

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-374

原住民肺結核病患未完成治療原因探討

**Factor Determining the Failed Treatment for  
Aboriginal Tuberculosis Patients**

指導教授：蔡 文 正 博士

共同指導：龔 佩 珍 博士

研 究 生：陳 照 惠 撰

中華民國九十六年六月

本研究論文為  
行政院衛生署補(捐)助科技發展計畫  
計畫編號：DOH96-TD-PH-03



## 誌謝

論文終於完成了！看到自己兩年來的努力在最後這一刻呈現出來，真的有莫名的感動。這一路來最要感謝的就是我的指導老師：蔡老師及龔老師，給我許多的指導及關心，讓我從什麼都不懂，學會怎麼聯絡專家學者、學會如何準備一個會議流程..等等，而這些都是課堂上無法學到的，除此之外，也謝謝老師那麼用心的一個字一個字的和我討論論文，給我許多的寶貴意見及學習經驗，也因為如此，常常害你們加班了，另外也謝謝我的口試委員楊志良老師及楊文達主任，在口試期間給予許多寶貴的意見，使論文內容能更趨完善。

除了感謝老師及口試委員的指導外，也謝謝台中醫院胸腔內科楊文達主任、仁愛鄉、信義鄉、埔里鎮...等山地鄉衛生所的阿長們，協助我們問卷訪問，才可使本研究得以順利進行。感謝行政院衛生署，補助相關的研究經費。

最後要謝謝我的家人，以及研究室的妮吟學姊、崇銘學長、曉雲學姊、小珊學姐、APPLE學姊、婷之學姊、莎莎，不厭其煩的幫助我還有關心我。還有謝謝班上的同學，常常在我論文遭遇瓶頸時聽我吐苦水，謝謝你們大家，最後也祝福大家，畢業後也能一切順利。

照惠 謹誌 2007.06

## 摘要

**目的：**結核病是國內死亡人數最多的傳染病，儘管台灣地區結核病防治工作有不錯的成果，但山地鄉結核病的發生率及死亡率卻遠遠高出台灣地區。山地鄉有 77.62%的人口為原住民，其生活條件、健康行為及經濟條件皆較一般民眾不佳，相對的在就醫上也遭遇較多的困難。因此本研究以整體原住民肺結核病患為研究對象，以找出影響原住民肺結核病患未完成治療之因素。

**方法：**依疾病管制局傳染病通報系統 2004 年及 2005 年新通報之原住民肺結核病患，共計 615 位，利用結構式問卷以電訪進行普查。完治族群有效樣本 277 份(65.18%)，未完治族群 110 份(57.89%)。資料分析方面，應用羅吉斯迴歸分析探討影響原住民肺結核病患未完成治療之相關因素。

**結果：**所有 615 位原住民肺結核患者中，完治者佔 69.11%、未完治者 30.89%。受訪者中服藥後有副作用者佔 67.96%，有 14.55%的個案因副作用而中斷服藥。經濟、交通因素及治療時間長為治療期間主要困擾。在原住民病患中，以經濟及交通方面之需求最大。羅吉斯迴歸分析顯示，性別、原住民族群、是否因結核病更換工作、生活品質影響程度、衛生所護士幫助性、醫生或醫院護士幫助性、酗酒情形、

結核病傳染性的認知、心理及社會層面需求，皆是影響原住民肺結核患者完治與否的顯著因素( $p<0.05$ )。

**結論與建議：**原住民的健康行為及疾病認知皆是影響原住民患者完治與否的因素，且醫護人員的幫助與心理及社會需求的促進，皆是改善原住民肺結核病患完治的重要努力方向。因此本研究建議衛生主管機關：(一)透過 IDS 計畫指派肺結核相關專科醫師至山地離島鄉協助治療；(二)提供專用交通車降低就醫障礙及避免相互感染；(三)提供完治獎金作為結核病治療之誘因；(四)加強 DOTS 計畫的執行管理；(五)提升結核病通報系統品質管理。對醫護人員之建議：(一)改善部分用藥以降低副作用；(二)提升原住民肺結核病患對肺結核疾病的認知；(三)加強衛教改善其健康行為；(四)增進與病患溝通及關心。

**關鍵詞：**原住民、肺結核、病患需求、完治率

## Abstract

**Purpose:** TB is a very serious public health issue in Taiwan. It is the most common infectious disease which can cause people die. Although the prevention of tuberculosis is effective, the death rates in mountain areas are higher than the average rate in Taiwan. The rate of aboriginal people in mountain is 77.62%. Generally, their living condition, health behaviors, and income are worse than general public. It is also more difficult for them to have enough medical care. Therefore, this study would like to investigate the factors of failed treatment for aboriginal TB patients.

**Methods:** This research uses the aborigine new TB cases listed in CDC between 2004 and 2005. A total of 615 patients have been reported. Structured questionnaires have been used to interview aboriginal TB patients by phone survey. The total number of the completely cured group is about 277 (65.18%) and the number of the group that has not been cured is 110 (57.89%). Logistic regression analysis is applied to examine the factors that significantly affect tuberculosis patients.

**Results:** In all of the 615 aboriginal TB patients, 69.11% have been cured completely; the other 30.89% have not been cured. In our survey, 67.96% of patients report that they have a side effect from their medication. Moreover, 14.55% of aboriginal TB patients stop taking the medicine because of its side effects. The problems of the treatment for aborigine TB patients include economical factor, transportation, and long period of treatment time. The most urgent needs of the aboriginal TB patients are financial support and transportation. The logistic regression

analysis shows that the significant factors that influence whether aboriginal TB patients can be cured include gender, tribe, working condition, life quality, the assistance from doctor and nurse in the hospital, alcohol abuse, and the knowledge of TB infectious probability, the psychological and social needs.

**Conclusions and suggestions:** Both the health behavior and disease knowledge influence the factors that whether they can be cured or not. Moreover, the assistance from medical care people and the improvement of psychology and social need are important factors to enhance the rate of aboriginal people who can be cured completely. This research has some recommendations for health policy decision makers as follows: (1) Assign TB specialists to mountain areas to treat aborigine TB patients; (2) Offer specific transportation for aborigine TB patients to reduce the their difficulties of seeking medical treatment; (3) Offering the financial reward for complete treatment;(4) Execute DOTS program;(5) Enhance the quality and management for TB notification system. The recommendations for healthcare staffs are the following: (1) Modify some medication to reduce the side effect; (2) Enhance TB patients' knowledge about tuberculosis. (3) Improve their health behaviors through health education. (4) Increase the communication and concern to patients.

keyword : Aborigines; Tuberculosis; Patients' needs; cure rate

# 目錄

<b>第一章 前言 .....</b>	<b>1</b>
第一節 研究背景與動機 .....	1
第二節 研究目的 .....	3
<b>第二章 文獻探討 .....</b>	<b>4</b>
第一節 國際結核病防治趨勢 .....	4
第二節 台灣地區結核病流行趨勢與防治工作 .....	9
第三節 山地鄉及原住民結核病概況 .....	13
第四節 原住民肺結核病患治療情形與政府補助措施 .....	16
第五節 病患需求 .....	20
第六節 影響結核病治療成效之相關因素 .....	23
第七節 文獻小結 .....	27
<b>第三章 研究方法 .....</b>	<b>28</b>
第一節 研究架構 .....	28
第二節 變項操作行定義 .....	29
第三節 研究步驟 .....	34
第四節 研究對象與資料收集 .....	37
第五節 研究工具 .....	39

第六節 資料分析 .....	42
<b>第四章 研究結果 .....</b>	<b>44</b>
第一節 樣本代表性分析 .....	44
第二節 樣本描述性分析及雙變項分析 .....	46
第三節 羅吉斯迴歸分析 .....	57
<b>第五章 討論 .....</b>	<b>71</b>
第一節 原住民肺結核病患特質探討 .....	71
第二節 原住民肺結核病患治療情形之探討 .....	74
第三節 原住民肺結核病患治療期間健康行為及疾病認知 .....	76
第四節 原住民肺結核病患需求 .....	78
第五節 原住民肺結核病患未完成治療原因探討 .....	81
<b>第六章 結論與建議 .....</b>	<b>84</b>
第一節 結論 .....	84
第二節 建議 .....	87
第三節 研究限制 .....	92
<b>參考文獻 .....</b>	<b>93</b>
<b>附錄一 原住民結核病患問卷 .....</b>	<b>101</b>
<b>附錄二 肺結核疾病認知 .....</b>	<b>104</b>

## 圖表目錄

表 3-1、原住民肺結核病患問卷操作型定義.....	29
表 3-2、疾病管制局肺結核病患通報登錄系統變項資料操作型定義.....	33
表 4-1、本研究樣本與原住民肺結核患者母群體適合度檢定.....	45
表 4-2、原住民肺結核病患個人基本資料.....	59
表 4-3、原住民肺結核病患治療情形.....	61
表 4-4、治療期間健康行為.....	65
表 4-5、原住民肺結核病患對肺結核疾病認知.....	66
表 4-6、原住民肺結核病患需求.....	67
表 4-7、原住民肺結核病患完治與未完治之羅吉斯迴歸分析.....	68
圖 2-1：歷年結核病死亡率.....	10
圖 2-2：歷年結核病發生率.....	15
圖 2-3：原住民結核病患人數.....	15

# 第一章 前言

## 第一節 研究背景與動機

近年來世界各國結核病的發生有逐年增加的趨勢，根據統計數據顯示 2003 年全球 199 個 WHO(World Health Organization, WHO)國家共有八百八十萬個新增個案，一百七十萬人因肺結核而死亡(WHO, 2005)。世界衛生組織更提出警告要求各國注意疫情的發展。台灣地區肺結核防治工作源於 1950 年，在 1991 年時死亡率已由 1952 年的每十萬人口有 91.56 人下降至每十萬人口 9.03 人，到 2005 年為止結核病死亡率更控制到每十萬人口 4.7 人（疾病管制局流行病學專區，2006）。然而值得注意的是台灣地區 2005 年每十萬人口發生率 72.47 人，比起美國每十萬人口 6.00 人，瑞典 5.00 人高出許多(疾病管制局 90 年結核病防治年報，2003)；更令人震驚的發現是，以原住民居多的山地鄉結核病發生率比台灣地區又高出許多。就行政院衛生署疾病管制局統計數據顯示 2005 年山地鄉每十萬人口結核病發生率為 292.87 人，而每十萬人口結核死亡率為 16.25 人，山地鄉罹患結核病的比率明顯有偏高的趨勢（疾病管制局流行病學專區，2006）。

山地鄉有 77.62%的人口是原住民(內政部戶政司，2000)，而原住

民的生活環境、健康行為、經濟來源等條件均較一般民眾不良，且山地鄉醫療資源的不足往往也造成民眾就醫上的障礙，而目前國內多以山地鄉肺結核病患進行相關研究，以概括原住民的健康情況，如此一來除了無法得知居住於山地鄉原住民的實際情況，更忽略了非山地鄉原住民的情形。

因此本研究以整體原住民肺結核患者為研究對象，探討造成原住民肺結核患者未完成治之因素，以期藉以提升其就醫的順從性，最後並針對原住民肺結核病患未完成治療之因素提出適當建議，供衛生相關主管機關於原住民結核病防治工作與政策之參考，藉以降低原住民肺結核病之發生率並提升其完治率。

## 第二節 研究目的

本研究針對台灣地區原住民肺結核病患未完成治療因素及其治療情形進行調查與評估，並對研究結果提出適當的建議，以供衛生主管機關制定相關政策之參考。本研究之目的分述如下：

- 一、調查原住民結核病患治療結果(完治/未完治)。
- 二、調查原住民肺結核病患個人基本特性、肺結核治療情形、健康行為之分佈情形與其疾病認知，並比較完成治療與未完成治療結核病患之差異。
- 三、調查與比較完成治療與未完成治療原住民肺結核病患之需求(醫療及生理層面、心理及社會層面、經濟及交通層面等)。
- 四、探討影響原住民肺結核病患是否完成治療之顯著相關因素。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 國際結核病防治趨勢

#### 一、肺結核防治

結核病是全球單一病原引起最多死亡的傳染病。根據世界衛生組織統計，全球每秒鐘有 1 人新感染，每年約有 1% 人口新感染結核菌，目前合計約有 20 億人已感染結核菌，佔全球人口的 1/3 (WHO: weekly epidemiological record, 2004)。儘管早在一百多年前德國的柯霍 (Robert Koch) 就發現結核病的病因菌，距今約八十年前卡邁特 (Calmett) 與介嵐 (Guerin) 研製了肺結核的預防疫苗 - 「卡介苗 (BCG)」，但結核病仍舊缺乏有效的治療方法，患者只能多休息、長期住院 (結核病療養院)、接受人工氣胸 (artificial pneumo-thorax, APT)、人工腹氣 (artificial pneumo-peritonium)、胸廓成形術 (thoracoplasty) 或合併肺葉切除，企圖將肺內的空洞塌陷或切除，以降低結核菌繁殖的速度，藉以控制病情，雖然此種方法確實有其成效，但這些治療方式所帶來的後遺症也造成許多困擾 (疾病管制局，結核病防治工作手冊，2002)。

1944 年 Waksman 發現了鏈黴素 (Streptomycin)，開啟了結核病化學藥物治療的新紀元，之後就陸續研發出不少抗結核藥物，合併多種

藥物的內科治療方式成為近五十年來對抗結核病的主流，使結核病獲得更有效的控制與治療。其中以前兩個月使用 isoniazid(INH)、rifampin(RMP)、ethambutol(EMB)及 pyrazimida(PZA)，後四個月用 INH、RMP、及 EBM，為期 6 個月的短程化學治療方式被視為治療結核病的標準模式(蔡旭明、黃洽鑽，2006；疾病管制局，結核病防治工作手冊，2002)。目前的結核藥物已非常有效，雖要把個案治療到不易復發至少需要 6-9 個月的時間，但是只要能夠規則服藥，原本具傳染性的個案多可在兩週內的時間內把傳染性降下來。結核病病患如果不給予治療，約半數病人會死亡，四分之一的病人會成為慢性病患（痰中細菌陽性），四分之一好轉（痰中細菌陰性）。若治療計劃及療程不佳，約 12% 的病人會死亡，25% 的病人會變慢性，63% 的病人會好轉。若以良好的計劃治療，只有 7% 病人會死亡，3% 病人變慢性、90% 的病人會治癒（疾病管制局 90 年結核病防治年報，2003；Khan, 2005），因此，治療的品質對病人預後及結核病防治成效影響甚鉅。

除了有效的藥物治療外，都治計畫 (Directly Observed Therapy, Short course；DOTS，舊譯「直接觀察短程治療」)也是目前「國際抗癆暨肺病聯盟」提出防治結核病最有效的對策，更是世界銀行評估為成本效益最高的一項健康投資。到 2003 年為止全球共有 182 個國家投入 DOTS 的計畫之中，涵蓋了全球 77% 的結核病患(WHO,2005)。

而台灣則在 1997 年 3 月 1 日起在山地鄉實施 DOTS，2001 年 5 月擴大到全國普遍實施(疾病管制局，2002)。根據部分已實施 DOTS 計畫地區的初步報告顯示，此種治療方式雖然需耗費較多的人力物力，卻可使治癒率顯著提升、死亡率及治療失敗率降低，減少多發抗藥性結核病 (MDR-TB) 發生的機會(Pedro et al.2002; Davies, 2003; Shargie et al., 2005)。

## 二、都治計畫

有效的抗結核病藥物問世以來，結核病已獲得妥善的控制，然而在 1980 年代中期，愛滋病的推波助瀾和抗藥性結核菌株的產生又將肺結核推上世界舞台中央；不單是未開發國家，已開發國家都面臨結核病回升的威脅，因此世界衛生組織在 1993 年 4 月宣佈結核病為全球緊急危機，呼籲世界各國加強結核病防治工作，鼓吹各國積極推動都治計畫(蔡旭明、黃洽鑽，2006；余明治等，2000；林獻鋒等，2002)。

都治計畫是指結核病治療採用標準的短程治療方式，且每一顆治療藥物，均在醫護人員或其他健康照護人員的監督下，真正吞進病人的肚子裡，發揮治療效果(索任，2000)。監視是成功治癒結核病的關鍵，若病人因為不適當的治療和不連續的用藥，則會造成高失敗率及藥物抗藥性的增加，也可能再次傳染給其他人。只要這些藥物在全

程治療期間均按規定吞服，結核病總能治癒。因此直接監督加上短期化學治療應是現階段治癒結核病的最佳方法（白冠壬等，1998）。

都治計畫實施的對象可概分為以下幾類（疾病管制局肺結核防治工作手冊，2002）：

- (一)痰塗片陽性，且不規則服藥者為第一級勸導督制對象。
- (二)痰塗片陰性(或未驗痰)，不規則服藥者為第二級勸導督制對象。
- (三)痰塗片陽性，規則服藥者為第三級勸導督制對象。
- (四)痰塗片陰性(或未驗痰)，規則服藥者為第四級勸導督制對象。
- (五)收案時尚未驗痰，且未實施都治個案於管理中獲得痰塗片陽性結果時，應即調整勸導都治優先順序。
- (六)未實施都治個案，如發生不規則服藥情形，應即調整勸導都治優先順序。

參與都治計畫的個案皆會配置一位都治觀察員觀察其服藥情形，觀察員可由個案的親友、個案管理者、志工、鄰里長...等擔任，觀察員應每日親視個案依規定服藥，並在治療日誌上加以記載，當病患藥物副作用產生時，則須立即通知衛生所管理人員協助處理。除此之外使用 DOTS 做為防治策略亦有五大項要素，才能使 DOTS 計

畫的效益充分發揮(江振源，2000；謝家如、林麗嬋，2003；Davies, 2003；Rajeswari et al., 2005)：

- (一)政治承諾：由於 DOTS 計畫需耗費相當多的人力、物力及財力，因此政府應將結核防治提列為施政計畫重點項目之一，以確保持續性的提供足夠的資源，做為結核病防治所需。
- (二)良好品質的診斷：利用被動發現，配合痰塗片檢查對疑似肺結核之個案應驗三套痰，以最直接而快速的方法診斷出結核病最重要的傳染源-痰塗片陽性者。
- (三)直接觀察治療法：直接監督可以確保規則服藥，提高完治率，避免抗藥性的產生及減少復發率。
- (四)無間斷的藥物提供：結核病的治療應確保每一位病人接受治療的權力，不應讓病患因為藥物短缺或是無法負擔醫療費用等其他因素而中斷服藥。
- (五)標準化之登記與通報系統：為確保結核病防治計畫能有效運作，必須依照國際共同之定義，訂定標準化之登記與通報系統。為有以定期的內在與外在評估做為回饋機制，訂定修正計畫，才能確保結核防治計畫之品質。

## 第二節 台灣地區結核病流行趨勢與防治工作

### 一、結核病現況

根據歷年調查之結果發現，1957 年台灣第一次結核病盛行調查之時，20 歲以上人口肺結核（經 X 光診斷）盛行率為 5.15%，傳染性肺結核（經細菌培養證實）盛行率為 1.02%。而 1993 年第 8 次盛行調查初步資料顯示，20 歲以上人口肺結核盛行率為 0.65%，傳染性肺結核盛行率為 0.06%，國內歷年結核病盛行率有下降之趨勢，數十年間分別下降 87.4% 及 94.1%。由於在肺結核的通報方面，自 1997 年起政策上採取強制通報策略，若未經通報則健保局不給付其肺結核治療費用，因此在結核病發生率方面，從民國 1996 年的每十萬人口 54.1 人，上升至 2002 年的每十萬人口 80.19 人(疾病管制局流行病學專區，2006)。

在肺結核死亡率方面(圖 2-1)1997 年，臺灣地區結核病死亡率為每十萬人口 7.48 人，死亡人數 1,619 人，結核病死亡佔總死亡人數的 1.36%；2005 年，臺灣地區結核病死亡率為十萬人口 4.27 人，結核病死亡佔總死亡 0.7%，與過去比較，台灣地區結核病死亡率有所改善。若就死因別而言，1952 年結核病死亡率為每十萬人口 91.56 人，排名

十大死因第三名，經數十年的努力，1985 年結核病首度退出十大死因之列，排名第十一名，1987 年起死因順位更下降至排名第十二名(行政院衛生署，2005)。反觀山地鄉結核病死亡率由 1997 年的每十萬人口 38.12 人下降至 2005 年的 16.25 人，雖然死亡率有顯著的改善，但相較於台灣地區仍有相當大的改善空間 ((疾病管制局流行病學專區，2006))。

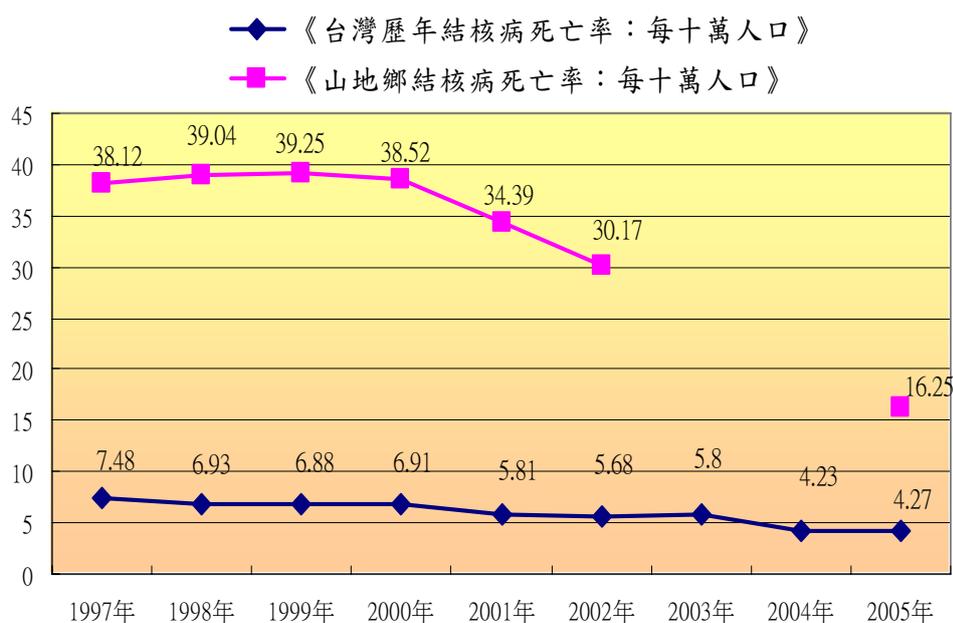


圖 2-1：歷年結核病死亡率

資料來源：疾病管制局結核病流行病學專區，2006

## 二、結核病防治工作

台灣地區在聯合國兒童基金會及世界衛生組織協助下，於 1950 年起，即有計畫系統性的於全台推展全面性肺結核防治工作。以學童為對象，先給予結核菌素測驗，陰性反應者立即接種卡介苗，並由台灣省各結核病防治院及各縣市衛生所組成卡介苗工作隊，將卡介苗預防接種工作擴展至全省。1957 年開始，進一步每隔五年定期舉辦一次肺結核流行病學盛行調查，藉以正確掌握台灣地區肺結核之流行概況，作為防治工作參考（張正二、廖麗娟，1990）。1978 年慢性病防治局開始推動肺結核革新短程治療的方式，對病患採取有效之藥物治療與積極的個案管理工作，期望能更有效撲滅肺結核（王妙，1994）。

2001 年由慢性病防治體系負責的結核病防治工作，轉由疾病管制局掌控，舉凡政策的制訂、個案管理及追蹤等公共衛生的工作，交由疾病管制局負責，把結核病當做是法定傳染病的一種，集中做防疫的管制及處理。而衛生署為了加強結核病防治工作，在 2000 年即將結核病防治體系和其他防疫體系整合在一起，建構結核病診療網、結核菌檢驗網、以及加強現有公共衛生工作網的功能，希望藉由這三個網路環環相扣，發揮整體防疫團隊的力量，共同對抗結核病這個危害民眾健康最嚴重的頭號殺手，使台灣的結核病流行儘快得到控制，維

護國民的健康（衛生署疾病管制局，2002）。

世界衛生組織主張，結核病個案的發現應以病患自覺症狀尋醫就診的被動方式為主，因此提升結核病的診斷能力，讓所有結核病人在發病時都能迅速診斷獲得治療，儘早切斷其傳染鏈，是結核病防治的首要工作，但是對於醫療資源缺乏的地區，則必須藉由胸部 X 光篩檢的主動發現方式，補足被動發現的不足。有鑑於此，疾病管制局對山地鄉提供每年一次的 X 光巡迴檢查。12 歲以上的山地鄉居民全面造冊檢查，12 歲以下居民有呼吸道症狀 3 週以上及有和病人接觸者則勸導檢查（疾病管制局，結核病防治工作手冊，2002）。



### 第三節 山地鄉及原住民結核病概況

2005 年全國 30 個山地鄉結核病死亡人數計 33 人，每十萬人口死亡率 16.52 人，占總死亡百分率 1.46%，為一般地區結核病死亡率（十萬人口 4.27 人）的 3.87 倍。發生率方面（圖 2-2），台灣地區的結核病每十萬人口發生率，1996~2005 年期間上升了 18.41 人（54.06 人~72.47 人），而 1996~2005 年間，山地鄉的發生率每十萬人口則是上升了 83.37 人；此外，2005 年山地鄉結核病每十萬人口發生率 292.87 人是全台平均值（每十萬人口 72.47 人）的 4.04 倍（疾病管制局流行病學專區，2006）其中又以花蓮縣秀林鄉每十萬人口發生率 611.96 人為最多，山地鄉罹患肺結核的情形明顯的較一般地區嚴重。然而台灣地區對於結核病的描述並未有針對原住民族群的相關資訊，衛生單位的統計數據亦僅止於對山地鄉的民眾疫情報導，而山地鄉以原住民居多，約佔 77.62%，可見原住民鄉鎮的感染情況甚為嚴重。且由統計資料顯示，台灣山地鄉各年齡組結核病發生率均較平地鄉超出甚多，且病人分佈有較年輕化之現象，35~44 歲之人口發生率為平地鄉的 6.4 倍，65 歲以上人口則為 2 倍（疾病管制局流行病學專區，2006）。且 1997~2001 年間，山地鄉居民的死亡率為平地居民 5.5-6.5 倍，發生率為 3.6-5.2 倍，山地鄉皆顯著高於平地（Yu et al., 2004；余明治、索任等，1997）。

根據西方國家經驗，大部份結核病之新增感染或再感染發生在社經地位較低之貧困地區，台灣地區結核病發生率最高地區則是在山地鄉。相關研究發現山地鄉肺結核發生率與死亡率均較平地鄉高，在調整年齡與性別後其發生率最高之地區相較於平地鄉可高至 15 倍，除了蘭嶼發生率較低，但其發生率相較於平地鄉仍高出大約 2 倍（楊堅，2000）。由年齡別曲線及年齡分佈來看平地鄉其結核病個案增加大部份是在老年人，進而發現山地鄉男性結核病個案發生主要來自新增感染或再感染，而非小時候自然感染而變成潛伏性感染直到成人再活化（Reactivate）變成結核病（楊堅，2000）。依據行政院衛生署疾病管制局中央傳染病追蹤監視系統的資料顯示，自 2004 年 1 月至 2005 年 8 月各月的資料，原住民結核病患於此期間每月新增個案由 12 個增至 39 個，而山地鄉原住民結核病患則由 12 個增加為 26 個，雖然每月新增個案數皆有增減波動，但大致而言依舊有攀升的趨勢（圖 2-3）。

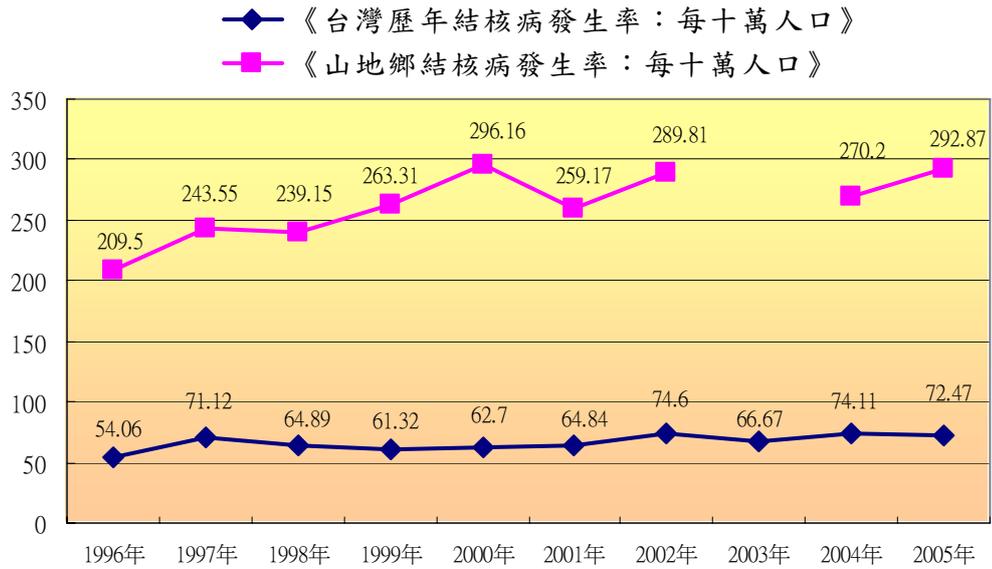


圖 2-2：歷年結核病發生率

資料來源：疾病管制局結核病流行病學專區，2006

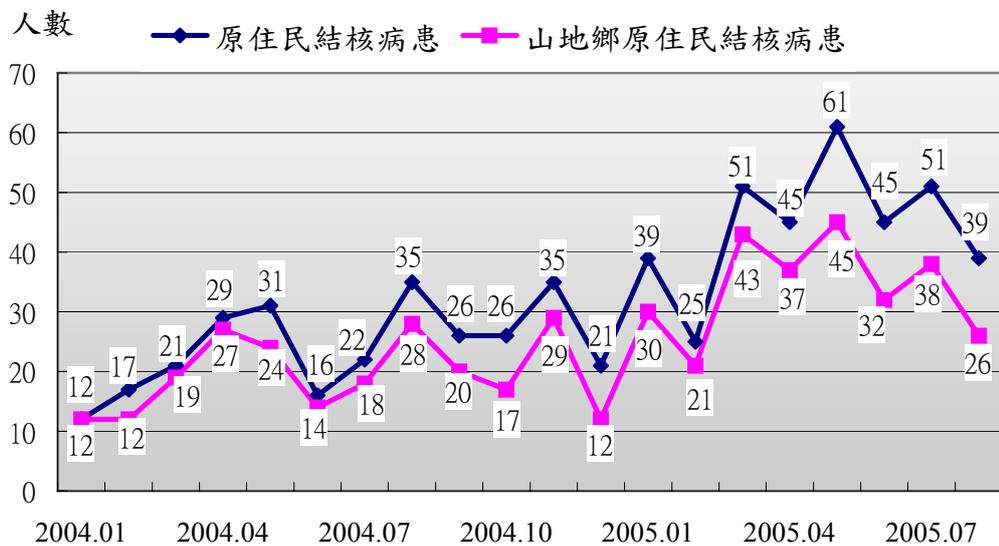


圖 2-3：原住民結核病患人數

資料來源：疾病管制局中央傳染病追蹤監視系統，2005

#### 第四節 原住民肺結核病患治療情形與政府補助措施

由於山上醫療資源極為匱乏，在多方因素阻滯下，延誤治療往往成了肺結核肆虐的最佳時機。由於台灣山地鄉大多是位處幅員遼闊、交通不易到達的深山地區，山上的醫療資源本來就極為匱乏，一有病症，居民往往需費時才可到達醫療設備尚可的衛生所看病；若不幸罹患重症，又得想辦法下到平地，尋求設備較健全的醫療院所治療；往返期間，常常延誤治療的最佳時機。

「延誤診斷，延誤治療」是山地鄉遲遲無法降低結核病發生率的最大原因。由於傳統部落結構改變，山地鄉就業機會減少，使得多數山地鄉原住民紛紛下山謀生，因其往往居無定所，追蹤不易，使得防治單位無法正確統計實際罹患結核病的數據。近幾年來，山地鄉結核病發生率逐漸攀升，其實是由於防治單位已追蹤到更多的病患（台灣原住民月刊，2000）。

而原住民普遍缺乏儲蓄觀念，經濟能力欠佳，連健保都無法給付，以致在治療的過程中遭遇瓶頸。研究發現在醫療服務利用影響因素之分析方面，原住民身份別是一個顯著的影響因子；且在住院醫療服務利用方面，山地原住民其住院醫療利用情形會比平地及非原住民

高（蔡雅琪，2000）。山地鄉結核病患住院治療，可能迫於生計無法安心住院養病而出去打零工，又傳散病毒。或是因個性好強，不願相信自己有病，往往病急才亂投醫，所以又造成一樁樁延誤治療的例子。

因此有鑒於山地鄉結核病流行較平地鄉嚴重，原住民生活習慣、健康概念等因素，服藥順從性較差，為加強結核病個案之治療品質，結核病菌之散播，鼓勵原住民或現住地為山地鄉之結核病個案在治療初期住院治療，期望能在治療的黃金時間，提供完善的隔離與醫療照護，並協助個案養成規則服藥的習慣，以提高完治率，阻絕傳染源，減少無健保者就醫障礙以減少個案失落率。特對結核病患專案族群，包括慢性傳染性肺結核個案、原住民或現住地為山地鄉之結核病個案及無健保醫療者有所補助（疾病管制局結核病防治組，2005）。

由於山地鄉人口原來就只有將近二十萬左右，約略佔台灣地區總人口的1%，因此族群生命力如何繁衍生存，也受到政府相關單位的極度重視。為了讓山地鄉原住民也能珍愛生命，政府特於1995年，配合全民健康保險加強結核病防治方案，頒佈一系列的「山地鄉結核病人住院治療補助計畫」，以展露杜絕山地鄉結核病的決心（台灣原住民月刊，2000）。行政院衛生署更於2004年公告「結核病患醫療補助要點」加強結核病治療品質、減少就醫障礙及抗藥性結核病菌之散

撥，其補助的專案族群包含：慢性傳染性肺結核個案、原住民或現住地為山地鄉之個案，提供結核病醫療及住院補助，其補助範圍如下：

(一)具全民健保身分者，補助因結核病就醫之部分負擔費用。

(二)無全民健保身分者，補助因結核病就醫全額醫療費用。

(三)因結核病住院者另發給住院營養暨生活費。

專案族群之住院營養暨生活費補助條件及基準如下：

一、原住民或現住地為山地鄉之結核病個案於住院前或住院期間確診之個案，自登記日起七十五天內住院，住院補助次數以二次為限，且二次住院入出院日期間隔不得超過七天，合計住院補助天數以六十天為限。但得檢具醫師證明，向疾管局申請延長補助，最長以三十天為限。

二、慢性傳染性肺結核個案之補助，不限住院次數及期間。

三、住院期間發給住院營養暨生活費每日新臺幣六00元，其補助期間計算，不包含出院當天。

為體恤結核病個案就醫之方便性及減輕個案家庭經濟負擔，2004年政府核准動支第二預備金五千餘萬元，辦理「擴大結核病免部分負

擔及無健保等特定族群結核病醫療補助措施」。擴大結核病免部分負擔政策於 8 月 1 日上路，無健保等特定族群結核病醫療補助措施 9 月上路，包括基隆市署立基隆醫院、基隆市慢性病防治所以及 7 處衛生所，署立台中醫院，台南市 5 處衛生所...等。行政院衛生署疾病管制局「原住民、山地鄉結核病人住院治療補助」指定醫院名單共有 35 家，「慢性傳染性肺結核病人住院治療補助」指定醫院有 4 家。以病人為中心的照顧與便利病患，也使防治單位儘量做好宣導與追蹤的工作（衛生署疾病管制局結核病防治組，2005）。



## 第五節 病患需求

肺結核是一種慢性傳染病，其病程較長，臨床症狀複雜，且目前全球疫情回升，肺結核病人已較常見，其住院必須採取隔離措施；而肺結核是一種慢性耗損性疾病，活動性肺結核患者經常伴有體重減輕的現象，對感染的抵抗力減弱，其所引起的併發症亦多，國內研究指出糖尿病患者罹患結核病之相對危險性高於一般民眾，糖尿病結核病患需求高於糖尿病患（龔佩珍、蔡文正等，2004），因而罹患此疾病之病患所承受的壓力及身心所受的苦，非一般民眾所能體會。

病患服藥順從性不佳及無法早期發現，是山地鄉結核病盛行率及死亡率高居不下的主要原因。欲解決此問題，治標方面，必須早期發現不合作病患，加強衛教，以增進病患服藥順從性；並宜採直接觀察治療法，以提高完治率（余明治、黃菊等，2000）。而真正治本之到道，應確切瞭解到此族群之需求，而給予積極性幫助，而提升整體生活條件、改變生活方式、增進醫學常識並充實醫療資源，才是真正最重要的努力方向。

根據國外以病人為中心的需求評估，提出了探究身體徵兆（Physical symptoms）、心理情緒認知功能（Psychological Emotional Cognitive function）、人際情感互動（Social Emotional Interpersonal

interactions)、存在的或精神的情感 (Existential/spiritual Emotional) 此四構面的需求特性 (need attributes)。在對於需求或特性程度的心理衡量評估項目 (Patricia Davidson et al., 2004) :

- 一、探究身體徵兆：疲勞、睡眠品質、難以行走爬梯或坡度等。
- 二、心理情緒認知功能：感覺可操控自己的生活、沮喪、容易健忘等。
- 三、人際情感互動：感覺親友了解其自身感受、經濟支持情況、害怕喪失獨立能力等。
- 四、存在的或精神的情感：對於病情惡化有所恐懼、害怕死亡等。

而在過去的研究中可以發現，一般病患的需求主要可分幾大類 (郭淑娥，2001；張雅倫，2001；吳燕惠，2000；黃桂香，2000) :

- 一、醫療需求：了解疾病未來的發展、如何照護、何時應該回診、如何預防疾病再發等等。
- 二、心理需求：緩解失落孤獨心理、家人的支持等。
- 三、經濟需求：尤其是中低收入戶、罹患長期慢性病患或需要負擔高醫療費用者最為需要。
- 四、環境需求：例如無障礙空間。

當人生病時，除了要將診察出罹患的疾病並將其治癒，最重要的是心理健康，因此更要了解病患的需求，才能提供最佳的照護，使其達到完全的健康。



## 第六節 影響結核病治療成效之相關因素

結核病是國內傳染病頭號殺手，近年來肺結核死亡率居高不下，占所有傳染病死亡人數的一半，2003年更是挺進男性十大死因排行（行政院衛生署，衛生統計資訊網，2006）。結核病具有許多特性，如利用空氣與飛沫傳染率高、潛伏期長、發病症狀不明顯，使缺少警覺而延誤治療；又治療結核病需六至九個月的療程，而病人常因症狀減輕而中斷治療，造成抗藥性結核病的發生。且結核病常發生於弱勢族群，諸如上述原因使其防治工作相較於其他傳染病更加困難（傅絹媚、駱麗華，1994；疫情報導，2000）。而根據過去文獻指出影響結核病治療的因素，本研究歸納出以下幾點：

### 一、對結核病的認知

治療是結核病防治工作中最重要、快速且有效的方法，而民眾個人對疾病的瞭解與本身的健康知識越多，其自我照顧能力越好（Orem，1985;Khan et al.,2006）。因此，藉由充分的衛生教育，增進民眾知識與轉變其對疾病的態度，進而影響對治療結核病的行為改變，使其有充分的警覺心與全力配合，才能落實治療的目標，降低結核病的發生率和死亡率（Karall, 1985；Moridky et al., 1990；郭素娥、藍忠孚、陳惠珠，1998）。疾病的認知決定了病患對疾病所採取之行

為，過去針對台灣地區肺結核病患所做的調查中亦指出，對結核病認知較高者，病患越有充分的心理準備接受治療，相對的其服藥遵從性較好，成功治癒肺結核的機會也較高(胡曉雲、蔡文正、龔佩珍，2005；龔佩珍、蔡文正，2003；蔡文正、龔佩珍等，2003；Lee et al, 1992)。

## 二、服藥順從性

過去之研究(胡曉雲、蔡文正、龔佩珍，2005；Addington, 1979；廖麗娟，1989；余明治、索任等，1997)指出，肺結核治療成敗的關鍵在於病患服藥的遵從性，假若病患沒有遵從醫囑自行中斷治療或造成治療失敗，不僅藥效無法發揮，並且可能因此產生續發性抗藥性結核菌(Centers for Disease Control, 1992)。此外，完治病患認為「自己的意志力」與「家人協助與支持」是完成治療最主要的關鍵因素；未完治病患認為「藥吃了不舒服」與「感覺身體已經好」是其未能完成治療的原因(胡曉雲、蔡文正、龔佩珍，2005)。

## 三、藥物副作用

在眾多影響因素中，主要影響結核病患服藥遵從性之因素是抗結核藥物的副作用(Campbell et al.,1970；王妙，1994)，其中常見的副作用有：皮膚癢、肝功能異常、食慾不振、貧血、噁心、腸胃不適、黃

疸、視力減退等症狀(楊文達，2002；林獻鋒，2002)。若治療時發生藥物副作用不能及時處理，往往會造成病患無法繼續規則服藥(Campbell et al.,1970；王妙，1994)。

臨床上會因為藥物副作用而停藥者，不外乎兩種情況：一是副作用太大，超過病患能忍受的範圍，經醫師評估後更換治療藥物；另一種情形為副作用不大，但病患本身治療的動機不強烈，自行中斷服藥(楊文達，2002)。因此醫護人員在治療前應詳細告知可能副作用有哪些，以讓病患有心理準備，當副作用發生時也應給予適度的協助，以避免因藥物副作用而中斷治療的情形發生。

#### 四、社經族群

Mangtani 等人(1995)之研究結果發現居住環境「擁擠」為結核病之重要危險因子，每增加1%居住擁擠人口百分比，則增加12%的肺結核通報率。Bhatti 等人(1995)指出少數民族百分比與結核病之通報率有關，而且貧窮地區發生結核病的比例特別高。1996年 Hudelson 之研究發現在結核病患治療順從性方面，個人對疾病及文化的信念、個人之工作型態、自覺疾病嚴重度、對於接受醫療服務之可近性、可用性與成本等因素，在不同社經族群與地區有顯著之差異。

除此之外過去研究發現 (Edwards et al, 1971 ; 王蓮成, 1994), 性別、年齡、體重、居住地都市化程度、個人社經地位、是否罹患其他疾病, 對結核病罹病率與死亡率皆有影響。

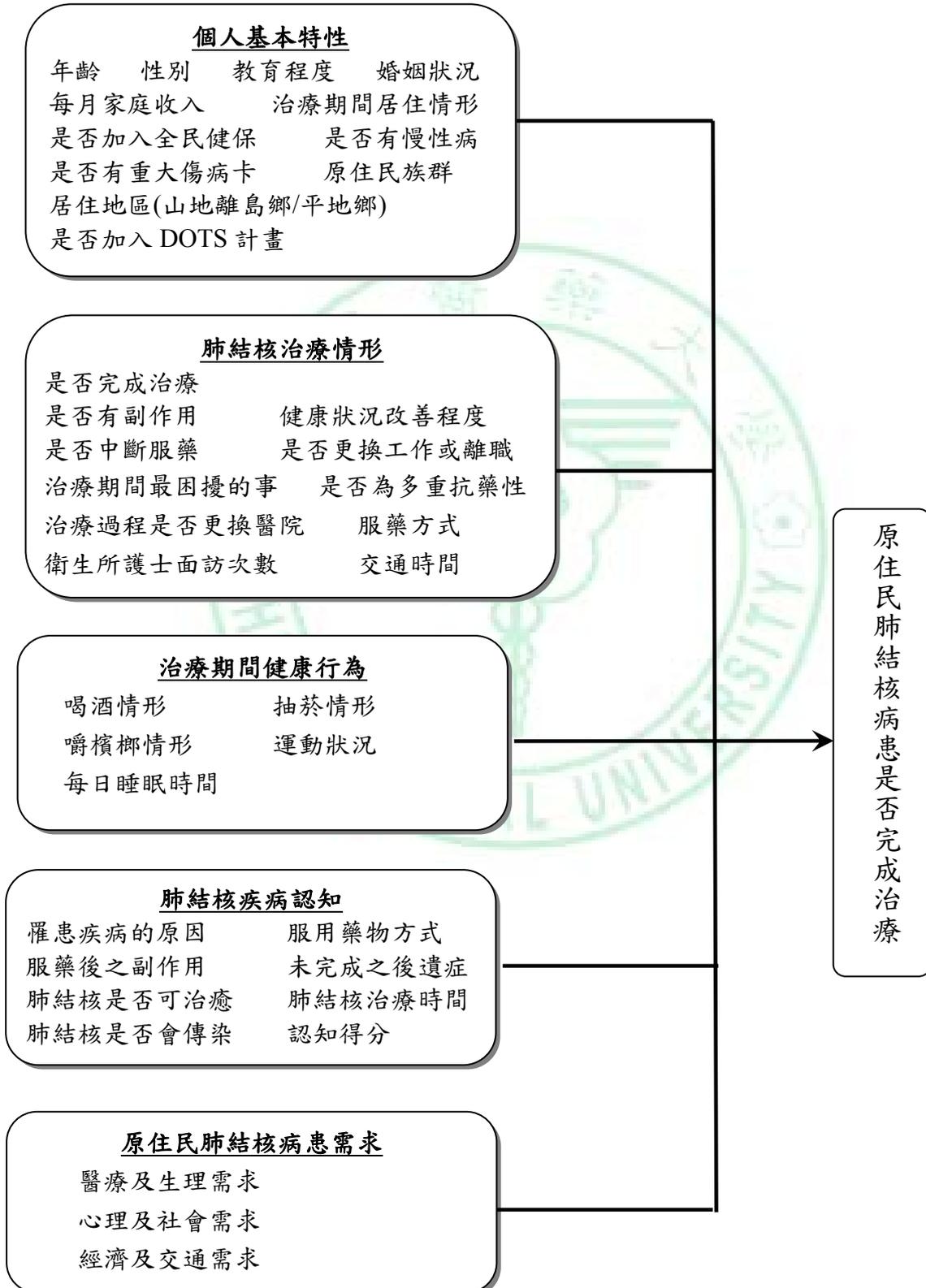
衛生署已連續三年推動肺結核 DOTS 計畫, 目前有七到八成的新增病患根治了結核病 (桃園縣政府衛生局, 2005)。雖然 DOTS 計畫所帶來的成效不僅在台灣地區, 在全球也獲得肯定。但卻有研究指出, 由於個案和觀察員訪視時間無法配合、交通不便、患者自身健康狀況不佳及需要工作... 等因素, 而退出 DOTS 計畫, 以致 DOTS 計畫之效益無法發揮所致(Khan et al., 2005), 因此了解影響結核病未完成治療的因素, 除了可以協助病患減輕其治療上的障礙, 亦能協助衛生主管機關制定更合適的政策, 使防治工作達到事半功倍的效果。

## 第七節 文獻小結

綜合文獻結果可知國內肺結核死亡率雖有逐年下降的趨勢，但對以原住民居多的山地鄉而言，雖然結核病死亡率及發生率皆有獲得妥善控制，但相較於台灣地區，仍有相當大的改善空間。而原住民生活習慣及經濟條件皆較一般民眾不良，加上山地鄉醫療資源不足，往往造成其就醫上的障礙，進而加深了肺結核疾病的嚴重度。然而，過去針對原住民肺結核相關研究多侷限於流行病學方面的研究，或僅針對山地鄉民眾來概括原住民的健康狀況，未曾有針對原住民肺結核病患進行深入調查。因此本研究將深入探討以瞭解影響原住民肺結核病未完成治療的因素，減少防疫與治療上的困難，並使以提高完治率、降低感染率，以期對國內結核病防治工作成效有所助益。

# 第三章 研究方法

## 第一節 研究架構



## 第二節 變項操作行定義

依本研究目的及研究架構，將各變項內容及測量方式定義如下：

表 3-1、原住民肺結核病患問卷操作型定義

變項名稱	操作型定義	變項屬性
<b>第一部份 肺結核治療就醫經驗及健康情形</b>		
<b>I. 肺結核治療情形</b>		
是否更換治療醫院	沒有、有	類別
更換治療醫院的主要原因	離家近、免部分負擔、家人朋友介紹、更換住所、隨著醫師換醫院、原醫院治療效果不佳、衛生所護士介紹、醫師推薦、其他	類別
治療過程困擾的事(複選)	藥太難吃、有副作用、服藥次數太多、治療時間太長、看診次數頻繁、怕別人知道罹患肺結核、會影響到工作、交通問題、經濟因素、藥量太多、其他	類別
治療過程最困擾的事(單選)	藥太難吃、有副作用、服藥次數太多、治療時間太長、看診次數頻繁、怕別人知道罹患肺結核、會影響到工作、交通問題、經濟因素、藥量太多、其他	類別
服藥方式	按時服藥、想到才吃、不舒服才吃	類別
服藥後是否有副作用	沒有、有	類別
服藥產生之副作用	噁心、腸胃不適、關節疼痛、皮膚癢、暈眩、皮膚或眼球變黃、視力模糊、容易疲倦、食慾不佳、水腫、其他	類別
是否超過二個月未服藥	沒有、有	類別
中斷治療的原因	藥太難吃、有副作用、服藥次數太多、治療時間太長、看診次數頻繁、怕別人知道罹患肺結核、認為治不好、交通問題、經濟因素、沒時間拿藥、其他	類別
治療期間衛生所護士訪視方式	沒有遇過、電訪、面訪	類別
治療期間衛生所護士面訪次數	1~2 次、3~4 次、5~6 次、7 次以上	類別

表 3-1、原住民肺結核病患問卷操作型定義(續)

變項名稱	操作型定義	變項屬性
衛生所護士對治療的幫助性	沒有幫助、有一點幫助、幫助很大、不知道/沒接觸	類別
醫師或醫院護士對治療的幫助性	沒有幫助、有一點幫助、幫助很大、不知道/沒接觸	類別
就醫所需交通時間	<29 分鐘、30-59 分鐘、1-2 小時、2 小時以上	類別
因何項症狀而診斷出罹患肺結核	咳嗽、發燒、體重減輕、疲倦感、呼吸急促、X 光或健檢、胸悶/胸痛、咳血、其他	類別
症狀持續多久才就醫	1 星期以內、1-2 星期、2 星期-1 個月、1-2 個月、2 個月以上	類別
是否為多重抗藥性病患	是、否、不知道	類別
<b>II. 身體健康情形</b>		
是否有其他慢性病	無、糖尿病、高血壓、氣喘、痛風、心臟病、癌症、腎臟病、肝病、關節炎、其他	類別
生活品質影響程度	完全無影響、有點影響、相當有影響	類別
治療期間健康狀況	惡化、沒改變、有改善	類別
<b>III. 治療期間健康行為</b>		
喝酒情形	無、每月不到一次、每月 1~3 次、每週 1~2 次、每週 3~4 次、(幾乎)每天喝	類別
抽菸情形	無、偶爾或應酬時才抽、每週 1~2 次、(幾乎)每天抽	類別
嚼檳榔情形	無、每週 1~2 天、每週 3~5 天、(幾乎)每天嚼	類別
規律運動(至少 10 分鐘以上)	無、每月不到一次、每月 1~3 次、每週 1~2 次、每週 3~4 次、(幾乎)每天運動	類別
每日睡眠時間	<7 小時、7-9 小時、>9 小時	連續
<b>第二部份 對肺結核疾病的認知</b>		
肺結核致病因	不知道、遺傳、被傳染、感冒所引起、其他	類別
服藥方式	不知道、每日服用、感覺身體好了隨時停藥、不舒服時吃	類別

表 3-1、原住民肺結核病患問卷操作型定義(續)

變項名稱	操作型定義	變項屬性
服藥後可能的副作用	不知道、禿頭或性功能減低、痙攣或意識昏迷、焦慮或意識混亂幻想、皮膚癢或腸胃不適或視力減退或肝炎、其他	類別
未完成治療的後遺症	不知道、影響智力、產生抗藥性、其他	類別
肺結核是否可完治	是、否、不知道	類別
治療肺結核要多久	不知道、知道(需回答治療時間)	類別
是否會傳染給他人	一定會、一定不會、開放性肺結核才會、不知道	類別
認知得分	根據上述認知題目，答對者得 1 分，答錯或回答不知道者則 0 分，總分為 7 分	連續
<b>第三部份 對肺結核疾病之健康需求</b>		
<b>I. 醫療及生理層面</b>		
醫師詳細說明病情狀況	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
副作用控制情況良好	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
醫療照護人員關心您治療情況	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
醫療照護人員對您提供足夠的衛教訊息	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
醫療照護人員對您的家人朋友提供足夠的衛教訊息	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
醫療照護人員服務態度良好	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
對肺結核治療效果有信心	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法(1-5 分)	連續
為您目前健康狀況良好	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法(1-5 分)	連續
<b>II. 心理及社會層面</b>		
照護人員不隨意談論您的病情	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
是否因為生病而產生焦慮	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法(1-5 分)	連續
擔心因生病帶來的副作用	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
情緒因結核病常感到低落	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續

表 3-1、原住民肺結核病患問卷操作型定義(續)

變項名稱	操作型定義	變項屬性
擔心因生病帶來的副作用	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
情緒因結核病常感到低落	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
因為病而害怕和人接觸、交談	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
家人對您十分關心與支持	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
朋友對您十分關心與支持	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法(1-5 分)	連續
<b>III. 經濟及交通層面</b>		
有足夠能力負擔健保保費	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
有能力負擔結核病醫療費用	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
政府之補助能降低您就醫的財務障礙	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
結核病導致無法正常工作	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法 (1-5 分)	連續
至醫院求診在交通上是方便的	非常不同意~非常同意 以 Likert's scale 五等分法(1-5 分)	連續
<b>第四部份 個人基本資料</b>		
婚姻狀況	已婚、未婚、離婚/分居、喪偶	類別
是否加入全民健保	有、沒有	類別
是否有重大傷病卡	有、沒有、不知道	類別
教育程度	未上學/國小、國中/初中、高中/高職、 專科/大學以上	類別
治療期間是否離職或換工作	是、否、本來就沒工作	類別
換工作或轉學次數	1 次、2 次以上	連續
每月家庭收入	15000 元以下、15001~30000 元、 30001~60000 元、60001 元以上	類別
治療期間居住情形	住院、獨居、與家人朋友同住	類別
治療期間同住人數	1-2 人、3-4 人、5-6 人、7 人以上	連續
治療期間居住環境	乾燥、有點潮濕、非常潮濕	類別
原住民族群	阿美族、泰雅族、布農族、排灣族、太 魯閣族、其他註	類別

註：包含賽德克族、葛瑪蘭族、雅美族、賽夏族、魯凱族、鄒族

表 3-2、疾病管制局肺結核病患通報登錄系統變項資料操作型定義

變項名稱	操作型定義	變項屬性
治療情形	完治、未完治(12 個月內完治情形)	類別
年齡	0-19 歲、20-34 歲、35-49 歲、50-64 歲、65 歲以上	類別
性別	男生、女生	類別
是否加入 DOTS 計畫	加入、未加入	類別
居住地區	山地離島鄉、平地鄉	類別

註：依據行政院衛生署「台灣地區山地離島行政分佈」，山地鄉包含烏來鄉、復興鄉、五峰鄉、尖石鄉、泰安鄉、和平鄉、仁愛鄉、信義鄉、阿里山鄉、茂林鄉、三民鄉、桃源鄉、來義鄉、春日鄉、瑪家鄉、泰武鄉、大同鄉、南澳鄉、卓溪鄉、秀林鄉、萬榮鄉、蘭嶼鄉、金峰鄉、達仁鄉、海瑞鄉、延平鄉等 30 個山地鄉。



### 第三節 研究步驟

本研究主要探討原住民肺結核病患未完成治療之原因，並比較完成治療與未完成治療原住民肺結核患者的基本特性、治療情形、疾病認知、健康行為及其病患需求。本研究共分七個階段，各階段之步驟與流程分述如下：

#### 第一階段：文獻歸納

文獻歸納包含二大部份，第一部份主要瞭解目前原住民結核病患之發生率、死亡率，並比較原住民與一般民眾在罹患與治療結核病方面，是否有所不同。同時瞭解原住民在健康行為、經濟狀況、居住環境...等方面之情形。第二部份則進行系統性的文獻整理，並輔以國內外探討少數及特殊族群結核病患完治與否及病患需求之相關因素，作為第二階段焦點團體之參考。

#### 第二階段：焦點團體

本研究採取焦點團體法 (focus group)，邀集部份相關臨床醫師：胸腔內科醫師(4位)、感染科醫師(1位)、衛生單位相關人員(5位)、疾病管制局人員(1位)、專家學者(2位)及原住民結核病患(5位)，進

行討論，以取得多方面之意見與建議，作為問卷內容設計之重要參考依據。

### 第三階段：問卷設計與通報登錄系統資料整合

本研究透過文獻探討及焦點團體結果彙整可能影響原住民肺結核病患之完治因素。並依據本研究目的與相關研究結果編製本研究問卷，問卷內容主要包含下列五大部分：(1)病患基本特性；(2)結核病治療情形；(3)健康行為；(4)疾病認知；(5)病患需求。其中「居住地區(山地離島鄉/平地鄉)」及「有無加入 DOTS 計畫」、「治療狀態」皆可由疾病管制局的通報系統取得相關資訊，因此不在問卷中重複量測。此外，針對問卷內容部分將以專家效度進行內容效度 (content validity) 之測量。

### 第四階段：問卷調查

依據第三階段所設計出之問卷，本研究透過地段負責之公衛護士及疾病管制局輔導員，透過電話訪問的方式對全國原住民肺結核病患進行問卷調查，瞭解原住民結核病患之基本特性、治療情形、健康行為、疾病認知與病患需求，本研究共計回收有效問卷 387 份，有效問卷回收率 62.93%。

#### 第五階段：資料回收與分析

彙整第四階段原住民結核病患之問卷調查的結果，並對完治與未完治原住民結核病患分析其各方面之差異，最後針對未來提供原住民結核病患所需之病患需求及影響其完治與否的相關因素提出適當的建議。

#### 第六階段：結果討論與建議

最後，本研究將上述各階段研究結果進行最後彙整，並將結果作一完整的討論，針對第五階段所歸納出影響原住民結核病患完治與否的相關因素，出適當具體明確的建議，做為衛生主管機關制定相關政策的參考依據。

## 第四節 研究對象與資料收集

### 一、研究對象

本研究對象主要以疾病管制局結核病通報系統取得 2004 年 1 月 1 日至 2005 年 12 月 31 日新增通報登錄之原住民結核病患通報個案為研究對象。研究期間新增之原住民肺結核病患共 854 位，在排除死亡、改診斷及肺外結核病患後共計 615 位原住民肺結核個案為本研究之研究對象。而在是否完成治療的判定上，則依據疾病管制局登錄/銷案時間判斷其在登錄通報後 12 個月是否完成治療。本研究將原住民結核病個案自通報登錄後，12 個月內仍未能完成治療並銷案者定義為未完治病患；反之，自通報登錄後在 12 個月內完成治療且評估確定者定義為完治者，其中完治者 425 位(69.11%)；未完治者 190 位(30.89%)為本研究之研究對象。

### 二、資料收集

本研究以普查的方式進行問卷訪問。在經由疾病管制局同意提供原住民結核病患資料後，請疾病管制局輔導員及各鄉鎮地段負責之公衛護士協助本研究之問卷調查，依據通報系統登錄之個案聯絡電話及通訊、戶籍地址，利用結構式問卷以電訪進行普查，回收完治族群有

效樣本 277 份(65.18%)，未完治族群 110 份(57.89%)。

為使訪員訪問方法標準化，訪員在正式訪問前由研究人員統一進行訪員訓練，其目的為說明研究計畫內容及重要性、訪問技巧說明、問卷內容及注意事項說明、行政事項說明等。期望能藉由訪員順練使訪員之訪問方法技巧及用詞能表準化，減少訪問誤差。



## 第五節 研究工具

### 一、問卷設計

本研究透過文獻探討及焦點團體結果彙整可能影響原住民肺結核病患完治與否及病患需求之相關因素。並依據本研究目的與相關研究結果編製本研究問卷，問卷內容主要包含下列五大部分：

第一部分：病患基本特性（如：原住民族群、教育程度、每月家庭收入、婚姻狀態、慢性疾病、有無慢性病...等）。第二部分：結核病治療情形（如：有無中斷治療、有無更換醫院、服藥方式、服藥副作用、治療期間之困擾、公衛護士訪視方式、公衛護士訪視次數...等）。第三部分：治療期間健康行為（如：抽菸、喝酒、嚼檳榔、固定運動、睡眠時間...等）。第四部份：對肺結核疾病認知（如：罹病原因、服藥方式、治療期間、未完治後遺症...等）。第五部分：原住民肺結核病患需求（如：醫療及生理層面、心理及社會層面、經濟及交通層面...等）。

### 二、通報登錄系統資料整合

本研究藉由疾病管制局肺結核病患通報登錄系統，取得受訪對象的相關資料，包含個案的性別、出生日期、通報建檔日、銷案日、銷

案原因、是否完成治療、是否加入 DOTS 計畫、居住地區(山地離島鄉/平地鄉)...等等。其中是否完成治療的判定，每位個案皆給予 12 個月以上的觀察期，12 個月後仍未銷案者則為未完治對象，銷案者本研究除了以通報建檔日及銷案日計算其治療期間，12 個月內銷案者則定義為完成治療，反之則為未完治，然而其銷案原因若為改診斷、死亡者則給予排除。在居住地區方面，則以個案的通訊地址，依據行政院衛生署公佈之「台灣地區山地離島行政分布」將個案區分為山地離島鄉及平地鄉兩大族群。

### 三、問卷信、效度

在效度測量方面，本研究以專家效度進行內容效度(content validity)之測量，依照研究變項的適用性來衡量題目，將題目區分為適合、不適合及修正後適合三種，並依專家提出之意見修改，將問卷內容定義模糊之題目予以釐清，以確定問卷的完整性，經專家審查後，綜合專家意見，採用 CVI(content validity index)的計分方式進行問卷效度的評估。專家評定為「適合」的題目給予三分、「修正後適合」給予二分、評定為「不適合」則給予一分。本研究邀請 13 位相關領域之專家進行專家校度之測量，問卷之 CVI 值為 0.93，顯示本研究問卷效度良好。

在信度方面，本研究將利用再測法(test-retest)計算 Kappa 值，一般而言 Kappa 高於 0.6 即算有良好的再測信度，本研究在問卷回收後選取 2 個題目，選取 30 位已受訪的個案，再次進行訪問以了解其重複測量的一致性，結果發現本研究所選取 2 個題目的 Kappa 值分別為 1.00 及 0.66，顯示本研究的再測信度佳。此外，本研究將同時針對個需求層面計算 Cronbach's Alpha 係數，Cronbach's Alpha 表示各民眾回答問卷內容之一致性程度，是檢驗問卷信度方法之一，一般而言係數高於 0.7 則表示問卷內容效度佳。本研究針對「醫療及生理層面」、「心理及社會層面」分別進行信度檢定，其 Cronbach's Alpha 係數分別為 0.90 及 0.73，顯示本問卷內容一致性良好。

## 第六節 資料分析

依照本研究之研究目的及問卷回收之結果進行整理與分析，並將統計方法分述如下：

### 一、描述性分析

描述性分析方面將依照研究樣本之個人基本特性(如性別、年齡、婚姻狀態、教育程度、每月家庭收入、治療期間居住情形、原住民族群...等)、肺結核治療情形(如是否完成治療、是否中斷治療、服藥方式、副作用、治療期間的困擾、健康狀況改善程度...等)、治療期間健康行為(如喝酒、抽菸、嚼檳榔、運動及睡眠時間)、對肺結核疾病的認知(如致病因、服藥方式、未完治後遺症...等)以次數及百分比的方式來描述樣本的分佈情形。

### 二、雙變項分析

本研究依據個案治療狀態做分層，分為完成治療與未完成治療兩族群，首先利用卡方檢定分析完成治療與未完成治療原住民結核病患在個人基本特性、肺結核治療情形、治療期間健康行為及對肺結核的疾病認知方面是否有差異，在疾病認知上則會進一步區分認知是否正確，而計算出認知得分，並求得兩組認知的差異。接著利用 t-test 檢

定分析完成治療與未完成治療原住民結核病患在病患需求面是否有顯著差異。

### 三、羅吉斯迴歸分析

本研究採用羅吉斯迴歸分析(logistic regression)，以 12 個月內是否完成治療為依變項，個人基本特性(性別、年齡、是否加入 DOTS 計畫、居住地區...等)、肺結核治療情形(是否中斷服藥、是否有副作用...等)、對肺結核疾病認知、治療期間健康行及病患需求為自變項，探討影響原住民肺結核病患是否完治的顯著影響因素。



## 第四章 研究結果

本研究結果將分為三大部分加以描述，第一部分為樣本代表性分析，了解本研究樣本與母體之分佈情形是否有所異同，利用適合度檢定來分析本研究之樣本是否具有代表性。第二部分為樣本描述性分析及雙變項分析，主要針對本研究樣本在病患基本特性、結核病治療情形、健康行為、疾病認知及病患需求等變項上的分佈情形加以描述，並利用卡方檢定及 t-test 檢定分析完治者與未完治者在各變項間是否達顯著差異。第三部分則以羅吉斯迴歸(Logistic Regression)分析，找出影響原住民肺結核病患未完成治療的顯著因素。

### 第一節 樣本代表性分析

為確定回收之樣本具有代表性，本研究將研究對象區分為完治與未完治兩大族群，以性別及年齡與 2004 年、2005 年兩年間原住民肺結核新增個案之母群體進行分析比較。在治療狀態方面，樣本完治與未完治的比例分別為 71.85%、28.42%，與母群體的比例(69.11%、30.89%)並無顯著差異( $P>0.05$ )。

若將研究對象區分為完治及未完治兩群體，在性別方面，不管在完治族群或未完治族群樣本與母群體的性別分佈未達統計上的顯著

差異( $P>0.05$ )。最後在年齡方面完治族群樣本平均年齡為 48.52 歲，母群體為 48.82 歲；未完治族群樣本平均年齡 48.65 歲，母群體為 47.28 歲，兩群體在年齡分佈上亦未達統計上的顯著差異( $P>0.05$ )，顯示本研究受訪之樣本相當具有代表性(詳見表 4-1)。

表 4-1、本研究樣本與原住民肺結核患者母群體適合度檢定

變項		完治	未完治
	母群體	425	190
	N=615	(69.11%)	(30.89%)
	樣本	277	110
	N=387	(71.58%)	(28.42%)
$\chi^2$		<b>0.4360</b>	
<b>p-value</b>			
-----			
性別			
	母群體		
	男	253	148
		(59.53%)	(77.89%)
	女	172	42
		(40.47%)	(22.11%)
	樣本		
	男	158	85
		(57.04%)	(77.27%)
女	119	25	
	(42.96%)	(22.73%)	
$\chi^2$		<b>0.5312</b>	
<b>p-value</b>		<b>0.8868</b>	
-----			
年齡			
	母群體	48.82	47.28
	樣本	48.52	48.65
<b>t test</b>	<b>p-value</b>	<b>0.7924</b>	<b>0.3709</b>

## 第二節 樣本描述性分析及雙變項分析

### 一、原住民肺結核病患基本特性

在 615 位原住民肺結核病患研究母群體中，12 個月內完成治療者佔 425 位，未完成治療者則有 190 位，對原住民肺結核病患而言，12 個月結核病完治率為 69.11%，反觀本研究共計回收 387 份原住民肺結核病患問卷，研究樣本在性別、每月家庭收入和是否罹患慢性病等基本特性，在完治者和未完治者的分佈，達統計上的顯著差異 ( $P < 0.05$ )。反之，年齡、婚姻狀態、教育程度、居住地區等基本特性，在完治者和未完治者的分佈，則未達統計上的顯著差異 ( $P > 0.05$ )。整體而言，本研究患有肺結核的原住民男性佔 62.79%，女性則佔 37.21%，其中未完治者男性佔 77.27%，顯著高於完治者男性的 57.04% ( $p < 0.05$ )。年齡分佈以「35-49 歲」居多 (34.63%)，其次依序為「50-64 歲」(21.96%)、「65 歲以上」(20.93%)，完治者平均年齡 48.52 歲，未完治者則為 48.65 歲。婚姻狀態以「已婚」居多佔 51.16%，其次為「未婚」佔 20.67%，而未完治者在「離婚/分居」及「喪偶」的比例 (29.09%) 高於完治者的比例 (27.80%)，但未達統計上的顯著差異 ( $p > 0.05$ )。在教育程度方面受訪者的教育程度普遍偏低，「未上學/國小」在未完治族群的比例為 57.80%，完治族群則為 52.26%。每月家

庭收入以「15000 元以下」所佔比例最高(50.42%)，其次為「15001-30000 元」(30.70%)，顯示本研究對象之收入屬低所得族群，若以 3 萬元為基準，未完治族群每月家庭收入低於 3 萬元者佔 90.39%，顯著高於完治者的 77.29%，顯示未完治者的經濟狀況相對於完治者較差。在居住地區方面，完治族群有 76.17%的受訪者居住於山地離島鄉，未完治族群居住於山地離島鄉的比例則為 82.73，而完治與未完治族群在居住地區分佈上，未達統計上的顯著差異 ( $p>0.05$ )。

在加入全民健保的比例上，有 96.64%的受訪個案都具有健保身分，而未有健保身分者在完治族群為 2.89%，未完治族群則有 4.55%的人沒有加入全民健保。而原住民肺結核患者持有重大傷病卡的比例為 8.01%。此外本研究之原住民肺結核受訪個案有 76.74%加入 DOTS 計畫。

在原住民肺結核病患的健康狀況，有慢性病者佔 66.15%。其中原住民肺結核病患以患有慢性病「痛風」居多(33.85%)，其次依序為「高血壓」(21.45%)、「關節炎」(17.31%)、「糖尿病」(16.54%)及「肝病」(15.25%)，而未完治族群患有其他慢性病的比例(74.55%)又高於完治族群(62.82%)，且達統計上的顯著差異( $p<0.05$ )，顯示未完治者

的健康狀況相對較差。在結核病多重抗藥性上，完治族群中有 2.17% 的比例為抗藥性個案，未完治者則有 5.45% 為抗藥性患者，高於完治族群抗藥性的比例，但未達統計上的顯著差異( $p>0.05$ )，然而整體而言仍有 41.86% 的受訪個案不知道是否為多重抗藥性患者，顯示多數個案對於自身健康狀況或治療狀況仍不甚了解。

而本研究受訪之原住民肺結核個案表示治療期間大多與家人朋友同住(86.27%)，但仍有少數(12.95%)的受訪個案為獨居的狀況，而與家人朋友同住者，其同住人數在完治族群平均為 4.06 人，未完治族群平均則為 3.58 人。在居住環境方面有完治族群有 42.60% 的受訪者表示居住環境有點潮濕或非常潮濕，完治族群則有 44.54% 的受訪者表示居住環境有點潮濕或非常潮濕，但完治與未完治族群再居住環境潮濕度情形未達統計上的顯著差異( $p>0.05$ )。最後在原住民的族群分佈上以「泰雅族」佔大多數(41.60%)，其次依序為「布農族」(22.22%)、「太魯閣族」(12.66%)，而完治者和未完治者在原住民族群的分佈上並未達統計上的顯著差異( $p>0.05$ )(詳見表 4-2)。

## 二、原住民肺結核病患治療情形

本研究所訪問的樣本中，在 12 個月內完成治療者有 277 位 (71.58%)，反之未完成治療者則有 110 位(28.42%)。而肺結核治療過

程中有 55 位個案超過 2 個月中斷服藥，佔所有受訪者的 14.21%，其中未完治族群的服藥中斷率為 29.09%，高於完治族群的 8.30%，且達統計上的顯著差異( $p < 0.05$ )，而其中斷治療的原因主要為「交通因素」(27.27%)，其次則為「治療時間長」(23.64%)及「經濟因素」(18.18%)。此外未完治者因結核病而更換工作或離職的比率為 26.36%，高於完治者的 17.65%，但未達統計上的顯著差異( $p > 0.05$ )，其中更換工作次數以 1 次居多(73.61%)，更換工作次數 2 次以上者則佔 26.39%。在治療肺結核上有 15.50%的個案表示有更換過醫院治療，而導致其更換醫院治療的原因主要為「離家近」(46.67%)，其次則是因為「衛生所護士介紹」(23.33%)、「原醫院治療效果不佳、有副作用」(16.67%)才更換醫院治療。

在服藥順從性方面完治者按時服藥的比率為 94.58%，顯著高於未完治者的 80.00%，而未完治者有 12.73%的個案服藥方式為「想到才吃」，7.27%為「不舒服時吃」，顯示未完治者的服藥遵從性較差。未完治者服藥後有副作用者佔 72.73%，高於完治者的 66.06%，但未達統計上的顯著差異，其中副作用以「皮膚癢」(48.67%)、「關節疼痛」(48.29%)、「疲倦」(42.97%)佔大多數。完治族群治療期間最困擾的事依序為「交通因素」(16.29%)、「經濟因素」(15.15%)、「影響工作」(12.88%)及「治療時間長」(12.88%)；未完治族群則為「治療時

間長」(19.39%)、「經濟因素」(17.35%)、「副作用」(15.31%)及「交通因素」(12.24%)。在生活品質影響程度，完治者有 39.35%的比率表示生活品質完全無影響，高於未完治者的 21.82%，且達統計上的顯著差異( $p<0.05$ )，顯示未完治者的生活品質明顯較差。在健康狀況方面 85.01%的受訪者健康狀況有改善，13.95%認為沒有改變，而認為健康狀況惡化者則佔 1.03%。

在衛生所護士訪視方式 88.83%為面訪，衛生所護士在治療期間面訪次數「7 次以上」(73.39%)佔多數，而在治療期間只接受過衛生所護士電訪的比例則為 7.01%，治療期間沒遇過衛生所護士訪視的比例則為 4.16%。其中有接受過衛生所護士面訪者表示，而認為衛生所護士訪視對結核病治療有幫助性的比例為 84.76%，相對於醫生或醫院護士的幫助性，在完治族群認為有幫助的比例為 94.95%，高於未完治族群的 89.09%，且達統計上的顯著差異( $p<0.05$ )。

在肺結核的診斷上，56.62%的受訪個案因為咳嗽而就醫診斷出罹患肺結核，除此之外疲倦(28.31%)、發燒(27.53%)等現象，也是促使個案至醫院檢查而發現感染肺結核的臨床症狀之一，而因為「X光、健檢」而發現患有肺結核的比例則為 34.03%。除了因 X 光篩檢或健康檢查發現者，在肺結核相關症狀產生後完治族群在一星期以內就醫

者佔 56.77%，高於未完治族群的 37.50%，而症狀產生後一個月以上才就醫的比例在完治族群為 12.06%，未完治族群為 13.89%，顯示未完治者延誤就醫的情形較嚴重。

在就醫交通時間，36.59%的受訪個案表示必須花費 2 小時以上在就醫時的交通上，其次必須花費 1-2 小時者佔 32.68%，而交通時間少於半小時者僅佔 15.64%，而完治與未完治族群在交通時間上的分佈未達統計上的顯著差異( $p>0.05$ ) (詳見表 4-3)。

### 三、治療期間健康行為

原住民肺結核病患治療期間之健康行為如：喝酒、抽菸、嚼檳榔、運動及每日睡眠時間分別論述如下。在喝酒方面完治者每週喝 3-4 次以上者佔 9.02%，未完治族群則為 22.73%，未完治者喝酒的情形明顯較完治族群嚴重，且達統計上的顯著差異( $p<0.05$ )。在抽菸方面幾乎每天抽者佔 22.74%，每週抽 1-2 次者佔 4.13%，其中在完治族群中每天抽菸的比例為 16.97%，未完治族群每天抽菸的比例則為 37.27%，幾乎每天抽菸比例顯著高於完治者( $p<0.05$ )。在嚼檳榔方面完治者有 20.22%的比例有嚼檳榔的經驗，未完治者有 34.55%的比例有嚼檳榔經驗，且顯著高於完治族群嚼檳榔的比例，由此可知，未完治族群在喝酒、抽菸、嚼檳榔等健康行為上皆較完治族群差。而在運

動方面受訪對象中無運動習慣者佔 43.08%，每週運動 1-2 次以上者佔 35.78%。最後在睡眠時間，受訪者在治療期間每日平均睡眠時間為 7.45 小時，且完治族群與未完治族群在睡眠時間上並未達統計上的顯著差異( $p>0.05$ )(詳見表 4-4)。

#### 四、原住民肺結核病患對肺結核疾病認知

本研究在評估原住民肺結核病患的認知程度上，採用選擇題的方式加以測量，如此一來除了可得知受訪者認知程度的高低，也可以了解其錯誤認知為何，以做為未來在衛教宣導上的參考。最後本研究會針對各認知題目計算出認知得分，答對者得 1 分，答錯或回答不知道者則為 0 分，本研究對肺結核疾病認知總分為 7 分，認知題目正確解答如附錄二所示。

在肺結核的致病因上，了解肺結核為傳染所致者佔 51.68%，而誤以為感冒所以起者佔 16.80%，回答不知道者則佔 26.10%。在肺結核服藥方式，完治族群有 94.58%的個案表示了解肺結核的藥物需要每天服用，高於未完治族群的 90.91%，但未達統計上的顯著差異( $p>0.05$ )，而受訪對象中則有 2.31%的個案會因為感覺身體好了就停藥或當身體不舒服時才吃藥，顯示多數受訪者了解肺結核的藥物的服用方式。而在服藥後的可能副作用有 54.52%的受訪者知道為皮膚

癢、腸胃不適等症狀，然而不知道可能副作用為何的比例則佔 34.63%。在完治族群了解未完治的後遺症為「產生抗藥性」者佔 33.57%，不知道未完治後遺症者佔 56.68%，而回答錯誤者則佔 9.74%；反觀未完治族群了解未完治的後遺症為「產生抗藥性」者佔 21.82%，不知道未完治後遺症者佔 62.73%，回答錯誤者則佔 15.46%，顯示完治族群對未完治後遺症的認知較未完治族群高，且達統計上的顯著差異( $p<0.05$ )。在肺結核是否可以完治的題項上則有 78.81%的受訪個案了解肺結核是可以治癒的疾病。在治療肺結核的時間上完治族群有 71.48%的比例知道至少需要治療 6 個月以上的時間，了解的比例顯著高於未完治族群的 55.45%( $p<0.05$ )。在肺結核的傳染性方面，完治族群了解只有開放性肺結核才會傳染的比例為 46.93%，顯著高於未完治族群的 33.64%( $p<0.05$ )。

由以上結果可知，受訪者對於「肺結核服藥方式」認知程度最高，答對率為 93.54%，其次為「是否可完全治好」答對率 78.81%、「肺結核需要治療多久」答對率為 66.93%；反之，認知較差的題目為「未完治的後遺症」答對率 30.23%，及「肺結核會不會傳染」答對率 43.15%。綜合以上結果，本研究求得受訪者認知得分為 4.19 分，完治族群為 4.35 分高於未完治族群的 3.79 分，且達統計上的顯著差異( $p<0.05$ )(詳見表 4-5)。

## 五、原住民肺結核病患需求

在原住民肺結核病患需求方面，本研究將需求分為「醫療及生理層面」、「心理及社會層面」、「交通及經濟層面」等三大構面加以分析討論之，病患需求採 Likert's Scale 五分法加以衡量(1-5分，非常不同意-非常同意)，得分越高代表該項目需求越低，整體而言醫療及生理需求層面得分平均為 4.06 分，其次為心理及社會需求層面得分平均為 3.37 分，而交通及經濟需求層面得分平均為 2.77 分，由此可知原住民肺結核病患需求改善的重要性依序為「交通及經濟層面」、「心理及社會層面」、「醫療及生理層面」。而完治族群和未完治族群在各層面的需求情形，除了「心理及社會層面」未達統計上的顯著差異外 ( $p>0.05$ )，「醫療及生理層面」、「交通及經濟層面」完治族群的需求得分皆高於未完治族群，且達統計上的顯著差異 ( $p<0.05$ )，顯示未完治族群的病患需求有較大的改善空間。

在「醫療及生理層面」，完治族群平均得分為 4.13 分，顯著高於未完治族群的 3.89 分，顯示未完治族群相對於完治族群有較高的醫療及生理需求未被滿足。而在該需求構面中僅有「醫師詳細說明病情狀況」此題項的需求在完治族群(4.24 分)與未完治族群(4.07 分)間未達統計上的顯著差異 ( $p>0.05$ )，除此之外在「醫療照護人員服務態度

良好」、「您對肺結核治療效果有信心」、「醫療照護人員關心您治療情況」、「醫療照護人員對您提供足夠的衛教」、「醫療照護人員對您的家人朋友提供足夠的衛教」、「副作用控制情況良好」、「您認為您目前健康狀況良好」等 7 個衡量醫療及生理需求的題項上，完治族群需求得分皆高於未完治族群，且達統計上的顯著差異( $p<0.05$ )。整體而言受訪者對於「您目前健康狀況良好」、「副作用控制情況良好」兩題項的認同度較低，顯示受訪者對於生理方面的健康情形有較大的需求。

整體而言在「心理及社會層面」需求構面在完治族群得分為 3.39 分；未完治族群為 3.34 分，兩組在心理及社會需求上並未達統計上的顯著差異( $p<0.05$ )。在此構面中僅有「家人對您的病情十分關心與支持」在完治族群得分(4.22 分)高於未完治族群(4.05 分)、「不會因結核病而害怕和人接觸、交談」在完治族群得分(2.78 分)低於未完治族群(3.05 分)等 2 題項在完治與未完治族群間達統計上的顯著差異( $p<0.05$ )，顯示完治族群有感受到家人較多的關心與支持，且較擔心結核病所帶來的影響，故對「不會因結核病而害怕和人接觸、交談」此題項的認同度較低。整體而言，受訪者對於「不會時常因生病而焦慮」、「不會因結核病而害怕和人接觸、交談」兩題項的認同度較低，顯示肺結核疾病不僅對患者的心理層面造成衝擊，也間接影響其社交情形。

在「交通及經濟層面」完治族群得分為 2.82 分，未完治族群為 2.65 分，且達統計上的顯著差異( $p < 0.05$ )。而在該層面中又以「有足夠能力負擔健保保費」、「有足夠能力負擔結核病醫療費用」、「結核病不會導致您無法正常工作」等三個題項在完治族群與未完治族群間達統計上的顯著差異( $p < 0.05$ )，且在完治族群得分依序為 3.10 分、2.98 分及 2.54 分，高於未完治族群的 2.65 分、2.67 分及 2.26 分，顯示未完治族群在經濟方面的條件相對較差，對治療結核病上有較大的影響。就整體而言，受訪個案對於「結核病不會導致無法正常工作」、「政府之補助能降低就醫的財務障礙」兩題項認同度較低，顯示原住民肺結核患者會因結核病而無法正常工作，導致喪失經濟來源。再者，政府所提供的結核病就醫補助，亦無法有效降低原住民結核病患就醫的財務障礙(詳見表 4-6)。

### 第三節 羅吉斯迴歸分析

為探討原住民肺結核病患未完成治療之相關因素，本研究依原住民肺結核患者自通報登錄後，12個月內是否完成治療為依變項，完治群與未完治族群在卡方檢定及 t-test 檢定中 p-value 小於 0.25 者為自變項進行羅吉斯迴歸分析。其中自變項「服藥方式」、「衛生所護士訪視的幫助性」、「醫生或醫院護士訪視的幫助性」、「運動情形」等變項由於分組過多，組內人數過少，故將人數較少之組別適時合併，將其放入羅吉斯迴歸模式中分析，而結核病疾病認知，則以「認知錯」與「認知對」兩類投入羅吉斯迴歸分析中加以探討。

分析結果顯示，性別、原住民族群、是否因結核病更換工作、生活品質影響程度、衛生所護士幫助性、醫生或醫院護士幫助性、喝酒情形、結核病傳染性的認知、心理及社會層面需求，皆是影響原住民肺結核患者完治與否的顯著因素( $p < 0.05$ )。

在控制其他變項下，男性未完成治療的機率顯著高於女性，未完成治療的勝算比為 2.61。在原住民族群中，以人數最多的族群「泰雅族」為參考組，則「阿美族」、「排灣族」，未完成治療的機率皆顯著較高，其勝算比依序為 4.88、4.26，顯示原住民族群和肺結核治療之結果有所相關。「有因結核病更換工作或離職(轉學或休學)」及「本

來就沒工作者」未完成治療的機率皆顯著高於「沒有因結核病更換工作或離職(轉學或休學)」者，未完成治療勝算比皆為 2.57。在結核病對生活品質影響程度上，認為「有點影響」者，未完成治療的機率則為「完全無影響」者的 4.18 倍。在衛生所護士訪視的幫助性上，認為「有一點幫助」者相對於「不知道/沒接觸」者，未完成治療的機率較低，其未完治的勝算比為 0.28；相對在的醫生或醫院護士的幫助性上，認為「有一點幫助」及「幫助很大」者其未完成治療的機率亦較低，勝算比分別為 0.07、0.06，顯示原住民肺結核患者若感受到較多醫護人員的幫助，則其未完治比率較低。而在原住民健康行為上，僅有「喝酒情形」為影響結核病是否完治的相關因素，「每週喝 1-2 次」者，未完治的機率為無喝酒情形者的 3.91 倍。對結核病傳染性認知上，「認知對」者相對於「認知錯」者有較低的未完治機率，未完治勝算比為 0.31。最後在病患需求方面，「心裡及社會層面需求」得分越高者，未完治的機率越高，即心裡及社會需求較低者，越不容易完治(詳見表 4-7)。

表 4-2、原住民肺結核病患個人基本資料

變項	TOTAL N=387		完治 n=277		未完治 n=110		$\chi^2$ P-value
	N	%	N	%	N	%	
性別							<0.01 *
男	243	62.79	158	57.04	85	77.27	
女	144	37.21	119	42.96	25	22.73	
年齡 <sup>a</sup>							0.070
0~19 歲	18	4.65	17	6.14	1	0.91	
20~34 歲	69	17.83	50	18.05	19	17.27	
35~49 歲	134	34.63	88	31.77	46	41.82	
50~64 歲	85	21.96	59	21.30	26	23.64	
65 歲以上	81	20.93	63	22.74	18	16.36	
婚姻狀態							0.281
已婚	198	51.16	146	52.71	52	47.27	
未婚	80	20.67	54	19.49	26	23.64	
離婚/分居	45	11.63	28	10.11	17	15.45	
喪偶	64	16.54	49	17.69	15	13.64	
教育程度							0.231
未上學/國小	202	53.87	139	52.26	63	57.80	
國中/初中	82	21.87	55	20.68	27	24.77	
高中/高職	72	19.20	56	21.05	16	14.68	
專科/大學以上	19	5.07	16	6.02	3	2.75	
遺漏值	12	-	11	-	1	-	
每月家庭收入							0.014 *
15000 元以下	179	50.42	115	45.82	64	61.54	
15001~30000 元	109	30.70	79	31.47	30	28.85	
30001~60000 元	50	14.08	42	16.73	8	7.69	
60001 元以上	17	4.79	15	5.98	2	1.92	
遺漏值	32	-	26	-	6	-	
居住地區							0.205
山地離島鄉	302	78.04	211	76.17	91	82.73	
平地鄉	85	21.96	66	23.83	19	17.27	
全民健保							0.531
無	13	3.36	8	2.89	5	4.55	
有	374	96.64	269	97.11	105	95.45	
重大傷病卡							0.884
無	327	84.50	235	84.84	92	83.64	
有	31	8.01	21	7.58	10	9.09	
不知道	29	7.49	21	7.58	8	7.27	
DOTS 計畫							0.084
加入	297	76.74	206	74.37	91	82.73	
未加入	90	23.26	71	25.63	19	17.27	

註：a.完治者平均年齡=48.27 歲 標準差=19.11；未完治者平均年齡=48.36 歲 標準差=15.95

表 4-2、原住民肺結核病患個人基本資料(續)

變項	TOTAL N=387		完治 n=277		未完治 n=110		$\chi^2$ P-value
	N	%	N	%	N	%	
是否有慢性病							0.032 *
有	256	66.15	174	62.82	82	74.55	
無	131	33.85	103	37.18	28	25.45	
慢性病(複選)							NA
痛風	131	33.85	82	29.60	49	44.55	
高血壓	83	21.45	60	21.66	23	20.91	
關節炎	67	17.31	49	17.69	18	16.36	
糖尿病	64	16.54	45	16.25	19	17.27	
肝病	59	15.25	43	15.52	16	14.55	
氣喘	28	7.24	18	6.50	10	9.09	
心臟病	28	7.24	21	7.58	7	6.36	
腎臟病	9	2.33	8	2.89	1	0.91	
癌症	4	1.03	2	0.72	2	1.82	
其他 <sup>b</sup>	28	7.24	22	7.94	6	5.45	
多重抗藥性							0.091
是	12	3.10	6	2.17	6	5.45	
否	213	55.04	160	57.76	53	48.18	
不知道	162	41.86	111	40.07	51	46.36	
治療期間居住情形							0.144
住院	3	0.78	1	0.36	2	1.82	
獨居	50	12.95	32	11.59	18	16.36	
與家人朋友同住	333	86.27	243	88.04	90	81.82	
遺漏值	1	-	1	-	0	-	
居住環境擁擠度(同住人數) <sup>c</sup>							NA
1-2 人	105	32.81	69	29.74	36	40.91	
3-4 人	99	30.94	71	30.60	28	31.82	
5-6 人	70	21.88	57	24.57	13	14.77	
7 人以上	46	14.38	35	15.09	11	12.50	
遺漏值	13	-	11	-	2	-	
居住環境潮濕度							0.660
乾燥	220	56.85	159	57.40	61	55.45	
有點潮濕	133	34.37	92	33.21	41	37.27	
非常潮濕	34	8.79	26	9.39	8	7.27	
原住民族群							0.063
泰雅族	161	41.60	121	43.68	40	36.36	
布農族	86	22.22	54	19.49	32	29.09	
太魯閣族	49	12.66	36	13.00	13	11.82	
阿美族	29	7.49	19	6.86	10	9.09	
排灣族	29	7.49	18	6.50	11	10.00	
其他 <sup>d</sup>	33	8.53	29	10.47	4	3.64	

註：b.包含貧血、支氣管炎、骨刺、愛滋病等

c.與家人朋友同住者答：完治者平均=4.06 人 標準差=2.52；未完治者平均=3.58 人 標準差 2.29

d.包含魯凱族、鄒族、塞德克族、葛瑪蘭族、雅美族、賽夏族

表 4-3、原住民肺結核病患治療情形

變項	TOTAL n=387		完治 n=277		未完治 n=110		$\chi^2$ P-value
	N	%	N	%	N	%	
是否超過兩個月中斷服藥							<0.01*
沒有	332	85.79	254	91.70	78	70.91	
有	55	14.21	23	8.30	32	29.09	
中斷治療之原因(複選)							NA
交通因素	15	27.27	6	26.09	9	28.13	
治療時間長	13	23.64	4	17.39	9	28.13	
經濟因素	10	18.18	4	17.39	6	18.75	
副作用	8	14.55	3	13.04	5	15.63	
沒時間拿藥	6	10.91	3	13.04	3	9.38	
藥難吃	5	9.09	2	8.70	3	9.38	
認為治不好	5	9.09	2	8.70	3	9.38	
服藥次數多	2	3.64	1	4.35	1	3.13	
看診頻繁	1	1.82	0	0.00	1	3.13	
怕別人知道	1	1.82	1	4.35	0	0.00	
其他 <sup>a</sup>	11	20.00	4	17.39	7	21.88	
因結核病更換工作或離職(轉學或休學)							0.103
否	168	43.98	127	46.69	41	37.27	
是	77	20.16	48	17.65	29	26.36	
本來就沒工作	137	35.86	97	35.66	40	36.36	
遺漏值	5	-	5	-	0	-	
換工作次數							0.101
1次	53	73.61	35	81.40	18	62.07	
2次以上	19	26.39	8	81.40	11	37.93	
值漏值	5	-	5	-	0	-	
是否更換過醫院							<0.01*
沒有	327	84.50	246	88.81	81	73.64	
有	60	15.50	31	11.19	29	26.36	
更換醫院之原因(複選)							NA
離家近	28	46.67	14	45.16	14	48.28	
衛生所護士介紹	14	23.33	5	16.13	9	31.03	
治療效果不佳/有副作用	10	16.67	4	12.90	6	20.69	
更換住所	8	13.33	2	6.45	6	20.69	
醫生推薦	7	11.67	5	16.13	2	6.90	
免部份負擔	4	6.67	2	6.45	2	6.90	
家人朋友介紹	2	3.33	1	3.23	1	3.45	
隨著醫生換醫院	2	3.33	2	6.45	0	0.00	
其他 <sup>b</sup>	9	15.00	5	16.13	4	13.79	
服藥方式							<0.01*
按時服藥	350	90.44	262	94.58	88	80.00	
想到才吃	29	7.49	15	5.42	14	12.73	
不舒服時吃	8	2.07	0	0.00	8	7.27	

註：a. 中斷治療者之原因，其他包含生產、接受其他疾病治療、認為自己沒病或已痊癒

b. 有更換醫院者之原因，其他包含到其他醫院開刀或治療其他疾病

表 4-3、原住民肺結核病患治療情形(續一)

變項	TOTAL n=387		完治 n=277		未完治 n=110		$\chi^2$ P-value
	N	%	N	%	N	%	
是否有副作用							0.228
無	124	32.04	94	33.94	30	27.27	
有	263	67.96	183	66.06	80	72.73	
副作用為(複選)							NA
皮膚癢	128	48.67	89	48.63	39	48.75	
關節疼痛	127	48.29	82	44.81	45	56.25	
疲倦	113	42.97	86	46.99	27	33.75	
腸胃不適	90	34.22	73	39.89	17	21.25	
噁心	68	25.86	50	27.32	18	22.50	
暈眩	67	25.48	48	26.23	19	23.75	
視力模糊	66	25.10	50	27.32	16	20.00	
皮膚、眼球變黃	47	17.87	30	16.39	17	21.25	
食慾不佳	8	3.04	6	3.28	2	2.50	
水腫	2	0.76	2	1.09	0	0.00	
其他 <sup>c</sup>	18	6.84	16	8.74	2	2.50	
治療期間困擾的事(複選)							NA
無	44	11.37	33	11.91	11	10.00	
治療時間長	174	44.96	116	41.88	58	52.73	
交通因素	174	44.96	127	45.85	47	42.73	
副作用	144	37.21	103	37.18	41	37.27	
影響工作	124	32.04	87	31.41	37	33.64	
經濟因素	122	31.52	85	30.69	37	33.64	
怕別人知道	117	30.23	89	32.13	28	25.45	
藥難吃	97	25.06	69	24.91	28	25.45	
看診頻繁	96	24.81	60	21.66	36	32.73	
服藥次數多	85	21.96	60	21.66	25	22.73	
藥量太多	15	3.88	13	4.69	2	1.82	
其他(藥顆粒大)	2	0.52	2	0.72	0	0.00	
其中最困擾的事 <sup>d</sup>							NA
經濟因素	57	17.33	40	15.15	17	17.35	
交通因素	55	16.72	43	16.29	12	12.24	
治療時間長	53	16.11	34	12.88	19	19.39	
影響工作	44	13.37	34	12.88	10	10.20	
副作用	43	13.07	28	10.61	15	15.31	
怕別人知道	22	6.69	18	6.82	4	4.08	
藥難吃	20	6.08	11	4.17	9	9.18	
看診頻繁	12	3.65	5	1.89	7	7.14	
服藥次數多	11	3.34	9	3.41	2	2.04	
藥量太多	11	3.34	8	3.03	3	3.06	
其他	1	0.30	1	0.38	0	0.00	
遺漏值	14	-	13	-	1	-	

註：c.有副作用者之副作用，其他含：尿酸高、血尿、肝功能異常、貧血、聽力受損等

d.有困擾者回答，僅回答一項最困擾的事

表 4-3、原住民肺結核病患治療情形(續二)

變項	TOTAL n=387		完治 n=277		未完治 n=110		$\chi^2$ P-value
	N	%	N	%	N	%	
生活品質影響程度							<0.01*
完全無影響	133	34.37	109	39.35	24	21.82	
有點影響	147	37.98	99	35.74	48	43.64	
相當有影響	107	27.65	69	24.91	38	34.55	
健康狀況改善程度							0.533
惡化	4	1.03	2	0.72	2	1.82	
沒改變	54	13.95	37	13.36	17	15.45	
有改善	329	85.01	238	85.92	91	82.73	
衛生所護士訪視方式							0.687
沒遇過	16	4.16	10	3.62	6	5.50	
電訪	27	7.01	20	7.25	7	6.42	
面訪	342	88.83	246	89.13	96	88.07	
遺漏值	2	-	1	-	1	-	
衛生所護士面訪次數							NA
1-2 次	27	7.89	24	9.76	3	3.13	
3-4 次	39	11.40	31	12.60	8	8.33	
5-6 次	25	7.31	21	8.54	4	4.17	
7 次以上	251	73.39	170	69.11	81	84.38	
衛生所護士訪視的幫助性							0.121
沒幫助	29	7.49	17	6.14	12	10.91	
有一點幫助	140	36.18	100	36.10	40	36.36	
幫助很大	188	48.58	142	51.26	46	41.82	
不知道/沒接觸	30	7.75	18	6.50	12	10.91	
醫師或醫院護士之幫助性							<0.01*
沒幫助	9	2.33	8	2.89	1	0.91	
有一點幫助	134	34.63	88	31.77	46	41.82	
幫助很大	227	58.66	175	63.18	52	47.27	
不知道/沒接觸	17	4.39	6	2.17	11	10.00	

表 4-3、原住民肺結核病患治療情形(續三)

變項	TOTAL n=387		完治 n=277		未完治 n=110		$\chi^2$ P-value
	N	%	N	%	N	%	
診斷症狀(複選)							NA
咳嗽	218	56.62	160	57.97	58	53.21	
X光、健檢	131	34.03	90	32.61	41	37.61	
疲倦	109	28.31	77	27.90	32	29.36	
發燒	106	27.53	76	27.54	30	27.52	
體重減輕	89	23.12	63	22.83	26	23.85	
胸悶、胸痛	54	14.03	43	15.58	11	10.09	
呼吸急促	52	13.51	31	11.23	21	19.27	
咳血	18	4.68	15	5.43	3	2.75	
其他	30	7.79	22	7.97	8	7.34	
遺漏值	2	-	1	-	1	-	
就診時間 e							0.109
一星期以內	134	49.45	107	53.77	27	37.50	
1-2 星期	39	14.39	23	11.56	16	22.22	
2 星期-1 個月	64	23.62	45	22.61	19	26.39	
1-2 個月	15	5.54	11	5.53	4	5.56	
2 個月以上	19	7.01	13	6.53	6	8.33	
遺漏值	25	-	17	-	8	-	
交通時間 f							0.355
<29 分鐘	56	15.64	42	16.22	14	14.14	
30-59 分鐘	54	15.08	35	13.51	19	19.19	
1-2 小時	117	32.68	90	34.75	27	27.27	
2 小時以上	131	36.59	92	35.52	39	39.39	
遺漏值	29	-	18	-	11	-	

註：e.排除 X 光及健康檢查者

f.為單程醫院或衛生所所花費之交通時間，而非來回之交通時間

表 4-4、治療期間健康行為

變項	TOTAL n=387		完治 n=277		未完治 n=110		$\chi^2$ P-value
	N	%	N	%	N	%	
喝酒							<0.01 *
無	208	53.75	170	61.37	38	34.55	
每月不到一次	40	10.34	30	10.83	10	9.09	
每月 1~3 次	43	11.11	29	10.47	14	12.73	
每週 1~2 次	46	11.89	23	8.30	23	20.91	
每週 3~4 次	24	6.20	12	4.33	12	10.91	
(幾乎) 每天喝	26	6.72	13	4.69	13	11.82	
抽菸							<0.01 *
無	231	59.69	181	65.34	50	45.45	
偶爾或應酬時才抽	52	13.44	38	13.72	14	12.73	
每週 1~2 次	16	4.13	11	3.97	5	4.55	
(幾乎) 每天抽	88	22.74	47	16.97	41	37.27	
嚼檳榔							0.011 *
無	293	75.71	221	79.78	72	65.45	
每週 1~2 天	38	9.82	26	9.39	12	10.91	
每週 3~5 天	15	3.88	8	2.89	7	6.36	
(幾乎) 每天嚼	41	10.59	22	7.94	19	17.27	
運動							0.106
無	165	43.08	113	41.24	52	47.71	
每月不到一次	54	14.10	35	12.77	19	17.43	
每月 1~3 次	27	7.05	21	7.66	6	5.50	
每週 1~2 次	17	4.44	14	5.11	3	2.75	
每週 3~4 次	14	3.66	14	5.11	0	0.00	
(幾乎) 每天運動	106	27.68	77	28.10	29	26.61	
遺漏值	4	-	3	-	1	-	
每日睡眠時間							0.390
<7 小時	82	22.59	57	21.59	25	25.25	
7-9 小時	218	60.06	157	59.47	61	61.62	
>9 小時	63	17.36	50	18.94	13	13.13	
遺漏值	24	-	13	-	11	-	
平均睡眠時間 <sup>a</sup>	<b>7.45</b>	<b>1.51</b>	<b>7.46</b>	<b>1.54</b>	<b>7.41</b>	<b>1.45</b>	<b>0.788</b>

註：a. 平均睡眠時間以平均值、標準差表示，P 值計算採 T-test 檢定

表 4-5、原住民肺結核病患對肺結核疾病認知

變項	TOTAL n=387		完治 n=277		未完治 n=110		$\chi^2$ P-value
	N	%	N	%	N	%	
肺結核的致病因							0.573
不知道	101	26.10	69	24.91	32	29.09	
遺傳	7	1.81	5	1.81	2	1.82	
被傳染	200	51.68	146	52.71	54	49.09	
感冒所引起	65	16.80	48	17.33	17	15.45	
其他	14	3.62	9	3.25	5	4.55	
肺結核服藥方式							0.250
不知道	16	4.13	9	3.25	7	6.36	
每日服用	362	93.54	262	94.58	100	90.91	
感覺身體好了隨時停藥	4	1.03	3	1.08	1	0.91	
不舒服時吃	5	1.29	3	1.08	2	1.82	
服用藥物後可能負作用							0.309
不知道	134	34.63	87	31.41	47	42.73	
禿頭、性功能減低	1	0.26	1	0.36	0	0.00	
痙攣、意識昏迷	1	0.26	1	0.36	0	0.00	
焦慮、意識混亂、幻想	4	1.03	2	0.72	2	1.82	
皮膚癢等 <sup>a</sup>	211	54.52	156	56.32	55	50.00	
其他	36	9.30	30	10.83	6	5.45	
未完治後遺症							0.027 *
不知道	226	58.40	157	56.68	69	62.73	
影響智力	4	1.03	3	1.08	1	0.91	
產生抗藥性	117	30.23	93	33.57	24	21.82	
其他	40	10.34	24	8.66	16	14.55	
是否可完全治好							0.891
是	305	78.81	219	79.06	86	78.18	
否	8	2.07	7	2.53	1	0.91	
不知道	74	19.12	51	18.41	23	20.91	
知不知道肺結核需要治療多久							0.004 *
不知道	128	33.07	79	28.52	49	44.55	
知道	259	66.93	198	71.48	61	55.45	
肺結核會不會傳染							0.023 *
一定會	84	21.71	55	19.86	29	26.36	
一定不會	45	11.63	33	11.91	12	10.91	
開放性肺結核才會	167	43.15	130	46.93	37	33.64	
不知道	91	23.51	59	21.30	32	29.09	
<b>認知得分<sup>b</sup></b>	<b>4.19</b>	<b>1.78</b>	<b>4.35</b>	<b>1.76</b>	<b>3.79</b>	<b>1.77</b>	<b>0.005 *</b>

註：a.皮膚癢、腸胃不適、視力減退、肝炎

b.答對得1分，答錯(含不知道者)0分，總分為7分。認知得分以平均值及標準差呈現

c.P值計算已將認知題目轉換成答對、答錯二類進行卡方檢定

表 4-6、原住民肺結核病患需求

變項	TOTAL N=387		完治 n=277		未完治 n=110		t-test P-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
<b>I. 醫療及生理層面</b>	<b>4.06</b>	<b>0.67</b>	<b>4.13</b>	<b>0.65</b>	<b>3.89</b>	<b>0.71</b>	<b>&lt; 0.01*</b>
醫療照護人員服務態度良好	4.26	0.74	4.31	0.72	4.12	0.77	0.021 *
醫師詳細說明病情狀況	4.19	0.78	4.24	0.76	4.07	0.82	0.054
您對肺結核治療效果有信心	4.17	0.78	4.22	0.75	4.04	0.82	0.032 *
醫療照護人員關心您治療情況	4.13	0.78	4.18	0.75	4.00	0.84	0.040 *
醫療照護人員對您提供足夠的衛教	4.09	0.83	4.15	0.82	3.94	0.86	0.024 *
醫療照護人員對您的家人朋友提供足夠的衛教	3.94	0.91	4.01	0.90	3.75	0.92	<0.01 *
副作用控制情況良好	3.86	0.92	3.96	0.88	3.60	0.99	< 0.01*
您認為您目前健康狀況良好	3.84	1.14	3.92	1.11	3.65	1.20	0.030 *
<b>II. 心理及社會層面</b>	<b>3.37</b>	<b>0.60</b>	<b>3.39</b>	<b>0.63</b>	<b>3.34</b>	<b>0.52</b>	<b>0.419</b>
家人對您的病情十分關心與支持	4.17	0.74	4.22	0.72	4.05	0.78	0.036 *
照護人員不會隨意對他人談論您的病情	3.93	0.88	3.98	0.89	3.81	0.85	0.089
朋友對您的病情十分關心與支持	3.93	0.86	3.95	0.89	3.89	0.78	0.546
不會擔心因服藥所帶來的副作用	2.99	1.07	3.03	1.07	2.92	1.08	0.376
情緒不會因結核病常感到低落	2.88	1.17	2.90	1.20	2.81	1.09	0.480
不會因結核病而害怕和人接觸、交談	2.86	1.20	2.78	1.23	3.05	1.09	0.042 *
不會時常因生病而焦慮	2.84	1.23	2.84	1.26	2.82	1.15	0.848
<b>III. 交通及經濟層面</b>	<b>2.77</b>	<b>0.60</b>	<b>2.82</b>	<b>0.59</b>	<b>2.65</b>	<b>0.59</b>	<b>0.008*</b>
有足夠能力負擔健保保費	2.97	1.23	3.10	1.23	2.65	1.20	<0.01 *
有足夠能力負擔結核病醫療費用	2.89	1.22	2.98	1.23	2.67	1.16	0.024 *
至醫院/衛生所求診在交通上是方便的	2.89	1.41	2.91	1.41	2.86	1.43	0.790
政府之補助能降低您就醫的財務障礙	2.65	1.13	2.59	1.11	2.78	1.17	0.137
結核病不會導致您無法正常工作	2.46	1.08	2.54	1.10	2.26	0.99	0.022 *

註：病患需求採 Likert's Scale 的五分法加以衡量，得分越高代表需求越低

表 4-7、原住民肺結核病患完治與未完治之羅吉斯迴歸分析

變相名稱	回歸係數	標準誤	OR	95%CI	
常數	-0.66	2.18	-	-	-
性別					
女(參考組)					
男	0.96	0.38	2.61 *	1.23	5.53
年齡	-0.01	0.01	0.99	0.97	1.02
居住地區					
平地鄉(參考組)					
山地離島鄉	0.86	0.56	2.37	0.78	7.15
教育程度					
未上學/國小(參考組)					
國中/初中	-0.25	0.43	0.78	0.33	1.83
高中/高職	-0.12	0.51	0.89	0.33	2.40
專科/大學以上	-0.12	0.87	0.89	0.16	4.87
每月家庭收入					
15000 元以下(參考組)					
15001-30000 元	0.09	0.39	1.09	0.51	2.36
30001-60000 元	-0.28	0.62	0.75	0.23	2.52
60001 元以上	-0.31	0.99	0.73	0.11	5.05
DOTS 計畫					
未加入(參考組)					
加入	0.31	0.42	1.37	0.60	3.13
慢性病					
沒有(參考組)					
有	0.20	0.39	1.22	0.57	2.62
治療期間居住情形					
與家人朋友同住(參考組)					
住院	1.63	2.10	5.12	0.08	313.47
獨居	-0.17	0.48	0.84	0.33	2.15
原住民族群					
泰雅族(參考組)					
阿美族	1.59	0.78	4.88 *	1.07	22.30
布農族	0.34	0.45	1.41	0.58	3.42
排灣族	1.45	0.64	4.26 *	1.23	14.81
太魯閣族	0.26	0.54	1.30	0.45	3.73
其他	-0.52	0.74	0.60	0.14	2.52
超過兩個月中斷服藥					
沒有(參考組)					
有	0.52	0.49	1.68	0.64	4.41

註：回歸模式依變項分為完治(n=245)、未完治(n=103)兩組，以未完治作為事件組

\* : p<0.05 ; \*\* : p<0.001

表 4-7、原住民肺結核病患完治與未完治之羅吉斯迴歸分析(續一)

變相名稱	回歸係數	標準誤	OR	95%CI	
因結核病更換工作或離職(轉學或休學)					
否(參考組)					
是	0.94	0.45	2.57 *	1.07	6.16
本來就沒工作	0.94	0.43	2.57 *	1.10	5.99
是否更換過醫院					
沒有(參考組)					
有	0.80	0.44	2.23	0.93	5.32
服藥方式					
按時服藥(參考組)					
未按時服藥	0.31	0.56	1.36	0.45	4.13
是否有副作用					
沒有(參考組)					
有	0.01	0.38	1.01	0.48	2.12
是否有抗藥性					
沒有(參考組)					
有	1.06	0.89	2.88	0.50	16.64
不知道	0.20	0.37	1.22	0.59	2.52
生活品質影響程度					
完全無影響(參考組)					
有點影響	1.43	0.42	4.18 **	1.83	9.55
相當有影響	0.94	0.53	2.56	0.90	7.26
衛生所護士訪視的幫助性					
不知道/沒接觸(參考組)					
有一點幫助	-1.27	0.61	0.28 *	0.08	0.93
幫助很大	-0.95	0.67	0.39	0.11	1.42
醫生或醫院護士的幫助性					
不知道/沒接觸(參考組)					
有一點幫助	-2.68	0.92	0.07 *	0.01	0.41
幫助很大	-2.88	0.87	0.06 **	0.01	0.31

表 4-7、原住民肺結核病患完治與未完治之羅吉斯迴歸分析(續二)

變相名稱	回歸係數	標準誤	OR	95%CI	
喝酒情形					
無(參考組)					
每月不到一次	0.30	0.62	1.35	0.40	4.57
每月 1-3 次	1.07	0.59	2.93	0.92	9.31
每週 1-2 次	1.36	0.60	3.91 *	1.21	12.64
每週 3-4 次	0.91	0.72	2.49	0.60	10.29
(幾乎)每天喝	0.03	0.82	1.03	0.21	5.17
抽菸情形					
無(參考組)					
偶爾或應酬時才抽	0.13	0.55	1.14	0.39	3.34
每週 1-2 次	-1.30	0.86	0.27	0.05	1.46
(幾乎)每天抽	0.40	0.50	1.50	0.56	3.97
嚼檳榔情形					
無(參考組)					
每週 1-2 天	-0.93	0.57	0.39	0.13	1.20
每週 3-5 天	0.49	0.75	1.64	0.38	7.12
(幾乎)每天嚼	-0.47	0.58	0.63	0.20	1.97
運動情形					
無(參考組)					
每月不到一次	0.33	0.51	1.39	0.51	3.79
每週 4 次以下	-1.02	0.55	0.36	0.12	1.07
(幾乎)每天運動	-0.19	0.41	0.83	0.37	1.84
肺結核服藥方式認知					
認知錯(參考組)					
認知對	-0.16	0.73	0.86	0.20	3.61
未完治後遺症認知					
認知錯(參考組)					
認知對	-0.19	0.50	0.83	0.31	2.19
治療期間認知					
認知錯(參考組)					
認知對	-0.67	0.48	0.51	0.20	1.31
對結核病傳染性認知					
認知錯(參考組)					
認知對	-1.18	0.47	0.31 *	0.12	0.77
認知得分	0.26	0.20	1.30	0.87	1.93
醫療及生理層面需求	-0.53	0.33	0.59	0.31	1.12
心理及社會層面需求	0.69	0.30	1.99 *	1.11	3.55
交通及經濟層面需求	-0.10	0.33	0.90	0.47	1.72

## 第五章 討論

### 第一節 原住民肺結核病患特質探討

#### 一、病患基本特性

研究期間共計 615 位原住民肺結核新增個案，對原住民族群而言，完治率為 69.11%，相較於伊索比亞的研究指出 DOTS 計畫的 73% 完治率，仍有改善的空間(Estifanos & Bernt, 2005)。而本研究針對 387 位原住民肺結核病患訪問結果得知，男性罹患肺結核的比例高於女性，婚姻狀況以已婚者居多，教育程度則以「未上學/國小」佔大多數，和過去研究有相似的結果(胡曉雲、蔡文正、龔佩珍，2005；楊文達，2002)。在年齡方面本研究原住民受訪者的平均年齡在完治族群及未完治族群分別為 48.27 歲及 48.36 歲，和過去針對山地鄉肺結核病患的研究中指出平均年齡為 46.7 歲有相似的結果(余明治等，2000)。且本研究受訪之原住民肺結核病患的年齡分佈又以「35-49 歲」佔 34.63% 為大多數，而國外文獻指出肺結核多發生在具有生產力的年齡階級(Muniyandi et al., 2006)。

根據行政院主計處 2004 年的統計結果顯示，受雇員工每人每月平均薪資為 43615 元，反觀本研究之原住民肺結核患者每月家庭收入

低於 30000 元者佔 78.01%，顯示原住民肺結核患者經濟狀況普遍較差，且根據行政院原住民委員會的統計數據顯示原住民每人每月收入為 1.6 萬元，亦證實原住民的經濟條件較一般民眾差(行政院原住民委員會，2006)，且本研究調查結果亦發現 31.52%的受訪個案皆表示「經濟因素」為其治療期間困擾的事。

在居住地區方面，未完治族群有較高比例居住於山地離島鄉，而山地離島鄉醫療資源匱乏，是否為造成原住民肺結核就醫障礙的原因，則需進一步討論之。而在健康狀況方面，66.15%的受訪個案皆患有其他慢性病，而慢性病又以痛風、高血壓、糖尿病及關節炎居多，和過去研究指出原住民在高血壓、心臟病、糖尿病、痛風等慢性病的盛行率相對於台灣地區高有相似的結果(嚴母過，2002；燕尾厥，1997)，且相關領域的專家亦指出，由於原住民的喝酒習性而導致痛風及關節疼痛的情況較為盛行，且服用肺結核藥物 PZA (Pyrazinamide) 亦會導致痛風的情況發生，因此專家學者亦建議，應考慮肺結核患者的健康狀況適時的更換、調整肺結核治療藥物。

## 二、都治計畫完治率探討

在加入 DOTS 計畫的比例上，原住民族群 DOTS 計畫涵蓋率為 76.74%，和台灣 DOTS 計畫涵蓋率 78.97%有相似的結果(疾病管制局

結核病流行病學專區，2007)，其中值得注意的是 DOTS 計畫的完治率為 69.36%，反而低於未加入 DOTS 計畫 78.89%的完治率，顯示 DOTS 計畫對於原住民治療結核病的成效上沒有明顯的助益。儘管多數研究皆指出 DOTS 計畫能有效使治癒率顯著提升、死亡率及治療失敗率降低，減少多發抗藥性結核病（MDR-TB）發生的機會(Pedro et al.2002; Davies, 2003; Shargie et al., 2005)，但仍有相關研究發現 DOTS 計畫和肺結核完治率之間並無顯著相關，而造成 DOTS 計畫無法落實的原因除了因為肺結核患者常因時間和 DOTS 關懷員無法配合及交通因素外，病患也常因自身健康狀況、酗酒、居無定所及影響工作等因素而退出 DOTS 計畫(Khan et al.,2005；余明治等，2000)，使 DOTS 計畫無法發揮其效益。此外，地段公衛護士亦表示，雖然政府於 1997 年規定山地鄉全面實施 DOTS 計畫，但 DOTS 關懷員多由個案家屬或其朋友擔任，對於關懷員的訓練及品質並無嚴格監控機制，相對的 DOTS 計畫也無法確實落實而使其效益無法全然發揮。

而 DOTS 計畫所標榜的是 6-9 個月內短程的治療成效，本研究則將完治與否的治療期間定義為 12 個月，因此本研究也建議後續研究者，能去探討原住民肺結核病患 9 個月內完治與否的相關因素，DOTS 計畫所帶來的效益或許會有更顯著的意義。

## 第二節 原住民肺結核病患治療情形之探討

在原住民肺結核病患治療情形上，未完治者中斷治療的比例顯著高於完治者中斷治療的比例，而在非醫師建議下中斷治療，除了無法使療程延續，更可能因此而產生抗藥性，使其更不易完成肺結核的治療。而中斷服藥者，中斷治療的原因為交通因素、治療時間長及經濟因素，和過去文獻指出肺結核患者退出 DOTS 計畫的原因有相似結果 (Khan et al.,2005)，且病人自動停藥或不規則服藥皆是導致肺結核治療失敗的原因之一。

在服藥方式方面，未完治族群未按時服藥的比例則顯著高於完治族群，而過去文獻亦指出服藥遵從性是影響結核病患是否完成治療的關鍵因素 (Addington, 1979；何延鑫，1998；胡曉雲、蔡文正、龔佩珍，2005)，此外，整體而言本研究依據受訪個案主訴 90.44% 的人為按時服藥，而本研究的受訪率為 62.93%，仍有多數個案未能接受訪問，而未受訪者可能為失聯不易追蹤者，故地段護士或 DOTS 關懷員也無法掌握其服藥狀況，其對醫囑的遵從性亦可能偏低，服藥情形也相對的不規則，因此 90.44% 的服藥遵從性可能有高估的情況。

對未完治族群而言有副作用的比例高於完治族群，而除了交通因素及治療時間長以外，副作用亦為原住民結核病患治療期間的主要困

擾之一，而治療所花費的時間和金錢、就醫的便利性及藥物之副作用等因素皆為影響病患服藥遵從性的因素(李茹萍、邱艷芬，1998；胡曉雲、蔡文正、龔佩珍，2005)，因此若要提高原住民肺結核患者的服藥遵從性，就必須了解其治療情形，藉由降低其治療期間的困擾以提高其完治率。

在肺結核的診斷症狀方面 56.62%的受訪個案是因為咳嗽而診斷出罹患肺結核，其次則依序為疲倦(28.31%)、發燒(27.53%)等臨床症狀，和過去研究肺結核患者指出多有咳嗽、呼吸急促、發燒等症狀有相似的結果(Rajeswari et al.,2005；Khan, 2006)。除此之亦有 34.03%的個案是因為例行 X 光或健康檢查而發現患有肺結核，顯示疾病管制局每年例行至山地鄉進行 X 光篩檢的政策，確有其成效。最後在原住民肺結核患者就醫的交通時間上需花費一小時以上者佔 69.27%，顯示對原住民肺結核病患在就醫時的交通問題，仍有需要改善的空間。

### 第三節 原住民肺結核病患治療期間健康行為及疾病認知

抽菸、喝酒、嚼檳榔等行為在山地鄉有很深的文化背景，甚至有文獻指出這些不良的行為幾乎是原住民男性 20 歲以前就有的嗜好(劉碧華等, 1994)。本研究受訪之原住民肺結核患者每週喝 3-4 次以上者佔 12.92%，而完全無喝酒者及每月喝不到一次則佔 64.09%，和過去文獻調查原住民喝酒的盛行率(林琴惠, 2001)有相似的結果。然而，本研究訪談的過程中，亦有少數的受訪者表示治療期間由於喝酒的緣故而使其忘記吃藥或不想吃藥，過去文獻亦證實過量的飲酒是影響原住民健康及造成社會問題的重要原因之一(Kaner et al., 2001；Twigg et al., 2000)，因此原住民肺結核病患治療期間的健康行為應多加重視，以免因不良的行為而延誤治療，甚至使疾病更加惡化或發生抗藥性。

在抽菸情況有 59.69%的受訪者表示治療肺結核期間沒有抽菸，但原住民肺結核患者治療期間抽菸率為 40.31%，仍高出台閩地區抽菸率 23.99 許多(國民健康局, 2004)，且有 24.29%的個案有嚼檳榔的情況，顯示原住民肺結核患者治療期間的健康行為仍需改善，以免影響治療的效果。在運動方面，每週固定運動 1-2 次以上者佔 35.78%，且治療期間平均睡眠時間為 7.45 小時，顯示其休息時間仍算充足。

在肺結核的疾病認知上，本研究發現原住民肺結核患者對結核病

認知較差的題目前三名依序為「未完治之後遺症」、「肺結核會不會傳染」及「肺結核的致病因」，在未完治之後遺症方面僅有 30.23%的個案了解是容易產生抗藥性，而不知道未完治之後遺症的則佔了 58.40%，顯示多數個案仍不了解未完成治療的嚴重性，因此，醫護人員應加強此方面的衛教，以提高肺結核患者了解治療的重要性，及提高對自身健康的警覺性。而在肺結核的傳染性方面則有 43.15%的個案知道僅有開放性肺結核才具傳染力，和過去研究有相似的結果(張玉婷等，2005)。而醫護人員除了對個案本身也應對其家人朋友多加宣導，使其了解並非所有肺結核患者都會傳染，以免使肺結核患者的社交及人際關係因此受影響。最後在結核病的致病因方面，51.68%的受訪者知道結核病是因為被傳染，相較於國外研究(Rajeswari et al.,2005;Khan, 2006)台灣原住民肺結核患者在結核病致病因上有較高的認知。然而，本研究仍有 16.80%的受訪個案認為是感冒所引起，少數個案表示是因為身體過度勞累所造成，由於結核病初期症狀並不明顯，多為咳嗽、咳痰等呼吸系統症狀或全身乏力等症狀，不具特異性，往往容易被誤以為是感冒甚至發生誤診而延誤就醫等情況，因此除了提升確診品質外，也建議衛生主管機關能針對高危險地區或高危險群加以宣導使民眾能自動發現，早期接受治療。

#### 第四節 原住民肺結核病患需求

在原住民肺結核病患需求方面，本研究分為三大需求層面加以探討，結果顯示對原住民而言「交通及經濟層面」之需求為主要的改善重點，其次依序為「心理及社會層面」、「醫療及生理層面」之需求。在交通方面原住民肺結核病患在就醫交通時間需花費 1 小時以上者佔 69.27%，顯示對多數原住民患者而言就醫上有交通上的障礙，而交通因素除了是其治療期間之困擾外，也是導致患者中斷服藥的主要原因，而山地鄉醫療資源不足也迫使民眾必須外出或跨鄉就診，更是間接加深民眾就醫的交通障礙(洪百薰等，1999)。

而在交通及經濟層面中，又以「結核病不會導致您無法正常工作」的認同度最低，和美國研究指出結核病患者平均會因結核病而停止 83 個工作天有相似的結果(Needham & Godfrey-Faissett, 1996)，本研究亦發現 20.16%的受訪個案曾因結核病而更換工作或離職，顯示原住民肺結核患者治療期間的就業問題仍有需要改善的部分，雖然本研究沒有進一步探討影響其工作的原因，但無法正常工作的結果則會造成其收入不穩定，進而加深其就醫之經濟障礙，因此如何保障原住民肺結核病患在治療期間的工作機會或工作能力，確實有值得討論的地方。除此之外，未完治族群在「有足夠能力負擔健保保費」、「有足夠

能力負擔結核病醫療費用」等題項上認同度皆顯著低於完治族群，顯示額外的醫療保健支出，對未完治者而言有較大的經濟負擔，而治療疾病的花費也是影響患者採取健康行為的障礙之一(Daryl M & Ralph H,1997；李茹萍、邱豔芬，1998)。

在心理及社會層面，多數個案皆對於「不會因生病而焦慮」、「不會因結核病而害怕和人接觸、交談」的認同度較低，顯示多數的個案還是會擔心結核病所帶來的負面影響，甚至害怕傳染給他人而使其社交生活受限制，害怕和他人接觸、交談，和過去研究有相似的結果(Khan et al.,2006；Rajeswari et al.,2005)，因此如何加強個案及其家人朋友對結核病的認知，以降低其對結核病的恐懼及不安全感，將是未來努力的方向。

對原住民肺結核病患而言，雖然醫療及生理層面的需求相較於其他層面來的低，但本研究結果顯示，受訪者對「您目前健康狀況良好」、「副作用控制情況良好」的認同度較低，而過去研究也指出，儘管結核病完成治療後仍有 30%的個案主觀認為有呼吸方面的障礙，且在進行肺功能檢查後亦證實約有 50%的患者有呼吸方面的後遺症(Kuppu Rao et al.,1999)。此外在「醫療照護人員服務態度良好」、「醫師詳細說明病情狀況」、「您對肺結核治療效果有信心」及「醫護人員

關心您治療情況」等題項上認同度較高，且完治族群認同度皆顯著高於未完治族群，顯示完治者和醫護人員之間的互動關係較佳。



## 第五節 原住民肺結核病患未完成治療原因探討

研究結果顯示「性別」、「原住民族群」、「因結核病而更換工作或離職(轉學或休學)」、「生活品質影響程度」、「衛生所護士訪視的幫助性」、「醫生或醫院護士的幫助性」、「喝酒情形」、「對結核病傳染性認知」、「心理及社會層面需求」皆為影響原住民肺結核病患是否完成治療的顯著相關因素。

在原住民族群中，阿美族及排灣族相較於泰雅族有較高的未完治機率，而是否由於各原住民族群之風俗民情不同，生活習性有所差異而導致在肺結核的治療上有所異同，則需進一步探討。而曾因結核病而更換工作或離職(轉學或休學)者及本來就無工作者皆有較高的未完治機率，和過去文獻有所不同(胡曉雲、蔡文正、龔佩珍，2005)，可能是因為對原住民而言經濟狀況已普遍較差，若因結核病而更換工作或離職或本來就無工作者，額外的醫療支出會對其經濟造成更大威脅，進而使其在就醫上遭遇更多的障礙，因此若能適時給予經濟上的協助，或保障其工作機會，對其在治療結核病的過程中必能有所助益。而治療肺結核對生活品質影響程度越大者，未完治的機率越高，本研究即發現未完治族群有副作用的情況顯著高於完治族群，且完治族群健康狀況及副作用控制情況亦較未完治族群來的好，若能針對個

案治療情形加以調整治療方法除了能更妥善控制副作用外，亦能改善其期間的健康狀況，進而提升其治療期間生活品質。

除此之外，「衛生所護士訪視的幫助性」及「醫生或醫院護士的幫助性」皆是影響原住民結核病患是否完成治療的關鍵因素，顯示專業醫療人員的支持與照護對原住民肺結核病患而言是很重要的，和過去文獻有相同果(Leung et al.,2002 ; Maher et al., 2003)，且 Daryl & Ralph(1997)在改善病人服藥遵從性的建議中，也都提出了支持系統的重要性。

在健康行為方面，喝酒也是影響原住民結核病患未完成治療的因素之一，喝酒除了會使病情惡化外，部分 DOTS 計畫關懷員在觀察病患服藥時，也會因為病患本身酗酒，而無法落實 DOTS 計畫(余明治等，2000)。除此之外，原住民結核病患對結核病傳染性的認知正確者，則有較低的未完治機率，過去文獻亦指出民眾個人對疾病的瞭解與本身的健康知識越多，其自我照顧能力越好 (Orem，1985；胡曉雲、蔡文正、龔佩珍，2005)，因此衛生主管機關應積極加強宣導，提昇個案對結核病的認知以達到提升結核病完治率的目的。

而在病患需求方面，僅有心理及社會層面需求為原住民結核病患未完成治療的相關因素，心理及社會層面需求得分越高，即心理及社

會層面需求較低者，反而有較高的未完治機率，可能原因為，部分原住民患者對自身的健康不重視，因此也不會因疾病所帶來的影響感到煩惱或有負面情緒，然而也因為對自身健康的不重視甚至是忽略治療疾病的重要性，而導致結核病更難以治癒。



## 第六章 結論與建議

### 第一節 結論

結核病是台灣地區感染人數最多的法定傳染病，根據疾病管制局結核病通報系統顯示台灣地區每年新發生的結核病確診人數平均皆超過一萬人，2005 年每十萬人口發生率高達 72.47 人(疾管局，2005)，反觀原住民族群，本研究依據疾病管制局結核病通報系統求得 2005 年每十萬人口發生率為 106 人，明顯高出台灣地區許多，因此針對原住民此高危險族群在結核病的防治工作上，也將是公共衛生體系關心的重點之一。因此本研究期望藉由全國性原住民肺結核病患的調查，透過了解其治療情形，藉以降低其就醫障礙進而提高就醫的順從性，並做為未來防治工作的參考依據。

研究期間原住民結核病患 12 個月內完治率為 69.11%，而副作用、治療時間長、交通因素、經濟因素除了是原住民肺結核患者治療期間的困擾外，也是使其中斷治療的主要原因，因此若想提高其就醫順從性，除了從臨床治療面加以改善外，也應對其交通及經濟狀況加以輔助，才能使原住民肺結核防治工作達到事半功倍的效果。

對未完治族群而言除了患有慢性病的比例較高外，其按時服藥的

順從性亦較完治族群來的差。除此之外，未完治族群在抽菸、喝酒、嚼檳榔等健康行為上也明顯的較為不良，而這些不良的行為也都會對治療過程及結果造成或多或少的威脅。而在對結核病的認知上，未完治族群的疾病認知也普遍較差。

在病患需求方面，相對於醫療及生理層面、心理及社會層面原住民肺結核病患以經濟上及交通的需求最為緊迫，多數個案對「結核病不會導致您無法正常工作」認同度最低，然而若無法持續工作則會使其經濟來源受到中斷，此外對於「政府之補助能有效降低您就醫的財務障礙」認同度亦偏低，且研究發現在交通層面，69.27%的個案在就醫時的交通時間需花費一小時以上。在醫療及生理層面，受訪者對「目前健康狀況良好」、「副作用控制情況良好」認同度偏低，且研究結果發現 67.96%的個案皆有副作用的情況發生，副作用又以關節疼痛、疲倦及皮膚癢為主。在心理及社會層面則以「不會時常因生病而焦慮」、「不會害怕因結核病而害怕和人接觸交談」認同度較低。

而羅吉斯迴歸分析結果顯示，除了性別、原住民族群、是否因結核病更換工作或離職(轉學或休學)、喝酒情形、心理及社會層面需求為影響結核病完治與否的相關因素外，生活品質影響程度越大者，則有越高的未完治機率；反之，衛生所護士訪視的幫助性、醫生或醫院

護士的幫助性越大及對結核病傳染性認知正確者，則有越低的未完治  
機率。

因此若要改善原住民肺結核病患的治療情形，除了加強醫護人員  
和病患的互動外，亦可藉由改善原住民肺結核病患對肺結核疾病的認  
知及其健康行為，並控制其副作用狀況來改善其生活品質，以達到提  
升原住民肺結核病患完治率的目的。



## 第二節 建議

本研究依研究結果提出以下建議：

### 一、對衛生主管機關之建議

#### (一)透過 IDS 計畫指派肺結核相關專科醫師至山地離島鄉協助治療

研究結果發現 7 成以上的原住民肺結核患者居住於山地離島鄉，而山地離島鄉醫療資源缺乏，民眾在就醫的交通時間常須花費一小時以上，更有 44.96% 的個案表示交通因素為其治療期間所困擾的事情之一，而有中斷治療經驗者則有 27.27% 的個案表示交通因素是使其中斷治療的主要原因，由此可知交通因素除了造成原住民肺結核病患就醫上的障礙外，更使其因此而無法順從醫囑定期到醫療院所接受相關追蹤治療。因此本研究建議在醫療資源缺乏的山地離島鄉，應藉由 IDS 計畫，由負責該地區的醫療院所，指派肺結核相關的專科醫師定期到當地服務，提供肺結核之治療，以減少山地離島鄉原住民肺結核患者就醫上的交通障礙，提升其就醫的可近性。

#### (二)提供專用交通車降低就醫障礙及避免相互感染

「交通因素」及「經濟因素」為原住民肺結核病患治療期間最主

要的二大困擾，對山地離島鄉民眾而言，就醫時除了需耗費較多的交通時間外，交通費用也是額外的支出負擔，且部分個案也因為結核病而被排擠，拒絕共同搭乘一般的大眾運輸工具，因此若欲降低原住民患者就醫時的交通及經濟障礙，本研究建議可派遣專用交通車提供原住民肺結核患者搭乘，如此一來，除了可以減少其交通費，亦可避免結核病患搭乘其他大眾運輸工具，而造成被排擠的狀況，更可因此而降低其他感染的發生。

### (三)提供完治獎金作為結核病治療之誘因

原住民經濟狀況普遍不佳，而在治療結核病上，多數個案亦表示經濟負擔為其治療期間的困擾，雖然政府機關對原住民結核病患在住院治療及門診就醫時皆有提供就醫補助，但補助亦無法有效降低其經濟負擔。雖然改善原住民整體經濟環境是解決其經濟障礙的根本因素，但因無法在短期內顯著提升其經濟狀況，因此本研究建議除了原有的就醫補助外，亦可針對肺結核高危險群提供完治獎金作為誘因，以提高其對醫囑的順從性。

### (四)加強 DOTS 計畫的執行管理

本研究結果發現完治者加入 DOTS 計畫的比例為 74.37%，低於

未完治者的 82.73%，由此可知 DOTS 計畫在原住民族群治療結核病上並未發揮其應有的效益，本研究雖未對此現象作深入的探討，但依據地段公衛護士表示，DOTS 關懷員多由個案家屬或其他朋友擔任，對於關懷員的訓練及品質並無嚴格監控機制，且過去 DOTS 關懷員多由女性擔任，部分原住民患者常因喝酒而導致行為失控，這也使的女性關懷員容易受到驚嚇，再加上關懷員訪視的時間時常無法和個案配合等因素，而無法確實執行或落實其關懷員的職責，因此本研究建議，應對關懷員的執行品質做好監督的機制，定期進行教育訓練，並適時的對執行期間的困擾與障礙加以討論改善，以期克服上述問題。

#### (五)提升結核病通報系統品質管理

在資料收集上，本研究利用疾病管制局結核病通報系統上個案的聯絡電話加以追蹤訪問，訪問結果發現，部分電話已暫停使用，或個案通報的電話為其工作場所的電話，而個案離職後則失去聯絡方式，儘管透過各地段護士加以追蹤訪問，仍有部分失去追蹤的情況發生，因此本研究建議衛生主管機關應定期追蹤更新肺結核病患通報資料，除了公衛護士訪視時需定期注意其通訊資料是否更改，當患者至醫院就醫時，醫療院所也應核對病患資料是否有所異動，或新增緊急連絡人電話，建立兩種以上的追蹤管道，使個案管理資料能更趨完

整、正確，以避免衛生所護士在訪視病患時有失聯的情況。

## 二、對醫護人員之建議

### (一)改善部分用藥以降低副作用

在原住民肺結核病患，服藥後有副作用的比例為 67.96%，而在排除經濟及交通因素後「副作用」及「治療時間太長」也是原住民肺結核患者治療期間最困擾的事情，更有 14.55%的個案因為副作用而中斷治療、16.67%的個案因原醫院治療效果不佳、有副作用而更換醫院，使療程受到影響。而原住民肺結核患者服藥後的副作用以關節炎居多，醫師應在考量患者健康狀況後將容易引起關節疼痛的 PZA(Pyrazinamide)藥物換掉，或是以 salicylates 等非類固醇抗發炎藥物來紓解 PZA 引起的關節痛。

### (二)提升原住民肺結核病患對肺結核疾病的認知

研究結果發現，疾病認知越高者未完治機率越低，而對原住民肺結核病患而言，對「未完治後遺症」、「肺結核會不會傳染」及「肺結核的致病因」認知最低，醫護人員應針對病患錯誤的認知加強輔導，避免因錯誤認知而影響其社交生活，並藉由增加肺結核相關認知以提高其對自身健康的警覺性，進而提升服藥遵從性以改善其完治率。

### (三)加強衛教改善其健康行為

原住民肺結核患者在治療期間仍有 3-4 成的個案有喝酒、抽菸及嚼檳榔的行為，且部分個案也常因為喝酒而忘記案時服藥，使療程受到影響，因此醫護人員應對患者加強衛教，使其了解治療的重要性，除此之外也可透過 DOTS 觀察員，輔導個案改善其不健康行為，以提高其服藥的順從性。

### (四)增進與病患溝通及關心

本研究受訪的個案中 83.22%的比例認為衛生所護士的訪視對其治療肺結核有幫助，93.99%的比例認為醫生及醫院護士的關心對其治療有幫助，且醫療專業人員的幫助性也是影響原住民結核病患是否完成治療的顯著相關因素，因此醫護人員若能增加和病患的互動與溝通，及時給予病患治療上的協助，除了能及時舒緩其副作用所帶來生理上的不適，並使病患對結核病治療藥物的可能副作用做好事前的心理準備，除了能減少原住民患者因副作用而中斷療程的情況發生，亦能降低其罹病造成的心理壓力，對肺結核的治療成效亦能有所助益。

### 第三節 研究限制

- 一、本研究依據疾管局結核病通報系統提供的病患資料，對研究對象進行普查，在問卷調查過程中發現，部分個案電話有誤，甚至沒有聯絡電話，即使透過各地段護士協助幫忙，仍有部分個案無法取得聯繫，使本研究未能收集到更多病患的資訊及意見。
- 二、本研究之受訪對象為原住民族群，由於部分原住民仍是以母語溝通，而原住民母語之文法及用詞和國語有所落差，再加上受訪個案教育程度偏低，可能較不易理解問卷之題議，因此必須透過專業人士(如：地段護士)加以協助，問卷訪問才得以順利進行。
- 三、本研究以 2004 年及 2005 年新登錄之原住民肺結核患者為研究對象，對部分個案而言，由於療程結束至接受訪問已有一段時間，在接受訪談時可能會有回憶偏差。
- 四、影響原住民結核病患完治與否的原因眾多，而結核病的疾病嚴重度更是影響其在 12 個月內是否可以完治的關鍵因素，然而本研究並無法取得每位個案臨床上的診斷資訊，因此也無法將個案的疾病嚴重度納入考量。

## 參考文獻

### 一、英文部分

Addington WW. Patient compliance. *Chest* 1979; 76(6): 741-3.

Bhatti N, Law MR, Morris JK, Halliday R, Moore-Gillon J. Increasing incidence of tuberculosis in England and Wales: A study of the likely causes. *BMJ* 1995; 310: 967-9.

Brudney K, Dobkin J. Resurgent tuberculosis in New York City: Human immunodeficiency virus, homelessness, and the decline of tuberculosis control programs. *Am Rev Respir Dis* 1991; 144(4):745-9.

Campbell AH, Guilfoyle P. Pulmonary tuberculosis, isoniazid and cancer. *Brit J Dis Chest* 1970; 64:141-9.

Centers for Disease Control. National action plan to combat multi-drug resistant tuberculosis. Division of Tuberculosis Elimination. *CDC* 1992; 19(1): 91-7.

Daryl M, Ralph H. Improving patient compliance. *Medical Clinics of North American*, 1977; 61(4): 879-89.

Davidson P, Cockburn J, Daly J, Fisher RS. Patient-centered Needs Assessment:Rational for a Psychometric Measure for Assessing Needs in Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2004; 19(3): 164-71.

Davies PD. The role of DOTS in tuberculosis treatment and control. *Am J Respir Med* 2003; 2:203-9.

Edwards LB, Acquaviva FA, Palmer CE. Height, weight, tuberculosis infection, and tuberculosis disease. *Arch Environ Health* 1971; 22: 106-12.

- Estifanos BS, Bernt L. DOTs improves treatment outcomes and service coverage for tuberculosis in South Ethiopia: a retrospective trend analysis. *BMC Public Health* 2005, 5: 62-73.
- Hudelson P. Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors. *Tubercle Lung Dis* 1996; 77: 391-400.
- Kaner F, Wutzke S, Saunders J, Powell A, Morawski J, Bouix J. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. *Journal study alcohol* 2001;65(5): 621-27.
- Karall LP. A treatment for diabetes in Joslin's Diabetes Manual. 12<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Flea&Lea Company; 1985:465-83.
- Khan JA, Irfan M, Zaki A, Beg M, Hussian SF, Rizvi N. Knowledge, Attitude and Misconceptions regarding Tuberculosis in Pakistani Patients. *J Pak Med Assoc* 2006;56(5):211-4.
- Khan MA, Walley JD, Witter SN, Shah SK, Javeed S. Tuberculosis patient adherence to direct observation: results of a social study in Pakistan. *Health Policy Plan* 2005; 20(6): 354-65.
- Kuppu Rao K V, Swaminathan S, Venkatesan P. Residual lung function impairment in patients treated for pulmonary tuberculosis. Proceedings of the National Conference on pulmonary diseases, CNAPCON'99. *New Delhi*. 1999.
- Lee LT, Chen CJ, Tsai SF, Suo J, Chen CY. Morbidity and mortality trends of pulmonary tuberculosis in Taiwan. *Journal of Formosa Medicine Association* 1992; 91(9): 867-72.
- Mangtani P, Jolley DJ, Watson JM, Rodrigues LC. Socioeconomic deprivation and notification rates for tuberculosis in London during 1982-91. *BMJ* 1995; 310(6985):963-6.
- Moridky DE, Malotte CK, Choi P. A patient education program to improve

adherence rates with antituberculosis drug regimens. *Health Education Quarterly* 1990; 17:253-67.

Needham DM, Godfrey-Faussett P. Economic barriers for TB patients in Zambia. *Lancet* 1996;348:134-5.

Orem DE. Nursing: Concept of practice. *New York: McGraw-Hill* 1985.

Pedro GS, Katherine F, Jaime P, et al. Feasibility and cost-effectiveness of standardized second-line drug treatment for chronic tuberculosis patients: a national cohort study in Peru. *Lancet* 2002; 359: 1980-9.

Rajeswari R, Muniyandi M, Balasubramanian R, Narayanan PR. Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: A field report from south India. *Social Science and Medicin.* 2005;60 (8): 1845-53.

Shargie EB, Lindtjørn B. DOTS improves treatment outcomes and service coverage for tuberculosis in South Ethiopia: a retrospective trend analysis. *BMC Public Health* 2005; 5:62-73.

Twigg I, Moon G, Duncan C, Jones K. Consumed with worry: 'unsafe' alcohol consumption and self-reported problem drinking in England. *Health Educ Res* 2000; 15(5): 568-80.

WHO. Global Tuberculosis Control-Surveillance, Planning, financing. *WHO Report* 2005.

WHO: Weekly epidemiological record. Tuberculosis fact sheet 2004; 79(14): 125-8.

Yu MC, Bai KJ, Chang JH, Lee CN. Tuberculosis Incidence and Mortality in Aboriginal Areas of Taiwan, 1997-2001. *J Formos Med Assoc* 2004; 103(11): 817-823.

## 二、中文部分

內政部戶政司，2000：<http://www.ris.gov.tw/>。

王妙：北區七縣市結核病開放性病患未達完成治療原因之探討。公共衛生 1994；11(1)：93-9。

王蓮成：台灣地區肺結核流行趨勢及相關因素之研究。衛生署委託研究計畫 1994。

台灣原住民月刊：戰勝結核病 2000(8)：  
<http://www.kgu.com.tw/minority/per/08/07-08.htm>。

白冠壬、余明治、索任、江振源、姜義新、林道平、陸坤泰：Isoniazid 抗藥性肺結核的短程化學治療。臺灣醫學會雜誌 1998；(97)4：278-82。

江振源：DOTS：結核防治之最佳策略。胸腔醫學 2000；15(4)：172-7。

行政院衛生署：衛生統計資訊網，2006：  
<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>。

行政院衛生署疾病管制局，2002年3月11日新聞稿：  
<http://203.65.72.7/Include/ShowContent.asp?T=P&ID=4602>。

行政院衛生署疾病管制局，2005：  
[http://203.65.72.83/ch/dt/upload/TB\\_POLICY/專案族群醫療補助作業說明.doc](http://203.65.72.83/ch/dt/upload/TB_POLICY/專案族群醫療補助作業說明.doc)。

行政院衛生署疾病管制局：90年結核病防治年報，2003。

行政院衛生署疾病管制局：流行病學專區 2006：

[http://203.65.72.83/ch/dt/upload/QC/epi/epi\\_face.htm](http://203.65.72.83/ch/dt/upload/QC/epi/epi_face.htm)。

行政院衛生署疾病管制局：疫情報導 2000；16(3)：68-9。

行政院衛生署疾病管制局：疫情報導 2000；16(8)：293-301。

行政院衛生署疾病管制局：結核病防治工作手冊，2002。

行政院衛生署疾病管制局：結核病防治組 2005：

[http://203.65.72.83/ch/dt/upload/tb\\_policy/tb\\_policy.htm](http://203.65.72.83/ch/dt/upload/tb_policy/tb_policy.htm)。

行政院衛生署國民健康局：2004

<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/%A9%CA%A7O%B2%CE%ADp%AB%FC%BC%D0/%A4E/%A7I%B5%D2%B2v.xls>

何延鑫：運用護理指導增進門診結核病個案服藥之遵從行為。榮總護理 1998；15(3)：315-20。

余明治、索任、林淑瑛、吳英和、李俊年、林道平：復興鄉結核病的治療。胸腔醫學 1997；12(1)：10-6。

余明治、黃菊、何秀英、江振源、索任、林道平：直接觀察短程治療法對山地鄉肺結核病人治療的影響。胸腔醫學 2000；15(1)：22-8。

吳燕惠：冠狀動脈繞道手術病患術後住院期間健康照護需求之探討。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文，2000。

李茹萍、邱艷芬：肺結核病人之服藥遵從性。護理雜誌 1998；45(1)：63-8。

- 李茹萍：花蓮地區肺結核病人服藥遵從性及其相關因素之探討。慈濟大學護研所碩士論文 1996。
- 林琴惠：花蓮縣(市)居民檳榔、菸、酒盛行率及其健康危害意識調查。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文 2001。
- 林獻鋒、賴世偉、張靖梅、劉秋松：肺結核。基層醫學 2002；17(4)：78-84。
- 洪百薰、洪美玟、呂孟穎、吳聖良、羅素英、姚克明、張瑛珪：台灣省山地鄉特殊醫療保健需求之研究。公共衛生 1999；36(3)：221-47。
- 胡曉雲、蔡文正、龔佩珍：肺結核病患未完成治療原因探討。台灣公共衛生雜誌 2005；24(4)：348-58。
- 桃園縣政府衛生局：桃園縣慢性病防治所—肺結核防治 2005。
- 索任：結核病的預防性治療 Preventive Therapy for Tuberculosis。行政院衛生署慢性病防治局 2000。
- 張正二、廖麗娟：台灣地區第五次及第六次肺結核盛行調查所發現病人之研究。公共衛生 1990；16(4)：394-411。
- 張玉婷、羅淑芬、施仁興：結核病患同住青少年隊結核病知識、態度及健康促進行為之探討。慈濟護理雜誌 2005；4(4)：79-86。
- 張雅倫：口腔癌病患與家屬之壓力、需求及其相關因素之探討。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文，2001。
- 郭素娥、藍忠孚、陳惠珠：高雄市肺結核患者與非患者對肺結核知識、

- 態度與預防行為之比較。中華衛誌 1998；17(4)：293-302。
- 郭淑娥：長期依賴呼吸器病患與家屬之需求及其滿意度探討。長庚大學護理學研究所碩士論文，2001。
- 傅絹媚、駱麗華：護理一位肺結核病患住院期間面對多重失落的適應過程。護理新象 1994；4(1)：21-30。
- 黃桂香：肺結核病人的心態分析及護理。右江民族醫學院學報，2000。
- 楊文達：台灣中區影響結核病個案復發治療之相關影響因子探討。行政院衛生署疾病管制局九十年年度委託研究計畫 2002。
- 楊堅：臺灣地區山地鄉結核病流行病學探討。國立臺灣大學流行病學研究所碩士論文，2000。
- 廖麗娟：台灣省肺結核病人就診延誤之研究。公共衛生 1989；16(2)：178。
- 劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽：五峰鄉原住民吸菸、喝酒及嚼檳榔之盛行率及相關因素研究。高雄醫學雜誌 1994；10：405-11。
- 蔡文正、龔佩珍：肺結核病患失落之因素分析研究。行政院衛生署疾病管制局九十二年度科技研究發展計畫，2003。
- 蔡旭明、黃洽鑽：肺結核。基層醫學 2006；21(5)：100-7。
- 蔡雅琪：全民健康保險之原住民醫療利用之分析研究。國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文，2000。
- 燕尾厥：原住民的健康狀況。醫望雜誌 1997；22：51-8。

謝家如、林麗嬋：結核病與個案管理模式。護理雜誌 2003；50(2)：77-81。

嚴毋過：台北市原住民健康需求調查。康寧學報 2002；4：1-25。

龔佩珍、蔡文正、張淳堆、施純明、宋育民、沈光漢：糖尿病對肺結核之相對危險性及合併糖尿病結核病患者之需求調查-以中部地區為例。行政院衛生署疾病管制局九十三年度科技研究發展計畫，2004。

龔佩珍、蔡文正：影響結核病個案完治關鍵因素之研究。行政院衛生署疾病管制局九十二年度科技研究發展計畫，2003。



# 附錄一 原住民結核病患問卷

## 第一部份 肺結核治療就醫經驗及健康情形

### I. 肺結核治療情形

1. 請問您治療肺結核疾病過程中是否更換過醫院？

(1) 沒有 (請跳答第2題)  (2) 有 \_\_\_\_\_ 次 (續答1-1)

1-1. 請問您更換治療肺結核醫院之最主要原因為？(最多選三項)

(1) 離家近  (2) 免部分負擔  (3) 家人朋友介紹  (4) 有認識的醫生  
 (5) 更換住所  (6) 隨著醫師換醫院  (7) 原醫院治療效果不佳  
 (8) 衛生所護士介紹  (9) 其他 \_\_\_\_\_

2. 您認為在治療肺結核的過程中，感到困擾的事情為：(最多選三項)

(1) 藥太難吃  (2) 有副作用  (3) 服藥次數太多  (4) 治療時間太長  (5) 看診次數頻繁  
 (6) 怕別人知道罹患肺結核  (7) 會影響到工作  (8) 交通問題  (9) 經濟因素  
 (10) 其他 \_\_\_\_\_

2-1. 以上最困擾的事情為 \_\_\_\_\_ (單選)

3. 您服用肺結核藥物的方式？  (1) 按時服藥  (2) 想到才吃  (3) 不舒服才吃

4. 您服用藥物後，是否有副作用？  (1) 無  (2) 有 (續答4-1)

4-1 您服藥後產生的副作用為？(可複選)

(1) 噁心  (2) 腸胃不適  (3) 關節疼痛  (4) 皮膚癢  (5) 暈眩  
 (6) 皮膚、眼球變黃  (7) 視力模糊  (8) 容易疲倦  (9) 其他 \_\_\_\_\_

5. 是否曾經超過二個月未服藥？

(1) 沒有  (2) 有 (續答5-1)

5-1 請問您中斷治療的原因為？

(1) 藥太難吃  (2) 有副作用  (3) 服藥次數太多  (4) 治療時間太長  (5) 看診次數頻繁  
 (6) 怕別人知道罹患肺結核  (7) 認為治不好，所以就不服藥  (8) 交通問題  
 (9) 經濟因素  (10) 其他 \_\_\_\_\_

6. 在您治療肺結核期間衛生所護士訪視方式為？

(1) 沒有遇過(請跳答第7題)  (2) 電訪(跳答第7題)  (3) 面訪(續答6-1)

6-1. 衛生所護士在您治療肺結核期間面訪次數為？

(1) 1~2次  (2) 3~4次  (3) 5~6次  (4) 7次以上

7. 您認為衛生所護士的訪視、衛教與關心，對您持續性治療肺結核的幫助性如何？

(1) 沒有幫助  (2) 有一點幫助  (3) 幫助很大  (4) 不知道/沒有接觸

8. 您認為醫師或醫院護士的衛教與關心對您持續治療結核病的幫助性如何？

(1) 沒有幫助  (2) 有一點幫助  (3) 幫助很大  (4) 不知道/沒有接觸

9. 您每次就醫花在交通上的時間約為？ \_\_\_\_\_ 小時 \_\_\_\_\_ 分鐘

10. 您是因為哪一項症狀而就醫被診斷出罹患肺結核？(可複選)

(1) 咳嗽  (2) 發燒  (3) 體重減輕  (4) 疲倦感  (5) 呼吸急促  
 (6) 偶然照胸部X光才發現  (7) 其他 \_\_\_\_\_

10-1. 您因上述症狀多久才去就醫？ \_\_\_\_\_ 星期，或 \_\_\_\_\_ 天

11. 您是否為多重抗藥性結核病患？  (1) 是  (2) 否  (3) 不知道

### II. 身體健康情形

1. 請問您是否有其他慢性疾病？(可複選)

(1) 無  (2) 糖尿病  (3) 高血壓  (4) 氣喘  (5) 痛風  (6) 心臟病  (7) 癌症  
 (8) 腎臟病  (9) 肝病  (10) 洗腎  (11) 關節炎  (12) 其他 \_\_\_\_\_

2. 您得肺結核後，接受治療期間，您覺得對您的生活品質影響程度大不大？  
 (1) 完全無影響     (2) 有點影響     (3) 相當有影響
3. 在治療期間您健康狀況是否有所改善？  (1) 惡化     (2) 沒改變     (3) 有改善

### III. 治療期間健康行為

1. 肺結核治療期間您是否有喝酒？  
 (1) 無     (2) 每月不到一次     (3) 每月1-3次     (4) 每週1-2次  
 (5) 每週3-4次     (6) (幾乎)每天喝
2. 肺結核治療期間您是否有抽菸？  
 (1) 無     (2) 偶爾或應酬時才抽     (3) 每週1-2次     (4) (幾乎)每天抽
3. 肺結核治療期間您是否有嚼檳榔的習慣？  
 (1) 無     (2) 每週1-2天     (3) 每週3-5天     (4) (幾乎)每天嚼
4. 肺結核治療期間您是否有規律的運動？(運動時間至少10分鐘以上)  
 (1) 無     (2) 每月不到一次     (3) 每月1-3次     (4) 每週1-2次  
 (5) 每週3-4次     (6) (幾乎)每天運動
5. 請問您治療期間一天睡眠時間約\_\_\_\_\_小時

### 第二部分 對肺結核疾病的認知

選擇您覺得適當之答案，請在處打勾。

1. 您認為肺結核的致病因？〈單選〉  
 (1) 不知道     (2) 遺傳     (3) 被傳染     (4) 因果報應     (5) 受詛咒  
 (6) 感冒所引起     (7) 其他\_\_\_\_\_
2. 肺結核藥物服用方式？〈單選〉  
 (1) 不知道     (2) 每日服用     (3) 感覺身體好了隨時停藥     (4) 不舒服時吃  
 (5) 其他\_\_\_\_\_
3. 使用藥物的服用後可能的副作用？〈單選〉  
 (1) 不知     (2) 禿頭、性功能減低     (3) 痙攣、意識昏迷     (4) 焦慮/意識混亂/幻想  
 (5) 皮膚癢、腸胃不適、視力減退、肝炎     (6) 其他\_\_\_\_\_
4. 未完成治療的後遺症？〈單選〉  
 (1) 不知道     (2) 影響智力     (3) 內分泌失調     (4) 不孕症     (5) 產生抗藥性  
 (6) 其他\_\_\_\_\_
5. 您認為肺結核是不是可以完全治好的疾病？〈單選〉  
 (1) 是     (2) 否     (3) 不知道
6. 您知不知道肺結核需要治療多久才會好？〈單選〉  
 (1) 不知道     (2) 知道 \_\_\_\_\_ (請回答需要治療時間)
7. 您認為肺結核會不會傳染給其他人？〈單選〉  
 (1) 一定會     (2) 一定不會     (3) 開放性肺結核才會     (4) 不知道

### 第三部分 對肺結核疾病之健康需求

#### I. 醫療及生理層面

非常不同意  $\longrightarrow$  非常同意

- |                           | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 醫師有詳細說明病情狀況            | <input type="checkbox"/> |
| 2. 對於副作用控制的情況良好           | <input type="checkbox"/> |
| 3. 醫療照護人員能關心您治療情況         | <input type="checkbox"/> |
| 4. 醫療照護人員對您提供足夠的衛教訊息      | <input type="checkbox"/> |
| 5. 醫療照護人員對您的家人朋友提供足夠的衛教訊息 | <input type="checkbox"/> |
| 6. 醫療照護人員的服務態度良好          | <input type="checkbox"/> |
| 7. 您對肺結核治療效果有信心           | <input type="checkbox"/> |
| 8. 您認為您目前健康狀況良好           | <input type="checkbox"/> |

## II. 心理及社會層面

非常不同意  $\longrightarrow$  非常同意

- |                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 照護人員不會對其他人隨意談論您的病情 | <input type="checkbox"/> |
| 2. 時常因為生病而產生焦慮        | <input type="checkbox"/> |
| 3. 會擔心因生病吃藥所帶來的副作用    | <input type="checkbox"/> |
| 4. 您的情緒因為罹患肺結核常常感到低落  | <input type="checkbox"/> |
| 5. 您會因會結核病而害怕和人接觸、交談  | <input type="checkbox"/> |
| 6. 家人對您的病情十分關心與支持     | <input type="checkbox"/> |
| 7. 朋友對您的病情十分關心與支持     | <input type="checkbox"/> |

## III. 經濟及交通層面

非常不同意  $\longrightarrow$  非常同意

- |                                       | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 您有足夠能力負擔健保保費                       | <input type="checkbox"/> |
| 2. 您有足夠能力負擔結核病醫療費用                    | <input type="checkbox"/> |
| 3. 政府提供之肺結核醫療及住院補助，能有效的降低<br>您就醫的財務障礙 | <input type="checkbox"/> |
| 4. 結核病所帶來的影響導致您無法正常工作                 | <input type="checkbox"/> |
| 5. 至醫院/衛生所求診在交通上對您而言是方便的              | <input type="checkbox"/> |

IV. 綜合以上各層面，您是否還有其他方面的需求? \_\_\_\_\_

## 第四部份 個人基本資料

一、生日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

二、婚姻狀況： (1) 已婚  (2) 未婚  (3) 離婚/分居  (4) 喪偶  (5) 其他 \_\_\_\_\_

三、是否有加入全民健保： (1) 有  (2) 沒有  (3) 不知道

四、請問您是否持有重大傷病卡？ (1) 有  (2) 沒有  (3) 不知道

五、教育程度： (1) 未上學/國小  (2) 國中/初中  (3) 高中/高職  (4) 專科  
 (5) 大學  (6) 碩士  (7) 博士

六、治療期間是否因病離職或換工作(休學或轉學)？

(1) 否  (2) 是，換過\_\_\_\_\_次  (3) 本來就沒工作

七、每月家庭收入： (1) 15000元以下  (2) 15001~30000元  (3) 30001~60000元  
 (4) 60001~90000元  (5) 90001~120000元  (6) 120000元以上

八、治療肺結核期間居住情形：

(1) 住院  (2) 獨居  (3) 與家人朋友同住  (4) 其他 \_\_\_\_\_

九-1. 居住環境擁擠度：治療期間與您同住人數有\_\_\_\_\_人

九-2. 治療期間居住環境自覺潮濕度： (1) 乾燥  (2) 有點潮濕  (3) 非常潮濕

十、請問您屬於原住民中的哪個族群？

(1) 阿美族  (2) 泰雅族  (3) 布農族  (4) 賽夏族  (5) 排灣族  (6) 魯凱族  
 (7) 雅美族  (8) 卑南族  (9) 鄒族  (10) 其他 \_\_\_\_\_

## 附錄二 肺結核疾病認知

本研究在測量原住民肺結核病患的疾病認知上，共有七題題目，各題目的正確解答如下所示：

一、您認為結核病的致病因為？

ANS：被傳染

二、肺結核藥物服藥方式？

ANS：每日服用

三、使用藥物後可能的副作用？

ANS：皮膚癢、過敏、腸胃不適、肝功能異常、疲倦、食慾不佳、視力減退、頭暈、嘔吐、關節炎

四、未完治之後遺症？

ANS：治療時間延長、產生抗藥性

五、您認為肺結核是不是可以完全治好的疾病？

ANS：是，可以完全治好

六、肺結核需要治療多久才會好？

ANS：至少 6-9 個月，若為抗藥性結核病則需要至少一年半以上

七、肺結核會不會傳染給其他人？

ANS：開放性肺結核才會