

性別差異在宗教信仰與健康生活品質 關聯性之研究

林晏如^{1,*} 梁景洋² 陳俊志³

目標：探討宗教與健康關聯性在性別間之差異，利用健康生活品質量表將健康生活品質分成生理、心理及一般健康等三方面，以比較不同健康層面在性別間之影響是否有所不同。**方法：**利用國家衛生研究院與國民健康署於2009年國民健康訪問調查（National Health Interview Survey, NHIS）之全國性抽樣資料，研究對象數計有15,978人，男、女性分別為7,553人、8,425人。控制個人年齡、教育程度、婚姻狀況、所得、慢性疾病、籍貫及居住地區等變數，以釐清信仰與健康關聯性在性別間是否存在差異。**結果：**不論是有無宗教信仰或宗教活動參與度和健康生活品質之關聯性，在性別間有顯著不同之迴歸結果。有宗教信仰及宗教活動參與度愈高男性，其一般健康較佳。有信仰女性的生理、心理及一般健康狀況均較無宗教信仰者差；隨宗教活動參與度的增加，其生理及心理層面的健康狀況易顯著較差。**結論：**男性之迴歸結果和既有文獻大致相符，女性則顯然不同，推測女性通常在遭遇困境時才尋求宗教協助，抑或女性宗教者的心理、生理及一般健康原本就比較差，藉由宗教以尋求慰藉及解脫，因此原本健康較差女性反而更積極投入參與宗教信仰活動。（台灣衛誌 2017；36(2)：123-136）

關鍵詞：性別差異、宗教、宗教活動、健康生活品質

前 言

隨著經濟環境及醫療科技技術進步，對健康有不同詮釋，由過往僅追求身體上健康，轉變為心理學、社會學、經濟學概念，除了要求身體不生病外，亦希望達到心理上 and 社會上的完好狀態。健康不只是沒有疾病和虛弱現象，更是一種生理、心理和社會完全安適的狀態[1]。Cottrell等人將WHO所定

義的健康擴大為「由生理、心理、社會、情緒、靈性等五個層面所組成的狀態」[2]，除了生理、心理、社會層面，並納入情緒及靈性面向。

宗教信仰對人類生活扮演重要角色，人們除了追求物質生活外，亦藉由宗教信仰以尋求精神層面之寄託，社會學家Durkheim認為宗教是展現人類社會結合、凝聚和團結力的表達方式[3]，信仰宗教可在人們遇到突如其來的災難、打擊、病痛與不安全感時，提供心靈慰藉與情緒之依託，當人類在諸多逆境窒礙及面對未來不確定狀況時，宗教亦可提供選擇依據和指引，因此宗教除可安定人心外，並可發揮穩定及整合社會之功能。

有關宗教與健康關聯性之研究已非常廣泛，Koenig等人檢視過去一百年宗教與健康相關研究，顯示美國社會中多數宗教參與者擁有較健康的心靈、身體健康的狀況較佳，

¹ 國立臺中科技大學財政稅務系

² 逢甲大學財稅學系

³ 國立臺北大學經濟學系

* 通訊作者：林晏如

地址：台中市北區三民路三段129號

E-mail: yenru@nutc.edu.tw

投稿日期：2016年10月19日

接受日期：2017年4月14日

DOI:10.6288/TJPH201736105101



並且較少使用健康照顧服務[4]。文獻多以探討宗教對心理健康之影響，個人因宗教信仰或參與宗教活動而對個人情感或心理幸福感產生影響，支持宗教信仰與快樂、樂觀、積極、幸福感、生活滿意度等指數有高度正相關，較易適應喪親或喪友之痛、較多社會支持、較少孤獨、較低的憂鬱罹患率、較低自殺率，且不易焦躁、不易罹患精神疾病、較低的犯罪率、酒精及藥物的濫用機會較小[4-10]。爾後研究亦顯示宗教與心理健康息息相關，較常參與宗教活動者，其自殺率及精神疾病罹患率均能有效降低[11-17]。除心理層面外，研究亦分析宗教和生理健康的相關性，且大都支持宗教對生理健康有正面效果[4,14,18]，研究亦發現宗教參與程度和死亡率呈負相關[19,20]。Koenig等人認為透過宗教信仰將對個人健康行為產生約束，進而影響生理健康，即藉由參與宗教活動或加入宗教團體，因教義約束將有較少吸菸及酗酒、較佳健康飲食或規律生活，因此有生理健康較好[4]。

文獻結果雖多傾向支持宗教對生理及心理健康有正向效果，然而，少數文獻發現有宗教信仰、或宗教活動參與度較高者，反較易罹患憂鬱症或較差生理健康[21,22]。造成研究差異，可能與個人功利目的選擇宗教有關，如遭受重大災難或病厄，反而追求信仰以為慰藉[21,22]。此外，Holt等人認為宗教和健康的關聯性可從積極與消極面作解釋，前者認為上帝或神授權信仰者去維護自我健康，因此有宗教信仰或愈虔誠者，也愈關心自我健康，故健康往往較佳[23]；後者則認為個人健康完全取決於上帝或神，自己無決定權，因此健康較差者，希望藉由宗教以祈求上帝或神給予力量，以求得此生或來生的健康[23]。

儘管國外文獻已將宗教信仰因素納入健康的實證分析，但幾乎未就宗教信仰對健康狀況影響在性別上差異作探討，雖Maselko和Kubzansky及Strawbridge等人指出宗教參與對健康之影響，女性之影響程度甚過男性[24,25]，但未比較宗教對健康影響在性別間

究竟為正或負相關。研究指出女性較男性容易加入宗教團體、較熱衷宗教活動、宗教信念也較強，認為上帝或神宗能給予人類安定的生活及未來[22-24,26]；男性因受世俗影響較大，對宗教信仰或活動參與較不熱衷，故女性的宗教性（religious）較男性高[27]。

目前國人有宗教信仰比重超過八成，以民間信仰占最多數，其次依序為佛教、道教、基督教、一貫道、天主教等；西方則以基督教、天主教為主要信仰。宗教信仰和人民生活日益密切，且西方與東方之文化背景迥異，有關宗教信仰與健康關聯性在性別間是否有差異之本土研究，尚待釐清。且既有文獻，有關宗教信仰變數僅考慮是否有宗教信仰或宗教活動參與度，未同時將二者納入實證分析，並比較二者對健康造成影響之差異。又個人健康狀況通常以受訪者自評目前健康狀況、現在與過去1年健康狀況比較、或自己與其他同年齡者之健康比較等自評項目為衡量指標，仍未考量個人的整體健康狀況。為能完整呈現個人健康狀態以符合WHO對健康之定義，除藉由客觀的臨床生理指標外，並輔以對生理、心理及社會三方面與健康有關之生活品質量表（Health-Related Quality of Life, HR-QoL）進行主觀之自我健康評估，其中最常以健康生活品質量表（The 36-Item Short Form Health Survey; SF-36量表）作為測量健康狀態的工具[28]。

因宗教對健康影響可能存在性別差異，別於既有文獻對健康狀況評估項目不足之缺失，本文將利用台灣版的健康生活品質量表（SF-36量表）之評估指標作為個人健康狀態之衡量標準，並將八項指標分成生理健康領域、心理健康領域及一般健康領域等三類[28,29]，輔以全國性調查資料，主要目的在探討宗教信仰對生理、心理及一般健康影響是否在性別上造成差異。除試圖釐清宗教信仰是否為個人健康的重要影響因子，並比較男、女性的影響差異，以彌補過去研究不足外；進而和既有研究作比較及提出相關政策意涵。

材料與方法

一、資料來源及研究樣本選取

本研究以國家衛生研究院與國民健康署於2009年所進行的「國民健康訪問調查」(National Health Interview Survey, NHIS)為實證資料，NHIS是目前涵蓋全國人口且極具全國代表性的調查資料。國民健康署自2001年起與國家衛生研究院合作，並以每四年為間隔，進行國民健康訪問調查，以了解台灣地區人口的健康狀況、健康行為、醫療服務利用等情況，問卷設計涵蓋個人健康狀況、醫療服務利用情形、健康行為及健康生活品質等範圍。NHIS被多數先進國家公認為掌握一國人民健康狀況的重要方法，目前如美國、加拿大、澳洲及歐盟國家均定期進行訪問調查工作。

為顧及樣本具全國代表性，採多階段分層系統抽樣方法，2009NHIS係以2008年底在台灣地區有戶籍登記之人口為抽樣母體，縣市內各層以抽取率與單位大小成比例(Probability Proportional to Size, PPS)方式，逐階段抽出「鄉鎮市區」、「村里」、「鄰」、「人」，共抽出30,528位受訪者，最後計有25,636位受訪者完成訪問調查，完訪率達84%；問卷共有12歲以下、12~未滿65歲及65歲以上個人問卷等三種，其中12歲以下有3,531人完訪、12~未滿65歲及65歲以上則分別為19,201人及2,904人。國民健康署利用「性別」及「年齡」等兩個變項做完訪樣本與母體資料的一致性檢定，所有檢定結果均為無顯著性的差異，顯示本調查的樣本具有代表性[30]。

問卷資料非常豐富，包括個人基本資料(年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、籍貫、居住安排)、個人健康狀態(慢性病史、家族病史、各項疾病狀態、居家環境、活動功能)、醫療服務與預防保健利用情形(西、中、牙醫門診、急診及住院利用與費用情形、預防保健認知及利用情況)、個人健康行為(抽菸、喝酒、嚼檳榔及運動情況、營養及飲食型態)、家中經濟及保險狀況等。

因將負面健康行為變數納入實證分析，依規定十八歲以下不得吸菸、飲酒、嚼檳榔，且這些危險行為通常會經一段時間才對健康有害，故本研究以20歲(含)以上至未滿65歲者為研究對象，在12~未滿65歲共19,201位受訪者中，20~未滿65歲計有16,142位，刪除變數遺漏值及不完整者(164位)，計有15,978個有效樣本，男、女性樣本分別為7,553人、8,425人。

二、實證模型及變數設定

實證模型設定如下：

$$\text{Health} = \alpha_0 + \alpha_1 \text{Belief} + \alpha_2 \text{Badbehavior} + \alpha_3 X + \varepsilon_1 \quad (1)$$

其中：

Health：個人健康生活品質狀態

Belief：個人宗教信仰

Badbehavior：個人抽菸、喝酒負面健康行為

X：個人社會經濟及人口學變數

ε_1 ：誤差項

個人健康生活品質狀態變數(Health)，以SF-36評量為評估之依據，測量受訪者共八個層面之身心健康狀態，包括身體生理功能、生理功能角色受限、身體疼痛、社會功能、情緒角色受限、心理健康、一般健康、活力。本文將八項指標分成身體生理健康領域(PF、RP、BP)、心理健康領域(SF、RE、MH)及一般健康領域(GH、VT)等三類[28,29]。Health變數，係將八項指標問項給予選項分數，並將分數加總，總分愈高表示健康生活品質狀況愈好[31]。

依據SF-36使用手冊，SF-36八個層面共35題中，有10個子題須經反向或權重計分的轉換，再依下列公式將原始分數轉換為0~100分，轉換分數=[(量表原始分數-可能最低分數)/(量表可能的分數間距)]×100，以此公式計算轉換分數，可將SF-36所有题目的可能最低和最高分數皆轉換為0~100分。若研究目的在SF-36常模的建立並與其他國家的常模作比較，為使標準一致，則須依公式將原始分數轉換為0~100

分，故將原始分數轉換為0~100分並非必要步驟[32]。因本文目的非在建立SF-36常模，是利用SF-36量表以作為個人健康生活品質狀態變數（Health）之依據，故未以轉換公式將分數作轉換；但有依據SF-36使用手冊，將其中10題分數作反向或權重計分的轉換，以確保SF-36的所有子題均符合分數愈高代表愈健康。SF-36量表之評估標準及計分方式詳見附表一。

研究顯示SF-36是一份具有良好信效度之評估工具[28,29,32]。在信度上，盧瑞芬等人指出SF-36台灣版的八項指標除SF（社會功能）略低外，其餘指標的內部一致性係數均達可接受的信度水準[29]；林青慧提到多數研究均顯示SF-36的信度估計值皆符合標準[32]。在效度上，曾旭民等人指出SF-36台灣版的效度方面，符合美國原版SF-36的原始設計概念[28]；且SF-36的八個層面和其他廣泛使用的健康量表之內容十分相近。又盧瑞芬等人研究顯示，SF-36台灣版不論在資料品質、量表結構及信度檢測上，皆和美國原始版本無太大差異，顯示其為良好的健康生活品質測量工具[29]。

宗教信仰（Belief）則分別以「個人是否有宗教信仰」、及「宗教活動參與度」作分析。前者以問卷中「個人信仰什麼宗教」（無任何宗教、道教或民間傳統宗教信仰、佛教、基督教、天主教、一貫道、回教、其他），以有宗教信仰（1，包括道教或民間傳統宗教信仰、佛教、基督教、天主教、一貫道、回教、其他）/無宗教信仰（0）作為「個人是否有宗教信仰」之二元變項。後者則以問卷中「大約多久做一次這項活動」（共有四種活動：在家裡禱告、燒香拜神或拜佛；念經或讀聖經；上教堂、佛堂或到寺廟拜拜；看或聽宗教節目），各種宗教活動計分方式：從不參加（0分）、很少參加（1分）、有時候參加（2分）、經常參加（3分），並加總4種宗教活動分數，分數愈高表示「宗教活動參與度」愈高。

若個人無宗教信仰，則在「宗教活動參與度」的四種宗教活動的分數皆為0，如表一，男、女性無信仰比例分別為34%、

32.3%，又男、女性「宗教活動參與度」0分比例分別為34.97%、32.9%，二者非常接近，亦即「無宗教信仰」和「宗教活動參與度」為0分者的受訪者幾乎一樣。且既有文獻，有關宗教信仰變數未同時將「有無宗教信仰」及「宗教活動參與度」納入迴歸分析。故本文將「有無宗教信仰」及「宗教活動參與度」分別以兩個迴歸式作分析。

菸、酒一向是危害健康的重要因子，男性對菸、酒盛行率普遍高於女性，本研究將菸、酒視為解釋變數。有關飲酒行為與型態的評估依據參考林忠穎等人，將飲酒行為以飲酒頻率及酒癮作分類，其中酒癮則以「簡短版密西根酒癮評估量表」（Brief Michigan Alcoholism Test）共10題問項作評估[33]，本研究將喝酒行為分成「從未飲酒」、「過去一年未飲酒」、「過去一年有飲酒但無酒癮」、「過去一年有飲酒且有酒癮」等4種等級。在吸菸行為上，因至今似乎仍未對吸菸行為與型態或菸癮等有具體評估依據，因此，參照林忠穎等人對飲酒行為分法[33]，亦將吸菸行為以吸菸頻率分成「從未吸菸」、「過去一年未吸菸」、「過去一年未每天吸菸」、「過去一年每天吸菸」等4種等級。

據此，在個人負面健康行為變數（Bad behavior）乃以受訪者對吸菸、喝酒問項為依據。吸菸以問卷「從以前到現在為止，請問您吸菸總共有超過5包嗎？」以及「請問您現在是每天吸菸、有時吸菸還是都不吸菸呢？」，以這兩題回答將個人對吸菸頻率分成：「從未吸菸」、「曾吸菸但現在不吸」、「現在未每天吸菸」、「現在每天吸菸」等四種等級。喝酒則以問卷「您是否曾經喝過酒？」、「在過去一年，您大約多久喝一次？」以及「10題簡短版密西根酒癮評估量表」等問項回答，將個人酒癮分成：「從未飲酒」、「曾喝過但過去一年未飲酒」、「過去一年有飲酒但無酒癮」、「過去一年有飲酒且可能有酒癮」等四種等級。

在迴歸式中亦控制了個人社會經濟及人口學變數（X），包括年齡、教育程度、婚姻狀況、平均月收入、慢性疾病、籍貫、及

表一 變數之敘述統計

變數名稱	平均值±標準差或百分比 (樣本數15,978) ¹		p-value ²
	男性 (7,553)	女性 (8,425)	
被解釋變數			
健康生活品質狀態 (平均值)			
生理健康領域	47.91 ± 3.75	46.92 ± 4.36	p<0.001 ***
心理健康領域	39.66 ± 4.90	38.57 ± 5.32	p<0.001 ***
一般健康領域	37.77 ± 6.25	36.59 ± 6.71	p<0.001 ***
解釋變數			
宗教信仰			
有宗教信仰 (%)	66.00	67.70	0.0214 *
宗教活動參與度 (平均值)	3.17 ± 2.94	3.70 ± 3.31	p<0.001 ***
負面健康行為 (%)			
吸菸頻率			p<0.001 ***
從未吸菸	39.80	89.57	
曾吸菸但現在不吸	16.14	3.39	
現在未每天吸菸	4.42	1.65	
現在每天吸菸	39.64	5.39	
酒癮			p<0.001 ***
從未飲酒	25.39	57.86	
過去1年未飲酒	10.51	9.46	
過去1年飲酒但無酒癮	56.57	31.48	
過去1年飲酒可能有酒癮	7.53	1.20	
控制變數			
年齡 (%)			p<0.001 ***
20-未滿35歲	40.86	37.58	
35-未滿50歲	36.28	35.56	
50-未滿65歲	22.86	26.86	
教育程度 (%)			p<0.001 ***
國小 (含) 以下	9.18	17.93	
國中	15.64	13.09	
高中職	33.66	31.50	
大學及專科以上	41.53	37.47	
婚姻狀況 (%)			p<0.001 ***
有偶	57.73	61.41	
無偶	42.27	38.59	
平均月收入 (%)			p<0.001 ***
0	8.42	16.84	
1-19,999	24.67	37.00	
20,000-39,999	35.31	32.33	
40,000-59,999	19.01	9.08	
60,000以上	12.59	4.75	
慢性疾病 (%)			p<0.001 ***
有慢性疾病	27.57	22.65	
無慢性疾病	72.43	77.35	
籍貫 (%)			p<0.001 ***
閩南人	78.26	74.46	
客家人	11.81	13.35	
外省人	7.92	8.84	
原住民及其他	2.01	3.35	
居住地區 (%)			p<0.001 ***
北部地區	36.56	39.89	
中部地區	23.17	20.26	
南部地區	30.04	30.48	
東部地區	10.23	9.37	

¹被解釋變數中：健康生活品質狀態(含生理、心理、一般健康領域)；解釋變數中：宗教活動參與度為「平均值」(連續變數)，其餘解釋變數皆為百分比(類別變數)。

²單變量分析：連續變數採用t-test，類別變數採用 χ^2 -test，顯著水準：***p<0.001，**p<0.01，*p<0.05。

居住地區等變數。 ε_1 則為誤差項。變數類型上，除被解釋變數（健康生活品質狀態）、解釋變數（宗教活動參與度、負面健康行為）為連續變數外；其餘解釋變數（是否有宗教信仰、年齡、教育程度、婚姻狀況、平均月收入、慢性疾病、籍貫、及居住地區）皆為類別變數，類別變數均以虛擬變數處理之；各變數之敘述統計及單變量檢定結果詳見表一。因依變項（Health），係以SF-36八項指標之加總總分為衡量依據，因此本研究以普通最小平方法（Ordinary Least Squares model, OLS）作迴歸分析，先利用SAS9.3統計軟體進行實證資料整理，再以STATA14進行迴歸分析。

結 果

一、敘述統計

本研究分別就男、女性作實證分析，因原始問卷中，男、女比例各占47.7%、52.3%，在本研究共15,978位研究對象中，男、女性分別為7,553位（47.3%）及8,425位（52.7%），和原始問卷比例相符。如表一所示，男性在生理健康、心理健康、及一般健康狀態均優於女性。有宗教信仰比例女性略高於男性，分別為67.7%、66.0%；至於宗教活動參與度，女性3.70分大於男性的3.17分。在負面健康行為，男性從未吸菸比率約4成，女性則高達9成；將近6成女性從未飲酒亦高於男性的2成5。

在年齡方面，共分成三個群體，以50-未滿65歲為參照組，大致上，男性的年齡結構較女性年輕，年齡在20-未滿35歲之男性高於女性，而50-未滿65歲者比例之女性較男性高。本文將教育程度分成四個群體，以國小（含）以下為參照組，男性的教育程度高於女性，高中職以上學歷的男性達7成5，女性約為7成。將婚姻狀況分成有偶（包括已婚同住、未婚同居）及「無偶」（包括未婚、離婚、分居、喪偶），其中有偶比例的男、女性各佔五成八、六成一。此外，男性的收入顯著較女性高，平均月收入在4萬元以上的男性約達三成二，女性僅約一成四。

男性曾經罹患過高血壓、糖尿病、高血脂、或心臟病中任一種慢性病的機率達27.6%，高於女性的22.7%。在籍貫方面，共分成四種群組，以閩南人為參照組，約七成五的研究樣本籍貫為閩南人，原住民及其他的比例最低。而居住地區變數上，本研究分為北、中、南、東部等四個部份，以北部地區為參照組，住在北部地區的女性高於男性，住在中部地區的男性則高於女性。

二、迴歸結果

如表二，當控制了個人社會經濟及人口學等變數，是否有宗教信仰對健康狀態的估計結果，男、女性有很大差異。男性，有宗教信仰者，其一般健康狀況較無信仰者優；但女性，有信仰者其生理、心理及一般健康反而均較無宗教信仰者差。在宗教活動參與度和健康狀態的估計結果上，如表三所示，宗教活動參與度愈高男性，其一般健康狀況較佳；宗教活動較頻繁女性，其生理及心理較不健康。

負面健康行為對健康影響上，菸及酒對女性的生理健康影響、及酒對女性一般健康的影響皆不顯著外，其餘部分，菸酒對男女性皆有顯著影響。是否有宗教信仰（表二）及宗教活動參與度（表三）的結果雷同。男性，吸菸頻率及酒癮愈大者，其生理、心理及一般健康狀況均顯著較差。至於女性，吸菸頻率愈高者的心理及一般健康狀況均顯著較差；酒癮愈大者，心理健康狀況則顯著較差。

在其他控制變數上，表二及表三的迴歸結果大抵一致。不論男女，年輕者的生理健康狀態顯著較佳，但心理健康反而較差。在教育程度上，相較於國小（含）以下學歷者，學歷較高者，不論男、女，皆得到健康狀態顯著較佳的結果。有偶男性，其健康狀態均顯著較無偶者佳；但有偶的女性則得到不顯著的結果。在所得上，平均月收入在20,000元以上者，其三種健康狀況均顯著較低所得者好。若個人曾經罹患過高血壓、糖尿病、高血脂、或心臟病中任一種慢性疾病，則健康狀態亦顯著較差。至於在籍貫上，男性客家人較閩南人健康；不論男女，

表二 是否有宗教信仰與健康生活品質狀態關聯性迴歸結果

變數	生理健康領域		心理健康領域		一般健康領域	
	男性 (7,553)	女性 (8,425)	男性 (7,553)	女性 (8,425)	男性 (7,553)	女性 (8,425)
解釋變數						
宗教信仰						
有宗教信仰	-0.120	-0.516***	-0.168	-0.562***	0.327**	-0.509***
負面健康行為						
吸菸頻率						
從未吸菸（參照組）						
曾吸菸但現在不吸	-0.541***	-0.069	-1.591***	-0.258	-1.310**	-0.394
現在未每天吸菸	-0.553***	-0.324	-1.643***	-0.288**	-2.262***	-0.682***
現在每天吸菸	-1.169***	-0.513	-1.804***	-0.387***	-2.270***	-0.830***
酒癮						
從未飲酒（參照組）						
過去1年未飲酒	-0.200*	-0.057	-0.198*	-0.115	-0.354**	0.271
過去1年飲酒但無酒癮	-0.585***	-0.522	-0.550***	-0.397**	-0.998***	-0.443
過去1年飲酒可能有酒癮	-1.301***	-0.736	-2.422***	-1.099***	-2.565***	-0.477
控制變數						
年齡						
20-未滿35歲	0.706***	0.417**	-1.030***	-1.407***	0.026	-1.001***
35-未滿50歲	0.435***	0.510***	-0.954***	-0.734***	0.054	-0.263
50-未滿65歲（參照組）	--	--	--	--	--	--
教育程度						
國小（含）以下（參照組）	--	--	--	--	--	--
國中	0.367*	0.944***	0.455*	0.683***	0.690**	1.067***
高中職	0.705***	1.084***	0.556**	0.520**	0.957***	1.473***
大學及專科以上	0.730***	1.067***	0.329	0.227	0.976***	1.095***
婚姻狀況						
有偶	0.299***	0.038	1.020***	0.194	0.780***	-0.013
平均月收入						
0（參照組）	--	--	--	--	--	--
1-19,999	0.271	0.302**	0.005	0.180	-0.015	-0.021
20,000-39,999	1.037***	0.687***	0.913***	0.772***	0.835***	0.715***
40,000-59,999	1.199***	0.421**	1.145***	0.983***	1.266***	1.144***
60,000以上	1.073***	0.692***	1.073***	1.020***	1.450***	1.014***
慢性疾病						
有慢性疾病	-1.137***	-1.687***	-0.876***	-1.264***	-2.466***	-2.646***
籍貫						
閩南人（參照組）	--	--	--	--	--	--
客家人	0.282**	0.111	0.076	-0.014	0.385*	0.120
外省人	-0.342**	-0.530***	-0.503**	-0.380*	-0.307	-0.613**
原住民及其他	-1.120***	0.229	-0.027	0.231	-1.153**	0.207
居住地區						
北部地區（參照組）	--	--	--	--	--	--
中部地區	-0.024	0.056	0.004	-0.111	0.147	-0.171
南部地區	0.327***	0.195*	0.516***	-0.002	0.399**	-0.403**
東部地區	-0.194	-0.457***	0.641***	0.505**	0.637**	0.024
Adjusted R-squared	0.1730	0.1789	0.1400	0.1341	0.1532	0.1555

顯著水準：*** p<0.01，** p<0.05，* p<0.1

表三 宗教活動參與度與健康生活品質狀態關聯性迴歸結果

變數	生理健康領域		心理健康領域		一般健康領域	
	男性 (7,553)	女性 (8,425)	男性 (7,553)	女性 (8,425)	男性 (7,553)	女性 (8,425)
解釋變數						
宗教信仰						
宗教活動參與度	-0.023	-0.076***	-0.031	-0.053***	0.063**	-0.028
負面健康行為						
吸菸頻率						
從未吸菸（參照組）						
曾吸菸但現在不吸	-0.544*	-0.073	-1.597***	-0.259*	-1.298**	-0.388
現在未每天吸菸	-0.571***	-0.326	-1.657***	-0.293**	-2.257***	-0.671***
現在每天吸菸	-1.670***	-0.513	-1.798***	-0.390***	-2.286***	-0.829***
酒癮						
從未飲酒（參照組）						
過去1年未飲酒	-0.210*	-0.055	-0.207*	-0.119*	-0.360**	0.278
過去1年飲酒但無酒癮	-0.580***	-0.514	-0.551***	-0.385*	-1.002***	-0.466
過去1年飲酒可能有酒癮	-1.320***	-0.739	-2.445***	-1.103***	-2.586***	-0.468
控制變數						
年齡						
20-未滿35歲	0.692***	0.359**	-1.049***	-1.397***	0.067	-0.944***
35-未滿50歲	0.428***	0.489***	-0.963***	-0.728***	0.072	-0.237
50-未滿65歲（參照組）	--	--	--	--	--	--
教育程度						
國小（含）以下（參照組）	--	--	--	--	--	--
國中	0.371**	0.970***	0.461*	0.703***	0.678**	1.079***
高中職	0.712***	1.118***	0.566**	0.549***	0.938***	1.493***
大學及專科以上	0.739***	1.112***	0.341	0.277	0.954***	1.141***
婚姻狀況						
有偶	0.300***	0.029	1.021***	0.175	0.776***	-0.036
平均月收入						
0（參照組）	--	--	--	--	--	--
1-19,999	0.276*	0.306**	0.013	0.187	-0.031	-0.014
20,000-39,999	1.042***	0.692***	0.919***	0.782***	0.823***	0.727***
40,000-59,999	1.202***	0.429**	1.149***	0.995***	1.258***	1.157***
60,000以上	1.077***	0.687***	1.078***	1.024***	1.440***	1.025***
慢性疾病						
有慢性疾病	-1.139***	-1.689***	-0.880***	-1.272***	-2.459***	-2.658***
籍貫						
閩南人（參照組）	--	--	--	--	--	--
客家人	0.281**	0.118	0.075	0.004	0.389*	0.144
外省人	-0.340**	-0.503***	-0.450**	-0.348*	-0.312	-0.581**
原住民及其他	-1.199***	0.230	-0.027	0.213	-1.154**	0.178
居住地區						
北部地區（參照組）	--	--	--	--	--	--
中部地區	-0.025	0.050	0.002	-0.131	0.148	-0.197
南部地區	0.324***	0.181	0.511***	-0.014	0.407**	-0.419**
東部地區	-0.196	-0.470***	0.638***	0.483**	0.643**	-0.002
Adjusted R-squared	0.1731	0.1792	0.1401	0.1328	0.1534	0.1545

顯著水準：*** p<0.01，** p<0.05，* p<0.1

外省人健康普遍較差。居住地區和個人健康狀況亦有關聯，住在東、南部男性，健康狀況普遍較北部地區者佳。

討 論

宗教與健康關係之研究在國外早已有豐碩研究成果，文獻已驗證宗教或宗教活動對社會支持[4]、身心健康[4-18]息息相關。但鮮少有研究同時將生理、心理及一般健康狀況同時納入實證模型，且未將男、女性分開作估計，無法釐清信仰與健康關聯性在性別間是否存在差異。反觀國內有關此議題研究顯較國外少，宗教信仰在健康上是否如西方文化，扮演重要角色，需要作進一步驗證。為避免研究對象若僅涉及某個醫學中心或某地區人口，有樣本過少問題，本研究以台灣地區2009 NHIS之全國性資料，分析宗教信仰對生理、心理及一般健康的影響，並比較不同健康層面在性別間之影響是否有差異。

實證結果發現，不論是有無宗教信仰或宗教活動參與度和健康之關聯性，在性別間有顯著不同之迴歸結果。有宗教信仰男性之一般健康狀況較無信仰者佳；宗教活動參與度愈高男性，其一般健康亦有較佳之顯著結果。亦即，信仰對男性一般健康狀況有正向影響，和文獻發現相符[4,14,18]。反觀女性，其迴歸結果和男性迥異，有信仰女性的生理、心理及一般健康狀況均較無宗教信仰者差；在宗教活動參與度方面，女性則隨宗教活動參與度的增加，其生理及心理層面的健康狀況反而較差。

美國心理學家Allport和Ross將人類信仰宗教動機分成外在取向（extrinsic orientation）與內在取向（intrinsic orientation）[34]。前者指宗教是人們為尋求安全感、解脫、心靈慰藉等工具性目的，是消極層面的接受及參與宗教活動；後者則是積極層面，堅信宗教是引領生活的唯一力量，參與宗教並無其他企圖，視信仰為人生存在之終極價值[34]。文獻指出宗教對健康之影響或許可由上述外在、內在信仰動機作解釋。就外在取向方面，個人因有信仰，在宗教規範

下，制約的規範自身有良好健康行為並避免危害健康行為以促進健康，屬於被動式（passive）模式；就內在取向方面，是藉由宗教信仰的冥想（meditation）以獲得靈性安定，可提升正念與生命意義感，進而增進健康，屬於主動式（active）模式[35,36]。

Maselko和Kubzansky指出在信仰中存在性別歧視，女性在宗教中所受對待不如男性，且認為女性信仰動機較偏向消極面，較易為了尋求解脫或慰藉而追求信仰，且宗教對健康影響較屬於前述的被動式模式[24]。又林本炫指出，台灣信仰宗教之原因較易以功利為考量，通常在個人遭受疾病或災難，藉由信仰以尋覓生活動力[37]，此即Allport和Ross所指的外在取向[34]。本研究發現女性有宗教信仰或參與宗教活動愈頻繁者，其健康反較不佳，推測女性可能因健康狀況不佳，反較容易藉由宗教以尋求慰藉及解脫，因此信仰對健康原本較差女性反而更積極投入參與，和Allport和Ross及林本炫的論點相符[34,37]。

至於男性，宗教僅對一般健康狀況有正向影響，對心理及生理健康則無影響力。因本文一般健康狀況和文獻所定義的健康相符，因此實證結果和文獻相符[4,14,18]；且男性較以積極動機追求信仰、對健康影響屬於前述的主動式模式[24]；也可能因本身自尊心較強，不易在遭受災難而以追求宗教為避風港，因此有信仰或宗教活動較熱絡者，健康狀況較佳。因本文使用橫斷面資料作分析，宗教對生、心理健康之影響，或許須較長時間方能顯現，故得到無相關之實證結果。

由於女性信仰宗教的目的較偏向功利性，通常在遭遇困境時才尋求宗教協助，或者女性宗教者的心理、生理及一般健康原本就比較差，使得宗教對健康可能的正向影響被掩蓋了。再者，本研究有宗教信仰男、女比例雖差不多，皆約佔研究樣本的2/3，將有信仰男、女樣本作比較，相較於男性，有信仰女性的學歷較低、平均月收入也較低，亦即，有宗教信仰女性有較高比例是屬於社經地位較弱勢的，這也可能是造成宗教對男、女性健康狀況迥異的原因。

菸酒對人類健康有害已無庸置疑，本文係將健康分為生理、心理及一般健康狀態，得到菸酒對男性健康均有顯著負面影響，男性因較女性易有抽菸或喝酒行為，因此健康狀況通常較女性差[38-40]。至於女性，菸酒對其心理健康有顯著較差結果，吸菸頻率較大女性，其一般健康也愈不佳。因傳統觀念較接受男生有吸菸、喝酒行為，但女性一旦有菸酒等危害健康行為，其程度可能較男性更嚴重，且多是因壓力、緊張或憂鬱等心理問題，而藉由於酒以作為紓解，但往往上癮程度愈發嚴重而導致心理問題無法排解而愈不健康[38]。

其他控制變數上，不論男女，較年輕者的生理健康較好；但心理健康狀態，20-未滿50歲者，反而較50-未滿65歲者差，隱含較年輕者可能因工作壓力或社會責任沉重，容易有緊張、焦慮、憂鬱、疲累、筋疲力竭、不快樂現象，故導致心理健康較差的估計結果[41,42]。而教育程度及平均月收入較高者，大致上，健康狀況有較好趨勢，和Sarafino和Smith所稱，個人的社經地位較弱勢是導致健康較差因素之論述相符[41]，也意味著高學歷及經濟狀況較優者，可能有較佳的健康認知，也較有能力維持健康，故導致健康較好的估計結果。至於婚姻狀況，男女的估計結果迥異，有偶男性的健康狀況均較佳，女性則無顯著，推測婚姻對男女賦予不同意義，男性可能因有配偶照顧生活起居，故整體健康較佳。無庸置疑，有慢性疾病者之整體健康均顯著較差。再者，相較於北部地區居住者，住在東、南部地區的男性，大致上健康較好，可能因北部地區雖然有較豐沛的資源，不論在經濟發展、交通建設、都市化程度均較發達，但高人口密度所產生的擁擠，加以高房價、物價的壓力下，北部地區居民的健康反而較差。

本文嘗試將宗教分成「無信仰」、「道教或民間信仰」、「佛教」、「基督教或天主教」、「其他教派（將一貫道、回教和其他宗教合併）」等五種教派作分析，以「無信仰」為對照組，結果對健康之影響不論男女性，大都不顯著。因此，將宗教信仰分別

以「個人是否有宗教信仰」、「宗教活動參與度」作分析，目的在探討宗教信仰對生理、心理及一般健康影響是否在性別上造成差異，並未將宗教分成不同的宗教別進行實證分析；且本文所使用問卷資料，欠缺有關宗教愛的感受、信仰虔誠度或其餘對健康有影響等問項資料，致使本文迴歸結果顯示模型對健康狀態之解釋能力仍有限（R-squared or model effect size, eta-squared < 0.2），為本文之研究限制。又本研究實證資料係為橫斷面資料，無法估計信仰在性別間長期影響效果之差異，因信仰對健康之影響或許經過長時間方能呈現；且資料係以問卷方式，有無法避免的回憶性偏誤，為另二項限制。

致 謝

感謝行政院衛生福利部國民健康署提供「2009國民健康訪問調查」資料檔案，暨行政院科技部研究計畫補助（MOST 103-2410-H-025-033-MY2），使本研究得以順利完成，特此致謝。

參考文獻

1. 盧瑞芬、謝啟瑞：健康經濟學。台北：學富文化事業有限公司，2000。
Lu JFR, Hsieh CR. Health Economics. Taipei: Pro-Ed publishing company, 2000. [In Chinese]
2. Cottrell RR, Girvan JT, McKenzie JF. Principles and Foundations of Health Promotion and Education. Boston: Alley & Bacon, 1999.
3. Durkheim E. The Elementary Forms of the Religious Life. Swain J Trans. London: George Allen & Unwin Ltd, 1912.
4. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of Religion and Health. 2nd ed., Oxford: Oxford University Press, 2012.
5. Bosworth HB, Park KS, McQuoid DR, Hays JC, Steffens DC. The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. Int J Geriatr Psychiatry 2003;18:905-14. doi:10.1002/gps.945.
6. Krause N. Religious involvement, gratitude, and change in depressive symptoms over time. Int J Psychol Relig 2009;19:155-72. doi:10.1080/10508610902880204.
7. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. Rev Bras

- Psiquiatr 2006;**28**:242-50. doi:10.1590/S1516-44462006005000006.
8. Murray-Swank AB, Lucksted A, Medoff DR, Yang Y, Wohlheiter K, Dixon LB. Religiosity, psychosocial adjustment, and subjective burden of persons who care for those with mental illness. *Psychiatric Serv* 2006;**57**:361-5. doi:10.1176/appi.ps.57.3.361.
9. van Olphen J, Schulz A, Israel B, et al. Religious involvement, social support, and health among African-American women on the east side of Detroit. *J Gen Intern Med* 2003;**18**:549-57. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.21031.x.
10. Parker M, Roff LL, Kiemmack DL, Koenig HG, Baker P, Allman RM. Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging Ment Health* 2003;**7**:390-7. doi:10.1080/1360786031000150667.
11. Rosmarin DH, Alper DA, Pargament KI. Religion, spirituality, and mental health. *Encyclopedia Ment Health* 2016;**4**:23-7. doi:10.1016/B978-0-12-397045-9.00190-7.
12. Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord* 2013;**150**:540-5. doi:10.1016/j.jad.2013.01.033.
13. Rosmarin DH, Bigda-Peyton JS, Öngür D, Pargament KI, Björgvinsson T. Religious coping among psychotic patients: relevance to suicidality and treatment outcomes. *Psychiatry Res* 2013;**210**:182-7. doi:10.1016/j.psychres.2013.03.023.
14. Krause N, Hayward RD. *Handbook of Aging and the Social Science*. 8th ed., Oxford: Oxford University Press, 2016.
15. Hankerson SH, Weissman MM. Church-based health programs for mental disorders among African Americans: a review. *Psychiatr Serv* 2012;**63**:243-9. doi:10.1176/appi.ps.201100216.
16. Smolak A, Gearing RE, Alonzo D, Baldwin S, Harmon S, McHugh K. Social support and religion: mental health service use and treatment of schizophrenia. *Community Ment Health J* 2013;**49**:444-50. doi:10.1007/s10597-012-9536-8.
17. Sternthal MJ, Williams DR, Musick MA, Buck AC. Religious practices, beliefs, and mental health: variations across ethnicity. *Ethn Health* 2012;**17**:171-85. doi:10.1080/13557858.2012.655264.
18. Krause N. God-mediated control beliefs and change in self-rated health. *Int J Psychol Relig* 2010;**20**:267-87. doi:10.1080/10508619.2010.507695.
19. Hill TD, Angel JL, Ellison CG, Angel RJ. Religious attendance and mortality: an 8-year follow-up of older Mexican Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005;**60**:S102-9. doi:10.1093/geronb/60.2.S102.
20. Sullivan AR. Mortality differentials and religion in the U.S.: religious affiliation and attendance. *J Sci Study Relig* 2010;**48**:740-53. doi:10.1111/j.1468-5906.2010.01543.x.
21. Hunter BD, Merrill RM. Religious orientation and health among active older adults in the United States. *J Relig Health* 2013;**52**:851-63. doi:10.1007/s10943-011-9530-4.
22. Simpson DB, Cloud DS, Newman JL, Fuqua DR. Sex and gender differences in religiousness and spirituality. *J Psychol Theol* 2008;**36**:42-52.
23. Holt CL, Roth DL, Huang J, Clark EM. Gender differences in the roles of religion and locus of control on alcohol use and smoking among African Americans. *J Stud Alcohol Drugs* 2015;**76**:482-92. doi:10.15288/jsad.2015.76.482.
24. Maselko J, Kubzansky LD. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: results from the US General Social Survey. *Soc Sci Med* 2006;**62**:2848-60. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.008.
25. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ. Comparative strength of association between religious attendance and survival. *Int J Psychiatry Med* 2000;**30**:299-308. doi:10.2190/ECB2-0Q3M-333C-GK62.
26. Reid-Arndt SA, Smith ML, Yoon DP, Johnstone B. Gender differences in spiritual experiences, religious practices, and congregational support for individuals with significant health conditions. *J Relig Disabil Health* 2011;**15**:175-96. doi:10.1080/15228967.2011.566792.
27. Loewenthal KM, MacLeod AK, Cinnirella M. Are women more religious than men? Gender differences in religious activity among different religious groups in the UK. *Pers Individ Differ* 2002;**32**:133-9. doi:10.1016/S0191-8869(01)00011-3.
28. 曾旭民、盧瑞芬、蔡益堅：國人生活品質評量（II）：SF-36 台灣版的常模與效度檢測。台灣衛誌 2003；**22**：512-18。doi:10.6288/TJPH2003-22-06-10。Tseng HM, Lu JFR, Tsai YJ. Assessment of health-related quality of life in Taiwan (II): norming and validation of SF-36 Taiwan version. *Taiwan J Public Health* 2003;**22**:512-18. doi:10.6288/TJPH2003-22-06-10. [In Chinese: English abstract]
29. 盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅：國人生活品質評量（I）：SF-36 台灣版的發展及心理計量特質分析。台灣衛誌 2003；**22**：501-11。doi:10.6288/TJPH2003-22-06-09。Lu JFR, Tseng HM, Tsai YJ. Assessment of health-related quality of life in Taiwan (I): development

- and psychometric testing of SF-36 Taiwan version. Taiwan J Public Health 2003;**22**:501-11. doi:10.6288/TJPH2003-22-06-09. [In Chinese: English abstract]
30. 衛生福利部國民健康署：2009年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」結果報告。台北：衛生福利部國民健康署，2009。
Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). The Report of National Health Interview and Drug Abuse Survey in 2009. Taipei: Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan), 2009. [In Chinese]
31. 王麗春：SF-36量表在台北市老人健康狀態調查之效度研究。台北：陽明大學公共衛生研究所碩士論文，1996。
Wang LC. Validation of the SF36 - item short form health survey (SF-36) for the elderly in Taipei [Dissertation]. Taipei: Graduate Institute of Public Health, Yang-Ming University, 1996. [In Chinese: English abstract]
32. 林青慧：台灣簡短36 (SF-36) 健康量表工具信效度及常模之建立。台中：中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文，2003。
Lin CH. Scale validating and norm establishing of the SF-36 Taiwan version [Dissertation]. Taichung: Graduate Institute of Health Services Administration, China Medical University, 2003. [In Chinese: English abstract]
33. 林忠穎、陳光宏、張新儀、曾芳儀、陳娟瑜：台灣地區酒精使用型態與醫療使用行為之關係探討。台灣衛誌 2014；**33**：197-208。doi:10.6288/TJPH201433102109。
Lin CY, Chen KH, Chang HY, Tseng FY, Chen CY. The relationship between the pattern of alcohol consumption and healthcare utilization in Taiwan. Taiwan J Public Health 2014;**33**:197-208. doi:10.6288/TJPH201433102109. [In Chinese: English abstract]
34. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. J Pers Soc Psychol 1967;**5**:432-43. doi:10.1037/0022-3514.5.4.432.
35. Jacobs TL, Epel ES, Lin J, et al. Intensive meditation training, immune cell telomerase activity, and psychological mediators. Psychoneuroendocrinology 2011;**36**:664-81. doi:10.1016/j.psyneuen.2010.09.010.
36. 謝智伶、林佩欣：以宗教專職人員之健康狀態來看宗教與健康之關係。台灣醫學 2013；**17**：207-16。doi:10.6320/FJM.2013-17-15。
Hsieh CC, Lin PS. From the health status of religious professionals to understand the relationship of religion and health. Formosan J Med 2013;**17**:207-16. doi:10.6320/FJM.2013-17-15. [In Chinese: English abstract]
37. 林本炫：當代台灣民眾宗教信仰變遷的分析。台北：台灣大學社會學研究所博士論文，1998。
Lin PH. Religious change in contemporary Taiwan [Thesis]. Taipei: Graduate Institute of Sociology, Taiwan University, 1998. [In Chinese: English abstract]
38. Cheng HG, Chen S, Orla M, Phillip MR. Prospective relationship of depressive symptoms, drinking, and tobacco smoking among middle-aged and elderly community-dwelling adults: results from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). J Affect Disord 2016;**195**:136-43. doi:10.1016/j.jad.2016.02.023.
39. Jia HM, Zack MM, Thompson WW. Impact of smoking, physical inactivity, heavy drinking, and obesity on health-related quality of life, life expectancy, and quality-adjusted life expectancy among adults with and without depression in the US. Qual Life Res 2015;**24**:32.
40. Shiue I. Self and environmental exposures to drinking, smoking, gambling or video game addiction are associated with adult hypertension, heart and cerebrovascular diseases, allergy, self-rated health and happiness: Japanese General Social Survey, 2010. Int J Cardiol 2015;**181**:403-12. doi:10.1016/j.ijcard.2014.12.071.
41. Sarafino EP, Smith TW. Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. 9th ed., Oxford: Oxford University Press, 2016.
42. 李淑玲：社會資本、休閒行為對健康影響模式之建構與驗證。台北：台灣師範大學公民教育與活動領導研究所博士論文，2012。
Lee SL. The construction and validation of a health effect model of social capital and leisure behaviors [Thesis]. Taipei: Graduate Institute of Civic Education and Leadership, Taiwan University, 2012. [In Chinese: English abstract]

附表一 SF-36量表評估標準及計分方式

評估標準	回答選項	原始分數 ¹	可能(最低,最高)分數 ²	可能的分數間距 ³
生理健康領域 身體生理功能 (physical functioning, PF: 10題)	以日常從事活動之行動能力, 是否受目前健康狀況影響作評估	完全不受限制 受到一些限制 受到很多限制	3分 2分 1分	(10分, 30分) (1分*10題, 3分*10題) (30分-10分=20分)
	是否因身體健康問題, 而在工作或日常活動上有任何問題作評估	否 是	2分 1分	(4分, 8分) 4分
	以過去一個月內身體是否感到疼痛/身體疼痛對日常工作防礙程度作評估	完全不痛/沒有妨礙 非常輕微的痛/非常輕微的妨礙 輕微的痛/輕微的妨礙 中度的痛/中度的妨礙 嚴重的痛/嚴重的妨礙 非常嚴重的痛/非常嚴重的妨礙	6分 5分 4分 3分 2分 1分	(2分, 12分) 10分
心理健康領域 社會功能 (social functioning, SF: 2題)	身體健康或情緒問題對家人或朋友、鄰居或社交活動的防礙程度作評估	完全沒有妨礙 有一點妨礙 中度妨礙 相當多妨礙 妨礙到極點	5分 4分 3分 2分 1分	(2分, 10分) 8分
	是否因情緒問題而在工作或日常活動上有任何問題作評估	否 是	2分 1分	(3分, 6分) 3分
情緒角色受限 (role limitation due to emotional problems, RE: 3題)	以過去一個月是否感到緊張、沮喪、憂鬱/心情平靜、快樂作評估	從未感覺到 很少感覺到 有時感覺到 經常感覺到 大部份時間感覺到 一直都感覺到	6/1分 5/2分 4/3分 3/4分 2/5分 1/6分	(5分, 30分) 25分
	以目前健康狀況之優劣/對健康狀況陳述之正確性作評估	極好/完全正確 很好/大部分正確 好/不知道 普通/大部分不正確 不好/完全不正確	5分 4分 3分 2分 1分	(5分, 25分) 20分
一般健康領域 一般健康 (general health, GH: 5題)	以過去一個月是否感到充滿活力、精力充沛/筋疲力竭、很累作評估	一直都感覺到 大部份時間感覺到 經常感覺到 有時感覺到 很少感覺到 從未感覺到	6/1分 5/2分 4/3分 3/4分 2/5分 1/6分	(4分, 24分) 20分
	以過去一個月是否感到充滿活力、精力充沛/筋疲力竭、很累作評估	一直都感覺到 大部份時間感覺到 經常感覺到 有時感覺到 很少感覺到 從未感覺到	6/1分 5/2分 4/3分 3/4分 2/5分 1/6分	(4分, 24分) 20分

資料來源：本研究自行整理。

¹在八個層面共35題中，有10題須轉換分數。其中7題(SF1、MH3、MH5、GH3、GH5、VT1、VT2)直接將原始分數反轉即可，如過去一個月是否感到充滿活力(VT1)，將選項1(一直都感覺到)~6(從未感覺到)依序轉換為6~1分。3題(BP1、BP2、GH1)除分數反轉外，還須權重計分，如目前健康狀況之優劣(GH1)，將選項1(極好)~5(不好)分別轉換並權重計分為5、4.4、3.4、2、1分。

²以身體生理功能(PF)為例，因有10題，分數1~3分，因此可能最低分數為10分、可能最高分數為30分；其餘以此類推。

³可能的分數間距=可能最高分數-可能最低分數，以PF為例，兩者相減為20分；其餘以此類推。

Gender differences in the relationship between religion and Health-Related Quality of Life

YEN-JU LIN^{1,*}, CHING-YANG LIANG², CHUN-CHIH CHEN³

Objectives: The aim of this investigation was to explore whether the relationship between religion and health-related quality of life was different according to gender. **Methods:** This study utilized the 2009 National Health Interview Survey (NHIS) obtained from the National Health Research Institutes and Bureau of Health Promotion. A total of 15,978 individuals (7,553 males and 8,425 females) were selected from the 2009 NHIS database. We divided health-related quality of life into three dimensions, including physical, psychological and general health, to analyze their associations with religion. After controlling for age, education, marital status, income, chronic diseases, race and geographic location, we examined the effects of religion on these three dimensions by gender. **Results:** Males with religious beliefs and more religious activities had better general health than those without. Females with religious beliefs had worse physical, mental, and general health than those without, and those with more religious activities had worse physical and mental conditions than those without. **Conclusions:** For males, the empirical findings were in complete accord with the literature. For females, however, the regression results were quite different from those of previous studies. One possible reason is that, because of poor original health status, females look for comfort and relief through religion. As a result, females with poor health are more religious or more likely to participate in religious activities. (*Taiwan J Public Health*. 2017;**36**(2):123-136)

Key Words: gender difference, religion, religious activity, Health-Related Quality of Life

¹ Department of Public Finance and Taxation, National Taichung University of Science and Technology, No. 129, Sec. 3, SanMin Rd., North Dist., Taichung, Taiwan, R.O.C.

² Department of Public Finance, Feng Chia University, Taichung, Taiwan, R.O.C.

³ Department of Economics, National Taipei University, New Taipei City, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: yenru@nutc.edu.tw

Received: Oct 19, 2016 Accepted: Apr 14, 2017

DOI:10.6288/TJPH201736105101