

在地銀髮族健康促進生活型態與主觀幸福 感相關研究：以臺南市安定區為例

黃惠理* 陳政友**

摘要

本研究旨在探討臺南市安定區在地銀髮族健康促進生活型態與主觀幸福感相關因素。本研究以結構式問卷進行，以臺南市安定區在地銀髮族為研究母群，以分層集束方便抽樣法，進行橫斷式問卷調查，取得有效問卷340份。本研究重要發現如下：

一、研究對象的健康促進生活型態以「健康習慣」表現最好，「社區參與」表現最差。而研究對象的健康促進生活型態中除了「健康責任」與背景變項無關外，年齡愈大者其健康習慣、運動習慣愈差；罹病數愈多者其健康習慣、社區參與、健康飲食、口腔保健愈差；而女性口腔保健較好；有配偶者其社區參與、規律運動較好；有參與社區活動者與自覺健康狀況愈好者其健康習慣、社區參與、健康飲食、規律運動都較好。

二、研究對象的主觀幸福感偏正向，其中以「與他人的正向關係」表現

* 臺南市衛生局心理健康科股長

** 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授（通訊作者），E-mail: t09004@ntnu.edu.tw

通訊地址：臺北市大安區和平東路一段162號，聯絡電話：02-77341709

投稿日期：104年5月30日；修改日期：104年6月18日；接受日期：104年6月26日

DOI: 10.3966/207010632015060043002

最好；「自主性」則最差。而研究對象中有受教育者、有參與社區活動者、自覺健康狀況愈好者，其主觀幸福感愈好；然年齡愈大者、罹病數愈多者，其主觀幸福感則愈差。

三、研究對象之背景變項及健康促進生活型態可以預測其主觀幸福感，並可解釋主觀幸福感總變異量的23.6%，其中以「自覺健康狀況」、「健康習慣」、「教育程度」、「參與社區活動」及「健康責任」五項為主要預測變項，且以「自覺健康狀況」及「健康習慣」對主觀幸福感的影響最大，「教育程度」、「參與社區活動」、「健康責任」次之。

本研究提出如下建議：一、針對未受教育之銀髮族，與學校、民間團體等合作研擬健康知能學習活動；二、提升口腔衛生、規劃未滿65歲未符補助條件之社經弱勢缺牙民眾口腔健康改善策略；三、提升社會參與，鼓勵社區成員自助助人增加人際互動、社會支持；四、推廣健康促進活動，以落實健康促進生活型態，提升心理健康。

關鍵詞：主觀幸福感、健康促進生活型態、銀髮族

壹、前言

在中國古代思想中，「福」或「福氣」可能是最能對應幸福的概念。「福」是財富、幸運、平順、沒有阻礙的意思。中國人認為幸福包含充裕的物質、健康的身體、高尚的品德、平靜的生活，以及減輕死亡的焦慮 (Lu, 2005)。英文中的“happiness”（快樂）、“well-being”（幸福感）、“subjective well-being”（主觀幸福感）、“psychological well-being”（心理幸福感）等名詞雖不同，但皆包含認知、情緒與心理健康等層面，是個人評估目前整體狀態後感到滿足的感受 (Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Lu, 2005)。探討幸福感大致分為客觀及主觀兩種觀點。Wilson (1967) 從客觀角度探討幸福感，宣稱幸福的人通常是「年輕、健康、受過良好教育、高薪、外向、樂觀、少煩憂、有宗教信仰、已婚、高自尊、有工作道德且具有適度抱負的」。然而近年研究發現，客觀條件、外在環境因素對於個體主觀幸福感影響不大 (Diener et al., 1999; Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005)。研究者遂將幸福感的定義標準，由外在客觀條件轉移到個體主觀的層次，稱之為主觀幸福感 (subjective well-being, SWB) (陸洛，1997)，其包含認知、情緒與心理健康等層面，是個人評估目前整體狀態後感到滿足的感受 (Diener, 1984; Diener et al., 1999; Lu, 2005)。

國外研究指出「感覺幸福」可以提升心理健康，預防憂鬱、自殺 (Perneger, Hudelson, & Bovier, 2004)，可以預測憂鬱、高血壓、糖尿病、呼吸道疾病、降低死亡率，對健康或已生病者皆有明顯利益 (Wood & Joseph, 2010)。根據內政部統計處 (2015) 資料，我國截至2014年底，65歲以上人口共281萬人（占12.0%），人口老化速度已與日本相同，居全球之冠。另以2013年65歲以上人口之主要死因來看，自殺高居第11位，且高血壓性疾病、肺炎及心臟病的死亡率都較10年前（2003年）上升（衛生福利部，2014），所以提升銀髮族之幸福感應是降低前述主要死因，以及增進銀髮族健康的有效之道。

1974年Dever提出影響近代人類健康的四大因素：健康照護 (medical care)、人類生物學因素 (human biology)、環境因素 (environment) 及生活型態 (life style)，其中對健康影響最鉅為生活型態 (life style)；而「生活型態」是指個體或群體於日常生活中，於生理、心理、和社會等各方面經驗的總和（引自李蘭，1988）。研究指出，當銀髮族有動機了解並學習適應老化現象，實踐健康促進生活型態愈好，其生活滿意度也會愈高（廖玉齡、謝佳馨、李文茸、陳怡婷、林惠淳，2006）；銀髮族執行健康促進活動於日常生活，其功能及生活品質較佳，幸福感程度也會增加（楊桂芬、許哲瀚、唐憶淨、龔建吉，2012）；健康的身心及人際歸屬感可以協助高齡者滿足基礎的需求，促進自我實現與滿足，締造幸福感受（朱妙方，2009）。另江慧珣（2013）的研究指出，參與健走活動的銀髮族，其人際互動、生活作息、社會支持、自尊、運動習慣皆有明顯改善，且自覺變得幸福快樂。因此，探究銀髮族健康促進生活型態的相關因素，進而改善其健康生活型態，對提升其幸福感必有極大助益。綜上所述，本研究目的如下：

- 一、了解研究對象背景變項之分布與其健康促進生活型態、主觀幸福感之現況。
- 二、分析研究對象背景變項與健康促進生活型態、主觀幸福感的關係。
- 三、分析研究對象健康促進生活型態與主觀幸福感之關係。
- 四、探討研究對象背景變項與健康促進生活型態對主觀幸福感的預測力。

貳、研究方法

一、研究架構

根據本研究目的及相關文獻探討，本研究架構如圖1所示。

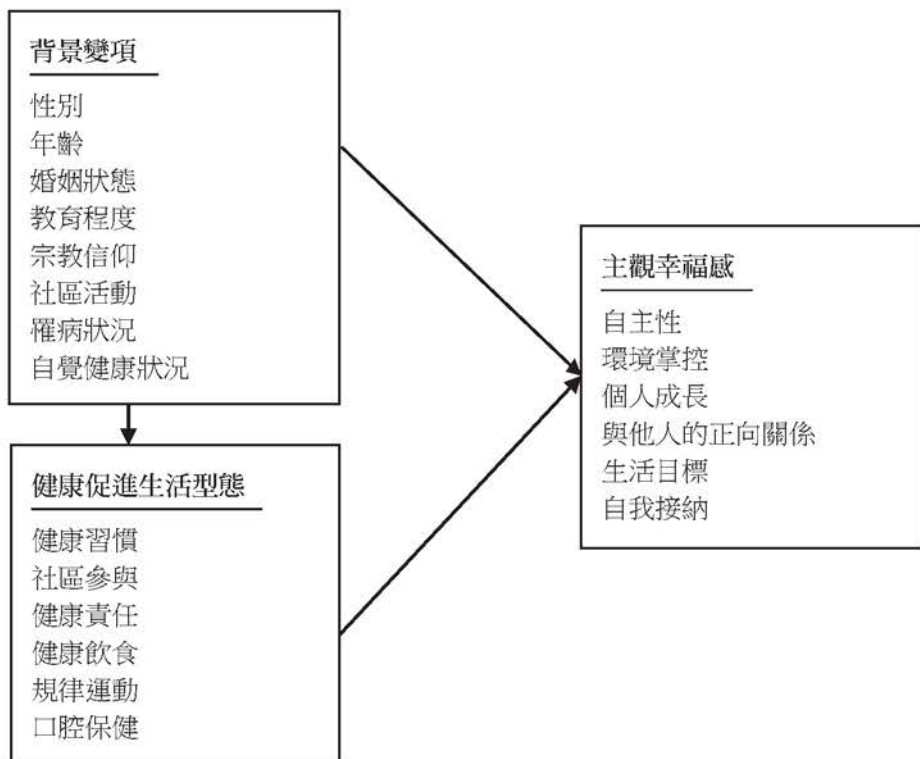


圖1 研究架構

二、研究對象

2014年2月底安定區65歲以上銀髮族為2,950人（臺南市安定區戶政事務所，2015）。依Krejcie與Morgan (1970) 的建議，母群體為2,950人時，樣本人數需340人。針對區內所屬的16個里（大同里、中沙里、中榮里、六嘉里、安加里、安定里、保西里、南安里、海寮里、港口里、港尾里、港南里、新吉里、管寮里、蘇林里、蘇厝里），以分層集束方便抽樣法蒐集樣本，以南安里為例，該里751人占該區2,950人之2.5%，該里預抽樣本數為8人，再依該里實際年齡滿65歲以上銀髮族男性361人、女性390人，分別抽樣男性3人、女性5人。配合該區衛生所舉辦整合式健康篩檢、社區關懷據點、學校活動等機

會邀請意識狀況清楚，能夠言語溝通者進行施測。

三、研究工具

本研究採結構式問卷進行調查，問卷內容分述如下：

（一）背景變項

包括：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、參與社區活動、罹病狀況與自覺健康狀態等。

1. 性別：男、女。
2. 年齡：65歲（含）以上銀髮族（以年月計算實際年齡）。
3. 婚姻狀況：單身、有配偶、喪偶、離婚或分居、其他。
4. 教育程度：不識字、自修識字、小學、初中、高中（職）、大學（專）以上。
5. 宗教信仰：無、佛教、道教、基督教、天主教、其他。
6. 參與社區活動（可複選）：無、加入志工、宗教性質活動、政治性質活動、學習活動、休閒性質活動、其他。
7. 自覺健康狀況：自0至4分以5點計分，分數愈高表示自覺健康狀況愈好。
 - (1)與同年齡的人比較：很差、稍差一點、一樣、還好、很好。
 - (2)與半年前的自己比較：更差、差一點、一樣、還好、好很多。
 - (3)自認整體健康情形：很差、差一點、一樣、還好、很好。
8. 罹病狀況：罹患慢性疾病如糖尿病、高血壓、心臟血管疾病、關節疾病、慢性肺部疾病、腸胃道疾病、泌尿道疾病、婦科疾病、眼睛疾病、耳鼻喉疾病、癌症、中風、牙齒疾病等疾病總數。

（二）銀髮族健康促進生活型態量表

本研究量表引用Wang、Lee、Chang、Jane與Chen (2015) 參考Walker等人於1987年所編製的健康促進生活型態量表 (Health-Promoting Lifestyle

Profile)，經文化調整後修訂為本土性的中文老人健康促進量表 (Geriatric Health Promotion Scale)。包括健康習慣、社區參與、健康責任、健康飲食、規律運動、口腔保健共22題，採李克特式量尺 (Likert-type Scale) 計分，計分方式為：「從未」為0分、「偶而」為1分、「經常」為2分、「總是」為3分。得分愈高，表示健康促進生活型態愈好；得分愈低則反之。

(三) 主觀幸福感量表

本研究使用李思賢 (2012) 參考Ryff於1989年所編製的中文版心理幸福感量表 (Scales of Psychological Well-Being)，其設計共包含六個構面，分別為自主性 (autonomy)、環境掌控 (environmental mastery)、個人成長 (personal growth)、與他人的正向關係 (positive relations with others)、生活目標 (purpose in life) 及自我接納 (self-acceptance)，每個構面各14題，正、負向題各七題，共84題，採李克特式量尺計分，計分方式為：「非常不同意」為1分、「不同意」為2分、「有點不同意」為3分、「有點同意」為4分、「同意」為5分、「非常同意」為6分計算。得分愈高，表示心理幸福感愈正向；得分愈低則反之。

四、研究步驟

經選取樣本事前拜訪轄區衛生所、學校、社區關懷據點說明施測，邀請65歲以上民眾自填或協助問卷施測，施測完成同時回收問卷，共得有效問卷340份。

五、資料處理與分析

有效問卷使用SPSS 22.0版統計套裝程式進行統計分析。由描述性統計、單因子變異數分析、斯皮爾曼 (Spearman) 等級相關、複迴歸分析等統計方法進行分析。

參、結果與討論

一、研究對象背景變項之分布

研究對象中男性有153人(45%)，女性187人(55%)；年齡最小者為65歲，最大者為98歲，平均為72歲（標準差為5.9歲）；有配偶者243人(71.5%)；教育程度以小學120人(35.3%)為最多，不識字者103人(30.3%)其次；宗教信仰以道教176人(51.8%)最多，佛教120人(35.3%)其次；未參與社區活動者184人(54.1%)；參加志工活動者82人(24.1%)；自覺健康狀況屬中等程度，有187人(55.0%)罹患一種疾病，每人罹患疾病數平均為1.8個（標準差為1.0個）。

二、研究對象健康促進生活型態之現況

研究對象之健康生活型態包括：健康習慣、社區參與、健康責任、健康飲食、規律運動及口腔保健六面向，如表1所示。

表1

研究對象健康促進生活型態各分量表及整體得分情形 ($N=340$)

變項	最小值	最大值	中間值	Mean (SD)	單題平均
健康習慣	16	28	18	24.8 (3.3)	3.54
社區參與	5	20	13	10.7 (4.5)	2.14
健康責任	3	12	8	9.0 (2.8)	3.00
健康飲食	3	12	8	9.6 (2.2)	3.20
規律運動	2	8	5	6.1 (2.2)	3.05
口腔保健	2	8	5	6.1 (1.7)	3.05
整體生活型態（總分）	38	88	55	66.4 (11.3)	3.02

（一）健康習慣

健康習慣分量表共七題，總分範圍是7~28分，中間值為18分，得分愈高表示健康習慣愈好。研究對象之健康習慣得分平均為24.8分（標準差為3.3分），健康習慣整體而言屬中上程度。其中表現最好的是「吃早餐的習慣」（平均為3.9分），其次是「認識村里長」（平均為3.7分），而「穿有防滑鞋底的鞋子」與「和認識的朋友們在一起」（平均皆為3.3分）則表現較差。

（二）社區參與

社區參與分量表共五題，總分範圍是5~20分，中間值為13分，得分愈高表示社區參與愈好。研究對象之社區參與得分平均為10.7分（標準差為4.5分），其社區參與整體而言屬中下程度。其中表現稍可的是「參與宗教或文化活動」（平均為2.5分），其次是「參與鄉鎮或村里之活動」（平均為2.2分），而「參加健康照顧方面的教育課程」（平均為1.8分）則表現最差。

（三）健康責任

健康責任分量表共三題，總分範圍是3~12分，中間值為8分，得分愈高表示健康責任愈好。研究對象之健康責任得分平均為9.0分（標準差為2.8分），其健康責任整體而言屬中上程度。其中表現最好的是「最近一年有量血壓」（平均為3.2分），而「檢查膽固醇（血脂肪）」與「量血糖」（平均皆為2.9分）則表現較差。

（四）健康飲食

健康飲食分量表共三題，總分範圍是3~12分，中間值為8分，得分愈高表示健康飲食愈好。研究對象之健康飲食得分平均為9.6分（標準差為2.2分），其健康飲食整體而言屬中上程度，其中表現最好的是「每天吃多種類的食物（奶、五穀、魚肉蛋豆、菜、水果）」（平均為3.4分），其次是「每天吃至少一碗半以上的蔬菜」（平均為3.2分），而「每天吃兩顆拳頭份量的水果」（平均為3.0分）則表現稍差。

（五）規律運動

規律運動分量表共兩題，總分範圍是2~8分，中間值為5分，得分愈高表示規律運動愈好。研究對象之規律運動得分平均為6.1分（標準差為2.2分），其規律運動整體而言屬中上程度，其中表現最好的是「每天累積30分鐘的運動」（平均為3.1分），其次是「每週至少三次，每次有30分鐘之運動」（平均為3.0分）。

（六）口腔保健

口腔保健分量表共兩題，總分範圍是2~8分，中間值為5分，得分愈高表示口腔保健愈好。研究對象之口腔保健得分平均為6.1分（標準差為1.7分），其口腔保健整體而言屬中上程度，其中表現最好的是「每天睡前刷牙」（平均為3.5分），而「每天刷牙三次」（平均為2.6分）則最差。

（七）整體健康促進生活型態

整體健康促進生活型態六個面向共22題，總分範圍是22~88分，中間值為55分，得分愈高表示整體健康促進生活型態愈好。研究對象之整體健康促進生活型態得分平均為66.4分（標準差為11.3分），其整體健康促進生活型態屬中上程度，而六面向中以「健康習慣」表現最好，「社區參與」則最差。

三、研究對象主觀幸福感之現況

研究對象之主觀幸福感包括：自主性、環境掌控、個人成長、與他人的正向關係、生活目標及自我接納六面向，如表2所示。

（一）自主性

自主性分量表共14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示自主性愈正向。研究對象之自主性得分平均為55.0分（標準差為7.7分），其自主性整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「開心的做自己比

表2

研究對象主觀幸福感各分量表及整體得分情形 ($N = 340$)

變項	最小值	最大值	中間值	Mean (SD)	單題平均
自主性	37	77	49	55.0 (7.7)	3.93
環境掌控	20	84	49	60.3 (10.6)	4.31
個人成長	26	82	49	55.9 (9.6)	3.99
與他人的正向關係	25	84	49	60.6 (10.9)	4.33
生活目標	14	84	49	55.6 (9.8)	3.97
自我接納	17	81	49	58.3 (9.9)	4.16
主觀幸福感(總分)	165	472	294	345.7 (51.8)	4.11

獲得其他人的認同來得更重要」(平均為4.7分)，其次是「根據我認為重要的價值觀來評價自己，而非他人認為重要的價值觀」(平均為4.6分)，而「有時候我會為了融入人群而改變自己的行動或想法」(平均為3.1分)則較差。

(二) 環境掌控

環境掌控分量表共14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示環境掌控愈正向。研究對象之環境掌控得分平均為60.3分(標準差為10.6分)，其環境掌控整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「自己能掌控目前的生活處境」(平均為4.7分)，其次是「能夠建立自己喜愛的居家風格和生活型態」(平均為4.6分)，而「對於無法跟上我每天須做的事感到有壓力」(平均為3.9分)則稍差。

(三) 個人成長

個人成長分量表共14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示個人成長愈正向。研究對象之個人成長得分平均為55.9分(標準差為9.6分)，其個人成長整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「認為任何年齡的人都能夠持續成長與發展」、「隨著時間增長，覺得自己也成熟不少」

與「喜歡看到自己的觀點隨著歲月改變及成熟」（平均皆為4.6分），其次是「隨著歲月流逝，愈來愈了解自己」（平均為4.5分），而「我的生活已經不錯了，我不想嘗試用新方法做事情」為最差（平均為2.7分）。

（四）與他人的正向關係

與他人的正向關係分量表共14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示與他人的正向關係愈正向。研究對象之與他人的正向關係得分平均為60.6分（標準差為10.9分），其與他人的正向關係整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「喜歡與家人及朋友有親密與互動的交談」與「當親密的朋友跟我談論他們的問題時，當個好聽眾是很重要的」（平均皆為4.8分），其次是「大部分的人覺得我既慈愛又感情充沛」（平均為4.6分），而「似乎大部分人比我有更多的朋友」（平均為3.9分）則稍差。

（五）生活目標

生活目標分量表共14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示生活目標愈正向。研究對象之生活目標得分平均為55.6分（標準差為9.8分），其生活目標整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「當我想到曾經做過的事以及未來想做的事，我自己感覺不錯」（平均為4.6分），其次是「我在人生中的目標是讓我感到滿意、而非沮喪的來源」（平均為4.4分），而「有時候我覺得好像已經完成所有人生能做的事了」（平均為2.8分）為最差。

（六）自我接納

自我接納分量表14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示自我接納愈正向。研究對象之自我接納得分平均為58.3分（標準差為9.9分），其自我接納整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「當我回顧我的生命故事，我很高興事情最後的結果」（平均為4.6分），其次是「大致上，我對自己的為人與人生感到自豪」（平均為4.5分），而「如果有機會，我會

想要改變自己很多地方」（平均為3.2分）則稍差。

（七）整體主觀幸福感

整體主觀幸福感六個面向共84題，總分範圍是84~504分，中間值為294分，得分愈高表示整體主觀幸福感愈正向。研究對象之整體主觀幸福感得分平均為345.7分（標準差為51.8分），其整體主觀幸福感是偏向正向，而六面向中以「與他人的正向關係」表現最好，「自主性」則最差。

四、研究對象背景變項與健康促進生活型態之關係

本研究對象背景變項與健康促進生活型態中健康習慣、社區參與、健康責任、健康飲食、規律運動及口腔保健六面向之關係分述如下：

（一）健康習慣

由表3與表4可以看出，研究對象的健康習慣會因有無參與社區活動 ($F_{(1/338)} = 15.40, p < .001$) 而有顯著差異；而年齡 ($rs = -.128, p < .05$) 及罹病數 ($rs = -.220, p < .001$) 與健康習慣呈顯著負相關，自覺健康狀況 ($rs = .181, p < .001$) 與健康習慣則呈顯著正相關。

（二）社區參與

由表3與表4可以看出，研究對象的社區參與會因有無配偶 ($F_{(1/338)} = 3.81, p < .05$)、有無參與社區活動 ($F_{(1/338)} = 130.51, p < .001$) 而有顯著差異。而罹病數 ($rs = -.199, p < .001$) 與社區參與呈顯著負相關，自覺健康狀況 ($rs = .168, p < .01$) 與社區參與則呈顯著正相關。

（三）健康責任

由表3與表4可以看出，研究對象的健康責任不會因背景變項不同而有顯著差異或相關。

表3

研究對象背景變項（類別資料）與健康促進生活型態之單因子變異數分析 ($N = 340$)

變項	人數	健康習慣		社區參與		健康責任		健康飲食		規律運動		口腔保健	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
性別													
男	153	24.6	±3.4	10.8	±4.4	9.0	±2.7	9.4	±2.4	6.1	±2.2	5.8	±1.8
女	187	25.0	±3.1	10.6	±4.6	9.0	±2.8	9.8	±2.1	6.1	±2.2	6.3	±1.6
婚姻狀況													
無配偶	97	24.5	±3.3	9.9	±4.2	8.6	±2.7	9.4	±2.2	5.5	±2.2	5.8	±1.6
有配偶	243	25.0	±3.2	11.0	±4.6	9.2	±2.8	9.7	±2.2	6.3	±2.1	6.2	±1.8
教育程度													
未受教育	115	25.1	±3.0	10.1	±4.4	9.0	±2.8	9.5	±2.3	5.9	±2.3	6.0	±1.7
有受教育	225	24.8	±3.4	11.0	±4.5	9.0	±2.7	9.7	±2.2	6.2	±2.1	6.1	±1.7
宗教信仰													
有信仰	304	24.9	±3.3	10.8	±4.5	9.1	±2.8	9.6	±2.2	6.0	±2.2	6.1	±1.7
無信仰	36	24.5	±2.9	9.7	±4.6	8.9	±2.6	9.6	±2.5	6.6	±2.0	6.3	±1.7
社區活動													
無參與	184	24.2	±3.4	8.5	±3.4	8.8	±2.7	9.2	±2.3	5.4	±2.3	5.9	±1.8
有參與	156	25.6	±2.9	13.3	±4.3	9.3	±2.8	10.2	±2.1	6.8	±1.7	6.3	±1.6

註：a為因組間變異不同質，經Welch修正之F值。

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

表4

研究對象背景因素（等距資料）與健康促進生活型態之斯皮爾曼等級相關分析
($N = 340$)

變項	健康習慣	社區參與	健康責任	健康飲食	規律運動	口腔保健
年齡	-.128*	-.050	-.050	-.104	-.141**	-.014
自覺健康狀況	.181***	.168**	-.011	.241***	.248***	.134*
罹病數	-.220***	-.199***	-.004	-.267***	-.232***	-.147**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

（四）健康飲食

由表3與表4可以看出，研究對象的健康飲食會因有無參與社區活動 ($F_{(1/338)} = 17.11, p < .001$) 而有顯著差異。而罹病數 ($rs = -.267, p < .001$) 與健康飲食呈顯著負相關，自覺健康狀況 ($rs = .241, p < .001$) 與健康飲食則呈顯著正相關。

（五）規律運動

由表3與表4可以看出，研究對象的規律運動會因有無配偶 ($F_{(1/338)} = 8.69, p < .01$)、有無參與社區活動 ($F_{(1/338)} = 39.31, p < .001$) 而有顯著差異。而年齡 ($rs = -.141, p < .01$) 及罹病數 ($rs = -.232, p < .001$) 與規律運動呈顯著負相關，自覺健康狀況 ($rs = .248, p < .001$) 與規律運動則呈顯著正相關。

（六）口腔保健

由表3與表4可以看出，研究對象的口腔保健會因性別不同 ($F_{(1/338)} = 7.98, p < .01$) 而有顯著差異。而罹病數 ($rs = -.147, p < .01$) 與口腔保健呈顯著負相關，自覺健康狀況 ($rs = .134, p < .05$) 與口腔保健則呈顯著正相關。

綜合以上結果顯示，研究對象年齡愈大者其健康習慣、運動習慣愈差；罹病數愈多者其健康習慣、社區參與、健康飲食、口腔保健愈差；而女性口腔保健較好；有配偶者其社區參與、規律運動較好；有參與社區活動者與自

覺健康狀況愈好者其健康習慣、社區參與、健康飲食、規律運動都較好。

五、研究對象背景變項與主觀幸福感之關係

由表5及表6可以看出，研究對象的主觀幸福感會因有無受教育 ($F_{(1/338)} = 7.87, p < .01$)、有無參與社區活動 ($F_{(1/338)} = 17.30, p < .001$) 而有顯著差異。另外，研究對象的年齡 ($rs = -.141, p < .01$) 及罹病數 ($rs = -.234, p < .001$) 與主觀幸福感呈顯著負相關；而自覺健康狀況 ($rs = .352, p < .001$) 與主觀幸福感有顯著正相關。

研究結果顯示，研究對象有受教育者、有參與社區活動者、自覺健康狀況愈好者，其主觀幸福感愈好；而年齡愈大者、罹病數愈多者，其主觀幸福感則愈差。

表5

研究對象背景變項（類別資料）與主觀幸福感之單因子變異數分析 ($N = 340$)

變項	人數	Mean	SD	F
性別				1.32
男	153	349.30	54.51	
女	187	342.79	49.47	
婚姻狀況				2.7
無配偶	97	338.40	42.92	
有配偶	243	348.64	54.78	
教育程度				7.87a**
未受教育	115	334.80	44.97	
有受教育	225	351.30	54.24	
宗教信仰				0.88
有信仰	304	346.63	52.96	
無信仰	36	338.02	40.79	
參與社區活動				17.30***
無參與	184	335.20	48.07	
有參與	156	358.12	53.47	

註：a為因組間變異不同質，經Welch修正之F值。

** $p < .01$. *** $p < .001$.

表6

研究對象之背景因素（等距資料）與主觀幸福感之斯皮爾曼等級相關分析 ($N=340$)

變項	年齡	罹病數	自覺健康狀況
主觀幸福感	-.141**	-.234***	.352***

** $p < .01$. *** $p < .001$.

六、研究對象健康促進生活型態與主觀幸福感之關係

由表7可以看出，研究對象的健康習慣 ($r_s = .354, p < .001$)、社區參與 ($r_s = .152, p < .01$)、健康責任 ($r_s = .227, p < .001$)、健康飲食 ($r_s = .318, p < .001$)、規律運動 ($r_s = .384, p < .001$)、口腔保健 ($r_s = .196, p < .01$) 與主觀幸福感皆呈顯著的正相關。研究結果顯示，研究對象的各項健康促進生活型態表現得愈好，其主觀幸福感也愈佳。

表7

研究對象健康促進生活型態與主觀幸福感的斯皮爾曼等級相關分析 ($N=340$)

變項	健康習慣	社區參與	健康責任	健康飲食	規律運動	口腔保健
主觀幸福感	.354***	.152**	.227***	.318***	.384***	.196**

** $p < .01$. *** $p < .001$

七、研究對象背景變項及健康促進生活型態對主觀幸福感之預測

為進一步探討研究對象的背景變項、各項健康促進生活型態是否能有效預測其主觀幸福感，本研究以複迴歸進行分析。本研究背景變項中「性別」、「婚姻狀況」、「教育程度」、「宗教信仰」及「參與社區活動」為類別變項應進行虛擬轉換，而「年齡」、「自覺健康狀況」、「罹病數」及六項健康促進生活型態為等距資料，直接投入分析。在進行複迴歸分析前

得先進行多元共線性診斷 (Multi collinearity Diagnosis)，本研究所有的預測變項之變異數容忍度 (Tolerance) 介於 .53~.94 之間，未小於 0.1；且膨脹因素 (VIF) 亦為大於 10，故無共線性問題。由表 8 可以看出，研究對象之背景變項及六項健康促進生活型態可以有效預測其主觀幸福感，並可解釋主觀幸福感總變異量的 23.6% ($R^2 = .236$, $F_{(16/32)} = 8.5$, $p < .001$)，其中以「自覺健康狀況」($\beta = 0.243$, $t = 4.606$, $p < .001$)、「健康習慣」($\beta = 0.223$, $t = 3.776$, $p < .001$)、「教育程度」($\beta = -0.115$, $t = -2.099$, $p < .05$)、「參與社區活動」($\beta = 0.121$, $t = 2.087$, $p < .05$)及「健康責任」($\beta = 0.107$, $t = 1.972$, $p < .05$)五項為主要預測變項，且以「自覺健康狀況」及「健康習慣」對主觀幸福感的影響最大；而「教育程度」、「參與社區活動」、「健康責任」則次之。

八、討論

根據本研究目的與上述結果，提出討論如下：

(一) 本研究對象的健康促進生活型態整體而言是屬中上程度，其中以「健康習慣」表現最好，「社區參與」表現最差；但張文明等人 (2008)、傅憶珍 (2008)、湯慧娟與宋一夫 (2005)、鍾寶玲 (2001)、蕭冰如 (1998)、Loojkinland 與 Harms (1996) 的研究發現，皆以「健康責任」此項表現最差的結果相異。這與本研究對象所在之社區自 2004 年起持續推動「行動醫院全民健檢」，該健檢活動除健保給付之四癌篩檢 (口腔、乳房、大腸及子宮) 與血液尿液檢查項目外，尚有臺南市政府編列預算補助之 B、C 型肝炎篩檢、胎兒蛋白篩檢、胸部 X 光檢查及用藥習慣、健康生活型態、疾病史、憂鬱症等問卷調查。因為該活動提供在地居民健康檢查與衛生教育的可近性，健檢後並進行異常追蹤，藉公共衛生護理人員的關懷轉介，強化區民落實健康行為，歷經多年民眾逐步認知健康的重要並視健康為自己的責任有關。在較差的「社區參與」部分，本研究對象較多參與宗教或文化活動，多數篤信民間信仰且每區都有廟宇，故區民參與宗教活動意願最高，建議今後衛生所的相關健康宣導宜多與廟宇結合進行。另外，本研究對象的主觀幸福感不論整體或各個面向也都偏正向，此結果與陳黛芬 (2005)、湯慧娟

表8

研究對象之背景變項與健康生活型態對其主觀幸福感之複迴歸分析 ($N = 340$)

變項	未標準化係數	標準化係數	t	R^2	F
	B	β			
				.236	8.5***
背景變項					
性別（男／女）	4.854	0.047	0.871		
年齡	0.002	0.000	0.004		
婚姻關係（已婚／未婚）	1.809	0.016	0.301		
教育程度（有無受教育）	-12.568	-0.115	-2.099*		
宗教信仰（有無宗教信仰）	-8.543	-0.051	-1.041		
參與社區活動（有無參加）	12.519	0.121	2.087*		
自覺健康狀況	4.834	0.243	4.606***		
罹病數	-1.501	-0.032	-0.597		
健康促進生活型態					
健康習慣	3.536	0.223	3.776***		
社區參與	-1.280	-0.111	-1.852		
健康責任	2.009	0.107	1.972*		
健康飲食	0.198	0.008	0.130		
規律運動	3.037	0.127	1.928		
口腔保健	0.287	0.010	0.177		

* $p < .05$. *** $p < .001$.

（2002）的研究發現是相似的。

（二）本研究對象的健康促進生活型態中除了「健康責任」與背景變項無關外，年齡愈大者其健康習慣、運動習慣愈差；罹病數愈多者其健康習慣、社區參與、健康飲食、口腔保健愈差；而女性口腔保健較好；有配偶者與社區參與、規律運動較好；有參與社區活動者與自覺健康狀況愈好者其健康習慣、社區參與、健康飲食、規律運動都較好，此與吳英枝（2008）、吳

俐穎與陳漢瑛（2009）、張文明等人（2008）的研究結果相似，本研究中銀髮族普遍重視「健康飲食」以「每天吃多種類食物得分最高」，但「規律運動」中以「每週至少三次，每次有30分鐘之運動」為最低；研究者推論：健康促進活動與年齡愈大成反比，其可能因素為老化或罹病導致生理功能退化，自我照顧能力下降或對自我效能失去信心，減少活動參與，致使健康促進活動之執行力變弱。罹病數愈多社區參與愈少；而有配偶、有參與社區活動、自覺健康狀況愈好者其社區參與愈多，此與朱妙芳（2009）、江慧珣（2013）、李文裕（2012）、李易儒與洪維勵（2008）、梁慧娟（2013）、陳黛芬（2005）、湯慧娟（2002）、楊雅筠（2003）、蔡坤良（2004）、鍾秀琴（2010）等之透過參與社區活動、擴展人際關係的研究結果相似。年齡愈大、罹病數愈多者健康飲食狀況愈差；有參與社區活動、自覺健康狀況愈好者健康飲食狀況愈佳，此與謝麗卿（2008）的研究結果相似。年齡愈大、罹病數愈多者規律運動習慣愈差；有配偶、有參與社區活動、自覺健康狀況愈好者規律運動習慣愈好，此與高藝玲（2012）、湯慧娟（2002）的研究結果相似，有配偶、落實健康促進生活型態者，其幸福感較佳。事實上，由社區活動的實際觀察亦可以發現，罹病數與自覺健康狀況息息相關，體力佳者反應迅速，參與社區活動時之學習成效佳，進而提升其自信度與成就感；反之，擔心跟不上或自覺反應差者，常令團體停頓或需額外協助者，導致低成就感甚至自覺不好意思，經工作人員鼓勵仍常打退堂鼓，減少社區參與；有偶感情佳者則可互相鼓勵，互相作伴提升其社區參與。罹病數愈多者口腔保健愈差；自覺健康狀況愈好者口腔保健也愈佳，此研究結果與高藝玲（2012）牙口問題影響長輩營養攝取占重要因素結果相似。由於從社區的實際觀察清楚看出，貧與病常有共存現象，社經地位差者常併口牙缺損，所以臺南市政府於2011年起正式啟動老人免費假牙計畫，針對設籍臺南市、年滿65歲，上顎或下顎只剩三顆牙以內者得到特約牙科診所申請免費假牙裝置與服務，嘉惠眾多銀髮缺牙者。

（三）本研究對象有受教育者、有參與社區活動者、自覺健康狀況愈好者，其主觀幸福感較佳；而年齡愈大者、罹病數愈多者，其主觀幸福感則較

差。另研究對象的「健康習慣」、「社區參與」、「健康責任」、「健康飲食」、「規律運動」、「口腔保健」等健康促進生活型態愈好，其主觀幸福感也愈佳。此研究結果和李易儒與洪維勵（2008）、高藝玲（2012）的發現受教育者、有參與社區活動者、自覺健康狀況愈好者主觀幸福感愈佳；以及朱妙芳（2009）、張文明等人（2008）、鍾秀琴（2010）發現年齡及罹病數與主觀幸福感有顯著負相關的結果有相似之處。

（四）研究對象的背景變項、健康促進生活型態可以有效預測其主觀幸福感，並可解釋其總變異量之23.6%，其中以自覺健康狀況、健康習慣、教育程度、參與社區活動、健康責任為主要預測變項，並以自覺健康狀況與健康習慣的預測力最大。研究顯示，自覺健康狀況、健康習慣、健康責任愈好者，有受教育者及參與社區活動者其主觀幸福感愈高，此與王秀紅（2000）、李易儒與洪維勵（2008）、梁慧娟（2013）、陳秋燕（1999）、賴素燕（2007）、謝麗卿（2008）的研究結果相似，銀髮族透過執行健康促進活動，有較高之自覺健康與幸福感。另外，吳宜宸（2010）、邱琪雯、胡芳文、陳清惠與張家銘（2013）的研究結果發現，自覺健康狀況愈好、對自己的健康習慣、健康責任愈認同，且參與社區活動者，主觀幸福感愈高愈覺得幸福，與本研究結果是相似的。這種現象亦可從社區的實際觀察中發現，健康促進生活型態愈佳之民眾愈能享受生活，也較願意與他人分享自己的正負面經驗，形成利己舒壓與利他經驗分享之良性循環。

綜上所述，不同的環境造就不同的生活資源與條件，繼而影響個人的生理、心理、社會、遺傳等健康狀態。性別、年齡、遺傳係先天因素，僅能應現況調整適應，但健康習慣、健康飲食、規律運動、健康責任、口腔衛生為後天因素，可透過多元之衛生教育方式，提升健康認知、建立個人健康責任感，強化健康促進行為動機、進而改變健康行為養成健康習慣；藉調整生活型態，預防生活文明病同步改善罹病現況；藉友善鄰里、社會參與增加人際互動，提升家庭、學校、職場、社區網絡間之合作與相互支持，形成互助之良性循環，促進生理、心理、社會、靈性層面之整合與平衡。

肆、結論與建議

一、結論

根據研究目的與研究結果，本研究獲得結論如下：

（一）研究對象的健康促進生活型態屬中上程度，其中以「健康習慣」表現最好，「社區參與」表現最差。而研究對象的健康促進生活型態中除了「健康責任」與背景變項無關外，年齡愈大者其健康習慣、運動習慣愈差；罹病數愈多者其健康習慣、社區參與、健康飲食、口腔保健愈差；而女性口腔保健較好；有配偶者其社區參與、規律運動較好；有參與社區活動者與自覺健康狀況愈好者其健康習慣、社區參與、健康飲食、規律運動都較好。

（二）研究對象的主觀幸福感偏正向，其中以「與他人的正向關係」表現最好，「自主性」則最差。而研究對象中有受教育者、有參與社區活動者、自覺健康狀況愈好者，其主觀幸福感愈好；年齡愈大者、罹病數愈多者，其主觀幸福感則愈差。

（三）研究對象之背景變項及健康促進生活型態可以有效預測其主觀幸福感，並可解釋主觀幸福感總變異量的23.6%，其中以「自覺健康狀況」、「健康習慣」、「教育程度」、「參與社區活動」及「健康責任」五項為主要預測變項，且以「自覺健康狀況」及「健康習慣」對主觀幸福感的影響最大，「教育程度」、「參與社區活動」、「健康責任」次之。

二、建議

根據以上結論，本研究提出如下建議：

（一）公共衛生工作中觀察，不識字之民眾，對講座等衛教方式接受度較低。建議針對未受教育之銀髮族，應就轄區人口特性與生活型態，與學校、民間團體等合作研擬健康知能學習活動。

（二）針對未滿65歲且不符社會補助條件之社經弱勢缺牙民眾研擬策

略，協助及早改善口腔健康，強化健康老化之資本。

（三）結合相關局處與民間、宗教等多元團體，鼓勵初老關懷中老、老老，增加人際互動、社會支持，落實「老吾老以及人之老」提升銀髮族幸福感。

（四）世界衛生組織表示：「從生命的一開始時就以健康方式生活，是實現積極、健康老年生活的關鍵」，建議以場域劃分為家庭、學校、職場、社區，由家庭教育中心、教育局、勞工局、衛生局等單位合作，戮力推廣健康促進活動，以落實健康促進生活型態，提升心理健康。

參考文獻

一、中文部分

內政部統計處（2015）。104年第3週內政統計通報（103年底人口結構分析）。

取自http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=9148&page=1

王秀紅（2000）。老年人之健康促進——護理的涵義。護理雜誌，1，19-25。

朱妙芳（2009）。臺北縣三鶯區高齡者人際關係與幸福感關聯之研究（未出版之碩士論文）。國立臺灣師範大學，臺北市。

江慧珣（2013）。幸福感及其對健康的可能影響——以廣建理論層面而言（未出版之博士論文）。國立臺灣師範大學，臺北市。

李文裕（2012）。臺中市中老年人休閒參與、自我價值與幸福感之研究（未出版之碩士論文）。朝陽科技大學，臺中市。

李易儒、洪維勵（2008）。退休銀髮族運動參與及幸福感的關係——利益知覺之中介效果。臺灣體育運動管理學報，7，142-159。

李思賢（2012）。健走運動與社會心理介入對退休中老年人心理幸福感與生命統整性之影響與性別差異（行政院國家科學委員會專案研究計畫成果報告編號：NSC99-2410-H-003-127-MY2）。臺北市：國立臺灣師範大學。

李蘭（1988）。公共衛生學。載於陳拱北（主編），衛生教育與促進健康（頁535-584）。臺北市：巨流。

吳宜宸（2010）。銀髮族的健康促進生活型態與休閒時間身體活動的關係——社會支持的角色（未出版之碩士論文）。高雄餐旅大學，高雄市。

吳英枝（2008）。臺東縣鹿野鄉不同族群老人健康促進生活型態之研究（未出版之碩士論文）。國立臺東大學，臺東市。

吳俐穎、陳漢瑛（2009）。老年人自我照顧能力與健康促進生活型態關係之研究——以高雄縣老人公寓為例（未出版之碩士論文）。國立臺北教育大學，臺北市。

- 邱琪雯、胡芳文、陳清惠、張家銘（2013）。高齡患者出院後健康生活型態之探討。臺灣老年醫學暨老年學雜誌，8（3），172-185。
- 高藝玲（2012）。社區老人健康促進生活型態與主觀幸福感相關因素——以臺南佳里區為例（未出版之碩士論文）。中臺科技大學，臺中市。
- 梁慧娟（2013）。參與志工對老年群體的福祉之影響（未出版之碩士論文）。國立臺北大學，臺北市。
- 張文明、周適偉、洪維憲、蔡文鐘、柯智裕、黃美涓（2008）。志工工作與常規性運動對老人健康促進之比較。臺灣復健醫學雜誌，36（1），39-45。
- 陸洛（1997）。中國人幸福感之內涵、測量及相關因素探討。國家科委員會研究彙編——人文及社會科學，1，115-137。
- 陳秋燕（1999）。社區老人參與社會服務對其心理社會影響之前驅性研究——以臺北市北投區「大同之家」為例（未出版之碩士論文）。國立陽明大學，臺北市。
- 陳黛芬（2005）。高齡者生活知能與幸福感相關之研究——以高雄市長青學苑為例（未出版之碩士論文）。國立中正大學，嘉義縣。
- 傅憶珍（2008）。臺東地區老年人自覺健康狀況及健康促進生活型態之研究（未出版之碩士論文）。國立臺東大學，臺東市。
- 湯慧娟（2002）。高雄市銀髮族健康促進生活型態、休閒知覺自由與心理幸福感相關研究（未出版之碩士論文）。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 湯慧娟、宋一夫（2005，12月）。高雄市老年人健康促進生活型態、休閒知覺自由與心理幸福滿足感之相關研究。臺灣體育發展學術研討會，高雄市。
- 楊桂芬、許哲瀚、唐憶淨、龔建吉（2012）。社區老人日常生活活動、生活品質與幸福感之相關研究。臺灣老年醫學暨老年學雜誌，7（4），217-232。
- 楊雅筠（2003）。老年人友誼支持與幸福感之研究——以臺北市老人服務心為例（未出版之碩士論文）。中國文化大學，臺北市。
- 賴素燕（2007）。高齡志工之幸福感研究（未出版之碩士論文）。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 鍾寶玲（2001）。老年糖尿病患健康促進生活型態及相關因素之探討（未出版之

- 碩士論文)。高雄醫學大學，高雄市。
- 臺南市安定區戶政事務所（2015）。安定區歷年人口年齡層及其比率統計。取自 <http://www.tainan.gov.tw/adhr/page.asp?nSub=A00000>
- 蔡坤良（2004）。小琉球漁村老人生命意義感、死亡態度與幸福感之研究（未出版之碩士論文）。南華大學，嘉義縣。
- 廖玉齡、謝佳馨、李文茸、陳怡婷、林惠淳（2006）。高齡者健康促生活型態、休閒自由知覺與生活滿意度關係之研究。吳鳳學報，15，199-220。
- 衛生福利部（2014）。102年國人死因統計結果。取自http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=4558&doc_no=45347
- 鍾秀琴（2010）。樂齡者學習成效及幸福感之研究（未出版之碩士論文）。國立中正大學，嘉義縣。
- 謝麗卿（2008）。臺灣高齡人口健康促進對自覺健康及醫療服務利用之影響（未出版之碩士論文）。亞洲大學，臺中市
- 蕭冰如（1998）。社區老人健康促進衛生教育介入之探討（未出版之碩士論文）。長庚大學，桃園市。

二、英文部分

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Lu, L. (2005). In pursuit of happiness: The cultural psychological study of SWB. *Chinese Journal of Psychology*, 47(2), 99-112.
- Loojkinland, S., & Harms, J. (1996). Comparison of health-promotive behaviors among senior: Exercisers versus nonexercisers. *Social Sciences in Health*, 2(3), 147-161.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111-131.

- Perneger, T. V., Hudelson, P. M., & Bovier, P. A. (2004). Health and happiness in young Swiss adults. *Quality of Life Research*, 13(1), 171-178.
- Wilson, W. R. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67(4), 294-306.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorder*, 122(3), 213-217.
- Wang, J., Lee, C.-M., Chang, C.-F., Jane, S.-W., & Chen, M.-Y. (2015). The development and psychometric testing of the geriatric health promotion scale. *Journal of Nursing Research*, 23(1), 56-64.

Association of a Health-Promoting Lifestyle and the Subjective Well-Being of Elderly People in Tainan

Hui-Li Huang* Cheng-Yu Chen**

Abstract

This study has investigated the relationship between a health-promoting lifestyle and the subjective well-being of elderly people in Tainan, by conducting a cross-sectional survey of the elderly in the Anding District, Tainan City, using the stratified cluster sampling method. The total valid sample size was 340. Our study found that the health-promoting lifestyles where they had beneficial healthy habits but had low participation within the community. The health responsibility variable was not associated with any health-promoting lifestyle. Healthy habits and exercise deteriorated with increasing age. People who suffered from other illnesses had inferior healthy habits, community participation, diet, and oral health. The oral health of women was superior to that of men. Married participants scored higher in community participation and regular exercise. Participants who actively participated in the community events and thereby had a superior self-perceived health, ensured a more favorable healthy routine, by opting for healthier diets, and by exercising more.

Subjective well-being was somehow positive, where the dimension of “positive relationships with others” scored the highest, and “autonomy” scored the lowest.

* Mental Health Subsection Head, Department of Health, Tainan City Government

** Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University (Corresponding author), E-mail: t09004@ntnu.edu.tw

In addition, subjective well-being was higher for those who were better educated, participated more in community events, and had a superior self-perceived health. However, older people, and those with other diseases, had a lower subjective well-being.

Demographic variables and health-promoting lifestyles can predict the subjective well-being of the participants, thus explaining 23.6% of the total variance. Self-perceived health, healthy behaviors, education, participation in community events, and health responsibility are the main predictors, whilst the self-perceived health and healthy habits are the most powerful of predictors.

This study proposed the following suggestions to improve the health-promoting lifestyles and subjective well-being of elderly people:

1. The Tainan city government should cooperate with schools or NGOs to design programs aiming to enhance the health knowledge of the uneducated elderly.
2. The Tainan government should design the strategies to improve oral health for those who are under 65 years of age, and were of a low socioeconomic status, but could be subsidized by welfare programs.
3. The Tainan government should encourage interpersonal interaction and social support for community members in order to improve their social participation.

Key words: subjective well-being, health promotion lifestyles, elderly people