發現，有減重經驗者其減重結果期望較強，且個人減重經驗與節制

飲食效能呈顯著相關，更是減重意圖的重要預測變項。Schwartz & Brownell(1995)亦發現過去體重控制經驗可以預測減重意圖。故過去有無體重控制經驗對體重控制行為意向的探討，應是非常重要的控制變項。