

東海大學教職員工生活型態與 健康自覺關係之研究

王宗進／彰化師範大學
陳麗玉／東海大學

摘要

本研究探討東海大學教職員工生活型態與健康自覺因素之相關，以自編「東海大學教職員工生活型態與健康自覺調查表」為工具，進行普查，所得資料經統計分析後，結論如下：一、不同人口變項教職員工生活的型態，在飲食習慣上，不同性別在每天吃早餐達顯著差異，不同變項在每天三餐定食定量、每天吃含有五大營養素者，未達顯著差異，不同性別、年齡變項在每天只吃喜歡的食物者達顯著差異；不同性別人口變項教職員工每天睡眠時間未達顯著差異；不同年齡、月收入變項在交通工具方面使用上達顯著差異；不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷變項在健康檢查達顯著差異。二、不同性別變項在生理健康、精神健康自覺達顯著差異；是否為長期服用藥物變項在生理健康自覺未達顯著差異，在精神健康自覺達顯著差異；不同年齡變項在生理健康自覺、精神健康自覺未達顯著差異；不同職稱變項在生理健康自覺未達顯著差異，在精神健康自覺達顯著差異，事後比較副教授顯著高於助教；不同學歷變項在生理健康自覺未達顯著差異，在精神健康自覺達顯著差異，事後比較博士顯著高於大學；不同月收入變項在生理健康自覺未達顯著差異，在精神健康自覺達顯著差異，事後比較收入 75000 以上者顯著高於收入 45001-75000 及收入 45000 以下者。三、生活型態中的飲食習慣，是否吃五大營養素與生理健康自覺有正相關存在；生活型態中的飲食習慣，是否定食定量、是否吃五大營養素與精神健康自覺有正相關存在。

關鍵詞：生活型態、健康自覺



壹、緒論

一、研究動機

我國在邁入已開發國家的歷程中，付出相當大的代價；如水源受到污染、水土保持被破壞、山坡地的濫墾等惡質環境的條件，已威脅到人民健康維繫的境界；加上生活型態、飲食習慣與休閒取向，都反映出農業時代邁入工商業時代的急遽變化。職是之故，人與人的互動關係，也因過度強調經濟掛帥的潮流，導致群體關係的疏離。進一步而言，在物質與精神的衝擊之下，「身體健康」將成為二十一世紀所面臨的最大危機。事實上，身體的健康狀態是確保個人生活品質與國家整體發展的基礎條件（國家衛生研究院，2000）。

加拿大衛生福利部部長 Marc Lalonde(1974)指出，影響人類健康的因素有四：(一) 醫療體系 (二) 遺傳 (三) 環境 (四) 生活型態；其中「生活型態」(life style) 取決於個人採行之行為，且對健康影響最大。Dever (1976) 以上述四個因素分析 1974-1976 年間美國人民死亡原因的關係，結果發現與個人生活型態有關的佔 43% 最多；而與醫療體系有關的最少僅佔 11%。依據美國公共衛生署 (US Department of Health, Education and Welfare) 在 1979 年的統計資料顯示美國每年至少有 50% 的死亡是導因於不健康的生活型態，如飲食不當、缺乏運動、吸菸、濫用藥物、酗酒等；20% 是由生物因素所造成；10% 是由醫療制度的不當所引起 (王宗吉，1999)。特別是現代人的生活已從農業社會轉型到工商社會，許多疾病的原因都是因為生活型態改變的結果，以民國 92 年行政院衛生署針對國人疾病和死亡之原因的統計發現，「惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟病」是國人十大死亡原因的前三名，而分析這些疾病的成因可以發現生活型態的改變和身體活動量不足是這些疾病的主因 (陳郁雯，2004)。事實上，良好生活方式之建立，部份和環境有關係，但大部份取決於個人意識之選擇。Belloc and Breslow (1972) 認為個人若能每日執行七項原則：有足夠睡眠、規律的進食、三餐不吃零食、養成吃早餐的習慣、不喝酒、不抽菸、多參與活動和維持適當的體重，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。研究顯示，成功的生活型態改變會影響體重的降低及增加運動量，進而促進較理想的生活品質，如再加上血壓的控制，對全人健康的個體有正面的效果 (Grimm, Grandits, & Cutler, 1997)；而 Pan, Yang, & Li (1997) 研究亦發現，大陸人民糖尿病罹患率的增加與經濟發展有關，主要因素來自於「生活型態」的改變。

生活型態如抽煙、喝酒、熬夜等習慣，以及有很多人花相當多時間看電視(靜



態休閒)的休閒方式，這種種生活因素對人體健康的維護有相當不利的影響。Wilhide Tanner (1991) 表示「生活方式」是造成現今疾患及死亡率的主要影響因子之一。健康是個人最珍貴的財富，也是個人生活品質與國家整發展重要條件之一。Pender(1987) 認為自覺健康狀況會影響個人從事健康促進行為。自覺健康狀況早期是由 Mossey 和 Shapiro 提出主觀健康狀況與死亡率之觀察 (Idler & Kasl, 1999)，而於 1980 年代以後被人認為最有用的、良好的測量健康之方法。研究亦證明自覺健康狀況與生活品質有非常顯著之相關，而且是生活品質重要影響因子之一 (蘇玉玲，1988)。同時自覺健康狀況亦是具有強力預測死亡率的重要因子之一 (謝瓊慧，2004；Yu, Kean, Slymen, Lin, Zhang, & Katzman, 1998)。在一篇針對鄉村社區老人的研究發現，大多數健康自覺狀況較五年前自覺不好 (56.3%)，而不同性別、職業和經濟狀況在健康自覺上有顯著差異，自覺健康狀況愈好者，整體生活品質愈佳 (梁金麗，2001)。是以，健康的狀況關係著生活品質的提升，而最佳的健康促進生活方式應以健康促進為導向，為達到更健康狀態所努力的積極主動的行為模式，應涵蓋壓力處理，維持人際支持、自我實現、適當營養及規律性運動。

學校的教職員工是學校重要的人力資源，除行政工作之外，必須從事研究與教學，所有人員的生活型態及健康狀況關係著學校的發展與創新，若有最佳的身心狀況，才能發揮最大的教育效能。有鑑於此，對於東海大學教職員工之生活型態與自覺健康狀況，有深入探討之必要，希望藉由本研究之結果，以瞭解所有成員之健康情形，提供本校教職員工規劃健康促進生活方式之參考。

二、研究目的

基於上述之動機，本研究之目的在於：

- (一) 瞭解東海大學教職員工生活型態方式。
- (二) 瞭解東海大學教職員工健康自覺狀況。
- (三) 探討生活型態與健康自覺之相關性。

三、研究問題

基於研究目的，本研究乃在探討如下之問題：

- (一) 探討不同人口變項的教職員工在生活型態上是否有差異？
- (二) 探討不同人口變項的教職員工在健康自覺因素上是否有差異？
- (三) 探討教職員工的生活形態與健康自覺因素是否有相關存在？

四、研究假設

根據本研究的問題，本研究之假設如下：

- (一) 不同人口變項的教職員工在生活型態上有差異。



(二) 不同人口變項的教職員工在健康自覺因素上有差異。

(三) 教職員工的生活型態與健康自覺因素有相關存在。

五、研究範圍

本研究以東海大學專任教職員工為研究調查之對象，以自編之「東海大學教職員工生活型態與健康自覺狀況調查表」為研究工具所搜集之資料為研究範圍。

六、名詞解釋

(一) 教職員工：係指東海大學 90 學年度編制內之正式教師、職員、工友等人員。

(二) 生活型態 (life style)：係指個人背景、特質、價值觀層面和文化、經濟、人際等環境層面交互作用，表現於外的休閒、工作、社會生活的型式 (高美鈴、李玉蟬、李光大，1998)。本研究所指的生活型態是指飲食習慣、睡眠時間、上班使用的交通工具及是否有定期健康檢查之習慣等項。

(三) 健康自覺 (self-health assessment)：係指個人對於自己的健康作一個整體性的評估。本研究所指之健康自覺，係指自編之健康自覺量表的「生理」與「精神」兩因素的得分，得分越高表示自覺健康狀況越好。

貳、研究方法與步驟

一、研究對象

(一) 問卷回收率

本校編制內專任教職員工共計 879 人，其中教師 479 人、職員 268 人、助教 116 人、工友 16 人，扣除美術系（不願配合）11 人、外籍教師 16 人、體育室 21 人、計有 831 人。本研究計發出 800 份問卷，回收 466 份，回收率約 58%，經檢查剔除不完整之間卷，得有效問卷 441 份（如表一所示）。

(二) 有效問卷研究對象結構

本校專任教職員工中，教授 105 人（男 93、女 12）、副教授 178 人（男 146、女 32）、助理教授 63 人（男 44、女 19）、講師 106 人（男 70、女 36），其他類教職 27 人（男 18、女 9）、助教 116 人（男 32、女 84），職員 268 人（男 113、女 115）、工友 16 人共計 879 人。

本研究有效問卷抽測對象，在職稱上：教授 40 人 (38%)、副教授 52 人 (29.2%)、助理教授 21 人 (33.3%)、講師 30 人 (28.3%)、助教 91 人 (78.4%)、職員（含工友）207 人 (72.8%)，就各級對象而言，在教職部分因配合意願低，所



表一 本研究問卷回收一覽表

單位名稱	發出問卷數	回收問卷數	回收率	有效問卷
文學院	80	44	0.55	42
社會科學院	80	28	0.35	24
農學院	80	28	0.35	28
理學院	90	81	0.90	81
工學院	80	55	0.69	51
管理學院	80	42	0.53	39
進修部	20	14	0.70	14
推廣部	10	2	0.20	2
研究中心	30	10	0.33	10
行政單位	250	162	0.65	150
總計	800	466	0.58	441

表二 本研究對象結構表

職稱別	人數	性別		年齡 分類	人數	學歷	
		男	女			學歷	人數
教授	40	39	1	24-30 歲	62	博士	103
副教授	52	46	6	31-40 歲	159	碩士	102
助理教授	21	15	6	41-50 歲	150	大學	179
講師	30	19	11	51-60 歲	56	專科以下	57
助教	91	27	64	60 歲以上	14		
職員	207	83	124				
總計	441						

得資料有限，但亦代表一定比例之意見；在性別方面：男生 229 人，女生 212 人；在學歷方面博士 103 人、碩士 102 人、大學 179 人、專科以下 57 人；在年齡方面：24-30 歲有 62 人、31-40 歲有 159 人、41-50 歲有 150 人、51-60 歲有 56 人、61 歲以上有 14 人（研究對象結構如表二所示）。

二、研究方法

(一) 方法

本研究採調查法進行研究。以自編之調查表，對東海大學全體教職員工依據各單位人數進行普查。

(二) 研究工具

本研究工具乃以自編「東海大學教職員工健康自覺因素之調查研究」之問卷為資料蒐集工具。問卷分為三部分：一、基本資料：包括性別、年齡、服務單位、最高學歷、職稱、平均月收入等項；二、生活形態（包括：每天是否吃早餐、每天三餐是否定時定量、每天是否吃五大類營養素食物、每天是否只吃喜歡食物、



表三 健康自覺量表題目項目分析摘要表 N=164

題號	題目	決斷值 (CR)	項目與總 分相關值	因素 負荷量
1	與同年齡的人相比，我認為自己目前的健康狀態	11.89**	.672**	.736
2	與同年齡的人相比，我的體能狀況	11.42**	.678**	.737
3	隨著年齡的增加，我的抵抗力變得	7.22**	.524**	.660
4	隨著年齡的增加，我覺得健康情況變得	5.58**	.565**	.694
5	工作一天下來，我覺得我的精神、體力狀況	6.36**	.572**	.695
6	與半年前相比，我的體力較半年前來得	9.91**	.632**	.733
7	我覺得我的心肺功能如爬樓梯、爬山的感覺變得	9.62**	.661**	.751
8	整體而言，隨年齡的增加，我的肢體柔軟度變得	7.21**	.556**	.657
9	我認為適度的運動，使我的精神、體力表現	4.56**	.293**	.308
10	我認為適度的飲食控制，使我的精神、體力表現	4.56**	.332**	.344
11	目前的體重，讓我覺得健康狀態	9.27**	.526**	.596

*p<.05

每天睡覺時間、上班的方式、是否定期作健康檢查等)；三、健康自覺因素等(健康自覺因素以量表方式進行調查)。

1.量表的編製與預試：

健康自覺量表的編製乃參考宋素貞（1998）、梁金麗（2001）等文獻，並依據「生理」面向、「精神」面向等編製而成。本量表採 Likert Scale 五點計分法，受試者依據試題陳述之意，自「非常差」「稍微差」「沒差別」「稍微好」「非常好」選擇自覺情況。問卷完成後，請東海大學政治系民意調查專家修正後，以 180 位教職員工進行量表的預試。回收後，剔除作答不完整之部分，以 164 份問卷進行進行項目分析（如表三所示）。

項目分析採用內部一致性效標法(criterion of internal consistency)、相關分析(correlation analysis)及因素負荷量等方式進行題目之篩選。內部一致性效標法(CR 值)大者且達差異顯著水準($p<.05$)時，即表示該題目能鑑別不同受試者的反應程度，此即為選題的依據，反之則應予以刪除題目（李金泉，1992）；相關分析法一般選擇項目的標準是項目與總分的相關需達.30 以上，且達顯著水準($p<.05$)時方可採用；因素負荷量達.30 以上方可採用（邱皓政，2000）。由表三可知，健康自覺因素 11 題，其決斷值(CR)皆達差異顯著水準($p<.05$)，因素負荷 11 題皆達.30 ($p<.05$)；而與量表總分之相關值，第 9 題未達.30 ($p<.05$)，因此，將之刪除。

2.因素分析：



表四 健康自覺量表因素分析摘要表 N=164

因素別	題號	因素負荷量	特徵值	解釋變異量	Cronbach's 係數
一	4	.635			
	3	.781			
	5	.751			
	6	.618	4.44	49.41	.843
	7	.570			
	8	.576			
	1	.717			
二	2	.781	1.18	13.13	.783
	11	.539			
總量表累積變異量		62.55			
Cronbach's 係數		.866			

KMO 值 .852

量表經因素分析結果，取樣適切性量數 KMO 值 .852，顯示預試樣本的抽樣適當性良好(李金泉，1992)。全部 10 題量表經因素分析結果共萃取得二個因素，量表中第 3、4、5、6、7、8 題為第一因素；1、2、10、11 題為第二因素，可解釋變異量為 59%；由於題 10 之因素負荷量為 .215，低於 .30 之選題目標標準，將之刪除。隨後將九題題目，重新再進行因素分析因素。

由表四可知，量表中第 3、4、5、6、7、8 等六題屬於第一因素，綜合各題之內容命名為『生理健康自覺』；第 1、2、11 等三題屬於第二個因素，由其題目內容綜合命名為「精神健康自覺」；二個個因素的累積解釋總變異量為 62.55%，顯示可能還有其他因素存在。

3.信度

本研究量表採用 Cronbach's α 信度係數考驗，來衡量總量表及各分量表的內部一致性。由表四可知。總量表的 Cronbach's α 係數 .866，顯示量表項目具有相當的同質性；第一因素構面之信度係數為 .843，第二因素構面之信度係數為 .783，顯示各分量表具有中度的顯著相關，亦反應整體量表內部一致性頗佳(邱皓政，2000)。

三、實施

問卷依各單位分類裝袋，委託各單位負責人，聯絡確定後，於 92 年 1 月 10 日發出，92 年 1 月 30 日收回。

四、資料處理

本研究所回收之資料加以整理並剔除廢卷後，即將有效問卷所得各項資料統計工作，透過 SPSS10.0 for WINDOWS 套裝統計軟體來加以分析，所使用之統計



方法包括：

- (一) 描述性統計：利用次數分配及百分比來了解樣本資料結構及各變數分配情形。
- (二) 因素分析(factor analysis)：主要在建構量表的效度及選擇適用題目；首先採用主成份分析，再以最大變異數方法做直交轉軸，抽取健康自覺量表之因素，並萃取出各因素分數以便進行變異數分析。
- (三) 獨立樣本 t 考驗、卡方考驗、單因子變異數分析：檢定不同性別、年齡、職稱、收入在教職員工生活形態、健康自覺因素是否有差異；如有差異則以雪費 (Scheffe) 法進行事後比較。
- (四) 點二系列相關：探討生活形態與健康自覺因素之相關情形。
- (五) 統計分析之顯著水準均定為 $\alpha = .05$ 。

參、結果與討論

一、不同人口變項教職員工在生活型態上的差異考驗

(一) 不同人口變項教職員工在飲食習慣上的差異考驗

由表五可知不同人口變項教職員工在每天是否吃早餐的差異考驗，顯示不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項，每天吃早餐在 16-197 人次間，不吃早餐者在 1-35 人次間。卡方考驗顯示，其中男性比例為 15.3% : 84.7%、女性比例為 7.1% : 92.9%， $\chi^2=7.37$, $p<.05$ 達顯著差異，其餘在年齡、職稱、月收入、學歷等變項上則未達顯著差異。

由表六可知，不同人口變項教職員工在每天是否定食定量的差異考驗，顯示不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項，每天三餐定食定量者，在 19-192 人次間，每天三餐沒有定食定量者，在 2-40 人次間。卡方考驗的結果顯示，在性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項上皆未達顯著差異。

由表七可知，不同人口變項教職員工在每天是否吃含有五大營養素的差異考驗，顯示不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項，每天吃含有五大營養素者，在 22-150 人次間，沒有吃含有五大營養素者，在 3-79 人次間。卡方考驗的結果顯示，在性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項上皆未達顯著差異。

由表八可知，不同人口變項教職員工在是否只吃喜歡的食物的差異考驗，顯示不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項，每天只吃喜歡的食物者，在 6-84 人次間，不挑食者在 14-169 人次間。卡方考驗的結果顯示，在性別變項男



表五 不同人口變項教職員工在飲食習慣上的差異考驗

題目	人口變項	類別	生活型態		卡方值	P 值
			不吃	每天吃		
每天是否吃早餐	性別	男	35(15.3%)	194(84.7%)	7.37	.00*
		女	15(7.1%)	197(92.9%)		
	年齡	30 歲以下	12(19.4%)	50(80.6%)	6.58	.08
		31-40 歲	18(11.3%)	141(88.7%)		
		41-55 歲	19(10.2%)	167(89.8%)		
		56 以上	1(2.9%)	33(97.1%)		
	職稱	教授	2(5%)	38(95%)	9.08	.10
		副教授	9(17.3%)	43(82.7%)		
		助理教授	5(23.8%)	16(76.2%)		
		講師	2(6.7%)	28(93.3%)		
		助教	13(14.3%)	78(85.7%)		
		職員	19(9.2%)	188(90.8%)		
	月收入	75001 以上	12(11.2%)	95(88.8%)	1.64	.44
		55001-75000	19(9.5%)	180(90.5%)		
		45000 以下	19(14.1%)	116(85.9%)		
	學歷	博士	14(13.6%)	89(84.6%)	1.46	.69
		碩士	10(9.8%)	92(90.2%)		
		大學	18(10.1%)	161(89.9%)		
		專科	8(14%)	49(86%)		

*p<.05

表六 不同人口變項教職員工在飲食習慣上的差異考驗

題目	人口變項	類別	生活型態		卡方值	P 值
			沒有	每天		
每天三餐是否定食定量	性別	男	37(16.2%)	192(83.3%)	.56	.45
		女	40(18.9%)	172(81.1%)		
	年齡	30 歲以下	15(24.2%)	47(75.8%)	2.82	.42
		31-40 歲	27(17%)	132(83%)		
		41-55 歲	31(16.7%)	155(83.3%)		
		56 以上	4(11.8%)	30(88.2%)		
	職稱	教授	2(5%)	38(95%)	7.66	.176
		副教授	12(23.1%)	40(76.9%)		
		助理教授	2(9.5%)	19(90.5%)		
		講師	5(16.7%)	25(83.3%)		
		助教	20(22%)	71(78%)		
		職員	36(17.5%)	171(82.6%)		
	月收入	75001 以上	12(11.2%)	95(88.8%)	3.86	.14
		45001-75000	38(19.1%)	161(80.9%)		
		45000 以下	27(20%)	108(80%)		



	學歷	博士	15(14.6%)	88(85.4%)	1.07	.78
		碩士	17(16.7%)	85(83.3%)		
		大學	34(19%)	145(81%)		
		專科	11(19.3%)	46(80.7%)		

*p<.05

表七 不同人口變項教職員工在飲食習慣上的差異考驗

題目	人口變項	類別	生活形態		卡方值	P 值
			沒有	每天		
每天是否吃含有五大類營養素	性別	男	79(34.5%)	150(65.5%)	.63	.73
		女	75(35.4%)	137(64.6%)		
	年齡	30 歲以下	24(38.7%)	38(61.3%)	1.98	.57
		31-40 歲	60(37.7%)	99(62.3%)		
		41-55 歲	60(32.3%)	126(67.7%)		
		56 以上	10(29.4%)	24(70.6%)		
	職稱	教授	10(25%)	30(75%)	9.67	.08
		副教授	17(32.7%)	35(67.3%)		
		助理教授	3(14.3%)	18(85.7%)		
		講師	8(26.7%)	22(73.3%)		
		助教	39(42.9%)	52(57.1%)		
		職員	77(37.2%)	130(62.8%)		
	月收入	75001 以上	27(25.2%)	80(74.8%)	6.13	.05
		45001-75000	78(39.2%)	121(60.8%)		
		45000 以下	49(36.3%)	86(63.7%)		
	學歷	博士	26(25.2%)	77(74.8%)	6.96	.07
		碩士	35(34.3%)	67(65.7%)		
		大學	73(40.8%)	106(59.2%)		
		專科	20(35.1%)	37(64.9%)		

*p<.05

表八 不同人口變項教職員工在飲食習慣上的差異考驗

題目	人口變項	類別	生活形態		卡方值	P 值
			不挑食	只吃喜歡的食物		
是否只吃喜歡的	性別	男	169(73.8%)	60(26.2%)	9.01	.00*
		女	128(60.4%)	84(39.6%)		
	年齡	30 歲以下	35(56.5%)	27(43.5%)	8.52	.04*
		31-40 歲	101(63.5%)	58(36.5%)		
		41-55 歲	134(72%)	52(28%)		
		56 以上	27(79.4%)	7(20.6%)		
	職稱	教授	30(75%)	10(25%)	6.26	.28
		副教授	38(73.1%)	14(26.9%)		
		助理教授	14(66.7%)	7(33.3%)		



食物	職稱	講師	24(80%)	6(20%)		
		助教	55(60.4%)	36(39.6%)		
		職員	136(65.7%)	71(34.3%)		
	月收入	75001 以上	78(72.9%)	29(27.1%)	1.99	.36
學歷	45001-75000	131(65.8%)	68(34.2%)			
	45000 以下	88(65.2%)	47(34.8%)			
	博士	72(30.1%)	31(30.1%)	2.01	.56	
	碩士	70(68.6%)	32(31.4%)			
學歷	大學	114(63.7%)	65(36.3%)			
	專科	41(71.9%)	16(28.1%)			

* $p < .05$

性比例為 73.8%：26.2%，女性比例為 60.4%：39.6%， $\chi^2=11.14$ ， $p < .05$ 達顯著差異；不同年齡變項，比例為 30 歲以下 56.5%：43.5%，31-40 歲 63.5%：36.5%，41-55 歲 72%：28%，56 歲以上 79.4%：20.6%， $\chi^2=8.52$ ， $p < .05$ 達顯著差異；其餘在職稱、月收入、學歷等變項上皆未達顯著差異。

經由表五、六、七、八對東海大學教職員工分析發現：男女性別在是否吃早餐、是否只吃喜歡的食物，及不同年齡層的教職員工在是否只吃喜歡的食物有差異存在。整體而言，東海大學大部分教職員工在飲食習慣上，相當注重五大類營養素均衡飲食的攝取，此與賴瓊儀（2002）探討中年人生活型態中重視營養的研究結果是一致的。且大部分教職員工皆能體認早餐的重要性，與賴瓊儀（2002）研究中年人生活型態之吃早餐比例 82.9%，李蘭、陸均玲、李隆安、黃美維、潘怡燕、鄧尚琳（1995）台灣人的健康行為調查吃早餐習慣成人約 83.6% 相近。至於男性未吃早餐者高於女性，可能是傳統性別角色社會化，不僅鼓勵女人保衛自己的健康和安全；且女人比男人有較多的健康相關知識（Umberson,1992）。職是之故，男、女性喜歡吃的飲食不同是很正常的飲食現象；再者女性為維持優雅的體態，可能選擇較偏向適合維持體態的飲食，是以其飲食種類可能不如男性的多樣化。至於不同年齡層只吃喜歡吃的飲食有差異，30 歲以下至 40 歲之間較 41 歲以上者比率較高，可能與重視外表或外食機會較多有關。

（二）不同人口變項在每天睡眠時間上之差異考驗

由表九可知，不同人口變項教職員工在每天睡眠時間的差異考驗，顯示不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項，每天睡眠時間在 8 小時以下者，在 15-160 人次間；在 8 小時以上者，在 6-76 人次間。卡方考驗的結果顯示，在性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項上皆未達顯著差異。



表九 不同人口變項在每天睡眠時間之差異性考驗

人口變項	類別	生活形態		卡方值	P 值
		8 小時以下	8 小時以上		
性別	男	160(69.9%)	69(30.1%)	1.63	.20
	女	136(64.2%)	76(35.8%)		
年齡	30 歲以下	38(61.3%)	24(38.7%)	1.91	.59
	31-40 歲	105(66%)	54(34%)		
	41-55 歲	128(68.8%)	58(31.2%)		
	56 以上	25(73.5%)	9(26.5%)		
職稱	教授	29(72.5%)	11(27.5%)	3.51	.62
	副教授	35(67.3%)	17(32.7%)		
	助理教授	15(71.4%)	6(28.6%)		
	講師	21(70%)	9(30%)		
	助教	54(59.3%)	37(40.7%)		
	職員	142(68.6%)	65(31.4%)		
月收入	75001 以上	72(67.3%)	35(32.7%)	1.16	.55
	45001-75000	138(69.3%)	61(30.7%)		
	45000 以下	86(63.7%)	49(36.3%)		
學歷	博士	70(68%)	33(32%)	1.23	.74
	碩士	71(69.6%)	31(30.4%)		
	大學	115(64.2%)	64(35.8%)		
	專科	40(70.2%)	17(29.8%)		

*p<.05

有關性別對於睡眠品質的影響，一些研究指出女性主觀睡眠品質較差（陳美妃，1994；鄒秀蘭，1994）可能導致女性入睡及睡眠維持較困難（Kales, Kales, Bixler, Soldatos, Cadievx, & Kashurba, et al, 1984；Middelkoop, Smilde-Van den doel, Neven, Kamphuisen, & Spniger, 1996），但本研究中，並無差異存在，而在其他變項中亦無不同，就睡眠時間而言，以 8 小時以下之比例最高，但其睡眠品質，則有待進一步深入的探討。

至於影響睡眠的主要因素，根據 Edinger, Morey, Sullivan, Higginbotham, Marsh, and Dailey, et al (1993) 的研究發現：有氧運動可增加慢波睡眠，以增加睡眠潛伏期，及增加夜眠時間。而 Vuori, Uropeman, Hasan, and Partinen (1988) 的調查則發現：有從事輕度或中度運動習慣者較沒有運動者容易入睡且感到安寧，有 30%女性及 33%男性主觀認為運動是助長睡眠的最主要因素（引自黃雅玲，1994）。事實上，研究亦發現身體活動量高者在睡眠品質及白天功能狀態上顯著優於低身體活動量者，且規律運動者其整體睡眠品質、主觀的睡眠品質及白天功能狀態均顯著優於無規律運動者（朱嘉華，1999）。



表十 不同人口變項在上班交通工具上之差異性考驗

人口變項	類 別	生活形態		卡方值	P 值
		步行	坐開車		
性別	男	8(3.5%)	221(96.5%)	3.51	.06
	女	16(7.5%)	196(92.5%)		
年齡	30 歲以下	7(11.3%)	55(88.7%)	19.50	.00*
	31-40 歲	2(1.3%)	157(98.7%)		
	41-55 歲	9(4.8%)	177(95.2%)		
	56 以上	6(17.6%)	28(82.4%)		
職稱	教授	3(7.5%)	37(92.5%)	4.03	.54
	副教授	2(3.8%)	50(96.2%)		
	助理教授	0(0%)	21(100%)		
	講師	0(0%)	30(100%)		
	助教	6(6.6%)	85(93.4%)		
	職員	13(6.3%)	194(93.7%)		
月收入	75001 元以上	4(3.7%)	103(96.3%)	6.63	.03*
	45001-75000	7(3.5%)	192(96.5%)		
	45000 以下	13(9.6%)	122(90.4%)		
學歷	博士	4(3.9%)	99(96.1%)	1.77	.62
	碩士	4(3.9%)	98(96.1%)		
	大學	12(6.7%)	167(93.3%)		
	專科	4(7%)	53(93%)		

*p<.05

(三) 不同人口變項在上班交通工具上之差異考驗

由表十可知，不同人口變項教職員工在上班交通工具的差異考驗，顯示不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項，每天坐開車上班者，在 21-221 人次間，步行上班者，在 0-16 人次間。卡方考驗的結果顯示，在年齡變項 30 歲以下比例為 11.3% : 88.7%，31-40 歲比例為 1.3% : 98.7%，41-55 歲比例為 4.8% : 95.2%，56 歲以上比例為 17.6% : 82.4%， $\chi^2 = 19.50$ ， $p < .05$ ，達顯著差異；在月收入變項 75001 元以上比例為 3.7% : 96.3%，45001-75000 元比例為 3.5% : 96.5%，45000 以下比例為 9.6% : 90.4%， $\chi^2 = 6.63$ ， $p < .05$ ，達顯著差異；在不同性別、職稱、學歷變項上則未達顯著差異。

現今社會富裕，生活水平提高，家家有汽機車，因此，就東海大學教職員工之收入，應屬中高收入群；再者，教職員工大都住在中部縣市，基於上班便利之考量，上班開坐車者眾；再者步行上班者或許皆是住在校內或學校附近，有其便利性之因素，因此在人數上較少。是以，不同年齡與月收入變項有差異，其產生差異的原因，或許應從統計差異考驗的探討抽離。



表十一 不同人口變項在定期健康檢查習慣之差異性考驗

人口變項	類別	生活形態		卡方值	P 值
		有	沒有		
性別	男	58(25.3%)	171(74.7%)	11.21	.00*
	女	27(12.7%)	185(87.3%)		
年齡	30 歲以下	1(1.6%)	61(98.4%)	30.63	.00*
	31-40 歲	20(12.6%)	139(87.4%)		
	41-55 歲	54(29%)	132(71%)		
	56 以上	10(29.4%)	24(70.6%)		
職稱	教授	19(47.5%)	21(52.5%)	31.41	.00*
	副教授	13(25%)	39(75%)		
	助理教授	3(14.3%)	18(85.7%)		
	講師	3(10%)	27(90%)		
	助教	7(7.7%)	84(92.3%)		
	職員	40(19.3%)	167(80.7%)		
月收入	75001 以上	33(30.8%)	74(69.2%)	13.43	.00*
	45001-75000	35(17.6%)	164(82.4%)		
	45000 以下	17(12.6%)	118(87.4%)		
學歷	博士	32(31.1%)	71(68.9%)	12.35	.00*
	碩士	17(16.7%)	85(83.3%)		
	大學	26(14.5%)	153(85.5%)		
	專科	10(17.5%)	47(82.5%)		

* $p < .05$

坐開車者眾，印證目前上班時間交通的擁塞情形，亦反應出現代人運動不足，動態生活缺乏的主因。

(四) 不同人口變項在定期健康檢查習慣之差異性考驗

由表十一可知，不同人口變項教職員工在定期健康檢查習慣的差異考驗，顯示不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項，有定期健康檢查者，在 3-58 人次間，沒有者在 18-185 人次間。卡方考驗的結果顯示，在性別變項比例為男生 25.3% : 74.7%，女生比例為 12.7% : 87.3%， $\chi^2=11.21$ ， $p < .05$ 達顯著差異；年齡變項 30 歲以下比例為 1.6% : 98.4%，31-40 歲比例為 12.6% : 87.4%，41-55 歲比例為 29% : 71%，56 歲以上比例為 29.4% : 70.6%， $\chi^2=60.63$ ， $p < .05$ 達顯著差異；在職稱變項教授比例為 47.5% : 52.5%，副教授比例為 25% : 75%，助理教授比例為 14.3% : 85.7%，講師比例為 10% : 90%，助教比例為 7.7% : 92.3%，職員比例為 19.3% : 80.7%， $\chi^2=31.41$ ， $p < .05$ 達顯著差異；在月收入變項 75001 元以上比例為 30.8% : 69.2%，45001-75000 元比例為 17.6% : 82.4%，45000 以下比例為 12.6% : 87.4%， $\chi^2=13.43$ ， $p < .05$ 達顯著差異；在學歷變項博士比例為 31.1% :



68.9%，碩士比例為 16.7%：83.3%，大學比例為 14.5%：85.5%，專科比例為 17.5%：82.5%， $\chi^2=12.35$ ， $p<.05$ 達顯著差異。

就定期健康檢查習慣而言，以沒有者最多，且各種人口變項中皆有差異存在，顯示受試者對定期健康檢查的觀念有待加強。陳郁雯（2004）認為現代人對於健康的認知，並沒有隨著生活型態的改變而意識到健康的重要性，仍停留在較為消極的疾病康復，而將自身的健康繫於醫療專業。世界各國將公共衛生政策自 1970 年以來已將重心由醫療照護資源的提供，開始推動或積極的健康促進政策，如健康城市及預防保健服務。因此東海大學教職員工維護身體健康及預防疾病之概念應有所改變，所幸東海大學人事室已與台中澄清醫院簽約，並補助健檢費用，鼓勵同仁積極作定期健康檢查。

就性別而言，性別是生活型態中一個很重要的預測因子，有定期健康檢查者的男性多於女性，根據 Felton, Parsons, and Bartoces (1997) 的研究發現，性別是主要影響健康促進行為的因子。Umberson (1992) 則指出，女人比男人有較多的健康相關知識，也比較少從事影響健康不良的行為。此是否為本研究中女性較少從事定期健康檢查的原因，值得探討。

就年齡而言，沒有定期檢查者的比例高過於有定期檢查者，可見國人沒有建立起疾病預防及早期發現疾病的觀念。依據 Duffy (1988) 的研究發現，中年婦女隨著年齡越大越明顯關心自己的健康，為自己的健康負責任，很密切的監測自己的健康。此與本研究中年齡越大有定期健康檢查習慣者越多不謀而合，而其他相關的研究結果亦顯示年齡越大越能執行健康的生活型態（黃雅文、姜逸群、藍忠予、方進隆、劉貴雲，1991；王潤清、柯舜娟、劉波兒、孫麗娟，1999；Ratner, 1994）。

就職稱而言，職位較高者，其醫療知識較豐富，且有較好的醫療照顧。邱啓潤、何啓功（1998）的研究發現，藍領階級的健康生活型態較白領階級差；藍領階級在各種疾病的罹患率是其他階層的兩倍。但亦有研究顯示職業與生活型態無關（王秀紅、邱啓潤、王瑞霞、李建廷，1992；Duffy, 1988）。

就學歷而言，教育程度高者較教育程度低者對於疾病預防之觀念亦有明顯的。王秀紅等人（1992）的研究發現，教育程度高者均較教育程度低者有較正面的健康行為。Krick and Sobal (1990) 的研究結果認為，教育程度較高者會有較健康的行為一較有計畫做運動，較少使用鎮定劑，較少抽煙等行為，因此教育程度較高者比較會注意自己的健康也擁有較健康的生活型態；而 Calnan and Rutter (1986) 研究結果顯示，教育程度與大部分的預防性行為有強烈的相關，接受教育越久的人越能執行較多健康的行為，包括繫安全帶、洗牙、運動、飲食、



表十二 不同性別、是否長期服用藥物變項在健康自覺因素之 t 值考驗

變項名稱	因素構面	類別	人數	平均數	標準差	t 值	P 值
性別	生理健康自覺	男	229	2.57	.6612	2.67	.00*
		女	212	2.41	.6031		
	精神健康自覺	男	229	3.29	.8082	3.93	.00*
		女	212	2.98	.8359		
是否長期 服用藥物	生理健康自覺	是	229	2.52	.7817	.394	.69
		否	212	2.48	.6118		
	精神健康自覺	是	229	2.89	.9086	-2.97	.00*
		否	212	3.19	.8150		

*P<.05

不抽煙、定期看牙醫、子宮頸抹片檢查及乳房篩檢等，此與本研究頗為類似。

二、不同人口變項教職員工在健康自覺因素之差異考驗

(一) 不同性別、是否長期服用藥物者之差異考驗

由表十二可知，不同性別變項在生理健康自覺因素 ($t=2.67$; $p<.05$)、在精神健康自覺因素 ($t=3.93$; $p<.05$) 達顯著差異；是否長期服用藥物變項在生理健康自覺因素 ($t=.394$; $p>.05$) 未達顯著差異、在精神健康自覺因素 ($t=-2.97$; $p<.05$) 達顯著差異。

由表十二得知在生理健康自覺及心理健康自覺之因素上，不同的性別有顯著的差異。與梁麗金（2000）的研究是一致的；從平均數來看，男性不論是生理健康自覺或精神健康自覺，較女性的得分高，此呼應 Fylkesnes and Forde (1991) 81%的男性自覺健康狀況良好，80.6%女性自覺健康狀況良好，而男女在 45-54 歲時，女性自覺健康較男性差的研究結果。至於長期服用藥物者自覺精神健康男女有差異存在，依據 Goldstein and Boyer (1984) 研究發現自覺健康狀況與慢性疾病的問題及依賴性呈負相關。

(二) 不同年齡、職稱、學歷、月收入者在健康自覺因素之差異考驗

由表十三可知，不同年齡在生理健康自覺因素 ($F=.755$; $p>.05$)、精神健康自覺因素 ($F=2.715$; $p>.05$) 之差異考驗，未達顯著差異。

不同年齡在健康自覺兩個因素構面上無差異存在，此與 Lamb, Roberts and Bordie (1990) 之研究不同，他們的研究結果認為隨著年齡的增長，身體健康與心理健康逐漸衰退，自覺健康狀況會隨著年齡而有所改變，而本研究之東海大學教職員工不隨著年齡之改變而有所差異，可能是學校自然的環境（東海號稱是台中市最大的運動公園）所致，其原因值得探討。



表十三 不同年齡在健康自覺因素之變異數分析及事後考驗

年齡 因素 構面	30 歲以 下 (1)	31-40 歲 (2)	41-55 歲 (3)	56 歲以 上 (4)	變 異 來 源	自由 度	離均差 平方和	均方	F 值	p 值	事 後 比 較
生理	N M SD	62 2.53 .646	159 2.49 .670	186 2.45 .603	34 2.62 .666	組間 組內 總和	3 437 440	.924 178.37 179.29	.308 .408	.755	.52
精神	N M SD	62 2.90 .670	159 3.14 .825	186 3.20 .889	34 3.34 .780	組間 組內 總和	3 437 440	5.613 301.164 306.778	1.871 .689	2.715	.44

*p<.05

表十四 不同職稱在健康自覺因素之變異數分析及事後考驗

職稱 因素 構面	教授 (1)	副 教 授 (2)	助 理 教 授 (3)	講 師 (4)	助 教 (5)	職員 (6)	變異 來源	自由 度	離均差 平方和	均方	F 值	p 值	事 後 比 較
生理	N M SD	40 2.59 .54	52 2.58 .69	21 2.40 .47	30 2.39 .46	91 2.45 .60	207 2.49 .69	組間 組內 總和	5 435 440	1.419 177.872 179.291	.284 .409	.694	.63
精神	N M SD	40 3.35 .77	52 3.44 .90	21 3.31 .76	30 3.27 .75	91 2.89 .67	207 3.11 .88	組間 組內 總和	5 435 440	13.383 293.394 306.778	2.677 .674	3.969	.00**
健康													2>5
自覺													

*p<.05

表十五 不同學歷在健康自覺因素之變異數分析及事後考驗

學歷 因素 構面	博士 (1)	碩士 (2)	大學 (3)	專科 (4)	變異 來源	自由 度	離均差 平方和	均方	F 值	p 值	事後 比較
生理	N M SD	103 2.52 .572	102 2.56 .687	179 2.45 .587	57 2.48 .799	組間 組內 總和	3 437 440	.945 178.35 179.29	.315 .408	.772	.51
精神	N M SD	103 3.69 .838	102 3.11 .759	179 3.07 .788	57 3.07 1.03	組間 組內 總和	3 437 440	6.64 300.14 306.78	2.21 .687	3.22	.02*
健康											
自覺											1>3

p<.05*

由表十四可知，不同職稱在生理健康自覺因素 ($F=.694$; $p>.05$) 未達顯著差異，精神健康自覺因素($F=3.969$; $p<.05$) 達顯著差異，事後比較顯示，副教



表十六 不同收入在健康自覺因素之變異數分析及事後考驗

收入 因素 構面	75001 以上 (1)	45001 -7500 (2)	45000 以下 (3)	變異 來源	自由 度	離均 差平 方和	均方	F 值	p 值	事後 比較
生理健 康自覺	N M SD	107 2.58 0.61	199 2.45 0.58	135 2.49 0.72	組間 組內 總和	2 438 440	1.24 178.29 179.29	0.623 0.406 1.53	.22	
	N M SD	107 3.38 0.83	199 3.13 0.80	135 2.99 0.85	組間 組內 總和	2 438 440	8.73 298.04 306.78	4.368 0.680 6.42	.00** 1>3	

p<.05*

授在精神健康自覺因素顯著高於助教。在不同職稱中僅副教授在精神健康自覺因素顯著高於助教，助教所擔任之職業較為繁雜瑣碎，且上班時間較純為授課之教師為長，對於心理層面可能影響較大。

由表十五可知，不同學歷在生理健康自覺因素 ($F=.772$; $p>.05$) 未達顯著差異，精神健康自覺因素($F=3.22$; $p<.05$) 達顯著差異，事後比較顯示，博士在精神健康自覺因素顯著高於大學。

研究顯示高社會地位者，教育程度高者，自覺健康狀況較好，而教育程度越低者，其自覺健康狀況越差，反之則相反，(Goldstein & Boyer,1984；張素妃，1996)，與本研究頗相似。

由表十六可知，不同收入在生理健康自覺因素 ($F=1.53$; $p>.05$) 未達顯著差異，精神健康自覺因素($F=6.420$; $p<.05$) 達顯著差異，事後比較顯示，收入 75000 以上者在精神健康自覺因素顯著高於收入 45001-75000 及收入 45000 以下者。

本研究收入較高者 (75000 以上) 較收入較低者 (45001-75000，及 45000 以下者) 其自覺精神健康為佳。高收入者在較無經濟的壓力，在心理層面比較滿足。部份研究亦認為家庭收入高者其自覺健康狀況較佳(Goldstein & Boyer,1984；Shibuya, Hashimoto, & Yano,2002)。

三、不同生活形態與健康自覺因素相關之考驗

不同生活型態為二分類別變項，而健康自覺因素為連續變項，因此，採用點二系列相關，探討生活型態與健康自覺因素之相關情形。

由表十七可知生活型態中的飲食習慣，是否吃五大營養素與生理健康自覺有正相關存在($r=.10$; $p<.05$)；而生活型態中的飲食習慣，是否定食定量($r=.14$;



表十七 生活型態與健康自覺因子相關矩陣

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1.00									
2	.59**	1.00								
3	.08	.10	1.00							
4	.06	.14**	-.30**	1.00						
5	.10*	.19**	.14**	.40**	1.00					
6	-.05	-.07	-.07	-.06	-.14	1.00				
7	.03	.01	-.02	-.127**	-.01	.06	1.00			
8	-.03	.03	.08	.07	.04	-.09	-.03	1.00		
9	-.09	.00	.04	-.00	.02	-.01	.06	.03	1.00	
10	-.01	.13**	.02	-.00	-.08	.03	.04	-.02	.18**	1.00

註：1 生理健康自覺 2 精神健康自覺 3 是否吃早餐 4 是否定食定量 5 是否吃五大營養素 6 是否只吃喜歡的食物 7 每天睡覺時間

8 每天交通工具 9 是否定期健康檢查 10 是否為慢性病長期服藥者

$p < .05$)、否吃五大營養素($r = .19$; $p < .05$)與精神健康自覺有正相關存在。

生活型態與健康自覺有正相關存在，此與黃毓華、邱啓潤(1997)、賴瓊儀(2002)之研究是一致的。而李蘭等人(1995)發現與健康相關的行為可分為四大因素：1.菸酒檳榔習慣(34.3%)；2.不良飲食習慣(22.1%)；3.茶與咖啡習慣(22%)；4.不當生活習慣、運動、睡眠等方面(21.6%)。

由此可見健康的促進或自覺健康者，首要在於規律的生活。若能持之以恆維持每天正常規律吃三餐而不吃零食，每天吃早餐，每週2-3次的適度運動，每天睡7-8小時維持理想體重，不抽煙，不喝酒等七項生活型態，則可以減少疾病及延長壽命(Belloc & Breslow, 1972)。

肆、結論與建議

一、結論

本研究旨在探討東海大學教職員工生活型態與健康自覺狀況之相關，以自編「東海大學教職員工生活型態與健康自覺調查表」為工具，進行普查，將所得441份有效資料，經統計分析後，所得結論如下：

(一)不同人口變項教職員工生活的型態

1.飲食習慣方面：不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項，每天吃早餐在16-197人次間，不吃早餐者在1-35人次間。卡方考驗顯示，不同性別間達顯著差異；每天三餐定食定量者，在19-192人次間，每天三餐沒有定食定量者，在



2-40 人次間。卡方考驗的結果顯示，不同的變項皆未達顯著差異；每天吃含有五大營養素者，在 22-150 人次間，沒有吃含有五大營養素者，在 3-79 人次間。卡方考驗的結果顯示，不同的變項皆未達顯著差異；每天只吃喜歡的食物者，在 6-84 人次間，不挑食者在 14 -169 人次間。卡方考驗的結果顯示，在不同性別、年齡變項達顯著差異。

- 2.睡眠時間方面：不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項，每天睡眠時間在 8 小時以下者，在 15-160 人次間；在 8 小時以上者，在 6-76 人次間。卡方考驗的結果顯示，不同的變項皆未達顯著差異。
- 3.交通工具方面：不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項，每天坐開車上班者，在 21-221 人次間，步行上班者，在 0-16 人次間。卡方考驗的結果顯示，在不同年齡、月收入變項達顯著差異。
- 4.健康檢查方面：不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷等變項，有定期健康檢查者，在 3-58 人次間，沒有者在 18-185 人次間。卡方考驗的結果顯示，不同性別、年齡、職稱、月收入、學歷變項達顯著差異。

(二)不同性別變項在生理健康自覺因素 ($t=2.67$; $p<.05$)、在精神健康自覺因素 ($t=3.93$; $p<.05$) 達顯著差異；是否長期服用藥物變項在生理健康自覺因素 ($t=.394$; $p>.05$) 未達顯著差異、在精神健康自覺因素 ($t=-2.97$; $p<.05$) 達顯著差異；不同年齡在生理健康自覺因素 ($F=.755$; $p>.05$)、精神健康自覺因素 ($F=2.715$; $p>.05$) 之差異考驗，未達顯著差異；不同職稱在生理健康自覺因素 ($F=.694$; $p>.05$) 未達顯著差異，精神健康自覺因素($F=3.969$; $p<.05$) 達顯著差異，事後比較顯示，副教授在精神健康自覺因素顯著高於助教；不同學歷在生理健康自覺因素 ($F=.772$; $p>.05$) 未達顯著差異，精神健康自覺因素($F=3.22$; $p<.05$) 達顯著差異，事後比較顯示，博士在精神健康自覺因素顯著高於大學；不同月收入在生理健康自覺因素 ($F=1.53$; $p>.05$) 未達顯著差異，精神健康自覺因素($F=6.420$; $p<.05$) 達顯著差異，事後比較顯示，收入 75000 以上者在精神健康自覺因素顯著高於收入 45001-75000 及收入 45000 以下者。

(三)生活型態中的飲食習慣，是否吃五大營養素與生理健康自覺有正相關存在 ($r=.10$; $p<.05$)；而生活型態中的飲食習慣，是否定食定量($r=.14$; $p<.05$)、是否吃五大營養素($r=.19$; $p<.05$) 與精神健康自覺有正相關存在。

二、建議

(一)就研究結果而言：東海大學教職員工不論在生活型態或健康自覺方面，皆表現出較注重與健康之傾向，惟在定期健康檢查的習慣上較缺乏，因此，除建議保健組加強宣導相關保健知識外，並應積極與鄰近榮總、澄清等醫院建立定



期健檢的契約，以期建立定期健檢的觀念。

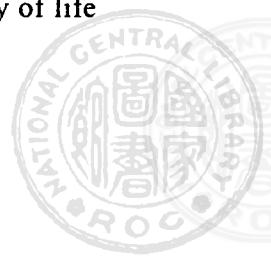
(二)就預防觀點而言：由於生活步調快速、壓力大，休閒空間不足，為能維持適當的健康體適能，體育室應積極開辦各項運動指導班，鼓勵學校教職員工積極參與，當可達解除壓力，舒緩競爭的人際關係，又達健身的目的。

參考文獻

- 王秀紅、邱啓潤、王瑞霞、李建廷（1992）。婦女健康促進行為及其相關因素的探討。《公共衛生》，19卷3期，251-265頁。
- 王宗吉（1999）。台灣地區運動參與人口調查。行政院體委會委託研究計畫。
- 王潤清、柯舜娟、劉波兒、孫麗娟（1999）。慢性病人健康促進及相關因素之探討。《弘光學報》，34期，47-97頁。
- 朱嘉華（1999）。國小教師身體活動與睡眠品質之相關研究。未出版碩士論文，國立台灣師範大學，台北市。
- 李金泉(1992)。SPSS/PC+實務與應用統計分析。台北：松岡。
- 李蘭、陸均玲、李隆安、黃美維、潘怜燕、鄧尚琳（1995）。台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卷4期，358-367頁。
- 宋素真(1998)。臨床護理人員健康促進生活型態及其相關因素之探討。未出版碩士論文，高雄醫學院，高雄市。
- 邱啓潤、何啓功（1998）。高雄地區上班族群生活型態、心疾病危險因子與健康狀況之研究。《高雄醫學科學雜誌》，14期，321-329頁。
- 邱皓政(2000)。社會與行為科學的量化研究與統計分析。台北：五南出版社。
- 梁金麗(2001)。社區老年人生活品質相關因素之探討。未出版碩士論文，台北護理學院，台北市。
- 高美玲、李玉蟬、李光大（1998）。台灣地區臨床護理人員生活型態與生活適應之研究。行政院國科會研究計劃，計劃編號 NSC87-2314-B-277-001。
- 陳美妃（1994）。老年婦女睡眠品質及其相關因素探討。未出版碩士論文，高雄醫學院，高雄市。
- 陳郁雯（2004）。從健康體適能的推動探討生活行為建健康化之研究---以臺南市文平、東寧社區為例。未出版碩士論文，國立成功大學，臺南市。
- 張素妃（1996）。老人寂寞與自覺健康狀況社會支持之相關研究。未出版碩士論



- 文，高雄醫學院，高雄市。
- 黃雅文、姜逸群、藍忠予、方進隆、劉貴雲（1991）。中老年人健康行為之探討。
公共衛生，18卷2期，133-145頁。
- 黃毓華、邱啓潤（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卷1期，24-36頁。
- 黃雅玲（1994）。休閒運動行為與睡眠品質關係之研究。未出版碩士論文，銘傳
大學，台北市。
- 鄒秀蘭（1994）。敬老院老人睡眠品質與健康狀況之探討。未出版碩士論文，國
防醫學院，台北市。
- 賴瓊儀（2002）。中年人生活型態之探討。未出版碩士論文，國立陽明大學，台
北市。
- 謝瓊慧（2004）。老人婦女的健康狀況、家庭功能及生活品質之相關性探討。未
出版碩士論文，長庚大學，桃園縣。
- 蘇玉玲（1998）。結腸造口患者自我照顧能力與生活品質之探討。未出版碩士論
文，台灣大學，台北市。
- Belloc, N.B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and
practice. *Preventive Medicine*, 1 (3), 409-421.
- Calnan, M. & Rutter, D. R. (1986). Preventive health practices and their relationship
with socio-demographic characteristics. *Health Education Research*, 1 (4),
247-253.
- Dever, GEA. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social
Indicators Research*. 2, 453-466.
- Duffy, M. E. (1988). Determinants of health-promoting lifestyles in older persons.
Journal of Nursing Scholarship, 25 (1), 23-28.
- Edinger, J.D., Morey, M. C., Sullivan, R. J., Higginbotham, M. B., Marsh, G. R.,
Dailey, D. S., & McCall, w. V. (1933). Aerobic fitness, acute exercise and
sleep in older man. *Sleep*, 16 (4), 351-359.
- Felton, G.M., Parsons, M.A., & Bartoces, M.G. (1997). Demographic Factors:
Interaction effects on health-promotion behavior an health related factors.
Public Health Nursing, 14(6),361-367.
- Goldstein, M. S., siegel J. M., & Boyer, R. (1984). Predicting changes in perceived
health status. *American Journal of Public Health*, 74 (6) . 611-615.
- Grimm ,R.H., Grandits, G.A., & Cutler, J.A. (1997) .Relationships of quality of life



- measures to long term lifestyle and drug treatment in the treatment of mild hypertension study. *Archives of Internal Medicine, 157* (6) : 638-648.
- Idler, E. L., & Kasl, S. (1991). Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *Journal of Gerontology, 46* (2), 55-65.
- Kales, J. D., Kales, A., Bixler, E. O., Soldatos, C. R., Cadieux, R. J., Kashurba, G. J., & Vela-Bueno, A. (1984) . Biopsychobehavioral correlates of insomnia, V: clinical characteristics and behavioral correlates. *American Journal of Psychiatry, 141* (11), 1371-1375.
- Krick, J. P., & Sobal, J. (1990) . Relationships between health protective behaviors. *Journal of Community Health, 15* (1), 19-34.
- Lamb, K. L., Roberts, K., & Bordie, D. A. (1990) . Self-perceived health among sports participants and non-sports participants. *Social Science and Medicine, 31* (9). 963-969.
- Middelkoop, H. A., Smilde-Van den Doel, D. A., Neven, A. K., Kamphuisen, H. A., & Spnninger, C. P. (1996). Subjective sleep characteristics of 1485 males and females aged 50-93: effects of sex and age, and factors related to self-evaluated quality of sleep. *Journal of Gerontology series A-Biological Sciences and Medical sciences, 51*(3),108-115.
- Pan, X.R., Yang ,W.Y., & Li, G.W.(1997). Prevalence of diabetes and its risk factors in China. National Diabetes Prevention and Control Cooperative Group. *Diabetes care,20* (11) : 1664-1669.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice(2ed)*.East Norwalk: Appleton & Lange.
- Ratner, P. A., Bottoreff , J.L., Johnson, J.L,& Hayduk , L.A.(1994). The interaction effects of gender within the health promotion model. *Research in Nursing & Health, 17*, 341-350.
- Shibuya, K., Hashimoto, H., & Yano, E. (2002) . Individual income, income distribution and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample. *British Medical Journal, 324*. 16-19.
- Umberson, D. (1992).Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social Science Medical, 34*(8),907-917.
- Wilhinde Tanner, E.K. (1991) . Assessment of a health: primitive lifestyle. *Nursing*



Clinics of North American, 26 (4) , 845-853.

Yu, E. S., Kean, Y. M., Slymen, D. J., Liu, W. T., Zhang, M., & Katzman, R. (1998).
Self-Perceived health and 5-year mortality risks among the elderly in Shanghai,
China. *American Journal of Epidemiology*, 147 (9) , 880-890.

