

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

社區民眾健康行為與醫療利用行為調查分析

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：CNHA93-03

執行期間：93年1月1日至93年12月31日

整合計畫總主持人：林為森

子計畫(1)：社區民眾醫療與預防保健服務之利用行為分析

子計畫主持人：林為森

子計畫(2)：社區外籍新娘生育避孕行為調查

子計畫主持人：魏美珠

子計畫(3)：社區民眾自覺健康、健康行為與健康狀態之調查

子計畫主持人：陳怡君

子計畫(4)：社區整合家庭醫師計劃成效之探討-以南區某體系為例

子計畫主持人：陳惠芳

執行單位：嘉南藥理科技大學 醫務管理系

中華民國 94 年 2 月 25 日

目錄

子計畫 (1)：社區民眾醫療與預防保健服務之利用行為分析	
封面	1
中文摘要	2
Abstract	2
前言	3
研究方法	4
研究結果	4
結論與建議	6
參考文獻	7
表一～表八	9
子計畫 (2)：社區外籍新娘生育避孕行為調查	
封面	18
中文摘要	19
Abstract	19
前言	19
材料與方法	20
研究結果	21
參考文獻	22
子計畫 (3)：社區民眾自覺健康、健康行為與健康狀態之調查	
封面	23
中文摘要	24
Abstract	24
前言	24
材料與方法	25
結果	26
討論	27
參考文獻	28
表一～表四	30
參考文獻子計畫 (4)：社區整合家庭醫師計劃成效之探討-以南區某體系為例	
封面	34
中文摘要	35
Abstract	35
緣起與目的	35
研究方法	39
結果、討論與建議	39
參考文獻	41

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

整合型計畫：社區民眾健康行為與醫療利用行為調查分析

子計畫（1）：社區民眾醫療與預防保健服務之利用行為分析

計畫類別： 個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：CNHA93-03 子計畫（1）

執行期間：93 年 1 月 1 日至 93 年 12 月 31 日

子計畫計畫主持人：林為森

計畫參與人員：馬事佐

執行單位：嘉南藥理科技大學 醫務管理系

中華民國 94 年 2 月 25 日

中文摘要

人口結構的快速老化使得醫療照護服務需求與醫療保健支出急劇增加，而社會型態與生活習慣的轉變，也使得疾病型態逐漸以慢性病為主，而且罹患慢性病的年齡也有逐年下降趨勢，為了減少醫療資源的耗用與維護國人健康，瞭解社區民眾的醫療利用及預防保健服務利用行為以及探討影響其行為之相關因素是非常重要的課題。本計劃利用九十年台灣地區國民健康訪問調查資料，統計分析四十歲以上中老年民眾醫療及預防保健服務的利用情形，並比較有無罹患慢性病在醫療及預防保健服務的利用上的差異性。結果發現四十歲以上受訪者由醫護人員認定告知的六大慢性病罹患率分別為：心臟病 11.8%、肺部疾病 7.6%、高血壓 23.1%、糖尿病 9.1%、高血脂 16.8% 與中風 3.2%。在醫療利用情形方面，當四十歲以上中老年覺得身體不舒服時較常會做的處理方式是看西醫（84.0%）且西醫門診的利用比例（45.9%）最高。民俗療法的治療則以推拿的平均次數較多。在預防保健服務利用方面，受訪者做過血壓測量（71.8%）最多，空腹血糖值檢驗、飯後血糖值檢驗，血脂肪檢驗與肝功能檢查的檢查比例均低於 50%。21.9% 有接受全身性的健康檢查，其中 57.8% 的費用是由健保支付，超過八成的受訪者（88.4%）未接受流行性感冒疫苗預防注射。有無慢性病的差異比較，結果發現除了高血壓與糖尿病與性別無關之外，其餘慢性病均與性別有顯著關聯。慢性病的平均年齡均顯著的高於無慢性病患者。當慢性病患者身體不舒服時較會去看醫師，以看西醫居多。過去一年住院、急診的比例慢性病患均較無慢性病患者高。在西醫門診方面，慢性病患的求診比例均較高；在中醫門診方面，糖尿病、高血脂與中風病患的求診比例無顯著的差異。在預防保健服務利用方面，慢性病患者有進行血壓、血糖、血脂肪與肝功能檢查的比例明顯較低；雖然慢性病患者在全身健康檢查與接

受流行性感冒疫苗預防注射方面較無慢性病患者佳，但是在慢性病的罹患族群中沒有進行全身健康檢查與接受流行性感冒疫苗預防注射的比例卻較高，顯示慢性病患者的預防保健工作與輔導策略仍需加強。整體而言，四十歲以上中老年人是醫療利用與預防保健利用的主要族群，而罹患六大慢性病之四十歲以上民眾又是醫療與預防保健資源最主要的使用者，因此發展並建立慢性病的疾病追蹤監測、有效推廣預防保健觀念與醫療資源的合理分配均是未來衛生政策需要發展的重點。

關鍵字：中老年人、醫療利用、預防保健利用

Abstract

The increase of the elderly population and chronic disease cases makes the medical expense rapidly growing. In order to reduce waste of medical resources and maintain personal health, it is important to understand how the mid-aged and elderly population uses medical and preventative health resources. The purpose of this study is to analyze data of the health survey in 2001 and exam the mid-aged and elder people's (≥ 40 years) behaviors using medical and preventative resources. Results showed chronic disease rates in this population were 11.8% with heart disease, 7.6% with lung disease, 23.1% with hypertension, 9.1% with diabetes, 16.8% with hyperlipemia and 3.2% with stroke. 84.0% of the mid-aged and elderly population went to see doctors when they were sick and 45.9% preferred going to medical clinics. People with chronic diseases used more hospitalization, emergency services, clinical services including Chinese medicine, but there were some differences among different types of chronic diseases. People with chronic

diseases had less physical examinations including blood pressure, blood sugar, cholesterol, triglycerides and liver function. A proportion of the elderly population receiving the total physical examination and the flu vaccine was still low. Planning of medical and health preventative resources for the mid-aged and elderly population should be improved and emphasized in the health policy to maintain their health.

Key words : the mid-age and elderly population, medical resources, preventative health

前言

人口結構的快速老化使得醫療照護服務需求與醫療保健支出急劇增加，而社會型態與生活習慣的轉變，也使得疾病型態逐漸以慢性病為主，而且罹患慢性病的年齡也有逐年下降趨勢，為了減少醫療資源的耗用與維護國人健康，瞭解社區民眾的醫療利用及預防保健服務利用行為以及探討影響其行為之相關因素是非常重要的課題。截至 90 年底為止，我國 65 歲以上人口已經佔總人口數的 8.81%。而 89 年的臺閩地區老人狀況查摘要分析，亦指出近 10 年來，65 歲以上老人其占人口之比率，已由 80 年之 6.53%，增至 89 年之 8.62%，增幅迅速，內政部統計處預期至民國 100 年時，老人比率將至 9.94%【1】。此外，衛生署統計處的國民醫療保健支出統計資料【2、3】也指出國內醫療支出之增長因素部分是來自人口結構老化，老人不論就診率或醫療給付均偏高，89 年 65 歲以上老人平均每人門診醫療費用，為 0~64 歲者的 3.41 倍，其中西醫門診亦高達 4.09 倍；而 65 歲以上老人平均每人住診費用，更是非高齡者之 7.09 倍，主要原因是老人的疾病多為慢性病，且常具多樣性。因為老年人口比例不斷增漲，造成醫療服務的需求不斷增加，繼而耗用較多醫療資源的問題已在社會中顯

現，因此，瞭解老人醫療服務利用的情形以及影響老人醫療服務利用行為的因素是相當重要的。

根據 Andersen et. al、Kronenfeld 等研究，老年人會隨著年齡之增長相對地看病次數增加【4-7】。Haug【8】的研究結果顯示，65 歲以上的老人使用較多醫療服務，而 Rice and Feldman【9】在其研究中，亦指出因老年人口不斷增加，並且耗用了大部份的醫療資源，在 Wolinsky 等【10】的研究則顯示，80 歲以上的老人其門診使用率因身體活動受限各而下降。此外，也有學者嘗試以社會文化因素，試圖解釋醫療服務利用，如 Elliott 探討社會文化障礙對醫療服務利用的影響，Taylor 等探討社會文化指標與醫療服務利用的關係等【11、12】。國內相關研究分析結果顯示，有保險的老人看病次數著較多【13】。而林芸芸、郭靜燕、康健壽等【14-16】的研究是探討影響中西醫利用的影響因素。林素真【17】的研究則顯示年齡大者門診服務利用次數較多。由以上文獻的發回顧發現，一直有學者不斷在探討醫療服務利用，其原因除了此議題為健康照護政策規劃者所關心外，由其在許多實證研究或調查報告，皆相繼指出老年族群是醫療資源的主要使用者時，瞭解老人醫療服務利用的模式，及影響老人醫療服務利用的重要相關因子，便成為規劃健康照護政策時重要的相關考量。

疾病三段五級的預防工作中，早期診斷早期治療一直是中老年慢性病的防治重點。依據全民健康保險法第四章第 32 條的規定：為維護保險對象的健康，主管機關應訂定項目與實施辦法，辦理預防保健服務。目前中央健保局亦提供兒童預防保健服務，40 至 64 歲民眾每三年一次與 65 歲民眾每年一次的免費健康檢查服務。其服務利用率在 40 歲至 64 歲民眾方面由民國八十八年的 11.7% 增加至九十一年年的 13.81%；而 65 歲以上民眾的全民健保健康檢查利用率則由 30.64% 增加為 41.22%【18】，可見民眾對健康檢查

的重視。根據國內外之研究顯示有家人或醫護人員建議或收到衛生單位的檢查通知者，較傾向利用健康檢查服務。罹患慢性病數目較多、女性、已婚者、年紀較輕者、教育程度較高者、有規律運動者與知道成人健檢的民眾亦較傾向利用健康檢查服務。而缺乏醫療保險、經濟能力差、認為健康檢查不吉利與害怕檢查則是未利用健康檢查服務的主要因素【19-28】。近年來，為節省社會醫療成本與有效預防慢性疾病，鼓勵民眾使用健康檢查已成為一項主要的公共衛生政策，因此瞭解中老年（四十歲以上）民眾健康檢查服務利用之行為與其相關影響因素的確有其必要性。

本計劃擬藉由問卷調查並配合九十年度的台灣地區國民健康訪問調查之資料分析，瞭解中老年（四十歲以上）民眾的醫療及預防保健利用情形，並比較六大慢性病（含心臟病、肺部疾病、高血壓、糖尿病、高血脂、中風）的有無是否在醫療及預防保健利用上有顯著差異。研究結果可建立國民健康之相關資訊，並可作為往後長期追蹤，以監測民眾健康狀況之變遷，提供相關衛生單位擬定衛生保健計劃與衛生教育介入措施之參考。主要研究目的如下：

- 一、分析中老年（四十歲以上）醫療利用行為與預防保健利用行為。
- 二、比較有無心臟病之民眾的醫療利用及預防保健服務利用行為的差異。
- 三、比較有無肺部疾病之民眾的醫療利用及預防保健服務利用行為的差異。
- 四、比較有無高血壓之民眾的醫療利用及預防保健服務利用行為的差異。
- 五、比較有無糖尿病之民眾的醫療利用及預防保健服務利用行為的差異。
- 六、比較有無高血脂之民眾的醫療利用及預防保健服務利用行為的差異。
- 七、比較有無中風之民眾的醫療利用及預防保健服務利用行為的差異。

研究方法

一、料來源與研究對象

以國民健康局「九十年度台灣地區國民健康訪問調查」之十二歲以上個人問卷資料檔做為研究主體進行次級資料分析，研究群體為台灣本島含澎湖、金門與馬祖離島地區的民眾，共 20,856 位。選擇四十歲以上民眾為此次研究的主要分析對象，共有 9,768 位民眾資料，進行分析。

二、分析方法：

使用 SPSS10.0 for windows 統計套裝軟體進行資料庫之建立與統計分析。利用次數頻率與百分比顯示以上（中老年人）民眾使用醫療及預防保健之情形，並以獨立 t 檢定與卡方檢定比較不同的疾病狀況含心臟病、肺部疾病、高血壓、糖尿病、高血脂、中風等六項慢性病進行有無慢性病的民眾在醫療利用及預防保健利用上是否有顯著差異。

研究結果

以國民健康局「九十年度台灣地區國民健康訪問調查」之十二歲以上個人問卷資料檔做為研究主體進行次級資料分析，研究群體為台灣本島含澎湖、金門與馬祖離島地區的民眾，選擇四十歲以上民眾為此次研究的主要分析對象，共有 9,768 位民眾資料。四十歲以上受試者男女各約佔半數，以 40-49 歲（39.9%）與 50-59 歲（24.9%）年齡層較多。受試者最高學歷以小學程度（37.1%）居多，多數已婚，宗教信仰主要為民間傳統信仰。有工作者約一半，月收入以 40000 元以下居多。四十歲以上受試者由醫護人員認定告知的六大慢性病罹患率分別為：心臟病 11.8%、肺部疾病 7.6%、高血壓 23.1%、糖尿病 9.1%、高血脂 16.8% 與中風 3.2%，見表一。

四十歲以上中老年的醫療利用情形分析結果發現當受訪者覺得身體不舒服時較常會看西醫（84.0%），15.5% 的受訪者曾經有過身體不舒服，但沒有去看醫師的情形，沒有

去看醫師的平均次數為 3.21 次，大部份的受訪者覺得病情不嚴重，不需要看醫師（81.9%）。11.7% 的受訪者在過去一年內有住過院，平均住院次數 1.5 次，住院醫院以地區醫院以上層級居多。11.9% 的受訪者在過去一年內，曾因為身體不舒服到醫院掛急診，平均急診次數 1.53 次，急診醫院以地區醫院以上層級居多。45.9% 的受訪者在過去一個月內，有去看西醫門診，西醫門診平均次數 2.14 次，西醫門診醫院型態多為一般診所（45.6%）。7.9% 的受訪者在過去一個月內，有去看中醫門診，中醫門診平均次數 2.53 次，中醫門診醫院型態多為一般診所（87.5%）。過去一個月內，使用民俗療法治療的民眾並不多，但其中以推拿的平均次數較多。23.0% 的受訪者在過去一個月內，自己花錢去買過西藥；8.1% 的受訪者在過去一個月內，自己花錢去買過中藥，見表二。

在預防保健服務利用方面，過去一年內，71.8% 的受訪者做過血壓測量、42.7% 做過空腹血糖值檢驗、27.0% 做過飯後血糖值檢驗，39.4% 做過血脂肪檢驗，40.5% 做過肝功能檢查。檢查結果異常的比例分別為血壓異常者 17.6%、空腹血糖值異常者 13.8%、飯後血糖值異常者 15.5%、血脂肪異常者 20.7%、肝功能異常者 13.3%。過去一年內，有接受全身性的健康檢查者為 21.9%，其中 57.8% 的受檢者其費用由健保支付，88.4% 的受訪者未接受流行性感感冒疫苗預防注射，見表二。

以醫護人員的告知作為罹患慢性病的認定標準，分析比較有無慢性病的四十歲以上民眾在醫療利用與預防保健利用情形的差異。在心臟病方面，結果顯示有心臟病的中老年人以女性居多，平均年齡亦顯著的高於無心臟病者；當身體不舒服時，心臟病的處理方式與無心臟病者有顯著差異的是看西醫、去藥房買藥吃、不處理與其他；身體不舒服時較會去看醫師。心臟病患者過去一年住院、急診的比例均較無心臟病患者高，且

平均住院與急診次數亦明顯的高於無心臟病患者。在西醫門診方面，心臟病患的求診比例較高，且西醫門診的平均次數亦顯著高於無心臟病患者；然而在中醫門診方面雖然心臟病患的求診比例較高，但中醫門診的平均次數亦顯著低於無心臟病患者，顯示心臟病患者較常利用西醫門診解決疾病問題。在預防保健服務利用方面，過去一年內，有血壓、血糖、血脂肪與肝功能檢查的心臟病患者明顯的少於無心臟病患者；雖然心臟病患者進行全身健康檢查與接受流行性感感冒疫苗預防注射的情形較無心臟病患者好，但是在心臟病罹患族群中沒有進行全身健康檢查與接受流行性感感冒疫苗預防注射的比例卻較高，顯示心臟病患者的預防保健工作仍需加強。結果見表三。

在肺部疾病方面，結果顯示有肺部疾病的中老年人以男性居多，平均年齡亦顯著的高於無肺部疾病者；當身體不舒服時，肺部疾病患者處理方式與無肺部疾病者有顯著差異的是看西醫、不處理與其他；身體不舒服時較會去看醫師。肺部疾病患者過去一年住院、急診的比例均較無肺部疾病患者高，且平均住院次數亦明顯的高於無肺部疾病患者，急診平均次數則無顯著差異。在西醫門診與中醫門診方面亦顯示肺部疾病病患的求診比例較高，且門診的平均次數亦顯著高於無肺部疾病患者。在預防保健服務利用方面，過去一年內，有血壓、血糖、血脂肪與肝功能檢查的肺部疾病患者明顯的少於無肺部疾病患者；雖然肺部疾病患者進行全身健康檢查與接受流行性感感冒疫苗預防注射的情形較無肺部疾病患者好，但是在肺部疾病罹患族群中沒有進行全身健康檢查與接受流行性感感冒疫苗預防注射的比例卻偏高，顯示肺部疾病患者的預防保健工作仍需加強。結果見表四。

在高血壓方面，結果顯示有高血壓的中老年人無性別上的差異，但平均年齡亦顯著的高於無高血壓者；當身體不舒服時，高血

壓患者處理方式與無高血壓者有顯著差異的是看西醫、使用民族或宗教療法、不處理與其他；而身體不舒服時較會去看醫師。高血壓患者過去一年住院、急診的比例均較無高血壓患者高，且平均急診次數亦明顯的高於無高血壓患者，住院平均次數則無顯著差異。在西醫門診與中醫門診方面亦顯示高血壓病患的求診比例較高，但門診的平均次數卻無顯著的差別。在預防保健服務利用方面，過去一年內，有血壓、血糖、血脂肪與肝功能檢查的高血壓患者明顯的少於無高血壓患者；雖然高血壓患者進行全身健康檢查與接受流行性感感冒疫苗預防注射的情形較無高血壓患者好，但是在高血壓罹患族群中沒有進行全身健康檢查與接受流行性感感冒疫苗預防注射的比例卻偏高，顯示高血壓患者的預防保健工作仍需加強。結果見表五。

在糖尿病方面，表六結果顯示有糖尿病的中老年人無性別上的差異，但平均年齡亦顯著的高於無糖尿病者；當身體不舒服時，糖尿病患者處理方式與無糖尿病者有顯著差異的是看西醫、看中醫與不處理；而當身體不舒服時較會去看醫師。糖尿病患者過去一年住院、急診的比例均較無糖尿病患者高，且平均住院與急診次數亦明顯的高於無糖尿病患者。在西醫門診與中醫門診方面亦顯示糖尿病病患的求診比例較高，西醫門診的平均次數顯著較高，但中醫門診的平均次數卻無顯著的差別。在預防保健服務利用方面，過去一年內，有血壓、血糖、血脂肪與肝功能檢查的糖尿病患者明顯的少於無糖尿病患者；雖然糖尿病患者進行全身健康檢查與接受流行性感感冒疫苗預防注射的情形較無糖尿病患者好，但是在糖尿病罹患族群中沒有進行全身健康檢查與接受流行性感感冒疫苗預防注射的比例卻偏高，顯示糖尿病患者的預防保健工作仍需加強。

在高血脂方面，表七結果顯示有高血脂的中老年人以男性居多，平均年齡亦顯著的高於無高血脂者；當身體不舒服時，高血脂

患者處理方式與無高血脂者有顯著差異的是看西醫、看中醫、不處理與其他；而當身體不舒服時較會去看醫師。高血脂患者過去一年住院、急診的比例均較無高血脂患者高，但平均住院與急診次數卻無明顯的差異。在西醫門診方面顯示高血脂病患的求診比例較高，但西醫門診的平均次數卻無顯著的差別，在中醫門診方面則無顯著差異。在預防保健服務利用方面，過去一年內，有血壓、血糖、血脂肪與肝功能檢查的高血脂患者明顯的少於無高血脂患者；雖然高血脂患者進行全身健康檢查與接受流行性感感冒疫苗預防注射的情形較無高血脂患者好，但是在高血脂罹患族群中沒有進行全身健康檢查與接受流行性感感冒疫苗預防注射的比例卻偏高，顯示高血脂患者的預防保健工作仍需加強。

在中風方面，表八結果顯示有中風的中老年人以男性居多，平均年齡亦顯著的高於無中風者；當身體不舒服時，中風患者處理方式與無中風者有顯著差異的是看西醫與去藥房買藥吃；而當身體不舒服時較會去看醫師。中風患者過去一年住院、急診的比例均較無中風患者高，但平均住院與急診次數卻無明顯的差異。在西醫門診方面顯示中風病患的求診比例較高，但西醫門診的平均次數卻無顯著的差別，在中醫門診方面則無顯著差異。在預防保健服務利用方面，過去一年內，有血壓、血糖與血脂肪檢查的中風患者明顯的少於無中風患者，肝功能檢查則無顯著差異；中風患者進行全身健康檢查與無中風患者病無差異，但接受流行性感感冒疫苗預防注射的情形則較無中風患者好，但是在中風罹患族群中沒有進行全身健康檢查與接受流行性感感冒疫苗預防注射的比例卻偏高，顯示中風患者的預防保健工作仍需加強。

結論與建議

本研究分析結果發現四十歲以上受訪者由醫護人員認定告知的六大慢性病罹患率分別為：心臟病 11.8%、肺部疾病 7.6%、高血

壓 23.1%、糖尿病 9.1%、高血脂 16.8% 與中風 3.2%。在醫療利用情形方面，當四十歲以上中老年人覺得身體不舒服時較常會做的處理方式是看西醫（84.0%）、看中醫（18.5%）與去藥房買藥吃（17.5%）。11.7% 的受訪者住過院，平均住院次數 1.50 次。11.9% 的受訪者曾掛急診，平均急診次數 1.53 次，45.9% 的受訪者看過西醫門診，西醫門診平均次數 2.14 次，7.9% 的受訪者看過中醫門診，中醫門診平均次數 2.53 次。使用民俗療法治療的民眾並不多，但以推拿的平均次數較多。23.0% 的受訪者自己花錢去買過西藥；8.1% 的受訪者自己花錢去買過中藥。在預防保健服務利用方面，受訪者做過血壓測量（71.8%）最多，空腹血糖值檢驗、飯後血糖值檢驗，血脂肪檢驗與肝功能檢查的檢查比例均低於 50%。21.9% 有接受全身性的健康檢查，其中 57.8% 的費用是由健保支付，超過八成的受訪者（88.4%）未接受流行性感疫苗預防注射。

比較有無慢性病的四十歲以上民眾在醫療利用與預防保健利用情形的差異，結果發現除了高血壓與糖尿病與性別無關之外，其餘慢性病均與性別有顯著關聯。心臟病以女性居多，肺部疾病、高血脂與中風則以男性居多。所有慢性病的平均年齡均顯著的高於無慢性病患者。當慢性病患者身體不舒服時較會去看醫師，以看西醫居多；高血壓患者較喜歡尋求宗教與民俗療法。過去一年住院、急診的比例慢性病患均較無慢性病患者高。在西醫門診方面，慢性病患的求診比例均較高；在中醫門診方面，糖尿病、高血脂與中風病患的求診比例無顯著的差異。在預防保健服務利用方面，慢性病患者有進行血壓、血糖、血脂肪與肝功能檢查的比例明顯較低；雖然慢性病患者在全身健康檢查與接受流行性感疫苗預防注射方面較無慢性病患者佳，但是在慢性病的罹患族群中沒有進行全身健康檢查與接受流行性感疫苗預防注射的比例卻較高，顯示慢性病患者的預防

保健工作與輔導策略仍需加強。

整體而言，四十歲以上中老年人是醫療利用與預防保健利用的主要族群，而罹患六大慢性病之四十歲以上民眾又是醫療與預防保健資源最主要的使用者，因此發展並建立慢性病的疾病追蹤監測、有效推廣預防保健觀念與醫療資源的合理分配均是未來衛生政策需要發展的重點

參考文獻：

1. 內政部統計處(1996)・內政統計手冊。
2. 行政院衛生署統計處(2002)・民國 89 年國民醫療保健支出統計。
3. 內政部統計處(2000)・臺閩地區老人狀況調查摘要分析。
4. Anderson J.G. & Bartkus D.E. (1973), "Choice of Medical Care: A Behavioral Model of Health and Illness Behavior," *J Health Soc Behavior*, 14, 348-363.
5. Andersen, R. & Newman J. (1973), "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51(winter), 95-124.
6. Anderson, R. (1986), "A Behavioral Model of Families' Use of Health Service," *Research Series NO. 25*, Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
7. Kronenfeld J.J. (1978), "Provider Variables and The Utilization of Ambulatory Care Services," *J Health Soc Behavior*, 19, 68-76.
8. Haug M.O. (1981), "Age and Medical Care Utilization Patterns," *J Gerontology*, 36(1):103-111.
9. Rice, N.P. and Feldman, J.J. (1983),

- “Living Longer in The United States: Demographic Changes and Health Need of The Elderly,” *Milbank Men Fund Q*, 63, 187-205.
10. Wolinsky F.D. & Arnold C.L. (1988), “A different Perspective on Health and Health Services Utilization,” *Ann Rev Gerontology and Geriatrics* ,8, 70-101.
 11. Elliott J.L. (1972), “Culture Barrier to the Utilization of Health Services,” *Inquiry*, 9, 28-35.
 12. Taylor D.G., Aday L.A. & Andrsen R. (1975), “A social Indicator of Access to Medical Care,” *J Health Soc Behavior*, 16, 39-52.
 13. 陳肇男 (1992)。台灣地區老人健康狀況與就醫行為。人口轉型中的家庭與家戶變遷研討會論文集。
 14. 林芸芸 (1992)。中西醫醫療利用型態的文獻回顧與實證研析。中華家醫誌，2(1)：1-12。
 15. 郭靜燕 (1992)。中醫求醫行為的決定因素。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
 16. 康健壽 (1992)。中醫門診病人求診教學醫院中醫部或一般中醫診所的相關因素之探討。國立台灣大學碩士論文。
 17. 林素真 (1995)。影響醫學中心門診需求之因素探討—時間成本的角色。國立台灣大學碩士論文。
 18. 行政院衛生署(2003) · 民國九十一年國人主要死因統計資料。
 19. 台南縣政府衛生局(2003) · 台南縣醫療資源分佈，台南縣政府。
 20. 國民健康局(2003) · 民國九十一年度國民健康促進知識、態度與行為調查結果，卷一。
 21. 行政院衛生署(2003) · 民國九十一年衛生統計重要指標保健類。
 22. 黎家銘、楊銘欽(2002) · 影響民眾使用全民健保成人健檢及其滿意度之因素· *醫務管理期刊*，3(3)，70-80。
 23. 邱啟潤、吳瓊滿、王瑞霞、李淑婷 (1999) · 以 PRECEDE 模式分析老人健康檢查的行為· *Kaohsiung J. Med. Sci.*，15，348-58。
 24. 于漱(1994) · 基隆市居家老人健康服務利用行為及相關因素研究，*護理雜誌*，41，27-39。
 25. 林姿利、郭憲文(1991) · 影響老人接受健康檢查服務因素之研究，*公共衛生*，19，94-111。
 26. Henderson, G., Akin, J., Zhiming, L., et. Al. (1994). Equity and utilization of health services: Report of an eight-province survey in China, *Soc. Sci. Med.*, 39, 687-99.
 27. Jenkins, CHN., Le T, Mcphee, S. J., et. al. (1996). Health care Access and preventive care among Vietnamese immigrants: Do traditional beliefs and practices pose barriers? *Soc. Sci. Med.*, 43, 1049-56.
 28. Weissman, J.S., Stern, R., Fielding, S.L., et. al. (1991). Delayed access to health care :risk factors, reasons and consequences. *Annals of Internal Medicine*, 114, 325-31.

表一、40 歲以上老年人的基本資料

變項	N (%)	變項	N (%)
性別		宗教	
男	4772 (49.1)	沒有宗教信仰	1954 (20.1)
女	4995 (50.9)	民間傳統信仰	3376 (34.7)
變性	1 (0.0)	佛教	2009 (20.7)
年齡分組		道教	1172 (12.0)
40-49 歲	3882 (39.9)	一貫道	105 (1.1)
50-59 歲	2418 (24.9)	基督教	752 (7.7)
60-69 歲	1824 (18.8)	天主教	291 (3.1)
70-79 歲	1207 (12.4)	回教	5 (0.1)
80 歲以上	397 (4.1)	其他	57 (0.6)
最高學歷		目前有無工作	
不識字	1519 (15.6)	沒有	5039 (51.8)
識字	268 (2.8)	有	4684 (49.2)
小學	3604 (37.1)	平均月收入	
初中	1362 (14.0)	沒有收入	2671 (27.7)
高中	1728 (17.8)	9999 以下	1918 (19.9)
大學	1137 (11.7)	10000-39999 元	3397 (35.2)
研究所以上	92 (0.9)	40000-99999 元	1507 (15.6)
空中大學、行專	10 (0.1)	100000 元以上	161 (1.7)
婚姻狀況		慢性病型態	
已婚	7737 (79.5)	心臟病	1146 (11.8)
分居、離婚	341 (3.5)	肺部疾病	736 (7.6)
喪偶	1239 (12.7)	高血壓	2241 (23.1)
未婚	377 (3.9)	糖尿病	883 (9.1)
其他	32 (0.4)	高血脂	1635 (16.8)
		中風	308 (3.2)

表二、40 歲以上老年人的醫療利用與預防保健利用情形

變項	N (%) 或平均次數±標準差
※醫療服務利用情形	
1.當覺得身體不舒服時你常會如何處理	
看西醫	8169 (84.0)
看中醫	1804 (18.5)
去藥房買藥吃	1701 (17.5)
使用民俗或宗教療法	126 (1.3)
不理他，未做處理	822 (8.5)
其他	252 (2.6)

2.過去六個月，你是否曾經有過身體不舒服，但沒有去看醫師的情形	
有不舒服，但沒去看	1511 (15.5)
沒有不舒服	2567 (26.4)
有不舒服，但有去看醫師	5648 (58.1)
2.1 沒有去看醫師的次數	3.21±3.75 (1,60)
2.2 沒有去看醫生的原因 (N=1508)	
醫院或診所太遠，或交通不便	77 (5.1)
負擔不起	39 (2.6)
等候掛號或看診時間太久	102 (6.8)
工作或家事太忙，沒時間	158 (10.5)
家人沒空帶去看病	30 (2.0)
就算去看醫師也沒有用	117 (7.8)
不嚴重，不需要看醫師	1235 (81.9)
沒有參加健保或已被停保	31 (2.1)
其他	135 (9.0)
3.過去一年內有沒有住過院	
有	1147 (11.7)
沒有	8586 (88.3)
3.1 一年內，總共住院次數	1.50±1.41 (1,28)
3.2 住院醫院型態 (N=1136)	
醫學中心	392 (34.5)
區域醫院	394 (34.7)
地區醫院	332 (29.2)
一般診所	12 (1.1)
衛生所/群體醫療	2 (0.2)
醫務室/健康中心	0 (0.0)
慢性病防治中心/胸腔防治所	4 (0.4)
4.過去一年內，有沒有因為身體不舒服到醫院掛急診	
有	1161 (11.9)
沒有	8567 (88.1)
4.1 一年內，共看過幾次急診	1.53±1.41 (1,26)
4.2 急診醫院型態 (N=1153)	
醫學中心	331 (28.7)
區域醫院	437 (37.9)
地區醫院	343 (29.7)
一般診所	32 (2.8)
衛生所/群體醫療	10 (0.9)
醫務室/健康中心	0 (0.0)
慢性病防治中心/胸腔防治所	0 (0.0)
5.過去一個月內，有沒有去看西醫門診	
有	4466 (45.9)
沒有	5262 (54.1)
5.1 一個月內，看過幾次西醫門診	2.14±2.11 (1,30)
5.2 西醫門診醫院型態 (N=4452)	
醫學中心	714 (16.0)
區域醫院	685 (15.4)
地區醫院	723 (16.2)
一般診所	2031 (45.6)
衛生所/群體醫療	277 (6.2)
醫務室/健康中心	12 (0.3)
慢性病防治中心/胸腔防治所	10 (0.3)
6.過去一個月內，有沒有去看中醫門診	
有	770 (7.9)
沒有	8957 (92.1)
6.1 一個月內，共看過幾次中醫門診	2.53±3.40 (1,30)

6.2 中醫門診醫院型態 (N=719)	
醫學中心	25 (3.5)
區域醫院	21 (2.9)
地區醫院	44 (6.1)
一般診所	629 (87.5)
衛生所/群體醫療	0 (0.0)
醫務室/健康中心	0 (0.0)
慢性病防治中心/胸腔防治所	0 (0.0)
7.過去一個月內，民俗療法利用情形	
收驚次數	0.02±0.35 (0,30)
藥籤次數	0.00±0.03 (0,2)
香灰次數	0.00±0.07 (0,5)
刮痧次數	0.02±0.38 (0,30)
拔罐次數	0.02±0.57 (0,30)
推拿次數	0.08±1.06 (0,60)
接骨、鐵打損傷	0.02±0.45 (0,30)
其他	0.02±0.17 (0,37)
8.過去一個月內，有沒有自己花錢去買過西藥	
有	2233 (23.0)
沒有	7494 (77.0)
8.1 買西藥次數	1.69±1.79 (1,30)
9.過去一個月內，有沒有自己花錢去買過中藥	
有	789 (8.1)
沒有	8938 (91.9)
9.1 買中藥次數	1.76±1.95 (1,20)
※預防保健服務利用情形	
1.過去一年內，有做過下列檢查	
血壓測量	6981 (71.8)
空腹血糖值檢驗	4157 (42.7)
飯後血糖值檢驗	2617 (27.0)
血脂肪檢驗	3833 (39.4)
肝功能檢查	3940 (40.5)
2.最近一次的檢查結果異常	
血壓異常	1222 (17.6)
空腹血糖值異常	572 (13.8)
飯後血糖值異常	404 (15.5)
血脂肪異常	788 (20.7)
肝功能異常	521 (13.3)
3.過去一年內，有沒有接受全身性的健康檢查	
有	2133 (21.9)
沒有	7594 (78.1)
3.1 健檢費用由誰支付	
自費	340 (16.0)
健保支付	1230 (57.8)
縣市政府提供	185 (8.7)
服務單位支付	361 (17.0)
商業保險支付	20 (0.9)
其他	56 (2.6)
4.過去一年內有沒有接受流行性感冒疫苗預防注射	
有	1126 (11.6)
沒有	8589 (88.4)

表三、40 歲以上中老年人有無心臟病在醫療利用與預防保健利用之比較

	心臟病		P 值
	有	沒有	
性別			
男	490 (42.8)	4278 (49.9)	0.000**
女	656 (57.2)	4298 (50.1)	
平均年齡	63.88±11.58	55.23±11.80	0.000**
※醫療服務利用情形			
當覺得身體不舒服時你常會如何處理			
看西醫	1036 (90.4)	7128 (83.1)	0.000**
看中醫	196 (17.1)	1607 (18.7)	0.195
去藥房買藥吃	167 (14.6)	1534 (17.9)	0.006**
使用民俗或宗教療法	12 (1.0)	113 (1.3)	0.576
不理他，未做處理	71 (6.2)	751 (8.8)	0.003**
其他	15 (1.3)	237 (2.8)	0.003**
過去六個月，你是否曾經有過身體不舒服，但沒有去看醫師的情形			
有不舒服，但沒去看	171 (14.9)	1340 (15.6)	0.000**
沒有不舒服	131 (11.4)	2433 (28.4)	
有不舒服，但有去看醫師	843 (73.6)	4803 (56.0)	
過去一年內有沒有住過院			
有	272 (23.7)	869 (10.1)	0.000**
沒有	874 (76.3)	7707 (89.9)	
住院平均次數	1.65±1.42	1.46±1.41	0.047*
過去一年內，有沒有因為身體不舒服到醫院掛急診			
有	276 (24.1)	885 (10.3)	0.000**
沒有	870 (75.9)	7692 (89.7)	
急診平均次數	1.81±2.12	1.45±1.09	0.007**
過去一個月內，有沒有看過西醫門診			
有	836 (72.9)	3628 (42.3)	0.000**
沒有	310 (27.1)	4949 (57.7)	
西醫門診平均次數	2.43±2.66	2.07±1.96	0.000**
過去一個月內，有沒有看過中醫門診			
有	114 (9.9)	656 (7.6)	0.009**
沒有	1032 (90.1)	7920 (92.4)	
中醫門診平均次數	2.09±1.74	2.61±3.61	0.016*
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過西藥			
有	288 (25.1)	1943 (22.7)	0.067
沒有	858 (74.9)	6633 (77.3)	
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過中藥			
有	108 (9.4)	681 (7.9)	0.095
沒有	1038 (90.6)	7895 (92.1)	
※預防保健服務利用情形			
過去一年內，有做過下列檢查			
血壓測量	112 (9.8)	2628 (30.7)	0.000**
空腹血糖值檢驗	443 (38.7)	5122 (59.7)	0.000**
飯後血糖值檢驗	680 (59.4)	6407 (74.9)	0.000**
血脂肪檢驗	506 (44.2)	5380 (62.8)	0.000**
肝功能檢查	526 (45.9)	5253 (61.3)	0.000**
過去一年內，有沒有接受全身性的健康檢查			
有	319 (27.8)	1814 (21.2)	0.000**
沒有	827 (72.2)	6762 (78.8)	
過去一年內有沒有接受流行性感冒疫苗預防注射			
有	302 (26.4)	824 (9.6)	0.000**
沒有	842 (73.6)	7742 (90.4)	

*p<0.05, **p<0.01

表四、40 歲以上中老年人有無肺部疾病在醫療利用與預防保健利用之比較

	肺部疾病		P 值
	有	沒有	
性別			
男	429 (58.3)	4342 (48.3)	0.000**
女	307 (41.7)	4647 (51.7)	
平均年齡	62.75±12.77	55.73±11.89	0.000**
※醫療服務利用情形			
當覺得身體不舒服時你常會如何處理			
看西醫	650 (88.4)	7518 (83.6)	0.000**
看中醫	132 (18.0)	1672 (18.6)	0.693
去藥房買藥吃	130 (17.7)	1571 (17.5)	0.880
使用民俗或宗教療法	12 (1.6)	113 (1.3)	0.392
不理他，未做處理	46 (6.3)	776 (8.6)	0.027*
其他	7 (1.0)	245 (2.7)	0.002**
過去六個月，你是否曾經有過身體不舒服，但沒有去看醫師的情形			
有不舒服，但沒去看	115 (15.6)	1396 (15.5)	0.000**
沒有不舒服	76 (10.3)	2490 (27.7)	
有不舒服，但有去看醫師	544 (74.0)	5103 (56.8)	
過去一年內有沒有住過院			
有	191 (26.0)	950 (10.6)	0.000**
沒有	545 (74.0)	8039 (89.4)	
住院平均次數	1.64±0.99	1.48±1.48	0.024*
過去一年內，有沒有因為身體不舒服到醫院掛急診			
有	189 (25.7)	972 (10.8)	0.000**
沒有	547 (74.3)	8018 (89.2)	
急診平均次數	1.67±1.16	1.51±1.46	0.163
過去一個月內，有沒有看過西醫門診			
有	483 (65.6)	3983 (44.3)	0.000**
沒有	253 (34.4)	5007 (55.7)	
西醫門診平均次數	2.68±2.83	2.07±2.00	0.000**
過去一個月內，有沒有看過中醫門診			
有	66 (9.0)	704 (7.8)	0.286
沒有	670 (91.0)	8285 (92.2)	
中醫門診平均次數	1.89±1.66	2.59±3.51	0.005*
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過西藥			
有	215 (29.2)	2018 (22.4)	0.000**
沒有	521 (70.8)	6971 (77.6)	
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過中藥			
有	89 (12.1)	700 (7.8)	0.000**
沒有	647 (87.9)	8289 (92.2)	
※預防保健服務利用情形			
過去一年內，有做過下列檢查			
血壓測量	123 (16.7)	2618 (29.1)	0.000**
空腹血糖值檢驗	363 (49.3)	5203 (57.9)	0.000**
飯後血糖值檢驗	489 (66.4)	6600 (73.6)	0.000**
血脂肪檢驗	382 (52.0)	5506 (61.3)	0.000**
肝功能檢查	359 (48.8)	5422 (60.3)	0.000**
過去一年內，有沒有接受全身性的健康檢查			
有	205 (27.9)	1928 (21.4)	0.000**
沒有	531 (72.1)	7061 (78.6)	
過去一年內有沒有接受流行性感感冒疫苗預防注射			
有	191 (26.0)	935 (10.4)	0.000**
沒有	543 (74.0)	8044 (89.6)	

*p<0.05, **p<0.01

表五、40 歲以上中老年人有無高血壓在醫療利用與預防保健利用之比較

	高血壓		P 值
	有	沒有	
性別			
男	1077 (48.1)	3693 (49.4)	0.279
女	1164 (51.6)	3787 (50.6)	
平均年齡	62.71±11.74	54.33±11.52	0.000**
※醫療服務利用情形			
當覺得身體不舒服時你常會如何處理			
看西醫	1432 (87.6)	6732 (83.3)	0.000**
看中醫	296 (18.1)	1507 (18.6)	0.625
去藥房買藥吃	299 (18.3)	1402 (17.3)	0.354
使用民俗或宗教療法	32 (2.0)	94 (1.2)	0.016*
不理他，未做處理	2116 (7.1)	705 (8.7)	0.032*
其他	27 (1.7)	225 (2.8)	0.008**
過去六個月，你是否曾經有過身體不舒服，但沒有去看醫師的情形			
有不舒服，但沒去看	291 (17.8)	1219 (15.1)	0.000**
沒有不舒服	283 (17.3)	2284 (28.3)	
有不舒服，但有去看醫師	1061 (64.9)	4581 (56.7)	
過去一年內有沒有住過院			
有	228 (13.9)	913 (11.3)	0.003**
沒有	1407 (86.1)	7172 (88.7)	
住院平均次數	1.62±1.79	1.43±1.13	0.051
過去一年內，有沒有因為身體不舒服到醫院掛急診			
有	230 (14.1)	931 (11.5)	0.004**
沒有	1405 (85.9)	7155 (88.5)	
急診平均次數	1.74±1.87	1.42±1.08	0.002**
過去一個月內，有沒有看過西醫門診			
有	979 (59.9)	3481 (43.0)	0.000**
沒有	656 (40.1)	4605 (57.0)	
西醫門診平均次數	2.20±2.30	2.10±2.00	0.169
過去一個月內，有沒有看過中醫門診			
有	155 (9.5)	614 (7.6)	0.012*
沒有	1480 (90.5)	7471 (92.4)	
中醫門診平均次數	2.52±2.84	2.53±3.53	0.958
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過西藥			
有	462 (28.3)	1769 (21.9)	0.000**
沒有	1173 (71.7)	6316 (78.1)	
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過中藥			
有	183 (11.2)	606 (7.5)	0.000**
沒有	1452 (88.8)	7479 (92.5)	
※預防保健服務利用情形			
過去一年內，有做過下列檢查			
血壓測量	178 (7.9)	2564 (34.3)	0.000**
空腹血糖值檢驗	951 (42.4)	4615 (61.7)	0.000**
飯後血糖值檢驗	1398 (62.6)	5690 (76.2)	0.000**
血脂肪檢驗	1067 (47.7)	4819 (64.4)	0.000**
肝功能檢查	1117 (49.9)	4661 (62.3)	0.000**
過去一年內，有沒有接受全身性的健康檢查			
有	627 (28.0)	1504 (20.1)	0.000**
沒有	1614 (72.0)	5976 (79.9)	
過去一年內有沒有接受流行性感感冒疫苗預防注射			
有	506 (22.6)	619 (8.3)	0.000**
沒有	1733 (77.4)	6851 (91.7)	

*p<0.05, **p<0.01

表六、40歲以上中老年人有無糖尿病在醫療利用與預防保健利用之比較

	糖尿病		P 值
	有	沒有	
性別			
男	439 (49.7)	4332 (49.0)	0.698
女	444 (50.3)	4510 (51.0)	
平均年齡	62.89±11.22	55.60±11.98	0.000**
※醫療服務利用情形			
當覺得身體不舒服時你常會如何處理			
看西醫	794 (89.8)	7373 (83.4)	0.000**
看中醫	128 (14.5)	1675 (18.9)	0.001**
去藥房買藥吃	146 (16.5)	1555 (17.6)	0.457
使用民俗或宗教療法	7 (0.8)	119 (1.3)	0.210
不理他，未做處理	51 (5.8)	771 (8.7)	0.002**
其他	22 (2.5)	230 (2.6)	1.000
過去六個月，你是否曾經有過身體不舒服，但沒有去看醫師的情形			
有不舒服，但沒去看	107 (12.1)	1404 (15.9)	0.000**
沒有不舒服	123 (13.9)	2443 (27.6)	
有不舒服，但有去看醫師	653 (74.0)	4994 (56.5)	
過去一年內有沒有住過院			
有	212 (24.0)	929 (10.5)	0.000**
沒有	671 (76.0)	7913 (89.5)	
住院平均次數	1.84±2.26	1.43±1.12	0.010*
過去一年內，有沒有因為身體不舒服到醫院掛急診			
有	196 (22.2)	965 (10.9)	0.000**
沒有	687 (77.8)	7878 (89.1)	
急診平均次數	1.88±2.30	1.47±1.14	0.017*
過去一個月內，有沒有看過西醫門診			
有	662 (75.0)	3803 (43.0)	0.000**
沒有	221 (57.0)	5040 (57.0)	
西醫門診平均次數	2.36±2.69	2.10±1.99	0.019*
過去一個月內，有沒有看過中醫門診			
有	85 (9.6)	685 (7.7)	0.058
沒有	798 (90.4)	8157 (92.3)	
中醫門診平均次數	2.56±2.70	2.53±3.48	0.928
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過西藥			
有	232 (26.3)	2001 (22.6)	0.015*
沒有	651 (73.7)	6841 (77.4)	
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過中藥			
有	98 (11.1)	691 (7.8)	0.001**
沒有	785 (88.9)	8151 (92.2)	
※預防保健服務利用情形			
過去一年內，有做過下列檢查			
血壓測量	64 (7.3)	2678 (30.3)	0.000**
空腹血糖值檢驗	155 (17.6)	5413 (61.2)	0.000**
飯後血糖值檢驗	342 (38.7)	6749 (76.5)	0.000**
血脂肪檢驗	368 (41.7)	5522 (62.5)	0.000**
肝功能檢查	415 (47.1)	5367 (60.7)	0.000**
過去一年內，有沒有接受全身性的健康檢查			
有	225 (25.5)	1906 (21.6)	0.008**
沒有	658 (74.5)	6936 (78.4)	
過去一年內有沒有接受流行性感感冒疫苗預防注射			
有	205 (23.2)	921 (10.4)	0.000**
沒有	678 (76.8)	7909 (89.6)	

*p<0.05, **p<0.01

表七、40 歲以上中老年人有無高血脂在醫療利用與預防保健利用之比較

	高血脂		P 值
	有	沒有	
性別			
男	848 (51.9)	3922 (48.5)	0.014**
女	787 (48.1)	4163 (51.5)	
平均年齡	57.48±11.35	56.01±12.24	0.000**
※醫療服務利用情形			
當覺得身體不舒服時你常會如何處理			
看西醫	2010 (89.7)	6154 (82.3)	0.000**
看中醫	330 (14.7)	1472 (19.7)	0.000**
去藥房買藥吃	362 (16.2)	1337 (17.9)	0.061
使用民俗或宗教療法	30 (1.3)	96 (1.3)	0.832
不理他，未做處理	144 (6.4)	678 (9.1)	0.000**
其他	34 (1.5)	218 (2.9)	0.000**
過去六個月，你是否曾經有過身體不舒服，但沒有去看醫師的情形			
有不舒服，但沒去看	332 (14.8)	1179 (15.8)	0.000**
沒有不舒服	353 (15.8)	2213 (29.6)	
有不舒服，但有去看醫師	1555 (69.4)	4088 (54.7)	
過去一年內有沒有住過院			
有	421 (18.8)	719 (9.6)	0.000**
沒有	1819 (81.2)	6762 (90.4)	
住院平均次數	1.52±1.11	1.50±1.48	0.887
過去一年內，有沒有因為身體不舒服到醫院掛急診			
有	410 (18.3)	751 (10.1)	0.000**
沒有	1831 (81.7)	6730 (90.0)	
急診平均次數	1.58±1.30	1.52±1.44	0.575
過去一個月內，有沒有看過西醫門診			
有	1528 (68.2)	2936 (39.2)	0.000**
沒有	713 (31.8)	4545 (60.8)	
西醫門診平均次數	2.25±2.39	2.10±2.02	0.075
過去一個月內，有沒有看過中醫門診			
有	160 (7.1)	609 (8.1)	0.129
沒有	2081 (92.9)	6871 (91.9)	
中醫門診平均次數	2.83±3.95	2.46±3.24	0.229
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過西藥			
有	567 (25.3)	1665 (22.3)	0.003**
沒有	1674 (74.7)	5815 (77.7)	
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過中藥			
有	204 (9.1)	583 (7.8)	0.047*
沒有	2037 (90.9)	6897 (92.2)	
※預防保健服務利用情形			
過去一年內，有做過下列檢查			
血壓測量	212 (13.0)	2529 (31.3)	0.000**
空腹血糖值檢驗	576 (35.2)	4990 (61.7)	0.000**
飯後血糖值檢驗	980 (60.2)	6106 (75.6)	0.000**
血脂肪檢驗	544 (33.3)	5344 (66.1)	0.000**
肝功能檢查	657 (40.2)	5122 (63.4)	0.000**
過去一年內，有沒有接受全身性的健康檢查			
有	540 (33.0)	1592 (19.7)	0.000**
沒有	1095 (67.0)	6493 (80.3)	
過去一年內有沒有接受流行性感感冒疫苗預防注射			
有	261 (16.0)	864 (10.7)	0.000**
沒有	1371 (84.0)	7212 (89.3)	

*p<0.05, **p<0.01

表八、40 歲以上中老年人有無中風在醫療利用與預防保健利用之比較

	中風		P 值
	有	沒有	
性別			
男	178 (57.8)	4593 (48.8)	0.002**
女	130 (42.2)	4823 (51.2)	
平均年齡	67.65±10.31	55.88±11.97	0.000**
※醫療服務利用情形			
當覺得身體不舒服時你常會如何處理			
看西醫	284 (92.2)	7882 (83.7)	0.000**
看中醫	47 (15.3)	1756 (18.6)	0.137
去藥房買藥吃	31 (10.1)	1670 (17.7)	0.000**
使用民俗或宗教療法	4 (1.3)	122 (1.3)	1.000
不理他，未做處理	20 (6.5)	802 (8.5)	0.251
其他	5 (1.6)	247 (2.6)	0.361
過去六個月，你是否曾經有過身體不舒服，但沒有去看醫師的情形			
有不舒服，但沒去看	(32) 10.4	1479 (15.7)	0.000**
沒有不舒服	43 (14.0)	2523 (36.8)	
有不舒服，但有去看醫師	233 (75.6)	5413 (57.5)	
過去一年內有沒有住過院			
有	106 (34.4)	1033 (11.0)	0.000**
沒有	202 (65.6)	8383 (89.0)	
住院平均次數	1.66±1.33	1.49±1.42	0.246
過去一年內，有沒有因為身體不舒服到醫院掛急診			
有	87 (28.2)	1072 (11.4)	0.000**
沒有	221 (71.8)	8345 (88.6)	
急診平均次數	1.74±1.42	1.51±1.40	0.147
過去一個月內，有沒有看過西醫門診			
有	200 (64.9)	4264 (45.3)	0.000**
沒有	108 (35.1)	5153 (54.7)	
西醫門診平均次數	2.29±2.03	2.13±2.11	0.305
過去一個月內，有沒有看過中醫門診			
有	30 (9.7)	740 (7.9)	0.237
沒有	278 (90.3)	8676 (92.1)	
中醫門診平均次數	3.83±5.70	2.48±3.26	0.206
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過西藥			
有	71 (23.1)	2162 (23.0)	0.945
沒有	237 (76.9)	7254 (77.0)	
過去一個月內，有沒有自己花錢去買過中藥			
有	36 (11.7)	753 (8.0)	0.025*
沒有	272 (88.3)	8663 (92.0)	
※預防保健服務利用情形			
過去一年內，有做過下列檢查			
血壓測量	41 (13.4)	2701 (28.7)	0.000**
空腹血糖值檢驗	145 (47.1)	5422 (57.6)	0.000**
飯後血糖值檢驗	186 (60.4)	6904 (73.5)	0.000**
血脂肪檢驗	163 (52.9)	5726 (60.8)	0.006**
肝功能檢查	169 (54.9)	5613 (59.6)	0.099
過去一年內，有沒有接受全身性的健康檢查			
有	70 (22.7)	2062 (21.9)	0.727
沒有	238 (77.3)	7354 (78.1)	
過去一年內有沒有接受流行性感感冒疫苗預防注射			
有	95 (30.9)	1030 (11.0)	0.000**
沒有	212 (69.1)	8375 (89.0)	

*p<0.05, **p<0.01

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

社區外籍新娘生育避孕行為調查

**Pregnancy and Postpartum Contraception
Behavior Survey of Foreign Brides**

整合型計畫：社區民眾健康行為與醫療利用行為調查分析

總主持人：林為森

計畫編號：CHNA93-03 子計畫（2）社區外籍新娘生育避孕行為調查

執行期間：93年1月1日至93年12月31日

子計畫主持人：魏美珠 助理教授

執行單位：嘉南藥理科技大學醫務管理系

中華民國94年2月28日

中文摘要

為了瞭解外籍新娘懷孕婦女及新生兒發生併發症的機率是否比本地產婦高，乃設計回溯性世代調查研究。以台南市某診所在 92 年 1 月至 92 年 12 月外籍新娘生產的單胞胎產婦 150 人為案例組，並以與案例組在同一家診所生產的下一個非外籍新娘的單胞胎產婦 150 人為對照組。研究資料分別以病歷抄錄法及電話訪視法收集。

研究結果發現外籍新娘產婦與非外籍新娘產婦比較，無論產婦或新生兒發生併發症的機率的比率均是外籍新娘產婦高；懷孕時增加之體重、新生兒平均身長、體重均是非外籍新娘產婦組高。因此，外籍新娘為弱勢團體是無庸置疑的，應受到衛生單位更多的照顧。56.3% 外籍新娘產婦產後 6 個月時仍未採取任何避孕措施，而其中 16.5% 已在產後 6 個月內再次懷孕。

關鍵詞：外籍新娘、生育行為、避孕行為

Abstract

To compare pregnancy outcome, antenatal complication, perinatal outcome and mode of delivery between foreign brides mother and not foreign brides mother, a retrospective cohort study was performed.

The case records of 150 foreign brides mother who delivered in one obstetrical clinic in Tainan were retrieved for review (case group). For each study case the first nulliparous not foreign brides mother with singleton pregnancy and delivered on the same day following each study case was selected as the control group. Telephone interview using a standard questionnaire was also conducted in case and control group.

The mean weight gain during pregnancy, the mean baby weight of neonatal, the mean body height of neonatal were higher in control group; the neonatal complication rate, antenatal complication rate of control group were lower than case group.

The finding of this study indicate that native women in a relatively affluent society and receiving appropriate prenatal care have a better obstetric outcome overall.

There were 56.3% of foreign brides girls didn't use any contraception method, and 16.5

% of them were pregnant again in six months after delivery.

Keywords: Foreign Brides, Contraception Behavior

前言

台灣與東南亞婦女通婚，有愈來愈普遍的趨勢。根據內政部公布的最新統計資料顯示，去年(九十三年)結婚的十三萬一千多對佳偶中，有超過五分之一對新婚配偶是外籍新娘。去年嫁來台灣的外籍新娘有近二萬八千人，幾乎全部都是來自大陸與東南亞國家，合計比例超過百分之九十八。東南亞外籍新娘大都來自越南、印尼、菲律賓、泰國、馬來西亞、緬甸、柬埔寨。推估在台灣的東南亞外籍女性配偶人數將超過十二萬人，特別以來自越南籍與印尼籍婦女為最普遍。婚姻目的以傳宗接代為主，生育子女成為生活中重要的任務，外籍新娘年齡通常比較小，平均只有二十二歲，常常在身心尚未調適完全下很快的懷孕或生育，對婦女健康及其子女產生很大的影響。事實上移民婦女是一群心理及身體疾病高危險的婦女，這些婦女個人的健康及適應問題不只影響到她個人不僅影響婦女本身及其嬰兒的健康，連帶影響未來子女的身、心、社會及其後續養育的問題，更會影響到家人及下一代的養育及健康問題。

由於語言的障礙使外籍新娘更封閉於自我的生活環境，無法單獨自行出門、搭乘大眾交通工具、合法駕駛機車、外出購物、婆媳之間的溝通困難。這種種心理情緒以及社會人際關係適應不良會造成許多身體的不適症狀，甚至產生類似身心症的現象，如頭痛、沒有胃口、體重減輕、失眠、月經不順等。這些因素亦造成許多心理問題，如孤寂、焦慮、擔心、悲傷、失落、憂鬱，甚至有自傷或自殺的情形。根據調查，超過 30% 的外籍新娘產前出現情緒沮喪、憂鬱症狀；10% 曾有自殺念頭；7.5% 有明顯的無助感；5.6% 曾遭受丈夫的肢體暴力，各種負面的健康指數都比本地婦女來得高。

在台灣「傳宗接代，養育子女」是外籍新娘在婚姻中被賦予最重要的責任，也是最符合夫家對其為人妻人母的角色期待。台灣家庭對外籍媳婦懷孕、生產很期待，入門喜及結婚半年內有懷孕是普遍的事，許多婦女

第一次看醫生就是「診斷懷孕」。高雄醫學大學針對外籍新娘幸福感所做的研究中發現，如果外籍新娘能在短期內生育，將會有較高的家庭接納。所謂「不孝有三，無後為大」之傳統觀念影響著台灣社會，仲介業者提出「兩年不懷孕就退貨」的保證，對於娶來不能生育的妻子，夫家給予的態度是冷落、奚落、不為其申請台灣國籍、甚至離婚，把外籍配偶物化為生育的工具。多數外籍婦女多採用自然避孕法，並沒有特別的節育或生育計畫及實行間隔生育，生育直到先生滿意的子女數或子女性別符合期望為止，缺乏間隔生育的觀念。優生保健觀念在異國婚姻家庭幾乎不存在，母體及下一代的健康令人擔憂。

臨床發現，不少異國婚姻的下一代患有遺傳性疾病或兒童發展遲緩情形，許多人都把問題歸罪於外籍新娘並不公平，在經過遺傳諮詢及檢驗常發現很多是夫家的問題。因許多外籍新娘的配偶普遍有不良的健康生活習慣，例如抽煙、嚼檳榔、酗酒、賭博、吸毒等或有在外觀上有明顯的缺陷，年齡較大、身心有缺陷、智障、精神疾患或其他先天性遺傳疾病者，丈夫本身就是高危險群，加上外籍婦女初來台灣還來不及適應，馬上就面臨生育壓力；有些婆家明知自己的孩子有問題，可能禍延下一代，但也要冒險碰運氣，結果生下的小孩不少是低體重兒或有先天性遺傳疾病者。

高雄長庚醫院研究發現，該院外籍產婦流產、早產或生下低體重兒的比率均比本地配偶高；外籍新娘產檢次數平均 8.3 次，低於本地配偶的 10.7 次，胎兒體重也比本地配偶所產輕 100 公克。許多外籍新娘在語言、文化等差異衝擊下，身心壓力大，約三成外籍產婦出現產後憂鬱症。

在營養攝取方面，東南亞婦女健康普遍呈現蛋白質攝取不足、缺鐵、缺碘的營養缺失問題，且在第一年的移民生活中對於飲食的不習慣，再加上跨國婚姻來台半年受孕率極高，在身心尚未適應狀況下即生育，在孕產期容易發生體重減輕、孕期貧血、產下低體重兒等問題，也因著語言溝通問題，使許多外籍新娘無法獲得相關懷孕、產期保健知識及優生保健諮詢，而發生流產、死產，甚至產下缺陷兒。外籍新娘來台已十多年，多數衛生單位至今仍未對這群弱勢族群建置懷

孕通報系統，提供多語優生保健、產前教育，並對檢出胎兒異常的外籍孕婦進行建檔、追蹤工作，實在令人憂心忡忡。

在本地男性與外籍婦女結婚愈來愈普遍的社會型態之下，有關這些婦女的生育避孕行為，健康行為、疾病形態等相關問題作調查與研究，以作為政府相關部門擬訂政策與輔導服務這些弱勢人群之參考依據愈加重要。因研究經費、人力有限，本人想逐年完成上述調查研究。第一年的研究目標為為調查外籍新娘的生育避孕行為。

材料與方法

一. 研究目的

- (1). 調查外籍新娘的生育史；
- (2). 調查外籍新娘的對家庭計畫的認知與態度；
- (3). 調查外籍新娘的對家庭計畫的實際行為；
- (4). 調查外籍新娘的產前照護、生產前後的健康狀況、新生兒的併發症盛行情形。

二. 資料收集方法

以台南市 92 年度某婦產科診所生產之外籍新娘 150 位為樣本，並以外籍新娘樣本之下一位非外籍新娘產婦為比較組，根據產前及產後檢查病歷，收集產婦接受產前照護、生產前後的健康狀況、新生兒的併發症盛行情形；並以電話訪問外籍新娘的生育史；對家庭計畫的認知與態度；對家庭計畫的實際行為。

病歷抄錄的項目為：

- 1、懷孕史、胎次。
- 2、懷孕及生產過程狀況：妊娠期的併發症、體重增加情形、產檢次數、第一次產檢週數、生產方式、剖腹產或輔助器械生產原因、失血量。
- 3、嬰兒出生狀況：出生時週數、出生時體重、身高、是否有併發症及併發症項目、一分鐘及五分鐘 APGAR 指數。
- 4、母親產後是否有併發症。

電話訪視內容：

產婦及嬰兒父親教育程度、婚姻狀況、

父母婚姻狀況、懷孕時抽菸與喝酒情形、產後居住情形、經濟狀況、產後學業與工作情形、產後家人支持情形、產後第一次避孕方法、產後 6 個月避孕方法、對下一胎生育時機的計劃、產後是否回診，產後 6 個月時懷孕情形。

三. 資料分析

研究資料以 SPSS/PC + 統計程式庫來分析，係利用該程式庫中的頻率分布及 t 檢定、卡方檢定來進行資料處理。

研究結果

本研究樣本外籍新娘產婦平均年齡為 18.43 歲，非外籍新娘產婦平均年齡為 29.40 歲；二組嬰兒父親年齡分別為 22.89 歲，31.52 歲。二組產婦的平均身高無顯著差異，但平均體重卻有明顯差異，外籍新娘產婦平均體重只有 49.86kg，非外籍新娘產婦平均體重為 51.17kg，懷此胎期間產婦所增加的體重亦有顯著差異，分別為 12.72kg、14.12kg。

二組產婦曾經懷孕次數分別為 1.39 次、2.10 次；此胎平均胎次分別為第 1.14 胎與第 1.87 胎；而曾經流產次數分別為 0.25 次與 0.54 次。有關妊娠期接受產檢情形，外籍新娘顯著不足，平均產檢次數只有 8.78 次，未達到婦幼衛生學家所建議的 12 次以上，而非外籍新娘產婦的平均產檢次數為 14.24 次，有顯著高於外籍新娘所接受的產檢次數；且外籍新娘此胎第一次產檢週數為 14.04 週與非外籍新娘組的 4.54 週明顯較晚。

二組產婦生產時的平均失血量为 321c.c.、311c.c. (表一)。

表一：產婦的人口學特徵與懷孕史

組別 項目	外籍新娘 n=150 平均值	非外籍新娘 n=150 平均值	P
產婦年齡	18.43	29.40	0.000*
嬰兒父親年齡	22.89	31.52	0.000*
身高	159.86	159.76	0.943
體重	49.86	51.17	0.042*

此胎懷孕 期間			
增加體重 曾經懷孕 次數	12.72	14.12	0.040*
胎次	1.39	2.10	0.111
流產次數	1.14	1.87	0.011
此胎第一次產 檢週數	0.25	0.54	0.124
此胎產檢 次數	8.78	14.24	0.000*
此胎生產 時失 血量	321	311	0.321

註：1.*: p<0.001

比較新生兒健康狀況與合併症發生情形發現：新生兒出生時的體重、1 分鐘 APGAR 指數與 5 分鐘 APGAR 指數方面均無明顯差異。非外籍新娘產婦所生育的新生兒身高較高，外籍新娘產婦的新生兒高度較低，此差異有達到統計上的顯著意義 (表二)。

表二：新生兒健康狀況

組別 項目	外籍新娘 n=150 平均值	非外籍新娘 n=150 平均值	P
出生時 體重(公克)	2588.25	2804.60	0.014*
APGAR (1 分鐘)	8.06	7.97	0.207
APGAR (5 分鐘)	9.11	9.31	0.473
懷孕週數	38.03	38.88	0.051
crown heel length(公分)	46.28	49.21	0.017*

表三：產婦妊娠期併發症

項目	外籍新娘		非外籍新娘		P
	n=150 人數	百分比	n=150 人數	百分比	
早期破水	19	13.7	9	6.0	0.000*
早產	17	11.3	14	9.0	0.174
產前出血	23	15.3	4	2.7	0.001*
妊娠高血壓	10	6.7	4	2.7	0.174
妊娠糖尿病	15	10.0	3	2.0	0.005*

註：1.*: p<0.001

有 9.0%產婦有產前出血現象，9.3%產婦有早期破水現象，10.3%產婦有早產現象，4.7%產婦有妊娠性高血壓、6.3%產婦有妊娠糖尿病產生。外籍新娘除了發生產前出血、妊娠糖尿病及早期破水現象顯著高於非外籍產婦外，早產、妊娠高血壓的發生比率之差異並未顯著（表三）。

共有 7.0%新生兒有呼吸窘迫的情形發生，外籍新娘產婦的發生比率顯著較高。外籍新娘產婦有 1.3%所生育的新生兒有先天性異常情形。此外共有 3.3%的新生兒為死胎，外籍新娘組的產婦所生育的死胎比率較高，但未達統計上顯著差異。

分別有 13.3%與 6.3%的新生兒體重低於 2500 g 與 1500g。外籍新娘所生育的新生兒體重低於 2500g 占 18.7%，其中 6.7%體重低於 1500g；非外籍新娘產婦有 8.0%的新生兒體重低於 2500g，其中 6.0%體重低於 1500g，（表四）。

外籍新娘產婦在產後六個月仍未採用任何避孕措施。非外籍新娘產婦亦以使用保險套避孕所占比率最高占 48.3%，其次為裝置子宮內避孕器，占 35.3%，再其次則為服用避孕藥，占 3.7%，未採用任何避孕措施的已成年產婦則占 12.7%，另有 3%非外籍新娘產婦已結紮。

表四：新生兒合併症

項目	外籍新娘		非外籍新娘		P
	n=150 人數	百分比	n=150 人數	百分比	
呼吸窘迫	15	10.0	6	4.0	0.002*
先天性異常	2	1.3	0	0.0	0.134
死胎	6	4.0	4	2.7	0.134*
體重低於 2500 公克	28	18.7	12	8.0	0.032*
體重低於 1500 公克	10	6.7	9	6.0	0.132

註：1.*: p<0.001

參考文獻

1. 內政部統計處專題分析. 外籍配偶人數統計分析. 內政部統計資訊網, 2005.
2. 夏曉鳴, 資本主義下的國際婚姻—以台灣的外籍新娘為例, 台灣社會研究季刊, 2000, 38, 11-58。
張家禎, 南台灣外籍新娘家庭
3. 功能、幸福感與相關因子之探討, 行政院國家科學委員會研究成果報告。國科會,
4. 王秀紅、楊詠梅, 東南亞跨國婚姻婦女的健康, 護理雜誌, 2002; 49: 35-41.
5. Mei-Chu Wei, Meng-Hsing Wu, Yu-Ching Huang, Shan-Tair Wang, Chao-Chin Hsu. Adolescent Pregnancy and Postpartum Contraception- Hospital Cases in Tainan City. Tzu Chi Med J. 2001; 13 (1), 23-29.

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

社區民眾健康行為與醫療利用行為調查分析：
子計畫(3)社區民眾自覺健康、健康行為與健康狀態之調查

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：CNHA93-03

執行期間：93年1月1日至93年12月31日

計畫主持人：陳怡君

共同主持人：

計畫參與人員：

執行單位：醫務管理系

中華民國94年2月25日

摘要

目標: 了解 12 歲以上國人的健康狀態、自覺健康、運動行爲及體重控制行爲的相關性。

方法: 以 2001 年國民健康訪問調查之「12 歲以上個人問卷」資料進行分析研究，共分析樣本 18131 人。**結果:** 年齡、性別、教育程度、職業、婚姻狀況均與慢性病的罹患率、身體疼痛與自評健康情況有關。國人的運動行爲雖然與年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、慢性病的罹患率、身體疼痛、自評健康情況、BMI 及體重控制行爲有關，但沒有性別的差異性，男女均有 46% 以上不運動。七成以上民眾沒有體重控制行爲，其相關因子則分別爲年齡、性別、教育程度、職業、婚姻狀況、BMI、慢性病的罹患率、身體疼痛、自評健康情況。

關鍵字: 國民健康調查、運動行爲、體重控制、自覺健康

Abstract

Objectives: To study the relationships among demographic characteristics, health status, and health behaviors among aged 12 and above people in Taiwan. **Methods:** The data from “aged 12 and above personal questionnaires”, part of data from the 2001 National Health Interview Survey (NHIS) in Taiwan was used in this study. The data was collected by face-to-face questionnaires from people residing in Taiwan and total 18131 subjects recruited in this study to analyze the prevalence of chronic diseases and pain, self-perceived health status, exercise and body weight controlling. **Results:** Age, gender, education, married status, occupations was relative to having chronic diseases and pain of body, self-perceived health status. Almost demographic characteristics were correlative with exercise, but not gender was. The rate of no taking exercise of male and female was about 46%. 70%

people didn't control their weights and the relative variables with body weight controlling included age, gender, educated degrees, occupations, married status, having chronic diseases and pain of body, BMI, self-perceived health status and so on.

Keywords: National Health Interview Survey, NHIS, exercise, body weight controlling, self-perceived health status.

前言

近年來國人疾病的流行型態已從過去的急性傳染病轉變爲以惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病等慢性疾病爲主的疾病型態¹。分析國人的十大死因，迄至公元 2000 年，慢性疾病在十大死因中已佔了七項，共佔全死因的 60.7%²。

慢性病的防治需由三段五級的預防觀念來進行，至於預防疾病的觀念落實與否，則表現在個人的生活形態與健康行爲的好壞。生活型態的好壞，明顯影響了個人的健康狀態³。一個在美國進行的長期追蹤研究指出：體能活動、抽菸、喝酒、肥胖及睡眠等生活型態與死亡率有明顯相關⁴。許多健康促進行爲可以改善健康狀況，進而預防及減少慢性病的發生⁵。如從事規則運動者，其自覺健康狀態、心理健康程度與壓力處理程度，均較無規則運動者爲佳⁶。根據研究指出：不抽菸、不喝酒、不嚼檳榔、常運動、少食高脂肪高膽固醇食物等健康行爲和生活方式有益於健康的維護，並減少慢性病的產生⁷。而賴等在 2003 全國衛生醫療政策會議中關於「建構全人照護之健康體系組共識報告」亦提出「第一段預防」是平時就重視保健，適當運動、正確飲食、不吸菸酗酒、避免肥胖，而從事健康安全之生活行爲，需要包括疾病前期之保健、預防，避免或延緩疾病之發生⁸。

行政院將「全方位健康照護，確保全民健康」作爲其施政方針之一⁹，若要進行全方位健康照護則需要了解國人的健康狀態、健康行爲，以作爲施政目標的擬定。此外，依據民國 81-86 年的國民營養調查指出，患有肥胖症者成年男性約有 14.6%、女性有 15.8%。

換句話說，國人平均每七個成年人就有一個體重過重；以此估算，全台共有兩百二十萬成年人過度肥胖，而肥胖是導致高血壓、糖尿病、心臟病及腦中風等心血管疾病的重要因素¹⁰，其成因則與遺傳、運動行為、飲食行為有相關性。因此本研究將利用 2001 年國民健康訪問調查的資料，分析 12 歲以上國人的健康狀態、自覺健康、運動行為及體重控制行為的相關性。

材料與方法

一、資料來源

本研究利用 2001 年國民健康訪問調查的資料進行分析研究，其抽樣設計、問卷內容與訪查過程詳載於國民健康訪問調查研究簡訊¹¹。

此國健調查係以民國九十年一月之臺灣地區戶籍資料，按地理位置和都市化程度分為七大層，在各分層中以 PPS(Probability Proportional to Size)等機率的抽樣方式設計抽出各層之樣本戶，最後再以樣本戶中所有居住人口為調查對象，詳細之抽樣設計請參考洪永泰之「國民健康訪問調查抽樣設計」一文¹¹。

一般而言，此國健調查的抽樣樣本應可代表該年在臺灣地區內設有戶籍且非居住於機構內(non-institutionalized)之現住居民。這份調查之訪視乃由有豐富訪視調查經驗並受過標準化訓練之訪員以面訪為之，所有訪視流程、拒訪或空戶的處理、訪視督導員的品管控制等，皆有詳細規劃、訓練、與控制，為一具有抽樣代表性且品質優良的訪視調查，其訪視期間為民國九十年九月至十二月，共完訪 5,798 戶，合計 22,130 人，完訪率達 91.4%¹²。

本研究以民國九十年完成之「國民健康訪問調查」(國健調查)中之所有台灣地區樣本年齡等於或大於 12 歲者為研究對象，共有 18144 人，扣除年齡不明者 13 人，共分析 18131 人，其中男性佔 49.7%、女性佔 50.3%，另外有 1 變性人。

二、資料處理

本研究以「12 歲以上個人問卷」中，個人健康狀況、健康行為及自覺健康為主要分析內容。

本研究對 12 歲及以上樣本進行分析，年齡分為 12-17 歲、18-39 歲、40-64 歲、65 歲及以上，共三組。教育程度指受訪者之最高學歷，分為小學以下(含不識字、小學、初中)、國中、高中職(含高中、高職、五專一至三年級)、大學專科及以上(含大學、五專四和五年級、二專和三專、二技和四技、研究所)。

婚姻狀況：分為已婚(同住及不同住)、離婚與分居、喪偶、未婚及其他婚狀況(包含同居、配偶離家出走..等其他特殊婚姻狀況)。

職業分為白領階級(含專業性或技術性工作、自營事業者、經理、公家機構主管、職員(事務人員))、藍領階級(含手工藝、工頭、半技術工、都市勞動者、農林漁牧礦業者、服役者)、售貨及服務業(含售貨員、店員、推銷員、服務業工作者)、家管、學生、退休、與無業及其他(失業、無工作能力、季節性休業、暫時停工)。

戶籍所在地區分為：(1)大台北都會區；(2)台北縣、基隆市；(3)桃園、新竹、苗栗地區；(4)台中、彰化、南投地區；(5)雲林、嘉義、台南地區；(6)高雄、屏東、澎湖地區；(7)宜蘭、花蓮、台東地區，共七個層級。

身體質量指數(BMI, body mass index)以訪問民眾自述之體重(公斤)除以身高(公尺)平方來計算，並依國內分類狀況分為<18.5、18.5-23.9、24.0-26.9 及>27.0 四組¹³。

慢性病：以民眾自述罹患高血壓、糖尿病、中風、心臟病、慢性肺部疾病和血脂肪過高六種常見慢性病其中一項，即認為其罹患慢性病。

身體疼痛：指最近三個月有關節疼痛、頸部痠痛、下背痛及腰痛、坐骨神經痛與頭痛偏頭痛任一項，即認為其有身體疼痛的狀況。

自評目前健康：依據受訪者回答問題「一

般來說，您認為您目前的健康狀況是如何？」的答案來分類，回答「極好」或「很好」者歸為自覺健康「很好」，其餘則依民眾自述分為好、普通及不好。

日常生活活動(ADL, activity of daily living):分別問受訪者獨自做六項日常生活活動(洗澡、穿脫衣服、吃飯、上下床、室內走動、與上廁所)會不會有困難，若受訪者至少有一項回答「很困難」或「完全做不到」歸為ADL有困難者，其餘歸為ADL無困難。

運動行為:「不運動者」指過去兩週內沒有作任何運動者;「規律運動者」指近二週內平均每週至少運動三次且每次至少運動二十分鐘者;「不規律運動者」指過去兩週內曾作運動但運動量不到「規律運動者」的標準者。

體重控制行為則依民眾自述分為減輕體重、控制以維持體重、增加體重及沒有控制進行分析。

坐著不太動的時間則以平均 6.1 小時為基準¹⁴，分為小於等於 6 小時及大於六小時兩組。

資料分析先以 EXCEL 進行合檔，再以 SAS8.2 版統計軟體進行頻率分析及卡方檢定。

結果

一、慢性病分布情形：

關於民眾的健康狀況，在罹患慢性病方面，隨著年齡的增加，慢性病的罹患率亦增加，其中 65 歲以上老人有一項以上慢性病者佔 70.2%。男性罹患慢性病的比例約將近 30%，較女性多出 3.4%。教育程度在小學以下者有 50%以上罹患慢性病，而教育程度在小學以上，罹患慢性病的比例僅約兩成左右，喪偶者罹患慢性病的比例達 6 成以上，而未婚者的慢性病罹患率最低，僅有 8.5%。退休者的慢性病罹患率將近七成，而以學生的慢性病罹患率最低僅 6.7%。居住地以中彰投的慢性病盛行率最低，但亦有 23.2%，而以宜花東最高達三成。BMI 指數在正常範圍者(18.5-23.9)罹患慢性病的比率最少，而以 BMI

指數達肥胖(>27.0)最高達 46.7%，參見表一。

二、最近三個月身體疼痛情形：

身體疼痛情形亦隨年齡的增加而增加；女性疼痛的比率又比男性高；教育程度在小學以下疼痛比率最高；而未婚者的疼痛比率最低，但亦將近四成，其他婚姻狀況者均有六成以上民眾最近三個月曾身體疼痛。以學生的身體疼痛情形最好，僅有 34.7%有狀況，其他職業均有五成以上民眾感到身體疼痛。以居住在台北縣基隆地區疼痛比率最高，而以中彰投地區最低。BMI 指數在正常範圍者，疼痛比率最少，但亦有五成(表一)。

三、自評健康情形：

隨著年齡增加、女性、教育程度小學以下以喪偶者，有較多的比例自評健康不佳。無業者自評健康不好者將近兩成，而居住在宜花東的居民自評健康不好的比例最高，佔 7.5%。有 9.3%身體質量指數小於 18.5 者自評健康不佳，比例亦較肥胖者高。而有慢性病或身體疼痛者較沒有者，覺得自己身體健康不好。此外，增加體重者覺得自己健康不佳，但規律運動者及不運動者，均有 6%以上覺得健康狀況不好。(表二)

四、民眾運動行為：

以 18-64 歲民眾不運動的比例最高均超過半數，而 65 歲以上老人的雖有 43.3%不運動，但亦有 45.4%老人有規律運動。而男女性的運動行為沒有差異($p=0.06$)，均有 46%以上不運動。教育程度低者不運動比率最高，離婚及特殊婚姻狀況者不運動比率高達 59%，而以喪偶者有規律運動的比例最高達 38%。藍領階級不運動的比例最高，而以退休者有規律運動的比例最高達 56.8%。居住在雲嘉南的居民不運動的比例最高，以高屏澎的住民規律運動比例最高。BMI 指數<18.5 者與高於 27 者均有 51%不運動，而 BMI 指數在 24.0-26.9 屬於過重者規律運動比例最高。沒有控制體重的人有半數以上不運動，而減輕體重者亦有 32.4%不運動，而以維持體重者有較多比例規律運動，但亦僅有 31.4%。自評健康差者有

半數以上不運動但會規律運動者亦有 25.7%，而以自評健康極好者不運動比例最低佔 40%，自評健康好者的規律運動比例最低，僅有 21.7%。有慢性病者，從事規律運動的比例約為沒有罹患者的 1.67 倍，佔 32.8%。而身體疼痛者，不運動的比率則高達 71.7%，是沒有者的 1.55 倍。雖然一天中坐著不太動的時數在 6 小時及以下者有半數不運動，但亦有 1/4 的人有規律運動，參見表三。

五、體重控制行爲：

有將近七成以上民眾沒有體重控制行爲，其中 65 歲以上比例最高佔 84.9%，以 18-39 歲進行減重比例最高，以 40-64 歲者維持體重者比例最多，佔 16.0%。女性較男性有較高比例減重及維持體重，教育程度越高者減重及維持體重的比例也越高。有 8 成以上喪偶者不控制體重，有特殊婚姻狀況者較多比例減重。以住宜花東的居民減重比例最低，也最多民眾不控制體重，而以居住在北縣基隆地區民眾有較高比例進行減重及維持體重。體重控制行爲會隨 BMI 指數的增加而有較多的比例進行減重或控制體重，不過在 BMI 大於 27.0 者亦尚有六成以上民眾未有體重控制行爲。有慢性病或身體疼痛者較沒有者會進行減重或體重控制行爲，而自評健康不好者有 78.4% 沒有控制體重，所佔比例最高。(表四)

討論

年齡、教育程度、婚姻、居住區域、職業及 BMI 指數均與民眾的健康狀況有關，其中慢性病在各年齡層的分佈呈倍數增加，而許等的研究亦指出 65 歲以上老人平均每一個人罹患 1.2 項慢性病¹⁵，且國民的平均餘命延長，慢性病的防治將是一大課題。

此外，教育程度在小學以下者，罹患慢性病的比例最高，且喪偶者亦是，可能與年齡較大有關，因老一輩者多無法接受高等教育，且也較有較高比例是喪偶者。BMI 指數大於 27.0 即肥胖者，罹患慢性病的比例達 46.7%，換句話說將近每兩個肥胖者就有一人

罹患慢性病，顯示體重控制對國人健康的重要性。

18 歲以上國近半數均有關節痛、下背痛、頸部痠痛、及偏頭痛等身體疼痛的情形。只有學生因年紀較輕，較少有這方面的困擾，但每三個人亦有一人有身體疼痛的困擾，可能與姿勢不良、壓力或疾病等有相關性。雖然身體疼痛較不會危及性命，但會影響生活品質，因此如何教導民眾減輕身體疼痛問題，亦是衛生界應注意的問題。

在自評健康部份，年齡越大、女性、教育程度小學以下、喪偶、無業、BMI<18.5、慢性病或身體疼痛者較會自評健康不佳。而蔡等¹⁶的研究也發現教育對健康確實有直接顯著的影響。有趣的是，規律運的人與不運動的人均有 6% 以上覺得自己身體不好。可能與較多慢性病患者會規律運動有關，不運動的人可能身體不好無法運動，也可能因為不運動造成身體不佳。因本研究使用國民健康調查資料，而其是橫斷研究調查 (cross-sectional survey)，故所得之結論僅能做相關探討，無法進行因果推論。

國人 18-64 歲不運動的比例超過半數以上，男女性、教育程度低、離婚或特殊婚姻狀況、藍領階級、BMI 小於 18.5 及大於 27.0 不運動的比例較高。在一職場的針對 18-56 歲女性的研究發現不運動的原因多為沒時間¹⁷，而本研究退休者規律運動的比例達 56.8%，與許的調查相似¹⁸，年長者在健康維護行爲之飲食、運動、個人衛生及其他得分高於年輕人，也間接映證尚未退休者較沒有時間做運動。而藍領階級因所需勞動體能的工作較多，因此可能較不願意運動。此外教育程度與運動的關係與其他研究相似^{15、19}，認為教育程度較高者較有機會從事運動。

慢性病患者從事規律運動的比例約為沒有罹患者的 1.67 倍，佔 32.8%。與許等¹⁵的研究相似，也映證李等²⁰所提出慢性病患者較會採行有益的健康生活。而自評健康極好者不運動的比例最低，也佐證其他研究，發現

知覺越健康者較會從事較康促進活動^{17、21、22}。不過身體疼痛者不運動的比例則高達 7 成，可能因身體不適不想運動，或者是因無規律運動。造成肌肉鬆弛而容易疼痛，其原因則有待探究。

BMI 指數小於 18.5 及大於 27.0 不運動的比例高，可能與較瘦的人有錯誤的認知，認為自己無需減重，因此無須做運動。而較胖者則是因不重視健康生活，因此才不運動。在體重控制行為中，沒有控制體重的比例達半數未運動，減輕體重者亦有 1/3 不運動，而以維持體重較有規律的運動。可能有些減重者認為飲食控制或其他方法亦能達到減重的效果，因而不運動。

18 歲以上國人隨著年齡增加減重的比例減少而維持體重者增加，女性，教育程度的提升，則曾經減重的比例也越高，尤其是教育程度在大專以上，此與其他研究結果相似^{23、24}。不過在陳²⁴的研究中體重控制者達 60%，然而本研究體重控制者僅約 30%與陳²⁴的結果不同。可能是陳²⁴的研究僅侷限於花蓮的社區，與全國性的情形有所不同。BMI 指數高於 27.0 者雖然有四成民眾進行體重控制或減重，但亦有六成尚未控制體重。顯示民眾對於肥胖所可能產生的健康問題不清楚或不重視。這將可能造成我國日後慢性病患者激增的主因。體重控制行為尚受其他因素影響，如自覺健康、慢性病與身體疼痛，亦如運動行為，自評健康差者較不進行體重控制，而有慢性病者或身體疼痛者較沒有者，會去控制以維持體重或進行減重。可能與慢性病患者或身體疼痛者較了解健康的重要性，或較常接觸醫護人員，並獲得健康資訊努力實行有關。

綜觀國人的健康問題在於人口老年化，慢性病患者日眾，且根據此次的調查，並以 BMI 指數達 27.0 以上稱為肥胖，則我國每 10 個人即有一名胖子。在健康行為方面，國人不積極運動及進行體重控制，以延緩慢性病的發生，或抑制其他合併症的產生。此外，

人口學變項對健康行為及健康狀態亦扮演舉足輕重的腳色，因此如何針對各次族群，如：教育程度低者，在職場工作者等，提出適合的衛生方案，以改善各次族群的健康問題，才能有效落實「全方位健康照護」的目標，達成全民均健的目的。

致謝

本研究使用之資料係全部出自行政院衛生署國民健康局提供之「民國九十年台灣地區國民健康訪問調查」，特此致謝，並感謝嘉南藥理科技大學提供經費，使研究得以順利進行。

參考文獻

1. 行政院衛生署(2002)·九十一年版中華民國公共衛生年報，台北：行政院衛生署編印。
2. 林武雄：慢性病防治、公共衛生學，偉華書局有限公司，三版一刷。台北 p251-280。
3. Paffen Barger, R.S., Wing, A.C. and Hyde, R.T.(1978). Physical activity as an index of heart attack risk in Wellege Alumni, American Journal of Epidemiology, 108, 161-175.
4. Brock, B.M., Haefner, D.P., Noble, D.S. (1988). Alameda county redux replication in Michigan. Preventive Medicine. 17, 4483-4497.
5. Kazdin, A.E.(1980). Behavior modification in applied settings. The Porsey Press.
6. Learell, H.R. and Clark, E.G.(1965). Preventive medicine for the doctor in his community. New York: McGraw-Hill.
7. 黃慧娜 魏美珠：嘉南藥理學院學生健康行為與自覺健康狀況相關因素之探討，嘉南學報，民 88.11 頁 147-155。
8. 賴其萬；吳運東；譚開元；宋瑞珍：建構全人照護之健康體系組共識報告 2003 全國衛生醫療政策會議總結報告書論文集：210.1-272。福華公務人力發展中心，2003/11/28 - 2003/11/28
9. 衛生署 94-97 年中程計畫。URL:

- http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/200410_94-97 中程施政計畫-1.pdf
10. 陳嘉謨：健康飲食之菜單規劃。第七屆餐飲管理學術研討會論文集：p 7-16；靜宜大學，2002/05/16 - 2002/05/17。
 11. 洪永泰：「國民健康訪問調查」抽樣設計。國民健康訪問調查研究簡訊 No2.台北：行政院衛生署國民健康局、財團法人國家衛生研究院，2002。
 12. 林淑慧：「國民健康訪問調查」實地訪查資料蒐集與完成狀況。國民健康訪問調查簡訊 No4.台北：行政院衛生署國民健康局、財團法人國家衛生研究院，2002。
 13. 認識高血脂—控制理想體重 URL: <http://www.bhp.doh.gov.tw/BHP/do/www/themeParkDocRead?themeParkDocumentId=10178&type=document&themeParkId=67>
 14. 陳哲喜、林惠生、劉怡姣：國人之健康行為初探。 URL : <http://nhis.nhri.org.tw/EXEC/1/A02F650A13BF00BE33C1E240>。
 15. 許志成、徐祥明、徐瑱淳、石曜堂、戴東原：台灣地區老年人健康行為之影響因素分析。台灣衛誌 22(6)：441-452，2003
 16. 蔡偉德；胡玉蕙；葉信宏：教育程度與健康的關係---台灣成年人之實證研究。台灣經濟學會年會論文集(2000年)：251-276；中華經濟研究院；2000/12/17 - 2000/12/17。
 17. Chen CM, Chang M. Exercise behavior and related factors in career women- the case of bank in Taipei. J Nursing Research 12(3): 180-190. 2004
 18. 于漱：台北市 20-60 歲居民預防性健康行為之調查研究。公共衛生 14(4): 391-406.1988.
 19. Ford ES, Merritt RK, Heath GW, et al. Physical activity behavior in lower and higher socioeconomic status populations. Am J Epidemiol 133: 1246-56, 1991.
 20. 李蘭、陸均齡、李隆安、黃美維、潘伶燕、鄧肖玲：台灣地區成人的健康行為探討：分佈情形、因素結構和相關因素。中華衛誌 14: 358-68，1995
 21. 高毓秀、黃奕清：成年人運動行為影響因素之徑路分析。護理研究 8(4): 435-446。2000
 22. 高淑芬：某技職專科部學生的健康促進生活方式及其相關因素。2001 健康與管理研討會論文集(二): E06-1-E06-5。新竹市元培科學技術學院 2001/11/03-2001/11/03。
 23. 張尹凡、盧豐華、吳至行、張泰松、吳坤陵、張智仁：成年民眾體重認知與減重行為之研究 台灣家庭醫學雜誌 11(4) P.180-P.188，2001
 24. 陳怡君：不同年齡層民眾體位及其控制行為之調查。嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告(CHNA92-10)。2004

表一、12歲及以上台灣地區民眾的慢性病罹患及身體疼痛與各影響因子之相關性

	慢性病(%)			p-value	身體疼痛(%)			p-value
	有	無	合計 個案數		會	不會	合計 個案數	
年齡(歲)				0.001				0.001
12-17	6.2	93.8	1732		32.4	67.7	1784	
18-39	10.4	89.6	7296		48.2	51.8	7695	
40-64	39.4	60.6	5987		61.2	38.8	6393	
65+	70.2	29.8	2055		71.3	28.7	2099	
性別				0.001				0.001
男	29.2	70.8	8472		45.8	54.2	8912	
女	25.8	74.5	8597		62.0	38.0	9058	
教育程度				0.001				0.001
小學及以下	51.2	48.8	4328		69.1	30.9	4592	
國中	19.9	80.1	3190		47.2	52.8	3387	
高中(職)	17.7	82.3	5425		50.0	50.0	5705	
大專及以上	20.7	79.3	4117		48.2	51.8	4276	
婚姻狀況				0.001				0.001
已婚	35.1	64.9	9684		60.2	39.8	10246	
離婚/分居	31.8	68.2	424		65.4	34.6	465	
喪偶	62.6	37.4	977		74.1	25.9	1016	
未婚	8.5	91.5	5893		39.1	60.8	6139	
其他婚姻狀況	27.2	72.8	92		59.6	40.4	104	
職業				0.001				0.001
白領階級	22.9	77.1	4818		53.1	46.9	5064	
藍領階級	21.1	78.9	2904		52.0	48.0	3125	
售貨、服務業	20.6	79.4	1301		56.0	44.0	1390	
家管	37.7	62.3	2442		69.0	31.0	2598	
學生	6.7	93.3	2709		34.7	65.3	2791	
退休	69.4	30.6	920		60.4	39.6	936	
無業及其他	48.0	52.0	1891		62.3	37.7	1980	
居住地區				0.001				0.001
大台北都會區	29.6	70.4	3826		55.4	44.6	3976	
北縣基隆地區	28.8	71.2	1035		59.8	40.2	1108	
桃竹苗地區	25.7	74.3	2299		53.7	46.3	2419	
中彰投地區	23.2	76.8	3532		49.6	50.4	3677	
雲嘉南地區	28.5	71.5	2912		52.3	47.8	3051	
高屏澎地區	27.9	72.1	2615		56.4	44.6	2833	
宜花東地區	31.1	68.9	851		56.8	43.2	907	
身體質量指數 (BMI)				0.001				0.001
<18.5	28.3	71.3	3148		55.3	44.7	3305	
18.5-23.9	19.7	80.3	8810		51.7	48.3	9213	
24.0-26.9	36.2	63.8	3282		57.3	42.7	3474	
27.0+	46.7	53.3	1930		56.6	43.4	1979	
身體活動困難 ^d				0.001				0.001
有一項以上	75.7	24.3	485		77.2	22.8	452	
無	25.9	74.1	16584		53.4	46.6	17518	

a:表中之自評健康狀況「很好」,係合併「極好」及「很好」兩種等級

b:指有心臟病、高血壓、高血脂症、中風、肺部疾病及糖尿病任一項

c:指最近三個月有關節疼痛、頸部痠痛、下背痛及腰痛、坐骨神經痛與頭痛偏頭痛任一項

d:指有獨自做家事、洗澡、穿脫衣、吃飯、上下床、室內走動及上廁所任一項困難

表二、 12 歲及以上台灣地區民眾的自評目前健康狀況與各影響因子之相關性

	自評目前健康狀況 (%)				合計個案數	p-value
	很好 ^a	好	普通	不好		
年齡(歲)						0.001
12-17	56.3	21.9	20.7	1.1	1774	
18-39	42.7	28.6	26.1	2.7	7615	
40-64	28.5	27.0	37.0	7.6	6279	
65+	14.9	20.0	48.2	16.8	1881	
性別						0.001
男	40.1	26.6	28.3	4.9	8680	
女	32.0	26.2	35.2	6.6	8860	
教育程度						0.001
小學及以下	19.3	21.3	46.2	13.2	4323	
國中	40.9	26.3	30.2	3.6	3336	
高中(職)	41.4	27.8	27.4	3.4	5651	
大專及以上	42.1	30.6	24.2	3.2	4229	
婚姻狀況						0.001
已婚	31.0	27.2	35.0	6.8	10039	
離婚/分居	32.2	21.8	38.6	7.5	454	
喪偶	18.0	20.0	46.7	15.1	896	
未婚	47.7	26.4	23.6	2.6	6058	
其他婚姻狀況	34.3	20.6	40.2	4.9	102	
職業						0.001
白領階級	39.8	30.8	26.5	2.9	5024	
藍領階級	35.8	27.8	33.0	3.4	3103	
售貨、服務業	35.9	24.6	35.3	4.2	1380	
家管	25.4	24.8	40.8	9.0	2570	
學生	53.4	24.5	20.9	1.3	2781	
退休	20.7	22.6	46.0	10.8	890	
無業及其他	21.6	20.3	39.0	19.2	1726	
居住地區						0.001
大台北都會區	37.7	28.3	28.5	5.4	3901	
北縣基隆地區	36.4	28.8	30.2	4.6	1089	
桃竹苗地區	39.0	24.6	32.5	4.0	2354	
中彰投地區	35.7	26.4	32.5	5.4	3589	
雲嘉南地區	32.1	26.4	34.5	7.1	2972	
高屏澎地區	36.3	25.0	31.8	7.0	2775	
宜花東地區	33.1	24.6	34.8	7.5	869	
身體質量指數(BMI)						0.001
<18.5	30.4	23.0	37.3	9.3	3120	
18.5-23.9	39.5	27.2	28.9	4.4	9059	
24.0-26.9	34.3	27.4	32.7	5.6	3430	
27.0+	32.0	26.3	35.0	6.7	1940	
慢性病 ^b						0.001
有一種及以上	17.7	22.8	44.9	14.7	4385	
無	43.8	27.8	25.9	2.5	12140	
身體疼痛 ^c						0.001
有一種及以上	23.8	25.8	41.1	9.3	9434	
無	50.3	27.1	20.9	1.7	8019	
身體活動困難 ^d						0.001
有一項以上	3.7	8.2	35.7	52.4	294	
無	36.6	26.7	31.7	5.0	17254	
體重控制行爲						0.001
減輕體重	35.4	27.1	33.2	4.3	2229	
維持體重	39.8	27.5	29.1	3.6	2531	
增加體重	29.8	23.7	32.1	14.3	224	
沒有控制	35.5	26.1	32.1	6.3	12560	
運動行爲						0.001
規律運動	35.7	24.8	33.2	6.4	4049	
不規律運動	41.9	27.7	26.7	3.7	5398	
不運動	32.3	26.4	34.5	6.9	8073	

a:表中之自評健康狀況「很好」,係合併「極好」及「很好」兩種等級

b:指有心臟病、高血壓、高血脂症、中風、肺部疾病及糖尿病任一項

c:指最近三個月有關節疼痛、頸部痠痛、下背痛及腰痛、坐骨神經痛與頭痛偏頭痛任一項

d:指有獨自做家事、洗澡、穿脫衣、吃飯、上下床、室內走動及上廁所任一項困難

表三、 12 歲及以上台灣地區民眾的運動行為與各影響因子之相關性

	運動行為 (%)			合計個案數	p-value
	不運動	不規則運動	規則運動		
年齡(歲)					0.001
12-17	18.7	61.9	19.4	1792	
18-39	51.8	34.3	13.8	7743	
40-64	50.2	22.3	27.5	6420	
65+	43.3	11.3	45.4	2138	
性別					0.06
男	46.4	30.9	22.7	8995	
女	47.5	29.3	23.2	917	
教育程度					0.001
小學及以下	56.5	13.6	29.9	4642	
國中	47.5	31.7	20.9	3404	
高中(職)	47.5	32.8	19.7	5737	
大專及以上	35.6	42.9	21.5	4299	
婚姻狀況					0.001
已婚	50.7	23.3	26.0	10310	
離婚/分居	59.0	21.2	19.7	466	
喪偶	48.9	13.0	38.1	1026	
未婚	39.3	15.1	15.7	6185	
其他婚姻狀況	59.1	21.9	19.0	105	
職業					0.001
白領階級	45.9	34.8	19.3	5086	
藍領階級	64.2	21.7	14.1	3137	
售貨、服務業	60.0	25.2	14.7	1394	
家管	45.8	19.5	34.7	2609	
學生	21.3	60.2	13.3	2806	
退休	30.0	8.5	56.8	948	
無業及其他	58.9	14.7	26.4	2031	
居住地區					0.001
大台北都會區	40.2	37.1	22.8	4019	
北縣基隆地區	44.5	36.8	18.8	1118	
桃竹苗地區	46.3	33.2	20.6	2425	
中彰投地區	48.7	26.7	24.7	3699	
雲嘉南地區	53.0	23.4	23.6	3070	
高屏澎地區	48.6	26.5	24.9	2851	
宜花東地區	49.8	30.3	19.9	911	
身體質量指數(BMI)					0.001
<18.5	51.4	28.7	19.9	3356	
18.5-23.9	45.0	32.2	22.8	9263	
24.0-26.9	45.5	28.1	26.4	3490	
27.0+	51.1	26.2	22.8	1984	
自評健康狀況					0.001
極好	40.0	37.8	22.2	919	
很好	41.5	35.5	23.0	5392	
好	46.0	32.3	21.7	4628	
普通	50.0	25.9	24.1	5569	
差	54.6	19.7	25.7	1012	
慢性病 ^a					0.001
有一種及以上	44.0	23.2	32.8	12379	
無	47.3	33.2	19.6	4655	
身體疼痛 ^b					0.001
有一種及以上	47.3	28.9	23.8	9676	
無	46.4	31.7	21.8	8259	
身體活動困難 ^c					0.001
有一項以上	71.7	8.4	19.9	498	
無	46.3	30.7	23.0	17594	
體重控制行為					0.001
減輕體重	32.4	39.7	27.9	2247	
控制以維持現狀	29.7	38.9	31.4	2558	
增加體重	35.5	42.4	22.1	231	
沒有任何控制	53.1	26.5	20.5	13052	
坐著不太動的時間					0.001
≤6 小時	50.4	24.6	25.1	10998	
>6 小時	41.5	38.8	19.7	7051	

a:指有心臟病、高血壓、高血脂症、中風、肺部疾病及糖尿病任一項

b:指最近三個月有關節疼痛、頸部痠痛、下背痛及腰痛、坐骨神經痛與頭痛偏頭痛任一項

c:指有獨自做家事、洗澡、穿脫衣、吃飯、上下床、室內走動及上廁所任一項困難

表四、12歲及以上台灣地區民眾的體重控制行為與各影響因子之相關性

	體重控制行為 (%)				合計個案數	p-value
	減輕體重	維持體重	增加體重	沒有控制		
年齡(歲)						0.001
12-17	13.3	12.8	2.4	71.5	1795	
18-39	15.3	14.2	1.4	69.1	7755	
40-64	11.4	16.0	0.8	71.2	6427	
65+	4.3	9.7	1.1	84.9	2146	
性別						0.001
男	9.2	11.9	1.7	77.3	9000	
女	15.6	16.4	0.9	67.1	9122	
教育程度						0.001
小學及以下	6.2	10.1	0.7	83.0	4655	
國中	11.6	11.5	1.3	75.6	3412	
高中(職)	14.7	16.0	1.4	68.0	5745	
大專及以上	16.8	18.3	1.7	63.2	4300	
婚姻狀況						0.001
已婚	11.7	15.0	0.9	72.5	10320	
離婚/分居	15.6	16.2	0.8	67.3	468	
喪偶	6.0	8.8	1.0	84.2	1033	
未婚	14.3	13.6	2.1	70.0	6196	
其他婚姻狀況	21.0	10.5	0.0	68.6	105	
職業						0.001
白領階級	15.1	18.0	0.9	65.9	5089	
藍領階級	8.7	9.6	1.0	80.6	3140	
售貨、服務業	13.9	16.7	0.9	68.5	1398	
家管	14.3	15.2	1.0	69.5	2612	
學生	14.9	13.5	2.5	69.1	2811	
退休	6.7	16.5	0.8	76.0	948	
無業及其他	7.5	8.4	1.7	82.4	2041	
居住地區						0.001
大台北都會區	13.1	16.1	1.5	69.4	4021	
北縣基隆地區	15.4	15.8	1.7	67.1	1119	
桃竹苗地區	14.1	12.2	1.3	72.4	2426	
中彰投地區	10.4	14.0	0.8	74.8	3709	
雲嘉南地區	10.0	14.5	1.4	74.1	3080	
高屏澎地區	15.2	13.3	1.1	70.5	2857	
宜花東地區	9.3	11.2	1.7	77.8	911	
身體質量指數(BMI)						0.001
<18.5	3.8	7.2	3.0	86.0	3363	
18.5-23.9	10.7	15.5	1.3	72.5	9280	
24.0-26.9	18.3	17.5	0.2	64.0	3495	
27.0+	24.8	13.6	0.1	61.5	1985	
自評健康狀況						0.001
極好	11.9	12.6	1.7	73.8	920	
很好	12.6	16.5	0.9	70.0	5398	
好	13.0	15.0	1.1	70.8	4632	
普通	13.3	13.2	1.3	72.3	5580	
差	9.5	9.0	3.2	78.4	1014	
慢性病 ^a						0.001
有一種及以上	13.0	16.4	1.2	69.4	4665	
無	12.2	13.6	1.3	72.9	12395	
身體疼痛 ^b						0.001
有一種及以上	13.7	15.1	1.3	69.9	9695	
無	11.0	13.2	1.2	74.6	8268	
身體活動困難 ^c						0.001
有一項以上	4.0	6.6	1.6	87.8	501	
無	12.7	14.4	1.3	71.7	17621	
坐著不太動的時間						0.001
≤6小時	11.8	14.3	1.1	72.8	11013	
>6小時	13.5	14.0	1.5	71.0	7064	

a:指有心臟病、高血壓、高血脂症、中風、肺部疾病及糖尿病任一項

b:指最近三個月有關節疼痛、頸部痠痛、下背痛及腰痛、坐骨神經痛與頭痛偏頭痛任一項

c:指有獨自做家事、洗澡、穿脫衣、吃飯、上下床、室內走動及上廁所任一項困難

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

整合型計畫:社區民眾健康行為與醫療利用行為調查分析
子計畫(4) 社區整合家庭醫師計畫成效之探討-以南區某體系為例

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫
計畫編號：CNHA93-03 子計畫(4)
執行期間：93年1月1日至93年12月31日

總主持人：林為森
子計畫主持人：陳惠芳

執行單位：嘉南藥理科技大學醫務管理系

中華民國九十四年二月十七日

中文摘要

台灣自從於民國八十四年三月實施全民健康保險後，在每年支出醫療費用總額、平均每人每年醫療保健支出及醫療保健支出佔GNP的比率，皆呈現正向成長趨勢。成本、品質、可近性是民眾選擇就醫之三大要素，為降低醫療費用、提昇民眾就醫品質，近年來衛生主管機關陸續推出相關策略，策略之一為於民國九十二年三月實施的「家庭醫師整合試辦計畫」，衛生計畫實施成功與否需考慮實施對象對制度的接受性，並了解各項可能影響因素，然而「家庭醫師整合試辦計畫」實施迄今其管理成效如何？實施對象對制度的接受性又如何？參與計畫機構服務情形文獻上少有著墨。故本計畫以南區有參與家庭醫師整合性照護試辦計畫的全部診所38家之基層醫師團隊38位醫師為研究母群，採用郵寄問卷調查法收集資料，回收率為82%。以探討有關診所預期達成的指標、醫師贊同度、目標達成度與醫師同意度之影響因素，結果顯示醫師對家醫政策的平均贊同度為3.834分，診所特性及醫師特性會影響贊同度；雙向轉診率為77%，會受診所特性及醫師因素影響其高低。該結果可作為衛生主管機關、醫院、診所及學術研究對「家庭醫師整合試辦計畫」規劃、執行、評估及提高機構競管理之參考。

關鍵詞：家庭醫師、醫師意見、衛生政策

Abstract

Ever since the implementation of National Health Insurance on March of 1995 in Taiwan, the annual total medical expenditure, healthcare cost per capita and percentage of GNP for healthcare cost have increased proportionally. Cost, quality and accessibility were the main factors for the population choosing healthcare facilities. In order to decrease medical expenditures and increase the quality of healthcare, the health authority launched related strategies. One of them was the

“National Health Insurance Pilot Project of Family Physicians’ Integrated Health Care System” launched on March of 2003. The success of the health project depended on the acceptance of subjects on the system implemented and understanding of all potential factors. Nevertheless, how effective was the management of “National Health Insurance Pilot Project of Family Physicians’ Integrated Health Care System” since its launch? How well was it accepted by the subjects? Few literature described the state of the facilities that participated in this project. Thus, this study planned to use 38 primary care physicians from the 38 clinics in southern area of Taiwan which joined National Health Insurance Pilot Project of Family Physicians’ Integrated Health Care System as subject; whereas the data were collected through mailed questionnaire and investigation would focus on issues relating to the achievement index projected by the clinic, physician approval score, achievement rate and factors of the physician agreement score, completed by 31/38 (82%). The physicians’ average agreement score was 3.834, and it was correlated with Clinics’ characteristics and physicians’ characteristics. The average transfer rate was 77%, and it was correlated with Clinics’ characteristics and physicians’ characteristics. The result can be applied as a reference for the health authority, hospitals, clinics and academic research when planning, executing, evaluating and improving the management of facilities for the “National Health Insurance Pilot Project of Family Physicians’ Integrated Health Care System”.

Keywords: Family Physicians, Physicians’ Views, Health Policy

一、緣由與目的

台灣自從於民國八十四年三月實施

全民健康保險後，全國醫療院所特約比率高達九成以上，在需求面降低國民因財務障礙而影響就醫的情形，提高了醫療的可近性，對增進國民健康有很大的助益，但供給面缺乏有效的產業組織協調，加上並未限制病人的就醫選擇權使得四處求醫的就醫習慣更加明顯，造成醫師服務資源遭到無限制的濫用，根據中央健康保局 2000 年資料顯示，在 1999 年時台灣民眾平均就醫次數為 14.85 次比歐美國家平均的 4 到 7 次，高出非常多⁽¹⁾；且每年的醫療費用及醫療量有逐漸增加的現象（如表一），因此目前健保局面臨著財務壓力。醫療費用的持續高漲，但卻未必真實地提高了就醫診治的品質與效果。

表一：歷年醫療健保支出統計

民國	八十 年	八十 五年	九十 年	九十 一年	九十 二年
總計 (百萬元)	22 44 28	40 60 73	56 10 49	58 81 32	61 72 74
平均每 人每年 醫療保 健支出 (元)	10 94 6	18 93 9	25 11 3	26 18 2	27 44 2
醫療保 健支出 佔GN P的%	4.5 5	5.2 1	5.7 9	5.8 8	6.0 6

資料來源：摘自衛生署統計資料網站⁽²⁾

根據先進國家的研究，在社區內一般民眾生病，自覺不舒服，約有四分之三的人會自行處理在家治療，而得到康復。其餘四分之一會尋求醫療資源，其中約 80%至 95%的問題，可以在一般開業醫師處解決，少部份需要靠轉介至醫院的專科醫師處理，真正需要住院治療的不到 1%。故基層醫療院所在醫療體系中扮演著相當重要的守門員的角色 (gate-keeper)⁽³⁾。據中華民國全國醫師公會

全國聯合會常務理事石賢彥醫師在家醫研討會指出理想門診服務量基層院所應佔整體的 80%-90%、地區醫院 10%、醫學中心區域醫院 5%，而根據九十三年六月的業務執行報告九十三年第一季各層級院所門診服務量比例⁽⁴⁾，如表二：

93 年	醫學中 心	區域醫 院	地區醫院	基層診所
第一季	10%	12%	12%	66%

表二：各層級院所門診服務量比例：

表示我國的基層診所並未如理想做好醫療體系的守門員。即使在尚未有全民健保的美國，前任柯林頓總統的全民健保規劃中，也把美國的基層醫師規劃為民眾的健康守護員，而所謂的基層醫師，包括美國的家庭醫師、一般內科醫師、小兒科醫師這三種醫師。另外實施全民健保已六十年以上的英國，算是世界上最會擅用家庭醫師，擔任醫療照護服務守門員角色的國家，其每年平均約看診 3 億人次，每位家醫負責 2000 位民眾。更是將民眾的醫療途徑做相當的規範，除非家庭醫師的轉診或急診外，民眾不得逕赴醫院就醫，否則得自付醫療費用；在都會地區，甚至劃分醫療區域，不得越區選擇家庭醫師，當然對民眾而言，這或許帶來許多不便，但這也是英國公醫制度得以永續經營的原因。⁽⁵⁾

隨著社會與生活環境的改變、國民所得水準提高、人口的老化、慢性疾病取代急性疾病已成為國民最大的健康威脅。台灣地區自 1994 年以後即進入高齡化社會，2002 年已達 9.02%，由過去的變化趨勢推估，台灣人口老化的速度是歐美國家的 2 倍以上，預計到 2020 年，台灣的老年人口將達到 14%。⁽⁶⁾快速的人口老化引發了新的醫療問題，但多數醫師著重治療之行為態度並未隨著本國人口結構改變，對於疾病之管理及預防相當匱乏，周全性的主動照護亦不足，所以未能符合人口老化的健康

維護需求，故家庭醫師所扮演的角色日趨重要，使醫事服務提供者逐漸重視病人的健康管理與疾病管理，也可促進我國家庭醫師制度的形成，並達到分級醫療與雙向轉診的目標。⁽⁷⁾

有鑑於上述幾項醫療的現象，健保局為提供民眾疾病預防、診斷治療、健康教育與廣泛的健康服務，從九十二年三月十日起公告實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」採取的策略，即是分級醫療和轉診制度讓基層醫師團隊之醫師發揮家庭醫師功能，做最好的醫護把關，提供各種急慢性疾病照顧及轉診服務，以共同照護門診作為基礎，主動關心特定病人的健康，並與合作醫院合作形成社區照護網絡，進行垂直整合，建立強調整體性、連續性之疾病治療與個案管理模式，由家庭醫師負起病人的整體照顧責任，必要時照會或轉介次專科共同處理，使慢性病人能獲得長期性、完整性的醫療照顧。⁽⁷⁾是一種能提供各種不同及連續性醫療照護的健康照護體系，除了整合醫療院所的資源提升服務品質外也能吸引被保險人參與，逐步在社區中擴大照顧範圍，達到預防醫學以及降低整體醫療費用的成效。

根據美國家庭醫師學會對「家庭醫師」的定義為：「所謂家庭醫師是提供以家庭為單位的健康照顧的社區基層臨床醫師，其所受的醫學訓練以及臨床經驗，使其能有資格及能力從事內科、外科、小兒科以及婦科方面的醫療工作；對家庭內所發生的一切問題，不論在性別上、年齡上、身體上以及精神上，甚至人際關係方面，都具有獨特的處理方式；而其亦主要提供協調性、連續性、周全性及完整性的健康保健以及醫療服務；此外，甚至在病情需要時能夠及時及適時的協調各相關醫療單位以及轉介照會其他專科醫師，來共同解決病患的醫療健康問題。」

由上定義可知家庭醫師的特色和精神⁽⁸⁾：

1. 以家庭為照顧的主體，強調全面的家庭照

顧(包括加強家庭功能)

2. 提供第一線的基層照顧
3. 提供周全而持續的照顧
4. 全盤協調醫療保健服務
5. 治療復健與預防並重
6. 結合各臨床科別、行為科學、預防醫學及社區醫學的廣博專科

家庭醫學可以引申出下列五種含義：家庭醫學是「家庭醫師」的「養成教育」；「家庭醫學」是一種「專科醫學」；「家庭」是「醫療照顧」的重心；以「家庭醫學」為中心的「醫療照顧體系」；每個「家庭」都能獲得「基本的保健醫療照顧」。

而有關現代家庭醫師所扮演的角色：⁽⁹⁾

1. 朋友的角色(The role of friend):
2. 教師的角色(The role of teacher):
3. 顧問的角色(The role of counselor):
4. 擁護者的角色(The role of advocate):
5. 協調者的角色(The role of coordinator):
6. 科學家的角色(The role of scientist):
7. 醫治者的角色(The role of healer):

由此文獻得知，家庭醫師對於醫療保健服務、預防醫學及自我成長方面，扮演著多重角色。

為了使家庭醫師角色功能能發揮，我國在推動家庭醫師制度採用整合性醫療照護系統，IDS；Integrated Delivery System，以下簡稱 IDS，是為一資源善用的觀念以達到體系共同的利益與目標。落實強化與基層院所之雙向轉診、轉檢作業制度及建立相互支援合作關係，提昇醫療照護的品質，減少醫療資源的浪費，⁽¹⁰⁾推動家庭醫師整合照護系統達成以下之目的：

- 建立家庭醫師制度，提供全人醫療照護，提升醫療品質。
- 建立基層醫療院所與醫院之合作關係，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務。
- 促進分級醫療及雙向轉診。
- 減少醫療浪費，合理控制醫療支出。

而就家醫計畫的推動策略模式為：
從供給面而言參與家醫制度資格及角色：
基層醫師團隊方面：

角色：

1. 建立基層醫師間的互動及合作機

92年	93年	醫師建議
同： 家戶建檔率 達100% 異 1. 共同照護門 診每週 達 1個診次以 上 2. 預防保健達 成率要超 過10%以上 3. 家醫指定比 率達看診個 案10%以上 4. 門診就診年 平均次數減 少0.3以上 5. 雙向轉診達 100% 6. 境外就醫年 平均比率減 少10%以上 7. 保險對象之 滿意度達75分 以上	同： 家戶建檔 率達100% 異： 1. 共同照護 門診每週 至少半天 2. 預防保健 達成率會 員接受檢 查比率為 50%以 上 3. 會員指定 率看診總 人數的 10%以上 4. 會員固定 就診率達70 %	結構面： 1. 合作醫院規 模及專科別完 整性及配合度 2. 是否聘專任 行政助理 過程面： 1. 雙向轉診完 成度 2. 醫療群共同 問題之處理解 決能力且會定 期聚會以討論 共同問題 結果面： 1. 健康家庭會 員滿意度 2. 是 否依共同照護 指引高血壓病 患 3. 高血壓病患 規則回診率

制，做為社區照護網絡的核心單位。

2. 營造環境促進基層醫師逐步由個別執業朝向聯合執業的方向轉型。

資格：

1. 以5至10人為宜，其中一半以上成員需具有內科、外科、婦產科、

小兒科或家庭醫學科專科醫師資格)為單位。

2. 參與其合作醫院所舉辦之繼續教育課程，每年至少20小時。由合作醫院受聘為兼任醫師，到合作醫院開設共同照護門診。

合作醫院方面角色：

1. 提供社區民眾次級醫療照顧，開放醫院資源供基層醫師團隊之醫師使用，逐步建立轉診服務機制。
2. 協助基層醫師團隊內醫療資訊的電子化及交流的作業，並提供家庭醫師繼續教育。

資格：

1. 需位於計畫涵蓋之地區，且為保險特約機構之地區或區域級之綜合性醫院，並與醫學中心建立後送之合作關係。

基層醫師團隊與合作醫院符合上述之資格後，得申請加入此計畫，透過協調機制及電子資訊系統，利用共同照護門診的做法，建構出社區照護網絡。逐步落實以「社區為範疇、家庭為單位、個人為對象」的照顧理念。為評估家醫計畫目標是否達成健保局在九十二及九十三年擬各項指標，而學者許碧升在碩士論文中提到健康照護政策之推動為使政策更加成功必須吸引合適特質的醫師加入，應掌握實務醫師的看法以增加幹旋彈性⁽¹¹⁾。故本研究設計將九十二、九十三年各項指標與基層醫師對評估指標的建議彙整資料如下表三：

表三：

此外瞭解政策執行之決策影響因素尤為重要，故亦收集下列文獻以探就政策的影響因素，以確實了解各項可能影響因素。張氏⁽¹²⁾等人研究發現醫院高階主管對醫務管理師證照制度之看法受受訪者特性、醫院特性影響；陳氏⁽¹³⁾等人發現經濟壓力為總額支付制

度對牙醫醫療服務影響；王氏⁽¹⁴⁾發現民眾教育程度會影響對政策認知、政策訊息與政策論述；李氏⁽¹⁵⁾等人發現臺灣地區衛生人員對全民制度因素健康保險、政策之認知與態度會受性別、年齡、教育程度、衛生單位、年資影響。

促進雙向轉診乃是實施家庭醫師整合試辦計畫的主要目的之一，因此對於影響轉診的各項因素探討就顯得相當的重要及其影響層面也會相當的廣泛。其民眾轉診行為會受制度因素（缺乏強制性的法令、保險支付制度不具誘因、行政手續繁雜）、醫療結構面（電腦化系統連結、資料維護及分析等作業）、醫師因素（醫師背景、執業服務年資、醫院服務層級、工作滿意度、教育程度及工作經驗、醫師自尊與防衛醫療、醫師對轉診的態度）、民眾方面（就醫習慣及行為）⁽¹⁶⁾。故本研究欲瞭解已實施一年的家醫醫療政策之分析評估南區家庭醫師整合照護計畫之預期達成的指標、瞭解參與南區家庭醫師整合照護計畫之醫師贊同度及探討診所參與家庭醫師整合照護計畫目標達成度與醫師同意度影響因素。

二、研究方法

1. 研究對象及資料收集方法：

本研究以九十二年度有參與家庭醫師整合性照護試辦計畫的「嘉義社區醫療群、嘉基社區醫療群、台南社區醫療群、雲頂社區醫療群、雲海社區醫療群、南安社區醫療群、黃金海岸社區」七個南區醫療群之基層醫師團隊共 36 家診所醫師 38 位醫師為研究母群。採用半開放性調查表以郵寄問卷調查法收集問卷，共回收 31 份，回收率為 81.6%。

2. 研究工具

本研究經由文獻探討之結果，發展出下列問卷內容 1. 診所基本資料(包含:型態、屬性、診療科別、開業年資、人力資源、設備)。2. 醫師基本資料(包含:出生、性別、信仰、學歷、專長、執業年資、專科證書)。3. 「全民

健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」預期達成之指標(如:家戶建檔率、共同照護門診、雙向轉診比率)。4. 瞭解醫師對家庭醫師整合照護制度關於民眾認知行為改變、診所資源及設施、醫療行為及認知的改變、滿意度、醫病關係、與相關醫療單位互動關係、轉診制度七個層面之看法。採 Likert 五分法量表測量，”非常同意” 5分”，同意” 4分”，沒意見” 3分”，不同意” 2分”，非常不同意” 1分”，五個等級讓受訪醫師勾選，共 32 題。

*Cronbach' s α 為 0.95

3. 資料分析方法

問卷回收後經譯碼(coding)除錯後輸入電腦本，以 SAS for windows 8.2 版作以下列資料的分析：

- 一、 描述性統計分析(Descriptive Statistic Analysis)
對於個別變項以樣本數、百分比、平均值、標準差等統計方法來描述有效樣本之醫師及診所之基本資料，及醫師對家醫整合計畫之看法，做基本的描述。
- 二、 無母數分析:診所基本特性、醫師基本資料與醫師對政策實施不同構面的贊同度及預期間標之關係。
- 三、 斯皮爾曼(Spearman' s Rho)等級相關係數：探討診所醫師對政策實施不同構面的贊同度與預期目標間之相關性。
- 四、 卡方檢定(Chi-square):分析診所基本特性、醫師基本資料與預期目標(是否參與共同照護門診)之關係。
- 五、 因素分析

三、結果、討論與建議

醫師對於實施家庭醫師整合性試辦計畫之贊同度，保留特徵值大於 1 的共同因素，再以最大變異數法進行轉軸後共選取六個因素，

每一因素以負荷量大於 0.5 的項目保留，其六個因素累計解釋變異量的百分比為 76.47%，六個因素之 Cronbach' s α 分別為 0.901、0.881、0.896、0.877、0.882、0.870。第一個贊同類別構面因素有家庭醫師整合試辦計劃的實施後，病患認知的提升、有助於治療的預後研究、疾病的不同階段較能經轉診治療來觀察病患、病患的問診時間延長、能提供更廣泛的衛生服務、診所的形像更好及增加轉診的次數，就其特質命名為診所病患的醫療照護品質(因素一)。第二個贊同類別構面有對此計劃的財務支付制度與運作模式滿意、本身的收入滿意增加、對現行家醫計劃的認證制度滿意、看診人數增加、因醫療資訊電子化更加流通，診療更加有效率，就其特質命名為健保局對診所管理制度(因素二)。第三個贊同類別構面有與醫療相關院所的合作關係更加密切、病患到醫療相關院所就醫更具便利性、透過轉診更能幫助提升持續追蹤病患健康、與病患雙方建立互信的關係有助益、與病人的醫病關係更加良好，就其特質命名為診所病患的就醫便利性與醫病關係(因素三)。第四個贊同類別構面有病患經轉診後會再回診所的人數增加、民眾的就醫行為改變(較不會自行前往大醫院看病)、民眾對健康概念提升、病患對於家庭醫師角色的認知更加提升、民眾健康檢查次數更為增加，就其特質命名為診所病患的健康概念(因素四)。第五個贊同類別構面有對整體醫療資源運用較為節省、有助於診斷上的判斷、醫療設備更能有效利用及使用率提高、對民眾家庭成員健康更加了解、對於合作醫院資源的提供及儀器操作上更有助益，就其特質命名為醫療設施運用(因素五)。第六個贊同類別構面有有助於自我成長(進修訓練)、提高了本身臨床專業自主性的滿意度，就其特質命名為診所醫師自我成長(因素六)。而本研究結果顯示南區家庭醫師整合試辦計畫診所醫師對政策的實施，以診所病患的就醫便利性與醫病關係贊同度最高

4.323，診所醫師自我成長為 4.113，診所病患的醫療照護品質為 3.959，醫療設施運用為 3.903，診所病患的健康概念為 3.613，以健保局對診所管理制度贊同度最低為 3.301，就診所病患的就醫便利性與醫病關係而言，其贊同度的分數介於 4.812 至 3.834，即普通贊同和贊同之間，表示家庭醫師整合性的試辦計劃，確實提升的醫療的可近性及醫病關係。而健保局診所管理的贊同度在 4.025 至 2.577，表示健保局對診所的管理制度有贊同和不贊同的聲音同時存在，所以健保局應該和診所適時的溝通，才能將家庭醫師的整合計劃完全發揮它的功能。

診所基本資料中，診所型態以個人獨立經營為最多，佔 54.8%，業務屬性多屬於一般診所佔 76.7%，診療的科別多為家庭醫學科 44.8%，偶而與工作人員討論情形及病例佔 64.5%，病人的掛號方式以現場掛號為主佔 54.4%，病歷的給號方式及歸檔方式多為流水號佔 64.7%、46.9%，診所的醫囑普遍電腦化佔 96.4%，90.3%的診所有與檢驗所有合約關係，門診後有 61.3%的診所會接受病患的電話諮詢，諮詢的方式多以直接做簡單的諮詢為主佔 50%，有 70%的診所會出診。

在醫師基本資料方面，以 38-45 歲居多佔 50%，男性為最多佔 93.5%，宗教信仰方面以傳統宗教及宗教為主佔 27.6%，學歷多數為大學佔 93.5%，學歷專長主要為醫學系 90.9%，執業年資以 9-15 年佔 40%為最多，專科證書以家庭醫學科最多佔 61.9%，有 66.7%擔任過特約醫師或講師，有 58.1%的醫師曾經參與或指導家庭醫學科醫師訓練，96.8%的醫師有參與「共同照護門診」，每週 1 次(100%)。

為探討不同的診所基本特性對於家庭醫師整合性試辦計劃的贊同度上是否有差異，利用無母數檢定，結果發現開業年資與健保局對診所的管理制度、醫師自我成長有顯著差異，

結果發現性別對於家醫計畫實施的贊同

度中的診所醫師自我成長(因素6)有顯著差異。

本研究為了瞭解現階段醫療體系對家庭醫師整合性照護試辦計畫之利用現況，藉由成本、效益、效率分析方法，評估家庭醫師整合性照護試辦計畫之成效，並加以詢問醫師對家醫制度的看法。採用原有之調查資料作為分析，希望能對有關單位對家醫制度的效能有所瞭解，更進一步的改善台灣的醫療制度，使醫療網更趨完善，使民眾能得到更周全的健康照護。

四、參考文獻

1. 中央健康保險局健保速訊第524號：節約健保資源。大家一起來，2004。
2. 衛生署統計資料：國民醫療保健支出統計表。
<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
3. 石賢彥：基層醫療體系與家庭醫師制度理想與現實的差距—基層醫師的觀點，摘至中華名國基層醫療協會網站—家醫研討會
4. 陳慶餘：家庭醫學與家庭醫業，摘自台大大家醫部網站
5. 鍾信成 陳楚杰 楊長興家庭醫師在健康照護體系改革中扮演的角色—以英、美兩國為例。醫院第36卷 NO.1，2003。
6. 中央健康保險局：全民健康保險家庭醫師整合性照護制度九十二年試辦計畫，2003。
7. 中央健康保險局：全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，2004。
8. 章殷超 李宇芬：居家照護(3)—家庭醫師與居家照護；基層醫學，12(11)：208-210，1997。
9. 呂清元：總額預算實施後民眾對家庭醫師制度接受性之研究。碩士論文，台北：國立陽明大學，2003。
10. 劉文俊(2003)。鄉村的基層醫療 (Rural Primary Care)；摘至彰化縣診所協會新聞台
<http://mypaper.pchome.com.tw/news/john1011>。
11. 許碧升：醫師對全民健保家庭醫師計畫表現指標看法與評估結果之相關性研究—以高屏地區參加計畫醫師為例。在職專班碩士論文，高雄：高雄醫學大學，2004。
12. 張睿詒、鄭惠文、林玠伶、楊志良：醫院高階主管對醫務管理師證照制度之看法；臺灣公共衛生雜誌，22(5)：.403-417，2003。
13. 陳順義、鄭文輝：總額支付制度對牙醫醫療服務的影響與原因探討—中區與南區之比較；臺灣社會福利學刊，3：29-76，2003。
14. 王孟平：政策認知、政策訊息與政策論述—當前爭議性公共政策之實證研究；中山人文社會科學期刊，7(1)：P.73-100，1999。
15. 李卓倫、賴俊雄、趙睦男：臺灣地區衛生人員對全民健康保險、政策之認知與態度；公共衛生，21(3)：P.180-191，1994。
16. 王香蘋：影響我國分級轉診制度發展因素的探討；弘光學報，40:P.45-51，2002。
17. 呂清元：總額預算實施後民眾對家庭醫師制度接受性之研究。碩士論文，台北：國立陽明大學，2003。
18. 石賢彥：SARS 疫情之省思—臺灣實施家庭醫師制度的必要性；臺灣醫界，46(10)：57-60，2003。
19. 陳慶餘 黃國晉 陳完任 李龍騰：台灣地區家庭醫師全科診療現況之調查；中華民國家庭醫學雜誌，7(2)：69-76，1997。
20. 行政院經濟建設委員會委託中華民國家庭醫學醫學會執行：家庭醫師在全民健康保險及醫療網中的角色—現在與未來之探討，1990。
21. Taylor RB (ed): Family Medicine: Principles and Practice. 3rd & 5th ed. New York: Springer-Verlag, 1988 & 1998.