

台北市國中教師衛生信念與就醫行為研究

碩士論文七十一年十月

陳 瓊 珠

「早期診斷、早期治療」是目前防治慢性病的最佳途徑，也是維護人們健康的重要手段，而欲使人們產生此行為，則應充份了解人們的就醫行為。影響就醫的因素有許多，而對衛生教育人員而言，了解衛生信念對就醫行為的影響是十分重要的，因此本研究乃欲探討台北市國中教師的衛生信念與就醫行為之關係。

研究中以自編的「台北市國民中學教師衛生信念與就醫行為之研究」問卷為工具，對662位教師進行郵寄問卷調查。所搜集資料經過處理後，以Elaboration Model 方法予以分析，並配合列聯相關考驗檢定之。研究結果發現：

壹、教師的社經狀況相當一致，自覺健康狀態不錯，且有症狀時，和周圍人們的接觸相當密切。衛生信念方面，教師感覺疾病敏感度略偏低，而感覺疾病的嚴重度却較高，又其對就醫評價利稍多於弊。就醫行為方面，過去一個半月內，當身體有症狀時，58%的教師曾就醫，但也有56%的教師曾延誤就醫。

貳、教師的自覺健康狀態、慢性病情形、與人談論症狀情形等和其四種就醫行為均有關；另外，教師的宗教信仰與其是否就醫有關，而教師請假看病困難情形、婚姻狀態與其是否延誤就醫有關。

叁、教師請假看病困難情形與其三衛生信念皆有關；又學歷、別人建議就醫情形與教師的敏感度有關，而教師的年齡和家庭因素與其感覺疾病嚴重度有關。

肆、教師的衛生信念與其就醫行為十分有關：

一、教師的衛生信念越高，就醫率越高，即教師感覺疾病敏感度、嚴重度、或評價「就醫有利性」越高時，其就醫率越高，但當敏感度、嚴重度所組成的威脅感過限閾時，就醫率反而降低。

二、組成教師衛生信念的三因素對其延誤就醫的影響不一致，教師評價「就醫有利性」低、而感覺疾病敏感度、嚴重度較高時，其延誤就醫率較高，其中以評價「就醫有利性」低的影響最大，此與一般以為敏感度、嚴重度高者少延誤就醫的看法相反，此乃由於教師當中，敏感度、嚴重度高者傾向於評價「就醫有利性」低，而因評價低以致延誤就醫情形增多。

壹、研究目的與重要性

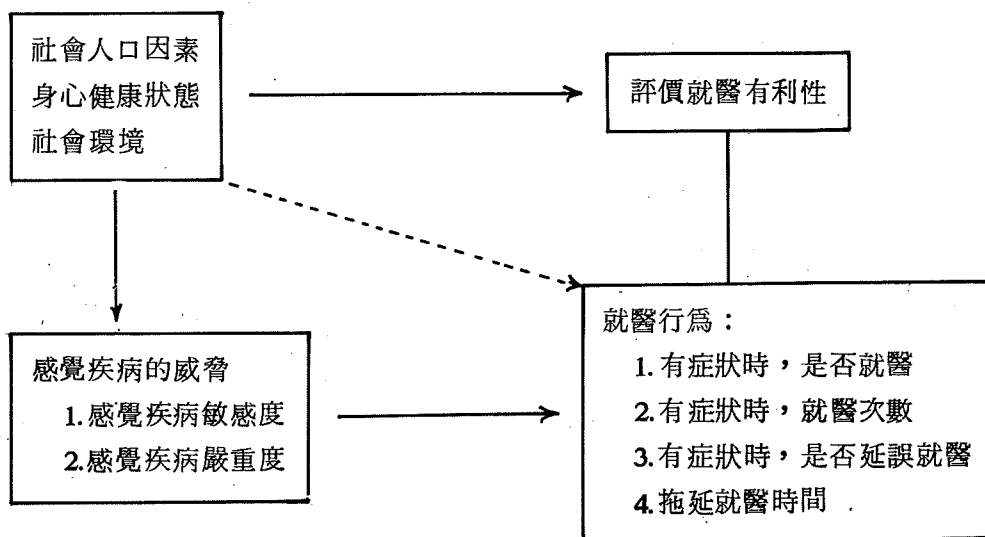
隨著時代變遷，慢性病已成為我國國民健康的最大威脅，而綜觀目前醫療保健之中，「早期診斷、早期治療」是防治慢性病的最佳途徑，因此研究人們有自覺症狀時是否即時就醫在此時此地是十分重要的。

理想的醫療服務應包涵「可用性」及「能用性」(Availability & Accessibility)兩部份，政府有關單位對於有關醫療資源之「可用性」已給予大力的改善，而有關利用者態度與需求之「能用性」卻未給予等量的加強，可知「能用性」與就醫之關係並未十分為人所認識及重視，因此有關「能用性」之研究更是迫切需要的。

在衛生教育工作中，民衆的衛生信念常扮演著重要的角色，衛生工作者常發現人們的衛生信念十分影響其衛生行為，基於此理由，文獻中雖然指出許多影響人們就醫行為之因素，本文仍僅以衛生信念因素探討人們的就醫行為。

因此，本研究乃針對醫療可用性充沛且醫療保險情況相當一致的台北市國中教師，研究其衛生信念和就醫行為的關係，希望藉以得知人們的衛生信念對就醫行為的影響，進而提供衛生教育人員於擬訂改善民衆就醫行為計劃時之參考。

本研究之研究架構如下所示



貳、研究方法

一、取樣

(一)樣本人數

全體台北市國中教師為 6425 人，依據美國國家教育協會研究小組所建議的抽樣公式計算，可知當群體人數為此時，樣本人數最少應有 259 人；為使研究結果得以分析，是故回收樣本數至少為一半 130 人，又本研究欲分析身體有症狀者之就醫情形，乃參考有關文獻，White et al. (1961) 報告英、美成人中，75% 在過去一個月內有疾病

傷害經驗，且中央信託局（民70年）之報告指出，台北市被保險人每月平均就診率為29%，由以上資料可知，樣本母體人數須增為598人（ $130 / (0.75 \times 0.29) = 598$ ）；之外，本研究乃以郵寄問卷進行調查研究，而參考他人相同對象或相同性質研究之間卷回收率之後，乃保守估計本調查之回收率為75%，因此最後決定樣本母體人數為800人（ $598 / 75\% = 797$ ）。

（二）取樣

本研究之取樣設計乃先以 Probability Proportion to Size Sampling 法自台北市56所國中當中抽選出32所，之後每所國中內再以系統取樣法抽選出25位教師，共可得樣本教師800人。

二、問卷設計

本研究以問卷為主要研究工具，由於無現成問卷可資利用，所以研究者依據研究架構內之變項，自行設計能測量該變項之題目，另參考他人有關內容之問卷而擬訂成初稿，之後又針對初稿，請專家評鑑，並作預試，以進行效度之考驗，最後修改部份內容，才完成本研究之問卷。

本研究問卷屬結構式問卷，其內容包括三大部份：第一部份是基本資料，包括個人的人口、社經、身心健康狀態、社會環境資料；第二部份是個人的衛生信念資料，有個人感覺疾病的敏感度、嚴重度、和評價「就醫有利性」；第三部份是個人的就醫行為，包括個人在過去一個半月內有無就醫？有幾次？有無擬就醫而後延誤的？就醫之前拖延多久時間？

三、重要變項之操作化

（一）身心健康資料：包括自覺健康狀態、有無慢性病、生活中有否發生令人精神緊張的事件、該事件的影響大小、身體症狀等。

1. 自覺健康狀態、有無慢性病二項可測知受試者主觀的和客觀的健康情形。另由「生活中有否發生令人精神緊張的事件」，可得知個人是否承受心理壓力；又蘇東平、卓良珍（民70年）指出生活事件大小不同給予個人的心理壓力也不同，所以自「該事件影響大小」中可知個人承受心理壓力的大小，二變項可測知個人的心理健康狀態。
2. 「身體症狀」是詢問受試者於過去一個月半中，是否有異常症狀發生，此題可將受試者區分為有症狀者和無症狀者，以便研究中分析有症狀者的就醫行為為何；題目中列有十三種不同的症狀，這些症狀的擬訂是依據二原則：一、能囊括大部份研究對象可能患有之症狀，二、這些症狀在客觀上而言是需要就醫的；而症狀的擬訂依下列步驟完成之：一、根據台北市政府主計處（民國70年）所報告之醫療院所初診十大病因為主，二、至台北市公保門診中心有關上項所述之病因的診療科候診室作病人症狀訪問，三、將以上訪問所得症狀予以統計，選出十幾種最常有的症狀，四、研究者將這些症狀列表，和幾位醫師討論，最後決定為包含十三種不同症狀的症狀表。

(二)社會環境資料：包括就醫之前，個人是否常和別人談論自己的症狀、是否常和別人討論如何處置、是否有人建議就醫，如果有的話，和多少人談論症狀、和多少人討論處置、有多少人建議就醫。

由此可知個人於疾病行為時和周圍社會環境的互動情形，並可知互動之疏密程度。

(三)衛生信念資料：包括個人感覺疾病的敏感度、嚴重度、及個人評價「就醫有利性」。

1. 敏感度：即個人感覺得到疾病的可能性，以三種代表不同類型的疾病為指標，詢問受試者主觀認為得到該病的可能性。
2. 嚴重度：即個人感覺疾病對其影響的大小，疾病的影響包括兩方面，一為疾病所引起的情緒反應，另一為疾病對實際生活的干擾，Rosenstock (1974)認為對實際生活的干擾可分為家庭生活上、和工作上的干擾；欲得疾病引起的情緒反應，仍以敏感度中所述三種疾病為指標，詢問受試者感覺該病可怕嗎？害怕自己得到該病嗎？欲知疾病引起之干擾，詢問受試者該病對家庭生活上、工作上的影響。
3. 評價「就醫有利性」：即個人評價就醫是否對其有利，Rosenstock (1974)指出「就醫有利性」可由二方面測知，一為個人評價就醫是否有效 (effective)，另一為其評價就醫是否方便 (available)；欲測知個人評價就醫是否有效，詢問受試者其認為不同醫療法如就醫、針灸或接骨、跌打損傷、藥房或服成藥、求神明或香灰、道士或乩童等何者較為有效，並詢問當其生病時，其認為能否經由就醫而治癒，由此一般及個人兩方面的就醫評價中可得知個人評價就醫的有效程度；而欲測知個人評價就醫是否方便，以個人最常利用的就醫場所為基準，詢問受試者在最常利用的就醫場所中，對於下列幾方面，其認為方便與否：醫療服務、花費時間、花費費用，由此可測得個人評價就醫是否方便。

(四)就醫行為資料：包括個人有無就醫，就醫的次數，有無延誤就醫？及拖延就醫時間多長？

1. 有無就醫、就醫的次數：即個人於過去一個半月中有無因為生病或受傷而到合格的中、西醫師處就醫，如果有的話，就醫的次數為何？因為本文的就醫行為係屬疾病行為的範圍，個人可能因健康檢查、預防注射等而就醫之情形並不納入討論，所以題目中僅詢問受試者因為生病或受傷理由而就醫之情形。由此二題可反映出個人於疾病行為時之反應為何？
2. 有無延誤就醫、拖延就醫時間多長：Kutner et al. (1958)曾以生理上發現異常和自覺有症狀二不同時點區分人們的拖延就醫，其認為生理上開始有異常到自覺有症狀之間的拖延是不可避免的，而自覺有症狀到真正就醫之間的拖延是可避免的，本研究所稱的拖延和 Clements & Wakefield (1972)的研究

相同，都是指可避免的拖延而言，即個人於過去一個月半內有否原擬就醫而後卻延誤的情形，以及個人依其上一次就醫經驗，從開始有症狀到真正就醫相隔多久時間，由此二題可知個人於疾病行為過程中，可能產生拖延就醫之情形。

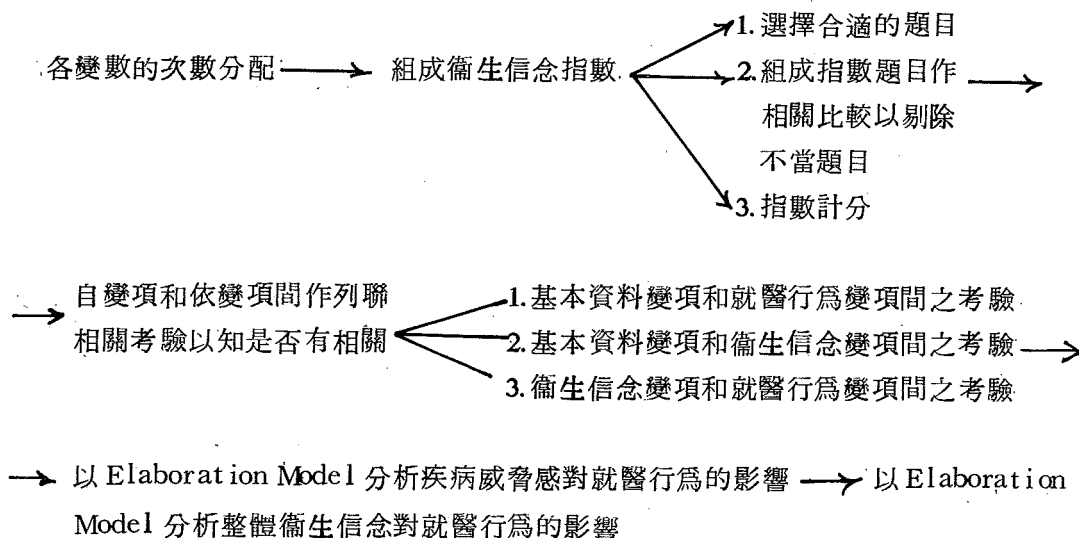
四、調查實施程序

- (一)將每校之25份問卷寄給35所國中人事室，請其予以分發給樣本教師。
- (二)各校人事室將教師填好之問卷集中寄給研究者。
- (三)未寄回問卷之教師，進行一次問卷追蹤。

五、資料處理及分析

調查結果之資料以電腦輔助統計及分析工作，其中資料之統計以次數分配、卡方考驗及列聯相關考驗等方法進行，而資料之分析以Rosenstock (1968)所討論的Elaboration Model方法進行之，Elaboration Model是指於二變項間加入檢定變項(test factor)，以進一步了解二變項間之相互關係。又為助於資料之分析、衛生信念變項特以指數表示之。本研究資料處理及分析之過程如下圖示所：

圖一 本研究之資料處理及分析流程圖



叁、研究對象

一、問卷回收

回收之間卷共 662 份，其中 558 份是初次寄回、76 份是追蹤後寄回的，所以本研究之間卷回收率為 82.75 %。

肆、研究結果

一、教師之身心健康情形

42% 教師認為生活中曾發生令其精神緊張事件，其中一半以上認為該事件對其影響

大(57%)，由此可知台北市國中教師普遍具有生活壓力。至於教師自覺健康狀態的情形，35%自認為不好不壞，其次29%認為自己健康好，及20%認為自己健康狀態很好；又教師中37%患有慢性病；且92%教師在過去一個半月中有異常症狀出現；由以上結果知，國中教師自覺健康情形還不錯，但慢性病之罹患率卻相當高，將近2/5。(詳見表一)

表一 國中教師身心健康資料分配

生活中有無發生令人精神緊張事件	有		無		其他、不詳		合 計
N	280		361		21		662
%	42.30		54.53		3.17		100.00
生活中令人精神緊張事件影響大小	很 大	大	小	幾乎沒有	其他、不詳	合 計	
N	56	103	102	12	7	280	
%	20.00	36.79	36.43	4.29	2.50	100.00	
自覺健康狀態	很 好	好	不好不壞	不好	很不好	不詳	合 計
N	135	192	229	86	5	15	662
%	20.39	29.00	34.59	12.99	0.76	2.27	100.00
有無患慢性病	有		無		其他不詳		合 計
N	247		384		31		662
%	37.31		58.01		4.68		100.00
有無症狀	有		沒有		不詳		合 計
N	611		47		4		662
%	92.30		7.10		0.60		100.00

二、教師之社會環境情形

82%教師在就醫之前，曾和別人談論身體症狀，且其和二人談論為最多(佔38%)；又71%樣本在就醫之前，曾和別人討論如何處置症狀，其中也以和二人討論最多(37%)；又就醫之前，86%教師表示曾有人建議其就醫，其中以一人或二人建議其就醫較多；由以上可知教師和其社會環境十分密切，顯示了教師對身體狀況的關心，以及反映了Battistalla (1971)所認為的經由與人接觸以減少對疾病的焦慮，同時亦可發現周圍人們對當事者在就醫行為中的決定是有影響可能的。(詳見表二)

表二 國中教師疾病行為中社會環境資料分配

有無和人談論症狀 N %	時常有 182 27.79	偶爾有 361 54.53	很少有 66 9.97	幾乎沒有 37 5.59	不詳 14 2.11	合 計 662 100.00
和多少人談論症狀 N %	1 人 163 30.02	2 人 203 37.38	3 人 119 21.92	4人或以上 41 7.55	不詳 17 3.13	合 計 543 100.00
有無和人討論如何 處置症狀 N %	時常有 148 22.36	偶爾有 322 48.64	很少有 89 13.44	幾乎沒有 41 6.19	不詳 62 9.37	合 計 662 100.00
和多少人討論如何 處置症狀 N %	1 人 133 28.30	2 人 175 37.23	3 人 108 22.98	4人或以上 35 7.45	不詳 19 4.04	合 計 470 100.00
有無他人建議就醫 N %	時常有 380 57.40	偶爾有 188 28.40	很少有 28 4.23	幾乎沒有 20 3.02	不詳 46 6.95	合 計 662 100.00
有多少人建議就醫 N %	1 人 192 33.80	2 人 195 34.33	3 人 118 20.77	4人或以上 46 8.10	不詳 17 2.99	合 計 568 100.00

三、教師之衛生信念

(一) 感覺疾病敏感度

教師敏感度指數之平均數為 3.02 分，標準差為 0.86 分，其中各得分的次數分配詳見表三，由指數計分的過程可知得分越高者表示敏感度越低，又若將教師區分為高敏感度與低敏感度二類，則由表中可知 43% 教師屬於高敏感度者（指數分數 3 分以下者），而 57% 教師傾向於低敏感度。

(二) 感覺疾病嚴重度

教師感覺嚴重度指數之平均數為 7.07 分，標準差為 3.48 分，各得分的次數分

表三 國中教師衛生信念指數分配

個人感覺疾病敏感度得分	0	1	2	3	4	5	合 計		
N	3	41	239	213	156	10	662		
%	0.45	6.19	36.10	32.18	23.56	1.51	100.00		
個人感覺疾病嚴重度得分	0	1	2	3	4	5	6		
N	2	0	4	51	102	91	112		
%	0.30	0	0.60	7.70	15.41	13.75	16.92		
得 分	7	8	9	10	11	12	13		
N	74	57	50	23	14	25	14		
%	11.18	8.61	7.55	3.47	2.11	3.78	2.11		
得 分	14	15	16	17	18	19	合 計		
N	11	6	6	10	2	8	662		
%	1.66	0.91	0.91	1.51	0.36	1.21	100.00		
個人評價就醫有利性得分	1	2	3	4	5	6	7	8	合 計
N	3	26	99	239	206	68	14	7	662
%	0.45	3.93	14.95	36.10	31.12	10.27	2.11	1.06	100.00

配詳見表三，由指數計分過程可知得分越高者感覺嚴重度越低，若將教師區分為感覺高嚴重度和低嚴重度二類時，55%教師屬於感覺高嚴重度者（指數分數在7分以下者），而另45%屬於感覺低嚴重度者。

(三)評價「就醫有利性」

教師評價「就醫有利性」指數之平均數為4.77分，標準差為1.10分，各分數的次數分配詳見表三，由指數計分過程可知分數越高者評價越低，若將教師區分為評價就醫有利性高者和評價低者，則調查中發現55%教師是評價高者，而45%教師評價就醫有利性低。

四、教師之就醫行為

(一)當身體有症狀時，教師是否就醫？就醫幾次？

過去一個半月當中身體有症狀時，58%教師曾就醫；其中以就醫一次或二次為多（各為27%），另亦有就醫三次者（17%）。（詳見表四）

(二)當身體有症狀時，教師是否延誤就醫？上次就醫拖延多久？

過去一個半月當中身體有症狀時，56%教師曾延誤就醫；又在上一次的就醫經驗中，56%教師的拖延時間在一星期以內，其次14%教師之拖延時間為二星期，其它為拖延一天、一個月、三個月、或更久者。

表四 國中教師就醫行為分配

有 無 就 醫	有	沒有	不詳	合 計		
N	363	291	8	662		
%	54.83	43.96	1.21	100.00		
就 醫 次 數	1 次	2 次	3 次	4 次	5 次	6 次或以上
N	97	97	60	31	26	34
%	26.72	26.72	16.53	8.54	7.16	9.37
次 數	不 詳	合 計				
N	18	363				
%	4.96	100.00				
延 誤 就 醫	有	沒有	不 詳	合 計		
N	356	290	16	662		
%	53.78	43.81	2.42	100.00		
拖延就醫時間	1 天	1 星期以內	2 星期以內	1 個月以內	3 個月以內	
N	54	315	91	46	30	
%	8.16	47.58	13.75	6.95	4.53	
時 間	3個月以上	不詳、其他	合 計			
N	30	96	662			
%	4.53	14.50	100.00			

五、教師之基本資料、衛生信念和就醫行為的關係

研究中對於教師基本資料變項和就醫行為變項、基本資料變項和衛生信念變項、衛生信念變項和就醫行為變項等，於各二變項間進行卡方考驗及列聯相關考驗，依林清山（民69年）的討論，卡方考驗結果達顯著水準之變項，其列聯相關即具顯著意義。

(一)和就醫行為有相關的基本資料

四種就醫行為和所有基本資料之關係，可發現部份基本資料和就醫行為是有相關

的。

1. 當身體有症狀時，教師有無就醫和五項基本資料有相關：宗教信仰、健康狀態、慢性病、與人談論身體症狀。
 - (1) 宗教信仰和有無就醫有相關，不同宗教信仰教師當中以信奉天主教者之就醫率最高，信奉民間信仰者最低。
 - (2) 自覺健康狀態和有無就醫有相關，自覺健康狀態越不好者，有症狀時越會就醫。
 - (3) 有無慢性病和有無就醫具有相關，患有慢性病的教師，有症狀時較會就醫。
 - (4) 有否與別人談論身體症狀和有無就醫具有相關，常和人談論身體症狀之教師，有症狀時較會就醫。
2. 過去一個半月內，當身體有症狀時，教師就醫次數和八項基本資料有相關：子女數、家庭型態、生活中令人精神緊張事件之影響大小、自覺健康狀態、有無慢性病、有否常與人談論身體症狀、有否常與人討論如何處置症狀、有多少人建議就醫等。
 - (1) 子女數和就醫次數有相關，子女數為 4 人或以上者，就醫次數最少，子女數為 1 人者次少，而子女數為 2 人或 3 人者，其就醫次數較高。
 - (2) 家庭型態和就醫次數有相關，大家庭和單獨居住在外之教師，就醫次數較少，而折衷家庭和小家庭之教師，其就醫次數較多。
 - (3) 生活中發生令人精神緊張事件之影響大小和就醫次數有關。
 - (4) 自覺健康狀態和就醫次數有相關，自覺健康狀態越好者，就醫次數越少。
 - (5) 有無慢性病和就醫次數有相關，患有慢性病之教師，其就醫次數較多。
 - (6) 有否常與人談論症狀和就醫次數有相關，越常與人談論症狀之教師，其就醫次數越多。
 - (7) 有否常與人討論如何處置症狀和就醫次數有相關，常與人討論之教師就醫次數較多。
 - (8) 有多少人建議就醫和就醫次數有相關，建議就醫的人越多者，就醫次數越多。
3. 當身體有症狀時，教師有無延誤就醫和六項基本資料有相關：請假看病有無困難、婚姻狀態、生活中有無令人精神緊張事件、健康狀態、有無慢性病、有否常與人討論如何處置症狀。
 - (1) 請假看病有無困難和有無延誤就醫有相關，越認為請假看病困難之教師，其延誤就醫率越高。
 - (2) 婚姻狀態和有無延誤就醫有相關，已婚教師之延誤就醫率遠較未婚老師為高。
 - (3) 生活中有無令人精神緊張事件和有無延誤就醫有相關，認為生活中曾發生令其精神緊張事件之教師，延誤就醫率較高。

- (4)自覺健康狀態和有無延誤就醫有相關，自覺健康狀態越差之教師，其延誤就醫率越高。
- (5)有無慢性病和有無延誤就醫有相關，患有慢性病之教師其延誤就醫率較高。
- (6)有否與人討論如何處置症狀和有無延誤就醫有相關，常與人討論之教師，其延誤就醫率較高。
- 4.教師上次就醫前拖延時間和十四項基本資料變項有相關：性別、年齡、籍貫、學歷、擔任職務、請假看病有無困難、子女數、生活中發生令人精神緊張事件之影響大小、自覺健康狀態、有無慢性病、有否常與人談論身體症狀、與多少人談論、有否常與人討論如何處置症狀、是否有人建議就醫等。
 - (1)性別和拖延時間有相關，女性教師拖延時間較男性為短。
 - (2)年齡和拖延時間有相關，年齡大之教師拖延時間較長。
 - (3)籍貫和拖延時間有相關，客家籍教師拖延時間較短。
 - (4)學歷和拖延時間有相關，畢業於普通大學、學院之教師，其拖延時間較短。
 - (5)擔任職務和拖延時間有相關，在校中擔任行政工作兼導師者，拖延時間較長。
 - (6)請假看病有無困難和拖延時間有相關，認為有困難之教師拖延時間較短。
 - (7)子女數和拖延時間有相關，子女多之教師拖延時間長。
 - (8)生活中發生令人精神緊張事件之影響大小和拖延時間有相關，越認為影響大之教師拖延時間越長。
 - (9)自覺健康狀態和拖延時間有相關，自覺健康狀態越差者，拖延時間越長。
 - (10)有無慢性病和拖延時間有相關，患有慢性病之教師拖延時間較長。
 - (11)有否常與人談論症狀和拖延時間有相關，少和人談論症狀之教師拖延時間較長。
 - (12)與多少人談論症狀和拖延時間有相關，與越少人談論者，其拖延時間越長。
 - (13)有否常與人討論如何處置症狀和拖延時間有相關。
 - (14)是否有人建議就醫和拖延時間有相關，幾乎沒有人建議其就醫之教師，拖延時間較長。

(二)和衛生信念有相關的基本資料

三種衛生信念和所有基本資料的關係，可發現部份基本資料和衛生信念是有相關的。

- 1.教師感覺疾病敏感度和五項基本資料有相關：學歷、請假看病有無困難、自覺健康狀態、有無慢性病、有多少人建議就醫。
 - (1)學歷和敏感度有相關，普通大學、學院畢業者敏感度最高，研究所畢業者最低。
 - (2)請假看病有無困難和敏感度有相關，認為請假看病有困難之教師，其敏感度稍高。

- (3)自覺健康狀態和敏感度有相關，自覺健康狀態越差之教師，其敏感度越高。
- (4)有無慢性病和敏感度有相關，患有慢性病之教師敏感度較高。
- (5)多少人建議就醫和敏感度有相關，建議的人多者，其敏感度較高。

2.教師感覺疾病嚴重度和五項基本資料有相關：年齡、請假看病有無困難、婚姻狀態、家庭收入、家庭型態等。

- (1)年齡和嚴重度有相關，年齡為51歲或以上之教師，其嚴重度最高。
- (2)請假看病有無困難和嚴重度有相關，越認為有困難之教師，其嚴重度越高。
- (3)婚姻狀態和嚴重度有相關，已婚教師之嚴重度較高。
- (4)家庭收入和嚴重度有相關，收入越低之教師嚴重度越高，但收入最高之教師，其嚴重度亦較高。
- (5)家庭型態和嚴重度有相關，大家庭者嚴重度最高，而單獨居住在外之教師嚴重度最低。

3.教師評價「就醫有利性」和三項基本資料變項有相關：請假看病有無困難、自覺健康狀態、有無慢性病等。

- (1)請假看病有無困難和評價「就醫有利性」有相關，認為有困難之教師，其評價較高。
- (2)自覺健康狀態和評價「就醫有利性」有相關，自覺健康狀態好之教師，其評價較高。
- (3)有無慢性病和評價「就醫有利性」有相關，沒有患慢性病者，其評價較高。

(三)衛生信念和就醫行為的相關

三種衛生信念和四種就醫行為的關係，可發現三組變項間是有相關的。

- 1.教師感覺疾病敏感度和身體有症狀時是否延誤就醫之間有相關，敏感度高之教師，延誤就醫率較高。
- 2.教師感覺疾病嚴重度和身體有症狀時是否延誤就醫之間有相關，嚴重度高之教師，延誤就醫率較高。
- 3.教師評價「就醫有利性」和身體有症狀時是否延誤就醫之間有相關，評價高之教師，其延誤就醫率較低。

(四)衛生信念和延誤就醫行為之確實關係

由前敘述可知教師衛生信念和延誤就醫行為間有三相關存在，為了判知此相關是否為真實，是否為其它變項所引起之虛偽相關（spurious relationship），此再以 Elaboration Model 方法逐次將與教師衛生信念、延誤就醫行為均有相關的基本資料變項引入三相關中、予以控制，控制後的相關再以卡方考驗法檢驗每一列聯相關（contingent association），以得知原相關是否仍存在，若列聯表中顯示其仍存在，則知該相關並非控制變項所引起的，其乃真實存在的。

- 1.在教師感覺疾病敏感度和延誤就醫之間，依次加入與二者皆有相關的「請假看病有無困難」、「自覺健康狀態」、「慢性病」變項，並以此三變項作為控制，結果發現請假看病有困難組（ $P < 0.05$ ，列聯相關係數為0.09）、自覺健

康狀態不好不壞組 ($P < 0.001$ ，列聯相關係數 = 0.16)、患有慢性病組 ($P < 0.02$ ，列聯相關係數 = 0.11) 之教師當中，其敏感度和延誤就醫確有相關。

2. 在教師感覺疾病嚴重度和延誤就醫之間，依次加入和二者皆有相關的「請假看病有無困難」、「婚姻狀態」變項，並以其為控制，結果發現請假看病沒有困難組 ($P < 0.05$ ，列聯相關係數 = 0.09)、已婚組 ($P < 0.05$ ，列聯相關係數 = 0.07)、未婚組 ($P < 0.02$ ，列聯相關係數 = 0.15) 之教師當中，其感覺嚴重度和延誤就醫確有相關。

3. 在教師評價就醫有利性和延誤就醫之間，依次加入與二者皆有相關的「請假看病有無困難」、「自覺健康狀態」、「慢性病」變項，並以其為控制，結果發現請假看病沒有困難組 ($P < 0.01$ ，列聯相關係數 = 0.13)、沒有患慢性病組 ($P < 0.01$ ，列聯相關係數 = 0.11)、自覺健康狀態不好組 ($P < 0.02$ ，列聯相關係數 = 0.9) 之教師當中，其評價就醫有利性和延誤就醫確有相關。

六、教師衛生信念對就醫行為的影響

在此將以次數分配方法分析教師感覺敏感度、嚴重度(二者合為威脅感)、及評價就醫有利性對於就醫和延誤就醫的影響。

(一) 教師疾病威脅感對就醫行為的影響

1. 疾病威脅感對於身體有症狀時是否就醫的影響表五顯示，當嚴重度都高時，敏感度低之教師較多就醫；而當嚴重度都低時，敏感度高之教師較多就醫，又當敏感度都高時，嚴重度低之教師較多就醫而當敏感度都低時，嚴重度高之教師較多就醫。由此可知敏感度和嚴重度二者中任一高一低時，教師較會就醫，而當二者均高或均低時，教師較不會就醫。

2. 疾病威脅感對於身體有症狀時是否延誤就醫的影響

表六顯示，敏感度高之教師延誤就醫率較高，且嚴重度高之教師延誤就醫率亦較高，可知二者對於延誤就醫之影響方向相同，且各有其獨立的影響；又由表中知，嚴重度高且敏感度高時之延誤就醫率為 0.67，而嚴重度低且敏感度低時之延誤就醫率為 0.47，其差異為 0.20，超過嚴重度、敏感度個別對延誤就醫的影響，由此可知嚴重度、敏感度對延誤就醫有共同的累積影響。

表五 國中教師感覺疾病敏感度和有無就醫，以「感覺疾病嚴重度」作為控制變項之分配

感 覺 疾 病 重 度	有就 無醫 病 感 敏 感 度	有		無		合 計	
		N	%	N	%	N	%
高	高	102	57.95	74	42.05	176	100.00
	低	106	66.25	54	33.75	160	100.00
	合 計	208	61.90	128	38.10	336	100.00
低	高	56	61.54	35	38.46	91	100.00
	低	92	52.27	84	47.73	176	100.00
	合 計	148	55.43	119	44.57	267	100.00

表六 國中教師感覺疾病敏感度和有無延誤就醫，以「感覺疾病嚴重度」作為控制變項之分配

感 覺 疾 病 重 度	有延 無誤 就 醫 病 感 敏 感 度	有		無		合 計	
		N	%	N	%	N	%
高	高	113	66.86	54	33.14	169	100.00
	低	94	59.49	64	40.51	158	100.00
	合 計	207	63.30	120	36.70	327	100.00
低	高	51	56.04	40	43.96	91	100.00
	低	84	47.19	94	52.81	178	100.00
	合 計	135	50.19	134	49.81	269	100.00

(二)教師整體衛生信念對就醫行為的影響

1. 衛生信念對於過去一個半月內身體有症狀時是否就醫的影響

表七顯示敏感度低、嚴重度高（即威脅感中度）且評價就醫有利性高之教師，其就醫率最高，其次為敏感度高、嚴重度低（即威脅感中度）且評價高之教師；而就醫率最低的分別是敏感度高、嚴重度高（即威脅感高）且評價高之教師，以及敏感度低、嚴重度低（即威脅感低）且評價低之教師；此結果與前所敘述疾病威脅感對就醫的影響是一致的

表七 國中教師感覺疾病敏感度和有無就醫，以「感覺疾病嚴重度」「評價就醫有利性」作為控制變項之分配

感 覺 疾 病 重 度	就 醫 有 利 性 評 價	有 無 就 醫 感 覺 疾 病 敏 感 度	有		無		合 計	
			N	%	N	%	N	%
高	高	高	19	50.00	19	50.00	38	100.00
		低	31	81.58	7	18.42	38	100.00
		合 計	50	65.79	26	34.21	76	100.00
	低	高	52	55.32	42	44.68	94	100.00
		低	45	60.81	29	39.19	74	100.00
		合 計	97	57.74	71	42.26	168	100.00
低	高	高	13	72.22	5	27.78	18	100.00
		低	32	62.75	19	37.25	51	100.00
		合 計	45	65.22	24	36.23	69	100.00
	低	高	24	52.17	22	47.83	46	100.00
		低	34	50.00	34	50.00	68	100.00
		合 計	58	50.88	56	49.12	114	100.00

2. 教師衛生信念對於身體有症狀時是否延誤就醫的影響

表八亦顯示敏感度高之教師延誤就醫率較高，嚴重度高之教師延誤就醫率較高，且評價「就醫有利性」低之教師延誤就醫率較高，由此可知三衛生信念對延誤就醫有個別獨立的影響；又依 Rosenberg (1968) 的計算方法可得嚴重度、敏感度、評價「就醫有利性」三者對延誤就醫個別的平均影響為 5.25

%, 3.75%, 21.25%, 由此可知三者中以評價「就醫有利性」對延誤就醫影響最大; 另外, 若比較表中延誤就醫率差距最大之二組教師, 可發現感覺嚴重度高、敏感度高且評價低之教師, 其延誤就醫率為 0.70, 而感覺嚴重度低、敏感度高且評價高之教師, 其延誤就醫率為 0.31, 二者相差 0.39 (即 39%), 高於以上計算所得任一衛生信念的單獨影響, 由此可知三衛生信念對延誤就醫有共同的累積影響。

表八 國中教師感覺疾病敏感度和有無延誤就醫, 以「感覺疾病嚴重度」「評價就醫有利性」作為控制變項之分配

感覺 疾病 嚴重 程度	就 醫 性 評 價 有 利 性	有 無 延 誤 就 醫 感 覺 敏 感 度	有		無		合 計	
			N	%	N	%	N	%
高	高	高	20	58.82	14	41.18	34	100.00
		低	16	45.71	19	54.29	35	100.00
		合 計	36	52.17	33	47.83	69	100.00
	低	高	64	69.57	28	30.43	92	100.00
		低	50	67.57	24	32.43	74	100.00
		合 計	114	68.67	52	31.33	166	100.00
低	高	高	6	33.33	12	66.67	18	100.00
		低	16	31.37	35	68.63	51	100.00
		合 計	22	31.88	47	68.12	69	100.00
	低	高	26	56.52	20	43.48	46	100.00
		低	40	58.82	28	41.18	68	100.00
		合 計	66	57.89	48	42.11	114	100.00

伍、結 論

一、台北市國中國中教師的背景

國中教師的社會經濟狀況相當一致。在健康生活上, 大部份教師自認為健康狀態還不錯, 且有症狀時, 和周圍社會環境的接觸相當密切。衛生信念方面, 整體而言略偏高, 其中, 教師感覺疾病的敏感度高略偏低, 反映出教師對自己健康狀態相當樂觀; 但對疾病的感覺嚴重度卻較高, 顯示了教師較重視疾病可能帶來的負面影響; 又其對就醫評價

利稍多於弊，即國中教師普遍認為就醫是有效、方便的，但仍有不少人評價低，據進一步資料顯示，教師評價低乃因其認為就醫不方便，而就醫不方便當中又以認為就醫費時太多的影響最大。在就醫行為上，過去一個半月內，當身體有症狀時，58%的教師曾就醫，與石曜堂等（民69年）之研究比較，國中教師之就醫率較一般居民為高；但也有56%的教師曾延誤就醫。

二、與國中教師就醫行為有相關之基本資料因素

教師的自覺健康狀態、慢性病情形、與人談論症狀情形與其四種就醫行為均有相關。另外，宗教信仰與教師是否就醫有相關，而教師請假看病困難情形、婚姻狀態與教師是否延誤就醫有相關。

三、與國中教師衛生信念有相關之基本資料因素

教師請假看病困難情形與其三衛生信念皆有相關，且教師的自覺健康狀態、慢性病情形與其感覺疾病敏感度、評價「就醫有利性」二信念皆有相關。另外，學歷、別人建議就醫情形與教師的敏感度有相關，又教師的年齡和家庭因素如婚姻狀態、家庭收入、家庭型態亦與其感覺疾病嚴重度有關。

四、國中教師衛生信念和就醫的關係

(一)教師感覺疾病敏感度、嚴重度或評價「就醫有利性」越高時，其就醫率也越高，但當敏感度、嚴重度高得超過限閾時，就醫率反而降低了，此時教師即使評價「就醫有利性」高，其就醫率仍低。

(二)此結果與Krisher et al. (1973)認為嚴重度對就醫行為是有限關之看法是一致的，並與Leventhal & Watts (1966)研究敏感度低的人，須有含威脅感高之溝通方可促其採取行動之結果亦一致。

(三)又由教師威脅感極高時，即使評價「就醫有利性」高仍較少就醫，可知威脅感對就醫的影響較大，是值得重視的。

五、國中教師衛生信念和延誤就醫的關係

(一)教師評價「就醫有利性」低，而感覺疾病敏感度、嚴重度較高時，其延誤就醫率較高，其中以評價「就醫有利性」低一項對延誤影響最大，且三者對延誤就醫有共同累積的影響。

(二)又此結果與一般以為敏感度高、嚴重度高者較少延誤就醫的看法相反，此乃由於台北市國中教師當中，敏感度高、嚴重度高者傾向於評價「就醫有利性」低所致，據進一步資料顯示敏感度、嚴重度高之教師，有46%評價高，而敏感度、嚴重度低之教師有64%評價高，而三衛生信念中又以評價對延誤就醫的影響最大，以致於教師即使敏感度高、嚴重度高卻有較多延誤就醫的現象。

陸、建 議

根據研究結果，作者提出幾項促進人們就醫、減少延誤就醫的建議，以作為公共衛生教育內容選用、及醫療服務規劃時之參考；最後並對未來有關研究提出幾點看法。

一、促進就醫、減少延誤就醫

- (一)經由各種學習情境使人們體認疾病發生是可能的，且疾病對個人之影響極大，然而學習過程不可給與過高的威脅感。
- (二)使人們模擬比現在更健康時的生活，以加強人們願為追求健康而就醫的動機。
- (三)運用像大眾傳播這種誘因，督促人們擬就醫時應儘早實行，並具體強調合適的就醫場所。
- (四)醫護人員能與病人作良好的溝通，使病人對醫療服務滿意。
- (五)醫療服務系統應透過各種傳播媒介，提出醫療服務是有效的實例，以加強人們對醫療服務的信心，但傳播內容亦應說明醫療的有限性，以免人們產生過高的期待。
- (六)醫療服務系統應設計一有效率的就醫流程，以減少醫護人員、病人在治療過程中時間、精力的浪費。有關單位可研究設計一合理的掛號求診預約制度，病人可由電話掛號並安排診療時間，其只須於預定時間前來求診即可，如此可免去了許多掛號或待診的時間、精力浪費。
- (七)使人們了解就醫所須時間付出是必要的，因為醫療服務是醫護人員與病人之間的互動結果，並非病人可購買的一靜態成品。
- (八)研究改善公保的醫療服務，使人們由就醫經驗中深植其為有效、便利的信念，另一方面由制度上的改善使人們能合理運用醫療服務。
- (九)提供病人衛生教育，因為此種適時、適地、適人的衛生教育最能發揮效益。又欲使病人衛生教育在醫院中得以生根，以下幾方面的改善是必要的：(一)增列正式衛生教育人員的編制，(二)研究改進現有醫療流程，使衛生教育能適切的加入醫療過程中，(三)醫護人員養成教育中，宜加強衛生教育課程的訓練。

二、對未來研究的建議

- (一)由研究結果知有些人並不逃避疾病，所以未來研究如欲以衛生信念解釋人們的就醫行為，應在統計上控制這些特殊對象，以免發生偏差。
- (二)由本研究可知適當的誘因可使人們在有就醫準備時，能及時就醫，而不同對象、不同健康狀態須有何種誘因以促其就醫，是值得進一步探討的；又由研究中知就醫行為種類有許多，個別的影響機轉不同，所以未來研究對於所指的就醫行為應有明確的界定，以免混淆就醫行為的解釋。
- (三)本研究發現教師之感覺疾病敏感度、嚴重度對就醫的影響是有限關的，至於其他對象是否也有此現象存在，頗值得探討。
- (四)本研究亦發現教師感覺疾病敏感度、嚴重度和其是否延誤就醫成負相關，至於其他公務人員、乃至於一般居民是否也有此種情形存在，值得進一步研究予以證實。
- (五)本研究由於研究設計之限制，無法控制對象症狀的類別和輕重程度，而由研究結果知此二項亦相當影響就醫行為，所以未來研究不妨以門診患者為對象，則可了。

解不同疾病別、不同程度別的人們，其衛生信念和就醫行為的關係。

(六)國內有關衛生信念模式研究極少，因此如何使衛生信念操作化成為標準的工具，是未來有關研究應努力的。

(七)將衛生信念模式利用於人們衛生行為的研究是值得嚐試的，據此衛生工作者可發現影響人們行為的認知因素，使得設計衛生教育計劃時知所選擇教育內容和教育方法。

重要參考書目

1. 台北市政府衛生局：台北市醫療服務網十年計劃專題報告，台北，民國71年。
2. 石曜堂、陳麗美：台北市居民醫療服務能用之研究，醫學研究，3卷4期，第1023—1032頁，民國69年。
3. 林清山：心理與教育統計學，台北，東華，民國69年。
4. 蘇東平、卓良珍：生活改變之壓力量化研究，中華醫學雜誌，28卷，第405—415頁，民國70年。
5. Babbie, E. R. : Survey Research Methods, Belmont, California : Wadsworth Publishing Company, 1973.
6. Clements, J. E. & Wakefield, J. : Symptoms and Uncertainty, International Journal of Health Education, 15(2) : 113-122, 1972.
7. Freeman, H. E. et al. (ed.) : Handbook of Medical Sociology, Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 1979.
8. Haefner, D. P. & Kirscht, J. P. : Motivational and Behavioral Effects of Modifying Health Beliefs, Public Health Reports, 85(6) : 478-484, 1970.
9. Kasl, S. V. & Cobb S. : Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior, Archives Environmental Health, 12 : 246-266, Feb. 1966.
10. Kirscht, J. P. : Research Related to the Modification of Health Beliefs, Health Education Monographs, 2(4) : 455-469, 1974a.
11. Kirscht, J. P. : The Health Belief Model and Illness Behavior, Health Education Monographs, 2(4) : 387-408, 1974b.
12. Kutner, B. et al. : Delay in the Diagnosis and Treatment of Cancer : a Critical Analysis of the Literature, Journal of Chronic Diseases, 7 : P.95, 1958.

13. Rosenberg, M. : The Logic of Survey Analysis, Bethesda, Maryland :
Basic Books, Inc., 1968.
14. Rosenstock, I. M. : Historical Origins of the Health Belief Model,
Health Education Monographs, 2(4) : 328-335, 1974.
15. Suchman, E. A. : Health Orientation and Medical Care, American Journal
of Public Health, 56(1) : 97-105, 1966.
16. White, K. L. et al. : The Ecology of Medical Care, The New England
Journal of Medicine, 265(18) : 885-892, 1961.
17. Wolinsky, F. D. : The Sociology of Health, Boston : Little, Brown and
Company, 1980.