

基隆地區高中職學生健康促進生活型態及相關因素探討

陳昭伶* 陳政友** 羅惠丹***

摘要

本研究目的在探討基隆地區高中職學生健康促進生活型態及相關因素，採問卷調查法，以基隆地區高中職學生為母群體，經多步驟抽樣法抽取樣本，進行團體施測，共得有效樣本664人。重要發現如下：一、研究對象之健康促進生活型態屬中等程度，六個層面中以「自我實現得分」最高，其次依序為壓力處理、人際處理、營養、運動、健康責任。二、高中生、就讀公立學校、父親健康者、母親健康者、父母管教方式採開明民主、高社經地位、家庭功能良好、家人和朋友對健康活動的支持度高、有參加健康促進課程者，其健康促進生活型態較佳。三、研究對象的健康概念、健康行為自我效能、自覺健康控握、自覺健康狀況與健康促進生活型態彼此間呈顯著正相關。四、健康行為自我效能、健康概念、家庭功能、家人對健康活動的支持、強勢他人外控、公私立學校別等六變項可有效預測健康促進生活型態，其中以「健康行為自我效能」為最佳預測變項。

關鍵字：高中職學生、健康促進生活型態

* 台北市立大直高級中學健康與護理教師

** 國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授

*** 育達商業技術學院講師

通訊作者：陳昭伶

通訊地址：10462 臺北市中山區北安路420號 E-mail: cjlcooky@tp.edu.tw

壹、前言

健康促進是21世紀全球重視的健康議題，健康促進的概念揭示於世界衛生組織在蘇俄聯邦哈薩克首都Alma-Ata所發表的宣言：「全民健康是世界各國的共同目標，且應於公元二千年以前達到全民均健的目標」（health for all by the year 2000），強調個人與群體都有維護和促進健康的責任與義務（引自李蘭，1999）。1986年，第一屆世界健康促進國際研討會，頒訂「渥太華健康促進憲章」，特別提及達成健康促進應採取的基本策略和方向，此後各國開始重視推動健康促進活動，健康促進不僅是個人健康生活型態的養成，更必須是家庭、社區與全民一起實施的行動（引自江東亮，2000）。

而「健康促進」的意涵為何？Laffrey（1985）認為健康促進是指以獲得最高層次的健康為目的所採行的行為。Pender（1987）指出，健康促進不是針對疾病或健康問題之特定預防，健康促進行為具有朝正向成長與改變的實行導向（actualizing tendency），是擴展健康潛能的趨向行為（approach behavior），即是引導個人維護或增進健康、自我實現和幸福美滿的肯定態度，而非預防疾病或避免健康問題的行為。黃璉華（1999）指出健康促進著重於正面的健康，認為健康促進開始於人們還很健康時，即尋求發展社區和個人策略，以協助人們採取有助於維護健康的生活型態。

數十年來台灣地區十大死因已逐漸轉型，民國九十一年台灣地區十大死因年齡結構別死亡的統計資料顯示，15-19歲年齡群的主要死因包括事故傷害、惡性腫瘤、心臟病、自殺等（行政院衛生署，2003）。這些死因和一個人的生活型態有密不可分的關係。依據1974年加拿大衛生福利部長Marc Lalonde所提出的報告，影響人類健康因素有四，分別為：醫療保健體系、生物因素、環境、生活型態，其中生活型態對健康的影響最大，約佔50%（Lalonde, 1974）。

而國人的不健康生活型態，可由以下研究得知端倪。針對台北市15歲以上人口進行調查，發現男性有71.8%、女性有75.1%屬於缺乏運動者（衛生署，1993）；在國人健康行為的初探中，青少年組平均坐著不太動的時間為9.1小時（陳哲喜、林惠生、劉怡紋，2003）。李蘭等（1995）以台灣地區年滿18歲民衆探討其生活型態，顯示抽煙者佔27.6%、喝酒者38.4%、嚼檳榔16.1%、從不運動者41.1%、睡眠不正常之民衆為12.0%。陳富莉、李蘭（2001）發現青少年組有四種不健康的行為型態分別為：不健康的生活方式、不健康的嗜好、使用休閒飲料和從未運動。許多研究指出，吸菸、不健康飲食、缺乏運動、酗酒、藥物濫用、事故傷害等，被證實與死亡率及致病率有

關 (McGinnis & Foege, 1993 ; Centers for Disease Control Prevention, 1996 ; U.S. Department of Health Education and Welfare, 1979) 。

早期學者Belloc等人的追蹤研究報告指出生活型態會使慢性疾病增加；也發現個人若從事每天正常規律吃三餐而不吃零食、每天吃早餐、適度運動（每週二至三次）、每天睡眠7-8小時，維持理想體重、不抽煙，不喝或少量喝酒等七項生活型態則可延長壽命 (Belloc, Breslow, & Hochstim, 1971) 。

由上可知，生活型態是一個人特殊的生活習慣，這些生活習慣影響個人的健康可以是正向的，也可以是負向的，而健康促進的意涵則在執行正向的生活型態 (王秀紅, 2000) 。因此在生活型態的廣視角範圍中，「健康促進」成了實踐健康促進生活型態的「過程」及「結果」的主要角色。因此了解民衆的健康促進生活型態情形，才能以此找出健康問題的所在，及做出健康促進介入的措施。

Pender (1987) 的健康促進模式提出認知知覺因素、修正因素、健康促進行為的參與等三大影響因素，對健康促進決定因素方面的研究提供一個具實證性的概念架構。Pender、Walker、Sechrist 和 Frank-stromborg (1990) 對美國中西部589位員工研究健康促進生活型態，結果發現自我效能、健康概念、自覺健康狀態及健康控握均為預測因子。自我效能理論用於健康促進生活型態的研究中，已被許多研究證實是健康促進生活型態的重要預測因子。其他研究也有類似的發現 (仇方娟, 1997 ; 洪麗玲、高淑芬, 1997 ; 高淑芬, 2001 ; 黃毓華, 1995) 。Feton、Parsons 和 Bartoces (1997) 研究331位僱員，結果發現對健康的看法及定義皆會影響其採行健康促進行為。仇方娟 (1997) 對五專生之研究發現，自覺健康狀況與健康促進生活型態呈正相關。陳美燕、廖張京棣 (1995) 對桃園地區護理學生、黃毓華、邱啓潤 (1997) 探討大學生的研究結果，自覺健康狀況皆為健康行為的預測因子。高淑芬 (2001) 研究技職專科護理學生的健康促進方式，結果證實健康控握是健康促進方式的重要預測因子。

國內許多關於健康促進生活型態方面的研究，對象大多是一般社會大眾如老人及大學生、護理人員、護生等，以高中職生為對象的探討較少。高中職生正值青少年的階段，在生理、心理、認知、情緒及社會各方面的發展有很大的變化，孩童和青少年時期健康習慣的養成與發展，遠比稍後其成年期的行為改變，更有利於健康促進生活型態的建立。因此，了解青少年健康促進生活型態及影響因素，作為實務工作之理論基礎是推展衛生教育的任務之一。所以，本研究擬採用Walker、Sechrist 和 Pender (1987) 對健康生活型態的定義，即健康促進生活型態，包括適當營養、休閒運動、壓力處理、人際支持、健康責任與自我實現等六項行為來探討基隆地區高中職生的健

康促進生活型態以及與健康行為自我效能、健康概念自覺健康狀況、自覺健康控握及社會人口學變項的相關性。

本研究目的如下：

一、瞭解研究對象社會人口學變項、健康概念、健康行為自我效能、自覺健康控握、自覺健康狀況、健康促進生活型態的現況。

二、探討研究對象社會人口學變項、健康概念、健康行為自我效能、自覺健康控握、自覺健康狀況與健康促進生活型態的關係。

三、探討能有效預測研究對象健康促進生活型態之因素。

貳、材料與方法

一、研究架構

本研究根據研究目的以及相關文獻發展出來的研究架構如圖1：

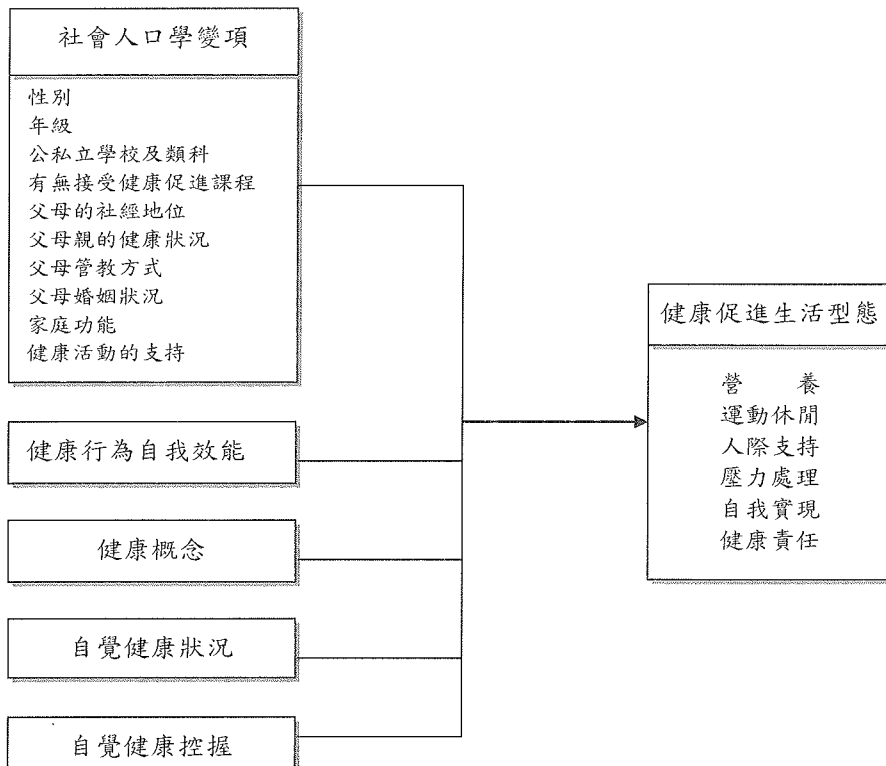


圖1 研究架構圖

二、研究對象

本研究對象以92學年度基隆地區高中職學校全體學生為研究母群體，由教育部的統計資料顯示該學年度學生總人數為13395人。依據Krejciec及Morgan（1970）提議的母群體抽樣曲線標準：當母群體介於15000人左右，其抽樣人數至少應為370-380人，考慮到回收及廢卷的問題，預計抽取兩倍人數；採多步驟抽樣（Muti-stage Sampling）的方式抽取樣本，以班為單位集束抽樣，每班預估40人，依年級分層，1-3年級各抽1班，因此須抽取六所學校，依高中職學校學生人數比例抽出高中3所，高職3所，隨機抽出之學校類別為公立4所、私立2所，共18班進行問卷調查。抽樣總人數為710人。

三、研究工具

本研究採結構式問卷進行調查。問卷包括八部分。使用之研究工具分述如下：

（一）健康促進生活型態量表

採用黃毓華、邱啓潤（1996）根據Walker等人於1987年發展之健康促進生活型態量表，經文化調整後成本土性的中文量表，題目係以提昇健康層次為導向的正向健康行為，不包括預防疾病的行為，共48題，六個分量表。計分方式由「從來沒有」、「偶而」、「時常」、「都是如此」，分別得1至4分，得分越高，表示其健康促進生活型態愈正向。正式施測結果顯示健康促進生活型態量表有相當高的內在一致性（Cronbach's $\alpha=0.94$ ）。每一個分量表的內在一致性分別為（1）自我實現（15題）：Cronbach's $\alpha=0.91$ ；（2）健康責任（10題）：Cronbach's $\alpha=0.85$ ；（3）運動（4題）：Cronbach's $\alpha=0.74$ ；（4）營養（7題）：Cronbach's $\alpha=0.74$ ；（5）人際支持（6題）：Cronbach's $\alpha=0.79$ ；（6）壓力處理（6題）：Cronbach's $\alpha=0.73$ 。

（二）健康概念量表（Health Conception Scale）

採用黃毓華、邱啓潤（1997）依據國外學者Laffrey於1986年發展之量表，用以測量個人對健康定義的認知與看法。原量表有26個題目，包括臨床性健康概念（7題）、角色功能性健康概念（6題）、調適性健康概念（7題）、安寧幸福性健康概念（6題）等分量表，計分方式由「非常不同意」至「非常同意」，分別得1至6分。正式施測結果顯示健康概念量表有相當高的內在一致性（Cronbach's $\alpha=0.93$ ）。每一個分量表的Cronbach's $\alpha=0.84-0.89$ 。

（三）自我效能量表（Self-Rated Abilities for Health Practices Scale）

採高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲（1999）根據Becker et al.於1993年所發展之自評健康行為能力量表。此量表是測量個人對實行健康促進行為能力的信念，包含四個層面的健康促進行為能力，即營養（6題）、運動（8題）、心理安適（7題）、健康責任（7題）等。量表由28個題目組成，每個題目以自評有把握能夠做到的程度，以五點計分，由0%、25%、50%、75%、100%分別得0至4分，得分愈高，表示其健康行為自我效能愈高。正式施測結果顯示自我效能量表有相當高的內在一致性（Cronbach's $\alpha=0.93$ ）。每一個分量表的Cronbach's $\alpha=0.76\sim 0.87$ 。

（四）自覺健康控握量表（Multidimensional Health Locus of Control, Form C）

採用高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲（1999）根據Wallston et al.在1993年所發展之新版多向度健康控制歸因量表Form C，經中文轉譯編製而成。此量表是測量個人對醫療的遵從及執行健康促進行為的主要動機，量表共有18題，包含三個分量表。計分方式採五點計分，由「非常不同意」至「非常同意」，分別得1至5分。正式施測結果顯示自覺健康控握分量表（1）內控型（6題）：Cronbach's $\alpha=0.63$ ；（2）機運外控型（6題）：Cronbach's $\alpha=0.79$ ；（3）強勢他人外控型（6題）：Cronbach's $\alpha=0.66$ 。

（五）自覺健康狀況量表

採用黃毓華和邱啓潤（1997）參考Ware et al.於1994年所發展的一般性健康知覺分量表（General Health Perception of SF-36 Health Status Scale）（5題）和身體健康狀況改變情況（1題）共6題。由「非常差」到「非常好」，分別得1至5分，分數愈高，代表自覺健康狀況愈佳。

（六）家庭功能評估量表：

採用吳麗玉（2002）依據Smilkstein於1982提出的「APGAR家庭功能評估表」評估專科生的家庭功能，共5題，計分方式從「從來沒有」至「都是如此」分別給予1~4分，全量表總分介於0-20分，總分7分以下者為「嚴重障礙」，7-14分為「中度障礙」，15分或以上為「功能良好」。正式施測結果顯示家庭功能評估量表有相當高的內在一致性（Cronbach's $\alpha=0.90$ ）。

（七）健康活動的支持量表：

採用高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲（1999）自行編製的量表，用來評量過去六個月中，親友對健康促進生活型態的協助，分為家人及朋友二份次量表，各6題。「會給予協助」，計分1，「不會給予協助」，計分0，分數愈高，表示對其健康活動的

支持愈高。正式施測結果顯示健康活動支持量表有相當高的內在一致性（Cronbach's $\alpha=0.83$ ）。

（八）社會人口學變項

除了上述量表外，本研究要收集的社會人口學等相關變項包括：性別、年級、公私立學校及類科、父母教育程度、父母職業、父母親的健康狀況、父母管教方式、父母婚姻狀況、參加健康促進課程等共12題。本研究之家庭社經地位指標係引用林生傳（2000）修改Hollingshed設計的「兩因素社會地位指數」（Two Factor Index of Social Position）區分法，將父母親教育程度和職業兩部分各區分為五個等級（1~5分），以父母任一方較高教育程度之分數成以4，職業分數成以7，兩者相加之和為家庭社經地位指數（11-55分），由於次數分配差異懸殊不利推論統計分析，故研究者將家庭社經地位作適度的重新分組，第一級和第二級合併為高社經組，第三級為中社經組，第四級和第五級合併為低社經組。

四、研究步驟

選取樣本之外的三個班級進行預試，預試問卷回收後，進行量表內部一致性分析，完成正式問卷，正式問卷回收664份，回收率93.5%。

五、資料處理與分析

有效問卷使用SPSS12.0版統計套裝程式進行統計分析。有描述性統計、單因子變異數分析、薛費氏事後檢定、皮爾森積差相關、複迴歸分析等統計方法進行分析。

參、結果與討論

一、社會人口學變項

研究對象女生（56.9%）稍多於男生（43.1%）；一至三年級比例大致均衡；高職生略多於高中生；公立學校多過於私立學校（分別為62.8%，37.2%）。父母婚姻狀況有八成為正常；父母親健康狀況約八成為「健康」及「尚可」。父親和母親在生活習慣、人際交友、整體而言的管教方式上，皆以開明民主最多，其次是專制權威。社經地位以低社經者（44.3%）最多，其次為中社經（37.8%），高社經（12.8%）最少。家

庭功能有一半屬中度障礙（54.2%）、其次為良好（39.3%）。對健康活動的支持方面，朋友及家人支持皆以得分5-6分占最多，3-4分其次。有參加過健康促進相關課程者占23.5%，沒有參加者占75.6%。其中課程類型大多是學校課程。

二、健康行為自我效能

健康行為自我效能主要探究研究對象對自己執行各種健康行為認為有把握能做到的程度，在本研究中，研究對象的健康行為自我效能得分指標為63.15，屬中等程度（見表1）。四個分量表得分高低依序為「運動」、「心理安適」、「健康責任」和「營養」。其中運動自我效能以「能夠將運動列入日常規律性的活動中」得分最低（平均2.13），表示養成運動的習慣較難。而「營養自我效能」之得分指標低於50分（46.19），其中以「能夠計算出自己的理想體重」得分最高（平均2.58），以「能吃到營養均衡的食物」得分最低（平均2.34），顯示學生雖能計算自己的理想體重，但是要將營養均衡的觀念融入自己的生活實屬困難，因此，如何教導他們知道營養均衡等知能，並落實於生活中，是今後學校教育應努力的課題。

三、健康概念

研究對象的健康概念總分平均值為107.24，將健康概念量表以「得分指標」處理之〔得分指標=（分量表得分平均值÷滿分數）×100%〕（見表1），得分指標為68.74，屬中等程度。四個分量表中以「調適性」得分最高、其次依序為「角色功能性」、「安寧幸福性」，而「臨床性」得分最低，故整體而言，高中職生的健康概念是較為正向的，較偏向於對週遭環境和生活的調適，對於臨床性健康概念則相對的較差。此研究結果與葉琇珠（2000）對北部某國立大學探討其健康概念的結果相同，也與黃毓華（1995）研究大學生的研究結果相似，皆以「調適性健康概念」得分最高，「臨床性健康概念」得分最低。顯示高中職生和之前的研究族群對健康的看法相同，傾向於具有較多以成長與改變為導向的調適性健康概念，能夠適應外在環境的變化。

四、自覺健康狀況

研究對象自覺健康狀況總分平均值為19.65（總分6-30分），標準差6.31，屬中間程度。各單題中以「我想我的健康會愈來愈壞」平均得分最高（3.50），其次為「我好像比別人容易生病」（3.48）。整體而言，本研究對象認為目前的健康狀況以普通居多（43.5%），與葉琇珠（2000）及黃毓華、邱啓潤（1997）研究大學生感覺自身健康情

形時，亦發現大部分自認為尚可有相似的結果。

五、自覺健康控握

在自覺健康控握方面主要探究研究對象對自己執行健康促進生活型態的主要動機，分為內控、機運外控、強勢他人外控型三個分量表。研究對象的自覺健康控握分量表中以「內控型」（70.10）得分最高、其次為「強勢他人外控型」（64.77），而「機運外控型」（49.47）得分最低（見表1）。此結果與高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲（1999）對員工的研究及李秀蘭（2002）對護生研究結果相同。

六、健康促進生活型態

研究對象的健康促進生活型態得分指標為63.34（表1），屬中等程度。六個分量表中以「自我實現」得分最高、其次依序為「壓力處理」、「人際支持」、「營養」、「運動」，而「健康責任」得分最低。

「自我實現」在本研究之得分最高。此與葉琇珠（2000）對大學生的研究相同，也與黃毓華（1995）的研究結果相似，皆以「自我實現」得分最高。Walker, Volkan, Sechrist, and Pender（1988）研究顯示，無論年輕人或中、老年人，均以「自我實現」得分最高，Duffy、Rossow和Hermande（1996）針對職業婦女的研究亦有同樣發現。由此可知，不同年齡層的人追求最高層次的需求。「自我實現」得分最高為「知道那些是我生命中重要的人、事、物」（平均值為3.18），「讚賞他人的成就」次之，得分最低為「我所設定的目標是實際可行的」（平均值為2.55），顯示高中職生知道什麼對自己是重要的，而且樂意讚美他人，但所設定的目標較不實際。

「壓力處理」得分最高為「知道自己的長處及缺點」（平均值為2.89），其次為「採用某些方法來減輕自己所面臨的壓力」（平均值為2.88），而得分最低為「每天花15至20分鐘鬆弛或冥想」（平均值為2.54）。由此可知高中職生雖知道自己的長處與缺點，但是放鬆的技巧和方法則需加強。因此壓力處理是現代化社會生活中必須學習的一門課，如何因應和調整步伐，是有待加強的一環節。

「人際處理」得分最高為「維持有意義的人際關係（指深層的、非泛泛之交）」（平均值為3.08），得分最低為「與親近的人相互有身體的接觸」（平均值為2.30）。

「營養」得分最高為「每天吃早餐」（平均值為3.53），得分最低為「選用不含防腐劑或其他添加劑的食物」（平均值為2.07）。顯示高中職生知道並執行吃早餐的重要性，但因在外購食便利，對食物的選擇以方便為考量，因此對防腐劑及添加物的要

求限制便相對的下降。因此，必須加強正確的營養知識及行為上的落實。

「運動」得分居第五位。與其他對護生（洪麗玲、高淑芬，1997）、大學生（黃毓華、邱啓潤，1997；葉琇珠，2000）的研究結果一致。但醫護人員的研究（宋素真，1998；陳美燕、廖張京棣，1995）卻呈現醫護人員運動的得分最低，分析可能是學生仍有體育課，學生最多的時間仍以學校為主，多少仍有運動，其中「運動」得分最高為「從事休閒性的體能活動（如散步、游泳、足球、騎腳踏車）」（平均值為2.64），得分最低為「每週做伸展運動至少三次」（平均值為2.24）。可能是因為散步是最佳與簡單的運動方式，隨時隨地可以進行，因此得分最高，可見高中職生在運動方面的執行仍然不足夠。整體來講，高中職生運動仍較缺少，可能因升學之故，未培養運動習慣，進而影響日後運動行為，規律性運動習慣的養成有待加強。

「健康責任」得分最高為「當有任何不尋常的病徵或症狀出現時，會去看醫師」（平均值為2.45），得分最低為「運動時，測量自己的脈搏」（平均值為1.47）。分析此方面得分較低之原因，可能因為較缺乏運動行為，故較少注意到運動後的身體變化，因此未能養成此種習慣。由此得知，高中職生當身體出現問題時，會主動尋求醫療，但是在自己可以獨立完成日常保健的事件上卻會有所疏忽。因此有待政府提倡「自己的健康，自己需負責」之口號，落實健康責任，進而將健康責任由校園推廣至社區的每一個角落。

另外，「健康責任」在本研究之得分最低，與國內外不同族群的研究結果一致（Walker et al., 1988；葉琇珠，2000；黃毓華，1995）。顯示高中職生在自己健康照顧相關事項上的執行仍有待努力，可能與養成教育及社會、文化背景有關，因此積極增進高中生健康責任是學校衛生教育的重要課題。以上結果顯示，協助研究對象將得分較高的項目加以持續與加強，且將得分較低的層面如運動、健康責任等能力有效的提升，將是學校健康促進未來可著力的方向。

七、健康活動的支持

研究對象的健康活動支持總分平均值為7.89（標準差5.50）。家人的支持（平均4.04）高於朋友的支持（平均3.85）。此結果與高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲（1999）對員工的研究及李秀蘭（2002）對護生之研究結果相同。本量表中的題目，在家人支持方面，以「鼓勵我從事健康活動」得分最高，以「活動後稱讚我身體狀況變好」平均值最低，朋友支持以「陪我從事健康活動」最高分，「提供健康活動的用品」最低分。由此可見家人是高中職生執行健康促進生活型態的影響因素，因此可藉由親職教育，

增加家人對於健康活動的認知及執行的動機，使其能於執行健康活動時提供心理的支持與實際的協助。

表1 各量表及其分量表得分情形

變項名稱	得分組距	平均值	標準差	得分指標	排序
健康概念量表	26-156	107.24	20.05	68.74	
臨床性	7-42	27.61	7.34	65.74	4
調適性	7-42	30.46	6.26	72.52	1
角色功能性	6-36	25.32	5.47	70.33	2
安寧幸福性	6-36	23.75	5.83	65.97	3
健康行為自我效能量表	0-112	70.73	17.95	63.15	
健康責任	0-28	17.36	5.53	62.00	3
心理安適	0-28	18.06	5.79	64.50	2
營養	0-32	14.78	4.49	46.19	4
運動	0-24	20.55	5.77	85.63	1
自覺健康控握	6-30				
內控型	6-30	21.03	3.94	70.10	1
機運外控型	6-30	14.84	4.97	49.47	3
強勢他人外控型	6-30	19.43	4.20	64.77	2
健康促進生活型態	48-192	121.62	21.57	63.34	
自我實現	15- 60	42.71	8.54	71.18	1
健康責任	10- 40	18.38	5.38	45.95	6
壓力處理	6- 24	16.45	3.60	68.54	2
人際處理	6- 24	16.21	3.75	67.54	3
營養	7- 28	18.63	3.54	66.54	4
運動	4- 16	9.54	2.73	59.63	5

註：得分指標 = (分量表得分平均值 ÷ 滿分數) × 100%

八、社會人口學變項、健康概念、健康行為自我效能、自覺健康控握、自覺健康狀況和健康促進生活型態的關係

(一) 社會人口學變項和健康促進生活型態的關係

由表2可以看出研究對象的健康促進生活型態與社會人口學變項的關係，除了性別、年級無差異外，會因學校類科、公立學校別、父母健康狀況、父母管教方式、

社經地位、家庭功能、健康活動的支持、參加健康促進課程等變項的不同水準而有顯著差異。再經薛費氏事後檢定其結果如下：

1. 學校類科及公私立學校別：高中生的健康促進生活型態比高職生佳。就讀公立學校的學生比私立學校的學生佳。

2. 父母親健康狀況：父母親健康之學生，有較佳的健康促進生活型態。父母親健康狀況較佳，也許是因有良好的健康生活型態或較注重自己的健康，對子女具有較佳的示範，進而影響子女的健康促進生活型態。此結果和李秀蘭（2002）研究父親的健康狀況與護生的健康促進生活方式有顯著差異的結果一致。

3. 父母管教方式：父母親管教方式採開明民主方式者，健康促進生活型態較佳。若父母能和子女在生活上進行適當的溝通與協調，在生活上有問題能予以解決，對健康促進生活型態將有幫助。

4. 社經地位：高社經的健康促進生活型態優於中社經者又優於低社經者。可能因處於較低社經的家庭，會受到家庭不利的影響，則其健康促進生活型態亦會受影響。陳政友（1999）研究發現高社經家庭的大學生較低社經者，有較佳的健康生活型態。

5. 家庭功能：家庭功能良好者的健康促進生活型態較佳。與吳麗玉（2002）的研究結果一致，張彩秀（1995）研究護理科學生健康行為也發現家庭功能會影響情緒、飲食行為和運動行為。

6. 健康活動的支持：家人和朋友支持度愈高，健康促進生活型態愈佳。Wickrama, Conger and Lorenz（1995）的研究指出家人之支持可增進健康狀況；Gillis（1994）之研究顯示父母與女兒的健康生活型態有顯著的正相關；仇方娟（1997）亦發現家人及同儕的支持可影響五專生的生活型態；高淑芬（2001）研究護理學生，結果發現家人、朋友對健康活動的支持可以預測學生的健康促進生活方式；Erfurt, Foote and Heirich（1991）於健康計劃中比較四組不同的衛教方式，發現在健康促進計劃活動中如能建立健康溝通管道、同儕間支持，對健康計劃的執行有最大成效。可見，青少年的健康促進生活型態的執行，是必須融合學生生活環境中重要他人的支持，才能有效地增進及維持其健康促進行為。

7. 參加健康促進課程：曾參與健康促進課程者，其健康促進生活型態得分較高。此結果和宋素貞（1998）研究臨床護理人員，發現有接受健康促進課程會影響健康促進生活型態；葉琇珠（2000）以北部某國立大學生進行研究，其中保健資源利用可預測健康促進生活型態；仇方娟（1997）發現在校園中可利用之健康促進資訊與其健康促進有顯著正相關。根據此結果，研究者認為在高中職校推行健康促進課程，必須有

一套完整的課程設計，才會促使學生更重視健康促進生活型態之實行。

表2 社會人口學變項和健康促進生活型態總分之單因子變異數分析

變	項	人數	平均值	標準差	F值	薛費氏事後比較
性別	男	262	120.41	22.69	1.46	
	女	348	122.54	20.66		
年級	一年級	202	122.38	22.80	0.27	
	二年級	217	120.84	22.61		
	三年級	191	121.72	18.93		
學校類科	高中	287	125.44	22.04	17.38***	
	高職	323	118.24	20.59		
公私立學校別	公立	389	124.72	21.57	22.99***	
	私立	221	116.17	20.50		
父母婚姻狀況	正常	500	122.03	21.60	0.53	
	離異	68	123.26	19.33		
	失怙	29	118.38	22.36		
父親健康狀況	健康	244	126.10	22.89	9.34***	健康>尚可、不健康
	尚可	259	120.01	19.32		
	不健康(含歿)	78	115.67	20.421		
母親健康狀況	健康	243	126.30	22.90	10.65***	健康>尚可、不健康
	尚可	274	120.12	19.30		
	不健康(含歿)	74	114.72	20.48		
父親管教方式 —生活習慣	冷漠縱容	52	115.63	25.50	10.91***	開明民主>專制權威、冷漠縱容
	專制權威	115	114.80	20.77		
—人際關係	開明民主	428	124.11	20.82	8.66***	開明民主>專制權威
	冷漠縱容	46	120.67	26.50		
	專制權威	73	112.03	22.65		
—整體而言	開明民主	476	123.16	20.57	5.35**	開明民主>專制權威
	冷漠縱容	44	122.25	26.29		
	專制權威	93	114.99	20.36		
母親管教方式 —生活習慣	開明民主	456	122.97	21.17	5.81**	開明民主>專制權威
	冷漠縱容	43	119.40	28.88		
	專制權威	103	115.70	20.25		
—人際關係	開明民主	454	123.47	20.91	2.81	
	冷漠縱容	36	122.50	27.37		
	專制權威	89	116.83	21.18		
—整體而言	開明民主	475	122.72	21.15	3.39*	開明民主>專制權威
	冷漠縱容	40	122.30	29.21		
	專制權威	77	115.90	20.04		
	開明民主	482	122.78	21.05		

表2 社會人口學變項和健康促進生活型態總分之單因子變異數分析(續)

變	項	人數	平均值	標準差	F值	薛費氏事後比較
社經地位	高社經	82	130.67	22.69	12.95***	高社經>中、低社經
	中社經	225	124.02	22.51		
	低社經	274	118.00	19.16		
家庭功能	功能良好	233	133.86	18.51	81.08***	功能良好>中度、嚴重障礙
	中度障礙	335	114.88	18.07		
	嚴重障礙	41	106.41	29.20		
健康活動的支持	0-2分	160	112.68	22.44	27.38***	5-6分>0-2、3-4分
	3-4分	164	120.87	20.85		
—朋友支持	5-6分	264	127.96	19.49	42.42***	5-6分>0-2、3-4分
	0-2分	137	110.69	21.90		
	3-4分	158	117.85	17.83		
	5-6分	300	128.92	20.53		
參加健康促進課程	有	146	126.35	22.03	9.46**	有>無
	沒有	460	120.11	21.13		

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

(二) 健康概念與健康促進生活型態的關係

由表3得知,研究對象的健康概念和健康促進生活型態呈顯著正相關,與自我實現、健康責任、壓力處理、人際支持、營養、運動等分量表亦呈顯著正相關。即健康概念愈正向者,健康促進生活型態的執行愈佳。

對照其他的研究,宋素真(1998)以護理人員、黃毓華(1995)及葉琇珠(2000)以大學生、Bagweel和Bush(1999)以18-65歲的藍領工人為研究對象,皆顯示健康概念與健康促進生活型態呈正相關。Felton、Parsons和Bartoces(1997)研究331位僱員之健康促進行為及相關因素,結果發現對健康的看法及定義皆會影響其採行健康促進行為。由以上結果得知,健康促進生活型態確實會受健康概念影響,因此極需建立正向的健康概念。更進而建立更正向的健康促進生活型態。

(三) 健康行為自我效能與健康促進生活型態的關係

由表3得知,研究對象的健康促進生活型態和健康行為自我效能呈顯著正相關,

與分量表各項亦呈顯著正相關。即健康行為自我效能愈高者，健康促進生活型態的執行愈佳。本研究結果與相關研究結果一致（仇方娟，1997；洪麗玲、高淑芬1997；高淑芬，2001；黃毓華，1995）。

（四）自覺健康控握與健康促進生活型態的關係

自覺健康控握分量表中「機運外控型」和健康促進生活型態量表並無顯著相關；「內控型」和「強勢他人外控型」則與健康促進生活型態量表有顯著的正相關（其相關值分別為0.233及0.36， p 值均 $<.001$ ）。

本研究結果與國內外研究結果一致。Duffy、Rossow和Hernande（1996）調查397位墨西哥美國婦女員工的健康促進活動，發現內控者及強勢他人外控與健康促進生活型態呈正相關。王秀紅，王瑞霞、邱啓潤、李建廷（1992）調查459位婦女的健康促進生活方式，發現強勢他人外控可以有效預測健康促進行為。但Weitzel（1989）研究藍領工作者的健康促進生活型態，發現自覺健康控握與健康促進生活型態則沒有顯著相關。

（五）自覺健康狀況與健康促進生活型態的關係

由表3得知，研究對象自覺健康狀況和健康促進生活型態呈顯著正相關，與分量表各項亦呈顯著正相關。亦即自覺健康狀況愈好者，健康促進生活型態的執行愈佳。此與國內針對不同群體之相關研究結果一致（仇方娟，1997；陳美燕、廖張京棣，1995；黃毓華、邱啓潤，1997；葉琇珠，2000）。

表3 健康概念、健康行為自我效能、自覺健康狀況和健康促進生活型態之皮爾森積差相關分析

	健康概念 總分	健康行為 自我效能	自覺 健康狀況
健康促進生活型態總量表	0.571***	0.744***	0.387***
自我實現	0.635***	0.672***	0.375***
健康責任	0.247***	0.503***	0.221***
壓力處理	0.521***	0.635***	0.345***
人際支持	0.391***	0.529***	0.202***
營養	0.346***	0.558***	0.257***
運動	0.355***	0.492***	0.371***

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

九、健康促進生活型態之重要預測變項

在分析之前，先檢測自變項進行多元共線性診斷【變異數波動因素（Variance Inflation Factor）大於10與條件指數（Conditional index）大於等於30，表示有共線性現象】。由表四可以得知，VIF皆小於10，表示無共線性現象。

研究架構內所有自變項共可解釋健康促進生活型態總變異量的64.7%（見表4），其中最主要的預測變項由大至小依次為：健康行為自我效能，健康概念、家庭功能、家庭支持、強勢他人外控、公私立學校別。

研究結果得知，社會人口學變項、健康概念、健康行為自我效能和強勢他人外控確實會影響高中職生之健康促進生活型態。其中健康行為自我效能及健康概念是預測高中職生健康促進生活型態最強的預測因子，Frank-stromborg（1989）、Gillis（1994）、宋素貞（1998）、黃毓華、邱啓潤（1997）以員工、大學生、護理人員等為研究對象的結果，也都顯現此兩變項的重要性。另外，Frank-stromborg（1989）、王秀紅、邱啓潤、王瑞霞、李建廷（1992）發現健康控握亦為預測因子之一。

由以上探討得知，健康促進生活型態受許多因素影響，要達到影響或改變行為，需採取多元設計及介入措施，針對高中職生之健康促進生活型態預測因子予以加強，尤其是健康行為自我效能的提升，將有利於健康促進生活型態的執行。

表4 預測研究對象健康促進生活型態之複迴歸分析

變項名稱	B之估計值	Beta值	t	VIF	R2	F
常數	34.772		5.863			
性別	-.192	-.004	-.145	1.168		
高中職	-1.036	-.024	.600	2.031		
公私立	4.313	-.095	2.332*	2.012		
父母婚姻完整	-2.595	-.042	-1.318	1.255		
父親健康者	3.262	.076	1.266	4.425		
父親健康狀況尚可	1.070	.025	.515	2.861		
母親健康者	-2.830	-.066	-1.118	4.250		
母親健康狀況尚可	-1.352	-.032	-.671	2.712		
父親管教-生活習慣採	2.470	.052	1.220	2.231		
開明民主						
父親管教-人際關係	1.165E-03	.000	.001	1.929		
父親管教-整體而言	-4.392	-.089	-1.852	2.801		
母親管教-生活習慣	-.751	-.015	-.401	1.736		
母親管教-人際關係	-.239	-.004	-.099	2.477		

表4 預測研究對象健康促進生活型態之複迴歸分析 (續)

變項名稱	B之估計值	Beta值	t	VIF	R2	F
母親管教-整體而言	1.647	.030	.626	2.832		
家庭社經	2.374	.041	1.350	1.143		
家庭功能	5.020	.116	3.274***	1.529		
參加健康促進課程	1.475	.030	.989	1.135		
朋友支持	.617	.053	1.558	1.434		
家庭支持	1.138	.103	2.833**	1.623		
健康概念	.199	.180	4.682***	1.810		
自覺健康狀況	.281	.041	1.209	1.401		
健康行為自我效能	.582	.480	12.365***	1.842		
內控型	1.633E-02	.003	.086	1.433		
機運外控型	-.120	-.028	-.861	1.306		
強勢他人外控型	.646	.130	3.796***	1.425		
(全部)					.647	31.62

註：

1. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.
2. 類別變項轉換虛擬變項方法：男性、就讀高中、就讀公校、有參加健康促進課程者為1，另一類別為參照組(0)。
3. 屬於三類變項者改成二類：將「父母婚姻狀況正常」改為「婚姻完整」為1，其餘類別合併為「婚姻不完整」為0；父母管教採開明民主方式者為1，其餘類別合併為「非開明民主方式者」為0。「健康狀況是否為健康者」為1，其餘類別合併為0。「健康狀況是否為尚可者」為1，其餘類別合併為0。

肆、結論與建議

一、結論

(一) 研究對象之健康概念偏正向；健康行為自我效能屬中等程度；自覺健康控握，以內控型得分最高，其次為強勢他人外控型、機運外控型；自評個人目前的健康狀況以普通最多；健康促進生活型態屬中等程度，其六個層面中以自我實現得分最高，其次依序為壓力處理、人際處理、營養、運動、健康責任。

(二) 社會人口學變項中，高中生、公立學校者、父親健康者、母親健康者、父母管教方式採開明民主方式者、高社經地位者、家庭功能良好者、家人和朋友對健康活動的支持度高、有參加健康促進課程者，其健康促進生活型態較佳。

(三) 研究對象的健康概念、健康行為自我效能、自覺健康控握、自覺健康狀況

與健康促進生活型態呈顯著正相關。

(四) 健康行為自我效能、健康概念、家人對健康活動的支持、家庭功能、強勢他人外控、公私立學校別等六變項可有效預測健康促進生活型態，其中以健康行為自我效能為最佳預測變項。

二、建議

(一) 教育上的建議

1. 父母管教方式和家庭功能

本研究發現父母管教方式愈開明民主、家庭功能愈良好、健康促進生活型態執行愈佳。由於家庭是影響個人最深遠的場所，因此父母管教方式以及家庭功能對個人生活型態影響深遠，唯有父母多採開明民主的方式來教育子女，多注意和子女之間的溝通與融洽，才能建立更正向的健康促進生活型態，因此，健康促進計劃的設計，必須延伸至家庭部分，以提高效益。

2. 健康活動的支持

研究結果顯示家人及朋友對健康活動的支持度愈高，執行健康促進生活形態愈佳。因此若能在健康促進計劃中建立健康溝通管道與同儕間的支持，對健康促進計劃的促進將有最大成效。

3. 壓力的調適

根據本研究結果，發現高中職生在健康概念中較重視調適性健康概念，重視如何應付外來的壓力和調適，因此建議學校方面應大力推展輔導服務、開設健康促進相關課程，協助青少年如何面對及因應壓力，以增進學生問題解決的能力、提升其因應能力，並適時抒解所面臨的壓力。

4. 學校衛生教育實務

根據本研究結果，健康促進生活型態當中，健康責任與運動得分最低，顯示高中職生對自己健康須負責的態度仍未建立，且未培養規律運動行為。學校衛生保健相關的工作人員，可提供適切的相關資訊增強高中職學生的健康責任與運動行為，並建立一套完整的健康促進生活型態課程，並落實教學正常化，培養學生對健康負責的態度及增進學生促進健康的能力。

5. 改善健康促進生活型態與提昇自我效能

根據本研究結果，「健康行為自我效能」與「公私立學校別」此二個變項為健康

促進生活型態之預測因子。因此建議教育主管機關相關人員應擬定健康促進計畫，提昇學生自我健康照護的能力。

因此若能發展適合高中生生活型態的「健康護照」，不僅深入瞭解學生所面臨需改善的健康問題，再運用適當的方法與技巧，配合完善的資源與規劃，促使學生能從「健康護照」中獲得正確之健康生活知能，使其能從「健康護照」「做中學」潛移默化至日常生活中，更能增進健康促進生活型態並提昇自我效能。

(二) 未來學術研究的建議

1. 擴大研究的範圍和對象

本研究受限於人力、時間及經費、故研究對象只侷限於基隆地區高中職生，故無法將結果推論全台灣地區高中職生。因此，希望後續研究者可針對不同的群體如國小、國中和其他高中職及大專院校，甚至可考慮擴大地區分北、中、南、東四區分別抽取樣本，納入進行健康促進生活型態之探討。了解是否會因為地區的差異，而導致結果的不同，使研究結果更具有代表性。並以此做為日後各團體介入的依據。

2. 發展本土性的研究工具

台灣地區目前針對健康概念、健康行為自我效能、健康促進生活型態所進行的研究大都沿用國外發展而成的量表或做部份的修正，雖然有不錯的信、效度，但可能因文化國情之差異，無法完整呈現所欲測量之內涵，因此，建議未來研究者若能建構適合國情的本土性健康促進生活型態量表，則所得的結果將更具有意義。更能得知國人的健康概念、健康行為自我效能及健康促進生活型態的情形。另外本研究的健康行為自我效能所使用的量表僅包括營養、運動、心理安適及健康責任等四層面之自我效能，然而在壓力處理及人際支持方面則尚缺乏適當之自我效能量表，建議未來研究者能朝此方面做進一步的研究發展。

3. 增進研究工具之測量品質

本研究採問卷調查，對於健康促進生活型態及相關因素的因果關係無法做有效的探討。本研究是採自陳式問卷，在行為的自評上可能會出現高估或低估之情形及受主觀價值影響。且問卷內容過多，會影響研究對象填寫問卷的意願，可能會影響測量之正確性。因此建議問卷內容長度須適度，不宜過度冗長。

4. 教育介入的實驗研究

研究結果顯示健康行為自我效能與健康概念是高中職生健康促進生活型態的重要預測因子，因此未來可以發展介入性研究，以作為日後推廣健康促進生活型態之參考。

參考文獻

一、中文部份

- 仇方娟（1997）。南區五專生健康促進生活型態及其相關因素。高雄醫學院護理學研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 王秀紅（2000）。老人的健康促進—護理的涵義。護理雜誌，47（1），19-23。
- 王秀紅、邱啓潤、王瑞霞、李建廷（1992）。婦女健康促進行為及其相關因素的討論—以高雄市三民區及屏東縣高樹鄉居民為例。公共衛生，19（3），251-266。
- 江東亮（2000）。健康促進：國民健康的新方向。載於醫療保健政策—台灣經驗（pp. 156-166）。台北：巨流。
- 行政院衛生署。衛生白皮書，45-47。
- 行政院衛生署（2003）。臺灣地區十大死因年齡結構別死亡概況。2003年9月1日，取自<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>。
- 吳麗玉（2002）。專校生健康生活型態之初探—康寧專校擬增設健康促進教育課程之前置評估。康寧學報，4，27-47。
- 宋素貞（1998）。臨床護理人員健康促進生活型態及其相關因素之探討。高雄醫學院護理學研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 李秀蘭（2002）。教學策略對護生健康促進生活方式之成效。國立台北護理學院護理研究所碩士論文，未出版，台北。
- 李蘭（1988）。衛生教育與促進健康。載於陳拱北預防醫學基金會（主編）。公共衛生學，535-584。台北：巨流。
- 李蘭（1999）。健康促進取向之研究架構。國家衛生研究院簡訊，4（4），21-26。
- 李蘭、陸玟玲、李隆安、黃美維、潘怡燕、鄧肖琳（1995）。台灣地區成人的健康行為探討：分佈情形、因素結構和相關因素。中華衛誌，14（4），358-368。
- 林生傳（2000）。教育社會學。台北：巨流。
- 洪麗玲、高淑芬（1997）。護專學生健康行為自我效能與健康促進生活方式探討。長庚護理，18（3），52-63。
- 高淑芬（2001）。某技職專科部不同學制之護理學生的健康促進生活方式及其相關因素。2001健康與管理學術研討會論文集（二）。1-5。
- 高淑芬、蔡秀敏、洪麗玲（1999）。員工健康促進生活方式之初步探討。元培學報，6，43-68。

- 張彩秀 (1995)。中部某醫專護理科學生健康行為之研究。弘光醫專學報，26，17-31。
- 陳政友 (1999)。大學生健康生活型態與相關因素研究－以國立台灣師範大學四年級學生為例。衛生教育學報，12，115-135。
- 陳美燕、廖張京棣 (1995)。桃園地區護理學生與護理人員執行健康促進的生活方式之初步探討。護理研究，3 (1)，6-15。
- 陳哲喜、林惠生、劉怡紋 (2003)。國人之健康行為初探。2003年11月1日，取自<http://www.bhp.doh.gov.tw/theme/file/200379151653PMESLF/研究簡訊.htm>。
- 陳富莉、李蘭 (2001)。臺灣地區不同年齡層民衆的健康行為聚集型態。公共衛生，28 (1)，37-47。
- 黃毓華 (1995)。大學生健康促進生活型態及其預測因子。高雄醫學院護理學研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 黃毓華、邱啓潤 (1996)。健康促進生活型態量表信效度之評估。高雄醫學科學雜誌，12，529-537。
- 黃毓華、邱啓潤 (1997)。高雄地區大學生健康促進生活型態之預測因子。中華衛誌，16 (1)，24-36。
- 黃璉華 (1999)。社區老人健康促進模式成效之探討。行政院國家科學委員會專題研究計劃成果報告 (計劃編號：NSC88-2314-B002-091)。
- 葉琇珠 (2000)。大學生健康概念與健康促進生活型態之探討。國立陽明大學社區研究學碩士論文，未出版，台北。

二、英文部份

- Bagweel, M. M., & Bush, H. A. (1999). Health conception and health promotion in blue collar workers. *American Association of Occupational Health Nurses*, 47(11), 512-518.
- Belloc, N.B., Breslow, L., & Hochstim, J. R. (1972). Measurement of physical health in a general population survey. *American Journal Epidemiol*, 93, 328-336.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1996). Centers for Disease Control and Prevention : Morbidity and mortality weekly report(MMWR). *Surveillance Summaries*, "Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 1995". Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention
- Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health-promotion activities in employed Mexican. *Nursing Research*, 45(1),18-24.
- Erfurt, J. C., Foote, A., & Heirich, M. A. (1991). Worksite wellness programs : Incremental

- comparison of screening and referral alone, health education, follow-up counseling, and plant organization. *American Journal of Health Promotion*, 5, 438-449.
- Felton, G. M., Parsons, M. A., & Bartoces, M. G. (1997). Demographic effects on health-promoting behavior and health related factors. *Public Health Nursing*, 14(6), 361-367.
- Frank-Stromborg, M., Pender, N. J., Walker, S. N., & Sechrist, K. R. (1990). Determinants of health-promoting lifestyle in ambulatory cancer patients. *Social Science in Medicine*, 31(10), 1159-1168.
- Gillis, A. J. (1994). Determinants of health-promoting lifestyles in adolescent females. *Canadian Journal of Nursing Research*, 26(2), 13-28.
- Krejciec, R.V. & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activity. *Education & Psychological measurement*, 30, 607-610.
- 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, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians-A Working document*. Ottawa: Government of Canada.
- McGinnis, J. M., & Foege, W. H. (1993). Actual causes of death in the United States. *Journal of The American Medical Association*, 270, 2207-2212.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2nd ed.). Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyle in the workplace. *Nursing Research*, 39(6), 326-332.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare. (1979). *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington DC: National Academy Press.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 77-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlated and pattern. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90.
- Weitzel, H. (1989). A test of the health promotion model with blue collar workers. *Nursing Research*, 38(2), 99-104 .
- Wickrama, K., Conger, R. D., & Lorenz, F. O. (1995). Work, marriage, lifestyle and changes in men's physical health. *Journal of Behavioral Medicine*, 18 (2), 97-111.

Health-Promoting Lifestyles and The Related Factors among High schools and Vocational Schools Students in Keelung, Taiwan

Chen Chao-ling* Chen Cheng-Yu** Lo Hui-tan***

Abstract

The purpose of this study is to realize the health-promoting lifestyles and the related factors among high schools students in Keelung, Taiwan. A questionnaire is developed and utilized to collect the data. All the students enrolled in the high schools are the population in the study. A multi-stage sampling method is applied to select the sample. There are 664 valid samples are collected. The major findings are summarized as follow: (1)The scores of the health-promoting lifestyles is in the middle level. Among the six aspects of health-promoting lifestyles, The highest score is self-actualization, followed by stress management, interpersonal support, nutrition and exercise. The lowest score is health responsibility. (2)The following factors are ones who have better health-promoting lifestyles : high school students, public high school students, those with healthy parents, liberal parents, those whose parents own higher social status and those who have well –functioning families, with friends or families who are supportive to their health-related activities, those who have attained the health promoting courses. (3)The health-promoting lifestyles have significantly positive correlation with health concept, self-efficacy of health behavior, perceived control of health and perceived

* Nursing Teacher, Dazhi High School

** Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University (NTNU)

*** Lecturer, General Education Cemmittee, Yu Da College of Business

health status. (4)The self-efficacy of health behavior, health concept, family's function, social support of health activity with family, perceived control of health, public school are the significant predictors to health-promoting lifestyles. Perceived self-efficacy is the most powerful predictor.

Key words : high school and vocational school, health-promoting lifestyles.