素養在健康教育教學上之實踐-
以身體意象與體重管理素養教學為例

摘要

本文論述國小、國中和高中（職）學校如何透過健康教育相關課程教學，以實踐學生素養與健康素養增進事務。全文分為四部分：第一部分，闡述素養與健康素養的重要性、定義與特性，以促對此二概念有深入與正確地認識。第二部分，探討學校在學生素養與健康素養教育實踐上的角色，以及應有作為，尤其是有關健康教育教學的革新。第三部分，依據我國十二年國民基本教育之國民中小學暨普通型高級中等學校健康與體育領域綱要草案，研擬一套以素養為導向的教學模組，提供現職中等學校健康教育與護理課程教師作為教學資源，期能藉此協助學生建立正向身體意象及提升體重管理素養。此教學模組具實用性，包含2單元、6節課、16項學習活動、5項技能和2項行為學習表現評量工具。最後，提出教師素養與健康素養教學專業知能增進之建議。

關鍵字：身體意象、素養、健康素養、健康教育教學、體重管理

壹、素養與健康素養之認識與解析

一、緣起與重要性

聯合國估計指出，在全球缺乏生活所需基本素養的人中， 15-24歲年輕人佔17%，總計約有一億三千兩百萬人 (EFA Global Monitoring Report Team, 2005)。再者，因關心一億一千多萬無法上學的孩童，聯合國在2003年提出素養世代(Literacy Decay)，呼籲世界各國能重視年輕族群的素養增進課題(United Nations, 2012)。

兒童與青少年健康素養與素養一樣，也有不足的現象。依據美國多項大規模國民素養調查，有超過三成的16-29歲年輕人是屬於低健康素養族群 (Kutner, Greenburg, Jin, & Paulson, 2006; National Center for Education Statistics, 2006; Rudd, Kirsch, & Yamamoto, 2004)。在臺灣，Chang (2011)一項有關六縣市1,601名高中、職學生的調查，發現近六成的健康素養是中、低程度（49%和10%）。另外，劉潔心、廖梨伶、施淑芳、張子超、紀雪雲（2014）以全臺162,609名國小六年級學童為對象進行的大規模調查發現，學童整體健康素養程度為74.9%，在認知、態度和技能三層面中，以認知層面的健康素養最低（69.3%）。綜合上述，臺灣的學生與美國年輕族群相同，均有健康素養低落問題。

個人健康素養與健康背景(health context)間的互動，會影響其健康結果(Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kindig, 2004) 。健康素養不足或過低明顯衝擊著青少年的健康，造成健康知識較差(Needham, Wiemann, Tortolero, & Chacko, 2010)、健康危害行為較多（劉潔心等，2014；DeWalt, &Hink, 2009； Lam, & Yang, 2014）、疾病照護能力較低(Fortenberry et al., 2001)等問題。相對地，健康素養高的年輕人，健康促進生活型態得分高(Chang, 2011)、易表現正向健康行為（劉潔心等，2014）、自覺健康狀態較好（劉潔心等，2014）、健康結果較佳(Cheng, Dreyer, & Jenkins, 2009)。綜言之，健康素養高低與青少年健康關係密切，已獲得許多實證研究的支持。

素養與健康素養是個人技能與社會需求的函數，也是個人能力與社會健康背景間的橋樑(Nielsen-Bohlman et al., 2004)。自二十世紀中葉後，隨著醫藥技術與科技媒體的蓬勃發展，全球多數國家的健康背景變得更複雜，生活在現代社會中的個體必須面對層出不窮的健康挑戰。因此，需要有更多和更好的個人能力，才足以發揮功能、順應社會需求。換言之，擁有充足素養與健康素養的個體，才有能力可有效地處理個人與親友的日常生活與健康相關事務，並能在整體生命歷程中享有正向健康結果(Johnson, 2002)。Kickbusch (2008)主張，二十一世紀健康社會的核心是健康素養與具備健康素養的人類。年齡尚輕的學生族群有獲得最佳健康水準的權利，教

育體系則有提供最適切指導的職責。因此，各層級學校需積極實踐年輕世代的素養與健康素養，以協助其健全發展與健康成長，並於未來成為社會的中堅。

二、定義與特性

（一）素養之定義與層面

素養或稱一般素養。 Speros(2005)主張，在古埃及和希臘時期，人類溝通方式由口語變為書寫，素養乃源起。依據美國的「國家素養法案」(National Literacy Act)，素養是「個人讀、寫與說英文，以及熟練地計算並解決問題的能力，以促其能在工作與社會上發揮功能、達成個人目標，並發展個人知識與潛能」(United States Government Publishing Office, 1991)。再者，聯合國教科文組織 (United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization, 2004)主張，「素養」是一種在不同背景之下，對印刷和書寫文句的認識、理解、詮釋、創造、溝通和計算的功能；它涉及讓人達到個人目標的一連串學習能力。另外，英美的牛津英語辭典、韋氏線上辭典與美國傳世字典，認為素養是指有讀與寫能力、對特定課題或領域具有知識的狀況與特質、受過教育、有教養 (American Heritage Dictionary of the English Language, 2012; Merriam-Webster, 2012; Oxford Dictionary, 2012)。在我國國家教育研究院的辭書中則將素養譯為一個人的讀寫能力、識字(張瀚文，2012)。綜合上述定義，素養一詞涵蓋讀、寫、說、算等基本能力，以及解決生活問題的應用性技能；當個人的素養佳，其知識與潛能便可充分發展，進而能完全地參與社區事務和融入大社會之中。

Lyman(1990) 進一步將素養區分為傳統性素養(conventional literacy)和功能性素養(functional literacy)兩類。傳統性素養是指讀、寫、算和辨識記憶的基本能力；功能性素養是指個人經營家庭與社會生活、從事經濟活動所需的基本技能。另外，Freebody與Luke(1990)則主張，素養包括基本/功能性素養 (basic/ functional literacy)、溝通/互動性素養 (communicative/ interactive literacy)與批判性素養 (critical literacy)等三層面。基本/功能性素養是基本的讀和寫技能，讓人在日常生活情境中能夠有效地發揮功能。互動性素養是較高層級的認知和素養技能，它讓人能主動地參與每日活動，從不同溝通管道中，擷取資訊，並瞭解其意義，以及應用新資訊來改變環境。批判性素養是最高層級的認知技能，與社會技能結合在一起，讓人能夠批判性地分析資訊，並應用新資訊，以對生活事件和情境有更好的掌控。另有學者關注人們能否在生活不同層面上發揮良好功能及解決個人生活中遇到的各類問題，進而梳理出不同層面的素養。加拿大教育研究資訊體系 (Canadian Education Research

Information System, 1999)強調，生活在現代社會中的成人，必須具備數量素養(quantitative literacy)、科學素養(scientific literacy)、技術素養(technological literacy)、文化素養(cultural literacy)、媒體素養(media literacy)與電腦素養(computer literacy)等六層面的素養，才能真正發揮功能。近年來，人們對生命和健康的關注度激增，學者建議應增加健康素養(health literacy)，成為第七層面的素養，並應將其納為各國衛生政策的核心要項(Jahan, 2000; Ziegler, 1998)。綜言之，素養對人類的發展和日常生活都相當重要；不論是從事活動、處理事務或是適應環境，都與素養有著密不可分的關係。再者，隨著時代進步和社會轉變，每個人在生命歷程中都會經歷多面向的活動和事務，故必須具備科學、文化、媒體、健康等多層面的素養。在面對健康相關事務、背景或情境時，亟需仰賴個人健康素養的發揮；為了妥善地處理和完成健康領域的各項活動和任務，以及解決和克服健康問題與挑戰，每個人都必須具備充足的健康素養。

（二）健康素養之定義與特性

健康素養一詞，國內公共衛生界稱之為健康識能或健康知能 (李守義、蔡慈儀、蔡憶文、郭耿南，2012；蔡慈儀、李守義、蔡憶文、郭耿南，2010；蘇哲能等，2008)。在世界各國中，美國對健康素養的探究居於先驅與翹楚地位。該國二十世紀中期的健康教育課程標準報告書中，健康素養即已出現(Simonds, 1974)。但直至「國家素養法案」頒佈，才漸受重視(Nutbeam, 2000; Speros, 2005)。不過僅經過短短十年，健康素養熱潮則開始席捲全球。世界衛生組織更將其列為全球優先事務，呼籲各國共同關注，並戮力提升人類健康素養(Wilson, 2003)。因此，健康素養變成現代醫療照護、健康促進和衛生教育政策與研究上的重要課題(Ormshaw, Paakkari, & Kannas, 2013)。

健康素養源於素養，且兩者至今均尚無統一定義。Sørensen 等(2012)的回顧指出，在已有的二十多種健康素養定義中，以世界衛生組織(World Health Organization〔WHO〕)、美國醫學會(American Medical Association〔AMA〕)與美國醫學研究院(Institute of Medicine〔IOM〕)等三衛生組織的界定較常被引用。除此之外，美國健康教育課程標準委員會(Joint Committee on National Health Education Standards)及多位學者的見解，也備受推崇。以下先摘述常見的健康素養定義，再剖析其特性。

教育與衛生組織陸續於1995至2004年間，針對健康素養提出其看法。美國健康教育課程標準委員會主張，健康素養是：「個人獲得、解釋與理解基本健康資訊和服務，以及應用這類基本健康資訊和服務在健康促進上的能力。」(Joint Committee

on National Health Education Standards, 1995) 相似地，世界衛生組織(WHO, 1998)稱健康素養是：「認知與社會技能，這些技能決定個人獲得、瞭解及運用資訊的動機與能力，藉此促進及維持良好的健康。」另外，美國醫學會(AMA, 1999)則將健康素養界定為：「一組技能，其合成的能力讓人可以執行在醫療照護環境有效運作所必備的基本閱讀及計算任務。」在二十一世紀初，美國國家醫學研究院健康素養委員會認為，「健康素養是個體獲得、處理和理解做適當健康決定所需之基本健康資訊與服務的能力」(Nielsen-Bohlman et al., 2004)。

在二十一世紀初期，歐美學者紛紛提出個人對健康素養的看法。Ratzan與Parker(2000)稱健康素養為「個體有能力獲取、處理和理解做適當健康決定所需的基本健康資訊和服務的程度」。Zarcadoolas、 Pleasant與Greer (2005)將健康素養界定為：「一種廣泛的技巧與能力，人們發展此能力以利尋求、理解、評價及使用健康資訊和概念，進行知情後選擇，減少健康的危險性及增加生活品質。」Kickbusch、 Wait、 Maag、 McGuire與Banks(2006)主張：「健康素養是在每日的生活情境中，如家裡、社區、職場、醫療照護體系、市場與政治舞臺，做出完善健康決策的能力。它是增進人們對自己健康掌控、尋求資訊和擔負責任的重要增能策略。」Rootman與Gordon-El-Bihbety(2008)指出，加拿大人對健康素養的定義為：「獲取、理解、評價和溝通資訊，以作為終其一生，在不同場域增進、維護和改善健康的一種方式。」Sørensen等(2012)指出，「健康素養與素養相連，承續人們獲取、理解、評價和應用健康資訊的知識、動機和能力，以便對日常生活中的醫療照護、疾病預防與健康促進相關事務作出判斷和決定，進而維持或改善其生命歷程的生活品質。」

綜合言之，健康素養有多種定義，但其共同點是：以素養和相關能力為基礎、指出涉及的行動，以及描述潛在的應用場域和目標。針對能力而言，包含一般素養的聽、說、讀、寫、算等基本能力，是個人與健康環境互動所需的能力 (Nielsen-Bohlman et al., 2004)。Sørensen等(2012)則依據文獻回顧，將能力歸納為兩類型：一般而廣泛的能力 (competencies/ abilities/ capacity)或技能(skills)；以及特定的能力，主要是認知和社會技能。另外，健康素養涉及的行動是指使用上述能力以尋求、獲得、理解、評價、溝通與使用健康資訊、服務和概念，或做出健康判斷和決策，或擔負健康責任。有關潛在的應用場域，有些定義偏重醫療照護環境，有些涵蓋醫療照護、疾病預防和健康促進等方面之事務，有些更擴及家裡、社區、職場等日常生活場域的所有健康相關情境。在目標方面，主要是增進、維護和改善健康或是生活品質。

值得進一步探討的是，健康素養相關的認知和社會技能，究竟是哪些特定而具體的能力？ Speros(2005) 主張，健康素養包含閱讀和計算技能、理解能力、應用健

康資訊並做出決定的能力，以及在醫療照護環境中，成功扮演消費者角色的能力等。相似地，Mancuso(2008) 認為應包含收集、分析和評價可靠而高品質健康資訊的能力、口語能力與社交能力等。Marks(2009)另針對Nutbeam 的三階層健康素養分別相關的實質能力提出看法，其中功能性健康素養包括閱讀、解析數量與指示，以及理解健康資訊的能力；互動性健康素養包括參與健康討論、依據資訊採取行動的能力；而批判性健康素養包括權衡科學事實、評價與衍生出競爭性替代物的能力。另外，在一項美國全體國民的健康素養大規模調查中，研究者採用任務導向評量工具，並依健康資訊的內容型式，將健康素養分為文本、文件檔案和數量等三面向。文本健康素養是有關個人搜尋、理解和使用由句子或段落組成之連續性健康文本的知識和技能；文件檔案健康素養是評量個人搜尋、理解和使用非連續性健康文本的各種資訊（包括表單、格式、地圖和表格）的知識和技能；數量素養是評量個人找出和運算印刷之健康素材中的數量的知識和能力。再者，此研究評量的個人健康素養具體技能主要有執行網路搜尋、閱讀健康預防小冊、計算醫藥劑量、理解和遵從口語或書面醫療指示等(Kutner et al., 2006)。

有些學者則針對特定健康背景和情境，詳細地剖析個人需擁有的健康素養實質技能。例如美國國家醫學研究院健康素養委員會分析發現，個人在醫療照護體系中的健康目標有：一、增進和保護健康，以及預防疾病；二、理解、解釋和分析健康資訊；三、應用健康資訊到各種不同的生活事件與情境；四、與醫療照護體系協商；五、面對醫療照護專業人員和工作者時，能主動參與；六、瞭解和簽署同意書；以及七、瞭解和倡導個人健康權利。為了達成這七項健康目標，個人需具有閱讀、理解、做決定、搜尋、判斷和應用健康資訊、倡導等能力。同樣針對醫療照護體系場域的情境，但Zahnd、Scaife與Francis(2009)對健康素養實質技能的看法則較為細瑣。例如為了認識臨床，需能瞭解處方箋的指示；為了預防疾病，需能確認某些症狀或某些疾病的特徵；在醫療照護體系瀏覽時，需能瞭解保險所提供的健康照護服務項目等。另外，Kickbusch (2008)針對在不同生活情境中，個人與健康資訊互動的實況，歸納出五類人們需具備的健康素養相關能力：一、基本健康知識及其應用的能力；二、在職場上做出健康與安全決定的能力；三、在醫療照護體系瀏覽，以及與醫護專業人員成為工作夥伴的能力；四、在選擇與使用健康產品和服務時，做出正確的消費決定與採取行動的能力；五、支持與倡導健康議題相關的公民認知權、病人資格權和公民行政權的能力。

綜合上述，健康素養的具體認知和社會技能，關乎個體能否在健康背景和情境中，有效地完成閱讀理解和應用交流兩方面的任務。閱讀理解的任務主要針對衛教素材、食品、藥品或其他健康產品的標示與說明、醫療與用藥指示等書寫性健康文本、表單和數量；應用交流的任務主要涉及健康資訊的倡導與傳播，以及醫病間有

關醫療照護決策的互動與溝通。除此之外，隨著時代進步與資訊科技的蓬勃發展，取得健康資訊管道和平台變得寬廣與多元。昔日主要由衛生或教育相關機構或是專業人員負責提供的健康資訊，日前在網路媒體上已是比比皆是。再加上，網路媒體普及度高，故逐漸成為民眾健康資訊主要來源。不過值得擔憂的是，出現在網路媒體相關平台的健康資訊不僅種類繁多，而且品質良莠不齊。因此，搜尋和取得可靠、正確的健康資訊，也變成另一類重要的具體健康素養相關能力。總之，具備健康素養相關認知和社會技能，可說是個人能否做出適當的健康決策，以及扮演優質健康消費者角色的關鍵。因此，增進國民健康素養已是刻不容緩的議題。

貳、校園中學生素養與健康素養之教育實踐

一、學校具備素養實踐之正向能量

青少年是教育的焦點對象，而學校是青少年受教的主要場所，故也是素養實踐的重要據點。同樣地，學校是青少年健康素養實踐的重要場域，而且學校確實適合擔負並有能力可以執行與擔當這項任務 (Kolbe, 2002, 2005; Nutbeam, 2000; Paakkari, & Paakkari, 2012; St. Leger, 2001)。因此，教育界人士宜採取積極行動，將學校創建為素養與健康素養友善的場所(Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013)。唯因健康素養是個人能力與社會需求的函數，亦是個人與健康背景間的橋樑 (Nielsen-Bohlman et al., 2004)。因此，在探討學校應如何透過素養與健康素養教育實踐，增強學生的能力前，需先瞭解處於青少年階段的中、小學生所面對的怎樣的健康背景與情境，以及有哪些健康問題或困擾？

現代青少年面對的健康背景與情境比往昔複雜，包括健康資訊、服務與產品的種類，以及取得管道與平台都快速成長（賴香如，2018）。再者，網路媒體、醫療機構、民間團體提供的健康資訊、服務和產品，適當性不佳的現象屢見不鮮(El-Ibiary & Youmans, 2007; King, Winton, & Adkins, 2003)。因此，必須增強青少年的健康素養，以利其順應周遭健康背景與情境的需求。有關青少年常見健康問題和困擾，可由近期世界衛生組織有關全球 109 個國家的衛生政策與青少年諮商等大量實證資料所做的回顧一窺究竟。世界衛生組織指出，2012 年全球共約 130 萬名 10-19 歲青少年死亡，而道路交通傷害、人類免疫缺乏病毒感染/愛滋病、自殺、下呼吸道感染和暴力為五大主因。再者，憂鬱、道路交通傷害、貧血、人類免疫缺乏病毒感染/愛滋病和自殺，則是導致全球青少年殘疾與失能等生命損失人年數最主要的五項原因(WHO, 2014)。除了青少年死亡和失能課題及原因值得關注外，吸菸、喝酒、藥物濫用、危險性行為、飲食不當、身體活動不足、暴力等健康危害行為的發

生與盛行，也是青少年健康上的另一類重大威脅(Heron, 2016; WHO, 2014)。由此可知，現代青少年最優先的健康任務，應是避免產生可能危害健康的行為，實踐可保護和增進健康的行為，並負起和做好自我健康管理。

學校應如何推展素養與健康素養教育實踐計畫？Irvin、Meltzer與Dukes (2007)認為，學校領導人應將素養視為教育的責任，並進行有效管理與引導，如此才能在校園內落實學生素養改善工作。Irvin等更進一步指出，各校領導人宜透過三步驟與五行動來執行素養增進介入。三步驟依序為：制訂校本素養願景並進行溝通、採取素養介入行動，以及創建與永續發展支持素養的學校環境。五行動為：實行素養介入行動計畫、支持教師改善教學、依據資料做出決定、建立領導能力，以及分配資源。另外，強調學校領導人需整合全校教師的力量，敦促各科教師主動參與和通力合作，以便將素養與所有課程的學習相互結合，如此才能真正落實素養介入行動計畫並提高成效。

針對健康素養實踐介入而言，Wharf Higgins、Begoray 與MacDonald (2009)的青少年健康素養社會生態模式，具有實務的功能，可作為學校的行動指引。Wharf Higgins等建議，學校應將焦點置於會影響青少年健康素養發展的微觀、中間與宏觀等三類背景因素的動態交互作用上，並從課程與非課程兩部分著手推展。課程部分主要是健康教育相關課程的教學、作業、活動與考試等；非課程部分是指同儕和學校因素，如同儕規範與行為、學校安全性等環境與政策狀況。

綜合上述，學校在素養與健康素養教育實踐上扮演著最佳角色，且擁有充裕的正向能量。實際推動時，應以課程與教學的革新與研發為主，再輔以校本素養政策與環境的創建。總之，學校如能採整體生態模式，透過政策、教學、環境與風氣等範疇的營造，將能成功地增強學生的健康素養(Kickbusch et al., 2013 ; Marks, & Wharf Higgins, 2012; Wharf Higgins et al., 2009)。

二、健康教育課程與學生健康素養

健康教育課程是青少年學習健康相關事務最主要來源 (Brown, Teufel, & Birch 2007)；也提供改善健康素養一個重要途徑(Deaton, 2002)。換言之，在中、小學的各類科目中，健康教育可說是學生學習與發展健康素養最適切的核心課程。雖然國內、外中、小學健康教育教學的最終目標是健康行為，但健康教育教學的直接成果是健康素養 (Nutbeam, 2008; Paakkari et al., 2012)，而且健康素養對健康行為深具影響力 (Deaton, 2002; Joint Committee on National Health Education Standards, 2007)。因此，為了建立學生正向健康行為，必須先提升其健康素養。國小、國中和高中職等層級學校的健康教育課程，應以提升健康素養為焦點目標，提供學生更多學習的

機會。最終，隨著健康教育教學成效的彰顯，這群身心狀況發展中的學生，才能具備充足健康素養，並在其生命歷程中採行與維持健康行為，以及健康促進生活型態。

中、小學健康教育課程與教學應如何改革，才有助於提升學生的健康素養？因建立健康素養是1995年和 2007年頒定之初版與再版美國健康教育課程標準的總目標，故其主張可作為借鏡。為了增進學生健康素養，該課程委員會認為現代化而先進的健康教育課程應著重於推展四類事務：1.提供功能性健康資訊（必要核心概念）；2.形塑支持健康行為的個人價值與信念；3.發展賦予健康生活型態高價值的團體規範；4.發展採用、實踐和維持健康促進行為所需的必要健康技能。更進一步指出，健康教育教學需從發展健康知識與健康技能兩方面著手。一方面，讓學生獲得健康促進與疾病預防最基本的知識和核心概念，以利其解析、評斷和批判健康產品和服務相關資訊。另一方面，協助學生學習和演練做出正確健康決定與處理重要健康事務所需的技能(Joint Committee on National Health Education Standards, 1995, 2007)。綜言之，該委員會強調健康教育教學宜由資訊本位轉為技能本位，教授功能性知識，而非深奧、難懂或日常生活中用不到的知識，以利直接讓學生有能力，可做出正確的健康決定。另外，在選取核心概念時，宜定焦於重要的教學內容範圍、根據學生已知和想知的、與同年級其他領域課程統整、與跨年級課程相連結、找出對健康促進與疾病預防確有必要性的功能性知識等(Telljohann, Symons, Pateman, & Seabert, 2016)。

透過健康教育教學欲培養中、小學生哪些具體的健康素養相關技能，是另一值得深入探討的議題。多數學生處於青少年階段，生理、心理和社會發展都未臻成熟，而生活中面對的健康背景、課題和任務也與成人不同。因此，需具備獨特的健康素養認知和社會技能，才能妥善地處理與解決生活中的所有健康事務或問題。依現行美國健康教育課程標準，一至十二年級學生需建立影響分析、資訊評估、做決定、目標設定、自我管理、人際溝通與倡導等七項健康素養相關技能 (Joint Committee on National Health Education Standards, 2007) 。國內學者劉婉柔(2013)主張，除上述七項技能外，需再加上問題解決一項，亦即國中學生需具備八項健康素養相關技能。在我國2019年將實施的十二年國民基本教育，健康與體育課程綱要草案中，則揭示應建立中、小學生的健康技能和生活技能（國家教育研究院，2016）。換言之，期盼透過未來將推動的中小學健康教育教學，促使學生逐步具備世界衛生組織所提倡的溝通與人際互動、作決定與批判思考，以及因應與自我管理等三類健康生活技能。溝通與人際互動的具體能力有人際溝通、協商/拒絕、同理心、合作與團隊作業、倡導；作決定與批判思考的具體能力有做決策（含解決問題）和批判思考；因應與自我管理的具體能力有自信、自我控制、負責任和有擔當、情緒調適和抗壓(WHO, 2003)。雖然三類健康生活技能的範圍與種類均較美國健康教育課程標準委員會的

七項健康素養相關技能更為廣泛和多元；但兩機構有關年輕人需具備能力的觀點頗相似，且前者主張的能力種類涵蓋後者（賴香如，2018）。因此，未來我國十二年國民基本教育的中、小學健康教育教學，宜先培育兩機構均述及的七項健康素養相關技能；然後再培育三類健康生活技能中的其餘技能。

改善學生健康素養之目標能否達成，端賴學校健康教育課程的有效性而定。美國疾病管制局歸納指出，有效的健康教育具有下列特性： 1.以特定行為結果為焦點；2.以研究為基礎和有理論的引導；3. 指出支持健康促進行為的個人價值和團體規範；4.著重於提高個人對從事特定健康危害行為之危險和傷害的知覺，並且強化保護因子；5.指出社會壓力及其影響；6.建立個人和社會能力；7.提供有助於健康促進決定和行為的基礎、正確和直接的功能性健康知識 ；8.採用有助於資訊個別化和激勵學生參與的策略；9.提供適合年齡和發展階段的資訊、學習策略、教學方法和教材；10.整合具文化包容性的學習策略、教學方法和教材；11.提供適當的教學和學習時間；12.提供強化技能和正向健康行為的機會；13.提供與其他有影響力人士連結的機會；包含教師專業發展和訓練的資訊和計畫等(CDC, 2016)。因此，未來以健康素養實踐為導向的創新性健康教育教學，應奠基於青少年健康相關實證研究的發現，應用行為科學理論，聚焦於健康行為的決定性因素，建立與發展學生之健康促進與疾病預防功能性知識和健康生活技能。另一方面，健康教育教師需增進本身之健康素養教學專業知能，以為成功設計並執行健康素養導向教學做好準備。

針對健康教育教學之單元設計、教學法使用、教材選擇和授課時間等實務面向，學者也提出許多可行建議。如每個健康教育教學單元都應以健康素養相關技能為中心，而將核心概念作為學習和練習技能的背景與基礎(Benham-Deal & Hodges, n.d.) ；技能的學習重視情境演練，故宜採學生為中心、主動參與式教學法，包括小組討論、腦力激盪、示範與演練、角色扮演、小組活動、合作學習、同儕引導活動、遊戲、個案研究、說故事、辯論、技能練習、視聽媒體、抉擇圖、問題樹、問題解決等，提供學習者互動性和經驗性的學習經驗(Aldinger, & Whitman, 2005; Marks, 2012)；教師應選擇強調核心概念和技能的教材，並提供充足的課程時間(Hubbard, & Rainey, 2007) 。

綜合上述，增進學生健康素養應為現代中、小學健康教育課程與教學的主要目標。唯有透過精心研發與成功執行的創新、健康素養導向健康教育教學歷程，才能協助學生學習健康促進與疾病預防相關的功能性知識，建立影響分析、資訊評估、做決定、目標設定、自我管理、人際溝通與倡導等七項健康素養相關能力，以及溝通與人際互動、作決定與批判思考、因應與自我管理等三類健康生活技能。最終，年輕人將能直接地應用習得的知識和技能，做出正確的健康抉擇與行動。

參、身體意象與體重管理素養教學

一、設計理念

依據部頒十二年國民基本教育總綱，未來我國三個教育階段和五個學習階段均需朝著培養自主行動、溝通互動、社會參與等三面向之九項核心素養而努力（教育部，2014）。再者，健康與體育領域課程的九項目標之首，即是培養學生具備健康生活與體育運動的知識、態度與技能，增進健康與體育的素養（國家教育研究院，2016）。由此可知，未來國內一至十二年級學生的健康教育教學應以素養為導向，並兼顧認知、情意、技能與行為等四類學習表現，以及「生長、發展與體適能」、「安全生活與運動防護」、「群體健康與運動參與」、「個人衛生與性教育」、「人、食物與健康消費」、「身心健康與疾病預防」、「挑戰型運動」、「挑戰型運動」和「表現型運動」九主題的學習內容。唯在四類16次項目的學習表現中，健康教育教學宜以「健康知識」、「技能概念」、「健康覺察」、「正向態度」、「健康技能」、「生活技能」、「自我管理」、「倡議宣導」等8次項目為主要焦點。另在九主題30次項目的學習內容中，健康教育教學的焦點宜為「生長、發育、老化與死亡」、「個人衛生與保健」、「性教育」、「人與食物」、「消費者健康」、「安全教育與急救」、「藥物教育」、「健康心理」、「健康環境」與「健康促進與疾病預防」等10次項目。

青少年的生理、心理和社會等層面發展均快速進行，而且各層面相互關連，彼此影響。近年來，全球兒童與青少年肥胖比率升高。世界衛生組織指出，約有1.7億年齡小於18歲兒童為體重過重，且體重過重盛行率在低中等收入國家增加最快(WHO, 2012)。依據我國教育部學生健康檢查資料統計結果，2013年國小學童過重及肥胖比率為30.4%，國中生過重及肥胖比率為29.8%，且我國兒童肥胖比率為亞洲之冠（衛生福利部國民健康署，2018）。另一項針對7 -12 年級學生的調查發現，10 -12 年級學生過重及肥胖盛行率高於7-9 年級學生（Liou, Huang, & Chou, 2009）。由此可知，在臺灣約每三名中、小學生中，就有一人的體重超過正常範圍。另一方面，現今人類的發展較佳，約在國小中、高年級進入青春期。伴隨著身高與體重的成長，身體意象逐漸增強，接受自己的身體和容貌成為青少年時期的主要發展任務之一(Havighurst, 1972)。在年齡約10-14歲的青少年前期，對身體意象關注度激增，個體相當專注於自我身型，對自己的外表及其吸引力有著不確定感，會經常性地拿自己的身體與同儕比較。到了15-17歲左右的青少年中期，個體雖可能會因青春期的身體變化趨於穩定，漸漸地能接受自己的身體，但仍會花費時間和精力於讓自己更迷人，或是更符合社會的美麗與帥氣的標準。另值得關注的是，不僅是體重過重

或肥胖者不滿意自己的身體，即使是體重正常或過輕者，也可能有身體意象不滿意的情況。對自己的身體感到不滿意不僅是體型與外貌上的一項困擾，也容易衍生出負向身體意象和身體意象混淆的心理問題，以及產生拒食、跳餐、厭食、濫用減肥藥物等不健康的節制飲食與體重管理行為（林宜親，2000；Heywood, & McCabe, 2006; Zullig, Ubbes, Pyle, & Valoi, 2006）。因此，建立正向身體意象，以及培養健康的飲食與體重管理行為，對青少年學生生理和心理的健全發展都相當重要。因此，根據十二年國民基本教育之國民中小學暨普通型高級中等學校健康與體育領域綱要草案，研擬一套以健康素養為導向的健康教育教學模組，提供現職教師參酌，期能藉此讓更多青少年學生建立正向身體意象，並於生活中採行健康的飲食行為，以及做好自我體重管理。

依循美國疾病管制局揭示之「以特定行為結果為焦點」與「有理論的引導」等兩項有效健康教育特性(CDC, 2016)。本教學模組設定執行體重管理的飲食守則作為焦點行為結果。具體的行為目標是期透過教學歷程，促使學生能採行有利於個人健康成長發展與維持健康體位的正確飲食行為，包括每日三餐正常，避免跳餐、暴飲暴食、斷食或使用有風險的減重方式，減少高油食物和含糖飲料，以及養成細嚼慢嚥的習慣等。再者，選定計畫行為理論(Theory of Planned Behavior)為課程發展與教學設計之理論基礎。依據Ajzen (1991)的主張，個體的行為態度、主觀規範和自覺行為控制是行為意向和行為的決定性因素。因此，教學模組的各項學習活動聚焦於上述三類因素，並努力做到：1.鼓勵學生珍視健康行為的價值；2.協助學生將健康行為與期待的結果相連結；3.協助學生瞭解親友對其採行健康行為的期待；4.增加遵從親友期許的動機；5.提供機會讓學生預期需做出健康決定的情境；6.發展知識、技能和支持，以增進學生表現健康行為的自信心(Telljohann et al., 2016, P.51) 。另外，試著掌握美國健康教育課程標準揭示的下列原則：1.提供學生練習技能，以及將理解到的轉化成健康行為的機會與足夠時間。2.妥善應用科技，以提高學生的學習成效，並從事有意義的合作。3.將課程設計、教學實務與學習評量相連結。4.兼重形成與總結兩類評鑑，並採多樣的評量型式，以評估學習表現(Joint Committee on National Health Education Standards, 2007)。

二、學習表現與學習內容

本教學模組之名稱為「我的體型，我做主」，其學習表現、學習內容、學習活動與學習評量統整如表一，以下分別說明之。

遵循十二年國民基本教育健康與體育領域綱要（草案），本教學模組之學習重點涵蓋學習表現與學習內容兩向度。在學習表現向度上，包含知識、技能與行為等

三類，並以「健康知識」、「技能概念」、「健康技能」、「生活技能」、「自我管理」和「倡議宣導」等 6 次項目為焦點。以下分三部分呈現，第一部分合併「健康知識」和「技能概念」為核心知識與概念；第二部分合併「健康技能」和「生活技能」為健康生活技能，並著重於影響分析、資訊評估、人際溝通、做決定和設定目標等五項健康素養相關技能的發展。最後，則分別呈現行為類的「自我管理」和「倡議宣導」兩次項目。

（一）核心知識與概念

1. 描述青春期體型變化的特色。
2.分辨正向和負向的身體意象，並陳述正向身體意象的重要性。
3.描述常見飲食失調的徵兆、症狀和後果。
4.解釋身體質量指數（BMI）的意義與用途，並陳述維持健康體位的重要性。
5.分辨健康和有風險的體重管理飲食行為，並描述有風險的減重方式可能造成的不良後果。

（二）健康生活技能

以下分別列出影響分析、資訊評估、人際溝通、做決定和設定目標等五項技能的預期學習表現：

1.影響分析

(1)分析個人身體意象對飲食行為與體重管理方式抉擇的影響。
(2) 分析媒體資訊對個人身體意象的影響。
(3) 分析家人和同儕對個人身體意象的影響。

2.資訊評估

(1) 評估身體意象相關媒體資訊的合理性、正確性和可靠性。
(2)有獲取正確的體重管理相關資訊、產品和服務的能力。

3.人際溝通

(1) 能與親友溝通建立正向身體意象的重要性。
(2)能與同儕溝通，並展示有效的健康體重管理飲食行為。

4.做決定

(1) 預測並描述健康與有風險體重管理抉擇的可能結果，並能做出正確抉擇。

(2) 做出正確的體重管理飲食行為抉擇。

5. 設定目標

(1) 設定一項實際且可行的體重管理飲食行為目標。

(2) 找出個人執行體重管理飲食行為時，可能遭遇的障礙，並發展克服的方法。

（三）行為

1.自我管理

(1) 承諾採行健康的體重管理飲食行為。

(2) 執行並監控自我的體重管理飲食行為。

2.倡議宣導

(1)說服和支持他人建立正向身體意象。

(2)說服和支持他人實踐健康的體重管理飲食行為。

(3)與他人合作，倡導在家裡、學校或社區採行健康的體重管理飲食行為。

在教學內容上，以「健康心理」和「人與食物」兩次項目為主，而「生長、發育、老化與死亡」次項目為副。具體的學習內容要點包括青春期生長發育特性、身體意象、飲食失調、身體意象的外在影響因素（如媒體資訊、家人和朋友觀點）、身體質量指數、健康體位、健康與有風險的體重管理方式、正確的體重管理飲食行為守則，以及上述五項健康生活技能的相關概念和執行步驟。

三、學習活動與學習評量

（一）學習活動

1.活動名稱與時間

「我的體型，我做主」教學模組包含「體型作戰實境秀」和「健康體位保衛戰」兩單元，每單元各三節課，合計六節課、16項學習活動。每節課含2-3項主要活動，其實施時間以40分鐘為原則，其餘課堂時間則可用在引發動機和綜合活動上。以下

依節次順序簡要說明各項活動：

第一節課為「體型魔鏡傳說」，有下列三項活動：

(1)「體型魔鏡現形記」活動- 透過分享自己的體重與身高變化經驗，以及對體型與外貌的看法，以瞭解身體意象的意義。

(2)「體型魔鏡大扭轉」活動- 採簡易身型圖進行身體意象調查與解釋結果，以協助學生認識個人的身體意象，並能分辨正向與負向的身體意象。

(3)「魔鏡扭轉之惡果」活動- 依據身體意象與體重控制行為兩項調查結果，探討與分析負向身體意象可能對自己的飲食與體重控制行為造成的不利影響，並認識常見飲食失調的症狀和後果，進而體認建立正向身體意象的重要性。

第二節課為「體型魔鏡原創」， 有下列兩項活動：

(1)「媒體資訊之神力」活動- 利用偶像明星或模特兒的照片進行小組討論，以瞭解現代媒體資訊所產製的審美觀，並探討其對國人身體意象的影響。

(2)「解讀媒體資訊」活動- 透過小組活動，學習並應用資訊評估技能，以辨識媒體美帥相關資訊的可靠性，並建立正確的媒體閱聽習慣。

第三節課為「體型魔鏡再造」， 有下列三項活動：

(1)「親友體型魔鏡反射」活動- 採說故事方式，讓學生分享家人或朋友對個人體型與外貌的看法及其影響。

(2)「正向體型觀，贊」活動- 透過角色扮演方式，演練人際溝通的技能，並體認建立正向身體意象對青少年健全發展的重要性，以及形塑正向身體意象的同儕規範。

(3)「正向體型派對」活動- 透過小組活動方式，學習倡議宣導行為，在與他人互動時，能明確陳述自己的立場，並說服和支持他人建立正向身體意象。

第四節課為「健康體位偵察站」， 有下列三項活動：

(1)「BMI 與健康體位」活動- 先應用個人最近一次的身高與體重測量數值，示範與演算個人身體質量指數，再呈現行政院衛生署的兒童及青少年生長身體質量指數建議值，以促瞭解健康體位概念。

(2)「減重方式大會審」活動- 透過小組討論，分析各類減重方式的優、劣點，分辨健康的和有風險的減重方式，並瞭解採斷食、濫用減肥藥物或瀉劑等減重方式，可能造成的不良後果。

(3)「體重管理資訊處」活動- 學習和演練資訊評估技能，針對多項體重管理資訊、產品或服務，進行分析與評斷其正確性，進一步展現有獲取正確資訊的能力。

第五節課為「健康體位任務行」， 有下列三項活動：

(1)「體重交叉路口」活動- 透過繪製抉擇圖與小組活動，預測與描述不同體重管理飲食行為抉擇的可能後果，並做出正確選擇，以學習做決定技能。

(2)「健康體位標靶」活動- 透過問題樹與技能練習策略，以促學生能依據自己的體位狀況，擬定合適的體重管理飲食行為目標，並找出執行上的障礙與克服策略，學習目標設定技能。

(3)「健康體位大步走」活動- 解說「體重管理行為檢核表」，並透過小組活動，促學生簽署「體重管理契約」，宣示並承諾確實執行與監控個人的健康體重管理飲食行為。

第六節課為「健康體位宣導團」，有下列兩項活動：

(1)「健康體位行家」活動- 採說故事方式，讓學生分享自己成功執行體重管理飲食行為的經驗，並練習人際溝通技能。

(2)「健康體位行動」活動- 透過小組活動，共同倡導並擬定在家中或學校實行健康體重管理飲食行為之行動計畫。

2.教學策略與媒材應用

本教學模組主要使用學生主動參與的教學策略，而講述為輔，以讓學生獲得豐富的互動性學習經驗，並易於在現實生活中轉移。教學策略有技能練習、示範演練、小組討論、小組活動、角色扮演、說故事、抉擇圖、問題樹、腦力激盪和講述。

在教具與媒材應用上，除了運用國內校園中普及的電腦及PPT之外，還加上學生易觸及的媒體報導或網路資訊和圖片。另外，參考相關研究(Kann et al., 2016)與教育資料(Rocky Mountain Center for Health Promotion and Education〔RMC〕, 2017)，編制「體重控制與飲食行為現況調查」（附錄一）和「體重管理行為檢核表」（附錄二），以及「魔鏡扭轉之惡果」、「身體意象媒體資訊判讀」、「體重管理資訊和服務」、「體重管理抉擇圖」、「體重管理目標與挑戰」五份學習單，作為五項健康生活技能步驟演練的指引。

（二）學習評量

學習評量兼顧形成性與總結性，於每單元最後一節課（第 3 和 6 節）進行總結性評量，其餘 4 節課進行形成性評量。因學習活動是以技能為中心，而核心概念僅作為學習和演練技能的背景與基礎。因此，採用學習表現型式的評量方法(Joint Committee on National Health Education Standards, 2007)。在形成性評量上，以上述五份學習單為工具，針對學生在小組活動過程中，是否能確實做到每項技能的正確步驟。影響分析技能的五步驟為：分析情境、找出內在與外在影響因素、分析正向與負向影響、選擇正向影響與對抗負向影響，以及做出回應。資訊分析技能的六步驟為：

確認問題所在、找出資源、分析有效性、分析可信度、決定答案、針對答案做出回應。做決定技能的五步驟為：確認需做什麼決定、透過腦力激盪， 找出各種選擇、針對每種選擇，預測可能的正面和負面結果、做出決定，並遵行、針對決定做出回應。目標設定技能的三步驟為：定一個實際可行的目標、定行動計畫，並找出可能的障礙和克服的方法、第三步回應(RMC, 2017)。另外，因考量評量規準(rubrics)可將教、學與評鑑統整起來，故參考美國健康教育課程標準分析規準(RMC, 2017)，編制「正向身體意象宣導」和「健康體位宣導」兩份評量規準（附錄三、四），從立場、支持性、觀眾覺察與說服力等四部分，對學生的倡議宣導行為進行總結性評量。

肆、結語

增進孩童與青少年等年輕族群的素養和健康素養是本世紀全球的重要與核心課題。教育機構在此目標的達成上扮演著關鍵性角色，唯有中小學各層級學校積極地規畫與推動素養與健康素養教育實踐計畫，才能奠下穩定根基，並獲得豐碩成果。另一方面，臺灣社會隨著國民平均壽命延長，人口老化趨勢明顯，再加上每年出生人口數銳減，青少年學生在未來成為國家棟梁時，將需擔負更重大的社會責任。因此，學生需具備充足的素養和健康素養，如此在其成人階段才有良好能力與健康身體，可戮力於全國民眾的福祉。

日前正值我國以素養為導向的十二年國民基本教育即將全面開展之際，教育界人士在面對此重大創新性變革，必須與時俱進，關注學生的素養與健康素養教育實踐，並投入心力。對健康教育相關課程教師而言，一方面可在校園中形塑健康素養教學是學生全人發展與健康所必備的風氣與氛圍，另一方面，則需摒除往昔消極、被動地配合教育政策改革的心態，從現在起主動積極地充實個人的健康素養教學專業知能。在實際作為上，為了讓自己擁有可規畫符合學生發展階段、技能本位素養教學計畫的能力(Mark et al., 2012)，並成為能導引學生理解健康概念與表現健康技能的優質健康素養教學提供者，除了盡量爭取和參與中小學教師健康素養教學研習或工作坊機會之外；也可調整時間安排，以便修習健康素養相關課程(Lai, Wu, Lee, & Jhang, 2018)；或是採自學方式，以促本身能更深入地瞭解素養與健康素養概念、理論基礎、相關模式與教學實務，以及青少年發展與健康相關研究之實證性資訊。

表一 「我的體型，我做主」教學模組之學習目標、內容 活動與評量統整表

單元名稱	課堂名稱	學習目標	學習內容要點	學習活動			學習評量	
				活動名稱與時間	教學策略	教具與媒材	種類/方式	工具
體型作戰實境秀	體型魔鏡傳說	1.描述青春期體型變化的特色。 2.分辨正向和負向的身體意象。 3. 分析身體意象對個人飲食行為與體重管理方式抉擇的影響，並陳述正向身體意象的重要性。 4.描述常見飲食失調的徵兆、症狀和後果。	1.青少年期的生長發育特性 2.身體意象 3.身體意象與體重控制的關係 4.影響分析技能 5.飲食失調	1.「體型魔鏡現形記」，8 分鐘 2.「體型魔鏡大扭轉」，12 分鐘 3.「魔鏡扭轉之惡果」，20 分鐘	1.說故事 2.調查與解說 3.技能練習與講述	1.簡易男性與女性身型圖 2.「體重控制與飲食現況調查表」 3.紙片人圖片與相關報導 4.「魔鏡扭轉之惡果」學習單	採學習單進行影響分析技能之形成性評量	「魔鏡扭轉之惡果」學習單
	體型魔鏡原創	1. 分析媒體資訊對個人身體意象的影響。 2.分析身體意象相關媒體資訊的合理性、正確性和可靠性。	1. 媒體資訊與身體意象的關係 2.影響分析技能 3.資訊評估技能	1.「媒體資訊之神力」，15 分鐘 2.「解讀媒體資訊」，25 分鐘	1.小組討論 2. 小組活動與技能練習	1.偶像明星或模特兒照片 2.美女與俊男評論報導數則 3.「身體意象媒體資訊判讀」學習單	採學習單進行資訊評估技能之形成性評量	「身體意象媒體資訊判讀」學習單
	體型魔鏡再造	1. 分析家人和同儕對個人身體意象的影響。 2.能與親友溝通建立正向身體意象的重要性。 3.說服和支持他人建立正向身體意象。	1.親友觀點與身體意象的關係 2.影響分析技能 3.人際溝通技能 4. 倡議宣導	1.「體型魔鏡反射」，10 分鐘 2.「正向體型觀，贊」，12 分鐘 3.「正向體型派對」，18 分鐘	1.說故事 2. 角色扮演與技能練習 3. 小組活動與技能練習	「正向身體意象宣導」評量規準	依據評量規準進行總結性評量	「正向身體意象宣導」評量規準

表一 「我的體型，我做主」教學模組之學習目標、內容 活動與評量統整表（續）

單元名稱	課堂名稱	學習目標	學習內容要點	學習活動			學習評量	
				名稱與時間	教學策略	教具與媒材	種類/方式	工具
健康體位保衛戰	健康體位偵察室	1.解釋身體質量指數的意義與用途，並陳述維持健康體位的重要性。 2.分辨健康和有風險的體重管理飲食行為，並描述有風險的減重方式可能造成的不良後果。 3.有獲取正確的體重管理相關資訊、產品和服務的能力。	1 身體質量指數 2.青少年健康體位 3.健康與有風險的體重管理方式 4.正確的體重管理飲食守則 5. 資訊評估技能	1.「BMI 與健康體位」，8 分鐘 2.「減重方式大會審」，14 分鐘 3.「體重管理資訊處」，18 分鐘	1.示範演練與講述 2. 小組討論與報告 3.講述與 技能練習	1.兒童及青少年生長身體質量指數建議值 2.減重危害相關報導 3.「體重管理資訊和服務」學習單	採學習單進行資訊評估技能之形成性評量	「體重管理資訊、和服務」學習單
	健康體位任務行	1 預測與描述健康與有風險的體重管理抉擇的可能結果，並能做出正確抉擇。 2. 設定實際且可行的體重管理飲食行為目標。 3. 找出個人執行體重管理飲食行為時，可能遭遇的障礙，並 發展克服方法。 4. 承諾採行健康的體重管理飲食行為。 5.執行並監控自我的體重管理飲食行為。	1.做決定技能 2.目標設定技能 3.自我管理	1.「體控交叉路口」，10 分鐘 2.「健康體位標靶」，20 分鐘 3.「健康體位大步走」，10 分鐘	1. 小組活動、抉擇圖繪製與技能練習 2.問題樹與技能練習 3.講述與小組活動	1.「體重管理抉擇」學習單 2.「體重管理目標與挑戰」學習單 3.「體重管理契約」 4.「體重管理行為檢核表」	採兩份學習單進行做決定和目標設定技能練習之形成性評量	1.「體重管理抉擇圖」學習單 2.「體重管理目標與挑戰」學習單
	健康體位宣傳員	1. 能與同儕溝通，並展示有效的健康體重管理飲食行為。 2.說服和支持他人實踐健康的體重管理飲食行為。 3.與他人合作，倡導在家中、學校或社區實行健康體重管理飲食行為。	1.人際溝通技能 2. 倡議宣導	1.「健康體位行家」，12 分鐘 2.「健康體位行動」，28 分鐘	1.說故事與技能練習 2. 小組活動與技能練習	1.「體重管理行為檢核表」 2.「健康體位宣導」評量規準	依據評量規準進行總結性評量	「健康體位宣導」評量規準

參考文獻

李守義、蔡慈儀、蔡憶文、郭耿南（2012）。「中文健康識能評估量表」簡式量表的發展與效度檢測。**臺灣公共衛生雜誌，31**(2)，184-194。

林宜親（2000）。**青少年體型意識與節制飲食行為之研究**（未出版碩士論文）。國立臺灣師範大學，臺北市。

教育部（2014）。十二年國民基本教育課程綱要總綱。**行政院公報，20**(227)，教育文化篇。

張瀚文（2012）。素養/ Literacy。**國家教育研究院雙語詞彙、學術名詞暨辭書資訊網。**取自 http://terms.naer.edu.tw/detail/1678771/?index=1

國家教育研究院（2016）。**十二年國民基本教育課程綱要-國民中小學暨普通型高級中等學校健康與體育領域（草案）**。取自https://www.naer.edu.tw/files/15-1000-10605,c1174-1.php?Lang=zh-tw

劉婉柔（2013）。**我國國中生健康素養指標建構研究**（未出版博士論文）。國立臺灣師範大學，臺北市。

劉潔心、廖梨伶、施淑芳、張子超、紀雪雲(2014)。臺灣學童健康素養測驗之發展與測量。**臺灣公共衛生雜誌，33**(3)，251-270。

蔡慈儀、李守義、蔡憶文、郭耿南（2010）。中文健康識能評估表的發展與測試。**醫學教育，14**(2)，122-136。

賴香如（2018）。**青少年健康素養- 理論、研究與學校實務**。臺北：臺灣師大出版中心，編印中。

衛生福利部國民健康署（2017，11月21日）。**臺灣肥胖的情形嚴重嗎？**取自 https://obesity.hpa.gov.tw/TC/faqContent.aspx?id=67&chk=84b32626-2bca-430c-982b-784a9b53fe69&param=pn%3D3

蘇哲能、張淑鳳、陳榮基、潘豐泉、陳清軒、劉偉文（2008）。臺灣健康知能量表之初探性研究。**臺灣醫學，12**(5)，525-536。

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211.

Aldinger, C. & Whitman, C. V. (2005). Skills for health: Skills-based health education to teach life skills. In I. Young (Ed.), *The health promoting school: International advances in theory, evaluation, and practice* (pp. 151-171). Copenhagen: Danish University of Education Press.

American Heritage Dictionary of the English Language. (2012). *Literacy*. Retrieved from https://ahdictionary.com/word/search.html?q=literacy&submit.x=43&submit.y=24

American Medical Association Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. (1999). Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association, 281*(6), 552-557.

Benham-Deal, T. B. & Hodges, B. (n.d.). *Role of 21st century schools in promoting health literacy*. New York: National Education Association Health Information Network. Retrieved November 12, 2013, from http://www.neahin.org/educator-resorces/health-literacy/benhamdeal-hodges-paper.pdf

Brown, S. L., Teufel, J. A., & Birch, D. A. (2007). Early adolescents perceptions of health and health literacy. *Journal of School Health, 77* (1), 7-15.

Canadian Education Research Information System. (1999). *Literacy: Definitions*. CEA, Ontario: Canada. Retrieved August 12, 2010, from http://www.schoolnet.ca/ceris/e/Literacy1.html

Centers for Disease Control and Prevention(2016). *Characteristics of an effective health education curriculum*. Retrieve from http://www.cdc.gov/healthyschools/sher/characteristics/index.htm

Chang, L. C. (2011). Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing, 20*(1-2), 190-196.

Cheng, T. L., Dreyer, B. P., & Jenkins, R. R. (2009). Introduction: Child health disparities and health literacy. *Pediatrics, 124*(Suppl. 3), 161-162.

Deaton, A. (2002). Policy implications of the gradient of health and wealth: An economist asks, would redistributing income improve population health? *Health Affairs, 21*, 13–30.

DeWalt, D. A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: A systematic review of the literature. *Pediatrics, 124* (Suppl. 3), 265-274.

EFA Global Monitoring Report Team. (2005). *Education for all literacy for life: Summary*. France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Retrieved December 10, 2014, from http://wwwprep.wellmark.com/foundation/grants/replication_pdf/Healthy_Linn_Youth.pdf

El-Ibiary, S., & Youmans, S. (2007). Health literacy and contraception: A readability evaluation of contraceptive instructions for condoms, spermicides and emergency contraception in the USA. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 12*(1), 58-62.

Fortenberry, J. D., McFarlane, M. M., Hennessy, M., Bull, S. S., Grimley, D. M., St. Lawrence, J., Stoner,B. P., & VanDevanter, N. (2001). Relation of health literacy to gonorrhea related care. *Sexually Transmitted Infections, 77*, 206–211.

Freebody, P., & Luke, A. (1990). 'Literacies' programs: Debates and demands in cultural context. *Prospect, 5*, 7–16.

Havighurst, R. J. (1972). History of Developmental Psychology: Socialization and Personality Development through the Life Span. In P. B. Baltes & K.. W. Schaie (Eds), *Life-Span Developmental Psychology : Personality and Socialization*, (pp.3-24). New York: Academic Press Inc.

Heron, M. (2016). Deaths: Leading causes for 2014. *National Vital Statistics Reports, 65*(5), 1-95. U.S. Department Of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System.

Heywood, S., & McCabe, M. P. (2006). Negative affect as a mediator between body dissatisfaction and extreme wight loss and muscle gain behaviors. Journal of Health Psychology, 11(6), 833-844.

Hubbard, B., & Rainey, J. (2007). Health literacy instruction and evaluation among secondary school students. *American Journal of Health Education, 38*(6), 332-337.

Irvin, J. L., Meltzer, J., & Dukes, M. (2007). *Taking action on adolescent literacy: An implementation guide for school leaders*. Association for Supervision and Curriculum Development. Virginia: Alexandria.

Jahan, A. J. (2000). Promoting health literacy: A case study in the prevention of diarrheal disease from Bangladesh. *Health Promotion International, 15*(4), 285-291

Johnson, R. L. (2002). Pathways to adolescent health: Early intervention. *Journal of Adolescent Health, 31*(6), 240-250.

Joint Committee on National Health Education Standards. (1995). *National health education standards: Achieving health literacy*. Atlanta, GA: American Cancer Society.

Joint Committee on National Health Education Standards (2007*). National health education standards: Achieving excellence* (2nd ed.). Atlanta, GA: American Cancer Society.

Kann, L., McManus, T., Harris, W. A. , Shanklin, S. L., Flint, K. H., Hawkins, J. ...& Zaza, S. (2016). Youth risk behavior surveillance- United States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summary, 65* (6), 1-180.

King, M., Winton, A., & Adkins, A. (2003). Assessing the readability of mental health internet brochures for children and adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 12*(6), 91-99.

Kolbe, L. (2002). Education reform and the goals of modern school health programs. *The State Education Standard, 3*(4), 4-11.

Kolbe, L. (2005). A framework for school health programs in the 21st century. *Journal of School Health, 75*(6), 226-228.

Kickbusch, I. (2008). Health literacy: An essential skill for the twenty-first century. *Health Education, 108*(2), 101–104.

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid facts.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D., McGuire, P., & Banks, I. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future. Retrieved October 12, 2014 from http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy

Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen C. (2006). *Health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES 2006-483). U. S. Department of Education, Washington, DC: National Center for Education Statistics.

Lai, H. R., Wu, D. M., Lee, P. H., & Jhang, Y. S. (2018). Health literacy teaching beliefs, attitudes, efficacy, & intentions of middle school health and physical education teachers. *Journal of School Health*, in press.

Lam, L. T., & Yang, L. (2014). Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: An epidemiology study in a 12-16 years old population, Nanning, China, 2012. *Archives of Public Health, 72*(1), 11.

Liou, T. H., Huang, Y. C., & Chou, P. (2012). Prevalence and secular trends in overweight and obese Taiwanese children and adolescents in 1991-2003. *Annals of Human Biology, 36*, 176-85.

Lyman, H. H. (1990). Libraries, literacy and the information society. *The Bookmark, 48*, 170-175.

Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: A concept/ dimensional analysis. *Nursing and Health Science, 10*, 248-255.

Marks, R. (2009). Ethics and patient education: Health literacy and cultural dilemmas. *Health Promotion Practice, 10*, 328-332.

Marks, R. & Wharf Higgins, J. (2012). Health literacy, health and academic status. In R. Mark (Ed), *Health literacy and school-based health education* (pp.43-62). New York: Emerald Group Publishing Limited.

Merriam-Webster's Learner's Dictionary. (2012). *Literacy*. Retrieved September 5, 2012, from http://www.merriam-webster.com/dictionary/literacy

National Centre for Education Statistics. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy.* Retrieved September 6, 2015, from http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483

Needham, H. E., Wiemann, C. M., Tortolero, S. R., & Chacko, M. R. (2010). Relationship between health literacy, reading comprehension, and risk for sexually transmitted infections in young women. *Journal of Adolescent Health, 46*(5), 506-508 .

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academies Press.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267.

Ormshaw, M. J., Paakkari, L. T., & Kannas, L. K. (2013). Measuring child and adolescent health literacy: A systematic review of literature. *Health Education, 113*(5), 433-455

Oxford Dictionary. (2012). Literacy. Retrieved September, 5, 2012 from https://en.oxforddictionaries.com/definition/literacy

Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education, 112*(2), 133-152. doi: 10.1108/0965428121120341

Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). Instruction. In: *National library of medicine current bibliographies in medicine: Health literacy*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.

Rocky Mountain Center for Health Promotion and Education (2017). *Health skills-Advocate.* Retrieved December 15, 2017, from http://rmc.org/health-education-skills-models/health-skills-advocacy-2/

Rootman, I., Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *A vision for a health literate Canada: Report of the expert panel on health literacy.* Ontario, Ottawa: Canadian Public Health Association.

Rudd, R., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (2004). *Literacy and health in America.* Educational Testing Service Policy Information Report. Retrieved December 16, 2012, from http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED486416.pdf

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph, 2*, 1-25.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H.; HLS-EU Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*, 80.

Speros, C. (2005). Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 50*(6), 633-640.

St. Leger, L. (2001). School health literacy and public health: Possibilities and challenges. *Health Promotion International,16*(2), 197-205.

Telljohann, S. K., Symons, C. W., Pateman, B., & Seabert, D. M. (2016). Health education: Elementary and middle school applications (6th ed.). New York: McGraw-Hill.

United Nations (2012). *International decades*. Retrieved January 6, 2012, from http://www.un.org/en/sections/observances/international-decades/

United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization (2004) . *The plurality of literacy and its implications for policies and programmes*. Retrieved May 17, 2012, from http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001362/136246e.pdf

United States Government Publishing Office (1991). *Public law 102-73 (102nd Congress) : National Literacy Act of 1991*. Retrieved October 7, 2012, from https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-105/pdf/STATUTE-105-Pg333.pdf

Wharf Higgins, J., Begoray, D., & MacDonald, M. (2009). A social ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the health education classroom. *American Journal of Community Psychology, 44*, 350–362.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Retrieved June 8, 2010, from http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf

World Health Organization (2003). *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/ health-promoting*

school. WHO Information Series on School Health; Document 9. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2012). Population-based approaches to childhood obesity prevention. Retrieved December 10, 2017, from http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/ WHO_new_childhoodobesity _PREVENTION_27nov_HR_PRINT_OK.pdf

World Health Organization (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Retrieved March 7, 2014, from http://www.who.int/adolescent/second-decade

Wilson, J. (2003). The crucial link between literacy and health. *Annals of Internal Medicine*, *139*(10), 875.

Zahnd, W. E., Scaife, S. L., & Francis, M. L. (2009). Health literacy skills in rural and urban populations. *American Journal of Health Behavior, 33*(5), 550-557.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International, 20*(2), 195-203.

Ziegler, J. (1998). How illiteracy drives up health costs. *Business and Health, 16*, 53-54.

Zullig, K., Ubbes, V. A., Pyle, J., & Valoi, R. F. (2006). Self-reported weight perceptions, dieting behavior, and breakfast eating among high school adolescents. *Journal of School Health, 76*(3), 87-92.

附錄一：體重控制與飲食現況調查表

1.你覺得自己的體重是下列哪一項？
(1) 很輕
(2) 有點輕
(3) 正常
(4) 有點重
(5) 很重

2.為了管理自己的體重，你會試著做下列哪件事？
(1) 減輕體重
(2) 增加體重
(3) 維持體重
(4) 不做任何事

3.你曾為了控制體重（減輕體重或避免體重增加）而一整天（24 小時）沒吃任何東西嗎？
(1) 曾經
(2) 不曾

4.你曾為了控制體重（減輕體重或避免體重增加）而減餐嗎？如一天只吃一餐或兩餐。
(1) 曾經
(2) 不曾

5.你曾為了控制體重（減輕體重或避免體重增加），而吃減肥藥物嗎？
(1) 曾經
(2) 不曾

6.你曾為了控制體重（減輕體重或避免體重增加）而催吐或吃瀉藥嗎？
(1) 曾經
(2) 不曾

7.你曾為了控制體重（減輕體重或避免體重增加）而採取一些行動嗎？
(1) 曾經，請說明方法：_____（如不吃糖類、只吃某類食物）
(2) 不曾

填寫人：
填寫日期：_____年 _____月_____日

附錄二：一週體重管理行為檢核表

一、填寫說明：

1.請將自我設定的體重管理飲食行為逐項填寫在第一欄中，例如：每天吃三餐、吃飯細嚼慢嚥、少油飲食、少鹽飲食、少喝或不喝含糖飲料、每天喝水 1500-2000 C. C.、不暴飲暴食等

2.每天睡前進行檢核，做倒請在方格中打勾（ ˇ ），未做到請在方格中打叉（x）。

二、檢核記錄：

第_____週，自_____月_____日至 _____月 _____ 日

日期/行為	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

記錄人：

附錄三：「正向身體意象宣導」評量規準

得分	立場闡述	立場的支持度	對象察覺	說服力
4	有很清楚的正向身體意象立場	透徹地運用相關且明確的數據、事實和證據，來支持正向身體意象的立場	對親友的身體意象觀點有高度瞭解	對個人正向身體意象立場展現強烈和感人的說服力
3	有一般而清楚的正向身體意象立場	能運用相關事實、數據和證據來適當地支持正向身體意象的立場，但是證據不完整，或有些許不正確	對親友的身體意象觀點有適度瞭解	對個人正向身體意象立場展現說服力
2	正向身體意象立場不清楚或有衝突	因資訊不足或有錯，或是事實、數據和證據不當，以致正向身體意象的立場無法得到支持	有些許察覺親友身體意象觀點的證據	對個人正向身體意象立場展現少許說服力
1	完全沒有表明正向的身體意象立場	沒有提供明確的正向身體意象的立場支持性證據	無察覺親友身體意象觀點的證據	對個人正向身體意象立場的說服力不明確

附錄四：「健康體位宣導」評量規準

得分	立場闡述	立場的支持度	對象察覺	說服力
4	對健康體位管理有很清楚的支持立場	能透徹地運用相關且明確的數據、事實和證據來支持健康體位管理的立場	對同儕的健康體位觀點有高度瞭解	對個人管理健康體位的立場展現強烈和感人的說服力
3	對健康體位管理有一般而清楚的立場	能運用相關事實、數據和證據來適當地支持健康體位管理的立場，但是證據不完整，或有些許不正確	對同儕的健康體位觀點有適度瞭解	對個人管理健康體位的立場展現說服力
2	對健康體位管理的支持性立場不清楚或有衝突	因資訊不足或有錯，或是事實、數據和證據不當，以致健康體位管理的立場無法得到支持	有些許察覺同儕健康體位觀點的證據	對個人管理健康體位的立場展現少許說服力
1	沒有表明支持健康體位管理的立場	對健康體位管理立場沒有提供明確的支持	毫無察覺同儕健康體位觀點的證據	對個人管理健康體位的立場說服力不明確

Practice Literacy and Health Literacy Through Health Education Instruction- Focusing on Body Image and Weight Management Literacy

Abstract

How to implement literacy and health literacy promotion practices through health education related curricula in elementary, middle and high schools were discussed. There are four sections. In the first section, the significance, definitions, and features of literacy and health literacy were explicated in order to deeply and rightly understand these two concepts. In the second section, the roles and practices of schools for literacy and health literacy education were explored, particularly the innovation of health education instruction. Based on the draft of elementary, junior and senior high school health and physical education curriculum guidelines of the 12-year compulsory education in Taiwan, one literacy oriented teaching module was developed and provided to in-service high school health education and nursing teachers as teaching resources to assist students' positive body image establishment and healthy weight management. The teaching module has high practicability. It includes 2 teaching units, 6 sections, 16 learning activities, and 5 performance assessment tools and 2 rubrics. Recommends for enhancing school teachers' literacy and health literacy practices and educational competencies are addressed.

Keywords: body image, literacy, health literacy, health education instruction, weight management