

以健康信念模式探討使用網路資訊進行體重控制 行為之意願：與過去的彙總研究發現之比較

李宜昌

中山醫學大學醫療產業科技管理學系

摘要

本研究的目的主要有二(1)檢驗健康信念模式對於使用網路資訊進行體重控制行為之意願的適用性；(2)檢驗健康信念模式的四個主要變數對於使用網路資訊進行體重控制行為之意願的影響程度相對大小，並與過去的彙總研究進行比較。研究發現健康信念模式的四個變數，自覺嚴重性對於意願的影響程度最顯著，其次是自覺行動障礙及自覺行動利益，而自覺罹患性對於意願的影響則是不顯著，這與過去健康信念模式的彙總研究發現有所不同，顯示各信念變數對健康行為動機的解釋能力確實會隨著研究情境而不同。

關鍵字：健康信念模式、使用網路資訊進行體重控制行為之意願、體重控制

1.目的

根據行政院衛生署統計資料顯示，名列我國十大死亡排行榜中：惡性腫瘤、心臟病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓、這些慢性疾病均直接或間接與肥胖有關（Quesenberry, et al. 1998, Wee et al.,2005），體重問題不但造成民眾不健康，還使得因此造成的醫療支出居高不下。因此體重控制行為相關的教育宣導一直是政府衛生機關及民間健康團體一直致力的目標。一般而言，體重控制行為包括節制飲食、運動行為及參與減重療程等等。節制

飲食是指平時能做到三餐適量攝取、不吃宵夜及零食、能減少攝取高脂肪、高熱量食物的飲食方式。運動行為是指除了在一般走動等不得不的活動之外，持續所做的身體活動。減重療程則包含服用藥物、飲食控制課程及運動課程等等。而如何適當而持續的進行體重控制，有賴於健康教育或宣導所提供可靠、正確且適時的健康資訊來指引。

健康資訊的傳播除了循傳統的報章雜誌廣播電視醫療機構等等管道之外，隨著網路使用人口的增加，上網搜尋健康資訊



不僅成為一種趨勢，更有研究發現，網路上的健康資訊會影響醫療消費者的醫療決策(Fox & Lee, 2001; Bessell et al., 2002; Burke et al. 2011)，對使用者採取健康行為的態度和結果都有正面影響(Bessell et al., 2002)。由於網際網路的興起，使得健康有關的教育或宣導多了一種新的選項。然而，若民眾光只是查詢及閱讀網路上的體重控制資訊，而沒有產生對體重控制的正確認知甚至因而採取正確的行為，則這些網站及健康資訊的提供將沒有太大的意義。例如 Scott et.al (2005)對美國 Wellington 的居民研究調查即發現，約有 45% 會上網搜尋一般健康與營養資訊，42% 搜尋與特定疾病相關資訊而 40% 搜尋與用藥相關資訊，但是只有大約其中的三分之一會因此改變其飲食習慣。

過去，健康信念模式(Health Belief Model)已經被許多學者用來解釋或預測跟健康預防行為(如戒煙、減重、參加疾病檢查...等)及就醫行為，然而對於使用網路資訊進行體重控制的行為或意願，目前仍缺乏建立解釋或預測模式的相關文獻。此外，健康信念模式考慮的四個主要變數，自覺罹患性(Perceived Susceptibility)、自覺嚴重性(Perceived Severity)、自覺行動利益(Perceived Benefits of Taking Action)及自覺行動障礙(Perceived Barriers of Taking Action)，過去文獻上這些變數對於健康行為的相對影響程度大小，曾有多篇質化或

量化彙總研究曾有提出結論(Harrison、Mullen 及 Green,1992;Janz & Becker,1984;官蔚菁,民 93)，但是在健康資訊使用行為或意願上是否適用需要重新檢視。綜上所述，本研究的目的主要有二(1)檢驗健康信念模式對於使用網路資訊進行體重控制行為之意願之適用性；(2)檢驗健康信念模式的四個主要變數對於前述行為意願的影響程度相對大小，並與過去的彙總研究進行比較。

2.文獻回顧

健康信念模式主要是用來解釋健康預防行為(如圖1所示)，模式中提出個人是否採取健康預防行為為涉及兩種期望：「對特定疾病或健康狀況可能產生威脅的期望」及「對為改善疾病或健康狀況而採取特定行動所需的成本/效益的期望」。「對特定疾病或健康狀況可能產生威脅的期望」的評估包括自覺罹患性(Perceived Susceptibility)及自覺嚴重性(Perceived Severity)，「對為改善疾病或健康狀況而採取特定行動成本/效益的期望」被稱作自覺行動效益(Perceived Benefits of Taking Action)、及自覺行動障礙(Perceived Barriers of Taking Action)。

首先，自覺罹患性意指個人主觀評估罹患某種疾病之風險，在醫學上對疾病行為之研究，一般多指個人對診斷之信任接受程度、個人評估對疾病之再次罹患性、



與疾病罹患性等。自覺嚴重性則指個人對罹患某種疾病或不接受治療之感受，此感受之評估不僅包含醫療與臨床上之結果，如死亡、失能、與生理疼痛等，同時也包含個人在社會上可能發生之後果，例如影響工作情況、家庭生活、人際關係等，因此，個人對罹患某種疾病或不接受治療之感受，事實上也代表個人自覺罹患某種疾病對其所影響之嚴重程度。許多研究者會將自覺罹患性與自覺嚴重性結合成自覺疾病威脅(Perceived Threat)之構念，也就是可能發生疾病的風險乘上所造成的損失的期望結果 (Rosenstock, 1990)。

當個體感受到某種疾病之罹患性與嚴重性對個體的威脅到一定程度，此信念開始會促使個體決定是否採取行動來降低疾病發生之風險，然而特定行動之選擇需視個人對行動結果或過程的認知而決定，個

人僅會採取對降低疾病威脅有成本/效益的行動。也就是個人會比較自覺行動效益和自覺行動障礙的結果，當所得的效益高過於因障礙的付出時才會行動。所謂的效益包括治療產生效果、症狀減輕、身體感覺舒服等等因採取行動而可能產生的好處，常見的障礙則包括花費太高、過於冒險、不方便、浪費時間、身體疼痛、副作用、或窘困等負面影響(Janz & Becker,1984)。自覺罹患性與自覺嚴重性會使得個體產生行動的想法，之後的自覺行動效益與自覺行動障礙之認知則會影響個人選擇的哪一種行動途徑(Rosenstock et al., 1988)。除了前述四個變數之外，後續的學者也另加入一些對四個變數的前因變數(Antecedents)，以期增進模式的解釋能力及豐富性 (Rosenstock, 1990)。例如人口學、社會心理學、及有關受訪者過去經驗如對該疾病有無相關知識或經驗等。



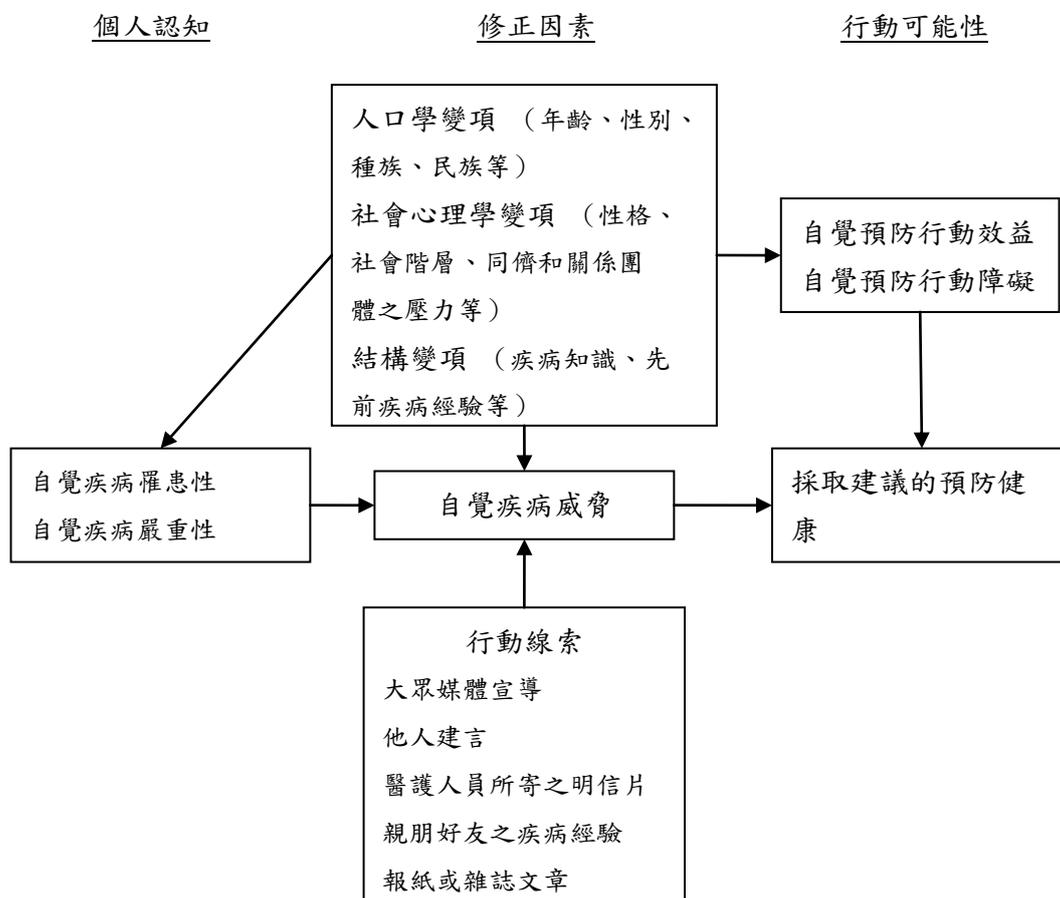


圖 1 健康信念模式

以健康行為模式進行的國內外彙總研究發現報告如下：

Janz & Becker (1984)曾將1974 年以前及1974-1984十年間46 篇有關健康信念模式研究進行文獻分析 (Meta-Analysis)。依研究設計分為，前瞻性的研究18 篇，回溯性研究28 篇。依研究行為可分為預防性健康行為(Preventive Health Behaviors)、病人角

色行為 (Sick-role Behavior) 及醫療利用 (Clinic Use)三種，各佔24篇、19 篇及3 篇。研究結果發現，健康信念模式中之四個變數，在不同的年代及健康行為上，其解釋或預測力不同。在1974 年以前，自覺罹患性是最強的預測因子；但在1974-1984 年間的研究顯示，自覺行動障礙是所有研究及行為中最強的預測因子。在不同的健



康行為比較中發現，自覺罹患性在預防性健康行為的預測力比在病人角色行為的預測力好；而自覺行動利益其在病人角色行為的預測力比在預防性健康行為的預測力好，自覺罹患性反而影響有限，主要是因為疾病診斷已經確立，病人已知道罹患某一疾病，因此自覺罹患性並不適合用來探討病人角色行為。此外，自覺嚴重性在預防性健康行為解釋上是最弱的一個預測因子，但在病人角色行為的解釋上卻有很強的解釋能力。

Harrison et al. (1992) 也利用文獻分析法針對1966-1987年間應用健康信念模式於成人健康行為的研究作分析，其主要探討健康信念模式中之四個變數與行為間之關係。此研究參考Janz & Becker (1984) 的取樣標準，並只將有進行實證研究(也就是有做工具信效度測試)之研究納入，故可以獲得四項變數影響大小的結論。共有16篇被納入分析，結果發現變數與健康行為關係強度依序為自覺行動障礙、自覺罹患性、自覺行動利益及自覺嚴重性。在回溯性研究中，自覺行動障礙及自覺行動利益的解釋力強，且顯著的高於前瞻性研究；而自覺嚴重性的解釋力較小，且顯著的低於前瞻性研究。

官蔚菁(2004)則針對樣本採自台灣的研究論文為範圍，取1987~2003年共24篇論文進行文獻分析，研究對象包括學生、老師、社區民眾、病人及護理人員等。其

中22篇是屬回溯性研究設計；2篇屬於前瞻性研究設計。若以行為類型分類，預防性健康行為有20篇；病人角色行為有4篇。依變項為實際行為的有13篇(46.4%)；行為意向或意願的有15篇(53.6%)。從自變項分類，研究架構只含健康信念四個主要變項的有5篇(52.5%)，除了四變項外還包含其他變項的共有19篇，其他變項中自我效能及行動線索是最常被加入的變項，Lu(2001)則將主觀規範(Subjective Norm)加入。李守義等人(1989)也以傳統的文獻回顧方式，統整1984-1987數年間發表於國內外期刊的14篇健康信念模式研究報告，並與Janz & Becker (1984)的研究作比較。其中一篇採類實驗性研究設計，其他有4篇採前瞻性設計，而9篇採回溯性設計。14篇研究中共探討29種行為，而以研究行為來分，有22個為預防性健康行為，7個為病人角色行為。整體來看，健康信念模式中四個變項之影響程度顯著比率由高到低為，自覺罹患性、自覺行動利益、自覺行動障礙和自覺嚴重性。

3.材料與方法

根據研究目的設計出來的研究架構如圖2所示，由於本研究之目的是和過去Janz & Becker (1984)、Harrison、Mullen 及 Green (1992)、官蔚菁(2004)、李守義等人(1989)的發現做比較，以探討四個主要的健康信念行為模式變數對於使用網路資



訊進行體重控制行為之意願影響的相對程度是否有別於以往探討的健康行為，因此只列入自覺罹患性 ((Perceived Susceptibility)、自覺嚴重性 (Perceived Severity)、自覺行動利益(Perceived Benefits of Taking Action) 及自覺行動障礙 (Perceived Barriers of Taking Action) 四個變數，以及使用意願。

依據過去健康信念模式的研究發現，當人對自己發生體重過重後果的可能性及嚴重程度越高時，對體重過重對身體的威脅認知程度越高，也越可能形成體重控制行為的動機。然而，如何控制體重有許多資訊可以選擇，例如完全靠自己摸索、參考醫院或診所提供的資訊、朋友提供的資訊、或網路提供的健康資訊，由於本計畫主要探討的是根據使用網路資訊進行體重控制的行為，因此自覺「行動」利益和自覺「行動」障礙所指的行動只針對「使用網路資訊進行體重控制的行為」。

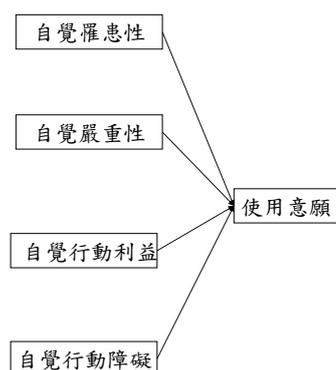


圖 2 研究架構

本研究採用問卷調查法收集資料，問卷設計的工作包含擬訂量表(初稿)、舉行專家會議修訂量表、以及量表前測。首先，量表初稿將先以國內外文獻相關文獻為基礎列出問項，再邀請 10 位曾有減肥經驗的網友進行焦點訪談及初步過濾，以期量表能夠適當的反映填答者對體重控制健康資訊的想法，增進量表測量的效度。接著，邀請 1 位健康教育專家及 3 位資管、醫管領域學者協助再次檢視及修改量表。後以中山醫學大學醫管系進修部 5 位曾有參考網路資訊而進行體重控制經驗之學生為對象，進行量表前測，以增進量表的表面效度(Face Validity)。

有關體重控制信念的問卷設計(如表 1)：包括自覺罹患性、自覺嚴重性、自覺行動利益、自覺行動障礙、及行動線索，將根據曾經在國內驗證過的問卷，包括姜逸群(民 91)、林秀惠(民 93)、張伶妃(民 93)、薛惠文(民 94)、莊博雯(民 94)對台灣各種族群的體重控制健康信念量表，再針對網路健康資訊的查詢及參考情境加以修改，主要理由是擔心直接從國外的量表翻譯成中文，可能因國情不同而減損問卷的信效度。經由專家修改及前測修改之後列如表 1：



表 1 問項設計

自覺罹患性 李克特氏五點尺度 (1~5 分)	Suspect1：對自己現在的體重您覺得屬於 1.過重 2.稍重 3.中等 4.稍瘦 5.很瘦
	Suspect2：對自己現在的體型您覺得 1.很不滿意 2.不滿意 3. 剛剛好 4.滿意 5.很滿意
自覺嚴重性 李克特氏五點尺度 (1~5 分)，5 分非常嚴 重，1 分完全不在意	Severity1：造成外形或穿衣服不美觀
	Severity2：影響到人緣或工作印象
	Severity3：造成以後發生糖尿病、心血管等慢性疾病的後果
	Severity4：造成以後發生骨骼問題(如腰、背、膝蓋疼痛或病變) 的後果
自覺行動利益 李克特氏五點尺度 (1~5 分)，5 分非常同 意，1 分非常不同意	Benefit1：網路資訊可以讓我更瞭解體重控制的好處
	Benefit2：網路資訊幫助我更加瞭解體重控制的相關方法
	Benefit3：網路資訊幫助我更加瞭解減重藥物 (如功能、用法或 副作用)
	Benefit4：網路資訊可以幫助我控制體重時更有效果
	Benefit5：網路資訊可以幫助我控制體重時更不影響身心健康
自覺行動障礙 李克特氏五點尺度 (1~5 分)，5 分非常有 把握，1 分完全沒有把 握	Barrier1：我有足夠時間上網使用健康資訊網站
	Barrier2：我有足夠的電腦設備上網使用健康資訊網站
	Barrier3：我覺得網站操作很容易
	Barrier4：我覺得網站操作很好學習
	Barrier5：我覺得網路上提供的資訊容易瞭解

使用網路資訊進行體重控制行為之意願則是參考 Fishbein(1980)及 Ajzen (1985) 等建議，以填答者對網路健康資訊使用行為的喜好、態度及行為傾向衡量意願，共分為三題。詢問對使用體重控制有關的健康資訊網站，受訪者的意願為(1) 碰到對體重控制有關的問題(如飲食、運動或藥物使用)有不瞭解的時候，我會上網找尋相關資

訊來參考；(2) 我覺得網站上的健康資訊是可以信任的；(3) 我覺得我可以適度參考網路上的健康資訊。以上問項都是以李克特氏五等尺度(1 分至 5 分)進行測量，5 分代表非常同意，1 分代表非常不同意

資料收集採用現場填寫問卷的方式進行。問卷施測對象是國內大專院校學生(含進修部學生)，理由是根據過去的網路使用



者調查發現，上網人口大多是以年輕族群居多，且大專學生比一般族群有較多的機會上網。由於母體名單無從得知，故採用便利性取樣方式，共有北部 5 所、中部 6 所、南部 8 所學校，每校一個班參與調查，科系包括機械、化學、資管、企管、醫管、外文等系，其中日間部有 9 個班，進修部為 10 個班。發放問卷時以受訪者最近一個月使用過體重控制(減重)相關網站且曾經最近一年內有體重控制經驗者為對象，不符合上述條件者的問卷加以刪除。問卷填寫完全者發給一份小禮品，以增加受訪者填答之意願。

4.結果

回收問卷共有 248 份，扣除掉填答不完整等無效問卷後剩下 205 份，有效回收率為 82.7%。受訪者的人口特性分佈，年齡以 21~25 歲佔最多(24.9%)，其次是 26~30 歲(20.5%)及 20 歲以下(18%)，性別則是女

性多於男性，說明受訪者中會上網使用健康資訊網站的還是以女性年輕族群居多。受訪者大多數有 5 年以上的上網經驗(81%)。在受訪者對體重及體型自覺方面，自己認為體重超重者佔 34.6%，稍重者佔 34.1%，適中佔 27.3%；至於對是否滿意自己的體型這個問題，41.5%受訪者認為剛剛好，32.7%認為不滿意，18.5%認為很不滿意。在先前曾經有的體重控制經驗中，只有 30.2%的受訪者單獨使用一種方法控制體重，其餘受訪者大多是混合兩種或兩種以上的方法進行體重控制，其中以使用飲食控制的受訪者最多(69.8%)，其次是運動(62.0%)跟減脂茶(23.9%)。先前體重控制經驗中成功減重的只有 28.3%，成功減重但是後來又復胖的最多(51.7)，而失敗的也有 20%。未來一年再次進行體重控制行為的可能性，只有 1 人(0.5%)說完全不可能，不可能的也只有 6.3%，表示可能及非常可能的則分別為 58%及 35.1%。

表 2 受訪者基本特徵

受訪者人口特性					
年齡	人數	比例(%)	性別	人數	比例(%)
20 歲以下	37	23.0	男性	47	22.9
21~25 歲	51	31.0	女性	158	77.1
26~30 歲	42	26.0	上網經驗	人數	比例(%)
31~35 歲	17	10.0	1年以下	4	2.0
36~40 歲	10	6.0	1-3年	11	5.0
40 歲以上	7	4.0	3-5年	24	12.0
			5年以上	166	81.0



對體重及身材的自我感覺					
覺得自己目前體重	人數	比例(%)	對自己目前的身材感覺	人數	比例(%)
稍輕	8	4.0	很滿意	1	0.5
中等	56	27.0	滿意	14	6.8
稍重	70	34.0	剛剛好	85	41.5
過重	71	35.0	不滿意	67	32.7
			很不滿意	38	18.5

表 2 受訪者基本特徵(續)

過去減重經驗及未來再次減重可能性					
先前減肥使用過的方法(可複選)	人數	比例(%)	先前體重控制的經驗	人數	比例(%)
完全沒有	2	0.5%	成功	58	28.3
控制飲食	143	32.6%	成功後又胖回來	106	51.7
代餐	26	5.9%	失敗	41	20.0
西藥	16	3.7%	未來一年再次體重控制的可能性	人數	比例(%)
減脂茶	49	11.2%	非常可能	72	35.1
中藥	28	6.4%	可能	119	58.0
針灸	16	3.7%	不可能	13	6.3
健康食品	31	7.1%	非常不可能	1	.5
運動	127	29.0%			

信效度分析方面：問卷設計的文獻皆有依據(姜逸群，民 91、林秀惠，民 93、張伶妃，民 93、薛惠文，民 94、莊博雯，民 94 以及 Fishbein,1980 及 Ajzen,1985)，也經過醫管領域的學者加以檢視修改，以增進

問卷的專家效度。另外，因素分析的結果，除了自覺行動障礙的第 1、2 問項因素負荷量低於 0.7 之外，其他問項都高於 Hair, et al.(2006)建議的 0.7 以上，且都歸屬在正確的構念之下，故問卷的建構效度可以接



受。此外，自覺行動障礙的第 1 問項 (Barrier1)因因素負荷量低於 0.6，且與其他構念有混淆(Dangling)的現象，故本問項刪

除。至於信度則以 Cronbach α 來檢視，也都高於 Hair, et al.所建議的可接受之範圍 0.7。

表 3 信度及效度分析

	Cronbach α		因素 1	因素 2	因素 3	因素 4	因素 5
自覺罹患性	0.702	Suspect1	.868	.080	.031	-.023	.043
		Suspect2	.866	.075	.021	.074	-.033
自覺嚴重性	0.841	Severity1	.282	.754	.151	.097	.110
		Severity2	.015	.773	.162	-.009	-.037
		Severity3	-.104	.843	.078	.100	.149
		Severity4	-.044	.849	.069	.077	.134
自覺行動利益	0.870	Benefit1	-.007	.153	.706	.282	.210
		Benefit2	.015	.168	.719	.284	.265
		Benefit3	.060	.157	.756	.206	.150
		Benefit4	.136	.057	.817	.025	.028
		Benefit5	.103	.091	.744	.189	.121
自覺行動障礙	0.886	Barrier1*	-.104	.553	.041	.416*	.176
		Barrier2	.049	.364	.017	.631	.230
		Barrier3	.067	.197	.082	.887	.150
		Barrier4	.079	.204	.081	.867	.208
		Barrier5	-.066	.215	.092	.807	.141
使用意願	0.803	Intention1	-.060	.158	.115	.261	.770
		Intention 2	.052	.187	.185	.148	.834
		Intention 3	.027	.238	.030	.202	.764

Barrier1*：因為因素負荷量不足且與其他構念混淆故遭刪除

根據 Hair, et al.(2006)的建議，將原始問卷對應各變數的問項分數，乘以因素負荷量計算加權平均，所得到變數的因素分

數就是該變數的數值。處理完畢之後，以行為意願為反應變數，其餘四個作為自變數進行複迴歸進行分析，分析結果顯示迴



歸模式的模式配適度(Goodness of Fit)良好請參考表 4(ANOVA 表)，其中 $F=22.827$ (Sig.=0.000<0.05)，。使用意願受到受訪者對肥胖造成的後遺症感受到問題的嚴重性(自覺嚴重性) ($\beta = 0.332$ ， $t=4.792$ ，Sig=.000<0.05)、使用網路上的健康資訊所能得到的好處(自覺行動利益) ($\beta = 0.135$ ， $t=2.182$ ，Sig.=0.030<0.05)、及網路上的健康資訊的使用條件限制(自覺行動障礙) ($\beta = 0.247$ ， $t=3.433$ ，Sig=.001<0.05)

的影響是顯著的。但是自覺罹患性對使用意願的影響則不顯著 ($\beta = -0.038$ ， $t=-0.645$ ，Sig.= .519)，其他三個變數影響程度相對大小為**自覺嚴重性>自覺行動障礙>自覺行動利益**。解釋變異量合計為 31.3%，相對於官蔚菁(民 93)對 1974-2003 年間在台灣地區所做之健康信念模式研究的彙總分析計算出的解釋力平均值 27.353% 偏高。

表 4 迴歸模式之 ANOVA 表，

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	28.268	4	7.067	22.827	.000(a)
Residual	61.919	200	.310		
Total	90.187	204			

5.討論

自覺嚴重性衡量的是因為體重控制不當可能引發的後果，包括造成外形或穿衣服不美觀、影響到人緣或工作印象、造成以後發生糖尿病、心血管等慢性疾病的後果、造成以後發生骨骼問題(如腰、背、膝蓋疼痛或病變)的後果等等，由於受訪者大多屬於年輕族群，體重控制不當造成外型的改變及引發疾病的風險成為體重控制相關行為的主要動機。自覺行動利益是指採取行動之後對於體重控制的好處，受訪者

同意程度越高，也就是越覺得網路資訊可以幫助更加瞭解體重控制的好處、更加瞭解體重控制的相關方法、更加瞭解減重藥物(如功能、用法或副作用)及幫助控制體重時更有效果及更不影響身心健康的受訪者，越有意願採取行動。相對而言，自覺行動障礙是對於採取行動之不利之處，問卷採反向問法，因此受訪者同意程度越高，代表自覺行動障礙越低，例如受訪者有較足夠的時間上網使用健康資訊網站，教友足夠的電腦設備上網，覺得使用健康資訊網站網站操作或者學習網站操作越容



易，或者是覺得網路上提供的資訊越容易瞭解，也越有意願採取行動，如此有利於受訪者增進行動之意願。自覺罹患性對使用意願的影響則不顯著，由於受訪者都是有體重控制經驗者，大多對於自己體重及身材較不滿意，可能因此造成不顯著的原因。

四個變數對於行為意願影響的相對程度與過去研究之所以不同，原因有二：(1)所探討的行為不同；(2)樣本特性不一樣。首先，本研究所探討的行為是『使用網路資訊進行體重控制行為』，單以體重控制而言屬於預防性的健康行為，過去文獻所研究的預防性的健康行為包括篩檢行為，或是促進健康、維持健康或預防疾病有關之行為，例如：規律運動、飲食控制、戒煙等(Janz & Becker, 1984)。本研究探討的行為可以說是「為了預防體重控制衍生的健康問題所進行的資料收集及瞭解的行為」，這樣的行為與促進健康、維持健康或預防疾病有關之行為有關，故本研究所探討的行為即「使用網路資訊進行體重控制之行為」也屬於預防性的健康行為的一種。

其次在樣本特性方面也和過去健康行為文獻所探討的不同性質，過去探討的行為例如篩檢都必須由醫療專業人員實行，而不是樣本自己有實行能力。然而。本研究樣本本身具有使用網路資訊的能力。一般來說，對於現在的年輕族群而言，多半都修過電腦課程，具備上網尋求問題的解

決能力，例如研究樣本中使用網路五年以上的高達 81%。因此像時間、設備、使用網站的能力等等自覺行動障礙並不是引發上網尋求健康資訊的主要動機，反而是對於體重控制問題可能發生的風險是引發動機的主因。

風險因素包含自覺罹患性(過重發生機率)跟自覺嚴重性(對於過重引發的後遺症)。雖然大多數學者的研究都認為自覺體重過重的人會傾向於進行體重控制，但是也有 Anderson et al (1997)發現也有少數雖然自覺體重過重者，但卻未試著進行體重控制，主要是因為這些研究樣本對於過重的後遺症不關心。對於本研究的樣本中以 40 歲以下為主，對體重問題可能會造成許多後遺症，如糖尿病、高血壓、心血管疾病等也許認識不見得足夠，但是對於過重可能造成的外形或穿衣服不美觀、或影響人緣或工作印象會比較關心，例如 Weinstein & Rothman(2005)的研究即發現體重控制行為並非單純以追求健康為目的，如有些人是為了保持身材而節食，或為了獲得眾人讚許而做運動等。故不管對自己體重是否認為有過重或者是外形還不夠滿意，還是會因為不希望體重過重造成的後遺症而希望用各種方法進行體重控制，包含上網尋求可以幫助減重的資訊。況且從樣本當中除了兩位受訪者，其他都至少採用過一種以上的減重方法，甚至有 69.8% 曾經使用兩種以上的減重方法，93.1% 表示



未來一年內還會再次進行體重控制，顯示減重已經在年輕族群廣為接受。

6. 結論與研究限制

健康信念模式的四個會影響健康行為動機的變數中，自覺嚴重性對於使用網路資訊進行體重控制行為之意願影響程度最顯著，其次是自覺行動障礙及自覺行動利益，而自覺罹患性對於使用意願影響則是不顯著，這與過去健康信念模式的彙總研究發現有所不同，顯示各信念變數對健康行為動機的解釋能力確實會隨著研究情境而不同。研究發現雖然有別於過去彙總研究的結果，但是由於健康信念模式在網路或資訊科技的使用研究應用上尚屬初探，且受到研究母體的特徵較難取得只能採取便利性抽樣，且一般人對於減重經驗可能較難以啟齒故可能忽略掉許多不回答或故意回答沒有減重經驗者所造成的誤差，故未來有待更多的樣本及多管道的樣本取得方式來檢視現有的發現。

參考文獻

- [1] 李守義、周碧瑟、晏涵文，1989，健康信念模式的回顧與前瞻。中華衛誌，9(3)，123-136。
- [2] 官蔚菁，民 93，台灣健康信念模式研究之統合分析，成功大學護理學系未出版碩士論文。
- [3] 林秀惠，2004，台北市高中職學生體重控制行為意圖及其相關因素研究，臺灣師範大學衛生教育研究所未出版碩士論文。
- [4] 姜逸群，2002，台北縣某國中肥胖學生體重控制行為意向及其相關因素之研究，臺灣師範大學衛生教育研究所未出版碩士論文。
- [5] 張伶妃，2004，某藝術大學學生體型意識、體重控制信念、飲食態度、飲食自我效能與飲食行為之關係探討，臺灣師範大學衛生教育研究所未出版碩士論文。
- [6] 莊博雯，2005，國小肥胖學童體重控制行為意向與健康信念、自我效能之研究，屏東教育大學體育學系未出版碩士論文。
- [7] 薛惠文，2005，台北縣某國中學生體重控制行為意圖研究—計劃行為理論之應用，臺灣師範大學衛生教育研究所未出版碩士論文。
- [8] Ajzen, I. 1985, From intentions to actions: a theory of planned behavior. In Kuhl, J. and Beckmann, J. (eds), Action-Control: From Cognition to Behavior. Springer, Heidelberg: 11-39.
- [9] Anderson, L.A, Eyler, A.A., Galuska, D.A., Brown, D.R. & Brownson, R.C. 2002. Relationship of satisfaction with



- body size and trying to lose weight in a national survey of overweight and obese women aged 40 and older, United States. *Preventive Medicine*. 35(4): 390-6.
- [10] Bessell, T. L., McDonald, S., Silagy, C. A., Anderson, J. N., Hiller, J. E., & Sansom, L. N., 2002, Do internet interventions for consumers cause more harm than good? A systematic review, *Health Expectations*, 5(1):28-38.
- [11] Burke, L.E. Molly B. Conroy, Susan M. Sereika, Okan U. Elci, Mindi A. Styn, Sushama D. Acharya, Mary A. Sevick, Linda J. Ewing Karen Glanz. 2011. The Effect of Electronic Self-Monitoring on Weight Loss and Dietary Intake: A Randomized Behavioral Weight Loss Trial. *Obesity*, 19:338-344.
- [12] Fishbein, M. 1980, A theory of reasoned action: some applications and implications. in Howe, H.E., Jr and Page, M.M. (eds), *Nebraska Symposium on Motivation*, University of Nebraska Press, Lincoln, NB: 65–116.
- [13] Fox, S. & Lee, R. 2002, . Vital decisions—How internet users decide what information to trust when they or their loved ones are sick. Washington: Pew Internet & American Life Project.
- [14] Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R., & Black, W. C. 2006. *Multivariate data analysis: with readings*: Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, NJ, USA.
- [15] Harrison, J. A. Mullen, P. D. & Green, L. W. 1992. A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research*. 7(1):107-16.
- [16] Janz, N. & Becker, M. H. 1984, The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*. 11(1):1-47.
- [17] Quesenberry, C.P. Caan, B. Jacobson, A. 1998. Obesity, Health Services Use, and Health Care Costs Among Members of a Health Maintenance Organization. *Arch Intern Med*. 1998;158:5:466-472.
- [18] Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. ,1988,. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15 (2) :175-183.
- [19] Rosenstock, I. 1990. The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. *Health Behavior*



and health education : Theory research and practice. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.

- [20] Scott W.G., Scott H.M.&Auld T.S., 2005, Consumer access to health information on the internet: health policy implications. Australia and New Zealand Health Policy 28(2):13.
- [21] Wee,C.C. Phillips, R.S. Legedza, A.T.R. Davis,R.B. Soukup,J.R. Colditz,G.A. Hamel, M.B. 2005 Health Care Expenditures Associated With Overweight and Obesity Among US Adults: Importance of Age and Race,Am J Public Health. 95(1): 159-165.
- [22] Weinstein, N. D. & Rothman,A. J. 2005. Commentary: revitalizing research on health behavior theories. Health Education Research,20(3):294-7.
- [23] Wilson,T. D. 1997. Information behaviour: An interdisciplinary perspective. Information Processing & Management. 33(4):551-72.

致謝

本研究之完成感謝行政院國家科學委員會專題研究計畫之幫助，計畫編號：NSC 97-2410-H-040-001-MY2。

