

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 博士

六堆地區銀髮族健康促進生活型態
與生活品質之研究

研究生：羅淑美 撰

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：體育教學碩士班

本班 羅淑美 君

所提之論文 六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之研究

業經本委員會通過合於 碩士學位論文條件

論文學位考試委員會：

林淑美

(學位考試委員會主席)

王明泉

溫宇謀

(指導教授)

論文學位考試日期： 97 年 8 月 19 日

國立台東大學

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 體育教學碩士班 系(所)
九十七 學年度第 一 學期取得 碩 士學位之論文。

論文名稱：六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之研究

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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	國家圖書館
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本人畢業學校圖書館
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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：羅淑美 (親筆正楷)
學 號：1494003 (務必填寫)

日 期：中華民國 97 年 08 月 22 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

~行到水窮處，坐看雲起時~

驀然回首，四年暑碩生涯眨眼間即流逝，慶幸當時有硬著頭皮回母校考研究所，也接受大夥兒的建議念東大！這確實帶給我溫馨學習及甜美回憶。論文撰寫有艱辛，亦有忙碌，其中的煎熬、努力、堅持與收穫，增添了自我的成就感；其中難忘窒礙疑無路之困頓，卻也欣喜柳暗花明的驚喜，一路走來，更讓此論文別具意義。如今此篇論文得以順利完成，心中除了欣喜之外，更懷有太多的感激，由衷感謝所有曾經支持、協助、啟蒙與指導的師長、同學、同事與親友。

首先最要感謝指導教授溫卓謀老師，在繁忙的行政工作中特別撥冗細心及耐心指導，讓我在研究歷程中，信心十足挑戰許多原以為做不到的任務；認識溫老師有二十幾個年頭，他保有的一顆赤子之心、為人誠懇、謙和與認真是我所欣賞的。再感謝口試委員林耀豐老師悉心的指正與建議，使得本論文益臻完善。以及王明泉老師提供寶貴意見，使得本論文在研究方法及統計檢定上更臻於周全。

另外要感謝內埔農會農業推廣組的葉秀玲、家政班長邱月英、林秀珠及新片村志工徐雲嬌，因他們義不容辭的幫忙，得以十天內完成問卷重測工作。老人會理事長或村長：張鏡親、曾清海、劉閔鴻、黃滿蘭、鄭壬村、李得忠等長輩們的熱心協助問卷施測；好友瑞琪大力幫忙右堆問卷施測及提供寶貴意見；因集結了眾人之力量，本研究因此得以順利進行和完成。難忘勇銘載我們奔馳南迴公路相互加油勉勵日子，孟儒的傾心竭力，和鎔的照顧與耳提面命，裕根和益民的相扶持，國成及申奇肝膽相照相陪到底，點點滴滴銘感於心啊！同時也要感謝邱姐雪珠、梅蓉、春龍、焜發、林月阿姨、恭揮以及所有同學、同事的幫忙與鼓勵。

在此更要向我的家人致上最深的感恩之意：父母和外子一假期要協助問卷施測，女兒之郁和兒子佳軒會幫忙打字、打氣，更是在四年暑假和撰寫論文期間支持、體諒、鼓勵和包容，讓我得以無後顧之憂全力以赴。

要感謝的人很多，無法一一致謝，謹以此論文獻給所有關愛我的人，與我分享這份喜悅，並衷心地感謝您們！

羅淑美 謹誌

2008年8月19日

六堆地區銀髮族健康促進生活型態 與生活品質之研究

研究生：羅淑美

指導教授：溫卓謀

日期：2008.08.19

摘要

本研究目的在了解目前六堆地區銀髮族的健康促進生活型態、生活品質的現況；比較不同背景變項銀髮族健康促進生活型態及生活品質的差異情形、探討健康促進生活型態與生活品質間之相關並進一步建立健康促進生活型態對生活品質的預測情形。採問卷調查法，以六堆地區 65 歲(含)以上之銀髮族為研究母群體，採分層叢集取樣方式，共取得 210 位有效樣本。研究工具包括「個人基本資料」、「健康促進生活型態量表」、「生活品質量表」等結構式問卷，所得資料以描述性統計、t 考驗、變異數分析、典型相關、多元逐步迴歸等統計方式進行分析。獲得的結論歸納如下：

- 一、六堆地區銀髮族健康促進生活型態及生活品質屬中上程度。
- 二、在健康促進生活型態各分量表平均得分最高為「營養」，最低的是「運動」。六堆地區銀髮族健康促進生活型態會受到性別、年齡、居住安排、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、經濟狀況、職業狀況、自覺健康狀況等背景因素的不同而有明顯的差異。
- 三、在生活品質各分量表得分最高的是「生理」層面，最低的是「心理」層面。六堆地區生活品質會受到性別、年齡、居住安排、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、經濟狀況、職業狀況、自覺健康狀況等背景因素的不同而有明顯的差異。
- 四、健康促進生活型態與生活品質間有顯著典型相關。
- 五、健康促進生活型態六個預測變項預測生活品質整體時，進入迴歸方程式的顯著變項分別是：自我實現及壓力處理二個變項，能聯合預測生活品質 44.7% 的變異量。

本研究結果期望能提供相關機構及政策單位在健康促進生活型態與生活品質策略提升上之參考。

關鍵詞：六堆地區、銀髮族、健康促進生活型態、生活品質。

Research on the health-promoting lifestyle and quality of life among senior citizens in Liu-Tui area

Master candidate: Lo Shu-Mei

Advisor: Won Chou-Mou

Date: 19th August, 2008

Abstract

The purpose of this study is to understand the status of health-promoting lifestyle and quality of life among senior citizens in Liu-tui area, compare how different such lifestyle and quality of life shows among the old under different background variables, explore the relationship between health- promoting lifestyle and quality of life, and further build up a model to predict what the quality of senior citizens' life would be in terms of their health- promoting lifestyle. The author used social survey research by way of questionnaire and took the silver-haired above 65 years old as sampling matrix with stratified cluster sampling method which received 210 effective samples. The research instruments include several structural questionnaires such as “basic personal data”, “scale of health-facilitating lifestyle”, “scale of life quality”. All the data yielded by those instruments then are sorted out by descriptive statistics, t test, One - Way ANOVA, Canonical Correlation Analysis and multiple stepwise regression analysis. The conclusions are as follows:

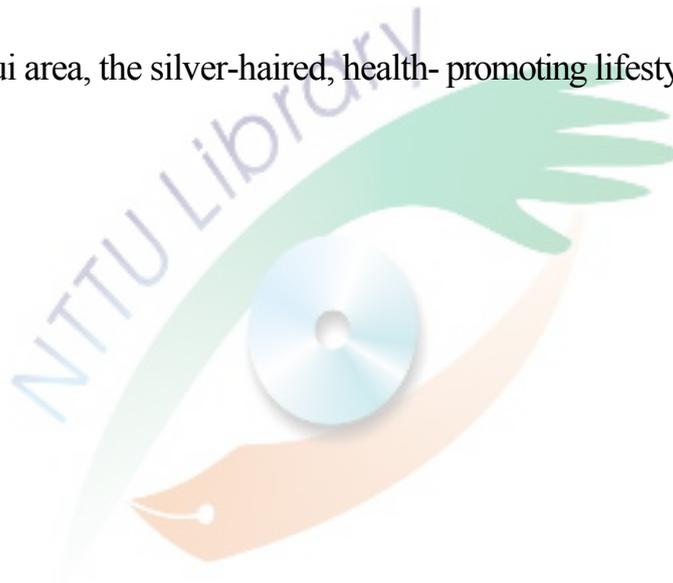
1. The health-promoting lifestyle and quality of life among the senior citizens in Liu-tui area are above the average level, or even the best.
2. Among each scale on health- promoting lifestyle, “nutrition” gets the highest average score, while “exercise” the lowest. There are significant differences in health-promoting lifestyle among the old with different gender, age, habitation arrangement, marriage status, education, economic source, vocational status, self-conscious about their own health...etc.
3. Among each scale on quality of life, “physiology” gets the highest average score, while “psychology” the lowest. There are significant differences in quality of life among the old with different gender, age, habitation arrangement, marriage status,

education, economic source, vocational status, self-conscious about their own health...etc.

4. There are significantly canonical correlation between health- promoting lifestyle and quality of life.
5. While using six predictive variables of health- promoting lifestyle to anticipate their whole quality of life, it would step into two significant variables of regressive equation, self-fulfillment and stress- management, which could jointly predict 44.7% of the variability of life-quality.

It is hoped that the result of this study could provide a reference for related organizations and the decision-making authorities on enhancing the health- promoting g lifestyle and quality of life among senior citizens.

Key words: Liu-tui area, the silver-haired, health- promoting lifestyle, quality of life



目 次

中文摘要.....	I
英文摘要.....	II
目 次.....	IV
表 次.....	VI
圖 次.....	VII
第一章 緒 論.....	1
第一節 問題背景.....	1
第二節 研究目的.....	3
第三節 研究問題.....	3
第四節 研究假設.....	4
第五節 名詞操作性定義.....	5
第六節 研究範圍與限制.....	6
第二章 文獻探討.....	8
第一節 老化理論的探討.....	8
第二節 健康促進生活型態相關理論與研究.....	11
第三節 生活品質相關理論與研究.....	16
第四節 文獻總結.....	20
第三章 研究方法.....	21
第一節 研究架構.....	21
第二節 研究對象.....	22
第三節 研究工具.....	23
第四節 問卷實施過程.....	26
第五節 資料處理與統計分析.....	27
第四章 結果與討論.....	28
第一節 不同背景變項銀髮族健康促進生活型態之差異探討.....	28
第二節 不同背景變項銀髮族生活品質之差異探討.....	47
第三節 銀髮族健康促進生活型態與生活品質的相關分析.....	62
第四節 銀髮族的生活品質相關因素之迴歸分析.....	65
第五章 結論與建議.....	68
第一節 結 論.....	68

第二節 建議.....	71
參考資料.....	73
一、中文部分.....	73
二、外文部分.....	77
附錄一 六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之研究問卷取樣分配情形.....	78
附錄二 六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之研究問卷同意書	79
附錄三六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之研究問卷同意書.....	80
附錄四【六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質調查問卷】	81
附錄五 六堆地區銀髮族健康促進生活型態問卷敘述統計.....	87
附錄六 六堆地區銀髮族生活品質問卷敘述統計.....	89



表 次

表 2-2-1：國內老人健康促進生活型態研究現況一覽表.....	14
表 2-2-2：國內老人健康促進生活型態研究結果一覽表.....	16
表 2-3-1：國內老人生活品質研究現況一覽表.....	17
表 2-3-2：國內老人生活品質研究結果一覽表.....	19
表 3-2-1：本研究樣本背景變項分析摘要表.....	22
表 3-4-1：量表重測信度.....	26
表 4-1-1：健康促進生活型態各層面分析摘要表.....	28
表 4-1-2：不同性別在健康促進生活型態之描述統計及 T 考驗摘要表.....	30
表 4-1-3：不同年齡在健康促進生活型態之描述統計及 T 考驗摘要表.....	31
表 4-1-4：不同居住安排在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表.....	32
表 4-1-5：不同婚姻狀況在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表.....	34
表 4-1-6：不同教育程度在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表.....	35
表 4-1-7：不同經濟來源在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表.....	38
表 4-1-8：不同經濟狀況在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表.....	40
表 4-1-9：不同宗教信仰在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表.....	43
表 4-1-10：不同職業狀況在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表.....	44
表 4-1-11：不同自覺健康狀況在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表.....	45
表 4-2-1：生活品質各層面分析摘要表.....	47
表 4-2-2：不同性別在生活品質之描述統計及 T 考驗摘要表.....	48
表 4-2-3：不同年齡在生活品質之描述統計及 T 考驗摘要表.....	49
表 4-2-4：不同居住安排在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表.....	50
表 4-2-5：不同婚姻狀況在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表.....	51
表 4-2-6：不同教育程度在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表.....	53
表 4-2-7：不同經濟來源在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表.....	55
表 4-2-8：不同經濟狀況在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表.....	56
表 4-2-9：不同宗教信仰在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表.....	58
表 4-2-10：不同職業狀況在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表.....	59
表 4-2-11：不同自覺健康狀況在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表.....	61
表 4-3-1：健康促進生活型態層面與生活品質層面的典型相關分析摘要表.....	62
表 4-4-1：健康促進生活型態與生活品質之相關矩陣.....	65
表 4-4-2：逐步多元迴歸二個模式的相關訊息.....	66
表 4-4-3：健康促進生活型態預測生活品質之逐步估計係數摘要表.....	66
表 4-4-4：健康促進生活型態預測生活品質之整體逐步多元迴歸分析摘要表.....	66

圖 次

圖3-1-1：研究架構圖.....	21
圖 4-3-1：典型相關分析徑路圖.....	63



第一章 緒論

本章共分為五節：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；第五節名詞操作性定義；第六節研究範圍與限制。分述如下：

第一節 問題背景

健康即是財富，提供健康促進生活，一直是國際衛生保健的潮流。(教育部，2006) 台灣已於 1993 年 9 月底，達到世界衛生組織 (WTO) 所界定「高齡化社會」的標準；九十六年一月底前，我國六十五歲以上老年人已達兩百二十八萬多人，佔總人口比率約百分之十，預估到民國一百一十五年，老年人將達到百分之二十六，成為「超高齡社會」，教育部公佈「邁入高齡社會老人教育政策白皮書」九十六年已開始上路 (國語日報，2006)。生育率的降低，從 1971 年時平均每一名婦女生育 3.7 人，到 1995 年時子女數降為 1.76 人；換言之，台灣地區在民國八十二年時，平均每 9.5 個扶養人 (15—64 歲) 扶養一位老年人，而到民國一百年時，老人人口佔總人口比例 10.4%，即平均每四個工作人口就要扶養一名老年人 (日間關懷網站，2007a)。

人口到民國 100~110 年，嬰兒潮人口開始邁入老年人，壯年人口負擔老年依賴人口的比率，將由目前的八比一，進入五比一；雖然我國人口老化問題來的比西方國家晚，但老化過度之快，世界排名第二。法國雖由 1865 年就開始邁入老人國，但老人人口增加到 14%，足足經過 130 年；美國 70 年；英國、西德也經過 45 年。反觀台灣，雖然 1993 年才進入高齡化社會，卻在 27 年內，老年人口快速成長一倍，老化速度之快，讓社會可說措手不及 (日間關懷網站，2007b)，了解前因後果後，能從自身做好防護，才能享受夕陽無限好的老年生活。老化將是我國二十一世紀必須面對的重要問題。

行政院衛生署 (2007) 公佈國人零歲平均餘命，男性為 74.50 歲，女性為 80.80 歲。就平均餘命而言，男性若自 50 歲退休，到 74.5 歲，還有至少 24.5 年的日子可活；女性則平均還有將近 30.8 年可活的日子，這平均餘命延長，導致退休後的壓力、經濟、醫療.....等社

會負擔風險提高。如何安享餘年：活得精彩、自在、有尊嚴，是值得妥善規劃。

內政部（2000）於民國八十九年三月針對2,807位臺閩地區老人健康狀況調查發現，老年人口中自覺健康狀況雖然大多良好或普通（78%），然而其中僅24%是自覺無疾病，其餘皆現存至少一種以上之疾患（梁金麗，2001）。衛生署 1988 年的調查顯示，臺灣老人普遍具有不良的生活習慣及型態；33%的老人吸菸，20%喝酒，不運動或因身體限制無法運動者佔 40%。因此，若對老年人提倡健康促進的執行，不僅可以減少社會對老年人的醫療支出，更可提高老年人生活品質（Ruffing-Rahal，1991；湯慧娟，2003）。

因此在人口結構逐漸老化，平均餘命的延長與慢性病盛行的潮流中，老年人的健康促進方式，近年來被視為改善生活品質與降低醫療成本的最根本與最符合經濟效益的因應之道。能「成功老化」讓壽命延長的同時，仍有良好的健康和滿意的生活品質，是目前值得正視和探討的方向。

近年來國內有關老年人健康促進生活型態或生活品質相關研究者有：王瑞霞、許秀月，1997；蕭冰如，1997；湯慧娟，2003；劉劍華，2002；鍾寶玲，2002；馬懿慈，2003；洪麗娜，2003；李純華，2005；梁金麗，2001；王真敏，2001；林瓊華，2002；趙安娜，2002；蔡蜜西，2003；謝瓊慧，2004；；蘇美文，2004；蔡詠琪，2006；陳媽芬，2006；李宜靜，2007。就研究對象而言，大都是都市老人或安養機構及病患；王瑞霞和許秀月（1997）以高雄市三民區的老人為對象，證實健康決控與老人健康促進兩者之間有顯著正相關，隸屬直轄市都市型態，相對於鄉村老人的型態，是否能推論？蕭冰如（1998）以桃園縣龜山鄉的社區老人為對象，研究發現健康促進生活型態與健康行為自我效能能成正相關；李純華（2005）以高雄縣八個鄉鎮的社區老人為對象，研究發現健康促進行為是影響生活品質的因素之一，不同文化對生活品質的詮釋及體認是有所差異；李宜靜（2007）以屏東地區427位客家中老年人為對象研究發現「男性」及「目前有工作」與抽菸行為、嚼檳榔行為有顯著差異；「慢性疾病個數」、「有無運動」和「有無喝酒」為整體生活品質的顯著預測因子，均有顯著預測力，其取樣對象以內埔、萬巒、竹田、麟洛四個鄰近鄉而已，沒能涵蓋客家人聚集地—六堆地區或屏東地區。因此，就研究對象、族

群、地域上，尚無對六堆地區銀髮族做相關研究；老年人健康促進生活型態與生活品質二者相關研究甚少；受試者年紀上，大都是以65歲或以上老人為樣本，而六堆地區大多位居鄉村，民風純樸、保守，研究者因居住地緣關係，因此，選擇六堆地區作為研究場所，六十五歲（含）以上六堆地區銀髮族為問卷對象。

故本研究目的在探討六堆地區銀髮族健康促進生活型態、生活品質之間的相關性，不僅可瞭解健康促進生活型態與生活品質現況，亦可發現現有或隱藏的相關因子，本研究成果期能有助於提供相關機構及政策單位，在促進銀髮族健康生活型態及提升銀髮族生活品質方面的參考。

第二節 研究目的

基於上述，本研究擬以六堆地區銀髮族為對象，嘗試瞭解老人的健康促進生活型態與生活品質的現況，並進而討論健康促進生活型態與生活品質二者間的關係，提供老年福利及活動相關機構參考之依據。本研究之目的分述如下：

- 一、比較不同背景變項之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異情形。
- 二、比較不同背景變項之六堆地區銀髮族在生活品質的差異情形。
- 三、探討六堆地區銀髮族的健康促進生活型態與生活品質間之相關情形。
- 四、探討六堆地區銀髮族的健康促進生活型態對生活品質的預測力。

第三節 研究問題

根據研究目的，本研究探討的問題如下：

- 一、六堆地區銀髮族的健康促進生活型態及生活品質的現況為何？
- 二、不同背景變項六堆地區銀髮族在健康促進生活型態是否有顯著差異？
- 三、不同背景變項之六堆地區銀髮族在生活品質是否有顯著差異？

四、六堆地區銀髮族在健康促進生活型態與生活品質間是否有顯著的相關？

五、六堆地區銀髮族健康促進生活型態對生活品質的預測力是否有顯著的效果？

第四節 研究假設

根據研究目的，本研究探討的假設如下：

一、不同背景變項六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異達顯著水準。

1-1 不同性別之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異達顯著水準。

1-2 不同年齡之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異達顯著水準。

1-3 不同居住安排之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異達顯著水準。

1-4 不同婚姻狀況之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異達顯著水準。

1-5 不同教育程度之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異達顯著水準。

1-6 不同經濟來源之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異達顯著水準。

1-7 不同經濟狀況之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異達顯著水準。

1-8 不同宗教信仰之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異達顯著水準。

1-9 不同職業狀況之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異達顯著水準。

1-10 不同自覺健康狀況之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的差異達顯著水準。

二、不同背景變項之六堆地區銀髮族在生活品質的差異達顯著水準。

2-1 不同性別之六堆地區銀髮族在生活品質的差異達顯著水準。

2-2 不同年齡之六堆地區銀髮族在生活品質的差異達顯著水準。

2-3 不同居住安排之六堆地區銀髮族在生活品質的差異達顯著水準。

2-4 不同婚姻狀況之六堆地區銀髮族在生活品質的差異達顯著水準。

2-5 不同教育程度之六堆地區銀髮族在生活品質的差異達顯著水準。

2-6 不同經濟來源之六堆地區銀髮族在生活品質的差異達顯著水準。

2-7 不同經濟狀況之六堆地區銀髮族在生活品質的差異達顯著水準。

2-8 不同宗教信仰之六堆地區銀髮族在生活品質的差異達顯著水準。

2-9 不同職業狀況之六堆地區銀髮族在生活品質的差異達顯著水準。

2-10 不同自覺健康狀況之六堆地區銀髮族在生活品質的差異達顯著水準。

三、六堆地區銀髮族在健康促進生活型態與生活品質間有顯著的典型相關。

四、六堆地區銀髮族健康促進生活型態對生活品質的整體層面有顯著的預測力。

第五節 名詞操作性定義

一、六堆地區銀髮族

概念性定義：居住六堆地區的老人稱之。我國立法院在1997年6月18日修正公佈之老人福利法中第一章第二條規定：老人係指年滿65歲以上之人。

操作性定義：本研究所稱六堆地區銀髮族指居住六堆地區年滿六十五歲（含）以上的成人。六堆地區指屏東縣萬巒鄉—先鋒堆，長治鄉、麟洛鄉—前堆，內埔鄉—後堆，新埤鄉、佳冬鄉—左堆，竹田鄉—中堆，高雄縣美濃鎮、杉林鄉、高樹鄉—右堆。為配合問卷的調查抽樣對象，將界定在六堆地區65歲（含）以上的銀髮族，能自填或願意訪問填寫者為對象，重測對象以內埔地區四健會會員50人為取樣對象，正式問卷以六堆地區老人會會員，及其親朋好友為主要取樣對象，取樣250人，採分層叢集取樣作為研究調查對象。

二、健康促進生活型態(health promoting lifestyle)

概念性定義：Walker, Sechrist, & Pender, (1987)；魏米秀，呂昌明（2005）將健康促進生活型態定義為：「個人為維護和增進健康安適層次、自我實現及個人滿足的一種多面向的自發性的行動及知覺」。健康促進的行為包括規律性運動、休閒活動、休息、適當營養、壓力減少活動、以及發展社會支持系統（Pender, 1985, Palank, 1991）；陳美燕等（1997）。

操作性定義：本研究的健康促進生活型態為個人對維護或促進健康、自我實現與滿足的

認知與行為，而非疾病預防，如減少、避免或去除已存在的危險性行為。本研究採用陳美燕等(1997)編修的「健康促進生活型態量表」當作測量工具，內容包含自我實現(8題)、健康責任(8題)、運動(6題)、營養(5題)、人際支持(6題)、壓力處理(7題)等共40題。本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」，量表總得分愈高，健康促進生活型態愈健康、正向。

三、生活品質 (quality of life)

概念性定義：Burckhardt (1985)；楊怡君等(2002)提出生活品質是「個人感受到生活是美好的、滿意的，以及個人在生理及物質上的安寧狀態，與他人有良好關係，有能力參與社交與社區活動，及個人能不斷成長並實現理想，擁有自己的娛樂活動」。不同生命週期對生活品質有不同的註解，大部分老人詮釋生活品質是維持健康、經濟來源、社會認同、自尊及社會狀態。

操作性定義：世界衛生組織認為生活品質是指「個人在所生活的文化價值系統中，對於自己的目標、期望、標準、關心等各方面的感受程度，當中包含個人在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念以及環境六大方面」，此定義強調多層面的概念 (multidimensional concepts) 及個人所處環境中主觀感受的重要性。本研究採用姚開屏等(2005)所著「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊(第二版)」之量表，內容含2題整體範疇問題，另外有四個主要的範疇：生理健康範疇(7題)、心理範疇(6題)、社會關係範疇(4題)與環境範疇(9題)共28題。屬於結構式問卷，採用五點記分方式，各範疇得分相加成為整體生活品質之總分，總分愈高，表示生活品質愈好。

第六節 研究範圍與限制

一、 研究範圍

(一) 就研究地區而言，本研究以六堆地區作為研究範圍。

(二) 就研究取樣而言，以六堆地區 65 歲（含）以上的銀髮族為研究取樣對象。

(三) 就研究內容而言，本研究只探討銀髮族在健康促進生活型態的情形與生活品質的關係。

二、 研究限制

(一) 就研究地區而言，由於研究者在人力、物力和時間的限制，研究場所僅限於屏東縣、高雄縣六堆地區，因此無法將結果推論至全國各地的銀髮族，但可作為其他鄉村型態的銀髮族之健康促進生活型態與生活品質的參考。

(二) 就研究取樣而言，由於各行政機關基於法令和保障民眾隱私的原則之下，研究者無法取得屏東縣、高雄縣六堆地區整個的名冊進行隨機抽樣，只好透過分層叢集取樣作為研究調查對象，來源是六堆地區老人會的親朋好友，且願意填答的銀髮族，因此，在結果的推論上會有限制。

(三) 就研究內容而言，本研究採問卷調查法，對於銀髮族健康促進生活型態與生活品質相關因素之間的因果關係無法有效探討，而此種屬於回溯性、自述式的訪談，在行為自評方面，缺乏客觀的行為測量，其結果可能會有高估或低估的情形。

第二章 文獻探討

本研究旨在瞭解六堆地區銀髮族的健康促進生活型態與生活品質的關係。因此在文獻探討中將先說明六堆地區銀髮族老化特性及其需求，進一步針對健康促進生活型態、生活品質相關之理論與相關的實徵研究。

第一節 老化的理論的探討

一、生理學觀點的探討

生老病死是每個人出生後，必經的路。「老化」是每個人不願面對卻是必需經歷的生命過程，老化不僅是生物過程中生理的變化，同時伴隨個人智能及行為的改變，這無法避免的現象，在不知不覺的歲月流逝中，因遺傳、環境與健康促進的維持而逐漸衰退呈現出老化現象。生理學或生物學上認為人會老是生理上的變化，人類隨著歲月的累積，身體上的組織和器官逐漸產生退化的現象，也逐漸失去原有的功能。外表上出現頭髮變白或脫落，眼睛混濁、眼球或眼色變白，身體萎縮，牙齒脫落，皮膚變粗、變黑、皺紋增加或出現老人斑，毛細孔變小，體重減輕等徵兆。而在內在器官方面有內臟各器官的細胞數減少，耳朵的聽力出現障礙、眼睛的視力減退，消化系統、循環系統、呼吸系統、泌尿系統、關節系統、神經系統、內分泌系統等出現障礙或功能減退等特徵（江亮演，1990）。

若單以出現上述這些內在、外表來判斷是否已老，似乎也並非完全正確，因為有些人可能未老先衰，而有些人雖生理老化現象出現，但事實上卻還年輕，所以，僅以生理強弱來區分也未盡周延（吳東權，1993）。

二、老化的心理理論

（一）人類需求理論：Maslow 的五大需求理論，認為人類的需求是有先後順序的，這些需求可以刺激人類產生行為的動機，基本需求必須先滿足才會追尋更高階層需求滿足。這五大需求順序為：

（1）生理需求：如食衣住行等基本生活所需。

- (2) 安全的需求：如生命財產安全等。
- (3) 愛與歸屬感的需求：需要被愛與愛人及有所歸屬。
- (4) 自尊需求：自尊是維持個人完整的重要元素，人是否有受到尊重會影響其生活。
- (5) 自我實現：是自動自發、具創造力、獨立及正向人際關係的成熟自我。

Maslow 理論指出不同環境的銀髮族，均有其基本及特殊的需求，這些需求並不會因老化而消失，身體活動功能不良或認知障礙老人仍有其追求個人需求的權利。

(二) 人格發展理論：Erikson 認為銀髮族會開始回顧生命並為自己的生命評價，藉由生命回顧尋求一生的生存意義，老人可擺脫不必要的束縛，統整個人情緒並接納自我，創造新生活及重新瞭解生活意義，對人生沒有遺憾，若銀髮族回顧生命並不如願，而感嘆時間流逝對死亡感到恐懼，則對自我人生感到失望。

(三) 人格發展任務：Havihurst 定義老人必須發展的任務有六大項：(1) 調適身體功能及健康的衰退；(2) 調適退休及經濟收入的減少；(3) 喪偶的調適；(4) 與同年齡老人建立和睦關係；(5) 具有彈性的調適社會角色的改變；(6) 建立滿足的生活安排方式(Lynott, R.J, Lynott, P.P, 1996)；(楊怡君等，2002)。

三、老年人的心理特色與需求

老年人生理上的衰老變化，會引起心理和思維方式上的變化。隨著年齡的增大，老年人必然都會從原來的工作崗位上退下來，而不知如何妥善安排自我生活的人，在規律生活、內容型態都會發生巨大的變化，生理、心理產生波動，滋長衰老感和孤獨感。(吳家碧，2004) 老人需常常面對配偶、友人的生離死別，子女棄之遠離或獨居等實際問題，心理將需要更大的調適。此外，家庭、經濟、健康及個人需求是否能達到滿足而影響老年人心理健康的重要因素。以上致使老年人心理失調的消極因素，如果任其發展，必然會給老年人的身心健康帶來危險。

蔡漢賢(2004)研究發現老人的心聲是：恐懼疾病、擔憂收入、期盼親情、需要悅樂。若政府能結合民間力量，滿足老人需要，那老人即可悠遊在黃金歲月中。他認為老人有四

大需求：

- (一)收入安全：個人養老計劃宜自中年開始，儲蓄、投資、信託、買保險、子女奉養、「跟會」等都須用心經營。另老人福利法第十六條明訂：「老人經濟生活保障，採生活津貼、特別照顧津貼、年金保險制度方式逐步規劃實施」，政府要完善貫徹實行。
- (二)身心康寧：病痛是令人懼怕，生理與心理會相互影響，人要懂得預防、診治與調適。以氣功、運動、食補、藥膳來強身，能用哲學的認知或宗教的認同，來排除心理壓力；另建議長者們，敞開胸襟，擴大視野，學習從哲學來體察生死、宗教的解脫來看破死亡，並可預寫「遺言」清楚表白自己心願：有「善終關懷」靠安寧照顧來貫徹，如此走得尊嚴。
- (三)居養有處：政府應維持每一家庭必須的資源，協助有完整的家或替代性的家。老人建築設計需顧及行動需求，日用品的開拓宜提升品質。
- (四)悅樂人生：老人須學會「自得其樂」，找樣物或事自己尋樂，最好能主動助人、服務他人、當志工。

四、老年人健康現況

內政部(2007)的統計資料顯示，有76.06%的老人罹患慢性病。衛生署(2007)發佈統計九十四年六十五歲以上老人的前五大死因分別為惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病和肺炎；前五大死因便有四個是屬於慢性疾病。慢性病威脅人的生命，其導因被證實是因於不良的行為習慣或生活方式(高淑芬，蕭冰如，蔡秀敏，邱珮怡，2000)。(Green & Kreuter,1991)；王秀紅(2000)曾指出個人行為是造成慢性非傳染性疾病的主要原因，而個人若從事健康促進活動則可降低早發性死亡及疾病發生的危險，甚至於減緩老化的發生。衛生署保健處(1999)表示威脅國人健康及生命的傳染病，已幾乎完全加以控制，取而代之的是慢性疾病及退化性疾病，增加社會負擔、影響國人生活品質。

對於高齡者而言，最充裕的莫過於時間，如何充分利用時間達到身心健全及良好的社會適應，使得在人口結構老化的社會中能減少相對的醫療成本負擔，是現今社會的重要課題。總體來說，要成功老化，要有健康的生理、心理與良好社會適應，並要以積極的態度

去面對未來。

第二節 健康促進生活型態相關理論與研究

一、健康促進的概念

健康促進(Health Promotion)的概念源自 1965 年 Leavell 及 Clark 所提出的三段五級的觀念，即初段預防、次段預防及末段預防；它與特殊保護同屬於初段預防之範圍，主要依據流行病學之疾病自然史中易感受其特質而設計，藉由增進人們身心健康、改變易感受性，提高對致病因子之對抗能力，以朝向個體安適、促進其健康的目標(湯慧娟，2003)。

Pender (1987)；劉劍華 (2002) 定義健康促進是積極的趨向行為 (approach behavior)；增加健康層次和實現個人、家庭、社區、社會健康潛能的活動，並非單以疾病或特殊健康問題而做的特定預防。「健康促進」是預防醫學的初級預防，著重於正面積極的健康，即一個人對自己有信心，同時體力充沛又富有朝氣，所強調的是增進幸福安寧和生命的品質，而不僅是壽命的長短 (高毓秀，2001)。王秀紅 (2000) 提出健康促進應和疾病預防加以區別的，健康促進不僅止於降低疾病 (或特殊健康問題) 對個人的健康或安適狀態所造成病理性的傷害，是更積極的健康行為。李蘭 (1991) 認為健康行為可區分為「預防疾病」和「健康促進」二大類，前者為消極地減少或除去高危險性的行為，後者則為積極地建立良好且有益健康的行為。由上可知，健康促進與疾病預防，在本質上是不同的行為。

因此，健康促進應開始於人們基本上還是很健康時，即設法尋求發展社區和個人策略，以協助人們採行有助於維護和增進健康的生活方式 (黃松元，1995)。

二、健康促進生活型態的意涵

健康促進生活型態(Health Promotion Lifestyle)是指個人為了維持或促進健康水平、自我實現和自我滿足的一種自發性多層面的行為和知覺 (Walker, Sechrist & Pender, 1987)。它不只是個人的健康責任，也包含了社會文化層面的健康行為 (Palank, 1991)；李純華 (2005)。1974 年加拿大衛生福利部長 Lalonde 以非傳統醫學的觀點，將國民致病及死亡的因素歸納

為：(1) 行為因素及不健康的生活型態；(2) 生物性因素；(3) 環境的危害；(4) 現有醫療體系不健全（高毓秀，2001a）。其中又以生活型態佔 43% 的影響力最大。

1979 年美國公共衛生部門（U.S. Public Health Service）出版的「健康人民（Healthy People：The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention）」（U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979），指出造成美國疾病和死亡的四個因素為：遺傳（20%）、環境（20%）、健康服務系統（10%）和生活型態（50%）。這份報告主要在說明改善環境和個人的生活型態是防止疾病發生和死亡的最有效方法。並強調個人的生活型態和行為，對於維持和增進健康具有重要角色。在 Lalonde 和「健康人民（Healthy People）」的兩份報告中，均把健康促進定義為生活型態的改變（高毓秀，2001b）。高淑芬、蕭如冰、蔡秀敏、邱佩怡（2000）指出健康促進生活型態實行不僅延緩疾病和不動，更能促進健康，加強老年人的生活品質，並可減少健康照護的花費。由此證明健康促進生活型態在現階段健康政策的重要性。

張彩秀、黃乾全（2002）認為生活型態是指人們生活的一種型態，是引導人們每天活動的行為。而 Harris, Guten（1980）將生活型態分為五大類：（1）健康習慣：如睡眠充足；（2）安全行為：如開車繫安全帶；（3）預防性護照行為：如定期健康檢查；（4）避免環境中的危害：如環境汙染；（5）有害物質的使用：如菸酒的使用。良好生活型態建立，部分和環境有關，但大多數取決於個人意識之選擇。Belloc 及 Breslow(1972)；高淑芬等(2000)提出個人若能每日執行七項原則：每天吃早餐、每天正常規律的吃三餐而不吃零食、每天睡眠7-8小時、適度運動（每週至少二至三次）、維持理想體重、不抽菸、不喝酒或儘量少飲酒等七項生活方式，則可增長壽命。尤其運動對於心血管疾病發生之預防、膽固醇降低及高血壓有很大影響。

Fry（1992）；湯慧娟（2002）表示造成老年人心理上調適及士氣程度降低，除了身體功能的減退外，心理和社會的參與活動力是主要原因；換言之，若能維持中年時期的活動與積極態度，可促使在老年時成功的老化，相對也提高了自尊。

Walker, Volkan, Sechrist 及 Pender (1988) 針對健康促進生活型態之評估項目，將健康促進生活型態分為六個因素來探討：

1. 自我實現 (self-actualization)：包含生活有目的、朝個人目標發展、對生命樂觀、有自覺及正向成長的感覺。
2. 健康責任 (health responsibility)：包含能注意自己的健康、與健康專業人員討論 健康保健、參加有關健康保健的活動等。
3. 運動 (exercise)：能從事有規律性運動或休閒性活動等。
4. 營養 (nutrition)：包括日常飲食型態、食物的選擇等。
5. 人際支持 (interpersonal support)：指能發展社會支持系統；如有親密的人際關係、與他人討論自己的問題、花時間與親密的朋友共處等。
6. 壓力處理 (stress management)：包括睡眠、放鬆自己、運用減輕壓力方法等。

綜合學者的觀點，健康促進生活型態是指個人以健康促進為導向為達到更健康狀態所努力的積極主動之行為模式，而不只是預防的行為，其評估內容包含壓力處置、維持人際支持、自我實現及健康責任、適當的營養及規律性運動。

三、老人健康促進生活型態之相關研究

Walker, Volkan, Sechrist 及 Pender 之健康促進生活型態之評估工具，甚多國內外學者運用於各個不同對象的健康促進生活型態方式研究上；如以大學生為對象(黃毓華、邱啟潤，1996；葉琇珠，2003；林美聲，2004；王月琴，2005；賴妙純，2003)、以一般大眾為對象(宋素真，1997；林女理，2002；李淑茹，2006)、以護理人員為對象(陳美燕、廖張京隸、廖照慧、周傳姜，1994；鄭小玉，2005；曾如敏，2004)、以職場員工為對象(高毓秀，1999)、以病患為對象(鍾寶玲，2002)等的健康促進生活型態研究，國內老年人健康促進生活型態研究如表2-2-1：

表 2-2-1：國內老人健康促進生活型態研究現況一覽表

編號	年代	研究者	研究對象	研究主題
1	1997	王瑞霞 許秀月	高雄市三民區的65歲老人，共500名	社區老年人健康促進行為及其相關因素的探討—以高雄市三民區的老人為例
2	1997	蕭冰如	144位65歲以上桃園縣龜山鄉老人	社區老年人健康促進衛生教育介入之探討
3	2002	張彩秀 黃乾全	679位40歲以上台中縣中老年人	中老年健康促進生活型態與自覺健康狀態之關係
4	2003	湯慧娟	高雄市65歲以上老人共333人	高雄市老年人健康促進生活型態、休閒、覺自由與心理幸福滿足感之相關研究
5	2002	劉劍華	台北市士林區306位65~84歲老人	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
6	2002	鍾寶玲	高雄市65歲以上之糖尿病人共125位	老年糖尿病患健康促進生活型態及相關因素之探討
7	2003	馬懿慈	民雄鄉65歲以上的170位老人	社區老人健康促進生活型態極其相關因素之探討—以嘉義縣民雄鄉為例
8	2003	洪麗娜	台中縣市四家安養機構65歲老人	應用跨理論模式於安養機構老人健康促進行為之探討

資料來源：研究者自行整理

在Pender(1996)修正模式中，人口學特性和先前的經驗列為重要因素，其中包含性別、年齡、教育程度等。許多研究指出「性別」是促進健康生活型態的預測因子(王瑞霞，許秀月，1997)。研究結果顯示(湯慧娟，2002；鍾寶玲，2002；劉劍華，2002)，整體健康促進生活型態方式男性高於女性，在分層面上「運動」、「壓力處理」及「健康責任」等均是男性優於女性。

在年齡方面：由許多研究結果發現年齡愈大者的健康促進行為愈好(王瑞霞、許秀月，1997；馬懿慈，2003)，研究更進一步指出「年齡」在運動分項執行上年紀愈老得分愈高，在營養分項之執行上亦是愈年老得分愈佳，並指出老年人在健康促進生活型態方式之總分平均高於中年人及年青人，即老年人比起年齡輕者有較佳的健康促進生活型態方式。

在居住狀況方面：王瑞霞等(1997)發現只與配偶同住者，其心理健康、睡眠型態和自我照顧行為均顯著優於擴大家庭。蕭冰如等(1998)指出有家人同住之老年人的健康促進生活型態方式較獨居者佳。但鍾寶玲(2002)研究結果顯示，不同居住狀況在整體健康促進生活型態之表現並無差異。

在婚姻狀況方面：Pender(1996)；湯慧娟(2002)指出重要他人的生活型態方式是可以預測其參與健康促進之生活型態，即家人、朋友等參考團體的健康態度及行為是個案行為及生活型態的增強因素，因此，有家人及朋友的鼓勵及作伴是老年人執行健康行為或態度的重

要因子。

在教育程度方面：蕭冰如(1997)；湯慧娟(2002)；鍾寶玲(2002)；劉劍華(2002)；馬懿慈(2003)，研究發現識字者的健康促進生活型態方式較不識字者為佳，教育程度愈高其健康促進行為愈多。Duffy(1988)；馬懿慈(2003)以262位35-65歲婦女為研究對象，發現高中以上的人，執行健康促進生活型態的情形較高中以下者為佳。此外教育程度高者自我實現、健康責任執行較多。

在經濟狀況方面：劉劍華(2002)；鍾寶玲(2002)，研究發現較高收入者執行較多健康責任、運動、自我實現行為及健康促進生活型態；另外，王瑞霞等(1997)則發現高社經狀況的社區老人執行較多心理健康及自我照顧行為。

王秀紅等(1992)以203位居住都市型態及256位居住鄉村型態的社區婦女為對象，發現客家籍、教育程度愈高者，社經地位較高及有配偶者，愈能執行健康促進生活型態；陳美燕、廖張京隸(1995)針對桃園地區197位護理學生與209位護理人員作調查，結果發現年齡與教育程度是影響健康促進生活型態的因素，年齡愈大、教育程度愈高、工作年資愈久及無子女者執行情況愈佳；另外鍾寶玲(2002)以高雄市社區65歲以上之糖尿病患者125位為研究對象指出，不同性別、教育程度、社經地位、居住狀況等特性，對於健康促進生活型態的執行會有顯著的差異。王秀紅曾以台灣鄉村三種族群老年婦女為對象研究發現，閩南族群婦女的年齡愈輕、教育程度愈高、與他人同住者其健康促進生活型態愈好；客家族群以教育程度高者、慢性健康問題較少者執行的較好；原住民婦女與他人同住者其健康促進生活型態較佳。馬懿慈(2003)以嘉義縣民雄鄉65歲以上的170位社區老人為對象，發現年齡、教育程度與健康促進生活型態呈現正相關。

藉由以上文獻得知性別、年齡、籍貫、教育程度、婚姻狀況、收入、婚姻狀況、配偶之有無、社經地位及居住情形等人口學特性均與健康促進生活型態有關。

而在不同背景變項中，歸納現有蒐集到國內研究文獻資料發現這些研究中，人口學特性對健康促進生活型態是否達顯著差異或具有預測力，各方研究者，因研究統計、採樣方式、區域劃分、城鄉地理位置、問卷…而有所不同，資料整理如表 2-2-2：

表 2-2-2 國內老人健康促進生活型態研究結果一覽表

編號	研究者 (年代)	研究結果
1	王瑞霞 許秀月 (1997)	1.人口學特性及健康決定重心可預測健康促進生活型態的心理健康、睡眠、照顧系統利用及自我照顧行為等項目。2.在各項健康促進行為中，以照顧系統利用得分最高，自我照顧行為得分最低。3.心理健康、睡眠及自我照顧行為與健康決定因素顯著正相關。
2	蕭水如 (1997)	健康行為自我效能、教育程度與自覺健康狀況共同預測健康促進生活方式。
3	張彩秀 黃乾全 (2002)	1.健康促進生活型態與「自覺心理健康感受」呈正相關。2.性別、社會經濟地位、每日活動度對其可改變的程度較少。
4	湯慧娟 (2003)	1.高雄市老年人整體健康促進生活型態屬於中上。 2.在健康促進生活型態方面：整體而言男性優於女性，且居住及婚姻狀況會受配偶是否健在之影響。 3.受過教育且自己有收入者較有執行健康促進之正向行為。
5	劉劍華 (2002)	1.健康促進生活方式以「營養」得分最高，「運動」最低，其中性別、經濟狀況、教育程度及自覺健康狀況，在整體健康促進生活方式得分上，皆有顯著差異。 2. 研究對象健康促進生活方式與生活品質，皆呈現顯著的正相關。
6	鍾寶玲 (2002)	1.社區老年糖尿病患健康促進生活型態，由高至低依序為身體活動、人際關係、營養、心理適應暨健康責任等生活型態分量表。2.男性、受過教育者、高社經地位者、整體健康自評良好或普通者之健康促進生活型態總量表得分顯著高於女性、不識字、低社經地位、整體健康自評差者。3.不同性別、教育程度、社經地位、居住狀態、自覺健康狀況在健康促進生活型態分量表的得分有顯著差異。
7	馬懿慈 (2003)	1.社區老人健康促進生活型態，各層面以營養得分最高，健康責任為最低；社區老人對健康自評的結果以差和尚可居多。 2.年齡、教育程度是影響社區老人健康促進生活型態之相關因素；與自覺健康狀態呈現顯著正相關。
8	洪麗娜 (2003)	1.定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視階段分佈會因教育程度不同，而有顯著差異。 2.平常健康問題主動找健康專業人員討論階段會因教育程度不同，而有顯著差異。

資料來源：研究者自行整理

第三節 生活品質相關理論與研究

一、生活品質的意涵

生活品質是一個相當複雜的概念，它會隨不同情境而有所改變，一般認為它包含主觀的適應、滿足感、幸福的感受、生活滿意度等。就西方的文化來看，生活品質的概念可追溯到希臘哲學之父亞里斯多德，他以「幸福感」來描述生活品質，他強調一個幸福的人，凡是順利且生活良好，靈魂可以得到滿足的狀態，如此可說他有較好的生活品質。世界衛生組織對生活品質的定義：「個人在所生活的文化價值體系中，對自己的目標、期望、標準、關心等方面的感受程度，其中包括一個人生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念以及環境六大方面。」這個定義強調了個人在所處環境中的主觀感受的重要性，且是多層面的概念（姚開屏等，2005）。在韋氏國際字典第三版中生活品質（Quality of Life）

定義為「每個人在他們的重要生活層面，所感到快樂或滿足程度」。

二、生活品質之相關研究

Ferrans&Powers (1992)；李純華 (2005) 認為生活品質以生活滿意度、健康功能狀態、社經狀況及家庭四大項，其中以生活滿意度與生活品質最有顯著的關係，應以之為主，相關研究中也發現老年人的婚姻美滿、與家人同住、經濟能力越好、自覺健康狀態良好、日常生活能力越強者，其生活品質之滿意度越高。劉淑娟 (1998) 研究指出高齡者在生理上機能退化、慢性病的影響，心理上面臨調適的問題，容易導致失能的現象，再加上缺乏資源配置、人力運用及環境之保護，可能使之生活陷入不安全、生活品質低落的情形，對個人健康是一影響因子。目前國內有關老人生活品質的研究如表 2-3-1：

表 2-3-1 國內老人生活品質研究現況一覽表

編號	年代	研究者	研究對象	研究主題
1	2001	梁金麗	台北市士林區 65~84 歲老人共 400 位	社區老人生活品質及其相關因素之探討
2	2002	劉儉華	台北市士林區 306 位 65~84 歲老人	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
3	2002	王真敏	台北市士林區 50 (含) 以上 75 (含) 以下之老人	社區老人健康體能與生活品質相關性研究
4	2002	趙安娜	台南縣將軍鄉 65 歲以上 115 位老人	鄉鎮社區老年人生命意義、健康狀況與生活品質及其相關因素之探討
5	2004	蘇美文	八十九年台閩地區老人狀況調查樣本	影響老年人生活品質因素之研究
6	2004	蔡蜜西	新竹縣市 101 位 60 歲以上之老人	新竹地區居家老人時間運用與生活品質之研究
7	2004	謝瓊慧	台北縣新店市 116 位老年婦女	社區老年婦女的健康狀況、家庭功能、與生活品質之相關性探討
8	2005	李純華	高雄縣新田區 65 歲以上老人共 480 人	社區老人健康行為與生活品質之研究
9	2005	陳媽芬	高雄縣大寮鄉 65 歲以上 187 位社區老人	社區老人自覺健康狀況、身體活動和生活品質之研究
10	2005	李宜靜	屏東地區客家族群中 427 位老年人	客家族群中老年人健康行為、飲食行為與生活品質之探討—以屏東地區為例
11	2006	蔡詠琪	台北市某社區、復健診所、養護機構及苗栗地方社區的 65—97 歲老年人 457 位	成功老化：老年人之生活品質相關因子探討

資料來源：研究者整理

內政部於民國八十九年三月以分層隨機抽樣 4070 位國民調查臺閩地區住戶對於生活滿意度，結果對目前生活整體之滿意度有 73%，與三年前比較未有顯著差異；另外對未來

生活之期望方面，期望年老後安心生活佔 33.7%為最高；且在期待有一些儲蓄的生活及擁有現代化設備生活增加了至少 5.0%，顯示未雨綢繆與提昇生活品質已漸為國人重視（內政部，2000）。所以過去將重點置於增長壽命，在今日平均餘年增加之際，反而更須著重於生活品質之評估提昇。就生活品質影響因子而言，Ferrans & Powers (1992)；李純華 (2005) 的研究結果指出，家庭責任承擔力、生活標準、居住狀況有顯著關係，高收入者在生活品質得分較高。林瓊華 (2002) 以台北市士林區 45—60 歲更年期婦女 203 人研究發現：教育程度愈高、有工作、與先生同住、每月支配金錢愈多、社會支持愈高，社會支持與生活品質呈正相關。趙安娜 (2002) 研究結果亦是如此。

有關生活品質量表，國內常見生活品質測量工具包括以健康為導向的 Short Form36 量表（簡稱 SF-36 量表），SF-36 量表是評估與功能和安寧狀態之基本人類需求的健康概念（Ware,1987；楊怡君等，2002），它適用於所有的年齡層、疾病別與治療。而中國人健康量表（CHQ-12），是針對病患或照顧者之生活品質量表，由 Ferrans & Power 於 1985 發展出；另外針對整體生活品質測試的世界衛生組織生活品質量表（WHOQOL-100）。WHOQOL-100 問卷內容可分為六大範疇，24 個層面，包括：生理範疇、心理範疇、獨立程度、社會關係、環境、心靈/宗教/個人信念。之後又發展出簡明版問卷（稱做 WHOQOL-BREF），從 24 個層面各選出一個題目，又從一般層面中挑選出兩題分別與整體生活品質和一般健康相關的題目，共計 26 題，將獨立程度併入生理範疇，心靈/宗教/個人信念併入心理範疇，簡化成四個主要範疇：生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇、和環境範疇。臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷於 1997 年取得台灣版本的發展權，內容除依照 WHOQOL 研究總部的規定選入全球共通的 WHOQOL-BREF 的 26 個題目外，還加上了「飲食」和「面子」等兩個本土性層面的題目。The WHOQOL Group(1998)強調世界衛生組織生活品質簡明版量表 (WHOQOL-BREF)不只是測健康部份的生活品質，還含蓋一般其它方向性的生活品質，有多文化背景測試過程，是可被用來做跨族群評估用。故本研究採用姚開屏等 (2005) 「臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊（第二版）」之

量表做為探討六堆地區銀髮族生活品質測量工具。

而在不同背景變項中，歸納現有蒐集到國內研究文獻，資料整理如 2-3-2 表：

表 2-3-2 國內老人生活品質研究結果一覽表

編號	研究者 (年代)	結果
1	梁金麗 (2001)	1. 整體自覺健康狀況，以自覺良好的狀況最多。 2. 健康促進生活方式之實踐，最佳為「營養」分項，最差為「運動」。男性得分高於女性受訪者。 3. 整體健康促進生活方式和年齡呈負相關，與教育年數則呈顯著正相關；籍貫除外，其他不同致因狀況、居住狀況、經濟狀況、宗教信仰在健康促進生活方式是有差異。4. 個人經濟狀況及自覺健康狀況是影響健康促進生活方式最重要因素。
2	劉儉華 (2002)	1. 研究對象健康促進生活方式以「營養」之分量表得分最高，「運動」最低，其中性別、經濟狀況、教育程度及自覺健康狀況，在整體健康促進生活方式得分上，皆有顯著差異。 2. 在生活品質四大範疇中，以「環境」範疇之生活品質得分最高，「心理」範疇之生活品質得分最低。經後回歸分析，本研究對象之生活品質，以「健康促進生活方式」對其影響力最大。
3	王真敏 (2002)	生活品質四範疇得分最高為生理範疇，最低為心理範疇，四範疇均為中上程度之生活品質感受。
4	趙安娜 (2002)	整體生活品質，在四個範疇中，以「社會關係」得分最高，「心理」得分最低。不同性別、職業、教育程度、婚姻狀況、每月可自由支配金錢總數、經濟滿意度及年齡與整體生活品質之間有顯著差異。從生活品質各範疇來看，在「生理」上有差異，為性別、職業、婚姻、教育程度、經濟滿意度、每月可自由支配金錢總數及年齡。在「心理」上有差異，為職業、婚姻狀況、經濟滿意度，及每月可自由支配金錢總數。在「社會關係」上有差異，為居住村落、婚姻狀況及每月可自由支配金錢總數。在「環境」上有差異，為性別、職業、教育程度、居住村落、經濟滿意度及每月可自由支配金錢總數。
5	蘇美文 (2004)	影響老年人生活品質之因素，主要為經濟狀況、是否從做的事中得到樂趣與是否覺得孤獨寂寞。
6	蔡蜜西 (2004)	客家籍不識字已婚居多。一個月主要支配金額是 5000 到 10000 元。影響老人生活品質最重要的變項是：老人的教育程度、金錢支配及健康情形。
7	謝瓊慧 (2004)	整體生活品質，屬於中上程度。自覺健康狀況與生活品質呈正相關。生理困擾、家庭功能之溝通、自覺健康狀況、家庭功能之情感涉入、及教育程度，可預測整體生活品質。生理困擾及自覺健康狀況為預測生活品質之重要因子。
8	李純華 (2005)	經濟狀況不同，其運動行為有顯著差異。性別、教育程度、婚姻狀況、職業及經濟狀況不同，身體健康狀態 (PCS) 及心理健康狀態 (MCS) 會有顯著差異，年齡與 PCS 呈現負相關，慢性病罹病數目與 PCS 及 MCS 呈現負相關。經濟狀況、職業、年齡及教育程度可預測社區老生活品質。
9	陳馮芬 (2005)	自覺健康狀況屬於中上程度，主要影響因素為年齡、教育、居住、經濟狀況與疾病罹患率。生活品質屬於中上程度。在四個範疇中，以社會關係範疇之得分最高，最低分者是為生理健康範疇，整體生活品質主要影響因素為，經濟狀況、每月生活費、經濟來源、職業狀況、生活照顧者、疾病罹患率，以及整體健康自覺狀況。
10	李貞靜 (2005)	整體生活品質預測模式，變項中「年齡」、「每月可支配金錢」、「慢性疾病個數」、「有無運動」和「有無喝酒」為整體生活品質的顯著預測因子，均有顯著預測力。
11	蔡詠琪 (2006)	在成功老化方面，教育程度較高者、有固定經濟來源者、退休前屬白領階級者、目前聽力庫效子者、目前視力庫效子者、目前睡眠品質較好者、目前無罹患任何疾病者、目前僅罹患一項疾病、目前有規律運動習慣者，及目前有持續社會參與者，其成功老化勝算比顯著較高。

資料來源：研究者整理

第四節 文獻總結

綜合以上各節有關健康促進生活型態與生活品質的理論及意涵，可以了解：在人口結構快速老化，慢性疾病成為老人主要健康問題，而不良的生活型態又是現今導致老人得慢性病主要原因，探討老人健康促進生活型態，是目前廣泛受到重視課題。

比較之前的研究，本研究以六堆地區銀髮族為對象，以人口學特性當作「背景變項」、「健康促進生活型態量表」、「生活品質量表」問卷收集資料，再統計分析「健康促進生活型態」、「生活品質」之相關性、瞭解六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質現況及差異性，發現潛藏因子，有助於提供倡導銀髮族健康促進生活型態及提升銀髮族生活品質方面的參考。



第三章 研究方法

本章共分六節，第一節、研究架構；第二節、研究對象；第三節、研究工具；第四節、問卷實施過程；第五節、資料處理與統計分析。

第一節 研究架構

本研究之架構如圖 3-1-1，其中研究變項包括背景變項（性別、年齡、居住安排、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、經濟狀況、宗教信仰、職業狀況、自覺健康狀況）、健康促進生活型態（自我實現、健康責任、人際支持、運動、壓力處理、營養）與生活品質（生理、心理、社會、環境）等，本研究架構主要是依據文獻探討之統整，其主要目的在探討各變項間之關係。

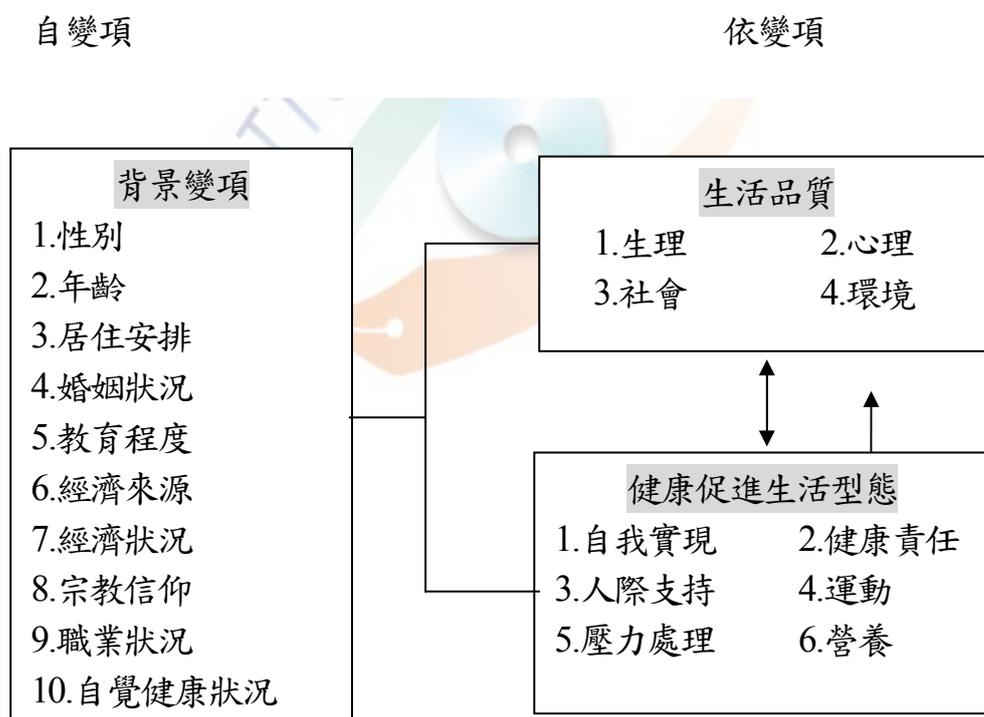


圖 3-1-1 研究架構圖

第二節 研究對象

本研究以居住六堆地區65歲(含)以上之銀髮族為研究對象，其中以六堆地區所屬的十個鄉鎮(包括萬巒、竹田、長治、麟洛、內埔、新埤、佳冬、高樹、美濃、杉林)之銀髮族統計人數為母群體，共計40424人。而本研究之總樣本為250人(如附錄一)。本研究因時間、經費、人力上的限制及考量不同生活習性之銀髮族差異上可能的影響，以六堆地區立案老人會會員及其親朋好友，能識字或意識清楚、表達能力佳者，為填寫問卷或同意接受訪談者為對象，因此採取分層叢集取樣選取調查對象。背景變項特質研究資料包括：性別、年齡、居住安排、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、經濟狀況、宗教信仰、職業狀況及自覺健康狀況等，其詳細分佈如表 3-2-1 所示。

表 3-2-1 本研究樣本背景變項分析摘要表

背景變項	基本資料	人數	百分比
性別	男性	109	51.9
	女性	101	48.1
年齡	65—74 歲	141	67.1
	75 歲以上	69	32.9
居住安排	固定和子女居住	89	42.4
	只與配偶同住	81	38.6
	獨居	20	9.5
	其他	20	9.5
婚姻狀況	未婚或離婚	9	4.3
	配偶健在	140	66.7
	配偶已故	61	29.0
教育程度	不識字	34	16.2
	小學	90	42.9
	初中	28	13.3
	高中職	33	15.7
	大專(學)以上	25	11.9
經濟來源	靠子女供養	77	36.7
	退休金	43	20.5
	自己有收入	81	38.6
	社會救助	9	4.3

表 3-2-1 本研究樣本背景變項分析摘要表(續)

經濟狀況	5000 元以下	41	19.5
	5001~10000 元	62	29.5
	10001~15000 元	46	21.9
	15001~20000 元	24	11.4
	20001~25000 元	13	6.2
	25000 元以上	24	11.4
宗教信仰	其它	21	10.0
	佛教	114	54.3
	民間信仰	36	17.1
	道教	39	18.6
職業狀況	無	115	54.8
	已退休	50	23.8
	目前仍有工作	45	21.4
自覺健康狀況	不好	28	13.3
	尚可	92	43.8
	好	90	42.9

第三節 研究工具

本研究採用問卷調查法收集實證資料進行分析，以便檢定本研究所提出之假設。測量工具則採用過去研究所發展的量表為基礎，事前取得使用同意書（如附錄二、三），內容包含個人基本資料、健康促進生活型態量表及生活品質量表等三部分所組成(如附錄四)。各量表之使用與設計說明如下：

一、個人基本資料

這一部分調查以選擇題方式呈現，並依據相關研究之背景變項，對於主要變項之影響加以整理，本研究彙集有關受試者性別、年齡、居住安排、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、經濟狀況、宗教信仰、業狀況（家庭承擔力）、自覺健康狀況。

1. 性別：分為男性及女性。
2. 年齡：分為65-74 歲； 75歲以上二個年齡層。

3. 居住狀況：分為固定和子女居住、只與配偶同住、獨居、其他（三代同堂或家族同住）等四類型。
4. 婚姻狀況：分為未婚或離婚、配偶健在、配偶已故等三組。
5. 教育程度：分成不識字、小學、初中、高中職、大專（學）以上五個程度。
6. 主要經濟來源：分為靠子女供養、退休金、自己有收入、社會救助。
7. 經濟狀況：依老人自述每月可自由支配運用之金額分為 5000 元以下、5001-10000 元、10001-15000 元、15001-20000 元、20001-25000元、及 25000 元以上六組。
8. 宗教信仰：分為其它、佛教、民間信仰、道教等四組。
9. 職業狀況（家庭承擔力）：分為無、已退休、目前仍有工作等三組。
10. 自覺健康狀況：就老人個人覺得健康狀況如何？分為不好、尚可、好等三組。

二、健康促進生活型態量表

乃由Pender (1987) 及其同僚，依Pender之健康促進生活習慣評估表 (Life Style and Health Habits Assessment, LHHA) 100題發展成健康促進生活方式量表 (Health Promoting Life Style Profile, HPLP)。此HPLP (Walker, Sechrist & Pender, 1987) 量表計48題，陳美燕等 (1997) 將此HPLP48題量表中刪除部分不適合國人或重複健康行為之題目編修為40題中文版之量表，並運用因素分析進行萃取，結果與原量表同命名六個因素。內容包括：

- 1.自我實現 (self-actualization)：包含生活有目的、朝個人目標發展、對生命樂觀、有自覺和正向成長的感覺。第6、10、11、14、18、20、29、31題是屬於此項。
- 2.健康責任 (health responsibility)：包含能注意自己的健康、與健康專業人員討論健康保健、參加有關健康保健的活動。第7、8、19、25、26、28、34、36題是屬於此項。
- 3.人際支持 (interpersonal support)：包含能發展社會支持系統，如：有親密的人際關係、與他人討論自己的問題、花時間與親密的朋友共處等。第12、21、22、27、32、37題是屬於此項。
- 4.運動 (exercise)：包含能從事有規律性運動或休閒性活動等。第2、3、5、9、15、24題屬於此項。
- 5.壓力處理 (stress management)：包含睡眠、放鬆自己、運用減壓的方法等第1、13、17、33、

35、38、39題是屬於此項。

6.營養 (nutrition)：包含日常飲食型態、食物的選擇等。第4、16、23、30、40題是屬於此項。

本中文版之健康促進生活型態量表測試920位18—65歲居住在桃園及台北地區的成人。結果本中文版健康促進生活型態量表之信度內在一致性Cronbach's α 約達0.92，且各次量表之內在一致性介於0.69-0.84之間。效度方面採建構效度，利用因素分析之最大變異數轉換法 (varimax) 萃取六個因素做為台灣之版本，解釋之變異量為48.19%；另以同時效度檢測，結果顯示各次量表和總量表都呈現與效標顯著之關係，故本量表能用以了解研究對象的健康促進之生活型態，及評價生活型態之處置成效為何。

本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」，滿分是4分，2.5是平均數，因此分析時依以下標準討論：3.5分以上屬高等，3.5到2.5分屬中上，2.5到1.5分屬中等，1.5分屬中下。量表總得分愈高，健康促進生活型態愈健康。

三、生活品質量表

本量表是採用姚開屏等 (2005) 所著「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊 (第二版)」之量表 (附錄四)，此台灣版問卷之題目是從世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF) 英文版之26個選項，多加入兩個本土性題目。量表計28題，建議採自填 (self-administered)、訪談者協助式 (interviewer-assisted) 或訪談者填寫 (interviewer-administered) 的方式進行，以最近兩個星期的生活情形為參考點 (time reference) 主觀感受填寫或回答問卷的問題，以評斷自己的生活品質。信度部分，整體問卷的內部一致性達到0.91，再測信度中有22題是超過0.60，最小值為0.41，最大值為0.79，各範疇的再測信度皆達0.75以上；在內容效度分析採皮爾森相關法 (Person correlation)，各題目、層面與所屬範疇間之相關介於0.53~0.78之間 ($p < .01$)；各範疇間之相關介於0.51~0.63之間 ($p < .01$)。表示內容效度是相當好的。

「生活品質量表」採五點計分量尺來計分。每題選擇第一個量尺語詞者得一分，以此類推，滿分是5分，3分是平均數，因此分析時依以下標準討論：4.01分以上屬高等，3.01到4分屬中上，2.01到3分屬中等；第3、4、26題屬於反向題，在計算各項得分前，這些題目的原始分數需被轉換，

轉換方式是：新的得分數=6-原始的得分數，即得分依序為5、4、3、2、1分。各範疇總得分，會依題數平均再乘以4，以利各範疇得分之比較（姚開屏等，2005）；受訪者若有年齡不符或題目回答不完全，則此份問卷需視為無效；各範疇得分相加成為整體生活品質之總分，總分愈高表示生活品質愈佳。

第四節 問卷實施過程

一、問卷重測

自抽樣樣本外的50位六十五歲以上銀髮族進行重測，主要藉由內埔四健會會員，由其組長共三位逐一將題目內容念給會員瞭解，並將其符合之程度加以圈選而完成。重測資料可作為問卷信度及項目分析之參考，可進一步瞭解研究對象於問卷調查時之反應並估計問卷填答時間，以提供正式問卷施測之參考。第一次重測為民國九十六年十二月十八日，第二次重測是七天後，十二月二十八日收齊，重測問卷共計50份。其中一份第二次重測問卷在生活品質量表中漏答七題，所以有效重測問卷為49份。量表重測信度如表3-4-1：

表 3-4-1 量表重測信度 (N=49)

量表	分量表	pearson	顯著性
健康促進 生活型態	自我實現	.972*	.000
	健康責任	.989*	.000
	人際支持	.935*	.000
	運動	.909*	.000
	壓力處理	.967*	.000
	營養	.933*	.000
生活品質	生理	.894(*)	.000
	心理	.914(*)	.000
	社會	.859(*)	.000
	環境	.967(*)	.000

* $P < .05$

二、正式施測

鑒於研究者人力、時間、經費有限的考量，本研究採取分層叢集取樣方式進行抽樣，共選取250人受試。在抽樣的部分請六堆地區老人會理事長為訪查人員，為求回收問卷之完整性與真實性，先對訪查人員就問卷內容說明以及填答方式加以講解，施測時訪查人員在一旁協助解決作答時的任何問題，並提醒受試者每一題都要作答，交卷時檢查是否每一題均作答，沒有遺漏後則向受試者致謝，並贈予紀念品一份。在抽樣對象方面，分別由六堆地區老人會理事長或村長幫忙，以會員及其親屬符合受試對象限制及願意主動填答之65歲以上老人為對象。施測期間始於民國九十七年一月十日至一月三十一日共發出250份，回收248份，扣除無效問卷共計210份，回收率84%。

第五節 資料處理與統計分析

本研究在量表的實際施測建檔後，以套裝軟體 SPSS for Windows12.0進行資料統計分析，檢定各項假設，統計的顯著水準 (α) 定為.05，依據研究目的所進行之統計分析如下：

- 一、描述性統計(descriptive statistics)：分析六堆地區銀髮族個人基本資料的分佈情形及求出變項中各層面的次數分配、平均數及標準差，以了解六堆地區銀髮族的健康促進生活型態及生活品質之現況。
- 二、t考驗、變異數分析：分析不同背景變項的六堆地區銀髮族在健康促進生活型態及生活品質整體層面及各層面上的差異情形。
- 三、典型相關(Canonical correlation analysis)：分析六堆地區銀髮族的健康促進生活型態與生活品質的相關情形。
- 四、多元逐步迴歸(Multiple Regression)：用以瞭解六堆地區銀髮族健康促進生活型態對生活品質整體層面的預測能力。

第四章 結果與討論

本研究旨在瞭解六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之間的相關情形，並就不同背景變項差異進行探討。本章主要目的是依據本研究受試者在「六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質問卷」上所填或問答後代填的得分之統計結果，進行分析及討論。

第一節 不同背景變項銀髮族健康促進生活型態之差異探討

一、研究對象的健康促進生活型態現況

本研究之健康促進生活型態共有六個因素，包含自我實現、健康責任、人際支持、運動、壓力處理及營養。其中自我實現是指生活有目的、朝個人目標發展、對生命樂觀、有自覺及正向成長的感覺；健康責任是能注意自己健康、與專業健康人員討論健康保健及參加有關健康保健的活動；人際支持指能發展社會支持系統，如親密的人際關係、與他人討論自己的問題及花時間與親密的朋友共處；運動是指能從事規律性運動或休閒性活動；壓力處理包括睡眠、放鬆自己及運用減輕壓力的方法；營養包括日常飲食型態及食物選擇等。上述六個因素層面的健康促進生活型態在受試者所分佈的情形如表4-1-1 所示。

表 4-1-1 健康促進生活型態各層面分析摘要表 (N=210)

因素層面	題數	單題平均數	單題標準差	排序
自我實現	8	2.60	0.61	3
健康責任	8	2.26	0.54	5
人際支持	6	2.82	0.50	2
運動	6	2.20	0.56	6
壓力處理	7	2.56	0.49	4
營養	5	3.64	0.48	1
整體健康促進生活型態	40	2.56	0.45	

註：本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」。

表 4-1-1 為六堆地區銀髮族「健康促進生活型態」各層面分析摘要表，由表中可歸納以下五個重點：

- (一) 就健康促進生活型態整體層面而言，單題平均得分為2.56 高於每題中間值2.5 分，顯示六堆地區銀髮族在健康促進生活型態的情形良好，屬中上程度。
- (二) 由「自我實現」(M=2.6)、「健康責任」(M=2.26)、「人際支持」(M=2.82)、「運動」(M=2.20)、「壓力處理」(M=2.56)、「營養」(M=3.64)各層面的平均數得知：六堆地區銀髮族在健康促進生活型態上，以「營養」層面的得分最高，「運動」層面的得分最低。此研究結果與劉劍華(2002)、湯慧娟(2003)所做的研究相符合。
- (三) 在六個分層面上，「自我實現」、「人際支持」、「壓力處理」、「營養」有達每題中間值，顯示六堆地區銀髮族高的健康促進生活型態是藉由個人對營養注重和自我實現的實行來達成人際支持與壓力處理。
- (四) 大部分願意接受問卷之銀髮族，都能與訪談人員侃侃而談，且較樂觀願意分享個人經驗，也會參與社團活動或和親朋好友一起打發時間，主動參與活動或接受鼓勵而參與活動，因此在人際間支持則顯得相當重要。倒是在健康責任、運動注重方面顯得較為不注重；主動之健康行為，如參加與個人健康有關的教育課程、做運動時會測量自己的脈搏、能參加有人指導的運動課程、每週有三次劇烈的運動或閱讀相關之醫療報導，顯得不積極，可能是客家人的硬頸精神，不想麻煩別人，和他人分享心情，拖累子孫心理，忍一下就好不必大驚小怪；並認為已經忙田裡或其他事務身體有操勞了，所以在健康責任、運動方面不顯著。
- (五) 在六個分層面上，以「運動」得分最低，其次低為「健康責任」，此結果與梁金麗(2001)針對65-84歲之北市社區老人的研究結論一樣，顯示這二個因素，無論城鄉的銀髮族都有這趨勢。Pender(1987)針對此點說明：我們從小的教育中，將「運動」視為是學校的體育或是體能鍛鍊，因而未能發展成日常生活重要的活動之一，故而忽略之。

二、不同背景變項之銀髮族在健康促進生活型態之差異情形

本節主要探討不同背景變項之銀髮族在健康促進生活型態之差異情形，其中背景變項包含性別、年齡、居住安排、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、經濟狀況、宗教信仰、職業狀況及自覺健康狀況等。

本研究採用 t 考驗、單因子變異數分析來進行考驗差異情形，以檢定研究假設一：不同背景變項之六堆地區銀髮族在「健康促進生活型態」整體層面及分層面上有顯著差異。

(一) 不同性別之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態之差異分析

表 4-1-2 不同性別在健康促進生活型態之描述統計及 t 考驗摘要表

健康促進生活型態層面	性別	人數	平均數	標準差	t 值
自我實現	男	109	2.70	0.63	2.41*
	女	101	2.50	0.57	
健康責任	男	109	2.32	0.52	1.58
	女	101	2.20	0.57	
人際支持	男	109	2.87	0.54	1.48
	女	101	2.77	0.46	
運動	男	109	2.23	0.51	0.68
	女	101	2.17	0.61	
壓力處理	男	109	2.67	0.50	3.63*
	女	101	2.43	0.45	
營養	男	109	3.10	0.50	1.22
	女	101	3.02	0.46	
整體	男	109	2.62	0.45	2.25*
	女	101	2.48	0.44	

* $P < 0.05$ 註：本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」。

由表 4-1-2 可知，不同性別之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態整體層面有顯著差異，男性 ($M=2.62$) 優於女性 ($M=2.48$)。另外在各層面中「自我實現」、「壓力處理」層面上有顯著差異；而「健康責任」、「人際支持」、「運動」、「營養」等層面上沒有顯著差異。

研究結果顯示，男性在整體層面和各分層面顯著高於女性。結果與梁金麗 (2001)、劉劍華

(2002)、鍾寶玲(2002)、湯慧娟(2003)等所研究結果相符；究其原因，也許在我們的傳統社會中男主外女主內，家務通常由女性打理，尤其是傳統客家家庭。男性退休步入老年後，通常表示卸下重擔，而有較多個人時間從事健康行為或參與社團，但女性也是上班退休後，生活習性使然仍要終其一生操持家務，或照顧孫子、長者，故較忽略健康行為的執行。

(二) 不同年齡之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態之差異分析

表 4-1-3 不同年齡在健康促進生活型態之描述統計及 t 考驗摘要表

健康促進生活型態 因素層面	年齡	人數	平均數	標準差	t 值
自我實現	1.65—74 歲	141	2.73	0.58	4.80*
	2.75 歲以上	69	2.33	0.57	
健康責任	1.65—74 歲	141	2.37	0.51	4.46*
	2.75 歲以上	69	2.03	0.54	
人際支持	1.65—74 歲	141	2.90	0.46	3.29*
	2.75 歲以上	69	2.66	0.55	
運動	1.65—74 歲	141	2.31	0.53	4.11*
	2.75 歲以上	69	1.98	0.56	
壓力處理	1.65—74 歲	141	2.65	0.46	4.25*
	2.75 歲以上	69	2.36	0.48	
營養	1.65—74 歲	141	3.12	0.48	2.66*
	2.75 歲以上	69	2.94	0.47	
整體	1.65—74 歲	141	2.66	0.42	4.96*
	2.75 歲以上	69	2.35	0.44	

* $P < 0.05$ 註：本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」。

表 4-1-3 不同年齡之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態整體層面有顯著差異，另外在自我實現、健康責任、人際支持、運動、壓力處理、營養等各層面中也有顯著差異，尤其在運動層面上有顯著差異。顯示銀髮族之健康促進生活型態會因年齡的不同而有所差異，65—74 歲 ($M=2.66$) 在整體層面或各層面上優於 75 歲以上 ($M=2.35$)。

本研究結果與梁金麗(2001)提出年齡越高者其在健康促進生活型態的得分越差，結果相符。另湯慧娟(2003)研究與之相反：她認為其研究的樣本來源較廣，年齡越大相對於自己身體

狀況會逐漸下滑，也因此對於健康促進的行為會特別重視，所以提出年齡愈大者健康行為愈好。由許多研究結果發現年齡愈大者的健康促進行為愈好，王瑞霞、許秀月（1997）；馬懿慈（2003），研究更進一步指出「年齡」在運動分項執行上愈年老得分愈高，在營養分項之執行上亦是愈年老得分愈佳，並指出老年人在健康促進生活型態方式之總分平均高於中年人及年青人，即老年人比起年齡輕者有較佳的健康促進生活型態方式。此論點和本研究不同，本研究地區銀髮族隨著年紀增長，慢性病的出現反而降低健康促進行為的執行；在許多研究中對於年齡在健康促進生活型態所呈現的不同結果，則有待進一步研究。

（三）不同居住安排之銀髮族在健康促進生活型態之差異分析

表 4-1-4 不同居住安排在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

健康促進生活型態因素層面	居住狀況	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
自我實現	1.固定和子女居住	89	2.47	0.59	4.63*	2>1
	2.只與配偶同住	81	2.72	0.53		2>3
	3.獨居	20	2.41	0.61		4>1
	4.其他	20	2.87	0.77		4>3
健康責任	1.固定和子女居住	89	2.21	0.56	4.53*	1>3
	2.只與配偶同住	81	2.33	0.52		2>3
	3.獨居	20	1.93	0.43		4>1
	4.其他	20	2.49	0.57		4>3
人際支持	1.固定和子女居住	89	2.76	0.47	4.39*	2>1
	2.只與配偶同住	81	2.94	0.43		2>3
	3.獨居	20	2.55	0.69		4>3
	4.其他	20	2.90	0.57		
運動	1.固定和子女居住	89	2.14	0.57	1.54	
	2.只與配偶同住	81	2.27	0.50		
	3.獨居	20	2.05	0.63		
	4.其他	20	2.31	0.67		
壓力處理	1.固定和子女居住	89	2.45	0.48	4.50*	2>1
	2.只與配偶同住	81	2.65	0.44		2>3
	3.獨居	20	2.39	0.50		4>1
	4.其他	20	2.76	0.58		4>3

表 4-1-4 不同居住安排在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要(續)

營養	1.固定和子女居住	89	2.98	0.49	3.85*	4>1
	2.只與配偶同住	81	3.12	0.45		4>3
	3.獨居	20	2.92	0.51		
	4.其他	20	3.32	0.44		
整體	1.固定和子女居住	89	2.47	0.44	5.26*	2>1
	2.只與配偶同住	81	2.65	0.39		2>3
	3.獨居	20	2.34	0.45		4>1
	4.其他	20	2.75	0.56		4>2 4>3

* $p<.05$ 註：本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」。

由表 4-1-4 可知：

- 1.在整體層面，不同居住狀況之六堆地區銀髮族在整體健康促進生活型態上有顯著差異($F=5.26$, $p<.05$)，「其他」優於「只與配偶同住」、「固定和子女居住」、「獨居」。經事後比較發現：「只與配偶同住」優於「固定和子女居住」及「獨居」；「其他」三代同堂或家族同住優於「固定和子女居住」和「獨居」。
- 2.在各層面中「營養」、「自我實現」、「健康責任」、「人際支持」、「壓力處理」等層面上有顯著差異。「運動」層面上沒有顯著差異。
- 3.在「自我實現」層面，經事後比較發現「只與配偶同住」優於「固定和子女居住」及「獨居」；「其他」三代同堂或家族同住優於「固定和子女居住」和「獨居」。「壓力處理」層面亦是如此。
- 4.在「健康責任」層面，經事後比較發現：「固定和子女居住」優於「獨居」；「只與配偶同住」優於及「獨居」；「其他」三代同堂或家族同住優於「固定和子女居住」和「獨居」。
- 5.在「人際支持」層面，經事後比較發現，「只與配偶同住」優於「固定和子女居住」及「獨居」；「其他」三代同堂或家族同住優於「獨居」。

研究顯示，此結果與蕭冰如等(1998)；湯慧娟(2003)之研究結果相符，即與配偶及子女同住者健康促進生活型態較佳。究其原因，若只與配偶同住生活較單純，作息正常，因而有較多時間從事運動的健康行為，甚至夫妻一同參與；此外，「其他」三代同堂或家族成員一起住者，其「營養」

「自我實現」、「健康責任」、「人際支持」、「壓力處理」等生活型態優於獨居及固定和子女居住者，可見折衷家庭及大家庭仍是具有魅力的。

(四) 不同婚姻狀況之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態之差異分析

表 4-1-5 不同婚姻狀況在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

健康促進生活 型態因素層面	婚姻狀況	人數	平均數	標準差	F 值	事後 比較
自我實現	1.未婚或離婚	9	2.39	0.68	5.18*	2>3
	2.配偶健在	140	2.69	0.57		
	3.配偶已故	61	2.42	0.64		
健康責任	1.未婚或離婚	9	2.29	0.55	9.05*	2>3
	2.配偶健在	140	2.36	0.52		
	3.配偶已故	61	2.02	0.54		
人際支持	1.未婚或離婚	9	2.46	0.76	10.44*	2>1 2>3
	2.配偶健在	140	2.93	0.45		
	3.配偶已故	61	2.64	0.50		
運動	1.未婚或離婚	9	1.93	0.42	4.49*	2>3
	2.配偶健在	140	2.28	0.53		
	3.配偶已故	61	2.06	0.63		
壓力處理	1.未婚或離婚	9	2.49	0.45	7.10*	2>3
	2.配偶健在	140	2.64	0.46		
	3.配偶已故	61	2.37	0.52		
營養	1.未婚或離婚	9	2.87	0.75	3.52*	2>3
	2.配偶健在	140	3.12	0.48		
	3.配偶已故	61	2.95	0.41		
整體	1.未婚或離婚	9	2.39	0.53	8.91*	2>3
	2.配偶健在	140	2.64	0.41		
	3.配偶已故	61	2.38	0.47		

* $P<.05$ 註：本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」

由表 4-1-5 可知：

1. 在整體層面，不同婚姻狀況之六堆地區銀髮族在整體健康促進生活型態上有顯著差異($F=8.91, P<.05$)，最好是「配偶健在」，其次是「未婚或離婚」，「配偶已故」最不好。經事後比較

發現：「配偶健在」組優於「配偶已故」組。

2.在各層面中「人際支持」、「健康責任」、「運動」、「自我實現」、「壓力處理」、「營養」等層面上有顯著差異。

3.在「人際支持」層面，經事後比較發現：「配偶健在」組優於「未婚或離婚」和「配偶已故」組。

4.在「健康責任」層面，經事後比較發現：「配偶健在」組優於「配偶已故」組。在「自我實現」、「運動」、「壓力處理」、「營養」層面亦同。

由研究顯示，此結果與湯慧娟（2003）之研究結果不同，究其原因：重要他人是促使個人執行健康促進生活型態的原動力。本研究的六堆地區夫唱婦隨，重男輕女，人際支持的執行家族影響很大。因此在人際間支持的執行在配偶健在優於配偶已故。湯慧娟（2003）研究中對已婚但配偶已故的銀髮族而言，原有的夫妻間生活互動及心理依慰模式已經喪失，若在心理上有適度調整之銀髮族則會積極尋求或建立朋友或親人間的互動關係，因此在人際間支持的執行在配偶已故則優於配偶健在。但在許多研究中對於婚姻在健康促進生活型態所呈現的不同結果，則有待進一步研究。

（五）不同教育程度狀況之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態之差異

表 4-1-6 不同教育程度在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

健康促進生活 型態因素層面	教育程度	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
自我實現	1. 不識字	34	2.25	0.63	7.05*	2>1; 3>1 4>1; 4>2 5>1; 5>2
	2. 小學	90	2.53	0.53		
	3. 初中	28	2.77	0.64		
	4. 高中職	33	2.79	0.51		
	5. 大專(學) 以上	25	2.92	0.64		

表 4-1-6 不同教育程度在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表(續)

健康責任	1. 不識字	34	1.84	0.46	11.30*	2>1; 5>1
	2. 小學	90	2.19	0.50		3>1; 5>2
	3. 初中	28	2.50	0.53		3>2
	4. 高中職	33	2.47	0.51		4>1
	5. 大專(學) 以上	25	2.52	0.47		4>2
人際支持	1. 不識字	34	2.50	0.49	7.19*	2>1; 5>1
	2. 小學	90	2.78	0.49		3>1; 5>2
	3. 初中	28	2.99	0.34		3>2
	4. 高中職	33	3.01	0.48		4>1
	5. 大專(學) 以上	25	3.00	0.54		4>2
運動	1. 不識字	34	2.00	0.67	3.05*	3>1
	2. 小學	90	2.13	0.53		4>1
	3. 初中	28	2.33	0.49		4>2
	4. 高中職	33	2.37	0.56		5>1
	5. 大專(學) 以上	25	2.35	0.52		
壓力處理	1. 不識字	34	2.15	0.36	12.32*	2>1; 5>1
	2. 小學	90	2.51	0.47		3>1; 5>2
	3. 初中	28	2.71	0.40		3>2
	4. 高中職	33	2.78	0.39		4>1
	5. 大專(學) 以上	25	2.80	0.54		4>2
營養	1. 不識字	34	2.78	0.31	5.81*	2>1
	2. 小學	90	3.02	0.49		3>1
	3. 初中	28	3.26	0.50		3>2
	4. 高中職	33	3.21	0.48		4>1
	5. 大專(學) 以上	25	3.18	0.47		5>1
整體	1. 不識字	34	2.22	0.41	11.25*	2>1; 5>1
	2. 小學	90	2.50	0.40		3>1; 5>2
	3. 初中	28	2.74	0.41		3>2
	4. 高中職	33	2.75	0.38		4>1
	5. 大專(學) 以上	25	2.78	0.48		4>2

* $P<0.05$ 註：本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」。

由表 4-1-6 可知：

- 1.在整體層面，不同教育程度之六堆地區銀髮族在整體健康促進生活型態上有顯著差異($F=11.25, P<.05$)，「大專(學)」以上最好，然後依序是「高中職」、「初中」、「小學」、「不識字」。經事後比較發現：「小學」組優於「不識字」組；「初中」優於「不識字」和「小學」；「高中職」優於「不識字」和「小學」；「大專(學)」以上優於「不識字」和「小學」等各組。
- 2.在各層面中「自我實現」、「健康責任」、「人際支持」、「壓力處理」、「營養」、「運動」等層面上有顯著差異。
- 3.在「自我實現」層面，經事後比較發現：「小學」組優於「不識字」組；「初中」優於「不識字」；「高中職」優於「不識字」和「小學」；「大專(學)」以上優於「不識字」和「小學」等各組。
- 4.在「健康責任」層面，經事後比較發現：「小學」組優於「不識字」組；「初中」優於「不識字」和「小學」；「高中職」優於「不識字」和「小學」；「大專(學)」以上優於「不識字」和「小學」等各組。在「人際支持」、「壓力處理」層面亦是如此。
- 5.在「運動」層面，經事後比較發現：「初中」優於「不識字」；「高中職」優於「不識字」和「小學」；「大專(學)」以上優於「不識字」組。
- 6.在「營養」層面，經事後比較發現：「小學」組優於「不識字」組；「初中」優於「不識字」和「小學」；「高中職」優於「不識字」；「大專(學)」以上優於「不識字」組。

由研究顯示，此結果與蕭冰如(1997)；梁金麗(2001)；劉劍華(2002)；鍾寶玲(2002)；馬懿慈(2003)；洪麗娜(2003)；湯慧娟(2003)等研究結果相同，即教育程度是影響銀髮族從事健康促進行為的重要因素，教育年數愈多，健康促進生活型態愈好。究其原因，可能是受過教育的銀髮族，對於取得健康資訊意願較高，接受新資訊後視野變廣，學習重視健康促進行為增強。

(六) 不同主要經濟來源之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態之差異分析

表 4-1-7 不同經濟來源在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

健康促進生活型態因素層面	經濟來源	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
自我實現	1.靠子女供養	77	2.41	0.64	7.09*	2>1
	2.退休金	43	2.88	0.63		2>4
	3.自己有收入	81	2.67	0.48		3>1
	4.社會救助	9	2.29	0.66		
健康責任	1.靠子女供養	77	2.09	0.58	7.73*	2>1 ; 3>1
	2.退休金	43	2.52	0.51		2>3 ; 3>4
	3.自己有收入	81	2.31	0.46		2>4
	4.社會救助	9	1.93	0.61		
人際支持	1.靠子女供養	77	2.68	0.47	6.80*	2>1
	2.退休金	43	2.94	0.48		2>4
	3.自己有收入	81	2.94	0.48		3>1
	4.社會救助	9	2.41	0.68		3>4
運動	1.靠子女供養	77	2.06	0.64	4.38*	2>1
	2.退休金	43	2.41	0.48		2>4
	3.自己有收入	81	2.24	0.48		3>1
	4.社會救助	9	2.00	0.68		
壓力處理	1.靠子女供養	77	2.38	0.51	9.13*	2>1
	2.退休金	43	2.77	0.47		2>4
	3.自己有收入	81	2.64	0.42		3>1
	4.社會救助	9	2.25	0.36		3>4
營養	1.靠子女供養	77	2.94	0.43	5.62*	2>1
	2.退休金	43	3.27	0.49		2>4
	3.自己有收入	81	3.10	0.48		3>1
	4.社會救助	9	2.80	0.57		
整體	1.靠子女供養	77	2.40	0.46	9.76*	2>1
	2.退休金	43	2.78	0.44		2>4
	3.自己有收入	81	2.62	0.36		3>1
	4.社會救助	9	2.25	0.52		3>4

* $P<.05$ 註：本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」。

由表4-1-7 可知：

1. 在整體層面，不同主要經濟來源之六堆地區銀髮族在整體健康促進生活型態上有顯著差異($F=9.76, P<.05$)，有「退休金」組最好，然後依序是「自己有收入」、「靠子女供養」、「社會救助」，經事後比較發現：「退休金」組優於「靠子女供養」組及「社會救助」組；「自己有收入」組優於「靠子女供養」組及「社會救助」組。
2. 在各層面中「自我實現」、「健康責任」、「人際支持」、「運動」、「壓力處理」、「營養」等層面上有顯著差異。
3. 在「自我實現」層面，經事後比較發現：「退休金」組優於「靠子女供養」組及「社會救助」組；「自己有收入」組優於「靠子女供養」組。
4. 在「健康責任」層面，經事後比較發現：「退休金」組優於「靠子女供養」組、「自己有收入」及「社會救助」組；「自己有收入」組優於「靠子女供養」組及「社會救助」組。
5. 在「人際支持」層面，經事後比較發現：「退休金」組優於「靠子女供養」組及「社會救助」組；「自己有收入」組優於「靠子女供養」組及「社會救助」組。
6. 在「運動」層面，經事後比較發現：「退休金」組優於「靠子女供養」組及「社會救助」組；「自己有收入」組優於「靠子女供養」組。
7. 在「壓力處理」層面，經事後比較發現「退休金」組優於「靠子女供養」組及「社會救助」組；「自己有收入」組優於「靠子女供養」組及「社會救助」組。
8. 在「營養」層面，經事後比較發現：「退休金」組優於「靠子女供養」組及「社會救助」組；「自己有收入」組優於「靠子女供養」組。

由研究結果顯示，此結果與梁金麗（2001）；劉劍華（2002）；湯慧娟（2003）的研究結果相符，即自己有收入愈高者執行較多的健康促進生活型態。誠如Searle 等人(1995)所提，自己若能在生活上得以控制，則會有低患病率和較好的健康；即老年時期，自己有能力賺取金錢，除可使自己感到有存在的價值，生活有重心，或留有老本，不必依賴子女，保有自尊。究其原因，銀髮族除要適應生理老化、健康受威脅、原有社會角色地位喪失、親朋好友減少、孤獨失落感增加、面對死亡的恐懼的改變外，對銀髮族而

言，除應付一般性需求能足夠外，如果自己有收入且運用自如，可提升自尊心、有用感、降低心理危機，因而促進身心的健康。

(七) 不同經濟狀況之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態之差異分析

表 4-1-8 不同經濟狀況在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

健康促進生活型態因素層面	經濟狀況	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
自我實現	1.5000 元以下	41	2.50	0.67	3.88*	4>2
	2.5001~10000 元	62	2.41	0.59		5>1
	3.10001~15000 元	46	2.63	0.47		5>2
	4.15001~20000 元	24	2.78	0.63		6>1
	5.20001~25000 元	13	2.96	0.53		6>2
	6.25000 元以上	24	2.84	0.61		
健康責任	1.5000 元以下	41	1.91	0.47	6.5*	2>1 ; 6 > 1
	2.5001~10000 元	62	2.25	0.57		3>1
	3.10001~15000 元	46	2.36	0.43		4>1
	4.15001~20000 元	24	2.59	0.46		4>2
	5.20001~25000 元	13	2.41	0.41		4>6
	6.25000 元以上	24	2.29	0.64		5>1
人際支持	1.5000 元以下	41	2.61	0.62	4.44*	3>1 ; 6 > 1
	2.5001~10000 元	62	2.75	0.48		4>1
	3.10001~15000 元	46	2.84	0.33		4>2
	4.15001~20000 元	24	3.00	0.38		5>1
	5.20001~25000 元	13	3.21	0.54		5>2
	6.25000 元以上	24	2.95	0.55		5>3
運動	1.5000 元以下	41	2.10	0.60	1.00	
	2.5001~10000 元	62	2.12	0.66		
	3.10001~15000 元	46	2.26	0.46		
	4.15001~20000 元	24	2.31	0.47		
	5.20001~25000 元	13	2.26	0.37		
	6.25000 元以上	24	2.32	0.58		

表 4-1-8 不同經濟狀況在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表 (續)

壓力處理	1.5000 元以下	41	2.26	0.44	6.3*	2>1 ; 5>3
	2.5001~10000 元	62	2.52	0.50		3>1 ; 6>1
	3.10001~15000 元	46	2.56	0.39		4>1 ; 6>2
	4.15001~20000 元	24	2.74	0.41		4>2
	5.20001~25000 元	13	2.88	0.51		5>1
	6.25000 元以上	24	2.76	0.52		5>2
營養	1.5000 元以下	41	2.94	0.50	1.65*	4>1
	2.5001~10000 元	62	3.07	0.49		
	3.10001~15000 元	46	3.00	0.38		
	4.15001~20000 元	24	3.23	0.60		
	5.20001~25000 元	13	3.14	0.45		
	6.25000 元以上	24	3.18	0.46		
整體	1.5000 元以下	41	2.35	0.46	4.53*	3>1 ; 6>2
	2.5001~10000 元	62	2.49	0.48		4>1
	3.10001~15000 元	46	2.59	0.32		4>2
	4.15001~20000 元	24	2.76	0.38		5>1
	5.20001~25000 元	13	2.79	0.40		5>2
	6.25000 元以上	24	2.70	0.50		6>1

* $P<.05$ 註：本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」。

由表4-1-8 可知：

1. 在整體層面，不同經濟狀況之六堆地區銀髮族在整體健康促進生活型態上有顯著差異($F=4.53, P<.05$)；「20001~25000 元」最好，然後依序是「5001~10000 元」、「25000 元以上」、「10001~15000 元」、「5001~10000 元」、「5000 元以下」。經事後比較發現：「10001~15000 元」組優於「5000 元以下」；「15001~20000 元」組優於「5000 元以下」組和「5001~10000 元」組；「20001~25000 元」組優於「5000 元以下」組和「5001~10000 元」組；「25000 元以上」組優於「5000 元以下」組和「5001~10000 元」組。
2. 在各層面中「自我實現」、「健康責任」、「人際支持」、「壓力處理」、「營養」等層面上有顯著差異。「運動」層面上沒有顯著差異。
3. 在「自我實現」層面，經事後比較發現：「15001~20000 元」組優於「5001~10000 元」組；「20001~25000 元」組優於「5000 元以下」組和「5001~10000 元」組；「25000 元以上」組優於「5000 元以下」組和「5001~10000 元」組。

4. 在「健康責任」層面，經事後比較發現：「5001~10000元」組優於「5000元以下」組；「10001~15000元」組優於「5000元以下」；「15001~20000元」組優於「5000元以下」組和「5001~10000元」組、「25000元以上」組；「25000元以上」組優於「5000元以下」組。
5. 在「人際支持」層面，經事後比較發現：「10001~15000元」組優於「5000元以下」；「15001~20000元」組優於「5000元以下」組和「5001~10000元」組；「20001~25000元」組優於「5000元以下」組和「5001~10000元」、「10001~15000元」組；「25000元以上」組優於「5000元以下」組。
6. 在「壓力處理」層面，經事後比較發現：「5001~10000元」組優於「5000元以下」組；「10001~15000元」組優於「5000元以下」；「15001~20000元」組優於「5000元以下」組和「5001~10000元」組；「20001~25000元」組優於「5000元以下」組和「5001~10000元」、「10001~15000元」組；「25000元以上」組優於「5000元以下」組和「5001~10000元」組。
7. 在「營養」層面，經事後比較發現：「15001~20000元」組優於「5000元以下」組。

由研究結果顯示，此結果與梁金麗（2001）；劉劍華（2002）；鍾寶玲（2002）的研究結果相符，即經濟支援寬裕的銀髮族，通常在健康責任、壓力處理上顯著正相關，因仍是家中掌管經濟大權者，對健康行為的執行較積極、擁有自主性。「5000元以下」者通常是領老年年金或靠子女給與零用金者其對健康行為的執行較保守，受訪長者表示，他們也想享清福，但礙於沒有老本，所以，若是不用花錢能做到的健康行為且不耽誤照顧家人起居，他們也願意隨著時代腳步走，畢竟活得健康愈自在也不會拖累家人，但心態上就顯得沉重些。而梁金麗（2001）；劉劍華（2002）的研究銀髮族每月可支配運用金額多在25000元以上，六堆地區大部份銀髮族以「5001~10000元」、「10001~15000元」居多，足見台北市和高屏鄉村的經濟狀況仍是有差距。而蔡蜜西（2003）、李宜靜（2005）和本研究相似。

(八) 不同宗教信仰之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態之差異分析

表 4-1-9 不同宗教信仰在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

健康促進生活型態因素層面	宗教信仰	人數	平均數	標準差	F 值
自我實現	1.其它	21	2.80	0.62	1.12
	2.佛教	114	2.59	0.57	
	3.民間信仰	36	2.50	0.55	
	4.道教	39	2.60	0.74	
健康責任	1.其它	21	2.41	0.55	1.34
	2.佛教	114	2.27	0.51	
	3.民間信仰	36	2.13	0.57	
	4.道教	39	2.23	0.62	
人際支持	1.其它	21	2.91	0.52	0.33
	2.佛教	114	2.80	0.44	
	3.民間信仰	36	2.85	0.61	
	4.道教	39	2.82	0.56	
運動	1.其它	21	2.26	0.55	1.10
	2.佛教	114	2.25	0.56	
	3.民間信仰	36	2.09	0.58	
	4.道教	39	2.12	0.58	
壓力處理	1.其它	21	2.67	0.43	0.59
	2.佛教	114	2.53	0.42	
	3.民間信仰	36	2.52	0.54	
	4.道教	39	2.59	0.65	
營養	1.其它	21	3.12	0.50	1.02
	2.佛教	114	3.01	0.47	
	3.民間信仰	36	3.12	0.49	
	4.道教	39	3.13	0.50	
整體	1.其它	21	2.68	0.44	0.72
	2.佛教	114	2.55	0.41	
	3.民間信仰	36	2.50	0.47	
	4.道教	39	2.55	0.55	

* $P < 0.05$ 註：本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」。

由表4-1-9 可知：不同宗教信仰之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態整體層面沒有顯著差異，以信奉佛教者最多。另外在各層面中「自我實現」、「健康責任」、「人際支持」、「運動」、「壓力處理」、「營養」等層面上均無顯著差異，顯示六堆地區銀髮族的健康促進生活型態不會因宗教信仰的不同而有所差異。由研究顯示，此結果與梁金麗（2001）的研究結果不相符。究其原因，可能是居住六堆地區的客家人，平日除晨昏的祖先上香，家中佛堂的拜拜，村裡的土地公，大小廟宇都虔誠侍奉外，對信仰沒有特別分際，對神鬼敬之，宗教融入生活，所以宗教信仰上沒有差異。

(九) 不同職業狀況之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態之差異分析

表 4-1-10 不同職業狀況在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

健康促進生活型態因素層面	職業狀況	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
自我實現	1.無	115	2.44	0.57	13.5*	2>3
	2.已退休	50	2.94	0.58		3>1
	3.目前仍有工作	45	2.65	0.57		
健康責任	1.無	115	2.15	0.55	8.92*	2>1
	2.已退休	50	2.53	0.48		2>3
	3.目前仍有工作	45	2.24	0.50		
人際支持	1.無	115	2.74	0.47	5.37*	2>1
	2.已退休	50	3.02	0.49		2>3
	3.目前仍有工作	45	2.81	0.56		
運動	1.無	115	2.12	0.61	4.26*	2>1
	2.已退休	50	2.39	0.50		
	3.目前仍有工作	45	2.20	0.46		
壓力處理	1.無	115	2.44	0.47	11.87*	2>1
	2.已退休	50	2.82	0.46		2>3
	3.目前仍有工作	45	2.57	0.46		
營養	1.無	115	2.99	0.46	3.78*	2>1
	2.已退休	50	3.22	0.47		
	3.目前仍有工作	45	3.07	0.51		
整體	1.無	115	2.45	0.43	11.91*	2>1
	2.已退休	50	2.80	0.42		2>3
	3.目前仍有工作	45	2.56	0.41		

* $P<0.05$ 註：本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」。

由表4-1-10 可知：

1. 在整體層面，不同職業狀況之六堆地區銀髮族在整體健康促進生活型態上有顯著差異($F=11.91, P<.05$)，「已退休」最好，其次是「目前仍有工作」，「無」工作組最差。經事後比較發現：「已退休」組優於「無」工作組和「目前仍有工作」組。
2. 在各層面中「自我實現」、「健康責任」、「人際支持」、「運動」、「壓力處理」、「營養」等層面上有顯著差異。
3. 在「自我實現」層面，經事後比較發現：「已退休」組優於「目前仍有工作」組。「目前仍有工作」組優於「無」工作組。
4. 在「健康責任」層面，經事後比較發現：「已退休」組優於「無」工作組和「目前仍有工作」組。在「人際支持」層面和「壓力處理」層面亦同。
5. 在「運動」層面，經事後比較發現：「已退休」組優於「無」工作組。在「營養」層面亦同。

究其原因，職業狀況無論是已退休或是目前仍有工作，對收入、自信、資源來源勝於無工作者，如果沒有工作或一旦退休後，就喪失原有社會地位，進而失去附屬原有職位的角色與功能，易產生被社會遺棄與經濟市場拒絕之感，產生自尊心低落及無用感，心理危機就形成。本研究中「已退休」組通常是領有退休金長者，他們退休後仍活躍於老人會、長青學苑、社團，樂活於所喜歡活動，在每項分層面上執行健康促進生活型態顯得積極。

(十) 不同自覺健康狀況之六堆地區銀髮族老年人在健康促進生活型態之差異分析

表 4-1-11 不同自覺健康狀況在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表

健康促進生活 型態因素層面	自覺健康狀況	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
自我實現	1. 不好	28	2.11	0.57	13.81*	2>1
	2. 尚可	92	2.59	0.58		3>1
	3. 好	90	2.77	0.56		3>2
健康責任	1. 不好	28	1.78	0.41	16.46*	2>1
	2. 尚可	92	2.25	0.55		3>1
	3. 好	90	2.41	0.49		3>2

表 4-1-11 不同自覺健康狀況在健康促進生活型態之描述統計及變異數分析摘要表(續)

人際支持	1. 不好	28	2.39	0.57	15.91*	2>1
	2. 尚可	92	2.82	0.47		3>1
	3. 好	90	2.97	0.44		3>2
運動	1. 不好	28	1.70	0.60	17.02*	2>1
	2. 尚可	92	2.20	0.52		3>1
	3. 好	90	2.36	0.51		3>2
壓力處理	1. 不好	28	2.12	0.38	15.02*	2>1
	2. 尚可	92	2.58	0.44		3>1
	3. 好	90	2.66	0.50		3>2
營養	1. 不好	28	2.92	0.56	1.94*	2>1
	2. 尚可	92	3.05	0.48		3>1
	3. 好	90	3.12	0.45		3>2
整體	1. 不好	28	2.13	0.41	19.62*	2>1
	2. 尚可	92	2.55	0.41		3>1
	3. 好	90	2.69	0.41		3>2

* $P<0.05$ 註：本量表採四點計分，1分為「從不」，2分為「有時」，3分為「經常」，4分為「總是」。

由表4-1-11 可知：

1. 在整體層面，不同自覺健康狀況之六堆地區銀髮族在整體健康促進生活型態上有顯著差異($F=19.62, P<0.05$)；「好」最好，然後依序是「尚可」、「不好」。經事後比較發現：「尚可」優於「不好」組。「好」優於「不好」組和「尚可」組。
2. 在各層面中「自我實現」、「健康責任」、「人際支持」、「運動」、「壓力處理」等層面上有顯著差異。「營養」沒有顯著差異。
3. 在「自我實現」層面，經事後比較發現：「尚可」優於「不好」組。「好」優於「不好」組和「尚可」組。在「健康責任」層面、「人際支持」層面，「運動」、「壓力處理」、「營養」層面亦同。

由研究結果顯示，自覺健康狀況會影響健康促進生活型態，而銀髮族自覺健康狀況愈好，其健康促進生活型態也愈好。此結果與蕭冰如(1997)；梁金麗(2001)；劉劍華(2002)；鍾寶玲(2002)；馬懿慈(2003)等研究結果相同。究其原因，病痛是令人

懼怕且會生理與心理互相影響，當銀髮族在心裡感受愈好時，自我執行健康促進生活型態的行動力愈強，反之，負面情緒增強，自信心失落，對健康行為的執行會受影響而削弱，同時在 Pender 的健康促進模式中認知—知覺的因素中證實自覺健康狀況會影響健康促進生活型態。

第二節 不同背景變項銀髮族生活品質之差異探討

一、研究對象的生活品質現況

本研究生活品質共有四個因素，分別為生理、心理、社會、環境。上述四個因素層面的生活品質在受試者所分佈的情形如表 4-2-1 所示。

表 4-2-1 生活品質各層面分析摘要表 (N=210)

因素層面	題數	單題平均數	單題標準差	排序
生理	7	3.41	0.62	1
心理	6	3.17	0.68	4
社會	4	3.35	0.60	2
環境	9	3.31	0.58	3
整體生活品質型態	28	3.31	0.62	

註：採五點計分，滿分是5分，得分依序為5、4、3、2、1 分。

由表4-2-1中可歸納以下重點：

- (一) 就生活品質整體層面而言，每題平均得分為 3.31 高於每題中間值 3 分，顯示六堆地區銀髮族在生活品質的情形良好，屬中上程度。
- (二) 由「社會」(M=3.35)、「環境」(M=3.31)、「生理」(M=3.41)、「心理」(M=3.17)各層面的平均數得知：六堆地區銀髮族在生活品質上，以「生理」層面的得分最高，其次是「社會」與「環境」，而「心理」層面的得分最低。此研究結果與林瓊華(2002)所研究相符。顯示銀髮族在現今這大環境中，雖然身體硬朗，退休後卸下工作重擔，物質享受上過得滿足，但「心理」層面的滿足仍待加強，而且這也是保守估計，在訪談過程發現：代為填答

時他們的回答是含蓄的。

二、不同背景變項之銀髮族在生活品質之差異情形

本節主要探討不同背景變項之銀髮族在生活品質之差異情形，其中背景變項包含性別、年齡、居住安排、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、經濟狀況、宗教信仰、職業狀況及自覺健康狀況等。本研究採用 t 考驗、單因子變異數分析來進行考驗差異情形，以檢定研究假設二：不同背景變項之六堆地區銀髮族在「生活品質」整體層面及分層面上有顯著差異。

(一) 不同性別之六堆地區銀髮族在生活品質之差異分析

表 4-2-2 不同性別在生活品質之描述統計及 t 考驗摘要表

生活品質層面	性別	人數	平均數	標準差	t 值
生理	男	109	3.54	0.63	3.13*
	女	101	3.28	0.57	
心理	男	109	3.34	0.67	3.85*
	女	101	2.99	0.64	
社會	男	109	3.47	0.60	3.19*
	女	101	3.21	0.57	
環境	男	109	3.45	0.55	3.64*
	女	101	3.16	0.58	
整體	男	109	3.45	0.53	4.11*
	女	101	3.15	0.52	

* $R < .05$ 註：採五點計分，滿分是5分，得分依序為5、4、3、2、1 分。

由表4-2-2 顯示，不同性別之六堆地區銀髮族在生活品質整體層面有顯著差異，另外在各層面中「生理」、「心理」、「社會」、「環境」層面上有顯著差異，男性 ($M=3.45$) 優於女性 ($M=3.15$)，顯示六堆地區銀髮族之生活品質會因性別的不同而有所差異。

研究結果顯示，男性在整體層面和各分層面顯著高於女性。結果與梁金麗 (2001)、趙安娜(2002)、李純華 (2005) 等所研究結果相符；究其原因，有研究指出，是往昔男性有較多接受教育及出外就業機會，有較高的社經地位及資源來解決生活中的壓力。而女性在台灣二、

三十年代，婦女受教育機會及社交經濟活動力少，生活較艱苦，也形成之後生活品質較差。也有些研究（陳幸眉、邱艷芬、陳文鍾，2000；Sarvimaki & Stenbock-Hult,2000）指出性別與生活品質無關。分析有此差異，可能是研究工具、對象不同所影響。

（二）不同年齡之六堆地區銀髮族在生活品質之差異分析

表 4-2-3 不同年齡在生活品質之描述統計及 t 考驗摘要表

生活品質層面	年齡	人數	平均數	標準差	t 值
生理	1.65—74 歲	141	3.52	0.56	3.86*
	2.75 歲以上	69	3.18	0.67	
心理	1.65—74 歲	141	3.26	0.66	2.79*
	2.75 歲以上	69	2.99	0.69	
社會	1.65—74 歲	141	3.40	0.61	1.96
	2.75 歲以上	69	3.23	0.58	
環境	1.65—74 歲	141	3.37	0.58	2.16*
	2.75 歲以上	69	3.19	0.58	
整體	1.65—74 歲	141	3.39	0.53	3.09*
	2.75 歲以上	69	3.14	0.55	

* $P < 0.05$ 註：採五點計分，滿分是5分，得分依序為5、4、3、2、1 分。

由表4-2-3 顯示，不同年齡之六堆地區銀髮族在生活品質整體層面有顯著差異，另外在各層面中「生理」、「心理」、「環境」等層面上有顯著差異。「社會」層面上沒有顯著差異。65—74歲（ $M=3.39$ ）優於75歲以上（ $M=3.14$ ），顯示六堆地區銀髮族之生活品質會因年齡的不同而有所差異。研究結果顯示，結果與趙安娜(2002)、林瓊華（2002）、李純華（2005）、李宜靜（2005）等所研究結果相符，年齡是呈現負向顯著；究其原因，年輕的銀髮族較著重在物質環境，而老的銀髮族此時則較關心自己的身體健康情況及日漸減退的功能性能力。但梁金麗（2001）研究發現年齡與生活品質無相關。分析有此差異，可能是研究工具、對象不同所影響。在許多研究中對於年齡在生活品質所呈現的不同結果，則有待進一步研究。

(三) 不同居住安排之六堆地區銀髮族在生活品質之差異分析

表 4-2-4 不同居住安排在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表

生活品質 層面	居住安排	人 數	平均數	標準差	F 值	事後比較
生理	1.固定和子女居住	89	3.35	0.60	3.82*	2>3
	2.只與配偶同住	81	3.53	0.44		4>3
	3.獨居	20	3.08	0.82		
	4.其他	20	3.57	0.90		
心理	1.固定和子女居住	89	3.09	0.63	7.35*	1>3 ; 4>3
	2.只與配偶同住	81	3.33	0.58		2>1
	3.獨居	20	2.65	0.80		2>3
	4.其他	20	3.43	0.84		4>1
社會	1.固定和子女居住	89	3.22	0.53	11.23*	1>3 ; 4>3
	2.只與配偶同住	81	3.53	0.47		2>1
	3.獨居	20	2.86	0.73		2>3
	4.其他	20	3.65	0.83		4>1
環境	1.固定和子女居住	89	3.21	0.58	7.72*	1>3
	2.只與配偶同住	81	3.43	0.51		2>1
	3.獨居	20	2.93	0.52		2>3
	4.其他	20	3.65	0.69		4>3
整體	1.固定和子女居住	89	3.22	0.50	8.83*	1>3 ; 4>3
	2.只與配偶同住	81	3.45	0.43		2>1
	3.獨居	20	2.89	0.64		2>3
	4.其他	20	3.56	0.75		4>1

* $P<0.05$ 註：採五點計分，滿分是5分，得分依序為5、4、3、2、1 分。

由表 4-2-4 顯示：

1. 在整體層面，不同居住安排之六堆地區銀髮族在生活品質整體層面上有顯著差異，「其他」三代同堂或家族成員一起住最好，然後依序是「只與配偶同住」、「固定和子女居住」、「獨居」。經事後比較發現：「固定和子女居住」優於「獨居」；「只與配偶同住」優於「固定和子女居住」和「獨居」；「其他」優於「固定和子女居住」和「獨居」。

2. 在各層面中「生理」、「心理」、「社會」、「環境」等層面上有顯著差異。
3. 在「生理」層面，經事後比較發現：「只與配偶同住」優於「獨居」和「其他」。
4. 在「心理」層面，經事後比較發現：「固定和子女居住」優於「獨居」；「只與配偶同住」優於「固定和子女居住」和「獨居」；「其他」優於「固定和子女居住」和「獨居」。
5. 在「社會」層面，經事後比較發現：「固定和子女居住」優於「獨居」；「只與配偶同住」優於「固定和子女居住」和「獨居」；「其他」優於「固定和子女居住」和「獨居」。
6. 在「環境」層面，經事後比較發現：「固定和子女居住」優於「獨居」；「只與配偶同住」優於「固定和子女居住」和「獨居」；「其他」優於「獨居」。

研究結果顯示，結果與趙安娜(2002)、林瓊華(2002)、李純華(2005)、李宜靜(2005)等所研究結果相符；究其原因，在社會變遷下家庭結構及價值觀改變，年輕人口外移，配偶去世後，六堆地區銀髮族往往選擇留在家鄉成獨居狀態，此獨居的比率又以受教育機會少，經濟活動力弱者為多，此現象是值得深慮規劃的一個區塊。

(四) 不同婚姻狀況之六堆地區銀髮族在生活品質之差異分析

表 4-2-5 不同婚姻狀況在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表

生活品質層面	婚姻狀況	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
生理	1.未婚或離婚	9	3.08	0.85	2.62	
	2.配偶健在	140	3.47	0.53		
	3.配偶已故	61	3.32	0.73		
心理	1.未婚或離婚	9	2.63	0.86	6.93*	2>1
	2.配偶健在	140	3.28	0.62		2>3
	3.配偶已故	61	3.00	0.73		
社會	1.未婚或離婚	9	2.78	0.69	9.85*	2>1
	2.配偶健在	140	3.46	0.54		2>3
	3.配偶已故	61	3.17	0.64		

表 4-2-5 不同婚姻狀況在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表 (續)

環境	1.未婚或離婚	9	3.12	0.65	3.00*	2>3
	2.配偶健在	140	3.38	0.54		
	3.配偶已故	61	3.18	0.64		
整體	1.未婚或離婚	9	2.93	0.68	5.94*	2>1
	2.配偶健在	140	3.39	0.49		2>3
	3.配偶已故	61	3.17	0.61		

*R<.05 註：採五點計分，滿分是5分，得分依序為5、4、3、2、1 分。

由表 4-2-5 顯示：

1. 在整體層面，不同婚姻狀況之六堆地區銀髮族在生活品質整體層面上有顯著差異，「配偶健在」最好，然後依序是「配偶已故」、「未婚或離婚」。經事後比較發現：「配偶健在」組優於「」及「配偶已故」組。
2. 在各層面中「心理」、「社會」、「環境」等層面上有顯著差異。「生理」層面上沒有顯著差異。
3. 在「心理」層面，經事後比較發現：「配偶健在」組優於「未婚或離婚」及「配偶已故」組。在「社會」層面亦是如此。
4. 在「環境」層面，經事後比較發現：「配偶健在」組優於「未婚或離婚」及「配偶已故」。

研究結果顯示，結果與趙安娜(2002)、林瓊華(2002)、李純華(2005)等所研究結果相符；究其原因，婚姻可提供情感上的相互支持及促進人際互動的關係，進而提升生活品質。

(五) 不同教育程度之六堆地區銀髮族在生活品質之差異分析

表 4-2-6 不同教育程度在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表

生活品質 層面	教育程度	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
生理	1.不識字	34	3.11	0.67	4.33*	2>1 ; 5>2
	2.小學	90	3.37	0.63		3>1
	3.初中	28	3.48	0.55		4>1
	4.高中職	33	3.61	0.46		4>2
	5.大專(學) 以上	25	3.64	0.55		5>1
心理	1.不識字	34	2.75	0.74	5.62*	2>1
	2.小學	90	3.16	0.66		3>1
	3.初中	28	3.37	0.57		4>1
	4.高中職	33	3.25	0.52		5>1
	5.大專(學) 以上	25	3.46	0.73		5>2
社會	1.不識字	34	2.97	0.71	5.91*	2>1
	2.小學	90	3.36	0.56		3>1
	3.初中	28	3.59	0.59		4>1
	4.高中職	33	3.33	0.7		5>1
	5.大專(學) 以上	25	3.58	0.54		
環境	1.不識字	34	2.89	0.59	7.14*	2>1
	2.小學	90	3.32	0.57		3>1
	3.初中	28	3.46	0.53		4>1
	4.高中職	33	3.38	0.52		5>1
	5.大專(學) 以上	25	3.59	0.51		5>2
整體	1.不識字	34	2.92	0.59	7.50*	2>1
	2.小學	90	3.30	0.53		3>1
	3.初中	28	3.47	0.49		4>1
	4.高中職	33	3.40	0.40		5>1
	5.大專(學) 以上	25	3.58	0.52		5>2

* $P<0.05$ 註：採五點計分，滿分是5分，得分依序為5、4、3、2、1 分。

由表 4-2-6 顯示：

1. 在整體層面，不同教育程度之六堆地區銀髮族在生活品質整體層面上有顯著差異；「大專(學)以上」最好，然後依序是「初中」、「高中職」、「小學」、「不識字」。經事後比較發現：「小學」組、「初中」、「高中職」、「大專(學)以上」組優於「不識字」組。「大專(學)以上」組優於「小學」組。
2. 在各層面中「生理」、「心理」、「社會」、「環境」等層面上有顯著差異。
3. 在「生理」層面，經事後比較發現：「小學」組、「初中」、「高中職」、「大專(學)以上」組優於「不識字」組。「高中職」優於「小學」組。「大專(學)以上」組優於「小學」組。
4. 在「心理」層面，經事後比較發現：「小學」組、「初中」、「高中職」、「大專(學)以上」組優於「不識字」組。「大專(學)以上」組優於「小學」組。
5. 在「社會」層面，經事後比較發現：「小學」組、「初中」、「高中職」、「大專(學)以上」組優於「不識字」組。
6. 在「環境」層面，經事後比較發現：「小學」組、「初中」、「高中職」、「大專(學)以上」組優於「不識字」組。「大專(學)以上」組優於「小學」組。

研究結果顯示，結果與趙安娜(2002)、謝瓊慧(2004)、李純華(2005)、蔡詠琪(2006)等所研究結果相符；究其原因，曾淑汝(1999)針對護理之家住民，探討其生活品質相關因素，顯示教育程度高，生活品質較高。其原因可能是目前國內老人受教育的程度以不識字及小學為多，因而影響生活品質。整體層面中，大專(學)以上的高教育程度者，領有退休金，或收入穩定、也易獲得資訊及較多的機會從事休閒活動，因此生活品質較高。但梁金麗(2001)的驗證是教育程度高低不影響生活品質。分析有此差異，可能是研究對象不同所影響。在許多研究中對於教育程度在生活品質所呈現的不同結果，則有待進一步研究。

(六) 不同經濟來源之六堆地區銀髮族在生活品質之差異分析

表 4-2-7 不同經濟來源在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表

生活品質層面	經濟來源	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
生理	1.靠子女供養	77	3.20	0.66	11.22*	1>4
	2.退休金	43	3.65	0.55		2>1
	3.自己有收入	81	3.56	0.46		2>4
	4.社會救助	9	2.79	0.81		3>1
心理	1.靠子女供養	77	2.95	0.70	8.69*	3>4
	2.退休金	43	3.36	0.59		2>1
	3.自己有收入	81	3.35	0.60		2>4
	4.社會救助	9	2.61	0.80		3>1
社會	1.靠子女供養	77	3.17	0.62	7.62*	3>4
	2.退休金	43	3.51	0.59		2>1
	3.自己有收入	81	3.49	0.51		2>4
	4.社會救助	9	2.83	0.71		3>1
環境	1.靠子女供養	77	3.11	0.60	7.49*	3>4
	2.退休金	43	3.57	0.52		2>1
	3.自己有收入	81	3.39	0.53		2>4
	4.社會救助	9	3.07	0.59		3>1
整體	1.靠子女供養	77	3.10	0.56	11.45*	2>1
	2.退休金	43	3.53	0.49		2>4
	3.自己有收入	81	3.44	0.45		3>1
	4.社會救助	9	2.83	0.61		3>4

* $P < .05$ 註：採五點計分，滿分是5分，得分依序為5、4、3、2、1分。

由表 4-2-7 顯示：

1. 在整體層面，不同經濟來源之六堆地區銀髮族在生活品質整體層面上有顯著差異；有「退休金」最好，然後依序是「自己有收入」、「靠子女供養」、「社會救助」。經事後比較發現：有「退休金」組優於「靠子女供養」及「社會救助」組；「自己有收入」優於「靠子女供養」及「社會救助」組。
2. 在各層面中「生理」、「心理」、「社會」、「環境」等層面上有顯著差異。
3. 在「生理」層面，經事後比較發現：「靠子女供養」優於「社會救助」組；有「退休金」

組優於「靠子女供養」及「社會救助」組；「自己有收入」優於「靠子女供養」及「社會救助」組。

4. 在「心理」層面，經事後比較發現：有「退休金」組優於「靠子女供養」及「社會救助」組；「自己有收入」優於「靠子女供養」及「社會救助」組。
5. 在「社會」層面，經事後比較發現：有「退休金」組優於「靠子女供養」及「社會救助」組；「自己有收入」優於「靠子女供養」及「社會救助」組。
6. 在「環境」層面，經事後比較發現：有「退休金」組優於「靠子女供養」及「社會救助」組；「自己有收入」優於「靠子女供養」組。

研究結果顯示，結果與陳媽芬（2005）、蔡詠琪（2006）等所研究結果相符；究其原因，擁有退休金或自己有收入者，意味著有穩定的經濟來源，銀髮族有穩定的經濟來源對自己的生活安排會有更多的決策力，自主性強，自尊心提高，物質環境選擇多，生活品質滿意度亦提高。

（七）不同經濟狀況之六堆地區銀髮族在生活品質之差異分析

表 4-2-8 不同經濟狀況在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表

生活品質層面	經濟狀況	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
生理	1.5000 元以下	41	3.21	0.68	3.58*	4>1
	2.5001~10000 元	62	3.35	0.71		4>2
	3.10001~15000 元	46	3.35	0.44		4>3
	4.15001~20000 元	24	3.76	0.43		5>1
	5.20001~25000 元	13	3.62	0.42		6>1
	6.25000 元以上	24	3.58	0.61		
心理	1.5000 元以下	41	2.82	0.66	4.69*	2>1 ; 3>1
	2.5001~10000 元	62	3.15	0.72		4>1
	3.10001~15000 元	46	3.18	0.58		5>1
	4.15001~20000 元	24	3.37	0.60		5>2
	5.20001~25000 元	13	3.65	0.61		5>3
	6.25000 元以上	24	3.37	0.67		6>1

表 4-2-8 不同經濟狀況在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表(續)

社會	1.5000 元以下	41	3.08	0.56	4.32*	2>1
	2.5001~10000 元	62	3.32	0.63		4>1
	3.10001~15000 元	46	3.29	0.55		5>1
	4.15001~20000 元	24	3.55	0.56		5>2
	5.20001~25000 元	13	3.73	0.41		5>3
	6.25000 元以上	24	3.57	0.64		6>1
環境	1.5000 元以下	41	3.04	0.58	4.84*	2>1 ; 6>3
	2.5001~10000 元	62	3.37	0.57		4>1
	3.10001~15000 元	46	3.18	0.52		4>3
	4.15001~20000 元	24	3.51	0.60		5>1
	5.20001~25000 元	13	3.67	0.49		5>3
	6.25000 元以上	24	3.48	0.57		6>1
整體	1.5000 元以下	41	3.04	0.54	5.21*	2>1 ; 6>1
	2.5001~10000 元	62	3.30	0.58		4>1
	3.10001~15000 元	46	3.24	0.44		4>2
	4.15001~20000 元	24	3.55	0.51		5>1
	5.20001~25000 元	13	3.67	0.43		5>2
	6.25000 元以上	24	3.49	0.55		5>3

* $F_{.05}$ 註：採五點計分，滿分是5分，得分依序為5、4、3、2、1 分。

由表 4-2-8 顯示：

1. 在整體層面，不同經濟狀況之六堆地區銀髮族在生活品質整體層面上有顯著差異($F=5.21$ ， $p < .05$)；「20001~25000 元」最好，然後依序是「15001~20000 元」、「25000 元以上」、「5001~10000 元」、「10001~15000 元」、「5001~10000 元」。經事後比較發現：「5001~10000 元」、「15001~20000 元」、「20001~25000 元」及「25000 元以上」組優於「5000 元以下」組。「15001~20000 元」、「20001~25000 元」優於 5001~10000 元。「20001~25000 元」優於「10001~15000 元」。
2. 在各層面中「生理」、「心理」、「社會」、「環境」等層面上有顯著差異。
3. 在「生理」層面事後比較發現：「15001~20000 元」、「20001~25000 元」及「25000 元以上」組優於「5000 元以下」組。「15001~20000 元」優於「5001~10000 元」、「10001~15000 元」。
4. 在「心理」層面，經事後比較發現：「5001~10000 元」、「10001~15000 元」、「15001~20000

元」、「20001~25000 元」及「25000 元以上」組優於「5000 元以下」組。「15001~20000 元」、「20001~25000 元」優於 5001~10000 元。「20001~25000 元」優於「5001~10000 元」、「10001~15000 元」。

5. 在「社會」層面，經事後比較發現：「5001~10000 元」、「15001~20000 元」、「20001~25000 元」及「25000 元以上」組優於「5000 元以下」組。「20001~25000 元」優於 5001~10000 元。「20001~25000 元」優於「10001~15000 元」。
6. 在「環境」層面，經事後比較發現：「5001~10000 元」、「20001~25000 元」、「25000 元以上」組優於「5000 元以下」組；「15001~20000 元」、「20001~25000 元」及「25000 元以上」組優於「10001~15000 元」。

研究結果顯示，結果與趙安娜(2002)、林瓊華(2002)、蘇美文(2004)、李純華(2005)、李宜靜(2005)、蔡蜜西(2003)等所研究結果相符；究其原因，此與內政部統計處(2000)調查結果老人平均每月生活費用約需支配的金錢在5000元以下者，其主要經濟來源是領取政府救助或老農津貼或子女奉養。對於金錢支配，蔡蜜西(2003)對新竹地區客家人所做研究，一個月主要花費在5000~10000元之間這與六堆地區相似。結果顯示銀髮族對經濟滿意度與生活品質有正向相關，即銀髮族主觀對目前經濟情形滿不滿意，是影響生活品質的重要因素。

(八) 不同宗教信仰之六堆地區銀髮族在生活品質之差異分析

表 4-2-9 不同宗教信仰在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表

生活品質 層面	宗教信仰	人數	平均數	標準差	F 值	事後 比較
生理	其他	21	3.45	0.75	0.09	
	佛教	114	3.42	0.58		
	民間信仰	36	3.42	0.65		
	道教	39	3.37	0.62		
心理	其他	21	3.28	0.58	0.43	
	佛教	114	3.15	0.67		
	民間信仰	36	3.15	0.62		
	道教	39	3.20	0.80		

表 4-2-9 不同宗教信仰在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表(續)

社會	其他	21	3.40	0.60	0.33
	佛教	114	3.33	0.58	
	民間信仰	36	3.29	0.57	
	道教	39	3.41	0.70	
環境	其他	21	3.41	0.64	0.57
	佛教	114	3.27	0.59	
	民間信仰	36	3.36	0.51	
	道教	39	3.35	0.60	
整體	其他	21	3.38	0.58	2.6
	佛教	114	3.29	0.54	
	民間信仰	36	3.31	0.50	
	道教	39	3.33	0.60	

* $P < .05$ 註：採五點計分，滿分是5分，得分依序為5、4、3、2、1分。

由表4-2-9 顯示：不同宗教信仰之六堆地區銀髮族在生活品質整體層面沒有顯著差異，另外在各層面中「生理」、「心理」、「社會」、「環境」等層面上沒有顯著差異，顯示銀髮族的生活品質不會因宗教信仰的不同而有所差異。這與梁金麗(2001)研究相符，但也有研究顯示有宗教信仰者其生活品質高。本研究對象可能均有宗教信仰，因此層面上沒有顯著差異。對象、工具的不同也可能因此有不同的差異結果。

(九) 不同職業狀況之六堆地區銀髮族在生活品質之差異分析

表 4-2-10 不同職業狀況在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表

生活品質 層面	職業狀況	人 數	平均數	標準差	F 值	事後比較
生理	1.無	115	3.23	0.65	11.45*	2>1
	2.已退休	50	3.63	0.48		3>1
	3.目前仍有工作	45	3.62	0.52		
心理	1.無	115	3.00	0.67	8.88*	2>1
	2.已退休	50	3.41	0.65		3>1
	3.目前仍有工作	45	3.35	0.63		

表 4-2-10 不同職業狀況在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表(續)

社會	1.無	115	3.23	0.60	4.81*	2>1
	2.已退休	50	3.52	0.56		3>1
	3.目前仍有工作	45	3.44	0.60		
環境	1.無	115	3.16	0.57	10.98*	2>1
	2.已退休	50	3.59	0.51		3>1
	3.目前仍有工作	45	3.40	0.58		
整體	1.無	115	3.15	0.54	12.12*	2>1
	2.已退休	50	3.55	0.47		3>1
	3.目前仍有工作	45	3.45	0.51		

* $P<.05$ 註：採五點計分，滿分是5分，得分依序為5、4、3、2、1 分。

由表 4-2-10 顯示：

1. 在整體層面，不同職業狀況之六堆地區銀髮族在生活品質整體層面上有顯著差異($F=12.12, p<.05$)，「已退休」最好，「無」工作最差。經事後比較發現：「已退休」組優於「無」工作組；「目前仍有工作」優於「無」工作組。
2. 在各層面中「生理」、「心理」、「社會」、「環境」等層面上有顯著差異。
3. 在「生理」層面，經事後比較發現：「已退休」組優於「無」工作組；「目前仍有工作」優於「無」工作組。在「心理」、「社會」、「環境」層面亦同。

研究結果顯示，結果與梁金麗(2001)、趙安娜(2002)、李純華(2005)、陳媽芬(2005)等所研究結果相符；究其原因，在六堆地區中，目前仍有工作者，通常是因務農、經商，甚至許多是公教機關退休後，領有退休金，但家中種許多檳榔或孩子均外出工作他們仍覺得要固守家業，所以持續工作中。「已退休」組者完全是靠老本生活不去從事勞力或工作，是享清福的銀髮族，整體而言是生活品質最高的一組。老人工作之理由：適逢經濟不景氣、子女失業率偏高，奉養不成，反而是長者再去做年輕人不願做的勞苦工作，甚至資源回收，除養活自己，有的仍要養待業中的子女。因此，銀髮族生活品質較差，所以才需要出去做養家活口工作，這也是值得重視區塊。

(十) 不同自覺健康狀況之六堆地區銀髮族在生活品質之差異分析

表 4-2-11 不同自覺健康狀況在生活品質之描述統計及變異數分析摘要表

生活品質層面	自覺健康狀況	人數	平均數	標準差	F 值	事後比較
生理	1.不好	28	2.69	0.70	33.25*	2>1
	2.尚可	92	3.41	0.50		3>1
	3.好	90	3.64	0.52		3>2
心理	1.不好	28	2.42	0.65	35.33*	2>1
	2.尚可	92	3.11	0.55		3>1
	3.好	90	3.47	0.62		3>2
社會	1.不好	28	2.77	0.58	23.16*	2>1
	2.尚可	92	3.31	0.49		3>1
	3.好	90	3.57	0.59		3>2
環境	1.不好	28	2.92	0.53	11.86*	2>1
	2.尚可	92	3.26	0.54		3>1
	3.好	90	3.49	0.59		3>2
整體	1.不好	28	2.69	0.50	33.84*	2>1
	2.尚可	92	3.27	0.43		3>1
	3.好	90	3.54	0.52		3>2

* $P<0.05$ 註：採五點計分，滿分是5分，得分依序為5、4、3、2、1分。

由表由表 4-2-11 顯示：

1. 在整體層面，不同自覺健康狀況之六堆地區銀髮族在生活品質整體層面上有顯著差異，「好」最好，然後依序是「尚可」、「不好」。經事後比較發現：「尚可」組優於「不好」組；「好」組優於「不好」、「尚可」組。
2. 在各層面中「生理」、「心理」、「社會」、「環境」等層面上有顯著差異。
3. 在「生理」層面，經事後比較發現：「尚可」組優於「不好」組；「好」組優於「不好」、「尚可」組。在「心理」、「社會」、「環境」層面亦同。

研究結果顯示，結果與梁金麗（2001）、謝瓊慧（2004）、陳媽芬（2005）等研究結果相符；究其原因，自覺健康狀況尚可或好者表示身體上尚無大礙，因此生活品質感受較好。

第三節 銀髮族健康促進生活型態與生活品質的相關分析

本節主要目的在探討銀髮族健康促進生活型態、生活品質各層面之相關，並以典型相關法進行分析，以檢定研究假設三：六堆地區銀髮族在健康促進生活型態與生活品質間是否有顯著的典型相關。

一、健康促進生活型態與生活品質之相關分析

表 4-3-1 為六堆地區銀髮族的健康促進生活型態層面與生活品質層面之典型相關分析摘要，顯示三個典型相關係數達 .05 以上的顯著水準，典型相關係數分別為 .679、.356 及 .273，換言之六個控制變項(健康促進生活型態)，主要透過三個典型因素影響效標變項(生活品質)。圖 4-3-1 為依據摘要表資料所繪製的典型相關分析徑路圖。

表 4-3-1 健康促進生活型態層面與生活品質層面的典型相關分析摘要表

控制變項 (X 變項)	典 型 因 素			效標變項 (Y 變項)	典 型 因 素		
	X ₁	X ₂	X ₃		η_1	η_2	η_3
自我實現	-.96	.05	-.01	生理 M	-.87	-.05	.30
健康責任	-.70	-.13	.10	心理 M	-.95	.11	.00
人際支持	-.81	.10	-.33	社會 M	-.82	.05	-.54
運動	-.74	.05	.58	環境 M	-.84	-.50	-.17
壓力處理	-.89	-.20	.04				
營養	-.57	-.73	-.05				
抽出變異數	.622	.09985	.07594	抽出變異數	.75843	.06731	.10422
百分比				百分比			
重疊	.28698	.01263	.00565	重疊	.34963	.00852	.00776
				ρ_e	.461	.127	.074
				ρ	.679*	.356*	.273*

* $p < .05$

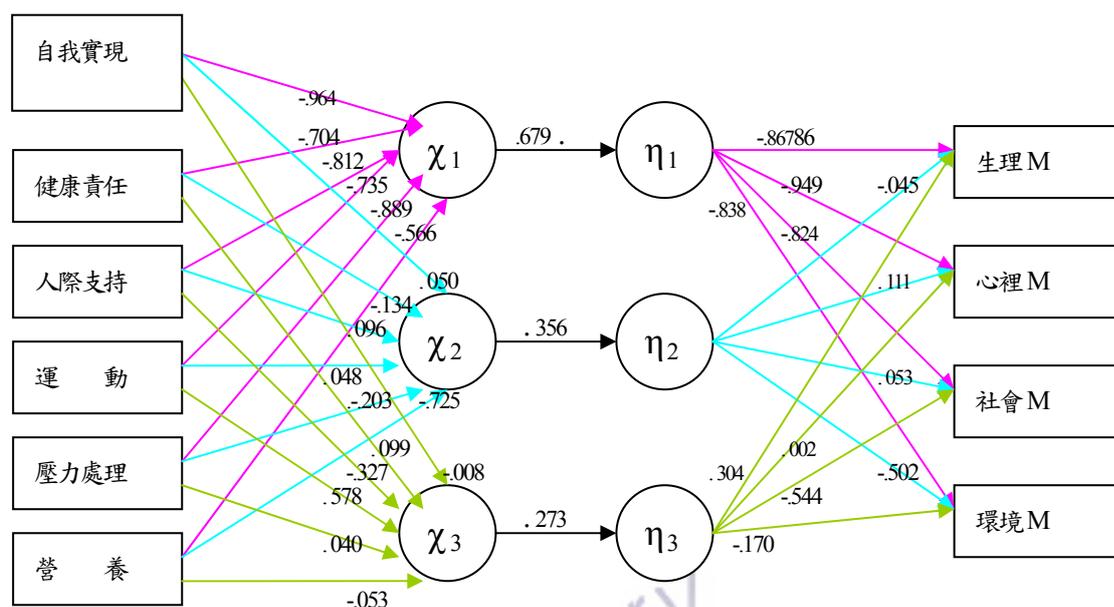


圖 4-3-1 典型相關分析徑路圖

(一)由第一個典型因素來看

第一對 x_1 與 η_1 的典型相關係數為 $.679(p < .05)$ ，其決定係數為 $.461$ ，表示健康促進生活型態之各變項的第一個典型因素(x_1)可以解釋生活品質的第一個典型因素(η_1)總變異量的 46.1% 。

從健康促進生活型態六個變項中抽出來的第一個典型因素(x_1)佔健康促進生活型態總變異量的 62.25% 。健康促進生活型態與生活品質的第一個典型因素(η_1)重疊部份為 $.2869$ ，表示生活品質透過第一個典型因素(η_1)可以解釋健康促進生活型態總變異量的 28.69% 。

從生活品質四個變項中抽出來的第一個典型因素(η_1)佔生活品質總變異量的 75.84% 。健康促進生活型態與生活品質的第一個典型因素(η_1)重疊部份為 $.3496$ ，表示健康促進生活型態透過第一個典型因素(η_1)可以解釋生活品質總變異量的 34.96% 。

第一個典型相關的結構係數，健康促進生活型態中以「自我實現」與第一個典型因素(x_1)的相關最高，其典型因素負荷量高達 $-.964$ 。生活品質中「心理」層面與第一個典型因素(η_1)的相關最高，其典型因素負荷量高達 $-.949$ 。因此，健康促進生活型態中的「自我實現」層面透過第一個典型因素與生活品質中「心理」層面有高度的相關，其結構係數同為負值，代表「自我實現」得分愈低者，其「心理」層面的滿足也愈低。

(二)由第二個典型因素來看

第二對 x_2 與 η_2 的典型相關係數為.356($p < .05$)，其決定係數為.127，表示健康促進生活型態之各變項的第二個典型因素(x_2)可以解釋生活品質的第二個典型因素(η_2)總變異量的 12.7%。

從健康促進生活型態六個變項中抽出來的第二個典型因素(x_2)佔健康促進生活型態總變異量的 9.99%。健康促進生活型態與生活品質的第二個典型因素(η_2)重疊部份為.0126，表示生活品質透過第二個典型因素(η_2)可以解釋健康促進生活型態總變異量的 1.26%。

從生活品質三個變項中抽出來的第二個典型因素(η_2)佔生活品質總變異量的 6.73%。健康促進生活型態與生活品質的第二個典型因素(η_2)重疊部份為.0085，表示健康促進生活型態透過第二個典型因素(η_2)可以解釋生活品質總變異量的 0.85%。

第二個典型相關的結構係數，健康促進生活型態中以「營養」與第二個典型因素(x_2)的相關最高，其典型因素負荷量為-.725。生活品質中「環境」層面與第二個典型因素(η_2)的相關最高，其典型因素負荷量高達-.502。因此，健康促進生活型態中的「營養」層面透過第二個典型因素與生活品質中「環境」層面有高度的相關，其結構係數同為負值，代表「營養」得分愈低者，其「環境」層面的滿足也愈低。

(三)由第三個典型因素來看

第三對 x_3 與 η_3 的典型相關係數為.273($p < .05$)，其決定係數為.074，表示健康促進生活型態之各變項的第三個典型因素(x_3)可以解釋生活品質的第三個典型因素(η_3)總變異量的 12.7%。

從健康促進生活型態六個變項中抽出來的第三個典型因素(x_3)佔健康促進生活型態總變異量的 7.59%。健康促進生活型態與生活品質的第三個典型因素(η_3)重疊部份為.0056，表示生活品質透過第三個典型因素(η_3)可以解釋健康促進生活型態總變異量的 0.56%。

從生活品質三個變項中抽出來的第三個典型因素(η_3)佔生活品質總變異量的 10.42%。健康促進生活型態與生活品質的第三個典型因素(η_3)重疊部份為.0078，表示健康促進生活型態透過第三個典型因素(η_3)可以解釋生活品質總變異量的 0.78%。

第三個典型相關的結構係數，健康促進生活型態中以「運動」與第三個典型因素(x_3)的相關

最高，其典型因素負荷量為.578。生活品質中「社會」層面與第三個典型因素(η_3)的相關最高，其典型因素負荷量高達-.544。因此，健康促進生活型態中的「運動」層面透過第三個典型因素與生活品質中「社會」層面有高度的相關，其結構係數一正一負，代表「運動」得分愈低者，其「社會」層面的滿足反而愈高。

第四節 銀髮族的生活品質相關因素之迴歸分析

本節主要探討何種因素對於銀髮族的生活品質具有顯著預測力。因此將以健康促進生活型態六個層面(自我實現、健康責任、人際支持、運動、壓力處理及營養)作為預測(自)變項，並以生活品質整體及各層面效標(依)變項進行逐步多元迴歸分析，以檢定研究假設四：六堆地區銀髮族的健康促進生活型態對生活品質有顯著的預測作用。

表 4-4-1 健康促進生活型態與生活品質之相關矩陣

	生活品質	自我	健康	人際	運動	壓力	營養
生活品質	1.000	.643*	.478*	.546*	.479*	.608*	.416*
自我		1.000	.644*	.735*	.694*	.761*	.531*
健康			1.000	.613*	.661*	.743*	.486*
人際				1.000	.568*	.669*	.548*
運動					1.000	.616*	.470*
壓力						1.000	.534*
營養							1.000

表 4-4-1 為所有變項的積差相關係數矩陣，矩陣包括了相關係數值、相關係數所對應的單側顯著性檢定機率值及有效樣本數，六個自變數與生活品質的積差相關均達顯著。由相關矩陣可以看出自變項與依變數之間相關的強弱及方向，也可以看出自變項之間的相關情形。在生活品質整體層面效標變項與健康促進生活型態六個分層面預測變項間的相關均達顯著。

表 4-4-2 逐步多元迴歸二個模式的相關訊息

模 式	R 平 方	調過後的 R 平方	估計的標準 誤	R 平方改 變	F 改 變	變更統計量		顯著性 F 改變	Durbin-Watson 檢 定
						分子自由 度	分母自由 度		
1	.643(a)	.414	.42051	.414	146.747	1	208	.000	
2	.669(b)	.447	.40928	.034	12.569	1	207	.000	1.624

表 4-4-3 健康促進生活型態預測生活品質之逐步估計係數摘要表

模 式	變項	未標準化係數		標準化係數		t	顯著性	共線性統計量	
		B 估計值	標準誤	Beta	分配			容忍值	VIF
1	(常數)	1.799	.128			14.06	.000		
	自我實現	.580	.048	.643		12.11	.000	1.000	1.000
2	(常數)	1.495	.151			9.89	.000		
	自我	.386	.072	.428		5.37	.000	.420	2.379
	壓力處理	.317	.089	.283		3.55	.000	.420	2.379

表 4-4-3 為健康促進生活型態預測生活品質之逐步估計係數摘要表，模式依先進入的變項為「自我實現」、模式二加入「壓力處理」

表 4-4-4 健康促進生活型態預測生活品質之整體逐步多元迴歸分析摘要表

選出的 變相順序	多元相關 係數 R	決定係數 R ²	增加解 釋量 R ²	F 值	淨 F 值	原始 β	標準化 β
截距 (常數項)					1.495		
1.自我實現	.643	.414	.414	146.75	146.75	.386	.428
2.壓力處理	.669	.447	.034	83.74	12.57	.317	.283

由表 4-4-4 得知：六個預測變項預測效標變項（生活品質）時，進入迴歸方程式的顯著變項共有二個，分別是：自我實現、壓力處理二個變項，多元相關係數為.669，聯合解釋變異量為.447，亦即表中二個變項能聯合預測生活品質 44.7%的變異量。

就個別變項的解釋量來看，以「自我實現」層面的預測力最佳，其解釋量為 41.4%，其次是「壓力處理」層面，其解釋量為 3.4%，這二個變項的聯合預測力達 44.7%。從標準化迴歸係數來看，「自我實現」、「壓力處理」的 β 係數為正，表示這二個變項對生活品質的影響為正向，即六堆地區銀髮族自我實現投入動機較高，壓力處理知覺較正向，生活品質較佳。

六堆地區銀髮族就Maslow的五大需求理論而言，其基本需求已得滿足，雖然在健康促進生活型態各層面分析中「營養」層面的得分最高，但結果不代表預測指標，研究發現在性別、教育程度、宗教信仰、自覺健康狀況沒有顯著差異。



第五章 結論與建議

本章主要是分析六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之相關研究，依據資料的分析結果，歸納所得的發現，作為本文之結論，並對研究限制與未來研究提出建議，內容陳述如下：

第一節 結論

一、不同背景變項在健康促進生活型態之差異情形

(一) 六堆地區銀髮族健康促進生活型態現況

整體健康促進生活型態的情形良好，屬中上程度。各分量表平均得分最高為「營養」(M=3.64)，最低的是「運動」(M=2.20)。整體得分男性(M=2.62)高於女性(M=2.48)受訪者多。性別、年齡、居住安排、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、經濟狀況、職業狀況、自覺健康狀況等呈顯著差異；宗教無顯著差異。

(二) 不同背景變項在健康促進生活型態之差異情形

不同性別之六堆地區銀髮族在健康促進生活型態上男性在整體層面和各分層面顯著高於女性；65—74歲優於75歲以上，年齡會影響健康促進生活型態執行，年齡越高者其在健康促進生活型態的得分越差；與配偶及子女同住者健康促進生活型態較佳，另「其他」三代同堂或家族同住(M=2.75)優於「只與配偶同住」(M=2.65)，「固定和子女居住」(M=2.47)；配偶健在之銀髮族其健康促進生活型態較高，而在人際間支持的執行是配偶健在優於配偶已故；教育年數愈多，健康促進生活型態愈好，固教育程度是影響銀髮族從事健康促進生活型態的重要因素；自己有收入愈高者執行較多的健康促進生活型態，六堆地區大部份銀髮族每月可支配運用金額多在「5001~10000元」居多，從結果中得知，自己有收入者可支配運用金額愈多在健康促進各層面都比其他層面者來得好。也印證銀髮族除有健康的身體外，對於自己生活能力及財務愈能自主，則生活中會擁有較高自尊與安全感，這也是促使成功老化的催化劑；宗教信仰對健康行為的執行差異不大。職業狀況是已退休者執行健康促進生活型態顯

得積極，優於目前仍有工作和無工作者，而銀髮族自覺健康狀況愈好，其健康促進生活型態也愈好。

二、不同背景變項在生活品質之差異情形

(一) 六堆地區銀髮族生活品質現況

整體生活品質的情形良好，屬於中上程度。四個因素層面，得分最高的是生理層面 (M=3.41)，最低的是心理 (M=3.17)。性別、年齡、居住安排、婚姻狀況、教育程度、經濟來源、經濟狀況、職業狀況、自覺健康狀況等背景變項在整體得分上有顯著差異。宗教無顯著差異；男性優於女性。

(二) 不同背景變項在生活品質之差異情形

六堆地區銀髮族之生活品質會因性別的不同而有所差異，男性在整體層面和各分層面顯著高於女性；年輕的銀髮族較著重在物質環境，而老的銀髮族此時則較關心自己的身體健康情況及日漸減退的功能性能力，生活品質在年齡上愈長者愈差；和配偶子女居住優於獨居，老來伴和能含飴弄孫享受家庭的溫馨對銀髮族而言能提升其生活品質；配偶健在者其生活品質較目前單身及配偶已故者好；教育程度高，生活品質較高；經濟來源方面有「退休金」者優於「自己有收入」、「靠子女供養」及「社會救助」者；六堆地區銀髮族平均每月生活費用約需支配的金錢在「5001~10000元」，其中以「20001~25000」元組生活品質優於其他消費組，如果自己有收入且能自由支配的金錢愈多、運用自如，可提升自尊心、有用感、降低心理危機，因而生活品質愈滿足，銀髮族對經濟滿意度與生活品質有正向相關，即銀髮族主觀對目前經濟情形滿不滿意，是影響生活品質的重要因素。生活品質不會因宗教信仰的不同而有所差異。已退休之六堆地區銀髮族生活品質優於仍有工作者和無工作者。而自覺健康狀況越好，生活品質滿意度愈高。

三、瞭解健康促進生活型態與生活品質之間關係

根據本研究在六堆地區銀髮族的健康促進生活型態層面與生活品質層面之典型相關分

析，顯示三個典型相關係數達 .05 以上的顯著水準，典型相關係數分別為 .679、.356 及 .273，換言之六個控制變項(健康促進生活型態)，主要透過三個典型因素影響效標變項(生活品質)。健康促進生活型態中的「自我實現」層面透過第一個典型因素與生活品質中「心理」層面有高度的相關，其結構係數同為負值，代表「自我實現」得分愈低者，其「心理」層面的滿足也愈低。健康促進生活型態中的「營養」層面透過第二個典型因素與生活品質中「環境」層面有高度的相關，其結構係數同為負值，代表「營養」得分愈低者，其「環境」層面的滿足也愈低。健康促進生活型態中的「運動」層面透過第三個典型因素與生活品質中「社會」層面有高度的相關，其結構係數一正一負，代表「運動」得分愈低者，其「社會」層面的滿足反而愈高。

四、探討健康促進生活型態對生活品質間之影響效果

根據本研究結果顯示，在生活品質整體層面效標變項與健康促進生活型態六個分層面預測變項間的相關均達顯著。六個預測變項預測效標變項（生活品質）時，進入迴歸方程式的顯著變項共有二個，分別是：自我實現、壓力處理二個變項，多元相關係數為.669，聯合解釋變異量為.447，亦即表中二個變項能聯合預測生活品質44.7%的變異量。從標準化迴歸係數來看，「自我實現」、「壓力處理」的 β 係數為正，表示這二個變項對生活品質的影響為正向，即六堆地區銀髮族自我實現投入動機較高，壓力處理知覺較正向，生活品質較佳。綜合得知：健康促進生活型態中「自我實現」、「壓力處理」是預測生活品質的主要變項。透過「自我實現」、「壓力處理」正向的導引，銀髮族若愈瞭解自己的健康或優缺點、具有自信、樂觀享受生活，並知道生活中壓力的來源如何紓解，且樂於參與活動，從中能得到享受及樂趣，則其生活品質愈高（如附錄五、附錄六）。即六堆地區銀髮族的健康促進生活型態愈好，生活品質就愈好。

第二節 建議

根據上述的研究結果提出以下建議

一、在未來研究的建議方面

- (一) 本研究所用的健康促進生活型態中文量表在國內使用於一般18至65歲的中、老年人，雖具有良好的信度與效度，然尚未完全針對65歲以上老人作全省的測試，40題問題對銀髮族而言略顯太長。故以後針對老人的問卷研究，因素可再修訂，減少答題數。
- (二) 針對六堆地區銀髮族施測問卷時，除應具備一般施測問卷的專業能力，同時需具備客語表達能力及溝通技巧，有值得信任者帶領，以謙虛的態度並準備小禮物，表達最真誠的感謝之意，否則長輩們會以為是詐騙集團或別有企圖問卷而拒填或亂填。
- (三) 本樣本來源以客家人居多，針對銀髮族而言，本次填答的問卷，背景變項有10題，健康促進生活型態中文量表有40題，生活品質量表有28題，總共有78題。對長者而言，題目太多，能自己填答者，是識字者，大都很謹慎認真作答，5-10分鐘完成；但訪談代填者，對題目的了解需用客家話解說，他們才能回答，所以認知情形會影響樣本，做一份問卷需要半小時或更久，所以對問卷題目多寡宜慎重考慮。
- (四) 經濟來源中退休者、靠子女供養和自己有收入者語意不明有重覆之嫌；宗教信仰的分類如何解讀容易模糊；一個月可自由支配的錢約多少？大部份領有津貼的長者害怕此研究會有損其補助，因此，回答上有所保留。
- (五) 希望能由政府單位發行一套客家語發音或客語測試健康促進生活型態、生活品質的相關問卷：因在問卷測試過程中發現，國語問卷對許多客家地區的長者是充滿疑問，對詞意的認知不明白，所做出的問卷會與實際情況有出入；而且最好是自己能直接勾選（方式可變化）最好。

二、在研究結果應用方面

- (一) 增設銀髮族教育途徑，提供銀髮族多元學習管道：本研究發現，銀髮族在整體健康促進生活型態屬中上程度，其中以營養、人際間支持、自我實現、壓力處理的執行較高，但分層面時

營養卻不顯著，且對於運動、健康責任就顯得較不注重，主要是銀髮族受過完整教育的人數並不多，在資訊獲得的管道大多來自電視、坊間秘方或親朋好友的介紹。加強銀髮族在資訊獲得的能力，必須從教育做起，故銀髮族再學習的管道有必要增設及加強宣導，政府宜廣設銀髮族的教育學習、活動中心、銀髮族休閒規劃及針對銀髮族工作服務的機構等，來提昇銀髮族對社會價值性。銀髮族整體生活品質也屬於中上程度，然而在心理層面顯得需加強。因此在規劃有關銀髮族的任何活動時，對於活動的安排是須考慮老人心理層面的需求，配合地方老人特質多加以彙整，提供辦理活動時的依據。

- (二) 保障老人經濟生活，提昇生活自主能力：由不同背景變項對健康促進生活型態及生活品質的分析可發現，教育程度與主要經濟來源、狀況是影響銀髮族的重要因素，教育程度愈高不論在健康促進生活型態的執行、生活品質滿足感方面都較高，自己有收入的銀髮族亦同。政府提早規劃合理的老人生活津貼、特別照顧津貼、年金保險制度等，以因應高齡化社會所帶來之衝擊。銀髮族要有經濟的生涯規劃以儲存老本，這樣晚年生活就能有尊嚴的度過。
- (三) 提供足夠休憩場所並有充裕經費補助：由本研究對銀髮族健康促進生活型態與生活品質的相關情形來看，銀髮族對個人的健康生活的追求與休閒活動參與是熱中的，因健康是一切的本錢，參與團體活動除可達到身心健康亦能提昇自我肯定、價值感，有了健康的身體，才能從事想做的事情，且健康掌握在自己手中，必須身體力行實施正向行為，才能維護自己晚年生活的高品質。所以政府宜提供相當的休憩場所、經費、資源，讓銀髮族多走出戶外從事運動、休閒活動及社團活動，在參與中不但活絡了身體機能，透過活動的參與除增加與他人之互動，獲得人際支持外，無形中亦會促進身心的健康，這預防工作的投資將可節約龐大醫療照護。
- (四) 倡導老人運動，培養健康責任，提早規劃銀髮族生涯。

參考資料

一、中文部分

- 王鼎 (1994)。運動、健康、長壽。台北市：浩園文化。
- 江亮演 (1990)。快樂的老人。台北市：中華日報。
- 吳東權 (1993)。退休生涯規劃。台北市：龍吟文化。
- 陳俊忠翻譯 (2002)。哈佛經驗—運動與健康 (第一版)。台北市：易利圖書。
- 陳惠姿等23人著 (2002)。長期照護實務 (初版)。台北市：永大書局。
- 陳肇男 (2001)。快樂銀髮族：台灣老人的生活調查報告。台北市：張老師。
- 傅家雄 (1991)。老年與老年調適。台北市：正中。
- 楊怡君、許淑敏、莊宇慧、張萃珉、葉湘芬、蔡芸芳、林秀純、蔡秀欣、簡乃卉、劉怡、張靜芬、呂莉婷、吳瓊滿等著 (2002)。老年護理學 (初版)。台北市：華騰文化。
- 鍾振斌 (2008)。六堆風雲。屏東縣：六堆風雲雜誌社。
- 內政部統計處 (2007, 1月18日) 內政統計通報九十六年第三週 臺北：同作者。
- 內政部統計處 (2007, 7月27日)。94年臺閩地區簡易生命表。摘自
<http://www.moi.gov.tw/stat/ind.ex.asp>
- 內政部統計處 (2007, 7月27日)。臺閩地區國民生活狀況調查報告摘要分析。摘自 <http://www.moi.gov.tw/stat/ind.ex.asp>
- 日間關懷站-美麗新世界 (2007, 7月27日)。老人問題。摘自：<http://library.taiwanschoolnet.org/cyberfair2005/hssh/c/index.htm>
- 行政院衛生署 (2007, 7月27日)。94年衛生統計系列 (六) 衛生統計動向。摘自
<http://www.doh.gov.tw/statist/data/衛生動向/94/動向貳.pdf>
- 教育部 (2006)。老人教育政策白皮書。摘自：<http://www.edu.tw>
- 蔡漢賢 (2004)。生老病死與鰥寡孤獨的新挑戰~探析老齡人口與社會福利的相關性。摘自
<http://www.ccswf.org.tw/2004taiwan/l.doc>
- 楊昭瑾 (2006, 12月30日)。白皮書出爐 老人教育將上路。國語日報，二版。
- 王月伶 (2005)。健康概念分析。護理雜誌，52 (1)，40-43。
- 王秀紅 (2000)。老年人健康促進—護理的涵義。護理雜誌，47 (1)，19-25。
- 王秀紅、邱啟潤、王瑞霞、李建廷 (1992)。婦女健康促進行為及其相關因素的探討-以屏東縣高

- 樹鄉及高雄市三民區為例。《公共衛生》，19(3)，251-266。
- 王秀紅、黃寶萱。老年婦女的疾病預防與健康促進。《護理雜誌》，48(5)，22-28。
- 王真敏(2002)。《社區老人健康體能與生活品質相關性研究》。未出版碩士論文，國立台北護理學院，台北市。
- 王瑞霞、許秀月(1997)。社區老年人健康促進行為及其相關因素之探討—以高雄市三民區老人為例。《護理研究》，5(4)，321-330。
- 王瑞霞、陳彰惠(2003)。由文獻回顧檢視潘得健康促進模式。《護理雜誌》，50(6)，62-68。
- 王麗惠、劉芹芳(2005)。生活品質概念分析於護理之應用。《高雄護理雜誌》，22(2)，41-50。
- 余幸宜、于淑、李蘭(2004)老年人之健康促進。《台灣醫學》，8(4)，582-588。
- 吳家碧(2004)。老年人與健身運動。《大專體育》，74，203-209。
- 李世代(1998)。老年人的健康與醫療照護。《長期照護雜誌》，2(1)，1-60。
- 李佩貞、李麗瓊(2006)規律運動對老年人身心利益之探討。《大專體育》，83，114-119。
- 李宜靜(2006)。《客家族群中老年人健康行為、飲食行為與生活品質之探討—以屏東地區為例》。未出版碩士論文，美和技術學院，屏東縣。
- 李怡娟(2000)。健康促進在護理專業中的應用。《護理雜誌》，47(1)，5-12。
- 李純華(2005)。《社區老人健康行為與生活品質之研究》。未出版碩士論文，美和技術學院，屏東縣。
- 李蘭(1999)。健康促進取向之研究構想。《國家衛生研究院簡訊》，4(4)，21-26。
- 林柳吟(2002)。《社區老人生命意義、死亡態度與生活品質之相關性探討》。未發表的碩士論文，長庚大學，台北。
- 林瓊華(2002)。《社區更年期婦女生活品質及其相關因素之探討》。未出版碩士論文，國立台北護理學院，台北市。
- 林麗惠(2002)。《高齡者參與學習活動與生活滿意度關係之研究》。未發表的博士論文，國立中正大學，嘉義縣。
- 邱宛瑜(2002)。《北台灣社區老人健康相關生活品質之探討》。未發表的碩士論文，國防醫學院，台北。
- 邱怡玫、黃璉華(1995)。臺北市安康社區低收入。中老年人生活型態與罹患高血壓關係之探討。《護理研究》，3(4)，343-352。
- 姚開屏(2005)。《臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊(第二版)》。臺北：世界衛生組織生活品質問卷臺灣簡明版發展小組。

- 柯舜娟(2001)。社區老人生活品質測量—以SF-36臺灣版及 WHOQOL-BREF 臺灣版為例。未發表的碩士論文，國立台北護理學院，台北。
- 洪麗娜(2003)。應用跨理論模式於安養機構老人健康促進行為之探討。未出版碩士論文，中國醫藥大學，台中市。
- 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，國立台灣大學，台北市。
- 高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏、邱珮怡(2000)。老年人的健康促進生活型態與衛生教育。護理雜誌，47(1)，13-18。
- 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。
- 梁金麗(2001)。社區老人生活品質及其相關因素之探討。未出版碩士論文，國立台北護理學院，台北市。
- 許秀月、楊燦、陳春秀、黃美鳳(2005)。推動客家族群中老年人健康照護整合模式計畫。行政院客家委員會補助大學校院發展客家學術機構成果報告書。屏東縣：美和技術學院。
- 許佩蓉、江瑾瑜。健康促進與老年健康教育策略。榮總護理，18(3)，254-258。
- 陳幸眉、邱艷芬、陳文鍾(2000)。裝置永久性心率調節器病患之生活品質及其相關因素。台灣醫學，4(5)，497-508。
- 陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章、廖張京棣(1997)。健康促進的生活方式量表中文版之修定與測試。長庚護理，8(1)，14-23。
- 陳美燕、廖張京棣、廖照慧、周傳姜(1994)。公衛護理人員健康促進-生活方式的初步探討。護理研究，2(1)，41-53。
- 陳淑卿、賴裕和(1999)。Pender 健康促進模式理論。長庚護理，10(4)，55-61。
- 陳媽芬(2005)。社區老人自覺健康狀況、身體活動和生活品質之研究。未出版碩士論文，國立中正大學，嘉義縣。
- 曾淑汝(1998)。護理之家老年住民的生活品質及相關因素探討。未出版碩士論文，高雄醫學大學，高雄。
- 湯慧娟(2003)。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。
- 黃松元(1995)。教師健康促進。學校衛生，26，38-43。

- 黃雅文、姜逸群(2005)。健康促進與健康行為。《國民教育》，45(5)，18-24。
- 黃毓華、邱啟潤(1997)。高雄地區大學生健康促進生活型態之影響因子。《中華公共衛生雜誌》，16(1)，24-36。
- 高毓秀(2001)。健康促進概念的起源。摘自<http://health-nursing-lygsh.ilc.tw>
- 趙安娜(2002)。鄉村社區老年人生命意義、健康狀況與生活品質及其相關因素之探討。未發表的碩士論文，國立台北護理學院，台北市。
- 劉秋松、林正介(2003)。老年人之健康促進與預防性服務。《台灣醫學》，7(3)，375-384。
- 劉淑娟(1998)。台灣社區老人的健康觀念與健康行為。《護理雜誌》，45(6)，22-28。
- 劉淑娟(1999)。罹患慢性病老人生命態度及生活滿意度之探討。《護理研究》，7(4)，294-306。
- 劉雪娥(1999)。健康促進之概念。《台灣醫學》，3(2)，235-237。
- 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。
- 蔡詠琪(2006)。成功老化：老年人之生活品質相關因子探討。未出版碩士論文，國立陽明大學，台北市。
- 蔡蜜西(2004)。新竹地區居家老人時間運用與生活品質之研究。未出版碩士論文，國立體育學院，桃園縣。
- 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。
- 蕭冰如(1998)。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，台北縣。
- 謝瓊慧(2004)。社區老年婦女的健康狀況、家庭功能、與生活品質之相關性探討。未出版碩士論文，長庚大學，台北縣。
- 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，高雄醫學院，高雄市。
- 魏米秀、呂昌明(2005)。「健康促進生活型態」中文簡式量表之發展研究。《衛生教育學報》，24，25-46。
- 蘇美文(2004)。影響老年人生活品質因素之研究。未出版碩士論文，輔仁大學，台北縣。

二、外文部分

- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practice. *Preventive Medicine, 1* (3), 409-421.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing & Health 15*, 29-38.
- Fry, P.S. (1992). Major social theories of aging and their implications for counseling concepts and practice: A critical review. *The Counseling Psychologist, 20*(2), 246-329.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Green, L. W. (1979): National policy in the promotion of health, *International Journal of Health Education, 12* (3) : 161-168.
- Harris, D. M. & Guten, S. (1980). Health protective behavior : an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior. 20* (1), 17-29.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document* (Catalog No. H31-1374). Ottawa: Government of Canada.
- Palank, C.L. (1991). Determinants of health-promotive behaviors. *Nursing Clinics of North America, 26*(4), 815-829.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Ruffing-Rahal, M. A.. (1991). Rationale and design for health promotion for older adults. *Public Health Nursing, 8*(4.), 258-263.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health promoting lifestyles of older adults : Comparisons with young and middle age adults, correlated and patterns. *Advances in Nursing Science, 1* (1), 76-90.
- Walker, S.N., Sechrist, K.T., & Pender, N. J. (1988). The health promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics, *Nursing Research, 36*(2), 76-81.

附錄一 六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之研究問卷取樣分配情形

編號	六堆地區	地名	65 歲以上人口數	取樣本數	樣本編號	有效取樣
1	先鋒堆	萬巒	3479	30	128	24
2	前堆	長治、麟洛	3778/1625	30	239	39
3	後堆	內埔	8111	45	363	55
4	左堆	新埤、佳冬	1776/3504	22	424	24
5	右堆	杉林、美濃、高樹	2164/8219/ 4935	40	540	40
6	中堆	竹田	283	26	626	18

資料來源：高雄縣、屏東縣政府衛生局長期照護中心統計資料，96年7月各鄉鎮老人人口一覽表，P109，屏東市衛生局劉淑敏提供。



附錄二 六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之研究問卷同意書

量表同意書

本人同意國立臺東大學體育研究所研究生羅淑美，以及碩士論文「六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之研究」中，使用本人修訂之「健康促進生活型態量表」，作為學術研究工具。

簽名：

羅金蓮

中華民國九十七年一月

附錄三六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之研究問卷同意書

臺灣版世界衛生組織生活品質問卷
(WHOQOL-BREF 臺灣簡明版) 使用授權書

本人代表臺灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組，同意國立台東大學體育學系體育教學碩士班研究生羅淑美，在其研究「六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質之研究」中，使用臺灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組所發展出的臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF 台灣簡明版)，做為研究之一部分。

授權人

單位：國立臺灣大學心理系姚開屏教授

日期：2008 年 1 月 16 日

簽章：姚開屏



附錄四【六堆地區銀髮族健康促進生活型態與生活品質調查問卷】

親愛的長輩您好：

很榮幸得到您熱忱的合作與支持。這是一項有關長者在日常生活健康促進生活型態與生活品質的學術研究，需要您提供寶貴的意見。本問卷各題的答案均無所謂對錯，敬請您依照個人實際的感受，回答每個問題。您所填的資料僅供學術研究之用，絕對嚴守保密原則，不分析個人資料，更不對外公開或其他用途；為使您放心問卷填寫不必具名，敬請您安心作答。最後，非常感謝您耐心的合作，幫晚輩完成這項研究。

敬祝

健康快樂

國立台東大學體育教學碩士班

指導老師 溫卓謀 教授

研究生 羅淑美 敬啟

第一部份 個人資料

- 1、性別：1、男 2、女
- 2、您出生於民國____年____月【65-74 (1); 75- (2)】
- 3、居住安排：1、固定和子女居住 2、只與配偶同住
3、獨居 4、其他 請說明_____
- 4、婚姻狀況：1、未婚或離婚 2、配偶健在 3、配偶已故
- 5、教育程度：1、不識字 2、小學 3、初中 4、高中職
5、大專(學)以上
- 6、您目前主要的經濟來源：1、靠子女供養 2、退休金
3、自己有收入 4、社會救助
- 7、您一個月可自由支配的錢約多少？1、5000 元以下
2、5001~10000 元
3、10001~15000 元
4、15001~20000 元
5、20001~25000 元
6、25000 元以上
- 8、您的宗教信仰：1、其它，請說明_____ 2、佛教 3、民間信仰 4、道教
- 9、您目前工作：1、無 2、已退休 (退休前職業：_____)
3、目前仍有工作：名稱：_____
10. 整體而言，您覺得個人的健康狀況如何？ (1) 不好 (2) 尚可 (3) 好

第二部分：健康促進生活型態量表【a1-40】

1.我會注意控制自己的體重

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

2.我能參與娛樂性質的運動

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

3.我能參加有人指導的運動課程

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

4.我每天都吃早餐

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

5.我每週至少做三次伸展操

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

6.我能欣賞自己

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

7.只要知道食物含防腐劑或人工添加物我就不吃

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

8.我能定期檢查膽固醇並知道結果

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

9.我會每天花一些時間放鬆自己

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

10.我具有信心及樂觀的態度

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

11.我覺得自己朝著積極的方向成長和改變

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

12.我能和親近的人討論個人問題

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

13.我能知道生活中壓力的來源

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

14.我覺得自己的工作是有意義的

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

15.我每週有三次劇烈的運動

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

16.我每日三餐時間和量都正常

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

17.我會閱讀有關促進健康的雜誌

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

18.我知道自己的優缺點何在

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

19.我會看食物包裝上的營養成分

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

20.我知道生命中哪些是重要的

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

21.我會和我所關心的人保持聯絡

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

22.我能維持實質及有用的人際關係

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

23.我會攝取富含纖維質的食物

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

24.我每天有15~20分鐘的時間練習放鬆或靜坐冥想

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

25.我會和合格的醫護專業人員討論與健康照護相關的事

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

26.做運動時我會測量自己的脈搏

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

27.我常和親密的朋友們在一起

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

28.我會測量血壓並知道結果

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

29.我覺得每天都是充滿樂趣及挑戰

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

30.我能每日攝取五大類食物

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

31.我能重視自己的成就

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

32.我能對別人表達關心、愛心和溫暖

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

33.我對不合理的要求能恰當的反應

(1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

34.我能觀察自己身體有無改變或其他異狀至少每月一次

- (1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不
- 35.我能有計劃的安排工作
- (1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不
- 36.我會參加與個人健康有關的教育課程
- (1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不
- 37.我樂於和親近的人保持聯絡
- (1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不
- 38.我每天睡眠6~8小時
- (1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不
- 39.我能注意到自己不愉快的情緒
- (1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不
- 40.我每天喝水至少1500cc
- (1)總是 (2)經常 (3)有時 (4)從不

三、生活品質問卷【b1-28】

問卷說明：

這份問卷詢問您對於自己的生活品質、健康、以及其他生活領域的感覺。請您回答所有的問題。如果您對某一問題的回答不確定，請選出五個答案中最適合的一個，通常會是您最早想的那個答案。

我們的問題所關心的是您最近兩星期內的生活情形，請您用自己的標準、希望、愉快、以及關注點來回答問題。請參考下面的例題：

例題一：整體來說，您滿意自己的健康嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

請選出最適合您在最近兩星期內對自己健康的滿意程度，如果您極滿意自己的健康，就在「極滿意」前的□內打「✓」。請仔細閱讀每個題目，並評估您自己的感覺，然後就每一個題目選出最適合您的答案。謝謝您的協助！

1.整體來說，您如何評價您的生活品質？

極不好 不好 中等程度好 好 極好

2.整體來說，您滿意自己的健康嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

3.您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？

完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙

4.您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？

完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要

5.您享受生活嗎？

完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受

6.您覺得自己的生命有意義嗎？

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

7.您集中精神的能力有多好？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

8.在日常生活中，您感到安全嗎？

完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全

9.您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)

完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康

10.您每天的生活有足夠的精力嗎？

完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠

11.您能接受自己的外表嗎？

完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠

12.您有足夠的金錢應付所需嗎？

完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠

13.您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？

完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便

14.您有機會從事休閒活動嗎？

完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會

15.您四處行動的能力好嗎？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

16.您滿意自己的睡眠狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

17.您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

18.您滿意自己的工作能力嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

19.您對自己滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

20.您滿意自己的人際關係嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

21.您滿意自己的性生活嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

22.您滿意朋友給您的支持嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

23.您滿意自己住所的狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

24.您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

25.您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

26.您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

27.您覺得自己有面子或被尊重嗎？

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

28.您想吃的食物通常都能吃到嗎？

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

※ 謝謝填寫，請再檢查一遍，每一題是否勾選且只有一個 ✓
謝謝幫忙！！

附錄五 六堆地區銀髮族健康促進生活型態問卷敘述統計

自我實現	平均數	標準差	分量表排序
10. 我信心及樂觀的態度	2.83	.77	1
20. 我知道生命中哪些是重要的	2.80	.82	2
14. 我覺得自己的工作是有意義的	2.79	.87	3
18. 我知道自己的優缺點何在	2.54	.82	4
11. 我覺得自己朝著積極的方向成長和改變	2.52	.81	5
29. 我覺得每天都是充滿樂趣及挑戰	2.49	.82	6
6. 我能欣賞自己	2.48	.94	7
31. 我能重視自己的成就	2.37	.83	8
健康責任	平均數	標準差	分量表排序
8. 我能定期檢查膽固醇並知道結果	2.53	.80	1
34. 我能觀察自己身體有無改變或其他異狀 至少每月一次	2.52	.81	2
19. 我會看食物包裝上的營養成分	2.48	.90	3
28. 我會測量血壓並知道結果	2.46	.85	4
7. 只要知道食物含防腐劑或人工添加物我就不吃	2.19	1.05	5
25. 我會和合格的醫護專業人員討論與健康 照護相關的事	2.16	.76	6
26. 做運動時我會測量自己的脈搏	1.89	.87	7
36. 我會參加與個人健康有關的教育課程	1.84	.71	8
人際支持	平均數	標準差	分量表排序
21. 我會和我所關心的人保持聯絡	2.96	.66	1
37. 我樂於和親近的人保持聯絡	2.90	.66	2
22. 我能維持實質及有用的人際關係	2.84	.69	3
32. 我能對別人表達關心、愛心和溫暖	2.79	.70	4
27. 我常和親密的朋友們在一起	2.77	.67	5
12. 我能和親近的人討論個人問題	2.70	.75	6
運動	平均數	標準差	分量表排序
9. 我會每天花一些時間放鬆自己	2.65	.76	1
5. 我每週至少做三次伸展操	2.47	.95	2
24. 我每天有15~20分鐘的時間練習放鬆或靜 坐冥想	2.32	.88	3
2. 我能參與娛樂性質的運動	2.20	.80	4

3.我能參加有人指導的運動課程	2.00	.80	5
15.我每週有三次劇烈的運動	1.68	.76	6
壓力處理	平均數	標準差	分量表排序
38.我每天睡眠6~8小時	3.00	.76	1
1.我會注意控制自己的體重	2.67	.85	2
13.我能知道生活中壓力的來源	2.60	.81	3
35.我能有計劃的安排工作	2.54	.82	4
39.我能注意到自己不愉快的情緒	2.50	.73	5
33.我對不合理的要求能恰當的反應	2.49	.78	6
17.我會閱讀有關促進健康的雜誌	2.11	.89	7
營養	平均數	標準差	分量表排序
4.我每天都吃早餐	3.58	.52	1
16.我每日三餐時間和量都正常	3.33	.66	2
23.我會攝取富含纖維質的食物	2.87	.73	3
40.我每天喝水至少1500cc	2.84	.77	4
30.我能每日攝取五大類食物	2.70	.76	5

附錄六 六堆地區銀髮族生活品質問卷敘述統計

生理	平均數	標準差	分量表排序
4.您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？	3.72	1.04	1
17.您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？	3.50	.76	2
16.您滿意自己的睡眠狀況嗎？	3.42	.86	3
3.您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？	3.39	.92	4
18.您滿意自己的工作能力嗎？	3.37	.81	5
15.您四處行動的能力好嗎？	3.31	.97	6
10.您每天的生活有足夠的精力嗎？	3.19	.77	7
心理			
19.您對自己滿意嗎？	3.50	.80	1
11.您能接受自己的外表嗎？	3.23	.82	2
26.您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）	3.27	.99	3
6.您覺得自己的生命有意義嗎？	3.16	.98	4
7.您集中精神的能力有多好？	3.02	.93	5
5.您享受生活嗎？	2.81	.92	6
社會			
20.您滿意自己的人際關係嗎？	3.52	.67	1
22.您滿意朋友給您的支持嗎？	3.48	.70	2
27.您覺得自己有面子或被尊重嗎？	3.31	.78	3
21.您滿意自己的性生活嗎？	3.09	.91	4
環境			
28.您想吃的食物通常都能吃到嗎？	3.80	.70	1
23.您滿意自己住所的狀況嗎？	3.68	.73	2
24.您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？	3.45	.68	3
25.您滿意所使用的交通運輸方式嗎？	3.41	.82	4
8.在日常生活中，您感到安全嗎？	3.35	.83	5
9.您所處的環境健康嗎？（如污染、噪音、氣候、景觀）	3.25	.82	6
13.您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？	2.97	.89	7
14.您有機會從事休閒活動嗎？	2.96	1.02	8
12.您有足夠的金錢應付所需嗎？	2.94	.85	9