

健康促進與衛生教育學報

(原衛生教育學報)

半年刊
· 第三十期 ·

論 著

1. 臺日藥物濫用預防策略之比較
張伶嘉 · 張靖姿 · 徐嘉鄉 · 黃雅文...1
2. 探討阿美族青少年親密行為與性行為之預測因子
林麗美 · 車慧蓮 · 葉美玉...35
3. 心臟病兒童運動行為相關因素之探討
李淑媛 · 高毓秀 · 廣怡秀...53
4. 東南亞籍配偶在台灣生育保健相關行為之研究
胡益進 · 紀依盡 · 殷蘊雯 · 洪進嘉 · 花中慧 ·
薛雯冰 · 姚克武 · 李明憲...73
5. 雲林縣輕度中風患者對中風復發知識、支持性環境、資訊充足度、中風復發態度及健康行為調查研究
胡益進 · 戴友榆 · 林柏煌 · 劉珮吟...107
6. 六年級學生壓力事件、因應方式與挫折復原力研究－以台北縣某國小為例
賀豫所 · 黃雅文...133

國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系編印
中華民國九十七年十二月

健康促進與衛生教育學報

(原衛生教育學報)

國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系編印

臺日藥物濫用預防策略之比較

張伶嘉* 張靖姿* 涂嘉鄉* 黃雅文**

摘要

本文闡述並比較：1.臺日藥物濫用預防策略；2.臺日藥物濫用預防教育活動。運用Bereday比較教育研究模式。研究結果：1.台灣藥物濫用預防策略為減少供應、需求與傷害，日本藥物濫用預防策略為切斷供應與根絕需求；2.台灣反毒工作內容分為緝毒、拒毒、戒毒、防毒，日本則分為法律、教育與醫療；3.成癮藥物法規最重刑罰部份，台灣為死刑或無期徒刑併科一千萬元以下罰金；日本為無期徒刑，無死刑；4.臺日兩國預防教育活動均採多元活潑方式且各具特色。建議建立整合藥物濫用預防機構之最高專責單位、加強藥物濫用教育師資之培育、健全藥物濫用預防教育講師證照制度、加強大專院校與中輟生藥物濫用預防教育、輔導成立全國性藥物濫用預防民間組織。

關鍵字：藥物濫用、藥物濫用預防策略、日本、比較研究

* 國立台北教育大學生命教育與健康促進研究所研究生

** 國立台北教育大學師資培育中心生命教育與健康促進研究所教授

聯絡人：黃雅文

通訊地址：台北市和平東路二段134號G601室

電話：(02) 27321104轉5131

傳真：(02) 27329827

E-mail：ya3910@tea.ntue.edu.tw

壹、前言

一、研究動機

藥物濫用問題長久以來是世界各國面臨的社會問題，根據蔡德輝、楊士隆（2003）相關研究指出，藥物濫用與犯罪行為具有密切的關係，這些犯罪行為的衍生，除使加害人面臨刑罰的處分，也造成被害者心理或生理上的傷害與刑事司法上巨額的開支、造成社會治安相關問題，甚而危害到國家經濟層面。毒品的多樣性、快速流通性使舊有的毒品尚未斷絕，就不斷的推陳出新，並隨著國際間交流頻繁與社會的脈動，使得藥物濫用問題無國界區分。因此發展並積極推動一套有效並適用於國家國情的藥物濫用預防策略是各國不容忽視的問題。

我國的藥物濫用防制策略乃參考國外作法並根據國內國情制定而成，在反毒政策宣佈迄今之十四年中，藥物濫用問題雖曾稍獲控制，但為因應毒品的推陳出新與時下的藥物濫用問題，舊有的反毒策略亦需修正與更新，因此建構反毒的新思維與策略便是當下的首要任務。基於以上藥物濫用問題的重要性，加上台灣與日本地理位置距離接近，且兩國具有頗深的歷史淵源，因此，本研究以藥物濫用預防之推動頗具心得之日本來與我國做比較，探討台灣與日本的藥物濫用預防策略與藥物濫用預防教育活動之內涵與差異，期能給予國內藥物濫用預防策略新的思維與建議。

二、研究目的

- (一) 比較台灣與日本藥物濫用預防策略之異同
- (二) 比較台灣與日本藥物濫用預防教育活動之異同

三、文獻探討

有關藥物濫用有其不同的涵義，而最簡單的定義就是「藥物不正確的使用，不論其動機」（張鴻仁，1997）。國外學者Schlaadt & Shannon（1986）定義藥物濫用是蓄意使用某物質，並非為達到該物質的某種目的，且使用的方式足以損害個人的健康和功能。美國精神醫學會（American Psychiatric Association, 1994）「精神疾病診斷與統計手冊」第四版（DSM-IV）中認為物質濫用是一種適應不良的損傷或痛苦，在一年內

出現下列各項中一項或一項以上：1.反覆物質使用，導致無法完成工作、承擔學校或家庭的主要角色責任；2.在對身體有害的情況下，仍反覆物質使用；3.一再捲入與物質使用關聯的法律糾紛；4.儘管物質使用已持續或反覆造成個人的社交或人際關係問題，仍繼續使用該物質。Wilson & Kolander（1997）指出藥物濫用是指長期、過量的使用藥物，導致生理或其他方面的損傷。而國內學者蘇東平（1980）對藥物濫用的定義為一種藥物被過度的強迫使用，其程度足以傷害個人的健康，影響社會與職業的適應，其結果特別容易危害整個社會的秩序，此即為藥物濫用。高金桂（1983）定義藥物濫用是指基於非醫療上的需要而使用的藥物，或未經醫師處方而使用的藥物，或雖基於醫療上的需要，卻過量的使用藥物。而防制犯罪學者蔡德輝、楊士隆（2003）以犯罪防制觀點詮釋藥物濫用為非以醫療目的，在未經醫師處方或指示下，不適當或過度的強迫使用藥物，導致個人身心健康受損、影響社會與職業道德適應，甚至危及社會秩序行爲。綜合以上，藥物濫用是長期或過量使用一種或一種以上的物質，使個人身心受到某種程度的傷害，進而危害到家庭、社會、國家層面。

有關藥物濫用預防，美國藥物濫用預防中心（Center for Substance Abuse Prevention [CSAP], 1995）對藥物濫用預防定義為推動可減少藥物濫用的建設性生活型態與規範，及發展出可促進不濫用藥物生活型態的社會及生理環境（葉美玉、李景美，1999）。為有效防止藥物濫用，決策者需要隨時掌握正確、合時、全國性與地區性的資料作為制定藥物濫用防制政策的依據。目前世界各國藥物濫用預防策略多依三大方向：1.減少供應；2.減少需求；3.減少傷害（程百君，1999）。從預防醫學三階段預防模式而言，藥物濫用防制第一階段預防為「增進健康及特殊預防」，主要在鑑定促使濫用藥物的生態或社會環境，並採行措施改善環境以矯治偏差行爲，第二階段預防為「早期診斷、早期治療」，找出潛在高危險群並與以輔導，第三階段預防為「減少殘障及復建」，對已使用藥物或成癮者提供適當的矯治，使其成功回歸社會而不會再犯。而此三階段預防模式，以第一階段的預防效果最好，因此，應加強藥物教育與教導如何抗拒毒品，以防患未然（周碧瑟，1997），而初次濫用藥物多始於青少年時期，因此更應重視此時期的藥物濫用預防教育；國內兩次修法以來，青少年使用安非他命、強姦藥片（FM2）、吸食大麻、注射海洛因等藥物濫用情況並未減緩（陳明志、蔡俊章，2004），而液態快樂丸（GHB）、搖頭丸（MDMA）、笑氣（N2O）、FM2是國內青少年目前流行的濫用藥物（江振亨、林瑞欽，2003）。李碧霞（1999）針對青少年藥物濫用問題之研究發現青少年第一次用藥的年齡逐漸下降，國內研究發現，首次使用菸酒多在11~16歲之間，首次使用成癮藥物多12~17歲之間（周碧瑟，

1999；李景美，1999），因此從教育層面著手，加強教育宣導，讓國人特別是青少年充分了解毒品之危害，進而拒絕毒品使用，始為根本之道。

在台灣藥物濫用現況方面，2007年10月全台精神醫療院所藥物濫用個報統計結果，其中濫用藥物之首為海洛因，其次是甲基安非他命。其餘常見的濫用藥物依序是：苯二氮平類安眠鎮靜劑、搖頭丸、K他命；2006年統計國內緝獲毒品排名依序為：K他命、麻黃類、硝甲西洋（一粒眠）、海洛因、甲基安非他命（行政院衛生署管制藥品管理局統計資料，2007）。毒品量在2003年到2006年呈現大幅比例的遞升，尤以2005年第四級毒品攀升比例最高，而在毒品犯罪案件中，除在2001年及2002年曾經遞減外，亦呈逐年遞增的趨勢。毒品來源包括：國內毒品地下工廠製造毒品販毒、海外（依逮捕數量依序為大陸地區含香港澳門、加拿大、泰國、柬埔寨、馬來西亞、越南、美國、菲律賓、緬甸、印度、印尼、荷蘭、新加坡）走私毒品等（法務部，2007）。

在日本藥物濫用現況方面，日本濫用的藥物來源幾乎全來自海外走私，國內幾乎沒有秘密進行不法藥物的製作（蘇德昌譯，2005；小野寺毅，2007）。根據日本警察廳藥物銃器對策課統計，毒品緝獲量在2002至2006年依序為：大麻、快樂丸、甲基安非他命、古柯鹼、鴉片及海洛因。境內濫用毒品以甲基安非他命為主，其來源自中國大陸、北韓、菲律賓、台灣等國；MDMA、大麻膏、古柯鹼等毒品來源則來自尼泊爾、泰國、印尼、馬來西亞、蘇俄等，操作毒品販賣幕後組織多為日本暴力集團（小野寺毅，2007）。

基於台日兩國藥物濫用現況的差異性，本文擬探討台日兩國藥物濫用預防策略與藥物濫用預防教育活動之內涵，並進而比較兩國之差異性，期能給予國內未來發展藥物濫用預防策略與教育活動之參考。

貳、材料與方法

一、研究方法

研究方法為貝瑞德（G. Z. F. Bereday, 1964）比較教育研究法，採文件分析法與訪談法。

文件分析之資料皆以最新公告之資料，來源為（一）日本藥物濫用預防中心網站

(2007)：藥物濫用預防資訊；(二)日本藥物濫用對策推進本部網站(2007)：藥物濫用防制新五年計畫；(三)日本藥物濫用預防中心出版之「藥物濫用預防中心的功能與角色」(2007)；(四)詹中原(2007a)：從全球治理論我國毒品防制政策(drug abuse)之機制；(五)台灣法務部(2007)：96年反毒報告書；(六)台灣行政院衛生署(2007)：96年行政院衛生署藥物濫用防制宣導教材；(七)台灣行政院研考會(2006)：毒品問題與對策；(八)台灣行政院衛生署管制藥品管理局網站(2007)：反毒資源線上博物館…等。

訪談對象為(一)台灣：管制藥品管理局主管2人(編碼為T1、T2)、台北市國小教師1人(編碼為T3)，訪談內容為目前所施行的藥物濫用預防策略與教育活動為主題；(二)日本：藥物濫用預防中心主管1人(編碼為J1)、日本藥物濫用預防中心宣導主管1人(編碼為J2)、日本東京都目黑區立中根小學副校長1人(編碼為J3)。

二、研究架構

研究方法為貝瑞德(G. Z. F. Bereday, 1964)比較教育研究法，進行方式分為四個階段：描述、解釋、並排、比較。根據所蒐集到的資料，分別描述台日對於藥物濫用預防策略，並呈現兩者所推行的成癮藥物相關法規、藥物濫用預防教育活動。將相關資料排序整理後，交相比較以歸納結論，並提出建議。研究架構如下圖：

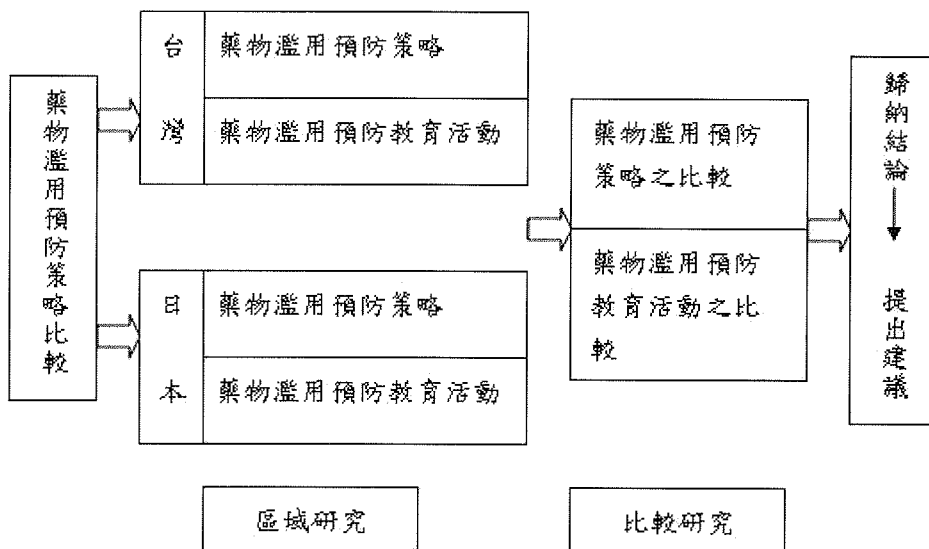


圖1 研究架構圖

參、研究結果與討論

一、台灣藥物濫用預防策略

(一) 台灣藥物濫用策略與組織分工

1993年台灣政府開始「向毒品宣戰」，1994年3月在行政院下成立「中央反毒會報」，確定反毒任務為減少供應與減少需求，並分為「緝毒」、「拒毒」、「戒毒」三組，由行政院統合相關機關執行並分別由法務部、教育部及行政院衛生署負責推動。並自2001年起，將中央反毒會報納入「行政院強化社會治安專案會議」，由行政院院長親自主持（法務部資訊網，2007a）。行政院將2005年至2008年訂定為「全國反毒作戰年」（內政部政風處，2005），並於2006年成立毒品防制會報，由行政院長主持，執行會報長為法務部長，統合各部會全力推動反毒工作（內政部警政署保安警察第三總隊全球資訊網，2006）。以往反毒工作較偏重於供給面之毒品查緝，對於需求面之拒毒與戒毒工作投入之資源較少，為徹底達到毒品防制之治本效能，反毒策略業於2006年9月「行政院毒品防制會報」跨部會工作會議中決議調整反毒任務為「首重降低需求，平衡抑制供需」，加強反毒預防工作，並確立緝毒（法務部）、拒毒（教育部）、防毒及戒毒（衛生署）四大組之方向與分工，把目前之反毒戰略警戒線由「拒毒」前推至「防毒」；將管控打擊標的由「毒品」擴展至「有脫法濫用之虞的藥品」及其先驅化學工業原料或製品的管控，加深反毒戰略並明定反毒理念及目標（法務部資訊網，2007b）。各直轄市、縣市政府於行政院要求下於2006年7月起成立「毒品危害防制中心」，分為「預防宣導組」、「保護扶助組」、「轉介服務組」及「綜合規劃組」四大功能分組，由各縣市教育局、社會局、警察局、衛生局等政府機構擔任小組負責單位，目的為強化中央與地方橫向的聯繫與合作，結合教育、社政、勞政（就業、職訓）、醫療、警政、司法保護等機關之功能，幫助民衆解決毒品有關的問題（行政院衛生署，2007；詹中原，2007b）。各毒品危害防制中心提供以下有關毒品問題的各項服務：認識毒品的危害、電話諮詢、心理諮商、法律諮詢、轉介醫療院所或宗教團體戒毒、協助就業、職業訓練、社會補助、愛滋病篩檢、參與減害計畫、預防犯罪宣導、家庭重建等等，目前全國25縣市均已完成毒品危害防制中心的設置（詹中原，2007b）。

另為強化行政院毒品防制會報功能，並連結防毒、拒毒、戒毒、緝毒等4大區塊

工作，於會報下設「防毒監控組」、「拒毒預防組」、「毒品戒治組」、「緝毒合作組」、「國際參與組」等五大分工，使毒品防制政策從中央貫徹，到結合地方參與，發揮反毒之整體統合力量（法務部資訊網，2007c）。

根據法務部（2007）毒品防制會報組織架構及思維過程採三級方式運作：第三層級為工作分組，目前設五分組，分組可依毒品發展情勢隨時調整。組內相關機關平時會召開小組集會，即時解決待協調事項並提出反毒策略初擬構想。第二層級為執行長會議，執行長負責統合反毒機制及協調各機關執行上遭遇的困難，在各分組無法達成共識時可利用此優先解決。第一層級為經執行長會議討論後暫定案須待院長裁示者，由執行長簽報院長召開毒品防制會報，由院長裁示應辦事項。此外，T2表示：「毒品防制會報目前不是常會，適需要而開會，在2006年6月2日召開第一次毒品防制會報後，至今未再開會，第二次的毒品防制會報會議目前暫定在2008年2月。」反毒策略及組織分工如下：

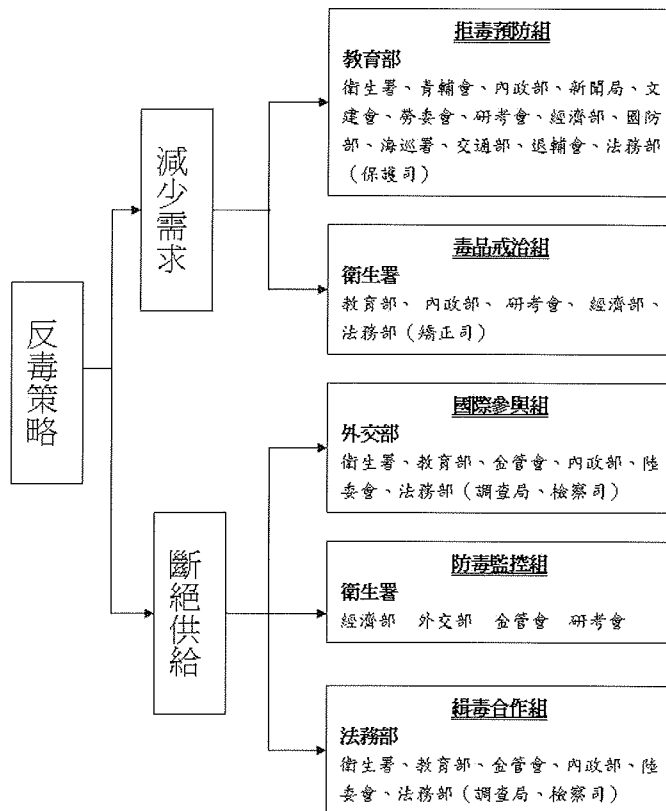


圖2 台灣藥物濫用策略與組織分工（資料來源：法務部2007年反毒報告書）

在涉及台灣藥物濫用預防相關民間組織方面，T2提及：「目前台灣政府約與30-40個民間團體合作，有晨曦會、主愛之家、沐恩之家、淨化社會文教基金會、普賢基金會、露德之家、獅子會、扶輪社、張老師…等等，由政府單位撥款補助，不僅針對一般大眾，更針對高關懷、高危險族群（如監獄犯人、失學者）進行藥物濫用預防宣導活動，民間團體亦會透過社區營造的活動將藥物濫用預防活動納入活動內容中。但台灣的民間團體資源較分散，並沒有整合，也就是沒有全國性的藥物濫用預防的民間組織聯盟。」

研究者茲將文件與訪談資料整理為台灣藥物濫用預防組織圖如下：

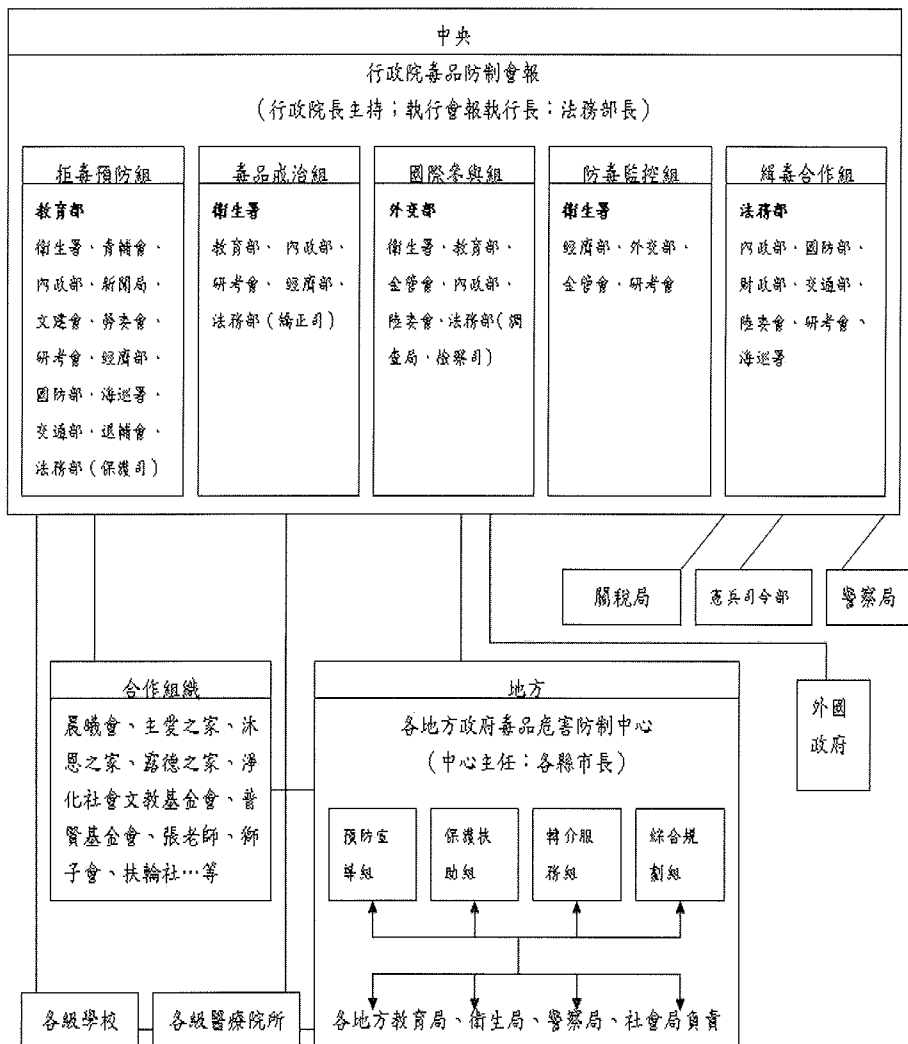


圖3 台灣藥物濫用預防組織圖

而根據訪談，T1提及：「為因應毒品愛滋問題，於2003年後將原本的『減少供應』、『減少需求』擴增為『減少供應』、『減少需求』、『減少傷害』」，T2：「台灣自2005年為因應愛滋防制，開始實施『減害計畫』，以海洛因為主，計畫內容包括有1.維持療法：美沙冬替代療法；2.清潔針具的交換：在全台灣醫療院所、藥局、衛生局等等100多個地點，提供針具以舊換新或購買的服務，避免共用針具提高感染愛滋病的機率；3.諮詢：透過諮詢及衛生教育給予正確的觀念」。減害計畫為政府參考美國、澳洲等國作法後制定，衛生署表示減害計畫使台灣的新增愛滋病感染人數下降，讓愛滋疫情控制有轉機（中央社，2007）。

根據行政院衛生署管制藥品管理局（2007）出版之藥物濫用防制宣導教材，針對藥物濫用問題，從「減少供應」、「減少需求」及「減少傷害」三方面來進行防制工作。並分成緝毒、拒毒、防毒及戒毒各項工作重點，研究者茲參考行政院衛生署藥物濫用防制宣導教材將台灣反毒策略整理如下圖：

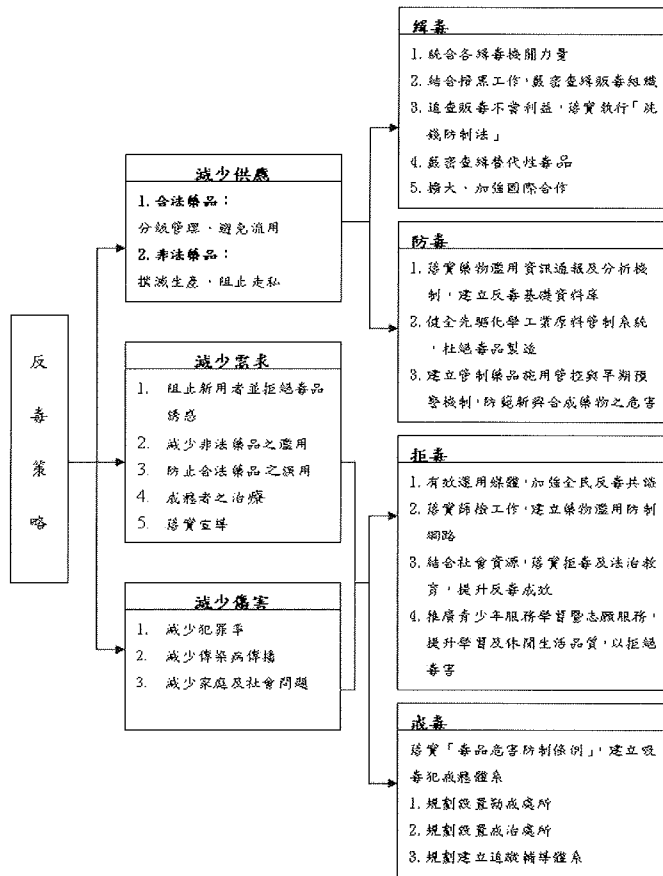


圖4 台灣藥物濫用預防策略圖

(二) 台灣相關藥物濫用法律

可見於刑法、毒品危害防制條例、毒品危害防制條例施行細則、管制藥品管理條例、管制藥品管理條例施行細則、保安處分執行法與少年事件處理法（聯晟法網，無日期）、社會秩序維護法。目前台灣對於販毒和吸毒者的量刑在普通法（刑法）和特別法（毒品危害防制條例、保安處分執行法、少年事件處理法、社會秩序維護法）可見；管制藥品的行政罰則則於管制藥品管理條例可見（資料來源：研究者整理）。而台灣對於成癮藥物製造、運輸、販毒等違法行為的最重刑罰為死刑或無期徒刑，處無期徒刑者還要併科新臺幣一千萬元以下罰金（屏東縣政府毒品危害防制中心，2006）。

目前世界各國藥物濫用預防策略多依三大方向：1.減少供應；2.減少需求；3.減少傷害（程百君，1999），顯示台灣也依此三大方向進行藥物濫用防制。

二、台灣藥物濫用預防教育活動

T3：「學校藥物濫用預防教育自國小三年級開始實施，並設置於七大學習領域之健康與體育領域，一學期約有1-3節課講解藥物濫用。」根據毒品危害防治條例施行細則第十條，在政府與民間藥物濫用預防教育宣傳上，由教育部統合內政部、外交部、國防部、財政部、法務部、經濟部、交通部、行政院人事行政局、行政院新聞局、行政院衛生署、行政院青年輔導委員會、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、行政院勞工委員會、省（市）政府、縣（市）政府及其他相關機關，並協調社會團體，運用各種管道，持續進行反毒工作。根據教育部（2006）指出自1980年開始推動春暉專案，宣導防止學生藥物濫用教育活動，並自93年度推動醫療衛生體系之藥物濫用防制師資之培訓，加強縣市（政府）衛生局所、醫事人員等專業人員之反毒認知，期望培訓後，藉由地方專業人員的力量，並主動配合相關單位，共同將反毒教育及物質濫用防制宣導，深入推展至基層社區，同時提供地方社區民衆藥物濫用防制之諮詢服務，有效轉介具需求戒治之民衆至各戒癮機構，提升藥物濫用防制成效（行政院衛生署管制藥品管理局，2004）。

T1：「藥物濫用防制師資之培訓目前由各部會培訓，培訓課程由專業人員擬定，對象為醫療人員、社區藥師等等，培訓完成的師資名單由各部會轉交給教育部，交由教育部建立師資資料庫，未來若社區、學校等單位有需要時可向教育部申請藥物濫用防制師資」。

台灣在藥物濫用預防教育的方式主要可分為四大部分：

（一）運用媒體宣導

邀請一些影歌星甚至是著名的布袋戲偶代言反毒運動，並且拍攝相關的反毒廣告短片，另外行政院衛生署還製作了宣導短片和35釐米電影播放帶，在無線電視台和全國電影院播放，並特別在新聞台討論相關議題。除了針對一般大眾宣導外，國防部還特別製播短劇和專題報導在「莒光園地」播放，還將劇集置於國軍軍教網頁，提供各級下載運用。

不只是藉由電視宣導，也在廣播節目上製作相關節目，亦在聯合、中時等報紙撰寫相關議題、報導，並設立「春暉專案」、「法務部戒毒資訊網」、「反毒資源線上博物館」等網站，提供反毒相關知識、法律常識，以及諮詢機構訊息，亦邀請成功戒毒的更生人，分享其心路歷程。另外，也鼓勵各級學校師生觀看反毒影片後，參加網路有獎徵答活動（行政院衛生署管制藥品管理局，無日期）。

較特別的是，行政院新聞局在2006年7月於青少年雜誌「龍少年漫畫月刊」及「Go漫畫創意誌」刊登「染上毒品會遺害終身，勇於拒毒，保身保家」反毒宣導漫畫，另外也製作相關手冊、研習課程光碟、海報等，另外也有不少單位將標語印製在實用的小禮品上，例如：環保筷、餐具盒、文具用品、年曆卡、鑰匙圈、面紙、飛盤、胸章、磁鐵或貼紙等等，而這類的反毒宣導也多和愛滋病防治宣導相結合。而所印製的宣導單張，圖案皆傾向帶給人清新、健康的感受，亦設計了反毒寶寶做為宣傳活動之用，並製作出相關的多媒體教材（法務部，2007）。

另外，T1：「台灣法務部調查局內設有反毒陳展館，內有毒品的相關資料與反毒的歷程等相關資訊，供民衆參觀。」

在反毒標語的部份，T2提及：「台灣藥物濫用預防標語歷年都不一樣，早些年是『跟毒品說不』、『其實你有更好的選擇』，去年則是『全民同心反毒，建構無毒家園』，而各部會也有不同的藥物濫用預防標語。」

（二）落實篩檢工作

訂頒藥物濫用三級預防計畫，建立預防網路與標準作業程序，與警政、檢察機關建立聯繫、通報管道，即時提供學生藥物濫用之資訊，以利學校介入輔導、戒治，特別是請專家到校講解尿液篩檢方式、法令，以落實校園尿液篩檢工作（法務部，2007）。

(三) 推動拒毒和法治教育

教育部在各級學校推出一些相關活動稱為「春暉專案」，例如繪畫、書法、作文等才藝比賽，並將優勝作品巡迴展示，而在校園內所推行的「春暉專案」，不僅是反毒，也以消除菸害、拒絕酗酒、禁止嚼食檳榔和推動愛滋病防治教育相結合。

所謂的「春暉專案」主要針對各級學校防制學生濫用藥物、消除菸害、拒絕酗酒、禁止嚼食檳榔及推動愛滋病防治教育，以維護學生健康、促進身心正常發展。目前實行重點在於辦理「學生藥物濫用防制」、「愛滋病防治」師資培訓，並推動各師資培育機構開設「藥物濫用」、「檳榔危害」、「愛滋病防治」等相關課程；持續辦理教師及社團幹部「反毒宣講團」巡迴校園並以較為活潑、多樣化的方式宣教，宣教對象置重點於都會地區之藥物濫用高危險群學生、社團幹部、高中、國中教師，藉以建立教師與學生對於藥物濫用具更正確的認知及增加相關知能；辦理「春暉專案」業務研習、社團觀摩、學生才藝競賽等活動，擴大宣教成效，亦要求各級學校每年度訂定「春暉專案」宣導月或週，以辦理相關宣教活動（教育部，2006）。

另外在社區中也提供家長有關時下青少年「次級文化」型態、特殊語言，以增加親子良性互動，並在各縣市舉辦多場座談會、園遊會、懇親會、簽名等親職活動。

(四) 推廣青少年服務學習與志願服務

目前台灣青輔會有補助許多學校和民間組織，進行招募青年志工和辦理培訓的志願服務學習計畫，並辦理「遊學台灣」活動，讓青少年朋友參加所規劃的休閒旅遊探索活動，藉以拒絕毒品誘惑（青輔會，無日期）。

另外，在許多學校陸續成立青年服務性社團—「春暉社」，讓學生藉由社團活動與社區服務時機，如社區單車淨灘、表演工作等，並結合跨校際與社區功能，協助各項教育宣導工作，讓學生也可以親自體驗宣導活動（法務部，2007）。

T2：「為落實政府推動『全國反毒作戰年』拒毒預防工作，台灣自2006年設有『替代役反毒大使團』，也就是讓替代役役男擔任反毒大使，由其規劃設計反毒宣導活動，如話劇表演等等。」而根據2006年「替代役反毒大使團」巡迴宣導實施計畫，有關替代役反毒大使的組成須經由：1.遴選大使階段：遴選具心理輔導、主持節目、戲劇、舞蹈等相關經驗的役男。2.培訓課程階段：每位大使必須接受訓練課程 160 小時，包括專業課程 80 小時與才藝課程 80 小時。培訓完成的替代役反毒大使可至各服勤單位（需用機關）或公共場合巡迴宣導藥物濫用的危險認知，提升役男及民衆對毒

品正確觀念（行政院兒童E樂園，無日期）。

三、日本藥物濫用預防策略

（一）日本藥物濫用預防組織

日本毒品政策主要負責執行機關中，其中中央機關為「藥物濫用對策推進本部」，主要緝毒專責機關為「日本警察廳藥物對策課」，而地方「各都府縣警察本部」均有執行緝毒工作（行政院研考會，2006）。以下簡介日本藥物濫用預防組織：

1. 藥物濫用對策推進本部

1970年於總理府設立，當時部長為內閣官房長官，因藥物濫用情形惡化，並於1997年將其設置於內閣（井田良，2007），由內閣總理大臣兼任部長，統合各部官員研擬毒品政策，副部長及部員由各部會首長兼任之。各部會分別有其職責，如：內閣府負責幕僚工作、政策宣導；法務省負責刑事政策檢察、更生保護等；財務省負責海關緝私、主計；厚生勞動省負責麻醉藥品、覺醒劑防制、反毒宣導、反毒合作、麻藥取締員制度、藥物勒戒政策等；國土交通省負責海上保安；外務省負責國際性組織犯罪相關之外交政策；經濟產業省負責化學物資管制（詹中原，2007a）。

2. 藥物濫用預防中心

根據日本藥物濫用預防中心（無日期）指出1987年1月27日中央內閣通過成立日本藥物濫用預防中心，並於同年6月1日創建而成，為非政府組織，J1：「藥物預防中心由國家警政單位與厚生勞動省聯合支援並監督，主要負責推廣政府與民間的藥物濫用預防活動。各縣市長是當地藥物濫用預防主導者，鄉鎮市長也需個別研擬藥物濫用預防的策略，重視縣市與鄉鎮間的團隊合作，另外有50個以上的預防藥物濫用的非政府組織（如：獅子會、扶輪社）一同合作對抗藥物濫用。」

3. 麻醉品監控局

麻醉品監控局（Narcotics Control Department）專門負責麻醉藥品和精神藥品監控，其隸屬於厚生勞動省。對於藥物使用與監控相關的機構除員警、海岸警備隊、海關等機構以外，大量的工作由麻醉品監控局的官員和地方麻醉品監控官員完成（郭崧，2003a）。以下為日本藥物濫用預防組織圖：

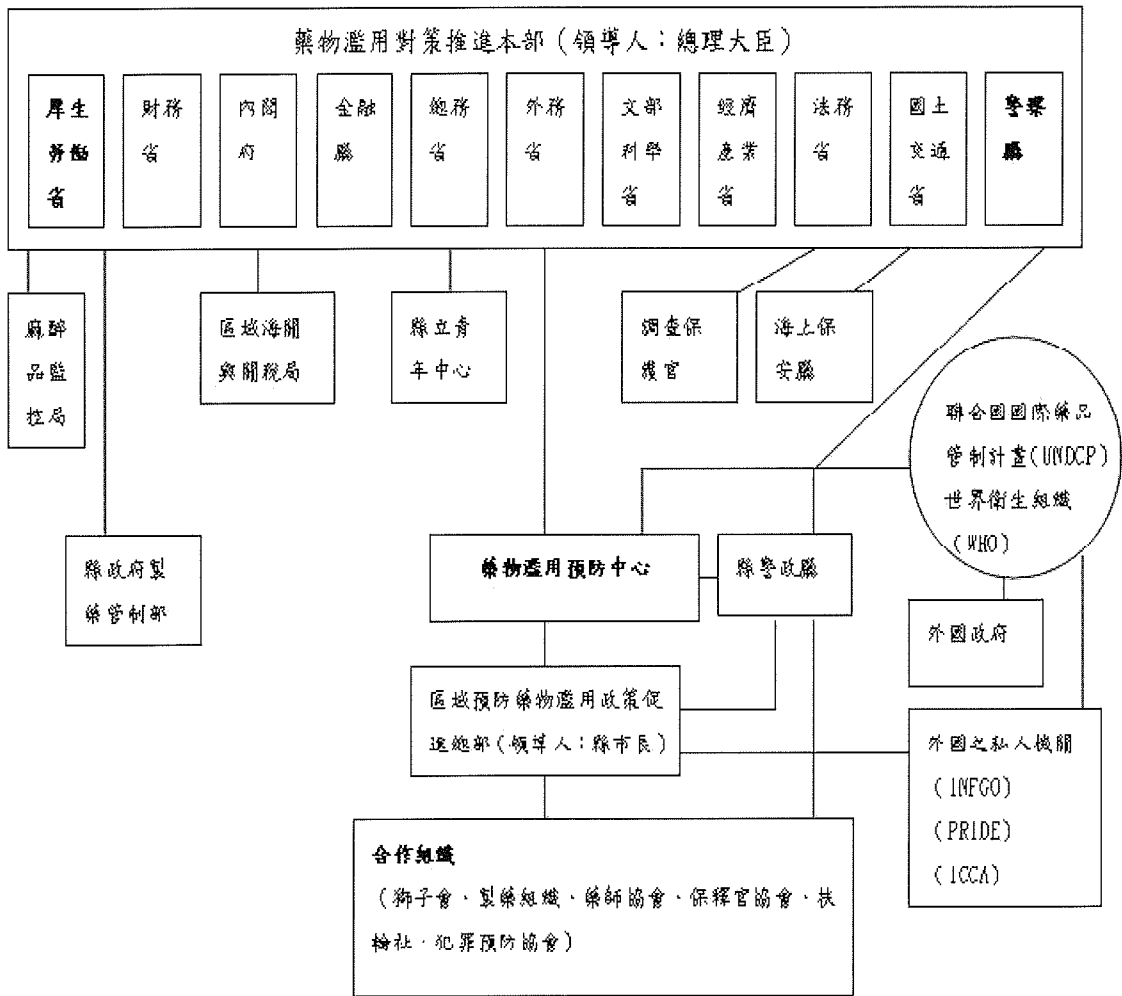


圖5 日本藥物濫用預防組織圖 (資料來源：日本藥物濫用預防中心，2007)

註：「省」相當於台灣地區行政組織，如「厚生労働省」相當於「衛生福利部」；「財務省」相當於「財政部」；「總務省」相當於「內政部」；「外務省」相當於「外交部」；「文部科學省」相當於「教育部」；「經濟產業省」相當於「經濟部」；「法務省」相當於「法務部」；「國土交通省」相當於「交通部」

（三）日本藥物濫用預防策略

1998年制定「藥物濫用對策推進要綱」，內容包括強化管理，嚴厲處罰，推動對國民的教育活動，充實對藥物濫用人員的改造措施，推進國際合作等內容。並爲了明確今後5年日本應該達到的目標，訂定了第一階段5年（1998-2003）防制毒品濫用策略，基本目標爲早日結束第三次冰毒期，其具體目標：阻止青少年的濫用藥物傾向、徹底取締販毒組織、充分阻止水陸走私和對販毒地區的對策、促進藥物依賴者及中毒者的治療與社會回歸（井田良，2007）。

2003年訂定第二階段（2003-2008）防制藥物濫用策略，爲平息第三次興奮劑濫用期，其主要目標：從公共警覺來教育國中、高中學生來根絕青少年毒品濫用問題、消滅毒品走私組織及查緝街頭毒品濫用者、透過國際合作來阻絕毒品於邊境、防止毒品濫用及幫助家庭中毒品成癮者（小野寺毅，2007）。J1亦提及：「第二階段主要的策略爲四個部分：1.家庭對青少年的支持；2.環境的改善，也就是進行打擊犯罪組織；3.各領域皆訂定預防策略；4.設定指標以作評價，例如青少年被抓到犯罪的人數、經歷藥物濫用的人數比例、青少年對藥物濫用的認知等。」

J1：「藥物濫用對策主要由切斷供應面與根絕需求做起，供應面跟需求面又從三個主軸來做預防的工作：法律、教育及醫療三大部分。如果這三個主軸的力量不一致的時候，藥物濫用預防就會傾斜。所以藥物濫用預防需要法令、預防教育與醫療照顧的部分。這三個部份都是同等力量的，這是日本的基本藥物濫用預防的概念。在法律上嚴格控管，如除去毒品、建立罰條；教育上透過預防教育與公共覺醒活動，如宣傳正確資訊、建立有勇氣對毒品說不的環境、建構健全的環境；醫療上治療與復健，如症狀治療、除去藥物依賴、復健。」

J1：「藥物濫用應當成協調的共同體，學校、家庭與社區，是一個共同體，至於法律、教育、醫療照護都應該是一個共同體，應該共同爲藥物濫用預防來付出，如果大家是共同合作，結果應該是一個非常好的社會，也就是非常有人性的社會，這個社會就能培育出所有人能勇敢的say no。」以下就訪談資料整理爲藥物濫用預防模式圖：

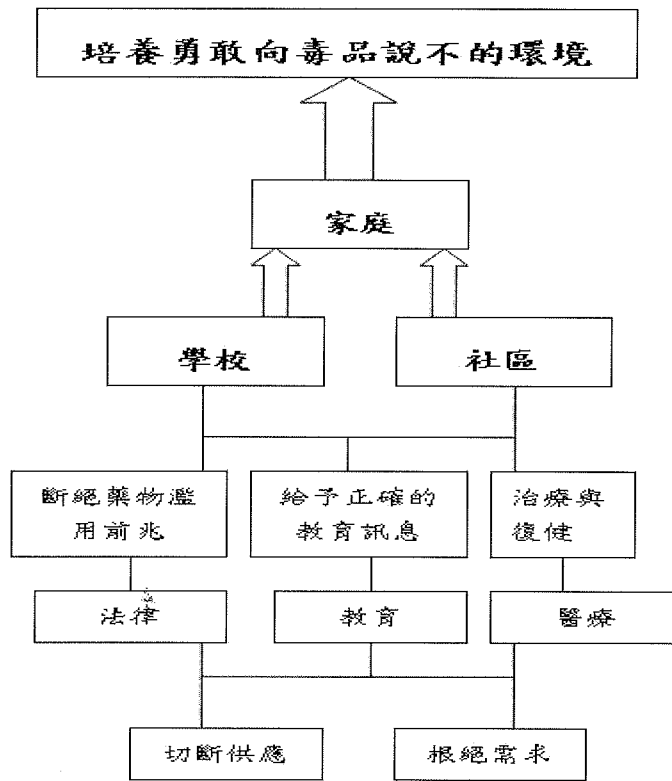


圖6 日本藥物濫用預防模式（資料來源：藥物濫用預防中心訪談整理）

以下就其第二階段藥物濫用防制策略（2003-2008年）簡述：

1.內容：

- (1) 青少年藥物濫用的根絕和家屬的支援等等
- (2) 周圍藥品環境的改善
- (3) 適當的海巡防制對策

2.目標：

- (1) 根絕青少年藥物濫用

以國、高中為中心的藥物濫用危險性啓發，更深一層充實在校學生以外的青少年宣導。

- a. 學校藥物濫用防制教育指導的充實
 - b. 有職無職青少年教育指導機會的確保
 - c. 地區藥物濫用防制教育指導的充實
 - d. 透過宣傳指導活動等等，建立根絕藥物濫用的意識
 - e. 相關機關諮詢體制的建立
 - f. 強化街頭輔導活動、建構合作體制
 - g. 青少年濫用防制對策的充實與強化
- (2) 根絕私人藥物販賣組織與取締藥物濫用者
- a. 組織犯罪政策的推進
 - b. 根絕與徹底取締伊朗等外國藥物販賣組織
 - c. 應付多變的藥物販賣方法
 - d. 徹底取締藥物濫用者
 - e. 研擬多樣化藥物濫用的對策
 - f. 徹底監督正規流通的藥品
 - g. 聯合並強化相關機關

(3) 加強海巡藥物取締與國際緝毒支援合作

加強與各國情資交換、舉辦日本藥物犯罪取締研討會 (Seminar on Control of Drug Offices {SCDO}) by 日本警察廳 (Japan National Police Agency {JNPA}) & 日本國際事業團 (Japan International Cooperation Agency {JICA})、參與亞太緝毒合作會議 (ADEC)、與鄰近國家舉行雙邊緝毒會議、於各國派遣警務聯絡官等。

- a. 強化收集走私情報
 - b. 強化走私取締體制
 - c. 中國、北韓海路走私的強化
 - d. 聯合國際力量阻絕毒品
- (4) 藥物依賴成癮者的治療與預防再濫用、充實藥物依賴成癮者之家屬支援
- a. 充實藥物依賴成癮者的治療
 - b. 對藥物依賴成癮者重返社會的支援
 - c. 強化治療機構與重返社會機構的合作
 - d. 藥物依賴成癮者家屬的支援

(資料來源：藥物濫用對策推進本部，無日期)

目前世界各國藥物濫用預防策略多依三大方向：1.減少供應；2.減少需求；3.減少

傷害(程百君,1999),而由上述資料顯示日本的藥物濫用預防策略以減少供應與減少需求為主。

(四) 日本藥物濫用相關法律

日本有關成癮藥物管制的法律有5部,分別是:麻醉藥品和精神藥品管制法、大麻管制法、覺醒劑管制法、鴉片法、麻醉藥品和精神藥品管制特殊條例法(資料來源:訪談資料整理)。對於販毒等違法行為的最重刑法是終生監禁,沒有死刑(郭崧,2003b)。

四、日本藥物濫用預防教育活動

J2:「目前日本預防教育的方針已經作了重大的調整,即從過去針對藥物濫用者的宣傳教育轉向針對健康群體的預防教育,預防教育的重點目標群體是青少年,日本學校教育的部分主要由文部科學省進行,而政府與民間許多相關的預防教育活動則是由藥物濫用預防中心推行,日本的藥物濫用預防中心雖是非政府組織,但是背後受到厚生勞動省和警政署的支持,且所有活動都是直接和聯合國聯絡的」。而根據日本藥物濫用中心(2007)資料顯示,日本藥物濫用預防中心的預防教育活動行動綱要為:

(一) 加強國際團隊合作

- 1.舉行專家國際會議:舉辦專題討論會(日本、美國、歐洲國家)
- 2.舉辦國際活動:舉辦國際慈善活動/國際研討會(現場衛星播放)
- 3.參加國際交流:
 - (1)參加國際研討會(例如:美國PRIDE和東南亞IFNGO)
 - (2)收集國外藥物濫用相關資料
 - (3)海外訓練與研究--海外、地區活動與國際交流的領導人會議

(二) 強化預防教育

- 1.發展藥物濫用預防訓練計畫:準備終身藥物濫用預防教育素材
- 2.發展與推廣教育素材至學校、家庭與社區
 - (1)設計藥物濫用預防教育專車
 - (2)製作與分配補充讀物:如「讓我們健康過生活」
 - (3)製作、分配與出借視聽教材如16mm影片與錄影帶

- (4) 製作與分配漫畫手冊
- (5) 製作與分配國外旅遊者、藥物濫用與其他物質預防手冊
- (6) 舉辦「藥物濫用預防與教育訓練研討會課程」

3.促進地區活動：

- (1) 舉辦「不！絕對不要」一般宣傳活動與聯合國募款活動
- (2) 提供預防教育活動領導者的系列訓練課程
- (3) 發起根除藥物濫用根源的人民運動
- (4) 提供麻醉藥物成癮顧問一套訓練課程

(三) 促進公共關係

1.實施公共活動：

- (1) 製作與分配預防教育教材：如海報、活動圖章、電話卡、宣傳單、口袋日曆、口袋卡片與T-shirt
- (2) 張貼海報於火車與車站牆上
- (3) 廣告與訊息置放於雜誌與新聞中
- (4) 安排電視與廣播插播
- (5) 製作廣告牌

2.發行期刊：出版時事通訊

(四) 促進研究：

1.協調研究

- (1) 測量年輕世代對藥物問題的警覺
- (2) 實施藥物濫用現狀的全國性調查

2.鼓勵學術研究

經文件分析與訪談，研究者茲將日本預防教育進行的方式主要為以下：

(一) 提供相關知識課程

J3：「中小學的防毒教育從小學五年級即開始，藥物濫用教學內容安排在體育教學課內，每學期開設1-2個小時的藥物濫用預防教育課程」。課程中除了毒品的資訊外，亦讓學生們了解，J1：「『如果身邊的同學有個藥物濫用者，該怎麼辦？』『法律會怎麼取締藥物濫用者？警察又會怎麼執行？』『檢舉的程序為何？』『有哪些醫療、教育、福利機構在照顧這些藥物濫用者？』『家庭和社區又該如何照顧這些

人?』」等等資訊。

J1:「除介紹毒品知識和濫用毒品的危害以外,主要的目標就是要訓練學生能夠大聲說『不!』以拒絕毒品。」所以在教學內容中會以較為活潑互動的方式進行,例如,J2:「以圖像讓學生們知道,雖然從外觀也許分別不出健康人和藥物濫用者,可是當腦部經過解剖後,就會發現,藥物濫用者的腦部整個出血且有被融化、空洞化的現象,而這些都會造成無法思考的狀況。」然後再帶領問答或演劇,藉此訓練學生對毒品說「不!」。

綜合以上,藥物濫用預防教學以活潑生動的方式,不僅止於知識面的傳授,最主要的目標是讓學生學會拒絕的技巧,勇敢對毒品說不。

(二) 藥物濫用預防宣傳小巴士 (Caravan car)

根據日本藥物濫用預防中心(2007),日本設有藥物濫用預防宣傳小巴士,在日本全國學校與公共場所到處巡迴,相當受歡迎,目前共有八台,一次可容納30人,並有退休的藥品管理官員為參訪者進行解說。巴士裡展示著藥物相關資訊、影片、人機通信功能筆記型電腦並有許多線上遊戲,讓學生可以藉由遊戲認識藥物濫用預防觀念與方式。J2:「因為車內空間有限,每次在學校進行這樣的活動時,不可能每個學生都一起擠進車子,故學生在外等候時,亦在車外播放藥物濫用預防相關的卡通讓學生觀看」。

這部車子外面會有拍照貼紙區,也就是每個參加的人可以拍下照片後將其轉為貼紙,J2:「小孩子對於這個東西會感到新奇、興奮,會到處去宣傳,這也是當初為何不以網路下載而以車子取代的原因,因為這樣的方式,人與人接觸、散播,就會讓宣傳效果更加彰顯。」

過去只是單純到學校演講,學生們聽講時往往沒什麼朝氣與反應,但是現在藉由這個方式,讓學生藉由這台車子親自去看、回答問題,J2:「之後再讓他們回到教室寫下感想,多是『覺得非常有意義』、『幫助自己很多』等的回饋,所以許多學校每年都會預約這部宣傳車去做宣導。明年的預約都已經滿了……。」

綜合以上,藥物濫用預防宣傳小巴士是日本進行藥物濫用預防活動方式的特色之一,車內具現代化的宣導設備,不僅陳列著各毒品與其相關知識的資訊,還有線上遊戲、人機通信功能筆記型電腦、拍貼機器,將藥物濫用預防宣導方式藉更貼近年輕學子需求的方式,以達更大的學習與宣導成效。

（三）藥物濫用預防宣傳品

另外在教育宣傳上，主要就是要宣導大眾要勇敢的向藥物說「不！」所以設計了一個標語「だめ！絶対！」（不行！絶対不行！）。

J2：「……過去都是恐怖具威脅性的圖案在藥物濫用預防宣傳海報上，可是效果不彰，……」現在便採健康取向，邀請許多日本有名的明星，像是影歌星、運動選手等，拍攝宣傳海報等其他宣傳品，主題仍是「勇敢說不！」，並在最熱鬧的地方張貼大海報，如新宿，年輕人會崇拜偶像，這樣一來他們也會學習這些代言者做一個健康，敢說「不！」的人。J2：「而在過去的宣傳品設計，也常讓人覺得跟自己無關，往往拿到就隨手丟到垃圾桶裡，於是現在就以較為可愛、可親近的圖案來代表，然後以這些圖案做成手機吊飾、小玩偶、飛盤、OK繃等，讓學生會帶回家。」

由於日本現在很重視英文教育，所以在宣傳單上就會印製英文，讓學生帶回家和家長討論，順便做英文的學習，J2：「這樣一來，也不會被認為沒用而被丟棄。」而每個家庭都有電視，所以宣導影片也成了一個預防推廣的重要方式，以30秒的廣告呈現，不必很專注，但是卻也讓大眾都看到這樣的訊息，另外往常都會製作38分鐘的影片在學校播放，但是，J2：「發現學生的專注力大概只能維持在20分鐘以內，所以現在都會盡量將影片製作在20分鐘以內。」

而許多的宣傳品印製或明星代言、活動等，往往都不是政府出的錢，很多經費都來自於民間團體，甚至是代言明星本人，J2：「像是日本足球明星中田英壽不僅不收取肖像權一億日幣，還自己出資參與推廣活動……小室家族也出了六千萬日幣……」也希望藉由這些團體、名人的帶動，營造整體藥物濫用預防的社會氣氛。

綜合以上，日本在藥物濫用預防宣傳上，使用簡潔有力的標語「不行！絶対不行！」，宣傳代言人則以偶像明星為主。

（四）與聯合國合作活動

J2：「因為藥物濫用預防無國界，它是沒有辦法單獨依靠一個國來做預防，必須全球一起來。所以藥物濫用中心與厚生勞動省會跟聯合國一起推行活動，像是在藥物濫用預防日也就是每年6月26日，就會請男女童軍在街上募款，募得的款項部份會由藥物濫用中心和日本政府帶著學生到聯合國將部分捐款親自交與聯合國，送到較為落後的國家，募款活動進行十三年來，捐出約五億日幣給聯合國。」募款期間從每年6月20日開始，藥物濫用預防中心、日本內閣與其他部會、其他50個地方私人協會進行

合作，在遍及全國700個地點（藥局、公共場所、市政府大廳、零售商等）設置將近十萬個募捐箱，募集到的款項會分配給國內的藥物濫用預防計畫與各國的藥物濫用災害解除（日本藥物濫用預防中心，2007）。

J2：「當然要帶學生去不可能全部的男女童軍都一起，所以會藉由國、高中的志工中選拔出幾位青年大使，這樣的活動從1994年到2007為止，已有93位青年大使至位於維也納的聯合國毒品暨犯罪辦公室（The United Nations Office on Drugs and Crime〔UNODC〕）參訪，當然到了毒品暨犯罪辦公室，也會安排學生進行其他藥物濫用預防活動與交流……」透過這樣的活動讓學生學習並獲得榮譽感。

除此之外，J2：「……也有捐了一台藥物濫用預防宣傳車給巴基斯坦，讓教師和藥物濫用推廣者可以到處去做教育工作……」，另外也有和聯合國作醫療合作、相互討論如何做預防工作等。

聯合國募款活動亦是日本藥物濫用預防教育活動特色之一，藉由全國合作協力的募款、青年志工的參與，不僅具宣導效果，也為藥物濫用預防計畫提供了部分經費來源，讓藥物濫用預防計畫的推動更能落實。

（五）藥物濫用預防講師證照

自1997年由獅子會與藥物濫用預防中心聯合開設藥物濫用預防講師培訓課程與認證制度。其講師培訓課程由藥物濫用預防學者與專家建立發展而成，培訓課程的指導者為醫生、藥品安全諮詢顧問、已認證的藥物濫用預防講師等專家，並與內閣、厚生勞動省、文部科學省等機構合作，經認證的講師可至社區、國小、國高中等講授藥物濫用相關課程，認證的講師就像社區的父母，他們會領導並提供學生藥物濫用資訊內容（日本藥物濫用預防中心，2007）。

綜合以上，可以發現，目前日本在進行藥物濫用預防教育方面，在教材和教學方法的採行上以活潑、啟發的方式，而學校與社區巡迴的藥物濫用預防宣傳小巴士能讓參與者藉由知識互動的方式，收得更良好的成效。在宣傳品上，不再以恐怖具威脅性的標語或圖案來宣導，取代的是具有影響力的名人或是可愛、有趣的圖案，以吸引一般大眾的目光並激勵其效法偶像的精神，另外在宣傳品上除了製作可愛的物品以作飾品或蒐藏，也朝向實用物品，如飛盤、OK繃等，讓宣導的物品不會一下子就被人丟進垃圾桶中，效果較過去彰顯。

在國際交流方面，也做了許多努力，並且藉此讓學生也能夠多瞭解世界藥物濫用預防的脈動。而有關藥物濫用預防講師的培訓，在日本國內也漸趨成熟，亦看得出來這是日本目前藥物濫用預防的發展重點之一。

五、台灣與日本藥物濫用預防策略比較

(一) 台灣與日本藥物濫用預防策略比較

現在世界各國多沿用聯合國制訂的藥物濫用預防策略，因此台日兩國在策略上皆以供應面與需求面來著手，而因兩國的藥物濫用背景、政府體制不同，在作法的著重面上，亦有些差異，茲以下表來比較兩國策略的異同點，如表1所示：

表1 台灣與日本毒品問題、策略之比較

	台灣	日本
現 況	<p>毒品地下工廠製造毒品、海外走私毒品，主要問題有：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.新興毒品之產生，形式圖樣多樣化 2.不純且無均質毒品之吸食 3.多重毒品混合使用 4.吸食方式之多元化 5.合法藥品之濫用 6.毒癮愛滋急速增加 7.藥物濫用俱樂部 	<p>日本國內幾乎沒有秘密製造不法藥物，濫用的藥物來源幾乎全來自海外走私，主要問題有：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手機毒品交易 2.網路非法販賣毒品 3.外商毒品販 4.吸食方式多元化 5.藥物濫用派對
首 要 毒 品 問 題	<p>濫用：海洛因、甲基安非他命 緝獲量：K他命</p>	<p>濫用：甲基安非他命 緝獲量：大麻</p>
策 略	<p>減少供應、減少需求及減少傷害，分為緝毒、拒毒、戒毒、防毒四大工作區塊。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.2005~2008年全國反毒作戰年 2.【春暉專案】 3.【減害計畫】 	<p>供給的切斷、需要的根絕，並從教育、法律、醫療層面做起，建構一個健全的環境，進而建立一個有勇氣說不的環境。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.2003~2008年第二階段藥物濫用防制策略 2.【不！絕對不行】

表1 台灣與日本毒品問題、策略之比較（續）

中央負責單位	行政院毒品防制會報，由行政院長親自主持	藥物濫用對策推進本部，領導人：總理大臣
毒、藥品主政機關	毒品管制主政機關：法務部（檢察司） 管制藥品管制管理主政機關：行政院衛生署（管制藥品管理局）	麻醉品監控局
成癮藥物相關法規	普通法：刑法 特別法：毒品危害防制條例、毒品危害防制條例施行細則、管制藥品管理條例、管制藥品管理條例施行細則、少年事件處理法、保安處分執行法、社會秩序維護法	大麻管制法、覺醒劑管制法、麻醉藥品和精神藥品管制法、鴉片法、麻醉藥品和精神藥品管制特殊條例法
最大刑罰	死刑或無期徒刑。處無期徒刑者併科新臺幣一千萬元以下罰金	終身監禁，無死刑

（二）藥物濫用預防教育活動

表2 台灣與日本藥物濫用預防教育活動比較表

	台灣	日本
學校預防教育專責單位	教育部	文部科學省
學校教育	國小三年級開始於健康與體育課程實施，每學期40-120分鐘	國小五年級開始於體育課程實施，每學期60-120分鐘
政府民間預防教育活動專責單位	教育部統合各單位	藥物濫用預防中心

表2 台灣與日本藥物濫用預防教育活動比較表（續）

預防教育 活動計劃	<ol style="list-style-type: none"> 1.有效運用媒體，加強全民反毒共識 2.落實篩檢工作，建立藥物濫用防制網路 3.結合社會資源，落實拒毒及法治教育，提升反毒成效 4.推廣青少年服務學習暨志願服務，提升學習及休閒生活品質，以拒絕毒害 	<ol style="list-style-type: none"> 1.加強國際團隊合作 2.強化預防教育 3.促進公共關係 4.促進研究
藥物濫用 防制教師 培訓	未有證照制度。	有證照制度
反毒標語	跟毒品說不、其實你有更好的選擇、 全民同心反毒，建構無毒家園、用愛 反毒，健康人生…等	不行！絕對不行！
預防教育 活動特色	<ol style="list-style-type: none"> 1.校園春暉專案反毒宣講團 2.替代役反毒大使團 3.各部會推薦講師 4.反毒陳展館 5.反毒資源線上博物館 	<ol style="list-style-type: none"> 1.藥物濫用預防宣傳小巴士 (Caravan Car) 2.聯合國募款活動 3.藥物濫用預防講師證照制度

六、研究限制

本研究因人力、物力與經費有限，在日本當地進行訪談僅三天，又受時間之限制，故僅訪問日本藥物濫用預防中心主管1人、日本藥物濫用預防中心宣導主任1人與日本東京都目黑區立中根小學教師1人，為對應日本的受訪者，台灣部分僅訪問管制藥品管理局主管2人、台北市國小教師1人，故在內涵的深度上有所限制。

肆、結論

一、台、日藥物濫用預防策略

1.相同處

- (1) 兩國均考量了國外的作法並針對國內國情研擬本國適用的藥物濫用預防策略，在預防組織的協調上兩國均重視各組織間的協調與合作以並重視國外相關藥物濫用預防資訊的收集與更新。兩國均重視藥物濫用預防教育的宣導。
- (2) 在預防策略上，台灣為減少供應、減少需求、減少傷害；日本則以減少供應與減少需求為主，但就其策略內涵探討，兩國在藥物濫用預防策略上實質是大同小異的。

2.不同處

- (1) 組織：台灣的反毒工作中央負責單位為行政院毒品防制會報會議，由行政院長指示法務部長擔任執行會報執行長，統合各部會與地方政府的力量進行反毒；而日本之藥物濫用預防之專責單位為藥物濫用對策推進本部，部長為總理大臣，副部長與部員為各部會的首長。
- (2) 分工：反毒工作上由緝毒、拒毒、戒毒、防毒分工做起，日本則分為法律、教育與醫療層面做起；相較比起來，台灣的緝毒工作內容便等於日本的法律層面部分，台灣的拒毒工作內容便等於日本的教育層面制度，台灣的戒毒工作內容便等於日本的醫療層面部分，可以看到的是台灣在2006年新增的防毒區塊，是台灣在反毒策略上與日本有所不同之處。因日本主要毒品來源為海外走私，因此在防制策略上特別著重在對海巡藥物的取締與國際緝毒支援合作；在台灣的部分毒品來源則為海外走私與國內毒品製造地下工廠，因此不僅著重緝毒，並在國內防毒部分特別著墨。
- (3) 成癮藥物法規：在最重刑罰部分台灣為死刑或無期徒刑，無期徒刑並併科一千萬元罰金；日本無死刑，只有無期徒刑。

二、台、日藥物濫用預防教育活動

1.相同處

兩國的教育活動方式均多元、活潑，藉由媒體與網站宣傳、製作相關反毒宣傳品、出版反毒手冊、廣邀青少年參與相關活動、舉辦國際研討會與進行國際交流等等。

2.不同處

- (1) 台灣藥物濫用預防標語較多元，而日本所建立的標語則為簡短有力的「不行！絕對不行！」
- (2) 藥物濫用預防師資培訓：台灣目前由各部會推薦講師、無藥物濫用預防講師證照制度；日本有藥物濫用預防講師證照制度。
- (3) 特別之處的是台灣有反毒宣講團、替代役反毒大使、反毒陳展館、各部會推薦講師、反毒資源線上資源博物館；日本則是藥物濫用宣傳小巴士、藥物濫用預防講師證照制度、聯合國募款活動。

伍、建議

一、藥物濫用預防策略的建議

- (一) 將毒品防制會報設為常會，定期執行毒品防制會報會議。
- (二) 設置整合藥物濫用預防機構之最高級機關：台灣現在的組織分工細，但卻容易導致反毒力量不易集中，因此建議設置整合藥物濫用預防機構之最高級機關，負責統籌、督導與協調各部會藥物濫用預防組織與分工。
- (三) 輔導整合地方團體成立全國性藥物濫用預防聯盟之非政府組織：目前台灣有在推動藥物濫用預防活動的地方性團體雖眾多，但卻缺少整合，容易導致資源分散的情形，因此建議之。

二、藥物濫用預防教育活動的建議

- (一) 日本的藥物濫用預防講師證照制度可列為參考。

- (二) 目前台灣學校藥物濫用預防課程在大專院校尚未普及，且對中輟生的藥物濫用輔導教育明顯不足，建議加強中輟生與大專院校青少年藥物濫用高危險群的藥物濫用預防教育。
- (三) 建立分眾課程：鑑於目前藥物濫用預防教育由國小三年級做起，雖明訂能力指標，但缺乏分眾課程的詳細內容與規劃，故建議之。
- (四) 建立簡短、朗朗上口的標語，如日本到處可見的「だめ！絶対！」（不行！絶対不行！），強力又易記，讓學生在校園中成爲一種流行，從這句標語即可聯想到藥物濫用預防，即能達到十足的宣導效果。

三、進一步研究之建議

- (一) 與其他藥物濫用預防具成效的國家進行國際比較。
- (二) 針對國內藥物濫用預防課程做進一步的分析與研究。

參考文獻

一、中文部份

- 小野寺毅（2007）。日本毒品現況與反制作為。2007年12月20日，取自http://open.nat.gov.tw/OpenFront/report/show_file.jsp?sysId=C09602889&fileNo=001
- 中央社（2007）。衛生署：毒品減害計畫使愛滋疫情有轉機。2007年12月25日，取自<http://news.yam.com/cna/healthy/200706/20070603339798.html>
- 日本藥物濫用預防中心（2007）。藥物濫用預防中心的功能與角色。東京：日本藥物濫用預防中心。
- 日本藥物濫用預防中心（無日期）。日本藥物濫用預防中心資訊。2007年12月13日，取自<http://www.dapc.or.jp/english/info5-1.htm#1>
- 日本藥物濫用對策推進本部（無日期）。藥物濫用防制新五年策略。2007年12月13日，取自http://www8.cao.go.jp/souki/drug/sin5_mokuji.html
- 井田良（2007）。日本毒品犯罪的對策。2007年12月15日，取自<http://www.japanlawinfo.sdu.edu.cn/html/xingfa/20071202/398.html>
- 內政部政風處（2005）。法務部展開全面反毒作戰計畫。2007年12月20日，取自http://www.moi.gov.tw/dcse/news_1.asp?id=1887

- 內政部警政署保安警察第三總隊全球資訊網（2006）。**2006-2008全民反毒作戰年**。2007年12月24日，取自<http://www.tcop.gov.tw/950603.asp>
- 行政院兒童E樂園（無日期）。**認識內政政策**。2007年12月25日，取自<http://kids.ey.gov.tw/ct.asp?xItem=23921&CtNode=792&mp=61>
- 行政院研考會（2006）。**毒品問題與對策**。台北：行政院研考會。
- 行政院衛生署（2007）。**各縣市毒品危害防制中心轉介服務大幅成長**。2007年12月20日，取自http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&level_no=1&doc_no=51053
- 行政院衛生署管制藥品管理局（2004）。**本局「藥物濫用防制師資培訓班」企劃書徵求說明**。2007年12月13日，取自<http://www.nbcd.gov.tw/home/announce/view.aspx?id=80>
- 行政院衛生署管制藥品管理局（2007）。**藥物濫用防制宣導教材**。台北：行政院衛生署管制藥品管理局。
- 行政院衛生署管制藥品管理局統計資料（2007）。**96年10月藥物濫用案件暨檢驗統計資料**。2007年12月20日，取自<http://www.nbcd.gov.tw/admin/uploads/20071205095107359357952/96年10月藥物濫用案件暨檢驗統計資料.pdf>
- 行政院衛生署管制藥品管理局（無日期）。**反毒資源線上博物館**。2007年12月13日，取自<http://www.antidrug.nat.gov.tw>
- 教育部（2006）。**「春暉專案」實施計劃**。2007年12月20日取自<http://www.edu.tw/index.htm>
- 江振亨、林瑞欽（2003）。青少年藥物濫用問題與防治對策。**學生輔導**，88，79-95。
- 李景美（1999）。**台灣地區國中、高中及高職學生之藥物濫用認知、態度及教育需求調查研究**。教育部委託計畫成果報告，未出版。
- 李碧霞（1999）。青少年藥物濫用問題與學校藥物教育之探討。**學校衛生**，34，49-68。
- 青輔會（無日期）。**遊學台灣**。2007年12月20日，取自<http://tour.youthtravel.tw/tour/>
- 法務部（2007）。**反毒報告書**。2007年12月13日，取自<http://www.moj.gov.tw/public/Attachment/77917414927.pdf>
- 法務部資訊網（2007a）。**防制毒品**。2007年12月10日，取自<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=24334&ctNode=11449>
- 法務部資訊網（2007b）。**貳、當前毒品防制策略的新思維**。2007年12月10日，取自<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=94027&ctNode=11449>
- 法務部資訊網（2007c）。**三、反毒五大分工**。2007年12月10日，取自<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=94231&ctNode=11449>
- 周碧瑟（1997）。台灣地區在校青少年藥物濫用盛行率與危險因子之探討。**學生輔導通訊**，

50, 34-41。

- 周碧瑟(1999)。台灣地區在校青少年藥物使用流行病學調查研究。行政院衛生署八十八年度科技研究發展計畫(編號:DOH88-TD-1064),未出版。
- 屏東縣毒品危害防制中心(2006)。毒品危害防制條例。2007年12月5日,取自<http://www.pthg.gov.tw/planadc/CmsShow.aspx?Parm=20061031152434412,20061023202552515,5>
- 高金桂(1983)。青少年藥物濫用問題。載於周震歐等著:青少年犯罪心理與預防。台北:百科。
- 郭崧(2003a)。日本藥物濫用現狀及相關管理體系。2007年12月13日,取自<http://nidd.bjmu.edu.cn/publish/hr/hr3/3-00.htm>
- 郭崧(2003b)。日本藥物濫用現狀及相關管理體系(二)。2007年12月13日,取自<http://nidd.bjmu.edu.cn/publish/hr/hr4/6.htm>
- 陳明志、蔡俊章(2004)。藥物濫用預防與矯治策略之探討。中央警察大學警學叢刊, 35, 69-90。
- 程百君(1999)。國內藥物濫用現況及防治策略。學校衛生, 35, 69-84。
- 詹中原(2007a)。從全球治理論我國毒品防制政策(drug abuse)之機制建構。2007年12月13日,取自<http://www.npf.org.tw/particle-2528-2.html>
- 詹中原(2007b)。我國地方毒品危害防制中心之研究。2007年12月13日,取自<http://www.npf.org.tw/particle-2574-2.html>
- 張鴻仁(1997)。藥物濫用。學生輔導, 50, 20-33。
- 葉美玉、李景美(1999)。當今青少年藥物濫用預防策略趨向一個人及社會技巧訓練。學校衛生, 35, 45-68。
- 聯晟法網(無日期)。毒品危害知多少〈解說:李清輝律師〉。2007年12月12日,取自<http://www.rclaw.com.tw/SwTextDetail.asp?Gid=6114&Title=%B5%B5%BFN%C0Y%B1%F8>
- 蔡德輝、楊士隆(2003)。少年犯罪、理論與實務。台北:五南出版社。
- 鐘宜興(2004)。比較教育的發展與認同。高雄:復文。
- 蘇東平(1980)。台灣青少年藥物濫用(上)。臨床醫學, 5, 299-205。
- 蘇德昌譯(2005)。日本藥物犯罪的現況及相關課題。日新, 4, 76-80。

二、英文部份

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bereday, G. Z. F. (1964). *Comparative Method in Education*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Center for Substance Abuse Prevention (1995) . *Changing lives, programs that make a difference for youth and risk*. U.S. Department of Health and Human Service (DHHS) Pub. No. (SAM) 95-3043.

Wilson, R. & Kolander, C. (1997) . *Drug abuse prevention: A school and community partnership*. NY : Addison Wesley Longman.

Schlaadt, R. G. & Shannon, P. T. (1986) . *Drugs of choice: Current perspectives on drug use* (2nd ed.) . Englewood Cliffs, NJ: Prentice -Hall.

The Comparison of Drug Abuse Prevention Strategies between Taiwan and Japan

Ling-Chia Chang*, Ching-Tzu Chang*,
Chia-Hsiang Hsu*, Ya-Wen Huang**

Abstract

This paper mainly focuses on and compares : (1) Drug abuse prevention strategies between Taiwan and Japan ; (2) Drug abuse prevention campaigns between Taiwan and Japan. The method takes use of the documentation analysis and interviews by applying the comparative educational research model of Bereday. It includes description, explanation, juxtaposition and comparison. The study results shows : (1) Drug abuse prevention strategy mainly focuses on decreasing supply, needs and harm in Taiwan, whereas it is cutting supply and exterminating needs in Japan. (2) The anti-drug campaigns include seizing, refusing, avoiding and preventing in Taiwan, whereas it is working from the aspects of laws, education and medical in Japan. (3) As for the most severe law punishments in the laws of drug addiction, it is death penalty or life imprisonment with the fine of less than NT10 million dollars in Taiwan, whereas there is no death penalty but life imprisonment in Japan. (4) Both Taiwan and Japan in the campaigns of prevention education are the Multi-diversity and vivid characteristics, it is recommended that to establish the prime administration organization to integrate the strategies of the drug abuse prevention, as well as strengthen teaching qualification and lecturer. Besides, it is recommended that the education for the university students

* The graduate student of graduate school of life education and health promotion, National Taipei University of Education.

** The professor of Center for teacher Education and Career Service & Graduate School of Life Education and Health Promotion, National Taipei University of Education.

and dropouts should be guided, assisted and integrated to help set up national non-government drug abuse prevention organization. It is to understand the characteristics and creativities of the drug abuse prevention strategies between Taiwan and Japan. It is hoped to provide experience references for other countries and raise the drug abuse prevention effects to follow the trend nowadays.

Key words : drug abuse 、 drug abuse prevention strategies

探討阿美族青少年親密行為與性行為之預測因子

林麗美* 車慧蓮** 葉美玉***

摘要

本研究旨在探討阿美族青少年親密行為與性行為之預測因子。以台灣東部花蓮、台東縣市十六所高中職學校為母群體，採兩階段隨機選樣，先選取四所高中職學校，經各校同意配合參與研究後，以班級為單位，一至三年級各個年級隨機選取四班學生為研究對象，為提高填答的真實性，由研究者及助理至各班說明收發問卷，並以不記名進行施測，共回收有效問卷247份。結果顯示阿美族青少年79.8%曾有交友經驗，57.9%學生曾有撫摸、擁抱、親吻的親密行為，16.6%有性行為經驗。有交友經驗及異性朋友交往人數較多的阿美族青少年，有較多親密行為的經驗。性行為前有飲酒及用藥行為的青少年，有較多的性行為經驗。總之，預測阿美族青少年親密行為的主要因子為交友經驗與交友人數，青少年性行為前的飲酒及用藥行為則是發生性行為的主要預測因子。研究結果將可提供校園性教育課程設計之參考。

關鍵字：阿美族、青少年、性行為、親密行為

* 長庚技術學院護理系講師、慈濟大學 醫學研究所博士班研究生

** 長庚技術學院護理系講師

***長庚技術學院護理系教授

通訊作者：葉美玉

通訊地址：333桃園縣龜山鄉文化一路261號 長庚技術學院 A1010室

聯絡電話：(03)2118999-5682

傳真號碼：(03)2118866 E-mail：yehdiana@mail.cgite.edu.tw

壹、前言

台灣地區青少年隨著時代的變遷，無論男女學生，性態度越來越開放，性行爲也隨之呈現日愈增加的趨勢。依據國民健康局1995年及2000年針對台灣地區高中職及五專學生性知識、態度與行爲的調查結果顯示，能正確回答懷孕生殖生理相關知識的比例雖有增加，但對於何時爲女性容易懷孕的時期，大多數青少年學子仍無法正確回答。文獻報告，青少年親密行爲的盛行率有顯著增加，自述曾有性行爲經驗者，男性青少年由1995年之10.4%增加至2000年的13.9%，女生則由6.7%增加爲10.4%（林惠生，2002）。根據2006年國民健康局，針對台北縣市15歲至24歲的高中職學生所進行的研究發現，3711名學生中有19.1%有性經驗，其中男生20.8%，女生17.5%，首次發生性行爲的年齡爲16.1歲（國民健康局，2007）。

此外第一次與異性發生性關係之女生，有一成表示曾導致懷孕，且幾乎皆以墮胎處理，造成身心難以抹滅的陰影（林惠生、林淑慧，1997）。事實上，青少年未婚懷孕同時也可能導致許多社會問題，如：墮胎問題、單親女性貧窮化、婚姻暴力、兒童虐待及疏忽等（陳淑音、葉莉莉，2001；Corcoran, Franklin, & Bennet, 2000；Marín, Coyle, Gómez, Carvajal, & Kirby, 2000；Kotchick, Shaffer, Forehand, & Miller, 2001；Miller, Benson, & Galbraith, 2001）。根據內政部的統計發現，2007年台灣地區15至19歲未成年少女的生育率爲千分之六（內政部，2008a）。青輔會在2005年所發表的青少年政策白皮書中則指出，台灣地區二十歲以下未婚流產多達二萬兩千三百人次。依據青少年的流產人次居高不下的數據顯示，國內青少年發生性行爲導致的懷孕風險相當高，而且發生性行爲的年齡似乎在下降（行政院青少年事務促進委員會、行政院青年輔導委員會，2005）。

台灣居民包含多種族及文化，據內政部統計，截至2007年底，我國原住民人口數有48萬4千人，占總人口數的2.1%，近半數之原住民人口分布在花蓮縣（89,347人，占18.5%）、台東縣（78,956人，占16.3%）及屏東縣（55,783人，占11.5%）境內（內政部，2008b）。此外根據2000年至2006年臺閩地區的人口統計發現，台灣地區15-19歲婦女高生育率的前兩名縣市，分別爲台東縣、花蓮縣，皆爲較多原住民居住的縣市，此外山地鄉的生育率也大多高於非山地鄉的地區（內政部，2008c）。

早期的文獻報告即指出，種族文化對性行爲的發生具有影響力（Ross & Rapp, 1981）。根據美國1988年針對全國15至17歲青少年所做的性行爲調查顯示，非洲裔美國男性青少年有性行爲比率較其他種族的男性高，15歲的非洲裔美國男性青少年，

68%發生過性行爲，17歲時高達90%（Sonenstein, Pleck, & Ku, 1989）。Ramisetty- Mikler, Csetano, Goebert, & Nishmura（2004）以夏威夷地區的原住民、高加索人和其他亞裔人所作的研究發現，當地原住民青少年性行爲發生的比率比高加索人和其他亞裔人高，首次發生性行爲的年齡也較早。Rathus（2005）針對32個國家所作的調查顯示，不同種族青少年的性行爲發生的時間呈現明顯的差異，因此主張性態度與性行爲受社會文化及種族不同而有所不同。

根據許秀月、劉長安、林燕卿（1997）等調查33所原住民地區的小學，總計1,250名的學童的性知識、性態度及性行爲的研究結果顯示，原住民學童較都市學童之性知識得分偏低，得分百分率為59.08%，該調查也發現學童有許多錯誤的性知識，如「夢遺是需要治療的」等。由台北市政府原住民事務委員會針對台北市原住民與非原住民所進行的青少年的性行爲比較分析發現，大學階段的原住民學生曾經發生性行爲的比率，較平地學生來得多，第一次發生性行爲的年齡也比平地學生低（台北市政府原住民事務委員會，2002）。張耐、魏春枝（1999）對都市原住民的國中學生進行調查指出，都市原住民在兩性交往上趨於「早熟」與「熱情」，三成五曾有接吻經驗。

文獻報告，青少年的性態度有愈來愈開放的傾向（林惠生，2002）。性知識、性自我效能與青少年的性行爲達顯著相關（Wang & Wang, 2000；沉滿華、張玉婷、羅淑芬，2004）。有過性行爲經驗的青少年學生，在性態度上較傾向開放（魏慧美，1998；李秋霞，2002；許齡臻、陳泓邵、林松甫，2003；莊雅琴，2003）。也有研究顯示，高中職青少年學生並不排斥一夜情或婚前性行爲（魏慧美，1998）。此外初次發生性行爲的年齡與性伴侶的人數，會影響青少年的性行爲（Wang & Wang, 2000）。物質的使用對性行爲也有影響，抽菸及飲酒行爲會影響青少年學生的性行爲（Wang & Wang, 2000）。依據美國疾管局的調查顯示，約有23.3%青少年在發生性行爲前曾經飲酒或使用藥物（Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention, 2006）。Ramisetty-Mikler等人研究發現，夏威夷原住民青少年性行爲顯著的預測因子是飲酒與用藥，約有四分之一的白種人和夏威夷原住民女性，會於性行爲前使用酒精或毒品（Ramisetty-Mikler et al., 2004）。

阿美族是台灣原住民人口最多的族群，占原住民的總人口的35.7%（內政部，2008b）。傳統的阿美族以母系社會制度為主，有其特殊的文化背景、價值觀及健康行爲（林烘煜，1999；許木柱，1987；黃淑玲，2003）。研究者回顧相關文獻，發現極少針對阿美族青少年性行爲的相關研究報導，阿美族青少年的親密行爲與性行爲發生率如何？影響其青少年性行爲的預測因子是否與國內外其它的文獻相符？或因為阿美

族的特殊文化背景，而出現不同的影響因子？這些問題有待進一步研究澄清。因此，本研究擬以台東、花蓮地區的阿美族青少年為主要對象，期望能進一步瞭解影響阿美族原住民青少年親密行為與性行為，及其預測因子，以提供校園性教育課程規畫設計之參考。

貳、研究方法與步驟

一、研究架構

本研究的研究架構，依據研究目的，並參考國內及國外文獻作為本研究的理論基礎，研究架構如1：

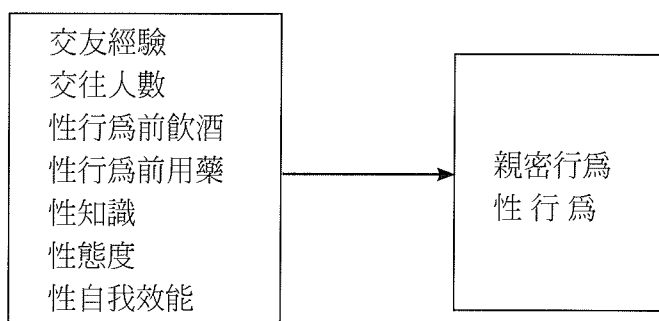


圖1 研究架構

二、研究對象

本研究以臺灣東部花蓮及台東地區的十六所原住民高中職重點學校的原住民學生為母群體。依據內政部的統計年報，顯示原住民學生共7,685人，男生4,226人，女生3,459人（內政部，2008d）。於2004年5月以分層隨機選樣，於台灣東部花蓮及台東地區，隨機選取四所學校，以班級為單位，每校選取一至三年級原住民學生，請學生勾選自己族裔。每校至少四班，或至少30名阿美族學生，各校實際收集的樣本數在34至89人間（如表1）。資料收集採橫斷式問卷調查法，由學生自我報告填答問卷。扣除問卷填答遺漏及不完整的問卷，共回收有效問卷247份。

表1 研究對象的人口學變項及特徵之描述性統計 (N=247)

	變項	人數	百分率(%)
性別	男	98	39.7
	女	149	60.3
校名	甲校	34	13.8
	乙校	47	19.0
	丙校	89	36.0
	丁校	77	31.2
年級	一年級	91	36.8
	二年級	84	34.0
	三年級	72	29.1
父親教育程度	無	5	2.0
	小學或國中	113	45.7
	高中	105	42.5
	大專以上	24	9.7
母親教育程度	無	4	1.6
	小學或國中	137	55.5
	高中	92	37.2
	大專以上	14	5.7
家庭結構	非雙親家庭	94	38.1
	雙親家庭	153	61.9
外表滿意度	不滿意	141	57.1
	滿意	106	42.9
固定異性朋友	無	100	40.5
	有	147	59.5
交友經驗	沒有	50	20.2
	有	197	79.8
交往人數	無	50	20.2
	1個	65	26.3
	2個	43	17.4
	3個	28	11.3
	4個及以上	61	24.7
親密行爲	無	104	42.1
	有	143	57.9

表1 研究對象的人口學變項及特徵之描述性統計 (續) (N=247)

變項		人數	百分率(%)
第一次發生親密行為的年齡	無	122	49.4
	12歲(含)以下	5	2.0
	13歲	13	5.3
	14歲	21	8.5
	15歲	43	17.4
	16歲	20	8.1
	17歲	18	7.3
	18歲	5	2.0
性行為	無	206	83.4
	有	41	16.6
第一次發生性行為的年齡	無	206	83.4
	12歲(含)以下	2	.8
	13歲	1	.4
	14歲	5	2.0
	15歲	5	2.0
	16歲	13	5.3
	17歲	6	2.4
	18歲	3	1.2
	19歲	1	.4
	遺漏值	5	2.0
性行為前抽菸	從未	208	84.2
	很少	2	.8
	偶而	6	2.4
	經常	9	3.6
	每次	22	8.9
性行為前飲酒	從未	205	83.0
	很少	1	.4
	偶而	6	2.4
	經常	12	4.9
	每次	23	9.3
性行為前用藥	從未	205	83.0
	很少	1	.4
	偶而	1	.4
	經常	2	.8
	每次	38	15.4

三、研究工具

本研究使用的研究工具，內容包括研究對象個人基本資料、家庭狀況、親密行爲、性行爲、性知識、性態度及性自我效能量表。個人基本資料內容有性別、年級、交友經驗（指與異性交往之交友經驗）、交往人數（指曾交往過的男/女朋友）、固定朋友（指目前有固定男/女朋友）、性行爲前抽菸、飲酒及用藥。此外本研究所指之親密行爲係指：曾與他人有撫摸、擁抱、親吻等行爲；性行爲則指：曾與他人有發生口交、性交、肛交等行爲。

「性知識量表」係研究者參考李燕鳴（1998）的性知識問卷題目及配合研究目的修訂擬定，問卷內容包含性生理、性病防治、流產、避孕知識四個面向，共20題，總分20分，選項有「對」、「錯」、「不知道」，回答正確者計1分，答錯或不正確者不計分。分數愈高表示性知識愈佳。「性態度量表」係參考李燕鳴（1998）及李秋霞（2002）的性態度問卷配合研究目修訂而成，內容包括兩性交往、安全性行爲、婚前性行爲（指性交）三個面向，共20題，採用Likert五分評分法，正向問題有13題，計分方式爲非常同意（5分）、同意（4分）、中立意見（3分）、不同意（2分）、非常不同意（1分），分數愈高表示對性行爲採取較保守的態度；分數愈低表示對性行爲採取較開放的態度。

「性自我效能量表」共10題，此乃依據研究目的自行擬定，指自己有否信心做到，包括兩性交往（4題）、安全性行爲（2題）、婚前性行爲（4題）等面向。在兩性交往方面，如：「即使我有性衝動，我仍能做到堅持不發生婚前性行爲」。在安全性行爲方面，如：「如果要發生性行爲，我能做到正確使用保險套/要求對方使用保險套」。在婚前性行爲（指性交）方面，如：「當男/女朋友表示想要以婚前性行爲證明我對他/她的愛時，我能拒絕他/她的要求」。計分方式爲能做到（1分）、不能做到（0分），得分愈高表示性自我效能愈高，做到的信心愈高。

上述研究工具在內容效度檢定方面，延請國內性教育專家博士級教師二位，碩士級教師二位，提供意見判定問卷內容的適當性，分別就每個題目之「內容相關性」、「內容正確性」和「內容合適性」測試。效度檢定評分方式爲：「1分」爲極不適當、「2分」爲不適當、「3分」表示尚可、「4分」表示適當、「5分」表示非常適當。內容效度檢定的CVI（content validity index）值爲0.86。各量表的平均得分，性知識量表爲4.97、性態度量表4.83、自我效能量表爲4.64。各量表的內在一致性檢定，性知識量表的Cronbach's alpha爲0.87、性態度量表0.76、性自我效能量表0.89。

四、研究步驟

上述研究工具，在量表的信效度檢定、及預試後正式至樣本學校施測。此外研究者在以隨機選取樣本學校後，先連絡學校行政單位，獲得正式函文同意參與後，配合學校作息時間，至各校收集資料。由於研究主題屬於個人隱私，除向學生說明，強調此乃匿名及自願參與的研究，同學所填的答案並無所謂的對錯，研究之主要目的僅在了解青少年親密行爲及性行爲的影響因素，不作其它用途。爲提高填答的真實性，由研究者及助理至各班說明收發問卷，每位同學皆以不記名方式進行施測，問卷在研究者說明後同意參與的學生，於問卷首頁簽署書面同意書後，開始填寫問卷，時間約須15分鐘。

五、資料處理

以SPSS 12.0 for Windows統計軟體登錄及分析，資料之分析步驟，首先檢視核對資料，校對遺漏值，再進行次數分配、百分比、平均值、標準差等描述性統計分析。以皮爾森相關（Pearson correlation）分析性知識、性態度、自我效能、交友經驗、交往人數、性行爲前飲酒及用藥行爲等自變項，與依變項親密經驗及性行爲之間的相關。最後以多元迴歸分析阿美族青少年親密行爲、性行爲的預測因子。在進行多元迴歸分析之前，首先以共線性診斷（Collinearity diagnostics）進行整體模式的共線性檢驗，透過特徵值（Eigenvalues）與條件指標（Conditional index, CI）判斷，剔除具有共線性的變項（吳明隆，2003；邱皓政，2000）。經共線性診斷後顯示固定朋友、交友經驗與交往人數呈現共線性，抽菸、飲酒及用藥間亦呈現共線性，因此再以逐步迴歸法評估自變項的作用力，最後剔除的自變項爲：固定朋友及抽菸。

參、研究結果

表1顯示研究對象阿美族青少年的人口學變項分布。其中男生39.7%（N=98）、女生60.3%（N=149）。每校所收集的樣本人數約在34至89人之間。其中一年級學生有36.8%（N=91）、二年級34.0%（N=84）、三年級29.1%（N=72）。父母親的教育程度多數在高中以下（88.2%）。有38.1%（N=94）的青少年未與父母同住，或來自單親家庭。57.1%（N=141）的青少年對自己外表的滿意度表示並不滿意。在所收集的阿美族青少年的樣本中，多數都曾有過交友經驗79.8%（N=197），有26.3%（N=65）

的青少年曾經與1個異性朋友交往過，曾經交往過4個及4個以上的異性朋友者占24.7% (N=61)。有59.5% (N=147) 的青少年目前有固定的異性朋友。

此外根據青少年的自我陳述，有超過五成 (57.9%，N=143) 的青少年曾與異性有過親密行爲的經驗，第一次發生親密經驗的年齡在15歲以下者有33.2% (N=82)。16.6% (N=41) 的青少年有性行爲，第一次發生性行爲的年齡以16歲最多 (N=13，5.3%)。但是15歲 (含) 以下發生性行爲者有5.2% (N=13)，其中有2位青少年第一次發生性行爲的年齡在12歲 (含) 以下。8.9% (N=22) 的青少年每次發生性行爲前都有抽菸，4.9% (N=12) 的青少年發生性行爲前經常飲酒，有9.3% (N=38) 的青少年每次發生性行爲前都有飲酒，15.4% (N=38) 的青少年發生性行爲前都有用藥。

表2呈現阿美族青少年性知識、態度與自我效能得分之平均值、標準差。結果顯示阿美族青少年性知識的平均值為10.91 (SD=3.59)，其中以「性生理知識」平均值較高 (Mean=2.66, SD=0.99)，「避孕方法」平均值最低 (Mean=3.34, SD=1.77)。青少年性態度方面，平均得分為70.57 (SD=9.32)，其中以「安全性行爲」的得分較高 (Mean=3.77, SD=0.65)，顯示青少年對「安全性行爲」的性態度較為保守。性自我效能的平均得分7.23 (SD=3.36)，其中以青少年能做到「安全性行爲」的平均值較高 (Mean=1.55, SD=0.78)，顯示青少年在「安全性行爲」的性自我效能較高。

表2 阿美族青少年性知識、性態度與自我效能之平均值及標準差

變項名稱	題數	得分範圍	平均值 (標準差)
性知識 (總分)	20	0-20	10.91(3.59)
性生理	4	0-4	2.66(0.99)
性病防治	4	0-4	2.43(1.01)
流產問題	4	0-4	2.48(1.25)
避孕方法	8	0-8	3.34(1.77)
性態度 (總分)	20	20-100	70.57(9.32)
兩性交往	8	1-5	3.38(0.51)
安全性行爲	6	1-5	3.77(0.65)
婚前性行爲	6	1-5	3.48(0.71)
自我效能 (總分)	10	0-10	7.23(3.36)
兩性交往	4	0-4	2.73(1.64)
安全性行爲	2	0-2	1.55(0.78)
婚前性行爲	4	0-4	2.73(1.64)

表3呈現阿美族青少年的親密行爲、性行爲與自變項之間的相關分析。結果顯示青少年的「交往人數」($r=.455$)、「交往經驗」($r=.448$)、「用藥行爲」($r=.381$)與「飲酒行爲」($r=.378$)等變項與「親密行爲」間達顯著正相關。與青少年的親密行爲達顯著負相關，包括「性態度」($r=-.179$)、「自我效能」($r=-.159$)。結果顯示阿美族青少年過去曾與異性朋友有過交往經驗、異性交往的人數較多、性行爲前有飲酒與用藥、性態度開放、自我效能得分低者，有較多親密行爲的經驗。

此外與「性行爲」達顯著正相關的自變項，包括青少年的「性行爲前飲酒」($r=.968$)、「性行爲前用藥」($r=.978$)、「交往人數」($r=.225$)、「異性交往經驗」($r=.144$)。達顯著負相關則有性自我效能($r=-.274$)、性態度($r=-.222$)。此結果顯示：曾有交往經驗、交往人數多、性行爲前有飲酒、性行爲前用藥、性態度較開放、性自我效能得分較低的青少年，有較多性行爲的經驗。

表3 青少年親密行爲、性行爲與自變項之相關分析

變項名稱	親密行爲	性行爲
交友經驗	.448**	.144*
交往人數	.455**	.225**
性行爲前飲酒	.378**	.968**
性行爲前用藥	.381**	.978**
性知識	-.023	.041
性態度	-.179**	-.222**
自我效能	-.159*	-.274**

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

表4為預測阿美族青少年「親密行爲」與「性行爲」之多元迴歸分析，結果顯示，預測阿美族青少年親密行爲的迴歸模式，有31.2%解釋變異量(Adjusted $R^2=.312$, $p<0.001$)。青少年的交友經驗($\beta=.255$, $t=3.583$)及交往人數($\beta=.219$, $t=3.022$)是親密行爲的顯著預測因子。預測阿美族青少年性行爲的迴歸模式具96.5%的解釋力(Adjusted $R^2=.965$, $p<0.001$)，性行爲前用藥($\beta=.637$, $t=13.526$)、性行爲前飲酒($\beta=.349$, $t=7.503$)是預測青少年性行爲的顯著預測因子。

表4 青少年親密行為與性行為之多元迴歸分析結果

變項名稱	親密行為		性行為	
	β	t	β	t
交友經驗	.255***	3.583	-.011	-.633
交往人數	.219**	3.022	-.009	-.526
性行為前飲酒	.176	.865	.349***	7.503
性行為前用藥	.098	.478	.637***	13.526
性知識	-.035	-.611	.019	1.435
性態度	-.084	-1.356	-.019	-1.373
自我效能	-.006	-.090	-.012	-.810
R	.578		.983	
R ²	.334		.967	
Adjusted R ²	.312		.965	
F	14.946***		565.668***	

** p<0.01, *** p<0.001

肆、討論

一、阿美族青少年親密行為與性行為

依據本研究對象的自我陳述發現，阿美族青少年與異性有親密行為經驗者達57.9%，其發生親密行為的年齡以15歲最多（17.4%）。此一數據與過去的研究相較，阿美族青少年有親密行為經驗的比率較高，發生親密行為的年齡較低。過去的研究如魏慧美於1997年調查高雄市高中職青少年親密行為的結果發現：26.5%的學生有接吻經驗，21%和20.6%曾撫摸異性朋友胸部或被撫摸的經驗，有9.3%和9.6%曾撫摸異性朋友的生殖器官或被撫摸的經驗（魏慧美，1998）。2000年另一針對台灣地區青少年學生的調查結果顯示，有近四成男女生自述曾有與異性接吻的經驗，25%的男生曾愛撫女友的臀部及乳房，曾愛撫異性生殖器的男生有17%，女生有13%（林惠生，2002）。2003年的調查中發現35.7%的學生有兩性交往經驗，41.6%有親吻行為（莊雅琴，2003）。可見阿美族青少年親密行為經驗的比率有較高的現象。

本研究結果發現阿美族青少年自述有性行為經驗者達16.6%，首次發生性行為的年齡以16歲最多（5.3%）。回顧近年來台灣的調查報告，將此次研究的結果與過去同樣以青少年為對象的研究報告相較：1997年高雄市高中職學生的調查結果，有5.9%青少年自述曾和異性發生性行為（魏慧美，1998）。2000年的全國性調查報告：13.9%

男生自述有性行爲，女生10.4%，發生初次性行爲的平均年齡男生爲15.97歲，女生爲16.15歲（林惠生，2002；林惠生、林淑慧，1997）。另一針對台北市高中職二年級所作之研究，高職學生發生性行爲者占8.83%（許珍琳、晏涵文，2000）。2003年在台北縣市的調查顯示，3.9%的青少年有性行爲（莊雅琴，2003）。2006年國民健康局針對台北縣市高中職及大專學生所作的調查發現，19.1%的學生有性經驗，其中男生20.8%，女生17.5%，首次性行爲的年齡爲16.1歲（國民健康局，2007）。由於本研究調查係在2004年5月間進行，母群是花東地區在學青少年，性行爲係根據青少年自述。若與上述文獻報告相較，本研究結果有16.6%的阿美族青少年自述有性行爲經驗，高於國內2003年以前的研究結果；若與2006年國民健康局所作的調查結果相較，阿美族青少年有性行爲的比率，低於該次國民健康局在台北縣市的調查結果。

本研究阿美族青少年自述初次發生性行爲的年齡則與林惠生（2002）及國民健康局（2007）的報告相近，約爲16歲。依據美國疾病管制局2005年針對美國9-12年級青少年危險性行爲所作的調查顯示，曾有性行爲的美國青少年比率達46.8%（Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention, 2006）。另一由Durex保險套公司針對全球青少年性行爲所作的調查，首次性行爲發生年齡平均爲17.3歲，台灣青少年爲18.3歲（Durex Company, 2005）。本研究結果若與美國疾病管制局及Durex公司的報告相較，阿美族青少年有性行爲經驗的比率，仍低於美國疾病管制局的報告，但首次發生性行爲的年齡（約爲16歲），則較2005年Durex公司的調查下降。

早期的文獻報告即指出，不同種族文化影響性行爲的發生（Ross & Rapp, 1981）。國內的文獻報告發現，原住民學童較都市學童之性徵表現較早（許秀月等，1997）。大學階段的原住民青少年有性行爲經驗的比率，較平地生來的高（台北市政府原住民事務委員會，2002）。Rathus（2005）針對32個國家所作的調查顯示，性態度與性行爲會受社會文化及種族不同而有所不同。不同族群青少年的性行爲經驗發生時間亦呈現明顯的差異。1988年針對美國15到19歲青少年所做的性行爲調查顯示，非洲裔美國男性青少年15歲時有68%的人有過性行爲，到17歲時提高到90%，非洲裔美國男性青少年有過性行爲比率比其他種族男性更高（Sonenstein, Pleck, & Ku, 1989）。

Ramisetty- Mikler, Csetano, Goebert, & Nishmura（2004）以夏威夷地區的夏威夷原住民、高加索人和其他亞裔人所作研究發現，夏威夷原住民青少年性行爲發生比率比高加索人和其他亞裔人更多，首次發生性行爲的年齡也較早。本研究對象爲阿美族青少年，其傳統爲母系社會，強調母系繼嗣的原則，青少年自12歲即參與族群的傳統活動，阿美族的母系社會中最大的特色是以女性爲中心的親屬制度，婦女是親屬系統的

中心。一般阿美族家庭中，婚姻採用招贅方式，男子授室入贅女家（林烘煜，1999；黃宣衛，1989；蔡政良，2004；臺灣總督府臨時臺灣舊慣調查會，2000）。此一社會文化特性是否與阿美族青少年親密經驗與性行為經驗的發生有相關，值得未來進一步探討。

二、阿美族青少年親密行為與性行為的預測因子

本研究結果顯示，影響阿美族青少年親密行為經驗的預測因子為「交往經驗」、「交往人數」，顯示青少年曾有與異性朋友交往的經驗，以及與多少異性朋友交往，是青少年親密行為發生與否的主要預測因子。過去文獻未曾對青少年親密經驗的預測因子加以探討，僅在2003年的文獻討論中發現，青少年隨著年齡的增長，有兩性交往及有親密行為經驗的人數比例增加（莊雅琴，2003）。本研究由相關檢定（表3）顯示性態度、性自我效能與阿美族青少年親密行為達顯著相關，然，為何在阿美族青少年親密行為的迴歸模式中，性態度與性自我效能呈現未顯著相關？可見當青少年有「交友經驗」，與一個或以上的「交往人數」時，「交友經驗」與「交往人數」對親密行為的影響力，超過性態度與性自我效能。因此對於「交友經驗」與「交往人數」，對青少年親密行為的影響值得吾人重視與關切。

除上述外，本研究結果發現：影響阿美族青少年性行為的主要預測因子為「性行為前飲酒」、「性行為前用藥」，但「性知識」、「性態度」與「性自我效能」並非顯著的影響因子。性行為前飲酒及性行為前用藥對阿美族青少年性行為的解釋變異量高達96.7%。文獻報告，青少年飲酒或用藥，將顯著提高性行為及危險性行為的發生（蔡偉德、劉育昇，2007；Stueve & Donnell, 2005；Tapert, Aarons, Sedlar & Brown, 2001）。飲酒與用藥可促使性慾增加，減輕個人情緒緊張，提高性生活的快感，但會減低雙方對安全性行為的意識，可能感染性病或愛滋病或是意外懷孕（Martin & Moira, 1992；Wingood & Diclemente, 1998）。Ramisetty-Mikler等人研究發現，夏威夷原住民青少年性行為顯著的預測因子是飲酒與用藥，約有四分之一的白種人和夏威夷原住民女性，會於性行為前使用酒精或毒品（Ramisetty-Mikler et al., 2004）。依據美國疾管局的調查顯示，約有23.3%青少年在發生性行為前曾飲酒或使用藥物（Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention, 2006），可見酒精與用藥對青少年性行為發生的影響極須關注。

文獻報告「性態度」及「性自我效能」對青少年性行為具解釋力（武靜蕙、高松景、白瑞聰、晏涵文、虞順光，2005），本研究亦呈現「性態度」、「性自我效能」

與阿美族青少年「性行爲」達顯著相關，但在性行爲的迴歸模式中，此二者卻未呈現顯著相關？可見「性行爲前飲酒」、「性行爲前用藥」對性行爲的影響力超過「性態度」與「性自我效能」。性行爲前的飲酒及用藥行爲對阿美族青少年性行爲的解釋變異量高達96.7%。回顧國內文獻，有關青少年物質的使用對性行爲的影響，只有Wang & Wang (2000) 的研究提及青少年學生吸菸飲酒影響性行爲 (Wang & Wang, 2000)。至於阿美族青少年物質使用對其性行爲的影響則未見探討。依據國內的研究調查顯示，台灣地區青少年飲酒與用藥問題已日趨嚴重 (陳爲堅，2004；劉美媛、周碧瑟，2001)。因此，雖然本研究結果顯示，性行爲前的飲酒及用藥行爲，對阿美族青少年性行爲的解釋變異量相當高，吾人除應重視阿美族青少年用藥與飲酒對性行爲之影響外，對於一般的青少年學子飲酒、用藥對性行爲的影響亦值得我們加以關注。

伍、結論

本研究結果顯示，阿美族青少年的親密行爲經驗與性行爲發生比率，較同年齡層青少年高，首次發生親密經驗與性行爲的年齡，也較過去的研究發現來得早。預測阿美族青少年性行爲經驗的重要因子是「性行爲前飲酒」及「性行爲前用藥」行爲。飲酒與用藥極易導致不安全的性行爲，如未成年少女懷孕、性病等身心傷害。因此，除了建議未來阿美族青少年的性教育可提早介入，以符合青少年實際的需求外，研究者亦認爲有必要針對「性行爲前飲酒」及「性行爲前用藥」行爲，對阿美族青少年性行爲的影響，進一步關注與研究。未來有必要針對「性行爲前飲酒」及「性行爲前用藥」行爲對青少年性行爲的影響，作進一步探討，並於青少年性教育課程中加入性行爲前飲酒及性行爲前用藥行爲對青少年性影響的相關議題。

此外，阿美族傳統母系社會的文化特性，是否與阿美族青少年親密經驗與性行爲經驗的發生有關，值得未來進一步探討。最後，建議考量文化特性中飲酒行爲對阿美族青少年的影響，在推行性教育過程時，研發符合其民族特性之教材。

研究限制方面，由於本研究僅針對台灣東部六所高中職進行，因此，本研究結果可能無法推論至所有阿美族青少年族群，此外對性別差異並未進一步分析，研究工具中對性行爲前的飲酒行爲與用藥行爲等問題，由於題目僅呈現性行爲進行前有無飲酒、用藥，並未將飲酒與藥物種類列出，因此無法進一步了解研究對象所使用的是酒精含量多少百分比的酒及何種藥物，此有待未來做進一步的探討。最後在「性自我能量表」本研究僅以二分變項作爲計分，未來宜增加評量尺度以增加計分的嚴謹度。

致謝

本研究係由長庚技術學院提供研究經費補助，計畫編號為093-111024。

參考文獻

- 內政部（2008a）。各縣市人口粗出生率、育齡婦女一般生育率、年齡別生育率及總生育率。
上網日期：2008年3月21日。網址：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/gender/ps03-09.xls>
- 內政部（2008b）。九十七年第七週內政統計通報（96年底原住民人口概況）。上網日期：
2008年3月10日。網址：<http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>
- 內政部（2008c）。育齡婦女生育率。上網日期：2008年3月21日。網址：<http://www.moi.gov.tw/stat/index.asp>
- 內政部（2008d）。15歲以上原住民人口數按性別、年齡、原住民身分及教育程度（96年底
原住民人口概況）。上網日期：2008年11月22日。網址：http://www.apc.gov.tw/chinese/docDetail/detail_TCA.jsp
- 行政院青少年事務促進委員會、行政院青年輔導委員會（2005）。青少年政策白皮書。台
北：行政院青少年事務促進委員會。
- 沉滿華、張玉婷、羅淑芬（2004）。原漢國中生性知識、態度、行為及性教育需求調查。慈
濟醫學，16（5），325-334。
- 李燕鳴（1998）。花蓮是高中生之性知識、態度和行為調查。慈濟醫學，10（2），211-219。
- 李秋霞（2002）。正修技術學院89學年度日校五、二專應屆畢業生性態度之研究。正修學
報，11（3），147-161。
- 吳明隆（2003）。SPSS統計應用學習實務：問卷分析與應用統計。台北：知城數位。
- 邱皓政（2000）。量化研究與統計分析：SPSS中文視窗版資料分析範例解析。台北：五南。
- 林惠生（2002）。台灣地區高中、高職及五專在校學生之性知識性態度及危害健康行為與網
路之使用。論文發表於台灣性教育協會學術研討會。台北：行政院衛生署國民健康局人
口與健康調查研究中心。
- 林惠生、林淑慧（1997）。台灣地區高中、高職及五專在校男女學生性知識、態度與行為現
況及變遷。論文發表於第四屆亞洲性學會議「青少年與性」工作坊。台北：行政院衛生
署國民健康局人口與健康調查研究中心。
- 林烘煜（1999）。兩性關係的社會生物學探討：以阿美族母系社會為例。台北：國科會。
- 武靜蕙、高松景、白瑞聰、晏涵文、虞順光（2005）。台北市高中（職）學生婚前性行為意

- 向之研究—理性行動論之應用。**臺灣性學學刊**，11（2），1—23。
- 莊雅琴（2003）。青少年兩性親密行為之研究—以自我發展及習慣觀點初探。國立成功大學行為醫學研究所碩士論文（未出版）。
- 許木柱（1987）。阿美族的社會文化變遷與青少年適應。**中央研究院民族學研究所集刊乙種第十七號**。台北：中央研究院民族學研究所。
- 許秀月、劉長安、林燕卿（1997）。屏東地區原住民國小高年級學童性知識、性態度及性行為之探討。**護理雜誌**，44（2），38-49。
- 許珍琳、晏涵文（2000）。台北市高職學生之性知識、性態度和性行為及其相關因素研究。**臺灣性學學刊**，6（2），7-13。
- 許齡臻、陳泓劭、林松甫（2003）。師院生性態度與性行為之相關性調查研究—以台中師院為取樣分析。**社會科教育研究**，8，91-134。
- 張耐、魏春枝（1999）。都市原住民青少年的兩性交往。**師友月刊**，388，45-48。
- 國民健康局（2007）。民國95年亞洲青少年生育健康跨城市調查研究報告。台北：行政院衛生署國民健康局。
- 陳淑音、葉莉莉（2001）。青少年懷孕問題及其相關因素影響因素。**護理雜誌**，48（2），75-80。
- 陳為堅（2004）。全國青少年非法藥物使用調查。行政院衛生署計畫，計畫編號：DOH93-NNB-1012。
- 黃淑玲（2003）。阿美族母系家庭文化在漢化過程中得以延續的機制。台北：國科會。
- 黃宣衛（1989）。從歲時祭儀看臺灣阿美族傳統社會組織的互補性與階序性。**中央研究院民族學研究所集刊**，67，75-108。
- 蔡偉德、劉育昇（2007）。青少年藥物濫用行為對性活動的影響。**經濟論文叢刊**，35（4），379-413。
- 蔡政良（2004）。台灣原住民數位博物館計畫—阿美族。台北：國立台灣史前文化博物館。
- 劉美媛、周碧瑟（2001）。台灣在校青少年飲酒盛行率與相關因素的探討。**台灣衛誌**，20（2），143-152。
- 臺北市府原住民事務委員會（2002）。臺北市原住民兩性及性侵害防治教育探索性研究。台北：臺北市府原住民事務委員會。
- 臺灣總督府臨時臺灣舊慣調查會（2000）。番族慣習調查報告書第二卷：阿美族、卑南族。台北：中央研究院民族學研究所。
- 魏慧美（1998）。高雄市公私立高中高職學生同儕影響與其婚前性行為與態度關係之研究。**教育學刊**，6，295-314。

- Corcoran, J., Franklin, C., & Bennet, P. (2000). Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting. *Social Work Research, 24* (1), 29-39.
- Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (2006). Youth risk behavior surveillance---United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 55*(SS-5): 64-88.
- Durex Company (2005). *2005 Global Sex Survey Results*. Retrieved March 1, 2008, from <http://www.durex.com/au/gss2005result.pdf>
- Kotchick, B.A., Shaffer, A., Forehand, R., & Miller, K.S. (2001). Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clinical Psychology Review, 21* (4), 493-519.
- Marín, B.V., Coyle, K.K., Gómez, C.A., Carvajal, S.C., & Kirby, D.B. (2000). Older boyfriends and girlfriends increase risk of sexual initiation in young adolescents. *Journal of Adolescent Health, 27*, 409-418.
- Martin, P., & Moira, P. (1992). *Risk-Takers: Alcohol, drugs, sex, and youth*. London, MA: Rout ledge.
- Miller, B.C., & Benson, B., & Galbraith, K. A. (2001). Family relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Development Review, 21*, 1-38.
- Ramisetty-Mikler, S., Csetano, R., Goebert, D., & Nishmura, S. (2004). Ethnic variation in drinking, drug use, and sexual behavior among adolescents in Hawaii. *Journal of School Health, 74* (1), 16-22.
- Rathus, S. A., Nevid, J. S., & Fichner-Rathus, Lois., Herold, E.S., & McKenzie, S.W. (2005). *Human sexuality in a world of diversity* (2nd ed.). New Jersey, MA: Pearson Education.
- Ross, E., & Rapp, R. (1981). Sex and society: A research note from social history and anthropology. *Comparative Studies in Society and History, 23* (1), 51-72.
- Sonenstein, F. L., Pleck, J. H., & Ku, L. C. (1989). Sexual activity, condom use and AIDS awareness among adolescent males. *Family Planning Perspectives, 21* (4), 152-158.
- Stueve, A., & Donnell, L. N. O. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *American Journal of Public Health, 95* (5), 887-893.
- Tapert, S.F., Aarons, G.A., Sedlar, G.R., & Brown, S.A. (2001). Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *Journal of Adolescent Health, 28*, 181-189.
- Wang, S. T., & Wang, R. H. (2000). The determinants of safe sex behaviors of junior college students with sexual experience. *The Kaohsiung Junior of Medical Sciences, 16* (11), 574-581.
- Wingood, G. M., & Diclemente, R. J. (1998). The influence of psychosocial factors, alcohol, drug use on African-American women's high-risk behavior. *American Journal of Preventive Medicine, 15*(1), 54-59.

Exploring the predictors of intimate behaviors' experiences and sexual behaviors among Amis indigenous adolescents

Li-Mei Lin* Hui-Lian Che** Mei-Yu Yeh***

Abstract

The purpose of this research is to exploring the predictors of intimate behaviors' experiences and sexual behaviors among Amis indigenous adolescents. We chose 16 high schools as research population. The research used two-stage random sampling, and recruits 4 high schools to participate the research. We randomly chose two classes of students as our research subject in 10th to 12th degree. In order to improve the verities of the answers, the researcher and assistant gave and collected anonymous questionnaire in each class. There are 247 questionnaires had completed. There are 79.8% had intimate behaviors' experiences, 57.9% had touched, hug and kiss experiences, 16.6% of adolescents had sexual behaviors experiences. The predictors of influencing Amis indigenous' intimate behaviors including: experiences of making friend and number of making friend. The sexual behaviors of Amis indigenous adolescents were related to drinking and drug abuse before sexual intercourse. The results also showed the Amis indigenous adolescents whose drinking alcohol and drug use are more experiences on sexual behaviors. The results could be applied on sexual education program in campus.

Key words: adolescents, indigenous, intimate behaviors, sexual behaviors

* Lecturer, Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology and Doctoral Student, Institute of Medical Sciences, Tzu-Chi University

** Lecturer, Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology

*** Professor, Department of Nursing, Chang Gung Institute of Technology

心臟病兒童運動行為相關因素之探討

李淑媛* 高毓秀** 廣怡秀***

摘要

本研究是了解影響心臟病兒童運動行為及其相關因素。以自編的結構式問卷收集資料，包括運動知識量表、運動健康信念量表、運動自我效能量表、運動社會支持量表及運動資源量表。以台北市北投區七所國小四至六年級55名心臟病兒童為研究對象。收集之資料以皮爾森積差相關、*t*檢定、單因子變異數分析與多元迴歸分析等統計方法進行分析。研究主要發現如下：病童有參加運動社團者，其假日身體活動量顯著高於未參加運動社團者；未接受手術治療者，其平日與假日身體活動量顯著高於接受手術完全治療者；運動自我效能與假日及三日的身體活動量有顯著正相關，自覺運動障礙與假日及三日的身體活動量有顯著負相關。而是否接受手術治療、參加運動社團、自覺運動障礙與自我效能是影響病童身體活動量主要的預測因素。研究結果可作為提昇心臟病兒童身體活動量與運動行為之參考。

關鍵字：心臟病兒童、運動行為

* 台北護理學院醫護教育研究所研究生、台北市北投國小護理師

** 台北護理學院醫護教育研究所副教授

*** 台北護理學院醫護教育研究所研究生、馬偕醫護專科護理學校護理科助教

聯絡人：高毓秀

通訊地址：台北市北投區明德路365號

電話：0928117591 (02) 28227101轉3203

傳真：(02) 28212143

E-mail: yuhsiu@ntcn.edu.tw

壹、前言

對大多數心臟病的兒童而言，無論是否接受手術，其身體活動量總是或多或少會受到限制。因為家長或老師總是擔心在進行活動時，孩子的心臟會有不適的反應，因而限制其活動量（高玉玲、王如華、白璐、黃碧桃，2000； Bar-Mor, Bar-Tal, Krulik, & Zeevi, 2000； Fredriksen, Ingjer & Thaulow, 2000； Sarubbi et al., 2000）。雖然醫護人員也會提醒患者要適度運動，但卻很少提供具體的運動指導，包括方式、時間、強度、注意事項等，讓心臟病兒童及家長能夠參考或實行。過去研究指出，病童的身體活動量往往低於正常兒童（Fredriksen et al., 1999； Fredriksen et al., 2000； Lunt, Briffa, Briffa & Ramsay, 2003），除了影響生理的發育外，與同儕的互動減少，對心理及社會化也有不良的影響（藍青，2002； Casey, Sykes, Craig, Power & Mulholland, 1996）。先天性心臟病兒童若再罹患任何心血管疾病，其結果可能會比一般正常的兒童更為嚴重（Fredriksen, Ingjer & Thaulow, 2000）。缺乏適當的運動會導致很多的慢性疾病，例如肥胖、心血管疾病、氣喘等，因此，運動對心臟病的預防是非常重要的。而適當的運動量有助於學童健康的成長，增加免疫力及預防疾病（兒心會刊編輯部，2004）。

該不該讓心臟病童從事運動？運動會不會增加心臟的負擔？會不會有突發立即的危險？種種的擔憂，很容易使多數先天性心臟病兒童的家長或老師採取過度的限制及保護，使其活動空間受到限制，影響其正常健康的身心發展。先天性心臟病兒童術後運動心肺功能的研究顯示，研究對象的肺功能是正常的，而運動心電圖不正常比例雖高達53%，但大多數是無症狀的；有氧性功能缺損率雖約22%，但並無臨床上的意義。因此，建議對於先天性心臟病兒童不應過度限制其運動，以期能有較接近正常而健康的身心發展（周正亮、游惠玲、劉作仁、徐道昌，1995）。畢竟，每位病童的心臟病種類及其嚴重程度皆有差異，且隨著追蹤時間長短或矯正手術的完成，心臟狀況也可能會隨之改變，因此，每位病童必須經由醫師針對其當時的心臟狀況，建議可從事的運動種類與強度。醫師對於心臟病兒童的運動分為：A級為心臟功能良好，無自覺症狀者，不須限制活動量；B級為重度運動時才有症狀者，須限制重度運動；C級為中度運動就有症狀者，須限制中度運動；D級為輕度運動就有症狀者，須限制輕度運動；E級為日常生活及輕度運動也有症狀者，則須在家或住院治療及臥床休息（呂鴻基，2002）。

Green 和 Kreuter（1999）所發展的PRECEDE-PROCEED 模式共分爲九個階段，其中第三階段是行爲與環境診斷，從已出現的健康問題中，再一步分析出是屬於行爲方

面的原因或非行為方面的原因，若屬於行為方面的原因則可透過行為指標及行為層面來分析，找出重要可改變的行為，做為研擬衛生教育計畫的依據。第四階段是教育與組織的診斷，探討影響健康行為的因素，可從素質因素（predisposing factors）、增強因素（Reinforcing factors）和使能因素（enabling factors）來評估。本研究運用 PRECEDE - PROCEED 模式中之教育與生態學評估過程，探討影響心臟病兒童運動行為之相關因素，進而提供心臟病兒童的運動行為教育介入之參考。

影響心臟病兒童運動行為的因素，可從素質因素、增強因素及使能因素等三個因素來評估。所謂素質因素是指心臟病兒童產生運動行為的動機或願望，或是誘使產生運動行為的因素，包括知識、態度、信念及價值觀。本研究以運動知識、自覺運動利益、自覺運動障礙及運動自我效能來測量心臟病兒童運動行為的素質因素。所謂增強因素乃加強運動行為的因素，指對心臟病兒童運動行為有直接影響者之態度與行為。本研究以運動社會支持來測量心臟病兒童運動行為的增強因素。而使能因素則是指促使心臟病兒童運動行為動機或願望得以實現的因素，即實現或達到運動行為所必需資源，包括運動的設備、空間與技能。本研究以運動資源來測量心臟病兒童運動行為的使能因素。

有關國小學童運動行為的研究並不多，以心臟病兒童為對象的研究相對少。研究顯示，女生的身體活動顯著少於男生（施又誠、房振昆，2004；Trost, Salis, Freedson, Taylor, Dowda Pate, 2002），亦有調查發現，國小學童之運動行為不會因性別之不同而有顯著的差異。一般而言，有參與運動社團者，有較多的運動行為（龍炳峰，2000）。自覺運動利益較高者，參與運動的傾向也比較高（林欣儒、蔡忠昌，2006），自覺運動障礙則與運動量呈負相關（Kim, 2004；Wu, Ronis, Pender, & Jwo, 2002）。國內研究發現運動自我效能在各個年齡層，均是從事運動行為或是身體活動的重要預測變項（周嘉琪、黃素芬，2005），運動自我效能越高，身體活動量越高。兒童因為行動能力有限，是主要運用社區資源的族群，包括社區所提供的場地、設施、活動與專業諮詢等，所以兒童所在社區的休閒資源，會影響兒童休閒活動的參與（李晶、章宏智，2006）。研究亦發現青少年運動地點多以學校、運動場、居家四周可徒步到達為主（陳鴻雁，2000）；家庭運動設施愈多、環境運動場地愈多者，從事運動行為的情形也就愈多（龍炳峰，2000）。

貳、研究方法

一、研究架構

本研究之研究架構乃依據PRECEDE模式，探討影響心臟病兒童運動行為之相關因素（圖1）。

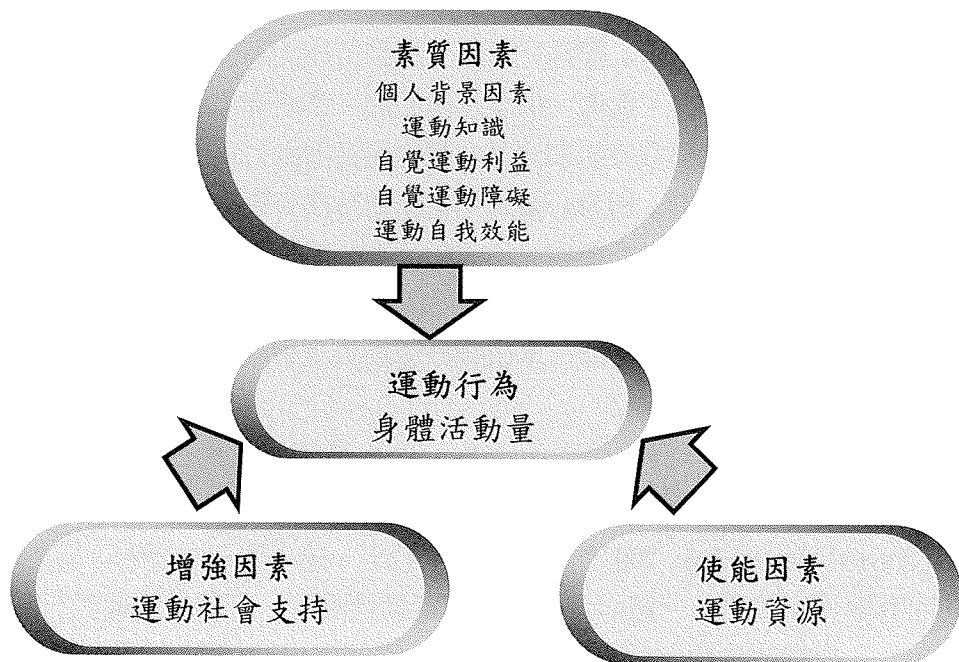


圖1 本研究之研究架構

二、研究對象

以台北市北投區12所國小四至六年級學童，在一年級入學時，由心臟科醫師診斷為心臟病且建議活動分類為A、B級的心臟病兒童為研究對象，共有80人，同意參與研究並完成問卷之有效樣本有55人。

三、研究工具

本研究為橫斷式調查研究，以自編之結構式問卷為研究工具，問卷設計的過程以開放式引導問卷，收集16位就讀國小四至六年級的心臟病兒童的相關資料，並參考國

內外相關文獻，擬定結構式問卷初稿。

問卷內容包含個人基本資料、素質因素、增強因素、使能因素及運動行為等五部份：第一部份為個人基本資料，包括性別、年級、參加運動社團情形、心臟病史及活動建議等；第二部份為素質因素相關量表，包括運動知識量表、自覺運動利益量表、自覺運動障礙量表及運動自我效能量表。其中運動知識量表，主要測量從事運動的正確認知程度，共計11題，答對得1分，答錯或不知道得0分，分數愈高，表示運動知識愈正確；自覺運動利益量表，主要測量心臟病兒童對運動利益的看法，共計7題；自覺運動障礙量表，主要測量心臟病兒童對運動障礙的看法，共計10題，均採 Likert 5分量表從「非常不同意」（1分）到「非常同意」（5分），分數愈高，分別表示認同運動帶來的利益越多，及從事運動的障礙越大；運動自我效能量表，主要測量心臟病兒童在克服運動障礙時的自我效能，共計8題，採10點計分，從「完全沒把握」（0分）到「完全有把握」（10分），分數愈高，表示對自己有能力去克服困難持續從事運動的把握度愈大。

第三部份為增強因素相關量表，主要測量心臟病兒童的運動社會支持情形，共計10題，包括家人、師長、同學、朋友、醫護人員的支持情形。每題採5點計分，從「完全不同意」（1分）到「完全同意」（5分），分數愈高，表示運動的社會支持愈高。第四部份為使能因素相關量表，主要測量心臟病兒童的運動資源，共計6題，每題採5點計分，從「完全不同意」（1分）到「完全同意」（5分），分數愈高，表示規律運動的運動資源愈多。第五部份以三日身體活動量表來觀察運動行為，評估受試者身體活動情形。採用Bouchard等人（1983）所設計，由Huang翻譯的中文版（Huang & Malina, 1996）三日身體活動量表，請受試者以回憶的方式，紀錄一天平日和兩天假日共三天的身體活動所消耗的能量。

效度檢定：結構式問卷初稿擬訂之後，函請社區衛生、學校衛生教育、兒童心臟科醫師及護理等方面之專家共5位，進行專家內容效度（experts content validity）之考驗，檢測問卷內容，能否測出本研究所要測量的特質。請專家從不同領域的觀點，對問卷內容之重要性、適切性及用詞明確性進行評鑑，並針對不適當或遺漏之題目進行修改、刪除或添補。研究者評值所有題目得分與內容，保留CVI值高於0.80以上之題目，並依專家意見進行修改。

信度檢定：本研究信度採內部一致性信度係數（Cronbach's α ）考驗其信度，22位四、五、六年級心臟病兒童進行預試，各分量表Cronbach's α 值介於0.63至0.89之間。

四、資料處理

將回收的資料編碼 (coding) 及建檔後, 使用 SPSS15.0 套裝軟體進行統計分析, 所採用的資料統計方法如下: 次數分配、百分率、標準差、平均數、*t* 考驗、單因子變異數分析 (one-way ANOVA)、相關係數及多元迴歸等統計方法進行分析。

參、研究結果

一、各變項之描述性分析

(一) 素質因素之現況

在個人基本資料部分, 本研究對象為國小四至六年級兒童, 男性 33 位, 女性 22 位, 年齡分佈於 9 至 12 歲之間, 八成以上 (81.8%) 沒有參加運動社團, 心臟病以心室中膈缺損 (20%) 與川崎病 (20%) 為最多。在手術治療方面, 未曾接受手術者有 43 位 (78.2%), 已接受手術完全治療者有 12 位 (21.8%)。在活動建議方面, 沒有限制活動者有 42 位 (76.4%), 限制重度活動者有 13 位 (23.6%) (如表 1)。

表 1 研究對象個人基本資料分佈情形 (n=55)

變項名稱	人數	百分率
性別		
男性	33	60.0
女性	22	40.0
年級		
4年級	12	21.8
5年級	25	45.5
6年級	18	32.7
參加運動社團情形		
無	45	81.8
有	10	18.2
心臟病的類型		
川崎病	11	20.0
心室中膈缺損	11	20.0
心室早期收縮	6	10.9
其他	27	49.1

表1 研究對象個人基本資料分佈情形 (續) (n=55)

變項名稱	人數	百分率
手術治療情形		
未曾接受手術	43	78.2
手術後完全治療	12	21.8
活動建議		
A級 (沒有限制)	42	76.4
B級 (限制重度活動)	13	23.6

由表2得知，在運動知識量表部分，平均分數為 7.53 ± 2.12 分，總答對率為68.5%，表示研究對象具有中等的運動知識。其中分數較低的運動知識題目為反向題「快走、慢跑、騎腳踏車是屬於輕度運動」、「為了避免運動時心臟病發作，心臟病患者不宜運動」、「規律運動是指每週至少三次，每次至少20分鐘以上，心跳達到130下的運動」與「輕度的運動亦可達到健身的目的」。在自覺運動利益量表部分，每題平均得分為 4.1 ± 0.74 分，表示研究對象具有中上程度的自覺運動利益。其中分數較低的運動利益項目為「使我放鬆心情」、「可以促進新陳代謝」與「可以減肥」。在自覺運動障礙量表部分，每題平均得分為 2.68 ± 0.70 分，表示研究對象具有中度的自覺運動障礙，其中分數較高的項目分別為「身體不舒服」、「受傷」、「天氣不好」、「太累」與「沒有時間」。在運動自我效能量表部分，每題平均得分為 5.24 ± 2.16 分，表示研究對象具有中等的運動自我效能，其中分數較低的運動自我效能項目為「當天氣不好時」、「時間不夠用」、「感到功課很多」與「知道運動可能會受傷時」。

(二) 增強因素之現況

在運動社會支持量表部分，每題平均得分為 3.66 ± 0.70 分，表示研究對象具有中等的運動增強因素。其中分數較低的運動的社會支持項目為「我的老師會陪我一起運動」與「醫護人員會指導我運動」。

(三) 使能因素之現況

在運動資源量表部分，每題平均得分為 3.84 ± 0.67 分，表示研究對象具有中等以上的運動資源。其中分數較低的運動資源項目為「我有足夠的時間從事運動」與「我有足夠的費用從事運動」。

表2 研究對象之素質因素、增強因素及使能因素量表總分之分佈情形

變項名稱	題數	總分		每題平均得分	
		平均數	標準差	平均數	標準差
素質因素					
運動知識	11	7.53	2.12	0.68	0.19
自覺運動利益	7	28.60	5.20	4.10	0.74
自覺運動障礙	10	26.80	6.97	2.68	0.70
運動自我效能	8	41.93	17.24	5.24	2.16
增強因素					
運動社會支持	10	36.62	7.03	3.66	0.70
使能因素					
運動資源	6	23.02	3.99	3.84	0.67

(四) 研究對象身體活動量之現況

由表3可見，在平日之身體活動量 (kcal/kg/day) 部分，研究對象平日的身體活動消耗介於每天每公斤體重31.08~75.85 kcal之間，平均為40.18±8.04kcal。在假日之身體活動量 (kcal/kg/day) 部分，研究對象假日的身體活動消耗介於每天每公斤體重29.58~70.35 kcal之間，平均為41.2 ±9.22kcal。在三日之身體活動量 (kcal/kg/day) 部分，研究對象三日的身體活動消耗介於每天每公斤體重32.14 ~72.18 kcal之間，平均為40.86±8.16kcal。

表3 研究對象的身體活動量現況

變項名稱	平均數	標準差	最小值	最大值
平日身體活動量 (kcal/kg/day)	40.18	8.04	31.08	75.85
假日身體活動量 (kcal/kg/day)	41.20	9.22	29.58	70.35
三日身體活動量 (kcal/kg/day)	40.86	8.16	32.14	72.18

二、個人背景因素與身體活動量之差異性分析

研究對象的個人背景因素與身體活動量之差異分析如表4所示，研究對象是否接受手術治療，與平日、假日及三日身體活動量有顯著差異；亦即未曾接受手術治療者，其平日、假日及三日身體活動量均高於曾接受手術治療者；是否參加運動社團，與假日身體活動量有顯著差異，即參加運動社團者，其假日身體活動量高於無參加運動社團者；而研究對象其餘各變項，如性別、年級、活動建議方面，與平日、假日及三日身體活動量都沒有顯著差異。

表4 個人背景因素與平日、假日與三日身體活動量之差異分析摘要表

變項名稱	平日身體活動量			假日身體活動量			三日身體活動量		
	平均數	標準差	t值/F值	平均數	標準差	t值/F值	平均數	標準差	t值/F值
性別									
男	38.78	10.44	0.723	42.20	8.37	0.993	41.70	7.64	1.091
女	40.70	8.33		39.28	11.98		38.70	11.28	
年級									
4年級	40.29	11.47	1.695	40.09	10.18	1.764	39.17	11.42	2.139
5年級	38.19	5.55		39.40	7.70		38.99	6.25	
6年級	42.89	7.70		44.45	9.88		43.93	8.17	
參加運動社團情形									
無	39.15	10.10	0.486	38.89	10.13	-2.398*	39.95	7.74	-1.652
有	41.30	7.20		47.48	10.85		44.51	8.77	
手術治療情形									
未曾接受手術	41.35	8.53	2.121*	42.57	9.80	2.171**	41.31	8.65	2.679**
手術後完全治療	36.01	3.04		36.30	3.15		39.41	2.20	
活動建議									
A級	40.20	8.51	0.014	41.87	9.57	0.975	42.16	8.57	0.737
B級	40.16	6.19		39.04	7.50		36.20	6.31	

* $P<.05$, ** $P<.01$

三、素質因素、增強因素、使能因素與身體活動量之相關分析

以Pearson積差相關分析研究對象之素質因素、增強因素及使能因素與身體活動量之關係。從表5結果顯示運動自我效能與平日 ($r=0.271$; $P<.05$)、假日 ($r=0.237$; $P<.05$) 及三日 ($r=0.242$; $P<.05$) 的身體活動量有顯著正相關，即運動自我效能愈高者，其平日、假日及三日身體活動量愈高；自覺運動障礙與假日 ($r=-0.274$; $P<.05$) 及三日 ($r=-0.231$; $P<.05$) 的身體活動量有顯著負相關，即自覺運動障礙效能愈低者，其假日及三日身體活動量愈高。

而年齡、自覺健康狀況、運動知識、運動社會支持及運動資源等與身體活動量間經皮爾森積差相關係數檢定，發現彼此是無顯著關係的。

表5 素質因素、增強因素及使能因素與身體活動量之相關分析表

變項名稱	平日身體活動量	假日身體活動量	三日身體活動量
素質因素			
運動知識	-0.056	0.071	0.030
自覺運動利益	0.065	0.150	0.134
自覺運動障礙	-0.123	-0.274*	-0.231*
運動自我效能	0.271*	0.237*	0.242*
增強因素			
運動社會支持	0.035	0.099	0.085
使能因素			
運動資源	0.044	0.039	0.045

* $P < .05$

四、研究對象運動行為的重要預測因素

探討各變項對研究對象運動行為的解釋力。首先，診斷所有自變項的多元共線性，結果顯示，所有自變項間並無多元共線的問題，故納入迴歸模式，以Enter 方式進行分析。經多元迴歸分析結果顯示，以個人背景因素（性別）、手術治療情形、活動建議、參加運動社團情形）、運動知識、自覺運動利益、自覺運動障礙、運動自我效能、運動社會支持及運動資源來預測身體活動量。

經表6迴歸分析模式結果發現，以性別、手術治療情形、活動建議、參加運動社團情形、運動知識、自覺運動利益、自覺運動障礙、運動自我效能、運動社會支持、運動資源等變項，可預測研究對象的平日身體活動量 ($F=0.569, P<0.05$)，解釋變異量為12.7%；可預測研究對象的假日身體活動量 ($F=1.433, P<0.05$)，解釋變異量為26.8%；可預測研究對象的三日身體活動量 ($F=1.210, P<0.05$)，解釋變異量為23.6%；其中手術治療情形 ($\beta = -0.290$) 為平日身體活動量之重要預測變項；而手術治療情形 ($\beta = -0.225$)、參加運動社團 ($\beta = -0.183$)、運動自我效能 ($\beta = 0.166$) 及自覺運動障礙 ($\beta = 0.221$) 四個變項為假日身體活動量之重要預測變項；手術治療情形 ($\beta = -0.265$)、運動自我效能 ($\beta = 0.173$) 及自覺運動障礙 ($\beta = -0.186$) 三個變項為三日身體活動量之重要預測變項。

表6 身體活動量之預測變項迴歸分析

變項名稱	平日身體活動量			假日身體活動量			三日身體活動量		
	迴歸 係數 (B)	標準化 迴歸 係數 (β)	t值	迴歸 係數 (B)	標準化 迴歸 係數 (β)	t值	迴歸 係數 (B)	標準化 迴歸 係數 (β)	t值
性別 (女生為參照組)	-1.516	-.094	-.606	-3.043	-.165	-1.159	-2.534	-.155	-1.069
手術治療情形 (未曾手術者為參 照組)	-5.548	-.290	-1.801*	-4.938	-.225	-1.527*	-5.141	-.265	-1.760*
活動建議 (B級為參照組)	-1.170	-.063	-.395	2.094	.098	.674	1.006	.053	.358
參加運動社團情形 (有參加者為參照組)	.659	.032	.195	-4.291	-.183	-1.212*	-2.641	-.127	-.825
運動知識	-.042	-.011	-.070	.456	.106	.725	.290	.076	.510
自覺運動利益	-.047	-.031	-.166	-.090	-.051	-.304	-.075	-.049	-.282
自覺運動障礙	-.068	-.059	-.342	-.290	-.221	-1.393*	-.216	-.186	-1.148*
運動自我效能	.067	.145	.846	.088	.166	1.055*	.081	.173	1.076*
運動社會支持	.150	.132	.691	.377	.290	1.660	.301	.262	1.467
運動資源	-.088	-.044	-.225	-.221	-.096	-.538	-.176	-.087	-.476
R2	.127			.268			.236		
F值	.569*			1.433*			1.210*		

* $P < .05$

綜合以上結果發現，未曾接受手術治療者，其平日、假日及三日身體活動量均高於曾接受手術治療者；參加運動社團者，其假日身體活動量高於無參加運動社團者。運動自我效能愈高者，其平日、假日及三日身體活動量愈高，自覺運動障礙效能愈低者，其假日及三日身體活動量愈高。

肆、討論

一、心臟病學童身體活動量之現況

本研究發現，國小心臟病學童身體活動量為每天1540.01大卡，相當於平均每天每公斤體重消耗40.86大卡，與同樣使用三日身體活動量表測量9到12歲的台灣健康兒童過去一週身體活動的調查結果（Liou, Chiang, 2004）相比較，本研究心臟病學童的身體活動量低於健康兒童的身體活動量（43.29kcal/ kg/day）。從每天總能量消耗來看，亦低於阿拉伯聯合大公國以健康女童為調查對象之總身體活動量（1685.93Kcal/day）（Henry, Lightowler & Al-Hourani, 2004）。心臟病學童的身體活動量確實低於正常兒童（Fredriksen et al., 1999；Fredriksen et al., 2000；Lunt, Briffa, Briffa & Ramsay, 2003）。

二、心臟病學童身體活動影響因素

在個人背景因素與身體活動量間的關係中，本研究發現，參加運動社團情形及手術治療情形與身體活動量有顯著關係。參加運動社團者的假日身體活動量高於無參加運動社團者；此結果與以國小學童為對象的運動行為調查研究相同，有參加運動校隊或有參與運動社團的學童，從事運動的情形較多（龍炳峰，2000；蔡淑菁，1996；藍辰聿，1998）。這可能是運動社團的參與採自願性的，會參加的同學本身對該運動項目有興趣，且經由運動社團有系統的訓練活動，及固定聚會時間，較易養成運動習慣，並感受運動的樂趣，因而有較多的身體活動量。另外，未曾接受手術治療者的平日、假日及三日身體活動量亦高於曾接受手術治療者。可能因為術後的心臟病兒童認為自己不能做中重度的活動，或是因為身上的手術痕跡和覺得自己身材較小等原因，而有較低的運動行為（Lunt, 2003）。此外，心臟病學童的家長或老師過度保護病童，亦可能使其活動受到限制。其實術後的心臟病兒童是可以運動的，所以心臟病兒童基金會自2001年以來，每年辦理一次全國性心臟病兒童的「歡心鼓舞運動會」，即希望透過活動，持續向家長、學校和大眾宣導，讓心臟病兒童也能在適合自己的活動建議程度內，儘量參加體育活動（黃莉雯，2005）。

運動自我效能在各個年齡層的身體活動或運動行為的研究上，如國小兒童、國中生、大學生等，均是從事運動行為的重要預測變項（周嘉琪、黃素芬，2005）。本研究結果發現，運動自我效能愈高者，其身體活動量愈高，多篇研究均有類似結果（呂昌明、李明憲、陳錫琦，2000；藍辰聿，1998；龍炳峰，2000）。本研究發現國小心

臟病學童運動自我效能較低的項目為「當天氣不好時」、「時間不夠用」、「感到功課很多」與「知道運動可能會受傷時」，與藍辰聿（1998）針對四、五、六年級健康兒童之運動自我效能較低的項目是「時間不夠用」、「疲倦的時候」、「功課壓力很大」是相似的，但健康兒童的運動行為似乎較不受天氣的影響。

自覺運動障礙愈低者，其身體活動量愈高之結果，與國內外的一些研究結果相符，如：Kim（2004）針對韓國青少年的研究以及Wu等（2002）針對台灣青少年的研究均證實：身體活動量與自覺運動障礙呈負相關；馮木蘭（2002）以職校女學生為對象的研究也發現此關聯。本研究發現國小心臟病兒童運動障礙較高的項目分別為「身體不舒服」、「受傷」、「天氣不好」、「太累」與「沒有時間」與蔡淑菁（1996）針對五、六年級健康兒童之運動障礙的原因為「要寫功課」、「身體不適」、「沒有時間」亦是相似的。

本研究針對平日、假日及三日身體活動量作重要預測因素的分析，結果顯示手術治療情形，最可預測平日身體活動量；而手術治療情形、參加運動社團、運動自我效能及自覺運動障礙，此四個變項最可預測假日身體活動量；手術治療情形、運動自我效能及自覺運動障礙，此三個變項最可預測三日身體活動量。其中，三日身體活動量的結果與蔡淑菁（1996）針對382位五、六年級健康兒童的研究結果相近，後者之性別、參與運動社團、運動自我效能及知覺運動障礙共可解釋體能活動量18.21%的變異量；龍炳峰（2000）針對405位五、六年級健康兒童的研究，則發現運動自我效能、參加運動社團及家人運動社會支持能有效區別研究對象的運動行為，其中以運動自我效能具有較強的區別力。

不同的是本研究對象是心臟病兒童，而蔡淑菁（1996）與龍炳峰（2000）的對象均是五、六年級的健康兒童，沒有因疾病或治療的問題而影響他們的運動行為。本研究與龍炳峰（2000）的運動行為均沒有因性別而有差異；本研究與蔡淑菁（1996）的運動行為均沒有因運動社會支持而有差異，或許因參與本研究的人數有限，尚待更進一步研究才能解釋此差異。

伍、結論與建議

一、結論

心臟病兒童是否接受手術及是否參加運動社團與運動行為間有顯著的關係：未接受手術治療者其身體活動量高於接受手術治療者；有參加運動社團者，其身體活動量高於未參加運動社團者；而其他個人基本資料方面，如：性別、年齡、父母親的教育程度、心臟病類型、活動建議程度等，都與運動行為無關。

運動知識部分，研究對象對於輕度運動與中度運動之運動強度分級概念模糊不清；心臟病兒童之運動自我效能與運動行為間有顯著的關係，即自我效能愈高者，其假日及三日的身體活動量愈高；自覺運動障礙與假日及三日的身體活動量有顯著負相關，自覺運動障礙愈低者，其假日及三日的身體活動量愈高。

心臟病兒童之素質因素、增強因素、使能因素與個人相關因素對運動行為之解釋力如下：是否手術治療，對平日身體活動量有顯著的解釋力；是否手術治療、參加運動社團、運動自我效能及自覺運動障礙，此四個變項對假日身體活動量有顯著的解釋力；是否手術治療、運動自我效能及自覺運動障礙，此三個變項對三日身體活動量有顯著的解釋力。

二、建議

一、實務工作方面

(一) 提升心臟病兒童的運動自我效能

本研究顯示運動自我效能是心臟病兒童運動行為的重要預測變項之一，學校、老師與家長能一同參與，針對研究中所顯示的運動自我效能較低之心臟病兒童，增加其自我效能的來源。可應用Bandura (1986) 之策略：(1) 使心臟病兒童體驗運動上的成功經驗 (2) 分享其他心臟病兒童在運動上成功的經驗作為楷模 (3) 由家人、老師或同儕口頭的鼓勵與支持 (4) 教導處理與調適自我身心狀態的方法，以有效提升心臟病兒童的運動自我效能，進而提高其運動行為。

(二) 鼓勵心臟病兒童參加運動社團

本研究發現未參與運動社團者，其運動行為明顯低於參與運動社團者，可見運動團隊的經驗、運動同儕的影響，對心臟病兒童有明顯的幫助，更能增進心臟病兒童的健康觀念及運動習慣的養成。故學校與家長應鼓勵心臟病兒童在他們活動建議的範圍內，參與適合他們的運動社團，以使心臟病兒童及早建立運動習慣與運動經驗。

（三）鼓勵手術後完全治療的心臟病兒童從事運動

本研究發現手術後完全治療的心臟病兒童，身體活動量與參與運動社團情形都顯著低於未接受手術的心臟病兒童，可見他們是特別需要被關心的一群，不僅需要鼓勵他們參與運動社團，藉由團體的力量，幫助自己持續不斷的參與運動；更要加強他們運動的自我效能，克服擔心心臟病發作、偷懶、沒時間、天氣不好……等障礙，如設定簡易可行的短期目標、運用多次零碎的時間運動，以建立並養成適度運動的習慣。

二、未來研究方面

（一）針對不同地區的心臟病兒童進行調查

本研究因人力、物力之限制，只能針對台北市北投區心臟病兒童進行研究，結果只能推論至此母群體。希望在未來的研究可以擴大母群體，以期對不同地區心臟病兒童的運動行為有更多的了解，進而推展適當的運動介入計畫。

（二）提高對心臟病兒童運動行為的解釋力

運動行為是一個複雜的行為，本研究以性別、手術治療情形、活動建議、參加運動社團情形、自覺運動利益、自覺運動障礙、運動自我效能、運動社會支持及運動資源等十項來預測心臟病兒童運動行為，結果發現對三日身體活動量的解釋力僅在23.6%，建議未來研究可考慮其他變項，如興趣、態度、人格特質、運動動機等因素，以提高對心臟病兒童運動行為的預測力。或透過質性研究方式，深入了解影響心臟病兒童運動的原因。

（三）進行實驗介入研究

依據本研究的結果發現：心臟病兒童運動行為的預測因素為是否手術治療、參加運動社團、運動自我效能及自覺運動障礙等四個變項，因此建議可以此為依據，進一步進行介入性研究，提昇運動自我效能、降低自覺運動障礙、鼓勵參加運動社團，簽訂運動契約等，以觀察心臟病運動行為之成效。

誌謝

感謝北投區參與問卷填寫的心臟病兒童與提供協助的各校護理師，謹致謝忱。

參考資料

一、中文部分

- 兒心會刊編輯部（2004）。校園安全-學童心肺功能的照護研討會。兒心會刊，16（3），17-19。
- 周嘉琪、黃素芬（2005）。健身運動自我效能及代理效能之探討。大專體育，80，157-162。
- 黃莉雯（2005）。心臟病童與運動。兒心會刊，16（4），4-5。
- 馮木蘭（2002）。女性青少年身體活動狀況及其影響因素之探討—應用健康促進模式。未發表的碩士論文，台北：國立臺灣師範大學體育學系在職進修碩士班。
- 蔡淑菁（1996）。臺北市國小學童體能活動及其影響之研究。未發表的碩士論文，國立臺灣師範大學，台北。
- 藍青（2002）。心臟病學生可以運動嗎？。健康世界，199，17-20。
- 龍炳峰（2000）。國民小學學童規律運動行為及其相關因素之研究。體育學報，29，81-91。
- 高玉玲、王玉華、白璐、黃碧桃（2000）。先天性心臟病學童手術後生活適應之探討。護理雜誌，（1），43-55。
- 周正亮、游惠玲、劉作仁、徐道昌（1995）。兒童先天性心臟病患手術後之運動心肺功能評估：初步報告。中華民國復建醫學會雜誌；23，（1），21-25。
- 施又誠、房振昆（2004）。跳脫傳統性別刻板印象改善國小女生運動參與意願。大專體育，71，147-152。
- 林欣儒、蔡忠昌（2006）。青少年知覺運動益處與知覺運動障礙初探。大專體育，86，133-139。
- 李晶、章宏智（2006）。影響兒童休閒活動參與之因素探討。台灣教育，642，43-47。
- 陳鴻雁（2000）。臺灣地區青少年參與休閒運動現況之研究。大專體育，48，95-81。
- 藍辰聿（1998）。臺北市某國小中重度體能活動及其影響因素之研究。未發表的碩士論文，台北：國立臺灣師範大學衛生教育研究所。

呂昌明、李明憲、陳錫琦（2000）。都市國小學童身體活動及其影響因素之研究。《衛生教育學報》，14, 95-111。

二、英文部分

Bar-Mor G, Bar-Tal Y, Krulik T, Zeevi B (2000). Self-efficacy and physical activity in adolescents with trivial, mild, or moderate congenital cardiac malformations. *Cardiology in the young*, 10(6),561-6.

Bouchard, C., Shephard, R. J., & Stephens, T. (1993). Physical activity, Fitness, and health: Concensus statement. Champaign, IL: Human Kinetics.

Casey, Sykes, Craig, Power & Mulholl and (1996). *Journal of Pediatric Psychology*, 21(3), 335-352.

Fredriksen, P. M., Ingjer, F., Nystad, W., & Thaulow, E. (1999). A comparison of VO₂ (peak) between patients with congenital heart disease and healthy subjects, all aged 8-17 years. *European Journal of Applied Physiology & Occupational Physiology*, 80(5), 409-416.

Fredriksen, P. M., Ingjer, F., & Thaulow, E. (2000). Physical activity in children and adolescents with congenital heart disease. Aspects of measurements with an activity monitor. *Cardiology in the Young*, 10(2), 98-106.

Green, L. W., & Kreuter, M. S. (1999). *Health promotion planning: an educational and ecological approach* (3rd ed.). Mountain View, CA : Mayfield.

Henry, C. J., Lightowler, H. J., & Al-Hourani, H. M. (2004). Physical activity and levels of inactivity in adolescent females ages 11-16 years in the United Arab Emirates. *American Journal of Human Biology*, 16(3), 346-353.

Huang, Y. C. Malina, R. M. (1996) Physical activity and correlates of estimated energy expenditure in Taiwanese adolescents 12-14 years of age. *American Journal of Human Biology*, 8(2), 225-236.

Kim, Y. H. (2004). Korean adolescents' exercise behavior and its relationship with psychological variables based on stages of change model. *Journal of Adolescent Health*, 34, 523-530.

Lunt, D., Briffa, T., Briffa, N. K., & Ramsay, J. (2003). Physical activity levels of adolescents with congenital heart disease. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49, 43-5.

Sarubbi B., Pacileo G., Pisacane C., Ducceschi V., Iacono C., Russo M. G., Iacono A. and Calabro R. (2000) Exercise Capacity in Young Patients After Total Repair of Tetralogy of Fallot, *Pediatric Cardiology*, 21, 211-215.

Trost, S. G., Pate, R. R., Sallis, J. F., Freedson, P. S., Taylor, W. C., Dowda, M. (2002). Age and gender Differences in objectively measured physical activity in youth. *Medicine and Science in*

Sports & Exercise, 34(2), 350-355.

Wu, T. Y., Ronis, D. L., Pender, N., & Jwo, J. L. (2002). Development of questionnaires to measure physical activity cognitions among Taiwanese adolescents. *Preventive Medicine*, 35, 54-64.

Investigation Of Heart Disease Children's Exercise Behavior and its Related Factors

Lee Shu-Yuan* Kao Yu-Hsiu** I-Hsiu Kuang***

Abstract

The purpose of this research is to investigate heart disease children's exercise behavior and its relevant factors. Data are collected through self-edited and structured questionnaires, including exercise knowledge scale, exercise health belief scale, exercise self-efficacy scale, exercise social support scale, and exercise resource scale. Fifty-five heart disease children, who are between fourth and sixth grades of seven different primary schools at the Beitou District in Taipei, are recruited. Data collection are analyzed using Pearson Correlation, *t-test*, *one-way ANOVA*, and multiple regression. Major findings of the study are as follows: children who have participated in sport clubs would be more willing to participate in activities during weekends than those who have never participated in sports clubs. Children who have never received operation treatment do exercises during both weekdays and weekends more often than those who have received operation treatment with total recovery. The higher a child's exercise self- efficacy, the higher amount of weekends and 3-day physical activities. The lower the perceived exercise barriers, the higher the amount of weekends and 3-day physical activities. The results showed that there are four main predicative

* National Taipei College Of Nursing, Graduate Institute Of Health Allied Education, graduate student
Taipei Beitou Elementary School ,RN

** National Taipei College Of Nursing, Graduate Institute Of Health Allied Education, associate professor

*** RN, MSN, Teaching Assistant, Mackay Medicine, Nursing and Management College Nursing Department.

factors that influence children's exercise, including operation treatment, sport clubs participation, presence or non-presence of perceived exercise barriers, and self-efficacy. The result of present study can be used as reference to promote heart disease children's amount of physical activity and their exercise behavior.

Key words : Heart disease children, exercise behavior

東南亞籍配偶在台灣生育保健相關行為 之研究

胡益進* 紀依盡** 殷蘊雯*** 洪進嘉**** 花中慧*****
薛雲冰***** 姚克武***** 李明憲*****

摘要

本研究目的在於探討東南亞籍配偶其社會人口學變項、生育保健態度、行動線索與生育保健行為之關係。採橫斷式調查法，以結構式問卷為工具，由立意取樣方式所得之321位東南亞籍配偶為對象。所得資料進行分析，其結果如下：

1. 生育保健態度方面：大都期待生育子女，並重視產後坐月子，有半數研究對象能認同台灣傳統的坐月子習俗，但仍有少部分在認知上仍保留些許家鄉特有的坐月子習俗。
2. 生育保健行動線索方面：懷孕期間知識來源以醫院為主，坐月子期間主要知識來源則為家鄉的母親。
3. 生育保健行為方面：在台灣坐月子大都會入境隨俗地吃麻油雞或喝生化湯，但部份東南亞配偶籍雖嫁來台灣，但仍會使用家鄉傳統的坐月子習俗。
4. 社會人口學變項中，「國籍」會影響研究對象之生育保健態度；「與家人

* 國立台灣師範大學 健康促進與衛生教育學系副教授
** 國立台灣師範大學 健康促進與衛生教育學系研究助理
*** 仁德醫護管理專科學校講師
**** 彰化基督教二林分院醫師
***** 國立台灣師範大學 健康促進與衛生教育學系研究助理
***** 台北市私立薇格高中教師
***** 新竹市衛生局局長
***** 國立東華大學課程設計與潛能開發學系教授

的溝通程度」及「與丈夫的認識方式」對其生育保健行動線索有顯著相關；
「國籍」及「丈夫的教育程度」會影響東南亞配偶生育保健行為。

5. 生育保健態度、行動線索與其生育保健行為之間呈正相關。

關鍵字：東南亞籍配偶、生育保健態度、生育保健行為、生育保健行動線索、坐月子行為

壹、前言

一、研究動機與背景

自1987年開始，台灣農村即開始有東南亞籍新娘。並隨著全球化及政府在1994年宣布的「南向政策」之影響，公開鼓勵台商至東南亞地區投資，促使台灣與東南亞國家經濟互動頻繁，台灣男性娶東南亞籍新娘的趨勢也愈來愈高。跨國通婚早期以泰國籍及菲律賓籍配偶最普遍，自1990年開始，印尼籍配偶開始顯著增加，到1996年，越南籍配偶則躍居首位（夏曉鵬，2000）。

根據行政院內政部統計於2006年之統計結果顯示，國人之外籍與大陸配偶人數為24700人，佔當年總結婚對數135041之比例為18.29%，較2005年之16.77%增加1.52%，其中女性配偶人數於2006年達21559人，較2005年之20716人增加了4.07%。若再以外籍配偶之國籍區分，東南亞地區外籍配偶人數近幾年來稍有降低之趨勢，但自2001年起，其總人數只僅次於大陸地區，位居所有地區外籍配偶之第二名。在東南亞地區之外籍配偶當中，以越南、印尼、泰國分居前三名（內政部全球資訊網，2008a）。

據目前國內對跨國婚姻婦女所做的質性研究結果指出，東南亞籍配偶覺得人在他鄉，語言溝通不良、文化上的衝突，讓她們歷經挫折與困擾（顏錦珠，2001）；而菲律賓籍外籍配偶則普遍未受到台灣家庭成員的重視，產生「我是傭人」、「我不屬於這裡」、「這不是我想要的」等負面感受（劉美芳，2001）；因此異國婚姻婦女在進入一個截然不同的文化環境時，心理上是充滿了苦楚與矛盾的。再則，東南亞跨國婚姻的台灣籍配偶大都為我國內經濟地位較低、教育程度低、月收入較平均水準低或患有身心障礙之弱勢者。而此婚姻目的多以傳宗接代為主，多數新娘來台之主要目的即為懷孕生子，就東南亞籍配偶之生育率而言，一般都高於本地婦女，1998年開始生母非本國籍者快速攀升，從外國籍（含東南亞籍）與大陸配偶所生嬰兒數占台閩地區嬰兒初生數比為5.12%，2002年為12.46%，2004年提升到13.25%，2005年與2006年則分別是12.9%和11.6%，其所佔比率雖稍有下降，但由此數據可顯示在台灣出生的每100個嬰兒中，有12個嬰兒是外籍與大陸配偶所生（內政部全球資訊網，2008b），因此，在生育率漸趨下降的台灣，未來東南亞籍配偶生育現象是值得觀察及重視。

據研究發現，在有生育的東南亞籍配偶中，39.2%是在婚後1年即懷孕生子，婚後1~2年生的有46.2%，只有28.1%的人採取避孕措施（周美珍，2001），再則，因文化差異導致外籍配偶在坐月子時的不適應，以及在沒有經驗、缺乏正確有效性哺餵母乳

的知識下，使她們住院天數少於本國婦女，常在尚未準備好的情形下回到家中（李慧貞、蘇秀娟、許芷音，2004），因此其是否有受到完善的產後保健照顧更顯重要。然而，上述情形即有七成以上的東南亞籍配偶在嫁來台灣之2年內，即面臨懷孕生產之狀況，且平均年齡約為24.4歲，平均教育程度多為中下（內政部，2008c），其年紀尚輕，也未適應台灣風俗習慣之東南亞籍媽媽們，往往不知如何應付。而在另一方面，東南亞籍配偶中文普遍不佳，教育程度亦較低，與社會落差大，再加上生活習慣不同，語言隔閡等問題，往往容易受到歧視；此外，因移民婦女在心理及身體疾病上都屬高危險群，其個人健康及適應問題易影響下一代子女的身心及其後續養育問題（楊詠梅，2003），另外，國內跨國婚姻婦女的相關研究仍著重於生活適應、識字教育及壓力調適等之問題，其他健康相關議題相對較少探討，僅於林妙玲（2003）、劉秀祺（2003）、蔡佳憇（2004）探討孕產婦妊娠知識、態度以及育嬰知識與態度方面的論文，及薛雯冰（2006）以越南籍為主了解其對生育保健行為之相關因素為何？除此之外，針對外籍配偶之研究大都以質性訪談為主，如戴君倚、鍾聿琳（2002）、林靜佩（2003）、呂靜妮（2004）等都是以質化研究了解外籍配偶之生育相關問題；因此本研究即針對越南、印尼、泰國等東南亞籍新娘人數居東南亞前三名之女性進行生育保健相關行為之研究，以提供後來學者或醫療相關人員做教育介入之參考，協助這些東南亞籍配偶在來台懷孕之同時，能受到更完善之生育保健服務，達到維護婦幼健康、提升人口素質之目的。

（一）東南亞籍配偶來台背景

1980年代，台灣民衆迎娶外籍女性即有越來越多的趨勢，自1990年代開始，越南籍、印尼籍配偶顯著增加，台灣男性迎娶的對象，因為時空背景之差異，而呈現出多國化的現象，原本以越南籍最多，進幾年則是大陸籍為主，但是大陸籍配偶在語言與文化上與台灣當地的風俗民情之差異不大，值得注意的是東南亞籍配偶需要有更多關心與照顧，對在生育保健部分是值得深入探討（鄭雅雯，2000；蔡雅玉，2001；何佩憶、黃雅文，2007）。

（二）跨國婚姻理論

Rangel在1999年整理有關人們選擇跨國婚姻文獻，提出「階段理論」與「同化理論」（Rangel,D.K.,1999）（莊玉秀，2003；何佩憶、黃雅文，2007）。

1.階段理論（Hypergamy theory）

跨國婚姻是促成階級之間相互流動的一種方式，較低社經階層者可藉由婚姻關

係，提升到較高社會階層的地位，而較高社會階層地位配偶，則由這樣的婚姻關係得到原階層中無法滿足的成就感，而且可以得到條件更好的配偶（何佩憶、黃雅文，2007）。

外籍配偶中有部分的人是因為希望透過管道而外嫁到經濟較富裕國家，使自己原生家庭生活能藉此得到改善，而研究顯示東南亞籍配偶其國家經濟狀況並不好，原家鄉生活條件大部分都比較差，藉由跨國婚姻欲改善自己與家鄉之生活水準，但是會娶外籍配偶者，在台灣的社會經濟水準並不高，所以並不如東南亞籍配偶原先的想法，改善自己的生活水準或社會階級地位（王宏仁，2001；李玫臻，2002；吳美菁，2003；何佩憶、黃雅文，2007）。

2. 同化理論（Assimilation theory）

Gordon在1964年提到三階段模式，第一階段為「文化同化階段」，個體將自我原有之習俗、習慣調整以適應主流文化；第二階段為「結構上的同化」，兩個個體透過交往互動過程，而形成第三階段的「婚姻同化」（何佩憶、黃雅文，2007）。

台灣原本就是多元種族融合社會，因此不論是中、閩、客、原住民，外籍配偶將是第五大族群，而新環境往往是這些外籍配偶最必須要面對的難題，尤其他們到台灣之後，首先就是要面對生育的問題，更讓他們要面臨人生另一個轉變，原生生活的文化習俗與台灣文化的差異都是必須面對的課題（廖正宏，1985；何佩憶、黃雅文，2007）。

（三）東南亞籍配偶背景資料

有關東南亞籍配偶研究不外乎是生活適應或是語言的學習等之探討，在以生育保健方面的議題是較少人研究，當然以生育保健為主的研究中，一些社會人口學變項是值得做為探討的項目，以下便針對一些項目說明。

1. 國籍

原生社會與接待社會的社會文化差異越大，則適應的過程就越困難，國外的研究中也顯示其生活適應與原國籍有關（吳美菁，2003；何佩憶、黃雅文，2007；Imamura,1990）。

2. 年齡

年齡因素可以表示社會文化背景、文化發展及家庭發展的不同階段，年齡不同價值觀念及所需面對問題均有所差異；結婚年齡越大者對未來婚姻、婆媳問題比較會用成熟理性的觀點面對（謝銀沙，1991；蕭昭娟，2000；何佩憶、黃雅文，2007）。

3.來台時間

遷入新環境年限多寡，將影響其適應環境的情形，本研究想透過此次進行了解。

4.是否為華裔

有關是否為華裔，可以了解華裔家庭與非華裔家庭在生活保健觀念是否產生不同的適應問題，可以做進一步的探討。

5.宗教信仰

東南亞國家在宗教信仰上有許多的不同，在適應能力上，是否會因為不同的信仰而有不同的適應能力或觀念，可以做進一步的探討。

6.與家人的溝通程度以及教育程度

教育程度可代表個人才能或專業訓練與否，也可表示個人對於新觀念、新知識吸收及領悟程度（楊詠梅，2003；王良芬，2005），如此也會影響其與配偶家庭的溝通程度。

7.工作經驗

這些東南亞籍配偶是否有工作的經驗，在適應能力上應該有不同的程度，而且有關生育保健知識部分，或許也可進一步探討。

8.懷孕

懷孕與否是會影響本身對生育保健態度，因文化差異導致外籍配偶在產後保健部分沒有得到較好的照顧（李慧貞、蘇秀娟、許芷音，2004）。

9.家庭收入

除了社經地位的問題會影響東南亞籍配偶的適應外，家庭經濟也會影響其與他人的相處（鄭雅雯，2000；蕭昭娟，2000；莊玉秀，2003；簡孟嫻，2003）。

從上述的說明中，也讓研究者更深刻了解本研究的重要性，外籍配偶以及其子女在台灣的人數不斷在增加，為了孕育健康的下一代，如何在有效的方法與策略中，提升外籍配偶的生育保健行爲，將是當務之急。

二、研究目的

- （一）了解東南亞籍配偶對生育保健相關的態度、行動線索及行爲之現況。
- （二）探討東南亞籍配偶之社會人口學變項對其生育保健態度、行動線索與行爲之影響。

(三) 探討東南亞籍配偶其生育保健相關的態度、行動線索及行爲彼此之相關性。

貳、材料與方法

一、研究架構

本研究主要依據研究目的以及文獻的收集，本研究架構圖如圖1所示。

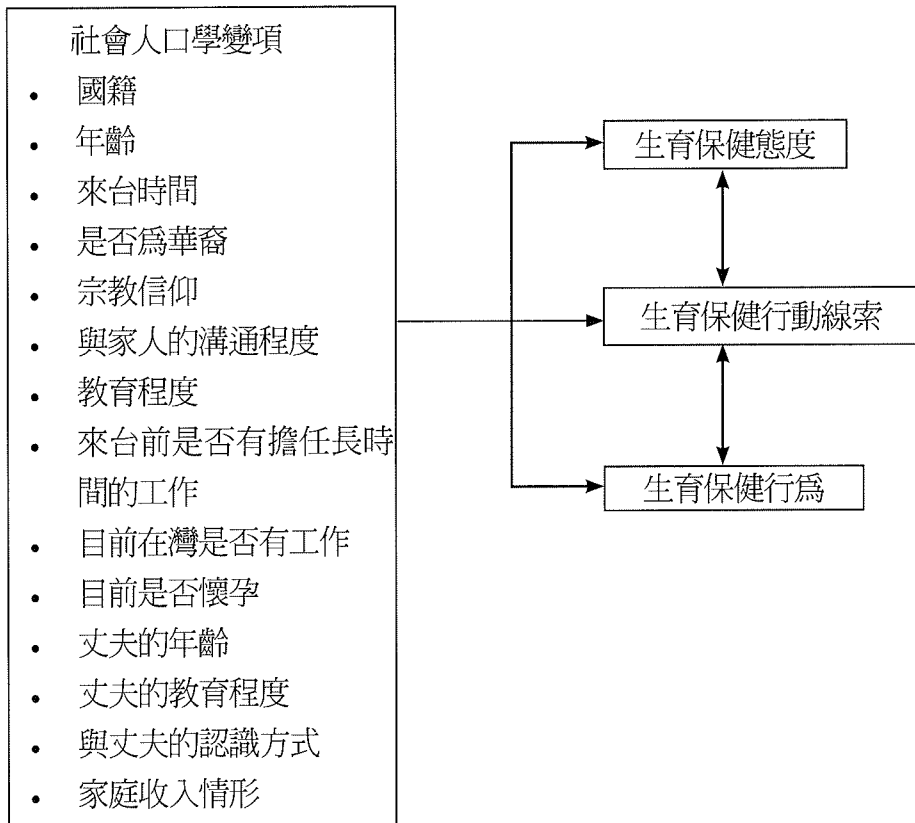


圖1 研究架構

二、研究對象

本研究之研究對象採立意取樣方式選取，主要是以參加國小補校課程或視字班之東南亞籍配偶為主，北部地區以台北市老松國小、西松國小、建安國小、吳興國小、北頭國小、河堤國小，台北縣為大豐國小等；中部地區為台中市永安國小、大鵬國小等；南部地區為嘉義市宣信國小、高雄縣鳳山、路竹、旗山等，共取得越南籍配偶

273名，印尼籍配偶39名，泰國籍配偶9名，總樣本為321名。

三、研究工具與實施步驟

本研究以封閉性結構式問卷為研究工具。調查問卷設計之過程先以焦點團體訪談篩選出顯著信念 (Salient Beliefs)，再配合本研究之研究目的、研究架構以及參考相關文獻，擬定出「外籍配偶在台灣生育保健相關行為之問卷」。研究工具主要分為：(一) 社會人口學變項，其中分為個人基本資料包括：年齡、來台時間、是否為華僑、宗教信仰、與家人溝通程度、教育程度、來台前是否有擔任長時間的工作、目前在台灣是否有工作、是否懷孕；另外為家庭基本資料包括：丈夫年齡、丈夫的教育程度、丈夫的職業、與丈夫的認識方式、家庭收入情形等；(二) 生育保健態度量表，包括台灣習俗的了解、對懷孕的態度、懷孕常識的了解、家人支持的態度等；(三) 生育保健行動線索包括個人經驗、醫院提供的醫療服務、親友的經驗等；(四) 生育保健行為包括台灣習俗、東南亞習俗、家庭支持、遵醫囑行為等，由五位專家學者檢視問卷题目的適當性，並修正意見完後，形成預試問卷；並於2006年3月至桃園縣某處以東南亞籍配偶常聚會的小吃店進行預試，共收集30位樣本，預試的信度分析態度部分Cronbach α 值為0.724；行為部分Cronbach α 值為0.606，而後將問卷之中文內容，同步轉譯成越文、泰文、印尼文，以方便不同國籍之配偶填寫。之後與學校及開課單位取得同意後進行施測，在7月底完成問卷的施測。

四、資料整理與分析

將回收問卷進行篩檢、整理後，將有效問卷編碼，再依譯碼簿進行資料譯碼與建檔，並以SPSS12.0 for Windows統計套裝軟體進行分析，所用統計方法如下：

(一) 敘述統計：

以平均數、標準差、最大值、最小值，描述研究對象之社會人口學變項以及生育保健態度、生育保健行動線索及生育保健行為變項之分佈情形。

(二) 推論統計：

以獨立樣本t檢定 (independent t-test) 及單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 分析社會人口學變項對生育保健之態度、行動線索、行為三者之間的影響，另以皮爾森積差相關 (Person Correlation) 來檢定外籍配偶生育保健態度量表、行動線索量表及行為量表之間的相關性。

參、結果與討論

(一) 研究對象之社會人口學變項分布情形

研究對象之社會人口學變項分佈情形如表1所示。85.0%之東南亞籍配偶為越南籍，年齡約20~29歲，來台時間4-6年，宗教信仰以佛教居多，和家人溝通程度大都沒有困難，自身教育程度以國中最多，國小次之，丈夫年齡以40-49歲最多，其教育程度多為高中職至大學，東南亞籍配偶與丈夫認識之方式多為親友介紹，家庭收入大都足夠生活開支。

表1 研究對象之社會人口學變項分布情形 (n=321)

變項	人數	百分比
國籍		
越南	237	85.0
泰國	9	2.8
印尼	39	12.1
年齡		
20~24歲	102	31.8
25~29歲	108	33.6
30~34歲	55	17.1
≥35歲	49	15.3
missing	7	2.2
來台時間		
1~3年	103	32.1
4~6年	153	47.7
7~9年	38	11.8
≥10	21	6.5
missing	6	1.9
是否為華裔		
否	225	70.1
是	96	29.9
宗教信仰		
無	43	13.4

表1 研究對象之社會人口學變項分布情形 (n=321) (續1)

變項	人數	百分比
佛教	222	69.2
基督教	21	6.5
天主教	9	2.8
回教	7	2.2
道教	14	4.4
其他	5	1.6
與家人的溝通程度		
有困難	35	10.9
有一點困難	61	19.0
沒有困難	225	70.1
教育程度		
未受正式教育	11	3.4
小學	105	32.7
國中	131	40.8
高中職	61	19.0
大專(以上)	13	4.0
來台前是否有擔任長時間的工作		
無	151	47.0
有	170	53.0
目前在台灣是否有工作		
無	194	60.4
有	127	39.6
目前是否懷孕		
否	292	91.0
是	29	9.0
丈夫年齡		
25-29歲	8	2.5
30-39歲	94	29.3
40-49歲	173	53.9
≥50歲	32	10.0
missing	14	4.4

表1 研究對象之社會人口學變項分布情形 (n=321) (續2)

變項	人數	百分比
丈夫的教育程度		
小學	30	9.3
國中	32	10.0
高中職	107	33.3
大學	117	36.4
研究所以上	35	10.9
與丈夫的認識方式		
婚姻介紹所	74	23.1
親友介紹	192	59.8
自由戀愛	53	16.5
其他	2	0.6
家庭收入情形		
不夠生活開支	72	22.4
足夠生活開支	231	72.0
使用很寬裕	18	5.6

(二) 研究對象生育保健態度、行動線索及行為之分佈情形

1、研究對象生育保健態度之分布情形

態度部份題目共計27題如表2所示，所填答案愈趨向「同意」者表示態度愈趨正向。其中第7、8、14、15、16、21、24、25題為反向記分題。

由表2顯示，研究對象及與其夫家家人都很重視及期待生育子女（研究對象同意及非常同意者合計76.6%；夫家家人同意及非常同意者合計74.8%），並覺得是一件重要的事（同意及非常同意者合計78.8%），統計結果與林妙玲（2003）針對132為東南亞籍配偶所做的妊娠態度部分，與薛雯冰（2006）越南籍配偶的調查結果類似，符合東南亞籍婦女將生育及養育子女視為生活的重心（Yang & Wang, 2003）；但仍有半數研究對象認為「懷孕期間若身體沒有不適，不需定期去做產前檢查（同意及非常同意者合計41.4%）」，此種錯誤認知抱持著同意態度，與薛雯冰（2006）調查的結果略為增加；而覺得「懷孕生產過程題有危險的（同意及非常同意者合計32.7%）」，此項結果比薛雯冰（2006）調查的結果減少一半的比率，推測這可能和研究對象所屬之家鄉大部分為生活水準較落後之越南、印尼、泰國等地區，其不夠完善之醫療水準易讓產

婦覺得生產過程有危險。

於坐月子認知部份，研究對象及其家人都相當重視坐月子這件事（研究對象同意及非常同意者合計87.8%；家人同意及非常同意者合計81.6%），並認同坐月子期間使用補品的習俗（同意及非常同意者合計83.7%），與薛雯冰（2006）調查的結果相類似；至於台灣坐月子之習俗，有半數研究對象抱持著「於坐月子期間不可洗頭（不同意及非常不同意者合計44.9%）、不可洗澡（不同意及非常不同意者合計43.3%）、應吃麻油雞（同意及非常同意者合計45.8%）、喝生化湯（同意及非常同意者合計40.8%）」等態度，顯示東南亞籍配偶隨著嫁進台灣之後，其生育保健態度會受到台灣傳統習俗之影響，其結果與薛雯冰（2006）相似，與林靜佩（2003）、Davis（2001）所的結果相似。

此外，也有二~三成研究對象於生產完後會出現「家人都只關心寶寶，不關心我（同意及非常同意者合計28%）」、「對身材的改變很不滿意（同意及非常同意者合計31.4%）」等產後擔憂之情形。

研究對象對生育小孩之期待及重視、夫家重視期待生育小孩的統計結果與薛雯冰（2006）針對154位越南籍配偶所做生育保健行為之研究結果類似，顯示東南亞籍婦女將生育及養育子女視為生活重心及關注的事。

表2 研究對象生育保健態度之分布情形（n=321）

題 目	非 常 不 同 意	不 同 意	中 立 意 見	同 意	非 常 同 意
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1.我很期待能生育小孩	24 7.5%	16 5.0%	35 10.9%	121 37.7%	125 38.9%
2.我的夫家非常重視及期待我能生育小孩	22 6.9%	8 2.5%	51 15.9%	95 29.6%	145 45.2%
3.我覺得生育是一件重要的事	16 5.0%	12 3.7%	40 12.5%	120 37.4%	133 41.4%
4.知道懷孕以後，我會想知道一些關於懷孕的過程或與生育有關的事	15 4.7%	14 4.4%	19 5.9%	110 34.3%	163 50.8%

表2 研究對象生育保健態度之分布情形 (n=321) (續1)

題 目	非	不	中	同	非
	常 不 同 意	同 意	立 意 見	意	常 同 意
	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
5.懷孕期間，我會想要找專業人員或對生育有經驗的親友，幫助我維護懷孕期間的健康	17 5.3%	12 3.7%	23 7.2%	94 29.3%	175 54.5%
6.我覺得懷孕期間定期接受產前檢查，可以讓我生下健康的寶寶	7 2.2%	6 1.9%	3 0.9%	84 26.2%	221 68.8%
7.我覺得懷孕期間如果身體沒有不舒服，不需要定期去做產前檢查	85 26.5%	88 27.4%	15 4.7%	71 22.1%	62 19.3%
8.我覺得懷孕生產的過程是有危險的	75 23.4%	100 31.2%	41 12.8%	50 15.6%	55 17.1%
9.我覺得坐月子是一件很重要的事	13 4.0%	15 4.7%	11 3.4%	89 27.7%	193 60.1%
10.我的家人都很重視我坐月子這件事	14 4.4%	19 5.9%	26 8.1%	98 30.5%	164 51.1%
11.我覺得在坐月子期間，洗澡是必要的	74 23.1%	70 21.8%	40 12.5%	71 22.1%	66 20.6%
12.我覺得在坐月子期間，洗頭是必要的	75 23.4%	64 19.9%	42 13.1%	70 21.8%	70 21.8%
13.我覺得在台灣坐月子，吃補品是一件很重要的事	17 5.3%	9 2.8%	26 8.1%	105 32.7%	164 51.1%
14.在台灣坐月子期間要吃麻油雞，我覺得不喜歡	59 18.4%	63 19.6%	52 16.2%	75 23.4%	72 22.4%
15.在台灣坐月子期間要喝生化湯，我覺得不喜歡	61 19.0%	67 20.9%	62 19.3%	75 23.4%	56 17.4%
16.坐月子期間，我會覺得心情低落、不開心。	62 19.3%	75 23.4%	59 18.4%	67 20.9%	58 18.1%

表2 研究對象生育保健態度之分布情形 (n=321) (續2)

題 目	非	不	中	同	非
	常 不 同 意	同 意	立 意 見	意	常 同 意
	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
17.生產完後，我覺得哺餵母乳是很自然的	18 5.6%	13 4.0%	14 4.4%	108 33.6%	168 52.3%
18. 我了解哺餵母乳的好處	10 3.1%	12 3.7%	11 3.4%	101 31.5%	187 58.3%
19. 我願意給我的寶寶吃母乳	14 4.4%	9 2.8%	11 3.4%	89 27.7%	198 61.7%
20.生產完後，我覺得生活跟以前不一樣了	18 5.6%	18 5.6%	33 10.3%	133 41.4%	119 37.1%
21.生產完後，我覺得家人都只關心寶寶，不關心我	79 24.6%	97 30.2%	41 12.8%	58 18.1%	46 14.3%
22.生產完後，我希望家人能夠幫忙我坐月子	18 5.6%	10 3.1%	32 10.0%	110 34.3%	151 47.0%
23.生產完後，我希望家人有幫忙我照顧寶寶	19 5.9%	12 3.7%	33 10.3%	117 36.4%	140 43.6%
24.生產完後，我對身材的改變很不滿意	69 21.5%	99 30.8%	59 18.4%	49 15.3%	45 14.0%
25.生產完後，我的丈夫對我身材的改變很不滿意	102 31.8%	112 34.9%	40 12.5%	44 13.7%	23 7.2%
26.生產過後身材變胖是自然的	28 8.7%	31 9.7%	49 15.3%	133 41.4%	80 24.9%
27.坐月子的經驗對我來說是快樂的	30 9.3%	44 13.7%	64 19.9%	97 30.2%	86 26.8%

2、研究對象生育保健行動線索之分布情形

行動線索部份題目共計19題如表3所示，皆為正向記分，得分愈高表示研究對象所接受的行動線索愈趨正向。

由答題情形來看，約有五~七成研究對象看過懷孕相關文章或電視節目，九成研究對象曉得去哪裡做產檢，並且懷孕期知識來源多以醫院為主（78.2%~81.9%）。有近半數研究對象甚少或經由電視節目（46.3%）、相關文章（46.7%）、社區衛生所人員（40.2%）獲得坐月子相關訊息；也少有幫別人做月子之經驗（56.7%）。於坐月子期間知識來源主要是家鄉的媽媽（82.9%），其次是生產的醫院（74.8%）、台灣的婆婆（72.0%），但仍有14.3%受訪者表示生產後婆婆並未告訴她坐月子的注意事項，且也有少數受訪者未從生產的醫院被教導如何按摩肚子促使子宮收縮（25.9%）、以及其他的生產運動（33.6%）。坐月子時的知識來源主要是家鄉的媽媽與台灣的婆婆，這與Foss（2001）對於越南和阿曼婦女的研究中，發現「東南亞和中華文化中，婆婆的角色對於媳婦的家庭生活與女子的照顧方式有很大的影響力」相同，呂靜妮(2004)的研究中也有這樣的說法。此外，八成左右的研究對象表示生產的醫院有教導如何進行產後哺乳，但產生乳房護理、產後運動等項目，卻只有六~七成左右的醫療院所有進行衛教指導，因此，確實的生產衛教是醫院需加強之部份，孫麗娟（2003）在研究中，也有提到醫院與公衛護士的產後衛教的部分，必須要加強宣導與訪視。

表3 研究對象生育保健行動線索之分布情形（n=321）

題 目	沒 有		不 知 道
	1	2	
	n	n	n
	(%)	(%)	(%)
1.我曾經看過關於懷孕的相關文章	27	231	18
	22.4%	72.0%	5.6%
2.我曾經看過關於懷孕的電視節目	101	188	32
	31.5%	58.6%	10.0%
3.懷孕期間，我知道要去哪裡做產前檢查	18	290	13
	5.6%	90.3%	4.0%
4.產檢時醫護人員會協助我減輕身體的不舒適的訊息	45	263	13
	14.0%	81.9%	4.0%

表3 研究對象生育保健行動線索之分布情形 (n=321) (續1)

題 目	沒	有	不
	有	有	知
	1	2	道
	n	n	0
	(%)	(%)	(%)
5.產檢時醫護人員會解答我對懷孕的一些問題	62	251	8
	19.3%	78.2%	2.5%
6.我在家鄉曾經幫忙親友坐過月子	182	117	22
	56.7%	36.4%	6.9%
7.我在台灣曾經幫忙親友坐過月子	236	64	21
	73.5%	19.9%	6.5%
8.我曾經看過關於坐月子的相關文章	150	155	16
	46.7%	48.3%	5.0%
9.我曾經看過關於坐月子的電視節目	140	141	40
	43.6%	43.9%	12.5%
10.我在家鄉的媽媽會告訴我坐月子的注意事項	46	266	9
	14.3%	82.9%	2.8%
11.我的婆婆會告訴我坐月子的注意事項	74	231	16
	23.1%	72.0%	5.0%
12.我的鄰居會告訴我坐月子的注意事項	117	176	28
	36.4%	54.8%	8.7%
13.社區衛生所人員有教導我坐月子時的注意事項	129	168	24
	40.2%	52.3%	7.5%
14.在我最近一次生產的醫院，我能瞭解醫護人員的解釋	55	223	43
	17.1%	69.5%	13.4%
15.在我最近一次生產的醫院，有教我如何做乳房護理	65	237	19
	20.2%	73.8%	5.9%
16.在我最近一次生產的醫院，有教我如何餵寶寶吃母乳	42	269	10
	13.1%	83.8%	3.1%
17.在我最近一次生產的醫院，有教我如何按摩肚子，促使子宮收縮	83	221	17
	25.9%	68.8%	5.3%

表3 研究對象生育保健行動線索之分布情形 (n=321) (續2)

題 目	沒 有		不 知 道
	1 n (%)	2 n (%)	
18.在我最近一次生產的醫院，有教我除了按摩肚子以外的產後運動	108 33.6%	189 58.9%	24 7.5%
19.在我最近一次生產的醫院，有教我坐月子應該吃哪些東西	62 19.3%	240 74.8%	19 5.9%

3、研究對象生育保健行為之分布情形

行為部份題目共計15題如表4所示，所填答案愈趨向「同意」者表示認知愈趨正向。其中第10、11、14、15題為反向記分題。

由答題情形來看，仍有近半數研究對象在懷孕期間，不太會找尋專業人員或對生育有經驗親友，幫助維護懷孕期間的健康（偶爾、很少及從來沒有合計54.5%）。此外，約有三~五成左右研究對象偶爾甚至從來沒有按照醫護人員的教導進行產後乳房護理（偶爾、很少及從來沒有合計48.9%）、產後哺乳（偶爾、很少及從來沒有合計37.7%）、產後運動（偶爾、很少及從來沒有合計37.7%）、產後運動（偶爾、很少及從來沒有合計58.9%）。多數研究對象皆由夫家的家人幫忙做月子（63.2%），家鄉的親人幫忙坐月子的頻率則相對較少（22.1%）。

於台灣坐月子習俗方面，雖然約有近三成研究對象於坐月子期間會洗澡、洗頭，但仍有近六成研究對象不會從事洗澡、洗頭之行為。此外，約有六成以上的研究對象會吃麻油雞或喝生化湯，顯示多數東南亞籍配偶在嫁進台灣之後，會入境隨俗地接受台灣的一些傳統習俗，這個結果與薛雯冰（2006）的結果相似，與林靜佩（2003）的訪談結果相近。

表4 研究對象生育保健行為之分布情形 (n=321)

題 目	從 來 沒 有	很 少	偶 爾	經 常	常 常 總 是
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1.在懷孕期間，我會找專業人員或對生育有經驗的親友，幫助我維護懷孕期間的健康	67 20.9%	46 14.3%	62 19.3%	66 20.6%	80 24.9%
2.在懷孕期間，我會定期去做產前檢查	8 2.5%	9 2.8%	18 5.6%	109 34.0%	177 55.1%
3.生產後，我有按照醫護人員的教導做乳房護理	73 22.7%	40 12.5%	44 13.7%	65 20.2%	99 30.8%
4.生產後，我有按照醫護人員的教導餵寶寶吃母乳	50 15.6%	15 4.7%	56 17.4%	76 23.7%	124 38.6%
5.生產後，我有按照醫護人員的教導按摩肚子，促使子宮收縮	58 18.1%	19 5.9%	44 13.7%	90 28.0%	110 34.3%
6.生產後，我有按照醫護人員的教導做除了按摩肚子以外的產後運動	94 29.3%	40 12.5%	55 17.1%	62 19.3%	70 21.8%
7.生產後，我家鄉的親人會幫忙我坐月子	212 66.0%	13 4.0%	25 7.8%	28 8.7%	43 13.4%
8.生產後，我夫家的家人會幫忙我坐月子	55 17.1%	24 7.5%	39 12.1%	79 24.6%	124 38.6%
9.生產後，我的家人會幫忙我照顧寶寶	58 18.1%	30 9.3%	60 18.7%	65 20.2%	108 33.6%
10.坐月子期間，我還是會去洗澡	110 34.3%	61 19.0%	42 13.1%	54 16.8%	54 16.8%
11.坐月子期間，我還是會去洗頭	118 36.8%	39 12.1%	39 12.1%	40 12.5%	85 26.5%
12. 坐月子期間，我有吃麻油雞	24 7.5%	23 7.2%	50 15.6%	96 29.9%	128 39.9%
13. 坐月子期間，我有喝生化湯	64 19.9%	22 6.9%	48 15. %	83 25.9%	104 32.4%

表4 研究對象生育保健行為之分布情形 (n=321) (續)

題 目	從	很	偶	經	常
	來	少	爾	常	常
	沒				總
	有				是
	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
14.生產後，因為對自己身材的改變很不滿意，所以我有想辦法減肥	144 44.9%	48 15.0%	48 15.0%	12 3.7%	69 21.5%
15.生產後，我丈夫對我身材的改變很不滿意，所以我有想辦法減肥	202 62.9%	23 7.2%	34 10.6%	12 3.7%	50 15.6%

(三) 研究對象社會人口學變項與其生育保健態度、行動線索及行為之關係

1. 研究對象社會人口學變項與生育保健態度之關係

表5顯示研究對象於生育保健態度與「國籍」之間呈顯著差異 (F=4.44, p<.05)，經多重事後比較組別差異情形，發現態度會因國籍不同而有所差異，泰國籍配偶較越南籍和印尼籍有較佳的態度，這樣的結果在其他研究上也可以了解，泰國的態度比較正向積極，越南籍又比印尼籍的正向與何佩憶、黃雅文 (2007) 研究營養教育需求的結果相同；至於其他生育保健態度的情形，不會因為年齡、來台時間、是否為華裔、宗教信仰、與家人的溝通程度、教育程度、來台前是否擔任長時間的工作、目前在台灣是否有工作、目前是否懷孕、丈夫年齡、丈夫的教育程度、與丈夫的認識方式、家庭收入情形而有顯著差異。不過在薛雯冰 (2006) 的研究中與家人溝通程度部分有顯著性，這與本研究結果不同，可能是樣本取樣的不同而有不同的結果。

表5 研究對象社會人口學變項與生育保健態度之變異數分析表 (n=321)

變項	類別	生育保健態度			F	Scheffe's 事後比較
		人數	平均值	標準差		
國籍					4.44*	
	1.越南	273	96.83	10.835		2>1
	2.泰國	9	107.56	12.461		2>3
	3.印尼	39	97.36	8.549		
年齡					1.95	
	20~24歲	102	97.02	12.18		
	25~29歲	108	95.67	10.10		

表5 研究對象社會人口學變項與生育保健態度之變異數分析表(n=321) (續1)

變項	類別	生育保健態度			F	Scheffe's 事後比較
		人數	平均值	標準差		
來台時間	≥35歲	49	97.31	9.46	0.13	
	missing	7				
	1~3年	103	96.99	12.04		
	4~6年	153	97.31	10.50		
	7~9年	38	97.18	8.54		
	≥10	21	96.57	9.54		
	missing	6				
是否為華裔	否	225	97.58	10.55	0.09	
	是	96	96.28	11.20		
宗教信仰	無	43	98.00	9.75	1.78	
	佛教	222	97.12	11.07		
	基督教	21	101.95	10.56		
	天主教	9	95.44	6.23		
	回教	7	98.29	12.50		
	道教	14	92.29	8.00		
	其他	5	89.00	9.70		
	missing					
與家人的溝通程度	1.有困難	35	95.46	10.79	1.36	
	2.有一點困難	61	95.82	11.30		
	3.沒有困難	225	97.84	10.57		
	missing					
教育程度	未受正式教育	11	95.00	12.63	1.30	
	小學	105	97.44	10.45		
	國中	131	96.05	11.34		
	高中職	61	99.64	9.60		
	大專(以上)	13	97.08	9.95		
	missing					
來台之前是否有擔任過長時間工作	否	151	97.86	10.68	0.74	
	是	170	96.60	10.80		

表5 研究對象社會人口學變項與生育保健態度之變異數分析表 (n=321) (續2)

變項	類別	生育保健態度			F	Scheffe's 事後比較
		人數	平均值	標準差		
目前在台灣是否有工作						
	否	194	96.80	10.63		
	是	127	97.80	10.94		
目前是否懷孕						
	否	292	97.08	10.68	0.58	
	是	29	98.31	11.50		
丈夫年齡						
	25-29	8	105.25	10.727	1.80	
	30-39	94	98.01	9.32		
	40-49	173	96.97	11.33		
	≥50	32	95.13	10.32		
	missing	14				
丈夫的教育程度						
	小學	30	96.97	7.78	0.96	
	國中	32	94.19	10.88		
	高中職	107	97.11	11.67		
	大學	117	97.55	10.55		
	研究所以上	35	99.20	10.48		
與丈夫認識方式						
	1.婚姻介紹所	74	98.69	9.75	1.74	
	2.親友介紹	192	96.42	10.93		
	3.自由戀愛	53	98.32	11.27		
	4.其他	2	86.00	2.83		
家庭收入情形						
	不夠生活開支	72	96.89	7.86	1.27	
	足夠生活開支	231	96.98	11.32		
	使用很寬裕	18	101.11	12.80		

註 *p<0.05

2.研究對象社會人口學變項與生育保健行動線索之關係

表6顯示研究對象於生育保健行動線索和「與家人溝通程度」以及「與丈夫的認

識方式」呈顯著差異 ($F=14.45$, $p<.001$ 和 $F=4.31$, $p<.01$)。經多重事後比較與家人溝通程度各組別差異情形,發現「溝通沒有困難」者較「溝通有一點困難」者有較佳的行動線索,此結果與薛雯冰(2006)針對154位越南外籍配偶所做生育保相關行為之研究結果類似。因此溝通能力往往是外籍配偶在知識取得上的重要影響因素(Yang & Wang, 2003)。與丈夫經由「自由戀愛」而認識之方式較「婚姻介紹所」之方式有較佳的行動線索。研究對象對接受生育保健行動線索影響的情形,不會因為國籍、年齡、來台時間、是否為華裔、宗教信仰、教育程度、來台前是否擔任長時間的工作、目前在台灣是否有工作、丈夫年齡、丈夫的教育程度、家庭收入情形而有顯著差異。目前是否懷孕本研究沒有顯著性,但是在薛雯冰(2006)針對154位越南外籍配偶所做生育保相關行為之研究結果卻有顯著性,目前正在懷孕者其行動線索的接收需求應較大,而且接受衛生教育的效果也會好,但是本研究並沒有顯著性,值得進一步探討。

表6 研究對象社會人口學變項與生育保健行動線索之變異數分析表 (n=321)

變項	類別	生育保健行動線索			F	Scheffe's 事後比較
		人數	平均值	標準差		
國籍					0.80	
	1.越南	273	30.13	5.152		
	2.泰國	9	30.00	5.385		
	3.印尼	39	29.03	4.721		
年齡					0.29	
	20~24歲	102	30.00	4.76		
	25~29歲	108	29.66	5.31		
	30~34歲	55	30.05	5.86		
	≥35歲	49	30.59	4.60		
	missing	7				
來台時間					0.74	
	1~3年	103	30.02	4.90		
	4~6年	153	30.12	4.75		
	7~9年	38	29.11	6.97		
	≥10	21	29.71	4.89		
	missing	6				

表6 研究對象社會人口學變項與生育保健行動線索之變異數分析表(n=321) (續1)

變項	類別	生育保健行動線索			F	Scheffe's 事後比較
		人數	平均值	標準差		
是否為華裔					0.17	
	否	225	29.77	5.23		
	是	96	30.50	4.79		
宗教信仰					0.36	
	無	43	30.95	4.84		
	佛教	222	29.81	5.20		
	基督教	21	29.81	5.68		
	天主教	9	29.89	5.21		
	回教	7	31.00	4.00		
	道教	14	29.93	5.20		
	其他	5	29.60	2.07		
與家人的溝通程度					14.56***	3>2
	1.有困難	35	29.29	5.22		
	2.有一點困難	61	27.11	6.71		
	3.沒有困難	225	30.88	4.23		
教育程度					1.37	
	未受正式教育	11	28.18	4.21		
	小學	105	29.69	5.39		
	國中	131	30.05	5.09		
	高中職	61	30.15	4.93		
	大專(以上)	13	32.69	3.90		
來台前是否有擔任過長時間工作					3.07	
	否	151	29.76	5.35		
	是	170	30.20	4.88		
目前在台灣是否有工作					0.48	
	否	194	29.77	4.86		
	是	127	30.32	5.46		
目前是否懷孕					0.10	
	否	292	30.14	5.10		
	是	29	28.48	4.95		

表6 研究對象社會人口學變項與生育保健行動線索之變異數分析表 (n=321) (續2)

變項	類別	生育保健行動線索			F	Scheffe's 事後比較
		人數	平均值	標準差		
丈夫年齡					0.31	
	25-29	8	30.63	4.37		
	30-39	94	30.17	5.30		
	40-49	173	29.94	5.16		
	≥50	32	30.16	4.40		
	missing	14				
丈夫的教育程度					1.03	
	小學	30	29.43	4.58		
	國中	32	28.59	5.49		
	高中職	107	29.92	5.51		
	大學	117	30.53	4.83		
	研究所以上	35	30.17	4.74		
與丈夫認的識方式					4.31**	3>1
	1.婚姻介紹所	74	28.84	5.32		
	2.親友介紹	192	30.11	4.96		
	3.自由戀愛	53	31.45	4.73		
	4.其他	2	22.50	9.19		
家庭收入情形					0.40	
	不夠生活開支	72	30.38	4.72		
	足夠生活開支	231	29.93	5.08		
	使用很寬裕	18	29.28	6.80		

註 ** p<0.01 *** p<0.001

3.研究對象社會人口學變項與生育保健行為之關係

表7顯示研究對象之「國籍」與生育保健行為呈顯著差異 (F=4.36, p<.05), 經事後多重比較組別差異的情形, 發現越南籍比印尼籍配偶有正向的生育保健行為, 這也跟何佩憶、黃雅文 (2007) 所探討營養部分的結果相近, 顯示越南籍比印尼籍有較好的保健行為; 另外, 「來台前是否有擔任長時間的工作」也有顯著差異 (F=4.53, p<.05), 可見有工作經驗者, 有更多的機會表現好的生育保健行為, 而「丈夫的教育程度」也呈顯著差異 (F=5.39, p<.001)。經多重事後比較組別差異的情形, 發現教

育程度為高中職者比國中者生育保健行為為佳，學歷為大學者比國中者有較佳的生育保健行為，此結果與薛雯冰（2006）的研究結果相類似。研究對象之生育保健行為，不會因為年齡、來台時間、是否為華裔、宗教信仰、教育程度、目前在台灣是否有工作、目前是否懷孕、丈夫年齡、與丈夫年的認識方式、家庭收入情形而有顯著差異。與家人的溝通程度，本研究則沒有差異，但是薛雯冰（2006）研究結果卻是有顯著差異，且沒有溝通問題的比溝通有困難的好，這是可以理解的，只是本研究並沒有顯著性，這或許是本研究是以東南亞籍為對象，而薛雯冰（2006）只針對越南籍，所以產生的不同，這部分是值得深入或進一步探討。

表7 研究對象社會人口學變項與生育保健行為之變異數分析表 (n=321)

變項	類別	生育保健行為			F	Scheffe's 事後比較
		人數	平均值	標準差		
國籍					4.36*	1>3
	1.越南	273	49.47	8.599		
	2.泰國	9	51.11	11.900		
	3.印尼	39	45.23	8.318		
年齡					0.74	
	20~24歲	102	49.89	8.58		
	25~29歲	108	48.66	7.95		
	30~34歲	55	49.04	9.10		
	≥35歲	49	47.55	9.61		
	missing	7				
來台時間					0.97	
	1~3年	103	49.94	9.25		
	4~6年	153	48.96	8.23		
	7~9年	38	47.84	9.78		
	≥10	21	46.38	7.72		
	missing	6				
是否為華裔					0.08	
	否	225	49.43	8.70		
	是	96	47.99	8.86		
宗教信仰					1.21	
	無	43	50.98	8.21		

表7 研究對象社會人口學變項與生育保健行為之變異數分析表 (n=321) (續1)

變項	類別	生育保健行為			F	Scheffe's 事後比較
		人數	平均值	標準差		
	基督教	21	50.48	9.85		
	天主教	9	48.56	11.81		
	回教	7	50.00	5.89		
	道教	14	49.36	8.13		
	其他	5	55.60	5.37		
與家人的溝通程度					2.06	
	有困難	35	49.06	10.81		
	有一點困難	61	46.98	8.22		
	沒有困難	225	49.54	8.50		
教育程度					0.06	
	未受正式教育	11	49.00	8.06		
	小學	105	49.19	8.75		
	國中	131	49.06	8.89		
	高中職	61	48.72	8.80		
	大專(以上)	13	48.15	9.10		
來台之前是否有擔任過長時間的工作					4.53*	
	否	151	49.17	7.88		
	是	170	48.85	9.49		
目前在台灣是否有工作					0.50	
	否	194	49.16	8.63		
	是	127	48.75	8.97		
目前是否懷孕					3.16	
	否	292	48.81	8.0		
	是	29	50.93	11.03		
丈夫年齡					1.45	
	25-29	8	49.00	8.42		
	30-39	94	50.41	8.20		
	40-49	173	48.85	9.13		
	≥50	32	46.53	8.12		
	missing	14	47.00	8.53		

表7 研究對象社會人口學變項與生育保健行為之變異數分析表 (n=321) (續2)

變項	類別	生育保健行為			F	Scheffe's 事後比較
		人數	平均值	標準差		
丈夫的教育程度					5.39***	3>2 4>2
	1.小學	30	46.00	7.66		
	2.國中	32	43.38	10.02		
	3.高中職	107	50.12	8.40		
	4.大學	117	50.05	8.27		
	5.研究所以上	35	49.77	9.00		
與丈夫的認識方式					0.30	
	1.婚姻介紹所	74	48.68	8.82		
	2.親友介紹	192	49.05	8.63		
	3.自由戀愛	53	49.45	9.34		
	4.其他	2	44.00	2.83		
家庭收入情形					1.59	
	不夠生活開支	72	47.75	9.38		
	足夠生活開支	231	49.19	8.58		
	使用很寬裕	18	51.61	8.08		

註 *p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

(四) 研究對象生育保健態度、行動線索與其生育保健行為之相關

以皮爾森積差相關來分析生育保健態度、行動線索與其生育保健行為之關係，結果如表8所示，研究對象生育保健態度與生育保健行動線索呈顯著相關 ($r=0.121$, $p<0.05$)，顯示研究對象生育保健行動線索愈佳，則生育保健態度愈正向；研究對象其生育保健態度與生育保健行為呈顯著相關 ($r=0.276$, $p<0.01$)，亦即研究對象生育保健態度愈正向，則生育保健行為愈佳；研究對象其生育保健行動線索與生育保健行為呈顯著相關 ($r=0.316$, $p<0.01$)，亦即研究對象生育保行動線索知愈佳，則生育保健行為愈趨正向。

表8 生育保健認知、行動線索與行為因素之相關矩陣

變項名稱	認知量表	行動線索	行為量表
認知量表	1.000	0.121*	0.276**
行動線索		1.000	0.316**
行為量表			1.000

註：*p<0.05, **p<0.01, *** p<0.001 (2-tailed)

肆、結論與建議

一、結論

- (一)生育保健態度方面：大都期待生育子女，並重視坐月子這件事，有半數研究對象能認同台灣傳統的坐月子習俗，但仍有少部分研究對象，在態度上仍保留部份家鄉特有的坐月子習俗。
- (二)生育保健行動線索方面：懷孕期間知識來源以醫院為主，坐月子期間的主要知識來源則為家鄉的母親。
- (三)生育保健行為方面：在台灣坐月子入境隨俗地大都吃麻油雞或喝生化湯，顯示部份東南亞籍配偶雖嫁來台灣，但仍會使用家鄉的某些坐月子傳統習俗。
- (四)研究對象之社會人口學變項中，「國籍」會影響研究對象之生育保健態度，泰國籍配偶較越南籍和印尼籍有較好的態度；「與家人的溝通程度」及「與丈夫的認識方式」對其生育保健行動線索有顯著相關，與家人溝通愈有困難、且與丈夫的認識方式為自由戀愛者，則接受行動線索的影響愈強；「國籍」及「丈夫的教育程度」會影響其配偶生育保健行為，印尼籍配偶較越南籍有較好的生育保健行為，丈夫教育程度愈高者，其配偶生育保健行為愈良好。
- (五)研究對象生育保健態度、行動線索與其生育保健行為之間呈正相關。

二、建議

- (一)本研究僅針對越南、印尼、泰國之東南亞籍配偶進行研究，未來建議可廣大至在台灣之其他國家外籍配偶，以了解不同地理區域在生育保健行為上之差異。
- (二)本研究僅針對東南亞籍配偶生產前後過程之相關行為進行探討，未來研究建議可以深入探究產後及其子女之婦幼就醫相關行為，以期完整了解在文化差異影響下之東南亞籍配偶，生育至養育下一代過程中所面臨之各項待探究之議題。
- (三)本研究並未針對東南亞籍配偶對生育保健相關的知識做為研究的變項，建議未來可以針對知識部分做一調查了解東南亞籍配偶在生育知識的了解情形，以便進一步的協助。
- (四)本研究並未針對東南亞籍配偶的丈夫深入探討，建議未來相關研究中，丈夫的角色是可以協助這些外籍配偶，所以可以從丈夫的知識或態度部分深入了解。
- (五)本研究僅針對東南亞籍配偶進行橫斷式生育保健相關行為調查，未來建議可進

行縱貫式介入研究，對東南亞籍配偶施以生育保健教育介入，實際建立東南亞籍配偶正確之生育保健相關行為。

參考文獻

一、中文文獻

- 王宏達(2001)。社會階層化下的婚姻移民與國內勞動市場：以越南新娘為例。台灣社會研究，41，99-127。
- 王良芬(2005)。台北縣外籍配偶家庭及社區生活適應之研究。國立台灣師範大學社會教育學系在職進修碩士班論文，未出版，台北市。
- 內政部全球資訊網(2008a)。九十七年第三週內政部統計通報(96年國人結婚之外籍與大陸配偶人數統計)。2008年4月1日取自<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 內政部全球資訊網(2008b)。九十六年第四十二週(96年1至9月嬰兒出生狀況統計)。2008年4月1日取自<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 內政部全球資訊網(2008c)。九十六年第二十週(95年新生嬰兒生母狀況分析)。2008年4月1日取自<http://www.moi.gov.tw/stat/>
- 呂靜妮(2004)。希望種子在異鄉的成長—探討越南籍配偶於產後之經驗歷程。輔仁大學護理研究所碩士論文，未出版，台北縣。
- 李慧貞、蘇秀娟、許芷音(2004)。外籍新娘的健康評估---以新店市為例。護理雜誌，51(4)，88-93。
- 李玫臻(2001)。外籍新娘的社會網路與生活適應—民雄鄉的研究。國立中正大學社會福利系碩士論文，未出版，嘉義縣。
- 何佩憶、黃雅文(2007)。基隆市外籍母親對幼兒期營養教育需求調查。學校衛生，27，P.123~P.155。
- 林妙玲(2003)。台灣東南亞籍孕產婦妊娠知識、妊娠態度及就醫環境與產前檢查行為之相關探討—以台灣及孕產婦為對照。高雄醫學大學護理研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 林靜佩(2003)。台灣籍初產婦的坐月子經驗及初為人母之經驗。高雄醫學大學護理研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 周美珍(2001)。新竹縣「外籍新娘」生育狀況探討。公共衛生，28(3)，255-265。
- 吳美菁(2003)。東南亞外籍配偶在台的生活適應與人際關係之研究—以南投縣為例。南華大學公共行政與政策研究所碩士論文，未出版，嘉義縣。

- 莊玉秀 (2003)。東南亞籍跨國婚姻婦女在台文化適應與其參與教育活動關係之研究。高雄師範大學成人教育研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 夏曉鶻 (2000)。資本國際化下的國際婚姻—以台灣的「外籍新娘」現象為例。台灣社會研究季刊，38，11-58。
- 孫麗娟 (2003)。公共衛生護士執行外籍新娘家庭計畫管理之成效—以苗栗縣為例。台北醫學大學護理研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 楊詠梅 (2003)。外籍新娘的優生保健及健康。回饋文教基金會會訊，96，49-53。
- 廖正宏 (1985)。人口遷移。台北市。三民書局。
- 蔡雅玉 (2001)。臺越跨國婚姻之初探。國立成功大學政治經濟研究所碩士論文，未出版，台南市。
- 蔡佳憇 (2004)。台南地區本地籍與越南籍初產婦在產後自我照顧及新生兒照護執行狀況的分析與比較。國立陽明大學臨床護理研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 劉秀祺 (2003)。苗栗地區台灣、外籍、大陸育齡婦女育嬰知識、育嬰態度、社會支持相關研究。國立台北護理學院護理研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 劉美芳 (2001)。跨國婚姻中菲籍女性的生命述說。高雄醫學大學護理研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 鄭雅雯 (2000)。南洋到台灣：東南亞外籍新娘在台婚姻與生活探究—以台南市為例。國立東華大學族群關係與文化研究所碩士論文，未出版，花蓮縣。
- 戴君倚、鍾聿琳 (2002)。影響週產期外籍新娘適應之因素及護理省思。護理雜誌，49(1)34—38。
- 謝銀沙 (1991)。已婚婦女個人特質、婚姻溝通與婚姻調適相關之研究。國立台灣師範大學家政教育研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 簡孟嫻 (2003)。大陸女性配偶在台生活適應之研究—以台中縣市、彰化縣為例。國立彰化師範大學地理學系碩士論文，未出版，彰化市。
- 蕭昭娟 (2000)。國際遷移之調適研究：以彰化縣社頭鄉外籍新娘為例。國立台灣師範大學地理學系碩士論文，未出版，台北市。
- 顏錦珠 (2001)。東南亞外籍新娘在台生活經驗與適應歷程之研究。國立嘉義大學家庭教育研究所碩士論文，未出版，嘉義市。
- 薛雯冰 (2006)。越南籍配偶在台灣生育保健相關行為之研究—以台北地區為例。國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系碩士論文，未出版，台北市。

二、外文文獻

- Davis(2001). The postpartum experience for Southeast Asian women in the United States. *The American journal of maternal child nursing*, 16(4),338-343.
- Rangel(1999). Crazy about each other: A qualitative exploration of culture in the context of interracial relationships. Dissertation Abstracts International,UMI Number:9920234.
- Yung-Mei Yang, Hsiu-Hung Wang.(2003). Life and Health Concerns of Indonesian Women in Transnational Marriages in Taiwan. *Journal of Nursing Reasearch*, 11(3),167-176.
- Foss(2001). Maternal sensitivity, postpartum stress, and acculturation in Vietnamese and Homong Women. *Maternal-Child Nursing*, 26(5), 257-263.

A study of pregnancy healthcare behavior of spouses of Southeast Asia foreign nationality in Taiwan

Hu Yih-jin*, Chi Yi-Chin**, Yin Yun-Wen***, Hung Chin-Chia****,
Hua Chung-Hui*****, Hsueh Wen-Ping*****, Yao Ke-Wu*****,
Lee Ming-Shinn*****

Abstract

The study attempted to investigate the relationships between the socio-demographic characteristics, the attitude of pregnancy healthcare, the cues to action and the behavior of pregnancy healthcare among spouses of Southeast Asia foreign nationality in Taiwan. It was cross-sectional with questionnaires designed by the survey of focus groups interview and references. Purposive sampling design was adopted and the population of the study was the female spouses of Southeast Asia foreign nationality in Taiwan. In all questionnaires received, 321 persons were valid. The major findings of

* Associate professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

** Associate professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

*** Lecturer Department of Nursing Jen-Teh Junior College of Medicine, Nursing and Management

**** Doctor Erlin Branch of Changhua Christian Hospital

***** Assistant Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

***** Teacher Taipei Wego Private Senior High School

***** Director Bureau of Health, Hsinchu City

***** Associate professor, Department of Curriculum Design and Human Potentials Development, Graduate Institute of Compulsory Education, National Dong Hwa University

this study were summarized as follows:

1.As for the attitude, most spouses expected giving birth to children, respected doing the month, and could identify with the traditional Taiwanese convention when to be in confinement. But there was still a few spouses retained some hometown characteristics of conventions.

2.As for the pregnancy healthcare cued to action, the knowledge was major from hospitals during pregnancy, and major from hometown mothers when doing the month.

3.As for the pregnancy healthcare behavior, most spouses in Taiwan could identify with the traditional Taiwanese convention of tonic-eating cognition when doing the month; the others might still conform to their hometown conventions.

4.The socio-demographic characteristics, the attitude of pregnancy healthcare were influenced by “nationality” ; the pregnancy healthcare cued to action had significant correlation with “the communicate level with family” and “husband's education level” ; the pregnancy healthcare behavior was influenced by “nationality” and “husband's education level” .

5.The attitude of pregnancy healthcare, the cues to action and the behavior of pregnancy healthcare were positive correlation.

Key words: spouses of Southeast Asia foreign nationality; attitude of pregnancy healthcare; pregnancy healthcare behavior; pregnancy healthcare cues to action; doing the month

雲林縣輕度中風患者對中風復發知識、支持性環境、資訊充足度、中風復發態度及健康行為調查研究

胡益進* 戴友榆** 林柏煌*** 劉珮吟****

摘要

臺灣人口老化的問題有愈來愈嚴重的趨勢，且隨著年齡的老化，中風的發生率呈倍數增加，然而，腦中風在醫療照護的花費上相當昂貴，腦中風對個人健康及經濟上皆造成損害，故針對此疾病作有效的控制，實屬刻不容緩之事。若想減輕腦中風病人對國家整體的醫療負擔，應針對高危險群進行篩檢，早期就醫且能持續追蹤、進行病人衛教，並實行健康促進介入。本研究計有755位研究對象，且皆為有效樣本，乃調查現行衛教情形，以為提昇輕度中風患者對中風復發相關危險因素的認知，進一步減少危險因素對他們之危害；並促進輕度中風患者在飲食、運動和用藥安全方面的健康

* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系副教授

** 國立嘉義大學休閒事業管理研究所博士班研究生

*** 雲林縣衛生局局長

**** 台北市立弘道國民中學教師

通訊作者：戴友榆

聯絡地址：60054嘉義市西區新民路580號 國立嘉義大學休閒事業管理研究所

聯絡電話：(05) 2732931

傳真號碼：(05) 2732923

e-mail：psyyt@gmail.com

行為；增進輕度中風患者的自我照顧能力及在醫療上的可近性之調查研究，以期避免日後再發的危險性，並作為後續中風衛生教育推廣之參考。本研究之結論如下：1.輕度中風病患的中風復發知識會因不同的鄉鎮、性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業狀況等而有顯著差異。2.輕度中風病患的支持性環境會因不同的性別、年齡、婚姻狀況等而有顯著差異。3.輕度中風病患的資訊充足度會因不同的鄉鎮、年齡、教育程度等而有顯著差異。4.輕度中風病患對中風復發的態度會因不同的鄉鎮、婚姻狀況、居住狀況等而有顯著差異。5.輕度中風病患之健康行為會因不同的鄉鎮、婚姻狀況等而有顯著差異。

關鍵字：腦中風、衛生教育、健康行為

壹、前言

根據內政部所發佈的臺灣地區人口統計資料顯示，我國65歲以上老年人口在1993年九月便已達到一百四十七萬二千人，占總人口數的7.02%，首次超過聯合國的分類標準中「老人國」百分之七的標準比例，正式邁入高齡化社會的階段；2003年7月，65歲以上人口占總人口的比率更超越了百分之九的水準，在十年之間，老年人口的所占比例便增加了百分之二，預估在2011年，老年人口數達250萬人，2020年，老年人口數達350萬人，增加的速度相當快速，顯然臺灣人口老化的問題有愈來愈嚴重的趨勢。另外，以目前老年人健康狀況來看，一旦進入老年期，身體機能將隨年齡的增長而逐漸退化或失去功能，而成爲身心障礙者，而在所有身心障礙者人數中，老年人數即占三分之一以上（謝明瑞，2003）。

根據統計，在1993年十大死因中，腦血管疾病排名第二位，死亡率爲54.98（每十萬人口），總計有12,404人死於腦中風（行政院衛生署統計室，2003），臺灣地區每十萬人中，就有六十人死於腦中風疾病，僅次於惡性腫瘤（Chen, Shaw, Cao, Li, Zhen, Chang, & Chen, 2007），且隨著年齡的老化，中風的發生率呈倍數增加。廖建彰、李采娟、林瑞雄、宋鴻璋（2006）的研究發現，臺灣2000年的中風盛行率偏高，男女發生率相近，城鄉差異小，較高年齡者其中風的危險性也高。應對特定年齡族群進行適切的介入，推動中風防治措施如高血壓等，以減少中風之發生。腦中風通常會導致患者生活及行動不便等長期的失能，若能早期預測腦中風患者的功能進步潛力，將有助於設立適當的目標和治療計畫（王雅嫻、楊雅如、王瑞瑤，2007）。然而，腦中風在醫療照護的花費上是相當昂貴的，因爲它需要經歷從急診、加護病房跨越至長期照護體系一連串的醫療過程。依李雪禎、張谷州（2008）所提出「腦中風造成死亡、長期住院、及慢性殘障失能，急性醫療照顧與後續的復健治療或長期照護費用都相當可觀。腦中風急性期的醫療費用主要耗用在住院費用。」由此可見，腦中風對個人健康及經濟上皆造成損害，故針對此疾病作有效的控制，實屬刻不容緩之事。

然而，雲林縣爲老年人口衆多的地區，依據行政院衛生署2003年十大死因統計資料指出，雲林縣人口腦血管疾病排名死因的第二位，死亡率高達79.01（每十萬人口），在去除年齡的因素後，和全國其他縣市比較的標準化死亡率則爲61.96（每十萬人口），仍高出全國的54.98（每十萬人口）。可知雲林縣腦血管疾病盛行，每年需花費龐大的醫療資源，對於醫療資源相當缺乏的鄉鎮而言，負擔更是沉重。

隨著醫療的進步，經藥物控制、復健及定期回診，腦中風的病人在病發後一個

月，存活率可高達83.3%，但存活着中，卻有高達75%會伴隨不同程度的功能損傷或殘障（朱復興，2002），影響日常生活甚鉅，若不能在中風早期妥善提供其就醫資訊、疾病認知、自我照護技能等訊息，中風病人有極大比例會再復發，且成爲嚴重中風病患，繼續成爲醫療照護及社會成本上的另一筆龐大支出。

蔡淑眞（2002）探討高屏地區二家醫學中心347名中風病人出院後照護行爲發現，86.2%的病人選擇由家人居家照護，7.8%選擇機構照護，6.1%請看護工或外勞在家照護；中風病人在出院後，仍由家庭負擔絕大部分的照護責任，多數的中風病人在病發後就醫，皆能獲得良好的控制，故多數仍由家人照護出院後的日常保健，但卻常因個人疏忽、知識不足、資源有限等種種因素，導致疾病復發且惡化（郭雅雯、蔣立綺、吳聖良、郭憲文，2006；簡立羣，2005）。邱啓潤、呂淑宜、許玉雲（1988）曾訪談70位腦中風病人的主要照顧者，了解病人的主要需求前三項分別爲：疾病之醫療、居家護理及心理諮詢。其主要獲得的社會資源爲公共衛生護士的訪視，但也僅50%接受過此項服務。故針對出院返家的中風患者，醫院及衛生單位實應立即提供適切的資訊，以提高病人出院後續的復健、轉介、回診等可近性，建立社區中風患者健康管理之模式，在早期便能建立中風病人及其主要照護家屬的正確照護觀念，以落實連續性照顧之理念（彭莉琴，2001；李慎初、王桂芸、林健群，2004）。

若想減輕腦中風病人對國家整體的醫療負擔，應針對高危險群進行篩檢，早期就醫且能持續追蹤、進行病人衛教，並實行健康促進介入，才是根本解決之道。Deng, Liu, Pan, Mau & Chiu（2007）的研究除了顯示老人健檢計畫具有的成本效益外，並建議高血壓患者危險群應即早接受治療，以降低中風的可能性。過去雲林縣對於中風患者管理，多採個案訪視，較缺乏整體性的健康管理計畫，但造成腦中風的危險因素衆多，絕不能僅就單一項目進行介入，林壽惠（1993）亦認爲完善的後續照護，可以幫助中風患者熟悉病症並能盡速調適生活上的改變。

中風病人多數伴隨生活型態、飲食或遺傳所引起之慢性疾病，故在進行中風病人居家健康管理時，除回診、復健及定時用藥之外，針對其飲食、運動、生活習慣等實行整體性健康促進，才是真正治本之道。香港的Lau & McKenna（2001）則認爲中風老人在生活品質的提升上，應包括生理安適感、功能安適感、心理安適感、社會安適感及經濟安適感等層面。因中風病患需要依賴家屬的照護，對家屬生活品質影響甚鉅（孫嘉玲、黃美瑜、宋梅生、陳絕妮、李琇彩、王秀香，2005；呂如分，2005）。

綜上所述，本研究主要研究目的爲提升輕度中風民衆對中風及再復發相關危險因素的認知，以降低民衆次級中風的機會，並作爲日後相關照護計畫推廣之參考。

貳、材料與方法

一、研究時間與對象

本研究期程為2004年5月至12月；研究對象為臺灣地區雲林縣西螺鎮、二崙鄉、崙背鄉、虎尾鎮、莿桐鄉等五個鄉鎮之初次輕度中風患者，原收案數量得到755名研究參與者，且此755份問卷皆屬有效問卷，有效樣本回收率達100%。

二、研究流程

本研究流程內容如下圖1所示：於研究初始進行訪查五鄉鎮居民，篩選出輕度中風患者；接著針對這些初次輕度中風患者進行中風復發知識、支持性環境、資訊充足度、中風復發態度、健康行為調查，提出評估此五鄉鎮之輕度中風者之現況，再就不同社會人口學變項做探討，最後提出本研究之結論與建議。

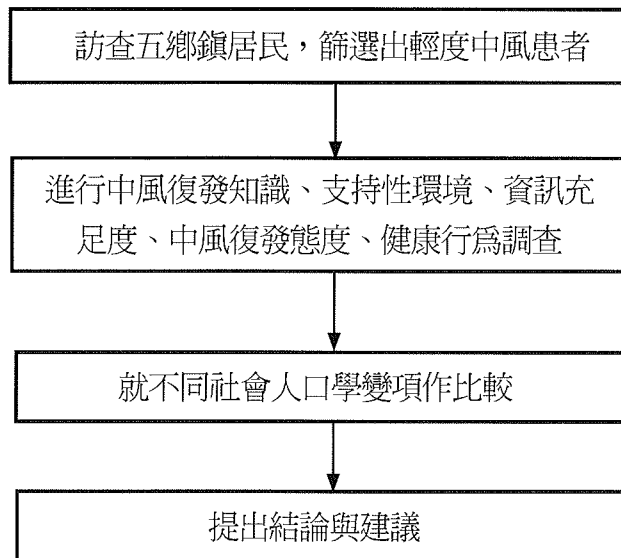


圖1 中風患者知識、支持性環境、資訊充足度、態度、健康行為調查流程圖

三、研究架構

本研究根據Hungerford & Volk (1990)所提出「知識—態度—行為模式」(見圖2)作為研究架構藍圖,認為增加中風患者有關健康更多的知識,使其對健康議題產生更強烈的學習動機,並培養負責的態度,可以進而改變輕度中風患者的健康行為。



圖2 知識—態度—行為模式

資料來源：譯自Hungerford & Volk, 1990

本研究更進一步認為社會人口學變項會影響輕度中風患者對中風之知識、態度、健康行為,並進而影響其支持性環境與所獲得資訊充足度(見圖3)。

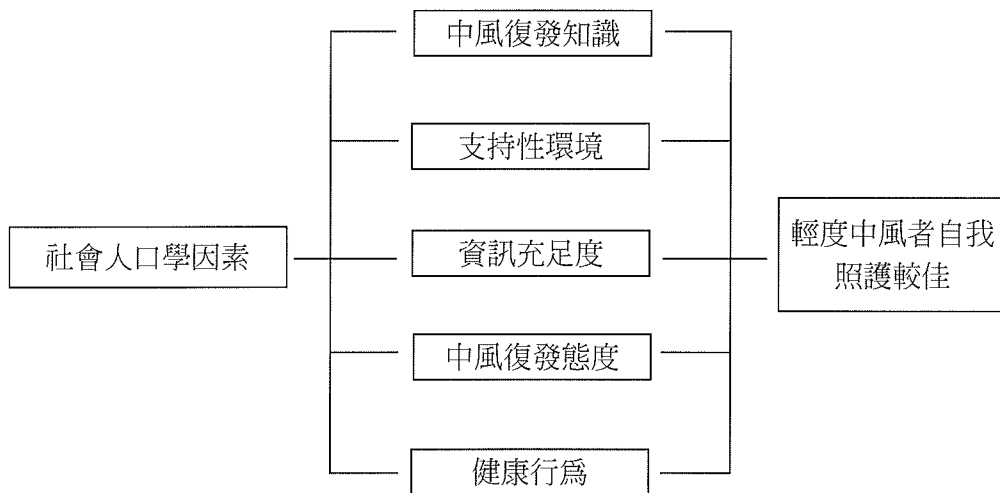


圖3 本研究架構圖

參、結果與討論

本研究參與計畫對象共755人，回收有效研究對象問卷共755份，回收率達100%，調查結果分析以基本資料統計分析；預防中風復發知識、支持性環境、中風復發態度、資訊充足度及健康行爲之調查結果；以及建議未來的教育介入途徑等下述三部分加以說明，並進行相關之討論。

一、研究對象社會人口學變項分析

從表1得知，研究對象以男性較少，爲341人（45.2%），女性413人（54.7%），平均年齡67.78歲，且以「61歲以上」居多，其中「61-70歲」占34.6%，「71-80歲」占31.1%，故多無固定職業（83.3%）；這與簡立蓁（2005）研究指出缺血性腦中風的發生隨著年齡增長而有增高趨勢，又以65-74歲、75-84歲兩個年齡層最高之結果相符合。婚姻狀況則以「已婚，且同住」居多（77.0%），但「喪偶」（19.6%）亦爲數不少；教育程度偏低，不識字或國小畢業者高達81.1%；家庭支持系統上，大多數仍與親友同住（93.6%），這與蔡淑貞（2002）探討高屏地區二家醫學中心347名中風病人出院後照護行爲，指出86.2%的病人由家人居家照護，7.8%選擇機構照護，6.1%請看護工或外勞在家照護有相同結果。

表1 研究對象之社會人口學變項分佈

	變項名稱	人數 (%)	備註
鄉鎮別	虎尾鎮	186(24.6)	
	西螺鎮	202(26.8)	
	荊桐鄉	150(19.9)	
	二崙鄉	89(11.8)	
	崙背鄉	127(16.8)	
	遺漏值	1(0.1)	
	性別	男	341(45.2)
女		413(54.7)	
遺漏值		1(0.1)	
年齡	60歲以下	146(19.3)	平均年齡：67.78
	61-70歲	261(34.6)	標準差：9.777
	71-80歲	235(31.1)	最小年齡：20
	81歲以上	75(9.9)	最大年齡：92
	遺漏值	38(5.0)	

表1 研究對象之社會人口學變項分佈 (續)

	變項名稱	人數 (%)	備註
婚姻狀況	未婚	9(1.2)	
	已婚，且同住	581(77.0)	
	已婚，但分居	9(1.2)	
	離婚	7(0.9)	
	喪偶	148(19.6)	
	其他	1(0.1)	
教育程度	不識字	314(41.6)	
	小學畢 (肄) 業	298(39.5)	
	初中畢 (肄) 業	65(8.6)	
	高中 (職) 畢 (肄) 業	54(7.2)	
	大學以上 (含專科)	2(0.3)	
	遺漏值		
職業狀況	無固定職業	629(83.3)	
	有固定職業	83(11.0)	
	退休	2(0.3)	
	遺漏值	41(5.4)	
居住狀況	獨居	40(5.3)	
	住安養機構	1(0.1)	
	與親友同住	707(93.6)	
	其他	5(0.7)	
	遺漏值	2(0.3)	

註：n=755

二、研究對象的預防中風復發知識、支持性環境、中風復發態度、資訊充足度及健康行為

由於研究對象之教育程度偏低 (國小以下者占81.1%)，為避免其不清楚本研究問項之題意，於調查時均由公衛護士逐題告知，結果在中風疾病的知識上 (表2)，10題平均答對6題，顯示病人對於中風復發的知識偏低，尤其在「疾病復發原因」、「中風徵兆」及「心理調適」上的知識較不足，未來在針對中風復發情形之預防尤其應加強宣導留意。

表2 研究對象對中風復發知識測驗得分

問項	答錯 (%)	答對 (%)	遺漏值 (%)
1.腦中風是腦血管疾病的後果，並不是意外。	282(37.4)	468(62.0)	5(0.6)
2.高血壓是造成腦中風的主要原因。	133(17.6)	617(81.7)	5(0.6)
3.腦內出血時，可能因血腫塊壓迫至鄰近組織，有時甚至會併發腦室出血或大腦症。	267(35.4)	483(63.8)	6(0.8)
4.曾經罹患過一次腦中風的病人，就不會再復發了。	602(79.7)	147(19.5)	6(0.8)
5.中風的症狀包括半身不遂、言語不清、嘴歪；眼斜、流口水、吞嚥困難、大小便失禁、意識模糊…等中風症候群。	59(7.8)	690(91.4)	6(0.8)
6.中風的復健治療必須越早施行越好。	74(9.8)	672(89.0)	9(1.2)
7.輕鬆有規律的運動，對中風後遺症病情有明顯的改善，且使血壓趨於穩定。	133(17.6)	613(81.2)	9(1.2)
8.爲了預防中風再次發生，飲食方面應盡量減少鹽類、脂肪的攝取，並增加蔬果量。	95(12.6)	654(86.6)	6(0.8)
9.酗酒、抽菸等不良習慣，亦會增加中風的危險性。	131(17.3)	618(81.9)	6(0.8)
10.中風患者在醫院重返家中後，由於行動不便、較易疲勞、出入需要家人照顧，所以應該待在家裡好好休養，不應該出去參加社交活動。	418(55.3)	331(43.8)	6(0.8)

註：1. 每題得分0~1分，知識愈正確者得分愈高，答對1分，答錯或不知道0分。

2. n=755

病人的支持性環境（表3），包括關心病況、提醒用藥、陪伴就醫等項目，都以「配偶」（60.5%~68.7%）、子女（55.6%~66.0%）的比率最高，但除家人以外的支持性環境顯得相當單薄，顯見家人仍是社會支持系統中最有力的一環，則日後於知識宣導更應強化家屬的衛教功能。而蕭淑貞、金繼春、劉芹芳（2007）的研究結果，亦建議臨床醫護人員加強腦中風病患的身體功能及社會支持的評估，以增進三日至半年內腦中風病患之日常活動自我效能表現。

表3 研究對象之支持性環境

選項	配偶 (%)	子女 (%)	朋友鄰居 (%)	其他親屬 (%)
1.誰會關心你的病況？	519(68.7)	498(66.0)	60(7.9)	71(9.4)
2.誰會提醒你吃藥？	499(66.1)	420(55.6)	21(2.8)	29(3.8)
3.誰會提醒你就醫時間？	499(66.1)	440(58.3)	21(2.8)	29(3.8)
4.誰會陪你去看醫師？	485(64.2)	455(60.3)	19(2.5)	33(4.4)
5.誰會幫你分擔所需的醫療費用？	457(60.5)	480(63.6)	19(2.5)	26(3.4)
6.誰會幫你分擔中風後的心理壓力？	508(67.3)	461(61.1)	50(5.3)	48(6.4)

註：1. 每人得分0~24分，支持度愈高者得分愈高；本題可複選。

2. n=755

對於預防中風復發的態度上（表4），研究對象多能抱持正向態度，能瞭解自己採行健康行為的確能降低疾病的復發（92.4%~98.6%），但是在用藥的態度上（第3、4題）較為消極，近半數患者擔心長期吃藥會上癮，或對於長期用藥顯得不耐煩，此現象值得醫藥衛生界人士重視，以西醫治療之成效並未見深化於鄉村居民。

表4 研究對象對預防中風復發的態度

問項	非常同意 (%)	同意 (%)	不同意 (%)	非常不同意 (%)
1.遵照醫師指示，定期回診就醫，可以減少中風的發生。	155 (20.5)	587 (77.7)	8 (1.1)	2 (0.3)
2.遵照醫師的指示服藥，可減少中風的發生。	146 (19.3)	599 (79.3)	7 (0.9)	2 (0.3)
3.我擔心長期服藥會上癮。	18 (2.4)	401 (53.1)	314 (41.6)	21 (2.8)
4.長期服藥，令我感到很厭煩。	19 (2.5)	254 (33.6)	448 (59.3)	33 (4.4)
5.攝取低脂、低膽固醇的食物，可以減少中風的發生。	96 (12.7)	633 (83.3)	25 (3.3)	0 (0.0)
6.避免過鹹或過甜的食物，可以有效減少中風的發生。	89 (11.8)	627 (83.0)	36 (4.8)	1 (0.1)
7.烹調食物的方式，會影響食物中脂肪的攝取。	76 (10.1)	622 (82.4)	53 (7.0)	1 (0.1)

表4 研究對象對預防中風復發的態度（續）

問項	非常同意 (%)	同意 (%)	不同意 (%)	非常不同意 (%)
8.三餐飲食定時定量，將有助於減低中風的發生機會。	88 (11.7)	609 (80.7)	55 (7.3)	1 (0.1)
9.每日進行規律的運動，可以降低中風發生的機會。	104 (13.8)	617 (81.7)	30 (4.0)	1 (0.1)
10.早期接受復健治療，將有助於減少中風的嚴重度。	95 (12.6)	631 (83.6)	28 (3.7)	0 (0.0)
11.接受復健醫療的規劃，可以有效降低再次中風的可能性。	95 (12.6)	629 (83.3)	31 (4.1)	0 (0.0)
12.連續進行復健的療程，而不間斷，會有助於中風之後的復健。	99 (13.1)	617 (81.7)	37 (4.9)	1 (0.1)

註：1. 每題得分1~4分，態度愈正向者得分愈高，非常同意4分，同意3分，不同意2分，非常不同意1分；第3、4題為反向題，採反向計分。

2. n=755

在中風資訊來源方面，本研究對象表示「非常不充足」者占10.1%，表示「不充足」者占67.8%，表示「充足」者占20.4%，表示「非常充足」者僅占0.8%，此可能與本研究施測鄉鎮之資訊獲取程度在臺灣地區仍屬落後有關。如表5，大多數的人表示是來自於醫院護士或醫生，占80.1%，其次是來自於家訪護士，占40.9%；資訊管道（如表6）多來自於電視（72.2%），其次是廣播（36.0%），且對於未來希望獲得資訊的管道，仍然以電視居多（80.3%），其次也是廣播（43.8%）；故未來在推行相關計畫時，資訊提供的途徑可從這些方面加以著手。

表5 研究對象之目前中風資訊來源統計表

資訊來源者	人數	百分率
家訪護士	309	40.9
醫院護士或醫生	605	80.1
配偶	57	7.5
父母	1	0.1
兄弟姊妹	22	2.9
朋友或同學	42	5.6
長輩	2	0.3
鄰居	117	15.5
其他	29	3.8

註：n=755

表6 研究對象之中風資訊來源管道

來源管道	目前獲得資訊的管道		未來希望獲得資訊的管道	
	人數	百分率 (%)	人數	百分率 (%)
電視	545	72.2	606	80.3
廣播	272	36.0	331	43.8
報紙	85	11.3	105	13.9
雜誌	25	3.3	27	3.6
網路	2	0.3	6	0.8
演講	1	0.1	19	2.5
書籍或課本	26	3.4	27	3.6
座談會	29	3.8	65	8.6
錄影帶	0	0.0	17	2.3
政府出版的單張	27	3.6	50	6.6
小手冊	39	5.2	66	8.7
衛生單位電話諮詢專線	91	12.1	107	14.2
其他	45	6.0	31	4.1

註：n=755

研究對象在中風後採取的健康行為上（表7）的表現普通，其中以運動休閒行為最缺乏，高達41.0%很少或從未採行運動或休閒，其實日常活動便已經是中風患者上肢功能訓練最好的復健方式（黃小玲、毛慧芬，2005）。另外，本研究對象在回診（84.4%）、定期復健（50.6%）的比率也偏低，且未遵醫囑的人數仍多，此可能與鄉村居民大多務農，農忙時便以無從停工、或只服幾次藥物就自行停藥有關。

表7 研究對象中風後採行的健康行為

問項	總是 (%)	經常 (%)	很少 (%)	從未 (%)
最近一個月內，您是否遵照醫師指示，定期就醫回診治療。	321(42.5)	316(41.9)	72(9.5)	43(5.7)
最近一個月內，您是否會忘記服用藥物。	132(17.5)	455(60.3)	109(14.4)	52(6.9)
最近一個月內，醫師所指示的藥物，您是否每種都會服用。	281(37.2)	375(49.7)	55(7.3)	40(5.3)
最近一個月內，您是否會按醫師所指定的服藥時間服用藥物。	273(36.2)	392(51.9)	50(6.6)	36(4.8)
最近一個月內，您是否會按照醫師所開的劑量來服用藥物。	278(36.8)	386(51.1)	46(6.1)	39(5.2)
最近一個月內，您是否會按照醫師所指定的服藥次數來服用藥物。	271(35.9)	382(50.6)	60(7.9)	35(4.6)
最近一個月內，您是否對於服用藥物而感到厭煩。	71(9.4)	405(53.6)	208(27.5)	63(8.3)
最近一個月內，您是否攝取低脂、低膽固醇的食物。	151(20.0)	465(61.6)	132(17.5)	4(0.5)
最近一個月內，您是否攝取低鹽及低糖分的飲食。	142(18.8)	460(60.9)	146(19.3)	4(0.5)
最近一個月內，您是否以清、蒸、煮、燙來取代油炸、燒烤等方式烹調食物。	126(16.7)	426(56.4)	196(26.0)	2(0.3)
最近一個月內，您是否每日三餐定時定量。	186(24.6)	517(68.5)	46(6.1)	5(0.7)
最近一個月內，您是否遠離吸菸及喝酒。	211(27.9)	363(48.1)	142(18.8)	36(4.8)
最近一個月內，您是否有進行任何休閒活動或運動。	132(17.5)	312(41.3)	215(28.5)	94(12.5)
最近一個月內，您是否持著輕鬆愉快的心情進行運動。	137(18.1)	392(51.9)	178(23.6)	47(6.2)
最近一個月內，您是否按照復健的療程進行治療。	157(20.8)	225(29.8)	261(34.6)	104(13.8)
最近一個月內，您是否因為厭倦而不去接受復健治療。	140(18.5)	333(44.1)	186(24.6)	90(11.9)
最近一個月內，您是否因為其他原因而不去接受復健治療。	123(16.3)	331(43.8)	203(26.9)	92(12.2)
最近一個月內，您是否服用中藥或其他民俗療法來治療中風。	37(4.9)	107(14.2)	399(52.8)	211(27.9)

註：1. 每題得分1~4分，行為頻率愈高者得分愈高，總是4分，經常3分，很少2分，從未1分；第2、7、15、16、17題，採反向計分。

2. n=755

四、社會人口學變項與中風復發知識、支持性環境、資訊充足度、中風復發態度、健康行為之關係

針對不同鄉鎮、性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業狀況與居住狀況等社會人口學因素就中風復發知識、支持性環境、資訊充足度、中風復發態度、健康行為進行比較分析，以瞭解輕度中風之各面向現況。

由表8可知，在進行社會人口學變項與中風知識之單因子變異數分析後發現：不同鄉鎮（虎尾鎮、西螺鎮、荊桐鄉、二崙鄉、崙背鄉）間的中風復發知識（ $F=6.603$ ， $p<.001$ ）達統計上顯著差異，表示來自不同鎮之研究對象其中風復發知識確有不同，其中又以「崙背鄉」得分最高（16.41）、「虎尾鎮」得分最低（13.53），進一步進行Sheffe事後檢定，結果發現崙背鄉民衆之知識又顯著較虎尾鎮、西螺鎮、荊桐鄉爲高，此可能因崙背鄉地理位置比之各鄉鎮抵達醫療院所有更高的可近性有關；不同性別間的中風復發知識（ $F=9.759$ ， $p<.01$ ）達統計上顯著差異，表示男女之間中風復發知識確有差異，以男性得分（15.12）高於女性（13.99）；不同年齡（60歲以下、61-70歲、71-80歲、81歲以上）間的中風復發知識（ $F=1.661$ ， $p<.01$ ）達統計上顯著差異，表示不同年齡層之研究對象其中風復發知識確有明顯不同，其中又以「81歲以上」之研究對象得分最高（83.60）、「60歲以下」之研究對象得分最低（52.68），進一步進行Sheffe事後檢定，可見「71-80歲」者之知識顯著高於「60歲以下」與「61-70歲」者，「81歲以上」者之知識顯著高於「60歲以下」者，此或許與鄉村居民因年紀愈大勞動愈少，而愈會花時間注意健康資訊有關；不同婚姻狀況（未婚；已婚，且同住；已婚，但分居；離婚；喪偶）間的中風復發知識（ $F=5.599$ ， $p<.001$ ）達統計上顯著差異，表示不同婚姻狀況之研究對象其中風復發知識確有不同，其中又以「喪偶」者得分最高（16.02）、「已婚，但分居」得分最低（11.89），而再經過Sheffe事後檢定，則「喪偶」者之知識顯著高於「已婚，且同住」者，對此結果應再深入探討研究對象與家屬親友居住情形如何；不同教育程度的中風復發知識（ $F=14.930$ ， $p<.001$ ）達統計上顯著差異，表示不同教育程度間之中風復發知識確有明顯的差異，經Sheffe事後檢定，發現「不識字」者之知識顯著高於其餘教育程度者，此結果應多方考量其他社會人口學變項之影響後再深入探討；不同職業狀況的中風復發知識（ $F=6.595$ ， $p<.05$ ）達統計上顯著差異，以「無固定職業者」得分（14.64）顯著高於「有固定職業」者（13.53），此應於未來進一步瞭解雲林地區有無固定職業者在獲得衛教資訊的情形；不同居住狀況（獨居、與親友同住、其他）間的中風復發知識（ $F=1.864$ ， $p>.05$ ）未達

統計上顯著差異，表示研究對象的中風復發知識並不會因居住狀況不同而有所不同，可知雲林地區確實落實了居家衛教工作。

表8 研究對象社會人口學變項與中風復發知識之單因子變異數分析

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後檢定結果
鄉鎮	1. 虎尾鎮	182	13.53	4.213	6.603***	5>1
	2. 西螺鎮	202	14.72	4.775		5>2
	3. 荊桐鄉	148	13.65	4.526		5>3
	4. 二崙鄉	87	14.69	4.527		
	5. 崙背鄉	124	16.41	5.768		
性別	男	335	15.12	5.400	9.759**	
	女	408	13.99	4.273		
年齡	1. 60歲以下	144	52.86	5.991	1.661**	3>1
	2. 61-70歲	258	66.07	2.821		3>2
	3. 71-80歲	252	74.67	2.591		4>1
	4. 81歲以上	54	83.60	2.484		
婚姻狀況	1. 未婚	9	12.78	2.539	5.599***	5>2
	2. 已婚，且同住	572	14.21	4.492		
	3. 已婚，但分居	9	11.89	2.472		
	4. 離婚	7	12.14	2.340		
	5. 喪偶	146	16.02	5.999		
教育程度	1. 不識字	307	15.95	6.016	14.930***	1>2
	2. 小學畢(肄)業	296	13.81	3.631		1>3
	3. 初中畢(肄)業	64	12.95	3.109		1>4
	4. 高中(職)畢(肄)業	53	12.75	2.192		1>5
	5. 大學以上(含專科)	22	11.55	2.721		
職業狀況	無固定職業	618	14.64	4.965	6.595*	
	有固定職業	83	13.53	3.476		
居住狀況	1. 獨居	40	14.23	.698	1.259	2>1>3
	2. 與親友同住	696	14.48	.183		
	3. 其他	5	7.506	4.333		

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

由表9可知，在進行社會人口學變項與支持性環境間單因子變異數分析後發現：不同鄉鎮間的支持性環境 ($F=.947$, $p>.05$) 並未達到統計上顯著差異，表示來自不同鄉鎮之研究對象其支持性環境並沒有因為所處鄉鎮不同而不同；不同性別間的支持性

環境 ($F=9.266, p<.01$) 達統計上顯著差異, 表示男女之間支持性環境確有差異, 男性得分 (7.79) 低於女性 (8.45), 此可能與傳統社會女性較受關懷有關; 不同年齡間的支持性環境 ($F=1.534, p<.05$) 達統計上顯著差異, 表示不同年齡層之研究對象其支持性環境確有明顯不同, 其中又以「60歲以下」之研究參與者得分最高 (8.16)、「81歲以上」之研究對象得分最低 (7.87); 不同婚姻狀況間的支持性環境 ($F=17.136, p<.001$) 達統計上顯著差異, 表示不同婚姻狀況之研究對象其支持性環境確有不同, 其中又以「已婚, 且同住」者得分最高 (8.61)、「未婚」者得分最低 (5.44), 進一步以Sheffe事後檢定分析, 則見「已婚, 且同住」者之支持性環境顯著高於「未婚」者與「喪偶」者, 此結果符合家屬親友人數愈多、關係愈密切則支持性環境愈完整; 不同教育程度的支持性環境 ($F=1.037, p>.05$) 未達統計上顯著差異, 可能是因為支持性環境皆以配偶、子女為主, 而不致有所差異; 不同職業狀況的支持性環境 ($F=3.756, p>.05$) 沒有達到統計上顯著差異, 則不論研究對象是否有職業其支持性環境均因有個人的家屬親友而沒有差異; 不同居住狀況間的支持性環境 ($F=1.364, p>.05$) 未達統計上顯著差異, 表示研究對象的支持性環境並不會因居住狀況不同而有所不同。

表9 研究對象境社會人口學變項與支持性環之單因子變異數分析

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後檢定結果
鄉鎮	1. 虎尾鎮	186	7.84	3.339	.947	5>2>4>3>1
	2. 西螺鎮	202	8.37	3.142		
	3. 荊桐鄉	148	8.05	2.591		
	4. 二崙鄉	87	8.09	2.644		
	5. 崙背鄉	124	8.43	2.994		
性別	男	340	7.79	2.783	9.266**	
	女	412	8.45	3.162		
年齡	1. 60歲以下	146	8.16	3.212	1.534*	1>2>3>4
	2. 61-70歲	259	8.15	2.975		
	3. 71-80歲	255	8.05	2.951		
	4. 81歲以上	55	7.87	2.913		
婚姻狀況	1. 未婚	9	5.44	3.644	17.136***	2>1 2>5
	2. 已婚, 且同住	580	8.61	3.087		
	3. 已婚, 但分居	9	8.22	2.386		
	4. 離婚	7	6.00	.000		
	5. 喪偶	147	6.61	1.981		
教育程度	1. 不識字	312	8.08	2.866	1.037	5>3>4>2>1
	2. 小學畢 (肄) 業	298	8.10	3.136		
	3. 初中畢 (肄) 業	65	8.37	2.702		
	4. 高中 (職) 畢 (肄) 業	54	8.13	3.274		

表9 研究對象境社會人口學變項與支持性環之單因子變異數分析 (續)

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後檢定結果
職業狀況	5. 大學以上 (含專科)	22	9.36	3.526	3.756	
	無固定職業	627	8.10	3.019		
	有固定職業	83	8.78	2.984		
居住狀況	1. 獨居	40	7.48	2.727	1.364	2>3>1
	2. 與親友同住	705	8.20	3.030		
	3. 其他	5	8.00	3.464		

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

由表10可知，在進行社會人口學變項與資訊充足度間之單因子變異數分析後發現：不同鄉鎮間的資訊充足度 ($F=8.499$, $p<.001$) 達統計上顯著差異，表示來自不同鄉鎮之研究對象其資訊充足度確有不同，其中又以「二崙鄉」得分最高 (8.45)、「虎尾鎮」得分最低 (6.59)，進一步進行Sheffe事後檢定，二崙鄉民衆之資訊充足度顯著高於虎尾鎮、西螺鎮、崙背鄉等地之居民，荊桐鄉民衆之資訊充足度顯著高於虎尾鎮；不同性別間的資訊充足度 ($F=1.488$, $p>.05$) 未達統計上顯著差異，表示男女之間並無資訊充足度之差異，意即男女性有獲取相同資訊來源的機會；不同年齡間的資訊充足度 ($F=1.543$, $p<.01$) 達統計上顯著差異，表示不同年齡層之研究對象其資訊充足度確有明顯不同，其中又以「60歲以下」之研究參與者得分最高 (7.95)、「81歲以上」之研究對象得分最低 (6.53)，進一步進行Sheffe事後檢定，「60歲以下」者與「61-70歲」者均分別顯著高於「71-80歲」與「81歲以上」者，此可解釋為因年紀愈輕的研究對象可以接受更多元的資訊；不同婚姻狀況間的資訊充足度 ($F=2.331$, $p>.05$) 未達統計上顯著差異，表示不同婚姻狀況之研究對象其資訊充足度並沒有不同；不同教育程度的資訊充足度 ($F=9.941$, $p<.001$) 達統計上顯著差異，以「大學以上 (含專科)」得分最高 (8.82)，「不識字」者得分最低 (7.00)，進一步進行Sheffe事後檢定，「大學以上 (含專科)」者與「高中 (職) 畢 (肄) 業」者均分別顯著高於「不識字」與「小學畢 (肄) 業」者，這因為教育程度愈高可獲得的資訊充足度亦愈高；不同職業狀況的資訊充足度 ($F=.557$, $p>.05$) 未達統計上顯著差異，可知不同職業狀況之資訊來源近似，且獲取程度相同；不同居住狀況間的資訊充足度 ($F=.735$, $p>.05$) 亦未達統計上顯著差異，表示研究對象的資訊充足度並不會因居住狀況不同而有所不同，亦可知雲林地區資訊落實度普遍相同。

表10 研究對象社會人口學變項與資訊充足度之單因子變異數分析

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後檢定結果
鄉鎮	1. 虎尾鎮	185	6.59	2.078	8.499***	4>1
	2. 西螺鎮	200	7.06	2.620		4>2
	3. 荊桐鄉	148	7.59	2.201		4>5
	4. 二崙鄉	88	8.45	2.652		3>1
	5. 崙背鄉	126	7.39	2.205		
性別	男	338	7.15	2.520	1.488	
	女	409	7.37	2.311		
年齡	1. 60歲以下	146	7.95	2.281	1.543**	1>3
	2. 61-70歲	255	7.52	2.778		1>4
	3. 71-80歲	254	6.89	2.055		2>3
	4. 81歲以上	55	6.53	1.874		2>4
婚姻狀況	1. 未婚	9	8.22	3.456	2.331	1>3>2>5>4
	2. 已婚，且同住	576	7.35	2.285		
	3. 已婚，但分居	8	8.00	2.828		
	4. 離婚	7	5.71	1.976		
	5. 喪偶	147	6.90	2.732		
教育程度	1. 不識字	309	7.00	2.562	9.941***	4>1
	2. 小學畢（肄）業	396	7.08	1.990		4>2
	3. 初中畢（肄）業	65	7.63	2.528		5>1
	4. 高中（職）畢（肄）業	54	8.80	2.528		5>2
	5. 大學以上（含專科）	22	8.82	2.788		
職業狀況	無固定職業	623	7.21	2.437	.557	
	有固定職業	83	7.99	2.233		
居住狀況	1. 獨居	40	7.38	2.121	.735	1>2>3
	2. 與親友同住	700	7.28	2.429		
	3. 其他	5	6.67	1.528		

註：**p<.01、***p<.001。

由表11可知，在進行研究對象對中風復發態度與社會人口學變項間之單因子變異數分析後發現：不同鄉鎮間的研究對象對中風復發態度（ $F=9.371$ ， $p<.001$ ）達統計上顯著差異，表示來自不同鄉鎮之研究對象其對中風復發態度確有不同，其中又以「虎尾鎮」得分最高（24.72）、「荊桐鄉」得分最低（22.63），進一步進行Sheffe事後檢定，虎尾鎮、西螺鎮、二崙鄉與崙背鄉均顯著高於荊桐鄉；不同性別的研究對象對中

風復發態度 ($F=0.194, p>.05$) 未達統計上顯著差異, 表示男女性研究對象對中風復發態度沒有差異, 亦即不論性別對中風復發所抱持的態度是一致的; 不同年齡間的研究對象對中風復發態度 ($F=.746, p>.05$) 亦未達統計上顯著差異, 表示不同年齡層之研究對象其對中風復發態度沒有差異, 即表示不論何年齡層之研究對象對中風復發所抱持的態度是一致的; 不同婚姻狀況的研究對象對中風復發態度 ($F=3.111, p<.05$) 達統計上顯著差異, 表示不同婚姻狀況之研究對象其對中風復發態度確有不同, 其中又以「喪偶」者得分最高 (24.54)、「離婚」者得分最低 (21.57); 不同教育程度的研究對象對中風復發態度 ($F=1.234, p>.05$) 未達統計上顯著差異, 則表示不同教育程度的研究對象對中風復發態度並沒有不同; 不同職業狀況的研究對象對中風復發態度 ($F=0.024, p>.05$) 沒有達到統計上顯著差異, 亦表示不同職業狀況的研究對象對中風復發態度並沒有不同; 不同居住狀況的研究對象對中風復發態度 ($F=4.150, p<.05$) 達統計上顯著差異, 表示研究對象的中風復發態度會因居住狀況不同而有所不同, 應從實際居住狀況加以協助其正向態度。

表11 研究對象社會人口學變項與對中風復發態度之單因子變異數分析

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後檢定結果
鄉鎮	1. 虎尾鎮	185	24.72	3.032	9.371***	1>3*
	2. 西螺鎮	202	23.80	3.039		2>3*
	3. 荊桐鄉	146	22.63	3.233		4>3*
	4. 二崙鄉	89	24.33	3.490		5>3*
	5. 崙背鄉	123	24.36	3.134		
性別	男	337	24.00	3.197	0.194	
	女	408	23.89	3.270		
年齡	1. 60歲以下	144	23.83	3.007	.746	
	2. 61-70歲	256	24.04	3.144		
	3. 71-80歲	254	23.95	3.436		
	4. 81歲以上	55	24.71	1.863		
婚姻狀況	1. 未婚	9	23.44	3.206	3.111*	5>2>1>3>4
	2. 已婚, 且同住	574	23.85	3.300		
	3. 已婚, 但分居	9	22.11	3.140		
	4. 離婚	7	21.57	3.910		
	5. 喪偶	146	24.54	2.838		
教育程度	1. 不識字	312	24.21	2.971	1.234	1>2>3>4>5
	2. 小學畢 (肄) 業	293	23.86	3.279		

表11 研究對象社會人口學變項與對中風復發態度之單因子變異數分析(續)

	人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後檢定結果
	63	23.73	3.580		
	54	23.54	3.705		
	22	23.09	3.463		
職業狀況	621	24.01	3.163	0.024	
	82	23.95	3.299		
居住狀況	40	24.88	2.928	4.150*	3>1>2
	698	23.86	3.244		
	5	27.67	2.309		

註：* $p<.05$ 、*** $p<.001$ 。

由表12可知，在進行研究對象之健康行為與社會人口學變項間之單因子變異數分析後發現：不同鄉鎮間的研究對象之健康行為（ $F=12.289$ ， $p<.001$ ）達統計上顯著差異，表示來自不同鄉鎮之研究對象其健康行為確有不同，其中又以「虎尾鎮」得分最高（41.27）、「二崙鄉」得分最低（36.52），進一步進行Scheffe事後檢定，虎尾鎮民衆之健康行為顯著高於荊桐鄉與二崙鄉，西螺鎮民衆之健康行為亦顯著高於荊桐鄉與二崙鄉，崙背鄉民衆之健康行為則顯著高於二崙鄉，此可能因各地發展狀況不同而影響居民健康行為的表現；不同性別之研究對象的健康行為（ $F=3.400$ ， $p>.05$ ）未達統計上顯著差異，表示男女性之間研究對象之健康行為沒有顯著的差異；不同年齡之研究對象的健康行為（ $F=1.145$ ， $p>.05$ ）未達統計上顯著差異，表示不同年齡層之研究對象其健康行為沒有明顯不同，此或許因鄉村居民平時即有多所勞務活動有關；不同婚姻狀況之研究對象的健康行為（ $F=2.993$ ， $p<.01$ ）達統計上顯著差異，表示不同婚姻狀況之研究對象其健康行為確有不同，其中又以「未婚」者得分最高（40.50）、「已婚，但分居」得分最低（33.89）；不同教育程度之研究對象的健康行為（ $F=1.598$ ， $p>.05$ ）未達統計上顯著差異，可知不論學歷高低，人人都意識到對預防中風應有健康行為的認知；不同職業狀況之研究對象的健康行為（ $F=3.158$ ， $p>.05$ ）未達統計上顯著差異，此應與鄉村居民普遍有良好的生活作息有關；不同居住狀況之研究對象的健康行為（ $F=1.996$ ， $p>.05$ ）未達統計上顯著差異，表示研究對象的健康行為並不會因居住狀況不同而有所不同，因良好的健康行為為長期培養，不因居住狀況不同而即刻改變。

表12 研究對象社會人口學變項與健康行為之單因子變異數分析

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後 檢定結果
鄉鎮	1. 虎尾鎮	177	41.27	5.495	12.289***	1>3
	2. 西螺鎮	200	41.11	6.930		1>4
	3. 荊桐鄉	149	38.00	8.282		2>3
	4. 二崙鄉	85	36.52	8.373		2>4
	5. 崙背鄉	125	40.35	5.342		5>4
性別	男	335	39.37	7.019	3.400	
	女	401	40.34	7.194		
年齡	1. 60歲以下	140	41.21	7.537	1.145	1>4>3>2
	2. 61-70歲	254	39.57	6.829		
	3. 71-80歲	251	39.79	7.146		
	4. 81歲以上	55	38.29	7.327		
婚姻狀況	1. 未婚	8	40.50	11.820	2.993*	1>2>4>5>3
	2. 已婚，且同住	566	40.30	7.141		
	3. 已婚，但分居	9	33.89	9.413		
	4. 離婚	7	40.00	9.018		
	5. 喪偶	146	38.79	6.615		
教育程度	1. 不識字	308	39.23	7.133	1.598	3>2>4>5>1
	2. 小學畢（肄）業	289	40.31	6.627		
	3. 初中畢（肄）業	65	41.25	7.573		
	4. 高中（職）畢（肄）業	52	39.56	7.925		
	5. 大學以上（含專科）	21	39.24	7.562		
職業狀況	無固定職業	614	39.73	6.661	3.158	
	有固定職業	82	41.59	9.111		
居住狀況	1. 獨居	39	37.67	7.198	1.996	3>2>1
	2. 與親友同住	690	39.98	7.087		
	3. 其他	5	42.67	3.512		

註：**p<.01、***p<.001。

肆、結論及建議

根據本研究結果和討論，歸納出下列重要結論：

1. 輕度中風病患的中風復發知識會因不同的鄉鎮、性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業狀況等而有顯著差異。
2. 輕度中風病患的支持性環境會因不同的性別、年齡、婚姻狀況等而有顯著差異。
3. 輕度中風病患的資訊充足度會因不同的鄉鎮、年齡、教育程度等而有顯著差異。
4. 輕度中風病患對中風復發的態度會因不同的鄉鎮、婚姻狀況、居住狀況等而有顯著差異。
5. 輕度中風病患之健康行為會因不同的鄉鎮、婚姻狀況等而有顯著差異。

針對上述結果與結論，本研究提出對預防輕度中風之建議如下：

1. 透過公共衛生護士家庭訪視、社區保健座談、社區宣導活動和病友會聯誼等方式的衛教介入，確實能讓輕度中風患者充分獲得疾病相關資訊，進而有效提昇他們的知識，並增強病患採行健康行為的意願，故未來在延續推行此計畫時，應持續運用這些衛教介入的方法，並可作出適當的擴展，以充分發揮其功效。
2. 就「支持性環境」而言，可多鼓勵家屬積極陪同病患參與活動，或給予家屬更多的社區資源，提昇病患與家屬之間的互動性，從而健全病患的社會支持系統。
3. 輕度中風病患的資訊來源，多數是來自於醫院護士或醫生，其次是家訪護士。至於病患目前資訊的管道，以及未來希望獲得資訊的管道，皆以電視居多，其次是廣播。故未來在進行相關衛教宣導時，可以以這些方面作為重要的介入途徑，從而提昇中風病患的資訊接收度。
4. 公共衛生護士之家訪，在整個衛教介入過程中占有重要的地位，故未來可持續舉辦相關教育訓練，以提昇公衛護士的專業，進而讓輕度中風患者獲得更充分的知識和支持。病友會是提供輕度中風病患資訊交流和心理支持的一個重要管道，故日後應持續病友會之運作，並藉此舉辦更多的聯誼性活動和衛教講座，使更多的輕度中風病患受惠。

5. 由社會人口學變項與中風復發知識、支持性環境、資訊充足度、中風復發態度、健康行為之比較分析結果來看，建議未來相關單位於衛教介入時可以參考加強針對不同地區、年齡、婚姻狀況與教育程度等社會人口學變項進行，會有更多顯著提升的差異。

致謝

本研究謹謝行政院衛生署國民健康局、雲林縣衛生局、西螺鎮衛生所、二崙鄉衛生所、崙背鄉衛生所、虎尾鎮衛生所、莿桐鄉衛生所、國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系、慈愛綜合醫院、與五鄉鎮市社區健康營造中心等單位於研究期間給予之協助。

伍、參考文獻

一、中文部分

- 王雅嫻、楊雅如、王瑞瑤（2007）。影響腦中風患者功能進步量之因子—系統性回顧。**物理治療**，**36**（2），316-323。
- 朱復興（2002）。認識腦中風。**羅東聖母院訊**，**43**。2008年12月31日，下載自<http://www.smh.org.tw/mag1/44/44hot3.htm>
- 行政院衛生署統計室（2003）。**衛生統計系列（一）死因統計—92年度縣市別統計結果**。2008年12月31日，下載自http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10238&class_no=440&level_no=1
- 呂如分（2005）。中風病患主要照顧者生活品質及其相關因素之探討。**長期照護雜誌**，**9**（2），152-170。
- 李雪禎、張谷州（2008）。台灣腦中風患者急性期超長住院分析及其相關因素探討。**臺灣腦中風學會會訊**，**15**（3）。2009年1月1日，下載自http://www.stroke.org.tw/newpaper/2008Sep/paper_4.asp
- 李慎初、王桂芸、林健群（2004，3月12日）。**梗塞性腦中風老年病人之憂鬱及相關因素之探討**。
- 林壽惠（1993）。臺灣地區腦中風病人居家護理及社會問題。**臺灣醫誌**，**92**（4），177-183。
- 邱啓潤、呂淑宜、許玉雲（1988）。居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素之探

討。護理雜誌，35，69-81。

孫嘉玲、黃美瑜、宋梅生、陳施妮、李琇彩、王秀香（2005）。中風病患主要照顧者的生活品質與社會支持。臺灣醫學，9（3），303-311。

郭雅雯、蔣立綺、吳聖良、郭憲文（2006）。居家復健護理方案對中風病患主要照顧者之成效。實證護理，2（2），109-118。

彭莉琴（2001）。某醫學中心中風高血壓病人遵醫囑服藥行為階段及相關因素之探討。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，台北。

黃小玲、毛慧芬（2005）。日常活動是最好的復健中風病人的上肢功能訓練。健康世界，229，28-33。

廖建彰、李采娟、林瑞雄、宋鴻璋（2006）。2000年臺灣腦中風發生率與盛行率的城鄉差異。臺灣公共衛生雜誌，25（3），223-230。

蔡淑貞（2002）。腦中風病人選擇長期照護方案之探討。高雄醫學大學公共衛生研究所碩士論文，未出版，高雄。

蕭淑貞、金繼春、劉芹芳（2007）。腦中風病患之日常活動自我效能及其相關因素。實證護理，3（1），45-53。

謝明瑞（2003）。臺灣人口老化的省思。下載於2007年11月30日，下載自<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/FM/092/FM-C-092-103.htm>

簡立羣（2005）。影響再發性缺血性腦中風之因素研究。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，未出版，台北。

二、英文部分

Chen, N., Shaw, Z. G., Cao, W. L., Li, Y. M., Zhen, N. C., Chang, J. T., & Chen, Q. M. (2007). Risk factors for stroke. *Ming Hsin Journal*, 33, 47-53.

Deng, B. H., Liu, H. W., Pan, P. C., Mau, L. W., and Chiu, H. C. (2007). Cost-Effectiveness of elderly health examination program: The example of hypertension screening. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 23 (12), 17-24.

Hungerford, H. R. & Volk, T. L. (1990). Changing learner behavior through environmental education. *Journal of Environmental Education*, 21 (3), 8-21.

Lau, A. and McKenna, K. (2001). Conceptualizing quality of life for elderly people with stroke. *Disabil Rehabil*, 23 (6), 227-238.

A survey of Knowledge, Supporting Environment, Sufficient Information, Attitude, Health Behavior of hypo-apoplexy patients: Take Yunlin County for example

Yi-Jin Hu* You-Yu Dai** Bo-Huang Lin*** Pei-Yin Liu****

Abstract

There is a more and more serious trend that Taiwan is facing the problem of aging of population. And by the age is older and older, the incidence of stroke increase twice than before. However, it's very expensive to medical treatment stroke; in other words, stroke both causes damage to personal health and economy. Thus, it's to demand immediate attention to control this illness effectively. To abate the whole national medical load by apoplexies, first of all, screening the population of high risk, second, seeking medical advice earlier, tracking continued and teach patients with health education, and finally, intervening by health promotion. This research is survey the stroke patients' cognition, supporting environment, sufficient information, attitude, health behavior about risk factors of stroke. The most important thing is to improve stroke patients' care ability by themselves, so these results can be used in the future.

* Associate Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

** PH. D. Student, Graduate Institute of Recreation, Tourism, and Hospitality Management, National Chiayi University

*** Director of Public Health Bureau, Yunlin County

**** Teacher of Taipei Municipal Hongdao Junior High School

These are the conclusions: 1.The stroke patients' stroke cognition is different by society variables such as counties, sex, age, marriage status, education levels, and out of a job or not; 2. Supporting environment is different by sex, age, and marriage status; 3. Sufficient information is different by counties, age, and education levels; 4. Attitude is different by counties, marriage status, and living situation; 5. Health behavior is different by counties and marriage status.

Key words: apoplexy, health education, health behavior

六年級學生壓力事件、因應方式與挫折復原力研究—以台北縣某國小為例

賀豫昕* 黃雅文**

摘要

本研究目的旨在了解六年級小學生的壓力事件、因應方式與挫折復原力保護因子。採問卷調查法。研究對象為台北縣某國小六年級一百六十四位學生。問卷內部一致性信度為.91，構念效度達.83。研究結果前三大壓力事件為：1.考試不好；2.作業太多；3.失去親人。壓力因應方法依序為1.聽音樂；2.努力學習；3.出門走走或逛街；4.找好朋友聊聊；5.上網。挫折復原力保護因子總平均得分4.93分（最高7分）。同理心、有意義的價值觀、紮實解決問題可顯著預測抗壓能力。R平方為.431。不同性別、不同居家排行、有無宗教信仰之挫折復原力保護因子總平均得分並無顯著差異。建議加強同理心、有意義的價值觀、紮實解決問題等教育。

關鍵字：小學六年級學生、挫折復原力、因應方式、壓力事件

* 國立台北教育大學生命教育與健康促進研究所碩士

** 國立台北教育大學師資培育中心 生命教育與健康促進研究所教授

聯絡人：黃雅文

通訊地址：10671台北市和平東路二段134號

電話：(02) 27321104轉5131

傳真：(02) 27329827

E-mail：hsin5937@yahoo.com.tw

壹、前言

兒童是國家未來的主人翁。兒童身心是否健康，是否快樂極為重要。2004年世界兒童人權日前夕，兒福聯盟公佈了一份「台灣心貧兒現象觀察報告」，結果發現有四成六的孩子覺得不快樂（46.2%）、近半數的孩子覺得生活很無聊（48.4%）、甚至有三成的孩子否定自己存在的價值（30.6%）、約四成三的孩子遇到挫折容易放棄（42.5%）、有四成的孩子覺得自己不受歡迎（40.4%）（兒童福利聯盟文教基金會，2004）。國小學童應是人生中擁有較多快樂的生活階段，但由於社會的快速變遷，升學主義充斥，國小學童的快樂生活受到了考驗，六年級學童即將揮別學生生涯進入國中就學，對國小六年級兒童而言有什麼壓力？他們又如何因應這些壓力？遇到挫折時，其挫折復原力保護因子為何？值得深入探討。

國內小學生壓力因應挫折復原力相關研究甚少。歐慧敏（1997）曾於民國八十六年以台灣地區國小4~6年級學生進行因應策略與行為困擾之調查研究。其結果，國小學生採取避免逃避策略的頻率最高，而採取尋求支持策略的頻率最低；學校生活困擾最高，而人際關係困擾最低。胡素慈（2002）於民國九十一年一月間以高雄市小學四五六六年級學生為對象，探討小學生的壓力因應策略。其結果，小學生因應策略以避免逃避策略和解決問題策略得分較佳，以暫時擱置與尋求支持策略得分較差。即國小學生在面對壓力與生活變動時，會避免採用消極性的情緒取向因應以及採用積極性的問題取向因應。張雅惠（2005）國小高年級學童家庭氣氛、自我概念與壓力因應方式之研究，其研究結果：國小高年級學童最常採用「直接行動」因應方式，其次為「自我保護」因應方式，較少採用「直接控制」因應方式；國小高年級女童在「直接行動」因應方式之採用頻率，顯著高於男童。老么在「直接控制」因應方式上，採用頻率顯著高於中間子女。王文豐（2001）的研究，以台北市八所國小之六年級學童為研究對象，研究發現男生對壓力的感受程度顯著小於女生；壓力較大之男生，其身體活動量也較小，而心肺適能也較差，且壓力愈大其結果愈顯著；女生壓力較小者，其身體活動量則較大，而心肺適能也較好，且壓力愈小其結果愈顯著。

國外研究中發現，某些來自精神異常家庭的兒童，在其後的個人發展中卻能健康的發展，Anthony把這兒童稱之為「適應良好的兒童」（Anthony, 1974）。其後許多研究開始注意到為什麼有的兒童與青少年暴露在高危險的環境中，卻能有良好的適應能力（Rutter, 1987; Rutter, 1993）這些適應良好的青少年似乎具有某種抗壓能力（stress-resilient）或是擁有某些保護因子（protective factors），可以在壓力或是挫折的情況下免

除身心障礙的危機；換句話說，即是遭遇挫折情況也能快速自調整（Rak & Patterson, 1996；蕭文，1999）。有學者指稱此種復原的力量為挫折復原力，並定義為人在不幸的負面事件發生後，能回到原先正常未受影響時狀態的一種能力（Siebert, 2008；黃雅文，2008）。

國內學者陳桂絨（2001）的研究採質的個案研究法，對安置於台灣國際兒童村之兒少保個案中抽出四個極端樣本做深入挫折復原力的研究。挫折復原力展現從研究的資料顯示，兒童在受虐與機構安置的雙重逆境下，覺悟的挫折復原力是他們復原新生的第一步，也是其他挫折復原力的基石，有豐富的挫折復原力的孩子也一定可以看到他們覺悟的挫折復原力，而適應不良的孩子在有了覺悟的挫折復原力之後，其他的復原力才慢慢一樣一樣地顯露出來。

許素玉（2006）的研究旨在探討罹癌兒童家庭傷慟，悲傷調適與復原歷程中的復原因子，以深度訪談與參與觀察法進行研究。研究發現如下：在大觀發現罹癌及開始治療時，大觀的心理反應是充滿希望、懷疑、擔心。挫折復原過程中，大觀的復原因子是音樂、師長支持，宗教信仰、悲傷轉移、轉換求學環境、勇敢面對死亡、樂觀解讀的思考習慣。除了以上個人的復原因子外，周家共同復原因子是：周爸爸、周媽媽為了完成愛子遺願，成立周大觀文教基金會，展開一生一世做不完，造福人群的事業，這可說是大觀體貼、聰穎、慈心及理念，幫助他們走出悲傷。周家夫妻合諧，在悲傷中，夫妻的同心協力、互相關懷、默契十足，是很重要的挫折復原因子。

人生難免遇到各種挫折、逆境、不圓滿、親友死亡等經驗，這樣的經驗有些人可能引發焦慮與壓力、不知所措、逃避、退化、或轉向去吸毒、自殺等行為傾向。有些人卻能在逆境中獲得重生的力量。經歷各項挫折，個人如何因為復原力而重新站立起來，迎向人生，繼而樂觀的邁向人生的未來？兒童階段的高年級學生，在社會層面即將進入國民中學邁入另一個學制的求學階段，在生理層面也很快的就要進入青春期的，面對自我身心的轉變與社會變化快速的壓力之下，有必要正視其壓力事件為何？挫折復原力保護因子如何？性別、家中排行、有無信仰與其挫折復原力相關性如何？

本研究目的旨在了解高年級小學生的壓力事件、因應方式與挫折復原力保護因子之現況，並探討抗壓能力與挫折復原力保護因子的關係。

貳、材料與方法

一、研究對象

台北縣某國小六年級一百六十四位學生進行普查。共計發出164份問卷，回收164份問卷。其中剔除填答不完整，以及全部填答皆一個答案之無效問卷36份，剩下有效問卷128份，有效回收率78%。

二、研究方法與工具

本研究採問卷調查法。

(一) 問卷設計：本研究工具之問卷設計

1. 「Resilience」的量表發展方面

本研究所採用的是Robert & Sam (2004) 修正符合國小六年級學童可使用的七項特質：1.知道如何加強自己的抗壓能力（以下簡稱抗壓能力）；2.有同理心；3.有效溝通及人際互動能力；4.具有扎實的解決問題及決策技巧；5.設立切合實際的目標及期望；6.由成敗中學習；7.根據有意義的價值觀過踏實的生活。

以上七項特質中的一項：「抗壓能力」部分因為在各年齡層的壓力現象皆不同，因此先設計下列之開放式問卷，調查國小學童的壓力事件來源，並將壓力來源由高到低排列，並調查其紓解壓力的方法。問卷發放三班，共計100份。根據以上壓力來源結果設計壓力部份的問卷題目。之後再由以上七項特質設計問卷的內容，每一特質設計七道題目，共計四十九題。為消除填答者在填答時的反應心向（Response set）（王文科，2002），因此設計反向題目共計五題。

問卷編排第一部分為前言（introduction）：說明問卷的性質、目的、告知受試者填答此問卷時注意事項，以及研究的機關人員等（Connor & Daridson, 2003）。第二部份為研究主題，題目內容與挫折復原力（resilience）有關，為自編式，採用七點量表方式設計，由「完全不符合」、「大部分不符合」、「一部份不符合」、「沒意見」、「一部分符合」、「大部分符合」、「完全符合」等七項圈選。

2. 學生壓力事件、因應方式

採開放式問卷，調查學生的壓力來源、壓力來源的排序以及壓力的因應方法。壓力來源部份請研究對象列舉三到五項；壓力高低由高壓力排序到低壓力；壓力的因應

方式也列舉三到五項方法。

(二) 信效度考驗

量表經專家內容效度審閱修正後，以100名六年級學童進行預試後，進行內部一致性信度Cronbach's Alpha 考驗與構念效度分析。其結果總量表信度為 .911，構念效度達 .829。

(三) 資料分析方法

量化資料分析以SPSS 12.0進行。

參、結果

一、學生基本資料

(一) 性別：男生65人、女生63人；百分比分別為50.8%與49.2%。男生女生約各占一半。

(二) 家中排行：排行第一有57人、排行第二有31人、排行第三有21人、排行第四有3人、獨生子女15人、其他1人；百分比分別為44.5%、24.2%、16.4%、2.3%、11.7%、0.8%。

(三) 家庭現況：與祖父祖（或祖母）且父母親一起同住21人、與父母親一起同住85人、只與母親同住8人、只與父親同住5人、只與祖父同住2人、只與祖母同住2人、其他4人。百分比分別為16.5%、66.9%、6.3%、3.9%、1.9%、1.9%、3.1%。整體結果，約三分之一未與父母同住。

(四) 信仰狀況：有信仰者54人、沒有信仰者73人，百分比分別為42.2%與57.0%。

二、壓力事件

表1是受試者壓力來源之調查結果。研究對象之壓力來源前八項依序為：考試不好、作業太多、失去親人、上補習班、拿成績與別人比較、失去朋友、父母離婚、父母管教太嚴等項。

表1 台北縣某國小學童高年級學童壓力來源統計

項 目	次 數	百分比
考試不好	35	35.0%
作業太多	34	34.0%
失去親人	33	33.0%
上補習班	21	21.0%
拿成績與別人比較	16	16.0%
失去朋友	16	16.0%
父母離婚	12	12.0%
父母管教太嚴	12	12.0%
功課變差	10	10.0%
家人吵架	8	8.0%
功課不會寫	7	7.0%
不能玩電腦	4	4.0%
父母生病	3	3.0%
失去一切	3	3.0%
父母期望太高	3	3.0%
寫日記	3	3.0%
父母親不要我	2	2.0%
三餐飲食有問題	2	2.0%
生重大疾病	1	1.0%
家庭暴力	1	1.0%
父母生氣	1	1.0%
被父親丟下	1	1.0%
總計次數	228	

註：百分比之分母人數為樣本人數

三、壓力因應方式

表2 是研究對象壓力因應方式之調查結果。前五大壓力因應方法依序為：1.聽音樂；2.努力學習；3.出門走走或逛街；4.找好朋友聊聊；5.上網。

表2 台北縣某國小六年級學童壓力因應方式統計表

項 目	次 數	百分比
聽音樂	21	21%
努力學習	20	20%
出門走走或逛街	18	18%
找好朋友聊聊	16	16%
上網	13	13%
找父母親聊天溝通	12	12%
打球	12	12%
看電視	10	10%
運動	7	7%
保持樂觀態度	7	7%
打枕頭或娃娃	6	6%
大哭一場	6	6%
多培養親子感情	4	4%
吃東西	4	4%
看電影	4	4%
不會的問老師	4	4%
寫日記	3	3%
唱歌	3	3%
注意父母健康	2	2%
登山	2	2%
總計次數	174	

註：百分比之分母人數為樣本人數

四、學童之挫折復原力保護因子

(一) 挫折復原力保護因子的調查結果平均得分由高至低依序為：

有同理心5.23、根據有意義的價值觀過踏實的生活5.15、有效溝通及人際互動能力5.04、由成敗中學習5.03、具有扎實的解決問題及決策技巧4.85、設立切合實際的目標及期望4.85、抗壓能力4.39，得分最低者為「抗壓能力」（其結果如下表3）。

表3 挫折復原力保護因子的統計量

	同理心	有意義的 價值觀	有效溝通 人際互動	由成敗 中學習	扎實的解 決問題的	切合實際 的目標	抗壓力
個數	128	128	127	128	128	127	128
有效的 遺漏值	0	0	0	0	0	0	0
平均數	5.2377	5.1507	5.0458	5.0371	4.8560	4.8560	4.3915

(二) 學生基本資料與挫折復原力保護因子之關係

經統計分析結果，不同性別、有無宗教信仰、不同居家排行之挫折復原力保護因子得分並無顯著差異（如下表4,5,6）。

表4 性別統計量

性別	個數	平均數	標準差	平均數的標準誤
男生	65	4.8958	.84895	.10530
女生	63	4.9627	.90807	.11441

表5 宗教信仰統計量

信仰	個數	平均數	標準差	平均數的標準誤
有	54	4.7952	.97559	.13276
沒有	73	5.0084	.77791	.09105

表6 排行統計量

排行	個數	平均數	標準差	標準誤	最小值	最大值
其他	1	4.1633			4.16	4.16
第一	57	5.0054	.84916	.11247	3.31	6.39
第二	31	4.7735	.83523	.15001	2.92	6.37
第三	21	4.9271	.99265	.21662	2.82	6.55
第四	3	4.8707	.86231	.49786	3.88	5.43
獨生子女	15	5.0231	.96659	.24957	3.18	6.33
總和	128	4.9287	.87572	.07740	2.82	6.55

說明：第一5.00、第二4.77、第三4.92、第四4.87、獨生子女5.02、其他4.16。以上的得分看來，在排行的順序上，並不會影響挫折復原力的得分。再經由多重比較之後，排行與挫折復原力各因子之間並無顯著的相關，確切證實排行對於挫折復原力並無預測的效果。

(三) 抗壓能力與挫折復原力保護因子之間皆呈現有意義的正相關(如表7)。

表7 挫折復原力保護因子相關表

	挫折復原力 保護因子	抗壓能力	同理心	有效溝通 人際互動	扎實的解 決問題	切合實際 的目標	由敗中學 習	有意義的 價值觀
Pearson								
相關	抗壓能力	1.000						
	同理心	.588***	1.000					
	有效溝通	.533***	.684***	1.000				
	扎實解決問題	.599***	.781***	.688***	1.000			
	切合實際的目標	.491***	.566***	.603***	.623***	1.000		
	由成敗中學習	.537***	.639***	.719***	.768***	.652***	1.000	
	有意義的價值觀	.532***	.525***	.629***	.520***	.656***	.652***	1.000

***P<.001

(四) 多元逐步回歸分析結果

依據表8多元逐步回歸分析所示，台北縣某國小六年級學生的抗壓能力之表現有三個預測變項：扎實解決問題及決策技巧、有意義的價值觀、同理心被選入回歸方程式的顯著變項，這三個變項共可解釋抗壓能力變異量43.1%。由表8中未標準化回歸係數β與常數值可得知回歸方程式為：抗壓能力=2.753+.319扎實解決問題及決策技巧+.227有意義的價值觀過踏實的生活+.244同理心。經標準化後回歸方程式如下：抗壓能力=.284扎實解決問題及決策技巧+.266有意義的價值觀過踏實的生活+.227同理心。

表8 抗壓能力對挫折復原力保護因子多元逐步回歸分析摘要表

選出變項順序	決定係數 R 平方	調整後決 定係數 R平方	F 值	未標準化 係數β值	標準化 係數 Beta	t值
常數				2.753		.940
扎實解決問題	.359	.354	67.777	.319	.284	2.537***
有意義的價值觀	.426	.416	13.979	.227	.266	3.241***
同理心	.445	.431	4.110	.244	.227	2.027*

*P<.05 ***P<.001 N=128

肆、討論

台北縣某國小六年級學童壓力事件前三項為考試不好、作業太多、失去親人各約占15%。其中兩項與考試、作業有關。前八項中，在課業部分佔了4項（考試不好、作業太多、上補習班、拿成績與別人比較）。在親人朋友的關係的議題佔了4項（失去親人、失去朋友、父母離婚、父母管教太嚴）。Chander（1987）指出，一般學童的壓力主要可歸為三類：

- 一、正常的發展壓力（normal developmental stress）：像課業壓力；
- 二、社會壓力（social stress）：如離婚率所造成的結果；
- 三、生活壓力事件（stressful life events）：如搬家和學校學習問題等。

表1學童壓力來源項目，亦可用這三大歸類如下：

- 1.正常的發展壓力：考試不好、作業太多、上補習班等項；
- 2.社會壓力：失去親人、父母離婚；
- 3.生活事件壓力：拿成績與別人比較、失去朋友等。

受試者的因應方式調查結果趨於正向，如聽音樂、努力學習、找好朋友聊聊、找父母親聊天溝通、打球、運動、保持樂觀態度、多培養親子感情、不會的問老師、寫日記、唱歌、注意父母健康、登山。歐慧敏（1997）民國八十六年以台灣地區國小4~6年級學生進行因應策略與行為困擾之調查研究結果，國小學生採取避免逃避策略的頻率最高。胡素慈（2002）於民國九十一年一月間以高雄市小學四五年級學生為對象探討小學生的壓力因應策略，其結果國小學生在面對壓力與生活變動時，會避免採用消極性的情緒取向因應以及採用積極性的問題取向因應。國內學者邱富琇（2004）的研究結果：兒童最常採用「直接行動」壓力因應方式，其次為「自我保護」壓力因應方式，較少採用「直接控制」壓力因應方式。

由表2之研究結果可歸類為

- 1.直接行動：出門走走或逛街、找好朋友聊聊、找父母親聊天溝通、打球；
- 2.自我保護：聽音樂；
- 3.直接控制：努力學習、上網等項。

兒童壓力因應的方式大部分是正向方式進行。其中有趣的現象是，「寫日記」同時是壓力來源也可以是紓解壓力的因應方式；「不能玩電腦」是壓力來源，而「上網」卻也是紓解壓力的因應方式之一。大致上表2所呈現的多半為健康的因應方式。但本研究結果有部分的因應方式值得關切，如：上網、打枕頭或娃娃、吃東西。上網的網路安全問題，打枕頭或娃娃的適切性或暴力傾向問題疑慮，吃東西造成肥胖有害

健康的可能性等問題。此外，找好朋友聊聊、找父母親聊天溝通時，好朋友或父母的輔導能力是否足夠將影響溝通的效果，同儕輔導與父母親職輔導的增能值得重視。

學童之挫折復原力保護因子調查結果，受試者得分最低者為「抗壓能力」。在教育系統中如何讓教師與家長增能，以輔導學生知道如何加強自己的抗壓力是重要的課題。經多元逐步回歸分析結果，由表8中標準化回歸係數Beta值可知，抗壓能力之表現對挫折復原力保護因子之預測大小分別為「扎實解決問題及決策技巧」（Beta值=.284）、「有意義的價值觀過踏實的生活」（Beta值=.266）、「同理心」（Beta值=.227），而上述變項的Beta值為正數，均具有提升抗壓能力構面之作用。扎實解決問題及決策技巧、有意義的價值觀、同理心這三個變項共可解釋抗壓能力變異量43.1%。

此結果可支持以下論述之主張。李永明（2004）於減輕學童壓力的問題解決教學策略一文中，主張藉由教導學生問題解決及決策技巧，使學生找到適當紓解自己壓力的方法。

伍、結論與建議

一、結論

台北縣某國小六年級學童之壓力事件、壓力因應的方式、挫折復原力的保護因子經調查分析結論如下：

（一）前三大壓力事件為：

1.考試不好；2.作業太多；3.失去親人。

其壓力來源可歸類如下：

- 1.正常的發展壓力：考試不好、作業太多、上補習班等項；
- 2.社會壓力：失去親人、父母離婚；
- 3.生活事件壓力：拿成績與別人比較、失去朋友等。

（二）壓力因應方法依序為：

1.聽音樂；2.努力學習；3.出門走走或逛街；4.找好朋友聊聊；5.上網。

其壓力因應的方式可歸類如下：1.直接行動：出門走走或逛街、找好朋友聊聊、找父母親聊天溝通、打球；2.自我保護：聽音樂；3.直接控制：努力學習、上網、等項。兒童壓力因應的方式大部分是正向方式進行。但以「上網」、「打枕頭或娃

娃」、「吃東西」為壓力因應方式需要適切的教育。

(三) 挫折復原力保護因子平均得分由高至低依序為：

有同理心、根據有意義的價值觀過踏實的生活、有效溝通及人際互動能力、由成敗中學習、具有扎實的解決問題及決策技巧、設立切合實際的目標及期望、抗壓能力。

不同性別、不同居家排行、有無宗教信仰之挫折復原力保護因子得分並無顯著差異。抗壓能力與挫折復原力保護因子之間皆呈現有意義的正相關。扎實解決問題及決策技巧、有意義的價值觀過踏實的生活、同理心進入回歸方程式的顯著變項，這三個變項共可解釋抗壓能力變異量43.1%。

(四) 以上結論由於本研究以台灣某學校之六年級學生一百六十四人為研究對象，因此外在效度有其限制。

二、建議

(一) 國小六年級學生壓力事件與課業有關者甚多，如考試不好、作業太多、上補習班、拿成績與別人比較等等，本研究結果可提供國小教師教學與班級經營輔導上的參考。

(二) 國小六年級學生的壓力因應方式多半是健康的。但是仍有幾項因應方式值得關切，如上網、打枕頭或娃娃、吃東西等因應方式。上網的網路安全問題，打枕頭或娃娃的適切性或暴力傾向疑慮，吃東西造成肥胖有害健康的可能性等問題。此外，找好朋友聊聊、找父母親聊天溝通時，好朋友或父母的輔導能力是否足夠將影響溝通的效果，同儕輔導與父母親職輔導的增能都值得重視。

(三) 挫折復原力保護因子中「抗壓能力」得分最低。經進一步分析，三個預測變項：同理心、有意義的價值觀過踏實的生活、扎實的解決問題及決策技巧共可解釋抗壓能力變異量43.1%。建議可加強國小六年級學生的同理心、有意義的價值觀過踏實的生活、扎實的解決問題及決策技巧等適性教育。

(四) 進一步研究建議進行同理心、有意義的價值觀過踏實的生活、扎實的解決問題及決策技巧之教育介入對提升抗壓能力之評價研究。

參考文獻

一、中文文獻

- 王文科（2002）。**教育研究法**。台北：五南圖書出版公司。
- 王文豐（2001）。**台北市國小學童生活壓力與其身體活動量及健康體適能關係之研究**。國立台灣師範大學體育研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 李永明（2004）。**減輕學童壓力的問題解決教學策略**。師說：中華民國全國教育會月刊，178期，20-23。
- 兒童福利聯盟文教基金會（2004年11月17日）。**台灣「心貧兒」現象觀察報告**。2008年5月10日取自http://www.children.org.tw/database_report.php?id=151&typeid=4&offset=25
- 邱富琇（2004）。**兒童之親子溝通、壓力因應方式與其幸福感之相關研究**。國立高雄師範大學教育研所碩士論文，未出版，高雄市。
- 洪慧芳（2004）。**挫折復原力**。台北：天下雜誌。
- 胡素慈（2002）。**國小學生因應日常生活問題策略及其影響因素之徑路分析研究**。國立高雄師範大學/教育學系碩士論文，未出版，高雄市。
- 張雅惠（2005）。**國小高年級學童家庭氣氛、自我概念與壓力因應方式之研究**。國立嘉義大學家庭與教育研究所碩士論文，未出版，嘉義市。
- 許素玉（2006）。**罹癌兒童家庭傷慟與復原之探討—以周大觀家庭為例**。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義縣。
- 陳苑茹（2005）。**挫折復原力、自我概念與社會支持對國軍士兵自傷行為傾向關係之探究**。政治作戰學校軍事社會行為科學研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 陳桂絨（2001）。**復原力的發現—以安置於機構之兒少保個案為例**。東吳大學社會工作學系碩士論文，未出版，台北市。
- 黃雅文（2008）。**生活技能與挫折復原力**。國立台北教育大學。2008年出國報告書。
- 歐慧敏（1997）。**國小學生因應策略與行為困擾之調查研究**。國民教育研究集刊（臺南師院），3，167-178。
- 蕭文（1999）。**災變事件的前置因素對心理復健的影響—復原力的探討與建構**。測驗與輔導，156，3249-3253。

二、英文文獻

- Anthony, E. J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family : Children at psychiatric risk* (pp.524-544). Chichester, England : John Wiley.
- Chander, L. A. (1987). *Childhood Stress : The Teacher's Role*. (ERIC Document Reproduction Service No. ED285369)
- Connor, K. & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale : the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety, 18*, 76-82.
- Miller, G. E., Brehm, K., & Whitehouse, S. (1998). 'Reconceptualizing schoolbased prevention for antisocial behavior within a resiliency framework'. *School Psychology Review, 27* (3), 346-361.
- Perry, B. D. (2002). How children become resilient. *Scholastic Parent & Child, 10* (2), 33-35.
- Rak, C. F., & Patterson, L. E. (1996). Promoting resilience in at-risk children. *Journal of Counseling & Development, 74*, 368-373.
- Rayner, M. & Montague, M. (1999). *Resilient Children and Young People, Deakin Human Services*, Australia, Deakin University.
- Robert, B. & Sam, G. (2004). *The Power of Resilience, Achieving Balance, Confidence, and Personal Strength in Your Life*. By *Common Wealth Magazine Co., Ltd.*
- Rutter, M. (1993). Resilience : Some Conceptual Considerations. *Journal of Adolescence Health, 14*, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiat, 57* (3), 316-331.
- Siebert, A. (2008). The definition of Resilience. 2008/05/01 retrieved from <http://www.resiliencycenter.com/definitions.shtml>

6th -grade Students' stressful Life Events, Coping Methods and Resilience-- an Example of an Elementary School in Taipei County

Yu-Hsin Ho* Ya-Wen Huang**

Abstract

The purposes of this research were to understand the 6th-grade students' stress life events, coping methods and resilience of protection factors. This research was conducted by questionnaire. The survey was completed by 164 6th -grade students some one of elementary in Taipei County, Taiwan. The reliability and construct validity for the questionnaire are 0.91 and 0.83, respectively. The results were : 1) the three most stressful life events were as follows : 1.bad achievement scores in study, 2.too much home work, 3.losing family member. 2) The five most coping behavior were : 1. enjoy music 2. study harder 3. go for a walk or shopping 4.chating with friends 5.surfing internet. The total average score of Resilience of protection factors is 4.93 (the highest score is 7) . Empathy, meaningful value, solid problem solving were significant predictors of stress- resist ability. The R square value is 0.431. Gender and ranking of all siblings and religious belief had non-significant difference in resilience score. Enhancing the educational content of empathy, meaningful value, solid problem

* Master, Graduate school of Life Education and Health Promotion, National Taipei University of Education.

** Professor, Teacher Education Center, Graduate school of Life Education and Health Promotion, National Taipei University of Education.

Contact : Ya Wen Huang, phone : (02) 27321104轉5131 E-mail : hsin5937@yahoo.com.tw solving is suggested.

Key words : 6th-grade students, resilience , coping, stressful life events

健康促進與衛生教育學報稿約

- 一、衛生教育學報旨在提升衛生教育研究的品質並促進學術交流。每半年發行一期，於六月和十二月出刊。凡與衛生教育有關之學術論文，且未曾投稿於其他雜誌者，均歡迎投稿，凡翻譯、一般文獻評述、實務報導等，恕不接受。
- 二、投遞本學報之論文經編審委員會送請專家學者審查通過後予以刊登，文責由作者自負，來稿以未經任何刊物發表者為限。凡經本刊編輯委員會審查通過予以刊登之著作，其著作財產權即讓與給本刊，但作者仍保有著作人格權，並保有本著作未來自行集結出版、教學等個人非營利使用之權利，版權屬於本刊，除商得本刊編輯委員會同意外，不得轉載。
- 三、來稿以中英文撰寫均可，每篇含圖表和參考文獻以二萬字為原則，稿件須為電腦打字，並以A4稿件列印，中文以38字×36行一頁，英文行間距為double space。待審查通過接受刊登後，再附上磁片。
- 四、稿件磁片存檔相關規定如下：
 1. 請使用Win Word可轉換為一般文書處理。
 2. 文內請勿使用任何指令(包括排版系統指令)。
 3. 中文與英文之間不須空欄。
 4. 文章內之標點符號、空白字請用全形字。
- 五、來稿格式請依以下格式書寫：
 1. 標題頁：
 - 須包括：(1) 論文題目。
 - (2) 作者姓名：作者姓名中英並列，作者為一名以上時，請在作者姓名處前加註(1)(2)(3)等符號，以便識別。
 - (3) 任職機構、單位及職稱：請分就每位作者寫明所屬系所或單位及職稱之正式名稱。
 - (4) 通訊作者：請註明通訊作者，並附上其聯絡地址、電話、傳真號碼及E-mail。
 - (5) 中文短題(running head)：以不超過十五個字為原則。
 2. 摘要：
 - 包括題目、中英文摘要及關鍵詞，論文中文摘要限五百字以內、英文摘要限三百字以內，並在摘要之後列明關鍵詞(keyword)，中文依筆劃順序排列、英文

依字母順序排列，且以不超過五個為原則。

3. 內文：

按前言、材料與方法、結果、討論、結論、建議之次序撰寫，內文引用文獻時應將作者的姓名及發表年代寫出，文獻引用請參閱本學報撰寫體例。

4. 圖表與照片：

(1) 圖須以黑色墨水筆繪製或以雷射印表機印製。圖的標題需簡短，置於圖之下。如需說明，其符號與文字、字體應配合圖形大小，以能清楚辨識為度。

(2) 照片視同圖處理。

(3) 表格之製作，以簡明清楚為原則，採用三條粗線繪製(如 =)，中間與兩邊不必劃線。表須配合正文以編號，並說明表之標題。若有解釋的必要，可作註記。表之標題應置於表之上，註明應置於表之下。

(4) 表中之文字可用簡稱，若簡稱尚未約定成俗或未曾在正文中出現，則須於註記中列出全稱。

(5) 圖表照片共計不得超過八個。

4. 致謝：

力求簡潔，針對給予支援之單位及人員致謝外，若有經費支助者，請註明機關名稱及計劃編號。

六、所有來稿均請提出申請投稿同意書。(可至國立臺灣師範大學衛生教育學系網頁下載)

七、稿件交寄：

文稿請備三份連同上述申請投稿同意書一份，寄台北市(郵遞區號106)和平東路一段162號，「國立台灣師範大學衛生教育系衛生教育學報編審委員會」收，聯絡電話：(02) 23657907轉233或253。

八、截稿日期：六月號為一月三十一日，十二月號為七月三十一日。

九、審稿、校對與稿酬：

1. 本學報論文均需通過審查後方得刊出，一待審查完畢即通知作者。來稿審查以修改兩次為原則，兩次未經取用而需退稿者，請於稿端註明並附回郵信封。

2. 來稿撰寫方式若不合要求，本刊編輯有權要求修改。

3. 論文排妥請作者校正。若有誤請在校稿上改正，於領稿後四十八小時內與原稿一併寄回，校正不得大改原文。

4. 來稿如經刊登不支稿酬，如需加印抽印本將按成本酌收費用。

「健康促進與衛生教育學報」申請投稿同意書

題目：_____

請於下表自行審核文章格式：

審查項目	是	否
全文部分：字數是否符合（以兩萬字為限）		
圖表照片共計是否超過8個		
標題頁：是否包括論文題目		
是否有列每位作者姓名、任職機關、單位及職稱		
是否有列通訊作者聯絡地址、電話、傳真號碼及E-mail		
摘要部分：附中文摘要300字以內		
附英文摘要300字以內		
關鍵詞數目以5個為限		
參考文獻：年代需為西元曆年		
是否合乎本學報撰述體例		
其他部分：附英文題目		
附作者英文大名		
附作者英文職稱		
附三份稿件		

本篇內容過去未曾發表於任何刊物，本人（等）同意在貴刊物接受審查期間及接受刊登後，不會投刊於其他刊物，同時遵守貴刊投稿之稿約規定。

本篇列名之作者皆為實際參與研究及撰述，並均能擔負修改、校對及答覆審查者之意見，本文內容皆經作者仔細過目並同意投稿於貴刊。

本著作有列名作者皆同意在投稿文章被刊登於「衛生教育學報」後，其著作財產權即讓與給國立臺灣師範大學，但作者能保有著作人格權，並保有本著作未來自行集結出版、教育等個人非營利使用之權利。

所有作者簽名：

第一作者姓名：_____ 簽名_____ 年____月____日

第二作者姓名：_____ 簽名_____ 年____月____日

第三作者姓名：_____ 簽名_____ 年____月____日

第四作者姓名：_____ 簽名_____ 年____月____日

第五作者姓名：_____ 簽名_____ 年____月____日

第六作者姓名：_____ 簽名_____ 年____月____日

通訊作者之姓名、通訊地址與聯絡電話：

通訊作者姓名：_____ 聯絡電話：_____

通訊地址：_____

健康促進與衛生教育學報撰寫體例

注意要點

*中文皆為全形，英文皆為半形

*請注意引用英文參考文獻時的寫法，其逗點及點號的順序物弄錯

*關鍵字的英文為Key Words

一、撰稿格式

來稿應依標題頁、中英文摘要、關鍵詞、本文、致謝、參考文獻、圖表、順序撰寫。

二、子目、章節

文章篇內的節次及子目，以四個層次為原則，選用次序為：一、（一）、1、（1）。

三、引用文獻格式

文獻資料的引用採取美國心理學會（American Psychological association，簡稱APA）的格式，詳細情形可參考APA第五版規格。文獻或書目資料，中英文並存時，依中文、日文、西文順序排列，中文或日文文獻或書目應按作者或編者姓氏筆劃（如為機構亦同）排列，英文則依作者字母順序排列。文稿內引用資料之年代使用西曆。

（一）文中引用資料的方式（列出作者和年代）

1. 一位作者時

鄭惠美（2001）的研究發現…

Kelder(2002)的研究發現…

2. 多位作者

(1)初次引用時

黃乾全、葉國樑、陳錫綺（2001）的研究指出…

Anderson, Zielinski, Ward, and Mckenry (2001)的研究指出…

(2)再被引用時

黃乾全等（2001）的研究指出…

Anderson et al., (2002)的研究指出……（不同段落再引用時，須列首位作者及年代）

Anderson et al., 的研究指出…… (同段落再引用時, 不必再列年代)

3. 作者為機構時

…。 (National Institute of Mental Health [NIMH], 2002)

…。 ([NIMH], 2002) (後面再引用時, 列簡稱即可)

4. 多位作者同姓時

Luce R. D. (2002) and Luce P. A. (2002)也發現…

(文中有多位作者同姓時, 須列出名字縮寫)

5. 同時引用多位作者時

多位研究者 (Hale & Trumbetta, 2001; McDermott, 2002; Schwartz, 2000)的研究…

國內學者 (吳就君, 2000; 文榮光, 2001; 陳珠璋, 2002) 的研究…

6. 作者同一年有多篇著作時

有數篇研究 (呂昌明, 2001a、2001b; 李景美, 2002a、2002b)

several studies (Anderson, 2001a, 2001b, 2001c) ……………

7. 引用須標出頁數時

…。 (晏涵文, 2001, p.120)

…。 (Fishman, 2001, p.250)

(二)文末參考文獻寫法

1. 書籍類(列出資料順序: 作者、年代、書名(版數)、出版地點、出版社)

(1)個人為書本作者

Bernstein, T. M. (1965). *The careful writer. A modern guide to English usage* (2nd ed.).

New York: Atheneum.

黃松元(1990)。健康促進與健康教育。台北: 師大書苑。

晏涵文(1993)。健康促進—健康教學與研究。台北: 心理出版社。

(2)多人為書本作者

Calfee, R. C., & Valencia, R. R. (1991). *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington, DC: American Psychological Association.

(3)機構或團體為出版社(政府出版品)

National Institute of Mental Health. (1990). *Clinical training in serious mental illness* (DHHS Publication No. ADM 90-1679). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

行政院衛生署(1996)。公共衛生概況。台北：行政院衛生署。

(4)編輯的書本

Letheridge, S., & Cannon, C. R. (Eds.). (1980). *Bilingual education: Teaching English as a second language*. New York: Praeger.

姜逸群、黃雅文主編(1992)。衛生教育與健康促進。台北：文景出版社。

(5)書沒有作者或編者

Merriam-Webster's collegiate dictionary (10th ed.).(1993). Springfield, MA: Merriam-Webster.

New drug appears to sharply cut risk of death from heart failure.(1993, July 15). *The Washington Post*, p. A12.

病人教育(1984)。南投縣：台灣衛生月刊社。

(6)百科全書中的條目

Bergmann, P. G. (1993). Relativity. In *The new encyclopedia britannica* (Vol. 26, pp. 501-508). Chicago: Encyclopedia Britannica.

蘇蕪雨(1970)。成就動機。載於陳雪屏主編：雲五社會科學大辭典(第九冊，pp.1-2)。台北：台灣商務印書館。

(7)收集於書中之文章

O'Neil, J. M., & Egan, J. (1992). Men's and women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In B. R. Wainrib (Ed.), *Gender issues across the life cycle* (pp. 107-123). New York: Springer.

林清山(1978)：儀器紀錄法。載於楊國樞等主編：社會及行為科學研究方法(下冊，pp.493-548)。台北：東華書局。

(8)翻譯或再出版品

Laplace, P. S. (1951). *A philosophical essay on probabilities* (F. W. Truscott & F. L. Emory, Trans.). New York: Dover. (Original work published 1814)

徐宗國譯(1997)：質性研究概論(Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A., & Harlow, T.)台北：巨流(原出版年1990)

2.期刊與雜誌類(列出資料的順序：作者、年代、篇名、期刊(雜誌)名稱、卷期數、頁數)

(1)作者為一人時

Harlow, H. F. (1983). Fundamentals for preparing psychology journal articles. *Journal*

of Comparative and Physiological Psychology, 55, 893-896.

王國川(1997)：青少年預防事故傷害發生之自我效能量表的發表與評估。
衛生教育集刊，10，107-126。

(2)作者為多人時(2-6人)

Kemis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A., & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1190-1204.

呂昌明、李明憲、楊啟賢(1997)。都市學童規律運動行為及其影響因素之研究。衛生教育集刊，10，53-64。

(3)作者為多人時(超過6人)

Harris, M., Karper, E., Stacks, G., Hoffman, D., DeNiro, R., Cruz, P., et al.(2001). *Writing labs and the Hollywood connection. Journal of Film and Writing*, 44(3), 213-245.

(4)雜誌文章

Henry, W. A., III. (1990). Making the grade in today's schools. *Time*, 135, 28-31.

黃淑貞(1992)。談病人遵醫囑行為之增進。公共衛生，42，95-107。

3.其他研究報告或論文

(1)教育資源訊息中心(ERIC)

Mead, J. V. (1992). Looking at photographs : Investigating the teacher tales that novice teachers bring with them (Report No. NCRTL-RR-92-4). East Lansing, MI: Reproduction Service No. ED346082)

(2)研討會發表報告

Lanktree, C., & Brere, J. (1991, January). Early data on the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC). Paper presented at the meeting of the American Professional Society on Abuse of Children, San Diego, C.A.

李景美（1997，11月）。台北市中小學生對菸品廣告之反應研究。論文發表於衛生教育暨健康促進研討會。台北：國立台灣師範大學衛生教育研究所。

(3)博士論文摘要微縮片的資料

Bower, D. L. (1993). Employee assistant programs supervisory referrals: Characteristic of referring and nonreferring supervisors. *Dissertation Abstracts International*, 54(01),

534B (University Microfilms No. AAD93-159 47)

(4) 博士論文摘要的資料

Ross, D. F. (1991). Unconscious transference and mistaken identify: When a witness misidentifies a familiar but innocent person from a lineup (Doctoral dissertation, Cornell University, 1990). Dissertation Abstracts International, 49, Z5055.

(5) 未出版的學位論文

Wilfley, D. E. (1989). Interpersonal analyses of bulimoi: Normalweight and obese. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia.

陳政友 (1997)。大專院校學生健康危險評估應用與效果實驗研究—以國立台灣師範大學一年級學生為例。國立台灣師範大學衛生教育研究所博士論文，未出版，台北市。

4. 電子媒體

(1) 電視廣播

Crystal, L. (Executive Producer). (1993, October 11). *The MacNeil/Lehrer news hour*. [Television broadcast]. New York and Washington, DC: Public Broadcasting Service.

(2) 錄影帶

National Geographic Society (Producer). (1987). *In the shadow of Vesuvius*. [Videotape]. Washington, DC: National Geographic Society.

(3) 網頁 (格式說明)

Author, A. A., & Author, B. B. (Date of publication). *Title of article*. Retrieved month date, year, from <http://Web address>.

JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND HEALTH EDUCATION EDITORIAL BOARD

Gwo-Lianf Yeh (chairman)

I-Chyun Chiang

Cheng-Yu Chen

Jong-Long Guo

Ching-Mei Lee

刊 名：健康促進與衛生教育學報 第三十期

(原衛生教育學報)

出版機關：國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系

地 址：(106) 台北市和平東路一段一六二號

發 行 人：郭義雄

總 編 輯：葉國樑

主 編：胡益進

編 輯 委 員：李景美、郭鐘隆、賴香如

編 輯 小 組：林怡岑(總召)、林瑞誼、范群忠、簡麗娟、
溫婉玉、廖瓊梅、羅錦萍、謝嘉珍、張愷倫

印 刷 者：全凱數位資訊有限公司

電 話：八六六七五三九七

出版年月：中華民國九十七年十二月

刊期頻率：半年刊

定 價：250元整

展 售 處：五南書局

JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND HEALTH EDUCATION CONTENTS

Original Articles

1. The Comparison of Drug Abuse Prevention Strategies between Taiwan and Japan
Ling-Chia Chang · Ching-Tzu Chang · Chia-Hsiang Hsu · Ya-Wen Huang.....1
2. Exploring the predictors of intimate behaviors' experiences and sexual behaviors among Amis indigenous adolescents
Li-Mei Lin · Hui-Lian Che · Mei-Yu Yeh.....35
3. Investigation Of Heart Disease Children's Exercise Behavior and its Related Factors
Lee Shu-Yuan · Kao Yu-Hsiu · I-Hsiu Kuang.....53
4. A study of pregnancy healthcare behavior of spouses of Southeast Asia foreign nationality in Taiwan
Hu Yih-Jin · Chi Yi-Chin · Yin Yun-Wen · Hung Chin-Chia
Hua Chung-Hui · Hsueh Wen-Ping · Yao Ke-Wu · Lee Ming-Shinn.....73
5. A survey of Knowledge, Supporting Environment, Sufficient Information, Attitude, Health Behavior of hypo-apoplexy patients: Take Yunlin County for example
Yi-Jin Hu · You-Yu Dai · Bo-Huang Lin · Pei-Yin Liu.....107
6. 6th -grade Students' stressful Life Events, Coping Methods and Resilience-- an Example of an Elementary School in Taipei County
Yu-Hsin Ho · Ya-Wen Huang.....133

**JOURNAL OF HEALTH
PROMOTION AND
HEALTH EDUCATION**

Vol.30

2008,12

DEPARTMENT OF HEALTH PROMOTION AND HEALTH EDUCATION
NATIONAL TAIWAN NORMAL UNIVERSITY
TAIPEI, TAIWAN, R.O.C

ISSN 2070106-3



9 772070 106005

GPN:2009700106