

中國醫藥大學
醫務管理研究所碩士在職班
編號：IHASEP-115

女性身心障礙者罹患癌症之風險與相關因素探討
**The Relative Risks and Associated Factors of Cancers
among Women with Disabilities**

指導教授：黃光華 副教授

共同指導教授：蔡文正 教授

研究生：高惠芬 撰

中華民國 一百零二 年 七 月

私立中國醫藥大學醫務管理學碩士班

高志華 君所撰之碩士論文

經本委員會審查通過。

論文考試委員會委員

黃志華

李西玢

邱尚玄

蔡文子

指導教授

黃志華 蔡文子

碩士班主任

蔡文子

中華民國 1 0 2 年 0 7 月

摘要

目的：癌症蟬聯台灣民眾十大死因首位已三十餘年。2011 年女性身心障礙者佔女性人口數 4.07%，人數逐年上升，故本研究欲探討女性身心障礙者罹患癌症之相關風險與影響因素。

方法：本研究為回溯性世代研究，以 2008 年內政部登記身心障礙者資料庫之 40 歲以上女性身心障礙者為研究對象，排除申請身心障礙前已罹癌之對象，研究對象共 358,999 人。並串聯國衛院 2008 年健保資料庫、國健局 2008 年預防保健申報核銷檔，分析女性身心障礙者罹患癌症之發生率及盛行率，並與一般女性民眾比較，再以羅吉斯迴歸分析探討女性身心障礙者罹癌之影響因素。

結果：女性身心障礙者罹癌每十萬人發生率為 417.8 顯著高於一般女性 197.7，每十萬人盛行率為 3475.8 亦高於一般女性 1517。女性身心障礙者教育程度或收入越高，其罹癌風險越高；障礙等級越高者罹癌風險並未較高(OR=0.31-0.86)；女性身心障礙者中，聽障(OR=1.25；95% CI：1.20-1.31)、多重障(OR=1.09；95% CI：1.04-1.15)及重器障(OR=4.25；95% CI：4.13-4.38)罹癌風險，皆高於一般女性。

結論：女性身心障礙者罹患癌症之發生率與盛行率，皆顯著高於一般女性。人口學特質、健康狀態、身心障礙類別及嚴重度、使用健康檢查服務為罹癌之相關風險因素。根據研究結果提出以下建議：

1. 利用社區健康照護機構和公衛護士或社工人員提供預防性健康照護服務及相關資源。
2. 提升女性身心障礙者及其照護者癌症認知及加強對癌症的警覺性。
3. 對於罹癌風險高的障礙類別，政府應訂定不同健康照護的支付制度，提供更完善的照護減低女性身心障礙者健康照護之差異，降低女性身心障礙者罹癌的風險。

關鍵字：身心障礙者、女性身心障礙者、癌症、癌症發生率

Abstract

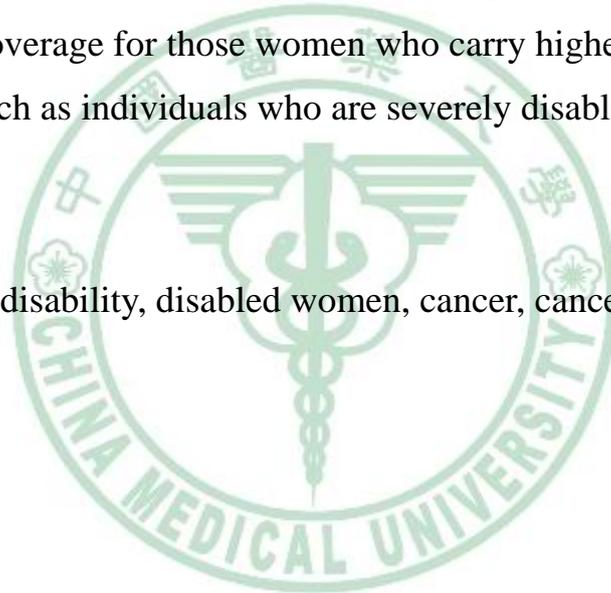
Objective: Cancer is the leading cause of death among Taiwanese women. In 2011, approximately 4.07 percent of women in Taiwan are with disabilities and the percentage has been increasing progressively every year. However, researches about risks in developing cancers among disabled women are lacking. Thus, this study focuses on discussing the prevalence, incidence and risk factors of developing cancers among Taiwanese women with disabilities.

Methods: This retrospective study data analysis was conducted based on disability database from the Ministry of Interior, medical claim dataset of National Health Insurance and the preventive health care files of Bureau of Health Promotions during year of 2008. The studied subjects are registered disabled women aged over 40. Those women with preexisting cancers prior to become disabled were excluded. The total number of subjects collected for this study was 358,999. This study analyzed the incidence, prevalence of developing cancers among women with disabilities. Besides descriptive statistics, logistic regression analysis was used to identify the risk factors of developing cancers for the disabled women in comparison to women without disabilities.

Results: The incidence of developing cancer among the disabled women (417.8 0/0000) was significantly higher than non-disabled women (197.7 0/0000). Disabled women with higher income and education levels had higher risk of developing cancer. Moreover, subjects with more severe forms of disabilities had lower risk of developing cancer (ORs of 0.86, 0.72, and 0.31). Disabled women with hearing impairment (OR=1.25 ; 95% CI : 1.20-1.31), multiple disabilities (OR=1.09 ; 95% CI : 1.04-1.15), and major organ malformation (OR=4.25 ; 95% CI : 4.13-4.38) had higher risk of developing cancers than non-disabled women($p < 0.05$).

Conclusion: The incidence and prevalence of developing cancers among women with disabilities were significantly higher than women without disabilities. The risk factors of developing cancers among disabled women were identified based on demographics, health status, the type and degree of disability, and utilization of preventive health services. The outcome of this study suggests as follows: (1) community healthcare institutions, public health nurses along with social workers should provide access to preventive healthcare services to mitigate the disparities; (2) the importance of promoting cancer awareness especially in women with disabilities and their caregivers and (3) provide supplemental insurance coverage for those women who carry higher risks in developing cancer(s) such as individuals who are severely disabled or with multiple disabilities.

Keywords: disability, disabled women, cancer, cancer incidence



致 謝

「零碎的布條可以織成彩衣，零碎的時間可以織成美夢」這是影響我很深的一句話。2007年公費服務於衛生福利部南投醫院，感謝長官支持讓我利用臨床工作之餘，學習醫管領域知識，實現我的理想。忙碌的工作、行政事務和課業帶來的壓力與身體疲憊，時常讓我想放棄學業，因蔡文正教授奮鬥的故事讓我感動，深信困難是可以克服一切，而我做到了。

感謝婦產科同仁給我包容與幫助，特別是莊志堅主任、鍾文振主任、黃麗伊醫師大力幫忙，以及中醫科顏素美主任傾囊相授學習經驗與知識。另外，感謝許霆琍同學給我最大的協助與支援，高長吳貞璇醫師給我力量與信心，吳惠芳小姐給予我溫暖與幫助。此外，特別感謝好長輩、好同學陳美玲護理長，在學習旅程中一路相伴與鼓勵。

論文能順利完成，首先要感謝蔡文正教授細心、耐心的指導，以及黃光華副教授仔細地幫我修改論文，讓架構完整、文字流暢。其次感謝邱莉婷小姐在資料統計與分析給予我很大的協助，更感謝遠在美國學妹劉靜宜小姐修正指導。最後，感謝家人體諒我犧牲許多陪伴的時間與機會，讓我完成學業，能「學以致用」是人生一大樂事，感謝一路上幫助我、鼓勵我的師長、前輩、同窗好友。

高惠芬 謹誌

2013.07 于台灣南投

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、身心障礙之定義	3
第二節、癌症	4
第三節、身心障礙者罹患癌症之相關研究	7
第三章 研究設計與方法	9
第一節、研究架構	9
第二節、研究假設	9
第三節、研究對象	10
第四節、資料來源	10
第五節、研究變項之操作型定義	11
第六節、統計軟體與分析方法	14
第四章 結果	15
第五章 討論	34
第六章 結論與建議	40
第一節、結論	40
第二節、建議	41
第三節、研究限制	41

參考文獻	42
附錄一、都市化分級表	48
附錄二、全民健康保險慢性疾病範圍	53



圖目錄

圖 3.1 研究架構圖	9
-------------------	---

表目錄

表 4-1、2008 年女性一般民眾、身心障礙者癌症每十萬人發生率.....	22
表 4-2、2008 年女性一般民眾、身心障礙者癌症每十萬人盛行率.....	22
表 4-3、2008 年女性身心障礙者有無癌症之分析	23
表 4-3、2008 年女性身心障礙者有無癌症之分析(續).....	24
表 4-3、2008 年女性身心障礙者有無癌症之分析(續).....	25
表 4-3、2008 年女性身心障礙者有無癌症之分析(續).....	26
表 4-4、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(與一般女性民眾比較)..	27
表 4-4、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(與一般女性民眾比較)(續)	28
表 4-4、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(與一般女性民眾比較)(續)	29
表 4-5、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素	30
表 4-5、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(續).....	31
表 4-5、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(續).....	32
表 4-5、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(續).....	33

第一章 緒論

第一節、研究背景與動機

癌症是台灣女性十大死因之首位，其發生率每年呈直線增加，2011年台灣女性癌症死亡人數佔女性死亡人數的 26.4% (衛生署統計室, 2011)。癌症的高發生率與致死率造成顯著的醫療費用支出，也嚴重影響到個人、家庭與社會之成本支出(Chen, You, Lin, Hsu, & Yang, 2002)。

台灣女性身心障礙者自 2001 年約有三十萬人，2011 年攀升至約有四十七萬人，成長率為 35.2%，佔台灣女性總人口的 4.05%。身心障礙者的基本健康需求及罹患癌症的風險與一般女性相近(Thierry, 2000)。有學者指出身心障礙者無法正確表達身體的不適，其就醫便利性也比一般人低，所需花費時間及困難度比較高，因而延遲治療期程，甚至沒有接受適當的治療及篩檢(James Hogg & Irene Tuffrey-Wijne, 2008)。

台灣研究提出 2008 年大於 30 歲女性身心障礙者，接受子宮頸抹片檢查的比例只有 7.71%，遠低於一般女性的 28.8%(K. H. Huang, Tsai, & Kung, 2012)，另外也提到女性身心障礙者較少接受子宮頸抹片檢查的相關因素有年齡較高、都市化程度高的居住地、較低收入、較低的教育程度、未婚、無罹癌的過去病史、障礙等級越高等。也有研究提出台灣女性身心障礙者接受乳房攝影檢查的比例只有 8.49%，遠低於一般女性的 12%，而女性身心障礙者較少接受乳房攝影檢查的相關因素包括障礙等級越高、多重障礙、較低的收入、較低的教育程度等(Kung, Tsai, & Chiou, 2012)。美國 USPSTF 證實透過癌症篩檢可以降低癌症的死亡率與增加存活率(Centers for Disease & Prevention, 2012)，而根據研究顯示女性身心障礙者接受癌症篩檢的比例，遠低於一般女性，針對女性身心障礙者罹患癌症風險是否高於一般女性，目前相關研

究探討甚少。

因此，本研究以女性身心障礙者為研究對象，探討其罹患癌症之風險，及其罹患癌症之影響因素，期望研究結果可作為擬訂女性身心障礙者健康照護政策之參考。

第二節、研究目的

本研究以女性身心障礙者為研究對象，分析其各項罹患癌症之風險，並探討其罹患癌症之相關影響因素，研究目的列舉如下：

- 一、瞭解女性身心障礙者罹患癌症之發生率及盛行率。
- 二、分析女性身心障礙者之人口學特質。
- 三、探討女性身心障礙者罹患癌症之風險及相關影響因素。



第二章 文獻探討

第一節、身心障礙之定義

身心障礙者是指身體系統構造或功能包括：1.神經系統構造及精神、心智功能；2.眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛；3.涉及聲音與言語構造及其功能；4.循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能；5.消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能；6.泌尿與生殖系統相關構造及其功能；7.神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能；8.皮膚與相關構造及其功能，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，領有身心障礙證明者為範圍(台灣身心障礙者權益保障法，2007)。

世界衛生組織（WHO）的身心障礙分類手冊(Bickenbach, Chatterji, Badley, & Ustun, 1999)對身心障礙的定義與概念的轉變，1980年仿照國際疾病分類手冊（International Classification of Diseases, ICD）的模式，出版國際損傷、障礙、及殘廢分類手冊（International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps）ICIDH。此手冊的出版顯示WHO嘗試將身心障礙的社會意涵，併入ICIDH的架構中。從其名稱我們知道ICIDH將身心障礙可以分成損傷、障礙、殘廢等三種不同層次及情況。

所謂損傷是指「任何心理的、生理的、及解剖結構或功能的喪失或不正常」。損傷進一步妨礙或限制正常日常活動的進行，就可以算是進入了障礙的層次。如果上述缺損和障礙，影響到一個人生活中社會角色執行，那就構成ICIDH所謂的殘廢(董和銳, 2003)。美國殘障福利法對殘障的界定有三項：1.具有生理、心理障礙之個人，且障礙限制當事人一項或一項以上的主要生活活動；2.曾有記錄顯是殘障狀況；3.被認為

具有障礙(王雲東, 1992)。此外，衛生署對身心障礙者，依其生理或心理之不同限制因素，將身心障礙劃分為 18 類，並依據身心障礙嚴重程度區分為極重度、重度、中度與輕度等級。

第二節、癌症

根據 WHO GLOBOCAN 癌症報告，2008 年全球約有七百六十萬人死於癌症，約占全球所有死亡人數的 13%，是全球人口死亡的首要原因；而約有一千二百七十萬人罹患癌症。隨著人口老化與引發癌症的不健康行為增加，使得罹患癌症的人口數或死於癌症的人口數急遽增加(Jemal et al., 2011)。根據 WHO 最新的報告指出，2030 年每年全球死於癌症的人口將會達到一千三百萬人；罹患癌症人口上看兩千一百萬人(WHO, 2013)。

台灣自 1982 年起至 2012 年為止，癌症高居十大死因之首，每十萬人標準化死亡率從 1982 年的 118.9，逐年上升至 2011 年的 132.2(國民健康局, 2013; 衛生署統計室, 2011)。2011 年台灣因癌症死亡的人數有 42,559 人，佔十大死因死亡人口數的 28.0%，癌症造成龐大的人年損失和醫療費用之外，也影響病患健康和家人的生活品質(國民健康局, 2013)。

2011 年女性十大主要死因以癌症佔 26.4% 為最多(衛生署統計室, 2011)。2008 年台灣女性癌症發生率前五名，排名依序為乳癌、大腸癌、子宮頸癌、肺、支氣管、胃癌。而死亡率前五名，排名依序為乳癌、肺、支氣管癌、大腸癌、子宮頸癌、胃癌。比較 2011 年與 2010 年女性癌症標準化死亡率，2011 年呈現增加的有乳癌、大腸癌、胰臟癌、肺癌，其中以乳癌增幅 7.9% 為最明顯(國民健康局, 2013)。

癌症的負擔增加主要是因為快速的人口老化(Jemal et al., 2011)。有研究證實與癌症有關之危險因子有吸菸、飲酒、飲食中缺乏高纖的蔬

菜水果、體重過重、缺乏運動、不安全的性行為、環境污染或職業暴露、感染、遺傳因子或荷爾蒙的使用等因素(Prevention, 1997)。

有研究指出約有50%之癌症是可以被預防的，透過改變環境和生活型態可以避免癌症發生。此外，可透過癌症篩檢，及早發現癌前病變或癌症，達到早期發現早期治療，以降低癌症的死亡率，增加癌症的存活率(Jemal et al., 2011; Wolin, Carson, & Colditz, 2010)。

研究發現戒菸可以減少口咽癌、肺癌、膀胱癌、食道癌的發生(Samet, 1990; Sasco, Secretan, & Straif, 2004)。透過大腸鏡篩檢、切除大腸息肉被證實可以預防大腸癌的發生(Rembacken et al., 2000; Saitoh et al., 2001)。接種人類乳突病毒疫苗，可以降低子宮頸癌發生率，或是透過子宮頸抹片篩檢，發現病變介入治療可以降低子宮頸癌發生率與死亡率(Abed et al., 2006; Hildesheim et al., 1999; Janerich DT, Hadjimichael O, & Schwartz PE, 1995)。

低社經地位族群大多是較差的健康狀態和有較高的罹病死亡率(Jemal et al., 2008; Mackenbach et al., 2008)，而低社經地位族群的整體癌症的發生率與死亡率，高於高社經地位族群(Dalton et al., 2008; Krieger, 2002)。有研究指出社經地位的不對等，會導致罹患癌症之相關危險因子和行為，包括抽菸、營養不良、缺乏運動及肥胖。而低社經地位有貧窮、低教育程度、缺乏健康保險等影響因子，所造成健康照護的威脅，遠大過於生物學上的差異(Dosemeci M, 1993; Faggiano F, 1997)。低社經地位族群有高比率抽菸及缺乏運動的不健康行為(Hanson MD, 2007; Lee, Lim, Hwang, Chae, & Park, 2010)。有研究發現大於四十五歲的低社經地位婦女，癌症的發生率高於高社經地位婦女，該研究觀察病發現 1996 年至 2008 年荷蘭高社經地位婦女，罹患大腸直腸癌及肺癌的發生率，

有明顯增加的趨勢，而低社經地位的癌症病患，其相對存活率是較差的 (Aarts, van der Aa, Coebergh, & Louwman, 2010)。

有研究發現癌症的發生可能與賀爾蒙相關疾病(S. H. Chung, Franceschi, & Lambert, 2010; Janicki & Schupf, 2010; Tinelli et al., 2008)、內分泌及代謝疾病(Deng, Gui, Zhao, Wang, & Shen, 2012; Friberg, Orsini, Mantzoros, & Wolk, 2007; Larsson, Mantzoros, & Wolk, 2007)、免疫功能(Dunn, Old, & Schreiber, 2004; Ershler, 1993; Weiskopf, Weinberger, & Grubeck-Loebenstein, 2009)、發炎(Mantovani, Allavena, Sica, & Balkwill, 2008)、病毒感染(De Flora & Bonanni, 2011)、冠狀動脈疾病(Chan et al., 2007)、高血壓(Furberg & Thune, 2003; Soler et al., 1999)有關，也有學者發現中、重度腎臟疾病及肝臟疾病增加了罹患乳癌的風險(Ording et al., 2012)。

美國 USPSTF 已證實透過乳癌篩檢、子宮頸癌篩檢或大腸癌篩檢可以降低癌症的死亡率(Centers for Disease & Prevention, 2012)。子宮頸癌篩檢較早被使用，經由推廣子宮頸癌篩檢，已明顯降低子宮頸癌的死亡率。有研究指出接受癌症篩檢率的差異與種族、教育程度、健康照護支持系統有關(Peto, Gilham, Fletcher, & Matthews, 2004)。

第三節、身心障礙者罹患癌症之相關研究

根據 WHO 對「健康」的定義，包括身體的、心理的與社會的三個層面之完整與安寧狀況，而不是沒有疾病及虛弱而已。若以傳統健康指標來評量身心障礙者之健康狀態，對於身心障礙者在身體、心理與社會因素三者之一必定遭遇限制，以及負面的健康效應產生，造成健康政策制定上缺乏正面誘因而擬訂計畫，以促使他們增進健康，以致難以達到完善健康的境界。因此，有必要審視一個新的健康涵意，來改進傳統的健康定義，縱使因為先天或是後天的因素，造成身心功能障礙，仍可以透過相關體系與服務的介入與努力，積極減低身心障礙者日常生活的障礙，使能夠正常參與社會，提升身心障礙者的生活品質，趨向「完整與安寧狀況」的健康定義(林金定, 2008)。

身心障礙者罹患癌症的發生率與一般人無顯著差異，但其本身的身心障礙狀態，使得接受醫療照護或預防保健服務時可能存在環境、認知、溝通的障礙，而產生的「雙重障礙」(Barr, Giannotti, Van Hoof, Mongoven, & Curry, 2008; Wisdom et al., 2010)。

研究發現智能障礙的身心障礙者，發生癌症的風險與一般民眾相似，比一般民眾有較高的機會罹患膽囊癌、甲狀腺癌，而嚴重度較高的智能障礙者，其罹患腦癌機會也比一般民眾高，但其罹患肺癌的機會較低(Patja, Eero, & Iivanainen, 2001b)。在婦女癌症部分，有學者提出女性智能障礙者有較高的機會，因不活躍的性生活、無懷孕史、少暴露性病傳染機會、肥胖、低荷爾蒙狀態而月經不規律，使得女性智能障礙者較少罹患子宮頸癌，相對增加罹患卵巢癌與子宮體癌的風險(Sullivan, Hussain, Threlfall, & Bittles, 2004)。

女性身心障礙者罹患乳癌的風險與一般女性族群是相同的，但因為女性身心障礙者可能因為自身身心障礙造成的限制，使得無法接受到適

當的篩檢服務(J. Hogg & I. Tuffrey-Wijne, 2008)。女性身心障礙者罹患乳癌的死亡率，較一般女性族群高(McCarthy et al., 2006)。也有學者提出肢體障礙婦女有較高風險被延遲診斷為乳癌或子宮頸癌，主要原因可能是環境、態度及資訊取得的障礙(Nosek & Howland, 1997)。

癌症的形成與生活環境及型態有關，嚴重度越低的智能障礙者，自我生活型態較有自主權選擇，而使得嚴重度低的智能障礙，可能與一般族群一樣較易暴露在吸菸、喝酒或是其他不當的生活方式，使得低嚴重度的智能障礙者罹癌機會增加(Turner & Moss, 1996)。

研究顯示預防癌症發生或死亡的治療方式，往往因為身心障礙者本身之身、心障礙因素，導致癌症症狀發生時，出現較低的就醫、篩檢及延遲診斷，而使得錯失有效治療的時機(James Hogg & Irene Tuffrey-Wijne, 2008)。有研究發現缺乏完整病史、不易取得癌症篩檢、缺乏社區健康照護及社會支持或其醫療照護提供者的忽視或錯誤判斷等影響因子，導致增加身心障礙者罹患癌症或死亡之風險(Kastner, Nathanson, & Friedman, 1993)。

第三章 研究設計與方法

第一節、研究架構



圖 3.1 研究架構圖

第二節、研究假設

1. 女性身心障礙者罹癌之發生率與盛行率，比一般女性民眾高。
2. 個人特性、投保金額、健康狀況會影響女性身心障礙者罹患癌症之風險。
3. 女性身心障礙者之障礙類別與嚴重級別，會影響女性身心障礙者罹患癌症之風險。
4. 女性身心障礙者之預防保健使用情形，會影響女性身心障礙者罹患癌症之風險。

第三節、研究對象

本研究以 2008 年四十歲以上台灣女性身心障礙者及一般女性民眾為研究對象，排除申請身心障礙前已罹患癌症之個案。台灣「身心障礙者權益保障法」將身心障礙者分為視覺障礙、聽覺機能障礙、平衡機能障礙、聲音機能或語言障礙、肢體障礙、智能障礙、重要器官失去功能、顏面損傷、植物人、失智症、自閉症、染色體異常、先天代謝異常、其他先天缺陷、多重障礙、慢性精神病患者、頑性癲癇症者以及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歸類為其它類，共 18 類，並依障礙嚴重程度分為「極重度」、「重度」、「中度」與「輕度」等 4 種障礙等級。

本研究變項包含有五大類：(1) 人口學特性變項：年齡、教育程度、婚姻狀況、是否為原住民、投保金額、是否為低收入戶、投保地區都市化程度；(2) 健康狀態部分的變項：有無重大傷病、有無慢性病；(3) 身心障礙資格：障礙類別、障礙等級；(4) 使用健康檢查服務：使用成人預防保健、使用子宮頸抹片檢查；(5) 有無癌症。

第四節、資料來源

本研究屬於回溯性世代研究，以 2008 年台灣內政部登記之身心障礙者資料庫之女性身心障礙者為研究對象。針對其是否罹患癌症以及預防保健服務使用情形，則串連國家衛生研究院 2006-2008 年發行「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」以及國民健康局 2006-2008 年之「預防保健申報檔」、「預防保健核銷檔」進行分析。

此外，為比較女性身心障礙者與一般女性罹患癌症風險之差異，本研究以 2008 年全國大於四十歲以上之女性作為觀察對象，且在

2006-2008 年間未曾以身心障礙身分就醫者為一般民眾代表，並串聯 2006-2008 年「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」，分析其罹患癌症之風險與相關因素。

第五節、研究變項之操作型定義

1. 依變項：有、無罹患癌症。

2. 自變項：

(1) 人口學特質：包括年齡、教育程度、婚姻狀況、是否為原住民、投保金額、是否為低收入戶、投保地區都市化程度等變項。在年齡部份，本研究將年齡變項分為：40-44 歲、45-49 歲、50-54 歲、55-59 歲、60-64 歲、65-69 歲、70-74 歲、75-79 歲、80-84 歲、 ≥ 85 歲等年齡層。投保金額是參照全民健康保險投保金額分級劃分為：依附人口、 $\leq 17,280$ 元、17,281-22,800 元、22,801-28,800 元、28,801-36,300 元、36,301-45,800 元、45,801-57,800 元、 $\geq 57,801$ 元(中央健康保險局, 2007)。投保地區都市化程度，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 個類別都市特性要因，分類為七大都市化位階。第一級為都市化程度最高之地區、第七級為都市化程度最低之地區(劉介宇、洪永泰與莊義利等, 2006)。

(2) 身心障礙資格：身心障礙類別、身心障礙嚴重級別等

(3) 健康狀況：有無重大傷病、有無慢性病。慢性病部份依據健保局訂定之慢性病範圍分成「內分泌及代謝疾病」、「精神疾病」、「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」、「眼及其附屬器官之疾病」、「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」、「其他」(中央健康保險局, 2013)。

- (4) 是否利用預防保健服務：包括成人預防保健、子宮頸抹片檢查。預防保健服務利用方面，國民健康局規定「成人預防保健」以40歲至65歲民眾每三年可以檢查一次、65歲以上之民眾每一年檢查一次，本研究觀察2006-2008年40歲至65歲身心障礙婦女三年內是否使用成人預防保健，65歲以上之身心障礙婦女一年內是否使用成人預防保健；「子宮頸抹片檢查」是30歲以上婦女每年可以檢查一次，本研究觀察2008年身心障礙婦女一年內是否使用子宮頸抹片檢查來分析。
- 本研究變項之操作型定義如下表3-1。

表 3-1、研究變項之操作型定義

依變項名稱	操作型定義	變項種類
罹患癌症	有、無	類別變項
自變項名稱	操作型定義	變項種類
(1)人口學特性		
年齡	40-44歲、45-49歲、50-54歲、55-59歲、60-64歲、65-69歲、70-74歲、75-79歲、80-84歲、≥85歲	序位變項
教育程度	不識字和國小、國中、高中(職)、專科及大學以上、不詳	序位變項
婚姻狀況	已婚、未婚、離婚及喪偶、不詳	類別變項
原住民	是、否	類別變項
每月投保金額(NT)	依附人口、≤17,280元、17,281-22,800元、22,801-28,800元、28,801-36,300元、36,301-45,800元、45,801-57,800元、≥57,801元	序位變項

低收入戶	是、否	類別變項
投保地區都市化程度	1 級、2-3 級、4-5 級、6-7 級	序位變項
(2)健康狀態		
有無重大傷病	是、否	類別變項
有無慢性病	分成「內分泌及代謝疾病」、「精神疾病」、「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」、「眼及其附屬器官之疾病」、「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」、「其他」等 15 類。	類別變項
(3)身心障礙資格		
身心障礙類別	無、視覺障礙、聽覺機能障礙、平衡機能障礙、聲音機能或語言障礙、肢體障礙、智能障礙、重要器官失去功能、顏面損傷、植物人、失智症、多重障礙、慢性精神病患者、其它類等 13 類。	類別變項
身心障礙嚴重級別	無、輕度、中度、重度、極重度	序位變項
(4)使用健康檢查狀況		
接受成人預防保健	是、否	類別變項
接受子宮頸抹片檢查	是、否	類別變項

第六節、統計軟體與分析方法

本研究利用 SAS 9.1 軟體進行資料處理，首先以描述性分析描述女性身心障礙者其年齡、教育程度、婚姻狀況、是否為原住民、投保金額、是否為低收入戶、投保地區都市化程度、身心障礙類別、障礙等級、是否有重大傷病、罹患慢性病情形、預防保健利用情形等變項，統計其人數及百分比，並分別計算女性身心障礙者與一般女性民眾罹患癌症之發生率與盛行率。

在推論性統計部分，先以卡方檢定比較有無罹患癌症之女性身心障礙者在人口學特質、健康狀況、身心障礙資格、預防保健利用情形等變項之差異。接著再利用羅吉斯迴歸分析探討影響女性身心障礙者是否罹患癌症之相關因素，以有無罹患癌症為依變項，自變項則包含人口學特質(包括年齡、教育程度、婚姻狀況、是否為原住民、投保地區、投保金額、是否為低收入戶等)、健康狀況(包括是否有無慢性病、是否有無重大傷病等)、身心障礙資格(包括身心障礙類別、身心障礙等級等)及是否曾使用過預防保健服務(包括成人預防保健、子宮頸抹片檢查等)等變項。

另外，為比較女性身心障礙者與一般女性民眾罹患癌症風險之差異，本研究利用羅吉斯迴歸分析探討影響女性有無罹患癌症之相關因素。以有無罹患癌症為依變項，自變項則包含人口學特質(包括年齡、投保地區、投保金額、是否為低收入戶等)、健康狀況(包括是否有無慢性病、是否有無重大傷病等)、身心障礙資格(包括身心障礙類別、身心障礙嚴重等級等)及是否曾使用過預防保健服務(包括成人預防保健、子宮頸抹片檢查等)等變項。

第四章 結果

第一節、女性身心障礙者與一般女性民眾罹患癌症的發生率與盛行率

本研究 2008 年 40 歲以上女性身心障礙者，共計有 358,999 人，其中包含有癌症組(6.01%, n=21,586 人)和無癌症組(93.99%, 337,413 人)，40 歲以上一般女性民眾，共計有 4,776,567 人，其中包含有癌症組(3.95%, n=188,617 人)和無癌症組(96.05%, 4,587,950 人)。

女性身心障礙者與一般女性民眾罹患常見十大癌症每十萬人發生率如表 4-1。女性身心障礙者罹患常見十大癌症每十萬人發生率為 417.8，高於一般女性民眾的 197.7，各項十大癌症之發生率女性身心障礙者皆高於一般女性民眾。發生率第一名為乳癌，而女性身心障礙者罹患乳癌每十萬人發生率為 97.7，高於一般女性 61.6。第二名是大腸直腸癌，女性身心障礙者罹患大腸癌每十萬人發生率為 88.3，高於一般女性 33.3。第三名是肺、支氣管及氣管癌，女性身心障礙者罹患肺、支氣管及氣管癌每十萬人發生率為 64.2，高於一般女性 23.7。第四名是肝及肝內膽管癌，女性身心障礙者罹患肝及肝內膽管癌每十萬人發生率為 44.8，高於一般女性 22.8。第五名是子宮頸癌，女性身心障礙者罹患子宮頸癌每十萬人發生率為 25.7，高於一般女性 13.6。而女性身心障礙者前五大癌症發生率與一般女性比較後的倍數依序為乳癌 1.6 倍、大腸直腸癌 2.7 倍、肺、支氣管及氣管癌 2.7 倍、肝及肝內膽管癌 2.0 倍、子宮頸癌 1.9 倍。

女性身心障礙者與一般女性民眾罹患常見十大癌症每十萬人盛行率如表 4-2。女性身心障礙者罹患常見十大癌症每十萬人盛行率為 3475.8，高於一般女性的 1517.0，各項十大癌症之盛行率女性身心障礙者皆高於一般女性。盛行率第一名是乳癌，女性身心障礙者罹患乳癌每十萬人盛

行率為 888.9，高於一般女性 561.7。第二名是大腸直腸癌，女性身心障礙者罹患大腸癌每十萬人盛行率為 855.7，高於一般女性 236.3。第三名是子宮頸癌，女性身心障礙者罹患子宮頸癌每十萬人盛行率為 538.3，高於一般女性 221.8。第四名是甲狀腺癌，女性身心障礙者罹患甲狀腺癌每十萬人盛行率為 149.7，高於一般女性 102.1。第五名是肝及肝內膽管癌，女性身心障礙者罹患肝及肝內膽管癌每十萬人盛行率為 229.8，高於一般女性 92.4。女性身心障礙者前五大癌症盛行率與一般女性比較後的倍數依序為乳癌 1.6 倍、大腸直腸癌 3.6 倍、肺、支氣管及氣管癌 2.4 倍、肝及肝內膽管癌 1.5 倍、子宮頸癌 2.5 倍。



第二節、女性身心障礙者之基本特質

2008 年 40 歲以上女性身心障礙者，共有 358,999 人，其中罹癌者 21,585 人佔 6.07%，無罹癌者 337,413 人佔 93.99%。女性身心障礙者有無癌症之分析，如表 4-3 所示。

人口學特性變項中，包含年齡、教育程度、婚姻狀況、是否為原住民、投保金額、是否為低收入戶、投保地區都市化程度等，各變項均具有統計學顯著差異($p < 0.05$)。在年齡部分，75-79 歲者為最多，佔 11.32%，其次為 70-74 歲者佔 11.26%，年齡越高罹癌比例越高。教育程度方面，不識字和國小為最多佔 60.96%。在婚姻狀況部分，已婚最多佔 57.66%，原住民僅佔 1.51%。投保金額方面以依附人口為最多佔 39.24%，其次為投保金額 17281-22800 元佔 31.93%。而低收入戶僅佔 3.83%。在投保地區都市化程度方面，以都市化程度第二級地區及第三級地區之女性身心障礙者最多佔 43.17%。

健康狀態部分包含有障礙類別、障礙等級、其他重大傷病、慢性病等變項，其中除了慢性病中的傳染病及先天畸形之外，其餘變項都具有統計顯著差異($p < 0.05$)。障礙類別方面，以肢障為最多佔 39.19%、其次是重器障佔 13.12%，再來是聽障佔 11.56%。在障礙等級方面以輕度障礙為最多佔 35.29%，其次為中度障礙佔 32.25%。在有無重大傷病部分，有重大傷病比率為 26.33%。在慢性病的變項，其中合併有循環系統疾病的比率較高，約有 53.73%。

在使用預防保健服務方面包括成人預防保健及子宮頸抹片檢查，都具有統計顯著差異($p < 0.05$)，成人預防保健使用比率僅有 28.8%，而子宮頸抹片檢查比率僅有 32.43%。

2008 年 40 歲以上女性身心障礙者罹患癌症共計有 21,586 人佔 40 歲以上女性身心障礙者比例為 6.01%。罹患癌症的女性身心障礙者年齡

層以 65 至 69 歲最高佔 7.47%，教育程度以高中(職)最多佔 7.13%。在婚姻狀況中，已婚且罹患癌症的女性身心障礙者最多佔 6.36%。非原住民身份的族群中其罹患癌症的比例為 6.04% 高於原住民身份的女性身心障礙者罹患癌症比例為 4.34%。投保金額以 36,301-45,800 元為最多佔 7.83%。非低收入戶族群中罹患癌症的比例為 6.12% 高於低收入戶女性身心障礙者罹患癌症比例之 3.33%。在投保地區都市化程度以第一級地區罹患癌症的比例最高為 6.73%，最低是第六級及第七級都市化程度族群其罹患癌症的比例為 5.57%。障礙類別中以顏障族群其罹癌比例最高為 19.51%，以智障族群其罹癌比例最低為 1.60%。障礙等級中以輕度障礙族群罹癌比例最高為 7.32%，重度障礙族群最低為 4.79%。非重大傷病的族群中其罹患癌症的比例為 6.34% 高於重大傷病的族群罹患癌症比例為 5.09%。罹患血液及造血器官疾病的族群其罹癌的比例最高為 9.01%，最低是有罹患精神疾病的族群比例為 5.25%。在接受成人預防保健部分，接受該檢查且罹患癌症的女性身心障礙者的比例為 5.37%，低於沒有接受該檢查的罹癌女性身心障礙者的 6.27%；在接受子宮頸抹片檢查部分，接受該檢查的罹癌女性身心障礙者的比例為 7.28%，低於沒有接受該檢查的罹癌女性身心障礙者之 5.41%。

第三節、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(與一般女性民眾比較)

以羅吉斯迴歸分析來探討女性身心障礙者與一般女性民眾比較，有無癌症之影響因素，結果如表 4-4 所示。在障礙類別部分，除肢障、植物人、平衡障，不具有統計顯著差異($p < 0.05$)外，其餘障礙類別皆具顯著差異($p < 0.05$)。在聽障($OR=1.25$, 95% $CI=1.20-1.31$)、多障($OR=1.09$, 95% $CI=1.04-1.15$)、重器障($OR=4.25$, 95% $CI=4.13-4.38$)、其他障礙類別 ($OR=1.84$, 95% $CI=1.39-2.43$)，罹癌風險高於一般女性。障礙類別在視障($OR=0.92$, 95% $CI=0.87-0.98$)、智障($OR=0.62$, 95% $CI=0.54-0.72$)、失智症($OR=0.66$, 95% $CI=0.61-0.71$)及精神病($OR=0.79$, 95% $CI=0.74-0.85$) 的女性身心障礙者，罹癌風險低於一般女性。在障礙等級方面，除重度障礙等級外，其餘皆具有統計顯著差異，由此可見障礙等級越高的女性身心障礙者，其罹癌風險($OR=1.17-1.71$)高於一般女性。

第四節、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素

透過羅吉斯迴歸分析女性身心障礙者罹患癌症之相關影響，結果如表 4-5 所示。在年齡部份，各年齡層具有統計顯著差異($p < 0.05$)，年齡越高之女性身心障礙者，其罹癌風險越高($OR = 1.39-3.11$)。教育程度方面，皆具有統計顯著差異($p < 0.05$)，教育程度越高，罹癌風險越高($OR = 1.09-1.47$)。在婚姻狀況方面，無統計顯著差異。原住民女性身心障礙者罹癌風險 ($OR = 0.82$, 95% $CI = 0.72-0.94$) 較非原住民低。從投保金額顯示，除投保金額 28,801-36,300 元、45,801-57,800 元、 $\geq 57,801$ 元組別不具統計顯著差異之外，其餘的投保金額組別，皆具有統計顯著差異($p < 0.05$)，且投保金額越高，其罹癌風險越高($OR = 1.08-1.25$)。女性身心障礙者為低收入戶者，其罹癌風險無統計顯著差異。投保地區都市化程度方面，皆具有統計顯著差異($p < 0.05$)，而都市化程度越低的女性身心障礙者罹癌風險低 ($OR = 0.9-0.94$)。在障礙類別部分，以肢障作為參考組，除視障、平衡障與其他類障礙類別不具統計顯著差異外，其餘的障礙類別，皆具統計顯著差異($p < 0.05$)，其中僅有智障($OR = 0.61$, 95% $CI = 0.52-0.71$)及精神病($OR = 0.80$, 95% $CI = 0.74-0.87$) 的罹癌風險，低於肢障，而聽障($OR = 1.29$, 95% $CI = 1.23-1.35$)、聲障($OR = 3.58$, 95% $CI = 3.16-4.05$)、多障($OR = 1.99$, 95% $CI = 1.87-2.11$)、重器障($OR = 7.18$, 95% $CI = 6.88-7.48$)、顏障($OR = 5.55$, 95% $CI = 4.55-6.76$)、植物人($OR = 3.14$, 95% $CI = 2.48-3.97$)、失智症($OR = 1.11$, 95% $CI = 1.02-1.21$)等障礙類別，皆高於肢障。障礙等級方面，各障礙等級都具有統計顯著差異($p < 0.05$)，而以輕度障礙等級作為參考組，發現障礙等級越嚴重的女性身心障礙者其罹癌的風險越低($OR = 0.31-0.86$)。

重大傷病方面具有統計顯著差異($p < 0.05$)，有重大傷病的女性身心障礙者罹癌風險較低($OR = 0.78$, 95% $CI = 0.75-0.82$)。在罹患慢性病方

面，內分泌及代謝疾病、循環系統疾病、消化系統疾病、骨骼肌肉系統及結締組織之疾病、眼及其附屬器官之疾病、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、與其他相關疾病的變項具有統計顯著差異($p < 0.05$)，研究發現女性身心障礙者有消化系統疾病罹癌風險較高($OR = 1.36, 95\% CI = 1.31-1.40$)、有皮膚及皮下組織疾病罹癌風險較高($OR = 1.15, 95\% CI = 1.09-1.21$)、有血液及造血器官疾病其罹癌風險較高($OR = 1.36, 95\% CI = 1.29-1.44$)、有耳及乳突之疾病其罹癌風險較高($OR = 1.10, 95\% CI = 1.05-1.16$)以及有其他慢性病其罹癌風險較高($OR = 1.29, 95\% CI = 1.24-1.35$)。

在預防保健服務部分，皆具有統計顯著差異($p < 0.05$)，女性身心障礙者有使用成人健檢其罹癌風險較低($OR = 0.75, 95\% CI = 0.72-0.77$)，而有使用子宮頸抹片檢查的女性身心障礙者其罹癌風險較高($OR = 1.32, 95\% CI = 1.28-1.37$)。



表 4-1、2008 年女性一般民眾、身心障礙者癌症每十萬人發生率

癌症類別	一般民眾(A)		身心障礙者(B)		(B)/(A)
	癌症人數	每十萬人發生率	癌症人數	每十萬人發生率	每十萬人發生率倍數
合計	21,105	197.7	1,809	417.8	2.11
乳癌	6,650	61.6	440	97.7	1.59
大腸直腸癌	3,611	33.3	398	88.3	2.65
肺、支氣管及氣管癌	2,565	23.7	291	64.2	2.71
肝及肝內膽管癌	2,469	22.8	203	44.8	1.96
子宮頸癌	1,469	13.6	116	25.7	1.89
胃癌	1,017	9.4	82	18.1	1.93
子宮體癌	1,016	9.4	72	15.9	1.69
甲狀腺癌	944	8.7	77	17.0	1.95
卵巢、輸卵管及寬韌帶癌	833	7.7	53	11.7	1.52
皮膚癌	531	4.9	77	17.0	3.47

表 4-2、2008 年女性一般民眾、身心障礙者癌症每十萬人盛行率

癌症類別	一般民眾(A)		身心障礙者(B)		(B)/(A)
	癌症人數	每十萬人盛行率	癌症人數	每十萬人盛行率	每十萬人盛行率倍數
合計	164,652	1517.0	15,793	3475.8	2.29
乳癌	60,969	561.7	4,039	888.9	1.58
大腸直腸癌	25,643	236.3	3,888	855.7	3.62
子宮頸癌	24,073	221.8	2,446	538.3	2.43
甲狀腺癌	11,082	102.1	680	149.7	1.47
肝及肝內膽管癌	10,028	92.4	1,044	229.8	2.49
肺、支氣管及氣管癌	9,526	87.8	1,413	311.0	3.54
子宮體癌	6,986	64.4	535	117.7	1.83
胃癌	6,720	61.9	791	174.1	2.81
卵巢、輸卵管及寬韌帶癌	6,272	57.8	392	86.3	1.49
皮膚癌	3,353	30.9	565	124.3	4.02

表 4-3、2008 年女性身心障礙者有無癌症之分析

變項			身心障礙者				p-value
	N	%	無癌症		有癌症		
	N	%	N	%	N	%	
合計	358,999	100.00	337,413	93.99	21,586	6.01	
年齡							<0.001
40-44 歲	27,901	7.77	27,113	97.18	788	2.82	
45-49 歲	37,956	10.57	36,438	96.00	1,518	4.00	
50-54 歲	38,689	10.78	36,518	94.39	2,171	5.61	
55-59 歲	37,921	10.56	35,364	93.26	2,557	6.74	
60-64 歲	31,976	8.91	29,671	92.79	2,305	7.21	
65-69 歲	37,196	10.36	34,417	92.53	2,779	7.47	
70-74 歲	40,434	11.26	37,430	92.57	3,004	7.43	
75-79 歲	40,635	11.32	37,869	93.19	2,766	6.81	
80-84 歲	34,008	9.47	31,905	93.82	2,103	6.18	
≥85 歲	32,283	8.99	30,688	95.06	1,595	4.94	
教育程度							<0.001
不識字和國小	218,844	60.96	205,862	94.07	12,982	5.93	
國中	36,955	10.29	34,901	94.44	2,054	5.56	
高中(職)	38,291	10.67	36,020	94.07	2,271	5.93	
專科及大學以上	16,527	4.60	15,349	92.87	1,178	7.13	
不詳	48,382	13.48	45,281	93.59	3,101	6.41	
婚姻狀況							<0.001
已婚	207,012	57.66	193,845	93.64	13,167	6.36	
未婚	27,488	7.66	26,341	95.83	1,147	4.17	
離婚及喪偶	22,530	6.28	21,200	94.10	1,330	5.90	
不詳	101,969	28.40	96,027	94.17	5,942	5.83	
原住民							<0.001
否	353,589	98.49	332,238	93.96	21,351	6.04	
是	5,410	1.51	5,175	95.66	235	4.34	
投保金額							<0.001
依附人口	140,879	39.24	131,961	93.67	8,918	6.33	
≤17,280 元	74,800	20.84	71,262	95.27	3,538	4.73	
17,281-22,800 元	114,630	31.93	107,556	93.83	7,074	6.17	
22,801-28,800 元	12,610	3.51	11,707	92.84	903	7.16	
28,801-36,300 元	7,180	2.00	6,703	93.36	477	6.64	
36,301-45,800 元	5,862	1.63	5,403	92.17	459	7.83	
45,801-57,800 元	1,419	0.40	1,326	93.45	93	6.55	
≥57,801 元	1,619	0.45	1,495	92.34	124	7.66	
低收入戶							<0.001
否	345,267	96.17	324,138	93.88	21,129	6.12	
是	13,732	3.83	13,275	96.67	457	3.33	

表 4-3、2008 年女性身心障礙者有無癌症之分析(續)

變項	N	%	身心障礙者				p-value
			無癌症		有癌症		
	N	%	N	%	N	%	
投保地區都市化程度							<0.001
1	66,211	18.44	61,755	93.27	4,456	6.73	
2-3	154,978	43.17	145,825	94.09	9,153	5.91	
4-5	86,485	24.09	81,369	94.08	5,116	5.92	
6-7	51,325	14.30	48,464	94.43	2,861	5.57	
障礙類別							<0.001
視障	23,797	6.63	22,747	95.59	1,050	4.41	
聽障	41,502	11.56	38,941	93.83	2,561	6.17	
聲障	2,398	0.67	2,091	87.20	307	12.80	
肢障	140,706	39.19	134,666	95.71	6,040	4.29	
智障	11,028	3.07	10,852	98.40	176	1.60	
多障	32,467	9.04	30,784	94.82	1,683	5.18	
重器障	47,111	13.12	39,402	83.64	7,709	16.36	
顏殘	656	0.18	528	80.49	128	19.51	
植物人	1,840	0.51	1,761	95.71	79	4.29	
失智症	17,563	4.89	16,826	95.80	737	4.20	
精神病	37,642	10.49	36,646	97.35	996	2.65	
平衡障	1,187	0.33	1,120	94.36	67	5.64	
其他	1,102	0.31	1,049	95.19	53	4.81	
障礙等級							<0.001
極重度	48,288	13.45	45,200	93.61	3,088	6.39	
重度	68,234	19.01	64,966	95.21	3,268	4.79	
中度	115,786	32.25	109,835	94.86	5,951	5.14	
輕度	126,691	35.29	117,412	92.68	9,279	7.32	
重大傷病							<0.001
無	264,477	73.67	247,701	93.66	16,776	6.34	
有	94,522	26.33	89,712	94.91	4,810	5.09	
罹患慢性病							
內分泌及代謝疾病							<0.001
無	222,732	62.04	209,790	94.19	12,942	5.81	
有	136,267	37.96	127,623	93.66	8,644	6.34	
精神疾病							<0.001
無	238,837	66.53	223,555	93.60	15,282	6.40	
有	120,162	33.47	113,858	94.75	6,304	5.25	
神經系統疾病							<0.001
無	295,444	82.30	277,360	93.88	18,084	6.12	
有	63,555	17.70	60,053	94.49	3,502	5.51	

表 4-3、2008 年女性身心障礙者有無癌症之分析(續)

變項	N	%	身心障礙者				p-value
			無癌症		有癌症		
	N	%	N	%	N	%	
循環系統疾病							<0.001
無	166,116	46.27	156,404	94.15	9,712	5.85	
有	192,883	53.73	181,009	93.84	11,874	6.16	
呼吸系統疾病							<0.001
無	291,437	81.18	274,283	94.11	17,154	5.89	
有	67,562	18.82	63,130	93.44	4,432	6.56	
消化系統疾病							<0.001
無	236,117	65.77	223,588	94.69	12,529	5.31	
有	122,882	34.23	113,825	92.63	9,057	7.37	
泌尿系統疾病							<0.001
無	324,827	90.48	306,185	94.26	18,642	5.74	
有	34,172	9.52	31,228	91.38	2,944	8.62	
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病							<0.001
無	215,694	60.08	203,092	94.16	12,602	5.84	
有	143,305	39.92	134,321	93.73	8,984	6.27	
眼及其附屬器官之疾病							<0.001
無	314,770	87.68	296,100	94.07	18,670	5.93	
有	44,229	12.32	41,313	93.41	2,916	6.59	
傳染病							0.008
無	347,436	96.78	326,612	94.01	20,824	5.99	
有	11,563	3.22	10,801	93.41	762	6.59	
先天畸形							0.405
無	353,422	98.45	332,186	93.99	21,236	6.01	
有	5,577	1.55	5,227	93.72	350	6.28	
皮膚及皮下組織疾病							<0.001
無	328,733	91.57	309,239	94.07	19,494	5.93	
有	30,266	8.43	28,174	93.09	2,092	6.91	
血液及造血器官疾病							<0.001
無	339,906	94.68	320,041	94.16	19,865	5.84	
有	19,093	5.32	17,372	90.99	1,721	9.01	
耳及乳突之疾病							<0.001
無	330,602	92.09	311,072	94.09	19,530	5.91	
有	28,397	7.91	26,341	92.76	2,056	7.24	
其他							<0.001
無	315,440	87.87	297,436	94.29	18,004	5.71	
有	43,559	12.13	39,977	91.78	3,582	8.22	

表 4-3、2008 年女性身心障礙者有無癌症之分析(續)

變項	N	%	身心障礙者				p-value
			無癌症		有癌症		
	N	%	N	%	N	%	
使用成人預防保健							<0.001
無	255,621	71.20	239,590	93.73	16,031	6.27	
有	103,378	28.80	97,823	94.63	5,555	5.37	
使用子宮頸抹片檢查							<0.001
無	242,588	67.57	229,471	94.59	13,117	5.41	
有	116,411	32.43	107,942	92.72	8,469	7.28	

*p<0.05



表 4-4、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(與一般女性民眾比較)

	Unadjusted Model			Adjusted Model-1			Adjusted Model-2					
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value			
年齡												
40-44 歲	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
45-49 歲	1.62	1.59	1.66	<0.000	1.52	1.49	1.56	<0.000	1.53	1.50	1.56	<0.000
50-54 歲	2.30	2.26	2.35	<0.000	2.14	2.10	2.18	<0.000	2.16	2.12	2.20	<0.000
55-59 歲	2.87	2.82	2.93	<0.000	2.68	2.62	2.74	<0.000	2.72	2.66	2.77	<0.000
60-64 歲	3.41	3.33	3.48	<0.000	3.15	3.08	3.23	<0.000	3.20	3.13	3.27	<0.000
65-69 歲	4.09	4.01	4.18	<0.000	3.75	3.66	3.83	<0.000	3.80	3.72	3.89	<0.000
70-74 歲	4.69	4.59	4.79	<0.000	4.40	4.30	4.50	<0.000	4.45	4.35	4.55	<0.000
75-79 歲	5.11	5.00	5.22	<0.000	4.96	4.84	5.08	<0.000	4.97	4.85	5.09	<0.000
80-84 歲	5.46	5.33	5.60	<0.000	5.54	5.39	5.68	<0.000	5.48	5.33	5.62	<0.000
≥85 歲	4.86	4.73	4.99	<0.000	5.35	5.20	5.51	<0.000	5.21	5.07	5.36	<0.000
投保金額												
依附人口	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
≤17,280 元	1.37	1.35	1.39	<0.000	1.03	1.02	1.04	<0.000	1.04	1.02	1.05	<0.000
17,281-22,800 元	0.98	0.97	1.00	0.019	0.92	0.90	0.93	<0.000	0.93	0.91	0.94	<0.000
22,801-28,800 元	0.83	0.81	0.85	<0.000	0.91	0.89	0.93	<0.000	0.92	0.90	0.94	<0.000
28,801-36,300 元	0.81	0.79	0.83	<0.000	0.95	0.92	0.97	<0.000	0.96	0.93	0.98	0.001
36,301-45,800 元	0.83	0.81	0.85	<0.000	1.03	1.00	1.05	0.058	1.03	1.01	1.06	0.013
45,801-57,800 元	0.65	0.62	0.67	<0.000	1.04	1.00	1.09	0.043	1.05	1.01	1.09	0.018
≥57,801 元	0.70	0.68	0.73	<0.000	1.01	0.98	1.04	0.614	1.02	0.98	1.05	0.352
低收入戶												
否	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
是	1.17	1.12	1.23	<0.000	1.25	1.19	1.32	<0.000	1.17	1.11	1.23	<0.000
投保地區都市化程度												
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2-3	0.98	0.97	0.99	0.001	0.94	0.93	0.95	<0.000	0.94	0.93	0.95	<0.000
4-5	1.07	1.05	1.08	<0.000	0.87	0.86	0.89	<0.000	0.87	0.85	0.88	<0.000
6-7	1.07	1.05	1.08	<0.000	0.82	0.81	0.84	<0.000	0.81	0.79	0.82	<0.000
障礙類別												
非身障者	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
視障	1.12	1.05	1.19	<0.000	0.92	0.87	0.98	0.012	-	-	-	-
聽障	1.60	1.53	1.66	<0.000	1.25	1.20	1.31	<0.000	-	-	-	-
肢障	1.09	1.06	1.12	<0.000	0.99	0.96	1.02	0.377	-	-	-	-
智障	0.39	0.34	0.46	<0.000	0.62	0.54	0.72	<0.000	-	-	-	-
多障	1.33	1.26	1.40	<0.000	1.09	1.04	1.15	0.001	-	-	-	-
重器障	4.75	4.63	4.87	<0.000	4.25	4.13	4.38	<0.000	-	-	-	-
植物人	1.09	0.87	1.37	0.457	0.86	0.68	1.08	0.192	-	-	-	-
失智症	1.06	0.99	1.15	0.102	0.66	0.61	0.71	<0.000	-	-	-	-
精神病	0.66	0.62	0.70	<0.000	0.79	0.74	0.85	<0.000	-	-	-	-

表 4-4、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(與一般女性民眾比較)(續)

	Unadjusted Model			Adjusted Model-1			Adjusted Model-2			
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	
平衡障	1.45	1.14 1.86	0.003	1.28	1.00 1.65	0.050	-	- -	-	
其他	1.23	0.93 1.62	0.147	1.84	1.39 2.43	<0.000	-	- -	-	
障礙等級										
非身障者	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	
輕度	1.92	1.88 1.97	<0.000	-	- -	-	1.71	1.67 1.75	<0.000	
中度	1.32	1.28 1.35	<0.000	-	- -	-	1.19	1.16 1.22	<0.000	
重度	1.22	1.18 1.27	<0.000	-	- -	-	0.99	0.96 1.03	0.737	
極重度	1.66	1.60 1.72	<0.000	-	- -	-	1.17	1.13 1.22	<0.000	
重大傷病										
無	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	
有	1.67	1.64 1.70	<0.000	1.05	1.03 1.08	<0.000	1.22	1.19 1.24	<0.000	
罹患慢性病										
內分泌及代謝疾病										
無	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	
有	1.54	1.52 1.55	<0.000	0.96	0.95 0.97	<0.000	0.96	0.95 0.97	<0.000	
精神疾病										
無	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	
有	1.37	1.35 1.38	<0.000	0.97	0.96 0.98	<0.000	0.93	0.92 0.94	<0.000	
神經系統疾病										
無	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	
有	1.33	1.31 1.35	<0.000	0.93	0.92 0.95	<0.000	0.91	0.90 0.93	<0.000	
循環系統疾病										
無	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	
有	1.62	1.61 1.63	<0.000	0.84	0.83 0.85	<0.000	0.85	0.84 0.86	<0.000	
呼吸系統疾病										
無	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	
有	1.33	1.31 1.34	<0.000	0.92	0.91 0.93	<0.000	0.92	0.91 0.93	<0.000	
消化系統疾病										
無	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	
有	1.88	1.87 1.90	<0.000	1.36	1.34 1.37	<0.000	1.36	1.35 1.38	<0.000	
泌尿系統疾病										
無	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	
有	2.01	1.97 2.05	<0.000	0.90	0.88 0.92	<0.000	1.16	1.14 1.19	<0.000	
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病										
無	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	
有	1.37	1.36 1.38	<0.000	0.81	0.80 0.82	<0.000	0.80	0.79 0.81	<0.000	
眼及其附屬器官之疾病										
無	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	
有	1.44	1.42 1.46	<0.000	0.90	0.89 0.92	<0.000	0.90	0.89 0.92	<0.000	

表 4-4、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(與一般女性民眾比較)(續)

	Unadjusted Model			Adjusted Model-1			Adjusted Model-2		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
傳染病									
無	-	-	-	-	-	-	-	-	-
有	1.28	1.25 1.32	<0.000	0.95	0.92 0.98	<0.000	0.94	0.92 0.97	<0.000
先天畸形									
無	-	-	-	-	-	-	-	-	-
有	1.35	1.30 1.41	<0.000	0.94	0.90 0.99	0.011	0.95	0.91 0.99	0.018
皮膚及皮下組織疾病									
無	-	-	-	-	-	-	-	-	-
有	1.48	1.45 1.51	<0.000	1.09	1.07 1.11	<0.000	1.09	1.07 1.11	<0.000
血液及造血器官疾病									
無	-	-	-	-	-	-	-	-	-
有	2.46	2.42 2.51	<0.000	1.89	1.85 1.92	<0.000	1.91	1.88 1.95	<0.000
耳及乳突之疾病									
無	-	-	-	-	-	-	-	-	-
有	1.30	1.27 1.32	<0.000	0.88	0.86 0.89	<0.000	0.88	0.86 0.89	<0.000
其他									
無	-	-	-	-	-	-	-	-	-
有	1.48	1.46 1.50	<0.000	1.16	1.14 1.17	<0.000	1.16	1.14 1.17	<0.000
使用成人預防保健									
無	-	-	-	-	-	-	-	-	-
有	2.20	2.18 2.22	<0.000	1.60	1.58 1.62	<0.000	1.55	1.53 1.57	<0.000
使用子宮頸抹片檢查									
無	-	-	-	-	-	-	-	-	-
有	2.03	2.01 2.05	<0.000	1.73	1.71 1.75	<0.000	1.76	1.74 1.78	<0.000

*p<0.05

表 4-5、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素

	Unadjusted Model			Adjusted Model		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
年齡						
40-44 歲	-	-	-	-	-	-
45-49 歲	1.43	1.31 1.56	<0.000	1.39	1.27 1.52	<0.000
50-54 歲	2.05	1.88 2.22	<0.000	1.93	1.77 2.11	<0.000
55-59 歲	2.49	2.29 2.70	<0.000	2.35	2.16 2.57	<0.000
60-64 歲	2.67	2.46 2.90	<0.000	2.65	2.42 2.90	<0.000
65-69 歲	2.78	2.56 3.01	<0.000	2.91	2.66 3.18	<0.000
70-74 歲	2.76	2.55 2.99	<0.000	3.11	2.84 3.40	<0.000
75-79 歲	2.51	2.32 2.72	<0.000	3.00	2.74 3.29	<0.000
80-84 歲	2.27	2.09 2.47	<0.000	2.83	2.57 3.11	<0.000
≥85 歲	1.79	1.64 1.95	<0.000	2.38	2.16 2.63	<0.000
教育程度						
不識字和國小	-	-	-	-	-	-
國中	0.93	0.89 0.98	0.005	1.18	1.11 1.24	<0.000
高中(職)	1.00	0.96 1.05	0.993	1.30	1.23 1.37	<0.000
專科及大學以上	1.22	1.14 1.30	<0.000	1.47	1.37 1.58	<0.000
不詳	1.09	1.04 1.13	<0.000	1.09	1.05 1.14	<0.000
婚姻狀況						
未婚	-	-	-	-	-	-
已婚	1.56	1.47 1.66	<0.000	1.02	0.96 1.09	0.490
離婚及喪偶	1.44	1.33 1.56	<0.000	1.03	0.94 1.12	0.520
不詳	1.42	1.33 1.52	<0.000	0.99	0.93 1.06	0.784
原住民						
否	-	-	-	-	-	-
是	0.71	0.62 0.81	<0.000	0.82	0.72 0.94	0.005
投保金額						
≤17,280 元	-	-	-	-	-	-
依附人口	1.36	1.31 1.42	<0.000	1.09	1.04 1.14	<0.000
17,281-22,800 元	1.32	1.27 1.38	<0.000	1.08	1.03 1.14	0.001
22,801-28,800 元	1.55	1.44 1.68	<0.000	1.21	1.11 1.31	<0.000
28,801-36,300 元	1.43	1.30 1.58	<0.000	1.06	0.96 1.18	0.261
36,301-45,800 元	1.71	1.55 1.89	<0.000	1.25	1.12 1.39	<0.000
45,801-57,800 元	1.41	1.14 1.75	0.002	1.03	0.82 1.29	0.799
≥57,801 元	1.67	1.39 2.01	<0.000	1.02	0.84 1.25	0.818
低收入戶						
否	-	-	-	-	-	-
是	0.53	0.48 0.58	<0.000	0.99	0.89 1.10	0.846

表 4-5、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(續)

	Unadjusted Model			Adjusted Model		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
投保地區都市化程度						
1	-	-	-	-	-	-
2=3	0.87	0.84 0.90	<0.000	0.90	0.87 0.94	<0.000
4-5	0.87	0.84 0.91	<0.000	0.94	0.89 0.98	0.005
6-7	0.82	0.78 0.86	<0.000	0.90	0.85 0.95	<0.000
障礙類別						
肢障	-	-	-	-	-	-
視障	1.03	0.96 1.10	0.401	1.04	0.97 1.11	0.302
聽障	1.47	1.40 1.54	<0.000	1.29	1.23 1.35	<0.000
聲障	3.27	2.90 3.70	<0.000	3.58	3.16 4.05	<0.000
智障	0.36	0.31 0.42	<0.000	0.61	0.52 0.71	<0.000
多障	1.22	1.15 1.29	<0.000	1.99	1.87 2.11	<0.000
重器障	4.36	4.21 4.52	<0.000	7.18	6.88 7.48	<0.000
顏殘	5.41	4.45 6.57	<0.000	5.55	4.55 6.76	<0.000
植物人	1.00	0.80 1.26	0.999	3.14	2.48 3.97	<0.000
失智症	0.98	0.90 1.06	0.552	1.11	1.02 1.21	0.014
精神病	0.61	0.57 0.65	<0.000	0.80	0.74 0.87	<0.000
平衡障	1.33	1.04 1.71	0.023	1.25	0.97 1.60	0.084
其他	1.13	0.85 1.49	0.400	1.20	0.90 1.59	0.209
障礙等級						
輕度	-	-	-	-	-	-
中度	0.69	0.66 0.71	<0.000	0.86	0.83 0.89	<0.000
重度	0.64	0.61 0.66	<0.000	0.72	0.69 0.75	<0.000
極重度	0.86	0.83 0.90	<0.000	0.31	0.29 0.33	<0.000
重大傷病						
無	-	-	-	-	-	-
有	0.79	0.77 0.82	<0.000	0.78	0.75 0.82	<0.000
罹患慢性病						
內分泌及代謝疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.10	1.07 1.13	<0.000	0.95	0.92 0.99	0.005
精神疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	0.81	0.79 0.84	<0.000	1.00	0.96 1.03	0.875
神經系統疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	0.89	0.86 0.93	<0.000	0.99	0.95 1.03	0.479

表 4-5、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(續)

	Unadjusted Model			Adjusted Model		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
循環系統疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.06	1.03 1.09	<0.000	0.76	0.73 0.78	<0.000
呼吸系統疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.12	1.09 1.16	<0.000	1.01	0.98 1.05	0.515
消化系統疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.42	1.38 1.46	<0.000	1.36	1.31 1.40	<0.000
泌尿系統疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.55	1.49 1.61	<0.000	1.02	0.97 1.08	0.410
骨骼肌肉系統及結締組織之疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.08	1.05 1.11	<0.000	0.92	0.89 0.95	<0.000
眼及其附屬器官之疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.12	1.08 1.17	<0.000	0.93	0.89 0.98	0.002
傳染病						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.11	1.03 1.19	0.008	1.02	0.94 1.10	0.701
先天畸形						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.05	0.94 1.17	0.396	0.85	0.76 0.96	0.006
皮膚及皮下組織疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.18	1.12 1.23	<0.000	1.15	1.09 1.21	<0.000
血液及造血器官疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.60	1.52 1.68	<0.000	1.36	1.29 1.44	<0.000
耳及乳突之疾病						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.24	1.19 1.30	<0.000	1.10	1.05 1.16	<0.000
其他						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.48	1.43 1.54	<0.000	1.29	1.24 1.35	<0.000

表 4-5、女性身心障礙者罹患癌症之影響因素(續)

	Unadjusted Model			Adjusted Model		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value
使用成人預防保健						
無	-	-	-	-	-	-
有	0.85	0.82 0.88	<0.000	0.75	0.72 0.77	<0.000
使用子宮頸抹片檢查						
無	-	-	-	-	-	-
有	1.37	1.34 1.41	<0.000	1.32	1.28 1.37	<0.000

*p<0.05



第五章 討論

第一節、女性身心障礙者罹患癌症的發生率

本研究發現女性身心障礙者罹患癌症每十萬人發生率為 417.8，明顯高於一般女性民眾 197.7，此外女性身心障礙者罹患各項十大癌症之個別發生率，亦皆高於一般女性民眾。有研究發現身心障礙者因本身的身體障礙因素導致較困難取得醫療照護、接受品質較差的癌症篩檢服務、延遲治療或是因為其本身疾病的狀態影響醫療介入的考量，故造成身心障礙者健康不對等的因素(Drainoni M et al., 2006; Liu & Clark, 2008)。身心障礙者健康不對等的狀態，導致有較高的機會延遲接受醫療照護、較少接受癌症篩檢或檢查，加上較高比例處於體重過重的狀態和承受較大的心理壓力(Health & Services, 2011)。因此，女性身心障礙者罹患癌症的風險比例，會高於一般女性民眾。

本研究發現女性身心障礙者與一般女性民眾罹患癌症的發生率排名分別為乳癌、大腸癌、肺癌。有研究觀察 1988 年至 1999 年身心障礙者，罹患癌症的發生率排名分別為肺癌、大腸癌、乳癌(McCarthy et al., 2007)。從研究顯示常見的癌症類別相同，但是在發生率排名上有些許差異，可能原因是該研究的研究對象包含有男性及女性的身心障礙者，而本研究之研究對象主要針對女性身心障礙者，以至於癌症發生排名的順序有所不同。

第二節、女性身心障礙者罹患癌症之相關影響因子分析

一、人口學特質

從調查資料顯示癌症發生率的急速增加，主要是因為人口年齡老化(Jemal et al., 2011)，本研究發現年齡越高的女性身心障礙者，其罹癌的風險越高，此外女性身心障礙者罹患癌症的年齡層，以 65 至 69 歲最高佔 7.47%，罹患癌症的平均年齡為 67 歲。而有相關研究指出身心障礙者罹患癌症的平均年齡為 58 歲(McCarthy et al., 2007)。相較之下罹患癌症的年齡有些落差，可能是因為本研究主要針對四十歲以上的女性身心障礙者，而該研究之研究對象則是六十五歲以下之男性與女性的身心障礙者所致。

本研究發現教育程度越高、投保金額越高的女性身心障礙者，其罹癌的風險越高，而有研究顯示教育程度越高、收入越高的族群，對癌症認知越高，使得接受癌症篩檢或自費健康檢查的比例較高(Carrasco-Garrido et al., 2013; Kung, Tsai, & Chiou, 2012; Kung, Tsai, & Li, 2012)，所以該族群發現癌症的比例較高。有研究利用收入、教育程度、職業、社會資源等變項，將美國波羅黎各州地區之社經地位分為五級，等級越高代表社經地位越高，根據 2000-2004 年研究發現，居住在社經地位第五級地區的居民罹患癌症的發生率，高於居住在第一級區塊的居民 13%(Torres-Cintrón et al., 2011)，這項研究透過影響社經地位的變項，將研究對象的居住地分級，與本研究分析的投保地區都市化程度相似，而本研究之研究結果為都市化程度越高罹患癌症的風險越高，結果與該研究相同，可能因為居住在都市化程度高的居民，相對於居住在都市化程度低的居民，有較高的教育程度、較好的收入，再者大多數的醫院都分佈在都市化程度高的地區，使得居住在都市化程度高的居民，較容易取得的醫療資

源，所以居住在都市化程度高的居民被診斷為癌症的機會較高。相對的居住在都市化程度低的居民，雖然被認為是有較低的癌症發生率，而可被解釋的原因是該族群罹患癌症的發生率可能是被低估的結果。

針對婚姻狀況方面，有研究發現罹患癌症的婦女以已婚狀態比例佔最多(Syse & Tonnessen, 2012)，本研究與該研究結果相同。此外，本研究發現女性身心障礙者為原住民身份其罹癌的風險(OR=0.82, 95% CI:0.72-0.94)，較非原住民女性身心障礙者為低，有研究發現 1981-1987 年台灣女性原住民罹患癌症的風險(OR= 0.66, 95% CI:0.59-0.72)低於一般女性民眾(Wang, Chang, & Ko, 1994)，本研究之發現與該研究結果相同。台灣原住民大多數集中在都市化程度在第六級及第七級的地區，而台灣原住民罹患癌症的發生率被認為是低於一般民眾，那麼其較低癌症發生率可能是被低估的結果。

二、健康狀態

本研究發現合併有重大傷病的女性身心障礙者罹癌風險(OR=0.78, 95% CI= 0.75-0.82)，低於無合併有重大傷病的女性身心障礙者。有研究顯示合併有重大傷病的族群，其罹患癌症的風險高於一般族群(C. J. Chung et al., 2012; Y. L. Huang et al., 2009; Kuo et al., 2012)，本研究結果與上述研究結果相反，可能原因是本研究對象是身心障礙者，而身心障礙者因為本身的障礙，加上就醫便利性差，而產生的「雙重障礙」(Barr et al., 2008; Wisdom et al., 2010)。因此使得身心障礙者醫療利用差，若再合併有重大傷病，更可能使其產生「三重障礙」，導致本研究中合併有重大傷病的女性身心障礙者罹患癌症發生率可能是被低估的結果。

在罹患相關疾病的部份，有學者發現罹患內分泌及代謝疾病 (Cosman & Lindsay, 1999; Deng et al., 2012; Friberg et al., 2007; Larsson et al., 2007) 的族群，罹患癌症的風險較高，然而本研究發現女性身心障礙者有罹患內分泌及代謝疾病，其罹癌的風險較低，本研究結果與其不同，而研究指出罹患內分泌及代謝疾病的女性身心障礙者，接受子宮頸抹片篩檢(OR=0.95, 95% CI= 0.92-0.98)(K. H. Huang et al., 2012)或乳房攝影檢查(OR=0.91, 95% CI= 0.87-0.96)(Kung, Tsai, & Chiou, 2012)的利用率較低，相對的該族群被發現癌症的機會低，可能使得本研究罹患內分泌及代謝疾病的女性身心障礙者的癌症發生率可能是被低估。

本研究發現女性身心障礙者罹患胃癌的發生率，是一般女性民眾的 1.9 倍。此外，女性身心障礙者有消化系統疾病者，罹患癌症的風險是無罹患消化系統疾病女性身心障礙者的 1.4 倍。根據 WHO 證實胃幽門桿菌是發生胃癌的主要致癌因子(IARC, 1994)，感染幽門桿菌的族群，發生胃癌病變風險高出沒有感染幽門桿菌族群六倍之多(EUROGAST, 1993)，由此可見消化系統疾病的有無，與罹患胃癌有很高的相關性。

三、身心障礙資格

有學者發現智能障礙族群罹患癌症的發生率，與一般女性族群相近(Patja, Eero, & Iivanainen, 2001a)，本研究發現智障的女性身心障礙者罹患癌症風險，低於一般女性民眾，本研究結果與該研究結果不同，可能是該研究的研究對象是以七歲以上的智能障礙者，而該研究對象小於四十歲的比例，佔該研究對象的一半以上，此外該研究發現十五歲至二十九歲的年輕族群，其發生癌症的發生率明顯高於其他年齡層，而本研究之研究對象為四十歲以上之女性身心障

礙者，因此才會有不同的研究結果。

有學者認為女性智能障礙者，與一般女性族群比較，有較低的風險罹患子宮頸癌(Patja et al., 2001b)，但本研究發現女性身心障礙者發生子宮頸癌的發生率，為一般女性族群發生率的 1.89 倍，而不同結果可能是本研究之研究對象為四十歲的女性身心障礙者，已婚者占多數，而子宮頸癌的病變大多與人類乳突病毒相關，而人類乳突病毒的傳播途徑是性行為傳染(Franco, Duarte-Franco, & Ferenczy, 2001)，而該研究並未對婚姻狀況進行分析，而且其研究對象大多為三十歲以下的女性智能障礙者，相對的族群暴露在人類乳突病毒的感染機會相對較低，以致其罹患子宮頸癌的風險較低。而該研究也發現女性智能障礙者有較高的風險發生子宮體癌(Patja et al., 2001b)，與本研究發現女性身心障礙者發生子宮體癌的發生率，分別高於一般女性族群的結果相同。有研究指出身心障礙者肥胖的盛行率，高於一般女性族群(Anderson, Wiener, Khatutsky, & Armour, 2013)，而肥胖是子宮體癌的主要危險因子(Renehan, Tyson, Egger, Heller, & Zwahlen, 2008)，所以可能是造成女性身心障礙者有高的風險罹患子宮體癌之影響因素。

在障礙等級的部分，有學者針對智能障礙進行研究，研究發現智能障礙者障礙等級越低，其罹癌的機會越高(Turner & Moss, 1996)，而本研究發現障礙等級越低的女性身心障礙者，其罹癌的風險較高，與其結果相同。可能因為障礙等級越低的身心障礙者與一般族群相當，有相同風險暴露在吸菸、喝酒或其他不良的生活型態，而使得低嚴重度的身心障礙者，罹癌的機會增加(James Hogg & Irene Tuffrey-Wijne, 2008)。

四、是否利用預防保健服務

子宮頸抹片檢查被證實是有效的子宮頸癌篩檢工具，透過子宮頸抹片檢查，可以早期發現子宮頸細胞病變，早期介入治療以降低子宮頸癌的發生率與死亡率(Nygaard, Skare, & Thoresen, 2002; Taylor, Morrell, Mamoon, Wain, & Ross, 2006)。本研究發現女性身心障礙者有使用子宮頸抹片檢查，其罹癌風險較無使用子宮頸抹片檢查的女性身心障礙者高，可能原因是接受子宮頸抹片檢查後，有較高的機會被發現罹患癌症，因為有研究指出子宮頸抹片檢查的主要目的是早期發現癌前病變、早期治療，次要的目的是透過子宮頸抹片檢查發現子宮頸癌或子宮體癌(Andrae et al., 2012)。



第六章 結論與建議

第一節、結論

本研究發現女性身心障礙者罹患常見十大癌症每十萬人發生率為417.8 高於一般女性的 197.7，此外其各項十大癌症之發生率者皆高於一般女性。女性身心障礙者十大癌症發生率比較一般女性十大癌症發生率的倍數，依照發生率前五名依序為乳癌 1.6 倍、大腸癌 2.7 倍、肺、支氣管及氣管癌 2.7 倍，、肝及肝內膽管癌 2.0 倍、子宮頸癌 1.9 倍。

本研究發現女性身心障礙者的人口學特質、健康狀態、身心障礙類別及障礙等級、使用預防保健服務情形，為主要罹癌的影響因素。女性身心障礙族群年齡越高、教育程度越高、投保金額越高、都市化程度越高，其罹癌的風險越高。女性身心障礙者為原住民，罹癌風險較低。女性身心障礙族群中障礙等級越高或有重大傷病的女性身心障礙者其罹癌的風險較低。障礙類別部分，女性身心障礙者是聽障、多障、重器障或其他障礙類別的罹癌風險，高於一般女性，而障礙類別是視障、智障、失智症及精神病的女性身心障礙者，罹癌風險低於一般女性。在障礙等級方面，障礙等級越高的女性身心障礙者，其罹癌的風險較高。

在罹患慢性病方面，女性身心障礙者有消化系統疾病、皮膚及皮下組織疾病、血液及造血器官疾病、耳及乳突之疾病或其他慢性病，其罹癌風險較高。在預防保健服務部分，女性身心障礙者有使用子宮頸抹片檢查其罹癌風險較高。

第二節、建議

根據研究結果提出以下建議：

- 1.利用社區健康照護機構和公衛護士或社工人員提供預防性健康照護服務及相關資源。
- 2.提升女性身心障礙者及其照護者癌症認知及加強對癌症的警覺性。
- 3.對於罹癌風險高的障礙類別，政府應訂定不同健康照護的支付制度，提供更完善的照護減低女性身心障礙者健康照護之差異，降低女性身心障礙者罹癌的風險。

第三節、研究限制

- 1.由於本研究資料來源為次級資料庫，所以有些與癌症相關的影響因子無法得知，如女性身心障礙者之健康行為、生活型態、實際所得或罹患癌症的期別，可使用之變項也受此限制。
- 2.本研究以投保地區作為分析變項，但是投保地區可能並非與實際居住地區相同，所以可能與實際情形會有所出入。

參考文獻

- Aarts, M. J., van der Aa, M. A., Coebergh, J. W. W., & Louwman, W. J. (2010). Reduction of socioeconomic inequality in cancer incidence in the South of the Netherlands during 1996–2008. *European Journal of Cancer*, *46*(14), 2633-2646. doi: 10.1016/j.ejca.2010.07.039
- Abed, Z., O'Leary, M., Hand, K., Flannelly, G., Lenehan, P., Murphy, J., & Foley, M. (2006). Cervical screening history in patients with early stage carcinoma of the cervix. *Ir Med J*, *99*(5), 140-142.
- Anderson, W. L., Wiener, J. M., Khatutsky, G., & Armour, B. S. (2013). Obesity and people with disabilities: The implications for health care expenditures. *Obesity (Silver Spring)*. doi: 10.1002/oby.20531
- Andrae, B., Andersson, T. M., Lambert, P. C., Kemetli, L., Silfverdal, L., Strander, B., . . . Sparen, P. (2012). Screening and cervical cancer cure: population based cohort study. *BMJ*, *344*, e900. doi: 10.1136/bmj.e900
- Barr, J. K., Giannotti, T. E., Van Hoof, T. J., Mongoven, J., & Curry, M. (2008). Understanding barriers to participation in mammography by women with disabilities. *Am J Health Promot*, *22*(6), 381-385. doi: 10.4278/ajhp.22.6.381
- Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Ustun, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Soc Sci Med*, *48*(9), 1173-1187.
- Carrasco-Garrido, P., Hernandez-Barrera, V., Lopez de Andres, A., Jimenez-Trujillo, I., Gallardo Pino, C., & Jimenez-Garcia, R. (2013). Awareness and uptake of colorectal, breast, cervical and prostate cancer screening tests in Spain. *Eur J Public Health*. doi: 10.1093/eurpub/ckt089
- Centers for Disease, Control, & Prevention. (2012). Cancer screening - United States, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, *61*(3), 41-45.
- Chan, A. O., Jim, M. H., Lam, K. F., Morris, J. S., Siu, D. C., Tong, T., . . . Lam, S. K. (2007). Prevalence of colorectal neoplasm among patients with newly diagnosed coronary artery disease. *JAMA*, *298*(12), 1412-1419. doi: 10.1001/jama.298.12.1412
- Chen, C. J., You, S. L., Lin, L. H., Hsu, W. L., & Yang, Y. W. (2002). Cancer epidemiology and control in Taiwan: a brief review. *Jpn J Clin Oncol*, *32 Suppl*, S66-81.
- Chung, C. J., Huang, C. Y., Tsai, H. B., Muo, C. H., Chung, M. C., Chang, C. H., & Huang, C. C. (2012). Sex differences in the development of malignancies among end-stage renal disease patients: a nationwide population-based follow-up study in Taiwan. *PLoS One*, *7*(9), e44675. doi: 10.1371/journal.pone.0044675
- Chung, S. H., Franceschi, S., & Lambert, P. F. (2010). Estrogen and ERalpha: culprits in

- cervical cancer? *Trends Endocrinol Metab*, 21(8), 504-511. doi: 10.1016/j.tem.2010.03.005
- Cosman, F., & Lindsay, R. (1999). Selective estrogen receptor modulators: clinical spectrum. *Endocr Rev*, 20(3), 418-434.
- Dalton, S. O., Schuz, J., Engholm, G., Johansen, C., Kjaer, S. K., Steding-Jessen, M., . . . Olsen, J. H. (2008). Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings. *Eur J Cancer*, 44(14), 2074-2085. doi: 10.1016/j.ejca.2008.06.018
- De Flora, S., & Bonanni, P. (2011). The prevention of infection-associated cancers. *Carcinogenesis*, 32(6), 787-795. doi: 10.1093/carcin/bgr054
- Deng, L., Gui, Z., Zhao, L., Wang, J., & Shen, L. (2012). Diabetes mellitus and the incidence of colorectal cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Dig Dis Sci*, 57(6), 1576-1585. doi: 10.1007/s10620-012-2055-1
- Dosemeci M, Hayes RB, Vetter R, Hoover RN, Tucker M, Engin K. (1993). Occupational physical activity, socioeconomic status, and risks of 15 cancer sites in Turkey. *Cancer Causes Control*, 4, 313-321.
- Drainoni M, Lee-Hood E, Tobias C, Bachman SS, Andrew J, & L., Maisels. (2006). Cross-disability experiences of barriers to health-care access: consumer perspectives. *Journal of Disability Policy Studies*, 17, 101-115.
- Dunn, G. P., Old, L. J., & Schreiber, R. D. (2004). The three Es of cancer immunoediting. *Annu Rev Immunol*, 22, 329-360. doi: 10.1146/annurev.immunol.22.012703.104803
- Ershler, W. B. (1993). The influence of an aging immune system on cancer incidence and progression. *J Gerontol*, 48(1), B3-7.
- EUROGAST, THE GROUP OF. (1993). An international association between Helicobacter pylori infection and gastric cancer. The EUROGAST Study Group. *Lancet*, 341(8857), 1359-1362.
- Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffetta P. (1997). *Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality*. (Vol. 138): IARC Scientific Publications.
- Franco, E. L., Duarte-Franco, E., & Ferenczy, A. (2001). Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CMAJ*, 164(7), 1017-1025.
- Friberg, E., Orsini, N., Mantzoros, C. S., & Wolk, A. (2007). Diabetes mellitus and risk of endometrial cancer: a meta-analysis. *Diabetologia*, 50(7), 1365-1374. doi: 10.1007/s00125-007-0681-5
- Furberg, A. S., & Thune, I. (2003). Metabolic abnormalities (hypertension, hyperglycemia and overweight), lifestyle (high energy intake and physical inactivity) and endometrial cancer risk in a Norwegian cohort. *Int J Cancer*, 104(6), 669-676. doi:

10.1002/ijc.10974

- Hanson MD, Chen E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med*, 30, 263-285.
- Health, U.S. Department of, & Services, and Human. (2011). Disability and health. from <http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=9>
- Hildesheim, A., Hadjimichael, O., Schwartz, P. E., Wheeler, C. M., Barnes, W., Lowell, D. M., . . . Schiffman, M. (1999). Risk factors for rapid-onset cervical cancer. *Am J Obstet Gynecol*, 180(3 Pt 1), 571-577.
- Hogg, J., & Tuffrey-Wijne, I. (2008). Cancer and intellectual disability: A review of some key contextual issues. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 509-518.
- Hogg, James, & Tuffrey-Wijne, Irene. (2008). Cancer and Intellectual Disability: A Review of Some Key Contextual Issues. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 509-518.
- Huang, K. H., Tsai, W. C., & Kung, P. T. (2012). The use of Pap smear and its influencing factors among women with disabilities in Taiwan. *Res Dev Disabil*, 33(2), 307-314. doi: 10.1016/j.ridd.2011.09.016
- Huang, Y. L., Chen, Y. J., Lin, M. W., Wu, C. Y., Liu, P. C., Chen, T. J., . . . Liu, H. N. (2009). Malignancies associated with dermatomyositis and polymyositis in Taiwan: a nationwide population-based study. *Br J Dermatol*, 161(4), 854-860. doi: 10.1111/j.1365-2133.2009.09274.x
- IARC, Working Group of. (1994). *Schistosomes, liver flukes and helicobacter pylori*. Lyon, France: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer.
- Janerich DT, Hadjimichael O, & Schwartz PE, et al. . (1995). The screening histories of women with invasive cervical cancer, Connecticut. *Am J Public Health* 85, 791.
- Janicki, S. C., & Schupf, N. (2010). Hormonal influences on cognition and risk for Alzheimer's disease. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 10(5), 359-366. doi: 10.1007/s11910-010-0122-6
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 61(2), 69-90. doi: 10.3322/caac.20107
- Jemal, A., Thun, M. J., Ward, E. E., Henley, S. J., Cokkinides, V. E., & Murray, T. E. (2008). Mortality from leading causes by education and race in the United States, 2001. *Am J Prev Med*, 34(1), 1-8. doi: 10.1016/j.amepre.2007.09.017
- Kastner, T., Nathanson, R., & Friedman, D. L. (1993). Mortality among individuals with mental retardation living in the community. *Am J Ment Retard*, 98(2), 285-292.
- Krieger, N. (2002). Geocoding and Monitoring of US Socioeconomic Inequalities in Mortality and Cancer Incidence: Does the Choice of Area-based Measure and

- Geographic Level Matter?: The Public Health Disparities Geocoding Project. *American Journal of Epidemiology*, 156(5), 471-482. doi: 10.1093/aje/kwf068
- Kung, P. T., Tsai, W. C., & Chiou, S. J. (2012). The assessment of the likelihood of mammography usage with relevant factors among women with disabilities. *Res Dev Disabil*, 33(1), 136-143. doi: 10.1016/j.ridd.2011.08.032
- Kuo, C. F., Luo, S. F., Yu, K. H., Chou, I. J., Tseng, W. Y., Chang, H. C., . . . See, L. C. (2012). Cancer risk among patients with systemic sclerosis: a nationwide population study in Taiwan. *Scand J Rheumatol*, 41(1), 44-49. doi: 10.3109/03009742.2011.618145
- Larsson, S. C., Mantzoros, C. S., & Wolk, A. (2007). Diabetes mellitus and risk of breast cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*, 121(4), 856-862. doi: 10.1002/ijc.22717
- Lee, K., Lim, H. T., Hwang, S. S., Chae, D. W., & Park, S. M. (2010). Socio-economic disparities in behavioural risk factors for cancer and use of cancer screening services in Korean adults aged 30 years and older: the Third Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2005 (KNHANES III). *Public Health*, 124(12), 698-704. doi: 10.1016/j.puhe.2010.07.004
- Liu, S. Y., & Clark, M. A. (2008). Breast and cervical cancer screening practices among disabled women aged 40-75: does quality of the experience matter? *J Womens Health (Larchmt)*, 17(8), 1321-1329. doi: 10.1089/jwh.2007.0591
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., . . . European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*, 358(23), 2468-2481. doi: 10.1056/NEJMsa0707519
- Mantovani, A., Allavena, P., Sica, A., & Balkwill, F. (2008). Cancer-related inflammation. *Nature*, 454(7203), 436-444. doi: 10.1038/nature07205
- McCarthy, E. P., Ngo, L. H., Chirikos, T. N., Roetzheim, R. G., Li, D., Drews, R. E., & Iezzoni, L. I. (2007). Cancer stage at diagnosis and survival among persons with Social Security Disability Insurance on Medicare. *Health Serv Res*, 42(2), 611-628. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00619.x
- McCarthy, E. P., Ngo, L. H., Roetzheim, R. G., Chirikos, T. N., Li, D., Drews, R. E., & Iezzoni, L. I. (2006). Disparities in breast cancer treatment and survival for women with disabilities. *Ann Intern Med*, 145(9), 637-645.
- Nosek, M. A., & Howland, C. A. (1997). Breast and cervical cancer screening among women with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*, 78(12 Suppl 5), S39-44.
- Nygaard, J. F., Skare, G. B., & Thoresen, S. O. (2002). The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen*, 9(2), 86-91.
- Ording, A. G., Garne, J. P., Nystrom, P. M., Cronin-Fenton, D., Tarp, M., Sorensen, H. T., &

- Lash, T. L. (2012). Hospital recorded morbidity and breast cancer incidence: a nationwide population-based case-control study. *PLoS One*, 7(10), e47329. doi: 10.1371/journal.pone.0047329
- Patja, K., Eero, P., & Iivanainen, M. (2001a). Cancer incidence among people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, 45(Pt 4), 300-307.
- Patja, K., Eero, P., & Iivanainen, M. (2001b). Cancer incidence among people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(4), 300-307. doi: 10.1046/j.1365-2788.2001.00322.x
- Peto, J., Gilham, C., Fletcher, O., & Matthews, F. E. (2004). The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. *Lancet*, 364(9430), 249-256. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16674-9
- Prevention, Harvard Report on Cancer (1997). [Cancer Causes and Control].
- Rembacken, B. J., Fujii, T., Cairns, A., Dixon, M. F., Yoshida, S., Chalmers, D. M., & Axon, A. T. (2000). Flat and depressed colonic neoplasms: a prospective study of 1000 colonoscopies in the UK. *Lancet*, 355(9211), 1211-1214.
- Renehan, A. G., Tyson, M., Egger, M., Heller, R. F., & Zwahlen, M. (2008). Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*, 371(9612), 569-578. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60269-X
- Saitoh, Y., Waxman, I., West, A. B., Popnikolov, N. K., Gatalica, Z., Watari, J., . . . Pasricha, P. J. (2001). Prevalence and distinctive biologic features of flat colorectal adenomas in a North American population. *Gastroenterology*, 120(7), 1657-1665.
- Samet, J. M. (1990). The 1990 Report of the Surgeon General: The Health Benefits of Smoking Cessation. *Am Rev Respir Dis*, 142(5), 993-994. doi: 10.1164/ajrccm/142.5.993
- Sasco, A. J., Secretan, M. B., & Straif, K. (2004). Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*, 45 Suppl 2, S3-9. doi: 10.1016/j.lungcan.2004.07.998
- Soler, M., Chatenoud, L., Negri, E., Parazzini, F., Franceschi, S., & la Vecchia, C. (1999). Hypertension and hormone-related neoplasms in women. *Hypertension*, 34(2), 320-325.
- Sullivan, S. G., Hussain, R., Threlfall, T., & Bittles, A. H. (2004). The incidence of cancer in people with intellectual disabilities. *Cancer Causes Control*, 15(10), 1021-1025.
- Syse, A., & Tonnessen, M. (2012). Cancer's unequal impact on incomes in Norway. *Acta Oncol*, 51(4), 480-489. doi: 10.3109/0284186X.2011.640710
- Taylor, R., Morrell, S., Mamoon, H., Wain, G., & Ross, J. (2006). Decline in cervical cancer incidence and mortality in New South Wales in relation to control activities (Australia). *Cancer Causes Control*, 17(3), 299-306. doi:

10.1007/s10552-005-0515-z

- Thierry, J. M. (2000). Increasing breast and cervical cancer screening among women with disabilities. *J Womens Health Gend Based Med*, 9(1), 9-12.
- Tinelli, A., Vergara, D., Martignago, R., Leo, G., Malvasi, A., & Tinelli, R. (2008). Hormonal carcinogenesis and socio-biological development factors in endometrial cancer: a clinical review. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 87(11), 1101-1113. doi: 10.1080/00016340802160079
- Torres-Cintrón, M., Ortiz, A. P., Ortiz-Ortiz, K. J., Figueroa-Vallés, N. R., Pérez-Irizarry, J., & Díaz-Medina, G. (2011). Using a Socioeconomic Position Index to Assess Disparities in Cancer Incidence and Mortality, Puerto Rico, 1995-2004. *Preventing Chronic Disease*. doi: 10.5888/pcd9.100271
- Turner, S., & Moss, S. (1996). The health needs of adults with learning disabilities and the Health of the Nation strategy. *J Intellect Disabil Res*, 40 (Pt 5), 438-450.
- Wang, T. N., Chang, S. J., & Ko, Y. C. (1994). Standardized incidence ratios for cancers in Taiwan aborigines, 1981-1987. *Gaoxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi*, 10(7), 392-404.
- Weiskopf, D., Weinberger, B., & Grubeck-Loebenstien, B. (2009). The aging of the immune system. *Transpl Int*, 22(11), 1041-1050. doi: 10.1111/j.1432-2277.2009.00927.x
- WHO. (2013). Cancer mortality and morbidity. from http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer_text/en/index.html
- Wisdom, J. P., McGee, M. G., Horner-Johnson, W., Michael, Y. L., Adams, E., & Berlin, M. (2010). Health disparities between women with and without disabilities: a review of the research. *Soc Work Public Health*, 25(3), 368-386. doi: 10.1080/19371910903240969
- Wolin, K. Y., Carson, K., & Colditz, G. A. (2010). Obesity and cancer. *Oncologist*, 15(6), 556-565. doi: 10.1634/theoncologist.2009-0285
- 中央健康保險局. (2007). 全民健康保險投保金額分級表. 中華民國 96 年 7 月 24 日 衛署健保字第 0960033319 號公告修正.
- 中央健康保險局. (2013). 全民健康保險慢性病範圍. from http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=18&menu_id=683&webdata_id=444
- 王雲東. (1992). 我國殘障福利發展影響因素之研究 (1945-1991). 東吳大學社會學研究所社會工作組碩士論文.
- 林金定. (2008). 身心障礙者健康政策：原則與國際趨勢. *身心障礙研究*, 6, 1-12.
- 國民健康局. (2013). 台灣 2010 年癌症登記報告: 行政院衛生署國民健康局.
- 董和銳. (2003). 身心障礙之概念架構與社會意涵. *身心障礙研究*, 1, 32-42.
- 衛生署統計室. (2011). 2011 年台灣死因統計. 台灣: 台灣衛生署

附錄一、都市化分級表

分層名稱		鄉鎮市區
1	高度都市化市鎮 共：27 個鄉鎮市區	台北縣板橋市、台北縣三重市、台北縣中和市、台北縣永和市、台北縣新莊市、台北縣蘆洲市、桃園縣龜山鄉、高雄縣鳥松鄉、台中市西區、台中市南區、台中市北區、台南市東區、台南市中區、台北市松山區、台北市信義區、台北市大安區、台北市中山區、台北市中正區、台北市大同區、台北市萬華區、高雄市鹽埕區、高雄市三民區、高雄市新興區、高雄市前金區、高雄市苓雅區、高雄市旗津區
2	中度都市化市鎮 共：43 個鄉鎮市區	台北縣新店市、台北縣淡水鎮、台北縣汐止鎮、台北縣深坑鄉、宜蘭縣宜蘭市、宜蘭縣羅東鎮、桃園縣桃園市、桃園縣中壢市、桃園縣龍潭鄉、新竹縣竹北市、新竹縣竹東鎮、苗栗縣苗栗市、台中縣沙鹿鎮、彰化縣彰化市、雲林縣斗六市、台南縣新營市、台南縣永康市、高雄縣鳳山市、高雄縣岡山鎮、屏東縣屏東市、花蓮縣花蓮市、基隆市中正區、基隆市仁愛區、基隆市安樂區、基隆市信義區、新竹市東區、新竹市北區、台中市東區、台中市西屯區、台中市南屯區、台中市北屯區、嘉義市東區、嘉義市西區、台南市西區、台南市北區、台北市文山區、台北市南港區、台北市內湖區、台北市士林區、台北市北投區、高雄市鼓山區、高雄市左營區、高雄市前鎮區
3	新興市鎮 共：57 個鄉鎮市區	台北縣樹林鎮、台北縣鶯歌鎮、台北縣土城市、台北縣五股鄉、台北縣泰山鄉、台北縣林口鄉、台北縣八里鄉、桃園縣楊梅鎮、桃園縣蘆竹鄉、桃園縣大園鄉、桃園縣八德市、桃園縣平鎮市、

分層名稱	鄉鎮市區
	<p>新竹縣湖口鄉、新竹縣新豐鄉、苗栗縣竹南鎮、台中縣清水鎮、台中縣梧棲鎮、台中縣神岡鄉、台中縣潭子鄉、台中縣大雅鄉、台中縣烏日鄉、台中縣大肚鄉、台中縣龍井鄉、台中縣霧峰鄉、台中縣太平市、台中縣大里市、彰化縣鹿港鎮、彰化縣和美鎮、彰化縣伸港鄉、彰化縣花壇鄉、彰化縣大村鄉、嘉義縣民雄鄉、仁鄉、高雄縣林園鄉、高雄縣大寮鄉、高雄縣大樹鄉、高雄縣大社鄉、高雄縣仁武鄉、高雄縣橋頭鄉、高雄縣路竹鄉、高雄縣湖內鄉、高雄縣茄萣鄉、高雄縣彌陀鄉、高雄縣梓官鄉、花蓮縣新城鄉、花蓮縣吉安鄉、基隆市七堵區、基隆市暖暖區、基隆市中山區、新竹市香山區、台南市南區、台南市安南區、台南市安平區、高雄市楠梓區、高雄市小港區</p>
4	<p>一般鄉鎮市區 共：87 個鄉鎮市區</p> <p>台北縣三峽鎮、台北縣瑞芳鎮、台北縣石碇鄉、台北縣三芝鄉、台北縣石門鄉、台北縣貢寮鄉、台北縣金山鄉、台北縣萬里鄉、台北縣烏來鄉、宜蘭縣蘇澳鎮、宜蘭縣頭城鎮、宜蘭縣礁溪鄉、宜蘭縣壯圍鄉、宜蘭縣員山鄉、宜蘭縣冬山鄉、宜蘭縣五結鄉、桃園縣大溪鎮、桃園縣新屋鄉、桃園縣觀音鄉、新竹縣新埔鎮、新竹縣關西鎮、新竹縣芎林鄉、新竹縣橫山鄉、新竹縣北埔鄉、新竹縣寶山鄉、苗栗縣苑裡鎮、苗栗縣通霄鎮、苗栗縣頭份鎮、苗栗縣後龍鎮、苗栗縣公館鄉、苗栗縣銅鑼鄉、苗栗縣頭屋鄉、苗栗縣三義鄉、苗栗縣造橋鄉、台中縣豐原市、台中縣大甲鎮、台中縣后里鄉、台中縣石岡鄉、台中縣外埔鄉、台中縣大安鄉、彰化縣線西鄉、彰化縣福興鄉、彰化縣秀水鄉、彰化縣芬園鄉、彰化縣員林鎮、彰化縣溪</p>

分層名稱		鄉鎮市區
		湖鎮、彰化縣田中鎮、彰化縣埔心鄉、彰化縣社頭鄉、彰化縣北斗鎮、南投縣南投市、南投縣埔里鎮、南投縣草屯鎮、雲林縣斗南鎮、雲林縣虎尾鎮、雲林縣北港鎮、雲林縣臺西鄉、雲林縣口湖鄉、嘉義縣太保市、嘉義縣朴子市、嘉義縣大林鎮、嘉義縣水上鄉、台南縣鹽水鎮、台南縣柳營鄉、台南縣麻豆鎮、台南縣六甲鄉、台南縣官田鄉、台南縣佳里鎮、台南縣學甲鎮、台南縣西港鄉、台南縣新化鎮、台南縣善化鎮、台南縣安定鄉、台南縣關廟鄉、高雄縣燕巢鄉、高雄縣阿蓮鄉、高雄縣永安鄉、高雄縣旗山鎮、屏東縣潮州鎮、屏東縣東港鎮、屏東縣恆春鎮、屏東縣麟洛鄉、屏東縣內埔鄉、台東縣台東市、花蓮縣壽豐鄉、澎湖縣馬公市、澎湖縣湖西鄉
5	高齡化市鎮 共：35 個鄉鎮市區	台北縣坪林鄉、台北縣平溪鄉、台北縣雙溪鄉、新竹縣峨眉鄉、苗栗縣南庄鄉、苗栗縣西湖鄉、苗栗縣三灣鄉、苗栗縣獅潭鄉、彰化縣芳苑鄉、彰化縣大城鄉、彰化縣竹塘鄉、雲林縣元長鄉、雲林縣四湖鄉、雲林縣水林鄉、嘉義縣溪口鄉、嘉義縣六腳鄉、嘉義縣東石鄉、嘉義縣義竹鄉、台南縣白河鎮、台南縣後壁鄉、台南縣東山鄉、台南縣七股鄉、台南縣將軍鄉、台南縣左鎮鄉、台南縣龍崎鄉、高雄縣田寮鄉、屏東縣車城鄉、屏東縣滿州鄉、台東縣池上、台東縣長濱鄉、花蓮縣鳳林鎮、澎湖縣白沙鄉、澎湖縣西嶼鄉、澎湖縣望安鄉、澎湖縣七美鄉
6	農業市鎮 共：61 個鄉鎮市區	宜蘭縣三星鄉、苗栗縣卓蘭鎮、苗栗縣大湖鄉、苗栗縣泰安鄉、台中縣和平鄉、彰化縣二水鄉、南投縣集集鎮、南投縣名間鄉、南投縣鹿谷鄉、南投縣中

	分層名稱	鄉鎮市區
		寮鄉、南投縣魚池鄉、南投縣國姓鄉、南投縣水里鄉、南投縣信義鄉、南投縣仁愛鄉、雲林縣西螺鎮、雲林縣古坑鄉、雲林縣大埤鄉、雲林縣二崙鄉、雲林縣崙背鄉、雲林縣東勢鄉、嘉義縣新港鄉、嘉義縣鹿草鄉、嘉義縣竹崎鄉、嘉義縣梅山鄉、嘉義縣番路鄉、嘉義縣大埔鄉、嘉義縣阿里山鄉、台南縣下營鄉、台南縣大內鄉、台南縣北門鄉、台南縣山上鄉、台南縣玉井鄉、台南縣楠西鄉、台南縣南化鄉、高雄縣美濃鎮、高雄縣六龜鄉、高雄縣甲仙鄉、高雄縣杉林鄉、屏東縣里港鄉、屏東縣高樹鄉、屏東縣新埤鄉、屏東縣佳冬鄉、屏東縣霧臺鄉、屏東縣獅子鄉、屏東縣牡丹鄉、台東縣成功鎮、台東縣關山鎮、台東縣卑南鄉、台東縣鹿野鄉、台東縣東河鄉、台東縣太麻里鄉、台東縣大武鄉、台東縣金峰鄉、台東縣達仁鄉、台東縣蘭嶼鄉、花蓮縣玉里鎮、花蓮縣光復鄉、花蓮縣豐濱鄉、花蓮縣瑞穗鄉、花蓮縣富里鄉
7	偏遠鄉鎮 共：49 個鄉鎮市區	宜蘭縣大同鄉、宜蘭縣南澳鄉、桃園縣復興鄉、新竹縣尖石鄉、新竹縣五峰鄉、台中縣東勢鎮、台中縣新社鄉、彰化縣埔鹽鄉、彰化縣永靖鄉、彰化縣二林鎮、彰化縣田尾鄉、彰化縣埤頭鄉、彰化縣溪州鄉、南投縣竹山鎮、雲林縣土庫鎮、雲林縣荊桐鄉、雲林縣林內鄉、雲林縣麥寮鄉、雲林縣褒忠鄉、嘉義縣布袋鎮、嘉義縣中埔鄉、高雄縣內門鄉、高雄縣茂林鄉、高雄縣桃源鄉、高雄縣三民鄉、屏東縣萬丹鄉、屏東縣長治鄉、屏東縣九如鄉、屏東縣鹽埔、屏東縣萬巒鄉、屏東縣竹田鄉、屏東縣枋寮鄉、屏東縣新園鄉、屏東縣崁頂、屏東縣林邊鄉、屏東縣南州鄉、屏東縣

分層名稱	鄉鎮市區
	琉球鄉、屏東縣枋山鄉、屏東縣三地鄉、屏東縣瑪家鄉、屏東縣泰武鄉、屏東縣來義鄉、屏東縣春日鄉、台東縣綠島鄉、台東縣海端鄉、台東縣延平鄉、花蓮縣秀林鄉、花蓮縣萬榮鄉、花蓮縣卓溪鄉

資料來源：台灣地區鄉鎮市區發展類型應用於大型健康調查抽樣設計之研究(劉介宇、洪永泰與莊義利等, 2006)



附錄二、全民健康保險慢性疾病範圍

疾病名稱(特定診療項目代號)	
一	癌症 (12)
二	內分泌及代謝疾病 甲狀腺機能障礙 (05) 糖尿病 (01) 高血脂症 (19) 威爾遜氏症 (48) 痛風 (07) 天皰瘡 (30) 皮膚炎 (31) 泌乳素過高症 (43) 先天性代謝異常疾病 (52) 腎上腺病變引發內分泌障礙 (70) 腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71) 性早熟 (72) 副甲狀腺機能低下症 (80) 性腺低能症 (Hypogonadism) (93)
三	精神疾病 精神病 (47)
四	神經系統疾病 腦瘤併發神經功能障礙 (73) 巴金森氏症 (16) 肌僵直萎縮症 (49) 其他中樞神經系統變質及遺傳性 疾病 (54) 多發性硬化症 (55) 嬰兒腦性麻痺及其他麻痺性癱瘓群 (56) 癲癇 (15) 重症肌無力 (51) 多發性周邊神經病變 (74) 神經叢病變 (75) 三叉神經病 (76) 偏頭痛 (77) 脊髓損傷 (81)
五	循環系統疾病 心臟病 (11)

	高血壓 (02) 腦血管病變 (14) 動脈粥樣硬化 (57) 動脈栓塞及血栓症 (58) 雷諾氏病 (26) 川崎病併發心臟血管異常者 (78)
六	呼吸系統疾病 慢性鼻竇炎 (45) 慢性支氣管炎 (10) 肺氣腫 (20) 哮喘 (06) 支氣管擴張症 (22) 慢性阻塞性肺炎 (21) 肺沈著症 (59) 外因所致之肺疾病 (60) 過敏性鼻炎 (82)
七	消化系統疾病 消化性潰瘍 (08) 肝硬化 (25) 慢性肝炎 (03) 胃腸機能性障礙 (含慢性胰臟炎、 各種胃腸息肉症、急躁大腸症候群、 胃腸糜爛性炎症、慢性大腸炎症) (23) 慢性膽道炎 (18)
八	泌尿系統疾病 慢性腎臟炎 (04) 腎臟感染 (61)
九	骨骼肌肉系統及結締組織之疾病 關節炎 (09) 多發性肌炎 (50) 骨質疏鬆症 (27) 紅斑性狼瘡 (24) 慢性骨髓炎 (95) (須依 X 光片予以 判定，如需服用抗生素，需有 CRP、 ESR 檢查作為判定依據)
十	眼及其附屬器官之疾病 青光眼 (33) 乾眼症 (34)

	視網膜變性 (35) 黃斑部變性 (36) 葡萄膜炎 (37) 玻璃體出血 (38) 角膜變性 (39)
十一	傳染病 結核病 (17) 甲癬 (29)
十二	先天畸形 先天性畸形疾病 (62)
十三	皮膚及皮下組織疾病 乾癬 (28) 全身性濕疹 (32) 烏腳病 (79) 白斑 (83) 脂漏性皮膚炎 (84) 類澱粉沉積症 (限病灶超過體表面積百分之三十以上者) (85) 類天皰瘡 (86) 皰疹性皮膚炎 (87) 家族性良性慢性天皰瘡 (88) 表皮分解性水皰症 (89) 嚴重性魚鱗癬 (含層狀魚鱗癬及魚鱗癬狀紅皮症) (90) 毛囊角化症 (91) 進行性全身硬皮症 (92) 慢性蕁麻疹 (98) 異位性皮膚炎 (99)
十四	血液及造血器官疾病 慢性貧血 (40) 紫斑症 (41) 持續性血液凝固障礙 (血友病) (63) 骨髓分化不良症候群 (96) Refractory Anemia RARS CMMOL RAEB RAEB-t

	原發性血小板增生症 (97)
十五	耳及乳突之疾病 慢性中耳炎 (46) 內耳前庭病變 (44) 神經性耳鳴(100)
十六	其他 器官移植後藥物追蹤治療 (13) 漢生病 (64) 痔瘡 (65) 攝護腺 (前列腺) 肥大 (66) 子宮內膜異位症 (42) 停經症候群 (67) 尿失禁 (68) 油症 (多氯聯苯中毒) (69) 先天性免疫不全症 (53) 慢性攝護腺炎 (需經攝護腺按摩取 攝護腺分泌液證實者) (94)

