

臺北市公立國中學生求醫行為之相關因素研究

姚友雅* 賴香如**

本研究主要根據 Andersen 的醫療服務利用行為模式，探討臺北市公立國中學生的求醫行為，並分析模式中的傾向、能力和需要等三類因素與求醫次數間的關係。

本研究以臺北市公立國中一、二年級全體學生為母群體，採多步驟抽樣法選取調查樣本，並利用自填問卷進行資料收集，共得有效樣本 733 人。所得資料以描述性統計、卡方檢定、t 檢定、單因子變異數分析、Pearson 積差相關及複迴歸分析等統計方法進行分析，所得重要發現如下：

一、研究對象在調查前半年內的求醫次數，以 1-2 次較多，約佔四成；其次為 3-4 次，有近三成；有一成左右的對象求醫次數在七次以上；而僅僅一成以下的學生半年來未曾求醫。

二、在 Andersen 的醫療服務利用行為模式的傾向因素中，認為中醫效果越好者，求醫次數越多；認為信仰療法效果越好者，求醫次數越少。

三、在能力因素中，住家附近醫療單位數目越多者，求醫次數越多。

四、關於需要因素與求醫行為的關係，可發現主觀覺知健康狀況越差者，求醫次數越多；健康問題發生次數越多者，求醫次數亦越多。

五、以傾向因素、能力因素、需要因素來預測臺北市公立國中學生的求醫次數，結果發現中醫信念、信仰療法信念、住家附近醫療單位數目、主觀覺知健康狀況和健康問題發生次數等五個變項可以有效預測，其解釋力達總變異量的 19.6%。

根據研究結果，提出普遍設置青少年門診、提昇家庭醫師的青少年專科知能、教導國中生成正確的保健與求醫觀念等建議，作為未來國內推動完善的青少年醫療保健工作之參考。

關鍵字：求醫行為、國中生、醫療服務利用行為模式

* 臺北市立民族國中健康教育科教師

** 國立臺灣師範大學衛生教育系副教授

壹、前 言

西元 1978 年世界各國公共衛生界代表在蘇聯召開基層健康照護國際研討會（International Conference on Primary Health Care）發表 Alma-Ata 宣言，再次強調「健康是人類基本權利（essential human right）」的理念，並期待各國能結合健康、經濟和社會等部門的力量共同促使民眾獲得最高水準的健康，亦即呼籲政府擔負提供適當服務和活動以增進人民健康的責任（引自陸均玲、李蘭、丁志音，1998）。由此可知，健康是重要的基本權利，獲得必要的基層醫療服務也被視為促進健康的重要環節，故國家醫療衛生政策制訂、實施與評估的過程中，衛生專業人員應特別留意醫療服務計畫是否能滿足民眾的需要和需求，以及計畫推行後對民眾可能造成的影響為何。而為提供更高品質的醫療服務和健康照護，除須顧及資源的適當分配及客觀環境的配合外，也應進一步考慮目標群體求醫行為的特徵與文化價值體系，才能提高健康策略的合理性、可行性，並符合目標群體的特殊性。

近年來，隨著社會變遷，國民的健康與醫療行為產生變化，再加上全民健保實施，人民對醫療可近性的要求更高，如何才能有效發現不同群體醫療行為的特性和問題，進而提昇醫療服務品質，做到醫療服務的「普遍性」與「適切性」，實為現今衛生醫療相關單位和部會所應深思的議題（謝淑美，1981；吳淑瓊、楊志良、吳新英，1982；行政院衛生署，1984；何佩珊，1996；吳炳輝、季瑋珠、洪其璧，1997）。

吳肖琪（1991）在「健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響」的研究中發現，醫療需求情況於年齡上的分佈呈 U 字型，即老人與小孩會因為身體狀況較差而較常使用醫療資源，也因此一般研究對於這兩個族群的「罹病率」或是「醫療使用度」有較多和較深入的探討；相對地，對青少年醫療和健康照護的關注則較缺乏，以致青少年的醫療照顧明顯不及兒童和成人（行政院青年輔導委員會，1996）。值得注意的是，求醫率比其他年齡層低，並不表示青少年的健康問題就比較少，Basch 和 Kersch（1986）即指出青少年這個年齡層是唯一健康問題節節上升的族群。在國內，青少年因不良的生活方式與不正確的認知，導致健康問題日趨複雜，常被提及的有：藥物的濫用、心理問題、未婚懷孕、事故傷害、視力不良、齲齒、肥胖等，而頭痛、胃痛、緊張、焦慮、情緒不穩定的情況也十分普遍（劉瓊宇，1982；李蘭、劉潔心、晏涵文，1987；江承曉，1991）。李孟智、廖奇峰、李淑杏、呂宗學、周明智（1997）則指出近十年來國內青少年的身體、心理、社會層面罹病率有漸增的趨勢，但因礙於隱密性、

上學、經濟、醫療資源等問題而較少主動求醫（李孟智，1996）。

青少年期是一個人生命中的轉折點，出現於這個時期的許多健康問題與成人期相比之下，通常較容易解決且多為可預防的。假若衛生相關單位能將保健工作重點提前至青少年時期，及早發現此階段潛在性的健康問題，適時提供教育性、諮詢性、保護性和醫學性的服務，不僅可提昇青少年目前和未來的健康狀態，更可間接達到節省國家醫療成本的目的（郭啓英，1996；曾雀芬，1996；洪明善，1997）。因此，改善青少年的健康照護系統、求醫環境和條件可說是國際間健康促進浪潮下的一大要務，為達成此一目標，首先必須瞭解青少年的求醫行為及其相關因素，協助其克服求醫障礙，獲得充分資源，並促使其作最佳的健康抉擇。

許多學者曾調查民眾的求醫狀況及醫療需求情形，也曾利用各種理論，從不同角度探討影響求醫行為的因素，惟研究對象多半為 18 歲以上的成人，鮮少有以國中生為主要對象，因此目前國內青少年醫療及保健體系的建立和規畫缺乏實證研究基礎。為使青少年不至成為當今社會中缺乏適當醫療保健照顧的弱勢族群，本研究根據 Andersen 的醫療服務利用行為模式（The Behavioral Model of Health Services Use），並以國中生的生理健康問題為焦點深入探討，期能藉此對青少年的健康狀況、求醫行為和相關因素有進一步瞭解，以提供醫療政策規畫與擬定之參考。

Andersen 於 1968 年提出醫療服務利用行為模式，至 1995 年間經過多次的修正，其發展又分為四個時期。此模式發展的早期著重於個人的健康和疾病行為，其後漸嘗試以整個可能影響醫療服務利用的系統性觀點來研究人類的行為，因它兼顧理論的完整性和實証上的可行性，故被廣泛地應用在求醫行為的研究上。

李卓倫、紀駿輝、賴俊雄（1996）對國內外有關民眾醫療服務利用之研究綜合整理後，指出 1983 年之前的相關實徵研究主要以心理學和社會學的變項來解釋民眾的醫療需求；1984 至 1990 年間開始納入健康保險、固定就醫場所、當地醫療資源等變項；1990 年以後則注意到個體健康狀態對醫療需求的影響。上述這些曾被重視和探究的變項與 Andersen 醫療服務利用行為模式中的傾向、能力和需要等三類因素可謂相當符合，且 Andersen 的模式在醫療利用領域已有相當貢獻，惟主要應用於西方國家，當用來說明具有社會文化差異的臺灣民眾之求醫行為，其適用性和解釋力究竟如何？值得進一步探討。

貳、材料與方法

一、研究架構

本研究之目的主要在探討國中生的求醫行為，依據 Andersen 的醫療服務利用行為模式，傾向因素、能力因素及需要因素等三類因素可解釋與預測民眾的求醫行為，最能符合研究所需，故以此模式為基礎擬定研究架構（圖 1）。其中傾向因素包括研究對象的人口學特徵和各種醫療的信念及態度；能力因素則以家庭和社會等兩類資源為探討重點；需求因素則涵蓋主觀和客觀兩層面的健康狀態。

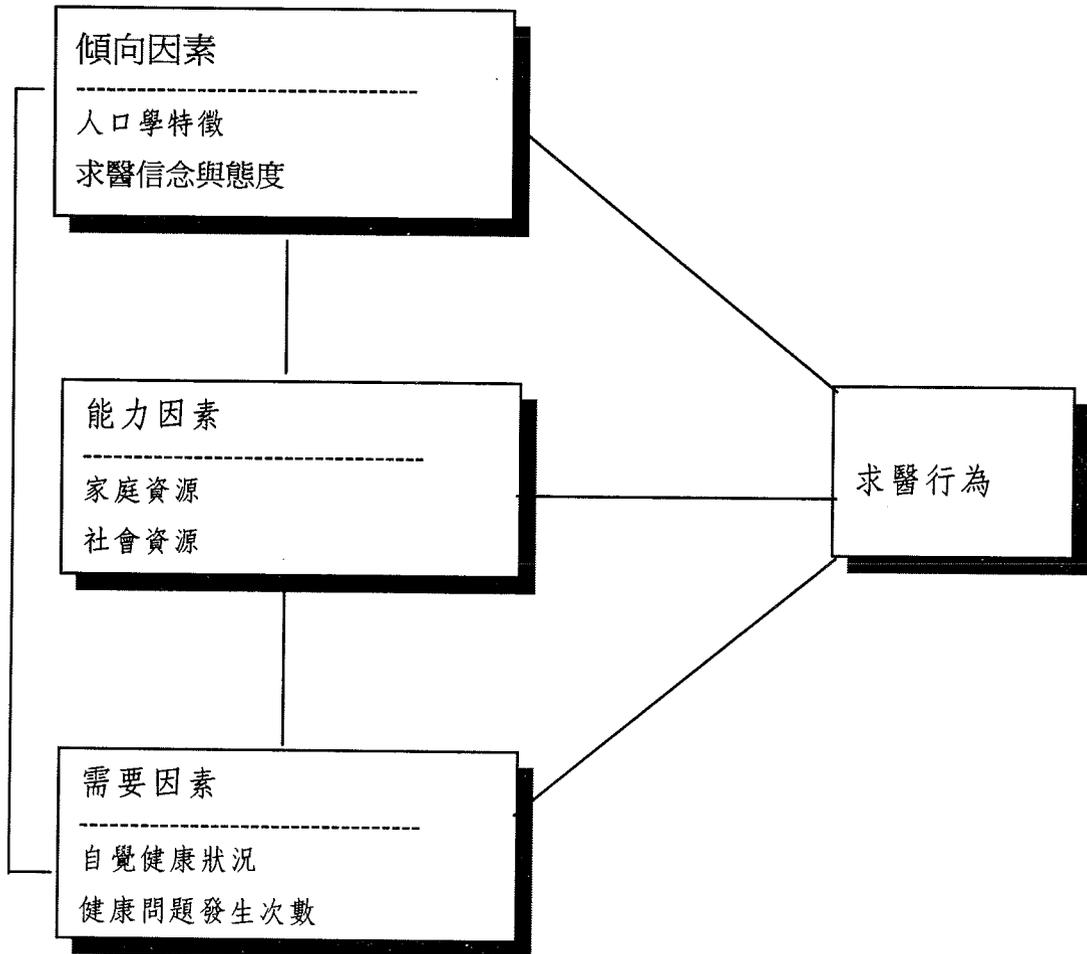


圖 1 研究架構

二、研究對象

本研究以八十七學年度第一學期就讀於臺北市公立國中普通班學生為母群體，合計有 60 所學校，2,797 班，總學生數 94,765 人。由於國中三年級學生課業繁忙，學校與老師的配合意願亦較低，因此本研究僅選取一、二年級學生為調查對象。依據 Krejcie 與 Morgan (1970) 的抽樣曲線標準，當母群體人數在 75,000~1,000,000 之間，樣本數至少需有 390 人。

本研究採多步驟抽樣法 (multi-stage sampling) 選取調查對象。首先以簡單隨機抽樣方式自臺北市 12 個行政區中抽取六區，每區再以簡單隨機抽樣選取一所公立國中，最後採系統抽樣法自六所學校一、二年級中各抽取 2 班，抽到班級之全班學生均納為調查樣本，共計抽得 6 校 24 班，樣本數 750 人。

三、研究工具

本研究採橫斷式調查法進行，以自編問卷為工具。調查工具研定的過程包括編擬開放式問卷、設計結構式問卷初稿、專家審閱、預試、和修正完成正式調查問卷等步驟。研究者首先依據研究主題、參考相關文獻提出開放式問卷一份，並以一所非樣本學校的國中一、二年級各兩班學生 66 位為對象進行常見健康問題種類、發生頻率和處理方式的初探式資料收集。其次，再依照研究目的、架構及開放式問卷所得結果編製結構式問卷初稿，函請公共衛生、教育、輔導、護理、國中教師等領域之學者專家 15 位進行問卷內容效度分析。之後，為確切瞭解研究對象填答時可能發生的困難，於民國 87 年 10 月選取另一所非樣本學校之臺北市國中一、二年級各二班學生 (110 位) 進行問卷預試，並將資料鍵入電腦和統計分析，據以修改問卷內容。

正式結構式問卷共計有 34 題，內容包括以下五大部分：(一) 傾向因素：共 10 題，包括研究對象對四種醫療方式的信念和態度、選擇不同醫療方式的重要信念、性別、籍貫、家庭社經地位、父母親的婚姻狀況等。(二) 能力因素：包括調查家庭資源的 4 道題目 (個人保險狀況、家庭經濟狀況、求醫決策者、固定就醫情形及其影響因素) 以及社會資源 8 道問題 (住家附近醫療資源數、看病所需時間、醫療費用與自覺社會資源有利性)。(三) 需要因素：包括主觀健康狀況與客觀健康問題發生次數等兩部分。其中主觀健康狀況有 3 題，分別測量自覺健康情形、與其他同齡者相比之健康狀況和生病次數多寡，採用五點計分形式，得分範圍在 3~15 分之間，總分越高表示自覺健康狀況越好。而客觀健康問題發生次數則累計調查之前半年的時間，研究對象罹患七類生理疾病的次數，總分越高表示罹患疾病的次數越多。(四) 求醫行為：

主要調查半年內研究對象的實際求醫次數，另詢問在上述七類健康問題發生時，是否積極求醫和尋求協助的醫療機構，共有 8 題。

為瞭解調查工具的穩定度，在正式施測後兩週，再由研究對象中抽出四班學生進行再測，並將有效的 107 份問卷作兩次填寫間的相關分析，以評估其重測信度。結果各部分的信度係數值均高於 .48，且各題的相關值均達顯著差異水準 ($p < .01$)，顯示調查工具的穩定度尚佳。

四、研究步驟及資料分析

本研究的正式調查於民國 87 年 12 月間完成，二十四個樣本班級皆由一位研究者進行施測，以確實掌握調查過程的一致性，另為尊重家長，研究者擬定一份家長通知單交由學生轉交父母。問卷採全班集體填答的方式進行，首先由研究人員說明作答方式及注意事項，學生再以不記名方式自行作答，填妥後檢查無漏答情形，收回問卷，才完成調查過程。施測所需時間，包括說明與作答，約需 15~20 分鐘。總計 750 人接受調查，剔除作答不確實、填答不完整等，實得有效問卷 733 份，回收率達 97.7%。

篩選後之問卷資料經譯碼、校對後輸入電腦建立資料檔，以 SPSS for win 8.0 統計套裝軟體進行統計分析。統計方法包括：一般描述性統計和卡方檢定、t-test 及單因子變異數分析 (One-way ANOVA)、薛費氏事後檢定、Pearson 積差相關、複迴歸分析 (multiple regression) 等推論性統計。

參、研究結果

一、各類變項之描述性統計

(一) 傾向因素方面

研究對象在性別的分佈上，男生 (52.4%) 略多於女生 (47.6%)；籍貫以閩南人為主 (66.2%)，外省籍次之 (19.9%)，原住民最少 (0.4%)；九成研究對象的父母共同生活，父母分居和離婚的比率在 5% 左右，父或母死亡者約有 1%；家庭社經地位則以第二級最多，佔 36.3%，其次是第四級 (30.3%)、第三級 (28.1%)，第一級和第五級則不及 5%。

在研究對象對各類醫療效果的信念方面，65% 認為西醫的療效「非常好」和「稍好」，而有 3% 覺得「稍差」和「非常差」；約 50% 認為中醫療效「非常好」和「稍好」，

覺得「稍差」和「非常差」合佔 6.9%；約有 10%的研究對象認為民俗療法的療效「非常好」和「稍好」，但超過半數覺得「稍差」和「非常差」；僅有 3%左右的人認為信仰療法的療效是「非常好」和「稍好」，高達 80%覺得信仰療法療效「稍差」和「非常差」；整體言之，研究對象認為西醫療效較佳，其次依序為中醫、民俗療法和信仰療法。在醫療態度方面，研究對象「有些喜歡」或「非常喜歡」西醫佔半數，但也有近 15%的人「有些討厭」或「非常討厭」西醫；約 35%的人「有些喜歡」或「非常喜歡」中醫，「有些討厭」或「非常討厭」中醫者佔 23.8%；「有些喜歡」或「非常喜歡」民俗療法的將近 7%，63.4%的人「有些討厭」或「非常討厭」民俗療法；約 4%的人「有些喜歡」或「非常喜歡」信仰療法，「有些討厭」或「非常討厭」信仰療法者佔 79.4%；綜括來說，研究對象最喜歡選擇的是西醫，其次為中醫、民俗療法和信仰療法。另外，醫療信念與醫療態度間有顯著相關存在，對某種醫療方式療效的信念越高，其態度也越趨正向。

研究對象選擇醫療方式時主要考慮的因素有：「治療的技術或效果好不好」、「醫護人員的服務態度好不好」以及「設備是不是齊全新穎」；而比較不重視的因素包括「有沒有親友推薦」與「是不是認識醫護人員」。

（二）能力因素方面

有關研究對象的求醫能力因素主要涵括個人健康保險、家庭經濟、就醫決策者和固定就醫等家庭資源以及住家附近之醫療單位、求醫所需時間和費用與自覺社會資源的有利性等社會資源。

在家庭資源方面，高達 97%之研究對象參加全民健保，極少數尚未加入全民健保（1.5%）。關於家庭經濟狀況，將近九成五的學生認為自己的家庭屬於小康狀況，富裕與貧窮者各有 2%左右。當研究對象生病時，求醫的主要決策者以母親為最多（46.2%），其次是由家人共同商討決定（23.5%），僅有 14.6%可以由學生自己作決定，另有 13.6%的人是由父親決定。多數研究對象（92%）平日有固定就醫的習慣，而他們養成此項習慣的原因以「治療效果好」（85%）及「離家近」（55.7%）最為重要；醫藥費的高低（11.3%）及看病等候時間長短（30.1%）則較不受重視。另一方面，少數未能固定就醫的學生表示「治療效果」（67.2%）則是決定其行為的主要原因。

在社會資源方面，透過研究對象本身的觀察，以步行 20 分鐘可到的距離（約 2 公里）為範圍，可發現牙科診所是最普遍的醫療單位，有九成以上的研究對象在住家附近可以找到牙科診所。其次是小兒科診所，佔 88.3%；再其次為耳鼻喉科診所，佔 81.2%；

而檢驗所和健檢中心的分佈較少，兩者都在 10%以下。整體來看，四分之三的研究對象住家附近約有 5~9 種的醫療院所。

就醫所需交通和實際看病時間上，多數人表示各花費半小時以內的時間（77.5%、60.8%）；僅有 2.2%的人必須花費一小時三十分以上才能到達醫療院所；同樣地，不到 5%的人看病實際時間超過一小時三十分。就醫時，所需要的費用多數在 101-200 元（52.7%）；各約 12%的學生表示醫療費用是 201-300 元或 100 元以下；但有 18%的人並不知道醫療費用的多寡。至於自覺社會醫療資源有利性方面，不管是醫療門診時間的方便性、求醫距離的遠近、求醫時間的長短或醫療費用的高低，國中生多選擇「尚可」。

（三）需要因素方面

對於主觀健康狀況的評量主要詢問研究對象自覺的健康情形、與同年齡者相比的健康狀況以及與其他同年齡者相較之下的罹病情形。在自覺健康狀況上，研究對象選擇「好」者為最多，佔 45.3%；其次為「尚可」，佔 35.5%；自覺健康「差」和「非常差」的人數較少，各佔 7.0%和 1.2%。與同年齡的人相比，研究對象認為健康和其他人「一樣」的佔多數（41.5%）；其次依序為「較好」（26.6%）、「較差」（20.6%）、「好很多」（9.8%）和「差很多」（1.5%）。就生病次數與同年齡的人相比，認為自己「生病次數比其他人少一點」的人數最多（33.7%）；也有六分之一的人自覺「生病次數比其他人少很多」；自認生病次數比其他同年齡者「多一點」和「多很多」的比率分別為 21.4%和 2.0%。綜合上述三題，研究對象平均得分為 10.22 分，可知學生的整體自覺健康情形偏正向。

客觀健康狀況主要針對研究對象半年內實際罹患感冒、眼病、牙病、皮膚病、胃腸疾病、運動傷害和嚴重外傷等七類生理疾病的情形加以調查。結果顯示研究對象在半年內曾經罹患的生理疾病以感冒為最多（89.5%），其次是胃腸問題（60.2%）、牙齒問題（55.9%）、眼睛問題（49.7%）、運動傷害（49%），最少的是嚴重外傷（16.4%）；根據發生某類健康問題的次數而言，感冒、胃腸疾病和牙齒問題為前三名；再將各項健康問題予以累計，可知半年內平均每位學生健康問題總發生次數為 8.13 次。

（四）求醫行為

有關研究對象求醫行為的探討主要調查半年內的求醫次數，另針對上述七類健康問題分別探討其求醫的積極性和處理方式等背景資訊。在求醫次數方面，半年來研究

對象的看病次數以「1~2次」最多，佔42.4%；其次是「3~4次」，佔28.4%；各約有十分之一的研究對象看病次數在「5~6次」和「7次以上」；半年來未曾看過病的只有不到一成。

在面對七類健康問題時是否積極就醫方面，半數以上的研究對象表示當「嚴重外傷」和「運動傷害」發生時，他們會立刻治療；有牙齒、胃腸和眼睛問題時，四成以上的人也會立刻治療；三成左右的學生在碰到感冒和皮膚問題時會立刻加以治療。但面對此七類健康問題仍有部份學生會採取「不予理會」的處理方式，百分比高低依序為皮膚問題（13.4%）、胃腸問題（9.8%）、感冒（7.6%）、運動傷害（5.9%）、眼睛問題（4.9%）、嚴重外傷（3.7%）和牙齒問題（2.7%）。整體言之，研究對象在發生運動傷害與嚴重外傷時，較能積極求醫；相反地，在面對皮膚問題與感冒時求醫的積極性較差。

面對七類健康問題時，研究對象究竟向哪些醫療單位求助？調查結果顯示西醫診所和綜合醫院是研究對象最主要利用的醫療單位；特別是在碰到牙齒問題（90.8%）、眼睛問題（75.2%）和感冒（68.4%）時，多數學生會到西醫診所求助。值得一提的是，學生在發生運動傷害的時候，四分之一的人會找中醫診所，也有16%的人會接受民俗療法。

二、傾向、能力及需要三因素之相關

（一）傾向因素與能力因素之關係

性別、籍貫、家庭社經地位、父母婚姻狀況、醫療信念和態度、選擇醫療方式的重要信念等傾向因素分別與「是否參加全民健保」、「家庭經濟狀況」、「求醫決策者」、「住家附近醫療單位數目」、「自覺社會資源有利性」等五項能力因素進行卡方檢定、t檢定、單因子變異數分析或 Pearson 積差相關分析，藉以瞭解兩類因素間的關係。在健保方面，結果發現父母婚姻狀況屬共同生活者參加比率高於父母不共同生活者；此外，信仰療法之態度不同者參加全民健保的情形也有差別。家庭經濟狀況方面，結果顯示性別、父母婚姻狀況、家庭社經地位和中醫態度均與之有顯著關係存在。進一步由分佈狀況發現：男性自認家庭經濟屬富裕和貧窮的比率高於女性，而女性認為家庭經濟屬小康者較多；家庭社經地位越高者選擇貧窮的比率越低。

就「求醫決策者」而言，在所有傾向因素中只有父母婚姻狀況一項與研究對象求醫的決策者為何人有關，父母共同生活者家人共同商討就醫方式的比率高於父母不共同生活者。而在固定就醫上，只有信仰療法的信念一項與固定就醫有顯著相關，其中

認為信仰療法之效果「很好」者，固定就醫的比率較低。

傾向因素中各變項與「住家附近醫療單位數目」的關係統計結果顯示，對中西醫的信念和態度不同者，其住家附近醫療單位數目不同，而且認為中、西醫治療效果越好和越喜歡中、西醫的研究對象，住家附近醫療單位的數目越多。另一方面，傾向因素與「自覺社會資源有利性」進行 t 檢定、單因子變異數分析或 Pearson 積差相關的結果，發現研究對象對西醫信念或態度和中醫態度等三項均與其有統計上顯著關係，即越覺得西醫有效、越喜歡中醫或西醫者越覺得社會資源是有利的。

（二）傾向因素與需要因素之關係

以 t 檢定和單因子變異數分析來探討傾向因素與兩類需要因素間的關係，在主觀覺知之健康狀況方面，發現僅只中醫態度一項與自覺健康狀況有顯著關係，越喜歡中醫的研究對象，主觀覺知健康狀況越佳。對於健康問題發生次數，性別、籍貫、父母婚姻狀況均有所不同，而且女生多於男生、客家人多於閩南人、父母不共同生活者多於父母共同生活者。

（三）能力因素與需要因素之關係

各項能力因素與主觀覺知健康狀況進行統計分析後，發現家庭經濟狀況與自覺社會資源的有利性均有影響，其中家庭富裕和小康者在主觀覺知的健康狀況上優於貧窮者；而自覺社會資源越有利者，主觀覺知的健康狀況越佳。

在健康問題發生次數方面，發現是否參加全民健保、看病所需時間和自覺社會資源的有利性均與健康問題發生次數多寡有關；參加全民健保者、看病時間越短者、自覺社會資源有利性越佳者，健康問題發生次數越少。

三、求醫行為之相關因素

為瞭解傾向、能力與需要等三類因素與求醫次數間的關係，乃視變項的性質採 t 檢定、單因子變異數分析、或積差相關等統計方式進行分析。十四項傾向因素與「求醫次數」統計分析結果呈現於表一和表二，由之可發現僅中醫信念、民俗療法信念兩項與求醫次數間有統計上顯著相關存在 ($p < .05$)，其餘各項傾向因素與求醫次數間的關係則不顯著。進一步由相關係數的正負值可知認為中醫效果越好者，求醫次數越多；而認為信仰療法效果越好者，則求醫次數越少。

臺北市公立國中學生求醫行為之相關因素研究

表一 傾向因素與求醫次數之單因子變異數分析

自變項	類別	人數	平均值	標準差	F 值
性別	男	384	2.67	1.14	-0.12
	女	349	2.68	1.06	
籍貫	閩南	485	2.71	1.13	0.85
	客家	64	2.56	1.11	
	外省	146	2.60	1.03	
父母婚姻狀況	共同生活	660	2.68	1.10	0.58
	不共同生活	73	2.60	1.11	

表二 傾向因素與求醫次數之積差相關分析 (n= 733)

	家庭社 經地位	西醫 信念	中醫 信念	民俗療 法信念	信仰療 法信念	西醫 態度	中醫 態度	民俗療 法態度	信仰療 法態度
求醫次數	-.006	.022	.078*	-.024	-.074*	.021	.000	-.028	-.067

* : p< .05

八項能力因素與求醫次數間關係的統計分析結果如表三、表四所示，發現僅住家附近醫療單位數目與求醫次數呈顯著正相關 (p< .05)，即住家附近醫療單位數目越多者，求醫次數也越多。

表三 能力因素與求醫次數之單因子變異數分析

自變項	類別	人數	平均值	標準差	F 值
是否有全民健保	是	714	2.68	1.10	1.23
	否	11	2.27	0.90	
家庭經濟狀況※	富裕	16	2.81	1.11	0.13
	小康	693	2.67	1.09	
	貧窮	24	2.67	1.34	
固定就醫	是	672	2.67	1.10	-0.35
	否	61	2.72	1.08	

表四 能力因素與求醫次數之積差相關分析 (人數=733)

	看病時間	醫療費用	住家附近醫療單位	自覺社會資源有利性
求醫次數	.015	-.042	.084*	.014

* p<.05

根據表五可知，主觀覺知健康狀況和健康問題發生次數這兩項需要因素與求醫次數間關係均達統計上顯著差異水準；主觀覺知健康狀況越差者，求醫次數越多；健康問題發生次數越多者，求醫次數也越多。

表五 需要因素與求醫次數之積差相關分析 (人數=733)

	主觀覺知健康狀況	健康問題發生次數
求醫次數	-.329**	.378**

** : p<.01

四、求醫行為之重要解釋變項

為進一步探究 Andersen 醫療服務利用行為模式對國中生求醫行為的解釋力，將與求醫次數間有顯著關係的兩項傾向因素（中醫信念、信仰療法信念）、一項能力因素（住家附近醫療單位數）和兩項需要因素（主觀覺知健康狀況、健康問題發生次數）納入複迴歸分析中作為自變項，而求醫次數為依變項來建立最佳模式。表六為複迴歸分析之結果，顯示整個模式的考驗達顯著統計水準（ $F=36.79$ ， $p<.001$ ），共可解釋求醫次數總變異量的 19.6%；標準化迴歸係數（ β ）達顯著統計水準的變項有信仰療法信念、住家附近醫療單位數目、主觀覺知健康狀況及健康問題發生次數等四項，其中又以自覺健康狀況及健康問題發生次數最具影響力。進一步由結果可知，對信仰療法的信念越負向、住家附近醫療單位數目越多、主觀覺知健康狀況越差、健康問題發生次數越多者，求醫次數越多。

表六 求醫次數之複迴歸分析

變項名稱	原始迴歸 係數 (B)	標準化迴歸 係數 (β)	T 值	R	R ²	adj R ²	F 值
常數項	2.848		10.952***	0.449	0.202	0.196	36.788***
中醫信念	0.092	0.066	1.944				
信仰療法信念	-0.091	-0.075	-2.238*				
住家附近醫療單位數目	0.033	0.071	2.110*				
自覺健康狀況	-0.101	-0.222	-6.247***				
健康問題發生次數	0.058	0.296	8.334***				

* : p<.05, *** : p<.001

綜合研究結果，發現臺北市國中生近半年的求醫次數，可由信仰療法信念、住家附近醫療單位數目、主觀覺知健康狀況、健康問題發生次數等變項加以預測，其解釋力達總變異量的 19.6%。換言之，Andersen 的醫療服務利用行為模式中的傾向因素、能力因素和需要因素可應用於說明研究對象的求醫行為。

肆、討 論

綜合本研究之結果，討論如下：

一、傾向因素、能力因素與需要因素間的關係

在全民健保方面，父母共同生活者參加人數多於父母不共同生活者，可能是因為國中生多是以「眷屬」的身份納保，需要由父母協助處理，而單親家庭在這一方面較為忽略，或因經濟關係，未幫學生投保，因此參加全民健保的比率略低。

在健康問題發生次數上面，本研究發現女生多於男生、客家人多於閩南人、父母不共同生活者多於父母共同生活者。相關研究中多數支持性別在健康問題發生次數上的差別 (Deisher & Mills, 1963; Brunswick, 1972; Sternlieb & Munan, 1972; 劉瓊宇, 1982)，與本研究的結果一致。而在曾雀芬 (1996) 對高雄市單親國二學生的調查中，發現在健康問題上單親學生比雙親學生來得差或嚴重，Wallerstein 和 Kelly (1976) 也認為父母婚姻狀況會影響青少年的身心症狀，本研究亦支持這些結果。

雖然研究中未曾顯示家庭社經地位與主觀覺知健康狀況間的關連，但卻可發現家庭經濟富裕和小康者優於家庭貧窮者，推測可能是因為家境較佳的學生得到較好的照顧和醫療支援，所以主觀覺知的健康狀況趨於正向。

二、傾向、能力與需要等三類因素與求醫行為間的關係

多數研究發現女性利用門診醫療和諮詢醫師的情形比男性高 (Andersen & Laake, 1983; Cox, 1986; Cooper, Crum & Ford, 1994; 謝淑美, 1981; 吳肖琪, 1991; 賴芳足, 1996; 黃瑞珍, 1997; 王安, 1997)，吳建遠 (1995) 則指出女性可能因為懷孕、生產和更年期等狀況以致於會使用更多的醫療資源和花費。但也有學者認為婦女因為照顧子女而降低對醫療服務的使用傾向 (Andersen et al., 1983)。本研究因對象為年僅十四、五歲的國中一、二年級學生，絕大多數尚無懷孕、生產、照顧子女和更年期等方面之困擾，因此導致性別與醫療服務利用行為間的差異較無法突顯出來。

個人保險狀況在本研究中並未對求醫行為造成影響，此結果與何佩珊（1996）的發現類似，但與許多國內外研究（Chang, 1989；Patrick, Madden, Diehr, Martin, Cheadle, & Skillman, 1992；邱清華，1990；林芸芸，1992；魏美珠、楊美雪、吳聰慧，1993；許志成、季瑋珠，1996）指出保險會增加醫療利用結論不同，可能是因為大部份醫療研究是以老人或一般成人為研究對象，成人較會因保險之有無來決定求醫型態及頻率，但長輩基於對家中未成年人員的重視與疼愛，一旦發現孩子身體不適時即會採取正確的醫療方式處理，馬上帶子女求醫，而不會考慮保險因素，因此有無加入全民健保對國中生求醫行為的影響不若成人。另外，成人與國中生在疾病種類、病情嚴重度和醫療費用等方面的差異，也可能是造成本研究與其他調查結果不一致的原因。

住家附近醫療單位數目越多的研究對象實際求醫次數也越多，這可能是因為學生覺察醫療院所可近性相當高，所以一旦身體不適時容易馬上就醫，若此一推論成立似為醫療服務可近性會影響求醫行為提供了間接性的支持。另一方面，因兩者間僅屬相關性強而無法正確研判何者為因？何者為果？故也可能是多次求醫者，在求助的過程中體察到臺北市醫療資源的普遍。

多數國內研究發現自認身體狀況較差及自覺症狀多寡等變項與醫療資源利用有正相關（謝淑美，1981；吳肖琪，1991；林芸芸，1992；許志成等，1996；吳建遠，1995），吳肖琪（1991）也認為罹病數目是影響求醫與否的最主要因素。本研究對象雖為國中生，但亦發現類似的結果，可知不論年齡層高低，自覺健康狀況與健康問題發生次數等需要因素皆為求醫次數的重要解釋變項。另外，Andersen 等人（1983）也指出因病障礙日數、自覺健康狀況是影響醫療利用最重要的因素，與本研究的結果相同。這些現象造成的原因可能是因為自覺健康狀況越佳的學生比較在意自己的健康狀況，一旦生病會立刻尋求醫療援助；但健康問題發生次數越多者，也許是因為「久病成良醫」，或認為疾病較不嚴重，反而不會急著找醫師。

在國內應用 Andersen 之行為模式的相關研究中，對於求醫行為與醫療利用的解釋力不一（魏美珠，1988；王運昌，1996；何佩珊，1996；賴芳足，1996；王安，1997；康翠秀、陳介甫、周碧瑟，1998）。Mechanic（1979）曾指出此模式因為偏向一般性的概念架構，缺乏確切的理論基礎，故而在此模式的相關實證研究中雖皆獲得印證，但模式所能解釋的變異量非常有限，用在預測醫療服務利用時所能解釋的變異量只有大約 19%~25%，且在三類影響因素中，最重要的解釋因素為「需要因素」，至於「傾向因素」與「能力因素」的變項所能解釋的變異量很少。不過 Rundall（1981）卻認為必須將此三大因素同時考慮，缺一不可。而根據本研究結果，雖然需要因素（自覺健康

狀況、健康問題發生次數)是最主要的影響變項,但傾向因素(信仰療法信念)和能力因素(住家附近醫療單位數)也有部份影響力,因此未來的研究亦應多方考慮各項要素,不宜有所偏廢。

伍、結論與建議

根據研究結果,針對國中生求醫行為研究者提出以下之結論:

Andersen 醫療服務利用行為模式能解釋臺北市國中生的求醫次數;其中傾向因素的信仰療法信念、能力因素中的住家附近醫療單位數目以及需要因素中的自覺健康狀況和健康問題發生次數等變項對求醫次數的解釋力達總變異量 19.6%,並以自覺健康狀況及健康問題發生次數等兩項需求因素最具影響力。當信仰療法信念越負向、住家附近醫療單位數目越多、自覺健康狀況越差、健康問題發生次數越多者其求醫次數越多。但因解釋量不算很高,表示仍有許多未包括在本研究中的因素會影響此一群體的求醫行為,值得進一步深入探究。

根據本研究結果,就未來研究及行政專責單位提出以下建議:

一、對研究上之建議

(一) 擴大研究對象群:

1、在時間、經費允許下,可以擴大研究對象的範圍,例如含括三年級學生,甚至比較城鄉學生在求醫行為上的差異,提供教育及衛生行政單位更有意義的地方性參考資料。

2、研究中發現父母是多數青少年求醫的主要決策者,而國中生尚未成年,醫療照護仍須依賴家庭和家長,因此未來研究亦可針對家長,探討家長帶子女求醫的過程與行為,或比較分析家長與學生間在求醫行為上的差別。

(二) 涵蓋身心和社會層面的健康

本次調查所探究的健康問題與求醫行為僅限於國中生的生理層面,建議未來研究可繼續針對青少年的心理和社會層面的健康問題與求醫行為做進一步的探討。

(三) 兼用量性與質性研究法

在時間、人力、物力許可下,除量性的問卷調查外,再佐以深入訪談等質性研究

方法，較能深入了解青少年的保健需求，並收質量兼顧之效。

（四）縱貫性長期追蹤

本調查採橫斷式研究，故所得結果無法做因果關係的推論。建議未來可採用縱貫性研究，以分析其因果關係。

（五）應用相關理論

本調查發現所有變項對求醫行為的解釋力有 19.6%。雖然此行為模式可解釋求醫行為上的差異，但仍有所局限，將來的研究可應用健康信念模式(Health Belief Model)、尋求協助整體理論 (General Theory of Help Seeking) 等相關理論模式，或利用個人健康習慣、消費者滿意度等變項，繼續探索國中學生的求醫行為。

二、對行政上之建議

（一）政策方面

1、增設青少年專業醫療服務以提高可近性和適用度：本研究發現求醫次數與自覺社會資源的有利性有關，因此廣設青少年專業醫療服務單位將對青少年健康有正面助益，建議衛生單位可擴大「青少年保健門診」的計畫，鼓勵更多醫院參與，以提供青少年便利的專業醫療服務。

2、本研究結果顯示臺北市國中生固定就醫的比率很高，且多數人住家與求醫地點相近，十分有利推動家庭醫師制度，因此建議積極宣導此項概念與措施，藉以提升醫療人員與就診者間良性互動和信任；另外也必須加強家庭醫師對青少年專科的專業知識，以提供青少年最好的醫療服務。

（二）教育方面

1、研究中發現國中生正確的保健與醫療觀念仍有待加強，因此建議在國民義務教育的健康教育和相關課程中指導青少年增進健康及正確求醫的相關資訊，冀能透過學校衛生教育來奠定良好的公共衛生發展基礎。

2、國中生在自我保健與求醫行為上仍相當依賴父母，而父母婚姻狀況對子女的生活和健康狀況均有直接和間接的影響力。為促進學生的健康，學校方面應加強學生輔導與親職教育，社會方面也需藉各種不同的方法提倡美滿婚姻並教導夫妻相處的要訣，使孩子從小能在充滿愛的家庭中成長，孩子的健康才能受到妥善的照顧。

參考文獻

一、中文部分

王安(1997)：民眾醫療利用滿意度之研究——以離島地區及中部豐原市為例。台中：私立中國醫藥學院碩士論文(未出版)。

王運昌(1996)：全民健康保險第四類被保險人就醫行為相關因素之研究。台北：國防醫學院碩士論文(未出版)。

江承曉(1991)：青少年的生活壓力，因應行為與其身心健康之相關研究。台北：國立臺灣師範大學碩士論文(未出版)。

行政院青年輔導委員會(1996)：青少年白皮書(八十五年版)。臺北：行政院青年輔導委員會編印。

行政院衛生署(1984)：臺灣地區民眾健康狀況及其醫療需求之調查研究。臺北：行政院衛生署編印。

何佩珊(1996)：影響原住民與非原住民兒童就醫行為相關因素研究。高雄：私立高雄醫學院碩士論文(未出版)。

吳肖琪(1991)：健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響。台北：國立臺灣大學博士論文(未出版)。

吳建遠(1995)：使用大陸成藥民眾之用藥認知與其醫療服務利用之相關。台北：國立陽明大學碩士論文(未出版)。

吳炳輝、季瑋珠、洪其璧(1997)：蘭嶼雅美人就醫行為之研究。中華衛誌，16(4)，329-338。

吳淑瓊、楊志良、吳新英(1982)：影響傷病發生與醫療行為之多變數分析研究。中華衛誌，1，35-45。

李卓倫、紀駿輝、賴俊雄(1996)：醫療需求研究之分析方法與限制——以中醫門診為例。公共衛生，22(4)，247-254。

李孟智(1996)：青少年醫學與保健。臺北：力大。

李孟智、廖奇峰、李淑杏、呂宗學、周明智(1997)：某青少年健康門診之病患及其健康問題的特性。高雄醫誌，13，548-555。

李蘭、劉潔心、晏涵文(1987)：國中新生之健康知覺程度、生活型態與其身心症狀的相關研究。公共衛生，13(4)，482-492。

林芸芸(1992)：全民健康保險的對象研析——新店民眾社會保險的健康影響初探。公共衛生，19，144-157。

邱清華(1990)：臺灣地區中醫醫療狀況及需求之調查研究。行政院經濟建設委員會研究報告。

洪明善(1997)：健康是我們的權力，保健是我們的責任——參加青少年健康促進暨衛生教育研討會有感。高市文教，60，81-83。

陸均玲、李蘭、丁志音(1998)：世界衛生組織與健康促進(上)。健康促進通訊，2，1-6。

康翠秀、陳介甫、周碧瑟(1998)：臺北市北投區居民對中醫醫療的知識、信念與行為意向及其對醫療利用型態之影響。中華衛誌，17(2)，80-92。

- 許志成、季瑋珠（1996）：門診高度使用者之特性：以大溪鎮群醫中心門診病人為例。中華衛誌，15（1），91-95。
- 郭啓英（1996）：了解、認識、幫助青少年——談青少年保健服務及需求。學校衛生，29，96-104。
- 曾雀芬（1996）：高雄市單親國二學生潛在性健康行爲及其相關因素之探討。台北：國立陽明大學碩士論文（未出版）。
- 黃瑞珍（1997）：高雄市醫療資源對民眾門診利用及求醫流向之影響。高雄：私立高雄醫學院碩士論文（未出版）。
- 劉瓊宇（1982）：臺北市國中二年級學生健康問題、需要、態度、行爲與醫療利用之調查研究。公共衛生，9（1），54-67。
- 賴芳足（1996）：全民健保實施後民眾醫療利用影響因素之研究。台中：私立中國醫藥學院碩士論文（未出版）。
- 謝淑美（1981）：醫療服務與醫療行爲之研究。公共衛生，7（4），373-391。
- 魏美珠、楊美雪、吳聰慧（1993）：臺南市居民醫療院所利用率及就醫障礙之調查分析。公共衛生，19（4），345-351。

二、英文部分

- Andersen A.S., & Laake P. (1983). A causal model for physician utilization: analysis of Norwegian data. Medical Care, 21(3), 266-278.
- Basch C.E., & Kersch T.B. (1986). Adolescent perceptions of stressful life events. Health Education, June/July, 4-7.
- Brunswick A.F. (1972). Adolescent health in Harlem. American Journal of Public Health, 62(10), 5-62.
- Chang T.L. (1989). Use of health service by the elderly in the Taipei area. Journal of the Formosan Medical Association, 88, 919-925.
- Cooper-Patrick L., Crum R.M., & Ford D.E. (1994). Characteristics of patients with major depression who received care in general medical and specialty mental health setting. Medical Care, 32(1), 15-24.
- Cox C. (1986). Physician utilization by three groups of ethnic elderly. Medical Care, 24(8), 667-676.
- Deisher R.W. & Mills C.A. (1963). The adolescent looks at his health and medicine care. American Journal of Public Health, 53(12), 1928-1936.
- Krejcie R.V. & Morgan P.W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30, 607-610.
- Mechanic D. (1979). Correlates of physician utilization : why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organization effects? Journal of Health and Social Behavior, 20, 387-396.
- Patrick D.L., Medden C.W., Diehr P., Martin D.P., Cheadle A., & Skillman S.M. (1992). Health status and use of services among families with and without health insurance. Medical Care, 30, 941-949.
- Rundall T.G. (1981). A suggestion for improving the behavior model of physician utilization. Journal of Health and Social Behavior, 22, 103-104.
- Sternlieb J.J. & Munan L. (1972). A survey of health problem, practices, and needs of youth. Pediatrics, 49(2),

177-186.

Wallerstein J.S. & Kelly J.B. (1976). The effects of parental divorce: experiences of the child in later latency. American Journal of Orthopsychiatry, 46(4), 256-268.

The medical care seeking behavior and its influential determinants of junior high school students in Taipei city

Yu-Ya Yao Hsiang-Ru Lai

Abstract

Based on Andersen's behavioral model of health services use, this study investigated the health status and the medical care seeking behavior of junior high school students in Taipei city, and explored the relationships among predisposing characteristics, enabling resources, need factors and the medical services utilization.

By using a multi-stage sampling method, 733 subjects were surveyed with self-administrated questionnaires. Data were analyzed by Chi-square test, t-test, one-way ANOVA, Pearson's product-moment correlation and multiple regression.

The main findings of present study were as follows:

1. During the previous six months, about 40% subjects had 1-2 times medical services, near 30% had 3-4 times medical services, only less than 20% never had medical service.

2. In predisposing characteristics, the subjects' Chinese medical belief and religious medical belief had statistically significant difference in the health services utilization.

3. In enabling resources factor, numbers of medical service agency nearby had statistically significant difference in the health service utilization.

4. In need factor, the subjects' perception of own health status and health problems had statistically significant difference in the health service utilization.

5. The best predictive variables for the medical services utilization are Chinese medical belief, religious medical belief, the number of medical service agency nearby, perception of own health status and health problems. These five variables account for 19.6% total variance.

From these findings, related suggestion for adolescent medical services were recommended.

Key words: behavioral model of health services use, junior high school students, the medical care seeking behavior