

大學生的健康信念、飲食相關自我效能與飲食行為研究

黃淑貞

姚元青

國立臺灣師範大學衛生教育學系

臺北縣立頭前國中教師

本研究之目的係探討個人自覺罹患疾病的可能性和嚴重性與實行良好飲食行為可能得到的利益和障礙及實行的自信心與個人飲食行為的相關。母群體係某國立大學日間部八十二學年度註冊之全體學生共 5,241 人，以分層系統抽樣方法抽取 505 位樣本從事問卷調查。飲食行為包括飲食形態及飲食內容。結果發現：(一)、大學生飲食行為未臻理想：「吃宵夜」與「吃零食」的情形甚為普遍，「吃糙米飯、全麥食品」頻率較低，「喝含糖飲料」、「吃口味較鹹食物」、「添加調味料」及「吃油炸食物」等頻率較高，(二)、性別因素與攝取良好飲食行為有顯著相關，(三)、自覺可能罹患疾病和自覺實行良好飲食行為可得到的好處及可能阻礙以及實行良好飲食行為的自信心均與攝取飲食行為有顯著相關。研究者並對培養大學生飲食行為之教育介入及未來研究方向提出建議。

關鍵語：大學生、飲食行為、健康信念模式、自我效能

前言

飲食與營養對疾病預防與健康促進有重大影響，不良的飲食習慣會導致數種重大疾病，如冠狀動脈心臟病、數種癌症、腦溢血、糖尿病以及粥狀動脈硬化症。一如其他已開發國家的情形，國人現在主要的飲食問題為營養不均衡以及營養過度，特別是高油脂、高膽固醇食物的流行，高纖飲食的不足對健康的危害最大。行政院衛生署（1995）因此針對國人健康習慣，提出飲食注意事項，包括維持理想體重、均衡攝食各類食物、三餐以五穀為主食、儘量選用高纖維的食物、少油、少鹽、少糖的飲食原則，多攝取鈣質豐富的食物、多喝白開水、飲酒要節制等。

青少年時期的飲食習慣對其日後成人時期的飲食情形具有關鍵性的影響力，故了解其實行情形及影響因素是很重要的。大學時期更是許多人求學的最後階段，生活習慣的建立是步入社會前的準備，其形態往往成爲日後的模式，探討之深具意義，故本研究以大學生爲樣本從事探討。由於大學生較有

獨立思考及決定其生活形態的能力，故採用認知心理學模式中經常在健康領域被採用的健康信念模式作爲參考架構，並加上自我效能爲自變項，以實證資料驗證該理論的適用性。

健康信念模式假設個人採取某健康行為和其自覺可能罹患某些疾病（自覺罹患性），及自覺罹患該疾病後的可能嚴重後果（自覺嚴重性）有關，若他（她）感覺自己易罹患該疾病，且其後果會十分嚴重，而採取某種行為以預防此種疾病之益處遠超過他採取此種行為之障礙或損失，此時若有適當之線索（cue）刺激，則他真正採取這些行為之可能性增大（Rosenstock, 1974）。Janz 與 Becker（1984）曾回顧 1974 至 1984 年以健康信念模式爲參考架構的研究，其中有 18 個前瞻性研究與 28 個回顧性研究，結果均支持健康信念模式的論點。比較各個變項的重要性，自覺障礙性是最重要的變項，自覺罹患性對「預防性健康行為」是其次重要的變項，自覺利益性則對「病人角色行為」是其次重要的，自覺嚴

重性則居最不重要的地位。國內以健康信念模式探討各種預防行為如肝癌篩檢（李卓倫和周碧瑟，1987）、婦女子宮頸癌抹片檢查（葉季森和周碧瑟，1987）和婦女乳房自我檢查（呂昌明，1994）以及病人角色行為（姜逸群，1996）如高血壓患者按時門診情形等，結果均發現此模式的各變項與行為相關，其中以自覺障礙性最具預測力，在各種行為中均具相關性，結論與 Janz 與 Becker 相同。李守義（1989）曾就 1984 至 1987 年間的國內外文獻從事類似的研究，結果發現該模式能有效預測行為的發生，各變項的有效預測力則依研究設計而有所差異，在回溯性研究中，自覺行動障礙的顯著比率最高，在前瞻性研究中自覺罹患性的顯著比率則最高。各變項與預測行為的關係正負方向則未必均如原模式所預測者，例如，在 Langlie（1977）的研究中，發現自覺罹患性和預防行為呈現負相關，其解釋或許以學者 Kirscht（1974）的說明較為允當，他指出類似的研究多以回溯性研究從事，故有所缺陷，其一是行為本身可能加強行動者本身的健康信念，其二則是在因果時序的推論上較不能提供有力的支持。Huang 的研究（1990）為第一種說法提供了佐證，因為自覺罹患性與吸菸和運動行為的顯著關係在控制了先前行為後即告消失，顯示先前行為確和自覺罹患性的信念相關。

在國外的文獻中，健康信念模式諸變項對攝取均衡膳食的預測力有所驗證（Langlie,1977；Mullen, Hersey, Iverson, 1987; O'Connell, Price, Roberts, Jurs and Mckinley, 1985），目前國內已有以大學生為對象的飲食行為研究（李蘭及曾倩玲, 1990; 張淑珍, 1997; 姚元青, 1984），但尚乏以此模式作為參考架構者，故值得深入探討。

常用於健康領域之認知理論頗多，諸如社會認知理論(Social Cognitive Theory)、理性行動論(Theory of Reasoned Action)，健康信念模式(Health Belief Model)等皆是，整合各理論成為完整而簡約的模式一直是社會心理學者的興趣。同為價值期待 (value-

expectancy) 理論，健康信念模式的自覺障礙性和利益性部分係和其他理論共有的部分，而自覺罹患性及嚴重性則具有健康領域的適用性，值得保留，這是本研究將探討的自變項。自我效能則是深受重視的另一變項，在 Bandura 的社會認知理論中（1986），自我效能指個人評估自己成功完成特定行為的把握程度，此種自信心被視為行為的決定因子，因行為的改變有賴於個人認為他可以克服壓力，實行該行動的信心。Bandura 也指出測量自我效能時並不是將行為分解為不同的能力，而是強調在不同的情境下，個人仍有信心實行該行為的把握程度。單就飲食行為而言，國內外多項研究結果也發現自我效能與飲食行為顯著相關，並可增加對後者的解釋力，其樣本群包含社區民眾（Slater, Lorimor & David, 1985）、糖尿病患者（Kingery & Glasgow, 1989）國小學童（鐘美雲，1994；Parcel, Simon-Morton, O'Hara, Baranowski & Wilson, 1989）和國中生（吳裴瑤，1992）、高中生（Ward, 1990）及大學生（姚元青，1994）。各研究結果顯示：個人對自己在各種情況下仍能實行正確飲食行為的自我效能得分較高者，較容易實行正確的飲食行為。由於自我效能的預測力在許多研究上均被證實，甚至超過其他任何的單一變項，德國學者 Schwarzer（1992）認為開始或延續某種行為的動機不僅受其自覺罹患疾病的可能性、嚴重性、障礙性與利益性的影響，自我效能也同樣重要。健康信念模式的創始人之一 Rosenstock 等也主張將自我效能變項加入健康信念模式中（Rosenstock, Strecher & Marshall, 1998），故將兩者共同作為自變項，探討其預測飲食行為的效果如何。

在健康信念模式的相關研究中，不同的社會人口學背景及結構性變項可能會影響個人之感受而間接影響健康行為。先前研究亦發現數種變項與飲食攝取行為相關，如健康情形（張淑珍，1987；Axelson, Federlin & Bringberg, 1986）、大學生的就讀年級（Reinstein, Kozewski, Chamberlin & Smith-

Johnson,1992)、社經地位(Calnan and Rutter,1986)、變項作為控制變項。及性別等(林薇和洪久賢,1988),故本研究將這些

材料與方法

一、研究對象

本研究以某國立大學日間部八十二學年度上學期註冊之一到四年級全體學生人數共 5,241 人為母群體,基於樣本代表性及預估 85 %之回答率,本研究預定樣本數為 600 人。本研究採分層系統抽樣。因為考慮不同系之學生的飲食行為和認知可能有所不同,故全校共 22 個系分為 22 層,在各組內以 10 人為組距進行系統抽樣,於民國 82 年 12 月及 83 年元月進行問卷資料收集。為求因果時序(time sequence)推論的正確性,本研究共收集兩次資料,第一階段主要收集社會人口學及健康信念變項和自我效能等社會心理學資料,第二階段則測量飲食行為作為依變項。本研究之有效樣本為 505 人,係兩次均填答的樣本,占抽樣人數的 84.2%,其中男性占 33%,女生占 67%。一至四年級人數分布甚為平均,以適合度檢定考驗,樣本在學院別、系別、性別、年級上的分布均與母群體無顯著差異。

二、研究工具

研究工具係自填結構式問卷。編製過程經過開放式問卷收集資料,並參考相關文獻,研擬施測用的封閉式問卷,其後請 7 位營養教育、公共衛生、社區營養及衛生教育學者從事內容效度檢驗。預試以同一大學上軍訓課課程兩班的學生 70 名作預試,以修改問卷,其中有 10 名為樣本,為避免測驗的效果影響正式施測的填答,其正式施測問卷不列入統計。問卷內容包括以下各部份:

1. **社會人口學變項**:包括年級、性別、及家庭社經地位,其中家庭社經地位係就父母的職業狀況中,等級較高一方列入計算,計分為五個等級,分

數愈高代表等級愈高。

2. **自覺健康狀況**:即樣本健康狀況之自我報告,參考國外文獻(Brock, Haefner and Noble,1980)研擬而成。本研究問卷內容包括自覺健康狀況、與同年齡者比較之自覺健康狀況,共兩題,將兩題相加,形成指標(index),總分愈高代表自覺健康狀況愈好。(Cronbach's $\alpha=0.88$)。

3. **健康信念**:參考國外文獻(Brock, Haefner and Noble,1980)研擬而成。分成:

(1) **自覺罹患性**:樣本自述其未來有可能得到各種疾病包括心臟病、腦溢血、腎臟病、糖尿病及癌症的機會共 5 題,答案由「非常不可能」至「非常可能」共分為 4 個等級,就各敘述作成指標(Cronbach's $\alpha=0.87$),然後就各種疾病的情形相加。分數愈高,代表自覺罹患性高。

(2) **自覺嚴重性**:詢問樣本若得到上述各種疾病,會有多嚴重。答案由「非常不嚴重」至「非常嚴重」分五個等級測量,題目共有 5 題,將各敘述相加作成指標(Cronbach's $\alpha=0.80$),分數愈高,代表愈認為嚴重。

(3) **自覺利益性**:由樣本回答「攝取營養的食物對一個人的健康有多少的幫助?」之單項題目,答案由「沒有幫助」至「幫助非常大」,共分五個等級測量,分數愈高,代表認為幫助愈大。

(4) **自覺障礙性**:請樣本就各種會阻礙其實行良好飲食行為之情況,表示其同意的程度,由「非常不同意」至「非常同意」,共分五個等級測量。題目共有六題,就各敘述相加作成指標(Cronbach's $\alpha=0.57$)。分數愈高,表示認為阻礙愈大。

4. **自我效能**:本研究之飲食自我效能量表主要是參考 Glynn 及 Ruderman (1986) 所編製的飲食自

我效能量表形式。並在設計問卷之前，以其他大學學生為樣本，利用開放式問卷搜集較會影響其飲食行為的情況，根據結果設計而成。以李克特式量表（Likert Scale）測量不同情境下維持良好行為的把握程度，由「絕對沒有把握」至「絕對有把握」分成七個等級，共有八題。在該量表的分數愈高，表示自我效能愈強。

5. 飲食行為測量樣本過去兩週內實施良好飲食行為的頻率，以「總是」、「常常」至「從未」等測量之，包括飲食內容與飲食形態兩部份。(1) 飲食內容：依據行政院衛生署「中華民國飲食指南」及「每日飲食指南」所定義的「均衡飲食」編製量表，包括：①偏食情形②高膽固醇、脂肪食物的攝取情形，如吃油炸食物、瓜子、花生、開心果、內臟類食物、蛋類食物。③高鹽高鈉食物攝取情形，如添加調味料、吃口味較鹹食物及速食麵。④甜點及含糖飲料攝取情形。⑤糙米飯或全麥食品等高纖維食品攝取

情形。(2) 飲食型態：包括正餐過量或不吃的情形和吃零食、宵夜的情形。以上飲食行為量表是以「總是」至「從未」分 1 至 5 點計分，將各題項的分數相加，以總分代表樣本的飲食行為，分數愈高，則其飲食行為愈好。飲食行為題項共有 14 題，Cronbach's $\alpha = .75$ 。

三、資料處理及分析

本研究資料分析以 SPSS – PC 電腦統計套裝軟體進行。研究者先就預試回收資料從事內在一致性 Cronbach's α 的檢定，因預試資料所述各指標的 α 值均在 .7 以上，故均予以保留，僅就預試時學生的意見做文字的修改。研究者以電腦統計程式進行邏輯除錯，並找出原卷核對錯誤之處，分析時係以百分比及平均值進行描述性分析，多變項分析則以因素分析及複迴歸進行之。

結果

一、飲食行為

飲食行為分為飲食型態與飲食內容兩個部份。飲食型態即攝食的狀況，飲食內容包括攝取高鈉食品、含糖食品、含脂肪和膽固醇食品、以及糙米飯和全麥食品。就飲食型態而言，係分為「偏食」、「吃過量」、「吃零食」和「不吃正餐」的情形。問卷中係以樣本從事之頻率詢問之，詳細情形如表 2。綜合觀之，大學生飲食行為未臻理想：「吃宵夜」與「吃零食」的情形甚為普遍，「吃糙米飯、全麥食品」頻率較低，「喝含糖飲料」、「吃口味較鹹食物」、「添加調味料」及「吃油炸食物」等頻率較高。飲食型態方面，33.4% 的樣本「常常」或「總是」吃宵夜，25.4% 的樣本「常常」或「總是」吃零食，14.7% 的樣本「常常」或「總是」偏食，11.5% 的樣本「常常」或「總是」吃過量，7.4% 的樣本「常常」或

「總是」不吃正餐。就飲食內容來看，可發現：該大學學生在攝取「糙米飯或全麥食品」的纖維類食品攝取情形最差，常常或總是吃「糙米飯或全麥食品」的樣本只有 12.5%；也有高達 17.8% 樣本不吃「糙米飯或全麥食品」。高鈉食品攝取頻率偏高，以「添加調味料」情形最多，約有 22.8% 的學生常常或總是添加調味料。「吃口味較鹹食品」次之，有 21.2% 常常或總是如此，常常或總是吃速食麵的學生也有 9.3%。攝取含糖食物中，有四分之一的學生經常喝含糖飲料，17.9% 的學生常常或總是吃甜點，此結果表示其對糖的攝取較為普遍。在脂肪的攝取方面，17.2% 的樣本會吃油炸食物，經常吃瓜子、花生、開心果之類食物的學生只有 4.0%；內臟類食物也僅有 6.3% 的學生常常或總是食用。因此可知，該大學學生「吃油炸食物」等頻率較高，但較少食用高膽固醇食物。

表一 樣本在飲食行為量表之得分情形

題 目	從 未		偶 爾		有 時		常 常		總 是		平 均 值	標 準 差	
	人 數	%	人 數	%	人 數	%	人 數	%	人 數	%			
飲 食 型 態	您吃宵夜的情形是：	16	3.2	157	31.1	162	32.1	138	27.3	31	6.1	3.02	0.98
	您三餐之外吃零食的情形是：	9	1.8	223	44.2	145	28.7	107	21.2	21	4.2	2.82	0.93
	您偏食的情形是：	34	6.7	224	48.3	147	29.1	59	11.7	15	3.0	2.55	0.90
	您進餐時吃得過量的情形是：	28	5.5	247	54.3	145	28.7	56	11.1	2	0.4	2.47	0.78
	您不吃正餐的情形是：	61	12.1	278	55.0	126	25.0	36	7.0	2	0.4	2.28	0.78
高 納 食 品	您吃東西添加調味料的情形是：	17	3.4	240	47.5	132	26.1	93	18.4	22	4.4	2.73	0.95
	您吃口味較鹹食物情形是：	34	6.7	188	37.2	174	34.5	97	19.2	10	2.0	2.72	0.92
	您吃速食麵的情形是：	64	12.7	280	55.4	113	22.4	43	8.5	4	0.8	2.29	0.82
含 糖 食 品	您喝含糖飲料的情形是：	14	2.8	212	42.0	155	30.7	114	22.6	9	1.8	2.79	0.89
	您吃甜點的情形是：	7	1.4	208	41.2	197	39.0	75	14.9	15	3.0	2.77	0.83
含 固 脂 醇 高 食 膽 品	您吃油炸食物情形是：	17	3.4	199	39.4	201	39.8	85	16.8	2	0.4	2.71	0.80
	您吃內臟類食物情形是：	77	15.2	237	54.1	121	24.0	31	6.1	1	0.2	2.22	0.78
	您吃瓜子、花生開心果之類食品情形是：	80	15.8	333	65.9	72	14.3	19	3.8	1	0.2	2.07	0.68
纖 食 維 品	您選擇糙米飯或全麥食品是*	90	17.8	251	49.7	99	19.6	53	10.5	11	2.2	3.71	0.95

*反向計分，從未=1 偶爾=2 有時=3 常常=4 總是=5

二、飲食行為與社會人口學變項之關係

經以單因子變異數分析(Analysis of Variance)檢定不同年級、性別及家庭社經地位的樣本，其飲食行為良好程度的差異，結果發現：

1. 女生飲食行為(平均值 = 38.43)較男生(平均值= 36.32)良好，差異達顯著水準。(P < .001)
2. 飲食行為良好與否與年級沒有關係。
3. 飲食行為良好與否和家庭社經地位沒有關係。

與飲食行為相關之社會心理學因素

一、健康信念

1. 自覺罹患性

樣本中認為其“非常有可能”及“可能”得到心臟病、腦溢血、腎臟病、糖尿病以及癌症之比率分別達 38%、29%、40%、35% 及 47%。

2. 自覺嚴重性

樣本中自覺得到心臟病、腦溢血、腎臟病、糖尿病以及癌症後的情形為“非常嚴重”及“相當嚴重”者分別達 59%、78%、67%、68%及 77%。

3. 自覺障礙性

樣本攝取均衡膳食障礙的原因次序為：(1)不喜歡食物的口味(2)沒時間自己準備食物(3)食慾太好(4)朋友邀宴(5)不知道什麼是良好膳食，同意及非常

同意的比率分別達 52.3%、41.2%、32.1%、29.5%、及 16.6%。

4. 自覺利益性

有 40.4% 樣本認為攝取均衡的飲食對一個人的健康有益的非常多，43.4% 認為很多幫助，即有 83.7% 的樣本認為攝取均衡飲食對他們是有益的。樣本之吸菸相關健康信念分布情形列如表二。

二、自我效能

樣本實行良好飲食行為的自我效能列如表三，平均值均在 3 左右，其中較高的為趕時間時的自我效能（平均值=3.47，標準差=1.64），較低的為慶祝節日時的自我效能（平均值=2.91，標準差=1.50），

將八個情境自我效能項目進行正交軸之主成分分析，以了解這其因素結構，分析的結果列於表三，這些情境共可以分為兩個因素，分別命名為“個人生理狀況”（簡稱為個人自我效能），包含 5 個變項，及“社交情境”（簡稱為情境自我效能），含 3 個變項。這兩個因素的解釋率分別為 34.9% 及 17.5%。因此就這兩個因素所含的變項分別作成兩項分量表，兩項分量表的 Cronbach's α 均為 .78。樣本在個人因素量表所得到的平均值為 3.45，標準差為 .19，樣本在情境因素量表得到的平均值為 3.50，標準差為 .28。樣本實行良好飲食行為的自我效能係趨於中等，即在各種情境中他們實行良好飲食行為的把握程度約為一半。

表二 受試者之吸菸相關健康信念分布情形(%) n=505

自覺罹患性*	吸菸相關的健康信念							總計
	平 均 值	標 準 差	非 常 有 可 能	可 能	不 可 能	非 常 不 可 能	不 知 道	
罹患心臟病的可能性	3.2	1.2	1.8	36.2	31.5	5.0	25.5	100.0
罹患腦溢血的可能性	3.4	1.3	.6	28.3	33.7	4.6	32.9	100.0
罹患腎臟病的可能性	3.2	1.3	1.8	38.8	26.9	3.6	28.9	100.0
罹患糖尿病的可能性	3.2	1.3	2.8	32.9	32.1	4.8	27.5	100.0
罹患癌症的可能性	3.3	1.4	2.0	45.0	12.1	3.2	37.8	100.0
合成指標	16.3	5.2						
自覺嚴重性*	平 均 值	標 準 差	非 常 嚴 重	相 當 嚴 重	有 點 嚴 重	一 點 也 不 重	不 知 道	總 計
罹患心臟病的嚴重性	2.4	.9	14.3	44.8	33.5	3.6	4.0	100.0
罹患腦溢血的嚴重性	2.0	1.0	29.7	49.7	13.3	3.0	4.4	100.0
罹患腎臟病的嚴重性	2.3	1.0	20.0	47.9	23.8	2.0	6.3	100.0
罹患糖尿病的嚴重性	2.3	1.0	19.0	48.3	25.1	3.2	4.4	100.0
罹患癌症的嚴重性	1.8	1.0	49.3	36.4	7.9	2.4	4.0	100.0
合成指標	10.7	4.0						

自覺利益性*	平均 值	標 準 差	非 常 多	很 多	有 一 點	一 點 點	沒 有	總 計
攝取均衡飲食對健康的幫助	1.6	.8	40.4	43.4	12.3	4.0	.6	100.0
自覺障礙性	平 均 值	標 準 差	非 常 不 同 意	不 同 意	不 一 定	同 意	非 常 同 意	總 計
1.不喜歡食物的口味	2.78	1.08	7.3	28.3	12.1	44.2	8.1	100.0
2.沒時間自己準備食物	3.02	1.14	7.5	32.5	18.2	33.1	8.1	100.0
3.食慾太好	2.78	1.08	9.9	37.4	20.4	27.9	4.2	100.0
4.朋友邀宴	2.72	1.50	11.5	35.8	23.0	27.5	2.0	100.0
5.不知道什麼是良好飲食	2.09	.92	14.9	53.3	14.9	15.6	1.0	100.0
合成指標	11.70	2.93						

*反向計分

表三 飲食相關自我效能項目之正交轉軸因素結構

自我效能項目	因素名稱		平均值	標準差
	個人自我效能	情境自我效能		
	(因素一)	(因素二)		
食慾不佳	.77	.11	3.35	1.51
天氣太熱時	.75	.16	3.74	1.51
身體不舒服時	.71	.06	3.17	1.62
很忙的時候	.71	.04	3.10	1.48
不喜歡食物口味時	.62	.05	3.14	1.69
趕時間時	.07	.84	3.47	1.64
有人請客時	.13	.79	3.42	1.60
慶祝特別節日時	.03	.78	2.91	1.50
特徵值(Eigen value)	3.49	1.75		
變異解釋量(%)	34.9	17.5		

其次作雙變項分析，由表四觀察，可知各自變項與良好飲食行為的相關均為中等至稍弱，最強的相關為情境自我效能 ($r = .36$)，其次為自覺障礙性 ($r = -.25$)，自覺利益性 ($r = .19$) 與自覺罹患性 ($r = -.16$) 則稍弱而數值較接近，自覺嚴重性及個人自

我效能則沒有顯著相關。

研究者將各自變項放入複迴歸模式中，結果如表五。達到顯著意義的預測變項為性別 ($\beta = .50$)、情境自我效能 ($\beta = .42$)、自覺障礙性 ($\beta = -.19$)、自覺利益性 ($\beta = .13$)，自覺罹患性 ($\beta = -.09$)，整體模

式可解釋的變異量達 18%。較值得注意的是：自覺罹患者對飲食行爲的影響係負號，即愈覺得不可能罹患疾病者，飲食行爲愈佳，這是和健康信念模式所預測的方向相反的。健康信念模式的變項和飲食行爲的相關，在控制社會人口學變項後，也仍然存在。

表四 飲食行爲與社會心理學變項相關情形 n=451

	自覺罹 患者	自覺嚴 重性	自覺障 礙性	自覺利 益性	個人自 我效能	情境自 我效能
飲食行爲	-.16**	.04	-.25**	.19**	.09	.36***

P<.05 *P<.001

表五 各變項對飲食行爲之複迴歸係數及解釋變異量 n=451

	迴歸係數(β)	標準誤	T 值	顯著水準
自覺罹患者	-.09	.04	.04	**
自覺嚴重性	.01	.06	.03	n.s.
自覺障礙性	-.19	.07	.01	**
自覺利益性	.13	.41	.00	**
個人自我效能	.04	.04	1.03	n.s.
情境自我效能	.42	.06	6.77	***
健康狀況	.12	.23	.50	n.s.
年級	.03	.23	.03	n.s.
性別(d)	.50	.46	.13	***
家庭社經地位	.19	.16	1.19	n.s.
R-square	.18			

d=dummy variable 性別：1=女 0=男

*p<.05 , **p<.01 , ***p<.001

結論與建議

一、重要結論：

1. **大學生飲食行爲未臻理想。**「吃宵夜」與「吃零食」的情形甚爲普遍，有三分之一以上的學生常常或總是吃宵夜，也有四分之一的學生常常或總是吃零食。這些正餐外的食物很可能會影響正餐的攝取。就飲食內容而言，學生在營養素的攝取方面並不全然合乎均衡飲食的原則。比較各項飲食內容，如「吃糙米飯、全麥食品」頻率較低，「喝含糖飲料」、吃「口味較鹹食物」、「油炸食物」及「添加調味料」等頻率又較高，是亟待改進的項目。

2. **性別與飲食行爲相關**，女生的飲食行爲優於男生。Verbrug (1981) 曾指出女性的健康相關行爲的表現均較男性爲佳，本研究結果與其假說相符，她指出女性通常會較注意自己的身體及健康，這可能是原因之一，Waldron (1988) 也指出女性爲了良好的身體形象，害怕體重過重，常較注意飲食，這些均值得以後進一步繼續研究。

3. **與飲食行爲相關之重要社會心理學變項為：**在各種社交情境下不能實行良好飲食行爲的自信程度、自覺罹病之可能性、自覺攝取良好膳食之障礙

及自覺攝取均衡膳食之益處。所有社會人口學變項與社會心理變項之解釋量達 18%，大學生愈不感受到罹病之可能性，愈不覺得攝取均衡膳食之障礙，及感受到攝取均衡膳食之益處，認爲自己在不利於均衡膳食攝取的情境下，仍有自信實行此行爲者，較能切實實踐良好的飲食行爲。

二、討論

1. 本研究之推論有以下之限制：

(1) 本研究之對象限定爲某國立大學八十二學年度註冊之日間部學生，因此無法推論至其他大專院校。

(2) 由於問卷係由學生個別取回填答，故情境無法控制，必須假設其均係按實際情形作答，且不受不適當環境的影響。

2. 研究者發現自我效能可以區分為和個人生理狀況相關及和情境相關的兩部份，關乎個人生理狀況的自我效能並不能預測飲食行爲，情境相關自我效能則可以預測之。這給我們的啓示是：飲食行爲和個人社交生活很有關係，因爲這是日常行爲的一部分，在社交情境中較沒有把握克制自己的人，

實際飲食行為也較差。

3.變項測量方面：自覺障礙性的量表信度不高，Cronbach's $\alpha=.57$ ，經查原題目只有五題，可能係因題數較少，且向度不同所致，爾後這方面的測量亦應加強設計。

4.本研究的所有自變項可以預測飲食行為僅達18%，可見尚有其他可能的預測因素，值得在以後的研究中加入自變項加以探討。

三、建議

1.加強教育學生要有良好飲食行為

鼓勵學生三餐要正常，不要省過任何一餐，少吃宵夜及零食，避免熱量過高或有消化不良的情形。在攝取的食物方面少吃過甜、過鹹或油炸的食物，應該多吃高纖食品如糙米飯或全麥食品，目前很響亮的口號如“體內環保”及“喝白開水運動”皆是可以大加推廣的。而且對男生的飲食教育應該要特別加強。

2.在推廣學生攝取良好飲食的行為時，應增強學生的自信心，讓他們自信在各種社交情境仍然能夠力行良好的飲食行為。在從事上述宣導活動時，應加強宣導良好飲食之益處，並盡量就學生感受到

之障礙性因素協助排除之。告訴學生營養與口味要並重，也可嘗試協調學生常至之餐廳調整食物的口味，並改善烹調方式。提醒學生避免可能影響實行良好飲食行為的情境，且可以角色扮演或情境模擬方式，讓學生事先練習處不良情境而仍能夠維持均衡膳食的技巧。

3.未來研究可以將本研究之架構應用於其他人口群之樣本，以瞭解本研究所測試之社會心理學變項是否對其他年齡及地區人口也同樣有預測力。

4.感覺罹患疾病之可能性與原健康信念模式所預測之方向相反，此發現與先前研究（Langli,1977;黃淑貞,1996）之發現相同。這樣的結果可能係由於未有良好飲食行為者，更易感覺自己有可能罹患疾病，也就是健康信念被增強了，故有此種結果，這是值得日後以前瞻性研究加強探討的問題。

5.本研究之自我效能變項和實行良好飲食行為顯著相關，與社會學習理論之假說相符合。唯為更明確了解二者之相關情形，未來研究可以將實行飲食行為分成數個次能力（subskill），測量自我效能時由研究對象評估其在不同情境下實行這些「次能力」的把握程度，所得結果將有助於了解飲食行為的影響因素。

參考文獻

- 行政院衛生署(1995)：國民飲食指標。台北市：行政院衛生署。
- 李守義、周碧瑟和晏涵文(1989)：健康信念模式的回顧與前瞻。中華民國公共衛生學會雜誌, 9(3), 123-137。
- 李卓倫、周碧瑟(1987)：以健康信念模式分析鹿谷鄉民的肝癌篩檢行為。公共衛生季刊, 14(3), 236-249。
- 李蘭、曾倩玲(1980)：某衛生專業學系學生的飲食現況。學校衛生, 17, 26-36。
- 呂昌明(1994)：以健康信念模式分析公共衛生護理人員執行乳房自我檢查之意圖。衛生教育論文集刊, 7, 142-143。
- 吳裴瑤(1992)：從行為影響因素探討臺北市某國民中學一年級學生節制飲食的意向及行為。台北市：國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。(未出版)
- 林薇、洪久賢(1988)：我國中等學校營養課程教師之營養知識、態度、行為研究。中等教育, 38(5),24-34。
- 姚元青(1994)：國立台灣師範大學學生飲食行為及其影響因素研究。台北市：國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。(未出版)
- 姜逸群(1996)：高血壓患者的健康信念-規範於按時內診群與未按時內診群間之差異研究。衛生教育論文集刊, 9, 1-12。
- 黃伯超、潘文涵、李隆安、高美丁、曾明淑和李蘭(1994)：國民營養健康狀況變遷調查。台北市：行政院衛生署。
- 黃淑貞(1996)：健康信念影響成人健康習慣之縱貫性研究。衛生教育論文集, 9, 97-114。
- 張淑珍(1987)：某大學女生體型意識、肥胖度、健康與飲食生活之關係研究。學校衛生,13,81-101。
- 葉季森、周碧瑟(1987)：以健康信念模式分析桃園縣婦女的

抹片檢查行為。衛生教育, 8:58-77。

- 鐘美雲 (1995): 某國小六年級學童西式速食攝食行為之意圖研究。台北市: 國立陽明醫學院公共衛生研究所碩士論文。(未出版)
- Axelsson, M. L., Federlin, T. L., & Bringberg, D. (1985). A meta-analysis of food-and nutrition-related research. *Journal of Nutrition Education*, 13(2), 51-54.
- Bandura, A. (1996). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. NJ: Prentice Hall.
- Brock B., Haefner D.P., & Noble D.S. (1988) Alameda county redux: Replication in Michigan, *Preventive Medicine*, 17, 483-495.
- Calnan, M. & Rutter D.R.: Preventive health practices and their relationship with sociodemographic characteristics. *Health Education Research*, 1(4), 265-270, 1986.
- Glynn, S.M., & Ruderman A.J. (1986). The development and validation of an eating self-efficacy scale. *Cognitive Therapy and Research*, 10(4): 401-420.
- Huang, S. (1990). The influence of health beliefs on health practices: An examination of different age groups. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor, MI.
- Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Kirscht, J.P. (1974). Research related to the modification of health beliefs. *Health Education Monograph*, 2(4), 455-469.
- Kingery, P. M., & Glasgow, R. E. (1989). Self-efficacy and outcome expectations in the self-regulation of non-insulin dependent diabetes mellitus. *Health Education*, 20(7), 13-199
- Langlie, J. K. (1977). Social networks, health beliefs, and preventive health behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 244-260.
- McCann, B. S., Retzlaff, B. M., Dowdy, A.A., Walden, C.E., & Knopp R.H. (1990). Promoting adherence to low-fat, low-cholesterol diets: Review and recommendations. *Journal of American Dietetic Association*, 90(13), 1408-17.
- Mullen, P. D., Hersey, J. C., & Iverson, D. C. (1987). Health behavior models compared. *Social Science and Medicine* 24(11), 973-981.
- O'Connell, J.K. Price, J.H., Roberts, S.M., Jurs, S.G., McKinley, R. (1985). Utilizing the Health Belief Model to predict diet and exercise behavior of obese and nonobese adolescents. *Health Education Quarterly*, 12(4), 343-351.

- Parcel, G. S., Simon-Morton, B. G., O'Hara, N. M., Baranowski, T., & Wilson B. (1989). School promotion of healthful diet and physical activity: Impact on learning outcomes and self-report behavior. *Health Education Quarterly*, 16(2), 181-199.
- Rakowski, W. (1988). Age cohorts and personal health behavior in adulthood. *Research on Aging*, 10(1), 3-35.
- Renstein, N., Kozewski, W. M., Chamberlin, B., Smith-Johnson, C. (1992). Prevalence of eating disorders among dietetic students: Does nutrition education make a difference? *Journal of the American Dietetic Association*, 92: 949-953.
- Rosenstock, I. M. (1988). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monograph*, 15(2), 175-183.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Marshall, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Schwarzer, (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approach and a new model. In R. Schwarzer (Ed.) *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington: Hemisphere Publishing Co.
- Slater, C. H., Lorimer, R. J., & David, R. L. (1985). The independent contributions of socioeconomic status and health practices to health status. *Preventive Medicine*, 14, 372-378.
- Verbrugge, L. (1976). Gender and Health. an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 17: 162-169.
- Waldron, I. (1988). Gender difference and health-related behavior. In D.S. Gochman (Ed). *Health behavior-emerging research perspectives*. New York and London: Plenum Press.
- Ward, S. E. (1990). Characterizing adolescent eating behaviors with Bandura's social learning theory. University of Virginia. unpublished dissertation.

致謝

感謝參與本研究的同學填寫問卷，及研究助理劉翠薇、黃淑英、張雪雲在設計問卷及資料收集處理上之協助，使本計畫得以完成。本研究係國科會補助之計畫，編號為 NSC83-0301-H-003-015，在此一併致謝。

收稿日期：88年2月10日
 修正日期：88年7月5日
 接受日期：88年7月6日

Health Beliefs, Diet-related Self-efficacy, and Diet Behavior of the College Students

Sheu-jen Huang

Department of Health Education
National Taiwan Normal University

Yuan-ching Yao

Tou-chien Junior High School,
Taipei Country

Abstract

The main purpose of this study was to investigate the influence of psychosocial factors such as perceived susceptibility, severity, barrier, self-efficacy on diet behavior. The population of this study was 5,241 students who registered in a university in the fall term of 1993. Five hundred and five students were drawn by using the stratified systematic method as the sample. They filled out the self-administered questionnaires on both the first and the second wave surveys. The data of the independent variables were collected on the first wave and the dependent variable was collected on the second wave. The results were: (1) the students did not eat sensibly. Many students ate at late night or between meals and took unhealthful food with high sugar, high fiber and fried food and with low fiber. (2) The psychosocial factors that were associated with diet behavior were perceived susceptibility, perceived barrier, benefit and situational self-efficacy of taking good diet. (3) Females ate more sensibly than males. Both the psychosocial and sociodemographic variables accounted for 18% of the variance of dependent variables. Methods of educational intervention and direction for future study are proposed.

Keywords: college students, diet behavior, Health Belief Model, self-efficacy