

國立臺灣體育學院休閒運動管理研究所
碩士學位論文

更年期婦女身體活動與健康相關生活品質之研究
**THE STUDY OF PHYSICAL ACTIVITY AND
HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE FOR THE
WOMEN DURING THEIR CLIMACTERIC PERIOD**



研 究 生：孫燕芬 撰

指 導 教 授：楊峰州 博士

中 華 民 國 九 十 六 年 六 月

論文名稱：更年期婦女身體活動與健康相關生活品質之研究

總頁數：117 頁

院校組別：國立臺灣體育學院休閒運動管理研究所

畢業時間及提要別：九十五學年度第二學期碩士學位論文提要

研究生：孫燕芬

指導教授：楊峰州 博士

中文摘要

本研究旨在探討更年期婦女身體活動與健康相關生活品質之關係。以配額立意抽樣方式選取40至59歲居住在台北市、高雄市和台中市的婦女為研究對象。研究工具包含國際身體活動量表(劉影梅, 2004)、SF-36量表(盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅, 2003)。自2007年2月至2007年3月進行問卷調查, 共得331份有效問卷。研究結果發現更年期婦女身體活動程度偏低, 多數是坐式生活型態。以t考驗及單因子變異數分析不同年齡、婚姻、子女數、教育程度、職業等與身體活動、健康相關生活品質呈顯著相關, 但家庭年收入與身體活動則無相關。以皮爾森積差相關法分析結果得知中等費力的身體活動與整體健康狀況呈現顯著正相關($r=.14$, $p<.01$), 與因身體健康問題所引起的角色限制則呈現顯著負相關($r=-.17$, $p<.01$)。坐著的時間與身體健康問題所引起的角色限制及身體疼痛程度($r=.12$, $p<.05$)呈顯著正相關, 與情緒問題所引起的角色限制($r=.17$, $p<.01$)呈顯著正相關。更年期婦女整體健康狀況因不同活力狀況和心理健康之不同而有所差異。建議未來在推動更年期婦女健康促進策略時, 應鼓勵婦女從事中等費力的身體活動及維持動態生活型態, 不僅只是著重在生理層面更應要重視自我的活力和心理健康狀況, 以提升更年期婦女健康相關生活品質。

關鍵字：更年期、身體活動、健康相關生活品質

THE STUDY OF PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE FOR THE WOMEN DURING THEIR CLIMACTERIC PERIOD

ABSTRACT

The purpose of this study was to discuss the relationship between the women's physical activity and health-related quality of life during their climacteric period. The subjects were Quota Sampling selected from 40-59 years old women in Taipei, Kaohsiung and Taichung city in Taiwan. There were two instruments used in this study: International Physical Activity Questionnaire and MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey. 331 valid questionnaires were returned during February to April, 2007. Result shows that most of climacteric women's physical activities were in low level, the majority of life style was sitting. Using t-test and One-way ANOVA shows that significance different between the personal demographics and physical activity, health-related quality of life, no significance between the household income and physical activity. Using Pearson product-moment correlation shows that positive correlated between the moderate level of physical activity and the General Health ($r=.14$, $p<.01$), significance negative correlated differences in Role Limitation due to Physical Health Problems (RP) ($r=-.17$, $p<.01$).The significance positive correlated were between the sitting time and RP, Bodily Pain ($r=.12$, $p<.05$) and Role Limitation due to Emotional Problems ($r=.17$, $p<.01$). The climacteric period women's General Health were different according to Vitality and Mental Health. Suggesting in feature to advance health promotion of stage, it should be encourage climacteric period women to moderate level of physical activity and keeping movement life style. Not only emphasis in physical aspects, more importantly focus at self-vitality and metal health to upgrade the health-related quality of life for the women during their climacteric period.

Keywords : climacteric, physical activity, health-related quality of life

目次

第壹章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究目的	5
第三節 研究問題	5
第四節 研究假設	5
第五節 研究範圍與限制	6
第六節 名詞釋義	6
第貳章 文獻探討	8
第一節 更年期及相關研究	8
第二節 身體活動及相關研究	14
第三節 健康相關生活品質及相關研究	20
第參章 研究方法	26
第一節 研究架構	26
第二節 研究對象與抽樣設計	28
第三節 研究工具	30
第四節 資料收集過程	34
第五節 資料分析	34
第肆章 研究結果與討論	35
第一節 研究結果	35
第二節 討論	82
第伍章 結論與建議	90
第一節 結論	90
第二節 建議	93
參考文獻	95
附錄一 更年期婦女身體活動與健康相關生活品質之研究問卷	108

附錄二 國際身體活動台灣中文自填短版授權證明	116
附錄三 SF-36 健康相關生活品質台灣中文版授權證明	117

表 目 錄

表 1	台北市、高雄市、台中市地區抽樣數與比例分配情形.....	29
表 2	台北市、高雄市、台中市四十歲以上女性人口數.....	29
表 3	人口特徵之分佈.....	37
表 4	身體活動天數之分佈.....	39
表 5	身體活動時數之分佈.....	40
表 6	不同年齡分組與身體活動 t 考驗分析摘要表.....	41
表 7	不同婚姻狀況之身體活動平均數與標準差分析摘要表.....	42
表 8	不同婚姻狀況對身體活動之單因子變異數分析摘要表.....	43
表 9	不同子女數之身體活動平均數與標準差分析摘要表.....	44
表 10	不同子女數對身體活動之單因子變異數分析摘要表.....	45
表 11	不同教育程度之身體活動平均數及標準差分析摘要表.....	47
表 12	不同教育程度對身體活動之單因子變異數分析摘要表.....	48
表 13	不同職業與身體活動 t 考驗分析摘要表.....	49
表 14	不同家庭年收入對身體活動之單因子變異數分析摘要表.....	50
表 15	健康相關生活品質原始題目數值之分佈.....	58
表 16	不同年齡分組之健康相關生活品質 t 考驗分析摘要表.....	65
表 17	不同婚姻狀況之健康相關生活品質平均數及標準差分析摘要表.....	67
表 18	不同婚姻狀況對健康相關生活品質之單因子變異數分析摘要表.....	68
表 19	不同子女數之健康相關生活品質平均數及標準差分析摘要表.....	70
表 20	不同子女數對健康相關生活品質之單因子變異數分析摘要表.....	71
表 21	不同教育程度之健康相關生活品質平均數及標準差分析摘要表.....	73
表 22	不同教育程度對健康相關生活品質之單因子變異數分析摘要表.....	74
表 23	不同職業之健康相關生活品質 t 考驗分析摘要表.....	75
表 24	不同家庭年收入之健康相關生活品質平均數及標準差分析摘要表.....	77
表 25	不同家庭年收入對健康相關生活品質之單因子變異數分析摘要表.....	78

表 26 身體活動與健康相關生活品質相關係數矩陣表.....	81
--------------------------------	----

圖 目 錄

圖 1 研究架構圖.....	27
----------------	----

第壹章 緒論

隨著女性平均壽命延長及中高齡婦女人口的逐漸增加，更年期婦女的健康狀況及生活品質日漸受到重視。規律的身體活動及動態生活方式能促進生理、心理與社會之健康狀態，進而提升健康相關生活品質。然而更年期婦女身體活動程度普遍偏低，造成個人健康狀況及生活品質極大的威脅，因此更年期婦女身體活動之提倡為之重要與迫切，因其攸關個人的健康相關生活品質，有鑑於此興起本研究的動機。本章將就研究背景與動機、研究目的、研究問題、研究假設、研究範圍與限制、名詞釋義等六小節探討之。

第一節 研究背景與動機

隨著經濟發展及醫療科技的進步使的人類平均壽命日漸延長，追求健康與美好的生活品質已成為人們努力的新方向。對於健康的概念也不再是無病或虛弱，而是涵蓋生理、心理及社會皆美好的狀態（李碧霞等人，2005）。於是以健康促進（health promotion）的概念來提升生活品質（Quality of Life, QOL）已成為二十一世紀的健康新趨勢（張慈惠、黃秀梨，2000）。因此人類的健康指標也從過去死亡率與罹病率的高低逐漸轉變為以生活品質的好壞為標準，生活品質便成為決定個人整體健康狀況的重要決定因子，因此由一般性的生活品質概念逐漸發展出健康相關生活品質（Health-Related Quality of Life, HRQOL）之概念（胡文郁、戴玉慈、陳慶餘、陳月枝，2003）。也就是說個人生存期間之健康相關生活品質會因個人的功能狀態、知覺、障礙及社會政策而調整或受影響，與疾病、治療及政策等因素有關，且較偏向健康或是疾病相關之情境評價（張淑芳，2004; Byrne-Davis, Bennett, & Wilcock, 2006）。

根據內政部統計處（2006）資料指出台閩地區 95 年 10 月底止總人口數為 22,850,660 人，女性人口為 11,267,597 人，即佔總人口數一半之多；其次在男女平均壽命分析中，女性為 79.79 歲，男性為 73.72 歲，所以男女兩性平均壽命差距為 6.07 歲，顯示近 10 年來女性平均壽命增加的歲數及幅度均高於男性。另一方面在

台灣 65 歲以上老年人口佔總人口的 9.88%，其中女性人口為 1,111,382 人，而男性人口為 1,105,422 人，顯示逐年增加的老年人口中也以女性人口略多於男性（內政部統計處，2006）。因此隨著女性平均壽命的延長及中高齡婦女人口的逐漸增加，中高齡婦女的健康相關生活品質之議題越來越受到重視。

根據統計台灣每天約有 500 至 600 名婦女進入更年期（climacteric），已達此階段的婦女約有 228 萬人，佔總人口數的 10.2%（內政部統計處，2000）。顯示更年期婦女是社會上重要族群之一。更年期是因卵巢功能衰退，導致女性賀爾蒙的分泌量急遽降低，因而造成身體相關組織器官逐漸產生萎縮及功能障礙（江佳錡、陳建志、林光洋，2004）。婦女因賀爾蒙改變及生理功能衰退，導致生理、心理及社會各方面的改變與衝擊，甚至影響個人的角色功能、身體心像、家庭結構及人際關係（Daly et al., 1993; LeBoeuf & Carter, 1996; 李逸、王秀紅，2001）。所以更年期雖然是婦女生命週期中自然必經的歷程，但並非相安無事而是處於健康多變化與威脅的時期（曹麗英，1998）。因此婦女對更年期所產生的健康問題是充滿困擾與不確定感的（白香菊、李選、曾月霞，2004）。根據調查指出台灣婦女平均停經年齡為 49.6 歲（林宇旋、張幸真、陳姿伶，2003）。以目前醫藥及經濟各方面優勢環境下，女性平均壽命與平均停經年齡相比，女性將有三分之一的時光是在更年期階段渡過，所以更年期階段的健康狀況及生活品質之好壞對中高齡婦女影響甚深。個人的健康狀況就成為是否能成功經歷更年期的首要條件以及生活品質好壞的客觀性指標（Zhan, 1992）。

因此如何減緩因更年期造成的身體與心理不適現象，是目前醫學界所努力的方向。醫學界最常以賀爾蒙替代療法（Hormone Replacement Therapy, HRT）處置因更年期所致的症狀或健康問題，藉由藥物來緩和或改善更年期症狀或健康問題，根據調查顯示國內婦女約有 54.1% 曾因更年期症狀而使用過賀爾蒙替代療法（林宇旋等人，2003）。但是醫學界使用賀爾蒙替代療法之爭議不斷，其中支持與反對之論點都有。根據美國國家衛生研究院（National Institutes of Health, NIH）所贊助的更年期婦女關懷研究（Women's Health Initiative, WHI）計畫報告中指出整體而言賀

爾蒙替代療法壞處多於好處，例如使用賀爾蒙替代療法者罹患乳癌的機率是不使用者的 1.26 倍、冠狀心臟疾病是 1.29 倍、中風是 1.41 倍、血管栓塞是 2.11 倍，賀爾蒙替代療法使婦女產生更多害怕與困惑（吳香達，2004；盧孳豔、陳海焦、阮月清，2006）。由上述研究結果推知，賀爾蒙替代療法不是更年期婦女唯一和首選的健康問題解決方法，應以其他途徑增進更年期婦女自我健康照護，進而提升健康狀況及生活品質（盧孳豔、楊舒琴、林雪貴，2002）。

更年期階段的健康狀況影響中高齡婦女甚深，那什麼是影響健康狀況的因子呢？相關學界認為影響健康狀況好壞的因素可歸類為遺傳基因、身體活動及生活形態、個人態度、環境條件與社會環境等多項因素（譚醒鴻、黃全成，2005）。遺傳基因與社會環境不是個人所能立即改變與控制，但個人卻可以選擇並執行健康促進之行為模式，因此身體活動能達到健康促進之效益就成為近年來國際間相當重視的議題。許多研究證實身體活動與健康促進的關係，且大都認為有正面相關性存在（戈依莉，2003）。因此經由規律的身體活動以及動態生活方式能促進生理、心理與社會之健康狀態，進而提升健康相關生活品質（黃金柱，2005；王秀華、李淑芳，2004）。然而國人身體活動程度普遍偏低，且女性身體活動程度普遍低於男性，其中更年期婦女在體能活動的參與率也偏低（李逸、王秀紅，2001；曹麗英等人，2002；蔡錦雀、陳麗華、王俊明，1998）。因此更年期婦女身體活動之提倡為之重要與迫切，因其攸關個人的健康相關生活品質；有鑑於此興起本研究動機，希望透過對更年期婦女身體活動與健康相關生活品質概況之瞭解及相關因素之探討，以作為未來更年期婦女身體活動計畫之參考。

第二節 研究目的

- 一、瞭解研究對象的人口特徵分佈情形及身體活動、健康相關生活品質之概況。
- 二、探討研究對象的身體活動、健康相關生活品質在人口特徵上之差異。
- 三、探討研究對象的身體活動與健康相關生活品質之關係。

第三節 研究問題

- 一、瞭解研究對象的人口特徵的分佈情形及身體活動、健康相關生活品質之概況為何？
- 二、探討研究對象的身體活動、健康相關生活品質在人口特徵上之差異為何？
- 三、探討研究對象的身體活動與健康相關生活品質之關係為何？

第四節 研究假設

- 一、研究對象的身體活動在人口特徵上呈顯著差異。
- 二、研究對象的健康相關生活品質在人口特徵上呈顯著差異。
- 三、研究對象的身體活動與健康相關生活品質呈顯著相關。

第五節 研究範圍與限制

一、研究範圍

根據內政部統計處 (2006)各縣市人口數資料顯示台灣前三大都市分別是台北市 (2,622,472 人), 高雄市 (1,512,677 人), 台中市 (1,021,292 人), 共約佔台灣總人口數的四分之一, 因此本研究以台北市、高雄市、台中市等都市為本研究範圍。

二、研究限制

根據內政部統計處 (2000)資料顯示台灣婦女處於更年期階段的人口約佔總人口數的 10.2%, 根據上述文獻推估整體母群數目約有二百萬至三百萬人之多, 礙於時間、人力、財力的限制, 所以本研究僅以配額立意抽樣的方法進行資料收集, 因此造成本研究樣本在統計推論上的限制。

第六節 名詞釋義

一、更年期

女性因卵巢功能退化, 從有規律的排卵轉變為不規律的型態, 女性賀爾蒙也逐漸降低, 最後形成停經後非常低且穩定的女性賀爾蒙, 大多是從腎上腺分泌的雄素酮轉化為雌素酮, 這段生理轉化的過程稱為更年期 (吳香達, 1998)。

二、身體活動

身體活動是指任何由骨骼肌作用, 產生能量消耗的身體動作, 包含日常生活中各種形式且會消耗體能的活動, 如休閒、遊戲、運動、適能、跳舞、走路、騎腳踏車及家務勞動、園藝工作等日常活動 (Harris, 2001)。

三、健康相關生活品質

個人對生命存在期間之價值, 這價值會因障礙、功能狀態、知覺及社會政策而調整或受影響, 也就是說與疾病、治療與政策因素有關, 且較偏向健康或是疾

病相關的情境評價（張淑芳，2004; Byrne-Davis, Bennett, & Wilcock, 2006）。

第貳章 文獻探討

本研究主要在瞭解更年期婦女身體活動及健康相關生活品質之概況、探討更年期婦女身體活動與健康相關生活品質在人口特徵之差異，以及更年期婦女身體活動與健康相關生活品質之相關。因此本章將就更年期、身體活動、健康相關生活品質的定義及其相關研究等三小節進行相關文獻探討。

第一節 更年期及相關研究

更年期是女性生命週期的重要階段，可由不同角度與領域詮釋它。生物醫學的觀點認為更年期是一種賀爾蒙缺乏病 (hormone deficiency disease)，主要以補充女性賀爾蒙做為解決辦法；社會文化觀點則將更年期視為人生發展的過程，其意義隨著社會或文化象徵性脈絡而形成，而且認為更年期問題及症狀是因外在生活環境因素所促成，並非女性賀爾蒙缺乏，且因個人認知及社經地位之不同而使得婦女在更年期感受也有所不同；女性主義者則認為更年期是女性正常老化的自然過程，是自然年齡中的一部份，並不是疾病或病態，強調更年期生活經驗最能代表婦女經歷更年期的事實，更年期並不會影響女性的生理及心理，只是社會賦予的負向刻板印象而已 (盧孳豔等人，2002；余玉眉，2003)。本節主要是依據生物醫學的觀點詮釋停經的定義、更年期的定義、更年期症狀及更年期的健康威脅。

一、停經的定義

停經 (menopause)指的是由於卵巢的自然老化衰竭，因而不能週期性排卵，同時不再分泌足夠的女性賀爾蒙，因此從最後一次自發性的月經停止滿一年整，則稱為停經或自然停經；停經之前稱為停經前期 (Pre-menopause)，指月經從規律運作至月經開始不規則；停經之後稱為停經後期 (Post-menopause)，指停經滿一年之後 (吳香達，1998)。停經發生時間的早晚與疾病、手術、營養不良、抽煙或體重過輕、高海拔地區民族等因素有關，一般停經發生在 40 歲之後，但也有 1% 的女性停經發生在 40 歲之前 (Sapsford, Bullock-Saxton, & Markwell, 1999 ; Williams, &

Wilkins,2005)。

二、更年期的定義

女性因自然老化過程使的卵巢功能自然逐漸退化，卵巢功能從有規律的排卵轉變為不規律的型態，女性賀爾蒙也逐漸降低，最後停止排卵及造成停經，停經後女性賀爾蒙大多是從腎上腺分泌的雄素酮轉為雌素酮，以非常低的比例存在女性體內，這段生理轉化的過程稱為更年期（吳香達，1998）。

除了生理上賀爾蒙的變化，更年期婦女在身體、心智及社會各方面也相同面臨許多階段性改變。更年期屬於生命週期的中年期，中年過渡到老年的轉捩點，表示生命週期即將邁入老年期，生理變化從有生育潛能階段逐漸步入不能生育的階段（張珩、張菊惠，1998，馮容莊、馮琪瑩，1997；蘇永安，1997）。自然非外在因素下之更年期通常發生在自然停經之前後 2 至 5 年（江佳錡等人，2004）。所以更年期階段約從 40 歲開始到 60 歲間，但有個別差異性之不同，平均持續 15 至 20 年（夏萍洄等人，1994）。綜合上述文獻得知更年期並不是指停經，而是指邁入自然停經之前後階段，也就是包括停經前期、停經期、停經後期。其影響之層面不僅只是生殖系統的改變，還涵蓋身體、心理與社會等層面的改變與衝擊。

三、更年期症狀

更年期症狀與雌激素的濃度變化有密切關係，通常在 45 至 55 歲間，卵巢隨著個體自然老化過程而功能衰退，開始發生雌激素分泌減少與不足，導致典型性更年期症狀產生（吳嘉麗，2003；張天鈞，2005）。更年期症狀主要包括四類，（一）更年期症候群（climacteric syndrome）：因雌激素減少造成中樞神經系統失調，因而影響自主神經及精神層面等障礙，以血管收縮症狀（vasomotor syndrome）引起熱潮紅（hot flush）最為常見，婦女在自然停經前後過程中有 58% 至 93% 會有熱潮紅症狀，其次在精神層面常見憂鬱、情緒不穩、記憶力減退、失眠、煩躁等障礙；（二）泌尿生殖道（urinary-generate system）症狀：因缺乏雌激素使的泌尿生殖道上皮組織萎縮變薄，因而抵抗力下降容易引起泌尿生殖道病變與不適；（三）骨質疏鬆症

(osteoporosis)：對女性而言骨細胞需要雌激素的滋養才能維持正常的骨代謝，所以當雌激素不足會造成骨質流失增加，使得骨本逐漸耗盡，危及骨骼的完整性；(四) 心血管疾病 (cardiovascular disease)：雌激素會影響血中脂肪的代謝，而且會抑制肝脂酵素 (hepatic lipase) 的活性因而造成對人體有益的高密度脂蛋白降低，而對人體有害的低密度脂蛋白反而上升，使的更年期婦女成為罹患心血管疾病的高危險群 (Speroff, 2002; Sapsford et al., 1999; Thurston, Joffe, Soares, & Harlow, 2006; Williams, & Wilkins, 2005)。除了更年期症狀之外，更年期階段的婦女還面臨與老化過程有關的非典型症狀，包括頭痛、下背痛、體重過重、肥胖、肌肉關節不適、皮膚失去彈性、乳房組織和外生殖器的萎縮等 (Dhillon, Singh, Shuib, Hamid, & Mahmood, 2006; 夏萍洄等人, 1994)。

根據研究指出更年期症狀與種族、肥胖、年齡、抽煙及雌激素降低等因素有關，Avis, Ory, Matthews, Schocken, Bromberger, & Colvin. (2003)曾針對 3302 個來自不同種族的中年婦女進行相關研究，探討不同種族及背景的中年婦女更年期症狀與生活品質之關係，研究結果發現來自不同種族及背景的中年婦女都會因更年期症狀而對生活品質產生不同程度的負面影響，其次是不同種族及背景、健康狀況、生活型態與更年期症狀呈顯著差異，尤其是個人的身體活動程度及身體質量指數 (Body Mass Index, BMI) 更是影響個人的身體角色功能及生活品質。因此更年期婦女若生活形態不正常或缺乏身體活動皆會加重更年期症狀，進而影響健康狀況與生活品質 (Miller, & Dishon, 2006)。

四、更年期的健康威脅

更年期的健康威脅主要來自更年期症狀，包括更年期症候群、泌尿生殖道症狀、骨質疏鬆症、心血管疾病等 (Speroff, 2002)。根據行政院衛生署 (2007) 指出國內肥胖標準及定義是以身體質量指數 (計算方式為體重除以身高的平方) 及腰圍來判定，身體質量指數正常範圍是小於 24 至大於或等於 18.5 間，若低於 18.5 是指體重過輕；大於或等於 24、小於 27 是指過重；大於或等於 27、小於 30 是指輕

度肥胖; 大於或等於 30、小於 35 是指中度肥胖; 大於或等於 35 是指重度肥胖; 其次若男性腰圍超過 90 公分、女性超過 80 公分也稱之為肥胖; 目前國內每七個成年人中就有一個人肥胖。由上述文獻可知肥胖問題之嚴重性及對成年人造成健康危害之隱憂。相同的中年婦女隨著年齡漸增及基礎代謝率逐漸下降, 使的體脂肪增加而身體肌肉質量 (lean body mass muscle) 逐漸減少, 於是脂肪重新分配集中於身體中央或腹部, 中年婦女普遍過重或肥胖, 造成個人缺乏自信、焦慮或影響人際關係 (Morss et al., 2004)。過重或肥胖也是心血管疾病、高血脂症、非胰島素依賴型糖尿病、骨關節炎、骨質疏鬆症、膽囊性疾病、乳癌、子宮內膜癌等疾病的致病高危險因子, 而根據許多研究指出維持規律身體活動與健康飲食策略能改善與預防過重或肥胖, 更有助於因年齡逐漸增加而身體肌肉質量逐漸減少的現象 (Sapsford et al., 1999)。

其次在心血管疾病方面, 根據研究顯示心血管疾病在更年期之前對女性而言並不普遍, 但在停經後的發生率 5 年增加 1 倍, 平均 30 歲時之死亡率約每十萬人有 1.5 人, 而 55 歲婦女卻增加為每十萬人中就有 10 人死於冠狀動脈性心臟病, 可見停經後的婦女是罹患心血管疾病的高危險群, 如果有家族史、抽煙、高血壓、糖尿病、高膽固醇、高三酸甘油血症、體重過重或肥胖等更加重罹患心血管疾病的 (Sapsford et al., 1999)。而根據研究指出身體活動可降低及預防心血管疾病的炎症過程 (inflammation process), 顯示身體活動程度高者其炎症反應因子比坐式生活形態者為低, 說明身體活動確實有健康促進之效益, 尤其是針對心血管疾病的治療與預防 (Panagiotakos, Pitsavos, Chrysohoou, Kavouras, & Stefanadis, 2005)。

骨質疏鬆症是中高齡婦女常見影響健康及身體功能的骨骼系統疾病, 由於更年期雌激素濃度明顯降低, 導致骨骼的破骨細胞活性增加, 在吸收大於合成的情況下使骨質快速流失, 造成骨質疏鬆症 (余如冰, 2004)。骨質疏鬆症是一種與骨質密度減少有關的骨骼疾病, 因為骨質與骨量對維持骨骼完整性及穩定性是很重要的元素, 當骨質含量減少到某一個程度時, 骨骼結構變的脆弱且易骨折, 而女

性在 30 至 35 歲時骨質密度會達到顛峰，之後骨質會依每年 0.5%至 1%的速度流失，更年期婦女每年約流失 2%至 3%的骨質，骨質的流失在剛停經的三至四年最為嚴重，且隨著年紀增加而流失逐漸增加，因此婦女因骨質疏鬆造成骨折的機率比男性高出二至三倍（黃永任，1998）。因此骨質疏鬆症便成為更年期婦女影響健康及生活品質的常見骨骼疾病之一，骨質疏鬆現象容易造成髖部(hip)及脊椎(spine)的骨折與活動困難，因而造成更年期婦女殘疾或減少身體活動的參與（Williams, & Wilkins, 2005; Avci, & Bachmann, 2004）。但是在正常身體功能下從事規律身體活動卻能強化骨骼肌肉的強度反而能預防跌倒或骨折，因為規律的身體活動能產生負重與肌肉收縮效應，提供有效的外力以刺激骨形成及維持骨量，因此能有效減緩骨質流失（陳文玲，2005）。Kemmler, Engelke, Lauber, Weineck, Hensen, & Kalender. (2002) 曾針對更年期階段罹患骨質疏鬆的婦女施以一年的運動訓練計畫，結果顯示運動確實能改善因雌激素缺乏所產生的健康問題，尤其是骨質疏鬆症、心血管疾病，因為運動可增加骨密度及提高肌肉張力、增加血中含氧量，同時對於更年期症狀、疼痛頻率強度等都有顯著改善的效益，進而提升更年期婦女健康狀況及生活品質。由上述文獻可知更年期階段的婦女從事身體活動能有效預防更年期症狀，尤其在過重或肥胖、心血管疾病及骨質疏鬆症等方面，進而能提升個人的健康狀況與生活品質。

第二節 身體活動及相關研究

中高齡婦女身體功能衰退或健康相關體適能的下降，不完全是因生理性老化過程所致，因根據調查指出 65 歲以上的婦女有 70%缺乏身體活動或規律運動，因而導致體重過重或肥胖、罹患心血管性疾病、高血壓、骨質疏鬆症及其他影響健康的問題（Marks, 2002）。因此，本節所要探討的是身體活動的定義、健康促進模式、身體活動之健康促進效益。

一、身體活動的定義

身體活動是指任何由骨骼肌作用，產生能量消耗的身體動作，包含日常生活中各種形式的活動，包括休閒、遊戲、運動、適能、跳舞、走路、騎腳踏車及日常活動、家務勞動、園藝工作等各種消耗體能的活動 (Harris, 2001)。

運動是指有計畫性與結構性的身體活動，並能促進身體、心理及社會健康與適能；適能是指個人經由參與身體活動達到的一種能力與利益，因此在適能方面，又可分為健康適能 (health-related fitness):包括心肺耐力、肌力與肌耐力、柔軟性、身體組成等；以及競技適能 (skill-related fitness)：包括敏捷性、平衡感、協調性、爆發力、反應時間與速度等 (Harris, 2001; 翁梓林, 2005)。

個人的體能狀況與健康生活品質有密切關係，因為參與身體活動可達到增進個人健康與體能之效益，一般人如果想達到健康促進效益，重點在達到健康適能的標準而非競技適能，日常生活中從事規律的身體活動是促進健康適能的重要方法 (翁梓林, 2005; 劉影梅, 2004)。因此更年期婦女從事身體活動之頻率、強度、時間與型式 (Frequency, Intensity, Time, Type, FITT)皆是影響健康的重要因素 (Malmberg, Miilunpalo, Pasanen, Vuori, & Oja, 2005)。其次從事身體活動不一定要採取激烈的活動，短暫規律的身體活動是具有累積的效果，還是可以達到健康促進之效益 (卓俊伶, 2006)。因此綜合上述文獻可知身體活動的意義在於經由任何形式能達到骨骼肌作用及能量消耗，維持規律身體活動及動態的生活型態是健康促進的重要策略，重點在維持能增進健康與適能的活動為目標，而不是無目的的勞動或選擇自己無法達到的激烈活動，而且身體活動最終目的在增進個人能力以促進身體、心理及社會健康之利益。

二、健康促進模式

由於現今疾病型態的改變，50%以上的健康問題皆因於個人的生活型態與行為，因此健康促進被廣泛應用在健康問題之因應上，而健康促進生活方式是指個人以健康促進為導向且為達到更健康狀態所努力的積極主動之行為模式，而不只是預防性行為，健康促進評估內容包含壓力處置、維持人際支持、自我實現及健

康責任、適當的營養與規律性身體活動（張蓓貞，2004）。所以疾病預防與健康促進的概念不完全相同，疾病預防只是阻止或降低疾病或特殊健康問題對個人健康造成的傷害，而健康促進不是以疾病或特殊健康問題為導向，而是積極擴展健康之潛能並使個人功能發揮至最佳狀態，所以健康促進內容涵蓋疾病預防的概念（王秀紅等人，2004）。

Pender 統合價值期望理論（expectancy-value theory）與社會學習理論（social learning theory）於 1987 年發展出健康促進模式（health promotion model），主要是以個人能力或趨向為導向的模式，不同於以威脅或害怕為改變動機的行為模式（張蓓貞，2004）。Pender 於 2002 年再次修正健康促進模式之架構，此修正模式架構包含三大要素，（一）個人特質與經驗（individual characteristics and experiences）：因每個個體都是獨立的，所以有不同的個人特質及經驗，尤其是個人先前相關行為對個體的感受及個人生物、心裡、社會文化等因素都會影響其行動表現；（二）特殊行為認知與對個人影響（behavior-specific cognitions and affect）：個體在行動表現時，與自覺行動的利益、行動阻礙、自我效能、行動相關感受、人際的影響、以及情境影響等因素有關；（三）行為結果（Behavioral Outcome）：健康促進模式將健康促進行為做為個人的行為結果，也就是個人將健康促進行為整合融入到生活方式之中，並感受到正向全面的健康經驗，這就是健康促進的最終的行為結果（Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002; Ronis, Hong, & LusK, 2006; 王秀紅等人，2004）。

根據上述健康促進模式之理論，說明探討更年期婦女身體活動時應考慮個人的生命週期階段、背景差異、過去身體活動經驗、特殊行為認知與影響等因素都會影響更年期婦女身體活動的參與，也就是更年期婦女若能主動積極將身體活動及動態的生活型態融入生活中，並對個人產生正向認知與影響，將使個人的健康相關生活品質提升至最佳狀態，而不僅是消極的預防更年期所產生的健康威脅。

然而現代人因生活型態改變及自動資訊化下使的人們在食衣住行的生活品質進步許多，但相對的身體活動的機會也減少許多，因此國人坐式生活型態日益普遍，對體適能及健康都是非常大的警訊與威脅（陳全壽、劉宗翰、張振崗，

2004)。而且國人生活型態多偏以工作為取向，往往動態性活動被忽略或不足（劉影梅，2004）。劉影梅等人（2005）曾針對 5069 名年齡在 18 至 65 歲的成年人，以國際身體活動量表調查國人身體活動程度，結果指出身體活動程度屬於高等活動量者只有 18.4%，男性佔 24.9%、女性佔 11.8%；活動足夠者有 42.5%，男性佔 36.3%、女性佔 48.8%；活動不足者有 39.1%，男性佔 38.8%、女性佔 39.4%，顯示國人活動不足佔很高比例，尤其女性活動不足者之比例高於男性。曹麗英等人（2002）曾針對 61 位年齡在 40 至 60 歲的更年期婦女進行健康相關行為之研究，研究結果發現更年期婦女的健康相關行為中以運動項目的得分最低。顯示更年期婦女普遍運動不足，而且未能主動積極對身體活動產生正向認知與影響。而健康促進模式強調影響個人健康促進行為的執行因素中，以對行為認知影響比個人特質經驗更具影響力（Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002）。也就是要提升更年期婦女身體活動之健康促進，加強更年期婦女對身體活動的行為認知與執行是非常重要的前提。

蘇維杉（2003）指出女性在休閒與運動參與的時間和機會和過去相比已增加許多，但社會並未真正改變與女性有關的家庭責任、經濟角色，所以性別角色差異依然存在。女性比男性平均多花一成精力用於家務（劉影梅，2004）。因女性通常為家中主要照顧者、缺乏時間或金錢、小孩缺乏看顧、不安全的活動場地設施、欠佳的公共運輸，甚至是種族或宗教等因素都有可能造成女性參與身體活動時角色差異所導致的阻礙（Choi, 2000）。其次女性面臨身心、家庭、社會及傳統觀念等壓力下，生活的重心大多在生活負擔和以家庭為重的模式上，致使婦女對自我健康管理及身體活動的參與更加缺乏，導致婦女在自我健康生活品質的重視及身體活動的參與比率不高（王秀華，2006）。經由上述文獻探討，更凸顯出更年期階段的婦女在身體活動參與之困境，因更年期婦女正經歷人生的風暴期，還需同時面臨性別角色差異、身心、家庭、社會等多重壓力。王秀華（2003）曾就嘉義地區 40 至 60 歲婦女從事身體活動之狀況進行研究，結果顯示 358 位受試樣本中有 62.3% 的婦女是屬於坐式生活型態，不同家庭年收入、教育水準、工作狀況等因素皆與

身體活動程度有顯著差異，教育程度較高者傾向從事較激烈活動和適度活動，教育程度較低者傾向於坐式生活型態，家庭年收入較高者比年收入最低者傾向從事較激烈活動和適度活動，家庭年收入最低之組群則傾向於坐式生活型態，而未在外工作之女性則傾向於坐式生活型態。由上述文獻可知更年期婦女會因不同背景差異而影響身體活動的參與，因此在推廣更年期婦女身體活動之健康促進策略時，應先加強更年期婦女對身體活動的行為認知與執行，同時評估相關影響因素，才能解決更年期婦女普遍身體活動不足之現象。

三、身體活動之健康促進效益

規律的身體活動能維持正常生理功能與體適能，促進健康與預防疾病，尤其是針對心臟血管系統、肌肉骨骼系統、新陳代謝、內分泌及免疫系統等，同時能降低壓力與避免產生憂鬱與焦慮，健全身心發展因而提升健康相關生活品質 (Lumpkin, 2002; Stuart, Kenneth, & Stephen, 2001; 陳牧如、林聯華, 2003; 盧俊宏, 2002)。Rohrer, Pierce, & Blackburn (2005)研究指出心理健康良好狀況與身體活動程度有正相關，相對的心理健康欠佳狀況則與肥胖、抽煙、不良生活型態等因素有關。Lim, & Taylor (2005)研究指出身體活動程度和自覺幸福感呈現相關；身體活動程度高者其自覺幸福感也較高。上述文獻探討說明身體活動對生理、心理和生活品質都具有提升效益。

如何執行身體活動才能達到健康促進效益？根據美國運動醫學會及美國疾病防制中心的建議是健康成年人的身體活動建議是每週六到七天、持續時間至少 30 分鐘或間斷的活動累積至少 30 分鐘、運動強度為中等；中等活動能量消耗的代謝當量值在 3-6 (METs)、運動型態如快走強度的任何身體活動 (劉影梅, 2004)。走路是一種使身體大肌肉群規律收縮的有氧運動，因而提升心肺功能，而且走路不需要特別技巧或場地設備上的限制 (Asbury, Chandruangphen, & Collins, 2006)。何忠鋒 (2002)曾以 28 位體重過重之停經後婦女為研究對象，施以 12 週健走運動與飲食控制計畫，結果發現施以單一的健走運動或飲食控制，對降低體重、身體組

成、總膽固醇、低密度脂蛋白、三酸甘油脂、總膽固醇與高密度脂蛋白比值等都有明顯改善，對人體有益處的高密度脂蛋白則明顯上升，如果健走運動與飲食控制能同時進行則效果更佳。研究指出更年期婦女參與規律的身體活動者比坐式生活型態者在熱潮紅、流汗、心悸等更年期症狀發生的比率較低，推測可能是因規律的身體活動或運動會促使大腦內的腦內啡增加，因而減緩血管方面的症狀，所以更年期婦女規律的身體活動確實能有效改善更年期症狀（Ivarsson, Spetz, & Hammar, 1998）。所以中高齡婦女參與身體活動或藝文活動能促進血液循環、消除緊張，使身體均衡發展並減少機能退化的威脅及減低藥物依賴，獲得健康促進的效益，同時獲得社會支持與提升自我價值（洪得惠，2003）。

第三節 健康相關生活品質及相關研究

生活品質 (QOL) 是含概主觀與客觀的複雜概念，有人以個人生活滿意度 (life satisfaction) 或幸福感 (well-being) 等主觀性詞語描述生活品質，或以客觀性的個人身體功能狀態作為生活品質的指標；然而關於個人的健康狀態既非單純指生活滿意度或幸福感，或只是個人身體功能狀態，而是兩者兼俱的生活品質概念（胡文郁等人，2003）。因此本研究將依據上述概念來探討生活品質的定義、健康相關生活品質的定義、健康相關生活品質之相關研究。

一、生活品質的定義

生活品質概念最早是由哲學家亞理斯多德 (Aristotle) 所提出來，他是從快樂的角度解釋生活品質，認為快樂是上帝賜給人們一種貞潔心靈活動，快樂的人靈魂得到滿足所以生活品質較佳，因此早期心理學家及社會學家多使用主觀幸福感、快樂、心理幸福感、生活滿意度等概念描述生活品質（姚開屏，2002）。由上述文獻得知早期生活品質概念多著重在主觀性與心理精神層面的滿足。

生活品質概念隨著時間演進和環境的變遷而有所不同。例如世界衛生組織之生活品質研究小組 (The World Health Organization Quality of Life Group, WHOQOL Group) 將生活品質定義為個人在其所生活的文化價值體系中的感受程度，這種感受

與個人的目標、期望、標準、和所關心的事項有關，包括個人在身體健康狀態、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念以及所處環境等影響因素（戈依莉，2003）。Pan Ay-Woan, Chan PeiYing Sarah, Chung LyInn, Chen Tsyr -Jang, & Hsiung Ping-Chuan（2006）認為生活品質是個人在所處社會中對自我需求的滿意程度，包括生活滿意度、自尊、一般健康狀況、功能性狀況、社會經濟狀況、需求的滿足狀況、個人生活經驗及自我健康狀況，其概念包括生理、心裡及社會環境等功能的執行與角色扮演等。由上述文獻探討說明生活品質概念不但包括個人心理精神層面的主觀感受外，同時兼俱攸關個人之生理、心理及社會性功能，是非常複雜且多面向的價值判斷。

因此從 1960 年代末期開始，包括經濟學、社會學、心理學、醫護學等學門專家開始研究與制訂一套客觀與準確的生活品質評估標準，期望經由研究發展可協助個人達到最佳的生活品質（張慈惠、黃秀梨，2000）。但由於生活品質是相當複雜且多層面的概念，各專家基於理論思考基礎之不同，對生活品質有不同的定義及看法，且會受文化、宗教道德、個人價值觀影響（Haas, 1999）。例如一般人對生活品質的直接印象偏重物質生活與週遭環境的好壞來判斷，經濟學家用國民生產毛額（Gross National Product, GNP）來定義生活品質，心理學家則由人與環境互動以及個人對所處環境中之生活事件滿意與否的狀態來評定生活品質的優劣（張慈惠、黃秀梨，2000）。

但近期一般認為經由不同層面及範圍來分析，生活品質可分類為健康相關生活品質及整體生活品質（趙安娜、高美玲、林壽惠，2004）。藉由以目標為導向的分類而提供更精確的評估標準，因此目前評估生活品質的工具，根據目的及對象不同，分別有檢測健康相關生活品質的 SF-36 量表（The Medical Outcomes Study：MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey）、檢測整體生活品質的世界衛生組織生活品質量表之簡明版（The World Health Organization Quality of Life-BREF, WHOQOL-BREF）以及特殊疾病適用的生活品質量表，如歐洲癌症治療與研究組織之生活品質量表（The European Organization for Research and Treatment of Cancer

Quality of Life-C30 Questionnaire , EORTCQLQ-C30)等多種評估工具 (楊志偉、蘇
姝敏、陳泰瑞 , 2005)。

二、健康相關生活品質的定義

美國健康研究院 (National Institutes of Health, NIH)對健康相關生活品質的定義描述：為個人對生命存在期間之價值，這價值會因障礙、功能狀態、知覺及社會政策而調整或受影響，也就是說與疾病、治療與政策因素有關，且較偏向健康或是疾病相關的情境評價(張淑芳 , 2004 ; Byrne-Davis, Bennett, & Wilcock, 2006)。因此健康相關生活品質之評估是多面向的測量，包含身體、認知、情緒與社會健康等多項影響因素，目前針對個人健康狀態的評估，除了客觀的臨床生理指標外，更重視個人主觀上與健康相關的生活品質的評估(曾旭民、盧瑞芬、蔡益堅 , 2003)。而過去健康相關生活品質以治癒及維持生命為指標，現在則強調個體對生活中受到健康影響的重要部分之滿意程度，包含生理功能、心理健康、社會功能、角色功能及一般健康感受 (Sousa, 1999; 趙安娜等人 , 2004)。因此用以檢測健康相關生活品質 SF-36 量表，將其歸納為生理健康層面：包含身體生理功能、因身體生理問題所引起的角色限制、身體疼痛程度、整體健康狀況;以及心理健康層面：包含活力狀況、社會功能、因情緒問題所引起的角色限制及心理健康等生理與心理兩大範疇 (Huang, Wu, & Frangakis, 2006; Perkins, Stump, Monahan, & McHorney, 2006)。由上述文獻探討得知健康相關生活品質概念在過去著重在以病患的角度檢視疾病治療的效果，而現在著重在個體主觀性對生活的感受，尤其強調生理、心理及社會性功能。

三、健康相關生活品質之相關研究

探討健康相關生活品質應由多個層面去瞭解與評估，包含生理、心理及社會等多方面與健康有關的生活品質概念，尤其是個人的生理健康及功能狀況會更加直接影響健康相關生活品質 (Laforge, Rossi, Prochaska, Velicer, Levesque, & McHorney, 1999)。所以許多醫療團隊都經由評估病患的健康相關生活品質，以作

為個人幸福感及功能狀況的瞭解及預測 (Miller, & Dishon , 2006)。因此過去健康相關生活品質以疾病治癒及維持生命為指標，許多研究說明個人健康狀況與生活品質之相關性。Chittleborough et al. (2006) 曾針對 4060 個 18 歲以上的成年人，利用 SF-36 量表檢測不同病程及功能狀態的糖尿病患者的自覺健康狀況與健康相關生活品質之關係，研究對象包括不同病程階段的糖尿病患者，結果顯示在不同病程階段的糖尿病者自覺健康狀況與健康相關生活品質皆欠佳，尤其在身體功能及一般健康狀況的影響最大。Tagay et al. (2006) 以 SF-36 檢測 136 名因甲狀腺癌手術後患者的健康相關生活品質改變情形，結果顯示患者的健康相關生活品質因疾病及手術而顯著性衰退與欠佳；生理與心理層面的衰退與改變。由上述文獻探討得知，不同病程或侵入性治療都會因生理功能狀況的改變而直接影響健康相關生活品質。

規律的身體活動及良好生活習慣與促進全人健康及生活品質有密切的關聯性 (翁梓林, 2005)。王秀華與李淑芳 (2004) 曾以 SF-36 量表作為研究工具調查 552 位成年人運動階段與健康生活品質之相關性研究，結果顯示健康相關生活品質會因運動階段的不同而呈現正相關，尤其在身體功能、一般性的健康知覺及活力上有明顯的差異，也就是說規律的身體活動或運動是可以提升成年人的健康相關生活品質，尤其是增進身體生理功能，使個人自覺健康狀況與生活品質較佳。張敬仁等人 (2003) 曾以 SF-36 量表作為研究工具，針對 40 名減重門診病患，進行生活型態調整與健康相關生活品質改善的相關性研究，結果顯示經過三個月生活模式調整後，病患平均減輕體重 5.4 公斤，身體代謝狀態及與健康相關的生活品質都有改善，尤其在整體健康狀況、活力及體能綜合評估上進步最為顯著，而培養規律的身體活動與運動習慣便是生活模式改變策略。Randell, Nguyen, Bhalerao, Silverman, Sambrook, & Eisman (2000) 曾針對罹患骨質疏鬆合併骨折的更年期婦女進行健康相關的生活品質調查，結果發現在身體功能、活力及社會功能皆達顯著下降，顯示更年期婦女一旦罹病或健康狀態欠佳皆會影響個人的健康相關生活品質。

個人的健康相關生活品質會因老化、疾病或功能狀態的改變而產生變化（賴正全、朱嘉華，2002）。根據研究指出老年人自覺健康愈好則罹患慢性病數愈少，日常身體活動能力愈加及年齡越清的長者其生活品質愈好（趙安娜等人，2004）。相同的婦女因更年期導致許多健康威脅而影響生活品質，自覺健康狀況愈差者則其身體症狀發生的頻率愈高，更年期症狀造成的困擾及生活品質也愈嚴重，相對的健康照護與需求也較高（蘇美禎、黃璉華、曹麗英、周松男，2003; Sapsford et al., 1999）。對更年期婦女而言，健康促進不僅能預防疾病，還能提升個人幸福感及生活品質（Hvas, 2006）。更年期婦女自覺健康情形和身體活動程度都會直接影響個人對未來老年生活的滿意程度（Riddick, & Stewart, 1994; 賴正全、朱嘉華，2002）。然而更年期婦女身體活動普遍缺乏及坐式生活型態比例逐年增加，致使婦女在未來老年生活時身體功能狀況及生活能力都會被影響，因此更年期婦女身體活動與健康相關生活品質之關係值得進一步探究與瞭解。

第參章 研究方法

本研究採配額立意抽樣法，抽樣對象為居住在台北市、高雄市、台中市等三大都市的 40-59 歲婦女，資料收集方式採用問卷親自填答並收回。並針對回收之有效問卷，以 t 考驗、單因子變異數分析及皮爾森積差相關法等進行統計分析考驗。本章將就研究架構、研究對象與抽樣設計、研究工具、資料收集過程、資料分析等五小結敘述之。

第一節 研究架構

本研究主要在瞭解更年期婦女人口特徵、身體活動、健康相關生活品質之概況;探討更年期婦女人口特徵與身體活動、健康相關生活品質之差異;以及身體活動與健康相關生活品質之相關。因此本研究架構在人口特徵變項包括：年齡、婚姻狀況、子女數、教育程度、職業及家庭年收入;在身體活動方面採用國際身體活動量表，身體活動變項包括：費力的身體活動、中等費力活動、走路、工作中坐著的時間;在健康相關生活品質方面採用 SF-36 量表，健康相關生活品質變項包括：身體功能、因身體健康問題引起角色限制、身體疼痛程度、整體健康狀況、活力狀況、社會功能、因情緒問題引起角色限制、心理健康（見圖 1）。

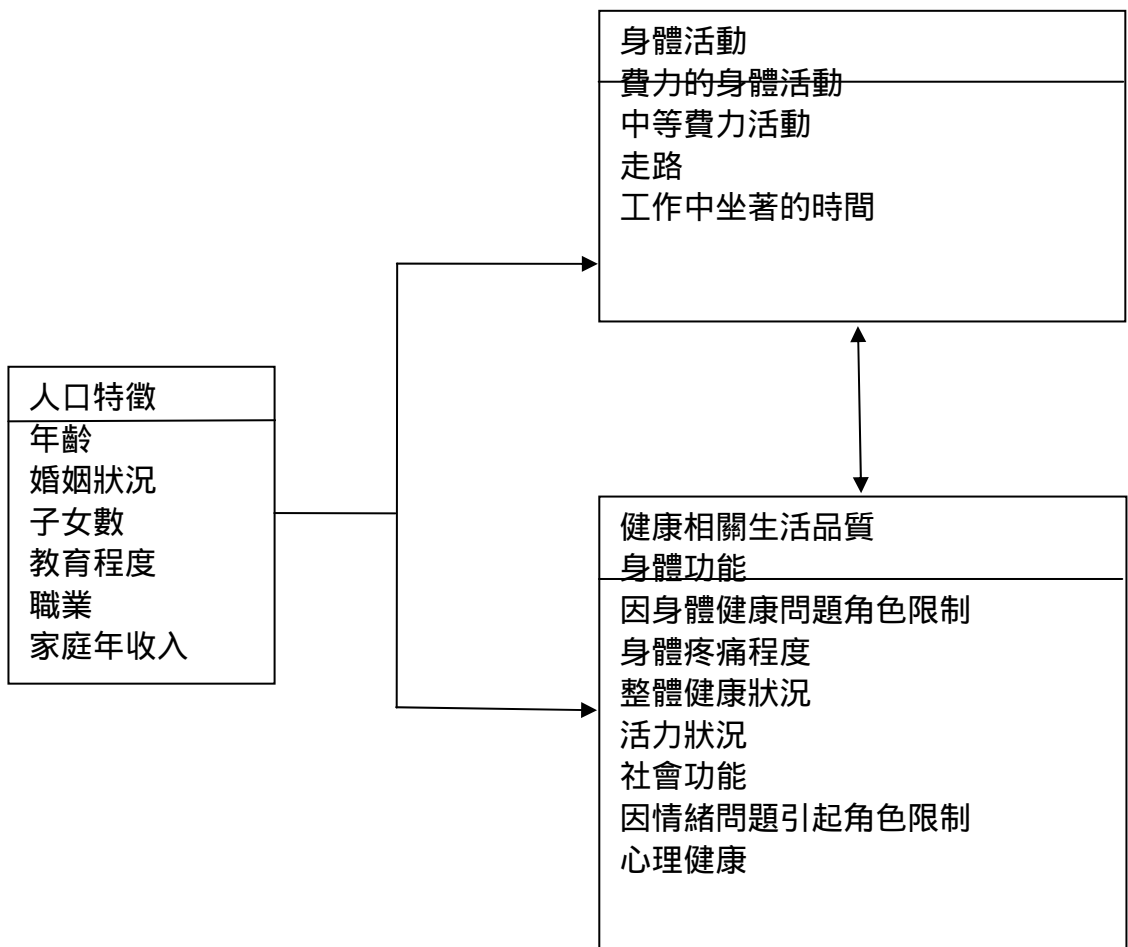


圖 1 研究架構圖

第二節 研究對象與抽樣設計

一、研究對象

本研究針對更年期階段婦女進行研究，因此需在選取樣本前先詢問個案是否處於更年期階段才選取為研究對象。根據文獻指出台灣婦女平均自然停經年齡為 49.6 歲，而自然非外在因素下之更年期發生在停經前後 2 至 5 年(林宇旋等人，2003; 江佳錡等人，2004)。根據上述文獻及台北市、高雄市及台中市政府民政局四十歲以上女性人口年齡劃分方式，採九歲分齡為單位，因此本研究選取年齡在 40 至 59 歲，居住在台北市、高雄市、台中市的婦女為研究對象。

二、抽樣設計

本研究採配額立意抽樣方法，先按台北市、高雄市、台中市三個地區處於更年期階段的婦女人口數與總人口數比例進行抽樣數與比例分配(見表 1)，再以立意抽樣選取 40 至 59 歲之婦女為研究對象。依據內政部統計處(2006)資料顯示台灣處於更年期階段的婦女約佔總人口數的 10.2%；而台北市總人口數為 2,622,472 人，高雄市總人口數為 1,512,677 人，台中市總人口數為 1,021,292 人(內政部統計處，2006)。根據資料顯示至 2005 年 12 月止在台北市年齡 40-59 歲之婦女人數為 428346 人，高雄市年齡在 40-59 歲之婦女人數為 235,993 人，台中市年齡在 40-59 歲之婦女人數為 157,900 人，以上共計 822,239 人(台北市政府民政局，2006; 高雄市政府民政局，2006; 台中市政府民政局，2006)(見表 2)。故本研究之母群體數約 822,239 人，樣本數之抽取根據 Bailey & Guertin 研究所提，當母體數為 1,000,000 時，抽出 384 個樣本數已具代表性(Bailey, & Guertin, 1970)。故本研究根據上述文獻至少應得有效問卷 320 份，假設有效回收率為 80%，則應發放之問卷為 400 份。

表 1 台北市、高雄市、台中市地區抽樣數與比例分配情形

所屬區域	人口數	處於更年期階	百分比	發放份	預估回
------	-----	--------	-----	-----	-----

		段婦女的人數	(%)	數	收份數
台北市	2,622,472	428,346	52	208	166
高雄市	1,512,677	235,993	29	116	93
台中市	1,021,292	157,900	19	76	61
總人口數	5,156,441	822,239	100	400	320

資料來源：內政部統計處 (2006)，本研究整理。

表 2 台北市、高雄市、台中市四十歲以上女性人口數

年齡	台北市	高雄市	台中市	小計
40-49	240,505	129,400	95,364	465,269
50-59	187,841	106,593	62,536	356,970
60-64	52,687	26,952	15,590	95,229
65 以上	147,632	66,628	39,898	254,158
總數	628,665	329,573	213,308	1,171,546

資料來源：台北市政府民政局 (2006); 高雄市政府民政局 (2006); 台中市政府民政局 (2006)，本研究整理。

第三節 研究工具

本研究以結構式問卷(見附錄一)為研究工具,問卷內容包括:個人基本資料、身體活動量表及健康相關生活品質量表等三部份,分述如下。

一、個人基本資料

根據研究架構及參考文獻自擬,內容包括年齡、教育程度、婚姻狀況、職業、子女數及家庭年收入等。

二、身體活動量表

國際身體活動量表(International Physical Activity Questionnaire, IPAQ),於1997年世界衛生組織隸屬的國際專家組織所發展的身體活動量表,目前共有自填長版、自填短版、電訪長版、及電訪短版等版本(劉影梅,2004)。

目前國際身體活動量表台灣中文版由國立陽明大學運動健康科學研究中心獲得中文版翻譯權,並委由國立陽明大學劉影梅教授負責台灣中文版的使用授權。量表發展過程分為量表發展期及量表驗證期,量表發展期為透過翻譯及回翻完成國際身體活動量表台灣中文版基本架構,再整合國內外相關研究找出國人常見的活動進行歸類,運用專家審查、田野研究及認知觀點調查法,建立國人身體活動相關概念、用語及項目等共識,成為台灣中文版獨特的內容;其次量表驗證期為透過專家團隊及書面審查,台灣中文版的內容效度指標分數在98%以上,以spearman's rho再測信度為0.67,表示台灣中文版的信度及效度皆佳(劉影梅、陳俊忠、蔣立琪,2003)。本研究已取得國際身體活動量表台灣中文自填短版使用授權(見附錄二)。

本研究採用國際身體活動量表台灣中文自填短版,將根據身體活動的能量消耗的代謝當量(Metabolic Equivalents, METs)估計值之高低,將活動強度分為(一)費力:指代謝當量估計值為8 METs,例如慢跑、跑步、登山爬坡、上樓梯、快速騎腳踏車、有氧舞蹈/運動、快速持續游泳等,而且一次活動時間必須大於十分鐘,

這些活動會加快心跳、出汗、讓呼吸喘很多；(二)中等費力：指代謝當量估計值為 4 METs，例如快走、登山健行、普通速度騎腳踏車、健康操、太極、網球雙打、桌球、羽毛球等，而且一次活動時間必須大於十分鐘，這些活動讓人覺得有點費力，呼吸比平常喘些；(三)走路：指代謝當量估計值為 3.3 METs；(四)工作天坐著：指代謝當量估計值為 1 METs；1 METs 代謝當量等於安靜代謝率(Resting Metabolic Rate, RMR)，是屬於身體活動之極低等(劉影梅，2004)。

國際身體活動量表台灣中文自填短版共有七題，以研究對象自填方式，回憶過去七天日常生活中，花了多少時間在費力、中等費力、走路，及工作天坐著的時間。活動量表的計算方式是以過去七天在費力、中等費力、走路及坐著所花的時間乘以頻率、再乘以活動的代謝當量，即可成為研究樣本的身體活動分析之依據(劉影梅，2004;李佳蓉，2005)。

三、健康相關生活品質量表

SF-36 量表(The Medical Outcomes Study: MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey)，由 Ware 及其同儕於 1990 年在美國進行 Medical Outcomes Study (MOS)所發展以健康為導向的健康相關生活品質自評問卷(盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅，2003)。

台灣於 1996 年經由美國 SF-36 著作人 Ware 直接授權翻譯，翻譯工作由國內多位學者共同參與完成，並委由長庚大學醫務管理學系盧瑞芬副教授負責台灣版的使用授權(盧瑞芬等人，2003)。根據研究指出台灣版 SF-36 量表的各子題與所屬量表的相關係數在 0.40 到 0.83 範圍內，除心理健康量表外，各量表皆通過區分效度的檢測，在信度檢測方面，發現內部一致性高，除社會功能量表外均達到可接受的信度水準($\alpha > 0.70$)，顯示台灣版 SF-36 量表具有良好心理計量特質(盧瑞芬等人，2003; 曾旭民等人，2003)。本研究已取得台灣版 SF-36 量表使用授權(見附錄三)。

SF-36 量表是最常被廣泛使用在評估個人健康狀況，主要測量個人身心健康狀態的八大健康概念，共 36 題，分別是(一)身體功能(Physical Functioning, PF)，

問卷題號是 3a,3b,3c,3d,3e,3f,3g,3h,3i,3j 等 10 題; (二)因身體健康問題所引起的角色限制(Role limitation due to Physical health problems, RP) , 問卷題號是 4a,4b,4c,4d 等 4 題; (三)身體疼痛程度 (Bodily Pain,BP) , 問卷題號是 7,8 等 2 題; (四)整體健康狀況 (General Health, GH) , 問卷題號是 1,11a,11b,11c,11d 等 5 題; (五)活力狀況 (Vitality, VT) , 問卷題號是 9a,9e,9g,9i 等 4 題; (六)社會功能 (Social Functioning, SF) , 問卷題號是 6,10 等 2 題; (七)因情緒問題所引起的角色限制(Role limitation due to Emotional problems, RE) , 問卷題號是 5a,5b,5c 等 3 題; (八)心理健康 (Mental Health, MH) , 問卷題號是 9b,9c,9d,9f,9h 等 5 題;此外尚額外含 1 題自評健康變化 , 問卷題號是 2 , 此題並不列入構面計分 (Perkins et al., 2006 ; 盧瑞芬等人 , 2003; 曾旭民等人 , 2003; 施文文 , 2004)。

SF-36 量表包含八大構面 , 每個構面有二至十個題目 , 題目採 Likert 的總和評等法 (summated ratings)計分 , 題目和構面計分系統需轉換成百分制 , 分數越高表示健康狀態越好 , 在資料輸入後需先將題目譯碼 , 題目譯碼是為了取得題目數值 , 將用以計算原始構面分數 , 最後將原始構面分數轉換成 0-100 , 即可成為研究樣本的健康相關生活品質分析之依據; 此外 SF-36 量表題目分數與所屬構面之間是線性關係 , 但一般健康 (GH)和身體疼痛 (BP)等構面需要校正刻度以使所有題目的方向一致 , 才能進行比較分析 (林青慧 , 2003; 施文文 , 2004)。

第四節 資料收集過程

本研究以問卷調查方式採配額立意抽樣法，以居住在台北市、高雄市、台中市等年齡在 40 至 59 歲之間的婦女為研究對象，於民國 96 年 2 月初至 96 年 3 月底進行樣本回收時間，透過研究者熟識的機關單位探詢及徵求同意參與本研究之對象，約定時間及地點後由研究者親自講解問卷目的及內容，以直接填答問卷之方法進行施測，填答時間約為 10-15 分鐘。總共發出 400 份問卷，去除填答不完整的問卷 69 份，實際回收有效問卷 331 份。

第五節 資料分析

本研究以統計軟體 SPSS12.0 進行下列統計分析方法與比較處理。首先將問卷進行編碼，依據樣本的人口特徵及身體活動、健康相關生活品質等類別資料，進行次數分配、百分比、平均值、標準差、最大值與最小值，資料所得可描述研究樣本的人口特徵分佈情形、身體活動及健康相關生活品質之概況。獨立樣本 t 檢定以檢定研究樣本身體活動及與健康相關生活品質在人口特徵變相上是否有顯著差異。單因子變異數分析以檢定研究樣本身體活動及與健康相關生活品質在人口特徵變相上是否有顯著差異，若單因子變異數分析檢定結果的 F 值達到統計上的顯著差異水準，再以雪費法事後比較 (Scheffe's posterior comparison) 進行事後多重比較分析，進一步瞭解組間差異情形。最後以 Pearson 相關係數檢定身體活動與健康相關生活品質之相關性是否達顯著。

第肆章 研究結果與討論

本章主要目的在呈現本研究所獲得的研究結果，並藉由文獻探討與本研究所獲得的結果進行相關討論。全章將就研究結果與討論等二小節敘述之。第一節探討研究對象人口特徵之分佈、身體活動相關分析、健康相關生活品質相關分析、身體活動與健康相關生活品質之相關。第二節針對研究結果與相關文獻進行討論。

第一節 研究結果

一、人口特徵之分佈

本研究人口特徵變項包括年齡、婚姻狀況、子女數、教育程度、職業、家庭年收入等，其分佈情形如表 3 所示。

在年齡方面，40-49 歲有 203 人，佔全部研究樣本的 61.3%，50-59 歲有 128 人，佔全部研究樣本的 38.7%，本研究對象的平均年齡為 49.37 歲。

在婚姻狀況方面，未婚者有 35 人，佔全部研究樣本的 10.6%，已婚者有 269 人，佔全部研究樣本的 81.3%，離婚或分居者有 10 人，佔全部研究樣本的 3.0%，喪偶者有 17 人，佔全部研究樣本的 5.1%。

在子女數方面，沒有子女者有 9 人，佔全部研究樣本的 2.7%，有子女者有 322 人，佔全部研究樣本的 97.3%。

在教育程度方面，不識字者有 2 人，佔全部研究樣本的 0.6%，小學者有 20 人，佔全部研究樣本的 6.0%，國（初）中者有 8 人，佔全部研究樣本的 2.4%，高中（職）者有 125 人，佔全部研究樣本的 37.8%，大專院校者有 152 人，佔全部研究樣本的 45.9%，研究所以上者有 24 人，佔全部研究樣本的 7.3%。

在職業方面，無職業者有 39 人，佔全部研究樣本的 11.8%，有職業者 292 人，佔全部研究樣本的 88.2%。

在家庭年收入方面，家庭年收入一百萬以下者有 169 人，佔全部研究樣本的 51.1%，家庭年收入一百萬至二百萬者有 133 人，佔全部研究樣本的 40.2%，

家庭年收入二百萬以上者有 29 人，佔全部研究樣本的 8.8 %。

綜合上述結果分析得知，本研究對象的人口特徵分佈情形在年齡方面以 40-49 歲者為最多，有 203 人，佔全部研究樣本的 61.3%，平均年齡為 49.37 歲；已婚者為最多，有 269 人，佔全部研究樣本的 81.3%；子女數有 2 人者為最多，有 182 人，佔全部研究樣本的 55.0%；教育程度以大專院校者為最多，有 152 人，佔全部研究樣本的 45.9%；有職業者為最多，有 292 人，佔全部研究樣本的 88.2%；家庭年收入在一百萬以下者為最多，有 169 人，佔全部研究樣本的 51.1%。

表3 人口特徵之分佈 (N = 331)

變項	n	%
年齡分組 (歲)		
40-49	203	61.3
50-59	128	36.7
婚姻狀況		
未婚	35	10.6
已婚	269	81.3
離婚或分居	10	3.0
喪偶	17	5.1
子女數 (人)		
0	9	2.7
1	85	25.7
2	182	55.0
3	40	12.1
4	15	4.5
教育程度		
不識字	2	0
小學	20	
國 (初)中	8	2
高中 (職)	125	37
大專院校	152	45
研究所以上	24	7.3
職業		
無	39	11
有	292	88.2
家庭年收入 (新台幣：元)		
一百萬以下	169	51
一百萬至二百萬	133	40.2
二百萬以上	29	

二、身體活動相關分析

本研究採用國際身體活動量表台灣中文自填短版，調查研究對象過去七天的身體活動之天數與時數，問卷內容包括費力的身體活動、中等費力活動、走路、及工作中坐著的時間，共有七題，藉以瞭解研究對象過去七天的身體活動概況。

將就本研究為象的身體活動概況、人口特徵變項與身體活動之差異情形分述如下。

(一)身體活動概況

本研究對象身體活動天數之分佈如表 4 所示，根據問卷調查資料統計分析可知本研究對象在過去七天日常生活中沒有從事費力的身體活動者有 194 位，佔整體 58.6%；從事費力的身體活動 1-3 天者有 85 位，佔整體 25.7%；從事費力的身體活動 4-7 天者有 52 位，佔整體 15.7%。在中等費力活動方面，根據問卷調查所得資料統計分析可知本研究對象過去七天日常生活中沒有從事中等費力活動者有 128 位，佔整體 38.7%；從事中等費力活動 1-3 天者有 110 位，佔整體 33.3%；從事中等費力活動 4-7 天者有 93 位，佔整體 28.0%。在走路方面，根據問卷調查所得資料統計分析可知本研究對象過去七天日常生活中不曾走路持續 10 分鐘以上者有 75 位，佔整體 22.7%；走路持續 10 分鐘以上 1-3 天者 92 位，佔整體 27.8%；走路持續 10 分鐘以上 4-7 天者有 164 位，佔整體 49.5%。

綜合上述結果分析得知，本研究對象在過去七天日常生活中以從事走路的人最多，佔整體 77.3%，頻率以 4-7 天者佔多數。過去七天日常生活中有超過一半的人從未從事費力的身體活動，佔整體 58.6%；過去七天日常生活中有超過三分之一的人從未從事中等費力活動，佔整體 38.7%。根據國際身體活動量表台灣中文自填短版，將身體活動程度分為高等、中等、低等、極低等，如費力的身體活動、中等費力活動、走路、工作天坐著時間（劉影梅，2004）。本研究結果顯示本研究對象最常從事走路，表示本研究對象最常從事低等程度的身體活動，對於高等和中等強度的身體活動參與頻率偏低。

表 4 身體活動天數之分佈 (N = 331)

變項	0 天		1-3 天		4-7 天	
	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%
費力的活動	194	58.6	85	25.7	52	15.7
中等費力活動	128	38.7	110	33.3	93	28.0
走路	75	22.7	92	27.8	164	49.5

本研究對象身體活動時數之分佈如表 5 所示，根據問卷調查所得資料統計分

析可知本研究對象在過去七天日常生活中花在從事費力的身體活動時數，不知道或不確定者有 207 位，佔整體 62.5%；時數在 60 分鐘以下者有 48 位，佔整體 14.5%；時數在 60-120 分鐘者有 51 位，佔整體 15.4%；時數在 120 分鐘以上者有 25 位，佔整體 7.6%。根據問卷調查所得資料統計分析可知本研究對象在過去七天日常生活中花在從事中等費力活動時數，不知道或不確定者有 154 位，佔整體 46.4%；時數在 60 分鐘以下者有 113 位，佔整體 34.1%；時數在 60-120 分鐘者有 42 位，佔整體 12.7%；時數在 120 分鐘以上者有 22 位，佔整體 6.6%。根據問卷調查所得資料統計分析可知本研究對象在過去七天日常生活中花在走路時數，不知道或不確定者有 147 位，佔整體 44.4%；時數在 60 分鐘以下者有 140 位，佔整體 42.3%；時數在 60-120 分鐘者有 26 位，佔整體 7.9%；時數在 120 分鐘以上者有 18 位，佔整體 5.4%。根據問卷調查所得資料統計分析可知本研究對象在過去七天日常生活中花在工作中坐著的時間方面，不知道或不確定者有 63 位，佔整體 19.0%；時數在 1-5 小時者有 127 位，佔整體 38.4%；時數在 5-10 小時者有 123 位，佔整體 37.2%；時數在 10 小時以上者有 18 位，佔整體 5.4%。

綜合上述結果分析得知，本研究對象在過去七天日常生活中花在工作中坐著的時間最多，每天平均 4.95 小時，而本研究對象在過去七天日常生活中花在走路的时间最少，每天平均 36.43 分鐘。本研究對象雖然在過去七天最常從事走路活動，但每天花在走路的時數最少，而每天花在坐著的時間卻是最多，顯示本研究對象身體活動的強度偏低、坐式身體活動者居多。

表 5 身體活動時數之分佈 (N = 331)

	不知道		60 分以下		60-120 分		120 分以上	
	n	%	n	%	n	%	n	%
費力活動	207	62.5	48	14.5	51	15.4	25	7.6
中等費力	154	46.6	113	34.1	42	12.7	22	6.6
走路時間	147	44.4	140	42.3	26	7.9	18	5.4

	不知道		1-5 小時		5-10 小時		10 小時以上	
	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%
坐著時間	63	19.0	127	38.4	123	37.2	18	5.4

(二)人口特徵變項與身體活動之差異情形

將研究對象的年齡以 40-49、50-59 歲兩組進行年齡與身體活動之差異比較。研究結果如表 6 所示，其結果發現不同年齡在費力的身體活動變項差異達顯著水準 ($t = -2.41, p < .05$);以 50-59 歲組平均數得分 ($M = 1123.75$)高於 40-49 歲組 ($M = 658.21$)。不同年齡在中等費力活動變項差異達顯著水準 ($t = -2.85, p < .05$);以 50-59 歲組平均數得分 ($M = 1115.00$)高於 40-49 歲組 ($M = 486.98$)。其餘不同年齡在走路、工作中坐著的時間等變項各組之平均數得分雖然不同，但其差異皆未達顯著水準，顯示本研究對象不會因年齡的不同而在這些變項產生不同結果。

綜合上述研究結果得知，本研究對象在費力的身體活動、中等費力活動等變項會因年齡的不同而有顯著差異，年齡較高者從事費力及中等費力活動程度上高於年齡較低者。

表6 不同年齡分組與身體活動t考驗分析摘要表

變 項	40-49 歲		50-59 歲		<u>t</u>
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	
費力的身體活動	658.21	1493.47	1123.75	2017.69	-2.41*
中等費力活動	486.98	1077.08	1115.00	2833.25	-2.85*
走路	673.33	1350.30	547.28	1534.63	0.78
工作中坐著的時間	5.02	3.44	4.84	3.62	0.44

註. 1.不同年齡共分 40-49 歲組 ($n=203$)和 50-59 歲組 ($n=128$)

2. * $p < .05$

將研究對象之婚姻狀況依據未婚、已婚、離婚、喪偶等四種分類進行婚姻與身體活動程度之差異比較。研究結果如表 7、表 8 所示，其結果發現不同婚姻狀況在費力的身體活動變項差異達顯著水準 ($F = 6.20, p < .05$)，經進一步以雪費法進行事後比較分析發現：喪偶者平均數得分 ($M = 2451.76$) 顯著高於已婚、離婚及未婚者。其餘婚姻狀況在中等費力活動、走路、工作中坐著的時間等變項各組之平均數得分雖然不同，但其差異皆未達顯著水準，顯示本研究對象不會因婚姻狀況不同而在這些變項產生不同結果。綜合上述研究結果得知，本研究對象在費力的身體活動變項會因婚姻狀況的不同而有顯著差異，喪偶者從事費力的身體活動程度上高於已婚、離婚及未婚者。

表 7 不同婚姻狀況之身體活動平均數與標準差分析摘要表

變 項	未婚	已婚	離婚	喪偶
	$M(\pm SD)$	$M(\pm SD)$	$M(\pm SD)$	$M(\pm SD)$
費力身體活動	393.14 (± 1359.50)	808.68 (± 1684.15)	448.00 (± 944.47)	2451.76 (± 2507.90)
中等費力活動	507.43 (± 1334.39)	773.89 (± 2115.24)	224.00 (± 472.23)	788.24 (± 1068.15)
走路	405.43 (± 588.12)	679.73 (± 1535.60)	0.00 (± 0.00)	570.71 (± 1074.58)
坐著的時間	5.43 (± 3.53)	4.94 (± 3.46)	3.70 (± 2.75)	4.94 (± 4.52)

註. 1. 不同婚姻狀況共分未婚 ($n=35$)、已婚 ($n=269$)、離婚 ($n=10$)、喪偶 ($n=17$) 2.

$N=331$

表8 不同婚姻狀況對身體活動之單因子變異數分析摘要表

變項與變異來源	df	SS	MS	F	Post Hoc
費力的身體活動					4>1,3,2
組間	3	52950614.13	17650204.71	6.20*	
組內	327	931642723.49	2849060.32		
中等費力活動					
組間	3	4869982.91	1623327.64	0.42	
組內	327	1279901028.28	3914070.42		
走路					
組間	3	6449362.66	2149787.55	1.06	
組內	327	662200830.74	2025078.99		
工作坐著時間					
組間	3	23.69	7.90	0.64	
組內	327	4029.54	12.32		

註. 1. Post Hoc 1=未婚、2=已婚、3=離婚、4=喪偶

2. * $p < .05$

將研究對象之子女數依據 0、1、2、3、4 等五種分類進行子女數與身體活動程度之差異比較。研究結果如表 9、表 10 所示，其結果發現不同子女數在費力的身體活動 ($F = 3.54, p < .05$)、中等費力活動 ($F = 4.54, p < .05$)等變項差異皆達顯著水準，經進一步以雪費法進行事後比較分析發現：在中等費力活動變項方面，有子女數四人者平均數得分 ($M = 2672.00$)顯著高於有子女數一人、二人者。其餘不

同子女數在走路、工作中坐著的時間等變項各組之間平均數得分雖然不同，但其差異未達顯著水準，顯示本研究對象不會因子女數的不同而在此變項產生不同結果。

綜合上述研究結果得知，本研究對象在中等費力活動上會因子女數的不同而有顯著差異，以有子女數四人者在從事中等費力活動程度上高於有子女數一人、二人者。

表9 不同子女數之身體活動平均數與標準差分析摘要表

變項	0 位	1 位	2 位	3 位	4 位
	<u>M(±SD)</u>	<u>M(±SD)</u>	<u>M(±SD)</u>	<u>M(±SD)</u>	<u>M(±SD)</u>
費力 身體 活動	568.89 (±1128.85)	285.18 (±933.38)	975.47 (±1829.45)	1260.00 (±2113.01)	1344.00 (±2394.51)
中等 費力 活動	320.00 (±388.84)	406.59 (±996.41)	711.96 (±1836.26)	862.00 (±1152.57)	2672.00 (±5796.04)
走路	374.00 (±455.77)	285.74 (±471.91)	697.71 (±1603.85)	932.91 (±1465.20)	985.60 (±2418.76)
坐著 的時 間	4.00 (±4.95)	4.45 (±3.80)	5.41 (±3.35)	4.78 (±3.29)	3.34 (±2.41)

註. 1. 不同子女數共分 0 位 ($n=9$)、1 位 ($n=85$)、2 位 ($n=182$)、3 位 ($n=40$)、4 位 ($n=15$)

2. $N=331$

表 10 不同子女數對身體活動之單因子變異數分析摘要表

變項與變異來源	df	SS	MS	F	Post Hoc
費力的身體活動					
組間	4	41032409.00	10258102.25	3.54*	
組內	326	94356092.90	2894358.68		
中等費力活動					
組間	4	67730157.02	16932539.24	4.54*	4 > 1,2
組內	326	12170408.54	3733254.15		
走路					
組間	4	17055288.30	4263822.08	2.13	
組內	326	65159490.51	1998757.38		
工作中坐著的時間					
組間	4	107.99	27.00	2.23	
組內	326	3945.23	12.10		

註. 1. Post Hoc 0=子女數 0 位、1=子女數 1 位、2=子女數 2 位、3=子女數 3 位、4=子女數 4 位

2. * $p < .05$

將研究對象之教育程度依據不識字、小學、國中、高中、大專、研究所等六種分類進行教育程度與身體活動程度之差異比較。研究結果如表 11、表 12 所示，其結果發現不同教育程度在費力的身體活動($F = 3.75, p < .05$)、中等費力活動($F = 12.60, p < .05$)、走路 ($F = 15.19, p < .05$)、工作中坐著的時間 ($F = 3.00, p < .05$)等變項差異皆達顯著水準，經進一步以雪費法進行事後比較分析發現：在費力的身體活動變項方面，教育程度小學者平均數得分 ($M = 2256.00$)顯著高於高中、大專國中及研究所者。在中等費力活動變項方面，教育程度國中者平均數得分 ($M = 4440.00$)顯著高於小學、高中、大專及研究所者。在走路變項方面，教育程度國

中者平均數得分 ($M = 4264.43$) 顯著高於小學、高中、大專及研究所者。在工作中坐著的時間變項方面，經雪費法事後比較分析發現組間差異未達顯著水準，顯示本研究對象不會因教育程度的不同而工作中坐著的時間變項產生不同結果。

綜合上述研究結果得知，本研究對象在費力的身體活動、中等費力活動、走路等變項會因教育程度的不同而有顯著差異，以教育程度國小者從事費力的身體活動程度最高、以教育程度國中者從事中等費力活動、走路等程度最高。

表11 不同教育程度之身體活動平均數及標準差分析摘要表

變項	小學	國中	高中	大專	研究所
	<u>M(±SD)</u>	<u>M(±SD)</u>	<u>M(±SD)</u>	<u>M(±SD)</u>	<u>M(±SD)</u>
費力身體活動	2256.00 (±2749.27)	360.00 (±666.59)	911.36 (±900.87)	714.74 (±479.82)	287.34 (±486.68)
中等費力活動	2692.00 (±4989.46)	4440.00 (±5738.53)	632.32 (±453.18)	455.95 (±854.02)	161.33 (±178.61)
走路	1435.50 (±2175.27)	4264.43 (±5053.55)	514.54 (±1135.57)	449.41 (±849.40)	470.25 (±499.36)
坐著的時間	2.90 (±2.17)	3.50 (±2.45)	4.94 (±3.42)	5.25 (±3.78)	5.75 (±2.44)

註. 1.不同教育程度共分不識字 (n=2)、小學 (n=20)、國中 (n=8)、高中 (n=125)、大專 (n=152)、研究所 (n=24)

2. N=331

表12 不同教育程度對身體活動之單因子變異數分析摘要表

變項與變異來源	df	SS	MS	F	Post Hoc
費力的身體活動					
組間	5	53706602.01	10741	3.75*	2>6,5
組內	325	930886736.02	286		
中等費力活動					
組間	5	208537243.05	41707448.62	12.60*	2>6,5,4
組內	325	1076233768.01	331		
走路					
組間	5	126669295.06	25333859.00	15.19*	3>1,6,5,4,2
組內	325	541980898.01	1667633.53		
工作中坐著的時間					
組間	5	178.94	35.79	3.00*	
組內	325	3874.29	11.92		

註. 1. Post Hoc 0=不識字、1=小學、2=國中、3=高中、4=大專、5=研究所

2. * $p < .05$

將研究對象之職業以無職業、有職業兩組進行職業與身體活動程度之差異比較。研究結果如表 13 所示，其結果發現於費力的身體活動 ($t = 4.86, p < .05$)、中等費力活動 ($t = 2.78, p < .05$)變項差異皆達顯著水準，無職業者在費力的身體活動變項平均數得分 ($M = 2059.49$)高於有職業者 ($M = 675.12$)，無職業者在中等費力活動變項平均數得分 ($M = 1546.66$)高於有職業者 ($M = 620.74$)。其餘有無職業在走路、工作中坐著的時間等變項平均數得分雖然不同，但其差異皆未達顯著水準，顯示本研究對象不會因年齡的不同而在這些變項產生不同結果。

綜合上述研究結果得知，本研究對象在費力的身體活動、中等費力活動等變項會因有無職業而有顯著差異，以無職業者從事費力的身體及中等費力活動程度

高於有職業者。

表13 不同職業與身體活動t考驗分析摘要表

變 項	無職業		有職業		T
	M	SD	M	SD	
費力的身體活動	2059.49	2809.23	675.12	1458.20	4.86*
中等費力活動	1546.66	3949.53	620.74	1508.88	2.78*
走路	301.91	674.42	667.69	1490.82	-1.51
工作中坐著的時間	3.38	3.13	5.16	3.50	-3.00

註. 1.不同職業共分無職業 (n=39)和有職業 (n=292)

2. * $p < .05$

將研究對象之家庭年收入以一百萬以下、一百萬至二百萬、二百萬以上等三組以進行家庭年收入與身體活動程度之差異比較。研究結果如表 14 所示，其結果發現在費力的身體活動、中等費力活動、走路、工作中坐著的時間等變項各組間差異未達顯著水準，顯示本研究對象不會因家庭年收入的不同而在這些變項產生不同結果。

表 14 不同家庭年收入對身體活動之單因子變異數分析摘要表

變項與變異來源	df	SS	MS	F
費力的身體活動				0.22
組間	2	1329751.15	664875.72	
組內	328	983263586.21	2997754.84	
中等費力活動				1.67
組間	2	12911403.00	6455701.51	
組內	328	1271859608.01	3877620.76	
走路				0.61
組間	2	2472930.70	1236465.35	
組內	328	666177263.24	2031028.24	
工作中坐著的時間				0.41
組間	2	10.04	5.02	
組內	328	4043.19	12.33	

註. 1. Post Hoc 1=一百萬以下、2=一百萬至二百萬、3=二百萬以上

2. $p < .05$

三、健康相關生活品質相關分析

SF-36 健康相關生活品質量表台灣中文版為一測量八個健康概念的多題目量表，包括身體功能 (PF)、因身體健康問題所引起的角色限制 (RP)、身體疼痛程度 (BP)、整體健康狀況 (GH)、活力狀況 (VT)、社會功能 (SF)、因情緒問題所引起的角色限制 (RE)、心理健康 (MH)等八大構面，共三十六題。主要在調查研究對象在過去一個月內對自己健康相關生活品質的主觀看法和健康變化情形。將就本研究為象的健康相關生活品質概況、人口特徵變項與健康相關生活品質之差異情形分述如下。

(一)健康相關生活品質概況

根據問卷調查所得資料分析可知本研究對象的健康相關生活品質原始題目數值之分佈如表 15 所示，本研究對象在一般健康狀況方面，回答極好者有 6 位，佔整體 1.8%；很好者有 56 位，佔整體 16.9%；好者有 78 位，佔整體 23.6%；普通者有 171 位，佔整體 51.7%；不好者有 20 位，佔整體 6.0%。和一年前比較目前健康狀況方面，回答好很多者有 17 位，佔整體 5.1%；好一些者有 33 位，佔整體 10.0%；差不多者有 144 位，佔整體 43.5%；差一些者有 125 位，佔整體 37.8%；差很多者有 5 位，佔整體 3.6%。

目前健康狀況會不會限制下列活動，在費力活動方面，回答會且很多限制者有 46 位，佔整體 13.9%；會有一些限制者有 193 位，佔整體 58.3%；不會且完全不受限制者有 92 位，佔整體 27.8%。在中等程度活動方面，回答會且很多限制者有 18 位，佔整體 5.4%；會有一些限制者有 106 位，佔整體 32.0%；不會且完全不受限制者有 207 位，佔整體 62.5%。在提起或攜帶食品雜貨方面，回答會且很多限制者有 7 位，佔整體 2.1%；會有一些限制者有 79 位，佔整體 23.9%；不會且完全不受限制者有 245 位，佔整體 74.0%。在爬數層樓梯方面，回答會且很多限制者有 19 位，佔整體 5.7%；會有一些限制者有 113 位，佔整體 34.1%；不會且完全不受限制者有 199 位，佔整體 60.1%。在爬一層樓樓梯方面，回答會且很多限制者有 8 位，佔整體 2.4%；會有一些限制者有 34 位，佔整體 10.3%；不會且完全不受限制者有 289 位，佔整體 87.3%。在彎腰、跪下或蹲下方面，回答會且很多限制者有 16 位，佔整體 4.8%；會有一些限制者有 87 位，佔整體 26.3%；不會且完全不受限制者有 228 位，佔整體 68.9%。

目前健康狀況會不會限制走路超過一公里，回答會且很多限制者有 11 位，佔整體 3.3%；會有一些限制者有 89 位，佔整體 26.9%；不會且完全不受限制者有 231 位，佔整體 69.8%。在走過數個街口，回答會且很多限制者有 9 位，佔整體 2.7%；會有一些限制者有 58 位，佔整體 17.5%；不會且完全不受限制者有 264 位，佔整體 79.8%。在走過一個街口，回答會且很多限制者有 6 位，佔整體 1.8%；會有一些限制者有 16 位，佔整體 4.8%；不會且完全不受限制者有 309 位，佔整體 93.4%。在自

己洗澡或穿衣方面，回答會且很多限制者有4位，佔整體1.2%；會有一些限制者有2位，佔整體.6%；不會且完全不受限制者有325位，佔整體98.2%。

是否曾因身體健康問題而使工作或其他活動的時間減少，回答是的有 54 位，佔整體 16.3%；回答否的有 277 位，佔整體 83.7%。是否曾因身體健康問題使完成的工作量比想要完成的較少，回答是的有 69 位，佔整體 20.8%；回答否的有 262 位，佔整體 79.2%。是否曾因身體健康問題使可做的工作或其他活動種類受到限制，回答是的有 77 位，佔整體 23.3%；回答否的有 254 位，佔整體 76.7%。是否曾因身體健康問題使做工作或其他活動有困難，回答是的有 68 位，佔整體 20.5%；回答否的有 263 位，佔整體 79.5%。

是否曾因情緒問題而使做工作或其他活動的時間減少，回答是的有 82 位，佔整體 24.8%；回答否的有 249 位，佔整體 75.2%。是否曾因情緒問題使完成的工作量比想要完成的較少，回答是的有 80 位，佔整體 24.2%；回答否的有 251 位，佔整體 75.8%。是否曾因情緒問題使做工作或其他活動時不如以往小心，回答是的有 69 位，佔整體 20.8%；回答否的有 262 位，佔整體 79.2%。

是否曾因身體健康或情緒問題與家人或朋友、鄰居、社團之間的平常活動受到妨礙，回答完全沒有妨礙的有198位，佔整體59.8%；有一點妨礙的有126位，佔整體38.1%；中度妨礙的有2位，佔整體.6%；相當多妨礙的有3位，佔整體.9%；妨礙到極點的有2位，佔整體.6%。在身體疼痛程度方面，回答完全不痛的有0位，佔整體0%；非常輕微的痛有90位，佔整體27.2%；輕微的痛有124位，佔整體37.5%；中度的痛有91位，佔整體27.5%；嚴重的痛有17位，佔整體5.1%；非常嚴重的痛有9位，佔整體2.7%。是否曾因身體疼痛對日常工作受到妨礙，回答完全沒有妨礙的有193位，佔整體58.3%；有一點妨礙的有112位，佔整體33.8%；中度妨礙的有20位，佔整體6.0%；相當多妨礙的有6位，佔整體1.8%。

在感覺及對周遭生活的感受方面，您是否充滿活力，回答一直都是的有42位，佔整體12.7%；大部分時間的有67位，佔整體20.2%；經常的有78位，佔整體23.6%；有時的有118位，佔整體35.6%；很少的有24位，佔整體7.3%；從不的有2位，

佔整體.6%。您是否是一個非常緊張的人，回答一直都是的有13位，佔整體3.9%；大部分時間的有18位，佔整體5.4%；經常的有46位，佔整體13.9%；有時的有144位，佔整體43.5%；很少的有96位，佔整體29%；從不的有14位，佔整體4.2%。覺得非常沮喪且沒有任何事情可以讓您高興，大部分時間的有7位，佔整體2.1%；經常的有19位，佔整體5.7%；有時的有96位，佔整體29.0%；很少的有172位，佔整體52.0%；從不的有37位，佔整體11.2%。您覺得心情平靜，回答一直都是的有40位，佔整體12.1%；大部分時間的有103位，佔整體31.1%；經常的有90位，佔整體27.2%；有時的有85位，佔整體25.7%；很少的有13位，佔整體3.9%。

您是否精力充沛，回答一直都是的有20位，佔整體6.0%；大部分時間的有75位，佔整體22.7%；經常的有84位，佔整體25.4%；有時的有123位，佔整體37.2%；很少的有27位，佔整體8.2%；從不的有2位，佔整體.6%。您是否覺得悶悶不樂和憂鬱，大部分時間的有4位，佔整體1.2%；經常的有29位，佔整體8.8%；有時的有107位，佔整體32.3%；很少的有166位，佔整體50.2%；從不的有25位，佔整體7.6%。您是否覺得筋疲力竭，回答一直都是的有4位，佔整體1.2%；大部分時間的有11位，佔整體3.3%；經常的有39位，佔整體11.8%；有時的有148位，佔整體44.7%；很少的有108位，佔整體32.6%；從不的有21位，佔整體6.3%。您是否是一個快樂的人，回答一直都是的有66位，佔整體19.9%；大部分時間的有76位，佔整體23.0%；經常的有76位，佔整體23.0%；有時的有91位，佔整體27.5%；很少的有19位，佔整體5.7%；從不的有3位，佔整體.9%。您是否覺得累，回答一直都是的有4位，佔整體1.2%；大部分時間的有16位，佔整體4.8%；經常的有40位，佔整體12.1%；有時的有183位，佔整體55.3%；很少的有77位，佔整體23.3%；從不的有11位，佔整體3.3%。因身體健康或情緒問題妨礙社交活動方面，回答一直都會的有3位，佔整體.9%；大部分時間會的有10位，佔整體3.0%；有時候會的有110位，佔整體33.2%；很少會的有141位，佔整體42.6%；從不會的有67位，佔整體20.2%。

自評健康狀況方面，我好像比別人較容易生病，回答完全正確的有6位，佔整

體1.8%；大部分正確的有34位，佔整體10.3%；不知道的有90位，佔整體27.2%；大部分不正確的有108位，佔整體32.6%；完全不正確的有93位，佔整體28.1%。和任何一個我認識的人來比，我和他一樣健康，回答完全正確的有72位，佔整體21.8%；大部分正確的有122位，佔整體36.9%；不知道的有101位，佔整體30.5%；大部分不正確的有32位，佔整體9.7%；完全不正確的有4位，佔整體1.2%。我想我的健康會越來越壞，回答完全正確的有7位，佔整體2.1%；大部分正確的有64位，佔整體19.3%；不知道的有120位，佔整體36.3%；大部分不正確的有62位，佔整體18.7%；完全不正確的有78位，佔整體23.6%。我的健康狀況好的很，回答完全正確的有41位，佔整體12.4%；大部分正確的有132位，佔整體39.9%；不知道的有99位，佔整體29.9%；大部分不正確的有57位，佔整體17.2%；完全不正確的有2位，佔整體.6%。

綜合上述結果分析得知，由健康相關生活品質原始題目數值之分佈來看，本研究對象一般健康狀況普通者佔最多，佔整體51.7%。和一年前比較健康狀況變化差不多者佔最多，佔整體43.5%。目前健康狀況在從事費力活動會有一些限制者佔最多，佔整體58.3%；但目前健康狀況在從事中等程度活動、提起或攜帶食品雜貨、爬數層樓梯、爬一層樓樓梯、彎腰、跪下或蹲下、走路超過一公里、走過數個街口、走過一個街口、自己洗澡或穿衣等活動認為完全不受限制者佔最多。認為自己身體健康或情緒問題完全沒有影響工作或其他活動時間者佔最多、而且身體健康或情緒問題完全沒有妨礙與家人或朋友、鄰居、社團之間的平常活動者佔最多。在身體疼痛程度方面，認為有輕微疼痛者佔最多，佔整體37.5%，但是身體疼痛對日常工作卻完全沒有妨礙者佔最多，佔整體58.3%。

在感覺及對周遭生活的感受方面，有時覺得自己充滿活力者佔最多、有時覺得自己是非常緊張的人佔最多、很少覺得自己沮喪者佔最多、大部分時間覺得心情平靜者佔最多、有時覺得精力充沛者佔最多、有時覺得悶悶不樂和憂鬱者佔最多、很少覺得筋疲力竭者佔最多、有時覺得自己是快樂的人佔最多、有時覺得累的人佔最多。很少因身體健康或情緒問題妨礙社交活動者佔最多。在自評健康狀

況方面，覺得自己不比別人容易生病而且和別人相比都一樣健康者佔最多、不知道自己的健康會不會越來越壞者佔最多、覺得自己健康狀況很好者佔最多。

其次，由健康相關生活品質構面其原始題目數值之分佈來看，本研究對象在身體功能 (PF)方面，得分最高的是自己洗澡或穿衣，得分最低的是費力活動，表示本研究對象目前身體功能從事費力活動時最受到限制，自己洗澡或穿衣最不受到限制。在因身體健康問題所引起的角色限制 (RP)方面，每題平均值分數與最大值2接近，表示研究對象因身體健康問題所引起的角色限制較少。在身體疼痛程度 (BP)方面，最小值為1、最大值為6，本研究對象身體疼痛程度平均值為2.19，表示身體疼痛程度偏低；在身體疼痛對日常工作妨礙程度方面，最小值為1、最大值為5，本研究對象平均值為1.51，表示身體疼痛程度對日常工作妨礙程度亦偏低。在整體健康狀況 (GH)方面，本研究對象自覺比別人容易生病，平均值分數最高；而在和別人相比則自覺一樣健康，平均值分數最低，表示本研究對象對自己整體健康狀況屬於中等，但和別人相比則屬於偏低，對自己的健康狀況沒信心。

在活力狀況 (VT)方面，充滿活力平均值分數最低，筋疲力竭平均值分數最高，表示本研究對象活力狀況中等偏低。在社會功能 (SF)方面，研究對象因身體健康或情緒問題對與家人或朋友、鄰居、社團之間妨礙程度極低，對社交活動的妨礙程度中等。在因情緒問題所引起的角色限制 (RE)方面，每題平均值分數與最大值2接近，表示研究對象因情緒問題所引起的角色限制少。在心理健康 (MH)方面，非常沮喪平均值分數最高，心情平靜平均值分數最低，表示本研究對象對自己心理健康的評價偏低。

表15 健康相關生活品質原始題目數值之分佈 (N = 331)

變項	n	%	<u>M</u>	<u>SD</u>
目前一般健康狀況			3.43	0.90
極好的	6	1.8		
很好	56	16.9		
好	78	23.6		
普通	171	51.7		
不好	20	6.0		
和一年前比較目前健康狀況			3.25	0.88
好很多	17	5.1		
好一些	33	10.0		
差不多	144	43.5		
差一些	125	37.8		
差很多	5	3.6		
目前健康狀況會不會限制您從事費力活動			2.14	0.63
會，很多限制	46	13.9		
會，一些限制	193	58.3		
不會，完全不受限制	92	27.8		
目前健康狀況會不會限制您從事中等程度活動			2.57	0.60
會，很多限制	18	5.4		
會，一些限制	106	32.0		
不會，完全不受限制	207	62.5		
目前健康狀況會不會限制您提起或攜帶食品雜貨			2.52	0.50
會，很多限制	7	2.1		
會，一些限制	79	23.9		
不會，完全不受限制	245	74.0		
目前健康狀況會不會限制您爬數層樓梯			2.54	0.60
會，很多限制	19	5.7		
會，一些限制	113	34.1		
不會，完全不受限制	199	60.1		

(表 15 續)

變項	n	%	<u>M</u>	<u>SD</u>
目前健康狀況會不會限制您爬一層樓樓梯			2.85	0.42
會，很多限制	8	2.4		
會，一些限制	34	10.3		
不會，完全不受限制	289	87.3		
目前健康狀況會不會限制您彎腰、跪下或蹲下			2.64	0.57
會，很多限制	16	4.8		
會，一些限制	87	26.3		
不會，完全不受限制	228	68.9		
目前健康狀況會不會限制您走路超過一公里			2.66	0.54
會，很多限制	11	3.3		
會，一些限制	89	26.9		
不會，完全不受限制	231	69.8		
目前健康狀況會不會限制您走過數個街口			2.77	0.48
會，很多限制	9	2.7		
會，一些限制	58	17.5		
不會，完全不受限制	264	79.8		
目前健康狀況會不會限制您走過一個街口			2.92	0.34
會，很多限制	6	1.8		
會，一些限制	16	4.8		
不會，完全不受限制	309	93.4		
目前健康狀況會不會限制您自己洗澡或穿衣			2.97	0.23
會，很多限制	4	1.2		
會，一些限制	2	0.6		
不會，完全不受限制	325	98.2		
是否曾因身體健康問題而在做工作或其他活動的時間減少			1.84	0.37
是	54	16.3		
否	277	83.7		

(表 15 續)

(表 15 續)

變項	n	%	M	SD
是否曾因身體健康問題而在完成的工作量比您想要完成的較少			1.79	0.41
是	69	20.8		
否	262	79.2		
是否曾因身體健康問題而在可做的工作或其他活動種類受到限制			1.77	0.42
是	77	23.3		
否	254	76.7		
是否曾因身體健康問題而在做工作或其他活動有困難			1.79	0.40
是	68	20.5		
否	263	79.5		
是否曾因情緒問題而在做工作或其他			1.75	0.43
是	82	24.8		
否	249	75.2		
是否曾因情緒問題而在完成的工作量比您想要完成的較少			1.76	0.43
是	80	24.2		
否	251	75.8		
是否曾因情緒問題而在做工作或其他活動時不如以往小心			1.79	0.41
是	69	20.8		
否	262	79.2		
您的身體健康或情緒問題，對您與家人或朋友、鄰居、社團之間的平常活動妨礙程度如何			1.44	0.62
完全沒有妨礙	198	59.8		
有一點妨礙	126	38.1		
中度妨礙	2	.6		
相當多妨礙	3	.9		
妨礙到極點	2	.6		
	0.0	0.0		

(表 15 續)

(表 15 續)

變 項	n	%	<u>M</u>	<u>SD</u>
身體疼痛程度			2.19	0.98
完全不痛	0.0	0.0		
非常輕微的痛	90	27.2		
輕微的痛	124	37.5		
中度的痛	91	27.5		
嚴重的痛	17	5.1		
非常嚴重的痛	9	2.7		
身體疼痛對日常工作妨礙程度			1.51	0.69
完全沒有妨礙	193	58.3		
有一點妨礙	112	33.8		
中度妨礙	20	6.0		
相當多妨礙	6	1.8		
是否覺得充滿活力			3.06	1.19
一直都是	42	12.7		
大部分時間	67	20.2		
經常	78	23.6		
有時	118	35.6		
很少	24	7.3		
從不	2	.6		
是否是個非常緊張的人			4.01	1.08
一直都是	13	3.9		
大部分時間	18	5.4		
經常	46	13.9		
有時	144	43.5		
很少	96	29		
從不	14	4.2		
是否覺得非常沮喪			4.46	0.83
一直都是	0	0.0		
大部分時間	7	2.1		
經常	19	5.7		
有時	96	29.0		
很少	172	52.0		
從不	37	11.2		

(表 15 續)

(表 15 續)

變項	<u>n</u>	%	<u>M</u>	<u>SD</u>
是否覺得心情平靜			2.78	1.08
一直都是	40	12.1		
大部分時間	103	31.1		
經常	90	27.2		
有時	85	25.7		
很少	13	3.9		
從不	0	0		
是否覺得精力充沛			3.21	1.09
一直都是	20	6.0		
大部分時間	75	22.7		
經常	84	25.4		
有時	123	37.2		
很少	27	8.2		
從不	2	0.6		
是否覺得悶悶不樂和憂鬱			4.45	0.81
一直都是	0	0		
大部分時間	4	1.2		
經常	29	8.8		
有時	107	32.3		
很少	166	50.2		
從不	25	7.6		
是否覺得筋疲力竭			4.23	0.94
一直都是	4	1.2		
大部分時間	11	3.3		
經常	39	11.8		
有時	148	44.7		
很少	108	32.6		
從不	21	6.3		

(表15續)

(表 15 續)

變項	<u>n</u>	%	<u>M</u>	<u>SD</u>
是否是個快樂的人			2.79	1.25
一直都是	66	19.9		
大部分時間	76	23.0		
經常	76	23.0		
有時	91	27.5		
很少	19	5.7		
從不	3	.9		
是否覺得累			4.05	0.89
一直都是	4	1.2		
大部分時間	16	4.8		
經常	40	12.1		
有時	183	55.3		
很少	77	23.3		
從不	11	3.3		
您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動			3.78	0.83
一直都會	3	.9		
大部分時間會	10	3.0		
有時候會	110	33.2		
很少會	141	42.6		
從不會	67	20.2		
我好像比別人較容易生病			3.75	1.03
完全正確	6	1.8		
大部分正確	34	10.3		
不知道	90	27.2		
大部分不正確	108	32.6		
完全不正確	93	28.1		

(表 15 續)

(表 15 續)

變項	n	%	<u>M</u>	<u>SD</u>
和任何一個我認識的人來比，我和他們一樣健康			2.32	0.96
完全正確	72	21.8		
大部分正確	122	36.9		
不知道	101	30.5		
大部分不正確	32	9.7		
完全不正確	4	1.2		
我想我的健康會越來越壞			3.42	1.11
完全正確	7	2.1		
大部分正確	64	19.3		
不知道	120	36.3		
大部分不正確	62	18.7		
完全不正確	78	23.6		
我的健康狀況好的很			2.54	0.94
完全正確	41	12.4		
大部分正確	132	39.9		
不知道	99	29.9		
大部分不正確	57	17.2		
完全不正確	2	.6		

(二)人口特徵變項與健康相關生活品質之差異情形

將研究對象以年齡 40-49、50-59 歲兩組進行年齡與健康相關生活品質之差異比較。研究結果如表 16 所示，其結果發現不同年齡在因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) 構面達顯著水準 ($t = 2.66, p < .05$) 以及在因情緒問題問題所引起的角色限制 (RE) 構面達顯著水準 ($t = 1.08, p < .05$)；其餘健康相關生活品質構面則未達顯著水準。由上述結果得知，本研究對象會因年齡的不同在因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) 構面以及因情緒問題問題所引起的角色限制 (RE) 構面有所差異存在。在因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) 構面方面，40-49 歲組平均數得分 ($M = 51.60, SD = 7.99$) 高於 50-59 歲組 ($M = 48.78, SD = 11.27$)，因情緒問題所引起的角色限制 (RE) 構面方面，40-49 歲組平均數得分 ($M = 48.54, SD = 10.75$) 高於 50-59 歲組 ($M = 47.11, SD = 12.94$)，由上述結果得知不同年齡在因身體健康

或情緒問題所引起的角色限制方面確實有差異，以年齡較低者較不會因身體健康或情緒問題引發角色限制，因此年齡較低者身體或情緒性的健康相關生活品質狀況也較佳。相對的年齡較高者較常因身體健康或情緒問題引發角色限制，年齡較高者身體或情緒性的健康相關生活品質狀況也較差。

表 16 不同年齡分組之健康相關生活品質 t 考驗分析摘要表

構面	40-49		50-59		t
	M	SD	M	SD	
PF	50.81	6.92	49.73	6.80	1.38
RP	51.60	7.99	48.78	11.27	2.66*
BP	53.15	7.99	53.22	6.96	-0.08
GH	45.93	8.80	44.47	8.07	1.51
VT	51.71	7.66	51.01	7.95	0.79
SF	49.06	6.35	46.61	6.66	3.34
RE	48.54	10.75	47.11	12.94	1.08*
MH	44.95	8.81	45.17	8.63	-0.21

註. 1. 不同年齡共分 40-49 歲組 (n=203) 和 50-59 歲組 (n=128) N=331

2. $p < .05$

將研究對象之婚姻狀況依據未婚、已婚、離婚、喪偶等四種分類進行婚姻與健康相關生活品質之差異比較。研究結果如表 17、表 18 所示，其結果發現不同婚姻狀況在因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) ($F = 6.61, p < .05$)、身體疼痛程度 (BP) ($F = 5.73, p < .05$)、整體健康狀況 (GH) ($F = 3.13, p < .05$)、社會功能 (SF) ($F = 7.55, p < .05$)、因情緒問題所引起的角色限制 (RE) ($F = 3.22, p < .05$) 等構面達顯著水準；其餘健康相關生活品質構面則未達顯著水準。經進一步以雪費法進行事後比較分析結果發現：在整體健康狀況 (GH) 構面及因情緒問題所引起的角色限制 (RE) 構面並無顯著差異，表示本研究對象在整體健康狀況 (GH)、因情緒問題所引起的角色限制 (RE) 等構面，並不會因婚姻狀況的不同而有所差異存在。在因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) 構面，未婚者 ($M = 55.03, SD = .61$) 平均數得分最高，表示未婚者最少因身體健康問題引起角色限制、身體健康狀況最佳，而喪偶者 ($M = 42.93, SD = 2.96$) 平均數得分最低，表示喪偶者最常因身體健康問題

引起角色限制、身體健康狀況最差。在身體疼痛程度(BP)構面,未婚者($M = 58.09$, $SD = .98$)平均數得分最高,表示未婚者身體疼痛程度最低,而喪偶者($M = 52.17$, $SD = 1.73$)平均數得分最低,表示喪偶者身體疼痛程度最高。在社會功能(SF)構面,未婚者($M = 52.17$, $SD = .87$)平均數得分最高,表示未婚者的社會功能狀況最佳,而喪偶者($M = 44.05$, $SD = 2.13$)平均數得分最低,表示喪偶者的社會功能狀況最差。

綜合上述研究結果得知,本研究對象在因身體健康問題所引起的角色限制(RP)、身體疼痛程度(BP)、社會功能(SF)等構面會因婚姻狀況的不同而有顯著差異;其中以未婚者擁有最佳的身體健康狀況及社會功能、身體疼痛程度最低;而喪偶者的身體健康狀況及社會功能狀況最差、身體疼痛程度最高。

表17 不同婚姻狀況之健康相關生活品質平均數及標準差分析摘要表

構面	未婚		已婚		離婚		喪偶	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
PF	51.99	1.09	50.3	.41	51.48	1.6	4	2.10
RP	55.03	.61	50.4	.58	50.58	3.7	4	2.96
BP	58.09	.98	52.6	.47	52.21	2.3	52.1	1.73
GH	48.90	1.21	44.97	.54	48.13	2.8	42.7	1.14
VT	54.17	1.17	47.9	.49	45.74	.	44.0	1.64
SF	52.17	.87	47.9	.39	45.73	1.2	4	2.13
RE	49.62	1.85	48.4	.68	39.54	5.2	4	3.64
MH	46.87	1.55	44.9	.54	45.90	1.3	4	1.49

註. 1. 不同婚姻狀況共分未婚 (n=35)、已婚 (n=269)、離婚 (n=10)、喪偶 (n=17)

2. N=331

表 18 不同婚姻狀況對健康相關生活品質之單因子變異數分析摘要表

構面與變異來源	df	SS	MS	F	Post Hoc
PF					
組間	3	338.48	112.83	2.41	
組內	327	15316.39	46.84		
RP					4 < 1,2
組間	3	1694.88	564.96	6.61*	
組內	327	27966.79	85.53		
BP					1 > 2,3,4
組間	3	952.54	317.51	5.73*	
組內	327	18120.31	55.41		
GH					
組間	3	673.30	224.43	3.13*	
組內	327	23452.17	71.72		
VT					
組間	3	437.14	145.71	2.44	
組內	327	19519.45	59.69		
SF					1 > 2,3,4
組間	3	923.43	307.81	7.55*	
組內	327	13341.22	40.80		
RE					
組間	3	1287.02	429.01	3.22*	
組內	327	43525.32	133.11		
MH					
組間	3	244.13	81.38	1.07	
組內	327	24941.45	76.27		

註. 1. Post Hoc 1=未婚、2=已婚、3=離婚、4=喪偶

2. * $p < .05$

將研究對象之子女數依據 0、1、2、3、4 等五種分類進行子女數與健康相關生活品質之差異比較，研究結果如表 19、表 20 所示，其結果發現於因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) ($F = 3.38, p < .05$)、身體疼痛程度 (BP) ($F = 4.83, p < .05$)、整體健康狀況 (GH) ($F = 2.99, p < .05$)、活力狀況 (VT) ($F = 2.42, p < .05$)、社會功能 (SF) ($F = 2.99, p < .05$)、心理健康 (MH) ($F = 5.01, p < .05$) 等構面達顯著水準；其餘健康相關生活品質構面則未達顯著水準。經進一步以雪費法進行事後比較分析結果發現：在整體健康狀況 (GH) 構面、活力狀況 (VT) 構面、社會功能 (SF) 構面及心理健康 (MH) 構面並無顯著差異，表示本研究對象在整體健康狀況 (GH)、活力狀況 (VT) 構面、社會功能 (SF) 構面及心理健康 (MH) 構面，並不會因子女數的不同而有差異。在因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) 構面，以有子女數 4 人者 ($M = 53.41, SD = 1.92$) 平均數得分最高，表示有子女數 4 人者最少因身體健康問題引起角色限制，身體健康狀況最佳；在身體疼痛程度 (BP) 構面，以有子女數 0 人者 ($M = 59.03, SD = 1.86$) 平均數得分最高，表示沒有子女者身體疼痛程度最低。綜合上述研究結果得知，本研究對象在因身體健康問題所引起的角色限制 (RP)、身體疼痛程度 (BP) 等構面會因子女數的不同而有顯著差異；以有子女數 4 人者最少因身體健康問題引起角色限制，身體健康狀況最佳，而沒有子女者身體疼痛程度最低。

表 19 不同子女數之健康相關生活品質平均數及標準差分析摘要表

構面	0 位		1 位		2 位		3 位		4 位	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
PF	43.86	2.78	50.11	.77	50.69	.50	51.06	1.01	50.57	1.26
RP	51.53	3.11	50.11	1.12	51.42	.61	45.81	1.91	53.41	1.92
BP	59.03	1.86	51.58	.92	54.28	.47	51.68	1.53	49.27	1.79
GH	42.82	3.17	44.24	.70	46.76	.62	42.54	1.31	43.05	1.42
VT	53.52	3.60	51.92	.74	51.84	.62	50.06	.97	46.21	1.33
SF	46.88	3.32	47.30	.68	49.11	.45	45.60	1.36	48.09	1.01
RE	37.78	5.55	47.51	1.34	48.56	.79	46.65	2.06	49.72	2.27
MH	45.39	2.75	46.32	.99	45.55	.65	43.17	.96	36.35	2.07

註. 1.不同子女數共分 0 位 (n=9)、1 位 (n=85)、2 位 (n=182)、3 位 (n=40)、4 位 (n=15)

2. N=331

表20 不同子女數對健康相關生活品質之單因子變異數分析摘要表

構面與變異來源	df	SS	MS	F	Post Hoc
PF					
組間	4	425.30	106.33	2.28	
組內	326	15229.57	46.72		
RP					2 > 3
組間	4	1181.03	295.26	3.38*	
組內	326	28480.65	87.36		
BP					0 > 4
組間	4	1066.40	266.60	4.83*	
組內	326	18006.44	55.23		
GH					
組間	4	854055	213.64	2.99*	
組內	326	23270.91	71.38		
VT					
組間	4	575.26	143.81	2.42*	
組內	326	19381.33	59.45		
SF					
組間	4	504.02	126.01	2.99*	
組內	326	13760.62	42.21		
RE					
組間	4	1209.39	302.35	2.26	
組內	326	43602.95	133.75		
MH					
組間	4	1459.37	364.84	5.01*	
組內	326	23726.20	72.78		

註. 1. Post Hoc 0=子女數 0 位、1=子女數 1 位、2=子女數 2 位、3=子女數 3 位、
4=子女數 4 位

2. * $p < .05$

將研究對象之教育程度依據不識字、小學、國中、高中、大專、研究所等六種分類進行教育程度與健康相關生活品質之差異比較。研究結果如表 21、表 22 所

示，不同教育程度在因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) ($F = 4.73, p < .05$)、心理健康 (MH) ($F = 3.59, p < .05$)等構面達顯著水準；其餘健康相關生活品質構面則未達顯著水準。經進一步以雪費法進行事後比較分析結果發現：在心理健康 (MH) 構面並無顯著差異，表示本研究對象在心理健康 (MH) 構面不會因教育程度的不同而有差異。但在因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) 構面，不識字者 ($M = 56.24, SD = .00$) 平均數得分最高，表示不識字者因身體健康問題所引起的角色限制最少，身體健康狀況最佳。

表 21 不同教育程度之健康相關生活品質平均數及標準差分析摘要表

構面	小學		國中		高中		大專		研究所	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
PF	48.33	1.59	47.18	2.77	49.81	.61	50.89	.56	52.68	1.17
RP	44.92	2.73	40.33	3.95	49.79	.91	52.00	.67	52.41	1.12
BP	51.40	1.94	48.83	1.54	53.13	.70	53.13	.61	56.43	1.31
GH	43.54	6.61	50.66	5.94	45.89	8.47	44.70	9.17	47.05	6.43
VT	48.58	1.55	52.60	1.48	51.02	.66	51.98	.69	52.80	1.28
SF	44.11	2.02	48.99	2.29	48.32	.54	48.42	.56	47.86	.83
RE	50.07	2.22	52.70	1.72	48.43	1.04	46.95	.99	48.31	2.34
MH	40.22	8.74	49.88	7.16	44.17	8.67	45.73	8.87	48.45	6.15

註. 1.不同教育程度共分不識字 ($n=2$)、小學 ($n=20$)、國中 ($n=8$)、高中 ($n=125$)、大專 ($n=152$)、研究所 ($n=24$)

2. $N=331$

表22 不同教育程度對健康相關生活品質之單因子變異數分析摘要表

構面與變異來源	df	SS	MS	F	Post Hoc
PF					
組間	5	417.18	83.44	1.78	
組內	325	15237.69	46.89		
RP					
組間	5	2010.71	402.14	4.73*	3 < 5
組內	325	27650.97	85.08		
BP					
組間	5	483.85	96.77	1.69	
組內	325	18588.99	57.20		
GH					
組間	5	504.86	100.97	1.39	
組內	325	23620.61	72.68		
VT					
組間	5	386.44	77.29	1.28	
組內	325	19570.15	60.22		
SF					
組間	5	374.24	74.85	1.75	
組內	325	13890.41	42.74		
RE					
組間	5	562.62	112.52	.83	
組內	325	44249.72	136.15		
MH					
組間	5	1319.54	263.91	3.59*	
組內	325	23866.03	73.43		

註. 1. Post Hoc 0=不識字、1=小學、2=國中、3=高中、4=大專、5=研究所

2. $p < .05$

將研究對象之職業以無職業、有職業兩組進行職業與健康相關生活品質之差異比較。研究結果如表 23 所示，職業的有無在身體功能 (PF) ($t = -2.65, p < .05$)、因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) ($t = -4.23, p < .05$)等構面達顯著水準。由

上述結果得知有職業者在身體功能 (PF) (M = 50.76, SD = 6.70) 構面以及因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) (M = 51.30, SD = 8.98) 構面較無職業者得分高, 表示有職業者擁有較佳的身體功能以及較不會因身體健康問題引發角色限制, 身體健康狀況較佳。

表 23 不同職業之健康相關生活品質 t 考驗分析摘要表

構面	無職業		有職業		t
	M	SD	M	SD	
PF	47.68	7.74	50.76	6.70	-2.65*
RP	44.64	11.06	51.30	8.98	-4.23*
BP	53.39	8.69	53.15	7.46	0.19
GH	46.24	9.48	45.25	8.43	0.68
VT	52.39	9.29	51.31	7.56	0.81
SF	47.25	7.46	48.23	6.45	-0.87
RE	48.59	11.46	47.91	11.70	0.34
MH	43.05	12.16	45.31	8.16	-1.52

註. 1. 不同職業共分無職業 (n=39) 和有職業 (n=292)

N=331

2. $p < .05$

將研究對象之家庭年收入以一百萬以下、一百萬至二百萬、二百萬以上等三組進行家庭年收入與健康相關生活品質之差異比較。研究結果如表 24、表 25 所示，不同家庭年收入在身體功能 (PF) ($F = 3.36, p < .05$)、身體疼痛程度 (BP, $F = 3.81, p < .05$)、整體健康狀況 (GH) ($F = 4.64, p < .05$)、心理健康 (MH) ($F = 5.52, p < .05$) 等構面達顯著水準；其餘健康相關生活品質構面則未達顯著水準。經進一步以雪費法進行事後比較分析發現：在身體功能 (PF) 構面並無顯著差異，表示本研究對象在身體功能 (PF) 構面不會因家庭年收入的不同而有差異。但在身體疼痛程度 (BP)，以家庭年收入二百萬以上者 ($M = 55.96, SD = 1.18$) 平均數得分最高，表示家庭年收入二百萬以上者身體疼痛程度最低。在整體健康狀況 (GH)，以家庭年收入二百萬以上者 ($M = 49.26, SD = 1.34$) 平均數得分最高，表示家庭年收入二百萬以上者整體健康狀況最佳。在心理健康 (MH) 構面，以家庭年收入二百萬以上者 ($M = 49.82, SD = .97$) 平均數得分最高，表示家庭年收入二百萬以上者心理健康狀況最佳。

綜合上述研究結果得知，本研究對象在身體疼痛程度 (BP)、整體健康狀況 (GH) 及心理健康 (MH) 等會因家庭年收入的不同而有顯著差異；以家庭年收入二百萬以上者身體及心理健康狀況最佳、身體疼痛程度最低。

表 24 不同家庭年收入之健康相關生活品質平均數及標準差分析摘要表

構面	一百萬以下		一百萬至二百萬		二百萬以上	
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
PF	49.45	.58	51.47	.53	50.99	.87
RP	50.64	.74	49.92	.85	52.59	1.19
BP	52.21	.59	53.80	.66	55.96	1.18
GH	44.30	.65	45.87	.76	49.26	1.34
VT	51.04	.61	51.61	.69	52.97	1.03
SF	47.34	.51	48.81	.56	49.46	1.28
RE	48.11	.92	48.29	.95	45.90	2.29
MH	44.09	.75	45.22	.66	49.82	.97

註. 1.不同家庭年收入共分一百萬以下 ($n=169$)、一百萬至二百萬 ($n=133$)、二百萬以上 ($n=29$)
 2. $N=331$

表25 不同家庭年收入對健康相關生活品質之單因子變異數分析摘要表

構面與變異來源	df	SS	MS	F	Post Hoc
PF					
組間	2	314.43	157.21	3.36*	
組內	328	15340.44	46.77		
RP					
組間	2	174.56	87.28	.97	
組內	328	29487.12	89.90		
BP					1<3
組間	2	432.85	216.43	3.81*	
組內	328	18639.99	56.83		
GH					1<3
組間	2	663.69	331.85	4.64*	
組內	328	23461.78	71.53		
VT					
組間	2	98.83	49.41	.82	
組內	328	19857.76	60.54		
SF					
組間	2	218.47	109.24	2.55	
組內	328	14046.17	42.82		
RE					
組間	2	141.67	70.84		
組內	328	44670.67	136.19	.52	
MH					
組間	2	819.97	409.98	5.52*	3>1,2
組內	328	24365.60	74.29		

註. 1. Post Hoc 1=一百萬以下、2=一百萬至二百萬、3=二百萬以上

2. * $p < .05$

四、身體活動與健康相關生活品質相關分析

本研究對象身體活動與健康相關生活品質之相關情形由表 26 得知，根據 Pearson 相關係數矩陣表可知費力的身體活動與中等費力活動 ($r = .11, p < .05$)、走

路 ($r = .22, p < .01$)呈正相關; 與身體疼痛程度 (BP) ($r = -.15, p < .05$)呈負相關。中等費力活動與走路 ($r = .34, p < .01$)呈正相關; 與因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) ($r = -.17, p < .01$)呈負相關; 與整體健康狀況 (GH) ($r = .14, p < .01$)呈正相關。走路與因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) ($r = -.22, p < .01$)呈負相關; 與整體健康狀況 (GH) ($r = .12, p < .05$)呈正相關。工作中坐著時間與因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) ($r = .12, p < .05$)、身體疼痛程度 (BP) ($r = .12, p < .05$)、因情緒問題所引起的角色限制 (RE) ($r = .17, p < .01$)等呈正相關。身體功能 (PF)與因身體健康問題所引起的角色限制 (RP) ($r = .28, p < .01$)、身體疼痛程度 (BP) ($r = .34, p < .01$)、整體健康狀況 (GH) ($r = .36, p < .01$)、活力狀況 (VT) ($r = .33, p < .01$)、社會功能 (SF) ($r = .34, p < .01$)、心理健康 (MH) ($r = .24, p < .01$)等呈正相關。因身體健康問題所引起的角色限制 (RP)與身體疼痛程度 (BP) ($r = .48, p < .01$)、整體健康狀況 (GH) ($r = .24, p < .01$)、活力狀況 (VT) ($r = .31, p < .01$)、社會功能 (SF) ($r = .44, p < .01$)、因情緒問題所引起的角色限制 (RE) ($r = .43, p < .01$)、心理健康 (MH) ($r = .24, p < .01$)等呈正相關。身體疼痛程度 (BP)與整體健康狀況 (GH) ($r = .39, p < .01$)、活力狀況 (VT) ($r = .35, p < .01$)、社會功能 (SF) ($r = .45, p < .01$)、因情緒問題所引起的角色限制 (RE) ($r = .31, p < .01$)、心理健康 (MH) ($r = .22, p < .01$)等呈正相關。整體健康狀況 (GH)與活力狀況 (VT) ($r = .73, p < .01$)、社會功能 (SF) ($r = .53, p < .01$)、因情緒問題所引起的角色限制 (RE) ($r = .29, p < .01$)、心理健康 (MH) ($r = .63, p < .01$)等呈正相關。活力狀況 (VT)與社會功能 (SF) ($r = .45, p < .01$)、因情緒問題所引起的角色限制 (RE) ($r = .32, p < .01$)、心理健康 (MH) ($r = .77, p < .01$)等呈正相關。社會功能 (SF)與因情緒問題所引起的角色限制 (RE) ($r = .46, p < .01$)、心理健康 (MH) ($r = .45, p < .01$)等呈正相關。因情緒問題所引起的角色限制 (RE)與心理健康 (MH) ($r = .40, p < .01$)呈正相關。

綜合上述結果得知, 費力的身體活動與身體疼痛程度呈負相關; 表示從事費力的身體活動愈高其身體疼痛程度愈低。中等費力活動、走路等與因身體健康問題所引起的角色限制呈負相關; 與整體健康狀況呈正相關, 表示從事中等費力活動、

走路愈高其因身體健康問題所引起的角色限制愈低、整體健康狀況愈佳。工作中坐著時間與因身體健康問題所引起的角色限制、身體疼痛程度、因情緒問題所引起的角色限制等皆呈正相關；表示工作中坐著時間愈高其因身體與情緒健康問題所引起的角色限制愈高、身體疼痛程度也愈高。

表 26 身體活動與健康相關生活品質相關係數矩陣表

變項	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.費力的身體活動	--					
2.中等費力活動	.11*	--				
3.走路	.22**	.34**	--			
4.工作中坐著時間	.03	-.10	-.05	--		
5. PF	-.07	-.10	-.07	-.07	--	
6. RP	-.03	-.17**	-.22**	.12*	.28**	--
7. BP	-.15**	-.05	-.10	.12*	.34**	.48**
8. GH	.09	.14**	.12*	-.08	.36**	.24**
9. VT	.04	.01	.02	-.03	.33**	.31**
10. SF	-.10	-.02	-.08	.08	.34**	.44**
11. RE	.11	.01	.06	.17**	.06	.43**
12. MH	-.08	.05	.05	.06	.24**	.24**

變項	7.	8.	9.	10.	11	12
1.費力的身體活動						
2.中等費力活動						
3.走路						
4.工作中坐著時間						
5. PF						
6. RP						
7. BP	--					
8. GH	.39**	--				
9. VT	.35**	.73**	--			
10. SF	.45**	.53**	.45**	--		
11. RE	.31**	.29**	.32**	.46**	--	
12. MH	.22**	.63**	.77**	.45**	.40**	--

註. * $p < .05$ ** $p < .01$

第二節 討論

一、人口特徵之分佈

本研究對象共331人，年齡以40-49歲者最多，佔61.3%，平均年齡為49.37歲，以已婚者最多，佔81.3%，子女數有2人者最多，佔55.0%，教育程度以大專院校者最多，佔45.9%，有職業者最多，佔88.2%，家庭年收入在一百萬以下者最多，佔51.1%。可知本研究樣本以高教育水準的職業婦女、家庭經濟情況普通、已婚、有子女數2位者居多（參表3）。

二、身體活動相關分析

（一）身體活動概況

本研究採用國際身體活動量表台灣中文自填短版，調查研究對象在過去七天中的身體活動之天數與時數，藉以瞭解研究對象的身體活動概況。在身體活動天數方面，結果顯示本研究對象在過去七天日常生活中以從事走路的人最多，佔整體 77.3%。過去七天日常生活中卻有超過一半的人從未從事過費力的身體活動，佔整體 58.6%；而且過去七天日常生活中有超過三分之一的人從未從事過中等費力活動，佔整體 38.7%。國際身體活動量表台灣中文自填短版將身體活動的程度分為高等、中等、低等、極低等，如費力的身體活動、中等費力活動、走路、工作中坐著時間（劉影梅，2004）。因此，研究結果顯示本研究對象最常從事走路，表示本研究對象最常從事低等程度的身體活動，對於高等和中等強度的身體活動參與頻率偏低。在身體活動時數方面，結果顯示本研究對象在過去七天日常生活中花在工作中坐著的時間最多，每天平均 4.95 小時，顯示本研究對象身體活動的強度偏低、坐式身體活動者居多（參表 4、表 5）。

本研究結果與過去許多研究相似（李佳蓉，2005；王秀華，2003；劉影梅等人，2005；曹麗英等人，2002），顯示更年期婦女參與身體活動的頻率與時間偏低，尤其是屬於高等及中等身體活動，但坐式生活形態者卻日漸增加，對更年期婦女健

康而言是值得重視的警訊與危機。Ivarsson, Spetz, & Hammar (1998)研究指出更年期婦女參與規律的身體活動者會比坐式生活型態者在更年期症狀發生的比率為低。其次根據 Malmberg, et al. (2005)指出更年期婦女每週身體活動頻率、時間、型式與強度皆是影響健康的重要因素。美國運動醫學會建議婦女應維持每天持續 30 分鐘的運動量，且應該選擇中等到強烈程度的身體活動 (Asbury, Chandruangphen, & Collins, 2006)。因此說明更年期婦女身體活動的提倡為之重要與迫切，尤其在身體活動的頻率、時間與強度方面有待提升與加強。

(二) 人口特徵變項與身體活動之差異情形

本研究結果顯示不同年齡、婚姻狀況、子女數、教育程度、職業等皆會影響更年期婦女身體活動的參與，但家庭年收入則與身體活動的參與無關。

在年齡方面，本研究對象在費力的身體活動、中等費力活動等變項會因年齡的不同而有顯著差異，50-59 歲組之年齡較高者從事費力及中等費力活動程度上高於 40-49 歲組之年齡較低者；此結果與李佳蓉 (2005)的研究結果顯示年齡漸增到退休前後，規律身體活動的人口會略增相似；而王秀華 (2003)的研究結果也顯示中年婦女參與適度活動以 51-60 歲組高於 41-90 歲組。本研究結果可能是研究樣本多數是已婚者佔 81.3 %、有子女者佔 97.3 %、有職業者佔 88.2%等因素有關，推論可能年齡較低的婦女在職場與家庭上比年齡較高的婦女需付出較多時間與精力有關。因此未來可針對不同年齡層的已婚職業婦女進行身體活動差異比較，進一步驗證此結果。其次在婚姻狀況方面，本研究對象在費力的身體活動變項會因婚姻狀況的不同而有顯著差異，喪偶者從事費力的身體活動程度上高於已婚、離婚及未婚者。在子女數方面，本研究對象在中等費力活動上會因子女數的不同而有顯著差異，以有子女數四人者在從事中等費力活動程度上高於有子女數三人、二人、一人及沒有子女者；此結果與王秀華 (2003)的研究結果不同，因其研究結果發現子女數與身體活動的參與無關。

在教育程度方面，本研究對象在費力、中等費力活動、走路等變項會因教育

程度的不同而有顯著差異，以教育程度國小者從事費力的身體活動程度最高、以教育程度國中者從事中等費力活動、走路程度最高，顯示教育程度較低者傾向從事較費力或中等費力的身體活動；此結果與王秀華（2003）的研究結果不同，因其研究結果發現教育程度較高者傾向從事較激烈或適度性的身體活動。在職業方面，本研究對象在費力的身體活動、中等費力活動等變項會因有無職業而有顯著差異，以無職業者從事費力的身體及中等費力活動程度高於有職業者。此外，本研究對象不會因家庭年收入的不同而影響身體活動的參與，Choi（2000）認為女性通常為婚姻中主要照顧者較缺乏時間或金錢來源，造成身體活動參與阻礙，但近年來台灣婦女在教育程度及就業率的提升下，性別角色差異及經濟因素對身體活動的參與影響力改善許多。

三、健康相關生活品質相關分析

（一）健康相關生活品質概況

本研究對象認為自己的一般健康狀況普通者最多，佔 51.7%，和一年前比較則認為差不多者最多，佔 43.5%，表示更年期婦女多數自覺健康狀況普通、健康變化則與過去差不多。本研究對象自覺健康狀況普通，因此目前的身體功能在從事費力的身體活動時有 58.3% 的人認為會有一些限制，也就是超過一半的人無法參與費力的身體活動或受到限制，此結果說明更年期婦女健康狀況是會影響費力的身體活動參與。但本研究對象在從事中等程度活動、提起或攜帶食品雜貨、爬數層樓梯、爬一層樓樓梯、彎腰、跪下或蹲下、走路超過一公里、走過數個街口、走過一個街口、自己洗澡或穿衣等活動時完全不受限制者佔最多，表示本研究對象健康狀況尚能應付從事中等費力活動及日常自我照顧。蘇美禎等人（2003）研究指出更年期婦女的自覺健康狀況愈差者則其身體症狀發生的頻率愈高，往往更年期症狀造成的困擾也愈嚴重，相對的健康照護需求也愈高。因此本研究對象超過一半的人自覺一般健康狀況只是普通，表示更年期婦女健康狀況有待提升，才得以因應更年期階段產生的健康威脅及醫療健康照護之需求。

本研究對象因身體健康問題所引起的角色限制較少，而且身體疼痛程度偏低，因此身體疼痛程度對日常工作妨礙程度也偏低。但在整體健康狀況方面，本研究對象卻認為自己比別人容易生病，健康狀況與別人相比也偏低，表示本研究對象對自己的整體健康狀況沒信心。因此在活力狀況方面，充滿活力的平均值分數最低，筋疲力竭的平均值分數最高，表示本研究對象活力狀況中等偏低。在社會功能方面，本研究對象因身體健康或情緒問題對與家人或朋友、鄰居、社團之間妨礙程度極低。在心理健康方面，非常沮喪平均值分數最高，心情平靜平均值分數最低，表示本研究對象對自己心理健康的評價偏低，似乎在心理層面卻潛藏危害健康的問題，卻往往不自知或被忽略。本研究結果與女性主義者認為更年期是女性正常老化的自然過程，不會影響女性的生理及心理，只是社會賦予的負向刻板印象（盧孳豔等人，2002；余玉眉，2003）相異，因此研究者認為更年期婦女若健康狀況及身體功能較佳，較能完成費力的身體活動或參與時較不會受到限制，相對的若平日能增強身體活動程度，尤其是屬於高等或中等之身體活動，此外對於更年期婦女的身體與心理健康都應給予相同的關心與重視。

（二）人口特徵變項與健康相關生活品質之差異情形

本研究結果顯示不同年齡、婚姻狀況、子女數、教育程度、職業、家庭年收入等皆會影響更年期婦女健康相關生活品質。此研究結果與 Avis et al (2003)曾針對不同背景的更年期婦女進行生活品質相關研究結果相似，說明不同背景的婦女都會因更年期而對生活品質產生不同程度的負面影響。

本研究對象在因身體健康問題或情緒問題所引起的角色限制方面會因年齡的不同而有顯著差異，40-49 歲年齡較低者比 50-59 歲年齡較高者在因身體健康或情緒問題所引起的角色限制較少，表示年齡較低者較不會因身體健康或情緒問題引起角色限制，因此年齡較低者身體或情緒性的健康相關生活品質狀況也較佳。相對的年齡較高者較常因身體健康或情緒問題引起角色限制，年齡較高者身體或情緒性的健康相關生活品質狀況也較差。此結果與 Laforge (1999)的研究結果相似，其研究發現婦女生理年齡與生理健康狀況呈現負相關，也就是年齡愈低者身體健

康狀況愈佳，身體健康狀況愈佳則因身體或情緒健康問題所引起的角色限制也愈少。趙安娜等人(2004)曾針對老年人進行健康狀況與生活品質之研究，結果亦指出多數老年人自覺整體健康狀況不好、自覺健康變化也比過去差。因此年齡越輕者會擁有較佳的自覺健康狀況，而且自覺健康狀況會對生活品質具有顯著的影響。

本研究對象在因身體健康問題所引起的角色限制、身體疼痛程度、社會功能等方面會因婚姻狀況的不同而有顯著差異，以未婚者擁有最佳的身體健康狀況及社會功能、身體疼痛程度也最低，而喪偶者的身體健康狀況及社會功能狀況最差、身體疼痛程度也最高。其次是本研究對象在因身體健康問題所引起的角色限制、身體疼痛程度等方面會因子女數的不同而有顯著差異，以子女數較多者身體健康狀況最佳、最少因身體健康問題所引起的角色限制，而沒有子女者身體疼痛程度最低。

本研究對象在因身體健康問題所引起的角色限制方面會因教育程度的不同而有顯著差異，以不識字者因身體健康問題所引起的角色限制最少，表示身體健康狀況最佳。本研究對象在身體功能、因身體健康問題所引起的角色限制等方面會因有無職業而有顯著差異，以有職業者擁有較佳的身體功能及較少因身體健康問題引發角色限制，表示有職業者身體健康狀況較佳。本研究對象在身體疼痛程度、整體健康狀況、心理健康等方面會因家庭年收入的不同而有顯著差異，以家庭年收入二百萬以上者整體健康狀況及心理健康最佳、身體疼痛程度最低。

綜合上述結果分析得知，更年期婦女年齡愈低者身體健康狀況愈佳，身體健康狀況愈佳則因身體或情緒健康問題所引起的角色限制也愈少、未婚者擁有最佳的身體健康狀況及社會功能，身體疼痛程度也最低，而喪偶者的身體健康狀況及社會功能狀況最差，身體疼痛程度也最高、子女數較多者最少因身體健康問題引起角色限制，表示身體健康狀況最佳，無子女者身體疼痛程度最低。不識字者因身體健康問題所引起的角色限制最少，表示身體健康狀況最佳。有職業者身體功能較無職業者為佳，相對的受身體健康問題所引起的角色限制較少。家庭年收入愈高者整體健康狀況及心理健康愈佳、身體疼痛程度最低。所以年齡輕者、未婚

者、教育程度低者、有職業者及家庭年收入愈高者之身體健康狀況較佳。

四、身體活動與健康相關生活品質相關分析

由本研究結果得知費力的身體活動與身體疼痛程度呈負相關，表示從事費力的身體活動愈高其身體疼痛程度愈低。中等費力活動、走路等與因身體健康問題所引起的角色限制呈負相關、與整體健康狀況呈正相關，表示從事中等費力活動、走路愈高其整體健康狀況愈佳、相對的因身體健康問題所引起的角色限制愈低。經由上述研究結果分析說明從事身體活動不一定要採取激烈的活動，重點在身體活動的規律性，因其具有累積的效果（卓俊伶，2006）。以及身體活動確實能達到整體健康促進效益（Lumpkin, 2002; Stuart, Kenneth, & Stephen, 2001; 陳牧如、林聯華，2003; 盧俊宏，2002）。其次由研究結果得知坐著時間與因身體健康問題所引起的角色限制、身體疼痛程度、因情緒問題所引起的角色限制等皆呈正相關;表示坐著時間愈高其因身體與情緒健康問題所引起的角色限制愈高、身體疼痛程度也愈高，因此坐式生活型態確實會影響身體健康狀況。

由本研究結果顯示身體活動與心理健康狀況無顯著相關，此結果與 Rohrer, Pierce, and Blackburn (2005)的研究指出心理健康狀況與身體活動程度有正相關不同。此結果可能與台灣版 SF-36 量表的心理健康量表在各子題與所屬量表的相關係數未達到 0.40 到 0.83 範圍內，且未通過區分效度之檢測(盧瑞芬等人，2003; 曾旭民等人，2003)有關。根據吳明隆、涂金堂(2006)指出相關係數在 0.40 以下則為低度相關。因此台灣版 SF-36 量表的心理健康量表相較於其他題目可能會有較低的相關情形或統計上偏態的產生，加上文化風俗的差異，所以無法與國外研究相比較或出現相異的研究結果。

其次本研究結果顯示整體健康狀況與活力狀況、社會功能、因情緒問題所引起的角色限制、心理健康等呈正相關，表示整體健康狀況愈佳者其活力狀況、社會功能、心理健康愈佳、因情緒問題所引起的角色限制愈少。而整體健康狀況與活力狀況、心理健康呈現較高度的相關，這些變項之間的相關係數顯示出自我評量的健康相關生活品質，整體健康狀況會依據自我的活力狀況和心理健康等為其

主要的依據，明顯的比在社會功能及在因情緒問題所引起的角色限制等方面的關連度。

第五章 結論與建議

第一節 結論

一、身體活動概況

(一) 本研究對象在過去七天日常生活中，以從事低等強度的走路者居多，佔整體 77.3%。有超過一半的人從未從事費力的身體活動，佔整體 58.6%。有超過三分之一的人從未從事中等費力活動，佔整體 38.7%。但在過去七天日常生活中花在工作中坐著的時間最多，每天平均 4.95 小時。

(二) 本研究結果說明更年期婦女最常從事低等強度的身體活動，如走路，但對於高等及中等強度的身體活動參與頻率偏低，且坐式身體活動者居多，因此參與身體活動之頻率、時間及強度有待提升。

二、人口特徵變項與身體活動之關係

(一) 本研究結果顯示年齡、婚姻狀況、子女數、教育程度、職業等因素皆會影響更年期婦女身體活動的參與，但家庭年收入則與身體活動的參與無關。

(二) 年齡較高者從事費力及中等費力活動程度上高於年齡較低者。喪偶者從事費力的身體活動程度上高於已婚、離婚及未婚者。子女數較多者從事中等費力活動程度上高於子女數較少者。教育程度低者從事費力或中等費力活動的程度上高於教育程度高者。無職業者從事費力或中等費力活動的程度上高於有職業者。也就是年齡較高、教育程度低、無職業者身體活動程度較高，尤其在從事費力或中等費力活動。此結果可能與婦女年齡漸增到退休前後從事身體活動的人口會略增，或是年齡較低的婦女在職場與家庭上比年齡較高的婦女需付出較多時間與精力，所以較無時間與精力在忙碌的生活中從事身體活動有關，相對的教育程度低又無職業的婦女會比職業婦女擁有較多的時間從事身體活動。

三、健康相關生活品質概況

(一) 本研究對象自覺一般健康狀況普通者最多，佔 51.7%，和一年前比較認為健康變化差不多者最多，佔 43.5%，表示本研究對象多數的人自覺健康狀況普通、健康變化則差不多，因此身體功能在從事費力的身體活動時有超過一半的人無法參與費力的身體活動或自覺活動時受到限制，但目前的身體功能尚能應付從事中等費力活動及日常自我照顧。在整體健康狀況方面，本研究對象認為自己比別人容易生病，健康狀況與別人相比也偏低，對自己的整體健康狀況沒信心、活力狀況差及心理健康評價偏低。

(二) 本研究對象身體疼痛程度最低，因此因身體疼痛程度造成日常工作妨礙的程度也最低，此外因身體健康或情緒問題對與家人朋友、鄰居、社團之間妨礙程度也偏低，表示本研究對象的社會功能狀況較自覺一般健康及整體健康狀況為佳。

(三) 本研究結果說明更年期婦女生理功能狀況普通、社會功能狀況佳，以心理健康狀況最差。因此可推知更年期對女性而言雖然是自然的歷程，但皆會影響婦女的生理、心理及社會健康狀況，尤其是更年期婦女的心理健康狀況。

四、人口特徵變項與健康相關生活品質之關係

(一) 本研究結果顯示年齡、婚姻狀況、子女數、教育程度、職業及家庭年收入等因素皆會影響更年期婦女的健康相關生活品質。

(二) 年齡較低者的身體及情緒健康狀況比年齡較高者為佳，因此年齡較低者較少因身體及情緒問題引起角色上的限制。未婚者比已婚、離婚、喪偶者等擁有較佳的身體與社會功能，未婚者的身體疼痛程度也比已婚、離婚、喪偶者等為低。子女數愈多者比子女數愈少者因身體健康問題引起的角色限制少，子女數愈多者比子女數愈少者的身體疼痛程度為低。教育程度愈低者比教育程度愈高者因身體健康問題引起的角色限制少。有職業者比無職業者身體功能佳，因此因身體健康問題引起的角色限制少。家庭年收入愈高者擁有愈佳的整體健康及心理健康，身體疼痛程度愈低。

五、身體活動與健康相關生活品質之關係

(一) 本研究結果顯示費力的身體活動與身體疼痛程度呈負相關，從事費力的身體活動愈高其身體疼痛程度愈低。中等費力活動、走路等與因身體健康問題所引起的角色限制呈負相關、與整體健康狀況呈正相關，從事中等費力活動、走路愈高其整體健康狀況愈佳，相對的因身體健康問題所引起的角色限制愈低。坐著時間與因身體健康問題所引起的角色限制、身體疼痛程度、因情緒問題所引起的角色限制等皆呈正相關；表示坐著時間愈高其因身體與情緒健康問題所引起的角色限制愈高、身體疼痛程度也愈高，因此坐式生活型態確實會影響身體健康狀況。此外身體活動與心理健康狀況無顯著相關存在。

(二) 本研究結果顯示整體健康狀況與活力狀況、社會功能、因情緒問題所引起的角色限制、心理健康等呈正相關，整體健康狀況愈佳者其活力狀況、社會功能、心理健康愈佳、因情緒問題所引起的角色限制愈少。整體健康狀況會依據自我的活力狀況和心理健康等為其主要的依據，明顯的比在社會功能及在因情緒問題所引起的角色限制等方面的關連度。

第二節 建議

一、研究對象方面

(一) 本研究結果顯示身體活動與健康相關生活品質之間確有相關存在，尤其是從事中等費力活動愈高者其整體健康狀況愈佳，相對的因身體健康問題所引起的角色限制愈少。但坐著時間愈久者其因身體與情緒健康問題所引起的角色限制愈高、身體疼痛程度也愈高，因此坐式生活型態確實會影響身體健康狀況。所以未來在推動更年期婦女身體活動之健康促進策略時，應特別強調與鼓勵更年期婦女從事中等費力活動，例如：登山健行、游泳、跳舞、太極、一般速度騎腳踏車、打羽毛球或桌球等，並減少坐式生活型態。

(二) 更年期婦女的整體健康狀況會依據自我的活力狀況和心理健康等為其主要的依據，明顯的比在社會功能及在因情緒問題所引起的角色限制等方面的關

連度。因此表示提升更年期婦女的整體健康狀況首重心理健康的提升，而不僅只是著重在生理層面，如只針對更年期症狀處置而已。

（三）本研究並未進一步取得更年期婦女相關月經史資料，且研究對象為都會型婦女為主，所以無法得知研究對象在停經前期、停經期及停經後期等之差異，因此未來研究可進一步針對不同階段的更年期婦女做研究調查，並擴大研究樣本至不同鄉鎮的更年期婦女，以降低研究樣本同質性高而致相關影響因素未能呈現。

二、研究設計方面

本研究因人力、金錢與時間的限制，僅以主觀自評式問卷調查方式，在台北市、高雄市及台中市以配額立意抽樣，並未使用客觀性儀器的介入，因此無法得知更年期婦女身體活動與健康相關生活品質之因果關係，因此欲釐清其因果關係，今後研究可擴大樣本並以隨機抽樣或以介入性研究探之，使研究結果更具推論性及代表性。

參考文獻

一、 中文

- 王秀紅、徐畢卿、高淑芬、高毓秀、王瑞霞、吳素綿、高家常、黃芷苓、黃國儀、黃寶萱 (2004)。《健康促進與護理理論與實務》。台北：偉華。
- 王秀華 (2003)。中年女性參與不同等級身體活動與其影響因素之調查研究。《體育學報》，35，1-14。素之調查研究。《體育學報》，35，1-14。
- 王秀華 (2006)。身體活動與女性健康。《中華體育》，17 (1)，1-8。
- 王秀華、李淑芳 (2004)。成人運動階段與健康生活品質之研究。《體育學報》，36，1-16。
- 白香菊、李選、曾月霞 (2004)。更年期婦女自覺不確定感相關研究之探討。《護理雜誌》，51 (5)，45-52。
- 戈依莉 (2003)。銀髮族運動與生活品質。《長庚科技學刊》，2，95-102。
- 江佳綺、陳建志、林光洋 (2004)。女性更年期。《基層醫學》，19 (1)，2-7。
- 李碧霞、張文、蔡仁貞、林美良、高靖秋、陳小蓮、鄭綺 (2005)。護理人員體適能及健康相關品質之研究。《新台北護理期刊》，7 (1)，53-63。
- 李逸、王秀紅 (2001)。更年期婦女自我照顧行為類型與相關因素。《公共衛生》，28 (2)，151-160。
- 余如冰 (2004)。運動對更年期女性骨密度之影響。《屏師體育》，8，163-168。
- 余玉眉、李碧娥、李佳燕、蔡宛芬、顧雅利、黃國儀、王琳華、陳玟秀、沈滿華、賴才雅、柯乃熒、陳雯婷、林夙慧、宋佩芳、葉明莉合著 (2003)。《婦女健康》。台北：華杏。
- 林青慧 (2003)。《臺灣簡短 36 (SF-36) 健康量表工具信效度及常模之建立》。中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文，未出版，台中市。
- 林宇旋、張幸真、陳姿伶 (2003)。《台灣地區婦女更年期身心症狀盛行率及健康相關知識行為—民國 91 年國民健康促進知識態度與行為調查結果》。行政院衛生

- 署國民健康局九十一年度科技研究計畫發展報告，未出版，台北市。
- 何忠鋒 (2002)。十二週健走運動與飲食控制計畫對停經婦女身體組成及血脂肪的影響。 *體育學報*，32，11-24。
- 吳香達 (1998)。 *臨床婦科學* (第四版)。台北：茂昌。
- 吳香達 (2004)。賀爾蒙的震盪。 *中華民國婦癌醫學雜誌*，1，19-31。
- 吳嘉麗 (2003)。更年期賀爾蒙療法的爭議。 *科學發展*，364，75-77。
- 洪得惠 (2003)。高雄市中高齡婦女的文化活動參與、阻礙及其身心健康之探究。 *社區發展季刊*，103，234-251。
- 夏萍洄、田聖芳、馮容莊、蔣美蘭、湯玉英、李惠玲、張碧芬合著 (1994)。 *實用婦科護理*。台北：匯華。
- 胡文郁、戴玉慈、陳慶餘、陳月枝 (2003)。生活品質之概念分析-於探討癌末病人健康相關生活品質之應用。 *安寧療護雜誌*，8 (1)，45-60。
- 姚開屏 (2002)。健康相關生活品質概念與測量原理之簡介。 *台灣醫學會*，6 (2)，183-192。
- 施文文 (2004)。 *以健康信念模式探究大學院校教師健康狀態之影響因素*。國立中山大學醫務管理研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 黃永任 (1998)。運動與骨質疏鬆症。 *國民體育季刊*，27 (3)，53-60。
- 黃金柱 (2005)。從生活品質提升論體育與休閒教育。 *北縣教育*，52，17-19。
- 陳文玲 (2005)。身體活動與骨骼健康。 *物理治療*，30 (6)，305-314。
- 陳全壽、劉宗翰、張振崗 (2004)。我國體適能政策指標之建議。 *運動生理暨體能學報*，1，1-11。
- 陳牧如、林聯華 (2003)。婦女更年期與運動介入。 *大專體育*，64，155-160。
- 曹麗英 (1998)。台灣婦女更年期經驗之探討--處於健康多變化的時期。 *護理研究*，6 (6)，448-460。
- 曹麗英、周碧琴、洪麗玲、張淑紅、高月梅、蕭冰如、孫淑惠、安奇 (2002)。更年期婦女自覺不確定感及健康行為之探討。 *長庚護理*，13 (3)，228-238。

- 翁梓林 (2005)。擴展身體活動與全人健康之新視野。《國民教育》，45 (5)，1-9。
- 張蓓貞 (2004)。《健康促進理論與實務》。台北縣：新文京。
- 楊志偉、蘇姍敏、陳泰瑞 (2005)。生活品質量表在臨床及研究上的應用。《高雄縣醫師會誌》，18，46-53。
- 張玕、張菊惠 (1998)。婦女健康與醫療化：以停經/更年期為例。《婦女與兩性學刊》，9，145-185。
- 張天鈞 (2005)。更年期補充女性賀爾蒙的利弊得失。《當代醫學》，32 (10)，784-786。
- 張敬仁、張文道、張文瀚、蔡森蔚、周崇宋、陳妍蓓、趙蘭芬 (2003)。以生活形態調整探討減重及健康相關生活品質之改善。《台灣衛誌》，22 (4)，308-316。
- 張淑芳 (2004)。正視無預警徵兆的疾病-談骨質疏鬆性骨折婦女之生活品質。《護理雜誌》，51 (5)，72-77。
- 張慈惠、黃秀梨 (2000)。生活品質評量之臨床應用。《台灣醫學》，4 (1)，86-90。
- 蔡錦雀、陳麗華、王俊明 (1998)。國人身體活動程度及健康體能之比較研究。《體育學報》，26，153-160。
- 馮容莊、馮琪瑩 (1997)。《婦科護理學》。台北：華杏。
- 曾旭民、盧瑞芬、蔡益堅 (2003)。國人生活品質評量 (II)：SF-36 台灣版的常模與效度檢測。《台灣衛誌》，22 (6)，512-518。
- 趙安娜、高美玲、林壽惠 (2004)。鄉村社區老年人健康狀況與生活品質相關性之探討。《長期照護雜誌》，8 (1)，41-55。
- 盧俊宏 (2002)。規律運動、心理健康和生活品質。《國民體育季刊》，31 (1)，60-73。
- 盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅 (2003)。國人生活品質評量 (I)：SF-36 台灣版的發展及心理計量特質分析。《台灣衛誌》，22 (6)，501-511。
- 盧孳豔、楊舒琴、林雪貴 (2002)。更年期婦女的健康。《護理雜誌》，49 (2)，17-21。
- 盧孳豔、陳海焦、阮月清 (2006)。賀爾蒙補充療法的風險論述。《護理雜誌》，53 (1)，59-64。
- 劉影梅、陳俊忠、蔣立琦 (2003)。《國際衛生組織身體活動量表監測系統的建立與

- 國際合作 (一)：國際身體活動量表台灣中文版之發展與信效度驗證報告書。*
行政院衛生署國民健康局九十二年度科技研究計畫發展報告
(BHP-92-6-007)，未出版，台北市。
- 劉影梅 (2004)。 *國際身體活動量表台灣中文版之發展與信效度驗證*。國立臺灣大學醫學院護理研究所博士論文，未出版，台北市。
- 劉影梅、洪永泰、黃璉華、陳俊忠、姚開屏、蔣立琦 (2005)。 *國際衛生組織身體活動量表監測系統的建立與國際合作 (二)：以電腦輔助電話系統訪問台灣 18-65 歲國民之國際身體活動盛行率調查期末報告*。行政院衛生署國民健康局九十三年度科技研究計畫發展報告 (DOH-93-HP-1410)，未出版，台北市。
- 賴正全、朱嘉華 (2002)。老年人的營養、身體活動與健康生活品質。 *大專體育*，62，122-128。
- 譚醒鴻、黃全成 (2005)。身體活動對促進健康投資理念之剖析。 *全民休閒發展學刊*，1，101-108。
- 蘇美禎、黃璉華、曹麗英、周松男 (2003)。更年期婦女健康需求。 *台灣醫學*，7 (5)，708-716。
- 蘇永安 (1997)。傳統醫療的婦女保健課題。 *護理雜誌*，44 (1)，21-24。
- 蘇維杉 (2003)。性別角色與女性休閒參與之探討。 *大專體育*，67，139-145。

二、英文

- Asbury, E. A., Chandruangphen, P., & Collins, P. (2006). The importance of continued exercise participation in quality of life and psychological well-being in previously inactive postmenopausal women: a pilot study. *Journal of the American Menopause Society, 13* (4), 561-567.
- Avcı, D., & Bachmann, G. A. (2004). Osteoarthritis and osteoporosis in postmenopausal women: clinical similarities and differences. *Journal of the American Menopause Society, 11* (6), 615-621.
- Avis, N. E., Ory, M., Matthews, K. A., Schocken, M., Bromberger, J., & Colvin, A. (2003). Health-Related Quality of Life in a Multiethnic Sample of Middle-Aged Women. *Journal of Medical Care, 41*(11), 1262-1276.
- Bailey, J. P., & Guertin, W., H. (1970). Test Item Dependence of Several Oblique Factor Solutions. *Journal of Educational and Psychological Measurement, 30*, 611-619.
- Byrne-Davis, L. M. T., Bennett, P.D., & Wilcock, G.K. (2006). How are quality of life ratings made? Toward a model of quality of life in people with dementia. *Journal of Quality of Life Research, 15*, 855-865.

- Chittleborough, C. R., Baldock, K. L., Taylor, A. W., Phillips, P. J., & The North West Adelaide Health Study Team. (2006). Health status assessed by SF-36 along the diabetes continuum in an Australian population. *Journal of Quality of Life Research, 15*, 687-694.
- Choi, Precilla, Y.L. (2000). *Femininity and the Physically Active Woman*. New York, NY: Routledge.
- Daly, E., Gray, A., Barlow, D., McPherson, K., Roche, M., & Vessey, M. (1993). Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life. *Journal of British Medical, 307*(6908), 836-840.
- Dhillon, H. K., Singh, H. J., Shuib, R., Hamid, A.M., & Mahmood, N. Z.(2006).Prevalence of menopausal symptoms in women in Kelantan, Malaysia. *Journal of Maturitas, 54*, 213-221.
- Haas, B. K. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarship, 31*(3), 215-220.
- Harris, J. (2001).*Health-Related Exercise in the National Curriculum: Key stage 1 to 4*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Huang, I-Chan., Wu, Albert W., & Frangakis, Constantine.(2006).Do the SF-36 and WHOQOL-BREF measure the measure the same construcys? Evidence from the Taiwan population. *Journal of Quality of Life Research, 15*, 15-24.
- Hvas, L. (2006). Menopausal women's positive experience of growing older. *Journal of Maturitas, 54*, 245-251.
- Ivarsson, T., Spetz, A. C., & Hammar, M. (1998). Physical exercise and vasomotor symptoms in postmenopausal woman. *Journal of Maturitas, 29*(2), 139-146.
- Kemmler, W., Engelke, K., Lauber, D., Weineck, J., Hensen, J., & Kalender, W. A.(2002). Exercise effects on fitness and bone mineral density in early postmenopausal women: 1-year EFOPS results. *Journal of Medicine & Science*

in Sports & Exercise, 34(12), 2115-2123.

- Laforge, R. G., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Levesque, D. A., & McHomey, C. A. (1999). Stage of regular exercise and health-related quality of life. *Journal of Preventive Medicine, 28*, 349-360.
- LeBoeuf, F. J., & Carter, S. G. (1996). Discomforts of the perimenopause. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 25(2)*, 173-180.
- Lim, K., & Taylor, L. (2005). Factors associated with physical activity among older people---a population-based study. *Journal of Preventive Medicine, 40*, 33-40.
- Lumpkin, A. (2002). *Introduction to physical education, exercise science, and sport studies* (5th ed). New York, NY: McGraw-Hill.

- Malmberg, J., Miilunpalo, S., pasanen, M., Vuori, I., & Oja, P.(2005).Characteristics of leisure time physical activity associated with risk of decline in perceived health---a 10-year follow-up of middle-aged and elderly men and women. *Journal of Preventive Medicine, 41*, 141-150.
- Marks, B. L. (2002) . Physiologic Responses to Exercise in Older Women. *Journal of Top Geriatr Rehabil, 18*(1), 9-20.
- Morss, G. M., Jordan, A. N., Skinner, J. S., Dunn, A. L., Church, T. S., Earnest, C. P., Kampert, J. B., Jurca, R., & Blair, S. N. (2004).Dose-Response to Exercise in Women Aged 45-75yr(DREW):Design and Rationale. *Journal of Medicine & Science in Sports & Exercise, 36*(2), 336-344.
- Miller, A., & Dishon, S. (2006).Health-related quality of life in multiple sclerosis: The impact of disability, gender and employment status. *Journal of Quality of Life Research, 15*, 259-271.
- Miller, S. R., Gallicchio, L. M., Lewis, L. M., Babus, J. K., Langenberg, P., Zacur, H. A., & Flaws, J. A.(2006). Association between race and hot flashes in midlife women. *Journal of Maturitas, 54*, 260-269.

- Pan Ay-Woan., Chan PeiYing Sarah., Chung LyInn., Chen Tsy-Jang., & Hsiung ping-chuan. (2006). Quality of life in depression: Predictive models. *Journal of Quality of Life Research, 15*, 39-48.
- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Chrysohoou, C., Kavouras, S., & Stefanadis, C. (2005). The associations between leisure-time physical activity and inflammatory and coagulation markers related to cardiovascular disease: the ATTICA study. *Journal of Preventive Medicine, 40*, 432-437.
- Perkins, A. J., Stump, T. E., Monahan, P. O., & McHorney, C. A. (2006). Assessment of differential item functioning for demographic comparisons in the MOS SF-36 health survey. *Journal of Quality of Life Research, 15*, 331-348.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.) Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Randell, A. G., Nguyen, T. V., Bhalerao, N., Silverman, S.L., Sambrook, P. N., & Eisman, J. A. (2000). Deterioration in quality of life following hip fracture: A prospective study. *Journal of Osteoporosis International, 11*(5), 460-466.

- Riddick, C. C., & Stewart, D. G. (1994). An examination of the life satisfaction and importance of leisure in the lives of older female retirees: A comparison of blacks to whites. *Journal of Leisure Research*, 26(1), 75-87.
- Rohrer, J. E., Pierce, J. R., & Blackburn, C. (2005). Lifestyle and mental health. *Journal of Preventive Medicine*, 40, 438-443.
- Ronis, D. L., Hong, O., & Lusk, S.L. (2006). Comparison of the Original and Revised Structures of the Health Promotion Model in Predicting Construction Worker's Use of Hearing Protection. *Journal of Research in Nursing & Health*, 29, 3-17.
- Sapsford, R., Bullock-Saxton, J., & Markwell, S. (1999). *Women's Health*. London, WB Saunders Company Ltd.
- Sousa, K. H. (1999). Description of a health-related quality of life conceptual model. *Journal of Outcomes Management for Nursing Practice*, 3(2), 78-82.
- Speroff, L. (2002). The perimenopause: Definition, demography, and physiology. *Journal of Obstet Gynecol Clin NAM*, 29, 397-410.
- Stuart, J. H. B., Kenneth, R. F., & Stephen, H. B.(2001).*Physical activity and psychological well-being*. New York, NY: Routledge.

- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., Erim, Y., Bockisch, A., Senf, W., & Gorges, R. (2006). Health-related quality of life, depression and anxiety in thyroid cancer patients. *Journal of Quality of Life Research, 15*, 695-703.
- Thurston, R. C., Joffe, H., Soares, C. N., & Harlow, B. L. (2006). Physical activity and risk of vasomotor symptoms in women with and without a history of depression: results from the Harvard Study of Moods and Cycles. *Journal of the American Menopause Society, 13* (4), 553-560.
- Williams, L., & Wilkins. (2005). *Women's Health: a guide to health promotion and disorder management*. New York, NY: A Wolters Kluwer Company.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing, 17*(7), 795-800.

三、網路資料

內政部統計處 (2000)。內政部人口資料-生命表分析。2006年7月5日, 取自
<http://www.moi.gov.tw>

內政部統計處 (2006)。94年台灣地區簡易生命表。2006年9月12日, 取自
<http://www.sowf.moi.gov.tw>

行政院衛生署 (2007)。身體質量指數 (BMI)。2006年3月27日, 取自
<http://www.doh.gov.tw>

內政部統計處 (2006)。93年各縣市重要統計指標。2006年12月1日, 取自
<http://www.win.dgbas.gov.tw>

台北市政府民政局(2006)。台北市四十歲以上女性人口。2006年12月31日, 取自
<http://www.ca.taipei.gov.tw>

台中市政府民政局(2006)。台中市四十歲以上女性人口。2006年12月31日, 取自
<http://www.tccg.gov.tw>

高雄市政府民政局(2006)。高雄市四十歲以上女性人口。2006年12月31日, 取自
<http://www.cabu.kcg.gov.tw>

卓俊伶 (2006)。美國政府對身體活動促進的觀點與作法。 *國民體育季刊*, 144。2006年11月24日, 取自 <http://hwww.ncpfs.gov.tw/annualreport/Quarterly144/p12.asp>.

附錄一

更年期婦女身體活動與健康相關生活品質之研究問卷

親愛的婦女朋友您好：

感謝您撥空填寫此份問卷。我是國立台灣體育學院休閒運動管理研究所的研究生，目前正進行有關『更年期婦女身體活動與健康相關生活品質』之研究，目的在瞭解更年期婦女身體活動與健康相關生活品質之概況，並探究身體活動與健康相關生活品質之關係，以提供更年期婦女、醫療保健及休閒運動相關機構之參考，因此您的回答將是本研究非常重要的資料。這份問卷專為學術研究使用，所得資料內容僅供研究使用，請依您真實情況安心作答。您的寶貴資料，將有助於更年期婦女身體活動與健康相關生活品質的提升，敬請惠予協助。

敬祝健康

國立台灣體育學院

休閒運動管理研究所

指導教授：楊峰州 博士

研究生：孫燕芬 謹啟

中華民國九十五年九月十二日

『填答說明』

- 1、本問卷共分為三部分，第一部份為您個人基本資料；第二部份為身體活動量表；第三部份為健康相關生活品質量表。
- 2、每個問題都很重要，請勿遺漏，謝謝您的幫忙。
- 3、填答時間約 10-15 分鐘，請依您個人實際狀況作答。

第一部份：個人基本資料

填寫說明：下列題目是關於您個人基本資料，請依照您真實情況，選擇適當的答案，在□中打勾或在橫線上以文字書寫資料，謝謝。

- 1、年齡_____ (足)歲
- 2、婚姻狀況： (1)未婚 (2)已婚
 (3)離婚或分居 (4)喪偶
- 3、子女數： (1)無 (2)有，共_____位
- 4、教育程度： (1)不識字 (2)小學 (3)國(初)中
 (4)高中(職) (5)大專院校 (6)研究所以上
- 5、職業： (1)無 (2)有
- 6、家庭年收入： (1)一百萬以下 (2)一百萬至二百萬
 (3)二百萬以上

第二部份：身體活動量表

想請教您的是：有關您在過去七天中花在身體活動的時間，包括工作、做家事、整理庭院/陽台、交通，及您在娛樂、運動等活動中所花的時間。就算您認為自己不愛動，也請您回答每一個問題。

請回想過去七天中，所有您做過的費力活動。這些活動會讓您的身體感覺費力，呼吸比平常喘很多，但請只考慮那些一次您至少會持續10分鐘以上的身體活動。

1、過去七天中，您有多少天有做費力的身體活動？例如跑步、登山爬坡、持續性的快速游泳(不含慢游、玩水、泡水)、爬樓梯、有氧舞蹈/運動、快速地騎腳踏車、打球(如網球單打、籃球、足球)、跳繩、搬運重物(大於17台斤/10公斤)、或者是鏟土。_____天

沒有做費力的身體活動 _____ → 請跳答問題3

2、您通常一天花多少時間在費力的身體活動上？

一天_____小時_____分鐘

不知道/不確定

回想過去七天中，您所有做過中等費力的活動。中等費力的活動表示：這些活動會讓您覺得身體有點費力，呼吸比平常喘些，但請只考慮那些您一次至少持續10分鐘以上的身體活動。

3、過去七天中，您有多少天有做中等費力的活動？例如：登山健行、用一般速度游泳、下樓梯、跳舞(不含有氧舞蹈、慢舞、國際標準舞或元極舞)、太極(不含外丹功)、用一般速度騎腳踏車、攜帶有點重的東西(例如買菜、背、抱小孩。有點重是指7.5-15 台斤 / 4.5-9 公斤：例如二包A4 的紙、二瓶家庭號鮮奶、一個小玉西瓜、三個帶皮鳳梨、5 公斤的米、3 個紅磚頭、7 瓶玻璃罐的台灣啤酒或米酒、一箱24 瓶易開罐飲料)、整理庭院 / 陽台、費力的家務(清洗窗戶、拖地、擦地、鋪床、手洗衣服、手工洗車)、或是網球雙打、羽毛球、桌球、排球、棒球？請不要提輕物的走路算進去。_____天

沒有做中等費力的活動 _____ → 請跳答問題5

4、您通常一天花多少時間在中等費力的活動上？

一天_____小時_____分鐘

不知道/不確定

回想過去七天中，您花在走路上的時間有多久？包括工作、居家、和外出交通時的走路，以及您純粹為了娛樂、運動及休閒而花在走路(不含上下樓梯、爬山)上的時間。

5、過去七天中，您有多少天曾經走路持續10 分鐘以上？

_____天

沒有走路持續10 分鐘以上 _____ → 請跳答問題7

6、您通常一天花在走路上的時間有多久？

一天_____小時_____分鐘

不知道/不確定

最後一個問題是：過去七天的工作天中，您坐著的時間有多久？請將工作、居家、做功課及休閒的時間都算進去，包括坐在桌前、打電腦、拜訪朋友、吃飯、閱讀、坐著或斜躺著看電視，但請不要將睡著的時間算進去。

7、過去七天的工作天中，您一天坐著的時間有多久？

一天_____小時_____分鐘

- 不知道/不確定

第三部份：健康相關生活品質量表

填寫說明：本調查目的在探討您對自己健康的看法。這些資訊將能幫助您記錄您的感受，以及您在執行日常生活的能力。

敬請回答下列各問題並圈選一適當答案。如您對某一問題的回答不能確定，還是請您盡可能選一個最適合的答案。在本部份所指過去一個月內，係指從今天往前算三十天內。

1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是：(請僅圈選一項答案)

1. 極好的 2. 很好 3. 好 4. 普通 5. 不好

2. 和一年前比較，您認為您目前的健康狀況是？(請僅圈選一項答案)

1. 好很多 2. 好一些 3. 差不多 4. 差一些 5. 差很多

3. 下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？(每行請僅圈選一項答案)

活 動	會， 受到很多限制	會， 受到一些限制	不會， 完全不受限制
a. 費力活動，例如跑步、提重物、參與劇烈運動	1	2	3
b. 中等程度活動，例如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打太極拳	1	2	3
c. 提起或攜帶食品雜貨	1	2	3
d. 爬數層樓樓梯	1	2	3
e. 爬一層樓樓梯	1	2	3
f. 彎腰、跪下或蹲下	1	2	3
g. 走路超過 1 公里	1	2	3

h.走過數個街口	1	2	3
i.走過一個街口	1	2	3
j.自己洗澡或穿衣	1	2	3

4.在過去一個月內，您是否曾因為身體健康問題，而在工作上或其他日常活動方面有下列任何的問題？（每行請僅圈選一項答案）

	是	否
a.做工作或其它活動的時間減少	1	2
b.完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c.可以做的工作或其他活動的種類受到限制	1	2
d.做工作或其他活動有困難（例如，須更吃力）	1	2

5.在過去一個月內，您是否曾因為情緒問題（例如，感覺沮喪或焦慮），而在工作上或其他日常活動方面有下列的問題？（每行請僅圈選一項答案）

	是	否
a.做工作或其它活動的時間減少	1	2
b.完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c.做工作或其它活動時不如以往小心	1	2

6. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題，對您與家人或朋友、鄰居、社團間的平常活動的妨礙程度如何？（請僅圈選一項答案）

1. 完全沒有妨礙 2. 有一點妨礙 3. 中度妨礙 4. 相當多妨礙
 5. 妨礙到極點

7. 在過去一個月內，您身體疼痛程度有多嚴重？（請僅圈選一項答案）

1. 完全不痛 2. 非常輕微的痛 3. 輕微的痛 4. 中度的痛
 5. 嚴重的痛 6. 非常嚴重的痛

8. 在過去一個月內，身體疼痛對您的日常工作（包括上班及家務）妨礙程度如何？

1. 完全沒有妨礙 2. 有一點妨礙 3. 中度妨礙 4. 相當多妨礙

□ 5. 妨礙到極點

9. 下列各項問題是關於過去一個月內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。在過去一個月中有多少時候.....（每行請僅圈選一項答案）

	一直 都是	大部 分時間	經常	有時	很少	從不
a.您覺得充滿活力？	1	2	3	4	5	6
b.您是一個非常緊張的人？	1	2	3	4	5	6
c.您覺得非常沮喪，沒有任何事情 可以讓您高興起來？	1	2	3	4	5	6
d.您覺得心情平靜？	1	2	3	4	5	6
e.您精力充沛？	1	2	3	4	5	6
f.您覺得悶悶不樂和憂鬱？	1	2	3	4	5	6
g.您覺得筋疲力竭？	1	2	3	4	5	6
h.您是一個快樂的人？	1	2	3	4	5	6
i.您覺得累？	1	2	3	4	5	6

10. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？（請僅圈選一項答案）

- 1. 一直都會 □ 2. 大部分時間會 □ 3. 有時候會 □ 4. 很少會
□ 5. 從不會

11. 下列各個陳述對您來說有多正確？（每行請僅圈選一項答案）

	完全正確	大部分正 確	不知道	大部分不 正確	完全不正 確
a.我好像比別人較容易生病	1	2	3	4	5
b.和任何一個我認識的人來	1	2	3	4	5

比, 我和他們一樣健康。					
c.我想我的健康會越來越壞	1	2	3	4	5
d.我的健康狀況好得很	1	2	3	4	5

The copyright statement is as follows:

Copyright c 1995 Health Assessment Lab. All rights reserved.

(IQOLA SF-36 Taiwan Standard Version 1.0)

附錄二 國際身體活動台灣中文自填短版授權證明

研究工具使用同意書

茲同意 孫燕芬 (姓名)，國立台灣體育學院(單位)，使用本人於 2003 年由 IPS (International Prevalence Study on Physical activity)，取得臺灣中文版翻譯權，並修正、發展、經信效度驗證之「國際身體活動量表自填短版 10042004 號」，作為 更年期婦女身體活動與生活品質之研究 (研究名稱)「身體活動」部份的檢測工具。

本研究工具原作者同意：本研究工具僅供使用者於上述研究主題中使用，但不得作任何修正。且需在該研究之論文中說明此資料之來源，並在致謝部分提及，由於 IPS 正在全球許多國家同時進行大型研究，我國承諾將提供我國資料以供分析，同時為了將我國資料與世界衛生組織會員國並列，請將這部份資料提供給原作者。日後若有發表相關之論文或摘要亦請提供原作者一份。

原作者簽名 劉影枝 日期 8.5.11

使用者同意原作者上述所提之要求

研究計劃主持人簽名 孫燕芬

日期

中華民國 95 年 9 月 7 日

附錄三 SF-36 健康相關生活品質台灣中文版授權證明

寄件者:	"tit" <b9041044@stmail.cgu.edu.tw>  加入通訊錄
收件者:	syen222@yahoo.com.tw
主題:	 SF-36 授權
日期:	Wed, 16 Aug 2006 11:11:57 +0800

孫燕芬小姐，您好：

我們已經收到您要申請 SF-36 的申請文件；附上 SF-36 問卷電子檔。

因為 SF-36 的申請為 case by case，因此收到電子問卷檔表已核准使用，不會主動給予授權同意書；然而，因為其他因素而需要授權同意書，請寄回郵信封，於盧教授簽名後，將會盡速回寄給您。如有任何問題，請聯繫我 或 參考 SF-36 網站 (<http://sf36.cgu.edu.tw>)。

研究助理 蕭至紋 敬上

--

蕭至紋(Chih-Wen Hsiao)

333-02 桃園縣龜山鄉文化一路 259 號 醫務管理學系

Tel: (03) 211-8800 ext.5272

Fax: (03) 211-8345

b9041044@stmail.cgu.edu.tw