

中國醫藥大學
醫務管理學研究所碩士論文
編號：IHASEP-030

台灣地區精神障礙者成人預防保健
利用情形及其相關因素探討

**Utilization of Adult Health Examination and
Associated Factors for Chronically Mental
Disabilities in Taiwan**

指導教授：蔡 文 正 教授

研究生：袁 樂 民 撰

中華民國 100 年 7 月 10 日

誌謝

大學畢業已經超過 23 年了，因為工作的需要重新回到學校唸書，再一次扮演學生的角色。長期的臨床工作才發現，病患需要的不只是醫療上的照顧，更需要安全舒適的醫療環境以及健全完善的醫療制度。開始接觸醫務行政工作後，才漸漸發現自己在管理專業上的不足，也逐漸地意識到自己需要一套有系統的學習過程，因此報考了台灣醫務管理界歷史最悠久的研究所——中國醫藥大學醫務管理研究所。

在這兩年的學習過程中，由衷的感謝每位授課的教授與老師，孜孜不悔與兢兢業業的教導，除了教授我專業的知識外，老師為學的風範更是成為我最好的學習榜樣，讓我的所學所習終生受用，不但增長了我的知識與智慧，更是影響了我為人處事的態度。最讓我感激的是我的指導教授蔡文正所長，他除了學識淵博外，也擁有豐富的人生閱歷，他的奮鬥人生歷程更是給了我最大的啟發，他是如何的戰勝病魔，努力不懈的自我突破以達到今天的成就，正是我們最好的人生教材，也因此在我最低潮最想放棄的時候，他給了我最大的支持與鼓勵，讓我有勇氣的堅持下去繼續完成學業。也感謝蔡所長在這篇研究論文上所給予的指導與協助，從題目的選定、研究方法、結果分析及討論與結論，他都很有耐心按部就班的指導我完

成，讓我從中學習甚多。也非常感謝蔡所長的研究助理邱莉婷小姐，在資料的收集與統計分析的運算上給予我最大的協助，也感謝所有給我幫助與支持的同學。最後要感謝的是我的家人，我的母親、太太、女兒袁琦、袁蘋、兒子袁哲，在我就讀期間給我最大的支持與體諒，讓我無後顧之憂，在我完成研究論文的同時，願與我的師友及家人共同分享我的成果。



摘要

目的：嚴重精神病患者有較高的死亡率，且死亡的原因多與高血壓、糖尿病及心臟疾病等疾病有關。成人預防保健可以早期發現慢性疾病，減少疾病惡化所帶來的傷害。本研究主要分析全國精神障礙者成人預防保健使用情形，並與一般民眾比較使用之差異性，進一步探討影響精神障礙者使用成人預防保健服務之相關因素。

方法：本研究以 2008 年內政部登記領有身心障礙手冊之精神病患者(65,588 人)及一般民眾(5,667,287 人)為研究對象。利用內政部身心障礙者登記檔及國健局 2006~2008 年之「預防保健申報檔」，串連國家衛生研究院發行之「健保資料庫」進而分析。探討精神障礙者人口學特質，以及成人預防保健服務利用情形，並利用卡方、t-test、ANOVA 及羅吉斯迴歸分析，探討影響精神障礙者使用成人預防保健服務之相關因素。

結果：精神障礙者的成人預防保健利用率為 22.32%，一般民眾的利用率為 29.96%；精神障礙者男性使用率 22.68%略高於女性的 21.99%；其年齡別以 60-64 歲利用率 27.57%為最高；都市化程度以第六級利用率 28.27%為最高；低收入身分者利用率 31.29%高於非低收入者 20.72%；極重度身心障礙者利用率 37.07%為最高；除癌症外，罹患其他慢性疾病者的利用率都較高。以羅吉斯迴歸分析得知「年

齡」、「都市化程度」、「投保金額」、「是否為低收入戶」、「罹患相關疾病」、「身心障礙嚴重級別」顯著影響使用成人預防保健。

結論：本研究發現 40 歲以上精神障礙者成人預防保健服務的利用率較一般民眾低。定期的健康檢查可以早期發現疾病，早期接受治療，並矯正不健康的行為，以達到預防疾病的目標。因此，增加成人預防保健服務的利用率，可提昇嚴重精神病患照護的品質。

關鍵字：精神疾病、身心障礙者、成人預防保健服務



Abstract

Objectives: Many previous publications discover that serious mental illness patients have high rate mortality which are associated with high blood pressure, diabetes, heart disease, etc. Adult healthy examinations can diagnose chronic diseases at the early stages to reduce the damages and consequences from these diseases. This study is mainly focused on analyzing the utilization status of the Adult Health Examinations by the serious mental illness patients and the general population in the country wide between 2006 and 2008. We further investigated the influence factors of the Adult Health Examination used by mental disability patients.

Methods: A total of 65,888 people participated in this study of disabled of serious mental illness, who were registered in the “disabled person file” from the Ministry of Interior in 2008, and the files were merged with both the “preventive health care file” at the Bureaus of Health Promotions and the medical claim databases at the National Health Insurance between 2006 and 2008. This study analyzed the utilization of preventive health care for the mental disabled, and compared with non-disabled people. Besides descriptive statistics and bivariate analysis, this study was examined the factors affecting whether to use the preventive health care with logistic regression analysis.

Results: The utilization rate of adult health examination for the mental disabled was 22.32%, but the non-disabled group was 29.96%. In mental disabled, the utilization rate was 22.68% by men and 21.99% in women. The highest utilization rate was applied to people who are between 60 and 64 yearsold, which was 27.57%. The level six utilization rate of urbanization

level was 28.27%. The utilization rate was 31.29% for the low income people and 20.72% for the non-low income people. The utilization rate ranked the highest as 37.07% by the sever degree of disabled patients. Besides cancer patients, patients who suffer from chronic illness had high utilization rate as well. Based on the logistic regression analysis results, the factors affecting whether to use the Adult Health Examinations were age, living area, demographics, economic status, health status, and degree of disability.

Conclusion: We concluded that 22.32% mental illness patients above 40 years old joined at the Adult Health Examinations, which was lower than the 29.96% of general populations who participated at the Adult Health Examinations. Regular health examinations can early diagnostic diseases, immediately provide treatment to correct the unhealthy behaviors, and prevent diseases. Therefore, increasing the utilization rates of Adult Health Examinations improves the quality care of the serious mental illness patients.

Key Word: serious mental illness, mental disability, adult health examination

目錄

第一章	緒論	1
第一節、	研究背景與動機.....	1
第二節、	研究目的.....	2
第二章	文獻探討	3
第一節、	精神障礙者之定義.....	3
第二節、	台灣精神障礙者概況.....	4
第三節、	精神障礙者之生理疾病.....	6
第四節、	預防醫學的概念.....	8
第五節、	成人預防健保服務.....	10
第六節、	成人預防保健服務利用情形.....	11
第七節、	成人預防保健服務影響因素.....	13
第三章	研究方法	14
第一節、	研究架構.....	14
第二節、	研究假設.....	15
第三節、	研究對象.....	15
第四節、	資料來源.....	16
第五節、	研究變項操作型定義.....	17
第六節、	統計分析方法.....	20
第四章	結果	21
第一節、	描述性分析統計結果.....	21
第二節、	推論性統計結果.....	25
第三節、	影響精神障礙者是否使用成人預防保健之相關因素.....	30
第五章	討論	47
第一節、	精神障礙者使用成人預防保健與一般民眾之差異.....	47
第二節、	影響精神障礙者使用成人預防保健之相關因素.....	52
第六章	結論與建議	56
第一節、	結論.....	56
第二節、	建議.....	57
第三節、	研究限制.....	59
參考文獻		61
附錄一	都市化分級表	65

表 目 錄

表 2-1	慢性精神病患身心障礙等級標準.....	4
表 2-2	台灣成人預防健康檢查服務對象及服務項目.....	11
表 3-1	研究對象篩選條件.....	16
表 3-2	變項操作型定義.....	18
表 4-1	2006-2008 年精神障礙者使用成人預防保健基本特性及雙變 項分析.....	33
表 4-2	2006-2008 年一般民眾使用成人預防保健基本特性及雙變項 分析.....	36
表 4-3	2006-2008 年精神障礙者成人預防保健利用情形.....	39
表 4-4	2006-2008 年一般民眾成人預防保健利用情形.....	42
表 4-5	影響精神障礙者是否接受成人預防保健之羅吉斯迴歸分析.....	45



第一章 緒論

第一節、研究背景與動機

精神分裂症曾被稱為”短命的疾病”(Life-shortening disease) (Allebeck, 1989)。很多的研究發現，精神分裂症患者有較高的死亡率，比一般人要高出兩倍之多(Allebeck & Wistedt, 1986; Harris & Barraclough, 1998)。而精神分裂症患者有較高的死亡率，與較差的生理健康狀況有關(Kumar, 2004; Tidemalm, Waern, Stefansson, Elofsson, & Runeson, 2008)。

美國一篇研究收集了608名嚴重精神病患死亡案例分析發現，造成病患主要死亡的原因，最多的是心臟疾病(21%)，其次是自殺(18%)。所有死亡的病患中又以肥胖(24%)、高血壓(22%)及糖尿病(12%)的共病問題最多。精神病患高死亡率的問題，提醒我們更需要進一步的整合精神醫療及健康照護的相關服務，以增進病患的生活品質(Miller, Paschall, & Svendsen, 2006)。

近十年來，慢性精神病患死亡率與一般民眾的落差似乎有加大的趨勢，為了降低生理疾病的風險，應積極協助精神病患維護健康的生活，加強精神疾病及內科疾病共同照護的合作模式(Crompton, Groves, & McGrath, 2010)。

過去多數的研究均著重於探討一般民眾在預防保健服務的利

用情況，台灣地區推動成人預防保健多年，一般民眾使用情形皆有詳盡的研究報告，慢性精神病患屬於社會的弱勢族群，甚少研究探討慢性精神病患在預防保健服務的利用情形，也無完整的研究結果可供參考。本研究以國內精神障礙者為研究對象，探討精神障礙者在成人預防保健的使用情形，並進一步分析影響其使用成人預防保健之相關因素，有助於了解慢性精神病患健康照護的現況，以供政府相關單位及醫療機構在推展預防保健工作之參考。

第二節、研究目的

本研究主要的目的如下：

- 1.分析精神障礙者於 2006~2008 年，成人預防保健使用情形。
- 2.比較精神障礙者與一般民眾使用成人預防保健服務之差異性。
- 3.探討影響精神障礙者使用成人預防保健服務之相關因素。

第二章 文獻探討

第一節、精神障礙者之定義

我國「身心障礙者權益保障法」第一章總則，第五條文中明訂，身心障礙者係指身體系統構造或功能有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身障證明者為範圍(內政部，2011)。

我國「身心障礙者權益保障法」將身心障礙者分為視覺障礙者、聽覺機能障礙者、平衡機能障礙者、聲音機能或語言機能障礙者、肢體障礙者、智能障礙者、重要器官失去功能者、顏面損傷者、植物人、失智症者、自閉症者、慢性精神病患者、多重障礙者、頑性(難治型)癲癇症者、經中央衛生主管機關認定、因罕見疾病而致身心功能障礙者、以及其他經中央衛生主管機關認定之障礙者等 18 類。(內政部，2011)

依據「身心障礙者權益保障法」及行政院衛生署公佈身心障礙等級定義，本文中精神障礙者係指上述 18 類身心障礙者中，罹患慢性精神疾病之身心障礙者，經必要適當醫療，未能痊癒且病情已經慢性化，導致職業功能、社交功能與日常生活適應上發生障礙，需要家庭、社會支持及照顧者。其範圍包括精神分裂症、情感性精

神病、妄想病、老年期及初老期精神病狀態、其他器質性精神病狀態、其他非器質性精神病狀態、源發於兒童期之精神病。依據嚴重等級又分為輕度、中度、重度以及極重度四類，標準說明如附表 2-1(行政院衛生署，2008a；內政部，2011)。

表 2-1、慢性精神病患身心障礙等級標準

等級	標準
極重度	職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護者。
重度	職業功能、社交功能退化，需施以長期精神復健治療，以維持其日常生活最基本自我照顧能力，並需他人監護者。
中度	職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療，可在庇護性工作場所發展出部分工作能力，亦可在他人部分監護，維持日常生活自我照顧能力者。
輕度	職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可勉強維持發病前之工作能力或可在非庇護性工作場所工作，且毋需他人監護，即具日常生活自我照顧能力者。

(行政院衛生署，2008a)

第二節、台灣精神障礙者概況

截至民國 99 年底為止，全國領有身心障礙者手冊者總共有 1,076,293 人，其中屬於慢性精神病患者共有 110,809 人，約佔身心障礙者總人數 10.29%，身心障礙者總人數相較民國九十八年增加了 4.87%，慢性精神病患部分增加了 2.92%，與民國 89 年相比較，

過去十年間身心障礙者總人數增加了 51.36 %，而慢性精神病患卻增加了 103.88% (內政統計年報，2011b)。

台灣地區截至去年 (民國 99 年) 為止平均每千人約有 4.8 人為精神障礙者，其中男性佔 50.26%，女性佔 49.74%。依年齡層分級，18 歲以下佔 2.68%、18-29 歲佔 7.41%、30-44 歲佔 35.25%、45-59 歲佔 41.51%、60-65 歲佔 6.82%、65 歲以上佔 8.73%。依障礙成因分級(就已知部分統計)，疾病原因佔 87.74%、意外原因佔 4.81%、先天原因佔 4.07%、交通事故原因佔 2.32%、職業傷害原因佔 1.05%。依嚴重程度分級，極重度者佔 1.35%、重度者佔 16.93%、中度者佔 56.88%、輕度者佔 24.84% (內政統計年報，2011a，2011b，2011c)。

內政部 2006 年針對身心障礙者進行生活需求調查，結果發現，在醫療照顧需求部分，身心障礙者之全民健康保險投保率已達 99.31%，惟屬個人住院醫療險或防癌保險之投保比例仍偏低。身心障礙者無法獨力就醫者佔 55.89%，其原因為無法獨力完成掛號就醫程序有 88.12%，交通問題難以解決有 48.86%。其中慢性精神病患者認為政府應優先辦理之醫療照護措施以提供醫療補助措施、就醫交通協助、醫療資源資訊及社區就近醫療服務(內政部，2006)。但是國內身心障礙者人口統計，以領有身心障礙者手冊的人數為依據，

而實際需要照顧者的人數可能高於手冊發放的人數。

第三節、精神障礙者之生理疾病

Allebeck (1989) 追蹤 1190 位精神分裂症患者十年發現，精神分裂症患者的死亡率約為一般人的兩倍，較高的死亡率除了導因於較高的自殺及暴力事件，精神分裂症患者死亡率的增加也與心臟血管疾病有關(Allebeck, 1989)。

一篇文獻回顧的研究也發現，居住在美國的嚴重精神病患平均要比一般人早二十五年死亡，大約有一半的患者死於內科疾病，其中主要的死因是心臟血管疾病(Viron & Stern, 2010)。

雖然造成精神分裂症患者過高的死亡率是導因於生理疾病，但這些患者的生理疾病所出現的早期症狀常常是被忽略的，症狀被忽略的原因有可能是病患本身對病症的認知障礙，一方面也是精神疾病被污名化而產生的結果，降低污名化 (stigma) 也是長期以來臨床界所努力的方向(Hocking, 2003; Sartorius & Schulze, 2005)。

將近有一半的精神分裂症患者合併有內外科疾病，但常常被誤診或是被忽略，為了減少這些患者的內外科問題，除了精神科醫師與其他科醫師仔細的診察外，定期的生理檢查也是必須的(Goldman, 1999; Munk-Jorgensen, 2010)。

Holt et al. (2010)的研究指出，嚴重精神病患罹患代謝症候群的

比例要比一般人多出兩至三倍。Leucht et al.(2007) 的文獻回顧研究也發現，慢性精神分裂症的患者比一般人更容易罹患心血管疾病、糖尿病、肝炎及骨質疏鬆症等疾病。而該患者容易罹患生理疾病，可能與未定期檢查，健康照護不足，以及醫護人員和民眾對病患不佳的態度有關(Leucht, Burkard, Henderson, Maj, & Sartorius, 2007; Holt et al., 2010)。另外也因為精神病患在社區中照顧的困難，以致生理疾病的照顧更顯不易(Pary & Barton, 1988)。

早期的研究也發現，不管是傳統的抗精神病藥物或是新一代的抗精神病藥物，都有很大的機會增加精神病患的體重，特別是 Clozapine 及 Olanzapine 這兩類的新一代抗精神病藥物更是明顯的增加精神病患的體重，也因此造成精神病患在健康上的威脅 (Allison et al., 1999)。多項研究也發現，因為抗精神病藥物會造成精神病患的體重增加，只要加強飲食的控制及規律的運動，可以降低病患的體重以及減少代謝症候群的機率 (Cabassa, Ezell, & Lewis-Fernandez, 2010)。

2003 年美國糖尿病學會 (American Diabetes Association)、美國臨床內分泌學會 (American Association of Clinical Endocrinologists) 與美國精神醫學會 (American Psychiatric Association) 共同召開共識研討會，證實第二代抗精神病藥物(GADs)會增加精神病患肥胖以

及罹患糖尿病、高血脂及心血管疾病的風險，美國食品及藥物管理局（FDA）及各大藥廠亦同意上述的論點。第二代抗精神病藥物(GADs)雖有上述的副作用，但該藥物對精神症狀的治療效果甚佳，是目前嚴重精神疾病的主要治療藥物，因此，在共識研討會中所有學會共同呼籲，建議服用第二代抗精神病藥物(GADs)的病患，需定期追蹤檢查體重、血壓、血糖、血脂等健檢指數，以減少代謝疾病及心血管疾病風險(Barrett, 2004)。然而多項研究指出，精神疾病患者預防性健康檢查的利用率，要比一般民眾來得低(Druss, Rosenheck, Desai, & Perlin, 2002; Lord, Malone, & Mitchell, 2010)。因此，許多精神科醫師也建議在精神科常規的治療中，增加定期的身體健康檢查，可以有效的早期發現潛在的內科疾病(Marder et al., 2004)。

第四節、預防醫學的概念

疾病的預防可分為下列三段五級的預防：

1.初段預防(Primary Prevention)：

A.健康促進(health promotion)：

增進宿主身心健全以抵抗各種病原的侵襲。

B.特殊保護(specific protection)：

針對特定疾病採取各種防護措施。

2.次段預防(Secondary Prevention)：

主要針對疾病前期，採取早期發現，早期診斷，早期治療的措施，以控制疾病的發展和惡化。「健康篩檢」就是此階段的預防方法。

3.末段預防(Tertiary Prevention)

主要針對疾病的發生，藉由各種治療的介入，使其早日康復或藉由復建恢復正常的機能。

A.限制殘障(disability limitation)：

使臨床病例不再惡化成暫時性殘障或永久性殘障。

B.復建(rehabilitation)：

使永久性殘障者可以恢復獨立自主的能力(陳建仁，1999)。

健康檢查(physical examination)具備初級預防和次級預防的功能，組合多項檢查或檢驗，對無症狀之民眾進行醫學檢驗及臨床檢查即健康檢查(羅麗君，1996)。健康檢查可以早期發現早期治療，也可以對受檢者給予健康指導與衛生教育，以保持健康的行為，促進健康及生活品質(陳明豐，2005)。

一項健康檢查結果的分析研究報告顯示，同時存在下列檢查項目三項以上異常者，包括肥胖、高血壓、高三酸甘油酯、高膽固醇、血糖異常等問題者，約有 17.3%。上述的檢查如果能在疾病初期或

未發病前就採取行動，矯正不健康的行為，就可以達到預防目標，也顯示定期健康檢查的重要性(黃志方、黃偉城、陳朝棟，2005)。

從預防醫學的觀點來看，可以早期發現代謝症候群，對於醫療照護系統是相當有意義的，研究結果發現不只是肥胖者，而在正常體重上限者罹患代謝症候群的比率也不低，而健康檢查、定期測量體重、控制體重及定期量血壓非常重要，可見成人預防保健服務所提供之身體檢查、健康諮詢、血液檢查及尿液檢查有其重要意義(黃素雲、蔡崇煌、林伯峰，2007)。

第五節、成人預防保健服務

衛生署於 1993 年公佈實施「國民保健計畫」，1995 年開辦全民健保，1996 年 4 月 1 日開始實施保健服務，其中包含「成人預防保健」、「兒童預防保健」、「婦女子宮頸抹片檢查」和「孕婦產前檢查」等四項服務。開辦初期，當時規定每年 4 月 1 日至 9 月 30 日民眾可接受健保給付之健康檢查，2002 年開始檢查期間延長為全年辦理。目前我國成人預防保健服務對象及服務項目請參考表 2-1，成人預防保健服務分兩階段進行，說明如下(蔡文正等人，2008)：

第一階段為受檢者填寫「成人預防保健服務檢查單」之基本資料、血液檢查和尿液檢查。

第二階段為檢驗結果判讀、身體檢查和健康諮詢。

表 2-2、台灣成人預防健康檢查服務對象及服務項目

<p>服務對象</p>
<p>40-64 歲，每三年可檢查一次。</p> <p>65 歲(含)以上，每年可檢查一次。</p> <p>罹患小兒麻痺且年齡在 35 歲以上者，每年可檢查一次。</p> <p>55 歲以上原住民，每年可檢查一次。(99 年 7 月 1 日開始實施)</p>
<p>服務項目</p>
<p>身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、血壓、脈搏、視力、 耳鼻喉及口腔等檢查。</p> <p>衛教指導：戒菸、戒檳榔、口腔保健、體重控制、飲食與營養及適 度運動等。</p> <p>血液檢查及尿液檢查。</p>

註：民眾接受成人預防保健服務時，需攜帶健保IC卡並由檢查醫療院所讀卡，但不會扣減健保IC卡之就醫次數，也不需繳交部分負擔。

(國民健康局，2010)

第六節、成人預防保健服務利用情形

中央健康保險局自 1996 年 4 月 1 日起開始實施全民健保成人預防保健服務，於每年四月到九月間提供服務，而為了提高該項服務之可近性，自 2002 年 6 月 1 日起，將服務延長為全年辦理，其

利用率用逐年增加，1996 年時保險對象成人預防保健的總體利用率為 12.25%(李世代、賴美淑，1997)，1997 年之總體利用率更迅速增加至 26.30%(何麗莉，1998)，1998 年則達到 28.44%(楊耿如，2000)，1999 年時，其整體利用率為 31.6%逐年上升到 2003 年時最高已達 41.1%，顯示民眾對於預防保健的重視及利用。惟健保局於 2003 年逐步實施總額制度之後，成人預防保健服務亦被納入預算總額，醫療院所擔心該服務之服務量會對其他的醫療服務造成排擠，致使對該服務之提供意願下降，其利用率於 2007 下降至 34.4%，40-64 歲民眾利用率約為 12.3%，65 歲以上民眾約為 37.45%，女性之利用率較男性高出 8%(行政院衛生署，2008b；徐瑞祥、陳姿伶、黃麗菁，2009)。

國內一項研究收集了 610 名成人健檢報告分析發現，檢查結果以血脂肪異常比例最高(41.6%)，其次為尿液檢查異常(25.4%)、肝功能異常(11.1%)、血糖異常(20.1%)、血液檢查異常(16.8%)，民眾透過成人健檢可以發現新的疾病，成人健檢具有一定的價值(黎家銘、楊銘欽，2001)。

國內民眾對成人健檢的滿意度高，如果希望提升民眾接受成人健檢的比率，應該持續加強教育宣導，讓民眾多了解成人健檢的內容以及其重要性(黎家銘、楊銘欽，2002)。

第七節、成人預防保健服務影響因素

蔡文正等人(2008)的研究指出，一般民眾教育程度越高、家庭月收入高、有固定就醫場所者，對預防保健服務的認知與瞭解程度越好。影響民眾是否接受預防保健服務的因素則包括年齡、教育程度、家庭收入、有固定就醫場所、有相關疾病史、認知定期健康檢查的必要性及對預防保健服務檢查項目的瞭解程度(蔡文正等人，2008)。

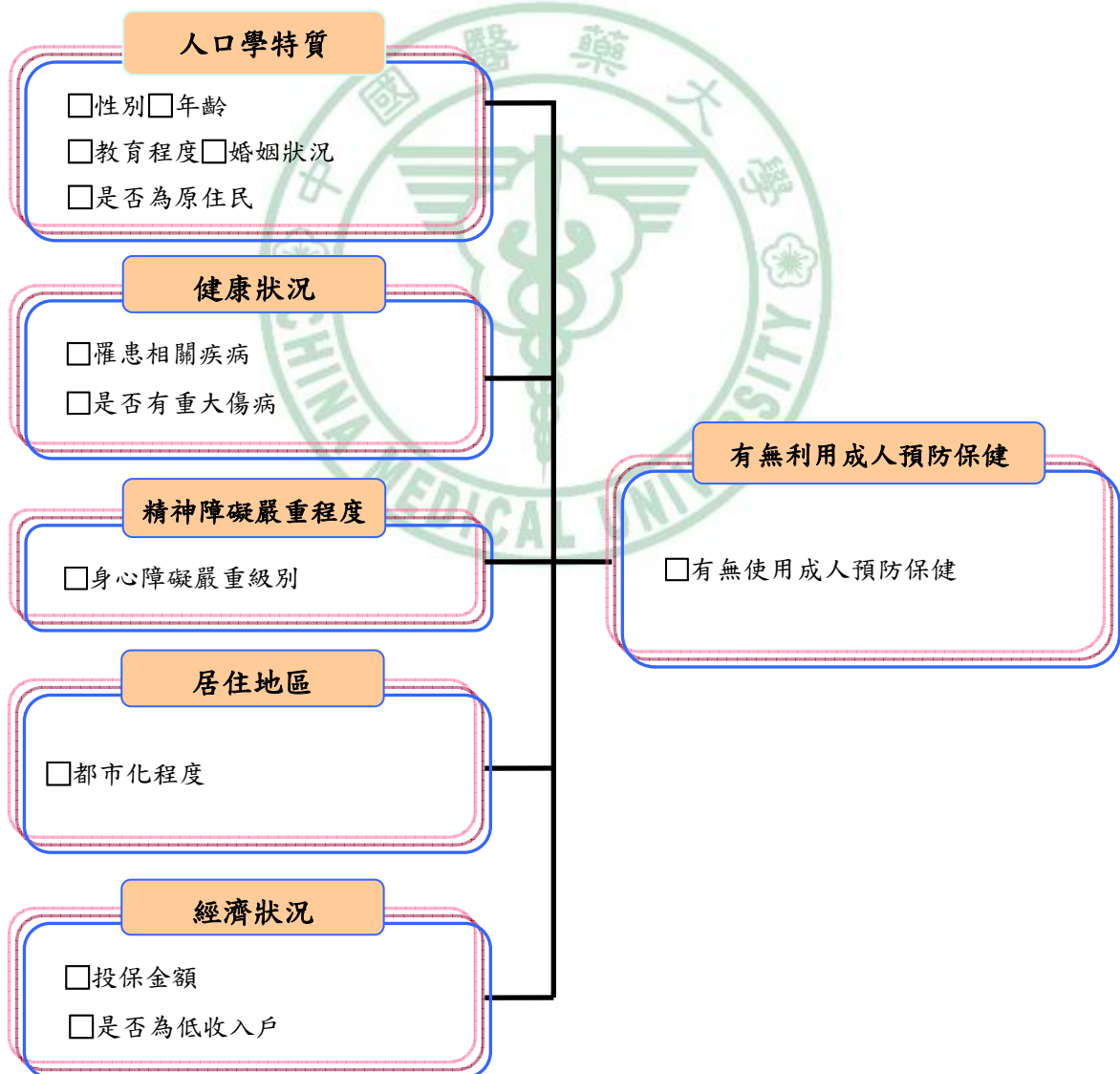
一篇針對老年人是否利用成人預防保健服務的影響因素研究發現，健康信念、人口學特質、是否有工作、收入高低等是主要影響老年人利用成人預防保健服務的因素(馬作鏞等人，2005)。

另一篇針對身心障礙者利用各項預防保健的影響因素研究發現，其中人口學特質、健康狀況、及身心障礙類別為主要影響身心障礙者是否使用各項預防保健之因素(邱莉婷，2010)。

第三章 研究方法

第一節、研究架構

本研究統計 2006 至 2008 年全國精神障礙者及一般民眾使用成人預防保健情形，並將收集資料分成「人口學特質」、「健康狀況」、「精神障礙嚴重程度」、「居住地區」、「經濟狀況」五個自變項類別，並分析與依變項「是否利用成人預防保健」之相關性。



第二節、研究假設

1. 精神障礙者使用成人預防保健服務之利用率較一般民眾低。
2. 精神障礙者個人特性、健康狀況、精神障礙嚴重程度、居住地區及經濟狀況會影響精神障礙者在成人預防保健之使用情形。

第三節、研究對象

本研究以 2008 年內政部登記領有身心障礙手冊屬於慢性精神病患者（精神障礙者）及國家衛生研究院發行 2008 年全國「承保資料檔」中在保一般民眾為研究對象。成人預防保健規定是 40 歲至 64 歲民眾每三年可以檢查一次，65 歲（含）以上民眾每一年檢查一次，因此本研究以 40 歲以上之精神障礙者及一般民眾為研究對象，資料篩選條件如表 3-1。經上述之方法擷取出之精神障礙者共 65,588 人，一般民眾共 5,667,287 人。

表 3-1、研究對象篩選條件

使用者資格	出生日期	預防保健利用觀察期間
40-64 歲 (每三年檢查 1 次)	以 2006 年時 40-62 歲之 精神障礙者 為研究對象	觀察其 2006、2007、2008 年 三年間成人預防保健利用情 形。
65 歲以上 (每年檢查一次)	1943/01/01	2008/01/01-2008/12/31
	1942/12/31	2007/12/31-2008/12/30
	~	~
	1942/01/02	2007/01/02-2008/01/01
	1942/01/01	2008/01/01-2008/12/31
	1941/12/31	2007/12/31-2008/12/30
	~	~
	1941/01/02	2007/01/02-2008/01/01
	~	~

第四節、資料來源

精神障礙者部分以 2008 年內政部登記身心障礙者資料庫內之身心障礙者屬於慢性精神病患（精神障礙者）個案，並符合前述篩選條件者為研究對象。成人預防保健服務使用情形以及相關資料則是串連國民健康局 2006~2008 年之「預防保健申報檔」、「預防保健核銷檔」，以及國家衛生研究院 2006~2008 年發行之「門診處方及治療明細檔」、「住院醫療費用清單明細檔」、「承保檔」與「重大傷病證明明細檔」進而分析。

一般民眾是以國家衛生研究院發行 2008 年全國「承保資料檔」中在保對象且未曾於 2006~2008 年間以身心障礙資格就醫之民眾為一般民眾代表。成人預防保健利用情形以及相關資料則是串連國健局 2006~2008 年之「預防保健申報檔」、「預防保健核銷檔」，以及國家衛生研究院發行 2006~2008 年之「門診處方及治療明細檔」、「住院醫療費用清單明細檔」、「承保檔」與「重大傷病證明明細檔」分析其成人預防保健使用情形，進而比較精神障礙者與一般民眾之成人預防保健使用差異。

第五節、研究變項操作型定義

本研究經由上述多處資料庫擷取所篩選之資料進行分析，擷取之資料為能符合本研究統計分析之需要，將其資料變項之操作行定義如表

3-2：

表 3-2、變項操作型定義

變項名稱	操作型定義	變項種類
人口學特質 (自變項)		
性別	男、女	類別變項
年齡	「40~44 歲」、「45~49 歲」、「50~54 歲」、「55~59 歲」、「60~64 歲」、「65~69 歲」、「≥ 70 歲」	序位變項
教育程度	「國小及以下」、「國中」、「高中(職)」、「專科及大學以上」、「不詳」	類別變項
婚姻狀況	「已婚」、「未婚」、「離婚及喪偶」、「不詳」	類別變項
是否為原住民	是、否	類別變項
健康狀況 (自變項)		
罹患相關疾病	「癌症」、「內分泌及代謝疾病」、「神經系統疾病」、「循環系統疾病」、「呼吸系統疾病」、「消化系統疾病」、「泌尿系統疾病」、「骨骼肌肉系統及結締組織之疾病」、「眼及附屬器官之疾病」、「傳染病」、「先天畸形」、「皮膚及皮下組織疾病」、「血液及造血器官疾病」、「耳及乳突之疾病」共十四種。	類別變項
是否有重大傷病	是、否	類別變項
精神障礙嚴重程度 (自變項)		
精神障礙嚴重級別	分為「極重度」、「重度」、「中度」與「輕度」	序位變項

表 3-2、變項操作型定義(續)

變項名稱	操作型定義	變項種類
居住地區 (自變項)		
都市化程度	以研究對象之投保地區視做為居住地區。將台灣 316 個市鎮鄉依其人口特性、經濟特性、教育水準及住宅水準特性、醫療保健及衛生環境等 19 個都市特性要因，分類為第一級至第八級總共八大都市化位階，第一級為都市化程度最高之地區，第八級為都市化程度最低之地區，本研究將第 0 級的外島及阿里山併入第八級(曾國雄、吳水源，1986)。	類別變項
經濟狀況 (自變項)		
投保金額	分為「依附人口」、「<15,840」、「16,500~22,000」、「24,000~28,800」、「30,300~36,300」、「38,200~45,800」、「48,200~57,800」、「60,800~72,800」、「76,500~87,600」(健保局，2005)	類別變項
是否為低收入戶	是、否	類別變項
預防保健 (依變項)		
有無使用成人預防保健	有、無	類別變項

第六節、統計分析方法

1.描述性分析

本研究首先針對精神障礙者以及一般民眾之人口學特質，包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、是否原住民；健康狀況包括罹患相關疾病、是否有重大傷病；身心障礙嚴重程度；都市化程度；經濟狀況包括投保金額、是否低收入戶等特性，統計其人數及百分比，亦比較是否使用成人預防保健之人數及百分比，進而統計使用成人預防保健之平均次數。

2.推論性分析

本研究利用卡方、t-test、ANOVA 檢定精神障礙者與一般民眾基本特性與成人預防保健使用次數之相關性，亦比較精神障礙者與一般民眾兩者間在使用成人預防保健之差異性，本研究設定 $p < 0.05$ 為顯著意義的標準。

本研究亦利用羅吉斯迴歸分析探討影響精神障礙者使用成人預防保健服務之相關因素。在羅吉斯迴歸分析中，以是否使用成人預防保健為依變項，自變項則為人口學特質包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、是否原住民；健康狀況包括罹患相關疾病、是否有重大傷病；身心障礙嚴重程度；都市化程度；經濟狀況包括投保金額、是否低收入戶等特性。

第四章 結果

第一節、描述性分析統計結果

1. 精神障礙者成人預防保健使用情形

符合成人預防保健服務條件之精神障礙者共有 65,588 人，在 2006-2008 年中曾使用成人預防保健者有 14,636 人，佔 22.32%。在人口學特質方面，其中女性 34,633 人佔 52.8%，男性 30,955 人佔 47.2%，女性使用成人預防保健者佔 21.99%，男性使用者佔 22.68%，男性使用成人預防保健者比例高於女性($p=0.035$)。在年齡方面以「60~64 歲」使用成人預防保健者比例佔最高 (27.57%)，次高是「55~59 歲」(26.20%)，最低是「65~69 歲」(14.11%)。在教育程度方面以「國小以下程度」使用成人預防保健者比例佔最高(23.00%)，次高是「國中程度」(21.95%)，最低是「專科及大學以上程度」(20.41%)。在婚姻狀況方面以「離婚及喪偶」使用成人預防保健者比例佔最高 (23.19%)，次高是「已婚」(21.52%)，最低是「未婚」(21.45%)。在是否是原住民方面以擁有「原住民身分者」(30.34%) 在使用成人預防保健者比「無原住民身分者」(22.22%) 高，且呈現統計顯著差異($p<0.001$) (詳見表 4-1)。

在健康狀況方面，精神障礙者同時存在「重大傷病者」(22.30%) 或「無重大傷病者」(22.47%) 在使用成人預防保健之比例並

無明顯差異($p=0.735$)。在精神障礙者是否罹患相關疾病方面，除了罹患癌症者(18.82%)比無罹患癌症者(22.40%)在使用成人預防保健的比例較低外($p<0.001$)，精神障礙者罹患下列其他類型的相關疾病，在使用成人預防保健的比例皆比無罹患患者高，已達統計顯著意義($p<0.001$)，包括罹患內分泌及代謝疾病(31.06%)、神經系統疾病(25.23%)、循環系統疾病者(28.40%)、呼吸系統疾病者(30.81%)、消化系統疾病者(30.52%)、泌尿系統疾病者(33.58%)、骨骼肌肉系統及結締組織之疾病者(29.93%)、眼及附屬器官之疾病者(26.81%)、傳染病者(36.94%)、先天畸形者(29.43%)、皮膚及皮下組織疾病者(31.55%)、血液及造血器官疾病者(37.03%)、耳及乳突之疾病者(29.87%)(詳見表 4-1)。

在都市化程度方面，精神障礙者在「第六級」都市化地區使用成人預防保健者比例佔最高(28.27%)，次高是「第五級」都市化地區(25.60%)，最低是「第一級」都市化地區(16.23%)(詳見表 4-1)。

在經濟狀況方面，精神障礙者在投保金額方面以「30,300~36,300」級距使用成人預防保健者比例佔最高(28.50%)，次高是「24,000~28,800」級距(25.22%)，最低是「依附人口」(18.64%)。在是否是低收入戶方面，精神障礙者有「低收入戶」身分者在使用成人預防保健者比例(31.29%)較「無低收入戶」身分者(20.72%)高($p<0.001$)(詳

見表 4-1)。

在精神障礙嚴重程度方面，精神障礙者在「極重度」級別使用成人預防保健者比例佔最高(37.07%)，次高是「重度」級別(26.93%)，最低是「中度」級別(19.47%)(詳見表 4-1)。

2. 一般民眾成人預防保健使用情形(與精神障礙者比較)

符合成人預防保健服務條件之一般民眾共有 5,667,287 人，在 2006-2008 年中曾使用成人預防保健者有 1,697,934 人，佔所有人 29.96%，比精神障礙者利用率 22.32% 高，此結果符合本研究之假設一。在人口學特質方面，其中女性有 2,676,219 人佔 47.22%，男性有 2,991,068 人佔 52.78%，其中女性使用成人預防保健者佔 34.73%，男性使用者佔 25.69%，女性明顯高於男性($p < 0.001$)，此項結果與精神障礙者相反，精神障礙者男性利用率為 22.68% 高於女性的 21.99% ($p = 0.035$)。在年齡方面，一般民眾利用率最高的年齡層是「60~64 歲」為 41.92%，精神障礙者「60~64 歲」為 27.57%。一般民眾利用率次高的年齡層是「55~59 歲」為 37.82%，精神障礙者「55~59 歲」為 26.20%。一般民眾利用率最低的年齡層是「 ≥ 70 歲」為 16.27%，精神障礙者利用率最低的年齡層是「65~69 歲」為 14.11% (詳見表 4-1、表 4-2)。

在健康狀況方面，一般民眾同時存在「重大傷病」者(30.94

%) 在使用成人預防保健者比例要比「無重大傷病」者 (29.93%) 高($p<0.001$)，而精神障礙者在有無重大傷病方面卻是無明顯差異。一般民眾同時罹患下列各類型相關疾病者在使用成人預防保健者比例皆比無罹患患者高($p<0.001$)，包括罹患癌症 (32.75%)、內分泌及代謝疾病 (44.59%)、精神疾病 (42.68%)、神經系統疾病 (41.21%)、循環系統疾病者 (38.86%)、呼吸系統疾病者 (40.54%)、消化系統疾病者 (43.06%)、泌尿系統疾病者 (42.05%)、骨骼肌肉系統及結締組織之疾病者 (41.08%)、眼及附屬器官之疾病者 (38.67%)、傳染病者 (39.48%)、先天畸形者 (41.40%)、皮膚及皮下組織疾病者 (38.81%)、血液及造血器官疾病者 (46.82%)、耳及乳突之疾病者 (41.47%)。除了癌症以外，精神障礙者罹患上述各類相關疾病，在使用成人預防保健比率要比未罹患患者高($p<0.001$)的結果與一般民眾相同，只有未罹患癌症者使用成人預防保健比率 (22.40%) 比罹患癌症者 (18.82%) 高($p<0.001$)，與一般民眾結果有所不同 (詳見表 4-1、表 4-2)。

在都市化程度方面，一般民眾以「第八級」都市化地區使用成人預防保健者比例佔最高 (32.21%)，次高是「第三級」都市化地區 (31.52%)，最低是「第一級」都市化地區 (25.40%)。上述結果與精神障礙者比較，使用率最高與次高的地區兩者皆不相同，但精神障礙者在使用

成人預防保健比率最低的「第一級」都市化地區（16.23%）與一般民眾是相同的（詳見表 4-1、4-2）。

在經濟狀況方面，一般民眾在投保金額方面以「24,000~28,000」級距使用成人預防保健者比例佔最高（36.95%），次高是「30,300~36,300」級距（36.35%），最低是「<15,840」級距（21.22%），上述結果與精神障礙者比較，精神障礙者使用成人預防保健比例最高的級距是「30,300~36,300」（28.50%），次高的級距是「24,000~28,800」（25.22%），兩者最高與次高使用率的級距剛好相反。一般民眾「無低收入戶」身分者在使用成人預防保健比例（29.98%）比「低收入戶」身分者（25.91%）高（ $p < 0.001$ ），而精神障礙者有「低收入戶」身分者在使用成人預防保健者比例（31.29%）較「無低收入戶」身分者（20.72%）高（ $p < 0.001$ ），兩者結果不同（詳見表 4-1、4-2）。

第二節、推論性統計結果

本研究進一步利用 t-test、ANOVA 檢定精神障礙者與一般民眾基本特性與成人預防保健使用次數之相關性，亦比較精神障礙者與一般民眾兩者間在使用成人預防保健之差異性。

1. 精神障礙者基本特性與成人預防保健使用次數之相關性

研究結果發現精神障礙者在「性別」、「年齡」、「教育程度」、「是否為原住民」、「罹患相關疾病」、「身心障礙嚴重程度」、「都市化程

度」、「投保金額」、「是否是低收入戶」與成人預防保健平均使用次數有顯著的相關性，此結果符合本研究之假設二。

在性別方面，男性精神障礙者成人預防保健平均使用次數(0.23次)高於女性(0.22次)($p=0.035$)。在年齡方面，「55~59歲」與「60~64歲」兩個年齡層精神障礙者成人預防保健平均使用次數(0.26次及0.28次)明顯高於其他年齡層精神障礙者($p<0.001$)，而「65~69歲」與「 ≥ 70 歲」兩個年齡層在成人預防保健平均使用次數(0.14次及0.15次)卻是低於其他年齡層($p<0.001$)。在教育程度方面，「國小以下」程度之精神障礙者成人預防保健平均使用次數(0.23次)明顯高於「高中(職)」(0.21次)及「專科及大學以上」(0.20次)教育程度精神障礙者($p<0.001$)。在是否為原住民方面，「原住民」精神障礙者成人預防保健平均使用次數(0.30次)明顯高於「非原住民」精神障礙者(0.22次)($p<0.001$) (詳見表 4-3)。

在健康狀況方面，精神障礙者有「重大傷病者」的平均使用次數(0.22次)與「無重大傷病者」的平均使用次數(0.22次)無明顯差異($p=0.735$)。精神障礙者如罹患癌症在成人預防保健的平均使用次數(0.19次)低於未罹患者(0.22次)($p<0.001$)。但精神障礙者如罹患其他慢性疾病，其成人預防保健平均使用次數皆高於未罹患者($p<0.001$)，其他慢性疾病包括內分泌及代謝疾病(0.31次)、神經系

統疾病(0.25 次)、循環系統疾病(0.28 次)、呼吸系統疾病(0.31 次)、消化系統疾病(0.31 次)、泌尿系統疾病(0.34 次)、骨骼肌肉系統及結締組織之疾病(0.30 次)、眼及附屬器官之疾病(0.27 次)、傳染病(0.37 次)、先天畸形(0.29 次)、皮膚及皮下組織疾病(0.32 次)、血液及造血器官疾病(0.37 次)、耳及乳突之疾病(0.30 次)(詳見表 4-3)。

在身心障礙嚴重程度方面，「極重度」之精神障礙者成人預防保健平均使用次數(0.37 次)明顯高於其他嚴重級別之精神障礙者($p<0.001$)，而「中度」者成人預防保健平均使用次數(0.19 次)卻明顯低於其他嚴重級別者($p<0.001$) (詳見表 4-3)。

在都市化程度方面，「第六級」都市化地區之精神障礙者成人預防保健平均使用次數(0.28 次)明顯高於其他都市化級別之精神障礙者($p<0.001$)，而「第一級」都市化地區成人預防保健平均使用次數(0.16 次)卻明顯低於其他都市化級別($p<0.001$)。在投保金額方面，「依附人口」之精神障礙者成人預防保健平均使用次數(0.19 次)明顯低於其他投保金額級距之精神障礙者($p<0.001$)。在是否為低收入戶方面，「低收入戶」精神障礙者成人預防保健平均使用次數(0.31 次)明顯高於「非低收入戶」精神障礙者(0.21 次)($p<0.001$) (詳見表 4-3)。

2. 一般民眾基本特性與成人預防保健使用次數之相關性(與精神障礙者比較)

研究結果發現一般民眾在「性別」、「年齡」、「教育程度」、「是否為原住民」、「罹患相關疾病」、「身心障礙嚴重程度」、「都市化程度」、「投保金額」、「是否是低收入戶」與成人預防保健平均使用次數有顯著的相關性。

在性別方面，女性一般民眾成人預防保健平均使用次數（0.35次）明顯高於男性（0.26次）（ $p < 0.001$ ），這項結果與精神障礙者是相同的，精神障礙者也是女性高於男性。在年齡方面，「55~59歲」與「60~64歲」兩個年齡層的一般民眾成人預防保健平均使用次數（0.38次及0.42次）明顯高於其他年齡層的一般民眾（ $p < 0.001$ ），而「65-69歲」與「 ≥ 70 歲」兩個年齡層成人預防保健平均使用次數（0.17次及0.16次）卻明顯低於其他年齡層（ $p < 0.001$ ），此結果與精神障礙者的結果相同，兩者在55~64歲年齡層使用的平均次數都是最高，兩者在 ≥ 65 歲以上年齡層使用的平均次數也都是最低（詳見表4-3、表4-4）。

在重大傷病方面，有「重大傷病」之一般民眾成人預防保健平均使用次數（0.31次）明顯高於「無重大傷病」之一般民眾（0.30次）（ $p < 0.001$ ）。此項結果與精神障礙者不同，精神障礙者是否有重

大傷病在成人預防保健的平均使用次數是無明顯差異的($p=0.735$)。在罹患相關疾病方面，一般民眾「罹患相關疾病」者成人預防保健平均使用次數皆明顯高於「未罹患相關疾病」者 ($p<0.001$)，罹患相關疾病包括癌症(0.33 次)、內分泌及代謝疾病(0.45 次)、精神疾病(0.43 次)、神經系統疾病(0.41 次)、循環系統疾病(0.39 次)、呼吸系統(0.41 次)、消化系統疾病(0.43 次)、泌尿系統疾病(0.42 次)、骨骼肌肉系統及結締組織之疾病(0.41 次)、眼及附屬器官之疾病(0.39 次)、傳染病(0.39 次)、先天畸形(0.41 次)、皮膚及皮下組織疾病(0.39 次)、血液及造血器官疾病(0.47 次)、耳及乳突之疾病(0.41 次)。上述結果與精神障礙者比較，精神障礙者除罹患癌症在成人預防保健平均使用次數(0.19 次)低於未罹患患者(0.22 次) ($p<0.001$)外，精神障礙者罹患其他相關疾病者平均使用次數皆高於未罹患患者，後者結果與一般民眾相同 (詳見表 4-3、表 4-4)。

在都市化程度方面，「第八級」都市化地區之一般民眾成人預防保健平均使用次數 (0.32 次) 明顯高於其他都市化級別之一般民眾 ($p<0.001$)，而「第一級」都市化地區之一般民眾成人預防保健平均使用次數 (0.25 次) 卻明顯低於其他都市化級別之一般民眾 ($p<0.001$)，上述結果與精神障礙比較發現，精神障礙者使用成人預防保健平均次數最高的都市化地區級別是「第六級」(0.28 次)，

與一般民眾不同。而精神障礙者在成人預防保健平均次數最低的都市化地區級別也是落在「第一級」(0.16 次)，與一般民眾相同。在投保金額方面，投保金額在「24,000~28,800」級距之一般民眾成人預防保健平均使用次數(0.37 次)明顯高於其他投保金額級距 ($p<0.001$)，而投保金額在「 $<15,840$ 」級距之一般民眾成人預防保健平均使用次數(0.21 次)卻是明顯低於其他投保金額級距 ($p<0.001$)，此項結果與精神障礙者不同。在是否為低收入戶方面，「非低收入戶」一般民眾成人預防保健平均使用次數(0.30 次)明顯高於「低收入戶」一般民眾(0.26 次) ($p<0.001$)。此項結果與精神障礙者相反，「低收入戶」精神障礙者成人預防保健平均使用次數(0.31 次)明顯高於「非低收入戶」者(0.21 次) ($p<0.001$) (詳見表 4-3、表 4-4)。

第三節、影響精神障礙者是否使用成人預防保健之相關因素

本研究以羅吉斯迴歸分析探討影響精神障礙者使用成人預防保健服務之相關因素。研究發現「年齡」、「都市化程度」、「投保金額」、「是否為低收入戶」、「罹患相關疾病」、「身心障礙嚴重級別」會顯著影響使用成人預防保健。

在年齡方面，「60~64 歲」精神障礙者在使用成人預防保健服務的機率最高，為「40~44 歲」的 1.2 倍 (95% C.I.=1.10-1.31)，55~59

歲使用的機率次高，為「40~44 歲」的 1.19 倍(95% C.I.=1.11-1.28)，皆達統計顯著意義 ($p<0.001$) (詳見表 4-5)。

在都市化程度方面，以「第五級」與「第六級」都市化地區之精神障礙者在使用成人預防保健服務的機率較高，為「第一級」都市化地區的 2.03 倍 (95% C.I.=1.88-2.20) 及 2.03 倍 (95% C.I.=1.87-2.20)，皆達統計顯著意義 ($p<0.001$) (詳見表 4-5)。

在投保金額方面，以投保金額在「30,300~36,300」級距之精神障礙者在使用成人預防保健服務的機率較高，為「< 15,840」級距的 1.29 倍 (95% C.I.=1.14-1.45)，達統計顯著意義 ($p<0.001$)。在是否為低收入戶方面，「低收入戶」之精神障礙者在使用成人預防保健服務的機率為「非低收入戶」的 1.45 倍 (95% C.I.=1.36-1.54)，達統計顯著意義 ($p<0.001$) (詳見表 4-5)。

在罹患相關疾病方面，以罹患內分泌及代謝疾病之精神障礙者在使用成人預防保健服務的機率最高，為無罹患者的 1.56 倍 (95% C.I.=1.50-1.63)，機率第二高的是罹患消化系統疾病者，為無罹患者的 1.55 倍 (95% C.I.=1.49-1.62)，機率第三高的是罹患傳染病者，為無罹患者的 1.41 倍 (95% C.I.=1.31-1.52)，機率第四高的是罹患血液及造血器官疾病者，為無罹患者的 1.40 倍 (95% C.I.=1.30-1.51)，機率第五高的是罹患骨骼肌肉系統及結締組織之

疾病者，為無罹患者的 1.39 倍 (95% C.I.=1.33-1.45)；機率最低的是罹癌症者，為無罹患者的 0.7 倍 (95% C.I.=0.61-0.81)，皆達統計顯著意義 ($p < 0.001$) (詳見表 4-5)。

在身心障礙嚴重級別方面，以「極重度」之精神障礙者在使用成人預防保健服務的機率最高，為「輕度」的 1.80 倍 (95% C.I.=1.58-2.05)，再者是「重度」的機率為「輕度」的 1.28 倍 (95% C.I.=1.20-1.36)，「中度」的機率反而較低，為「輕度」的 0.81 倍 (95% C.I.=0.77-0.85)，皆達統計顯著意義 ($p < 0.001$) (詳見表 4-5)。



表 4-1、2006-2008 年精神障礙者使用成人預防保健基本特性及雙變項分析

變項名稱	N=65588	%	有使用		無使用		χ^2 p-value	
			n ₁ =14636	%	n ₂ =50952	%		
總使用率				22.32				
性別							0.035*	
	女	34633	52.80	7616	21.99	27017	78.01	
	男	30955	47.20	7020	22.68	23935	77.32	
年齡							<.001*	
	40-44 歲	10215	15.57	2063	20.20	8152	79.80	
	45-49 歲	16925	25.81	3626	21.42	13299	78.58	
	50-54 歲	13866	21.14	3386	24.42	10480	75.58	
	55-59 歲	10885	16.60	2852	26.20	8033	73.80	
	60-64 歲	5545	8.45	1529	27.57	4016	72.43	
	65-69 歲	3827	5.83	540	14.11	3287	85.89	
	≥70 歲	4325	6.59	640	14.80	3685	85.20	
都市化程度							<.001*	
	第一級	9651	14.71	1566	16.23	8085	83.77	
	第二級	14914	22.74	3209	21.52	11705	78.48	
	第三級	10036	15.30	2127	21.19	7909	78.81	
	第四級	5193	7.92	1075	20.70	4118	79.30	
	第五級	9298	14.18	2380	25.60	6918	74.40	
	第六級	7028	10.72	1987	28.27	5041	71.73	
	第七級	6502	9.91	1580	24.30	4922	75.70	
	第八級	2966	4.52	712	24.01	2254	75.99	
投保金額							<.001*	
	依附人口	15069	22.98	2809	18.64	12260	81.36	
	<15,840	28968	44.17	6990	24.13	21978	75.87	
	16,500-22,800	15725	23.98	3356	21.34	12369	78.66	
	24,000-28,800	2613	3.98	659	25.22	1954	74.78	
	30,300-36,300	1751	2.67	499	28.50	1252	71.50	
	38,200-45,800	1462	2.23	323	22.09	1139	77.91	
教育程度							<.001*	
	國小及以下	21120	32.20	4857	23.00	16263	77.00	
	國中	13713	20.91	3010	21.95	10703	78.05	
	高中(職)	16901	25.77	3507	20.75	13394	79.25	
	專科及大學以上	7373	11.24	1505	20.41	5868	79.59	
	不詳	6481	9.88	1757	27.11	4724	72.89	

表 4-1、2006-2008 年精神障礙者使用成人預防保健基本特性及雙變項分析(續)

變項名稱	N=65588		有使用 n ₁ =14636		無使用 n ₂ =50952		χ^2 p-value
		%		%		%	
婚姻狀況							<.001*
	已婚	25772	39.29	5547	21.52	20225	78.48
	未婚	17939	27.35	3848	21.45	14091	78.55
	離婚及喪偶	4023	6.13	933	23.19	3090	76.81
	不詳	17854	27.22	4308	24.13	13546	75.87
低收入戶							<.001*
	是	9896	15.09	3096	31.29	6800	68.71
	否	55692	84.91	11540	20.72	44152	79.28
原住民							<.001*
	是	735	1.12	223	30.34	512	69.66
	否	64853	98.88	14413	22.22	50440	77.78
重大傷病							0.735
	是	58513	89.21	13046	22.30	45467	77.70
	否	7075	10.79	1590	22.47	5485	77.53
相關疾病							
癌症							0.001*
	有	1472	2.24	277	18.82	1195	81.18
	無	64116	97.76	14359	22.40	49757	77.60
內分泌及代謝疾病							<.001*
	有	22952	34.99	7130	31.06	15822	68.94
	無	42636	65.01	7506	17.60	35130	82.40
神經系統疾病							<.001*
	有	15144	23.09	3821	25.23	11323	74.77
	無	50444	76.91	10815	21.44	39629	78.56
循環系統疾病							<.001*
	有	23149	35.29	6574	28.40	16575	71.60
	無	42439	64.71	8062	19.00	34377	81.00
呼吸系統疾病							<.001*
	有	15023	22.91	4629	30.81	10394	69.19
	無	50565	77.09	10007	19.79	40558	80.21
消化系統疾病							<.001*
	有	26356	40.18	8044	30.52	18312	69.48
	無	39232	59.82	6592	16.80	32640	83.20

表 4-1、2006-2008 年精神障礙者使用成人預防保健基本特性及雙變項分析(續)

變項名稱	N=65588		有使用 n ₁ =14636		無使用 n ₂ =50952		χ^2 p-value
		%		%		%	
泌尿系統疾病							<.001*
	有	2290	3.49	769	33.58	1521	66.42
	無	63298	96.51	13867	21.91	49431	78.09
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病							<.001*
	有	20404	31.11	6106	29.93	14298	70.07
	無	45184	68.89	8530	18.88	36654	81.12
眼及附屬器官之疾病							<.001*
	有	5285	8.06	1417	26.81	3868	73.19
	無	60303	91.94	13219	21.92	47084	78.08
傳染病							<.001*
	有	4123	6.29	1523	36.94	2600	63.06
	無	61465	93.71	13113	21.33	48352	78.67
先天畸形							<.001*
	有	863	1.32	254	29.43	609	70.57
	無	64725	98.68	14382	22.22	50343	77.78
皮膚及皮下組織疾病							<.001*
	有	9471	14.44	2988	31.55	6483	68.45
	無	56117	85.56	11648	20.76	44469	79.24
血液及造血器官疾病							<.001*
	有	3667	5.59	1358	37.03	2309	62.97
	無	61921	94.41	13278	21.44	48643	78.56
耳及乳突之疾病							<.001*
	有	4336	6.61	1295	29.87	3041	70.13
	無	61252	93.39	13341	21.78	47911	78.22
身心障礙嚴重級別							<.001*
	輕度	13764	20.99	3266	23.73	10498	76.27
	中度	36548	55.72	7115	19.47	29433	80.53
	重度	13884	21.17	3739	26.93	10145	73.07
	極重度	1392	2.12	516	37.07	876	62.93

*p<0.05

表 4-2、2006-2008 年一般民眾使用成人預防保健基本特性及雙變項分析

變項名稱	N=5667287	%	有使用		無使用		χ^2 p-value
			n ₁ =1697934	%	n ₂ =3969353	%	
總使用率				29.96			
性別							<.001*
女	2676219	47.22	929401	34.73	1746818	65.27	
男	2991068	52.78	768533	25.69	2222535	74.31	
年齡							<.001*
40-44 歲	850182	15.00	222796	26.21	627386	73.79	
45-49 歲	1358192	23.97	402781	29.66	955411	70.34	
50-54 歲	1151718	20.32	389166	33.79	762552	66.21	
55-59 歲	875282	15.44	331028	37.82	544254	62.18	
60-64 歲	453633	8.00	190172	41.92	263461	58.08	
65-69 歲	361094	6.37	61579	17.05	299515	82.95	
≥70 歲	617186	10.89	100412	16.27	516774	83.73	
都市化程度							<.001*
第一級	1149716	20.29	292015	25.40	857701	74.60	
第二級	1401697	24.73	435323	31.06	966374	68.94	
第三級	980539	17.30	309090	31.52	671449	68.48	
第四級	511523	9.03	158599	31.01	352924	68.99	
第五級	698438	12.32	216929	31.06	481509	68.94	
第六級	421914	7.44	127402	30.20	294512	69.80	
第七級	361884	6.39	112970	31.22	248914	68.78	
第八級	141576	2.50	45606	32.21	95970	67.79	
投保金額							<.001*
依附人口	1120420	19.77	326416	29.13	794004	70.87	
<15,840	816529	14.41	173264	21.22	643265	78.78	
16,500-22,800	1779807	31.40	573596	32.23	1206211	67.77	
24,000-28,800	435711	7.69	160992	36.95	274719	63.05	
30,300-36,300	438320	7.73	159320	36.35	279000	63.65	
38,200-45,800	458979	8.10	153192	33.38	305787	66.62	
48,200-57,800	178148	3.14	46612	26.16	131536	73.84	
60,800-72,800	229347	4.05	59065	25.75	170282	74.25	
76,500-87,600	210026	3.71	45477	21.65	164549	78.35	
低收入戶							<.001*
是	29950	0.53	7760	25.91	22190	74.09	
否	5637337	99.47	1690174	29.98	3947163	70.02	

表 4-2、2006-2008 年一般民眾使用成人預防保健基本特性及雙變項分析(續)

變項名稱	N=5667287	%	有使用		無使用		χ^2 p-value
			n ₁ =1697934	%	n ₂ =3969353	%	
重大傷病							<.001*
是	164438	2.90	50884	30.94	113554	69.06	
否	5502849	97.10	1647050	29.93	3855799	70.07	
相關疾病							
癌症							<.001*
有	93583	1.65	30648	32.75	62935	67.25	
無	5573704	98.35	1667286	29.91	3906418	70.09	
內分泌及代謝疾病							<.001*
有	1202483	21.22	536183	44.59	666300	55.41	
無	4464804	78.78	1161751	26.02	3303053	73.98	
精神疾病							<.001*
有	548994	9.69	234324	42.68	314670	57.32	
無	5118293	90.31	1463610	28.60	3654683	71.40	
神經系統疾病							<.001*
有	267876	4.73	110388	41.21	157488	58.79	
無	5399411	95.27	1587546	29.40	3811865	70.60	
循環系統疾病							<.001*
有	1394103	24.60	541784	38.86	852319	61.14	
無	4273184	75.40	1156150	27.06	3117034	72.94	
呼吸系統疾病							<.001*
有	668190	11.79	270914	40.54	397276	59.46	
無	4999097	88.21	1427020	28.55	3572077	71.45	
消化系統疾病							<.001*
有	1197261	21.13	515562	43.06	681699	56.94	
無	4470026	78.87	1182372	26.45	3287654	73.55	
泌尿系統疾病							<.001*
有	89293	1.58	37549	42.05	51744	57.95	
無	5577994	98.42	1660385	29.77	3917609	70.23	
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病							<.001*
有	1265712	22.33	519985	41.08	745727	58.92	
無	4401575	77.67	1177949	26.76	3223626	73.24	
眼及附屬器官之疾病							<.001*
有	282790	4.99	109342	38.67	173448	61.33	
無	5384497	95.01	1588592	29.50	3795905	70.50	

表 4-2、2006-2008 年一般民眾使用成人預防保健基本特性及雙變項分析(續)

變項名稱	N=5667287	%	有使用		無使用		χ^2 p-value
			n ₁ =1697934	%	n ₂ =3969353	%	
傳染病							<.001*
有	145467	2.57	57425	39.48	88042	60.52	
無	5521820	97.43	1640509	29.71	3881311	70.29	
先天畸形							<.001*
有	36345	0.64	15046	41.40	21299	58.60	
無	5630942	99.36	1682888	29.89	3948054	70.11	
皮膚及皮下組織疾病							<.001*
有	304284	5.37	118099	38.81	186185	61.19	
無	5363003	94.63	1579835	29.46	3783168	70.54	
血液及造血器官疾病							<.001*
有	109017	1.92	51047	46.82	57970	53.18	
無	5558270	98.08	1646887	29.63	3911383	70.37	
耳及乳突之疾病							<.001*
有	214897	3.79	89128	41.47	125769	58.53	
無	5452390	96.21	1608806	29.51	3843584	70.49	

*p<0.05

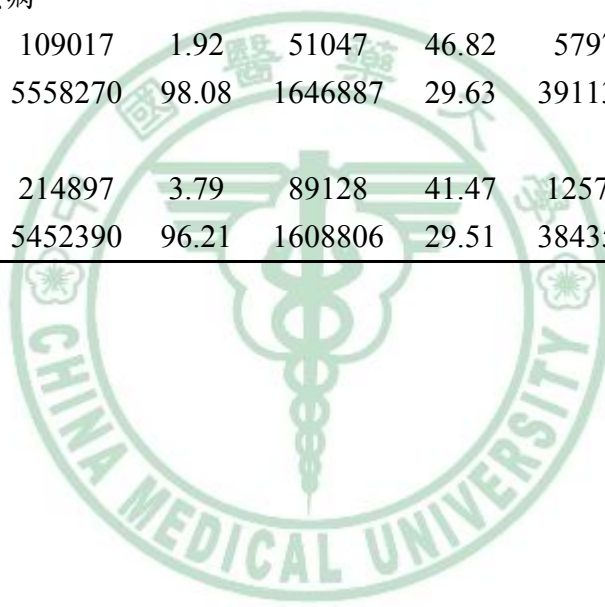


表 4-3、2006-2008 年精神障礙者成人預防保健利用情形

變項名稱	成人預防保健			p-value	事後檢定
	N=65588	平均使用次數	SD		
性別				0.0349*	
a.女	34633	0.22	0.41		
b.男	30955	0.23	0.42		
年齡				<.0001*	d,e>c>a,b>f,g
a.40-44 歲	10215	0.20	0.40		
b.45-49 歲	16925	0.21	0.41		
c.50-54 歲	13866	0.24	0.43		
d.55-59 歲	10885	0.26	0.44		
e.60-64 歲	5545	0.28	0.45		
f.65-69 歲	3827	0.14	0.35		
g.≥70 歲	4325	0.15	0.36		
都市化程度				<.0001*	f>e,g>b,c,d>a
a.第一級	9651	0.16	0.37		f>h>c,d>a
b.第二級	14914	0.22	0.41		
c.第三級	10036	0.21	0.41		
d.第四級	5193	0.21	0.41		
e.第五級	9298	0.26	0.44		
f.第六級	7028	0.28	0.45		
g.第七級	6502	0.24	0.43		
h.第八級	2966	0.24	0.43		
投保金額				<.0001*	e>c,f>a
a.依附人口	15069	0.19	0.39		b,d>c>a
b.<15,840	28968	0.24	0.43		
c.16,500-22,800	15725	0.21	0.41		
d.24,000-28,800	2613	0.25	0.43		
e.30,300-36,300	1751	0.28	0.45		
f.38,200-45,800	1462	0.22	0.42		
教育程度				<.0001*	e>a>c,d
a.國小及以下	21120	0.23	0.42		e>b
b.國中	13713	0.22	0.41		
c.高中(職)	16901	0.21	0.41		
d.專科及大學以上	7373	0.20	0.40		
e.不詳	6481	0.27	0.44		

表 4-3、2006-2008 年精神障礙者成人預防保健利用情形(續)

變項名稱	成人預防保健			p-value	事後檢定
	N=65588	平均使用次數	SD		
婚姻狀況				<.0001*	d>b
a. 已婚	25772	0.22	0.41		
b. 未婚	17939	0.21	0.41		
c. 離婚及喪偶	4023	0.23	0.42		
d. 不詳	17854	0.24	0.43		
低收入戶				<.0001*	
a. 是	9896	0.31	0.46		
b. 否	55692	0.21	0.41		
原住民				<.0001*	
a. 是	735	0.30	0.46		
b. 否	64853	0.22	0.42		
重大傷病				0.7347	
a. 是	58513	0.22	0.42		
b. 否	7075	0.22	0.42		
相關疾病					
癌症				0.0005*	
a. 有	1472	0.19	0.39		
b. 無	64116	0.22	0.42		
內分泌及代謝疾病				<.0001*	
a. 有	22952	0.31	0.46		
b. 無	42636	0.18	0.38		
神經系統疾病				<.0001*	
a. 有	15144	0.25	0.43		
b. 無	50444	0.21	0.41		
循環系統疾病				<.0001*	
a. 有	23149	0.28	0.45		
b. 無	42439	0.19	0.39		
呼吸系統疾病				<.0001*	
a. 有	15023	0.31	0.46		
b. 無	50565	0.20	0.40		
消化系統疾病				<.0001*	
a. 有	26356	0.31	0.46		
b. 無	39232	0.17	0.37		

表 4-3、2006-2008 年精神障礙者成人預防保健利用情形(續)

變項名稱	成人預防保健			事後檢定
	N=65588	平均使用次數	SD	
泌尿系統疾病				<.0001*
a.有	2290	0.34	0.47	
b.無	63298	0.22	0.41	
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病				<.0001*
a.有	20404	0.30	0.46	
b.無	45184	0.19	0.39	
眼及附屬器官之疾病				<.0001*
a.有	5285	0.27	0.44	
b.無	60303	0.22	0.41	
傳染病				<.0001*
a.有	4123	0.37	0.48	
b.無	61465	0.21	0.41	
先天畸形				<.0001*
a.有	863	0.29	0.46	
b.無	64725	0.22	0.42	
皮膚及皮下組織疾病				<.0001*
a.有	9471	0.32	0.46	
b.無	56117	0.21	0.41	
血液及造血器官疾病				<.0001*
a.有	3667	0.37	0.48	
b.無	61921	0.21	0.41	
耳及乳突之疾病				<.0001*
a.有	4336	0.30	0.46	
b.無	61252	0.22	0.41	
身心障礙嚴重級別				<.0001* d>c>a>b
a.輕度	13764	0.24	0.43	
b.中度	36548	0.19	0.40	
c.重度	13884	0.27	0.44	
d.極重度	1392	0.37	0.48	

*p<0.05

表 4-4、2006-2008 年一般民眾成人預防保健利用情形

變項名稱	成人預防保健			p-value	事後檢定
	N=5667287	平均使用次數	SD		
性別				<.001*	
a.女	2676219	0.35	0.48		
b.男	2991068	0.26	0.44		
年齡				<.001*	e>d>c>b>a>f>g
a.40-44 歲	850182	0.26	0.44		
b.45-49 歲	1358192	0.30	0.46		
c.50-54 歲	1151718	0.34	0.47		
d.55-59 歲	875282	0.38	0.48		
e.60-64 歲	453633	0.42	0.49		
f.65-69 歲	361094	0.17	0.38		
g.≥70 歲	617186	0.16	0.37		
都市化程度				<.001*	h>c>b,d,e,g>f>a
a.第一級	1149716	0.25	0.44		
b.第二級	1401697	0.31	0.46		
c.第三級	980539	0.32	0.46		
d.第四級	511523	0.31	0.46		
e.第五級	698438	0.31	0.46		
f.第六級	421914	0.30	0.46		
g.第七級	361884	0.31	0.46		
h.第八級	141576	0.32	0.47		
投保金額				<.001*	d>e>f>c>a>g,h>i>b
a.依附人口	1120420	0.29	0.45		
b.<15,840	816529	0.21	0.41		
c.16,500-22,800	1779807	0.32	0.47		
d.24,000-28,800	435711	0.37	0.48		
e.30,300-36,300	438320	0.36	0.48		
f.38,200-45,800	458979	0.33	0.47		
g.48,200-57,800	178148	0.26	0.44		
h.60,800-72,800	229347	0.26	0.44		
i.76,500-87,600	210026	0.22	0.41		
低收入戶				<.001*	
a.是	29950	0.26	0.44		
b.否	5637337	0.30	0.46		

表 4-4、2006-2008 年一般民眾成人預防保健利用情形(續)

變項名稱	成人預防保健			p-value	事後檢定
	N=5667287	平均使用次數	SD		
重大傷病				<.001*	
a.是	164438	0.31	0.46		
b.否	5502849	0.30	0.46		
相關疾病					
癌症				<.001*	
a.有	93583	0.33	0.47		
b.無	5573704	0.30	0.46		
內分泌及代謝疾病				<.001*	
a.有	1202483	0.45	0.50		
b.無	4464804	0.26	0.44		
精神疾病				<.001*	
a.有	548994	0.43	0.49		
b.無	5118293	0.29	0.45		
神經系統疾病				<.001*	
a.有	267876	0.41	0.49		
b.無	5399411	0.29	0.46		
循環系統疾病				<.001*	
a.有	1394103	0.39	0.49		
b.無	4273184	0.27	0.44		
呼吸系統疾病				<.001*	
a.有	668190	0.41	0.49		
b.無	4999097	0.29	0.45		
消化系統疾病				<.001*	
a.有	1197261	0.43	0.50		
b.無	4470026	0.26	0.44		
泌尿系統疾病				<.001*	
a.有	89293	0.42	0.49		
b.無	5577994	0.30	0.46		
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病				<.001*	
a.有	1265712	0.41	0.49		
b.無	4401575	0.27	0.44		
眼及附屬器官之疾病				<.001*	
a.有	282790	0.39	0.49		
b.無	5384497	0.30	0.46		

表 4-4、2006-2008 年一般民眾成人預防保健利用情形(續)

變項名稱	成人預防保健			p-value	事後檢定
	N=5667287	平均使用次數	SD		
傳染病				<.001*	
a.有	145467	0.39	0.49		
b.無	5521820	0.30	0.46		
先天畸形				<.001*	
a.有	36345	0.41	0.49		
b.無	5630942	0.30	0.46		
皮膚及皮下組織疾病				<.001*	
a.有	304284	0.39	0.49		
b.無	5363003	0.29	0.46		
血液及造血器官疾病				<.001*	
a.有	109017	0.47	0.50		
b.無	5558270	0.30	0.46		
耳及乳突之疾病				<.001*	
a.有	214897	0.41	0.49		
b.無	5452390	0.30	0.46		

*p<0.05

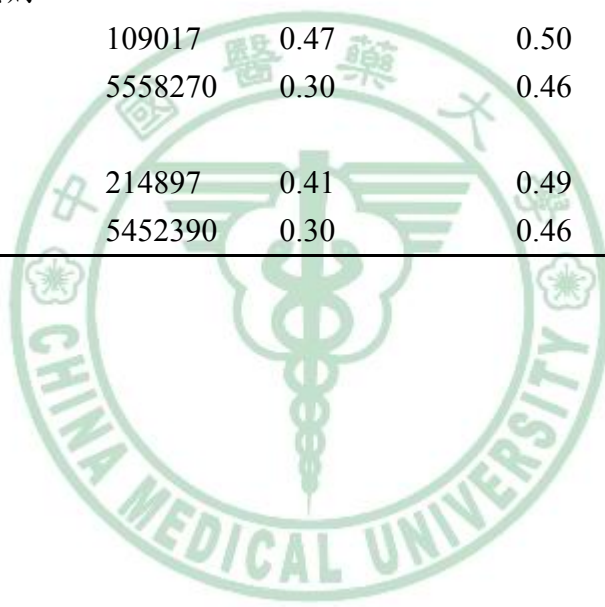


表 4-5、影響精神障礙者是否接受成人預防保健之羅吉斯迴歸分析

變項名稱	Unadjusted Model			Adjusted Model		
	OR 值	95% CI	p-value	OR 值	95% CI	p-value
性別						
女	-	-	-	-	-	-
男	1.04	1.00 1.08	0.035	1.02	0.97 1.06	0.493
年齡						
40-44 歲	-	-	-	-	-	-
45-49 歲	1.08	1.01 1.15	0.016	1.02	0.96 1.09	0.534
50-54 歲	1.28	1.20 1.36	<.001	1.15	1.07 1.22	<.001
55-59 歲	1.40	1.32 1.50	<.001	1.19	1.11 1.28	<.001
60-64 歲	1.50	1.39 1.62	<.001	1.20	1.10 1.31	<.001
65-69 歲	0.65	0.59 0.72	<.001	0.46	0.41 0.52	<.001
≥70 歲	0.69	0.62 0.76	<.001	0.44	0.39 0.49	<.001
都市化程度						
第一級	-	-	-	-	-	-
第二級	1.42	1.32 1.51	<.001	1.48	1.38 1.59	<.001
第三級	1.39	1.29 1.49	<.001	1.47	1.36 1.59	<.001
第四級	1.35	1.24 1.47	<.001	1.48	1.35 1.62	<.001
第五級	1.78	1.65 1.91	<.001	2.03	1.88 2.20	<.001
第六級	2.04	1.89 2.19	<.001	2.03	1.87 2.20	<.001
第七級	1.66	1.53 1.79	<.001	1.81	1.67 1.98	<.001
第八級	1.63	1.48 1.80	<.001	1.70	1.53 1.90	<.001
投保金額						
<15,840	-	-	-	-	-	-
依附人口	0.72	0.69 0.76	<.001	0.89	0.84 0.94	<.001
16,500-22,800	0.85	0.81 0.89	<.001	0.99	0.94 1.05	0.822
24,000-28,800	1.06	0.97 1.16	0.213	1.12	1.01 1.24	0.028
30,300-36,300	1.25	1.13 1.40	<.001	1.29	1.14 1.45	<.001
38,200-45,800	0.89	0.79 1.01	0.075	0.88	0.77 1.00	0.057
教育程度						
國小及以下	-	-	-	-	-	-
國中	0.94	0.89 0.99	0.022	0.96	0.90 1.02	0.143
高中(職)	0.88	0.84 0.92	<.001	0.94	0.89 1.00	0.041
專科及大學以上	0.86	0.81 0.92	<.001	1.02	0.95 1.09	0.643
不詳	1.25	1.17 1.33	<.001	1.16	1.09 1.25	<.001

表 4-5、影響精神障礙者是否接受成人預防保健之羅吉斯迴歸分析(續)

變項名稱	Unadjusted Model			Adjusted Model		
	OR 值	95% CI	p-value	OR 值	95% CI	p-value
婚姻狀況						
未婚	-	-	-	-	-	-
已婚	1.00	0.96 1.05	0.855	1.00	0.95 1.06	0.887
離婚及喪偶	1.11	1.02 1.20	0.016	1.09	1.00 1.19	0.064
不詳	1.17	1.11 1.22	<.001	1.03	0.97 1.09	0.377
低收入戶						
否	-	-	-	-	-	-
是	1.74	1.66 1.83	<.001	1.45	1.36 1.54	<.001
原住民						
否	-	-	-	-	-	-
是	1.53	1.30 1.79	<.001	1.11	0.94 1.32	0.233
重大傷病						
無	-	-	-	-	-	-
有	0.99	0.93 1.05	0.734	1.06	1.00 1.13	0.063
罹患相關疾病						
癌症	0.80	0.70 0.92	0.001	0.70	0.61 0.81	<.001
內分泌及代謝疾病	2.11	2.03 2.19	<.001	1.56	1.50 1.63	<.001
神經系統疾病	1.24	1.19 1.29	<.001	0.96	0.92 1.01	0.109
循環系統疾病	1.69	1.63 1.76	<.001	1.17	1.12 1.22	<.001
呼吸系統疾病	1.81	1.73 1.88	<.001	1.24	1.18 1.30	<.001
消化系統疾病	2.18	2.10 2.26	<.001	1.55	1.49 1.62	<.001
泌尿系統疾病	1.80	1.65 1.97	<.001	1.10	1.00 1.21	0.052
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	1.84	1.77 1.91	<.001	1.39	1.33 1.45	<.001
眼及附屬器官之疾病	1.31	1.22 1.39	<.001	0.98	0.91 1.05	0.477
傳染病	2.16	2.02 2.31	<.001	1.41	1.31 1.52	<.001
先天畸形	1.46	1.26 1.69	<.001	1.00	0.86 1.17	0.996
皮膚及皮下組織疾病	1.76	1.68 1.85	<.001	1.23	1.17 1.30	<.001
血液及造血器官疾病	2.16	2.01 2.31	<.001	1.40	1.30 1.51	<.001
耳及乳突之疾病	1.53	1.43 1.64	<.001	1.03	0.96 1.11	0.379
身心障礙嚴重級別						
輕度	-	-	-	-	-	-
中度	0.78	0.74 0.81	<.001	0.81	0.77 0.85	<.001
重度	1.19	1.12 1.25	<.001	1.28	1.20 1.36	<.001
極重度	1.89	1.69 2.13	<.001	1.80	1.58 2.05	<.001

*p<0.05

第五章 討論

我國自 1996 年 4 月 1 日開始實施成人預防保健服務，多有專文探討成人預防保健服務利用情形(李世代、賴美淑，1997；季瑋珠、賴佳君，2001；徐瑞祥等人，2009；蔡文正等人，2008)，也有多項研究探討一般民眾使用成人預防保健影響因素(何麗莉，1998；黎家銘、楊銘欽，2002；翁慧卿，2006；蔡文正等人，2008；林為森、馬事佐、楊純媽、張品文、葉哲豪，2009)，較少研究探討特殊族群在成人預防保健的利用情形(馬作鏞、吳宜玲、邱鈺婷、邵國寧、黃素雲，2005；邱莉婷，2010)，而其中僅有一篇研究探討身心障礙者在預防保健利用情形及影響因素(邱莉婷，2010)，但是，過去國內並未有專文探討有關精神病患或精神障礙者在成人預防保健的使用情形及其影響因素，因此本研究針對精神障礙者進行資料庫的收集，探討精神障礙者在成人預防保健的使用情形，並與一般民眾比較外、進一步分析影響成人預防保健的使用的因素。

第一節、精神障礙者使用成人預防保健與一般民眾之差異

本研究除針對精神障礙者使用成人預防保健的情形進行探討，也與一般民眾使用成人預防保健的情形進行比較。從研究結果整體來看，2006 至 2008 年國內大於 40 歲精神障礙者成人預防保健總使用率為 22.32%，而 2006 至 2008 年國內大於 40 歲一般民眾成人預防保健總使

用率為 29.96%，精神障礙者的使用率略低於一般民眾，此項結果符合本研究之假設一。由於精神疾病常造成病患的認知功能障礙，精神障礙者的保健知識及就醫動機要比一般人顯得更缺乏，在照護體系不完善的情況下，精神障礙者的預防保健利用率會比一般民眾來得更低。過去多項研究的結果也顯示，精神疾病患者在使用預防保健服務的利用率要比一般人低(Druss, et al., 2002; Lord, Malone, & Mitchell, 2010)。也因此 Leucht(2007)曾提出，慢性精神病患比一般人更容易罹患心血管及糖尿病等疾病，可能與健康照護資源不足有關(Leucht, et al., 2007)。

從性別的差異性來看，國內外許多研究發現，一般民眾使用預防保健服務的比例女性明顯高於男性(Solberg, Brekke, & Kottke, 1997; Corbie Smith, Flagg, Doyle, & O'Brien, 2002; Viera, Thorpe, & Garrett, 2006; 李世代、賴美淑，1997；陳志強等人，2001；蔡文正等人，2008)。而本研究發現 2006 至 2008 年國內大於 40 歲一般民眾成人預防保健使用率女性有 34.73%（平均使用次數 0.35 次），而男性只有 25.69%（平均使用次數 0.26 次），也是女性高於男性，其結果與前述研究一致。但本研究發現 2006 至 2008 年國內大於 40 歲精神障礙者成人預防保健使用率男性 22.68%（平均使用次數 0.28 次），女性 21.99%（平均使用次數 0.22 次），男性卻高於女性，其結果與一般民眾不同。

在年齡的部份，國外的研究顯示一般民眾隨著年齡的增加，在使用預防保健服務的利用率呈現增加的趨勢(Corbie Smith, et al., 2002; Viera,

et al., 2006)。但本研究發現，國內不論是精神障礙者或一般民眾在成人預防保健使用率較高的年齡層都是落在 55~64 歲之間，而超過 65 歲以上的人兩者都有減少的趨勢，甚至比 45~54 歲的人還低。上述結果推論如下，目前普遍以 65 歲以上作為老年人的年齡界限，剛好 55 歲至 64 歲的階段是老年前期，也是一般人慢性疾病開始增加的階段，因此對於即將邁入老年的族群，特別注重自身的健康狀態，因此 55 歲以上的族群在成人預防保健使用率會比 55 歲以下的族群高。但是超過 65 歲的族群使用率又有降低的趨勢，有可能是因為慢性疾病的增加，而健康狀況的追蹤併入慢性疾病的追蹤治療中，因而放棄定期接受成人預防保健的檢查。

從健康狀況來看，不論是精神障礙者或一般民眾罹患慢性疾病，在使用成人預防保健比例上都會比未罹患者高，例如內分泌及代謝疾病、神經系統疾病、循環系統疾病者、呼吸系統疾病者、消化系統疾病者等慢性疾病。只有罹患癌症時，一般民眾仍是罹患癌症者使用比例較高，而精神障礙者卻是未罹患癌症者使用比例較高。進一步來看是否罹患重大傷病使用成人預防保健情形，精神障礙者與一般民眾的結果不同，一般民眾罹患重大傷病者使用率較高，而精神障礙者卻沒有明顯差異。當一般人罹患慢性疾病時，會更加關注自己的健康狀況，因此有更強的動機使用成人預防保健做為定期身體檢查，因此罹患慢性疾病同時會有較

高的成人預防保健使用率是可以理解的。但是精神障礙者在罹患癌症或重大傷病時，使用成人預防保健的比例並未增加。在罹患癌症方面的推論，可能是因為罹患癌症的同時會接受定期追蹤治療與檢查，因此為了避免重複檢查而減少成人預防保健的次數。在罹患重大傷病方面的推論，可能與精神病患的認知功能不佳有關，雖然本研究無法指出精神障礙者的重大傷病是否屬於精神疾病，但根據經驗來看，精神障礙者的精神疾病診斷多半已符合重大傷病，重大傷病在一般民眾的佔比僅為 2.9%(詳見表 4-2)，但精神障礙者的重大傷病所佔比例卻高達 89.21% (詳見表 4-1)。精神疾病若是達到重大傷病的程度，表示病情比較嚴重，而認知功能損傷亦比較明顯，可能降低了使用成人預防保健的動機，因此是否有重大傷病對精神障礙者在成人預防保健的使用率是無明顯差異的。

本研究也發現一般民眾與精神障礙者的成人預防保健利用率在居住地區是有所不同的，一般民眾使用成人預防保健比例最高的都市化地區級別是「第八級」(32.21%)，而精神障礙者是「第六級」(28.27%)，但是利用率最低的都市化地區級別兩者卻都是「第一級」(一般民眾：25.40%、精神障礙者：16.23%)，從上述的結果來看，不論是一般民眾與精神障礙者越是都市化地區利用率越低，反而越是鄉村地區成人預防保健利用率有上升的趨勢。台灣非常重視基層公共衛生服務，國內衛生政策常透過基層衛生單位如衛生所推動社區預防保健工作，再加上衛生

署推動偏遠地區巡迴醫療服務，提昇鄉村地區的醫療可近性，許多醫院在巡迴醫療的服務同時推廣成人健檢，也增加了鄉村地區成人預防保健的利用率。鄉村地區人口老化加上流動性低，民眾住所比較固定，居民的追蹤訪視比較容易，因此衛生保健工作也較落實。相對都會地區因人口流動性高，民眾住所較不固定，追蹤訪視不易，都會區的基層社區醫療保健服務較不易落實。

在經濟狀況方面，一般民眾與精神障礙者的成人預防保健利用率較高的部份，都是落在投保金額「24,000~28,000」（36.95%、25.22%）與「30,300~36,300」（36.35%、28.50%）兩個級距中，但是利用率最低的部份，一般民眾是「<15,840」（21.22%），精神障礙者是「依附人口」（18.64%）。如果從是否為低收入戶來看，一般民眾「非低收入戶」在成人預防保健利用率比較高（29.98%），而精神障礙者卻是「低收入戶者」利用率較高（31.29%）（詳見表 4-1、4-2）。投保金額「24,000~28,000」與「30,300~36,300」兩個級距是屬於中等收入家庭，經濟收入穩定，比較注重身體健康的維護。國外也曾針對社經地位 (Socioeconomic Status, SES) 不同的族群在使用預防保健服務的調查中發現，高社經地位的民眾在使用預防保健服務的利用率高於低社經地位的民眾 (Solberg, et al., 1997)。但是國內高收入的家庭，可能使用自費的預防保健服務較多，也因此使用免費的成人預防保健比例較低。反觀一

般民眾較低的利用率是在收入最低的「<15,840」級距以及「低收入戶」身分，可見家庭經濟條件較差的狀況則不利於預防保健的使用。而精神障礙者最低的利用率是在「依附人口」的級距，可見精神障礙者在無工作的情形中，在利用成人預防保健上更顯弱勢。但是「低收入戶」的精神障礙者的利用率卻又比較高，因為同時屬於精神障礙又是「低收入戶」者，屬於弱勢中的弱勢，也是社政單位照顧的重點工作，可能與政府在社會福利照顧資源較多有關，但需進一步研究證實。

第二節、影響精神障礙者使用成人預防保健之相關因素

本研究以羅吉斯迴歸分析探討影響精神障礙者使用成人預防保健之相關因素。研究發現「年齡」、「居住地區」、「投保金額」、「是否為低收入戶」、「罹患相關疾病」、「身心障礙嚴重級別」會顯著影響有無使用成人預防保健。

很顯然「年齡」對於精神障礙者使用成人預防保健有明顯的影響，研究發現 55 歲至 64 歲的精神障礙者要比 40 歲至 44 歲高，但是超過 65 歲以後又明顯比 40 歲至 44 歲低，精神障礙者中年以後隨著年齡增加其成人預防保健的利用率也變大，但是超過 65 歲以後使用成人預防保健的利用便降低了。邱莉婷（2010）曾針對身心障礙者成人預防保健利用情形進行研究，該研究將身心障礙者年齡層分為 65 歲（含）以上及 65 歲以下，發現 65 歲以下的身心障礙

者在使用成人預防保健的利用率高於65歲以上的身心障礙者(OR: 4.21, 95% C.I.=4.19-4.23, $p < 0.05$)，該研究結果與本研究相似(邱莉婷, 2010)。超過65歲以上的精神障礙者，特別是較嚴重的精神障礙者，罹患慢性疾病的比例增加，定期的門診追蹤治療，取代了定期的成人健康檢查，也可能因為部分的老年精神病患因為長期住院治療而無法接受定期的成人健康檢查。

精神障礙者的居住地區對使用成人預防保健也有明顯的影響，利用率最低的地區是「第一級」都市化地區，這是都市化最高，人口最集中的地區，反而越鄉村的地區成人預防保健利用率有越高的趨勢。如同上一章節所論述，相對於鄉村地區，都會地區的人口流動性高，民眾住所非在籍人口比例大，基層衛生單位追蹤照護精神障礙者相對不易，又無鄉村地區的巡迴醫療等服務，可能因此降低了都會地區精神障礙者使用成人預防保健的機會。

本研究利用「投保金額」及「是否為低收入戶」兩個變項說明精神障礙者的經濟狀況，在「投保金額」方面，相對於最低收入的「 $< 15,840$ 」級距，影響精神障礙者在使用成人預防保健服務，以中等收入的「 $30,300 \sim 36,300$ 」級距之利用率最高，而無工作之精神障礙者的「依附人口」級距之利用率最低。以此論證，成人預防保健利用率高的是中等收入的精神障礙者，利用率低的是沒有收入的精神障礙者，但以家庭

經濟狀況來看，又是「低收入戶」家庭的精神障礙者利用率高，可見精神障礙者個人收入的經濟狀況與家庭整體經濟狀況對於成人預防保健的利用率是不同的。可以個別的解釋是精神障礙者個人收入的經濟狀況比較好，表示個人生活能力及認知功能較佳，也因此比較會照顧自身的健康問題。而「低收入戶」家庭的精神障礙者利用率較高，可能是因為有較多的社會關注，因此有較多的社福資源及醫療照護有關，但目前無法證實。

本研究發現精神障礙者罹患幾種類型的疾病在使用成人預防保健的利用率較高，例如內分泌及代謝疾病、循環系統疾病、呼吸系統疾病、消化系統疾病、傳染病等，唯有罹患癌症者的利用率較無罹患者低。多項研究也發現，上述疾病也是精神病患較一般人更容易罹患的疾病類別，例如心臟血管疾病、代謝疾病、糖尿病、肝臟疾病、及傳染病等疾病 (Allebeck, 1989; Miller, et al., 2006; Leucht, et al., 2007; Holt, et al., 2010; Viron & Stern, 2010)，可能因為上述疾病為精神障礙者容易罹患的慢性疾病，醫療照顧者對於罹患上述慢性疾病的病患會採取較積極的醫療處置，而病患本身也會因為警覺到健康的威脅，更主動的使用成人預防保健的服務。

最後在「身心障礙嚴重級別」的影響因素方面，本研究發現，相對於「輕度」的精神障礙者，以「極重度」者在使用成人預防保健的利用率最高，似乎有等級越重利用率越高的趨勢，但是「中度」利用率又比

「輕度」還低，因此本研究只能確認「極重度」與「重度」比「中度」與「輕度」的精神障礙者在成人預防保健利用率高。多項針對所有身心障礙者的研究發現，身心障礙者之障礙程度越嚴重者，在使用預防保健的利用率越低(Diab & Johnston, 2004; Kilmer et al., 2008; 邱莉婷, 2010)。但本研究的結果與上述研究不同，國內的精神醫療及社區復健工作經過政府多年的支持與發展，目前精神科醫院的慢性或急性的床位皆充足，亦有多樣式的長期照護機構，例如精神護理之家、康復之家、社區復健中心等，依據精神障礙者病情程度及失能情形，「極重度」或「重度」等級之精神障礙者有比較高比例的患者在長期照護機構中療養，因為長期照護機構皆有安排常規性的健康檢查項目，因此在機構療養的精神病患都定期接受成人健康檢查，而「中度」或「輕度」的精神障礙者多居住家中或工作中，較無法主動安排成人預防保健檢查，相較於重度等級的精神障礙者，輕、中度等級的精神障礙者使用成人預防保健的機會因此比較少，所以越嚴重的精神障礙者成人預防保健利用率也越高。

第六章 結論與建議

第一節、 結論

本研究結果發現，40 歲以上的精神障礙者在成人預防保健的利用率 22.32%，低於一般民眾的 29.96%。在人口特質方面，男性的利用率是 22.68% 高於女性的 21.99%。一般民眾男性是 25.69% 低於女性的 34.73%。在年齡方面，精神障礙者成人預防保健利用率較高的年齡層是落在 55 歲至 64 歲之間，但是超過 65 歲以後利用率又變成最低了。在教育程度方面方面，國小以下的精神障礙者在成人預防保健利用率最高。在婚姻狀況方面，在離婚或喪偶的精神障礙者在成人預防保健利用率是最高的。在族群方面，原住民的精神障礙者在成人預防保健的利用率也比較高。

在居住地區方面，居住在較鄉村地區的「第五級」與「第六級」都市化地區的精神障礙者，有較高的成人預防保健利用率，反而是居住在最都市化的「第一級」都市化地區的精神障礙者成人預防保健利用率最低。在經濟方面，投保金額在「24,000~28,000」與「30,300~36,300」兩個投保金額的級距中的精神障礙者，有較高的成人預防保健利用率，而投保金額屬於「依附人口」的精神障礙者，成人預防保健利用率是最低的。屬於低收入戶身分的精神障礙者成人預防保健的利用率高於非低收入戶者。在身心障礙

嚴重級別方面，「極重度」級別的精神障礙者在成人預防保健利用率最高，利用率最低的是「中度」精神障礙者。

本研究進一步控制相關變項後，發現有 6 個因素會影響精神障礙者使用成人預防保健服務，包括「年齡」、「都市化程度」、「投保金額」、「是否為低收入戶」、「罹患相關疾病」、「身心障礙嚴重級別」等因素。

第二節、建議

1.政府制定精神障礙者預防保健政策，協助病患定期接受健康檢查。

慢性精神病患在一般社會中是屬於相對弱勢的族群，社會福利及醫療保健的資源也相對的缺乏。直到民國 79 年公布實施「精神衛生法」以後(行政院衛生署，2011)，精神病患才開始受到重視，雖然殘障福利法於民國 69 年實施(民國 86 年更名為身心障礙保護法)(內政部，2011)，慢性精神病患卻直到民國 84 年才納入身心障礙者的範圍，精神病患的社會福利才開始有法源的保障，似乎精神病患較不為社會所重視。精神障礙者的預防保健服務多由衛生單位及社政單位共同推動，本研究結果發現精神障礙者的成人預防保健利用率較一般民眾人低，可見精神障礙者的預防保健工作仍需政府相關單位重視，特別是精神障礙者在自我健康照護的認知行為較為薄弱，更需要政府制定相關政策，督促衛生單位及醫療機構主動協助精神障礙者接受定期檢查，才能有效提昇精神障礙者成人預防保健的利用率。

2. 追蹤輔導列管之老年精神障礙者定期接受健康檢查

雖然超過 65 歲以上的精神障礙者，每年皆可接受成人預防保健，但是實際的利用率卻是下降的趨勢，政府衛生單位可透過精神病患照護體系的社區照顧，加強老年精神障礙者成人預防保健的推廣及教育，以及配合基層衛生單位的訪視追蹤，主動協助轉介醫療機構的定期成人預防保健檢查，方可大幅提昇老年精神障礙者成人預防保健的利用率。

3. 增加都會地區基層衛生人力以及加強社區基層醫療服務

精神障礙者在成人預防保健利用率的城鄉差距也甚為明顯，越是人口密集的都會區，越是利用率低，政府衛生單位在流動性人口高的都會地區，更需加強成人預防保健的宣導，特別是增加都會區的基層衛生工作人力以加強社區精神障礙者的追蹤訪視服務，對於都會區的精神障礙者成人預防保健的利用率會有所助益。

4. 醫療院所提供精神科與內科整合式的照護模式

國內各層級的醫療院所為了配合衛生署國健局的預防保健的政策，無不積極努力的推動成人預防保健的服務，但是服務的對象以一般民眾為主，並未特別著力於身心障礙者或是精神障礙者，尤其是精神障礙者多為慢性精神病患者，又比一般人更容易罹患慢性疾病。精神障礙者為了延續身心障礙者身分，必須定期接受鑑定，因此都在固定的精神科院所追蹤治療，但是一般的精神科門診主要提供精神疾病的治療，並未提

供成人預防保健的服務，特別是本研究發現，當精神障礙者未罹患多數的慢性疾病時，會有較低的成人預防保健利用率，如果可以透過整合式照護模式的設計，加強精神障礙者健康照護的完整性，建立精神科門診對精神障礙者成人預防保健追蹤及轉介的機制，可以提昇精神障礙者成人預防保健的利用率。

5.加強精神障礙者與家屬健康照護的衛教，並主動提供醫療協助。

本研究發現在全民健康保險投保金額方面，精神障礙者以「依附人口」的部分在成人預防保健的利用率最低，「依附人口」表示沒有工作收入的精神障礙者必須依附家人投保，因此家屬為精神障礙者的主要照顧者，對於精神障礙者的家庭來說，照顧精神障礙者的生活負擔及經濟負擔都很沈重，建議精神障礙者及家屬善用社會救助及醫療資源，積極配合規律的精神科門診治療，主動與醫師討論並訂定身體健康檢查計畫，適時的轉介或轉診健康檢查門診或提供健康檢查的醫療院所，亦可增加精神障礙者成人預防保健的利用率。

第三節、研究限制

1. 本研究所使用的資料來源為次級資料庫，研究對象的部分相關因素無法得知，例如確實的所得金額或使用者之健康行為等，可以使用的變項亦受到限制。
2. 本研究以投保地區當做居住地區的分析變項，投保地區可能並非

與實際居住地區相同，因此有可能與實際居住的處所有出入。

3. 本研究所收集的資料庫中，並無一般民眾的「教育程度」、「婚姻狀況」、及「原住民身分別」三個變項的資料，因此無法與精神障礙者此三個變項做比較。
4. 本研究無法收集研究對象自費健康檢查部分的資料，僅依據國民健康局「預防保健申報檔」之成人預防保健資料分析，可能低估研究對象接受預防保健服務的比例。



參考文獻

- Allebeck, P. (1989). Schizophrenia: a life-shortening disease. *Schizophr Bull*, 15(1), 81-89.
- Allebeck, P., & Wistedt, B. (1986). Mortality in schizophrenia. A ten-year follow-up based on the Stockholm County inpatient register. *Arch Gen Psychiatry*, 43(7), 650-653.
- Allison, D. B., Mentore, J. L., Heo, M., Chandler, L. P., Cappelleri, J. C., Infante, M. C., et al. (1999). Antipsychotic-Induced Weight Gain: A Comprehensive Research Synthesis. *Am J Psychiatry*, 156(11), 1686-1696.
- Barrett, E. (2004). Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care*, 27(2), 596-601.
- Cabassa, L. J., Ezell, J. M., & Lewis-Fernandez, R. (2010). Lifestyle interventions for adults with serious mental illness: a systematic literature review. *Psychiatr Serv*, 61(8), 774-782.
- Corbie Smith, G., Flagg, E. W., Doyle, J. P., & O'Brien, M. A. (2002). Influence of usual source of care on differences by race/ethnicity in receipt of preventive services. *Journal of general internal medicine*, 17(6), 458-464.
- Crompton, D., Groves, A., & McGrath, J. (2010). What can we do to reduce the burden of avoidable deaths in those with serious mental illness? *Epidemiol Psychiatr Soc*, 19(1), 4-7.
- Diab, M. E., & Johnston, M. V. (2004). Relationships between level of disability and receipt of preventive health services. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(5), 749-757.
- Druss, B. G., Rosenheck, R. A., Desai, M. M., & Perlin, J. B. (2002). Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Med Care*, 40(2), 129-136.
- Goldman, L. S. (1999). Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 60 Suppl 21, 10-15.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*, 173, 11-53.
- Hocking, B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business. *Med J Aust*, 178 Suppl, 47-48.
- Holt, R. I., Abdelrahman, T., Hirsch, M., Dhesi, Z., George, T., Blincoe, T., et al. (2010). The prevalence of undiagnosed metabolic abnormalities in people with serious mental illness. *J Psychopharmacol*, 24(6), 867-873.
- Kilmer, G., Roberts, H., Hughes, E., Li, Y., Valluru, B., Fan, A., et al. (2008). *Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and*

- selected local areas: Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), United States, 2006*: US Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Kumar, C. T. (2004). Physical illness and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 184, 541.
- Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M., & Sartorius, N. (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*, 116(5), 317-333.
- Lord, O., Malone, D., & Mitchell, A. J. (2010). Receipt of preventive medical care and medical screening for patients with mental illness: a comparative analysis. *General Hospital Psychiatry*, 32(5), 519-543.
- Marder, S. R., Essock, S. M., Miller, A. L., Buchanan, R. W., Casey, D. E., Davis, J. M., et al. (2004). Physical Health Monitoring of Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 161(8), 1334-1349.
- Miller, B. J., Paschall, C. B., 3rd, & Svendsen, D. P. (2006). Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 57(10), 1482-1487.
- Munk-Jorgensen, P. (2010). Physical illness in persons with schizophrenia--time for action. *Indian J Med Res*, 132, 353-355.
- Pary, R. J., & Barton, S. N. (1988). Communication difficulty of patients with schizophrenia and physical illness. *South Med J*, 81(4), 489-490.
- Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). *Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the World Psychiatric Association*: Cambridge Univ Pr.
- Solberg, L. I., Brekke, M. L., & Kottke, T. E. (1997). Are Physicians Less Likely to Recommend Preventive Services to Low-SES Patients? *Preventive Medicine*, 26(3), 350-357.
- Tidemalm, D., Waern, M., Stefansson, C. G., Eloffson, S., & Runeson, B. (2008). Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 4, 23.
- Viera, A. J., Thorpe, J. M., & Garrett, J. M. (2006). Effects of sex, age, and visits on receipt of preventive healthcare services: a secondary analysis of national data. *BMC Health Services Research*, 6(1), 15.
- Viron, M. J., & Stern, T. A. (2010). The Impact of Serious Mental Illness on Health and Healthcare. *Psychosomatics*, 51(6), 458-465.
- 內政統計年報：人口年齡分配 (2011a)。取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>.

- 內政統計年報：身心障礙人數按成因分(2011b)。取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>。
- 內政統計年報：身心障礙按年齡或等級與男女(2011c)。取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/list.htm>。
- 內政部：中華民國九十五年身心障礙者生活需求調查期末報告摘要(2006)。取自 C:\Users\Yuan\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Low\Content.IE5\RGW9SEP1\95 年身心障礙者生活需求調查期末報告摘要[1].doc。
- 內政部：身心障礙者權益保障(2011)。取自 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?PCODE=D0050046>。
- 行政院衛生署：身心障礙等級(2008a)。取自 <http://sowf.moi.gov.tw/05/b/身心障礙等級.doc>。
- 行政院衛生署：保健統計概況(2008b)。取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10338&class_no=440&level_no=3。
- 行政院衛生署：精神衛生法(2011)。取自 <http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawHistory.aspx?PCode=L0020030>。
- 何麗莉(1998)。全民健保使用成人預防保健服務之使用現況及影響因素探討—以台北市為例。台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 李世代、賴美淑(1997)。全民健康保險成人預防保健服務實施之探討 1996 年之回顧。中華家醫誌，7(2)，94-105。
- 李瑋珠、賴佳君(2001)。全民健保預防保健服務使用率之分析。臺灣公共衛生雜誌，20(1)，9。
- 林為森、馬事佐、楊純媽、張品文、葉哲豪(2009)。四十歲以上民眾使用健康檢查行為及其相關影響因素之探討。嘉南學報，人文類，35，560-571。
- 邱莉婷(2010)。身心障礙者預防保健服務利用情形及其影響因素探討。碩士論文，中國醫藥大學公共衛生學院醫務管理學研究所，台中市。
- 徐瑞祥、陳姿伶、黃麗菁(2009)：成人預防保健服務利用與提供現況及服務成效之分析研究(行政院衛生署國民健康局研究計畫編號 DOH98-HP-2102)。台北：行政院衛生署。
- 翁慧卿(2006)。大高雄地區醫學中心門診病人預防保健行為利用概況與相關因素之研究。福爾摩莎醫務管理雜誌，2(1)，19-27。
- 馬作鏞、吳宜玲、邱鈺婷、邵國寧、黃素雲(2005)。應用健康信念模式探討臺灣地區影響老年人利用健保成人預防保健服務之相關因素研究。醫務管理期刊，7(4)，21。
- 健保局(2005)。全民健康保險投保金額分級表。取自衛署健保字第 0 九四 0 0 一 0 九九四號公告修正。
- 國民健康局(2010)。預防保健服務檢查對象與服務項目。取自

<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPNET/Portal/Them.aspx?No=200712250070>.

- 陳志強、黃金財、賴世偉、賴明美、劉秋松、林正介(2001)。臺中市某醫學中心成人預防保健服務結果。中臺灣醫學科學雜誌，6(4)，233-237。
- 陳明豐(2005)。健康檢查與健康管理。健康世界，229，82-86。
- 陳建仁(1999)。流行病學的原理與方法(初版)。台北：聯經出版事業股份有限公司。
- 曾國雄、吳水源(1986)。臺灣地區市鎮鄉都市化程度特性之研究。國立臺灣師範大學地理研究報告 12，287-323。
- 黃志方、黃偉城、陳朝棟(2005)。南部某醫學中心全民健保成人預防健康檢查結果分析。台灣家醫誌，15(3)，147-158。
- 黃素雲、蔡崇煌、林伯峰(2007)。非肥胖者之代謝症候群盛行率：某醫院健檢資料分析。台灣家醫誌，17(2)，99-108。
- 楊耿如(2000)。讓全民健保成人預防保健服務關心您。全民健康保險雙月刊，25，4-5。
- 蔡文正、龔佩珍、劉秋松、吳晉祥、陳志道、劉文德(2008)。全民健康保險成人預防保健服務品質探討及成果分析(行政院衛生署國民健康局九十七年度科技研究發展編號：DOH97-HP-2103)。臺北：行政院衛生署。
- 黎家銘、楊銘欽(2001)。透過成人健檢所新發現之健康問題。臺灣家庭醫學雜誌，11(2)，91-98。
- 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相關因素。醫務管理期刊，3(3)，70-80。
- 羅麗君(1996)。健檢的意義。中華民國醫檢會報，11(3)，52-54。

附錄一都市化分級表

都市化分級別	縣市鄉鎮	
第1級	台北市	
	台北縣	永和市
第2級	高雄市、台中市、台南市	
	台北縣	板橋市、三重市、中和市、新莊市
	桃園縣	桃園市
	高雄縣	鳳山市
	花蓮縣	花蓮市
第3級	基隆市、新竹市、嘉義市	
	台北縣	新店市、樹林鎮、鶯歌鎮、土城鄉、蘆洲鄉、泰山鄉
	桃園縣	中壢市、龜山鄉
	宜蘭縣	宜蘭市、羅東鎮
	苗栗縣	苗栗市
	台中縣	豐原市、大里鄉
	彰化縣	彰化市、員林鎮
	台南縣	永康鄉
屏東縣	屏東市	
第4級	台北縣	淡水鎮、汐止鎮、五股鄉、烏來鄉
	桃園縣	楊梅鎮、八德鄉、平鎮鄉
	新竹縣	竹東鎮
	苗栗縣	竹南鎮、頭份鎮、造橋鄉
	台中縣	沙鹿鎮、潭子鄉、太平鄉
	南投縣	南投市
	台南縣	新營市、仁德鄉
	高雄縣	岡山鎮、仁武鄉、橋頭鄉
	屏東縣	潮州鎮
	澎湖縣	馬公市
	台東縣	台東市
第5級	台北縣	三峽鎮、瑞芳鎮、林口鄉、深坑鄉
	桃園縣	大溪鎮、大園鄉、龍潭鄉
	新竹縣	竹北鄉、湖口鄉、橫山鄉、芎林鄉
	宜蘭縣	蘇澳鎮
	苗栗縣	大湖鄉
	台中縣	東勢鎮、大甲鎮、清水鎮、梧棲鎮、后里鄉、大雅鄉、烏日鄉、肚鄉、霧峰鄉
	彰化縣	鹿港鎮、和美鎮、北斗鎮、花壇鄉
	南投縣	埔里鎮、草屯鎮、竹山鎮、水里鄉
	雲林縣	斗六市、斗南鎮、虎尾鎮、北港鎮
	嘉義縣	朴子鎮、水上鄉
	台南縣	麻豆鎮、佳里鎮、新化鎮、善化鎮、新市鄉、山上鄉、玉井鄉、廟鄉

附錄一都市化分級表(續)

都市化分級別	縣市鄉鎮	
第5級	高雄縣	旗山鎮、林園鄉、大寮鄉、大社鄉、鳥松鄉、路竹鄉、湖內鄉、安鄉、梓官鄉
	屏東縣	東港鎮
	花蓮縣	新城鄉、吉安鄉
第6級	台北縣	石碇鄉、八里鄉、平溪鄉、雙溪鄉、金山鄉
	桃園縣	蘆竹鄉、新屋鄉、觀音鄉
	新竹縣	關西鎮、新埔鎮、新豐鄉、北埔鄉
	宜蘭縣	頭城鎮、五結鄉、冬山鄉、礁溪鄉
	苗栗縣	苑裡鎮、公館鄉、銅鑼鄉、南庄鄉、頭屋鄉、三義鄉、西湖鄉、獅潭鄉
	台中縣	神岡鄉、石岡鄉、外埔鄉、龍井鄉
	彰化縣	溪湖鎮、田中鎮、線西鄉、秀水鄉、大村鄉、社頭鄉、二水鄉
	南投縣	集集鎮、魚池鄉
	雲林縣	林內鄉
	嘉義縣	大林鎮、民雄鄉、溪口鄉、中埔鄉
	台南縣	鹽水鎮、學甲鎮、後壁鄉、下營鄉、六甲鄉、西港鄉、歸仁鄉
	高雄縣	美濃鎮、大樹鄉、燕巢鄉、阿蓮鄉、茄萣鄉、彌陀鄉
	屏東縣	恆春鎮、長治鄉、麟洛鄉、內埔鄉、竹田鄉、枋寮鄉、林邊鄉、南州鄉
	花蓮縣	玉里鎮、光復鄉、瑞穗鄉
	台東縣	關山鎮、池上鄉
第7級	台北縣	坪林鄉、三芝鄉、石門鄉、貢寮鄉、萬里鄉
	桃園縣	復興鄉
	新竹縣	寶山鄉、峨眉鄉、五峰鄉
	宜蘭縣	壯圍鄉、員山鄉、三星鄉、南澳鄉
	苗栗縣	通宵鎮、後龍鎮、卓蘭鎮、三灣鄉
	台中縣	新社鄉、大安鄉
	彰化縣	二林鎮、伸港鄉、福興鄉、芬園鄉、埔鹽鄉、埔心鄉、永靖鄉、田尾鄉、埤頭鄉、大城鄉、竹塘鄉、溪州鄉
	南投縣	名間鄉、鹿谷鄉、中寮鄉、國姓鄉
	雲林縣	西螺鎮、古坑鄉、大埤鄉、莿桐鄉
	嘉義縣	布袋鎮、新港鄉、六腳鄉、義竹鄉、太保鄉、竹崎鄉、梅山鄉、大埔鄉、吳鳳鄉
	台南縣	白河鎮、官田鄉、大內鄉、七股鄉、將軍鄉、北門鄉、安定鄉、楠西鄉、南化鄉、左鎮鄉、龍崎鄉
	高雄縣	六龜鄉、甲仙鄉、杉林鄉
	屏東縣	萬丹鄉、九如鄉、里港鄉、高樹鄉、萬巒鄉、新埤鄉、新園鄉、崁頂鄉、佳冬鄉、車城鄉
	澎湖縣	湖西鄉
	花蓮縣	鳳林鎮、壽豐鄉、富里鄉

附錄一都市化分級表(續)

都市化 分級別	縣市鄉鎮	
第7級	台東縣	成功鎮、卑南鄉、大武鄉、太麻里、長濱鄉、鹿野鄉、綠島鄉
第8級	新竹縣	尖石鄉
	宜蘭縣	大同鄉
	苗栗縣	泰安鄉
	台中縣	和平鄉
	彰化縣	芳苑鄉
	南投縣	信義鄉、仁愛鄉
	雲林縣	土庫鎮、二崙鄉、崙背鄉、麥寮鄉、東勢鄉、褒忠鄉、元長鄉、四湖鄉、台西鄉、水林鄉、口湖鄉
	嘉義縣	東石鄉、鹿草鄉、番路鄉
	台南縣	柳營鄉、東山鄉
	高雄縣	田寮鄉、內門鄉、茂林鄉、桃源鄉、三民鄉
	屏東縣	鹽埔鄉、琉球鄉、滿州鄉、枋山鄉、三地門、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉
	澎湖縣	白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉
	花蓮縣	豐濱鄉、秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉
	台東縣	東河鄉、延平鄉、海端鄉、達仁鄉、金峰鄉、蘭嶼鄉
第0級	嘉義縣	阿里山
	金門縣	金城鎮、金沙鎮、金湖鎮、金寧鎮、烈嶼鄉、烏坵鄉
	連江縣	南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

資料來源：勞保統計資料庫「城鄉分級表」，2008