

壹、前言

加拿大衛生福利部 (Health and Welfare Canada) 部長Lalond (1974) 及美國學者Dever (1976) 相繼提出影響健康的最大因素為「生活型態」，呼籲全球國家於制定健康政策時，應貼近民眾生活型態；而世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 於1998年修正健康的定義為「健康是一種生理、心理、心靈、社會等方面良好安適 (well-being) 的動態狀態，而不只是沒生病或不虛弱而已」。這使得國際同聲宣誓健康權應為基本人權，並給予世界對於健康有了更大的詮釋空間，而全球國家疾病政策也由根除急性傳染病轉為重視慢性疾病防治、健康促進等，啟動了一波新公共衛生革命 (Scutchfield, 2004)。

一、健康生活型態

Walker、Sechrist與Pender於1987年整合相關研究結果，以952名成人為樣本，探討48項與健康相關生活型態因子，以因素分析總結出六項較高解釋力之變項，提出健康促進生活型態 (health-promoting lifestyle)，包含「自我實現」、「健康責任」、「運動」、「營養」、「人際支持」及「壓力管理」等六個向度，也拓展了國際各界研究健康生活型的範疇。我國也不例外，以下列舉部分相關研究，例如：

(一) 林武雄 (1991) 研究國小學童，項目為「飲食習慣」、「運動與休閒」、「日常生活安全習慣」、「心理壓力調適」、「吸菸與喝酒」及「自我健康照護」。

(二) Huang與Chiou (1996) 應用於大學生，項目為「自我實現」、「健康責任」、「壓力處理」、「發展人際支持」、「營養」、「運動」，結果總量表之Cronbach's α 為.93。

(三) 陳美燕等人 (1997) 參考Walker原版本，經中文化及修訂成我國成人的適用性量表，包含「自我實現」、「健康責任」、「人際支持」、

「運動」、「壓力處置」及「營養」，結果顯示40個題目共可解釋48.19%的變異量，此新版量表之內容一致性為.92。

(四) 魏米秀與呂昌明(2005)發展大學生健康促進生活型態簡式量表，包含「自我實現」、「健康責任」、「壓力處理」、「人際支持」、「營養」及「運動」，量表題目僅24題，總量表內部一致性信度係數卻達.90。

我國職場、上班族健康生活型態相關的研究約於2003年起陸續發表，其中於醫院研究中顯示，醫院工作人員在「健康責任」表現較差(林雅雯等，2003)；於科技園區勞工研究中顯示，勞工在「運動」方面表現較差(邱靜如、劉貴雲，2003；劉美蘭、康雅菁、陳俊瑜、張斯蘭，2011)，同時也顯示勞工因工作太忙碌，常會疏忽執行自我健康行為。另於一項計程車司機研究中顯示，司機的工作壓力較為顯著，且常伴有吸菸、飲酒與嚼檳榔等三種危害健康行為(劉俐蓉、黃松元，2005)。綜上文獻發現，不同職業對個人健康會有不同影響，也顯示出職場健康促進的重要性，政府施行職場健康促進計畫時，應當注意不同業別間之差異及生活方式的特質。

二、族群

從國外研究文獻可知，「族群」是一項複雜的探討變項，不同族群各有多元文化與生活方式，某族群可能在藥物使用、飲食、運動、菸酒使用等表現偏強，也有可能傾向罹患特定疾病(Abate & Chandalia, 2007)。在我國，2011年原住民族人口健康調查顯示，全體原住民族平均餘命與全國人口平均餘命相差8.7歲，其十大死因標準化死亡率均高於非原住民族，而事故傷害標準化死亡率更高於非原住民族約11倍，且在健保醫療使用就診率亦較全國平均為低，這些結果都與原住民族之居住環境與生活方式有關(行政院原住民族委員會，2014)。顯見，不同族群間的差異需要被關注。國外文獻發現，族群與健康生活型態是相關的，Anthony等人(2012)針對英國各族群的健康生活型態研究中發現，印度族群在「營養」上有較佳的表現，英國族群在「運動」上有較佳的表現。我國Wang(1999)研究臺灣河洛、客家與原住民