

國立臺灣師範大學管理學院高階經理人企業管理碩士在職專班

碩士論文

Program of Executive Master of Business Administration

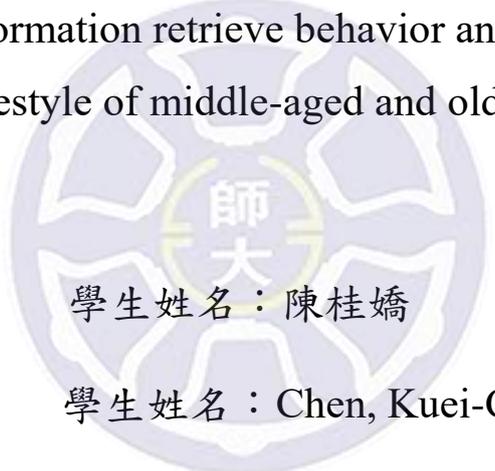
College of Management

National Taiwan Normal University

Master Thesis

中高齡者擷取健康資訊行為與健康促進生活型態之研究

Study on health information retrieve behavior and the promotion of
healthy lifestyle of middle-aged and older adults.



學生姓名：陳桂嬌

學生姓名：Chen, Kuei-Chiao

指導教授：張少熙 博士

Advisor：Chang, Shao-Hsi Ph.D.

中華民國 108 年 6 月

June, 2019

中高齡者擷取健康資訊行為與健康促進生活型態之研究

2019 年 6 月

研究生：陳桂嬌
指導教授：張少熙

摘要

隨著時代的進步，人們生活和疾病型態也隨著改變，臺灣和全世界一樣都面臨人口結構快速老化的議題，值得我們重視的是如何積極面對老化所衍生的健康問題，在中高齡時期即養成好的健康生活習慣，以達到健康老化，在老年時擁有較佳的生活品質。

本研究旨在瞭解中高齡者擷取健康資訊行為、自覺健康狀況及健康促進生活型態之現況及其差異，研究對象為大臺北地區年齡 45 歲到 64 歲的中高齡者，以魏米秀、呂昌明「健康促進生活型態簡式量表」為研究工具，採用網路問卷方式，取得有效問卷 671 份，回收率為 76%。

本研究結果顯示：使用資訊產品的中高齡者擁有較佳的健康生活，與健康促進生活型態有顯著差異；以自我實現層面表現最好，健康責任表現較差；研究結果也顯示自覺健康狀況愈佳者，則其健康促進活型態愈好，成顯著的正向關係。

建議未來研究方向也可以納入政府健康平臺數據分析，或是增加資訊產品介入效果的研究。找出有效協助中高齡者養成良好健康習慣的方法，並重視健康促進行為的落實，提升老年生活的品質。

關鍵詞：中高齡、健康資訊行為、自覺健康狀況、健康促進生活型態、
穿戴式裝置、資訊產品。

Study on health information retrieve behavior and the promotion of healthy lifestyle of middle-aged and older adults.

June, 2019

Author : Chen, Kuei-Chiao
Advisor : Chang, Shao-Hsi Ph.D

Abstract

With the progress of times, human lives and disease patterns had also changed. Taiwan and other countries in the world were all facing the problem of rapid aging of the population structure. It was important and deserve more attention was how to actively face the health problems caused by aging. Also, to develop good healthy living habits in the period of middle age, would be helpful to achieve healthy aging and had a better quality of life in elder.

The purpose of this study was to understand the current situation and differences of health information retrieve behavior, self-conscious and the promotion of healthy lifestyle among middle-aged and older adults. The study was for aged 45 to 64 in the Greater Taipei area, using Mi-Hsiu, Wei and Chang-Ming, Lu 「short-form Chinese Health-Promoting Lifestyle Profile」 was a research tool. Internet questionnaires were used to obtain 671 valid questionnaires with a recovery rate of 76%.

The results of this study show that middle-aged and older adults who used 3C products have a better and healthy life, and were significantly different from those who belong to the “promotion of healthy lifestyle”; the best was their perform at the self-actualization, and poorer perform at the health responsibilities; the results also show that their conscious health status was higher. The better health promotion and the positive perform, had a significant positive relationship.

It suggested that future research directions could also be included in the government health platform data analysis, or to increase the research on the intervention effect of 3C products. Found ways to effectively assisted middle-aged adults to develop good health habits, and paid attention to the implementation of health promotion behaviors to improve the quality of old-age life.

Keywords : middle-aged, health behavior, self-conscious, 3C, promotion of healthy lifestyle, wearable devices.

謝誌

提筆寫謝誌，表示真的要完成碩士學程了。要感謝的人太多，感謝家人的支持與體諒，感謝一路走來一直相挺、一直鼓勵我的 102 級好夥伴們，感謝熙門的學長姐給我的大力協助，感謝工作上的好姊妹們為我加油打氣，感謝為我論文填寫問卷相識與不相識的朋友們，感謝薛薛學長給我的指導，感謝韓教授指導統計分析，最最感謝少熙老師願意當我的指導教授，而我終究完成學業，感謝.....，感恩有您們大家，才有今日的我，謝謝您們。



陳桂嬌 謹誌

2019 年 5 月

目次

中文摘要.....	i
英文摘要.....	ii
謝誌.....	iii
目次.....	iv
表次.....	vi
圖次.....	vii
第壹章 緒論	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	4
第三節 研究問題.....	4
第四節 研究範圍與限制.....	4
第五節 研究之重要性.....	5
第六節 名詞操作性定義.....	5
第貳章 文獻探討	7
第一節 自覺健康狀況.....	7
第二節 健康資訊行為.....	12
第三節 健康促進生活型態.....	16
第四節 本章總結.....	21
第參章 研究方法	22
第一節 研究架構.....	22
第二節 研究流程.....	23
第三節 研究對象.....	24

第四節 研究工具.....	25
第五節 實施步驟.....	30
第六節 資料分析與處理.....	31
第肆章 結果與討論	34
第一節 大臺北地區中高齡者個人背景資料之描述.....	34
第二節 中高齡者擷取健康資訊行為、自覺健康狀況及健康促進生活型態之現況.....	39
第三節 不同社會人口背景變項對中高齡者擷取健康資訊行為、自覺健康狀況及健康促進生活型態之差異性.....	49
第四節 中高齡者自覺健康狀況與健康促進生活型態之關係.....	67
第伍章 結論與建議	69
第一節 結論.....	69
第二節 建議.....	72
引用文獻.....	74
一、中文部分.....	74
二、外文部分.....	77
附錄一	
大臺北區中高齡者擷取健康資訊行為及健康促進生活型態問卷	79

表次

表 2-1 近 10 年有關中高齡者自覺健康狀況相關研究結果整理	9
表 3-1 健康促進生活型態總量表及其各分量表之信度	28
表 3-2 專家學者背景資料	31
表 4-1 個人背景資料	37
表 4-2 擷取健康資訊管道	39
表 4-3 擷取健康資訊頻率	41
表 4-4 自覺健康狀況量表的得分情形	43
表 4-5 自覺健康狀況量表之選項分布	43
表 4-6 健康促進生活型態六大分量表各題項之得分情形	47
表 4-7 健康促進生活型態量表各題項得分分部情形	48
表 4-8 個人背景變項與自覺健康狀況總量表之差異分析	51
表 4-9 個人背景變項與健康促進生活型態總量表之差異分析	55
表 4-10 個人背景變項與健康促進生活型態-營養分量表之差異分析	56
表 4-11 個人背景變項與健康促進生活型態-運動分量表之差異分析	57
表 4-12 個人背景變項與健康促進生活型態-健康責任分量表之差異分析 ..	58
表 4-13 個人背景變項與健康促進生活型態-壓力管理分量表之差異分析 ..	59
表 4-14 個人背景變項與健康促進生活型態-人際支持分量表之差異分析 ..	60
表 4-15 個人背景變項與健康促進生活型態-自我實現分量表之差異分析 ..	61
表 4-16 是否使用手機資訊與健康促進生活型態之差異分析	62
表 4-17 是否有使用資訊產品與健康促進生活型態之差異分析	63
表 4-18 是否有使用資訊產品與健康促進生活型態之差異分析	63
表 4-19 擷取健康資訊動機與健康促進生活型態之差異分析	64
表 4-20 主動使用網路取得健康資訊的頻率與健康促進生活型態之差異分析	66
表 4-21 中高齡者自覺健康狀況與健康促進生活型態之關係	68

圖次

圖 2-1 智慧健康項目	14
圖 2-2 健康促進模式	17
圖 2-3 健康促進模式	18
圖 3-1 研究架構	22
圖 3-2 研究流程圖	23
圖 3-3 樣本計算	24



第壹章 緒論

隨著環境衛生的改善、醫療科技日益進步，世界各國與我國均面臨人口高齡化快速發展的趨勢，現今威脅國人健康也已不再是傳染病，而是因為文明社會生活型態改變所造成的高血糖、高血脂、高血壓或是癌症、腦血管病變等慢性疾病的；因應社會邁向高齡化、少子化，為提高個人在高齡時期的自主能力，使高齡者可以活得更健康、成功老化，也積極找出影響健康促進生活型態的因素，另一方面，網際網路的普及與資訊科技蓬勃，社會發展邁入知識經濟時代，大量科技應用及創新的服務體系應運而生，想要促進健康，更需要體認到健康是每一個人的責任，利用智慧科技掌握更多生活型態相關資訊，能更主動的參與自己的健康，為自己的健康做出最好的選擇，也因此健康老化，進而降低整體醫療支出。

本章共分六節，第一節為本研究背景與動機；第二節說明研究目的；第三節提出研究問題；第四節為研究範圍與限制；第五節為研究之重要性；第六節為名詞操作性定義。依序分述如下：

第一節 研究背景與動機

一、我國人口快速老化趨勢

世界人口高齡化，我國也同樣面臨人口快速老化的問題，根據內政部中華民國人口統計資料顯示，我國於今年 2018 年三月底正式成為高齡國家 (aged nation)，即 65 歲以上老年人口佔人口總數的 14% 以上，預估在西元 2026 年邁入超高齡國家 (Super aged)，老年人口比例增加到 20.7% 約 488.1 萬人 (內政部, 2018)，我國只用 8 年的時間從高齡國家成長為超高齡國家，老化速度全球數一數二；報告中並推估，2034 年我國每 2 人就有 1 人超過 50 歲，到了 2065 年我國 65 歲以上老年人口約達 715 萬人，約佔總人口比

例 41.2%，每 10 個人中就有 4 位是 65 歲以上老年人口，而此 4 位中則將近有 1 位是 85 歲以上之超高齡老人（國家發展委員會，2018）。

二、疾病慢性化，造成長照需求與醫療費用的增加

高齡化的社會與疾病慢性化一直來都是全球先進國家共同關注的健康議題，根據衛生福利部國民健康署 [民國 104 年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查成果報告] 指出，50 歲以上的國人，逾 7 成 (72.2%) 至少罹患一種慢性疾病，且高達 5 成高齡者患有三種以上慢性病（衛生福利部，2018a）；另衛生福利部發表的 [國人 106 年死因統計] 結果分析顯示，國人十大死因中多與慢性疾病有關，慢性病也造成年長者失能的情形，失能的比率從 65 歲約占 7%，到約有一半 85 歲以上人口失能（衛生福利部，2018b）；因此，高齡者除需要健康與醫療服務外，亦需要廣泛的、長期的照護服務。

除此之外，衛生福利部國民醫療保健支出 (National Health Expenditure [NHE]) 統計也指出，2017 年我國 NHE 為 11,274 億元，不僅支出較前一年增加 3.73%，而且增幅高於國內生產毛額 GDP 之年增率 1.89%，國民醫療保健支出金額占 2017 年 GDP (17 兆 5,012 億元) 之比重也上升至 6.44%，較 2016 年提高 0.11%，平均每人 NHE 為 47,860 元，較 2016 年增約 3.6%（衛生福利部，2018c）。

老年人口的增加，同時也強烈增加了藥物的需求，根據 WHO 的報告，在全球處方藥的市場，65 歲以上的老年族群將較年輕疾病患者多出 3 倍的處方藥費用；高血脂、高血壓和糖尿病等三高慢性疾病及癌症的抗腫瘤標靶藥物、心臟病是高齡人口用藥的主要大類。更值得注意的是從 45 歲到 64 歲的西醫門診件數占全體 32.1%，較 65 歲以上門診件數 24.9% 高出 7.2%，另從西醫門診醫療費用來看，45 歲到 64 歲的醫療費用占全體 37.9%，較 65 歲以上所占 34.1% 明顯高出 3.8%（衛生福利部，2018c）。50 歲以後，醫療

支出出現倍數增加，從 51 歲到 64 歲，每人平均藥品支出費用就比 19 歲到 50 歲增加了將近 3 倍，來到了新台幣 11125.4 元；根據衛福部的統計，每人平均藥費在 65 歲以上高齡者則超過了新台幣 2 萬元。國人藥品費用從 50 歲以後大幅度增加的統計情形來看，國人身體狀況會比較明顯的走下坡在 50 歲以後，如果能建立在年輕時就多儲存身體的資本，相信能讓自己老得比較健康。

三、預防保健的興起，健康照護盛行

根據世界衛生組織 (World Health Organization [WHO]) 2014 年全球性調查報告指出，真正健康的人在全球人口中約占 5%，而經由醫師診斷真正生病的人約有 20%，除此之外，處在健康與罹病之間的則稱之為「亞健康」，推估全球人口中亞健康的人約佔 75%，值得注意的是亞健康也是大多數罹患慢性疾病的前兆。美國疾病管制中心研究發現，約有 70% 引起死亡的因素是可被人為所控制（例如體重、體能訓練、高油脂飲食、睡眠不足、壓力、抽菸、酗酒等），哈佛公共衛生學院研究更進一步指出，透過有效改善生活方式，大約有 80% 的心臟病與糖尿病病症，70% 的中風及 50% 的癌症病症是可以避免的。因此，維護健康的主要關鍵是在疾病預防，而不是在疾病的治療，古代醫學典籍《黃帝內經》提到：「聖人不治已病，治未病。」也顯示出預防醫學的重要。21 世紀人類平均壽命愈來愈長，人們對醫療的需求，由最初的以「治療為主」走向「治療與照護並重」，更由「疾病治療」轉變成「疾病預防」，健康照護模式也改變，呈現越來越多樣態，而如何透過在事前有效的健康管理模式來預防或減少疾病發生，將是未來發展的趨勢。在 2015 年臺灣健康照護產業更被行政院列為經濟發展願景的四大新興產業之一，並預估其年成長率將達 17%；近年來產業界及學術機構也紛紛投入有關健康促進、保健養生、健康管理 APP 等健康管理系統及健康輔助器材的研發；結合資通訊技術，將健康照護電子化、行動化，健康促進方

法將因科技的日新月異應用更加多元。

綜上所述，面對老化、慢性疾病及處在資通訊發達的今日，如何善用科技的便利，瞭解及改善個人健康狀況，進而延緩老化、健康老化，降低醫療支出；期望透過本研究能提供未來中高齡發展健康促進政策上有實證參考的依據。

第二節 研究目的

本研究目的包含如下：

- 一、瞭解目前中高齡者擷取健康資訊行為、自覺健康狀況及健康促進生活型態之現況。
- 二、分析不同社會人口背景變項對中高齡者擷取健康資訊行為、健康促進生活型態之差異。
- 三、探究中高齡者自覺健康狀態與健康促進生活型態的關係。

第三節 研究問題

依據研究目的，本研究擬探討的問題如下：

- 一、目前中高齡者擷取健康資訊行為、自覺健康狀況及健康促進生活型之現況為何？
- 二、不同社會人口背景變項與中高齡者擷取健康資訊行為、健康促進生活型態之差異性為何？
- 三、中高齡者自覺健康狀態與健康促進生活型態的關係為何？

第四節 研究範圍與限制

本論文研究對象是戶籍在大臺北地區年滿45歲到65歲(不含)之居民。本研究採橫斷式調查法為主要研究方法，透過問卷蒐集樣本資料，主要有

以下限制：

- 一、本研究採網路問卷調查，採自評式問卷調查法，其自評有可能與實際健康狀況有出入，回憶偏差，較欠缺客觀的行為評量，因此統計結果可能有偏誤。
- 二、本研究為橫斷性調查研究，所得資料僅能提供統計相關性的資訊，無法做為因果關係之推論；問卷長度題數、增加填答時間，可能會影響研究樣本的回收率。

第五節 研究之重要性

本研究的重要性可分為學術及實務兩層面來論述：

一、學術面

過去對高齡者研究很多，鮮少對中高齡者此一族群特別進行探討，找出對中高齡者健康促進生活型態的關鍵因素，提供後續對中高齡者研究的多元面向，可做為未來對中高齡者長期性追蹤研究的基礎。

二、實務面

健康產業產值不斷擴大，藉由研究結果可提供保健醫療相關單位及健康產業廠商，瞭解中高齡者網路健康行為，做為擬定健康促進相關方案之參考及開發更適合中高齡者的產品，共創價值。

第六節 名詞操作性定義

一、中高齡者：

我國就業服務法第二條第一項第四款：「中高齡者：指年滿 45 歲至 65 歲之國民」。本研究所指中高齡者將年滿 45 歲至 65 歲(不含)，戶籍在大臺北地區之居民納入研究範圍。

二、自覺健康狀態：

本研究所指的自覺健康狀態為中高齡者個人對自我健康之評估，包括目前健康狀態與同年齡人相比較，以及與一年前自覺健康狀況相比；以自覺健康狀態量表來評量，得分越高者代表該研究對象認為自己越健康。(林佳臻、杜明燦、陳俊傑、陳宣志、顏啟華及李孟智，2013；Ferraro & Kelley, 2001)。

三、健康行為

健康行為不只是消極的疾病預防及避免疾病的發生，也包含積極促進健康態度與行為，如此才能達到較為全面性的健康層次。現今健康行為的核心概念也從往昔的疾病預防、健康保護、演變至現在的健康促進(林豐裕、胡月娟，2003)。

四、健康促進生活型態

健康促進生活型態是指個人為維持或提升自我健康層次、自我實現以及自我滿足多層面的一種自發性行為與知覺(Walker, Sechrist, & Pender, 1987)，本研究以魏米秀與呂昌明(2005)「健康促進生活型態中文簡式量表」作為評量工具，分數越高者代表日常生活習慣越趨近於健康，「健康促進生活型態中文簡式量表」共分為營養、運動、健康責任、壓力管理、人際支持、自我實現等6個分量表(魏米秀、呂昌明，2005)。

第貳章 文獻探討

第一節 自覺健康狀況

「健康」是一切成就的基礎，是人生最寶貴的財富。世界衛生組織(World Health Organization [WHO]) 對健康下了一個定義：「健康是身體的 (Physical)、心理的 (Mental) 及社會的 (Social) 三方面皆處於一種完全安寧美好的狀態，而不僅是沒有疾病或虛弱而已」(WHO, 1946)，1984 年世界衛生組織再詳細闡釋「健康」的定義，指出：「健康的個人或群體能夠實現理想，滿足需要，並能改變和適應環境。健康是日常生活的資源，而不是生存之目的；健康是一個積極概念，注重社會與個人的資源及體能。」健康的定義不再是消極無病徵，而是更具積極、正向、廣義及多元。由於社會環境的改變及生活的壓力，現代人生活習慣受極大的挑戰，也危害著個人身心的健康，根據衛生福利部發表的 [106 年國人死因統計] 顯示，威脅健康主要病因已由過去的傳染病，轉變為與生活型態習習相關的慢性疾病 (衛生福利部, 2018)；健康是人生重要指標，如果失去健康，個人所努力的成果將會變得毫無意義，健康與生活是需要不斷的努力經營與學習；健康老化與活躍老化是近年來聯合國及世界衛生組織大力提倡的政策，中高齡者更是需要積極建立健康行為及主動管理健康，才能有健康老年生活。

自覺健康狀況 (Self-rated health) 是指個人對自己健康情形所做出的評價，且會影響其健康促進行為 (Pender, 1987)；自覺健康最早提出時主要是為觀察健康狀況與死亡率的關聯，研究結果為人們對自己健康的看法與其健康結果密切相關提供了實證支持 (Mossey & Shapiro, 1982)；而 Dianne, Marie 與 Kathleen (1989) 則認為自覺健康狀況是一種統合的概念，可反映個體對自己健康的評估；Strawbridge 及 Wallhagen 檢視自覺健康狀況為一般或是較差者，與其死亡率之間的關聯長達 28 年的調查研究顯示，自覺健康

雖然是一個簡單的自評方式，但卻是一個可預測死亡率的重要因子之一 (Strawbridge & Wallhagen, 1999)。通常自覺健康狀況評估一般是使用簡單的問題，如「你覺得目前自己的健康狀況為何?」、「和一年前比較，你覺得自己目前的健康狀況為何?」等簡單問項，評估研究對象自己近來整體健康狀況，換言之，是研究對象綜合其客觀及主觀的健康狀況後，所做的概括性對自我健康描述，是一個可以普遍使用於民眾的評估方式 (林佳臻、杜明燦、陳俊傑、陳宣志、顏啟華及李孟智，2013)。Ferraro 與 Kelley (2001) 認為此種一般性自覺健康狀況的自評，不僅可以適切的反應個人身體與心理上的健康狀態，並且可能影響自身的健康促進行為 (Ferraro & Kelley, 2001)。綜合以上研究，本研究所定義之自覺健康狀況係指歸結個人主觀及客觀性的健康經驗後，個人對其自身生理與心理健康，所做的一種自覺性與概括性的健康狀況評量。

一、自覺健康狀況之相關研究

Pender & Walker 等學者研究美國中西部地區 6 家工廠 589 位員工的健康促進生活型態發現，個人自覺健康狀況是個人健康促進生活型態的預測因子 (Pender & Walk, 1990)；在國內自覺健康狀況的相關研究中，董和銳的研究也提到自覺健康狀況會引導個人健康促進行為 (董和銳，2005)，而這種全盤性、概括性的自我健康評估，不是單一時間點的健康狀況，而是持續一段時間的動態健康狀況 (劉光啟，2014)。國內自覺健康狀況的研究，以學生、教師、護理人員、銀髮族等族群居多，表 2-貳-1 是依年份整理近 10 年國內研究者，研究與中高齡者自覺健康狀況有關的研究結果。

表 2-1

近 10 年有關中高齡者自覺健康狀況相關研究結果整理

年份	研究者	出處	自覺健康狀況 相關研究結果	樣本 人數	年齡
2018	梁容方、 鄭健濤、 張慈桂	中老年人多重慢性 疾病與自覺健康狀 況關聯之探討	1.多重慢性疾病與自覺健康 狀況有顯著關聯。2.性別、 教育程度、籍貫、運動情形 和慢性疾病數量與較差自覺 健康情形也顯著相關。	1968	45 歲 以上
2018	楊玉倩、 曹展毓、 蘇翠玲	南部某社區老年人 萬步健走之效益	中老年人經由每天萬步行走 可改善功能性活動能力，並 增進上肢肌力	60	50 歲 以上
2018	葉軒均、 黃娟娟	成年女性自覺健康 狀態與身體意象及 人際關係之相關研 究	成年女性自覺健康狀態與身 體意象及人際關係有正向關 係。	412	18 歲 以上 成年 女性
2016	朱珮綺	獨居老人健康促進 生活型態現況調查 之研究	自覺健康狀況與健康促進生 活型態呈正相關。	292	65 歲 以上
2015	賴信任、 黃娟娟	比較不同運動參與 之銀髮族身體組 成、骨質密度及自覺 健康狀況之研究	不同的運動對自覺健康狀況 有顯著差異，規律運動之銀 髮族自覺健康狀況比無規律 運動好。	120	55 歲 以上
2015	徐宗福、 黃宣穎、 陳聰堅	社區高齡者自覺健 康、生活滿意及生命 意義之探討	高齡者自覺一般健康、心理 健康及生活滿意愈佳，其生 命意義愈顯著正向。	406	65 歲 以上
2014	宮相雯、 呂欣怡、 黃玉君、 羅雅芬、 顏毓嫻、 李雅欣	雲嘉地區社區老年 榮民憂鬱症狀與自 覺健康情形關係之 研究	社區老年榮民有較高的憂鬱 症狀，且自覺健康情形較 差、自覺經濟狀況較差及慢 性疾病數目較多為其憂鬱症 狀之相關因素。	578	65 歲 以上
2013	林佳臻、 杜明燦、 陳俊傑、 陳宣志、 顏啟華、 李孟智	臺灣地區老人自覺 健康狀況相關因子 之探討	自覺健康狀況的重要預測因 子包含生理和心理狀態如： 慢性疾病、日常生活功能、 憂鬱症狀等，而老年人的居 住安排、經濟狀況及休閒娛 樂等家庭狀態和社會環境， 也都是自覺健康狀況的重要 預測因子。	1646	70 歲 以上

(續下頁)

表 2-1

近10年有關中高齡者自覺健康狀況相關研究結果整理 (續)

年份	研究者	出處	自覺健康狀況 相關研究結果	樣本 人數	年齡
2013	方佩欣、 張少熙、 蕭玲妃	臺北市運動中心使用者之自覺健康狀態、參與動機、休閒涉入及休閒滿意之相關研究	運動中心之使用者在自覺健康狀況、參與動機、休閒涉入及休閒滿意度四個變項間顯示顯著正相關，強化使用者之自覺健康狀態、提高其參與動機、加深其涉入程度，均有助於使用者獲致更強烈的休閒滿意之感受。	1167	18 歲 以上
2009	李志恭	高雄市旗津區老年人自覺健康狀況與生活滿意度之結構模式分析	自覺健康狀況對生活滿意度有直接影響之因果關係，在間接影響效果中以「心理健康」因素為最高，其他間接影響效果依序為「生理健康」因素及「社會健康」因素。	341	55 歲 以上
2008	張君如、 李敏惠、 蔡桂城	休閒參與對銀髮族社會支持、自覺健康狀況、生活效能之影響—以台中市長青學苑老人為例	社會支持、自覺健康狀況與生活效能之關係會受到休閒參與的影響。	293	65 歲 以上

資料來源：本研究自行整理

綜上研究發現，慢性疾病、日常生活功能、憂鬱症狀、生理和心理狀態、居住安排、家庭經濟狀況與休閒娛樂等因素，均會影響自覺健康狀況。

一、自覺健康狀況量表

以前沒有生病即為健康，然而 80 年代以後，開始強調全人健康 (holistic health) 的概念，人們開始關注自己每天的生活習慣，包含：喝酒、抽菸、營養、運動以及壓力等的控制與管理，藉由生活習慣的掌控，達到提升健康、預防疾病的目的。全人健康即是指透過正面積極的健康行為以達到改善健康、提升生活品質、延長壽命與身體安適，使身體功能發揮到最理想的狀態 (陳美芬，2010)。主觀的健康測量是自我評估健康狀態，本研究採用行政院衛生福利部國民健康署 [102 年國民健康訪問調查] 國民健康訪問

調查面訪問卷 (12-64 歲) B.個人健康狀態之自評健康中使用之量表，此量表依據 Dr. John Ware Jr.的生活品質量表 (The MOS 36-Item Short Form Health Survey, SF-36) 所發展出之簡化版，以達到本研究量表發展與探討之主要目的。

美國 Dr. John Ware Jr.所發展的生活品質量表 (SF-36) 是目前世界公認具有高信度、高效度的測量工具，也是最普遍被使用評估個人健康的自評量表，並已發行多國語言版本；SF-36 有 8 個層面 (盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅，2003)：

- (一)生理功能 (Physical Functioning)
- (二)生理功能所引起的角色限制 (Role Physical)
- (三)身體疼痛程度 (Bodily Pain)
- (四)一般健康狀況 (General Health)
- (五)活力狀況 (Vitality)
- (六)社會功能 (Social Functioning)
- (七)因情緒問題所引起的角色限制 (Role Emotional)
- (八)心理健康 (Mental Health)

8 個層面可適用於不同人口族群之自覺健康評估，共 36 個題目，故簡稱為 SF-36 (盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅，2003)。臺灣版自覺健康量表 SF-36 是經美國 SF-36 原著作人 Dr. John Ware Jr.授權，由國內多位學者共同參與翻譯完成 (盧瑞芬等，2003)，經過檢定結果後，提出 SF-36 自覺健康量表繁體中文版本，繁中版的自覺健康量表在假設檢定、信度分析或是在資料品質上，與原始量表並無太大差異，顯示 SF-36 自覺健康量表繁體中文版本符合原始問卷編製，同時也是具有信度的測量工具 (曾旭民等，2003)。

綜上所述，自覺健康量表使用簡單淺顯易懂的問題，不會對受測者造成太大的負擔，增進填寫之意願，且依然擁有良好的預測能力。

第二節 健康資訊行為

一、健康資訊定義

消費者健康資訊運動之父 Rees (1988) 認為健康資訊是與大眾相關且適合大眾的醫學主題資訊，不僅包含疾病的徵兆與症狀、診斷、治療與癒後，還包括健康照護服務的取得、鑑定與利用；美國醫學圖書館學會的消費者與病人健康資訊部門 (Medical Library Association, Consumer and Patient Health Information Section [CAPHIS/MLA], 1996) 提出健康資訊是能提供給一般大眾健康與醫療的主題資訊，包含患者本身與其家屬做與健康有關決定的資訊；這些資訊並非限於醫療照護資訊，而是更全面支援個人進行關於健康決策時之資訊，包含：疾病的徵狀、診斷與治療、協助健康促進與決策、預防醫學、健康決策及健康照護等相關資訊。

至於健康資訊的範圍則依不同學者之見解而有不同界定。

國外相關研究：健康資訊的範圍		
Wolf 與 Sangl (1996)		Deering 與 Harris (1996)
(一)	促進健康或預防性行為的知識	醫學治療指導之相關資訊
(二)	特殊急性或慢性疾病所需的治療與服務	敘述各種治療方案與結果之資訊
(三)	醫療照護提供者的硬體設施與科別資料	病歷
(四)	健康保險給付選擇之相關資料	藉由增進對健康危害的認知、態度、技巧與行為，以促進健康的資訊
(五)		解釋症狀、自我照護及照顧家人與找尋同儕支持團體的資訊
(六)		幫助消費者選擇健康保險計畫與選擇醫療提供者的資訊

(七)	非正統治療疾病之途徑資訊
-----	--------------

國內相關研究：健康資訊的範圍	
蘇媛 (1991)	
(一)	疾病與藥物資訊，如病癥、症狀、診斷、治療、癒後與藥物資訊
(二)	適應資訊，如治療方式細節、藥物使用、疼痛控制及居家照護
(三)	健康照護與醫學倫理資訊，如醫師資歷、醫師與醫院的評鑑、療養院的選擇、健康照護的支付問題，醫學倫理資訊則指用來解決醫療糾紛與法律相關問題，如遺囑、安樂死等
(四)	保健與預防資訊，以公共圖書館為主要提供場所
(五)	身體功能資訊，如解剖學、生理學、性教育、懷孕與老化資訊等

Pangbourne、Aditjandra 和 Nelson (2010) 認為要使高齡者能快速方便的獲得衛生保健資訊，才能提高高齡者的生活品質。而傳統的健康資訊來源，如電視、報紙、書籍均較為被動，無法依個人需求，即時提供有用的健康資訊，而使用資訊科技來擷取健康資訊，個人則可依需求查閱相關的健康資訊 (圖 2-1)，主動、快速又方便，對於高齡者的健康適應將有很大的助益 (Akhu Zaheya, Jagbir, Othman, & Ahram, 2013)。Kumar, Ureel II, King 和 Wallace (2013) 認為健康資訊可使高齡者更好地控制自己的健康。廖韋淳、

行為；「疾病的行為」是指個人自覺有罹病的可能，進而採取適當的健康補救活動；而「病人角色行為」是指個人已罹患某種疾病，因而採取能幫助回復健康的活動，包含尋求醫療專業治療的行為。Gochman (1988) 認為健康行為是指個人屬性 (Personal Attributes)、人格特質 (Personality Characteristics)、與外顯的行為模式 (Behavior Patterns)、行動 (Actions)與習慣 (Habits)。當這些特質與個人健康維持、健康恢復與健康促進相關時皆可列入健康行為範疇。其中個人屬性包括個人信念、期望、動機、價值、觀念與其他認知因素等；除了測量個人外顯的行動同時也應該包含間接測量個人內在的心理與感受。Laffrey (1985) 認為健康行為應該包含：預防性健康服務、疾病預防行為以及健康促進行為，傾向於去除危險與預防的行為。Pender (1987) 則認為健康是個人生活的方式，而健康的生活方式應該包含健康保護行為和健康促進行為，屬於個人自發性的行動模式以維持或增進健康。Elder, Geller, Horell, & Mayer., (1994) 描述所謂「行為 (Behavior)」是指民眾可見的行動，也就是看的到、聽得到或感覺得到人們做或不做的事情，簡單來說 Elder 等人對健康行為的定義是指所有與健康相關的外顯行動。李蘭 (1991) 在健康行為的概念與研究當中，也將預防性與保護性的健康行為稱為健康行為；主要目的著重在預防疾病，而非具有醫療性質的行為。因此，健康行為的核心概念發展也從疾病預防 (Disease prevention)、健康保護 (Health protection)、演變至健康促進 (Health Promotion) (林豐裕、胡月娟，2003)。

綜上所述可瞭解到健康行為不僅只是包含消極的預防及避免疾病發生，也應該加入積極的促進健康態度與行為，才能達到較為全面性的健康層次。隨著資通訊環境及資訊科技的發達，各類型智慧型載具或平台被更多人使用的狀況下，針對是否使用穿戴式裝置或類似產品達到取得健康資訊、促進個人健康甚至管理個人健康等的調查或研究仍處於起步階段。

第三節 健康促進生活型態

一、健康促進生活型態概念

健康促進 (Health Promotion) 的概念源自 1965 年公共衛生領域的先驅 Leavell 與 Clark 所提出疾病的三段五級的觀念，即初段預防、次段預防及末段預防，藉由增進個人身心健康、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 (王榮德、江東亮、陳為堅、詹長權，2015)；加拿大健康福利部部長 Lalonde (1974) 在「A New Perspective on the Health of Canadians」報告中提出健康領域的概念 (health field concept)，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，並依此架構檢視加拿大疾病死亡原因發現醫療照護並非是決定健康的最重要因素，生活型態才是影響個人健康最大的因素。Pender 提出了「健康促進模式 (health promotion model)」，認為疾病防護與健康促進行為被視為健康生活型態的一體兩面 (Pender, 1982)。Brubaker (1983) 認為健康促進是自我成長、增進安寧幸福的健康照顧，Laffrey (1985) 則明確指出健康促進是以獲得最高層次健康為目標所採取的行為；而健康促進最重要發展關鍵是 1986 年 WHO 在加拿大渥太華舉行第一屆健康促進國際研討會，提出「渥太華憲章 (Ottawa Charter for Health Promotion)」，將健康促進定義為：「強化人們使其能掌握及增進自身健康的過程」，在渥太華宣言中真正將健康促進的概念發揚，認為健康促進是使人們更能掌握健康的決定因素與提高改善健康狀態的過程，而健康促進之精神在於增強個體照護其自我健康的能力及排除環境中有礙健康的阻力，包含五項基本原則：(一) 制定健康的公共政策宣導落實，(二) 創造有利的環境，(三) 強化社區的行動力，(四) 發展個人的技能，(五) 重新定位健康服務的方向。圖 2-2 健康促進模式。



圖 2-2 健康促進模式

資料來源：啟新健康世界 (2018)。取自

http://www.ch.com.tw/index.aspx?sv=ch_promote&chapter=IA0000009

Pender (1987) 認為預防性健康行為重點在減少罹患疾病的可能性；而健康促進行為則更具積極性與前瞻性，主要是為維持或增加安寧與幸福，達到自我實現及自我成就的一種表現。健康促進的核心價值是「增能」與「賦權」(empowerment)，賦權增能是指幫助個人、家庭、團體和社區，提高個人的、人際的、社會經濟的和政治的能力，從而達到改善自身狀況的目的的過程；歸納健康促進的定義是為達成個人健康的維護或提昇健康安適層次的行為與知覺，健康促進包含了自我實現、發展社會支持系統(人際支持)、健康責任、壓力處理、運動休閒及營養等多層面的自發性知覺與行為(黃毓華、邱啟潤，1996；Walker, Sechrist, & Pender, 1987)。Pender 對其 1987 年所提出的健康促進模式不斷地進行檢視及驗證，並在 1996 年提出修訂後的健康促進模式，指出健康促進模式著重於個人高層次的健康及自我實現，每個人的健康促進行為都是源自個人特質、背景、生理、心理，以及社會彼此影響下的產物，特別強調在行為規則中認知影響的重要性，因此，健康促進行為模式還可以預測及修正健康生活型態之結果，其主要分為三個部分：個人特質與經驗、特定行為認知及情感、行為結果(Pender, 1996)。如圖 2-3 所示。

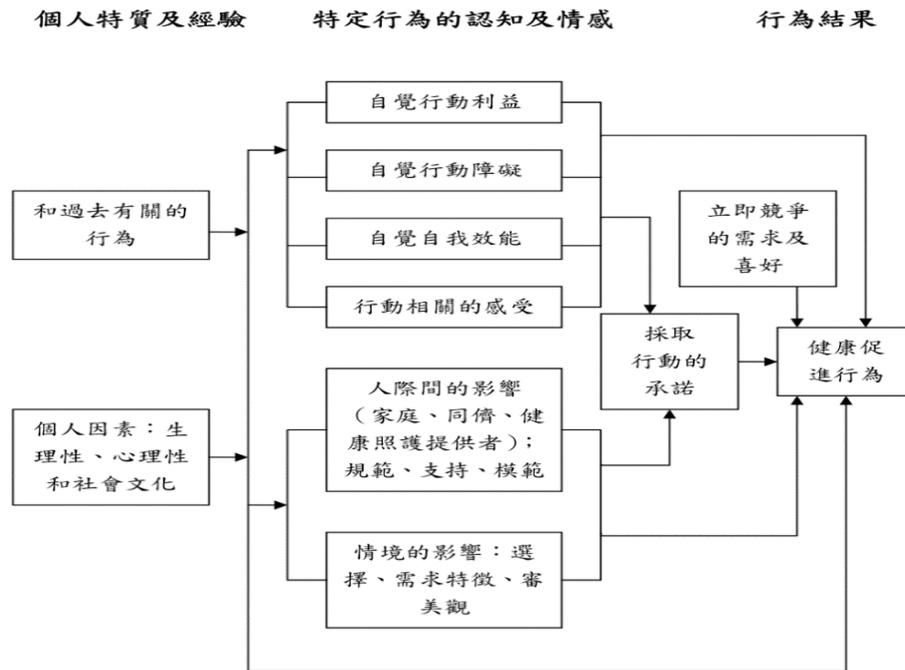


圖 2-3 健康促進模式

資料來源：Pender, N. J. (1996). Health promotion in nursing practice (3rd ed.)

健康促進行為是健康促進生活型態的要素，個人生活型態中的健康促進行為可視為個人正向的生活方式，並導引個人體認其本身具有高度健康潛能。WHO 研究影響人類健康有四大因素：健康照護 (medical care) 約佔 8%、人類生物學因素 (human biology) 約佔 15%、環境因素 (environment) 約佔 17%、而以生活方式 (life style) 約佔 60% 影響最大。1974 年 Alan Dever 所提出的慢性病流行病學模式研究報告也指出，對個人健康影響最大的因素也是個人生活型態 (life style)。李蘭 (1998) 認為「生活型態」是指個人或群體日常生活中，於生理、心理和社會等各方面經驗的總和；魏米秀與呂昌明 (2003) 認為「生活型態」可視為個人行動、興趣、偏好及意見的總合。

綜合以上所言，本研究對健康促進生活型態定義係指個人為了維持健康，或是提升健康層次的行為，所積極努力的一種生活型態。

二、健康促進生活型態量表發展

Pender (1982) 所建構「生活型態與健康習慣量表」(Lifestyle and Health Habits Assessment [LHHA]) 是目前健康促進生活型態量表 (Health-Promotion Lifestyle Profile [HPLP]) 的雛型，此量表原始是臨床護理的測量工具，共計有 100 題，含 10 個因素，採用兩點式量表 (是/否) 來答題；Walker 等人 (1987) 以此為藍本，並採用 Likert 四等量表：從來沒有 (never)、偶而如此 (sometimes)、時常如此 (often)、總是如此 (routinely) 來答題，以美國中西部的 952 位有效樣本人數，經項目分析和試探性因素分析，最後發展成 6 個構面，總計共 48 題的「健康促進生活型態量表」，其評估的 6 個構面分別為：

(一)自我實現 (self-actualization)：共有 13 個題項。

是指追求個人發展、個人能力的展現，進而使生活有目的、生命趨於樂觀以及正向改變等。

(二)健康責任 (health responsibility)：共有 10 個題項。

係指能注意自己健康，會主動尋求與專業人員討論或協助，及主動參加有關健康保健相關活動。

(三)運動 (exercise)：共有 5 個題項。

指的是從事運動與休閒等能促進健康的相關活動。

(四)營養 (nutrition)：共有 6 個題項。

主要是指促進健康的飲食習慣與觀念，如有關各種食物的選擇與攝取及日常飲食型態等。

(五)人際關係 (interpersonal relation)：共有 7 個題項。

指能與他人討論本身的問題，有親密的人際關係，如與社區、家庭、朋友的互動相處等。

(六)壓力管理 (stress management)：共有 7 個題項。

指的是個人對環境的調適，認識壓力來源，能運用紓壓方法，放鬆調整自己的情緒，並採取行動控制，以達到放鬆的能力。

之後 Walker, Sechrist 與 Pender 重新修正原本的「健康促進生活型態量表 [HPLP]」，發展出「健康促進生活型態量表」第二版 [HPLP II]，題項由原來的 48 題增加至 52 題，一樣是六個因素構面，但其中的自我實現構面名稱改為心靈成長 (spiritual growth)，運動構面名稱改為身體活動 (physical activity)。陳美燕、廖張京棣、廖照慧與周傳姜 (1994) 把「健康促進生活型態量表 [HPLP]」譯成中文版，配合臺灣人的生活習性，修訂成「健康促進生活型態量表中文版」，此譯本保留原始問卷題項且翻譯較忠於原文，題目共 52 題、同樣是 6 個構面，依此量表以 139 位衛生所公衛護理人員為研究對象，這是國內最早使用中文版健康促進生活型態量表；另外，黃毓華與邱啟潤 (1996) 再以國內 252 位大學生為研究對象，將 Walker 等人的健康促進生活型態量表 (HPLP) 刪除不適當題目後，量表縮減為 42 題，發展出另一種「健康促進生活型態量表中文版」，一樣是自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持與壓力處理等 6 個構面；之後，陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章與廖張京棣 (1997)，重新將 HPLP48 題量表中刪除部分不適合國人或重複健康行為之題目編修為 6 個構面，40 題之新版中文版量表，以居住在桃園及臺北地區之 920 位成年民眾為研究對象，多數均符合良好量表發展之原則，且與原版量表比較建構效度相類似，不但題數減少，可解釋之總變異量亦較多，顯示新版的健康促進的生活方式量表是一份可用來測量我國成年人健康促生活型態的研究工具。而後魏米秀與呂昌明 (2005) 以黃毓華與邱啟潤的健康促進生活型態量表 42 題版本 (黃毓華、邱啟潤，1996)，以某技術學院 401 位學生為研究對象，之後再以 559 位研究對象進行複核檢驗同質性樣本，發展出「健康促進生活型態量表-簡式量表 (HPLP-S)」，量表題目共 24 題，一樣分為自我實現、

健康責任、運動、營養、人際支持、壓力處理等 6 個構面，有鑑於此量表具有良好的信效度且較精簡，提高受訪者回答問卷意願；本研究將以魏米秀與呂昌明 (2005) 「健康促進生活型態量表-簡式量表 (HPLP-S) 」作為研究工具，本量表共 24 題，包含自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持、壓力處理六個面向，並將於第三章研究方法中詳述量表之內容。

綜上所述，健康促進生活型態已整合各方面之概念，包含生理、心理、人際關係及環境，是多元化、全人化以健康為最終目的之生活型態，因此，實施健康促進生活型態更有其必要。

第四節 本章總結

自 2018 年我國已正式步入高齡社會，面臨人口的快速老化、罹患慢性病比率快速增加及醫療費用高漲，因此在中高齡時期即建立起自我健康責任，養成健康的生活型態已是首要之務；健康資訊普及，健康管理與資訊科技的整合，營造友善之科技化照護服務環境，使中高齡者得以隨時透過網際網路取得各類健康資訊或掌握個人健康狀況，維護日常生活的獨立、自主，使中高齡者能健康生活、延緩老化及延長健康餘命，降低高齡時期的依賴程度，達到促進健康之目的。

第參章 研究方法

本研究旨在瞭解中高齡者在擷取健康資訊行為及其資訊需求，依據個人背景及自覺健康狀況的不同，探討在健康促進生活型態量表之差異，根據文獻探討及相關研究工具，編製「中高齡者擷取健康資訊行為與健康生活型態問卷」，在此章節說明研究方法設計與實際操作之過程，共分六節：第一節為研究架構；第二節為研究流程；第三節為研究對象與抽樣方法；第四節為研究工具；第五節為實施步驟；第六節為資料分析與處理。

第一節 研究架構

根據 Pender (1987) 提出的健康促進模式為基礎，依本研究目的、問題及參考相關文獻彙整擬出本研究架構，本研究架構如圖 3-1。

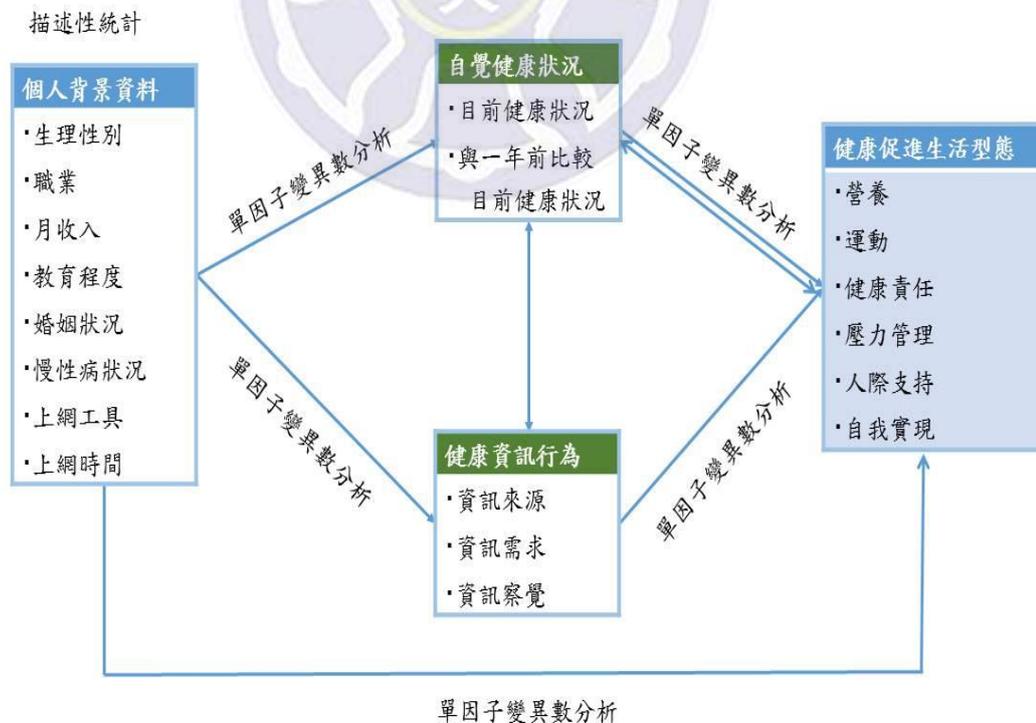


圖 3-1 研究架構

第二節 研究流程

本研究流程主要分為三個階段，第一階段首先界定研究主題，蒐集自覺健康狀況、健康資訊行為及健康促進生活型態相關文獻，確定研究目的與問題；主題確立後，進行相關理論的文獻探討與分析，根據研究目的與範圍決定研究的外部變項因素與研究的架構。第二階段是擬定問卷工具與抽樣方法，初步擬定問卷後經由專家學者分析審視量表與問卷的信效度後，再進行問卷施測及整理問卷。在第三階段主要是正式問卷施測，輸入問卷數據及進行問卷資料分析，依照資料分析的結果，歸納出研究結果，並提出後續研究方向。研究流程如圖 3-2。



圖 3-2 研究流程圖

第三節 研究對象

本研究旨在探討中高齡者擷取健康資訊行為與健康促進生活型態的關係，依據我國就業服務法第二條第四款：「中高齡者指年滿 45 歲至 65 歲之國民」，本研究以戶籍在大臺北地區年滿 45 歲至 65 歲 (不含) 之居民為問卷對象。根據 2018 年 12 月內政部戶政司統計，大臺北地區 (臺北市、新北市及基隆市) 人口數統計顯示年滿 45 歲至 65 歲 (不含) 人口共約有 216 萬人。本研究正式問卷的樣本數，依據 Creative Research Systems 所提出的樣本數之抽樣標準，母群體數 216 萬人，在信賴水準為 95%，抽樣誤差在正負 5 個百分點以內時，抽樣樣本數為 384，本研究有效樣本數為 671，在信賴水準為 95%，抽樣誤差為正負 3.785 個百分點，如圖 3-3。

Determine Sample Size

Confidence Level: 95% 99%

Confidence Interval:

Population:

Sample size needed:

Find Confidence Interval

Confidence Level: 95% 99%

Sample Size:

Population:

Percentage:

Confidence Interval:

圖 3-3 樣本計算

資料來源：<https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

第四節 研究工具

本研究以中高齡者擷取健康資訊行為及健康促進生活型態問卷作為研究的工具，探討大臺北地區中高齡者之擷取健康資訊行為及健康促進生活型態項目之差異，問卷內容包含五個部分：第一部分為「篩選題」、第二部分為「擷取健康資訊行為」、第三部分為「自覺健康狀況」、第四部分為「健康促進生活型態量表」、第五部分為「個人背景資料」。

一、篩選題

1. 戶籍地：

研究對象為戶籍在大臺北地區，分為臺北市、新北市、基隆市。非設籍在大臺北地區者，則非本次研究對象。

2. 年齡：

研究對象為中高齡者，年齡在 45 歲到 65 歲(不含)之間。換言之出生年為民國 44 年到民國 63 年，預計分 4 組分析，採用政府人口統計調查分組，分別為 45 歲到 49 歲、50 歲到 54 歲、55 歲到 59 歲、60 歲到 64 歲。

以此兩題確認問卷參與者是本次研究的對象。

二、擷取健康資訊行為

1. 有關健康資訊來源：包含擷取健康資訊管道、是否使用促進健康裝置及使用裝置的頻率。
2. 有關健康資訊需求特性：包含需求的動機及主動使用網路擷取健康資訊的頻率。
3. 有關資訊察覺特性：對擷取網路健康資訊之判斷依據。

三、自覺健康狀況

本研究之自覺健康狀況主要是在測量受訪者對於自己目前健康狀況的看法，根據研究議題需求，本研究是使用行政院衛生福利部國民健康署[102

年國民健康訪問調查]國民健康訪問調查面訪問卷(12-64 歲) B.個人健康狀態之自評健康所使用之量表(衛生福利部，2016)，信度水準 $\alpha > .7$ ，採用李克特 (Likert-type scale) 五點量表之問卷調查法，每題區分成 5 個尺度，依序分別給予 5 到 1 分，分數愈高代表自覺健康狀況愈好，總量表分數介於 10 到 2 分；問卷內容共有二題，題目說明如下：

1.整體而言，您覺得您目前健康狀況是：

(1). 很好 (2). 好 (3). 普通 (4). 不好 (5). 很不好

2.和一年前比較，您看您目前的健康狀況是：

(1). 好很多 (2). 好一些 (3). 差不多 (4). 差一些

(5). 差很多

四、健康促進生活型態量表

本研究所採用「健康促進生活型態中文簡式量表」是魏米秀和呂昌明根據 Walker 等人 (1987) 之健康促進生活型態量表 (Health Promoting Lifestyle Profile [HPLP]) 所修訂發展出來的，用以了解個人健康促進生活型態 (魏米秀、呂昌明，2005)後面接句號、標點符號，就不用多空一格囉。因 Walker 等人 (1987) 發展出的 48 題「健康促進生活型態量表(HPLP)」研究測量資料較多，將使的問卷過於冗長，影響受試者作答之意願，因此使用信效度均符合標準且題數較少的健康促進生活型態中文簡式量表作為本研究主要研究工具之一。

健康促進生活型態中文簡式量表分別由營養 (Nutrition)、運動 (Exercise)、壓力處理 (Stress Management)、人際支持 (Interpersonal Support)、自我實現 (Self-Actualization) 等六個分量表所組成，每一分量表題目均為 4 題共 24 題 (陳怡穎，2016)。題目採 Likert Scale 四點量尺計分，反映項目為「從不」、「偶爾」、「經常」、「總是」，分別給予 1 至 4 分，總分為 24~96 分，各分量表為 4~16 分，若反向題則計分方式相反，得分

越高者，代表在該項目行為表現越強或健康促進生活型態越正向。在 Walker 等人 (1987) 的報告中，內部一致信度係數 (Cronbach's α) 在分量表為 .70~.90，總量表為 .92。本研究所使用魏米秀和呂昌明 (2005) 編製的「健康促進生活型態中文簡式量表」，是以某技術學院 401 位學生為研究對象，而後再以 501 位學生進行複核效化檢驗之同質性樣本，此簡式量表總量表內部一致性信度係數 (Cronbach's α) 為 .90，六個分量表內部一致性信度係數 (Cronbach's α) 介於 .63~.79，且相關係數均達到顯著水準 (如表 3-1)。六大分量表內容分述如下：

1. 營養：測量日常飲食習慣及食物選擇行為，問卷量表題號：2、3、8、14。
2. 運動：測量是否有規律性運動及休閒活動行為，問卷量表題號：1、6、10、16。
3. 健康責任：測量能注意個人健康、會向專業醫療人員詢問或討論健康相關議題，問卷量表題號：9、12、20、21。
4. 壓力管理：測量面對壓力時，是否有能力處理壓力及減輕自我壓力，問卷量表題號：15、18、19、22。
5. 人際支持：指社會支持系統，來自親人、朋友的人際支持，問卷量表題號：7、11、17、23。
6. 自我實現：包含對生活有目的、肯定自我、持續朝目標努力、對生活有樂觀的態度，問卷量表題號：4、5、13、24。

本研究預式總量表之一致性信度係數為 .90，其各分量表之一致性信度係數介於 .64~.82，正式問卷總量表一致性信度係數是 .91，而其分量表之一致性信度係數為 .66~.85，如表 3-1。

表 3-1

健康促進生活型態總量表及其各分量表之信度

項目	題數	簡式量表信度 Cronbach's α	預式量表信度 Cronbach's α	正式量表信度 Cronbach's α
生活型態總量表	24	.90	0.90	0.91
營養	4	.63	0.69	0.71
運動	4	.65	0.64	0.66
健康責任	4	.70	0.75	0.77
壓力管理	4	.79	0.71	0.74
人際支持	4	.69	0.69	0.75
自我實現	4	.77	0.82	0.85

五、個人背景資料

本研究對象個人背景資料表分為 10 項，分別為：

1. 性別：分為男、女。
2. 職業：依照行政院主計總處職業標準分類系統職業區分成 15 類，
 - (1). 民意代表、主管及經理人員
 - (2). 專業人員 (如：老師、律師、醫師、工程師、會計、記者、演員等)
 - (3). 技術員及助理專業人員 (如：護士、技術員、保險銷售員、專業項目之助理或秘書等)
 - (4). 事務支援人員 (如：一般辦公室事務秘書、銀行櫃員、總機人員、郵差等)
 - (5). 服務及銷售工作人員 (如：導遊、廚師、美髮師、銷售人員、業務、保母、警察等)
 - (6). 農、林、漁、牧業生產人員
 - (7). 技藝有關工作人員 (如：營建、手工藝、印刷、成衣、食品製造等相關工作人員)

- (8). 機械設備操作及組裝人員 (如：各種工廠之作業員、汽車駕駛員等)
 - (9). 基層技術工及勞力工 (如：清潔工、家庭幫工、廢棄物服務工、抄表員、運輸勞力工等)
 - (10). 軍人
 - (11). 家管
 - (12). 學生
 - (13). 無業/待業中
 - (14). 退休
 - (15). 其他
3. 月收入：共分 7 組，
- (1) 20,000 元以下
 - (2) 20,001~40,000 元
 - (3) 40,001~60,000 元
 - (4) 60,001~80,000 元
 - (5) 80,001~100,000 元
 - (6) 100,001 元以上
 - (7) 無固定收入
4. 教育程度：分為國小、國中、高中職、大專院校、碩博士以上
5. 婚姻狀況：已婚、未婚、喪偶、離婚 / 分居。
6. 慢性病狀況：區分高血壓、糖尿病、心臟病或其他慢性病 (例如：癌症、肺炎、腦血管疾病、慢性下呼吸道疾病、腎炎腎病症候群及腎病變、慢性肝病及肝硬化等)，分別為有、無及不知道 3 組。
7. 使用上網工具：分為桌上型電腦、筆記型電腦、平板電腦、智慧型手機

8. 平均一天上網時間 (包含工作及休閒娛樂) : 分為

- (1). 1 小時以內
- (2). 1~4 小時以內
- (3). 4~7 小時以內
- (4). 7~10 小時以內
- (5). 10~12 小時以內
- (6). 12 小時以上
- (7). 不一定

六、專家效度

研究問卷於初稿編製完成後，為確保問卷具有良好之效度，因此送請相關專家學者檢視，並根據專家學者所修訂的內容及語意進行修改，對於贅字、設定跳題邏輯、重複或題意不清的題項予以刪除或修正。

七、問卷預試

為提高問卷編製之可行性並驗證問卷內容之正確性及可靠性，因此有必要進行預試，預試人數應為最多題項之量表數目的 3 至 5 倍 (吳明隆、涂金堂，2006)。本研究於 2019 年 3 月下旬到 4 月初進行預試，採用便利抽樣的方式發放，共得到預試有效問卷 139 份，針對預試結果進行信效度檢定，依分析的結果及問卷發放時的問題對問卷內容進行修訂，做為正式問卷發放之用。

第五節 實施步驟

本研究於 2018 年 12 月開始進行相關準備工作，實施程序如下：

一、問卷編製：

經由相關文獻探討完成問卷題項編製。

二、專家審視：

為確保問卷效度，編製完成研究問卷題項初稿後，送請國內相關專家學者進行專家審視，如表 3-2，並依據專家學者建議修訂的語意及內容進行修訂，對於題意不清或重複的題項予以修正或刪除，以確立問卷之專家效度。

表 3-2
專家學者背景資料

	姓名	任職單位	專長
A	張少熙	國立臺灣師範大學教授	高齡健康促進、運動休閒產業、休閒教育、
B	韓豐年	國立臺灣藝術大學圖文傳播藝術學系系主任	科技管理、圖文傳播科技
C	薛名淳	國立臺灣師範大學體育學系助理教授	社區健康促進、高齡者健康、休閒身體活動

三、問卷預試：

評估問卷填答所需時間、問題語意之清晰度，及對本研究相關問題之適切性。為提高問卷編製之可行性並驗證問卷內容之正確性及可靠性，因此有必要進行預試，預試人數應為最多題項之量表數目的 3 至 5 倍 (吳明隆、涂金堂，2006)。本研究於 3 月下旬到 4 月初進行預試，採用便利抽樣的方式發放，針對預試結果進行信效度檢定，依分析的結果及問卷發放時的問題對問卷內容進行修訂，做為正式問卷發放之用。

四、正式施測：

正式施測時間為 2019 年 4 月間於網路正式實施。

第六節 資料分析與處理

本研究採網路問卷的方式進行，網路問卷不受時間及地域上限制，回

收問卷速度也較傳統紙本問卷快；在資料處理上，問卷第一、二題為篩選題：年齡及戶籍地，用以確認網路填答者為本次研究的對象，並在問卷設計上設定所有題項必填，全部填寫完才可以送出問卷，以避免漏答情形發生；為提高回覆率，增加追蹤、跟催受訪者填答，問卷分析前，檢查填答者 ip，排除無效重複 ip 的回答。

回收後的問卷採用統計套裝軟體 SPSS v.23 for Windows 中文版為分析工具，針對回收後有效問卷進行資料彙整與分析，使用統計分析方法說明如下：

一、描述性統計 (Descriptive Statistical Analysis)

探討中高齡者在各項變數上的分布情形。根據研究對象的回答，以次數分配及百分比分析，平均數和標準差呈現中高齡者對自覺健康狀況及健康促進生活型態等構面之狀況，以了解中高齡者在這些相關變項中的具體看法。

二、信度分析 (Reliability Analysis)

針對各研究變項之衡量構面進行信度分析，採 Cronbach's α 值判定，對量表測試一致性檢定，表示題目之間的關聯程度。

三、單因子變異數分析 (One-way Analysis of Variance)

以不同人口背景因素、自覺健康狀況、擷取健康資訊行為為自變數，健康促進生活型態（營養、運動、健康責任、壓力管理、人際支持、自我實現）為依變數，進行單因子變異數分析，檢驗不同變項組別是否達到顯著差異。當 $p < .05$ ，達顯著差異時，將再以 LSD 法 (Fisher's Least Significant Difference: LSD) 進行事後比較。

四、獨立樣本 t 檢定 (t -test)

本研究使用獨立樣本 t 檢定分析不同人口背景變項下，擷取健康資訊行為、自覺健康狀況與健康促進生活型態之間是否具有顯著差異。

五、皮爾森積差相關分析 (Pearson Correlation Analysis)

本研究使用皮爾森相關分析，來檢驗自覺健康狀況與健康促進生活型態的交互關係。



第肆章 結果與討論

本章節將針對參與填答者所填寫之「大臺北地區中高齡者擷取健康資訊行為及健康促進生活型態問卷」進行統計分析，並說明其結果。全章共分為四節，第一節為大臺北地區中高齡者個人背景資料之描述；第二節為分析中高齡者擷取健康資訊行為、自覺健康狀況及健康促進生活型態之現況；第三節為社會人口背景變項對中高齡者擷取健康資訊行為、自覺健康狀況及健康促進生活型態之差異性分析；第四節為探討中高齡者自覺健康狀況與健康促進生活型態之關係。

第一節 大臺北地區中高齡者個人背景資料之描述

本論文研究對象以戶籍在大臺北地區之 45 歲到 64 歲中高齡者為母群體，根據內政部戶政司 2018 年 12 月人口統計資料顯示，符合條件之大臺北地區 45 歲到 64 歲中高齡者約有 216 萬人（內政部戶政司，2019），問卷發放形式以網路問卷經由手機發放為主，以研究者身邊之親友開始發放，之後再以滾雪球方式，請他們推薦符合研究對象條件之對象，問卷回收共 882 份，剔除戶籍及年齡非本次研究對象之無效問卷 211 份，共計回收有效問卷 671 份。

一、個人背景資料

本部分針對參與者之個人背景資料進行分析，包括戶籍地、年齡、性別、職業、月收入、教育程度、婚姻狀況、是否罹患慢性疾病、上網工具及上網時間等十項，將參與者基本資料分布情形以次數統計分析後，整理如表 4-1 個人背景資料統計表。

(一) 戶籍地

本研究之有效總樣本數為 671 人，以戶籍在臺北市者最多，共 444 人佔總人數之 66.2%；戶籍在新北市 202 人佔總人數之 30.1%；戶籍在

基隆市者共 25 人，佔總人數之 3.7%。

(二) 年齡

本研究之有效參與者以 55 歲到 59 歲這族群最多，共 203 人佔總人數 30.3%，其他 45 歲到 49 歲共 132 人佔總人數 19.7%，50 歲到 54 歲共 184 人佔總人數 27.4%，60 歲到 64 歲共 152 人佔總人數 22.7%。

(三) 性別

本研究之有效參與者以女性較多，女性共 456 人佔總人數比例 68%，男性 215 人佔總人數比例 32%；研究對象女性約為男性的 2 倍，而依內政部 107 年 12 月人口統計顯示，符合研究條件女性約為男性的 1.13 倍，與本研究樣本比例較為不同。

(四) 職業

本研究之有效參與者職業以專業人員最多（如：老師、律師、醫師、工程師、會計、記者、演員等）共 117 人佔總人數 17.4%，其次是家管人數共 99 人佔總人數 14.8%，事務支援人員（如：一般辦公室事務秘書、銀行櫃員、總機人員、郵差等）共 96 人佔總人數 14.3%，民代、主管、經理人員共 90 人、佔總人數 13.4%，退休或待業人士共 87 人佔總人數 13%，服務及銷售工作人員（如：導遊、廚師、美髮師、銷售人員、業務、保母、警察等）共 86 人佔總人數 12.8%，技術員、農林漁牧生產人員、技術工...等其他項目人員共計 96 人佔總人數 14.3%。

(五) 月收入

本研究之有效參與者以月收入 40,001 ~ 60,000 元最多，共計 158 人佔總人數 23.5%，其次是月收入 100,001 元以上共 121 人佔總人數 18%，月收入 60,001 ~ 80,000 元共 110 人佔總人數 16.4%，20,001 ~ 40,000 元共 92 人佔總人數 13.7%，無固定收入共 87 人佔總人數 13%，80,001~100,000 元共 77 人佔總人數 11.5%，20,000 元以下共 26 人佔總

人數 3.9%。

(六) 教育程度

本研究之有效參與者教育程度以大專院校者居多，共 360 人佔總人數 53.7%，其次是研究所以上教育程度者共 178 人佔總人數 26.5%，教育程度高中職者以下者共 133 人佔總人數 19.8%。

(七) 婚姻狀況

本研究之有效參與者已婚者共 533 人，佔總人數 79.4%，未婚者共 69 人，佔總人數 10.3%，其他含離婚、分居或喪偶者共 69 人，佔總人數 10.3%。

(八) 是否有醫生告訴您，有下列慢性疾病或正在服用藥物

本研究之有效參與者罹患慢性病（例如：高血壓、糖尿病、心臟病或罹患其他慢性疾病如：癌症、肺炎、腦血管疾病、慢性下呼吸道疾病、腎炎腎病 症候群及腎病變、慢性肝病及肝硬化等）者共 214 人、佔總人數 31.9%，未罹患慢性病患者共 457 人、佔總人數 68.1%。

(九) 上網工具

本研究之有效參與者使用上網工具最多的是使用智慧型手機，佔 91.3%，其次是桌上型電腦佔 46.2%，筆記型電腦佔 33.7%，使用平板電腦者佔 24.6%。

(十) 上網時間

本研究之有效參與者以近半年平均一天上網時間（包含工作及休閒娛樂）在 1 到 4 小時以內人數最多，共 323 人、約佔總人數比例 48.1%，其次是上網時間在 4 到 7 小時以內有 128 人、約佔總人數 19.1%，其他上網時間在 1 小時以內有 57 人、約佔總人數 8.5%，上網時間在 7 到 10 小時以內有 54 人、約佔總人數 8%，上網時間在 10 到 12 小時以內有 26 人、約佔總人數 3.9%，上網時間在 12 小時以上有 23 人、約佔總

人數 3.4%，上網時間不一定者有 60 人、約佔總人數 8.9%。

表 4-1
個人背景資料

變項別	類別	人數(N=671)	有效百分比 (%)
戶籍地	臺北市	444	66.2
	新北市	202	30.1
	基隆市	25	3.7
年齡	45-49 歲	132	19.7
	50-54 歲	184	27.4
	55-59 歲	203	30.3
	60-64 歲	152	22.7
性別	男	215	32
	女	456	68
職業	民代、主管、經理人員	90	13.4
	專業人員	117	17.4
	事務支援人員	96	14.3
	服務及銷售人員	86	12.8
	家管	99	14.8
	退休、待業	87	13
	其他	96	14.3
月收入	20,000 元以下	26	3.9
	20,001 ~ 40,000 元	92	13.7
	40,001 ~ 60,000 元	158	23.5
	60,001 ~ 80,000 元	110	16.4
	80,001 ~ 100,000 元	77	11.5
	100,000 元以上	121	18
	無固定收入	87	13
教育程度	高中職及以下	133	19.8
	大專院校	360	53.7
	研究所以上	178	26.5
婚姻狀況	已婚	533	79.4
	未婚	69	10.3
	其他	69	10.3

(續下頁)

表 4-1
個人背景資料 (續)

變項別	類別	人數(N=671)	有效百分比 (%)
慢性病	無	457	68.1
	有	214	31.9
請問您近半年平均一天上網時間 (包含工作及休閒娛樂)。	1 小時以內	57	8.5
	1 - 4 小時以內	323	48.1
	4 - 7 小時以內	128	19.1
	7 - 10 小時以內	54	8
	10 - 12 小時以內	26	3.9
	12 小時以上	23	3.4
	不一定	60	8.9
	變項別	類別	次數
請問您使用的上網工具為何? (複選題)	桌上型電腦	310	46.2
	筆記型電腦	226	33.7
	平板電腦	165	24.6
	智慧型手機	615	91.7

二、結果討論

從表4-1的研究結果數據顯示，參與本研究的中高齡者戶籍登記在臺北市佔66.2%為最多，年齡分布以55歲到59歲者最多，共有203人佔總人數30.3%，研究對象女性約為男性的2倍，目前仍在職場上貢獻心力者約佔總人數的7成，又以專業人員最多有117人佔總人數17.4%，而且接近一半的人月收入6萬元以上，月收入呈現較高現象、約佔46%；研究對象約有8成已婚，已婚人數共計533人，且超過8成的研究對象擁有大專學歷；研究參與者至少罹患一種慢性疾病有214人，約佔總人數31%；這群中高齡者中有91.7%使用手機為上網工具，每天上網時間4個小時以下者接近6成，這結果和2018台灣網路報告國內外趨勢分析相似：中高齡者最常使用的裝置是手機佔91%以上 (財團法人台灣網路資訊中心，2018)，資通訊科技的便利，也使增強

中高齡者健康行為比以前多了很多機會。

第二節 中高齡者擷取健康資訊行為、自覺健康狀況及健康促進生活型態之現況

根據問卷填答的結果，中高齡者擷取健康資訊行為、自覺健康狀況及健康促進生活型態之現況說明如下：

一、擷取健康資訊行為

參與研究的中高齡者擷取健康資訊行為結果如表 4-2，結果顯示擷取健康資訊來源管道以電腦網路為最多，佔總次數 68.1%，年紀越輕比例越高，在 45 歲到 49 歲這個族群，使用電腦取得健康資訊來源提高到 75%，其次取得健康資訊來源是從手機資訊，在 45-49 歲、50-54 歲、55-59 歲、60-64 歲等 4 個年齡群使用手機擷取健康資訊的比例相差不大，都約在 41%~43%之間，第三高取得健康資訊的管道是經由廣播或電視來取得約佔 39.5%；在資通訊環境進步及健康資訊產品大量開發的今日，有使用資訊產品例如：健康手環等穿戴式裝置、手機健康 App 或健康平臺促進健康者，在全體參與研究的中高齡者約只有 34%，使用的產品中以穿戴式裝置較多，而這群使用者有每天使用該項產品的比例約佔 57%；利用科技的便利促進健康生活還有很多成長空間，值得日後努力推廣。

表 4-2
擷取健康資訊管道

項目	年齡				總計		
	45-49 歲	50-54 歲	55-59 歲	60-64 歲			
電腦網路	計數	99	136	129	93	457	
	%	75.0%	73.9%	63.5%	61.2%	68.1%	
請問您常使用何種管道取得健康資訊？	親朋好友	計數	41	76	66	49	232
		%	31.1%	41.3%	32.5%	32.2%	34.6%
廣播/電視	計數	46	69	91	59	265	
	%	34.8%	37.5%	44.8%	38.8%	39.5%	

(續下頁)

表 4-3

擷取健康資訊管道 (續)

項目	年齡				總計		
	45-49 歲	50-54 歲	55-59 歲	60-64 歲			
請問您常使用何種管道取得健康資訊？	報章雜誌	計數	55	61	85	46	247
		%	41.7%	33.2%	41.9%	30.3%	36.8%
	專業醫護人員	計數	35	50	61	49	195
		%	26.5%	27.2%	30.0%	32.2%	29.1%
	醫療專業書籍	計數	15	25	30	34	104
		%	11.4%	13.6%	14.8%	22.4%	15.5%
	手機資訊	計數	56	80	86	63	285
		%	42.4%	43.5%	42.4%	41.4%	42.5%
請問您目前是否有使用資訊產品促進健康？(例如：健康手環等穿戴式裝置，手機健康 app)	有	計數	48	67	77	35	227
		%	36.4%	36.4%	37.9%	23.0%	33.8%
	無	計數	84	117	126	117	444
		%	63.6%	63.6%	62.1%	77.0%	66.2%
請問您目前是否透過何種管道擷取健康資訊？	穿戴式裝置	計數	34	38	39	19	130
		%	25.8%	20.7%	19.2%	12.5%	19.4%
	健康 App	計數	14	29	44	17	104
		%	10.6%	15.8%	21.7%	11.2%	15.5%
	健康平台	計數	15	15	23	12	65
		%	11.4%	8.2%	11.3%	7.9%	9.7%
請問您通常一個星期，使用上述產品的頻率？	1 天	計數	45-49 歲	50-54 歲	55-59 歲	60-64 歲	20
		%	6.3%	6.0%	11.7%	11.4%	8.8%
	2 天	計數	5	7	4	4	20
		%	10.4%	10.4%	5.2%	11.4%	8.8%
	3 天	計數	5	12	7	4	28
		%	10.4%	17.9%	9.1%	11.4%	12.3%
	4 天	計數	3	2	2	3	10
		%	6.3%	3.0%	2.6%	8.6%	4.4%
	5 天	計數	7	1	7	1	16
		%	14.6%	1.5%	9.1%	2.9%	7.0%
	6 天	計數	2	0	0	1	3
		%	4.2%	0.0%	0.0%	2.9%	1.3%
	每天	計數	23	41	48	18	130
		%	47.9%	61.2%	62.3%	51.4%	57.3%

從研究中也發現，參與研究的中高齡者在擷取健康資訊超過 8 成的人動機都是為自我健康管理，隨時提醒自己強迫運動也超過 5 成，尤其在 55-59 歲中高齡者超過 6 成隨時提醒自己運動，在 60-64 歲中高齡者隨時提醒自己運動比例也超過一半；一個星期中主動取得健康資訊的頻率以 1-2 天最多約有 44%，以年齡層以 45-49 歲 48.5 % 及 60-64 歲 45.4% 較多；網路資訊內容之正確性是參與研究的中高齡者判斷資訊最重視的依據，在 45-59 歲中高齡者超過 7 成的人重視這個依據，60-64 歲的人也約有 64% 的參與者重視。從中高齡者擷取健康資訊的行為發現，人們越來越關心自我的健康，隨著年齡的增長，重視的程度也跟著增加，為了健康老化，如何在邁入老年前建立正確的健康行為，養成良好的健康生活習慣，是中高齡這一族群需要努力養成的。如表 4-3。

表 4-3
擷取健康資訊頻率

項目		年齡				總計
		45-49 歲	50-54 歲	55-59 歲	60-64 歲	
約 1-2 天	計數	64	78	81	69	292
	%	48.5%	42.4%	39.9%	45.4%	43.5%
約 3-4 天	計數	28	36	43	30	137
	%	21.2%	19.6%	21.2%	19.7%	20.4%
約 5-6 天	計數	28	40	37	35	140
	%	21.2%	21.7%	18.2%	23.0%	20.9%
每天	計數	12	30	42	18	102
	%	9.1%	16.3%	20.7%	11.8%	15.2%
注意網路資訊來源	計數	91	132	135	99	457
	%	68.9%	71.7%	66.5%	65.1%	68.1%
資訊內容之正確性	計數	100	135	158	97	490
	%	75.8%	73.4%	77.8%	63.8%	73.0%
資訊內容之新穎性	計數	33	46	35	24	138
	%	25.0%	25.0%	17.2%	15.8%	20.6%
有無引用該領域專業研究或參考文獻	計數	33	45	60	51	189
	%	25.0%	24.5%	29.6%	33.6%	28.2%

(續下頁)

表 4-3

擷取健康資訊頻率 (續)

項目	年齡				總計
	45-49 歲	50-54 歲	55-59 歲	60-64 歲	
有無專家／醫師署名	計數 41	65	65	56	227
	% 31.1%	35.3%	32.0%	36.8%	33.8%
資訊內容之客觀性	計數 62	84	94	56	296
	% 47.0%	45.7%	46.3%	36.8%	44.1%
資訊內容之完整性	計數 53	84	85	50	272
	% 40.2%	45.7%	41.9%	32.9%	40.5%

二、自覺健康狀況

本研究將自覺健康狀況分為自覺目前健康狀況，及與一年前健康狀況相比之目前健康狀況，每題選項計 1-5 分，選項為很不好／差很多 (1 分)、不好／差一些 (2 分)、普通／差不多 (3 分)、好／好一些 (4 分)、很好／好很多 (5 分)，自覺健康狀況量表總得分為 2-10 分，分數越高則代表參與研究的對象認為自己的健康狀況越好，反之分數越低則認為自己的健康狀況越差。參與本研究之中高齡者自覺健康狀況得分如表 4-4 所示，研究對象的得分總平均值為 6.61，顯示參與研究的中高齡者自覺健康狀況良好。詳述各題得分情形如下：

本研究之有效參與者約有一半的人覺得目前健康狀況良好，覺得目前健康狀況很好有 72 人、佔總人數 10.7%，覺得好的有 289 人、佔總人數 43.1%，覺得普通的有 279 人、佔總人數 41.6%；另外和一年前比較約有 7 成的人覺得目前健康狀況和一年前差不多或更好，但仍有 25.6% 的人覺得變差。如表 4-5。

表 4-4
自覺健康狀況量表的得分情形

變項別	平均值	標準偏差
自覺健康狀況 總量表	6.61	1.30
目前健康狀況	3.59	0.75
與一年前比較，目前健康狀況	3.02	0.85

表 4-5
自覺健康狀況量表之選項分布

變項別	類別	人數(N=671)	有效百分比 (%)
目前健康狀況	很好	72	10.7
	好	289	43.1
	普通	279	41.6
	不好	28	4.2
	很不好	3	0.4
與一年前比較，目前健康狀況	好很多	44	6.6
	好一些	105	15.6
	差不多	350	52.2
	差一些	162	24.1
	差很多	10	1.5

三、健康促進生活型態

本研究使用魏米秀、呂昌明 (2005) 所翻譯的 [健康促進生活型態中文簡式量表]，分別由營養、運動、健康責任、壓力管理、人際支持、自我實現等六個分量表組成，每一分量表題目均為 4 題，健康促進生活型態中文簡式量表總共是 24 題。題目採 Likert Scale 四點量尺計分，反映項目為「從不」、「偶爾」、「經常」、「總是」，分別給予 1 至 4 分，總分為 24~96 分，得分越高則代表健康促進生活形態越趨於正向。參與本研究的中高齡者健

康促進生活型態總量表及其各分量表得分詳如表 4-6 所示。分量表中分數最高的是自我實現，得分平均值為 11.97，標準差為 2.49，得分最低的是健康責任，平均值為 9.16，標準差為 2.34。從得分情形顯示，本研究中高齡者在自我實現上表現最好，顯示出研究對象精神層面較為滿足，對健康責任這面向得分最低，顯示出較不重視自我健康。

六大分量表分述如下：

(一) 營養：

營養在分量表得分排序中為次高，如表 4-6 及表 4-7，平均為 11.684，標準差為 2.212，[每日三餐規律] 是營養分量表中分數最高的題目，平均值為 3.14，選答「總是」的有 237 人、佔 35.3%，選答「經常」有 306 人、佔 45.6%，合計共 543 人、80.9%，顯示出參與研究的中高齡者約有 8 成以上三餐都規律進食；營養分量表中得分最低的為 [選用不含防腐劑或其他添加物的食物]，平均值為 2.74，選答「總是」有 130 人 (19.4%)，選答「經常」有 274 人 (40.8%)，共計 404 人、60.2%，顯示出參與研究的中高齡者超過 6 成重視食品安全，常選用不含防腐劑或其他添加物的食物。

(二) 運動：

運動在六個分量表得分排序中為第五，如表 4-6 及表 4-7，平均值為 9.472，標準差為 2.478，得分最高的題目為 [從事休閒性的體能活動 (如散步、游泳、騎腳踏車)]，平均值為 2.76，選填「總是」有 137 人 (20.4%)，選填「經常」有 264 人 (39.3%)，合計共 401 人 (59.7%)，顯示超過半數參與研究的中高齡者有保持休閒運動的習慣；[運動時測量自己的脈搏] 是這分量表中得分最低的，平均值為 2.05，答「總是」有 48 人 (7.2%)，答「經常」有 122 人 (18.2%)，只有約

四分之一參與研究的中高齡者會在運動時測量自己的心搏數，顯示出大部分研究對象對於測量脈搏的執行力相當低，可能是沒有方便的儀器、或是缺乏正確的觀念、或是不會測，因此，可以在宣導正確知識以及測量脈搏的正確方法上加強。

（三）健康責任：

健康責任在分量表得分排序中為最後，如表 4-6 及表 4-7，，平均 9.155，標準差為 2.344，得分最高的題目為 [每個月至少一次觀察自己的身體有無異狀或病徵]，平均值為 2.49，填答「總是」有 68 人 (10.1%)，填答「經常」有 241 人 (35.9%)，合計共 309 人 (46%)，顯示僅有 46% 參與研究的中高齡者較常觀察自己的身體狀況及變化，並確認自己有無生病；其次是題目 [測量自己的血壓，並知道自己的血壓] 得分次高，平均值為 2.3，填答「偶爾」有 364 人 (54.2%)，填答「從不」有 88 人 (13.1%)，共計 452 人 (67.3%)，顯示接近 7 成參與研究的中高齡者在測量及關心自己血壓的執行力較低；得分最低的題目是 [與專業醫護人員討論關於自己保健方面的事情]，平均值為 2.17，填答「總是」有 37 人 (5.5%)，填答「經常」有 135 人 (20.1%)，「偶爾」有 404 人 (60.2%)，填答「從不」的有 95 人 (14.2%)，約有四分之三的研究對象偶爾或從來不會向專業醫護人員討論關於自己或請教關於保健方面的知識；整體也顯示出大多數參與研究的中高齡者都不太重視自我健康責任的部分。

（四）壓力管理：

壓力管理在分量表得分排序為第四，如表4-6及表4-7，平均值為 10.735，標準差為 2.216，得分最高的題目為 [採用某些方式來減輕自己所面臨的壓力]，平均值為2.79，填答「總是」有91人 (13.6%)，填答「經常」有335人 (49.9%)，顯示超過6成參與研究的中高齡者

會替自己找到方法，釋放所面臨壓力；而 [睡前使自己全身肌肉放鬆] 及 [就寢前，讓自己想些愉快的事物] 這兩個題目平均值都是 2.65，顯示超過半數的研究參與者會在睡前放鬆身體的肌肉，能讓自己帶著愉快就寢；題目 [以建設性方式 (指非批評、謾罵)，提出建設性意見]，平均值為2.68，填答「總是」有82人 (12.2%)，填答「經常」有314人 (46.8%)，研究顯示接近6成的研究對象會提出建設性意見，面對壓力問題能積極處理。

(五) 人際支持：

人際支持在分量表得分排序為第三，如表 4-6 及表 4-7，，平均值為 11.236，標準差為 2.211，得分最高的題目為 [對他人表達關懷、愛及溫暖]，平均值為 3.04，填答「總是」有 163 人 (24.3%)，填答「經常」有 375 人 (55.9%)，顯示出約有 80%參與研究的中高齡者是經常向他人傳達關懷，擁有正向且良好的人際互動；得分最低的是 [和我關心的人相互有身體接觸 (如擁抱、牽手等)]，平均值為 2.63，填答「總是」有 97 人 (14.5%)，填答「經常」有 258 人 (38.5%)，顯示出僅有約一半的研究對象與親朋好友間經常會有肢體接觸或親密的互動。

(六) 自我實現：

自我實現在六個分量表中整體得分最高，各題的得分排序也大多在總量表排序前段，如表4-6及表4-7，平均值為11.973，標準差為 2.486，其中得分最高的題目是 [對未來充滿希望]、平均值是3.13，選答「總是」有226人 (33.7%)，選答「經常」有320人 (47.7%)，顯示出約有81%參與研究的中高齡者對於未來是保持正向的信念、對未來充滿希望；題目 [發覺每天都是充滿樂趣及挑戰的] 是分量表中得分最低的，平均值為2.78，填答「總是」有103人 (15.4%)，選答

「經常」有332人 (49.5%)，合計435人 (64.9%)，顯示約65%的研究對象對於目前生活感到充滿樂趣及挑戰性。

表 4-6
健康促進生活型態六大分量表各題項之得分情形

變項別	平均值	標準偏差
營養	11.68	2.21
1 選用不含防腐劑或其他添加物的食物	2.74	0.83
2 每日三餐規律	3.14	0.77
3 食用富含纖維質的食物	2.96	0.74
4 每日攝取六大類食物	2.85	0.69
運動	9.47	2.48
5 每週做運動至少三次	2.57	0.90
6 參加有人指導的運動課程或活動	2.09	0.94
7 運動時測量自己的脈搏	2.05	0.86
8 從事休閒性的體能活動	2.76	0.82
健康責任	9.16	2.34
9 與專業醫護人員討論關於自己保健方面的事情	2.17	0.73
10 測量自己的血壓，並知道自己的血壓	2.30	0.82
11 向健康專業人員詢問如何好好照顧自己	2.20	0.72
12 每個月至少一次觀察自己的身體有無異狀或病徵	2.49	0.77
壓力管理	10.73	2.22
13 睡前使自己全身肌肉放鬆	2.65	0.75
14 就寢前，讓自己想些愉快的事物	2.65	0.77
15 以建設性方式，提出建設性意見	2.68	0.73
16 採用某些方式來減輕自己所面臨的壓力	2.75	0.70
人際支持	11.24	2.21
17 維持有意義的人際關係	2.88	0.74
18 花時間與親密朋友相處	2.68	0.71
19 對他人表達關懷、愛及溫暖	3.04	0.67
20 和我關心的人相互有身體接觸	2.63	0.79
自我實現	11.97	2.49
21 朝生命中長遠的目標努力	3.04	0.80
22 對未來充滿希望	3.13	0.75
23 發覺每天都是充滿樂趣及挑戰的	2.78	0.73
24 確認我的生命是有目標的	3.03	0.73

表 4-7

健康促進生活型態量表各題項得分分部情形

變項別	總是 人數 (%)	經常 人數(%)	偶爾 人數(%)	從不 人數(%)
營養				
(1) 選用不含防腐劑或其他添加物的食物	130 (19.4%)	274 (40.8%)	230 (34.3%)	37 (5.5%)
(2) 每日三餐規律	237 (35.3%)	306 (45.6%)	114 (17%)	14 (2.1%)
(3) 食用富含纖維質的食物 (如全穀類、天然蔬果)	155 (23.1%)	343 (51.1%)	161 (24%)	12 (1.8%)
(4) 每日攝取六大類食物(五穀根莖、奶、蔬菜、水果、 油脂、蛋豆魚肉類)	107 (15.9%)	364 (54.2%)	190 (28.3%)	10 (1.5%)
運動				
(5) 每週做運動至少三次	126 (18.8%)	191 (28.5%)	293 (43.7%)	61 (9.1%)
(6) 參加有人指導的運動課程或活動	70 (10.4%)	118 (17.6%)	288 (42.9%)	195 (29.1%)
(7) 運動時測量自己的脈搏	48 (7.2%)	122 (18.2%)	314 (46.8%)	187 (27.9%)
(8) 從事休閒性的體能活動 (如散步、游泳、騎腳踏車)	137 (20.4%)	264 (39.3%)	244 (36.4%)	26 (3.9%)
健康責任				
(9) 與專業醫護人員討論關於自己保健方面的事情	37 (5.5%)	135 (20.1%)	404 (60.2%)	95 (14.2%)
(10) 測量自己的血壓，並知道自己的血壓	67 (10%)	152 (22.7%)	364 (54.2%)	88 (13.1%)
(11) 向健康專業人員詢問如何好好照顧自己	31 (4.6%)	158 (23.5%)	393 (58.6%)	89 (13.3%)
(12) 每個月至少一次觀察自己的身體有無異狀或病徵	68 (10.1%)	241 (35.9%)	317 (47.2%)	45 (6.7%)
壓力管理				
(13) 睡前使自己全身肌肉放鬆	85 (12.7%)	296 (44.1%)	262 (39%)	28 (4.2%)
(14) 就寢前，讓自己想些愉快的事物	90 (13.4%)	287 (42.8%)	263 (39.2%)	31 (4.6%)
(15) 以建設性方式 (指非批評、謾罵)，提出建設性意見	82 (12.2%)	314 (46.8%)	253 (37.7%)	22 (3.3%)
(16) 採用某些方式來減輕自己所面臨的壓力	91 (13.6%)	335 (49.9%)	233 (34.7%)	12 (1.8%)
人際支持				
(17) 維持有意義的人際關係 (指深層的、非泛泛之交)	135 (20.1%)	337 (50.2%)	185 (27.6%)	14 (2.1%)
(18) 花時間與親密朋友相處	88 (13.1%)	293 (43.7%)	280 (41.7%)	10 (1.5%)
(19) 對他人表達關懷、愛及溫暖	163 (24.3%)	375 (55.9%)	131 (19.5%)	2 (0.3%)
(20) 和我關心的人相互有身體接觸 (如擁抱、牽手等)	97 (14.5%)	258 (38.5%)	284 (42.3%)	32 (4.8%)
自我實現				
(21) 朝生命中長遠的目標努力	206 (30.7%)	304 (45.3%)	142 (21.2%)	19 (2.8%)
(22) 對未來充滿希望	226 (33.7%)	320 (47.7%)	112 (16.7%)	13 (1.9%)
(23) 發覺每天都是充滿樂趣及挑戰的	103 (15.4%)	332 (49.5%)	220 (32.8%)	16 (2.4%)
(24) 確認我的生命是有目標的	176 (26.2%)	347 (51.7%)	137 (20.4%)	11 (1.6%)

四、結果討論

本研究結果自覺健康狀況與健康促進生活型態呈正相關，與朱珮綺 (2016) [獨居老人健康促進生活型態現況調查之研究] 之研究結果相同；在促進健康生活型態量表結果分析顯示，本研究在 [自我實現] 分量表得分最高，與王秋蕙 (2013) [某社區中老年居民的健康促進生活型態及其相關因素探討] 相同，與朱珮綺 (2016)、楊慧玉 (2014) [社區高齡者自覺健康狀況與健康促進生活型態之相關性探討] 之研究結果「營養」分量表得分最高不同；得分最低的分量表在王秋蕙 (2013) 之研究結果為 [運動] 分量表，與本研究不同，而與朱珮綺 (2016) 研究相同都是在 [健康責任] 分量表得分最低；顯示出參與本研究的中高齡者精神層面較為滿足，但在健康責任這方面顯示出較不重視自我健康。

第三節 不同社會人口背景變項對中高齡者擷取健康資訊

行為、自覺健康狀況及健康促進生活型態之差異性

本節主要探討大臺北地區中高齡者之不同社會人口背景變項與其擷取健康資訊行為、自覺健康狀況及健康促進生活型態之間的差異；研究將以社會人口背景因素為自變項，依變項則是自覺健康狀況量表、健康促進生活型態總量表及其各分量表，採用分析方法為獨立樣本檢定及單因子變異數分析 (One-Way ANOVA)，在自變項只有二個分類時，採用 t 檢定檢驗項目在自覺健康狀況量表及健康促進生活型態量表兩者之間是否有顯著差異；當自變項為三個類別以上時，則採用單因子變異數分析 (One-Way ANOVA) 檢驗，若有顯著差異 ($p < .05$)，為能更清楚瞭解組間差異，再使用 Fisher's Least Significant Difference (LSD) 事後比較。

一、社會人口背景變項與自覺健康狀況差異分析

將個人背景變項與自覺健康狀況量表進行獨立樣本 t 檢定或單因子變異數分析，單因子變異數分析有顯著差異 ($p<.05$) 者再進行 LSD 事後比較，如表 4-8，研究結果顯示出年齡、職業、月收入及慢性病在自覺健康狀況總量表有顯著差異，教育程度、婚姻狀況及性別沒有顯著差異。以下僅就有顯著差異部分詳述如下：

(一) 年齡

年齡在自覺健康狀況總量表得分上有顯著差異 ($p<.05$)，經 LSD 事後比較，年齡 60-64 歲較年齡 45-49 歲之得分來的更高，顯示 60-64 歲認為自我健康狀態更為良好；年齡 55-59 歲認為自我健康狀態良好也優於年齡 45-49 歲；年齡 50-54 歲認為自我健康狀態也優於年齡 45-49 歲。

(二) 職業

不同的職業類別在自覺健康狀況總量表得分上有顯著差異 ($p<.05$)，經進行 LSD 事後比較得知，顯著差異在主管經理人員自覺健康狀況優於事務支援人員，專業人員自覺健康狀況也優於事務支援人員，服務銷售人員自覺健康狀況優於事務支援人員及退休、待業人員自覺健康狀況也優於事務支援人員；另外，服務銷售人員自覺健康狀況相較於其他類別如技術人員要好，退休及待業這群組自覺健康狀況更為良好，相較於其他類別如技術人員等有明顯差異。

(三) 不同月收入

不同月收入在自覺健康狀況總量表得分上有顯著差異 ($p<.05$)，經 LSD 事後比較後，顯著差異組間在收入 80,001-100,000 萬人自覺健康狀況優於收入 40,001-60,000 萬的人，收入 80,001-100,000 萬人自覺健康狀況也優於收入 60,001-80,000 萬的人，收入 10 萬以上的人自覺健康狀況優於收入 20,001-40,000 萬的人，也優於收入 40,001-60,000 萬、60,001-80,000 萬及無

固定收入的人。

(四) 慢性病

研究結果顯示，無慢性病者得分較高、自覺健康狀況更為良好，相較於有慢性病者有明顯差異。

表 4-8

個人背景變項與自覺健康狀況總量表之差異分析

變項別		自覺健康狀況總量表				事後比較
		人數	平均值	標準差	F/t 檢定	
年齡	1. 45-49 歲	132	6.28	1.22	4.39**	2>1
	2. 50-54 歲	184	6.59	1.30		3>1
	3. 55-59 歲	203	6.70	1.29		4>1
	4. 60-64 歲	152	6.80	1.34		
職業	1. 主管、經理人員	90	6.78	1.19	3.04**	1>3
	2. 專業人員	117	6.66	1.32		2>3
	3. 事務支援人員	96	6.22	1.15		4>3
	4. 服務及銷售人員	86	6.87	1.36		4>7
	5. 家管	99	6.57	1.25		6>3
	6. 退休、待業人員	87	6.80	1.44		6>7
	7. 其他	96	6.43	1.29		
月收入	1. 20,000 元以下	26	6.85	1.32	2.36*	5>3
	2. 20,001 ~ 40,000 元	92	6.50	1.21		5>4
	3. 40,001 ~ 60,000 元	158	6.46	1.29		6>2
	4. 60,001 ~ 80,000 元	110	6.46	1.53		6>3
	5. 80,001 ~ 100,000 元	77	6.88	1.25		6>4
	6. 100,000 元以上	121	6.88	1.09		6>7
	7. 無固定收入	87	6.51	1.33		
教育程度	1. 高中職及以下	133	6.50	1.27	2.32	
	2. 大專院校	360	6.56	1.34		
	3. 研究所以上	178	6.79	1.22		
婚姻狀況	1. 已婚	533	6.62	1.28	1.09	
	2. 未婚	69	6.42	1.28		
	3. 其他	69	6.74	1.46		

(續下頁)

表 4-8

個人背景變項與自覺健康狀況總量表之差異分析 (續)

變項別		自覺健康狀況總量表				
		人數	平均值	標準差	F/t 檢定	事後比較
性別	1. 男	215	6.66	1.28	0.68	
	2. 女	456	6.59	1.31		
慢性病	1. 有	214	6.17	1.28	-6.17**	
	2. 無	457	6.82	1.26		

註 1. * $p<.05$, ** $p<.01$;

註 2. 性別與慢性病採 t 檢定

二、社會人口背景變項與健康促進生活型態差異分析

將個人社會人口背景變項與健康促進生活型態量表進行獨立樣本 t 檢定及單因子變異數分析，有顯著差異 ($p<.05$) 者再進行 LSD 事後比較，如表 4-9 至表 4-15，研究結果顯示出年齡、職業、教育程度及婚姻狀況在健康促進生活型態總量表或在其分量表的得分上有顯著差異，僅就有顯著差異部分，詳述如下：

(一) 年齡

依研究結果顯示，不同年齡群在健康促進生活型態總量表、營養、運動、健康責任及自我實現分量表均有達到顯著差異，如表 4-9、10、11、12 及表 4-15 所示。在總量表上經 LSD 事後比較，「60-64 歲」比「45-49 歲」的得分高，「55-59 歲」也比「45-49 歲」的得分高，顯示「60-64 歲」比「45-49 歲」及「55-59 歲」比「45-49 歲」更重視健康生活，年齡愈高對健康促進生活型態愈重視；其次，在營養分量表經 LSD 事後比較，「60-64 歲」與「45-49 歲」、「60-64 歲」與「50-54 歲」、「55-59 歲」與「45-49 歲」及「50-54 歲」與「45-49 歲」間有明顯差異，前者較後者明顯重視營養食物的議題，隨著年齡的增加，得分也增加，顯示年齡增加，對食物、對營養的攝取愈重視；在運動分量表年齡有顯著差異，經 LSD 事後比較，「60-64 歲」與「45-49 歲」及「55-59 歲」與「45-49 歲」組間有顯著差異，顯示「60-64

歲」比「45-49 歲」及「55-59 歲」比「45-49 歲」更重視運動；在健康責任分量表年齡也有顯著差異，經 LSD 事後比較，「60-64 歲」比「45-49 歲」更關心自己的血壓、自己的保健，重視自我健康責任，「55-59 歲」也比「45-49 歲」重視健康責任；而在自我實現分量表上，經 LSD 事後比較後，發現「55-59 歲」比「45-49 歲」的得分更高，顯示出「55-59 歲」的較「45-49 歲」歲的人對未來更具積極正向的態度。

(二)職業

依研究結果顯示，不同職業在健康促進生活型態營養、運動及自我實現分量表均有達到顯著差異，如表 4-10、11 及表 4-15 所示。在營養分量表經 LSD 事後比較，「專業人員」與「事務支援人員」、「家管」與「主管、經理人員」、「家管」與「事務支援人員」、「退休、待業人員」與「主管、經理人員」、「退休、待業人員」與「事務支援人員」、「退休、待業人員」與「服務及銷售人員」、及「退休、待業人員」與「其他類別如技術人員」間有明顯差異，前者明顯較後者重視營養食物的議題；在運動分量表職業也有顯著差異，經 LSD 事後比較，「家管」與「專業人員」、「家管」與「事務支援人員」、「退休、待業人員」與「主管、經理人員」、「退休、待業人員」與「專業人員」、「退休、待業人員」與「事務支援人員」及「退休、待業人員」與「其他類別如技術人員」間有明顯差異，前者較後者更重視運動；而在自我實現分量表上，經 LSD 事後比較後，發現「主管、經理人員」與「事務支援人員」、「專業人員」與「事務支援人員」、「服務及銷售人員」與「事務支援人員」、「家管」與「事務支援人員」及「退休、待業人員」與「事務支援人員」有明顯差異，顯示出「主管、經理人員」「專業人員」、「服務及銷售人員」、「家管」及「退休、待業人員」均比「事務支援人員」對未來更具積極正向的態度。

(三)教育程度

不同的教育程度在健康促進生活型態總量表、運動、壓力管理及自我實現分量表的得分上均有顯著差異 ($p<.05$)，如表 4-9、11、13 及表 4-15 所示。在健康促進生活型態總量表經 LSD 事後比較後，顯示教育程度「研究所以上」比「高中職及以下」更重視健康生活型態，「大專院校」也比「高中職及以下」重視；運動分量表經 LSD 事後比較後，教育程度「大專院校」比與「高中職及以下」有明顯差異，教育程度「大專院校」比與「高中職及以下」更重視運動；而在壓力管理分量表經 LSD 事後比較，發現教育程度「大專院校」得分高於「高中職及以下」，「研究所以上」也比「高中職及以下」得分高，顯示出「大專院校」比「高中職及以下」更能排解壓力，「研究所以上」也比「高中職及以下」面對壓力更有方法排解，擁有較佳的健康生活習慣；在自我實現分量表經 LSD 事後比較，發現教育程度「研究所以上」比「高中職及以下」更具積極正向的態度。

(四)婚姻狀況

不同的婚姻狀況在健康促進生活型態總量表、營養、人際支持及自我實現分量表的得分上均有顯著差異 ($p<.05$)，如表 4-9、10、14 及表 4-15 所示。在健康促進生活型態總量表經 LSD 事後比較，顯示「已婚」比「未婚」更重視健康生活型態；在營養分量表經 LSD 事後比較，顯示「已婚」比「未婚」重視營養；在人際支持分量表經 LSD 事後比較，顯示「已婚」較「未婚」重視人際關係；在自我實現分量表經 LSD 事後比較，顯示「已婚」比「未婚」更具積極正向的態度。

(四)性別

男性、女性在健康促進生活型態營養及健康分量表的得分上均有顯著差異 ($p<.05$)，如表 4-10 及表 4-12 所示。女性較男性更重視營養的均衡及關心自己的健康。

(四)慢性病

有無慢性病在健康促進生活型態總量表及各分量表的得分上均呈現有顯著差異 ($p<.05$)，如表 4-9 到 4-15 所示。罹患慢性病者主動關心自己的健康及諮詢專業醫療人員，較重視自我健康責任。

表 4-9

個人背景變項與健康促進生活型態總量表之差異分析

變項別	健康促進生活型態總量表					
	人數	平均值	標準差	F/t 檢定	事後比較	
年齡	1. 45-49 歲	132	61.45	9.71	5.13**	3>1
	2. 50-54 歲	184	63.74	10.14		4>1
	3. 55-59 歲	203	65.55	11.18		
	4. 60-64 歲	152	65.59	10.68		
職業	1. 主管、經理人員	90	63.94	9.05	1.67	
	2. 專業人員	117	64.44	10.89		
	3. 事務支援人員	96	61.52	9.64		
	4. 服務及銷售人員	86	64.95	11.66		
	5. 家管	99	64.67	11.39		
	6. 退休、待業人員	87	66.20	10.69		
	7. 其他	96	64.25	10.38		
月收入	1. 20,000 元以下	26	63.08	11.50	1.37	
	2. 20,001 ~ 40,000 元	92	62.46	10.13		
	3. 40,001 ~ 60,000 元	158	63.87	10.33		
	4. 60,001 ~ 80,000 元	110	63.29	11.42		
	5. 80,001 ~ 100,000 元	77	65.56	10.52		
	6. 100,000 元以上	121	65.64	10.38		
	7. 無固定收入	87	65.34	10.50		
教育程度	1. 高中職及以下	133	61.89	11.41	4.30*	2>1
	2. 大專院校	360	64.68	10.50		3>1
	3. 研究所以上	178	65.16	9.98		
婚姻狀況	1. 已婚	533	64.83	10.57	4.78**	1>2
	2. 未婚	69	60.80	9.53		
	3. 其他	69	63.29	11.28		
性別	1. 男	215	63.87	10.32	-0.65	
	2. 女	456	64.44	10.74		
慢性病	1. 有	214	62.91	10.37	-2.28*	
	2. 無	457	64.88	10.67		

註 1. * $p<.05$, ** $p<.01$;

註 2. 性別與慢性病採 t 檢定

4-10

個人背景變項與健康促進生活型態-營養分量表之差異分析

變項別		健康促進生活型態 - 營養分量表				
		人數	平均值	標準差	F/t 檢定	事後比較
年齡	1. 45-49 歲	132	10.82	2.17	12.18**	2>1
	2. 50-54 歲	184	11.52	2.06		3>1
	3. 55-59 歲	203	11.96	2.23		3>2
	4. 60-64 歲	152	12.26	2.17		4>1 4>2
職業	1. 主管、經理人員	90	11.33	2.08	2.94**	2>3
	2. 專業人員	117	11.80	2.03		5>1
	3. 事務支援人員	96	11.21	2.20		5>3
	4. 服務及銷售人員	86	11.57	2.43		6>1
	5. 家管	99	12.08	2.21		6>3
	6. 退休、待業人員	87	12.28	2.18		6>4
	7. 其他	96	11.50	2.26		6>7
月收入	1. 20,000 元以下	26	11.46	1.94	2.01	
	2. 20,001 ~ 40,000 元	92	11.50	2.22		
	3. 40,001 ~ 60,000 元	158	11.65	2.21		
	4. 60,001 ~ 80,000 元	110	11.43	2.17		
	5. 80,001 ~ 100,000 元	77	11.86	2.07		
	6. 100,000 元以上	121	11.55	2.37		
	7. 無固定收入	87	12.38	2.14		
教育程度	1. 高中職及以下	133	11.41	2.41	1.94	
	2. 大專院校	360	11.83	2.17		
	3. 研究所以上	178	11.60	2.14		
婚姻狀況	1. 已婚	533	11.79	2.19	3.75*	1>2
	2. 未婚	69	11.03	2.21		
	3. 其他	69	11.55	2.60		
性別	1. 男	215	11.40	2.19	-2.26*	
	2. 女	456	11.82	2.21		
慢性病	1. 有	214	11.34	2.11	-2.86**	
	2. 無	457	11.85	2.24		

註 1. * $p < .05$, ** $p < .01$;

註 2. 性別與慢性病採 t 檢定

4-11

個人背景變項與健康促進生活型態-運動分量表之差異分析

變項別		健康促進生活型態 - 運動分量表				
		人數	平均值	標準差	F/t 檢定	事後比較
年齡	1. 45-49 歲	132	8.99	2.38	2.75*	3>1
	2. 50-54 歲	184	9.39	2.68		4>1
	3. 55-59 歲	203	9.66	2.51		
	4. 60-64 歲	152	9.75	2.21		
職業	1. 主管、經理人員	90	9.38	2.30	2.48*	5>2
	2. 專業人員	117	9.11	2.59		5>3
	3. 事務支援人員	96	9.04	2.25		6>1
	4. 服務及銷售人員	86	9.48	2.38		6>2
	5. 家管	99	9.80	2.69		6>3
	6. 退休、待業人員	87	10.20	2.30		6>7
	7. 其他	96	9.44	2.61		
月收入	1. 20,000 元以下	26	9.31	2.69	1.00	
	2. 20,001 ~ 40,000 元	92	9.32	2.51		
	3. 40,001 ~ 60,000 元	158	9.39	2.40		
	4. 60,001 ~ 80,000 元	110	9.15	2.73		
	5. 80,001 ~ 100,000 元	77	9.49	2.35		
	6. 100,000 元以上	121	9.84	2.38		
	7. 無固定收入	87	9.71	2.42		
教育程度	1. 高中職及以下	133	8.95	2.48	3.77*	2>1
	2. 大專院校	360	9.62	2.55		
	3. 研究所以上	178	9.57	2.27		
婚姻狀況	1. 已婚	533	9.58	2.49	2.53	
	2. 未婚	69	9.04	2.05		
	3. 其他	69	9.06	2.68		
性別	1. 男	215	9.53	2.41	0.42	
	2. 女	456	9.45	2.51		
慢性病	1. 有	214	9.08	2.48	-2.78**	
	2. 無	457	9.65	2.46		

註 1. * $p < .05$, ** $p < .01$;

註 2. 性別與慢性病採 t 檢定

4-12

個人背景變項與健康促進生活型態-健康責任分量表之差異分析

變項別		健康促進生活型態 - 健康責任分量表				
		人數	平均值	標準差	F/t 檢定	事後比較
年齡	1. 45-49 歲	132	8.76	2.01	2.65*	3>1
	2. 50-54 歲	184	9.03	2.30		4>1
	3. 55-59 歲	203	9.28	2.46		
	4. 60-64 歲	152	9.49	2.47		
職業	1. 主管、經理人員	90	9.06	2.12	0.91	
	2. 專業人員	117	9.28	2.54		
	3. 事務支援人員	96	8.68	1.99		
	4. 服務及銷售人員	86	9.33	2.66		
	5. 家管	99	9.28	2.31		
	6. 退休、待業人員	87	9.26	2.35		
	7. 其他	96	9.19	2.36		
月收入	1. 20,000 元以下	26	9.35	2.78	1.48	
	2. 20,001 ~ 40,000 元	92	8.63	2.25		
	3. 40,001 ~ 60,000 元	158	9.07	2.02		
	4. 60,001 ~ 80,000 元	110	9.08	2.44		
	5. 80,001 ~ 100,000 元	77	9.43	2.45		
	6. 100,000 元以上	121	9.50	2.51		
	7. 無固定收入	87	9.17	2.35		
教育程度	1. 高中職及以下	133	8.89	2.66	1.91	
	2. 大專院校	360	9.13	2.28		
	3. 研究所以上	178	9.41	2.20		
婚姻狀況	1. 已婚	533	9.22	2.36	1.17	
	2. 未婚	69	8.78	2.04		
	3. 其他	69	9.03	2.47		
性別	1. 男	215	9.45	2.30	2.24*	
	2. 女	456	9.02	2.35		
慢性病	1. 有	214	9.57	2.23	3.19**	
	2. 無	457	8.96	2.37		

註 1. * $p < .05$, ** $p < .01$;

註 2. 性別與慢性病採 t 檢定

4-13

個人背景變項與健康促進生活型態-壓力管理分量表之差異分析

變項別	健康促進生活型態-壓力管理分量表					
	人數	平均值	標準差	F/t 檢定	事後比較	
年齡	1. 45-49 歲	132	10.39	2.17	2.39	
	2. 50-54 歲	184	10.68	2.10		
	3. 55-59 歲	203	11.03	2.33		
	4. 60-64 歲	152	10.70	2.21		
職業	1. 主管、經理人員	90	10.97	2.05	0.95	
	2. 專業人員	117	10.74	2.25		
	3. 事務支援人員	96	10.40	1.94		
	4. 服務及銷售人員	86	10.97	2.33		
	5. 家管	99	10.48	2.42		
	6. 退休、待業人員	87	10.82	2.27		
	7. 其他	96	10.82	2.21		
月收入	1. 20,000 元以下	26	10.54	1.92	0.72	
	2. 20,001 ~ 40,000 元	92	10.49	2.18		
	3. 40,001 ~ 60,000 元	158	10.75	2.11		
	4. 60,001 ~ 80,000 元	110	10.77	2.48		
	5. 80,001 ~ 100,000 元	77	11.04	2.19		
	6. 100,000 元以上	121	10.88	2.11		
	7. 無固定收入	87	10.51	2.35		
教育程度	1. 高中職及以下	133	10.15	2.25	5.95**	2>1
	2. 大專院校	360	10.91	2.23		3>1
	3. 研究所以上	178	10.82	2.10		
婚姻狀況	1. 已婚	533	10.80	2.19	1.40	
	2. 未婚	69	10.33	2.21		
	3. 其他	69	10.65	2.38		
性別	1. 男	215	10.68	1.99	-0.45	
	2. 女	456	10.76	2.32		
慢性病	1. 有	214	10.43	2.04	-2.51*	
	2. 無	457	10.88	2.28		

註 1. * $p < .05$, ** $p < .01$;

註 2. 性別與慢性病採 t 檢定

4-14

個人背景變項與健康促進生活型態-人際支持分量表之差異分析

變項別	健康促進生活型態-人際支持分量表					
	人數	平均值	標準差	F/t 檢定	事後比較	
年齡	1. 45-49 歲	132	11.09	2.05	0.47	
	2. 50-54 歲	184	11.16	2.15		
	3. 55-59 歲	203	11.34	2.35		
	4. 60-64 歲	152	11.30	2.23		
職業	1. 主管、經理人員	90	11.08	2.01	1.06	
	2. 專業人員	117	11.29	2.19		
	3. 事務支援人員	96	10.82	2.01		
	4. 服務及銷售人員	86	11.14	2.16		
	5. 家管	99	11.38	2.54		
	6. 退休、待業人員	87	11.44	2.24		
	7. 其他	96	11.48	2.25		
月收入	1. 20,000 元以下	26	10.77	2.05	0.79	
	2. 20,001 ~ 40,000 元	92	11.05	1.99		
	3. 40,001 ~ 60,000 元	158	11.26	2.26		
	4. 60,001 ~ 80,000 元	110	11.01	2.37		
	5. 80,001 ~ 100,000 元	77	11.43	2.33		
	6. 100,000 元以上	121	11.42	2.16		
	7. 無固定收入	87	11.38	2.15		
教育程度	1. 高中職及以下	133	11.01	2.46	1.16	
	2. 大專院校	360	11.24	2.21		
	3. 研究所以上	178	11.39	2.00		
婚姻狀況	1. 已婚	533	11.37	2.21	6.73**	1>2
	2. 未婚	69	10.36	1.77		
	3. 其他	69	11.06	2.39		
性別	1. 男	215	10.95	2.01	-2.42*	
	2. 女	456	11.37	2.29		
慢性病	1. 有	214	10.93	2.23	-2.48*	
	2. 無	457	11.38	2.19		

註 1. * $p < .05$, ** $p < .01$;

註 2. 性別與慢性病採 t 檢定

4-15

個人背景變項與健康促進生活型態-自我實現分量表之差異分析

變項別	健康促進生活型態-自我實現分量表					
		人數	平均值	標準差	F/t 檢定	事後比較
年齡	1. 45-49 歲	132	11.40	2.39	3.47*	2>1
	2. 50-54 歲	184	11.96	2.39		3>1
	3. 55-59 歲	203	12.28	2.60		4>1
	4. 60-64 歲	152	12.09	2.46		
職業	1. 主管、經理人員	90	12.13	2.20	2.26*	1>3
	2. 專業人員	117	12.21	2.38		2>3
	3. 事務支援人員	96	11.38	2.65		4>3
	4. 服務及銷售人員	86	12.48	2.38		5>3
	5. 家管	99	11.64	2.66		6>3
	6. 退休、待業人員	87	12.21	2.66		
	7. 其他	96	11.82	2.34		
月收入	1. 20,000 元以下	26	11.65	2.42	2.01	
	2. 20,001 ~ 40,000 元	92	11.47	2.52		
	3. 40,001 ~ 60,000 元	158	11.77	2.70		
	4. 60,001 ~ 80,000 元	110	11.85	2.48		
	5. 80,001 ~ 100,000 元	77	12.31	2.23		
	6. 100,000 元以上	121	12.44	2.25		
	7. 無固定收入	87	12.20	2.52		
教育程度	1. 高中職及以下	133	11.48	2.72	4.81**	3>1
	2. 大專院校	360	11.96	2.47		
	3. 研究所以上	178	12.36	2.26		
婚姻狀況	1. 已婚	533	12.07	2.46	3.39*	1>2
	2. 未婚	69	11.25	2.59		
	3. 其他	69	11.94	2.46		
性別	1. 男	215	11.86	2.54	-0.84	
	2. 女	456	12.03	2.46		
慢性病	1. 有	214	11.57	2.53	-2.89**	
	2. 無	457	12.17	2.45		

註 1. * $p < .05$, ** $p < .01$;

註 2. 性別與慢性病採 t 檢定

三、擷取健康資訊行為與健康促進生活型態之差異分析

將擷取健康資訊行為與健康促進生活型態量表進行獨立樣本 t 檢定及單因子變異數分析，有顯著差異 ($p < .05$) 者再採 LSD 事後比較，如表 4-16 至表 4-20；研究結果顯示有無使用手機擷取健康資訊並無明顯差異，如表 4-16；而有無使用資訊產品、使用資訊產品的頻率、擷取健康資訊的動機及擷取資訊的頻率在健康促進生活型態各分量表的得分上則有顯著差異，僅就有顯著差異部分，詳述如下：

4-16

是否使用手機資訊與健康促進生活型態之差異分析

變項別	使用手機資訊取得健康資訊				
		人數	平均值	標準差	t 檢定
營養	1. 有	285	11.63	2.20	-0.564
	2. 無	386	11.73	2.22	
運動	1. 有	285	9.56	2.41	0.836
	2. 無	386	9.40	2.52	
健康責任	1. 有	285	8.96	2.26	-1.823
	2. 無	386	9.30	2.39	
壓力管理	1. 有	285	10.65	2.16	-0.830
	2. 無	386	10.80	2.26	
人際支持	1. 有	285	11.12	2.20	-1.207
	2. 無	386	11.32	2.22	
自我實現	1. 有	285	11.84	2.52	-1.2
	2. 無	386	12.07	2.46	

* $p < .05$, ** $p < .01$

(一) 是否使用資訊產品促進健康 (資訊產品例如：健康手環等穿戴式裝置，手機健康 APP)

研究結果顯示，使用資訊產品促進健康在健康促進生活型態之運動、健康責任、壓力管理、人際支持四個分量表均有顯著差異，如表 4-17 所示，有使用資訊產品促進健康在運動、健康責任、壓力管理、

人際支持四個分量表均表現較佳。

4-17

是否有使用資訊產品與健康促進生活型態之差異分析

變項別	是否有使用資訊產品促進健康				t 檢定
		人數	平均值	標準差	
營養	1. 有	227	11.75	2.29	1.533
	2. 無	444	11.65	2.17	
運動	1. 有	227	10.30	2.44	6.351**
	2. 無	444	9.05	2.39	
健康責任	1. 有	227	9.59	2.46	3.371**
	2. 無	444	8.93	2.25	
壓力管理	1. 有	227	10.99	2.37	2.073*
	2. 無	444	10.60	2.12	
人際支持	1. 有	227	11.57	2.20	2.842**
	2. 無	444	11.06	2.20	
自我實現	1. 有	227	12.12	2.34	1.056
	2. 無	444	11.90	2.56	

* $p < .05$, ** $p < .01$

(二) 是否每天使用資訊產品促進健康 (資訊產品例如：健康手環等穿戴式裝置，手機健康 APP)

研究結果顯示，每天使用資訊產品促進健康在健康促進生活型態之運動、健康責任、壓力管理、人際支持四個分量表均有顯著差異，如表 4-18 所示，有使用資訊產品促進健康在運動、健康責任、壓力管理、人際支持四個分量表均表現較佳。

4-18

是否每天使用資訊產品與健康促進生活型態之差異分析

變項別	是否每天使用資訊產品促進健康				t 檢定
		人數	平均值	標準差	
營養	1. 是	130	11.65	2.51	-0.217
	2. 否	541	11.69	2.14	

(續下頁)

4-18

是否每天使用資訊產品與健康促進生活型態之差異分析 (續)

變項別		是否每天使用資訊產品促進健康			
		人數	平均值	標準差	t 檢定
營養	1. 是	130	11.65	2.51	-0.217
	2. 否	541	11.69	2.14	
運動	1. 是	130	10.68	2.54	6.101**
	2. 否	541	9.18	2.38	
健康責任	1. 是	130	9.81	2.76	3.112**
	2. 否	541	9.00	2.21	
壓力管理	1. 是	130	11.16	2.51	2.217*
	2. 否	541	10.63	2.13	
人際支持	1. 是	130	11.68	2.32	2.448*
	2. 否	541	11.13	2.17	
自我實現	1. 是	130	12.06	2.49	0.451
	2. 否	541	11.95	2.49	

* $p < .05$, ** $p < .01$

(三) 擷取健康資訊動機

研究結果顯示，擷取健康資訊動機在健康促進生活型態之運動、人際支持、自我實現三個分量表有顯著差異，如表 4-19 所示，擷取健康資訊動機在運動、人際支持、自我實現三個分量表均表現較佳。

4-19

擷取健康資訊動機與健康促進生活型態之差異分析

變項別		擷取健康資訊動機是隨時提醒自己強迫運動			
		人數	平均值	標準差	t 檢定
營養	1. 是	342	11.66	2.28	-0.347
	2. 否	329	11.71	2.14	
運動	1. 是	342	9.80	2.35	3.560**
	2. 否	329	9.13	2.56	
健康責任	1. 是	342	9.32	2.27	1.185
	2. 否	329	8.99	2.41	

(續下頁)

擷取健康資訊動機與健康促進生活型態之差異分析(續)

變項別		擷取健康資訊動機是隨時提醒自己強迫運動			
		人數	平均值	標準差	t 檢定
壓力管理	1. 是	342	10.88	2.18	1.701
	2. 否	329	10.59	2.25	
人際支持	1. 是	342	11.42	2.12	2.220*
	2. 否	329	11.04	2.29	
自我實現	1. 是	342	12.18	2.40	2.121*
	2. 否	329	11.77	2.56	

* $p < .05$, ** $p < .01$

(四) 使用網路取得健康資訊的頻率

研究結果顯示，使用網路取得健康資訊的頻率在健康促進生活型態之營養、運動、健康責任、壓力管理、人際支持五個分量表均有顯著差異，如表 4-20 所示，在有顯著差異 ($p < .05$) 時，採 LSD 事後比較探究顯著差異組別，結果顯示使用網路取得健康資訊，每週使用「3-4 天」比每週使用「1-2 天」重視個人營養，「每天」使用也比每週使用「1-2 天」更重視個人營養；在運動分量表呈現，每週使用「3-4 天」比每週使用「1-2 天」重視個人規律運動，每週使用「3-4 天」也比每週使用「5-6 天」重視個人運動，另「每天」使用比每週使用「1-2 天」重視個人規律運動，「每天」使用也比每週使用「3-4 天」、「5-6 天」重視運動；對個人健康責任，「每天」使用比每週使用「1-2 天」關心個人健康，「每天」使用也比每週使用「3-4 天」、「5-6 天」重視個人健康責任；「每天」使用比每週使用「1-2 天」重視壓力釋放，「每天」使用也比每週使用「3-4 天」、「5-6 天」會排解壓力；在人際支持方面，每週使用「3-4 天」比每週使用「1-2 天」在人際關係上表現較好，「每天」使用比每週使用「1-2 天」具積極正向的態度，「每天」使用也比每週使用「5-6 天」更具積極正向的態度。

4-20

主動使用網路取得健康資訊的頻率與健康促進生活型態之差異分析

變項別	一個星期主動使用網路取得健康資訊的頻率					
		人數	平均值	標準差	F 檢定	事後比較
營養	1. 約 1-2 天	292	11.46	2.12	2.776*	2>1
	2. 約 3-4 天	137	11.92	2.19		4>1
	3. 約 5-6 天	140	11.62	2.14		
	4. 每天	102	12.10	2.53		
運動	1. 約 1-2 天	292	9.16	2.34	12.684**	2>1
	2. 約 3-4 天	137	9.66	2.23		2>3
	3. 約 5-6 天	140	9.02	2.67		4>1
	4. 每天	102	10.73	2.49		4>2 4>3
健康責任	1. 約 1-2 天	292	8.96	2.18	8.387**	4>1
	2. 約 3-4 天	137	9.09	2.00		4>2
	3. 約 5-6 天	140	8.86	2.58		4>3
	4. 每天	102	10.20	2.62		
壓力管理	1. 約 1-2 天	292	10.54	2.13	8.066**	4>1
	2. 約 3-4 天	137	10.81	2.05		4>2
	3. 約 5-6 天	140	10.39	2.09		4>3
	4. 每天	102	11.66	2.58		
人際支持	1. 約 1-2 天	292	11.02	2.06	4.361**	2>1
	2. 約 3-4 天	137	11.47	1.98		4>1
	3. 約 5-6 天	140	11.02	2.32		4>3
	4. 每天	102	11.82	2.62		
自我實現	1. 約 1-2 天	292	11.89	2.33	1.819	
	2. 約 3-4 天	137	11.94	2.40		
	3. 約 5-6 天	140	11.80	2.66		
	4. 每天	102	12.49	2.74		

* $p < .05$, ** $p < .01$;

第四節 中高齡者自覺健康狀況與健康促進生活型態之關係

本節探討參與研究的中高齡者在自覺健康狀況與實際健康促進生活型態之相關性，使用皮爾森積差相關檢定將自覺健康狀況總表與健康促進生活型態總量表及健康促進生活型態六大分量表得分進行相關驗證。分析結果如表 4-21 所示，參與研究的大臺北地區中高齡者之自覺健康狀況與健康促進生活型態呈顯著正相關 ($r=.417, p<.01$)；根據楊世瑩 (2006) 主張相關係數所代表的意義，相關係數之絕對值小於 0.3 時表示低度相關，相關係數之絕對值介於 0.3~0.7 則為中度相關，高度相關時相關係數之絕對值介於 0.7~0.8，倘若相關係數絕對值在 0.8 以上，則表示非常高度相關 (楊世瑩, 2006)；由表 4-14 得知，參與研究的中高齡者自覺健康狀況與其健康促進生活型態為呈顯著中度正相關，即參與研究的中高齡者自覺健康狀況越好者，相對的在其健康促進生活型態得分上也越高，表示健康生活習慣也越好；此外，參與研究中高齡者之自覺健康狀況與健康促進生活型態六大分量表也呈顯著正相關，呈現中度相關的分別為營養分量表 ($r=.335, p<.01$)、運動分量表 ($r=.353, p<.01$)、壓力管理分量表 ($r=.329, p<.01$)、自我實現分量表 ($r=.357, p<.01$) 以及人際支持分量表 ($r=.317, p<.01$)，健康責任分量表 ($r=.209, p<.01$) 則是低度相關。

自覺健康狀況與健康促進生活型態六大分量表之相關性由高至低排列，分別為自我實現分量表 ($r=.357$)、運動分量表 ($r=.353$)、營養分量表 ($r=.335$)、壓力管理分量表 ($r=.329$)、人際支持分量表 ($r=.317$) 及健康責任分量表 ($r=.209$)，其中以健康責任的相關度較低、為低度相關，其餘分量表皆為中度相關，顯示出研究對象認為自覺健康狀況良好，對未來也充滿希望，生命感到滿意、有目標，會保持運動的習慣及從事體能活動，日常三餐規律、飲食習慣良好、也會適當的紓解壓力及保持良好的人際關係，但對照顧自己、保健方面健康責任較為忽略，有可能是因工作忙碌而致諮

詢健康專業或醫護人員需花時間這方面的執行力較差，或是覺得目前健康狀況良好，而不需要經常諮詢健康專業醫護人員。

本研究結果與朱珮綺 (2016) 之研究結果相同，研究結果顯示是自覺健康狀況與健康促進生活型態量表總得分呈顯著正相關。

表 4-21

中高齡者自覺健康狀況與健康促進生活型態之關係

	自覺健康 狀況	生活總量表	營養	運動	健康 責任	壓力 管理	人際 支持
自覺健康狀況							
生活總量表	.417**						
營養	.335**	.714**					
運動	.353**	.722**	.449**				
健康責任	.209**	.727**	.386**	.510**			
壓力管理	.329**	.824**	.479**	.443**	.555**		
人際支持	.317**	.781**	.445**	.441**	.447**	.651**	
自我實現	.357**	.795**	.521**	.417**	.414**	.655**	.606**

* $p < .05$, ** $p < .01$

第五章 結論與建議

本研究主要瞭解中高齡者擷取健康資訊行為及健康促進生活型態之現況，及探討社會人口學屬性在擷取健康資訊行為及健康促進生活型態的差異，並分析自覺健康狀況與健康促進生活型態的關係。本章第一節為結論，歸納大臺北地區中高齡者擷取健康資訊行為及健康促進生活型態的研究結果與發現，第二節為建議，根據研究結果在實務上之建議，提供相關單位參考及做為後續研究的方向。

第一節 結論

本節綜整本研究之分析與討論，分述如下：

一、中高齡者社會人口背景特質

參與本研究的中高齡者年齡分布以 55 歲到 59 歲者最多，共有 203 人佔總人數 30.3%，已婚人數約佔 8 成，共計 533 人，參與研究的對象女性約為男性的 2 倍，以 50-54、55-59 歲這兩個族群女生人數較多，約為男生的 2.4 倍，且大約 8 成的中高齡參與研究者教育程度在大專院校以上，而參與研究對象目前仍在職的有 485 人、約佔總人數 72%，其中以專業人員最多共 117 人、佔 17.4%，主管、經理職人員也有 13.4%，中高齡仍在職者年資應該較長、職務也應該相對為高，再加上研究對象教育程度在大專院校以上超過 8 成，月收入呈現較高，接近一半的人月收入 6 萬以上、約佔 46%，在參與研究的中高齡者中有 31.9%、214 人至少罹患一種慢性病，且隨著年齡的增加，至少罹患一種慢性病比例也隨著上升，從 45-49 歲至少罹患一種慢性病所佔比例為 25%，到了 60-64 歲至少罹患一種慢性病所佔比例提高到 38.8%，相較於 45-49 歲族群，罹患慢性病比例足足提高了 5 成，值得中高齡族群重視；上網工具使用最多的是手機、約佔 91.7%，約一半的人平均每天上網時數

1-4 小時以內，這結果和 [2018 台灣網路報告] 國內外趨勢分析相似：中高齡者最常使用的裝置是手機佔 91%以上 (財團法人台灣網路資訊中心，2018)，行動裝置的便利性，是未來發展健康促進可多加利用的工具。

二、中高齡者擷取健康資訊行為及健康促進生活型態之現況

在資通訊發達的今日，參與研究的中高齡者接近 7 成是使用電腦網路取得健康資訊，隨著年齡的增長，使用電腦網路取得健康資訊的比例呈現下降趨勢，但使用手機取得健康資訊的比例在 4 個年齡族群都維持在 4 成左右，顯示資通訊環境發展成熟，不受地域限制、較便利的行動上網方式是未來的趨勢；研究結果也顯示，使用資訊產品例如穿戴式裝置、健康 App、健康平臺來促進健康僅有 3 成左右的人，而其中使用的資訊產品以穿戴式裝置比例較高，進一步發現有使用此資訊產品來促進健康約有 57%的人每天都使用此資訊產品；參與研究的中高齡者 82%取得健康資訊動機主要是自我健康管理，其次是隨時提醒自己強迫運動約佔 51%，可見越來越多人主動關心自己的健康；對網路資訊內容的正確性及其來源，有 7 成的研究參與者將它作為判斷正確資訊的依據。

在自覺健康狀況方面，本次參與研究的中高齡者自評目前健康狀況為中上程度，但和一年前比較目前健康狀況則呈衰退狀態，隨著年紀增長，研究結果呈現中高齡者感到健康狀況漸漸下滑。

健康促進生活型態研究結果顯示，在自我實現分量表得分最高，參與研究的中高齡者對於目前生活感到充滿樂趣及挑戰，精神層面較為滿足、表現最好，而在健康責任分量表這區塊得分最低，對主動照護關心自己的健康或主動諮詢專業醫護人員等較不重視。

三、不同社會人口學因素在自覺健康狀況、擷取健康資訊行為及健康促進生活型態的差異

參與研究的中高齡者在年齡、職業、月收入及慢性病與自覺健康狀況有顯著差異，其中年齡 60-64 歲自覺健康狀況比 45-49 歲好，有明顯的差異，可能是年齡 60-64 歲的研究對象逐漸要邁入高齡退休，比較注重自我健康，而 45-49 歲正值壯年為事業打拼階段，忙於工作而忽略自我健康，所以 60-64 歲自覺健康狀況比較好；而月收入較高者或是無慢性病者，其生活型態也愈趨近健康。

不同年齡群在健康促進生活型態總量表、營養、運動、健康責任及自我實現分量表也達到顯著差異，不同職業在健康促進生活型態營養、運動及自我實現分量表均有達到顯著差異，不同的教育程度在健康促進生活型態總量表、運動、壓力管理及自我實現分量表的得分上也有顯著差異，不同的婚姻狀況在健康促進生活型態總量表、營養、人際支持及自我實現分量表的得分上均有顯著差異。

除此之外，研究結果顯示有無使用資訊產品（例如：健康手環等穿戴式裝置，手機健康 APP、健康平臺）、使用資訊產品的頻率、擷取健康資訊的動機及擷取資訊的頻率在健康促進生活型態各分量表的得分上則有顯著差異；使用資訊產品促進健康在健康促進生活型態之運動、健康責任、壓力管理、人際支持四個分量表均有顯著差異，每天使用資訊產品促進健康在健康促進生活型態之運動、健康責任、壓力管理、人際支持四個分量表也有顯著差異；擷取健康資訊動機在健康促進生活型態之運動、人際支持、自我實現三個分量表有顯著差異，使用網路取得健康資訊的頻率在健康促進生活型態之營養、運動、健康責任、壓力管理、人際支持五個分量表均有顯著差異，

四、自覺健康狀況與健康促進生活型態的關係

參與研究的中高齡者自覺健康狀況與其健康促進生活型態整體而言為顯著中度正相關，即參與研究的中高齡者自覺健康狀況越好者，相對的在其健康促進生活型態得分上也越高，表示健康生活習慣也越好；其中以健康責任的相關度較低為低度正相關，其餘在營養、運動、壓力管理、人際支持、自我實現等分量表皆為中度正相關，顯示出研究對象認為自覺健康狀況良好，對未來也充滿希望，生命感到滿意、有目標，會保持運動的習慣及從事體能活動，日常三餐規律、飲食習慣良好、也會適當的紓解壓力及保持良好的人際關係，但對照顧自己、保健方面健康責任較為忽略，有可能是因工作忙碌而致諮詢健康專業或醫護人員需花時間這方面的執行力較差，或是覺得目前健康狀況良好，而不需要經常諮詢健康專業醫護人員。

第二節 建議

一、對相關單位的建議

從研究結果得知，中高齡者上網工具以智慧型手機佔 9 成以上，擷取健康資訊的管道也以電腦及手機佔大多數，使用資訊產品促進健康的形式正在改變中；本研究也發現，參與研究的中高齡者在整體健康促進生活型態上屬於中上程度，其中又以自我實現得分最高，而對於健康責任及運動得分較低就顯得比較不重視，是否是因為中高齡者絕大部分仍在職場上奮鬥，為了工作輕忽了自我健康及規律運動，加強職場健康觀念，重視中高齡者健康行為教育，才能使中高齡者在健康方面多加重視，可以就獎勵公司健康促進方案，或由工作單位多多宣導均衡飲食、規律運動，在實務上獎勵公司鼓勵員工運動、設置運動場所或運動課程，積極落實生活健康化、健康生活化，培養健康的生活習慣，及有能力紓解壓力，讓生理、心理及社會適應??都維持在最佳的健康狀態，透過相關政策的介入或預防，讓中高齡

者邁入老年時有更好的生活品質與健康狀態。

二、對後續研究的建議

(一)研究方法

本研究採量化研究，使用網路問卷進行調查，並未加入質性研究的方法，對未來研究的建議可以結合訪談，更深入了解參與研究的對象在擷取健康資訊行為及健康促進生活型態的真實情況，更能增加研究的效度。大數據時代，政府資料開放-健康存摺，建議可結合健保就醫紀錄進行分析研究。

現在是智慧健康的年代，政府也開放資料數據提供研究，建議未來的研究，可以加入健康平臺數據的分析，反映真實健康狀況、降低回憶偏差，讓研究更周延。

(二)研究主題

大部分的研究以老年、或是罹患慢性病之病患為多數，比較少對中高齡族群來探討，想要對中高齡族群健康促進的提倡，就必須先瞭解中高齡族群其健康促進行為的現況，進而瞭解中高齡族群之生活需求特性；資通訊發達的今日，健康 App 如雨後春筍般不斷快速增加，研究中高齡族群已經不多，進一步研究中高齡族群使用健康 App 或是健康手環、健康平臺的研究更是少之又少；建議後續研究可以針對健康 App、健康平台、健康手環等相關促進健康的新模式，研究探討使用形式及介入成效。

引用文獻

一、中文部分

- 內政部統計處 (2018)。內政部統計報告。取自
https://www.moi.gov.tw/files/site_stuff/321/1/month/month.html
- 方佩欣、張少熙、蕭玲妃 (2013)。臺北市運動中心使用者之自覺健康狀態、參與動機、休閒涉入及休閒滿意之相關研究。臺大體育學報，37-48。
- 王秋蕙 (2012)。某社區中老年居民的健康促進生活型態及其相關因素探討。(未出版碩士論文)。長庚大學，桃園市。
- 王榮德、江東亮、陳為堅、詹長權 (2015)。公共衛生學。臺北市：臺灣大學。
- 朱珮綺 (2017)。獨居老人健康促進生活型態現況調查之研究-以臺北市萬華區為例。(未出版碩士論文)。國立臺灣師範大學：臺北市。
- 吳明隆 (2009)。SPSS 操作與應用：問卷統計分析實務。臺北市：五南。
- 吳明隆、涂金堂 (2005)。SPSS 與統計應用分析。臺北市：五南。
- 李志恭 (2009)。高雄市旗津區老年人自覺健康狀況與生活滿意度之結構模式分析。嘉大體育健康休閒期刊，8 (1)，12-24。doi:10.6169/NCYUJPEHR.8.1.02
- 李蘭 (1988)。促進健康。於陳拱北預防醫學基金會主編。公共衛生學，576。臺北市：巨流。
- 李蘭 (1991)。健康行為的概念與研究。中華民國公共衛生學會雜誌，10 (5)，199-207。
- 卓玉聰、林千鈺 (2004)。消費者健康資訊網路資源之探討。圖書資訊學刊，2 (2)，57- 85。
- 林佳臻、杜明燦、陳俊傑、陳宣志、顏啟華及李孟智 (2013)。台灣地區老人自覺健康狀況相關因子之探討。台灣老年醫學暨老年學雜誌，8 (2)，75-89。
- 林豐裕、胡月娟 (2003)。慢性病患健康行為及相關因素之探討。醫護科技學刊，5 (4)，351-365。
- 宮相雯、呂欣怡、黃玉君、羅雅芬、顏毓嫻、李雅欣 (2014)。雲嘉地區社區老年榮民憂鬱症狀與自覺健康情形關係之研究。長庚護理，25 (3)，243-256。
- 徐世祥、湯慧娟、宋一夫 (2017)。健康概念、自覺健康狀況與健康促進行為之研究-以蘭嶼地區民眾為例。高應科大體育，16，13-29。

- 徐宗福、黃宣穎、陳聰堅 (2015)。社區高齡者自覺健康、生活滿意及生命意義之探討。
醫務管理期刊, 16(3), 246-267。doi:10.6174/JHM2015.16 (3).246
- 財團法人台灣網路資訊中心 (2018)。 *台灣網路報告*。取自
https://report.twinc.tw/2018/TWNIC_TaiwanInternetReport_2018_CH.pdf
- 國家發展委員會 (2018)。 *中華民國人口推計 2018 至 2065 年報告*。臺北市：作者。取自
<https://pop-proj.ndc.gov.tw/>
- 張君如、李敏惠、蔡桂城 (2008)。休閒參與對銀髮族社會支持、自覺健康狀況、生活效能之影響-以台中市長青學苑老人為例。*長榮運動休閒學刊*, 2, 152-161。
- 梁容方、鄺健濤、張慈桂 (2018)。中老年人多重慢性疾病與自覺健康狀況關聯之探討。
澄清醫護管理雜誌, 14(2), 17-26。
- 陳怡穎 (2016)。 *單身中年婦女網路健康資訊行為與健康促進生活型態之研究*。(未出版碩士論文)。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 陳美芬 (2010)。 *女子監獄員工工作壓力、工作滿意度及自覺健康狀況之研究*。(未出版碩士論文)。國立臺東大學，臺東市。
- 陳美燕、周傳姜、黃秀華、王明城、邱獻章、廖張京棣 (1997)。健康促進的生活方式量表中文版之修訂與測試。*長庚護理*, 8(1), 14-24。
- 陳美燕、廖張京棣、廖照慧、周傳姜 (1994)。公衛護理人員健康促進-生活方式的初步探討。*護理研究*, 2 (1), 41-54。
- 曾旭民、盧瑞芬、蔡益堅 (2003)。 *國人生活品質評量(II)*：SF-36 台灣版的常模與效度檢測。*台灣衛誌*, 22(6), 512-518。
- 黃毓華、邱啟潤 (1996)。健康促進生活型態量表信度效度之評估。*高雄醫學科學雜誌*, 12(9), 529-537。
- 黃裕斌 (2017)。智慧健康醫療照護產業趨勢：亞洲·矽物聯網產業大聯盟-4G 智慧寬頻應用城市 SIG 工作會議。臺北市：亞洲矽谷計劃執行中心。
- 楊世瑩 (2006)。 *SPSS 統計分析實務*。臺北市：五南。
- 楊玉倩、曹展毓、蘇翠玲 (2018)。南部某社區老年人萬步健走之效益。*物理治療*, 43(4), 321-321。doi:10.6215/FJPT.201812.P14
- 楊慧玉 (2015)。 *社區高齡者自覺健康狀況與健康促進生活型態之相關性探討*。(未出版碩士論文)。國立臺灣海洋大學，基隆市。
- 葉軒均、黃娟娟 (2018)。成年女性自覺健康狀態與身體意象及人際關係之相關研究。
興大體育學刊, 17, 43-54。

- 董和銳 (2005)。台灣老年人口自評健康與功能障礙情形之轉變。《身心障礙研究》，3(2)：72-87。
- 廖偉淳、邱立安、岳修平 (2012)。鄉村地區老年人健康資訊需求與尋求行為之研究。《圖書資訊學刊》，10(1)，155-204。
- 劉光啟 (2014)。台北市國中教師自覺健康狀況對運動參與及睡眠品質之相關研究 (未出版碩士論文)。臺北市立大學，臺北市。
- 衛生福利部 (2018a)。民國 104 中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查成果報告，取自 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=368&pid=1282>
- 衛生福利部 (2018b)。106 年死因統計，取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5488
- 衛生福利部 (2018c)。中華民國 106 年國民醫療保健支出。取自 <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-2156-113.html>
- 盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅 (2003)。國人生活品質評量(I)：SF-36 台灣版的發展及心理計量特質分析。《臺灣公共衛生雜誌》，22(6)，501-511。
- 賴信任、黃娟娟 (2015)。比較不同運動參與之銀髮族身體組成、骨質密度及自覺健康狀況之研究。《高應科大體育》，14，147-156。
- 魏米秀、呂昌明 (2005)。健康促進生活型態中文簡式量表之發展研究。《衛生教育學報》，24，25-45。
- 蘇媛 (2001)。網路環境中的資訊行為-理論與模式的探討。《國家圖書館館訊》，2，164。

二、外文部分

- Akhu-Zaheya, L.M., Jagbir, M. T., Othman, A., & Ahram, M., (2013). Media use for seeking health/cancer-related information: Findings from knowledge, attitudes and practices towards cancer prevention and care survey in Jordan. *Nternational journal of nursing practice*, 20(6), 608-615. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/ijn.12196> Cited by: 4
- Brubaker, B. H. (1983) . Health promotion: A linguistic analysis. *Advanced Nursing Science*, 5, 1-14.
- Creative Research Systems. Retrieved from <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>
- Deering, J., & Harris, J. (1996). Consumer health information demand and delivery: implications for libraries. *Bulletin of the Medical Library Association*, 84(2), 209- 216.
- Dianne, L.S.,Marie,E.C., & Kathleen,P.(1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing and Health*, 12, 93-100.
- Elder, J. P., Geller, E. S., Horell, M. F., & Mayer, J.A. (1994). *Motivating health behavior*. New York : Delmar
- Ferraro, K. F., & Kelley-Moore, J. A. (2001). Self-rated health and mortality among black and white adults: Examining the dynamic evaluation thesis. *Journals of Gerontology Series B -Psychological Sciences & Social Sciences*, 56, 195-205.
- Gochman, D. S. (1988). *Health behavior: emerging research perspective*. New York: Plenum Press.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W., (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *The Educational and Psychological Measurement* 1970, 30, 607-610.
- Kumar, S., Ureel, L.C., King, H., & Wallace,C. (2013). Lessons from our elder : identifying obstacles to digital literacy through direct engagement. *Paper present at Proceedings of the 6th International Conference on Pervasive Technologies Related to Assistive Enviroments*, New York.
- Laffrey, S. C. (1985). Health behavior choice as related to self-actualization and health conception. *Western Journal of Nursing Research*, 7(3), 279-300.
- Lalonde,D. (1974) *A New Perspective on the Health of canadians-a working document*. Ottawa : Government of Canada.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800-808.

- Pangbourne, K., Aditjandra, P.T., & Nelson, J.D., (2010). *New technology and quality of life for older people: exploring health and transport dimensions in the UK context*, 4, 318-327, doi : 10.1049/iet-its.2009.0106
- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. CT: Appleton-Century- Crofts: Norwalk.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice (2nd ed)*. Norwalk. CT: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice (3rd ed.)*. East Norwalk: Appleton & Lange .
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing research*, 39(6), 326-332.
- Rees, A. M. (1998). *The consumer health information source book.(5th ed)*. Phoenix: Oryx Press.
- Sangl, J. A. & Wolf, L. F., (1996)° Role of consumer information in today's health care system. *Health care financing review*, 18(1), 1-8.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing research*, 36(2), 76-81.
- World Health Organization (1946). *Constitution of the world health organization*. Retrieved from <http://www.who.int/suggestions/faq/zh/index.html>.

附錄一

大臺北區中高齡者擷取健康資訊行為及健康促進生活型態問卷

親愛的先生女士們，您好：

非常感謝您在百忙之中協助填寫問卷，這是一份學術性研究問卷，主要探討有關於臺北市中高齡者擷取健康資訊行為與日常生活型態的狀況，研究對象**年齡為 45~64 歲之中高齡者**，本問卷之答案皆無對錯，請依您自身的實際情況填寫即可。

感謝您對本研究的支持，並衷心謝謝您的協助及合作。

敬祝

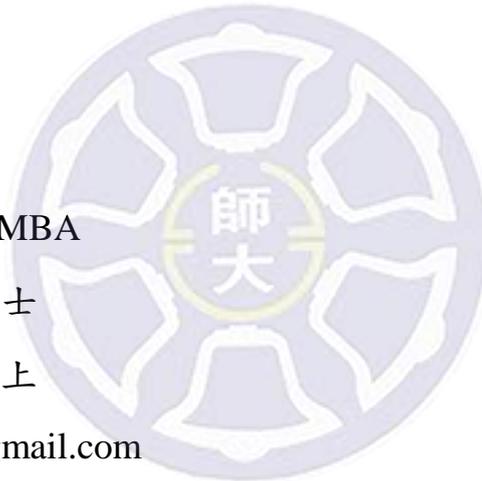
健康、平安、喜樂！

國立臺灣師範大學 EMBA

指導教授：張少熙博士

研究生：陳桂嬌敬上

E-mail：chejessie@gmail.com



1. 【第一部分：篩選題】

1. 請問您的戶籍是不是在大臺北地區：

- (1). 臺北市 (2). 新北市 (1). 基隆市 (2). 否

2. 請問您的出生年次：

- (1). 民國 _____ 年

2. 【第二部分：擷取健康資訊行為】

3. 請問您常使用何種管道取得健康資訊？（可複選，最多選3項）

- (1). 電腦網路 (2). 親朋好友 (3). 廣播/電視 (4). 報章雜誌
(5). 專業醫護人員 (6). 醫療專業書籍 (7). 手機資訊 (8). 其他

4. 請問您目前是否有使用資訊產品促進健康？

（例如：健康手環等穿戴式裝置，手機健康APP；無，請直接進行第7題）

- (1). 有 (2). 無

5. 請問您目前是透過何種管道擷取健康資訊？（可複選）

- (1). 穿戴式裝置 (2). 健康App (3). 健康平台 (4). 其他 _____

6. 請問您通常一個星期，使用上述產品的頻率？

- (1). 1天
(2). 2天
(3). 3天
(4). 4天
(5). 5天
(6). 6天
(7). 每天

7. 請問您對於擷取健康資訊需求之動機為何？（可複選）

- (1). 覺得新奇有趣想要嘗試
(2). 隨時提醒自己強迫運動
(3). 親戚、朋友的推薦介紹
(4). 追趕流行
(5). 自我健康管理
(6). 增加社交應酬的話題
(7). 引起他人的注意
(8). 記錄自身的睡眠狀況
(9). 其他

（接下頁）

8. 請問您通常一個星期，主動使用網路取得健康資訊的頻率？

- (1). 約 1~2 天
- (2). 約 3~4 天
- (3). 約 5~6 天
- (4). 每天

9. 當您使用網路健康資訊時，會考慮那些因素做為您判斷正確資訊的依據呢？（可複選）

- (1). 注意網路資訊來源（如官方、政府網站）
- (2). 資訊內容之正確性（如有無違背常識）
- (3). 資訊內容之新穎性（如網頁更新日期）
- (4). 有無引用該領域專業研究或參考文獻
- (5). 有無專家／醫師署名
- (6). 資訊內容之客觀性
- (7). 資訊內容之完整性
- (8). 其他_____

3. 【第三部分：自覺健康狀況】

10. 整體而言，您覺得您目前健康狀況是：

- (1). 很好
- (2). 好
- (3). 普通
- (4). 不好
- (5). 很不好

11. 和一年前比較，您看您目前健康狀況是：

- (1). 好很多
- (2). 好一些
- (3). 差不多
- (4). 差一些
- (5). 差很多

（接下頁）

4. 【第四部分：健康促進生活型態評量表】

以下問題是關於您的生活方式或習慣之描述，請依照您平常之情況選擇一個最能代表您目前生活習慣的答案(沒有標準答案，依照您自身狀況作答即可)	總是	經常	偶爾	從不
(1) 每週做運動至少三次	4	3	2	1
(2) 選用不含防腐劑或其他添加物的食物	4	3	2	1
(3) 每日三餐規律	4	3	2	1
(4) 朝生命中長遠的目標努力	4	3	2	1
(5) 對未來充滿希望	4	3	2	1
(6) 參加有人指導的運動課程或活動	4	3	2	1
(7) 維持有意義的人際關係(指深層的、非泛泛之交)	4	3	2	1
(8) 食用富含纖維質的食物(如全穀類、天然蔬果)	4	3	2	1
(9) 與專業醫護人員討論關於自己保健方面的事情	4	3	2	1
(10) 運動時測量自己的脈搏	4	3	2	1
(11) 花時間與親密朋友相處	4	3	2	1
(12) 測量自己的血壓，並知道自己的血壓	4	3	2	1
(13) 發覺每天都是充滿樂趣及挑戰的	4	3	2	1
(14) 每日攝取六大類食物 (五穀根莖、奶、蔬菜、水果、油脂、蛋豆魚肉類)	4	3	2	1
(15) 睡前使自己全身肌肉放鬆	4	3	2	1
(16) 從事休閒性的體能活動(如散步、游泳、騎腳踏車)	4	3	2	1
(17) 對他人表達關懷、愛及溫暖	4	3	2	1
(18) 就寢前，讓自己想些愉快的事物	4	3	2	1
(19) 以建設性方式(指非批評、謾罵)提出建設性意見	4	3	2	1
(20) 向健康專業人員詢問如何好好照顧自己	4	3	2	1
(21) 每個月至少一次觀察自己的身體有無異狀或病徵	4	3	2	1
(22) 採用某些方式來減輕自己所面臨的壓力	4	3	2	1
(23) 和我關心的人相互有身體接觸(如擁抱、牽手等)	4	3	2	1
(24) 確認我的生命是有目標的	4	3	2	1

(接下頁)

5. 【第五部分：個人背景資料】

12. 生理性別

- (1). 男 (2). 女

13. 職業

- (1). 民意代表、主管及經理人員
(2). 專業人員（如：老師、律師、醫師、工程師、會計、記者、演員等）
(3). 技術員及助理專業人員（如：護士、技術員、保險銷售員、專業項目之助理或秘書等）
(4). 事務支援人員（如：一般辦公室事務秘書、銀行櫃員、總機人員、郵差等）
(5). 服務及銷售工作人員（如：導遊、廚師、美髮師、銷售人員、業務、保姆、警察等）
(6). 農、林、漁、牧業生產人員
(7). 技藝有關工作人員（如：營建、手工藝、印刷、成衣、食品製造等相關工作人員）
(8). 機械設備操作及組裝人員（如：各種工廠之作業員、汽車駕駛員等）
(9). 基層技術工及勞力工（如：清潔工、家庭幫工、廢棄物服務工、抄表員、運輸勞力工等）
(10). 軍人
(11). 家管
(12). 學生
(13). 無業/待業中
(14). 退休
(15). 其他，請說明_____

14. 月收入

- (1). (2). (3). (4).
20,000 元以下 20,001~40,000 元 40,001~60,000元 60,001~80,000
元
- (5). (6). (7).

80,001~100,000 元 100,001 元以上 無固定收入

15. 教育程度

- (1). 國小 (2). 國中 (3). 高中職 (4). 大專院校
- (5). 碩博士以上

16. 婚姻狀況

- (1). 已婚 (2). 未婚 (3). 喪偶 (4). 離婚\分居

17. 請問，是否有醫生告訴您，有下列慢性疾病或正在服用藥物？

- 17.1. 高血壓 (1). 有 (2). 無 (3). 不知道
- 17.2. 糖尿病 (1). 有 (2). 無 (3). 不知道
- 17.3. 心臟病 (1). 有 (2). 無 (3). 不知道
- 17.4. 其他慢性疾病（例如：癌症、肺炎、腦血管疾病、慢性下呼吸道疾病、腎炎腎病症候群及腎病變、慢性肝病及肝硬化等）。
- (1). 有 (2). 無 (3). 不知道

18. 請問您使用的上網工具為何？（可複選）。

- (1). 桌上型電腦 (2). 筆記型電腦 (3). 平板電腦 (4). 智慧型手機

19. 請問您近半年平均一天上網時間（包含工作及休閒娛樂）。

- (1). 1小時以內 (2). 1~4小時以內 (3). 4~7小時以內 (4). 7~10小時以內
- (5). 10~12小時以內 (6). 12 小時以上 (7). 不一定

【問卷到此結束，謝謝您！】