

影響篩檢時被判定為要醫療之 高血壓患者之診療行為的因素

——認知與實態兩層面之探討

姜逸群

本研究是探討影響在成人病篩檢活動中，被判定為高血壓患者，其在一個月內是否接受診療之診療行為的因素。

其結果發現，對自己血壓的嚴重性信念、頭痛、收縮壓之血壓值、有無固定的醫療機關、與親近朋友談論高血壓之情形，為影響診療行為的因素。又，自訴的身體症狀、收縮壓的血壓值、高血壓的病史與門診經驗的狀況，與健康信念或主觀的健康感組合時，亦發現健康信念或主觀健康感影響了診療行為。又，有固定醫療機關者，過去一年因病接受過治療者，對醫師對診療的熱誠程度之認知愈強者，其愈易接受診療。

關鍵字：診療行為，健康信念

壹、緒 論

由日本目前的死亡構造來看時，心臟病及腦血管疾病分別佔了第 2 位及第 3 位，而心臟病的死亡率也有年年昇高的傾向¹。並且在疾病之罹患率，高血壓性疾病的罹患率甚高²。由於許多的研究證實了腦血管疾病和高血壓之間有密切的關係³，另外，關於心臟病之原因，依於美國的研究，指出了高血壓、吸菸、高脂血症為三大要因^{4,5}。依此看來，不論是腦血管疾病的問題或心臟病的問題，高血壓均為一重要的要因。因此，成人病健康檢查中，被診斷為高血壓者其後的健康檢查是非常重要的。

目前，日本在許多的鄉鎮市每年定期舉辦成人病健康檢查，在篩檢的過程中經醫師

判定為高血壓者則介紹患者至醫療機關接受個別檢查或治療。此後，他們接受檢查或治療的情形，對高血壓的管理及合併症的發生有相當密切的關係。因此，對高血壓患者篩檢後的對應或對他們從事健康教育方法之解明是非常重要的。因此，本研究，主在了解篩檢之後被醫師判定為「要治療」者，其在一定期間內是否到醫療機關接受診療，及闡明影響診療行為之要因。根據以往之研究報告，篩檢後被醫師判定為「要治療」者，其後是否有到醫療機關或有關診療行為的研究，主要是以性別，職業、疾病史，自覺症狀等因素進行探討。^{6~16} 並且，以往有關篩檢後的診療行為之分析，在篩檢前已經接受治療的人亦包含在內，所以不能看成是嚴謹之促使診療行為發生的要因分析。所以本研究，只以在篩檢時被判定為高血壓要治療但未治療者做為調查對象。

本研究的依變項為「診療行為」，於篩檢時被醫師判定為需要於一定期間內到醫療機關再接受檢查或治療的行為。本研究依高橋⁷及進行篩檢單位的醫師之經驗，認為大多數人於1個月內會接受再檢查或治療，以後接受檢查或治療者則較少。因此，本次之研究之「診療行為」是指醫師將檢查結果向參與檢查者說明起，一個月以內有無接受再檢查或治療之行為稱之。

本研究之要因，主要分三部分：1.健康因素 2.醫師、醫療機關的因素 3.人際關係的因素進行了探討。探討醫師、醫療機關的因素，主要是本次研究的行為是一種醫療機關的利用。又採用人際關係的因素，是考慮到人們的診療行為亦會受到與周圍人們的人際關係而影響之故。

又，影響診療行為的因素中，由健康教育的觀點，認知層面是很重要的，而在考慮對策時，也必須考慮到關連之實際狀況（稱實態層面）。因此對於這些因素，從認知層面和與此有關的實態層面，同時進行了探討。並且，考慮到人們在不同的實態層面，其關連的認知之影響也可能不同，所以亦檢討了在不同實態層面時，認知層面對於診療行為的影響，其分析架構及項目如圖1。

貳、調查對象及方法

1.調查地區之成人病健康檢查

本次之調查地區T市，位於日本埼玉縣之東南部，離東京之市中心約25 km的上班通勤圈，1985年時，有25481戶，人口75299人。職業以自營業居多。

關於醫療保健設施，於1985年4月時有縣的保健所及T市之市立健康管理中心（下簡稱健康中心）及7個醫院，25個一般的診所。依柴田的推定¹⁷，市民之90%以上是利用在T市內及鄰近的W市內的醫療機關。

T市的成人病健康檢查，原則上是以滿35歲者做為對象，1年能免費接受檢查一次

。檢查的內容包括各種測量（身高、體重、握力、皮脂厚）、生化學檢查（膽固醇、中性脂肪、尿酸、血清蛋白、AG 比、transaminase）、胸部X檢查、心電圖、眼底檢查、問診、診察、血壓測量等。

檢查 2～3 週後，對接受檢查者進行結果之說明會。說明會當天，發給參加者檢查結果報告及檢查項目判定區分表，醫師、公共衛生護士、做檢查項目之內容說明及進行有關成人病之衛生教育。

出席者通常約 5 成，而缺席者之檢查結果報告則以郵寄之方式寄給未參加者。

2. 調查對象

調查對象是於 1986 年 1 月 21 日～7 月 1 日間，17 次的成人病健康檢查中，接受檢查的 1868 人中選取。

調查對象是依健康中心醫師所製定之判定區分表，被判定為「高血壓要治療」，及在結果說明會時，尚未接受治療的全體 102 名。

3. 調查方法

本研究，主要是要闡明在結果說明會時，被告之「高血壓要治療」時之認知狀態，對以後診療行為的影響如何，因此採用了前瞻性研究法（prospective study）。

調查方法，兩次都採用無記名之自填式的留置法。第 1 次的調查，是對出席結果說明會的調查對象做簡單的說明後發給問卷。而沒有出席結果說明會的調查對象則將問卷與檢查結果報告一起用郵寄的方式寄出。第 2 次的調查，則是將問卷以郵寄的方式送達調查對象。第 2 次調查之問卷內容，包括了人際關係的實態層面的一些問題及結果說明會後之 1 個月內有無接受檢查或治療的問題。

兩次問卷回收均由本研究到各家庭中回收，並且在回收後的問卷記上姓名。

其他有關之調查實施及分析所需要的項目（主要為基本資料，檢查資料）則由問診表及檢查結果報告轉記。

關於資料的分析，調查項目之大部分是使用次序量尺所以分析使用了無母數統計的方法。又，有關診療之主觀規範的處理，則依 Ajzen & Fishbein 的方法處理¹⁸。

叁、結 果

通過二次之調查，102 人中能進行分析者有 98 人（96.1%）。

1.對象的基本資料

性別上，男性 47 人（47.9 %），女性 52 人（52.1 %）。平均年齡，男性 49.1 歲，女性 49.5 歲。職業方面，男性以自營業及上班族居多，女性則以家庭主婦及定時制的工作（part-time）者居多。學歷則以受過中等教育者較多，男女間無異。又，關於婚姻狀況，「有配偶」者 94 人（95.9 %），家庭型態以「核家族」最多，佔 80 人（81.6 %）。家庭年收入，以日幣「200 萬～399 萬」或「400 萬～599 萬」者最多各為 33 人（33.7 %）。

2.診療行為

結果說明會後 1 個月內，接受診療的有 42 人（42.9 %）（以下稱診療群），未接受診療者 56 人（57.1 %）（以下稱未診療群）。與基本資料之關係，女性的診療率較男性為高（表 1）。

3.影響診療行為之因素

(1)健康的因素

①健康信念及主觀的健康感（認知層面）

罹患性信念詢問了對於罹患「腦中風」、「心臟病發作」之可能性的信念。其結果如表 2 所示。對腦中風認為「很有可能」罹患患者佔最多，44 人（44.9 %），而對心臟病發作之罹患性，則認為「不太可能」者最多，36 人（36.7 %）。關於併發症之罹患性信念與診療行為之間，統計上沒有顯著的差異。

嚴重性信念，檢討了如果「血壓過高」、「腦中風」及「心臟病發作」發生時，所知覺的嚴重性。關於血壓方面，對「你認為你的血壓已到了必須接受醫師診療的程度嗎？」之問題，回答者中認為自己的血壓是「不太需要接受診療」之高值者最多。並且此種信念，在女性也較男性為強。與診療行為間的關係，無論是在男性或是女性，對自己的血壓之嚴重性信念愈強者，接受了診療（表 3，表 4）。

其次，以「現在的血壓狀況」及「今後血壓維持在太高的狀態」，檢討了嚴重性信念。即「你認為血壓過高是嚴重的一件事嗎？」，對此問題如表 5 所示，兩者均以「很嚴重」者最多，各為 40 人（40.8 %），60 人（61.2 %）。但是此嚴重性信念與診療行為間，均無有意的關連。

此外，也檢討了對於「腦中風」或「心臟病發作」的嚴重性信念。關於這些信念，分別以對「自己本身」和「家庭」所造成的嚴重性之知覺，進行了檢討。

腦中風之嚴重性信念，對「自己本身」或「家庭」，幾乎都回答了「非常嚴重」或「很嚴重」，兩者合併佔 95 % 以上。整體而言，對腦中風的嚴重性信念很強。與基本資

料間的關係，年齡愈高，腦中風對自己本身所產生之嚴重性信念愈低（ $P < 0.05$ ）；其他則沒有統計上的顯著關係。此對腦中風之嚴重性信念與診療行為間，在診療群與未受診療群間，沒有顯著的差異。

但是，關於心臟病發作之嚴重性信念與診療行為的關係，在診療群，如果心臟病發作，對「自己本身」回答「非常嚴重」和「很嚴重」者，各為 54.8%，42.9%；另一方面，在未診療群中，全體的 75.0% 回答了「非常嚴重」。未診療群比診療群的信念強（ $P < 0.05$ ）。但對「家庭」而言，其嚴重性信念在兩群之間並無顯著差異。

關於有效性信念，對於「因高血壓而被判定為『要醫療』者，為維護健康，你認為去接受醫師的診療是有益的嗎？」之問題，設定了「完全沒有益」、「不很有益」、「沒意見」、「很有益」及「非常有益」五個選項，其中回答「非常有益」者 42 人（42.9%）、「很有益」者 48 人（49.0%）。其與基本資料間的關係，統計上沒有明顯的關連。此外，在診療群與未診療群之間，此有效性信念亦沒有顯著的差異。

最後，主觀的健康感是自己對本身最近的身體狀況之評價，回答「非常好」者 27 人（27.6%）、「還算好」者 57 人（58.2%）。全體而言，對自己的身體狀況評價很高。與基本資料間的關係，女性比男性感覺自己的身體狀況較差（ $P < 0.05$ ，表 6）。而其與診療行為間的關係，診療群與未診療群之間，主觀的健康感並無差異存在。

②健康狀態和生活習慣（實態層面）

關於健康狀態，分別以自訴的身體症狀及醫學檢查所見進行了檢討。

對於最近經常體驗到的身體症狀，回答至少有一種以上者為 62 人（63.3%），其中（可複選）以「容易疲勞」，「頭痛」及「耳鳴」者較多。與基本資料間的關係，沒有顯著的關連。但與診療行為之間的關係，除了有「頭痛」症狀者其接受診療的情形較好（ $P < 0.01$ ）外，其他的身體症狀之有無，與診療行為之間並無關連存在。此外，自訴的身體症狀的有無及症狀的多少與診療行為間的關係，並沒有被發現。

又，關於醫學檢查所見，主要是針對高血壓，動脈硬化及心臟病有關的檢查結果，進行了檢討。

首先，血壓值是本次研究決定對象的根據，研究對象之中的 89 人（90.8%）是由舒張壓值，而被醫師判定為「要醫療」。另外，超過收縮壓值的判定基準者只有 30 人（30.6%）。此外，「LDL+VLDL 膽固醇」和「中性脂肪」被列為異常者有 14 人（14.3%）和 11 人（11.2%）。心電圖及眼底異常者則很少，2.0% 及 3.1%。

診療行為與醫學檢查所見之關係，診療群的收縮壓值較未診療群收縮壓值為高（ $P < 0.05$ ）。但兩群的舒張壓值則沒有差異。另外，心臟病或動脈硬化有關的醫學檢查所見則與診療行為沒有關連。

另外關於生活習慣方面，飲食、運動及睡眠如表 7 所示，與結果說明會前比較，結

果說明會後，對於飲食、睡眠非常注意者變多了。特別是在女性方面有增多的傾向，而沒有改變者則以年輕人較多（ $P < 0.01$ ）。此飲食、運動及睡眠與診療行為間，並沒有顯著的關連。

其次，關於嗜好品方面，檢討了吸菸與飲酒。吸菸者共26人，男性22人（佔男性的46.8%），女性4人（佔女性的7.8%）。1天的量，回答「20枝」者最多，34.6%。另外，關於飲酒，飲酒者有51人（52.0%），男性中飲酒者較女性中飲酒者為多（ $P < 0.001$ ）。又每天喝酒者佔全體的25.5%，1星期內之飲酒次數，亦是男性較女性為多（ $P < 0.01$ ）。

嗜好品與診療行為間的關係，在女性方面，不論何項在診療群與未診療群間沒有顯著的差異。另外，在男性方面，有無吸菸與診療行為間並無顯著關連。但是，在吸菸的人中，其1天吸菸量愈多者，或一週中飲酒頻率愈多者，則較未接受診療（ $P < 0.05$ ， $P < 0.01$ ）。

③組合實態與認知時認知與診療行為的關係

健康信念和主觀的健康感與各實態組合，檢討了診療行為時，第一，關於血壓，不論收縮壓在160 mmHg以上或159 mmHg以下者，其對自己的血壓之嚴重性信念愈強，愈易接受診療（ $P < 0.05$ ， $P < 0.001$ ）。又收縮壓在160 mmHg以上者，有效性信念愈強者愈易接受診療（ $P < 0.05$ ）。但是在舒張壓之時，不論血壓值如何（分成100 mmHg以上及99 mmHg以下二組），對自己血壓之嚴重性信念與診療行為間並無顯著的關連性。第二，在沒有自訴的身體症狀時，影響診療行為的因素不明確。但是有自訴的身體症狀時，對自己血壓之嚴重性信念及腦中風，心臟病發作等的罹患性信念與診療行為間有顯著的關係。第三，與高血壓的病歷或門診經驗組合檢討時，在從前沒有高血壓記錄者中，並沒有顯著的關連性。但是，在曾被診斷過有高血壓的人中，對自己血壓的嚴重性信念愈強者，接受了診療。又，有門診經驗或曾被診斷過高血壓者中，其主觀的健康感與診療行為的關係亦有顯著的關連。第四，在不注意飲食運動、睡眠者中，對自己血壓的嚴重性信念強者，接受了診療。但是，平時有注意運動或睡眠者中，健康信念、主觀的健康感與診療行為間的關係，則沒有顯著的關連。

此外，不論有無吸菸或飲酒，對自己的血壓之嚴重性信念強者，較易接受診療。又，在非飲酒者中，對腦中風、心臟病發作之罹患性信念強者，或在飲酒者中，對於自己本身而言，心臟病發作之嚴重性信念強者，接受診療的較多。

(2)醫師・醫療機關的因素

①對醫師的診療態度和醫療機關之利用的認知（認知層面）

對醫師的診療態度之認知，檢討了醫師之資訊提供，醫師的親切性及醫師對診療的熱誠程度。其結果如表8所示，整體而言，調查對象對醫師的診療態度之認知，具有正

向的好意反應，不滿者很少。

診療行為與對醫師的診療態度之認知間，在所檢討的三項中，診療群與未診療群間並無顯著的差異。

對醫療機關之利用的認知，此是指關於醫療機關的利用之方便性的認知。

到醫師之處接受診療時，「不能輕鬆自在去」有28人（28.6%）。其理由（複選），回答「診療時間內不能去」、「等待時間過長」者最多，均有13人（46.4%）。回答「交通不便」、「醫費太貴」、「距離太遠」者，均只有1人。

與診療行為之間的關係，在診療群，「不能輕鬆自在去」者有19.0%，未診療群，如此回答者有35.7%。在未診療群中較多，但統計上未有顯著差異。

②與醫師・醫療機關的關係和生活時間（實態層面）

關於與醫師・醫療機關的關係，對於因患高血壓時其有無固定的醫療機關可接受診療。回答「有」者共50人（51.0%），其中利用醫院者有31人，利用健康管理中心者有13人，利用診所者6人。

另外，由家裏到醫療機關的距離，單程約3分～60分，其中20分鐘以內能去者有94.0%。

又，到了醫療機關時，能接受固定之醫師診療者約有60%。

此外，過去一年中因生病接受過治療者有59人（60.2%）。在接受醫師治療時，感覺有不滿意者有8人，主要是對醫師診療的態度不滿。

與診療行為之間的關係，因高血壓而無固定的醫療機關可接受診療者，在診療群佔11人（26.2%），未診療群37人（66.1%），未診療群顯著的較多（ $P < 0.001$ ，表9）。

又患高血壓時有固定的醫療機關可接受診療者，其醫療機關的種類、由家裏到醫療機關的時間距離，有無固定之醫師等，及對於全體其過去1年中之治療經驗，進行了檢討，上述各項與診療行為間，並沒有關連存在。

其次是生活時間，此主要是考慮會影響診療行為之1日的拘束時間，此包括了工作時間及照顧病人而被拘束的時間。

關於工作時間，除了家庭主婦和無業者28人外，工作時間分布在3小時～13小時，其中1天中回答工作「8小時」者最多，34.3%，其次「9小時」、「6小時」的次序各為15.7%，14.3%。

又，現在「因家中有人生病，必須要照顧病人」者，有8人。但是，當他們想去醫師處接受診療時，除了1人以外，均能找到替代者來幫忙照顧。此外，當問及「自己想去接受診療時，是否能到醫師之處呢？」，回答「經常能去」、「大體能去」者佔8成強。

診療行為和生活時間的關係，無顯著的關連。

③組合實態與認知時，認知與診療行為的關係

有固定的醫療機關可接受診療者及過去 1 年中因生病而有治療經驗者中，其對「醫師對診療的熱誠程度」評價高者，接受了診療。

(3)人際關係的因素

①診療的主觀規範（認知層面）

診療的主觀規範是由依從重要參考對象的動機及規範信念（Norm belief）所合成，其計算方式依 Fishbein & Ajzen 所提的方式處理¹⁸。本研究，針對配偶、配偶以外的家族（簡稱家族）、親近的朋友、健康管理中心的醫師及家庭醫師等五種重要參考對象進行了探討，其結果如表 10 所示。診療的主觀規範之強度，被分成 7 段，其中關於親近的朋友稍弱，其他的項目之主觀規範甚強。

診療行為與診療的主觀規範間，沒有顯著的關連性。

②重要參考對象的溝通（實態層面）

關於高血壓，研究對象與配偶、家族、親近的朋友、健康管理中心的醫師及家庭醫師等溝通的情形，如表 11。其中與配偶充分談論過者最多，54 人（55.1%），而與健康管理中心的醫師或家庭醫師充分談論過者較少。

又，結果說明會後因高血壓的關係，曾被重要參考對象勸告去接受醫師診察者有 35 人（35.7%）。其中配偶者 27.6%，家族 4.1%。

診療行為與重要參考對象溝通之間的關係，與配偶或家族間的溝通的溝通狀況之關係，統計上並無顯著的關連。但是與親密的朋友、健康管理中心的醫師及家庭醫師經常談論者則有較多人接受了診療（表 12～表 14）。

③組合實態與認知時，認知與診療行為的關係

考慮各種實態層面的不同，檢討了診療的主觀規範與診療行為的關係，但均未發現有關連性存在。

肆、討 論

1.診療行為

本次的研究中，接受了醫師診療者只佔了 42.9%。根據以往的報告，診療率大概在 60%～70% 最多^{6~10} 而小田等¹¹ 的報告則高達 90%，與這些報告比較時，本研究的診療率較低。其理由，可考慮到研究對象之設定的不同。以往的研究對象是篩檢後，不論何病被判定要醫療者均被視為對象，而正接受治療者亦包括在內。而本研究之對象只

限定在高血壓患者，且篩檢前已接受治療或篩檢後結果說明會舉辦前，已開始治療者均被除外。此外，篩檢後接受治療率達90%之報告，其對象是中等症狀以上的高血壓患者，而本次的對象則以輕度高血壓患者較多。

2. 影響診療行為的因素

(1) 健康的因素

① 健康信念及主觀的健康感

健康信念，原來是經常被用來說明預防的健康行為之變項。而關於此方面的實證研究亦很多。其中，也有被用為說明接受血壓測量的健康行為之自變項¹⁹。依其研究報告，對高血壓的罹患性信念和對所採取的健康行為之有效性信念，強的話，則更易接受血壓的測量，但是對高血壓的嚴重性信念則與血壓測量的健康行為間沒有關連。又，在高血壓患者的病人角色行為的研究，關於治療的遵囑行為（Compliance），依Taylor的報告²⁰，對高血壓的嚴重性信念愈強，其服藥的遵囑行為也較好，但是有效性信念和服藥的遵囑行為間則沒有關連。關於合併症的罹患性信念和遵囑行為的關係，則沒有檢討。此外，依其他的研究報告時^{21, 22}，病人對於合併症的罹患性信念和對於行為的有效性信念強時，其遵囑行為的程度也高；但是，在Inui²¹等的報告，嚴重性信念與醫囑行為間有正相關，而在Kirscht²²等的報告則此種相關並未被發現。

在有關醫療機關的利用和健康信念的關係之研究中^{23~25}，在輕症高血壓患者，嚴重性信念弱、醫療費用高與利用的不便是造成治療中斷的原因。並且在沒有自覺症狀的人中，對於某種症狀的罹患性信念和對保健醫療之有效性信念，在醫療服務的利用上，是一些重要的因素。歸納以上的研究可知，各種的健康信念，依健康行為的不同其對行為的影響力也不同。

又，Janz 等的報告²⁶，關於預防的健康行為，罹患性信念是最重要，但病人角色行為時，為了說明病人的醫療行為時，嚴重性信念則較罹患性信念更為重要。

在本研究的診療行為是篩檢活動結束後（結果說明會後）1個月內的診療行為。影響此行為的因素是對自己血壓的嚴重性信念。由此可知，影響預防的健康行為之因素是罹患性信念，但被診斷為高血壓後，再次到醫療機關接受診療時，影響診療行為的因素則是對自己血壓的嚴重性信念變成最重要。關於此點，與病人角色行為的情形相似。但是在病人角色行為中，關於遵囑行為對合併症的罹患性信念是重要的因素，而如本研究之診療行為時，對腦中風或心臟病發作之罹患性信念的影響，則未被證實。此可能是，在遵囑行為中，對象是正在接受治療的人，而本研究的對象則是開始治療前的人。此種狀況的不同，造成了健康信念對接受醫師的診療行為之關係亦不同。

其次，關於主觀的健康感。依中場¹⁵的報告，指出高血壓病人，認為自己的身體狀

況是健康時，往往成為阻礙高血壓繼續治療的原因。又依後籐等⁹的報告，成人病篩檢後，被判定為要醫療者，其放置的理由，主要是「身體的狀況不壞」。但本次的研究，則無此現象。其可能是因本次的對象是因高血壓而被判定要醫療者中，除去正在治療的人，所以主觀的健康感，感覺自身健康者很多，所以其對診療行為的影響力也不顯著了。

(2)健康狀況及生活習慣

在既存的報告¹⁵，篩檢後接受診療者中，很多是因有自訴的身體症狀。又依榊原⁸或家保¹⁶的報告，具有高血壓病歷的人其篩檢後較易接受診療。但是關於此點，本研究在分析各種自訴的身體狀況與診療行為的關係時，並未發現有關連性。此可能是以往的報告在論診療行為時，在篩檢的時候已經接受治療的人，在分析時被包含於內。因此，在檢討診療行為時，以自訴的身體症狀或病歷做為自變項時，則產生了偏差之故。而本研究，除去了治療中者，所以自訴的身體症狀之數目和病歷的有無，對診療行為其影響力變弱。此外，自訴身體症狀中有「頭痛」者，較多接受了診療，但其是否與血壓值有關則不知，然自訴有「頭痛」者的診療率較高則為一事實。

關於醫學檢查所見和診療行為間的關係，在本研究中實際影響診療行為的因素，並非舒張壓而是收縮壓。又，關於心臟病或動脈硬化等的有關之檢查所見，亦非重要的因素。但是，醫學上，對於高血壓之合併症的發生，不只是收縮壓而已，舒張壓也被證明是一重要因素，並且高血壓患者，在血壓以外的檢查中有異常的話，其併發症的發生率也變高²⁷。依這些事實看，必須加強關於收縮壓以外的危險因子之健康教育。

其次，關於生活習慣方面，飲食、運動、睡眠在結果說明會後，「非常注意」者有增多，但是對診療行為則不是影響的因素。

另外，關於嗜好品，在男性吸菸或飲酒較多，生活方式較不健康者，接受診療的人較少。即必須對這些人加強有關之健康教育。

(3)實態和認知組合時，認知和診療行為間的關係

認知層面之各變項和診療行為間的關係，對自己血壓之嚴重性信念愈強者，愈多接受了診療。又在各實態層面，除了舒張壓外，在各實態之某狀況下，對自己血壓之嚴重性信念強者，愈易接受醫師的診療。因此，在此主要對認知層面之其他的健康信念和主觀的健康感，在各實態層面上討論其與診療行為的關係。

對「現在血壓過高」之嚴重性信念及對併發症之嚴重性信念，在實態之各層面上，與診療行為間的關係，均未有關連性存在。但是對今後血壓維持過高時的嚴重性信念，在舒張壓 100 mmHg以上者，嚴重性信念強者，愈多接受診療。此可視為，舒張壓維持在 100mmHg 以上時，自己的血壓維持在此而認識到嚴重性者，則易接受醫師的診療。

又，在飲酒的人中，腦中風的嚴重性信念，亦是影響診療行為的因素。

此外，關於腦中風的罹患性信念，在有自訴的身體症狀或有門診經驗者，其罹患性

信念強者，較多接受醫師的診療。因此，對腦中風、心臟病發作之併發症的罹患性信念，在有自訴的身體症狀時，對診療行為則成一重要的因素。又，同樣地，血壓在某程度以上高值或有門診經驗的人，併發症的罹患性信念，亦為影響診療行為之重要因素。並且，在沒有飲酒的人中，腦中風、心臟病發作的罹患性信念亦是影響診療行為的因素。

最後，主觀的健康感，在有過高血壓病歷者及門診經驗者中，與診療行為間有關連存在。即，此種治療中斷或未受治療的人中，不只是對自己血壓的嚴重性信念，對自己的健康之評價亦會影響到診療行為。

(2)醫師、醫療機關的因素

①對醫師的診療態度和醫療機關之利用的認知

根據報告，病人對醫療的滿足度愈高或對醫療機關的利用之方便性的認知愈好，則利用醫療機關的頻率也愈高^{28~30}。但在本研究，診療行為與對醫師的診療態度，醫療機關利用的方便性之認知間，並未發現有關連。其理由可能是因本次的調查實施是以調查對象所經常利用的T市健康管理中心，又調查對象是自發的接受篩檢，對醫療機關的態度，可能較一般的人們具有好意。並且對醫師的診療態度之認知，縱使本身有些不滿也不願意表露出來所造成。特別是關於對醫師的診療態度之認知，筆者在回收問卷時與調查對象的談話中深深地有此感覺。

又，對於醫療機關利用的方便性之認知，因調查地區之醫療機關的利用相當便利，所以此方面的認知，不構成對診療行為的影響。

②與醫師、醫療機關的關係和生活時間

在本研究，醫師、醫療機關的因素，生病時有固定的醫療機關可接受診療者，會增加病人的診療行為。但是，此外的項目則與診療行為間沒有關係。

依能勢的報告³¹，症狀較輕的病人，其大多數的人因距離近，或生病時有固定的醫療機關可接受治療，而在附近的開業診所中接受治療，由此推知，本研究的對象，當被診斷有高血壓時，如附近有常固定利用的醫療機關時，更能輕鬆地接受診療。

此外，醫療費用、距離、診療的等待時間、醫院診所的開放時間及1日的拘束時間等是影響診療行為中所常被提及的因素。然而本研究中並無發現此結果。此是因為本調查地區，醫療機關的利用非常方便，並且此次的對象均加入了國民健康保險，其在該市可免費接受診察，所以費用的負擔不重。並且本次對象，是以接受過篩檢的人為對象，因此他們在時間的安排上較有彈性，所以時間因素在本研究不為一重要因素。

③實態和認知組合時，認知與診療行為的關係

由結果可知，有固定醫療機關可接受診療的人，或過去1年因病接受過治療者，對「醫師對診療的熱誠」之認知，是影響診療行為的一重要因素。此可能是這些人的評價較具有具體性，所以對於醫師診療的態度之認知亦較具體。因此，這些人對醫師診療態

度的認知之結果，成為採取下次診療行為的重要因素。

(3)人際關係的因素

①診療的主觀規範

根據研究報告，主觀規範在說明運動行為³²、吸菸行為³³、有關家庭計畫的行為³⁴及繼續接受門診之醫療行為³⁵上是一重要因素。但本研究中並無此結果。其可能是因下列因素所造成，(1)行為種類的不同。(2)本次研究是以實施篩檢機關的名義進行調查，因此問及是否應接受診療時，其回答可能受到了影響。今後，進行探討此因素時，應在方法上做更仔細的設計。

②重要參考對象的溝通

在本研究，關於高血壓之問題，研究對象與配偶經常談論者最多。但是此談論的程度與診療行為之間並無關連。由此推知，當對象收到檢查結果時，可能對結果與配偶有過討論，然而是否去接受診療，則可能沒有討論而造成此結果。

另外，與親密的朋友、健康管理中心的醫師及家庭醫師談論疾病的程度，亦會影響診療行為。但此種的談論，與配偶的談論，其性質可能不同，特別是，與親密的朋友談論有關自己的高血壓問題，其可能是對自己的高血壓持有較強的關心度。此外與健康管理中心的醫師或家庭醫師的談論狀況與診療行為之間亦有關連。此資料因為是在第2次調查時收集的，因此亦可能是接受醫師的診療時，與醫師有了討論，而依此做回答。所以談論的狀況與診療行為間的關係，須做進一步的探討。

③組合實態和認知時，認知和診療行為的關係

考慮實態的不同，診療的主觀規範和診療行為間並無關連存在。此可能本次的診療行為是社會規範上相當明確的東西，研究對象是否按自己的認知回答，今後直得進一步的探討。

伍、結論與建議

1. 結論

(1) 1個月內，接受醫師診療者（診療群）42.9%，未接受醫師診療者（未診療群）57.1%。

(2)對自己血壓的嚴重性信念是影響診療行為的重要因素。但對併發症（腦中風、心臟病發作）的健康信念和診療行為的關連，則未被證明。又，主觀的健康感亦非影響行為的因素。

(3)有「頭痛」之自訴的身體症狀者，有較多的人接受了診療。

(4)舒張壓與診療行為間未發現有關連，但收縮壓值高者，則較多接受醫師的診療。

(5)飲食、運動、睡眠等因素與診療行為無關。但在男性，吸菸者中，1 天的吸菸量多者或一週內飲酒頻率多者中，未接受醫師的診療者多。

(6)對醫療機關的利用和醫師的診療態度之認知，與診療行為間的關係，並未被證實。但有固定的醫療機關可接受治療者，在診療群中較多。

(7)診療的主觀規範和診療行為間，受到調查過程的影響，其關連性未被證實。

(8)組合實態與認知時，關於健康的因素，對自己血壓的嚴重性信念是最重要的因素。又，關於醫師、醫療機關的因素，在有固定醫療機關可接受診療的人，或過去 1 年因病接受過治療者中，對「醫師對診療的熱誠」之認知，是影響診療行為的因素。但是關於人際關係的因素，於本研究無論是在何種的狀況，診療的主觀規範與診療行為間，無關連性存在。

2. 建議

依本次的研究所得，以健康教育的立場，歸納如下：

(1)篩檢活動過後，為繼續使被診斷為高血壓之病人接受診療，在健康教育的內容上，應加強提高對自己血壓的嚴重性信念之內容。

(2)本研究中，考慮各實態層面之狀況，檢討了認知層面和診療行為的關係。診療行為的因素之認知層面，在某特定的實態狀況下，與診療行為間有關連性存在。即在實施健康教育時，隨著人們的實態之狀況。來實施，是非常重要的。

(3)有固定醫療機關接受治療者，其接受診療的人較多。可知，篩檢機關不應只是做篩檢的工作，平時應對參與篩檢的人們，教導其能擁有自己的家庭醫師亦為一重要的工作。

(4)應實施包含家族的健康教育。在本研究中，關於高血壓與配偶討論者甚多。但是包含配偶之家族，勸誘對象去接受診療者只有 3 成。因此對包含配偶之家族實施健康教育是重要的。

(5)本研究的結果，只是根據 1 個地區的對象所得，地區的特性改變時，其結果也可能改變。因此，今後必須再進一步的加以檢討。

文 獻

- 1.厚生統計協會編：國民衛生の動向，33（9）厚生の指標臨時増刊，48-61，厚生統計協會，1986
- 2.厚生省大臣官房統計情報部編：昭和60年國民健康調査，厚生統計協會，1986
- 3.上田一雄．他：高血壓とその合併症——疫學的事項——，日本臨床，42（2），12～19，1984
- 4.小町喜男，他：循環器疾患におけるリスクファクター（I）——日本各地の疫學データを中心とし——．林知己夫編：健康管理の計量化，60～90，共立出版，1984
- 5.Truett,J. ; et al :A Multivariate Analysis of the Risk of Coronary Heart Disease in Framingham, J. Chron.Dis. ,20,511 ,1967
- 6.久保井久美子，中野玲子：成人病検診後の自己管理状況——血圧スクリーニング後の追跡調査——，戸田市立健康管理センター年報，9，80～89，1983
- 7.高橋京子，他：成人病健診要醫療者追跡調査の結果から，日本農村醫學會雜誌，32（3），660～661，1983
- 8.榊原久孝，他：農村地域における高血壓實態調査，日本公衛誌，33（10），特別附錄，414，1986
- 9.後藤眞由美，他：成人病検診後の追跡について，日本農村醫學會雜誌32（3），662～663，1983
- 10.前野さゆみ，他：攝津市における地域保健活動（その4）——市民総合検診後の状況について——，日本公衛誌，30（11）特別附錄，513，1983
- 11.小田清一，他：老人保健法による一般健康診査で管理が必要とされた者の實態調査，日本公衛誌，31（10）特別附錄，383，1984
- 12.太田和子，他：農村における高血壓の繼續的治療を阻害する諸要因に関する研究，日本公衛誌，26（10）特別附錄，665，1979
- 13.植田和子，他高知縣の保健所の一般健康診査への取組み（第3報）検診後的實態——高血壓者その2——，日本公衛誌，32（10）特別附錄，226，1985
- 14.山本幸枝，他：高血壓者の地域看護に関する研究——要治療者の保健，醫療行動の實態と中斷者の追跡調査——，保健婦雜誌，36（8），62～71，1980
- 15.中場博子，他：高血壓要治療者の繼續治療について，日本公衛誌，32（10）特別附錄，261，1985

16. 家保英隆，他：高知縣の保健所の一般健康診査への取組み（第6報）高血壓の既往の有無と検診後の受療動向について，日本公衛誌，33（10）特別附録，383，1986
17. 柴田博，他：登録制度にもとづく都市部における脳卒中有病率，發生率，日本公衛誌，31（9），411－417，1984
18. Ajzen，I.，Fishbein，M.；et al: Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior，73～77，Prentice-Hall，Inc.，N. J.，USA，1980
19. King，JB: The Impact of Patients' Perceptions of High Blood Pressure on Attendance at Screening，Soc. Sci. Med. 16，1079～1091，1982
20. Taylor，DW: A Test of the Health Belief Model in Hypertension: Haynes，RB，Taylor，DW，Sackett，DL(Eds)：Compliance in Health Care，103～109，Hohns Hopkins University Press，Baltimore，USA，1979
21. Inui，TS；et al：Improved Outcomes in Hypertension after Physician Tutorials，Ann Int Med 84，644～651，1976
22. Kirscht，JP，Rosenstock，IM：Patient Adherence to Antihypertensive Medical Regimens，Journal of Community Health，3(2)，115～124，1977
23. Gillum，RF；et al：Determinants of Dropout Rate Among Hypertensive Patients in an Urban Clinic，Journal of Community Health，5(2)，94～100，1979
24. Kirscht JP，et al：Psychological and Social Factor as Predictors of Medical Behavior；Medical Care，14，422～431，1976
25. Becker MH，et al：Mothers' Health Beliefs and Children's Clinic Visits A Prospective Study，J. Community Health，3，125～135，1977
26. Janz，NK，et al：The Health Belief Model：A Decade Later，Health Education Quarterly，11(1)，1～47，1984
27. 上田一雄：リスクファクターとしての収縮期血圧と擴張期血圧（久山訂研究）。廣田安夫，他：日本人の循環器疾患とリスクファクター，21～29，メデイカルトリビューン，1982
28. James，SA，et al：The Edgecombe County (NC) High Blood Pressure Control Program：Ⅱ. Barriers to the Use of Medical Care among Hypertensives，AJPH，74(5)，468～472，1984

29. Righmann, HJ, et al : Satisfaction with Medical Care : Its Measurement and Relation to Utilization, Medical Care, 17(5), 461 ~ 479, 1979
30. Mirowsky, J, Ross, CE : Patient Satisfaction and Visiting the Doctor : A Self-Regulation System, Soc. Sci. Med., 17(18), 1353 ~ 1361, 1983
31. 能勢隆之, 他 : 大都市近郊住民の受療行動調査報告, 日本公衛誌, 33(10) 特別附録, 188, 1986
32. 金崎良三 : スポーツ行動予測モデル検証。徳永幹雄 : スポーツ行動の予測と診断, 136 ~ 154, 不昧堂出版, 1985
33. 井上和子, 田中國夫 : 行動の予測因としての態度およびその他の變數に関する研究 (I), 心理學研究, 44(4), 195 ~ 206, 1973
34. Fishbein, M, et al : Predicting and Understanding Family planning Behaviors : Beliefs, attitudes, and intentions. Ajzen, I, Fishbein, M : Understanding Attitudes and predicting Social Behavior, 130 ~ 147, Prentice-Hall, Inc. Eaglewood Cliffs, USA, 1980
35. 姜逸群, 他 : 職域における高血壓要治療, 要管理者の治療および日常生活状況とその心理的要因, 民族衛生, 53(1), 3 ~ 13, 1987

圖 1 分析架構及項目

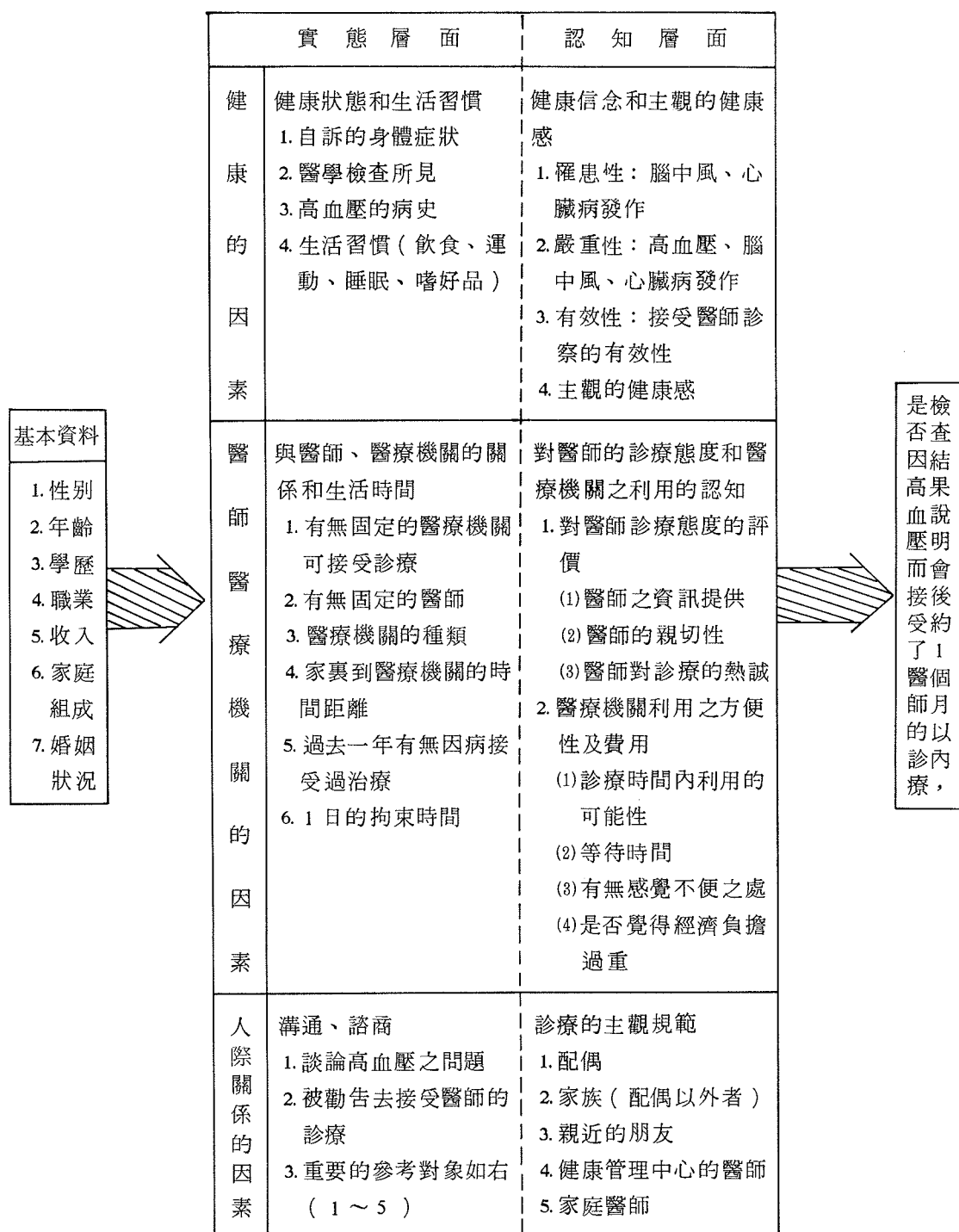


表1 診療行為和性別

	男	女	計
診療群	15(35.7)	27(64.3)	42(100.0)
未診療群	32(57.1)	24(42.9)	56(100.0)
計	47(48.0)	51(52.0)	98(100.0)

$$X^2 = 4.41551 \quad df = 1 \quad p = 0.0356$$

表2 對腦中風、心臟病發作之罹患性信念

	非常不可能	不太可能	沒意見	很有可能	非常可能	計
腦中風	3(3.1)	22(22.4)	23(23.5)	44(44.9)	6(6.1)	98(100.0)
心臟病發作	4(4.1)	36(36.7)	29(29.6)	28(28.6)	1(1.0)	98(100.0)

表3 診療行為和對自己血壓的嚴重性信念(男性)

	完全不需要 接受診療	不太需要 接受診療	沒意見	需要接受 診療	絕對需要 接受診療	計
診療群	1(6.7)	5(33.3)	2(13.3)	4(26.7)	3(20.0)	15(100.0)
未診療群	3(9.4)	18(56.3)	7(21.9)	3(9.4)	1(3.1)	32(100.0)
計	4(8.5)	23(48.9)	9(19.1)	7(14.9)	4(8.5)	47(100.0)

$$U = 157.00 \quad Z = -2.0289 \quad p = 0.0425$$

表 4 診療行為和對自己血壓的嚴重性信念（女性）

	完全不需要 接受診療	不太需要 接受診療	沒 意 見	需要接受 診 療	絕對需要 接受診療	計
診療群	0(0.0)	4(14.8)	7(25.9)	14(51.9)	2(7.4)	27(100.0)
未診療群	1(4.2)	8(33.3)	9(37.5)	5(20.8)	1(4.2)	24(100.0)
計	1(2.0)	12(23.5)	16(31.4)	19(37.3)	3(5.9)	51(100.0)
$U = 199.50$ $Z = -2.4704$ $P = 0.0134$						

表 5 對血壓的嚴重性信念

	完全不嚴重	不很嚴重	沒 意 見	很 嚴 重	非常嚴重
現在的血壓狀況	2(2.0)	30(30.6)	22(22.4)	40(40.8)	4(4.0)
今後血壓維持在太高之狀態	0(0.0)	13(13.3)	12(12.2)	60(61.2)	13(13.3)

表 6 性別和主觀的健康感

	非 常 好	還 算 好	不 太 好	非常不好	計
男	19(40.4)	23(48.9)	5(10.6)	0(0.0)	47(100.0)
女	8(15.7)	34(66.7)	8(15.7)	1(2.0)	51(100.0)
計	27(27.6)	57(58.2)	13(13.3)	1(1.0)	98(100.0)
$U = 1516.00$ $Z = 2.556$ $P = 0.0106$					

表 7 對飲食、運動、睡眠非常注意的人（複數回答）

	飲	食	運	動	睡	眠	其	他	沒特別注意
結果說明會前	55	(56.1)	22	(22.4)	35	(35.7)	5	(5.1)	28(28.6)
結果說明會後	71	(72.4)	22	(22.4)	57	(58.1)	7	(7.1)	17(17.3)

全數 N = 98 人

表 8 對醫師診療態度的認知

N = 98 人

回 答 狀 況		人 數
醫 師 之 資 訊 提 供	認為能充分提供資訊	44(44.9)
	認為能提供一點資訊	30(30.6)
	認為不能充分提供資訊	5(5.1)
	不知道	14(14.3)
	沒回答	5(5.1)
醫 師 的 親 切 性	認為能給人非常親切之感覺	20(20.4)
	認為能給人親切之感覺	50(51.0)
	認為不能給人親切之感覺	2(2.0)
	不知道	26(26.5)
醫 師 對 診 療 的 熱 誠	能夠做非常詳細的診療	25(25.5)
	能夠做詳細的診療	40(40.8)
	不能夠做詳細的診療	5(5.1)
	不知道	28(28.6)

表9 診療行為和有無固定醫療機關

	無接受診療的 固定醫療機關	有想去接受診 療的醫療機關	有接受診療的 固定醫療機關	計
診療群	11(26.2)	14(33.3)	17(40.5)	42(100.0)
未診療群	37(66.1)	11(19.6)	8(14.3)	56(100.0)
計	48(49.0)	25(25.5)	25(25.5)	98(100.0)

$$X^2 = 16.0101$$

$$df = 2$$

$$p = 0.0003$$

表10 診療的主觀規範

	- 4	- 2	- 1	0	1	2	4	計
配偶	0(0.0)	1(1.1)	3(3.2)	3(3.2)	36(38.3)	37(39.4)	14(14.9)	94(100.0)
家族	0(0.0)	1(1.1)	2(2.2)	3(3.2)	38(40.0)	39(41.1)	12(12.6)	95(100.0)
親近的朋友	1(1.1)	0(0.0)	2(2.2)	12(13.0)	44(47.8)	26(28.3)	7(7.6)	92(100.0)
健康管理中 心的醫師	0(0.0)	2(2.1)	1(1.0)	3(3.1)	40(41.7)	33(34.4)	17(17.7)	96(100.0)
家庭醫師	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)	3(4.3)	28(40.0)	22(31.4)	16(22.9)	70(100.0)

(非對象・無回答者被除外)

表11 結果說明會後，與重要參考對象談論高血壓的情形

	充分談論 過	未充分談 論過	完全未談 論過	無被問的 對象	未回 答	計
配偶	54(55.1)	32(32.7)	8(8.2)	4(4.1)	0(0.0)	98(100.0)
家族	34(34.7)	37(37.8)	20(20.4)	6(6.1)	1(1.0)	98(100.0)
親近的朋友	29(29.6)	33(33.7)	33(33.7)	2(2.0)	1(1.0)	98(100.0)
健康管理中 心的醫師	15(15.3)	15(15.3)	68(69.4)			98(100.0)
家庭醫師	20(20.4)	12(12.2)	43(43.9)	20(20.4)	3(3.1)	98(100.0)

表 12 診療行為和與親近朋友談論高血壓的情形

	充分談論過	未充分談論過	完全未談論過	計
診療群	19(46.3)	11(26.8)	11(26.8)	41(100.0)
未診療群	10(18.5)	22(40.7)	22(40.7)	54(100.0)
計	29(30.5)	33(34.7)	33(34.7)	95(100.0)
U = 1415.00 Z = 2.4561 P = 0.0140				

表 13 診療行為和與健康管理中心的醫師談論高血壓的情形

	充分談論過	未充分談論過	完全未談論過	計
診療群	14(33.3)	7(16.7)	21(50.0)	42(100.0)
未診療群	1(1.8)	8(14.3)	47(83.9)	56(100.0)
計	15(15.3)	15(15.3)	68(69.4)	98(100.0)
U = 1627.5 Z = 3.9933 P = 0.0001				

表 14 診療行為和與家庭醫師談論高血壓的情形

	充分談論過	未充分談論過	完全未談論過	計
診療群	20(60.6)	9(27.3)	4(12.1)	33(100.0)
未診療群	0(0.0)	3(7.1)	39(92.1)	42(100.0)
計	20(26.7)	12(16.0)	43(57.3)	75(100.0)
U = 1282.50 Z = 7.0852 P = 0.0000				

Psychological and Social Factor as Predictors
of Medical Behavior of Hypertensives

Chiang, I-Chyun

ABSTRACT

This study was discussed the factor as predictors of medical behavior of hypertensives, who were identified in mass screening.

The results were as follows: seriousness of one's high blood pressure, headache, systolic pressure, whether who had a regular medical care deliver system to visit, and extent of consultation with friends were the factors which affect the medical behavior.

And combination with Psychological and social factor found that, on the situation of perception of symptoms, systolic pressure, history of hypertension and experience of visiting medical care system, health beliefs or subjective norm would affect the medical behavior. Further more, among who had a regular medical care deliver system to visit or who had accept the medical care at medical service during the past year, having better perception of doctor's enthusiasm of examination would have better medical behavior.

Keywords: Medical Behavior, Health Belief.