衛 生 教 育 學 報
第18期，第43-67頁，民國91年12月
Journal of Health Education
No.18, pp.43-67. December 2002

以健康信念模式分析醫院護理人員下背痛預防行爲及其相關因素之研究

董貞吟* 黃乾全* 丁如眞** 張家儒**

摘 要

本研究目的主要是以健康信念模式分析醫院護理人員之下背痛預防行爲及其相關因素，以提供日後進行教育介入參考。本研究採橫斷式調查研究設計，經由焦點團體法篩選出重要、顯著之健康信念，作爲問卷發展之依據，以台北市立八家醫院之全體護理人員爲對象，其後於91年3～4月間以自填式問卷方式進行施測，得有效樣本2034名，回收率90.5%。研究之重要結果如下：

一、護理人員罹患下背痛比率爲61.6%，比例偏高。其年盛行率、月盛行率、週盛行率分別爲42.4%、19.8%、14.3%。

二、不同社會人口學變項會影響護理人員之健康信念、行動線索、下背痛預防行爲及傾向。

三、在健康信念方面，發現「下背痛行動障礙認知」、「規律運動」與「行動線索」對護理人員下背痛預防行爲的解釋力最大；「下背痛行動障礙認知」對預防下背痛行爲傾向的解釋力最大。

四、健康信念模式用來解釋下背痛預防行爲，達到30.1%變異量的解釋力，對預防下背痛行爲傾向之解釋力則有26.4%的變異量。

關鍵詞：下背痛、健康信念模式、護理人員

* 國立台灣師範大學衛生教育學系教授
** 國立台灣師範大學衛生教育系碩士班學生

壹、前　言

一、研究動機與重要性

下背痛可能發生在每一個人、每一種行業，但綜觀國內外相關研究發現，多數研究的對象多鎖定在運輸業、護士，究其原因，可能與他們平日工作型態有關，其中又以護理人員的相關研究為多。Deyo（1988）亦指出不同的職業有著不同罹患下背痛的比例，其中較高比例者如卡車司機、手工操作業者、醫療人員（護士、護佐）。

根據邱文科、黃美涓（1992）對護理人員下背痛的流行病學調查文獻整理中發現，由於每個研究者對下背痛的定義、調查時間及護理人員取樣上的不同，造成研究結果有若干差異，不過仍可分析出護理人員罹患下背痛的比率有隨時間增加的趨勢，亦指出國內護理人員下背痛的罹患情形相當嚴重，約有 78%的研究對象一生中有過下背痛的經驗。同時，在一項估計護理人員身體各部位肌肉骨骼症狀之盛行率的研究中發現，首屈一位即為下背痛，有 66.4%的護理人員以下背肌肉骨骼症狀為其主要或次要之主訴症狀（馮兆康、楊秋月、林貴滿，2000）。

國外研究亦顯示護理人員下背痛問題的嚴重性，例如在英國有 9.5%的護士曾因下背痛請過假，造成每年約有 764,000 之工時損失，更有 3.5%之護士因此離職，0.8%的護士更進一步說明下背痛是離職的唯一原因，造成訓練、保險、退休、賠償、士氣與工作指派上有形或無形成本的增加（Stubbs, Buckle and Hudson, 1983）；一個芬蘭全國性研究也指出，芬蘭有 18%的護士認為下背痛會影響其日常之護理活動（Videman, Nurmimen and Tola, 1984）。國內研究也指出臨床護理人員下背痛的年盛行率約為 46%-77%（胡月娟，1984；粘秋貴、柯德鑫，1996；行政院勞委會勞工安全衛生研究所，1997）。其他類似調查報告也發現相似的結果，如針對大學醫院護理人員所做的問卷調查顯示：一年、一個月及一週的下背痛盛行率分別為 48.3%、39.6 %、及 34.8 %（曹昭懿，1992），馬君在 2000 年所做之調查也得到護理人員下背痛終生盛行率為 65.3%，週盛行率為 28.6%的結果。由此可見，護理人員罹患下背痛的情形可謂非常嚴重。

國外對於下背痛的相關研究從 1970 年進行調查研究，近十年開始針對各項介入策略做評價，已發展頗完善，並開始利用網路傳播，進行下背痛教育，足可顯示在下背痛防治工作上的推展，早已透過各種傳播管道來進行，但大部分研究的主持人為醫師

及復健師，研究對象群均爲下背痛病患，對於下背痛的盛行來說，此僅爲治標的方法，若要治本則須從預防的角度開始著手。反觀國內研究方面，均只停留在危險因子調查研究（胡月娟，1984；邱文科、李永輝，1992；曹昭懿、陳美滿、王榮德，1998；粘秋桂等，1996；鄭誠功，曾永輝，陳博光，1996），大都僅只討論引發下背痛的危害因素，若從積極面來看，站在教育訓練的角度而論，著實應找出預防下背痛行爲產生的相關因子，才能針對此健康問題作妥善因應，因爲下背痛是種容易罹患且難以治療的疾病，也容易反覆發作，雖不至於對生命構成威脅，但嚴重時，需要長時間治療才能痊癒（杜春治，1998）。尤其是職業性下背痛，預防遠重於治療（郭浩然，2000）。

疼痛雖然不致要人命，但長期的腰酸背痛無異是形同精神及肉體上的折磨，尤其影響情緒低落，降低生活品質與工作效率，造成社會損失，因此，著實在疼痛未發生前就應強化下背痛預防行爲，避免下背痛的發生，而導致不必要的疼痛及經濟損失等問題發生。

呂昌明、陳瓊珠（1983）指出，衛生教育是著重實踐的學問，如果能經由信念的改變導致行爲的改變，健康信念模式則大有用處。因此本研究參考健康信念模式（Health Belief Model, HBM），利用橫斷性研究，採用了「擬似」（proxy）指標，測量護理人員現在的「下背痛健康信念」與「下背痛預防行爲之傾向」的關係。希望能夠找出預防下背痛行爲及傾向的相關健康信念因素，而測量的「健康信念」，包括自覺下背痛罹患性、自覺下背痛嚴重性、下背痛行動利益及下背痛行動障礙之各項信念，去預測下背痛預防行爲及傾向，以提供未來相關衛生教育介入更進一步的資料。

二、研究目的

本研究主要目的在探討護理人員下背痛預防行爲及其相關因素，分述如下：

（一）瞭解研究對象之社會人口學變項、健康信念、行動線索以及下背痛預防行爲及傾向之分佈情形。

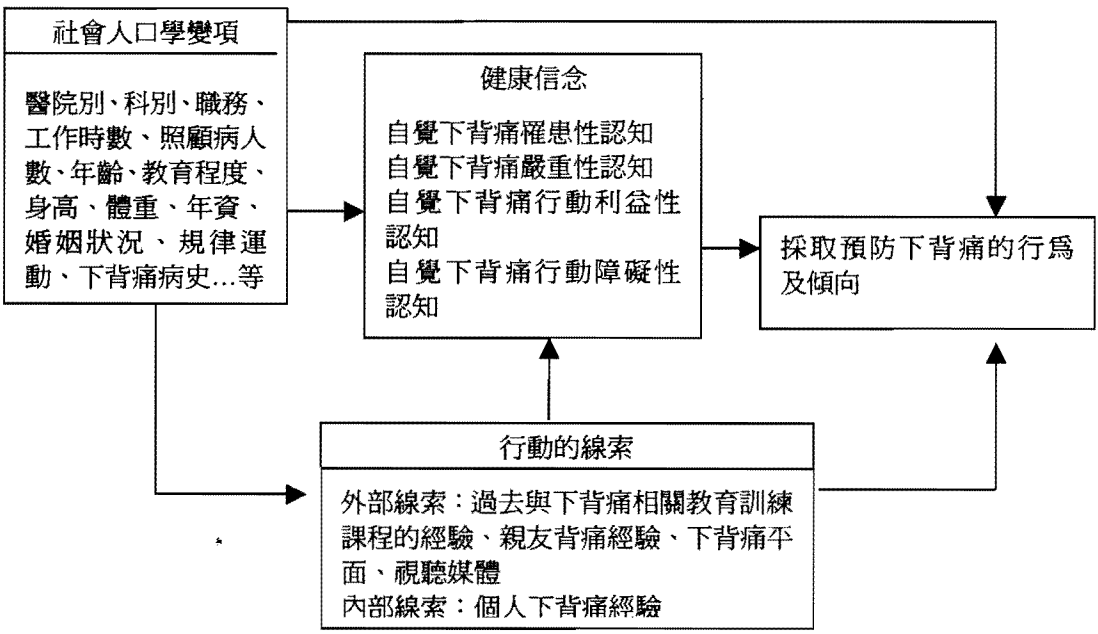
（二）探討研究對象之社會人口學變項、健康信念、行動線索與下背痛預防行爲及傾向之關係。

（三）探討社會人口學變項、健康信念、行動線索對研究對象下背痛預防行爲及傾向之預測力。

貳、研究方法

一、研究架構

依研究目的，本研究之架構設計如圖一。



圖一　研究架構

二、研究對象

本研究以仁愛、中興、和平、婦幼、陽明、忠孝、萬芳、關渡等八家台北市立醫院之全體護理人員共 2248 人爲對象，進行問卷調查，回收有效問卷 2034 份，回收率爲 90.5%。

三、研究設計

本研究採橫斷式調查法（cross-sectional survey）來探討護理人員預防下背痛行爲及傾向之相關因素，分爲二階段進行。首先立意取樣二家醫院之護理人員，進行焦點團體訪談，以蒐集護理人員認爲影響採取下背痛預防行爲及傾向之健康信念，從開放式的回答中，篩選重要的信念作爲結構問卷中健康信念變項的題目；再者，希冀透過訪談得知護理人員平日的工作概況、下背痛的自覺情形、認知、態度及行爲等資料，

作爲發展正式問卷的依據。之後以自擬之調查問卷於抽樣醫院進行結構式問卷施測。

四、研究工具

本研究之問卷設計乃根據研究目的、研究架構、相關研究文獻及實際進行焦點團體之結果，發展適合研究對象之結構式問卷，並經由專家效度審查、預試、修改而成。

問卷內容設計分成五大部分、八大項，各主要變項的意義與測量方法分別說明如下：一、基本資料：包括服務病房別、職務等共計 22 題；二、健康信念：包括自覺下背痛罹患性認知、自覺下背痛嚴重性認知、自覺下背痛行動利益性認知，及自覺下背痛行動障礙性認知等四個量表，分別有 2 題、10 題、9 題及 10 題，量表採 Likert 五分法計分，爲了量表間之比較將分數加總取平均值，若分數越高者，表示研究對象對於量表所呈現出之問題認同度越高；分數越低則反之；三、行動線索：指研究對象對於採取預防下背痛行爲之訊息來源，包括訊息的途徑、他人的提醒或親友之下背痛經驗等共 8 題；四、下背痛預防行爲：量表採 Likert 五分法計分，此部分共有 11 題，爲了量表間之比較將分數加總取平均值，若分數越高者，表示研究對象採取預防下背痛行爲越頻繁，分數越低則反之；五、預防下背痛行爲傾向：量表採 Likert 五分法計分，此部分共有 11 題，爲了量表間之比較將分數加總取平均值，若分數越高者，表示研究對象採取預防下背痛行爲之傾向越高，分數越低則反之。

各量表的 Cronbach Alpha 值在 0.68-0.93 之間，表示各量表有中等程度以上的一致性。

五、資料蒐集

於正式施測前發公文至台北市衛生局，請負責相關業務科別人員能給予本研究計畫協助，行文至各受試醫院惠請配合。並於 2002 年 3 月 22 日於衛生局開正式問卷施測說明會，旨在說明本研究之目的、進行方法，及確認各醫院各病房護理人員數。與會人員爲各受試醫院之護理長或護理督導，並請其協助正式問卷的發放與回收。正式問卷於 2002 年 3 月 29 日發放至各受試醫院，請各醫院負責人員協助將問卷發放至各病房，問卷回收則於 4 月 8 日起至 4 月 10 日。

六、統計方法

所得資料以 SPSS for Windows10.0 套裝軟體進行編碼建檔及統計分析，並依各變項種類及相關關係進行描述性統計、皮爾森積差相關、 t 檢定、單因子變異數分析、雪費法事後檢定（Scheffe's Method）、複迴歸等統計分析。

參、結果與討論

一、各類變項之描述性統計

（一）研究對象之基本資料

1.社會人口學

本研究對象之平均服務年資爲 9.16 年；其服務病房分布情形以一般內科病房爲多，佔總人數之 24.0%；平均年齡爲 31.67 歲；值班型態則以輪三班者爲多，佔 51.2%；身體質量指數以 20-24 者爲多（950 人），佔了 62.8%；絕大多數（81.7%，1588 人）均無兼任行政工作；未婚者 1133 人（57.0%）居多，已婚者平均生育 1.58 個小孩；教育程度集中於專科，佔了 64.8%；僅有 13.3%的研究對象有運動習慣（見表一）。

表一　研究對象之社會人口學變項表

變項名稱	人　數	百分比（%）	
服務年資			
0-5 年	783	42.2	平均值 9.16
6-10 年	448	24.2	標準差 7.49
11-15 年	260	14.0	最大值 34
16-20 年	179	9.7	最小值 0.10
21 年以上	184	9.9	
服務病房			
一般外科系病房	280	13.9	
一般內科系病房	482	24.0	
急診室	119	5.9	
加護病房	288	14.3	
開刀房	139	6.9	
產房	105	5.2	
嬰兒室	64	3.2	
洗腎室	82	4.1	
居家護理	11	0.5	
長期照護	38	1.9	
燙傷中心	16	0.8	
供應室	19	0.9	
公衛	24	1.2	
感控室	2	0.1	
衛教室	8	0.4	
門診	182	9.0	
精神科	15	0.7	
其他	138	6.9	
年齡			
30 歲以下	1106	55.8	平均值 31.67

變項名稱	人　數	百分比（%）	
31-40 歲	575	29.0	標準差 8.05
41-50 歲	273	13.8	最大值 67
51 歲以上	28	1.4	最小值 18
值班型態			
固定白天班	643	32.7	
固定小夜班	139	7.1	
固定大夜班	105	5.3	
輪三班	1008	51.2	
輪二班	72	3.7	
身體質量指數（BMI）			
19 以下	432	28.6	平均值 21.06
20-24	950	62.8	標準差 2.27
25-28	99	6.5	最大值 35.56
29 以上	32	2.1	最小值 14.82
			（身高：
			平均值 159.22
			標準差 5.20
			最大值 183.0
			最小值 141.0
			體重：
			平均值 53.40
			標準差 7.53
			最大值 90.0
			最小值 37.0）
兼任行政工作職務			
否	1588	81.7	
是	356	18.3	
婚姻狀況			
未婚	1133	57.0	
已婚	865	43.0	
生育數			
0 個	911	44.8	平均值 1.58
1 個	549	27.0	標準差 0.93
2 個	396	19.5	最大值 5
3 個	115	5.7	最小值 0
4 個	10	0.5	
5 個（含以上）	2	0.1	
教育程度			
高職	160	7.9	
專科	1307	64.8	
大學	529	26.2	
研究所	20	1.0	
運動習慣			
是	270	13.3	
否	1741	85.6	

2.工作負荷

在工作負荷方面，每位護理人員平均照顧病人數爲 8.47 個，月休天數爲 8.26 天，工作時數爲 8.47 個小時，站立時數 4.23 小時，坐時數 1.96 小時，走動時間 3.67 小時。由此可見，雖然市立醫院一般上班時數都規定 8 小時，但是通常都會延遲將近半小時下班；再者，護理人員在平均 8.47 個工作時數中，走動和站立的時數卻超過 7 小時，可見的工作內容需長時間的站立。

3.下背痛病史

在下背痛病史方面，有 61.6%的護理人員曾有下背痛的經驗。年盛行率爲 42.4%，最近一年因下背痛平均請假的天數爲 4.19 天；月盛行率是 19.8%，最近一個月因下背痛平均請假的天數爲 3.00 天；週盛行率爲 14.3%，最近一週因下背痛平均請假的天數爲 1.92 天。研究對象平均在從事護理工作 4.6 年後出現下背痛的情形，其中有 94.3%的護理人員認爲下背痛發生原因與從事護理工作有關。而有過下背痛經驗的研究對象中，大部分（60.2%）皆無被醫師診斷出與內臟器官及背部相關的疾病。

下背痛疼痛的頻率以每月一、二次及每月少於一次爲居多，分別佔了 34.1%及 32.7%，最嚴重疼痛持續的時間以一至三天左右，佔了 46.5%。一般護理人員對於下背痛的處理方式，多採取休息的方式（78.0%），其次是自行熱敷或按摩（60.1%）。

（二）自覺下背痛罹患性認知

大部分的護理人員皆認爲在未來三個月、六個月內可能會罹患下背痛，量表平均得分爲 4.11。

（三）自覺下背痛嚴重性認知

表二　自覺下背痛嚴重性認知得分統計表

題　目	非常不嚴重 (%)	不嚴重 (%)	不知道 (%)	嚴重 (%)	非常嚴重 (%)	平均值	標準差
1. 下背痛對整體身體健康的影響	0.4	5.2	54.0	39.9	0.4	4.28	0.76
2. 下背痛對工作效率的影響	0.8	6.4	49.7	42.6	0.5	4.27	0.83
3. 下背痛對工作情緒的影響	0.5	6.2	52.7	40.3	0.4	4.26	0.79
4. 下背痛對日常作息活動的影響	0.4	6.8	56.2	36.3	0.2	4.21	0.80
5. 下背痛對休閒運動的影響	0.5	7.4	57.4	34.3	0.3	4.18	0.81
6. 下背痛對休息及睡眠的影響	0.8	8.6	58.3	31.5	0.8	4.11	0.85
7. 下背痛對整體心理健康的影響	0.8	11.2	56.0	31.7	0.4	4.06	0.91
8. 下背痛對就醫花費的影響	1.2	17.8	52.0	26.9	2.0	3.86	1.04
9. 下背痛對護病關係的影響	2.2	22.1	51.4	23.1	1.2	3.71	1.11
10.下背痛對同事關係的影響	3.7	38.4	42.9	13.4	1.6	3.24	1.20

護理人員在此部分之答題情形，大多認爲若是罹患下背痛，會影響問卷中之各層面的問題（見表二）。其中以「下背痛對整體身體健康的影響」、「下背痛對工作效率的影響」以及「下背痛對工作情緒的影響」最認同，但對於「下背痛對同事關係」、「下背痛對護病關係的影響」，得分最低，可能下背痛對於這兩個層面的影響較不直接；「下背痛對於醫療花費的影響」，平均得分只有 3.86，亦可呼應護理人員對於下背痛的症狀處理大多以自行解決的方式或休息來處理，就醫情況及頻率並非頻繁，因此在醫療花費上的影響就不是那麼高。

（四）自覺下背痛行動利益性認知

研究對象在自覺下背痛利益性認知方面，集中在同意若是個人採取預防性下背痛行爲，則會帶來量表中問題之各項好處，總平均得分爲 4.02，持正向認知。尤其以「促進休息及睡眠的品質」此項得分最高，平均 4.35，其次爲「促進身體健康」，平均得分爲 4.33，再來是「避免疼痛不適」，平均得分 4.21，可能是這三項好處在沒有下背痛情形發生時，最直接反應就是身體狀況，因此得分會較其他題目來的高。得分較低者爲「避免喪失工作」及「減少請假天數」，平均得分皆爲 3.98（見表三），整體而言，研究對象相當肯定預防下背痛行爲的有效性及利益性。

（五）自覺下背痛行動障礙性認知

研究對象自覺在工作中無法採取預防下背痛行爲之困難因素，總平均得分爲 3.20 介於「同意」與「沒意見」之間，不過針對「工作負荷大，沒時間注意」、「工作時容易緊張，忽略工作姿勢」，以及怕「會影響工作效率」、「醫院硬體設備不佳」之得分分別爲 3.98、3.90 及 3.77、3.71（見表三），接近同意的程度，這與劉長安、施婉華、曾貴英（1997）所做之某醫學中心臨床護理人員工作滿意調查之研究具有相同意義，其結果顯示，研究對象在「對臨床工作的感受」層面中之「負荷過大」、「累人的」及「壓力過大的」之滿意得分最低；而得分最低者則爲「不瞭解下背痛成因」，得分 2.35，近乎不同意，可能因爲在護理工作之學前教育，或在工作中時常會接觸相關訊息，因此大部分護理人員自覺對下背痛成因有一定程度的瞭解，並非爲他們執行預防下背痛行爲的障礙。

整體而言，研究對象對預防下背痛之行爲障礙大多沒意見。不過要特別注意的是，因爲護理人員之工作環境獲得醫療諮詢及資訊的便利性，常易忽略該機構內職業安全衛生問題的重要性（陳美滿，1996）。因此，在行動障礙量表的得分低，並不表示在其護理工作環境中，真的沒有這些妨礙下背痛預防行爲的障礙因子。另有可能是研究對象根本不認爲那是一個嚴重的問題，因此下背痛預防行爲會不會發生，根本與之無關。

表三　自覺下背痛行動利益性暨障礙性認知統計得分表

題　　目	非常不同意 (%)	不同意 (%)	沒意見 (%)	同意 (%)	非常同意 (%)	平均值	標準差
自覺下背痛行動利益性認知							
1. 促進休息及睡眠的品質	0.4	0.8	1.7	57.1	40.0	4.35	0.60
2. 促進身體健康	0.4	0.9	2.1	59.0	37.6	4.33	0.60
3. 避免疼痛不適	0.4	0.8	2.0	70.8	26.0	4.21	0.55
4. 工作效率佳	0.4	2.2	3.5	68.7	25.2	4.16	0.62
5. 工作情緒好	0.4	2.4	3.9	70.8	22.5	4.13	0.62
6. 減少醫療支出	0.6	3.7	5.2	64.3	26.2	4.11	0.71
7. 與病人互動佳	0.5	4.2	8.2	69.2	17.8	4.00	0.69
8. 避免喪失工作	1.0	7.0	7.7	61.4	22.9	3.98	0.82
9. 減少請假天數	1.4	7.2	7.0	60.5	23.9	3.98	0.85
自覺下背痛行動障礙性認知							
1. 工作負荷大，沒時間注意	1.5	11.2	3.3	55.7	28.4	3.98	0.95
2. 工作時容易緊張，忽略工作姿勢	1.5	12.6	4.0	57.3	24.5	3.90	0.96
3. 會影響護理工作的效率	1.4	14.1	6.0	62.9	15.6	3.77	0.93
4. 醫院硬體設備設計不佳	1.2	14.4	13.9	52.7	17.8	3.71	0.96
5. 預防下背痛很麻煩	2.9	39.1	8.2	46.1	3.7	3.09	1.05
6. 正確的工作姿勢不實用	5.7	39.4	6.3	41.1	7.4	3.05	1.15
7. 護理技術不夠純熟，容易產生姿勢不正確	5.5	38.3	8.4	40.9	6.9	3.05	1.13
8. 不相信預防措施的效果	7.6	55.5	9.8	24.9	2.2	2.59	1.01
9. 不清楚如何預防下背痛	10.7	58.9	6.4	21.3	2.8	2.47	1.03
10.不了解下背痛的成因	12.6	60.6	7.2	18.3	1.3	2.35	0.96

（六）行動線索

研究對象在下背痛的行動線索上以「曾閱讀過下背痛內容的單張、手冊或書報雜誌」（佔 79.7%），其次為「來自親友下背痛經驗之相關訊息」，有 64.8%，「同事提醒要注意自己姿勢」有 61.3%，亦可印證護理人員最常使用的資訊來源是同儕（引自葉慶玲，2000）；而最低者則為「曾參加服務醫院所提供『下背痛』相關教育訓練」，僅有 23.1% 的護理人員曾藉由醫院的正式管道，接觸過下背痛相關的訊息。

（七）下背痛預防行為

研究對象在執行下背痛預防行為的實際狀況，得分並不高，分佈情形從 1.67-3.37，

總體題目之平均得分爲2.66，介於「很少」到「有時候」。其中以「搬動病患或重物時，能將物體靠近自己身體」，以及「搬動病患或重物時，能夠要求同事（他人）幫忙」，得分爲最高，分別爲 3.37、3.34（見表四），可能因爲若不要求同事或他人幫忙，自己能力也負荷不了，因此在不得不的情形下，容易產生預防性下背痛行爲，然而「搬運重物」確是一個造成下背痛的主要誘發因素（李永輝、邱文科、黃美涓，1993），若能在工作中避免搬運重物，則能減少下背痛的發生率。

表四　下背痛預防行爲之統計得分表

題　　目	沒有 (%)	很少 (%)	有時候 (%)	經常 (%)	總是 (%)	平均值	標準差
1.搬動病患或重物時，能將物體靠近自己身體	1.2	11.1	44.0	37.0	6.7	3.37	0.59
2.搬動病患或重物時，能夠要求同事（他人）幫忙	1.5	10.3	47.7	34.2	6.3	3.34	0.62
3.工作中，需要久坐或久站時，能夠時常變換姿勢	2.1	14.8	39.6	36.0	7.4	3.31	0.61
4.工作中，要撿拾或搬運東西時，能夠面對東西蹲下，再去撿拾或搬運	3.5	21.7	42.2	26.5	6.1	3.10	0.64
5.工作時會將病床的高度調至適合自己的高度	13.6	26.1	38.1	17.5	4.7	2.74	0.83
6.執行護理工作能夠不彎腰，保持上身挺直	6.2	38.4	40.5	12.6	2.4	2.66	0.71
7.執行護理工作能夠不扭轉身體	6.4	44.8	36.1	10.7	2.0	2.57	0.74
8.工作中不抬舉過重之物品	13.8	43.1	31.3	9.8	1.9	2.43	0.88
9.工作中覺得疲累時，會停下工作暫時休息	14.3	41.9	33.5	9.2	1.1	2.41	0.84
10.在工作之前會做伸展操	49.9	34.3	12.0	3.2	0.7	1.70	0.87
11.工作時穿軟式背架、護腰等個人防護用具	62.2	16.5	15.2	4.0	2.0	1.67	0.93

而得分最低者則是「在工作之前會做伸展操」、「工作時穿軟式背架、護腰等個人防護工具」及「工作中覺得疲累時，會停下工作暫時休息」，得分僅有 1.70 及 1.67、2.41（見表四）。這呼應護理人員大部分皆無運動的習慣，因此在工作前也無做伸展操的情形。由於伸展運動常被作爲一般運動前的暖身（warming up），及運動後的緩和（cooling down），其實也具有減緩下背痛的功效（趙淑蘋，1996），故在執行護理工作前，其實應該要做「暖身運動」，方能避免下背痛的發生（Yassi, Khokhar, Tate, Cooper, Snow and Vallentyne, 1995）。而關於穿背架等個人防護工具方面，此與李琳琳、張玲珍、黃金淑、郭憲文（1997）之調查同，醫護人員做防護措施及使用防護具的比例偏低，可能是有些護理人員覺得穿背架、護腰很麻煩，而且會不好看，影響美觀，或可能覺得「不必要」，沒嚴重到需要穿著背架。至於研究對象鮮少在工作中因疲累而停下來暫時休息的情形，則與障礙因素中之「工作負荷大」呼應。

（八）預防下背痛行爲傾向

見表五，研究對象預防下背痛行爲傾向之得分分佈爲 3.26-2.50，集中於「不知道」與「不可能」，各題目之總平均得分爲 2.86，得分亦不高，不過仍些微高於預防下背痛實際行爲。得分最高者爲「以後搬動病患或重物時，能夠要求同事（他人）幫忙」，以及「以後搬動病患或重物時，能將物體靠近自己身體」，得分分別爲 3.26、3.21，這與實際行爲雷同。另外，「以後工作中，需要久坐或久站時，能夠時常變換姿勢」，得分也是 3.21。得分最低者爲「以後工作之前會做伸展操」及「以後工作中會穿軟式背架、護腰等個人防護用具」，得分爲 2.38、2.50，亦與實際行爲一樣，可能是因爲這兩項預防行爲及傾向較不易在工作中執行。

表五　預防下背痛行爲傾向之統計得分表

題　　目	非常不可能	不可能	不知道	可能	非常可能	平均值	標準差
	（%）	（%）	（%）	（%）	（%）		
1.以後搬動重物或病患時，能夠要求同事（他人）幫忙	1.4	5.3	59.4	33.6	0.2	3.26	0.62
2.以後搬動重物或病患時，能將物體靠近自己身體	1.0	5.9	64.1	28.8	0.2	3.21	0.59
3.以後工作中，需要久坐或久站時，能夠時常變換姿勢	1.1	6.2	63.4	28.8	0.4	3.21	0.61
4.以後工作中，要撿拾或搬運東西時，能夠面對東西蹲下，再去撿拾或搬運	1.6	8.5	61.8	27.7	0.3	3.17	0.64
5.以後工作時能夠不彎腰，保持上身挺直	3.8	19.1	61.3	15.5	0.2	2.89	0.71
6.以後工作時會將床的高度調至適合自己的高度	7.8	17.4	55.6	18.5	0.7	2.87	0.83
7.以後執行護理工作能夠不扭轉身體	4.5	27.2	55.0	13.0	0.4	2.77	0.74
8.以後工作覺得疲累時會停下工作暫時休息	9.2	27.9	48.8	13.7	0.4	2.68	0.84
9.以後工作中不抬舉過重之物品	13.4	33.0	41.8	11.3	0.5	2.52	0.88
10.以後工作中會穿軟式背架、護腰等個人防護用具	16.9	28.6	42.8	10.5	1.2	2.50	0.93
11.以後在工作之前會做伸展操	17.0	35.9	39.6	6.7	0.7	2.38	0.87

在預防行爲傾向方面，得分較實際預防行爲高這是必然的結果，因爲在行爲的發生前，必須對行爲持有意向而後才會去執行，如 Fishbein & Ajzen（1975）的理性行爲理論（The Theory of Reasoned Action）架構中，即明確指出研究對象的行爲取決於其行爲意圖，且在葉季森、周碧瑟（1987）之研究也證實，行爲意向與行爲之間是有顯著相關的，但是如何將「傾向」付諸實際行動，這是對衛生教育的考驗，必須透過行爲

科學的應用，促使護理人員下背痛預防行爲的產生。

二、健康信念、行動線索、下背痛預防行為及傾向與社會人口學變項關係之探討

（一）自覺下背痛罹患性認知與社會人口學變項關係之探討

由表六中得知，下背痛罹患性認知與服務病房別、規律運動與否、背痛經驗有無呈顯著差異，而坐時數、走動時數、年齡、護理年資、生育數與自覺下背痛罹患性認知呈顯著相關。其中尤以服務病房、背痛經驗、規律運動最爲顯著（$p<0.001$）。

可能因爲無規律運動習慣者，自知無下背痛預防行爲，因此罹患下背痛的機率也會比較高，而有背痛經驗者，因已有下背痛的症狀出現，再加上多數研究對象皆認爲下背痛的發生與護理工作有關，因此更增加自覺罹患下背痛的認知程度。

（二）自覺下背痛嚴重性認知與社會人口學變項關係之探討

自覺下背痛嚴重性認知僅與站立時數、走動時數及月休天數呈顯著相關（$p<0.05$）（見表六）。站立時數、走動時數越多者、月休天數越少者，則自覺下背痛嚴重性越高。

這可能是因爲研究對象對於下背痛之危險因子有一定程度的認知，因此站立時數、走動時數較多者，以及月休天數較少者自知下背痛一旦發生，可能會對工作及生活產生影響的嚴重性。

（三）自覺下背痛行動利益性認知與社會人口學變項關係之探討

自覺下背痛行動利益性認知會因婚姻狀況、背痛經驗而呈顯著差異。而月休天數、年齡、護理年資與自覺下背痛行動利益有顯著相關，亦即月休天數越少、年齡越大、護理年資越久者，其自覺下背痛行動利益越高，這其中又以護理年資、年齡之相關情形最爲顯著（$p<0.001$）（見表六）。

在婚姻狀況方面，已婚者自覺下背痛行動利益得分較高，可能因爲通常已婚者年紀較長，且已婚者較未婚者穩定，工作較持久（McCloskey., 1974; 嚴貴紗、林王美園，1988），因此更能夠體認實行下背痛預防行爲，可避免因下背痛對生活及工作所引發的不良影響，肯定下背痛預防行爲所帶來之利益；在背痛經驗方面，有背痛經驗者，可能已感受過背痛對生活及工作所帶來的威脅，因此其自覺下背痛行動利益得分較高。

（四）自覺下背痛行動障礙性認知與社會人口學變項關係之探討

研究對象在行動障礙性認知方面會因服務病房、值班型態、婚姻狀況、教育程度、兼職行政工作、規律運動、背痛經驗不同，而有顯著差異；與站立時數、年齡、護理年資、生育數有顯著相關。其中以規律運動、年齡、護理年資之相關情形最爲顯著

（p<0.001），亦即沒有規律運動者與年齡、護理年資越小者，認爲其下背痛行動障礙越大（見表六）。

表六　社會人口學變項與自覺下背痛罹患性、嚴重性、利益性暨障礙性認知之關係表

變項名稱	自覺下背痛罹患性認知	自覺下背痛嚴重性認知	自覺下背痛利益性認知	自覺下背痛障礙性認知
	t 值	t 值	t 值	t 值
兼職行政工作	0.960	-1.236	-1.821	2.014*
婚姻狀況	1.250	-0.131	-2.387*	2.430*
規律運動	-4.156***	1.243	0.093	-3.800***
背痛經驗	-15.098***	-0.163	-2.825**	-2.410*
	η	η	η	η
照顧病人數	-0.018	-0.005	-0.009	-0.038
工作時數	0.022	0.044	0.012	0.027
站立時數	0.030	0.056*	0.036	0.072**
坐時數	-0.065**	-0.038	-0.038	-0.046
走動時數	0.059*	0.059*	0.038	0.004
月休天數	0.013	-0.050*	-0.070**	0.013
年齡	-0.061**	0.011	0.081***	-0.113***
護理年資	-0.051*	0.016	0.081***	-0.122***
BMI	0.008	0.004 -0.004	0.020	-0.023
生育數	-0.050*	-0.005	0.035	-0.051*
	F 值	F 值	F 值	F 值
服務病房	3.115***	1.385	1.159	2.216**
值班型態	1.496	1.966	0.884	4.605** 固定小夜班>固定白天班；輪三班>固定白天班
教育程度	1.307	2.070	2.005	4.666**

註：*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

未婚者在行動障礙方面得分較高，可能是因爲一般未婚者通常較爲年輕，護理工作資歷較淺，對於工作內容較不熟悉，因此認爲下背痛行動的障礙因素也會較多。而無規律運動者，其行動障礙性認知得分較高，可能是因爲研究對象本身對於預防行爲並無較強的動機，因此面臨工作中的事物，會覺得是行使下背痛預防行爲的障礙。至於有下背痛經驗者，可能是因爲認爲工作中充滿較多無法行使下背痛預防行爲的障礙因素，所以下背痛預防行爲較少發生，因而導致下背痛的發生。

在值班型態方面，由事後比較得知，固定小夜班、輪三班者之行動障礙高於固定

白天班者，可能是因爲一般教育訓練、衛教宣導活動皆在白天舉辦，因此固定白天班者接收過的訊息較多，認知可能會隨著較豐富，因此對下背痛預防行爲較能夠持正向認知，所以下背痛行動障礙較小。障礙因素會因值班型態不同有顯著差異，也有可能是因爲輪班工作人員在工作適應上較非輪班人員差（王精文、賴明德，2000），而且輪班的護士通常會有較差的精神健康和較多生理上的不適（Jamal, 1989），因此，在工作中執行下背痛預防行爲的障礙也較大。

（五）行動線索與社會人口學變項關係之探討

由表七可知，行動線索會因服務病房、值班型態、婚姻狀況、教育程度、兼職行政工作、規律運動、背痛經驗不同，而呈顯著差異；與照顧病人數、站立時數、年齡、護理年資、生育數與行動線索皆呈顯著相關。

在病房別方面，可能因爲每個病房的工作內容不同，強調的在職教育訓練向度也不同，因此會有顯著差異；在值班型態上，固定白天班者、輪二班者之行動線索皆高於輪三班者，可能是因爲這兩個班別白天待在醫院的時間較多，參與活動的機會、接收相關的訊息也可能較多；而在教育程度上，發現高職者高於專科者，可能是因爲所受的學校教育較專科者少，但是所面臨的護理工作相同，因此較能主動去詢問他人經驗，亦或是服務單位會針對他們提供較多的受訓機會。

在婚姻狀況方面，因已婚者通常年紀較大，因此在接受下背痛行動線索方面也會較多；而兼職行政工作者，可能因工作內容不同於一般未接行政工作者，接觸較多的行政業務，因此得知教育訓練的訊息、參與的機會也較多，因此在行動線索的接收上會有所差異；至於無規律運動習慣者，其維護健康的動機可能較低，因此不會特別去參與相關教育訓練、或主動去尋求相關資訊；有背痛經驗者，其行動線索得分較高，可能是因爲有下背痛症狀者，爲了要處理因背痛所帶來之身體不適，有較高的動機去尋求相關資訊，或是親友亦會主動給予相關幫助，提供線索。

（六）下背痛預防行爲、行爲傾向與社會人口學變項關係之探討

服務病房、值班型態、教育程度、規律運動、背痛經驗與下背痛預防行爲呈顯著差異，而與年齡、護理年資、BMI 皆與下背痛預防行爲呈顯著相關（見表七）。

服務病房別與下背痛預防行爲呈顯著差異可能是與工作環境不同所導致，護理人員因爲工作負荷、工作內容以及要求不同，導致行使下背痛之障礙因素有多寡之分，亦或是每個病房別護理人員參加過相關教育的比例不一，因此導致下背痛相關認知可能有所差異，所以影響對於下背痛預防行爲產生的差異。另外，由於每個病房護理人員罹患下背痛的比例也有所差異，因此顯現在下背痛預防行爲的差異上，通常下背痛

預防行爲不顯著者，則有下背痛經驗的比例就越高。

表七　社會人口學變項與下背痛行動線索、預防行爲及預防行爲傾向之關係表

變項名稱	下背痛行動線索	下背痛預防行爲	預防下背痛行爲傾向
	t 值	t 值	t 值
兼職行政工作	-3.212**	-0.743	-1.449
婚姻狀況	-5.192***	-0.716	2.445*
規律運動	4.505***	6.200***	2.559*
背痛經驗	-5.350***	3.106**	3.393**
	η	η	η
照顧病人數	0.058*	-0.002	-0.002
工作時數	0.029	-0.027	-0.053*
站立時數	0.070**	0.031	-0.054*
坐時數	0.028	0.029	0.087***
走動時數	-0.016	-0.014	-0.075**
月休天數	-0.037	-0.023	0.011
年齡	0.160***	0.070**	-0.041
護理年資	0.166***	0.081***	-0.044
BMI	0.043	0.051*	-0.009
生育數	0.117***	0.013	-0.034
	F 值	F 值	F 值
服務病房	5.234***	3.550***	4.208***
值班型態	3.772**	3.102*	5.330***
	固定白天班>輪三班；輪二班>輪三班；高職>專科	1>4;3>2;3>4;3>5	固定白天班>輪二班；固定大夜班>輪二班
教育程度	13.518***	4.242**	4.289**
		研究所>高職；大學>專科；研究所>專科	研究所>高職；大學>高職

註 1：*P<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

註 2：1-固定白天班，2-固定小夜班，3-固定大夜班，4-輪三班，5-輪二班。

在值班型態方面，固定班別的預防行爲顯著高於輪班者。可能是因爲固定班別對於護理人員的工作精神、工作效率、工作情緒等方面較好（張麗銀、楊克平，1993），且不易因爲輪值三班，加上工作負荷重，身心壓力大，容易產生勞動疲勞（馮兆康、李中一，1998），亦有研究顯示（王瑋，1989）輪班的工作方式使護士生活失去規律，何況護理人員較喜歡固定班別（陳淑蓉、徐美珠、金振華、莊秀慧、呂淑莉、蕭昭莉、李淑越，1980）所以固定班別者較能在執行護理工作時，行使下背痛預防行爲。

在教育程度方面，教育程度較高者，其下背痛預防行爲得分有較高的傾向，此亦可印證教育程度高者，其在下背痛健康照護方面有較高的覺知（邱文科等，1992），這可根據 Bullough（1972）在探討人們的預防性健康行爲時，指出教育是可作爲預測的指標。而有背痛經驗者，其下背痛預防行爲得分就越低，可能是因爲平日工作即缺少下背痛預防行爲，因此罹患下背痛的比率也就偏高。

此外，在下背痛預防行爲上，規律運動及背痛經驗的有無皆與預防行爲間有顯著差異。有規律運動者，其下背痛預防行爲得分較高，而有下背痛經驗者，下背痛預防行爲得分愈低，可能是因爲平日沒有採取下背痛預防行爲，因此罹患下背痛的比例也愈高。而由此可間接看出有規律運動者較會採取下背痛預防行爲，因此有下背痛經驗的比例也較低。

在預防下背痛行爲傾向方面，服務病房、值班型態、婚姻狀況 、教育程度、規律運動、背痛經驗皆與預防下背痛行爲傾向呈顯著差異，其中有下背痛經驗者，預防下背痛行爲傾向得分較低，可能和下背痛預防行爲一樣是因爲平日沒有意願行使此行爲，因此罹患下背痛的比例也越高；有規律運動者，其下背痛預防傾向得分較高；與工作時數、站立時數、坐時數、走動時數呈顯著相關，可能是因爲工作內容、負荷不同，所以會影響預防下背痛行爲傾向（見表七）。

大致情形與下背痛預防行爲相似，可能因爲有下背痛預防行爲者，通常也是行爲意向較高者，因而導致類似的結果。

三、影響下背痛預防行為及行為傾向之重要因素分析

（一）「健康信念」、「行動線索」與下背痛預防行爲及行爲傾向間的關係

表八爲各健康信念、行動線索與下背痛預防行爲及行爲傾向關係之皮爾森積差相關檢定。下背痛預防行爲與「自覺下背痛罹患性認知」、「自覺行動利益認知」、「自覺下背痛障礙性認知」及「行動線索」呈顯著相關；預防下背痛行爲傾向則與「自覺下背痛罹患性認知」、「自覺下背痛障礙性認知」及「行動線索」呈顯著相關。

此外，行動線索僅與下背痛行動障礙性認知呈顯著相關（$p<0.001$），行動線索得分較高者，則行動障礙的得分明顯較低，可見接受下背痛相關訊息較多者，能更正確認知及瞭解疾病所帶來之威脅感，因此，在執行護理工作時，較能排除他人所認爲之障礙因素，因此若以衛生教育等方式增加行動線索，應可降低行動障礙，促進預防行爲的產生。

表八　自覺下背痛罹患性、自覺下背痛嚴重性、自覺下背痛利益性認知、自覺下背痛障礙性認知、下背痛預防行爲及其傾向之相關矩陣

變項名稱	自覺下背痛罹患性認知	自覺下背痛嚴重性認知	自覺下背痛利益性認知	自覺下背痛障礙性認知	行動線索	下背痛預防行爲	預防下背痛傾向
自覺下背痛罹患性	1.000						
自覺下背痛嚴重性	0.084***	1.000					
自覺下背痛利益性認知	0.065**	0.275***	1.000				
自覺下背痛障礙性認知	0.120***	0.137***	0.029	1.000			
行動線索	0.044	0.035	0.031	-0.110***	1.000		
下背痛預防行爲	-0.083***	0.005	0.054*	-0.108***	0.144***	1.000	
下背痛預防行爲傾向	-0.113***	-0.029	0.026	-0.229***	0.071**	0.596***	1.000

註 1：*P<0.05, **p<0.01, ***p<0.00

（二）下背痛預防行爲及行爲傾向之影響因素

以自覺下背痛罹患性認知、自覺下背痛嚴重性認知、下背痛行動利益性認知、下背痛行動障礙性認知、行動線索、年齡、照顧病人數、值班型態、兼職行政工作、BMI、婚姻狀況、生育數、規律運動、背痛經驗等 14 個變項爲自變項，下背痛預防行爲及其傾向爲依變項，進行多元複迴歸分析（見表九）。分析結果顯示，迴歸模式可解釋下背痛預防行爲 30.1%的變異量，預防下背痛行爲傾向達 26.4%的變異量。而自覺下背痛罹患性認知愈高、行動障礙愈高、行爲線索愈低、無規律運動者、值班型態爲大夜班者、有下背痛經驗者，下背痛預防行爲愈低；在行爲傾向方面，自覺下背痛罹患性認知愈高、行動障礙愈高、無規律運動者、有下背痛經驗者，行爲傾向愈低；而下背痛行動利益性認知愈高、行動線索愈高、有兼職行政工作者，行爲傾向愈高。其中自覺罹患下背痛認知與預防行爲及行爲傾向之間，均有顯著性的負相關，與模式的假設相反，可能是由於護理人員多半認知下背痛是其常見職業傷病之一，無法完全避免，但又限於障礙因素、行動線索的缺乏，而未採取預防行爲，故導致有較高的罹患性認知，卻有較低的預防行爲及傾向之結果。但其真正原因與因果關係仍待進一步的研究繼續探

討。整體而言，其中對護理人員採取下背痛預防行爲解釋力最大的變項爲「下背痛行動障礙性認知」、「行動線索」及「規律運動」；對預防行爲傾向解釋力最大的則爲「下背痛行動障礙性認知」。可見如何降低護理人員對行爲障礙的認知，將是能否促進其採取預防下背痛行爲的重要關鍵。

表九　採取下背痛預防行爲及其傾向之多元複迴歸分析表

變項名稱	下背痛預防行爲		預防下背痛行爲傾向	
	標準化迴歸係數(β)	t 值	標準化迴歸係數(β)	t 值
常數		12.811***		14.734***
自覺下背痛罹患性認知	-0.105	-3.298**	-0.088	-2.886**
自覺下背痛嚴重性認知	0.011	0.385	0.030	1.005
下背痛行動利益性認知	0.033	1.140	0.063	2.147*
下背痛行動障礙性認知	-0.160	-5.603***	-0.105	-3.643***
行動線索	0.118	4.710***	0.079	2.768**
照顧病人數	-0.031	-1.181	-0.034	-1.204
年齡	0.036	0.971	-0.088	-2.382
值班型態				
1	-0.003	-0.082	-0.020	-0.626
2	0.063	2.045*	0.051	1.631
3	-0.011	3.318	-0.037	-1.052
4	-0.021	-0.723	-0.034	-1.175
兼職行政工作	0.029	0.979	0.077	2.531*
BMI	-0.160	1.830	-0.105	0.490
婚姻狀況	-0.052	-1.370	-0.073	-1.892
生育數	-0.017	-0.466	0.007	0.194
規律運動	-0.100	-3.556***	-0.079	-2.781*
背痛經驗	-0.077	-2.545*	-0.072	-2.367*

註 1：值班型態 1＝固定小夜班對固定白天班，2＝固定大夜班對固定白天班，3＝輪三班對固定白天班，4＝輪二班對固定白天班。

註 2：*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

參、結論與建議

一、本研究之重要結論如下：

（一）本研究對象較一般醫院服務年資較久，可能是因爲抽樣醫院爲市立醫院之故。再者，護理人員罹患下背痛的情形頗爲嚴重，其終生盛行率爲 61.6%，年盛行率 42.4%，月盛行率 19.8%，週盛行率則爲 14.3%，且大部分的研究對象皆認爲下背痛的發生與護理工作有關。

（二）護理人員之社會人口學變項會影響下背痛之健康信念、行動線索、下背痛預防行爲及其傾向，其中尤以護理年資、年齡、下背痛經驗的有無、規律運動與否及服務病房別不同等變項的影響最爲顯著。

（三）以多元複迴歸分析影響下背痛預防行爲及行爲傾向的重要變項發現，其中以「下背痛行動障礙認知」、「規律運動」與「行動線索」對護理人員下背痛預防行爲的解釋力最大；「下背痛行動障礙認知」對下背痛預防行爲傾向的解釋力最大。而所有變項對下背痛預防行爲變異的解釋力爲 30.1%，對下背痛預防行爲傾向之解釋力則有 26.4%。

二、依本研究設計及結果，提出下列幾點建議

（一）研究方面

1.擴大研究對象和代表性：本研究限於人力、物力，以及資源上的限制，僅以台北市八家市立醫院之全體護理人員作爲研究對象，故研究結果無法推論至其他私立醫院，以及外縣市醫院，因此未來研究可推廣至更多醫院，擴大研究對象，以更進一步瞭解護理人員對下背痛之健康信念、行動障礙、預防行爲及其傾向之間的關係。

2.增加研究變項：本研究僅就健康信念模式中之社會人口學變項、自覺罹患性、自覺嚴重性、行動利益、行動障礙、行動線索等因素對下背痛預防行爲及其傾向進行探討，其預測力分別爲 30.1%及 26.4%。其實，影響預防性行爲的因素相當複雜，未來研究可以增加研究對象對下背痛預防行爲的自我效能、動機因素、情境因素以及下背痛相關認知等變項，更進一步瞭解下背痛預防行爲的重要影響因素，以有效提高下背痛預防行爲的產生。

利用不同研究方法：本研究屬於橫斷性研究，故無法判斷因果關係，僅只能就目前現況加以探討，因此未來研究，可以採用前瞻型性研究或世代追蹤研究以確立因果關係。

（二）教育方面

1.舉辦教育訓練注意事項

本研究發現護理人員對下背痛自覺罹患性、下背痛行動障礙及行動線索是預測下背痛預防行爲及其傾向的重要因素。在內容訊息方面，應再加強各種平面媒體、視聽媒體的使用；在自覺下背痛障礙性認知方面，應強化其執行下背痛預防行爲的動機，避免因爲工作負荷大或是緊張而忽略正確的姿勢，並且增加行動線索，提供相關訊息、設置輔助用具，減少行動障礙；在自覺罹患性認知方面，使其認爲若是不執行下背痛預防行爲，則罹患下背痛之機會則會增大，以提高其下背痛預防行爲的產生。除了介入課程的設計之外，平日就應加強預防下背痛宣導，使其意識到此問題的嚴重性。而對象的選擇應以平日沒規律運動者、已婚之護理人員，以及工作年資較久之護理人員爲優先考慮。

2.普及下背痛預防之資訊

由於研究對象關於下背痛相關認知之來源，主要包括「曾閱讀過下背痛內容的單張、手冊或書報雜誌」、「來自親友下背痛經驗之相關訊息」、「同事提醒要注意自己的姿勢」，然而，因應現今社會資訊的多元化，除了傳統的單張、小冊，應可再加強各種視聽媒體的傳播管道，如錄影帶、電視節目、網路等訊息來源，再者，透過學校教育課程完善的規劃，讓護理人員對於下背痛的成因及症狀有所瞭解，如此一來可增加其預防下背痛行爲傾向之動機，強化下背痛預防行爲的產生。

（三）行政方面

1.增加護理人力

本研究發現，研究對象無法在工作中執行預防下背痛行爲，主要還是來自於工作負荷大，工作時容易緊張，導致忽略下背痛預防行爲的產生，所以護理人力是一大關鍵，若是能減低護理人員的工作負擔量，那麼就能剔除許多無法執行預防下背痛的障礙因素，增加預防行爲產生的機會，以保障工作人員的身體健康，進而促進工作效能。

2.增加醫院健康促進活動的舉辦

本研究發現，除工作姿勢不良是下背痛發生的原因之外，其實年齡、體重、運動量等亦與職業性下背痛有關。本研究發現多數的護理人員均無規律運動的習慣，而有運動習慣除了可避免下背痛的發生之外，亦可增進體能、促進身體健康，更何況就醫院而言，是一個非常適合推動健康促進的地點，具有可近性、資源可利用性，還可降低健康照護的成本、提昇員工士氣及生產力，更可作爲病人採行健康行爲之模範，所

以應多舉辦各類健康促進活動，創造一個有利於於健康行爲的環境。

3.進行相關課程之規劃

本研究結果發現，研究對象曾參與在所服務的單位以及學校教育中所提供之下背痛教育訓練課程的比例並不高，然而，預防行爲的產生，並非僅靠少數行動線索即可促其產生，重要的還是一套完整規劃的教育訓練制度，並盡量使其多樣化、生活化、實用化，從學校教育到在職教育，使其概念根深蒂固，認爲維護身體健康是自身的責任，下背痛預防行爲本該發生。

4.改善硬體設備

根據研究結果顯示，「醫院硬體設備設計不佳」對護理人員來說，是執行下背痛預防行爲之一大障礙因素，因此除了工作方法軟體改善之外，工作環境的硬體改善，如增購符合人體工學之輔助器材、設備等，減少不良姿勢發生的機率，亦是一大重點。

誌　謝

感謝台北市衛生局的支持，以及台北市立忠孝、仁愛、婦幼、和平、中興、萬芳、陽明、關渡醫院等全體護理人員之協助才使本研究順利完成。本研究獲國科會 NSC 90－2511－S－003－088 計劃補助經費，特此伸謝。

參考文獻

一、中文部分

王瑋（1989）：臨床護理人員工作壓力感及其調適行爲之研究。榮總護理，5（4），97-112。

王精文、賴明德（2000）：輪班人員工作生活品質與工作適應關聯性研究。科技學刊，9（4），309-318。

行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所（1997）：醫療院所職業衛生狀況調查。台北。

李永輝、邱文科、黃美涓（1993）：護理人員下背痛問題之探討—問卷調查之分析。勞工安全衛生研究季刊，1（3），51-59。

李琳琳、張玲珍、黃金淑、郭憲文（1997）：中部地區某教學醫院醫護人員對工作環境危害認知之研究。中華職業醫學雜誌，4（2），83-92。

杜春治（1998）：健康體適能—運動與下背痛。學校體育雙月刊，8（1），26-37。

呂昌明、陳瓊珠（1983）：所謂健康信念模式。健康教育，51，32-34。

邱文科、李永輝（1992）：不良工作姿勢與護理人員下背痛之關聯性研究。護理雜誌，39（2），89-99。

邱文科、黃美涓（1992）：長庚紀念醫院護理人員下背痛流行病學調查報告。長庚醫學，15（2），64-71。

胡月娟（1984）：台中市各公私立醫院護理人員下背痛情況之調查研究。公共衛生，11（1），6-16。

馬君（2000）：某醫學中心護理人員下背痛相關因子之探討。國防醫學院護理研究所碩士論文。

陳淑蓉、徐美珠、金振華、莊秀慧、呂淑莉、蕭昭莉、李淑越（1980）：比較固定班別、輪值班別對護理人員的影響。榮總護理，7（1），84-88。

陳美滿（1996）：臨床護理人員之職業危害。護理雜誌，43（2），29-34。

曹昭懿（1992）：護理人員的下背痛。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。

曹昭懿、陳美滿、王榮德（1998）：護理人員下背痛之危險因子研究。中華物療誌，23（2），18-25。

粘秋桂、柯德鑫（1996）：護理人員下背痛及其職業相關危險因子之調查。中華職業醫學雜誌，3（1），37-44。

郭浩然（2000）：職業性下背痛。中華衛誌，19（5），332-339。

張麗銀、楊克平（1993）：某教學醫院護理人員對輪班制與固定班別制觀點之探討。榮總護理，1（2），138-144。

馮兆康、李中一（1998）：護理人員自覺疲勞盛行率及其相關因子。中華職業醫學雜誌，5（3），129-138。

馮兆康、楊秋月、林貴滿（2000）：中部醫院護理人員肌肉骨骼症狀盛行率及其相關因子之研究。弘光學報，36，105-129。

葉季森、周碧瑟（1987）：以健康信念模式分析桃園縣婦女的抹片檢查行爲。衛生教育雜誌，8，58-77。

葉慶玲（2000）：護理人員資訊尋求行爲研究。大學圖書館，4（2），93-114。

劉長安、施婉華、曾貴英（1997）：某醫學中心臨床護理人員工作滿意情形及影響因素。榮總護理，14（2），143-153。

趙淑蘋（1996）：預防下背痛之伸展運動及肌力訓練。國立台灣體專學報，8，21-39。

鄭誠功、曾永輝、陳博光（1996）：腰椎生物力學與其臨床重要性。中華物理治療雜誌，21（1），1-8。

顏貴紗、林王美園（1988）：台北市三級以上教學醫院護理人員離職原因。護理雜誌，35（1），95-110。

二、英文部分

Bullough, B. (1972). Poverty, Ethnic Identity and Preventive Health Behavior. *Journal Health & Social Behavior.13*,347-357.

Deyo, R. A. (1988). Back pain in workers. *Occupational Medicine, 3 (1)*, 7-16.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief,Attitude, Intention And Behavior：An Introduction to Theory and Research. Reading, Mass：Addison-Wesley.

Jamal, M. (1989). Shift work creates unusual problems. *Personnel Journal, 68*,114-117.

Yassi, A., Khokhar, R., Tate, R., Cooper, J., Snow, C., & Vallentyne, S. (1995). "The epidemiology of back injuries in nurses at a large Canadian Tertiary Care Hospital: implications for prevention". Occupational *Medicine.45* (4), 215-220.

Videman, T., Nurminer, T., Tola, S., Kuorinka, I., Vanharanta., H. & Troup, J. (1984). Low back pain in nurses and some loading factors of work. *Spine, 9*, 400-404.

Stubbs, D. A., Buckle, P. W., & Hudson, M. P. (1983). Back pain in the nursing profession: epidemiology and pilot methodology. *Ergonmics.26*,755-765.

McCloskey, J. (1974). Influence of rewards and incentives on staff nurse turnover rate. *Nursing Research, 23* (3),

239-247.

Mayer T. C., Gatchel, R. J., Mayer, H., Kishino, N. D., Keeley, J., & Mooney, V. (1987). A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury. *JAMJ, 258*, 1763-1767.

91/08/27 投稿

91/11/12 修正

91/12/18 接受

The Study of the Low Back Pain Preventive Behaviors and Its Related Factors of Hospital Nurses ——Apply Health Belief Model

Chen-Yin Tung,* Chyan-Chyuan Huang*,
Ju-Chen Ting**, Chia-Ju Chang**

ABSTRACT

The main purpose of this study was to explore the factors associated with nurses' low back pain preventive behaviors, served as a reference of intervention program training. At first, we constituted a focus group to screen important brief for constructing questionnaire, then investigated 2034 nurses in 8 Taipei municipal hospitals from March to April in 2002. The main findings were as follows:

1. The life prevalence rate of nurses' low back pain is 61.6%, the year prevalence rate is 42.4%, the month prevalence rate is 19.8% and the week prevalence rate is 14.3%.
2. The demographic variables affect the health beliefs, cues to action, low back pain preventive behaviors and intention.
3. Among health beliefs, the "perceived barriers" and "cues to action" have the most influences on the low back pain preventive behaviors, and the "perceived barriers" also have an impact on the intention of low back pain preventive behaviors.
4. The Health Belief Model components can apply to nurses' low back pain preventive behaviors and expound 30.1% variations. In addition, they can expound 26.4% variations toward the behaviors intention.

Key words：nurse, low back pain, Health Belief Model

* Professor, Department of Health Education, National Taiwan Normal University
** Graduate Student, Department of Health Education, National Taiwan Normal University