

大學生的正念、健康促進行為與復原力之 關係及正念融入健康心理學課程之 效果研究

藍菊梅*

摘 要

本研究目的為：(一)瞭解大學生的正念、健康促進行為是否為復原力之重要預測因子；(二)正念融入健康心理學課程對修課學生正念、健康促進行為及復原力的介入效果。研究方法採：(一)調查法：研究採取調查法，分層叢集抽取大學生有效樣本為 254 位大學生。(二)準實驗研究法：介入組 51 位及控制組 34 位修課學生，於課程進行第一週進行前測及第十七週進行後測。使用結構性問卷包括：正念量表、健康促進行為量表及復原力量表。研究資料使用描述性統計分析、逐步迴歸分析及共變數分析。結果顯示：(一)「健康促進行為：靈性成長」、「正念：接受」為復原力之重要預測因子，解釋量可達 48.6%。(二)正念融入健康心理學課程對修課學生正念、健康促進行為及復原力的介入無顯著效果。最後本研究將針對結果討論可能的原因及在課程設計與諮商實務之應用。

關鍵字：大學生、正念融入健康心理學課程、健康促進行為、復原力

投稿日期：2020/01/02；接受日期：2020/07/20

* 長榮大學健康心理學系助理教授

A Study of the Relationship between Mindfulness, Health Promotion Behaviors, Resilience and the Effects of Mindfulness Assimilated into a Health Psychology Course for College Students

Chu-Mei Lan*

Abstract

The purpose of this study was to explore: (1) whether mindfulness and health promotion behaviors are predictors of resilience for college students; (2) the effects of mindfulness, health promotion behaviors, and resilience after mindfulness was assimilated into a health psychology course for college students. The study method includes: (1) the investigating method: using structural questionnaires and random and cluster sampling to collect samples from 254 college students; (2) quasi-experimental research: There are 52 students from the intervention group and 34 students from the control group. A pre-test was given in the first week of semester, and a post-test was given in the 17th week. A structured questionnaire was used and it included a mindfulness scale, a health promotion scale, and a resilience scale. The quantitative data was analyzed by descriptive analysis, stepwise regression and analysis of covariance. The results were as follows: (1) “Health promotion: Spirit growth” and “mindfulness: Acceptance” were the crucial predictors. The explained proportion of variance was 48.6%. (2) There was no significant effect between mindfulness, health promotion behaviors, and resilience after mindfulness was assimilated into a health psychology course for students. Finally, the possible reasons of the results and the applications in the course design and counseling practice were discussed.

Keywords: college students, mindfulness assimilated into a health psychology course, health promotion behaviors, resilience

Submitted: 2020/01/02 ; Accepted: 2020/07/20

* Assistant Professor, Department of Health Psychology, Chang Jung Christian University

壹、前言

一、研究動機

大學是人生重要的轉捩點，從高中到大學進入新的階段，其需求與任務都可能為生活帶來壓力（曾文志，2007），因此各大學輔導中心都投入大量資源協助學生適應。根據世界衛生組織（World Health Organization）在 1996 年，為「健康促進學校」（health-promoting school）所下的定義是：「指學校社區的全體成員共同合作，為學生提供整體性與積極性的經驗和組織，以促進並維護學生的健康。」，如此使得學校不僅傳授知識，更能使學生獲得健康；發展健康促進學校有利於學生的健康成長（黃松元、陳政友、賴香如，2004）。故本研究想藉由正念元素設計配合融入「健康心理學」課程中，促進大學生增加身心健康的保護因子。

正念是一種個人專注於當下的經驗及接受生命改變的歷程（Yeganeh & Kolb, 2009）。正念課程可協助助人專業學習者進行自我照顧（Newsome et al., 2012）。健康促進行為（health promotion behavior）包含：規律運動、健康飲食及預防注射等，是為了增進或維持個人健康所採取的行為（王韻、詹夢菱，2011）。健康促進行為是一種健康行為模式，為個人積極主動地自我實現的行為，以達到增進健康、自我實現及感受到幸福滿足（湯豐誠等人，2015）。健康促進的生活型態包括：靈性成長、壓力管理、健康責任、體能活動、人際關係及營養行為等（吳明蒼，2014）；大學生一週內從不運動者有 61%（吳雅卿，2013），可見大學有許多非健康促進行為。現代青少年面臨的健康問題，已經不是傳染病或一般的生理疾病，而是心理與行為影響所造成的問題（王韻、詹夢菱，2011）。

復原力（resilience）是一種能力，可讓人有效的因應、調適或從壓力及逆境中復原，人們若有低的復原力，則較易陷入憂鬱、壓力、焦慮與人際困難，可能表現出有害健康的行為，經歷到對身體的抱怨及較差的身體健康（Burton et al., 2010）；大部分復原力研究聚焦在年輕人或個人遭遇逆境時，探討其有效因應相關的個人特質（Richardson & Waite, 2002）。瞭解復原力的機制，對於預防及介入大學生適應問題也相當具有應用價值（曾文志，2007）。研究者認為正念訓練可增加復原力，故放入復原力為研究依變項。

先前的研究及文獻認為正念訓練（mindfulness training）和正向心理及生理健康結果有關（Davis & Kurzban, 2012），正念介入對於大學生的健康有益處（Bodenlos et al., 2015），而 Bajaj 與 Pande（2016）的研究支持正念會產生益處，其中復原力扮演了重要的角色。正念取向的治療（mindfulness-oriented approach），可促進精神病人的復原力（Davis & Kurzban, 2012），正念進食可以促進健康及預防疾病（Fung et al., 2016）。研究者認為正念融入健康心理學課程，可促進個體的健康促進行為，並增加復原力。故本研究想探究正念與健康促進行為及復原力的關係，此為研究一。研究亦使用正念融入健康心理學的課程設計，探究其對於修課學生正念、健康促進行為及復原力的效果，此為研究二。這兩個研究放在一起呈現的理由是，研究者認為正念、健康促進行為及復原力等三個變項之間有顯著關係，而使用正念融入健康心理學課程對於正念、健康促進行為及復原力可能會有顯著影響，本文於研究方法及結果處分別敘述於研究一、

二，於文獻查證、討論、結論及建議處使用統整說明。

二、研究目的

本研究目的如下：

- (一) 瞭解大學生的正念、健康促進行為及復原力之現況(研究一)。
- (二) 瞭解正念、健康促進行為是否為大學生的復原力之重要預測因子(研究一)。
- (三) 瞭解正念融入健康心理學課程對修課學生的正念、健康促進行為及復原力的介入效果(研究二)。

貳、文獻探討

一、正念、健康促進行為及復原力之關係

因為關於大學生正念與復原力的文獻有限，故研究者呈現各種群體中正念與復原力關係的敘述如下。在 448 位中國 3-6 年級孩子的研究，發現其復原力可調節霸凌受害者的憂鬱症狀，正念會影響霸凌受害者的復原力，使其憂鬱症狀緩和，提供霸凌受害者早期介入可增加個人復原力及正念分數(Zhou et al., 2017)。Bajaj 與 Pande (2016) 的研究發現：復原力會調節正念、生活滿意度及情緒，研究支持：在正念產生益處的歷程中，復原力扮演了重要的角色，正念對於主觀心理健康的潛在機轉，提供了解釋。而睡眠與復原力與正念及自憐(self-compassion)有關，復原力與感受到較少的壓力、較好的心理健康、更多的正念覺察及更多的自憐有強烈的顯著相關(Kemper et al., 2015)。正念、自憐與睡眠、復原力有正相關，其效果可能是被心理健康及壓力程度所調節(Kemper et al., 2015)。重症照顧的護理人員常因為壓力而感到匱乏(burn out)，而復原力重建的技術，例如：正念、自我照顧等可協助因應壓力，在預防匱乏部份應從護理學系學生開始建立復原力的策略，有研究調查美國的護理學校其復原力及減輕壓力的資源與課程，發現並沒有學校會定期檢視學生的匱乏症狀，且僅有 9%有正式的課程包括復原力訓練(Cochran et al., 2020)。從上述文獻可知：正念被認為是促進復原力的技術，而復原力納入課程訓練者較為闕如。

健康促進行為與復原力有關，無家可歸的年輕人知覺到的復原力與自殺意念、物質濫用及暴力呈顯著負相關，而知覺到的復原力是自殺意念的保護因子，復原力越低越可能投入健康危險行為(Asante & Meyer-Weitz, 2015)。增加健康促進的生活型態，在預防心血管疾病復發上，是增加病人復原力的必要元素；病人透過運動、採取內在健康控制的方式，可確認改善病人復原力會帶來健康的益處(Shin et al., 2015)。文獻顯示健康促進行為是產生復原力的過程之一。

綜合上述文獻結果顯示正念、健康促進行為與復原力應有關連。研究者選取正念及健康促進行為，來瞭解其與復原力的關係，是因為變項間的相關研究及直接證據證明變項間關係的研究較少，而間接證明或敘述變項間有關係的文獻是有的，故研究者期待藉由本研究增加變項間關係的直接證據。

研究者想在使用調查性研究法瞭解正念、健康促進行為與復原力的關係後，進一步驗證有

正念元素的健康心理學課程，是否能對健康促進行為及復原力有顯著介入效果，故設計正念融入健康心理學課程，此為創新課程設計，因為較無法取得相關研究資料，故研究者先介紹健康心理學相關課程及正念介入效果於下方，而在研究工具處會再詳細介紹研究課程之結構。

二、健康心理學相關課程

健康心理學是心理學的分支，包括：促進健康、疾病的預防與治療、確認健康的危險因素、健康照顧系統的改善及形成有益健康的公共意見 (Brannon et al., 2014)。健康心理學目前最流行的取向是生物心理社會模式 (biopsychosocial model) (引自 Baum et al., 2001)，此模式認為是生理心理及社會因素導致疾病，故應進行健康促進行為來改善或預防疾病，此模式不是用來確定健康和疾病的標準，而是應用來對待特定疾病、健康促進行為和環境做危險性的評估，瞭解疾病的心理社會歷程，催化學生進行多專業的思考，並建議使用多重病因及多重效果的取向，而不是使用單一病因及單一效果的取向，來看待健康與疾病 (Baum et al., 2001)。

有關健康心理學課程的研究，多集中於研究某個健康議題的課程介入效果，例如：有學者使用健康教育計畫來促進個人展現健康的飲食，他們運用創新的教育計劃課程（食物與社會課程），聚焦於社會階層議題對於食物及食品製造的影響，使用準實驗研究法研究 28 個參與食物與社會課程的大學生，及 72 位修習健康相關之人體生物學課程（包括：肥胖、健康心理學與社區健康評估）的大學生，結果顯示：修習食物與社會課程的學生相較於比較組大學生，顯著的改善了他們的飲食健康行為，包括：大量的攝取蔬菜，減少高脂肪飲食的攝取，研究結果建議聚焦在：與食物及食品製造相關的社會、倫理、文化和環境議題，可能可以改變大學生的飲食行為 (Hekler et al., 2010)。

另有研究 170 位二年級的護理學系大學生及藝術/社會學系上心理學課程之大學生，實施一次性的問卷調查，將研究對象分為兩組，一組是 109 位大學生完成營養學課程者（包括：營養學課程、健康生活形態的飲食、營養學簡介），另一組為沒有上營養學課程者，研究結果發現：有完成營養學教育者知覺到全穀物 (whole grains) 為較有功能性的食物，營養教育課程除了增加學生正向知覺外，與大量攝取全穀物的頻率或知識並無顯著相關 (Williams & Mazier, 2013)。

注重實效的計劃 (pragmatics project) 是測試學生投入發展預防酒精使用的策略，該計劃研究 89 位大學生，目標為減少其校外派對和高危險性飲酒所帶來的傷害，此計劃納入開設在人類發展與家庭科學系的課程中，該課程成功的讓學生和社區投入強調區域的酒精議題，課程設計符合公共衛生、社區心理學、健康心理學、多專業課程和服務學習模式，研究結果建議此模式可被應用於處理其他的健康危險行為 (Buettner et al., 2009)。

以上文獻可知，健康心理學相關課程的研究常見於特定議題如：飲食、營養、酒精等，其研究課程主要發展課程模式或內涵，去瞭解課程對於課程目標行為的效果。

三、正念介入對健康促進行為及復原力之效果

有關正念介入效果的研究，正念介入對象以病人的研究最多，大部分的研究顯示病人可減輕症狀 (Barrett & Chang, 2016)。正念介入為復原力促進策略之一，而且有實證資料支持，有

壓力或憂鬱症狀之危險性成人的研究，在團體心理社會復原力訓練計畫（a group psychosocial resilience training program, REsilience）和每日活動計畫（activity for every, DaY）（合稱 READY）的介入中，包含五個保護因子：正向情緒、認知彈性、社會支持、生命意義和主動因應（包括身體活動），復原力促進策略包括：接納與承諾治療，和認知行為治療策略（cognitive behavior therapy strategies），團體內容包括：心理教育、討論、體驗性運動、家庭作業，結果顯示：正向情緒、個人成長、正念、壓力、自我接納、有價值的生存、自主性與總膽固醇（total cholesterol）之前後測有顯著差異，顯示在工作場所的正念團體訓練計畫，可促心理社會功能與健康（Burton et al., 2010）。

正念介入可促進正念覺察及復原力，並能增加專業工作人員的健康；在研究 44 位人類服務專業人員，使用正念訓練計畫（mindfulness with metta training program[MMTP]），包括：正念、朋友技巧（metta skills）及認知治療策略的訓練，為期兩天半的訓練，加以前後測、一個月及四個月的測量，發現 MMPT 可增加復原力、正念及自我憐憫（Pidgeon et al, 2014）。另有研究 70 位醫師完成正念訓練課程，課程內容包括：正念冥想、自我覺察練習、有意義的臨床經驗敘述、感恩的訪談、辯證題材與討論，課程有八週，每週 2.5 小時及 7 小時的加強課程，再持續追蹤 10 個月，每個月 2.5 小時；結果顯示：醫師在健康、同理、情緒困擾、匱乏及情緒穩定度上有顯著改善（Krasner, et al., 2009）。在成人練習正念的研究中發現：正念「知識獲得」與「經驗體會」相同重要，正念學習過程分為四個時期：「正念為何？混淆與期待的磨合期」、「初試正念，處處驚喜」、「正念中，看見另一個我」及「正念入住」（鄭雅之、黃淑玲，2016）。

正念課程對於學生的研究中，護理學生使用正念練習的研究，是用此刻的自我覺察來完成目標（創造及發展反思的機會），是自我覺察（self-awareness）及自我反思的歷程，正念練習結果顯示：學生的耐心、耐受力和同理心增加（Kidd et al., 2015）。正念課程可有效增加社會工作系學生在社會工作中的正念與同理（Cacciatore et al., 2015）。幫助個人發展對現在接受與專注的態度覺察此刻，以取代要改變的不愉快的想法與感受，練習不要做判斷的接受這些想法與感覺，可以幫助促進個人健康（Barley & Lawson, 2016）。目前甚少研究心理系學生有正念元素介入課程之效果，故研究者推論有正念元素的課程介入，為提供個體更好的資產（資產取向：正念覺察力）、可增加健康促進行為（危機取向：減少暴露在危機的機會），而增加其復原力，希望將正念訓練融入健康心理學課程中，促進修課學生之健康促進行為及復原力。

總之，正念與復原力有正相關（Kemper et al., 2015）、復原力越低者越可能投入健康危險行為（Asante & Meyer-Weitz, 2015）；健康促進的生活型態會增加病人之復原力（Shin et al., 2015），故研究一的目的為：瞭解大學生的正念、健康促進行為及復原力之現況及關係。正念介入可促進正念覺察、復原力（Pidgeon et al., 2014）、健康（Krasner et al., 2009；Pidgeon et al., 2014）、情緒穩定度（Krasner et al., 2009）、耐心、耐受力（Kidd et al., 2015）、同理心（Cacciatore et al., 2015；Kidd et al., 2015）及正念（Cacciatore et al., 2015）。故研究二之研究目的為：瞭解正念課程對修課學生，其正念、健康促進行為及復原力的介入效果，本研究所指之正念融入健康心理學課程將於研究工具處介紹。

參、研究方法

一、研究一

(一) 研究方法與假設

研究方法依研究目的敘述如下：根據目的(1)及(2)瞭解大學生的正念、健康促進行為及復原力之現況及預測因子，使用調查法，因為此研究特色為：使用經驗性方法，間接獲得材料，所收集的資料是自然狀態下反應的真實情況，是以現狀為研究對象的(楊曉萍，2006)。

依本研究目的(1)及(2)：本研究假設如下：(1)大學生其正念、健康促進行為及復原力，其兩兩變項間有顯著相關。從此假設中找到關係的變項之後，再放入復原力之預測因子中；(2)大學生其正念、健康促進行為是復原力之重要預測因子。

(二) 研究參與者與研究步驟

研究參與者為大學生，依照成功大學倫理審查委員會審查流程(105-276)進行收案。研究參與者為台灣地區大專院校之大學生，依教育部統計處 2016 年的統計資料顯示(請見 <https://stats.moe.gov.tw/qframe.aspx?qno=MQA3ADkAMQA1>)，台灣在研究期間找出共 138 所大專院校，分層叢集抽樣六所學校，請學校老師協助收案，共寄發問卷 280 份，回收有效問卷 254 份。

(三) 研究工具

研究工具包括：正念量表、健康促進生活型態量表及復原量表等一一敘述如下。其中問卷部份先徵得問卷原始作者同意後使用，量表之信效度見表 1。

1. 正念量表

正念量表為作者參考李鈺華(2011-2012)、Baer 等人(2006)、Brown 與 Ryan(2003)之正念量表，原版題數較多，因研究者想發展短式正念量表，故參考文獻發展為兩個向度：覺察(3題)，接受(4題)，使用五點量，給予 1(完全不同意)至 5 分(完全同意)，評量期間為過去一個月內的正念態度情形，分數越高代表正念態度越高，正念量表之驗證性因素分析顯示： $\chi^2/df(p)$ 為 7.91/8=.99 ($p=.44$)，CFI 為 1.00，NNFI 為 1.00，RMSEA 為 .00，顯示其模式適配性可接受，總量表之內在一致性(internal consistency) Cronbach's α 值 .81，KMO 值為 .78。

2. 健康促進生活型態量表

採用吳明蒼(2014)發展的健康促進生活形態量表分為：靈性成長(個人內在資源與能力的開發，8題)、壓力管理(辨識與運用可利用的心理與物質資源，4題)、健康責任(關注自身幸福的積極責任感，6題)、體能活動(規律的參與活動，包括日常生活及休閒活動，4題)、人際關係(與他人互動並實現有意義的親密感受，4題)、營養行為(有關個人營養、健康、幸福，所需食物的知識、選擇與消費，3題)等構面，共 29 題，使用五點量，給予 1(完全不同意)

至 5 分（完全同意）。量表分數越高代表健康行為越高，量表之內在一致性 Cronbach's α 值.90，KMO 值為.86。

3.復原力量表

在復原量表部份，Campbell-Sills 與 Stein（2006）發展了 25 題的 Connor-Davidson 復原量表（The Connor-Davidson Resilience Scale；CD-RISC）（Connor & Davidson, 2003），之後 Campbell-Sills 和 Stein（2006）修正為 10 題的單一向度量表，為五點量表（從來沒有 1→5 總是）。本研究復原力量表採用 Wang 等人（2010）翻譯自 Campbell-Sills 與 Stein（2006）的 10 題中文量表。量表分數越高代表復原力越好。量表之內在一致性 Cronbach's α 值.87，KMO 值為.90

表 1

研究量表之信度及抽樣適當性

量表	內部一致性 α 值	KMO 值	量表題數
正念量表	.81	.78	7
覺察	.69	.61	3
接受	.77	.70	4
復原力	.87	.90	10
健康促進行為	.90	.86	29
靈性成長	.81	.85	8
壓力管理	.62	.68	4
健康責任	.83	.87	6
體能活動	.86	.82	4
人際關係	.77	.75	4
營養行為	.65	.61	3

（四）資料分析

研究資料使用 SPSS 18.0 進行描述性統計、積差相關分析、逐步迴歸分析及共線性診斷。依研究目的：（1）使用描述性統計分析大學生的正念、健康促進行為及復原力之現況；（2）使用積差相關分析找出與復原力有顯著相關之研究變項，再使用逐步迴歸分析及共線性診斷，分析大學生的復原力之重要預測因子是否為正念及健康促進行為。

二、研究二

（一）研究方法與假設

根據目的（3）瞭解正念融入健康心理學課程對修課學生其正念、健康促進行為及復原力的介入效果，研究二使用準實驗研究法（quasi-experimental），因為研究者採用現成班級為實驗對象，故為不等組前後測設計（nonequivalent pretest-posttest control group design）（林重新，2001），介入過程中收集量性資料。研究假設為：修課學生的正念、健康促進行為及復原力之後測分數，在正念課程介入組與控制組有顯著差異。

（二）研究參與者與研究步驟

此部份研究參與者，在介入組修課學生部份為，某大學心理學系修習一年級下學期開設必修的「健康心理學」修課學生，此課程為三學分，修課學生主要為心理學系一年級，研究者於第一週課程介紹中說明，課程內容及研究內容，招募研究參與者，同意的學生進行前測（第一週）及後測（第十七週）。控制組班級的選取，考量與介入組的學生特質類似，故使用與介入組相同之心理學系二年級學生、為必修課程三學分之修課者，徵詢開課老師同意後實施。研究過程皆由研究助理負責說明及收案，不管介入組及控制組老師都不知道誰參與研究，因為皆由研究助理收取問卷，研究對象皆使用代碼，教師不經手、不在問卷收集現場，也無法辨識誰填問卷。介入組與控制組課程內涵皆為心理學系必修課程三學分，授課老師皆為該系之專任教師，擁有約十一年之教學經驗：正念融入健康心理學課程的任課老師為研究者，另有諮商心理師證書及擔任兼職心理師皆約 11 年，接受正念減壓（mindfulness-based stress reduction）團體訓練課程共 42 小時，並曾擔任大學生正念練習研究團體領導者 10 小時。

兩組修課學生的差異性為：介入組為一年級學生，控制組為二年級學生，教學方法為：介入組使用正念課程介入，控制組使用傳統的講授教學法。介入組發放結構性問卷 72 份，收回 51 份；控制組發放問卷 55 份，收回 34 份，兩者皆於第一週及第十七課堂教室於即將下課前教師先離開，由助理施測及回收問卷。

研究步驟請見圖 1。研究者於 106 學年度上學期，先完成正式問卷及準備課程教材，下學期進行正念課程招募研究參與者及課程進行，調查研究法及準實驗研究法同時進行。招募說明書及研究步驟都照成功大學人類研究倫理審查委員會通過之程序處理（105-276）。

（三）研究工具

研究工具包括：正念量表、健康促進生活型態量表、復原量表（見研究一）及正念融入健康心理學課程設計，課程設計敘述如下（見圖 1）。

正念融入健康心理學課程主要內容包括：健康心理學知識、正念。教學法部份增加合作學習、創造力教學及正念體驗學習融入原本以講授法為主體授課方式，多元的教學方法主要是讓學生投入動機增加，體驗正念練習及合作學習，想激發學生創意及深度學習，又因每堂課幾乎都有正念元素放入設計，故在課程名稱上僅放入正念融入名稱，而合作學習及創造力教學僅以教學方法敘述。

本研究使用課程為「健康心理學」課程，主因為本研究課程內容與研究目的可以連結，健康心理學授課內容除增加學生的健康概念外，希望能促進學生之健康促進行為。健康信念模式（the health belief model[HBM]）是個人知覺到對一種情況懷疑、對結果的嚴重性、以及知覺到整體健康問題的威脅性，假如個人知覺到負向的健康情境可以避免，這種威脅會導致個人採預防或矯正的方式生活，這個理論可用來解釋健康行為的範疇（如：服藥、處理慢性疾病）；對大學生來說，增加學生負向健康情境的知識、提供採取正確行動的線索，聚焦在知覺到的好處與障礙，對於行為改變會產生重大影響，HBM 是一個有用的理論架構，可提供引導特定健康行為

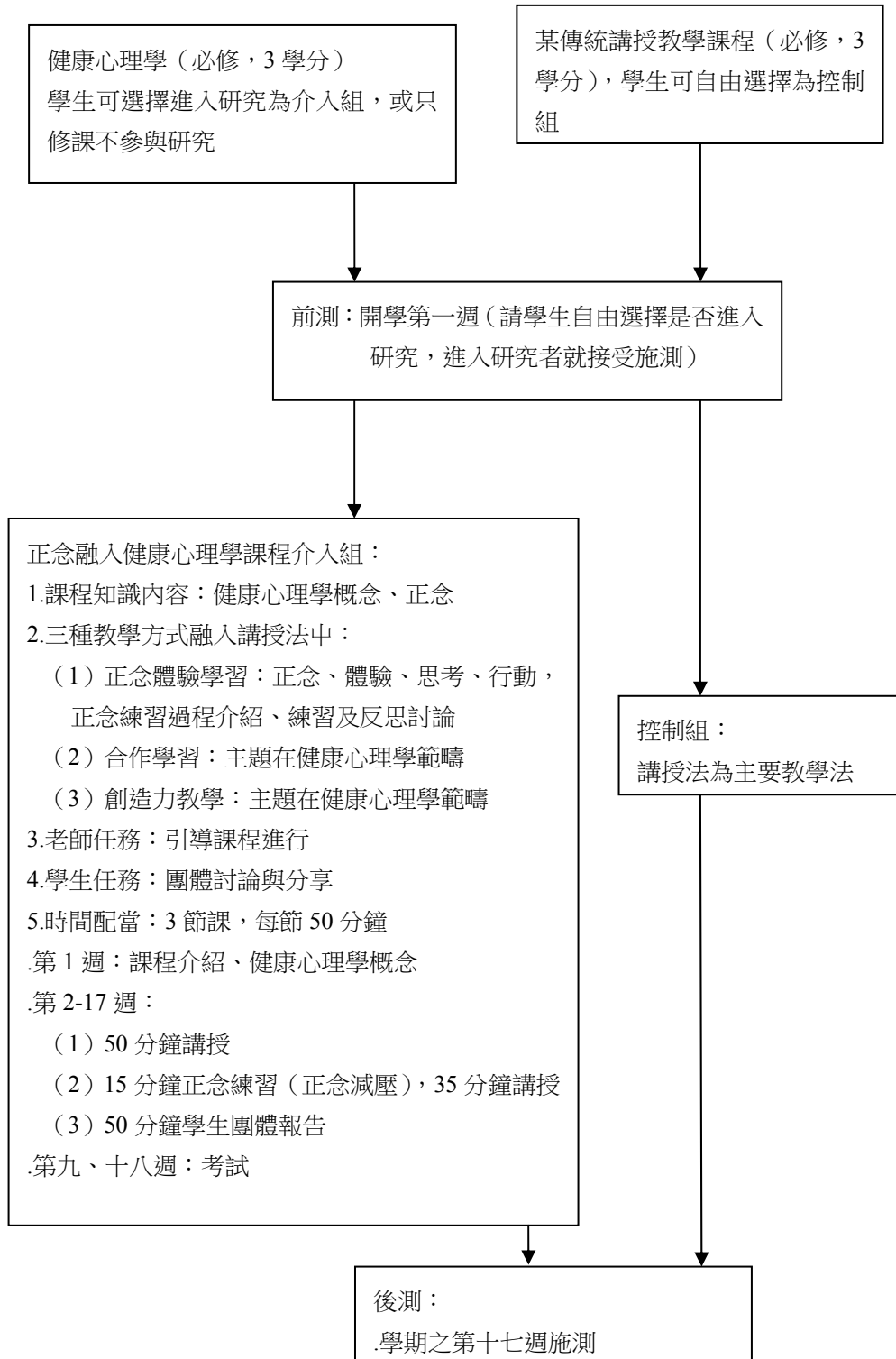
的產生 (Mackert et al., 2014)。本課程依 HBM 的信念，強調知覺到健康問題的重要性及理解如何進行健康促進行為避免產生疾病，故提供學生基本的健康心理學知識；教材使用健康心理學的教科書 (Updegraff et al., 2014)，讓學生對健康心理學概念有認知，內容大綱見附錄一。

合作性的教與學取向包含：(1) 應用知識做行為展現 (使用動詞描述)，例如：可測量的行動；(2) 與課程領域相關之任務 (名詞或目標，如：完成課程相關的任務或獲得知識)；(3) 瞭解的程度或任務的複雜性 (脈絡，如：獲得這個成就的因素或脈絡)，在此過程中雙方一起完成教學目標 (van Schalkwyk, 2015)。合作學習的團體教學，學生反映出能承受較多的壓力 (Alexander & Ludwig, 2006)、獲得對主題的深度覺察 (O'Neal et al., 2016)。創造性的教學方法可強化彼此關係，減少衝突與緊張，合併創造性的教學活動對於健康照顧課程的發展是正向的，可刺激學生進行有意義及深化的學習。本課程之創造性發表，鼓勵學生使用：戲劇/角色扮演/電影腳本、藝術/畫作/影像 (Rankin & Brown, 2016)，自訂主題，尋找健康促進之方案實作過程做創造性發表。

對應上述文獻，本研究課程包括：(1) 期中創意教學發表，為應用知識作展現；(2) 完成課程相關任務：各單元學生報告完，每組要完成團體討論學習單；(3) 以學生為中心、全人的、知識再建構的過程 (van Schalkwyk, 2015)，過程中協助學生完成分配的課程任務，此過程是以學生學習為主體的，協助學生在一定的範疇內尋找自己需求的主題加以深入，合作學習及創造性教學方法，在上課時間每週僅利用一節課時間討論及發表成果，其餘前製作業皆由學生在課餘時間完成。

圖 1

正念融入健康心理學課程介入之研究步驟



正念體驗學習部份，參考 Jon Kabat-Zinn 在 1979 年發展的正念減壓為主要內涵，期待讓個人可改善生活品質，課程介入包括：心理教育、瑜珈、每日的冥想練習，以發展對身體及心理更多的覺察，同時訓練個人用特定的思考、感覺及行為的方式，去促進健康（Barley & Lawson, 2016）。研究者因為課程教室限制，無法進行躺式瑜珈練習，故只安排三分鐘正念呼吸練習、靜坐、身體掃描、立式瑜珈、慈心禪、行動覺察。在正念體驗學習部份，課程結合前面正念訓練之文獻，及正念體驗學習指引（見表 2）發展課程設計，研究者在課程教導正念練習的要領，直接引導學生練習，教導學生使用表 2 的技巧做正念練習，研究者在課程初次做正念練習時講解正念體驗學習指引，並於每次課堂練習時加以複習強調練習要訣，初次練習時有讓學生照著指引討論練習過程，之後因為時間有限，沒有時間讓學生反思討論，但鼓勵學生課後練習及反思。整學期健康心理學課程共 15 週均有正念介入元素，每次練習時間為 15 分鐘。

本課程設計採用體驗的架構及合作學習，是以學習結果為目標（增加學生正念體驗及健康促進行為），用教育活動催化學生投入及引起動機（採用正念練習及創意教學並讓學生自訂主題），重點在於連結實際生活情境，讓結果可於真實世界完成（期待學生可以連結生活與實作健康促進行為）（Dalton et al., 2003），課程詳細內容見圖 1 及附錄一。

表 2

正念體驗學習指引

模式	具體練習
經驗	專注在經驗 .腹式呼吸：放鬆身體狀態 .聚焦在新的接觸、聽見、看見、聞到（關掉自動駕駛），重新設定心理模式
反思	反思觀察 .覺察你衝動時的重要時刻 .停止衝動性的思考和行動 .練習坐著思考和感覺而非行動 .練習接受而非判斷
思考	摘要概念化 .對此刻假設產生疑問 .考量他人的觀點 .懷疑你個人所謂的真實 .尋找灰色地帶而非兩極思考
行動	主動實驗 .練習好奇的發問，藉著問問題轉移對話來產生可能性 .在遇到的情境中用另一個你欣賞的思考與行為，並做出來 .試著對人或事件，以你平日不會使用的方式反應

註：取自“Mindfulness and Experiential Learning,” by B. Yeganeh and D. Kolb, 2009, *OdPractitione*, 41(3), p. 15.

(四) 資料分析

研究資料使用 SPSS 18.0 進行描述性統計呈現研究參與者之基本資料、正念、健康促進行為及復原力。依研究假設，在正念融入健康心理學課程對大學生其正念、健康促進行為及復原力的介入有顯著效果分析部份，使用獨立樣本單因子單共變量共變數分析。

肆、研究結果

一、研究一

(一) 大學生基本資料、正念、健康促進行為與復原力之現況

茲將調查性研究法之資料描述於表 3。在調查性研究法之研究參與者 254 人中 76.4%為女性，94.5%為本國籍生，53.9%為一或二年級，84.3%為雙親家庭，69.3%生活作息不規則，51.2%有課業困擾，81.9%無生理疾病，84.3%無精神疾病，年齡平均 20.37 歲，正念總分之題平均分數為 3.99 分（介於普通及同意之間），其復原力題平均分數為 3.60 分（介於有時及經常之間），健康促進行為之題平均為 3.84 分（介於普通及同意之間）。

表 3

描述性統計資料（調查性研究法）

變項	人次	百分比(%)	變項	人次	百分比(%)
性別			家庭型態		
男性	60	23.6	雙親家庭	214	84.3
女性	194	76.4	其他	40	15.7
國籍			生活習慣		(可複選)
本國生	240	94.5	作息不規律	176	69.3
僑生或外籍生	14	5.5	無規律運動習慣	136	53.5
年級			飲食不規律	125	49.2
一、二年級	137	53.9	生活困擾		(可複選)
三年級及以上	117	46.1	課業困擾	130	51.2
個人疾病史		(可複選)	生涯困擾	128	50.4
無生理疾病	208	81.9	人際困擾	86	33.9
骨折	25	9.8	精神疾病		(列出前三名)
肝炎或肝硬化	9	3.5	無精神疾病	214	84.3
癌症	8	3.1	焦慮症	11	4.3
			憂鬱症	13	5.1

(續下頁)

表 3

(續)

變項	最小值	最大值	平均數/題平均數	標準差
年齡	18.00	31.00	20.37	1.44
正念總分	7.00	35.00	27.93/3.99	3.53
覺察	3.00	15.00	12.19/4.06	1.71
接受	4.00	20.00	15.74/3.94	2.31
復原力	19.00	50.00	36.00/3.60	5.68
健康促進行為	55.00	145.00	101.00/3.48	13.99
靈性成長	15.00	40.00	30.03/3.75	4.55
壓力管理	7.00	20.00	14.74/3.69	2.39
健康責任	6.00	30.00	17.11/2.85	4.66
體能活動	4.00	20.00	13.34/3.34	3.63
人際關係	5.00	20.00	16.24/4.06	2.38
營養行為	3.00	15.00	9.55/3.18	2.56

(二) 大學生正念、健康促進行為與復原力之相關

此部份為研究者要進行復原力預測因子之統計，需先找出顯著的相關因子放入而先處理的預備工作。研究者先找出正念與健康促進行為、正念與復原力、健康促進行為與復原力之相關性，結果顯示與復原力有顯著相關之變項為：正念總分、覺察、接受、健康促進行為、靈性成長、壓力管理、健康責任、體能活動、人際關係、營養行為（見表 4）。

表 4

大學生正念、健康促進行為與復原力之相關

變項	正念總分	覺察	接受	復原力
健康促進行為	.36***	.21**	.39***	.56***
靈性成長	.40***	.28*	.40***	.64***
壓力管理	.28***	.13*	.33***	.45***
健康責任	.14*	.12	.13	.22***
體能活動	.20**	.07	.25***	.33***
人際關係	.32***	.17**	.36***	.46***
營養行為	.15*	.06***	.18**	.24***
復原力	.47***	.27***	.51***	-

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

(三) 大學生復原力之預測因子

研究者將上述與復原力有顯著相關之變項放入進行逐步迴歸分析，發現：「健康促進行為：靈性成長」及「正念：接受」為復原力之重要預測因子，可解釋量達 48.6%，多元共線性檢定顯示變項間沒有共線的關係，迴歸式可以成立（見表 5）。

表 5

大學生復原力的預測因子

預測依變項：預測力（總分）							
選取的變項順序	多元相關 係數 R	決定係數 R^2	增加解釋量 ΔR^2	模式 F 值	原始 B	標準化 β	t 值
截距					4.826		2.32*
健康促進行為：							
靈性成長	.64	.41	.41	174.53	.65	.52	10.51***
正念：接受	.68	.49	.08	118.77	.74	.30	6.14***
$R=.679$ $R\text{ Square}=.486$ $Adjusted\ R\ Square=.482$							
多元共線性檢定							
檢定值	容忍度 (tolerance)	變異數波動因素 (VIF)		特徵值 (eigenvalue)		條件指數 (CI)	
健康促進行為：							
靈性成長	.84	1.19		.01		15.09	
正念：接受	.84	1.19		.01		17.13	

* $p<.05$. *** $p<.001$.

二、研究二

正念融入健康心理學課程對修課學生其正念、健康促進行為及復原力的介入效果研究部份，先介紹資料現況，再陳述課程效果。

（一）修課學生基本資料、正念、健康促進行為與復原力之現況

準實驗研究法之資料描述於表 6，研究參與者 85 人中，71.8%為女性，97.6%為本國籍生，95.3%為一或二年級，78.8%為雙親家庭，81.2%生活作息不規則，74.1%有課業困擾，97.6%無生理疾病，82.7%無精神疾病，年齡平均 19.62 歲，其前（後）測分數，正念總分之題平均為 3.83（3.89）分（介於普通及同意之間），其復原力之題平均為 3.50（3.53）分（介於有時及經常之間），健康促進行為之題平均為 3.36（3.42）分（介於普通及同意之間）。

表 6

描述性統計資料（準實驗研究法）

變項	人次	百分比(%)	變項	人次	百分比(%)
性別			家庭型態		
男性	24	28.2	雙親家庭	67	78.8
女性	61	71.8	其他	18	21.2
國籍			生活習慣		
本國生	83	97.6	作息不規律	69	81.2
僑生或外籍生	2	2.4	飲食不規律	46	54.1
年級			無規律運動習慣	44	51.8
一、二年級	81	95.3	生活困擾		86.8

(續下頁)

表 6

(續)

變項	人次	百分比(%)	變項	人次	百分比(%)
三年級及以上	4	4.7	課業困擾	63	74.1
個人疾病史			生涯困擾	38	44.7
無生理疾病	83	97.6	人際困擾	33	38.8
肝炎或肝硬化	2	2.4	精神疾病		
			無精神疾病	72	82.7
			焦慮症	3	3.5
			憂鬱症	5	5.9
變項	最小值	最大值	平均數/題平均數	標準差	
年齡	18	35	19.62	2.05	
前測分數					
正念總分	18	34	26.82/3.83	3.05	
覺察	7	15	11.68/3.89	1.77	
接受	9	20	15.14/3.79	2.12	
復原力	21	50	34.95/3.50	5.41	
健康促進行為	63	142	97.38/3.36	13.12	
靈性成長	19	38	28.71/3.59	4.06	
壓力管理	9	20	14.37/3.59	2.28	
健康責任	6	30	16.55/2.76	4.94	
體能活動	5	20	12.86/3.22	3.13	
人際關係	11	20	15.84/3.96	2.31	
營養行為	4	15	9.06/3.02	2.26	
後測分數					
正念總分	17	35	27.22/3.89	3.20	
覺察	6	15	11.78/3.93	1.86	
接受	9	20	15.45/3.86	2.04	
復原力	16	48	35.27/3.53	5.21	
健康促進行為	52	141	99.12/3.42	14.24	
靈性成長	14	40	29.29/3.66	4.60	
壓力管理	9	20	14.35/3.59	2.10	
健康責任	6	30	17.67/2.95	5.26	
體能活動	4	20	13.14/3.29	3.51	
人際關係	11	20	15.84/3.90	2.31	
營養行為	3	15	8.82/2.94	2.53	

(二) 正念融入健康心理學課程對修課學生其正念、健康促進行為及復原力的介入效果

研究資料使用獨立樣本單因子單共變量共變數分析，將正念、健康促進行為及復原力的前測分數放入共變項，依變項為正念、健康促進行為及復原力的後測分數，瞭解其有無介入處理（控制組或介入組）是否有顯著效果。

排除共變項（前測正念分數），對依變項（後測正念分數）的影響力後，自變項（有無介入），對於依變項（後測正念分數）的介入處理無效果顯著（ $F=1.46$ ），表示正念後測分數在給與介入

處理後並無顯著差異存在（見表 7）。

表 7

正念融入健康心理學課程對修課學生正念的介入效果

來源	型 III 平方和	df	平均平方和	F	顯著性	淨相關 η 平方
正念	95.66	1	95.66	10.230	.00	.11
組別	13.59	1	13.59	1.46	.23	.02
誤差	761.63	82	9.29			
總數	63856.00	85				
校正後的總數	860.75	84				
a. R 平方=.115（調過後的 R 平方=.094）						

排除共變項（前測健康促進行為分數），對依變項（後測健康促進行為分數）的影響力後，自變項（有無介入），對於依變項（後測健康促進行為分數）的介入處理無效果顯著（ $F=.43$ ），表示健康促進後測分數在給與介入處理後並無顯著差異存在（見表 8）。

表 8

正念融入健康心理學課程對修課學生健康促進行為的介入效果

來源	型 III 平方和	df	平均平方和	F	顯著性	淨相關 η 平方
健康促進行為	8050.68	1	8050.68	73.78	.00	.47
組別	46.61	1	46.61	.43	.52	.01
誤差	8947.71	82	109.12			
總數	852103.00	85				
校正後的總數	17036.82	84				
a. R 平方=.475（調過後的 R 平方=.462）						

排除共變項（前測復原力分數），對依變項（後測復原力分數）的影響力後，自變項（有無介入），對於依變項（後測復原力分數）介入處理效果不顯著（ $F=.052$ ），表示復原力後測分數在給予介入處理後並無顯著差異存在（見表 9）。

表 9

正念融入健康心理學課程對修課學生復原力的介入效果

來源	型 III 平方和	df	平均平方和	F	顯著性	淨相關 Eta 平方
復原力	1100.77	1	1100.77	77.09	.00	.49
組別	.75	1	.75	.05	.82	.00
誤差	1170.91	82	14.28			
總數	108018.00	85				
校正後的總數	2276.78	84				
a. R 平方=.486（調過後的 R 平方=.473）						

本研究結果顯示：正念課程對大學生其正念、健康促進行為及復原力並無顯著效果。

肆、討論

一、大學生基本資料、正念、健康促進行為與復原力之現況

調查性研究法及準實驗研究法之資料描述，顯示願意接受研究之研究對象多為女性、本國籍生，八成以上都無生理或精神疾病，是屬於較為健康的族群，七成以上的家庭結構中都有雙親存在，顯示其家庭結構及支持系統不錯，近七成以上之研究對象之作息不正常，可能代表目前大學生普遍的生活作息狀態，而準實驗研究法之心理學系學生七成以上有課業困擾，相對於調查法之大學生有五成有課業困擾，顯示：心理系學生的課業壓力沉重。研究對象有 9.4% 有焦慮症或憂鬱症，此類學生參與正念練習時，也許會因為有精神疾病而可能使介入效果受影響。正念總分之題平均分數介於普通及同意之間，其復原力題平均分數介於有時及經常之間，健康促進行為題平均分數介於普通及同意之間，顯示大學生的正念、復原力及健康促進行為偏向正向。復原力題平均分數介於有時及經常之間的結果與先前研究顯示：50% 的大學生有中度到高度的復原力的結果類似（Hamdan-mansour et al., 2014），可見大學生有一定程度的復原力。

二、大學生復原力之預測因子

在大學生的正念、健康促進行為與復原力之關係部份，結果顯示正念與復原力有顯著正相關的結果，與先前對於大學生的研究結果相似（Zubair et al., 2018）。正念取向的治療，對於嚴重的精神疾病患者，可協助症狀管理及促進正向的健康結果，對於復原力更提供了的重要的復原因素（Davis & Kurzban, 2012）。正念會影響霸凌受害者的復原力，使其憂鬱症狀緩和（Zhou et al., 2017），顯示正念是復原力的先前事件（Bajaj & Pande, 2016）。

健康促進行為與復原力有顯著正相關的結果，也佐證文獻顯示：復原力越低越可能投入健康危險行為（Asante & Meyer-Weitz, 2015）。在生理疾病病人部份研究，健康促進的生活型態，可預防心血管疾病復發（Shin et al., 2015）。人類免疫缺乏病毒（Human Immunodeficiency Virus）的男性研究亦顯示其復原歷程，需投入健康促進的認知歷程（Harper et al., 2014）。

研究者將與復原力有顯著相關之變項，放入進行逐步迴歸分析，發現：「健康促進行為：靈性成長」及「正念：接受」為復原力之重要預測因子，可解釋量達 48.6%。此結果研究顯示日常靈性體驗與復原力有顯著正相關（Archana & Singh, 2014），及正念訓練計劃可促進復原力（Pidgeon et al., 2014）的結果類似。另有研究顯示：憂鬱與復原力呈顯著負相關，且可預測復原力，其解釋量為 9%（Ahmed & Julius, 2015）。憂鬱與知覺到來自朋友的社會支持是復原力的重要預測因子（Hamdan-mansour et al., 2014）。這些預測變項的不同，可能與研究放入的預測變項不同有關，但本研究結果顯示：健康促進行為中的靈性成長與正念中的接受向度，可預測復原力有 48.6% 的解釋量，顯示：在復原力的過程中，正念與健康促進行為扮演一定程度的重要角色。

三、正念融入健康心理學課程對修課學生其正念、健康促進行為及復原力的介入效果

介入組與控制組學生，其正念、健康促進行為及復原力的前後測分數無顯著差異的結果，顯示正念課程之介入效果並不明顯。上述結果與正念訓練可讓症狀相關的困擾減輕，增加自我效能、增加復原力（Davis & Kurzban, 2012）的研究結果不同。可能是原因推論如下：（1）本課程是使用正念融入健康心理學課程，故課程主體是健康心理學的知識體系，在授課時間有許多教學活動，例如：講授課程知識、學生報告實作成果、隨堂問題討論等，都需佔據許多時間，故進行正念練習的時間皆較為倉促，無法更有效練習與反思，本課程雖然整學期有 18 週，但扣掉課程介紹及期中、期末考，實際只有 15 週，每次約 15 分鐘的正念練習時間，建議未來課程設計正念練習時間可每次增加至 50 分鐘，增加鼓勵同學週間練習的獎勵措施。大學「健康心理學」的課程，本來主要目標是認知性的學習，故在課程中加入正念練習，僅是一個有正念元素之「健康心理學課程」，而非一般的正念課程或團體，故其效果可能與先前研究發現：正念課程可有效增加學生的正念（Cacciatore et al., 2015）、促心理社會功能與健康（Burton et al., 2010），及增加復原力與正念（Pidgeon et al., 2014）的結果不同。（2）學生練習歷程有人在正念呼吸、靜坐、慈心禪等較為靜態的練習中，可能會睡著，無法體驗當下的感受，或是無法投入練習，與同學說話或玩手機，研究者要帶領練習步驟、說明及示範，相當忙碌無暇顧及全班眾多學生。（3）學生平日正念練習不夠，研究課程時間雖然有整學期，但是每次做正念練習的時間少，加上健康促進行為的知識要整學期上完之後並加以消化吸收才會更有完整的概念，故可能造成無立即顯著效果。（4）因為正念訓練、健康促進行為的養成及復原力的促進，其中有許多脈絡因素（例如、動機、投入、個人本身狀態）存在，可能非單一正念元素可容易催化改變的，更礙於經費及人力之缺乏，僅作前後測，無法再長期追蹤，可能導致介入無顯著效果。（5）擔任正念融入健康心理學課程的授課老師為研究者本身，雖有豐富的個別諮商經驗，但團體帶領經驗尤其是帶領正念團體的經驗不夠豐富，這些可能也是正念元素介入無法有效的原因。

本研究正念元素介入無顯著效果的結果，也呼應前人研究營養教育課程會增加正向知覺，但與大學生大量攝取全穀物的頻率無顯著相關的結果類似（Williams & Mazier, 2013），可能在健康心理學相關知識的獲得後，要做行為或具體改變較為困難，因為個體要改變的因素可能包括相當多複雜的個人及脈絡因素，非單一元素介入可改善，建議日後對於復原力或健康促進行為的介入措施需更多元。另外未來研究也可考慮正念課程應單獨開課，而非附著於相關課程底下，因為正念介入需要較多時間體驗、練習，而加強反思與討論的時間與力道，看可否增加介入對於健康行為及復原力的效果。從健康信念的模式理解（Taylor, 2018），本研究修課學生可能知覺到的健康威脅是低的，有做正念練習後，對於知覺到健康的威脅並無太大改變，對於年輕的學生來說，疾病可能離學生較為遙遠，既無法感受到立即的威脅，及有需要投入日常正念練習的必要，即使課堂練習也不見得能感受到其好處，故可能對於學生的健康促進行為及復原力並無影響。

本研究控制組大學生為二年級心理學系學生，因其在一年級下學期時修過健康心理學、普通心理學、諮商技巧，研究期間正在修社會心理學、發展心理學、快樂思考與健康生活、正向

心理學等心理相關科目，有可能在某些科目中，對於正念及復原力有概念，或是心理學相關課程的修習較多，對於健康促進行為的概念亦有所學習，故控制組雖然沒有在特定課程強調正念課程的介紹，但有可能在許多課程或課外課程中略有涉略，可能因此影響研究結果。大一與大二學生課業壓力不同，大一新鮮人正在適應大學生活有可能遇到更多困擾，因為一年級正在修習健康心理學，故為介入組，但本研究採取二年級當控制組，是因為方便取樣，但是二年級的課程內容也可能干擾介入因子，故日後控制組的取樣可能找其他非健康科學院一年級的學生較為合適。

高等教育的工作者，甚至是諮商師，雖沒被要求教導正念，但應被鼓勵去練習正念並瞭解其過程（Rothaupt & Morgan, 2007）。很重要的，對於大學生的引導者，特別是第一學期的課程任務，應考慮如何讓催化學生做正念練習（Vela et al., 2018）。平日學生做正念練習、健康促進行為的觀察與監測的缺乏，有可能是正念課程介入效果不佳的原因，本研究結果雖有許多瑕疵，帶來非預期的研究結果，但仍期待研究結果可以做為健康相關教育介入及大學生輔導的參考。

伍、結論與建議

一、結論

本研究顯示：大學生的正念、復原力及健康促進行為偏向正向。「健康促進行為：靈性成長」及「正念：接受」為復原力之重要預測因子，可解釋量達 48.6%。正念介入課程對正念、健康促進行為及復原力無顯著效果。

二、建議

（一）課程設計

對於未來設計相關正念課程建議如下：（1）多增加課堂練習時間及使用正念體驗練習單張（附錄二），讓學生練習後團體討論或個別使用；（2）建議正念課程單獨開課：將正念理論介紹更清楚，使用更多時間做正念練習，增加反思體驗實作的討論與分享時間，增加課後家庭作業的規範或獎勵；（3）在傳統授課的相關課程，如：心理治療與諮商、健康心理學、健康促進行為等課程，可考慮增加正念練習的時間，讓學生投入實作，雖然可能有部份學生能投入參與練習，但有部份學生會利用練習時間做自己的事或滑手機，這是在做課室管理時需要克服的困難，需再更多說明練習的益處或增加學習動機，可增加實作練習助教協助學生學習。

（二）諮商輔導

調查性研究結果顯示正念、健康促進行為為復原力之重要預測因子，故建議學校的輔導中心可聯合健康中心，進行資源整合，提供書面或網路資源、工作坊或演講，可以在生理及心理疾病預防中，加入正念訓練或是健康促進行為課程，這些有助於學生復原力的增加，有助於個

人的自我照顧。

(三) 未來研究

未來研究可再探討正念、健康促進行為與復原力中間的調節機轉，加入家庭、文化、學校或人格因素，探討復原力的預測因子。在課程介入研究上，可再創新與變化各種課程設計，將實證結果應用於心理教育教學中，在評價教學效果研究時，可再提供不同面向的工具測量、增加追蹤效果的測量，拉長研究的時間，慎選研究控制組，以提供更嚴謹的研究結果。

本研究限制為，調查研究對象為小樣本立意取樣方式，而正念融入健康心理學課程的團體帶領者為任課教師及研究者，可能帶領正念團體的資歷不夠豐富，限制了課程介入效果。

陸、參考資料

- 王韻、詹夢菱（2011）。流行涉入程度對大學生身體意象的影響。*身體文化學報*，**12**，41-65。
- 李鈺華（2011-2012）。肯它基內觀技巧問卷的中文文化研製與內觀對邊緣性人格疾患情緒調節之初探研究（計畫編號：NSC 100-2410-H-309-007）[補助]。行政院國家科學委員會。
- 吳明蒼（2014）。健康促進生活型態量表編製之研究。*運動休閒管理學報*，**11**（4），68-85。
- 吳雅卿（2013）。大學生健康生活知識、健康自我效能與健康行為之相關研究－以台中市某私立大學四年級學生為例[未出版之碩士論]。亞洲大學。
- 林重新（2001）。*教育研究法*。楊智。
- 黃松元、陳政友、賴香如（2004）。學校衛生工作新模式－健康促進學校。*學校衛生*，**45**，59-71。
- 曾文志（2007）。大一學生經歷創傷事件與復原力模式之研究。*教育心理學報*，**39**（2），317-334。
- 湯豐誠、蘇文羚、黃淑玲（2015）。大學生健康促進生活型態執行情形及其相關因子探討。*人因工程學刊*，**17**（1），27-38。
- 楊曉萍（2006）。*教育科學研究方法*。西南師範大學出版社。
- 鄭雅之、黃淑玲（2016）。正念培育歷程初探，*中華輔導與諮商學報*，**46**，63-92。
- Ahmed, Z., & Julius, S. H. (2015). Academic performance, resilience, depression, anxiety and stress among women college students. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(4), 367-370.
- Alexander, B., & Ludwig, D. (2006). A comparison of research teaching models in physician assistant education: Theory vs. application via cooperative learning. *Journal of Physician Assistant Education*, 17(3), 28-32.
- Archana, U. K., & Singh, R. (2014). Resilience and spirituality as predictors of psychological well-being among university students. *Journal of Psychosocial Research*, 9(2), 227-235.
- Asante, K. O., & Meyer-Weitz, A. (2015). International note: Association between perceived resilience and health risk behaviours in homeless youth. *Journal of adolescence*, 39, 36-39.

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Bajaj, B., & Pande, N. (2016). Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 93, 63-67.
- Barley, E., & Lawson, V. (2016). Using health psychology to help patients: promoting wellbeing. *British Journal of Nursing*, 25(15), 852-855.
- Barrett, K., & Chang, Y. P. (2016). Behavioral interventions targeting chronic pain, depression and substance use disorder in primary care. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), 345-353.
- Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. E. (2001). *Handbook of health psychology*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Bodenlos, J., Wells, S. Y., Noonan, M., & Mayrsohn, A. (2015). Facets of dispositional mindfulness and health among college students. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(10), 645-652.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2014). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health* (International Edition 8th ed.). Cengage and Cengage Learning.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Buettner, C. K., Andrews, D. W., & Glassman, M. (2009). Development of a Student Engagement Approach to Alcohol Prevention: *The Pragmatics Project*. *Journal of American College Health*, 58(1), 33-39.
- Burton, N. W., Pakenham, K. I., & Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the READY program. *Psychology, Health & Medicine*, 15(3), 266-277.
- Cacciatore, J., Thielemann, K., Killian, M., & Tavasolli, K. (2015). Braving human suffering: Death education and its relationship to empathy and mindfulness. *Social Work Education*, 34(1), 91-109.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599.
- Cochran, K. L., Moss, M., & Mealer, M. (2020). Prevalence of coping strategy training in nursing school curricula. *American Journal of Critical Care*, 29(2), 104-110.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depress Anxiety*, 18, 76-82.
- Dalton, L., Spencer, J., Dunn, M., Albert, E., Walker, J., & Farrell, G. (2003). Re-thinking approaches to undergraduate health professional education: interdisciplinary rural placement program. *Lifescape*, 10(1), 17-21.

- Davis, L., & Kurzban, S. (2012). Mindfulness-based treatment for people with severe mental illness: A literature review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 15*, 202-232.
- Fung, T. T., Long, M. W., Hung, P., Cheung, L. W. Y. (2016). An expanded model for mindful eating for health promotion and sustainability: Issues and challenges for dietetics practice. *Journal of The Academy of Nutrition and Dietetics, 116*(7), 1081-1086.
- Hamdan-Mansour, A. M., Azzeghaiby, S. N., Alzoghaibi, I. N., Al Badawi, T. H., Nassar, O. S., & Shaheen, A. M. (2014). Correlates of resilience among university students. *American Journal of Nursing Research, 2*(4), 74-79.
- Harper, G., Bruce, D., Hosek, S. G., Fernandez, M. I., & Rood, B. A. (2014). Resilience processes demonstrated by young gay and bisexual men living with HIV: Implications for intervention. *AIDS Patient Care & STDs, 28*(2), 666-676.
- Hekler, E. B., Gardner, C. D., Robinson, T. N., Hekler, E. B., Gardner, C. D., Robinson, T. N. (2010). Effects of a college course about food and society on students' eating behaviors. *American Journal of Preventive Medicine, 38*(5), 543-547.
- Kemper, K. J., Mo, X., & Khayat, R. (2015). Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 21*(8), 496-503.
- Kidd, L. I., Tusaie, K. R., Morgan, K. I., Preebe, L., & Garrett, M. (2015). Mindful teaching practice: Lessons learned through a hearing voices simulation. *Issues in Mental Health Nursing, 36*, 112-117, 2015.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Journal of American Medical Association, 302*(12), 1284-93.
- Mackert, M., Lazard, A., Guadagno, M., & Wagner, J. H. (2014). The role of implied motion in engaging audiences for health promotion: encouraging naps on a college campus. *Journal of American College Health, 62*, (8), 524-551.
- Newsome, S., Waldo, M., & Gruszka, C. (2012). Mindfulness group work: Preventing stress and increasing self-compassion among helping professionals in training. *The Journal for Specialists in Group Work, 37*(4), 297-311.
- O'Neal, P. V., McClellan, L. C., & Jarosinski, J. M. (2016). A new model in teaching undergraduate research: A collaborative approach and learning cooperatives. *Nurse Education in Practice, 18*, 80-84.
- Pidgeon, A. M., Ford, L., & Klaassen, F. (2014). Evaluating the effectiveness of enhancing resilience in human service professionals using a retreat-based mindfulness with metta training program: A randomised control trial. *Psychology, Health & Medicine, 19*(3), 355-364.

- Rankin, J., & Brown, B. (2016). Creative teaching method as a learning strategy for student midwives: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 38, 93-100.
- Richardson, G., & Waite, P. (2002). Mental health promotion through resilience and resiliency education. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4(1), 65-75.
- Rothaupt, J. W., & Morgan, M. M. (2007). Counselors' and counselor educators' practice of mindfulness: A qualitative inquiry. *Counseling and Values*, 52, 40-54.
- Shin, S., Kim, J. H., & Jung, D. (2015). Traditional Yangsaeng oriental health promotion in patients with cardiovascular disease. *International Nursing Review*, 62(3), 312-320.
- Taylor, S. E. (2018). *Health psychology* (International Student Edition 10th ed.). McGraw-Hill Education.
- Updegraff, G. Brannon, L., & Feist, J. (2014). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (International Edition 8th ed.). Cengage Learning.
- Van Schalkwyk, G. J. (2015). Outcomes-based collaborative teaching and learning in Asian higher education. *New Directions for Teaching and Learning*, 142, 19-40.
- Vela, J. C., Smith, W. D., Whittenberg, J. F., Guardiola, R., & Savage, M. (2018). Positive psychology factors as predictors of Latina/o college students' psychological grit. *Journal of Multicultural Counseling & Development*, 46, 2-19.
- Wang, L., Shi, Z., Zhang, Y., & Zhang, Z. (2010). Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale in Chinese earthquake victims. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 499-504.
- Williams, B. A., & Mazier, M. J. P. (2013). Knowledge, perceptions, and consumption of whole grains among university students. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 74(2), 92-95.
- World Health Organization (2016). *Health promotion*. Available from: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/.
- Yeganeh, B., & Kolb, D. (2009). Mindfulness and experiential learning. *Od Practitioner*, 41(3), 13-18.
- Zhou, Z. -K., Liu, Q. -Q., Niu, G. -F., Sun, X. -J., & Fan, C. -Y. (2017). Bullying victimization and depression in Chinese children: A moderated mediation model of resilience and mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 104, 137-142.
- Zubair, A., Kamal, A., & Artemeva, V. (2018). Mindfulness and resilience as predictors of subjective well-being among university students: A cross cultural perspective. *Journal of Behavioural Sciences*, 28(2), 1-19.

附錄一、授課進度表

週次	授課內容
1	課程介紹；Ch.1. what is Health Psychology?影片欣賞 研究參與說明、前測、確定研究參與學生
2	Ch.1. what is Health Psychology?正念體驗練習（正念課程介紹、三分鐘呼吸練習）
3	Ch.3. Health Behaviors、正念體驗練習（身體掃描）
4	Ch.4. Health Promoting Behavior、正念體驗練習（靜坐）
5	Ch.5. Health-Compromising、創造力教學成果發表 1 正念體驗練習（立式瑜珈）
6	Ch.6. Stress、正念體驗練習（慈心禪）、創造力教學成果發表 2
7	Ch.7. Coping, Resilience, and Social Support、正念體驗練習（行動覺察） 創造力教學成果發表 3
8	Ch.8. Using Health Services、正念體驗練習（三分鐘呼吸練習） 創造力教學成果發表 4
9	期中考
10	Ch.9. Patients, Providers, and Treatments、正念體驗練習（立式瑜珈） 創造力教學成果發表 5
11	Ch.10. The management of Pain and Discomfort、正念體驗練習（身體掃描） 創造力教學成果發表 6
12	Ch.11. Management of Chronic Illness、正念體驗練習（慈心禪） 創造力教學成果發表 7
13	Ch.12. Psychological Issues in Advancing and Terminal Illness、正念體驗練習（靜坐） 創造力教學成果發表 8
14	Ch.13. Heart Disease, Hypertension, Stroke, and Type II Diabetes、正念體驗練習（三分鐘呼吸練習）、創造力教學成果發表 9
15	Ch.13. Heart Disease, Hypertension, Stroke, and Type II Diabetes、正念體驗練習（身體掃描） 創造力教學成果發表 10
16	Ch.14. Psychoneuroimmunology and Immune-Related Disorders、正念體驗練習（立式瑜珈） 創造力教學成果發表 11（所有報告最後繳交期限）
17	Ch.14. Psychoneuroimmunology and Immune-Related Disorders、正念體驗練習（正念的吃） 創造力教學成果發表 12
18	期末考

附錄二、正念體驗學習討論單

組長：

組員：

日期：

練習項目：

模式	具體練習提示	討論內容
經驗	專注在經驗 .腹式呼吸：放鬆身體狀態 .聚焦在新的接觸、聽見、看見、聞到 （關掉自動駕駛），重新設定心理模式	
反思	反思觀察 .覺察你衝動時的重要時刻 .停止衝動性的思考和行動 .練習坐著思考和感覺而非行動 .練習接受而非判斷	
思考	摘要概念化 .對此刻假設產生疑問 .考量他人的觀點 .懷疑你個人所謂的真實 .尋找灰色地帶而非兩極思考	
行動	主動實驗 .練習好奇的發問，藉著問問題轉移對話 來產生可能性 .在遇到的情境中用另一個你欣賞的思考 與行為，並做出來 .試著對人或事件，以你平日不會使用的 方式反應	