

宜蘭縣高中（職）教師健康促進生活型態及 相關因素之研究

林思嫻* 陳政友**

摘 要

本研究旨在探討宜蘭縣高中（職）教師健康促進生活型態及其相關影響因素，以宜蘭縣公私立高中（職）合格專任教師為研究母群體，採分層機率比率抽樣法，利用結構性問卷方式進行資料收集，取得有效問卷共410份，回收率84%。以SPSS for Windows 11.0視窗版統計套裝軟體進行資料分析。研究結果發現：

（一）健康促進生活型態層面，得分最高為靈性成長，其餘依序為營養、人際關係、壓力處理，而身體活動、健康責任得分最低。

（二）社會人口學變項中之年齡、婚姻狀況、教學年資、健康促進課程參與情形、參與課程時數與健康促進生活型態有顯著差異。

（三）自覺健康狀況、健康行為自我效能與健康促進生活型態呈正相關。

（四）健康行為自我效能、年齡、自覺健康狀況及參與健康促進課程等四個變項，共可解釋健康促進生活型態變異量的53.3%，其中健康行為自我效能為最佳的預測因子。

關鍵字：自覺健康狀況、教師、健康行為自我效能、健康促進生活型態。

* 國立蘭陽女中健康與護理教師

** 國立台灣師範大學衛生教育系教授

通訊作者：林思嫻 宜蘭市女中路2號

E-mail：g22013@ms41.hinet.net

壹、前言

加拿大衛生福利部部長 Lalonde (1974) 發表新的健康領域概念，指出影響人類健康的因素包括醫療體系、生活型態、環境，以及人類的生物因素；而生活型態主要取決於個人所採行之行為，對健康的影響最大。Dever (1976) 提出影響疾病死因的四大因素，生活型態佔最多，為43%；遺傳因素佔27%；環境因素佔19%；醫療體制佔11%。依據民國94年行政院衛生署統計資料顯示，國人十大死亡原因前五名分別為惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、事故傷害等非傳染性疾病。其中慢性疾病主要係受個人生活習慣與方式影響所致(余玉眉、江永盛，1992)。黃雅文與姜逸群(2005)提及由於社會高齡化的現象，許多退化性疾病增加，這種退化性疾病的預防和治療，與我們平常的生活型態有密切關聯，例如：飲食、運動、睡眠和壓力調適等。因此，個人生活型態影響健康甚鉅，若能在日常生活中培養健康的生活型態，將會大幅降低國民非傳染性疾病罹患率與死亡率，且裨益於國民健康的促進。

Pender (1987) 指出健康促進並非針對疾病或健康問題的預防行為，而是以自我實現為導向 (actualizing tendency)，引導個人維護或增進健康、自我實現及幸福美滿的肯定態度。「健康促進生活型態」則為個人為了維持或促進健康水平以及自我實現和自我滿足的一種自發性、多層面之行為和知覺 (Walker, Sechrist, & Pender, 1987)。Walker 等人於1995年完成一份「健康促進生活型態量表」(Health-Promoting Lifestyle Profile)，包含六個層面：健康責任 (Health responsibility)、營養 (Nutrition)、壓力處理 (Stress management)、身體活動 (Physical activity)、人際關係 (Interpersonal relations) 和靈性成長 (Spiritual growth)。

健康生活型態不但受到生物遺傳及先天因素的影響，也可能受到身處物理環境(如住家、學校、工作場所)和社會心理環境(如家人、師長、偶像、同儕、法規、政策、習俗)的影響 (Bandura, 1984; Wood, 1982)。依 Pender (1987) 提出的健康促進模式，健康促進行為之影響因素主要包含三大部分：1. 認知-知覺因素 (cognitive-perceptual factors)，包括：健康的重要性、自覺健康控握、自覺自我效能、健康的定義、自覺健康狀況、自覺健康促進行為的利益、自覺健康促進行為的障礙。2. 修正因素 (modifying factors)，包括人口學特徵、生物學特徵、人際間的影響、情況因素、行為因素。3. 健康促進行為的參與 (participation in health-promoting behavior)，指個人執行健康促進行為的可能性。Strecher, Devellis, Becker, and Rosenstock (1986) 回

顧 21 篇自我效能應用於健康行為之研究（包含：吸菸、體重控制、避孕行為、酒精濫用及運動行為等），指出自我效能與健康行為的改變與維持之間有顯著之相關性。Weitzel and Waller（1990）針對 173 名藍領工作者進行健康促進行為調查，發現自我效能為最重要的預測因子。另外，Gillis（1993）的文獻分析指出，自覺健康狀況是研究者探討健康促進生活型態第二常用的預測因子。Weitzel and Waller 的研究則指出，不同種族的自覺健康狀況對健康促進生活型態的影響亦不同，如自覺健康狀況對白人而言是健康促進生活型態重要的預測因子，但對黑人則不是（Gillis, 1993）。

由以上研究得知，自我效能及自覺健康狀況應為影響健康促進生活型態之重要預測因子。WHO 於 1986 年起開始推動健康促進學校（Health promoting school）之學校衛生工作模式，主要目標為促進我國各級學校學生及教職員工之健康，提昇師生生活品質（黃松元、陳政友、賴香如，2004）。然而推動學校健康促進工作由教職員做起，可促使他們在學生健康促進上扮演更主動的角色模式（黃松元，2000）。因此，推動健康促進學校乃是目前學校衛生工作努力的目標，而教師在推動學校健康促進活動上扮演重要的角色。另外江欣霓（2002）的研究指出，國小教師的工作壓力以「工作負荷」為主，身心健康以「身體不適」表現最差。蘇國興（2003）發現，國小教師的健康尚佳，其中以「焦慮反應」和「身體不適」出現較多狀況，有規律運動的僅佔 31.7%，比率並不高。黃志華（2003）以高高屏地區私立高職教師為研究對象，發現教師有中等程度的工作壓力。依據上述相關研究發現，教師普遍感受到工作壓力及身心健康問題，因此教師的健康行為更值得大家關切。

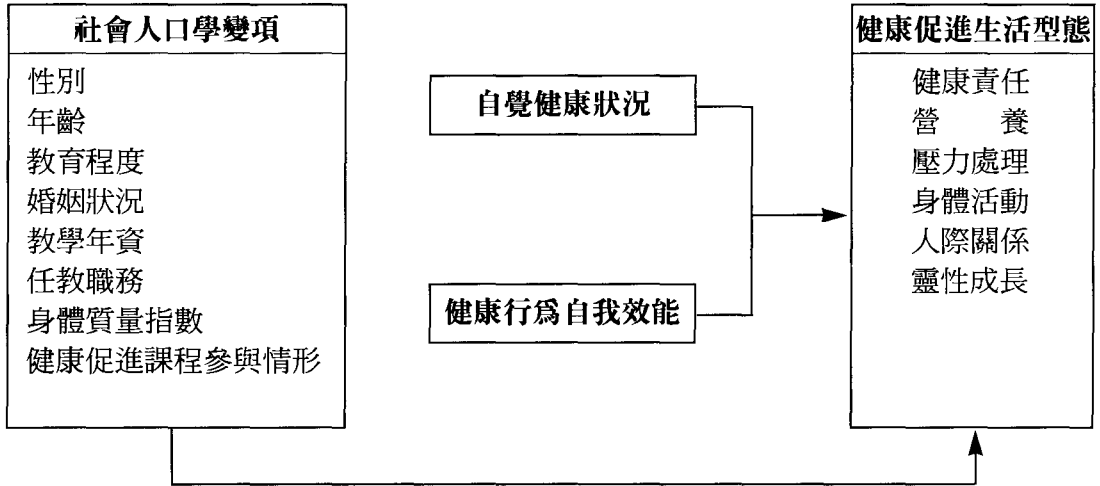
綜觀國內外文獻發現，針對教師執行健康促進生活型態之相關文獻為數不多，故本研究將以 Walker 等人（1995）所發展之第二版健康促進生活型態量表作為研究工具，探究其社會人口學變項、自覺健康狀況、健康行為自我效能及健康促進生活型態的現況，及彼此間的關係。希冀對促進學校師生之健康有所助益。

綜上所述，本研究架構如圖一，研究目的如下：

一、瞭解宜蘭縣高中（職）教師之社會人口學變項、自覺健康狀況、健康行為自我效能及健康促進生活型態的現況。

二、探討宜蘭縣高中（職）教師之社會人口學變項、自覺健康狀況、健康行為自我效能與健康促進生活型態的關係。

三、提供研究結果作為改善宜蘭縣高中（職）教師健康促進生活型態之參考。



圖一 研究架構

貳、材料與方法

一、研究對象

以宜蘭縣九十三年學年度公私立高中（職）合格專任教師為母群體，高中計有6所學校（其中公立4所，私立2所），高職計有5所學校；其中高中專任教師有464人，高職專任教師有452人，總計916名。採分層機率比率抽樣法，以高中職為分層、校別為抽樣單位，抽出高中3所（其中公立2所，私立1所）及高職3所，共6所學校。透過各校護理教師或研究者熟識之教師，由研究者向其說明研究目的、施測方法及問卷施測過程注意事項，以徵得同意配合後，由其協助負責發放問卷及回收問卷。總計發出509份問卷，問卷回收428份（84%），有效問卷為410份（其中高中202份，高職208份），有效率達96%。

二、研究工具

本研究係依研究架構之測量變項，參考國內外相關文獻，並針對研究對象的特性，採用國內學者翻譯為中文版、並具有良好信效度之結構式問卷為研究工具。經選取非研究樣本之30位基隆市高中（職）教師實施預試，預試問卷回收後，進行內部

一致性信度（Cronbach's α 值）考驗，各量表之 Cronbach's α 值係數皆大於 .82。問卷內容包括四部份，分別敘述如下：

（一）健康促進生活型態量表

採用高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲（1999）依據 Walker 等人在 1995 年所發展之第二版健康促進生活型態量表，經中文轉譯及文化調整修訂而成中文版量表，共計 52 個題目，包含健康責任、營養、壓力處理、身體活動、人際關係及靈性成長等六個分量表。計分方式採四點計分，由「從來沒有」、「偶而如此」、「時常如此」、「都是如此」分別給 0 至 3 分，總分由 0 至 156 分。分數愈高，表示其健康促進生活型態愈正向。

（二）健康行為自我效能量表

參考高淑芬等人（1999）依據 Becker, Stuifbergen, and Hall（1993）所發展之自評健康行為能力中文量表修訂而成，包含營養、心理安適、運動、健康責任等四個層面的健康促進行為能力。本研究參酌原量表作者的建議，將運動行為分量表中「我能夠按時刷牙」之題項刪除，故此份量表共計 27 題，採五點計分，由 0%、25%、50%、75%、100%，分別給予 0 分至 4 分，量表總分為 0 分至 108 分。得分愈高，表示其健康行為自我效能愈佳。

（三）自覺健康狀況量表

本研究係採用 SF-36（The Mos 36-Item Short-Form Health Survey）臺灣版其中「一般自覺健康狀況」次量表修訂而成，共六題。每個題目採 Likert scale，第 1、2、4、6 是反向題，計分方式為 1 分至 5 分不等，總分為 6 至 30 分。分數愈高，表示自覺健康狀況愈佳。

（四）社會人口學變項

包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、任教職務、教學年資、身體質量指數（BMI）及健康促進課程參與情形等八項。

三、資料處理與分析

蒐集完成之問卷，以 SPSS for Windows 11.0 進行統計分析。描述性統計呈現以次數、百分率描述類別變項；以平均值、標準差、最大值、最小值描述等距變項。推論性統計則使用單因子變異數分析、薛費氏事後比較、皮爾森積差相關、複迴歸分析等

統計方法進行分析。

參、結果與討論

一、社會人口變項之分佈情形

(一) 性別

研究對象男性為236人(57.6%)；女性為174人(42.4%)。

(二) 年齡

研究對象之年齡介於26-71歲之間，平均年齡為40.11歲，標準差為8.87。其中以30-39歲者為最多，共178人(43.4%)；其次為40-49歲者有122人(29.8%)；50歲以上者有69人(16.8%)；20-29歲者有41人(10.0%)，亦即研究對象的年齡在30-49歲者佔多數。

(三) 婚姻狀況

研究對象以已婚者最多，有314人(76.6%)；其次為未婚者有94人(22.9%)；其他如喪偶、離婚者各有1人(0.4%)。

(四) 任教職務

研究對象中以擔任導師職務者佔最多，有211人(51.5%)；其次為行政教師有105人(25.6%)；而專任教師佔最少，只有94人(22.9%)。

(五) 教學年資

研究對象的教學總年資平均為13.61年，標準差為9.31，介於0.50-45.00年。教學總年資以10年內者最多，有152人(37.1%)；其次為10-20年者有142人(34.6%)；超過20年者有116人(28.3%)。整體而言，研究對象教學總年資仍以10年以上者佔多數，有258人(62.9%)。

(六) 教育程度

研究對象的教育程度以大學畢業為主，有259人(63.2%)；其次為碩士畢業者有149人(36.3%)；博士畢業者最少，只有2人(0.5%)。

（七）身體質量指數

研究對象的身體質量指數平均為 22.58，標準差為 3.04，介於 16.00-34.60。以正常體重者（ $18.5 \leq \text{BMI} < 24$ ）為最多，有 261 人（63.7%）；體重過重者（ $24 \leq \text{BMI} < 27$ ）及肥胖者（ $\text{BMI} \geq 27$ ）次之，共 122 人（29.8%）；而體重過輕者（ $\text{BMI} < 18.5$ ）最少，只有 27 人（佔 6.6%）。顯示仍有部份教師面臨體重過重及肥胖的問題。

（八）健康促進課程之參與

研究對象有 221 人（53.9%）接受過健康促進相關課程，其中以參加研習會者最多，共 165 人（61.8%）；由學校課程中學習者次之，有 65 人（24.3%）；其他如張老師、醫院、民間社團、社區大學、太極氣功、志工訓練等有 37 人（13.9%）。而參加研習時數以一週以下者佔大多數，有 133 人（60.2%）；一週至一個月者有 26 人（11.8%）；一個月以上者有 13 人（5.9%）；未答者有 49 人（22.2%）。整體而言，研究對象約有半數曾經參與健康促進課程，大多以參加研習會方式進行，但參加研習時數以一週以下者佔大多數，相較於研究對象的平均年齡為 40.11 歲，且教學總年資平均為 13.61 年，則顯現參加健康促進課程總時數普遍不足。

二、社會人口學變項、自覺健康狀況、健康行為自我效能與健康促進生活型態之關係

（一）社會人口學變項與健康促進生活型態之關係

以本研究對象而言，在社會人口學變項中對於健康促進生活型態總分具有影響力的變項包含年齡、婚姻狀況、教學年資、健康促進課程參與情形以及參與課程時數（見表一）。健康促進生活型態總分會因婚姻狀況的不同而有顯著的差異，其中有配偶者的健康促進生活型態總分比無配偶者（未婚、離婚、喪偶）佳，此現象可能和有配偶陪伴者可以共同執行或相互督促健康促進之生活有關。健康促進生活型態總分亦會因健康促進課程參與與否以及參與課程時數的不同而有顯著的差異，其中曾參與健康促進課程者或參與課程時數多者，其健康促進生活型態得分較高，可見針對教師舉辦相關研習課程，對於增進其健康促進行為而言深具意義。

若由社會人口學變項與個別分量表來看亦有部份結果呈現顯著差異，以下分別說明：

1. 性別：在營養分量表得分方面，女性較男性為佳，此研究結果與 Linda 等人

表一 研究對象社會人口學變項與健康促進生活型態總量表之單因子變異數分析

變 項	健康促進生活型態			F 值	薛費氏 事後比較
	人數	平均值	標準差		
性別				2.081	—
①男生	236	86.05	20.38		
②女生	174	87.80	21.20		
年齡				6.907***	④>①、②
① 20-29	41	81.15	19.42		
② 30-39	178	84.51	21.02		
③ 40-49	122	90.08	19.65		
④ ≥ 50	69	95.93	22.68		
婚姻狀況				4.550*	—
①有偶	314	89.03	21.44		
②無偶(未婚、離婚、喪偶)	96	83.78	19.96		
任教職務				0.478	—
①導師	211	87.23	21.32		
②行政教師	105	87.27	21.85		
③專任教師	94	89.68	20.27		
教學年資				4.023*	n.s.
①< 10.0年	152	85.62	20.04		
② 10.0-20.0(不含)年	142	86.22	22.10		
③ ≥ 20.0年	116	92.43	21.04		
教育程度				0.780	—
①大學	259	87.02	21.64		
②研究所	149	89.30	20.51		
③博士	2	77.50	4.95		
身體質量指數				0.633	—
①< 18.5	27	82.41	18.65		
② 18.5-23.9	261	88.00	20.68		
③ 24-26.9	88	88.19	23.51		
④ ≥ 27	34	89.00	21.14		
健康促進課程				8.305*	—
①無	189	84.52	22.77		
②有	221	90.52	19.40		
參與課程時數				4.772**	③>①
①< 40小時(一週以下)	182	89.01	19.43		
② 40-160(不含)小時(一週至一月)	26	93.77	17.46		
③ ≥ 160小時(一個月以上)	13	105.15	16.71		

註：1.*p<.05,**p<.01,***p<.001

2.n.s.=non significant

3.“—”代表不須進行薛費氏事後比較

(1999) 以 19-60 歲的阿拉伯人為對象之研究呈現一致的結果。黃雅文等人 (1991) 以台北縣 40 歲以上的居民為對象之研究發現，壓力處理分量表得分方面呈現男性優於女性，此研究與本研究結果相同，且張郁芬 (2001) 針對國小教師的研究亦發現，女性教師在「焦慮反應」、「憂鬱反應」及「生活適應問題」上較男性教師嚴重。此現象是否因為女性教師面臨多重角色，必須兼顧家庭與事業，因此無暇紓解壓力，進而導致焦慮及憂鬱反應，則必須進一步探討。在身體活動分量表得分方面，男性表現亦優於女性，此研究結果與 Felton, Parsons, and Bartoces (1997) 針對 21-64 歲職員；Linda 等人 (1999) 針對 19-60 歲的阿拉伯人；黃雅文等人 (1991) 針對台北縣 40 歲以上的居民；鍾東蓉 (2000) 針對高中導師；黃淑貞等人 (2004) 針對國小健康教育教師等多項研究結果一致。曾月霞 (2004) 曾經指出，在國內，女性從小被教導男主外、女主內的觀念，以及社會文化因素所決定的婦女角色，以致當婦女個人的需求與家庭子女照顧責任相衝突時，女性往往為了善盡家庭照顧責任而放棄自己的需求。因此在鼓勵女性教師進行身體活動時，可以思考將其融入日常生活中，或利用親子活動來兼顧他們子女照顧的責任，以增進女性教師身體活動行為。

2. 年齡：在壓力處理及身體活動方面，發現「年齡大於 50 歲」者的表現優於「年齡 20 至 29 歲」者和「年齡 30 至 39 歲」者。Ecclestone, Myers, and Paterson (1998) 指出，成人不運動的原因為沒有時間運動和沒有運動的動機。這說明了年長的教師可能處於工作穩定狀態或進入退休規劃階段，因此較有空閒進行身體活動，進而達到紓解壓力的目的。

3. 任教職務：許多研究指出導師、兼任行政工作之教師工作壓力較高 (江欣霓，民 91；蘇國興，民 92)，然而本研究發現教師任教職務雖然不同，但在整體健康促進生活型態的總分及各分量表之得分均無顯著差異存在。此結果與劉俐蓉與姜逸群 (民 94) 針對國中教職員工之研究，顯示健康促進生活型態不因是否兼任導師而有差異的結果相似。

(二) 自覺健康狀況與健康促進生活型態之關係

本研究對象自覺健康狀況之標準化得分指標為 68.13 (見表二)。各題中以「與同年齡的比較」，自覺健康狀況的平均得分最高，而以「與一年前比較」，自覺健康狀況的平均得分最低，可見研究對象自覺和同年齡一樣健康，但和一年前健康狀況相比仍有小程度的改變，故更應積極培養健康的生活型態才能確保未來良好的健康狀況。

本研究發現自覺健康狀況與健康促進生活型態呈正相關，可見健康促進生活型態

確實會受自覺健康狀況的影響，因此在實施健康促進相關計畫時，宜加強評估不同對象之自覺健康狀況。

表二 研究對象自覺健康狀況量表之得分情形

變項名稱	平均值	標準差	最大值	最小值	排序
自覺健康狀況量表	20.44	3.92	30	7	
目前健康狀況 ^a	3.08	0.94	5	1	5
與一年前比較，您目前的健康狀況 ^a	2.94	0.81	5	1	6
比別人易生病的情形	3.61	1.01	5	1	3
與同年齡比較，您目前的健康狀況 ^a	3.73	0.84	5	1	1
健康狀況會愈來愈壞情形	3.41	0.99	5	1	4
健康狀況很好的情形 ^a	3.66	0.82	5	1	2

註：^a為反向題，已做反向計分

(三) 健康行為自我效能與健康促進生活型態之關係

本研究對象的健康行為自我效能標準化得分指標為 72.78 (見表三)，屬於中上程度，此研究結果與劉俐蓉與姜逸群 (2005) 針對台北市立國中教職員工之研究結果一致。分量表較偏向於對「心理安適」的把握信念，對於「健康責任」及「運動」的把握信念則相對的較差，顯示研究對象對於維護自我健康責任及運動的能力相對不足，是今後衛生教育應努力的課題。

本研究發現健康行為自我效能與健康促進生活型態呈正相關，可見健康促進生活型態確實會受健康行為自我效能的影響，並符合 Bandura (1977) 所提出之理論：「自我效能是影響行為改變的重要因素」，所以未來提昇學校教師之健康促進行為，宜朝向改善教師健康行為自我效能來努力。

表三 研究對象健康行為自我效能量表及其分量表得分情形

變項名稱	得分組距	平均值	標準差	最大值	最小值	標準化 得分指標	排序
健康行為自我效能量表	0-108	78.60	14.19	108.00	10.00	72.78	
營養	0-24	17.48	3.54	24.00	0.00	72.83	2
心理安適	0-28	20.61	4.19	28.00	6.00	73.61	1
運動	0-28	20.04	5.37	28.00	0.00	71.57	4
健康責任	0-28	20.00	4.39	28.00	1.00	71.61	3

註：標準化得分指標 = (分量表得分平均值/分量表滿分數) * 100%

三、健康促進生活型態之重要預測變項

（一）健康促進生活型態之分佈情形

研究對象的健康促進生活型態量表平均值為 87.75，標準差為 21.21，總量表標準化得分指標為 56.25（見表四），屬於中等程度，此研究結果與劉俐蓉與姜逸群（2005）之研究結果不一致，其顯示「台北市立國中教職員工之健康促進生活型態屬於中上情形」，是否因為地域之差異或因為教師與職員工間有差異存在，導致研究結果不一致，則有待進一步探討。

表四 研究對象健康促進生活型態量表及其分量表得分情形

變項名稱	得分組距	平均值	標準差	最大值	最小值	標準化得分指標	排序
健康促進生活型態量表	0-156	87.72	21.21	154.00	6.00	56.25	
健康責任	0-27	12.83	4.69	27.00	0.00	47.52	6
營養	0-27	15.23	4.33	27.00	2.00	56.41	2
壓力處理	0-24	13.02	3.94	24.00	2.00	54.25	4
身體活動	0-24	11.92	5.34	24.00	0.00	49.67	5
人際關係	0-27	15.18	3.63	27.00	0.00	56.11	3
靈性成長	0-27	17.67	4.53	27.00	2.00	65.44	1

註：標準化得分指標 = (分量表得分平均值/分量表滿分數) * 100%

研究對象之健康促進生活型態各分量表以標準化得分指標做比較，以靈性成長方面得分最高為 65.44，其次依序為營養行為、人際關係及壓力處理得分在 50 以上，而健康責任得分最低，只有 47.52，身體活動次低，為 49.67。

「健康責任」方面在本研究的健康促進生活型態中得分為最低，此與 Pender 等人（1990）針對白領工作者之研究結果一致。各選項中「有任何不舒服的徵兆或症狀時會去看醫師」之得分最高，「每月至少一次檢視自己身體有無異狀或病徵」得分最低，「參加有關個人保健方面的教育活動」得分次低（見表五）。林美聲（2004）同樣以宜蘭地區，但不同研究對象（學校護理人員）的研究結果則顯示「每月至少一次檢視自己身體有無異狀或病徵」得分平均值為 1.60，比本研究的平均值（1.13）高。可見學校護理人員因具有專業背景，相對地日常生活定期身體自我檢查的行為表現較一般民眾為佳。然而，教師的身體健康攸關學生的學習成效，且教師應為學生健康行為的模範，更須從自己做起，身體力行，透過身體自我檢查，早期發現病徵，及早治

療，故更應加強衛生教育來建立教師定期身體自我檢查的習慣。

「身體活動」方面在本研究的健康促進生活型態中得分為次低。陳富莉與李蘭(2001)的研究指出不論青少年組、中年組及老年組，均抽取出「從未運動」行為聚集的型態。故缺乏運動是現代人共同的健康問題，學生在養成教育的過程中，如未培養運動的興趣及習慣，將會影響日後運動行為的建立，然而教師應為學生健康行為的良好典範，故如何加強培養研究對象規律運動的行為，以活絡校園運動的風氣，是衛生教育、公共衛生政策須努力的方向。

表五 研究對象健康促進生活型態量表各題之得分情形

變 項 名 稱	平均值	標準差	次量表 排序	總量表 排序
健康促進生活型態量表				
健康責任(9題)				
有任何不舒服的徵兆或症狀時會去看醫師	1.92	0.80	1	13
閱讀或看有關增進健康的電視節目	1.53	0.77	4	29
向健康專業人員提出疑問，以瞭解指導內容	1.20	0.76	7	40
對健康照護者建議有疑問，會徵詢其他專家	1.73	0.77	3	19
與健康專業人員討論自己健康方面的事情	1.22	0.71	5	38
每月至少一次檢視自己身體有無異狀或病徵	1.13	0.76	9	42
向健康專業人員請教如何妥善照顧自己資訊	1.21	0.74	6	39
參加有關個人保健方面的教育活動	1.14	0.78	8	41
當需要時會尋求健康指導或諮商	1.75	0.82	2	18
營養(9題)				
選擇低脂肪、低飽和脂肪和低膽固醇的食物	1.58	0.77	6	27
限制使用糖和含糖的食物(甜點)	1.29	0.90	8	35
每天吃6-11份的麵包、穀類、米、通心麵(每份量約乾飯1/4碗或稀飯1/2碗或土司麵包1片或水餃4個或湯麵1/2碗)	1.65	0.84	4	24
每天吃2-4份的水果(每份量約橘子一個或蕃石榴1/3個或楊桃一個(170公克)或葡萄柚1/4個或木瓜1/4個(125公克)或蓮霧2個)	1.70	0.82	3	21
每天吃3-5份的蔬菜	1.92	0.72	2	13
每天吃2-3份的牛奶、優酪乳或奶類製品(每份量約牛奶一杯(240cc)或鮮奶1盒或4湯匙奶粉)	1.30	0.80	7	34
每天吃2-3份的肉、魚、乾豆、蛋的食物(每份量約蛋1個或肉1兩(巴掌大)或魚1兩或蝦仁12隻或雞腿1/3隻或肉鬆1尖匙或豆腐1塊或豆乾2塊半或素雞3/4個或花生9顆)	1.70	0.78	3	21
閱讀食品包裝上營養、脂肪和鹽成分的標示	1.60	0.90	5	25
吃早餐	2.48	0.69	1	1

表五 研究對象健康促進生活型態量表各題之得分情形（續）

變 項 名 稱	平均值	標準差	次量表 排序	總量表 排序
壓力處理（8題）				
充足的睡眠	1.76	0.77	4	17
每天花些時間讓自己放鬆	1.67	0.78	5	22
接受自己生命中一些無法改變的事情	2.00	0.72	1	9
就寢時，讓自己想些愉快的事物	1.59	0.74	6	26
使用某些方法來紓解自己的壓力	1.93	0.71	2	12
平衡工作和遊樂的時間	1.78	0.76	3	15
每天花 15 至 20 分鐘放鬆或靜坐	1.07	0.86	8	44
慢步來預防疲勞	1.23	0.82	7	37
身體活動（8題）				
遵循運動計畫	1.49	0.90	5	32
每週從事運動至少三次，每次 20 分鐘以上	1.50	0.98	4	31
從事輕度到中度的體能活動	1.43	0.93	6	33
參與休閒（娛樂）性質的體能活動	1.66	0.84	2	23
每週至少做三次的伸展運動	1.52	0.87	3	30
將運動融入日常的活動中	1.72	0.86	1	20
運動時注意自己的脈搏	1.10	0.86	7	43
運動時能達到我的標準心跳	1.52	0.83	3	30
人際關係（9題）				
與親近的人討論自己的問題及關心的事情	2.01	0.76	4	8
容易讚賞他人的成就	2.09	0.65	3	6
與其他人維持有意義的關係	2.11	0.64	2	5
花時間與親密朋友相處	1.76	0.72	7	17
易於表達對他人的關心、愛和溫暖	1.94	0.66	5	11
和自己關心的人相互有接觸	2.20	0.62	1	2
發現可行的方式來滿足自己對親密關係的需求	1.77	0.69	6	16
從關懷團體中獲得支持	1.27	0.90	8	36
用討論和妥協方法來解決與他人的衝突	1.94	0.64	5	11
靈性成長（9題）				
感覺自己往正向成長與改變中	1.90	0.71	7	14
確信自己的生活是有目的的	2.18	0.69	1	3
對未來充滿希望	2.09	0.67	3	6
對自己感覺滿足與平靜	1.98	0.62	6	10
朝生命中長遠的目標努力	2.06	0.70	4	7
發覺每天都是充滿樂趣及具挑戰	1.78	0.71	8	15
知道自己生命中什麼是重要的事	2.12	0.67	2	4
感受到一股外在強力的支持	1.56	0.76	9	28
敞開自己來接觸新的經驗和挑戰	1.99	0.70	5	9

(二) 健康促進生活型態之重要預測變項

本研究結果顯示「健康行為自我效能」為健康促進生活型態之最佳預測因子(見表六)。除了健康行為自我效能外,本研究亦發現可以有效預測健康促進生活型態的因子,還有年齡、自覺健康狀況及參與健康促進課程。因此,研究對象之健康促進生活型態確實受許多因素的影響,故要達到影響或改變行為,首先須瞭解並分析其原因,例如:健康行為自我效能、年齡層的分佈情形、自覺健康狀況以及健康促進課程之參與經驗等;再針對分析出之原因,設計多元介入策略,以利於執行。因此,若能掌握研究對象健康促進生活型態之預測因子,尤其是增強預測力最佳的「健康行為自我效能」,將更有利於健康促進相關活動之推動。

表六 研究對象健康促進生活型態影響因素之複迴歸分析

變項名稱	未標準化係數	標準化係數	t	R	R ²	F
	B 估計值	Beta 值				
常數	-19.538					
性別	-2.602	-.061	-1.452			
年齡	.632	.261	2.792**			
配偶	-.114	-.002	-.061			
任教職務	-.650	-.013	-.364			
教學年資	-.298	-.131	-1.422			
教育程度	-2.495	-.057	-1.622			
身體質量指數	5.783	.008	.207			
參與健康促進課程	3.626	.085	2.475*			
自覺健康狀況	.534	.099	2.535*			
健康行為自我效能 (全部)	.960	.643	16.559***	.738	.533	47.715

註：* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

肆、結論與建議

一、結論

根據研究目的、結果與討論,歸納出下列結論:

（一）研究對象自覺健康狀況是介於中等程度以上；健康行為自我效能方面由高而低依序為心理安適自我效能、營養自我效能、健康責任自我效能、運動自我效能，而在健康促進生活型態之六個層面中，由高而低依序為靈性成長、營養、人際關係、壓力處理、身體活動、健康責任；可見運動及健康責任自我效能影響運動及健康責任之行為表現。因此，若能協助研究對象將得分較低之運動及健康責任等健康行為能力有效提昇，將可有效增進健康促進生活型態。

（二）研究對象之社會人口學變項中之「年齡」、「婚姻狀況」、「教學年資」、「健康促進課程參與情形」、「參與課程時數」等與健康促進生活型態有顯著差異。其中年齡較大者、有配偶者、有參與健康促進生活型態者與參與課程時數較多者，其健康促進生活型態得分愈高。因此衛生教育活動可善用研究對象的教學服務年資及曾參與相關課程經驗之特質，透過教師間彼此經驗分享，提昇資淺教師的健康促進行為。

（三）研究對象之自覺健康狀況、健康行為自我效能與健康促進生活型態呈顯著正相關。亦即自覺健康狀況愈好者及健康行為自我效能愈佳者，其健康促進生活型態之執行愈正向。可見健康促進生活型態確實會受自覺健康狀況及健康行為自我效能的影響，因此在實施健康促進相關計畫時，宜加強評估不同對象之自覺健康狀況及健康行為能夠做到的程度，以提昇健康促進活動的成效。

（四）研究對象健康促進生活型態之預測因子為健康行為自我效能、年齡、自覺健康狀況及參與健康促進課程。就個別變項的解釋量來看，以「健康行為自我效能」層面的預測力最佳，其解釋量為 45.6%。因此，不論是學校課程之養成教育或在職訓練課程之設計，確實有需要運用提高健康行為自我效能的各項策略，提昇其健康行為執行能力之信心，將可獲得事半功倍之效。

二、建議

依據研究結果與結論，提出以下之建議：

（一）學校衛生實務方面

1. 本研究呈現了高中（職）教師健康促進生活型態，其中以身體活動及健康責任的行為表現較差，此結果提供實務面的服務方向，未來推動高中職教師健康促進活動時，應特別加強此方面的健康行為。

2. 研究結果發現高中（職）教師健康促進生活型態之預測因子為健康行為自我效能、年齡、自覺健康狀況及參與健康促進課程，學校衛生工作人員可透過以上四個因

素的評估來建立高危險群教師的名冊。

3. 學校衛生工作人員應針對不同教師的背景因素來擬訂健康行為介入計畫，深入瞭解教師所面臨需改善的健康問題，再運用適當的方法與技巧，才能收到良好成效。

4. 學校衛生工作人員本身應加強「健康行為自我效能」的認知與運用能力，以利健康促進學校計畫之執行。

(二) 教育行政方面

1. 由本研究結果得知，教師健康促進生活型態標準化得分為 56.25，屬中等程度，仍有提昇的空間。因此建議在師資培育整體計劃過程中，將健康促進的相關知識納入教育專業課程中，以加強未來教師有關健康促進生活的理念，使每位教師成為學生健康行為學習的最佳角色模範。

2. 由本研究結果得知，教師健康促進生活型態會因健康促進課程參與與否及參與課程時數的不同而有顯著差異，且教師參與健康促進課程總時數普遍不足。因此建議將表現較差之健康行為包含放鬆技巧、健康體能及自我健康責任相關知識納入教師研習課程中，以增進其身心健康及提昇工作效率。

3. 由本研究結果得知，健康責任為教師健康促進生活型態中得分最低之行為。因此教育主管單位應加強重視教師的健康需求，提供系統性的健康服務及健康促進活動，營造出健康促進學校的氣氛，由教師本身做起，才能使學生由生活化的學習情境中培養健康的習慣。

(三) 未來研究方面

1. 研究結果顯示「健康行為自我效能」是高中（職）教師健康促進生活型態之重要預測因子，未來教師健康促進介入性研究應從此方向著手。

2. 本研究只進行宜蘭縣高中（職）教師健康促進生活型態之調查，未來研究可針對中學、小學教師或不同區域教師，進行健康促進生活型態之探討，並比較相關研究結果，以作為推動教師健康促進介入之參考。

3. 本問卷係以問卷調查法為主，然而影響教師健康促進生活型態之因素很多，未來研究者可輔以「質性研究」，藉由深度訪談等方式，以補充量化研究之不足。

4. 台灣地區目前針對健康促進生活型態之研究大都沿用國外量表發展而來，但可能會因文化、國情之不同，無法完整呈現所欲測量之內涵。因此，建議未來研究者若能建構適合我國國情的健康促進生活型態量表，將使所得之研究結果更具有意義。

參考文獻

一、中文文獻

- 江欣霓（2002）。**國小教師工作壓力、情緒智慧與身心健康之相關研究**。未出版碩士論文，國立高雄師範大學，高雄市。
- 余玉眉、江永盛（1992）。國民保健六年計畫草案-規劃緣起與過程。**衛生報導**，**2**（7），8-12。
- 林美聲（2004）。**宜蘭縣中小學學校護理人員健康促進生活型態之研究**。學校衛生，**48**，1-17。
- 高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲（1999）。員工健康促進生活方式之初步探討。**元培學報**，**6**，43-68。
- 陳富莉、李蘭（2001）。台灣地區不同年齡層民眾的健康行為聚集型態。**公共衛生**，**28**（1），37-47。
- 張郁芬（2001）。**國小教師工作壓力、社會支持與身心健康之研究**。未出版碩士論文，國立嘉義大學，嘉義市。
- 黃志華（2003）。**高高屏地區私立高職教師工作壓力與因應方式**。未出版碩士論文，私立義守大學，高雄縣。
- 黃松元（2000）。**健康促進與健康教育**。台北：師大書苑。
- 黃松元、陳政友、賴香如（2004）。學校衛生工作新模式－健康促進學校。**學校衛生**，**45**，59-69。
- 黃雅文、姜逸群（2005）。健康促進與健康行為。**國民教育**，**45**（5），18-24。
- 黃雅文、姜逸群、藍忠孚、方進隆、劉貴雲（1991）。中老年健康行為之探討。**公共衛生**，**1**（2），133-146。
- 黃淑貞、姜逸群、徐美玲、洪文綺、陳曉玟、邱雅莉、莊萃（2004）。**台灣地區國小教師健康行為現況及其與社會人口學變項之相關研究**。中華民國學校衛生學會第二十三屆第一次會員大會暨學術研討會論文發表，臺北市。
- 曾月霞（2004）。中年人健康行為之探討。**護理雜誌**，**51**（1），20-24。
- 鍾東蓉（2000）。**台北市立高中導師運動行為及其影響因素調查研究**。未出版碩士論文，國立台灣師範大學，臺北市。

劉俐蓉、姜逸群(2005)。台北市立國中教職員工健康行為自我效能和健康促進生活型態之相關研究。*中華職業醫學雜誌*, 12(1), 21-32。

蘇國興(2003)。台北市國小教師工作壓力、運動行為與身心健康之相關研究。未出版碩士論文,台北市立師範學院,臺北市。

二、外文文獻

Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Badura, B. (1984). Life-style and health : Some remarks on different viewpoints. *Social Science and Medicine*, 19(4), 341-347.

Becker, H., Stuijbergen, A., Oh, H. S., & Hall, S. (1993). Self-Rated Abilities for Health Practices : A health self-efficacy measure. *Health Values*, 17(5), 42-50.

Ecclestone, N A., Myers, A. M., & Paterson, D. H. (1998). Tracking older participants of twelve physical activity classes over a three-year period. *Journal of Aging & Physical Activity*, 6(1), 70-82.

Felton, G. M., Parsons, M. A., & Bartoces, M. G. (1997). Demographic effects on health-promotion behavior and health related factors. *Public Health Nursing*, 14(6), 361-367.

Gillis, A. J. (1993). Determinants of health promoting lifestyles : An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 345-353.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*. Ottawa : Government of Canada.

Linda, G. H., Rowaida, M. A., & Mary, G.U.(1999). Health promotion behaviors among Jordanians. *International Quarterly of Community Health Education*, 18(2), 223-235.

Dever, G. E. A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2, 453-466.

Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice (2nd ed)*. East Norwalk : Appleton & Lange.

Strecher, V. J., Devellis, B. M., Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13(1), 73-91.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.

- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). *The form of permission to use Health Promoting Lifestyle Profile II*, University of Nebraska Medical Center.
- Weitzel, M. H., & Waller, P. R. (1990). Predictive factors for health- promotive behaviors in white hispanic and black blue-color workers. *Family and Community Health, 13(1)*, 23-34.
- Wood, C. (1982). Culture,life-style,and chronic disease. *World Health Forum, 3(4)*, 445-449.

95/01/24 投稿

95/04/27 修改

95/08/12 完稿

Study on The Health-Promoting Lifestyles and The Related Factors among Senior High School and Vocational School Teachers in Yilan County, Taiwan

Szu-hsien Lin * · Cheng-Yu Chen **

Abstract

The purpose of this study was to explore into the health-promoting lifestyles and the related factors among senior high school and vocational school teachers in Yilan county. The qualified teachers at senior high school and vocational school in Yilan county were the target population of this research, and the samples were selected by using stratified PPS random sampling. The data collection was based on structural questionnaire method, and there were 410 valid samples, which presented a 84% of the response rate. The data was analyzed by SPSS for Windows 11.0.

The major findings of the study were as follows:

1. In the health-promoting lifestyles, the highest score was the spiritual growth, followed by nutrition, interpersonal relations, stress management, and the lowest was physical activity, health responsibility.

2. The result indicated that these following factors of demographic variables did show significant differences in the health-promoting lifestyles: ages, marital status, the total experiences in teaching field, the participation of the health-promoting lessons and the total

* Nursing Teacher, National La-Yang Girl's High School

** Professor, Department of Health Education, National Taiwan Normal University

hours in participating in health-promoting lessons.

3. The perceived health status and self-efficacy of the subjects had a positive correlation with the health-promoting lifestyles.

4. The self-efficacy of health behavior, ages, the perceived health status, and the participation of health-promoting lessons were the significant predictors and explained 53.3% of the variance of health-promoting lifestyles. However, the self-efficacy of health behavior was the strongest predictor of all.

Key words: health-promoting lifestyles, perceived health status, self-efficacy of health behavior, teachers