

# 健康行為的概念與研究

李 蘭

『健康行為』是整合不同學科的新領域。本文從健康行為研究的重要性、健康行為的操作定義、健康行為研究的類型、決定健康行為的因子、和健康行為研究的應用等方面加以討論。在未來的研究上，應從概念的澄清、理論的發展、和實證經驗的累積等各方面的努力，來提升健康行為研究的質和量。(中華衛誌 1991；10(5)：199-211)

關鍵詞：健康行為、研究類型、決定因素、應用。

健康行為(health behavior)對公共衛生領域而言，是一個新近發展且屬科技整合性的學科。多年來，該學科已累積不少研究成果，對於專業知識的提升，尤其是理論模式的發展貢獻很大。從現階段社會上所面臨的衛生問題，已非高科技醫療可以片面解決的事實，使以「健康行為」為導向的研究逐漸扮演重要的角色。

## 一、健康行為研究的重要性

雖然現有的許多衛生問題需要靠全國性或區域性的政策來管理，如環境污染的控制、交通事故的預防、公共場所的安全法規等。然而，不可否認的事實是，個人或群體的行為是影響這些政策執行後成敗與否的關鍵。通常透過醫療諮詢、健康促進計畫、衛生教育活動、或行為改變策略等各種不同的介入，可以幫助人們建立良好的行為模式。但是行為介入的有效性和持久性，必須仰賴理論和實徵研究的基礎。

台大醫學院公共衛生研究所

聯絡人：李 蘭 台北市仁愛路一段1號

台大醫學院公共衛生研究所

經由各種不同的研究方法，已證實人們的生活方式對健康有莫大的影響[1]。不良的行為或習慣常與慢性病的發生有密切的關係，若能及早發現所謂的危險因子，及早改正並定期追蹤，慢性病的罹患率和死亡率的下降是可預期的[2]，在慢性病已成為主要死因的今日，注重健康行為的實踐則更具意義。

一個人與健康有關的行為（或生活方式），不但受到生物遺傳及先天因素的影響，也可能受到他身處的物理環境(如住家、學校、工作場所等)和社會心理環境(如家人、師長、偶像、同儕、法規、政策、習俗等)的影響[3,4]。以慢性病預防來看，既然很難像傳染病預防工作一樣，單純地從致病的必要原因(如細菌、濾過性病毒、寄生蟲等)著手，就須以多因理論為基礎，找出致病的充分原因(如個人不良的衛生習慣、居住環境不佳、工作壓力過大等)。健康行為研究的目的是分析各項行為的本質；瞭解有利於行為表現的情境因素，確定多因子之間的交互作用；掌握促成良好行為持續表現的相關條件等。因此，它是公共衛生領域中，與其他專業之間有相輔相成之功能的重要學科，需要積極成長與茁壯。

## 二、健康行為的定義

任何一個專有名詞的定義，往往因為各家說法而略有不同，『健康行為』一詞也不例外。較早的時候，Kasl和Cobb [5,6]將與健康相關的行為(health-related behavior)界定成以下三類：

### 1. 預防性與保護性的行為(preventive and protective behavior)

此類行為又稱『健康行為』(health behavior)，乃指相信自己是健康而且不感覺有任何疾病症狀的人們，為保有健康所採取的行動。其目的主要在預防疾病，所以也泛指非醫療性的日常活動。例如正確的飲食習慣、控制體重、運動休閒、不飲酒、不吸菸、乘車使用安全帶(帽)、遵守交通規則、注意工作場所的安全與衛生等預防行為；又如按時接受預防注射、婦女定期做乳房自我檢查及子宮頸抹片檢查、經常量血壓、定期檢查口腔等所謂的保護行為。

### 2. 疾病行為(illness behavior)

由一群不確知自己是否健康的人們所採取的行動，他們因為感覺到身體上有異樣，想弄清楚自己是不是生病了？如果知道是病了那麼又該如何做呢？所以，這群人經常會出現所謂的「求助」行為。例如，詢問有過相同經驗的人用何方法處理；請教被認為有醫治能力的人(可能是合格或非合格人員)；聽聽親朋好友的意見等。在疾病困擾之下，一般人可能出現不安、痛苦、埋怨、激動、失望等不同情緒反應，有人因而積極地四處求助；但也有人消極地什麼也不做，只是一味地等待，希望症狀會自動消失。

### 3. 疾病角色行為(sick-role behavior)

已經知道有病(曾經醫師診斷或自覺有病)的人所表現的行為，例如按照醫師指示服藥；免除原應擔負的責任(上班、上學、家務等)、休息靜養、做復健等。

近年由Gochman [7]所提出來的定義如下：健康行為是指個人屬性(如信念、經

驗、動機、價值、知覺、和其他認知變項)；人格特質(如情意和情緒的狀態並特質)；和外顯行為(如為了維護、恢復、或增進健康而採取的行動或習慣)等。他強調，「行為」並不全指在有意識或自動的情形下決定「要做」或「不做」，所以對它的探討不宜侷限於外顯行動(overt action)部分。就拿對於骨折和外傷的治療；或為免於傳染病所做的預防接種來說，「治療」和「注射」本身代表的是生理上的改善或回復，是健康狀態的改變而非行為本體。若是人們因採取某種「行為」而有利於治療或復健，則屬「健康行為」討論的範疇。這裡所說的「行為」不限於外顯行動而已，它尚包括了一個人對於「治療」或「注射」所產生的知覺(perception)、認知(cognition)、信念(belief)等屬於無法觀察卻可間接測量的行為反應。

由於行為有「內隱」與「外顯」之別，其複雜與變化需要做廣泛性的探討，所以「行為」既是個體與其周圍的人或環境交互作用的結果，「健康行為」便可定義為：個體於此種交互作用中所產生的反應，無論是感受、想法、態度、或採取行動，凡與其自己或他人之健康有關者稱之[8]。

總之，「健康行為」的名詞定義有待更多的研究和專業人員之間的溝通與共識，來加以澄清並予統一。在定義清楚的情形下，其影響因素的分析和變項之間相關程度的檢定將更具參考價值。

## 三、健康行為研究的類型

以「健康行為」為主題的研究，可以劃分成三種類型。第一類係將健康行為當作「前因」，探討疾病或身體不適是否由於不良的行為所引發。Belloc和Breslow [9]的研究即為代表，他們將睡眠習慣(時間長短)、飲食習慣(規則性、頻率、攝取量、吃早餐)、體重控制、體能活動(打球、游泳、散步...等)飲酒和抽菸習慣(頻率與量)等六項行為，量化成行為指標後，證明實行愈多項良好行為者之預期壽命愈長(健康指標)。所

以，不良行為又被稱作行為危險因子(behavior risk factor)，即說明「行為」是因；「健康」是果的相互關係。

第二類研究乃基於前述因果關係的成立，進一步將「健康行為」當作教育介入(educational intervention)的目標。換句話說，利用各種不同的方法，有系統地改變不良的行為(或建立良好的行為)，目的在改善健康狀況。這是應用性的研究，是衛生教育和健康促進計畫最常見的評價模式，也是衛生教育者極感興趣的部分。行為原理的建構和效用，有賴此類研究提供實徵結果予以肯定，是為推廣的基礎。例如Levine等多位學者[10]，針對醫院門診的高血壓病人曾研擬出三種不同的介入方式(門診面談、家庭訪視、小組討論)，再利用多因子實驗設計，驗證隨機分派至各組的高血壓病人在接受不同的行為介入之後，血壓控制的效果是否有異。其結果發現，三種介入方式均使用的效果最好；單用小組討論的效果次之；門診面談加上小組討論，或者家庭訪視加上小組討論，二者的效果並列第三；單用家庭訪視效果居第四位；只有門診面談和完全未參加任何介入活動者，實驗前後沒什麼改變。此研究結果對病人衛生教育的貢獻很大。

第三類研究，將健康行為當作「結果」，個人或社會各方面的影響則視為「前因」，透過許多嚴謹的調查與資料分析來證實其間的關聯性。這類研究所獲得的結果可提供第二類研究最有利的資訊，因著它使得行為介入計畫更能掌握重點，達到事半功倍的效果。以台灣北部地區成年民眾為對象所完成的研究[11]為例，成年人吃早餐的頻率、攝取高鈉食物的頻率、從事運動的頻率、從事休閒的頻率、睡眠時間、吸菸率和飲酒率等七種健康行為指標被視為依變項；而家庭結構、年齡、和性別等三個人口學因素被視為自變項，結果發現自變項分別有其影響力之外，兩兩之間的交互作用也存在，唯因行為類別的不同結果也不相同。該研究對於日後推動社區健康促進計畫時，界定教育對象(或稱高危險群)是有幫助的。

以研究主題而言健康行為大致可歸納成

五大類：(1)健康習慣，包括飲食、睡眠、運動、休閒等；(2)安全行為，如開車繫安全帶、家中備有急救用品、知道緊急救護的電話和醫院、瞭解公共場所的逃生路徑等；(3)預防性的健康照護行為，如測量血壓、子宮頸癌抹片檢查、預防注射、口腔檢查、壓力調適；(4)避免不良嗜好，如不抽菸、少喝酒、不濫用藥物等；和(5)避免環境危害行為，如減少空氣和水的污染、注意食物的安全和衛生、工作時使用防護設備等。這些被研究的健康行為也可大略地區分為「預防疾病」和「健康促進」兩大類，前者係消極地以減少或去除高危險性的行為為目標；後者則積極地以建立良好且有益健康的行為為目標。國內有關健康行為的研究，近年來正蓬勃發展而且持續成長中，現有的研究成果[12-33]雖已相當可觀但仍覺不足。

健康行為研究並非行為醫學(behavior medicine)的同義詞，因為後者雖同樣地以行為為科學的知識與技術為研究方法，但其重點放在找尋導致特殊疾病的行為因素，然後從預防、病因、病理、治療、和復健等一系列過程發展出適當的處方[34]。因此行為醫學常探討壓力、焦慮、高血壓、糖尿病等特殊問題；健康行為研究則以較廣泛的層次，探討與健康促進和維護有關的一般問題。

健康行為研究也不是指行為的健康(behavior health)，因為Matarazzo [35]曾將後者定義為：它是一個綜合性的領域，特別強調個人為促進自己的健康，應用行為科學和生物醫學的知識並技術來維護健康和預防疾病時，必須「負起的責任」和「自發性的行動」。健康行為研究則通盤性地分析與健康有關的行為，而未對個人責任做絕對的規範；而且其涵蓋的範圍除個人外，還廣及家庭和社會等大系統內的交互作用。

#### 四、健康行為的決定因素

影響健康行為的因素甚多，研究者從不同角度予以研究的結果，大致上可分成個人、家庭、社會、組織、和文化等方面。以



下依此概念分別討論。

### 1. 個人因素

強調「認知」因素的學者們，根據健康信念模式(health belief model)、決控模式(locus of control model)、或行為意向理論(theory of behavioral intention)，找出引發健康行為的動力。他們重視個體的心理歷程，包括信念(belief)、期望(expectation)、知覺(perception)、價值(value)、動機(motive)、和態度(attitude)等。

健康信念模式最常用在健康行為和順從行為的研究中[36]。自1950年代開始，該模式首先被用來解釋人們為何會參與某些特殊的預防活動，如接受預防注射或肺結核的篩檢[37]；後來才被應用到與疾病相關的行為上[38,39]。李守義等人[40]曾將健康信念模式之相關研究做成整理，提出以下結論：以預防性之行為主題佔多數；前瞻性研究比回溯性研究更能適切地預測行為；社會及文化因素對健康信念可能造成的影響有待澄清；測量工具的效度和信度需提高等。

健康信念模式所包含的主要變項為：自覺罹患性(perceived susceptibility)、自覺嚴重性(perceived severity)、自覺行動利益(perceived benefits of action)、和自覺行動障礙(perceived barriers of action)等四個心理動力因素。除此以外，源自內在或外在的刺激和情境因素，以至於個人的背景因素均被考慮在內。根據文獻回顧和比較結果[41,42]，1974-1984年的研究均證實，「自覺行動障礙」是決定個體採取預防性行為的最重要因素；其次才是「自覺罹患性」、「自覺行動利益」、和「自覺嚴重性」。李守義等人回顧1984-1987年的研究[40]，發現回溯性研究的結果與1984年以前相同；而前瞻性研究則依序排列為：自覺罹患性、自覺嚴重性、自覺行動利益、和自覺行動障礙。因為每個研究設計對每個變項的考慮不完全一致，所以結論也會有異，在應用上及未來的研究上都需審慎處理。其他如行動線索、自我效能、及人口社會等多重因素與健康信念之間的交互作用仍有待澄清。迄今相關研究一致證

實，健康信念模式適用於預防性行為。

健康決控模式是另一個常被用來探討個人因素的理論架構。Rotter [43]指出，一個人長久在一情境中所發展出來的期望(expectation)，對該情境中將產生的行為有決定性之影響力。每個人基於不同的學習經驗，對某一結果的知覺(perception)和期望不盡相同。有人將行為結果看成是自己可以控制的(稱為內控)；但也有人視它為個人無法掌握的外在因素造成(稱為外控)。

有許多研究[44]指出，內控者比外控者更願負擔其行為責任，所以內控者的表現較積極、改變動機較強、而且改變成功率較高。內外控特質原被視為單一向度的兩端[45]，後來則被視為多向度[46,47]，即機運(chance of fate)、有力人士(powerful others)，和內控三個向度的組合。在探討健康決控(health locus of control)時，價值觀也是一個影響因素，通常內控信念強者再加上對健康有較高的評價，其採行預防行為的可能性也高。因此有學者[48]將健康決控從自我控制(self-control)、提供者控制(provider control)、機會造成的結果(chance outcomes)、及一般健康威脅(general health threat)等四個向度去描述。

應用健康決控模式探討健康行為問題，雖然大多數的研究是肯定的(內控或外控特質與行為之間有顯著相關)；但仍免不了有爭議處(內外控特質未能預測行為)。除了量表的效度和信度外，研究對象及其背景因素、研究的行為種類、研究方法及變項的選擇等，均與研究結果有密切關係。

不論是健康信念模式或健康決控模式，都強調個人認知與健康行為之間的關係。衛生教育和行為改變的成功與否，個人認知因素往往有它舉足輕重的地位，所以相關研究的結果除可強化行為科學的理論基礎外，對於應用研究的貢獻也很大。其他還有許多著重個人認知的行為原理，為健康行為研究帶來更廣的發展空間，它們包括調和理論(congruity theory)、平衡理論(balance theory)、自覺理論(self-perception theory)、訊息統整理論(information integration theory)等[49]。可

以預見的未來，由於行為科學家們不斷地努力，眾多行為理論在實證研究的累積下，廣受該專業人士普遍認同的研究成果，將會成為改善人們生活型態並提高健康品質的動力來源。

在個人因素方面，除了前述認知取向的研究外，尚有從個人屬性和特質取向去探討的。曾有研究指出，青少年中有吸菸行為者往往具有冒險性格、外控傾向、或容易衝動的特質[50]。最近以三年時間追蹤同一批國中學生的健康行為後[30]，發現學生個人的性別、學業成績、操性成績，及是否愉快的感覺，與其吃早餐、運動、睡眠、吸菸、飲酒等行為習慣有不同程度的相關。以成年人[11]和中老年人[32]為對象的研究均發現，性別和年齡是影響吸菸、飲酒、飲食、運動等行為的重要因素。針對開車不使用安全帶者的特質分析[51]，證實這些人多有企圖心較強、情緒低落、感受到壓力、很不愉快、與人疏離、女性、教育和收入均低的現象。以女性的乳房自我檢查為例[52]，因為害怕失去乳房、生病、或死亡的心理感覺，是讓婦女不願按時檢查的潛在因素。其他從個人特質對生活型態的影響[3]；從壓力事件及感受對個人求醫行為的影響[28,53]；從前傾、促成、和需求三個向度的行為模式，分析它們對醫療服務利用行為的影響[54]等，分別從個人的背景因素中找出重要變項，證實個人因素與健康行為有密切關係。

## 2. 家庭因素

家庭對一個人的影響，始於出生終於死亡。然而，在社會變遷帶來家庭結構及家人關係的改變後，家庭對個人的影響也有變化。Litman [55]曾指出，家庭是健康和醫療照顧的基本單位。可是，家庭對健康行為的影響則缺乏有利的證據。有些學者所做的文獻回顧[56,57]及國內的研究[11]，也都發現家庭與健康行為之間的關係並不明確。

相反地，有些研究得到不同的結論。例如小孩的父母或兄弟姐妹有吸菸行為，其吸菸的機率比家人不吸菸的孩子來得高[58,59]；夫妻中有一方吸菸，另一方也因而吸菸的

可能性較大[60]；尤其是探討心血管疾病的危險因子時，家族聚集(family aggregation)的情形尤其明顯[61]。又如飲食習慣方面，已有研究[62]證實家庭聚集的事實，在顯示家庭對成員的健康行為養成扮演著重要角色。從嬰幼兒的健康行為研究[31]，也得到相同的結論：母親的教育程度、家庭經濟、母親的態度等因素與幼兒的飲食和口腔清潔行為之間有密切的關係。國內以健康照顧[15,20,25,63]或疾病照顧[13,28,64]為主題之研究，均證實家人支持的力量及同住家人的互助功能。

「家庭」一詞在不同的研究中被賦予不同的定義，因此出現結論不一致的情形。它除了代表遺傳因素外，也常被用來代表家庭結構、居家環境、家人模仿、家人支持、家人關係、家庭發展階段等許多不同的概念，主要是因為家庭本質的改變而增加其複雜性，由於家庭的影響是長期的也含有動力作用，所以Bandura [65]用社會學習理論(social learning theory)來研究健康行為問題，是一個涵蓋層面較廣的理論架構。它一方面考慮到個人的行為、認知、和情緒過程；另一方面也將物理和社會環境納入考量。

以家庭為單位深入分析多重因素間的交互作用，有助於介入性計畫的成功。從夫妻、父母、兄弟姐妹等親密家庭成員共同參與衛生教育活動，因而協助肥胖婦人[66]、肥胖兒童[67]減輕體重；或者改變家人與攝納有關的飲食行為[17,19]等成功實例，說明該方面的研究值得推廣。在面對健康促進風潮日益高漲的此時，著重於家庭因素的健康行為研究，特別是針對嬰幼兒期的社會化和行為養成之過程的瞭解，是預防性和保護性健康行為及早建立的基礎。但不可否認的是，有系統的研究和強而有力的理論模式仍覺不足，所以還有許多疑問和困難存在，急待突破和統整。誠如謝繼昌[68]所言，由於客觀環境的改變、工業化和都市化、以及職業的分化，造成家族成員在空間和社會階層的巨大流動，一些傳統的家庭行為已無規範可尋了。因此，如何釐清家庭對健康行為的影響就更加困難了，這是行為科學家所面臨



的一大挑戰。

### 3. 社會因素

從社會因素探討疾病或醫療照顧的研究不少；但探討與健康行為有關的研究則較少。後者可從社會結構(social structure)和社會角色(social roles)兩方面加以討論。

Suchman在紐約市完成不同族群的研究[69]，是第一位真正探討社會結構影響醫療行為的學者，其成就也為醫療社會學中社會網絡建立了里程碑。他所提出的基本假設為：社會結構影響個人態度，然後再影響醫療行為。他所指的社會結構包括家庭、朋友、社區三個要素。若家庭權威性強、朋友之間很團結、和族群具有排他性之特質者，稱為狹隘的(parochial)族群；反之則稱為開闊的(cosmopolitan)族群。同時他將疾病知識低、懷疑醫療專業、及生病時依賴性高的現象，稱為通俗性的健康取向(popular health orientation)；反之則稱為科學性的健康取向(scientific health orientation)。Suchman的結論是：狹隘的族群傾向於通俗性的健康取向；其他類似研究[70]卻得到相反的結論。在方法上，如前述將三個變項綜合為一個指標的做法；以及對醫療行為的測量不足，是Suchman被詬病的地方。修正後的看法是：「文化」為影響醫療行為的潛在因素，而社會群體關係(social group ties)則扮演中介因素的角色；即次文化對行為的影響取決於群體關係的本質，所以關係愈緊密的群體受次文化影響的程度愈大。許多研究結果的不一致可能是因為研究時間、研究方法、或對象特性之不同造成，因此對於結果的解釋或應用需要多加考量。

社會網絡(social networks)是另一個探討社會結構的概念。Horwitz等人[71]不同於Suchman的做法是，利用社會接觸的大小、頻率、親密度、時間長短、地理分散度、同質性等來測量，且稱之為社會網絡。結果發現，社會網絡愈強愈會影響團體成員按行為規範表現。但後來又有學者認為研究對象的健康情形、感覺症狀的嚴重度、感覺醫療的有效性等因素，與社會網絡的強度或網絡給

予的建議等有交互作用存在，宜採多變項分析去處理，Berkanovic等人[72]的研究即為代表。後來Berkanovic等人於另一研究中[73]，再提出文化背景因素的重要性。綜合言之，社會網絡確實會影響人們的健康行為，但它的影響可能是正面的也可能是負面的，而文化背景因素具有決定性的角色。

社會支持(social supports)已被許多研究證實可直接或間接地影響健康，尤其是有關身心適應方面的研究，更突顯它具有緩衝壓力的作用[74-77]。簡言之，社會支持是指可以保護人們免於壓力帶來之負面影響的一種人際關係，是相當抽象的名詞。在結構方面，它可指居住的安排、接觸的頻率、社會活動的參與、社會網絡的投入等；在功能方面，它可指情緒上的支持、鼓勵與互勉、訊息或規勸的提供、實質上的幫助等[78]。不同研究者基於個人觀念或目的之不同，所界定的意義和測量方法也因而有異。雖然如此，相關研究共同的結論是，社會支持乃一種互動過程，它具有特定的行為，且對個人的身、心、社會各方面均有正面影響[79]。

社會關係(social ties)是指人際間於接觸及互動中所具的本質或程度，它可同時包括社會網絡和社會支持在內，而正面的社會關係可以鼓勵人們採行適當的健康行為。大致上說來，社會網絡扮演支持系統的角色，可以緩衝因生活事件所帶來的潛在傷害；而社會支持對健康和健康行為的影響則是較直接且正面的。未來的研究可從以下各方面著手：有關社會網絡中的特殊成員之影響宜有更仔細的評估；可利用做決定(decision making)或相關的態度理論來釐清他人對個人改變健康行為的影響；社會關係和健康行為之間的關係是否為線性應予確定；社會網絡中的成員因角色轉變可能產生的影響是否不同；以及許多概念之間的澄清與整合都有待加強。

### 4. 機構因素

機構(包括診所、醫院、學校、工作場所等)影響健康行為的假設已被提出且予以證實。此處所謂的「機構」實際上涵蓋「組

織」和「環境」兩個向度，前者指機構的目的、政策、人事、管理、士氣、生產等；後者指機構的座落位置、建築物的大小和型式、空間的安排、室內的色調、通風、照明等。從機構的特質，有系統且全面性探討影響機構服務對象(如病人、學生、員工等消費者)的健康行為之研究幾乎沒有，現有的研究多以特定角度去探討。曾有研究[80]發現，大型教學醫院內不同的科別、公司醫務室、鄉衛生所等不同類型的機構，影響民眾尋求醫療保健服務之行為。以慢性病人的長期照顧而言，有研究[81]指出，在醫院照顧病人的僱工大多不願意到病人家去照顧病人，因為他們喜歡醫院的工作環境；而病患的家屬也大多表示不願接病人回家照顧。有關子宮頸癌病人的醫療行為分析[14]也指出，子宮頸癌患者治療時選擇教學醫院的比率最高，然後是私人診所；可是在追蹤檢查時，則以往私人診所的人最多，其次才是教學醫院；至於省縣市的公立醫院被利用的比率很低，此一差異與醫療服務機構的座落位置、醫療設備和醫師技術被消費者信賴的程度有關。評估美國的健康維護組織(Health Maintenance Organizations簡稱HMOs)提供服務的情形後，Luft [82]指出，參加該組織的成員利用預防性健康服務的行為，主要乃歸因於該組織實行第三者付費的政策所致。國內研究也發現保險之有無，影響農民的醫療行為[27]。Mishler [83]指出，大規模的機構對健康有負面影響，如病人在大型醫院內，傾向於少開放自己或隱藏自己的感覺，因為醫護人員對他們的關心度較低，這也是不良醫病關係形成的原因之一。所以每個機構的結構體並其間所能發揮的功能，均是機構因素中應該考慮的。

## 5. 文化因素

文化的定義，廣而言之是指一群人的生活方式，包括一切食、衣、住、行、精神、物質之總體；狹義言之是指社會中的價值規範、精神倫理，是人們行為的準繩[84]。人一生下來便接受文化的影響，所以對於疾病和健康的信念，也隨文化背景不同而有差

異。因為文化是學習來的，它就是後天的，是可以改變的，人們在時間和空間的限制下產生不同的文化是可理解的。

胡幼慧[21]提到，大部分現代慢性病的流行是受到長年累月生活習慣的影響，而各個文化除了對許多致病之生活習慣出現相當大的差異外，更經由許多特有的習俗制度而使其成員暴露於危險因子中，如吸菸、飲酒、不當飲食習慣等，它們也是流行病學家探討次文化為致病因的主要方向。

研究中國文化的學者[85]發現，將感情上遭遇的問題(如焦慮)外化至身體器官，而主訴有病痛的行為反應是中國文化的特質之一。國內的研究[12,16,18,86]，發現孕婦的懷孕與生產、一般人的求醫行為與保健觀念等，均受到文化深遠的影響。民間對症狀和病因的解釋與正統醫學教育之內容相差頗巨，必然會對醫師與病人溝通或民眾的保健醫療行為造成不容忽視的影響[21]。文化不但影響到人們對症狀的反應，同時也影響到求醫行為，如中國人對於心理和精神方面的症狀，不會像西方人一樣去求助於心理衛生機構或精神病醫師，反而用求神問卜的方式追尋平安，這就是東、西方不同文化所造成的行為差異。由於個人與其生存的社會及文化，形成三位一體互相影響和依存的關係，所以個人的健康行為與他的人格特質和角色、並社會文化所加諸的規範有關。

Parsons的疾病角色概念雖曾帶動無數研究，但他最被批評的一點，卻是未能從社會文化的影響做更廣泛的分析。由於每一個社會在面臨問題時都有它適應的一般準則，而這些用來解決問題的方法是大眾所熟悉的，因此成為該社會處理問題的標準，也是大家共有的「期待」。所以，在不同的社會中，由於疾病歸因和處置方式的不同，常出現各種不同的求醫行為。若以疾病角色行為為例，可知每個社會對病患的行為有不同的期待，因此有不同的行為標準。實際上，就目前的社會體系和結構來看，每一位社會成員均有其各自的社會角色，即使生病了仍然有某些角色存在。所以疾病對角色所帶來的干擾，因疾病的種類和嚴重度應有不同，不



宜用Parsons的概念一律視病患為無能力者，而完全免除其社會責任和義務，否則某些生病者以此為藉口，反而對其周遭的親人或朋友形成一種無謂的負擔。重新定義疾病角色並討論應享有的權利和義務是必需的，而性別、年齡、婚姻、教育、職業、信仰、種族、文化、社會支持系統、個人於健康時擁有的角色，和對疾病角色的期待，乃至於衛生專業人員的角色和功能等，均應加以考慮。跨文化的研究可以同時比較兩種或以上的文化(或次文化)系統下，不同群體(或個人)的行為差異。此類研究欲以不偏頗而且嚴謹的研究方法，比較人類行為是否因為暴露於不同的價值觀、態度、健康目標、和社會規範等而不同。它可以從巨觀概念去探討群體或系統中的健康文化；也可從微觀概念去探討個體的健康行為。無論如何，這是一個既寬廣又有趣的領域，有待更多的研究以加速其發展。

## 五、健康行為研究之應用

「健康行為科學」可說是行為和社會科學的分支，由於實證研究不斷地累積與整合，該專業所奠定的基礎已被應用於衛生專業人員訓練、衛生教育和健康促進計畫、及慢性疾病控制等各方面；也是健康行為研究最大的成就與貢獻。

### 1. 在衛生專業人員訓練上的應用

醫師和護理人員不僅是提供健康照顧的主要人力，同時也是一般民眾求助的對象。他們的養成教育和繼續教育，受到新的社會和政治環境的衝擊而有了改變。傳統上，醫師以「疾病」為中心而不以「人」為中心的治療，過度強調醫學的專門化和技術化，使得醫療效果受到限制。事實上，早自西臘女神Hygieia代表「健康」，以追求平衡生活為目標的理念，便已重視健康行為，可是醫學教育回歸人性化，開始提供社會和行為科學的訓練，卻是1950年以後才興起的趨勢，或稱為醫學教育的行為運動[87]。Kasl和Cobb所提出的健康行為報告[5]，即是造成此一

風潮的原動力。

精神科最早將行為和社會科學安排在醫學教育中，使學生有機會接觸不同的思想和價值體系[88]。預防醫學是完整醫療照顧計畫的核心，所以流行病學、社區醫學、心理學、醫療社會學、人類學等均為重要課程。美國的行為科學於50和60年代曾有一段蓬勃發展期，自1973年世界能源危機後，因經費短缺被迫互相競爭，使得生物醫學再度抬頭，所以現在的醫學教育規劃雖多有社區醫學或流行病學等課程，可是時數甚少，而且沒有正式的「健康行為」課程。一項針對醫學生和執業醫師所完成的調查[89]顯示，行為科學和健康促進是他們感興趣的主題，因此在未來的醫學教育中增加健康行為課程是必然的。護理人員的專業養成和繼續教育則有較完整的健康行為課程規劃，隨著護理角色與責任的變遷、健康照顧系統的重整、大眾意識的轉變、社會健康問題的轉型等，健康行為科學的訓練需求是有增無減的。對醫護專業訓練而言，可強調與疾病行為和疾病角色有關的專業知識；幫助他們於臨床工作上確實瞭解病人主訴症狀的含意；增強他們與病人溝通的能力；學會運用社會關係的技巧等。

### 2. 在衛生教育和健康促進上的應用

許多慢性病的危險因子來自個人不當的生活方式，若有效地改變不當行為，可以減少疾病的危害。衛生教育和健康促進計畫，即是將行為流行病學和健康行為研究的基礎，運用適當的教育策略，幫助民眾瞭解行為改變的意義並促其採取實際的行動。因為行為流行病學主要是針對人群中引發疾病或傷害的問題行為，就其分佈情形和決定因子加以探討[90]，所以特定行為的發生率和盛行率，提供了高危險群的資訊，使衛生教育和健康促進計畫能針對需求性最高的對象來執行；另一方面從行為決定因子所獲得的知識，可作為研擬教育策略的依據。綜合言之，健康行為研究提供許多重要的知識。首先就健康行為類型而言，可分成預防性健康行為(preventive health behavior)、危險行為



(at-risk behavior)、疾病行為(illness behavior)、自我照顧行為(self-care behavior)、疾病角色行為(sick-role behavior)、生育行為(reproductive behavior)、與健康相關之社會行動(health-related social action)等；就健康行為的測量而言，可以有行為報告、生理測量、行為觀察等不同的方法和指標；就行為的發展階段而言，可以分成初級預防、次級預防、和三級預防等不同層級。參考這些有關健康行為的知識，再運用計畫的評估和執行技巧，透過學校、社區、工作場所、醫療場所、大眾傳播等不同的管道，並融合教育、政策、經濟、環境等的力量，方可達到影響人們建立健康生活型態的目標。

### 3. 在慢性病控制上的應用

有些健康行為研究特別探討病人進入健康照顧系統的過程(如病情嚴重度、預期花費、候診時間、醫療資源等因素與病人求醫行為之間的關係)；評估病人遵醫囑的行為(是否照醫師囑咐按時服藥或改變不良生活方式；遵循行為與那些因素有關等)；或分析醫師與病人的關係(兩者間的溝通是屬上下或平等關係)等主題。這些研究強調心理因素、情境因素、和醫療因素之間的互動關係，對於疾病控制方法的選擇極具參考價值，尤其對於延續較長時間又需不斷調適的慢性病之控制最為重要。

健康照顧之責應由病人自己負擔或由醫護人員負擔，需視疾病種類和病情嚴重度來決定。傳統的醫療模式多以醫師的專業知識和技術為主，許多治療便依醫師意見決定。現在的慢性病人因為長期生病累積了一些經驗，對於醫師的指示不一定遵從，因而導致病情控制不良的問題。究竟醫師和病人之間的溝通應採何種模式為宜？需要健康行為研究做有效的評估。研究可以針對醫師的特質與能力、傳遞的訊息內容、溝通的方法、病人的特質、病人對疾病的感受及罹病經驗等各方面來分析。最近剛於台大醫院家庭醫學科完成的調查[33]顯示，病人向醫師的權威挑戰的行為主要分成「資料取得」和「批評質疑」兩個向度。醫師與病人的關係有「平

等互動」、「順從醫師」、和「病人自主」三類，而慢性病就醫經驗及病人教育程度明顯地與傾向「平等互動」之態度有關。

由於慢性病人多為成年人，在自知疾病無法根治又需長期適應的情形下，容易產生無助感，以致降低其遵從醫囑按時服藥或改變生活方式的意願。同時慢性病人學習改變的過程，基於前述原因也顯得複雜且困難，健康行為研究中針對『疾病行為』和「疾病角色行為」為主題之研究，便成為發展病人衛生教育計畫最重要的參考。

## 六、結論

人類的行為不但複雜而且牽涉層面很廣，雖然已有許多行為概念和行為理論被提出，也累積了不少研究成果，然而要發展成為一個學科整合的專業領域，健康行為在未來的研究上極需加緊腳步，吸引更多有興趣參與的人們，共同耕耘這塊富有挑戰性和開創性的園地。

健康行為研究應該努力的方向，包括：(1)對於提出的各種行為概念應力求清晰而且具體可測；(2)在理論架構的發展和強化方面有待學者做系統性的探索和效度的確定；(3)已有的理論和方法宜進行整體性的評估和歸納；(4)努力從具體的研究中印證理論的實用性和推廣性等。總之，全民健康的最終目標有待衛生各相關專業之間的合作，而各專業的基礎則有賴不斷地充實與增強，所以健康行為研究要繼續成長並茁壯。

## 七、參考文獻

1. U.S. Department of Health Education and Welfare. Healthy people: The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention, Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1979.
2. Williams CL, Arnold CB and Wynder EL. Primary prevention of chronic disease beginning in childhood, The Know Your Body program, Design of study. Preventive Medicine 1977; 6: 244-257.

3. Bandura B. Life-style and health: Some remarks on different viewpoints. *Social Science and Medicine* 1984; **19**(4): 341-347.
4. Wood C. Culture, life-style, and chronic disease. *World Health Forum* 1982; **3**(4): 445-449.
5. Kasl SV & Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health* 1966; **12**: 246-266.
6. Kasl SV & Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior: II. Sick-role behavior. *Archives of Environmental Health* 1966; **12**: 531-541.
7. Gochman DS. Label, systems and motives: Some perspectives for future research. In D.S. Gochman & G.S. Parcel (Eds.), *Children's health beliefs and health behaviors* [Special issue]. *Health Education Quarterly* 1982; **9**: 167-174.
8. 李 蘭：健康促進。摘自陳拱北預防醫學基金會主編：公共衛生學。巨流圖書公司，1988；pp.576。
9. Belloc NB & Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine* 1972; **1**: 409-421.
10. Levine DM, Green LW, Deeds SG, et al. Health education for hypertension patients. *Journal of American Medicine Association* 1979; **241**: 1700-1703.
11. Yen LL, Chie WC, Chung YS, Yaung CL and Lu LP. Family structure, age and gender as determinants of adult health behavior. *Journal of National Public Health Association (ROC)* 1989; **9**(1): 1-13.
12. 吳就君：台灣地區居民社會醫療行為研究。公共衛生 1981；**8**(1)：25-49。
13. 張 珣：台灣人的醫療體系與醫療行為。中央研究院民族學研究所集刊 1983；5629-5658。
14. 周碧瑟：子宮癌病人醫療行為之分析研究。公共衛生 1983；**9**(4)：405-415。
15. 江昭興、季瑋珠、陳建仁、楊志良：四湖鄉民眾對小兒麻痺預防接種知識態度與實行之調查研究。中華衛誌 1983；**3**：63-83。
16. 陳鴻銘、楊志良：台灣民間特有的疾病觀念之探討：以四湖鄉為例。中華衛誌 1984；**3**：46-57。
17. 晏涵文、李 蘭：青少年高血壓預防教育研究。衛生教育雜誌 1986；**7**：76-96。
18. 吳聖良、姚克明、林豐雄等：賽夏族人對其傳統與一般衛生觀念與行為的看法之調查研究。公共衛生 1987；**13**(4)：419-428。
19. 李 蘭：限鈉行為介入對尿中含鈉量之影響研究。中華衛誌，1987；**6**(3)：29-42。
20. 晏涵文、李 蘭、江永盛等：新生兒B型肝炎預防注射研究。行政院衛生署專題研究報告，1987。
21. 胡幼慧：文化、行為與健康。公共衛生 1988；**15**：293-301。
22. 晏涵文、李 蘭、姚振華、劉貴雲、陳正誠：國小學生口腔衛生現況及衛生教育調查。行政院衛生署專題研究報告，1988。
23. 張 珣、黃茂芳、張素滿：台北地區老年人調適策略與自評健康的關係。中華衛誌，1989；**9**(2)：69-82。
24. 張 珣、黃文鴻、鄭美貴、林弘崇、游璧如：青少年藥物濫用。公共衛生，1989；**15**(4)：388-402。
25. 黃碧花：影響未完成預防接種因素之探討。國立臺灣大學公共衛生研究所碩士論文，1989。
26. 陳正誠、晏涵文：台北市國小學童口腔衛生教育計畫介入效果研究，中華民國學校衛生學會雜誌，1990；**16**：26-42。
27. 江東亮、蘇春蘭：農民健康保險對農民醫療行為的影響。中華衛誌 1990；**10**(2)：79-88。
28. 張利中、晏涵文：糖尿病患者疾病壓力、社會支持、情緒適應、及其遵行醫囑行為研究。衛生教育雜誌 1990；**11**：55-63。
29. 童淑琴：工作場所健康促進計畫之實驗研究：以台灣電力總公司體適能計畫為例。國立台灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，1991。
30. 陸均玲：國中階段學生的健康行為研究：現況、變化及相關因素探討。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1991。
31. 李 蘭、陳光和、蕭淑貞：嬰幼兒健康行為發展研究。行政院國家科學委員會專題研究報告，(NSC-80-0412-B002-96)，1991。
32. 黃雅文、藍忠孚、劉貴雲等：中老年人健康行為之探討。公共衛生，1991；**18**(2)：133-147。
33. 梁繼權、吳英璋、李 蘭：病人向醫師權威挑戰的態度與行為之先驅研究。中華家庭醫學雜誌 1991；**1**(3)：109-118。
34. Schwartz GE & Weis SM (Eds.). *Proceedings of the Yale conference on behavioral medicine*. Department of Health Education and Welfare Publication, (NIH) 78-1424, 1978.
35. Matarazzo JD. Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 1980; **35**: 807-817.
36. Leventhal H, Zimmerman R & Gutmann M. Compliance: A self-regulation perspective. In D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*, New York: Guilford Press 1984; 369-436.
37. Rosenstock I. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 1974; **2**: 328-335.
38. Kirscht JP. The health belief model and illness behavior. *Health Education Monographs* 1974; **2**: 387-408.
39. Becker MH. the health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs* 1974; **2**: 409-419.
40. 李守義、周碧瑟、晏涵文：健康信念模式的回顧

與前瞻。中華衛誌 1989；9(3)：123-137。

41. Becker MH, Haefner DP, Kirscht JP, Maiman LA and Rosenstock IM. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care* 1977; **15** (suppl 5): 27-46.
42. Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly* 1984; **11**(1): 1-47.
43. Rotter JB. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1975; **43**: 56-67.
44. Strickland BR. Internal-external expectation and health-related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978; **46**: 1192-1211.
45. Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD & Maides SA. Development and validation of the health locus of control scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1976; **44**: 580-585.
46. Levenson H. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1973; **41**: 397-404.
47. Wallston KA, Wallston BS & Devellis R. Development of the multidimensional health locus of control scale. *Health Education Monography* 1978; **6**: 100-170.
48. Lau RR, Ware JE Jr. Refinements in the measurement of health-specific locus-of-control beliefs. *Medical Care* 1981; **19**: 1147-1158.
49. Petty RE & Cacioppo JT. *Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches*. Wm. C. Brown Company Publishers, Dubuque, Iowa, 1981.
50. Williams AF. Personality and other characteristics associated with cigarette smoking among young teenagers. *Journal of Health and Social Behavior* 1973; **14**: 374-380.
51. Healsing KJ and Comstock GW. What kinds of people do not use seat belts? *American Journal of Public Health* 1977; **67**: 1043-1050.
52. Magarey CJ, Todd PB & Blizard PJ. Psychosocial factors influencing delay and breast self-examination in women with symptoms of breast cancer. *Social Science and Medicine* 1977; **22**: 229-232.
53. Zola IK. Pathways to the doctor: from person to patient. *Social Science and Medicine* 1973; **7**: 677-689.
54. Anderson JG & Bartkus DE. Choice of medical care: A behavioral model of health and illness behavior. *Journal of Health and Social Behavior* 1973; **14**: 348-362.
55. Litman TJ. The family as a basic unit in health and medical care: A social-behavioral overview. *Social Science and Medicine* 1974; **8**: 495-519.
56. Baranowski T & Nader PR. Family health behavior. In D.C. Kerns (Eds), *Health, Illness, and Families: A Life-Span Perspective*. New York: Wiley. 1985.
57. Gochman DS. Family determinants of children's concepts of health and illness. In D.C. Turk & R.D. Kerns (Eds.), *Health, Illness, and Families: A Life-Span Perspective*. New York: Wiley. 1985.
58. Hunter SM, Baugh JG, Webber S, et al. Social learning effects on trial and adoption of cigarette smoking in children: The Bogalusa Heart Study. *Preventive Medicine* 1982; **11**: 29-42.
59. Biglan A & Lichtenstein E. A behavior-analytic approach to smoking acquisition: Some recent findings. *Journal of Applied Social Psychology* 1984; **14**: 207-223.
60. Venters MH, Jacobs DR, Luepker RV, et al. Spouse concordance of smoking pattern: The Minnesota Heart Survey. *American Journal of Epidemiology* 1984; **120**: 608-616.
61. Feinleib M, Garrison RJ & Havlik RJ. Environmental and genetic factors affecting the distribution of blood pressure in children. In R.M. Lauer & R.B. Shekelle (Eds.), *Childhood Prevention of Atherosclerosis and Hypertension*. New York: Raven Press. 1980; 271-279.
62. Hertzler AA. Children's food patterns - a review: II. Family and group behavior. *Journal of the American Dietetic Association* 1983; **83**: 555-560.
63. 季瑋珠：都市化程度、家庭結構與家庭健康照顧之研究。國立台灣大學公共衛生研究所博士論文，1989。
64. 劉向援：接受乳房根除手術之婦女於住院期間有關『身體心象改變』與『調適』之探討。國防醫學院護理研究所碩士論文，1986。
65. Bandura A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1977.
66. Pearce JW, LeBow MD & Orchard J. Role of spouse involvement in the behavioral treatment of overweight women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1981; **49**: 236-244.
67. Israel AC, Stelmaker L & Andrian CAG. The effects of training parents in general child management skills on a behavioral weight loss program for children. *Behavior Therapy* 1985; **16**: 169-180.
68. 謝繼昌：仰之村的家族組織。中央研究院民族學研究所，專刊乙種第十二號，1984；pp.125。
69. Suchman EA. Social variations among ethnic groups. *American Journal of Sociology* 1964; **70**: 319-331.



70. Geertsen R, Klauber MR, Rindflesh M, et al. A re-examination of Suchman's views on social factors in health care utilization. *Journal of Health and Social Behavior* 1975; **16**: 226-237.
71. Horwitz SM, Morgenstern H and Berkman LF. The impact of social stressors and social networks on pediatric medical care use. *Medical Care* 1985; **23**: 946-959.
72. Berkanovic E, Telesky C and Reeder S. Structural and social psychological factors in the decision to seek medical care for symptoms. *Medical Care* 1981; **19**: 693-709.
73. Berkanovic E and Telesky C. Mexican-American Black-American and White-American differences in reporting illnesses, disability and physician visits for illness. *Social Science and Medicine* 1985; **20**: 567-577.
74. Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, et al. The epidemiological evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology* 1983; **117**: 521-537.
75. 黃慧貞、黃光國、柯永河：生活壓力，歸因組型，社會支持與大學生之憂鬱症。中華心理學刊 1983；**25**(1)：31-47。
76. 燕 翔：血液透析病人透析壓力、應對行為、社會支持對其健康狀態關係之探討。國立台灣大學護理研究所碩士論文，1988。
77. 陳慶餘、吳英璋：以生物心理學模式探討台大新生之身心症狀。中華心理衛生學刊 1987；**3**：89-105。
78. Kessler RC, Price RH & Wortman CB. Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology* 1985; **36**: 531-572.
79. O'Reilly P. Methodological issues in social support and social network research. *Social Science and Medicine* 1988; **26**(8): 863-873.
80. 李龍騰、陳慶餘、賴美淑、謝維銓：實際基層醫療保健指數於不同門診之比較。中華衛誌 1990；**10**(2)：98-103。
81. 杜敏世、李鍾祥：台北市某市立醫院居家護理服務模式之成本分析。公共衛生 1990；**17**(2)：181-194。
82. Luft HS. Why do HMOs seem to provide more health maintenance services? *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1978; **56**: 140-165.
83. Mishler EG. Social contexts of health care. In E.G. Mishler, L.R. Amarasingham, S.D. Osher-son, et al. (eds.), *Social Contents of Health, Illness, and Patient Care*. London: Cambridge University Press. 1981.
84. 張 口：疾病與文化：台灣民間醫療人類學研究論集。稻鄉出版社 1989；pp.37。
85. Kleinman. *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, Berkeley, Ca. 1980.
86. 周治慧：傳統觀念與習俗對孕婦的影響。公共衛生 1983；**9**(4)：395-404。
87. Badgley RF & Bloom SW. Behavioral sciences and medical education: The case of sociology. *Social Science and Medicine* 1973; **7**: 927-941.
88. Matarazzo JD. Behavioral health and behavioral medicine: *Frontiers for a new health psychology*. *American Psychologist* 1980; **35**(9): 807-817.
89. Linn LS, Brook RH, Clark VA, et al. Evaluation of ambulatory care training by graduates of internal medicine residence. *Journal of Medical Education* 1986; **61**: 293-302.
90. Mausner J & Kramer S. *Epidemiology: An Introductory Text*. Philadelphia: Saunders. 1985.



## CONCEPTS AND RESEARCHES OF HEALTH BEHAVIOR

LEE-LAN YEN

Health behavior is a newly emerging interdisciplinary field. The operational definitions of health behavior, the types of health behavior researches, and the application of health behavior researches were discussed. In the future research, increased conceptual clar-

ity, the development and strengthening of explicit theoretical linkages, and increased empiricism are necessary to improve the quality and quantity of health behavior research. (*J Natl Public Health Assoc (ROC)*: 1991; **10**(5): 199-211)

**Key words:** *health behavior, types of research, determinant, application*

---

Institute of Public Health, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan, R.O.C.