

花蓮縣多元就業開發方案勞工失業經驗、族群與健康生活型態相關研究

梁秉義* 陳政友**

摘要

本研究目的在了解勞工失業經驗、族群與健康生活型態之關係，採自填式結構問卷，以勞動力發展署北基宜花金馬分署2014年多元就業開發方案花蓮縣機構現職勞工為母群體，經分層隨機抽樣得有效樣本217份，重要結果如下：一、研究對象「五年內失業經驗次數」平均為1.2次、健康生活型態各分項單題平均值以「人際支持」表現最佳，「健康責任」表現最差。二、經單因子多變量變異數分析，「健康生活型態」整體表現與「族群」有關；「漢族」在「健康責任」、「人際支持」、「運動」、「壓力處理」等表現皆優於「原住民族」。三、經典型相關分析，「健康生活型態」整體表現與「年齡」、「五年內失業經驗次數」有關。「年齡」愈高者，其「營養」表現也愈佳；「五年內失業經驗次數」愈高者，其「健康責任」、「運動」、「營養」、「自我實現」、「壓力處理」等表現愈差。四、經結構方程模式分

* 勞動部勞動力發展署北基宜花金馬分署科員

** 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：臺北市和平東路一段162號，聯絡電話：02-77341709

投稿日期：103年7月19日；修改日期：103年10月31日；接受日期：103年11月4日

DOI: 10.3966/207010632014120042002

析，「背景變項」、「失業經驗」及「族群」可解釋「健康生活型態」總變異量約21.2%，其中以「失業經驗」及「族群」為主要預測變項；各分項受影響效果值中，最高的二項依序為「壓力處理」及「運動」，最低的二項依序為「營養」及「人際支持」；研究結果顯示為原住民族者、五年內失業經驗次數愈高者，其「健康生活型態」表現愈差。

關鍵詞：失業、多元就業開發方案、原住民、健康生活型態、職場健康促進

壹、前言

加拿大衛生福利部 (Health and Welfare Canada) 部長Lalond (1974) 及美國學者Dever (1976) 相繼提出影響健康的最大因素為「生活型態」，呼籲全球國家於制定健康政策時，應貼近民眾生活型態；而世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 於1998年修正健康的定義為「健康是一種生理、心理、心靈、社會等方面良好安適 (well-being) 的動態狀態，而不只是沒生病或不虛弱而已」。這使得國際同聲宣誓健康權應為基本人權，並給予世界對於健康有了更大的詮釋空間，而全球國家疾病政策也由根除急性傳染病轉為重視慢性疾病防治、健康促進等，啟動了一波新公共衛生革命 (Scutchfield, 2004)。

一、健康生活型態

Walker、Sechrist與Pender於1987年整合相關研究結果，以952名成人為樣本，探討48項與健康相關生活型態因子，以因素分析總結出六項較高解釋力之變項，提出健康促進生活型態 (health-promoting lifestyle)，包含「自我實現」、「健康責任」、「運動」、「營養」、「人際支持」及「壓力管理」等六個向度，也拓展了國際各界研究健康生活型的範疇。我國也不例外，以下列舉部分相關研究，例如：

(一) 林武雄 (1991) 研究國小學童，項目為「飲食習慣」、「運動與休閒」、「日常生活安全習慣」、「心理壓力調適」、「吸菸與喝酒」及「自我健康照護」。

(二) Huang與Chiou (1996) 應用於大學生，項目為「自我實現」、「健康責任」、「壓力處理」、「發展人際支持」、「營養」、「運動」，結果總量表之Cronbach's α 為.93。

(三) 陳美燕等人 (1997) 參考Walker原版本，經中文化及修訂成我國成人的適用性量表，包含「自我實現」、「健康責任」、「人際支持」、

「運動」、「壓力處置」及「營養」，結果顯示40個題目共可解釋48.19%的變異量，此新版量表之內容一致性為.92。

（四）魏米秀與呂昌明（2005）發展大學生健康促進生活型態簡式量表，包含「自我實現」、「健康責任」、「壓力處理」、「人際支持」、「營養」及「運動」，量表題目僅24題，總量表內部一致性信度係數卻達.90。

我國職場、上班族健康生活型態相關的研究約於2003年起陸續發表，其中於醫院研究中顯示，醫院工作人員在「健康責任」表現較差（林雅雯等，2003）；於科技園區勞工研究中顯示，勞工在「運動」方面表現較差（邱靜如、劉貴雲，2003；劉美蘭、康雅菁、陳俊瑜、張斯蘭，2011），同時也顯示勞工因工作太忙碌，常會疏忽執行自我健康行為。另於一項計程車司機研究中顯示，司機的工作壓力較為顯著，且常伴有吸菸、飲酒與嚼檳榔等三種危害健康行為（劉俐蓉、黃松元，2005）。綜上文獻發現，不同職業對個人健康會有不同影響，也顯示出職場健康促進的重要性，政府施行職場健康促進計畫時，應當注意不同業別間之差異及生活方式的特質。

二、族群

從國外研究文獻可知，「族群」是一項複雜的探討變項，不同族群各有多元文化與生活方式，某族群可能在藥物使用、飲食、運動、菸酒使用等表現偏強，也有可能傾向罹患特定疾病（Abate & Chandalia, 2007）。在我國，2011年原住民族人口健康調查顯示，全體原住民族平均餘命與全國人口平均餘命相差8.7歲，其十大死因標準化死亡率均高於非原住民族，而事故傷害標準化死亡率更高於非原住民族約11倍，且在健保醫療使用就診率亦較全國平均為低，這些結果都與原住民族之居住環境與生活方式有關（行政院原住民族委員會，2014）。顯見，不同族群間的差異需要被關注。國外文獻發現，族群與健康生活型態是相關的，Anthony等人（2012）針對英國各族群的健康生活型態研究中發現，印度族群在「營養」上有較佳的表現，英國族群在「運動」上有較佳的表現。我國Wang（1999）研究臺灣河洛、客家與原住民

等三種族群婦女健康促進生活型態預測因子，結果顯示族群之間有不同的差異，建議減少原住民族群自覺障礙、增加自覺利益，將有助健康促進生活型態表現；Ko與Chen (2010) 針對臺灣漢族和原住民產後母親之健康促進生活型態研究發現，臺灣漢族產後母親在整體「健康促進生活型態總分」、「自我實現」、「壓力管理」、「營養」及「人際支持」等表現較佳。

三、失業經驗

我國失業之定義，係參採國際勞工組織 (International Labour Organization, ILO) 之規定，即凡在資料標準週內，年滿15歲，同時具有無工作、隨時可以工作及正在尋找工作或等待工作結果等三項條件者，謂之失業人口（行政院主計總處，2013）。在各國（地區）失業率趨勢分析（中華民國統計資訊網，2013）方面，我國自2001年後平均失業率皆落點於4%~5%，相較於歐美國家，屬相對低失業率國家，不過，若以凱因斯主義經濟學家提出之充分就業 (full employment) 國家失業率應低於4% (Powell, 1999) 來比較，我國在失業率降幅尚有進步空間。另由行政院主計總處公布近20年我國失業人數與勞動力參與率趨勢可見，我國失業者從1992年約13.2萬人，上升至2009年63.9萬人，達近20年來之最高峰，而2012年仍有約48.1萬人失業（行政院主計總處，2013）。在這許多數字背後所反映出的，不僅僅是失業趨勢的嚴重性，更代表了許多個人及家庭的生計因而受到影響，例如：飲食營養、社交休閒、甚至是家庭中子女教育開銷 (Lobo, 1999)；而長期失業更會使家庭陷入貧窮困境，甚至因貧窮而影響醫療利用率（蔡淑鈴、藍忠孚、李丞華、周穎政，2004）。在一群英國學者的世代研究中也發現，年輕時曾經失業的人持續追蹤往後10多年，其健康狀況相較沒失業的人顯著較差，而持續失業超過一年的人最差，此現象也證明早期失業經驗會影響後期健康，且這種不良影響有劑量效應 (Wadsworth, Montgomery, & Bartley, 1999)。根據文獻資料庫，失業對健康生活型態影響之設計研究較鮮少，但可從各面向探討，整理如下：

（一）在「健康責任」部分，Comino等人 (2003) 研究發現，失業者較

易罹患焦慮症狀，但卻較不主動就醫治療，其原因與當地提供的醫療制度有關；Giatti、Barreto與Cesar (2008) 研究發現，個人長期失業、沒有社會保障者，在醫療保健服務的使用也受影響。以上文獻顯示出失業者的醫療需求其實是較高的，尤其是失業經驗愈多者更有健康服務需求，但往往因為國家醫療或社福制度不完善、失業者缺乏經濟來源等，而對自我健康責任較不注重。

(二) 在「人際支持」部分，因為失業即代表離開職場，很直接地就可能減少或失去了對以往職場朋友間的聯繫，再加上現今社會中對失業者常帶有「負面」的刻板印象，讓許多失業者感到羞愧，因此其人際關係也顯得更加退縮，尤其是在重視人際網絡的華人社會（錢再見，2005）。Olafsson 與 Svensson (1986) 彙整幾處針對已開發國家的研究結果，經過控制干擾變項後，發現多數失業者尚不積極學習解決失業問題，將促使其孤立、失去自尊、沮喪和絕望，且其人際關係易畫地自限。另外，Schwefel (1986) 研究發現，失業者往往會孤立自己，不善經營人際關係，影響範圍也包括最親的家人。Leeflan、Klein-Hesselink與Spruit (1992) 的研究也指出，失業者有著孤獨、對金錢的憂慮和健康欠佳的特質。以上文獻顯示出失業者的人際關係是較為薄弱的，且不論是在家庭或親友方面的支持也都會受到影響，應該多加注意與關心。

(三) 在「運動」部分，Wadsworth等人 (1999) 在英國一項長達33年的研究以身體質量指數得分 (BMI)、運動頻率等定義「健康資本」，結果發現，具有失業經驗者之健康資本顯著較差，而累積失業期間超過一年的人狀況最差。Schutgens、Schuring、Voorham與Burdorf (2009) 有鑑於失業者因自尊低弱、身體運動頻率少、健康狀況不佳，而影響再就業的條件，設計了進行一系列運動，顯著改善身體質量指數、血壓、心肺、腹部肌肉力量以及腰背肌肉的靈活性，並提高其自覺健康狀況。以上文獻顯示出失業者在運動的頻率是較不足的。

(四) 在「營養」部分，Dasgupta與Ray (1986) 提出，全世界許多營養不良的狀況是發生在貧窮國家，而勞動市場、工資等因素則會影響營養獲取

的差異，尤其是失業者；Gibney與Lee (1993) 在愛爾蘭都柏林高失業區研究弱勢者、長期失業者攝食營養現況，發現其所攝食的營養素大多不足，尤其是單親媽媽，且基本營養所需費用往往超過他們的社會救助金，這結果反映出弱勢者與失業者的飲食、營養所面臨的窘境。

(五) 在「壓力處理」部分，Brown與Gary (1988) 研究美國245名社區黑人婦女，將之分為職業婦女與失業婦女，結果發現，失業婦女比職業婦女更顯著鬱悶。Hagquist與Starrin (1996) 在瑞典針對未滿25歲的失業青年進行研究，結果發現，青年人失業和心理健康狀況不佳之間有明確的關係，有四分之一的男性、二分之一的女性，在失業後都自覺自己的心理壓力愈來愈糟。其他研究也指出，嚴重者甚至在自殺和事故傷害發生機率會較一般人顯著高(Lai, Chan, & Luk, 1997)，顯示出失業者壓力處理、紓解能力欠佳，身上累積許多壓力，並影響健康。

(六) 在「自我實現」部分，Herr (1989) 認為，應注重職業發展與心理健康之間的關係，並建議可提供失業者職涯信息、支持、鼓勵和技能，進而提高個人的能力，減少感受社會隔離，透過技能培養或心理教育的方法，幫助失業者提高自我實現感。Goldsmith、Veum與Darity (1997) 驗證眾多心理學家提出失業會對個人造成永久心理疤痕，結果發現，女性青年在失業經驗後，自尊會受到影響，其損害是類似於一個汙點且長久，也影響其社會參與的程度，顯見失業者之人生目標實現會因而被影響。Price、Friedland與Vinokur (1998) 也發現，失業者對自我的認同會因社會地位低落、幸福感降低、失業烙印(stigma)等，而產生負向認同。

四、背景變項

背景變項對健康生活型態也具有影響力，有文獻顯示，女性表現較男性佳(劉美蘭等，2011；Johnson, 2005)，也有文獻指出男性表現較佳(李麗晶、劉潔心、季力康、卓俊伶，2008；許家得、黃憲鐘、莊宜達，2010)。在Hui (2002) 研究香港護士、李美英與陳俊瑜 (2010) 研究美髮從業人員、Chen、Wu、Hwang與Li (2010) 探討代謝症候群成人等研究中都發現，「年

齡」是一項重要的決定因素，並與健康生活型態表現呈負相關。邱靜如與劉貴雲（2003）研究職場員工發現，「教育程度」愈高對「運動」的需求愈大、對「人際溝通」的需求愈小。林進文（2008）研究原住民中年婦女發現，「教育程度」愈高者，其「營養」愈好。以上研究普遍認為「教育程度」愈高，其表現愈佳，婚姻狀況普遍為「已婚者」表現較佳（李怡娟、陳慈立、吳淑芳，2004；林思嫻、陳政友，2006；林雅雯等，2003；胡藍文、何雅芳、林碧珠，2012；陳妮婉、張彩秀、張淑萍、宋琇鈺，2011；Simmons, 1993）。李怡娟等人（2004）研究社區保健志工發現，「無宗教信仰者」得分較好；但在一些職場勞工的研究中發現，「有宗教信仰者」表現較佳（吉慶萍、黃娟娟，2012；陳妮婉等，2011）。

綜上，勞工失業經驗與健康議題可受廣泛性的探討，而我國原住民族受限於居住環境資源、在地產業及個人競爭條件不足等，而導致原住民族失業率較高（行政院原住民族委員會，2013），此結果往往會影響健康，所以是需要受關注的。本研究以勞動部勞動力發展署長期推動之就業促進措施——「多元就業開發方案」設計研究架構，利用其方案具有推介失業勞工就業之特性，可藉以與原機構勞工比較失業經驗的分布與影響，並選擇行政院核定全縣皆為原住民族地區之花蓮縣（行政院原住民族委員會，2014）做為研究對象範圍，探討勞工的失業經驗、族群與健康生活型態之相關，並總結研究結果提具建議，盼能提供我國職場健康促進另一新思維，俾利弱勢族群、具有失業經驗等勞工之健康促進。

五、研究目的

（一）了解研究對象背景變項、族群、失業經驗與健康生活型態之現況。

（二）分析研究對象背景變項、族群、失業經驗與健康生活型態之關係。

（三）探討控制背景變項後，研究對象族群、失業經驗對其健康生活型態的預測力。

貳、材料與方法

一、研究架構

為探討勞工的失業經驗、族群與健康生活型態之分布現況及相關，由前述研究動機、目的及文獻分析的結果，擬訂本研究之研究架構。

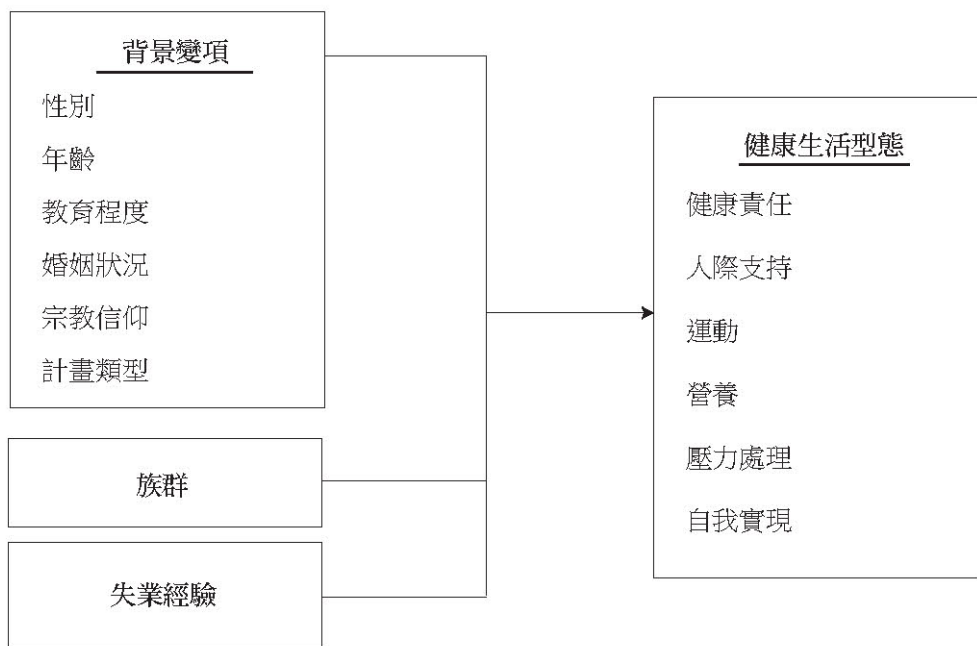


圖1 研究架構圖

二、研究對象

(一) 母群體

以勞動部勞動力發展署北基宜花金馬分署2014年核准執行多元就業方案計畫花蓮縣機構的總現職勞工數為母群體，推介失業勞工306人、原在職勞工

149人，總現職勞工人數共計455人。

（二）樣本

本研究母群體人數總計455人，參照Krejcie與Morgan (1970) 之抽樣規模原則，應抽取210人為樣本。

為避免研究對象先前健康狀況已不佳，而導致失業與健康之因果反置，產生「逆選擇」影響樣本代表性（陳秋蓉、江東亮、鄭雅文，2004），研究者於「失業經驗」變項量表中設計一收案篩選題項「失業原因是否為本身傷病、健康不佳所致？」，選項填答為「是」者，表示可能會有因健康影響而失業之「逆選擇」狀況，故排除為研究樣本。在考量篩選排除率、問卷回收及廢卷率等，以七成有效樣本數推估，共應抽取273人為樣本。

1. 抽樣方法：採取分層隨機抽樣法，以是否為勞動部勞動力發展署北基宜花金馬分署所推介失業經驗勞工來分層，依其人數比率估算，推介失業經驗勞工應抽出184人，原在職勞工應抽出89人為調查樣本。

2. 總問卷發放273份，回收255份，有效樣本數為217份，有效回收率85.1%。

3. 樣本的代表性：為了解本研究抽樣樣本的代表性，根據研究母群體屬性是否經推介上工之人數及性別等分布，以適合度檢定 (goodness-of-fit test) 進行考驗。結果顯示，研究對象「是否經推介上工」之人數分布 ($\chi^2 = 3.5, p > .05$)、「性別」之人數分布 ($\chi^2 = 0.2, p > .05$) 符合母群體之分布情形（如表1）。

三、研究工具

針對研究目的，再參考相關文獻以及彙整專家學者所提供之意見後，設計出包含以下內容之結構式問卷，內容包括以下：

（一）背景變項：性別分為「男性」、「女性」；年齡以出生年月計算實際年齡；教育程度以最高學歷為主，分為「初國中以下」、「高中高職」、「大專院校以上」等；婚姻狀況分為「未婚」、「結過婚」等；宗

表1

研究對象樣本適合度檢定

變項名稱	母群體	樣本數	χ^2
是否經推介上工			3.5
推介失業經驗勞工	306	133	
原在職勞工	149	84	
性別			0.2
男性	115	58	
女性	340	159	

教信仰分為「無宗教信仰」、「有宗教信仰」等；計畫類型係指研究對象受僱的單位，依其經營目的、公益性、組織規模等不同，而分為「經濟型計畫」、「社會型計畫」兩類。

（二）族群：分為「漢族」、「原住民族」。

（三）失業經驗：採國際勞工組織 (International Labour Organization, ILO) 失業定義，並參考章英華與傅仰止 (2002) 測量失業經驗問卷後自擬失業經驗調查問卷，主要以「五年內失業經驗次數」了解研究對象在失業經驗情形，失業經驗次數愈多，也表示失業經驗愈多。

（四）五年內失業經驗次數：係指研究對象五年內共有多少次失業經驗？在近五年內是否曾因為本身傷病或健康不佳導致失業：分為是、否。為避免研究對象先前健康狀況不佳，而導致失業因果反置，影響樣本代表性，故設計收案條件篩選題項，選項填答為「是」者排除為研究樣本。

（五）健康生活型態量表：引用國內學者陳美燕等人 (1997) 修訂測試的健康促進生活方式量表 (health promoting life style profile, HPLP)，其先參採 Walker 等人 (1987) 所提出之健康促進生活型態英文版本，進行中文化過程（包含量表翻譯、專家內容效度、Cronbach's α 、因素分析、同時效度），建置適合我國成人評估之中文版本。其包含「健康責任」八題，係指在生活中關心自我健康、與健康或衛生專業人員討論健康相關資訊與議題、閱讀或獲取健康相關資訊及參與有關健康促進、保健的活動等；「人際支持」六

題，係指樂於和親近的朋友保持聯絡，具有良好的人際支持，對他人關心並建立彼此良好互動等；「運動」六題，意謂從事運動活動。如參與社區運動相關的活動等；「營養」五題，包含日常中健康飲食型態，例如：三餐定時定量、均衡攝取基本營養素等；「壓力處理」七題，係指能讓自我放鬆、會注意自我情緒波動和自己有降低壓力的方法等；「自我實現」八題，指在生活中有目標、會朝設定的目標邁進、有積極上進的人生觀和對生命樂觀等。答題採用Likert-Scale五分量表之形式，得分愈高表示其分項表現愈佳。在問卷效度部分，採用專家內容效度、建構效度及同時效度等做為測量方法，經因素分析後，共有六個因素層面，總題數40題，具有良好測量結果。在問卷信度部分，分析結果顯示共可解釋48.19%的變異量，此新版量表之內容一致性為.92，分量表則介於.69~.84之間，具有良好的內部一致性（陳美燕等，1997）。

四、統計分析

本研究採取量化方法進行資料分析，以SPSS for Windows 20.0版、IBM SPSS Amos 21.0版統計套裝軟體為輔助工具，顯著水準均以 $\alpha = .05$ 為標準。以次數、百分率描述類別變項；以平均值、標準差、最大值、最小值描述連續變項。推論性統計以單因子多變量變異數分析 (one-way MANOVA)，檢定背景變項及族群不同水準時，健康生活型態是否有顯著差異；當整體Wilks' Lambda達顯著差異時，再採單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 區別健康生活型態各分項之顯著關係。以典型相關分析 (canonical analysis) 研究對象年齡變項及失業經驗與健康生活型態間的關係，以結構方程模式 (structural equation modeling, SEM) 探討控制研究對象背景變項後，失業經驗及族群對其健康生活型態之預測程度。

參、結果與討論

一、描述性統計

研究對象性別以女性較多 (73.3%)；年齡為30～39歲較多 (34.1%)；教育程度以大專院校以上為主 (46.5%)；且多為結過婚 (71.4%)，有宗教信仰 (79.7%)，受僱單位多以經濟型計畫 (73.3%) 為主。族群方面，漢族者130人 (59.9%)、原住民族者87人 (40.1%)。研究對象之近五年失業經驗次數，平均值為1.20次；前一次失業累積月份，平均值為4.06個月（如表2）。健康生活型態屬中上程度，其中各分項單題平均表現以「人際支持」最佳，其他依序為「自我實現」、「營養」、「壓力處理」、「運動」，最差則為「健康責任」（如表3）。

二、研究對象背景變項、族群及失業經驗與健康生活型態之關係

（一）經單因子多變量變異數分析，整體而言，研究對象「健康生活型態」會因「族群」不同而有顯著差異 ($Wilks \Lambda(1,215) = 0.91, p < .010$)，而其中又以「健康責任」($F(1, 215) = 9.71, p < .008$)、「人際支持」($F(1, 215) = 7.27, p < .008$)、「運動」($F(1, 215) = 11.26, p < .001$)及「壓力處理」($F(1, 215) = 18.12, p < .001$)達顯著，再經事後比較發現，漢族之「健康責任」、「人際支持」、「運動」及「壓力處理」表現皆優於原住民族（如表4）。「健康責任」、「人際支持」與「壓力處理」結論和Ko與Chen (2010) 研究臺灣漢族和原住民婦女健康促進生活型態結果相似，但「運動」結果卻是相反，表示研究對象為原住民族者在運動表現上需要再加強；而倘以研究變項「族群」分割比較也發現，原住民族在「運動」次量表六題答分皆比漢族較低，也如同原住民族委員會所發現，近年原住民族群健康狀態遠不及一般社會，盼介入改善計畫，透過環境與家戶整潔、健康減重、減壓及活力健康操

表2

研究對象背景變項、族群、失業經驗分布情形

變項名稱	最小值	最大值	平均值	標準差	人數	%
背景變項						
性別						
男					58	26.7
女					159	73.3
年齡	20	76	42.66	10.84		
29歲以下					21	9.7
30~39歲					74	34.1
40~49歲					54	24.9
50~59歲					55	25.3
60歲以上					13	6.0
教育程度						
初國中以下					35	16.2
高中高職					81	37.3
大專院校以上					101	46.5
婚姻狀況						
未婚					62	28.6
結過婚					155	71.4
宗教信仰						
無宗教信仰					44	20.3
有宗教信仰					173	79.7
計畫類型						
經濟型計畫					159	73.3
社會型計畫					58	26.7
族群						
漢族					130	59.9
原住民族					87	40.1
失業經驗						
五年內失業經驗次數	0	10	1.20	1.76		

註：N=217人。

表3

研究對象健康生活型態量表施測結果整體比較

分項名稱	題數	單題平均值	整體量表			
			最小值	最大值	平均值	標準差
健康責任	8	2.88	8	40	23.01	7.99
人際支持	6	3.93	6	30	23.57	4.05
運動	6	3.02	7	30	18.11	5.25
營養	5	3.78	9	25	18.90	3.30
壓力處理	7	3.53	11	35	24.69	5.04
自我實現	8	3.89	8	40	31.10	5.42

等方式，並注重心靈成長，協助其喚回自信心、發展自我潛能、促進良好生活品質（行政院原住民族委員會，2014）。

經典型相關分析結果，研究對象「健康生活型態」之整體表現與「年齡」（ $p = .37$, Wilks $\Lambda = 0.87$, $p < .001$ ）及「五年內失業經驗次數」（ $p = .38$, Wilks $\Lambda = 0.87$, $p < .001$ ）有關，再進一步了解此兩變項與健康生活型態各分項的關係發現，「年齡」愈大，其「營養」表現也愈高（ $p = .21$, $F = 9.88$, $p < .008$ ）；「五年內失業經驗次數」愈多，而「健康責任」（ $p = -.33$, $F = 26.40$, $p < .001$ ）、「運動」（ $p = -.34$, $F = 27.22$, $p < .001$ ）、「營養」（ $p = -.19$, $F = 7.63$, $p < .008$ ）、「自我實現」（ $p = -.20$, $F = 9.05$, $p < .008$ ）、「壓力處理」（ $p = -.22$, $F = 11.32$, $p < .008$ ）等表現卻愈差（如表5）。

研究對象「健康責任」與「五年內失業經驗次數」呈負關係，如同 Comino 等人 (2003) 研究社區顯示，失業者缺乏經濟來源而對自我「健康責任」較不注重。「運動」與「五年內失業經驗次數」呈負關係，就如同 Wadsworth 等人 (1999) 長達33年之世代研究結果發現，具有失業經驗者在運動頻率上顯著較差。研究對象之「營養」與「年齡」、「五年內失業經驗次數」有關，且研究對象年齡愈小、失業經驗次數愈多者，其表現愈差；年齡部分研究結論和 Chen 等人 (2010) 研究代謝症候群成人，以及廖韋淳、邱立安與邱修平 (2012) 研究相符，年齡愈長者對飲食營養需求愈注重，所以表現

表4

研究對象背景變項、族群與健康生活型態之單因子多變量變異數分析

變項	Wilks Λ	單變量 F 值					
		健康 責任	人際 支持	運動	營養	自我 實現	壓力 處理
性別	0.95	1.82	0.37	6.15	3.98	0.02	2.42
①男							
②女							
教育程度	0.95	0.66	1.41	2.29	0.25	1.58	2.14
①初／國中以下							
②高中高職							
③大專院校以上							
婚姻狀況	0.95	0.20	0.08	2.36	2.27	0.01	0.13
①未婚							
②結過婚							
宗教信仰	0.99	0.89	1.58	0.06	0.08	1.42	0.15
①無							
②有							
計畫類型	0.95	0.23	1.55	2.16	0.51	1.02	0.73
①經濟型計畫							
②社會型計畫							
族群	0.91**	9.71††	7.27††	11.26†††	2.93	3.66	18.12†††
①漢族		① > ②	① > ②	① > ②			① > ②
②原住民族							

註：1. 多變量分析 $\alpha = .05$ 。2. 單變量分析 $\alpha = .008$ （因有六個分項，各分項顯著水準為總 $\alpha = .05$ 之六分之一）。** $p < .01$. †† $p < .008$. ††† $p < .001$.

較好。另外，在失業經驗部分，如同Gibney與Lee (1993) 研究弱勢族群結果發現，長期失業者攝食「營養」現況，其所能攝食到的營養素大多不足。研

究對象在「自我實現」與「五年內失業經驗次數」上呈負相關，如同Price、Friedland與Vinokur (1998) 研究社區居民結果發現，失業者對自我認同會因社會地位低落、幸福感降低、失業烙印 (stigma) 等，使得失業者對自己的產生負向認同。研究對象的「壓力處理」與「五年內失業經驗次數」呈負關係，如同Brown與Gary (1988) 研究社區居民結果發現，失業者比就業者更具有壓力狀況。

表5

研究對象年齡、五年內失業經驗次數對健康生活型態之典型相關顯著考驗

自變項	依變項	Wilks Λ	ρ	F
年齡	健康生活型態	0.87***	0.37	
	健康責任		0.12	3.20
	人際支持		-0.08	1.36
	運動		-0.11	2.76
	營養		0.21	9.88††
	自我實現		0.01	0.01
	壓力處理		0.04	0.26
五年內失業經驗次數	健康生活型態	0.87***	0.38	
	健康責任		-0.33	26.40†††
	人際支持		-0.10	2.29
	運動		-0.34	27.22†††
	營養		-0.19	7.63††
	自我實現		-0.20	9.05††
	壓力處理		-0.22	11.32††

註：1. 多變量分析 $\alpha = .05$ 。

2. 單變量分析 $\alpha = .008$ （因有六個分項，各分項顯著水準為總 $\alpha = .05$ 之六分之一）。

*** $p < .001$. †† $p < .008$. ††† $p < .001$.

三、研究對象背景變項、族群及失業經驗對健康生活型態的預測力

分析方式係採MIMIC (multiple indicator multiple cause) 模式，此模式特性為潛在變項，同時具有因的指標 (causal indicators) 和果的指標 (effect indicators) (MacCallum & Browne, 1993)，在各變項之路徑中，若為「單向箭頭」，則起始處之變項稱為外生潛在變項 (latent exogenous variables)，即為自變項，而箭頭所指到之變項稱為內生潛在變項 (latent endogenous variables)，即為依變項；若圖形有雙箭頭則表示兩個變項間有共變關係，但沒有因果關係，即沒有直接效果（榮泰生，2008）。依據文獻內容及研究設計探討方向，本研究背景變項、族群及失業經驗間皆設定為雙箭頭，但為不使圖形過於複雜，本研究模式圖未將各共變關係呈現於當中。

（一）資料的前處理

本研究中之「性別」、「教育程度」、「婚姻狀況」、「宗教信仰」、「受僱單位執行計畫」及「族群」等變項，屬於類別變項，故須先將這些自變項轉換為虛擬變項 (Dummy variable)，才能進入模式分析，而「年齡」及「五年內失業經驗次數」等為連續變項，直接進行模式分析。

（二）常態性檢定

違反多變量常態分配的條件會導致高估 χ^2 值及低估參數估計值的標準誤，常以skew絕對值 <3 、kurtosis絕對值 <8 、c.r.值 <1.96 等範圍，判定為符合常態性（榮泰生，2008）。由分析數據得知，模式中skew絕對值為0.13~1.84、kurtosis絕對值為0.06~2.82、c.r.值為1.49，結果顯示本研究模式符合常態性檢定，故可進一步執行評鑑模式適配度。

（三）違犯估計（offending estimates）檢查與評鑑模式適配度

本研究違犯估計分析結果符合Hair、Anderson、Tatham與Black (1998) 的定義：無負的誤差變異數存在、標準化係數不超過或太接近1。而模式適配度部分，雖然 χ^2 值判定為不適配，但絕對適配度指數GFI、SRMR及RMSEA判定為優良適配；且增值適配度指數及簡約適配度指數，皆判定為可接受適配。綜合上述指數，排除 χ^2 指標常因受大樣本數的影響因素 (Bollen, 1989)，多數指數皆判定為優良或可接受適配，故本研究評鑑模式適配度係良好，模式不須經過修正。

（四）結構方程模式的估計結果

圖2為研究對象背景變項、族群及失業經驗影響「健康生活型態」之結構方程模式圖，另從表6及表7得知「健康生活型態」多元相關係數為.212，表示研究對象背景變項、族群及失業經驗可解釋其總變異量達21.2%，其中以「族群」($\beta = 0.24, p < .001$)及「五年內失業經驗次數」($\beta = -0.29, p < .001$)為主要預測變項，有關主要預測變項之估計值及效果值，從表6可知道「族群」對「健康生活型態」各分項之總效果值，其中影響效果最大為「壓力處理」.202，其他依序為「運動」.199、「健康責任」.184、「自我實現」.162、「人際支持」.134，影響效果最小的為「營養」.122；另外，亦可知「五年內失業經驗次數」對「健康生活型態」各分項之總效果值，其中影響效果最大為「壓力處理」-.244，其他依序為「運動」-.240、「健康責任」-.222、「自我實現」-.195、「人際支持」-.162，影響效果最小的為「營養」-.147。

綜上研究結果發現，研究對象背景變項、族群及失業經驗可解釋「健康生活型態」其總變異量達21.2%，其中「族群」及「五年內失業經驗次數」為主要預測變項，表示控制背景變項後，研究對象為漢族、五年內失業經驗次數愈少者，其「健康生活型態」愈佳。上述的結構方程模式符合常態性檢

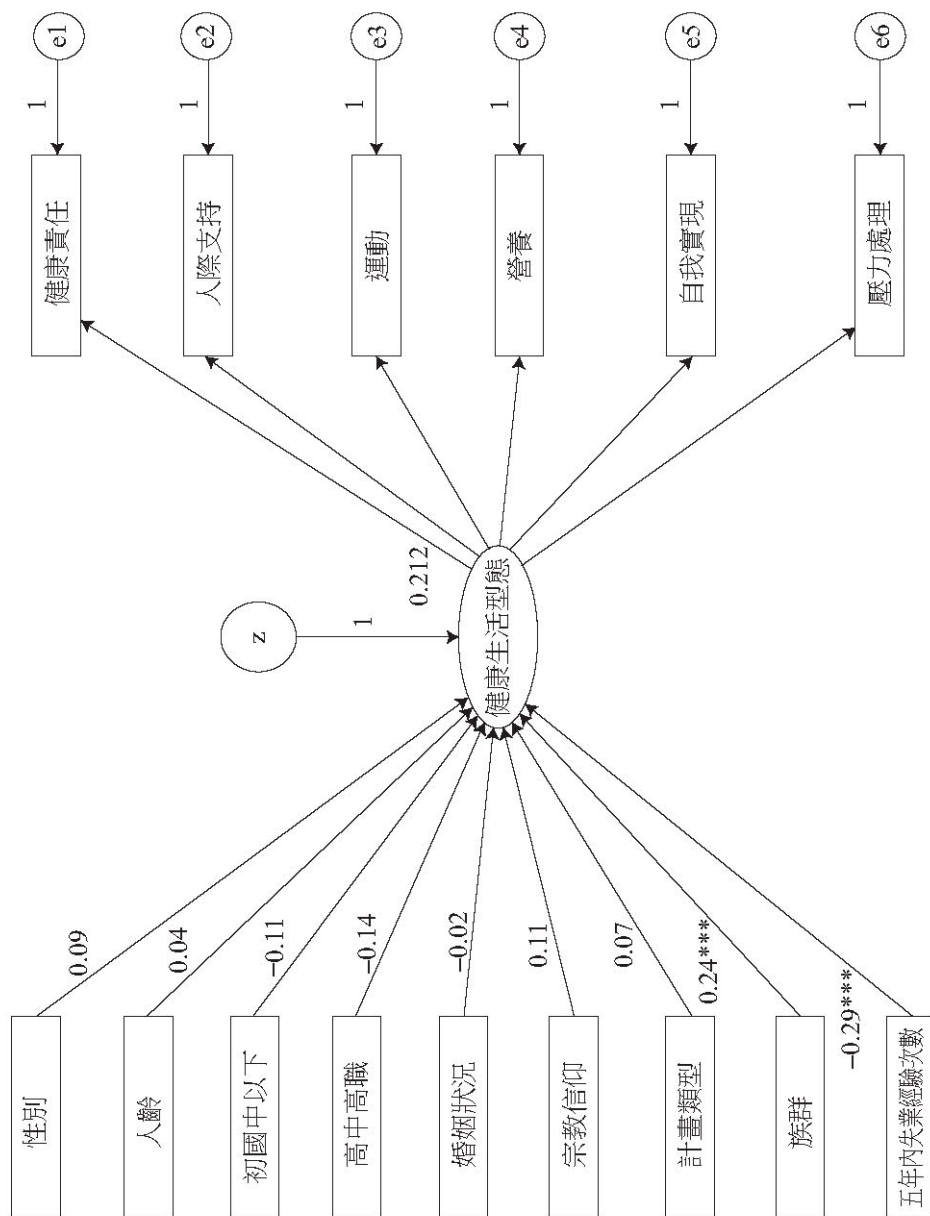


圖2 影響研究對象健康生活型態結構方程模式圖

表6

影響研究對象健康生活型態結構方程模式之多元相關係數平方、總效果值

依變項	R^2	總效果值		
		五年內失業經驗次數	族群	健康生活型態
健康生活型態	0.212	-0.290	0.240	0.000
壓力處理		-0.244	0.202	0.842
自我實現		-0.195	0.162	0.672
營養		-0.147	0.122	0.508
運動		-0.240	0.199	0.830
人際支持		-0.162	0.134	0.558
健康責任		-0.222	0.184	0.766

表7

影響研究對象健康生活型態結構方程模式之各項係數摘要表

自變項	依變項	B	β	S.E.	C.R.	P
性別	→ 健康生活型態	1.29	0.09	0.9	1.39	0.170
年齡	→ 健康生活型態	0.02	0.04	0.1	0.43	0.670
初國中以下	→ 健康生活型態	-1.74	-0.11	1.4	-1.22	0.220
高中職	→ 健康生活型態	-1.75	-0.14	1.0	-1.80	0.070
婚姻狀況	→ 健康生活型態	-0.32	-0.02	1.0	-0.32	0.750
宗教信仰	→ 健康生活型態	1.73	0.11	1.1	1.60	0.110
計畫類型	→ 健康生活型態	1.02	0.07	0.9	1.09	0.280
族群	→ 健康生活型態	3.00	0.24	0.9	3.48	<.001
五年內失業經驗次數	→ 健康生活型態	-1.01	-0.29	0.2	-4.22	<.001

定，模式整體適配度良好，代表研究模式與實際觀察資料分布相符合，且「族群」及「五年內失業經驗次數」影響「健康生活型態」內觀察變項效果值，其中最高者為「壓力處理」，其次為「運動」，其他依序為「健康責任」、「自我實現」、「人際支持」、「營養」。

許多文獻結果也認為，原住民族在健康生活型態表現較差，「壓力處

理」部分與Ko與Chen (2010) 研究結果相似，認為漢族的表現比原住民族較好。但是，在「運動」部分此結果漢族表現較好，此與吳英枝（2008）、Ko與Chen (2010) 研究結果不相同，但與原住民族委員會調查原住民健康狀況結果相似（行政院原住民族委員會，2014），應注重部落運動活動推展；另外，在失業經驗部分，與Lai等人 (1997)、Brown與Gary (1988) 等研究結果相似，發現失業者比就業者更具有壓力狀況，都自覺自己的心理壓力會愈來愈糟，也如同黃坤祥（2001）提及原住民於就業中面臨不同壓力，應給予輔導，注重原住民勞工紓壓的管道；而Wadsworth等人 (1999) 研究結果也發現，具有失業經驗者之運動頻率顯著較差，且累積失業期間愈長其狀況愈差，與本研究結果相似。

伍、結論

一、本研究對象漢族與原住民族比例相當，約三比二；近五年失業經驗次數，平均值為1.2次，但最大值高達10次；前一次失業累積月份，平均值為4.06月，但最大值為10年，這也顯示出研究對象長期失業經驗的嚴重程度。研究對象之健康生活型態屬中上程度，其中表現以「人際支持」最佳，其他依序為「自我實現」、「營養」、「壓力處理」、「運動」，最差則為「健康責任」。

二、研究對象健康生活型態整體表現與「年齡」、「族群」及「五年內失業經驗次數」有關。進一步分析發現，「年齡」與健康生活型態中的「營養」有關，而年齡愈大營養表現愈佳；「族群」與健康生活型態中的「健康責任」、「人際支持」、「運動」及「壓力處理」有關，而漢族在這些項目的表現優於原住民族；「五年內失業經驗次數」與健康生活型態中的「健康責任」、「運動」、「營養」、「自我實現」、「壓力處理」有關，而五年內失業經驗次數愈大，在這些項目的表現則愈差。

三、研究對象之「背景變項」、「族群」及「失業經驗」可有效預測整體「健康生活型態」，並可解釋其總變異量約21.2%，其中以「族群」及

「五年內失業經驗次數」為主要預測變項。研究對象為漢族、五年內失業經驗次數愈低者，其「健康生活型態」愈佳；且「族群」及「五年內失業經驗次數」對「健康生活型態」內各分項的影響，最大者為「壓力處理」，其次為「運動」，其他依序為「健康責任」、「自我實現」、「人際支持」、「營養」。

陸、建議

一、加強原住民地區勞工健康促進

（一）本研究顯示，原住民族在健康生活型態的表現相對較低，而花蓮縣地區狹長，由南至北，環境條件差異大，在健康生活型態相關資訊也受其影響，應多注重偏遠山區職場員工健康促進，並可制定獎勵政策增加相關資源注入。

（二）本研究顯示，勞工對於健康生活型態資訊、知識較不足，建議衛生與勞政單位應加強職場員工個人相關知識與技能，注重個人增能。

（三）本研究顯示勞工健康生活型，影響效果最大者為「壓力處理」，其次為「運動」，其他依序為「健康責任」、「自我實現」、「人際支持」、「營養」。建議可依此結果推動相關計畫，例如：壓力來源與紓解課程、健康體適能概念、成長團體與同儕關係、飲食技巧與知識等，並且特別關心原住民族、失業經驗次數多者及弱勢族群。

二、降低失業、增加就業機會

（一）因本研究結果顯示，倘研究對象失業經驗愈多次，其健康生活型態表現也愈不佳，並為最主要影響因子，所以在源頭即須介入防制，除了降低失業率是必需的，也要增加失業者就業機會，避免經濟短缺影響物質需求取得，例如：就醫服務、健康飲食、運動設備、社交往來等。尤以原住民族地區更需加強，以縮短原住民族與一般國人失業率差距。

(二) 宣導抑止一切就業歧視，增加職場工作氣氛與和睦，減少職場壓力源。

三、對未來研究的建議

(一) 未來可參考本研究結果，設計衛生教育或計畫介入，探討具失業經驗者對健康行為之知識、態度與行為改變的成效。

(二) 本研究因研究人力、物力等因素之限制，研究對象僅限於花蓮縣多元就業開發方案執行單位員工，未來建議可將研究母群體擴及其他縣市或臺灣地區，並針對不同行業別等，採以全面性的調查分析，促使研究資料更完整，供作全國施政方向的參考。

(三) 本研究失業與健康因果關係採研究對象自述，尚非屬明確，建議未來可採用關廠工人追蹤、勞保資料及健保資料連檔方式，明確控制因果關係，俾利研究結果更精準。

參考文獻

一、中文部分

中華民國統計資訊網（2013）。各國（地區）失業率。取自<http://www.stat.gov.tw/mp.asp?mp=4>

吉慶萍、黃娟娟（2012）。國小教師健康促進生活型態、情緒管理與自覺疲勞感之相關研究—以臺中市為例。*運動與健康研究*，1（2），21-56。

行政院主計總處（2013）。近20年我國失業人數與勞動力參與率趨勢。取自<http://www.dgbas.gov.tw/ct.asp?xItem=32985&CtNode=4943&mp=1>

行政院原住民族委員會（2013）。就業狀況調查統計。取自<http://www.apc.gov.tw/portal/docList.html?CID=19F6DD25969C101D>

行政院原住民族委員會（2014）。100年原住民族人口及健康統計年報。取自<http://www.apc.gov.tw/portal/docList.html?currentPage=2&CID=217054CAE51A3B1A>

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，臺東縣。

李怡娟、陳慈立、吳淑芳（2004）。社區保健志工充能程度及其健康促進生活型態行為之探討：以三芝鄉為例。*榮總護理*，21（4），389-399。

李美英、陳俊瑜（2010）。美髮從業人員工作壓力與健康促進生活型態之研究。*耕莘學報*，7（4），41-55。

李麗晶、劉潔心、季力康、卓俊伶（2008）。學生運動員的健康促進生活型態：性別差異及相關變項。*臺灣運動心理學報*，12，25-37。

林武雄（1991）。臺北市國小學生健康生活型態研究。臺北市：師大書苑。

林思嫻、陳政友（2006）。宜蘭縣高中（職）教師健康促進生活型態及相關因素之研究。*衛生教育學報*，26，33-53。

林進文（2008）。原住民中年婦女自覺健康狀況與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，臺東縣。

- 林雅雯、游琇茜、翁政玉、黃于晏、楊琇惠、劉智綱（2003）。醫院員工健康促進生活型態及其決定因素之探討：以新竹某區域教學醫院為例。*醫務管理期刊*，4（4），77-90。
- 邱靜如、劉貴雲（2003）。職場員工對健康促進活動認知、態度、需求、參與情形與健康生活型態之現況及相關因素探討。*健康促進暨衛生教育雜誌*，23，29-42。
- 胡藍文、何雅芳、林碧珠（2012）。臨床護理人員健康促進生活型態及其相關因素。*護理暨健康照護研究*，8（4），257-268。
- 章英華、傅仰止（2002）。臺灣地區社會變遷基本調查計畫：第四期第二次調查計劃執行報告。臺北市：中央研究院民族學研究所。
- 許家得、黃憲鐘、莊宜達（2010）。網球選手健康生活型態研究。*輔仁大學體育學刊*，9，181-192。
- 陳妮婉、張彩秀、張淑萍、宋琇鈺（2011）。護理人員健康促進生活型態與生活品質之關係探討。*澄清醫護管理雜誌*，7（2），27-37。
- 陳秋蓉、江東亮、鄭雅文（2004）。勞工失業與勞工健康情形探討。臺北市：行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所。
- 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。
- 黃坤祥（2001）。原住民文化、教育與工作權之探討（上）。*勞資關係月刊*，20（1），27-33。
- 廖韋淳、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。
- 榮泰生（2008）。*AMOS與研究方法*（第二版）。臺北市：五南。
- 劉俐蓉、黃松元（2005）。臺北市計程車司機工作壓力、健康促進生活方式與吸菸、飲酒、嚼檳榔行為之相關研究。*中華職業醫學雜誌*，12（4），203-214。
- 劉美蘭、康雅菁、陳俊瑜、張斯蘭（2011）。某高科技產業代謝症候群盛行率與員工健康概念、健康促進生活型態之相關性研究。*健康管理學刊*，9（1），

57-73。

蔡淑鈴、藍忠孚、李丞華、周穎政（2004）。失業與醫療利用。臺灣公共衛生雜誌，23（5），365-376。

錢再見（2005）。論失業弱勢群體社會網路的斷裂與重構。南京師大學報（社會科學版），6，14-18。

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。

二、英文部分

Abate, N., & Chandalia, M. (2007). Ethnicity, type 2 diabetes & migrant Asian Indians. *Indian Journal of Medical Research*, 125(3), 251-258.

Anthony, D., Baggott, R., Tanner, J., Jones, K., Evans, H., Perkins, G., & Palmer, H. (2012). Health, lifestyle, belief and knowledge differences between two ethnic groups with specific reference to tobacco, diet and physical activity. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2496-2503.

Bollen, K. A. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods & Research*, 17(3), 303-316.

Brown, D. R., & Gary, L. E. (1988). Unemployment and psychological distress among black American women. *Sociol Focus*, 21(3), 209-221.

Chen, Y. C., Wu, H. P., Hwang, S. J., & Li, I. C. (2010). Exploring the components of metabolic syndrome with respect to gender difference and its relationship to health-promoting lifestyle behaviour: A study in Taiwanese urban communities. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3031-3041.

Comino, E. J., Harris, E., Chey, T., Manicavasagar, V., Penrose, W. J., Powell, D. G., & Harris, M. F. (2003). Relationship between mental health disorders and unemployment status in Australian adults. *Australian of New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 230-235.

Dasgupta, P., & Ray, D. (1986). Inequality as a determinant of malnutrition and

- unemployment, I. Theory. *Economic Journal*, 96, 1011-1034.
- Dever, G. E. A. (1976). An epidemiological model for health. *Policy Social Indicators Research*, 2, 453-466.
- Giatti, L., Barreto, S. M., & Cesar, C. C. (2008). Informal work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. *Cad Saude Publica*, 24(10), 2396-2406.
- Gibney, M. J., & Lee, P. (1993). Patterns of food and nutrient intake in a suburb of Dublin with chronically high unemployment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 6(1), 13-22.
- Goldsmith, A. H., Veum, J. R., & Darity, W. (1997). The impact of psychological and human capital on wages. *Economic Inquiry*, 35(4), 815-829.
- Hagquist, C., & Starrin, B. (1996). Youth unemployment and mental health – Gender differences and economic stress. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 5(4), 215-228.
- Hair, J., Tatham, R., Anderson, R., & Black, W. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Bakersfield, CA: Prentice Hall.
- Herr, E. (1989). Career development and mental health. *Journal of Career Development*, 16(1), 5-18.
- Huang, Y. H., & Chiou, C. J. (1996). Assessment of the health-promoting lifestyle profile on reliability and validity. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 12(9), 529-537.
- Hui, W. H. (2002). The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing*, 18(2), 101-111.
- Johnson, R. L. (2005). Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*, 22(2), 130-137.
- Ko, S. H., & Chen, C. H. (2010). Comparison of health-promoting lifestyles between postnatal han taiwanese and indigenous women. *Journal of Nursing Research*, 18(3), 191-198.

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Lai, J. C., Chan, R. K., & Luk, C. L. (1997). Unemployment and psychological health among Hong Kong Chinese women. *Psychological Reports*, 81(2), 499-505.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada.
- Leeflang, R. L., Klein-Hesselink, D. J., & Spruit, I. P. (1992). Health effects of unemployment—I. Long-term unemployed men in a rural and an urban setting. *Social Science & Medicine*, 34(4), 341-350.
- Lobo, J. A. F. (1999). *Late career unemployment: Impacts on self, family and lifestyles/ Francis Lobo and Stanley Parker*. Williamstown, VC: HM Leisure Planning.
- MacCallum, R. C., & Browne, M. W. (1993). The use of causal indicators in covariance structure models: Some practical issues. *Psychological Bulletin*, 114(3), 533-541.
- Olafsson, O., & Svensson, P. G. (1986). Unemployment-related lifestyle changes and health disturbances in adolescents and children in the western countries. *Social Science of Medicine*, 22(11), 1105-1113.
- Powell, M. (1999). *New labor, new welfare state?* Bristol, CT: Polity Press.
- Price, R. H., Friedland, D. S., & Vinokur, A. D. (1998). Job loss: Hard times and eroded identity. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 303-316). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Schutgens, C. A. E., Schuring, M., Voorham, T. A. J., & Burdorf, A. (2009). Changes in physical health among participants in a multidisciplinary health programme for long-term unemployed persons. *BMC Public Health*, 9, 1-11.
- Schwefel, D. (1986). Unemployment, health and health services in German-speaking countries. *Social Science of Medicine*, 22(4), 409-430.
- Scutchfield, F. D. (2004). A third public health revolution: An editorial. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 83-84.
- Simmons, S. J. (1993). Explaining health-promoting lifestyles of Navy personnel.

Military Medicine, 158(9), 594-598.

World Health Organization. (1998). *Definition of health*. Retrieved from <http://www.who.int/about/who/en/definition.html>

Wadsworth, M. E., Montgomery, S. M., & Bartley, M. J. (1999). The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life. *Social Science of Medicine*, 48(10), 1491-1499.

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.

Wang, H. H. (1999). Predictors of health promotion lifestyle among three ethnic groups of elderly rural women in Taiwan. *Public Health Nursing*, 16(5), 321-328.

The Association of Unemployment Experience, Ethnicity and Health Lifestyle among Labors of the Multi-Employment Promotion Program in Hualien County

Ping-Yi Liang* Cheng-Yu Chen**

Abstract

The purpose of this study was to explore the relationship between a worker's unemployment experience, ethnicity, and health lifestyle.

A questionnaire was administered to employees of the Multi-Employment Promotion Program in Hualien county by utilizing a stratified random sampling technique. 273 copies of the questionnaires were distributed, and 217 valid responses were returned. The findings of this study are summarized as follows:

1. The average number of times a person was unemployed 1.2, while the average duration that a person was unemployed 4.06 months. Among the six factors of the health lifestyle tested, the employees scored the highest in interpersonal support and the lowest in health responsibility.

2. One-way MANVOA technique determined, the relationship existed between a person's ethnic background and health lifestyle. Individual of Han descent scored higher performance such as exercise, health responsibility, interpersonal support, stress management than the aboriginal descent.

* Officer, Workforce Development Agency-Taipei-Keelung-Yilan-Hualien-Kinmen-Matsu Regional Branch

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

3. The canonical analysis determined, that a relationship existed between the age of an individual, health lifestyle, and the average number of times they had been unemployed. There was a positive correlation between the age of an individual and nutrition. There was a negative correlation between the average number of times a person was unemployed and exercise, health responsibility, self-actualization, stress management.

4. Structural equation modeling (SEM) determined that a person's background, unemployment experience, and ethnicity can predict the individual's health lifestyle and explain for 21.2% of the variation in the equation. It was found the aborigines and high unemployed times had the least health lifestyle.

Based on the results of the study, suggestions and improvements have been proposed to the health and labor sector to provide employment opportunities to the unemployed and promote health lifestyle to employed individuals in aboriginal areas.

Key words: Unemployment, Multi-employment promotion program, Aborigines, Healthy lifestyle, Worksite health promotion