

國立台東大學體育學系
體育教學碩士班碩士論文

台南市國小學童母親健康概念
與健康促進生活型態之研究

研 究 生：許芳朝 撰

指導教授：溫卓謀 博士

中華民國九十七年八月

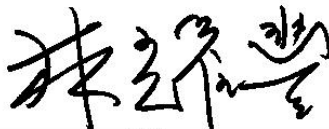
國立台東大學
學位論文考試委員審定書
系所別：體育系教學碩士班

本班 許 芳 朝 君

所提之論文 台南市國小學童母親健康概念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：



(學位考試委員會主席)



(指導教授)

論文學位考試日期：97 年 8 月 18 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 體育學系(所)
教學碩士班 97 學年度第 學期取得 碩 士學位之論文。
論文名稱：台南市國小學童母親健康概念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

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。

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鈎選，本人同意視同授權。

指導教授 姓名：

溫卓謀

研究生 姓名：

許芳朝

學 號：1495019

日 期：中 華 民 國 九 十 七 年 八 月 十 八 日

謝 誌

闊別學生時代20年後，能夠重新回到熟悉的東大校園修習研究所課程，真是上天對我的恩賜，這三年研究所的學習歲月，是我人生中一段美好的回憶。然而，美好時光，將隨著論文付梓之際告一段落。三年來在師長們的引領下，我踏踏實實的走過這段雖然辛苦卻溫馨飽滿的日子。在論文完成的這個時刻，回首這段令人難忘的歲月，心中充滿無限的感恩。論文得以順利完成，要感謝的人太多了，是您們，一路提攜我、扶持我，讓我身邊總是圍繞著溫暖的關懷與祝福。

最要感謝的是我的指導教授溫卓謀博士，老師為我開啟學術領域的大門，也讓我體悟到學術研究的欣喜與歡愉。在論文寫作期間，不斷的給予指導與關懷，不厭其煩地與我討論，一遍又一遍的指導修正，都使我有豁然開朗的喜悅，不僅是觀念的啟發與指引，老師精闢的見解與經驗分享，更使我體認到開闊的視野與珍貴的學習典範。三年來蒙受老師的鼓勵與提攜，讓我得以更深入的體會研究的精髓。溫教授的認真執著、無私無我的付出，是我永遠難以忘懷、永誌於心的恩典。謝謝您！我的恩師。

其次要感謝范春源博士、陳玉枝博士，在修習的課程對我的啟迪以及扎根，在論文構思期間，給予最珍貴的意見，使我獲益匪淺。另外要感謝林耀豐及林如瀚兩位教授，在繁忙的學術研究及教學工作中，詳閱論文拙作，在論文口試時精闢的見解及巨細靡遺的斧正，使

論文更具週延性。謝謝您！我敬愛的老師們，您們的關懷與照顧，學生在此獻上最深的謝意，致上無限之謝忱。

感謝我服務的學校台南市東光國小的蔡校長及主任、同仁們的關懷，這一段歲月，您們的鼓勵，總是在我的心裡暖暖的流動著，是我最佳的能量來源，我永遠珍藏在心中。

最後我要感謝我最愛的太座綉雲，對我無盡的包容，妳總是那麼支持我，提供一個最溫暖的港灣，讓我無憂無慮徜徉在學術研究的浩瀚中，全心投入論文的撰寫。感謝我愛以及愛我的孩子們，你們總在我離家就學時親手做卡片鼓勵我，成為我再接再勵的最佳動力。謝謝您們！我珍愛的家人。

謹以此論文，獻給幫助我關心我的所有師長、朋友和家人。我的生命因著你們而美好，在這重要時刻，願將這份成果與你們分享。

許芳朝謹誌於台東大學 中華民國九十七年八月

台南市國小學童母親健康概念與健康促進生活型態 之研究

研 究 生：許芳朝

指導教授：溫卓謀

2008.08

摘 要

本研究旨在了解不同背景變項國小學童母親健康概念與健康促進生活型態之差異性、分析健康概念與健康促進生活型態相關性，並進一步探討健康促進生活型態的預測因子。以台南市六大行政區域之公立國民小學共計 48 所學校學童母親為研究對象之母群體，以分層叢集抽樣抽出 16 所學校 540 位國小學童母親為本研究對象，有效回收問卷為 457 份(回收率達 84.62%)。所得資料以 SPSS for Windows 12.0 進行資料處理，根據研究假設，分別以描述性統計、單因子多變項分析、典型相關及多元迴歸進行統計考驗，顯著水準(α)設為.05。歸納本研究結果，所獲得的結論如下：

- 一、不同年齡、婚姻狀態、子女數及BMI等級等因素不影響國小學童母親的健康概念及健康促進生活型態。學童母親具大專以上及高中職教育程度者在臨床性健康概念得分顯著高於國中小教育程度者。國小學童母親具大專以上教育程度者健康促進生活型態營養層面顯著優於高中職及國中小教育程度者。
- 二、不同運動階段不會影響國小學童母親健康概念得分；運動階段分布於維持期、行動期及準備期者，在健康促進生活型態之自我實

現、健康責任、運動休閒、壓力及營養等分層面的得分有明顯較高的趨勢。

三、健康概念與健康促進生活型態有顯著的相關。健康概念中的「調適性」層面與健康促進生活型態中「自我實現」層面有高度的相關，「調適性健康概念」得分愈高者，其「健康促進生活型態自我實現」層面的感受也愈高。

四、調適性健康概念-健康促進生活型態、無意圖期-維持期、意圖期-維持期、準備期-維持期、臨床性健康概念、安寧幸福-健康概念、行動期-維持期等七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，其中以調適性健康概念對健康促進生活型態預測力最佳。

本研究根據研究結果提出建議，以供相關單位及未來研究者參考。

關鍵詞：國小學童母親、運動階段、健康概念、健康促進生活型態

Research on the health concept & health-promoting lifestyle among elementary children's mothers in Tainan

Graduate: Hsu Fang-Chao

Advisor: Won Chou-Mou

Date: August, 2008

Abstract

This study was to research how different the health concept and health-promoting lifestyle were among elementary children's mothers, analyze the correlation between health concept and health-promoting lifestyle, and furthermore explore the predictable factors of health-promoting lifestyle. The author took mothers of pupils from 48 elementary schools in Tainan's six major administrative regions as sampling matrix, and chose 540 mothers of those pupils from 16 elementary schools by stratified cluster sampling method, then received 457 effective questionnaires (which made the returning ratio as high as 84.62%). All the data received have been processed by SPSS for Windows 12.0, and separately inspected by statistical tests, such as descriptive statistics, one-way ANOVA, canonical correlation analysis and multi-regression according to the research hypothesis and the significance level (α) was set at .05. To sum up, the conclusions were as follows:

1. All the factors of different age, marriage status, children numbers and BMI level did not affect the mothers' health concept and health-promoting lifestyle. But those mothers with higher education above college or common/vocational senior high school significantly got higher scores in clinic health concept than the mothers only got junior high school or elementary education. As to the level of nutrition in health-promoting lifestyle, the former also made significantly superior to the latter.
2. Different stage of exercise didn't impact the mothers' scores in the health concept. Those mothers who were in the sportive stage of maintaining, action and preparation got significantly high scores in sub-levels of health-promoting lifestyle such as self-fulfillment, responsibility for health, sports and leisure, stress and nutrition.

3. There were significant correlation between health concept and health-promoting lifestyle. The level of “adjustment” in health concept and the level of “self-fulfillment” in health-promoting lifestyle also got high correlation. And the more high scores mothers got in the level of “adjustment” in health concept, the more they would feel “self-fulfilled” in health-promoting lifestyle.

4. It was found that seven variables could be the factors for predicting someone’s health-promoting lifestyle, including adjustable health concept/health promoting lifestyle, stage of no intention/ maintenance, stage of intention/maintenance, stage of preparation/ maintenance, clinic health concept, euphoria-well being concept, stage of action/maintenance which could interpret 35.4% volume of variability. Among them, health-promoting lifestyle could be predicted most exactly by adjustable health concept.

The result of this study would present some suggestions as a reference for related authority and future researchers.

Keywords: mothers of elementary children, stage of exercise, health concept, health-promoting lifestyle

目 次

謝 誌	I
中文摘要	III
英文摘要	V
目 次	VII
表目次	IX
圖目次	XI
第一章 緒論	1
第一節 問題背景	1
第二節 研究目的	5
第三節 研究問題	5
第四節 研究假設	6
第五節 名詞操作性定義	6
第六節 研究範圍與限制	10
第二章 文獻探討	12
第一節 改變階段模式的基礎理論	12
第二節 健康促進行為的基礎理論	14
第三節 健康促進的興起與生活型態	18
第四節 健康概念與健康促進生活型態之相關研究	23
第五節 不同背景與健康促進生活型態之相關研究	25
第六節 文獻總結	29
第三章 研究方法	31
第一節 研究架構	31
第二節 研究對象	32
第三節 研究工具	32
第四節 研究步驟	38
第五節 資料處理與統計分析	40

第四章 結果與討論.....	41
第一節 不同背景因素的國小學童母親在健康概念及健康促進生活型態之差異分析.....	41
第二節 不同運動階段的國小學童母親在健康概念與健康促進生活型態的差異比較.....	67
第三節 健康概念與健康促進生活型態典型相關分析.....	73
第四節 不同背景因素、運動階段及健康概念對於健康促進生活型態之預測情形.....	77
第五章 結論與建議.....	81
第一節 結論.....	81
第二節 建議.....	82
參考文獻.....	84
一、中文部分.....	84
二、西文部分.....	88
附錄一 量表同意書-運動階段.....	91
附錄二 國小學童母親運動階段分布、健康概念與健康促進生活型態問卷.....	94
附錄三 健康促進總量表各題得分及排序情形.....	99
附錄四 健康概念總量表各題得分及排序情形.....	101
附錄五 研究對象的運動階段分佈情形.....	102
附錄六 研究對象之社會人口學變項與運動階段的關係.....	103

表目次

表 3-3-1 各量表之信度及再測信度	38
表 3-5-1 本研究研究假設與統計分析摘要表	40
表 4-1-2 不同年齡在健康概念之多變量變異數分析摘要表	42
表 4-1-3 不同教育程度在健康概念得分之描述統計摘要表	44
表 4-1-4 不同教育程度在健康概念之多變量變異數分析摘要表	45
表 4-1-5 不同教育程度國小學童母親健康概念之單變異數分析摘要表	45
表 4-1-6 不同婚姻狀況在健康概念得分之描述統計摘要表	47
表 4-1-7 不同婚姻狀況在健康概念之多變量變異數分析摘要表	47
表 4-1-8 不同子女數在健康概念得分之描述統計摘要表	49
表 4-1-9 不同子女數度在健康概念之多變量變異數分析摘要表	49
表 4-1-10 不同 BMI 等級在健康概念得分之描述統計摘要表	51
表 4-1-11 不同 BMI 等級在健康概念之多變量變異數分析摘要表	51
表 4-1-12 不同年齡國小學童母親健康促進生活型態之描述統計摘要表	54
表 4-1-13 不同年齡在健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表	54
表 4-1-14 不同教育程度在健康促進生活型態描述統計摘要表	56
表 4-1-15 不同教育程度健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表	57
表 4-1-16 不同教育程度在健康促進生活型態單變異數分析摘要表	58
表 4-1-17 不同婚姻狀況在健康促進生活型態得分之描述統計摘要表	59
表 4-1-18 不同婚姻狀況在健康促進生活型態之多變量變異數分析摘	

要表	60
表 4-1-19 不同子女數在健康促進生活型態得分之描述統計摘要表...	61
表 4-1-20 不同子女數在健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表	62
表 4-1-21 不同 BMI 等級在健康促進生活型態之描述統計摘要表	64
表 4-1-22 不同 BMI 等級在健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表	65
表 4-2-1 不同運動階段組在健康概念各分層面得分描述統計摘要表	67
表 4-2-2 不同運動階段組在健康概念之多變量變異數分析摘要表	68
表 4-2-3 不同運動階段在健康促進生活型態各分層面得分描述統計摘要表	70
表 4-2-4 不同運動階段健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表	71
表 4-2-5 不同運動階段組在健康促進生活型態之單變量變異數分析及事後比較摘要表	72
表 4-2-5 不同運動階段組在健康促進生活型態之單變量變異數分析及事後比較摘要表（續）	73
表 4-3-1 健康概念與健康促進生活型態典型相關分析摘要表	75
表 4-4-1 健康促進生活型態與所有變項之皮爾森積差相關矩陣表	77
表 4-4-2 多元迴歸分析模式摘要表	78
表 4-4-3 逐步迴歸分析摘要表	79

圖目次

圖 2-2-1 健康促進修正模式	16
圖 2-2-2 健康促進修正模式	18
圖 3-1-1 研究架構圖	31



第一章 緒論

我國憲法第156條明文規定「國家為奠定民族生存發展之基礎，應保護女性，並實施婦女兒童福利政策」，早在1998年「國家婦女政策會議」中，前行政院蕭院長就提及維護婦女健康之重要性。基於「有健康的母親，才有健康的學童」、「媽媽健康，家庭才幸福」的觀點，本研究希望了解國小學童母親對健康促進生活型態的相關因素，作為政策規畫的參考，藉由國小學童母親健康促進生活型態的提昇，促進國小學童健康行為。

本章共分為六節，第一節旨在闡述本研究之問題背景、第二節研究目的、第三節研究問題、第四節研究假設、第五節名詞作操作性定義、第六節研究範圍與限制。各項主題分述如下：

第一節 問題背景

由於各種科技的進步，使社會經濟繁榮，社會人口特質變遷、疾病型態轉型以及家庭型態與醫療服務體系的改變，人類的生活型態也產生巨大變化，在我們進入新的世紀之後，民眾越來越重視對健康需求及生活品質之提昇，對健康的追求已變成一個熱門的話題，不論是對容貌的注重、減重、增加運動、追求成長、人際關係的改善或避免環境中的致病因子等，都讓更多人轉向對健康議題的重視。加拿大衛生福利部長H. M. Lalonde 於1974年提出的報告中明確指出影響健康的四大因素為：(一)醫療體制(二)遺傳(三)環境(四)生活型態，其中生活型態為影響人類健康最重要的因子佔50 %。Belloc在 1972年的研究報告指出生活方式是會使慢性疾病增加

(Belloc, Breslow & Hochstim,1972)；Rotevatn等人於1989年對生活型態與死亡率之研究中即發現有不良的生活習慣如抽菸、少運動、喝酒及不當飲食習慣者其死亡率較一般人為高 (Rotevatn, Akslen & Bjelke, 1989)。

國內學者李蘭 (1988) 認為影響慢性病的原因，主要是受到個人行為和生活型態的影響；行政院衛生署署長李明亮於「台灣健康促進新紀元」學術研討中指出，不當的生活型態是主要影響台灣民眾健康之一 (李明亮，2001)。蘇俊賢 (2002) 指出，人類的生活型態隨著科學昌明，產生極大的改變，且面臨慢性身體機能退化性疾病，諸如心血管疾病、腦血管問題、癌症、骨骼肌失調和糖尿病等，相關研究顯示其與個體之生活型態有關。針對健康問題，現代人已經不再是消極的依賴醫療體系來解決，而是應該積極的負起照顧自己健康責任，而健康的生活與身心，又常與生活型態息息相關 (Godbey,1997)。所以實施健康促進的生活型態是非常重要的，且是可達到促進健康的最佳方法。已婚婦女因「女主內」的刻板化性別角色與家庭分工，經常淪為無酬且工作時數過長的家務操持者及照顧者角色，因此忽略了本身的健康，如何協助國小學童母親改變生活型態，在疾病尚未發生前就懂得預防並促進身體健康，是政府施政的重要議題，而要執行此一議題之前有必要對於國小學童母親健康促進生活型態的現況進行了解。

健康促進是21 世紀全球重視的健康議題，生活型態影響個人的健康亦成為全球矚目的焦點。由許多的文獻中得知大部分的國人無法在日常生活中維持著健康的生活型態，例如：缺乏運動、睡眠不足、營養攝取不當...等。不健康的生活型態是許多身體、心理疾病

的主要致病因，要想擁有健康的身心，首先要力行健康的生活型態。運動是健康的來源，健康是一種喜悅也是一種享受，健康雖然不是人生的全部，但健康是人生的先決條件，失去健康也就失去人性的尊嚴與人生的意義，而健康來自於運動，運動與健康是密切相關的(陳皆榮，2002)。我國體育政策的主題軸從民國八十七年體育委員會創會至今並沒有改變，政策目標就是追求台灣的健康與卓越，健康是經由有效的全民運動的推展實施，讓每年2%的規律運動人口確實增加，最終目的是達成全民的健康(陳全壽，2006)。體委會自民國九十一年起就與各縣市政府共同推動「運動人口倍增計畫」，其目的就是強化國民體質。健康社區是健康台灣的基礎，行政院提出「健康台灣-社區六星計畫」施政理念，呼應了在1986年11月，世界衛生組織(WHO)在加拿大舉辦第一屆健康促進國際研討會，發表「渥太華健康促進憲章」(Ottawa Chart for Health Promotion)，所提出五項行動策略其中的第三點：強化社區行動。規律運動行為會帶來生理、心理等助益，對於健康促進上，它更是扮演著積極的角色。相較於醫護界中、呼籲人們不要抽煙、不要嚼檳榔以維身體健康，更具有積極正面的意義，因為它鼓勵個體從事規律運動，多運動身體就更健康。本研究試圖分析不同背景變項國小學童母親運動階段分布的情形，並進一步探討不同運動階段分布國小學童母親在健康概念及健康促進型態的差異。

家長健康行為與小孩健康行為之關係，在許多的研究中被證實具有顯著的相關。許多研究指出小孩會經由觀察重要他人如父母、兄姐，習得好的與壞的行為模式(Burke, Beilin & Dunbar, 2001；Lau, Quardrel & Hartman, 1990；Mavor, 2001；Sallis & Nader, 1988)。而

Baranowski (1997)根據社會認知理論，提出家庭回饋模式(Family Reciprocal Determinism)，更清楚地解釋了健康行為在親子間相互影響之機制。

在實證研究中，Burk, Beilin & Dunbar (2001)針對219 個家庭，從研究對象9 歲開始到18 歲之間，進行每隔三年一次，共四次的調查，結果發現，由於模仿的因素，小孩的身體活動深深受到雙親行為之影響；Fleming 等(2002)進一步追蹤調查Pacific Northwest 一年級學童之負向健康行為至六年級，亦發現父母親抽菸，為預測學童抽菸之重要因子。此外，有的研究以行為模式(lifestyle or behavior pattern)代間傳遞之觀念，長期觀察家庭成員行為模式，並分析其影響路徑，例如Wickrama 等(1999)以五年的長期追蹤研究，調查Iowa 州330 對父母及其七年級左右之小孩的行為模式，結果發現健康行為不論在特定行為或行為型態上，均有代間傳遞之現象。Lau, Quardrel, & Hartman(1990) 針對1029 個大學生進行調查，也發現父母親對其下一代預防性健康行為之維持或改變有顯著影響。國內之研究中，鄭忍嬌（1989）指出已婚婦女對生活壓力的知覺、態度、困擾與適應，不但與自己的健康有關係，同時也會影響配偶與子女的生活及發展。李蘭等（1999）則發現家人有越多危害健康行為者，青少年在這些行為的可能性也越大。「有健康的媽媽，才有健康的孩童」，國小階段的學童由於身心年齡尚未成熟，受母親照顧的時間較長，所以其行為舉止、生活習慣、價值觀念等受母親的影響也最深遠。「媽媽健康，家庭才會幸福」，本研究試圖去了解國小學童母親健康概念及健康促進生活型態之關係及其影響因素，以作為擬定提昇國人健康生活施政方針的參考。

第二節 研究目的

根據上述之研究背景，本研究目的包含以下四點：

- 一、探討不同背景因素（年齡、教育程度、婚姻狀況、子女數及身體質量指數）國小學童母親在健康概念及健康促進生活型態的差異。
- 二、探討不同運動階段（無意圖期、意圖期、準備期、行動期及維持期）國小學童母親在健康概念及健康促進生活型態的差異。
- 三、探討健康概念與健康促進生活型態之間的相關。
- 四、探討國小學童母親之背景因素、運動階段及健康概念對於健康促進生活型態的預測效果。

第三節 研究問題

根據上述研究目的，本研究提出的問題如下：

- 1-1 不同背景因素（年齡、教育程度、婚姻狀況、子女數及身體質量指數）的國小學童母親健康概念是否有差異存在？
- 1-2 不同背景因素（年齡、教育程度、婚姻狀況、子女數及身體質量指數）的國小學童母親健康促進生活型態是否有差異存在？
- 2-1 不同運動階段（無意圖期、意圖期、準備期、行動期及維持期）國小學童母親健康概念是否有差異存在？
- 2-2 不同運動階段（無意圖期、意圖期、準備期、行動期及維持期）國小學童母親健康促進生活型態是否有差異存在？
3. 國小學童母親的健康概念與健康促進生活型態之間是否有顯著的相關？
4. 國小學童母親之背景因素、運動階段及健康概念對於健康促進生

活型態是否有顯著的預測效果？

第四節 研究假設

- 1-1 不同背景因素（年齡、教育程度、婚姻狀況、子女數及身體質量指數）的國小學童母親健康概念差異達顯著水準。
- 1-2 不同背景因素（年齡、教育程度、婚姻狀況、子女數及身體質量指數）的國小學童母親健康促進生活型態差異達顯著水準。
- 2-1 不同運動階段（無意圖期、意圖期、準備期、行動期及維持期）國小學童母親健康概念差異達顯著水準。
- 2-2 不同運動階段（無意圖期、意圖期、準備期、行動期及維持期）國小學童母親健康促進生活型態差異達顯著水準。
- 3. 國小學童母親的健康概念與健康促進生活型態之間有顯著的典型相關。
- 4. 國小學童母親之背景因素、運動階段及健康概念對於健康促進生活型態有顯著的預測效果。

第五節 名詞操作性定義

一、國小學童母親

本研究乃指台南市之國小學童母親家長。以台南市六大行政區域之公立國民小學共計48所學校，96學年度第一學期一至六年級學童母親家長為研究對象之母群體。排除外籍新娘，以分層叢集抽樣抽出18所學校540位國小學童母親為本研究對象。

二、運動階段

Prochaska與DiClemente (1982)認為人的行為改變是個動態的

過程。個人要改變行為，必須要經過一系列的過程，在任何一個階段的過程宜採循序漸進的方法進行，方能成功達成。這系列過程包含了五個階段，依序為：(一)無意圖期(pre contemplation)、(二)意圖期(contemplation)、(三)準備期(preparation)、(四)行動期(action)及(五)維持期(maintenance)。本研究中以林旭龍之「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。

三、健康促進生活型態

Walker, Sechrist, & Pender (1987)將「健康促進生活型態」定義為：「個人為了維持或促進健康水平，以及自我實現和自我滿足的一種自發性多層面之行為與知覺」。並以此理念發展了「健康促進生活方式量表」(Health-Promoting Life Profile, HPLP)，此量表的題目係以提升健康層次為導向的正向健康行為，而不含預防疾病的行為。本研究探討的正是國小學童母親「正向的健康行為」，而非預防性的健康行為，故擬採陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱憲章、廖章京隸等1997年以Walker 和Pender 等人發展的「生活型態與健康習慣評量表」(Lifestyle and Health Habits Assessment)，以920名居住在桃園及台北地區18—65 歲之成年民眾為研究對象，因素分析後萃取出六個因素，有40個題目共可解釋52.8%之變異量。其總量表信度內部一致性 Cronbach's α 為0.92，而各要素則為0.68—0.84。問卷採四點量表，計分的方式由從來沒有、偶爾如此、時常如此及都是如此，分別給予0至3分，總量表得分從0分至120分。經文化調整和測試後已適用於評量台灣地區成年人生活方式的行為內容，題目總共40題。本研究健康促

進生活型態行為包括個人在「適當營養行為」、「運動休閒行為」、「壓力處置行為」、「人際間支持行為」、「健康責任行為」及「自我實現行為」六方面行為，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：包括能注意自己的健康、至少每月一次觀察自己身體有無改變或異狀、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。如：作伸展操每週至少三次，每週至少做三次運動，每次20-30分鐘之劇烈運動。

(四)營養行為：乃包含日常飲食型態，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：係指能發展社會支持系統，包括樂於和親近的人保持聯絡、對別人表現關心等。

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

四、健康概念

健康概念是一個人主觀的認知，反映出健康對其個人所呈現的意義(Smith, 1983)。Smith (1981)認為健康是一種比較性用詞，及相對用法，而非絕對性的，具有漸進性變化的特性。本研究所指的健康概念是研究對象個人主觀的認知，反映出健康對其個人所呈現的意義。本研究採用黃毓華 (1995)編譯的健康概念量表，包括臨床、角色功能、調適、安寧幸福四方面的健康概念。茲分述如下：

- (一) 臨床的健康概念係從疾病或醫學觀點來定義健康，例如健康是沒有疾病、不需要使用任何藥物等共五項。
- (二) 角色功能的健康概念係指個人能執行被期望的社會角色、盡到日常生活應盡的責任等七項。
- (三) 調適的健康概念係從對環境、壓力的調適情形來定義健康，例如健康是能適應週遭環境的改變、能應付外來的壓力等七項。
- (四) 安寧幸福的健康概念(eudaimonistic health conception)指完全的安適狀態，提升到更高層次的健康，例如健康是發揮個人全部的潛能、身心處在最佳狀況等共五項。

五、背景變項

(一) 年齡

受試者96年實際年齡，共分為二組：1.40歲以下；2.40歲以上。

(二) 教育程度

以受試者於96年11月的最高學歷，且排除不同文化背景而不識字之外籍新娘，從小學至博碩士共分為三個層次：1.國中、小；2.高中、職；3.大專以上。

(三) 婚姻狀況

本研究以同住與其他（分居、離婚及喪偶）二種情形做為區分婚姻狀況的依據。

(四) 子女數

本研究之子女數分為一個、二個、三個及三個以上共4個組別。

(五) 身體質量指數(Body mass index, B.M.I)

身體質量指數是指受試者身高和體重的比率，用來推估個人的身體組成。其計算公式為 $B.M.I = \text{體重 (公斤)} \div \text{身高 (平方公尺)}$ 。本研究身體質量指數分組方式，採用衛生署(2005)定義共分四組：1. $BMI \leq 18.49$ ：體重過輕；2. $18.5 \leq BMI < 23.99$ ：正常範圍；3. $24 \leq BMI < 26.99$ ：體重過重；4. $27 \leq BMI$ ：肥胖。

第六節 研究範圍與限制

一、研究範圍

本研究以台南市六大行政區域之公立國民小學共計48所學校，96學年度第一學期一~六年級學童母親家長為研究對象之母群體。排除外籍新娘，以分層叢集抽樣抽出18所學校540位國小學童母親為本研究對象。本研究對象僅限定於台南市六大行政區域之公立國民小學學童母親家長，問卷發放無法親自交給受試者，也無法集合各校抽測對象集中說明問卷及施測方法，問卷回收率雖然很高，但有一部份協助發放問卷的老師，沒有將填寫遺漏的問卷再讓學童帶回，因此發現有不少的漏答問卷。

二、研究限制

(一) 本研究對象僅限定於台南市六大行政區域之公立國民小學學童母親家長，故在推論上將受到限制。

(二) 問卷發放無法親自交給受試者，也無法集合各校抽測對象集中說明問卷及施測方法，問卷回收率雖然很高，但有一部份協助發放問卷的老師，沒有將填寫遺漏的問卷再讓學童帶

回，因此發現有不少的漏答問卷。

(三) 影響國小學童母親健康促進生活型態的相關因素非常多而且複雜，本研究受到施測時間、地點、問卷長度及人力的影響，因此在自變項的部分無法涵蓋所有的個人、心裡及社會因素。



第二章 文獻探討

本章共分六節，第一節探討改變階段模式；第二節為健康促進行為的基礎理論；第三節探討健康促進的興起與生活型態；第四節探討健康概念與健康促進生活型態之相關研究，第五節則探討不同背景與健康促進生活型態之相關研究、第六節為文獻總結。

第一節 改變階段模式的基礎理論

James Prochaska (1997) 針對人類運動健身習慣呈一種動態和循環的方式，提出所謂跨理論模式(Transtheoretical Model；簡稱 TTM)，來解釋一般人如何接受和保持某種健康行為（包括戒菸、酗酒、運動等）的變化過程。

改變階段模式是跨理論模式很重要的一個部分，因為它代表時間上的層面。TTM 發展過程中集結了不同的概念理論，除了改變階段(stages of Change)外，還包括改變過程 (processes of change)、決策平衡(decisional balance)、自我效能(self-efficacy)及誘惑(temptation)，為一整合性理論。人的思想觀念及行為動作會隨著許多外在因素的改變而改變，一個單一理論是不容易解釋人類複雜的行為，因此Prochaska 與 DiClemente(1982,1983)認為人的行為改變是一個動態的過程。行為本質是一連續性循環的過程並非全有或全無單純的二分法，此連續改變階段具有動態的 (dynamics)特質存在。個人要改變行為，必須要經過一系列的過程，在任何一个階段的過程宜採循序漸進的方法進行，方能成功達成。改變階段過程中也有可能發生故態復萌現象，形成一個前進或後退之動態架構

(Prochaska & Velicer, 1997)，如果缺少計畫性介入措施，個體可能會停滯在早期階段。

改變階段模式歷經多位學者的研究與驗證，發展至今已經趨於穩定。改變階段模式是一個一再重複出現且暫時的過程，這系列過程包含了五個階段，依序為：

- (一)無意圖期(pre contemplation)：個體處於此階段表示六個月內不想採取任何行為改變的計畫，且對新行為無意圖改變。無意圖改變，可能是個體對於其現有行為的長期影響並不清楚，或未被告知或未充分告知行為對健康帶來的影響，也可能是嘗試改變但對於改變的能力感到沮喪。因此他們也不想去思考改變，對於社會要求改變的壓力產生防禦。無意圖期者可能希望改變，但此與一位認真考慮改變的人，似乎完全不同。
- (二)意圖期(contemplation)：個體在此階段思考改變，在未來六個月內可能採取行動，雖然有改變的意圖，但在改變與否的成本效益的平衡間考量下，造成停留此階段超過很長的時間，所以個體也可能停留此階段超過二年。當個體以行動替代思考，他可以稱為慢性的意圖者，或行為的延滯。在意圖者看到維持冒險行為的好處和壞處是幾乎一樣時，對於改變將感到矛盾，故此階段的重要項目是認真考慮解決問題。
- (三)準備期(preparation)：準備期包括意圖和行為的標準，典型的準備者有行動計畫或執行一些行為改變，個體通常在一個月之內會有一些明顯的行動。無論如何，準備者並沒有達到事前設定的行為標準，而達到行動期，但個體意圖從事行為的立即性也被認為是重要的。準備期不十分穩定，但是比無意圖期者、意圖期者更

可能進步。

(四)行動期(action)：此階段個體主動採行新行為，在過去六個月有明顯的行為改變。在此階段個體為了克服問題，改變其行為、經驗或環境，行為改變非常明顯，而且獲得他人最大的認同。此期的穩定性最小，代表故態復萌的最大危險。此階段時間標準是0到6個月。行動期明顯的標記是改變標的行為到事前設定的標準，而且盡最大努力改變。

(五)維持期(maintenance)：此期是持續改變的階段，個體致力於維持改變行為的預防故態復萌(relapse)，個體更有自信能鞏固在行動期達到的行為。所謂故態復萌是一種回歸的形式，是由行動期、維持期回到較早的階段（無意圖期、準備期、意圖期）。

小結

跨理論模式認為個人要改變行為，必須要經過一系列的過程，在任何一個階段的過程宜採循序漸進的方法進行，方能成功達成。行為改變過程充滿太多的變數。改變階段模式對運動行為階段的驗證上都具有良好的構念效度 (Cardinal, 1995; Marcus, Pinto, Simkin, Audrain, & Taylor, 1994；林旭龍，2000)，故本研僅就跨理論模式中的五個運動行為改變階段來探討，透過改變階段模式來瞭解目前國小學童母親運動階段的分佈情況。

第二節 健康促進行為的基礎理論

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，對健康促進決定因素方面提供了實證性的研究架構

(Palank,1991)，因此本研究乃以 Pender 的健康促進模式做為研究之藍本。

Pender 的健康促進模式主要是統合健康信念模式(health belief model)、社會學習理論(Social Learning Theory)、期望價值理論(expectance – value theory)、理性行動論(the Theory of Reasoned Action)等理論，以解釋人類在追求健康時與環境互動的多層面本質(multidimensional nature)，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將認知與知覺因素(cognitive-perceptual factors)和修正因素(modifying factors)及健康促進行為的參與(participation in health-promoting behavior)等三項納入影響健康促進行為的因素(如圖 2-2-1) (Palank,1991; Pender, 1996)。茲將認知與知覺因素(cognitive-perceptual factors)和修正因素(modifying factors)分述如下：

(一) 認知-知覺因素是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、 自覺健康狀態(perceived health status)
- 5、 自覺健康控制(perceived control of health)
- 6、 自覺健康促進行為利益(perceived benefits of health-promoting behavior)
- 7、 自覺健康促進行為障礙(perceived barriers of health-promoting

behavior)

(二) 修正因素是指經由認知-知覺因素而間接影響健康促進行為，包括：

- 1、 人口學特性(demographic characteristice)
- 2、 生物學特性(biological characteristice)
- 3、 人際間的關係(interperonal influences)
- 4、 情境因素(stuational factors)
- 5、 行為因素(behavior factors)

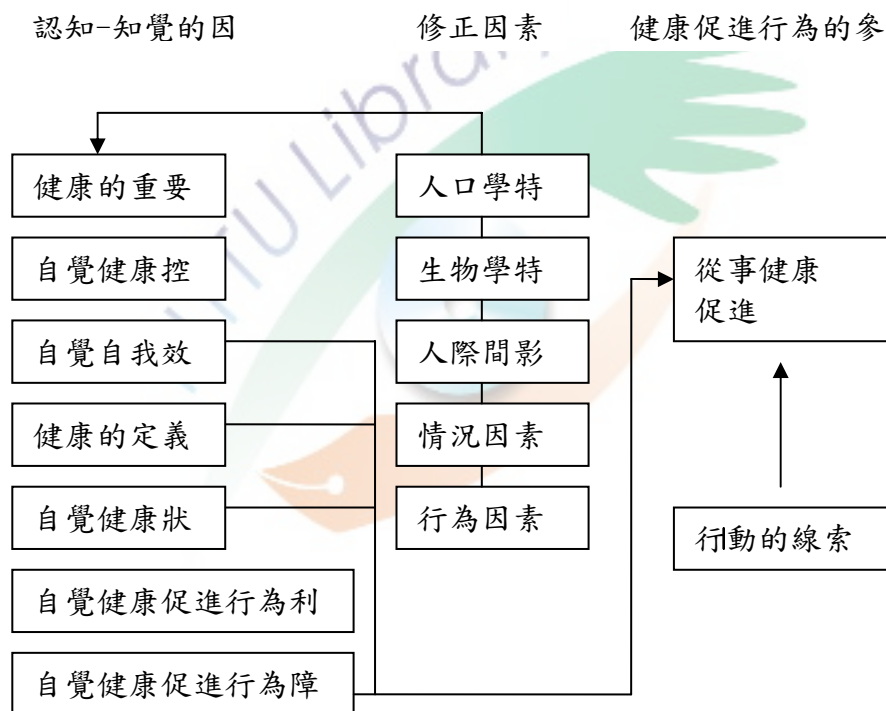


圖 2-2-1 健康促進修正模式

資料來源：引自蕭順蘭(2002),頁16

Pender 於(1996)健康促進模式(如圖2-2-2)，對較早所提出的健康促進模式(Pender,1982；1987)作進一步的修正，試圖將實證研究結果和理論架構整合為一體，此健康促進模式架構內容有三部份：

(一) 個人特質與經驗 (individual characteristics and experiences)：

指影響與個人健康促進行為有關的個人特性和曾經有的經驗。包括過去相關的行為(prior related behavior)及個人因素(personal factors)二個次概念，與健康行為有重要的關聯。個體是獨立的，每個人都具有獨特的特質與經驗，可能影響認知因素而影響健康促進行為，其中包括1.和過去有關的行為，即預測一個特定行為最好的目標，是過去相同或類似行為的頻率。2.個人因素包含生理、心理及社會文化，其生理因素為性別、年齡、身體質量指數、肌力等，心理因素為自尊、自我動機、個人能力、主觀健康知覺狀態及對健康的定義，於個人社會文化因素包括：種族、籍貫、教育、社經地位等。

(二) 特殊行為認知因素和情意反應 (behavior-specific cognitions and affect)：影響健康促進行為的產生，包括自覺行動益處(perceived benefits of action)、自覺行動障礙(perceived barriers of action)、自覺自我效能(perceived self-efficacy)、活動相關影響(activity-related affect)、人際間的影響(interpersonal influences)、情境影響(situational influences)。

(三) 行為結果(behavioral outcome)：影響健康促進行為的產生，常受的影響 包括：立即面對的需求及嗜好(immediate competing demands and preferences)、健康促進行為的信守(commitment to a plan of action)，而產生健康促進的行為(Pender,1996)。這是健康促進模式中最後的行為結果，其最終目的都是在使個人獲得正向的健康生活型態，並擴展到生活中每個層面，使整

個生命週期充滿正向健康經驗(Pender,1996)。

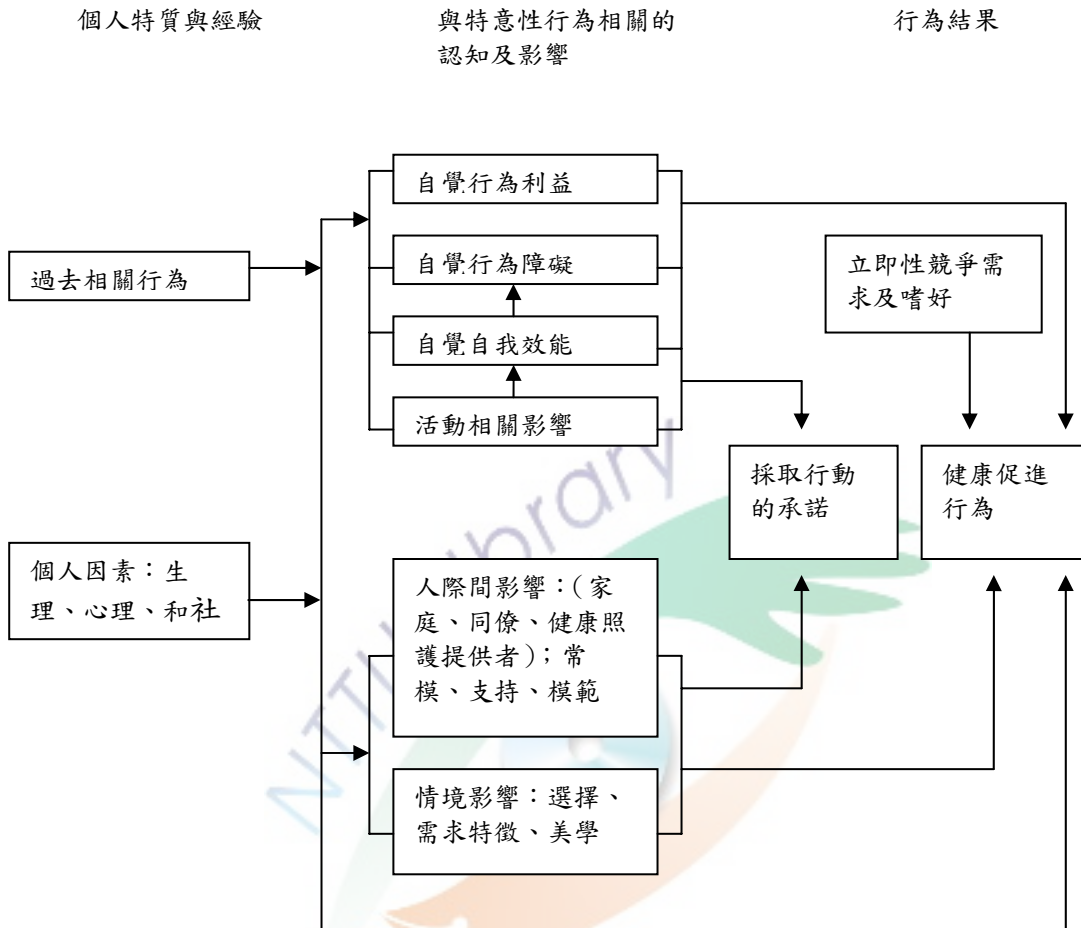


圖 2-2-2 健康促進修正模式

資料來源：引自蕭順蘭(2002),頁18

第三節 健康促進的興起與生活型態

一、健康促進的興起

健康促進(Health Promotion)的概念源自於 1965 年 Leavell 和 Clark所提出的三段五級的觀念，主要依據流行病學之疾病自然史中易感受其特質而設計，藉由增進個人之身心健康、改變其感受性，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。歐美先進國家在1970 年代，醫療體系支出佔其國內生產毛額比例 5.5%以上，面臨醫療費用急速上漲的極大壓力。加上石油危機對經濟景氣的影響，於是各國政府開始思考健康的影響因素，結果造成健康促進活動的興起(江東亮、余玉眉，1994)。

1975 年Pender 在其所發表的文章「預防性健康行為的概念模式(A Conceptual Model for Preventive Health Behavior)」一文中解釋個體在預防疾病時，影響個體作決定及行動的因素，此一健康促進概念亦為現代所接受與奉行。世界衛生組織於1978 年召開國際基層保健醫療會議，提出「公元二千年全民均健」(Health for all by the year 2000)的呼籲，並於阿瑪阿塔宣言中(Alma-Ata Declaration)中強調個人與群體都有維護和促進健康的責任與義務，希望透過基層醫療保健體系，鼓勵社區民眾、地方代表、衛生專業人員等，共同參與健康促進和疾病預防之推動。1986 年於Ottawa 的健康促進憲章，更將健康促進的觀念發揚光大，蔚為世界風潮(江東亮、余玉眉，1994；李怡娟，2000；胡幼慧，1997；Evans, 1982)。

我國衛生政策早期著重於衛生行政組織體系的建立、法規的制定、傳染病控制、家庭計畫等，近來受到世界衛生組織之影響則以醫療服務的供應、健康促進的推動等項目為衛生工作重點（行政院衛生署，2003a）。民國71 年，行政院衛生署發表「台灣人口突破兩千萬時的省思」時，提出「健康是權利，保健是義務」的口號，正式揭開我國健康促進運動的序幕，於民國79 年研訂公元2000 年衛生目標，在民國82 年實施「國民保健計劃」，提出國民健康目標並就健康促進、健康維護及預防保健服務三項行動策略，提出具體的方針和內容，就健康促進方面，包國民營養、心理衛生、藥物濫

用、菸害防治、健康體能促進等（行政院衛生署，1993b；余玉眉、江永盛，1992）。

二、健康促進之定義

Shamansky 與 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)及增加身體免疫力等行為；Brubaker (1983) 認為健康促進是引導人們成長和增進安寧幸福的健康照護。Pender (1996) 指出，健康促進不是針對疾病或健康問題之特定預防，它是一種趨近行為 (approach behavior)，即是以自我實現為導向，著重在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健康行為模式。

國內黃淑貞、伍連女、張桂楨等（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，健康促進行為被認為是個人為維護或增進健康，達成自我實現、自我滿足所採取的行動。黃松元（2000）指出健康促進應著重於正面的健康 (positive health)，也就是一個人對自己有信心，同時體力充沛又有朝氣，所強調的是增進安寧幸福和生命品質而不只是生命的量。

三、生活型態之概念

1974 年，加拿大健康福利部部長 Lalonde M.(1974)發表的「加拿大人健康新展望」(A New Perspective on the Health of Canadians)報告中提出健康領域的概念 (health field concept)，用以包含影響健康的所有事物，並將健康領域分成四個因素：人類生物學、環境、生活型態和健康照護組織。並以此架構檢視加拿大的疾病與死亡原因，

發現生活方式是對健康影響最大的一個因素。Harris 與 Guten(1979) 將「生活型態」分為五類：（丁志音，1988b）

- （一）健康行為(healthpractice)：如充分睡眠、鬆弛、避免工作過勞、飲食限制、控制體重。
- （二）安全行為 (safety practice)：如使用安全帶、備妥急救裝備等。
- （三）預防性健康照護 (preventive health care)：如健康檢查等。
- （四）避免環境中的危險 (environmentive hazard avoidance)：如環境污染、高犯罪率等。
- （五）避免有害物質 (harmful substance)：如菸酒等。

Feldman 及 Thielbar 這兩位社會學家認為生活型態具有四個特徵：

- （一）它是一個集體的現象，個人的生活型態是參與各種群體活動而形成，不可能脫離群體而存在。
- （二）它涵蓋生活中的許多層面，且各個層面所呈現的特色是彼此關聯的。
- （三）它隱含個人生活的中心喜好(central interest)，譬如追求事業成就或以養育下一代為中心，或沉溺於藥物及酒精，或沉浸於藝術創造等；
- （四）每個人的生活型態會有差異，而生活型態之所以在社會中呈現差異，是由於一些社會學的變項所決定的，可能是經濟、聲望，也可能是性別、種族、宗教等等(丁志音，1988a)。

在心理學的領域中，個體心理學家及精神分析學者 Alfred Adler 則認為生活型態是與健康相關行為、價值觀和態度之方

式，可由群體反映出他們的社會、文化和經濟環境(Prattala、Karisto & Berg，1994)。

四、生活型態之定義

生活型態於 1976 年的韋氏大辭典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，而這些經常性的態度都是從孩提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，或導引人們每天在健康的範疇裡活動的行為，生活型態是人們處理日常活動的生活方式或態度。Singer 就健康的觀點而論，生活型態被定義為：在個人控制下的所有行為，包括影響個人健康危險性的一些活動。Wiley 與 Camacho (1980)認為，生活型態是影響健康狀況之任意活動，它是個人例行生活方式的一部份。Walker、Sechrist 與 Pender (1987)在健康促進研究文獻中，將生活型態定義為一個人可以控制的所有行為，包括影響個人健康的危險行動，以及每天常規出現卻會對健康狀態造成傷害的任意的行為（引自鄭小玉，2005）。

國內學者李蘭（1988）在較早期陳述「生活型態」是指個體或群體於日常生活中，其在生理、心理和社會各方面一連串的經驗總合。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）指出，生活型態就是生活作息、習慣、嗜好、是否規律運動、充足睡眠及均衡的飲食等，這些生活內容與方式都是非常基本的日常生活狀況，但卻與人的健康有著密切的相關性。

小結

健康促進行為是一種正向的健康行為，其與健康狀況有關。選擇健康的生活型態，不僅可以減少疾病的威脅、預防疾病，更可以做到健康促進來增進個人的健康。本研究將探討的正是國小學童母親「正向的健康行為」，而非預防性的健康行為，故擬參用 Walker 等人研發的健康促進生活方式量表來做為研究工具。

第四節 健康概念與健康促進生活型態之相關研究

健康促進模式(Health Promotion Model)是Pender 根據Becker 所提的健康信念模式(Health Belief Model)所發展成為修正的健康信念模式(Modified Health Belief Model)，於1982年針對健康促進行為，發展健康促進模式的初步架構；1987年修改成為目前最廣為使用健康促進模式(Health Promotion Model, HPM)；1996 年再將之發展成修正的健康促進模式(Revised Promotion Model)，因此可以說健康促進模式是由健康信念模式所衍生出來的，者兩者之間的差異在於：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以及自我的實現，在模式中並且提出可能影響健康行為的因素(Pender, 1982; Pender, 1996)。以下僅就本研究之認知-知覺因素中的健康概念與健康促進生活型態相關研究文獻作一敘述：

健康概念是一個人主觀的認知，反映出健康對其個人所呈現的意義(Smith, 1983)。一個人的健康概念會影響到所表現出來的生活態度和行為(Raphael,1998)。隨著年齡增長，個人在健康增進的角色日益加重，個人對本身之健康定義也會隨著改變，也是將來增進健康的必要因素。人們與環境不斷的發生互動，因此健康的向度與領

域會不斷的調整、改變，以試圖維持在令自己最滿意的狀態下。個人對健康的看法及定義會影響其採行健康促進行為，健康的概念是促使個體採取健康促進行為的原動力。茲將國內外對健康概念與健康促進生活型態之相關研究，分述如下：

Pender, Walker, Sechrist, & Frank (1990)曾對美國中西部六家工廠589位員工研究健康促進生活型態，結果發現健康概念為健康促進生活型態之預測因子，共可解釋變異量的31%。

Gillis(1994)以青少年的研究發現，對健康的概念是促使個體採取健康促進行為的原動力，可見健康概念對健康促進具有相當大的影響力。

Felton 等(1997)以問卷方式研究331 僱員(男性213 位，女性118 位)在健康促進行為和健康因素相互效果研究，結果顯現對健康的看法及定義會影響其採行健康促進行為。

Bagwell與Bush(1999)對年齡在18-65 歲的藍領工人共160 位進行健康概念與健康促進之研究，發現健康概念在年輕婦女與老年人性別上有顯著差異，健康概念與健康促進生活型態間存有顯著相關。

Pullen, Walker, & Fiandt (2001)以鄉村老年婦女為對象，進行健康促進生活型態之探討，發現健康定義為美滿的(wellness)、自覺有更好的健康皆與健康促進生活型態呈顯著相關。

黃毓華、邱啟潤（1997）對高雄地區三所大學院校562 名二年級學生為對象，進行健康促進生活型態之研究，研究結果發現健康概念可解釋健康促進生活型態總變異量的3.7%，健康概念與健康促進生活型態呈正相關，對大學生的健康促進生活型態最具影響力。

葉琇珠（2000）的研究顯示大學生的健康生活概念多元且正向，健康概念與健康促進生活型態呈正相關。鄭小玉（2005）以花東地區學校護理人員237人為健康促進生活型態的研究對象，結果顯示「運動」行為最受健康概念之影響，健康概念與健康促進生活型態呈正相關；林美聲、黃松元（2006）研究113名宜蘭縣中小學學校護理人員健康促進生活型態，結果顯示健康概念與健康促進生活型態成顯著正相關。

小結

由上述研究結果顯示，對於不同年齡層或不同職業性質的研究對象，健康概念與健康促進生活型態呈正相關或達顯著相關。

第五節 不同背景與健康促進生活型態之相關研究

從Pender (1987)的健康促進模式及(1996)健康促進修正模式中，均提及個人因素為影響健康促進行為因素之一，包涵年齡、性別、教育程度、身體質量指數...等可經由其影響健康促進行為。就本研究之個人背景含年齡、教育程度、婚姻狀況、子女數、身體質量指數等因素，作文獻探討，敘述如下：

一、年齡

國內學者于淑（1988）對台北市 20-60 歲居民預防性健康行為之調查亦發現年齡是影響健康行為的因素之一。葉琇珠（2000）以北部某國立大學 10 個學院之大一及大四全部學生為研究對象共 492 位，探討大學生健康概念與健康促進生活型態，結果發現年級愈高在健康促進生活型態有顯著差異。陳美燕、廖張京隸等（1995）探討桃

園地區護理學生與護理人員執行健康促進的生活方式，其研究亦顯示年齡愈高者愈具有執行健康促進生活型態的能力；林女理（2002）以台北市公、私立國中、國小之學校護理人員為研究對象，發現年齡是影響學校護理人員健康促進生活型態之相關因素之一；蕭順蘭（2002）以臺北縣二十九個衛生所護理人員 227 人為研究對象，發現年齡與整體健康促進生活型態有顯著正相關，亦即年齡愈大其生活型態愈佳。林美聲（2004）研究宜蘭縣中小學學校護理人員 113 人，結果發現社會人口學變項中之年齡與健康促進生活型態呈正相關；鄭小玉（2006）以花蓮縣、台東縣公私立國中小及啟智學校護理人員 188 人為研究對象，結果顯示年齡較大的護理人員有較好的整體健康促進生活型態；葉國樑（2006）以某國營事業職場員工 382 人研究其健康促進生活型態及相關因素發現，年齡對健康促進生活型態形成顯著影響。國外研究相同部分，Walker 等人(1988)探討年輕成年人與中年人的健康促進生活型態之研究，發現年老成人在健康促進生活型態有較高分數；Duffy 等(1996)對美國婦女所進行有關健康促進生活型態之探討，發現年齡愈大愈能執行健康促進生活型態；Pender 等人(1990)針對美國中西部 589 位員工進行健康促進生活型態之探討，發現年齡愈大者，有較正向的健康生活型態；Johnson(1993)調查 3025 位 20-64 歲成人之健康促進生活型態，結果顯示年齡、BMI 可直接影響健康促進生活型態；

Wang(1999)對台灣鄉村地區三種不同族群的老年婦女健康促進生活型態之探討，發現年齡是影響健康促進行為的重要因素之一。

二、教育程度

Duffy, Rossow, 與Hernandez(1996)以立意取樣之方式，探討397位被雇用之美國婦女之健康生活型態，結果顯示教育程度愈高者，其結果顯示生活型態愈佳。Wang (1999)對台灣鄉村地區的三種不同族群的老年婦女進行健康促進生活型態之探討，發現河洛婦女、客家婦女在教育為有意義的預測因子。陳美燕、廖張京隸（1995）對桃園地區公衛護士，護理學生及護士執行健康促進生活方式之初步探討研究結果顯示，教育程度會影響健康促進行為。彭鳳美（2000）研究新竹科學園區員工567人的生活型態、發現教育程度愈高者在健康促進生活型態比教育程度低者有更負面的行為。鄭小玉（2006）以花蓮縣、台東縣公私立國中小及啟智學校護理人員188人為研究對象，結果發現教育程度未達顯著。

三、婚姻狀況

陳美燕、廖張京隸（1995）對桃園地區公衛護士，護理學生及護士執行健康促進生活方式之初步探討研究結果顯示婚姻、教育程度會影響健康促進行為，例如已婚者較未婚者有更好的營養行為。蔡秀美（1995）研究發現，離婚與喪偶者沮喪之程度較高於已婚者，即心理健康狀況較差，而未婚者則無差異。張良漢(1997)以方便取樣，對296 個案探討名仕俱樂部之會員生活型態及行為之研究，其結果顯示已婚者及其小孩小於六歲者，健康促進生活型態愈佳。鄭小玉（2006）以花蓮縣、台東縣公私立國中小及啟智學校護

理人員188人研究其健康促進生活型態，結果顯示不同婚姻狀況在運動層面有顯著差異。葉國樑（2006）以某國營事業職場員工382人研究其健康促進生活型態及相關因素發現，不同婚姻狀況對健康促進生活型態形成顯著影響。

四、子女數

陳美燕、廖張京隸等（1995）探討桃園地區護理學生與護理人員執行健康促進的生活方式，其研究顯示家庭子女數會影響健康促進生活。林美聲（2004）研究宜蘭縣中小學學校護理人員113人，結果發現子女數不影響健康促進生活型態。但宋素真(1998)、林女理（2002）以台北市公、私立國中、國小之學校護理人員為研究對象，發現子女數與健康促進生活型態有顯著、蕭順蘭（2002）以臺北縣二十九個衛生所護理人員227人為研究對象，發現發現家庭子女數會影響健康促進生活型態。葉國樑（2006）以某國營事業職場員工382人研究其健康促進生活型態及相關因素發現，子女數對健康促進生活型態形成顯著影響。陳美枝（2007）針對醫院員工健康促進生活方式及生活品質調查的研究，發現家庭子女數會影響健康促進生活型態。

五、身體質量指數

Johnson 等人(1993)以隨機取樣的方式，調查3025 位成人之健康促進生活型態，結果顯示身體質量指數變項會直接影響健康促進生活型態，身體質量指數正常者，較具正向的生活型態。蕭順蘭(2002)針對台北縣公共衛生護理人員227 人進行健康促進生活型態之探討研究中發現：身體質量指數與次量表的人際支持與自我實現

呈現正相關，即身體質量指數正常者，生活型態較好。柯志賢（2003）以台北縣土城地區的中小學教師362人為研究對象，做不同身體質量指數與身體活動量教師自覺健康狀況之研究，發現不同的身體質量指數與自覺健康狀況有顯著差異。許秀李（2006）研究身體質量指數對台灣健保支出的影響，發現以女性為樣本之模型，身體質量指數並未顯著地影響健保門診就醫情形，也就是說台灣女性平時較注重健康，會留意體重的變化，注意其健康促進生活型態的力行。

小結：

綜合上述文獻得知，年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、家中子女數及個人身體質量指數 (BMI)，均與健康促進生活型態有關，故本研究將年齡、婚姻狀況、教育程度、家中子女數、身體質量指數(BMI)等人口學特性，針對國小學童母親在健康促進生活型態方面作更進一步探討。

第六節 文獻總結

綜合以上文獻探討，做以下五點之總結：

- 一、有關健康促進的相關研究，大多以學生、護理人員、老人為研究對象，基於「父母親對其下一代預防性健康行為之維持或改變有顯著影響」，也因此本研究擬以國小學童母親為研究對象。
- 二、行為改變過程雖然充滿太多的變數，但改變階段模式對運動行

為階段的驗證上都具有良好的構念效度。故本研僅就跨理論模式中的五個運動行為改變階段來探討，透過改變階段模式來瞭解目前不同背景因素國小學童母親運動階段的分布差異情況。

三、影響健康促進生活相關因素多而複雜。大部份研究指出不同背景因素會因性別、年齡、身體質量指數、婚姻狀況與子女數之不同而有顯著差異，但仍有少部份研究出現不一樣的結果。本研究針對不同背景因素國小學童母親，在健康促進生活型態及健康概念做更進一步驗證其差異性。

四、一個人的健康概念會影響到所表現出來的的生活態度和行為(Raphael, 1998)。個人對健康的看法及定義會影響其採行健康促進行為，健康的概念是促使個體採取健康促進行為的原動力。過去眾多健康概念與健康促進生活型態的相關研究皆有呈顯著正相關，並對健康促進生活型態行為有一定的預測力。本研究擬進一步採典型相關進一步來釐清健康概念與健康促進生活型態之間的關係。

五、過去許多研究指出自覺自我效能、自覺健康狀態對健康促進生活型態均有良好的預測力，本研究擬進一步分析受試者背景變項、運動階段及健康概念對健康促進生活型態的預測效果，以釐清影響健康促進生活型態的相關因素。

第三章 研究方法

為了探討第一章所提出的研究問題，本章的主要目的在說明本研究的研究架構、受試樣本的選取，研究工具、研究程序及資料處理辦法，以尋求問題的答案，這些方法和步驟包括：第一節為研究架構；第二節為研究對象；第三節為研究工具；第四節為研究步驟；第五節為統計分析，茲分別敘述如下：

第一節 研究架構

根據本研究之目的與參考相關文獻歸納之後，提出本研究架構（圖 3-1-1）。茲將本研究的概念圖示如下：

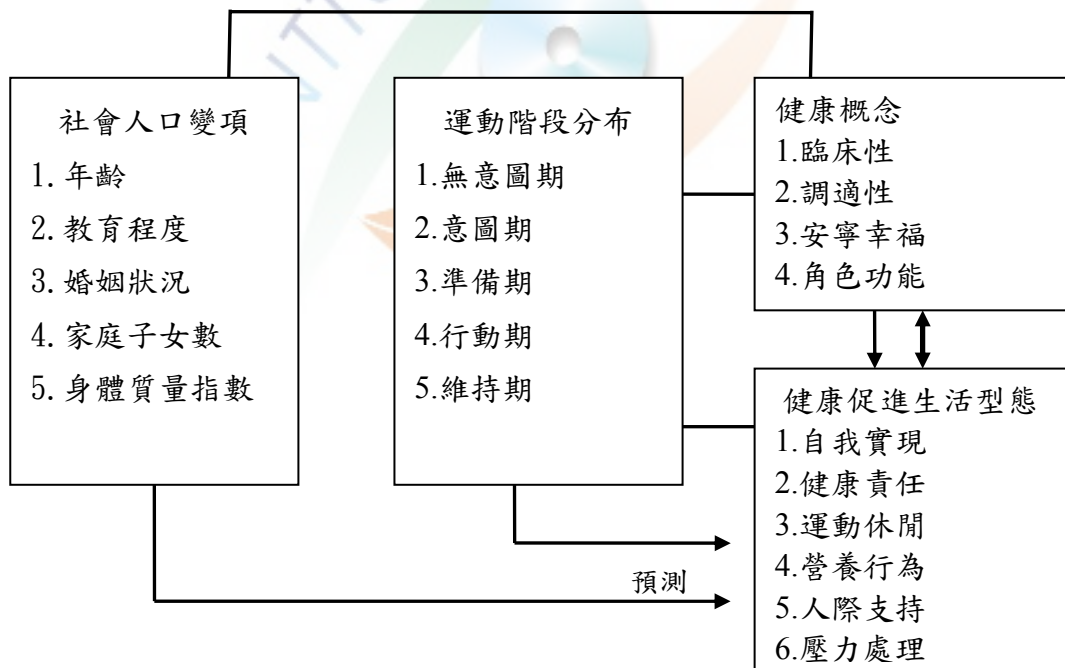


圖 3-1-1 研究架構圖

第二節 研究對象

一、研究對象

本研究以台南市六大行政區域之公立國民小學共計48所學校，96學年度第一學期一~六年級學童母親家長為研究對象之母群體。排除外籍新娘，以分層叢集抽樣抽出18所學校540位國小學童母親為本研究對象。

二、抽樣方法（分層叢集抽樣）

本研究樣本人數設為540人，實施的程序是先以台南市六大行政區域為抽樣單位，每個行政區分層隨機抽出3個學校，共抽出18所學校。再以每個學校一~六年級為抽樣單位再隨機抽出其中三個年級，然後再隨機抽出每個年級中的一個班級的10個學生為對象，之後委由學生將問卷帶回給家長填寫。

三、樣本回收情形

研究者事先徵求學校同意，然後再委請各校協助調查的教師，並在聯絡簿上註明請家長配合，委由學生將量表帶回請家長填寫。問卷自96年10月11日到10月26日排定為施測時間止，共發出540份問卷，回收有效問卷457份，回收率84.6%。

第三節 研究工具

本研究以結構式問卷為研究工具，研究工具包括五個部分，第一部份為個人基本資料，第二部份為運動階段分佈量表，第三部分為健康概念量表，第四部分為健康促進生活型態量表，第五部分為研究工具信度檢定。

第一部份：個人基本資料

包括年齡、身體質量指數、教育程度、婚姻狀況、子女數。

第二部份：運動階段分佈量表

本研究乃採用林旭龍（2000）所研發的運動階段分量表，其Cronbach α 為.84。李碧霞（2001）與高毓秀（2002）採用林旭龍的運動階段分量表，分別以中年人、職場員工為對象所做的再測信度為.85與.82，也是具良好的信度。量表1題包括五個階段選項，分別為：

1. 無意圖期：我沒有在運動，在未來6個月內也沒有打算要運動。
2. 意圖期：我沒有在運動，但我打算在未來6個月內開始運動。
3. 準備期：我有在運動但沒有規律，在未來1個月內我打算要開始規律運動運動。
4. 行動期：我正在從事規律運動，但未滿6個月。
5. 維持期：我正在從事規律運動，而且已經超過6個月。

第三部份：健康概念量表

本研究乃採用黃毓華(1995)根據Laffrey(1986)的「健康概念量表」所翻譯編製之中文量表為研究工具，以中山大學252名學生為對象測試，四個分量表係由因素分析萃取而得。各因素負荷量都在.4以上，四個因素共可解釋變異量的62.3%，總量表之內部一致性係數Cronbach's α 為0.91，量表共計24題，計分方式分為「非常同意」、「大致同意」、「有一點同意」、「有一點不同意」、「大致不同意」、「非常不同意」分別給予6、5、4、3、2、1的分數，受試者根據實際感受同意程度填答。

原始量表由臨床、角色功能、調適、安寧幸福等四個層面的健康概念分量表所組成，採Likert 六點計分法，由1 分表示「非常不同意」到6 分表示「非常同意」，量表總分由24 分至144 分。原始分量表內在一致性(Cronbach's α)為.867至.884。

本研究所使用的健康概念量表包括以下四個分量表：

- (一) 臨床性健康概念分量表(4,6,12,17,21)共有5個題目，是從疾病或醫學的觀點來定義健康，如健康是沒有生病或不適症狀等。
- (二) 角色功能性健康概念分量表(3,5,7,13,14,15,20)共有7個題目，指健康是個人能執行被期望的社會角色、盡到日常生活應盡的責任等。
- (三) 調適性健康概念分量表(2,8,10,11,16,18,23)共有7個題目，指健康是能彈性適應生活環境的改變、能對生活中的壓力作調適等。
- (四) 安寧幸福性健康概念分量表(1,9,19,22,24)共有5個題目，指的是完全健康，提昇至更高層次的健康，如健康是發揮潛能、有高昂的興致與熱忱。

第四部份：健康促進生活型態量表

Pender 於 1982 年發展出「生活型態與健康習慣量表」(Lifestyle and Health Habits Assessment, LHHA)，Walker等人於1987年修改此量表，完成一份「健康促進生活型態量表」(Health-Promoting Lifestyle Profile)，共48個題目。

國內多位學者根據1987年版量表為基礎，依據研究目的修改成三份中文化量表，分別敘述如下：

- (一) 黃毓華、邱啟潤於1996年以252名大學二年級學生為研究對象，經因素分析後得六個層面因素，有42題。各因素負荷量的值都在.40以上，六個層面因素共可解釋52.8%之變異量。總量表的內部一致性係數Cronbach's α 為.94，各分量表則為.71~.91。二周後再測信度為.84，各分量表則為.67~.85。其問卷採四點量表，計分的方式由從來沒有、偶爾如此、時常如此及都是如此，分別給予0至3分，總量表得分從0分至126分。
- (二) 陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱憲章、廖章京隸等1997年以Walker 和Pender 等人發展的「生活型態與健康習慣評量表」(Lifestyle and Health Habits Assessment)，以920名居住在桃園及台北地區18—65 歲之成年民眾為研究對象，因素分析後萃取出六個因素，有40個題目共可解釋52.8%之變異量。其總量表信度內部一致性 Cronbach's α 為0.92，而各要素則為0.68—0.84。
- (三) 高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲（1999）採用Walker等人第二版健康促進生活方式量表(Health-Promoting Lifestyle Profile II)，以北台灣某半導體公司1507位員工及695位護專學生以Cronbach's α 測驗內在一致性，二週後再測信度測量題目的穩定性，再測信度以Spearmanrho相關係數檢定各量表之總量表及分量表的Cronbach's α 值介於0.54-0.96，具有可接受之信度。陳淑雅（2002）研究護生健康促進衛生教育及體適能活動之成效探討，即採用此量表。此量表包含六個分量表：健康責任、營養、壓力處理、身體活動、人際關係和靈性成

長，共52題，後三項分量表名稱與原量表HPLP有差異。

綜合以上所述，國內多位學者翻譯自Walker 和Pender 等人發展的「健康促進生活型態量表」，經文化調整和測試後已適用於評量台灣地區成年人生活方式的行為內容。本研究擬採用陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱憲章、廖章京隸等（1997）以Walker 和Pender 等人發展的「生活型態與健康習慣評量表」（Lifestyle and Health Habits Assessment），題目總共40題。此量表是以李克氏四點計分法，分為（0）從不（1）有時（2）經常（3）總是，分別予以0—3分，總量表得分最高120分最低為0分。得分愈高者代表其健康促進生活型態愈正向。本研究所使用的健康促進生活型態量表並無反向題，包括以下六個分量表：

（一）自我實現(Self-actualization)分量表：

共有8題(16,27,35,36,37,38,39,40)，包含欣賞自己、對生命充滿信心及樂觀、覺得自己是朝向積極的方向成長與改變、知道我自己之優缺點所在、知道生命中那些是重要的、重視自己的成就、每天都是充滿樂趣及挑戰的、覺得自己的工作是有意義的。

（二）健康責任(Health-responsibility)分量表：

共有8題(6,7,9,20,21,22,24,25)，包括能檢查膽固醇並知道結果、量血壓並知道結果、和合格的醫護專業人員討論健康照護相關的事、至少每月一次觀察自己身體有無改變或異狀、參加個人健康照護方面的教育課程、只要知道食物含防腐劑或其它添加物我就不吃、做運動時會自己測自己的脈搏、看食物包裝上的營養成份。

(三) 人際支持(interpersonal support)分量表：

共有6 個題目(28,29,30,31,32,33)，係指能發展社會支持系統，包括樂於和親近的人保持聯絡、維持實質及有用的人際關係、和親密的朋友在一起、對別人表現關心、愛心、和溫暖、和親近的人討論個人問題。

(四) 運動休閒(Exercise)分量表：

共有6 題(8,10,11,12,14,15)，係指從事運動與休閒的活動等如做伸展操每週至少三次、每週三次劇烈運動、參加有人指導的運動課程、參加娛樂性質的運動、每天找一些時間放鬆自己及每天有15-20 分鐘的時間練習放鬆或冥想（靜坐）。

(五) 壓力處理(Stress Management)分量表：

共有7 個題目(13,17,18,19,23,26,34)，包含知道生活中壓力來源、我注意控制體重、我會注意自己不愉快的情緒、每天睡眠6-8 小時、有計劃的安排工作、不合理的要求恰當反應、讀有關促進健康的雜誌。

(六) 營養行為 (Nutrition)分量表：

共5 題(1,2,3,4,5)，包含吃早餐、每日三餐時間和量都正常、飲食有富纖維的食物、每日喝水1500cc、每日吃含有五大類食物。

第五部分研究工具信度檢定

(一) 預試：信度檢定乃根據內容效度檢定後之問卷，方便取樣30名非研究樣本之國小學童母親進行預測。以Cronbach's α 值測其內在一致性，結果顯示各總量表Cronbach's α 值均在.73 以

上，各分量表則均達.70 以上。經預測30 名婦女同意，於二週後再行施測，以再測信度測其穩定性，結果各量表的再測信度均達以上(詳見表3-3-1)。

(二) 正式研究：正式施測後所收集的資料，以Cronbach's α 值進行內在一致性的分析，統計結果顯示各量表的Cronbach's α 值均在.70 以上(詳見表3-3-1)。

表3-3-1 各量表之信度及再測信度

項 目	預 試		正式研究
	Cronbach's α (n = 30)	再測信度 (n = 30)	Cronbach's α (n = 457)
健康概念量表	0.87	0.68*	0.93
臨床分量表	0.87	0.72*	0.80
角色功能分量表	0.79	0.74*	0.86
調適分量表	0.84	0.83*	0.89
安寧幸福分量表	0.80	0.83*	0.77
健康促進生活型態量表	0.95	0.84*	0.93
自我實現分量表	0.90	0.85*	0.90
健康責任分量表	0.92	0.94*	0.78
人際支持分量表	0.96	0.79*	0.90
運動分量表	0.81	0.89*	0.77
壓力處理分量表	0.73	0.72*	0.72
營養分量表	0.78	0.88*	0.73

* $p < .05$

第四節 研究步驟

本研究資料蒐集過程分為四個階段，第一階段為找到合適的施測工具；第二階段進行施測工具預試與重測；第三階段做好研究前

行政聯繫；第四階段則為正式施測、問卷回收與整理，分述如下：

一、施測工具

經文獻整理，發現採用陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱憲章、廖章京隸等 1997 年以 Walker 與 Pender 等人發展的「生活型態與健康習慣評量表」(Lifestyle and Health Habits Assessment)為施測工具，國內有關護理人員健康促進生活型態研究有：宋素真（1997）、林女理（2002）、蕭順蘭（2002）、林美聲（2004）、陳萃婷（2004）、曾如敏（2004）、鄭小玉（2005）。這些研究的對象皆為女性，其年齡層分佈、家庭角色等因素與本研究對象有相似之處，故依據上述研究所採用的量表做為參考。

二、預試及重測

目的是在於評估研究問卷的適當性，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。於正式施測前二週，以非研究樣本之 30 位學童母親家長實施預試，一週後再以同一非研究樣本之 30 位學童母親家長實施重測，以積差相關檢驗重測問卷信度，最後依預試結果將問卷修訂成為正式問卷。

三、研究前行政聯繫

研究者透過研究同儕、摯友舊識、學校同事等各種管道，事前以電話聯絡並親自拜訪的方式，說明本研究之目的，徵詢各校願意協助問卷發放及回收之人員，作為研究者與各校聯絡之窗口。

四、正式施測、問卷回收與整理

問卷自 96 年 10 月 11 日到 10 月 26 日排定為施測時間止，共發出 540 份問卷，回收有效問卷 457 份，回收率 84.6%。問卷統一於

施測前一日親自送達各校，向委託班級老師詳細說明施測的方法與填寫要點，並約定問卷回收日期。在問卷施測期間，研究者除持續追蹤問卷回收成果，瞭解回收情形之外；在施測後第三日起，研究者即以電話逐一與委託班級老師確認問卷回收的情況。研究者已敦請各校協助回收的教師於收回問卷時，順便檢查受試者有無漏答，如有漏答立即請受試者補上漏答資料，以增加有效問卷的回收率。

第五節 資料處理與統計分析

本研究以 SPSS for Windows 12.0 進行資料處理與統計分析，資料處理與統計分析說明如下：

本研究所有統計考驗的顯著水準(α)設為.05。本研究假設及其對應的統計考驗方法詳如表 3-5-1。

表3-5-1 本研究研究假設與統計分析摘要表

變 項		統計方法
統 計 描 述 性	教育程度、婚姻狀況、家庭子女數 年齡、身體質量指數	次數、百分比
	健康概念 健康促進生活型態	平均數、標準差
推 論 性 統 計	假設 1-1：不同背景因素的國小學童母親健康概念差異達顯著水準。	獨立樣本單因子多變量分析
	假設 1-2：不同背景因素的國小學童母親健康促進生活型態的差異達顯著水準。	獨立樣本單因子多變量分析
	假設 2-1：不同運動階段國小學童母親的健康概念的差異達顯著水準。	獨立樣本單因子多變量分析
	假設 2-2：不同運動階段國小學童母親健康促進生活型態的差異達顯著水準。	獨立樣本單因子多變量分析
	假設 3：國小學童母親的健康概念與健康促進生活型態之間有顯著的典型相關。	典型相關分析
	假設 4：國小學童母親之背景因素、運動階段及健康概念對於健康促進生活型態有顯著的預測效果。	逐步多元迴歸分析

第四章 結果與討論

本章就所獲得的資料，分析其結果並加以討論。全章共分為四節：第一節不同背景因素的國小學童母親在健康概念及健康促進生活型態之差異分析；第二節為不同運動階段的國小學童母親在健康促進生活型態及健康概念之差異分析；第三節為健康概念與健康促進生活型態典型相關分析；第四節為不同背景因素、運動階段及健康概念對於健康促進生活型態之預測情形。

第一節 不同背景因素的國小學童母親在健康概念及健康促進生活型態之差異分析

一、不同背景因素的國小學童母親在健康概念之差異分析

(一) 不同年齡之國小學童母親在健康概念之差異情形

表 4-1-1 為不同年齡之國小學童母親在健康概念之描述統計摘要表，健康概念四個分量表：「臨床性」、「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」得分都高於平均數，顯示不同年齡在健康概念的整體表現趨於正向的態度，其中以「調適性」健康概念得分最高，「臨床性」健康概念得分最低。經多變量變異數分析（表 4-1-2），Wilks' Λ 值 = .707， $p > .05$ 未達顯著水準，接受虛無假設，研究假設「國小學童母親的健康概念在不同年齡有顯著差異」未獲支持。換言之，國小學童母親在健康概念不會因為年齡的不同而有所差異。

表 4-1-1 不同年齡在健康概念得分之描述統計摘要表

變 項	年齡	個數	平均數	標準差
臨床性	40 歲以下	296	4.85	0.89
	40 歲以上	161	4.72	0.91
	總 和	457	4.80	0.90
角色功能	40 歲以下	296	5.05	0.89
	40 歲以上	161	4.95	0.77
	總 和	457	5.02	0.85
調適性	40 歲以下	296	5.05	0.68
	40 歲以上	161	5.02	0.71
	總 和	457	5.04	0.69
安寧幸福	40 歲以下	296	5.04	0.99
	40 歲以上	161	4.98	0.72
	總 和	457	5.02	0.90

註：每題得分最低為1，最高為6分，平均數為3.5分

表4-1-2 不同年齡在健康概念之多變量變異數分析摘要表

變異 來源	df	sscp				多變量 Wilks' Λ
組間	1	38.19	16.53	6.20	8.95	.707
		16.53	7.16	2.68	3.87	
		6.20	2.68	1.00	1.45	
		8.95	3.87	1.45	2.09	
組內	455	9161.72	4012.31	3292.08	3532.12	
		4012.31	8518.33	4791.52	6137.47	
		3292.08	4791.52	5335.93	4878.62	
		3532.12	6137.47	4878.62	8235.61	
全體	456	9199.92	4028.851	3298.28	3541.07	
		4028.85	8525.497	4794.21	6141.35	
		3298.28	4794.212	5336.94	4880.07	
		3541.07	6141.354	4880.07	8237.71	

不同年齡的國小學童母親在調適性健康概念的分最高，表示不同年齡的國小學童母親，已經跳脫由疾病或醫學的臨床性觀點（健

康是沒有生病或出現疾病)來定義健康，而進一步的強調調適性健康概念(健康是能彈性適應生活環境的改變、能對生活中的壓力作調適)。

由表 4-1-2 結果得知，不同年齡的國小學童母親在健康概念四個分量表：「臨床性」、「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」皆未呈顯著差異，此與林美聲(2004)以宜蘭縣中小學學校護理人員為研究對象結果相同，國小學童母親在健康概念不會因為年齡的不同而有所差異。但與葉琇珠(2000)以北部某國立大學 10 個學院之大一及大四全部學生為研究對象共 492 位，探討大學生健康概念與健康促進生活型態；劉瓊尹(2004)研究停經後有無規律運動婦女之健康概念與體適能的比較研究結果不一致。可能是因為國小學童母親年齡層比較接近，所以在健康概念上的想法或觀念上較趨於一致。

(二) 不同教育程度之國小學童母親在健康概念之差異情形

表 4-1-3 為不同教育程度之國小學童母親健康概念描述統計摘要表，健康概念四個分量表：「臨床性」、「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」得分都高於平均數，顯示不同教育程度在健康概念的整體表現趨於正向的態度，其中以「調適性」健康概念最高，「臨床性」健康概念最低。大專以上組段在「臨床性」、「安寧幸福」及「調適性」平均數最高；在「角色功能」則以高中職高於其他組段。表 4-1-4 為多變量變異數分析檢定，Wilks' Λ 值 = .945, $p < .05$ 達顯著水準，拒絕虛無假設，研究假設「不同教育程度國小學

童母親在健康概念之差異達顯著水準」得到支持，進一步進行單變量變異數分析。

表4-1-3 不同教育程度在健康概念得分之描述統計摘要表

變 項	教育程度	個數	平均數	標準差
臨床性	國中小	51	4.51	1.00
	國中職	192	4.81	0.91
	大專以上	214	4.86	0.86
	總 和	457	4.80	0.90
角色功能	國中小	51	4.94	0.73
	國中職	192	5.10	0.82
	大專以上	214	4.95	0.90
	總 和	457	5.02	0.85
調適性	國中小	51	4.95	0.70
	國中職	192	5.01	0.71
	大專以上	214	5.09	0.67
	總 和	457	5.04	0.69
安寧幸福	國中小	51	4.87	0.77
	國中職	192	4.99	0.68
	大專以上	214	5.08	1.09
	總 和	457	5.02	0.90

註：每題得分最低為1，最高為6分，平均數為3.5分

表4-1-4 不同教育程度在健康概念之多變量變異數分析摘要表

變異來源	df	sscp				多變量 Wilks' Λ
組間	1	129.65	11.55	54.73	73.75	0.945*
		11.55	70.06	-0.46	-21.19	
		54.73	-0.46	23.51	33.28	
		73.75	-21.19	33.28	53.12	
組內	455	9070.27	4017.30	3243.55	3467.31	
		4017.30	8455.43	4794.67	6162.54	
		3243.55	4794.67	5313.42	4846.79	
		3467.31	6162.54	4846.79	8184.59	
全體	456	9199.92	4028.85	3298.28	3541.07	
		4028.85	8525.49	4794.21	6141.35	
		3298.28	4794.21	5336.94	4880.07	
		3541.07	6141.35	4880.07	8237.71	

* $p < .05$

表4-1-5 不同教育程度國小學童母親健康概念之單變異數分析摘要表

變異來源	依變項	離均差平方和	自由度	均方	F 值	Sig.	事後比較
教育程度	臨床性	129.65	2	64.83	3.24	.040	3, 2>1
	角色功能	70.06	2	35.03	1.88	.154	
	安寧幸福	23.52	2	11.76	1.00	.367	
	調適性	53.13	2	26.56	1.47	.230	
誤差	臨床性	9070.27	454	19.98			
	角色功能	8455.44	454	18.62			
	安寧幸福	5313.43	454	11.70			
	調適性	8184.59	454	18.03			

註 1：1 代表國中小教育程度；2 代表高中職教育程度；3 代表大專教程度。

註 2：* $P < .05$

表 4-1-5 為不同教育程度國小學童母親健康概念之單變異數分析摘要表，從摘要表發現，不同教育程度國小學童母親健康概念各層面的差異檢定，僅有在臨床性健康概念達顯著水準，事後比較發現，學童母親教育程度在大專程度者顯著優於高中職及國中小教育程度者，此研究與葉琇珠（2000）以北部某國立大學 10 個學院之大一及大四全部學生為研究對象共 492 人為研究對象，探討大學生健康概念與健康促進生活型態之研究相同，在臨床性健康概念達顯著水準。與林美聲（2004）以宜蘭縣中小學學校護理人員 113 人為研究對象，結果不一致；劉瓊尹（2004）研究停經後有無規律運動婦女研究結果與本研究結果不同。分析原因，由於教育程度的不同，造成國小學童母親對臨床性健康概念（健康是以臨床表徵來判斷，當一個人沒有疾病的症狀，不需醫師診斷就是健康）的定義不同。

（三）不同婚姻狀況之國小學童母親在健康概念之差異情形

表 4-1-6 為不同婚姻狀況之國小學童母親健康概念描述統計摘要表，健康概念四個分量表：「臨床性」、「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」得分都高於平均數，顯示不同婚姻狀況在健康概念的整體表現趨於正向的態度，其中以「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」平均數都超過 5 分；「臨床性」得分也非常接近 5 分不同婚姻狀況，由此可見不同婚姻狀況之國小學童母親具有全面性的健康概念。經多變量變異數分析檢定(表 4-1-7)，Wilks' Λ 值 = .993， $p > .05$ 未達顯著水準，接受虛無假設，研究假設「不同婚

姻狀況國小學童母親在健康概念差異達顯著水準」未獲支持。換言之，國小學童母親在健康概念不會因婚姻狀況的不同而有所差異。

表4-1-6 不同婚姻狀況在健康概念得分之描述統計摘要表

變 項	婚姻狀況	個數	平均數	標準差
臨床性	同住	436	4.80	0.90
	其他	21	4.90	0.85
	總和	457	4.80	0.90
角色功能	同住	436	5.01	0.85
	其他	21	5.12	0.70
	總和	457	5.02	0.85
調適性	同住	436	5.03	0.70
	其他	21	5.28	0.60
	總和	457	5.04	0.69
安寧幸福	同住	436	5.01	0.91
	其他	21	5.23	0.65
	總和	457	5.02	0.90

註：每題得分最低為 1，最高為 6 分，平均數為 3.5 分

表4-1-7 不同婚姻狀況在健康概念之多變量變異數分析摘要表

變異 來源	df	sscp				多變量 Wilks' Λ
組間	1	5.74	8.82	13.38	15.11	.993
		8.82	13.55	20.57	23.23	
		13.38	20.57	31.22	35.26	
		15.11	23.23	35.26	39.82	
組內	455	9194.18	4020.03	3284.90	3525.95	
		4020.03	8511.94	4773.64	6118.12	
		3284.90	4773.64	5305.71	4844.81	
		3525.95	6118.12	4844.81	8197.89	
全體	456	9199.92	4028.85	3298.28	3541.07	
		4028.85	8525.49	4794.21	6141.35	
		3298.28	4794.21	5336.94	4880.07	
		3541.07	6141.35	4880.07	8237.71	

由表4-1-7結果得知，不同婚姻狀況之國小學童母親在健康概念四個分量表：「臨床性」、「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」皆未呈顯著差異。本研究結果與林美聲（2004）以宜蘭縣中小學學校護理人員113人為研究對象之結果相同，健康概念不會因婚姻狀況的不同而有所差異。推究其原因可能是本研究對象95%均與家人同住，從健康概念四個分量表不同婚姻狀況的得分非常接近，表示國小學童母親具有全面性的健康概念，因此不同婚姻狀況不會成健康概念的顯著性。

（四）不同子女數之國小學童母親在健康概念之差異情形

表 4-1-8 為不同子女數之國小學童母親健康概念描述統計摘要表，健康概念四個分量表：「臨床性」、「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」得分都高於平均數，顯示不同子女數在健康概念的整體表現趨於正向的態度。三位以上組段在健康概念四個分量表的得分都高於其他組別。經多變量變異數分析檢定(表 4-1-9)，Wilks' Λ 值=.962， $p>.05$ 未達顯著水準，接受虛無假設，研究假設「不同子女數國小學童母親在健康概念差異達顯著水準」未獲支持。換言之，國小學童母親在健康概念不會因子女數的不同而有所差異。

表4-1-8 不同子女數在健康概念得分之描述統計摘要表

變 項	子女數	個數	平均數	標準差
臨床性	一位	48	5.04	0.74
	二位	272	4.75	0.94
	三位	121	4.79	0.85
	三位以上	16	5.19	0.82
	總和	457	4.80	0.90
角色功能	一位	48	5.10	1.27
	二位	272	4.92	0.73
	三位	121	5.14	0.90
	三位以上	16	5.35	0.66
	總和	457	5.02	0.85
調適性	一位	48	5.10	0.69
	二位	272	4.99	0.72
	三位	121	5.10	0.61
	三位以上	16	5.25	0.81
	總和	457	5.04	0.69
安寧幸福	一位	48	5.02	0.70
	二位	272	4.95	0.67
	三位	121	5.14	1.33
	三位以上	16	5.21	0.73
	總和	457	5.02	0.90

註：每題得分最低為1，最高為6分，平均數為3.5分

表4-1-9 不同子女數在健康概念之多變量變異數分析摘要表

變異來源	df	sscp				多變量 Wilks' Λ
組間	1	148.33	84.21	54.82	60.90	.962
		84.21	166.51	78.71	96.93	
		54.82	78.71	39.50	48.88	
		60.90	96.93	48.88	69.40	
組內	455	9051.58	3944.63	3243.46	3480.16	
		3944.63	8358.97	4715.50	6044.42	
		3243.46	4715.50	5297.43	4831.18	
		3480.16	6044.42	4831.18	8168.31	
全體	456	9199.92	4028.85	3298.28	3541.07	
		4028.85	8525.49	4794.21	6141.35	
		3298.28	4794.21	5336.94	4880.07	
		3541.07	6141.35	4880.07	8237.71	

由表4-1-9結果得知，不同子女數之國小學童母親在健康概念四個分量表：「臨床性」、「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」皆未呈顯著差異，與林美聲（2004）以宜蘭縣中小學學校護理人員為研究對象結果相同。三位以上組段在健康概念四個分量表平均得分高於其他組段，推測原因可能是本研究對象，皆將生活重心放在家庭照顧上，集中所有精神於孩子身上，更具有全面性的健康概念，因此不會因為子女數的多寡而影響健康概念。其他相關研究也多數未討論子女數，因此子女數對學童母親健康概念的影響如何？有待後續的研究加以探討。

（五）不同BMI等級之國小學童母親在健康概念之差異情形

表 4-1-10 為不同 BMI 等級之國小學童母親健康概念之描述統計摘要表，健康概念四個分量表：「臨床性」、「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」得分都高於平均數，顯示不同 BMI 等級之國小學童母親在健康概念的整體表現趨於正向的態度。BMI 值正常組在臨床性、安寧幸福健康概念的平均數高於其他組別，BMI 值過重組在角色功能、調適性健康概念的平均數高於其他組別。經多變量變異數分析檢定，Wilks' Λ 值（表 4-1-11）=.974， $p > .05$ 未達顯著水準，接受虛無假設，研究假設「不同 BMI 等級之國小學童母親在健康概念差異達顯著水準」未獲支持。換言之，國小學童母親在健康促進生活型態不會因為 BMI 等級的不同而有所差異。

表 4-1-10 不同 BMI 等級之國小學童母親健康概念得分之描述統計摘要表

變 項	BMI 等級	個數	平均數	標準差
臨床性	過輕	41	4.65	0.78
	正常	334	4.84	0.90
	過重	48	4.78	0.98
	肥胖	34	4.66	0.88
	總和	457	4.80	0.90
角色功能	過輕	41	4.94	0.62
	正常	334	5.02	0.92
	過重	48	5.07	0.51
	肥胖	34	5.00	0.74
	總和	457	5.02	0.85
調適性	過輕	41	5.06	0.66
	正常	334	5.04	0.71
	過重	48	5.10	0.49
	肥胖	34	4.95	0.85
	總和	457	5.04	0.69
安寧幸福	過輕	41	4.85	0.64
	正常	334	5.05	0.97
	過重	48	5.00	0.63
	肥胖	34	4.87	0.78
	總和	457	5.02	0.90

註：每題得分最低為1，最高為6分，平均數為3.5分

表4-1-11 不同BMI等級在健康概念之多變量變異數分析摘要表

變異 來源	df	sscp				多變量 Wilks' Λ
組間	1	50.21	3.91	43.49	0.67	.974
		3.91	19.28	8.97	8.68	
		43.49	8.97	39.33	3.40	
		0.67	8.68	3.40	12.49	
組內	455	9149.70	4024.93	3254.79	3540.40	
		4024.93	8506.21	4785.23	6132.66	
		3254.79	4785.23	5297.61	4876.67	
		3540.40	6132.66	4876.67	8225.21	
全體	456	9199.92	4028.85	3298.28	3541.07	
		4028.85	8525.49	4794.21	6141.35	
		3298.28	4794.21	5336.94	4880.07	
		3541.07	6141.35	4880.07	8237.71	

本研究對象之BMI等級以正常組佔多數，而且各BMI等級的健康概念四個分量表平均數非常接近，因此健康促進生活型態不會因為學童母親BMI等級的不同而有所差異。

由表4-1-11研究結果得知，不同身體質量指數等級之國小學童母親在健康概念四個分量表：「臨床性」、「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」皆未呈顯著差異。本研究與林美聲（2004）以宜蘭縣中小學學校護理人員為研究對象結果相同，即不同身體質量指數等級與健康概念沒有達到顯著結果。卻與柯志賢（2003）以台北縣土城地區的中小學教師362人為研究對象，做不同身體質量指數與身體活動量教師自覺健康狀況之研究，發現不同的身體質量指數與自覺健康狀況有顯著差異。另外Johnson 等人（1993）以隨機取樣之方式，調查3025 位20-64 歲成人之健康促進生活型態，結果顯示身體質量指數（BMI），可直接影響健康概念不同。不同身體質量指數等級對學童母親健康概念的影響如何？有待後續的研究加以探討。

綜合討論

綜合上述研究結果，不同背景變項之國小學童母親在健康概念之表現，僅在教育程度方面達顯著水準，其他皆不同背景變項（年齡、婚姻、狀況子女、數身體質量指數）未呈顯著差異。不同背景變項之國小學童母親在健康概念之四個分量表的得分排序為（如附錄三）：「安寧幸福」、「臨床性」、「調適性」、「角色功能」，各分量表

得分都超過平均數。與宋素珍（1998）、林女理（2002）、林美聲（2004）針對護理人員為對象之研究結果有所不同，其四個分量表的得分排序為：「調適性」、「角色功能」、「安寧幸福」、「臨床性」。國小學童母親在「安寧幸福」健康概念得分最高，顯示其希望將健康概念提升到更高層次，身心都能處在最佳狀況以利於照顧家人。護理人員以「調適性」健康概念得分最高，有可能平時面對工作以及操勞家事的壓力較大，而從環境、壓力的調適情形來定義健康，例如健康是能適應週遭環境的改變、能應付外來的壓力等。

二、不同背景因素的國小學童母親健康促進生活型態之差異分析

(一)不同年齡之國小學童母親在健康促進生活型態之差異情形

表 4-1-12 為不同年齡國小學童母親健康促進生活型態之描述統計摘要表，在自我實現、人際支持、壓力及營養的得分高於平均數，顯示不同年齡在這四個層面中表現較正向。在健康責任與運動得分低於平均值，顯示不同年齡這個此二層面的表現較負向。經多變量變異數分析檢定(表 4-1-13)，Wilks' Λ 值 = .977， $p > .05$ 未達顯著水準，接受虛無假設，表示假設「不同年齡之國小學童母親在健康促進生活型態差異達顯著水準」未獲支持。換言之，國小學童母親在健康促進生活型態不會因年齡的不同而有所差異。

表4-1-12 不同年齡國小學童母親健康促進生活型態之描述統計摘要表

變 項	年 齡	平均數	標準差	個數
自我實現	40 歲以下	1.88	0.58	295
	40 歲以上	1.95	0.60	160
	總 和	1.90	0.58	455
健康責任	40 歲以下	1.10	0.54	295
	40 歲以上	1.17	0.52	160
	總 和	1.12	0.53	455
人際支持	40 歲以下	2.00	0.61	295
	40 歲以上	2.09	0.61	160
	總 和	2.03	0.61	455
運動休閒	40 歲以下	1.02	0.60	295
	40 歲以上	1.11	0.54	160
	總 和	1.05	0.58	455
壓力處理	40 歲以下	1.85	0.49	295
	40 歲以上	1.85	0.50	160
	總 和	1.85	0.49	455
營養行為	40 歲以下	1.93	0.61	295
	40 歲以上	1.98	0.49	160
	總 和	1.94	0.57	455

註：每題得分，最低為0，最高為3分，平均數為1.5分；* $p < .05$

表4-1-13 不同年齡在健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表

變異 來源	df	sscp						多變量 Wilks Λ
組間	1	28.88	33.67	30.92	28.16	-7.14	14.47	.977
		33.67	39.26	36.05	32.83	-8.32	16.87	
		30.92	36.05	33.10	30.15	-7.64	15.49	
		28.16	32.83	30.15	27.45	-6.96	14.11	
		-7.14	-8.32	-7.64	-6.96	1.76	-3.57	
		14.47	16.87	15.49	14.11	-3.57	7.25	
組內	454	9877.77	3849.81	4919.00	3406.19	4948.07	2074.67	
		3849.81	8247.10	3024.03	3316.70	3671.16	2234.21	
		4919.00	3024.03	6010.81	2124.78	3027.17	1260.476	
		3406.19	3316.70	2124.78	5524.96	2621.87	1679.92	
		4948.07	3671.16	3027.17	2621.87	5140.87	1985.82	
		2074.67	2234.21	1260.47	1679.92	1985.82	3722.61	

表 4-1-13 不同年齡在健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表(續)

全體	455	9906.66	3883.49	4949.92	3434.35	4940.93	2089.15
		3883.49	8286.36	3060.08	3349.54	3662.84	2251.09
		4949.92	3060.08	6043.92	2154.93	3019.53	1275.97
		3434.35	3349.54	2154.93	5552.42	2614.91	1694.03
		4940.93	3662.84	3019.53	2614.91	5142.63	1982.24
		2089.15	2251.09	1275.97	1694.03	1982.24	3729.87

* $p < .05$

健康促進生活型態之人際支持層面係指能發展社會支持系統，包括樂於和親近的人保持聯絡、維持實質及有用的人際關係、和親密的朋友在一起、對別人表現關心、愛心、和溫暖、和親近的人討論個人問題。本研究對象在人際支持層面得分最高，可能是因為身為母親的角色的關係，因此在發展社會支持系統特別明顯。運動層面係指從事運動與休閒的活動等，本研究對象在運動層面得分最低，表示研究對象忙於照顧家人及家事，而沒空挪出時間從事運動與休閒的活動。

由表 4-1-13 究結果得知，不同年齡之國小學童母親在健康促進生活型態，未呈顯著差異，結果與宋素真（1987）以臨床護理人員的研究結果相同，年齡與健康促進生活型態無顯著相關。與國外 Walker 等人(1988)、Wang(2001)，國內陳美燕、廖張京隸等（1995）、林女理（2002）、蕭順蘭（2002）、林美聲（2004）、鄭小玉（2005）等針對護理人員研究；林思嫻與陳政友（2006）針對宜蘭高中職教師健康促進生活型態之研究結果相異，年齡愈大者愈能執行健康促進生活型態，可能是本研究對象年齡層分布較接近。

(二)不同教育程度國小學童母親在健康促進生活型態之差異分析

表4-1-14為不同教育程度之國小學童母親健康促進生活型態描述

統計摘要表，在自我實現、人際支持、壓力及營養的得分高於平均數，以人際支持得分最高，顯示不同教育程度在這四個層面中表現較正向。在健康責任與運動得分低於平均值，顯示不同教育程度這個此二層面的表現較負向。經多變量變異數分析檢定(表4-1-15)，Wilks' Λ 值 = .957， $p < .05$ 達顯著水準，拒絕虛無假設，研究假設1-2「不同教育程度國小學童母親在健康促進生活型態之差異達顯著水準」得到支持，進一步進行單變量變異數分析。

表4-1-14 不同教育程度在健康促進生活型態描述統計摘要表

變 項	年 齡	平均數	標準差	個數
自我實現	國中小	1.84	0.61	50
	國中職	1.86	0.63	191
	大專以上	1.95	0.53	214
	總 和	1.90	0.58	455
健康責任	國中小	1.13	0.52	50
	國中職	1.09	0.53	191
	大專以上	1.15	0.54	214
	總 和	1.12	0.53	455
人際支持	國中小	2.06	0.62	50
	國中職	2.02	0.63	191
	大專以上	2.04	0.59	214
	總 和	2.03	0.61	455
運動休閒	國中小	1.02	0.55	50
	國中職	1.00	0.57	191
	大專以上	1.11	0.60	214
	總 和	1.05	0.58	455
壓力處理	國中小	1.75	0.49	50
	國中職	1.84	0.53	191
	大專以上	1.88	0.46	214
	總 和	1.85	0.49	455
營養行為	國中小	1.88	0.56	50
	國中職	1.85	0.60	191
	大專以上	2.05	0.53	214
	總 和	1.94	0.57	455

註：每題得分，最低為0，最高為3分，平均數為1.5分

表4-1-15 不同教育程度健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表

變異來源	df	sscp						多變量 Wilks' Λ
組間	2	62.83	33.53	3.35	53.21	49.41	83.32	0.957*
		33.53	20.87	4.07	31.32	22.35	47.85	
		3.35	4.07	1.92	5.09	-0.43	7.05	
		53.21	31.32	5.09	47.94	37.90	73.89	
		49.41	22.35	-0.43	37.90	44.27	60.96	
		83.32	47.85	7.05	73.89	60.96	114.36	
組內	452	9843.82	3849.96	4946.56	3381.14	4891.51	2005.82	
		3849.96	8265.49	3056.01	3318.21	3640.48	2203.23	
		4946.56	3056.01	6041.99	2149.84	3019.96	1268.92	
		3381.14	3318.21	2149.84	5504.47	2577.01	1620.13	
		4891.51	3640.48	3019.96	2577.01	5098.36	1921.28	
		2005.82	2203.23	1268.92	1620.13	1921.28	3615.51	
全體	454	9906.66	3883.49	4949.92	3434.35	4940.93	2089.15	
		3883.49	8286.36	3060.08	3349.54	3662.84	2251.09	
		4949.92	3060.08	6043.92	2154.93	3019.53	1275.97	
		3434.35	3349.54	2154.93	5552.42	2614.91	1694.03	
		4940.93	3662.84	3019.53	2614.91	5142.63	1982.24	
		2089.15	2251.09	1275.97	1694.03	1982.24	3729.87	

* $p < .05$

表 4-1-16 為不同教育程度國小學童母親健康促進生活型態之單變異數分析摘要表，從摘要表發現，不同教育程度國小學童母親健康促進生活型態各層面的差異檢定，僅有在營養層面達顯著水準，事後比較發現，學童母親教育程度在大專程度者顯著優於高中職及國中小教育程度者。

表4-1-16 不同教育程度在健康促進生活型態單變異數分析摘要表

變異來源	層面名稱	SS	df	均方	F	事後比較
教育程度 (組間)	自我實現	0.95	2	0.47	1.40	3>1, 2
	健康責任	0.34	2	0.17	0.59	
	人際支持	0.08	2	0.04	0.11	
	運動休閒	1.34	2	0.67	1.99	
	壓力處理	0.76	2	0.38	1.56	
	營養行爲	4.44	2	2.22	6.96	
Error (誤差)	自我實現	153.41	452	0.34		
	健康責任	128.74	452	0.28		
	人際支持	167.49	452	0.37		
	運動休閒	152.87	452	0.34		
	壓力處理	110.07	452	0.24		
	營養行爲	144.34	452	0.32		

註：1 代表國中小教育程度；2 代表高中職教育程度；3 代表大專教程度。

* $p < .05$

本研究結果與陳美枝（2007）醫院員工健康促進生活方式及生活品質調查的研究結果相同。但與陳美燕等（1994）、宋素貞（1998）、林女理（2002）、蕭順蘭（2002）、林美聲（2004）、鄭小玉（2006）等以衛生護理人員為對象之研究結果不同。

陳美燕、廖張京棣等（1995）、Frank-Stromborg 等人(1990)、Johnson 等人 (1993)等人之研究則顯示，不同教育程度在成健康促進生活型態方面有顯著差異。另外鍾寶玲（2000）對老年糖尿病患者，以及 Duffy 等人(1996)對墨裔美國婦女所進行的探討，也發現教育程度愈高者，愈能執行健康促進生活型態。差異之原因可能係因本研究對象背景皆以國小學童母親為主，教育程度的高低不一，會影響健康促進生活型態的認知及執行而形成顯著之差異。

(三)不同婚姻狀況之國小學童母親健康促進生活型態之差異分析

表 4-1-17 為不同婚姻狀態之國小學童母親健康促進生活型態描述統計摘要表，在自我實現、人際支持、壓力及營養的得分高於平均數，顯示不同婚姻狀態在這四個層面中表現較正向。在健康責任與運動得分低於平均值，顯示不同不同婚姻狀態這個此二層面的表現較負向。在自我實、運動及壓力三個層面，其他組段得分較高，顯示在這三個層面中表現較同住組段正向。經多變量變異數分析檢定(表 4-1-18)，Wilks' Λ 值=.957， $p>.05$ 未達顯著水準，接受虛無假設，研究假設「不同婚姻狀態國小學童母親在健康促進生活型態之差異達顯著水準」未獲得支持。換言之，國小學童母親健康促進生活型態 不會因為婚姻狀態的不同而有所差異。

表4-1-17 不同婚姻狀況在健康促進生活型態得分之描述統計摘要表

變項	年齡	平均數	標準差	個數
自我實現	同住	1.89	0.58	435
	其他	2.12	0.54	20
	總和	1.90	0.58	455
健康責任	同住	1.12	0.54	435
	其他	1.18	0.45	20
	總和	1.12	0.53	455
人際支持	同住	2.04	0.61	435
	其他	1.88	0.57	20
	總和	2.03	0.61	455
運動休閒	同住	1.05	0.59	435
	其他	1.12	0.44	20
	總和	1.05	0.58	455
壓力處理	同住	1.84	0.50	435
	其他	1.94	0.40	20
	總和	1.85	0.49	455
營養行為	同住	1.95	0.57	435
	其他	1.92	0.64	20
	總和	1.94	0.57	455

註：1.每題得分，最低為0，最高為3分，平均數為1.5分

2.同住：與先生小孩或其他親人住在一起，其他：含單親、離婚、喪偶者。

表4-1-18 不同婚姻狀況在健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表

變異來源	df	sscp						多變量 Wilks' Λ
組間	1	63.54	8.51	-38.84	12.73	24.33	-8.78	.969
		8.51	1.14	-5.20	1.70	3.26	-1.17	
		-38.84	-5.20	23.75	-7.78	-14.87	5.37	
		12.73	1.70	-7.78	2.55	4.87	-1.76	
		24.33	3.26	-14.87	4.87	9.32	-3.36	
		-8.78	-1.17	5.37	-1.76	-3.36	1.21	
		9843.12	3874.98	4988.77	3421.61	4916.59	2097.93	
組內	455	3874.98	8285.22	3065.29	3347.83	3659.58	2252.26	
		4988.77	3065.29	6020.17	2162.72	3034.41	1270.60	
		3421.61	3347.83	2162.72	5549.86	2610.03	1695.79	
		4916.59	3659.58	3034.41	2610.03	5133.31	1985.61	
		2097.93	2252.26	1270.60	1695.79	1985.61	3728.65	
		9906.66	3883.49	4949.92	3434.35	4940.93	2089.15	
		3883.49	8286.36	3060.08	3349.54	3662.84	2251.09	
全體	456	4949.92	3060.08	6043.92	2154.93	3019.53	1275.97	
		3434.35	3349.54	2154.93	5552.42	2614.91	1694.03	
		4940.93	3662.84	3019.53	2614.91	5142.63	1982.24	
		2089.15	2251.09	1275.97	1694.03	1982.24	3729.87	

* $p < .05$

由表4-1-18結果得知，本研究不同婚姻狀況之國小學童母親在健康促進生活型態無顯著差異存在，婚姻並不會影響健康促進生活型態，與陳美燕等（1994）、宋素貞（1998）、林美聲（2004）之研究一致。與鄭小玉（2006）對花東地區衛生護理人員；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；林思嫻、陳政友（2006）宜蘭高中職教師健康促進生活形態之研究不一致，婚姻會影響健康促進生活型態之執行。推測原因可能是國小學童母親需要花費較多的精力、時間在家事上，所以在健康促進生活型態行為的執行效果上容易被削弱。因此，婚姻狀況並未造成健康促進生活型態行為之差異。

(四) 不同子女數之國小學童母親健康促進生活型態之差異情形

表4-1-19為不同子女數之國小學童母親健康促進生活型態之描述統計摘要表，在自我實現、人際支持、壓力及營養的得分高於平均數，顯示不同子女數度在這四個層面中表現較正向。

表4-1-19 不同子女數在健康促進生活型態得分之描述統計摘要表

變 項	子女數	平均數	標準差	個數
自我實現	一位	1.94	0.58	48
	二位	1.86	0.58	271
	三位	2.00	0.57	121
	三位以上	1.71	0.73	15
	總 和	1.90	0.58	455
健康責任	一位	1.08	0.61	48
	二位	1.13	0.52	271
	三位	1.15	0.54	121
	三位以上	0.92	0.43	15
	總 和	1.12	0.53	455
人際支持	一位	2.06	0.61	48
	二位	2.03	0.61	271
	三位	2.05	0.60	121
	三位以上	1.88	0.68	15
	總 和	2.03	0.61	455
運動休閒	一位	1.03	0.57	48
	二位	1.06	0.58	271
	三位	1.07	0.58	121
	三位以上	0.84	0.67	15
	總 和	1.05	0.58	455
壓力處理	一位	1.87	0.47	48
	二位	1.84	0.47	271
	三位	1.91	0.53	121
	三位以上	1.44	0.42	15
	總 和	1.85	0.49	455
營養行為	一位	1.85	0.62	48
	二位	1.98	0.57	271
	三位	1.93	0.55	121
	三位以上	1.69	0.52	15
	總 和	1.94	0.57	455

註：每題得分，最低為0，最高為3分，平均數為1.5分

在健康責任與運動得分低於平均值，顯示不同子女數這個此二層面的表現較負向，尤其以「三位以上」組段在健康責任與運動得分低於平均值甚多。經多變量變異數分析檢定（表4-1-20），Wilks' Λ 值 = .945， $p > .05$ 未達顯著水準，接受虛無假設，研究假設「不同子女數之國小學童母親在健康促進生活型態差異達顯著水準」未獲支持。換言之，國小學童母親在健康促進生活型態不會因為子女數的不同而有所差異。

表4-1-20 不同子女數在健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表

變異來源	df	sscp					多變量 Wilks' Λ
組間	3	134.63	49.12	39.11	31.21	94.29	-0.76 .945
		49.12	66.38	31.37	41.32	83.23	48.74
		39.11	31.37	20.94	20.73	51.80	17.06
		31.21	41.32	20.73	26.07	54.25	30.11
		94.29	83.23	51.80	54.25	129.79	48.83
		-0.76	48.74	17.06	30.11	48.832	49.60
組內	453	9772.03	3834.74	4910.81	3403.14	4846.63	2089.91
		3834.37	8219.98	3028.71	3308.21	3579.60	2202.34
		4910.81	3028.71	6022.98	2134.20	2967.72	1258.91
		3403.14	3308.21	2134.20	5526.34	2560.65	1663.92
		4846.63	3579.60	2967.72	2560.65	5012.85	1933.41
		2089.91	2202.34	1258.91	1663.92	1933.41	3680.26
全體	456	9906.66	3883.49	4949.92	3434.35	4940.93	2089.15
		3883.49	8286.36	3060.08	3349.54	3662.84	2251.09
		4949.92	3060.08	6043.92	2154.93	3019.53	1275.97
		3434.35	3349.54	2154.93	5552.42	2614.91	1694.03
		4940.93	3662.84	3019.53	2614.91	5142.63	1982.24
		2089.15	2251.09	1275.97	1694.03	1982.24	3729.87

由表4-1-20結果得知不同子女數在健康促進生活型態的差異，本研究發現：子女數並不會影響健康促進生活型態之執行。此與陳美燕、廖張京隸等（1995）探討桃園地區護理學生與護理人員執行健康促進的生活方式；林美聲（2004）研究宜蘭縣中小學學校護理人員113人之研究結果一致，但是與宋素真（1998）、彭鳳美（2000）、林女理（2002）、蕭順蘭（2002）等人針對護理人員、葉國樑（2006）以某國營事業職場員工382人研究其健康促進生活型態及相關因素發現，子女數對健康促進生活型態形成顯著影響。陳美枝（2007）針對醫院員工健康促進生活方式及生活品質調查的研究，發現家庭子女數會影響健康促進生活型態。推論原因可能是孩子們的一頻一笑時時牽動著母親的心情，為了孩子母親可以放棄一切。因此不同子女數對婦女健康促進生活型態的影響並不會造成顯著差異。

（五）不同身體質量指數等級之國小學童母親在健康促進生活型態之差異情形

表 4-1-21 為不同 BMI 等級之國小學童母親健康促進生活型態之描述統計摘要表，在自我實現、人際支持、壓力及營養的得分高於平均數，顯示不同身體質量指數等級在這四個層面中表現較正向。在健康責任與運動得分低於平均值，顯示不同身體質量指數等級在這個此二層面的表現較負向。本研究對象之 BMI 等級以正常組居多，且在自我實現、壓力、營養得分最高。經多變量變異數分析檢定（表 4-1-22），Wilks' Λ 值 = .947， $p > .05$ 未達顯著水準，接受

虛無假設，研究假設 1-5「不同 BMI 等級之國小學童母親在健康促進生活型態差異達顯著水準」未獲支持。換言之，國小學童母親在健康促進生活型態不會因為 BMI 等級的不同而有所差異。

表4-1-21 不同BMI等級在健康促進生活型態之描述統計摘要表

變 項	BMI 等級	個數	平均數	標準差
自我實現	過輕	41	1.88	0.67
	正常	334	1.91	0.56
	過重	48	1.85	0.61
	肥胖	34	1.86	0.68
	總和	457	1.90	0.58
健康責任	過輕	40	1.00	0.52
	正常	334	1.13	0.53
	過重	48	1.22	0.49
	肥胖	34	1.02	0.59
	總和	456	1.12	0.53
人際支持	過輕	41	1.96	0.65
	正常	334	2.04	0.58
	過重	48	1.95	0.67
	肥胖	34	2.12	0.72
	總和	457	2.03	0.61
運動休閒	過輕	41	0.95	0.50
	正常	333	1.06	0.58
	過重	48	1.12	0.56
	肥胖	34	1.08	0.71
	總和	456	1.05	0.58
壓力處理	過輕	41	1.72	0.55
	正常	334	1.88	0.48
	過重	48	1.78	0.49
	肥胖	34	1.72	0.49
	總和	457	1.85	0.49
營養行為	過輕	41	1.78	0.61
	正常	334	1.97	0.57
	過重	48	1.91	0.48
	肥胖	34	1.92	0.65
	總和	457	1.94	0.57

註：每題得分，最低為0，最高為3分，平均數為1.5分

表4-1-22 不同BMI等級在健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表

變異來源	df	sscp					多變量 Wilks' Λ
組間	3	14.95	3.41	8.05	-4.21	31.17	14.22
		3.41	86.90	-14.16	33.17	43.60	30.17
		8.05	-14.16	30.02	5.45	15.89	20.72
		-4.21	33.17	5.45	23.43	9.29	17.85
		31.17	43.60	15.89	9.29	81.98	45.73
		14.22	30.17	20.72	17.85	45.73	36.32
組內	453	9891.71	3880.08	4941.87	3438.57	4909.75	2074.92
		3880.08	8199.45	3074.25	3316.37	3619.23	2220.91
		4941.87	3074.25	6013.89	2149.48	3003.64	1255.24
		3438.57	3316.37	2149.48	5528.98	2605.61	1676.18
		4909.75	3619.23	3003.64	2605.61	5060.65	1936.51
		2074.92	2220.91	1255.24	1676.18	1936.51	3693.54
全體	456	9906.66	3883.49	4949.92	3434.35	4940.93	2089.15
		3883.49	8286.36	3060.08	3349.54	3662.84	2251.09
		4949.92	3060.08	6043.92	2154.93	3019.53	1275.97
		3434.35	3349.54	2154.93	5552.42	2614.91	1694.03
		4940.93	3662.84	3019.53	2614.91	5142.63	1982.24
		2089.15	2251.09	1275.97	1694.03	1982.24	3729.87

由表 4-1-22 結果得知，不同身體質量指數等級之國小學童母親在健康促進生活型態，未達顯著水準。此研究結果與國內研究者陳美燕等（1995）；林女理（2002）；蕭順蘭（2002）；林美聲（2004）等人以公共衛生護理人員及學校護理人員為對象；陳純珣（2006）針對醫院員工為對象；林思嫻、陳政友（2006）以宜蘭高中職教師為對象，所進行之探討相似，體質量指數與健康促進生活

型態間並無顯著相關。但與 Johnson 等人 (1993) 針對成人所進行的研究，發現身體質量指數直接影響健康促進生活型態的結果相反。

綜合討論

綜合上述研究結果，不同背景變項之國小學童母親在健康促進生活型態之表現，僅在教育程度方面達顯著水準，其他不同背景變項（年齡、婚姻、狀況子女、數身體質量指數）未呈顯著差異。不同背景變項之國小學童母親在健康促進生活型態之六個分量表的得分排序為（如附錄一）：人際支持、營養、壓力處理、自我實現、運動、健康責任。本研究對象在健康促進生活型態健康責任與運動休閒分量表的得分低於平均數，顯示國小學童母親這個此二層面的表現較負向，此與 Pender 等人（1990）針對白領工作者、林思嫻與陳政友（2006）宜蘭高中職教師健康促進生活形態之研究結果一致。不同背景變項之國小學童母親在健康促進生活型態「人際支持」層面得分排序第一，與陳美燕、廖張京隸（1995）針對護理學生與護理人員，高淑芬（2001）針對護專學生，張聖如（2002）針對更年期婦人結果相同；與陳美燕（1995）針對醫師，洪麗玲（1997）針對護專學生，宋素貞（1998）臨床護理人員排序第二接近。「人際支持」層面包括樂於和親近的人保持聯絡、對別人表現關心等，由此可見國小學童母親具有高度發展社會支持系統的特質。

第二節 不同運動階段的國小學童母親在健康概念與健康促進生活型態的差異比較

一、不同運動階段國小學童母親健康概念的差異分析

表4-2-1為不同運動階段組在健康概念各層面描述統計摘要表，健康概念四個分量表：「臨床性」、「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」得分都高於平均數，顯示不同運動階段在健康概念的整體表現趨於正向的態度，其得分排序為：「調適性」、「角色功能」、「安寧幸福」、「臨床性」。經多變量變異數分析檢定(表4-2-2)，Wilks' Λ 值 = .981， $p = .929 > .05$ 未達顯著水準，接受虛無假設，研究假設2-1「不同運動階段國小學童母親在健康概念的差異達顯著水準」無法獲得支持，換言之，不同運動階段國小學童母親健康概念沒有差異。

表4-2-1 不同運動階段組在健康概念各分層面得分描述統計摘要表

變 項	運動階段	平均數	標準差	人數
臨床性	無意圖期	4.72	0.97	92
	意圖期	4.80	0.96	97
	準備期	4.88	0.86	146
	行動期	4.98	0.80	39
	維持期	4.68	0.85	83
	總 和	4.80	0.90	457
角色功能	無意圖期	5.00	0.99	92
	意圖期	5.01	0.70	97
	準備期	5.05	0.97	146
	行動期	5.14	0.65	39
	維持期	4.91	0.69	83
	總 和	5.02	0.85	457

表 4-2-1 不同運動階段組在健康概念各分層面得分描述統計摘要表(續)

調適性	無意圖期	5.02	0.71	92
	意圖期	5.04	0.76	97
	準備期	5.10	0.68	146
	行動期	5.17	0.62	39
	維持期	4.90	0.63	83
	總 和	5.04	0.69	457
安寧幸福	無意圖期	4.95	0.71	92
	意圖期	5.05	0.69	97
	準備期	5.07	1.26	146
	行動期	5.14	0.66	39
	維持期	4.90	0.61	83
	總 和	5.02	0.90	457

註：每題得分，最低為1，最高為6分，平均數為3.5分

表4-2-2 不同運動階段組在健康概念之多變量變異數分析摘要表

變異來源	df	sscp				多變量 Wilk's Λ
組間	4	3.96	2.46	3.10	3.14	0.981
		2.46	1.80	2.22	2.01	
		3.10	2.22	2.80	2.53	
		3.14	2.01	2.53	2.66	
組內	452	364.03	131.34	119.64	140.55	
		131.34	325.92	167.16	163.64	
		119.64	167.16	216.22	167.40	
		140.55	163.64	167.40	368.86	
全體	456	367.99	133.81	122.75	143.70	
		133.81	327.73	169.38	165.66	
		122.75	169.38	219.02	169.94	
		143.70	165.66	169.94	371.52	

從表 4-2-2 不同運動階段組在健康概念之多變量變異數分析摘要表得知，不同運動階段組織學童母親在健康概念各層面得分區於一致，因此不同運動階段國小學童母親在健康概念的差異未達顯著水準，本研究與江衍偉（2004）以台北縣、台北市國小女教師 284 人

為對象，應用跨理論模式於國小女教師運動行為之研究不同，其發現五個不同運動階段的研究對象，會因為自覺健康狀況不同而異。詹之術（2006）以大學護理系所女學生為研究對象共 792 人，研究對象運動階段與生活品質的生理健康呈顯著正相關，顯示不同運動階段對於健康概念四個層面有顯著水準。

再深入研究不同運動階段分別在健康概念各層面的差異發現：維持期在健康概念四個分量表，「臨床性」、「角色功能」、「安寧幸福」及「調適性」得分都低於各層面平均數，也是各個運動階段組得分最低的。「維持期」代表正在從事規律運動，而且已經超過 6 個月，顯然已經養成規律運動的學童母親在健康概念表現反而最低，可能原因是維持期之研究對象，以身體力行運動健身的觀念，而忽略了健康概念其他深層的意念。

二、不同運動階段國小學童母親健康促進生活型態的差異分析

表4-2-3為不同運動階段組在健康促進生活型態各分層面描述統計摘要表，健康促進生活型態六個分量表除健康責任得分未達平均數外，其餘各層面得分都超過平均數：顯示不同運動階段在健康促進生活型態的整體表現趨於正向的態度，其得分排序為：「人際支持」、「營養行為」、「自我實現」、「壓力處理」、「運動休閒」、「健康責任」。經多變量變異數分析檢定(表4-2-4)，Wilks' Λ 值 = .627， $p=.000 < .05$ 達顯著水準，拒絕虛無假設，研究假設2-2「不同運動階段國小學童母親在健康促進生活型態的差異達顯著水準」獲得支持，進一步進行單變量變異數分析（表4-2-5）。

表4-2-3 不同運動階在健康促進生活型態各分層面得分描述統計摘要表

變 項	運動階段	平均數	標準差	數量
自我實現	無意圖期	1.74	0.60	91
	意圖期	1.82	0.59	96
	準備期	1.98	0.56	146
	行動期	1.99	0.55	39
	維持期	2.01	0.56	83
	總 和	1.90	0.58	455
健康責任	無意圖期	0.88	0.49	91
	意圖期	1.10	0.42	96
	準備期	1.21	0.53	146
	行動期	1.11	0.54	39
	維持期	1.25	0.62	83
	總 和	1.12	0.53	455
人際支持	無意圖期	1.89	0.57	91
	意圖期	1.99	0.58	96
	準備期	2.10	0.62	146
	行動期	2.13	0.68	39
	維持期	2.07	0.61	83
	總 和	2.03	0.61	455
運動休閒	無意圖期	0.68	0.47	91
	意圖期	0.78	0.36	96
	準備期	1.09	0.46	146
	行動期	1.24	0.51	39
	維持期	1.63	0.62	83
	總 和	1.05	0.58	455
壓力處理	無意圖期	1.65	0.49	91
	意圖期	1.77	0.53	96
	準備期	1.93	0.46	146
	行動期	1.90	0.46	39
	維持期	1.98	0.47	83
	總 和	1.85	0.49	455
營養行為	無意圖期	1.79	0.57	91
	意圖期	1.88	0.52	96
	準備期	1.96	0.57	146
	行動期	2.07	0.54	39
	維持期	2.10	0.61	83
	總 和	1.94	0.57	455

註：每題得分，最低為0，最高為3分，平均數為1.5分

表4-2-4 不同運動階健康促進生活型態之多變量變異數分析摘要表

變異來源	df	sscp					多變量 wilk'Λ
組間	4	5.33	6.02	3.88	14.22	5.89	.627*
		6.02	8.14	4.49	15.67	7.02	
		3.88	4.49	3.14	8.81	4.23	
		14.22	15.67	8.81	49.37	16.08	
		5.89	7.02	4.23	16.08	6.63	
		4.86	5.39	3.37	15.36	5.40	
組內	450	149.02	54.79	99.16	57.40	81.37	
		54.79	120.92	58.95	54.05	59.84	
		99.16	58.95	164.42	51.04	67.33	
		57.40	54.05	51.04	104.84	45.63	
		81.37	59.84	67.33	45.63	104.20	
		47.19	50.59	38.80	41.11	51.03	
全體	454	154.35	60.82	103.04	71.62	87.26	
		60.82	129.07	63.44	69.73	66.87	
		103.04	63.44	167.56	59.85	71.57	
		71.62	69.73	59.83	154.21	61.71	
		87.26	66.87	71.57	61.71	110.83	
		52.05	55.98	42.17	56.47	56.43	

* $p < .05$

表4-2-5不同運動階段組在健康促進生活型態單變量變異數分析及事後比較摘要表，事後比較發現：(1)自我實現層面比較發現：處於準備期、行動期及維持期階段者的表現顯著優於處於無意圖期階段者；處於準備期及維持期階段者的表現顯著優於處於意圖期階段者；其餘各階段的差異則未達顯著水準。(2)健康責任層面比較發

現：處於維持期階段者顯著優於意圖期及無意圖期；處於行動期及準備期者優於無意圖期；其餘各階段的差異則未達顯著水準。(3)人際支持層面比較發現：不同運動階段國小學童沒有顯著差異。(4)運動休閒層面的比較發現：維持期同時優於無意圖期、意圖期、準備期及行動期；行動期及準備期優於無意圖期及意圖期；其餘各階段的差異則未達顯著水準。與李碧霞（2001）以中年人運動階段、身體活動及其影響因素之研究發現有相似之處：在運動自我效能上的差異，維持期者的運動自我效能最高，無意圖期者的運動自我效能最低，且維持期者的運動自我效能顯著高於準備期、意圖期及無意圖期者；行動期者的運動自我效能顯著高於準備期、意圖期及無意圖期者；準備期者的運動自我效能顯著高於無意圖期者。(5)壓力層面的比較發現：維持期優於意圖期及無意圖期；行動期優於無意圖期、準備期優於無意圖期及意圖期；其餘各階段的差異則未達顯著水準。(6)在營養層面的比較發現：維持期優於無意圖期及意圖期、行動期及準備期優於無意圖期；其餘各階段的差異則未達顯著水準。

表4-2-5 不同運動階段健康促進生活型態之單變量變異數分析及事後比較摘要表

變異來源	層面名稱	SS	df	MS	F	sig.	事後比較
運動階段(組間)	自我實現	5.33	4	1.33	4.02	.003	3,4,5>1 3,5>2
	健康責任	8.14	4	2.04	7.58	.000	3,4,5>1 5>2
	人際支持	3.15	4	0.79	2.15	.073	

表 4-2-5 不同運動階段健康促進生活型態之單變量變異數分析及事後比較
摘要表（續）

運動 階段 (組間)	運動休閒	49.37	4	12.34	52.97	.000	5>1,2,3,4 3,4>1,2
	壓力處理	6.63	4	1.66	7.16	.000	5>1, 2 3,4>1 ; 3>2,
	營養行為	5.19	4	1.30	4.07	.003	5>1, 2 3,4>1
Error (誤差)	自我實現	149.03	450	0.33			
	健康責任	120.93	450	0.27			
	人際支持	164.42	450	0.37			
	運動休閒	104.85	450	0.23			
	壓力處理	104.20	450	0.23			
	營養行為	143.59	450	0.32			

註：事後比較欄中1：無意圖期，2：意圖期，3：準備期，4：行動期，
5.維持期。

由表4-2-5事後比較摘要表，發現不同運動階段組在健康促進生活型態六個層面中，除了人際支持沒有顯著外，準備期明顯的優於其他各組段。如此的結果與江衍偉（2004）以台北縣、台北市國小女教師284人為對象，其發現五個不同運動階段的研究對象，會因為自覺健康狀況不同而異有相似之處。李碧霞（2001）以中年人運動階段、身體活動及其影響因素之研究發現，自我效能知覺、運動障礙及運動社會支持與運動階段有高度關聯。

第三節 健康概念與健康促進生活型態典型相關分析

本節主要目的在探討國小學童母親在健康概念與健康促進生活型態各層面之相關，並以典型相關法進行分析，以檢定研究假設3「健

康促進生活型態與健康概念是否有顯著的典型相關」。

表 4-3-1 健康概念與健康促進生活型態典型相關分析摘要，顯示一個典型相關係數達 .05 以上的顯著水準，典型相關係數為 .408，換言之四個控制變項(健康概念)，主要透過此一個典型因素影響效標變項（健康促進生活型態）。

x 與 η 的典型相關係數為 .408($p < .05$)，其決定係數為 .166，表示健康概念健康促進生活型態之各變項的典型因素(x)可以解釋健康促進生活型態生活品質典型因素(η)總變異量的 16.6%。

從健康概念四個變項中抽出來的典型因素佔健康概念總變異量的 8.2%。健康概念與健康促進生活型態的典型因素(η)重疊部份為 .494，表示健康促進生活型態透過典型因素(η)可以解釋健康概念總變異量的 49.4%。

從健康促進生活型態六個變項中抽出來的典型因素(η)佔健康促進生活型態總變異量的 42.1%。健康概念與健康促進生活型態典型因素(η)重疊部份為 .069，表示健康概念透過典型因素(η)可以解釋健康促進生活型態總變異量的 6.9%。

由表 4-3-1 可知，本研究結果健康概念與健康促進生活型態呈正相關，與本研究結果相同的其他相關研究有：黃毓華、邱啟潤（1997）對高雄地區三所大學院校 562 名二年級學生為對象，進行健康促進生活型態之研究，研究結果發現健康概念可解釋健康促進

生活型態總變異量的 3.7%，健康概念與健康促進生活型態呈正相關。葉琇珠（2000）的研究顯示大學生健康概念與健康促進生活型態呈正相關。鄭小玉（2005）以花東地區學校護理人員 237 人為健康促進生活型態的研究對象，健康概念與健康促進生活型態呈正相關。林美聲、黃松元（2006）研究 113 名宜蘭縣中小學學校護理人員健康促進生活型態，結果顯示健康概念與健康促進生活型態成顯著正相關。

表4-3-1 健康概念與健康促進生活型態典型相關分析摘要表

控制變項 (X 變項)	χ	效標變項 (Y 變項)	η
調適性	-.966	壓力處理	-.824
安寧幸福	-.707	人際支持	-.602
臨床性	-.284	營養行為	-.475
角色功能	-.68	健康責任	-.454
		運動休閒	-.386
		自我實現	-.95
抽出變異數百分比	.082	抽出變異數百分比	.421
重疊	.494	重疊	.069
		ρ^2	.166
		ρ	.408*

* $p < .05$

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。從典型相關的結構來看，典型因素與健康概念各層面均有負相關，其中以「調適性」層面與典型因素(x)的相關最高，其典型因素負荷量高達-.966。健康促進生活型態中「自我實現」層面與典型因素(η)的相關最高，其典型因素負荷量高達-.95。

葉琇珠（2000）對大學生的研究，健康概念越高得分者，其健康促進生活型態得分亦越高分，亦即其生活行為較屬於經常與都是如此的類型，其研究與本論文有相似之處。由圖 4-3-1得知健康概念中的「調適性」層面透過典型因素與健康促進生活型態中「自我實現」層面有高度的相關，其結構係數同為負值，研究者認為代表「調適性健康概念」得分愈高者愈具有正向，對於身體健康的維護更具積極性態度與行，其「健康促進生活型態自我實現」層面的感受也愈高。

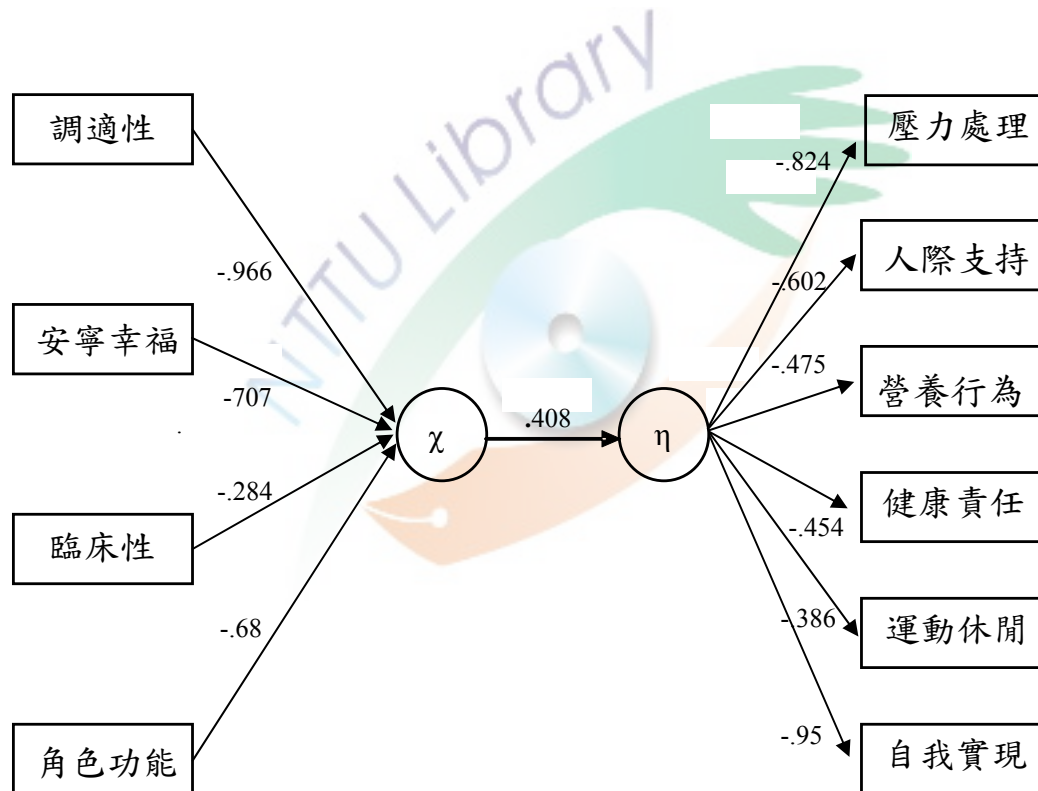


圖 4-3-1 健康概念與健康促進生活型態
各層面典型相關分析路徑圖

第四節 不同背景因素、運動階段及健康概念對於健康促進生活型態之預測情形

本研究在於探討不同背景的國小學童母親、運動階段及健康概念對於健康促進生活型態之預測情形。以不同背景、運動階段及健康概念為自變項，健康促進生活型態為依變項，進行多元迴歸分析。表 4-4-1 為健康促進生活型態與所有變項之皮爾森積差相關矩陣表，十個預測變項中，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度頗高，也可看出效標變項之間的相關情形。

表4-4-1 健康促進生活型態與所有變項之皮爾森積差相關矩陣表

	健康促進總量	臨床性	角色功能	調適性	安寧幸福	運動階段 1	運動階段 2	運動階段 3	運動階段 4	教育程度 1	教育程度 2
健康促進總量	1.00	0.06	0.24*	0.31*	0.25*	-0.25*	-0.12*	0.11*	0.06	-0.03	-0.08*
臨床性		1.00	0.39*	0.43*	0.39*	-0.05	0.00	0.06	0.06	-0.12*	0.01
角色功能			1.00	0.63*	0.47*	-0.01	0.00	0.03	0.05	-0.03	0.09*
調適性				1.00	0.60*	-0.02	0.00	0.06	0.06	-0.05	-0.04
安寧幸福					1.00	-0.04	0.02	0.04	0.04	-0.06	-0.03
運動階段 1						1.00	-0.26*	-0.34*	-0.15*	0.06	0.01
運動階段 2							1.00	-0.36*	-0.16*	0.09*	0.01
運動階段 3								1.00	-0.21*	-0.14*	0.00
運動階段 4									1.00	0.02	-0.09*
教育程度 1										1.00	-0.30*
教育程度 2											1.00

註：1.運動階段 1：無意圖期-維持期。運動階段 2：意圖期-維持期。運動階段 3：準備期-維持期。運動階段 4：行動期-維持期。教育程度 1：國中小-大專以上。教育程度 2：高中職-大專以上。
2. *P<.05

黃毓華、邱啟潤 (1997) 探討大學生的健康促進生活型態之預測因子，健康概念為 3.7%，本研究與其相較結果相近。從表 4-4-2 得知調適性健康概念在健康促進生活型態預測存有重要性。本研究進一步將健康概念與不同的運動階段對比組分別置入迴歸分析，即將調適性健康概念、無意圖期-維持期對比組、意圖期-維持期對比組、準備期-維持期對比組、臨床性健康概念、安寧幸福健康概念及行動期-維持期對比組總計七個變項，共同預測「健康促進生活型態」。從表 4-4-2 多元迴歸分析模式摘要表得知，調適性健康概念、無意圖期-維持期對比組、意圖期-維持期對比組、準備期-維持期對比組、臨床性健康概念、安寧幸福健康概念及行動期-維持期對比組七個變項與健康促進生活型態的多元相關係數為.48，表示上述七個變項可以解釋健康促進生活型態共 23%的變異量。

表4-4-2 多元迴歸分析模式摘要表

模式	R	R 平方	調整過後的 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	.31(a)	.10	.10	15.90	.10	49.06	1	455	.000
2	.40(b)	.16	.16	15.36	.06	33.51	1	454	.000
3	.44(c)	.20	.19	15.04	.04	20.11	1	453	.000
4	.45(d)	.20	.20	14.97	.01	5.59	1	452	.018
5	.46(e)	.21	.21	14.90	.01	5.38	1	451	.021
6	.47(f)	.22	.21	14.84	.01	4.76	1	450	.030
7	.48(g)	.23	.22	14.78	.01	4.18	1	449	.042

a 預測變數: (常數), 調適性

b 預測變數: (常數), 調適性, 運動階段 1

c 預測變數: (常數), 調適性, 運動階段 1, 運動階段 2

d 預測變數: (常數), 調適性, 運動階段 1, 運動階段 2, 運動階段 3

e 預測變數: (常數), 調適性, 運動階段 1, 運動階段 2, 運動階段 3, 臨床性

f 預測變數: (常數), 調適性, 運動階段 1, 運動階段 2, 運動階段 3, 臨床性, 安寧幸福

g 預測變數: (常數), 調適性, 運動階段 1, 運動階段 2, 運動階段 3, 臨床性, 安寧幸福, 運動階段 4

表 4-4-3 為逐步迴歸分析摘要表 進入迴歸模式的七個預測變項中，以調適性健康概念對健康促進生活型態的層面預測力最佳，其個別解釋變異量為 10%。其他依序為無意圖期-維持期、意圖期-維持期其單獨解釋量分別為 6%、4%；其餘四項：準備期-維持期、臨床性健康概念、安寧幸福健康概念、行動期-維持期其單獨解釋量均為 1%。

表4-4-3 逐步迴歸分析摘要表

進入的變項順序	多元相 關係數 R	R 平方 決定係 數	增加 R 平方	淨 F 值	模式 F 值	B 估 計值	Beta
截距						36.861	
1.調適性	.31	.10	.10	49.06	49.06	7.353	.305
2.無意圖期-維持期	.40	.16	.06	33.51	43.04	-16.815	-.404
3.意圖期-維持期	.44	.20	.04	20.11	36.60	-12.332	-.302
4.準備期-維持期	.45	.20	.01	5.59	29.13	-6.172	-.172
5.臨床性	.46	.21	.01	5.38	24.60	-2.266	-.122
6.安寧幸福	.47	.22	.01	4.76	21.47	2.135	.115
7.行動期-維持期	.48	.23	.01	4.18	19.13	-5.897	-.099

a 依變數: 健康促進生活型態

從標準化迴歸係數（表 4-4-3）來看，調適性及安寧幸福健康概念對健康促進生活型態的 Beta 值分別為.305 及.115，均為正值，表示健康概念中的「調適性」層面與健康促進生活型態中「自我實現」層面有高度的相關，「調適性健康概念」得分愈高者，其「健康促進生活型態自我實現」層面的感受也愈高。本研究發現健康概念為健康促進生活型態之預測因子，與其他變項共可解釋健康促進生

活型態的變異量為 35.4%，因此健康概念與健康促進生活型態有顯著的相關，本研究結果與 Pender、Walker、Sechrist & Frank-Stromborg(1990)曾對美國中西部六家工廠 589 位員工研究健康促進生活型態，結果發現健康概念為健康促進生活型態之預測因子，共可解釋變異量的 31%相似；與葉國樑（2006）以某國營事業職場員工 382 人研究其健康促進生活型態及相關因素發現，健康概念能有效預測健康促進生活型態的因子，可解釋健康促進生活型態的變異量為 38.5%相似。



第五章 結論與建議

本研究旨在了解國小學童母親的健康促進生活型態，探討社會人口學變項、健康概念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

本研究依據研究目的、結果與討論，歸納出以下的結論：

- 一、不同年齡、婚姻狀態、子女數及BMI等級等因素不影響國小學童母親的健康概念及健康促進生活型態。學童母親具大專以上及高中職教育程度者在臨床性健康概念得分顯著高於國中小教育程度者。國小學童母親具大專以上教育程度者健康促進生活型態營養層面顯著優於高中職及國中小教育程度者。
- 二、不同運動階段不影響國小學童母親的健康概念；不同運動階段會影響國小學童母親在整體健康促進生活型態的表現。運動階段分布於維持期、行動期及準備期者，在自我實現、健康責任、運動休閒、壓力及營養等分層面的得分有明顯較高的趨勢。
- 三、健康概念與健康促進生活型態有顯著的相關。健康概念中的「調適性」層面與健康促進生活型態中「自我實現」層面有高

度的相關，「調適性健康概念」得分愈高者，其「健康促進生活型態自我實現」層面的感受也愈高。

四、調適性健康概念-健康促進生活型態、無意圖期-維持期、意圖期-維持期、準備期-維持期、臨床性健康概念、安寧幸福-健康概念、行動期-維持期等七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，其中以調適性健康概對健康促進生活型態預測力最佳，可解釋健康促進生活型態總變異量的 10%。

第二節 建議

依據研究的結果與討論，提出如下的建議：

一、健康概念與健康促進生活型態

(一)本研究發現，國小學童母親在健康責任（參加個人健康照護方面的教育課程、能檢查膽固醇並知道結果、量血壓並知道結果）、運動休閒（每週至少三次、每週三次劇烈運動、參加有人指導的運動課程）得分偏低，希望藉學校舉辦親子活動融入個人健康照顧方面的教育課程並舉辦有人指導的運動課程或活動，以提升學童母親之健康促進生活型態。

(二)建議有關單位於社區中開設促進健康概念相關課程，對健康的觀念及定義多加宣導，以期建立較高層次的健康概念。

二、未來研究的建議

- (一) 本研究樣本受限於台南市之國小學童母親，故在推論上將受到限制，未來的研究可以將受試對象擴大至其他地區。
- (二) 本研究之受試對象國小學童母親的年齡分布及教育程度分類上與護理人員的背景變項有所差異，未來的研究可以將受試對象擴大其他各級學校之學生母親。
- (三) 國小學童母親的運動階段以準備期人數最多，未來可將誇理論模式納入研究內容，以更深一層了解研究對象運動行的改變過程。



參考文獻

一、中文部分

- 丁志音 (1988a)。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 (1988b)。生活方式與健康— 概念、倫理及政策的探討 (下)。公共衛生，15(2)，157-173。
- 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。公共衛生，14 (4)，391-403。
- 尹祚芊 (2000)。學校衛生護理。台灣醫學，4 (2)，215-222。
- 王瑞霞、邱啟潤(1996)。老年人體能活動參與及其相關因素的探討。高雄醫誌，12(6)，348-358。
- 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。未出版碩士論文，臺北醫學大學護理學研究所，台北市。
- 江東亮 (1982)。什麼是健康呢？中華公共衛生雜誌，1 (5)，10-29。
- 江東亮、余玉眉 (1994)。健康促進：國民健康的新方向。中華衛誌，13 (13)，381-395。
- 江衍偉 (2004)。應用跨理論模式於國小女教師運動行為之研究。未出版之碩士論文，國立台北師範學院教育政與管理研究所，台北市。
- 吳碧蓮 (2002)。國小學童母親運動行為認知及規律運動行為之探討。未出版之碩士論文，國立體育學院體育研究所，桃園縣。
- 宋素真 (1987)。臨床護理人員健康促進生活型態及其相關因素之探討。未出版之碩士論文，高雄醫學院護理學研究所，高雄市。
- 李卓倫 (1985)。健康的定義與假說。公共衛生，12 (2)，146-159。
- 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。
- 李淑卿、郭鐘隆 (2005)。跨理論模式戒菸教育計畫介入應用於大專生之成效評價研究。衛生教育學報，23，145-160。
- 李碧霞 (2001)。中年運動階段、身體活動及其影響因素之研究-以台北市中山

- 區居民為例。未出版博士論文，國立臺灣師範大學衛生教育研究所，台北市。
- 李蘭（1988）。衛生教育與促進健康。公共衛生學，23，535-584。
- 李蘭、李瑋珠、江永盛、楊志良、呂槃(1989)。家庭結構年齡和性別影響成人健康行為之探討。中華衛誌，9(1)，1-13。
- 李蘭、陸均玲、李隆安、黃美維、潘伶燕、鄧肖琳(1995)。臺灣地區成人的健康行為探討：分佈情形因素結構和相關因素。中華衛誌，14 (4)，358-367。
- 李瑋珠、符春美(1992)。社區民眾從事運動之研究。中華衛誌，11(4)，328-339。
- 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，國立臺灣大學護理學研究所，台北市。
- 林正常(1992a)。臺北市30～39歲中年就業人口運動量及健康體能常模之測定。行政院衛生署八十一年度委託研究計畫。
- 林正常(1992b)。中年就業人口運動量及健康體能常模之測定。行政院衛生署八十一年度委託研究計畫。
- 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，國立台灣師範大學衛生教育學系，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。未出版之碩士論文，國立臺灣師範大學衛生教育研究所，台北市。
- 林美聲、黃松元（2006）。學校衛生，48,1-16。
- 邱靜如（2003）。國小四年級學童健康行為集群類型研究。未出版之碩士論文，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所，台北市。
- 洪麗玲、高淑芬（1997）。護專學生健康行為自我效能與健康促進生活方式之探討。長庚護理，8（3），52-64。
- 柯志賢（2003）。不同身體質量指數與身體活動量教師自覺健康狀況之研究。未出版之碩士論文，國立臺灣師範大學體育學系，台北市。
- 徐國陽（2003）。大專院校軍訓教官個人背景因素與運動階段在運動心裡因素的比較研究。未出版之碩士論文，國立體育學院體育研究所，桃園縣。
- 高淑芬（2001）。某技職專科部不同學制之護理學生的健康促進生活方式及其

- 相關因素。護理雜誌，18 (2)，12-18。
- 高毓秀、黃奕清(2000)。成年人運動行為影響因素之徑路分析。護理研究，8 (4)，435-445。
- 張良漢 (1997)。名仕健康俱樂部會員生活及參與行為之調查研究。聯合學報，15, 117-133。
- 張彩秀(1993)。中老年人運動型態、體適能及健康狀況之研究。未出版碩士論文，國立陽明大學公共衛生研究所，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。未出版之碩士論文，國立臺灣師範大學護理學研究所，台北市。
- 許秀李 (2006)。研究身體質量指數對台灣健保支出的影響。未出版之碩士論文，國立政治大學行政管理碩士學程，台北市。
- 陳全壽 (2006)。我國的體育政策。國民體育季刊，(1)，4-5。
- 陳秀珠 (1999)。老人運動行為及其相關因素之研究-以台北市基督教長老會老年大學五十五歲以上學員為例。未出版之碩士論文，國立臺灣大學衛生教育研究所，台北市。
- 陳皆榮 (2002)。運動與青少年發展。國民體育季刊，(1)，74-80。
- 陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章、廖張京隸 (1997)。健康促進的生活方式量表中文版之修訂。長庚護理，(1)，14-23。
- 陳美燕、廖張京隸 (1995)。桃園地區護理學生與護理人員執行健康促進的生活方式之初步探討。護理研究，(1)，6-15。
- 陳淑雅 (2002)。護生健康促進衛生教育及體適能活動之成效探討。未出版之碩士論文，國立台北護理學院護理研究所，台北市。
- 彭鳳美 (2000)。民眾生活型態、醫療資源利用與健康狀況之探討。未出版之碩士論文，國立陽明大學社區護理研究所，台北市。
- 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。未出版之碩士論文，國立臺灣大學衛生教育學系，台北市。
- 黃淑貞、伍連女、張桂楨 (1998)。健康促進辭彙。學校衛生，33，77-99。
- 黃毓華、邱啟潤 (1997)。高雄地區大學生健康促進生活型態之預測因子。中華衛誌，16(1)，24-36。
- 黃璉華 (1996)。學校護士的角色功能與未來展望。護理雜誌，3(2)，18-24。
- 楊瑞珍、蘇秀娟、黃秀麗(2001)。台北市不同學制學生健康促進生活方式之初

- 步探討。醫護科技學刊，3(1)，1-17。
- 詹之術（2006）。護理女大學生運動階段、憂鬱症狀與生活品質之研究。未出版之碩士論文，台北醫學大學護理學研究所，台北市。
- 葉琇珠（2000）。大學生健康概念與健康促進的生活型態之探討。未出版之碩士論文，國立陽明大學社區護理研究所，台北市。
- 葉國樑（2006）。某國營事業職場員工健康促進生活型態及相關因素之研究。未出版之碩士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 劉美媛、呂昌明(2006)：大一學生健康行為現況及其相關因素之研究-以北部某大學學生為例。學校衛生，48，19-37。
- 劉瓊尹（2004）。停經後有無規律運動婦女之健康概念與體適能的比較研究未出版之碩士論文，國立臺灣師範大學體育系，台北市。
- 蔡守浦、張志成等（2005）：自我決定對運動階段的區別分析。大專體育學刊，7（2），87-99。
- 蔡秀美（1995）。由身心保健與醫療照護談兩性的健康。婦女與兩性學刊，6，1-23。
- 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，國立東華大學公共行政研究所，花蓮市。
- 鄭忍嬌（1988）。已婚職業婦女的生活壓力、自我狀態、適應方式對身心健康的影響。未出版碩士論文，國立臺灣師範大學家政教育研究所，台北市。
- 盧俊宏、卓國雄、陳龍弘（2005）。健身運動心理學。台北：易利。
- 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。未出版之博士論文，國立陽明大學社區護理研究所，台北市。
- 鍾寶玲（2000）。老年糖尿病患健康促進生活型態及相關因素之探討。未出版之碩士論文，高雄醫學大學護理學研究所，高雄市。
- 蘇怡箏（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。
- 蘇俊賢（2002）。全適能生活型態健康觀。國民體育季刊，31（1），81-95。
- 鐘東蓉（2000）。臺北市立高中導師運動行為及其影響因素調查研究。未出版之博士論文，國立臺灣師範大學衛生教育研究所，台北市。
- 體育委員會（2006）。94年運動城市排行榜調查。國民體育季刊，35（2），91-92。

二、西文部分

- Baranowski T. Families and health actions. In: Gochman D. S. (ed.)(1997). Handbook of Health Behaviour Research I: Personal and Social Determinants. *New York: Plenum Press*, 179-206.
- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practice. *Preventive Medicine*, 1(7), 409.
- Brubaker, B.H.(1983). Health Promotion : a linguistic analysis. *Advances in Nursing Science*,5(3), 1-14.
- Burke V., Beilin L. J., Dunbar D. (2001). Family lifestyle and parental body mass index as predictors of body mass index in Australian children: a longitudinal study. *International Journal of Obesity*, 25,147-157.
- Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez,M. (1996). Correlates of health-promotion activities in employed Mexican. *Nursing Research*, 45(1), 18-24.
- Felton, G .M., Parsons, M. A ., & Bartoces, M. G. (1997) .Demographic Effects on Health-Promoting Behavior and Health Related Factors .*Public Health Nursing*.14(6), 361-367.
- Fleming C. B., Kim H, Harachi T, (2002). Family processes for children in early elementary school as predictors of smoking initiation. *Journal of Adolescent Health*, 30(3) , 184-189.
- Godbey, G. (1997). Leisure and leisure services in the 21st century.State College, PA : Venture Publishing, Inc.
- Harris, D. M. & Guten,S. (1979). Health-protective Behavior:An Exploratory Study.*Journal of Health and Social Behavior*, 20,17-29.
- Johnson, D. I., Ratner, P. A., & Bottrff, J. L. (1993). An exploration of penders health promotion model using LISREL. *Nursing Research*,42(3), 132-140.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Candians-A Working document*. Ottawa: Government of Canda.
- Lau RR, Quardrel MJ, Hartman KA (1990) . Development and change of young adult"s preventative health beliefs and behavior: Influence of parents and peer. *Journal of Health and Social Behavior*, 31,240-259.
- 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 .
- 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, 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 51, 390-395.
- Pinto, B. M. , & Marcus , B. H. (1994) . Physicalactivity, exercise and cancerin women .*Medicine , Exercise ,Nutrition and Health* , 3 , 102 - 111 .
- Raphael, D. (1998). Emerging concepts of health and health promotion. *Journal of School Health*,68(7),297-300.
- Shamansky, S L., & Clausen,C.(1980). Levels of Prevention : examination of the conception. *Nursing Outlook* ,28, 104-108.
- Smith, J.A. (1981). The idea of health: A philosophica inquire. *Advances in Nursing Science*,3 (3) ,43-50.
- Smith, J.A. (1981). *The idea of health: Implications for the nursing professional*. New York: Teachers College Press.
- Steptoe, A., Rink, E., & Kerry, S . (2000) . Psychosocial predictors of changes in physical activity in overweight sedentary adults fol lowing counseling in primary care .*Preventive Medicine* , 31 (2Pt1) , 183 - 194 .
- Sallis , J . F., Hovell , M. F. , Hofstetter , C. R. , Faucher , P . ,Elder , J . P . , Blanchard , J . , Caspersen , C. J . , Powell , K. E. ,& Christenson , G. M. (1989) . Amultivariate study of determinants of vigorous exercise in a community sample .*Preventive Medicine* , 1 8 (1) , 2 0 - 3 4 .
- Sternfeld , B. , Cauley, J . , Harlow, S . , Liu , G. , & Lee , M. (2 0 0 0) .

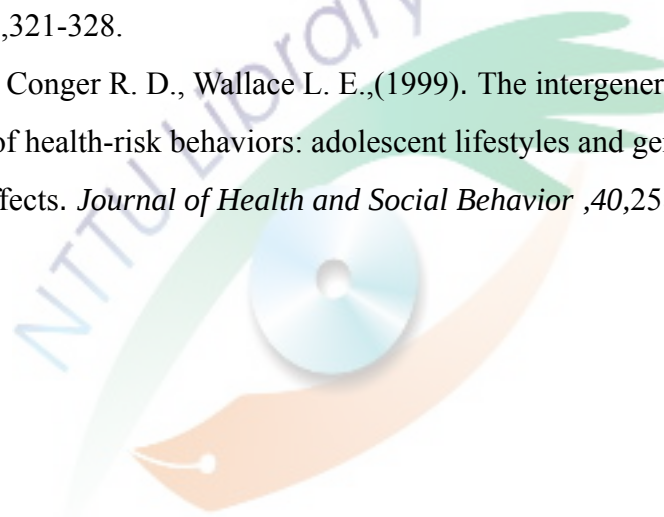
Assessment of physical activity with a single global question in a large , multiethnic sample of midlife women *American Journal of Epidemiology* , 152 (7) , 678 - 687 .

Scharff, D .P., Homan, S., Kreuter, M., & Brennan, L. (1999). Factors associated with physical activity in women across the life span: implications for program development. *Women & Health*, 29(2), 115-134.

Walker, S .N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 77-81.

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.

Wickrama K. A. S, Conger R. D., Wallace L. E., (1999). The intergenerational transmission of health-risk behaviors: adolescent lifestyles and gender moderating effects. *Journal of Health and Social Behavior* , 40, 258-272.



附錄一 量表同意書-運動階段

林教授旭龍您好：

素仰 您在體育領域研究之專精與堅持不懈，對 您的卓越貢獻深感敬佩。本人為國立台東大學體育學系教學碩士班研究生許芳朝，目前正計畫進行一篇「國小學童母親運動階段分布、健康概念與健康促進生活型態之研究」，論文計畫經口試委員一致認同您的「運動階段分布量表」編製過程嚴謹，在研究對象年齡及量表內容符合我研究之所需，在此懇請您同意我使用您的量表作為研究工具，如蒙您慷慨應允，後學將銘感五內！請在下欄空白處簽名，再次謝謝您提供編製嚴謹的研究工具及協助，衷心感恩。

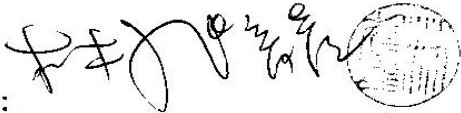
敬祝您

平安喜樂

國立台東大學體育學系教學碩士班

指導教授：溫卓謀 博士

研究生：許芳朝 敬上

簽名： 日期：民國₂₀₀₈年 1 月 4 日

量表同意書-健康概念

黃教授毓華您好：

素仰 您在健康促進生活型態領域研究之專精與堅持不懈，對您的卓越貢獻深感敬佩。本人為國立台東大學體育學系教學碩士班之研究生～許芳朝，目前正計畫進行一篇「國小學童母親運動階段分布、健康概念與健康促進生活型態之研究」，論文計畫經口試委員一致認同您的「健康概念量表」編製過程嚴謹，在研究對象年齡及量表內容符合我研究之所需，在此懇請您同意我使用您的量表作為研究工具，如蒙 您慷慨應允，後學將銘感五內！請在下欄空白處簽名，再次謝謝您提供編製嚴謹的研究工具及協助，衷心感恩。

敬祝您

平安喜樂

國立台東大學體育學系教學碩士班

指導教授：溫卓謀 博士

研究生：許芳朝 敬上

簽名：黃毓華

日期：民國 97 年 5 月 28 日

量表同意書-健康促進生活型態

陳教授美燕您好：

素仰 您在健康促進生活型態領域研究之專精與堅持不懈，對您的卓越貢獻深感敬佩。本人為國立台東大學體育學系教學碩士班之研究生～許芳朝，目前正計畫進行一篇「國小學童母親運動階段分布、健康概念與健康促進生活型態之研究」，論文計畫經口試委員一致認同您的「健康促進生活型態量表」編製過程嚴謹，在研究對象年齡及量表內容符合我研究之所需，在此懇請您同意我使用您的量表作為研究工具，如蒙 您慷慨應允，後學將銘感五內！請在下欄空白處簽名，再次謝謝您提供編製嚴謹的研究工具及協助，衷心感恩。

敬祝您

平安喜樂

國立台東大學體育學系教學碩士班

指導教授：溫卓謀 博士

研究生：許芳朝 敬上

簽名： 陳美燕

日期：民國 96 年 12 月 11 日

附錄二 國小學童母親運動階段分布、健康概念與健康促進生活型態問卷

各位親愛的家長：您好！

我是東光國小學生活動組組長，目前就讀於台東大學體育教學碩士班。非常感謝您撥冗填寫這份量表，由於您的協助，使我們的研究得以順利進行。本研究的目的是想了解您的運動階段與健康促進生活型態的情形，做為一般學童家長在健康方面的參考依據。本研究將依研究結果提出具體意見，提供相關單位做為有關決策之用。

問卷採不計名的方式填答，答案無所謂對錯，請您依實際狀況逐題填寫。您提供的資料絕對保密，純為學術研究之用，而且對本研究有相當大的助益及價值，感謝您的支持與合作。

敬祝

身體健康 家庭和樂

若有任何問題敬請來電：(O) 06-2746193，(H) 06-2684196，0958-717700

國立台東大學體育學系 指導教授：溫卓謀 博士

研 究 生：許芳朝 謹上

中華民國九十六年十月一日

填答問卷注意事項

1. 問卷共有四個部分，作答前請詳細閱讀每一部份說明欄。
2. 每題只圈選您認為最合適的答案。
3. 請勿遺漏任何一題。

一、個人基本資料

說明：請在 ☐ 內打 $\checkmark$ ，或在__填寫正確資料

(一)您的年齡：1. ☐ 40 歲以下 2. ☐ 40 歲以上。

(二)您的身高：_____公分，體重：_____公斤。

(三)教育程度：1. ☐ 國中、小 2. ☐ 高、中職 3. ☐ 大專以上。

(四)婚姻狀況：1. ☐ 同住 2. ☐ 其他。

(五)您的子女數：1. ☐ 一位 2. ☐ 二位 3. ☐ 三位 4. ☐ 三位以上。

二、運動階段分布量表

說明：規律運動是指每個星期利用閒暇時間至少 3 次，每次至少有 20 分鐘以上的運動行為。下面問題請依您實際狀況回答：

請問目前您所從事的規律運動的情形為何？（請勾選一個適當的答案）

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，而且已經超過 6 個月。

三、健康概念量表

說明：一、這部分是有關於一個人所認為對「健康」含義的敘述，共有24題。請您依自己對健康的看法，圈選出您同意的程度：從1分代表非常不同意，到6分代表非常同意。您圈選的分數愈高，表示您愈同意而已，並不代表對或錯。

二、每題只能圈選一個號碼，請您勿遺漏任何一題，謝謝您繼續填答。

健康就是/健康的人就是：

	非常不同意	大致不同意	有一點不同意	有一點同意	大致同意	非常同意
1. 感覺快活，如在雲端	1	2	3	4	5	6
2. 能夠適應周遭環境的變化	1	2	3	4	5	6
3. 能完成日常生活該做的事	1	2	3	4	5	6
4. 沒有生病的症狀	1	2	3	4	5	6
5. 能夠做我必須要做的事	1	2	3	4	5	6
6. 不需要看醫生	1	2	3	4	5	6
7. 很有創意過的生活	1	2	3	4	5	6
8. 能適應生活上的改變	1	2	3	4	5	6
9. 能以高昂的興致及熱忱迎接每一天	1	2	3	4	5	6
10. 能應付外來的壓力	1	2	3	4	5	6
11. 能夠依環境的需要做改變和調適	1	2	3	4	5	6
12. 沒有生病	1	2	3	4	5	6
13. 實現最高的理想目標	1	2	3	4	5	6
14. 能盡到日常生活的責任	1	2	3	4	5	6
15. 以自己最滿意的方式生活	1	2	3	4	5	6
16. 能夠依事情的實際狀況做調適而不強求	1	2	3	4	5	6
17. 無疾病時不需要使用任何藥物	1	2	3	4	5	6
18. 能應付周遭環境的改變	1	2	3	4	5	6
19. 發揮個人全部的潛能	1	2	3	4	5	6
20. 能夠盡到自己身為太太、女兒、朋友、工作者應負						

的責任.....	1	2	3	4	5	6
21.沒有身體或心理上的毛病	1	2	3	4	5	6
22.行為表現能達到自己所預期的層次	1	2	3	4	5	6
23.不被一般性的壓力所擊倒	1	2	3	4	5	6
24.身心功能處在最佳狀況	1	2	3	4	5	6

四、健康促進生活型態量表

說明：這部份問卷是關於您目前一年來的生活方式或個人習慣的描述，並無對錯。

1. 請您依自己的情形圈選出最能代表您生活習慣的答案

從不：「從未做到此項行為或未曾有過」--意指約做到（0-10%）以下。

有時：「偶而做到此項行為」--意指約做到（30-50%）。

經常：約五成至七成左右做到（50-70%）。

總是：約九成以上做到（90-100%）。

2. 每題只圈選一個欄位，請勿遺漏任何一題。 謝謝您！

- | | |
|--|---|
| 1. 吃早餐 | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 2. 每日三餐時間和量都正常 | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 3. 飲食中含有富纖維質的食物(全麥, 水果) | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 4. 每天喝水至少1500 cc | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 5. 計畫或選擇每日進餐都包括五大類食物
(蛋白質、碳水化合物、維生素、礦物質、脂肪) | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 6. 只要知道食物含防腐劑或其它人工添加物就
不吃 | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 7. 看食物包裝上的營養成份說明 | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 8. 參加有人指導的運動課程或活動 | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 9. 做運動時會測自己的脈搏 | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 10. 做伸展操每週至少三次(柔軟體操) | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 11. 每週至少做三次每次20-30分鐘之劇烈運動 | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 12. 參與娛樂性質的運動(如散步、游泳) | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |
| 13. 知道生活中的壓力來源所在 | ☐ 從不 ☐ 有時 ☐ 經常 ☐ 總是 |

14. 每天找一些時間放鬆自己 ☐從不☐有時☐經常☐總是
15. 每天有15-20 分鐘的時間練習放鬆或冥想 (靜坐) ☐從不☐有時☐經常☐總是
16. 覺得自己的工作是有意義的 ☐從不☐有時☐經常☐總是
17. 有計劃的安排工作, 不致手忙腳亂 ☐從不☐有時☐經常☐總是
18. 對於工作上不合理的要求我恰當反應 ☐從不☐有時☐經常☐總是
19. 每天睡眠6- 8 小時 ☐從不☐有時☐經常☐總是
20. 檢查膽固醇並知道結果 ☐從不☐有時☐經常☐總是
21. 量血壓並知道結果 ☐從不☐有時☐經常☐總是
22. 和合格的醫護專業人員討論與健康照顧相關的事 ☐從不☐有時☐經常☐總是
23. 我注意控制自己的體重 ☐從不☒有時☐經常☐總是
24. 至少每月一次觀察自己身體有無改變或
其它異狀 ☐從不☒有時☒經常☐總是
25. 參加個人健康照顧方面的教育課程 ☐從不☒有時☐經常☐總是
26. 讀有關促進健康的報章雜誌或書籍 ☐從不☐有時☐經常☐總是
27. 發現每天都是充滿樂趣及挑戰的 ☐從不☐有時☐經常☐總是
28. 樂於和親近的人保持聯絡 ☐從不☐有時☐經常☐總是
29. 維持有實質及有用的人際關係 ☐從不☐有時☐經常☐總是
30. 和親密的朋友們在一起 ☐從不☐有時☐經常☐總是
31. 對別人表現關心、愛心、和溫暖 ☐從不☐有時☐經常☐總是
32. 和我所關心的人保持聯絡 ☐從不☐有時☐經常☐總是
33. 和親近的人討論個人問題及關心的事件 ☐從不☐有時☐經常☐總是
34. 會注意自己不愉快的情緒 ☐從不☐有時☐經常☐總是
35. 欣賞自己 ☐從不☐有時☐經常☐總是
36. 對生命充滿信心及樂觀 ☐從不☐有時☐經常☐總是
37. 覺得自己是朝向積極的方向成長和改變 ☐從不☐有時☐經常☐總是
38. 知道我自己之優缺點所在 ☐從不☐有時☐經常☐總是
39. 知道生命中那些對我而言是重要的 ☐從不☐有時☐經常☐總是
40. 重視自己的成就 ☐從不☐有時☐經常☐總是

附錄三 健康促進總量表各題得分及排序情形

附錄三 健康促進總量表各題得分及排序情形 (N=457)

變 項 名 稱	平均數	標準差	次量表 排序	總量表 排序
健康促進總量表				
自我實現				
16. 覺得自己的工作是有意義的	1.93	0.85	5	16
27. 發現每天都是充滿樂趣及挑戰的	2.04	0.7	3	9
35. 欣賞自己	1.62	0.79	8	25
36. 對生命充滿信心及樂觀	1.93	0.76	4	15
37. 覺得自己是朝向積極的方向成長和改變	1.91	0.78	7	18
38. 知道我自己之優缺點所在	2.08	0.71	2	6
39. 知道生命中那些對我而言是重要的	2.3	0.69	1	2
40. 重視自己的成就	1.91	0.84	6	14
健康責任				
6. 只要知道食物含防腐劑或其它人工添加物 就不吃	1.35	0.73	3	30
7. 看食物包裝上的營養成份說明	1.76	0.86	1	22
9. 做運動時會測自己的脈搏	0.47	0.72	8	40
20. 檢查膽固醇並知道結果	1.08	1.01	5	33
21. 量血壓並知道結果	1.19	0.93	4	31
22. 和合格的醫護專業人員討論與健康照顧 相關的事	1.04	0.9	6	34
24. 至少每月一次觀察自己身體有無改變或 其它異狀	1.44	0.88	2	29
25. 參加個人健康照顧方面的教育課程	0.63	0.75	7	39
壓力處理				
13. 知道生活中的壓力來源所在	2.02	0.77	2	11
17. 有計劃的安排工作, 不致手忙腳亂	2.04	0.7	1	8
18. 對於工作上不合理的要求我恰當反應	1.58	0.75	6	26
19. 每天睡眠 6- 8 小時	1.97	0.87	3	12
23. 我注意控制自己的體重	1.83	0.89	5	21
26. 讀有關促進健康的報章雜誌或書籍	1.5	0.81	7	28
34. 會注意自己不愉快的情緒	1.94	0.7	4	14

人際支持

28. 樂於和親近的人保持聯絡	2.1	0.75	2	4
29. 維持有實質及有用的人際關係	1.96	0.74	5	13
30. 和親密的朋友們在一起	1.87	0.77	6	19
31. 對別人表現關心、愛心、和溫暖	2.07	0.72	3	7
32. 和我所關心的人保持聯絡	2.15	0.74	1	3
33. 和親近的人討論個人問題及關心的事件	2.03	0.77	4	10

營養

1. 吃早餐	2.48	0.78	1	1
2. 每日三餐時間和量都正常	2.09	0.85	2	5
3. 飲食中含有富纖維質的食物(全麥, 水果)	1.83	0.77	3	20
4. 每天喝水至少 1500 cc	1.74	0.9	4	23
5. 計畫或選擇每日進餐都包括五大類食物	1.58	0.8	5	27

運動

8. 參加有人指導的運動課程或活動	0.81	0.82	6	38
10. 做伸展操每週至少三次(柔軟體操)	0.94	0.87	4	36
11. 每週至少做三次, 每次 20-30 分鐘之劇烈運動	0.82	0.87	5	37
12. 參與娛樂性質的運動(如散步、游泳)	1.11	0.79	2	32
14. 每天找一些時間放鬆自己	1.65	0.82	1	24
15. 每天有 15-20 分鐘的時間練習放鬆或冥想	1.01	0.95	3	35

附錄四 健康概念總量表各題得分及排序情形

附錄四 健康概念總量表各題得分及排序情形 (N=457)

變 項 名 稱	平均 數	標準 差	次量表 排序	總量表 排序
角色功能性健康概念				
3 能完成日常生活該做的事	5.28	0.82	2	2
5 能夠做我必須要做的事	5.30	2.49	1	1
7 很有創意過的生活	4.61	1.09	6	22
13 實現最高的理想目標	4.57	1.14	7	23
14 能盡到日常生活的責任	5.19	2.50	3	5
15 以自己最滿意的方式生活	4.96	1.02	5	16
20 能夠盡到自己角色應負的責任	5.19	0.88	4	6
調適性健康概念				
2 能夠適應週遭環境	5.11	0.83	1	8
8 能適應生活上的改變	5.04	0.87	4	11
10 能應付外來的壓力	4.99	0.92	6	14
11 能夠依環境的需要做改變和調適	5.03	0.94	5	12
16 能夠依事情的實際狀況做調適，而不強求	5.10	0.91	2	9
18 能應付週遭環境的改變	5.06	0.88	3	10
23 不被一般性的壓力所擊倒	4.95	0.88	7	17
臨床性健康概念				
4 沒有生病的症狀	4.89	1.13	3	18
6 不需要看醫生	4.29	1.49	5	24
12 沒有疾病	4.63	1.27	4	21
17 無疾病時不需要使用任何藥物	5.21	1.10	1	4
21 沒有身體或心理上的毛病	4.98	1.03	2	15
安寧 幸福性健康概念				
1 感覺快活如在雲端	5.01	1.04	3	13
9 以高昂的興致及熱忱迎接每一天	5.27	2.95	1	3
19 發揮個人全部的潛能	4.78	1.04	5	20
24 身心功能處在最佳狀況	5.19	0.85	2	19
22 行為表現能達到自己所預期的層次	4.84	0.87	4	7

附錄五 研究對象的運動階段分佈情形

附錄五 研究對象的運動階段分佈情形(n=457)

運動階段	n	%	排序
無意圖期	92	20.13	3
意圖期	97	21.23	2
準備期	146	31.95	1
行動期	39	8.53	5
維持期	83	18.16	4



附錄六 研究對象之社會人口學變項與運動階段的關係

附錄六 研究對象之社會人口學變項與運動階段的關係(n=457)

變項	組別	運動階段分布									
		無意圖期		意圖期		準備期		行動期		維持期	
		n=92		n=97		n=146		n=39		n=83	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
年齡	40 歲以下	71	24.1	62	21.0	91	30.8	25	8.5	46	15.6
	40 歲以上	21	13.0	35	21.6	55	34.0	14	8.6	37	22.8
教育程度	國中小	14	27.5	16	31.4	7	13.7	5	9.8	9	17.6
	高中職	40	20.8	42	21.9	61	31.8	11	5.7	38	19.8
	大專以上	38	17.8	39	18.2	78	36.4	23	10.7	36	16.8
婚姻狀況	同住	87	20.0	91	20.9	140	32.1	38	8.7	80	18.3
	其他	5	23.8	6	28.6	6	28.6	1	4.8	3	14.3
子女數	一位	8	16.7	12	25.0	18	37.5	5	10.4	5	10.4
	二位	53	19.5	52	19.1	92	33.8	24	8.8	51	18.8
	三位	25	20.7	29	24.0	34	28.1	9	7.4	24	19.8
	三位以上	6	37.5	4	25.0	2	12.5	1	6.3	3	18.8
BMI 等級	過輕	8	19.5	9	22.0	17	41.5	1	2.4	6	14.6
	正常	63	18.9	70	21.0	106	31.7	29	8.7	66	19.8
	過重	11	22.9	9	18.8	19	39.6	3	6.3	6	12.5
	肥胖	10	29.4	9	26.5	4	11.8	6	17.6	5	14.7