

國中新生之健康知覺程度、生活型態與其身心症狀的相關研究

李 劉 晏
潔 涵
心 文

一、前言

20世紀以來，由於社會經濟以及公共衛生和醫學進步，平均餘命得以延長，使得人口結構起了變化，健康問題亦隨之轉型，最爲明顯的即是疾病類型由急性傳染病轉變爲慢性疾病。依據美國 Health Planning Council 1984年⁽¹⁾的統計資料指出：十大死因中，由於慢性疾病所導致的死亡人數，佔全體死亡人數之 76.5%；其中，50%左右的慢性病死亡原因是與個人生活型態中存在之危險因子 (lifestyle risk factors) 有密切的關係。Wiley 和 Camacho⁽²⁾對加州 7 千位成年人追蹤 9 年半之後，所得的結果顯示：健康習慣對於一個人的健康狀況，乃至平均餘命有極爲顯著的影響。Charles 等人⁽³⁾也認爲，要降低慢性疾病的死亡率及發生率，以達到促進全民健康之目的，首要的預防措施即在改變人們不健康的生活型態（或行爲）。

1980年以後，美國社會開始醞釀著倡導健康促進 (health promotion) 的運動。該運動所強調的是，個人應爲自己負起疾病預防與健康增進的責任。同時，開始重視由「個人」的角度來測量健康，個人對其健康經

驗所做的自我評估，或稱健康知覺 (health perception)，因而被視爲預測個人健康狀況的重要指標⁽⁴⁾。其他如加拿大和澳洲等國亦曾進行有關「健康知覺」與「健康狀況」之研究，且證實採用健康知覺爲指標，確實能有效地測出一個人的健康狀況，甚至可以反應一般民衆的健康問題及健康需要 (Atkinson et al., 1980; Amstrong, 1980) (5)(6)。

反觀國內，目前對健康或平均餘命的預測，仍以疾病死亡率等生命統計資料作爲指標，而尚未從「健康」的角度來測量人口的健康狀況。因此，實有必要對國人的個人健康知覺、生活型態與其自身之健康狀況之關係作一探討，並作爲日後建立健康狀況總指標之參考，此即爲本研究之緣起。

由於青少年階段正處於身心急遽變化的時期，對於生理、心理發展上所產生的問題，若得不到適時而正確的認識與輔導，往往會因無知或誤解而造成不可彌補的缺憾。根據 Green⁽⁷⁾的研究指出，青少年階段的死亡率是近年來所有年齡層中唯一有增加趨勢的一組。而其超乎正常想像之外的高死亡原因，如焦慮、意外事故、自殺、非情願下受孕等，多肇因於對自己身、心在發展階段中之

■李 蘭：國立臺灣大學公共衛生系講師
國立臺灣師範大學衛生教育系畢業
國立臺灣大學公共衛生碩士
美國約翰霍普金斯大學公共衛生教育博士
劉潔心：國立臺灣師範大學衛生教育系助教
國立臺灣師範大學衛生教育系畢業
國立臺灣師範大學衛生教育碩士

晏涵文：國立臺灣師範大學衛生教育研究所教授
國立臺灣師範大學衛生教育系畢業
美國田納西大學學校衛生碩士
美國田納西大學衛生教育博士

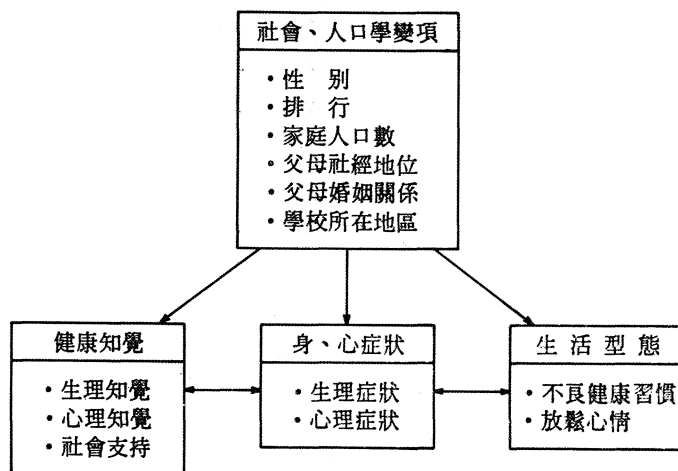
健康概念認識不清的緣故 (8)(9)。有關健康促進的研究曾指出，企圖讓成年人將其已建立十數年的不健康習慣一夕根除，是件十分困難而又吃力的工作，反之，若將健康促進計畫之對象提前至青少年階段，在他們的許多健康行為模式尚處在養成與接納的萌芽階段，幫助他們認識健康和生活方式的關聯性，以引發青少年重視自己的健康。並願意及早

培養出良好的健康習慣，則是省力而又有效的做法 (10)(11)(12)。

基於上述理由，本研究乃初步選取國中新生作為研究對象，探討與他們身、心症狀出現有關的各項因素，以作為日後建立健康測量指標時之參考。

本研究經參考國內外相關文獻，整理並提出研究架構如圖一：

圖一、研究架構



二、研究方法

本研究採立意取樣方式，選擇兩所分別位於臺北市區（臺北市立民生國中，以下用甲校稱之）和臺北郊區（臺北縣立積穗國中，以下用乙校稱之），但同時進行健康教育實驗計畫的國民中學新生，共計 1,784 人為研究人口。其中，甲校860人（男生439人；女生421人）；乙校924人（男生453人；女生471人）。兩校新生按系統隨機抽樣法，根據學生編號每隔 4 人抽取 1 人的方式，共選出調查樣本446人。

於校方特別安排之時段，研究者於75年10月間，在學校教師和行政人員的配合下，集合樣本學生於一堂，利用自製「青少年健康研究問卷」，進行資料的收集。該問卷係

參考國內、外相關文獻，配合研究需要設計，再經專家內容效度處理而成。在扣除各校當天缺席的學生數及廢卷後，共收回有效問卷388份，完成率約達87%。

三、結果與討論

一、社會、人口資料特性

本問卷調查以甲、乙兩所國中一年級新生為對象。學生父母社經地位之分類方法，係採用父母教育程度與職業等級兩變項共同加權處理後之得分加以區別（即以教育程度得分指數（5～1分）×4+職業等級得分指數（7～1分）×7=社經地位得分指數）。得分在55～52分者為第一級（最高等級）社經地位（以下以第Ⅰ級代表）

，其餘依得分排列，分數愈低代表社經地位愈低，共分為五個等級。

表一、國中新生社會、人口背景資料分佈圖

社會、人口學變項		人數	百分比
性別	男	226	58.24
	女	162	41.75
校別	甲校	178	45.88
	乙校	210	54.12
排行	第一	142	36.22
	第二	121	30.86
	第三	68	17.34
	第四	37	9.43
	第五	24	6.12
父母婚姻關係			
有配偶		366	94.57
無配偶		21	5.42
父母社經地位			
第Ⅰ級(52分及以上)		4	1.02
第Ⅱ級(51~41分)		62	15.93
第Ⅲ級(40~30分)		67	17.22
第Ⅳ級(29~19分)		191	49.10
第Ⅴ級(18分及以下)		65	16.70
家庭同住人口數			
2人及以下		7	1.79
3~4人		86	21.99
5~6人		212	54.21
7~8人		68	17.39
9人及以上		18	4.60

由表一之社會、人口資料分佈看來，以男生(佔58.24%)；排行第一(佔36.22%)；父母婚姻關係為有配偶(佔94.57%)；父母社經

地位為第Ⅳ級(佔49.10%)；家中同住人口數在5~6人(佔54.21%)者佔最多數。

二、身、心症狀

表二所呈現的是，學生之生理及心理症狀出現之人次、百分比及排列順序。根據學生的自我報告，過去一個月內曾發生的生理症狀，以頭痛佔最多數(42.33%)，而心理症狀則以緊張居首位(43.87%)。此結果顯示，已有相當多的學生，承受著生理或心理上的不適，意味著他們的日常生活中，確有許多足以造成身、心反應的事件存在。就該表所排列的次序來看，在同等級的比較中，心理症狀所佔的比率較生理症狀為高，這個現象的存在，可能是因為學生在日常生活事件的交互作用中，較容易感受並反應出心理方面的症狀。是否確實有此傾向宜做進一步的探討。

表二、國中新生發生身、心症狀之人次、百分比及排列順序表

生理症狀		心理症狀		優先排列順序
項目	人次(百分比)	項目	人次(百分比)	
頭痛	163 (42.33)	覺得緊張	172 (43.87)	1
感冒、咳嗽	126 (32.14)	覺得不快樂	165 (42.90)	2
沒有胃口	104 (26.53)	覺得疲憊	133 (33.92)	3
手心出汗	89 (22.70)	覺得孤單	114 (29.08)	4
失眠	87 (22.19)	容易激怒或脾氣不好	113 (28.82)	5
頭暈目眩	72 (18.36)	容易苦惱或憂愁	98 (25.00)	6
翻胃、胃痛	67 (17.09)	覺得煩躁	87 (22.19)	7
胸口痛	46 (11.76)	容易生氣	63 (16.07)	8
關節痛	37 (9.43)	覺得悲傷	61 (15.56)	9
虛脫無力	35 (9.02)	覺得沮喪	33 (8.41)	10
心跳加快	33 (8.43)			11
嘔吐	28 (7.14)			12
背痛	20 (5.10)			13
麻痺、僵硬	13 (3.31)			14
關節腫脹	5 (1.27)			15

當進一步以生理症狀總分及心理症狀總分，計算兩者之間的相關程度時發現，確有顯著的正相關存在 ($r=0.49, P<0.001$)。因此，對這些受試者來說，一個生理症狀出現愈多的人，其心理症狀的出現也愈多。而無論生理抑或心理症狀的出現，均代表著「不健康」的信號，提醒人們應該儘速採取維護健康的行動了。

三、生活型態及健康知覺

本研究以「不良健康習慣」(包括抽煙、喝酒、睡眠、運動……等)及「放鬆心情」(打坐、吃東西、哭一場……等)二大類變項視為「生活型態」之指標。在「不良健康習慣」之評量，係以得分愈高表示其不良健康習慣愈多；而「放鬆心情」則以其自身常用以放鬆的方法之多寡為其得分之高低。另以「生理健康知覺」、「心理健康知覺」及「社會支持」三個層面之得分，作為測量「健康知覺」程度之指標，得分愈高表示一個人感覺自己的健康狀況愈好。

就有關健康的習慣而言，回答有抽煙的學生佔極少的比率 (2.10%)；有喝酒習慣的稍高 (9.26%)；而根本沒吃和很少吃早餐的則達到 10.57%。值得一提的是，學生平日上課的睡眠時間，以平均 6~7 小時為最多 (44.44%)，而超過 10 小時以上者只佔 6.97%；但在週末假日時，學生之睡眠時間則以平均 8~9 小時為最多 (49.87%)，而超過 10 小時以上者却大幅提高至 31.56%，比平日高出了許多。此結果顯示了學生們睡眠時間的長短因上學與否而有很大差異。接近一半的國一新生，在週一至週五上課期間，平均祇睡 6~7 小時，對這些正值生長發育最快速，需要有充分睡眠與休息的學生們來說，如何在課業負擔和時間的分配上，做合理而有益於健康的安排，是一個值得重視和關懷的問題。就放鬆心情的方法而言，看電視最為普遍 (61.98%)，其他如做自己喜歡的事 (60.96%)、出去戶外走走 (46.42%)、運動 (42.11%) 及睡覺 (36.22%) 也是較常使用的方法。

表三、社會、人口學變項與國中新生生活型態之變異數分析表

社會、人口學變項	生活型態變項組別	不良健康習慣			放鬆心情方法		
		平均值	標準差	F 值	平均值	標準差	F 值
學 校	甲校 (市區)	6.20	1.92	11.65***	3.16	1.62	4.02*
	乙校 (郊區)	6.92	2.24		3.51	1.78	
性 別	男 生	6.95	2.21	17.23***	3.33	1.78	0.09
	女 生	6.06	1.90		3.38	1.61	
社經地位	第 I 級	7.25	1.25	1.13	2.75	0.50	0.72
	第 II 級	6.20	1.71		3.40	1.76	
	第 III 級	6.39	1.77		3.42	1.77	
	第 IV 級	6.78	2.44		3.45	1.70	
	第 V 級	6.53	1.86		3.07	1.71	
父母感情	非常不好	6.08	2.31	1.13	3.33	2.22	0.21
	不太好	7.19	3.72		3.45	1.74	
	普通	6.43	1.73		3.39	1.55	
	很好	6.56	1.62		3.41	1.88	
	非常好	6.77	2.42		3.22	1.68	
排 行	第 1	6.71	2.61	0.18	3.53	1.83	1.78
	第 2	6.71	1.63		3.52	1.69	
	第 3	6.42	1.68		3.01	1.61	
	第 4	6.43	2.44		3.05	1.61	
	第 5 及以上	6.00	1.75		3.83	1.46	

* $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$

在「生理健康知覺」方面，分別問了有關學生對過去、目前、未來健康狀況的自我評估，以及對健康的警覺及憂慮程度，其中值得一提的結果是在對自己目前健康狀況上感覺「非常不好」和「不太好」的佔有 11.08%，而在是否會耽心自己的健康上，以「有時會」為最多佔 38.03%，其次是「常常會」佔 21.39%，這說明有為數不少的學生，在一生中的茁壯初期，已自覺身體情況不佳，且容易耽心自己的健康狀況；在「心理健康知覺」方面，其中問到有關學生對學校生活感覺如何，以答「有點愉快」為最多佔 39.48%，但答「非常不愉快」、「有點不愉快」及「談不上愉快」者共佔 41.82%，這說明了仍有 1/3 強的學生對學校的生活感覺並不舒適；在「社會支持」結果中，其中問到最常向何人求助，以答向「父母親」最多佔 46.32%，其次是向「同學及朋友」佔 26.58%，另問到是否有不能向任何人談論的問題，答「是」的佔有 49.92%，幾乎有接近一半的學生，心中仍有屬於自己而自認無法與其他人分享的秘密。

四、社會、人口學變項對生活型態之影響

由表三可以看出，生活型態之變項與社會、人口學變項比較時，僅性別和學校別達顯著的差異水準。以不良健康習慣而言，男生得分高於女生 ($P < .001$)，亦即表示男生之不良健康習慣多於女生。在學校別之比較上，郊區比市區的分數高 ($P < .001$)。也就是說，郊區學生具有之不良健康習慣比市區的學生多。以放鬆心情的方法而言，市區與郊區學生在使用方法的多寡及程度上達到顯著差異 ($P < .05$)，即郊區學生比市區學生運用較多的方法來放鬆心情。

五、社會、人口學變項對健康知覺之影響

由表四可以發現，學生的健康知覺（不論是在生理、心理或社會層面）可因父母感情的好壞而有明顯的差異存在 ($P < .001$)。經以薛費氏事後檢定進一步分析究係那些組之間是有差異的，其結果為：（1）在生理知覺方面：父母感情「非常好」的一組，分別與「很好」、「普通」、「不太好」等三組比較時均有差異，且以「非常好」一組得分最高；（2）在心理知覺方面：同樣以「非常好」的一組得分最高，且分別與「普通」、「不太好」、「非常不好」等三組有顯著差異；（3）在社會支持方面：「非常好」的一組得分亦高於「普通」與「不太好」二組的得分。這些統計分析的結果，說明了父母的婚姻關係對其子女的健康知覺程度具有相當的影響力。一般說來，父母的感情愈好，則學生的健康知覺程度也趨於愈高。正如許多文獻所指出的，父母的婚姻關係會對兒童或青少年的自我觀念（包括生理自我、心理自我、社會自我等）、生活適應、學業成就等各方面產生極大的影響力 (13)(14)(15)。本研究發現父母婚姻關係的好壞，影響子女們在健康知覺上的差異為一重要事實，值得做深入的探討。

另在學校別方面，市區學生的健康知覺得分（包括生理、心理、社會三層面）雖均有較高於郊區學生的趨勢，但却未達顯著水準。至於其他社會、人口學變項如性別、父母、社經地位、家中排行等之比較，則皆未達顯著水準。有些研究探討人口學變項和健康知覺的關係，得到的結論是：女性的健康知覺程度往往較男性為優，可能是由於女性較男性能忍受病痛，較少抱怨，因而表現出較高的健康知覺程度 (16)，但本研究却未呈現相同結果，值得進一步探討其原因。

表四、社會、人口學變項與國中新生健康知覺之變異數分析及薛費氏事後檢定表

社會變項、學項	組別	健康知覺變項			生理健康知覺			心理健康知覺			社會支持		
		健康知覺變項			生理健康知覺			心理健康知覺			社會支持		
		平均值	標準差	F 值	平均值	標準差	F 值	平均值	標準差	F 值	平均值	標準差	F 值
學校	甲校(市區)	10.14	2.18	2.35	10.20	2.54	0.01	14.67	2.85	0.75	14.41	3.12	
	乙校(郊區)	9.81	2.06		10.16	2.35		14.41	3.12				
性別	男生	10.02	2.18	0.50	10.24	14.54	0.61	14.54	3.07	0.03	14.48	2.88	
	女生	9.86	2.05		10.04	2.40		14.48	2.88				
社經地位	第一級	10.00	1.82		10.00	2.58		16.00	1.73				
	第二級	10.45	2.23		10.46	2.46		14.72	3.01				
	第三級	9.76	2.30	1.07	10.16	2.51	0.28	14.79	2.95	0.78			
	第四級	9.86	2.02		10.15	2.50		14.56	3.00				
	第五級	9.96	2.09		10.03	2.23		14.04	3.08				
父母感情	1.非常不好	9.75	2.56		8.50	1.97		13.91	3.26				
	2.不太好	8.93	2.09	$2 < 5$ (F=25.15**)	9.53	2.04	$1 < 5$ (F=13.69**)	13.29	3.25	$2 < 5$ (F=13.08**)			
	3.普通	9.44	1.82	10.86***	9.65	2.32	8.53***	13.81	2.99	6.56***			
	4.很好	9.96	1.98		10.31	2.26		14.91	2.84	$3 < 5$ (F=17.69**)			
	5.非常好	11.01	2.19	$4 < 5$ (F=14.66**)	11.14	2.53	$3 < 5$ (F=22.63**)	15.48	2.74				
排行	第1	10.23	2.31		10.44	2.43		14.65	2.95				
	第2	9.92	1.99		10.05	2.36		14.63	3.02				
	第3	9.70	1.82	1.03	9.98	2.45	0.68	14.39	2.84	0.73			
	第4	9.70	2.22		9.94	3.01		14.64	3.14				
	第5及以上	9.75	2.21		10.16	1.85		13.58	3.42				

*P<.05 **P<.01 ***P<.001

六、社會、人口學變項對身、心症狀之影響

表五顯示，分別以學校別、性別及父母感情三個變項比較學生之生理或心理症狀出現多寡時，可達顯著差異水準。就學校別而言，不論生理或心理症狀均以郊區的出現數多於市區，其中尤以生理症狀差異最明顯（ $P < 0.001$ ）可能一方面由於郊區學生之不良健康習慣較市區學生多，影響了其身心症狀之出現（不良健康習慣與生理症狀之間的相關值達顯著水準； $r = 0.14$, $P < .01$ ）；另一方面亦可能是因為郊區學生之健康知覺得分較市區學生有較低的趨勢（參見表四），再加上學生之身、心症

狀與健康知覺間均達顯著負相關（參見表六）的緣故，而造成郊區學生比市區學生出現了較多身心症狀的現象。

在性別的比較上，只有心理症狀達顯著差異（ $P < .05$ ），亦即女生感受到的心理症狀比男生多。是否有某些特殊的因素造成男女在心理症狀出現之多少上有所不同，宜做進一步的探討。

以父母感情比較之結果，生理和心理症狀均達顯著水準。承前所述，父母感情的好壞，不僅對發展階段青少年之健康知覺程度有影響，同時也對其身、心症狀出現之多寡有顯著的影響力存在。此結果與特別針對父

表五、社會、人口學變項與國中新生身、心症狀之變異數分析及薛費氏事後檢定表

社會人變、口項	組別	身、心症狀				心 理 症 狀			
		平均值	標準差	F 值	薛 費 氏 法	平均值	標準差	F 值	薛 費 氏 法
學 校	甲校(市區)	2.29	1.63	11.50**		2.72	2.12	4.45*	
	乙校(郊區)	3.03	2.18			3.21	2.13		
性 別	男 生	2.65	2.07	0.28		2.76	2.08	5.12*	
	女 生	2.77	1.82			3.27	2.12		
社經地位	第 I 級	2.00	1.00	0.61		2.66	1.52	0.64	
	第 II 級	2.52	1.87			3.05	2.52		
	第 III 級	2.67	2.12			3.08	2.10		
	第 IV 級	2.67	1.78			3.10	2.18		
	第 V 級	3.05	2.59			2.60	1.71		
父母感情	1.非常不好	3.45	2.58	3.86*	(F=8.90)	3.72	2.37	3.32*	3<5 (F=9.72*)
	2.不太好	3.55	2.14			3.55	1.80		
	3.普通	3.01	1.97			3.36	2.18		
	4.很好	2.32	1.82			2.86	2.29		
	5.非常好	2.40	2.00			2.43	1.87		
排 行	第 1	2.65	2.01	0.60		3.15	2.31	0.68	
	第 2	2.75	2.11			2.94	2.25		
	第 3	2.50	1.43			2.66	1.60		
	第 4	3.11	2.08			3.13	1.99		
	第 5 及以上	3.05	2.76			3.22	2.20		

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

母婚姻關係影響兒童及青少年之身、心症狀

七、健康知覺、生活型態與身、心症狀之相互關係

由表六之相關矩陣可以看出：（1）在健康知覺方面：不論生理、心理或社會層面之健康知覺均呈兩兩相關的關係（心理與生理層面 $r=.30, P<.001$ ；生理與社會層面 $r=.30, P<.001$ ；心理與社會層面 $r=.60, P<.001$ ）。最值得注意的是，不論生理或心理二層面之健康知覺程度，均與生理及心理症狀出現數呈顯著的負相關關係（ r 值分別為 $-0.23 (P<.001)$ ； $-0.14 (P<.001)$ ）及 $-0.22 (P<.001)$ ； $-0.32 (P<.001)$ ）而社會支持層面之健康知覺程度則和心理症狀有顯著的負相關關係（ $r=-0.24, P<.001$ ）。由於心理健康知覺與社會支持之間存在著的高正相關關係（ $r=0.60, P<.001$ ），使我們相信家人或親朋好友給予個人的支持和鼓勵，可以讓一個人自覺的心理健康程度提高。（2）在生活型態方面：放鬆心情方法分別與身、心症狀有著正相關關係（ $r=0.26, P<.001$ ； $r=0.33, P<.001$ ）。為什麼當一個人運用較多的方法去

所做的研究結果相同(3)(7)(8)。

鬆弛身心，其所表現的身、心症狀也愈多？是否因為一個人出現了較多的身、心症狀反而需要選擇多種放鬆心情的方法？二變項間的因果關係如何，則有待進一步再深入探討。另外，不良健康習慣與生理症狀亦有顯著的正相關關係（ $r=0.14, P<.01$ ）。（3）生理與心理症狀二者之間的關係亦達顯著的正相關（ $r=0.49, P<.001$ ），這表示，一個人身、心症狀的出現，彼此之間是有著非常密切的關聯性的。

將上述結果歸納之後發現，不僅一個人本身的生、心症狀彼此之間有極高的影響力，一個人的健康知覺程度乃至生活型態對其身、心症狀的出現均有密切的相關性（各相關變項之關係圖可參見圖二）。由本研究結果，我們亦可這麼說：一個健康知覺度愈高的人，其出現的身、心症狀則愈少。換言之，一個健康知覺度愈高的人，其健康狀況也有愈好的趨勢。此一結果與國外多篇從事健康知覺與健康狀況相關研究之結果相符(4)(5)(6)。因此，以受試者的健康知覺程度及生活型態作為瞭解健康狀況的參考指標是可行的。

八、生理與心理症狀的預測變項

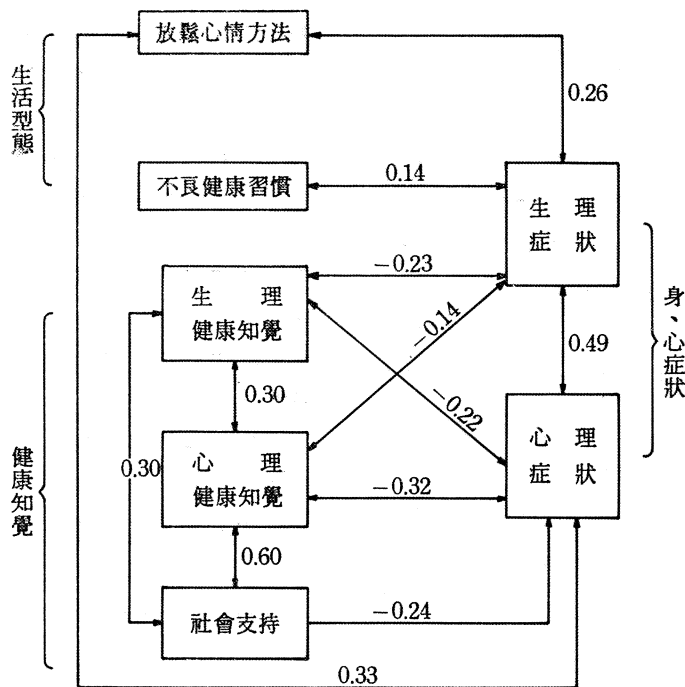
前面討論過有關社會、人口學健康知覺

表六、國中新生健康知覺、生活型態與其身、心症狀之相關矩陣

變 項 名 稱		生 理 健康知覺	心 理 健康知覺	社 會 支 持	不 良 健康習慣	放 心 情方法	生理症狀	心理症狀
健康知覺	生理健康知覺	1.00						
	心理健康知覺	0.30***	1.00					
	社會支持	0.30***	0.60***	1.00				
生活型態	不良健康習慣	0.06	0.09	0.09	1.00			
	放鬆心情方法	0.04	0.08	0.03	0.11	1.00		
身、心症狀	生理症狀	-0.23***	-0.14**	-0.10	0.14**	0.26***	1.00	
	心理症狀	-0.22***	-0.32***	-0.24***	0.02	0.33***	0.49***	1.00

* $P<.05$ ** $P<.01$ *** $P<.001$

圖二、健康知覺、生活型態和身、心症狀各變項間之關係



和生活型態的所有變項，是否均為預測學生身、心症狀之重要因素？若不是的話，究竟以那些變項的共同影響力就足以預測了呢？經再以逐步迴歸分析後，得到以下二項最佳複迴歸公式，分別用以預測生理症狀及心理症狀：

1. Y (生理症狀) = $0.456X_1$ (心理症狀) - $0.139X_2$ (生理健康知覺) + $0.103X_3$ (不良健康習慣) + $0.098X_4$ (學校別) + $0.043X_5$ (父母感情) + $0.037X_6$ (心理健康知覺) + $0.034X_7$ (社會支持) ($F=16.78^*$, $R=0.53$, $R^2=0.20$, $P<.05$)
2. Y (心理症狀) = $0.410X_1$ (生理症狀) - $0.216X_2$ (心理健康知覺) + $0.126X_3$ (性別) - $0.077X_4$ (父母感情) - $0.063X_5$ (社會支持) ($F=27.32^*$, $R=0.56$, $R^2=0.32$, $P<.05$)

由以上可知，若要預測受試者之生理症狀，可由他（她）的心理症狀、健康知覺程度、不良健康習慣、父母感情及學校別等 7

個變項共同加以預測，其解釋力可達總變異量之 29%。在預測受試者之心理症狀方面，則可由他（她）的生理症狀、心理健康知覺、社會支持、性別及父母感情等 5 個變項共同加以預測，其解釋力可達總變異量之 32%，至於其他是些什麼因素影響生理和心理症狀的剩餘變異量，是一有趣而又極待探討的問題。

四、結論與建議

本研究以兩所分別位於臺北市區和臺北郊區的國民中學新生為對象，從事有關健康知覺程度、生活型態和身、心症狀的相關性研究，主要是為探討以前面二者作為後者之健康指標的可行性。初步獲致的結果，就其重要部份整理後，歸納數點，並依序提供建議如下：

1. 調查樣本（國一學生）於調查之前一個月內

，有身、心症狀出現的情形極為普通。頭痛（42.33%）和感覺緊張（43.87%）分別在生理及心理症狀中居首位；而居次位的感冒、咳嗽（生理症狀）和覺得不快樂（心理症狀），以及其他如沒胃口、覺得疲憊等身、心症狀均提醒我們一個事實：剛踏入國民中學的新生，已承受著不同的生理或心理上的不舒適。追究其原因，除學生們先天體質的差異外，是否還有其他外在的因素？是否為學生的不良健康習慣、生活事件、學業壓力、家庭生活等諸因素的交互作用所造成？本研究已從生活型態，健康知覺和父母感情的角度予以探討，但仍感不足，若能再加入生活事件、生活壓力（2020）等因素做整合性的研究，預期將有更具體而實用的結果。

2. 不良健康習慣中，抽煙的報告率不高（2.10%）；但喝酒和不吃（或很少吃）早餐的報告率分別達到9.26%和10.57%；再加上有47.02%的學生在上課期間的睡眠時數不足8小時，均顯示出國中學生有不少人的飲食和睡眠習慣是不正常的。這些不良生活型態對青春期的國中生健康，是一大隱憂，忽視不得。基於「健康促進」的觀點，有關人員宜重視青少年健康並儘早從「預防」著手，為國中學生安排合理而健康的上課時間表，幫助學生養成一定吃早餐、飲食定時又定量、早睡早起有充足睡眠等合乎健康的生活習慣。
3. 在放鬆心情所使用的方法上，多數學生選擇看電視（61.98%）。由於近年來，視力不良問題日趨嚴重，多篇報告均強調，看電視為影響視力不良的因素之一（2023）²⁰。為同時考慮學生生理和心理健康的需要，宜透過衛生教育或心理輔導的途徑，引導學生採取有益於健康的方法去放鬆心情，如聽音樂、出去戶外走走、做運動、做自

己喜好的事……等。

4. 本研究中證實，父母感情的好壞，不僅與學生的健康知覺的各層面（生理、心理和社會）有正相關，同時也和其身、心症狀呈現出負相關的關係。國中學生除了上課外，與家人相處的時間相當長。尤其是父母的感情好壞與否，對子女的家庭生活有極大的影響。為增進學生的正面知覺，並促進學生的健康，學校方面需加強學生輔導與親子教育；社會方面尤需藉各種不同的方式提倡美滿婚姻並教導夫妻相處的要訣，使孩子們從小能在充滿愛的家庭中成長，孩子的健康才能受到妥善的照顧。
5. 由本研究結果證實，生理和心理症狀之間有正相關關係，而生理健康知覺、心理健康知覺和社會支持三層面之健康知覺間亦有正相關關係，而在身、心症狀與健康知覺間亦呈現顯著的相關性，這均顯示了「健康」不能僅以生理上是否有症狀或疾病為單一指標，必須同時考慮心理和社會層面及個人的生活型態。本研究以健康知覺程度（包括生理、心理和社會三層面）和生活型態做為預測身、心症狀的指標，已獲初步的肯定。唯需在不同的人口羣做更大更廣的研究，以期能在測量工具上做更詳盡而客觀的修正，做為日後建立常模的基礎。

誌 謝

本研究經臺北市民生國中及臺北縣積德國中兩校之健康教育教師協助收集資料，特此誌謝。

參考文獻

1. North Central Florida Health Planning Council, Inc., (1984). District 3 Health Plan. Gainesville, Florida.
2. Wiley, T. A. & Camacho, T. C.: Life-style and Future Health: Evidence from the Alameda County Study. Preventive Medicine.

- 9: 1—21, 1980.
3. Charles D. Hale, Terence R. Collins & Robert C. Davis: Assessing Lifestyle Health Risk Reducation Program Needs. *Health Education* June /July : 11—13, 1986.
4. 吳淑瓊：自述性之健康測量：中華民國公共衛生學會雜誌。4：19—25頁，民國73年。
5. Atkinson, T, et al: Physical Status and Perceived Health Quality, York University, Institute for Behavioral Research, Downsview, Ontario, Canada, 1980.
6. Amstrong, A: Health Policy and Subjective Social Indicators, Melbourne, University of Melbourne. 1980.
7. Green, L. W.: Modifying and Developing Health Behavior. *Annals of Review Public Health*, 5: 215—237, 1984.
8. Sommer, B. B.: Puberty and adolescence. New York: Oxford University Press. 1978.
9. Brown, S: The Health needs of Adolescents. In *Healthy People: The Surgeon general's Report on Health Promotion and Disease prevention, background papers*. DHZW Pub. No. (PHS) 79—55071A. Washington, D. C.: USGPO.
10. Cheryl, L. P.: A Conceptual Approach to School-Based Health Promotion, The National Conference on School Health Education Research in the Heart, Lung and Blood Areas, September 15—16 : 33—38, 1983.
11. Charles E. B. & Theresa B. K: Adolescent Perceptions of Stressful Life Events: Health Education. June /July : 4—7; 1986.
12. Christine, L. W. & Ernst, L. W: Motivating Adolescents to Reduce Risk for Chronic Disease. *Postgraduate Medical Journal*, 54 : 212—214, 1978.
13. 黃德祥：父母離婚兒童之自我觀念、焦慮反應、學業成就及團體諮商效果之研究。國立臺灣師範大學輔導研究所碩士論文，民國71年。
14. 朱瑞玲、楊國樞：家庭與社區環境對國中學生問題行為之影響，中央研究院民族學研究所—社會變遷中青少年問題研討會論文集刊：11～28頁，民國67年。
15. 盧欽銘：我國國小及國中學生自我觀念發展之研究，國立臺灣師範大學教育與心理學報：Vol. 13，75～84頁，民國69年。
16. Hunt SM. et al: A quantitative approach to perceived health status: A validation study. *Journal of Epidemiology and Community health*, 34: 281—286, 1980.
17. Wallerstein, J. S. & Kelly J. B.: The effects of parental divorce: experiences of the child in later latency. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2(4): 256—263. 1976.
18. Santrock, J. W. & Warshak, R. A.: Father custody and social development in boys and girls. *Journal of Social Issues*. 35(4). 112—125, 1979.
19. 段亞新、吳英璋：大學生對生活事件的認知歷程及其身心適應。中華心理衛生學刊第三卷，民國75年。
20. 陳慶餘、吳英璋：以生物心理社會模式探討臺大新生之身心症狀。中華心理衛生學刊第三卷，民國75年。
21. 王秀枝、吳英璋：生活事件、生活壓力及身心疾病的動力性關係。中華心理衛生學刊第三卷，民國75年。
22. 姚克明、林豐雄、吳聖良：蘭嶼地區國民中小學學生視力調查—第一次追蹤研究報告。臺灣省公共衛生研究所，民國73年8月。
23. 王老得、謝春雄、劉貴雲：臺北市學童視力保健之調查與對策。市政建設專題研究報告第136輯，民國74年11月。
24. 李叔佩、張英二、楊志良、陳政友、賴香如、林隆光：學生視力保健實驗研究（第二報）。衛生教育雜誌，第七期，民國75年12月。