

國立台東大學體育學系
體育教學碩士班碩士論文

指導教授：溫卓謀

原住民中年婦女自覺健康狀況與健康促進
生活型態之研究



研 究 生：林進文

中華民國九十七年八月

國立台東大學
學位論文考試委員審定書
系所別：體育學系

本班 林進文 君

所提之論文 原住民中年婦女自覺健康狀況與健康促進生活型態之研究

業經本委員會通過合於 ☒ 碩士學位論文 條件
☐ 博士學位論文

論文學位考試委員會：

林錦堂

(學位考試委員會主席)

林錦堂

溫卓謀

(指導教授)

論文學位考試日期：97年8月18日

國立台東大學

附註：1. 一式二份經學位考試委員會簽後，送交系所辦公室及註冊組或進修部存查。

2. 本表為日夜學制通用，請依個人學制分送教務處或進修部辦理。

博碩士論文授權書

本授權書所授權之論文為本人在 國立臺東大學 體育學 系(所)
體育教學碩士班 九十七 學年度第 一 學期取得 碩 士學位之論文。
論文名稱：原住民中年婦女自覺健康狀況與健康促進生活型態之研究

本人具有著作財產權之論文全文資料，授權予下列單位：

同意	不同意	單 位
☒	☐	國家圖書館
☒	☐	本人畢業學校圖書館
☒	☐	與本人畢業學校圖書館簽訂合作協議之資料庫業者

得不限地域、時間與次數以微縮、光碟或其他各種數位化方式重製後散布發行或
上載網站，藉由網路傳輸，提供讀者基於個人非營利性質之線上檢索、閱覽、下
載或列印。

☒ 同意 ☐ 不同意 本人畢業學校圖書館基於學術傳播之目的，在上述範圍內得再授
權第三人進行資料重製。

本論文為本人向經濟部智慧財產局申請專利(未申請者本條款請不予理會)的附件之一，申請

文號為：_____，請將全文資料延後半年再公開。

公開時程

立即公開	一年後公開	二年後公開	三年後公開
☒	☐	☐	☐

上述授權內容均無須訂立讓與及授權契約書。依本授權之發行權為非專屬性發行
權利。依本授權所為之收錄、重製、發行及學術研發利用均為無償。上述同意與
不同意之欄位若未勾選，本人同意視同授權。

指導教授姓名：溫卓謀 (親筆簽名)

研究生簽名：林進文 (親筆正楷)

學 號：KP1495003 (務必填寫)

日 期：中華民國 九十七 年 八 月 二十二 日

1. 本授權書 (得自 <http://www.lib.nttu.edu.tw/theses/> 下載) 請以黑筆撰寫並影印裝訂於書名頁之次頁。

2. 依據 91 學年度第一學期一次教務會議決議: 研究生畢業論文「至少需授權學校圖書館數位化，並至遲
於三年後上載網路供各界使用及校內瀏覽。」

授權書版本: 2008/05/29

謝 誌

讀研究所是積存在心中最大的夢想，兩年前有幸實現了夢想，然而，剛進入研究所時，在繁重的課業及工作壓力下，險些迷失自己，曾有想放棄的念頭，所幸在同學、家人及師長的鼓勵下，重持信心，克服課業及工作的壓力，終於完成了研究所的學業。

本論文得以順利完成，最要感謝指導教授溫卓謀老師二年多來的費心指導，溫老師平日行政工作及課務繁忙還要指導眾多研究生，仍能抽空對在職班學生的我不厭其煩地循循善誘，讓我在論文最無助時，指點我迷津並提供具參考價值的文獻，讓我得以深入體會研究的精髓，同時，在統計分析上精闢的指導與多方勉勵，使我的研究乃得以順利進行；而論文口試期間，國立花蓮教育大學林如瀚教授及國立屏東教育大學林耀豐教授在百忙之中撥冗細心審勘、賜予許多精闢與寶貴的修正意見，使本研究的成果更加臻善。

另外，進行研究問卷施測期間，承蒙台坂村蔡村幹事、同事沙主任平勝賢伉儷的協助，使得問卷施測得以順利完成。而內人雅嵐常在我最徬徨無助的時刻，給予我精神最大的鼓勵與支持，內人及父母的體諒並肩負打理家務及照顧兩個孩子的責任，讓我在學業及工作上無後顧之憂，同時，也要感謝父母、岳父母及遠在美國的大姨子及大姐夫的鼓勵與支持，讓我有動力與精神，能以在職身份完成研究所的學業。

最後，再次向各位幫助我成長的師長、同學、朋友以及我親愛的家人致上由衷的感謝。

林進文 謹誌

中華民國九十七年八月

原住民中年婦女自覺健康狀況與健康促進生活型態之研究

研究生：林進文

指導教授：溫卓謀

2008.08

摘 要

本研究目的在瞭解原住民中年婦女自覺健康狀況與健康促進生活型態的現況與差異，並探討其運動階段分布情形、背景變項及自覺健康狀況與健康促進生活型態的關係及健康促進生活型態預測因子。研究工具包括運動階段量表、自覺健康狀況量表及健康促進生活型態量表。研究對象為台東縣大武地區達仁、金峰鄉 30-54 歲原住民中年婦女，採立意取樣，選取研究樣本 105 人，利用訪談問卷調查法進行資料的蒐集，所得資料以適合度考驗、單因子變異數分析、皮爾森積差相關及逐步多元迴歸分析等方法進行假設檢定。所有統計考驗的顯著水準 (α) 皆設為 .05。本研究結果如下：

- 一、運動階段的人數分布以意圖期為最多，其他依序為無意圖期、準備期、維持期、行動期。
- 二、原住民中年婦女在「比別人較容易生病」題項中，30-39 歲及 40-49 歲多於 50-54 歲，國中教育程度多於小學及高中職（含）以上；在「目前的健康狀況」，國中及高中職（含）以上多於小學，子女數 1 個（含）以下多於 3 個（含）以上；在「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」，子女數 1 個（含）以下及 3 個（含）以上多於 2 個。
- 三、健康促進生活型態六個層面的得分中以營養為最高，其他依序為人際支持、自我實現、壓力處理、健康責任、運動休閒。不同教育程度、家庭年收入在自我實現及營養得分達顯著水準，高中職（含）以上多於小學，在 21 萬至 40 萬元、41 萬至 60 萬元及 60 萬元以上多於 20 萬（含）以下。
- 四、自覺健康狀況之「目前的健康狀況」、「我的健康會越來越壞」、「我的健康狀況好得很」與營養分量表達顯著相關；「比別人較容易生病」與自我實現、營養、人際支持、壓力處理等四個分量表呈顯著相關，其他則未達顯著相關。
- 五、運動階段無意圖期與維持期的對比組、準備期與維持期的對比組、家庭年收入 20 萬（含）以下與 60 萬元以上的對比組、自覺健康狀況之比別人較容易生病等四個變項為預測健康促進生活型態之因子，共可解釋健康促進生活型態 35.4% 的變異量。

關鍵詞：原住民中年婦女、運動階段、自覺健康狀況、健康促進生活型態

The Study on the Health-Promoting Lifestyles and Perceived Health Status Among Middle Age Aboriginal Women

Graduate: Chi-Wen Lin

Adviser: Chou-Mou Wen

Master's Thesis, August, 2008

Abstract

The objective of this study was to examine the different self perceived health status and health-promoting lifestyles among middle age aboriginal women, and discuss the relationships of exercise phase distribution, default variables, and self perceived health status with health promoting lifestyles utilizing exercise phase, self-perceived health status, and health-promoting lifestyle tables. A total of 105 middle age aboriginal women at age of between 30 and 54 living in the towns of Daren and Jinfong in the Daiwu area of Taitung County were randomly sampled through a questionnaire survey. The results were analyzed in use of various methods such as goodness-of-fit test, one-way ANOVA, Pearson's product-moment correlation, LSD method, and multivariate regression analysis. All significance level α values is set for .05. The results are as follows:

- 1.The number of contemplation in the exercise phase table is greatest followed by precontemplation, preparation, maintenance, and then action.
- 2.The survey results on potential sickness indicate that: the aboriginal women between age group 30 through 39 and 40 through 49 had more potential to get sick than the ones at age 50 through 54; the aboriginal women with middle school degree had more potential to get sick than the ones with elementary and senior high school or higher degrees. Results on current health status show that the women with high school degrees felt healthier than the ones with elementary school degrees. Results on comparisons with any acquaintances indicate that women with one child or no children and three children felt healthier than the ones with two children.
- 3.In the six factors accounted for affecting the health-promoting lifestyle, the nutrition had most significant effect on the health promoting lifestyle, followed by association support, self accomplishment, stress management, health responsibility, and exercise. Aboriginal woman with high school degrees or higher did better in self accomplishment and nutrition than the ones with elementary school degrees. For the women with annual income of equal to and less than 20,000, they did not perform better than the ones with 21,000 through 40,000 and 41,000 through 60,000 incomes.
- 4.In the self-perceived health status, current health status, health deterioration, and wellness had a correlation with nutrition amount; potential to get sick had correlation with self

accomplishment, nutrition, association support, and stress management.

5. The four predictors of health-promoting lifestyle: precontemplation and maintenance, preparation and maintenance in the exercise phase distribution, annual household income equal to and less than 20,000 and greater than 60,000, potential to get sick in the self perceived status, indicate 35.4% variance of health-promoting lifestyle.

Key words: middle age aboriginal women 、 exercise phase 、 perceived health status 、 Health-Promoting Lifestyles



目次

中文摘要.....	I
英文摘要.....	II
目次.....	IV
表次.....	VI
圖次.....	VIII
第一章 緒論.....	1
第一節 問題背景.....	1
第二節 研究目的.....	4
第三節 研究問題.....	4
第四節 研究假設.....	5
第五節 名詞操作性定義.....	6
第六節 研究範圍與限制.....	8
第二章 文獻探討.....	9
第一節 跨理論模式理論.....	9
第二節 原住民的健康狀況.....	13
第三節 健康促進生活型態相關理論.....	16
第四節 健康促進生活型態之相關研究.....	23
第五節 文獻總結.....	32
第三章 研究方法.....	34
第一節 研究架構.....	34
第二節 研究對象.....	35
第三節 研究工具.....	36
第四節 研究步驟.....	41
第五節 資料處理與分析.....	42

第四章 結果與討論	44
第一節 原住民中年婦女不同運動階段人數分布差異的比較	44
第二節 不同背景變項原住民中年婦女自覺健康狀況的差異分析	45
第三節 不同背景變項原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異分析	60
第四節 原住民中年婦女在自覺健康狀況與健康促進生活型態的相關	70
第五節 不同背景變項及自覺健康狀況對健康促進生活型態之預測情形	71
第五章 結論與建議	77
第一節 結論	77
第二節 建議	79
參考文獻	81
一、中文部份	81
二、西文部分	86
附 錄	90
附錄一 量表使用同意書	90
附錄二 正式施測問卷	96
附錄三 健康促進生活型態總量表及分量表信度分析之比較	101
附錄四 應用HPLP相關研究之比較	102
附錄五 健康促進生活型態得分分布表	103

表 次

表 2-1 運動階段應用於身體活動的相關研究.....	11
表 2-2 2005 年原住民與全體國民零歲平均餘命之比較.....	14
表 2-4 自覺健康狀況與健康促進生活型態相關研究.....	31
表 3-2 大武地區山地鄉原住民中年婦女抽樣人數摘要表.....	36
表 3-3 研究對象個人背景變項及人數分布表.....	38
表 3-5 推論性統計分析摘要表.....	43
表 4-1 原住民中年婦女不同運動階段適合度檢定對數模式分析表.....	45
表 4-2-1 自覺健康狀況量表得分分布情形	47
表 4-2-2 不同年齡原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表	48
表 4-2-3 不同教育程度原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表 ..	50
表 4-2-4 不同婚姻狀況原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表 ..	51
表 4-2-5 不同子女數原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表	53
表 4-2-6 不同家庭年收入原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表	54
表 4-2-7 不同家庭型態原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表 ..	56
表 4-2-8 不同身體質量指數原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表	57
表 4-2-9 不同運動階段原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表 ..	58
表 4-3-1 不同年齡原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表	61
表 4-3-2 不同教育程度原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表.....	62
表 4-3-3 不同婚姻狀況原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表.....	63

表 4-3-4 不同子女數原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表	65
表 4-3-5 不同家庭年收入原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表	66
表 4-3-6 不同家庭型態原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表	68
表 4-3-7 不同身體質量指數原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表	69
表 4-4 自覺健康狀況與健康促進生活型態之皮爾森積差相關分析	71
表 4-5-1 類別變項轉換虛擬變項對照表	72
表 4-5-2 健康促進生活型態與所有變項之皮爾森積差相關矩陣表	73
表 4-5-3 逐步多元迴歸分析摘要表	74
表 4-5-4 背景變項及自覺健康狀況對健康促進生活型態之逐步多元迴歸分析摘要表 ..	75

圖 次

圖 2-1 健康促進修正模式.....	22
圖 3-1 研究架構圖.....	34



第一章 緒論

本章主要的內容共分六節，第一節問題背景、第二節研究目的、第三節研究問題、第四節研究假設、第五節名詞解釋、第六節研究範圍與限制。各節內容分述如下：

第一節 問題背景

隨著科技的日益進步、經濟的不斷發展、疾病型態轉變、社會人口特質變遷以及家庭型態與醫療服務體系的改變，讓國民對健康的需求及生活品質提昇愈來愈重視，現今世界各國無不相繼以健康促進為主軸，推動各種有益人民健康福祉的健康促進計畫 (Adams, Bowden, Humphrey, & McAdams, 2000)。而個人的健康促進生活型態影響健康甚鉅，不健康的生活型態如欠缺運動、營養失衡、睡眠不足等，是造成身體、心理疾病及慢性疾病的主要原因（李碧霞，2005），要想擁有健康的身心，首先要力行健康的生活型態。根據行政院衛生署（2007）統計，2006 年國人主要十大死因依序為：癌症、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、事故傷害、肺炎、慢性肝病及肝硬化、腎炎、自殺及高血壓性疾病，其中有六項為慢性疾病，而前五名則包含了四項慢性疾病，這些慢性疾病主要受個人生活習慣與方式影響所致（余玉眉、江永盛，1992；Meng, Maskarinec, Lee, & Kolonel, 1999）。雖然現今醫療科技進步及國民壽命延長，卻無法突破慢性疾病的問題，形成國民健康上的一大瓶頸。1974 年加拿大衛生福利部長 H . M . Lalonde 新健康概念報告中指出，影響人類健康的因素有四個，分別為：（一）醫療保健體系（二）遺傳（三）環境（四）生活型態，其中以生活型態對健康的影響最大，約佔 50%；之後，在 1976 年時，Alan Dever 依此四個因素分析美國 1974 至 1976 之死亡原因，結果發現生活型態所佔之比率亦為最高，約佔 43% (Dever, 1976)。美國每年最少有 50% 的死亡原因源自於不健康的生活型態 (Walker, Sechrist, & Pender, 1987)。不良的生活型態是造成許多慢性疾病的主因之一，也是造成現今罹患疾病及死亡率的主要影響因子 (Wilhide & Elizabeth, 1991)。前行政院衛生署署長李明亮於「台灣健康促進新紀元」學術研討會指出，不當的生活型態是台灣民眾的健康問題之一（李明亮，2001）。因此，要讓國民擁

有健康、消弭危險因子、減少慢性疾病之罹患率，非致力於國民健康生活型態不可（林美聲，2004）。

在人生發展階段過程中，中年是一個身心健康可以明顯覺察到變化的階段，中年時期是由成熟轉變到逐漸衰老的多變階段，大約在 30 歲左右，許多生理功能開始會慢慢出現衰退的現象（Curb et al., 1990）。中年人除了身體功能逐漸衰退外，再加上工作壓力及家庭照顧責任，使得中年人的健康產生重大危機（曾月霞，2004），而中年人通常在身體無明顯不適的情況下，常疏忽自己的健康狀況及實行良好的健康生活型態，許多不當的生活形態在無形中便養成一種習慣，自己不會刻意想去改變，待生病時，才體會到平常的生活習慣與方式是致病的主因。1996 年日本健康福利部門指出影響健康最重要的因素是生活型態，尤其中年人的疾病開始於 40 歲，其皆為不當的生活型態所導致之疾病（Koyama, 2000），因此中年時期是改變生活方式以利健康的重要時期，也是建立老年健康基礎的重要階段（雷啓文，2002）。國內學者楊美賞曾於 2001 年在山地原住民社區，以育齡婦女做調查研究，發現育齡婦女最近一年的自殺意念盛行率為 20.3%（楊美賞，2002）；其顯著的相關因素包括：憂鬱情緒、生活於大家庭及自覺健康狀況欠佳（Yang & Yang, 2000）。楊美賞也曾將原住民婦女吸菸、飲酒、吃檳榔之盛行率（葛應欽、劉碧華、謝淑芬，1994）與相關癌症之標準化發生比及標準化死亡比與台灣地區婦女做比較，結果發現原住民婦女標準化死亡比顯著高於台灣地區，由此可見，吸菸、飲酒、嚼檳榔的盛行率深深危害原住民中年婦女的健康。原住民中年婦女如無法養成正確的生活型態，對於自身、家庭、工作及老年時，會帶來重大危害的影響，因此中年婦女的健康生活型態與對中年時期的適應是值得受到重視（LeBoeuf & Carter, 1996；曹麗英，1998）。

原住民居住地大都位處偏遠地區，因醫療資源、公共衛生資源不足及其生活習慣、習性、文化衝擊、社會變遷等各層面的影響，使得醫療衛生存在許多亟待解決的問題，原住民又因菸、酒、檳榔的依賴與濫用，使得健康狀態長久以來與台灣平地居民有明顯的差距，有許多研究發現山地鄉原住民之死亡率情形遠高於台灣地區，尤其是罹患慢性肝病及肝硬化的死亡率差異最大（鍾文觀，2001），原住民十大死因排行、疾病的盛行率等情形也明顯與台灣地區有異（邱煜智，2005）。根據內政部戶政司（2006）統計，

就 2005 年原住民與全體國民零歲平均餘命差距觀之，原住民兩性零歲平均餘命較全體國民少 9.23 歲。而山地鄉的醫療專業人力及資源明顯不足，顯示出原住民的醫療人權難以獲得保障（張朝琴，2004）。過去有關原住民健康議題的探討，大多偏重社區民眾菸、酒、檳榔防治、癌症、疾病盛行率及死亡調查，很少將婦女健康視為主要的研究議題（楊美賞，2002）。在改善台灣整體社會健康水平的同時，政府及社會大眾應對原住民婦女的健康給予更多的努力與關注並加強原住民婦女相關研究的深度與面向。

過去有關健康促進生活型態的研究，也多著墨在學生（黃毓華，1995；仇方娟，1997；羅沁芳，2003；葉琇珠，2003；賴妙純，2003；陳昭伶，2004；鄭淑芬，2004；王月琴，2005；李淑茹，2006；李秀珍，2007；陳品希，2007）、老年人（蕭冰如，1997；湯慧娟，2002；劉劍華，2002；鍾寶玲，2002；馬懿慈，2003）及護理人員（宋素真，1998；林女理，2002；蕭順蘭，2002；林美聲，2004；陳萃婷，2004；曾如敏，2004；鄭小玉，2005），對於中年婦女的健康促進生活型態研究較缺乏，尤其是原住民中年婦女。在近年來，只有李碧霞（2005）針對台北市北投區都市原住民婦女做過健康促進生活型態研究，以 30-64 歲都市原住民婦女為研究對象，共取得 169 位樣本，探討其基本屬性、健康狀態、社會涵化、健康概念及健康促進生活型態之關係。其研究工具有健康促進生活型態量表、自覺健康狀態量表、涵化量表、健康概念量表及基本資料表。其研究結果發現原住民婦女健康促進生活型態經標準化後，六個分量表標準化得分由高至低依序為人際支持、自我實現、營養、壓力處理、健康責任、運動。而針對東部地區原住民中年婦女健康促進生活型態研究上尚缺乏，台東縣山地鄉佔全縣面積一半以上，縣內原住民族群種類多且粗死亡率全省最高，無論是山地鄉或平地鄉的原住民，都有許多的健康問題，意外事故、癌症、心血管疾病所引起的死亡率高出台灣二倍（陳毓璟、黃松元，2003）。

如前所述，疾病的發生大多與不當生活型態有關，原住民中年婦女的日常生活型態在家庭會無形中影響到小孩及其他家人，小孩若從小養成良好的生活型態，則會有健康的身體。故本研究以原住民中年婦女為研究對象，探討其健康促進生活型態，因考慮山地鄉原住民中年婦女在各方面的情况可能會比都市原住民中年婦女差，而李碧霞針對都市原住民婦女研究結果發現健康責任及運動得分最低，所以，本研究只探討其基本屬

性、自覺健康狀況、運動階段分佈與健康促進生活型態之關聯。藉由本研究結果能建立原住民中年婦女的健康促進生活型態相關資料，讓社會大眾能對山地鄉原住民醫療資源問題感到重視，提供政府就整體醫療資源作合理適當分配的參考依據，並能針對山地鄉原住民高發病率的疾病進行預防，期望衛生主管單位能夠參考本研究結果資料，找出問題癥結並作適當的健康促進措施，相信對原住民中年婦女健康方面會有所改進。如果原住民婦女中壯年階段，能有良好的健康生活型態並做好健康促進行為，不但可以減少慢性疾病的發生也可節省國家在醫療上的龐大費用支出，也可讓原住民中年期的婦女過的更健康、更有自信，以健康的身心來迎接老年期。

第二節 研究目的

根據上述研究的問題背景，本研究的目的有下列五點：

- 一、比較原住民中年婦女在不同運動階段人數分布的差異情形。
- 二、探討不同背景變項原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異情形。
- 三、探討不同背景變項原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異情形。
- 四、探討原住民中年婦女在自覺健康狀況及健康促進生活型態的相關。
- 五、探討原住民中年婦女背景變項、運動階段及自覺健康狀況對於健康促進生活型態的預測情形。

第三節 研究問題

根據上述問題背景及研究的目的，本研究欲探討的問題如下：

- 一、原住民中年婦女在不同運動階段人數分布情形是否有顯著差異？
- 二、不同背景變項原住民中年婦女在自覺健康狀況是否有顯著差異？
- 三、不同背景變項原住民中年婦女在健康促進生活型態是否有顯著差異？
- 四、原住民中年婦女在自覺健康狀況及健康促進生活型態的相關為何？
- 五、原住民中年婦女背景變項、運動階段及自覺健康狀況對於健康促進生活型態的預測

爲何？

第四節 研究假設

根據上述研究問題，本研究提出下列的研究假設：

- 一、原住民中年婦女在不同運動階段人數分布的差異達顯著水準。
- 二、不同背景變項原住民中年婦女在自覺健康狀況得分的差異達顯著水準。
 - 2-1 不同年齡原住民中年婦女在自覺健康狀況得分的差異達顯著水準。
 - 2-2 不同教育程度原住民中年婦女在自覺健康狀況得分的差異達顯著水準。
 - 2-3 不同婚姻狀況原住民中年婦女在自覺健康狀況得分的差異達顯著水準。
 - 2-4 不同子女數原住民中年婦女在自覺健康狀況得分的差異達顯著水準。
 - 2-5 不同家庭年收入原住民中年婦女在自覺健康狀況得分的差異達顯著水準。
 - 2-6 不同家庭型態原住民中年婦女在自覺健康狀況得分的差異達顯著水準。
 - 2-7 不同身體質量指數原住民中年婦女在自覺健康狀況得分的差異達顯著水準。
 - 2-8 不同運動階段原住民中年婦女在自覺健康狀況得分的差異達顯著水準。
- 三、不同背景變項原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異達顯著水準。
 - 3-1 不同年齡原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異達顯著水準。
 - 3-2 不同教育程度原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異達顯著水準。
 - 3-3 不同婚姻狀況原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異達顯著水準。
 - 3-4 不同子女數原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異達顯著水準。
 - 3-5 不同家庭年收入原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異達顯著水準。
 - 3-6 不同家庭型態原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異達顯著水準。
 - 3-7 不同身體質量指數原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異達顯著水準。
- 四、原住民中年婦女在自覺健康狀況與健康促進生活型態的相關達顯著相關。
- 五、原住民中年婦女背景變項、運動階段及自覺健康狀況爲健康促進生活型態的預測因子。

第五節 名詞操作性定義

一、背景變項

- (一) 年齡：以實歲計算，30-54 歲。本研究區分為三組，依序為 30-39 歲、40-49 歲、50-54 歲。
- (二) 身體質量指數 (BMI)：本研究身體質量指數是指受試者自填之身高和體重來加以換算，其計算公式為體重除以身高的平方 (kg/m^2)。行政院衛生署定義 18 歲以上 BMI 的範圍共分四組：低於 18.5 為過輕組、18.5-23.9 為正常組、24.0-26.9 為過重組、超過 27 為肥胖組。本研究區分為二組，分為正常組和不正常組。
- (三) 教育程度：區分為國小、國中、高中職 (含) 以上，剔除未上學者。
- (四) 婚姻狀況：區分為已婚、其他。
- (五) 子女數：區分為 1 個 (含) 以下、2 個、3 個 (含) 以上。
- (六) 家庭年收入 (包括所有家庭成員)：區分為 20 萬 (含) 以下、21-40 萬、41-60 萬、60 萬以上。
- (七) 家庭型態：區分為與家人同住、其他。

二、運動階段

指研究對象在受訪時的規律運動行為狀態。本研究係採用林旭龍 (2000) 參考 Cardinal (1997) 所編製的運動階段量表來測量，題目共有 1 題，五個選項，由研究對象勾選一個最能代表研究對象目前的運動情形。運動行為改變過程的五個階段，內容如下：

- (一) 無意圖期：在未來六個月沒有打算健身運動行為的意願。
- (二) 意圖期：在未來六個月有打算改變健身運動行為的意願。
- (三) 準備期：在這一個階段已經開始一些健身運動行為。
- (四) 行動期：在這一個階段有規律的健身運動行為，但未達六個月。
- (五) 維持期：已經成功持續健身運動行為達六個月以上。

三、原住民中年婦女

原住民係指其祖先在外來殖民者到來之前即住在該地，在目前居住的社會於非統治地位，其文化異於主流社會。中年人的定義有多方面，藍領階級將中年定位在 35-55 歲間；白領階級將中年定位在 40-65 歲間，根據內政部戶政司（2006）統計原住民女性零歲平均餘命較全體國民少 7.74 歲，原住民老年人定義是指年滿 55 歲（含）以上。本研究原住民中年婦女係指台東縣大武地區劃分為山地鄉且具有原住民身分之 30-54 歲間的居民。

四、自覺健康狀況

個人對自己健康情況的評價，會影響個人從事健康促進生活狀態 (Pender, 1987)，自覺健康狀況越好的人越會執行健康促進行為，在統計上兩者呈正向相關。本研究係採用美國 SF-36 著作人 Dr. John Ware, Jr. 直接授權國內使用自覺健康狀況量表之得分表示，題目共有 6 題，採五點計分法，總分由 6 分到 30 分，分數愈高表示自覺健康狀況愈好。

五、健康促進生活型態

係指個人為達成維護或提昇健康層次，以及自我實現和自我滿足的一種自發性多層面之行為與知覺 (Walker, Sechrist, & Pender, 1987)。本研究的健康促進生活型態是採用陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱憲章、廖張京棣（1997）利用 Walker 等人發展的健康促進生活型態量表經文化調整後發展而成的量表，量表內容包括「自我實現」、「健康責任」、「運動休閒」、「營養」、「人際支持」、「壓力處理」等六個分量表，採四點量表，總量表得分為 0 分至 120 分，得分越高表示具有良好的健康促進生活型態。內容敘述如下：

- （一）自我實現：係指生活有目的、朝目標努力、對生命樂觀、有正向成長與改變的感覺。
- （二）健康責任：指能注意自己的健康、每月至少一次觀察自己身體有無改變或異狀及能與健康專業人員討論健康促進及參加保健活動。
- （三）運動休閒：係指從事運動與休閒的活動等，每週至少運動三次，每次達 20-30 分

鐘。

(四) 營養：包含日常飲食型態，如每日三餐時間和量都正常、食物的選擇包括五大類等。

(五) 人際支持：指能發展社會支持系統，包括樂於和親近的人保持聯絡及對別人表示關心等。

(六) 壓力處理：指能放鬆自己、會注意自己不愉快的情緒及有減輕壓力的方法等。

第六節 研究範圍與限制

一、研究範圍

(一) 本研究以台東縣大武地區山地鄉 30-54 歲原住民中年婦女為研究對象，研究樣本人數設為 105 人，包括平地原住民和山地原住民，不包括非原住民。

二、研究限制

(一) 本研究採立意取樣方法，找到受試者，向受試者說明問卷施測內容，然後發給受試者問卷，遇到受試者題意不清楚時，給予講解，問卷的施測會受限於受試者本身回答的配合度及認知的差異，可能會造成研究結果的偏差。

(二) 在問卷施測過程中，尋找受試者填答問卷時，會碰到不願意填答問卷者，因而施測時間會受限，要再尋找下一位受試者，增加問卷施測的時間。

第二章 文獻探討

本章依研究主題作理論及相關研究的文獻分析，共分為五節：第一節為跨理論模式理論；第二節原住民的健康狀況；第三節健康促進生活型態相關理論；第四節健康促進生活型態之相關研究；第五節文獻總結。

第一節 跨理論模式理論

1982 年美國心理學教授 Prochaska & Diclemente 提出跨理論模式 (Transtheoretical Model; TTM)，此模式系統性整合了各種心理治療與行為改變的理論，該模式最初應用在戒菸的策略上。1988 年 Sonstroem 率先將此模式引用在運動行為上，此後該模式被普遍使用在規律運動行為與身體活動因素的探討。跨理論模式的內容包含了四個部份：改變的階段 (the stages of change)、改變的方法 (the process of change)、自我效能 (self-efficacy)、以及決策權衡 (decision balance)。Prochaska 等認為人類的行為改變是一個有次序階段性的動態過程。在任何一個階段的過程都是循序漸進的方法進行，方能成功達成，但也有可能發生故態復萌的現象，退回至前一階段，形成一個前進或後退之動態環狀架構 (Prochaska & Velicer, 1997)。

一、改變階段模式的內涵

跨理論模式的核心概念是改變階段，改變階段模式發展至今已經趨於穩定，是透過一系列的階段改變，會隨時間變化而改變的動態過程模式，此模式系列過程共可分為五個階段，內容敘述如下：

(一) 無意圖期 (precontemplation)

個人在此階段，表示在未來六個月內並無採取任何健身運動行為改變的計畫，可能是個人尚未意識到自己不運動，會對自己的健康產生不良的後果，也可能是之前嘗試改變遭遇失敗而使其感到挫折，使得個人產生抗拒或防禦以及試圖避免談論任何問題行為的議題 (Prochaska, 1991; Prochaska & Norcross, 1994)。因此，他們不會想去做任何行為的改變或參與健康促進計畫的動機。

（二）意圖期（contemplation）

表示個人開始警覺到自己不健康的行為，在未來六個月內可能採取健身運動行為，雖然有意識到行為改變後的益處，對於改變行為的利益與障礙矛盾考量下，造成停留此階段的時間會久一些，有些人游移於此行為改變的利益與障礙時間過久，以致遲遲沒有運動行動產生，此現象被稱為長期的意圖（chronic contemplation）或行為的延遲（behavioral procrastination）。

（三）準備期（preparation）

個人意圖不久的未來將採取行為的改變，通常在一個月之內會有一些明顯的健身運動行動。通常此階段的個人，過去已經開始有一些零星或偶發的健身運動行為，以幫助自己改變行為，但結果仍未達事前設定的行為標準而達到行動期，比無意圖期、意圖期要更進一階段進行，呈現較多的可能性，故準備期不是呈現一個穩定的狀態。

（四）行動期（action）

在此階段，個人對自己的行為型態有所改變，而主動採行一些規律的新行為，在過去六個月有明顯的身體活動行為改變。個體為了克服問題，會改變其行為、經驗或環境，其行為改變可以明顯的呈現，而獲得他人的最大認同。此階段的穩定性最小，代表故態復萌的最大危險，為了避免回復現象的產生，可運用一些能激勵、提醒自己行為改變的方法，如獎勵自己或改變生活環境。

（五）維持期（maintenance）

此期是持續改變的階段，指的是個人已經持續維持規律的運動長達六個月以上，個人更有自信能鞏固在行動期達到的健身運動行為，不易產生回復（relapse）至較早的階段（無意圖期、意圖期、準備期），但為預防故態復萌現象產生，個人仍要做許多的努力。

二、應用改變階段模式於規律運動行為的相關研究

自Sonstroem (1988) 首先引用改變階段模式於運動行為之後，即被廣泛使用於身體活動因素及規律運動行為之驗證上，茲將應用改變階段模式於規律運動行為的相關研究，整理如表2-1。

表 2-1 運動階段應用於身體活動的相關研究

研究者	研究對象	運動階段				
		無意圖期	意圖期	準備期	行動期	維持期
		%	%	%	%	%
Marcus, Pinto, Simkin, Audrain, & Taylor (1994)	431 名職業婦女。	8.2	30.4	33.9	12.4	15.1
Cardinal (1995)	178 名成年女性。	4.5	21.9	37.7	12.9	23
Gorely & Gordon (1995)	583 名年齡50-65歲成人。	14.6	9.6	29	9.4	37.4
Laforge 等(1999)	1387 名民眾。	18	11.8	20.7	5.9	43.5
李碧霞 (2001)	504 名中年人(40-64 歲)。	6	4.4	55	4.6	30.6
Schumann 等 (2002)	346 名成人。	13	7.8	22	7.5	49.7
Wakui 等 (2002)	480 名女性一般民眾。	24.7	26.7	39.3	3.8	5.6
黃婉茹 (2003)	706 名職場女性。	7.37	23.37	40.08	9.07	20.11
呂昌明、郭曉文、王淑芬、林旭龍、李碧霞 (2003)	611 名國小學童母親	7.9	26.9	48.1	6.6	10.5
曲天尙 (2004)	100 名更年期婦女。	2	10	59	2	27
陳嘉成 (2005)	664 國小女教師	9.5	25.6	40.2	7.5	17.2
蘇怡菁 (2006)	616位國小學童家長	26.3	21.4	31.7	7.9	12.7

資料來源：摘取自李碧霞 (2001) 中年人運動階段、身體活動及其影響因素之研究及本研究自行整理。

呂昌明、郭曉文、王淑芬、林旭龍、李碧霞 (2003) 以台北市國小學童母親為研究對象，採分層集束抽樣得有效樣本為 611 人，平均年齡為 38.7 歲，研究對象被歸類為不同運動階段後，控制其人口學變項（年齡、教育程度、工作狀況、婚姻及健康狀況）的差異，以比較三個社會心理變項。由運動階段分類的結果顯示，無意圖期為 7.9%、

意圖期為 26.9%、準備期為 48.1%、行動期為 6.6%、維持期 10.5%。運動階段與人口學變項的關係，不同運動階段在工作及健康狀況上有顯著差異，在年齡、教育程度及婚姻狀況上無顯著差異，自覺健康狀況較好者，有 15.3%是屬於維持期，8.0%是屬於行動期，而自覺健康狀況較差者有 60.9%是屬於意圖期。陳嘉成（2005）以台北縣國小女教師運動行為之研究—應用跨理論模式，採立意抽樣方式共取樣 664 人為研究對象，研究結果顯示，運動階段以準備期最多 40.2 %，其次分別為意圖期 25.6%、維持期 17.2%、無意圖期 9.5%，人數最少的階段為行動期 7.5%。在個人背景因素中，將婚姻狀況、子女狀況、子女數、最小子女年紀、年齡、自覺健康狀況、參與運動社團經驗等類別變項，分別與運動階段進行卡方檢定，以瞭解不同階段間的差異情形。研究結果發現，所有變項中最小子女年紀、自覺健康狀況、擔任職務、運動團隊經驗在運動階段百分比上有顯著差異存在；在婚姻狀況、子女狀況、子女數以及年齡等變項則無差異存在。

綜合上述及由表2-1可知，可透過此模式來瞭解個人的規律運動行為，國內外對於運動階段的研究大多採用含有五個不同選項的一道題來測量，研究對象已應用於不同範圍的族群；不同範圍族群的研究結果會有一些落差。因此，對於研究對象運動階段分布情形的瞭解有其必要性，目前國內沒有針對原住民中年婦女運動階段做研究，值得研究者去進行探討。

三、小結

跨理論模式在運動行為改變的研究上廣受探討與應用，在相關研究中已證實具有良好的構念效度、內部一致性及再測信度（Gorely & Gordon, 1995； Cardinal, 1997；Burn, Naylor, & Page, 1999；林旭龍，2000）。跨理論模式被運用在規律健身運動行為的探討，以改變階段為核心，在運動行為五個改變的階段中，五個階段間可能發生回復情形，而會持續反覆前進或後退的改變，其間關係是一種動態的變化過程。藉由跨理論模式改變階段五個時期的劃分，受試者可容易瞭解和表達目前所處的運動行為狀態，而有規律的運動行為，可以減少疾病罹患率、延遲老化、減少各種死亡機率及延長壽命，進而降低國家醫療費用支出，減少社會成本。所以，本研究以跨理論模式中的五個運動行為改變階段模式來探討及瞭解原住民中年婦女在不同運動階段的分佈情形。

第二節 原住民的健康狀況

由過去原住民相關研究發現，台灣地區原住民生活痛苦指數明顯高於非原住民，原住民健康狀況在歷年來的統計資料來看，得知平均餘命、死亡率、疾病的盛行率及重大疾病罹患等健康指標均遠低於台灣地區的民眾，原住民的健康狀況普遍皆要比台灣地區要來得差，且隨著都市化程度降低而降低（邱煜智，2005）。原住民山地鄉居民的死亡率，無論男性或女性均較台灣地區的居民來得高，尤其以罹患慢性肝病及肝硬化的死亡率差異最大（鍾文觀，2001），這與醫療資源缺乏、公共衛生不足，加上其生活環境、習性、社會變遷、文化衝擊等各層面因素有關。茲將原住民死亡率及平均餘命、生活習慣、疾病發生率及盛行率的相關理論與研究，敘述如下：

一、死亡率及平均餘命

國外學者過去有針對台灣地區 30 個鄉鎮市的原住民做調查研究，過去 30 年的死亡率情形，無論是在男性或是女性原住民中，皆顯著要比台灣地區的民眾高出 70%之多（Wen, Tsai, Shih,& Isabella Chung, 2004）。原住民的年齡標準化死亡率方面：山地鄉原住民為每十萬人有 1210.2 人、平地鄉原住民為每十萬人有 886.5 人、都會區原住民為每十萬人有 614.9 人、台灣地區則為每十萬人有 565.3 人，無論是在山地鄉、平地鄉亦或是都會區的原住民，其年齡標準化死亡率皆要比台灣地區還來得高。原住民的標準化死亡比方面：山地鄉及平地鄉原住民的十大死因皆高於台灣地區，至於都會區原住民方面，除了惡性腫瘤、心臟疾病與糖尿病以外，其標準化死亡比皆顯著高於台灣地區（資料引自邱煜智，2005）。國內學者葛應欽、劉碧華、謝淑芬（1994）曾研究原住民癌症標準化死亡率，其結果發現，原住民 30-45 歲之間的中年層癌症死亡情形，無論是那個年齡層都顯著高於台灣一般地區，原住民女性方面，以 20-40 歲為死亡比最高峰，比台灣地區高 2.5-3.64 倍，原住民其標準化死亡比是全國的兩倍以上。由於原住民有許多不當的生活型態產生，使得原住民無論男女在肝硬化或女性腦血管意外上均有明顯增加。有學者余璧如（2003）研究東部泰雅族 30-64 歲婦女的肥胖程度與相關因素，結果顯示原住民婦女肥胖率相當高，醫學研究發現，一般肥胖常伴隨心血管疾病、高血壓、糖尿

病等慢性病的產生，而慢性病與死亡率有極大的正相關 (Julie,Clark, Mary, & Ben, 1999)。

根據內政部戶政司（2006）統計，就 2005 年原住民與全體國民零歲平均餘命差距觀之，原住民兩性零歲平均餘命較全體國民少 9.23 歲，男性少 10.65 歲，女性少 7.74 歲。就身分別觀之，山地原住民較全體國民兩性零歲平均餘命少 11.37 歲，男性少 13.24 歲，女性少 9.53 歲；平地原住民較全體國民兩性零歲平均餘命少 6.80 歲，男性少 7.76 歲，女性少 5.62 歲。

由上述得知，無論是在男性或是女性，原住民族群的死亡率及平均餘命皆較全國地區的民眾為高，乃因原住民傳統文化背景、生活習慣、健康觀念及相關健康行為不同於一般地區，再加上原住民大都位居偏遠地區、醫療衛生條件不足所致，因此本研究從原住民中年婦女的健康促進生活型態，來瞭解其影響因素。

表 2-2 2005 年原住民與全體國民零歲平均餘命之比較 (單位：歲)

身分別	零歲平均餘命			零歲平均餘命差距		
	兩性	男性	女性	兩性	男性	女性
全體國民	77.42	74.50	80.80	-	-	-
全體原住民	68.19	63.85	73.06	-9.23	-10.65	-7.74
山地原住民	66.05	61.26	71.27	-11.37	-13.24	-9.53
平地原住民	70.62	66.74	75.18	-6.80	-7.76	-5.62

註：零歲平均餘命差距 = 各列原住民零歲平均餘命 - 全體國民零歲平均餘命。

資料來源：內政部戶政司（2006）

二、生活習慣

台東縣的原住民中年婦女因大多位處偏遠地區，其生活環境與競爭能力較一般地區差，而一般民眾對於原住民大多有刻板偏差印象，造成原住民中年婦女在生活適應及各方面產生某種的落差，許多部落地區的原住民中年婦女為解決所產生的壓力，常發生吸菸、嚼檳榔、飲酒過量的問題產生 (樊台聖、李一靜、陳秀卿、趙善如、范慧華，2001)。

原住民的平均餘命遠低於台灣地區的民眾，由各種相關研究顯示，與日常不當的生活型態有很大的關連，再加上吸菸、嚼檳榔、飲酒過量的問題，以致於產生高血壓、癌症、肺部疾病、糖尿病等慢性疾病，使得原住民的健康問題更加惡化（林梅香，2000）。

國內亦有不少學者針對原住民健康做調查研究，結果指出吸菸、嚼檳榔、飲酒過量是影響原住民健康的主要因素（劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽，1994；陳富莉、李蘭，1999；楊美賞，2002）。學者楊美賞（2002）曾以到醫院生產的原住民婦女為研究對象，結果發現懷孕期間飲酒、嚼檳榔發生生殖危害的比率顯著較高，而嚼檳榔對生殖的影響比飲酒、吸煙還嚴重。而國外學者 Yang, Lee, & Tung (2001)的研究結果發現，在控制吸菸及飲酒的影響後，婦女於懷孕期間嚼檳榔發生不利懷孕後果的比率是未使用者的五倍。

由上述得知，不當的生活習慣影響原住民中年婦女的健康，以健康促進生活的型態的觀點來看，讓原住民中年婦女瞭解其生活型態及影響後果，助其增強健康促進行為，使得原住民中年婦女能活得更健康、更有自信。

三、疾病發生率及盛行率

山地鄉原住民早期因環境衛生差，感染寄生蟲致死的比率相當高，而肝炎、高血壓、糖尿病在原住民部落盛行率很高，另外，原住民痛風盛行率明顯高於一般地區，四十歲以上，女性 3%、男性 9.3%（章順仁，1997），這與個人因子、環境因素與健康互動有關。現今而言，原住民較台灣地區嚴重的各種有關慢性病、傳染病、癌症或健康問題，與其居住環境、醫療資源不足、文化背景的差異有關。中央健康保險局為提昇民眾就醫的便利與品質，於八十五年開辦「成人預防保健服務」，希望藉由疾病的早期發現、早期治療，以降低國家的醫療成本負擔。國內學者許敏靖（2002）以台灣北部都會區原住民醫療資源利用情形及其相關因素分析做研究，結果顯示近半數四十歲以上的受試者近一年沒有接受健康檢查，其原因是工作繁忙與對免費醫療健康檢查觀念不足所致。

由上述可知，對原住民的健康問題需加以改進，除了改善環境衛生、充實醫療資源外，並加強原住民健康促進的概念，使其有良好的生活型態，進而使原住民健康問題能改善，這樣原住民才能活得更健康，更能節省政府在醫療成本的負擔。

四、小結

原住民的健康問題，不論是山地鄉或平地鄉都存在許多的複雜性，這和原住民社會文化的差異、經濟不足、社區資源缺乏及醫療資源不足有關，而意外事故、癌症、心血管疾病所引起的死亡率高出台灣的二倍，平均餘命少了將近十歲（陳毓璟、黃松元，2003），而吸菸、嚼檳榔、飲酒過量也是影響原住民健康的主要因素（陳富莉、李蘭，1999；楊美賞，2002）。一般社會大眾與原住民本身對健康的認知有相當的落差，大眾對原住民的刻板印象是強壯、健美有活力，這也是原住民引以為豪的外顯特徵，要放棄長久的印象甚至承認自己的健康需要被照顧，不是一件很容易的事（孔吉文，1997）。因此，原住民對健康改善的自覺認知、提升自主的能力，將是原住民健康促進的重要因素。李碧霞（2005）針對 30-64 歲都市原住民婦女所做的研究發現，原住民婦女有 43.19% 有慢性病，而健康促進生活型態六個分量表中以健康責任及運動得分最低。從各種文獻得知，慢性病與不當的生活型態有關，應加強原住民中年婦女良好生活型態的觀念及增強其體適能運動，這樣原住民中年婦女健康問題才能獲得改善，能活得更健康，更能延緩慢性疾病的發生。

第三節 健康促進生活型態相關理論

一、健康促進的興起

歐美先進國家在 1970 年代，面臨醫療費用上漲的壓力，加上經濟景氣衰退及又逢石油危機，在三大挑戰的交互作用下，開始重新思考健康的影響因素，因此造成健康促進運動的興起。1974 年加拿大學者 Lalonde 發表「加拿大人健康新展望」(A new perspective on the health of Canadians)，認為影響疾病和死亡可歸納為四個因素：（一）不健康的生活型態（二）環境的危害（三）人類生物因素（四）不健全的健康照護體系，其中以生活態度影響最大，此發表引起世界各國積極推動健康促進計劃之動機。1986 年第一屆世界健康促進國際研討會頒訂「渥太華健康促進憲章」，養成健康的生活型態即為內容之一，此時健康促進的觀念已蔚成為一股世界風潮（江東亮、余玉眉，1994；

李怡娟，2000）。

1989 年我國衛生署署長提出「健康是權利，保健是義務」的口號，正式開啓我國健康促進運動的序幕。同年五月衛生署舉辦第一屆「國民健康促進研討會」，透過各種不同途徑促進國民健康生活討論，健康促進之概念因此開始受到國人的重視，並為我國健康促進計劃之推行奠定良好的基石。

綜合上述，時代的演進、經濟的發展及疾病型態的轉變，社會大眾對健康需求的層次不斷提高，健康促進已成為全民健康的必然主軸。台灣地區健康促進運動的發展，起步較歐美先進國家晚，必須全面動員個人與社會的力量，以健康促進為己責，創造有利的健康環境及養成良好的健康生活方式，讓國民能全面提升健康促進的生活。

二、健康促進的意義

近年來由於健康促進蓬勃發展，其討論內容不斷擴增，在日前國內健保醫療費用逐年增加的壓力下，健康促進是節省醫療費用支出的重要策略。而有關健康促進的意義，國內外學者出現許多不同的見解，茲將國內外學者說法整理如下：

（一）國外學者的見解

Shamansky & Clausen (1980)將健康促進定義為：促進最理想的健康及增強個人對身體和情緒管理的能力，個人必須重視適當營養、運動、衛生習慣、避免危險因素(如吸菸、飲酒)及增加身體免疫力等行為；Brubaker (1983)則認為健康促進是引導人們自我成長和增進安寧幸福的健康照顧。Pender (1987)指出，健康促進並非針對疾病或健康問題的預防行為，健康促進行為具有朝正向成長與改變的實現導向（actualizing tendency）之特性，是擴展健康潛能的趨向行為（approach behavior），即是指引個人維持或增進健康、自我實現及幸福滿足的肯定態度，而非預防疾病或避免健康問題的行為；而預防行為是指減少、避免或去除已存在的危險性行為。Green & Kreuter (1991)定義健康促進是結合教育、環境、支持等影響健康因素，以幫助健康生活的活動，其目的使人們對自己的健康能獲得更好的控制。Pender (1996)更進一步指出，健康促進不是針對或健康問題之特定預防，它是一種趨近行為（approach behavior），即以自我實現為導向，指引個人維持或增進健康、自我實現和幸福滿足的肯定態度，表示個人積極主動的建立新的

正向行爲。Kickbusch (2003)則認為健康促進並不是只有部分的健康而已，而是要有良好的生活型態，因此健康是一種充能的過程。

（二）國內學者的見解

黃淑貞、伍連女、張桂楨（1998）將健康促進定義為整體性的社會、政治的過程，包括增強個人技巧和能力的行動，健康促進可增強控制健康的決定因子，達到改善健康的過程。陳郁雯（2004）整理多篇研究指出，對健康促進的定義可分為兩種，一為強調個人健康生活型態之實踐，另一為以社區發展或更廣的環境改善為主。

綜合上述，健康促進除著重個人行為的改變外，更需要融入組織、政治、經濟、法律以及環境等各項因素整合策略的搭配，再加上公共衛生教育的內容、架構，才具有積極預防現代化健康的意涵，同時加上多元文化科技的整合，則健康促進更具有正面的方向。健康促進計劃之推動可使人們能更有效的控制健康決定因子，因而使民眾改善其健康。

三、生活型態

1976 年韋氏大辭典對生活型態的解釋為一個人典型的生活方式 (typical way of life) 反映出一個人的態度及其所表現出自我經常一致的樣子 (self-consistent manner)，這些經常性的態度均由兒童時期慢慢發展出來的（丁志音，1988）。Singer (1982)將生活型態定義為：人們生活的一種型態或引導人們每天在健康的範疇裡活動的行為，他認為生活型態是人們處理日常活動的生活方式或態度。Shultz (1984)認為生活型態是指個人處理日常生活的行為習慣，生活型態對一個人的健康可以是正面的或是負面的影響。Walker, Sechrist & Pender (1987)在健康促進研究文獻中，將「生活型態」定義為個人可以控制的所有行為，包括影響個人健康的危險行動，以及每天日常生活中會出現對健康可能造成傷害的任何行為。Green & Kreuter (1999)具體指出，生活型態其根源來自人類學、臨床心理學、社會學，它是用來描述具永久一致性，且以文化傳承、社會關係、地理和社會環境及人格為基礎的行為形式。

陳美燕（1994）文獻指出，在 1970 年代有學者研究發現不良的生活型態會產生慢性病，個人若能在生活型態中實施健康促進行為，可以減少疾病的發生或死亡。丁志音、

江東亮（1996）將「生活型態」定義為：可影響個人健康的健康行為或各種衛生習慣；尹祚芊（2000）認為生活型態就是指生活作息、習慣、嗜好（飲食、喝酒、抽煙、嚼檳榔）、是否有規律運動、充足的睡眠及均衡的飲食等，而基本的日常生活狀況，也與人的健康有著密切的相關性。陳素芬、黃松元（2005）針對國小學生健康促進生活型態的研究中，將生活型態界定於飲食習慣、運動與休閒、日常生活安全習慣、健康自我照護、心理壓力調適和吸菸與飲酒等項目。

綜合上述，國內外學者對生活型態的定義範圍而言，皆是描述個人在日常生活中可能危害到健康或可能對健康有助益的行為方式，不健康的生活型態如欠缺運動、營養失衡、睡眠不足等，是造成身體、心理疾病及慢性疾病的主要原因，民眾選擇健康的生活型態，不僅可以減少疾病的發生也可預防疾病，更可以做到健康促進以增進個人的健康。

四、健康促進生活型態

Kasl & Cobb (1966)是最早將「健康相關行為」作分類探討的研究者，其內容分為三類：健康行為（health behavior）、疾病行為（illness behavior）、生病角色行為（sick-role behavior），健康行為是指個人自認為健康良好而無任何疾病症狀，為持續保有健康而採取的行動。Travis (1977)提出對健康促進生活型態的定義，包括自我責任（self-responsibility）、營養（nutrition）、身體認知（Physical awareness）及壓力控制（stress control）等層面；之後，Ardell (1979)修改並擴展這些層面為自我責任（self-responsibility）、營養（nutrition）、壓力管理（stress management）、健康體能（Physical fitness）及對環境的敏感性（environmental sensitivity）。Walker, Sechrist, & Pender (1987)對健康促進生活型態作了定義：個人為了維持或提昇健康層次，以及自我實現和自我滿足的一種自發性的多層面行動與知覺，以此理念將 Pender 所發展出的「生活型態與健康習慣評量表」加以修改，經因素分析萃取完成了「健康促進生活方式量表」（Health-Promoting Life Profile, HPLP），此量表主要以提升健康層次為導向的正向健康行為作為測驗，不含預防疾病的行為，共包括六個分量表，分別為自我實現（self-actualization）、健康責任（health responsibility）、運動（exercise）、營養（nutrition）、人際支持（interpersonal support）及壓力處理（stress management）等。Pender (1987)亦

認為健康促進行為是健康生活型態的重要因素，而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，導引個人親自體認其自身具有高度的健康潛能。

五、健康促進行為的決定因素

Pender 的健康促進模式是目前研究健康促進行為最常使用的模式之一。健康促進模式（Health Promotion Model）是根據 Becker所提出的健康信念模式（Health Belief Model）所衍生而出，Pender (1982)針對健康促進行為，發展健康促進模式的初步概念，1987年修改成為目前最常使用的健康促進模式，Pender 於1996年將較早前所提出健康促進模式再作進一步的修正，意圖將實證研究結果和理論架構整合為一。健康促進模式雖由健康信念模式所衍生出來，不同的是，健康信念模式著重減低危險或避免疾病的行為，而健康促進模式強調高層次的健康行為以及自我的實現，在模式中提出可能會影響健康行為的因素。

Pender 的健康促進模式對健康促進抉擇因素方面提供了實證性的研究架構，意圖解釋人類在追求健康與環境互動的多層面本質（multidimensional nature），及將人視為個體的前提下，整合預期價值理論（expectancy-value theory）和社會認知理論（social cognitive theory）的許多概念。Pender 於1987所提的健康促進模式（如圖 2-1）中，指出影響健康促進行為的因素可分為認知與知覺因素（cognitive-perceptual factors）、修正因素（modifying factors）及健康促進行為的參與（participation in health-promoting behavior）三個部份，分述如下：

（一）認知-知覺因素：採取或維持健康促進行為的主要動機與機轉，包括：

- 1、健康的重要性（importance of health）
- 2、個人對健康的定義（definition of health）
- 3、自覺自我效能（perceived-efficacy）
- 4、自覺健康狀況（perceived health status）
- 5、自覺健康控制（perceived control of health）
- 6、自覺健康促進行為的利益（perceived benefits of health-promoting behavior）
- 7、自覺健康促進行為的障礙（perceived barriers of health-promoting behavior）

(二) 修正因素：指經由認知-知覺因素，而間接影響健康促進行為，包括：

- 1、人口學特性 (demographic characteristics)
- 2、生物學特徵 (biological characteristics)
- 3、人際間的影響 (interpersonal influences)
- 4、情境因素 (situational factors)
- 5、行為因素 (behavior factors)

(三) 健康促進行為的參與：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所影響。

根據許多學者 (Pender, Walker, Sechrist, & Frank-Stromborg, 1990; Frank-Stromborg, Pender, Walker, & Sechrist, 1990; Gillis, 1994; Duffy, Rossow, & Hernandez, 1996; 張聖如, 2002; 蕭順蘭, 2002; 林女理, 2002; 林美聲, 2004; 李碧霞, 2005; 鄭小玉, 2005) 的研究，發現修正因素方面最常被選用的變項為人口學特性，而認知-知覺因素方面則為自覺健康狀況；而在認知-知覺變項中，自覺自我效能和健康的定義兩項在每一篇選用的研究中都達到顯著性。Johnson, Ratner, Bottorff, & Hayduk, (1993)認為，在認知-知覺因素中以自覺健康控制、自覺自我效能、自覺健康狀況三項為最重要的預測因子，修正因素會直接影響健康促進行為。綜合上述，自覺健康狀況可預測健康促進行為且回答題數較少較適合本研究對象，故本研究之目的係運用認知-知覺因素中的「自覺健康狀況」和修正因素中的「人口學特性」作為本研究架構，來探討原住民部落中年婦女健康促進生活型態及其相關因素。

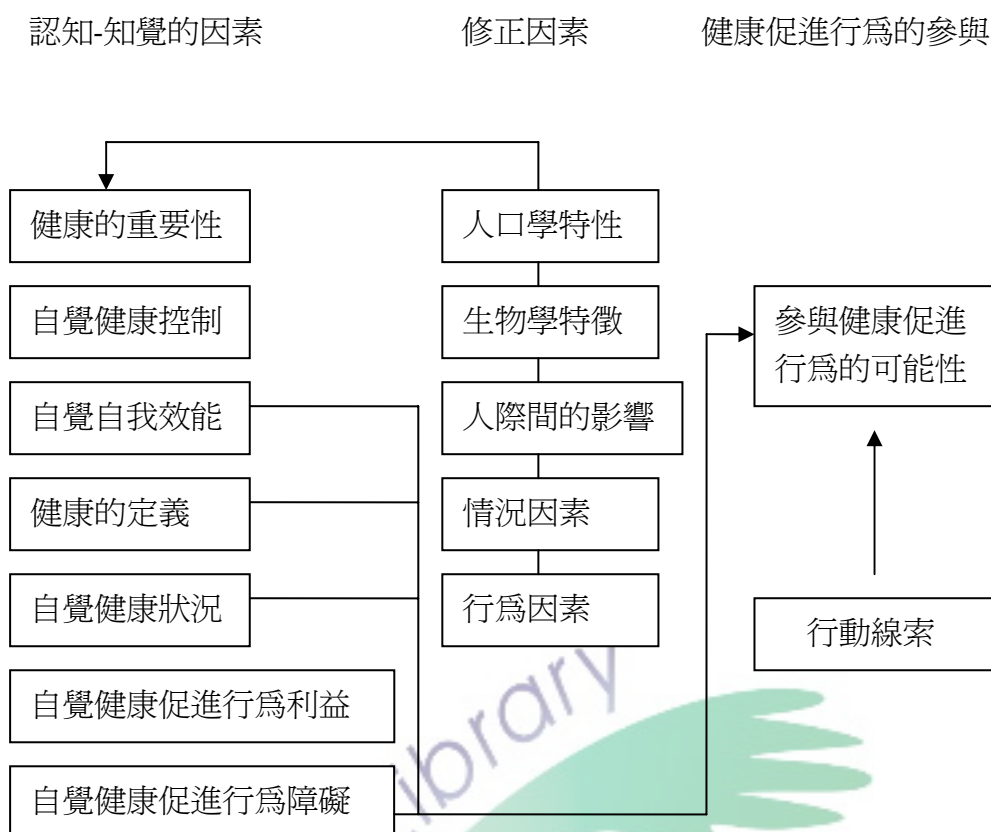


圖 2-1 健康促進修正模式

資料來源：Pendar, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*(p.52). (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.

引自鄭小玉（2005）。花東地區學校護理人員健康促進生活型態之研究，P.19。

六、小結

隨著科技的進步及醫療設備的發達，讓國人的壽命延長，國人的生活型態也隨之改變，而慢性疾病已成為威脅國民健康的重要因素，慢性疾病的形成與長時間的坐式生活有關，這些造成因素與我們日常生活中的不當生活型態有關，可藉由健康促進的方式來增強控制健康的決定因子，達到改善健康的目的。擁有正向積極的健康促進生活型態可以對國人的健康有助益，讓國人活得更健康。本研究採用 Walker 等 (1987)提出健康促進生活型態為個人維持或促進健康水平以及自我實現和自我滿足的一種自發性多層面之認知和自發性行為，包括人際支持、自我實現、壓力處理、健康責任、適當營養和運動及 Pender (1996)提出的健康促進模式理論為基礎，來探討原住民中年婦女的健康促進生活型態情形。

第四節 健康促進生活型態之相關研究

健康促進生活型態量表使用至今，已普遍用來施測於各種不同對象的健康促進行為，不同背景變項因素及自覺健康狀況對於健康促進行為的支持度等因素皆會影響個人採取健康促進行為。而自覺健康狀況係指個人對自己健康情形的評價，會影響個人從事健康促進行為，在健康促進模式中為認知-知覺變項中的一個重要中介變項 (Pender, Walker, Sechrist, & Frank-Stromborg, 1990)。自覺健康狀況越佳者，越有動機去維持或執行較多的健康促進行為 (王秀紅、邱啓潤、王瑞霞、李建廷，1992)。國內外許多研究者，針對不同的群體加以研究探討，發現自覺健康狀況為健康促進生活型態的重要預測因子之一 (Gould, 1990；于漱，1988；陳美燕、廖張京棣，1995；仇方娟，1997；宋素真，1998)。茲以護理人員、中年人、都市原住民婦女、更年期婦女及其他綜合研究來探討健康促進生活型態研究，以作為本研究的相關研究基礎。

一、護理人員

蕭順蘭 (2002) 探討台北縣公共衛生護理人員健康促進生活型態的研究，以 29 個衛生所護理人員為研究對象，採橫斷式調查法，利用自填問卷方式，取得有效問卷共 227 份。研究目的是要瞭解台北縣公共衛生護理人員健康促進生活型態的現況，並探討其人口學特性、自覺健康狀況與健康促進生活型態的關係及其健康促進生活型態預測因子。研究工具包括個人基本資料 (年齡、教育程度、子女數、工作年資、血壓、血糖、膽固醇、身體質量指數及身體經常不適之症狀)、自覺健康狀況量表及健康促進生活型態量表，其研究結果發現：(一) 健康促進生活型態在六個層面中以自我實現得分最高，其他依序為營養、人際支持、壓力處理、健康責任，而運動休閒得分最低。(二) 執行健康促進生活型態整體得分上，顯示有經常執行各健康促進生活方式之題項比率偏低，有經常執行的題項僅有 30%，而 70% 之項目分佈於從不與有時之間。(三) 人口學特性中有：年齡、工作年資、子女數、身體質量指數 (BMI)、參加健康促進課程時數，而是否參加健康促進課程與健康促進生活型態得分有顯著差異。(四) 自覺健康狀況與健康促進生活型態呈正相關。(五) 自覺健康狀況、公衛年資、參加健康促進課程時數，可

解釋健康促進生活型態變異量為25.1%。(六)對無法經常執行健康促進六個生活型態層面主要變項為工作因素、個人因素，而其中工作因素以工作負荷太重及工作壓力影響最大；個人因素則以忙公事、家事，無暇關心自己健康問題比率最高。

林美聲(2004)分析宜蘭縣中小學學校護理人員的健康促進生活型態現況，探討其社會人口學變項、健康概念、健康行為自我效能、自覺健康狀況與健康促進生活型態的關係及健康促進生活型態預測因子。研究工具包括健康促進生活型態量表、健康概念量表、健康行為自我效能量表、自覺健康狀況量表及個人基本資料表。研究對象為宜蘭縣112所公私立高中職、國中、國小學校護理人員，採橫斷式調查法，利用自填問卷方式，取得有效問卷共113份。研究結果發現：(一)研究對象之年齡介於25-51歲之間，平均年齡為40.3歲。在健康促進生活型態層面中，營養得分最高，其他得分依序為壓力處理、自我實現、人際支持、健康責任，而運動得分最低。(二)健康概念方面，以調適性得分最高，其餘得分依序為角色功能性、安寧幸福性，而臨床性的得分最低；健康行為自我效能方面，以健康責任把握信念得分最高，其餘得分依序為營養把握信念、心理安適把握信念，而運動把握信念的得分最低。(三)就整體健康狀況的滿意度來看，研究對象自覺健康狀況大多介於普通與良好之間。(四)社會人口學變項包括年齡、教育程度、婚姻狀況、工作年資、家庭子女情況、身體質量指數、請病假情況、接受健康促進課程情況等八項，其中年齡、工作年資與健康促進生活型態呈正相關，其餘變項，如家庭子女數、家庭子女年齡、身體質量指數、請病假天數、健康促進課程時數等，則與健康促進生活型態無顯著相關。(五)為瞭解社會人口學變項與自覺健康狀況之關係，進行皮爾森積差相關分析，結果發現，自覺健康狀況總分不因人口學變項之不同而有顯著差異。(六)自覺健康狀況與健康促進生活型態總量表及自我實現、健康責任、壓力處理、人際支持、營養、運動等六個分量表皆呈顯著正相關，亦即是自覺健康狀況愈好者，則健康促進生活型態執行愈佳。(七)健康概念、健康行為自我效能、自覺健康狀況及參與健康促進課程時數等四個變項，能解釋健康促進生活型態整體變異量的55.2%。其中健康行為自我效能預測力最佳，解釋變異量為34.8%，自覺健康狀況、健康概念、參與健康促進課程時數之解釋變異量則分別為8.4%、6.7%、2.3%。

鄭小玉（2005）針對花東地區學校護理人員健康促進生活型態之研究，探討學校護理人員之人口學特性、壓力的調適、自覺健康狀況、健康概念與健康促進生活型態的關係及健康促進生活型態的預測因子。研究工具包括自覺健康量表、健康概念量表、健康促進生活型態量表與人口學特性。研究對象為花蓮縣、台東縣公私立國中小及啓智學校護理人員，採橫斷調查法，利用自填問卷方式，取得有效問卷188份。其研究結果發現：

（一）在年齡方面，以 41-50 歲最多，其次是 31-40 歲，健康促進生活型態層面總得分，以自我實現、人際支持層面是較佳的，而健康責任和運動層面的健康生活型態是較缺乏的。（二）社會人口學變項包括年齡、教育程度、身體質量指數、婚姻狀況、最近一年是否因生病而請假、居住狀況、家庭年收入等七項，其中年齡、教育程度、婚姻狀況、居住狀況、家庭年收入等變項分別與健康促進生活型態進行單因子變異數分析，若有顯著差異，再以 LSD 比較組別間的差異情形，結果顯示，各年齡層在健康促進生活型態總分、健康責任、運動、壓力處理之間有顯著差異，高齡層學校護理人員有較好的整體健康促進生活型態及較好的健康責任、運動、壓力處理等層面。教育程度、居住狀況、家庭年收入在健康促進生活型態總分或各層面之間，均無顯著差異。不同婚姻狀況只有在運動層面有顯著的差異，根據 LSD 事後比較，離婚的學校護理人員，其運動行為明顯優於其他人。學校護理人員的護理工作資歷來看，其對健康促進生活型態總分及健康責任、運動、壓力處理等層面均有顯著影響，且均為資歷愈久，行為愈佳。（三）學校護理人員自覺健康狀況自評結果以介於普通與良好之間，偏向正面；自覺健康狀況愈佳，工作壓力狀況愈低，健康促進生活型態總分的得分愈高。（四）學校護理人員的人口學特性、自覺健康狀況與健康概念及工作壓力，可以預測健康促進生活型態，部分得到驗證。

護理人員全都是女性，年齡分布與本研究之原住民中年婦女較接近，有關原住民中年婦女健康促進生活型態尚無一定常模可供參考，其研究結果值得本研究參考。而護理人員所使用的健康促進生活型態量表大都以黃毓華、邱啓潤（1996）所編制的量表為主，而本研究是以原住民中年婦女為主，陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章、廖張京棣（1997）所編制的健康促進生活型態量表，以18-65歲民眾做測試，有良好的內部

一致性，而本研究對象年齡層正符合此範圍內，故採用此量表。

二、中年人

賴瓊儀（2002）分析中年人生活型態之探討，研究目的在探討中年人人口學特性和自覺健康狀況與其生活型態的關係。研究對象以台北市北投區 40-55 歲民眾為母群體，樣本平均年齡為 46.8 歲，採系統抽樣方式抽取研究樣本，以結構式問卷採郵寄方式進行資料收集，得有效卷數 275 份。研究工具包括人口學特性資料、生活型態量表及自覺健康狀況量表。其研究結果發現：（一）自覺健康狀況平均得分為 19.96 分，標準化得分為 66.5，顯示中年人的自覺健康狀況為普通。（二）生活型態的平均值 146，標準化得分為 58.6，顯示中年人生活型態情形並不積極正向。生活型態的九個次量表得分以「生活目的」最高，依順序為「營養」、「人際關係」、「睡眠」、「自我實現」、「一般性的自我照顧行為」、「壓力處理」、「健康照顧系統的利用」，最後是「身體及休閒活動」得分最低，顯示民眾的生活型態中最需加強的項目是運動休閒活動。（三）中年人人口學特性的性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業、子女數、保險狀況分別與生活型態的部份次量表呈現顯著相關，而目前居住情況與所有的生活型態次量表並無顯著的差異，可能與研究對象極大部份(264人)是與家人同住，極少部份(6人)不與家人同住有關。（四）自覺健康狀況與整體的生活型態及其九個次量表則呈現相當顯著的正相關。

中年人生活型態的探討未使用健康促進生活型態量表而使用生活型態量表，雖與本研究有些出入，但有助本研究對中年人生活型態的了解，而自覺健康狀況與生活型態呈現相當顯著的正相關，值得參考。

三、都市原住民婦女

李碧霞（2005）以台北市北投地區 30-64歲都市原住民婦女為研究對象，以結構性問卷進行資料收集，共取得169位樣本，探討其基本屬性（年齡、族別、教育程度、婚姻狀況、通婚、子女數、職業、年收入、保險狀況、家庭型態、遷居都市時間、宗教信仰、參加教會活動）、健康狀態（身體質量指數及自覺健康狀況）、社會涵化（社會態度、社會同化）、健康概念及健康促進生活型態之關係，其研究目的是要瞭解（一）都

市原住民婦女之健康促進生活型態（二）都市原住民婦女健康狀態、社會涵化及健康概念（三）基本屬性、健康狀態、社會涵化及健康概念與健康促進生活型態之相關性。研究工具包括健康促進生活型態量表、自覺健康狀態量表、涵化量表、健康概念量表及基本屬性資料表。研究結果發現：（一）研究對象平均年齡為 45.4 歲；人數最多為30-39 歲，族別以阿美族最多 115 人。教育程度以國中（含）以下最多，婚姻狀態以已婚者居多 125 人，與配偶、子女同住的原住民婦女最多有 117 人。絕大多數的婦女有子女，1-2 位子女的最多佔 96人，家庭年收入以 41-80 萬最多有 107人。（二）健康促進生活型態量表係採用陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱憲章、廖張京棣（1997）所提出量表進行測量，共 40 題，原住民婦女健康促進生活型態經標準化得分為 62.93 分，標準差為 14.53，六個分量表標準化得分高低依序為人際支持（74.95分）、自我實現（71.43分）、營養（64.14分）、壓力處理（62.16分）、健康責任（39.37分）、運動（32.45分）。（三）都市原住民婦女健康狀態八個面向來看以生理功能得分最高，最低為活力狀態，整體健康狀態生理優於心理，社會涵化屬於中等程度。健康概念具有多元性且屬正向，其人際關係概念最好、調適的健康概念次之，臨床的健康概念得分最差。依研究結果得知，原住民婦女的健康狀態在中上程度之內。（四）原住民婦女基本屬性在整體健康促進生活型態除有參加教會活動呈現顯著差異外，其餘基本屬性變項則與整體健康促進生活型態無顯著相關。（五）原住民婦女高社經地位其自我實現面向得分高；有配偶及有子女之原住民婦女，在運動面向呈現顯著負相關；教育程度愈高者，不表示其整體之健康促進生活型態愈佳，這可能與整體教育程度較低有關。（六）健康狀態（身體質量指數及自覺健康狀況）總分與健康促進生活型態之總分有顯著正相關。（七）都市原住民婦女健康狀態中活力狀態、參加教會、生理功能與健康促進生活型態呈正相關且為影響之重要變項，解釋變異量為11.3%。對健康促進生活型態的解釋力並不大。

陳美燕等人所改編之健康促進生活型態量表，經李碧霞驗證其量表對原住民婦女亦有不錯的內部一致性及信、效度，故本研究亦採用該量表。本研究因考慮山地原住民中年婦女教育程度較低及各方面的狀況可能比都市原住民婦女差，針對李碧霞的變項給予增刪，以符合東部原住民中年婦女的狀況。問卷題目過多，反而降低其作答意願，影響

研究結果，而很多變項在護理人員健康促進生活型態已探討，而運動層面在健康促進生活型態得分均是最低，故本研究加入運動階段來探討原住民中年婦女的運動行為，以不同背景變項的原住民中年婦女，探討在自覺健康狀況及健康促進生活型態的差異情形。

四、更年期婦女

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，以台北市松山區 40-59歲的婦女為研究對象，採問卷調查法進行資料收集，研究人數為122人，其研究目的是要瞭解更年期婦女人口學特性、生物學特性、自覺健康狀況、健康概念、健康行為自我效能與健康促進生活方式的關係及更年期婦女健康促進生活方式的預測因子。研究工具包括基本資料表、自覺健康狀況量表、更年期症狀困擾量表、健康概念量表、健康行為自我效能量表及健康促進生活方式量表，其中健康促進生活方式量表則經陳美燕同意，採用其翻譯修改過的中文量表。研究結果發現：（一）健康促進生活方式的六個分量表中得分最高的為人際支持，其他依序為壓力處理、營養、自我實現、運動和健康責任，其中健康責任和運動兩個分量表的得分指標在50以下。（二）人口學變項（年齡、婚姻狀況、教育程度、經濟狀況、籍貫、荷爾蒙使用情形）與健康促進生活方式間未達顯著差異，但與認知知覺變項間則具有顯著性差異，即教育程度愈高、經濟狀況愈好者，有較好的自覺健康狀況及健康行為自我效能。（三）生物學特性與認知知覺變項間有顯著相關，無慢性病者較有慢性病者，有較好的自覺健康狀況、健康概念、健康行為自我效能；停經中期婦女的健康行為自我效能較停經後期婦女差；更年期症狀發生頻率與困擾程度愈低者，有較好的自覺健康狀況、健康概念、健康行為自我效能。（四）認知知覺變項與健康促進生活方式間呈正相關，即自覺健康狀況愈好則健康促進生活方式愈好。（五）更年期婦女在健康概念方面的得分指標由高而低為安寧幸福、調適、角色功能、臨床健康；其健康概念愈好，則健康促進生活方式愈好。（六）更年期婦女在健康行為自我效能的得分情形，由高而低為健康責任、心理安適、營養、運動；其健康行為自我效能愈好，則健康促進生活方式愈好。（七）有二個變項能有效的預測健康促進生活方式，分別為健康行為自我效能（50.7%）和自覺健康狀況（2.6%），共可解釋健康促進生活方式總變異量的53.3%。

由大部分學者研究發現，自我效能是最能預測健康促進生活方式，自覺健康狀況雖能預測健康促進生活方式，但預測效果沒這麼好，本研究選用自覺健康狀況量表來預測原住民中年婦女的健康促進生活方式，可與其他學者做驗證比較。

五、其他綜合研究

Pender, Walker, Sechrist & Frank-Stromborg (1990)對美國中西部工廠589位員工進行健康促進生活型態的研究，結果發現女性及年齡較大者，有較正向的健康促進生活型態，而自覺健康狀況為健康促進型態的預測因子。Johnson, Ratner, Bottorff, & Hayduk, (1993)以隨機抽樣的方法，調查 3025位 20-60歲的成人健康促進生活型態，結果發現：性別、年齡、收入、婚姻狀況、教育程度及身體質量指數會直接影響健康促進生活型態。Duffy, Rossow, & Hernandez (1996)針對397名非裔美籍婦女做健康促進生活型態的研究，結果顯示：在六個分量表中，以運動得分最低，自我實現及人際支持得分最高，年齡愈大愈能執行健康促進生活，而自覺健康狀況對健康促進生活方式有影響。Wang (1999)以台灣鄉村閩南、客家、原住民三個族群老年婦女為調查對象，結果發現，原住民婦女與他人同住者其健康促進生活型態會較好，而自覺健康狀況與健康促進生活型態成正相關。張彩秀、黃乾全（2002）對670名40歲以上的中老年人做健康促進生活型態與相關因素之研究發現，高收入者越能採行健康促進行為，而自覺健康狀況與健康促進生活型態有相關。王淑諒（2002）以台中縣市某四家醫療院所280名坐月子期間產婦之健康促進生活方式及其影響因素作探討，研究結果發現教育程度與健康促進生活方式有顯著相關，健康促進生活方式量表中的平均得分以人際支持、健康責任最佳，運動得分最差。

陳振聲（2004）銀髮族自覺健康狀況與休閒阻礙關係之研究，探討不同人口統計變項（性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、慢性疾病數目、退休與否、經濟狀況）與自覺健康狀況是否有顯著差異，結果發現：只有慢性疾病數目、退休與否與自覺健康狀況呈顯著差異；自覺健康狀況得分指標為67.9分，顯示65歲的受訪者其自覺健康狀況屬於中等程度以上。Wilsgaad, Jacobsen, & Arnesen (2005)對 1,115名 20-61歲的人做身體質量指數與生活型態的關係研究，結果顯示身體質量指數較低的人有較健康的生活型態。陳

純珣（2006）影響醫院員工採行健康促進生活型態之相關因素研究，健康促進生活型態各分量表得分依序為人際支持、自我實現、壓力處置、營養、健康責任、運動；人口學特質包括性別、教育程度、婚姻狀況、體型、信仰、收入、家庭狀況、保險、罹病情形等項目，經統計分析後發現，教育程度、婚姻狀況、信仰、收入及家庭狀況對於採行健康促進生活型態的總分上有影響；自覺健康狀況與健康促進生活型態成正相關；能預測醫院員工健康促進生活型態的因素為健康環境之期待、自覺健康狀況、信仰、教育程度、健康環境之使用、職位、自覺工作負荷，可解釋變異量為27%。吳明吉（2007）國小教師健身運動參與行為及心理因素之研究，不同性別、年齡、職務、運動階段的國小教師，在自覺健康狀況的得分有顯著差異，男性教師高於女性教師，50歲以上教師高於29歲以下以及30-39歲教師，科任教師及主任高於級任教師，運動階段愈高者其自覺健康狀況也愈佳。不同婚姻狀態的國小教師，在自覺健康狀況的得分則無顯著差異。

本研究引用林美聲（2004）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，所整理國內外研究之自覺健康狀況與健康促進生活型態相關文獻及研究者自行整理如表 2-4。

表 2-4 自覺健康狀況與健康促進生活型態相關研究

作 者	研究對象	正向或相關結果
Pender 等 (1990)	589 名美國工廠員工	最重要預測因子
Bottorff 等 (1996)	1339 名女性	影響部份健康行為對健康促進行為解釋量不大
Duffy 等 (1996)	墨西哥美國婦女受僱員工	有影響
Pullen 等 (2001)	鄉村老年婦女	顯著相關
Wang (2001)	台灣地區鄉村老年婦女	正相關
王秀紅等 (1992)	459 名 20-60 歲婦女	可有效預測
陳美燕、廖張京棣 (1995)	桃園地區護理人員	有影響
張聖如 (2002)	更年期婦女	有效預測
張彩秀、黃乾全 (2002)	679 名中老年人	與自覺心理健康感受有關
林美聲 (2004)	宜蘭縣中小學學校護理人員	正相關
李碧霞 (2005)	台北市北投區都市原住民婦女	顯著相關
鄭小玉 (2005)	花東地區學校護理人員	顯著相關
陳純珣 (2006)	醫院員工	正相關

資料來源：摘自林美聲 (2004) 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及本研究自行整理。

六、小結

由以上文獻得知，年齡、身體質量指數、教育程度、婚姻狀況、子女數、家庭年收入、居住狀況等個人基本變項與健康促進生活型態有顯著相關或不顯著之研究結果，可能與研究對象不同有關。而自覺健康狀況在多數的研究中均發現自覺健康狀況可預測健康促進生活方式，自覺健康狀況與健康促進生活型態有顯著相關，且是健康行為之預測因子。本研究以原住民中年婦女為研究對象，透過社會人口學特性及自覺健康狀況等因素來探討，進一步了解原住民中年婦女在自覺健康狀況、個人基本變項與健康促進生活型態之關係。

第五節 文獻總結

經由上述文獻探討的理論與相關研究，歸納出五點，分述如下：

- 一、改變階段模式普遍使用在運動行為的探討，是透過一系列的階段改變，會隨時間變化而改變的動態過程模式，此模式分為無意圖期、意圖期、準備期、行動期及維持期等五個階段。國內外學者對於運動階段所做的研究，其運動階段的分布會隨不同的族群及不同背景變項而異，據多數學者研究結果顯示，以準備期佔的比例較高（陳秀珠，1999；李碧霞，2001；曲天尚，2004；蘇怡菁，2006），這可能與大多數人隨時處於準備運動狀態有關，而國內有關原住民中年婦女的運動階段的研究尚缺乏，沒有一定的常模可循，原住民一般有勞務就是運動的觀念，在問卷施測前，應先告知規律運動是指每週至少三次，每次至少 20 分鐘以上為了促進健康所從事的運動，原住民中年婦女其運動階段的分布應是不同於其他的研究結果，期望藉由本研究的探討，來瞭解原住民中年婦女不同運動階段的分布情形。
- 二、由於時代的演進、醫療設備的發達及疾病型態的轉變，讓國人的壽命逐年延長，國人的生活型態也隨之改變，而慢性疾病已成為威脅國民健康的重要因素，慢性病造成的因素與不當的生活型態有關。原住民中年婦女的十大死因，其中慢性病佔的比例頗高，透過良好的健康促進生活型態，可使原住民中年婦女的健康獲得改善，也可減輕政府在醫療成本的負擔。由過去原住民的相關研究得知，原住民健康狀況在歷年來的統計資料來看，得知平均餘命、死亡率、疾病的盛行率及重大疾病罹患等健康指標均遠低於台灣地區的民眾，有關原住民中年婦女的健康促進生活型態議題在過去甚少被研究，本研究從原住民中年婦女的健康促進生活型態來瞭解相關因素，透過本研究的結果，提供相關單位作為政策參考，期望大家能對原住民中年婦女的健康能重視，進而改善其健康生活方式，讓原住民中年婦女能活得健康，有自信迎接未來的老年期。
- 三、Pender 的健康促進模式是目前研究健康促進行為最常使用的模式之一，健康促進模式強調高層次的健康行為以及自我的實現，本研究是採用認知-知覺因素中的「自

覺健康狀況」和修正因素中的「人口學特性」作為研究架構，來探討原住民中年婦女的健康促進生活型態，根據國內外學者以不同研究對象所做的研究結果顯示，自覺健康狀況和健康促進生活型態呈正相關或顯著相關，本研究以原住民中年婦女為研究對象，來探討自覺健康狀況和健康促進生活型態是否有關聯性，藉此瞭解自覺健康狀況和健康促進生活型態的相關是否會因研究對象是原住民而有所差異。

四、根據國內外學者對不同背景因素與健康促進生活型態的相關研究，得知個人基本變項與健康促進生活型態呈現有顯著或不顯著之研究結果，這視研究對象的不同而異，過去有關健康促進生活型態的研究多偏重老人、護理人員、學生，研究的方法以自填式問卷為多，探討因素多與健康促進有關，包括健康概念、健康行為自我效能、自覺健康狀態、幸福感等。研究工具幾乎以健康促進生活型態量表為主，再搭配其他因素所需量表。而有關原住民中年婦女健康促進生活型態的研究，近年來，只有國內學者（李碧霞，2005）針對台北市都市原住民 30-64 歲中年婦女做研究，探討其基本屬性、健康狀態、社會涵化、健康概念及健康促進生活型態之關係。其研究結果發現個人基本變項與健康促進生活型態無顯著之關係，在其研究對象，教育程度以國中學歷（含）以下最多，佔 42.6%，是否探討變項過多及教育程度低落，影響作答意願，值得研究者深思。在李碧霞健康促進生活型態研究結果顯示，健康責任、運動是原住民婦女健康促進生活型態六個量表中排序最低的面向，而研究對象的運動執行亦是偏低的，可見原住民婦女的運動情形不佳。有鑒於此，本研究針對上述所敘，以自覺健康狀況及運動階段來探討原住民中年婦女健康促進生活型態，而其他探討因素，過去已有許多學者探討及考量探討因素過多，會影響作答意願，進而降低問卷的信效度，故本研究探討的個人背景變項及相關變項有別於其他學者。

五、根據學者邱煜智（2005）的研究發現，原住民的健康狀況普遍皆要比台灣地區要來得差，且隨著都市化程度降低而降低，本研究對象是偏遠山地鄉的原住民中年婦女，可藉此與李碧霞（2005）對台北市都市原住民 30-64 歲中年婦女的研究結果做比較，驗證原住民的健康狀況是否會因都市化程度而改變。

第三章 研究方法

本章共分為下列五節來說明：第一節研究架構；第二節研究對象；第三節研究工具；第四節研究步驟；第五節資料處理與分析。

第一節 研究架構

根據研究目的及文獻探討，擬出本研究架構，如圖 3-1。

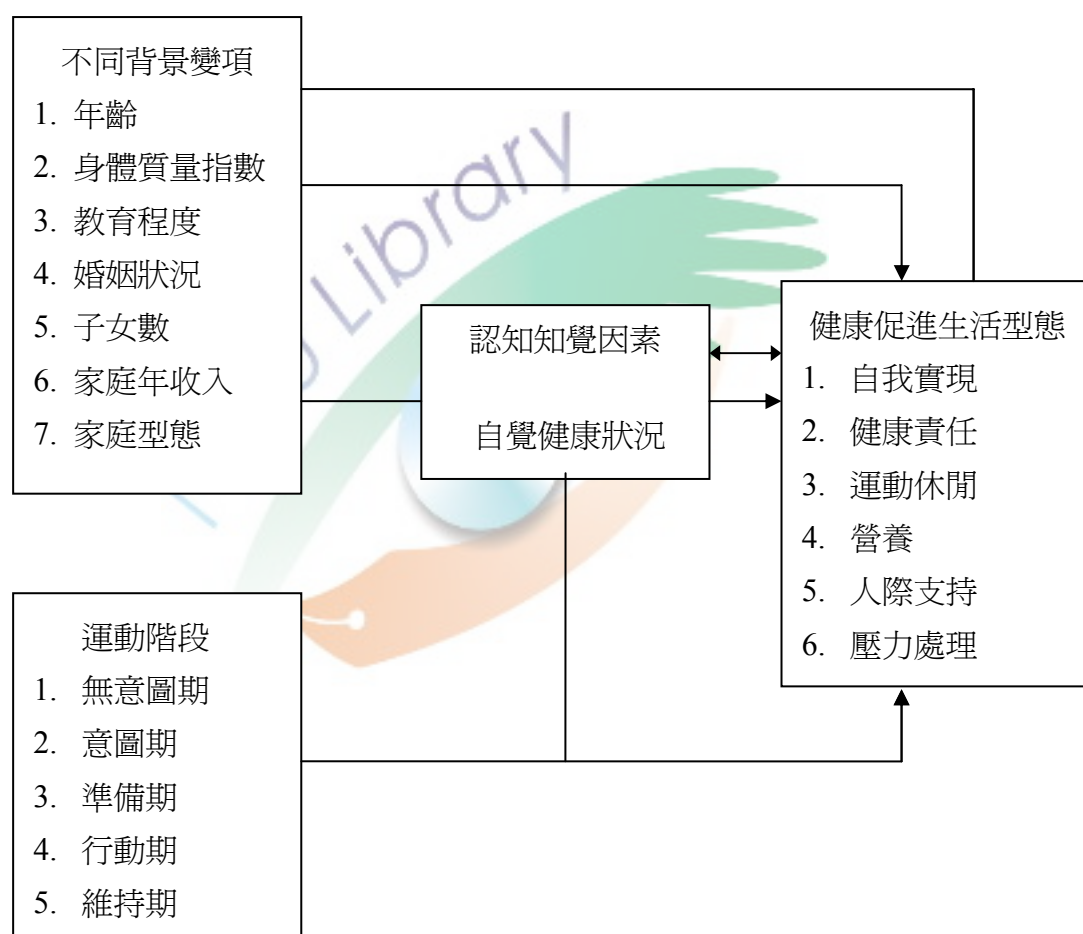


圖 3-1 研究架構圖

本研究根據文獻探討的結果得知，運動健身行為的產生包含自覺健康狀況，在運動參與的過程中可以從自覺健康狀況開始，培養良好的運動習慣，進而養成個人良好的健康生活型態方式。茲將本研究架構的內涵，說明如下：

一、原住民中年婦女在不同運動階段人數分布的差異情形。

以運動階段（包括無意圖期、意圖期、行動期、準備期及維持期）人數分布做適合度考驗及卡方檢定，探討其差異情形。

二、不同背景變項原住民中年婦女在自覺健康狀況得分的差異情形。

以年齡、教育程度、婚姻狀況、子女數、家庭年收入、家庭型態、身體質量指數、運動階段等不同背景變項為自變項，自覺健康狀況六個題項得分為依變項，以單因子變異數分析來探討其差異情形。

三、不同背景變項原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異情形。

以年齡、教育程度、婚姻狀況、子女數、家庭年收入、家庭型態、身體質量指數、等不同背景變項為自變項，健康促進生活型態六個分量表得分為依變項，以單因子變異數分析來探討其差異情形。

四、原住民中年婦女在自覺健康狀況及健康促進生活型態的相關情形。

以自覺健康狀況六個題項及健康促進生活型態六個分量表為變數，以皮爾森積差相關來分析其相關情形。

五、原住民中年婦女個人背景變項及自覺健康狀況對健康促進生活型態的預測作用。

本研究以健康促進生活型態為效標變項進行逐步多元迴歸分析，預測變項以背景變項（教育程度、家庭年收入）、運動階段及自覺健康狀況同時探討。

第二節 研究對象

本研究母群體為台東縣大武地區原住民部落 30-54 歲中年婦女為主，大武地區區分山地鄉有金峰鄉、達仁鄉；平地鄉有大武鄉、太麻里鄉，因本研究對象是原住民中年婦女，故以大武地區之山地鄉原住民中年婦女為研究對象。根據台東縣政府縣政統計（2006），達仁鄉區分為土坂、安朔、台坂、新化、森永、南田等六個村，30-54 歲中年婦女的人口數有 530 人；金峰鄉區分為正興、新興、嘉蘭、賓茂、歷坵等五個村，30-54 歲中年婦女的人口數有 519 人，採立意取樣方式，抽取 2 村，然後再立意取樣其中 105

位原住民中年婦女作為研究對象。抽樣各村人數如表 3-2：

表 3-2 大武地區山地鄉原住民中年婦女抽樣人數摘要表

鄉名	抽樣村名	村總人口數（30-54 歲）	抽樣人數
達仁鄉	台坂村	78	28
	土坂村	65	27
金峰鄉	正興村	71	25
	嘉蘭村	83	25
合計	4 村	297 人	105 人

資料來源：大武鄉戶政事務所各村人數統計資料（2007）

第三節 研究工具

本研究採訪談問卷調查來收集資料（問卷分析摘要表詳如附錄二），研究工具包括四個部份，第一部分為個人基本資料；第二部份為自覺健康狀況量表，該量表經 SF-36 台灣授權同意使用；第三部份為運動階段量表，該量表經林旭龍同意使用；第四部份為健康促進生活型態量表，該量表則經陳美燕同意，採用其翻譯修改過的中文量表。

一、個人基本資料

內容包括年齡、教育程度、婚姻狀況、子女數、家庭年收入、家庭型態、身體質量指數。其基本資料分析如下（詳如表 3-3）：

（一）年齡

研究對象之年齡區分為三組，以40-49歲的最多，共49人（46.7%）；30-39歲以下者，共30人（28.6%）；50-54歲的最少，共26人（24.7%）。

（二）教育程度

研究對象之教育程度原區分為四組，分別為小學有41人；國中有31人；高中職有27人；大專以上有6人，因大專以上人數較少，將高中職與大專以上人數合併為一組，新的組別為高中職(含)以上。教育程度因此分為三組，以小學人數最多，共41人（39.0%）；

高中職（含）以上人數次之，共33人（31.5%）；國中人數最少，共31人（29.5%）。

（三）婚姻狀況

婚姻狀況原區分為五組，未結婚有3人；已婚有89人；離婚有5人；喪偶有8人；分居有0人，因未結婚、離婚、喪偶、分居人數均未超過10人，故整併合為其他組。研究對象婚姻狀況因此分為二組，以已婚人數最多，共89人（84.8%），其他人數最少，共16人（15.2%）。顯示原住民中年婦女大部分以已婚者居多。

（四）子女數

子女數原區分為四組，無有8人；1個有20人；2個有32人；3個以上有45人，因無子女人數太少，與子女數1個人數合併為一組，新的組別為1個（含）以下。子女數因此分為三組，以3個（含）以上人數最多，共45人（42.8%）；2個人數次之，共32人（30.5%）；1個（含）以下人數最少，共28人（26.7%）。大部分原住民中年婦女皆有子女，無子女者只佔了少數。

（五）家庭年收入

研究對象之家庭年收入，以20萬（含）以下人數最多，共35人（33.3%），其他依序為41萬至60萬元，共31人（29.5%）；21萬至40萬元，共24人（22.9%）；60萬元以上，共15人（14.3%）。

（六）家庭型態

家庭型態原區分為四組，獨居有10人；與家人同住有90人；與朋友同住有2人；其他有3人，因獨居、與朋友同住、其他人數太少，故將三組人數合併為一組，新的組別為其他組。家庭型態因此分為二組，以與家人同住人數最多，共90人（85.7%），其他人數最少，共15人（14.3%）。

（七）身體質量指數（BMI）

身體質量指數原區分為四組，過輕組有3人；正常組有29人；過重組有27人；肥胖組有46人，因過輕組人數太少，與過重組、肥胖組合併為一組，新的組別為不正常組。因此本研究身體質量指數分為二組，以不正常組人數為最多，共76人（72.4%），正常組人數為最少，共29人（27.6%）。

表 3-3 研究對象個人背景變項及人數分布表 (N=105)

	變 項	人數	百分比
年齡	1. 30-39 歲以下	30	28.6%
	2. 40-49 歲	49	46.7%
	3. 50-54 歲	26	24.7%
教育程度	1. 小學	41	39.0%
	2. 國中	31	29.5%
	3. 高中職(含)以上	33	31.5%
婚姻狀況	1. 已婚	89	84.8%
	2. 其他	16	15.2%
子女數	1. 1 個(含)以下	28	26.7%
	2. 2 個	32	30.5%
	3. 3 個(含)以上	45	42.8%
家庭年收入	1. 20 萬 (含) 以下	35	33.3%
	2. 21 萬至 40 萬元	24	22.9%
	3. 41 萬至 60 萬元	31	29.5%
	4. 60 萬元以上	15	14.3%
家庭型態	1. 與家人同住	90	85.7%
	2. 其他	15	14.3%
BMI 分組	1. 正常組	29	27.6%
	2. 不正常組	76	72.4%

二、自覺健康狀況量表

國內所使用的健康狀況量表是由美國 SF-36 著作人 Dr. John Ware, Jr. 直接授權國內多位學者藍忠孚、吳淑瓊、盧瑞芬、李卓倫、紀駿輝、劉文良等多名教授學者翻譯修改發展而成，並委由長庚大學醫務管理學系盧瑞芬教授負責臺灣版的使用授權。SF-36 是一個一般性的心理測量工具，並不是針對特定年齡、疾病或是治療而設計。SF-36 美國版 (SF-36 Standard Version) 在 1990 年定稿，共有 36 項問題組成 8 個分量表，主要測量受訪者身心健康狀態的 8 個層面，分別為：身體生理功能、身體功能致角

色受限、身體疼痛、一般健康知覺、活力、社會功能、情緒功能致角色受限、心理健康。Ware & Sherbourne (1992)綜合有關 SF-36 健康狀況量表信度評估，所有八個分量表之 Cronbach's α 介於 .62- .96。台灣版自 1996 至今已授權國內很多項研究計畫使用，適用的群體範圍廣泛，其信效度良好；國內學者李碧霞（2005）以台北市北投區都市原住民婦女比較其健康狀況的差異，總量表之 Cronbach's α 為 .85。此外該量表另含一項自評健康變化的量表，可依研究需要使用其中部分次量表 (Ware & Sherbourne, 1992)。由於其簡短及信效度皆良好，目前已有多國版本出現（盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅，2003）。本研究係採用 SF-36 量表台灣版 1.0 版中「一般自覺健康狀況」次量表第 1、11 題（有四個小選項）共五題及「自覺健康狀況改變的情況」第 2 題共一題，總共六題來瞭解原住民中年婦女自覺健康狀況的情形。每題採五點計分法，第 3、5 題為正向題，第 1、2、4、6 題是反向題，總分由 6 分到 30 分，分數愈高代表自覺健康狀況愈好（同意書詳如附錄一）。

三、運動階段量表

本研究所使用的運動階段量表係採用林旭龍（2000）參考 Cardinal (1997)所修訂編製的運動階段分量表，題目只有一題，五個選項，由受試者勾選一個最適當的答案。該量表之 Cronbach's α 為 .84。高毓秀 2002 年以職場員工為對象來檢驗運動階段量表的信度，研究二週後的再測信度係數為 .82，顯示此運動階段量表具有良好的穩定性。運動階段量表有五個選項，分別為：1.無意圖期：目前我沒有在運動，在未來六個月內也沒有打算要運動。2.意圖期：目前我沒有在運動，但我打算在未來六個月內開始運動。3.準備期：目前我有在運動，但沒有規律，在未來一個月內，我打算開始規律運動。4.行動期：目前我正在從事規律運動，但未滿六個月。5.維持期：目前我正在從事規律運動，且已超過六個月（同意書詳如附錄一）。

四、健康促進生活型態量表

本問卷係採用陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章、廖張京棣（1997）根據 Walker, Sechrist, & Pender (1987)所發表的健康促進生活型態量表（HPLP）經文化修訂後而成的中文量表。原始量表之題目曾以 952位不同階層的民眾為施測對象，問卷經因

素分析後找出六個因素依序為自我實現、健康責任、運動休閒、營養、人際支持、壓力處理等六方面的健康促進行為所組成，共計48題。原始量表可解釋生活型態 47.1%的變異量，總量表之內部一致性（Cronbach's α ）為 .922，各分量表為 .702 - .904，兩週後的再測信度總量表為 .926，各分量表為 .808 - .905；此量表在美國廣泛被使用，主要提昇健康層次為導向的正向健康行為，研究對象遍及各階層，包括年輕人、中年人、老年人及各行各業等（黃毓華、邱啓潤，1996）。

陳美燕等（1997）翻譯的中文量表乃經量表翻譯過程、專家內容效度、Cronbach's α 、因素分析、同時效度等中文化與我國文化修正的過程而完成題數40題的中文量表，因素分析萃取出六個因素，該量表以桃園及臺北地區18-65歲的920位民眾施測，結果量表共可解釋生活型態48.19%的變異量，總量表的內部一致性（Cronbach's α ）為 .92，各分量表之 Cronbach's α 值人際支持（.79）、自我實現（.84）、壓力處理（.69）、營養（.71）、健康責任（.78）、運動（.70）。李碧霞（2005）台北市北投區都市原住民婦女健康促進生活型態之探討，研究工具係採用陳美燕等（1997）翻譯修訂的中文量表，研究對象是北投區30-64歲都市原住民婦女，其研究總量表之內部一致性（Cronbach's α ）為 .91，分量表 Cronbach's α 值介於 .70- .91；分量表 Cronbach's α 值人際支持（.70）、自我實現（.81）、壓力處理（.71）、營養（.70）、健康責任（.78）、運動（.91）。由此可得知，陳美燕等人所發展經文化修訂後而成的「健康促進生活型態量表」使用在都市原住民中年婦女也有不錯的總量表之內部一致性及信、效度，故本研究工具採用此量表（同意書詳如附錄一）。

本研究問卷採四點量表，內容共有六個分量表，共計40題，計分方式為：「從來沒有」0分、「有時如此」1分、「經常如此」2分、「總是如此」3分，總量表得分為0分至120分，得分越高表示具有良好的健康促進生活型態。本研究之總量表之內部一致性（Cronbach's α ）為 .93，各分量表之 Cronbach's α 值人際支持（.81）、自我實現（.86）、壓力處理（.62）、營養（.72）、健康責任（.85）、運動（.76）。整理上述健康促進生活型態總量表及各分量表之內部一致性之比較表如附錄三。六個分量表題數敘述如下：

- 1.自我實現：8題，33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40題，係指生活有目的、朝目標努力、對生

命樂觀、有正向成長與改變的感覺。

- 2.健康責任：9題，18, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32題，指能注意自己的健康、每月至少一次觀察自己身體有無改變或異狀及能與健康專業人員討論健康促進及參加保健活動。
- 3.運動休閒：6題，6, 7, 8, 9, 10, 11題，係指從事運動與休閒的活動等，每週至少運動三次，每次持續20-30 分鐘。
- 4.營養：5題，1, 2, 3, 4, 5題，包含日常飲食型態，如每日三餐時間和量都正常、食物的選擇包括五大類等。
- 5.人際支持：6題，19, 20, 21, 22, 23, 24題，指能發展社會支持系統，包括樂於和親近的人保持聯絡、與他人討論自己的問題及對別人表示關心等。
- 6.壓力處理：6題，12, 13, 14, 15, 16, 17題，指能放鬆自己、會注意自己不愉快的情緒及運用減輕壓力的方法等。

第四節 研究步驟

本研究採訪談問卷調查法，資料蒐集過程分為三個階段，第一階段為先趨研究；第二階段做好研究前施測者之訓練及聯繫；第三階段則為正式施測，敘述如下：

一、先趨研究

目的是在於評估研究問卷的適當性，在進行個別訪談問卷調查時，實地了解受試者對於問卷調查時之反應，預估施測所需時間及施測過程中可能發生的狀況，作為修正研究問卷之依據及正式施測之參考。本研究於研究計畫核可實施後，在正式施測前，以 5 位原住民中年婦女實施先趨研究。研究者由代施測者陪同前往正興村，找五位原住民中年婦女做問卷施測，施測前向受試者說明施測目的及唸出問卷需注意的題目，讓受試者清楚瞭解題意，以利填答問卷，作答及說明時間大約 20 分鐘完成。

二、施測者訓練及聯繫

研究者事先與各抽樣部落之負責代施測者聯繫，親自向代施測者說明研究計畫內容

並說明施測時應注意事項及施測步驟，之後將施測問卷交與代施測者並再附上問卷一份給代施測者，讓代施測者在施測之前能先詳細閱讀問卷內容，以助瞭解問卷之內涵，使委託負責之代施測者能盡量做到研究者所託，增進問卷的信效度。

三、正式施測

於 96 年 10 月 1 日至 97 年 1 月 7 日進行正式施測，經由台東縣大武鄉戶政事務所的統計資料，取得大武地區山地鄉抽樣部落原住民中年婦女的人口分布情形，依各區抽樣人數委由各抽樣部落代施測者施測，施測期間與代施測者密切聯繫及偶爾親自與代施測者一同前往施測，瞭解及關切問卷施測實際情形，為使問卷順利進行及提高被施測者的作答意願，給予代施測者車馬費及能讓被施測者所接受的物品。

四、預期遭遇的困難與解決策略

- (一) 為使原住民中年婦女在情緒穩定狀況下專心填答，研究者事先協調代施測者將填答時間訂在工作閒暇之餘或假日空閒時間，也就是原住民中年婦女有空且不易浮躁的時間內施測，以增加效度。
- (二) 原住民中年婦女可能教育程度較低，對於問卷內容填寫可能會不清楚，要求代施測者施測前說明填寫方式，對於語意不清楚之題目逐題念出並加以說明，增加其作答真實度。如不會填寫時，由代施測者或研究者逐題詢問，並由代施測者或研究者代為填寫問卷。
- (三) 施測過程中，可能會遇到不願意填寫之原住民中年婦女，請代施測者給以誘因，使其願意用心填答，研究者事先與代施測溝通協調，討論出原住民中年婦女願意填答的誘因。
- (四) 代施測者可能會延遲施測時間，研究者不定時電話聯繫關心施測進度及偶爾親自陪同代施測者去做問卷施測，以利瞭解問卷的施測過程及施測進度。

第五節 資料處理與分析

本研究問卷量表的回收率為 100%，施測完畢回收後隨即進行初步的目視檢核，

因是個別訪談問卷調查法，並無無效問卷，全部皆為有效問卷，將有效問卷予以編碼並登錄於電腦中。本研究以 SPSS 12.0 for Windows 統計套裝軟體進行各項統計分析。依據本研究之目的、研究假設及變項特性，選擇適當的統計方法進行資料分析。本研究所有統計考驗的顯著水準（ α ）設為 .05。茲將所採用的統計分析方法敘述如下：

一、描述性統計：以平均數、標準差、百分比、次數分配等來描述研究對象在各個變項的分布情形。

二、推論性統計：以適合度考驗、卡方檢定、單因子變異數分析、皮爾森積差相關、LSD 事後比較、逐步多元迴歸分析等統計方法來分析各變項之間的關係與重要解釋變項。整理推論性統計分析摘要如表 3-5。

表 3-5 推論性統計分析摘要表

研究目的	研究假設	統計分析方法
一、比較原住民中年婦女在不同運動階段人數分布的差異情形。	假設一：原住民中年婦女在不同運動階段人數分布的差異達顯著水準。	卡方適合度考驗
二、探討不同背景變項原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異情形。	假設二：不同背景變項原住民中年婦女在自覺健康狀況得分的差異達顯著水準。	單因子變異數分析、LSD 事後比較。
三、探討不同背景變項原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異情形。	假設三：不同背景變項原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異達顯著水準。	單因子變異數分析、LSD 事後比較。
四、探討原住民中年婦女在自覺健康狀況及健康促進生活型態的相關。	假設四：原住民中年婦女在自覺健康狀況與健康促進生活型態的相關達顯著相關。	皮爾森積差相關
五、探討原住民中年婦女背景變項、運動階段及自覺健康狀況對於健康促進生活型態的預測情形。	假設五：原住民中年婦女背景變項、運動階段及自覺健康狀況為健康促進生活型態的預測因子。	逐步多元迴歸分析

第四章 結果與討論

本章依據研究目的與研究假設，將所得資料進行描述性及推論性統計分析，分析結果並加以討論。全章共分五節：第一節原住民中年婦女不同運動階段人數分布差異的比較；第二節不同背景變項原住民中年婦女自覺健康狀況的差異分析；第三節不同背景變項原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異分析；第四節原住民中年婦女在自覺健康狀況與健康促進生活型態的相關；第五節不同背景變項及自覺健康狀況對健康促進生活型態之預測情形。

第一節 原住民中年婦女不同運動階段人數分布差異的比較

表 4-1 為原住民中年婦女不同運動階段適合度檢定對數模式分析表，由表 4-1 得知原住民中年婦女運動階段分布以意圖期為最多（29.5%），其他依序為無意圖期（21.9%）、準備期（21.0%）、維持期（14.3%）、行動期（13.3%）； $df=4$ ，卡方值等於 9.048， $p=.060 > .05$ ，未達顯著水準，表示原住民中年婦女在各運動階段的人數分布無顯著差異，應接受虛無假設。此結果與大多數學者研究以準備期為最多的結果不同（呂昌明、郭曉文、王淑芬、林旭龍、李碧霞，2003；黃婉茹，2003；曲天尚，2004；陳嘉成，2005；蘇怡菁，2006）。若以有無規律運動來區分運動行為，本研究有規律運動行為者佔（行動期加維持期）27.6%，由結果顯示原住民中年婦女普遍運動行為不佳，與陳嘉成（2005）針對台北縣國小女教師運動行為之研究－應用跨理論模式，有規律運動行為者佔 24.7%的結果較接近；黃婉茹（2003）應用跨理論模式於職場女性運動行為的研究發現，研究對象會因年齡群的不同，與其所歸屬的運動階段會有顯著差異，20-29 歲及 30-39 歲者，在五個運動階段中以準備期及意圖期為最多；40-49 歲及 50 歲以上者，則以準備期及維持期為最多；蘇怡菁（2006）不同背景因素及運動階段之國小學童家長其運動健康信念及運動社會支持之研究發現，教育程度、社經地位較高者，參與運動的方式較多元，受限因素也較低，持續規律運動的比率也較高，而教育程度低者，其經濟狀況相對較差，容易受到勞動體力的影響而不想從事健身的運動行為。究其原因，本研

究可能與研究對象不同有關，上述學者研究對象分別為學童母親、更年期婦女、國小女教師、學童家長，而本研究對象是山地鄉原住民中年婦女，在教育程度、經濟狀況、居住環境、醫療設施、運動觀念、習性較上述研究對象差，因而致使結果會有所不同，而目前為止，尚未有以原住民中年婦女為對象之運動階段研究，因此，有待後續的研究來加以探討驗證。

表 4-1 原住民中年婦女不同運動階段適合度檢定對數模式分析表

選項	觀察個數		期望個數		卡方值	df
	個數	百分比	個數	百分比		
無意圖期	23	21.9%	21	20%	9.048	4
意圖期	31	29.5%	21	20%		
準備期	22	21.0%	21	20%		
行動期	14	13.3%	21	20%		
維持期	15	14.3%	21	20%		
總和	105					

*p< .05

第二節 不同背景變項原住民中年婦女自覺健康狀況的差異分析

本研究之自覺健康狀況共有6題，每題得分為1至5分，量表總分為6至30分，由表 4-2-1得知，原住民中年婦女在自覺健康狀況各題項中，「認為目前的健康狀況」普通所佔的人數最多為41人（39.0%），極好的最少為6人（5.7%）；「和一年前比較，目前的健康狀況」差不多所佔的人數最多為51人（48.6%）、好很多的最少為1人（1%）；「我好像比別人較容易生病」，填答不知道所佔的人數最多為32人（30.5%），填答完全不正確的最少為5人（4.8%）；「和認識的人來比，我和他們一樣健康」，填答大部分正確所佔的人數最多為65人（61.9%），填答完全不正確的最少為2人（1.9%）；「我的健康會越來越壞」，填答不知道所佔的人數最多為42人（40%），填答完全不正確的最少為6人（5.7%）；「我的健康狀況好得很」，填答大部分正確所佔的人數最多為62

人（59.0%），填答完全不正確的最少為2人（1.9%）。自覺健康狀況量表六個題項中，以「和認識的人來比，我和他們一樣健康」及「我的健康狀況好得很」的平均數表現較佳，超過基準分數（最低為1分，最高為5分，中間分數為3分，此訂為基準分數，高於基準分數表現較正向，低於基準分數表現負向），其他四個題項的平均數均低於基準分數。研究對象自覺健康狀況量表的平均數為18.17，標準差為3.54，為便於比較及判斷平均得分，以滿分100的標準，計算得分指標為平均數/總分 $\times 100$ ，求出的分數為60.56，顯示本研究對象的自覺健康狀況是屬於普通程度。此研究結果與賴瓊儀（2002）探討中年人生活型態之研究，中年人自覺健康狀況標準化得分為66.5的結果較接近；本研究所使用的自覺健康狀況有六個題項與賴瓊儀相同，而與李碧霞（2005）針對台北市北投區都市原住民中年婦女健康促進生活型態之研究，自覺健康狀況標準化得分為68.83的結果相差較遠。



表 4-2-1 自覺健康狀況量表得分分布情形 (N=105)

變項名稱 (總分標準)		人數	百分比(%)	平均數	標準差
自覺健康狀況量表 (30)				18.17	3.54
*1.認為目前的健康狀況是 (5)	極好的	6	5.7	2.69	1.00
	很好	14	13.3		
	好	35	33.3		
	普通	41	39.0		
	不好	9	8.7		
*2.和一年前比較，目前的健康狀況是 (5)	好很多	1	1.0	2.66	0.80
	好一些	11	10.5		
	差不多	51	48.6		
	差一些	35	33.3		
	差很多	7	6.6		
3a.我好像比別人較容易生病 (5)	完全正確	8	7.6	2.94	1.04
	大部分正確	30	28.5		
	不知道	32	30.5		
	大部分不正確	30	28.6		
	完全不正確	5	4.8		
*3b.和認識的人來比，我和他們一樣健康 (5)	完全正確	12	11.4	3.70	0.89
	大部分正確	65	61.9		
	不知道	14	13.4		
	大部分不正確	12	11.4		
	完全不正確	2	1.9		
3c.我的健康會越來越壞 (5)	完全正確	15	14.3	2.70	1.06
	大部分正確	28	26.7		
	不知道	42	40		
	大部分不正確	14	13.3		
	完全不正確	6	5.7		
*3d.我的健康狀況好得很 (5)	完全正確	5	4.9	3.50	0.88
	大部分正確	62	59.0		
	不知道	20	19.0		
	大部分不正確	16	15.2		
	完全不正確	2	1.9		

註：一、第 3 題共有四個子題，分別為 3a, 3b, 3c, 3d。

二、*為反向題，已做反向計分。

三、各題項最低為 1 分，最高為 5 分；量表最低為 6 分，最高為 30 分。

（一）不同年齡原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異分析

由表4-2-2描述統計得知，不同年齡原住民中年婦女在「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」的平均數高於基準分數3分，以50-54歲的平均數為最高，40-49歲的平均數為低；在「我的健康狀況好得很」平均數高於基準分數3分，以50-54歲的平均數為最高，其他依序為40-49歲、30-39歲，在此題項中，隨著年齡的增長其平均數愈高；在「比別人較容易生病」中，30-39歲及40-49歲的平均數高於基準分數3分，只有50-54歲低於基準分數，在此題項中，隨著年齡的增長，其平均數會愈低；而不同年齡原住民中年婦女在「認為目前的健康狀況是」、「和一年前比較，目前的健康狀況是」、「我的健康會越來越壞」的平均數均低於基準分數。整體來說，不同年齡原住民中年婦女在自覺健康狀況只有「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」和「我的健康狀況好得很」題項中表現較正向，其他則較負向。

表 4-2-2 不同年齡原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表

自覺健康狀況題項	年 齡	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值	事後比較
認為目前的健康狀況是	30-39 歲	30	2.80	1.06	0.273	.762	
	40-49 歲	49	2.63	1.07			
	50-54 歲	26	2.65	0.80			
和一年前比較，目前的健康狀況是	30-39 歲	30	2.70	0.84	0.946	.392	
	40-49 歲	49	2.55	0.82			
	50~54 歲	26	2.81	0.69			
比別人較容易生病	1.30-39 歲	30	3.13	1.11	3.346	.039*	1,2>3
	2.40-49 歲	49	3.06	0.99			
	3.50-54 歲	26	2.50	0.95			
和任何認識的人來比，我和他們一樣健康	30-39 歲	30	3.73	0.78	0.235	.791	
	40-49 歲	49	3.63	1.07			
	50-54 歲	26	3.77	0.59			
我的健康會越來越壞	30-39 歲	30	2.67	1.09	0.084	.920	
	40-49 歲	49	2.67	1.13			
	50-54 歲	26	2.77	0.91			

表 4-2-2 不同年齡原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表（續）

自覺健康狀況題項	年 齡	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值	事後比較
我的健康狀況好得很	30-39 歲	30	3.40	0.93	0.897	.411	
	40-49 歲	49	3.45	0.94			
	50-54 歲	26	3.69	0.68			

註：1.每題得分，最低為1分，最高為5分

2. * $p < .05$

由單因子變異數分析結果得知（如表4-2-2），不同年齡原住民中年婦女只有「比別人較容易生病」得分達到顯著的差異，其他題項的得分則未達顯著差異。經事後比較，發現30-39歲及40-49歲多於50-54歲，顯示年齡較輕者其身體健康愈佳。林美聲（2004）針對中小學學校護理人員的健康促進生活型態現況研究，結果發現：自覺健康狀況總分不會因為人口學變項（年齡、教育程度、婚姻狀況、工作年資、家庭子女情況、身體質量指數、請病假情況、接受健康促進課程情況）之不同而有顯著差異，與本研究結果有些差異。吳明吉（2007）針對國小教師健身運動行為與心理因素之研究，研究結果呈現年齡越大其自覺健康狀況越好，50歲以上教師的自覺健康狀況顯著高於29歲以下以及30-39歲教師。陳振聲（2004）針對銀髮族自覺健康狀況與休閒阻礙關係之研究結果發現，不同年齡的研究對象在自覺健康上並無明顯的差異，不同年齡層的受試者其自覺健康狀況的研究結果會有所不同，可能與受試者的健康狀況良好與否有關聯。究其原因，可能與本研究的受試者較樂天知命加上原住民中年婦女正值中年時期，身體健康處於尚可階段，對於健康改善的自覺認知觀念較薄弱，且年齡較長的可能覺得自己的健康較差，會比別人較容易生病，故本研究不同年齡原住民中年婦女只有在自覺健康狀況量表之比別人較容易生病的題項得分達到顯著差異。

（二）不同教育程度原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異分析

由表4-2-3描述統計得知，不同教育程度原住民中年婦女在「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」及「我的健康狀況好得很」平均數高於基準分數3分，顯示不同教育程度在這兩個題項中表現較正向。在「比別人較容易生病」題項中，只有國中的平均數高於基準分數，其他則低於基準分數；在「認為目前的健康狀況是」、「和一年前比較，

目前的健康狀況是」、「我的健康會越來越壞」題項的平均數則均低於基準分數，顯示不同教育程度原住民中年婦女在這幾個題項表現較負向。

表 4-2-3 不同教育程度原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表

自覺健康狀況題項	教育程度	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值	事後比較
認為目前的健康狀況是	1.小學	41	2.34	0.73	4.363	.015*	3,2>1
	2.國中	31	2.84	1.10			
	3.高中職(含)以上	33	2.97	1.10			
和一年前比較，目前的健康狀況是	小學	41	2.66	0.79	0.268	.765	
	國中	31	2.58	0.85			
	高中職(含)以上	33	2.73	0.76			
比別人較容易生病	1.小學	41	2.61	0.97	6.550	.002*	2>1,3
	2.國中	31	3.45	1.03			
	3.高中職(含)以上	33	2.88	0.96			
和任何認識的人來比，我和他們一樣健康	小學	41	3.66	0.85	0.076	.927	
	國中	31	3.74	1.03			
	高中職(含)以上	33	3.70	0.81			
我的健康會越來越壞	小學	41	2.44	1.00	2.221	.114	
	國中	31	2.77	1.15			
	高中職(含)以上	33	2.94	1.00			
我的健康狀況好得很	小學	41	3.54	0.84	0.084	.919	
	國中	31	3.45	0.85			
	高中職(含)以上	33	3.48	0.97			

註：1.每題得分，最低為1分，最高為5分

2. * $p < .05$

由單因子變異數分析結果得知（如表4-2-3），不同教育程度原住民中年婦女在「認為目前的健康狀況是」及「比別人較容易生病」的題項得分達顯著差異，其他題項則未達顯著差異。經事後比較，「認為目前的健康狀況是」，國中及高中職（含）以上多於小學，結果顯示教育程度較高者，認為目前的健康狀況較佳；「比別人較容易生病」，國中多於小學及高中職（含）以上。林美聲（2004）針對護理人員的研究結果發現，自覺健康狀況不會因教育程度不同而有顯著差異，與本研究結果有些差異。可能與護理人員的教育程度較高、較一致，教育的項目大致相同，致使無顯著差異性。陳振聲（2004）

針對銀髮族自覺健康狀況與休閒阻礙關係之研究，不同教育程度在自覺健康得分，亦得無顯著差異的結果。而張聖如（2002）針對更年期婦女健康促進生活方式及其相關因素探討之研究，結果發現教育程度在自覺健康狀況有顯著差異。究其原因，可能與自覺健康狀況量表題項不同、原住民天生習性、本研究對象大部分教育程度偏低及對於健康促進的自覺認知觀念較薄弱有關，而教育程度高者大多從事公職，整體的自覺健康狀況會較佳，故教育程度在自覺健康狀況量表有兩個題項有明顯差異的情形。

（三）不同婚姻狀況原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異分析

由表4-2-4描述統計得知，不同婚姻狀況原住民中年婦女只有在「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」及「我的健康狀況好得很」平均數高於基準分數，而婚姻狀況其他者比已婚者得分較高，顯示其他較已婚表現的較正向；在「認為目前的健康狀況是」、「比別人較容易生病」、「我的健康會越來越壞」題項的平均數，只有其他的平均數高於基準分數，已婚的平均數皆低於基準分數；在「和一年前比較，目前的健康狀況是」題項中，已婚和其他的平均數皆低於基準分數，而其他的平均數高於已婚。

表 4-2-4 不同婚姻狀況原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表

自覺健康狀況題項	婚姻狀況	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
認為目前的健康狀況是	已婚	89	2.61	0.96	3.715	.057
	其他	16	3.13	1.15		
和一年前比較，目前的健康狀況是	已婚	89	2.65	0.78	0.027	.869
	其他	16	2.69	0.87		
比別人較容易生病	已婚	89	2.92	1.02	0.250	.618
	其他	16	3.06	1.12		
和任何認識的人來比，我和他們一樣健康	已婚	89	3.65	0.89	1.406	.238
	其他	16	3.94	0.85		
我的健康會越來越壞	已婚	89	2.62	1.04	3.185	.077
	其他	16	3.13	1.09		
我的健康狀況好得很	已婚	89	3.44	0.90	2.498	.117
	其他	16	3.81	0.66		

註：每題得分，最低為1分，最高為5分

由單因子變異數分析結果得知（如表4-2-4），不同婚姻狀況原住民中年婦女在自覺健康狀況各題項的差異均未達顯著水準。林美聲（2004）護理人員健康促進生活型態研究結果，自覺健康狀況不會因婚姻狀況不同而有顯著差異；陳振聲（2004）針對銀髮族55歲以上的成人自覺健康狀況與休閒阻礙的研究及吳明吉（2007）國小教師運動行為的研究結果發現，不同婚姻狀況在自覺健康狀況的得分未達顯著水準，與本研究結果頗為相符。究其原因，可能本研究對象大部分為已婚婦女，平日生活重心在於家庭，忙於照顧子女及配偶，因而可能會疏忽自己的健康狀況，而其他的雖較無家庭的牽累，但因居住環境偏遠，又無固定工作，加上習性影響，有閒暇時間也不會從事或瞭解身體健康的行為，故不同婚姻狀況在自覺健康狀況無明顯的差異情形。

（四）不同子女數原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異分析

由表4-2-5描述統計得知，不同子女數原住民中年婦女只有在「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」及「我的健康狀況好得很」平均數高於基準分數，顯示不同子女數原住民中年婦女在這兩個題項中表現較正向；在「比別人較容易生病」題項中，只有子女數1個（含）以下的平均數高於基準分數，其他的則低於基準分數；在「認為目前的健康狀況是」、「和一年前比較，目前的健康狀況是」、「我的健康會越來越壞」的平均數皆低於基準分數，結果顯示不同子女數原住民中年婦女在這幾個題項的表現較負向。

表 4-2-5 不同子女數原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表

自覺健康狀況題項	子女數	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值	事後比較
認為目前的健康狀況是	1. 1 個(含)以下	28	2.96	0.88	3.459	.035*	1>3
	2. 2 個	32	2.84	1.05			
	3. 3 個(含)以上	45	2.40	0.99			
和一年前比較，目前的健康狀況是	1 個(含)以下	28	2.96	0.79	2.974	.056	
	2 個	32	2.56	0.72			
	3 個(含)以上	45	2.53	0.81			
比別人較容易生病	1 個(含)以下	28	3.29	0.81	2.857	.062	
	2 個	32	2.66	0.97			
	3 個(含)以上	45	2.93	1.16			
和任何認識的人來比，我和他們一樣健康	1. 1 個(含)以下	28	3.93	0.77	3.993	.021*	1,3>2
	2. 2 個	32	3.34	0.94			
	3. 3 個(含)以上	45	3.80	0.87			
我的健康會越來越壞	1 個(含)以下	28	2.68	0.94	0.145	.865	
	2 個	32	2.63	1.01			
	3 個(含)以上	45	2.76	1.17			
我的健康狀況好得很	1 個(含)以下	28	3.61	0.63	0.313	.732	
	2 個	32	3.47	0.98			
	3 個(含)以上	45	3.44	0.94			

註：1.每題得分，最低為1分，最高為5分

2. * $p < .05$

由單因子變異數分析結果得知（如表4-2-5），不同子女數原住民中年婦女在「認為目前的健康狀況是」及「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」的題項上達顯著差異，其他題項則未達顯著差異。經事後比較分析，「認為目前的健康狀況是」子女數1個（含）以下多於3個（含）以上；「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」子女數1個（含）以下與3個（含）以上多於2個。結果顯示不同子女數原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異只有兩個題項達顯著水準，其他四個題項則未達顯著水準。林美聲（2004）針對護理人員的研究，自覺健康總分不會因家庭子女數不同而有差異，與本研究結果有些差異。究其原因，可能與原住民中年婦女居住環境、生活習性、經濟狀況普遍差有關，而本研究對象無論小孩多寡，其生活重心還是在家庭照顧上，因經濟狀況較差，也可能為生活困頓而煩惱，更遑論去了解自身的健康狀況，而子女數較少者，可能

較小孩多者有較多閒暇時間了解自身的自覺健康狀況，故不同子女數原住民中年婦女在自覺健康狀況量表有兩個題項有明顯的差異情形。

（五）不同家庭年收入原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異分析

由表 4-2-6 描述統計得知，不同家庭年收入原住民中年婦女在「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」及「我的健康狀況好得很」平均數高於基準分數，顯示不同家庭年收入原住民中年婦女在這兩個題項中表現較正向；在「比別人較容易生病」題項上，只有 21-40 萬元及 60 萬元以上的平均數高於基準分數；在「我的健康會越來越壞」題項，只有 60 萬元以上的平均數高於基準分數，在「認為目前的健康狀況是」、「和一年前比較，目前的健康狀況是」的平均數則皆低於基準分數，顯示不同家庭年收入原住民中年婦女在這兩個題項表現較負向。

表 4-2-6 不同家庭年收入原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表

自覺健康狀況題項	家庭年收入	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
認為目前的健康狀況是	20 萬(含)元以下	35	2.34	0.91	2.221	.090
	21-40 萬元	24	2.88	1.08		
	41 萬-60 萬元	31	2.90	1.04		
	60 萬元以上	15	2.73	0.88		
和一年前比較，目前的健康狀況是	20 萬(含)元以下	35	2.66	0.80	0.060	.981
	21-40 萬元	24	2.63	0.82		
	41 萬-60 萬元	31	2.65	0.80		
	60 萬元以上	15	2.73	0.80		
比別人較容易生病	20 萬(含)元以下	35	2.80	1.02	1.098	.354
	21-40 萬元	24	3.21	1.14		
	41 萬-60 萬元	31	2.81	1.05		
	60 萬元以上	15	3.13	0.83		
和任何認識的人來比，我和他們一樣健康	20 萬(含)元以下	35	3.86	0.88	0.677	.568
	21-40 萬元	24	3.58	0.83		
	41 萬-60 萬元	31	3.68	0.91		
	60 萬元以上	15	3.53	0.99		

表 4-2-6 不同家庭年收入原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表
(續)

自覺健康狀況題項	家庭年收入	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
我的健康會越來越壞	20 萬(含)元以下	35	2.57	1.07	1.167	.326
	21-40 萬元	24	2.75	1.11		
	41 萬-60 萬元	31	2.58	1.12		
	60 萬元以上	15	3.13	0.74		
我的健康狀況好得很	20 萬(含)元以下	35	3.40	0.91	0.643	.589
	21-40 萬元	24	3.67	0.92		
	41 萬-60 萬元	31	3.55	0.77		
	60 萬元以上	15	3.33	0.98		

註：每題得分，最低為1分，最高為5分

由單因子變異數分析結果得知（如表4-2-6），不同家庭年收入原住民中年婦女在自覺健康狀況各題項的差異均未達顯著水準。陳振聲（2004）針對銀髮族55歲以上的成人自覺健康狀況與休閒阻礙的研究，不同經濟狀況在整體自覺健康狀況得分未達顯著差異，與本研究的結果相符。張聖如（2002）更年期婦女的研究結果發現家庭月收入在自覺健康狀況達顯著性差異，與本研究結果不同。而張彩秀、黃乾全（2002）對40歲以上的中老年人做健康促進生活型態與相關因素之研究發現，高收入者越能採行健康促進行為。究其原因，可能是原住民中年婦女普遍家庭經濟情況不佳，許多原住民中年婦女無固定工作，另一半大都是靠打零工或是到山上工作為生，每月家庭收入微薄，有不少家庭依賴政府補助過活，一般家庭可能常常會為生計而煩惱，而家庭年收入較高者佔少數加上原住民居住環境偏遠、生活習性影響，故不同家庭年收入原住民中年婦女在自覺健康狀況無明顯差異情形。

（六）不同家庭型態原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異分析

由表 4-2-7 描述統計得知，不同家庭型態原住民中年婦女在「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」及「我的健康狀況好得很」平均數高於基準分數，顯示不同家庭型態原住民中年婦女在這兩個題項中表現較正向；在「比別人較容易生病」題項，只有其

他的平均數高於基準分數；在「認為目前的健康狀況是」、「和一年前比較，目前的健康狀況是」、「我的健康會越來越壞」的平均數皆低於基準分數，顯示不同家庭型態原住民中年婦女在這三個題項中表現較負向。

表 4-2-7 不同家庭型態原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表

自覺健康狀況題項	居住狀況	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
認為目前的健康狀況是	與家人同住	90	2.69	1.01	0.006	.937
	其他	15	2.67	0.98		
和一年前比較，目前的健康狀況是	與家人同住	90	2.69	0.79	1.006	.318
	其他	15	2.47	0.83		
比別人較容易生病	與家人同住	90	2.88	1.03	2.522	.115
	其他	15	3.33	1.05		
和任何認識的人來比，我和他們一樣健康	與家人同住	90	3.72	0.84	0.578	.449
	其他	15	3.53	1.19		
我的健康會越來越壞	與家人同住	90	2.73	1.03	0.817	.368
	其他	15	2.47	1.25		
我的健康狀況好得很	與家人同住	90	3.49	0.89	0.033	.857
	其他	15	3.53	0.83		

註：每題得分，最低為1分，最高為5分

由單因子變異數分析結果得知（如表4-2-7），不同家庭型態原住民中年婦女在自覺健康狀況各題項的差異均未達顯著水準。究其原因，可能是本研究對象大部分與家人同住，原住民中年婦女的重心會是在家庭上，而原住民本身的習性，對於自身的健康狀況較不重視，平常聚會飲酒作樂、嚼檳榔、吸煙等行為，彼此之間會相互影響，加上居住環境是山區，醫療設施欠缺及健康衛生教育未落實，因而不同家庭型態原住民中年婦女在自覺健康狀況上無明顯的差異情形。而目前尚未有以原住民中年婦女為對象進行家庭型態與自覺健康狀況的相關研究可供比較，其他研究大都未討論家庭型態，因此家庭型態對原住民中年婦女自覺健康狀況的影響如何？有待後續的研究加以探討。

（七）不同身體質量指數原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異分析

由表 4-2-8 描述統計得知，不同身體質量指數原住民中年婦女在「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」及「我的健康狀況好得很」的平均數高於基準分數，顯示不同身體質量指數原住民中年婦女在這兩個題項中表現較正向；在「認為目前的健康狀況是」、「和一年前比較，目前的健康狀況是」、「比別人較容易生病」、「我的健康會越來越壞」的平均數皆低於基準分數，顯示不同身體質量指數原住民中年婦女在這四個題項中表現較負向。

表 4-2-8 不同身體質量指數原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表

自覺健康狀況題項	身體質量指數	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
認為目前的健康狀況是	正常組	29	2.76	1.06	0.210	.648
	不正常組	76	2.66	0.99		
和一年前比較，目前的健康狀況是	正常組	29	2.62	0.86	0.084	.773
	不正常組	76	2.67	0.77		
比別人較容易生病	正常組	29	2.83	1.20	0.493	.484
	不正常組	76	2.99	0.97		
和任何認識的人來比，我和他們一樣健康	正常組	29	3.62	1.01	0.280	.598
	不正常組	76	3.72	0.84		
我的健康會越來越壞	正常組	29	2.76	1.12	0.143	.706
	不正常組	76	2.67	1.04		
我的健康狀況好得很	正常組	29	3.38	1.05	0.696	.406
	不正常組	76	3.54	0.81		

註：每題得分，最低為1分，最高為5分

由單因子變異數分析結果得知（如表4-2-8），不同身體質量指數原住民中年婦女在自覺健康狀況各題項的差異均未達顯著水準。林美聲（2004）護理人員研究結果，自覺健康狀況總分不會因不同身體質量指數而有顯著差異，與本研究結果相同。推論其原因，可能本研究對象肥胖的比率佔多數，與余璧如（2003）東部泰雅族30-64歲婦女研究發現，原住民婦女肥胖率相當高的結果相符，而原住民生性較樂天知命，對於肥胖常會伴隨許多慢性疾病的觀念較不注重，在本研究訪談問卷調查中，發現大部分肥胖的原

住民中年婦女不會嘗試藉由運動來減肥，認為肥胖較無關緊要，相對的常會忽略自身的健康狀況，而身體質量指數正常或不正常者，也可能是處於中年階段，大部分身體健康還尚佳，因此對自身的健康情形不會去重視它，故不同身體質量指數原住民中年婦女在自覺健康狀況無明顯的差異情形。

（八）不同運動階段原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異分析

由表 4-2-9 描述統計得知，不同運動階段原住民中年婦女在「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」及「我的健康狀況好得很」平均數高於基準分數，顯示不同運動階段原住民中年婦女在這兩個題項中表現較正向；在「認為目前的健康狀況是」、「和一年前比較，目前的健康狀況是」、「我的健康會越來越壞」的平均數皆低於基準分數，顯示不同運動階段原住民中年婦女在這三個題項中表現較負向。

表 4-2-9 不同運動階段原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表

自覺健康狀況題項	運動階段	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
認為目前的健康狀況是	無意圖期	23	2.74	0.75	1.041	.390
	意圖期	31	2.52	1.18		
	準備期	22	2.95	0.84		
	行動期	14	2.86	0.95		
	維持期	15	2.40	1.18		
和一年前比較，目前的健康狀況是	無意圖期	23	2.78	0.60	1.735	.148
	意圖期	31	2.42	0.89		
	準備期	22	2.82	0.59		
	行動期	14	2.93	0.83		
	維持期	15	2.47	0.99		
比別人較容易生病	無意圖期	23	2.91	0.79	1.530	.199
	意圖期	31	3.19	1.11		
	準備期	22	2.95	0.95		
	行動期	14	3.00	1.11		
	維持期	15	2.40	1.18		

表 4-2-9 不同運動階段原住民中年婦女自覺健康狀況描述統計及變異數分析摘要表
(續)

自覺健康狀況題項	運動階段	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
和任何認識的人來比， 我和他們一樣健康	無意圖期	23	3.70	0.70	1.697	.157
	意圖期	31	3.48	1.15		
	準備期	22	4.09	0.53		
	行動期	14	3.71	0.83		
	維持期	15	3.53	0.92		
我的健康會越來越壞	無意圖期	23	2.83	0.78	1.491	.211
	意圖期	31	2.77	1.20		
	準備期	22	2.91	0.97		
	行動期	14	2.57	1.16		
	維持期	15	2.13	1.06		
我的健康狀況好得很	無意圖期	23	3.83	0.65	1.875	.121
	意圖期	31	3.23	1.09		
	準備期	22	3.64	0.73		
	行動期	14	3.50	0.65		
	維持期	15	3.33	0.98		

註：每題得分，最低為1分，最高為5分

由單因子變異數分析結果得知（如表4-2-9），不同運動階段原住民中年婦女在自覺健康狀況各題項的差異均未達顯著水準。吳明吉（2007）國小教師運動行為研究，結果發現，不同運動階段的國小教師在自覺健康狀況的差異達顯著水準，處於維持期、行動期教師的自覺健康狀況顯著高於無意圖期、意圖期、準備期的教師；處於準備期、意圖期教師的自覺健康狀況顯著高於無意圖期的教師；呂昌明、郭曉文、王淑芬、林旭龍、李碧霞（2003）以台北市國小學童母親研究結果發現，自覺健康狀況較好者，有15.3%是屬於維持期，8.0%是屬於行動期，而自覺健康狀況較差者有60.9%是屬於意圖期；陳嘉成（2005）以台北縣國小女教師運動行為之研究結果發現，自覺健康狀況在運動階段百分比上有顯著差異存在，與本研究結果不同，究其原因，可能與研究對象不同有關，上述研究對象是國小教師，教育程度較高，對於健康的自覺認知觀念較好，自覺健康狀況較佳者會從事規律運動行為，而本研究對象運動觀念薄弱、樂天知命習性，加上勞務即運動的觀念，大部份原住民中年婦女不會想藉由運動來健身，故不同運動階段原住民

中年婦女在自覺健康狀況無明顯的差異情形。

第三節 不同背景變項原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異分析

本研究健康促進生活型態量表共有40題，包括自我實現（8題）、健康責任（9題）、運動休閒（6題）、營養（5題）、人際支持（6題）、壓力處理（6題）等六個層面。量表採四點計分法，「總是如此」得3分，「從來沒有」得0分，量表總分最低為0分，最高為120分，得分愈高表示健康促進生活型態愈佳。本研究結果發現健康促進生活型態量表總得分在21-83分之間，平均值為53.83，標準差為14.72，為便於與各分量表及其他研究比較，標準化得分為（分量表平均值/分量表滿分數） $\times 100$ 。本研究健康促進生活型態標準化得分指標為44.86，由結果顯示，原住民中年婦女健康促進生活型態呈現不佳狀態。本研究對象健康促進生活型態分量表及各題得分情形詳如附錄五。

六個分量表平均標準化得分以營養53.53分為最高，其他依序為人際支持50.56分、自我實現48.71分、壓力處理47.94分、健康責任37.33分、運動休閒35分。營養得分最高，運動休閒得分為最低，此與林美聲（2004）學校護理人員健康促進生活型態現況研究的結果相同。而健康責任及運動休閒得分為次低及最低與張聖如（2002）分析更年期婦女健康促進生活型態方式、林女理（2002）針對學校護理人員健康促進生活型態及其相關因素之探討、蕭順蘭（2002）針對衛生護理人員的健康促進生活型態現況研究、林美聲（2004）護理人員、鄭小玉（2005）針對花東地區學校護理人員的健康促進生活型態現況研究及李碧霞（2005）針對都市原住民中年婦女健康促進生活型態研究之研究結果相同。

（一）不同年齡原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異分析

由表 4-3-1 描述統計得知，不同年齡原住民中年婦女在營養平均數均高於基準分數，顯示不同年齡原住民中年婦女在營養表現較正向；在健康責任、運動休閒、壓力處

理的平均數皆低於基準分數，顯示不同年齡原住民中年婦女在這三個題項中表現較負向。在自我實現、營養、人際支持分量表的平均數，隨著年齡的增長而降低。

表 4-3-1 不同年齡原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

變 項	年齡	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
自我實現	30-39 歲	30	1.53	0.56	0.887	.415
	40-49 歲	49	1.47	0.49		
	50-54 歲	26	1.36	0.47		
健康責任	30-39 歲	30	1.07	0.49	0.189	.828
	40-49 歲	49	1.13	0.55		
	50-54 歲	26	1.16	0.51		
運動休閒	30-39 歲	30	1.11	0.45	0.444	.642
	40-49 歲	49	1.01	0.41		
	50-54 歲	26	1.07	0.59		
營養	30-39 歲	30	1.63	0.54	0.202	.817
	40-49 歲	49	1.62	0.44		
	50-54 歲	26	1.55	0.53		
人際支持	30-39 歲	30	1.61	0.52	0.997	.373
	40-49 歲	49	1.51	0.41		
	50-54 歲	26	1.43	0.51		
壓力處理	30-39 歲	30	1.43	0.45	0.005	.995
	40-49 歲	49	1.44	0.40		
	50-54 歲	26	1.44	0.41		

註：各分量表最低為0分，最高為3分，基準分數為1.5分

由單因子變異數分析結果得知（如表4-3-1），不同年齡原住民中年婦女在健康促進生活型態各分量表的差異均未達顯著水準。林美聲（2004）護理人員研究結果發現，年齡愈大者，愈能執行健康促進生活型態，年齡分布較廣，較容易顯現出不同年齡層之間的差異性；鄭小玉（2005）護理人員研究結果發現，高年齡層學校護理人員有較好的健康促進生活型態及較好健康責任、運動及壓力處理，不同年齡在健康促進生活型態達顯著水準，與本研究結果不同。張聖如（2002）更年期婦女的研究對象年齡各分組人數相近，年齡與健康促進生活型態未達顯著差異，而李碧霞（2005）都市原住民婦女之研究結果也亦同，與本研究結果相同。究其原因，可能與本研究對象各年齡層人數差異不

大、原住民天生習性及衛生健康宣導未落實有關，原住民中年婦女普遍以照顧家庭為重心，平日忙於照顧小孩及顧三餐，較無暇於去從事有關健康促進生活型態的行為，致使無顯著的差異存在。

（二）不同教育程度原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異分析

由表 4-3-2 描述統計得知，不同教育程度原住民中年婦女在自我實現、營養、人際支持、壓力處理的平均數，隨著教育程度的提升而增加。而不同教育程度在健康責任及運動休閒的平均數均低於基準分數，顯示不同教育程度在這兩個層面表現較負向。

表 4-3-2 不同教育程度原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

變 項	教育程度	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值	事後比較
自我實現	1.小學	41	1.28	0.42	5.645	.005*	3>1
	2.國中	31	1.50	0.51			
	3.高中職(含)以上	33	1.65	0.53			
健康責任	小學	41	1.03	0.52	0.949	.391	
	國中	31	1.18	0.49			
	高中職(含)以上	33	1.17	0.55			
運動休閒	小學	41	1.03	0.56	0.096	.909	
	國中	31	1.08	0.41			
	高中職(含)以上	33	1.05	0.40			
營養	1.小學	41	1.46	0.49	3.938	.023*	3>1
	2.國中	31	1.61	0.44			
	3.高中職(含)以上	33	1.78	0.49			
人際支持	小學	41	1.39	0.47	2.815	.065	
	國中	31	1.54	0.40			
	高中職(含)以上	33	1.65	0.50			
壓力處理	小學	41	1.39	0.39	0.850	.430	
	國中	31	1.41	0.41			
	高中職(含)以上	33	1.52	0.45			

註：1. 分量表最低為0分，最高為3分，基準分數為1.5分

2. * $p < .05$

由單因子變異數分析結果得知（如表4-3-2），不同教育程度原住民中年婦女在健康促進生活型態之自我實現及營養層面的差異達顯著水準，經事後比較，高中職（含）

以上優於小學。由結果顯示，大部分原住民中年婦女隨著教育程度的提升，在健康促進生活型態的行為有增加的趨勢，此與 Johnson, Ratner, Bottorff, & Hayduk, (1993)調查 20-60歲的成人健康促進生活型態及 Duffy, Rossow, & Hernandez (1996)針對非裔美籍婦女健康促進生活型態的研究結果，教育程度愈高者，愈能執行健康促進生活型態的結果接近。林美聲（2004）護理人員研究結果發現，教育程度對健康促進生活型態不會造成顯著差異，與本研究結果不同，可能因研究對象之背景、學歷皆以護理為主，對健康促進生活型態的概念已具備相當程度的認知有關。本研究對象教育程度有明顯落差，教育程度較高者，部分從事公職工作，有的甚至在衛生單位工作，其健康促進生活型態的觀念較教育程度較低者為高，相對的對其健康促進行為也會較重視，而教育程度較低者佔多數，其家庭經濟狀況普遍較教育程度較高者差許多，平日常會煩惱其生計問題，而較無心思從事健康促進生活型態行為，致使研究結果產生有些許的差異。

（三）不同婚姻狀況原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異分析

由表 4-3-3 描述統計得知，不同婚姻狀況原住民中年婦女在營養的平均數均高於基準分數，顯示不同婚姻狀況在營養層面表現較正向。而自我實現、健康責任、運動休閒及壓力處理的平均數均低於基準分數，顯示不同婚姻狀況原住民中年婦女在這四個層面表現較負向。

表 4-3-3 不同婚姻狀況原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

變 項	婚姻狀況	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
自我實現	已婚	89	1.47	0.51	0.161	.689
	其他	16	1.42	0.46		
健康責任	已婚	89	1.11	0.53	0.048	.827
	其他	16	1.15	0.44		
運動休閒	已婚	89	1.02	0.44	2.490	.118
	其他	16	1.22	0.56		
營養	已婚	89	1.62	0.50	0.511	.476
	其他	16	1.53	0.43		

表 4-3-3 不同婚姻狀況原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表（續）

變 項	婚姻狀況	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
人際支持	已婚	89	1.49	0.48	1.936	.167
	其他	16	1.67	0.39		
壓力處理	已婚	89	1.44	0.40	0.011	.919
	其他	16	1.45	0.48		

註：分量表最低為0分，最高為3分，基準分數為1.5分

由單因子變異數分析結果得知（如表4-3-3），不同婚姻狀況原住民中年婦女在健康促進生活型態各分量表的差異均未達顯著水準。林美聲（2004）護理人員研究結果顯示，婚姻狀況不會影響健康促進生活型態，而鄭小玉（2005）護理人員及李碧霞（2005）都市原住民婦女之研究結果亦得婚姻狀況在健康促進生活型態未達顯著差異的結果，與本研究結果相符。究其原因，可能本研究對象已婚者佔大多數，已婚者需要花較多的時間、精神在家庭事務上，相對的其執行健康促進行為的效果會減弱，而其他者佔少數，雖有較多時間去執行健康促進行為，但整體居住環境相近，會影響到彼此健康促進生活型態的觀念，故無明顯的差異性。

（四）不同子女數原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異分析

由表 4-3-4 描述統計得知，不同子女數原住民中年婦女在營養的平均數均高於基準分數，顯示不同子女數在營養層面表現較正向；而健康責任及運動休閒的平均數均低於基準分數，顯示不同子女數原住民中年婦女在這兩個層面表現較負向；在自我實現及健康責任層面，平均數隨子女數的增多而增加。

表 4-3-4 不同子女數原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

變 項	子女數	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
自我實現	1 個(含)以下	28	1.38	0.55	1.588	.209
	2 個	32	1.39	0.37		
	3 個(含)以上	45	1.56	0.55		
健康責任	1 個(含)以下	28	1.00	0.55	1.109	.334
	2 個	32	1.15	0.48		
	3 個(含)以上	45	1.18	0.52		
運動休閒	1 個(含)以下	28	0.99	0.41	1.025	.362
	2 個	32	0.99	0.37		
	3 個(含)以上	45	1.13	0.55		
營養	1 個(含)以下	28	1.61	0.53	0.519	.597
	2 個	32	1.54	0.44		
	3 個(含)以上	45	1.65	0.50		
人際支持	1 個(含)以下	28	1.61	0.51	1.188	.309
	2 個	32	1.43	0.39		
	3 個(含)以上	45	1.52	0.49		
壓力處理	1 個(含)以下	28	1.51	0.52	0.590	.556
	2 個	32	1.39	0.35		
	3 個(含)以上	45	1.43	0.39		

註：分量表最低為0分，最高為3分，基準分數為1.5分

由單因子變異數分析結果得知（如表4-3-4），不同子女數原住民中年婦女在健康促進生活型態各分量表的差異均未達顯著水準。林美聲（2004）護理人員研究結果顯示，子女數並不會影響健康促進生活型態之執行，可能因研究對象有較足夠的支持系統，使健康促進生活型態之執行不受影響。李碧霞（2005）都市原住民婦女之研究結果發現，子女數在健康促進生活型態未達顯著差異，與本研究結果相符。蕭順蘭（2002）護理人員之研究結果，不同子女數在健康促進生活型態達顯著差異，有子女者要花費較多時間與精神照顧，較無暇從事健康促進生活型態行為，而無子女者則有較多時間來從事健康促進的行為，與本研究結果不同。究其原因，可能年齡較大者，尤其是50-54歲的原住民中年婦女其孩子年齡較長，較年齡小的婦女不用花更多時間照顧孩子，有較多的時間可執行健康促進行為，但因整體環境與部落習性相似，因而在不同子女數上無明顯的差

異性。

（五）不同家庭年收入原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異分析

由表4-3-5描述統計得知，不同家庭年收入原住民中年婦女在自我實現、營養及壓力處理的平均數隨著收入的增加而增加，而家庭年收入最低的在健康促進生活型態六個層面的平均數明顯偏低。

表 4-3-5 不同家庭年收入原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

變 項	家庭年收入	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值	事後比較
自我實現	1. 20 萬(含)以下	35	1.19	0.49	6.123	.001*	2,3,4>1
	2. 21 萬至 40 萬元	24	1.55	0.42			
	3. 41 萬至 60 萬元	31	1.58	0.42			
	4. 60 萬元以上	15	1.69	0.58			
健康責任	20 萬(含)以下	35	0.94	0.51	2.462	.067	
	21 萬至 40 萬元	24	1.26	0.54			
	41 萬至 60 萬元	31	1.22	0.44			
	60 萬元以上	15	1.11	0.58			
運動休閒	20 萬(含)以下	35	0.98	0.45	2.297	.082	
	21 萬至 40 萬元	24	1.17	0.58			
	41 萬至 60 萬元	31	1.14	0.37			
	60 萬元以上	15	0.84	0.40			
營養	20 萬(含)以下	35	1.37	0.41	5.306	.002*	2,3,4>1
	21 萬至 40 萬元	24	1.64	0.42			
	41 萬至 60 萬元	31	1.74	0.50			
	60 萬元以上	15	1.84	0.55			
人際支持	20 萬(含)以下	35	1.43	0.52	2.011	.117	
	21 萬至 40 萬元	24	1.53	0.39			
	41 萬至 60 萬元	31	1.67	0.47			
	60 萬元以上	15	1.38	0.40			
壓力處理	20 萬(含)以下	35	1.30	0.45	2.174	.096	
	21 萬至 40 萬元	24	1.50	0.34			
	41 萬至 60 萬元	31	1.51	0.39			
	60 萬元以上	15	1.53	0.43			

註：1. 分量表最低為0分，最高為3分，基準分數為1.5分

2. * $p < .05$

由單因子變異數分析結果得知（如表 4-3-5），不同家庭年收入原住民中年婦女在健康促進生活型態之自我實現及營養層面的差異達顯著水準，經事後比較，60 萬以上、41 萬至 60 萬元及 21 萬至 40 萬元優於 20 萬(含)以下。鄭小玉（2005）護理人員及李碧霞（2005）都市原住民婦女之研究結果發現，不同家庭年收入在健康促進生活型態無顯著差異，與本研究結果相異。陳純珣（2006）醫院員工研究發現，家庭年收入愈高者，其執行健康促進生活型態行為愈佳，即不同家庭年收入在健康促進生活型態達顯著差異，與本研究結果較為接近。推論其原因，可能與普遍部落原住民中年婦女收入遠低於一般地區，生活及物質環境不甚理想，經濟水準差的原住民中年婦女可能每天為生計而煩惱，對於健康促進生活型態較不會去重視它。有較高收入者生活較好，在生活上得以控制，會有較低患病率和較好的健康行為，經濟水準好的原住民中年婦女，可以藉由利他的慾望來增進自我價值，使自己生活的有自信，亦即可提升自己執行健康促進的行為。

（六）不同家庭型態原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異分析

由表4-3-6描述統計得知，不同家庭型態原住民中年婦女在營養及人際支持的平均數均高於基準分數，顯示不同家庭型態原住民中年婦女在這兩個層面表現較正向。而自我實現、健康責任、運動休閒及壓力處理的平均數均低於基準分數，顯示不同家庭型態原住民中年婦女在這四個層面表現較負向。

表 4-3-6 不同家庭型態原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

變 項	家庭型態	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
自我實現	與家人同住	90	1.46	0.51	0.035	.852
	其他	15	1.48	0.49		
健康責任	與家人同住	90	1.11	0.52	0.083	.773
	其他	15	1.16	0.50		
運動休閒	與家人同住	90	1.03	0.45	0.884	.349
	其他	15	1.16	0.57		
營養	與家人同住	90	1.58	0.48	1.751	.189
	其他	15	1.76	0.56		
人際支持	與家人同住	90	1.51	0.45	0.020	.888
	其他	15	1.53	0.56		
壓力處理	與家人同住	90	1.43	0.40	0.159	.691
	其他	15	1.48	0.50		

註：分量表最低為0分，最高為3分，基準分數為1.5分

由單因子變異數分析結果得知（如表4-3-6），不同家庭型態原住民中年婦女在健康促進生活型態各分量表的差異均未達顯著水準。李碧霞（2005）都市原住民婦女、鄭小玉（2005）護理人員及陳純珣（2006）醫院員工之研究結果發現，不同家庭型態不會影響其健康促進生活型態，與本研究的結果相同。推論其原因，可能與家人同住的佔大多數，其他為少數，而原住民中年婦女居住環境位於偏遠地區，經濟狀況普遍較差且部落習性相互影響有關。

（七）不同身體質量指數原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異分析

由表4-3-7描述統計得知，不同身體質量指數原住民中年婦女在營養及人際支持的平均數均高於基準分數，顯示不同身體質量指數原住民中年婦女在這兩個層面表現較正向。而健康責任、運動休閒及壓力處理的平均數均低於基準分數，顯示不同身體質量指數原住民中年婦女在這三個層面表現較負向。

表 4-3-7 不同身體質量指數原住民中年婦女在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

變 項	BMI	個數	平均數	標準差	F 檢定	p 值
自我實現	正常組	29	1.50	0.55	0.192	.662
	不正常組	76	1.45	0.49		
健康責任	正常組	29	1.10	0.45	0.059	.809
	不正常組	76	1.13	0.55		
運動休閒	正常組	29	0.99	0.39	0.588	.445
	不正常組	76	1.07	0.49		
營養	正常組	29	1.51	0.54	1.529	.219
	不正常組	76	1.64	0.47		
人際支持	正常組	29	1.57	0.50	0.483	.489
	不正常組	76	1.50	0.46		
壓力處理	正常組	29	1.41	0.38	0.137	.712
	不正常組	76	1.45	0.43		

註：分量表最低為0分，最高為3分，基準分數為1.5分

由單因子變異數分析結果得知（如表4-3-7），不同身體質量指數原住民中年婦女在健康促進生活型態各分量表的差異均未達顯著水準。林美聲（2004）護理人員研究結果發現，身體質量指數與健康促進生活型態無顯著相關存在；鄭小玉（2005）護理人員及李碧霞（2005）都市原住民婦女之研究亦得相同結果，與本研究結果相同。而蕭順蘭（2002）護理人員研究結果發現，身體質量指數與健康促進生活型態分量表的人際支持與自我實現呈正相關，即身體質量指數正常者，其生活型態較好，較能欣賞自己、對生命充滿信心、重視自己的成就，呈現較佳的自我實現行為；Wilsgaad、Jacobsen & Arnesen (2005)對20-61歲的人做身體質量指數與生活型態的關係研究，身體質量指數較低的人有較健康的生活型態，與本研究結果不同。本研究對象不正常組（肥胖）佔最多，與余璧如（2003）研究東部泰雅族30-64歲婦女的肥胖程度與相關因素，結果顯示原住民婦女肥胖率相當高的結果相同，究其原因，可能與原住民中年婦女居住地區運動設施及場所缺乏，普遍運動行為觀念薄弱、健康宣導未落實有關，而原住民天生習性影響鉅深，也可能導致不論身體質量指數肥胖或正常，其健康促進生活型態無顯著的差異。

第四節 原住民中年婦女在自覺健康狀況與健康促進生活型態的相關

為瞭解本研究對象自覺健康狀況與健康促進生活型態之關係，將自覺健康狀況六個題項與健康促進生活型態六個分量表進行皮爾森積差相關分析（見表 4-4）。結果顯示「認為目前的健康狀況是」、「我的健康會越來越壞」、「我的健康狀況好得很」只與營養分量表達顯著相關，其他則未達顯著相關；「和一年前比較，目前的健康狀況是」、「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」與健康促進生活型態六個分量表則未達顯著相關；「比別人較容易生病」與自我實現、營養、人際支持、壓力處理等分量表呈顯著相關，與健康責任、運動休閒分量表則未達顯著相關。

張聖如（2002）更年期婦女研究結果發現，自覺健康狀況愈佳則健康促進生活方式愈好；張彩秀、黃乾全（2002）針對中年人健康促進生活型態的相關研究，發現自覺健康狀況較同年齡好，愈能從事健康促進行為，自覺健康狀況與健康促進生活型態呈正相關；林美聲（2004）護理人員研究得知健康促進生活型態會受自覺健康狀況所影響，即自覺健康狀況愈好者，則健康促進生活型態執行愈佳；鄭小玉（2005）護理人員研究發現自覺健康狀況較佳的人，其健康促進生活型態也會較為優良的結果；李碧霞（2005）都市原住民婦女及陳純珣（2006）醫院員工之研究發現，自覺健康狀況得分與健康促進生活型態也成正相關或顯著相關，與本研究結果不同。究其原因，可能本研究對象均位處於偏遠山區，當地醫療不足，就醫不便，生病常自行服成藥，不是嚴重疾病常忽略自身的健康，加上本研究對象普遍教育程度低、經濟狀況不佳，而原住民樂天知命的習性，相對造成影響。以上學者研究對象除李碧霞（2005）是都市原住民中年婦女外，其餘皆為護理人員，研究對象及居住環境的不同，是否會影響結果？而有關偏遠地區山地鄉原住民中年婦女的研究目前尚無，有待後續研究再做進一步的探討與驗證。

表 4-4 自覺健康狀況與健康促進生活型態之皮爾森積差相關分析 (N=105)

變項名稱	相關	自我實現	健康責任	運動	營養	人際支持	壓力處理
認為目前的健康狀況是	Pearson 相關	.118	.133	.086	.231*	.131	.065
	顯著性 (雙尾)	.230	.178	.383	.018	.182	.513
和一年前比較，目前的健康狀況是	Pearson 相關	-.106	-.078	-.009	.089	-.083	-.065
	顯著性 (雙尾)	.281	.426	.929	.366	.401	.509
比別人較容易生病	Pearson 相關	.364*	-.047	.049	.444*	.224*	.279*
	顯著性 (雙尾)	.000	.635	.618	.000	.022	.004
和任何認識的人來比，我和他們一樣健康	Pearson 相關	-.126	.073	.162	-.075	.059	-.113
	顯著性 (雙尾)	.199	.460	.100	.444	.549	.253
我的健康會越來越壞	Pearson 相關	.167	-.139	-.076	.212*	.030	.114
	顯著性 (雙尾)	.089	.156	.443	.030	.759	.248
我的健康狀況好得很	Pearson 相關	.015	.026	.142	.235*	-.064	.010
	顯著性 (雙尾)	.883	.793	.150	.016	.516	.918

註：* 在顯著水準為 0.05 時 (雙尾)，相關顯著。

第五節 不同背景變項及自覺健康狀況對健康促進生活型態之預測情形

本研究是探討原住民中年婦女的背景變項、運動階段及自覺健康狀況對健康促進生活型態之預測情形，以背景變項、運動階段及自覺健康狀況為自變項，健康促進生活型態為依變項，進行逐步多元迴歸分析。不同背景變項與健康促進生活型態有顯著差異的變項，包括教育程度及家庭年收入；預測變項同時以背景變項、運動階段及自覺健康狀況六個題項進行分析，在進行逐步多元迴歸分析之前，首先將自變項中屬於類別變項的轉換成虛擬變項，詳如表4-5-1。

表 4-5-1 類別變項轉換虛擬變項對照表

變項名稱	類 別	虛擬變項				
運動階段	無意圖期	1	0	0	0	0
	意圖期	0	1	0	0	0
	準備期	0	0	1	0	0
	行動期	0	0	0	1	0
	維持期（參照組）	0	0	0	0	0
教育程度	小學	1	0	0		
	國中	0	1	0		
	高中職（含）以上（參照組）	0	0	0		
家庭年收入	20 萬（含）以下	1	0	0	0	
	21 萬至 40 萬元	0	1	0	0	
	41 萬至 60 萬元	0	0	1	0	
	60 萬元以上（參照組）	0	0	0	0	

表 4-5-2 為背景變項（含運動階段）與健康促進生活型態之積差相關矩陣，十五個預測變項中，部分與效標變項的積差相關達顯著水準，由此相關矩陣可以看出效標變項與預測變項之間相關強弱與方向，也可看出效標變項之間的相關情形，相關性尚可。在整體模式之共線性診斷檢核中，若特徵值、條件指標愈大，變異數比例值就愈高，則表示模式較有共線性的問題。

表 4-5-2 健康促進生活型態與所有變項之皮爾森積差相關矩陣表

健康 促進 生活 型態 平均	階段 1	階段 2	階段 3	階段 4	教育 1	教育 2	收入 1	收入 2	收入 3	A	B	C	D	E	F
健康 促進 生活 型態 平均	1.000														
階段 1	-0.412*	1.000													
階段 2	0.149	-0.343*	1.000												
階段 3	-0.072	-0.273*	-0.333*	1.000											
階段 4	0.169	-0.208*	-0.254*	-0.202*	1.000										
教育 1	-0.222*	0.095	-0.047	0.068	-0.142	1.000									
教育 2	0.047	-0.090	0.039	0.026	0.115	-0.518*	1.000								
收入 1	-0.328	0.016	0.074	0.033	-0.158	0.345*	-0.103	1.000							
收入 2	0.124	-0.124	0.095	0.054	0.053	-0.110	0.244*	-0.385*	1.000						
收入 3	0.194*	-0.090	-0.053	-0.077	0.176	-0.133	-0.053	-0.458*	-0.352*	1.000					
A	0.165	0.028	-0.110	0.139	0.067	-0.276*	0.099	-0.243*	0.103	-0.141	1.000				
B	-0.068	0.084	-0.195*	0.105	0.135	0.001	-0.063	0.000	-0.022	-0.010	0.479*	1.000			
C	0.258*	-0.015	0.157	0.006	0.022	-0.259*	0.319*	-0.098	0.140	-0.086	0.260*	0.198*	1.000		
D	-0.001	0.000	-0.155	0.230*	0.008	-0.033	0.034	0.129	-0.069	-0.013	0.344*	0.354*	-0.082	1.000	
E	0.047	0.066	0.049	0.105	-0.046	-0.195*	0.049	-0.083	0.028	-0.070	0.281*	0.286*	0.423*	-0.130	1.000
F	0.068	0.200*	-0.199*	0.083	0.002	0.038	-0.032	-0.077	0.107	0.039	0.571*	0.452*	0.148	0.429*	0.123 1.000

註：1. A：認為目前的健康狀況是；B：和一年前比較，目前的健康狀況是；C：比別人較容易生病；D：和任何認識的人來比，我和他們一樣健康；E：我的健康會越來越壞；F：我的健康狀況好得很

2. * $p < .05$

經由逐步多元迴歸分析方式，選取變項，選入準則 $F \leq .05$ ，刪除機率 $F \geq .1$ ，其模式摘要如表 4-5-3，由結果顯示，運動階段 1（無意圖期與維持期的對比組）、家庭年收入 1（20 萬（含）以下與 60 萬元以上的對比組）、比別人較容易生病、運動階段 3（準備期與維持期的對比組）進入迴歸分析模式，多元相關係數為 .595，聯合解釋變異量為 0.354，亦即表中四個變項能聯合預測健康促進生活型態 35.4% 的變異量。

表 4-5-3 逐步多元迴歸分析摘要表

模 式	R	R 平方	調過 後的 R 平 方	估計的 標準誤	變更統計量				
					R 平方 改變量	F 改 變	分子 自由 度	分母 自由 度	顯著 性 F 改變
1	.412(a)	.170	.162	.33705	.170	21.035	1	103	.000
2	.522(b)	.273	.259	.31692	.103	14.499	1	102	.000
3	.567(c)	.322	.302	.30759	.049	7.282	1	101	.008
4	.595(d)	.354	.329	.30160	.033	5.053	1	100	.027

a 預測變數：（常數），階段1

b 預測變數：（常數），階段1, 收入1

c 預測變數：（常數），階段1, 收入1, 比別人較容易生病

d 預測變數：（常數），階段1, 收入1, 比別人較容易生病, 階段3

就進入迴歸模式四個預測變項的解釋量來看，以運動階段「無意圖期與維持期的對比組」層面的預測力最佳，其個別解釋量為17%，其他依序為家庭年收入「20萬（含）以下與60萬元以上的對比組」、自覺健康狀況之「比別人較容易生病」、運動階段「準備期與維持期的對比組」層面，其單獨解釋量分別為10.3%、4.9%、3.3%。這四個變項聯合預測力達35.5%，如表4-5-4。

從標準化迴歸係數來看，比別人較容易生病的 Beta 值為正值，表示這個變項對健康促進生活型態的影響為正向；無意圖期與維持期的對比組對健康促進生活型態的 Beta 值為負值，表示無意圖期與維持期相較之下，無意圖期的原住民中年婦女其健康促進生活型態較低；20 萬（含）以下與 60 萬元以上對比組的 Beta 值為負值，表示相較之下，20 萬（含）以下的原住民中年婦女其健康促進生活型態較差；準備期與維持期對比組的 Beta 值為負值，表示準備期與維持期相較之下，準備期的原住民中年婦女其健康促進生活型態較維持期低。

表 4-5-4 背景變項及自覺健康狀況對健康促進生活型態之逐步多元迴歸分析摘要表

進入的變項順序	多元相關 係數 R	R ² 決定係數	ΔR 增加 R ²	淨 F 值	模式 F 值	B 估計 值	Beta
截距						1.312	
1.無意圖期與維持期的 對比組	0.412	0.170	0.170	21.035	21.035	-0.403	-0.455
2. 20 萬（含）以下與 60 萬元以上的對比 組	0.522	0.273	0.103	14.499	19.145	-0.227	-0.293
3.比別人較容易生病	0.567	0.322	0.049	7.282	15.977	0.079	0.223
4.準備期與維持期的 對比組	0.595	0.354	0.033	5.053	13.727	-0.169	-0.188

註：四個預測變數與依變數的多元相關=.595、R²=.354

由研究結果得知，不同背景變項只有家庭年收入 20 萬（含）以下與 60 萬元以上對比組有預測作用，其單獨解釋量為 10.3%。蕭順蘭（2002）針對台北縣 29 個衛生所護理人員的健康促進生活型態研究中，發現不同背景變項只有公衛年資、參加健康促進課程時數有預測作用，可解釋健康促進生活型態的變異量並不大；林美聲（2004）針對學校護理人員健康促進生活型態的研究中，不同背景變項只有參與健康促進課程時數有預測作用，其單獨解釋量為 2.3%；李碧霞（2005）針對台北市 30-64 歲都市原住民婦女的健康促進生活型態研究中，不同背景變項中只有參加教會活動有預測作用，且對健康促進生活型態的解釋力並不大，由此得知，不同背景變項對健康促進生活型態的預測作用並不大，與本研究的結果頗為接近。而其他學者張聖如（2002）更年期婦女、鄭小玉（2006）護理人員的研究結果發現，不同背景變項對健康促進生活型態並無預測力。

自覺健康狀況六個題項中，只有比別人較容易生病對健康促進生活型態有預測作用，其單獨解釋量為 4.9%，可見本研究自覺健康狀況對健康促進生活型態的預測力很低。李碧霞（2005）的研究結果發現，原住民基本屬性中僅參加教會會影響健康促進生活型態，健康狀態中的生理功能與活力狀態亦為影響因素，總解釋變異量僅 11.3%，可

見自覺健康狀況對健康促進生活型態的預測力不高，與本研究結果接近。而與蕭順蘭（2002）、張聖如（2002）、林美聲（2004）、鄭小玉（2006）之研究結果，自覺健康狀況為健康促進生活型態的重要預測因子的結果不同，究其原因，可能與自覺健康狀況題項、研究對象、教育程度不同有關，大部分學者所使用的自覺健康狀況量表只有三個題項，且三個題項皆為正向題，而本研究所使用的自覺健康狀況量表有六個題項，其中有四個題項是反向題計分，可能會導致與其他研究的結果會有所差異，而上述學者研究對象為護理人員及更年期婦女，護理人員本身在從事有關醫療保健的工作且教育程度一般較山地鄉原住民中年婦女高，其自覺健康情形會優於偏遠地區原住民婦女，而學者邱煜智（2005）原住民健康狀況差異的研究發現，原住民的健康狀況普遍皆要比台灣地區要來得差，且隨著都市化程度降低而降低，故本研究的結果有異於其他的研究結果。

運動階段無意圖期與維持期的對比組對健康促進生活型態的預測力最佳，由此可知，有規律運動行為的原住民中年婦女，其執行健康促進生活型態會愈佳。而目前有關健康促進生活型態重要預測因子不外乎於健康概念、健康行為自我效能、自覺健康狀況等，經由本研究結果發現，運動階段也可作為健康促進生活型態的預測因子。

第五章 結論與建議

本研究旨在了解原住民中年婦女的健康促進生活型態，探討背景變項、自覺健康狀況與健康促進生活型態之差異性與相關性，根據資料分析的結果，歸納討論所得的發現，加以整理做成結論，提供相關單位參考，並對未來後續的研究提出建議。本章共分為結論與建議二節，茲分敘如下：

第一節 結論

本研究採訪談問卷調查法，以台東縣大武地區山地鄉30-54歲原住民中年婦女共105位為研究對象，依據研究目的、結果與討論，歸納出以下的結論：

一、原住民中年婦女在不同運動階段人數分布情形

運動階段的人數分布以意圖期為最多，其次依序為無意圖期、準備期、維持期、行動期。以是否從事規律運動行為來看，完全無運動行為者佔 51.4%（意圖期加無意圖期），無規律運動行為者佔 21%，有規律運動行為者佔 27.6%（維持期加行動期），由數據顯示，原住民中年婦女的運動行為執行很差。

二、不同背景變項原住民中年婦女在自覺健康狀況的差異情形

不同年齡在比「別人較容易生病」題項得分，30-39 歲多於 50-54 歲；40-49 歲多於 50-54 歲，顯示年齡較輕者其身體健康愈佳；不同教育程度原住民中年婦女在「目前的健康狀況」，國中及高中職（含）以上多於小學，教育程度較高者，認為目前的健康狀況較佳。「比別人較容易生病」題項，國中多於小學及高中職（含）以上；不同子女數原住民中年婦女在「目前的健康狀況」、「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」的題項，子女數 1 個（含）以下與 3 個（含）以上多於 2 個；不同婚姻狀況、家庭年收入、家庭型態、身體質量指數、運動階段原住民中年婦女在自覺健康狀況各題項的差異均未達顯著水準。本研究對象自覺健康狀況屬於不佳，原住民樂天知命的習性加上醫療保健觀念未落實，讓大部分的原住民中年婦女未能重視自己的健康狀況，而少部分家庭年收入及教育程度較高者，其自覺健康狀況較佳，會有較好的運動行為執行力，當務

之急，要改善醫療設施不足，加強衛生健康宣導，以提升原住民中年婦女的健康狀況。

三、不同背景變項原住民中年婦女在健康促進生活型態的差異情形

健康促進生活型態六個層面的得分中以營養為最高，其他依序為人際支持、自我實現、壓力處理、健康責任、運動休閒，若能提升原住民中年婦女運動及健康責任等健康促進行為能力，則可增進其健康促進生活型態。而不同教育程度、家庭年收入原住民中年婦女在自我實現及營養層面，高中職（含）以上優於小學；21萬至40萬元、41萬至60萬元及60萬元以上優於20萬（含）以下，而不同年齡、婚姻狀況、子女數、家庭型態、BMI 的原住民中年婦女在自我實現及營養得分的差異則未達顯著水準；不同背景變項原住民中年婦女在健康責任、運動休閒、壓力處理、健康責任層面均未達顯著差異。原住民中年婦女整體健康促進生活型態不佳，應加強健康促進行為宣導，改變其不當的生活型態，方能提升原住民中年婦女的身體健康，減少社會醫療資源的支出。

四、原住民中年婦女在自覺健康狀況與健康促進生活型態的相關

自覺健康狀況之「目前的健康狀況是」、「我的健康會越來越壞」、「我的健康狀況好得很」只與營養分量表達顯著相關，而與其他分量表則未達顯著相關；「和一年前比較，目前的健康狀況」、「和任何認識的人來比，我和他們一樣健康」與健康促進生活型態六個分量表未達顯著相關；「比別人較容易生病」與自我實現、營養、人際支持、壓力處理等四個分量表呈顯著相關。由結果得知，自覺健康狀況與健康促進生活型態沒呈現顯著相關，應加強落實原住民醫療健康概念，從個人做起，進而影響整個部落。

五、不同背景變項、運動階段及自覺健康狀況對健康促進生活型態之預測情形

運動階段無意圖期與維持期的對比組、家庭年收入 20 萬（含）以下與 60 萬元以上的對比組、自覺健康狀況之比別人較容易生病、運動階段準備期與維持期的對比組等四個變項為預測健康促進生活型態之因子，共可解釋健康促進生活型態 35.4%的變異量，其中以運動階段無意圖期與維持期的對比組預測力最佳，可解釋健康促進生活型態總變異量的 17%。

第二節 建議

依據研究的結果與討論，提出以下的建議：

一、在原住民中年婦女健康促進生活型態實務方面

- (一)本研究發現，原住民中年婦女在自覺健康狀況、運動階段分布及健康促進生活型態等各層面的得分不盡理想，尤其健康責任、運動休閒得分偏低，未來應該朝向這幾個面向來加強，讓原住民中年婦女能執行良好的健康促進生活型態，使其有健康的身心。
- (二)從本研究發現原住民中年婦女的健康行為及健康促進生活型態普遍不佳，然而母親在家庭功能扮演的角色會深深影響孩童，因此從國民健康促進的角度來看，增進父母親的健康行為，不僅可以減少醫療資源的支出，更能夠積極影響到下一代的健康，相關衛生單位可以從父母親的健康促進行為來做進一步的宣導與改善。
- (三)加強原住民中年婦女健康教育宣導，尤其較差的層面，並提升社區醫療服務，方能提升整體的健康促進生活型態，建議政府及衛生相關單位，可以擬訂出具體策略與方案，以便於改善原住民中年婦女的健康，甚至整個原住民部落。

二、未來研究的建議

- (一)在研究對象方面：原住民的健康問題長久以來在社會上較受到忽略，本研究只針對台東縣大武地區山地鄉原住民中年婦女進行研究，未來的研究可以將受試對象擴大至其他地區或原住民中年人，也可進一步分析其他地區原住民中年婦女或原住民中年人男女健康促進生活型態的異同，以便提供更充份的訊息，供相關衛生單位人員做為衛生教育宣導的參考。
- (二)在研究方法方面：本研究以橫斷式自我回憶法進行問卷之調查，無法避免填答者回憶偏差的問題，為了能夠增加研究的可信度，未來研究可加入深度訪談或觀察法等質性研究法並與量化研究同時來進行，以期減少回憶的偏差及了解問題的本質，讓研究更趨於臻善。
- (三)在研究變項方面：本研究背景變項可依研究需要給予增刪，還有一些重要影響因

素可解釋健康促進生活型態，如健康行為自我效能、健康概念、運動參與行為等，值得未來研究者選擇繼續做探討，但題目稍多，如要選用，應考量整體研究對象的教育程度及回答意願，如條件符合，擇一選用，更有助於了解原住民中年婦女其健康促進行為。

(四)在研究問卷施測方面：在進行訪談問卷調查時，尋找研究對象是困難的，如找到研究對象，發現大部分原住民中年婦女，認為填答問卷是有好處或認為填問卷無關己益，增加訪談問卷填答的困難度，為利於問卷填答，可透過教會來協助，在原住民中年婦女週末做禮拜時，由教會人員協助施測，將有助於問卷填答及回收。

(五) 在研究問卷方面：目前有關健康促進生活型態的量表，大都沿用國外量表發展而來，因國情、文化的不同，可能無法呈現完整的施測內涵，而國內目前尚無針對原住民中年婦女來施測的健康促進生活型態量表，建議未來施測者若能建構適合原住民不同年齡的健康促進生活型態量表，將會使研究結果趨於完善及更有意義。



參考文獻

一、中文部份

- 丁志音 (1998)。生活方式與健康—概念、倫理及政策的探討。《公共衛生》，15(1)，16-26。
- 丁志音、江東亮 (1996)。以健康行為型態分類台灣地區之成年人口群—群聚分析之應用。《中華衛誌》，15(3)，175-186。
- 于漱 (1988)。台北市20-60歲居民預防性健康行為之調查研究。《公共衛生》，14 (3)，391-403。
- 尹祚芋 (2000)。學校衛生護理。《台灣醫學》，4(2)，215-222。
- 仇方娟 (1997)。探討南區五專學生的健康促進生活型態。未出版碩士論文，高雄醫學院，高雄市。
- 內政部戶政司 (2006)。94 年原住民生命表提要分析。2007 年 2 月 26 日，
<http://www.dgbas.gov.tw/mp.asp?mp=1>。
- 孔吉文 (1997)。對原住民健康政策的期待。《醫望》，22，61-63。
- 王月琴 (2005)。高雄地區大學生健康促進活動參與意向及相關因素之研究。未出版碩士論文，高雄醫學大學，高雄市。
- 王秀紅、邱啓潤、王瑞霞、李建廷 (1992)。婦女健康促進行為及其相關因素的探討。《公共衛生》，19(3)，251-266。
- 王淑諒 (2002)。坐月子期間產婦之健康促進生活方式及其影響因素之探討。未出版碩士論文，台北醫學大學，台北市。
- 台東縣政府縣政統計 (2007)。現住原住民年齡分配。2007年7月24日
<http://www.taitung.gov.tw/departement/p3/12345/p3/2.htm>。
- 曲天尚 (2004)。更年期婦女的運動階段、身體活動與知覺運動利益和障礙之探討。未出版之碩士論文，台北醫學大學，台北市。
- 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。
- 江衍偉 (2004)。應用跨理論模式於國小女教師運動行為之研究。未出版之碩論文，國立台北師範學院，台北市。
- 行政院衛生署 (2006)。肥胖的定義及處理原則。2007年7月24日，取自
http://food.doh.gov.tw/chinese/health/health_5.htm。

- 行政院衛生署 (2007)。民國九十五年國人主要死亡原因。2007年7月26日，取
<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計叢書2/95/專區/統計表.xls>。
- 余玉眉、江永盛 (1992)。國民保健六年計畫草-規劃緣起與過程。衛生報導，2(7)，8-12。
- 余璧如 (2003)。花蓮泰雅族中年婦女肥胖程度與飲食、營養 認知及其他相關因素的探討。未出版碩士論文，慈濟大學，花蓮市。
- 吳明吉 (2007)。國小教師健康運動參與行為及心理因素之研究。未出版碩士論文，國立台東大學，台東市。
- 呂昌明、郭曉文、王淑芬、林旭龍、李碧霞 (2003)。應用跨理論模式於學童母親運動行為之研究。衛生教育學報，19，57-70。
- 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。未出版碩士論文，高雄醫學院，高雄市。
- 李秀珍 (2007)。國中生健康促進生活型態及其影響因素之探討-以台南縣四所國中生為例。未出版碩士論文，長榮大學，台南市。
- 李明亮 (2001)。健康促進政策與展望。台灣健康促進新紀元學術研討會專題演講。1-18，國立台灣師範大學，台北市。
- 李淑茹 (2006)。大學生健康促進生活型態之研究。未出版碩士論文，佛光人文社會學院，宜蘭縣。
- 李碧霞 (2001)。中年人運動階段、身體活動及其影響因素之研究-以台北市中山區居民為例。未出版之博士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 李碧霞 (2005)。台北市北投區都市原住民婦女健康促進生活型態之探討。未出版碩士論文，國立陽明大學，台北市。
- 李怡娟 (2000)。「健康促進在護理專業中的應用」。護理雜誌，47(1)，5-11。
- 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。未出版碩士論文，國立臺灣大學，台北市。
- 林旭龍 (2000)。應用跨理論模式於大學女生身體活動之主客觀評價的研究。未出版博士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 林美聲 (2004)。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。未出版碩士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 林梅香 (2000)。從衛生教育談促進原住民健康。長庚護理，10(4)，62-68。
- 邱煜智 (2005)。原住民健康狀況差異之研究—依都市化程度探討。未出版碩士論文，臺北醫學大學，台北市。

- 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。未出版碩士論文，國立臺灣大學，台北市。
- 高毓秀 (2002)。職場員工運動行為改變計畫之實驗研究—跨理論模式之應用。未出版博士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 張彩秀，黃乾全 (2002)。中老年健康促進生活型態與自覺健康狀態之關係。衛生教育學報，17，15-30。
- 張朝琴 (2004)。台灣山地鄉原住民醫療照護體系之研究---健康權保障觀點的檢視。未出版博士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 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-以北市松山區為例。未出版碩士論文，國立台灣大學，台北市。
- 曹麗英 (1998)。台灣婦女更年期經驗之探討—處於健康多變化時期。護理研究，6(6)，448-459。
- 許敏靖 (2002)。台灣北部都會區原住民醫療資源利用情形及其相關因素分析研究—以汐止花東新村等社區為例。未出版碩士論文，台北醫學大學，台北市。
- 陳秀珠 (1999)。老年運動行為及其相關因素之研究-以台北市基督長老教會松年大學五十五歲學員為例。未出版碩士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 陳品希 (2007)。花東地區國中生的體育態度與健康促進生活型態之研究。未出版碩士論文，國立台東大學，台東市。
- 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。未出版碩士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 陳美燕 (1994)。預防慢性病從健康促進生活方式開始。長庚護理，5(2)，57-61。
- 陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱憲章、廖張京棣 (1997)。健康促進的生活方式量表中文版之修訂與測試。長庚護理，8(1)，14-23。
- 陳美燕、廖張京棣 (1995)。桃園地區護理學生與護理人員執行健康促進生活方式的初步探討。護理研究，3(1)，6-15。
- 陳郁雯 (2004)。從健康體適能的推動探討生活行為健康化之研究—以台南市文平、東寧社區為例。未出版碩士論文，國立成功大學，台南市。
- 陳振聲 (2004)。銀髮族自覺健康狀況與休閒阻礙關係之研究-以團體國外旅遊為例。未出版碩士論文，國立台北護理學院，台北市。
- 陳素芬、黃松元 (2005)。台北縣林口鄉國小高年級學生健康生活型態之研究。學校衛生，47，1-24。

- 陳純珣（2006）。影響醫院員工採行健康促進生活型態之相關因素探討。未出版碩士論文，臺北醫學大學，台北市。
- 陳富莉、李蘭（1999）。臺灣地區成年人之吸菸與嚼檳榔行為的組合及其相關因子探討。*中華衛誌*，18(5)，341-348。
- 陳萃婷（2004）。台南縣市公共衛生護理人員健康促進工作投入之相關因素。未出版碩士論文，高雄醫學大學，高雄市。
- 陳毓璟、黃松元（2003）。臺東縣社區健康營造推動的現況與困難之研究。*衛生教育學報*，20，171-200。
- 陳嘉成（2005）。台北縣國小女教師運動行為之研究—應用跨理論模式。未出版碩士論文，國立體育學院，桃園縣。
- 章順仁（1997）。台灣原住民痛風之流行病學研究。未出版博士論文，高雄醫學院，高雄市。
- 曾月霞（2004）。中年人健康行為之探討。*護理雜誌*，51(1)，20-24。
- 曾如敏（2004）。台灣地地國民小學護理人員對健康促進學校的看法與其相關因素之研究。未出版碩士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 湯慧娟（2002）。高雄市老年人健康促進生活型態、休閒知覺自由與心理幸福滿足感之相關研究。未出版碩士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 黃婉茹（2003）。應用跨理論模式於職場女性運動行為之研究—以行政院及其所屬主管機關女性公務人員為例。未出版之碩士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 黃淑貞、伍連女、張桂楨（1998）。健康促進詞彙。*學校衛生*，33，77-99。
- 黃毓華（1995）。大學生健康促進生活型態及其預測因子。未出版碩士論文，高雄醫學院，高雄市。
- 黃毓華、邱啓潤（1996）。健康促進生活型態量表信度效度之評估。*高雄醫學科學雜誌*，12，529-537。
- 楊美賞（2002）。原住民婦女健康-菸、酒、檳榔對婦女的健康危害。*護理雜誌*，49(2)，29-34。
- 葉琇珠（2003）。大學生健康概念與健康促進生活型態之探討。未出版碩士論文，國立陽明大學，台北市。
- 葛應欽、劉碧華、謝淑芬（1994）。台灣地區原住民的健康問題。*高雄醫學科學雜誌*，337—351。

- 雷啓文（2002）。中年婦女身體活動與睡眠品質之相關研究。未出版碩士論文，國立台北護理學院，台北市。
- 劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽（1994）。五峰鄉原住民吸菸喝酒及嚼食檳榔之盛行率及相關因素研究。高雄醫學科學雜誌，10，405-411。
- 劉劍華（2002）。社區健康營造之老年人其社區參與程度及健康促進生活方式對生活品質之相關研究。未出版碩士論文，國立台北護理學院，台北市。
- 樊台聖、李一靜、陳秀卿、趙善如、范慧華（2001）。原住民生活型態與健康問題調查。國立屏東科技大學學報，10(2)，159-171。
- 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。未出版碩士論文，國立東華大學，花蓮縣。
- 鄭淑芬（2004）。桃園地區高中職學生個人因素及健康促進生活型態之相關性研究。未出版碩士論文，國立台北護理學院，台北市。
- 盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅（2003）。國人生活品質評量（I）：SF-36 臺灣版的發展及心理計量特質分析。臺灣公共衛生雜誌，22(6)，501-511。
- 蕭冰如（1997）。社區老年人健康促進衛生教育介入之探討。未出版碩士論文，長庚大學，桃園縣。
- 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。未出版碩士論文，國立陽明大學，台北市。
- 賴妙純（2003）。應用健康促進模式探討大學生運動行為之研究。未出版碩士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 賴瓊儀（2002）。中年人生活型態之探討。未出版碩士論文，國立陽明大學，台北市。
- 鍾文觀（2001）。東部地區原住民 C 型肝炎病毒感染與慢性肝疾之病例對照研究。未出版碩士論文，慈濟大學，花蓮市。
- 鍾寶玲（2002）。老年糖尿病患健康促進生活型態及相關因素之探討。未出版碩士論文，高雄醫學大學，高雄市。
- 羅沁芳（2003）。北市某國中學生同儕支持與健康促進生活型態之相關研究。未出版碩士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 蘇怡菁（2006）。不同背景因素及運動階段之國小學童家長其運動健康信念及運動社會支持之研究。未出版碩士論文，國立體育學院，桃園縣。

二、西文部分

- Adams, M. H., Bowden, A. G., Humphrey, D. S., & McAdams, L. B. (2000). Social support and health promotion lifestyles of rural women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 1(1). From <http://www.rno.org/journal/issue/Vol-1/issue-1/Adams.htm>.
- Ardell, D.B. (1979). The Nature and implication of high level wellness, or why "normal health " is a rather sorry state of existence ? *Health Value*, 3 (1), 17-24.
- Bottorff, J. L., Johnson, J., Ratner, P. A., & Hayduk, L.A.(1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*, 45(1), 30-36.
- Brubaker, B.H.(1983). Health promotion : a linguistic analysis. *Advances in Nursing Science*, 5(3), 1-14.
- Burn, G. E., Naylor, P. J., & Page, A. (1999). Assessment of stages of change for exercise with in a worksite lifestyle screening program. *American Journal of Health Promotion*, 13 (3) , 143 - 145 .
- Cardinal, B. J. (1995). The stages of exercise scale and stages of exercise behavior in female adult. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 35(2), 87-92.
- Cardinal B.J.(1997). Construct validity of stages of chang for exercise behavior. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 68-74.
- Curb, J. D., Guralnik, J. M., LaCroix, A. Z., Korper, S. P.,Deeg, D., Miles, T., & White, L. (1990). Effective aging: Meeting the challenge of growing older. *Journal of American Geriatric Society*, 38, 827.
- Dever, G.E. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2, 453-466.
- Duffy, M.E., Rossow, R., & Hemandez, M. (1996). Correlates of health promotion activities in employed mexican american women. *Nursing Research*, 45 (1), 18-24.
- Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist,K. R. (1990). Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Science in Medicine*, 31(10), 1159-1168.
- Gillis, A. J., (1994). Determinants of health promoting lifestyles in adolescent females. *Canadian Journal of Nursing Reserch*, 26(2), 13-28.

- Gorely, T., & Gordon, S. (1995). An examination of the transtheoretical model and exercise behavior in older adults. *Journal of Sports & Exercise Psychology*, 17, 312-324.
- Gould, S. J. (1990). Health consciousness and health behavior : The application of a new Health Consciousness Scale. *American Journal of Preventive Medicine*, 6(4), 228-237.
- Green ,L.W.& Kreuter,M.W.(1991). Health promotion planning: An educational and environmental approach (2nd ed.) CA:Mayfield publishing company.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W.(1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach (3rd). Mountain view: Mayfield Publishing Company.
- Johnson, D.L., Rather, P.A., Bottorff, J.L., & Hayduk, L.A. (1993). An exploration of Pender's health promotion model using LISREL. *Nursing Research*, 42 (3), 132-140.
- Julie, C.W., Clark, D., Mary, .S. Ben .M.(1999).Trends in Body Weight Among American Indians: Finding From a Telephone Survey, 1985 Through 1996. *American Journal of Public Health*, 89(3), 395-398.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(2), 246-266.
- Kickbusch(2003). The contribution of the world health organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health* , 93(3), 383-388.
- Koyama, W. (2000). Lifestyle change improves individual health and lowers healthcare costs. *Methods of information in Medicine*, 39(3), 229-232.
- Laforge, R. G., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Levesque, D. A., & McHorney, C. A. (1999). Stage of regular exercise and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 28(4), 349-360.
- LeBoeuf, F. J., & Carter, S. (1996). Discomforts of the perimenopause. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25(2), 173-180.
- Marcus, B. H., Pinto, B. M., Simkin, L. R., Audrain, J. E., & Taylor, E. R.(1994). Application of theoretical models to exercise behavior among employed women. *American Journal of Health Promotion*, 9(1), 49-55.
- Meng, L., Maskarinec, G., Lee, J., & Kolonel, L. N. (1999). Lifestyle factors and chronic diseases: Application of a composite risk index. *Preventive Medicine*, 29, 296-304.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2rd 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.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Prochaska, J. O. (1991). Assessing how people change. *Cancer*, 67(3), 805-807.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). *System of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Pacific Grove, CA: Brooks/cole.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- 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.
- Schumann, A., Nigg, C. R., Rossi, J. S., Jordan, P. J., Norman, G. J., & Garber, C. E., (2002). Construct validity of the stages of change of exercise adoption for different intensities of physical activity in four samples of differing age groups. *American Journal of Health Promotion*, 16(5), 280-287.
- Shamansky, S L., & Clausen, C. (1980). Levels of prevention : examination of the conception. *Nursing Outlook*, 28, 104-108.
- Shultz, C. M. S. (1984). Lifestyle assessment: A tool for practice. *Nursing Clinics of North America*, 19(2), 271-281.
- Singer, J.E. (1982). The need to measure life style. *International Review of Applied Psychology*, 31, 303-315.
- Sonstroem, R. (1988). *Psychological Models Exercise Adherence*, R. Dishman (Ed) Champaign, Il-linois: Humans Kinetics Books, 125-154.
- Travis, J.W. (1977). *Wellness workbook for health professionals*. Mill Valley, CA , Wellness Resource Center.
- Wakui, S., Shimomitsu, T., Odagiri, Y., Inoue, S., Takamiya, T., & Ohya, Y. (2002). Relation of stages of change for exercise behavior, self-efficacy, decisional-balance, and diet-related psycho-behavioral factors in young Japanese women. *Journal of Sports Medicine & Physical Fitness*, 42(2), 224-232.

- Walker, S.N., Sechrist, S.N., Pender, N.J. (1987). The health-promotion lifestyle Profile : development and psychometric characteristics. *Nurse Research*, 36, 76-81.
- Wang, H.H. (1999). Predictors of Health Promotion Lifestyle Among Three Ethnic Groups of Elderly Rural Women in Taiwan. *Public Health Nursing*, 16 (5), 321-328.
- Wang, H.H. (2001). A Comparison of Two Model of Health-Promoting Lifestyle in Rural Elderly Taiwanese Women. *Public Health Nursing*, 18 (3), 204-211.
- 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.
- Wen CP, Tsai SP, Shih YT, Isabella Chung WS. (2004). Bridging the gap in life expectancy of the aborigines in Taiwan. *International Journal of Epidemiology*, 33, 320–327.
- Wilhide, T., & Elizabeth,K. (1991). Assessment of a Health-Promotion Lifestyle. *Nursing clinics of North America*, 26 (4), 845-855.
- Wilsgaad, T., Jacobsen, B. K., & Arnesen, E. (2005). Determining lifestyle correlates of body mass index using multilevel analyses: The Tromso Study, 1979-2001. *American Journal of Epidemiology*, 162(12), 1179-1188.
- Yang, M. S., & Yang, M. J. (2000). Correlated risk factors for suicidal ideation in aboriginal Southern Taiwanese women of childbearing age. *Public Health*, 114(4), 291- 294.
- Yang YH, Lee HY, Tung S,et al (2001). Epidemiological survey of oral submucous fibrosis and leukoplakia in aborigines of Taiwan. *Journal Oral Pathology Medicine*, 30, 213-219.

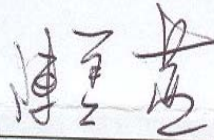
附 錄

附錄一 量表使用同意書

同 意 書

本人同意國立台東大學體育學系體育教學碩士班研究生林進文同學，在其碩士論文「原住民中年婦女自覺健康狀況與健康促進生活型態之研究」，使用本人所編定之「健康促進的生活方式量表中文版」。

簽名：



中華民國 96 年 9 月 13 日

同 意 書

本人同意國立台東大學體育學系體育教學碩士班研究生林進文同學，在其碩士論文「原住民中年婦女自覺健康狀況與健康促進生活型態之研究」，使用本人於 2000 年所修訂之「運動階段分類量表」。

簽名：

林進文

中華民國 96 年 9 月 13 日

SF-36® HEALTH SURVEY USER AGREEMENT

CHINESE (TAIWAN) PRE-PUBLICATION VERSION

This Agreement is between Health Assessment Lab, Inc. ("HAL"), a 501(c)(3) corporation with offices at 15 Court Square, Suite 400, Boston, MA 02108 and Chin-Wen Lin (User"). HAL hereby grants User a nonexclusive, royalty free, limited license to use: (1) the Chinese (Taiwan) pre-publication version of the SF-36® Health Survey ("SF-36®") in an approved format and (2) the documentation for administering and scoring the SF-36® ("Basic Scoring Algorithms") in studies of A Study of Perceived health status and Health Promotion Lifestyle of middle age aboriginal women based upon the following conditions:

1. User shall not modify, abridge, condense, translate, adapt, recast, or transform the SF-36® or the Basic Scoring Algorithms in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording or organization of the SF-36®;
2. User shall not reproduce the SF-36® or the Basic Scoring Algorithms except for the limited purpose of generating sufficient copies for its own uses. User shall in no event distribute copies of the SF-36® or the Basic Scoring Algorithms to third parties by sale, license, lease, lending, or any other means (whether or not a fee is charged) or reproduce or transmit the SF-36® or Basic Scoring Algorithms on a computer network, Intranet, or Internet server. In addition, User agrees it will not use the SF-36® for any purpose other than conducting studies of A Study of Perceived health status and Health Promotion Lifestyle of middle age aboriginal women unless agreed upon by HAL in writing;
3. User shall not state or imply that HAL, any of its affiliates, employees, directors, agents or research staff has/have interpreted, approved, or endorsed the use of, or the results of, the SF-36® by User, without the prior express, written approval of HAL;
4. The SF-36® and the Basic Scoring Algorithms may be revised from time to time. User shall have the right to continue to use a superseded version of the SF-36® and the Basic Scoring Algorithms in connection with any then on-going project or study in which such superseded versions have been utilized and user agrees to identify and label the form used according to guidelines provided by HAL;
5. User shall not (i) take any action which would destroy or diminish the rights of HAL or the Medical Outcomes Trust ("MOT") in the SF-36® trademark; (ii) use the SF-36® trademark, or any mark or names confusingly similar thereto, for any purpose not authorized in writing by HAL; and (iii) User otherwise agrees to cooperate with HAL and the MOT in preserving the goodwill in the SF-36® trademark.

HAL may terminate this User Agreement any time in the event user breaches any term of the User Agreement. Should HAL terminate this User Agreement, User shall immediately cease all use of the SF-36® and the Basic Scoring Algorithms and shall destroy or return all unused copies of the SF-36® to HAL. HAL retains all rights in the SF-36® and the Basic Scoring Algorithms, including but not limited to all rights under copyright and trademark, not expressly licensed hereunder.

This User Agreement shall be construed and enforced in accordance with the domestic substantive laws of the Commonwealth of Massachusetts without regard to any choice or conflict of laws, rule or principle that would result in the application of the domestic substantive law of any jurisdiction. The rights and obligations of the parties set forth above are subject to all applicable state and Federal law and regulation. Neither party shall be entitled to exercise rights granted to it hereunder if such exercise would violate any applicable state or Federal law or regulation. In addition, no party shall be liable to the other party or to any third person for its breach of this Agreement if such party's satisfaction of its obligation hereunder would put such party in violation of any such applicable state or Federal law or regulation.

FORMAT: ☐ Standard or ☒ Alternate Approved (copy attached)

Health Assessment Lab, Inc.

USER:

BY:

BY (Print): Chin-Wen Lin Cho-Mou Wen

John E. Ware, Jr., Ph.D.

BY (Signature):

Principal Investigator

International Quality of Life Assessment

TITLE: Student Advisor

(IQOLA) Project

ORGANIZATION: Department of Physical
Education, National Taitung University.

Chairman of the Board, HAL

Jui-Fen Rachel Lu, Sc.D.

ADDRESS: No. 648, Sec. 1, Junghua Rd.,
Taitung City, Taitung County, Taiwan 950,
R.O.C.

National Principal Investigator

DATE:

DATE: 10/2/2007

SF-36 BACKGROUND INFORMATION

Date: 10/2/2007

Month Day Year

CONTACT

Name: Chin-Wen Lin Title: Teacher
 Company: Meihe Elementary School
 Address: No.90, Meihe, Taimali Township, Taitung County 96343, Taiwan (R.O.C.)
 City: _____ State: _____ Zip Code: 963
 Country: Taiwan R.O.C
 Phone: 089512487 Fax: 089510728
 E-mail: wen3859@yahoo.com.tw

SUMMARY OF THE STUDY

Title: A Study of Perceived health status and Health Promotion Lifestyle of middle age aboriginal women
 Disease or disorder: to study the relationship between the perceived health status and exercise behavior
 Name of sponsor: Cho-Mou Wen, Ph.D
 Type of research: ☐ Clinical Trial ☐ Economic ☐ Epidemiologic ☒ Psychometric Validation
 Quality of life as primary end point: ☐ Yes ☒ No Number of expected patients (total): 410
 Planned study date: start 09/2007 end 05/2008

month / year month / year

Number of administrations: 3 Length of follow-up (if any): 2 months

Number of countries involved: 1 specify which country:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Argentina | * ☐ Australia / New Zealand | ☐ Belgium (Dutch) |
| ☐ Belgium (French) | ☐ Brazil | ☐ Bulgaria |
| * ☐ Canada (English) | * ☐ Canada (French) | ☐ Czech Republic |
| * ☐ Denmark | ☐ Finland | ☐ France |
| * ☐ Germany | ☐ Greece | ☐ Hungary |
| ☐ Israel | * ☐ Italy | ☐ Japan |
| ☐ Korea | ☐ Mexico | ☐ Netherlands |
| ☐ Norway | ☐ Poland | ☐ Portugal |
| ☐ Russia | ☐ Slovak Republic | * ☐ Spain |
| ☐ South Africa (Afrikaans) | * ☐ Sweden | ☐ Turkey |
| * ☐ United Kingdom | * ☐ United States (English) | ☐ United States (Spanish) |

Other: Taiwan R.O.C

- See cover sheet for more information on translations from these countries.

ABSTRACT

The purpose of this study was to compare the different Health-Promoting Lifestyles for middle age aboriginal women with demographic variables, exercise phase, and perceived health status. The predictor of Health-Promoting Lifestyles was analyzed. The following four tools were used: 1. Demographic data; 2. Perceived health status; (excerpt from IQOLA SF-36 Taiwan standard Version 1.0 No. 1, 2, 11.) 3. Exercise Phase Questionnaire; 4. Health-Promoting lifestyle profile. A total of 100 middle age aboriginal women at age of between 30 and 54 living in Daiwu area in Taitung County were randomly sampled through a questionnaire survey. The results were analyzed utilizing various methods such as mean, standard deviation, percentage, count, posteriori comparisons, one way ANOVA, Pearson's product-moment correlation, Scheffe method, multiple regression. All significance level α values for this study is set for 0.05.

Key words : middle age aboriginal women 、 exercise phase 、 perceived health status 、 Health-Promoting Lifestyles

AUTHOR INFORMATION

Name: Chin-Wen Lin

Title: Teacher

Company: Meihe Elementary School

Address: No.90, Meihe, Taimali Township, Taitung County 96343, Taiwan (R.O.C.)

Phone: 089512487

Fax: 089510728

E-mail: wen3859@yahoo.com.tw

Education: Chung Yuan Christian University

Work Experience: Meihe Elementary School

附錄二 正式施測問卷

原住民中年婦女自覺健康狀況及健康促進生活型態之研究

各位敬愛的婦女長輩您好：

首先，感謝您撥冗填寫這份問卷！

本問卷的目的在瞭解原住民中年婦女健康促進生活型態相關的研究，對於您所提供的資料，僅作為本研究分析之依據，個人資料絕對保密。希望透過您的合作讓我們更了解原住民部落中年婦女的健康情形，藉以發現問題與提出建議。請您依題目所問詳細作答，此份問卷調查所獲得的資料完全為學術研究之用，答案沒有對或錯，您所提供的意見對本研究都極具價值。衷心的謝謝您的合作與支持，祝您 健康快樂！

國立台東大學體育教學碩士班

指導教授：溫卓謀 教授

研究生：林進文 敬上

中華民國九十六年十月

【第一部分】運動階段量表

以下所稱的【規律運動】是指每個星期至少運動 3 次，每次至少有 20 分鐘以上的運動行為。※ 到山上工作或作家事不算是規律運動。

您目前從事規律運動的情形為何？（請勾選「一個」最適當的答案）

- ☐1.目前我沒有在運動，在未來 6 個月內也沒有打算要運動。
- ☐2.目前我沒有在運動，但我打算在未來 6 個月內開始運動。
- ☐3.目前我有在運動，但沒有規律，在未來1個月內，我打算開始規律運動。
- ☐4.目前我正在從事規律運動，但未滿 6 個月。
- ☐5.目前我正在從事規律運動，且已超過 6 個月。

【第二部分】自覺健康狀況量表（引用自 IQOLA SF-36 臺灣標準版 1.0 版第 1,2,11 題：The copyright statement is as follows：Copyright © 1995 New England Medical Center Hospital, Inc. All rights reserved. (IQOLA SF-36 Taiwan standard Version 1.0)

請勾選出您對自己健康的看法，共三題，每題請僅勾選一個最適合您的答案。

1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是？

☐ (1)極好的 ☐ (2)很好 ☐ (3)好 ☐ (4)普通 ☐ (5)不好

2. 和一年前比較，您認為您目前的健康狀況是？

☐ (1)比一年前好很多 ☐ (2)比一年前好一些 ☐ (3)和一年前差不多
☐ (4)比一年前差一些 ☐ (5)比一年前差很多

3. 下列各個陳述對您來說有多正確？

(每小題請僅勾選一個答案)		完全正確	大部分正確	不知道	大部分不正確	完全不正確
a. 我好像比別人較容易生病。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. 和任何一個我認識的人來比，我和他們一樣健康。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. 我想我的健康會越來越壞。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. 我的健康狀況好得很。	☐	☐	☐	☐	☐	☐

【第三部分】健康促進生活型態量表

說明：下列題目並無一定答案，請將您目前或近一年的習慣，依實際狀況，勾選出一個最適合的答案，謝謝您！

從來沒有：印象中從未做到此項行為，係指每週0 次。

有時如此：印象中有時候做到此項行為，係指每週1-2次。

經常如此：印象中大多數時候有做到，係指每週3-5次。

總是如此：印象中幾乎都做到，係指每週6-7次

	從 來 沒 有	有 時 如 此	經 常 如 此	總 是 如 此
1.每天吃早餐.....	☐	☐	☐	☐
2.每日三餐時間和量都正常.....	☐	☐	☐	☐
3.飲食中含有富纖維質的食物（如全麥、水果、蔬菜）...	☐	☐	☐	☐
4.每天喝水至少1500cc.....	☐	☐	☐	☐
5.每日進餐都包含五大類食物（五穀根莖類、魚肉豆蛋奶類、蔬菜類、水果類、少量油脂）.....	☐	☐	☐	☐
6.做伸展操每週至少三次（柔軟體操）.....	☐	☐	☐	☐
7.參加有人指導的運動課程或活動.....	☐	☐	☐	☐
8.參加娛樂性質的運動（如散步、游泳）.....	☐	☐	☐	☐
9.每天找一些時間放鬆自己.....	☐	☐	☐	☐
10.每週至少做三次，每次20-30分鐘之劇烈運動	☐	☐	☐	☐
11.每天有15-20分鐘的時間練習放鬆或冥想	☐	☐	☐	☐
12.我知道生活中的壓力來源所在	☐	☐	☐	☐
13.我會注意控制自己的體重	☐	☐	☐	☐

	從 來 沒 有	有 時 如 此	經 常 如 此	總 是 如 此
14.我會注意自己不愉快的情緒	☐	☐	☐	☐
15.有計劃的安排作息時間，不至於手忙腳亂	☐	☐	☐	☐
16.對於不合理的要求，我會適當反應	☐	☐	☐	☐
17.每天睡眠6至8小時	☐	☐	☐	☐
18.閱讀有關促進健康的報章、雜誌或書籍	☐	☐	☐	☐
19.樂於和親近的人保持聯絡	☐	☐	☐	☐
20.維持有實質及有用的人際關係	☐	☐	☐	☐
21.和親密的朋友們在一起	☐	☐	☐	☐
22.對別人表現關心、愛心和溫暖	☐	☐	☐	☐
23.我會和我所關心的人保持聯絡	☐	☐	☐	☐
24.和親近的人討論個人問題及關心的事件	☐	☐	☐	☐
25.我會定期量血壓並知道結果	☐	☐	☐	☐
26.檢查膽固醇並知道結果	☐	☐	☐	☐
27.和合格的醫護專業人員討論與健康照顧相關的事	☐	☐	☐	☐
28.至少每個月一次觀察自己身體有無改變或其他異狀	☐	☐	☐	☐
29.參加個人健康照顧方面的教育課程	☐	☐	☐	☐
30.只要知道食物含防腐劑或其他人工添加物，我就不吃...	☐	☐	☐	☐
31.做運動時會測自己的脈搏	☐	☐	☐	☐
32.會看食品包裝上營養成份的標示	☐	☐	☐	☐
33.重視自己的成就	☐	☐	☐	☐

從 有 經 總
來 時 常 是
沒 如 如 如
有 此 此 此

34. 每天都是充滿樂趣及挑戰的 ☐ ☐ ☐ ☐
35. 我覺得自己的生活是有意義的 ☐ ☐ ☐ ☐
36. 我欣賞自己 ☐ ☐ ☐ ☐
37. 我對生命充滿信心及樂觀 ☐ ☐ ☐ ☐
38. 我覺得自己是朝向積極的方向成長和改變 ☐ ☐ ☐ ☐
39. 我知道自己的優缺點所在 ☐ ☐ ☐ ☐
40. 知道生命中那些對我而言是重要的 ☐ ☐ ☐ ☐

【第四部分】個人基本資料

1. 請問您的年齡（實歲）：☐ (1) 30~39歲 ☐ (2) 40~49歲 ☐ (3) 50~54歲
2. 您的身高：_____ 公分；體重：_____ 公斤
3. 教育程度：☐ (1) 小學 ☐ (2) 國中 ☐ (3) 高中職 ☐ (4) 大專以上
4. 婚姻狀況：☐ (1) 未結婚 ☐ (2) 已婚 ☐ (3) 離婚 ☐ (4) 喪偶
☐ (5) 分居
5. 請問您目前的子女數？☐ (1) 無 ☐ (2) 1個 ☐ (3) 2個 ☐ (4) 3個以上
6. 請問您的家庭年收入（包含所有家庭成員）：☐ (1) 20萬（含）以下
☐ (2) 21萬~40萬元 ☐ (3) 41萬~60萬元 ☐ (4) 60萬元以上
7. 家庭型態：☐ (1) 獨居 ☐ (2) 與家人同住 ☐ (3) 與朋友同住 ☐ (4) 其他

感謝您的撥冗填寫，敬祝：健康、快樂！

附錄三 健康促進生活型態總量表及分量表信度分析之比較

研究者	研究對象	總量表內部一致性 (Cronbach's α)	自我實現	健康責任	運動休閒	營養	人際支持	壓力處理
陳美燕	桃園及台北地區 18-65 歲 民眾	.92	.84	.78	.70	.71	.79	.69
李碧霞	台北市北投區 30-64 歲 都市原住民	.91	.81	.78	.91	.70	.70	.71
本研究	台東縣大武地區山地鄉 30-54 歲 原住民中年婦女	.93	.86	.85	.76	.72	.81	.62

附錄四 應用 HPLP 相關研究之比較

HPLP 六分量表排序 (分數)								
作者/ 年份	對象	標準 得分	人際 支持	自我 實現	壓力 處置	營養	健康 責任	運動
Gillis & Perry (1991)	20-50 歲婦女	64.29	3 (69.54)	2 (71.49)	4 (61.25)	1 (75.08)	5 (50.12)	6 (48.60)
賴瓊儀 (2001)	北投區 40-55 歲中年 人	58.6	2 (65.96)	3 (59.07)	4 (50.24)	1 (67.53)	5 (48.17)	6 (42.38)
張聖如 (2001)	松山區 更年期 婦女	62.56	1 (76.83)	4 (68.67)	2 (69.38)	3 (69.27)	6 (45.71)	5 (49.06)
林美聲 (2004)	中小學 學校護 理人員	65.37	4 (70.00)	3 (70.57)	2 (71.27)	1 (81.40)	5 (53.96)	6 (53.00)
李碧霞 (2005)	北投區 30-64 歲原住 民婦女	62.93	1 (74.95)	2 (71.43)	4 (62.16)	3 (64.14)	5 (39.37)	6 (32.45)
本研究	原住民 中年婦 女	44.86	2 (50.56)	3 (48.71)	4 (47.94)	1 (53.53)	5 (37.33)	6 (35.00)

資料來源：引自李碧霞(2005)台北市北投區都市原住民婦女健康促進生活型態之探討 P82 及本研究自行整理。

附錄五 健康促進生活型態得分分布表 (N=105)

題目內容 (標準化得分)	平均值	標準差	排序
自我實現 8 題 (48.71)	11.69	4.03	3
40.知道生命中那些對我而言是重要的	1.61	0.69	1
37.我對生命充滿信心及樂觀	1.50	0.71	2
35.我覺得自己的生活是有意義的	1.48	0.75	3
38.我覺得自己是朝向積極的方向成長和改變	1.46	0.67	4
39.我知道自己的優缺點所在	1.46	0.60	5
33.重視自己的成就	1.42	0.82	6
36.我欣賞自己	1.42	0.66	7
34.每天都是充滿樂趣及挑戰的	1.34	0.72	8
健康責任 9 題 (37.33)	10.08	4.67	5
32.會看食品包裝上營養成份的標示	1.38	0.70	1
30.只要知道食物含防腐劑或其他人工添加物，我就不吃	1.29	0.74	2
28.至少每個月一次觀察自己身體有無改變或其他異狀	1.19	0.79	3
25.我會定期量血壓並知道結果	1.15	0.89	4
26.檢查膽固醇並知道結果	1.12	0.84	5
18.閱讀有關促進健康的報章、雜誌或書籍	1.04	0.69	6
27.和合格的醫護專業人員討論與健康照顧相關的事	0.98	0.69	7
31.做運動時會測自己的脈搏	0.96	0.84	8
29.參加個人健康照顧方面的教育課程	0.96	0.71	9
運動休閒 6 題 (35)	6.30	2.79	6
9.每天找一些時間放鬆自己	1.28	0.70	1
8.參加娛樂性質的運動 (如散步、游泳)	1.17	0.53	2
11.每天有 15-20 分鐘的時間練習放鬆或冥想	1.11	0.68	3
6.做伸展操每週至少三次 (柔軟體操)	1.01	0.70	4
10.每週至少做三次，每次 20-30 分鐘之劇烈運動	0.89	0.81	5
7.參加有人指導的運動課程或活動	0.85	0.70	6
營養 5 題 (53.53)	8.03	2.45	1
1.每天吃早餐	1.99	0.78	1
2.每日三餐時間和量都正常	1.78	0.78	2
3.飲食中含有富纖維質的食物 (如全麥、水果、蔬菜)	1.46	0.59	3
4.每天喝水至少 1500cc	1.45	0.75	4
5.每日進餐都包含五大類食物 (五穀根莖類、魚肉豆蛋奶類、蔬菜類、水果類、少量油脂)	1.35	0.65	5

附錄五 健康促進生活型態得分分布表（續）（N=105）

題目內容（標準化得分）	平均值	標準差	排序
人際支持 6 題（50.56）	9.10	2.81	2
23.我會和我所關心的人保持聯絡	1.65	0.64	1
22.對別人表現關心、愛心和溫暖	1.60	0.66	2
21.和親密的朋友們在一起	1.56	0.69	3
19.樂於和親近的人保持聯絡	1.49	0.64	4
24.和親近的人討論個人問題及關心的事件	1.43	0.62	5
20.維持有實質及有用的人際關係	1.38	0.67	6
壓力處理 6 題（47.94）	8.63	2.49	4
12.我知道生活中的壓力來源所在	1.54	0.71	1
16.對於不合理的要求，我會適當反應	1.53	0.65	2
17.每天睡眠 6 至 8 小時	1.50	0.64	3
15.有計劃的安排作息時間，不至於手忙腳亂	1.36	0.80	4
14.我會注意自己不愉快的情緒	1.35	0.57	5
13.我會注意控制自己的體重	1.34	0.82	6
健康促進生活型態量表總分（44.86）	53.83	14.72	

註：標準化得分 = (分量表得分平均值/分量表滿分數) × 100%