

國立台東大學區域政策與發展研究所
公共事務管理在職專班碩士論文

台東縣結核病人健康信念與服藥順從性
關係之研究

研 究 生：鍾美珠 撰

指導教授：孫本初 博士

中華民國九十七年六月



國立台東大學
學位論文考試委員審定書

系所別：區域政策與發展研究所公共事務管理碩士在職專班

本班 鍾美珠 君

所提之論文 台東縣結核病人健康信念與服藥順從性關係之研究

業經本委員會通過合於 ☒ 碩士學位論文 條件
☐ 博士學位論文

論文學位考試委員會：

黃 如 芳
(學位考試委員會主席)

黃 如 芳

侯 松 茂

孫 本 初

孫 本 初

(指導教授)

論文學位考試日期： 97 年 6 月 1 日

國立台東大學

- 附註：1. 本表一式二份經學位考試委員會簽後，送交系所辦公室及註冊組或進修部存查。
2. 本表為日夜學制通用，請依個人學制分送教務處或進修部辦理。

博碩士論文電子檔案上網授權書

(提供授權人裝釘於紙本論文書名頁之次頁用)

本授權書所授權之論文為授權人在國立台東大學區域政策與發展研究所
組 96 學年度第2學期取得 碩士學位之論文。

論文題目：台東縣結核病人健康信念與服藥順從性關係之研究

指導教授：

孫丰節

茲同意將授權人擁有著作權之上列論文全文(含摘要)，非專屬、無償授權國家圖書館，不限地域、時間與次數，以微縮、光碟或其他各種數位化方式將上列論文重製，並得將數位化之上列論文及論文電子檔以上載網路方式，提供讀者基於個人非營利性質之線上檢索、閱覽，或並下載、列印。

☐讀者基於非營利性質之線上檢索、閱覽或下載、列印上開論文，應依著作權法相關規定辦理。

指導教授：

孫丰節

授權人

研究生姓名：

羅美峰

(請親筆正楷簽名並蓋章)

中華民國97年6月20日

博碩士論文授權書

本授權書所授權之論文為本人在 國立台東大學 區域政策與發展研究所

九十六 學年度第 二 學期取得 碩 士學位之論文。

論文名稱：台東縣結核病人健康信念與服藥順從性關係之研究

本人具有著作財產權之論文全文資料，授予下列單位：

同意	不同意	單 位
☒	☐	國家圖書館
☒	☐	本人畢業學校圖書館

得不限地域、時間與次數以微縮、光碟或其他各種數位化方式重製後散布發行或上載網站，藉由網路傳輸，提供讀者基於個人非營利性質之線上檢索、閱覽、下載或列印。

本論文為本人向經濟部智慧財產局申請專利(未申請者本條款請不予理會)的附件之一，申請文號為：_____，請將全文資料延後半年再公開。

公開時程

立即公開	一年後公開	二年後公開	三年後公開
	✓		

上述授權內容均無須訂立讓與及授權契約書。依本授權之發行權為非專屬性發行權利。依本授權所為之收錄、重製、發行及學術研發利用均為無償。上述同意與不同意之欄位若未鉤選，本人同意視同授權。

指導教授姓名：

孫本節

(親筆簽名)

研究生簽名：

羅美玲

(親筆正楷)

學 號：

(務必填寫)

日 期：中華民國 97 年 6 月 20 日

1. 本授權書 (得自 <http://www.lib.nttu.edu.tw/theses/> 下載) 請以黑筆撰寫並影印裝訂於書名頁之次頁。

2. 依據 91 學年度第一學期一次教務會議決議: 研究生畢業論文「至少需授權學校圖書館數位化，並至遲於三年後上載網路供各界使用及校內瀏覽。」

授權書版本: 2005/06/09



誌謝辭

完成碩士學業-心存感念。憶起 90 年就讀慈惠醫專在職專班，因借用東大教室，就此與東大結緣。認識美芬老師是美珠人生學習知識的轉機，更是踏入研究所學習領域的最大推手。如果沒有美芬老師當年的教悔及指導，這封誌謝詞將無法完成，我原想收穫一縷春風，您卻給了整個春天，謹此再致誠摯的謝意！

在論文的完成，最感謝我的指導老師-孫本初教授，從論文計畫到完成，因為孫老師的不棄及指導，逐字斟酌，精闢指導，得以開花結果。在學習的過程中；侯松茂教授的宏觀視野，李所長、王聖銘教授、靳教授…認真的教導，讓資質駑頓的我，在學習上如何發現問題及培養解決問題的能力，不覺的頓悟釋疑，人生的任何學習更加精彩，在此對所有指導的老師致最深的謝意。

自隨班附讀到正式成為研究生、完成論文、取得碩士文憑，感謝的人太多太多。真正能體會到“得之人者太多”的真諦。感謝第一屆陳仁維學長所贈的論文，自此對自己未來的論文方向開始發酵，在論文的統計方面更給予無限的幫忙。論文計畫中要感謝疾病管制局第六分局分局長李永盛及護理師玉梅、貝琴提供難得的統計數據，離開疾管科高升到東成監所服務的穗玲更是美珠的亦師亦友，因為有您們，得以論文內容更充實，美珠心存感念。二年的修業同窗建明、慧雯、因為有您們不斷的在課業上，論文撰寫上鼓勵及支持，使我在研究的路途上不會感到孤單及徬徨，才能讓論文順利完成，特別是衛生局的同仁淑美，在工作上給予極大的協助，讓我無工作憂慮地進行本研究，真的感恩。研究所的學習過程中，同窗的友誼非以價計算，這份情誼深藏在心中的抽屜中。

此外，更要感謝一直默默支持及鼓勵的家人。這段期間，外子-發正，無怨無悔一路相挺，公餘時平添照顧家庭重責，三位寶貝子女緯昌、右昌、林彤更為懂事自我照顧，讓我得以徜徉在學術殿堂中，享受薰陶之樂，願這份喜悅與您們分享。

春風輕佛，枯枝吐新芽，
任我在整片的學術星空自由地來去，
恩師，怎是一個謝字了得。

鍾美珠致于
台東大學
2008.06.20



台東縣結核病人健康信念與服藥順從性 關係之研究

作者:鍾美珠

國立台東大學區域政策與發展研究所

摘要

本文研究旨在探討結核病人健康信念與服藥順從性之關係，並以台東縣結核病人為研究對象，透過普查的方式進行問卷調查，其發出 170 份，有效問卷 137 份，有效回收率為 80%，問卷係參考現有文獻資料，採用已編制成的問卷加以修正，並將所得資料運用電腦統計套裝軟體 SPSS for Windows12.0 版，並以描述性統計分析、t 檢定分析、單因子變異數分析、皮爾森(Pearson)相關分析等方法來探討，歸納出結果如下：

- 一、就「健康信念」各因素平均數得分而言，以「健康的認知」得分最高，其次為「自覺健康情形」，再後為「疾病治療的認知」得分最低。
- 二、就「服藥順從性」各因素平均數得分而言，以「專業人員服務態度」得分最高，其次為「醫療滿意度」，再後為「家庭支持系統」得分最低。
- 三、結核病人對「健康信念」及「服藥順從性」二個構面中的「年齡」、「教育程度」、「職業」、「月收入」、「居住地」及「族別」等，在知覺感受程度上，有顯著的差異存在。
- 四、結核病人對「健康信念」及「服藥順從性」二個構面中的「性別」、「婚姻狀況」等，在知覺感受程度上，無顯著的差異存在。
- 五、結核病人「健康信念」各因素與「服藥順從性」各因素均呈正向關聯。
- 六、本文依據研究發現，所作的建議如下：

(一)結核病實務運作方面

1. 提升專業人員照護能力，加強對病人的追蹤與關懷並尊重隱私權。
2. 區域性醫療機構負起防治的工作。
3. 臨床訓練與在職教育並進。

(二)結核病教育暨宣導方面

1. 加強對民眾結核病教育的宣導工作，導正民眾對結核病的錯誤觀念。
2. 加強護理人員及關懷人員居家照護的技巧與相關知識。
3. 加強醫療機構感染管制工作的宣導。

(三)結核病研究工作方面

1. 規劃完善照護政策，有效改善各項缺失，提升治愈率。
2. 全面改善各醫療機構的軟硬體設施，提升初步處理及照護的能力。

本研究以上所提各項結果及建議，期有助於各衛生醫療機構，更能全心投入結核病防治工作，並提供後續從事結核病相關研究者之參考。

關鍵字：結核病人、健康信念、服藥順從性



The Relationship between Patients' Health Faith and Drug Obedience of Taitung Tuberculosis Patients

Mei-jhu Jhong

Institute of Regional Policy and Development, NTU

Abstract

This article is focusing on the research of the connections between patients' health faith and drug obedience. Subjects are parts of tuberculosis patients of Taitung County. The methodology used in the research is questionnaire. 170 questionnaires were distributed with all of them recollected. 137 questionnaires were effective, which represents 80 percent of effective recollection rate. The questionnaire was based on current documents, and modified and amended from old questionnaires. Data collected was processed by SPSS for Windows 12.0, with methods such as descriptive analysis, t test analysis, one-way ANOVA, and Pearson analysis. Through the research it can be concluded that:

- 1) In the aspect of average score of "Health Faith", "Cognition of Health" gets the highest point, following by "Self-awareness of Health Condition". The lowest point is "Knowledge about Diseases and Cure."
- 2) In the aspect of average score of "Drug Obedience", "Attitudes of Professional Personnel" gets the highest point, following by "Satisfaction toward Medical Treatment". The lowest point is "Family Support System."
- 3) Tuberculous patients have obvious feeling difference while considering the "age", "education level", "occupation", "monthly income", "residential area" and "race" out of two aspects, "health faith" and "medicine obedience".
- 4) Tuberculous patients have no obvious perception difference while considering the "sex", "marital status" out of two aspects, "health faith" and "medicine obedience".
- 5) It is found that "health faith" and "medicine obedience" of tuberculous patients are positive related in every aspects.
- 6) Considering to the research, suggestions are as following:
 - a) In the aspect of actual operational service of tuberculosis:
 1. Promote the specialist's ability to take care the patients, enhance the patients-tracing and concern, and respect the right of privacy of the patients.
 2. Regional medical organization should be responsible for preventing and controlling work.
 3. The clinical training and on-the-job education should be advanced at the same time.

b) In the aspect of education and guidance of tuberculosis:

1. Enhance the education and guidance to the public, correct the myth of tuberculosis.
2. Promote the specialists' skills of nursing and relative knowledge.
3. Enhance the control work and guidance of the medical organization.

c) In the aspect of study of tuberculosis:

1. Plan a proper nursing strategy, improve each shortcoming effectively, raises the cure rate.
2. Improve the software and hardware of medical establishment comprehensively, promote the ability of initial process and nursing.

The results and suggestions of this study are mentioned above, and we are looking forward to helping health medical organization for their preventing and controlling work on tuberculosis. Also, our data will be provided for further study on tuberculosis.

Key words: Tuberculosis patient 、 Health Faith 、 Drug Obedience

目 次

第一章 緒論	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究動機與目的	2
第三節 研究途徑與方法	3
第四節 研究範圍與限制	3
第五節 研究流程與章節安排	4
第六節 重要名詞解釋	6
第二章 文獻探討	8
第一節 結核病之基本介紹	8
第二節 健康信念之概念與理論	13
第三節 服藥順從性之概念與理論	17
第四節 健康信念與服藥順從行為之相關研究	20
第五節 台灣結核病流行現況及趨勢	22
第六節 臺東縣結核病防治之現況	30
第三章 研究設計	33
第一節 研究架構與假設	33
第二節 研究對象與抽樣方式	35
第三節 各研究變項之操作性定義	36
第四節 問卷內容信度與效度之檢測	37
第五節 統計分析方法	47
第四章 研究分析與結果討論	48
第一節 描述性統計分析	49
第二節 病人基本資料對健康信念之差異性分析	62
第三節 病人基本資料對服藥順從性之差異性分析	75
第四節 結核病人健康信念與服藥順從性之相關分析	87
第五章 結論	96
第一節 研究發現	96
第二節 建議	101
參考文獻	103
附錄一 台東縣結核病人健康信念與服藥順性關係之研究問卷	106
附錄二 研究假設驗證結果彙整表	110

表 目 次

表 2-1	國內學者健康信念之相關研究..	16
表 2-2	國內學者對健康信念與服藥遵從行為之相關研究	20
表 2-3	國內學者對健康信念與服藥遵從行為之相關研究	21
表 2-4	確診結核病新案依性別區分表	23
表 2-5	結核病新案依性別/年齡區分表	24
表 2-6	結核病死亡統計性別/年齡區分表	25
表 2-7	結核病確定病例統計—地區區分表	27
表 2-8	結核病死亡病例	28
表 2-9	93 年台東縣各鄉鎮結核病死因排行分析	30
表 3-1	台東縣 95 年痰陽性結核病個案分析及問卷發收情形表	35
表 3-2	個人屬性問項分類	36
表 3-3	健康信念量表項目分析結果摘要表	38
表 3-4	服藥順從性量表項目分析結果摘要表	39
表 3-5	KMO 與 Bartlett's 檢定結果	40
表 3-6	健康的認知因素因素分析、命名與信度考驗情形表	42
表 3-7	疾病治療的認知因素因素分析、命名與信度考驗情形表	43
表 3-8	自覺健康情形因素因素分析、命名與信度考驗情形	44
表 3-9	專業人員服務態度因素因素分析、命名與信度考驗情形	45
表 3-10	家庭支持系統因素因素分析、命名與信度考驗情形	46
表 3-11	醫療滿意度因素因素分析、命名與信度考驗情形	47
表 4-1	全體受測樣本基本資料統計表	54
表 4-2	台東縣結核病人對健康的認知感受程度情形意見次數統計表	55
表 4-3	台東縣結核病人對疾病治療的認知感受程度情形意見次數統計表	56
表 4-4	台東縣結核病人對自覺健康情形感受程度情形意見次數統計表	57
表 4-5	台東縣結核病人對健康信念量表各因素認知得分情形統計表	58
表 4-6	台東縣結核病人對專業人員服務態度認知感受程度情形意見次數統計表	59
表 4-7	台東縣結核病人對家庭支持系統認知感受程度情形意見次數統計表	60

表 4-8	台東縣結核病人對醫療滿意度認知感受程度情形意見次數統計表	61
表 4-9	台東縣結核病患對服藥順從性量表各因素認知得分情形統計表	61
表 4-10	不同性別的結核病人對健康信念各因素之 t 檢定結果	62
表 4-11	不同年齡的結核病人對健康信念各因素之 t 檢定結果	63
表 4-12	不同婚姻狀況的結核病人對健康信念各因素之單因子變異數分析結果	64
表 4-13	不同教育程度的結核病人對健康信念各因素之單因子變異數分析結果	65
表 4-14	不同職業的結核病人對健康信念各因素之單因子變異數分析結果	68
表 4-15	不同月收入的結核病人對健康信念各因素之單因子變異數分析結果	71
表 4-16	不同居住地的結核病人對健康信念各因素之 t 檢定結果	73
表 4-17	不同族別的結核病人對健康信念各因素之 t 檢定結果	74
表 4-18	不同性別的結核病人對服藥順從性各因素之 t 檢定結果	75
表 4-19	不同年齡的結核病人對服藥順從性各因素之 t 檢定結果	76
表 4-20	不同婚姻狀況的結核病人對服藥順從性各因素之單因子變異數分析結果	78
表 4-21	不同教育程度的結核病人對服藥順從性各因素之單因子變異數分析結果	79
表 4-22	不同職業的結核病人對服藥順從性各因素之單因子變異數分析結果	82
表 4-23	不同月收入的結核病人對服藥順從性各因素之單因子變異數分析結果	84
表 4-24	不同居住地的結核病人對服藥順從性各因素之 t 檢定結果	85
表 4-25	不同族別的結核病人對健服藥順從性各因素之 t 檢定結果	86
表 4-26	健康的認知與專業人員服務態度之皮爾森相關分析結果	87
表 4-27	健康的認知與家庭支持系統之皮爾森相關分析結果	88
表 4-28	健康的認知與醫療滿意度之皮爾森相關分析結果	89
表 4-29	疾病治療的認知與專業人員服務態度之皮爾森相關分析結果	89
表 4-30	疾病治療的認知與家庭支持系統之皮爾森相關分析結果	90
表 4-31	疾病治療的認知與醫療滿意度之皮爾森相關分析結果	91

表 4-32	自覺健康情形與專業人員服務態度之皮爾森相關分析結果·····	91
表 4-33	自覺健康情形與家庭支持系統之皮爾森相關分析結果·····	92
表 4-34	自覺健康情形與醫療滿意度之皮爾森相關分析結果·····	93
表 4-35	健康信念與服藥順從性之皮爾森相關分析結果·····	93
表 4-36	健康信念與服藥順從性各因素之相關分析表·····	95
表 5-1	病人基本資料不同的結核病人與各研究構面因素之差異性驗證 結果摘要表·····	98
表 5-2	健康信念與服藥順從性相關研究驗證結果一覽表·····	100



圖 目 次

圖 1-1	研究流程圖	5
圖 2-1	健康信念模式架構	13
圖 2-2	個人健康信念模式架構	14
圖 2-3	修正信念模式架構	15
圖 2-4	結核病死亡統計-年齡別 VS 性別	26
圖 2-5	93 年台灣家庭平均每戶全年經常性收入統計圖	29
圖 2-6	東部目前結核病管理數	31
圖 2-7	12 個月 18 個月治療成功率	31
圖 2-8	痰陽 12 個月追蹤治療結果	32
圖 3-1	研究架構圖	33
圖 4-1	性別分佈環圈圖	49
圖 4-2	年齡分佈環圈圖	50
圖 4-3	婚姻狀況分佈環圈圖	50
圖 4-4	教育程度分佈環圈圖	51
圖 4-5	職業分佈環圈圖	51
圖 4-6	月收入分佈環圈圖	52
圖 4-7	居住地分佈環圈圖	52
圖 4-8	族別分佈環圈圖	53



第一章 緒論

第一節 研究背景

結核病是目前全球單一病原引起最多死亡的傳染病，依據世界衛生組織的統計，全球每一秒鐘有1人新感染結核菌，每一年約有1%人口被感染，目前合計約有20億人已感染結核菌，占全球人口的三分之一，這些已受到感染的人，終其一生有10%的機率會再發病，每年全球約有9百萬新病人，而現有結核病人總數達1,620萬(WHO, 2003; Dye et al, 1999)。世界衛生組織估計1995年全球至少有1億8千萬名15歲以下兒童被結核分枝桿菌感染，其中更有近10萬七千名兒童因而死亡(Dolin, Raviglione & Kochi, 1994),結核病的病人數占全球所有患病數的2.5%；以病人數而言，東南亞是全球疫情最嚴重的地區，每年約有300萬新病人。每年全球約有300萬人死於結核病，結核病的死亡數是所有「可預防死亡」的26%(引自行政院衛生署，2006)。

在開發中國家，結核病的威脅更加嚴重，開發中國家結核病人數占了全球結核病人數的95%(WHO, 2003)，結核病死亡數則占了全球結核病死亡數的99%。結核病高度耗了社會及經濟的活力，開發中國家75%的結核病人屬於15歲到54歲的生產年齡人口，成年的結核病人因病平均損失三到四個月工作時間，家庭年收入因而減少20-30%；而若是患者死亡，平均會損失15年的生產收入。結核病更造成連鎖性的社會問題，在印度，每年有30萬兒童因為父母罹患結核病而失學，10萬婦女因罹患結核病而遭到家庭遺棄(引自行政院衛生署，2006)。

結核病是目前全球各種傳染病中引起最多死亡的疾病，雖然結核藥物問世，使得結核病的死亡率大幅下降，但仍舊沒能將結核病自人群中根除。目前新發現的結核病人數仍在上升中，如果不能有效加強結核病防治工作，預估在2000年到2020年間全球將有10億人新受到結核菌感染，2億人會發病，3,500萬人將死於結核病。美國護理行政雜誌(2003)在「當今議題和未來事件」當一文中指出，國際三大議題中明確例舉「結核病控制是一個重要議題」(引自李仁智，2007)。

以國內相關結核病疫情來看，根據衛生署公布之統計資料，93年通報之結核病個案計24,161人，經確診為結核病新案者17,142人，結核病發生率為10萬人口有75.69人。在38種的報告傳染病中，結核病的病人數約占了70%，是目前病人數最多的傳染病，平均每30分鐘就新發現一名結核病人；而93年台東結核病發生率為每10萬人口149.83人，其發生率是台灣地區的2倍，而山地鄉發生率最高（延平鄉）竟達每10萬人口431.62人；台東結核病死亡率每10萬人口有9.93人得到，是台灣地區每10萬人口4.23人的2.35倍（行政院衛生署，2004）。

第二節 研究動機與目的

壹、研究動機

結核病一直是台灣最嚴重的傳染疾病，目前國民所得已超過 1 萬 3000 美元，每年仍有將近約 1500 名新病發個案，其嚴重性比所其他傳染病的總和還大(行政院衛生署，2004)。結核病不但危害民眾健康及生命，耗損社會生產力，更嚴重影響國家競爭力及國際形象。台灣推展結核病防治工作迄今已逾半世紀，在防疫人員長期的努力下，疫情雖已有很大的進展，但相較於先進國家，仍有數十年的差距，急需加速改進，迎頭趕上。

台灣地狹人稠，人口密集且流動性大，加以社會高度發展造成人際關係疏離、醫療資源普及造成個案就醫自由，病人的發現及管理較農業社會困難許多。近年來，結核病在全球有捲土重來之勢，台灣的結核病防治工作受到開放觀光、外勞引進、國際往來頻繁及愛滋病併發結核病病例數急遽增加等因素影響，亦面臨了高度挑戰，亟需採取更積極主動的精神介入防治措施，此為促使作者撰寫本文的研究動機之一。

而台東縣肺結核病發生率是台灣地區的 2 倍，而山地鄉發生率最高（延平鄉）竟達每 10 萬人口 431.62 人；台東結核病死亡率每 10 萬人口有 9.93 人得到，是台灣地區每 10 萬人口 4.23 人的 2.35 倍（行政院衛生署，2004），如何有效降低肺結核病在台東的發生率及死亡率，為促使作者撰寫本文的研究動機之二。

貳、研究目的

研究者任公職 23 年，曾任職於基層公共衛生護士從事傳染病防治工作，深感到基層護士人力的嚴重不足及日愈增加的業務，導致長期無法有效管理結核病人順利完成治療，也因為副作用影響，病人無法按時服藥導致產生抗藥性，造成後續治療的困難。

本研究冀望透過分析結核病人健康信念與服藥順從性之間關係，找出具體可行建議方案，提供台東縣制定結核病防治政策之依據。基於上述研究動機，本文主要研究目的如下：

- (一)探討台東縣結核病人基本資料與健康信念之差異性。
- (二)探討台東縣結核病人基本資料與服藥順從性之差異性。
- (三)探討台東縣結核病人健康信念與服藥順從性之關係。
- (四)根據研究結果提出具體建議，提供決策者對於結核病防治方向之參考，以提高肺結核病人治療之完全治療之成效。

第三節 研究途徑與方法

壹、研究途徑

本研究採用問卷調查的方式，運用行為科學途徑實施資料蒐集、解釋分析台東縣肺結核病人健康信念與服藥順從性之關係研究。

貳、研究方法

本文採用之研究方法有「文獻分析法」及「問卷調查研究法」，茲對其說明如下：

一、文獻分析法(Literature Review)

文獻分析係經由各種文獻資料之二手資訊進行研究的分析法，又稱內容分析或資訊分析法。本文欲探討結核病的定義及理論分析，蒐集並整理本研究相關書籍、論文、期刊、政府出版品等相關文獻，加以歸納分析，以作為本研究理論整合之應用，瞭解各概念間相互關係，形成研究架構及研究設計，並作為設計本研究問卷之依據。

二、問卷調查法(Questionnaire Method)

本研究將依據文獻分析結果，參酌國內外學者的相關量表，修正編製成本研究問卷並進行預試(Pre-test)，再以量化統計的方式，來分析問卷的結果。茲將問卷題目設計成三部分：

(一)第一部份

探討健康信念構面(區分為健康的認知、疾病治療的認知、自覺健康情形三個因素)。

(二)第二部分

探討病人服藥順從性構面(區分為專業人員服務態度、家庭支持系統、醫療滿意度三個因素)。

(三)第三部分

探討結核病人背景變項(區分為性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業、月收入、族別、居住地等八個變項)。

第四節 研究範圍與限制

壹、研究範圍

本研究對象係以台東縣16鄉鎮衛生所之護理人員透過家訪、篩檢及各醫療院所通報之結核病人，經痰抹片及培養後確認之結核病個案，亦即以衛生署疾病管制局結核病查詢系統資料庫登錄之95年台東縣結核病通報確診個案，共計170案作為母群體。

貳、研究限制

一、研究樣本之限制

受限於研究者之時間、人力、經費、交通等因素，研究設計係以台東縣 95 年痰陽性之結核病個案作為研究對象，然臺東縣位處邊陲地帶，境內多山、海濱及離島等偏遠聚落，交通不便，問卷發放不易，雖然本研究儘量排除無關之變項，使研究結果更具效度，但所得結論可能仍難窺其全貌。

二、研究對象之限制

本研究係由疾病管制局結核病查詢系統資料庫取得肺結核患者之個人電話與住址等資料，並透過公衛護士、關懷員，以結構式問卷探討結核病個案健康信念與服藥順從性的問題，然而不可忽視在主體與客體上之基本概念為「人」，人有感情、有理想、有個性、有制約反應等，基本上以人的意見作為資料分析，所以不可忽略其所表達的訊息，可能是受其感受的某種程度的過濾，因此其所表達出來的訊息並非是內心其真正所想的，今研究者以「台東縣結核病人健康信念與服藥順從性關係之研究」的實證研究，因研究議題涉及結核病病人的個人因素，是否會猜測問卷調查的社會期望。另外，在病患受訪的同時，因訪員與患者在語言上的差異，如病患講客家話、山地話等，而無法完成訪問。再者，對於拒答或不承認得病的受訪病患，也無法完成訪問。

三、研究推論之限制

本研究以台東縣 95 年痰陽性個案作為研究對象，因此其調查結果有其局部性之限制，且台東縣所涵蓋之地理環境、民情及人文特色，皆與全國各縣市在城鄉差距上甚大，畢竟其詢查之範圍並非包括所有的肺結核病人，所以本研究之結論欲推論到其他各縣市，仍有很大的探討空間。

四、研究變項之限制

綜觀影響結核病人服藥順從性之相關研究甚多，諸如健康信念、知識程度、醫療相關因素等，本研究僅以結核病人健康信念與服藥順從性層面納入研究架構，未能將其他可能相關或影響變數納入研究範疇，因而在某些問題上仍有許多思考未周延之處，此亦為本研究之限制。

第五節 研究流程與章節安排

壹、研究流程

本研究主要係探討台東縣結核病人健康信念與服藥順從性之關係，首先確立本文之研究動機與目的，經由文獻探討後建立研究架構，再設計問卷來從事調查，並根據問卷所得資料加以整理分析，最後提出結論與建議，研究流程圖如1-1所示。

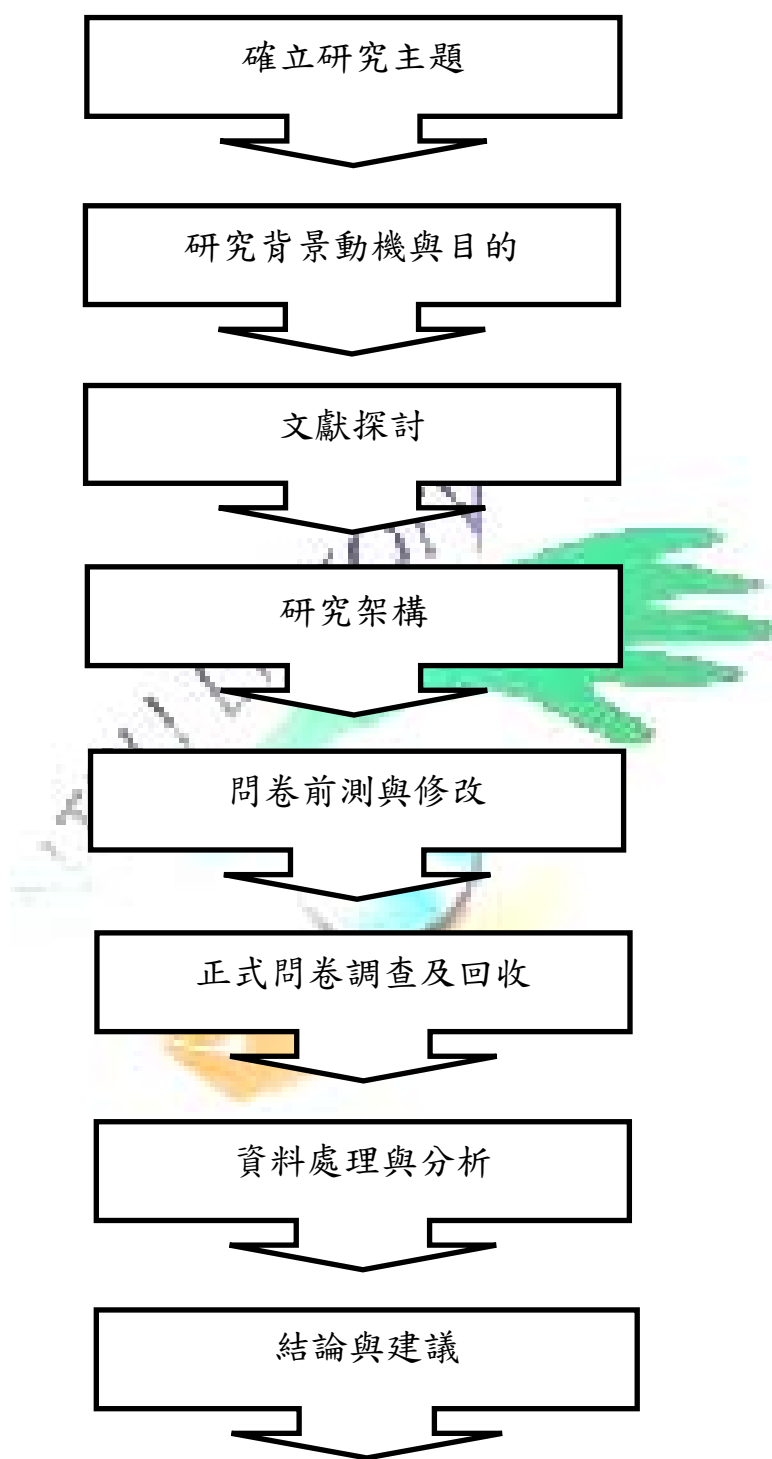


圖1-1 研究流程

貳、章節安排

本研究共分為五章，分述如下：

第一章 緒論

本章共分為六部分，第一節先作研究背景的說明；第二節為研究動機與目的；第三節係研究途徑與方法；第四節則為研究範圍與限制；第五節為研究流程與章節安排；第六節重要名詞解釋。

第二章 文獻探討

本章第一節先對結核病作基本的介紹說明；第二節係探討健康信念之概念與理論；第三節為係探討服藥順從性之概念與理論；第四節係探討健康信念與服藥順從性之相關研究；第五節係說明台灣結核病流行之現況及趨勢；第六節係說明台東縣結核病防治之現況。

第三章 研究設計

本章主要分為五節，第一節為研究架構與假設；第二節係說明研究對象及抽樣方法；第三節係說明各研究變項之操作性定義；第四節係問卷內容信度與效度之檢測；第五節統計方法。

第四章 研究分析與結果討論

本章係對本論文所發放之問卷所得結果從事分析與討論，共分為四節，第一節為描述性統計分析；第二節為病人基本資料對健康信念認知之差異性分析；第三節為病人基本資料對服藥順從性認知之差異性分析；第四節為健康信念與服藥順從性之相關分析。

第五章 結論與建議

經過第一章至第四章的研究分析，綜合整理研究探討有關結核病人對健康信念與服藥順從性之間的差異，以及二者之間的關聯性歸納出最後結論，計分為第一節研究發現；第二節為建議等二部分。

第六節 重要名詞解釋

壹、結核病人

因感染結核分枝桿菌(*Mycobacterium tuberculosis*)而引起慢性細菌性傳染病之病患包括肺結核及肺外結核(陸坤泰，1996)，本研究之結核病人係為經痰抹片檢查為陽性之開放性結核病患。

貳、健康信念

係指結核病患對自身的健康問題、結核病傳染途徑、治療時間及防治方法之瞭解程度。

區分為「健康的認知」、「疾病治療的認知」、「自覺健康情形」等三個因素，其定義如下：

(一)「健康的認知」因素

指結核病人對健康的了解程度。

(二)「疾病治療的認知」因素

指感染結核的病人，對結核病瞭解程度。

(三)「自覺健康情形」因素

指可影響結核病人接受治療之關鍵因素。

參、服藥順從性

罹患結核病時，因治療期很長，一般須要治療6-9個月之療程並要搭配不同的藥物一起服用，且可能會有副作用發生（肝炎、胃部不適、皮膚過敏、腎毒性、第八對腦神經損壞、肌肉毒性）。因此，在這段治療期間可能某些因素而停藥，影響病患治癒，造成防治上的困難。區分為「專業人員服務態度」、「家庭支持系統」、「醫療滿意度」等三個因素，其定義如下：

(一)「專業人員服務態度」因素

指衛生所護士或關懷員對結核病的專業知識熟悉度及服務態度。

(二)「家庭支持系統」因素

指結核病人生病、治療期間，家人或親友的態度是否有所影響。

(三)「醫療滿意度」因素

指結核病人在治療過程中，對醫療單位的服務態度及治療效果、交通等是否滿意。

第二章 文獻探討

到目前為止，國內外對結核病的研究已累積了相當多的資料，也有許多重要的發現與貢獻，本章第一節先將結核病作基本的介紹說明；第二節探討健康信念之概念與理論；第三節係探討服藥順從性之概念與理論；第四節係探討健康信念與服藥順從性之相關研究；第五節係說明台灣結核病流行現況及趨勢；第六節將說明台東縣結核病防治之現況。

第一節 結核病之基本介紹

結核病係因結核桿菌(學名 *Mycobacterium tuberculosis*)傳染所引起的疾病，藉著傳染性肺結核病患在吐痰、咳嗽或打噴嚏時，產生直徑小於 $5\ \mu\text{m}$ 以下的細小帶菌飛沫，經由正常人吸入肺泡而造成感染。結核病目前被列為我國的法定傳染病，因此公共衛生的首要任務之一，即在於早期發現社區中之結核病個案，協助其儘速就醫、治療，並接受後續的追蹤管理(林芊苗，2005)。

壹、結核病基礎知識

一、病原

結核病是由結核菌(*Mycobacterium tuberculosis*)引起的飛沫傳染病，在四千年前埃及的木乃伊身上已可看到典型的骨結核病變，在中古世紀末，幾乎人人難以倖免於感染，十八世紀，英國倫敦每十萬人就有700人死於結核病，十九世紀中葉，歐洲四分之一的人口死於結核病，這種恐怖的流行被稱為「白色疫病」。結核菌是長 $1\sim 10\ \mu\text{m}$ ，寬 $0.2\sim 0.7\ \mu\text{m}$ 而略為彎曲的細長桿菌，無鞭毛、無芽胞、無莢膜，有時呈現多形性，如近乎球形或長鏈狀。其細胞壁富於脂質而會妨礙色素的通過，因而不易染色。染色時要以填加媒染劑之色素溶液，加溫染色。結核菌的染色一般推薦Ziehl-Neelsen法，染色標本中常可見濃染的顆粒。若增加染劑之色素濃度，不必加溫也可染菌，如Kinyoun法。分枝桿菌一旦染色，不易被強酸脫色，故又稱耐酸菌(Acid-fast bacilli)。結核菌屬於偏性好氣菌(Strict aerobes)，發育最宜溫度為 37°C ，最宜酸鹼度pH為 $6.4\sim 7.0$ （陸坤泰，1996）。

二、傳染途徑

結核病的傳染方式過去曾有飛沫傳染(Droplet)、塵埃(Dust)、及飛沫(Droplet nuclei)傳染等學說，而以飛沫傳染論最為人接受。帶菌的結核病患者常在吐痰或藉在公共場所講話、咳嗽、唱歌或大笑時產生的飛沫排出結核菌。這些飛沫在塵埃中，乾燥後飛沫

殘骸飛揚飄浮在空中，直徑小於5 μ 的飛沫殘骸便可經由呼吸道到達正常的肺泡，造成感染。近年來常常使用空氣傳染(Air-born infection)一詞，強調即使離開感染源甚遠，也可能受到感染，不能掉以輕心。然而結核病感染的另一特徵是感染很難發生，因為結核菌很不容易到達肺的末梢部位。流行感冒或麻疹病毒一旦附著在呼吸道上皮就會發生感染，但結核菌並非如此。傳染最常發生在較親密的接觸者，常常發生在親近的人，或居住在同房屋者。結核病通常不會經由衣服或食器傳染（陸坤泰，1996）。

三、結核病個案定義及高危險群

結核病感染者只有10~20%會發病，其餘的人都平安無事渡過一生，因此「感染與發病不同」這是向來的常識。但是嚴密思考「怎樣才算發病」這問題，並不容易下定義。近年WHO認為胸部X光診斷的信賴度不高，因而將結核個案定義如下：一、疑似結核個案—呈現暗示結核病症狀與病徵之任何人，尤其是長期咳嗽超過三週；二、結核病個案細菌學證實或由醫師診斷之病人（任何給藥治療的病人都要記錄為個案，用藥試試看絕不可作為診斷的方法）；三、確診結核個案—結核菌培養陽性之病人（在不能例行培養結核菌之國家，痰抹片耐酸菌染色結果兩次陽性者，亦可考慮為“確診”個案）。

感染後不易發病、但是有些人發病的危險性較高。例如乳幼兒、青春期男女，罹患糖尿病、矽肺症、慢性腎衰竭進行洗腎者、接受胃切除、腸道手術、器官移植者、吸毒成癮者、愛滋病人。長期使用類固醇、抗癌藥、免疫抑制劑或接受放射線治療者、有精神壓力、多量吸菸者、感染後一年之內、被多量排菌者傳染者、因密切接觸而感染者，以及胸部X光片上有纖維鈣化病灶者，發病的危險性較高（陸坤泰，1996）。

四、結核病之診斷

由於台灣早年結核病盛行率高，50年前的20歲以上成人已有80%的結核菌素皮膚試驗陽性率（表示已感染者），然結核病的臨床表現千變萬化，初發病時往往沒有明顯或特異性的症狀，且症狀過程緩慢，時好時壞，甚至於侵犯之器官不限於肺部，而使診斷更加困難。所以要診斷結核病必須綜合臨床表現，加上放射線學之變化，最後再以實驗室檢驗加以證實，才算完整（陸坤泰，1996）。

五、臨床表現

(一)呼吸道症狀

咳嗽是最常見之呼吸道症狀，特別是三週以上，初期無痰，接著開始有痰，痰檢體是結核病細菌學檢驗之關鍵標本。咳血不常見，通常是由於過去的結核病所引發，咳血並非表示一定是活動性結核病。另外病灶接近肋膜可引起胸痛，呼吸困難不常見，但可見於廣泛的肺結核，肺結核亦可引起呼吸衰竭。

(二)全身性症狀

最常見之全身性症狀為發燒，發生率達37-80%不等，且發燒之病人開始接受抗結核藥物治療後，34%之病人於一週內退燒，64%於2週內退燒，其發燒時間之中位值為10天，最短1天，最長109天。其他症狀包括食慾不振、體重減輕、倦怠、夜間盜汗等，由於非特異性，所以很難詳細來評估。由於許多結核病人常伴有其他疾病，

像愛滋病、酗酒、慢性腎衰竭、糖尿病、癌症及藥癮，包括類固醇及成份不明的中藥等，因此結核病之診斷必須與這些疾病之徵象及其合併症作鑑別診斷，否則很容易造成診斷錯誤與診斷延誤（陸坤泰，1996）。

六、結核病之治療

1882年細菌學家柯霍以耐酸性染色方法發現了結核菌株(Ryan,1994)，確認了結核病的病原體。結核病的治療歷經以陽光、休息、營養為主要方法的療養時期。其後外科手術較為發達，並以胸廓成形術(thoracoplasty)人工氣胸artificialpneumo-thorax,APT) 肺葉切除，企圖將肺內的空洞塌陷或病灶切除等為主要的萎陷療法時期;直到1943年微生物學家瓦克斯曼發現鏈黴素以後，才開啓了結核病化學藥物治療的新紀元。1952年發現Isoniazid，抗結核藥物相繼出現，結核病的治療進入了藥物治療時期。隨著抗結核藥物的使用及發展，這個疫病不再是不治之症，但同時，也很快的發現抗藥性結核菌株的產生。

當前為結核病化學藥物治療的時代，影響結核病治療成功與否的重要因素，已不再是早期的休息、療養、飲食、氣候、或疾病嚴重程度，取而代之的是處方藥物組合是否適當、治療期間是否足夠、及病人是否按規服藥。目前治療結核的藥物非常有效，發生副作用的機會也不多。但是在個案管理的過程中，病患往往正是因為副作用而無法規則服藥，導致治療時間延長、甚或抗藥性、失落的產生(索任，2000)。

正因如此，病患是否依醫囑按時服藥，成為相當重要的一個治療的過程，治療慢性病的過程中，長期持續的服藥是控制疾病的一個最主要的方式，而肺結核病患之服藥順從性更被認為是肺結核病的治療成敗關鍵所在；Caipenito(1992)對不遵從所下的定義是：不遵從乃個人或團體想去遵守，但礙於一些因素，而無法執行健康專業人士所提出的建議或計畫。Dracup於1981年界定不遵從行為，是指一個人所做的決定與健康專業人員所提供的治療性建議不符合，例如:忘了服藥、服錯藥、藥量服用過多或過少、錯過服藥時間及服用醫囑以外藥物等行為。如果病患對治療的過程是滿意的，相信更會遵照醫師的囑咐，按時服藥。若中斷服藥，不但藥效無法發揮、治療容易失敗，並可能因此產生續發性抗藥性結核菌((索任、吳英和，1995)。

現代結核病短程化學治療的目的主要有三點：將病人治癒(cure)、快速降低傳染性以及預防抗藥性的產生。但是，當結核病人肺門有空洞，內含 1×10^{-7} 至 1×10^{-9} 不具抗藥性的結核菌，若只用單一種抗結核藥物治療，結核菌只須經過一次分裂，便可產生10至1,000隻抗藥性結核菌，疾病管制局建議對於每一個新發病人於治療初期(initial phase)應合併施以INH、EAB、RMPPyrazinamide(PZA,Z)四種抗結核藥物;對於每一個再治的病人(包括復發、失敗再治、失落再治)的治療初期應合併施以INH、OMB、RMPPZA以及SM針劑等五種抗結核藥物。而且對於新發病人或再治病人均應持續給藥至少達六個月(含)以上，標準的短期治療處方對新發病人前二個月給予HERZ或HSRZ，再給予四個月的HBR的治療，對於再治的病人前二個月給予SHERZ，再給予四個月的HER的治療;對於再治的病人前二個月給予SHERZ再給予五個月的HER的治療。在某些情況結核病人的抗結核藥，藥物治療必須延長，當病人因嚴重肝病，痛風或懷孕而未使用PZA時，HZR應使用九個月。當病人併

有腎功能異常時，不經腎臟代謝的藥物可以正常使用，六個月每天一次HR的治療，但經腎臟代謝的藥物EZ則於每週三次血液透析後間歇服用，但劑量不必增加。多種藥物混合治療、治療期程需要夠長，是抗結核病藥物治療的最大特色，但也因為藥物的種類與錠數較多，常造成病人服藥劑量錯誤，或因為患者選擇性服藥而造成所謂的單藥治療（monootherapy）不僅造成治療失敗，也可能導致抗藥性發生，疾病管制局(2004)建議儘可能採用固定成份複方製劑Rifater (RFT，含INH、RA和PZA)或Rifater(RFN，含INH和RMP)，希望藉由減少藥品種類及數量，杜絕病人選擇性服藥的情形。

台灣地區初發性多重抗藥性結核的比率由1984年至1990年間0.2%到1997至2000年間上升至2.1%，十年間增加了十倍。根據世界衛生組織和國際抗癆暨肺病聯盟於1999年至2002年對77個國家所作的調查，初發性多重抗藥性結核的比率1.1% (0-14.2%)而有治療史的病人其多重抗藥性結核的比率達7%(WHO, 2004)。

要成功控制結核病的法門，除了需要早期發現結核病個案之外，更重要的是需要能讓結核病個案忠誠地完成療程。過去的研究指出，個案管理確實督導服用抗結核藥物的結核病個案按時就醫、依醫囑按時按量服藥，是預防病人產生多重抗藥性最好的方法。病人不按醫囑按時持續服藥或自行中斷服藥，則治療時間被迫延長，抗藥性菌株被誘導、滋生的機會亦隨之增加。對病人而言，病程延長的後果是醫療費用的提高、死亡率增加、對藥物產生抗藥性，病人可能無法治癒，而成為終身帶菌的慢性開放性患者。就公共衛生的層面而言，病程的延長，不但造成醫療資源的使用效益降低，更使得傳染源無法有效獲得控制，因而影響到社區的健康安全。

因此，落實結核病個案管理工作，協助個案按時就醫、注意個案服藥遵從性，防止落，是社區護理照護非常重要的工作職責（陸坤泰，1996）。

貳、人類學的疾病概念

醫學人類學家Arthur Kleinman於1980年提出「解釋模式」概念，認為個案疾病事件的解釋模式，仍針對特定病因論、發生、生理過程、病程，和治療等五個關鍵，並提出四種病人疾病感知意義的表達方式，分別為(陳新綠，1997):

一、症狀之意義

有關身體、自我和它們彼此之間，以及它們與我們生活所在世界中其他更緊要面的關係之知識的接受形式。在縱橫性的生病過程中，症狀的詮釋就是意義系統變化的詮釋。這些意義在現實生活經驗中具體化，可以經由他們的關係情形、相關的特性和經驗史，取得民族誌的鑑識來加以瞭解。

二、文化之意義

在某種程度上，特殊的症狀和異常現象，在不同的時期和社會中會有文化方面明顯的特徵。這些特殊的症狀和生病種類會帶著個別的強烈文化涵義，亦即，常是一種帶著烙印的涵義。文化意義烙印在病人身上，往往是他不想要，卻是不容易避開和面對的。這個烙印可能是污名或社交的死亡，例如:瘟疫與結核病對15和19世紀的人造成的恐慌和

影響。因此，生病的文化意義使受苦(suffer-ing)成爲一個具有特色的道德和精神形式的苦惱。

三、生活世界之意義

在長期病症的情況中，生病在特殊的生活軌道上變成具體化，被堅固的生活世界包圍住了。生病像海綿，從病人的世界中吸乾個人與社會涵義。不像生病的文化意義把涵義帶「給」病人，這種親密型的意義從病人的生活把緊要的涵義轉換成生病的經驗。

四、解釋與情緒之意義

病人、家屬和醫生努力製造生病與治療各方面有用的解釋；病人常以各樣的問題來反應他的想法和顧忌，病人拋出來的疑問並非僅爲了取得資料，它更代表病人極深的感觸，而病人的面部表情、聲調、姿態、身體的移動、步態，尤其是眼睛暴露的情緒糾亂，多少是長期生病所經驗的一部分。種種難堪的感傷如：生氣、罪惡感、擔憂，會在態度中表現出來，也洩露了病人和家屬如何處理生病。以上提到慢性病患的生病情緒反應是可預期的，故當醫護人員參與病人的生病觀點時，必須回應這些病人的顧慮。

Kleinman(1980)的解釋模式提供健康照顧者去區辨別「疾病」和「生病」的差異，他認爲疾病是指生理功能的障礙，而生病乃是反映出病人的一個健康問題大多數情況下，醫護人員專注於疾病問題，但是病人所經歷到的則是生病的經驗與感受，在其自身文化的影響下，病患自會從文化主位(emic)的觀點，形成一套解釋疾病的模式。這樣的模式提供一個有系統的方法，讓民眾了解病人在生病過程所經歷到的特殊感覺，因而使得醫護人員可以提供一個以病人爲中心的介入策略。另一位精神醫學家恩格爾(George.Engel)認爲，生物醫學模式無法精確的解釋文化和心理層次對器官疾病的影響，疾病就他而言是「人類的經驗」因此他提出：「心理和社會經驗交互作用普遍影響到疾病」的觀點，以對抗生物醫學模式(Moois, 1998:72)。延續他們的觀點，研究生認爲病人生病過程經歷的症狀、文化、生活世界，和病患對疾病的解釋與情緒反應，都是影響他們對意義的主觀詮釋與經驗的重要因素，這些特性同時影響結核病人的疾病處置行爲。

綜上所述，人類對疾病的認知與解釋，不僅單單對疾病症狀及治療的解釋，尚有生活面向、家屬情緒、文化經驗等多方面之解釋，也就是心理和社會經驗交互作用普遍影響到疾病這些特性同時影響結核病患的疾病處置行爲。

第二節 健康信念之概念與理論

國人因為經濟高度成長，教育程度及醫療科技的進步，國人的平均壽命亦相對提高，依據行政院衛生署(2004)報告，可以發現每年十大死因中與慢性病有非常密確的關連，其中以健康的因素最重要，例如飲食習慣、定期運動、從事休閒娛樂及定期健康檢查等。本研究將探討病人對健康信念之認知做深入的分析，期待病人能有正確的健康觀念，為健康立下良好的基礎。

壹、健康的定義

在 1974 年世界衛生組織曾對健康下一個定義，認為「健康應該是生理、心理與社會的福祉，而不是無生病或痛苦的狀態」(康寧學報，2005)，人類在醫學上的進步及觀念的改變下，已認為預防勝於治療，而個人健康問題，也成為民眾所重視的課題。

一、健康信念模式(Health Belief Model)

此模式認為個人對疾病的認知會受到人口學變項、結構因素及社會心理等變項影響(康寧學報，2005)，並以預測個人採取預防性健康行為、個人自覺健康認知感受及預防性的職業安全與健康四項認知，作為個人健康行為出現與否的影響因素。該健康信念模式架構，如圖2-1所示。

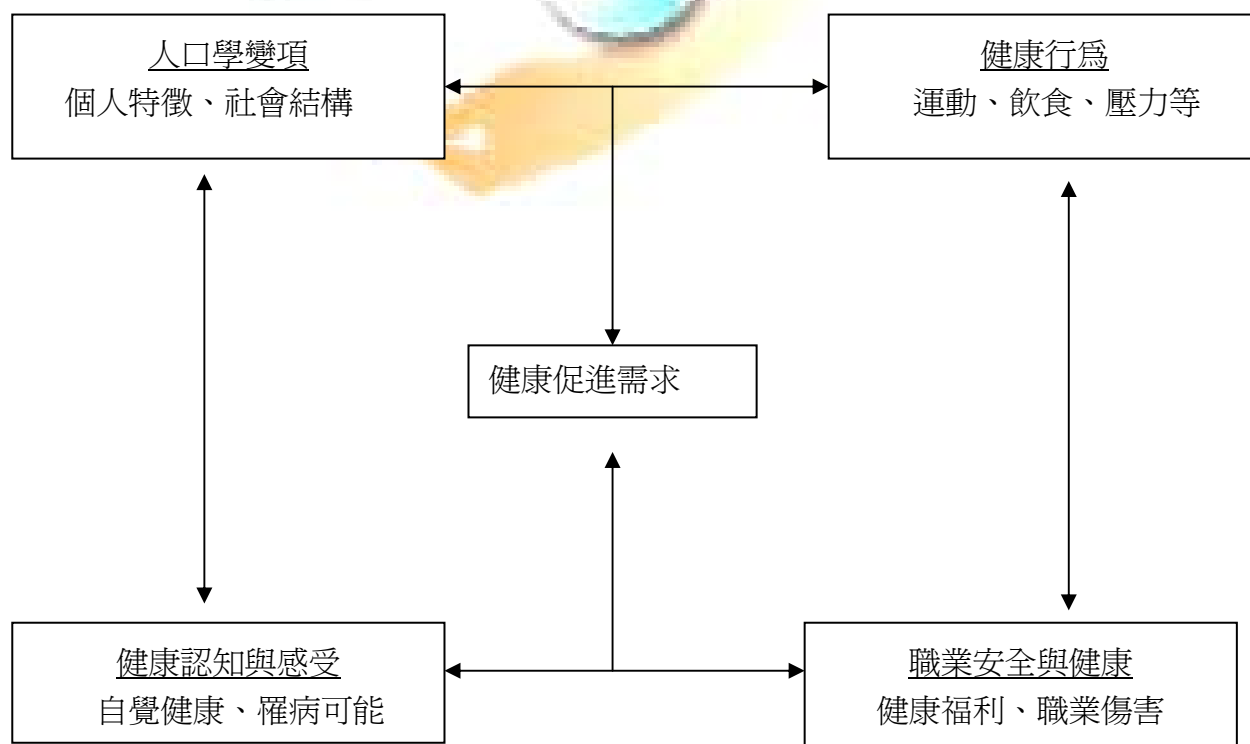


圖 2-1 健康信念模式架構

資料來源：康寧學報，2005

二、個人健康信念

Bandura(1990)提出健康信念模式(圖2-2)，他認為影響個人會採取預防性的健康行為有下列三大因素（引自林淑錦，2006）：

- (一)個人認知
- (二)修飾因素
- (三)行動之可能性

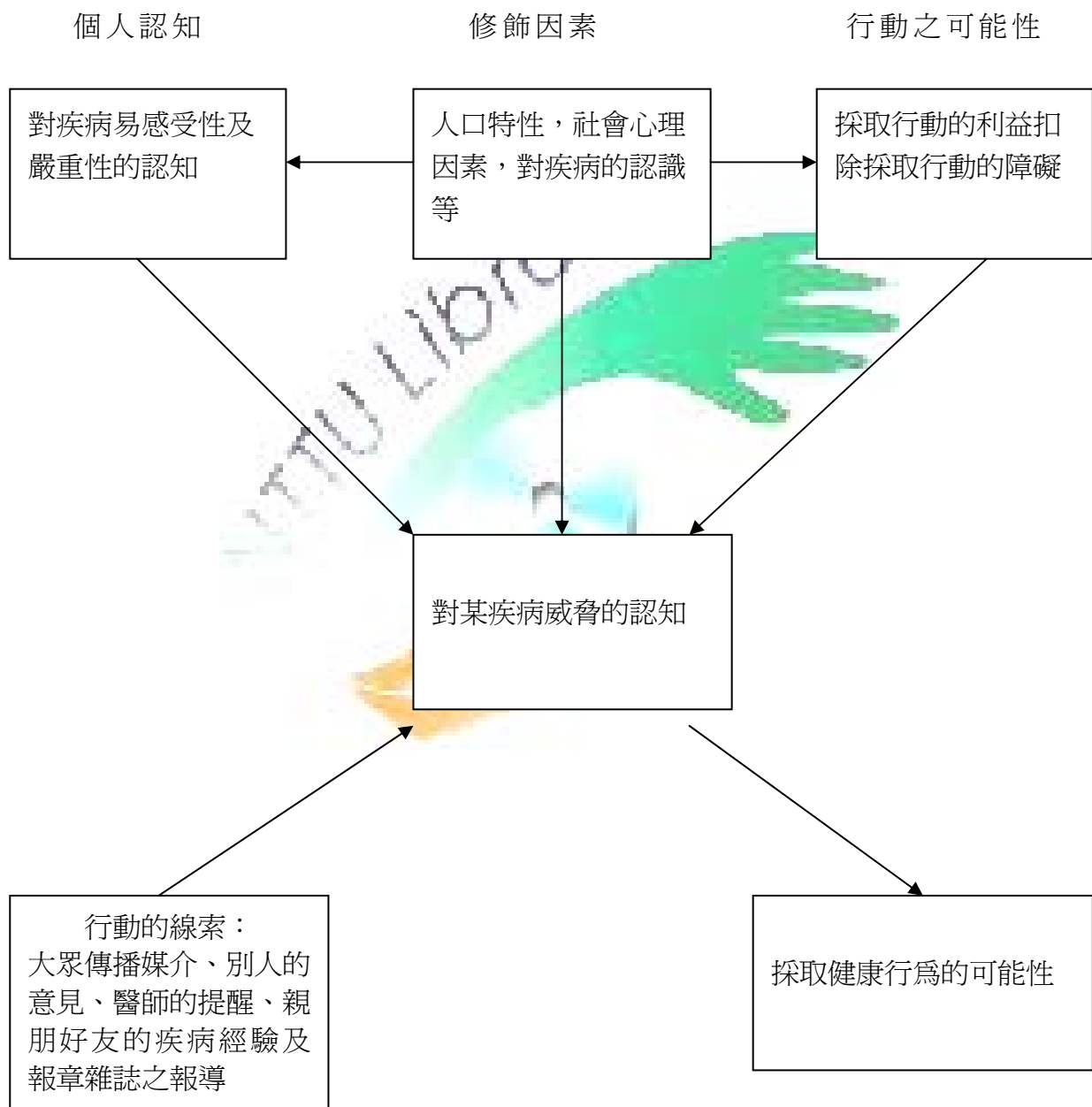


圖 2-2 個人健康信念模式
資料來源：引自林淑錦（2006）

三、修正健康信念模式

健康信念模式最早係由哈克波恩和羅森斯脫克(Hochbaum & Rosens Tock)二人於1950年提出，認為個人為何會採行預防性健康行為的健康信念模式，後由貝克(Becker, 1974)加以修正，主要論點係為個體的預防性健康行為是基於對疾病侵害性的認知、對疾病嚴重度的認知及對疾病防治措施的利益認知來決定(引自王佩卿，2005)，茲對其分述如下：

(一)信念

包含對疾病易感性及嚴重性的認知，以及認為採取防性措施的障礙或利益為何，民眾的健康信念會受到下列四點認知程度的影響：

- 1.對疾病易感性的認知。
- 2.對疾病嚴重度的認知。
- 3.對預防性行為利益的認知。
- 4.對預防性行為障礙的認知。

(二)行動的線索

能使民眾願意採取所建議的預防性健康行為之促因，即是行動線索，例如親朋好友的忠告、報章雜誌報導或他人的提醒等。

(三)修正因素

影響民眾是否採行所建議的預防性健康行為之因素，即為修正因素，例如年齡、教育程度、人格及社經地位及對病的知識程度等。

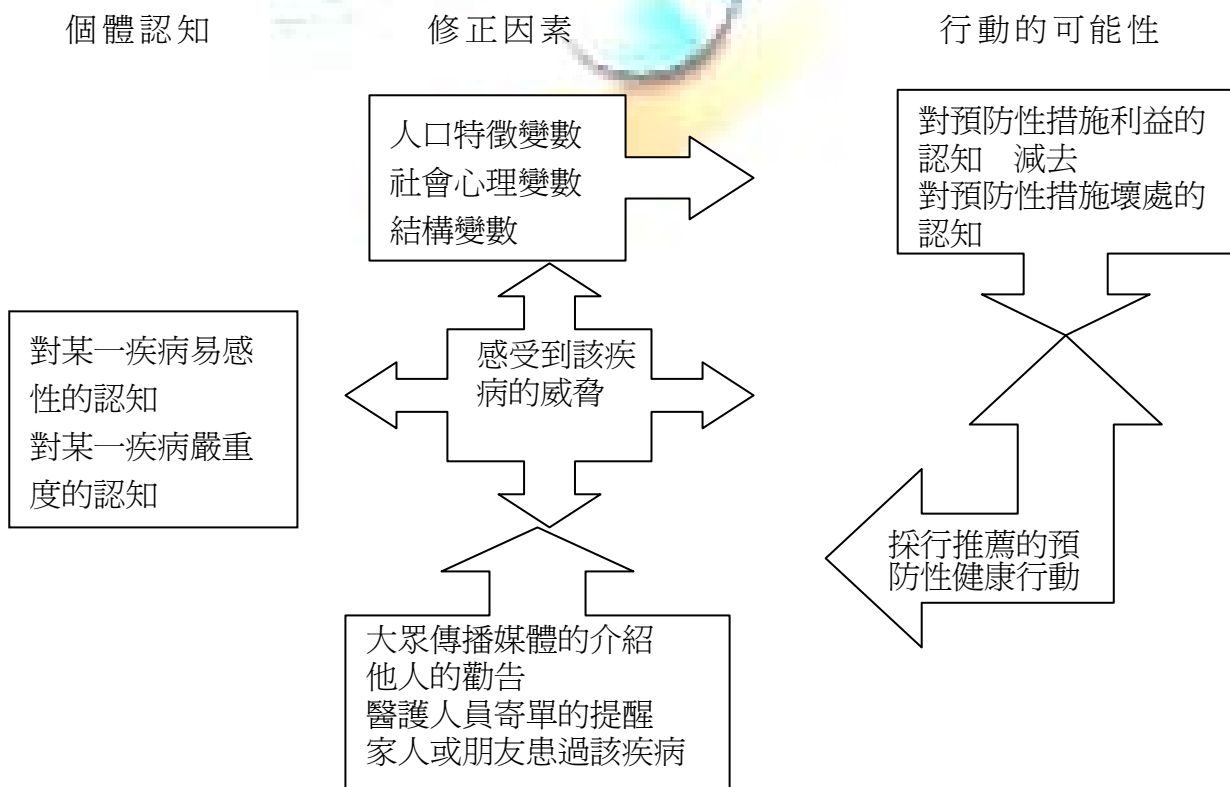


圖 2-3 修正健康信念模式架構

資料來源：引自王佩卿（2005）

貳、原住民地區健康信念模式之相關研究

在以往研究原住民健康問題皆是以山地鄉為主要對象，族群以阿美族最多，過去研究顯示，原住民在醫療照護上長期受到漠視(王佩卿，2005)，本研究於尋找原住民地區「健康信念模式」之相關研究文獻後，發現關於原住民健康問題運用健康信念模式並不多，將國內學者之相關研究彙整如表2-1所示。

表 2-1 國內學者對健康信念之相關研究

年 代	作 者	論 文 名 稱	研 究 摘 要
1996	李茹萍	花蓮地區肺結核病人服藥遵從性及其相關因素之探討	主要研究肺結核病人服藥遵從行為，對疾病的認知與健康信念，發現疾病認知較低，對疾病的易感性與嚴重性之感受較低，在採取健康行為上則有較高的障礙。
1999	黃文魁	花蓮縣秀林鄉與台北市北投區國三學生與老年人健康品質與其相關社會因子的研究	主要在瞭解山地與平地間停滯不減的健康差距原因，以自評健康品質、社會支持系統、疾病現代觀、家庭社經因素、個人生活方式及罹病狀況等資料，研究發現二地健康品質的確存有顯著的差異。
2002	鄒治儉	山地鄉肺結核原住民疾病知識、健康信念及社會支持與服藥遵從行為之相關性研究	主要目的在瞭解山地鄉肺結核原住民直接觀察短程治療情，對肺結核疾病的知識、健康信念、由家人親友及治療觀察員得到的社會支持與影響肺結核服藥遵從因素。

資料來源：本研究整理

上述研究發現，在原住民地區，對結核病的認知或服藥順從性，在感受程度上較低，對健康行為亦有較高的障礙，會有如此現象或採取健康行為上的抗拒，最主要是受到健康醫療品質、城鄉差距、經濟問題等因素所左右，才會造成如此的差異性。

第三節 服藥順從性之概念與理論

民眾接受疾病治療之順從性一直是健康照護者最為困擾的問題，因結核病具有傳染性疾病的特質，所以在治療上應以順從性與忠實性並重，期望個案遵從醫師囑咐接受治療才能達長期且有效的治療。研究顯示，接受疾病治療者有三分之二的民眾在就醫之後，無法將醫囑指定藥物全部服用，且隨著時間增加，其完成服藥的順從行為相對逐漸降低。不順從治療是導致治療失敗的最重要原因，也是結核病個案形成抗藥性的主要因素，另外影響服藥順從性之因素複雜，從性別、年齡、婚姻等個人特質、疾病治療時間長短、對疾病認知、醫療環境的不滿意、家庭支持度等等，都是影響服藥順從性之原因。所以提昇個案接受服藥順從治療及透過對個案能力的瞭解與社會支持之應用(游秋真，2002)。

壹、服藥順從行為

從許多的文獻中可以得知服藥順從行為是病患成功治療、降低傳染、減少死亡的關鍵。許多實證研究可以歸納出，病人治療過程中所經歷的生病經驗是影響病人服藥順從行為的重要因素，可以分三個層面來探討病人主觀的生病經驗：一、病人的自我面向(self)；二、社會(society)面向；三，文化(culture)面向(林芊苗，2005)，茲說明如下：

一、病人的自我

(一)病人屬性

一般人認為女性服藥的順從性較高(索任、李龍騰，1992)，另學者李茹萍(1996)及吳素萍(2001)特別強調性別為影響服藥順從行為、治愈率的重要因素。故病人的屬性對治療順從性的影響仍有相當大的差異性。

(二)生病主觀感受

多年來全世界對結核病人所建構起來的社會信念不易被更改，藥物治療並不能克服病人生病時受到的社會羞恥感。

(三)服藥行為與感受

許多國內外相關研究報告都指出，服藥不順從行為是結核病治療最主要的障礙因素，其中中斷或選擇性服藥藥物副作用、服用中自覺症狀好轉而自行停藥等，都是影響病患服藥順從行為的因素。

二、社會面向

(一)社會支持度

社會支持系統是指來自於他人或某群體的資源，以支持個體達成想要的目標，這些資源包括了家人、親朋好友、同事及鄰居等(林芊苗，2005)。因此可以發現社會支持系統是健康行為重要的影響因素之一，社會支持系統越好，則病患服藥順從性越高，治療成效越高(李茹萍，1996；吳素萍，2001；林福田，1996；黃熾楷，1995；游

秋真，2001；劉淑娟，1999)。

(二)醫療環境與問題

1.醫療政策

台灣結核病防治在政策面過度中央化，中央與地方防治工作不同調，過度重視個案的發現而忽視個案的治療，藥物的短缺，忽視防治體系的管理效能及經費的投入不足等是主要的問題(衛生署疾管局，2002)，顯示在政策制定與執行時，都需衡量病人的需求、感受及地區的差異，並持續性的推動防治工作(林芊苗 2005)。

2.醫病互動關係

如醫師沒有詳細向病人說明病情的嚴重性及治療效果、醫護人員的態度、專業知識及溝通技巧不良等，均會導致病人的不合作(王怡婷，1999)。不同學者提出下列與醫病互動有關的原則(林芊苗，2005)如下：

(1)主動傳達訊息

建議健康照顧者的責任乃要使病人能夠意識到其健康行為背後的意義。

(2)與病人互動溝通

應從發現病人對疾病或藥物所關心害怕的事，提供訊息並教導病人控制疾病的技巧，以及藉由語言上的鼓勵，增強病人能控制疾病的感覺等方向(李茹萍，1996)。

(3)和病人共同決策

醫師與病人共同計畫治療過程，可增強病人的服藥順從行為(李茹萍，1996)。

(4)避免將病人標籤化

發現常因病人的貧窮，就不認為病人有對疾病認知的需求與接受治療的能力，因此不願對病人的疾病與治療多作說明與解釋(Barnhoorn and Adriaanse，1992)。

3.醫療資源可近性

醫療資源可近性包括醫療政策的規劃、病人就醫的方便性、時間、金錢等，這些因素都是影響就醫意願的可能因素(林芊苗，2005)。

三、文化面向

人類學家認為文化是某一群人經由世代傳遞與學習而共享的所有生活經驗與行為模式，將這樣的文化概念應用到生病現象，人類學者認為每個文化都具有各自的疾病觀，即對生病或疾病有不同的認知與解釋，因此產生對應的醫療處理模式，包括傳統及現代文化疾病觀念(吳素萍，2001)，分述如下：

(一)身體觀

傳統的中國人有陰陽(冷熱)均衡及五行相生相剋的觀念，並將身體比喻成小宇宙的身體觀，認為只要身體內的小宇宙能祥和正確，外在的宇宙也可以正確繁榮。

(二)疾病觀

認為個體皆有身體和自我，包括心智、主觀經驗和相關於社會與物質的環境，因

此每個人周遭環境會感染和影響個人，其個人的心智、身體、經驗、親屬關係等，也會相互影響。

(三)疾病認知

國內外學者不少研究都認同「健康信念模式」與結核病人的服藥順從性有關，一般對疾病認知越多、自覺疾病嚴重度越高、採取健康行為的利益越多時，障礙就會越少，此可構成提高疾病治愈率的條件，並可左右管理成效(葉秀逸，1989；黃成中，1990；黃熾楷，1995；李茹萍，1996；劉淑娟，1999)。

(四)疾病意象

肺結核在文化認知上大部分都是負面的意象，民眾對於結核病菌的害怕和恐懼。隨抗結核藥物的發明及時間的變遷，對結核病具有傳染性的認知已經普及，且對於罹患此病則普遍具有羞恥、不名譽、罪惡感或因怕被鄰居或他人知道而感到退縮、恐懼情形(何延鑫，1998；林福田 1996；林秀英，1996；柯海韻，1998；郭美玉，1997；傅娟媚、駱麗華，1994，林芊苗，2005)。但原住民對健康問題往往因文化認知不足或過份樂天而顯得漫不經心(索任，2001)，顯示出對疾病意象上的文化差異。

(五)疾病的處置

在人類的文化中每一個民族都有其各自的醫療體系，該醫療體系係因應其社會制度和文化傳統所產生出來，以作為其社會和文化上的適應方法(謝劍，1989)。由於文化是影響健康信念與行為的最重要因素，包括個人與家庭的生活習慣、疾病的認知與溝通、社會人際網路、疾病求醫行為、疾病的社會反應、以及整體的醫療照護系統等(胡幼慧，1988)。因此必須將其納入探索病人生病經驗的重要考量(林芊苗，2005)。

綜上所述，服藥順從行為是病患成功治療、降低傳染、減少死亡的關鍵。而病人治療過程中所經歷的生病經驗是影響病人服藥順從行為的重要因素。包括了病人的自我、社會面向及文化等三個面向。

貳、結核病服藥順從性

一、服藥在結核病治療中所扮演角色之重要性

許多文獻曾探討導致結核病治療失敗的原因，分析其有患者本身配合意願低、出現嚴重副作用、治療處方錯誤，其中病患服藥順從性是決定治療成功與否的主要關鍵(謝家如，2003)。

二、影響結核病服藥性之原因

較具顯著影響結核病患服藥性之原因，包括疾病症狀、治療時間及治療處方之複雜度、藥物副作用、醫病關係、患者所獲得社會支持力及病患對疾病和治療認知程度(謝家如，2003)。

三、增強病患藥信守度之方式

對導致病患服藥性低之病患，可利用多種教學方式，調整患者服藥處方或醫療環境

及給予可增強動機誘因，可以提昇患者服藥之順從性，經相關文獻探討發現多種教學方式配合直接監督結核病患服藥及長時間定期追蹤病患治療情形，可提昇病患服藥性(謝家如，2003)。

四、檢測結核病患服藥信守性之方式

測試結核病患服藥信守性之方式，包括直接和間接方法，其認為檢測結核病患服藥性最好採用直接法和間接法合併進行，如尿液檢測、剩餘藥量計數、密切監督病患服藥三者合併進行，較能客觀地瞭解結核病患服藥之順從性，且在治療早期進行檢測，可協助醫護人員確認結核病患服藥信守性程度，並預測其對療程的影響程度(謝家如，2003)。

第四節 健康信念及服藥順從行為之相關研究

國內對於病人屬性與健康信念及服藥順從行為之相關研究頗多。茲將查尋全國碩博士論文系統相關研究之因素彙整如表2-2及表2-3中所示，做為本文研究架構及問卷之依據。

表 2-2 國內學者對健康信念與服藥順從行為之相關研究

年 代	作 者	研 究 發 現
1989	葉秀逸	教育程度越高，疾病認知越高，服藥遵從性、完治率與疾病治癒率隨之越高，反之則相對較低。社經地位與教育程度成正相關，對完治率、治癒率的影響成正相關，服用中藥或自覺症狀好轉而自行停藥。
1992	李龍騰	服用中藥或自覺症狀好轉而自行停藥。
1995	黃熾楷	認為沒有職業的患者，其服藥遵從行為、治癒率較差。
1996	李茹萍	認為看診麻煩，厭倦長期服藥而中斷服用某藥或選擇性服藥、藥物副作用、藥物太多、顆粒大難吞服。
2000	楊監	結核病的發生與貧窮有關，社經狀況較低的地區，相對結核病普遍有較高的流行。
2001	索任	山地鄉民眾普遍較平地鄉貧窮；山地鄉結核病人因酗酒、外出工作、居無定所、認知不足。消極人生觀，服藥順從性差。原住民一般個性好強，傳統的觀念認為咳血是不光彩的疾病，怕別人知道，因而不願承認自己有結核病，乃至延誤診斷的治療。

表 2-2 國內學者對健康信念與服藥順從行為之相關研究（續）

年 代	作 者	研 究 發 現
2001	鄒治儉	獨身無伴侶者、女性服藥的遵從性較高(即未婚、離婚或鰥寡、社會支持較少者)。
2001	吳素萍	治療結果較差、治療失敗率高，完成治療後復發率高。
2002	王森德	醫療資源可近性包括醫療政策的規劃、病人就醫的方便性、時間、金錢的花費等，這些因素都是影響就醫意願的可能因素。

資料來源：本研究整理

表 2-3 國外學者對健康信念與服藥順從行為之相關研究

年 代	作 者	研 究 發 現
1971	Fisher	1.有良好的醫師，2.有良好的工作人員，3.醫護人員態度良好，4.尊重病人隱私權，5.醫師有真正關心病人，6.醫師有資訊提供。
1985	Orem	發現當病患的健康知識愈多，其自我照顧能力愈好。
1989 1990	Dunn & Hoskins Turtie、Barnhoom & Adriaanse	教育程度和病患服藥順從性呈正相關，教育程度愈高之病患，其服藥順從性愈高。
1990	Moridsky	認為衛生教育能增進知識，轉變態度，並進而影響行為的改變
1991	Chuah	家庭主婦之病患服藥信守性較其他病患高。
1992	Cleary & Delbanco	有關醫護人員的態度和協助情形、護理人員的有效性、醫療服務的組織，皆會影響病人滿意度。此外，對醫護人員所提供的服務，如對治療過程及內容的了解、對醫師病情的說明、相關衛教訊息的提供等等，對病患滿意度，也會有直接的影響。
1992 1995	Larnhoom Adriaanse	「健康信念模式」與結核病人的服藥順從性、治癒率有關。
1995 1992	Liefooghe et al Bamhoom & Adriaanse	病人就醫的方便性、時間、金錢的花費等，這些因素都是影響就醫意願的可能因素

表 2-3 國外學者對健康信念與服藥順從行為之相關研究（續）

1995	Kimerling & Petri	男性較女性服藥順從性較低。職業及收入可以預測服藥順從性 68%。年齡大於 45 歲(包括 45 歲)的病患服藥順從性最高。
1992 1996 1992	Mellins, et.al. Moore, et.al Rubel & Garro	治療時間長，病患服藥順從性會下降。 病患服藥順從性與家庭或朋友關係愈佳，其服藥性愈強。 病患服藥性與病患家庭情感穩定性及支持力呈正相關。
1995 1996 1992	Madsen & Cohen, Moore, et.al Rubel & Garre	治療疾病之藥物之副作用較嚴重或是讓病患感到不舒服，如噁心、嘔吐、視力減退等，都會降低服藥順從性。

資料來源：1.引自游秋真（2002），鄒治儉（2001）；2.本研究整理

綜上所述，不論是任何的族群都有各自的文化疾病觀與傳統醫療體系。由於文化是影響健康信念與行為最重要的因素，包括個人與家庭，生活習慣、疾病認知與溝通、社會人際網路、疾病求醫行為、疾病的社會反應、以及整體的醫療照護系統等(胡幼慧1988)。綜觀前述的實證研究與觀點，研究者發現下列六點，是影響結核病人服藥順從性及治癒率重要因素：

- 一、教育程度越高，疾病認知越高，服藥順從性、完治率與疾病治癒率隨之越高，反之則相對較低。
- 二、社經地位與教育程度成正相關，對完治率、治癒率的影響成正相關。
- 三、結核病的發生與貧窮有關，社經狀況較低的地區普遍結核病相對有較高。
- 四、沒有職業的患者其服藥順從行為、治癒率較差者。
- 五、醫療資源可近性、病人就醫的方便性。
- 六、醫療照護的提供。

第五節 台灣結核病流行現況及趨勢

以國內相關結核病疫情來看，根據衛生署公布之統計資料，93年通報之結核病個案計24,161人，經確診為結核病新案者17,142人，結核病發生率為10萬人口有75.69人。在38種的報告傳染病中，結核病的病人數約占了70%，是目前病人數最多的應報告傳染病，平均每30分鐘就新發現一名結核病人，茲以93年確定病例之性別、年齡及縣市差異，分析其發生率及死亡率如下（行政院衛生署疾病管制局，2002）：

壹、發生率

一、性別

民國93年確診結核病新案17,142例中如表2-4所示。

表 2-4 確診結核病新案依性別區分表

性 別	總 數	比 率 %	年 中 人 口 數	每 10 萬 人 口 發生率
男	11,755	68%	11,528,324	101.97
女	5,387	31%	11,118,512	48.45
總數	17,142		22,646,836	75.69

資料來源：1. 行政院衛生署疾病管制局，2004

二、年齡

結核病發生率隨年齡增加而明顯上升，新發現結核病人中49%屬於65歲以上老年人，如表2-5所示。

表 2-5 確診結核病新案依性別/年齡區分表

	男性					女性				
齡組	年中 人口數	開放 性結 核	其他 結核	總計	每 10 萬人 口發 生率	年中 人口數	開放 性結 核	其他 結核	總計	每 10 萬人 口發 生率
0-4	667,195	6	22	28	4.2	609,726	5	20	25	4.1
5-9	802,041	4	12	16	1.99	738,989	4	18	22	2.98
10-14	843,762	11	11	22	2.61	772,637	12	15	27	3.49
15-19	837,021	106	141	247	29.51	782,336	102	80	182	23.26
20-24	1,000,316	142	174	316	31.59	952,344	169	188	357	37.49
25-29	981,919	155	170	325	33.1	948,097	200	228	428	45.14
30-34	914,875	189	184	373	40.77	894,108	128	162	290	32.43
35-39	955,688	259	212	471	49.28	929,095	130	140	270	29.06
40-44	973,417	372	245	617	63.38	949,433	135	146	281	29.6
45-49	887,384	459	293	752	84.74	876,736	156	158	314	35.81
50-54	747,417	498	303	801	107.17	747,005	177	139	316	42.3
55-59	448,981	410	243	653	145.44	456,016	118	132	250	54.82
60-64	394,876	582	339	921	233.24	416,317	172	151	323	77.59
65+	1,073,432	4,283	1,930	6,213	578.8	1,045,673	1,539	763	2,302	220.15
合計	11,528,324	7,476	4,279	11,755	101.97	11,118,512	3,047	2,340	5,387	48.45

資料來源：行政院衛生衛生署疾病管制局，2004

貳、死亡率

一、性別

男性死於結核病之人數約為女性的4倍，死亡率則約為女性的2.15倍，如表2-6及圖2-4所示男性結核病死亡有高於女性。

二、年齡

結核病死亡率隨年齡增加而倍增，在全部死於結核病的957人中，有79%屬於65歲以上的老年人，顯示台灣地區結核病死亡年齡分布主要集中於老年人口(2004疾管局傳染病年報)，如表2-6所示。

表 2-6 結核病病死亡統計性別/年齡區分表

	所有結核病			男性			女性		
年齡組	年中人口數	死亡數	10 萬人口死亡率	年中人口數	死亡數	10 萬人口死亡率	年中人口數	死亡數	10 萬人口死亡率
0-4	1,276,921	0		667,195	0	0	609,726	0	0
5-9	1,541,030	0		802,041	0	0	738,989	0	0
10-14	1,616,399	1	0.06	843,762	0	0	772,637	1	0.13
15-19	1,619,357	3	0.19	837,021	0	0	782,336	3	0.39
20-24	1,952,660	2	0.1	1,000,316	1	0.1	952,344	1	0.11
25-29	1,930,016	5	0.26	981,919	4	0.41	948,097	1	0.11
30-34	1,808,983	3	0.17	914,875	2	0.22	894,108	1	0.11
35-39	1,884,783	11	0.58	955,688	9	0.94	929,095	2	0.22
40-44	1,922,850	24	1.25	973,417	21	2.16	949,433	3	0.32
45-49	1,764,120	30	1.7	887,384	23	2.59	876,736	7	0.8
50-54	1,494,422	40	2.68	747,417	31	4.15	747,005	9	1.2
55-59	904,997	29	3.2	448,981	23	5.12	456,016	6	1.32
60-64	811,193	53	6.53	394,876	41	10.38	416,317	12	2.88
65+	2,119,105	756	35.68	1,073,432	584	54.4	1,054,673	172	16.45
合計	22,646,836	957	4.23	11,528,324	739	6.41	11,118,512	218	1.96

資料來源：行政院衛生衛生署疾病管制局，2004

93年結核病死亡統計—年齡別vs性別

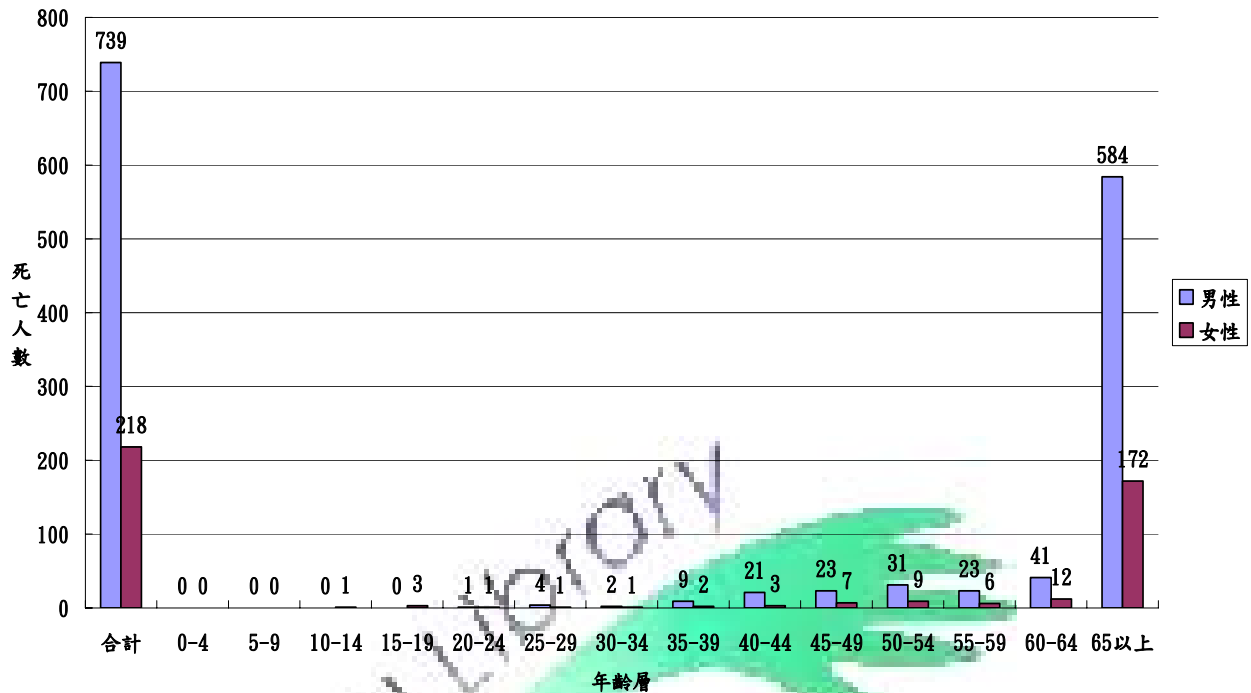


圖 2-4 結核病死亡統計—年齡別 vs 性別

資料來源：行政院衛生衛生署疾病管制局，2002

參、在縣市差異上

一、發生率

新發生結核病數有集中於都會區的趨勢，民國 93 年發生數最高的前四名縣市占台灣地區 37%，其分別為台北縣 2,371 案(13%)、台北市 1,450 案(8%)、高雄市 1,312 案(7%)、高雄縣 1,222 案(7%)；另結核病發生率以花蓮縣發生率最高，每達十萬人口中有 161.65 人，台東縣、屏東縣亦每十萬人口超過 100 人為次之，整體而言，有東部較西部高，南部較北部高的趨勢，如表 2-7 所示。

表 2-7 結核病確定病例統計-地區區分表-

縣市別	開放性肺結核	其他結核	總計	年中人口數	每十萬人口發生率
總計	10,523	6,619	17,142	22,646,836	75.69
臺北縣	1516	855	2,371	369,2160	64.21
宜蘭縣	176	206	382	462,786	82.54
桃園縣	603	480	1,083	1,837,551	58.94
新竹縣	146	133	279	463,267	60.22
苗栗縣	186	140	326	560,773	58.13
臺中縣	683	319	1,002	1,523,708	65.76
彰化縣	767	349	1,116	1,316,602	84.76
南投縣	366	185	551	539,406	102.15
雲林縣	483	239	722	738,636	97.75
嘉義縣	341	170	511	559,157	91.39
臺南縣	498	309	807	1106,253	72.95
高雄縣	683	539	1,222	1238,197	98.69
屏東縣	664	475	1,139	901,986	126.28
臺東縣	168	194	362	241,607	149.83
花蓮縣	330	236	566	350,148	161.65
澎湖縣	23	24	47	92,030	51.07
基隆市	220	161	381	392,289	97.12
新竹市	99	77	176	384,924	45.72
臺中市	481	214	695	1015,340	68.45
嘉義市	106	61	167	269,967	61.86
臺南市	282	166	448	752,273	59.55
臺北市	903	547	1,450	2624,804	55.24
高雄市	786	526	1,312	1511,014	86.83
金門縣	11	12	23	62,720	36.67
連江縣	-	2	2	9,082	22.02
不詳	2	-	-	-	-

資料來源：行政院衛生署疾病管制局，2004

二、死亡率

在縣市死亡率之比較，民國93年結核病死亡率以花蓮縣最高，達10萬人口11.14人，其次為屏東縣、台東縣，如表2-8所示。

表 2-8 結核病死亡病例

縣市別	年中人口數	總死亡數	結核病死者數 總計	十萬人口 死者率	佔死亡 百分比
臺灣地區	22,646,836	133,679	957	4.23	0.7
臺北縣	369,2160	16,244	84	2.27	0.5
宜蘭縣	462,786	3,145	14	3.03	0.4
桃園縣	1837,551	8,947	39	2.12	0.4
新竹縣	463,267	2,929	17	3.67	0.6
苗栗縣	560,773	4,134	25	4.46	0.6
臺中縣	1,523,708	7,955	45	2.95	0.6
彰化縣	1,316,602	8,301	102	7.75	1.2
南投縣	539,406	4,078	45	8.34	1.1
雲林縣	738,636	6,322	54	7.31	0.9
嘉義縣	559,157	4,801	27	4.83	0.6
臺南縣	1,106,253	8,116	41	3.71	0.5
高雄縣	1,238,197	8,093	48	3.88	0.6
屏東縣	901,986	7,281	93	10.31	1.3
臺東縣	241,607	2,345	24	9.93	1.0
花蓮縣	350,148	3,087	39	11.14	1.3
澎湖縣	92,030	842	6	6.52	0.7
基隆市	392,289	2,515	19	4.84	0.8
新竹市	384,924	2,044	7	1.82	0.3
臺中市	1,015,340	4,540	46	4.53	1.0
嘉義市	269,967	1,629	4	1.48	0.3
臺南市	752,273	4,064	17	2.26	0.4
臺北市	2,624,804	13,733	74	2.82	0.5
高雄市	1,511,014	8,142	86	5.69	1.1
金門縣	62,720	345	1	1.59	0.3
連江縣	9,082	47	-	-	-

資料來源：行政院衛生衛生署疾病管制局，2004

由表 2-4 所列得知，男性結核病人數 11.755 例(68%)約為女性(31%)的 2.6 倍；發生率則約為女性 2.2 倍。台東縣結核病病人在死亡率及發生率比較上都高於其他縣市。行政院主計處 95 年底統計台灣家庭平均每戶全年經常性收入，如圖 2-5 所示，台東縣家庭收支低於其他縣市，因為家庭發生傳染疾病須要治療，常常會造成另一個經濟上的負擔，因此結核病的防治是台東縣傳染病防治之重點。

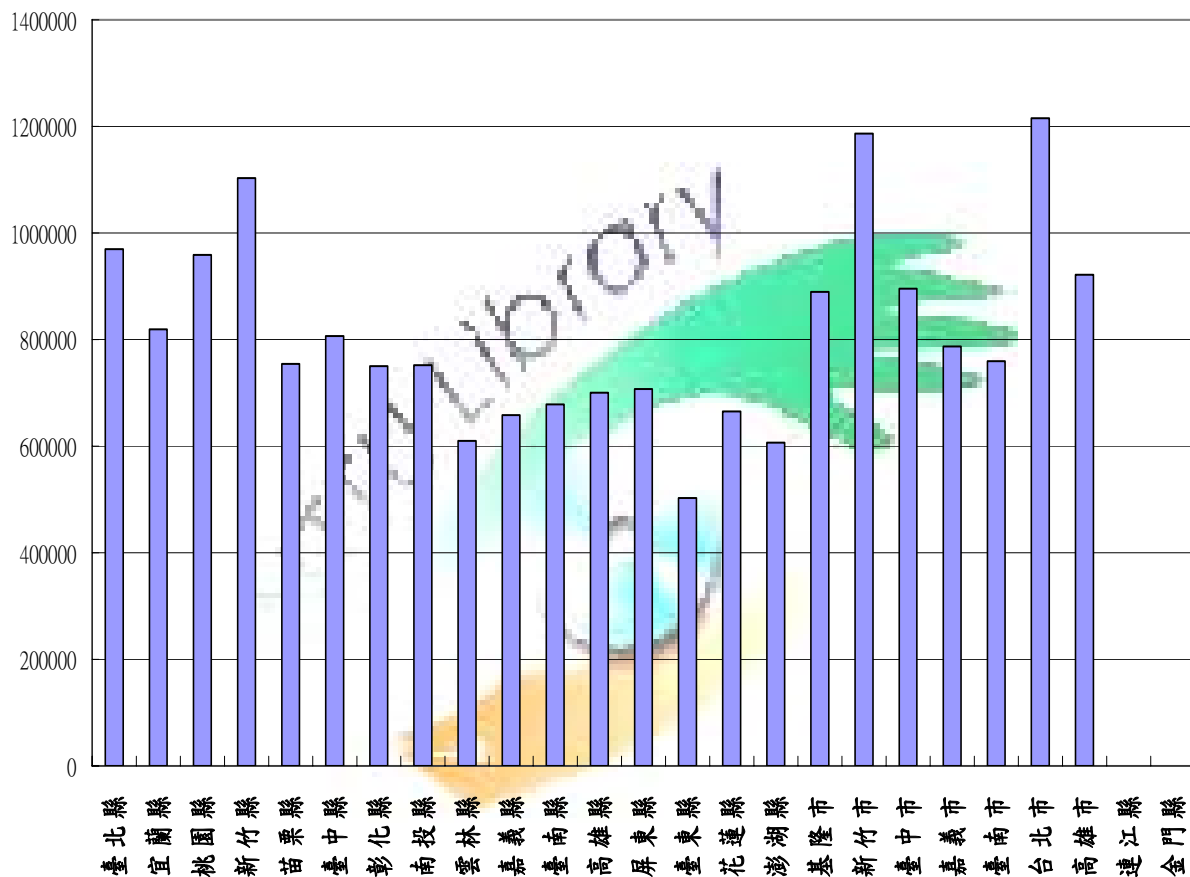


圖 2-5 95 年台灣家庭平均每戶全年經常性收入統計圖

資料來源：行政院主計處網站，2006

第六節 台東縣結核病防治現況

壹、台東縣結核病流行現況

結核病不但危害民眾健康及生命，耗損社會生產力，更嚴重影響國家競爭力及國際形象。台灣地區是每十萬人口罹患者為75.69人，而93年台東結核病發生率為每10萬人口149.83人，其發生率是台灣地區的2倍，而山地鄉發生率最高（延平鄉）竟達每10萬人口431.62人；台東結核病死亡率每10萬人口有9.93人得到，是台灣地區每10萬人口4.23人的2.35倍（行政院衛生署，2004）。在民國93年台東十大死因分析，結核病死亡排名於第十二位，其中16鄉鎮中有4個鄉鎮（大武、太麻里、鹿野、海端）結核病排行已列入十大死因之中(如表2-9所示)，因此結核病防治是台東公共衛生防疫工作重點之一。

表 2-9 93 年台東縣各鄉鎮結核病死因排行分析

鄉鎮市	死因排行	鄉鎮市	死因排行	鄉鎮市	死因排行
台東市	13 名	池上鄉	11 名	大武鄉	10 名
卑南鄉	11 名	東河鄉	13 名	達仁鄉	15 名外
鹿野鄉	10 名	成功鎮	15 名外	綠島鄉	15 名外
延平鄉	15 名外	長濱鄉	12 名	蘭嶼鄉	15 名外
關山鎮	11 名	太麻里鄉	10 名		
海端鄉	7 名	金峰鄉	11 名		

資料來源：1.行政院衛生署統計處，2004 2.本研究整理

貳、台東縣推動「都治」計畫防治情形

目前都治(Directly Observed Treatment Short-course; DOTS)是世界衛生組織目前積極推廣的結核病防治策略，同時也是被公認最為有效的方法。許多國家的治療結果也顯示出推行DOTS可有效提高病患完治率(吳素萍，2001)世界衛生組織強力推薦每一位痰塗片陽性的結核病個案均應實施「都治計畫」，藉由經過訓練並由客觀的觀察員（非家屬擔任）執行「送藥到手、服藥到口、吃完再走」，關懷結核病個案服藥治療過程，確保每一個病人規則服下每一顆藥，在治療的漫長歲月中，幫助病人重拾健康，也幫助社會減少一個感染源。因此，個案追蹤管理非常重要，需投入更多資源進行個案追蹤管理，始能有效降低個案失落率，提高防治績效，減少抗藥性結核病患的產生。

95年5月起台東縣衛生局配合中央政策推動「都治計畫」，召募20位非醫護人員經相關訓練，開始加入協助衛生所結核病防治工作。關懷員介入執行「送藥到手、服藥到口、吃完再走」後，在關懷結核病個案服藥治療過程中，確保每一個病人規則服下每一顆藥，有助於提升結核病個案治癒的能力，如圖2-6、2-7及2-8所示，顯示關懷員在結核病防治中的重要性。



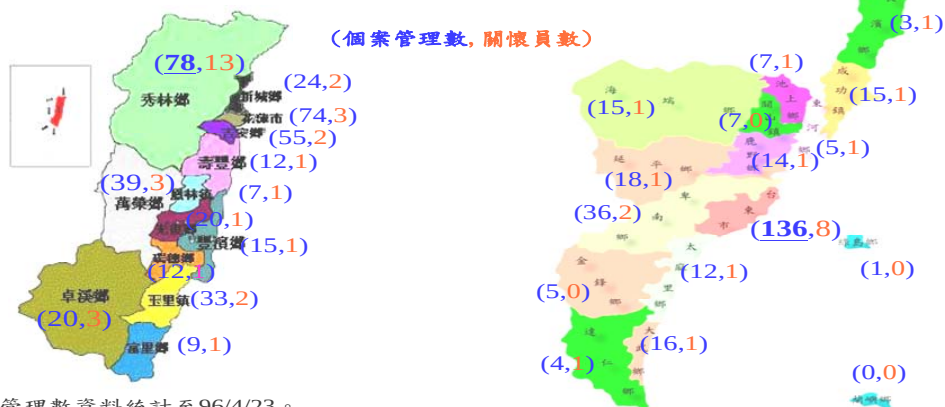
東區目前結核病管理數

花蓮縣管理數398人

關懷員數34人

台東縣管理數294人

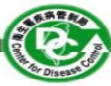
關懷員數20人



備註:目前管理數資料統計至96/4/23。

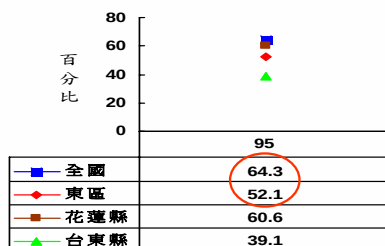
Taiwan CDC
http://www.cdc.gov.tw

圖 2-6 東部目前結核病管理數
資料來源：96 年東區防疫會議講義



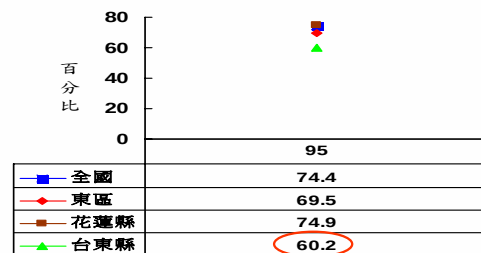
結核病防治成果-治療成功率

12個月治療成功率



➤ 與全國資料相較，
東區仍待加強。

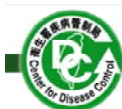
18個月治療成功率



➤ 與全國資料相較，
台東縣仍待加強

Taiwan CDC
http://www.cdc.gov.tw

圖 2-7 12 個月及 18 個月治療成功率
資料來源：96 年東區防疫會議講義



痰陽12個月追蹤治療結果(第六分局)

項目	花蓮	台東	合計
分母	102	55	157
完成治療數	63	26	89
治療成功率%	61.7	47.2	56.7
治愈數	42	12	54
治愈率	41.1	21.8	34.4

全國治療成功率：目前達65.1%

Taiwan CDC
<http://www.cdc.gov.tw>

圖 2-8 痰陽 12 個月追蹤治療結果
資料來源：96 年東區防疫會議講義

在瞭解結核病之致病因素、治療方式、結核病的相關疫情，以及影響病患服藥順從性因素之國內外文獻後，可以發現因結核病的病程長，縱使病人及時接受治療最快也要六個月到九個月才能痊癒，如果用藥不當或不規則服藥導致病人因中斷治療而無法完治，這些都是與病人的認知不足以及醫師和病人之間的溝通問題等，有相當程度之相關性。

綜觀上列現況，台東縣應藉由現推動都治工作，採取更積極主動的介入，藉關懷員每日督促病人按時服藥，詢問、觀察並評估病患有無服藥不適或副作用，使已被發現之痰陽性病人得到完善醫療照護，提高罹病者治癒及完治率、降低失落率，更重要的是預防多重抗藥性結核比率增加，有效防治結核病之發生，以保障台東縣民眾健康。

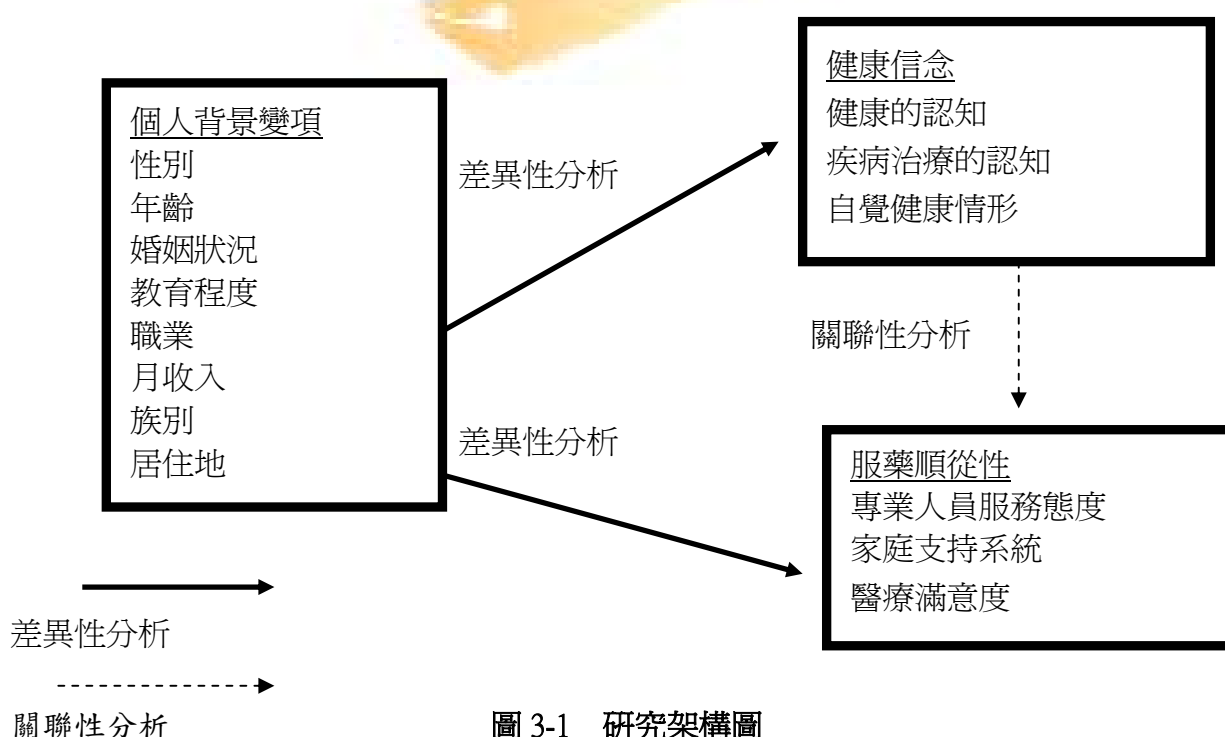
第三章 研究設計

本論文之研究方法係採用問卷調查法，本章主要分為五節，第一節研究架構與假設；第二節研究對象及抽樣方法；第三節各研究變項之操作性定義；第四節問卷內容信度與效度之檢測；第五節資料分析與統計方法，茲說明如下：

第一節 研究架構與假設

壹、研究架構

本研究依據前述研究動機與目的，綜合相關文獻分析與理論探討，提出本文之研究架構如圖3-1所示。本研究根據對健康信念的認知與服藥順從性的表現前因後果模型，認為影響肺結核病人對健康信念的認知或是服藥順從性的表現，個人背景變項是一個重要的因素。因為不管對健康的認知或是病人服藥順從性的表現，都屬於個人的主觀知覺，這種差異會因個人的背景屬性不同而有所差異。因此，本研究將個人的背景變項定義為一個獨立變項，而對健康信念的認知定義為自變項與依變項，而病人服藥順從性定義為依變項，來探討台東縣結核病人健康信念與服藥順從性之關係。「個人背景變項」包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業、收入、族別、居住地等八項；「健康信念」則分為「健康的認知」、「疾病治療的認知」、「自覺健康情形」三個因素；而「服藥順從性」則有「專業人員服務態度」、「家庭支持系統」、「醫療滿意度」等三個因素。



貳、研究假設

根據本文之研究架構，並參酌國內外相關實證的研究結果，提出本研究之基本假設，以證明各變數之間是否有關聯性或差異性存在。據此，提出本研究之基本假設並以虛無假設(Hull hypothesis)方式提出，期望研究結果能拒絕虛無假設，進而接受對立假設(Alternative hypothesis)，以證明變數之間有關聯及差異存在(吳明隆，2006)，本文所提出之研究假設如下：

假設一：背景變項不同的結核病患對健康信念無顯著的差異存在。

假設1-1 不同的性別對健康信念無顯著的差異存在。

假設1-2 不同的年齡對健康信念無顯著的差異存在。

假設1-3 不同的婚姻狀況對健康信念無顯著的差異存在。

假設1-4 不同的教育程度對健康信念無顯著的差異存在。

假設1-5 不同的職業對健康信念無顯著的差異存在。

假設1-6 不同的月收入對健康信念無顯著的差異存在。

假設1-7 不同的族別對健康信念無顯著的差異存在。

假設1-8 不同的居住地對健康信念無顯著的差異存在。

假設二：背景變項不同的結核病患在服藥順從性上無顯著的差異存在。

假設2-1 不同的性別在服藥順從性上無顯著的差異存在。

假設2-2 不同的年齡在服藥順從性上無顯著的差異存在。

假設2-3 不同的婚姻狀況在服藥順從性上無顯著的差異存在。

假設2-4 不同的教育程度在服藥順從性上無顯著的差異存在。

假設2-5 不同的職業在服藥順從性上無顯著的差異存在。

假設2-6 不同的月收入在服藥順從性上無顯著的差異存在。

假設2-7 不同的族別在服藥順從性上無顯著的差異存在。

假設2-8 不同的居住地在服藥順從性上無顯著的差異存在。

假設三：健康信念與服藥順從性之間無顯著關聯存在。

假設3-1 健康的認知與專業人員服務態度無顯著關聯存在。

假設3-2 健康的認知與家庭支持系統無顯著關聯存在。

假設3-3 健康的認知與醫療滿意度無顯著關聯存在。

假設3-4 疾病治療之認知與專業人員服務態度無顯著關聯存在。

假設3-5 疾病治療之認知與家庭支持系統無顯著關聯存在。

假設3-6 疾病治療之認知與醫療滿意度無顯著關聯存在。

假設3-7 自覺健康情形與專業人員服務態度無顯著關聯存在。

假設3-8 自覺健康情形與家庭支持系統無顯著關聯存在。

假設3-9 自覺健康情形與醫療滿意度無顯著關聯存在。

第二節 研究對象與抽樣方法

本研究以衛生署疾病管制局登錄台東縣95年1月至12月痰陽性結核病個案為對象，總數為170位陽性個案數，倘若於問卷期間更改診斷為非肺結核、死亡、出國、行蹤不明者，則排除在外。因母體數不多，因此本係採普查。茲將95年痰陽性結核病個案分佈及問卷發收情形，詳列如表3-1所示。

表 3-1 台東縣 95 年痰陽性結核病個案分佈及問卷發收情形表

鄉 鎮 別	現 有 人 數	問 卷 發 放 數	問 卷 回 收 數	有 效 問 卷 數	有 效 回 收 率
台東市	56	56	56	47	84%
卑南鄉	21	21	21	16	76%
鹿野鄉	11	11	11	8	73%
關山鎮	7	7	7	5	71%
海端鄉	15	15	15	12	80%
東河鄉	10	10	10	8	80%
成功鎮	15	15	15	12	80%
長濱鄉	7	7	7	6	85%
太麻里	13	13	13	10	92%
金峰鄉	2	2	2	2	100%
大武鄉	6	6	6	5	83%
達仁鄉	4	4	4	3	75%
蘭嶼鄉	1	1	1	1	100%
綠島鄉	2	2	2	2	100%
合 計	170	170	170	137	80%

資料來源：本研究整理

第三節 各研究變項之操作性定義

壹、研究變項

依據前述的文獻探討及研究架構，本研究計有個人背景變項、健康信念、服藥順從性等三個研究構面，分述如下：

一、個人背景變項

探討個人背景變項不同之結核病人對健康信念與服藥順從性之差異情形，個人背景資料包括有性別、年齡、教育程度、月收入、婚姻狀況、職業、族別、居住地等八項，個人屬性容易取得且容易衡量，在社會科學研究領域常被用來作為基礎變項，所界定之屬性及分類如表3-2所示：

表 3-2 個人屬性之問項分類

屬 項	操 作 性 定 義
性 別	區分為：男性與女性
年 齡	區分為五級：20歲以下；20-30歲、31-40歲、41-50歲、51歲以上
婚 姻 狀 況	區分為：已婚、未婚、離婚
教 育 程 度	區分為六級：國小、國中、高中(職)、專科、大學、研究所以上
職 業	區分為八級：公、教、農、工、商、漁、其他
月 收 入	區分為四級：30,000元以下、30,001-50,000元、50,001-70,000元、70,001元以上
族 別	區分為：原住民、非原住民
居 住 地	區分為：台東市、台東縣

資料來源：本研究整理

二、健康信念

本研究以健康信念為自變項與依變項，探討結核病人對健康信念之認知及對服藥順從性的關聯性及預測力，區分為「健康的認知」、「疾病治療的認知」、「自覺健康情形」等三個因素，其定義如下：

(一)「健康的認知」因素

指結核病人對健康的了解程度。

(二)「疾病治療的認知」因素

指感染結核的病人，對結核病瞭解程度。

(三)「自覺健康情形」因素

指可影響結核病人接受治療之關鍵因素。

三、服藥順從性

本研究以服藥順從性為依變項，探討其與健康信念的關聯性，區分為「專業人員服務態度」、「家庭支持系統」、「醫療滿意度」等三個因素，其定義如下：

(一)「專業人員服務態度」因素

指衛生所護士或關懷員對結核病的專業知識熟悉度及服務態度。

(二)「家庭支持系統」因素

指結核病人生病、治療期間，家人或親友的態度是否有所影響。

(三)「醫療滿意度」因素

指結核病人在治療過程中，對醫療單位的服務態度及治療效果、交通等是否滿意。

第四節 問卷內容信度與效度之檢測

參考前章有關健康信念及服藥順從性相關之文獻編製問卷，本研究因母體數較小。以臺東縣95年結核病痰陽性個案母體中的37位樣本數進行問卷之預試，回收後將有效問卷作信度及效度分析，並刪除不適當之問項題目後，再正式問卷、印製、發放問卷，以利後續研究之進行。設計初步之問卷以進行前測以確立問卷內容之效度與信度。

壹、問卷內容信度與效度之檢測

一、施測對象

本問卷先針對95年各鄉鎮結核病痰陽性個案37人實施前測，將施測回收有效的問卷進行信度與效度之分析，將不符合或不適當的題目予以刪除，以瞭解問卷內容的信效度並加以修正定稿成為正式問卷，然後再對95年各鄉鎮結核病痰陽性個案170人做正式問卷調查。

二、項目分析

為考驗量表之建構效度一般以受試者在量表上的得分總合依高低分順序排列，得分高者約27%為高分組，得分低者約27%為低分組，以求出兩組間每題得分平均數差異的顯著性考驗，兩組極端組比較結果的差異值即稱為決斷值或CR值（CRITICAL RATIO），決斷值考驗未達顯著的題項（顯著性考驗機率 p 值 $>.05$ ）最好刪除，因為一個較佳的量表題項，其高分組與低分組的平均數差異最好顯著（吳明隆，2006）

（一）健康信念量表

本健康信念量表經過項目分析結果如表3-3中所示，所有的題目經過分析後其CR值及 p 值均達顯著水準（小於0.05），所以健康信念量表28題均全數保留，並進一步進行因素分析。

表 3-3 健康信念量表項目分析結果摘要表

題目	CR值	顯著性 (雙尾)	題目	CR值	顯著性 (雙尾)	題目	CR值	顯著性 (雙尾)
A1	5.932	*** 0.000	A11	4.749	*** 0.000	A21	2.892	** 0.009
A2	3.360	** 0.003	A12	5.053	*** 0.000	A22	3.914	0.001 **
A3	3.179	** 0.005	A13	4.864	*** 0.000	A23	5.164	*** 0.000
A4	4.071	*** 0.000	A14	4.477	*** 0.000	A24	3.831	*** 0.001
A5	2.867	** 0.009	A15	4.734	*** 0.000	A25	2.538	* 0.024
A6	3.829	** 0.002	A16	3.351	** 0.003	A26	4.022	** 0.002
A7	0.702	*** 0.000	A17	6.757	*** 0.000	A27	6.326	*** 0.000
A8	4.113	*** 0.000	A18	3.116	** 0.005	A28	3.330	** 0.003

表 3-3 健康信念量表項目分析結果摘要表（續）

題目	CR值	顯著性 (雙尾)	題目	CR值	顯著性 (雙尾)	題目	CR值	顯著性 (雙尾)
A9	4.019	*** 0.001	A19	4.876	*** 0.000	以下	空白	
A10	4.015	*** 0.000	A20	3.654	*** 0.001			

註： * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

資料來源：本研究整理

(二)服藥順從性量表

本服藥順從性量表，經過項目分析結果如表3-4中所示，所有的題目經過分析後，其CR值及p值均達顯著水準(小於0.05)，所以服藥順從性量表24題均全數保留，並進一步進行因素分析。

表3-4 服藥順從性量表項目分析結果摘要表

題目	CR值	顯著性 (雙尾)	題目	CR值	顯著性 (雙尾)	題目	CR值	顯著性 (雙尾)
A1	6.262	*** 0.000	A9	3.730	* 0.004	A17	10.757	*** 0.000
A2	6.411	*** 0.000	A10	2.809	* 0.017	A18	9.037	*** 0.000
A3	7.532	*** 0.000	A11	6.528	*** 0.000	A19	2.631	* 0.025
A4	8.050	*** 0.000	A12	2.447	* 0.032	A20	3.568	* 0.004
A5	3.708	*** 0.004	A13	2.183	* 0.050	A21	7.659	*** 0.000
A6	8.234	*** 0.000	A14	6.939	*** 0.000	A22	6.575	*** 0.000
A7	9.815	*** 0.000	A15	7.812	*** 0.000	A23	8.135	*** 0.000

表3-4 服藥順從性量表項目分析結果摘要表（續）

題目	CR值	顯著性 (雙尾)	題目	CR值	顯著性 (雙尾)	題目	CR值	顯著性 (雙尾)
A8	3.233	* 0.008	A16	2.951	* 0.013	A24	5.590	*** 0.000

註： * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

資料來源：本研究整理

三、因素分析

因素分析的目的是在求得量表的「建構效度」(construct validity)，其應用最廣的係把數個彼此有關的變項，轉化成少數具有意義且彼此可獨立的因素(factor)，來達到資料縮減的目的。在進行因素分析之前，首先必須以球形檢定(Bartlett test of sphericity)及取樣適切性量數(Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy；KMO)來檢測是否符合進行因素分析的條件。

(一)球形檢定(Bartlett test of sphericity)

球形檢定是用以探討變項間的相關係數若呈現「顯著」($p < 0.05$)的球形檢定，即可進行因素分析。本研究各變項之球形檢定的結果均呈現顯著性的結果，如表3-5，通過檢定的考驗，符合進行因素分析的條件之一。

(二)取樣適切性量數(KMO)

KMO值是指與變項有關的所有相關係數與淨相關係數之比較值，KMO值越大表示相關情形良好，依據Kaiser(1974)的觀點，KMO值大於0.9以上，表示適合性極佳，大於0.8以上表示良好，0.7以上表示中等，0.6以上表示勉強，0.5以上則為不適合，0.5以下則為非常不適合進行因素分析。

本研究變項經因素分析之適合性檢定結果，「健康信念量表」之KMO值為0.903，「服藥順從性」之KMO值為0.896，均達顯著性，如表3-5，其因素分析的適合性良好，符合進行因素分析的要件。

表 3-5 KMO 與 Bartlett's 檢定結果

變 項		健 康 信 念	服 藥 順 從 性
檢 驗 方 法			
Kaiser-Meyer-Olkin(KMO) 取樣適切性量數		0.903	0.896
Bartlett 球形檢定	近似卡方值	3138.203	2833.544
	自由度	378	276
	顯著性	0.000	0.000

資料來源：本研究整理

(三)因素分析

本研究各變項經前述球形檢定與KMO值檢測結果，適合對健康信念量表與服藥順從性量表等二量表進行因素分析。茲將二量表因素分析步驟分述如下：

1.健康信念量表

預試量表回收後將資料輸入電腦，以SPSS for windows12.0統計軟體進行因素分析(Factor analysis)，以主成份分析(Principal Component Analysis)找出共同因素，並以最大變異法(Varimax)加以轉軸，以特徵值(Eigen value)大於1作為取舍因素數目之標準，為求因素之穩定，研究者經過二次因素分析，以因素負荷量大於0.4以上為取舍標準。分析結果顯示健康信念量表計得三個因素，有效題目28題，分別命名為「健康的認知」、「疾病治療的認知」及「自覺健康的情形」。詳如表3-6、3-7、3-8所示。

2.服藥順從性量表

預試量表回收後將資料輸入電腦，以SPSS統計軟體進行因素分析(Factor Analysis)，以主成份分析(Principal Component)找出共同因素，並以最大變異法(Varimax)加以轉軸，以特徵值(Eigen value)大於1為取舍因素數目之標準，為求因素之穩定，研究者經過二次因素分析，以因素負荷量大於0.4以上為取舍標準。分析結果顯示服藥順從性量表計得三個因素，有效題目24題，分別命名為「專業人員服務態度」、「家庭支持系統」及「醫療滿意度」。詳如表3-9、3-10、3-11所示。

四、信度分析

信度(Reliability)係指一個測量工具或是一套量表(例如問卷)，由不同的人反覆測量某一個事務時，如果每次都能得到相同的結果時，吾人就稱該測量工具或量表具有信度，因此信度是一個量表或測量工具的穩定性、可靠性或(內部)一致性。係利用Cronbach's α 的值，來檢查一個問卷內容的信度。Cronbach's α 的值介於0與1之間，Cronbach's α 的值越大時表示該問卷越有信度。Cronbach's α 值必 ≥ 0.6 以上時，該問卷才有信度。

(一)健康信念量表

研究者以回收的37份問卷樣本，對此健康信念量表進行內部一致性分析(採用Cronbach's α 係數)，其各構面Cronbach's α 值分別為0.6561、0.8436及0.8758，健康信念總量表之Cronbach's α 值為0.8973，顯見本研究之健康信念量表的信度頗佳，茲將健康信念量表中的三個因素的因素分析命名與信度考驗情形說明如下：

1.健康的認知因素

本研究針對健康的認知計有9個題目，經過分析其信度考驗如表3-6所示。

表3-6 健康的認知因素之因素分析、命名與信度考驗情形表

構面命名	問卷內容(題號)	因素負荷量	特徵值	解釋變異量%	累積解釋變異量%	Cronbach's α 係數
健康的認知	1.您覺得身體的健康是重要的嗎	0.489	3.118	20.979	20.979	0.6561
	2.您認為配合醫師指示服藥就能治好結核病嗎	0.568				
	3.您認為結核病是會感染給家人或別人的嗎	0.505				
	4.您覺得應該對自己的身體健康負起責任嗎	0.676				
	5.您會在意自己生病或身體健康的問題嗎	0.500				
	6.您認為結核病是一種需要長期治療的疾病嗎	0.546				
	7.您認為別人應該對我得結核病應負責任嗎	0.586				
	8.您認為有足夠的資源面對處理結核病這一件事嗎	0.749				
	9.您認為自己有能力控制生病結果嗎	0.735				

資料來源：本研究整理

2.疾病治療的認知因素

本研究針對疾病治療的認知計有10個題目，經過分析其信度考驗如表3-7所示。

表3-7 疾病治療的認知因素之因素分析、命名與信度考驗情形表

構面命名	問卷內容(題號)	因素負荷量	特徵值	解釋變異量%	累積解釋變異量%	Cronbach's α 係數
疾病治療的認知	10.您認為結核病治不好，所以不想服藥	0.810	3.017	23.815	44.794	0.8436
	11.您知道得到結核病的原因	0.641				
	12.您瞭解結核病的傳染途徑方式	0.759				
	13.您知道結核病的治療需要多久時間	0.869				
	14.您知道結核病如未按時服藥，會產生抗藥性問題	0.870				
	15.您對結核病藥物的服用很清楚，不需要別人指導	0.672				
	16.您都有依治療規定定期回醫院複查	0.810				
	17.您每次至醫院看病時都帶「結核病就診手冊」	0.628				
	18.您都能每次依照醫師的處方按時服用藥物	0.736				
	19.您知道服用結核病藥物有那些副作用	0.650				

資料來源：本研究整理

3.自覺健康的情形因素

本研究針對自覺健康的情形計有9個題目，經過分析其信度考驗如表3-8所示。

表3-8 自覺健康情形因素之因素分析、命名與信度考驗情形表

構面命名	問卷內容(題號)	因素負荷量	特徵值	解釋變異量%	累積解釋變異量%	Cronbach's α 係數
自覺健康情形	20.您認為能治療好結核病應該歸功於自己的努力	0.694	3.219	23.583	68.377	0.8758
	21.您認為能治療好結核病應該歸功於專業人員努力	0.669				
	22.您認為能治療好結核病應該歸功於家人的照料	0.652				
	23.您在生活壓力大時仍會按時服藥	0.697				
	24.您在出外時仍然會記得按時服藥	0.644				
	25.您如果沒有覺得不舒服的症狀下仍會按時服藥	0.669				
	26.您無論如何困難都會依預約時間回醫院複診	0.821				
	27.您對藥物副作用引起輕微不舒服時仍會按時服藥	0.642				
	28.您能完成此次治療結核病的全部療程	0.410				

資料來源：本研究整理

(二)服藥順從性量表

研究者以回收的37份問卷樣本，對此服藥順從性量表進行內部一致性分析(採用Cronbach's α 係數)，其各構面Cronbach's α 值分別為0.8523、0.8323及0.7886，服藥順從性總量表Cronbach's α 值0.8019，顯見本研究之服藥順從性量表的信度頗佳。茲將健康信念量表中的三個因素的因素分析命名與信度考驗情形說明如下：

1.專業人員服務態度因素

本研究針對專業人員服務態度計有8個題目，經過分析其信度考驗如表3-9所示。

表3-9 專業人員服務態度因素因素分析、命名與信度考驗情形表

構面命名	問卷內容（題號）	因素負荷量	特徵值	解釋變異量%	累積解釋變異量%	Cronbach's α 係數
專業人員服務態度	1. 護士或關懷員在治療期間都能依規定前往訪視	0.758	2.988	19.871	19.871	0.8523
	2. 不是護士或關懷員前往訪視服務您感到	0.841				
	3. 對護士或關懷員的服務態度您感到	0.717				
	4. 護士或關懷員提供生活起居注意事項說明感到	0.584				
	5. 護士或關懷員對藥物副作用的說明您感到	0.570				
	6. 護士或關懷員對服藥須知的說明您感到	0.713				
	7. 整個結核病治療過程中關懷的程度您感到	0.663				
	8. 您對護士或關懷員對治療結核病的幫助感到	0.437				

資料來源：本研究整理

2. 家庭支持系統因素

本研究針對家庭支持系統計有8個題目，經過分析其信度考驗如表3-10所示。

表3-10 家庭支持系統因素因素分析、命名與信度考驗情形表

構面命名	問卷內容(題號)	因素負荷量	特徵值	解釋變異量%	累積解釋變異量%	Cronbach's α 係數
家庭支持系統	9.您訴說個人結核病感覺及情緒對家人傾聽的意願	0.713	2.691	20.646	40.517	0.8323
	10.您提起精神持續接受治療得到家人激勵程度	0.631				
	11.家人支持您對結核病治療所做的決定	0.703				
	12.對家人主動提醒您定期至醫院複診情形	0.636				
	13.對親朋好友主動關心您健康狀況的程度	0.662				
	14.對生病後家人和您從事一些活動(例如逛街、運動等)使您不去想目前困境的情形	0.532				
	15.對家人提供結核病治療的問題及建議	0.570				
	16.對您健康狀況有進步時家人稱讚及鼓勵程度	0.821				

資料來源：本研究整理

3.醫療滿意度因素

本研究針對醫療滿意度計有8個題目，經過分析其信度考驗如表3-11所示。

表3-11 醫療滿意度因素因素分析、命名與信度考驗情形表

構面命名	問卷內容(題號)	因素負荷量	特徵值	解釋變異量%	累積解釋變異量%	Cronbach's α 係數
醫療滿意度	17.對醫療人員的治療效果	0.657	2.598	36.081	76.598	0.7886
	18.對醫療人員的服務態度	0.745				
	19.醫師或護理人員對用藥的解說	0.495				
	20.醫師或護理人員對您的隱私尊重	0.435				
	21.對醫師的病情解說內容	0.716				
	22.醫療單位提供就醫及諮詢方便性	0.845				
	23.對台東縣就醫交通方便性	0.728				
	24.對整體就醫服務及滿意度	0.489				

資料來源：本研究整理

第五節 統計分析方法

問卷回收後，首先對問卷進行整理，將資料不完整或填答內容明顯矛盾的無效問卷予以剔除，而剩餘有效問卷即進行編碼、建檔，並以統計套裝軟體SPSS12.0 for Windows進行分析與處理。根據研究假設，採用下列幾項統計方法進行資料分析處理：

壹、描述性統計(Descriptive statistics)

描述性統計是一套用以整理、描述、解釋資料的統計技術，其係關於統計資料的蒐集、整理、陳示、分析、解釋等部分。本研究用此統計技術，對自變項、依變項做描述性統計，顯示各構面之次數分配、百分比、平均數與標準差，以得知各因素之分布情形。本研究主

要描述分析結核病人樣本中之基本屬性，如性別、婚姻狀況、年齡、教育程度、職業、月收入、居住地及族別等，對於健康信念與服藥順從性各因素之表現程度，採用有平均數、中位數、標準差、最大值、最小值，並以次數分配(百分比)描述受試病人在各因素集中趨勢及分散趨勢。

貳、推論性統計分析

一、獨立樣本 t 檢定(t-test)

獨立樣本係指二個樣本彼此獨立，無任何關聯，獨立樣本 t 檢定可瞭解二個獨立樣本平均數是否有差異。本研究用以檢驗性別及居住地、族別不同在健康信念與服藥順從性等方面有無差異情形。

二、單因子變異數分析法(One Way ANOVA)

單因子變異數分析用來檢定三個或三個以上母體平均數的差異顯著性，若只有一個自變數的變異數分析稱為單因子變異數分析，若p值達顯著水準時，再以事後檢驗（Post Hoc Tests）之最小顯著差異法（Least Significant Difference；LSD）進一步檢定那幾個組別之差異達顯著水準，並就其組別之間做差異性之比較分析。本研究用以檢驗年齡、教育程度、婚姻、職業、月收入等在健康信念與服藥順從性有無差異情形存在。

三、皮爾森(Pearson)積差相關分析

皮爾森積差相關可瞭解二組資料之相關情形，包括方向與強度。本研究用以研究健康信念各因素與服藥順從性各因素之間相關性。

第四章 研究分析與結果討論

本章針對本論文所發放之問卷所得結果進行分析與討論，共分為四節。第一節為描述統計分析；第二節為病人基本資料對健康信念認知之差異性分析；第三節為病人基本資料對服藥順從性認知之差異性分析；第四節為健康信念與服藥順從性之相關分析，分別敘述如下。

第一節 描述性統計分析

壹、病人基本資料之特性分析

為瞭解病人基本資料特性，利用次數分配得知病人樣本分佈情況，內容以台東縣 95 年結核病個案 137 人主要分析樣本，將受試樣本基本資料，包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業、月收入、族別及居住地等八項，依序整理分析，根據有效問卷做統計結果，茲分述說明如下：

一、性別

針對受測者回收樣本的性別進行統計分析，「男性」結核病人計有 91 人，佔 66%；「女性」結核病患計有 46 人，佔 34%。由此可知得到結核病男性高於女性。如圖 4-1 所示。

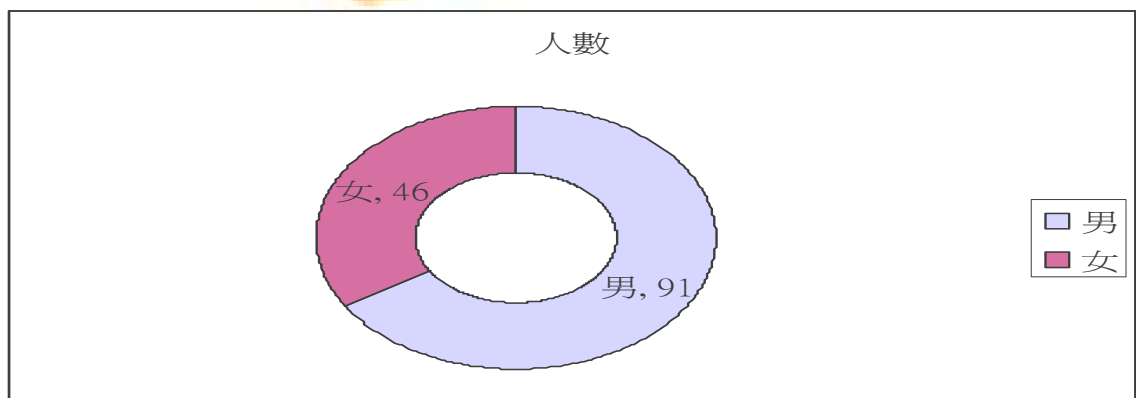


圖 4-1 性別分佈環圈圖

二、年齡

在所有受測者回收樣本的年齡進行統計分析，其中以「51 歲以上」的患者最多，佔 53%，計有 72 人；「41-50 歲」的患者，計有 26 人，佔 19%次之；「31-40 歲」的患者，計有 17 人，佔 12%再次之；其餘「20-30 歲」及「20 歲以下」的患者，計有 15

人及 7 人，各佔 11% 及 5%。由研究發現可得知其年齡層大都集中在 41 歲以上，佔 72 % 之多。如圖 4-2 所示。

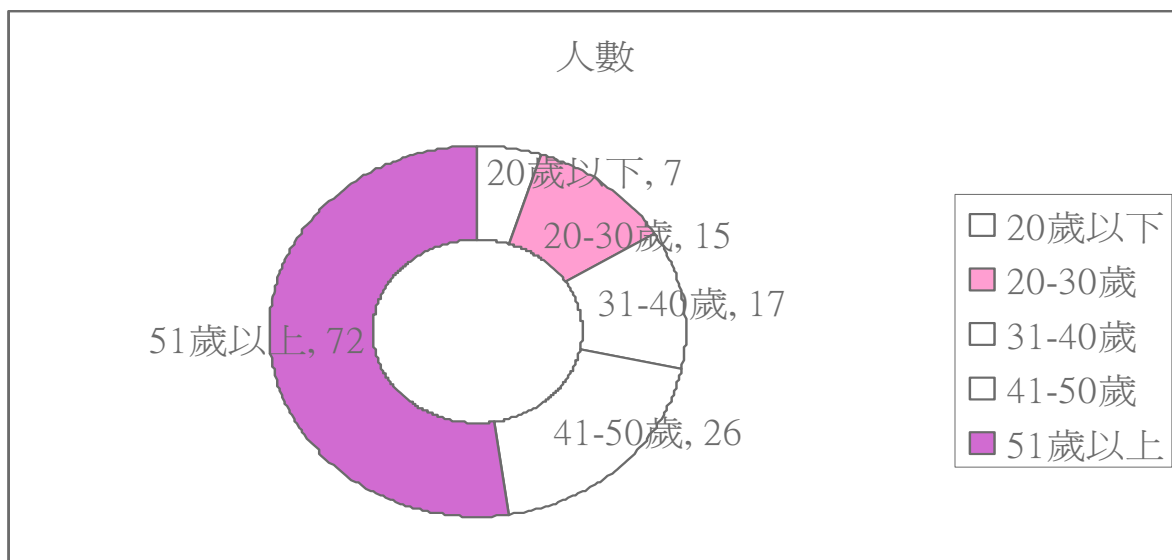


圖 4-2 年齡分佈環圈圖

三、婚姻狀況

針對受測者回收樣本的婚姻狀況進行統計分析，「已婚」結核病人計有 102 人，佔 75% 最高；「離婚」結核病患者計有 18 人，佔 13% 次之；「未婚」結核病患者計有 17 人，佔 12% 最低。由此可得知結核病者已婚者高於未(離)婚者，如圖 4-3 所示。

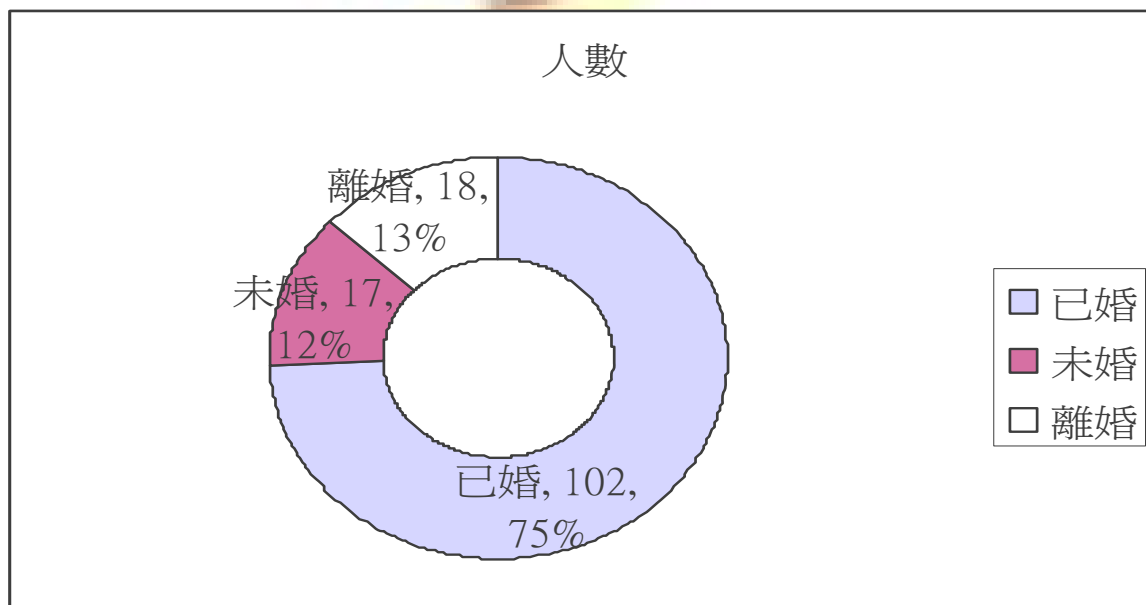


圖 4-3 婚姻狀況分佈環圈圖

四、教育程度

針對受測者回收樣本的教育程度進行統計分析，「國小」結核病人計有 77 人，佔 56% 最高；「國中」結核病患者計有 36 人，佔 26% 次之；「高中職」結核病患者計有 16

人，佔 12%再次之。由此可得知結核病患者教育程度愈低得病愈高，教育程度愈高得病愈低，如圖 4-4 所示。

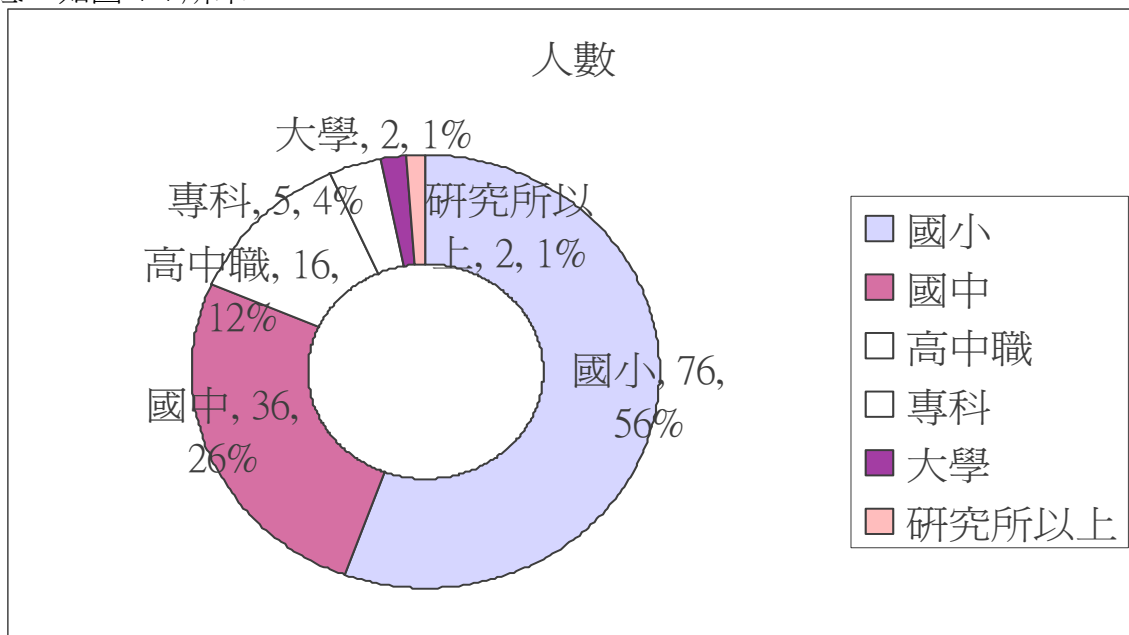


圖 4-4 教育程度分佈環圈圖

五、職業

針對受測者回收樣本的職業進行統計分析，「其他」結核病患者計有 52 人，佔 39 %最高；「農」結核病患者計有 48 人，佔 35%次之；「工」結核病患者計有 17 人，佔 12%再次之。由研究發現可得知其職業大都集中在「其他」及「農」、「工」，佔 86%之多。如圖 4-5 所示。

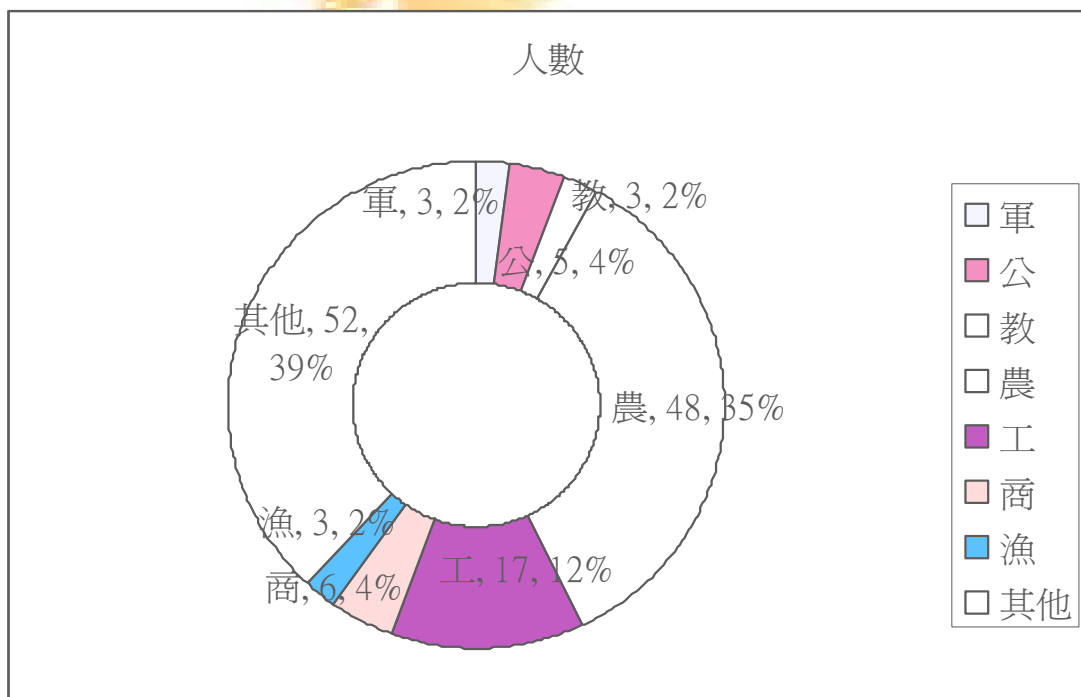


圖 4-5 職業分佈環圈圖

六、月收入

針對受測者回收樣本的月收入進行統計分析，「30000 元以下」結核病患者計有 113 人，佔 83%最高；「30001-50000 元」結核病患者計有 18 人，佔 13%次之；「50001-70000 元」結核病患者計有 6 人，佔 4%再次之。由此可得其月收入愈低得病機率愈高。如圖 4-6 所示。

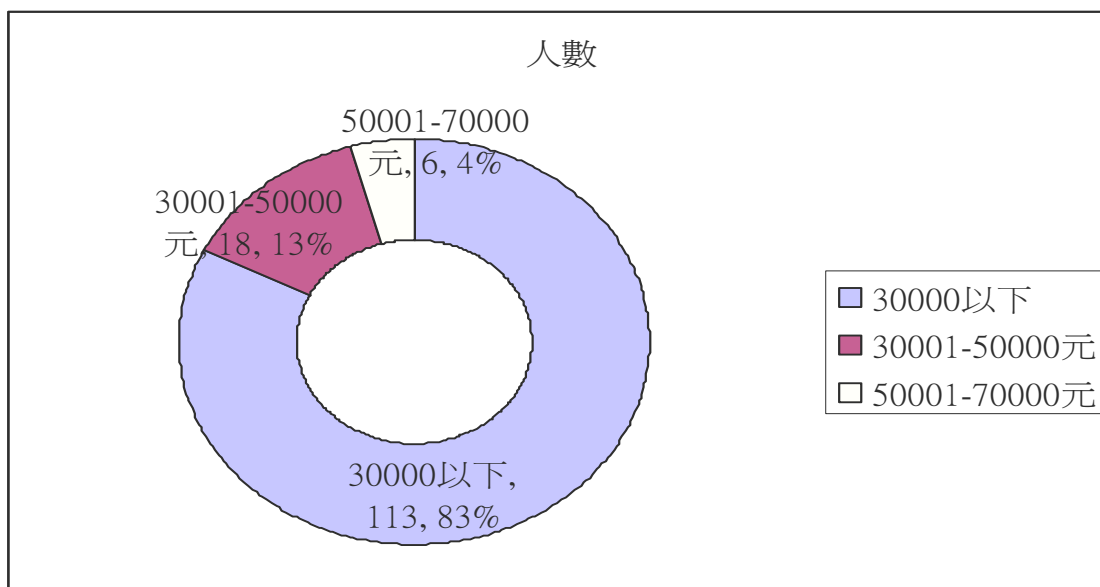


圖 4-6 月收入分佈環圈圖

七、居住地

針對受測者回收樣本的性別進行統計分析，居住「台東縣」結核病患者計有 72 人，佔 53%；居住「台東市」結核病患者計有 65 人，佔 47%。由此可知得到結核病患者居住台東縣較多。如圖 4-7 所示。

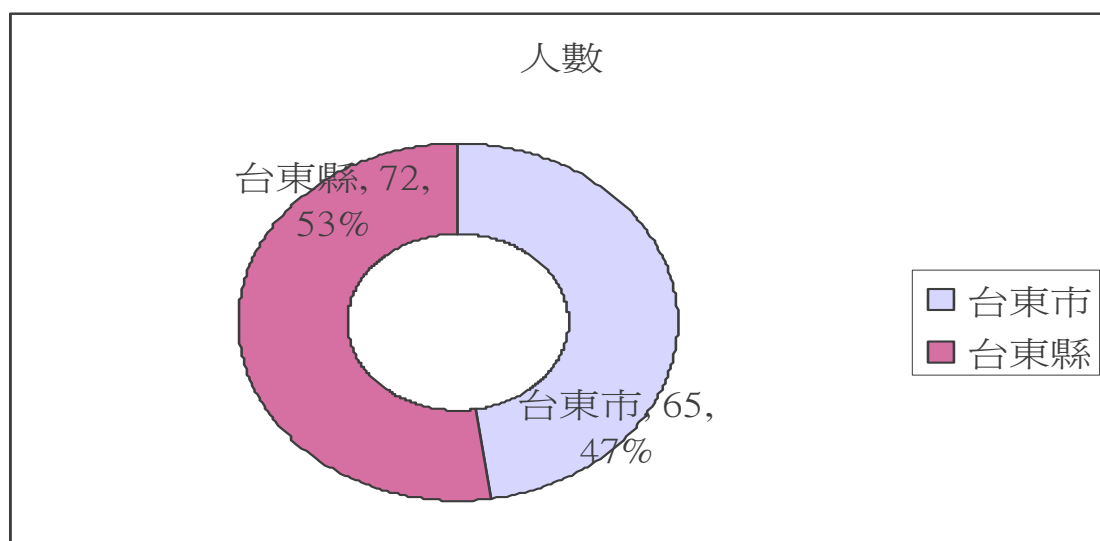


圖 4-7 居住地分佈環圈圖

八、族別

針對受測者回收樣本的族別進行統計分析，「原住民」結核病患者計有 79 人，佔 58%；「非原住民」結核病患者計有 58 人，佔 42%。由此可知得到結核病患者原住民比率高於非原住民。如圖 4-7 所示。

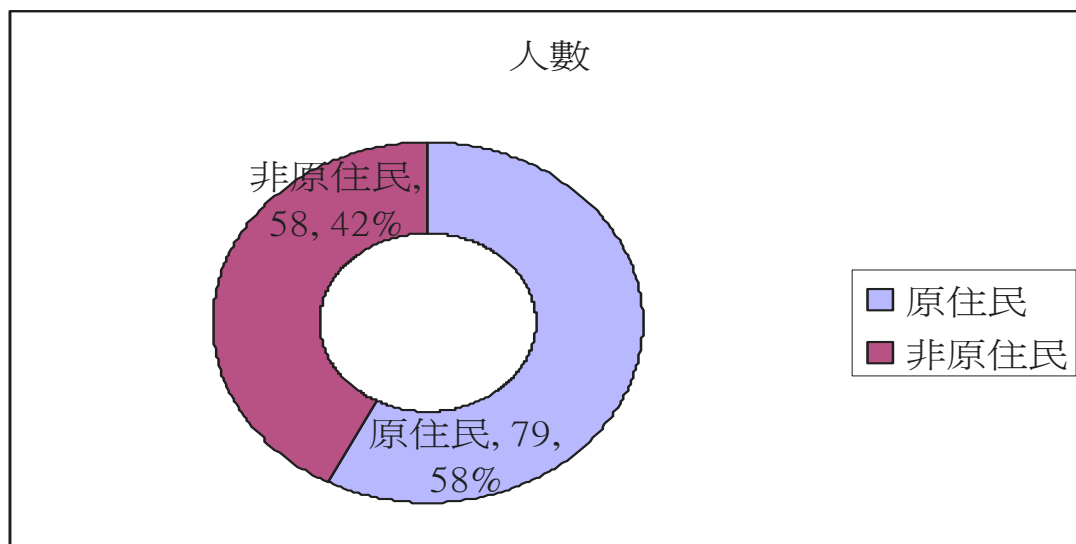


圖 4-8 族別分佈環圈圖

綜合上述資料，將病患個人基本資料彙整如下，如表 4-1 所示。

表 4-1 全體受測樣本基本資料統計表

N=137

基本資料	類別	樣本數	百分比(%)
性別	男	91	66%
	女	46	34%
年齡	20 歲以下	7	5%
	20-30 歲	15	11%
	31-40 歲	17	12%
	41-50 歲	26	19%
	50 歲以上	72	53%
婚姻狀況	已婚	102	75%
	未婚	17	12%
	離婚	18	13%
教育程度	國小	76	56%
	國中	36	26%
	高中(職)	16	12%
	專科	5	4%
	大學	2	1%
	研究所以上	2	1%
職業	軍	3	2%
	公	5	4%
	教	3	2%
	農	48	35%
	工	17	12%
	商	6	5%
	漁	3	2%
	其他	52	38%
月收入	30000 元以下	113	83%
	30001-50000 元	18	13%
	50001-70000 元	6	4%
	70001 元以上	0	0%
居住地	台東市	65	48%
	台東縣	72	52%
族別	原住民	79	58%
	非原住民	58	42%

資料來源：本研究整理

依受測者的性別資料顯示，男性得到結核病的比率比女性高，且教育程度愈低或月收入不高者以及從事農、工者得病率高於一般人；另從年齡上可以發現「50 歲以上」所佔的比例非常高(佔 72%)，年紀愈大其身體的抵抗力就愈差，得到結核病的機會就愈大，因此如何有效防治結核病，亟須想出更新的方針及治療策略。

貳、研究變項描述性統計

研究變項的描述性統計係在描述有效樣本在各構面的次數分配、最大值、最小值、平均數、標準差之分布情形，以獲得台東縣 95 年結核病個案 137 人在各變項中的反應的情形說明如下：

一、結核病患對健康信念感受程度情形分析

(一)意見次數統計

本研究健康信念量表係採用李克特(Likert)五點計分法，將每一題項表示「非常同意」、「同意」、「無意見」、「不同意」及「非常不同意」等次數分配與其所佔之比例加以統計比較分析，藉以清晰瞭解台東縣結核病人對健康信念的知覺情形，茲對健康的認知、疾病治療的認知及自覺健康情形分別說明如下：

1.健康的認知

在健康的認知因素上，計有九個題項，各題項認知感受程度情形意見次數統計表，如表 4-2 所示。從表 4-2 各項統計分析可得知，計有八成六以上結核病人對於「您會在意自己生病或身體健康的問題嗎？」題項感受非常同意的程度最高；而「您認為結核病是一種需要長期治療的疾病嗎？」題項，只有四成八的結核病患同意。

表 4-2 台東縣結核病人對健康的認知感受程度情形意見次數統計表

題項內容	分配次數統計	非常 同意	同意	無意見	不同意	非常 不同意	平均數	標準差
1.您覺得身體的健康是重要的嗎	62 (45%)	55 (40%)	19 (14%)	1 (1%)	0 (0%)		4.3	0.73
2.您認為配合醫師指示服藥就能 治好結核病嗎	27 (20%)	71 (51%)	36 (26%)	2 (2%)	1 (1%)		3.88	0.76
3.您認為結核病是會感染給家人 或別人的嗎	44 (32%)	55 (40%)	34 (25%)	4 (3%)	0 (0%)		4.01	0.83
4.您覺得應該對自己的身體健康 負起責任嗎	70 (51%)	47 (34%)	15 (11%)	5 (4%)	0 (0%)		4.33	0.81
5.您會在意自己生病或身體健康的 問題嗎	72 (53%)	46 (33%)	18 (13%)	1 (1%)	0 (0%)		4.38	0.74
6.您認為結核病是一種需要長期 治療的疾病嗎	18 (13%)	48 (35%)	57 (41%)	12 (9%)	2 (2%)		3.50	0.88
7.您認為別人應該對我得結核病 應負責任嗎	3 (2%)	13 (10%)	20 (15%)	47 (34%)	50 (39%)		2.01	1.06
8.您認為有足夠的資源面對處理 結核病這一件事嗎	3 (2%)	14 (10%)	28 (21%)	60 (44%)	32 (23%)		2.24	1.00
9.您認為自己有能力控制生病的 結果嗎	3 (2%)	37 (27%)	48 (35%)	27 (20%)	22 (16%)		2.80	1.08

資料來源：本研究整理

2.疾病治療的認知

在疾病治療的認知因素上，有十個題項，各題項認知感受程度情形意見次數統計表，如表 4-3 所示，從表 4-3 各項題目之統計分析可得知，結核病人對於治癒不好結核病而不相服藥只有 5%；而對結核病藥物的服用很清楚，不需要別人指導只佔 7%。

表 4-3 台東縣結核病人對疾病治療的認知感受程度情形意見次數統計表

分配次數統計 題項內容	非常 同意	同意	無意見	不同意	非常 不同意	平均數	標準差
10.您認為結核病治不好，所以不想服藥	2 (2%)	4 (3%)	35 (25%)	52 (38%)	44 (32%)	2.04	0.91
11.您知道得到結核病的原因	1 (1%)	16 (12%)	60 (44%)	50 (36%)	10 (7%)	2.62	0.81
12.您瞭解結核病的傳染途徑方式	2 (2%)	19 (14%)	62 (45%)	45 (33%)	9 (6%)	2.71	0.84
13.您知道結核病的治療需要多久時間	0 (0%)	12 (9%)	61 (45%)	50 (36%)	14 (10%)	2.52	0.80
14.您知道結核病如未按時服藥，會產生抗藥性問題	2 (2%)	19 (14%)	51 (37%)	50 (36%)	15 (11%)	2.58	0.91
15.您對結核病藥物的服用很清楚，不需要別人指導	1 (1%)	8 (6%)	15 (11%)	54 (39%)	59 (43%)	1.82	0.90
16.您都有依治療規定定期回醫院複查	3 (2%)	44 (32%)	68 (50%)	16 (12%)	6 (4%)	3.16	0.82
17.您每次至醫院看病時都帶「結核病就診手冊」	4 (3%)	44 (32%)	48 (35%)	31 (23%)	10 (7%)	3.01	0.98
18.您都能每次依照醫師的處方按時服用藥物	5 (4%)	46 (34%)	63 (46%)	17 (12%)	6 (4%)	3.20	0.86
19.您知道服用結核病藥物有那些副作用	6 (4%)	37 (27%)	57 (42%)	33 (24%)	4 (3%)	3.20	0.90

資料來源：本研究整理

3.自覺健康情形

在自覺健康情形因素上，有九個題項，各題項認知感受程度情形意見次數統計

表，如表 4-4 所示，從表 4-4 各項題目統計分析可得知，有近七成的結核病人「認為能治療好結核病應該歸功於家人的照料」；而「認為能治療好結核病應該歸功於自己的努力」只有三成左右。

表 4-4 台東縣結核病人對自覺健康情形認知感受程度情形意見次數統計表

分配次數統計 題項內容	非常 同意	同意	無意見	不同意	非常 不同意	平均數	標準差
20.您認為能治療好結核病應該歸功於自己的努力	5 (4%)	37 (27%)	76 (55%)	17 (12%)	2 (2%)	3.19	0.75
21.您認為能治療好結核病應該歸功於專業人員努力	26 (19%)	55 (40%)	46 (33%)	9 (7%)	1 (1%)	3.70	0.88
22.您認為能治療好結核病應該歸功於家人的照料	35 (26%)	59 (43%)	34 (25%)	6 (4%)	3 (2%)	3.85	0.93
23.您在生活壓力大時仍會按時服藥	12 (9%)	46 (34%)	55 (40%)	20 (15%)	4 (3%)	3.31	0.93
24.您在出外時仍然會記得按時服藥	10 (7%)	50 (37%)	49 (36%)	22 (16%)	6 (4%)	3.26	0.96
25.您如果沒有覺得不舒服的症狀下仍會按時服藥	8 (6%)	52 (38%)	54 (39%)	16 (12%)	7 (5%)	3.28	0.93
26.您無論如何困難都會依預約時間回醫院複診	8 (6%)	47 (34%)	55 (40%)	19 (14%)	8 (6%)	3.20	0.96
27.您對藥物有副作用引起輕微不舒服時仍會按時服藥	8 (6%)	63 (46%)	42 (30%)	16 (12%)	8 (6%)	3.34	0.97
28.您能完成此次治療結核病的全部療程	20 (15%)	52 (38%)	43 (31%)	15 (11%)	7 (5%)	3.46	1.04

資料來源：本研究整理

(二) 平均數比較

從健康信念各項因素平均數比率中，可以得知各因素的得分情形，進而了解各因素認知的強度，如表 4-5 所示，其中以健康的認知得分最高占 76.69%；其次為自覺健

康的情形占 71.11%；而疾病治療的認知最低占 63.59%。

表 4-5 台東縣結核病人對健康信念量表各因素認知得分情形統計表

因 素	最小值	最大值	平均數	標準差	平 均 數 比 例	排 序
健康的認知	22	41	31.4453	4.5502	76.69%	1
疾病治療的認知	10	42	26.7080	6.2038	63.59%	3
自覺健康情形	9	43	30.5985	6.9117	71.11%	2

註：平均數比率＝平均數／最大值

資料來源：本研究整理

二、結核病患對服藥順從性之認知程度分析

(一)意見次數統計

本研究服藥順從性量表係採李克特(Likert)五點計分法，將每一題項表示「非常滿意」、「滿意」、「無意見」、「不滿意」及「非常不滿意」等次數分配與其所佔之比例加以統計比較分析，藉以瞭解台東縣結核病人對服藥順從性認知情形。茲對專業人員服務態度、家庭支持系統及醫療滿意度等三方面加以說明：

1.專業人員服務態度

在專業人員服務態度因素上，有八個題項，各題項認知感受程度情形意見次數統計表，如表 4-6 所示，從表 4-6 中之各項題目統計分析可得知，有近八成的結核病患「對護士或關懷員的服務態度」，感到滿意；而「護士或關懷員對藥物副作用的說明」及「護士或關懷員對服藥須知的說明」只有四成左右感到滿意。

表 4-6 台東縣結核病人對專業人員服務態度認知感受程度情形意見次數統計表

分配次數統計 題項內容	非常 滿意	滿意	無意見	不滿意	非常 不滿意	平均數	標準差
1. 護士或關懷員在治療期間都能依規定前往訪視	20 (15%)	69 (50%)	43 (31%)	3 (2%)	2 (2%)	3.74	0.79
2. 不是護士或關懷員前往訪視服務您感到	18 (13%)	67 (49%)	40 (29%)	11 (8%)	1 (1%)	3.66	0.84
3. 對護士或關懷員的服務態度您感到	26 (19%)	82 (60%)	24 (17%)	4 (3%)	1 (1%)	3.93	0.74
4. 護士或關懷員提供生活起居注意事項說明感到	31 (23%)	68 (49%)	34 (25%)	4 (3%)	0 (0%)	3.92	0.77
5. 護士或關懷員對藥物副作用的說明您感到	8 (6%)	49 (35%)	55 (40%)	23 (17%)	2 (2%)	3.28	0.86
6. 護士或關懷員對服藥須知的說明您感到	7 (5%)	50 (36%)	56 (41%)	21 (15%)	3 (2%)	3.27	0.86
7. 整個結核病治療過程中關懷的程度您感到	31 (22%)	64 (47%)	34 (25%)	7 (5%)	1 (1%)	3.85	0.85
8. 您對護士或關懷員對治療結核病的幫助感到	54 (39%)	47 (34%)	26 (19%)	9 (7%)	1 (1%)	4.05	0.96

資料來源：本研究整理

2.家庭支持系統

在家庭支持系統因素上，有八個題項，各題項認知感受程度情形意見次數統計表，如表 4-7 所示，從表 4-7 各項題目之統計分析可得知，「家人支持您對結核病治療所做的決定」感到滿意的有六成六最高；而「對生病後家人和您從事一些活動(例如逛街、運動等)使您不去想目前困境的情形」只有不到四成的病患感到滿意。

表 4-7 台東縣結核病人對家庭支持系統認知感受程度情形意見次數統計表

分配次數統計 題項內容	非 滿	常 意	滿意	無意見	不滿意	非 不 滿 意	常 不 滿 意	平均數	標準差
9. 您訴說個人結核病感覺及情緒對家人傾聽的意願感到	14 (10%)		47 (34%)	65 (48%)	10 (7%)	1 (1%)		3.46	0.80
10. 您對提起精神持續接受治療得到家人激勵程度感到	15 (11%)		63 (46%)	49 (35%)	8 (6%)	2 (2%)		3.59	0.82
11. 家人支持您對結核病治療所做的決定您感到	18 (13%)		73 (53%)	36 (26%)	7 (5%)	3 (2%)		3.70	0.84
12. 對家人主動提醒您定期至醫院複診情形感到	25 (18%)		58 (42%)	41 (30%)	7 (5%)	6 (4%)		3.65	0.98
13. 對親朋好友主動關心您健康狀況的程度感到	27 (20%)		58 (42%)	35 (25%)	8 (6%)	9 (7%)		3.63	1.07
14. 對生病後家人和您從事一些活動(例如逛街、運動等)使您不去想目前困境的情形感到	10 (7%)		41 (30%)	42 (31%)	26 (19%)	18 (13%)		2.99	1.15
15. 對家人提供結核病治療的問題及建議感到	26 (19%)		43 (31%)	44 (32%)	17 (12%)	7 (5%)		3.47	1.09
16. 對於您健康狀況有進步時家人稱讚及鼓勵程度感到	37 (27%)		52 (38%)	31 (23%)	13 (10%)	4 (3%)		3.77	1.05

資料來源：本研究整理

3. 醫療滿意度

在醫療滿意度因素上，有八個題項，各題項認知感受程度情形意見次數統計表，如表 4-8 所示，從表 4-8 各項題目之統計分析可得知，結核病人對「對醫療人員的服務態度」有八成三感到滿意；對「對台東縣就醫交通方便性」有三成四感到不滿意。

表 4-8 台東縣結核病人對醫療滿意度感受程度情形意見次數統計表

分配次數統計 題項內容	非常滿意	滿意	無意見	不滿意	非常不滿意	平均數	標準差
17.對醫療人員的治療效果	36 (26%)	63 (46%)	30 (22%)	6 (4%)	2 (2%)	3.91	0.89
18.對醫療人員的服務態度	42 (31%)	71 (52%)	16 (12%)	5 (4%)	3 (2%)	4.05	0.88
19.醫師或護理人員對用藥的解說	27 (20%)	64 (47%)	37 (27%)	6 (4%)	3 (2%)	3.77	0.89
20.醫師或護理人員對您的隱私尊重	15 (11%)	41 (30%)	55 (40%)	18 (13%)	8 (6%)	3.27	1.02
21.對醫師的病情解說內容	13 (10%)	71 (51%)	35 (25%)	13 (10%)	5 (4%)	3.54	0.92
22.醫療單位提供就醫及諮詢方便性	10 (7%)	42 (32%)	61 (44%)	18 (13%)	6 (4%)	3.23	0.93
23.對台東縣就醫交通方便性	11 (8%)	17 (12%)	63 (46%)	39 (29%)	7 (5%)	2.90	0.96
24.對整體就醫服務及滿意度感到	38 (28%)	52 (38%)	35 (26%)	6 (4%)	6 (4%)	3.80	1.03

資料來源：本研究整理

(二) 平均數比較

從服藥順從性各項因素平均數比率中，可以得知各因素的得分情形，以了解各因素認知的強度，如表 4-9 所示，其中以專業人員服務態度的認知得分最高 76.17%；其次為醫療滿意度 74.95%；而家庭支持系統的認知最低 72.45%。

表 4-9 台東縣結核病人對服藥順從性量表各因素認知得分情形統計表

因 素	最 小 值	最 大 值	平 均 數	標 準 差	平 均 數 比	排 序
專業人員服務態度	13	39	29.7080	5.3566	76.17%	1
家庭支持系統	9	39	28.2555	6.4660	72.45%	3
醫療滿意度	9	38	28.4818	5.9534	74.95%	2

註：平均數比率＝平均數／最大值

資料來源：本研究整理

第二節 病人基本資料對健康信念之差異分析

本節是探討肺結核病患對健康信念各因素知覺差異情形，主要是以獨立樣本 t 檢定及單因子變異數分析(One Way ANOVA)來探究其個人背景變項在健康信念上之差異情形。在性別、居住地及族別等項目上，以獨立樣本 t 檢定加以分析；而年齡、婚姻狀況、教育程度、職業及月收入等項目，則以單因子變異數分析進行各構面的檢定，若 p 值達顯著水準 ($p < 0.05$) 時，再以事後檢驗(Post Hoc Tests) 之最小顯著差異法(Least Significant Different; LSD)進一步檢定那幾組之差異達顯著水準，並就其組別之間做差異性之比較分析。

壹、性別

一、研究假設

H_0 ：不同性別的結核病人對健康信念無顯著差異存在。

二、獨立樣本 t 檢定

以 t 檢定檢驗是否有顯著的差異存在，其獨立樣本 t 檢定結果如表 4-10 所示。

表 4-10 不同性別的結核病人對健康信念各因素之 t 檢定結果

因素 \ 分析項目	性別	樣本數	平均數	標準差	p 值
健康的認知	1.男	91	31.6044	4.4644	0.575
	2.女	46	31.1304	4.7498	
疾病治療的認知	1.男	91	26.6703	6.5592	0.916
	2.女	46	26.7826	5.5012	
自覺健康情形	1.男	91	30.3297	7.3817	0.494
	2.女	46	31.1304	5.9127	

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-10 中可以得知不同性別的結核病人在健康信念各因素中的 p 值均大於 α 值 ($=0.05$)，故應接受虛無假設 H_0 ：顯示不同男女性別的病患對健康信念各因素之知覺程度無顯著差異存在。

(二)在「健康認知」的因素上，男性的平均數大於女性外，其他二個因素的平均數皆

是女性高於男性。顯示在「疾病治療的認知」與「自覺健康情形」這二個因素感受到的知覺程度較男性為高。

貳、年齡

一、研究假設

Ho：不同年齡的結核病人對健康信念無顯著差異存在。

二、單因子變異數分析

以單因子變異數分析法檢驗不同年齡層的結核病人是否會對健康信念各因素有顯著的差異，如有顯著的差異情形存在，再以事後比較考驗之最小顯著差異法 LSD 作進一步檢定，以瞭解其顯著差異之年齡組別，其結果如表 4-11 所示。

表 4-11 不同年齡的結核病人對健康信念各因素之單因子變異數分析結果

分析項目 因素	年齡	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	LSD
健康的認知	1.20 歲以下	7	30.7143	4.1918	1.712	** 0.005	2 > 5
	2.20-30 歲	15	34.0000	4.7809			
	3.31-40 歲	17	31.7647	5.3330			
	4.41-50 歲	26	31.8077	3.8473			
	5.50 歲以上	72	30.7778	4.4823			
疾病治療的認知	1.20 歲以下	7	24.7143	4.9905	1.430	0.227	
	2.20-30 歲	15	28.4000	4.1196			
	3.31-40 歲	17	29.2941	6.8444			
	4.41-50 歲	26	25.9231	5.5636			
	5.50 歲以上	72	26.2222	6.6146			
自覺健康情形	1.20 歲以下	7	33.1429	7.1514	1.034	0.392	
	2.20-30 歲	15	33.1333	7.0899			
	3.31-40 歲	17	31.2353	7.3530			
	4.41-50 歲	26	30.2308	7.7836			
	5.50 歲以上	72	29.8056	6.4012			

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-11 中得知，不同年齡的結核病人在健康信念中「健康的認知」的的 p 值均小於 α 值(=0.05)，故應拒絕虛無假設，顯示不同年齡層的病人對「健康的認知」因素上有顯著差異，再以事後比較考驗之 LSD 方法，作進一步檢定健康信念中之「健康的認知」因素，其結果顯示如下：「20-30 歲」組對「50 歲以上」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 3.2222，顯示「20-30 歲」結核病人比「50 歲以上」組之結核病人的健康認知知覺程度高。

(二)其餘在健康信念因素中「疾病治療的認知」與「自覺健康情形」的 p 值均大於 α 值(=0.05)，故應接受虛無假設 H_0 ：顯示不同年齡層的病人對健康信念以上二個因素之知覺程度無顯著的差異存在。

參、婚姻狀況

一、研究假設

H_0 ：不同婚姻狀況的結核病人對健康信念無顯著差異存在。

二、單因子變異數分析

以單因子變異數分析法檢驗不同婚姻狀況的結核病人是否會對健康信念各因素有顯著的差異，如有顯著的差異情形存在，再以事後比較考驗之最小顯著差異法 LSD 作進一步檢定，以瞭解其顯著差異之不同婚姻狀況組別。其結果如表 4-12 所示。

表 4-12 不同婚姻狀況的結核病人對健康信念各因素之單因子變異數分析結果

分析項目 因素	婚姻狀況	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	LSD
健 康 的 認 知	1.已 婚	102	31.2255	4.4719	1.322	0.270	
	2.未 婚	17	33.1176	4.0293			
	3.離 婚	18	31.1111	5.3235			
疾 病 治 療 的 認 知	1.已 婚	102	26.9216	6.6833	0.297	0.744	
	2.未 婚	17	26.4706	5.0636			
	3.離 婚	18	25.7222	4.1275			
自 覺 健 康 情 形	1.已 婚	102	30.8039	6.7370	1.333	0.267	
	2.未 婚	17	31.8235	8.3982			
	3.離 婚	18	28.2778	6.2196			

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-12 中可以得知不同婚姻況的結核病人在健康信念各因素中「健康的認知」、「疾病治療的認知」與「自覺健康情形」的 p 值均大於 α 值($=0.05$)，故應接受虛無假設 H_0 ：顯示不同婚姻狀況的病人對健康信念各因素之知覺程度無顯著的差異存在。

肆、教育程度

一、研究假設

H_0 ：不同教育程度的結核病人對健康信念無顯著差異存在。

二、單因子變異數分析

以單因子變異數分析法檢驗不同教育程度的結核病人是否會對健康信念各因素有顯著的差異，如有顯著的差異情形存在，再以事後比較考驗之最小顯著差異法 LSD 作進一步檢定，以瞭解其顯著差異之教育程度組別。其結果如表 4-13 所示。

表 4-13 不同教育程度的結核病人對健康信念各因素之單因子變異數分析結果

分析項目 因素	教育程度	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	LSD
健康的認知	1.國小	76	30.7105	4.5013	2.815	** 0.019	3 > 1 4 > 1 4 > 2
	2.國中	36	31.2500	4.5253			
	3.高中(職)	16	33.7500	4.0083			
	4.專科	5	36.8000	1.6432			
	5.大學	2	30.5000	2.1213			
	6.研究所	2	32.0000	7.0711			
疾病治療 的認知	1.國小	76	25.3816	6.5726	4.737	** 0.001	3 > 1 4 > 1 5 > 1 6 > 1 4 > 2 5 > 2 6 > 2
	2.國中	36	26.4167	4.8953			
	3.高中(職)	16	29.3125	3.3009			
	4.專科	5	33.2000	3.4205			
	5.大學	2	36.0000	8.4853			
	6.研究所	2	36.0000	8.4853			

表 4-13 不同教育程度的結核病人對健康信念各因素之單因子變異數分析結果（續）

因素 \ 分析項目	教育程度	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	LSD
自覺健康情形	1.國小	76	29.1974	6.7568	3.110	** 0.001	3 > 1 4 > 1 4 > 2 5 > 4
	2.國中	36	31.4722	7.0040			
	3.高中(職)	16	32.9375	6.2553			
	4.專科	5	39.6000	2.3022			
	5.大學	2	27.5000	4.2426			
	6.研究所	2	30.0000	4.2426			

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-13 中可以得知不同教育程度的結核病人在健康信念各因素中「健康的認知」、「疾病治療的認知」與「自覺健康情形」的 p 值均小於 α 值($=0.05$)，故應拒絕虛無假設 H_0 ：顯示不同教育程度的病人對健康信念「健康的認知」、「疾病治療的認知」與「自覺健康情形」因素之知覺程度有著的差異存在。

(二)以事後比較考驗之 LSD 方法，進行事後比較檢定，其結果顯示如下：

1. 「健康的認知」

- (1)「高中(職)」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 3.035，顯示「高中(職)」組結核病人比「國小」組結核病人在健康的認知知覺程度較高。
- (2)「專科」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 6.085，顯示「專科」組結核病人比「國小」組結核病人在健康的認知知覺程度較高。
- (3)「專科」組對「國中」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 5.550，顯示「專科」組結核病人比「國中」組結核病人在健康的認知知覺程度較高。

2. 「疾病治療的認知」

- (1)「高中(職)」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 3.9309，顯示「高中(職)」組結核病人比「國小」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。
- (2)「專科」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 7.8184，

顯示「專科」組結核病人比「國小」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。

- (3)「大學」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 9.5833，顯示「大學」組結核病人比「國小」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。
- (4)「研究所以以上」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 10.6184，顯示「研究所以以上」組結核病人比「國小」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。
- (5)「專科」組對「國中」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 6.7833，顯示「專科」組結核病人比「國中」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。
- (6)「大學」組對「國中」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 9.5833，顯示「大學」組結核病人比「國中」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。
- (7)「研究所以以上」組對「國中」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 9.5833，顯示「研究所以以上」組結核病人比「國中」組結核病患在疾病治療的認知知覺程度較高。

3.「自覺健康的情形」

- (1)「高中(職)」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 3.7401，顯示「高中(職)」組結核病人比「國小」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。
- (2)「專科」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 10.4026，顯示「專科」組結核病人比「國小」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。
- (3)「專科」組對「國中」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 8.1278，顯示「專科」組結核病人比「國中」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。
- (4)「專科」組對「大學」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 12.1000，顯示「專科」組結核病人比「大學」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。

伍、職業

一、研究假設

H_0 ：不同職業的結核病人對健康信念無顯著差異存在。

二、單因子變異數分析

以單因子變異數分析法檢驗不同職業的結核病人是否會對健康信念各因素有顯著

的差異，如有顯著的差異情形存在，再以事後比較考驗之最小顯著差異法 LSD 作進一步檢定，以瞭解其顯著差異之職業組別，其結果如表 4-14 所示。

表 4-14 不同職業的結核病人對健康信念各因素之單因子變異數分析結果

因素 \ 分析項目	職業	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	LSD
健康的認知	1.軍	3	37.6667	0.5774	1.939	** 0.005	1 > 4 1 > 5 1 > 7 1 > 8 3 > 4 3 > 5 3 > 7 3 > 8
	2.公	5	32.8000	3.3466			
	3.教	3	37.0000	1.7321			
	4.農	48	31.2083	4.7083			
	5.工	17	30.4118	5.1242			
	6.商	6	32.8333	3.6560			
	7.漁	3	29.3333	4.6188			
	8.其他	52	31.1538	4.2583			
疾病的治療認知	1.軍	3	30.3333	3.5119	2.270	* 0.033	2 > 4 2 > 5 2 > 7 2 > 8 3 > 5 3 > 7 6 > 5 6 > 7
	2.公	5	32.4000	4.0373			
	3.教	3	32.0000	1.7321			
	4.農	48	26.3333	6.5860			
	5.工	17	24.0588	5.4368			
	6.商	6	30.5000	2.3452			
	7.漁	3	21.6667	6.0277			
	8.其他	52	26.7115	6.1877			
自覺健康情形	1.軍	3	36.3333	5.8595	3.124	** 0.004	1 > 5 2 > 4 2 > 5 2 > 7 2 > 8 3 > 4 3 > 7 4 > 6 3 > 5 6 > 5
	2.公	5	39.0000	4.3012			
	3.教	3	37.6667	0.5774			
	4.農	48	29.4167	6.4999			
	5.工	17	28.1765	8.7766			
	6.商	6	35.3333	3.5024			
	7.漁	3	27.0000	5.0000			
	8.其他	52	30.5962	6.3901			

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-14 中可以得知不同職業的結核病患在健康信念各因素中「健康的認知」、「疾病治療的認知」與「自覺健康情形」的 p 值均小於 α 值($=0.05$)，故應拒絕虛無假設 H_0 ：顯示不同職業的病人對健康信念這以上「健康的認知」、「疾病治療的認知」與「自覺健康情形」因素之知覺程度有顯著的差異存在。

(二)以事後比較考驗之 LSD 方法，進行事後比較檢定，其結果顯示如下：

1. 「健康的認知」

- (1)「軍」組對「農」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 6.4584，顯示「軍」組結核病患比「農」組結核病人在健康的認知知覺程度較高。
- (2)「軍」組對「工」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 7.2549，顯示「軍」組結核病人比「工」組結核病人在健康的認知知覺程度較高。
- (3)「軍」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 8.3334，顯示「軍」組結核病患比「漁」組結核病人在健康的認知知覺程度較高。
- (4)「軍」組對「其他」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 6.5129，顯示「軍」組結核病人比「其他」組結核病人在健康的認知知覺程度較高。
- (5)「教」組對「農」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 5.7917，顯示「教」組結核病患比「農」組結核病人在健康的認知知覺程度較高。
- (6)「教」組對「工」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 6.5882，顯示「教」組結核病患比「工」組結核病人在健康的認知知覺程度較高。
- (7)「教」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 7.6667，顯示「教」組結核病患比「漁」組結核病人在健康的認知知覺程度較高。
- (8)「教」組對「其他」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 5.8462，顯示「教」組結核病人比對「其他」組結核病人在健康的認知知覺程度較高。

2. 「疾病治療的認知」

- (1)「公」組對「農」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 6.0667，顯示「公」組結核病人比「農」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。
- (2)「公」組對「工」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 8.3412，顯示「公」組結核病人比「工」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。
- (3)「公」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 10.73333，顯示「公」組結核病人比「漁」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。
- (4)「公」組對「其他」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 5.6885，顯

示「公」組結核病人比「其他」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。

(5)「教」組對「工」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 7.9412，顯示「教」組結核病人比「工」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。

(6)「教」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 10.3333，顯示「教」組結核病人比「漁」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。

(7)「商」組對「工」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 6.4412，顯示「商」組結核病人比「工」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。

(8)「商」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 8.8333，顯示「商」組結核病人比「漁」組結核病人在疾病治療的認知知覺程度較高。

3.「自覺健康情形」

(1)「軍」組對「工」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 8.1568，顯示「軍」組結核病人比「工」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。

(2)「公」組對「農」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 9.5833，顯示「公」組結核病人比「農」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。

(3)「公」組對「工」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 10.8235，顯示「公」組結核病人比「工」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。

(4)「公」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 12.0000，顯示「公」組結核病人比「漁」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。

(5)「公」組對「其他」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 8.4038，顯示「公」組結核病人比「其他」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。

(6)「教」組對「農」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 8.2500，顯示「教」組結核病人比「農」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。

(7)「教」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 10.6667，顯示「教」組結核病人比「漁」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。

(8)「教」組對「工」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 9.4902，顯示「教」組結核病人比「工」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。

(9)「商」組對「農」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 5.9166，顯示「商」組結核病患比「農」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。

(10)「商」組對「工」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 7.1568，顯示「商」組結核病人比「工」組結核病人在自覺健康情形知覺程度較高。

陸、月收入

一、研究假設

Ho：不同月收入的結核病人對健康信念無顯著差異存在。

二、單因子變異數分析

以單因子變異數分析法檢驗不同月收入的結核病人是否會對健康信念各因素有顯著的差異，如有顯著的差異情形存在，再以事後比較考驗之最小顯著差異法 LSD 作進一步檢定，以瞭解其顯著差異之月收入組別，其結果如表 4-15 所示。

表 4-15 不同月收入的結核病人對健康信念各因素之單因子變異數分析結果

因素 \ 分析項目	月收入	樣本數	平均數	標準差	F 值	P 值	LSD
健康的認知	1.30000 元以下	113	30.9735	4.5187	3.889	* 0.023	2 > 1
	2.30001-50000 元	18	34.0556	4.3854			
	3.50001-70000 元	6	32.5000	3.0822			
疾病治療的認知	1.30000 元以下	113	26.0265	6.4135	4.107	** 0.019	2 > 1
	2.30001-50000 元	18	29.7222	3.6268			
	3.50001-70000 元	6	30.5000	4.5056			
自覺健康情形	1.30000 元以下	113	30.2124	6.6875	1.055	0.351	
	2.30001-50000 元	18	32.1667	8.1764			
	3.50001-70000 元	6	33.1667	7.0828			

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-15 中可以得知不同月收入的結核病人在健康信念各因素中「健康的認知」、「疾病治療的認知」的 p 值均小於 α 值($=0.05$)，故應拒絕虛無假設 Ho：顯示不同月收入的病人對健康信念之「健康的認知」、「疾病治療的認知」知覺程

度有顯著的差異存在。。

(二)在健康信念中的「健康的認知」及「自覺健康的情形」二個因素，則有顯著的差異存在，再以事後比較考驗之 LSD 方法，作進一步檢定健康信念中「健康的認知」及「自覺健康的情形」因素，其結果顯示如下：

1. 「健康的認知」

「30001-50000 元」組對「30000 元以下」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 3.0821，顯示「30001-50000 元」結核病患比「30000 元以下」組之結核病人的健康認知知覺程度高。

2. 「自覺健康情形」

「30001-50000 元」組對「30000 元以下」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 3.6957，顯示「30001-50000 元」結核病患比「30000 元以下」組之結核病人的自覺健康情形知覺程度高。

(三)其餘在健康信念「自覺健康情形」因素的 p 值均大於 α 值($=0.05$)，故應接受虛無假設 H_0 ：顯示不同月收入的病人對健康信念「自覺健康情形」構面之知覺程度無顯著的差異存在。

柒、居住地

一、研究假設

H_0 ：不同居住地的結核病人對健康信念無顯著的差異存在。

二、獨立樣本 t 檢定

以 t 檢定檢驗是否有顯著的差異存在，其獨立樣本 t 檢定結果如表 4-16 所示。

表 4-16 不同居住地的結核病人對健康信念各因素之 t 檢定結果

因素 \ 分析項目	居住地	樣本數	平均數	標準差	P 值
健康的認知	1.台東市	65	32.8462	3.9458	** 0.001
	2.台東縣	71	30.1972	4.7438	
疾病治療的認知	1.台東市	65	28.0000	5.5283	* 0.023
	2.台東縣	71	25.6056	6.6019	
自覺健康情形	1.台東市	65	32.6308	6.6628	** 0.001
	2.台東縣	71	28.7465	6.7012	

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

- (一)從表 4-16 中可以得知不同居住地的結核病人在健康信念各因素中的 p 值均小於 α 值($=0.05$)，故應拒絕虛無假設 H_0 ：顯示不同居住地的病人對健康信念各因素之知覺程度有顯著的差異存在。
- (二)在「健康信念」各因素上，居住地在台東市的平均數大於居住地在台東縣的病患。顯示在「健康的認知」、「疾病治療的認知」與「自覺健康情形」因素感受到的知覺程度較台東縣為高。

捌、族別

一、研究假設

H_0 ：不同族別的結核病人對健康信念無顯著差異存在。

二、獨立樣本 t 檢定

以 t 檢定檢驗是否有顯著的差異存在，其獨立樣本 t 檢定結果如表 4-17 所示。

表 4-17 不同族別的結核病人對健康信念各因素之 t 檢定結果

因素 \ 分析項目	族別	樣本數	平均數	標準差	P 值
健康的認知	1.原住民	79	30.7848	4.4540	* 0.048
	2.非原住民	58	32.3448	4.5636	
疾病治療的認知	1.原住民	79	25.5696	5.8828	* 0.013
	2.非原住民	58	28.2586	6.3427	
自覺健康情形	1.原住民	79	30.1266	6.4696	0.364
	2.非原住民	58	31.2414	7.4817	

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-17 可以得知不同族別的結核病人在健康信念二個因素中「健康的認知」及「疾病治療的認知」的 p 值均小於 α 值($=0.05$)，故應拒絕虛無假設 H_0 ：顯示不同族別的病人對健康信念以上「健康的認知」及「疾病治療的認知」因素之知覺程度有顯著的差異存在。

小結

從上述研究結果可以得知，結核病人基本資料「教育程度」、「職業」、「月收入」、「居住地」及「族別」等，對「健康信念」各因素中，均達顯著性($p < 0.05$)。故應拒絕虛無假設 H_0 ：(即虛無假設不成立)，表示教育程度愈高者、職業屬軍、公、教者、月收入較高者或非原住民及居住在台東市者，對健康信念知覺感受愈高。

第三節 病人基本資料對服藥順從性之差異分析

本節是探討病人基本資料對服藥順從性各因素知覺差異情形，主要是以獨立樣本 t 檢定及單因子變異數分析(One Way ANOVA)來探究其個人背景變項在健康信念上之差異情形。在性別、居住地及族別等項目上，以獨立樣本 t 檢定加以分析；而年齡、婚姻狀況、教育程度、職業及月收入等項目，則以單因子變異數分析進行各構面的檢定，若 p 值達顯著水準時，再以事後檢驗(Post Hoc Tests) 之最小顯著差異法(Least Significant Difference; LSD) 進一步檢定那幾組之差異達顯著水準，並就其組別之間做差異性之比較分析。

壹、性別

一、研究假設

H_0 ：不同性別的結核病人對服藥順從性無顯著差異存在。

二、獨立樣本 t 檢定

以 t 檢定檢驗是否有顯著的差異存在，其獨立樣本 t 檢定結果如表 4-18 所示。

表 4-18 不同性別的結核病人對服藥順從性各因素之 t 檢定結果

因素 \ 分析項目	性別	樣本數	平均數	標準差	p 值
專業人員服務態度	1.男	91	29.8571	5.4804	0.642
	2.女	46	29.4130	5.1492	
家庭支持系統	1.男	91	20.2637	5.2849	0.937
	2.女	46	20.1957	4.5049	
醫療滿意度	1.男	91	28.3297	6.1717	0.665
	2.女	46	28.7826	5.5494	

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-18 中可以得知不同性別的結核病人在服藥順從性各因素 中的 p 值 均大於 α 值($=0.05$)，故應接受虛無假設 H_0 ：顯示不同男女性別的病患對服藥順從性各因素之知覺程度無顯著的差異存在。

貳、年齡

一、研究假設

Ho：不同年齡結核病人對服藥順從性無顯著差異存在。

二、單因子變異數分析

以單因子變異數分析法檢驗不同年齡層的結核病人是否會對服藥順從性各因素有顯著的差異，如有顯著的差異情形存在，再以事後比較考驗之最小顯著差異法 LSD 作進一步檢定，以瞭解其顯著差異之年齡組別。其結果如表 4-19 所示。

表 4-19 不同年齡的結核病人對服藥順從性各因素之單因子變異數分析結果

分析項目 因素	年齡	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	LSD
專 業 人 員 服 務 態 度	1.20 歲以下	7	31.5714	5.1916	0.818	0.516	
	2.20-30 歲	15	28.8000	4.0391			
	3.31-40 歲	17	29.5882	6.1853			
	4.41-50 歲	26	28.4615	5.5873			
	5.50 歲以上	72	30.1944	5.3409			
家 庭 系 統 支 持 系 統	1.20 歲以下	7	17.0000	4.0825	2.287	* 0.043	2 > 1 3 > 1 3 > 5
	2.20-30 歲	15	22.0000	2.9032			
	3.31-40 歲	17	22.4706	5.9908			
	4.41-50 歲	26	19.8077	3.5329			
	5.50 歲以上	72	19.8194	5.4394			

表 4-19 不同年齡的結核病人對服藥順從性各因素之單因子變異數分析結果（續）

分析項目 因素	年齡	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	LSD
醫 療 滿 意 度	1.20 歲以下	7	32.5714	1.6183	2.113	* 0.033	1 > 3 1 > 4
	2.20-30 歲	15	30.8667	4.8383			
	3.31-40 歲	17	26.8235	7.1172			
	4.41-50 歲	26	27.2308	6.6411			
	5.50 歲以上	72	28.4306	5.6589			

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-19 中可以得知不同年齡的結核病人在服藥順從性各因素中「家庭支持系統」及「醫療滿意度」的 p 值均小於 α 值($=0.05$)，故應拒絕虛無假設 H_0 此顯示不同年齡的病人對服藥順從性「家庭支持系統」及「醫療滿意度」因素之知覺程度有顯著的差異存在。

(二)以事後比較考驗之 LSD 方法，作進一步檢定「服藥順從性」中之「家庭支持系統」及「醫療滿意度」這二個因素，其結果顯示如下：

1.家庭支持系統

- (1)「20-30 歲」組對「20 歲以下」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 5.0000，顯示「20-30 歲」結核病人比「20 歲以下」組之結核病人的家庭支持系統知覺程度高。
- (2)「31-40 歲」組對「20 歲以下」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 5.4706，顯示「31-40 歲」結核病患比「20 歲以下」組之結核病人的家庭支持系統知覺程度高。
- (3)「31-40 歲」組對「50 歲以上」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 2.6512，顯示「31-40 歲」結核病人比「50 歲以上」組之結核病人的家庭支持系統知覺程度高。

2.醫療滿意度

- (1)「20 歲以下」組對「31-40 歲」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為

5.7479，顯示「20 歲以下」結核病人比「31-40 歲」組之結核病人的醫療滿意度知覺程度高。

(2)「20 歲以下」組對「41-50 歲」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 5.3406，顯示「20 歲以下」結核病人比「41-50 歲」組之結核病患的醫療滿意度知覺程度高。

(三)在服藥順從性因素中「專業人員服務態度」的 p 值大於 α 值($=0.05$)，故應接受虛無假設 H_0 ，顯示不同年齡層的病人對服藥順從性「專業人員服務態度」因素之知覺程度無顯著的差異存在。

參、婚姻狀況

一、研究假設

H_0 ：不同婚姻狀況的結核病人對服藥順從性無顯著差異存在。

二、單因子變異數分析

以單因子變異數分析法檢驗不同婚姻狀況的結核病人是否會對服藥順從性各因素有顯著的差異，如有顯著的差異情形存在，再以事後比較考驗之最小顯著差異法 LSD 作進一步檢定，以瞭解其顯著差異之不同婚姻狀況組別。其結果如表 4-20 所示。

表 4-20 不同婚姻狀況的結核病人對服藥順從性各因素之單因子變異數分析結果

因素 \ 分析項目	婚姻狀況	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	LSD
專業人員 服務態度	1.已婚	102	29.6667	5.4995	0.085	0.919	
	2.未婚	17	29.4706	5.0512			
	3.離婚	18	30.1667	5.0556			
家庭 支持系統	1.已婚	102	20.3922	5.3735	0.185	0.831	
	2.未婚	17	19.7059	4.2244			
	3.離婚	18	19.8889	3.5627			
醫療滿意度	1.已婚	102	28.3137	5.7695	0.707	0.495	
	2.未婚	17	30.0588	6.0876			
	3.離婚	18	27.9444	6.9237			

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-20 中可以得知不同婚姻況的結核病人在服藥順從性各因素中「專業人員服務態度」、「家庭支持系統」與「醫療滿意度」的 p 值均大於 α 值(=0.05)，故應接受虛無假設 H_0 ：顯示不同婚姻狀況的病人對服藥順從性各因素之知覺程度無顯著的差異存在。

肆、教育程度

一、研究假設

H_0 ：不同教育程度的結核病人對服藥順從性無顯著差異存在。

二、單因子變異數分析

以單因子變異數分析法檢驗不同教育程度的結核病人是否會對服藥順從性各因素有顯著的差異，如有顯著的差異情形存在，再以事後比較考驗之最小顯著差異法 LSD 作進一步檢定，以瞭解其顯著差異之教育程度組別。其結果如表 4-21 所示。

表 4-21 不同教育程度的結核病人對服藥順從性各因素之單因子變異數分析結果

因素 \ 分析項目	教育程度	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	LSD
專業人員服務態度	1.國小	76	29.3947	6.2909	0.692	0.630	
	2.國中	36	30.9722	3.8949			
	3.高中(職)	16	28.6875	3.6280			
	4.專科	5	30.2000	3.2711			
	5.大學	2	28.5000	7.7782			
	6.研究所	2	27.0000	1.4142			
家庭支持系統	1.國小	76	19.4474	5.3051	4.460	** 0.001	3 > 1
	2.國中	36	19.4722	4.0531			4 > 1
	3.高中(職)	16	22.4375	2.6069			5 > 1
	4.專科	5	24.2000	2.1679			6 > 1
	5.大學	2	29.0000	7.0711			3 > 2
	6.研究所	2	28.0000	8.4853			4 > 2
							5 > 2
							6 > 2

表 4-21 不同教育程度的結核病人對服藥順從性各因素之單因子變異數分析結果（續）

分析項目 因素	教育程度	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	LSD
醫療滿意度	1.國小	76	27.2763	6.9351	1.636	* 0.045	3 > 1
	2.國中	36	29.5833	4.1499			
	3.高中(職)	16	30.5000	4.2269			
	4.專科	5	32.0000	3.6742			
	5.大學	2	29.5000	0.7071			
	6.研究所	2	28.5000	2.1213			

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-21 中可以得知不同教育程度的結核病人在服藥順從性各因素中「家庭支持系統」及「醫療滿意度」的 p 值均小於 α 值($=0.05$)，故應拒絕虛無假設 H_0 此顯示不同教育程度的病人對服藥順從性中有關「家庭支持系統」及「醫療滿意度」此二因素之知覺程度有顯著的差異存在。

(二)從表 4-21 中可以得知不同教育程度的結核病人在服藥順從性各因素中「家庭支持系統」及「醫療滿意度」的 p 值均小於 α 值($=0.05$)，故應拒絕虛無假設 H_0 此顯示不同教育程度的病人對服藥順從性此二個因素之知覺程度有顯著的差異存在。再以事後比較考驗之 LSD 方法，作進一步檢定服藥順從性中「家庭支持系統」及「醫療滿意度」二個因素，其結果顯示如下：

1. 「家庭支持系統」

(1)「高中(職)」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 2.9901，顯示「高中(職)」組結核病人比「國小」組結核病人在家庭支持系統知覺程度較高。

(2)「專科」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 4.7526，顯示「專科」組結核病人比「國小」組結核病患在家庭支持系統知覺程度較高。

(3)「大學」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 9.5526，顯示「大學」組結核病人比「國小」組結核病人在家庭支持系統知覺程度較高。

(4)「研究所以以上」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 7.5526，顯示「研究所以以上」組結核病人比「國小」組結核病人在家庭支持系

統知覺程度較高。

- (5)「高中(職)」組對「國中」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 2.9653，顯示「高中(職)」組結核病人比「國中」組結核病患在家庭支持系統知覺程度較高。
- (6)「專科」組對「國中」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 4.7278，顯示「專科」組結核病人比「國中」組結核病人在家庭支持系統知覺程度較高。
- (7)「大學」組對「國中」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 9.5278，顯示「大學」組結核病人比「國中」組結核病人在家庭支持系統知覺程度較高。
- (8)「研究所以以上」組對「國中」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 8.5278，顯示「研究所以以上」組結核病人對「國中」組結核病人在家庭支持系統知覺程度較高。

2.「醫療滿意度」

- (1)「高中(職)」組對「國小」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 3.2237，顯示「高中(職)」組結核病人比「國小」組結核病人在醫療滿意度知覺程度較高。

(三)在服藥順從性「專業人員服務態度」因素的 p 值大於 α 值($=0.05$)，故應接受虛無假設 H_0 ，顯示不同教育程度的病人在服藥順從性中之「專業人員服務態度」因素之知覺程度無顯著的差異存在。

伍、職業

一、研究假設

H_0 ：不同職業的結核病人對服藥順從性無顯著的差異存在。

二、單因子變異數分析

以單因子變異數分析法檢驗不同職業的結核病人是否會對服藥順從性各因素有顯著的差異，如有顯著的差異情形存在，再以事後比較考驗之最小顯著差異法 LSD 作進一步檢定，以瞭解其顯著差異之職業組別。其結果如表 4-22 所示。

表 4-22 不同職業的結核病人對服藥順從性各因素之單因子變異數分析結果

分析項目 因素	職業	樣本數	平均數	標準差	F 值	p 值	LSD
專 業 人 員 服 務 態 度	1.軍	3	27.0000	2.6458	0.988	0.043 *	2 > 7 6 > 7 8 > 7
	2.公	5	31.4000	5.1284			
	3.教	3	30.6667	0.5774			
	4.農	48	29.4167	5.5345			
	5.工	17	29.6471	6.4994			
	6.商	6	31.8333	2.1370			
	7.漁	3	23.3333	13.7961			
	8.其他	52	30.0577	4.5693			
家 庭 系 統 支 持	1.軍	3	23.3333	2.5166	1.394	0.013 *	2 > 5
	2.公	5	23.4000	2.9665			
	3.教	3	24.0000	1.7321			
	4.農	48	20.0833	5.2626			
	5.工	17	18.2353	4.0548			
	6.商	6	22.6667	1.7512			
	7.漁	3	18.0000	4.3589			
	8.其他	52	20.1923	5.4486			
醫 療 滿 意 度	1.軍	3	31.6667	2.3094	1.526	0.014 *	1 > 7 3 > 7 5 > 7 6 > 7 8 > 7
	2.公	5	29.2000	2.5884			
	3.教	3	33.0000	2.6458			
	4.農	48	27.4583	6.5199			
	5.工	17	29.0588	5.4712			
	6.商	6	31.6667	4.3665			
	7.漁	3	21.3333	9.0738			
	8.其他	52	28.7692	5.7107			

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-22 中可以得知不同職業的結核病人在服藥順從性各因素中「專業人員服務態度」、「家庭支持系統」與「醫療滿意度」的 p 值均小於 α 值($=0.05$)，故應拒絕虛無假設 H_0 ：顯示不同職業的病人對服藥順從性這以上「專業人員服務態度」、「家庭支持系統」與「醫療意度」因素之知覺程度有顯著的差異存在。

(二)以事後比較考驗之 LSD 方法，作進一步檢定服藥順從性中各因素，其結果顯示如下：

1. 「專業人員服務態度」

- (1)「公」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 8.0667，顯示「公」組結核病人比「漁」組結核病人在專業人員服務態度知覺程度較高。
- (2)「商」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 8.5000，顯示「商」組結核病人比「漁」組結核病人在專業人員服務態度知覺程度較高。
- (3)「其他」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 6.7244，顯示「其他」組結核病人比「漁」組結核病人在專業人員服務態度知覺程度較高。

2. 「家庭支持系統」

- (1)「公」組對「工」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 5.1647，顯示「公」組結核病人比「工」組結核病人在家庭支持系統知覺程度較高。

3. 「醫療滿意度」

- (1)「軍」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 10.3334，顯示「軍」組結核病人比「漁」組結核病人在醫療滿意度知覺程度較高。
- (2)「教」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 11.6667，顯示「教」組結核病人比「漁」組結核病人在醫療滿意度知覺程度較高。
- (3)「工」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 7.7255，顯示「工」組結核病人比「漁」組結核病人在醫療滿意度知覺程度較高。
- (4)「商」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 10.3334，顯示「商」組結核病人比「漁」組結核病人在醫療滿意度知覺程度較高。
- (5)「其他」組對「漁」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 7.4359，顯示「公」組結核病人比「其他」組結核病人在醫療滿意度知覺程度較高。

陸、月收入

一、研究假設

Ho：不同月收入的結核病人對健康信念無顯著的差異存在。

二、單因子變異數分析

以單因子變異數分析法檢驗不同月收入的結核病人是否會對服藥順從性各因素有顯著的差異，如有顯著的差異情形存在，再以事後比較考驗之最小顯著差異法 LSD 作進一步檢定，以瞭解其顯著差異之月收入組別。其結果如表 4-23 所示。

表 4-23 不同月收入的結核病人服藥順從性各因素之單因子變異數分析結果

分析項目 構面	月收入	樣本數	平均數	標準差	F 值	P 值	LSD
專業人員 服務態度	1.30000 元以下	113	29.6991	5.5435	0.048	0.953	
	2.30001-50000 元	18	29.5556	4.9849			
	3.50001-70000 元	6	30.3333	2.6583			
家庭支持系統	1.30000 元以下	113	19.7257	5.2120	3.528	0.032 [*]	2 > 1
	2.30001-50000 元	18	22.7222	3.1023			
	3.50001-70000 元	6	22.5000	3.1464			
醫療滿意度	1.30000 元以下	113	28.2832	6.2898	0.488	0.615	
	2.30001-50000 元	18	29.0556	4.3314			
	3.50001-70000 元	6	30.5000	2.6646			

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-23 中可以得知不同月收入的結核病人在服藥順從性各因素中「家庭支持系統」因素的 p 值均大於 α 值(=0.05)，故應拒絕虛無假設 Ho 此顯示不同月收入的病人對服藥順從性「家庭支持系統」因素之知覺程度有顯著的差異存在。

(二)以事後比較考驗之 LSD 方法，作進一步檢定服藥順從性中「家庭支持系統」因素，其結果顯示如下：

1. 「家庭支持系統」

「30001-50000 元」組對「30000 元以下」組的比較有顯著的差異存在，其差異平均數為 2.9965，顯示「30001-50000 元」結核病人比「30000 元以下」組之結核病人的家庭支持系統知覺程度高。

(三)其餘在「專業人員服務態度」及「醫療滿意度」的 p 值均大於 α 值(=0.05)，故應

接受虛無假設 H_0 ，顯示不同月收入的人病人對服藥順從性這二個因素之知覺程度無顯著的差異存在。

柒、居住地

一、研究假設

H_0 ：不同居住地的結核病人對服藥順從性無顯著差異存在。

二、獨立樣本 t 檢定

以 t 檢定檢驗是否有顯著的差異存在，其獨立樣本 t 檢定結果如表 4-24 所示。

表 4-24 不同居住地的結核病人對服藥順從性各因素之 t 檢定結果

因素 \ 分析項目	居住地	樣本數	平均數	標準差	p 值
專業人員服務態度	1.台東市	65	30.6923	5.0029	* 0.035
	2.台東縣	71	28.7606	5.5587	
家庭支持系統	1.台東市	65	21.0154	4.3607	0.099
	2.台東縣	71	19.5915	5.5073	
醫療滿意度	1.台東市	65	30.6615	4.2030	*** 0.000
	2.台東縣	71	26.4085	6.5956	

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-24 中可以得知不同居住地的結核病人在服藥順從性因素中「專業人員服務態度」及「醫療滿意度」的 p 值均小於 α 值(=0.05)，故應拒絕虛無假設 H_0 此顯示不同居住地的病人對服藥順從性這「專業人員服務態度」及「醫療滿意度」因素之知覺程度有顯著的差異存在。

(二)在「家庭支持系統」因素上，居住地在台東市的平均數大於居住地在台東縣的病人，顯示在「家庭支持系統」因素感受到的知覺程度較台東縣為高。

捌、族別

一、研究假設

Ho：不同族別的結核病人對服藥順從性無顯著差異存在。

二、獨立樣本 t 檢定

以 t 檢定檢驗是否有顯著的差異存在，其獨立樣本 t 檢定結果如表 4-25 所示。

表 4-25 不同族別的結核病人對服藥順從性各因素之 t 檢定結果

分析項目 構面	族別	樣本數	平均數	標準差	P 值
專業人員 服務態度	1.原住民	79	30.2152	5.2883	0.199
	2.非原住民	58	29.0172	5.4176	
家庭支持系統	1.原住民	79	19.3418	4.8987	* 0.014
	2.非原住民	58	21.4655	4.9638	
醫療滿意度	1.原住民	79	28.4810	6.4328	0.999
	2.非原住民	58	28.4828	5.2857	

註：* $p < 0.05$ ；** $p < 0.01$ ；*** $p < 0.001$

資料來源：本研究整理

三、結果分析

(一)從表 4-24 中可以得知不同族別的結核病人在服藥順從性因素中「家庭支持系統」的 p 值小於 α 值($=0.05$)，故應拒絕虛無假設 Ho：顯示不同居住地的病患對服藥順從性「家庭支持系統」因素之知覺程度有顯著的差異存在。

(二)從表 4-25 可以得知不同族別的結核病人在服藥順從性因素中「專業人員服務態度」及「醫療滿意度」的 p 值均大於 α 值($=0.05$)，故應接受虛無假設 Ho：顯示不同不同族別的病人對服藥順從性這專業人員服務態度」及「醫療滿意度」因素之知覺程度無顯著的差異存在。

(三)在「專業人員服務態度」的因素上，原住民的平均數大於非原住民。顯示在「專業人員服務態度」因素感受到的知覺程度較非原住民為高。

(四)在「醫療滿意度」的因素上，非原住民的平均數大於原住民。顯示在「醫療滿意度」因素感受到的知覺程度較原住民為高。

第四節 結核病人健康信念與服藥順從性之相關分析

相關性分析之目的在於解各變項與變項之間是否有相關存在，以及彼此之間相關的強度有多大。本節以 Pearson 相關分析，來驗證「健康信念」的三個因素與「服藥順從性」的三個因素之相關程度，以及整體「健康信念」與整體「服藥順從性」之間的相關性。

壹、健康的認知與專業人員服務態度

一、研究假設

Ho：健康的認知與專業人員服務態度無顯著關聯存在。

二、皮爾森(Pearson) 積差相關分析

以皮爾森積差相關可以瞭解二組資料之相關情形，包括方向與強度，其皮爾森相關分析結果，如表 4-26 所示。

表 4-26 健康的認知與專業人員服務態度之皮爾森相關分析結果

變 項		變 項	p 值	服 藥 順 從 性
				專 業 人 員 服 務 態 度
健康信念	健康的認知	Pearson 相關顯著性(雙尾)	0.391** 0.000	

**在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-26 可以得知健康信念中的「健康的認知」因素與服藥順從性中「專業人員服務態度」的 p 值小於 α 值(=0.01)，故應拒絕虛無假設 Ho，因而，對立假設 H1 成立，亦即健康的認知與專業人員服務態度有顯著關聯存在。

貳、健康的認知與家庭支持系統

一、研究假設

Ho：健康的認知與家庭支持系統無顯著關聯存在。

二、皮爾森(Pearson) 積差相關分析

以皮爾森積差相關可以瞭解二組資料之相關情形，包括方向與強度，其皮爾森相關分析結果，如表 4-27 所示。

表 4-27 健康的認知與家庭支持系統之皮爾森相關分析結果

變 項			服 藥 順 從 性
p 值			家 庭 支 持 系 統
變 項			
健康信念	健康的認知	Pearson 相關 顯著性(雙尾)	0.673** 0.000

**在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-27 可以得知健康信念中的「健康的認知」因素與服藥順從性中「家庭支持系統」的 p 值小於 α 值(=0.01)，故應拒絕虛無假設 Ho，因而，對立假設 H1 成立，亦即健康的認知與家庭支持系統有顯著關聯存在。

參、健康的認知與醫療滿意度

一、研究假設

Ho：健康的認知與醫療滿意度無顯著關聯存在。

二、皮爾森(Pearson) 積差相關分析

以皮爾森積差相關可以瞭解二組資料之相關情形，包括方向與強度，其皮爾森相關分析結果，如表 4-28 所示。

表 4-28 健康的認知與療滿意度之皮爾森相關分析結果

變 項			服 藥 順 從 性
p 值			醫 療 滿 意 度
變 項			
健康信念	健康的認知	Pearson 相關 顯著性(雙尾)	0.528** 0.000

**在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-28 可以得知健康信念中的「健康的認知」因素與服藥順從性中「醫療滿意度」的 p 值小於 α 值(=0.01)，故應拒絕虛無假設 H_0 ：健康的認知與醫療滿意度有顯著關聯存在。

肆、疾病治療的認知與專業人員服務態度

一、研究假設

H_0 ：疾病治療的認知與專業人員服務態度無顯著關聯存在。

二、皮爾森(Pearson) 積差相關分析

以皮爾森積差相關可以瞭解二組資料之相關情形，包括方向與強度，其皮爾森相關分析結果，如表 4-29 所示。

表 4-29 疾病治療的認知與專業人員服務態度之皮爾森相關分析結果

變 項			服 藥 順 從 性
p 值			專 業 人 員 服 務 態 度
變 項			
健康信念	疾病治療 的認知	Pearson 相關 顯著性(雙尾)	0.422** 0.000

**在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-29 可以得知健康信念中的「疾病治療的認知」因素與服藥順從性中「專業人員服務態度」的 p 值小於 α 值($=0.001$)，故應拒絕虛無假設 H_0 ，因而，對立假設 H_1 成立，亦即疾病治療的認知與專業人員服務態度有顯著關聯存在。

伍、疾病治療的認知與家庭支持系統

一、研究假設

H_0 ：疾病治療的認知與家庭支持系統無顯著關聯存在。

二、皮爾森(Pearson) 積差相關分析

以皮爾森積差相關可以瞭解二組資料之相關情形，包括方向與強度，其皮爾森相關分析結果，如表 4-30 所示。

表 4-30 疾病治療的認知與家庭支持系統之皮爾森相關分析結果

變 項		變 項	
		服 藥 順 從 性	家 庭 支 持 系 統
健康信念	疾病治療的認知	Pearson 相關顯著性(雙尾)	
		0.945** 0.000	

**在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-30 可以得知健康信念中的「疾病治療的認知」因素與服藥順從性中「家庭支持系統」的 p 值小於 α 值($=0.01$)，故應拒絕虛無假設 H_0 ，因而，對立假設 H_1 成立，亦即健康的認知與家庭支持系統有顯著關聯存在。

陸、疾病治療的認知與醫療滿意度

一、研究假設

H_0 ：疾病治療的認知與醫療滿意度無顯著關聯存在。

二、皮爾森(Pearson) 積差相關分析

以皮爾森積差相關可以瞭解二組資料之相關情形，包括方向與強度，其皮爾森相關分析結果，如表 4-31 所示。

表 4-31 疾病治療的認知與醫療滿意度之皮爾森相關分析結果

變 項 p 值			服 藥 順 從 性
			醫 療 滿 意 度
健康信念	疾病治療的認知	Pearson 相關顯著性(雙尾)	0.528** 0.000

**在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-31 可以得知健康信念中的「疾病治療的認知」因素與服藥順從性中「醫療滿意度」的 p 值小於 α 值($=0.01$)，故應拒絕虛無假設 H_0 ，因而，對立假設 H_1 成立，亦即：疾病治療的認知與醫療滿意度有顯著關聯存在。

柒、自覺健康情形與專業人員服務態度

一、研究假設

H_0 ：自覺健康情形與專業人員服務態度無顯著關聯存在。

二、皮爾森(Pearson) 積差相關分析

以皮爾森積差相關可以瞭解二組資料之相關情形，包括方向與強度，其皮爾森相關分析結果，如表 4-32 所示。

表 4-32 自覺健康情形與專業人員服務態度之皮爾森相關分析結果

變 項 p 值			服 藥 順 從 性
			專 業 人 員 服 務 態 度
健康信念	自覺健康情形	Pearson 相關顯著性(雙尾)	0.534** 0.000

**在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-32 可以得知健康信念中的「自覺健康情形」因素與服藥順從性中「專業人員服務態度」的 p 值小於 α 值($=0.001$)，故應拒絕虛無假設 H_0 ，因而，對立假設 H_1 成立，亦即自覺健康情形與專業人員服務態度有顯著關聯存在。

捌、自覺健康情形與家庭支持系統

一、研究假設

H_0 ：自覺健康情形與家庭支持系統無顯著關聯存在。

二、皮爾森(Pearson) 積差相關分析

以皮爾森積差相關可以瞭解二組資料之相關情形，包括方向與強度，其皮爾森相關分析結果，如表 4-33 所示。

表 4-33 自覺健康情形與家庭支持系統之皮爾森相關分析結果

變 項		變 項	服 藥 順 從 性
變 項		家 庭 支 持 系 統	
健康信念	自覺健康情形	Pearson 相關	0.535**
		顯著性(雙尾)	0.000

**在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

三、結果分析

從表 4-33 可以得知健康信念中的「自覺健康情形」因素與服藥順從性中「家庭支持系統」的 p 值小於 α 值($=0.01$)，故應拒絕虛無假設 H_0 ，因而，對立假設 H_1 成立，亦即自覺健康情形與家庭支持系統有顯著關聯存在。

玖、自覺健康情形與醫療滿意度

一、研究假設

H_0 ：自覺健康情形與醫療滿意度無顯著關聯存在。

二、皮爾森(Pearson) 積差相關分析

以皮爾森積差相關可以瞭解二組資料之相關情形，包括方向與強度，其皮爾森相關分析結果，如表 4-34 所示。

表 4-34 自覺健康情形與醫療滿意度之皮爾森相關分析結果

變 項 p 值			服 藥 順 從 性
			醫 療 滿 意 度
健康信念	自覺健康情形	Pearson 相關顯著性(雙尾)	0.559** 0.000

**在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-34 可以得知健康信念中的「自覺健康情形」因素與服藥順從性中「醫療滿意度」的 p 值小於 α 值(=0.01)，故應拒絕虛無假設 H_0 ，因而，對立假設 H_1 成立，亦即自覺健康情形與醫療滿意度有顯著關聯存在。

拾、「健康信念」與「服藥順從性」

一、研究假設

H_0 ：「健康信念」與「服藥順從性」無顯著關聯存在。

二、皮爾森(Pearson) 積差相關分析

以皮爾森積差相關可以瞭解二組資料之相關情形，包括方向與強度，其皮爾森相關分析結果，如表 4-35 所示。

表 4-35 健康信念與服藥順從性之皮爾森相關分析結果

變 項		服 藥 順 從 性
p 值		
變 項		
健 康 信 念	Pearson 相關 顯著性(雙尾)	0.700** 0.000

**在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

資料來源：本研究整理

三、結果分析

從表 4-35 可以得知「健康信念」構面與「服藥順從性」構面的 p 值小於 α 值($=0.01$)，故應拒絕虛無假設 H_0 ，因而，對立假設 H_1 成立，亦即「健康信念」與「服藥順從性」有顯著關聯，其相關系數為 0.700^{**} ，具有顯著性的正面相關，符合文獻探討的基礎理論。

小結

一、從研究結果可以得知，「健康信念」各因素與「服藥順從性」各因素，均呈現正向的關聯，且均達顯著性(α 值 <0.01)。故應拒絕虛無假設 H_0 ：(即虛無假設不成立)，而對立假設 H_1 成立，表示健康信念愈高，結核病患對服藥順從性愈高。

二、由表 4-36 分析可以得知「健康信念」三個因素與「服藥順從性」三個因素相關性強度順序如下：

(一)「健康信念」三個因素與「專業人員服務態度」相關性強度順序為：

自覺健康情形>疾病治療的認知>健康的認知。

(二)「健康信念」三個因素與「家庭支持系統」相關性強度順序為：

疾病治療的認知>健康的認知>自覺健康情形。

(三)「健康信念」三個因素與「醫療滿意度」相關性強度順序為：

自覺健康情形>疾病治療的認知>健康的認知。

三、「服藥順從性」三個因素與「健康信念」三個構面相關性強度順序如下：

(一)「服藥順從性」三個因素與「健康的認知」相關性強度順序為：

家庭支持系統>醫療滿意度>專業人員服務度。

(二)「服藥順從性」三個因素與「疾病治療的認知」相關性強度順序為：

家庭支持系統>醫療滿意度>專業人員服務度。

(三)「服藥順從性」三個因素與「自覺健康情形」相關性強度順序為：

醫療滿意度>家庭支持系統>專業人員服務度。

表 4-36 健康信念與服藥順從性各因素之相關分析表

N=137

變 項 p 值			服 藥 順 從 性		
			專 業 人 員 服 務 態 度	家 庭 支 持 系 統	醫 療 滿 意 度
健 康 信 念	健 康 的 認 知	Pearson 相關 顯著性(雙尾)	0.391** 0.000	0.673** 0.000	0.528** 0.000
	疾 病 治 療 的 認 知	Pearson 相關 顯著性(雙尾)	0.422** 0.000	0.945** 0.000	0.528** 0.000
	自 覺 健 康 情 形	Pearson 相關 顯著性(雙尾)	0.534** 0.000	0.535** 0.000	0.559** 0.000

**在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著

資料來源：本研究整理

第五章 結論與建議

本研究採用問卷(量化)調查，經過第一章至第四章的研究分析，綜合整理研究探討有關結核病人對健康信念與服藥順從性之間的差異，及二者之間的關聯性。以台東縣 95 年結核病通報確診個案計 170 人，有效樣本 137 人為研究對象，依據問卷資料分析其健康信念與服藥順從性各構面，歸納出相關論點及看法，再經各章的實證驗，彙整出最後結論。共分爲研究發現與建議二節。

第一節 研究發現

本研究第四章結果與討論，顯示結核病人健康信念與服藥順性之關係及影響有顯著的正相關，均和第二章文獻探討中葉秀逸（1989）、黃幟楷（1995）、李如萍（1996）、楊堅（2000）、索任（2001）等人之研究相吻合，茲將研究發現與驗證研究假設結果分析說明如后：

壹、結核病人基本屬性分析

本研究共收集 137 位個案，男性 92 位多於女性達 45 人之多，佔 67%，年齡層大都集中在 41 歲以上，計有 98 人，佔 72%；已婚者計 102 人，佔 74%；教育程度在國中以下 112 人，佔 82%；職業上以務農最多 48 人；低收入戶得結核病計 113 人，佔 83%，原住民得病率則高於非原住民。從上述資料分析可以得知年紀愈大，教育水準不高，家庭收入不理想者，較易得到結核病。

貳、結核病人對健康信念與服藥順從性之現況分析

一、結核病人對健康信念之現況分析

(一)從健康信念各因素平均數比率中，可以得知各因素得分情形，其中以「健康的認知」得分最高(76.69%)，其次為「自覺健康情形」得分(71.11%)，而得分最低為「疾治治療的認知」(63.59%)。

(二)以健康信念各因素次數分配得知，比例最高前幾項，分別為：

1.「您會在意自己生病或身體健康問題嗎」題項最高，佔 86%。

2. 「您覺得身體的健康是重要的嗎」題項次之，佔 85%。
3. 「您覺得應該對自己的身體健康負起責任嗎」題項再次之，佔 85%。
4. 「您對結核病藥物的服用很清楚，不需要別人指導」題項(反向題)，需要別人指導者，佔 82%。

(三)以健康信念各因素次數分配得知，比例最低前幾項，分別為：

1. 「您認為結核病治不好，所以不想服藥」題項最低，佔 5%。
2. 「您知道結核病的治療需要多久時間」題項次之，佔 9%。
3. 「您認為有足夠的資源面對處理結核病這一件事嗎」，題項再次之，佔 12%。
4. 「您認為別人應該對我的結核病應負責任嗎」，題項再次之，佔 12%。
5. 「您知道得到結核病的原因」題項再次之，佔 13%。

二、結核病患對服藥順從性之現況分析

(一)從服藥順從性各因素平均數比率中，可以得知各因素得分情形，其中以「專業人員服務態度」得分最高(76.17%)，其次為「醫療滿意度」得分(74.95%)，而得分最低為「家庭支持系統」(72.45%)。

(二)以服藥順從性各因素次數分配得知，比例最高前幾項，分別為：

1. 「對護士或關懷員的服務態度您到滿意」題項最高，佔 79%。
2. 「您對護士或關懷員對治療結核病的幫助感到滿意」題項次之，佔 73%。
3. 「護士或關懷員提供生活起居注意事項說明感到滿意」題項再次之，佔 72%。
4. 「對醫療人員的治療效果到滿意」題項再次之，佔 72%。

(三)以服藥順從性各因素次數分配得知，比例最低前幾項，分別為：

1. 「對台東縣就醫交通方便性」題項最低，佔 20%。
2. 「醫療單位提供就醫及諮詢方便性」題項次之，佔 39%。
3. 「對生病後家人和您從事一些活動(例如逛街、運動等)使您不去想目前困境的情形感到滿意」題項再次之，佔 37%。

綜合上述統計資料分析，台東縣結核病人對「健康信念」各因素中「健康的認知」感受程度最高，但對「疾病治療的認知」感受程度最低，因此對台東縣結核病人亟須加強提升有關結核病各種資訊及治療過程的宣導，讓民眾有更深一層的認識，將有助於結核病的防治與治癒。

另外，研究發現台東縣結核病人對「服藥順從性」各因素中以「專業人員服務態度」感受程度最高，但對「醫療滿意度」感受程度較低，因此除健全護士或關懷員

的制度，強化職能訓練，對結核病的宣導與治療有很大的幫助外，如能有效解決因台東縣地處偏遠，醫療資源落後及有待提升各項軟硬體設施及交通問題，將有助提升肺結核並之防治工作。

參、病人基本資料不同之結核病人與各研究構面因素之差異性發現

一、病人基本資料不同之結核病人與健康信念服藥順從性及各因素差異性研究假設驗證實証分析結果如表 5-1 所示：

表5-1 病人基本資料不同的結核病人與各研究構面因素之差異性驗證結果摘要表

個人背景變項 構面/因素		性別	年齡	婚姻 狀況	教育 程度	職業	月收入	族別	居住地
健康 信念	健康的認知		✓		✓	✓	✓	✓	✓
	疾病的認知				✓	✓	✓	✓	✓
	自覺健康情形				✓				
服藥 順 從 性	專業人員服務態度					✓			✓
	家庭支持系統		✓		✓	✓	✓	✓	
	醫療滿意度		✓		✓	✓			✓

資料來源：本研究整理 註：✓表示該背景變項（因素）有顯著差異性。

二、研究發現

（一）病人基本資料不同對健康信念感受程度差異性分析發現

由本研究問卷調查結果發現，不同年齡、教育程度、職業、月收入、族別、居住地在健康信念各因素均有顯著差異。再經事後比較之 LSD 考驗結果發現如下：

- 1.性別：男女無顯著差異存在。
- 2.年齡：「20~ 30 歲」年齡之結核病人在「健康的認知」高於「50 歲以上」。
- 3.婚姻狀況：「已婚」、「未婚」與「離婚」者無顯著差異存在。
- 4.職業：職業為「軍」、「公」、「教」、「商」的結核病人在「健康的認知」高於「農」、「漁」、「工」。
- 5.教育程度：「國小」、「國中」之結核病人在「健康的認知」、「疾病治療的認知」、「自覺健康情形」各因素均為最低，顯示必須加強教育程度低之結核病

人對健康信念之認知。

- 6.月收入：收入「30000 元以下」結核病人在「健康的認知」、「疾病治療的認知」、「自覺健康情形」各因素均為最低，顯示收入低之結核病人對健康信念之認知較低。
- 7.居住地：居住在「台東市」之結核病人在「健康的認知」、「疾病治療的認知」、「自覺健康情形」各因素均高於非居住在「台東市」者。
- 8.族別：「非原住民」之結核病人在「健康的認知」、「疾病治療的認知」因素上高於「原住民」之結核病人。

(二) 病人基本資料不同對服藥順從性感受程度差異性分析發現

由本研究問卷調查結果發現，年齡、教育程度、職業、月收入、居住地、族別在服藥順從性各因素均有顯著差異。再經事後比較之 LSD 考驗結果發現如下：

- 1.性別：男女無顯著差異存在。
- 2.年齡：「20 歲以下」年齡之結核病人在「家庭支持系統」感受程度最低；「20 歲以下」年齡之結核病人在「醫療滿意度」感受程度最高。
- 3.婚姻狀況：「已婚」、「未婚」與「離婚」者無顯著差異存在。
- 4.職業：職業為「漁」的結核病人在「專業人員服務態度」、「家庭支持系統」、「醫療滿意度」均為最低。
- 5.教育程度：「國小」、「國中」之結核病人在「家庭支持系統」因素均為最低，顯示必須加強教育程度低之結核病人在家庭支持服藥順從性之認知。
- 6.月收入：收入「30000 元以下」結核病人在「家庭支持系統」因素均為最低，顯示必須加強月收入低之結核病人在家庭支持服藥順從性之認知。
- 7.居住地：居住在「台東市」之結核病人在「專業人員服務態度」、「醫療滿意度」各因素均高於非居住在「台東市」者。
- 8.族別：「非原住民」之結核病人在「家庭支持系統」因素上高於「原住民」之結核病人。

肆、健康信念與服藥順從性相關性發現

一、此部份藉由皮爾森積差相關分析研究假設驗證經實證分析如表 5-2 所示。

表 5-2 健康信念與服藥順從性相關研究驗證結果一覽表

研究假設內容		Peaeson 積差相 關係數	P 值	成立 (接受 Ho)	不成立 (拒絕 Ho)
健 康 的 認 知	1.與「專業人員服務態度」無顯著關聯存在。	0.391	0.000**		v
	2.與「家庭支持系統」無顯著關聯存在。。	0.673	0.000**		v
	3.與「醫療滿意度」無顯著關聯存在。	0.528	0.000**		v
疾 病 治 療 的 認 知	1.與「專業人員服務態度」無顯著關聯存在。	0.422	0.000**		v
	2.與「家庭支持系統」無顯著關聯存在。。	0.945	0.000**		v
	3.與「醫療滿意度」無顯著關聯存在。	0.528	0.000**		v
自覺 健康 情形	1.與「專業人員服務態度」無顯著關聯存在。	0.534	0.000**		v
	2.與「家庭支持系統」無顯著關聯存在。。	0.535	0.000**		v
	3.與「醫療滿意度」無顯著關聯存在。	0.559	0.000**		v

資料來源：本研究整理

二、研究發現

(一) 研究結果顯示「健康信念」與「服藥順從性」呈現正向相關，顯示提升健康信念各

項宣導與教育及自我的健康檢測及照顧，將有助於對服藥順從性的幫助。

(二) 從研究結果可得知，健康信念的「疾病治療的認知」因素與服藥順從性的「家庭支持系統」因素，相關強度最高，0.945**，顯著性(雙尾)0.000，表示二者間呈現正向相關，顯示對「家庭支持系統」知覺愈高，相對「疾病治療的認知」認知感受亦高。

第二節 建議

依據文獻探討及研究發現，分別提出下列具體建議及後續建議如下：

壹、本研究相關建議

一、結核病實務運作方面

- (一)做好專業人員的照護工作，從研究資料得知，「專業人員服務態度」得分高達 76.17%，顯示結核病患對護士或關懷人員有很高的期望，且結核病的治療需要很長的期間，且因結核病會傳染，故病患深怕被社會大眾知道而遭受排斥，進一步產生心理壓力而拒絕治療。因此醫護人員或關懷人員在照護個案時，應適時協助將病患問題解決，讓病患在治療初期就能瞭解治療過程，而能安心將病治好。
- (二)結核病是一種古老的疾病，本研究可以得知，各衛生所醫師、護士或關懷人員，對現階段結核病診治的品質與看法，多半缺乏處理結核病藥物副作用。當務之急，就是讓台東縣區域性醫療機構負起結核病防治的工作、診治諮詢及後送安置等，使醫療人員的臨床訓練與在職教育並進，同步推動結核病學術研究等工作，有效提升台東縣結核病診治的品質。
- (三)加強護士及關懷人員應持續加強對結核病患的追蹤與關懷，並落實對病患的衛生觀念的指導，對結核病患的隱私權要充分的尊重。在台東縣結核病患的年齡以 40 歲以上居多，約佔總病患 72%，因為年紀稍長，較需要人家的關懷，在服用藥物時常須護士或關懷人員的提醒，尤其是獨居老人或無親友同住者，更需要協助渡過治療時期，以提高治癒率。

二、結核病教育暨宣導方面

- (一)加強有關結核病之認識與教育宣導，針對台東縣結核病患主動指導，社區關懷員或護士主動積極加強訪視工作，透過出自內心的關懷及溝通與互動，加強雙方互信情感，以降低結核病治療期間的排斥感，使病患更能積極面對治療。
- (二)透過在職教育，針對護理人員或關懷人員加強居家照護的技巧與健康信念之相關知識，另藉由對結核病患的個案照顧，在日後臨床照護時能深入的去瞭解病患的感受，有效提升結核病患持續接受治療的意願。
- (三)加強社區結核病的衛生教育，減少人與人之間社區傳染，加強醫療機構感染管制

衛生教育，強化結核病患的自我照顧知識與技巧，灌輸對結核病的正確觀念，提供人性化的關懷及同理心，進而促進結核病患對疾病的調適，減少病患所承受的壓力。

(四)結核病的防治工作重點在阻斷傳染源，減少結核病的個案傳染，除了給民眾正確的衛生教育以外，應導正民眾以往對結核病的錯誤觀念。

三、結核病研究工作方面

(一)由研究得知，結核病是一種需要長期治療才能治癒的疾病，而「服藥順從性」是治癒結核病非常重要的一環。結核病人的健康信念間接影響到結核人個案的服藥順從性，因此規劃完善的照護政策外，更應深入瞭解病人不遵守服藥的原因，有效改善各項缺失，提昇服藥治癒的比率。

(二)從研究資料得知，結核病患對「台東縣就醫交通方便性」感到不滿意，應全面改善各醫療機構的軟硬體施設，針對結核病的防治及醫療做有效的提升，讓每個醫院或各鄉鎮市衛生所有能力作初步的處理及照護，改善結核病人就醫在交通上的不方便性。

貳、對後續研究之建議

- 一、建議未來如果在人力、物力或財力許可之下，應擴大研究範圍，如取樣能涵蓋全國或數個縣市，針對不同的族群或變項進行相關研究，可以將研究的結果增加其推論性。
- 二、結核病的防治或影響其治療的相關因素非常多，本研究只針對健康信念及服藥順從性二個變項做研究，其所得到的結論可能有限，建議能針對各種變項進行研究探討，進一步瞭解結核病的種種問題，尋找出真正解決結核病之道。
- 三、本研究只針對結核病患進行研究，未能將相關人員一併納入，且只單對台東縣結核病患進行問卷調查，恐有失偏頗，如能全面性進行取樣問卷調查或採用質化訪問，針對問題深入訪談，可能使研究結論更加完善或周延。

參考文獻

一、中文部分

- 王怡婷(1999)。台灣地區結核病防治績效不彰的原因探討及建議。院內感染控制雜誌9(5)：263-270。
- 王森德、李龍騰、季瑋珠(2002)。漫談台灣結核病防治，台灣醫界。
- 王佩卿(2005)。新興傳染性疾病健康議題在原住民地區傳佈過程—以嚴重呼吸道症候群(SARS)為例。國立東華大學民族發展研究所碩士論文，未出版，花蓮縣。
- 台東縣衛生局（96年）。東區防疫會議講義。台東縣，台東縣衛生局。
- 行政院衛生署疾病管制局（2004）。「結核病防治年報—民國九十三年」。台北市：行政院衛生署疾病管制局。
- 行政院衛生署統計處（2004）。衛生統計—死因統計。台北市：行政院衛生署。
- 行政院衛生署疾病管制局（2006）。結核病十年減半計畫。台北市：行政院衛生署疾病管制局。
- 行政院主計處網站（2007）。<http://www.dgbas.gov.tw>，8/12/2007。
- 李仁智（2007）。台灣的結核個案管理師改善肺結核病患的治療結果。台北市：行政院衛生署疾病管制局。
- 李龍騰(1993)。臺灣地區肺結核流行病學特徵及其與肺癌關係之研究。國立臺灣大學公共衛生學研究所博士論文，未出版，台北市。
- 李茹萍(1996)。花蓮地區肺結核病人服藥遵從性及其相關因素之探討。慈濟大學護理學研究所碩士論文，未出版，花蓮縣。
- 李亦園(1999)。宇宙觀、信仰與民間文化。中央研究院成立 50 週年紀念論文集
- 何延鑫(1998)。運用護理導增進門診結核病個案服藥之遵從行為，榮總護理15(3)：315-320。
- 吳明隆。2006。SPSS統計應用學習與實務—問卷分析與應用統計。臺北：知城。
- 吳素萍(2001)。影響原住民肺結核病患治癒率相關因素之探討—以花蓮縣秀林鄉泰雅族為例。慈濟大學原住民健康研究所碩士論文，未出版，花蓮縣。
- 林福田(1996)。社經狀況與結核病發生之區域變異及其相關研究，國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文，未出版，台北市。。
- 林秀英(1996)。個案管理：阿兵哥，安心吧！慢性病防治通訊38：22-23。
- 林芊苗(2005)。花蓮地區結核病之生病經驗與服藥遵從行為的人類學研究。慈濟大學人類學研究所碩士論文，未出版，花蓮縣。
- 林淑錦(2006)。以家庭資源管理內涵應用於家庭中—健康生活方式改善方案，《網路社會學通訊期刊》第 53 期。嘉義，國立嘉義大學家庭教育研究所。
- 邱媛婷(2005)。糖尿病藥物及衛生網路教育對病人遵從醫囑服藥的順從行為之研究。臺北

- 醫學大學醫學資訊研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 胡幼慧(1988)。文化、健康行為。公共衛生15(3)293-301。
- 柯海韻(1998)，個案管理：你們努力，所以我必須比你們更努力。慢性病防治通訊45：22-23。
- 索任、李龍騰(1992)，台灣地區結核病患者遵從性之分析，行政院衛生署委託研究計畫。
- 索任、吳英和(1995)，肺結核病人服藥的順從性。慢性病防治通訊19，9-10。
- 索任(2000)，原住民肺結核問題的探討，原住民傳統醫療Vs現代醫療，財團法人台灣原住民文教基金會：129-148。
- 陸坤泰(1996)。肺結核。慢性病防治通訊，25，1-8。
- 郭美玉(1997)。個案管理：重獲生命陽光。慢性病防治通訊40：20-21。
- 陳祥呈(2006)，健康焦慮特徵與情緒間的調節因素：探討健康認知評估、嚴謹性人格的作用，輔仁大學心理學研究所碩士論文，未出版，台北縣。
- 陳新綠譯(1997)。現代生死學-談病痛說：人類的受苦經驗與痊癒之道。台北：桂冠。
- 黃成中(1990)。影響肺結核病患與完治因素之分析。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 黃熾楷(1995)。花蓮縣山地鄉結核病患對結核病認知與服藥遵從性之研究。台灣醫學會雜誌：附冊1，34-38。
- 黃文魁(1998)。花蓮縣秀林鄉與台北市北投區國三學生與老人健康品質與其相關社會因子的研究。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文，未出版，台北縣。
- 傅娟眉、駱麗華(1994)。護理一位結核病患住院期間面對多重失落的適應過程。護理新象4：1，21-30。
- 楊堅(2000)。台灣地區山地鄉結核病流行病學探討，國立臺灣大學流行病學研究所碩士論文。。
- 游秋真(2002)。探討臺北市結核病個案社會支持及自我效能對遵從服藥治療之影響。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 葉秀逸(1990)。台北地區肺結核病人服藥行為及其相關因素探討。國防醫學院護理研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 鄒治儉(2001)。山地鄉肺結核原住民疾病知識、健康信念及社會支持與服藥遵從行為之相關性研究。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 劉淑娟(1999)。罹患慢性病老人服藥遵從行為及其相關因素的探討。護理研究7(6)：581-592。
- 謝劍(1989)。應用人類學，台北：桂冠。
- 謝家如(2003)。探討個案管理模式對肺結核病患服藥信守性之成效。國立陽明大學臨床護理研究所碩士論文，未出版，台北市。

二、英文部分

- Barnhoorn,F & Adriaanse,H.(1992). In search of factors responsible for noncompliance among tuberculosis patients in Wardha dirtrict.Social Science and Medicine,34(3):291-306.
- Kimerling,M.E. & Petri,L. (1995). Tracing as part of tuberculosis control in a rural Cambodian district during 1992.Tubercle and Lung Disease,76,156-159.
- Madsen, L., & Cohen, F.L.(1995). Adherence to therapy in tuberculosis.In F.L. Cohen & J.D. Durham(Eds.), *Tuberculosis: A sourcebook for nursing practice*(pp.67-97,153-184). New York:Spring Publishing Co.
- Mellin,R.B.,Zimmerman,B., & Clark, N.m. (1992). Patient compliance:Are we wasting our time and dont known it.American Review of Respiratory Disease,146,1376-1377.
- Moore,R.D., Chualk, C.P., Griffiths, R., Cavalcant, S., Chaisson,. R.E.(1996). Cost-effectiveness of directly observed versus self-administered therapy of tuberculosis. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine,154(4),1013-1019.
- Morisky, D.E., Malottr,C.K.,Choi,P., Davidson, P, Rigler,S.,Sugland,B., & Langer,M.(1990). A patient education program to improve adherence rates with anti-tuberculois drug regimes. Health Education Quarterly,17, 253-267.
- Westaway, M.S. (1989) Knowledge, beliefs and feeling about tuberculois. Health Education Research,4(2), 205-211.

附錄一

台東縣結核病人健康信念與服藥順性關係之研究問卷

親愛的小姐、先生您好：

這是一份探討結核病學術性研究的問卷調查，這份問卷最主要的目的是想瞭解結核病人健康信念與服藥順從性之關係研究。為能瞭解病人的健康信念程度對接受服藥治療的順從性關係，擬定本研究之問卷，並以台東縣結核病痰液檢驗陽性之個案為對象進行探討。因此本研究亟需您的惠賜高見，希望藉由您的協助能使本研究分析所得的結果與發現提供建議，以供政府機關或衛生單位作為管理之參考。本研究採不記名方式填答，您的資料將純粹供學術上之研究分析，內容絕對保密，完全不對外公開，敬請撥冗安心填答這份問卷。非常感謝您的支持合作與鼎力相助。敬 祝

身體健康，萬事如意！

台東大學區域政策與發展研究所公共事務管理在職專班

指導教授：孫本初 博士

研 究 生：鍾美珠 敬上

我的聯絡電話及電子信箱：0933300224 ch520620@mail.ttshd.gov.tw

第一部分：健康信念量表

說明：本量表目的在探討您對健康及疾病認知的瞭解程度，請您依個人的親身感受，依序逐項回答問題，不要有遺漏，並在最適當的□上打『V』。

一、健康的認知部分

	5	4	3	2	1
	非	同	無	不	非
	常		意	同	常
	同				同
	意	意	見	意	意
1. 您覺得身體的健康是重要的嗎.....	☐	☐	☐	☐	☐
2. 您認為配合醫師指示服藥就能治好結核病嗎.....	☐	☐	☐	☐	☐
3. 您認為結核病是會感染給家人或別人的嗎.....	☐	☐	☐	☐	☐
4. 您覺得應該對自己的身體健康負起責任嗎.....	☐	☐	☐	☐	☐
5. 您會在意自己生病或身體健康的問題嗎.....	☐	☐	☐	☐	☐
6. 您認為結核病是一種需要長期治療的疾病嗎.....	☐	☐	☐	☐	☐

5 4 3 2 1
 非常 同 無 不 非
 常 意 意 同 常
 同 意 見 意 不
 意 意 見 意 同 意

7. 您認為別人應該對我得結核病應負責任嗎..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
8. 您認為有足夠的資源面對處理結核病這一件事嗎..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
9. 您認為自己有能力控制生病的結果嗎..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

二、疾病治療的認知

10. 您認為結核病治不好，所以不想服藥..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
11. 您知道得到結核病的原因..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
12. 您瞭解結核病的傳染途徑方式..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
13. 您知道結核病的治療需要多久時間..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
14. 您知道結核病如未按時服藥，會產生抗藥性問題..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
15. 您對結核病藥物的服用很清楚，不需要別人指導..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
16. 您都有依治療規定定期回醫院複查..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
17. 您每次至醫院看病時都帶「結核病就診手冊」..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
18. 您都能每次依照醫師的處方按時服用藥物..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
19. 您知道服用結核病藥物有那些副作用..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

三、自覺健康情形

20. 您認為能治療好結核病應該歸功於自己的努力..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
21. 您認為能治療好結核病應該歸功於專業人員努力..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
22. 您認為能治療好結核病應該歸功於家人的照料..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
23. 您在生活壓力大時仍會按時服藥..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
24. 您在出外時仍然會記得按時服藥..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
25. 您如果沒有覺得不舒服的症狀下仍會按時服藥..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
26. 您無論如何困難都會依預約時間回醫院複診..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
27. 您對藥物有副作用引起輕微不舒服時仍會按時服藥... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
28. 您能完成此次治療結核病的全部療程..... ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

第二部分：服藥順從性量表

說明：本量表目的在瞭解您對專業人員的服務、滿意度及家庭的支持的感受程度，請您依個人的親身感受，依序逐項回答問題，不要有遺漏，並在最適當的□上打『V』。

一、專業人員服務態度

	5	4	3	2	1
	非	滿	無	不	非
	常		意	滿	常
	滿				滿
	意	意	見	意	意
1. 護士或關懷員在治療期間都能依規定前往訪視……	☐	☐	☐	☐	☐
2. 不是護士或關懷員前往訪視服務您感到……	☐	☐	☐	☐	☐
3. 對護士或關懷員的服務態度您感到……	☐	☐	☐	☐	☐
4. 護士或關懷員提供生活起居注意事項說明感到……	☐	☐	☐	☐	☐
5. 護士或關懷員對藥物副作用的說明您感到……	☐	☐	☐	☐	☐
6. 護士或關懷員對服藥須知的說明您感到……	☐	☐	☐	☐	☐
7. 整個結核病治療過程中關懷的程度您感到……	☐	☐	☐	☐	☐
8. 您對護士或關懷員對治療結核病的幫助感到……	☐	☐	☐	☐	☐

二、家庭支持系統

9. 您訴說個人結核病感覺及情緒對家人傾聽的意願感到	☐	☐	☐	☐	☐
10. 您對提起精神持續接受治療得到家人激勵程度感到…	☐	☐	☐	☐	☐
11. 家人支持您對結核病治療所做的決定您感到……	☐	☐	☐	☐	☐
12. 對家人主動提醒您定期至醫院複診情形感到……	☐	☐	☐	☐	☐
13. 對親朋好友主動關心您健康狀況的程度感到……	☐	☐	☐	☐	☐
14. 對生病後家人和您從事一些活動(例如逛街、運動等) 使您不去想目前困境的情形感到……	☐	☐	☐	☐	☐
15. 對家人提供結核病治療的問題及建議感到……	☐	☐	☐	☐	☐
16. 對於您健康狀況有進步時家人稱讚及鼓勵程度感到…	☐	☐	☐	☐	☐

三、醫療滿意度

	5	4	3	2	1
	非常	滿	無	不	非
			意	滿	常
	滿				不
	意	意	見	意	意
17. 對醫療人員的治療效果.....	☐	☐	☐	☐	☐
18. 對醫療人員的服務態度.....	☐	☐	☐	☐	☐
19. 醫師或護理人員對用藥的解說.....	☐	☐	☐	☐	☐
20. 醫師或護理人員對您的隱私尊重.....	☐	☐	☐	☐	☐
21. 對醫師的病情解說內容.....	☐	☐	☐	☐	☐
22. 醫療單位提供就醫及諮詢方便性.....	☒	☒	☐	☐	☐
23. 對台東縣就醫交通方便性.....	☐	☐	☐	☐	☐
24. 對整體就醫服務及滿意度感到.....	☐	☐	☐	☐	☐

第三部分：病人基本資料

1. 您的性別是：☐ (1) 男 ☐ (2) 女
2. 您的年齡是：☐ (1) 20 歲以下 ☐ (2) 20-30 歲 ☐ (3) 31-40 歲 ☐ (4) 41-50 歲 ☐ (5) 51 歲以上
3. 您的婚姻狀況：☐ (1) 已婚 ☐ (2) 未婚 ☐ (3) 離婚
4. 您的教育程度：☐ (1) 國小 ☐ (2) 國中 ☐ (3) 高中(職) ☐ (4) 專科 ☐ (5) 大學 ☐ (6) 研究所(含)以上
5. 您的職業：☐ (1) 軍 ☐ (2) 公 ☐ (3) 教 ☐ (4) 農 ☐ (5) 工 ☐ (6) 商 ☐ (7) 漁 ☐ (8) 其他
6. 您的月收入：☐ (1) 30000 元以下 ☐ (2) 30001 至 50000 元 ☐ (3) 50001 至 70000 元 ☐ (4) 70001 元以上
7. 您的居住地：☐ (1) 台東市 ☐ (2) 台東縣
8. 您的族別：☐ (1) 原住民 ☐ (2) 非原住民

整份問卷到此結束，請您再做最後的審視有無遺漏，謝謝您的幫忙及協助，如有其他寶貴意見敬請不吝賜教，鍾美珠再一次衷心的感謝您。

【附錄二】 研究假設驗證結果彙整表

※ 結核病人基本資料對健康信念差異情形研究驗證結果一覽表

研究假設內容		驗證結果	成立 (接受Ho)	不成立 (拒絕 Ho)
性別	1. 不同的性別結核病人對「健康的認知」無顯差異存在。		v	
	2. 不同的性別結核病人對「疾病治療的認知」無顯差異存在。		v	
	3. 不同的性別結核病人對「自覺健康情形」無顯差異存在。		v	
年齡	1. 不同的年齡結核病人對「健康的認知」無顯差異存在。			v
	2. 不同的年齡結核病人對「疾病治療的認知」無顯差異存在。		V	
	3. 不同的年齡結核病人對「自覺健康情形」無顯差異存在。		v	
婚姻 狀況	1. 不同的婚姻狀況結核病人對「健康的認知」無顯差異存在。		v	
	2. 不同的婚姻狀況結核病人對「疾病治療的認知」無顯差異存在。		V	
	3. 不同的婚姻狀況結核病人對「自覺健康情形」無顯差異存在。		v	
教育 程度	1. 不同的教育程度結核病人對「健康的認知」無顯差異存在。			v
	2. 不同的教育程度結核病人對「疾病治療的認知」無顯差異存在。			V
	3. 不同的教育程度結核病人對「自覺健康情形」無顯差異存在。			v
職業	1. 不同的職業結核病人對「健康的認知」無顯差異存在。			v
	2. 不同的職業結核病人對「疾病治療的認知」無顯差異存在。			V
	3. 不同的職業結核病人對「自覺健康情形」無顯差異存在。			v
月收 入	1. 不同的月收入結核病人對「健康的認知」無顯差異存在。			v
	2. 不同的月收入結核病人對「疾病治療的認知」無顯差異存在。			V
	3. 不同的月收入結核病人對「自覺健康情形」無顯差異存在。		v	
居住 地	1. 不同的居住地結核病人對「健康的認知」無顯差異存在。			v
	2. 不同的居住地結核病人對「疾病治療的認知」無顯差異存在。			V
	3. 不同的居住地結核病人對「自覺健康情形」無顯差異存在。			v
族別	1. 不同的族別結核病人對「健康的認知」無顯差異存在。			v
	2. 不同的族別結核病人對「疾病治療的認知」無顯差異存在。			V
	3. 不同的族別結核病人對「自覺健康情形」無顯差異存在。		v	

三、結核病人基本資料對服藥順從性差異情形研究驗證結果一覽表

研究假設內容		驗證結果	成立 (接受Ho)	不成立 (拒絕Ho)
性別	1. 不同的性別結核病人對「專業人員服務態度」無顯差異存在。		v	
	2. 不同的性別結核病人對「家庭支持系統」無顯差異存在。		v	
	3. 不同的性別結核病人對「醫療滿意度」無顯差異存在。		v	
年齡	1. 不同的年齡結核病人對「專業人員服務態度」無顯差異存在。		v	
	2. 不同的年齡結核病人對「家庭支持系統」無顯差異存在。			V
	3. 不同的年齡結核病人對「醫療滿意度」無顯差異存在。			v
婚姻 狀況	1. 不同的婚姻狀況結核病人對「專業人員服務態度」無顯差異存在。		v	
	2. 不同的婚姻狀況結核病人對「家庭支持系統」無顯差異存在。		v	
	3. 不同的婚姻狀況結核病人對「醫療滿意度」無顯差異存在。		v	
教育 程度	1. 不同的教誨程度結核病人對「專業人員服務態度」無顯差異存在。		v	
	2. 不同的教誨程度結核病人對「家庭支持系統」無顯差異存在。			v
	3. 不同的教誨程度結核病人對「醫療滿意度」無顯差異存在。			v
職業	1. 不同的職業結核病人對「專業人員服務態度」無顯差異存在。			v
	2. 不同的職業結核病人對「家庭支持系統」無顯差異存在。			V
	3. 不同的職業結核病人對「醫療滿意度」無顯差異存在。			v
月收 入	1. 不同的月收入結核病人對「專業人員服務態度」無顯差異存在。			v
	2. 不同的月收入結核病人對「家庭支持系統」無顯差異存在。			V
	3. 不同的月收入核病人對「醫療滿意度」無顯差異存在。		v	
居住 地	1. 不同的居住地結核病人對「專業人員服務態度」無顯差異存在。			v
	2. 不同的居住地結核病人對「家庭支持系統」無顯差異存在。		V	
	3. 不同的居住地結核病人對「醫療滿意度」無顯差異存在。			v
族別	1. 不同的族別結核病人對「專業人員服務態度」無顯差異存在。		v	
	2. 不同的族別結核病人對「家庭支持系統」無顯差異存在。			V
	3. 不同的族別結核病人對「醫療滿意度」無顯差異存在。		v	

四、健康信念與服藥順從性相關研究驗證結果一覽表

研究假設內容		驗證結果	成立 (接受Ho)	不成立 (拒絕Ho)
健康的認知	1. 與「專業人員服務態度」無顯著關聯存在。			V
	2. 與「家庭支持系統」無顯著關聯存在。。			V
	3. 與「醫療滿意度」無顯著關聯存在。			V
疾病治療的認知	1. 與「專業人員服務態度」無顯著關聯存在。			V
	2. 與「家庭支持系統」無顯著關聯存在。。			V
	3. 與「醫療滿意度」無顯著關聯存在。			V
自覺健康情形	1. 與「專業人員服務態度」無顯著關聯存在。			V
	2. 與「家庭支持系統」無顯著關聯存在。。			V
	3. 與「醫療滿意度」無顯著關聯存在。			V