

第一章 緒論

第一節 研究背景與研究動機

由於科技的進步、醫學的發達，以及社區衛生的努力，使得國人平均壽命延長，而且台灣於 1993 年底，老人人口佔總人口比例 7.02%，達到世界衛生組織（WHO）所界定「高齡化社會」的標準，在民國 92 年 6 月的統計已增至 9.11%（內政部社會司，2003），顯示老人人口的快速增加。此外，內政部（2000）的統計資料顯示，有 76.06% 的老人罹患慢性病。因此，未來老人人口增多，並且有較高的機率罹患慢性病，如果老人活的久也要過的好，健康促進行為勢必需要。

家庭、社會和人口結構的改變，以及傳統養兒防老的觀念漸漸衰微，再加上老人有健康照護上的問題，致使居住長期照護機構的老人增多。如根據主計部與內政部（1994）的調查，民國 75 年老人居住安養、養護機構者有 0.78%，至民國 82 年有 1.04%；內政部（1999）於民國 88 年統計有 5.17% 的老人居住福利機構，至民國 89 年統計有 5.59%（內政部，2000），顯示居住機構的老人逐年增加。但是，依據內政部社會司（2000）的資料顯示，目前提供老人安養中心的床位卻供過於求，主要是因老人的健康狀況隨年齡增長而變差，致使轉至其他醫療院所，因此，安養中心的進住率只有七成二左右。所以，由以上統計的資料顯示，居住機構的老人有增多趨勢與

老人健康功能的變化不定。根據老人福利法的規定，居住安養機構的老人為能自我照顧者（謝，1993），此時，藉由護理人員鼓勵與協助採取健康促進行為，使之演變成生活的一部分，這不僅能延緩老人功能的退化而且可增進老人身心的安康（Lauder, 1993; Perry, 1995），也間接減少國家醫療成本的負擔。

長久以來，世界衛生組織積極推行健康促進，以達全民健康，國內政策也積極朝此目標前進。護理人員站在健康照護的最前線，應有健康促進的知識與瞭解，並視個案的情況給予具體協助，期能改善或促進健康。如此，政策與護理人員的配合更能朝向全民健康（劉，1999；Kulbok, Baldwin, Cox, & Duffy, 1997; Morgan & Marsh, 1998）。目前社區老人的健康促進行為已漸受重視，但是，居住長期照護機構的老人常被冠上有病的、病情無法治癒，以及沒有一種健康促進行為適合他們等負向用詞，致使機構老人的健康促進行為被忽略（Kolcaba & Wyklo, 1994; Minkler, 1985; Robertson, 1991）。

杜（1996）指出榮民安養之家的老人目前生病與正在接受藥物治療者佔73%，另楊、黃、胡與白（1995）針對安養機構老人的研究，發現平均每個人罹患2.3種慢性疾病與平均每位老人每天服用8.7顆藥物，這研究結果呈現安養機構的老人大多數有疾病的問題。然而，楊等學者的研究亦指出這群老人自覺身、心、社會功能健康狀況尚佳，此結果正如Platakis（1987）和Walker（1992）所陳述，老人雖有慢性疾病，但他們相信自己是活躍且

擁有良好的健康，擁有追求健康的意識與追求獨立生活型態的能力，期望能達到安康（wellness）的狀態，所以，身為護理人員，更不應疏忽他們。

目前，老人健康促進行為的研究增多，依老人健康促進行為的定義不同，所探討及注重的項目亦不盡相同。其中較常被採用的探討項目，如 Glibert（1986）提出運動、營養、戒菸、預防傷害、藥物安全以及預防性服務的使用等項目。Pellet, Cowart 和 Speake（1989）採用運動、營養、壓力處理、自我實現、健康責任與人際關係的支持等行為。楊、黃、白與胡（1995）針對安養機構老人的健康維護行為研究，發現老人特別在意的前十項為飲食和營養、保持活動、生活規律、順其自然、保持積極樂觀、睡眠足夠、不生氣沒有壓力、看醫生吃藥、穿的暖以及不要抽菸喝酒等行為。另有學者建議未來研究老人健康促進行為，可以針對戒菸、喝酒、藥物、營養、預防注射、心理健康、運動、口腔健康與預防性健康服務等九項作探討（Walker, 1989）。鑑於以上文獻，並考量台灣文化背景，本研究針對戒菸、壓力處理、運動、營養攝取、足夠睡眠、規律服藥與健康資源之尋求等作為探討健康促進行為的項目。

健康對老人很重要，然而，協助其追求健康的主要目的並非免於疾病，而是希望老人目前所擁有的功能發揮最大。只是老人的異質性很高，所需的醫療照護不一，這對醫護專業人員是個很大的挑戰（Resnick, 2000; Ruffing-Rahal, 1991; Wang, 1999）。因此，若藉由理論性架構的引導，可使

研究更具系統性 (Burns & Grove, 2001)。而關於健康行為改變較有相關的理論有三：健康信念模式 (health belief model)、健康促進模式 (health promotion model) 和跨理論模式 (transtheoretical model)。健康信念模式為個人認知疾病罹患性與嚴重性，及所接觸傳播媒體、他人勸告等外在線索後，感受到該疾病對自己的威脅時，個人考量預防措施的利益高於預防措施的障礙時，則較有可能採取預防性的行為 (Rosenstock, 1990)。另外，考量行為的改變仍需要視個人對完成此行為的信心，故此健康信念模式加入自我效能的概念，以增進對此模式的解釋力 (Rosenstock, 1990)。除此理論外，由 Pender (2001) 所發展健康促進模式，也是考量個人行為改變，受外在諸多因素的影響，包含個人特質、自覺行動利益、自覺行動障礙與自覺自我效能等等。故由以上可知，行為改變與結果，受到個人內外相關的因素所影響。

由 Prochaska 與 Diclemente (1982) 所發展的跨理論模式，陳述行為的改變並非單純的全有或全無現象，而是包含一系列的過程，從意圖前期 (precontemplation)、意圖期 (contemplation)、準備期 (preparation)、行動期 (action)、維持期 (maintenance) 等共有五個改變階段。這五個改變階段依個人行為的改變依序前進或返回前一階段，呈現一螺旋型態 (spiral pattern)，所以在行為改變未達終止期 (termination) 前的五個改變階段並非固定，經常摻雜著諸多影響因素 (Prochaska, 1991; Prochaska & Norcross,

1994; Prochaska & Velicer, 1997), 致使行為反覆不定, 不易維持。

有鑑於臨床經驗, 行為改變為一系列的過程, 故本研究選擇跨理論模式為引導架構。跨理論模式在國外成功的被運用於健康促進相關行為的改變之探討, 如戒菸行為 (Aveyard et al., 1999; Diclemente et al., 1991) 運動行為 (Marcus, 1995; Marcus et al., 1992; Marcus & Simkin, 1993) 規律運動與生活品質 (Laforge et al., 1999) 疾病的自我管理 (Keefe et al., 2000; Ruggiero et al., 1997) 乳房攝影 (Rakowski et al., 1992) 健康飲食的攝取 (Van Duyn et al., 1998; Glanz et al., 1994; Greene, Rossi, Reed, & Willey, 1994) 成癮行為 (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992) 與老人多項健康危害行為 (Nigg et al., 1999) 等。而國內引用此理論架構的研究, 包含戒菸行為 (陳, 2002; 顏, 2001; Wang, 1994) 蔬果攝取行為 (鄭, 2000) 大學生的運動行為 (林、呂, 2001) 老人的運動行為 (蔡, 2002) 和職場員工的運動行為 (Kao, Lu, & Huang, 2002) 等。以上的研究大多是針對一項行為作探討, 然而日常生活中健康促進並不僅限於一項行為。而且, 自文獻的查閱中發現, 運用此理論架構探討老人採取多項健康促進行為的研究仍不多見, 而針對安養機構老人做此方面探討之研究則付之闕如, 故本研究引用跨理論模式, 針對安養機構老人採取多項健康促進行為的改變階段之分佈情形做初步探討。

第二節 研究的重要性

台灣地區的老人人口快速增加，老人有比較高的比例罹患慢性病與需要長期照護，也是醫療保健的主要消費者。這些都在在顯示老人採取健康促進行為的必要性和重要性（王，2000；余，1993；李，2001；陳，1995）。由於，居住安養機構的老人常因沒有明顯的疾病問題，很容易遭到護理人員的忽略。然而，協助這群老人採取健康促進行為，可使身體的功能發揮最佳能力，以及避免不必要的失能與增進生活的品質。雖然，目前國內相繼有探討老人健康促進行為的研究，但在探討安養機構老人健康促進行為改變階段的研究仍付之闕如。故本研究以跨理論模式的五大行為改變階段作為理論架構，探討安養機構老人的健康促進行為，使能具體呈現安養機構老人採取健康促進行為的改變階段。於瞭解安養機構老人健康促進行為的階段分佈後，利於日後醫護人員能依不同之階段，明確地擬定安養機構老人所需要的協助或促進措施，更能增進安養機構老人的健康，以及利於未來研究的繼續探討。

第三節 研究目的

本研究旨在探討安養機構老人健康促進行為各階段（意圖前期、意圖期、準備期、行動期、維持期）的分佈情形，共包含十三項健康促進行為，以下依序列出各項行為的研究目的：

- 1.探討安養機構老人在五個戒菸階段的分佈情形。
- 2.探討安養機構老人在五個壓力處理階段的分佈情形。
- 3.探討安養機構老人在五個運動階段的分佈情形。
- 4.探討安養機構老人在五個三餐定時定量階段的分佈情形。
- 5.探討安養機構老人在五個避免吃含鹽份高食物階段的分佈情形。
- 6.探討安養機構老人在五個避免多吃含高膽固醇食物階段的分佈情形。
- 7.探討安養機構老人在五個每天至少吃三份蔬菜階段的分佈情形。
- 8.探討安養機構老人在五個每天至少吃兩份水果階段的分佈情形。
- 9.探討安養機構老人在五個足夠睡眠階段的分佈情形。
- 10.探討安養機構老人在五個規律服藥階段的分佈情形。
- 11.探討安養機構老人在五個定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視階段的分佈情形。
- 12.探討安養機構老人在五個身體異常時尋求健康指引或諮詢階段的分佈情形。
- 13.探討安養機構老人在五個平常健康問題主動找健康專業人員討論階段的分佈情形。
- 14.探討安養機構老人的基本屬性與各項健康促進行為（包含：戒菸、壓力處理、運動、三餐定時定量、避免吃含鹽份高食物、避免多吃含高膽固醇食物、每天至少吃三份蔬菜、每天至少吃兩份水果、足夠睡眠、規律

服藥、不同定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視、身體異常時尋求健康指引或諮詢、平常健康問題主動找健康專業人員討論)之階段分佈的關係。

第四節 研究問題

根據研究目的，本研究的研究問題如下：

- 1.安養機構老人在五個戒菸階段的分佈情形為何？
- 2.安養機構老人在五個壓力處理階段的分佈情形為何？
- 3.安養機構老人在五個運動階段的分佈情形為何？
- 4.安養機構老人在五個三餐定時定量階段的分佈情形為何？
- 5.安養機構老人在五個避免吃含鹽份高食物階段的分佈情形為何？
- 6.安養機構老人在五個避免多吃含高膽固醇食物階段的分佈情形為何？
- 7.安養機構老人在五個每天至少吃三份蔬菜階段的分佈情形為何？
- 8.安養機構老人在五個每天至少吃兩份水果階段的分佈情形為何？
- 9.安養機構老人在五個足夠睡眠階段的分佈情形為何？
- 10.安養機構老人在五個規律服藥階段的分佈情形為何？
- 11.安養機構老人在五個定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視階段的分佈情形為何？
- 12.安養機構老人在五個身體異常時尋求健康指引或諮詢階段的分佈情形為何？

何？

- 13.安養機構老人在五個 *平常健康問題主動找健康專業人員討論* 階段的分佈情形為何？
- 14.安養機構老人的基本屬性與各項健康促進行為（包含：戒菸、壓力處理、運動、三餐定時定量、避免吃含鹽份高食物、避免多吃含高膽固醇食物、每天至少吃三份蔬菜、每天至少吃兩份水果、足夠睡眠、規律服藥、不同定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視、身體異常時尋求健康指引或諮詢、平常健康問題主動找健康專業人員討論）之關係為何？

第五節 名詞界定

本研究主要變項之名詞界定如下：

- 1.老人：年滿 65 歲以上者。
- 2.安養機構：依老人福利法的規定為安養自費老人或留養無扶養義務之親屬或扶養義務之親屬無扶養能力之老人（宋，2000）。
- 3.健康促進行為：老人為達到健康狀態，於日常生活中採取能促進健康的行為及活動。本研究指老人採取戒菸、壓力處理、運動、三餐定時定量、避免吃含鹽份高食物、避免多吃含高膽固醇食物、每天至少吃三份蔬菜、每天至少吃兩份水果、足夠睡眠、規律服藥、不同定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視、身體異常時尋求健康指引或諮詢、平常健康問題

主動找健康專業人員討論等十三項行為及活動。

4.健康促進行為的改變階段：老人採取健康促進行為的過程階段，共包含五

個階段：

(1) 意圖前期：老人目前沒有打算採取任何健康促進行為，且在未來六個

月內沒有打算要採取任何健康促進行為。

(2) 意圖期：老人目前沒有打算採取健康促進行為，但在未來六個月內打

算要採取此健康促進行為。

(3) 準備期：老人偶而（有時有、有時沒有）採取健康促進行為。

(4) 行動期：老人目前有採取健康促進行為，但採取此健康促進行為不到

六個月。

(5) 維持期：老人目前採取健康促進行為，且已持續六個月以上採取此健

康促進行為。

第二章 文獻探討

本章分成四部份，第一節探討跨理論模式、第二節為健康促進、第三節為老人與健康促進，及第四節長期照護機構老人與健康促進。

第一節 跨理論模式

跨理論模式是 Prochaska 與 Diclemente 二位學者於 1982 年所發展，其理論架構源自於數百種心理治療行為的比較分析與行為改變的理論而產生，因橫跨心理治療與行為改變的論點，故稱為跨理論模式（Prochaska & Diclemente, 1982; Prochaska & Norcross, 1994）。此模式一開始是被應用於研究戒菸行為，之後廣泛被應用於身、心健康的相關研究，從這些研究過程中發展、應用與驗證跨理論模式的核心概念（core constructs），包含有五個改變階段、十個改變程序（processes of change）、決定性權衡（decisional balance）、自我效能（self-efficacy）及誘因（temptation）等（Prochaska & Diclemente, 1982; Prochaska & Diclemente, 1983; Prochaska & Velicer, 1997; Velicer, Prochaska, Diclemente, & Brandenburg, 1985）。當這些概念被應用在健康行為改變的研究時，能具體呈現個人行為改變的動向與改變程序介入後的成效，如 Bonder（2001）與 Conn（1994）所指出，個人的行為改變利用此架構的引導，測出行為改變階段，並基於所測出的改變階段與介入改變程序，更能促進行為改變的成功。

護理人員協助或勸導個人改變不健康的行為，如飲食改變、採取運動以及戒菸等，不外於希望個人能很快地執行健康行為，以改善健康，降低慢性病的併發症（Wierenga, Browning, & Mahn, 1990）。但是，這樣的期望目標有時會與現實情境相悖離，而發生個人未達結果目標，要不然就是再回到舊有的行為型態。其中的原因，經常是個人在行為改變期間面臨有利與干擾行為的內外環境因素，而影響個人的決定與行為的維持，何況，行為改變與維持必需持續一段時間，若僅以過去有無戒煙、有無運動等二分法表示，根本不能具體呈現個人行為改變的狀況，以及無法對行為改變的過程作適當的詮釋（Prochaska, 1991）。所以，跨理論模式提出個人的行為改變階段，依序有意圖前期、意圖期、準備期、行動期與維持期等五個改變階段（Prochaska, 1991）。

成功的行為改變是指行為改變階段依序前進進行直到終止期，終止期是指個人對此問題行為已有自我效能，當面對外界的刺激與誘因時不再受影響（Prochaska & Norcross, 1994），所以，研究者少將終止期列入探討項目。而行為改變階段雖然是依序地前進，但非直線性的演進與一蹴可成，因為，行為過程常發生回復（relapse）的問題。回復是指行為無法維持而返回舊有的行為。此回復的現象，在各個行為改變階段都有可能發生，不管個人是處於行動期或維持期。並且回復的次數可能不限於一次，有可能反反覆覆地發生。只是，在每次的回復中，並不會固定地返回相同的階段，因個人

會避免再度嘗試過去失敗的經驗。故行為改變過程階段的前進與返回前一階段，此反反覆覆的過程，實非簡單的線性關係所能解釋。因此，跨理論模式所提出的行為改變乃呈現一螺旋型態（Prochaska et al., 1992; Prochaska & Norcross, 1994）。下列依序陳述五個行為改變階段：

1. 意圖前期：

Prochaska 和 Norcross (1994) 提出人們之所以會採取行為改變，經常是別人警覺到行為問題的嚴重而給予威脅、強制後，個人才會有所行動。而處於意圖前期者，因為對問題是處於未警覺 (unaware) 的狀態，故在預知的未來 (通常是以未來六個月作衡量準則)，個人於此期間是沒有意圖要採取行為改變。另一處於此階段的可能情形，為個人警覺問題的存在，曾經採取行為改變，但在改變的過程中，曾讓個人感受到羞愧、罪惡、困窘等負向影響，使得個人產生阻抗或防衛，以及試圖避免談論、閱讀與思考相關此問題行為的任何議題 (Prochaska, 1991; Prochaska & Norcross, 1994; Prochaska & Velicer, 1997)，因此，個人經常被當作沒有行為改變的動機或沒有健康促進計畫的準備。

2. 意圖期：

於此階段個人警覺到問題行為的存在，並意圖於六個月內採取行為改變。因為，個人明瞭行為改變所產生的利益 (pros)，及警覺行為改變的障礙 (cons)，故有些人會花費許多的時間，甚至達數年之久，都是游移於此

行為改變的利益與障礙之間，如此個人太慎重思考問題，以致遲遲沒有行動產生，此現象被稱為長期的意圖（chronic contemplation）或行為的延遲（behavioral procrastination）（Prochaska et al., 1992; Prochaska & Velicer, 1997）。

3.準備期：

於此階段個人意圖不久的未來將採取行動，經常是以下個月為衡量準則。雖然，個人在過去，已有一些零星的行動或斷斷續續的執行計畫，如參加教育課程、購買書籍及尋求健康相關人員協助，以幫助自己改變行為，但結果仍未達原本所設立的行為目標之標準。只要個人承諾不久要採取行動，以及個人已有產生零星的行為改變，即使只是立即性的採取行動也算是處於準備期，如此狀況比意圖前期、意圖期要往前一階段進行，呈現較多的可能性，故準備期不是一個穩定的狀態（Prochaska et al., 1992; Prochaska & Velicer, 1997）。

4.行動期：

個人已採取新的行為，且在過去的六個月內行為型態有明顯改善，也就是行為改變已達到原本所設立的標準。此處所指的標準為專業人員所認定，足以降低疾病產生的準則，並非個人認為有行為改變即代表處於此行動期。於此階段個人為了能克服原本舊有行為，運用一些能激勵、提醒自己行為改變的方法，如獎勵自己或改變生活環境，期能避免回復現象的產

生 (Prochaska et al., 1992; Prochaska & Velicer, 1997)。

5.維持期：

維持期階段是指行為已能持續維持六個月以上。此階段延續行動期，並且將繼續維持穩定的行為改變，以避免回復至較早的階段，以及避免回復原本的問題行為。因為，個人處於維持期時，對自己行為改變較有自信，能繼續維持行為改變，進而達到行為終止，故個人不易因為受到誘因即返回舊有行為，以及不需像行動期一樣，需採用一些協助的改變程序以避免回復現象 (Prochaska et al., 1992; Prochaska & Norcross, 1994)。

從以上得知，行為過程充滿太多的變數，故要達到行為改變的終止不是一件簡單的事情，而且行為改變需持續一段時間才有其意義可言，故在行為的維持期間，避免回復是非常重要的 (Redland & Stifbergen, 1993)。為了能維持行為的持續與避免回復，Prochaska 等學者 (1992) 針對各個階段，各提出不同的介入程序可運用，融入生活型態中，協助個人持續行為的維持，以達行為的終止。除此外，個人面對問題行為改變的決定性權衡、自我效能與誘因等，也是跨理論模式之理論架構中所包含的概念。由於，本研究主題為探討安養機構老人健康促進行為改變階段的分佈情形，故此理論架構的文獻探討部份，僅探討行為改變的五個階段。

第二節 健康促進

世界衛生組織 (WHO) 於 1986 年發表健康促進的憲章後，各國開始推動健康促進的策略 (李, 1999; Breslow, 1999)，此時，“健康促進”一詞頓時興起，但因所指出的目標不清楚，致使行政的推動上需作調整 (Evans, 2000; Tannahill, 1985)，另健康促進的定義廣泛，詮釋及語意上不清，常見健康促進、疾病預防 (disease prevention) 與健康維護 (health maintenance) 等名詞交互使用 (Brubaker, 1983; Tannahill, 1985)，以及在健康促進的定義與測量上顯得不一致與不明確等 (Duncan & Gold, 1986; Kulbok & Baldwin, 1992; Kulbok et al., 1997)，這些因素影響推行健康促進的政策，以及影響學術研究的結果，與臨床實務的應用 (Kulbok et al., 1997)，故健康促進的定義實有待澄清。

“促進”在辭典的解釋有督促某人、某事往前推進之意 (當代國語辭典, 1984)；另韋伯辭典 (1986) 指出“promote”為促進、助長，其拉丁字根“promovere”：to move forward，為往前進行之意，故依健康促進 (health promotion) 字面解釋，有增進、朝向更高層次的健康之意。Duncan 和 Gold (1986) 陳述健康促進，為促進個人或群體健康的所有活動，涵蓋健康促進、健康維護 (health maintenance)、健康恢復 (health restoration) 等三個範圍，期望能達到高層次安康。另 Tannahill (1985) 指出健康促進是加強健康的活動 (health-enhancing activities)，不是依賴治療所達成的目標，其

所提出健康促進的模式，包含健康教育(health education) 健康保護(health protection) 與預防(prevention) 等三大類。從以上文獻可發現，健康促進的定義廣泛。

Brudaker (1983) 提出健康促進觀念，為個人在健康狀態穩定時，藉由改變習慣以維持健康與預防疾病，以達到安康或正向健康(positive health)，如 Kulbok 等學者 (1997) 所陳述，個人會採取正向的行為與避免負向行為的產生，以促進、改善安康或健康。另 Pender (2001) 指出健康促進是個人為了朝向更高層次的安康，以及自我實現所採取的行為，強調是個人的控制，而預防疾病則是為了降低產生疾病的可能性，故學者明確解釋健康促進、預防疾病間意義的不同。雖然，兩者意義間有差異，但其目的皆是期能達到個人的安康狀態。

由以上得知，健康促進觀念廣泛地被推動，及定義上被加以澄清，其主要是在於個人能改變習慣，或採取正向的行為，以促使安康，而非僅是疾病的預防而已。因老人多有健康上的問題，若能藉由健康的活動，建立健康的生活型態，將更助於晚年健康與生活品質。

第三節 老人與健康促進

近年，老人人口增多，已是全世界的共同現象。而台灣地區老人人口佔總人口的比率，從民國 80 年的 6.53% 至民國 89 年的 8.62% ，預期民國 100

年的比率將達到 9.94%，顯示老人人口比率的持續增加（行政院衛生署，2003），加上老人多有慢性疾病，疾病又比其他年齡層複雜，致使老人的醫療花費偏高，如依統計結果發現，老人醫療的平均費用是非老人者的六倍，以及三個月內老人赴醫院診所就醫的平均比率佔 65.8%（主計部 內政部，1994），以及依民國八十九年全民健保門診與住院醫療申報的費用中，發現六十五歲以上老人，門診與住院的醫療花費約佔健保費用的三成，將近 940 億元（行政院衛生署，2003），可見政府擔負了龐大的老人醫療費用。各國為了解決老人的健康問題與醫療負擔，以及因應 WHO 所強調的全民健康，逐漸重視老人健康問題，許多學者相繼提出老人健康促進行為的策略與理由（王，2000；Alford & Futrell, 1992；Long, 1995；Ruffing-Rahal, 1991；Walker, 1989；Yung, 1996）。

Breslow（1999）指出 20 世紀的後半期，健康促進行為被證實能使壽命延長與免於慢性病的威脅。從 1920-1960 年的醫學時代（medical era）致力於控制傳染疾病，期使人類活的更久，到後醫學時代（postmedical era），傳染疾病逐漸被慢性病所取代（Belmond, Koehler, & Harris, 1997）。而在導致慢性病的諸多因素中，發現大多是抽菸、喝酒、飲食、不運動與壓力等生活型態所致，故改善個人不健康的生活型態漸受矚目，有鑑於此，健康促進與初級預防備受重視（李，2001；Taylor, 1990）。但真正對健康促進行為下具體目標，始於 1980 年美國健康服務部（U. S. Public Health Services）所

推行的 1990 年國民健康目標 (1990 Health Objectives for the Nation) , 內容包含健康服務 (health services)、健康保護與健康促進等三大方向 , 其健康促進行為中的項目 , 含有戒菸、運動、營養、壓力調適以及減低飲酒與藥物濫用等五項行為 , 期能降低國民早發性死亡與失能 , 而在 2000 年國民健康目標中 , 才加入老人的心理健康、健康的維持與生活的品質等項目 (Belmond et al., 1997) , 直到最近美國健康與服務部 (U. S. Department of Health and Human Services) 所發表 2010 年全民健康目標中 , 針對老人的健康目標 , 則明列有降低慢性失能情況、增加身體活動、安全、健康促進與篩檢等具體的方向 (Davidhizar, Eshleman, & Moody, 2002) 。

國內真正著手健康促進的政策 , 為民國 82 年的國民保健計畫 , 其中針對老人所訂定的目標為降低生活依賴、減少腦血管死亡率以及增加老人受照護比率 (江、余 , 1994) 。余 (1993) 也指出老人的健康促進與預防保健的項目 , 包含健康的生活型態 , 如運動、菸害防治、正確飲食習慣 , 以及增進心理健康、居住安全與預防保健等。以上國內外的政策中 , 可以看出老人健康促進的項目幾乎涵蓋初級 (primary)、次級 (secondary) 與三級 (tertiary) 預防的觀念 , 與學者李 (1999)、Evans (2000) 及 Kane, Kane 和 Arnold (1985) 所強調老人健康促進的範圍如出一徹。

健康促進行為推行之初 , 強調社會上有生產能力的中年人 , 老人被認為不重要以及價值性不高 , 使得被忽略 (黃、姜 , 1991 ; Kee, 1984; Kleinman,

1986; Lauder, 1993; McDermott, 1995; Robertson, 1991), 且 Rowe (1999) 也指出, 老人的疾病惡化, 常被認為是正常老化而低報, 以及老人的復元能力較差, 又無法快速反應生活型態改變的結果, 顯示著老人健康功能的逐漸衰微而不被看重, 及短期間內不易見到執行健康促進行為的效果等, 這些因素影響老人健康促進的推行。

雖然, 老人健康促進被忽略, 然而, 老人卻需要執行健康促進以達健康, 若以老人自己對健康的定義, 則認為健康是個人能掌控自己的生活 (劉, 1998; Lauder, 1993), 能達到生理、心理與靈性層面的健康, 以及能與環境間處於和諧的狀態 (劉, 1998), 正如 WHO 所提出健康的定義, 為達到個人身、心、靈與社會的安康 (well-being) 狀態, 而非免於疾病。

老人要達到此安康的狀態, 生活中必須介入多項健康促進行為以因應諸多健康問題 (Alford & Futrell, 1992), 如研究結果呈現, 在中年、中年晚期有採取健康生活型態者, 活的久且延緩失能, 以及將疾病壓縮到生命結束的前幾年 (Vita, Terry, Hubert, & Fries, 1998)。另研究也發現, 老人採取戒菸、戒酒、預防受傷措施、身體活動、乳房自我檢查與使用健康服務者, 比採取較少健康促進行為者, 死亡率下降 (Malmgren, Koepsell, Martin, Diehr, & LaCroix, 1999), 可見執行健康促進行為越多, 越能持續者, 活的較久, 且易達到安康及晚年生活品質較好。在綜合諸多的研究中發現, 老人追求健康促進行為, 如戒菸、保持活動、規律運動、生活規律、壓力減輕、避

免意外、避免攝取過多的油與鹽分、多吃纖維等行為，並不比年輕人遜色（胡，1993；Bausell,1986; Leventhal & Prohaska, 1986; Prohaska, Leventhal, Leventhal, & Keller,1986）。另黃（1993）的研究結果指出，老人有 67.5% 按時服藥、68% 注意飲食、61.1% 固定運動，64.5% 不抽菸等注重自己健康的行為。所以，老人於生活中執行多項健康促進行為，且此健康促進行為對於達到安康狀態，非常有幫助。

老人採取健康促進行為，以提昇晚年生活品質（Stone et al., 1999），即使，老年時期才致力於健康促進行為的執行，對於健康的助益仍不會太遲（Evans, 2000; Walker, 1992）。雖然，健康促進行為助益於老人，但仍有部份的研究資料呈現，老人沒有過著健康的生活型態，如學者研究發現，老人營養攝取不均衡（洪等，1991；黃等，1991），及老人服藥不規律（吳等，1977；劉，1998）等不利於健康的行為；或是老人偏向靜態休閒活動與運動量偏少（主計部、內政部，1994；洪、林、洪、黃、吳，1991；黃、藍、劉、姜、方，1991），如 50.2% 的老人休閒生活是在家看電視、錄影帶、聽收音機等室內活動（主計部、內政部，1994）。從以上老人所採取的行為中，瞭解老人所採取健康促進行為廣泛，而以下就針對本研究所要探討老人健康促進的行為項目，包含戒菸、壓力處理、運動、營養攝取、足夠睡眠、規律服藥及健康資源之尋求等方面，依序陳述。

就戒菸方面而言，自從醫學研究發現抽菸容易導致肺癌，並也是導致其

他疾病的危險因素，尤以心臟血管方面的危害後，戒菸就一直是推行健康促進的必要項目之一。從國家衛生研究院對抽菸的文獻回顧中瞭解，台灣地區歷年吸菸的盛行率，從 1984 年至 1996 年之間，65-70 歲老人抽菸的比率雖有小幅下降，卻也一直維持三成多，而 71 歲以上的老人直到 1996 年仍有 24.75% 的比率（財團法人國家衛生研究院，2000）。從其他學者研究的結果也發現，有三成以上的老人抽菸，抽菸歷史大多有三十年（吳等，1977；洪等，1991）。另黃（1993）的研究發現，老人不抽菸者佔 64.5%，偶而抽菸有 25.6%。Nigg 等學者（1999）的研究指出 65-74 歲、75 歲以上老人處於戒菸維持期的比率分別佔 71.3%、77%，顯示老人不抽菸達六個月以上者有七成多。從關於老人抽菸的統計與研究資料呈現，老人不抽菸者約有六、七成左右，而老人抽菸者仍有三成的比率，此現象值得關注。

雖然，抽菸確實影響老人生理健康，然而老人抽菸現象是否因心理問題而導致呢？在 Hirdes 和 Hallman（1996）針對居住機構的抽菸調查中發現，抽菸者以未婚者居多，以及有抽菸者每週家人探視的比率比未抽菸者少，可見抽菸可能與孤單、社會隔離的現象有關，且洪等學者（1991）研究指出，老人處理煩惱與困難所採用的行為中，藉菸或酒消愁者佔 0.6%。”抽菸”可能是因應壓力的方式之一，也可能是老人已久的習慣。

就壓力處理方面而言，Miller（1992）在針對慢性病患者因應疾病的研究中，發現多數人採取趨近策略（approach strategies）與逃避策略（avoidance

strategies) 兩種方式的合併，期能達到情緒的控制、增進自尊、產生希望，以及維持或改善安康等有效的因應。其趨近策略為病患主動尋求資源及增強個人信念等方式，正面迎擊問題；逃避策略為病患運用否認、壓抑問題等方式因應問題。另 Lazarus 和 Folkman (1984) 陳述，當個人面對內外環境改變時，歷經初次(primary) 第二次(secondary) 的認知評價(cognitive appraisal) 後，有些人採取問題解決因應(problem-focused) 有些人採取情緒因應(emotion-focused) 策略，甚至兩種方式合併運用，以達一適應狀態。所以，每個人選擇處理壓力的方式不同，不管目前所面臨的問題是什麼，以及過去的處理經驗與因應為何，其目的都是希望達到個人的動態平衡狀態。

老人的壓力來源，除了生理功能退化的因素外，仍有其他導致壓力的主要原因，如老人面臨角色改變、生活環境改變與失落等心理社會的因素等，這些生活事件造成老人的壓力更甚於生理因素(林，1996)，而老人面對壓力處理上，各有其不同因應之道，如 Hogstel 和 Kashka (1989) 提出老人於生活中採取運動、宗教信仰、注意營養及採取正向的態度面對事情。另外，老人也會以拒絕去想自我無法控制的問題、閱讀、保持忙碌、原諒他人、禱告、與朋友或配偶分享、正向思考與運動等處理壓力，以維持安康(Clark, 1998)。而且，Long (1995) 指出，老人可以藉由群體或個人的活動協助壓力處理，如 Conn (1998) 提出老年婦女藉由與他人互動中，生

活感覺較快樂。在 Nigg 等學者 (1999) 的報告呈現，中老年人在減輕壓力中，一半以上是處於維持期，為應用壓力處理策略持續有六個月以上。老人生活上面臨許多的壓力，因此生活中必須採取因應策略，以使壓力緩解，及能達到生活的一平衡狀態。

就運動方面而言，運動行為不僅協助個人壓力減輕，並且從規律的運動中可以預防骨質疏鬆，增加人體最大的耗氧量、維持與改善身體組織系統的機能，以及預防老化引起的心臟血管疾病，間接減輕龐大的醫療費用 (卓, 1998; Lauder, 1993)。Long (1995) 指出健康的老人可以執行爬山、騎腳踏車、游泳、走路等增強肌力、耐力、關節活動與有氧的運動。在台灣的老人，則採取中式的休閒養身活動與運動，如體操、太極拳、氣功、游泳、慢走等 (劉, 1998)。另洪等 (1991) 的研究指出，老人最常做的運動為散步，其次為勞動工作、體操、外丹功、打拳等。而走路是老人最常見的運動，國內外皆然，老人每週四小時的走路比起每週只有走路一小時者，更能降低心臟血管疾病因素的住院 (LaCroix, Leveille, Hecht, Grothaus, & Wagner, 1996)，並且在不動的老人給予每週 3 次的走路訓練，共 26 週後，可以降低休息時的血壓，以及執行強度運動 (high-intensity exercise) 者也比執行中度運動 (moderate-intensity exercise) 者更能改善最大耗氧量 (maximal oxygen consumption) (Braith, Pollock, Lowenthal, Graves, & Limacher, 1994)。不過，隨著年紀增長，越多從事輕度活動，而中、重度運

動的比率則隨著年齡增加而下降 (Mcphillips, Pellettera, Barrett-Connor, Wingard, & Criqui, 1989), 故總結以上論點, 老人仍具有運動的能力, 且運動可益於健康。

洪等 (1991) 的研究指出, 老人能定期運動者佔 54.47%、不定期運動者有 5.02%, 在運動頻率項目中, 老人每天運動者佔 84.54%, 每週三次以上者佔 5.67%; 運動時間則以運動 20 分鐘至 1 小時及運動 1 至 2 小時居多, 各有三成多的比率。另 Nigg 等學者 (1999) 研究發現, 65-74 歲與 75 歲以上老人採取運動行為, 處於維持期者各佔 46.0% 與 41.4%, 顯示老人能持續運動達六個月以上者居四成多的比率。大多數老人能定期且持續地維持運動, 將運動融入生活型態而變成生活的一部份, 進而延緩老化與促進健康, 及獲得較佳的晚年生活品質 (蔡, 2002), 此是老人運動的期望目標。然而老人的運動, 尤以開始採取運動及運動的維持, 對醫護人員是很大的挑戰 (Marcus, 1995)。因為, 老人常會以疲憊、沒力氣及身體功能障礙等理由拒絕運動或無法持續, 故常見老人大多以靜態的休閒活動為主 (楊等, 1989), 及黃等學者 (1991) 指出接近一半的老人不運動, 以及施、陳、范 (2000) 也指出, 部份老人認為參與休閒活動即有健康促進的效用, 故針對這些情況, 健康相關的專業人員需給予正確觀念及指導, 確切瞭解老人運動行為改變階段後, 協助老人運動行為的執行, 更能成功地促進老人運動行為的執行與維持。

林和丘 (2002) 指出運動為依個人年齡與體能狀況，實際需要而執行的活動，也是一種適當地、有目的的身體活動，期能達到促進身心健康。依財團法人國家衛生研究院 (2000) 指出，假使個人執行強度較輕的運動，若將運動的時間拉長，也同樣能達到增強心肺功能。因此，老人執行運動盡量採取溫和、不劇烈為主，可以教導老人每週三次以上，每次三十分鐘以上之運動 (高、蕭、蔡、邱，2000)。雖老人執行運動卻有其實質上的好處，但因每個老人的身體與體能狀況不一，若要要求運動強度要達到多少，才能達到心肺功能，這對部份老人是有其困難性，故可藉由鼓勵老人增加生活中的活動量，達到規律運動的目的，也減少老人靜態的生活習慣 (蔡，2002)。

就營養攝取而言，因老化造成生理功能的逐漸退化，吸收與代謝功能減慢、免疫功能退化與降低等，故需要均衡的營養攝取，以促進老人健康。Nigg 等學者 (1999) 的研究發現，約 70% 的老人避免高油脂食物與攝食高纖食物達六個月以上；黃等學者 (1991) 針對中老年人飲食的調查發現，每天吃早餐有 86.39%、深色蔬菜三盤有 62.30%、水果兩個有 42.72%、常吃大豆製品有 75.92%、定時用餐者 73.09% 及不吃零食點心者 52.46% 等，發現多數人注意飲食攝取，但仍有些人喜吃加工飲料、海鮮，內臟、油炸食品、偏鹹食物等。如洪等學者 (1991) 指出，老人有攝食高鹽與高膽固醇的食物，以及有營養攝取不足的現象，如體重不足佔 56.98%，血色素太

低佔 58.69%，攝取水果少於一份佔 76.7%，攝取青菜三份以上只佔 9.9% 等情形，以上呈現老人攝取營養的狀況不一。飲食習慣跟隨老人多年，很不易調整，加上老人嗅覺和味覺的不靈敏、不動的生活型態、情緒的影響以及藥物的副作用等因素，都會影響食物的攝取及營養的均衡（金，1999；Chen, Schilling, & Lyder, 2001）。

就足夠睡眠而言，對老人是非常需要，主要在於隨年齡地增長，神經系統的結構、功能與化學傳導物質的改變，導致睡眠週期的紊亂，也使得原本正常睡眠型態的改變，如老人進入第一階段睡眠的時間較長，故花費較多的時間進入睡眠。另非快速動眼期（non-rapid eye movement）的第三、四階段的熟睡期，隨著年齡增長而減少，使得老人在睡眠期間很容易醒，故難以入睡與容易醒，及睡眠效率（sleep efficiency）也就是實際睡著的時間與躺在床上的時間之比率減低等等現象，造成老人常抱怨睡不好（王，1996；Richards, 1996）。睡眠的問題除老化因素外，也會因疾病、生活型態改變、環境等，導致老人睡眠紊亂。

Giron 等學者（2002）針對高齡者的睡眠探討，發現多於三成的 80 歲以上老人有睡眠問題，且與睡眠問題的相關因素，有性別、憂鬱、疼痛與使用鎮靜安眠藥物等。另楊等學者（1995）探討安養機構老人的健康維護行為中，足夠睡眠佔所有健康維護行為項目的第六位，佔 10.6% 的比率。另王和許（1997）探討社區老人健康促進行為的問卷中，在足夠睡眠的項目，

則詢問老人睡前全身肌肉能放鬆、易入睡、睡醒時感覺舒暢及大約睡 5.5-8.5 小時等問題，結果老人在此足夠睡眠項目的得分指標為 74.9%，顯示多數老人有足夠睡眠，但若是身體有不適症狀時，則會影響睡眠，故為了能減少老人睡眠型態紊亂的問題，可藉由放鬆技巧、環境改善、訂立活動、休息及睡眠的時間，以及避免睡前攝取刺激食物等(Hoch, 1986; Richards, 1996)

就規律服藥而言，黃 (1993) 的研究提出，有 67.5% 的老人按時服藥以促進健康，然而，也有老人經常忘記服藥，或怕藥物的副作用而拒服(Wolfe & Schirm, 1992)，也常以身體症狀的有無而自行調整藥物的劑量，甚至有藥物假期 (holiday) 的觀念 (Gray, 1990)，在在地顯示不遵從規律服藥的行為。更有甚者，老人常因身體不適而尋求非專業人員，或藉由親朋好友，及同儕間介紹藥物或治療等以改善健康 (李，1999)，這些因素影響老人健康與間接浪費醫療成本。劉 (1999) 的研究指出，老人服藥的次數、年數、種類與顆數，與服藥的遵從性成負相關。因居住機構的老人多有疾病問題，需要長期服藥，加上老人記憶、認知等功能的退化，以及有服藥觀念的偏差等，故健康相關人員應重視及評估機構老人規律服藥的問題並給予正確指導。

在健康資源之尋求方面，Barbaro 和 Noyes (1984) 陳述老人隨著老化演變的過程，生活需做改變以調適身體功能的退化，以及要避免因不適當的生活改變而引發疾病的產生或惡化。此時，老人需擁有照顧自己的知識，

方能繼續維持身體功能；擁有獨立生活能力，免受因生活照顧不佳所致而威脅健康。故老人尋求健康資源，瞭解如何照護自己，對老人維持健康相當重要。

Barbaro 和 Noyes (1984) 的研究發現，居住生活照顧社區 (life care community) 的住民熱衷參與安康計畫，並於接受健康照護知識後，有 85% 的參與者表示要改變行為，且於六個月後再度評值住民的行為改變執行狀況，結果呈現住民在皮膚照顧、腸道習慣、營養與運動等四項行為有顯著的差異，而且，這些參與者一直繼續參與此計畫且也提出自己想學習的課程，期能有照顧自己的知識，幫助自己維持健康。另楊等學者 (1995) 探討安養機構老人健康維護行為中，住民對於健康專業人員協助解釋藥物使用及疾病照顧方面的需求程度，居於所有健康維護行為的 11、12 名，可見老人有健康資源上的需求以及老人會主動尋求健康資源，以求自己健康照護上的瞭解，幫助自己達到健康。

綜合以上得知，老人尋求健康資源，瞭解要如何照護自己，及老人能執行多項健康促進行為，且於老人執行健康促進行為後，對其延緩老化、晚年生活品質有非常大的益處，也破除過去認為健康促進對老人是不重要的觀念。目前，人口老化現象持續增加，加上人類壽命延長，老人能活的久，也要過的有品質，故老人藉由執行健康促進以達到此目標，也間接減輕社會對於老人醫療的負擔。

第四節 長期照護機構老人與健康促進

隨著年齡的增長，身體功能逐漸衰退，若再加上有慢性疾病問題，則增加健康的複雜性。若老人的健康情況，家人無法照顧，或者因現今家庭結構與社會環境改變等種種因素，使得老人居住機構的現象日趨增加，取代以往居住家中養老的觀念。機構養護之服務，則視個案失能狀況與所需要的服務，有各自不同的標準，依老人福利法第九條規定，老人福利機構可分成五類，如長期照護服務、養護機構、安養機構、文康機構與服務機構等（內政部社會司，2003）。在此五類中，以收案標準而言，安養機構所收留的老人通常無健康問題、無殘障，及生活能自理（謝，1993），如能鼓勵及支持安養機構老人採取多項健康促進行為，以維持或促進健康，可使其不致因為居住環境改變，及老人功能退化，而使得健康狀況變差，故安養機構老人更須考量健康促進行為。

65 歲以上老人，居住福利機構者佔 5.59%（內政部，2000）。吳和張（1997）的統計資料顯示，社區老人有 41.9% 自述健康狀況良好，而養護中心則有 27.6%，另社區老人自述罹患一種以上慢性病者佔 75.8%，而養護中心則佔 89.1%，顯示居住機構老人的健康狀況顯然比社區老人差。並且，居住機構的老人，因身體病痛而感覺不快樂者就佔 42.5%（主計部、內政部，1994），幾乎是一半的比率。故機構老人的健康問題值得重視。過去，居住機構的老人，因日常活動功能的程度較差，以及社會環境存在著對機構老

人的偏差印象，使得健康相關的從業人員與政策，也並未特別的關注他們（楊等，1995；Kolcaba & Wykle, 1994; Minkler, 1985; Robertson, 1991），致使機構老人健康促進被忽略。

楊等學者（1995）的研究指出老人進住安養機構的原因：無子女、子女遠在他鄉、不想打擾子女等，以及部份老人是因為想過清靜的生活；及金等學者（1998）針對公設民營老人公寓的居住探討中，發現部份住民進住的原因，除乏人照顧、環境設備符合老人居住外，環境清幽舒適也是多數人考量居住的因素。且諸多學者也指出，目前有高經濟自主的老人，越來越多傾向於退休後將選擇居住安養機構（金等，1998；呂，1999；謝，1993；謝，1993）。故從以上居住的因素得知，目前以及未來想居住安養機構的老人，已別於過去在家安老、含飴弄孫的心態，也別於居住機構就是衰老、令人同情、憐憫等負向看法。因為，這些老人所居住機構的主因，非疾病因素而必須藉由機構照護，以及安養機構所收留的條件，為生活上能自理，故若健康促進行為加諸於這些老人，對於幫助他們的健康上必大有可為。

Minkler（1984）陳述機構老人有健康促進行為的潛能，只是，病情的改變與居住環境的轉換，影響行為的持續或中斷。而且，機構住民的需求不再是以治療為重，主要是以護理為導向，強調安康模式（wellness model）取代醫療模式（medical model），更能使住民健康地生活（Ryden & Rustad,

1985), 故機構的健康相關人員必須有維持與促進老人健康, 以及維護老人功能獨立的共識 (Platakis, 1987)。若護理人員未有相關老人健康促進照護的專業知識時, 加上部份老人習慣於護理人員的提供服務, 更助長機構老人的依賴 (Resnick, 2001), 另機構的規範, 限制老人的需要與想法 (Evans, 2000; Kee, 1984), 這些因素均使得老人健康促進的決定與維持被受限。

居住安養機構的老人, 視安養機構為晚年的家。老人在機構的生活可以選擇過著很健康, 再加上安養機構將成為諸多老人未來選擇居住方式之一, 故安養機構健康促進行為應受重視。不論, 安養機構老人目前開始採取健康促進行為, 亦或繼續維持過去的健康促進行為, 都值得關心與深入探討, 作為日後協助健康促進的具體方向。雖然, 從以上各項健康促進行為的文獻中, 呈現老人的歧異性很高, 但為了能具體瞭解安養機構老人採取多種健康促進行為間的差異, 以及所處的行為改變階段, 故藉由跨理論模式的五個行為改變階段予作測試, 期能適當地詮釋安養機構老人採取各項行為的現況, 以利於未來繼續的學術研究及臨床實務計畫。

第三章 研究方法

本章共分成六節，依序陳述研究設計、研究對象、研究工具的擬定、研究工具的信度與效度、資料收集過程及資料統計與分析。

第一節 研究設計

本研究採描述性（descriptive）研究設計，使用結構性問卷調查，所得的調查資料，為研究者親自口述，並依收案對象的回答，予以填入選項，目的是探討安養機構老人健康促進行為改變階段的分佈情形。

第二節 研究對象

一、收案場所及對象

本研究採立意取樣，依內政部社會司（2003）所公佈，台灣地區已立案之老人安養護機構現況，選擇台中縣市公、私立已立案之全部安養機構。

收案標準包括：

- 1.居住安養機構滿三個月以上
- 2.年滿 65 歲以上的老人
- 3.意識清楚且心智功能正常
- 4.能使用國、台語與他人溝通者

二、倫理考量

Polit 和 Hungler (1999) 指出，護理研究必需考量倫理原則，基於參與者有完全瞭解研究、注意隱私及尊重自主的權力，故研究者在訪談時，先詳細說明研究的目的，以徵詢同意，若表示不願意參與研究則不勉強。另告知參與者，此問卷採匿名的方式，其所說的內容，僅作學術上的研究，不對外公佈，期使老人能放心、真實的表達目前健康促進行為的現況，並且告知老人，在訪談期間，若感覺身體的不適及不願意繼續訪談，可隨時中斷或停止，尊重其自主權。

第三節 研究工具的擬定

本研究主要是透過結構式問卷收集資料，所使用工具之擬定，包含個人基本屬性及安養機構老人健康促進行為量表，茲分別說明如下：

一、基本屬性

本研究工具的基本屬性，包含有年齡、性別、進住機構的時間、教育程度、罹患疾病數、子女數、目前經濟狀況、目前生活適應與自覺目前健康狀況等共有九題（參見附錄二）。

二、安養機構老人健康促進行為量表

國內以跨理論模式中的行為改變階段，測試安養機構老人健康促進行為

上，尚屬初探階段，故問卷設計的內容，參考國內、外關於老人健康促進行為的文獻，研擬出所要測試的健康促進行為項目共 13 題，包含有戒菸行為一題、壓力處理一題、運動行為一題、營養攝取五題、足夠睡眠一題、規律服藥一題與健康資源之尋求三題。在這些行為項目的選項，皆包含跨理論模式中五個行為改變階段，以測試其該項行為的階段為何。

在 Nigg 等學者（1999）的研究中，採取跨理論模式的行為改變階段，以測試老人多項健康危害行為，其量表中的每一題，採用單題演算（single-item algorithms）方式，例如：當題目詢問老人採取該項行為狀況時，就有五個選項供老人做選擇，老人依自己執行行為的現況，從五個選項中勾選出適當的選項。在量表中每一題的五個選項，皆包含五個行為改變階段的陳述，有意圖前期、意圖期、準備期、行動期、維持期等。只要老人選擇其中一項，亦即代表老人在此行為的改變階段，藉此方式測出老人多項健康危害行為中，各項行為改變階段的分佈。

本研究參考上述研究工具的測試，並考量所要研究對象的背景，故研擬問卷內容的用詞力求清晰、簡潔及通順流暢。在每題的選項中，如勾選選項是「沒有，並且未來六個月（半年）內也沒有打算要做」，表示目前沒有打算採取此行為，且在未來六個月（半年）內也沒有打算要採取該項行為，也就表示安養機構的老人，在此項行為是屬於「意圖前期」。

勾選選項是「沒有，但在未來六個月（半年）內打算要做」，表示目前

沒有打算採取此行為，但在未來六個月內打算要採取該項行為，也就表示安養機構的老人，在此項行為是屬於「意圖期」。

勾選選項是「有時候有，有時候沒有」，表示目前偶而（有時有、有時沒有）採取此項行為，也就表示安養機構的老人，在此項行為是屬於「準備期」。

勾選選項是「有規則執行，但少於六個月（半年）」，表示目前有採取此行為，但採取該項行為不到六個月，也就表示安養機構的老人，在此項行為是屬於「行動期」。

勾選選項是「有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上」，表示目前採取此行為，且持續六個月以上，也就表示安養機構的老人，在此項行為是屬於「維持期」。由以上可知，安養機構老人健康促進行為量表之中的十三題健康促進行為，每一題皆包含以上所提出的五個行為改變階段選項，以及所代表的意義。但為了更清楚了解老人採取該行為階段的原因，故在問卷訪談時，若老人回答該項行為是屬於意圖前期、意圖期或準備期時，請老人各再加以描述其原因為何，由研究者記錄之，之後統整記錄的結果，再以文字陳述的方式呈現，如此研究工具的擬定，能增加對於老人採取健康促進行為的豐富性了解（參見附錄二）。

第四節 研究工具的信度與效度

安養機構老人健康促進行為量表初稿擬定後，則進行信、效度檢驗，陳述如下：

一、效度檢驗

效度檢驗採取內容效度(content validity), 包含專家效度 expert validity) 與表面效度 (face validity) 兩項方法。在專家效度方面，研究者於安養機構老人健康促進行為量表初稿擬定後，聘請四位與此研究主題相關的專家、學者(參見附錄三)，就量表中題目的適用性及內容的辭意，加以評分。評分法參考 Lynn (1986) 建議的內容效度指數 (content validity index)，採四分法評定，“1 分”表示非常不適用，需與刪除；”2 分”表示不適用，需大幅度修正；“3 分”表示適用，需略作修正；“4 分”表示非常適用，不需做任何修正 (參見附錄四)。

安養機構老人健康促進行為量表經由專家評定後，專家內容效度指數為 0.88，依 Polit 和 Hungler (1999) 指出專家效度高於 0.8 以上，可考量此量表具有良好的效度。因專家們並未建議需刪除的題目，僅建議需修正題目的語意與需有明確的定義，及需列舉更多含鹽分高、高膽固醇的食物與運動的行為等，故針對專家的建議後修正題目。

於表面效度方面，研究者邀請十位符合收案標準者，檢視問卷內容的文辭用句，以確定文辭的適當性，此十位老人均表示，所問的題目很生活化、

很容易瞭解，也都有涵蓋他們有可能會去執行或已有執行之健康促進行為。

二、信度檢驗

本研究所使用之安養機構老人健康促進行為量表，以再測信度檢測量表的穩定性。在完成專家效度與內容效度後的量表後，測試符合收案對象 30 位，二次間隔測試時間為一週，計算二次測量之間的相關係數。本研究採用 Spearman 等級相關係數（Spearman rank-order correlation coefficient）檢視安養機構老人健康促進行為量表之穩定性，結果一週後再測信度 Spearman rho=0.76~1.0。

第五節 資料收集過程

資料收集過程分成預試階段與正式施測二部份，陳述如下：

一、預試階段

Burnside, Preski 和 Hertz (1998) 指出，為了增加老人研究工具的適當性及可行性，最好先作預試 (pilot study)，即使只是描述性的研究，仍是建議與鼓勵進行預試，以作適當地修正，期能確切地應用於老人的測試。因此，本研究自內政部社會司 (2003) 所公佈，台灣地區公、私立已立案之老人安養護機構中，選定十位符合收案的對象進行預測。

研究者利用與老人建立人際關係的交談中，檢視老人的意識與溝通能

力，且問卷內容的測量，皆由研究者親自說明後，依老人所陳述的現況，予填入選項，藉此減少老人因擔心閱讀吃力或不識字等尷尬問題，如學者所說，量表測試時，注意老人有疲累、認知因素導致焦慮，以及教育程度等問題(Burnside et al., 1998) 另預試期間，除注意上節所述的倫理考量外，也可以瞭解量表測試之間可能發生的狀況，及所需花費的時間。在研究測試中，為了能讓老人能更清楚瞭解青菜與水果的份數，故研究者藉由食物模型以使得老人能更清楚一份的大小，易於瞭解與回答，整個訪談過程約需 30 分鐘左右。

二、正式施測

研究收案期間自民國九十二年五月一日起，至民國九十二年五月三十日止。本研究自內政部社會司(2003)所公佈，台灣地區公、私立已立案之老人安養護機構現況中，台中縣有三家、台中市有三家安養機構，因其中一家安養機構所收案的對象，目前皆為養護病人，而另一家安養機構老人的實際居住場所在南投縣。在扣除此二家安養機構後，總共收案台中縣市四家安養機構(參見附錄五)。

收案的進行，由研究者親自逐家聯絡拜訪，並說明研究動機、目的及重要性後，徵詢機構負責人的同意與協助，引薦研究者給機構的老人認識。研究者藉由在與老人的溝通中，選定適合的收案對象，並且說明研究目的，於徵得老人的同意後進行訪談。

第六節 資料統計與分析

本研究採 SPSS/PC V10.0 套裝軟體進行統計分析，所使用的統計法，有百分比、次數分佈、平均值、Fisher's exact test、Spearman 等級相關係數（表 3-1）。

表 3-1 資料與統計方法

資 料	統 計 分 析 方 法
1.老人基本屬性的描述與分析	以百分比、次數分佈、平均值加以描述
2.安養機構老人健康促進行為的描述與分析	以百分比、次數分佈加以描述
3.基本屬性與健康促進行為之關係	以 Fisher's exact test
4.安養機構老人健康促進行為量表之再測信度	以 Spearman 等級相關係數

第四章 研究結果

本研究結果，依據研究目的，分成下列三節加以說明：第一節安養機構老人的基本屬性；第二節安養機構老人健康促進行為之階段分佈；第三節安養機構老人基本屬性與健康促進行為之關係。

第一節 安養機構老人的基本屬性

本研究之研究對象為安養機構老人，個案來源為台中縣市公、私立安養機構。問卷收集由研究者至安養機構進行，以收案期間實際居住安養機構，且符合收案條件的老人為對象，共取得 174 人，其中居住於公立安養機構者有 100 位，私立安養機構者有 74 位。以下針對研究對象的基本屬性逐一描述（表 4-1、表 4-2）。

一、年齡

研究對象的年齡分佈在 65-97 歲之間，平均年齡為 78.8 歲（標準差 7.4 歲），其中以 75-84 歲者最多，佔 44.2%；其次為 65-74 歲者，佔 30.5%；最後為 85 歲以上者，佔 25.3%。

二、性別

研究對象的性別分佈，以男性較多，佔 64.9%；女性則佔 35.1%。

三、進住時間

研究對象的進住時間，以居住一年以上至三年內為最多，佔 29.3%，其

次為居住十年以上佔 25.9%，其餘依次為居住五年以上至十年內佔 17.2%、一年內佔 16.1%，居住三年以上至五年內者最少，僅佔 11.5%。

四、教育程度

研究對象的教育程度中，以不識字為最多，佔 35.6%，其次為小學佔 27.0%，再次依序為識字但未接受正式教育佔 14.4%、初中佔 13.8%，高中（職）以上最少，僅佔 9.2%。

五、慢性病罹患數

研究對象的慢性病罹患數，以罹患一種疾病者居多，佔 45.4%，罹患二種疾病者次之，佔 24.7%，其餘為罹患三種疾病以上者和無任何疾病者較少，各佔 16.1%、13.8%。而慢性病罹患種類，則以高血壓、心臟病與糖尿病居前三名，請參閱表 4-2。

六、子女數

研究對象的子女數方面，以無子女為最多，佔 46.5%，其次為有 3 個子女以上者，佔 27.6%，有 1 個子女和有 2 個子女者的比例較少，分別佔 19.0% 及 6.9%。

七、目前經濟狀況

研究對象的目前經濟狀況，多數人為剛好足夠，佔 52.9%，其次為富裕者佔 21.3%，再其次分別為有點不足夠者佔 19.5%、非常不足夠者佔 6.3%。

八、目前生活適應情形

研究對象目前生活適應情形，以中等適應者的比例最多，佔 40.2%，其次為完全適應者佔 29.9%，再其次為大部分適應者佔 21.3%，而完全不適應者與大部分不適應者則最少，各佔 5.2%、3.4%。

九、自覺目前健康狀況

研究對象的自覺目前健康狀況，以普通者最多，佔 37.4%，其次為自覺不好者佔 25.3%，其餘依次為自覺好者佔 15.5%、自覺很好者佔 14.9%，自覺很不好者則佔最少，僅 6.9%。

表 4-1 安養機構老人基本屬性之分佈 (N=174)

變項	分組	人數	百分比(%)
年齡(歲)	65-74	53	30.5
	75-84	77	44.2
	85 以上	44	25.3
性別	男	113	64.9
	女	61	35.1
進住時間	一年內	28	16.1
	一年以上至三年內	51	29.3
	三年以上至五年內	20	11.5
	五年以上至十年內	30	17.2
	十年以上	45	25.9
教育程度	不識字	62	35.6
	識字但未接受正式教育	25	14.4
	小學	47	27.0
	初中	24	13.8
	高中(職)以上	16	9.2
慢性病罹患數(種)	0	24	13.8
	1	79	45.4
	2	43	24.7
	3 以上	28	16.1
子女數(個)	0	81	46.5
	1	33	19.0
	2	12	6.9
	3 以上	48	27.6

續表 4-1 安養機構老人基本屬性之分佈 (N=174)

變項	分組	人數	百分比(%)
目前經濟狀況	富裕	37	21.3
	剛好足夠	92	52.9
	有點不足夠	34	19.5
	非常不足夠	11	6.3
目前生活適應情形	完全適應	52	29.9
	大部分適應	37	21.3
	中等適應	70	40.2
	大部分不適應	6	3.4
	完全不適應	9	5.2
自覺健康狀況	很不好	12	6.9
	不好	44	25.3
	普通	65	37.4
	好	27	15.5
	很好	26	14.9

表 4-2 安養機構老人基本屬性之慢性病種類的分佈 (N=174)

變項	人數	百分比 (%)
高血壓	52	29.9
心臟病	29	16.7
糖尿病	27	15.5
腸胃疾病	26	14.9
關節炎或風濕病	25	14.4
骨質疏鬆症	25	14.4
白內障	14	8.0
貧血	11	6.3
腦中風	10	5.7
氣喘	7	4.0
腎臟疾病	7	4.0
慢性支氣管炎	6	3.4
攝護腺肥大	6	3.4
聽力障礙	4	2.3
肝病	3	1.7
膽囊或膽道疾病	2	1.1
痛風	2	1.1
泌尿道疾病	2	1.1
巴金森氏症	2	1.1
肺結核	1	0.6
重症肌無力	1	0.6
周邊神經炎	1	0.6

第二節 安養機構老人健康促進行為之階段分佈

安養機構老人健康促進行為量表，主要是探討安養機構老人十三項健康促進行為之階段分佈。各題的選項皆含有五個階段，分別為「意圖前期」：沒有，並且未來六個月（半年）內也沒有打算要做；「意圖期」：沒有，但在未來六個月（半年）內打算要做；「準備期」：有時候有，有時候沒有；「行動期」：有規則執行，但少於六個月（半年）；「維持期」：有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。

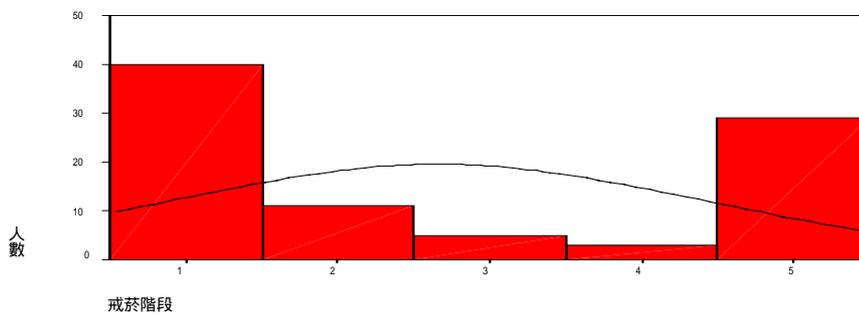
以下將每一題的研究結果以人數、百分比呈現（表 4-3 至表 4-15），及提供各行為之直線圖與常態曲線（圖 4-1 至圖 4-13），以更清楚呈現各項健康促進行為之階段分佈。

一、安養機構老人戒菸之階段分佈

本研究所收案的安養機構老人，有 86 位從未抽菸，故以 88 位有或曾經有抽菸之老人，探討其戒菸之階段分佈。從表 4-3 與圖 4-1 中顯示，戒菸階段分佈中以意圖前期為最多，佔 45.4%，其次為維持期 33.0%，其餘依次為意圖期 12.5%、準備期 5.7%，行動期則佔最少，僅 3.4%。

表 4-3 戒菸之階段分佈 (N=88)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	40	45.4
2.意圖期	11	12.5
3.準備期	5	5.7
4.行動期	3	3.4
5.維持期	29	33.0



註： 1 = 意圖前期, 2 = 意圖期, 3 = 準備期, 4 = 行動期, 5 = 維持期 (下列圖4-2至圖4-13皆採用此標號)

圖4-1.戒菸之階段分佈 (N=88)

二、安養機構老人壓力處理之階段分佈

壓力處理階段的分佈情形，依表 4-4 與圖 4-2 中可看出，以維持期最多，佔 79.9%，其次為準備期 13.2%，其餘意圖前期、意圖期、行動期則佔較少，各為 4.0%、2.3%、0.6%。

表 4-4 壓力處理之階段分佈 (N=174)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	7	4.0
2.意圖期	4	2.3
3.準備期	23	13.2
4.行動期	1	0.6
5.維持期	139	79.9

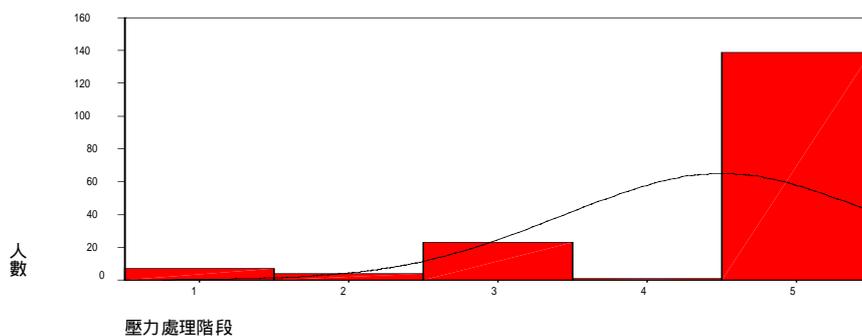


圖4-2.壓力處理之階段分佈 (N=174)

三、安養機構老人運動之階段分佈

運動階段的分佈情形，從表 4-5 與圖 4-3 可得知，以維持期為最多，佔 58.0%，其次為意圖前期 24.7%，再次為準備期 12.1%，其餘意圖期與行動期則佔較少比例，分別為 4.6%、0.6%。

表 4-5 運動之階段分佈 (N=174)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	43	24.7
2.意圖期	8	4.6
3.準備期	21	12.1
4.行動期	1	0.6
5.維持期	101	58.0

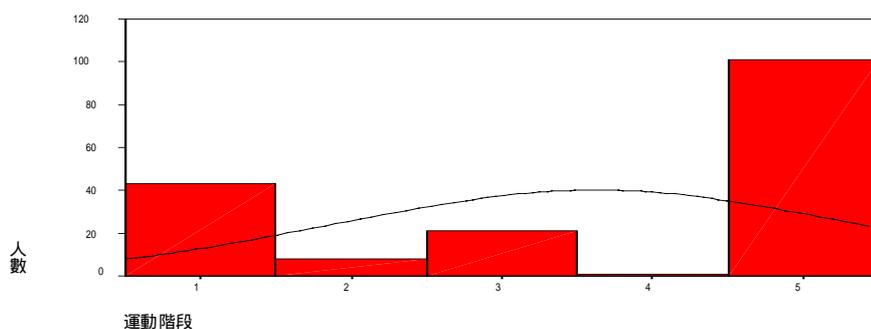


圖4-3.運動之階段分佈 (N=174)

四、安養機構老人三餐定時定量之階段分佈

三餐定時定量的階段分佈情形，以維持期為最多，佔 76.4%，準備期次之，佔 17.8%，其餘依序為意圖前期 3.4%、意圖期與行動期則只各佔 1.2%（表 4-6 與圖 4-4）。

表 4-6 三餐定時定量之階段分佈 (N=174)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	6	3.4
2.意圖期	2	1.2
3.準備期	31	17.8
4.行動期	2	1.2
5.維持期	133	76.4

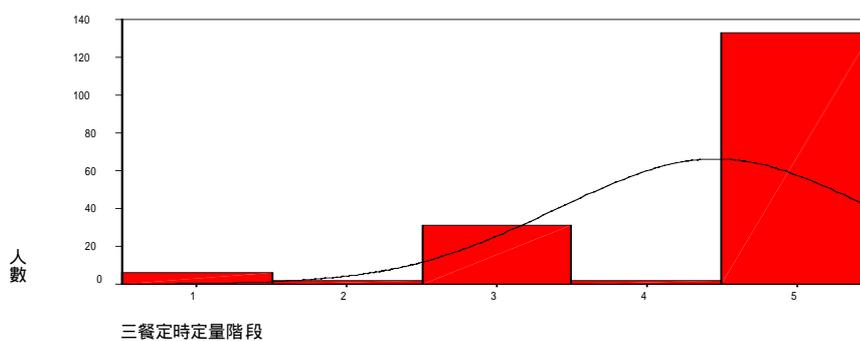


圖4-4.三餐定時定量之階段分佈 (N=174)

五、安養機構老人避免吃含鹽份高食物之階段分佈

此項健康促進行為的階段分佈，以維持期的比例為最多，佔 52.9%，其次為意圖前期佔 24.1%，再其次為準備期 19.6%，最後意圖期與行動期則各佔 1.7%（表 4-7 與圖 4-5）。

表 4-7 避免吃含鹽份高食物之階段分佈 (N=174)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	42	24.1
2.意圖期	3	1.7
3.準備期	34	19.6
4.行動期	3	1.7
5.維持期	92	52.9

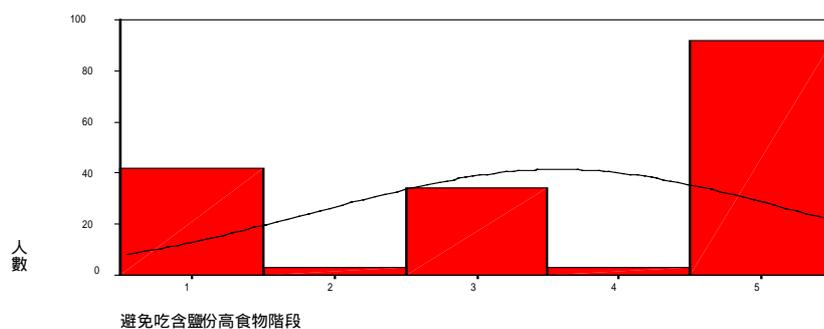


圖4-5.避免吃含鹽份高食物之階段分佈(N=174)

六、安養機構老人避免多吃含高膽固醇食物之階段分佈

避免多吃含高膽固醇食物階段的分佈情形,由表 4-8 與圖 4-6 中顯示出,以維持期為最多,佔 64.4%,其次為準備期 17.2%,再其次為意圖前期 13.2%,其餘意圖期與行動期則各佔 2.9%及 2.3%。

表 4-8 避免多吃含高膽固醇食物之階段分佈 (N=174)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	23	13.2
2.意圖期	5	2.9
3.準備期	30	17.2
4.行動期	4	2.3
5.維持期	112	64.4

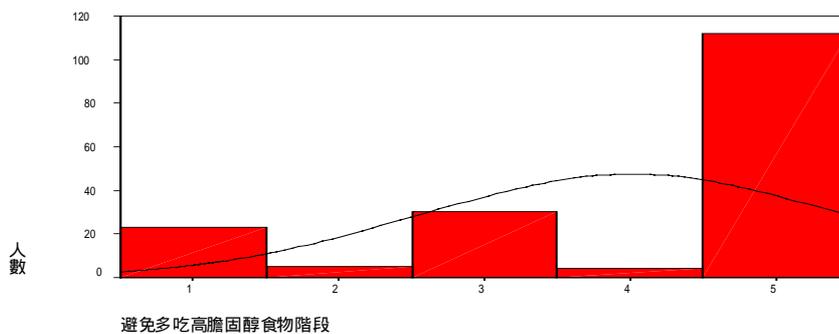


圖4-6.避免多吃含高膽固醇食物階段之分佈(N=174)

七、安養機構老人每天至少吃三份蔬菜之階段分佈

此項健康促進行為的階段分佈結果，最多為意圖前期，佔 36.2%，其次為維持期 32.2%，再其次為準備期 27.0%，其餘行動期與意圖期則佔較少比例，各為 2.9%、1.7%（表 4-9 與圖 4-7）。

表 4-9 每天至少吃三份蔬菜之階段分佈 (N=174)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	63	36.2
2.意圖期	3	1.7
3.準備期	47	27.0
4.行動期	5	2.9
5.維持期	56	32.2

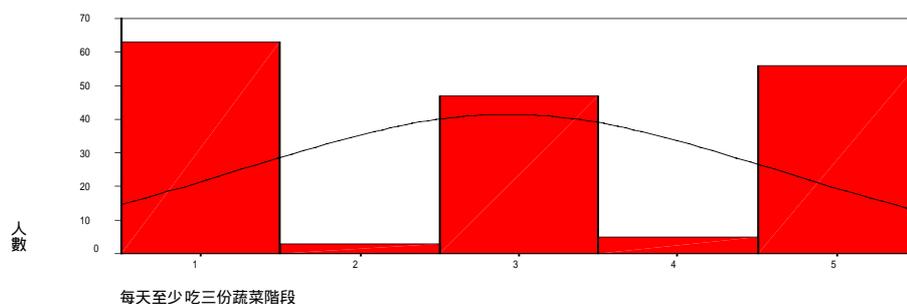


圖 4-7.每天至少吃三份蔬菜之階段分佈 (N=174)

八、安養機構老人每天至少吃兩份水果之階段分佈

此項行為的階段分佈情形，從表 4-10 與圖 4-8 中發現，意圖前期與準備期兩者的比例接近，為 37.9%與 36.8%，其餘依次為維持期 18.4%、意圖期 4.6%，行動期則佔最少，僅 2.3%。

表 4-10 每天至少吃兩份水果之階段分佈 (N=174)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	66	37.9
2.意圖期	8	4.6
3.準備期	64	36.8
4.行動期	4	2.3
5.維持期	32	18.4

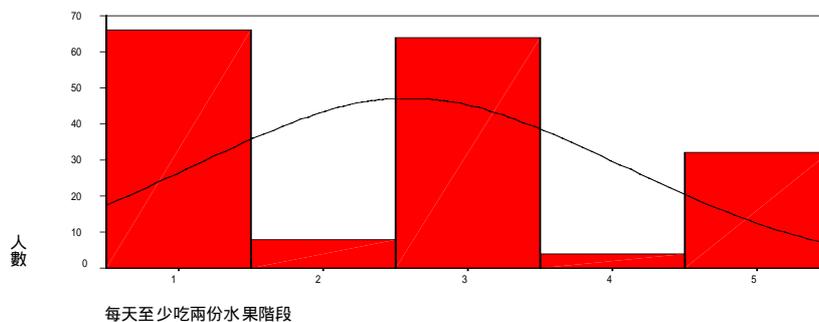


圖4-8.每天至少吃兩份水果之階段分佈 (N=174)

九、安養機構老人足夠睡眠之階段分佈

本研究所收案的安養機構老人，在足夠睡眠的階段分佈，多數人處於維持期，佔 82.2%，準備期佔 11.5% 次之，其餘行動期、意圖期，意圖前期則佔不多，分別為 3.4%、2.3%、0.6%（表 4-11 與圖 4-9）。

表 4-11 足夠睡眠之階段分佈 (N=174)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	1	0.6
2.意圖期	4	2.3
3.準備期	20	11.5
4.行動期	6	3.4
5.維持期	143	82.2

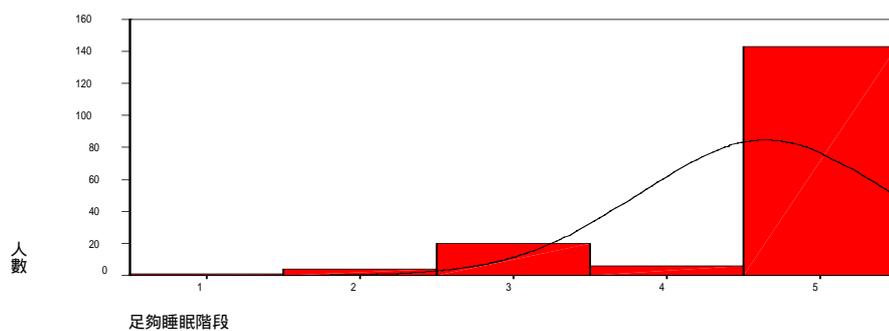


圖 4-9.足夠睡眠之階段分佈 (N=174)

十、安養機構老人規律服藥之階段分佈

本研究所收案的安養機構老人，扣除目前未有服藥的 28 位老人後，以 146 位有服藥的老人，探討其規律服藥階段的分佈情形。由表 4-12 與圖 4-10 中發現，多數人處於維持期，佔 73.3%，其次為行動期 12.3%，其餘依次為準備期 8.9%、意圖前期 4.1%，意圖期則佔最少，僅 1.4%。

表 4-12 規律服藥之階段分佈 (N=146)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	6	4.1
2.意圖期	2	1.4
3.準備期	13	8.9
4.行動期	18	12.3
5.維持期	107	73.3

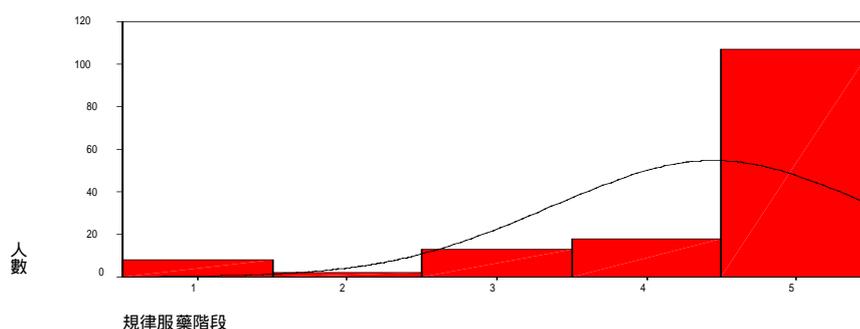


圖4-10.規律服藥之階段分佈 (N=146)

十一、安養機構老人定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視之階段分佈

此項健康促進行為的階段分佈，依表 4-13 與圖 4-11 呈現出，最多人數處於意圖前期，為 66.7%，其次為準備期 15.5%，再其次為維持期 14.9%，其餘行動期與意圖期所佔的比例相差不多，各為 1.7% 與 1.2%。

表 4-13 定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視之階段分佈
(N=174)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	116	66.7
2.意圖期	2	1.2
3.準備期	27	15.5
4.行動期	3	1.7
5.維持期	26	14.9

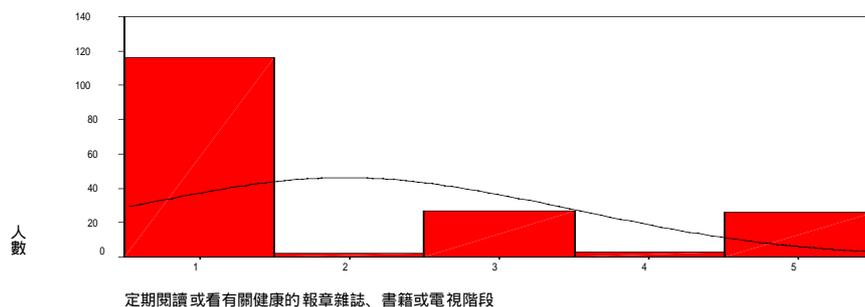


圖 4-11.定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視之階段分佈
(N=174)

十二、安養機構老人身體異常時尋求健康指引或諮詢之階段分佈

就表 4-14 與圖 4-12 中可看出，此項行為的階段分佈，以維持期居多，佔 69.0%，其次為準備期 17.2%，其餘依次為意圖前期 8.6%、行動期 4.6%，意圖期則佔最少，僅 0.6%。

表 4-14 身體異常時尋求健康指引或諮詢之階段分佈 (N=174)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	15	8.6
2.意圖期	1	0.6
3.準備期	30	17.2
4.行動期	8	4.6
5.維持期	120	69.0

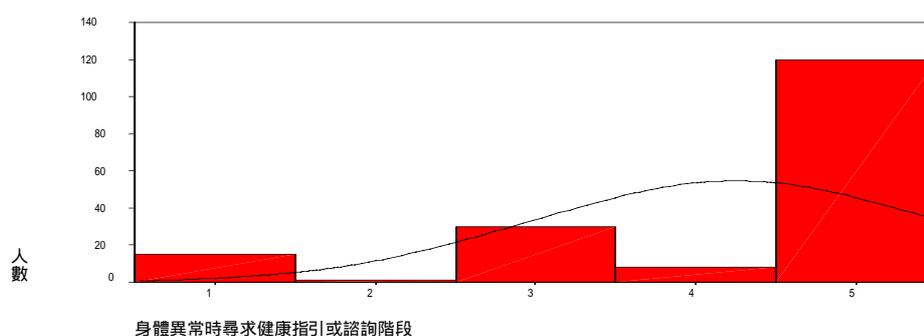


圖 4-12.身體異常時尋求健康指引或諮詢之階段分佈 (N=174)

十三、安養機構老人平常健康問題主動找健康專業人員討論之階段分佈

此項健康行為的階段分佈情形，從表 4-15 與圖 4-13 中顯示出，意圖前期為最多，佔 86.8%，其餘依序為維持期 6.9%、準備期 5.7%、行動期 0.6%。

表4-15 平常健康問題主動找健康專業人員討論之階段分佈 (N=174)

組別	人數	百分比 (%)
1.意圖前期	151	86.8
2.意圖期	0	0.0
3.準備期	10	5.7
4.行動期	1	0.6
5.維持期	12	6.9

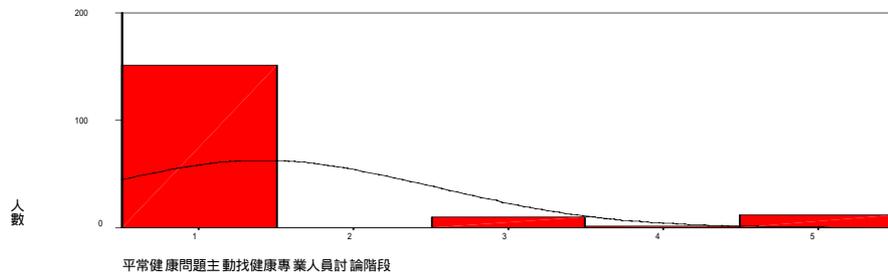


圖 4-13.平常健康問題主動找健康專業人員討論之階段分佈 (N=174)

第三節 安養機構老人基本屬性與健康促進行為之關係

安養機構老人基本屬性與健康促進行為的關係，採用 Fisher's exact test 進行分析。因基本屬性與健康促進行為的項目較多，故本節僅呈現以 Fisher's exact test 分析結果，顯示健康促進行為之階段分佈，會因基本屬性組別的不同，而有統計上顯著差異者 ($p < 0.05$)，如表 4-16 至表 4-23 所示，以下逐一說明。

一、基本屬性與戒菸階段之關係

研究對象之基本屬性與戒菸階段的關係中，發現戒菸階段分佈會因子女數不同及進住時間不同，而呈現統計上顯著差異 ($p < 0.05$)。

就子女數而言，在五個不同的戒菸階段分佈中，無子女及有一個子女（含）以上者，分別以意圖前期（60.8%）、維持期（43.2%）所佔的比例為最高。至於，進住時間方面，進住時間三年內與三年（含）以上者，分別以處於維持期（54.3%）、意圖前期（56.6%）所佔比例最多。以此結果看出，進住時間三年內與三年（含）以上者，呈現一相對狀態。也就是說，進住時間三年內者，傾向於維持期；而進住時間三年（含）以上者，則反傾向於意圖前期。

表 4-16 基本屬性與戒菸階段之關係 (N=88)

變項	戒菸階段					Fisher's exact p 值
	意圖前期 人數 (%)	意圖期 人數 (%)	準備期 人數 (%)	行動期 人數 (%)	維持期 人數 (%)	
<u>子女數 (個)</u>						
0	31 (60.8)	5 (9.8)	1 (2.0)	1 (2.0)	13 (25.4)	0.006
1 (含) 以上	9 (24.3)	6 (16.2)	4 (10.8)	2 (5.4)	16 (43.2)	
<u>進住時間</u>						
三年內	10 (28.6)	5 (14.3)	0 (0.0)	1 (2.9)	19 (54.3)	0.002
三年 (含) 以上	30 (56.6)	6 (11.3)	5 (9.4)	2 (3.8)	10 (18.9)	

二、基本屬性與運動階段之關係

研究對象之基本屬性與運動階段的關係中，發現運動階段分佈會因目前自覺健康狀況不同，而呈現統計上顯著差異 ($p < 0.05$)。

就表 4-17 顯示，自覺健康狀況很不好與不好、普通、好與很好者，分別以意圖前期 (39.3%)、維持期 (61.5%)、維持期 (75.5%) 所佔比例最多。如此結果也顯示，自覺健康狀況很不好與不好者，明顯偏向無執行運動，且未來有運動意圖者亦很少，而自覺健康狀況普通及好與很好者，處於維持期者所佔的比例，則有逐漸增加的傾向。

表 4-17 基本屬性與運動階段之關係 (N=174)

變項	運動階段					Fisher's exact p 值
	意圖前期 人數 (%)	意圖期 人數 (%)	準備期 人數 (%)	行動期 人數 (%)	維持期 人數 (%)	
自覺健康狀況						0.000
很不好與不好	22 (39.3)	6 (10.7)	7 (12.5)	0 (0.0)	21 (37.5)	
普通	16 (24.6)	2 (3.1)	6 (9.2)	1 (1.6)	40 (61.5)	
好與很好	5 (9.4)	0 (0.0)	8 (15.1)	0 (0.0)	40 (75.5)	

三、基本屬性與每天至少吃兩份水果階段之關係

研究對象之基本屬性與此項健康促進行為階段的關係中，發現此行為階段分佈會因目前經濟狀況不同及年齡不同，而呈現統計上顯著差異 ($p < 0.05$)。

就目前經濟狀況而言，此項行為之階段分佈，在目前經濟狀況為足夠與不足夠中，分別以準備期 (38.8%)、意圖前期 (55.6%) 為佔最多的比例。此外，就此結果看出，經濟狀況足夠者，處於維持期的比例 (21.7%)，較經濟狀況不足夠者，處於維持期的比例 (8.9%) 為多。

至於，就年齡方面，65-84 歲與 85 歲以上者，各為意圖前期 (40%)、準備期 (34.1%) 居最多比例。就資料中顯示，85 歲以上者處於意圖前期的比例較 65-84 歲者少，而維持期的比例則較 65-84 歲者多。另一共同的現象，則是不論哪一年齡層，約有 1/3 處於準備期。

表 4-18 基本屬性與每天至少吃兩份水果階段之關係 (N=174)

變項	每天至少吃兩份水果階段					Fisher's exact p 值
	意圖前期 人數 (%)	意圖期 人數 (%)	準備期 人數 (%)	行動期 人數 (%)	維持期 人數 (%)	
<u>經濟狀況</u>						0.049
足夠	41 (31.8)	7 (5.4)	50 (38.8)	3 (2.3)	28 (21.7)	
不足夠	25 (55.6)	1 (2.2)	14 (31.1)	1 (2.2)	4 (8.9)	
<u>年齡(歲)</u>						0.005
65-84	52 (40.0)	8 (6.1)	49 (37.7)	0 (0.0)	6 (16.2)	
85 以上	14 (31.8)	0 (0.0)	15 (34.1)	4 (9.1)	11 (25.0)	

四、基本屬性與足夠睡眠階段之關係

研究對象之基本屬性與足夠睡眠階段的關係中，發現此行為階段分佈會因性別不同，而呈現統計上顯著差異 ($p < 0.05$)。

就足夠睡眠階段分佈而言，在男性、女性中，均以處於維持期的比例最多，分別為 84.9%、77.0%，且都超過 3/4 以上。不過，女性老人在準備期的比例 18.0%，則較男性老人處於準備期佔 8.0% 為多。

表 4-19 基本屬性與足夠睡眠階段之關係 (N=174)

變項	足夠睡眠階段					Fisher's exact p 值
	意圖前期 人數 (%)	意圖期 人數 (%)	準備期 人數 (%)	行動期 人數 (%)	維持期 人數 (%)	
<u>性別</u>						0.019
男	1 (0.9)	1 (0.9)	9 (8.0)	6 (5.3)	96 (84.9)	
女	0 (0.0)	3 (5.0)	11 (18.0)	0 (0.0)	47 (77.0)	

五、基本屬性與規律服藥階段之關係

研究對象之基本屬性與規律服藥階段的關係中，發現此行為階段分佈會因自覺健康狀況不同，而呈現統計上顯著差異 ($p < 0.05$)。

在規律服藥五個不同階段分佈，自覺健康狀況很不好與不好、普通、好與很好者，分別以處於維持期者佔最多（分別為 86.8%、70.3%、58.9%），且有逐漸漸減的現象。此現象發現，不論自覺健康狀況的程度如何，皆明顯傾向於維持期，而且除自覺健康狀況好與很好者之外，其餘二組處於維持期所佔的比例均在七成以上。不過，自覺健康狀況好與很好者，較其他二組，有較多比例於行動期。而自覺健康狀況普通者，相較於其他二組，則有較多比例於準備期。

表 4-20 基本屬性與規律服藥階段之關係 (N=146)

變項	規律服藥階段					Fisher's exact p 值
	意圖前期 人數 (%)	意圖期 人數 (%)	準備期 人數 (%)	行動期 人數 (%)	維持期 人數 (%)	
自覺健康狀況						0.014
很不好與不好	2 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (9.4)	46 (86.8)	
普通	1 (1.9)	1 (1.9)	8 (14.8)	6 (11.1)	38 (70.3)	
好與很好	3 (7.7)	1 (2.6)	5 (12.8)	7 (18.0)	23 (58.9)	

六、基本屬性與定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視階段之關係

研究對象之基本屬性與此健康促進行為階段的關係中，發現此行為階段分佈會因教育程度不同，而呈現統計上顯著差異 ($p < 0.05$)。

就此行為五個不同階段分佈中，在小學以下與小學(含)以上者，雖均以處於意圖前期的比例最多，但很明顯地，小學以下者佔 82.8% 則較小學(含)以上者佔 50.6% 為多。此外，小學(含)以上者，處於維持期的比例 21.8%，則較小學以下者處於維持期 8.0% 為多。

表 4-21 基本屬性與定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視階段之關係 (N=174)

變項	定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視階段					Fisher's exact p 值
	意圖前期 人數 (%)	意圖期 人數 (%)	準備期 人數 (%)	行動期 人數 (%)	維持期 人數 (%)	
教育程度						0.000
小學以下	72 (82.8)	0 (0.0)	7 (8.0)	1 (1.1)	7 (8.0)	
小學(含)以上	44 (50.6)	2 (2.3)	20 (23.0)	2 (2.3)	19 (21.8)	

七、基本屬性與身體異常時尋求健康指引或諮詢階段之關係

研究對象之基本屬性與此健康促進行為階段的關係中，發現此行為階段分佈會因慢性病罹患數及子女數不同，而呈現統計上顯著差異 ($p < 0.05$)。

就慢性病罹患數方面，在此行為五個不同階段分佈中，沒有疾病與有罹患一種疾病（含）以上者，皆以處於維持期所佔的比例最多，各為 41.7%、73.3%，尤以有罹患一種疾病（含）以上者，達七成以上。而沒有疾病者，在意圖前期與準備期所佔的比例（各為 25.0%、29.2%），則較罹患一種疾病（含）以上者（各為 6.0%、15.3%）為多。

至於，子女數方面，無子女及有一個子女（含）以上者，皆以處於維持期佔最多的比例，各為 71.6%、66.7%，且都超過六成以上。不過，有一個子女（含）以上者，在意圖前期的比例 12.9%，則較沒有子女者，處於意圖前期佔 3.7% 為多。

表 4-22 基本屬性與身體異常時尋求健康指引或諮詢階段之關係

(N=174)

變項	身體異常時尋求健康指引或諮詢階段					Fisher's exact p 值
	意圖前期 人數 (%)	意圖期 人數 (%)	準備期 人數 (%)	行動期 人數 (%)	維持期 人數 (%)	
<u>慢性病罹患數 (種)</u>						0.006
0	6 (25.0)	0 (0.0)	7 (29.2)	1 (4.1)	10 (41.7)	
1 (含) 以上	9 (6.0)	1 (0.7)	23 (15.3)	7 (4.7)	110 (73.3)	
<u>子女數 (個)</u>						0.019
0	3 (3.7)	0 (0.0)	13 (16.1)	7 (8.6)	58 (71.6)	
1 (含) 以上	12 (12.9)	1 (1.1)	17 (18.3)	1 (1.1)	62 (66.6)	

八、基本屬性與平常健康問題主動找健康專業人員討論階段之關係

研究對象之基本屬性與此健康促進行為階段的關係中，發現此行為階段分佈會因教育程度不同，而呈現統計上顯著差異 ($p < 0.05$)。

就此項行為階段分佈，在教育程度小學以下者，及小學(含)以上者，各以處於意圖前期佔最高的比例，分別為 96.6%、77.0%，不過也發現，在小學(含)以上者，處於維持期的比例 11.5%，則較小學以下者處於維持期佔 2.3% 為多。

表 4-23 基本屬性與平常健康問題主動找健康專業人員討論階段之關係

(N=174)

變項	平常健康問題主動找健康專業人員討論階段					Fisher's exact p 值
	意圖前期 人數(%)	意圖期 人數(%)	準備期 人數(%)	行動期 人數(%)	維持期 人數(%)	
教育程度						0.000
小學以下	84 (96.6)	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (2.3)	
小學(含)以上	67 (77.0)	0 (0.0)	9 (10.3)	1 (1.1)	10 (11.5)	

第五章 討論

本研究的目的是為探討安養機構老人健康促進行為，根據研究目的及研究結果，本章將分成下列二節加以說明：第一節安養機構老人健康促進行為之階段分佈，及第二節安養機構老人基本屬性與健康促進行為之關係。

第一節 安養機構老人健康促進行為之階段分佈

安養機構老人健康促進行為之階段分佈，共探討十三項健康促進行為，故以下逐一陳述這些行為的階段分佈。

一、安養機構老人戒菸的階段分佈

研究對象中將近有一半的老人，從未抽菸。而在有或曾經抽菸的老人中，則有三成多處於維持期，亦即已戒菸半年以上。不過，仍有多數老人處於意圖前期（45.5%），表示有近半數的老人，目前沒有打算要戒菸，且未來半年內也沒有要戒菸。Nigg 等學者（1999）的研究發現，65-74 歲與 75 歲以上者，各有七成以上處於維持期，意圖前期者僅各佔一成左右，以及另一調查中老年慢性病者的戒菸情形，也是有七成以上的人處於維持期，而意圖前期者也僅有一成多（Boyle, O'Connor, Pronk, & Tan, 1998）。此 2 篇國外的研究結果皆以維持期居多，而且，也比本研究對象所佔的比例較多，而意圖前期者則為本研究的老人所佔的比例較高。之間差異除研究背景不同外，在於本研究對象的觀點，如：「自己已老了，目前只剩這個嗜好，

不想戒了」、「曾經戒過多次，已戒不掉了」、「利用抽菸以解悶」、「習慣抽了」、「知道對健康不好，但戒不掉，現在一天僅固定抽個一、二支」，及「很想把菸戒掉，我所有的壞習慣都戒掉了，就剩下菸戒不了」等因素，以致較多老人處於意圖前期。杜（1996）針對某一機構榮民調查發現，有六成以上的老人抽菸，多數老人一天抽半包至一包，且有一半以上的老人抽了三十年以上。以上種種戒不掉及仍有抽菸的因素，可能是老人從年輕抽到老，足足抽了幾十年，早已成為習慣了。就算部分老人曾經有戒過，但在戒不掉後就放棄！此如學者所說，菸的成分有尼古丁，易有成癮上的問題，以致常發生戒菸者，在處於維持期之前，幾乎都會如螺旋模式般，來回循環多次。甚至，有些人就乾脆返回意圖前期，不再有戒菸之意圖，故要能完全把菸戒掉，則需要時間與技巧（Boyle et al., 1998；Prochaska et al., 1992）。如應用 Prochaska 等學者（1992）所提出，每一階段有適當的措施介入，可使階段往前進行，甚亦成功的把菸戒掉。

國外的調查發現戒菸者成功的主因，有九成的戒菸者在於感受到菸對健康的威脅，致使將抽菸的習慣全部戒掉。而本研究對象處於戒菸維持期的觀點，如：「抽菸對健康不好」、「醫師、兒女有勸戒多次」，及「抽菸的花費很重」等，使得菸戒了半年以上，這些戒菸原因相似於洪等人（1991）的調查結果。由此可知，老人可經由別人勸告，認知菸對身體的害處，及會加重經濟的負擔等因素而規律戒菸，且持續達半年以上。故如學者所指

出，若定期或常常灌輸老人菸對健康的威脅與嚴重性，令其權衡戒菸行為的利益與障礙等，較能堅持戒菸（黃，1990），進而把菸戒掉的成功機率就會提高。

二、安養機構老人壓力處理的階段分佈

安養機構老人壓力處理階段，將近八成（79.9%）的老人處於維持期，持續性地執行壓力處理達六個月以上。國外 Nigg 等人（1999）的調查結果，65-74 歲與 75 歲以上的老人減低壓力（reducing stress）階段，均以處於維持期者所佔的比例最多，分別為 62.7%、59.1%。但比本安養機構老人處於維持期的比例較少，可能是本研究的老人，年齡普遍偏高，如 75-84 歲者佔 44.2%，另有 85 歲以上者佔 25.3%，他們的生活歷練很豐富，加上居住機構已有一段時間，故在針對生活中壓力事件的處理方面，早就有一套自我生存之道。如在訪談過程中，多數處於維持期的老人就表示：「心情要放的開」、「盡量不要想」、「不要想那麼多，日子要快樂過」、「要惜福」、「專心念佛」、「藉由宗教幫忙」、「遇到事情不知該如何處理時，會讓自己冷靜想一想，選擇最好的方式」，及「不要管別人太多事情，處不來的就少與他們來往」等方式處理壓力，所以，生活中的壓力就可得以緩解。Clark（1998）提及老人採用壓力處理的方式，就有拒絕去想自己無法控制的事情、閱讀、保持忙碌、原諒他人、禱告、朋友或配偶分享、運動、保持心靜，及往正向的方向去思考等。雖兩者所提出的處理方式不同，卻也看出老人應用問

題導向處理、情緒調整，及外在資源等方式，以因應壓力，其最終是要能達到生活的穩定狀態。

雖然，就整體而言，本研究中的老人有持續性地執行壓力處理，以調適所面臨的處境。但如學者提及台灣老人面臨慢性疾病、世代間的溝通調適，及高科技社會所帶來環境改變的衝擊等，需花費能量與時間作因應（林，1995）。加上，老人所能應用的資源較有限，故應持續與特別關注老人的壓力調適問題，並將老人心理健康放在初級預防的工作，如此既符合 WHO 所提出 2001 年心理衛生政策，也能營造一個老人心理健康的社會（謝、劉、張，2003）。

三、安養機構老人運動的階段分佈

安養機構老人運動階段分佈方面，一半以上者處於維持期（58%），並且大多採取散步、快走、體操、香功與慢跑等。相較於蔡（2002）探討台北市長青學苑老人採取運動階段，結果上有些不同。其差異為蔡（2002）的調查結果，雖然也是以維持期居最多，卻僅有 37.1%，而準備期者的比例則以社區老人明顯較多。由此兩者的差異可看出，社區老人的運動階段分佈較機構老人，傾向於準備期，為目前有時有、有時沒有執行運動。而機構的老人傾向於維持期，可能與機構在每天早上有工作人員帶領香功、固定每週二、三次的爬山活動，而長青學苑學員則未必皆有參與體能活動的課程，致使機構老人在運動維持期的比例較高。

至於，有近 1/4 的研究對象處於意圖前期則認為：「自己已經老了，不需要作運動」、「怕跌倒」、「腳不太好」、「沒力氣」、「走不太動」、「腳痛」與「會喘」等，使得部分老人目前不想運動，未來的六個月內也沒有要去運動。針對此階段的老人，要給予運動介入的計劃，是很容易失敗，依 Burbank (2002) 建議應先給予意識覺醒，讓其了解運動的好處，解除心中怯於運動的防衛後，成功的機率才會高。除此階段應用意識覺醒外，其他階段如處於意圖期、準備期與行動期者，給予六週計劃後，則在參與計劃者原本處於意圖期者進展到活動期佔 62%，準備期到行動期佔 61% (Marcus et al., 1992)。可見，未來的運動計劃措施若配合該階段所適合的方法後，就能有效地促使老人開始動起來，及規律地執行運動，使之成為晚年生活的一部份。

四、安養機構老人三餐定時定量的階段分佈

研究對象在三餐定時定量階段，有七成多處於維持期，為規律執行此項行為，且已達半年以上。在訪談中瞭解，因時代背景的關係，這一代的老人認為需要吃飽才有體力做事，因此，三餐注意定時之外，也會注意要定量，這是他們認為很重要的事情，也是他們維持健康的方法之一。至於，此行為階段佔居第二位，為準備期，即老人目前並沒有規律地執行此項行為，原因為「早上睡過頭，來不及用餐，就算了」、「有時菜很難吃，就隨便吃一下，有時好吃就吃完」、「飯、菜是自己煮，有時吃不下，就會晚一

點吃，沒有固定的時間」，及在本研究所收案的機構中，有一家機構規定住民需三餐吃素，故有些老人敘述「在這裏吃素很不習慣，有時吃多，有時吃少，有時只吃一、二口」等等，使得有的老人是沒有定時，有的則是沒有定量。不過，整體而言，老人是傾向於三餐會定時定量，以維持健康。而少數沒有定時定量者，機構照護人員需多給予飲食上的溝通、協助與指導。

五、安養機構老人避免吃含鹽份高食物的階段分佈

在此行為階段，多數的研究對象處於維持期，會避免吃含鹽份高的食物，且能持續半年以上。在洪等人（1991）之研究發現，老人不吃高鹽食品，佔 67.2%，也顯示多數老人會注意高鹽分食品。在這些規律執行半年以上的老人表示：「年紀大了，有注意不要吃太鹹」、「醫護人員、家人有勸告我少吃罐頭與醃製食物等」，以及「平常就沒有習慣多吃這類食品等」。以上多數老人處於維持期。另意圖前期次之，為目前沒有，且未來半年內也沒有打算要避免此類食物，其原因多為：「已經習慣配罐頭或者加醬油吃」、「這裡的菜煮的很淡、菜色又差，所以會拿罐頭來配！」。另外，針對此項行為佔居第三，將近有二成的比例於準備期，亦即他們目前沒有規律地避免此類食物，其原因為，「覺得這些食物對身體不好，但為了吃得下飯，就不管那麼多了」。以上導致老人處於意圖前期與準備期的原因，可能是機構為了老人的健康著想，要注意老人的營養，又要注意菜色調配，故無法儘

如老人之意；或是為老人缺乏此方面的健康知識，不知道應該要避免；另一可能因素為老人的味覺功能退化，會認為沒味道等抱怨。如此諸多因素可藉由機構管理者與住民開會時提出，定期給予相關飲食方面的觀念，互相達成共識，才不致影響老人身體健康。

六、安養機構老人避免多吃含高膽固醇食物的階段分佈

就此健康促進行為階段，大多數老人（64.4%）已規律執行半年以上，而意圖前期則有 13.2%，表示目前沒有，且未來半年內也沒有要避免此類食物。此結果相似於 Nigg 等人（1999）的調查，65-74 歲與 75 歲以上者避免油脂（avoiding fat）階段，各以處於維持期佔最多，分別為 71.0%、72.7%，而意圖前期者則各居 13.4% 與 12.0%。此兩者研究結果皆以維持期佔最多比例，都有六、七成的比例，而意圖前期比例則有一成左右。綜合維持期者的觀念，有「醫師勸告要避免」，及「老了知道要吃少一點」等原因，故避免多吃此類食物，且已規則地執行半年以上。在洪等人（1991）之研究發現，也呈現多數老人不吃高膽固醇食品（73.0%）。

至於，另有一成左右處於意圖前期，他們的想法為「本身很喜歡吃這類食物，已習慣吃了很難改，尤以有肥肉的」、「吃得下比較重要」、「會到外面買這類食物解饞」，及「老了！不在乎這些了」等等。以上沒有規律執行的原因，可能為老人不知道應該要注意，或有些人知道但並不擔心此方面的問題，將會帶給身體上的影響等，甚也可能是多年的飲食習慣，不想去

改變，或曾經改變但很難改掉等因素，致使目前沒有規律地避免高膽固醇食物。食物要吃得正確，才有助益於健康，多數老人有身體功能退化與慢性疾病問題，更應協助他們有此方面的警覺與堅持。

七、安養機構老人每天至少吃三份蔬菜的階段分佈

研究對象在此項行為階段，各有三成多比例分別處於意圖前期和維持期，以及也將近有三成老人處於準備期。如此分歧的結果，其原因在於觀念及習慣之不同，例如處於意圖前期者認為：「根本吃不了那麼多」、「原本就沒有吃蔬菜的習慣」，及「牙齒不好，咬不動！」；處於維持期者則表示：「這裏給的菜我都吃完，要惜福」、「不挑食盡量吃完、吃青菜多一點，排便較順」；而處於準備期者則認為：「喜歡吃就吃完，不喜歡吃就吃的少」等等。雖然，各自所抱持的觀點不同，所持的行為也不一，但綜合以上，多數老人是不清楚為什麼需要每天至少吃三份蔬菜。雖然機構所給予的蔬菜量，是大部分符合也足夠老人營養所需，但老人常抱怨飲食不好，煮的太清淡等，常只挑自己所喜歡的食物吃。若老人是自己烹調的話，常只是吃個飽而已，更不會特別注意飲食要均衡。

Pullen 和 Walker (2002) 針對鄉村中老年婦女之調查，在一天中蔬菜量平均每人攝取 2.63 份，不符合飲食所建議之標準。另洪等人 (1991) 之研究發現，老人蔬菜攝取一份以下、一至二份與二至三份，依序分別為 25.8%、35.2%、29.1%，但攝取三份以上者，僅為 9.9%，此也看出蔬菜的攝取實不

符合營養所需求的份數。故綜合以上結果發現，老人蔬菜的攝取普遍不足，且少有蔬菜攝取足量以促進健康的觀點，這些是未來需加強衛教的部分。

八、安養機構老人每天至少吃兩份水果的階段分佈

研究對象在每天至少吃兩份水果階段，各有三成多的老人處於意圖前期與準備期。老人處於意圖前期者的原因為，「根本吃不了那麼多」、「牙齒不好，能吃的水果不多」、「原本就沒有吃水果的習慣」。而處於準備期的多數老人則認為，「機構有給、家人或自己有買就吃那麼多，沒有的話就沒吃了」。從這些對象的觀點中發現，沒有老人是基於瞭解一天至少需要吃兩份水果後而去執行此項行為。

洪等人（1991）之研究發現老人水果攝取一份以下、一至二份、二份以上者，分別為 76.7%、19.0%、4.3%，明顯傾向於攝取二份水果以下，尤以攝取一份水果者佔居最多。如此攝取的現象與營養需求上差異性很大。但在 Pullen 和 Walker（2002）鄉村中老年婦女攝取蔬果行為的調查，其中水果平均每人一天攝取 2.0 份，就剛好符合飲食所建議之標準。另蔬果行為處於維持期者佔 53.1%，仍有一半的中老人規律攝取蔬果，達半年以上。相對於本研究對象，每天至少吃三份蔬菜行為，處於維持期者僅有 32.2%，而每天至少吃兩份水果行為，處於維持期者也僅有 18.4%。雖然，國外的研究是針對中老年，並非全是老人的行為。但 Yen（1992）指出，為了鼓勵老人能均衡攝取蔬果，利於健康，故賣場利用購物袋、食物標籤等上面廣做宣導，

一天需攝取五份蔬果的廣告，以增加老人此方面的概念，而國內在此方面的意識覺醒與努力仍不夠。

九、安養機構老人足夠睡眠的階段分佈

老人足夠睡眠階段處於維持期者(82.2%)，他們表示晚上睡的不錯，若晚上睡的不好，白天再休息一下，就可以解決睡眠問題。另有些老人表示，他們藉由長期吃安眠藥或自己調整安眠藥的份量、念佛及聽音樂助眠。如Clark(1998)的研究結果，老人有獲得足夠睡眠，因為半數的老人會利用白天休息一個半至二小時，或有時白天想睡時也會休息一下。鄭(1998)的調查發現，機構老人睡眠狀況中，多數人(66.9%)表示有睡的好，少部分則睡不安穩(19.4%)或是不易入睡(13.7%)。並且多數老人表示不需服藥助眠(81.9%)，但仍有少部分經常(8.9%)與偶而(9.2%)需服藥以幫助睡眠，增進睡眠品質。綜合以上資料發現，多數老人有獲得足夠睡眠，若有睡眠問題時，多數會利用白天的適當休息，或尋求醫師的幫助。不過Hoch(1986)認為，老人睡眠問題頗為常見，並且不能等閒視之的僅用藥物以解決問題。倘若經由整體性的評估後，並給予護理措施，仍有可能可以改善睡眠問題，甚至減少或不需服用任何助眠藥物。

十、安養機構老人規律服藥的階段分佈

老人因身體功能老化，罹患慢性病的機率高，故目前有服用藥物者佔研

究對象的 84%，其中有七成以上的老人，有規律且按時服用醫師所開的藥物，長達半年以上。此結果相似於彭和鄭（2001），探討中風高血壓病人遵守醫囑服藥行為之階段，多數處於維持期（74.4%），也是有七成以上的人，規律服藥半年以上。另黃（1993）針對社區老人研究，多數老人（67.5%）有按時服藥以維持健康。

顯然，當老人有疾病或身體不適時會規律服用醫師所開的藥物，但也發現有不少的比例處於其他階段，而他們的觀念則令人擔憂。如意圖前期者認為：「病久了大概都知道怎麼吃，唉！藥吃多了不好，就會自己調整醫師所開的藥」、「有些藥物有效，醫師又不開，只好去外面買」等，使得老人目前沒有，且未來半年內也不會規則服用醫師所開的藥。另意圖期者表示：「之前吃了效果不佳、病症沒改善，就懶得吃，現在的症狀是差不多，可是家人一直問，故打算要來吃藥」，以及準備期者：「吃藥吃得很煩，慢性病又不會好」、「也不會很快就死掉，記得吃就吃，若忘了吃也就算了，所以一個月的藥可以吃很久」、「醫師所開的藥物沒效」，及「吃藥後感覺不舒服，變得很沒有胃口，又要長期吃，所以，沒有很按照時間吃」等。由上述資料可發現，這些老人會自行調整、自行購買藥物，及對藥物作用與副作用不清楚等現象，致使老人有不遵從藥物行為。學者就提出，加強服藥之健康信念，可改善老人不遵從服藥的問題（李，1997）。故醫護人員面對有不遵從服藥行為時，先不要一味責怪他們，應先評估及瞭解其想法後，

給予正確服藥觀念，以改善老人不遵從服藥的行為問題。

十一、安養機構老人定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視的階段分佈

此項健康促進行為的階段分佈，因老人多認為「自己不識字」、「不習慣看這方面的訊息」、「年紀老了，這方面的了解並不重要、也不需要」、「健康要注意的事情大多都知道」，及認為「健康都是在談要注意什麼跟什麼，唉！年紀老了，根本做不了什麼事，也做不到」等等，導致大多數老人處於意圖前期，為目前沒有執行，且未來的半年內也不會去做。這些不重視之因，可能是不識字者，原本就沒有閱讀習慣，若平時有聽收音機者，也沒有固定接收健康訊息，僅是有聽到時才會注意。另一不重視此行為的因素，在於老人對自己健康的參與不夠及不積極，故不會特別去注重等，這些因素使得沒有要採取此項行為之意圖。

針對此行為相似的研究，王和許（1997）在探討社區老人之健康促進行為，其自我照顧的項目，包含閱讀有關增進健康的文章與書籍、定期測量血壓，及自我檢查癌症警訊等事宜，結果此自我照顧項目為健康促進行為的五大項目中，得分最低，顯示需加強此方面的健康指導，以增進老人能自我照顧。

至於，各有一成多的老人，處於準備期與維持期，他們多半在佛書、健康雜誌，及每天報紙的醫藥版等處，充實自己健康照護的知識。針對這些

常會閱讀的雜誌書籍，可定期地放置閱覽室，提供他們自行閱覽，甚至能放大字體，更受惠視力不佳的老人。若如以上沒有閱讀之意圖者，可藉由辦活動時宣導健康觀念，以增進健康知識，並且健康專業人員需適時地將健康的責任釋權，激勵住民主動參與其健康照顧，以促使老人能負起照顧自己健康的責任，如此才有健康促進之意義存在。

十二、安養機構老人身體異常時尋求健康指引或諮詢的階段分佈

身體異常時尋求健康指引或諮詢階段，將近有七成的老人處於維持期，他們表示會找醫師、護士想辦法，並且維持了六個月以上。王和許（1997）的研究發現，在照顧系統利用的項目，包含有尋求合格醫師診查、當醫師所建議的治療不清楚時，詢問與請教醫師，及看病時會告知身體異常現象等，此項目的得分指標為其他健康促進項目的得分最高。由此可瞭解，老人身體有不適症狀時，或有需求時較會主動尋求健康專業人員。

至於，研究對象在此項行為居其次者，為準備期，即沒有規律執行此項行為。因他們認為：「小毛病會忍一忍，真的很不舒服才有去問他們」、「看醫師太麻煩了，反正，都是老毛病了，有時就自己拿藥吃一吃就好了」，及「有時拿以前醫師開的藥，有時則是別人吃過，覺得效果不錯就拿給我，有時就去看醫生」等方式，以處理自己身體不適時的現象。儘管，本研究多數傾向於會規律尋找專業人員的協助，不過，仍有少數人會認為看醫師麻煩，及自行處理等，如李（1999）也指出，老人不舒適時，並非都會先

尋求健康專業人員的協助，有的常先求助於親朋好友的建議，或自行服用他人建議的藥物，以解決身體問題，這對健康沒有什麼幫助，甚至會造成延誤就醫。故需強調並告知他們，未尋求正規管道，會導致的嚴重性後果，令其權衡，使其能在身體異常時尋求專業人員的幫助與指導。

十三、安養機構老人平常健康問題主動找健康專業人員討論的階段分佈

此項健康促進行為的階段分佈，有八成多的老人處於意圖前期，因為他們覺得「沒有這方面的習慣」、「不會主動找健康專業人員討論，因為身體不舒服時再問就好了」、「健康方面大多都知道了」、「他們給的只是課本上的死知識，沒什麼幫助」，及「平常自己會注意身體變化、保養」等，故平常有健康問題不會主動找專業人員討論，且未來六個月內也沒有要找他們討論。

以上呈現老人平常健康問題主動諮詢專業者的意圖不夠。可能是在整個醫病關係的互動上，仍是以有病看醫生的觀念甚重，平常沒有疾病時就沒有習慣找他們，或曾經找過專業人員，但沒有正向回饋，以致於較不會主動去找他們討論，也對專業人員較沒有信心。誠如本研究的老人說，雖然知道機構內有醫生駐診，但有問題也不會想找他們，因為以前曾問過他們，但感覺不好。這些承襲以久的習慣與觀念，是無法快速建立信心與改變觀念，可藉由專業人員先主動出擊，建立兩者的信任關係與正向互動後，或許老人的觀念或習慣會逐漸更改，醫病關係就能有所改善。除此外，強調

自我健康責任的重要，讓這些老人對自己的健康負責，有助於身體健康。

第二節 安養機構老人基本屬性與健康促進行為之關係

安養機構老人基本屬性與健康促進行為之關係，以下依統計上有顯著差異者，逐一討論：

一、基本屬性與戒菸階段之關係

戒菸階段分佈會因子女數及進住時間不同，而呈現統計上顯著差異。在子女數方面，無子女者處於意圖前期的比例最多，亦即目前沒有要戒菸，且未來半年內也沒有打算要把菸戒掉，相對於有一個子女（含）以上者，則以維持期的比例居多，為已戒菸有半年以上。可能在訪談過程中，老人提到子女常會勸告他不要抽菸，及抽菸對身體不好要戒掉等，故為了健康著想就把菸戒掉了，使得有一個子女（含）以上者較無子女者，處於維持期的比例較多。

戒菸階段分佈亦會因進住時間不同，而呈現統計上顯著差異。在戒菸階段分佈中，進住時間三年內者，處於維持期比例最多，為已戒菸且達半年以上，而居住時間三年（含）以上者，則傾向於意圖前期，即目前沒有要戒菸，且未來半年內也沒有打算要把菸戒掉。可能是本研究所收案的對象，居多為公立機構的老人，其居住時間普遍較久，且他們多數為單身，沒有子女。機構中的生活，就如他們所陳述，如「住久了，反正，也沒什麼事

情做，常常吃飽飯後或睡覺起來，就會三五好友聚在涼亭、樹蔭下、公園與飯廳聊天、抽菸等，及有些老人會至康樂室打撞球、玩衛生麻將等，大家聚在一起，只要有人抽煙，多半會一起抽」，及「居住一段時間後，若與他人相處不佳，或沒有與其他住民一起休閒的話，會自己獨坐或躺在躺椅上，無聊的話也會拿菸起來抽。」因此，較沒有戒菸之意圖。

以上現象，相較於杜（1996）調查某榮民之家的老人，也是居住機構已有一段長的時間，他們沒有要好的朋友，僅有一、二位能談得來，居多沒有子女，而有抽菸者就高居六成。故綜合以上結果，抽菸是否與生活的環境、家人或朋友的互動與支持，及居住機構時間久仍一直沒有生活重心等因素有關係呢？有待未來進一步深入探討。

二、基本屬性與運動階段之關係

運動階段分佈會因目前自覺健康狀況不同，而呈現統計上顯著差異。自覺健康狀況很不好與不好者，明顯偏向於目前不想運動，且未來半年內也沒有打算要採取運動。但自覺健康狀況普通、好與很好者，則傾向於維持期，即已規律執行運動，且長達半年以上。在針對學童母親運動行為階段之研究中，自覺健康狀況不好者，沒有人處於運動行動期與維持期，主要是以意圖期居多（呂、郭、王、林、李，2003）。雖然，兩者的研究對象不同，不過也由此現象得知，若目前自覺健康狀況不好者，較沒有要執行運動之意圖，及會花費一段長的時間在考量要不要採取運動。就如蔡（2002）

的研究指出，老人自覺健康狀況非常不好與不好者，知覺運動障礙高於其他自覺健康狀況普通、好與很好者，故較沒有要去運動。

因本研究對象在健康狀況上，是採用老人自覺目前健康狀況，因有些老人常會自認為年紀大了、體力變差了、有生病要多休息與靜養，及運動太劇烈了不適合老人等觀念，就拒絕一切活動。殊不知適當的體能活動，能維持生理機能，增加體力，進而促進健康，及更能享有更高品質的生活(朱、黃，2003)。所以，老人自覺健康狀況影響執行運動意願，而運動也會影響自覺健康狀況，兩者互有影響。

三、基本屬性與每天至少吃兩份水果階段之關係

此項行為階段分佈會因目前經濟狀況及年齡不同，而呈現統計上顯著差異。老人目前經濟狀況不足夠者，處於意圖前期的比例為多，亦即目前沒有，且未來半年內也沒有打算要採取此項行為，而目前經濟狀況足夠者，則以準備期所佔的比例居多，即沒有規則執行此項行為。就像 Yen (1992) 所指出，老人購買水果時會考量自己的經濟是否足夠，及食用的便利性，如此考量結果之下，所攝取的份數就不足夠。如多數研究對象所說「每個月只領幾千塊，要看病又有抽菸的話，根本就不夠，只好省下買水果的錢，反正，沒吃也不會怎麼樣」、「三餐吃飽比較重要，吃水果是多的」，致使沒有重視水果的攝取，及每天至少吃兩份水果。而經濟狀況足夠者，即較有經濟能力購買者，相較於經濟狀況不足夠者，則較能每天至少吃兩份水果，

且長達半年以上。

至於年齡方面，不論老人是屬於那一年齡層，約有 1/3 處於準備期，為沒有規律執行此項行為。但在 85 歲以上者，處於維持期佔 1/4，則較 65-84 歲者高，此可能是年齡的增長，逐漸地瞭解此行為的重要，也或許是因注重此行為之後，活得較長壽。不過，整體而言，在此項行為，多數老人仍傾向於準備期與意圖前期。可能因素為不知道採取此項行為，能促進健康，及或許知道要執行此項行為，但因牙齒不好，亦個人習慣難改，如學者所提出，營養攝取是老人多年的飲食習慣，要他們快速改變是顯得有些困難（Huang, Chen, Yu, Chen, & Lin, 2002）等。這些因素致使沒有與無法規律執行此項行為。因此，根本之道在於先讓老人知道水果的攝取量，對其促進健康有什麼樣的影響力，而有此方面的自覺後，再依個別情況給予適合的計劃，並以循序漸進地方式引導，如此較能克服承襲以久的飲食習慣。

四、基本屬性與足夠睡眠階段之關係

足夠睡眠階段分佈會因性別不同，而呈現統計上顯著差異。就足夠睡眠的階段分佈，雖男性、女性老人，各有七、八成比例於維持期。不過，女性老人在準備期，亦即沒有規則地執行此行為的比例，則較男性老人為多。鄭（1998）調查機構老人睡眠狀況中，六成以上老人表示睡的好，及有八成以上老人不需服藥助眠，並且只有少部分經常（8.9%）與偶而（9.2%）需靠服藥助眠等，其中並未特別提出男女間，其睡眠狀況上是否有不同。

但在王和許（1997）的研究結果顯示，男、女性老人在睡眠型態，如每晚約有 5.5-8.5 小時的睡眠、睡前能放輕鬆、易入睡、能睡得很熟與睡醒時全身舒暢等項目的得分有顯著差異，男性的得分顯著高於女性，以及另 Floyd（2002）指出，雖然晚上睡眠的時間，男、女之間沒有差異，但睡眠效率結果上以女性老人較高，而男性老人則花費較多躺在床上的時間，另外睡眠週期結果上性別之間也有些不同。故由以上結果發現，睡眠型態上性別之間有些不同，但究其差異的原因，則需進一步的探討與研究。不過，以此研究結果，此兩者仍是傾向於去獲得足夠的睡眠。

五、基本屬性與規律服藥階段之關係

規律服藥階段分佈會因自覺健康狀況不同而有不同，自覺健康狀況好與很好者，與其他自覺健康狀況普通、很不好與不好者，均有最多比例於維持期，意即有規律服藥且長達半年以上，但因自覺健康狀況好與很好者，處於維持期僅佔五成多的比例，相較於其他二組則明顯較少。另外，自覺健康狀況好與很好者，雖以維持期居多，卻較其他二組，有較多比例於行動期，即有規律服藥，但未達半年。而自覺健康狀況普通者，相較於其他二組，則有較多比例於準備期，為有時有，有時沒有規則用藥。

以上現象可能為，此自覺健康狀況是由老人主觀性判斷的結果，故當他們感受到自己健康狀況好與很好、普通、很不好與不好時，均以維持期所佔比例最多，即有規律服藥以改善身體健康。而自覺健康狀況好與很好

及普通者，雖與自覺健康狀況很不好與不好者，傾向於維持期，但卻有較多比例於準備期與行動期，這些現象或許是因自覺健康狀況好與很好及普通時，則較沒有要規則執行，及規則執行地達半年以上。

六、基本屬性與定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視階段之關係

此行為階段分佈會因教育程度不同，而呈現統計上顯著差異。就此行為的階段分佈中，教育程度小學以下與小學（含）以上者，均傾向於意圖前期，為目前沒有，且半年內也沒有要執行此項行為。反之，維持期，為有規則地吸收關於健康方面的訊息達半年以上者，其所佔的比例則較少。研究對象中，有一半的人教育程度在小學以下，這群老人因早年時期沒有機會與能力接受正式教育，也就較沒有閱讀的能力與習慣，而有接受教育者，則有較多機會接觸健康資訊，及有能力去閱讀，進而有定期接收訊息的習慣。目前，政府對健康促進觀念與政策積極的推行，因此媒體傳播者與醫護相關人員更應有責任，加強及協助未接受正式教育者健康上的需要。

七、基本屬性與身體異常時尋求健康指引或諮詢階段之關係

此行為階段分佈會因慢性病罹患數及子女數不同，而呈現統計上顯著差異。老人有罹患一種疾病（含）以上者，較沒有罹患慢性病者，有較多的比例於維持期，亦即身體有異常時，會尋求健康指引或諮詢，且已達半年

以上。如訪談中老人認為：「自己有病，更應該要好好照顧自己，不要增加家人的負擔，故身體不舒服時，會尋求幫助」，及「老了，就有慢性病的問題，自己要多注意，有問題時要找醫師處理，好好地控制，不要讓身體越來越糟」。反之，老人沒有疾病，則處於意圖前期與準備期的比例居多，為較傾向於目前沒有，且未來半年內也沒有要採取，以及沒有規則地執行此項行為。

在子女數方面，老人沒有或有一個子女（含）以上者，均以維持期所佔比例最多，而其中以無子女者居較高比例。並且，有一個子女（含）以上者較無子女者，較多比例於意圖前期，為目前沒有，且未來半年內也沒有打算要去執行此項行為。以上可能因機構收案的條件規定，需生活能自理者，才能居住安養機構，尤以發生在無子女者，擔心疾病加重而引發生活上種種不方便，甚也可能遷移目前所居住的地方，故會特別注重自己健康問題。可能因這些種種因素，使得身體異常時，較會尋求健康指引或諮詢，且已有半年以上。另外，部分有子女者陳述，如「身體不舒服時，會先告訴家人，但也要等他們放假來看我時，再帶我去看醫生。反正，他們較清楚我的健康狀況，我自己又不太懂」，以及「家人都很忙，機構內有時候沒有醫師、護士，我又不想自己去看醫生，所以就先忍一忍，要等到子女有空時，再一起去看醫師」，使得在身體異常時，沒有立即找專業人員諮詢之意圖。

八、基本屬性與平常健康問題主動找健康專業人員討論階段之關係

此行為階段分佈會因教育程度不同，而呈現統計上顯著差異。就此項行為階段分佈，小學（含）以上者，有一成左右的人處於維持期，即平常有健康問題會主動找專業人員討論，且已有半年以上。在黃等學者（2002）針對社區老人，給予健康講座時，發現教育程度較高的老人，較會踴躍發言並且參與討論。雖然，與此研究的問題不甚一樣，卻也可看出教育程度較好者，相較於教育程度低者，較有主動與專業人員討論的行動。而教育程度在小學以下者，卻有九成以上的比例處於意圖前期，偏向於沒有要採取此項行為之意圖。

健康是老人最關切的問題，平常有健康問題時應會主動找健康專業人員討論，但小學程度以下者，相較有小學（含）以上程度者，則較少處於此項行為。可能為平常較少向健康專業人員，主動表達自己需求的習慣，及所接受的觀念為有生病才需就醫等，致使沒有這方面的行動。學者就指出，針對這些未接受正式教育者，他們渴求獲得健康知能時，專業人員更要義不容辭地給予協助，並發展出適合他們的衛教策略，進而協助他們達到較高生活品質（高、蕭、蔡、邱，2000）。

第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究主要是應用跨理論模式於安養機構老人健康促進行為之探討，研究發現歸納如下：

安養機構老人十三項健康促進行為之階段分佈，其中有五項行為以意圖前期所佔的比例為最多。包括有戒菸、每天至少吃三份蔬菜、每天至少吃兩份水果、定期閱讀或看有關健康的報導雜誌、書籍或電視，及平常健康問題主動找健康專業人員討論等。另八項行為則以處於維持期所佔的比例最多，包括有壓力處理、運動、三餐定時定量、避免吃含鹽分高食物、避免多吃含高膽固醇食物、足夠睡眠、規律服藥，及身體異常時尋求健康指引或諮詢等。可見，此十三項健康促進行為的執行上，居最多比例不是處於意圖前期，就是維持期。也就是說，老人目前有執行的行為，多半已融入其生活習慣，故可維持半年以上。但若目前未執行者，未來的半年內並沒有要去執行之意圖。

本研究發現老人十三項健康促進行為中，有八項之階段分佈，會因部分基本屬性組別的不同，而有顯著差異，包括：

- 一、戒菸階段分佈會因子女數不同及進住時間不同，而有顯著差異。
- 二、運動階段分佈會因自覺健康狀況不同，而有顯著差異。

- 三、每天至少吃兩份水果階段分佈會因經濟狀況不同及年齡不同，而有顯著差異。
- 四、足夠睡眠階段分佈會因性別不同，而有顯著差異。
- 五、規律服藥階段分佈會因自覺健康狀況不同，而有顯著差異。
- 六、定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視階段分佈會因教育程度不同，而有顯著差異。
- 七、身體異常時尋求健康指引或諮詢階段分佈會因慢性病罹患數及子女數不同，而有顯著差異
- 八、平常健康問題主動找健康專業人員討論階段會因教育程度不同，而有顯著差異。

第二節 研究限制

本研究限於人力、物力及時間的因素，因而無法採用隨機取樣。雖以台中縣市公、私立已立案之安養機構老人為研究對象，但樣本代表性仍是受限，故研究結果不足以推論到其他地區的安養機構老人。

其次，本研究為橫斷性研究，僅能就訪談期間，探討老人所從事多項健康促進行為的階段分佈。至於，所從事各項行為的開始、中斷，及返回前一階段等問題，則無法詳盡說明。

再者，本研究應用跨理論模式的行為改變階段，探討老人執行多項健康

促進行為之階段分佈。至於，此理論模式另有關於行為的自我效能、決策性權衡等概念則未加以探討，故無法論述此理論架構的應用性。另外，在每一個行為都涉及五個行為改變階段，因本研究結果，行為多傾向於維持期、意圖前期及準備期，其他如意圖期、行動期則僅有少數比例，這些現象可能是老人真正行為階段的分佈，亦可能為取樣地區的因素所導致，故建議未來可擴大研究對象，更可以確切瞭解老人執行行為的實際狀況。

第三節 應用與建議

根據研究之結果與發現，提出下列之應用與建議：

一、臨床實務方面

本研究結果呈現安養機構老人十三項健康促進行為之階段分佈，可增進醫療專業人員與相關機構工作人員，對安養機構老人健康促進行為的了解，也提供日後照護與衛生教育活動的參考。例如戒菸、蔬果攝取及平常健康問題主動找健康專業人員討論等，居多比例處於意圖前期，此時可針對這些行為給予健康觀念，以增加意識覺醒。而有些行為，多數比例處於準備期，則需加強繼續維持該項行為的策略等，以促進行為能成功的改變。

本研究所使用之安養機構老人健康促進行為量表，能評估出老人採取健康促進行為之階段分佈，包含有意圖前期、意圖期、準備期、行動期及維持期等，並且有良好的信、效度，及易於施行。因此，可提供安養機構之

健康專業人員當作初步評量行為的工具。而在措施上，可參考此理論模式所提出針對每一階段有適當的措施，如此能適切給予行為的需要，也能促進行為的改變與維持，進而達到健康生活型態的改變，也就是演變成生活的一部分。如此，不僅評估出行為的階段，且能針對該階段給予措施，具體地協助他們執行健康促進行為。

健康促進觀念已逐漸受到大家的重視，因老人的異質性高，加上生活習慣跟隨他們多年，故要協助生活的改變，著實需要有些技巧。因此，專業人員的在職教育內容，除了相關於老人的護理之外，衛生教育的設計與技巧，特別要加強。若專業人員具備此方面的能力，就能引導老人的學習與接受新知識、新觀念，及能持續地執行行為，因此，較能將健康的生活方式融入生活中。

二、護理研究方面

目前國內針對安養機構老人健康促進行為的研究，已日趨增加，但應用跨理論模式的行為改變階段，探討安養機構老人執行健康促進行為的研究並不多見。因本研究所使用安養機構老人健康促進行為量表，有良好信、效度，故可供日後從事安養機構老人健康促進行為相關研究之參考，以及應用此量表探討社區健康老人執行多項健康促進行為的階段分佈。

本研究所應用跨理論模式的行為改變階段，可測出老人目前執行行為的階段分佈。建議未來研究可包含跨理論模式的其他知覺行為障礙、知覺行

為利益，及自我效能等概念，以驗證此理論架構。或者針對單一行為的縱貫性研究調查，更能清楚地瞭解執行行為的影響因素。

本研究發現，戒菸行為階段分佈會因子女數與進住時間不同而有不同，未來可針對機構老人抽菸與家人支持、社會支持的相關性探討。另外，安養機構有公立與私立之分，其環境設施、專業人員配置，及老人生活背景等有些差異。如公立機構老人多為單身、無子女，或扶養義務之親屬無扶養能力而居住。另私立機構者，則多數有子女，經濟狀況較足夠，居住原因多為不願麻煩子女、家中無人可照顧及養老等。未來的研究可比較此兩組，於執行健康促進行為上是否有差異。

參考文獻

- 內政部社會司老人福利 (2003, 9月29日) 老人人口相關統計 台灣衛生網路 摘自 http://volnet.moi.gov.tw/sowf/04/07_1.1.xls
- 內政部統計處 (1999) 民國八十八年臺閩地區老人福利機構需求概況調查報告 台北：作者。
- 內政部統計處 (2000) 中華民國八十九年老人狀況調查報告 台北：作者。
- 王秀紅 (2000) 老年人的健康促進 - 護理的涵義 護理雜誌, 47(1), 19-25。
- 王世俊 (1996) 老年人的休息及睡眠問題 於王世俊、林麗蟬、蔡娟秀等合著, 老年護理學 (pp. 219-237) 台北：匯華。
- 王瑞霞、許秀月 (1997) 社區老年人健康促進行為及其相關因素的探討 - 以高雄市三民區老人為例 護理研究, 5(4), 321-330。
- 主計處、內政部 (1994) 中華民國台灣地區老人狀況調查報告 台北：作者。
- 朱碧梧、黃奕清 (2003) 社區老人運動養生策略 護理雜誌, 50(3), 37-42。
- 行政院衛生署 (2003, 1月10日) 我國國民醫療保健支出統計 台灣衛生網路 摘自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/公佈欄資料檔/89NHE.doc>

行政院衛生署（2002）中華民國九十一年版公共衛生年報 台北：作者。

江東亮、余玉眉（1994）健康促進：國民健康的新方向 中華衛誌，13(5)，381-387。

吳富祥、陳阿員、曾秀錦、洪明善、黃恂、楊雪麗（1977）台北市龍山區老人健康需要調查報告 公共衛生 4(2)，173-184。

李世代（1999）老人健康照顧與人權觀 社區發展季刊，68，149-155。

李世代（2001）健康保健對老人健康之意義與影響 台灣老年醫學會會訊，43，6-15。

李怡娟（2000）健康促進在護理專業中的應用 護理雜誌，47(1)，5-13。

李復華（1997）老年人不遵從服用藥物原因之探討 護理雜誌，44(4)，69-74。

李蘭（1999）健康促進取向之研究構想 國家衛生研究院簡訊，4(4)，21-26。

吳淑瓊、張明正（1997）老人的健康照護現況分析 台北：國立台灣大學公共衛生研究所暨衛生政策中心 & 台灣省家庭計畫研究所。

杜明勳（1996）南部某榮民安養之家住家榮民健康狀況調查 中華衛誌，15(1)，97-107。

余玉眉（1993）老人健康促進與預防保健服務之策略與措施 社區發

展季刊，64，66-70。

宋惠娟(2000) 長期照護服務之型態 於田玫等合著，長期照護 (pp. 17-43) 台中：華格納。

林旭龍、呂昌明(2001) 應用改變模式於運動行為之研究 - 以大學女生為例 衛生教育學報，16，18-34。

林佳慧、丘周萍(2002) 運動之概念分析 護理雜誌，49(6)，83-88。

金桐、蔣艾琳、陳明純、廖玉琢、柯美伶、邱淑萍、楊雅雪(1998) 公設民營老人公寓居民居住現況之探討 - 以台南市長青公寓與高雄縣崧鶴樓為例 社區發展季刊，83，227-243。

金惠民(1999) 老年人的長期營養照顧 長期照護，3(1)，17-19。

卓俊辰(1998) 國立空中大學用書：運動與健康 台北：國立空中大學。

施清發、陳武宗、范麗娟(2000) 高雄市老人休閒體驗與休閒參與程度之研究 社區發展季刊，92，346-358。

洪百薰、林豐雄、洪美玟、黃明珠、吳聖良(1991) 社區老人健康狀況需求評估 公共衛生，18(3)，212-236。

胡月娟(1993) 社區民眾健康意識與健康行為初探 護理研究，1(4)，309-315。

財團法人國家衛生研究院(2000) 論壇健康促進與疾病委員會文獻回

顧研析計畫 - 吸菸之流行病學研究，台北：作者。

高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏、邱珮怡（2000）老年人的健康促進生活型態與衛生教育 護理雜誌，47(1)，13-18。

黃雅文、姜逸群（1991）健康促進論 - 健康行為的探討 中華衛誌，18，2-15。

黃雅文、藍忠孚、劉貴雲、姜逸群、方進隆（1991）中老年人健康行為之探討 公共衛生，18(2)，133-146。

黃璉華（1993）鄉村社區老人健康自評信念與行為 公共衛生，20(3)，221-233。

黃淑貞（1990）談病人遵醫囑行為之增進 公共衛生，17(3)，247-255。

彭莉琴、鄭惠美（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 衛生教育學報，15，81-97。

陳美燕（1995）預防慢性疾病從健康促進的生活方式開始 長庚護理，5(2)，57-61。

陳寶輝、廖素華、許芳源、林宮美（1995）台北市老人醫療保健需求評估調查 北市衛生雙月刊，3(7)，3-9。

楊瑞珍、黃璉華、白璐、胡幼慧（1995）自費安養機構老人的健康維護需求及其相關因素之探討 中華衛誌，14(6)，477-485。

楊瑞珍、黃璉華、胡幼慧、白璐（1995）自費安養機構老人的自覺健

康狀況 護理研究 , 3(4) , 353-364。

楊志良、李淑華、李勝一、周慧馨 (1989) 老年民眾居處現況、醫療需求與健康生活 - 以台北市延平區及景美區為例, 公共衛生 16(2), 149-158

當代國語大辭典編輯群 (1984) 當代國語大辭典 台北：百科文化。

劉雪娥 (1999) 健康促進之概念 台灣醫學 , 3(2) , 235-237。

劉淑娟 (1999) 罹患慢性病老人服藥遵從行為及其相關因素之探討
護理研究 , 7(6) , 581-593。

劉淑娟(1998) 台灣社區老人的健康觀念與健康行為 護理雜誌 , 45(6) ,
22-28。

鄭惠美 (2000) 學童家長與學童蔬果攝取行為研究 衛生教育學報 ,
13 , 91-106。

鄭雪英 (1998) 基隆地區扶養機構老人健康狀況與生活照顧之探討
公共衛生 , 24 (4) , 235-250。

蔡佳宏 (2002) 應用跨理論模式於老人運動行為之研究 - 以臺北市中山區長青學苑學員為例 未發表的碩士論文, 台北：臺灣師範大學。

謝美娥 (1993) 老人長期照護的相關議題 台北：桂冠。

謝高橋(1993) 老人居住安養的問題與方向 社區發展季刊 , 46 , 40-43。

謝佳容、劉淑娟、張珣 (2003) 從 WHO 心理衛生報告 - 探討台灣社區老人的心理衛生問題與政策 護理雜誌 , 50 (3) , 56-61。

顏效禹 (2001) 應用跨理論模式在台北市國中生的吸菸行為 未發表的碩士論文, 台北: 國立陽明醫學院。

Alford, D. M., & Futrell, M. (1992). AAN working paper: Wellness and health promotion of the elderly. Nursing Outlook, 40(5), 221-226.

Barbaro, E. L., & Noyes, L. E. (1984). A wellness program for a life care community. The Gerontologist, 24(6), 568-571.

Bausell, R. B. (1986). Health-seeking behavior among the elderly. The Gerontologist, 26(5), 556-559.

Belmond, MEL., Koehler, K. N., & Harris, A. (1997). Health promotion for the elderly. In C. B. Lewis (Ed.), Aging: The health care challenge (3rd ed., pp. 261-276). Philadelphia: F. A. Davis.

Bonder, B. R. (2001). Wellness. In B. R. Bonder & M. B. Wagner (Eds.), Functional performance in older adult (2nd ed., pp. 321-338). Philadelphia: F. A. Davis.

Boyle, R. G., O'Connor, P. J., Pronk, N. P., & Tan, A., (1998). Stages of change for physical activity, diet, and smoking among HMO members with chronic conditions. American Journal of Health Promotion, 12(3), 170-175.

Braith, R. W., Pollock, M. L., Lowenthal, D. T., Graves, J. E., & Limacher, M. C. (1994). Moderate- and high-intensity exercise lowers blood pressure in normotensive subjects 60 to 79 years of age. The American Journal of Cardiology, 73(1), 1124-1128.

Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. The Journal of the American Medical Association, 282(11), 1030-1033.

Brubaker, B. H. (1983). Health promotion: A linguistic analysis. Advances in Nursing Science, 5(3), 1-14.

Burns, N., & Grove, S. K. (2001). Frameworks. In The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization (4th ed., pp. 131-167). Philadelphia: W. B. Saunders.

Chen, C. C-H., Schilling, L. S., & Lyder, C. H. (2001). Nursing theory and concept development or analysis: A concept analysis of malnutrition in the elderly. Journal of Advanced Nursing, 36(1), 120-130.

Clark, C. C. (1998). Wellness self-care by healthy older adult. Image: Journal of Nursing Scholarship, 30(4), 351-355.

Conn, V. S. (1994). A stage-based approach to helping people change health behaviors. Clinical Nurse Specialist, 8(4), 187-193.

Conn, V. S. (1998). Older women's beliefs about physical activity. Public Health Nursing, 15(5), 370-378.

Davidhizar, R., Eshleman, J., & Moody, M. (2002). Health promotion for aging adult. Geriatric Nursing, 23(1), 28-35.

Diclemente, C. C., Fairhurst, S. K., Velasquez, M. M., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(2), 295-304.

DiPasquale-Davis, J., & Hopkins, S. J. (1997). Health behaviors of an elderly Filipino Group. Public Health Nursing, 14(2), 118-122.

Duncan, D. F., & Gold, R. S. (1986). Reflections: Health promotion - What is it? Health Values, 10(3), 47-48.

Evans, G. (2000). Health promotion for older people. In J. Kerr (Ed.), Community health promotion: Challenges for practice (pp. 263-283). London: Bailliere Tindall.

Fowler, S. B. (1997). Health promotion in chronically ill older adults. Journal of Neuroscience Nursing, 29(1), 39-43.

Giron, M. S. T., Forsell, Y., Bensten, C., Thorslund, M., Winblad, B., & Fastbom, J. (2002). Sleep problems in a very old population: Drug use and clinical correlates. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 57A(4), M236-M240.

Glanz, K., Patterson, R. E., Kristal, A. R., DiClemente, C. C., Heimendinger, J., Linnan, L., & McLerran, D. F. (1994). Stages of change in adopting healthy diets: Fat, fiber, and correlates of nutrient intake. Health Education Quarterly, 21(4), 499-519.

Gove, P. B., & The Merriam-Webster Editorial staff (1986). Webster's third new international dictionary of the English language Unabridged a Merriam-Webster. Springfield, MA: Merriam-Webster.

Gray, M. G. (1990). Polypharmacy in the elderly: Implications for nursing. Orthopaedic Nursing, 9(6), 49-54.

Greene, G. W., Rossi, S. R., Reed, G. R., & Willey, C. (1994). Stages of change for reducing dietary fat to 30% of energy or less. Journal of the American Dietetic Association, 94, 1105-1110.

Hirdes, J. P., & Hallman, K. G. (1996). Smoking status of chronic hospital patients: Implications for health promotion programs. Canadian Journal of Public Health, 87(5), 317-318.

Hogstel, M. O., & Kashka, M. (1989). Staying healthy after 85. Geriatric Nursing, 10(1), 16-18.

Huang, L. H., Chen, S. W., Yu, Y. P., Chen, P. R., & Lin, Y. C. (2002). The effectiveness of health promotion education programs for community elderly. Journal of Nursing Research, 10(4), 261-270.

Huang, K-C., Sharma, R. K., Lin, C. J., Peterson, K. S., & Day, R. (1999). Relation between self-perceptions of health status and self-care behaviors of older adults. The Journal of Health Science, 1(1), 25-41.

Kane, R. L., Kane, R. K., & Arnold, S. B. (1985). Prevention and the elderly: Risk factors. Health Services Research, 19(6), 945-1006.

Kao, Y. H., Lu, C. M., & Huang, Y. C. (2002). Impact of a transtheoretical model on the psychosocial factors affecting exercise among workers. Journal of Nursing Research, 10(4), 303-310.

Kaufman, J. E. (1996). Personal definitions of health among elderly people: A link to effective health promotion. Family Community Health, 19(2), 58-68.

Kee, C. C. (1984). A case for health promotion with the elderly. Nursing Clinics of North America, 19(2), 251-262.

Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Kerns, R. D., Rosenberg, R., Beaupre, P., Prochaska, J., Prochaska, J. O., & Caldwell, D. S. (2000). Understanding the adoption of arthritis self-management: Stages of change profiles among arthritis patients. Pain, 87, 303-313.

Kleinman, L. (1986). A health aging America. Journal of Gerontological Nursing, 12(1), 3.

Kolcaba, K., & Wykle, M. (1994). Health promotion in long-term care facilities: To what extent are health screening and health promotion being practiced in LTC facilities? Geriatric Nursing, 15(5), 266-269.

Kulbok, P. A., & Baldwin, J. H. (1992). From preventive health behavior to health promotion: Advancing a positive construct of health. Advances in Nursing Science, 14(4), 50-64.

Kulbok, P. A., Baldwin, J. H., Cox, C. J., & Duffy, R. (1997). Advancing discourse on health promotion: Beyond mainstream thinking. Advances in

Nursing Science, 20(1), 12-20.

LaCroix, A. Z., Leveille, S. G., Hecht, J. A., Grothaus, L. C., & Wagner, E. H. (1996). Does walking decrease the risk of cardiovascular disease hospitalizations and death in older adults? The American Geriatrics Society, 44(2), 113-120.

Laforge, R. G., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Levesque, D. A., & McHorney, C. A. (1999). Stage of regular exercise and health-related quality of life. Preventive Medicine, 28, 349-360.

Lauder, W. (1993). Health Promotion in the elderly. British Journal of Nursing, 2(8), 401-404.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping (pp. 22-40). New York: Springer.

LeSage, J. (1991). Polypharmacy in geriatric patients. Nursing Clinics of North America, 26(2), 273-290.

Leventhal, E. A., & Prohaska, T. R. (1986). Age, symptom interpretation, and health behavior. Journal of the American Geriatrics Society, 34(3), 185-191.

Long, M. L. (1995). Promoting wellness. In M. A. Anderson & J. V. Braun (Eds.), Caring for the elderly client (pp. 27-55). Philadelphia: F. A. Davis.

Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. Nursing Research, 35(6), 382-385.

Maben, J., & Clark, J. M. (1995). Health promotion: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 22, 1158-1165.

Maddox, M. (1999). Older women and the meaning of health. Journal of Gerontological Nursing, 25(12), 26-33.

Malmgren, J. A., Koepsell, T. D., Martin, D. P., Diehr, P., & LaCroix, A. Z. (1999). Mortality, health services use, and health behavior in a cohort of well

older adults. The American Geriatrics Society, 47, 51-59.

Marcus, B. H. (1995). Exercise behavior and strategies for intervention. Research Quarterly for Exercise and Sport, 66(4), 319-323.

Marcus, B. H., Banspach, S. W., Craig, L. R., Rossi, J. S., Carleton, R. A., & Abrams, D. B. (1992). Using the stages of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. American Journal of Health Promotion, 6(6), 424-429.

Marcus, B. H., & Simkin, L. R. (1993). The stages of exercise behavior. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 33(1), 83-88.

McConnell, E. S., Linton, A. D., & Halon, J. T. (1997). Pharmacological considerations. In M. A. Matteson, E. S. McConnell, & A. D. Linton (Eds.), Gerontological nursing: Concepts and practice (2nd ed., pp. 738-763). Philadelphia: W. B. Saunders.

McDermott, S. (1995). The health promotion needs of older people. Professional Nurse, 10(8), 530-531.

McPhillips, J. B., Pellettera, K. M., Barrett-Connor, E., Wingard, D. L., & Criqui, M. M. (1989). Exercise patterns in a population of older adults. American Journal of Preventive Medicine, 5(2), 65-72.

Miller, J. F. (1992). Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness (2nd ed., pp. 19-49). Philadelphia: F. A. Davis.

Minkler, M. (1984). Health promotion in long-term care: A contradiction in terms? Health Education Quarterly, 11(1), 77-89.

Minkler, M. (1985). The nursing home: A neglected setting for health promotion. Family & Community Health, 5, 46-58.

Nigg, C. R., Burbank, P. M., Padula, C., Dufresne, R., Rossi, J. S., Velicer, W. F., Laforge, R. G., & Prochaska, J. O. (1999). Stages of change across ten

health risk behaviors for older adults. The Gerontologist, 39(4), 473-482.

Pender, N. (2001). Health promotion in nursing practice (4th ed., pp. 3-12). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Perry, D. (1995). Researching the aging well process. American Behavior Scientist, 39(2), 152-171.

Peterson, H. B. (1999). Progressing from disease prevention to health promotion. The Journal of the American Medical Association, 282(19), 1812.

Platakis, J. (1987). Promoting health and wellness in the elderly. Nursing Administration Quarterly, 11(3), 42-43.

Portnoi, V. A. (1999). Progressing from disease prevention to health promotion. The Journal of the American Medical Association, 282(19), 1813.

Prochaska, J. O. (1991). Assessing how people change. Cancer, 67(3), 805-807.

Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19(3), 276-288.

Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 9, 181-200.

Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1992). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3), 390-395.

Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47(9), 1102-1114.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). System of psychotherapy: A

transtheoretical analysis. Pacific Grove, CA : Brooks/cole.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion, 12(1), 38-48.

Prohaska, T. R., Leventhal, E. A., Leventhal, H., & Keller, M. L. (1985). Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderly adults. Journal of Gerontology, 40(5), 569-578.

Pullen, C., & Walker, S. N. (2002). Midlife and older rural women's adherence to U.S. dietary guidelines across stages of change in healthy eating. Public Health Nursing, 19(3), 170-178.

Rakowski, W., Dube, C. E., Marcus, B. H., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., & Abrams, D. B. (1992). Assessing elements of women's decisions about mammography. Health Psychology, 11(2), 111-118.

Redland, A. R., & Stifbergen, A. K. (1993). Strategies for maintenance of health-promoting behaviors. Nursing Clinics of North America, 28(2), 427-442.

Resnick, B. (2000). Health promotion practices of the older adult. Public Health Nursing, 17(3), 160-168.

Resnick, B. (2001). The restoration of independence. American Journal of Nursing, 101(10), 11.

Richards, K. C. (1996). Sleep promotion. Critical Care Nursing Clinics of North America, 8(1), 39-52.

Robertson, J. F. (1991). Promoting health among the institutionalized elderly. Journal of Gerontological Nursing, 17(6), 15-19.

Rosenstock, I. M. (1990). The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz, F. Lewis, & B. Rimer, (Eds.), Health behavior and health education: Theory, research and practice. (pp. 39-61). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Rowe, J. W. (1999). Geriatrics, prevention, and the remodeling of medicare. The New England Journal of Medicine, 340, 720-721.

Ruffing-Rahal, M. A. (1991). Rationale and design for health promotion with older adults. Public Health Nursing, 8(4), 258-263.

Ruggiero, L., Glasgow, R. E., Dryfoos, J. M., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., Orleans, C. T., Prokhorov, A. V., Rossi, S. R., Greene, G. W., Reed, G. R., Kelly, K., Chobanian, L., & Johnson, S. (1997). Diabetes self-management: Self-reported recommendations and patterns in a large population. Diabetes Care, 20(4), 568-576.

Ryden, M. B., & Rustad, R. (1985). Wellness model replaces medical model. The Journal of Long-Term Care Administration, 13(4), 115-119.

Sandra, J. W. (2001). Nutrition, supplements, and aging. Geriatric Nursing, 22(4), 219-224.

Spiriduso, W. W. (1995). Physical dimensions of aging (pp. 4-31). Champaign, IL: Human Kinetics.

Stone, J. T., Wyman, J. F., & Salisbury, S. A. (1999). Clinical gerontological nursing: A guild to advanced practice (2nd ed., pp. 2-29). Philadelphia: W. B. Saunders.

Tannahill, A. (1985). What is health promotion. Health Education Journal, 44(4), 167-168.

Taylor, S. E. (1990). Health psychology: The science and the field. American Psychologist, 45(1), 40-50.

Van Duyn, M. A., Heimendinger, J., Russek-Cohen, E., Diclemente, C. C., Sims, L. S., Subar, A. F., Krebs-Smith, S. M., Pivonka, E., & Kahle, L. K. (1998). Use of the transtheoretical model of change to successfully predict fruit and vegetable consumption. Journal of Nutrition Education, 30(6), 371-380.

Vita, A. J., Terry, R. B., Hubert, H. B., & Fries, J. F. (1998). Aging, healthrisk, and cumulative disability. The New England Journal of Medicine, 338, 1035-1041.

Walker, S. N. (1989). Health promotion for older adult: Directions for research. American Journal of Health Promotion, 3(4), 47-52.

Walker, S. N. (1992). Wellness for elders. Holistic Nursing Practice, 7(1), 38-45.

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

Wang, W. D. (1994). Feasibility and effectiveness of a stages-of-change model in cigarette smoking cessation counseling. Journal Formos Medicine Association, 93(9), 752-757.

Whetstone, W. R., & Reid, J. C. (1991). Health promotion of older adults: Perceived barriers. Journal of Advanced Nursing, 16, 1343-1349.

Wierenga, M. E., Browning, J. M., & Mahn, J. L. (1990). A descriptive study of how clients make life-style changes. The Diabetes Educator, 16(6), 469-473.

Wolfe, S. C., & Schirm, V. (1992). Medication counseling for the elderly: Effects on knowledge and compliance after hospital discharge. Geriatric Nursing, 13(3), 134-138.

Yen, P. K. (1992). An apple a day is not enough. Geriatric Nursing, 13(6), 336, 339.

Young, K. (1996). Health, health promotion and the elderly. Journal of Clinical Nursing, 5(4), 241-248.

附錄一、研究同意書

親愛的爺爺、奶奶，您好：

我是中國醫藥學院護理學研究所的研究生洪麗娜，這是一份關於安養機構老人健康促進行為的研究，非常感謝您撥冗出時間，協助問卷的完成，這對此研究的幫助很大，也能提供安養機構的工作人員，協助您健康促進行為的參考。此問卷採不記名，並且您所回答的內容，沒有對錯、好壞之分，僅供學術研究之用，也絕不對外公開，以及能做到保密，故請放心的依研究者口述，以選擇您目前實際生活的情況。若在研究進行期間，有權利不回答問題，亦可以隨時中斷或停止，絕不影響您的權益及受到傷害。再次謝謝您的協助！敬祝
身體健康

中國醫藥學院護理學研究所

研究生 洪麗娜敬上

同意書

茲同意接受中國醫藥學院護理學研究所之研究生洪麗娜的問卷訪談，對於其研究「安養機構老人健康促進行為」的說明能瞭解，及明瞭此份問卷僅供學術用途，絕不對外公開。

立同意書人_____

中華民國 年 月 日

附錄二、研究問卷

第一部份：基本資料

基本資料

此部份是想瞭解您的個人基本資料，請在適合您的 中打『✓』。

1. 住進這個安（療）養院的日期：_____年 _____月_____日
2. 年齡：_____歲（出生日期：民國_____年_____月）
3. 性別： 男性 女性
4. 教育程度： 不識字 識字但未接受正式教育
 小學 初中 高中/高職
 大專/大學 研究所（含）以上
5. 您有經醫師診斷過，目前患有下列疾病嗎？（可複選）
無 糖尿病 高血壓 腦中風 心臟病
貧血 慢性支氣管炎 氣喘 肝病
膽囊或膽道疾病 腸胃疾病
關節炎或風濕病 痛風
骨質疏鬆症 腎臟疾病
泌尿道疾病 攝護腺肥大 白內障
青光眼 巴金森氏症
聽力障礙 癌症
其他 _____
6. 子女數：_____個（_____男 _____女）
7. 目前的經濟狀況：
 富裕 剛好足夠 有點不足夠 非常不足夠
8. 對目前整體生活的適應情形：
 完全適應 大部分適應 中等適應
 大部分不適應 完全不適應

9. 您覺得目前的健康狀況如何？

很不好 不好 普通 好 很好

第二部份：安養機構老人健康促進行為量表

請依照您目前的實際情形，在您認為最適合的 中打『✓』。

1.您正在戒菸（把抽菸的習慣全部戒掉）嗎？

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。

2.您在生活中感覺到壓力時，會想辦法來放鬆自己或減輕壓力嗎？

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。項目：

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。項目：

3.您有執行運動嗎？（至少每週三次，並且每次持續二十分鐘以上的身體活

動，如：外丹功、香功、太極拳、園藝、散步與快走等）

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。項目：

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。項目：

4.您的三餐有定時定量嗎？

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。

5.您有避免吃含鹽分高的食物嗎？（如肉鬆、火腿、罐頭、醃燻食品等）

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。

6.您有避免多吃高膽固醇的食物嗎？（如雞皮、鴨皮、豬皮、魚肚、肥肉、
蛋黃、蟹黃、蝦卵、魚卵、烏魚子、蝦、動物油、動物內臟、爌肉飯、
滷肉飯等）

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。

7.您有每天至少吃三份蔬菜嗎？（一份蔬菜約小碗免洗碗的八分滿，三份蔬菜約半斤重）

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。

8.您有每天至少吃水果兩份嗎？（一份為一個拳頭大）

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。

9.您有使自己獲得充分的睡眠嗎？（一天約 5-7 小時睡眠，睡醒時感覺精神舒暢）

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。項目：

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。項目：

10.您有按時服用醫師所開的處方藥嗎？

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。

11. 您有定期閱讀或看有關健康的報章雜誌、書籍或電視嗎？

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。項目：

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。項目：

12. 當您發覺身體有異常、如出現病症或原本的症狀加重、覺得身體不舒服

或酸痛時，您有主動尋求健康專業人員（例如：安養機構照顧人員、醫師、護士與藥劑師等）的健康指引或諮詢嗎？

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。項目：

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。項目：

13.您平常遇到關於健康方面的事情時，有主動找健康專業人員（如安養機構照顧人員、醫師、護士與藥劑師等）討論嗎？

沒有，並且未來六個月（半年）也沒有打算要做。原因：

沒有，未來六個月（半年）內打算要做。原因：

有時候有，有時候沒有。原因：

有規則執行，但少於六個月（半年）。項目：

有規則執行，而且已持續六個月（半年）以上。項目：

附錄三、量表專家效度之專家名單（依姓氏筆劃排列）

專家姓名	服務機關與職稱
吳麗芬	國立台中護專副教授
郭碧照	中山醫學大學副教授
曾月霞	中山醫學大學助理教授
盧玉鶴	前弘光技術學院附設老人醫院副院長

附錄四、專家內容效度評分標準

親愛的 教授：

您好！請您針對問卷內容，就題目的適用性及內容的辭意，逐題加以評分及提供意見，評分標準是以四分法評定，如下：

“1 分” 表示非常不適用，不需列入。

“2 分” 表示不適用，需大幅度修正。

“3 分” 表示適用，需略作修正。

“4 分” 表示非常適用，必須列入。

附錄五、參與本研究之安養機構

機構名稱	聯絡人/負責人	地址	電話
台中市立仁愛之家	何榮松	台中市北屯區軍功路 23 號	04-22390225
財團法人臺灣省台中市順天宮撫順將軍廟附設私立撫順仁愛之家	廖雨霖	台中市德化街 362 號	04-22030602
財團法人台灣省私立菩提仁愛之家	游青士	台中縣大里市大明路 55 號	04-24837148
清水鎮老人安養中心	藍艷柔	台中縣清水鎮鎮政路 99 巷 10 號	04-26274688