



健康與生活概論

作者：張李淑女

學習目標

1. 認識健康的重要性。
2. 了解健康的定義。
3. 認識健康促進的概念。
4. 了解影響健康的因素。
5. 了解健康促進生活型態的內涵。
6. 了解國人的健康現況與影響。

前言

「健康」是一切成就的基礎，是人生最寶貴的財富。威脅國人健康的主要病因已由過去的傳染疾病，轉為與生活型態關係密切的慢性疾病與身體機能退化性疾病為主，如惡性腫瘤、心血管疾病、腦血管疾病、糖尿病、腎臟病與高血壓等。現代人由於生活的壓力及社會環境的改變，個人生活習慣受到極大的挑戰，例如抽菸、嚼檳榔、飲酒、生活不規律、飲食營養過剩等，在在危害個人身心的健康；而環境的汙染、生態環境的破壞，更是直接威脅個人的健康；再加上社會型態及價值觀的急速變遷，安全感與安定感愈形欠缺，如何維持個人健康的發展，深受考驗。

健康是人生重要指標，如果失去健康，個人所努力的成果將會變得毫無意義，而健康與生活是密不可分的，需要不斷的努力經營與學習，個人需要積極負起更多的健康責任，積極建立健康行為，努力實踐健康生活，方能開創健康幸福的人生。

第一節

健康的定義



健康是什麼呢？感覺沒生病、健康檢查報告數據正常、抑或是只要不影響生活機能即可？傳統觀念認為健康就是沒有疾病，沒有疾病就是健康，但這樣的定義卻過於籠統也不符合時代變遷所需。世界衛生組織(WHO)在 1948 年將健康定義為：「健康是身體的、心理的和社會的完全安適狀態，而不僅是沒有疾病或殘障發生而已。」此定義將健康的概念由原本的身體、生理健康擴充至心理、社會的健全安適，更明白的否定過去對於健康只講求「無病」狀態之說法。自此後健康即被視為多層面及正向的概念，而不僅只是沒有疾病就可算是健康，許多學者亦開始探討健康這個概念所包含的內涵。

Winstead-Fry(1980)指出健康不僅止於生理層面，其亦涵蓋與環境做有意義的互動，感覺生活是充實的且滿懷熱誠，並能自我成長。Allen(1981)亦認為健康並非靜止狀態，而是一種生活方式、存在方式與成長方式。對 Winstead-Fry(1980)和 Allen(1981)而言，健康乃屬生活過程。Maglacas(1988)提出健康的兩個主要層面為穩定性(stability)與健康潛能(health potential)。穩定性是指維持生

理、心理和社會之平衡；健康潛能則是指群體或個人應付環境與心理社會需求和壓力的能力。Tripp-Reimer(1984)提出健康包含客觀及主觀兩個層面，客觀層面以疾病之有無來界定健康與否；主觀層面則視健康為安適狀態(wellness)。Simmons(1989)歸納出健康的鑑定屬性(critical attributes)有二：生理、心理及社會的適應狀態和自我實現，此與 Maglacas(1988)提出的看法類似。Simmons(1989)進一步指出一個健康的人，應達到生理、心理及社會之動態平衡，並能發揮個人之最佳潛能，以獲得個人成長和有生產力的生活(productive living)。以此來看，健康實為一多層面的概念，並且無一絕對的定義。

但是，倘若疾病並不一定是健康與否的絕對依據，對已罹患疾病的人又該如何定義健康呢？對此，Moch(1998)提出疾病之中亦有健康(health with illness)，超越了疾病與健康不能並存，有病即是不健康，必須與疾病抗爭的傳統觀念。此觀念認為疾病可以是促使個人做正向改變的契機，疾病的經驗會使個人覺醒(awareness)及改變，更加了解自己並促進個人成長。例如：因疾病而使個人正視自己的健康；使家庭成員情感更親密；或引發個人內在心靈成長，而對生命有更多體會、取捨與珍惜，並進而重新檢視人生的意義；以及重新界定與他人及與環境之間的關係，這些均是自我成長的方式。因此，疾病經驗豐富了生命，也提供學習的機會及成長的轉機。以此觀點來看，有病並不等於不健康。研究亦顯示：殘障者雖有功能限制，但他們卻認為自己功能良好，也自認他們的健康狀況是良好或非常好。對殘障者而言，健康的定義更寬廣而不局限於功能缺損(Stuifbergen, Becker, Ingalsbe, & Sands, 1990)。

Ewles 和 Simnett(1985) 提出整體健康的概念(a holistic concept of health)，從不同層面的概念來探討健康，可以看成是 WHO 健康定義的具體描述。Ewles 與 Simnett 指出健康應包含幾個不同的面向，將 WHO 提出的健康定義之心理健康，又區分為心理健康(mental health)與情緒健康(emotional health)，並加入了靈性健康(spiritual health)的要素與社會結構的健康(societal health)。各個不同面向說明如下：

1. 身體的健康(physical health)：指身體方面的功能健康，沒有疾病和殘障，身體與生理上具有充足的機能與能力，足以應付日常生活所需。
2. 心理的健康(mental health)：指有能力做清楚且有條理的思考，主觀的感覺健康。



3. 情緒的健康(emotional health)：指有能力認知情緒（如喜、怒、哀、樂等），並能適當表達自己的情緒，處理壓力、沮喪及焦慮等。
4. 社交的健康(social health)：指有能力創造與維持與他人之間的關係，和他人的互動能力，有滿意的人際關係並能履行角色義務。
5. 靈性的健康(spiritual health)：對某些人而言，靈性健康或許與宗教信仰及行為相關，但並不是絕對；靈性的健康是個人的行為信念或行為的原則，是一種達到心靈平靜的狀態，反應一個人的價值系統，或是超越信仰的力量，或許更為接近自我實現的概念。
不過有宗教信仰的人，宗教的行為確實可使其產生憐憫、喜樂、平和的感情，比較能夠容忍不快，與家人、朋友和睦相處，較易獲得內心的平靜，有助於達成環境的和諧，以及心靈內外的平衡，獲致較健康的生活。
6. 社會結構的健康(societal health)：意指健康的生活圈，生活在健康的環境中，個人健康與周遭事物是不可分的，接近社區健康概念。個人不可能在無法提供基本資源，以滿足身體與心理需求的社會結構中，得以健康。

由此可見，健康應該是多層次的、動態的、積極的，是正向，而不僅只是沒有疾病就可算是健康。

第二節

Health and Life

健康與疾病的關係



健康與疾病是一種連續狀態。Roy(1976)認為健康並非「健康或疾病」此二分法，而應該是個體從高層次的安適狀況(high level wellness)、健康狀況不錯(good health)、健康狀況普通(normal health)、健康狀況不佳(poor health)、健康狀況極差(extreme poor health)、最後是死亡(death)的線性持續狀態；個體並非單純的屬於「健康」或屬於「不健康」，而是個體在各不同的時、空環境下的身心狀況不同，於上述線性狀態中之不同位置的移動。一個人的健康狀態是動態的過程（圖 1-1），隨時都在變動，端看個體對危害其自身安全的威脅（如病毒的感染）能否做有效的調適。良好的健康來自積極的生活態度與健康的生活習慣。



圖 1-1 健康與疾病的連續動態線

第三節

Health and Life

健康促進的概念

健康促進(health promotion)的發展，最早開始於加拿大學者 Lalonde (1974) 的報告 *A New Perspective on the Health of Canadians*，提到醫療照護並非是決定健康的重要因素，並提出四個影響健康的要素：生活方式、環境、醫療照護、生物遺傳，其中又以生活方式影響最大，因此認為公共衛生的重點應該是「健康促進」，而不是「疾病治療」。1978 年 WHO 發表的 Alma-Ata 宣言，提到個人與群體皆有維護和促進健康的責任和義務。

一、健康促進(Health Promotion)的定義

健康促進的理念，最重要的發展關鍵是在 1986 年 WHO 於渥太華舉辦第一屆國際健康促進會提出的「渥太華憲章(Ottawa Charter for Health Promotion)」，將健康促進定義為：「強化人們使其能掌握及增進自身健康的過程」，是一種新的策略與工作方法，亦是結合教育及環境的支持，促使行動的產生及生活條件之改善而增進健康。而其中所謂的環境包括社會、政治、經濟、組織、政策及法令規定。健康促進不是針對疾病或健康問題之特定預防，而是以自我積極實現為導向，指引個人維持或增進健康、自我實現和幸福滿足的肯定態度，表現個人積極主動地建立新的正向行為。健康促進是幫助人們改變生活方式，以達到最佳的健康狀態。Pender(1987)指出健康促進是一種開展健康潛能的趨向行為 (approach behavior)，包含任何以增進個人、家庭、社區和社會安寧幸福 (wellbeing) 層次與實現健康潛能為導向的活動。此定義明確的將健康促進之範圍

加以說明，涵蓋個人、家庭、社會安寧幸福。我國學者黃松元(1993)亦認同上述看法，將健康促進的定義由個人擴及至社區，認為健康促進始於個人，並及於尋求發展社區和個人策略，以協助人們採行有助於維護和增進健康的生活方式。

健康促進與疾病預防經常被混用，但是，健康促進與疾病預防是不同的。根據 Pender(1996)指出其差異如下：

1. 健康促進並不限於疾病、傷痛；疾病預防或健康保健(health protection)卻僅限於疾病、傷痛。
2. 健康促進係一種趨向性之行為；而疾病預防或健康保健卻是迴避性之行為。

相同之概念，國內也有學者提出類似之概念，李蘭(1991)將健康行為區分為「預防疾病」和「健康促進」，預防疾病僅消極地以減少或除去高危險性的行為為目標；健康促進則積極地以建立良好且有益健康的行為為目標。因此，健康促進於概念上更加之正面、積極，不僅以最低限度「無病」之「疾病預防」為目標，而更是要主動建立能達到健康之正向、趨向行為。

因此，傳統上所認為之「迴避」、「預防」性之行為（如避免抽菸、酗酒、藥物、肥胖等）僅為最低限度之健康行為。Pender(1996)指出健康促進行為，除了將上述迴避、預防性的行為列入外，另外還提到身體活動、健身活動、家庭計畫、心智健康、教育、社區等相關向度行為之建立。而世界衛生組織亦強調健康促進不能僅止於健康促進行為，更應擴大至社會福利及公共政策。

Laffrey(1985)很明確的指出認為「健康促進」係以獲得最高層次健康為目標所採取的行為。Brubaker(1983)則認為健康促進是導引自我成長，增進安寧幸福的健康照顧。其他有許多學者也提出類似的概念與定義，諸如：Orem(1995)認為健康促進在於增進潛能並進入更適當的功能狀態；O'Dennell(1986)認為健康促進可協助人們改善生活型態朝向最佳健康狀態；Grasser 和 Graft(1984)認為健康促進之目標為安適狀態(wellness)，方式為透過個人環境、習慣之改善；Kulbok 等人(1997)也提到健康促進的最終目標在於「幸福(well-being)」。整理上述說法，皆提到健康促進的目標不外乎「幸福」、「安適」，更甚者有「增進潛能」、「自我成長」。所謂最理想的健康，包含身體、情緒、社會、精神及智慧各層面的平衡。

廣義而言，健康行為包含疾病預防與健康促進兩部分，然疾病預防與健康促進在健康層次上是有所區分的，說明如下：

（一）疾病預防

指減少或去除生活中損害健康的危險因子或行為因素，因為疾病開始於某項危險因子，目的在阻止或降低疾病或特殊健康問題對個人的健康安適造成病理性的傷害，因此在健康態度上比較消極，屬於一種避免行為(avoidance behavior)，避免疾病的發生。

（二）健康促進

是積極建立良好且有益健康的行為。依世界衛生組織定義，健康促進是促使民眾增加控制健康或改善健康的能力，即在人們還很健康時，即設法創造並改變個人的行為與生活環境，目的在協助人們改變行為，並透過各種學習管道來提升自我健康的照護能力，且為了達到人們身體、心理、社會的幸福感，必須使個人或團體有能力改變或克服環境，使健康成為日常生活的資源。

雖然，健康促進和疾病預防是可以區分的，然而，實際上兩者可相輔相成而達到個人或群體之最佳狀態。健康的意義不只是「沒有疾病」而已，健康不能只有消極地維護，更要積極地促進。綜合上述，健康促進行為有助於人們從病痛之狀態，進而不斷提升至更佳的健康、幸福狀態。

二、健康的生活型態

健康的生活型態包含許多行為項目，健康促進行為是健康生活型態的要素，個人生活型態中的健康促進行為可視為正向的生活方式，引導個人體認其自身具有高度的健康潛能。台灣自 1995 年步入高齡化社會後，人口老化日趨嚴重，民眾生活型態改變、飲食西化，促使慢性病人口逐年上升，心血管疾病、糖尿病、腎臟疾病等均高居十大死因之列，因此，在年輕時代即建立起自我健康責任，養成健康的生活型態，已成首要之務。

(一) 與健康相關之行為

一般而言，個人採行與健康相關之行為，可分為：

1. 健康行為：充足睡眠、身心放鬆、對飲食提高警覺，如限制食量、控制體重、不過度勞累等。
2. 安全行為：繫安全帶及其他防護措施，常檢查各類狀況，備妥急救設備及緊急時電話號碼等。
3. 預防性健康照護：如健康檢查、口腔檢查等。
4. 避免環境中的危害：如避免空氣汙染、注意食物的安全和衛生、工作時注意防護設備等。
5. 避免有害物質：如不抽菸、不喝酒、不嚼檳榔及不濫用藥物等。

(二) 健康生活型態之內涵

生活型態的養成，並非一時半刻，但長期下來所養成的習慣導致的生活方式，卻是左右健康的關鍵。這種健康的生活型態，足以令人感到生活滿足或愉快，而非僅避免疾病的發生而已(Pender, 1987; 1996)。Walker、Sechrist 和 Pender(1987)將健康促進生活型態定義為：個人為達成維護或提升健康層次，以及自我實現和自我滿足的一種自發性多層面的行動與知覺，包括營養、運動與休閒、壓力處理、人際關係、健康責任及靈性成長，其內涵說明如下：

1. 營養：包含日常飲食型態、食物的選擇、用餐時間與習慣等。
2. 運動與休閒：指一個人平日是否從事運動與休閒的活動，如每週至少運動 3 次，每次 30~40 分鐘。
3. 壓力處理：包含能夠放鬆自己及抒解壓力等，如漸進式放鬆技巧、冥想靜坐、適當休息與睡眠，這些活動可以使各器官系統安定。
4. 人際關係：如能發展社會支持系統，如有親密的人際關係、與他人討論自己的問題、花時間與親密的朋友相處等。
5. 健康責任：人人應負起自身的保護責任、學習照顧自我，以維持個體的健康、預防疾病或恢復健康。包含能注意自己的健康、與專業人員共同討論保健相關問題、參與各項保健相關活動等。

6. 靈性成長：包含生活有目的、朝目標努力、對生命樂觀、有正向成長與改變的感覺等。

(三) 實行健康生活型態之建議

健康促進生活型態之內涵，除了一般較常見的飲食、營養、睡眠、菸酒的生活生理層面，更包含環境、人際、自我、靈性等心理、精神層面。如同前文對於「健康」的討論，「健康促進生活型態」也是全面、多元的，涵蓋了生、心理，以及人際、環境。汪秀婷(2010)針對實行健康促進生活型態實務提出以下建議：

1. 兼顧生理與心理：健康的涵義已不再像過去僅狹義的注重生理健康，心理健康對人的影響也很重要，甚至心理上的疾病亦有可能影響生理上的正常運作。
2. 連結個人與他人：人類是群居的動物，無法離開他人離群索居，學習如何與他人融洽相處、建立關係，更是個人「健康」與否的指標之一。了解自己，掌握自己的個性，了解人我差異，而能適當的調適人與人之間的差異，融洽的連結人我之間的關係。增進人際關係之可靠作法如以開放的心胸接納他人、樂於對他人伸出援手、能適應並處理人我差異等。
3. 協調自我與環境：人所處的環境千變萬化，個人身邊的環境也不斷在改變，環境的改變可能給個人帶來助益、支持，卻也有可能產生困擾、阻礙，如何了解自己，以求協調自我與環境，並能在環境的改變之後加以適應，是一很重要的課題。環境所指涉者，不只是有形的物質環境（如天氣、城鄉、建築等），更有無形的環境（如人際、氣氛、風俗、文化等）。適應環境的可行作法如培養開放的心胸態度、減少適應期帶來的不適、多方面接觸多元環境培養適應力等。
4. 培養良好生活習慣：良好生活習慣之培養，可以維持良好的生理健康，在良好生理健康的基礎下，更讓人有餘裕衝刺事業、照顧家庭、和諧人際，進而兼顧心理、人際、環境各方面的健全發展。
5. 拒絕不良習慣行為：現代人常見的不良習慣或行為，除了飲食失衡或作息紊亂，還有抽菸、酗酒甚至吸毒等積極性的戕害身體的行為，甚至會扭曲、影響個人的人格、精神，產生精神、心理疾病。可行作法如保持健康的生活習慣、避免出入複雜的場所、慎選友人、拒絕誘惑、勿抱持姑且嘗試之心態等。

第四節

Health and Life

影響健康因素



影響健康因素的研究始於對死因的探討。國內外的研究均發現生活型態對健康的影響最為重要。加拿大衛生福利部曾提出報告，指出影響人類健康的因素有遺傳、環境、醫療體制和生活型態等四種，其中「生活型態(life style)」取決於個人採行之行為，對健康影響最大(Laframboise, 1973)。1976年 Alan Dever 也依照這四個因素來分析美國 1974~1976 年間死亡原因的關係，結果發現：與個人的生活方式有關者最多數占 43%，進一步確認了「生活方式」與人類健康的密切關係。日本健康福利部門於 1996 年時也同樣提出：影響健康最重要的因素為生活型態，同時並指出成人的疾病(adult onset disease)開始於 40 歲左右，且都是生活型態所導致之疾病(lifestyle related disease)(Koyama, 2000)。

國內學者林瑞雄在 1992 年的統計中，指出影響國人健康的四大因素分別為：健康照護體系占 10%、人類生物學因素占 25%、環境因素占 19%、生活型態占 46% (圖 1-2)，分述如下：

(一) 環境因素(Environment)

指暴露在有害的環境下，如空氣汙染、水汙染、食物汙染、噪音、社會動盪、政治不安等。例如：高雄大寮的空氣汙染事件；大陸三聚氰胺毒奶事件；最近發生的過期原物料、問題醬油、毒澱粉等問題，均造成民眾健康上極大的危害與心靈上的恐慌。

(二) 人類生物學因素(Human Biology)

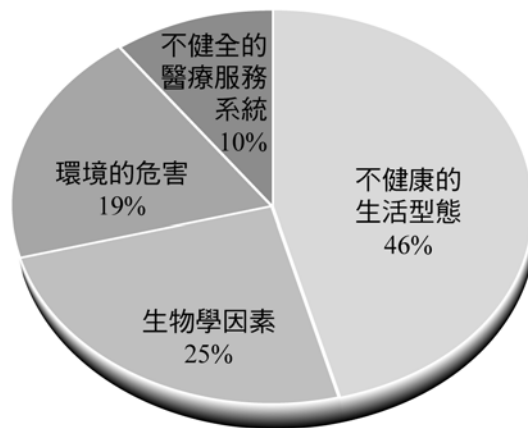
指人口學特徵、遺傳疾病、家族病史等。當個人有先天或遺傳性疾病時，即個人體質的差異（如血友病、蠶豆症等），均會影響個人健康狀況。

(三) 健康照護體系(Health Care System)

指健康醫療服務，如醫療保健機構的政策、醫療資源分配、醫護人員素質，以及民眾獲得醫療照護的便利與否等，均會影響健康狀況。

(四) 生活型態(Lifestyle)

指個人所採行與健康有關的行為，如抽菸、酗酒、缺乏運動、飲食不當及壓力等，對個人的健康造成最大的影響，也是導致疾病與死亡的主要原因。依衛生福利部（原行政院衛生署）近年的統計，台灣地區十大死因大多為慢性病，如心血管疾病、腦血管疾病、高血壓及糖尿病等，大多是因不健康的生活型態所形成。不健康的生活型態與許多慢性疾病有非常明確的關聯（表 1-1），因此，若能從日常生活中戒除不良習慣，逐步培養健康的生活型態，如規律運動、均衡飲食、壓力調適等，方能達到預防疾病、促進健康的目的。



✿ 圖 1-2 影響國人健康的四大因素

✿ 表 1-1 不健康的生活型態與慢性病的關聯

不健康的生活型態	相關慢性疾病
吸菸	癌症、肺氣腫、慢性阻塞性肺疾病、心臟病、高血壓、腦中風、骨質疏鬆
酗酒	肝癌、肝硬化、高血脂、高血壓、骨質疏鬆
嚼檳榔	口腔黏膜下纖維化症、口腔癌
缺乏運動	高血壓、心臟病、腦中風、糖尿病、骨質疏鬆
不良飲食習慣	慢性胃炎、胃潰瘍、腎臟病、高血脂、高血壓、心臟病、腦血管疾病、骨質疏鬆
長期熬夜	心臟病、免疫力降低、慢性肝病

第五節

Health and Life

國人的健康現況

由於社會經濟結構改變、生活水準提高及衛生保健的改善，台灣的主要死因已由 1952 年之急性、傳染性疾病為主，轉變為以惡性腫瘤、心血管等慢性病及事故傷害為主。

一、國人十大死因之變遷

(一) 十大死因順位

衛生福利部（原行政院衛生署）(2013)統計資料顯示：2012 年國人十大主要死因之死亡人數占總死亡人數的 76.7%，依序為：(1)惡性腫瘤；(2)心臟疾病（高血壓性疾病除外）；(3)腦血管疾病；(4)肺炎；(5)糖尿病；(6)事故傷害；(7)慢性下呼吸道疾病；(8)高血壓性疾病；(9)慢性肝病及肝硬化；(10)腎炎、腎病症候群及腎病變（圖 1-3）。惡性腫瘤自 1982 年起已連續 31 年高居國人死因首位，且其所占比率遠遠高於第 2 位的心臟疾病（高血壓性疾病除外）。

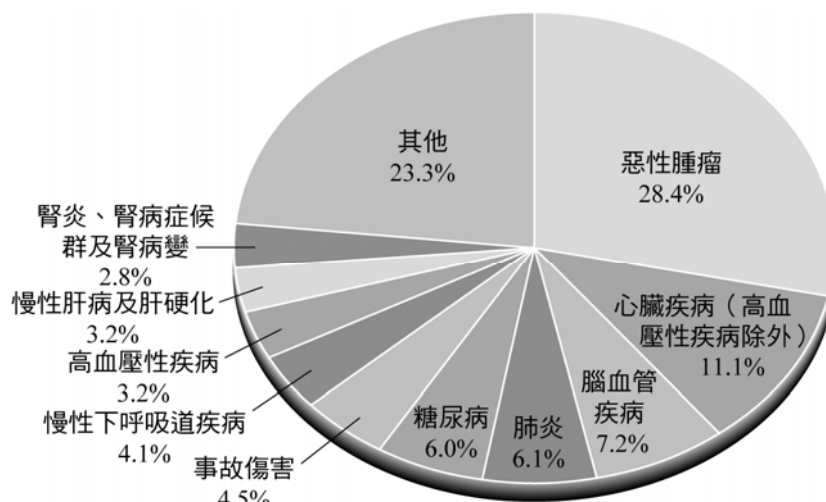


圖 1-3 2012 年十大主要死因

資料來源：衛生福利部（2013b，6 月 6 日）。101 年死因統計結果分析。2013 年 8 月 2 日取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2747

以 2012 年和 2001 年國人十大主要死因做比較，11 年來除自殺退出十大死因外，以事故傷害死亡率降幅最為明顯，順位下降者尚有腦血管疾病、慢性肝病及肝硬化與腎炎、腎病症候群及腎病變。順位上升者為心臟疾病（高血壓性疾病除外）、高血壓性疾病及慢性呼吸道疾病（圖 1-4）。

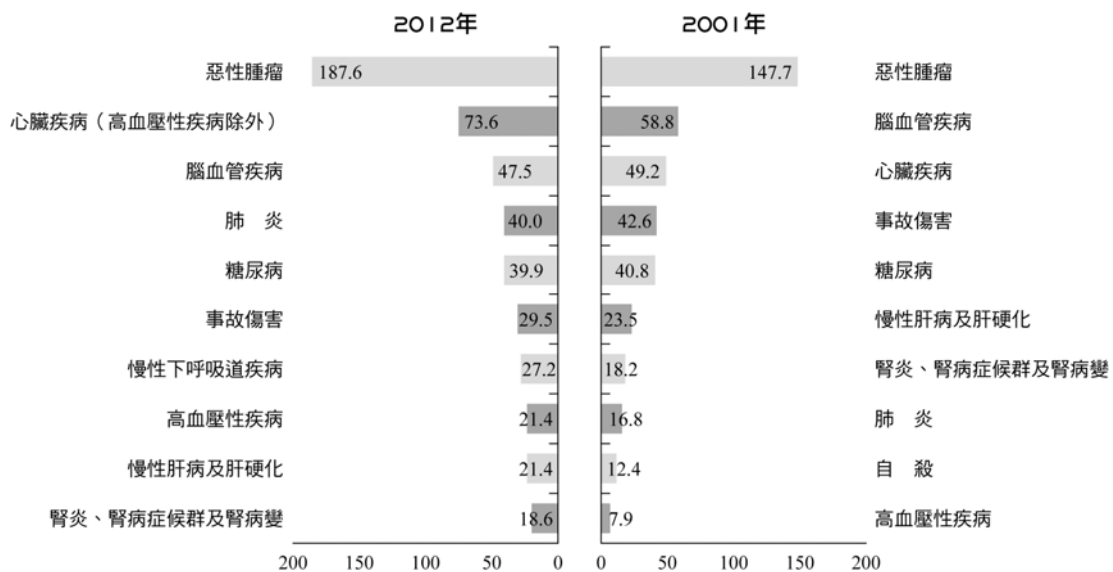


圖 1-4 2012、2001 年國人主要死因之比較

資料來源：衛生福利部（2013b，6 月 6 日）。101 年死因統計結果分析。2013 年 8 月 2 日取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2747

（二）十大死因之發生時鐘

根據衛生福利部(2013)統計分析顯示，國人主要死因發生時鐘逐年縮短，2012 年國內死亡人數為 15 萬 3,823 人，每天有 421 人死亡，平均每 3 分 25 秒就有一人死亡，較 2011 年縮短 2 秒，相較於 2010 年更是縮短了 44 秒。十大死因中，除了慢性肝病及肝硬化與腎炎、腎病症候群及腎病變外，死因發生時鐘都是持續縮短的（表 1-2）。

✿ 表 1-2 2001、2011、2012 年國人主要死因發生時鐘

	2012				2011				2001			
	每日 發生數	時	分	秒	每日 發生數	時	分	秒	每日 發生數	時	分	秒
所有死亡原因	421	0	3	25	417	0	3	27	347	0	4	9
急性腫瘤	120	0	12	2	117	0	12	21	90	0	15	56
肺 癌	24	1	1	13	23	1	1	32	18	1	20	11
肝和肝內膽管癌	22	1	4	46	22	1	5	31	18	1	21	56
結腸、直腸和肛門癌	14	1	42	26	13	1	46	48	9	2	32	2
女性乳房癌	5	4	34	54	5	4	43	48	3	7	3	32
口腔癌	7	3	24	50	7	3	33	24	4	5	36	55
胃 癌	7	3	40	17	6	3	49	43	7	3	34	53
心臟疾病	47	0	30	42	45	0	31	50	30	0	47	46
腦血管疾病	30	0	47	31	30	0	48	34	36	0	39	60
肺 炎	26	0	56	26	25	0	58	6	10	2	20	19
糖尿病	25	0	56	38	25	0	57	53	25	0	57	41
事故傷害	19	1	16	28	18	1	18	9	26	0	55	15
慢性下呼吸道疾病	17	1	23	5	16	1	27	50	14	1	41	53
慢性肝病及肝硬化	14	1	45	39	14	1	41	60	14	1	40	19
高血壓性疾病	14	1	45	25	13	1	53	30	5	4	57	37
腎炎、腎病症候群及腎病變	12	2	1	28	12	2	0	20	11	2	9	35
嬰 兒	2.4	10	11	10	2.3	10	31	44	43	5	37	8

資料來源：衛生福利部（2013b，6月6日）。101年死因統計結果分析。2013年8月2日取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2747

（三）十大死因性別之差異

在性別差異上，男女死因在排序上亦略有不同，詳見表 1-3。

* 表 1-3 2012 年男女性別死因排序

排 序	男 性	女 性
1	惡性腫瘤 (29.3%)	惡性腫瘤(27.0%)
2	心臟疾病 (高血壓性疾病除外) (11.0%)	心臟疾病 (高血壓性疾病除外) (11.3%)
3	腦血管疾病(6.9%)	糖尿病(7.7%)
4	肺炎(6.2%)	腦血管疾病(7.6%)
5	事故傷害(5.3%)	肺炎(5.9%)
6	慢性下呼吸道疾病(5.0%)	高血壓性疾病(4.1%)
7	糖尿病(4.9%)	腎炎、腎病症候群及腎病變(3.4%)
8	慢性肝病及肝硬化(3.8%)	事故傷害(3.2%)
9	高血壓性疾病(2.7%)	慢性下呼吸道疾病(2.7%)
10	自殺(2.6%)	敗血症(2.5%)

資料來源：衛生福利部 (2013b, 6 月 6 日). 101 年死因統計結果分析. 2013 年 8 月 2 日取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2747

(四) 十大死因年齡之差異

不同年齡層死因也有差異 (詳見表 1-4), 近年來, 事故傷害仍位居少年 (1~14 歲) 及青年人 (15~24 歲) 死亡的最大主因。以 15~24 歲族群為例, 2012 年青年死亡人數為 1,340 人, 前三大死因依序為: (1) 事故傷害(46.1%); (2) 自殺(14.6%); (3) 惡性腫瘤(11.6%); 合占青年死亡人數的 72.3%。事故傷害與自殺兩者約占 6 成。但隨著年齡增加, 惡性腫瘤與慢性疾病的危害越發明顯, 25 歲之後, 死因之首皆為惡性腫瘤。另外必須注意的是, 自殺雖已退出十大死因之外, 但是在 15~44 歲的族群, 自殺仍是第 2 名的死因。由此可見, 意外事故與自殺對於青壯年族群仍有深遠的影響, 不可輕忽。

表 1-4 2012 年國人各年齡層死因

年齡組 順位	< 1 歲	1~14 歲	15~24 歲	25~44 歲	45~64 歲	≥ 65 歲	總 計
1	先天性畸形、變形及染色體異常	事故傷害	事故傷害	惡性腫瘤	惡性腫瘤	惡性腫瘤	惡性腫瘤
2	源於周產期的呼吸性疾患	惡性腫瘤	蓄意自我傷害(自殺)	蓄意自我傷害(自殺)	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	心臟疾病(高血壓性疾病除外)
3	特發於周產期的感染	先天性畸形、變形及染色體異常	惡性腫瘤	事故傷害	慢性肝病及肝硬化	腦血管疾病	腦血管疾病
4	事故傷害	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	慢性肝病及肝硬化	事故傷害	肺炎	肺炎
5	嬰兒猝死症候群(SIDS)	肺炎	加害(他殺)	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	腦血管疾病	糖尿病	糖尿病
6	與妊娠長短及胎兒生長有關的疾患	加害(他殺)	腦血管疾病	腦血管疾病	糖尿病	慢性下呼吸道疾病	事故傷害
7	胎兒及新生兒出血及血液疾患	敗血症	骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	糖尿病	蓄意自我傷害(自殺)	高血壓性疾病	慢性下呼吸道疾病
8	母體因素及懷孕、分娩、生產之併發症所影響之胎兒及新生兒	腦血管疾病	肺炎	肺炎	肺炎、腎病症候群及腎病變	肺炎、腎病症候群及腎病變	高血壓性疾病
9	心臟疾病(高血壓性心臟病除外)	骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	先天性畸形、變形及染色體異常	骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	肺炎	敗血症	慢性肝病及肝硬化
10	肺炎	蓄意自我傷害(自殺)	人類免疫缺乏病毒(HIV)疾病	敗血症	高血壓性疾病	事故傷害	肺炎、腎病症候群及腎病變

資料來源：衛生福利部 (2013b, 6 月 6 日) · 101 年死因統計結果分析 · 2013 年 8 月 2 日取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312
&fod_list_no=2747

(五) 十大死因之特色

從十大死因之變遷可得知目前台灣常見的死因特色為：

1. 癌症、慢性病及傷害為主。
2. 多重病因互為因果。
3. 控制而非治癒疾病：許多慢性病在治療上均屬無法治癒之疾病，治療方式僅在於控制疾病，以防惡化和出現併發症，減少對生活品質與生命安全之危害。
4. 預防勝於治療之原則：無特殊防治之道，惟有執行健康的生活型態，如戒除有害習慣（如戒菸）、日常保持均衡飲食、適當運動、控制體重及優良生活環境的維護等，方能有效預防疾病。
5. 高危險群因人而異。

慢性病初期多發生在壯年、中年時期，往往被輕忽；隨著年齡漸長，病因慢慢累積。針對我國中老年人進行的健康調查發現：八成以上(88.7%)受訪者自述至少有一種經醫師診斷慢性病，五成(51.3%)自述至少有三種以上經醫師診斷慢性病（國民健康局，2007）。慢性病的致病原因，多和個人生活型態、健康行為（如吸菸、不良飲食習慣、缺少運動等）有關。目前我國的主要死因中，除意外事故與自殺外，不良生活習慣為其共同的危險因子，表 1-5 列出常見慢性疾病之致病因子。因此，年輕時即要做好自我健康管理，如健康飲食、規律運動、控制體重等，以預防及延緩慢性病的發生。

✿ 表 1-5 常見慢性病的致病（危險）因子

疾病名稱	致病（危險）因子
惡性腫瘤	吸菸、嚼食檳榔、不當飲食習慣、肥胖、遺傳、汙染等
心臟疾病	飲食、肥胖、缺乏運動、吸菸、喝酒、不正常飲食習慣（如過鹹、過油）、高血壓、糖尿病、高血脂、遺傳、家族史等
腦血管疾病（腦中風）	飲食、肥胖、缺乏運動、吸菸、喝酒、不正常飲食習慣（如過鹹、過油）、高血壓、糖尿病、高血脂、遺傳、家族史等

✿ 表 1-5 常見慢性病的致病（危險）因子（續）

疾病名稱	致病（危險）因子
糖尿病	不正常飲食習慣（攝取過多澱粉及糖）、肥胖、遺傳、缺乏運動、家族史等
慢性肝病及肝硬化	酗酒、不正常飲食習慣（攝取過多脂肪）、作息不正常、肝炎病毒、藥物等
腎炎、腎徵候群及腎性病變	感染、免疫異常、藥物、重金屬等
高血壓性疾病	飲食、肥胖、缺乏運動、吸菸、喝酒、不正常飲食習慣（如過鹹、過油）、糖尿病、高血脂、遺傳、家族史等

二、高齡時代來臨，健康是重要的個人資產

依據國人近年主要死因統計結果分析，有以下幾點重要發現：

（一）國人平均餘命持續增加

1994 年國人平均餘命為 74.5 歲，男性為 71.8 歲，女性為 77.7 歲；到了 2012 年國人平均餘命提升為 79.5 歲，男性為 76.2 歲，女性為 83.0 歲，國人平均餘命持續增加（衛生福利部，2013b）。國人平均餘命持續增長，全民健保之實施讓國人就醫可近性提升，若剔除年齡結構因素影響，發現健保實施後死亡率降幅明顯高於健保實施前，故可言，健保實施對國人零歲平均餘命之延長是有其貢獻。

（二）人口老化快速，醫療保健與長期照護負擔沉重，老年生活品質難確保

根據 2011 年國民醫療保健支出統計，2011 年全民健康保險對象中，50 歲以上人口數只約占總人口數的 30.6%，共使用了約 61.4% 的健保資源（衛生福利部，2013a）。從我國歷年人口結構觀察，高齡者（65 歲以上）比率逐年上升，幼年人口（0~14 歲）比率則因出生率下降而逐年降低，自 1993 年 9 月底，台灣 65 歲以上的老年人口為 1,485,200 人，占總人口之 7.09%，已達聯合國世界衛生組織所訂的高齡化社會(aging society)指標；邁入高齡化社會以來，65 歲以上老人所占比率持續攀升，2012 年底我國 65 歲以上人口共有 2,600,152 人，已占總

人口之 11.12%，老化指數為 76.2%，近 10 年間已增加 32.0 個百分點（內政部，2013）。我國人口老化快速已為世界之最，預期未來國民長期照護、醫療保健支出將會明顯增加。行政院經濟建設委員會(2008)推估在 2017 年時我國 65 歲以上老年人口將會達到 14%；並預估 2025 年時將到達 20.1%，也就是每 5 位台灣人中就有 1 位是老人，進入所謂的超高齡社會(super-aged society)（內政部，2008）。

醫療衛生、科技的進步，不僅延長人類壽命，也增進人口老化的速度，亦改變了疾病型態，使得罹患慢性病、失能而需他人照顧的老年人口大幅增加。2004 年世界衛生組織(WHO)推估人類長期照護之潛在需求為 7~9 年。而我國衛生福利部依據國人的平均壽命和疾病型態等變數推估，國人一生中的長期照護需求時段約為 7.3 年，男性平均需要長期照護的時間為 6.4 年；女生平均需要長期照顧的時間為 8.2 年。

此外，因出生率的逐年下降，婦女就業人口的增加，導致家庭結構的改變，使得傳統以家庭為核心來照顧老人的方式，正逐漸瓦解中；須獨立生活靠自己養老的老年人口比率，則是逐年增長。再者，65 歲以上老年人口之醫療保健支出占總醫療費用的比重，亦呈現持續增加的現象。內政部人口政策白皮書指出，到了 2051 年，每 1.5 個青壯年就必須扶養 1 個老人，這將造成社會極沉重的扶養負擔。在國人普遍生育率下降、慢性病比率升高之際，面對家中老人倘若無暇照顧，而將之送至長期照護服務機構，對家庭將是一項沉重的經濟負擔。隨著國人平均壽命延長，疾病型態轉變，現今社會身體與健康的支出消費將是大家必須共同面對的社會議題，健康保險與長期照護保險費率已成為熱門的公共議題，健康將是人生中重要的資產。

結語

健康的概念發展至今，不斷的擴充，「健康」二字之定義已全面、多元的包含身、心、人際、環境各層面之內涵。生活型態，則是以滿足個人生存基本需要，而進行個人行為與一連串事件交互作用的結果，不僅包括個人健康知識、態度和行為、社會價值觀，同時也是個人生活的信念和哲學觀。健康促進生活型態的建立來自於個人的選擇，這種做出正確抉擇的能力，是經由學習過程累積了足夠的知識和行動經驗才能具備的，個人健康促進生活型態之實施與踐

履，有賴於個人對於健康之正確概念的建立，以及對自己身、心、人際、環境多方面之認識與協調，最後才是對於健康促進行為之落實與持續，使之成為生活的一部分，而成為個人之生活習慣。隨著社會結構與生活的改變，使國人疾病型態已不同於以往，許多疾病不再是老年人的專利，年輕化和普遍化已成為一種趨勢。無論國內外的研究均發現：影響健康最重要的因素為生活型態，如吸菸、酗酒、缺乏運動、飲食不當及壓力等，對個人的健康造成最大的影響，也是導致疾病與死亡的主要原因。

在多元健康定義下所發展之健康促進生活型態，整合各方面之概念，發展出一種多元化、全人化之以健康為最終目的之生活方式，除了最基本生理上之保健，更應顧及心理、人際、環境的協調，除此之外，面對多變、多元之社會，也要能避免、拒絕養成諸如吸菸、喝酒、吸毒等不良習慣，逐步培養健康的生活型態，如規律運動、均衡飲食、壓力調適等。在年輕時即養成良好的生活習慣，負起健康責任，做好自我健康管理，方能達到預防疾病、促進健康的目的，成就幸福人生。



參考文獻

References

- 內政部(2008)．*人口政策白皮書*．2013年7月17日取自 <http://www.ris.gov.tw>
- 內政部(2013)．*102年第4週內政統計通報(101年底人口結構分析)*．2013年7月17日取自 http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=7121&page=1
- 李蘭(1991)．健康行為的概念與研究．*中華衛誌*，10(5)，199-207。
- 汪秀婷(2010)．*健康促進生活型態之理論與實務探究*．2013年7月17日取自 <http://society.nhu.edu.tw/e-j/90/4.htm>
- 林瑞雄(1992)．*國民健康調查之規劃與試驗*．台北市：行政院衛生署。
- 國民健康局(2007)．*中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查*．2013年7月17日取自 <http://www.bhp.doh.gov.tw>
- 黃松元(1993)．*健康促進與健康教育 - 健康促進的概念及其在健康教學上的應用*．台北市：師大書苑。
- 衛生署(2008)．*公共衛生年報*．台北市：行政院衛生署。