

休閒調適策略對於護理人員 健康促進生活型態的影響因素探討

鍾惠君 陳月枝* 章淑娟** 林金定*** 許文林**** 謝宗成*****

中文摘要

休閒是健康促進的一部分，但少見護理人員休閒調適策略與健康促進生活型態相關性的文獻，故以叢集抽樣及結構式問卷收集375份有效資料，經逐步迴歸分析三個顯著影響健康促進生活型態的因素為：運用休閒為社群支持的調適策略 ($B = 1.685, \beta = .367, p < .001$)、自覺健康狀態高於6分($B = 4.751, \beta = .183, p < .001$)、任職於獨立照護屬性單位 ($B = 5.913, \beta = .162, p = .001$)。30歲以下的護理人員偏向運用休閒為社群支持的調適策略，需協助促進飲食合宜的生活型態，另服務於獨立照護專科屬性的護理人員在健康促進生活型態之合宜飲食構面表現最優，休閒調適策略則無顯著影響。建議健康促進醫院政策參考擬定不同的休閒調適活動以改善臨床護理人員的健康生活型態。(志為護理, 2014; 13:2, 58-69)

關鍵詞：休閒調適策略、健康促進生活型態、護理人員

前言

休閒扮演緩衝壓力的角色，同時也是促進個人健康的重要預測因子之一。所謂的「休閒調適策略」則是個人處在壓力情形下，透過參與休閒活動所產生調適壓力的行為或認知，在此趨勢下，休閒調適即形成一股風潮，亦證實休閒調適策略對高壓力職類員工壓力具有調節

的效益(吳、蔡、許，2010；許、余，2005；陳、王；2009)。護理人員亦屬高壓力職類，其健康態度會影響病人接受健康促進指導的內容(Chalmers, Seguire & Brown, 2002; Blake, Holly, Harrison & Catherine, 2013)。所以，護理人員的健康促進生活型態之樣貌應為重要關注議題，但護理人員的健康促進生活型態卻

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部副主任 弘光科技大學護理系所講座教授暨國立臺灣大學護理學系所名譽教授* 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院護理部主任暨佛教慈濟大學護理學系副教授** 國防醫學院公共衛生學系暨研究所教授*** 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院副院長暨慈濟大學醫學系副教授**** 佛教慈濟大學醫科所專任助理教授*****

接受刊載：2014年1月13日

通訊作者地址：謝宗成 970花蓮市中央路三段701號勤耕樓7樓 佛教慈濟大學醫學科學研究所

電話：886-3-8565301分機2015 電子信箱：tchsieh@mail.tcu.edu.tw

普遍偏低(宋、黃、林，2001)，因此，在其他職類運用廣泛的休閒調適策略，該如何協助護理人員改善健康促進生活型態，遂引發筆者進行探討不同屬性的護理人員所運用的休閒調適策略，及對於健康促進生活型態的影響因素。

文獻查證

‘Salutogenesis’健康促進之推廣已是現今健康照護科學的重要顯學(Pasquarella & Pasquarella, 2012; Potvin & Jones, 2011)。休閒調適策略不啻為現代人調節壓力的方法之一，不同族群在面臨壓力時所選擇的休閒調適策略也不同，以下就休閒調適策略運用及護理人員健康促進生活型態相關文獻進行以下整理：

一、休閒調適策略運用於健康促進之效益：

休閒帶給人們在身體、知性、情緒、社會、及環境五個面向的安適狀態，不僅與身心健康有顯著相關，還可以讓人們促進健康及提高工作績效表現(Collins, 2009)，而休閒調適策略的功能則是調節負面的生活壓力，以產生正面的調適結果，來增進生理、心理健康的一連串的過程(許、余，2005)，被視為職場健康促進的有效措施，在空服員、金融業者、及醫院員工有相關研究驗證(許、余，2005；張，2006；賴、程、蔡，2011)，對臨床護理人員的研究則發現職業倦怠與休閒調適策略呈正相關(吳、蔡、許，2010)。休閒調適策略具備下列三個概念：第一是友伴式的休閒調適策略(leisure companionship)：透過友伴式的休閒活動，能獲得立即性的社

會友誼支持，以減輕壓力對身體健康的影響。第二是舒緩身心的休閒調適策略(leisure palliative coping)：是一種逃避-適應的調適策略，指人們企圖藉由參與休閒活動來逃避壓力與舒緩身心。第三是提昇正面情緒的休閒調適策略(leisure mood enhancement)：經由參與休閒活動以提昇正面情緒或減少負面心情，也是一種休閒調適策略的型態(Iwasaki, 2006; 陳，2008)。人們隨著年齡及不同家庭生命週期的轉移，會面臨不同的角色調適及認知行為的改變，甚至休閒的阻礙，所以休閒調適策略也有不同，例如運用休閒友伴式的調適策略僅對單身青年族紓壓有效，而舒緩身心的休閒調適策略對單身熟齡族減輕壓力是無效的(吳、蔡、許，2010)。此外，Iwasaki也發展出測量休閒調適相關的量表，包括調適有效性(coping effectiveness)、調適滿意度(coping satisfaction)以及壓力減輕(stress reduction)，另在休閒調適策略的量表共計三個構面，各構面分別有6題，共計18題，量表信度Cronbach's α 值皆保持在.80以上，在後續相關研究中，也運用此工具證實上述三種休閒調適策略確實能夠有預測調適效果，而不同的年齡、年資、婚姻狀況、教育程度、進修、收入在休閒調適的感受上有顯著差異(Iwasaki, 2006; 許、余，2005; 陳、王，2009)。從文獻整理得知休閒調適策略的運用測量工具及其人口學變項的差異，對健康促進生活型態的影響尚待研究驗證。

二、護理人員健康促進生活型態

不論從影響人類健康之醫療體系、生活型態、環境、及人類生物四大因素，或是影響疾病死亡之生活型態、遺傳、環境、及醫療限制四大因素而言，生活型態都具有重大的意義。因此，1986年世界衛生組織在加拿大的渥太華(Ottawa)召開了第一屆以「健康促進」為主題的國際研討會，並發表了「渥太華憲章」。在這個憲章中，對健康促進作了定義「健康促進是使人們能夠增加控制和改善他們健康的過程」(World Health Organization, 1986)。也因為死亡結構的改變與生活型態有密切的關係，自然就與個人的健康行為有了聯結，故學者將健康促進生活型態定義為「個人為了維持或提昇健康水準、以及自我實現和自我滿足的一種多層面的自發性行為和認知」，與預防疾病不同，也擴展了原有的行為層面，加入了認知層面如自我實現的部分(Walker, Sechrist, & Pender, 1987)。近年來臺灣地區因經濟的發展、生活型態改變與疾病型態的轉變，社會大眾對健康需求的層次雖不斷提高，但在個人行為表現在配合健康促進的型態上卻顯相當緩慢(王、陳，2003；魏、呂，2005)。不論是健康或者不健康的生活型態，都是長期養成的習慣而成為影響健康的關鍵因素。健康生活型態的測量工具也依不同對象而有修正，護理人員常見的版本為5個因素：自我實現、運動保健、均衡飲食、職場安全及人際支持發展五個構面，共計38題，Cronbach's α 值為 .93。文獻指出國內護理人員健康促進生活型態普遍偏低，尤其運動不足與飲食不當是主要問題；與健康促進

的正相關因素包含自覺健康狀況、健康行為、自我效能，而護理人員的疲倦感則是重要的負相關因素，在人口學特性如年齡、工作年資、婚姻狀況、養育子女、收入…等，則依不同對象有不同的研究結果(王、李、鄭、高、楊、蔡，2006；宋、黃、林，2001；陳、張、張、宋，2011；魏、呂，2005)。

綜上國內文獻資料整理得知，休閒調適策略能調節高壓力職類人員的壓力，進而促進健康。對於護理人員而言，運用休閒調適策略是否對健康促進生活型態亦具有正向相關，及其顯著影響因素為何，應是值得探討的議題。

研究方法

一、研究設計與對象

本研究為相關研究設計，採用叢集抽樣(cluster sampling)，選出研究醫療照護機構之專科單位聘任有證照之護理人員為調查對象，本研究依變項為55題，依據配額抽樣方式(Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998)，樣本數必須至少為題項的5-10倍，計算研究樣本數至少275份。

二、研究工具建構及其信效度

研究問卷共分成三個部份：第一部份為個人屬性資料包括年齡、性別、身體質量指數、自覺健康狀態、工作屬性、休閒活動項目排行等共計14項。第二部份之護理休閒調適策略量表是參考文獻修正後，進行專家效度及因素分析刪除3個因素負荷 $<.6$ 的題項後共計14題，KMO = .911，各解釋變異量為33.1、20.1、18.1，總解釋變異量

為71.4%；三個構面分別命名為情緒轉換、社群支持、及壓力調適，各構面信度Cronbach's $\alpha = .76 \sim .94$ 之間，整體Cronbach's $\alpha = .90$ ，以Likert scale五點式尺度評量，5分~1分代表非常同意~非常不同意，總分範圍為14~70分，得分高低代表護理人員對運用休閒調適策略的同意程度。第三部份為健康促進生活型態量表，參考文獻修正後進行專家效度及探索性因素分析刪除9個因素負荷 <0.6 的題項後共計23題，KMO = .907，各解釋變異量為 21.2、19.3、12.7、12.5，累積總解釋變異量為65.1%；確立四個構面，分別命名為康健活動、樂忱讚賞、人際維繫、及飲食合宜，各構面信度Cronbach's $\alpha = .85 \sim .90$ 之間，整體Cronbach's $\alpha = .92$ ，以Likert scale五點式尺度評量，5分~1分代表非常同意~非常不同意，總分範圍為25~115分，得分高低代表護理人員對健康促進生活型態的趨近程度。

三、資料收集與處理

本研究在通過研究倫理委員會核定後開始執行，運用院內電子信箱公開招募護理人員參與研究，經研究者說明後，護理人員了解會花費10-15分鐘，不影響任何考績及簽屬同意書後，個別在會議室進行問卷填寫，研究人員檢視資料完整性並致贈禮物，將問卷回收進行資料編碼建檔及分析，資料收集共進行5週。

四、統計分析

問卷資料轉出後IBM SPSS Statistics 19.0進行描述性及推論性統計分析，描述統計

部份，以平均數、標準差、次數分配百分比及排序呈現。在推論統計部份，以卡方檢定、獨立樣本t檢定及變異數分析比較不同變項的護理人員在休閒調適策略、健康促進生活型態之差異情形，同時以皮爾森積差相關及逐步迴歸分析方法，分析健康促進生活型態影響因素。

研究結果

一、護理人員基本屬性分析：

發出400份問卷後，收回381份問卷，無效問卷6份，有效問卷375份，有效問卷回收率為93.8%。受訪護理人員98.2%為女性，平均年齡29.1歲，平均工作年資7.0年，年齡 <30 歲佔67.4%，58.7%具大學以上學歷，31.5%表示已婚，64.5%未撫養子女，年資2年以下佔31.2%，年收入高於臺幣六萬元以上佔25.1%，63.2%人員表示未有負債的情形，73.0%認為目前的經濟能力是可以符合生活所需，身體質量指數屬於正常範圍內(19-24)佔66.7%，自覺健康狀態很好(大於平均6分以上)佔46.4% (總分範圍0-10分)，77.6%有參加院內健康促進靜態課程，單位屬性以外科系佔了33.3%，護理人員在下班後最常從事的前三名休閒活動則為看電視、上網、及國內外旅遊，如表一。

二、休閒調適策略及健康促進生活型態現況及人口變項差異分析

依問卷調查結果顯示，休閒調適策略量表總得分平均為 56.5 ± 7.9 分(總分範圍14-70分)，情緒轉換構面得分平均為 25.9 ± 3.5 (平均每題4.3)，可知護理人員在三大類休閒調適策略中偏向運用休

閒來調適情緒。健康促進生活型態量表總得分平均為 69.8 ± 13.1 分(總分範圍23-115分)，康健活動構面得分平均為 17.9 ± 6.6 (平均每題2.2)，代表研究機構的護理人員在自己的康健活動較少執行，如表二。

不論在「護理休閒調適策略」或「護理健康促進生活型態」分析結果，護理人員屬性之性別、養育子女、身體質

量、是否參加健康促進課程、年資、年收入級距、是否負債、經濟能力是否符合需要這9項均無顯著差異($p = .079 \sim .88$)。但年齡 <30 歲及自覺健康狀態 ≥ 6 分的護理人員在「休閒調適策略」得分均顯著高於成熟階段及自覺健康狀態 <6 分的族群($p < .001 \sim .01$)。而年齡 ≥ 30 歲、已婚、自覺健康狀態 ≥ 6 分、及非輪班護理照護單位的護理人員對於「健康

表一 護理人員休閒活動前十名排行榜 (N = 375)

休閒活動項目	次數	百分比	排序
看電視	113	29.8	1
上網	61	16.1	2
國內外旅遊	21	5.5	3
休息	20	5.3	4
養寵物	13	3.4	5
看電影	11	2.9	6
看小說	11	2.9	7
逛街購物	10	2.6	8
散步	10	2.6	9
騎腳踏車	7	1.8	10

表二 護理人員休閒調適策略及健康促進生活型態測量結果(N = 375)

量表構面(題數)	最小值	最大值	平均數	標準差	百分標準化 ^{註1}
情緒轉換(6)	13.0	30.0	25.9	3.5	86.3
社群支持(4)	5.0	20.0	15.5	2.8	77.5
壓力調適(4)	7.0	20.0	15.1	2.8	75.5
休閒調適策略總表(14)	35.0	70.0	56.5	7.3	80.7
康健活動(8)	8.0	38.0	17.9	6.6	44.8
樂忱讚賞(7)	8.0	35.0	25.7	4.4	73.4
人際維繫(4)	4.0	20.0	14.6	2.8	73.0
飲食合宜(4)	4.0	20.0	11.5	3.6	57.5
健康促進生活型態總表(23)	24.0	104.0	69.8	13.1	60.6

註1:百分標準化計算=平均值/該構面總分*100

促進生活型態」得分則顯著高於<30歲、非婚狀態、自覺健康狀態<6分、及輪班照護屬性的護理人員($p < .001 \sim .02$)，4個

人口學變項有顯著差異之結果整理如表三。

表三 護理人員屬性與休閒調適策略及健康促進生活型態之差異($N = 375$)

變項	樣本數	休閒調適策略總分				健康促進生活型態總分			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	<i>p</i>
性別									
男	7	54.9	6.5	-.608	.543	72.7	17.6	.602	.548
女	368	56.5	7.3			69.8	13.0		
年齡分組									
<30歲	253	57.3	6.9	3.154	.002**	69.1	13.2	-1.155	.121
≥30歲	122	54.8	7.6			71.3	12.8		
婚姻狀態									
已婚	118	56.2	6.8	-.490	.624	71.9	11.9	2.058	.040*
其他	257	56.6	7.5			68.9	13.4		
學歷									
專科	155	56.3	7.1	.442	.643	69.9	12.5	.533	.587
大學	209	56.5	7.4			69.6	13.4		
研究所	11	58.5	8.1			73.7	9.0		
子女數									
無	242	56.9	7.6	2.074	.127	69.0	13.5	1.672	.189
1個	44	57.2	7.1			70.0	10.9		
2個以上	89	55.1	6.4			72.1	12.4		
健康狀態									
差<6分	201	55.5	7.2	-2.79	.006*	67.1	13.4	-4.699	<.001**
好≥6分	174	57.6	7.2			73.2	11.6		
BMI									
太輕	32	54.1	8.3	2.93	.055	69.4	15.4	1.088	.338
正常	250	57.1	7.1			68.3	12.7		
過重	93	55.8	7.2			71.6	12.8		
健促課程									
否	84	56.1	7.6	-.545	.586	68.7	14.7	-.877	.381
是	291	56.6	7.2			70.2	12.5		

* $p < .05$ ** $p < .01$

變項	樣本數	休閒調適策略總分				健康促進生活型態總分			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	<i>p</i>
專科屬性									
1綜合內科	73	54.6	6.3	3.715	.006*	68.9	12.3	4.153	.003**
2綜合外科	126	58.1	7.4			71.2	13.0		
3急重症科	91	56.3	7.9			68.4	14.2		
4婦產兒科	29	58.0	6.8			69.9	12.0		
5獨立照護	56	55.0	6.8			74.3	10.8		
Post Hoc	2>1 <i>p</i> = .030					5>1 <i>p</i> = .008,			
年資分組									
<=2年	117	57.2	7.0	1.214	.226	69.8	12.4	-.66	.947
>2年	258	56.2	7.4			69.9	13.3		
年收入									
40-45萬	116	57.1	7.0	.980	.402	71.5	13.7	1.143	.332
45-60萬	165	56.6	7.3			68.6	13.0		
60-70萬	67	55.9	7.4			70.1	11.4		
70萬以上	27	54.7	8.2			70.4	13.5		
負債情形									
否	237	56.7	7.2	.693	.489	70.2	12.7	.296	.767
是	138	56.2	7.5			69.6	13.5		
經濟力									
否	101	56.8	7.5	.484	.628	68.5	13.6	-1.208	.228
是	274	56.4	7.2			70.4	12.8		

p* < .05 *p* < .01

三、個人屬性及休閒調適策略對健康促進生活型態相關影響因素

運用皮爾森積差相關係數分析顯示，休閒調適策略與健康促進生活型態具有顯著中等程度正相關 ($r = .347, p < .001$)，再以逐步迴歸分析探討健康促進生活型態之影響因子，結果顯示「社群支持休閒調適策略」($B = 1.685, \beta = .367, p < .001$)、「自覺健康狀態 ≥ 6 分」($B = 4.751, \beta = .183, p < .001$)、「獨立照護」服務單位

屬性($B = 5.913, \beta = .162, p = .001$)三項為顯著之影響因素，從標準化迴歸係數得知，「社群支持休閒調適策略」為主要的影響因素($\beta = .367$)，從非標準化迴歸係數得知，每增加「社群支持休閒調適策略」一分會增加「健康促進生活型態」平均1.685分($B = 1.685$)；自覺健康狀態得分高於6分的護理人員較低於6分得護理人員平均增加「健康促進生活型態」4.751分($B = 4.751$)，在獨立照

護服務單位的護理人員較其他單位護理人員之「健康促進生活型態」平均增加 5.913分($B = 5.913$)，如表四。

討論與結論

研究成果顯示健康促進生活型態總得分平均為 69.8 ± 13.1 (百分標準化為 60.7)，呈現偏低的結果，四個構面則以「康健活動」構面 (17.9 ± 6.6 , 44.8) 最低，表示護理人員在身體活動項目如身體的伸展、體能活動、及個人身體健康檢查的執行都不甚理想，此與國內研究及英國的護理健康調查結果顯示 47% 的護理人員的身體活動不足 (宋，2001；Blake & Harrison，2013) 有相似的結果。研究發現三個顯著影響健康促進生活型態的因素，分別進行探討：

一、社群支持休閒調適策略

運用休閒為「社群支持」之調適策略，是顯著影響護理人員健康促進生活型態的因素 ($B = 1.685$, $\beta = .367$, $p < .001$)，而「情緒轉換」及「壓力調適」之調適策略則無顯著影響。從護理人員最常從事的休閒活動排行榜可知，護理人員下班最常以看電視為休閒，和國內的醫療人員休閒型態同樣都以靜態休憩

為主 (李，2003)，總是在房間看電視當然與人群互動所獲得同儕支持與認同效果是不同的。從休閒調適策略得分結果分析，本研究護理人員的婚姻狀態及養育子女這二個變項在休閒調適策略運用上並無顯著差異 ($t = -.490$, $p = .624$)，在年齡小於 30 歲的護理人員其休閒調適策略得分顯著高於大於 30 歲的護理人員 ($t = 3.154$, $p = .002^{**}$)，但健康促進生活型態得分則無顯著差異，主要原因是年齡小於 30 歲的護理人員偏向運用休閒為「社群支持」之調適策略，在合宜飲食的健康促進生活型態得分顯著低於 30 歲以上的護理人員，因此，對於小於 30 歲的護理人員需要在合宜飲食這個構面加強改善。整體而言，護理人員休閒策略的運用是呈現中上偏高 (56.5 ± 7.3 , 百分標準化 = 80.7) 的狀態。

二、自覺健康狀態

自覺健康狀態是指個人綜合其主觀、客觀的健康經驗，對於自己的健康情形做一個主觀的整體性評估，即便個人處於疾病的不適狀態，其心理狀態仍認為自己是健康的，但也有無病呻吟，認為自己的健康狀態是不好的，當個人自覺

表四 各變項對於護理人員健康促進生活型態的逐步迴歸分析摘要表

模式	未標準化係數		標準化係數		<i>t</i>	<i>p</i>	共線性統計量	
	<i>B</i>	標準誤差	<i>Beta</i>				允差	<i>VIF</i>
(常數)	36.0	3.7			9.80	.000		
社群支持休閒調適策略	1.69	.22	.367		7.82	.000	.978	1.023
自覺健康狀態 ≥ 6 分	4.75	1.22	.183		3.90	.000	.978	1.022
獨立照護屬性	5.91	1.70	.162		3.47	.001	.981	1.019

註：資料來源本研究整理

健康狀態越佳，對自己的健康也較負責任(Pender, 1990)。研究結果顯示，護理人員自覺健康狀態高於平均值6分的族群，較自覺健康狀態低於平均值6分的族群，平均增加4.75分「健康促進生活型態」(B = 4.75)，從護理人員自覺健康狀況大於6分者僅有46.4%可知，護理人員普遍認為自己的健康狀態不是很理想，在此認知之下，從休息調適策略運用之社群支持、情緒轉換二個構面均顯著低於自覺健康狀況大於6分者($p = .002$, $p = .039$)，而在健康促進生活型態面，樂忱讚賞、人際維繫、及飲食合宜三個構面亦呈現顯著低於自覺健康狀況大於6分者($p < .001$, $p = .003$, $p < .001$)。此與Pender提出的健康促進理論可互為驗證，自覺健康狀態會影響個人從事健康促進行為，其改變行為的動機也較強(Pender, 1990)。

三、單位屬性

人口學變項如性別、年齡、年資、婚姻狀況、養育子女、及個人身體質量指數等與個人執行健康促進生活型態有關(宋、黃、林, 2001)，本研究結果提出服務於「獨立照護屬性」單位(如個案管理師、資深護理師...等)相較於臨床護理人員，在「健康促進生活型態」增加平均5.913分(B = 5.913)。就臨床屬性分組討論，內科系病房護理人員在健康促進生活型態居所有組別之末，尤其在「合宜飲食」顯著低於「獨立照護屬性」的護理人員(10.8 ± 3.7 vs. 10.5 ± 3.6 , $p < .001$)；在休閒調適策略運用也是居所有照護屬性組別最末，尤其「社群支

持」(14.6 ± 2.5 vs. 16.0 ± 2.7 , $p = .023$)顯著低於外科系護理人員。外科系護理人員在健康促進型態整體得分高於平均值，在休閒調適以「壓力調適」構面得分為所有組別之冠，急重症單位護理人員在「合宜飲食」最低，婦產兒科護理人員在休閒調適策略之「情緒轉換」及「社群支持」構面得分為所有組別之冠，特別是「社群支持」顯著高於內科系單位(16.5 ± 2.5 vs. 14.6 ± 2.5 , $p = .044$)。而「獨立照護屬性」單位護理人員在健康促進型態之「合宜飲食」顯著高於所有分組護理人員($F = 4.153$, $p < .001 \sim .016$)，休閒調適策略則無顯著差異($F = 3.715$, $p = .141 \sim .998$)。

護理人員隨著年齡成長及臨床經驗累積增加了專業能力，同時也趨近了健康促進生活型態。子曰：三十而立，30歲是生命歷程中重要轉捩點，要確立自己的人生目標及發展方向，就護理職涯平均餘命七年的現狀，30歲以下的護理人員正是臨床主力，亦面對較高的壓力與情緒勞務，雖然健康促進醫院提供相關課程，但對護理人員更需要同儕支持作為壓力的調適，飲食的時間與營養均衡仍須配合工作情形調整，此結論也呼應在健保支付制度改變的衝擊下，護理人力於2001年起呈現負成長，但臨床服務仍需由線上人員壓縮休息時間來共同負荷，造成活動量過少的不健康的生活型態(王等, 2006)，國外學者提出辦理相關體適能健康促進活動可降低員工健康照護相關的成本支出(Brunges, Avigne, & Wasik, 2006)，國內學者亦呼籲員工參與休閒活動及實踐健康促進生活型態，

可以調適壓力及正向提昇醫院績效管理(賴、程、蔡, 2011), 如學者所提, 關注護理人員的健康活動, 是提供病人健康促進照護服務的重要基礎, 才能讓醫院永續經營(胡、袁、葉、張, 2005)。

綜上論述, 在健康促進生活型態必須強調個人的健康責任及自我實現的概念下, 護理人員也要學習正面看待自己的生活型態, 透過良性的溝通方式表達自己的工作及生活的規劃。醫療機構可提供不同的護理人員協助方案, 以協助護理人員趨向健康促進生活型態, 本研究因可近性取決限制於單一機構群體, 在外在效度推論亦有限制; 在預測模式發現三個顯著影響因子, 雖預測力為 20.3%($R^2 = .203$), 將以此為未來研究之基礎, 考量增加其他變項以增加模式之預測力。增進護理人員健康及樂在專業, 更勝任健康促進之模範角色。

誌謝

感恩由TCRD100-39 號贊助此研究所需經費及提供研究資料的護理人員。

文獻

- 王佳慧、李碧霞、鄭綺、高靖秋、楊勤熒、蔡仁貞 (2006) · 護理人員疲倦 / 活力度、健康促進生活型態與健康相關生活品質之研究 · *新臺北護理期刊*, 8(1), 7-16。
- 王瑞霞、陳彰惠 (2003) · 由文獻回顧檢視潘得健康促進模式 · *護理雜誌*, 50(6), 62-68。
- 吳秀麗、蔡文憲、許志賢 (2010) · 護理人員職業倦怠對休閒調適之研究 · *休閒事業研究*, 8(3), 145-167。
- 宋素珍、黃瑞美、林麗英 (2001) · 臨床護理人員與實習護生健康促進生活型態及相關因

- 素之探討 · *榮總護理*, 18(2), 147-158。
- 李美萱(2003) · *護理人員休閒參與、工作無聊感與生活滿意度之研究*(未發表的碩士論文) · 臺中:朝陽科技大學休閒事業管理系碩士研究所。
- 胡蓮珍、袁素娟、葉必明、張英娥 (2005) · 中部某醫學中心護理人員體適能概況 · *長庚護理*, 16(3), 243-251。
- 許義忠、余緒德 (2005) · 休閒、壓力與調適研究: 以中華航空女性空服員 例 · *戶外遊憩研究*, 18(2), 1-24。
- 陳妮婉、張彩秀、張淑萍、宋琇鈺(2011) · 護理人員健康促進生活型態與生活品質之關係探討 · *澄清醫護管理雜誌*, 7(2), 27-37。
- 陳惠美、王美晶 (2009) · 壓力下的休閒調適策略及其立即調適效果: 不同家庭生命週期族群之比較 · *戶外遊憩研究*, 22(3), 31-56。
- 陳俞靜(2008) · 工作壓力、休閒調適策略與幸福感關係之研究——以女性護理人員為例(未出版之碩士論文) · 逢甲大學, 臺中
- 賴美嬌、程春美、蔡武德(2011) · 員工休閒活動與健康促進生活型態對醫院績效之影響 · *商業現代化學刊*, 6(1), 31-52。
- 張良漢 (2006) · 金融從業人員工作壓力、休閒調適及身心健康狀況之研究 · *Asian Journal of Management and Humanity Sciences*, 1(1), 161-174。
- 魏米秀、呂昌明 (2005) · 「健康促進生活型態」中文簡式量表之發展研究 · *衛生教育學報*, (24), 25-46。
- Blake, H., & Harrison, C. (2013). Health behaviours and attitudes towards being role models. *British Journal of Nursing*, 22(2), 86-94.
- Brunges, M., Avigne, G., & Wasik, M. (2006). Health promotion in the operating room--A quality improvement project. *Association*

- of periOperative Registered Nurses Journal*, 83(1), 171-172, 175-177.
- Chalmers, K., Seguire, M., & Brown, J. (2002). Tobacco use and baccalaureate nursing students: A study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 17-24. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02336.x
- Collins, S. (2009). Occupational factors, fatigue, and cardiovascular disease. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 20(2), 28-31.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis* (5th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Iwasaki, Y. (2006). Counteracting stress through leisure coping: A prospective health study. *Psychology, Health and Medicine*, 11(2), 209-220. doi: 10.1080/13548500500155941
- Pasquarella, C., & Pasquarella, M. L. (2012). Health promotion 25 years after the Ottawa Charter. *Igiene e Sanita Pubblica*, 68(3), 447-471.
- Potvin, L., & Jones, C. M. (2011). Twenty-five years after the Ottawa Charter: The critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 244-248.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., Marilyn, F-S. (1990). Predicting Health-Promoting Lifestyles in the Workplace. *Nursing Research*, 39(6), 327-333.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36 (2), 76-81.
- World Health Organization(1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Retrieved Nov. 12, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

靜
思
語

懺悔則清淨，清淨則能去除煩惱。

~ 證嚴法師靜思語 ~

Repentance purifies the mind;
a pure mind can readily sweep away afflictions.

~ Master Cheng Yen ~



The Influence Factors of Nurse Leisure Coping Strategies and Health-Promotion Lifestyle

Hui-Chun Chung, Yueh-Chih Chen*, Shu-Chuan Chang**
Jin-Ding Lin***, Wen-Lin Hsu****, Tsung-Cheng Hsieh*****

ABSTRACT

The purpose of this study was to explore the relationship between nurses' leisure coping strategies and health-promotion lifestyle. Through cluster sampling and structured questionnaire, 375 significant data were collected and analyzed by stepwise regression, where three significant impact factors were identified, which includes: coping strategies that utilize leisure as community support ($B = 1.685, \beta = 1.68, p < .001$), self-reported health status > 6 score ($B = 4.751, \beta = 4.75, p < .001$), and service in advanced nursing practice unit ($B = 5.913, \beta = 5.91, p = .001$). The nurses under 30 years of age were inclined towards employing coping strategies that utilized leisure as community support and requires assistance in progressing towards a lifestyle of healthy diet. Those serviced in advance nursing units had high scores in health-promotion lifestyle, especially appropriate diet, while showing no significance in leisure coping strategies. We recommend the health promotion hospitals to incorporate various leisure coping activities in their policies to improve the health promotion lifestyle of clinical nurses. (Tzu Chi Nursing Journal, 2014; 13:2, 58-69)

Keywords: health-promotion lifestyle, leisure coping strategies, nurse

Vice director, Buddhist Tzu chi General Hospital; Chair Professor, Department of Nursing, HungKuang University and Professor Emeritus, Department of Nursing, National Taiwan University*; Director, Buddhist Tzu chi General Hospital and Associate Professor, Department of Nursing, Buddhist Tzu chi University**; Professor, Department of Public Health, Military Academy***; Vice-superintendent, Buddhist Tzu Chi General Hospital and associate professor, Medical Department, Tzu Chi University****; Assistant Professor, Buddhist Tzu chi University Institute of Medical Sciences*****

Accepted: January 13, 2014

Address correspondence to: Tsung-Cheng Hsieh 701, Chung Yang Rd., Sec.3 hualien, Taiwan 970

Tel: 886-3-8565301#2015; E-mail: tchsieh@mail.tcu.edu.tw