

第一章 緒論

隨著疾病型態由急性、傳染性轉變為慢性、退化性疾病，加上百分之五十以上健康問題導因於人類的生活型態和行為，過去依賴疾病治療為取向之醫療模式，已不足因應健康需求(黃松元，2000)。近年來，社會大眾對於健康需求及生活品質的重視大幅提升，世界衛生組織(World Health Organization；WHO)為因應此方面需要，早已揭櫫「公元兩千年全民均健」、「將健康促進帶入二十一世紀」之目標，漸漸地，健康促進的理念、架構和內涵，亦漸趨成熟。雖推動學生健康促進是奠定全民健康基礎最有效的途徑，但教師工作需投入極大的精神與時間，並花費心力於學生身上，應為學生良好的角色模範(林思嫻，2005)；且學校是傳授衛生教育的最佳場所，教師若能兼顧身教與言教，定能以學生為橋樑，進一步將健康促進推廣至家庭、社區(鄭小玉，2005)。換言之，教師在促進自身身心健康的同時，也能影響學生及社區居民，促其養成健康行為，故教師健康促進生活型態的重要性不容忽視。

本章內容共分六節，包括研究動機與重要性、研究目的、研究問題、研究假設、名詞界定和研究限制，各節內容分述如下：

第一節 研究動機與重要性

延續二十世紀全民健康理念，健康促進被視為二十一世紀最重要的公共衛生概念，也是世界各國政府努力追求的目標，個人也因擁有健康，能夠真正的享受幸福人生及高品質的生活(李蘭，2001)。回顧1970年代，歐美、澳洲等國家早就體認到健康促進的重要性，展開相關活動或研究(Delnevo, Abetamarco, & Gostsch, 1996)。加拿大衛生福利部長 Lalonde (1974)發表「加拿大人健康新展望」(A New Perspective on the Health of Canadians)，指出生活型態主要取決於個人所採行之行

為，且對健康影響最大。慢性病流行病學模式分析影響疾病死因的四大因素，分別為生活型態佔 43%；人類生物學因素佔 27%；環境因素佔 19%；醫療體制佔 11% (Dever, 1976)，足見擁有健康促進生活型態更勝於人類生物學及環境等因素。

台灣地區近四十年來，因經濟、社會、醫療、環境衛生的改善及生活方式的改變，國民平均壽命延長，慢性、退化性的疾病型態主要導因個人生活習慣與方式的影響(余玉眉、江永盛，1992)。相關研究亦支持實施健康促進生活型態即是有良好的健康行為，可以減少各類慢性疾病的發生(王秀紅，2000；石曜堂，1992；Kasl & Cobb, 1966)。綜合上述資料顯示，要使個人擁有健康、減少慢性病罹患率與死亡率，甚而延緩老化，必須對健康有新的觀念，從以往強調預防保健，轉而著重健康促進，是故重視並提升個人健康促進生活型態更是重要。

1986 年，WHO 開始推動健康促進學校之新模式學校衛生工作，目標在促進各級學校學生及教職員工健康，提升師生生活品質，使學校成為獲得健康的場所(黃松元、陳政友、賴香如，2004)。黃松元提出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)。黃淑貞(1995)則指出，學校推動教師健康促進活動具有雙重意義，一方面教師若有正確的健康行為，可提供學生最佳角色模範；另一方面健康較佳的教師出席率較高，生病機會少，學校具有較好的形象。因此，教師擁有良好的健康促進生活型態，除了能增加其個人和家庭的福祉，並能提高教學品質和工作績效，同時可建立良好楷模表率，以營造一所健康促進學校。

健康促進在國內、外已發展多年，李蘭(1999)提出健康促進取向之研究，應朝向廣泛性及全方位之模式推動。國內目前健康促進生活型態相關文獻，多針對學生團體、護理人員、上班族、老年人或一般民眾，卻忽略教師此一重要族群，故以學校教師為對象的相關探討甚少。林思嫻(2005)以宜蘭縣高中職教師為對象，證實自覺健康狀況、健康行

為自我效能與健康促進生活型態具有正相關；惟此研究的學校為鄉村型態，故無法推論至都市型態的教師。另外，劉俐蓉、姜逸群(2005)探討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的情形，研究發現年齡、畢業科系、健康知識來源數目及健康行為自我效能為教職員工健康促進生活型態的最重要預測因子，但因為對象僅限於台北市一所國中，故外推性有所限制。

本研究以台北市公、私立國中現任教師為母群體，透過問卷調查瞭解個人因素、認知因素(自覺健康促進行為利益、自覺健康促進行為障礙、健康行為自我效能)與健康促進生活型態之現況，並進一步探究變項間的相關性。藉此驗證兩類變項與教師健康促進生活型態的關係，期能對台北市國中教師健康行為之促進有所助益。一方面喚醒教師對身心健康的關注，進而能主動採行和建立正向健康生活型態，提升生活品質；另一方面，研究結果也能提供有關單位實務運用與未來相關介入之參考。

第二節 研究目的

本研究旨在探討台北市現任國中教師健康促進生活型態與其個人因素、認知因素的關係，其中認知因素包含自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能等三項。本研究之目的主要有下列四項：

- 一、瞭解研究對象之個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能，以及健康促進生活型態的現況。
- 二、探討研究對象個人因素和自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態之間的關係。
- 三、探討研究對象自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能與健康促進生活型態之間的關係。

- 四、探討研究對象個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能對健康促進生活型態的預測情形。

第三節 研究問題

根據研究目的，本研究將回答下列待答問題：

- 一、個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能，以及健康促進生活型態的現況為何？
 - 1-1 研究對象的個人因素分布情形為何？
 - 1-2 研究對象的自覺健康促進行為利益為何？
 - 1-3 研究對象的自覺健康促進行為障礙為何？
 - 1-4 研究對象的健康行為自我效能為何？
 - 1-5 研究對象的健康促進生活型態為何？
- 二、個人因素和自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態之間的關係如何？
 - 2-1 研究對象個人因素與自覺健康促進行為利益的關係為何？
 - 2-2 研究對象個人因素與自覺健康促進行為障礙的關係為何？
 - 2-3 研究對象個人因素與健康行為自我效能的關係為何？
 - 2-4 研究對象個人因素與健康促進生活型態的關係為何？
- 三、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能與健康促進生活型態之間的關係如何？
 - 3-1 研究對象自覺健康促進行為利益與健康促進生活型態的關係為何？
 - 3-2 研究對象自覺健康促進行為障礙與健康促進生活型態的關係為何？
 - 3-3 研究對象健康行為自我效能與健康促進生活型態的關係為何？

- 四、個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能對健康促進生活型態的預測情形如何？

第四節 研究假設

根據上述研究問題，提出下列三項研究假設：

- 一、研究對象之自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能及健康促進生活型態會因個人因素之不同而有差異。
- 二、研究對象之自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能與健康促進生活型態呈顯著相關。
- 三、個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能是健康促進生活型態的重要預測因子。

第五節 名詞界定

一、國中教師

本研究所指國中教師係指九十七學年度服務於台北市公、私立國民中學的合格專任教師。

二、個人因素

包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、教學年資、參與健康促進相關研習課程、自覺健康狀況等變項。其中自覺健康狀況是由個人評估自己的健康狀況。本研究採用翻譯自美國 The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)的 SF-36 台灣版健康量表中的「一般健康知覺分量表」(長庚大學, 1993), 來測量研究對象的自覺健康狀況。得分愈高者, 表示自覺健康狀況越佳。

三、 自覺健康促進行為利益

係指研究對象主觀評估採取健康促進行為可獲得的效益與利益程度。以研究者自編「自覺健康促進行為利益量表」評量之，得分愈高者，表示研究對象自覺健康促進行為的利益愈高。

四、 自覺健康促進行為障礙

係指研究對象主觀評估採取健康促進行為可能遭遇的障礙程度。以研究者自編「自覺健康促進行為障礙量表」評量之，得分愈高者，表示研究對象自覺健康促進行為的障礙愈高。

五、 健康行為自我效能

是指個人自認能執行健康行為的把握程度(Becker, Stuijbergen, Oh, & Hall, 1993)。採用高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲(1999)依據 Becker 等(1993)所發展「自評健康行為能力量表」(Self-Rated Abilities for Health Practices Scale)的中文版量表來評量，分數越高表示健康行為自我效能越佳。

六、 健康促進生活型態

本研究所指的健康促進生活型態是指個人為了維持或提升安適狀態，以及自我實現和自我滿足的一種多層面的自發性行為和認知(Walker, Sechrist, & Pender, 1987)。採用高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲(1999)依據 Walker 等人於 1995 年所發展之「第二版健康促進生活型態量表」(Health-Promoting Lifestyle Profile II ; HPLP II) (Walker, Sechrist, & Pender, 1995)，經中文轉譯和文化調整的中文版量表測量，分數越高表示生活型態越符合健康促進之精神。

第六節 研究限制

本研究未臻完善之處如下：

一、 樣本外推的限制

本研究僅以台北市公、私立國中之學校教師為母群體進行研究，因此結果可作為台北市或其他都市型態國中教師健康促進生活型態的參照，但無法推論至其他縣市的國中教師。

二、 研究變項內涵

本研究所測得之健康促進生活型態、自覺健康狀況、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能，以本研究之工具所涵蓋的內容為限。

三、 研究設計

本研究在設計上採橫斷式調查法，是以無法對研究變項的因果關係提供明確的證據。另外，研究以自陳式問卷收集資料，可能會因研究對象填答的認真程度而造成結果之偏差。

四、 施測上的限制

由於人力、時間的限制，因此研究者需透過各校行政人員或教師的協助來轉發問卷，如各校協助人員因職務繁忙而無法發送問卷給校內全體教師、或因選取之樣本在教學業務繁忙下無暇填答問卷，都可能使回收率出現偏低的現象。

第二章 文獻探討

本章根據研究主題及研究目的，蒐集相關文獻加以整理，分為以下三節呈現：第一節健康促進生活型態的發展與內涵、第二節健康促進模式、第三節個人因素、認知因素和健康促進生活型態之相關研究。

第一節 健康促進生活型態的發展與內涵

壹、健康促進的興起

歐美國家於 1950 年代完成疾病的轉型，慢性、退化性疾病取代傳染性疾病，成為主要健康問題。基於科學信仰及疾病論成就的眩惑下，這些先進國家大致仍以醫學為非傳染疾病的解決之道；直到 1970 年代，這種視醫學為中心的想法才面臨挑戰(Wolinsky, 1980)。加拿大衛生福利部長 Lalonde(1974)首度提出疾病和死亡的決定因素歸類為：不健全醫療體系、不健康生活型態、環境危害和遺傳因素，並指出生活型態的重要。此報告引發世界各國積極提出健康促進的觀念，公共衛生界面臨第二次革命，由重視醫療科技轉變成重視生活型態，開啟了健康促進運動之端。

WHO 長久以來對於健康促進的推動，一直扮演積極、重要角色(黃松元、張富琴，2000)。1978 年 WHO 發表 Alma-Ata 宣言，揭櫫「公元兩千年全民均健」(Health for All by the Year 2000)目標(WHO Regional Office for Europe, 1978)。1979 年，美國衛生教育暨福利部發表「健康人民」(Healthy People)報告，分析美國 1976 年十大死因，提出有一半是導因於不健康的行為或生活型態，這份報告頗具啟示性，成為美國健康促進工作推動上重要里程碑(黃松元、張富琴，2000；U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979)。1986 年，WHO 於加拿大召開第一屆世界健康促進研討會，頒訂「渥太華健康促進憲章」(Ottawa Charter for Health Promotion)，並定義健康促進為「使人們能夠

強化其掌握並增進自身健康的過程」(WHO Regional Office for Europe, 1986)。國內學者李蘭(1999)指出，其精神所在包括增強個體照護健康的能力，並排除環境有礙健康的阻力，健康促進觀念自此發揚光大，成為世界各國推動健康促進計畫之標竿。同年，澳洲衛生部也發表「期望更好的健康」報告，加強各項健康促進(引自行政院衛生署，1993；黃松元、張富琴，2000)。其後，WHO 陸續於 1988 年、1991 年、1997 年、2000 年、2005 年召開健康促進研討會，接續奠定並強化健康促進的功能策略與適切性，希冀襄助各國在時代洪流下永續推動，將健康促進帶入二十一世紀。以上許多支持健康促進的決議或條例紛紛簽署，都反映出落實健康促進的重要，惟健康促進雖被證實具優勢地位，但如何實際付諸行動，則是核心的責任所在。

目前，台灣地區主要疾病為惡性腫瘤、心血管疾病和事故傷害等非傳染性疾病，但醫療對非傳染性疾病效用有限，追求健康的生活品質，必須靠健康促進(江東亮、余玉眉，1994)。1989 年，跟隨歐美腳步，行政院衛生署首開國民健康生活促進研討會，提出「健康是權利、保健是義務—台灣地區人口突破兩千萬時的省思」之宣告，正式揭開健康促進運動序幕(余玉眉、江永盛，1992)。1993 年發表「國民保健計畫」，並就健康促進提出具體實施方向與內容(行政院衛生署，1993)。行政院衛生署更訂定 2001 年為「健康促進年」，展現追求全民均健的決心(李明亮，2001)。至此，也反映社會大眾對健康需求層次已不斷提升，健康促進成為全民健康的主要政策。

WHO 積極推動健康促進至各場域，1995 年將此觀念帶入校園，定義健康促進學校為「一所學校能持續增強其能力，成為一個有益於生活、學習與工作的健康場所」(黃淑貞、伍連女、張桂楨，1998)，也就是指學校、社區所有成員通力合作，使學校的教師、學生等成員，都能在健康場域內維護與改善其健康，營造更積極、正向的生活型態。2002 年，國內「學校衛生法」制訂頒布，目的在促進學生及教職員健康；隔年，行政院衛生署與教育部共同推動「健康促進學校計畫」，努力將健康促進觀念與行動紮根於校園內。

綜觀所述，可知健康促進運動已成為各國推展健康工作的必然趨勢，台灣地區亦不例外。相關單位與機構持續為了維護和提升全民健康生活而努力，國人也因順應潮流，了解健康重要性，進而培養為自己健康負責的態度，建立正確健康行為和生活型態。

貳、 健康促進生活型態

健康促進的觀念在近年來廣泛推廣，眾多學者依不同觀點加以闡述其意義，以下就健康促進、生活型態與健康促進生活型態加以闡明。

一、 健康促進

Laffrey(1985)認為健康促進是以獲致更高層次的健康為目的所採行的行為；Pender 進一步指出，健康促進行為具有朝正向成長與改變的實現導向(actualizing tendency)特性，是擴展健康潛能的趨向行為(approach behavior)；它指引個人維護或增進健康、自我實現及幸福的肯定態度，即是個人積極主動地建立新的正向健康行為模式，而非預防疾病或避免健康問題的行為(Pender, 1987)。Maben 與 Clark (1995)以「健康促進」進行概念分析，提出可透過政策、法律、健康教育、增能(empowerment)、合作、參與、改變社會環境等管道推動健康促進。有些學者則認為健康促進是個人自主性的行為，如 Shamansky 與 Clausen (1980)指出，個人若注重營養、運動、衛生習慣、提高免疫力並避免危險因子，以增強身體與心理情緒管理，達到最佳健康狀況的行為則稱健康促進。

國內，學者王秀紅(2000)曾指出，健康促進與疾病預防之不同，在於前者非以疾病或特殊健康問題為導向，而是積極拓展健康潛能，使個人功能發揮至最佳狀態，疾病預防卻是在阻止或降低特殊健康問題對個人健康造成之傷害。黃淑貞等(1998)說明健康促進是整體性的社會、政治過程，健康促進可使人增強控制健康決定因子，改善其健康過程。劉雪娥(1999)則將健康促進延伸至心理層面，認為健康促進的真

意在於考量個人心理與其周遭環境，並善用內、外在資源來增進個人之健康層次與實現終身目標。

二、生活型態

生活型態(life style)一詞，最早是由社會科學領域學者所引用，但他們對生活型態的解釋則常因研究旨趣及方法論不同，而趨不一致(陳美燕、廖張京隸、廖照慧、周傳姜，1994)。Green 與 Kreuter (1999)即具體指出，生活型態根源自人類學、社會學、臨床心理學，它是用來描述具永久一致性，且以文化傳承、社會關係、社經環境及人格為基礎的行為型式。WHO 在 1998 年出版健康促進辭彙(Health Promotion Glossary)，指出生活型態是健康行為和危險行為兩者並存而成的複雜行為型式(黃淑貞、伍連女、張桂楨，1998)。國內學者王秀紅(2000)也提及，生活型態係指特殊的生活習慣，這些生活習慣影響個人健康，可以是正向或負向的，而健康促進的意涵則在執行正向生活型態。

公共衛生領域中，將狹義的生活型態定義為在病因論導向下，易辨別及測量之危險因子(Coreil & Levin, 1985)，而較廣泛的說法則為與健康有關的行為或健康的生活型態。其中「與健康有關的行為」的概念來自 Kasl 與 Cobb(1966)，他們將有關健康的行為分為健康行為、疾病行為和疾病角色行為等三類。所謂健康行為是指自認健康狀況良好而無任何疾病或徵候的人，為持續保有健康而採取的行為，其目的在維持良好的健康。學者 Harris 與 Guten(1979)將健康的生活型態分為五項：(1)健康行為：如充足睡眠、鬆弛、限制飲食、體重控制等；(2)安全行為：如繫安全帶、備妥急救裝備等；(3)預防性健康照護：如健康檢查、口腔檢查等；(4)避免環境中的危害：如環境汙染、犯罪等；(5)避免有害物質：如菸、酒等。綜合上述，個人生活型態指基本的日常生活作息，與健康有著密不可分的關聯。

三、 健康促進生活型態

(一)健康促進生活型態之意涵

Travis(1977)認為健康促進生活型態包括自我責任、營養知覺、壓力控制及身體知覺。1979年，Ardell將這四項擴展為自我責任、營養知覺、壓力處理、運動、環境敏感度(引自陳淑卿、賴裕和，1999)。Pender(1987)則定義健康促進行為是健康生活型態的要素，個人健康生活型態中的健康促進行為可視為正向的生活方式，引導個人體認自身具有高度的健康潛能。如同美國健康教育與促進術語聯合委員會(Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology, 2001)提出，健康生活型態(healthy lifestyle)可以將個人生活品質極大化，並減少對負向健康結果易感受性的行為型態。Walker等學者將健康促進生活型態做了完整的定義描述，指出「個人為了維持或提升安適狀態，以及自我實現和自我滿足的一種多層面的自發性行為和認知」(Walker, Sechrist, & Pender, 1987)。

健康促進生活型態指為了達到更佳健康狀態之指標，引導個人維護或促進健康、增進安寧幸福的知覺與行為，而非減少、避免或去除已存在的危險行為，Walker等(1987)在研究中指出，健康促進生活型態包括六個層面：

1. 運動(exercise)：指從事規律性運動與休閒性活動。
2. 營養(nutrition)：指日常飲食型態、食物的選擇等。
3. 壓力處理(stress management)：指個人面對壓力時，能放鬆自己及運用減輕壓力的方法，使各器官系統穩定及緩解心理壓力。包含睡眠、放鬆自己、運用減壓方法等。
4. 健康責任(health responsibility)：是個人對自己的健康所付出的注意、需要時尋求專業人員協助，包含能注意自己的健康、參加健康保健相關活動、與健康專業人員討論健康保健等。

5. 人際支持(interpersonal support)：係指發展社會支持系統，如有親密的人際關係、與他人討論自己的問題、花時間與親密的朋友相處等。
6. 自我實現(self-actualization)：是將個人的能力及潛能發揮到最大程度，包含生活有目的、朝個人目標發展、對生命樂觀、有正向成長與改變的感覺。

1995年，Walker, Sechrist 與 Pender(1995)重新修正健康促進生活型態的六個層面，將運動改為身體活動，人際支持改為人際關係，自我實現改為靈性成長。其內容如下：

1. 身體活動(physical activity)：指將運動融入日常活動中、每週至少運動三次。
2. 營養(nutrition)：例如選擇低油、低膽固醇、低飽和脂肪的食物。
3. 壓力處理(stress management)：每天花一些時間放鬆，太勞累時能作自我調整。
4. 健康責任(health responsibility)：例如讀或看有關增進健康的文章或電視節目、對健康專業者的建議有疑問時，會再請教其他專家的看法。
5. 人際關係(interpersonal relation)：例如找時間與親密的朋友相處、用討論和妥協的方式來處理與他人的衝突等。
6. 靈性成長(spiritual growth)：例如感覺自己朝正向成長與改變、什麼是生命中最重要。

由上列所述可知，健康促進生活型態的定義及意涵，隨著領域不同與時代之變遷而有改變，但為因應全民健康這項世界性的策略，實需要以更積極的做法提升生活型態來達到最佳狀態，而健康促進則在實踐健康促進生活型態過程及結果中扮演不可或缺之角色。

(二)健康促進生活型態之測量

Walker, Sechrist 與 Pender(1987)將 Pender 於 1982 年所發展「生活型態與健康習慣評量表」(Lifestyle and Health Habits Assessment; LHHA)加以修改，經專家內容效度、項目分析、因素分析後發展出「健康促進生活型態量表」(Health-promoting Lifestyle Profile; HPLP)，此量表的題項是以提升健康層次為導向之正向健康行為，不包括預防疾病的行為。全量表共 48 題，可解釋健康促進生活型態 47.1%的變異量，Cronbach' α 值為.922 (引自陳美燕等，1994)。因為此量表曾被國外多項研究使用於不同年齡和族裔背景的受試者(Bagwell & Bush, 2000; Duffy, Rossow, & Hernandez, 1996; Frank-Stromborg, Pender, Walker, & Sechrist, 1990; Gillis, 1994; Johnson, Rather, Botorff, & Hayduk, 1993; Tashiro, 2002)，是廣為學術界使用的測量工具之一。國內學者以此量表為藍本，再依據研究目的做適當修訂，不同的中文版本量表乃逐漸問世，其中之一是黃毓華、邱啟潤(1996)的 42 題版本，以大學生為對象，經因素分析後得六個因素，與原量表符合。另一版本是陳美燕等(1997)的 40 題版本，以成年民眾為對象，亦得六個因素。

爾後，1995 年重新修正出「健康促進生活型態量表 II」(HPLP II)，由原來 48 題增至 52 題，同樣有六項分量表。國內高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲(1999)經文化轉譯成中文版本，以台灣半導體公司員工為對象，並進行信、效度檢定。依專家意見將詞語修改作專家內容效度，問卷信度採用 Cronbach's α ，測其內部一致性為.96，各個分量表則介於.73 ~ .88 之間，兩週後再測信度為.994，證實具良好信度、效度。

四、健康促進生活型態現況

目前各國皆在推展健康促進運動，我國亦不例外。而由國內健康促進生活型態相關文獻查證發現，研究對象以學生族群(洪麗玲、高淑

芬，1997；陳昭伶，2004；黃毓華、邱啟潤，1997；楊瑞珍、蘇秀娟、黃秀麗，2001；葉琇珠，2000)占大多數，其次則為職場員工(吳采蓉，2005；林雅雯等，2003；高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲，1999；賴佳儀，2006)、老年人族群(馬懿慈，2003；張彩秀、黃乾全，2002；蕭冰如，1998)及護理相關人員(宋素真，1998；林女理，2002；林美聲，2004；林語梵，2008；陳美燕、廖張京隸，1995；蕭順蘭，2002)。

表 2-1 及表 2-2 彙整國外與國內健康促進生活型態研究之結果。若以整體健康促進生活型態的狀況來看，國內有關學生族群的研究，葉琇珠(2000)針對北部某大學生為對象，顯示大學生整體的健康促進生活型態達中等程度；陳昭伶(2004)調查基隆市高中職學生，同樣屬於中等程度。其他族群如林雅雯等(2003)研究醫院員工、馬懿慈(2003)以社區老人、林語梵(2008)以護理人員為對象亦有同樣的結果。另以教師為對象之研究，林思嫻(2005)以宜蘭縣高中職教師為對象，發現教師健康促進生活型態為中等程度；劉俐蓉、姜逸群(2005)的研究指出，台北市某國中教職員工之健康促進生活型態屬於中上情形；賴貞嬌、陳漢瑛(2007)以台北市國小教師健康促進生活型態與幸福感之關係研究，發現健康促進生活型態屬於普通偏好的情形。上述對教師族群所進行的研究均顯示健康促進生活型態達到中等程度以上。

再就六層面健康促進生活型態的比較來看，多數研究發現得分較高為靈性成長(自我實現)及人際關係(人際支持)(林雅雯等，2003；李雅欣，2004；吳采蓉，2005；洪麗玲、高淑芬，1997；高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲，1999；陳美燕、廖張京隸，1995；Duffy et al., 1996；Frank-Stromborg et al., 1990；Johnson et al., 1993；Lee et al., 2005；Tashiro, 2002)。另有研究指出營養行為得分最高，如 Pullen, Walker 與 Fiandt(2001)針對鄉村的老年婦女、蕭冰如(1998)及馬懿慈(2003)以社區老人為研究對象，以及林女理(2002)和林美聲(2004)、林語梵(2008)針對護理人員的研究。另賴佳儀(2006)探討國營職場員工的健康生活型態，顯示自我實現的層面最低，壓力處理與健康責任得分較高，與其他研究結果不同。

值得注意的是健康責任及身體活動(運動)分量表的得分都是六層面中最低者。只有 Pender, Walker, Sechrist 與 Frank-Stromborg(1990)以美國中西部白領員工的研究發現，運動分量表的排序為第一，故有不一致的狀況。

表 2-1 國外健康促進生活型態研究

研究者/年代	研究對象	研究結果
Walker, Volkan, Sechrist 與 Pender (1988)	438 名成人	健康促進生活型態分量表以自我實現得分最高，健康責任行為最差。
Weitzel (1989)	179 名藍領工作者	健康促進生活型態自我實現分量表得分最高。
Frank-Stromborg 等(1990)	美國中西部 385 位可活動癌症病患	健康促進生活型態得分最高分量表是自我實現及人際支持，最低是運動。
Pender 等 (1990)	美國中西部 589 位白領工作者	分數最高分量表為自我實現和運動，其次依序為人際支持、營養、壓力處理、健康責任最低。
Johnson 等 (1993)	3025 位非政府機構工作之 20-64 歲成人	自我實現及人際關係之得分最高。
Duffy 等 (1996)	397 位受雇非裔美國婦女	自我實現及人際支持分量表得分最高，最低是運動。
Bagwell 與 Bush (2000)	160 位 18-65 歲之藍領工作者	健康責任及人際支持得分，女性高於男性。年長者的營養分量表得分高於年輕者、運動分量表得分則低於年輕者，皆達統計顯著差異。自我實現得分，年長者顯著高於年輕者。
Pullen 等 (2001)	鄉村老年婦女	分量表以營養得分最高，最低為運動。
Peltzer (2002)	南非 236 位高三學生及 370 位大一學生	健康促進生活型態執行情形高三(平均值 2.77)顯著優於大一學生(平均值 2.68)。
Tashiro (2002)	546 位日本女大學生	得分最高分量表是自我實現及人際支持，最低的是運動。
Hulme 等 (2003)	545 名西班牙裔成人	得分最高是靈性成長，最低是身體活動。
Lee 等 (2005)	247 名香港大學學生	最高得分依序是人際關係、靈性成長，得分最低的是健康責任。
Pirincci 等 (2008)	509 位介於 22-65 歲間的大學教職員	得分最高者為自我實現分量表，最低為運動分量表。

表 2-2 國內健康促進生活型態研究

研究者/年代	研究對象	研究結果
陳美燕、 廖張京隸 (1995)	桃園 197 位護生和 209 位在職護士	健康促進行為有 75% 未達“經常”之頻率。 分量表得分由高而低是人際支持、自我實現、壓力處理、營養、健康責任、運動。
洪麗玲、高淑芬 (1997)	某護專五專三年 級的 93 名學生	分量表以自我實現得分最高，其次是人際支持、營養、壓力處理、運動、健康責任。
黃毓華、邱啟潤 (1997)	高雄地區 562 名大 二學生	六個層面以自我實現最高，其次依序為營養、人際支持、壓力處理、運動及健康責任。
宋素真 (1998)	南部某醫學中心 659 名臨床護理人員	分量表發現運動層面得分最低，營養得分次低，而以人際支持得分較高。
蕭冰如 (1998)	144 位 65 歲以上社 區老人	健康促進生活方式六層面以營養、人際支持最高，健康責任最低，運動次低。
高淑芬等 (1999)	台灣某半導體公 司 1507 位員工	人際關係得分最高，其次依序是靈性成長、營養、壓力處理、健康責任，運動得分最低。
葉琇珠 (2000)	北部某大學生 492 位	健康促進生活型態整體得分中等。 六層面執行大多屬於“偶而、經常及都是”之間。但健康責任與運動行為得分較低。
楊瑞珍等 (2001)	北市 14 所國小、 國中、高中職、大 學學生 3431 位	分量表得分顯示執行頻率達“經常”的只有人際支持及營養，而實踐力量最低的是健康責任，其次為運動。
林女理 (2002)	北市國中小學校 護理人員 245 名	營養得分最高，其他依序為自我實現、人際支持、壓力處理與健康責任，運動得分最低。
張聖如 (2002)	122 名台北市某社 區更年期婦女	健康促進生活方式得分高低為人際支持、壓力處理、營養、自我實現、運動和健康責任。
張彩秀、黃乾全 (2002)	台北縣市 679 位 40 歲以上中老年人	分量表得分最低為運動與預防性照護行為。
蕭順蘭 (2002)	北縣衛生所 227 位 公衛護理人員	執行健康促進生活型態整體上，有“經常執行”的題項僅有 30%，而 70% 項目分佈於“從不”與“有時”之間。 分量表最高為自我實現，其餘依序為營養、人際支持、壓力處置、健康責任及運動。

表 2-2 國內健康促進生活型態研究(續)

研究者/年代	研究對象	研究結果
林雅雯等 (2003)	新竹某醫院 406 名 員工	健康促進生活型態得分僅達中等程度。 六分量表以人際支持最高，其次依序為自我實現、壓力處理、營養、運動及健康責任。
馬懿慈 (2003)	某社區 65 歲以上 170 名老人	整體的健康促進生活型態屬於中等程度。 六層面得分以營養最高，其它依序為人際關係、壓力處理、身體活動、靈性成長，健康責任最低。
林美聲 (2004)	宜蘭縣中小學護 理人員 113 名	得分最高為營養，再來為壓力處理、自我實現、人際支持、健康責任，而運動得分最低。
李雅欣 (2004)	北部某一新訓中 心之入伍新兵共 567 人	分量表以人際關係最高，其次為自我實現、壓力處理、營養、運動休閒及健康責任。
陳昭伶 (2004)	基隆市高中職 664 名學生	健康促進生活型態屬於中等程度。 六個層面依序為自我實現、壓力處理、人際處理、營養、運動和健康責任。
林思嫻 (2005)	宜蘭縣高中職 410 名教師	健康促進生活型態屬於中等情形。 各層面得分最高是靈性成長、其餘為營養、人際關係、壓力處理、身體活動及健康責任。
吳采蓉 (2005)	291 位白領階級員 工	以自我實現最佳，人際支持次之，再依序為營養、壓力處理、健康責任、而運動得分最低。
劉俐蓉、姜逸群 (2005)	北市某國中 203 名 教職員工	健康促進生活型態屬於中上情形。 六分量表以人際關係得分最高，其他依序壓力處理、靈性成長、營養、健康責任及身體活動。
賴佳儀 (2006)	國營事業職場員 工 331 位	由高而低依序為壓力處理、健康責任、人際支持、運動及營養，而自我實現為最低。
林語梵 (2008)	宜蘭縣公共衛生 護理人員 98 位	健康促進生活型態得分依序由高而低為營養、壓力管理、自我實現、健康責任，運動行為與人際支持同為得分最低。 健康促進生活型態總量表的標準化得分指標為 59.17，屬於中等程度。

第二節 健康促進模式

本節主要在描述健康促進模式(Health Promotion Model; HPM)，包括模式的起源、理論依據、內涵，最後依據本研究目的，針對「個人特質及經驗」中的個人因素、「特定行為的認知及情感」中的認知因素做進一步探討。

壹、 健康促進模式

一、 健康促進模式起源

美國學者 Pender 於 1975 年應用預防性健康行為的概念模式闡述個人健康促進，強調人和環境於互動中產生調適行為，用以探討個人在預防疾病時影響做決定及行動的因素(引自黃錫美，2006)。其模式並於 1982 年開始發展，強調以最佳的健康狀態取代疾病預防的觀念，個人產生正向的調適行為，追求安適狀態(李碧玉等，2002；黃錫美，2006；Pender, 1982)。因具有防範未然的作用，讓個人達到更正面健康狀態，顯示具時代趨勢(吳姿瑩、卓俊伶，1998)。

二、 健康促進模式理論依據

Pender 因為具有人類發展學、實驗心理學與教育背景，因此融合社會科學及學習理論的基礎，彙整成健康促進模式。理論主要統合了價值期望理論 (Expectancy-value Theory) 與社會認知理論 (Social Cognitive Theory)。

1. 價值期望理論(Feather, 1982)：強調個人是否從事某種行為，乃是根據行為的結果會產生正向個人價值，以及根據可資運用資訊，評斷其行為是否會帶來預期的結果(黃錫美，2006)。
2. 社會認知理論(Bandura, 1986)：指出要完成某一特定行為，乃取決於自我評估是否有可能達成的能力，強調認知過程對行為改變的重要性，包括自我導向(self-direction)、自我調節(self-regulation)、自我效能(perceptions of self-efficacy) (李碧玉等，2002；吳姿瑩等，1998)。

三、 健康促進模式的內涵

Pender 的模式中，認為健康是一個正向高層次的狀態，「人」是模式的焦點，每個人藉由自己的認知感受型態及修正因素獨特的表達自己，個體對自我的健康定義比一般被公認的健康狀態更為重要，個體被假定對於健康是有驅力(drive)駛向健康(黃錫美，2006；游郁馥，2007)。健康促進模式強調維持和增進高層次的健康、自我實現和自我滿足的健康促進行為，模式中並提出可能影響健康促進行為的因素(Pender, 1987)。Palank(1991)即指出 Pender 健康促進模式最大優點是對有關健康促進決定因素的研究提供一個實證性的概念架構。

1982 年，Pender 發展健康促進模式，其架構包含個人認知能力、修正因素及影響行動可能的變項等三個主要概念(Pender, 1982)。到了 1987 年，模式強調行為規則中認知調節的重要性，仍包含認知—知覺因素、修正因素，將影響行動可能的變項改為健康促進行為的參與，並首次將自我效能納入認知—知覺因素中(黃毓華、邱啟潤，1997；黃錫美，2006；Pender, 1987)。三個主要概念分述如下(Pender, 1987) (見圖 2-1)：

(一) 認知—知覺因素(Cognitive-perceptual Factors)

採取或維持健康促進行為的主要動機，包含自覺健康控制、健康重要性、自覺自我效能、個人對健康的定義、自覺健康狀況、自覺健康促進行為利益及自覺健康促進行為障礙等七項。

(二) 修正因素(Modifying Factors)

此類因素可能經由影響認知—知覺因素，而間接影響健康促進行為，包含人口學特性、生物學特性、人際間的影響、情境因素、行為因素。

(三) 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，會受到認知—知覺因素和行動線索影響。行動線索指的是能加強行動內在或外在的刺激，如身體症狀或媒體等。

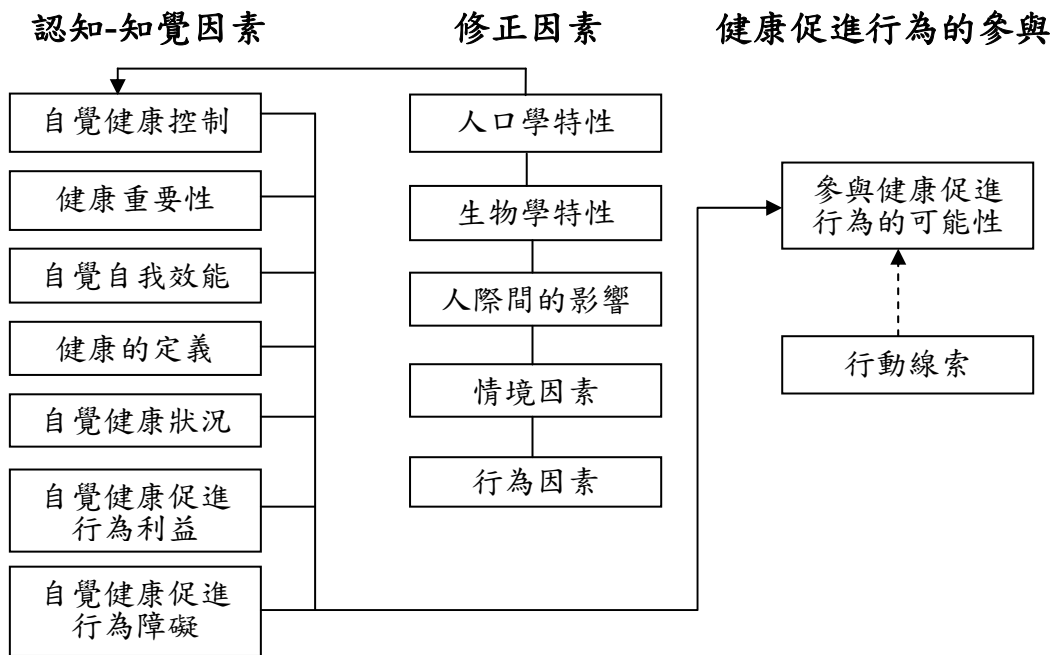


圖 2-1 健康促進模式

資料來源：Pender, N. J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. (2 nd).

1996 年，Pender 再對健康促進模式做修正，修正的健康促進模式 (Revised Health Promotion Model) 認為健康重要性及自覺健康控制對健康促進行為的解釋不穩定，而行動線索是暫時性刺激，難以測量，故自模式中刪除 (Pender, 1996)，另加入影響個人提高健康促進行為的新變項，包括行動相關的感受、採取行動的承諾和立即競爭的需求及喜好 (黃錫美，2006)。綜合學者對修正的健康促進模式中有關三大概念的說明如下 (王瑞霞、陳彰惠，2003；王瑞霞，2004；李碧玉等，2002；吳姿瑩、卓俊伶，1998；黃錫美，2006；Pender, 1996) (見圖 2-2)：

(一) 個人特質及經驗 (Individual Characteristics and Experiences)

每個人都具有獨特的特徵和經驗，而這些特質會影響後續的行為表現和發生。個人特質及經驗包括個人因素、和過去有關的行為。(1) 個人因素 (personal factors) - 包含生物性因素、心理性因素和社會文化因素。生物性因素如年齡、性別及身體質量比；心理性因素如自覺健康狀況及健康的定義；社會文化因素如文化觀、教育和

社經地位。(2)和過去有關的行為(prior related behavior)- Pender 主張過去相關行為將會對後續行為結果產生直接和間接的影響。換言之，過去相關行為會直接影響行為發生的可能性，亦可經由影響特定行為的認知及情感而間接影響行為的發生。

(二)特定行為的認知及情感(Behavior-specific Cognitions and Affect)

此要素為「個人特質及經驗」的中介變項，是健康促進的動機因素，可直接影響健康促進行為，或經由「採取行動的承諾」間接影響健康促進行為。內容包括六部分：(1)自覺行動利益(perceived benefit of action)- 個體計畫從事某行為，感受到預期的利益或結果，會受到先前的經驗影響。(2)自覺行動障礙(perceived barrier of action)- 在從事健康促進行為過程中，個人所感受到阻礙的因素。(3)自覺自我效能(perceived self-efficacy)- 個體相信自己具有能力去完成健康促進行為的信念。(4)行動相關的感受(activity-related affect)- 個體對某一特定行為主觀正向或負向的感受。(5)人際間的影響(interpersonal influence)- 主要來自家庭、同儕與健康照顧提供者，透過社會規範、社會支持與角色模範等方面來影響個人。(6)情境的影響(situational influence)- 個體對情境之感受及認知，會促進或阻礙行為的產生。

(三)行為結果(Behavioral Outcome)

包含三個因素：(1)採取行動的承諾(commitment to a plan action) - 如契約的訂定，可引發健康促進行為的執行。(2)立即競爭的需求及喜好(immediate competing demands and preference)- 競爭的需求行為是指環境中的偶發事件，個人不具有控制力但又必須去做的事，如本來預計去運動，但小孩生病了，需要有人帶他去看病。和競爭的需求行為比較，個人對於競爭的喜好行為，具有較大的決策力，如無法放棄對油炸食物的喜好，就會像喜好行為「屈服」。此因素則直接影響健康促進模式的終點。(3)健康促進行為(health promoting behavior)- 為健康促進模式中的終點。

自從 Pender 健康促進模式初版在學術界發表後，陸續有研究依據該模式的理論架構來預測與解釋行為，其中包括一般性的生活型態以及特殊性行為(林美聲，2004)。Pender 健康促進模式是一個企圖解釋人們在追求健康時與環境互動之個人多層面本質(multidimensional nature)的模式，可以解釋人類健康促進生活型態或健康促進行為(Palank, 1991)。健康促進行為的終極目標是要讓個體獲得正向的健康結果，同時融合於生活型態中、深入落實到日常生活各個層面，使個體終其一生都有正向的健康體驗。

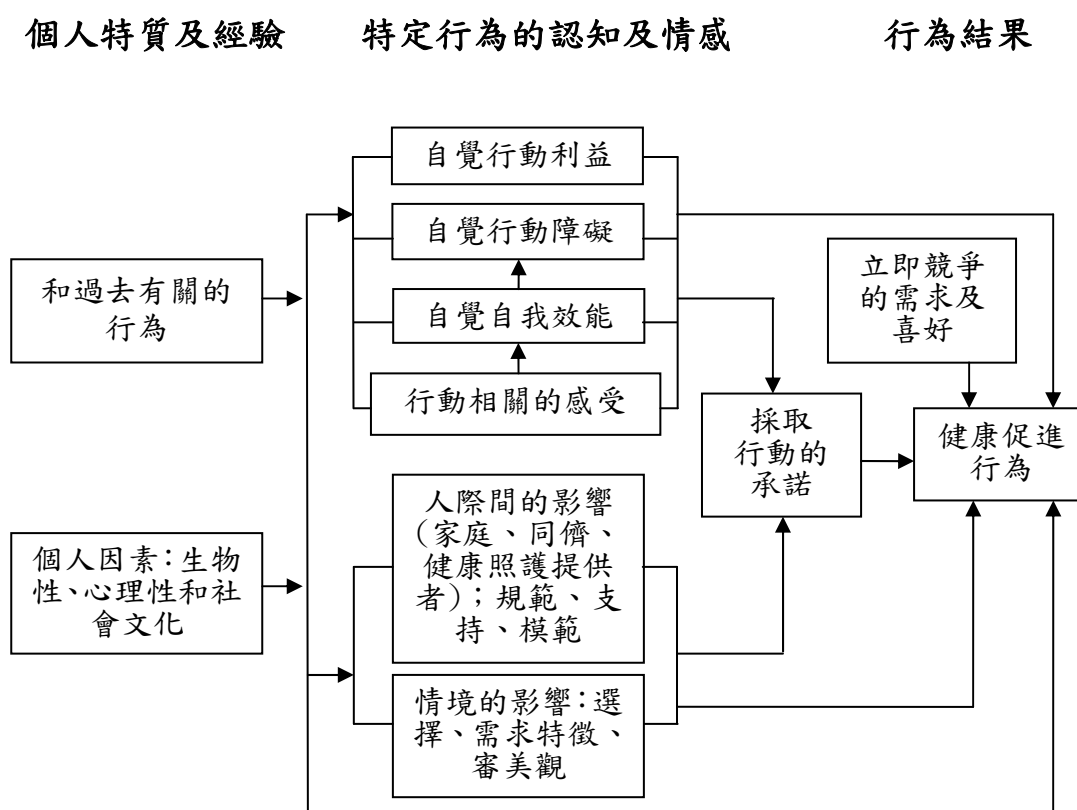


圖 2-2 修正的健康促進模式

資料來源：Pender, N. J. (1996). Health Promotion in Nursing Practice. (3 rd).

貳、個人因素、認知因素探討

參考 Pender(1996)之健康促進模式，研究者採用模式內「個人特質及經驗」、「特定行為的認知及情感」之概念的部分重要變項，研擬本研究概念架構。各變項分述如下。

一、個人因素

「個人特質及經驗」包括過去有關的行為和個人因素，且個人因素源自 Pender(1987)健康的定義、自覺健康狀況、人口學特性及生物學特性等變項。1996 年修訂的健康促進模式指出個人因素共分為生物、社會文化及心理三部分。

1. 生物性因素，指生理性的指標，如年齡、性別、身體質量比、青春期、停經期、氧氣容積、體力、敏捷性或平衡性等。
2. 社會文化因素，指社會文化的因子，如人種、民族、文化觀、教育和社經地位等。
3. 心理性因素，指心理性的內涵，如自尊、自我動機、個人能力、自覺健康狀況及健康的定義。

個人因素包含較多不可改變的變項如性別、年齡、種族等。其中，針對較為特殊的自覺健康狀況做進一步說明如下。

(一) 自覺健康狀況

自覺健康狀況是指個人自我評價其健康情形，能適切反映身體和心理上的健康狀態，也會影響個人從事健康促進行為(Pender et al., 1990; Ware, Gandek, & the IQOLA Project Group, 1994)。自覺健康狀況越佳者，越有動機去維持該狀況，因此會執行較多健康促進行為(王秀紅等，1992)。另有學者提出自認健康狀況良好或普通者，改變的行為動機較強，而自覺健康極佳或極差者則會缺乏行為的誘因(Palank, 1991)。

二、 認知因素

「特定行為的認知及感受」包括 Pender(1987)模式的人際間的影響、情境因素兩項修正因素，多增加行動相關的感受，以及原有的自覺行動利益、自覺行動障礙、自覺自我效能三項。以下針對自覺行動利益、自覺行動障礙和自覺自我效能來做進一步說明。

(一) 自覺行動利益

根據價值期望理論(Feather, 1982)，預期性利益對於推動目標行為具有關鍵性的影響，自覺行動利益可以從自我的經驗或從別人的經驗中獲得。故決定個體是否去從事某項健康促進行為的關鍵，在於其對此一行為預期的結果或所能得到的利益之主觀認知(引自李碧玉等，2002)。本研究針對「自覺行動利益」的意義，延伸成「自覺健康促進行為利益」，來探討與健康促進生活型態的相關性。

(二) 自覺行動障礙

在從事健康促進行為過程中，個人所感受到阻礙的因素，譬如需花時間或其他內外因素而造成個人的逃避。預期的障礙會影響一個人要從事某種行為的意圖和實際的執行，如果個體主觀感受到無法克服這些障礙，則會逃避行為。換句話說，當下對行為的準備度很低而障礙度很高，行為較不可能發生；反之，如果準備度很高而障礙度很低，則行為發生的可能性較高(李碧玉等，2002；Pender, 1996)。本研究針對「自覺行動障礙」的意義，延伸成「自覺健康促進行為障礙」，來探討與健康促進生活型態的相關性。

(三) 自覺自我效能

Bandura(1977)提出影響個人行為改變或繼續維持的因素有：效能期待(efficacy expectancy)及結果期待(outcome expectancy)；其中效能期待(自我效能 self-efficacy)是指「人們判斷他們為達成其預期的行為表現，組織與執行此行為之能力」。而後又進一步提出明確

定義：「自我效能，就是為了處理即將出現的情況，個人對於他自己能否成功執行所要求的行為表現而做的主觀判斷，而且此判斷也決定了自己在面對困難時將付出多少努力，以及將持續多久的時間」(Bandura, 1982)。Bandura 認為自我效能是人類從事各類行為中最具解釋力的變項，自我效能的信念也能持續影響個人的動機與行為(Bandura, 1986)。

Pender(1987)說明自覺自我效能是個體相信自己具有能力去完成健康促進行為的信念，即使遇到障礙因素之情形下，也努力督促自己去完成，此因素是行為發生與否或持續之重要影響因素(李碧玉等，2002)。Pender 的健康促進模式理論中，基本上皆沿用自我效能的概念定義(引自蔣立琦、郭雅雯、林綽娟，2004)。是故自我效能理論被廣泛應用於健康行為相關領域的眾多研究中，這也就是說自我效能對於引發個人從事某項行為的起始決策、發揮努力的程度及行為改變的決定因素皆佔有重大影響。本研究針對「自覺自我效能」的意義，延伸成「健康行為自我效能」，來探討與健康促進生活型態的相關性。

第三節 個人因素、認知因素和健康促進生活型態相關之研究

根據前一節文獻整理，已知截至目前有健康促進模式及修正的健康促進模式等版本問世，也有許多國內外研究證實，模式中的變項可以解釋不同族群的健康促進生活型態。但探討影響人類健康促進行為的因素中，因健康促進模式涵蓋的變項較多，模式也難以完整被檢視(王瑞霞、陳彰惠，2003；王瑞霞，2004)。

依據 Pender 主張的健康促進模式理論，個人特質及經驗會影響特定行為的認知及情感與行為結果(陳淑卿、賴裕和，1999；Pender, 1996)，例如：Pender(1987)指出年齡、種族、教育程度、經濟狀況等因素可能會影響個人的認知因素；陳美燕、廖張京隸(1995)發現年齡、教育程度、自覺健康狀況會影響其健康促進行為。且特定行為的認知及情感是健康促進的動機因素，可直接影響行為結果 (王瑞霞，2004；Pender, 1996)。以下整理個人因素、認知因素和健康促進生活型態相關之研究結果。

壹、個人因素與認知因素相關之研究

一、個人因素與自覺行動利益、自覺行動障礙的關係

陳澄如(2008)探討健檢族群代謝症候群之健康促進生活型態，發現性別與自覺行動效益存有差異，經獨立樣本 t 檢定分析，發現女性比男性有較好的自覺行動效益，但年齡、職業與自覺行動效益、自覺行動障礙則未達顯著水準。張玉鳳(2001)探討國中學生攝取蔬果行為之研究，顯示自覺健康狀況是影響知覺利益、知覺障礙的重要變項，但性別、社經地位等背景變項則無顯著差異。

二、個人因素與自覺自我效能的關係

國內外學者之研究結果發現個人基本變項如種族、年齡、性別等，均可直接或間接影響個體自我效能的表現(仇方娟，1997；宋素真、黃

瑞美、林麗英，2001；McDougall, 2004)。張聖如(2002)探討更年期婦女健康促進生活方式顯示人口學變項中，教育程度越高、經濟狀況越好者，有較好的健康行為自我效能。林美聲(2004)也發現健康行為自我效能總量表與年齡、學校護理工作年資有顯著正相關。李雅欣(2004)分析個人基本變項與健康行為自我效能的相關，顯示曾參與過健康促進課程者得分高於未曾參與者、教育程度高中職以上者得分優於高中職及高中職以下者，且具有統計上顯著差異。黃毓華、邱啟潤(1997)探討人口學變項包括性別、是否就讀醫學院與自覺自我效能之關係，研究結果顯示均未達顯著差異。

綜合前述，不同研究對象的個人基本變項，對自覺行動利益、自覺行動障礙、自覺自我效能之影響，因研究對象不同而產生不同的結果，並無一定論，故可進一步探討其相關性。

貳、個人因素與健康促進生活型態相關之研究

Gillis (1993)彙整有關健康促進生活型態決定因素的文獻回顧，發現社會人口學變項(包括教育程度、年齡、收入、性別、婚姻狀況)，是常被探討的因素之一。Johnson 等(1993)研究，以隨機抽樣電話調查20-64歲的成人，測試個人背景變項是否直接影響健康促進生活型態，結果發現性別、年齡、收入、婚姻狀況、教育程度、身體質量指數能直接影響健康促進生活型態。因許多研究均顯示個人因素與生活型態直接的相關性，Pender 在綜合運用相關研究後，修正的健康促進模式不但指出個人因素會影響特定行為的認知及情感，同時也預期會直接影響行為結果(黃錫美，2006)。以下針對性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、教學年資、參與健康促進相關研習課程、自覺健康狀況等個人因素，分別說明探討之。

一、性別

Felton, Parsons 與 Bartoces (1997)以 331 名 21-64 歲職員為對象，

進行人口學特性與健康促進行為之相關性研究，顯示性別是主要影響健康促進行為的因子，如女性較注重放鬆和健康促進行為。Walker 等(1988)以 Pender 的健康促進模式為研究工具，顯示女性在健康促進生活型態得分高於男性。2003 年，Hulme 等對西班牙裔成人之健康促進生活型態進行研究，顯示不同性別，在營養、運動、健康責任與自我實現之分量表有差異(Hulme et al., 2003)。陳政友(1999)進行大學生健康生活型態之研究，同樣發現性別是主要影響因素之一，女生較男生為佳。Pirincci 等(2008)研究大學教職員發現女性的健康責任與營養方面得分較男性高。

但一些研究卻有不同的發現，Felton 等(1997)顯示男性比女性較多運動方面的健康促進行為。Lee 等(2005)指出男性比女性有較佳的身體活動行為，其他分量表則發現不因性別而有顯著差異。高淑芬等(1999)探討員工健康促進生活型態，男性健康促進生活型態比女性正向。鍾寶玲(2001)以某社區老人糖尿病患者為對象，發現男性的健康責任及身體活動之生活型態顯著高於女性。

二、 年齡

Duffy(1988)以中年婦女為對象進行健康促進行為之相關因子研究，發現隨著年齡增加，愈關心自我健康狀況，會對自己健康負責，並監測自己的健康變化。Pender 等(1990)以白領工作者為對象，發現年齡大者有較佳的健康促進生活型態。Walker 等(1988)、Johnson 等(1993)、Duffy 等(1996)、Hulme 等(2003)的研究，都發現年齡在健康促進生活型態上有顯著差異，是重要預測因素。Pirincci 等(2008)發現年齡大者，自我實現、營養、壓力處理等方面得分越高。國內陳美燕、廖張京隸(1995)以桃園護生和護士為研究對象、宋素真(1998)針對護理人員相關研究、吳采蓉(2005)針對白領階級，皆發現年齡越大者其健康生活型態表現就越佳，執行較多健康促進行為。

但馬懿慈(2003)以社區老人為對象、劉俐蓉等(2005)研究北市國中教職員工，顯示年紀越輕者，其健康促進生活型態執行情形越好。

三、 教育程度

Johnson 等(1993)以 20-64 歲的成人為對象、Duffy 等(1996)以受雇非裔美國婦女為對象、Walker 等(1988)之研究皆發現教育程度在健康促進生活型態上有顯著差異。國內王秀紅等(1992)、馬懿慈(2003)、李雅欣(2004)也顯示教育程度越高者，健康促進生活型態量表得分越佳。

高淑芬等(1999)針對員工健康促進生活方式探討，發現教育程度雖以高學歷者有較好健康促進行為，但其中大專以上及國中以下皆有顯著高於高中(職)者。林雅雯等(2003)則發現學歷越高，健康促進生活型態反而較差，故研究結果並不一致。

四、 婚姻狀況

Johnson 等(1993)發現婚姻狀況可直接影響健康促進生活型態。2003 年，Hulme 等對西班牙裔成人之健康促進生活型態進行研究，結果顯示婚姻狀況對壓力處理與運動有差異(Hulme et al., 2003)。國內多數研究(王秀紅等，1992；林思嫻，2005；高淑芬等，1999)指出有配偶者，其健康促進生活型態得分較未婚者為佳。

五、 教學年資

蕭順蘭(2002)探討公共衛生護理人員健康促進生活型態，年資為可預測的因子。其他研究如林女理(2002)、林美聲(2004)、林思嫻(2005)，皆發現年資與健康促進生活型態呈正相關。

六、 參與健康促進相關研習課程

Pender 等(1990)以白領工作者為對象，發現公司的安適計畫中有持續參與者有較健康的生活型態。蕭順蘭(2002)同樣發現是否參與健康促進課程與整體健康促進生活型態及分量表的運動、健康責任、壓力處理及自我實現有顯著差異。劉俐蓉等(2005)發現健康知識來源數目較多，其健康促進生活型態較良好。

七、自覺健康狀況

Gillis(1994)探討女大學生與雙親的健康促進生活型態，發現自覺健康狀況、自我效能、健康的定義、種族可解釋青少年健康促進生活型態總變異量的 41%，其中自覺健康狀況是重要預測因子。Pullen, Walker 與 Fiandt(2001)以鄉村老年婦女為對象，發現自覺健康狀況與健康促進生活型態呈顯著相關。Tashiro(2002)調查日本女大學生，發現自覺健康狀況是健康促進生活型態之重要預測因素。國外其他研究 (Frank-Stromborg et al., 1990；Pender et al., 1990；Weitzel, 1989)同樣證實自覺健康狀況與健康促進生活型態的關係。

陳美燕、廖張京隸(1995)發覺自覺健康狀況對健康促進生活型態具有影響力，即自覺健康狀況越好者，執行較多健康促進行為。蕭順蘭(2002)發現，健康促進生活型態可由自覺健康狀況、公衛年資和參加健康促進課程時數，解釋總變異量的 25.1%。林思嫻(2005)調查發現教師自覺健康狀況與健康促進生活型態呈顯著正相關，其健康狀況結果自覺介於中等以上。賴佳儀(2006)探討自覺健康狀況、健康概念、個人基本變項與健康促進生活型態的相關，顯示自覺健康狀況最具解釋力，自評結果則是介於與他人一樣及有好一些之間。

綜合前述，得知影響健康促進生活型態的個人因素非常多，個人背景變項的預測力也因研究對象不同或其他因素影響，而產生不同的結果。但也有研究結果顯示個人因素未達到顯著水準，像是 Pirincci 等(2008)研究大學教職員發現性別與健康促進生活型態無顯著差異。黃毓華、邱啟潤(1997)顯示不同性別其健康促進生活型態未達顯著性差異；賴佳儀(2006)顯示教育程度與健康促進生活型態無差異；林語梵(2008)研究結果顯示社會人口學變項中，年齡、教育程度、婚姻狀況、工作年資及參與健康促進課程與否，和健康促進生活型態總分無顯著差異。故可進一步探討其相關性。

而自覺健康狀況研究方面，綜合上述文獻得知，許多國內外研究

針對不同群體加以探討，皆發現自覺健康狀況對健康促進行為的正向影響，為健康促進生活型態的重要預測因子之一。Gillis(1993)整理1983-1991年的23篇文獻指出，自覺健康狀況為健康促進生活型態顯著正相關變項，也是僅次於自覺自我效能後之第二常用的預測因子。

參、 認知因素與健康促進生活型態相關之研究

由表 2-3 至表 2-5 之國外與國內文獻可見，因研究對象與目的不同，所探究的變項數目也不一。

一、 自覺行動利益和障礙在健康促進之應用

彙整自覺行動利益和障礙之相關研究，發現大多數文獻的依變項以選取單一健康行為為主，以健康促進生活型態做為探討的文獻篇數極少(見表 2-3)。但其實健康行為的終極目標是要讓個體達到正向的健康結果，並深入落實到生活的各層面(吳姿瑩、卓俊伶，1998)，使其擁有健康促進的生活型態。

陳澄如(2008)研究結果發現，自覺行動利益越高和自覺行動障礙越低者，其健康促進生活型態的執行越佳，且自覺行動利益具有預測能力。Garcia 等(1995)探討學生的運動行為，研究結果指出自覺利益和障礙可直接預測健身運動行為。Wu 與 Pender(2002)應用健康促進模式探討青少年身體活動決定因素，結果也顯示自覺利益和障礙與身體活動有顯著相關。吳姿瑩、卓俊伶、馮木蘭(2001)以身體活動為研究，發現對身體活動有高自我效能、高知覺利益和低知覺障礙的青少年比具有相反認知者，更可能參與身體活動。董貞吟等(2006)研究紡織廠內高噪音作業區勞工的聽力保護行為，結果顯示勞工之利益越高，越會採取聽力保護行為，而障礙越高越不會採取聽力保護行為。

大多數研究發現自覺利益和障礙，均為影響行為的重要因素，即自覺利益越高、自覺障礙越低，研究對象越會執行此健康促進行為。

表 2-3 自覺行動利益和障礙與健康促進行為之相關研究摘要

研究者	研究對象	研究變項	依變項	研究發現
Garcia 等 (1995)	286 位學生	自我效能 自覺利益和自 覺障礙之差異	運動行為	自覺利益和障礙可直接預測健身運動行為。
McCullagh, Lusk 與 Ronis(2002)	139 位農夫	自我效能 自覺利益 自覺障礙	聽力保護 行為	自覺障礙是聽力保護行為的預測因子。
Wu 與 Pender (2002)	832 位學生	自我效能 自覺利益 自覺障礙	體能活動	身體活動的自覺利益和障礙與青少年的身體活動有顯著相關。
吳姿瑩、 卓俊伶、 馮木蘭 (2001)	台北市國中 969 名學生	自我效能 知覺利益 知覺障礙	身體活動	自我效能、知覺利益、知覺障礙與青少年身體活動有顯著的相關。
董貞吟等 (2006)	北中南共六 家紡織廠之 高噪音作業 勞工	認知 態度 自我效能 利益 障礙	聽力保護 健康促進 行為	聽力保護行為與利益、自我效能呈正相關，與障礙呈負相關。
陳澄如 (2008)	台北市某醫 學中心的健 檢族群代謝 症候群患者 138 人	健康行為自我 效能 健康行為利益 健康行為障礙	健康促進 生活型態	健康促進生活型態和自覺行動利益呈顯著正相關，與自覺行動障礙呈現負相關。 健康行為自我效能、自覺行動利益和年齡，共可解釋健康促進生活型態的變異量為 76.4%。

二、自我效能與健康促進之應用

有關健康行為自我效能對健康生活型態的影響，在國內外有許多研究(宋素真，1998；李雅欣，2004；林雅雯等，2003；林美聲，2004；林思嫻，2005；洪麗玲等，1997；馬懿慈，2003；高淑芬等，1999；張聖如，2002；陳昭伶，2004；陳澄如，2008；黃毓華等，1997；劉俐蓉等，2005；蕭冰如，1998；Duffy et al., 1996；Pender et al., 1990；Stuifbergen & Becker, 1994；Weitzel, 1989；Weitzel & Waller, 1990)已獲得證實，其間呈顯著的正相關，也顯示健康行為自我效能是重要的預

測因子(見表 2-4 與表 2-5)。

洪麗玲、高淑芬(1997)指出自我效能單一變項解釋力高達 52.3%，另林思嫻(2005)研究顯示自我效能可解釋健康促進生活型態共 45.6% 變異量。不難預期自我效能被用於檢測模式的比率較高，各研究發現，雖對象不同，結果均同樣證實自我效能是健康促進生活方式最具解釋量的重要預測因子。

由此觀之，更加確立自我效能是影響健康促進生活型態之重要因素，而不同族群與影響因子的組合對健康促進行為或生活型態之解釋差異也不盡相同。

表 2-4 國外健康促進生活型態相關因素研究摘要

研究者	研究對象	研究自變項	研究發現
Weitzel (1989)	179 名藍領工作者	健康重要性 自我效能	自我效能是最強預測因子。
Frank-Stromborg 等(1990)	美國中西部 385 位可活動癌症病患	健康重要性 健康的定義 健康控制歸因	健康控制歸因、自覺健康狀況、健康的定義及年齡、教育、收入、職業等因素，共可解釋健康促進生活型態總變異量 23.5%。
Weitzel 與 Waller (1990)	拉丁美洲 173 名藍領工作者	健康重要性 自覺自我效能	自我效能、健康重要性、自覺健康狀況及教育程度共解釋健康促進生活型態 20% 的總變異量。 自覺自我效能為最重要的預測因子。
Pender 等 (1990)	美國中西部 589 位白領工作者	健康重要性 自覺健康控制 自覺自我效能 健康的定義	自我效能、健康的定義、自覺健康控制及自覺健康狀態解釋健康促進生活型態變異量的 31%。
Gillis (1993)	1983~1991 年間有關健康促進生活型態決定因素共 23 篇文獻	健康的定義 自覺自我效能 知覺障礙 人際支持	有六篇探討小孩及青少年，十七篇以成人為對象，顯示自我效能為最強的預測因子。

表 2-4 國外健康促進生活型態相關因素研究摘要(續)

研究者	研究對象	研究自變項	研究發現
Johnson 等(1993)	3025 位 20-64 歲的成人	自覺自我效能 自覺健康控制	自覺自我效能、自覺健康狀況、自覺健康控制三項為最強預測因子。
Gillis (1994)	184 位女大學 生與雙親	自覺自我效能 健康的定義	自覺健康狀況、自我效能、健康的定義、種族可解釋青少年健康促進生活型態總變異量的 41%。
Stuifbergen 與 Becker (1994)	117 名成人 殘障者	自覺自我效能 健康的定義	自覺自我效能、健康的定義、人口學特性為顯著預測因子，共可解釋總變異量的 50%。 自我效能為最強預測因子。
Duffy 等 (1996)	397 位受雇 非裔美國婦女	健康控制歸因 自覺自我效能	自我效能、健康控制歸因(內在及重要他人)、目前健康狀況、年齡、教育程度等是重要的預測因素，變項解釋力達 88%。 自我效能為最重要預測變項。
Pullen 等 (2001)	鄉村老年婦女	健康的定義	自覺健康狀況、健康的定義、人口學特性、人際間影響共解釋健康促進生活型態總變異量 47%。

綜合以上文獻得知，健康行為自我效能具最強預測因子的角色，因為獲得許多研究的證實，故乃將此一重要變項納為本研究的變項之一。另外，國內相關健康行為及類似健康促進的研究有明顯增加的趨勢，但以健康促進之整體觀點與自覺行動利益和障礙做探討的相關研究並不多見，大多仍是以單一健康行為如運動等研究為主；本研究則強調整體性的健康生活，故自覺行動利益和障礙也以整體健康為考量，探討自覺健康促進行為利益和障礙。因此，本研究依據「健康促進模式」加以修改，做為研究架構，擬探討台北市國中學校場域的教師健康促進生活型態，冀能找出健康促進生活型態的重要影響因素，進而提升教師更佳的健康生活行為，以做為推廣健康生活型態時之依據。

表 2-5 國內健康促進生活型態相關因素研究摘要

研究者	研究對象	研究自變項	研究發現
洪麗玲、 高淑芬 (1997)	某護專五專 三年級 93 名 學生	健康行為自我效能	健康行為自我效能單一變項解釋力高達 52.3%，為最佳預測因子。 健康行為自我效能以營養自我效能得分最高，其他依序為心理安適、運動、健康責任。
黃毓華、 邱啟潤 (1997)	高雄地區 562 名大二 學生	健康行為自我效能 健康概念	健康行為自我效能、健康概念、性別共同預測健康促進生活型態，可解釋之變異量達 49.8%。 健康行為自我效能為最強預測因子。 自我效能各分量表以營養最高，其次依序為運動、心理安適、健康責任。
宋素真 (1998)	南部某醫院 659 名臨床 護理人員	健康行為自我效能 健康概念	健康行為自我效能、健康概念、自覺健康狀態共同預測健康促進生活型態，可解釋變異數的 37%。 自我效能為最強預測因子。
蕭冰如 (1998)	144 位 65 歲 以上社區老 人	健康行為自我效能	健康行為自我效能、教育程度與自覺健康狀況共同解釋健康促進生活方式之變異量達 82%。 自我效能為最佳預測因子。
高淑芬等 (1999)	台灣某半導 體公司 1507 位員工	自覺健康控制 健康行為自我效能	健康行為自我效能、自覺健康狀態、自覺健康控制與健康促進生活方式皆呈顯著正相關。
張聖如 (2002)	122 名北市 某社區更年 期婦女	健康行為自我效能 健康概念	健康行為自我效能及自覺健康狀況，共解釋 53.3% 的總變異量。 自我效能為最強預測因子。
林雅雯等 (2003)	新竹某醫院 406 名員工	健康行為自我效能	教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、健康自覺狀態與健康行為自我效能影響達顯著水準，可解釋健康促進生活型態 47.9%。 自我效能為最佳預測因子。
馬懿慈 (2003)	某社區 65 歲 以上 170 名 老人	健康行為自我效能	健康行為自我效能、自覺健康狀況與健康促進生活型態呈顯著正相關。 健康行為自我效能為最強預測因子。

表 2-5 國內健康促進生活型態相關因素研究摘要(續)

研究者	研究對象	研究自變項	研究發現
林美聲 (2004)	宜蘭縣中小 學護理人員 113 名	健康行為自我效能 健康概念	健康行為自我效能、健康概念、 自覺健康狀況及參與健康促進 課程時數等四個變項，共可解釋 健康促進生活型態變異量的 55.2%。 自我效能為最強預測因子。
陳昭伶 (2004)	基隆市高中 職 664 名學 生	自覺健康控握 健康行為自我效能 健康概念	社會人口學變項、健康概念、健 康行為自我效能和自覺健康控 握能有效預測健康促進生活型 態，可解釋總變異量 63.9%。 健康行為自我效能影響最大，可 解釋 49.4%。
李雅欣 (2004)	北部某一新 訓中心之入 伍新兵共 567 人	健康行為自我效能 健康概念	健康行為自我效能為最強預測 因子，解釋總變異量 61.1%。
林思嫻 (2005)	宜蘭縣高中 職 410 名 教師	健康行為自我效能	健康行為自我效能、年齡、自覺 健康狀況、參與健康促進課程等 四變項，共可解釋總變異量的 53.3%。 自我效能可解釋健康促進生活 型態共 45.6%變異量，為最佳預 測因子。
劉俐蓉、 姜逸群 (2005)	北市某國中 203 名教職 員工	健康行為自我效能	健康行為自我效能、年齡、畢業 科系、健康知識來源數共可解釋 健康促進生活型態總變異量的 45.1%。 健康行為自我效能屬中上。各單 項高低排序為人際關係、靈性成 長、壓力處理、健康責任、營養 及身體活動。
陳澄如 (2008)	台北市某醫 學中心的健 檢族群代謝 症候群患者 138 人	健康行為自我效能 健康行為利益 健康行為障礙	健康促進生活型態和健康行為 自我效能、自覺健康狀況呈顯著 正相關。 健康行為自我效能、自覺行動利 益和年齡，共可解釋健康促進生 活型態的變異量為 76.4%。 健康行為自我效能最有預測力。

第三章 研究方法

本章分五節依序陳述研究架構、研究對象、研究工具、研究步驟，以及資料處理與分析。

第一節 研究架構

本研究探討個人因素、認知因素與健康促進生活型態的關係。依研究目的及文獻探討，擬定研究架構如圖 3-1 所示。

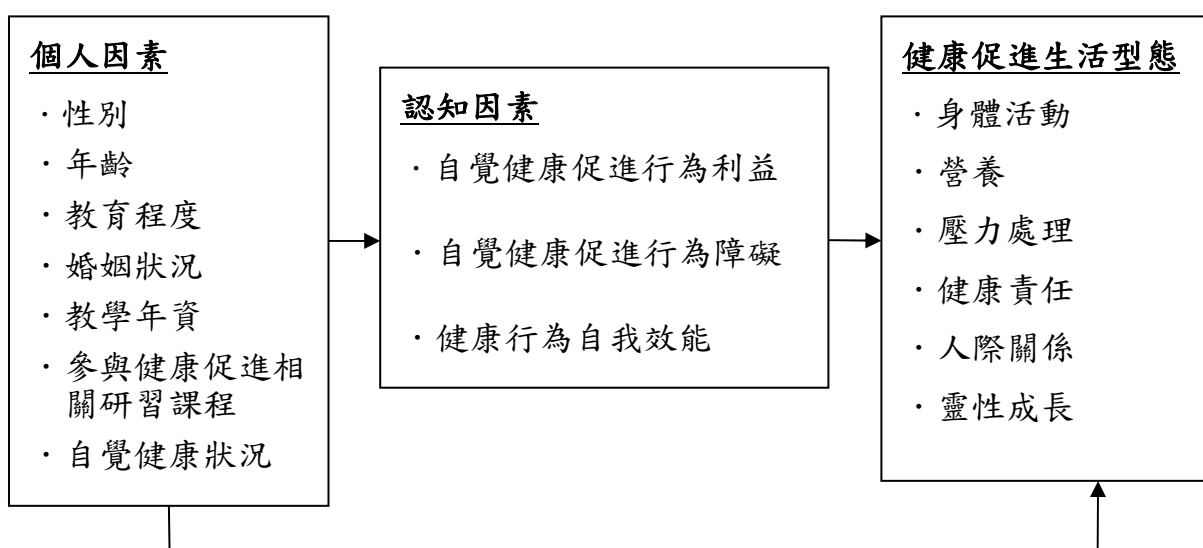


圖 3-1 研究架構

第二節 研究對象

壹、 研究母群體

本研究採橫斷設計進行量性調查研究，以 97 學年度台北市國民中學現職合格教師為母群體，藉以了解國中教師的個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能與健康促進生活型態之關係。

依據台北市政府教育局統計處最新資料，台北市 97 學年度公私立國民中學共計 62 所(不含高中附設之國中部)，全體教師總人數為 5,590 名(台北市政府教育局^a，2009)。

貳、 研究樣本

因為研究者本身人力、財力上的限制，無法以台北市每一名國中教師為樣本進行隨機抽樣，故採用集群取樣方式(Cluster Sampling)。將台北市每所國民中學視為一個集群，利用簡單隨機抽樣的方式抽出所需學校，再以抽出之學校全體教師為調查樣本。

依據 Krejcie 與 Morgan(1970)的抽樣曲線標準，母群體 5,590 人時，樣本人數需 361 人，考慮有效回收率約為 50%，決定增加抽樣人數為 722 人。誠上述 62 所學校共 5,590 名教師，每校約有 90 人，需抽出 8 所學校。

本研究以簡單隨機抽樣方式抽取 8 所國中，並以校內全部教師為研究樣本，合計 842 名教師，實際回收 447 份問卷，剔除作答不符合規定之無效問卷後，實得有效問卷 439 份，有效回收率為 52.1%。茲將研究對象人數及有效問卷之分配情形列於表 3-1。

表 3-1 調查學校教師數與回收情形

學校別	教師數	回收份數	回收率	有效回收份數	有效回收率
敦化國中	165	98	59.4%	96	58.2%
萬華國中	156	96	61.5%	95	60.9%
明德國中	152	84	55.3%	83	54.6%
古亭國中	62	38	61.3%	38	61.3%
石牌國中	174	60	34.5%	58	33.3%
關渡國中	36	30	83.3%	30	83.3%
西湖國中	52	29	55.8%	27	51.9%
五常國中	45	12	26.7%	12	26.7%
合計	842	447	53.1%	439	52.1%

第三節 研究工具

本研究採用結構式問卷為工具收集資料，研究工具內容包含五部分，分別為健康促進行為利益、健康促進行為障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態、個人基本資料與自覺健康狀況。

健康促進行為利益與健康促進行為障礙為自編之結構式問卷，先以開放式引導問卷收集相關資料，篩選出顯著信念後，擬定問卷初稿，並與指導教授討論問卷的內容適切及詞意表達，修改後編制成結構式問卷。健康行為自我效能、健康促進生活型態與自覺健康狀況等部份，乃針對研究對象的特性，採用國內學者所譯中文版、具良好信、效度量表做為測量工具。

壹、開放式引導問卷

一、開放式引導問卷內容

為初步瞭解國中教師自覺健康促進行為利益與障礙，參考國內相關研究之問卷編制開放式引導問卷(附錄一)。請研究對象儘量詳列所有

可能的答案，在民國 98 年 3 月初以立意選取台北市非樣本學校教師 30 名進行調查，共回收 16 份問卷。

二、開放式引導問卷分析結果

將開放式引導問卷調查結果按出現頻率多寡依次彙整和排列，接著選出前 75% 的信念，作為教師自覺健康促進行為利益和障礙的顯著信念。結果如下：

(一)您認為每週至少從事三次以上，每次三十分鐘的規律運動對您有哪些好處？

多數答案集中於維持健康、維持肌耐力、增進心肺功能、維持身材(苗條)、保持年輕、精神好；少數答案則包括心情好、生活更規律、舒解壓力、增加身體靈活度等。

(二)您認為哪些因素會阻礙您從事運動？

教師認為的障礙主要包括工作多(工作繁忙)、天候不佳(下雨或天氣冷)、沒時間、沒有運動場所(地點不方便、住家附近活動場所少)、偷懶；少數教師則認為沒有同伴、生病(身體不舒服)等會阻礙從事運動行為。

(三)您認為攝取營養均衡飲食對您有哪些好處？

最多數的答案集中於維持身體健康(少生病)，其次包括均衡吸收不同的養分(營養能均衡、能充分攝取食物中的營養素)、排便順暢、提升免疫力；除此之外，避免發胖、保持年輕、養成良好飲食習慣則是少數教師的考量。

(四)您認為哪些因素會阻礙您攝取營養均衡的飲食？

多數答案為外食、對食物的偏好(挑食、偏食某些食物、不愛吃)、吃油炸食物、喜歡吃(貪吃)、沒時間吃飯(太忙)；少數答案包括減肥、不定時進食等。

(五)您認為採行壓力調適行為對您有哪些好處？

多數答案集中於保持心情愉悅(開心樂活)、更有能量對抗工作壓力(適度調配讓自己可以再面對挑戰)、與他人相處關係更加

和諧(與人關係良善、增進人際關係)、維持身體健康；少數答案則包括增加生活的創思能力、氣色較佳等。

(六)您認為哪些因素會阻礙您採行壓力調適行為?

多數教師認為工作多(事情接踵而來、工作量太大)、沒時間(沒有太多個人的自由時間)、不能確定壓力源、經濟因素(費用問題)、不知道舒壓方法(不知怎麼做)為阻礙的因素；少數則包括無人可傾訴、睡眠不足、本身患有焦慮症等。

(七)您認為從事保健活動對您有哪些好處?

可以增進身體健康(減少生病)、保持心情愉快(心情好)、舒解壓力、知道自己身體狀況、從中獲得新知或新概念(更瞭解衛生保健的觀念)為多數教師的意見；少數答案則有養成良好的衛生習慣、增強自我效能等。

(八)您認為哪些因素會阻礙您從事保健活動?

教師認為的障礙主要包括沒有時間，此外工作多、經濟因素(費用、金錢)、偷懶與資訊不足(沒有足夠正確的觀念)也是多數教師的考量；少數答案為交通路途、沒有良好的生活習慣等。

(九)您認為擁有良好的人際關係對您有哪些好處?

多數答案為保持心情愉快(心情開朗)、有利工作推展(對於工作效率有所助益、工作順手)、可以獲得情感的支持(困難時獲得支持鼓勵、可宣洩情緒分享事情)、擴展人脈(左右逢源、朋友更多、擁有較多人力資源)；少數答案則包含生活較有趣、有安全感等。

(十)您認為哪些因素會阻礙您擁有良好的人際關係?

教師認為的障礙主要包括個性因素(不善與人互動、自我中心、脾氣不好)、沒時間、工作多、與他人觀念不同(觀念想法有差異)、與人相處有壓力；少數答案則有外型、缺乏社交活動、患有疾病等。

(十一) 您認為自己正向成長與改變對您有哪些好處?

多數答案集中於開朗、快樂、更有自信(對自己有信心)、對生

活抱持正向看法、提升抗壓力(面對壓力更能接受或排解)、使人際關係更好；少數答案包括減少衝突、對於與人相處能更加坦然接受不同想法、能力變強等。

(十二) 您認為哪些因素會阻礙您正向成長與改變？

教師認為的障礙主要包括沒時間、工作多、缺乏友伴的引導或陪同(無朋友親人的支持)、一成不變的生活方式與個性懶散；少數答案為負面的思考模式、興趣、患有疾病等。

貳、 結構式問卷

一、 擬定問卷初稿

根據研究架構並參考國內外相關文獻後，使用國內學者翻譯妥之中文版量表，以及自編開放式引導問卷所得顯著信念整理成結構式問卷，再與指導教授討論、修改，編擬完成問卷初稿。問卷初稿各部份內容茲說明如下。

第一部分：健康促進行為利益

指研究對象主觀評估採取健康促進行為可獲得的效益與利益。包含六層面的健康促進行為利益：身體活動(6題)、營養(4題)、壓力處理(4題)、健康責任(5題)、人際關係(4題)、靈性成長(6題)，全量表共29題。採Likert四點型式，計分方式從非常不同意、不同意、同意、非常同意，分別給予1至4分，總量表得分由29分至116分不等，得分越高，代表研究對象自覺採取健康促進行為可獲得的效益與利益越高；分數越低則反之。

第二部分：健康促進行為障礙

指研究對象主觀評估採取健康促進行為可能遭遇的障礙。包含六層面的健康促進行為障礙：身體活動(5題)、營養(5題)、壓力處理(5題)、健康責任(5題)、人際關係(5題)、靈性成長(5題)，共30題。採Likert四點型式，計分方式從非常不同意、不同意、同意、非常同意，

分別給予 1 至 4 分，總量表得分由 30 分至 120 分不等，得分越高，代表研究對象自覺採取健康促進行為可能遭遇的障礙越高；分數越低則反之。

第三部分：健康行為自我效能

本部分採用高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲(1999)依據 Becker 等(1993)所發展之自評健康行為能力中文量表，並獲得原作者同意函(附錄二)。此量表測量個人對執行健康促進行為能力的信念，由 27 題組成，包括營養(6 題)、心理安適(7 題)、運動(7 題)和健康責任(7 題)等四層面。選項分為 0%、25%、50%、75%、100% 等五類分別給予 0 至 4 分，以評估自認有把握做到的程度。量表總得分越高，健康行為自我效能的程度越高。高淑芬等人(1999)以台灣某半導體公司之員工為對象進行研究，總量表的內部一致性 Cronbach's α 為 .94，分量表值為 .78 ~ .88，兩週後再測信度為 .956。國內其他研究顯示中文版自我效能之內部一致性尚佳(如表 3-2)。

表 3-2 健康行為自我效能中文量表的內部一致性 Cronbach's α 值

作者	研究對象	總量表	分量表
高淑芬等(1999)	台灣某半導體公司 1507 名員工	.94	.78~.88
林思嫻(2005)	宜蘭縣高中(職)教師 410 人	.94	.79~.92

第四部分：健康促進生活型態

採用高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲(1999)依據 Walker 等(1995)所發展之「健康促進生活型態量表 II」(HPLP II)，並獲得中文版量表作者之同意函(附錄三)。原量表經由因素分析萃取出六個分量表，總量表內部一致性 Cronbach's α 為 .94，各分量表為 .79 ~ .87，經文化調整後修訂為本土化的中文量表，並進行信、效度檢定。依專家意見將詞語修改做專家內容效度，問卷之信度採用 Cronbach's α ，測其內部一致性為 .96，各個分量表則介於 .73 ~ .88 之間，兩週後再測信度為 .994。52 題的量表內

容共分為健康責任(9題)、營養(9題)、壓力處理(8題)、身體活動(8題)、人際關係(9題)、靈性成長(9題)，共六個層面。選項採 Likert 四點型式，分成從來沒有、偶而如此、時常如此、都是如此，分別給予 0 至 3 分，量表總得分越高，表示生活型態越符合健康促進的精神。國內使用該研究工具的總量表及分量表信度如表 3-3。

表 3-3 第二版健康促進生活型態中文量表的內部一致性 Cronbach's α 值

研究者	研究對象	總量表	分量表
高淑芬等(1999)	台灣某半導體公司 1507 名員工	.96	.73~.88
林思嫻(2005)	宜蘭縣高中(職)教師 410 人	.95	.76~.89

第五部分：個人因素

本部分包括生物性因素、社會文化因素和心理性因素，其中性別與年齡是生物性因素；教育程度、婚姻狀況、教學年資、參與健康促進相關研習課程是社會文化因素；自覺健康狀況是心理性因素。

自覺健康狀況量表部分採用 Ware 與 Sherbourne (1992)發展之 SF-36 健康量表(The MOS 36-Item Short Form Health Survey)的一般健康知覺分量表(General Health Perception of SF-36 Health Status Scale)。

SF-36 台灣版是由美國 SF-36 著作人授權翻譯，並委由盧瑞芬負責台灣版的使用授權(長庚大學，1993)，本部分的自覺健康狀況量表係採用「一般健康知覺分量表」，已獲得授權同意書(附錄四)。計分方式為 1 至 5 分，共有 6 題，總分為 6 至 30 分，分數越高，表示自覺狀況越佳。國內其他研究自覺健康狀況之內部一致性 Cronbach's α 值整理如表 3-4。

表 3-4 自覺健康狀況中文量表的內部一致性 Cronbach's α 值

作者	研究對象	Cronbach's α 值
宋素真(1998)	高雄某醫學中心 659 位護士護理師	.83
蕭順蘭(2002)	台北縣 227 名公共衛生護理人員	.80
林女理(2002)	台北市國中小學校護理人員 245 名	.86
林思嫻(2005)	宜蘭縣高中(職)教師 410 人	.82

二、 預試及信度分析

為瞭解受試者填答問卷的反應及估計施測所需時間，選取 100 名非樣本教師為對象，以問卷初稿進行預試。預試問卷回收後，以 Cronbach's α 係數進行信度分析，各分量表的 Cronbach's α 值介於.75~.96 間(表 3-5)，故顯示各分量表的信度可被接受。

三、 完成正式問卷及信度分析

依據預試問卷內部一致性分析結果，顯示各量表及分量表具有良好的信度，故保留各題題項，但個人因素部分，自覺健康狀況量表中的「目前我的健康狀況好得很」為求語句更順暢，故與指導教授討論修改為「目前我的健康狀況很好」。健康促進利益和障礙量表的說明，將重要關鍵詞修改為粗黑體字標示後，完成正式問卷(附錄五)。正式施測後，進行各分量表之內部一致性分析，結果顯示各分量表的 Cronbach's α 值介於.74~.95 之間，亦即具有良好的信度(表 3-5)。

表 3-5 預試與正式問卷之信度分析

量表項目	題數	Cronbach's α	
		預試問卷(n=101)	正式問卷(n=439)
自覺健康促進行為利益量表	29 題	.97	.97
身體活動		.92	.94
營養		.91	.89
壓力處理		.93	.91
健康責任		.83	.90
人際關係		.90	.91
靈性成長		.96	.95
自覺健康促進行為障礙量表	30 題	.94	.94
身體活動		.88	.90
營養		.87	.81
壓力處理		.83	.84
健康責任		.84	.84
人際關係		.90	.92
靈性成長		.87	.90
健康行為自我效能量表	27 題	.93	.95
營養		.82	.81
心理安適		.90	.90
運動		.83	.89
健康責任		.87	.91
健康促進生活型態量表	52 題	.96	.96
身體活動		.89	.89
營養		.75	.74
壓力處理		.83	.82
健康責任		.87	.87
靈性成長		.92	.85
靈性成長		.88	.90
自覺健康狀況量表	6 題	.76	.81

第四節 研究步驟

本研究的實施步驟可分三個階段，即文獻探討、問卷擬定與施測、研究結果分析與撰寫，茲簡要說明如下：

壹、文獻探討

民國 97 年 2 月研究者開始收集並彙整相關健康促進生活型態之國內、外文獻，擬訂出研究主題及本研究的架構。

貳、問卷擬定與施測

一、編制問卷

根據研究目的與需要，研究者參酌、選用國內外適切的研究工具，並徵得原作者同意使用。僅自覺健康促進行為利益和障礙量表為研究者自行發展。

二、選取樣本及行政聯繫

由台北市政府教育局網站取得 97 學年度各國中的名單(台北市政府教育局^b，2009)後，自母群體隨機選取施測的學校，並於民國 98 年 2 月下旬開始與樣本學校進行電話聯繫，告知本研究目的與施測方式，徵得該校教務主任或其他行政人員同意協助後，研究者再依各校情況安排問卷發放和施測時間。

三、開放性引導問卷與預試施測

開放式引導問卷是以立意選取非樣本學校的台北市雙園國中，隨機抽取 30 名教師為對象，於民國 98 年 3 月 7 日發放問卷進行調查。

在預試問卷完成後，自 3 月 18 日開始，以立意選取非樣本學校的台北市麗山國中、懷生國中、興福國中教師為預試對象進行施測。預

試問卷於民國 98 年 4 月中旬陸續回收，共得 101 份有效問卷。之後進行內部一致性信度分析，各分量表 Cronbach's α 值介於 .75 ~ .96 間，具有良好的信度。惟針對部分題目做內容修辭更動後，完成正式問卷編製事宜。

四、正式施測

正式施測前，先與各校協助之行政人員或教師進行研究目的、填答方式與注意事項說明，再請其轉發給學校教師填寫。正式施測時間於民國 98 年 4 月 28 日至 5 月 15 日進行，共發出 842 份問卷，且隨問卷檢送一份小禮物。實際回收 447 份問卷，問卷回收後隨即整理問卷，漏答題目太多或亂答嚴重的問卷視為廢卷。有效問卷為 439 份，有效回收率為 52.1%。

參、研究結果分析與撰寫

以 SPSS 統計軟體處理資料和進行統計分析。同時撰寫研究結果，並持續進行文獻的蒐集與查證以利討論之撰述。本研究各變項計分方式整理如表 3-6。

表 3-6 研究變項計分方式和意義說明

變項名稱	變項計分方式	分數意義說明
<u>自覺健康促進行為利益</u> 身體活動、營養、壓力處理、 健康責任、人際關係、 靈性成長	由非常不同意至非常 同意分別給予 1 至 4 分	得分越高，代表主觀評估採 取健康促進行為可獲得的 效益與利益越高
<u>自覺健康促進行為障礙</u> 身體活動、營養、壓力處理、 健康責任、人際關係、 靈性成長	由非常不同意至非常 同意分別給予 1 至 4 分	得分越高，代表主觀評估採 取健康促進行為可能遭遇 的障礙越高

表 3-6 研究變項計分方式和意義說明(續)

變項名稱	變項計分方式	分數意義說明
健康行為自我效能 營養、心理安適、運動、 健康責任	自認有把握做到的程 度分成 0%、25%、 50%、75%、100%五 類，分別給予 0 至 4 分	得分越高，自認能執行健康 行為的把握度越高
健康促進生活型態 身體活動、營養、壓力處理、 健康責任、人際關係、 靈性成長	從來沒有、偶而如此、 時常如此、都是如此， 分別給予 0 至 3 分	得分越高，表示生活型態越 符合健康促進的精神
個人因素		
性別	1：男生 2：女生	得分代表不同性別
年齡	1：21-30 歲 2：31-40 歲 3：41-50 歲 4：51-60 歲 5：61 歲以上	數字越大，表示年齡越大
教育程度	1：大學 2：碩士 3：博士	數字越大，表示教育程度越 高
婚姻狀況	1：未婚 4：離婚 2：已婚 5：喪偶 3：分居 6：其他	代表不同的婚姻情況
教學年資		累積至目前的教學工作年 數
參與健康促進相關課程	1：沒有 2：有	過去一年，是否曾參加健康 促進相關課程或研習
參與健康促進相關課程時數		過去一年，曾接受健康促進 相關課程時數
自覺健康狀況	反向題為第 1、2、4、 6 題，計分方式由 5 至 1 分，其餘正向題計分 方式由 1 至 5 分	得分越高，代表個人自評的 健康狀況越佳

第五節 資料處理與分析

本研究問卷資料經譯碼鍵入電腦，並依據研究目的及研究架構，以 SPSS for Windows 統計套裝軟體進行資料的描述性統計與推論性統計。描述性統計以次數分配及百分率、平均值、標準差、最大值、最小值呈現；推論性統計以獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析及薛費氏事後比較、皮爾森積差相關、階層迴歸等統計方式。有關本研究之目的、待答問題及統計方法整理如表 3-7。

表 3-7 研究目的、待答問題和資料分析方法

研究目的	待答問題	統計方法
一、瞭解研究對象之個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能，以及健康促進生活型態的現況。	1-1~1-5 個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能及健康促進生活型態的現況為何？	採描述性統計，包括次數分配、百分率、平均值、標準差、最大值、最小值來描述變項之分布。
二、探討研究對象個人因素和自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態之間的關係。	2-1~2-4 自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態，是否因個人因素不同而有所差異？	以獨立樣本 t 檢定及單因子變異數分析(one-way ANOVA)，來檢定不同個人背景的國中教師，在自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態的差異。ANOVA 達顯著差異，則以薛費氏(Scheffe)進行事後比較。 以皮爾森積差相關分析自覺健康狀況與自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態的相關性。

表 3-7 研究目的、待答問題和資料分析方法 (續)

研究目的	待答問題	統計方法
三、探討研究對象自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能與健康促進生活型態之間的關係。	3-1~3-3 自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能與健康促進生活型態是否有關？	以皮爾森積差相關分析自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能與健康促進生活型態之間的相關性。
四、探討研究對象個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能對健康促進生活型態的預測情形。	個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能是否能預測健康促進生活型態？	以階層迴歸分析來瞭解個人因素和認知因素對健康促進生活型態的預測情形。

第四章 研究結果

本章依據研究目的和問題進行資料分析，呈現研究結果。第一節為各類變項分布情形；第二節為個人因素和認知因素、健康促進生活型態之間的關係；第三節為認知因素與健康促進生活型態之間的關係；第四節為個人因素、認知因素對健康促進生活型態的預測情形。

第一節 各類變項分布情形

本研究對象有效樣本數共 439 人，依據研究目的一，本節描述研究對象之個人因素、認知因素(自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能)，以及健康促進生活型態的現況，以次數、百分率、平均值、標準差等描述性統計說明之。

壹、個人因素

一、個人因素現況

研究對象之個人因素包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、教學年資、參與健康促進相關研習課程(見表 4-1)，及自覺健康狀況(見表 4-2)，依序描述如下。

(一)性別

男性為 119 人(27.1%)；女性為 320 人(72.9%)。根據教育部公布台北市國中教師資料(教育部統計處，2009)，男性比率為 27.44，女性比率為 72.56，顯示本研究對象與母群體之性別比率接近。進一步經由卡方檢定， $\chi^2=2.0$ ， $p=.5>.05$ ，結果得知研究樣本與母群體在性別的分布上並沒有顯著差異。

(二)年齡

年齡分布以 41~50 歲者為最多，共 168 人(38.4%)；31~40 歲者次之，共 162 人(37.0%)；21~30 歲者有 68 人(15.5%)；51 歲以上者有 40 人(9.2%)。亦即研究對象年齡分布以 31-50 歲為主要族群。

(三)教育程度

教育程度以大學學歷人數最多，有 273 人(62.3%)；碩士學歷次之，有 161 人(36.8%)；博士學歷人數最少，有 4 人(0.9%)。

(四)婚姻狀況

婚姻狀況以已婚者佔最多數，有 290 人(66.1%)；其次為未婚者，有 137 人(31.2%)；分居、離婚、喪偶與其他者為 12 人(2.7%)。

(五)教學年資

教學年資介於 1 至 39 年間，總教學年資平均為 13.84 年，標準差為 8.35。如以 10 年為組距來看，教學年資以 1~9 年居多，有 159 人(36.9%)；10~19 年有 142 人(32.9%)；20~29 年有 122 人(28.3%)；而超過 30 年以上者有 8 人(1.9%)。整體而言，教學年資以服務未滿 10 年者最多，其次為 10 年以上未滿 20 年者。

(六)參與健康促進相關課程

在過去一年內，參加過健康促進相關課程有 235 人(53.5%)，而參與的總平均時數為 16.43 小時，標準差為 40.29。如以 8 小時為組距來看，以參與 1~8 小時者最多，有 137 人(69.2%)；9~16 小時者有 27 人(13.6%)；17~24 小時者有 12 人(6.1%)；41~160 小時(一週至一個月)者有 15 人(7.6%)；超過 160 小時(一個月)者有 2 人(1.0%)。整體而言，超過半數的研究對象曾經在過去一年內參與過健康促進課程，而參加時數以 1~8 小時者居多。

(七)自覺健康狀況

自覺健康狀況量表共有 6 題，每題得分範圍為 1~5 分，選項有 5

表 4-1 個人因素分布情形 (N=439)

變項名稱	人數	百分率	有效百分率	平均值	標準差	最大值	最小值
性別							
男	119	27.1					
女	320	72.9					
年齡							
21-30 歲	68	15.5	15.5				
31-40 歲	162	36.9	37.0				
41-50 歲	168	38.3	38.4				
51-60 歲	38	8.7	8.7				
61 歲以上	2	0.5	0.5				
遺漏值	1	0.2					
教育程度							
大學	273	62.2	62.3				
碩士	161	36.7	36.8				
博士	4	0.9	0.9				
遺漏值	1	0.2					
婚姻狀況							
未婚	137	31.2					
已婚	290	66.1					
分居	2	0.5					
離婚	2	0.5					
喪偶	5	1.1					
其他	3	0.7					
教學年資				13.84	8.35	39	1
1-9 年	159	36.2	36.9				
10-19 年	142	32.3	32.9				
20-29 年	122	27.8	28.3				
30 年以上	8	1.8	1.9				
遺漏值	8	1.8					
參與健康促進課程							
沒有	204	46.5					
有	235	53.5					
課程參與時數(N=235)				16.43	40.29	400	1
1~8 小時	137	58.3	69.2				
9~16 小時	27	11.5	13.6				
17~24 小時	12	5.1	6.1				
25~32 小時	3	1.3	1.5				
33~40 小時	2	0.9	1.0				
41~160 小時	15	6.4	7.6				
(一週以上至一個月以內)							
161 小時以上	2	0.9	1.0				
(一個月以上)							
遺漏值	37	15.7					

個，從「不好、差很多、完全不正確」得 1 分，到「極好的、好很多、完全正確」得 5 分，量表總分範圍為 6~30 分。由表 4-2 得知，自覺健康狀況總分平均值為 19.14，標準差為 3.82，因為接近中間值 18 分，亦即研究對象的自評健康狀況屬中間偏正向。以下針對自覺健康狀況各題選項進一步說明。

「一般來說，我認為我目前的健康狀況_(第一題)」之選項分布，以「好」及「普通」者居多，分別占 158 人(36.0%)及 156 人(35.5%)；其次為「很好」者有 99 人(22.6%)；「極好的」有 6 人(1.4%)；「不好」者有 20 人(4.6%)。由此可見，研究對象認為目前的健康狀況，介於普通與良好之間。

「與一年前比較，我認為我目前的健康狀況_(第二題)」題項中，認為「和一年前差不多」者有 207 人(47.2%)；其次為「差一些」者有 134 人(30.5%)，「好一些」者有 72 人(16.4%)。接近半數之研究對象表示與一年前的自己相比，健康狀況差不多，其餘則認為健康狀況與過去相比有所不同，其中差者較好者居多。

「我好像比別人容易生病_(第三題)」題項中，以「大部分不正確」者居多，有 205 人(46.7%)；「完全不正確」者有 44 人(10.0%)。可見超過半數(56.7%)研究對象自覺不會比別人容易生病，顯示與他人相比較下，對自己健康狀況持正向態度。

「和同年齡的人相比，我和他們一樣健康_(第四題)」之選項分布，認為「大部分正確」者居多，有 198 人(45.1%)；「完全正確」者有 38 人(8.7%)，顯示超過五成(53.8%)的研究對象自覺和同年齡者一樣健康。「不知道」者為 127 人(28.9%)，表示有近三成則認為不知道。

「我想我的健康會越來越壞_(第五題)」之題項，認為「完全正確」及「大部分正確」者共有 135 人(30.7%)；「完全不正確」及「大部分不正確」者共有 159 人(36.2%)；「不知道」者有 145 人(33.0%)。結果顯示，研究對象對自己健康狀況越來越壞的預期有所不同，其中，不認為自己的健康會越來越壞者的人數稍多，占 36.2%，不知道者則有 33.0%。

「目前我的健康狀況很好^(第六題)」之選項，認為「大部分正確」者有 253 人(57.6%)，「完全正確」者有 29 人(6.6%)。顯示大多數研究對象自覺目前健康狀況很好，對自己健康狀況持肯定的態度。

表 4-2 自覺健康狀況量表之得分情形 (N=439)

變項名稱	選項人數及選項頻率(%)					平均值	標準差
	A. 不好	普通	好	很好	極好的		
	B. 差很多	差一些	差不多	好一些	好很多		
	C. 完全不正確	大部分不正確	不知道	大部分正確	完全正確		
1.我目前的健康狀況 ^a (A)	20(4.6)	156(35.5)	158(36.0)	99(22.6)	6(1.4)	2.81	0.88
2.與一年前比較，我目前的健康狀況 ^a (B)	10(2.3)	134(30.5)	207(47.2)	72(16.4)	16(3.6)	2.89	0.83
3.比別人容易生病情形(C)	44(10.0)	205(46.7)	103(23.5)	64(14.6)	23(5.2)	3.42	1.03
4.和同年齡相比，我和他們一樣健康 ^a (C)	10(2.3)	66(15.0)	127(28.9)	198(45.1)	38(8.7)	3.43	0.93
5.健康會越來越壞情形(C)	37(8.4)	122(27.8)	145(33.0)	123(28.0)	12(2.7)	3.11	1.00
6.健康狀況很好情形 ^a (C)	10(2.3)	76(17.3)	71(16.2)	253(57.6)	29(6.6)	3.49	0.93
自覺健康狀況量表總分						19.14	3.82

註：1.^a為反向題，已做反向計分

2.()內為各題的選項編號，第 1 題的選項為 A，第 2 題的選項為 B，第 3~6 題的選項為 C。

二、小結

綜合上述結果可知，研究對象之性別以女性為多；年齡層以 31~50 歲的居多；62.3%擁有大學學歷；婚姻狀況以已婚者為多數；教學年資約 14 年，其中以介於 1~9 年間的居多；過去一年有參與健康促進課程者占 53.5%；自評健康狀況為中間偏正向。

貳、自覺健康促進行為利益和障礙

一、自覺健康促進行為利益現況

自覺健康促進行為利益包括身體活動、營養、壓力處理、健康責任、人際關係、靈性成長等六層面，共有 29 題，每題得分範圍為 1~4 分，選項有 4 個，從「非常不同意」得 1 分，到「非常同意」得 4 分，總量表得分範圍為 29~116 分。結果呈現於表 4-3，由之可知自覺健康促進行為利益總得分之平均值為 102.98，標準差為 11.71，因高於中間值 72.5，亦即研究對象對健康促進行為有高知覺利益。

因為各分量表所包含的題數不同，為比較研究對象對六層面健康促進行為利益的狀況，參考黃毓華、邱啟潤(1997)以標準化得分指標處理並加以排序，得知自覺健康促進行為利益量表為 88.8，其中「營養」得分最高為 90.8，其他依序為「人際關係」、「壓力處理」、「身體活動」、「靈性成長」，而「健康責任」最低，得分指標為 85(表 4-3)。

進一步針對六層面自覺健康促進行為利益各題狀況加以說明(表 4-4)。

(一)身體活動

「身體活動」分量表中，「進行規律運動可以維持身體健康」(平均值 3.67)得分最高，非常同意者占 69.7%。「進行規律運動可以增進心肺功能」(平均值 3.65)居次，非常同意者占 67.0%。「進行規律運動可以維持好身材」(平均值 3.47)得分最低，非常同意者占 54.2%、不同意者占 5.0%。「進行規律運動可以保持年輕」(平均值 3.48)得分次低，非常同意者占 54.4%、不同意者占 5.0%。表示研究對象知覺規律運動可以維持健康並提升心肺功能，但預期關於身材苗條與保持年輕的結果，相對來說感受到較低的利益。

表 4-3 自覺健康促進行為利益和障礙量表之得分情形 (N=439)

變項名稱	得分範圍	平均值	標準差	最小值	最大值	標準化 得分指標	排序
利益總量表(29 題)	29~116	102.98	11.71	29	116	88.8	
身體活動(6 題)	6~24	21.48	3.01	6	24	89.5	4
營養(4 題)	4~16	14.53	1.80	4	16	90.8	1
壓力處理(4 題)	4~16	14.39	1.87	4	16	89.9	3
健康責任(5 題)	5~20	17.00	2.51	5	20	85	6
人際關係(4 題)	4~16	14.45	1.86	4	16	90.3	2
靈性成長(6 題)	6~24	21.12	3.01	6	24	88	5
障礙總量表(30 題)	30~120	75.96	13.07	31	116	63.3	
身體活動(5 題)	5~20	15.01	3.02	5	20	75	1
營養(5 題)	5~20	13.05	2.93	5	20	65.3	2
壓力處理(5 題)	5~20	12.80	2.92	5	20	64	4
健康責任(5 題)	5~20	13.02	2.90	5	20	65.1	3
人際關係(5 題)	5~20	10.71	3.05	5	20	53.6	6
靈性成長(5 題)	5~20	11.37	3.14	5	20	56.9	5

註：標準化得分指標=(分量表得分平均值/分量表滿分數)×100%

(二)營養

「營養」分量表中，「攝取營養均衡的飲食可以維持身體健康」(平均值 3.71)得分最高，非常同意者占 72.2%。「攝取營養均衡的飲食可以使我排便順暢」(平均值 3.54)得分最低，非常同意者占 57.9%、不同意者占 3.6%。「營養」分量表得分排序第一，各題平均值介於 3.54~3.71 間，可見對於攝取營養均衡的飲食行為，感受到預期的利益或結果之程度相對偏高。

(三)壓力處理

「壓力處理」分量表中，「從事舒解壓力的行為可以保持心情愉快」(平均值 3.65)得分最高，非常同意者占 65.8%。「從事舒解壓力的行為可以與他人相處關係更加和諧」(平均值 3.52)得分最低，非常同意者占 55.6%、不同意者占 3.0%。表示研究對象自覺壓力調適有利於維護自己心理健康，進而保持愉快的心情，但不認為會因此而增加人際相處的和諧性。

(四)健康責任

「健康責任」分量表中，「從事保健活動(例如尋求健康資訊、醫療保健專業人員或機構的協助)可以從中獲得新知或新概念」(平均值 3.53)得分最高，非常同意者占 56.3%。「從事保健活動可以保持心情愉快」(平均值 3.28)得分最低，非常同意者占 39.0%、同意者占 50.6%、不同意者占 10.3%。「從事保健活動可以舒解壓力」(平均值 3.30)得分次低，非常同意者占 38.7%、同意者占 51.9%、不同意者占 9.1%。「健康責任」分量表得分最低，各題平均值介於 3.28~3.53 間，可知研究對象會因為想要獲得衛生保健的觀念與新知而從事保健活動，但因為想保持心情愉快或解除壓力而從事保健活動之情況，預期感受的利益則最低。

(五)人際關係

「人際關係」分量表中，「擁有良好的人際關係可以保持心情愉快」(平均值 3.65)得分最高，非常同意者占 65.4%。「擁有良好的人際關係有利工作推展」(平均值 3.64)得分次高，非常同意者同樣占 65.4%。「擁有良好的人際關係可以擴展人脈」(平均值 3.58)得分最低，非常同意者占 60.6%、不同意者占 2.3%。「人際關係」分量表得分排序第二，各題平均值介於 3.58~3.65 間，得分僅次於「營養」分量表，可見對於擁有良好人際關係的各項因素，感受到較佳的預期利益。

(六) 靈性成長

「靈性成長」分量表中，「朝正向成長(例如朝生命長遠目標努力、敞開自己，接觸新經驗和挑戰)可以使我對生活抱持正向看法」(平均值 3.56)得分最高，非常同意者占 57.9%。「朝正向成長可以使我更開朗」(平均值 3.55)得分次高，非常同意者占 57.6%。「朝正向成長可以使人際關係更好」(平均值 3.46)得分最低，非常同意者占 50.6%、不同意者占 4.6%。「朝正向成長可以提升抗壓力」(平均值 3.49)得分次低，非常同意者占 52.8%、不同意者占 3.4%。「靈性成長」分量表得分排序次低，各題平均值介於 3.46~3.56 間，得分僅高於「健康責任」，可知研究對象知覺的利益包括可對生活抱持正向看法、更開朗等，但提升人際關係與增進抗壓力並非研究對象認為可獲得或感受到的利益，故得分稍低。

二、 自覺健康促進行為障礙現況

同樣由表 4-3 可知，自覺健康促進行為障礙同樣是六層面，量表共有 30 題，每題得分範圍為 1~4 分，選項有 4 個，從「非常不同意」得 1 分，到「非常同意」得 4 分，總量表得分範圍為 30~120 分。結果顯示研究對象自覺健康促進行為障礙總得分之平均值為 75.96，標準差為 13.07，自覺健康促進行為障礙量表標準化得分指標為 63.3，亦即研究對象知覺到健康促進行為的障礙偏高。

各分量表以標準化得分指標排序，「身體活動」得分最高為 75，其次依序為「營養」、「健康責任」、「壓力處理」、「靈性成長」，而「人際關係」障礙最低，得分指標為 53.6(表 4-3)。

進一步針對六層面自覺健康促進行為障礙各題狀況加以說明(表 4-5)。

(一) 身體活動

「身體活動」分量表中，「我會因為偷懶，而不做規律運動」(平均

值 3.08) 得分最高，非常同意者占 31.4%、同意者占 50.1%。「我會因為沒時間，而不做規律運動」(平均值 3.06) 居次，非常同意者占 25.5%、同意者占 57.9%。「我會因為沒有適合的運動場所，而不做規律運動」(平均值 2.86) 得分最低，非常同意者占 14.8%、同意者占 59.7%、不同意者占 22.6%。表示研究對象知覺從事運動行為中，個人會因為偷懶、沒時間而逃避規律運動，阻礙健康促進行為。但是沒有適合的運動場所，則有四成研究對象認為並非是不規律運動的主要障礙。「身體活動」分量表得分排序第一，各題平均值介於 2.86~3.08 間，可見對於從事規律運動行為，個人感受到的阻礙頗高。

(二) 營養

「營養」分量表中，「我會因為在外用餐，而無法攝取營養均衡的飲食」(平均值 2.88) 得分最高，非常同意者占 20.3%、同意者占 50.3%、不同意者占 26.7%。「我會因為喜愛油炸食物，而無法攝取營養均衡的飲食」(平均值 2.39) 得分最低，非常同意者占 9.6%、同意者占 32.1%、不同意者占 46.5%、非常不同意者占 11.8%。「營養」分量表得分排序僅低於「身體活動」，各題平均值介於 2.39~2.88 間。可見對於攝取均衡飲食行為，個人感受到中等偏高的障礙，譬如在外用餐、對某些食物的偏好或挑食、沒時間，傾向是造成均衡飲食不足的障礙因素。

(三) 壓力處理

「壓力處理」分量表中，「我會因為工作多，而無法進行舒解壓力的行為」(平均值 2.81) 得分最高，非常同意者占 15.3%、同意者占 54.0%、不同意者占 27.1%。「我會因為不知道舒壓方法，而無法進行舒解壓力的行為」(平均值 2.34) 得分最低，同意者占 33.5%、不同意者占 47.6%、非常不同意者占 12.5%。此結果表示研究對象自覺工作多、沒時間會影響壓力的調適與處理，但不知道舒壓方法則非主要障礙因素。

(四) 健康責任

「健康責任」分量表中，「我會因為偷懶，而無法從事保健活動(例如尋求健康資訊、醫療保健專業人員或機構的協助)」(平均值 2.76) 得

分最高，非常同意者占 12.3%、同意者占 56.9%、不同意者占 25.5%。「我會因為工作多，而無法從事保健活動」(平均值 2.72)得分次高，非常同意者占 11.6%、同意者占 53.5%、不同意者占 30.3%。「我會因為經濟因素，而無法從事保健活動」(平均值 2.41)得分最低，同意者占 33.3%、不同意者占 50.8%、非常不同意者占 8.2%。結果可知研究對象會因為偷懶、工作多等阻礙因素，而不去從事保健活動，但經濟因素則非從事保健活動的主要障礙原因。

(五)人際關係

「人際關係」分量表中，「我會因為與他人觀念不同，而無法擁有良好的人際關係」(平均值 2.21)得分最高，同意者占 25.1%、不同意者占 57.6%、非常不同意者占 13.0%。「我會因為工作多，而無法擁有良好的人際關係」(平均值 2.09)得分最低，同意者占 18.9%、不同意者占 63.3%、非常不同意者占 15.3%。「人際關係」分量表得分最低，各題平均值介於 2.09~2.21 間，可見研究對象對於建立良好人際關係有中等障礙。

(六)靈性成長

「靈性成長」分量表中，「我會因為個性懶散，而無法正向成長(例如朝生命長遠目標努力、敞開自己，接觸新經驗和挑戰)」(平均值 2.32)得分最高，同意者占 34.4%、不同意者占 43.7%、非常不同意者占 15.5%。「我會因為缺乏友伴的引導或陪同，而無法正向成長」(平均值 2.23)得分最低，同意者占 26.4%、不同意者占 55.1%、非常不同意者占 13.4%。「靈性成長」分量表得分排序僅高於「人際關係」，各題平均值介於 2.23~2.32 間。可知研究對象對於個性懶散、一成不變的生活方式、工作多、沒時間、甚至缺乏同伴的陪同等方面有中等阻礙。

表 4-4 自覺健康促進行為利益量表各題之得分情形 (N=439)

變項名稱	選項頻率(%)				平均值	標準差	次量表 排序
	非常不同意	不同意	同意	非常同意			
身體活動(6 題)							
維持身體健康(1)	0.9	0.9	28.5	69.7	3.67	0.54	1
維持肌(耐)力在一定程度(2)	0.7	1.1	36.4	61.7	3.59	0.55	4
增進心肺功能(3)	0.7	0.5	31.9	67.0	3.65	0.53	2
維持好身材(4)	0.9	5.0	39.9	54.2	3.47	0.64	6
保持年輕(5)	0.9	5.0	39.6	54.4	3.48	0.64	5
使精神更好(6)	0.7	1.8	32.3	65.1	3.62	0.56	3
營養(4 題)							
維持身體健康(7)	0.2	0.5	27.1	72.2	3.71	0.48	1
均衡吸收不同的養分(8)	0.2	0.2	31.4	68.1	3.67	0.49	2
使我排便順暢(9)	0.2	3.6	38.3	57.9	3.54	0.58	4
提升免疫力(10)	0.2	1.1	36.2	62.4	3.61	0.53	3
壓力處理(4 題)							
保持心情愉快(11)	0.2	0.7	33.3	65.8	3.65	0.51	1
有能量對抗工作壓力(12)	0.2	2.5	36.4	60.8	3.58	0.52	3
與他人相處關係更加和諧(13)	0.2	3.0	41.2	55.6	3.52	0.57	4
維持身體健康(14)	0.2	0.2	34.6	64.9	3.64	0.50	2
健康責任(5 題)							
增進身體健康(15)	0.2	4.1	50.3	45.3	3.41	0.58	3
保持心情愉快(16)	0.2	10.3	50.6	39.0	3.28	0.65	5
舒解壓力(17)	0.2	9.1	51.9	38.7	3.30	0.64	4
知道自己身體狀況(18)	0.2	3.2	43.3	53.3	3.50	0.57	2
獲得新知或新概念(19)	0.2	3.2	40.3	56.3	3.53	0.57	1
人際關係(4 題)							
保持心情愉快(20)	0.2	0.2	34.2	65.4	3.65	0.50	1
有利工作推展(21)	0.2	0.7	33.7	65.4	3.64	0.51	2
獲得情感的支持(22)	0.2	1.6	37.6	60.6	3.59	0.54	3
擴展人脈(23)	0.2	2.3	36.9	60.6	3.58	0.55	4
靈性成長(6 題)							
使我更開朗(24)	0.2	1.8	40.3	57.6	3.55	0.55	2
使我更快樂(25)	0.2	2.3	43.1	54.4	3.52	0.56	4
使我更有自信(26)	0.2	1.6	41.2	56.9	3.55	0.54	3
對生活抱持正向看法(27)	0.2	1.6	40.3	57.9	3.56	0.54	1
提升抗壓力(28)	0.2	3.4	43.5	52.8	3.49	0.58	5
使人際關係更好(29)	0.2	4.6	44.6	50.6	3.46	0.60	6

註：變項中()內代表問卷題號

表 4-5 自覺健康促進行為障礙量表各題之得分情形 (N=439)

變項名稱	選項頻率(%)				平均值	標準差	次量表 排序
	非常不同意	不同意	同意	非常同意			
身體活動(5題)							
工作多(1)	3.6	13.4	62.2	20.7	3.00	0.70	4
天候不佳(2)	2.5	13.7	64.0	19.8	3.01	0.66	3
沒時間(3)	3.2	13.4	57.9	25.5	3.06	0.72	2
沒有適合的運動場所(4)	3.0	22.6	59.7	14.8	2.86	0.69	5
偷懶(5)	5.2	13.2	50.1	31.4	3.08	0.81	1
營養(5題)							
在外用餐(6)	2.7	26.7	50.3	20.3	2.88	0.75	1
對某些食物的偏好或挑食(7)	5.7	32.6	48.5	13.2	2.69	0.77	2
喜愛油炸食物(8)	11.8	46.5	32.1	9.6	2.39	0.82	5
喜歡吃(貪吃)(9)	8.7	44.6	35.8	10.9	2.49	0.80	4
沒時間(10)	6.8	36.7	46.7	9.8	2.59	0.76	3
壓力處理(5題)							
工作多(11)	3.6	27.1	54.0	15.3	2.81	0.73	1
沒時間(12)	4.1	30.1	51.0	14.8	2.77	0.75	2
不能確定壓力源(13)	7.3	42.6	41.9	8.2	2.51	0.75	3
經濟因素(14)	9.1	51.5	32.1	7.3	2.38	0.75	4
不知道舒壓方法(15)	12.5	47.6	33.5	6.4	2.34	0.78	5
健康責任(5題)							
沒時間(16)	5.5	30.8	52.6	11.2	2.69	0.74	3
工作多(17)	4.6	30.3	53.5	11.6	2.72	0.73	2
經濟因素(18)	8.2	50.8	33.3	7.7	2.41	0.75	5
偷懶(19)	5.2	25.5	56.9	12.3	2.76	0.73	1
資訊不足(20)	8.9	47.4	35.3	8.4	2.43	0.77	4
人際關係(5題)							
個性因素(如不善與人互動、 自我中心)(21)	18.0	52.4	25.1	4.6	2.16	0.77	2
沒時間(22)	15.7	61.5	20.3	2.5	2.10	0.67	4
工作多(23)	15.3	63.3	18.9	2.5	2.09	0.66	5
與他人觀念不同(24)	13.0	57.6	25.1	4.3	2.21	0.72	1
與人相處有壓力(25)	15.0	59.2	21.0	4.8	2.15	0.73	3
靈性成長(5題)							
沒時間(26)	12.5	50.8	34.4	2.3	2.26	0.70	4
工作多(27)	13.0	49.2	35.5	2.3	2.27	0.71	3
缺乏友伴的引導或陪同(28)	13.4	55.1	26.4	5.0	2.23	0.74	5
一成不變的生活方式(29)	14.4	45.8	36.2	3.6	2.29	0.75	2
個性懶散(30)	15.5	43.7	34.4	6.4	2.32	0.81	1

註：變項中()內代表問卷題號

三、 小結

綜合上述，研究結果顯示自覺健康促進行為利益之標準化得分指標為 88.8，亦即研究對象的健康促進行為利益頗高，而六層面的健康促進行為利益標準化得分範圍在 85~90.8 間，分數接近顯示出六層面的知覺利益性相近。

而自覺健康促進行為障礙之標準化得分指標為 63.3，表示研究對象對於採行健康行為感受的障礙中等偏高，進一步看六層面的健康促進行為障礙標準化得分範圍在 53.6~75 間，其中對於人際關係與靈性成長的障礙最低，而身體活動預期的障礙最高。可知對研究對象而言，知覺到人際關係和靈性成長層面的障礙偏低，但針對身體活動行為具有較高的障礙，並以偷懶、沒時間、天候不佳為身體活動的主要障礙。

參、 健康行為自我效能

一、 健康行為自我效能現況

由表 4-6 可見，健康行為自我效能包括營養、心理安適、運動、健康責任等四層面之分量表，共有 27 題，每題得分範圍為 0~4 分，選項有 5 個，從「完全沒有把握做到(0%)」得 0 分，到「完全有把握做到(100%)」得 4 分，總量表得分範圍為 0~108 分。結果顯示研究對象的健康行為自我效能總得分之平均值為 77.89，標準差為 14.74，標準化得分指標為 72.1。各分量表以標準化得分指標排序，顯示「營養」最高，得分指標為 73；「心理安適」得分次之，得分指標為 72；「健康責任」排序第三，得分指標為 69.8；而「運動」得分指標 66.7，居於末位(表 4-6)。

表 4-6 健康行為自我效能量表之得分情形 (N=439)

變項名稱	得分範圍	平均值	標準差	最小值	最大值	標準化 得分指標	排序
健康行為自我效 能量表(27題)	0~108	77.89	14.74	36	111	72.1	
營養(6題)	0~24	17.52	3.63	3	24	73	1
心理安適(7題)	0~28	20.15	4.21	4	28	72	2
運動(7題)	0~28	18.67	5.03	2	28	66.7	4
健康責任(7題)	0~28	19.55	4.50	5	28	69.8	3

註：標準化得分指標=(分量表得分平均值/分量表滿分數)×100%

以下針對健康促進自我效能各分量表的得分情形描述之(表 4-7)。

(一)營養

「營養」在健康行為自我效能的得分排序第一。分量表得分範圍 0~24 分，平均得分 17.52，標準差 3.63，以「我能夠計算出自己的理想體重」(平均值 3.05)之得分最高，「我每天能夠喝足夠身體所需的水」(平均值 2.74)得分最低。

(二)心理安適

「心理安適」在健康行為自我效能的得分次高。分量表得分範圍 0~28 分，平均得分 20.15，標準差 4.21，得分最高為「我能夠不讓自己感到無聊」(平均值 3.01)，得分最低為「我能夠使用一些幫助自己放鬆的方法」(平均值 2.68)。

(三)運動

「運動」在健康行為自我效能的得分最低。分量表得分範圍 0~28 分，平均得分 18.67，標準差 5.03，得分最高為「運動時，我能夠避免自己受傷」(平均值 2.82)，得分最低為「我能夠將運動列入日常規律性的活動中」(平均值 2.33)。

(四)健康責任

「健康責任」在健康行為自我效能的得分僅高於「運動」分量表。分量表得分範圍 0~28 分，平均得分 19.55，標準差 4.50，以「當我有需要時，我能夠找到他人幫忙」之得分最高(平均值 2.88)，「我能找到可提供我健康諮詢的醫師或護士」(平均值 2.71)得分最低。

以總量表各單題做比較，「營養」分量表中的「我能夠計算出自己的理想體重_(第 3 題)」(平均值 3.05)、「我能夠找到健康且在我經濟負擔能力範圍內的食物_(第 1 題)」(平均值 3.02)與「心理安適」分量表的「我能夠不讓自己感到無聊_(第 10 題)」(平均值 3.01)為總量表單題平均得分最高前三名。得分平均值最低的題項包括「運動」分量表內的「我能夠將運動列入日常規律性的活動中_(第 15 題)」(平均值 2.33)、「心理安適」分量表內的「使用一些幫助自己放鬆的方法_(第 7 題)」(平均值 2.68)、「運動」分量表內的「我能夠做伸展運動_(第 19 題)」(平均值 2.69)、「我能在住處附近找到方便運動的場所_(第 17 題)」(平均值 2.69)。

二、 小結

綜合前述，本研究結果指出健康行為自我效能標準化得分指標為 72.1，顯示研究對象對健康行為的自我效能偏高，分量表得分排序由高而低為營養、心理安適、健康責任、運動，可知健康責任與運動得分最低，說明研究對象健康自我照顧和運動的效能有待努力。其中，「我能夠將運動列入日常規律性的活動中」、「使用一些幫助自己放鬆的方法」、「我能夠做伸展運動」，以及「我能在住處附近找到方便運動的場所」的效能最低。

表 4-7 健康行為自我效能量表各題之得分情形 (N=439)

變項名稱	選項頻率(%)					平均值	標準差	次量表 排序
	有把握做到的程度							
	0%	25%	50%	75%	100%			
營養(6題)								
找到健康且在我經濟負擔能力範圍內的食物(1)	0.2	1.8	18.5	54.9	24.6	3.02	0.72	2
吃到營養均衡的食物(2)	0.2	3.4	27.1	52.6	16.6	2.82	0.75	5
計算出自己的理想體重(3)	1.1	5.5	16.4	41.7	35.3	3.05	0.92	1
判斷高纖維的食物(4)	0.5	4.6	18.7	47.4	28.9	3.00	0.84	3
從食品成分標示知道哪些食品對我健康有益(5)	0.7	5.2	22.1	47.6	24.4	2.90	0.85	4
每天喝足夠身體所需的水(6)	0.9	10.7	23.9	42.6	21.9	2.74	0.95	6
心理安適(7題)								
使用一些幫助自己放鬆的方法(7)	0.7	5.2	33.3	47.4	13.4	2.68	0.80	7
不讓自己感到孤單(8)	0.2	5.2	24.1	51.9	18.5	2.83	0.79	5
做自己感到美好的事情(9)	0.2	2.5	21.4	54.9	21.0	2.94	0.74	3
不讓自己感到無聊(10)	0.7	2.1	17.3	55.4	24.6	3.01	0.75	1
當心裡有煩惱時，找朋友或家人傾訴(11)	0.2	5.9	20.7	48.1	25.1	2.92	0.84	4
知道自己面對壓力時的反應(12)	0.2	2.1	17.1	59.9	20.7	2.99	0.69	2
做生活上的改變以減少壓力(13)	0	4.3	28.5	51.5	15.7	2.79	0.76	6
運動(7題)								
做對自己有益的運動(14)	0.7	8.4	29.4	42.6	18.9	2.71	0.89	3
將運動列入日常規律性的活動中(15)	1.8	22.1	31.9	30.1	14.1	2.33	1.03	7
找到自己愛好運動方式(16)	1.1	10.3	26.0	41.7	21.0	2.71	0.95	3
住處附近找到方便運動的場所(17)	0.7	10.5	27.8	41.0	20.0	2.69	0.93	5
知道何時該停止運動(18)	0.7	6.2	29.6	46.2	17.3	2.73	0.84	2
做伸展運動(19)	1.1	10.0	28.2	40.1	20.5	2.69	0.95	5
運動時，避免自己受傷(20)	0.9	3.4	28.0	48.5	19.1	2.82	0.81	1
健康責任(7題)								
找到可提供我保健資訊的地方(21)	0	5.5	29.4	46.9	18.2	2.78	0.81	4
注意到自己身體上的不良變化(22)	0	5.0	26.9	55.4	12.8	2.76	0.74	5
知道身體出現哪些症狀，應該去看醫師(23)	0	3.9	27.1	49.9	19.1	2.84	0.77	3
正確使用藥物(24)	0.5	3.6	24.6	52.2	19.1	2.86	0.78	2
找到可提供我健康諮詢的醫師或護士(25)	1.4	6.6	27.6	49.0	15.5	2.71	0.86	7
知道自己健康的權利，並能有效爭取(26)	0	6.8	29.8	47.4	15.9	2.72	0.81	6
當我有需要，找人幫忙(27)	0.5	4.6	22.3	51.5	21.2	2.88	0.80	1

註：變項中()內代表問卷題號

肆、健康促進生活型態

一、健康促進生活型態現況

健康促進生活型態包括身體活動、營養、壓力處理、健康責任、人際關係、靈性成長等六層面，共有 52 題，每題得分範圍為 0~3 分，選項有 4 個，從「從來沒有」得 0 分，到「都是如此」得 3 分，總量表得分範圍為 0~156 分。結果呈現於表 4-8，由之可知研究對象健康促進生活型態總得分之平均值為 87.49，標準差為 20.75，標準化得分指標為 56.1，亦即研究對象的健康促進生活型態屬中等程度。

各分量表以標準化得分指標排序，「人際關係」得分最高為 64.4，其他依序為「靈性成長」、「營養」、「壓力處理」、「健康責任」，「身體活動」最低，得分指標為 46(表 4-8)。

表 4-8 健康促進生活型態量表之得分情形 (N=439)

變項名稱	得分範圍	平均值	標準差	最小值	最大值	標準化 得分指標	排序
健康促進活型態 量表(52 題)	0~156	87.49	20.75	16	156	56.1	
身體活動(8 題)	0~24	11.05	4.71	0	24	46	6
營養(9 題)	0~27	15.63	3.66	5	27	57.9	3
壓力處理(8 題)	0~24	13.09	3.88	0	24	54.5	4
健康責任(9 題)	0~27	13.10	4.59	1	27	48.5	5
人際關係(9 題)	0~27	17.38	4.06	2	27	64.4	1
靈性成長(9 題)	0~27	17.25	4.61	1	27	63.9	2

註：標準化得分指標=(分量表得分平均值/分量表滿分數)×100%

進一步將六層面的得分結果和各題狀況描述如下(表 4-8 及 4-9)。

(一)身體活動

「身體活動」在健康促進生活型態中得分最低。分量表得分範圍 0

~24 分，其平均得分為 11.05，標準差 4.71，當中，「將運動融入日常的生活(如步行去用餐、以爬樓梯代替電梯，將車泊較遠處而走一段路)」(平均值 1.70)之得分最高，偶而如此者占 35.3%、時常如此者占 46.0%。「運動時注意自己的脈搏」(平均值 1.15)得分最低，從來沒有者占 20.0%、偶而如此者占 48.1%、時常如此者占 28.5%。「每週從事較劇烈的運動至少三次，每次持續 20 分鐘或更長時間」與「從事輕度到中度的體能運動，如每週至少五次，每次 30~40 分鐘的步行」(平均值 1.28)兩者並列次低，從來沒有者分別為 15.9%、14.1%、偶而如此者分別為 50.8%、51.0%。

(二)營養

「營養」在健康促進生活型態中之得分排名第三。分量表得分範圍 0~27 分，其平均得分為 15.63，標準差 3.66，當中，得分最高為「吃早餐」(平均值 2.57)，時常如此者占 30.8%、都是如此者占 63.1%。「每天吃 2-3 份的牛奶、優酪乳或奶製品(每份量約牛奶一杯(240cc.)或鮮奶一盒或 4 湯匙奶粉)」(平均值 1.30)得分最低，從來沒有者占 8.4%、偶而如此者占 58.8%。「限制使用糖和含糖的食物(甜點)」(平均值 1.51)得分次低，從來沒有者占 8.0%、偶而如此者占 43.3%、時常如此者占 38.0%。

(三)壓力處理

「壓力處理」在健康促進生活型態中之得分排名第四。分量表得分範圍 0~24 分，其平均得分為 13.09，標準差 3.88。分量表中得分最高為「接受自己生命中一些無法改變的事情」(平均值 1.95)，時常如此者占 63.3%、都是如此者占 16.4%。得分次高為「使用某些方法來舒解自己的壓力」(平均值 1.85)，從來沒有者占 1.1%、偶而如此者占 27.8%、時常如此者占 55.6%、都是如此者占 15.5%。「每天花 15 至 20 分鐘放鬆或靜坐」(平均值 1.19)得分最低，從來沒有者占 21.4%、偶而如此者占 43.7%。「慢步來預防疲勞」(平均值 1.39)得分次低，從來沒有者占 10.5%、偶而如此者占 46.7%。

(四)健康責任

「健康責任」在健康促進生活型態中之得分為次低。分量表得分範圍 0~27 分，其平均得分為 13.10，標準差 4.59。當中，得分最高為「當需要時會尋求健康指導或諮詢」(平均值 1.82)，從來沒有者占 2.7%、偶而如此者占 28.9%、時常如此者占 51.7%、都是如此者占 16.6%。「每個月至少一次檢視自己身體有無異狀或病徵」(平均值 1.18)得分最低，從來沒有者占 14.4%、偶而如此者占 56.3%。「向健康專業人員請教有關如何妥善照顧自己的資訊」(平均值 1.21)得分次低，從來沒有者占 14.1%、偶而如此者占 55.8%。

(五)人際關係

「人際關係」在健康促進生活型態中之得分排序第一。分量表得分範圍 0~27 分，其平均得分為 17.38，標準差 4.06。分量表中，「和自己關心的人相互有接觸」(平均值 2.16)得分最高，時常如此者占 59.5%、都是如此者占 28.7%。「容易讚賞他人的成就」(平均值 2.14)得分次之、「與他人維持有意義的關係」(平均值 2.12)得分居第三。「從關懷團體中獲得支持」(平均值 1.42)得分最低，從來沒有者占 15.9%、偶而如此者占 36.7%、時常如此者占 36.9%。

(六)靈性成長

「靈性成長」在健康促進生活型態中之得分排序第二。分量表得分範圍 0~27 分，其平均得分為 17.25，標準差 4.61。分量表中，「知道自己生命中什麼是重要的事」(平均值 2.09)得分最高，時常如此者占 58.5%、都是如此者占 26.0%。「確信自己的生活是有目的的」(平均值 2.06)居次，時常如此者占 59.0%、都是如此者占 24.1%。「感受到一股外在強力的支持」(平均值 1.62)得分最低，從來沒有者占 6.2%、偶而如此者占 36.7%、時常如此者占 46.0%。「發覺每天都是充滿樂趣及具挑戰」(平均值 1.72)得分次低，從來沒有者占 2.3%、偶而如此者占 36.7%、時常如此者占 47.8%。

就總量表各單題選項得分來說，本研究結果平均得分最高三題分別是「營養」分量表的「吃早餐(第 50 題)」與「人際關係」分量表的「和自己關心的人互相有接觸(第 31 題)」、「容易讚賞他人的成就(第 7 題)」；平均得分最低依序為「運動」分量表的「運動時注意自己的脈搏(第 40 題)」、「健康責任」分量表的「每月至少一次檢視自己身體有無異狀或病徵(第 33 題)」與「壓力處理」分量表的「每天花 15 至 20 分鐘放鬆或靜坐(第 41 題)」。

二、 小結

研究結果可知研究對象整體的健康促進生活型態標準化得分指標為 56.1，屬於中等程度，其中分量表以人際關係最高，其次依序為靈性成長、營養、壓力處理、健康責任，而身體活動最低。可見研究對象的身體活動與健康責任的生活型態有待加強。其中，「運動時注意自己的脈搏」、「每月至少一次檢視自己身體有無異狀或病徵」，以及「每天花 15 至 20 分鐘放鬆或靜坐」的生活型態最低。

表 4-9 健康促進生活型態量表各題之得分情形 (N=439)

變項名稱	選項頻率(%)				平均值	標準差	次量表 排序
	從來 沒有	偶而 如此	時常 如此	都是 如此			
身體活動(8 題)							
遵循運動計畫(4)	11.8	52.4	29.6	6.2	1.30	0.76	5
每週從事較劇烈的運動至少三次，每次 持續 20 分鐘或更長時間(10)	15.9	50.8	22.8	10.5	1.28	0.86	6
從事輕度到中度的體能運動(16)	14.1	51.0	27.1	7.7	1.28	0.80	6
參與休閒性質的體能活動(22)	7.1	44.6	39.0	9.3	1.51	0.76	2
每週至少做三次的伸展運動(28)	11.4	50.3	30.1	8.2	1.35	0.79	4
將運動融入日常的生活(34)	4.3	35.3	46.0	14.4	1.70	0.76	1
運動時注意自己的脈搏(40)	20.0	48.1	28.5	3.4	1.15	0.78	8
運動時能達到我的標準心跳(46)	7.5	46.2	38.7	7.5	1.46	0.74	3
營養(9 題)							
選擇低脂肪、低飽和脂肪和低膽固醇的 食物(2)	1.8	38.0	49.4	10.7	1.69	0.68	5
限制使用糖和含糖食物(甜點)(8)	8.0	43.3	38.0	10.7	1.51	0.79	8
每天吃 6-11 份的麵包、穀類、米、通心 麵(14)	4.6	38.5	44.2	12.8	1.65	0.76	6
每天吃 2-4 份水果(20)	2.3	41.9	45.1	10.7	1.64	0.70	7
每天吃 3-5 份的蔬菜(26)	0.5	33.0	52.6	13.9	1.80	0.67	2
每天吃 2-3 份牛奶、優酪乳或奶製品(32)	8.4	58.8	26.9	5.9	1.30	0.71	9
每天吃 2-3 份的肉、家禽肉、魚、豆乾、 蛋和花生類的食物(38)	2.1	35.5	51.9	10.5	1.71	0.68	4
閱讀食品包裝上營養和鹽的標示(44)	4.3	34.2	43.7	17.8	1.75	0.79	3
吃早餐(50)	0.2	5.9	30.8	63.1	2.57	0.62	1

表 4-9 健康促進生活型態量表各題之得分情形(續) (N=439)

變項名稱	選項頻率(%)				平均值	標準差	次量表 排序
	從來 沒有	偶而 如此	時常 如此	都是 如此			
壓力處理(8題)							
充足的睡眠(5)	3.2	38.0	47.8	10.9	1.67	0.71	4
每天花些時間讓自己放鬆(11)	2.5	37.4	47.4	12.8	1.70	0.72	3
接受生命中一些無法改變的事情(17)	0.7	19.6	63.3	16.4	1.95	0.62	1
就寢時，讓自己想些愉快的事物(23)	5.5	35.5	46.7	12.3	1.66	0.76	6
使用某些方法舒解自己的壓力(29)	1.1	27.8	55.6	15.5	1.85	0.68	2
平衡工作和遊樂的時間(35)	3.2	37.1	48.7	10.9	1.67	0.71	4
每天花 15 至 20 分鐘放鬆或靜坐(41)	21.4	43.7	28.9	5.9	1.19	0.84	8
慢步來預防疲勞(47)	10.5	46.7	36.2	6.6	1.39	0.76	7
健康責任(9題)							
有任何不舒服的徵兆會去看醫師(3)	0.5	33.5	52.6	13.4	1.79	0.67	2
閱讀或看有關增進健康電視節目(9)	3.4	41.5	44.0	11.2	1.63	0.73	4
向健康專業人員提出疑問，以更清楚地瞭解他們的指導內容(15)	9.3	53.1	31.4	6.2	1.34	0.73	5
當我對健康照護者的建議有疑問時，我會再徵詢其他專家的看法(21)	5.2	33.5	49.7	11.6	1.68	0.75	3
與健康專業人員討論關於自己健康方面的事情(27)	12.5	57.9	24.6	5.0	1.22	0.72	7
每個月至少一次檢視自己身體有無異狀或病徵(33)	14.4	56.3	26.0	3.4	1.18	0.71	9
向健康專業人員請教有關如何妥善照顧自己的資訊(39)	14.1	55.8	24.8	5.2	1.21	0.75	8
參加個人保健方面教育活動(45)	14.6	53.8	26.2	5.5	1.23	0.76	6
當需要時會尋求健康指導諮詢(51)	2.7	28.9	51.7	16.6	1.82	0.73	1
人際關係(9題)							
與親近的人討論自己的問題及關心的事情(1)	0	23.7	53.3	23.0	1.99	0.68	5
容易讚賞他人的成就(7)	0.5	10.3	64.2	25.1	2.14	0.59	2
與其他人維持有意義的關係(13)	0.2	10.7	65.6	23.5	2.12	0.58	3
花時間與親密朋友相處(19)	0.9	32.1	51.7	15.3	1.81	0.69	7
易於表達對他人關心、愛和溫暖(25)	0	15.3	65.1	19.6	2.04	0.59	4
和自己關心的人相互有接觸(31)	0.5	11.4	59.5	28.7	2.16	0.63	1
發現可行的方式來滿足自己對親密關係的需求(37)	2.5	33.3	51.3	13.0	1.75	0.71	8
從關懷團體中獲得支持(43)	15.9	36.7	36.9	10.5	1.42	0.88	9
用討論和妥協方法解決與他人衝突(49)	1.1	20.7	61.3	16.9	1.94	0.65	6
靈性成長(9題)							
感覺自己往正向成長與改變中(6)	0.9	26.0	58.3	14.8	1.87	0.65	7
確信自己的生活是有目的的(12)	0.9	15.9	59.0	24.1	2.06	0.66	2
對未來充滿希望(18)	2.1	17.5	61.7	18.7	1.97	0.67	4
對自己感覺滿足與平靜(24)	0.9	17.3	66.5	15.3	1.96	0.60	5
朝生命長遠的目標努力(30)	2.5	21.2	54.7	21.6	1.95	0.73	6
發覺每天都充滿樂趣及具挑戰(36)	2.3	36.7	47.8	13.2	1.72	0.72	8
知道生命中什麼是重要的事(42)	1.4	14.1	58.5	26.0	2.09	0.67	1
感受到一股外在強力的支持(48)	6.2	36.7	46.0	11.2	1.62	0.76	9
敞開自己接觸新的經驗和挑戰(52)	0.5	23.2	52.6	23.7	2.00	0.70	3

註：變項中()內代表問卷題號

第二節 個人因素和認知因素、健康促進生活型態之間的關係

本節依據研究目的二：探討研究對象個人因素(性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、教學年資、參與健康促進相關課程、自覺健康狀況等 7 項)和自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態之間的關係，並驗證假設一是否成立。因此以獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析及皮爾森積差相關等統計方式呈現關係之結果。

壹、性別

如表 4-10 所示，經由獨立樣本 t 檢定發現女性比男性有更高的自覺健康促進行為障礙($t=2.486, p<.05$)。女性的健康行為自我效能則顯著低於男性($t=-2.749, p<.01$)。健康促進生活型態在性別上存有差異情形，以男性較佳($t=-2.904, p<.01$)，進一步分析各分量表可知男性的身體活動顯著高於女性($t=-5.538, p<.001$)；男性比女性有較好的壓力處理($t=-3.239, p<.01$)、健康責任($t=-2.269, p<.05$)與靈性成長($t=-2.426, p<.05$)等方面。

但是性別與自覺健康促進行為利益則未達顯著差異。

表 4-10 性別與自覺利益和障礙、自我效能、健康促進生活型態之 t 檢定

組別	女性 (n=320)		男性 (n=119)		t 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
自覺健康促進行為利益	102.67	11.86	103.82	11.32	-.921
自覺健康促進行為障礙	76.90	12.54	73.43	14.15	2.486*
健康行為自我效能	76.72	14.87	81.03	13.98	-2.749**
健康促進生活型態	85.75	20.18	92.17	21.62	-2.904**
身體活動	10.31	4.43	13.00	4.76	-5.538***
營養	15.78	3.55	15.22	3.92	1.428
壓力處理	12.73	3.68	14.07	4.25	-3.239**
健康責任	12.80	4.54	13.92	4.65	-2.269*
人際關係	17.21	4.03	17.85	4.11	-1.477
靈性成長	16.93	4.57	18.12	4.60	-2.426*

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

貳、年齡

如表 4-11 所示，經由單因子變異數分析和薛費氏事後比較的結果顯示不同年齡層，自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態無顯著差異。另一方面，從六層面的健康促進生活型態發現年齡與身體活動($F=3.588, p<.05$)、人際關係($F=2.758, p<.05$)有達到顯著差異水準；且以薛費氏事後比較發現身體活動方面，年齡 51 歲以上者優於年齡 31~40 歲者；人際關係方面，年齡 21~30 歲者優於年齡 41~50 歲者。

表 4-11 年齡與自覺利益和障礙、自我效能、健康促進生活型態之單因子變異數分析

組別	21~30 歲 ^① (n=68)		31~40 歲 ^② (n=162)		41~50 歲 ^③ (n=168)		51 歲以上 ^④ (n=40)		F 值	薛費氏 事後比較
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差		
	自覺健康 行為利益	100.96	14.31	104.02	10.79	103.17	11.54	101.15		
自覺健康 行為障礙	75.99	13.66	75.25	12.33	77.28	13.42	73.55	13.41	1.183	
健康行為 自我效能	77.81	15.08	78.02	15.23	77.13	14.00	80.40	15.55	.537	
健康促進 生活型態	87.15	20.30	86.55	20.77	86.99	19.95	93.48	24.30	1.261	
身體活動	10.94	4.60	10.44	4.80	11.17	4.36	13.10	5.18	3.588*	④ > ②
營養	14.99	3.26	15.60	3.70	15.66	3.77	16.63	3.56	1.706	
壓力處理	13.18	3.73	12.66	3.73	13.17	3.97	14.30	4.23	2.002	
健康責任	12.19	4.89	13.20	4.88	13.04	4.12	14.43	4.55	2.054	
人際關係	18.56	3.99	17.36	3.92	16.89	4.03	17.48	4.58	2.758*	① > ③
靈性成長	17.29	4.96	17.29	4.56	17.07	4.40	17.55	4.98	.149	

* $p<.05$

參、教育程度

如表 4-12 所示，將教育程度區分成大學及碩博士兩類，並使用獨立樣本 t 檢定分析，結果顯示不同教育程度的健康行為自我效能有顯著差異($t=-2.840$, $p<.01$)，且碩博士的自我效能得分高於大學教育程度者。

但教育程度不同，其自覺健康促進行為利益和障礙、健康促進生活型態，則未發現有顯著差異。

表 4-12 教育程度與自覺利益和障礙、自我效能、健康促進生活型態之 t 檢定

組別	大學 (n=273)		碩博士 (n=165)		t 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
自覺健康促進行為利益	102.75	12.07	103.28	11.14	-.459
自覺健康促進行為障礙	76.49	12.59	75.02	13.84	1.145
健康行為自我效能	76.29	14.72	80.37	14.36	-2.840**
健康促進生活型態	86.58	20.23	88.91	21.60	-1.137
身體活動	10.77	4.46	11.44	4.99	-1.455
營養	15.48	3.61	15.87	3.75	-1.099
壓力處理	13.13	3.83	13.00	3.97	.344
健康責任	12.86	4.37	13.50	4.93	-1.387
人際關係	17.22	4.12	17.65	3.96	-1.080
靈性成長	17.13	4.48	17.44	4.83	-.691

** $p<.01$

肆、婚姻狀況

如表 4-13 所示，將婚姻狀況分成有偶及無偶(未婚、分居、離婚、喪偶與其他)兩類，並進行獨立樣本 t 檢定分析，結果顯示婚姻狀況不同，其自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態皆無顯著差異存在。

表 4-13 婚姻狀況與自覺利益和障礙、自我效能、健康促進生活型態之 t 檢定

組別	無偶 (n=149)		有偶 (n=290)		t 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
自覺健康促進行為利益	102.40	13.03	103.28	10.99	-.748
自覺健康促進行為障礙	76.23	13.15	75.82	13.05	.312
健康行為自我效能	77.80	14.64	77.93	14.82	-.089
健康促進生活型態	86.99	20.75	87.75	20.78	-.361
身體活動	11.28	4.59	10.92	4.72	.759
營養	15.23	3.56	15.83	3.69	-1.639
壓力處理	13.19	3.71	13.04	3.98	.365
健康責任	12.89	4.86	13.21	4.45	-.694
人際關係	17.30	4.12	17.42	4.03	-.315
靈性成長	17.11	4.90	17.32	4.45	-.437

伍、教學年資

如表 4-14 所示，經由單因子變異數分析的結果可知教學年資不同，其自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態皆無顯著差異。

陸、參與健康促進相關課程

如表 4-15 所示，經由獨立樣本 t 檢定發現參與課程與否，其自覺健康促進行為利益($t=-2.856, p<.01$)、自覺健康促進行為障礙($t=2.885, p<.01$)、健康行為自我效能($t=-4.384, p<.001$)、健康促進生活型態($t=-4.953, p<.001$)皆有顯著差異，由此可知有參加課程者，自覺健康促進行為利益越高、自覺健康促進行為障礙越低、健康行為自我效能越高、健康促進生活型態越佳。

進一步由六層面健康促進生活型態來看，身體活動($t=-3.225, p<.01$)、營養($t=-4.015, p<.001$)、壓力處理($t=-3.779, p<.001$)、健康責任($t=-4.393, p<.001$)、人際關係($t=-3.675, p<.001$)、靈性成長($t=$

-4.873, $p < .001$)皆因課程參與與否而呈顯著差異，有參與課程者得分較高。

表 4-14 教學年資與自覺利益和障礙、自我效能、健康促進生活型態之單因子變異數分析

組別	1~9 年 (n=159)		10~19 年 (n=142)		20 年以上 (n=130)		F 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	
自覺健康行為利益	102.46	12.42	104.23	11.14	102.46	11.53	1.084
自覺健康行為障礙	76.08	12.99	75.62	12.42	76.17	13.99	.070
健康行為自我效能	77.85	15.40	78.39	13.78	78.13	14.81	.052
健康促進生活型態	86.34	20.67	87.46	20.73	89.80	21.04	1.011
身體活動	10.65	4.61	10.92	4.66	11.79	4.77	2.276
營養	15.31	3.49	15.51	3.77	16.16	3.74	2.033
壓力處理	12.79	3.80	13.01	3.87	13.66	4.00	1.884
健康責任	12.77	4.99	13.26	4.41	13.45	4.34	.854
人際關係	17.71	4.13	17.29	3.93	17.35	4.06	.485
靈性成長	17.11	4.83	17.46	4.56	17.39	4.41	.255

表 4-15 參與課程與自覺利益和障礙、自我效能、健康促進生活型態之 t 檢定

組別	未參與健康促進課程 (n=204)		參與健康促進課程 (n=235)		t 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
自覺健康促進行為利益	101.28	12.44	104.46	10.86	-2.856**
自覺健康促進行為障礙	77.87	12.68	74.29	13.21	2.885**
健康行為自我效能	74.61	15.61	80.73	13.34	-4.384***
健康促進生活型態	82.36	19.21	91.94	21.05	-4.953***
身體活動	10.27	4.60	11.70	4.65	-3.225**
營養	14.89	3.43	16.27	3.73	-4.015***
壓力處理	12.35	3.75	13.74	3.89	-3.779***
健康責任	12.09	4.28	13.98	4.68	-4.393***
人際關係	16.63	4.02	18.03	3.99	-3.675***
靈性成長	16.13	4.51	18.22	4.48	-4.873***

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

柒、自覺健康狀況

如表 4-16 所示，經由皮爾森積差相關分析結果發現自覺健康狀況和自覺健康促進行為利益($r = .101, p < .05$)、健康行為自我效能($r = .424, p < .001$)、健康促進生活型態總量表($r = .483, p < .001$)皆呈顯著正相關，和自覺健康促進行為障礙($r = -.344, p < .001$)呈顯著負相關。這樣的結果代表自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態會因自覺健康狀況不同而有差異。

進一步由六層面健康促進生活型態來看，身體活動($r = .407, p < .001$)、營養($r = .325, p < .001$)、壓力處理($r = .411, p < .001$)、健康責任($r = .373, p < .001$)、人際關係($r = .384, p < .001$)、靈性成長($r = .449, p < .001$)皆與自覺健康狀況呈顯著正相關。

根據邱皓政(2006)相關係數的強度大小與意義，指出相關係數範圍(絕對值)在.10 以下，表示為弱或無相關、介於.10 至.39 之間，表示低度相關、介於.40 至.69 之間，表示中度相關、介於.70 至.99 之間，表示高度相關、1.00 之相關係數稱為完全相關。所以發現自覺健康狀況與自覺健康促進行為利益和障礙具有低度相關，與健康行為自我效能、健康促進生活型態總量表具有中度相關。

表 4-16 自覺健康狀況與自覺利益和障礙、自我效能、健康促進生活型態之皮爾森積差相關分析

	自覺健康行為利益	自覺健康行為障礙	健康行為自我效能	健康促進生活型態						
				總量表	身體活動	營養	壓力處理	健康責任	人際關係	靈性成長
自覺健康狀況	.101*	-.344***	.424***	.483***	.407***	.325***	.411***	.373***	.384***	.449***

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

捌、小結

綜上所述，可知研究對象有參與健康促進課程、自覺健康狀況較高者，其健康促進行為利益較高。男性、有參與健康促進課程、自覺健康狀況較高者，其健康促進行為障礙較低。男性、具碩博士教育程度、有參與健康促進課程、自覺健康狀況較高者，其健康行為自我效能較高。男性、有參與健康促進課程、自覺健康狀況較高者，健康促進生活型態總量表得分越高。健康促進生活型態之分量表身體活動、人際關係會因年齡不同而有差異。由此研究結果可知假設一『自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態會因個人因素不同而有差異』獲得部分支持。

第三節 認知因素與健康促進生活型態之間的關係

本節依據研究目的三：探討研究對象自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能與健康促進生活型態之間的關係，並驗證假設二是否成立，因此以皮爾森積差相關分析為主要統計方法。

壹、自覺健康促進行為利益與健康促進生活型態之關係

為瞭解自覺健康促進行為利益與健康促進生活型態之關係，將自覺健康促進行為利益總分與健康促進生活型態總量表及分量表以皮爾森積差相關分析。結果如表 4-17 所示，發現自覺健康促進行為利益與健康促進生活型態總量表($r=.274, p<.001$)呈顯著正相關；而以六層面來看，自覺健康促進行為利益與身體活動($r=.171, p<.001$)、營養($r=.227, p<.001$)、壓力處理($r=.210, p<.001$)、健康責任($r=.168, p<.001$)、人際關係($r=.284, p<.001$)、靈性成長($r=.284, p<.001$)皆有顯著正相關。亦即自覺健康促進行為利益越高，健康促進生活型態越

佳。

依據邱皓政(2006)相關係數的分類標準，顯示自覺健康促進行為利益與健康促進生活型態間的相關係數介於.168~.284，呈低度相關。

貳、自覺健康促進行為障礙與健康促進生活型態之關係

自覺健康促進行為障礙總分與健康促進生活型態總量表及分量表以皮爾森積差相關分析，結果如表 4-17 所示，發現自覺健康促進行為障礙與健康促進生活型態總量表($r=-.512, p<.001$)呈顯著負相關；而以六層面來看，自覺健康促進行為障礙與身體活動($r=-.464, p<.001$)、營養($r=-.374, p<.001$)、壓力處理($r=-.438, p<.001$)、健康責任($r=-.338, p<.001$)、人際關係($r=-.429, p<.001$)、靈性成長($r=-.455, p<.001$)皆呈顯著負相關。亦即自覺健康促進行為障礙越高，健康促進生活型態得分越低。

同樣依邱皓政(2006)的分類標準，顯示自覺健康促進行為障礙與健康促進生活型態總量表及身體活動、壓力處理、人際關係、靈性成長等分量表的相關係數介於-.429~--.512，呈中度負相關；與營養及健康責任分量表的相關係數介於-.338~--.374，呈低度負相關。

參、健康行為自我效能與健康促進生活型態之關係

健康行為自我效能總分與健康促進生活型態總量表及分量表進行皮爾森積差相關分析，結果如表 4-17 所示，發現健康行為自我效能得分與健康促進生活型態總量表($r=.716, p<.001$)呈顯著正相關；而以六層面來看，身體活動($r=.581, p<.001$)、營養($r=.488, p<.001$)、壓力處理($r=.608, p<.001$)、健康責任($r=.554, p<.001$)、人際關係($r=.627, p<.001$)、靈性成長($r=.631, p<.001$)皆呈顯著正相關；亦即健康行為自我效能越好者，其健康促進生活型態之執行越佳。

且依邱皓政(2006)的分類標準，顯示健康行為自我效能與健康促進生活型態總量表($r=.716$)具有高度相關，與身體活動、營養、壓力處理、

健康責任、人際關係、靈性成長分量表的相關係數介於.488~.631，呈中度相關。

肆、小結

綜上所述，顯示研究對象的健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能與健康促進生活型態皆有顯著相關。由此研究結果可知假設二：『自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能與健康促進生活型態呈顯著相關』獲得支持。

表 4-17 自覺利益和障礙、自我效能與健康促進生活型態(分)量表之皮爾森積差相關分析

	自覺健康促進 行為利益	自覺健康促進 行為障礙	健康行為 自我效能
健康促進生活型態	.274***	-.512***	.716***
身體活動	.171***	-.464***	.581***
營養	.227***	-.374***	.488***
壓力處理	.210***	-.438***	.608***
健康責任	.168***	-.338***	.554***
人際關係	.284***	-.429***	.627***
靈性成長	.284***	-.455***	.631***

***p<.001

第四節 個人因素、認知因素對健康促進生活型態的預測情形

依據研究目的四：探討研究對象個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能對健康促進生活型態的預測情形，並驗證假設三是否成立。

採階層迴歸以瞭解個人因素、認知因素對健康促進生活型態之預測，並依據健康促進模式將個人因素視為第一類預測變項，認知因素視為第二類預測變項，按順序進入迴歸模式中。

壹、健康促進生活型態之迴歸分析

在進行階層迴歸分析之前，將個人因素中的類別變項(性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、參與健康促進課程)先做虛擬變項(dummy variable)的轉換，再投入迴歸分析。此外，針對殘差值呈常態分配的假設及自變項共線性問題進行檢定。圖 4-1 為迴歸標準化殘差的常態 P-P 圖，即樣本殘差值的累積機率分布，見圖呈一條左下至右上的四十五度斜直線，因而樣本觀察值符合常態性之假設。另容忍度(Tolerance)的值介於 0 至 1 間， $VIF < 10$ (見表 4-18)，皆在可接受的範圍，顯示自變項間無共線現象。

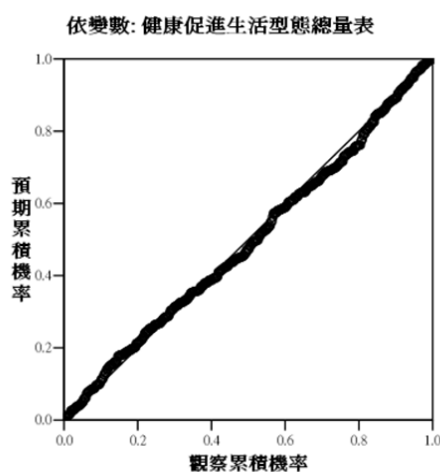


圖 4-1 迴歸標準化殘差的常態 P-P 圖

表 4-18 階層迴歸分析自變項共線性診斷

	共線性診斷	
	Tolerance	VIF
性別		
男性(女性為參照組)	.941	1.062
年齡		
21~30 歲 (51 歲以上為參照組)	.163	6.148
31~40 歲 (51 歲以上為參照組)	.149	6.713
41~50 歲 (51 歲以上為參照組)	.261	3.835
教育程度		
大學(碩博士為參照組)	.914	1.094
婚姻狀況		
未婚與其他(結婚為參照組)	.776	1.289
教學年資	.263	3.796
參與健康促進課程		
未參與課程(參與課程為參照組)	.920	1.087
自覺健康狀況	.768	1.302
自覺健康促進行為利益	.866	1.155
自覺健康促進行為障礙	.713	1.402
健康行為自我效能	.590	1.696

從表 4-19 可知，模式一將 7 項個人因素(性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、教學年資、參與健康促進課程、自覺健康狀況)納入迴歸模式中，觀察其對健康促進生活型態之預測力。F 統計值為 17.437 ($p < .001$)達統計水準， R^2 為 0.272，Adjusted R^2 為 0.256，顯示個人因素可解釋健康促進生活型態 25.6% 的變異量(見表 4-19)。其中性別($\beta = .107$, $p < .05$)代表男性的健康促進生活型態較女性表現好、參與健康促進課程($\beta = -.142$, $p < .01$)代表未參與課程者較參與課程者的健康促進生活型態為差、自覺健康狀況($\beta = .445$, $p < .001$)代表自覺健康狀況得分越高，健康促進生活型態得分也越高，三個自變項具有顯著的預測力。進一步由係數估計值的結果指出，自覺健康狀況具有最佳的解釋力。

再從表 4-19 得知，模式二係控制個人變項後，加入自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能三個認知因素變項，此迴歸模式

考驗之 F 統計值為 50.259($p < .001$)達顯著水準， R^2 增加為 0.591，Adjusted R^2 仍有 0.579，所有變項共可解釋健康促進生活型態總變異量的 57.9%。其中自覺健康狀況($\beta = .172$ ， $p < .001$)、自覺健康促進行為利益($\beta = .080$ ， $p < .05$)、自覺健康促進行為障礙($\beta = -.196$ ， $p < .001$)、健康行為自我效能($\beta = .508$ ， $p < .001$)四個自變項有顯著預測力。即自覺健康促進利益、健康行為自我效能越高者，健康促進生活型態越佳；自覺健康促進障礙越高者，健康促進生活型態越不理想。另由 R^2 改變量為 0.319($p < .001$)達統計顯著水準，顯示在控制個人因素後，自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能仍對健康促進生活型態具顯著解釋力。

貳、小結

綜上所述，本研究結果顯示研究對象的個人因素和認知因素共可解釋健康促進生活型態 59.1% 的變異量，以 Adjusted R^2 來表示，仍有 57.9% 的解釋力，顯示個人因素、認知因素對依變項的解釋力很高。其中個人因素的性別、參與健康促進課程、自覺健康狀況三個自變項能顯著預測健康促進生活型態；在控制個人因素後，性別與參與健康促進課程未達顯著考驗水準($p > .05$)，而自覺健康狀況、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能對健康促進生活型態仍具有顯著的預測效果，其中可看出健康行為自我效能的預測力最大。由此研究結果可知假設三：『個人因素、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能是健康促進生活型態的重要預測因子』獲得支持。

表 4-19 健康促進生活型態之階層迴歸分析

模型內的變數	模式一			模式二		
	Beta	t 值	p	Beta	t 值	p
性別						
男性(女性為參照組)	.107	2.528	.012*	.032	.986	.324
年齡						
21~30 歲(51 歲以上為參照組)	.015	.143	.887	-.009	-.115	.909
31~40 歲(51 歲以上為參照組)	-.036	-.338	.735	-.049	-.604	.546
41~50 歲(51 歲以上為參照組)	-.066	-.810	.418	-.042	-.681	.496
教育程度						
大學(碩博士為參照組)	-.048	-1.110	.268	.029	.873	.383
婚姻狀況						
未婚與其他(結婚為參照組)	.009	.194	.847	.010	.272	.786
教學年資	.058	.714	.475	.039	.647	.518
參與健康促進課程						
未參與課程(參與為參照組)	-.142	-3.330	.001**	-.053	-1.636	.103
自覺健康狀況	.445	10.422	.000***	.172	4.817	.000***
<hr/>						
自覺健康促進行為利益				.080	2.373	.018*
自覺健康促進行為障礙				-.196	-5.286	.000***
健康行為自我效能				.508	12.469	.000***
<hr/>						
F		17.437***			50.259***	
R²		.272			.591	
Adjusted R²		.256			.579	
△R²		.272			.319***	

第五章 討論

本章針對前一章的研究結果進行討論，並分四部分加以敘述。第一節為各類變項分布；第二節為個人因素和認知因素、健康促進生活型態之關係；第三節為認知因素與健康促進生活型態之關係；第四節為健康促進生活型態預測情形。

第一節 各類變項分布

壹、自覺健康狀況

本研究結果發現研究對象自覺健康狀況為中間偏正向，和賴貞嬌等(2007)對台北市國小教師、林女理(2002)與林美聲(2004)對學校護理人員的研究結果相似，此結果顯示中小學教師和職員的自覺健康狀況屬中等程度。

貳、自覺健康促進行為利益和障礙

研究發現，研究對象健康促進行為利益標準化得分指標為 88.8，亦即感受到健康促進行為的利益頗高。相反地，研究對象健康促進行為障礙標準化得分指標為 63.3，亦即感受到中等的健康促進行為障礙。此結果與陳滢如(2008)的研究相似，兩項研究之結果顯示族群不同，但大多肯定健康促進行為帶來的利益，但也表示執行健康促進行為時會有一些障礙。

另外，國內、外同時針對六層面健康促進行為利益與障礙加以探討者有限，多數僅對單一健康行為加以研究，尤其是運動行為和營養行為。莊秀娟(2008)指出對成人而言，家庭與工作責任是導致缺乏運動時間最普遍的原因，而成人自覺運動的障礙主要是氣候因素、缺乏適

宜場地器材及缺乏時間。本研究對象之身體活動障礙偏高，而偷懶、沒時間、天候不佳為多數教師的身體活動障礙，與莊秀娟的研究結果接近。而鍾東蓉(2000)有關台北市高中導師運動行為的調查發現，研究對象的運動障礙為中等偏低，與本研究的結果不一致，可能是研究工具不同所致。

另一方面，研究對象的營養行為利益頗高、而營養行為障礙中間偏高，與蔡晏儒(2005)有關職場員工蔬菜攝取行為的研究，指出研究對象攝取蔬菜之知覺利益偏高、知覺障礙中間偏低略有不同，兩項研究在營養行為障礙結果的不一致，可能係研究工具不同，或職場的環境與性質不同所致。

參、 健康行為自我效能

本研究健康行為自我效能的標準化得分指標為 72.1，也就是研究對象自認為從事健康促進行為有七成的把握度。與學校為研究群體的林思嫻(2005)、劉俐蓉等(2005)的研究結果相似，亦即教職員的健康行為自我效能大多為中等偏高的狀況。

進一步來看，研究對象健康行為自我效能中又以營養得分最高，其次為心理安適、健康責任、運動。此結果與林思嫻(2005)以心理安適得分最高，其次為營養、健康責任、運動的研究結果近似。但劉俐蓉等(2005)發現身體活動得分最低、營養得分次低，營養層面偏低與本研究結果不一致，推測可能是研究工具不同。另外，劉俐蓉等(2005)僅以某一所學校的教職員為對象，在該校教職員背景與情境較為特殊的狀況下，也可能造成兩項研究之結果上不盡相同。另一項原因是劉俐蓉的研究對象，除教師外，還有職員，而兩族群的性質可能不同。

而針對醫院員工、護理人員的研究(林雅雯等, 2003; 林美聲, 2004)發現健康責任得分最高、運動得分最低，分析醫護人員在健康責任層面較本研究高的原因，可能是該研究對象本身具備較豐富的衛生專業知識，且相關醫療資源的獲取較為方便所致。而以學生族群為對象的

研究則發現運動得分最高(黃毓華等, 1997; 陳昭伶, 2004), 可能是因為學生在校有固定的體育課程或參與社團活動的機率較大, 故運動層面高於本研究之對象。

肆、健康促進生活型態

本研究發現健康促進生活型態標準化得分指標為 56.1, 亦即健康促進生活型態屬中間程度。此研究結果與林思嫻(2005)對宜蘭縣高中職教師、劉俐蓉等(2005)對台北市某國中教職員工、賴貞嬌等(2007)對北市國小教師為研究對象的研究結果一致, 生活型態皆達到普通偏好的狀況。經由上述研究結果得知, 教師健康促進生活型態不因鄉村或都市型態、各級學校不同(國小、國中、高中)而有明顯差異。

以下進一步討論六層面健康促進生活型態的狀況, 先呈現研究的結果, 再與其他研究加以比較。

一、身體活動

在健康促進生活型態中得分最低的是「身體活動」, 此結果表示研究對象身體活動的執行力不足, 其中在輕度、中度甚至較劇烈的規律體能活動上, 從未執行的比率達 1/6, 故需重視教師的身體活動方面。

雖然身體活動不足, 乃現代文明病造成的結果, 且普遍存在於不同族群(王嘉琦, 2005; 吳采蓉, 2005; 葉琇珠, 2000; 蕭順蘭, 2002), 但加強教師體適能觀念與養成規律身體活動的習慣, 不僅能增進教師表現身體活動之健康行為, 擁有健康的生活, 更可做為學生良好模範。因此, 建議相關主管單位宜針對教師設計可行的運動計畫, 包括鼓勵善用校園各項運動設施與場地、克服運動障礙, 以養成良好身體活動習慣等。

二、營養

「營養」在健康促進生活型態六層面中排列第三, 就細部而言, 多數研究對象有每天吃早餐的習慣, 足以做為學生的模範。但在攝取

奶製品以及控制含糖食物上則明顯不佳。因此，宜加強教師正確的營養行為，包括均衡飲食、各類食物建議的攝取量、選擇其他替代食物等，以落實營養的健康促進生活型態。

三、 壓力處理

「壓力處理」在六層面健康促進生活型態的得分排名第四，其中多數研究對象能面對並接受生命中無法改變的事情，但只有少數研究對象會每天花時間放鬆或慢步來預防疲勞。目前國內教師需面臨教學環境與工作挑戰等多重壓力，如何鼓勵其積極培養放鬆、預防疲勞等因應壓力之調適技巧是值得努力的，如此才能真正擁有健康的情緒與心理。

四、 健康責任

「健康責任」的得分偏低，僅高於「身體活動」，主要是研究對象並無定期做身體的自我檢查、與健康相關的專業人員討論或詢問自我保健資訊的情形。此現象可能是因為國內醫療機構提供的資源服務仍以疾病治療為主軸，而提供健康促進或保健服務的項目很少；且一般健康者會尋找健康專業人員討論保健相關事宜的風氣普遍不足；而平時自行尋求健康與預防保健資訊的行動力也有不足。因此，相關單位宜鼓勵國中教師主動、積極的落實健康責任，進而影響至家庭及社區。

五、 人際關係

「人際關係」在健康促進生活型態的得分最高。此結果顯示研究對象能和自己關心的人有接觸、能與他人建立良好人際互動、且樂於讚賞他人。此現象可能是因六成以上研究對象已婚，有婚姻關係的社會網絡存在；或是因為在學校、家庭和社區內，教師常扮演溝通、聯繫的重要角色所致。

六、 靈性成長

研究對象的「靈性成長」在六層面健康促進生活型態中排列第二，顯示指出，研究對象知道什麼對自己最重要、有明確的人生目標。但

是研究對象自覺缺乏外在的支持力量、生活中缺乏樂趣與挑戰。此結果可能與教師的專業角色與工作性質有關，因為學校例行工作多且缺乏變化，故樂趣或挑戰明顯不足。建議未來教育單位應增設更多元的教師專業成長研習或活動，促使研究對象提高使命感，對教學工作懷有高度熱誠和興趣，並能勇敢面對各類挑戰或改變，表現正向調適行為。

七、綜合討論

本研究結果顯示研究對象六層面健康促進生活型態，以人際關係得分最高，其餘依序為靈性成長、營養、壓力處理、健康責任，身體活動，與高淑芬等(1999)、陳滢如(2008)的研究結果一致，皆以靈性成長最佳，健康責任及身體活動較差。

另外，針對教師的研究(林思嫻，2005；劉俐蓉等，2005；賴貞嬌等，2007)，與本研究一致指出身體活動和健康責任偏差，故教師族群在規律身體活動行為的建立、健康責任的執行仍需要提升。

第二節 個人因素和認知因素、健康促進生活型態之關係

以下針對個人因素與自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態的關係加以討論。

壹、個人因素與自覺健康促進行為利益之關係

由於有關健康促進行為利益的文獻不多，故納入其他單一健康行為研究的結果加以比較。本研究中發現自覺健康狀況越佳者，自覺健康促進行為利益越高，此結果與鍾東蓉(2000)指出自覺健康狀況越好，有較高的自覺社會心理運動利益、蔡晏儒(2005)顯示自覺飲食健康狀況越好，蔬菜攝取知覺利益越大的研究結果相似。

另外，本研究發現年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、教學年資，和自覺健康促進行為利益無顯著差異，此與許多研究(莊秀娟，2008；許泰彰，2000；戴良全，2003)發現自覺運動利益在各背景因素之間沒有差異存在、蔡晏儒(2005)指出性別、教育程度、婚姻狀況對於蔬菜攝取知覺利益無顯著影響的結果相似。

貳、個人因素與自覺健康促進行為障礙之關係

本研究發現女性、自覺健康狀況較差者，自覺健康促進行為障礙較高。此結果與鍾東蓉(2000)發現女生、自覺健康狀況越差，有較高的運動生理障礙；許泰彰(2000)、戴良全(2003)指出，女性教師的知覺運動障礙高於男性教師；蔡晏儒(2005)發現自覺飲食健康狀況越差，蔬菜攝取知覺障礙也越高的結果，都有相似的發現。

本研究發現年齡不同者，自覺健康促進行為障礙無顯著差異，此與陳滢如(2008)的研究結果一致，也與其他類似研究(莊秀娟，2008；黃賜福，2004)有相近之發現。但與 Hovell 等(1991)、戴良全(2003)指出年長者之自覺運動障礙較少的研究結果不同，究其原因可能是 Hovell 與戴良全的研究僅探討運動行為，而年齡與運動行為有關，年長者的職場壓力、適婚、育兒負擔已日漸減輕，生活也較年輕者穩定，故較易克服運動障礙。但本研究所測者為六層面健康促進行為之障礙，因而與運動行為的研究結果可能不同。

參、個人因素與健康行為自我效能之關係

本研究得知年齡不同時，健康行為自我效能得分無顯著差異，與陳滢如(2008)發現年齡與健康行為自我效能無差異之研究結果一致。但與林美聲(2004)發現運動自我效能、營養自我效能與年齡呈顯著正相關、鍾東蓉(2000)指出年齡越大，其生理自我運動效能越高的結果不同。細究不一致的結果，可能來自林美聲、鍾東蓉的研究僅探討單一

健康行為的差異造成，如年長者越會從事身體活動行為、規律飲食，故相對提升運動與營養的自我效能有關。

本研究發現男性的健康行為自我效能較高，而健康行為自我效能不因婚姻狀況不同、教學年資而有差異，劉俐蓉等(2005)亦有相似的發現。而本研究中教育程度越高，健康行為自我效能越高的結果，與張聖如(2002)研究結果相似。衡諸上述研究可知，個人因素如性別、教育程度與健康行為自我效能之間有關是一致的。

肆、個人因素與健康促進生活型態之關係

一、 性別

本研究發現男性的健康促進生活型態得分較女性高，此與高淑芬等(1999)、賴佳儀(2006)的結果一致，也與鍾東蓉(2000)、戴良全(2003)、莊秀娟(2008)發現男性越會從事規律運動行為之研究一致。可見女性在運動行為方面較差、執行規律運動普遍不足，究其原因可能受到女性不愛運動的特質及忙於家庭事務的影響(宋素真，1998)。

但 Pender 等(1990)、Felton 等(1997)顯示女性健康促進生活型態較佳、Pirincci(2008)則發現女性在健康責任得分較男性高，與本研究結果不同，故值得進一步探討本研究的女性得分顯著低於男性是受文化、個別性或其他因素所影響。

二、 年齡

本研究之年齡與健康促進生活型態無顯著差異，與于湫(1988)針對台北市 20-60 歲居民的預防性健康行為調查、林語梵(2008)以公共衛生護理人員為對象具有一致性。

許多研究卻發現健康促進生活型態會因年齡的不同而有顯著差異，惟各研究之結果並無一致的結論。其中 Bagwell 等(2000)發現年輕者運動行為較高，健康促進生活型態越佳；馬懿慈(2003)、劉俐蓉等

(2005)指出年齡較輕者，健康促進生活型態較良好。但 Walker 等(1988)、Pender 等(1990)、Duffy 等(1996)、林思嫻(2005)、賴貞嬌等(2007)指出年齡越大者有較佳的健康促進生活型態；Bagwell 等(2000)發現年齡越大，健康促進生活型態越佳。故進一步發現本研究對象之年齡在 51 歲以上的健康促進生活型態比較好，這可能是隨著年齡越大，疾病的威脅越高，故越關心自己健康而有較佳的生活型態，只是各年齡層間的差異不明顯，而無達顯著差異。

三、 教育程度

本研究之教育程度與健康促進生活型態及六層面之得分均無顯著差異，與其他研究結果一致(宋素真，1998；林美聲，2004；林思嫻，2005；林語梵，2008；陳美燕等，1994；蕭順蘭，2002；劉俐蓉等，2005)。

賴貞嬌等(2007)則發現在健康促進生活型態的得分上，專科教育程度者優於大學生，分析可能原因是擁有專科教育程度者的年齡較大，而年長者越可能執行正向的生活型態。但 Krick 與 Sobal(1990)認為教育程度高者，會傾向於常閱讀健康促進的報章雜誌，並且身體力行健康促進行為；林雅雯等(2003)發現，研究所以以上者的生活型態優於大專大學。本研究雖發現教育程度越高，整體的生活型態有越佳的趨勢，但並未達統計的顯著性，可能是本研究之對象的學歷都在大專以上，且養成教育與工作背景都相當近似。

四、 婚姻狀況

本研究之婚姻狀況與健康促進生活型態無顯著差異，與其他研究(宋素真，1998；林美聲，2004；陳美燕等，1994；劉俐蓉等，2005)結果一致。

但高淑芬等(1999)、林雅雯等(2003)、林思嫻(2005)、吳采蓉(2005)的研究則發現，健康促進生活型態會因為婚姻狀況的不同而有顯著差

異，且有偶者之健康促進生活型態比無偶者佳。進一步仔細探討本研究之結果，發現有偶者的健康促進生活型態略高於無偶者，但未達統計上的顯著性；而無偶者的身體活動和壓力處理都比有偶者佳，顯示婚姻與各類健康促進行為的關係並不一致。陳美燕等(1995)也指出，已婚者較未婚者有更好的營養行為，但有較少的運動行為。綜合言之，有偶者因有伴侶，能彼此照顧，對家人的健康負起責任，故有更佳的營養、健康責任、人際關係、靈性成長行為；相對地，有偶者因需要花費時間和精力在家庭中，故無法從事規律運動，或因太勞累而無法適時放鬆。

五、 教學年資

本研究之教學年資同樣發現與健康促進生活型態無顯著差異，此與宋素真(1998)、林語梵(2008)、劉俐蓉等(2005)的研究結果一致。但賴貞嬌等(2007)發現教學年資為21-40年者的健康促進生活型態優於其他組別年資。故進一步探討本研究結果雖未達統計上顯著水準，但可發現教學年資越久，健康促進生活型態得分越高，與賴貞嬌等的結果相似，此可能是因為教學經驗資深，對工作的壓力逐漸適應，生活型態相對較好，只是差異不大；也可能因為教學年資越久的年齡可能較大，許多研究也證明年齡與生活型態有正相關所致。

六、 參與健康促進課程

本研究結果顯示有參與健康促進課程，其健康促進生活型態得分越高，與Pender等(1990)、林女理(2002)、蕭順蘭(2002)、林思嫻(2005)、劉俐蓉等(2005)的研究結果一致，有接受健康促進課程或保健資源的利用者，其健康促進生活型態亦較好。因此可知健康促進課程或活動有助於健康行為的增加。

七、自覺健康狀況

本研究之自覺健康狀況與健康促進生活型態呈顯著正相關，此與多項研究結果一致(Duffy, 1988；Gillis, 1994；Pender 等, 1990；Weitzel, 1989；宋素真，1998；林女理，2002；林美聲，2004；林思嫻，2005；馬懿慈，2003；張聖如，2002；陳美燕等，1994；陳澄如，2008；蕭順蘭，2002；賴貞嬌，2006)。因各篇研究均指出自覺健康狀況越好，健康促進生活型態得分越高，越能執行健康促進生活型態。

伍、綜合討論

綜合上述可知，個人因素對健康促進生活型態存有差異，學校可針對教師不同個人背景因素做生活型態的評估與監測，以有助訂定合宜、符合需求的健康促進計畫。

其中可看出參與健康促進課程，對於健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能、健康促進生活型態皆具有顯著影響力。因此，定期提供學校教師有關健康促進相關研習或活動，定能使教師強化健康促進的態度與行為，促使更重視健康生活型態實踐，於日常生活中提升健康促進。

在本研究的自覺健康狀況與健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能具有顯著相關，亦與健康促進生活型態具有顯著相關，即自覺健康狀況與各項健康行為之間有正面的影響。因此在實施健康促進的計畫與提升健康促進生活型態時，宜加強評估其自覺健康狀況。

第三節 認知因素與健康促進生活型態之關係

壹、自覺健康促進行為利益與健康促進生活型態之關係

本研究的自覺健康促進行為利益與健康促進生活型態呈顯著相關，與陳滢如(2008)有一致的結果。也與其他探討運動行為研究(鍾東蓉，2000；賴妙純，2004；莊秀娟，2008)結果相近，皆發現自覺運動利益越高，從事規律運動的可能性越高及身體活動量也越高。Biddle等(1994)指出自覺運動利益是女性教職員執行運動的重要影響因子。

綜合以上研究結果得知自覺利益與行為成正相關趨勢，但國內外健康促進行為利益和障礙與生活型態相關之研究文獻相當有限，故在比較上亦顯不足。

貳、自覺健康促進行為障礙與健康促進生活型態之關係

本研究的自覺健康促進行為障礙與健康促進生活型態呈顯著負相關，與陳滢如(2008)研究結果一致。也與 Schuster 等(1995)指出自覺運動障礙與運動行為兩者呈中度負相關，鍾東蓉(2000)、賴妙純(2004)、莊秀娟(2008)顯示自覺運動障礙越高，身體活動越低的研究結果相近。

由上述各篇研究可見自覺障礙很高，則健康促進行為較不可能發生，此結果印證 Pender(1987；1996)健康促進模式中，自覺障礙會對健康促進行為產生負向影響。

參、健康行為自我效能與健康促進生活型態之關係

本研究的健康行為自我效能與健康促進生活型態呈顯著相關，此結果和 Weitzel 與 Waller(1990)、Gillis(1994)、宋素真(1998)、高淑芬等(1999)、張聖如(2002)、林美聲(2004)、劉俐蓉等(2005)、林思嫻(2005)、陳滢如(2008)之結果一致，可知健康行為自我效能越高，生活型態越是

趨向健康促進的精神。故符合 Bandura(1977)提出自我效能是影響行為的重要因素，研究結果也呼應健康促進模式提出自覺自我效能是行為發生與否或持續之重要影響因素(Pender, 1996)。

第四節 健康促進生活型態預測情形

本研究結果顯示個人因素及認知因素會影響國中教師健康促進生活型態，可解釋 57.9%的變異量，顯示這些自變項對依變項的解釋力很高。此結果與其他健康促進生活型態的研究相似，如：劉俐蓉等(2005)顯示社會人口學變項與健康行為自我效能具有預測力，共可解釋 45.1%；林思嫻(2005)研究發現年齡、參與健康促進課程、自覺健康狀況、健康行為自我效能四個變項，共可解釋健康促進生活型態總變異量的 53.3%；林美聲(2004)顯示健康行為自我效能、自覺健康狀況、參與健康促進課程、健康概念四個變項，共可解釋健康促進生活型態總變異量的 55.2%；陳澄如(2008)發現健康行為自我效能、自覺健康行為利益和年齡可解釋健康促進生活型態總變異量的 76.4%。由以上各篇研究探討得知生活型態會受到個人因素與認知因素的影響，也因此印證 Palank(1991)指稱 Pender 健康促進模式提供一個實證性的概念架構，以探討影響健康促進生活型態的因素。

Gillis(1993)分析國外 1983-1991 年的 23 篇相關文獻，指出自我效能是健康促進生活型態解釋力最強的決定因子，其他研究(Pender et al., 1990；Weitzel & Waller, 1990；Stuifbergen & Becker, 1994；林思嫻，2005；陳澄如，2008；劉俐蓉、姜逸群，2005)之結果一致。本研究亦證實了此點，由此突顯健康行為自我效能與健康促進生活型態間的重要關係。另外，Gillis(1993)發現認知因素方面，解釋力最強的決定因子為自覺自我效能外，其次是自覺利益、自覺障礙、健康的定義和自覺健康狀況。本研究得知自覺健康狀況、自覺健康促進行為利益和障礙、健康行為自我效能等四個變項對於健康促進生活型態的影響，此與實證研究結果亦相符，具有一致性。

第六章 結論與建議

本研究目的旨在探討台北市國中教師之健康促進生活型態，及其與個人因素、認知因素的關係，本章依據前述章節做總結與建議。本章第一節為結論；第二節為建議。

第一節 結論

根據研究目的、待答問題、結果與討論，本研究結論如下：

- 一、 研究對象自覺健康狀況為中等程度。健康促進行為利益與障礙的標準化得分為 88.8 和 63.3，可見研究對象健康促進行為自覺利益頗高、自覺障礙中等。健康行為自我效能標準化得分為 72.1，可知對採行健康促進行為的把握度在七成以上。健康促進生活型態標準化得分為 56.1，屬中等程度，而六層面由高而低為「人際關係」、「靈性成長」、「營養」、「壓力處理」、「健康責任」和「身體活動」。
- 二、 參與健康促進課程、自覺健康狀況越佳者，健康促進行為利益越高。男性、參與健康促進課程、自覺健康狀況越佳者，健康促進行為障礙越低。男性、高教育程度、參與健康促進課程、自評健康狀況越佳者，健康行為自我效能越高。
- 三、 男性、參與健康促進課程、自覺健康狀況越佳者，整體健康促進生活型態越佳。男性的身體活動、壓力處理、健康責任、靈性成長比女性佳。年齡 51 歲以上比 31-40 歲的身體活動更佳。年齡 21-30 歲比 41-50 歲的身體活動更佳。
- 四、 健康促進行為利益越高、健康促進行為障礙越低者、健康行為自我效能越高者，健康促進生活型態越佳。
- 五、 個人因素和認知因素共可解釋健康促進生活型態總變異量的 57.9%，其中自覺健康狀況、健康促進行為利益和障礙、健康行為

自我效能為重要預測變項，且以健康行為自我效能影響最大。

第二節 建議

依據研究結果與結論，分別就國中教師健康促進生活型態實務及未來相關研究提出以下之建議：

一、實務方面：

(一)加強身體活動、健康責任效能及行為

本研究結果發現自我效能較低為「運動」及「健康責任」，健康促進生活型態以「身體活動」最低，而「健康責任」次低，因此應提升身體活動與健康責任的自我效能、並增進其行為，期能達到更佳的效果。例如衛生教育介入可安排觀摩他人成功的經驗、口語的說服，以激發教師自我效能的認知與訊息來源。運動方面可將身體活動生活化(如多爬樓梯、多走路、定期舉辦戶外出遊)、設計具彈性、方便實行的運動計畫(如善用校園之運動設施與場地、成立教師運動社團)、選擇自己喜歡的身體活動項目等，以增進身體活動的機會。在健康責任方面，學校可提供健康自我照護方面的講座(如安排專業醫護人員至學校提供健康諮詢服務)、學校健康中心提供相關保健資訊(如定期舉辦健康檢查並提供健康諮詢)，以有效提升教師重視健康責任。

(二)重視壓力處理的訓練

本研究結果發現「壓力處理」在健康促進生活型態中排名第四，其中「每天花 15 至 20 分鐘放鬆或靜坐」、「慢步來預防疲勞」得分最低。在健康行為自我效能中，也發現教師對於執行「使用一些幫助自己放鬆的方法」的把握度很低。因此學校可評估教師的需求，加強辦理壓力調適的課程，例如教導漸進性放鬆技巧、冥想、靜坐等，協助教師如何面對與因應壓力，以增加應付外來的壓力和

調適的因應能力，以適時舒解壓力並增進身心健康。

(三) 規劃健康教育課程

本研究結果發現有接受健康促進課程者，其健康促進行為利益較高、障礙較低、健康行為自我效能較高、健康促進生活型態較好。因此，學校衛生行政單位有必要規劃健康教育課程，提供教師有關身體活動、自我健康責任、壓力調適、營養、靈性成長、人際關係等健康促進的相關課程；並可定期評估和調查教師所面臨的健康問題，針對特定的健康議題與健康課程做規劃及安排，使能符合教師的需求。學校衛生行政單位也應秉持積極創新、永續經營的健康理念，營造健康促進的校園、提供健康生活的環境，以增強教師對生活型態的重視，願意落實健康促進於日常生活中。

(四) 減少自覺健康促進行為障礙

本研究結果發現健康促進行為障礙較高之層面為「身體活動」、「營養」、「健康責任」，也發現研究對象的障礙越高，健康促進生活型態較差。故可規劃適當合宜的策略降低教師的障礙，例如：在身體活動方面，可運用同事夥伴的支持、結伴運動，以形成運動風氣，減少「偷懶」的障礙；安排時間管理課程，以學習有效的時間規劃，減少「沒時間」的障礙。在營養方面，可在校園內提供健康飲食環境與五大類營養素食物的供應、減少垃圾食物販賣，以降低教師「在外用餐」、「對食物的偏好或挑食」的障礙。在健康責任方面，學校健康中心定期利用海報、手冊等資料提供健康資訊、定期與鄰近醫療單位合作舉辦講座及服務、定期舉辦教師健康檢查，以提高教師健康資源的可獲性與便利性，減少「偷懶」、「工作多」的障礙。

二、對未來研究方面：

(一)研究工具方面

1.發展健康行為自我效能量表適切的研究工具

本研究使用的健康行為自我效能量表僅包括營養、運動、心理安適及健康責任等四層面，然而健康促進生活型態則涵蓋六層面，為能使健康行為自我效能量表和行為量表更緊密配合，建議未來能增修自我效能量表以涵蓋六層面。

2.發展健康促進行為利益和障礙成具信效度的研究工具

自覺健康促進行為利益和障礙量表為研究者自行發展，建議未來研究可針對這兩方面的研究工具加以檢驗、編製和修訂，以提高其信、效度。

(二)研究方法方面

1.增加縱貫性研究

限於人力、時間不足，本研究採橫斷式調查，所得結論只能驗證變項間的相關性，未來研究建議可採縱貫式研究，進一步探討研究對象利益和障礙、自我效能與健康促進生活型態因果關係的驗證。

2.進行健康促進的介入研究

研究結果顯示認知因素是台北市國中教師健康促進生活型態之重要因素，未來可從此方向著手，在學校中實施介入研究以提升介入設計的實務效益。

(三)研究對象方面

未來研究可擴展至其他縣市之教師，擴大研究對象範圍，進一步了解國中教師個人因素、認知因素及健康促進生活型態之關係。

參考文獻

中文部份

- 于漱(1988)。台北市 20-60 歲居民預防性健康行為之調查。**公共衛生**，14(4)，391-403。
- 仇方娟(1997)。南區五專生健康促進生活型態及其相關因素。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。
- 王秀紅、邱啟潤、王瑞霞、李建廷(1992)。婦女健康促進行為及其相關因素的探討-以高雄市三民區及屏東縣高樹鄉居民為例。**公共衛生**，19(3)，251-265。
- 王秀紅(2000)。老人的健康促進-護理的涵義。**護理雜誌**，47(1)，19-23。
- 王瑞霞、陳彰惠(2003)。由文獻回顧檢視潘得健康促進模式。**護理雜誌**，50(6)，62-68。
- 王瑞霞(2004)。健康促進的理論模式。載於王秀紅(主編)，**健康促進與護理理論與實務**(頁 23-44)。台北市：偉華。
- 王嘉琦(2005)。推動全民運動，提升國人健康生活指數專訪衛生署署長侯勝茂。**健康世界**，237，19-22。
- 台北市政府教育局_a(2009)。97 年台北市教育統計輯要。2009 年 1 月 20 日，取自 96 學年度台北市各級學校基本概況表，網址
http://www.edunet.taipei.gov.tw/public/pub2_content.asp?SEQ=8387
- 台北市政府教育局_b(2009)。97 年台北市教育統計輯要。2009 年 1 月 20 日，取自 台北市政府所轄各級學校分布，網址
<http://www.edunet.taipei.gov.tw/public/public.asp?SEL=383>
- 石曜堂(1992)。疾病預防與健康促進。**衛生報導**，2(7)，2-7。
- 江東亮、余玉眉(1994)。健康促進：國民健康的新方向。**中華公共衛生雜誌**，13(5)，381-387。
- 行政院衛生署(1993)。衛生白皮書。台北：行政院衛生署。
- 余玉眉、江永盛(1992)。國民保健六年計畫草案-規劃源起與過程。**衛生報導**，2(7)，8-12。
- 吳姿瑩、卓俊伶(1998)。健康促進模式與進身運動促進。**中華體育**，12(1)，51-62。
- 吳姿瑩、卓俊伶、馮木蘭(2001)。青少年身體活動及其與人際影響、認知變項及和

- 當時行為競爭需求之關聯分析-健康促進模式之應用。《大學體育學刊》，3(1)，39-53。
- 吳采蓉(2005)。白領階級員工健康促進生活型態相關因素之探討-以北部某公司為例。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 宋素真(1998)。臨床護理人員健康促進生活型態及其相關因素之探討。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。
- 宋素真、黃瑞美、林麗英(2001)。臨床護理人員與實習護生健康促進生活型態及相關因素探討。《榮總護理》，18(2)，147-158。
- 李蘭(1999)。健康促進取向之研究架構。《國家衛生研究院簡訊》，4(4)，21-26。
- 李思招(2000)。護理學生規律運動行為相關因素研究-以台北護理學院學生為例。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 李蘭(2001)。從衛生教育到健康促進。《台灣衛誌》，20(1)，1-4。
- 李明亮(2001)。健康促進年，衛生署開出全民運動處方。台北：行政院衛生署衛生報導雜誌社。
- 李碧玉、柯任桂、黃世惠、李美靜、李翠芬、莊昭華(2002)。健康促進與護理。台北縣：啓英文化。
- 林女理(2002)。學校護理人員健康促進生活型態及其相關因素之探討。國立台灣大學護理學研究所碩士論文。
- 林雅雯、游琇茜、翁政玉、黃于晏、楊琇惠、劉智綱(2003)。醫院員工健康促進生活型態及其決定因素之探討-以新竹某區域教學醫院為例。《醫務管理期刊》，4(4)，77-90。
- 李雅欣(2004)。新兵入伍前健康促進生活型態及其相關因素之研究。國防醫學院護理研究所碩士論文。
- 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-以宜蘭縣中小學學校護理人員為例。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 林思嫻(2005)。宜蘭縣高中(職)教師健康促進生活型態及相關因素之研究。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 林語梵(2008)。宜蘭縣公共衛生護理人員健康促進生活型態及相關因素之探討。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 邱啟潤、黃毓華、柯任桂、仇方娟、黃鏘恒(1998)。以 PRECEDE MODEL 探討都

- 市上班族健康生活型態之相關因素。**高雄醫學科學雜誌**，14，339-347。
- 邱皓政(2006)。**統計原理與資料分析**。台北：雙葉。
- 長庚大學(1993)。**SF-36**。2009年1月26日，取自SF-36台灣版申請程序，網址
<http://sf36.cgu.edu.tw/main.htm>
- 洪麗玲、高淑芬(1997)。**護專學生健康行為自我效能與健康促進生活方式之探討**。
長庚護理，8(3)，52-65。
- 馬懿慈(2003)。**社區老人健康促進生活型態及其相關因素之探討-以嘉義縣民雄鄉
為例**。國立臺灣大學護理學研究所碩士論文。
- 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。
- 張玉鳳(2001)。**台北市某國中學生攝取蔬果行為相關因素之研究**。國立台灣師範大
學衛生教育學系碩士論文。
- 張彩秀、黃乾全(2002)。**中老年健康促進行為生活型態與自覺健康狀態之關係**。**衛
生教育學報**，17，15-30。
- 張聖如(2002)。**更年期婦女健康促進生活方式及其相關因素之探討**。國立台灣大學
護理研究所碩士論文。
- 教育部統計處(2009)。**性別統計指標**。2009年4月28日，取自各級學校教師性別
比率，網址 <http://www.edu.tw/statistics/>
- 莊秀娟(2008)。**從跨理論模式應用探討國小教師運動行為之發展趨勢**。佛光大學未
來學系碩士論文。
- 許泰彰(2000)。**國小教師運動行為及其相關因素之研究**。國立體育學院體育研究所
碩士學位論文。
- 陳美燕、廖張京隸、廖照慧、周傳姜(1994)。**公衛護理人員健康促進-生活方式的
初步探討**。**護理研究**，2(1)，41-54。
- 陳美燕、廖張京隸(1995)。**桃園地區護理學生與護理人員執行健康促進的生活方式
之初步探討**。**護理研究**，3(1)，6-16。
- 陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章、廖張京隸(1997)。**健康促進的生活方
式量表中文版之修正與測試**。**長庚護理**，8(1)，14-24。
- 陳政友(1999)。**大學生健康生活型態與相關因素研究-以國立台灣師範大學四年級
學生為例**。**衛生教育學報**，12，115-135。

- 陳淑卿、賴裕和(1999)。Pender 健康促進模式理論。長庚護理，10(4)，55-61。
- 陳昭伶(2004)。基隆地區高中(職)學生健康促進生活型態及相關因素探討。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 陳敏麗、黃松元(2005)。某社區民眾糖尿病篩檢中血糖值與糖尿病高危險因子及健康促進生活型態之探討。衛生教育學報，24，1-24。
- 陳滢如(2008)。健檢族群代謝症候群不同危險因子患者之健康促進生活型態及其相關因素之探討-以台北市某醫學中心為例。國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系碩士論文。
- 游郁馥(2007)。影響員工參與職場健康促進計畫相關因素之研究。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 黃淑貞(1995)。學校教師健康促進計畫之擬定-理論與實例。健康教育，75，8-13。
- 黃毓華、邱啟潤(1996)。健康促進生活型態量表信效度之評估。高雄醫學科學雜誌，12，529-537。
- 黃毓華、邱啟潤(1997)。高雄地區大學生健康促進生活型態之預測因子。中華公共衛生雜誌，16(1)，24-36。
- 黃淑貞、伍連女、張桂楨(1998)。健康促進辭彙。學校衛生，33，77-99。
- 黃松元(2000)。健康促進與健康教育。台北：師大書苑。
- 黃松元、張富琴(2000)。健康教育／健康促進：典範或時尚？學校衛生，36，70-84。
- 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，45，59-71。
- 黃賜福(2004)。應用跨理論探討教師運動行為之研究。國立台北師範學院國民教育研究所碩士論文。
- 黃錫美(2006)。潘德氏健康促進模式之介紹。北市醫學雜誌，3(9)，17-22。
- 楊瑞珍、蘇秀娟、黃秀麗(2001)。台北市不同學制學生健康促進生活方式之初步探討。醫護科技學刊，3(1)，1-17。
- 葉琇珠(2000)。大學生健康概念與健康促進生活型態之探討。國立陽明大學社區研究學碩士論文。
- 董貞吟、黃乾全、陳欣怡、王珊文、鄭宥君、李嘉容(2006)。勞工聽力保護行為相關因素研究-以紡織業為例。勞工安全衛生研究季刊，14(3)，169-185。
- 劉雪娥(1999)。健康促進之概念。台灣醫學，3(2)，235-237。

- 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。
- 蔣立琦、郭雅雯、林綽娟(2004)。自我效能之概念分析。護理雜誌，51(2)，67-72。
- 蔡晏儒(2005)。運用跨理論模式於職場員工蔬菜攝取行為之探討-以全景企管顧問有限公司往來客戶為例。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 鄭小玉(2005)。花東地區學校護理人員健康促進生活型態之研究。東華大學公共行政研究所碩士論文。
- 蕭冰如(1998)。社區老人健康促進衛生教育介入之探討。私立長庚大學護理學研究所碩士論文。
- 蕭順蘭(2002)。台北縣公共衛生護理人員健康促進生活型態之探討。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。
- 賴妙純(2004)。應用健康促進模式探討大學生運動行為之研究。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 賴佳儀(2006)。某國營事業職場員工健康促進生活型態及相關因素之研究。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 賴貞嬌、陳漢瑛(2007)。台北市國民小學教師健康促進生活型態與幸福感之關係研究。學校衛生，51，37-52。
- 戴良全(2003)。台北縣國小教師運動行為及其相關因素之研究。國立台灣師範大學體育學系碩士論文。
- 鍾東蓉(2000)。台北市高中導師運動行為及其影響因素調查研究。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。
- 鍾寶玲(2001)。老年糖尿病患健康促進生活型態及相關因素之探討。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文。
- 魏米秀、呂昌明(2005)。“健康促進生活型態”中文簡式量表之發展研究。衛生教育學報，24，25-45。
- 羅沁芳(2003)。台北市某國中學生同儕支持與健康促進生活型態之相關因素。國立台灣師範大學衛生教育學系碩士論文。

英文部份

Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change.

- Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self- efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action :A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Becker, H., Stuijbergen, A., Oh, H. S., & Hall, S. (1993). The self-rated abilities for health practices scale : A health self-efficacy measure. *Health Value*, 17(5), 42-50.
- Biddle, S., Goudas, P. M., & Page, A. (1994). Social- psychological predictors of self-reported actual and intended physical activity in a university workforce sample. *Bristh Journal Sport Medicine*, 28(3), 160-163.
- Bagwell, M. M., & Bush, H. A. (2000). Improving health promotion for blue-collar workers. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(4), 65-71.
- Coreil, J., & Levin, J. A. (1985). A ctitique of the life style concept in public health education. *International Quarterly of community health education*, 5, 103-114.
- Dever, G. E. A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2, 453-466.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. *Nursing Research*, 37(6), 358-362.
- Delnevo, C. C., Abetamarco, D. J., & Gostsch, A. R. (1996). Health behavior and health promotion/disease prevention perception of medical students. *American Journal of Prevention Medicine*, 12(1), 38-43.
- Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health-promotion activities in employed Mexican American women. *Nursing Research*, 45(1), 18-24.
- Feather, N. T. (1982). *Expectations and actions :Expectancy-value model in psychology*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist, K. R. (1990). Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Science & Medicine*, 31(10), 1159-1168.

- 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*(3), 345-353.
- Gillis, A. J. (1994). Determinants of health-promoting lifestyles in adolescent females. *Canadian Journal of Nursing Reserch, 26*(2), 13-28.
- Garcia, A.W., Norton-Broda, M. A., Frenn, M., Coviak, C., Pender, N. J., & Ronis, D. L.(1995). Gender and developmental differences in exercise beliefs among young and prediction of their exercise behavior. *Journal of School Health, 65*(6), 213-219.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach (3rd)*. Mountain view : Mayfield Publishing Company.
- Harris, D. M., & Guten, S. (1979). Health protective behavior : an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior, 20*(1), 17-29.
- Hovell, M., Sallis, J., Hofstetter, R., Barrington, E., Hackley, M., Elder, J., Castro, F., & Kilbourne, K. (1991). Identification of correlates on physical activity among Latino adults. *Journal of Community Health, 16*(1), 23-36.
- Hulme, P. A., Walker, S. N., Effle, K. J., Jorgensen, L., McGowan, M. G., Nelson, J. D., & Pratt, E. N. (2003). Health-promoting lifestyle behaviors of Spanish-speaking Hispanic adult. *Journal of Transcultural Nursing, 14*(3), 244-254.
- Johnson, J. L., Rather, P. A., Bottorff, J., & Hayduk, L. A. (1993). An exploration of Pender's Health promotion Model using LISREL. *Nursing Research, 42*(3), 132-138.
- Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. (2001). Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. *American Journal of Health Education, 32*(2), 89-104.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Health, 12*(2), 246-266.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activity.

- Education & Psychological measurement, 30(3), 607-610.*
- Kenneth, A., & Wallston, K.A. (1978). Locus of control and Health :A Review of the Literature. *Health Education Monographs, 6(2), 107-116.*
- Krick, J. P., & Sobal, J. (1990). Relationships between health protective behaviors. *Journal of Community Health, 15(1), 19-34.*
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians - A working document.* Ottawa : Government of Canada.
- Laffrey, S. C. (1985). Health behavior choice as related to self-actualization and health conception. *Western Journal of Nursing Research, 7(3), 279-300.*
- Lee, Regina L. T. B.S.N., P.H.N., M.S.N., R.N.; Loke, Alice J. T. Yuen B.S.N., M.N., Ph.D., R.N. (2005). Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong. *Public Health Nursing, 22(3), 209-220.*
- Maben, J., & Clark, J. M. (1995). Health promotion: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 22, 1158-1165.*
- McCullagh, M., Lusk, S., & Ronis, D. (2002). Factors influencing use of hearing protection among farmers. *Nursing Research, 51(1), 33-39.*
- McDougall, G. J. (2004). Memory self-efficacy and memory performance among black and white elders. *Nursing Research, 53(5), 323-331.*
- Pender, N. J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice. (1 st ed.).* Norwalk, CT : Appleton-Centry-Crofts.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice. (2 nd ed.).* Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health- promoting lifestyle in the workplace. *Nursing Research, 39(6), 326-332.*
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior : A review of current research. *Nursing Clinics of North America, 26(4), 815-832.*
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice. (3 rd ed.).* Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Pullen, C., Walker, S. N., & Fiandt, K. (2001). Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family and Community Health, 24(2),*

49-72.

- Peltzer, K. (2002). Health promoting lifestyles and personality among black South African students. *Social Behavior & Personality : An International Journal*, 30(4), 417-422.
- Pirincci, E., Rahman, S., Durmus, A. B., & Erdem, R. (2008). Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. *Public Health*, 122(11), 1261-1263.
- Shamansky, S. L., & Clausen, C. (1980). Level of prevention: Examination of the conception. *Nursing Outlook*, 28, 104-108.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- Stuifbergen, A. K., & Becker, H. A. (1994). Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities. *Research in Nursing and Health*, 17(1), 3-13.
- Schuster, C., Petosa, R., & Petosa, S. (1995). Using social cognitive theory to predict intentional exercise in post-retirement adults. *Journal of Health Education*, 26(1), 14-21.
- Travis, J. W. (1977). *Wellness workbook for health professionals*. Mill Valley, CA : Wellness Resource Center.
- Tashiro, J. (2002). Exploring health promoting lifestyle behaviors of Japanese college women : perceptions, practices, and issues. *Health Care for Women International*, 23(1), 59-70.
- U.S. Department of Health, Education, and Welfare (1979). *Healthy People : The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington, DC : U.S. Government Printing Office.
- World Health Organization Regional Office for Europe (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Retrieved April 6, 2008, from http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1
- Wolinsky, F. D. (1980). *The sociology of health : Principles, professions, and issue*. Boston : Little Brown & Company.

- World Health Organization Regional Office for Europe (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved April 6, 2008, from http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2
- Ware, Gandek, J. E., Grandek, B., & the IQOLA Project Group (1994). The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Internal Journal of Mental Health*, 23(2), 49-73.
- 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., Volkan, K., Sechrist, K. P., & Pender, N. J. (1988). Health promoting lifestyles of older adults : comparisons with young and middle aged adults, correlated and patterns. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90.
- Weitzel, M. H. (1989). A test of health promotion model with blue collar workers. *Nursing Research*, 38(2), 99-103.
- 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.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey(SF-36) : Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- 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.
- Wu, T.Y., & Pender, N.(2002). Determinants of physical activity among Taiwanese adolescents: An application of the Health Promotion Model. *Research of Nursing Health*, 25(1), 25-36.

台北市國中教師健康促進生活型態 之調查問卷

親愛的老師，您好：

這是一份有關自覺健康促進行為利益及自覺健康促進行為障礙的開放式問卷，主要是想了解您對相關健康行為之看法，謝謝您願意撥空填答。

您的意見將是本研究重要的依據，請您閱讀下列題目並盡量列舉您的想法與意見。再次謝謝您的協助與寶貴資料！

敬祝

身體健康 萬事如意

國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系

指導教授 賴香如 博士

研究生 黃百如 敬上

中華民國九十八年三月

(一) 您認為每週至少從事三次以上，每次三十分鐘的規律運動對您有哪些好處?
(請盡量列舉，謝謝！)

(二) 您認為哪些因素會阻礙您從事運動? (請盡量列舉，謝謝！)

(三) 您認為攝取營養均衡飲食對您有哪些好處? (請盡量列舉，謝謝！)

(四) 您認為哪些因素會阻礙您攝取營養均衡的飲食? (請盡量列舉，謝謝！)

(五) 您認為採行壓力調適行為對您有哪些好處? (請盡量列舉，謝謝！)

(六) 您認為哪些因素會阻礙您採行壓力調適行為? (請盡量列舉，謝謝！)

(七) 您認為從事保健活動對您有哪些好處? (請盡量列舉，謝謝！)

(八) 您認為哪些因素會**阻礙**您從事保健活動? (請盡量列舉，謝謝！)

(九) 您認為擁有良好的人際關係對您有哪些**好處**? (請盡量列舉，謝謝！)

(十) 您認為哪些因素會**阻礙**您擁有良好的人際關係? (請盡量列舉，謝謝！)

(十一) 您認為自己正向成長與改變對您有哪些**好處**? (請盡量列舉，謝謝！)

(十二) 您認為哪些因素會**阻礙**您正向成長與改變? (請盡量列舉，謝謝！)

◎過去一年，您曾經參加過健康促進相關課程或研習嗎？

沒有 有(答“有”者請繼續填答)

1.若有，您參加的健康促進相關課程或研習的主題包括?_____

2.過去一年，您曾參加的健康促進相關課程或研習總時數約?_____小時

附錄二 健康行為自我效能量表使用同意函

Re: 研究生黃百如徵求研究工具使用同意信 2009/2/25(三) 下午 4:09

寄件者: "護理系-高淑芬" <shufen@mail.ypu.edu.tw>

收件者: candice331978@yahoo.com.tw

Yes, you may!

Dr. Kao

On Tue, 24 Feb 2009 00:56:12 +0800 (CST), 百如 wrote
研究生黃百如徵求研究工具使用同意信 2009/2/24(二) 上午 12:56

寄件者: 此寄件者已經過 DomainKeys 核查 "百如" <candice331978@yahoo.com.tw>

收件者: "高淑芬老師" <shufen@mail.ypu.edu.tw>

高淑芬老師您好，

我是台灣師範大學健康促進與衛生教育學系的研究生黃百如，
目前研究主題為「台北市國中教師健康促進生活型態與相關因素研究」。
需要徵求您的同意使用：高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲(1999)健康行為自我效能之中文量表，懇請同意!

使用者謹遵守本研究工具的使用準則，以符合原著作之精神。
若老師同意使用，請 e-mail 告知，萬分感謝。

研究生黃百如 日期：98 年 2 月 24 日

附錄三 健康促進生活型態量表使用同意函

Re: 研究生黃百如徵求研究工具使用同意書 2008/12/25(四) 下午 10:23

寄件者: "百如" <candice331978@yahoo.com.tw>

收件者: "護理系-高淑芬" <shufen@mail.ypu.edu.tw>

Dear 淑芬老師

謝謝您的回覆與同意!

再次感謝您。

敬祝 教安

學生 黃百如

08/12/23 (星期二), 護理系-高淑芬 <shufen@mail.ypu.edu.tw> 寫道:

寄件者: 護理系-高淑芬 <shufen@mail.ypu.edu.tw>

主旨: Re: 研究生黃百如徵求研究工具使用同意書

收件者: candice331978@yahoo.com.tw

日期: 2008 12 23 星期二 上午 8:39

Dear 百如:

Yes, you may use the questionnaire.

Good luck to your study!

Dr. Kao

On Tue, 23 Dec 2008 00:27:13 +0800 (CST), 百如 wrote

高淑芬老師您好，

我是台灣師範大學健康促進與衛生教育學系的研究生黃百如，
目前研究主題為「台北市國中教師健康促進生活型態與相關因素研究」。
懇請同意使用研究工具：高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲(1999)第二版健康促進生活方式中文量表。

使用者謹遵守本研究工具的使用準則，以符合原著作之精神。

若老師同意使用，請 e-mail 告知，萬分感謝。

研究生黃百如 日期：97 年 12 月 23 日

附錄四 自覺健康狀況量表使用同意書

同意書

IQOLA 台灣研究主持人同意申請人 黃百如 使用 SF-36 台灣版問

卷於下列研究計劃中，作為學術研究工具。

計劃名稱：台北市國中教師健康促進生活形態與相關因素研究

台灣版授權者（簽名）：



Jui-Fen Rachel Lu, Sc.D.

National Principal Investigator

日期：2009 / 4 / 6

附錄五 正式問卷

台北市國中教師健康促進生活型態與相關因素研究

親愛的老師，您好：

此份問卷主要是想瞭解目前國中教師健康促進生活型態的現況，以作為推展教師健康促進活動之參考，您所提供的寶貴意見對本研究具有重要的價值，謝謝您願意撥空填答。本問卷採用匿名方式，答案無所謂對錯，請依照各部分的填答說明，就您個人實際狀況填寫。填答完後，請再檢查一次避免遺漏，您所提供資料僅供學術研究之用，且遵守保密原則。衷心謝謝您的協助！

敬祝

身體健康 萬事如意

國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系

指導教授 賴香如 博士

研究生 黃百如 敬上

中華民國九十八年四月

聯絡電話：0928182700

E-mail：candice331978@yahoo.com.tw

第一部分：健康促進行為利益

說明：以下題目是想了解您認為執行健康促進行為可獲得的好處，請依照您自己實際狀況圈選一個最能代表您意見的數字。

	非常不同意	不同意	同意	非常同意
進行規律運動(每週3次以上，每次30分鐘)				
1. 可以維持身體健康	1	2	3	4
2. 可以維持肌(耐)力在一定的程度	1	2	3	4
3. 可以增進心肺功能	1	2	3	4
4. 可以維持好身材	1	2	3	4
5. 可以保持年輕	1	2	3	4
6. 可以使精神更好	1	2	3	4

	非常不同意	不同意	同意	非常同意
攝取營養均衡的飲食				
7. 可以維持身體健康	1	2	3	4
8. 可以均衡吸收不同的養分	1	2	3	4
9. 可以使我排便順暢	1	2	3	4
10. 可以提升免疫力	1	2	3	4
從事舒解壓力的行為				
11. 可以保持心情愉快	1	2	3	4
12. 可以更有能量對抗工作壓力	1	2	3	4
13. 可以與他人相處關係更加和諧	1	2	3	4
14. 可以維持身體健康	1	2	3	4
從事保健活動				
(例如：尋求健康資訊、醫療保健專業人員或機構的協助)				
15. 可以增進身體健康	1	2	3	4
16. 可以保持心情愉快	1	2	3	4
17. 可以舒解壓力	1	2	3	4
18. 可以知道自己身體狀況	1	2	3	4
19. 可以從中獲得新知或新概念	1	2	3	4
擁有良好的人際關係				
20. 可以保持心情愉快	1	2	3	4
21. 有利工作推展	1	2	3	4
22. 可以獲得情感的支持	1	2	3	4
23. 可以擴展人脈	1	2	3	4
朝正向成長				
(例如：朝生命長遠目標努力、敞開自己，接觸新經驗和挑戰)				
24. 可以使我更開朗	1	2	3	4
25. 可以使我更快樂	1	2	3	4
26. 可以使我更有自信	1	2	3	4
27. 可以使我對生活抱持正向看法	1	2	3	4
28. 可以提升抗壓力	1	2	3	4
29. 可以使人際關係更好	1	2	3	4

第二部分：健康促進行為障礙

說明：以下題目是想了解可能會阻礙健康促進行為的狀況，請依照您自己實際情形，圈選一個最能代表您意見的數字。

	非常不同意	不同意	同意	非常同意
1. 我會因為工作多，而不做規律運動	1	2	3	4
2. 我會因為天候不佳(雨天、天氣冷)，而不做規律運動	1	2	3	4
3. 我會因為沒時間，而不做規律運動	1	2	3	4
4. 我會因為沒有適合的運動場所，而不做規律運動	1	2	3	4
5. 我會因為偷懶，而不做規律運動	1	2	3	4
6. 我會因為在外用餐，而無法攝取營養均衡的飲食	1	2	3	4
7. 我會因為對某些食物的偏好或挑食，而無法攝取營養均衡的飲食	1	2	3	4
8. 我會因為喜愛油炸食物，而無法攝取營養均衡的飲食	1	2	3	4
9. 我會因為喜歡吃(貪吃)，而無法攝取營養均衡的飲食	1	2	3	4
10. 我會因為沒時間，而無法攝取營養均衡的飲食	1	2	3	4
11. 我會因為工作多，而無法進行舒解壓力的行為	1	2	3	4
12. 我會因為沒時間，而無法進行舒解壓力的行為	1	2	3	4
13. 我會因為不能確定壓力源，而無法進行舒解壓力的行為	1	2	3	4
14. 我會因為經濟因素，而無法進行舒解壓力的行為	1	2	3	4
15. 我會因為不知道舒壓方法，而無法進行舒解壓力的行為	1	2	3	4
16. 我會因為沒時間，而無法從事保健活動(例如：尋求健康資訊、醫療保健專業人員或機構的協助)	1	2	3	4
17. 我會因為工作多，而無法從事保健活動	1	2	3	4
18. 我會因為經濟因素，而無法從事保健活動	1	2	3	4
19. 我會因為偷懶，而無法從事保健活動	1	2	3	4
20. 我會因為資訊不足，而無法從事保健活動	1	2	3	4
21. 因為個性因素(如不善與人互動、自我中心)，我無法擁有良好的人際關係	1	2	3	4
22. 我會因為沒時間，而無法擁有良好的人際關係	1	2	3	4
23. 我會因為工作多，而無法擁有良好的人際關係	1	2	3	4
24. 我會因為與他人觀念不同，而無法擁有良好的人際關係	1	2	3	4
25. 我會因為與人相處有壓力，而無法擁有良好的人際關係	1	2	3	4

	非常不同意	不同意	同意	非常同意
26. 我會因為沒時間，而無法正向成長(例如：朝生命長遠目標努力、敞開自己，接觸新經驗和挑戰)	1	2	3	4
27. 我會因為工作多，而無法正向成長	1	2	3	4
28. 我會因為缺乏友伴的引導或陪同，而無法正向成長	1	2	3	4
29. 我會因為一成不變的生活方式，而無法正向成長	1	2	3	4
30. 我會因為個性懶散，而無法正向成長	1	2	3	4

第三部分：健康行為自我效能

說明：請圈選一個您自認有把握做到的程度，而非您平時執行的情況。

0 代表「完全沒有把握做到(0%)」

1 代表「有很少的把握能夠做到(25%)」

2 代表「有一半的把握能夠做到(50%)」

3 代表「大部分的把握能夠做到(75%)」

4 代表「完全有把握能做到的(100%)」

	把握能夠做到的程度				
	0%	25%	50%	75%	100%
1. 我能夠找到健康且在我經濟負擔能力範圍內的食物	0	1	2	3	4
2. 我能吃到營養均衡的食物	0	1	2	3	4
3. 我能夠計算出自己的理想體重	0	1	2	3	4
4. 我能夠判斷哪些是高纖維的食物	0	1	2	3	4
5. 我能夠從食品成分標示知道哪些食品對我健康有益	0	1	2	3	4
6. 我每天能夠喝足夠身體所需的水	0	1	2	3	4
7. 我能夠使用一些幫助自己放鬆的方法	0	1	2	3	4
8. 我能夠不讓自己感到孤單	0	1	2	3	4
9. 我能夠做令自己感到美好的事情	0	1	2	3	4
10. 我能夠不讓自己感到無聊	0	1	2	3	4
11. 當心裡有煩惱時，能找朋友或家人傾訴	0	1	2	3	4
12. 我知道自己面對壓力時的反應	0	1	2	3	4
13. 我能夠做生活上的改變以減少壓力	0	1	2	3	4
14. 我能夠做對自己有益的運動	0	1	2	3	4
15. 我能夠將運動列入日常規律性的活動中	0	1	2	3	4
16. 我能夠找到自己愛好的運動方式	0	1	2	3	4
17. 我能在住處附近找到方便運動的場所	0	1	2	3	4
18. 我知道何時該停止運動	0	1	2	3	4
19. 我能夠做伸展運動	0	1	2	3	4
20. 運動時，我能夠避免自己受傷	0	1	2	3	4

	把握能夠做到的程度				
	0%	25%	50%	75%	100%
21. 我能夠找到可提供我保健資訊的地方	0	1	2	3	4
22. 我能夠注意到自己身體上的不良變化	0	1	2	3	4
23. 我知道身體出現哪些症狀時，應該去看醫師	0	1	2	3	4
24. 我能正確使用藥物	0	1	2	3	4
25. 我能找到可提供我健康諮詢的醫師或護士	0	1	2	3	4
26. 我知道自己健康的權利，並能有效爭取	0	1	2	3	4
27. 當我有需要時，我能夠找到他人幫忙	0	1	2	3	4

第四部分：健康促進生活型態

說明：此問卷是有關於您目前的生活方式或習慣的描述，請依您自己的情形圈選一個最能代表您生活習慣的答案。

	從來沒有	偶而如此	時常如此	都是如此
1. 與親近的人討論自己的問題及關心的事情	0	1	2	3
2. 選擇低脂肪、低飽和脂肪和低膽固醇的食物	0	1	2	3
3. 有任何不舒服的徵兆或症狀時會去看醫師	0	1	2	3
4. 遵循運動計畫	0	1	2	3
5. 充足的睡眠	0	1	2	3
6. 感覺自己往正向成長與改變中	0	1	2	3
7. 容易讚賞他人的成就	0	1	2	3
8. 限制使用糖和含糖的食物(甜點)	0	1	2	3
9. 閱讀或看有關增進健康的電視節目	0	1	2	3
10. 每週從事較劇烈的運動至少三次，每次持續 20 分鐘或更長時間(如：快走、騎腳踏車、有氧舞蹈、爬階梯等)	0	1	2	3
11. 每天花些時間讓自己放鬆	0	1	2	3
12. 確信自己的生活是有目的的	0	1	2	3
13. 與其他人維持有意義的關係	0	1	2	3
14. 每天吃 6-11 份的面包、穀類、米、通心麵(每 1 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)	0	1	2	3
15. 向健康專業人員提出疑問，以更清楚地瞭解他們的指導內容	0	1	2	3
16. 從事輕度到中度的體能運動(如：每週至少五次，每次 30-40 分鐘的步行)	0	1	2	3
17. 接受自己生命中一些無法改變的事情	0	1	2	3
18. 對未來充滿希望	0	1	2	3
19. 花時間與親密朋友相處	0	1	2	3
20. 每天吃 2-4 份水果(每份水果約橘子 1 個或番石榴 1/3 個或楊桃 1 個或葡萄柚 1/4 個或木瓜 1/4 個或蓮霧 2 個)	0	1	2	3
21. 當我對健康照護者(如：醫護人員)的建議有疑問時，我會再徵詢其他專家的看法	0	1	2	3
22. 參與休閒(娛樂)性質的體能活動(如：游泳、跳舞、騎腳踏車)	0	1	2	3
23. 就寢時，讓自己想些愉快的事物	0	1	2	3

	從來沒有	偶而如此	時常如此	都是如此
24. 對自己感覺滿足與平靜	0	1	2	3
25. 易於表達對他人的關心、愛和溫暖	0	1	2	3
26. 每天吃 3-5 份的蔬菜	0	1	2	3
27. 與健康專業人員討論關於自己健康方面的事情	0	1	2	3
28. 每週至少做三次的伸展運動	0	1	2	3
29. 使用某些方法來舒解自己的壓力	0	1	2	3
30. 朝生命長遠的目標努力	0	1	2	3
31. 和自己關心的人相互有接觸	0	1	2	3
32. 每天吃 2-3 份的牛奶、優酪乳或奶製品(每份量約牛奶一杯(240cc)或鮮奶 1 盒或 4 湯匙奶粉)	0	1	2	3
33. 每個月至少一次檢視自己身體有無異狀或病徵	0	1	2	3
34. 將運動融入日常的生活(如：步行去用餐、以爬樓梯代替電梯，將車泊較遠處而走一段路)	0	1	2	3
35. 平衡工作和遊樂的時間	0	1	2	3
36. 發覺每天都是充滿樂趣及具挑戰	0	1	2	3
37. 發現可行的方式來滿足自己對親密關係的需求	0	1	2	3
38. 每天吃 2-3 份的肉、家禽肉、魚、豆乾、蛋和花生類的食物(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)	0	1	2	3
39. 向健康專業人員請教有關如何妥善照顧自己的資訊	0	1	2	3
40. 運動時注意自己的脈搏	0	1	2	3
41. 每天花 15 至 20 分鐘放鬆或靜坐	0	1	2	3
42. 知道自己生命中什麼是重要的事	0	1	2	3
43. 從關懷團體中獲得支持	0	1	2	3
44. 閱讀食品包裝上營養、脂肪和鹽成分的標示	0	1	2	3
45. 參加有關個人保健方面的教育活動	0	1	2	3
46. 運動時能達到我的標準心跳	0	1	2	3
47. 慢步來預防疲勞	0	1	2	3
48. 感受到一股外在強力的支持	0	1	2	3
49. 用討論和妥協方法來解決與他人的衝突	0	1	2	3
50. 吃早餐	0	1	2	3
51. 當需要時會尋求健康指導或諮詢	0	1	2	3
52. 敞開自己來接觸新的經驗和挑戰	0	1	2	3

第五部分：個人基本資料

說明：下列題目是有關您個人的資料，請在適當的□內打勾或在橫線寫出正確資料。

1. 性別： (1)男 (2)女
2. 年齡： (1)21-30 歲 (2)31-40 歲 (3)41-50 歲
 (4)51-60 歲 (5) 61 歲以上
3. 教育程度： (1)大學 (2)碩士 (3)博士
4. 目前婚姻狀況： (1)未婚 (2)已婚 (3)分居 (4)離婚
 (5)喪偶 (6)其他_____
5. 教學年資：從事教學工作至目前累計共_____年
6. 過去一年，您曾經參加過與健康促進相關課程嗎
(包括健康責任、營養、壓力處理、身體活動、人際關係、靈性成長等)？
 (1)沒有
 (2)有
若有，過去一年我接受健康促進相關課程時數，共_____小時。
7. 一般來說，我認為我目前的健康狀況是：
 (1)極好的 (2)很好 (3)好 (4)普通 (5)不好
8. 與一年前比較，我認為我目前的健康狀況是：
 (1)好很多 (2)好一些 (3)差不多 (4)差一些 (5)差很多
9. 我好像比別人容易生病：
 (1)完全正確 (2)大部分正確 (3)不知道 (4)大部分不正確
 (5)完全不正確
10. 和同年齡的人相比，我和他們一樣健康：
 (1)完全正確 (2)大部分正確 (3)不知道 (4)大部分不正確
 (5)完全不正確
11. 我想我的健康會越來越壞：
 (1)完全正確 (2)大部分正確 (3)不知道 (4)大部分不正確
 (5)完全不正確
12. 目前我的健康狀況很好：
 (1)完全正確 (2)大部分正確 (3)不知道 (4)大部分不正確
 (5)完全不正確

本問卷到此結束，感謝您撥填冗填答！
懇請再次檢查是否有漏答之處，謝謝！！