

台北市學童對疾病與健康觀念的初探

張 珏* 陳芬苓**

本研究的目的是探討兒童對疾病及健康的觀念。研究對象是台北市某國小 3-6 年級男女學童 354 名，採取開放式的問卷進行施測。根據認知發展理論，不同年齡的兒童對疾病和健康的概念也有所不同，由具體、知覺性、生理的概念，到抽象、非知覺性、心理的概念，會呈現階段性的差異。

研究的結果可歸納成下列幾點：(一)不同年級的兒童，對疾病與健康的概念也有所差異。(二)兒童對於疾病的概念多偏向以生理層面 (87.2%) 來解釋，只有少部份到心理層面 (6.0%)，並沒有學童提到人際關係良好等社會層面的因素也和疾病的發生有關。(三)在生病處理方式上，多數提到是藉由外力的方式來處理 (91.8)，五、六年級有 10.3% 的學童提到以自我控制的方式來處理，如：多休息，多喝開水等。(四)在健康的定義上，生理層面的定義居多占 69.8%，心理層面的占 16.0%，並未提到社會層面的定義。(五)有 88.3% 的兒童認為促進健康的方法是要有良好的行為。(六)年級愈高對生病原因和健康定義的敘述項目愈多。此外，性別在各變項上並無顯著差異。

根據結果，我們建議：(1)從事與兒童保健相關的工作人員，應了解不同階段之兒童，在疾病和健康觀念上的差異。(2)兒童健康教育的教材對疾病的原因和過程，要儘量具體，並詳加解釋而不是只有描述。(3)父母親若能對子女生病的原因做具體的解說，則將有助於子女預防下一次疾病的發生。(4)應加強兒童在生理、心理、社會三個層面之整體性的健康觀念。

Key Word : Child, Concept, Illness, development

(中華衛誌 1992; 11(1):32-43)

一、前 言

兒童對於如何生病及疾病的定義，和成人的觀念有所差距，由於認知發展階段的不同，不同年齡的兒童對於健康的信念和態度也會不一樣。例如：當我們問道：「什麼叫做生病？」時，年紀大一點的小孩會詳細說明疾病和症狀；年紀小的兒童只會提到模糊

，不完整的感覺〔1〕。

過去健康與疾病被認為互補的名詞，即沒有病就是健康，或生病就是不健康。直到今天，還是有許多人持這種觀念〔2〕。根據 1985 年世界衛生組織對健康的定義，張珏等〔3〕進一步整合為整體性的定義：「個人的身心健康，不僅是沒有呈現異常行為與疾病，同時個人的生理上、心理上、社會上、行為上與心理社會上都能保持和諧安寧的最佳狀況。」可見健康的定義是可以分成二部份來討論，第一部份是屬於一種消極性的定義，比較著重在病理狀況分析，所謂健康就

*台大醫學院公共衛生研究所

**台大社會學研究所應用社會學組

是指沒有生理上的疾病或反社會行為。第二部份則為一種積極性的定義，強調整體的健康，其中包括了五部分：(一)生理身體上：指整個身體新陳代謝的平衡，即使有傷殘病變的情況下，仍能保持其既有功能。(二)心理上：指個人能接受本身情緒的特質，可以用適當方式宣洩情緒，能坦然面對挫折予以適切處理，而產生幸福滿意感。(三)社會上：指個人有和諧的人際互動關係。(四)行為上：指個人能培養並保持有益身心健康的行為。(五)心理社會上：指個人能勝任社會賦予的各種角色，並發揮角色的積極功能。

在對兒童健康保健工作上，Pidgion [4] 指出：疾病的信念會影響兒童願意或不願意順從醫生的指示，以及保健法和參與疾病防治的能力，然而目前對於兒童疾病信念知識方面的研究卻呈現嚴重不足的現象。

雖然國內在小學三年級開始便有健康教育，其內容較著重全面健康生活行為的教育。但是國內對一般兒童健康概念的研究則闕如，使得健康專業人員一如護士、醫生、心

理學家等一對不同階段的兒童在健康和疾病的認知發展上比較不了解。以致於在臨床和教學上，也無法針對不同年齡層的兒童進行健康教育，達到增進健康行為的最終目的。本研究的目的就是希望了解不同階段（以年級分）的兒童對疾病以及健康的認知發展和信念，以做為將來兒童健康教育及從事兒童臨床工作者的參考。

本研究所探討的問題是：(1)不同年級的兒童，在生病原因的概念上是否有差異？(2)不同年級的兒童，在疾病的定義上是否有差異？(3)不同年級的兒童，對生病的處理方式是否不同？(4)不同年級的兒童，在健康定義上是否有差異？(5)不同年級的兒童，對促進健康的方法是否有差異？

二、文獻探討

對兒童認知發展階段的分類，Bibace 等 [5] 學者曾採用心理學家皮亞傑 (Piaget) 的理論，運用在兒童對疾病與健康的概念上，其論點整理如下：

Piaget 的理論在兒童疾病與健康觀念上的應用 [5]

	特 性	在疾病與健康觀念上的應用
一、感覺運作期 (Sensory-motor) (出生~2 歲)	此階段兒童會透過視、聽、味、嗅、觸覺去探測世界。 嬰兒對於任何東西都會用手摸摸、嚐一嚐、嗅一嗅才能辨別出這樣物質的性質。	
二、準備運作期 (Pre-operation) (2 歲~7 歲)	幼兒開始學會使用符號，此時幼兒還具兩個特點：(一)自我中心主義，幼兒無法區分自己與世界，僅能以自己的觀點看外在可感覺到的事物。(二)擬人化。	現象 (Phenomenism) 階段：會把病因歸於和疾病同時出現的外在象，做不適當而遙遠的聯結。 感染 (Contagion) 階段：會指出是由一個人或物體接近 (near) 所引起的，而非接觸 (touch) [5,6]。 病因：暫時的傳染 (Contiguous temporal)，或部份的暗示 (partial cues)。
三、具體運作期 (concrete operation)	主要的轉變是：兒童已經能清楚分辨自己的內在和外在了，但他們仍把重點放在外在	病因會以具體，真實的事件或人物來表達 [4]。 違背規則是常被提到 [6] 但未提

(7 歲~12 歲)	具體可見的事物上。 此外，兒童可不經由接觸或掌握某事物，就能想起這事物及其關係。	因果聯結，也無法清楚地區分內在的和外在的不同〔5〕。 傳染 (Contamination) 階段： 1. 病源：細菌、不乾淨、壞行為直接或間接身體接觸而得。 2. 對促進健康的方法，有避開污染源 (Avoid contamination) 的觀念〔5〕。 內化 (internalization) 階段：對疾病的定義不指發生在身體上的症狀，而是疾病獲得的方式，內部器官機能開始包括在原因解釋中。如：細菌侵入、老化等概念〔5〕。
四、正式運作期 (Formal operation) (12 歲以上)	小孩不一定要由具體的事件才能判斷，已經可以運用想像力去聯結他所擁有知識之間的鴻溝 (gap)。換言之，人類能運用理則，分析、回想等方式，並能作多種假設。	生理 (Physiological) 階段：以內部疾病運作的過程來解釋病因，如：生理過程、器官、失功能等，症狀被視為是生理上失功能的結果〔6〕。 心理生理 (Psychophysiological) 階段：開始提到心理層面的病因。 多種不同原因被邏輯地整合而連結在一起。

此外，Pidgion〔4〕整理部份學者對兒童所做過的研究，發現大致上都認為：兒童對疾病的知識是隨年齡的認知發展階段而有所不同的，年紀大和年紀小的兒童各有其表達的方式。我們若能鼓勵兒童表達他們這方面的概念，將會發現其概念和行為間有很大的連結。

今轉述其提出文獻摘述如下：

國內有關研究，多半偏重對衛生知識的調查研究〔11-13〕。對於疾病的形成概念，只有江東亮〔2〕整理國外字典，組織和學者中對健康的定義。此外，姚秀靜〔14〕曾對「藥」的概念形成做過認知上的探討。護理界學者則多半針對住院病童或特殊疾病進行對疾病或治療方面的了解與情緒行為反應。其中僅陳月枝〔10〕發現住院的三年級及五

兒童對疾病概念的相關文獻 (摘自 Pidgion〔4〕)

研 究 者	年代	主 要 論 點
Kauffman 等	1971	兒童對特殊疾病的概念其實存在有許多潛在的幻想，只是他們未曾表達出來。
Campbell〔1〕	1975	年紀小學童多以模糊，不定位置的感覺描述他們對生病的定義；年紀大的學童則以特別的疾病，角色改變和限制來定義。
Blos	1978	兒童用想像和幻想彌補他們知識的鴻溝，所以他們疾病的概念是真實資訊和想像的混合。

Neuhauser 等	1978	學齡前的兒童多以來自其他人外在的暗示 (cues)，或自己身體外部的暗示來定義疾病；大一點的兒童 (8-9 歲) 則以他們對身體內部暗示的判斷來定義。
Eiser, Patterson & Eiser	1983	對特殊疾病的知識隨年齡的增加而有所不同。

兒童對疾病原因之概念的相關文獻 [4]

研 究 者	年代	主 要 論 點
Gips	1956	兒童把病因歸因於自己行為的情形，自責反應最多，隨年齡而增加父母管教態度和兒童健康的經營有關。
Goffman, Schade & Buckman	1957	兒童把病因歸因於自己行為的情形，並未得研究的支持。
Brodie [7]	1974	
Gellert	1961	針對 4-16 歲醫院病重的研究發現：66% 的病童將病因歸於違背規則或是行為疏忽所致。
Palmer & Lewis	1975	年紀較小的兒童對病因的解釋是：未加衣服，吃太多糖等；年紀較大者會提到：和別人接觸傳染的或是細菌等。
陳月枝 [8]	1976	住院 3 及 5 年級病童，對疾病認識有限，較清楚治療方式與外表器官。其中年級較高，知識也較多。
Peters [9]	1978	兒童把病因歸因於自己行為的情形，隨年齡而減少父母管教態度和兒童對健康的經營有關。
Wood [10]	1983	學齡兒童 (7-11 歲) 多把疾病原因歸因於他們自己的行為
Gratz & Pilliavin	1984	年紀較大的學齡兒童傾向歸因於外在因素 (如：病菌、環境、其他人……)。

年級學童，對疾病的認識是有限的，他們較清楚的是治病方式與外表器官。而許伊俐等人 [15] 則針對住院血液病兒童調查，在認知方面，較大孩子認為住院會復原，醫師可協助，而較小孩子則認為是懲罰或不知原因。因此，陳淑琴 [16] 特別在對扁桃腺手術病重的個案調查後，強調孩子住院治療應對疾病有所認知，使之降低不必要的焦慮。護理人員也應了解不同年齡孩子的認知階段，才能明白兒童真正對疾病的表達意義，從而協助之。對於一段兒童對疾病與健康的概念

，則尚未做過研究。

三、研究方法

本研究是針對台北市某國小三、四、五、六年級的學童，年齡在 8-10 歲，於開學後一個月 (即 78 年 10 月)，隨機抽取二個班級，進行開放式問卷調查，共回收 354 份問卷。根據受訪者答案上的敘述，加以分類，編碼 (coding)，統計分析而成，其

性別與年級別分佈如下表：

受測學童之基本資料

		人數(%)
性別	男	201 (56.6)
	女	153 (43.1)
年級	三	88 (24.8)
	四	84 (23.7)
	五	90 (25.4)
	六	92 (25.9)

354

根據開放式的回答將其歸類，因此有複選的情形發生，復將細分類歸為幾個大分類。由於每一類都有複選的可能，因此只要有回答這一類別，在大類別上都以一次計算。例如：在病狀上，即有學童同時回答發燒和肚子痛，在細分類上會分別出現，但在大分類上則以一次計算。統計上的檢定則依大分類上回答此項與否，做年級別的比較，採用卡方檢定。

表 1：不同年級在生病定義上的差異

類 別	三年級 (%)	四年級 (%)	五年級 (%)	六年級 (%)	總計 (%)	X ²
病 狀	67 (79.8)	51 (64.6)	63 (70.0)	52 (64.2)	233 (69.8)	6.19
發 燒	28 (33.3)	22 (27.8)	37 (41.1)	27 (33.3)	114 (34.1)	df=3
流鼻涕，頭痛	38 (45.2)	41 (51.9)	38 (42.2)	19 (23.5)	136 (40.7)	
肚 子 痛	9 (10.7)	0 (0.0)	6 (6.7)	0 (0.0)	15 (4.5)	
身體出問題	4 (4.8)	1 (1.3)	5 (5.6)	8 (9.8)	18 (5.4)	
病 名 (感冒)	13 (15.5)	15 (19.0)	10 (11.1)	20 (24.7)	58 (17.4)	5.84
病 菌 (病菌)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.3)	
不健康*	10 (11.9)	15 (19.0)	17 (18.9)	32 (39.5)	74 (22.2)	20.27*
不 舒 服	9 (10.7)	14 (17.7)	16 (17.8)	32 (39.5)	71 (21.3)	
不 健 康	1 (1.2)	1 (1.3)	2 (2.2)	1 (1.2)	5 (1.5)	
心理層面 (心病)*	3 (3.6)	11 (13.9)	6 (6.7)	0 (0.0)	20 (6.0)	14.92*
總 計	84	79	90	81	334	

* $p < 0.05$ (心理層類中，不含六年級， $df=2$)

註：病菌類因次數太少，並未進行卡方檢定

四、研究結果與討論

(一)兒童對生病的概念

兒童對於生病的定義，偏向於用病狀來解釋 (69.8%)，高年級的學童會以較抽象的「不健康」，「不舒服」來定義生病 (39.5%)。另外、三、四、五年級中也有 6% 的學童，提到「心病」為生病定義中的一種，足見學童已有心理疾病的觀念，但是在六年級中卻沒有學童從心理層面來定義生病。

結果在性別上無差異，只有「不健康」和「心理層面」上，有年級別的差異存在 (見表一)。在「不健康」項目上，可見年級愈高對生病的定義愈抽象，漸具正式運作期生理階段的概念，以失功能的觀點定義生病。在「心理層面」項目上，因為四年級上學期的健康教育中有提到此觀念 [17]，不知是否因學習的立即效果，使四年級學童回答此項的比率特別高，但長期未被強化又淡忘了，所以五、六年級回

答的比率漸減，還有待進一步研究。

在「生病原因」項目上，學童有 84.1%認為「行為不當」是造成生病的原因。行為不當含有違反規則，或父母命令的意味，例如：衣服穿少了，不注意天氣、流汗沒有擦乾就吹風等。陳月枝〔10〕在對病童探討生病原因的調查中也指出有 40%會認為是行為不當，自己不好或不乖才會生病。本研究的比例較高。在 Pidgion〔4〕文中也提到：Gellert 於 1961 年針對 4-16 歲醫院病童的研究中，有 66%的學童把疾病的原因歸因於違背規則，或行為疏忽。我國學童在此項上的歸因高達 84.1%，可能和我國文化、社會教育以及家庭教育有關〔18〕。在家庭教育方面，父母並未清楚地為子女解說疾病的過程也可能有影響，還有待進一步的研究。

就積極提昇健康立場而言，「行為不當」宜提昇到促進健康行為的觀念，不宜只是消極地自責。在兒童教養方面，吳就君〔19〕

曾指出父母用詞要具體可行、可懂，例如：淋雨後，我會弄乾自己，以免受風；或是天氣冷了，我會記得加衣服，以免感冒。而非：感冒了，是因為我做錯事，衣服穿少了。

在致病原因探討上，沒有一位學童提到環境髒亂，生態失衡會造成生病，也沒有人提出社會人際失和會造成生病。

結果發現在性別上並無差異，而「行為不當」、「病名」和「病菌傳染」類上，則有年級別差異（見表二）。在「病名」及「病菌傳染」類中，五年級回答較高，而六年級卻低，可能因四年級下學期健康教育中有「傳染病」一章〔20〕，表示學習效果的影響仍存在。整體來說，在此項上雖然有年級別的差異，但卻無法看出有認知發展上的趨勢，可能是因本次抽樣對象在皮亞傑的理論中屬同一發展階段（具體運作期）的關係，差別比較不明顯。

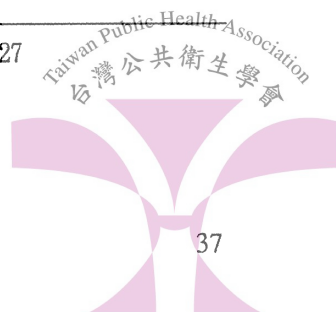
在「生病的處理方式」項目中，此處「外力」係指找專家、長輩來處理，這種概

表 2：不同年級在生病原因上的差異

類 別	三年級 (%)	四年級 (%)	五年級 (%)	六年級 (%)	總計 (%)	X ²
行為不當*	65 (79.3)	69 (93.2)	62 (72.9)	79 (91.9)	275 (84.1)	17.84*
行 為 不 當	4 (4.9)	41 (55.4)	9 (10.6)	51 (59.3)	105 (32.1)	df=3
著 涼	45 (54.9)	24 (32.4)	34 (40.0)	22 (25.6)	125 (38.2)	
淋 雨	5 (6.1)	0 (0.0)	8 (9.4)	5 (5.8)	18 (5.5)	
飲 食 不 當	11 (13.4)	9 (12.2)	14 (16.5)	11 (12.8)	11 (12.8)	
病 名 (感冒)*	2 (2.4)	0 (0.0)	13 (15.3)	3 (3.5)	18 (5.5)	13.03*
病菌傳染*	11 (13.4)	9 (12.2)	23 (27.0)	8 (9.3)	51 (15.6)	12.03*
細 菌	8 (9.8)	3 (4.1)	11 (12.9)	5 (5.8)	27 (8.3)	
被 傳 染 、	3 (3.7)	6 (8.2)	12 (14.1)	3 (3.5)	24 (7.3)	
空 氣 污 染						
機能傷害	6 (7.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (1.8)	
心理因素 (心情不好)	0 (0.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	
總 計	82	74	85	86	327	

* $p < 0.05$ (在病名類中，不含六年級， $df=2$)

註：機能傷害與心理因素類因次數太少，並未進行卡方檢定



念與藉藥物治療在觀念上有差別，後者較依賴藥物。由於醫師的診療並不一定與打針吃藥相關，這是民間較常有的誤導現象，故特將其分開。

在此項上，學童以藉外力的方法來處理生病的占多數（91.8%），高年級學童認為可透過「自我控制」方式來處理生病的比較多（16.1%，15.2%）。此外，仍有 13.8% 的學童認為生病時要透過「打針」、「吃藥」等藥物控制才能痊癒。陳淑琴〔16〕亦以 Piaget 發展理論報導一位 6 歲兒童住院手術的變化。發現：不清楚的訊息，帶來不少不安與抗拒，但也漸發展出知道多吃一些，就可以增強抵抗力，使得其不用打針的認知。

在抽象觀念形成（internalization）〔4〕階段的兒童，雖然仍視外在事物為疾病來源或治療方法，但已漸漸認為靠自己身體抵抗力增加是可以痊癒的，不一定要藉外力，這點和本研究的結果相吻合。

各年級在生病的處理方式結果中發現：在性別上並無差異。而在「自我控制」類上

，年級愈高愈會採用此種方式：在「藉外力」和「藥物治療」上則無顯著差異（見表三）。一方面可能在認知發展階段上由具運作期進入到正式運作期，而漸有內控與預防的觀念；另一方面也可能因健教課本上已教導過增加抵抗力的方法，可減少感冒罹患的觀念〔20,21〕。

（二）兒童對健康的概念

由以上的結果，我們可以了解到兒童對疾病的概念。然而「健康」是包括治療疾病和促進健康兩個層面。所以，下面我們也針對兒童對「健康的定義」和「促進健康方法」的概念進行調查。

在「健康定義」的項目上，有 69.8% 的兒童以生理上的觀念定義健康，其中「不生病」的觀念是比較消極性的定義，「身體好」、「抵抗力強」是比較積極性的。也有 8.3% 的學童以行為的觀點定義健康，以三、四年級居多（10.6%，11.2%）。此外，有 31.1% 的學童提及心理層面的健康定義（含身心狀況良好及心理

表 3：不同年級在生病處理方式上的差異

類 別	三年級 (%)	四年級 (%)	五年級 (%)	六年級 (%)	總計 (%)	X ²
藉 外 力	76 (98.4)	76 (98.7)	81 (93.1)	80 (87.0)	313 (91.8)	8.57
看 醫 生	58 (68.2)	71 (92.2)	72 (82.8)	75 (81.5)	276 (80.9)	df=3
治療，看病， 去醫院	14 (16.5)	5 (6.5)	7 (8.0)	2 (2.2)	28 (8.2)	
告知家人師長	12 (14.1)	5 (6.5)	4 (4.6)	9 (9.8)	30 (8.8)	
藥物治療	11 (12.9)	4 (5.2)	17 (19.5)	15 (16.3)	47 (13.8)	7.75
吃 藥	11 (12.9)	4 (5.2)	15 (17.2)	15 (16.3)	45 (13.2)	
打 針	3 (3.5)	0 (0.0)	4 (4.6)	5 (5.4)	12 (3.5)	
自我控制*	6 (7.1)	1 (1.3)	14 (16.1)	14 (15.2)	35 (10.3)	13.33*
多 休 息	4 (4.7)	1 (1.3)	9 (10.2)	12 (13.0)	26 (7.6)	
多 喝 水	3 (3.5)	0 (0.0)	8 (9.2)	5 (5.4)	16 (4.7)	
總 計	85	77	87	92	341	

* $p < 0.05$



類)，其中三、四年級以「活潑有朝氣」、「快樂有精神」定義者居多（11.7%，33.8%），五、六年級則以「身心狀況良好」定義健康者較多（46.3%，12.5%）。

除「不生病」外，其他部份是比較積極性的健康定義，強調個人整體性的最佳狀況，不僅僅是沒有疾病而已。

結果在性別上並無差異，而「生理」、「身心狀況」、「心理」項上則有年級別的不同（見表四）。在此項上雖然有年級別的差異，但也沒有顯示出認知發展上趨勢。

在「促進健康方法」的項目上，大部份的學童認為只要「行為正確」就可以促進健康（88.3%），三、四年級以「不挑食」表示（47.6%，42.5%），六年級的學童會更進一步地以「營養均衡」來表示（43.2%）。Belloc 等〔22〕學者曾經提到有七種不良行為習慣和人類的壽命有關（不吃早餐、睡眠不足、運動不夠、亂吃零食、體重過重、抽煙、喝酒），出本研究的結果可看出：我國國小學童都有這些促進健康行為的觀念

表 4：不同年級在健康定義上的差異

類 別	三年級 (%)	四年級 (%)	五年級 (%)	六年級 (%)	總計 (%)	X ²
生 理*	75 (88.2)	46 (64.8)	33 (41.3)	72 (81.8)	226 (69.8)	51.47*
不 生 病	33 (38.8)	31 (43.7)	26 (32.5)	52 (59.1)	142 (43.8)	df=3
身 體 好	46 (54.1)	19 (26.8)	9 (11.3)	28 (31.8)	102 (31.5)	
抵 抗 力 強	0 (0.0)	4 (5.6)	1 (1.3)	3 (3.4)	8 (2.5)	
行 為	9 (10.6)	8 (11.2)	5 (6.3)	5 (5.6)	27 (8.3)	2.63
生 活 正 常	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (5.0)	4 (4.5)	8 (2.5)	
營 養 均 衡	2 (2.4)	4 (5.6)	1 (1.3)	1 (1.1)	8 (2.5)	
不 亂 吃 東 西	7 (8.2)	4 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (3.4)	
身心狀況*	0 (0.0)	1 (1.4)	37 (46.3)	11 (12.5)	49 (15.1)	51.88*
心 理*	10 (11.7)	24 (33.8)	10 (12.5)	8 (9.1)	52 (16.0)	21.68*
活潑有朝氣	3 (3.5)	7 (9.9)	6 (7.6)	3 (3.4)	19 (5.9)	
快樂有精神	7 (8.2)	18 (25.4)	5 (6.3)	5 (5.7)	35 (10.8)	
總 計	85	71	80	88	324	

* $p < 0.05$

（後三者與兒童的關係較不密切，故兒童尚無此觀念），但在此只要於細分類中有回答者皆算，因此總比例看起來較高。若仔細觀察，則會發現各項可促進健康的行為上，回答的人次並不多，因此還需要加強這方面的宣導才是。

並無人提出社會與環境的健康觀點，即良好人際關係以環境保護政策等，亦可以增進健康。在此可發現有關健康促進的項目，有些較屬消極性、防禦性或治療性與一般所謂的健康促進範圍有差距，因此更需加強。

整體來說：在性別上並無差異，而在「生理」及「行為」類別上則有年級別的差異（見表五）。在此項上雖然有年級別的差異，但卻沒有明顯認知發展上的趨勢。

(三)兒童生病的種類

在「生病種類」上，是由兒童自述在這一學期中曾生過的病名，其中可能有的是經醫師診斷的結果，也可能只是家人或自己的判斷，在問卷中未詳問。我們可以

表 5：不同年級對促進健康方法上的差異

類 別	三年級 (%)	四年級 (%)	五年級 (%)	六年級 (%)	總計 (%)	X ²
生 理*	14 (16.7)	13 (16.3)	15 (16.6)	3 (3.4)	45 (13.2)	9.89*
不 生 病	5 (6.0)	1 (1.3)	4 (4.4)	3 (3.4)	13 (3.8)	df=3
身 體 健 康	10 (11.9)	13 (16.3)	11 (12.2)	0 (0.0)	34 (9.9)	
行 為*	78 (92.9)	65 (81.3)	77 (85.6)	82 (93.2)	302 (88.3)	8.23*
充 份 睡 眠	0 (0.0)	5 (6.3)	11 (12.2)	8 (9.1)	24 (7.0)	
運 動	18 (21.4)	32 (40.0)	40 (44.4)	26 (29.5)	116 (33.9)	
不 挑 食	40 (47.6)	34 (42.5)	19 (21.1)	9 (10.2)	102 (29.8)	
營 養 均 衡	7 (8.3)	17 (21.3)	19 (21.1)	38 (43.2)	81 (23.7)	
起 居 正 常	17 (20.2)	5 (6.3)	8 (8.9)	23 (26.1)	53 (15.5)	
注 意 衛 生	5 (6.0)	11 (13.8)	9 (10.0)	3 (3.4)	28 (8.2)	
心理 (身心愉快)	1 (1.2)	1 (1.3)	3 (3.3)	1 (1.1)	6 (1.8)	
治 療 (治療身心疾病)	0 (0.0)	1 (1.3)	1 (1.1)	5 (5.7)	7 (2.0)	
總 計	84	80	90	88	342	

* $P < 0.05$

註：心理與治療類因次數太少，並未進行卡方檢定

看出：各年級得感冒的比例都很高（其中，發燒、咳嗽可能也是感冒，只是有些學童以症狀來表達他所生過的疾病），如何加強兒童對流行性感冒的抵抗力，是我們該努力的方向。

此外，六年級學生中有 25.8% 的學童認為：「外傷」也是生病的一種，其他年級則很少提到這點。根據我國疾病原因的分類資料：意外傷害一直都是十大死亡原因之一〔23〕。因此，視「外傷」為生病的一種，應該是正確的認知，而我們也該教導兒童重視意外傷害（見表六）。

四年級別與多種症的描述

Bibace 等人〔5〕曾經提過：具體運作期晚期的兒童，開始認為疾病的發生是由多種因素交互作用而成的。所以在定義疾病時會提出多種症狀，不單指一種症狀。Compbell〔1〕認為：年齡較大的學童

對疾病的描述會更精確，定義更廣。我們研究的結果顯示：在「生病原因」和「健康的定義」兩項上，年級愈高者，答案愈多，兩者間有顯著的差異（ $X^2 = 11.312$, 8.248, $p < 0.05$ ）。但是在「生病定義」、「治療方法」和「促進健康方法」等項上，則無顯著的差異。表示年級愈大對於疾病原因和健康的定義愈廣（見表七）。與 Bibace 等人〔5〕研究的結果相近。

由於本研究是採開放式問卷團體施測的方法，可能限制了兒童表達的能力。將來可考慮採面談的方式，做進一步研究。此外，年齡層又只在 Bibace 所區分之 Piaget 理論的同一階段中，即 8-11 歲的具體運作期，所以區別度較小，因此未來需探討更廣的年齡層對健康和疾病的看法。



表 6：年齡在生病種類上的差異

生病種類	三年級	四年級	五年級	六年級	總計
感冒	29 (46.0)	43 (57.3)	36 (40.0)	56 (62.9)	164 (51.7)
發燒	12 (19.0)	12 (16.0)	16 (17.8)	11 (12.3)	51 (16.1)
腸胃炎	2 (3.2)	2 (2.7)	1 (1.1)	3 (3.4)	8 (2.6)
水痘	5 (7.9)	3 (4.0)	2 (2.2)	1 (1.1)	11 (3.5)
咳嗽	24 (38.1)	9 (10.7)	11 (12.2)	4 (4.5)	48 (15.1)
牙痛	0 (0.0)	2 (2.7)	3 (3.3)	0 (0.0)	5 (1.6)
胃炎	1 (1.6)	1 (1.3)	1 (1.1)	1 (1.1)	4 (1.3)
心臟性毛病	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (1.1)	2 (0.6)
外傷	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	23 (25.8)	24 (7.6)
氣喘	4 (6.3)	17 (22.7)	32 (35.6)	1 (1.1)	54 (17.0)
總計	63	75	90	89	317

表 7：不同年級在各變項上敘述多寡的差異

年級	生病的原因		健康的定義	
	一項	兩項以上	一項	兩項以上
三年級	81 (97.6)	2 (2.4)	74 (86.0)	12 (14.0)
四年級	73 (88.0)	10 (12.0)	65 (79.3)	17 (20.7)
五年級	74 (82.2)	16 (17.8)	83 (93.2)	7 (7.8)
六年級	72 (83.7)	14 (16.3)	69 (78.4)	19 (21.6)
總計	300 (87.7)	42 (12.3)	291 (84.1)	55 (21.9)
X ²	11.312	P<0.05	8.248	P<0.05 df=3

五、結論與建議

本研究的結果可歸納成下列幾點，對 3-6 年級的學童而言：(一)不同年級的兒童對疾病與健康的概念也有所差異。(二)兒童對於疾病的概念多偏向以生理層面 (87.2%) 來解釋，只有少部份提到心理層面 (6.0%)，並沒有學童提到人際關係良好等社會層面的因素也和疾病的發生有關。(三)在生病處理方式上，多數提到是藉由外力的方式來處理 (91.8)，五、六年級有 10.3% 的學童提到以自我控制的方式來處理，如：多休息，

多喝開水等。(四)在健康的定義上，生理層的定義居多占 69.8%，心理層面的佔 16.0%，並未提到社會層面的定義。(五)有 88.3% 的兒童認為促進健康的方法是要有良好行為。(六)年級愈高對生病原因和健康定義敘述項目愈多。此外，性別在各變項上並無顯著差異。

根據結果，我們提出一些建議：(一)從事與兒童保健相關的工作人員 (包括：醫生、護士、心理衛生人員、公共衛生人員、社工人員、教師...等) 都應了解不同階段之兒童，在疾病和健康觀念上差異。如此，才可以了解和不同階段兒童溝通的方式，而能早日

發掘致病的原因。在對病童解釋病因時，也不致於用過難的專業術語，可使其了解自己病因，還可以針對兒童錯誤的觀念加以澄清，減少兒童對自己生病的罪惡感和害怕，以達到增進健康行為的最終目的。(二)兒童健康教育的教材對疾病的原因和過程，要儘量具體，並詳加解釋而不是只有描述。使兒童對疾病有正確的歸因，才能了解預防疾病的方法。(三)父母對兒童健康觀念的影響不容忽視〔7〕。中國父母對兒童傳統的教養方式是責備多於解釋，反而造成兒童對疾病錯誤認知和過多的罪惡感。所以，父母親若能對子女生病的原因做具體的解說，則將有助於子女預防下一次疾病的發生。(四)應加強兒童在生理，心理，社會三個層面之整體性的健康觀念。

本研究只是針對台北市學童所進行初探，「疾病與健康觀念」的主題仍值得我們更深入的探索。對於未來研究的方向，我們有五點建議：(1)由於本研究只為初探，立意取樣採某國小 3-6 年級學童，因此無法代表全台北市的所有學童，需進一步做全面性調查才足以代表之。(2)本研究的對象在皮亞傑的理論中係屬同一發展階段（具體運作期）的關係，所以之間的差別比較不明顯。應擴大對學齡前幼兒疾病與健康觀念的研究。(4)了解中國父母在兒童疾病與健康觀念中的角色。(5)研究慢性病童、醫院中的兒童和一般兒童在此觀念上的差異。(6)兒童與醫療人員在醫病溝通上問題。(7)加強健康促進觀念的探討。

致 謝

這次研究得以順利完成，要感謝東門國小輔導室葉莉薇主任及六年級張彥寧同學的協助；更感謝所有受試學生的配合，在此致上十二萬分的謝意。

參考文獻

1. Canpbell J. Illness is a point of view: The development of children's concepts of illness. *Child Development*. 1975; **46**: 92-100.
2. 江東亮・什麼是健康呢？*中華民國公共衛生學會雜誌* 1982；1：12-29。
3. 張珪・山地居民的生活適應。摘自張苙雲、張珪、胡幼慧等台灣地區山地鄉居民健康狀況及醫療需求調查研究計畫第三章。衛生署研究報告 1989；41-68。
4. Pidgion V. Children's Concepts of Illness: Implications for Health Teaching. *Maternal-Child Nursing Journal* 1985; **14**: 23-35.
5. Bibace R. & Walsh M.E. Developmental Stages in Children's Conceptions of Illness. *Pediatrics* 1980; **66**(6): 912-7.
6. Perrin E. & Gerrity P. There's a demon in your belly: Children's understanding of illness. *Pediatrics* 1980; **66**(67): 841-49.
7. Brodie B. Views of Healthy Children toward Illness. *American Journal of Public Health*. 1974; **64**(12): 1156-58.
8. 陳月枝・住院學齡兒童對身體器官及其疾病的認識。護理雜誌 1976；23(2)：61-73。
9. Beliefs about causality of illness: a review of the literature. *Maternal-Child Nursing Journal* 1978; **7**: 143-54.
10. Wood S. School aged children's perception of the causes of illness. *Pediatric Nursing*. 1983; 101-4.
11. 張淑良・中部地區大學生的衛生知識及其需求調查研究。公共衛生 1977；14(3)：250-73。
12. 黃松元・台北市公立高中學生衛生知識調查研究。學校衛生 1982；8：1-25。
13. 藍玲・高中高職學生健康知識及需求研究。公共衛生 1985；11(4)：424-33。
14. 姚秀靜・國人對常用藥態度及影響因素之探討—從生病行為的觀點。台灣大學心理系碩士論文。
15. 許伊俐等人・病童住院感受及情緒反應之探討。高醫燭光 1983；14：21-26。(摘自護理研究論文摘要集第一輯 1987)
16. 陳淑琴・六歲兒童對扁桃腺手術之認知及行為反應。護理薪傳 1986；1(2)：66-71。
17. 國立編譯館・國民小學社會課本第七冊。國立編譯館。1989。
18. 張珪・疾病與文化。台北，稻鄉出版社，1989。
19. 吳就君・如何享受親情。台北，時報出版社，1985。
20. 國立編譯館・國民小學社會課本第八冊。國立編譯館。1989。
21. 國立編譯館・國民小學健康教育課本第五冊。國立編譯館。1989。
22. Belloc NB, Breslow L: Relationship of physical health status and health practices. *Prev. Med.* 1972; **13**: 409-21.
23. 衛生署・衛生統計，行政院衛生署 1988。

SCHOOL-AGED CHILDREN'S CONCEPTS OF HEALTH AND ILLNESS

CHUEH CHANG* FAN-LIN CHEN**

This study presents the development of children's concepts of health and illness based on Piaget's stage theory. Open-ended questions regarding the reasons for and the construction of health and illness were presented to 354 third to sixth grade students in a Taipei elementary school. Additional questions explored students' understandings of disease management and health promotion.

Results indicate 1/ Different concepts are formed over the different grade levels. 2/ Most students see the origin of disease in physiological processes (87.2%). Only 6% mentioned psychological reasons and none of the students saw social factors as potential causes of illness. 3/ A full 91.8% of students stated their reliance on external controls; however, 10.3% of fifth and sixth grade students saw self control as a means to manage sickness. 4/ As to the factors promoting health, 69.8% of students referred to physiological processes, 16% mentioned psychological factors—but none saw social

factors being involved in the construction of health. 5/ Eighty-eight percent of students reported that doing good can promote health. 6/ The older the student, the more elaborate the accounts offered for states of health and illness. 7/ There were no sex differences in the development of health and illness concepts.

We present 4 implications for consideration: 1/ Health workers should understand the development of children's conceptions of illness. 2/ Teaching methods in health education should be concrete and provide more examples. 3/ Parents should be more specific in their descriptions of disease to the end of increasing children's understanding and ability to prevent disease while minimizing potential guilt feelings. 4/ Greater efforts should be made in the future to promote the bio-psychosocial view of illness and health. (*J Natl Public Health Assoc (ROC)*: 1992;11(1):32-43).

Key Words: Parents of Mental Retarded, Eugenics, Family Planning

* Institute of Public Health, National Taiwan University

** Department of Sociology, National Taiwan University