

臺北市立南港高級工業職業學校人因性危害防止計畫

103.11.24 103 學年度職業安全衛生委員會第一次會議討論通過

■ 目的

應用人因工程相關知識，預防本校工作者因長期暴露在設計不理想的工作環境、重複性作業、不良的作業姿勢或者工作時間管理不當下，引起工作相關肌肉骨骼傷害、疾病之人因性危害的發生。

■ 適用範圍

本校全體工作者。

■ 權責

1. 總務處：傷害調查或肌肉傷害狀況調查、工作者職業傷害統計與分析。
2. 實習處：預防肌肉骨骼傷害、疾病或其他危害之宣導及教育訓練指導。
3. 各級工作場所負責人：人因性危害防止計畫之推動及執行。
4. 工作者：定期填寫相關檢核表。

■ 定義

1. 人因工程：人因工程旨在發現人類的行為、能力、限制和其他的特性等知識，而應用於工具、機器、系統、任務、工作和環境等的設計，使人類對於它們的使用能更具生產力、有效果、舒適與安全。

- Sanders與McComick(1987)

2. 工作相關肌肉骨骼傷害：由於工作中的危險因子，如持續或重複施力、不當姿勢，導致或加重軟組織傷病。

一、分析作業流程、內容及動作（含主要作業內容及作業中易引起肌肉骨骼傷害或疾病的危險因子）：

本校處室行政工作者大多數以辦公室為主要工作環境，工科教師實習課以實習工場為主要工作環境，共同科教師以教室為主要工作環境。依本校工作者之作業內容進行分析，其主要工作類型及人因性危害因子可分三類：

1. 辦公室行政工作：

利用鍵盤和滑鼠控制及輸入以進行電腦處理作業、書寫作業、電話溝通作業。

- 1.1 鍵盤及滑鼠操作姿勢不正確。
- 1.2 打字、使用滑鼠的重複性動作。
- 1.3 長時間壓迫造成身體組織校部壓力。
- 1.4 視覺的過度使用。
- 1.5 長時間伏案工作。
- 1.6 長時間以坐姿進行工作。
- 1.7 不正確的坐姿。

2. 實習課任課教師：

主要作業內容為機器設備之講解及操作。

- 2.1 長時間站立。
- 2.2 不正確姿勢搬運重物。

3. 共同科教師：

主要作業內容為機器設備之講解及操作。

- 3.1 長時間站立。
- 3.2 長時間寫板書。

二、確認人因性危害因子（及作業相關肌肉骨骼傷害部位及疾病）

1. 作業相關下背痛

- 3.1 職業危險因子：工作校需要長時間坐著或讓背部處於固定姿勢。
- 3.2 個人危險因子：過去下背痛之病史、抽煙、肥胖。

2. 作業相關手部疼痛

- 2.1 職業危險因子：重複、長時間的手部施力。

3. 作業相關頸部疼痛：

- 3.1 職業危險因子：長期固定在同一個姿勢，尤其是固定在不良的姿勢；通常是指頸部前屈超過廿度，後仰超過五度。

4. 腕道症候群

- 4.1 職業危險因子：手部不當的施力、腕部長時間處在極端彎曲的姿勢、重複性腕部動作、資料鍵入。
- 4.2 個人危險因子：糖尿病患者、尿毒症患者、孕婦、肥胖者、甲狀腺功能低下者、腕部曾經有骨折或重大外傷。

三、評估、選定改善方法及執行

- 1. 危害的評估：以「北歐肌肉骨骼症狀問卷(NMQ)」調查肌肉骨骼傷害類別與提供改善的依據（附件1）。
- 2. 選定改善方法：

2.1 工程控制：

考量工作者長時間處於辦公室使用電腦之情形，提供一適合國人體型之電腦工作桌椅尺寸設計參考值，協助電腦使用者調整其工作場所以預防此類骨骼肌肉酸痛。

然而關於電腦工作站的工作姿勢設定有許多不同的見解，也沒有一種完美的坐姿工作姿勢存在（例如，降低座椅高度可以使下肢得到休息，但同時也將增加上半身之負荷），同時任何一種靜態的姿勢維持一段時間之後將會引起疲勞。

因此，工作中，適時改變姿勢才是減少疲勞的好方法。

就姿勢而言，一般顯示器的畫面上端應低於眼高，使臉正面朝向前方並稍稍往下，以減少因抬頭造成頸部負荷。作業時，應儘量使眼睛朝正面往下，以減少眼睛疲勞。

鍵盤的位置要在正前方，最佳的高度是當手至於鍵盤上時，手臂能輕鬆下垂，靠近身體兩側，手肘約成90°。

滑鼠放置高度不宜太高，可以考慮盡量靠近身體中線的位置。

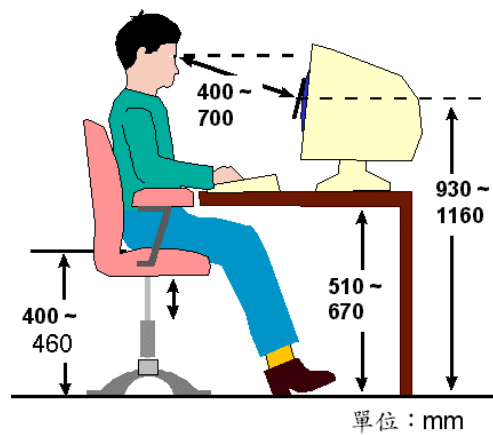


3種不良的電腦工作姿勢與其個別調整改善的示意圖

(科學發展 2012年4月, 472期)

以勞動部勞動及職業安全衛生研究所與國內人因工程專家所建立之"工作者靜態與動態人體計測資料庫"為基礎，並參考現有文獻，建議可調式及不可調式電腦工作桌椅尺寸參考值如下。

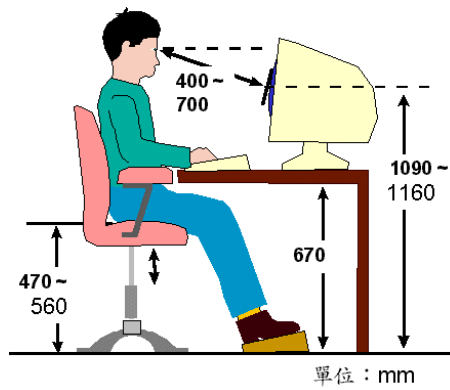
圖一 可調式工作站參考尺寸值



表一 可調式電腦工作桌椅尺寸建議值

名稱	尺寸
坐面高	400-460 mm
桌面高	510-670 mm
顯示器中心高	930-1160 mm
腳踏板	不需要

圖二 桌面高不可調工作站參考尺寸值



表二 不可調式電腦工作桌椅尺寸建議值

名稱	桌面高不可調	坐面高不可調
坐面高	470-560 mm	460 mm
桌面高	670 mm	580-660 mm
顯示器中心高	1090-1160 mm	1000-1150 mm
腳踏板	0-170 mm	0-90 mm

本參考尺寸係依據"工作者靜態與動態人體計測資料庫"，適用於5th女性至95th男性，約90%之工作者可適用。桌面高不可調時，桌面高是以95th男性坐姿手肘高度為基礎。坐面高不可調時，坐面高是以95th男性坐姿膝窩高度為基礎。因此，在這些設計方案中必須提供腳踏板供較小尺寸者使用。其餘之人體計測關係可參考可調式設計。本參考尺寸係依據"工作者靜態與動態人體計測資料庫"，適用於5th女性至95th男性，約90%之工作者可適用。坐面高係考慮坐姿時地面至膝窩之高度加上鞋子高度；桌面高約為坐姿時地面至手肘高度以下100mm；顯示器中心高約為坐姿時地面至眼睛高度以下145mm。

資料來源：勞動部勞動及職業安全衛生研究所

2.2 行政管理：

- (1)各科室確認工作場所中是否有任何危險因子存在，或是否有工作者曾因工作而引起肌肉骨骼疾病，亦即進行工作相關的肌肉骨骼傷害或不適的調查，初步確認出工作上的問題點。
- (2)有問題之工作場所、流程或工作方式等之現況，收集現有的資料包括醫療紀錄、缺席狀況、問卷調查，以確定工作者肌肉骨骼傷害症狀與部位，選擇適當之檢點方法。
- (3)將工作內容豐富化，作業項目適度多樣化，避免極度單調重複之操作，降低集中暴露於單一危險因子之機會。
- (4)藉由教育訓練傳遞肌肉骨骼傷害風險意識與正確操作技巧。
- (5)宣導工作者有效利用合理之工作間休息次數與時間。

2.3 健康管理：

- (1)自我檢查：工作者因**長期性、重複性動作**有造成身體不適情形時，如眼睛、手腕、手指虎口、大拇指痠痛及下背肌肉痠痛等，應進行檢查並調整正確作業方式。
- (2)健康檢查：利用工作者進行定期健康檢查，並依檢查結果結合工作人因性危害因子進行分析，針對其危害因子進行工作調整。

2.4 教育訓練：

藉由危害認知與宣導及工作者體適能訓練兩方面從事教育訓練，一方面加強工作者對肌肉骨骼傷害之了解，工作者對於肌肉骨骼傷害的成因與症狀有所了解，可以維持其遵守各種標準作業規定之動機，同時於症狀出現時及早向管理階層報告。另一方面，維持人員操作所需之肌力、肌耐力、四肢延展與靈活度、以及體力體能，可以避免人員之操作能力衰退，因此，安排適當的定期訓練課程，對於預防肌肉骨骼傷害與下背痛均是有效的方法。針對可能危害因素提供工作者正確作業方式，避免肌肉骨骼傷害發生或惡化。

提供本校「大家一起來 健康動起來」運動小折頁(如附件)，有效利用零碎時間，有效伸展四肢、減輕工作疲勞。

3. 改善方法執行：

3.1 工程控制改善：

針對機械設備之配置不良，產生工作者長時間工作造成人因性危害時，應改善其設備避免增加肌肉骨骼之傷害發生或惡化。依評估結果更換相關設備。

3.2 採用正確作業方式：

日常生活或工作中，必須避免產生人因性危害之部位(如手指)長時間、經常重覆的動作。

工作時，必須避免用力方式不當，不要過度使用已受傷之部位，或是持續太久。

疼痛症狀消失後，可配合正確的伸展運動和肌力訓練。請參考臺北市勞動局「大家一起來 健康動起來」運動小折頁(如附件)。

3.3 採用改善作業方式：

考量調整工作者工作內容，如減少重複動作之作業內容，或增加不同之工作作業，避免人因性危害發生。

工作者可主動調整工作作業姿勢，避免長期坐姿造成脊椎異常負荷，可適時使用站立之電腦設備，減少身體局部疲勞。

執行成效之評估及改善

1. 實施改善計畫後，每半年進行評估(直到人因性危害消失)。

工作者有產生人因性危害時，針對其選定改善方法進行追蹤及瞭解，掌控工作者肌肉骨骼之傷害之改善成效。

2. 進行問卷調查，分析工作者改善前、後肌肉骨骼傷害恢復情形。

如果改善成果不佳或惡化時，應重新選定改善方法及執行措施，或調整其工作，隔離人因性危害因子，避免產生二次危害。

四、其他有關安全衛生事項

針對本校工作者工作內容調整時，如有不同之人因性危害因子產生時，本計畫應修正或補充有關其人因性危害因子評估、選定改善方法及執行措施等，以避免工作者作業時產生人因性危害。

本措施執行紀錄或文件等應歸檔留存三年以上。

北歐肌肉骨骼傷害問卷 (NMQ)

第一部份 個人基本資料

1. 填表日期：_____年_____月_____日
2. 服務機構：_____公司_____縣市
3. 部門：
4. 職稱：
5. 性別：男女
6. 出生年月日：_____年_____月_____日
7. 身高：_____公分
8. 體重：_____公斤
9. 您經常運動嗎？
不常 偶爾 至少每星期一次
10. 您有抽煙的習慣嗎？
沒有 偶爾抽 常抽，平均每天抽_____根
11. 您平時做事習慣使用哪一隻手？
右手 左手

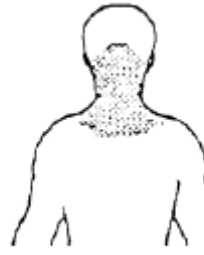
第二部份 工作資料

1. 您從事此一工作至今已有多久？_____年_____月
(包括以前所任職之機構)
2. 您從事目前的工作至今已有多久？_____年_____月
(不包括以前所任職之機構)
3. 您平均一天的工作時間為多少小時？_____小時
4. 您一天的工作時數為多少小時？_____小時
5. 您的工作時間內是否有安排休息時間？
沒有 有，一天休息_____次，一次休息_____分鐘
6. 您一星期的工作天數為多少天？_____天
7. 您在最近一年之內，在工作中或工作後，身體有沒有任何不舒服的感覺？
 - (1) 脖子 沒有 有(請繼續回答第三部份)
 - (2) 肩膀 沒有 有(請繼續回答第四部份)
 - (3) 上背 沒有 有(請繼續回答第五部份)
 - (4) 腰部或下背 沒有 有(請繼續回答第六部份)
 - (5) 手肘 沒有 有(請繼續回答第七部份)
 - (6) 手或手腕 沒有 有(請繼續回答第八部份)
 - (7) 臀部或大腿 沒有 有(請繼續回答第九部份)
 - (8) 膝蓋 沒有 有(請繼續回答第十部份)
 - (9) 腳和腳踝 沒有 有(請繼續回答第十一部分)
 - (10) 以上各部位都沒有(您可以就此停筆，謝謝您！)



第三部份 脖子

右圖陰影區標示出脖子所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列問題。



1. 您的症狀出現的時間為？

- 現在
- 過去一個月
- 過去半年中
- 過去一年中

2. 您的症狀持續多久了？

- 1 個月 3 個月 6 個月 1 年 2 年 3 年 3 年以上

3. 您的症狀為？

- 酸痛 紅腫 發麻 刺痛 半夜痛醒 肌肉萎縮
- 其他（請說明）

你的症狀對您的影響為何？

- 完全不影響生活與工作 稍微降低工作能力 工作能力明顯降低
- 曾因此請假休養 連生活都受到影響 完全不能動作
- 其它 _____（請說明）

5. 您的症狀出現頻率為？

- 幾乎每天出現 約一星期一次 約一個月一次 約半年一次
- 半年以上才出現一次

6. 您是否尋求治療？

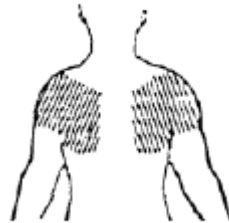
- 未予理會 曾動手術 曾復建 按摩 熱敷 冷敷 吃藥
- 敷藥 其他（請說明）

7. 您認為造成這些症狀的原因與目前的工作有關嗎？

- 全因工作造成的 一部份與工作有關 不清楚
- 與工作無關，原因是 _____（請說明）

第四部份 肩膀

右圖陰影區標示出肩膀所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左肩	右肩
<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1個月 <input type="checkbox"/>3個月 <input type="checkbox"/>6個月 <input type="checkbox"/>1年 <input type="checkbox"/>2年 <input type="checkbox"/>3年 <input type="checkbox"/>3年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每天出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>一部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>	<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1個月 <input type="checkbox"/>3個月 <input type="checkbox"/>6個月 <input type="checkbox"/>1年 <input type="checkbox"/>2年 <input type="checkbox"/>3年 <input type="checkbox"/>3年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每天出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>一部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>

第五部份 上背

右圖陰影區標示出上背所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列問題。



1. 您的症狀出現的時間為？

- 現在
- 過去一個月
- 過去半年中
- 過去一年中

2. 您的症狀持續多久了？

- 1 個月 3 個月 6 個月 1 年 2 年 3 年 3 年以上

3. 您的症狀為？

- 酸痛 紅腫 發麻 刺痛 半夜痛醒 肌肉萎縮
- 其他 _____ (請說明)

4. 你的症狀對您的影響為何？

- 完全不影響生活與工作 稍微降低工作能力 工作能力明顯降低
- 曾因此請假休養 連生活都受到影響 完全不能動作
- 其它 _____ (請說明)

5. 您的症狀出現頻率為？

- 幾乎每天出現 約一星期一次 約一個月一次 約半年一次
- 半年以上才出現一次

6. 您是否尋求治療？

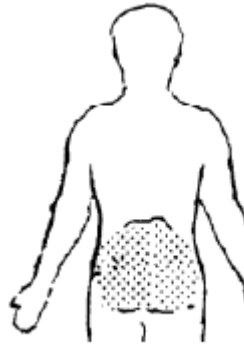
- 未予理會 曾動手術 曾復建 按摩 熱敷 冷敷 吃藥
- 敷藥 其他 _____ (請說明)

7. 您認為造成這些症狀的原因與目前的工作有關嗎？

- 全因工作造成的 一部份與工作有關 不清楚
- 與工作無關，原因是 _____ (請說明)

第六部份 下背或腰部

右圖陰影區標示出下背與腰所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列問題。



1. 您的症狀出現的時間為？

- 現在
過去一個月
過去半年中
過去一年中

2. 您的症狀持續多久了？

- 1 個月 3 個月 6 個月 1 年 2 年 3 年 3 年以上

3. 您的症狀為？

- 酸痛 紅腫 發麻 刺痛 半夜痛醒 肌肉萎縮
其他 _____ (請說明)

4. 你的症狀對您的影響為何？

- 完全不影響生活與工作 稍微降低工作能力 工作能力明顯降低
曾因此請假休養 連生活都受到影響 完全不能動作
其它 _____ (請說明)

5. 您的症狀出現頻率為？

- 幾乎每天出現 約一星期一次 約一個月一次 約半年一次
半年以上才出現一次

6. 您是否尋求治療？

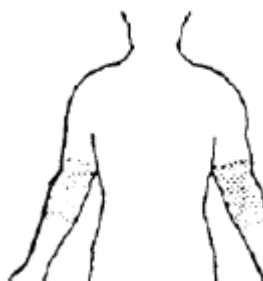
- 未予理會 曾動手術 曾復建 按摩 熱敷 冷敷 吃藥
敷藥 其他 _____ (請說明)

7. 您認為造成這些症狀的原因與目前的工作有關嗎？

- 全因工作造成的 一部份與工作有關 不清楚
與工作無關，原因是 _____ (請說明)

第七部份 手肘

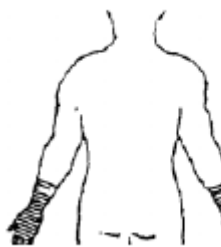
右圖陰影區示出手肘所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何的疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左手肘	右手肘
<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1 個月 <input type="checkbox"/>3 個月 <input type="checkbox"/>6 個月 <input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每天出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>一部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>	<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1 個月 <input type="checkbox"/>3 個月 <input type="checkbox"/>6 個月 <input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每天出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>一部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>

第八部份 手或手腕

右圖陰影區示出手與手腕所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何的疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左手腕	右手腕
<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1 個月 <input type="checkbox"/>3 個月 <input type="checkbox"/>6 個月 <input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ 3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>	<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1 個月 <input type="checkbox"/>3 個月 <input type="checkbox"/>6 個月 <input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ 3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>

第九部份 臀或大腿

右圖陰影區示出臀與大腿所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何的疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左臀與左大腿	右臀與右大腿
<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1 個月 <input type="checkbox"/>3 個月 <input type="checkbox"/>6 個月 <input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ 3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>	<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1 個月 <input type="checkbox"/>3 個月 <input type="checkbox"/>6 個月 <input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ 3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>

第十部份 膝蓋

右圖陰影區示出膝蓋所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何的疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左膝蓋	右膝蓋
<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1 個月 <input type="checkbox"/>3 個月 <input type="checkbox"/>6 個月 <input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ 3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>一部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>	<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1 個月 <input type="checkbox"/>3 個月 <input type="checkbox"/>6 個月 <input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ 3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>一部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>

第十一部分 腳和腳踝

右圖陰影區示出腳與腳踝所指的範圍，若您在身體的這一部份有任何的疼痛或不舒服的感覺時，請您務必詳細填寫下列的問題。



左膝蓋	右膝蓋
<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1 個月 <input type="checkbox"/>3 個月 <input type="checkbox"/>6 個月 <input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ 3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>一部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>	<p>1. 您的症狀出現的時間為何？ <input type="checkbox"/>現在 <input type="checkbox"/>過去一個月 <input type="checkbox"/>過去半年中 <input type="checkbox"/>過去一年中 <input type="checkbox"/>過去一年以上</p> <p>2. 您的症狀持續了多久？ <input type="checkbox"/>1 個月 <input type="checkbox"/>3 個月 <input type="checkbox"/>6 個月 <input type="checkbox"/>1 年 <input type="checkbox"/>2 年 <input type="checkbox"/>3 年 <input type="checkbox"/>3 年以上</p> <p>3. 您的症狀為何？ 3. 您的症狀為何？ <input type="checkbox"/>酸痛 <input type="checkbox"/>紅腫 <input type="checkbox"/>發麻 <input type="checkbox"/>刺痛 <input type="checkbox"/>半夜痛醒 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>4. 您的症狀對您的影響為何？ <input type="checkbox"/>完全不影響生活與工作 <input type="checkbox"/>工作能力稍微降低 <input type="checkbox"/>工作能力明顯降低 <input type="checkbox"/>曾經因此請假休養 <input type="checkbox"/>連生活都受到影響 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>5. 您的症狀出現頻率為何？ <input type="checkbox"/>幾乎每出現 <input type="checkbox"/>約一星期一次 <input type="checkbox"/>約一個月一次 <input type="checkbox"/>約半年一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次 <input type="checkbox"/>半年以上才出現一次</p> <p>6. 您是否曾尋求醫治？ <input type="checkbox"/>未予理會 <input type="checkbox"/>曾動手術 <input type="checkbox"/>曾復建 <input type="checkbox"/>按摩 <input type="checkbox"/>熱敷 <input type="checkbox"/>冷敷 <input type="checkbox"/>吃藥 <input type="checkbox"/>敷藥 <input type="checkbox"/>其他_____（請說明）</p> <p>7. 您認為造成這些症狀的原與目前的工作有關嗎？ <input type="checkbox"/>全因工作所造成的 <input type="checkbox"/>一部份與工作有關 <input type="checkbox"/>不清楚其原因 無關，原因是_____（請說明）</p>

臂膀背肉一起消

利用下腹部的力量帶動上背、副乳與手臂內側這三個位置。

重點提示 動作解析

以能固定毛巾、肩膀不會不舒服，雙手能合起的最小角度為準。

手腕要直不彎曲。

中指到手肘成一直線，手臂與地板平行。



兩手肘不需併攏。

肚子內縮、身體不前傾、不聳肩。

這樣做就能瘦

[次數] 15次。

[雕塑部位] 背肉、手臂內側、下腹部、副乳、肩肉。

[動作解說] 以此動作為基準，吐氣時，手肘伸直往外，再向內夾回（4拍伸直，再4拍夾回）。

[注意事項] 做此動作時必須採坐姿，可避免身體前傾；多數人兩隻手無法並攏，這是正常的，若硬要併攏反而容易造成聳肩，使脖子後方肉凸起。

腰變細、腰變順

藉由手部動作的不同，可讓女生的腰變細、男生的腰變順，而且能確實保護腰部不受傷。

這樣做就能瘦

[次數] 左邊加右邊為1次，共10次。

[雕塑部位] 側腰。

[動作解說] 以此動作為基準，吐氣後，往左邊側彎再回正，換右邊側彎再回正（左右各8拍）。

[注意事項] 彎曲角度不能過大，腳跟到鼠蹊部盡量成一直線；藉由伸展式的運動，來幫助燃燒脂肪、雕塑線條，所以動作完成時，應該要有痠軟感才正確；若彎曲角度過大，表示預備動作有問題，請再重新調整一次。

重點提示 動作解析

去或回的動作進行時，身體都不能放鬆。

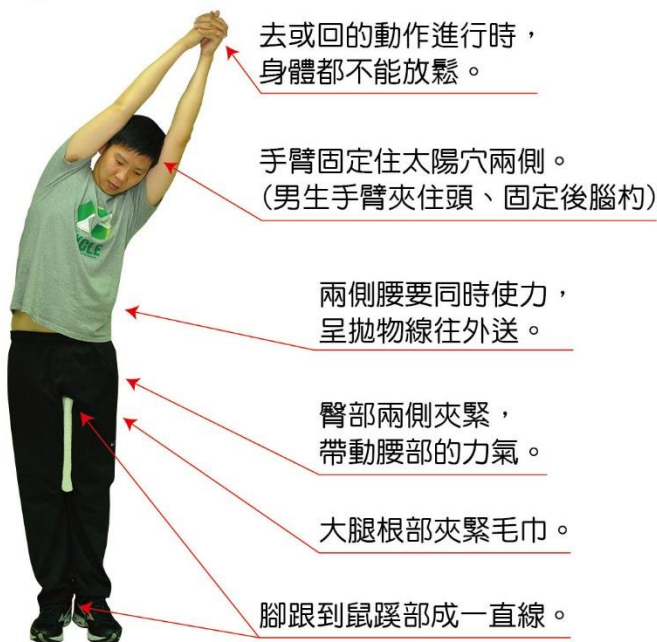
手臂固定住太陽穴兩側。
(男生手臂夾住頭、固定後腦杓)

兩側腰要同時使力，呈拋物線往外送。

臀部兩側夾緊，帶動腰部的力氣。

大腿根部夾緊毛巾。

腳跟到鼠蹊部成一直線。



資料來源 / 《精瘦美2》三采文化出版

勞動心。新哲學

大家一起來 健康動起來！

每天10分鐘，讓你漂亮一輩子



廣告

改善惱人小腹問題

重點在練出「儿」字型腹肌，透過下腹部的力氣來關上肋骨修飾腿部線條並雕塑馬鞍袋，改善惱人小腹問題。

重點提示 動作解析

手肘夾住太陽穴兩側。

上半身向內捲起時，手肘不超過膝蓋，縮腹幅度小。

吐氣縮腹往後時，下腹到胸下緣、肋骨兩側，呈U字型。

膝蓋可微彎，不用伸直。



這樣做就能瘦

[次數] 15次。

[雕塑部位] 腹肌、大腿內側到下腹、小腹。

[動作解說] 以此動作為基準，吐氣後，向後縮腹，再往前向內捲起（8拍向後，再8拍向前捲起）。

[注意事項] 做此動作時，要特別注意腳跟不可離地；腰痠代表動作出了問題，痠的位置應僅限於大腿內側、下腹部、肚臍到上腹；下腹部到肋骨都要凹進去，不能凸起。若是凸起，代表忘了換氣，要再重來一次！

減掉腰間游泳圈

每天花一點時間練習此動作，可幫助減掉腰間游泳圈，還能讓整個人小一圈！

這樣做就能瘦

[次數] 順向10次，反向10次。

[雕塑部位] 腰線、臀線、腿線。

[動作解說] 以此動作為基準，臀部順向繞圈，再反向繞圈（繞一圈為16拍）。

[注意事項] 做此動作時，要感覺腰、臀、腿不斷被拉開。

重點提示 動作解析

雙手十指交扣，拇指往前按讚。

手肘伸直，固定於太陽穴兩側。

低頭下巴放鬆、內縮。

關肋骨，從大腿內側到下腹、中腹，都要往上提氣。

縮下腹、關肋骨、骨盆不要凸。



舒緩頸部、伸展肩部

利用肩膀的力氣來轉動頸部，能有效舒緩頸部、伸展肩部，也有助放鬆頸部與胸部。

重點提示 動作解析

右手掌固定住後腦杓。
(男生眼貼於後腦杓上)

右手前臂與地板呈平行。

右手位置可介於下巴到太陽穴之間。

左手以虎口輕靠固定頸部。

左手肘貼住胸側，感覺夾住胸部。



這樣做就能瘦

[次數] 順向5至10次，反向5至10次。

[雕塑部位] 舒緩頸部與放鬆肩部。

[動作解說] 以此動作為基準，頭部順時針轉圈，再換邊逆時針轉圈（繞一圈為8拍）。

[注意事項] 有五十肩或二頭肌較大塊的人，可微調手肘位置，以肩膀無壓迫感為原則。

運動333 健康很簡單！

從事自己喜歡運動之餘，您知道「333原則」是指什麼？又該注意甚麼呢？



1.每週至少運動3次

如果年紀越大，或是有輕微的慢性病如高血壓、糖尿病的朋友，更應該要增加運動天數或次數，甚至於每週到5至7次。

2.每次運動至少30分鐘

所謂的30分鐘，是指您所從事的「主要運動」要持續30分鐘以上，開始前的「暖身運動」和結束後的「緩和運動」是不算的。同時如果過程中動動停停不連續，雖然總運動時間夠長但是效果還是大打折扣。

3.每分鐘心跳或脈搏數130下

運動時每分鐘心跳130下是個原則，實際建議之心跳數會隨您的年齡有所不同。參考算法是：(220減去你的年齡)乘以(60%至80%)=建議運動心跳速率。也就是一般剛開始作心肺適能運動時，會以60%的強度為基本，最多以不超過80%為限。例如：30歲的勞工朋友，建議運動心跳速率=(220減去30)乘以(60%至80%)=每分鐘心跳114下至152下。



注意：運動過度了！

運動並不是做越多越好，強度是有一點負荷、尚可說話、但不疼痛為原則。如果不能在運動過程中隨時監控心跳脈搏數的話，可以參考以下依據：

- 1.以「痛」為依據：要注意如身體有疼痛或不舒服，要減低強度甚至停止。
- 2.以「累」為依據：累就要休息，不過此依據較為主觀而不實用。
- 3.以「喘」為依據：運動到喘發生，也就是強度要降低，以免發生危險。
- 4.以「汗」為依據：這是許多人常用的指標，但因為台灣地處亞熱帶，濕度多變，所以流汗僅能作為運動是否足夠的參考。
- 5.運動中時能與他人一般談話，可表達言語流利並不喘，但若嘗試唱歌發聲則會變的斷斷續續，這時就是最適程度。這是常用且實用的參考依據，若還能邊唱歌邊運動那一定是運動強度不夠，如果運動到講話都斷斷續續，就是運動過度。



健康飲食 照顧自己一輩子

依據行政院衛生福利部食品藥物管理署公布的「國民飲食指標」建議：日常飲食依據飲食指南建議的六大類食物份量攝取，所攝取的營養素種類才能齊全。

依據行政院衛生福利部食品藥物管理署公布的「國民飲食指標」建議：日常飲食依據飲食指南建議的六大類食物份量攝取，所攝取的營養素種類才能齊全。三餐以全穀為主食提供身體適當的熱量，節省蛋白質，可以幫助維持血糖，保護肌肉與內臟器官的組織蛋白質。多選用高纖維食物，促進腸道的生理健康，還可幫助血糖與血脂的控制。少油、少鹽、少糖，多攝食鈣質豐富的食物並多喝開水。

依據行政院衛生福利部食品藥物管理署公布的每日飲食指南中指出，均衡飲食的意義在於均衡攝取六大類食物，因各類食物所提供營養素不盡相同，應多元化的選擇，適量攝取來達到均衡的目的。

- 1.全穀根莖類1碗(碗為一般家用飯碗、重量為可食重量)
=糙米飯1碗(200公克)或雜糧飯1碗或白飯1碗
=熱麵條2碗或稀飯2碗或麥燕粥2碗

- =米、大麥、小麥、蕎麥、麥粉、麥片(80公克)
- =小蕃薯2個(220公克)
- =玉米1又1/3根(280公克)或馬鈴薯2個(360公克)
- =全麥大饅頭1又1/3個(100公克)或全麥土司2片(100公克)

2.豆魚肉蛋類1份(重量為可食生重)

- =黃豆(20公克)或毛豆(50公克)或黑豆(20公克)
- =無糖豆漿1杯(240毫升)
- =傳統豆腐3格(80公克)或嫩豆腐半盒(140公克)或豆干1又1/4片(40公克)
- =魚(35公克)或文蛤(50公克)或白海參(100公克)
- =去皮雞胸肉(30公克)或鴨肉、豬小里肌肉、羊肉、牛腱(35公克)
- =雞蛋1個(65公克購買重量)

3.低脂乳品類1杯(1杯=240毫升=1份)

- =低脂或脫脂牛奶1杯(240毫升)
- =低脂或脫脂奶粉3湯匙(25公克)
- =低脂乳酪(起司)1又3/4片(35公克)

4.蔬菜類1碟(1碟=1份,重量為可食重量)

- =生菜沙拉(不含醬料)100公克
- =煮熟後相當於直徑15公分盤1碟,或約大半碗
- =收縮率較高的蔬菜如莧菜、地瓜葉等,煮熟後約佔半碗
- =收縮率較低的蔬菜如芥蘭菜、青花菜等,煮熟後約佔2/3碗



5.水果類1份(重量為購買量)

- =紅西瓜(365公克)或小玉西瓜(320公克)或葡萄柚(250公克)或美濃瓜(245公克)或愛文芒果、哈密瓜(225公克)或橘柑、椪柑、木瓜、百香果(190公克)或荔枝(185公克)或蓮霧、楊桃(180公克)或聖女番茄(175公克)或草莓、柳丁(170公克)或土芭樂(155公克)或水蜜桃(150公克)或粗梨、棗子(140公克)或青龍蘋果、葡萄、龍眼(130公克)或奇異果(125公克)或加州李(110公克)或釋迦(105公克)或香蕉(95公克)或櫻桃(85公克)或榴槤(50公克)

6.油脂與堅果種子類1份(重量為可食重量)

- =芥花油、沙拉油等各種烹調用油1茶匙(5公克)
- =瓜子、杏仁果、開心果、核桃仁(7公克)或南瓜子、葵花子、各式花生仁、黑(白)芝麻、腰果(8公克)
- =沙拉醬2茶匙(10公克)或蛋黃醬1茶匙(5公克)

參考資料來源：國民健康局、美麗大臺北 健康生活家電子報、Career職場情報誌