



# 健康促進與 衛生教育學報

## Journal of Health Promotion and Health Education

### 專 題

慢性骨髓性白血病病人的疾病適應與需求

鄭凱芸

在地銀髮族健康促進生活型態與主觀幸福感相關研究：以臺南市安定區為例

黃惠理、陳政友

不孕症婦女尋求全民健保醫療照護之相關因素探討

陳麗光、施淑芳、林陳立、楊惟智、郭耿南

應用計劃行為理論探討醫院志工定期至護理之家從事志願服務之行為意向

林昱宏、劉懿慧、張宏哲



第43期

2015年6月

# 健康促進與衛生教育學報

(原衛生教育學報)

第四十三期

2015年6月出刊

出版機關：國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系

發行人：張國恩

總編輯：郭鐘隆

主編：張鳳琴

副主編：施淑芳

編輯委員（以姓氏筆畫排序）：

何英奇（中國文化大學心理輔導學系）

李思賢（國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系）

季力康（國立臺灣師範大學體育學系）

季麟揚（國立陽明大學牙醫學系）

陳怡樺（臺北醫學大學公共衛生學系）

連盈如（國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系）

黃淑貞（國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系）

劉影梅（國立陽明大學護理學系）

蘇宏仁（國立新竹教育大學應用科學系）

編輯小組（以姓氏筆畫排序）：林昱宏、徐秀寧、廖冠霖

---

出版者：國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系

地址：臺北市和平東路一段162號

電話：(02)77341721

E-mail：hphe@deps.ntnu.edu.tw

傳真：(02)23630326

網址：http://www.he.ntnu.edu.tw

經銷編印：高等教育出版公司

地址：臺北市館前路12號10樓

電話：(02)23885899

傳真：(02)23880877

劃撥帳號：18814763

戶名：高等教育文化事業有限公司

定價：單冊新臺幣300元

一年兩期 個人：新臺幣600元；機構：新臺幣1200元（均含郵資）

中華郵政臺北字第116號執照登記為雜誌交寄

---

版權所有，轉載刊登本刊文章需先獲得本刊同意，翻印必究



# 目 錄

## 研究論文

- 慢性骨髓性白血病病人的疾病適應與需求  
／鄭凱芸 ..... 1
- 在地銀髮族健康促進生活型態與主觀幸福感相關研究：以臺南市安定  
區為例／黃惠理、陳政友 ..... 29
- 不孕症婦女尋求全民健保醫療照護之相關因素探討  
／陳麗光、施淑芳、林陳立、楊惟智、郭耿南 ..... 59
- 應用計劃行為理論探討醫院志工定期至護理之家從事志願服務之行為  
意向／林昱宏、劉懿慧、張宏哲 ..... 77

## 年度索引

- 《健康促進與衛生教育學報》103年度作者索引 ..... 103

## 本刊訊息

- 《健康促進與衛生教育學報》稿約 ..... 105
- 《健康促進與衛生教育學報》撰寫體例 ..... 109
- 《健康促進與衛生教育學報》投稿同意書 ..... 115

# Contents

## Research Articles

Coping Abilities and Needs of Chronic Myelogenous Leukemia Patients / <i>Kai-Yun Cheng</i> .....	1
Association of a Health-Promoting Lifestyle and the Subjective Well-Being of Elderly People in Tainan / <i>Hui-Li Huang, Cheng-Yu Chen</i> .....	29
Factors Associated with Access to Healthcare for Infertility Problems under Taiwan's National Health Insurance Program / <i>Likwang Chen, Shu-Fang Shih, Chen-Li Lin, Wei-Chih Yang, Ken-Nan Kuo</i> .....	59
The Intention of Hospital Volunteers to Serve in Nursing Homes: An Application of the Planned Behavior Theory / <i>Yu-Hung Lin, Yi-Hui Liu, Hong-Jer Chang</i> .....	77

健康促進與衛生教育學報

第 43 期，頁 1-28，2015 年 6 月

Journal of Health Promotion and Health Education

No. 43, pp. 1-28, June 2015

# 慢性骨髓性白血病病人的疾病 適應與需求

鄭凱芸

## 摘要

本研究旨在探究慢性骨髓性白血病病人之生理暨社會心理需求，以設計符合他們需要的服務方案，讓其需求與服務間能獲得最大的適配性。目前國內外關於慢性骨髓性白血病的文獻，多聚焦在醫療或用藥的主題，較少琢磨於病人社會情緒等心理相關議題，故希望藉由此次的質性研究，了解慢性骨髓性白血病病人治療與生活適應的圖像及社會心理需求。本研究透過焦點團體與問卷調查，蒐集到慢性骨髓性白血病病人的醫療訊息，以及疾病適應的相關議題，如對相同疾病病友的需求、對生育問題的擔心等；此外，也蒐集到疾病對病人的影響等資訊，如對親密關係與生育功能的受限、角色轉換困難、無法執行病前功能、發展出正向的疾病適應態度等。根據研究結果，本研究提出以下三個結論：疾病適應任務的特殊性、生命週期任務的干擾性，以及疾病詮釋的動態性，並針對這三個結論提出六點實務建議，包括：建構

---

實踐大學社會工作學系助理教授，E-mail: catgeorge@gmail.com

通訊地址：臺北市中正區大直街70號，聯絡電話：02-2538-1111 #6926

投稿日期：103年9月29日；修改日期：104年3月10日；接受日期：104年3月24日

DOI: 10.3966/207010632015060043001

以社區場域為據點的互助網絡、給予充足的醫療資訊、培養與癌共存、倡議工作權益、提供生育保留，以及允許多元詮釋。

**關鍵詞：**疾病適應、需求、慢性骨髓性白血病

## 壹、前言

每年的9月22日是「世界慢性骨髓性白血病日」，臺灣在2011年第一次參與了「922世界慢性骨髓白血病日」，接下來的這兩年，臺灣相關團體持續於這天舉辦相關活動。慢性骨髓性白血病 (Chronic myelogenous leukemia, CML) 是罕見癌症 (rare cancer) 的一種，罹患此種罕見癌症的病人所面臨的疾病適應議題要比其他癌症別更具有挑戰性，主要的原因在於其所耗費的診斷時間長且容易誤診，加上CML的病人數少，臨床研究的困難度也相對提高，故了解CML病人的適應與需求有其必要性。根據2011年癌症登記統計資料顯示，初次經顯微鏡檢查診斷為CML者為217人 (國民健康署，2014)，每年每10萬人約有0.5人得病，發生率比歐美國家少一半以上 (癌症希望基金會，2012)，平均年齡也較歐美國家低，約在40~50歲之間 (謝佩穎、徐思淳，2009)。由此可見，CML病人如同其他癌症，呈現年輕化的趨勢。

近年來，已有愈來愈多的醫療與社福單位關注癌症病人生理暨社會心理的需求，這樣的關注甚至擴及病人的家屬，尤其是主要照顧者與未成年子女。以癌症希望基金會為例，從2005年開始，即針對癌症病人的未成年子女，提供相關的服務方案，包括夏令營及獎助學金等。2012年，癌症希望基金會期待所提供的服務能夠嘉惠更多癌症病人及家庭，特別是容易被忽略的癌症別，在參與「922世界CML日」的活動後，基金會將CML病人視為將來的重點工作對象，在設計相關服務方案前，希望能對此對象及其家屬之生理暨社會心理需求有更清楚的了解，以設計符合他們需要的服務方案，讓其需求與服務間能獲得最大的適配性。

因此，本研究希望藉由此次的質性研究，了解CML病人治療與生活適應的圖像及需求，協助實務工作者在開創新的服務方案前，能對工作對象有足夠的理解與認識，以提供CML病人所需要的服務與資源。



## 貳、文獻探討

因為CML病人的社會心理議題相關文獻付之闕如，故本研究先從非特定的癌症病人需求做介紹，再界定何謂罕見癌症，從中可了解罕見癌症的特殊性，以及罕見癌症病人的特殊需求，從中窺視CML病人可能的社會心理議題。

### 一、癌症存活者的需求綜論

會以癌症存活者 (cancer survivor) 替代癌症病人的主要原因為，早在20多年前，許多完成治療並健康回歸社區的癌症病人即以癌症存活者自居，而非以癌症的受害者看待自己。這些自詡為存活者的病人都是Mullan (1985) 所謂的「永久的存活者」(permanent survivor)，即這些人已經從癌症中治癒了，但癌症對他們生理及情緒上的衝擊仍然留存。然而，現在所謂的存活者已不再僅是那些「永久的存活者」，還包括急性的存活者 (acute survivor) 及延長的存活者 (extended survivor)，即初診斷的病人及仍在因應治療與預後帶來不確定感的病人 (Mullan, 1985)。換言之，現在對於癌症存活者的定義較過去廣義許多，主要原因是現代醫療科技的進步，某些癌症別的病人有更多的治療選擇，這些選擇延長了他們的存活期，但在這些存活期中，病人不一定處在無病 (disease-free) 的狀態。而臺灣健保制度的實施，與過去相較，癌症病人提早回歸社區，與醫療院所的關係早已不復以往的緊密，更凸顯社區生活場域對他們的重要性。

#### (一) 心理需求

心理需求是存活者最首要的需求。許多研究已經證實，憂鬱情緒會明顯干擾存活者的生活品質與生活功能 (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkin, & Saul, 2001)，特別是治療所引發的憂鬱情緒可能導致病痛加劇、病人與家屬生活品質低落、醫囑的服從性降低、住院率提高、存活率下降等 (引自Kendall,

Glaze, Oakland, Hansen, & Parry, 2011)。另外，對癌細胞擴散的恐懼及對未來的不確定性也都是癌症存活者普遍的心理狀態 (Beesley et al., 2008)。由此可見，能夠辨識且抒解存活者的憂鬱情緒，同時與存活者討論未知的議題，可回應他們的心理需求。

## （二）性議題的需求

性是存活者最不容易被滿足的需求。研究已經發現，許多乳癌病人及婦科癌症病人都會面臨性的問題 (Beesley et al., 2008; Carpenter & Andrykowski, 1999; Shapiro & Recht, 1994; Snyder, Sielsch & Reville, 1998)，包括癌症治療導致女性存活者提早停經，進而影響她們的性生活；更嚴重的是，治療造成永久性的生育能力障礙。此外，因為疾病或治療造成身體心像的改變，更容易讓女性存活者出現性方面的心理障礙；而癌症年輕化的趨勢，更凸顯了存活者性議題上的重要性。雖然臨床上覺察到存活者性議題的需求，但在腫瘤領域的相關養成教育及訓練中，並未提供實務工作者這方面的能力，以滿足存活者的需要，加上臺灣社會對性議題的保守態度，即便工作者辨識出存活者在此方面的需求，在專業上似乎仍未準備好與之工作。

## （三）生理／日常生活需求

生理／日常生活需求是最直接反映存活者生活自理能力的需求。疾病及治療都會造成存活者體力衰退，進而使其無法執行病前的角色或任務，以及改變其身體心像 (body image) (Beesley et al., 2008; Vivar & McQueen, 2005)，這些都可能影響存活者的自我形象。所以，生活自理能力的維持是存活者自尊的重要來源，盡可能地保留存活者病前的角色也是提升其自我效能感的方法。

## （四）照顧／支持需求

照顧／支持需求是反映存活者疾病適應品質的需求。尤其對回歸社區的存活者而言，周邊的生活環境是否給予照顧與支持的資源就顯得特別重要，

包括：就業、保險、飲食或營養、自助團體等 (Vivar & McQueen, 2005)。存活者是否能穩定地在工作職場就業？保險制度是否能滿足醫療上或照顧上的需要？飲食是否足以供給存活者治療期所需的營養含量？自助或互助組織是否具有可近性？這些都有助於滿足存活者照顧／支持的需求。以自助或互助的病友團體為例，他們對存活者的益處已不證自明 (Hitch, Fielding, & Llewelyn, 1994)，成為對存活者非常重要的非正式支持來源。

### (五) 醫療系統／資訊需求

醫療系統／資訊需求是在存活過程中永遠存在的需求。也就是說，不論癌症存活者在哪個期別、哪個疾病進程，其對醫療的需求永遠都存在。在乳癌的延長存活者研究中發現，她們很容易有生理醫療上的問題 (Vivar & McQueen, 2005)，因此她們對治療後遺症與預後等的醫療訊息有持續性的需要。Hudson等人 (2012) 即指出，癌症存活者需要的不只是定期的癌症追蹤，而是更積極的照顧，包括：系統的癌症預防計畫、個人化的醫療監控等。由此可知，具有持續性的追蹤照顧是存活者的重要需求。

### (六) 社區服務／資源需求

社區服務／資源需求是反映福利制度完整性的需求。上述存活者的需求都需要一個完整的衛福體制來支持，如此，存活者仰賴的資源與服務才具有可獲得性、可近性、可及性及連續性。所以，對存活者而言，醫療體制與社區場域間的彼此承接才是回歸社區的重要考量 (Beesley et al., 2008)。

## 二、罕見癌症的定義

在歐洲，罕見癌症占所有癌症類別的20%，每年影響400萬人口，超過50萬人為新診斷的人口 (Rare Cancer Europe, 2013)，所謂的罕見癌症意指，每年每10萬人口僅有少於6人罹患的癌症，且每年有超過一半的癌症病人是死於罕見癌症 (Duffy, 2012)，如CML、腎細胞癌 (Renal cell carcinoma, RCC)、腸胃道基質腫瘤 (Gastrointestinal stromal tumor, GIST)、神經內分泌腫瘤

(Neuroendocrine tumor, NET) 等都屬於罕見癌症。這些罹患罕見癌症的病人所面臨的疾病適應議題要比其他癌症別更具有挑戰性，主要的原因在於所耗費的診斷時間非常長且容易誤診，所以經常花費很長的時間確定診斷，即使確診，治療方式上的資訊衝突也常耗竭病人與家屬；此外，臨床專家及適當治療的可近性低，疾病或治療資訊的可信度亦低，也使得確診後的治療變得不容易，加上罹患罕見癌症的病人數少，執行臨床研究的困難度也相對提高，臨床決策上的不確定性也高，因此，缺乏開發新治療方法的可能性；最後，治療所需要的骨髓登記及病理組織庫 (tissue bank) 亦嚴重不足 (Rare Cancer Europe, 2013)。由此可知，相較於一般癌症別，罕見癌症病人的診療與適應過程更為複雜且具有挑戰性，對他們需求的重新理解是急迫的，才能提供其所需的服務。

### 三、罕見癌症病人的需求

Griffiths、Willard、Burgess、Amir與Luker (2007) 的研究指出，罕見癌症病人常感受到被孤立或被隔離、沒有支持，甚至被遺棄的感覺，這些病人的醫師對疾病的理解有限，因而無法評估他們的需要，或提供適當的支持方法。Calhoun (1998) 曾鼓勵醫療專業人員引導罕見癌症病人參與網路討論團體，因為一般的社會網絡支持團體很難在為數不多的成員中發展起來。甚至鼓勵醫療專業人員一起參與網路討論團體，將他們的專業知識及能力傳播出去，如此才能有效地滿足罕見癌症病人的資訊需求。

Schuits (2002) 的研究也指出，滿足罕見癌症病人的資訊需求比滿足他們的情緒需求更為容易，由此可見，網路討論團體或許能提供罕見癌症病人相當的醫療資訊，但疾病適應過程中的其他需求，包括：疾病發展的不確定性、身體心像的改變、治療引發的副作用等所導致的心理情緒困擾，卻很難在網路討論團體中被緩解。

## 四、CML

### (一) CML的特色

CML是罕見癌症的一種，發生率很低，好發於60歲以上的成年人身上，在臨床經驗中，大約有二至四成的病人是沒有症狀的，或僅有一些非特異性的臨床表徵，如疲倦、未知的發燒等，病理學的檢查中，以脾臟腫大最為常見（徐苒閔，2014）。白血病依急性、慢性與細胞型態、受影響的組織，可分為四大類，分別為急性骨髓性白血病 (Acute myeloid leukemia, AML)、CML、急性淋巴性白血病 (Acute lymphoblastic leukemia, ALL) 及慢性淋巴性白血病 (Chronic lymphocytic leukemia, CLL)（如表1）。

表1  
白血病的分類

分類	急性	慢性
骨髓性	AML 常見於成年前期	CML 常見於成年中晚期
淋巴性	ALL 常見於學齡前期及學齡期	CLL 常見於50歲以上之成年人及老年人

其中，CML是病程非常漫長的一種癌症，不會迅速惡化，通常可分成三個階段，不論在哪個階段，病人的存活率很少能超過10年（卓士峯、劉大智，2013）：

#### 1. 慢性期

血液及骨髓中的血球以成熟血球為主，臨床症狀輕微，甚至完全沒有症狀，通常在抽血時意外發現，或脾臟腫大而發現。在口服藥物基利克上市前，慢性期約二至五年。

## 2. 加速期

疾病開始失控，對藥物反應變差，周邊血液白血球數量快速增加，或脾臟腫大到難以控制，加速期約三至六個月。

## 3. 急性期

血液及骨髓中癌細胞超過20%，甚至30%以上，如同急性白血病，有時會在骨骼或淋巴結上形成腫瘤，此時病人的預後較不佳。

## （二）CML的治療與副作用

CML的治療目標有二，一為根治，即移植造血幹細胞，適用於40歲以下的慢性期年輕病人；一為緩解，包括血液緩解、染色體緩解、基因緩解。其中基因緩解是精密的分子PCR檢查，當不正常的血球細胞降至千分之一以下，即表示基因獲得緩解，此時log值將小於-4或-4.5（徐莓閔，2014；癌症希望基金會，2012）。

CML的治療方式分為標靶治療、干擾素治療、化學治療及移植治療（卓士峯、劉大智，2013；癌症希望基金會，2012）：

### 1. 標靶治療

標靶治療是全新的治療途徑，目前臺灣核准上市的藥物包括基利克（Glivec）、泰息安（Tasigna）及柏萊（Sprycel）。疲倦、腸胃道症狀、皮膚癢是服用後的共同症狀，其中基利克與柏萊皆會引發眼眶周圍及下肢水腫，基利克還會導致骨骼疼痛等副作用；其五年存活率為90%。2002年，基利克列為健保給付；2009年，柏萊亦被列入給付，提供CML病人在使用基利克治療出現抗藥性或無法忍受副作用時的另一項選擇。根據2011年癌症登記報告，CML病人以接受標靶治療者為最多，占有所有治療方法的72.35%（國民健康署，2014）。

### 2. 干擾素治療

用以抑制不正常的白血球增生，副作用像感冒一樣，容易產生發燒、頭

痛、疲倦等不適，干擾素目前已很少被使用，此治療可延長五年的存活期。

### 3. 化學治療

以口服化療藥為主，可將白血球降至正常範圍，但無法延長存活率，五年存活率約為40%。

### 4. 移植治療

可分為骨髓移植、周邊血液幹細胞移植及臍帶血液幹細胞移植三種，前兩種容易產生排斥作用，需服用抗排斥藥物，但會降低免疫力。臍帶血液幹細胞移植較無排斥的問題，但臍帶血的數量少，且需要較長時間才能發育出成熟的血小板，病人容易因此出血及併發感染。其中，異體幹細胞移植的五年存活率可達70%。

## 參、研究方法

為深入了解CML病人的疾病適應圖像與需求，本研究除透過醫院協助招募潛在研究對象外，亦在網站上公布消息，同時也邀請曾經接受癌症希望基金會服務的病友參加。本研究採取質性研究中的焦點團體作為資料蒐集的方法，輔以問卷以了解病人目前治療與適應的狀況，以及對疾病的認知程度。

### 一、焦點團體

本研究透過兩次的北區及中區各兩個半小時的焦點團體，進行質性資料的蒐集，以了解CML病人的疾病適應狀況及生活困擾，此外，亦希望透過此次的焦點團體，協助CML病人建構支持網絡，讓他們成為彼此生活中的重要支持來源。在一開始的焦點團體中，請病友試想自己的生活就像汽車的擋風玻璃，CML就像突然砸在玻璃上的石頭，而出現在玻璃上的裂縫就是CML對生活造成的影響，接著請病友分享這些裂縫可能代表什麼（參見附件一），正式進入焦點團體。

## 二、問卷

除了質性資料的蒐集外，亦透過問卷蒐集基本資料與疾病相關訊息，透過簡單的描述性統計，了解這些病友們罹癌期間的資訊來源、初診斷時的衝擊、疾病對長期生活的影響、對疾病的認知程度等。

為了讓病友們彼此間不至於太陌生，故於正式的焦點團體開始前，先利用一個小時讓病友與家屬「相見歡」，透過簡單的自我介紹，如年齡、生病的年資、初診斷的過程、目前的狀況等，熟絡彼此間的關係，以利焦點團體進行時能盡快進入主題。之後再利用一個小時的聚餐時間，讓病友們非正式地聊天、互動，以提升焦點團體執行的效率與主題的精準度。焦點團體結束後，請病友們完成問卷（參見附件二）的填寫，並引導在隔壁會議室的主要照顧者一起進入焦點團體的會場，家屬們完成了手做的卡片，並於當下將卡片送給CML病友們。

## 肆、研究發現

此次的焦點團體，北區共20名病友參加，就診醫院為臺大醫院、林口長庚醫院、萬芳醫院、新光醫院、三軍總醫院、臺北榮民總醫院等；中區共11名病友參加，就診醫院為中國醫藥大學附設醫院、臺中榮民總醫院、成功大學附設醫院等，共計31人；男生16人，女生15人，幾乎各占一半；年齡最長為83歲，最年輕為19歲，以31~40歲的病友最多（如表2）；罹病年資最長的約12年，最短的約兩個月。以下將分成量性資料（醫療資訊與疾病適應）與質性資料（疾病的影響與衝擊）來呈現並說明此次研究發現。

### 一、醫療資訊（如表3）

（一）以治療中（93.5%）的病友居多，所處的疾病階段以慢性期（83.9%）為主，多服用標靶藥物（93.6%）。

（二）約八成病友清楚自己目前疾病控制的狀況，但仍有近兩成的病友不清楚。



表2  
研究對象性別年齡

項目		北區	中區	總數 (N = 31)
性別	男	10 (32.3%)	6 (19.4%)	16 (51.6%)
	女	10 (32.3%)	5 (16.1%)	15 (48.4%)
年齡	10~20	1 (3.2%)	0	1 (3.2%)
	21~30	0	1 (3.2%)	1 (3.2%)
	31~40	9 (29%)	1 (3.2%)	10 (32.3%)
	41~50	2 (6.5%)	1 (3.2%)	3 (9.7%)
	51~60	4 (12.9%)	3 (9.7%)	7 (22.6%)
	61~70	3 (9.7%)	4 (12.9%)	7 (22.6%)
	71~80	0	1 (3.2%)	1 (3.2%)
	81~90	1 (3.2%)	0	1 (3.2%)

(三) 在分子檢測結果上，北區的病友約三成是清楚或很清楚分子檢測，但中區病友皆表示不清楚或未註明。此結果與他們對log值了解的結果類似，對於自己的log值，有35.5%的北區病友是清楚的，而中區病友僅有3.2%是清楚的。由此看出北、中區病友對疾病認知上的差異，但也可能源自各院醫療人員告知疾病及衛生教育上的落差。

(四) 在是否清楚醫師建議應達到的log值上，北區病友只有16.1%表示清楚，中區病友只有3.2%清楚，而約54.8%的病友有跟醫師討論疾病的治療目標，但為何討論後還是不清楚應達到的目標log值，需再深入了解。

## 二、疾病適應 (如表4)

(一) 罹癌期間，病友取得相關醫療資訊來源仍是以醫師最多 (67.7%)，而北區病友藉由網路資訊或病友會取得的相關醫療資訊各占22.6%，中區病友則多仰賴醫師提供資訊 (22.6%)。而此次參與的北區病友相較於中部病友是較年輕的，這也會影響病友取得訊息的方式。

表3

## 研究對象醫療相關資料

項目	分項	北區	中區	總數 (N = 31)
治療階段	目前治療中	18 (58.1%)	11 (35.5%)	29 (93.5%)
	曾經接受治療			
	目前停藥追蹤	1 (3.2%)	0	1 (3.2%)
	未註明	0	1 (3.2%)	1 (3.2%)
治療情形	標靶治療 基利克	16 (51.6%)	7 (22.6%)	23 (74.2%)
	泰息安	0	3 (9.7%)	3 (9.7%)
	柏萊	2 (6.5%)	1 (3.2%)	3 (9.7%)
	化學治療	1 (3.2%)	1 (3.2%)	2 (6.5%)
	骨髓移植	2 (6.5%)	0	2 (6.5%)
	未註明	0	1 (3.2%)	1 (3.2%)
現階段病程	慢性期	16 (51.6%)	10 (32.3%)	24 (83.9%)
	加速期	0	0	0
	急性期	0	1 (3.2%)	1 (3.2%)
	不清楚	2 (6.5%)	1 (3.2%)	3 (9.7%)
	未註明	1 (3.2%)	0	1 (3.2%)
目前疾病控制狀況	很清楚	10 (32.3%)	1 (3.2%)	11 (35.5%)
	清楚	6 (19.4%)	8 (25.8%)	14 (45.2%)
	不是很清楚	3 (9.7%)	3 (9.7%)	6 (19.4%)
	非常不清楚	0	0	0
分子檢測結果	很清楚	3 (9.7%)	0	3 (9.7%)
	清楚	6 (19.4%)	0	6 (19.4%)
	不是很清楚	9 (29.0%)	9 (29.0%)	18 (58.1%)
	非常不清楚	1 (3.2%)	2 (6.5%)	3 (9.7%)
	未註明	0	1 (3.2%)	1 (3.2%)
對log值	清楚	11 (35.5%)	1 (3.2%)	12 (38.7%)
	不清楚	4 (12.9%)	10 (32.3%)	14 (45.2%)
	未註明	4 (12.9%)	1 (3.2%)	5 (16.1%)
醫師建議我應達到的目標log值	清楚	5 (16.1%)	1 (3.2%)	6 (19.4%)
	不清楚	8 (25.8%)	8 (25.8%)	16 (51.6%)
	未註明	6 (19.4%)	3 (9.7%)	9 (29.0%)
我有跟醫師討論疾病的治療目標	有	11 (35.5%)	6 (19.4%)	17 (54.8%)
	沒有	8 (25.8%)	1 (3.2%)	9 (29.0%)
	未註明	1 (3.2%)	4 (12.9%)	5 (16.1%)

表4

## 研究對象疾病適應資料

項目	分項	北區	中區	總數 (N = 31)
罹癌期間如何取得醫療資訊	醫師	14 (45.2%)	7 (22.6%)	21 (67.7%)
	個管師	4 (12.9%)	0	4 (12.9%)
	護理人員	5 (16.1%)	3 (9.7%)	8 (25.8%)
	病友團體／病友會	7 (22.6%)	1 (3.2%)	8 (25.8%)
	其他病友	1 (3.2%)	0	1 (3.2%)
	網路／部落格	7 (22.6%)	3 (9.7%)	10 (32.3%)
	親友	1 (3.2%)	0	1 (3.2%)
	衛教資料／手冊	4 (12.9%)	2 (6.5%)	6 (19.4%)
	報章雜誌	0	1 (3.2%)	1 (3.2%)
	其他	0	1 (3.2%)	1 (3.2%)
目前醫療資訊是否足夠	足夠	9 (29.0%)	4 (12.9%)	13 (41.9%)
	稍微不足	8 (25.8%)	4 (12.9%)	12 (38.7%)
	嚴重不足	0	1 (3.2%)	1 (3.2%)
	未註明	1 (3.2%)	2 (6.5%)	3 (9.7%)
剛診斷CML時面臨的衝擊	擔心生命受威脅	8 (25.8%)	5 (16.1%)	13 (41.9%)
	擔心治療副作用	5 (16.1%)	4 (12.9%)	9 (29.0%)
	擔心他人眼光	1 (3.2%)	1 (3.2%)	2 (6.5%)
	擔心增加家人負擔	7 (22.6%)	4 (12.9%)	11 (35.5%)
	不知道如何與家人討論疾病	2 (6.5%)	3 (9.7%)	5 (16.1%)
	其他	5 (16.1%)	3 (9.7%)	8 (25.8%)
	未註明	0	1 (3.2%)	1 (3.2%)
治療期間面臨的問題——藥物治療副作用	口腔及喉嚨潰瘍	2 (6.5%)	1 (3.2%)	3 (9.7%)
	噁心／嘔吐	8 (25.8%)	3 (9.7%)	11 (35.5%)
	腹瀉／便秘	8 (25.8%)	2 (6.5%)	10 (32.3%)
	消化不良	3 (9.7%)	1 (3.2%)	4 (12.9%)
	水腫	8 (25.8%)	3 (9.7%)	11 (35.5%)
	紅疹	7 (22.6%)	2 (6.5%)	9 (29.0%)
	皮膚癢	4 (12.9%)	1 (3.2%)	5 (16.1%)

表4 (續)

項目	分項	北區	中區	總數 (N = 31)
	皮膚變薄	8 (25.8%)	3 (9.7%)	11 (35.5%)
	疼痛	2 (6.5%)	1 (3.2%)	3 (9.7%)
	疲倦	10 (32.3%)	4 (12.9%)	14 (45.2%)
	呼吸喘	3 (9.7%)	2 (3.2%)	5 (16.1%)
	其他	4 (12.9%)	0	4 (12.9%)
	未註明	0	0	0
治療期間面臨的 問題	體力變差	12 (38.7%)	5 (16.1%)	17 (54.8%)
	工作無法負荷或請假 問題	1 (3.2%)	0	1 (3.2%)
	經濟壓力	1 (3.2%)	1 (3.2%)	2 (6.5%)
	夫妻相處問題	0	1 (3.2%)	1 (3.2%)
	孩子照顧問題	1 (3.2%)	0	1 (3.4%)
	未註明	0	3 (9.7%)	3 (9.7%)
罹癌對長期生活 的影響	經濟壓力	2 (6.5%)	2 (6.5%)	4 (12.9%)
	體力變差	11 (35.5%)	6 (19.4%)	17 (54.8%)
	擔心失去工作	1 (3.2%)	0	1 (3.2%)
	擔心求職困難	1 (3.2%)	0	1 (3.2%)
	擔心生育問題	4 (12.9%)	1 (3.2%)	5 (16.0%)
	擔心影響家人生活	0	6 (19.4%)	6 (19.4%)
	擔心產生抗藥性或疾 病失去控制	3 (9.7%)	4 (12.9%)	7 (22.6%)
	其他	1 (3.2%)	2 (6.5%)	3 (9.7%)
	未註明	2 (6.5%)	0	2 (6.5%)
是否想認識相同 疾病的病友	是	19 (61.3%)	12 (38.7%)	31 (100%)
	否	0	0	0
認識相同疾病的 病友可以讓彼此 獲得支持	是	19 (61.3%)	12 (38.7%)	31 (100%)
	否	0	0	0

(二) 約有41.9%的病友對於目前醫療資訊覺得足夠，但也有相同比例的病友覺得目前相關醫療資訊不足，其中，部分病友覺得需要增加飲食、疾病相關最新治療發展、服藥期間身體可能出現的變化等資訊。

(三) 在疾病初診斷時，病友面臨的衝擊以擔心生命受威脅最多(41.9%)，其次是擔心增加家人負擔(35.5%)及治療的副作用(29.0%)。

(四) 而治療期間，所有的病友都曾出現藥物副作用不適，其中多數人有腸胃不適的狀況，如腹瀉／便秘、消化不良(45.2%)，其次是體力變差(54.8%)、疲倦(45.2%)，但幾乎不會造成工作無法負荷，接著是水腫(35.5%)與皮膚變薄(35.5%)、紅疹(29.0%)。

(五) 由於CML的存活期比其他癌症別長，因此也面臨到因疾病引發的長期生活影響，其中多數人感到體力變差(54.8%)，其次是擔心產生抗藥性或疾病失去控制(22.6%)。而北區病友則對生育問題(12.9%)感到擔心，中區病友則是擔心影響家人生活(19.4%)，這應該與兩區病友的年齡層不同有關。

(六) 所有病友都覺得認識相同疾病的病友可以讓彼此獲得支持，也希望可以認識同樣疾病的病友，覺得參與病友分享會是有幫助的。

### 三、疾病的影響

#### (一) 親密關係與生育功能的受限

三位男性病友皆表示，自己已達適婚年齡，但自己的疾病卻可能讓對方因擔心死亡及治療副作用而卻步，無法展開親密關係，這是讓他們非常遺憾的部分。此外，疾病對生育功能亦產生影響。對成年期的男性病友來說，疾病及用藥影響他們追求親密關係或婚姻的可能，背後的原因除了對疾病復發的憂心外，主要也擔心生育功能受影響，進而導致身體心像的受損。但病友皆一致同意，在開始一段關係前，應該讓對方清楚知道自己的疾病診斷與治療副作用，不應該隱瞞病情。另外，有兩名女性病友亦表示有同樣的困擾，但因為她們都已經進入婚姻，故無親密關係的議題，但對生育功能的困擾的確更甚男性病友，除了因為用藥對女性生育功能的影響大於男性外，華人文

化對女性生育能力的期待更容易導致女性病友面對生兒育女的壓力。

## （二）疾病溝通議題

一位男性病友提及家庭內的疾病溝通議題，他說直至目前為止，他的父母及岳父母仍不知道他罹患CML，該病友表示，如果揭露只是讓更多人擔心，對疾病毫無幫助，他不認為誠實是上策。

## （三）自我照顧技巧

多數病友樂於分享自我照顧的方法，如皮膚的護理與防曬等照顧議題。另外，也有病友擔心因服藥必須調整自己的飲食，例如：有幾位病友長期喝啤酒，因服藥不能再喝啤酒而感覺到生活品質被剝奪，並影響社交生活。

## （四）角色轉換的困難

多位病友表示，雖然自己為CML病人，但仍希望被視為一般人對待，而不希望被當成「罹癌者」，他們表示，家人或朋友的過度關心讓他們很有壓力、倍感困擾，彷彿一直在提醒他們是「病人」。

## （五）醫療與疾病副作用的影響

病友們仍是以討論疾病治療及服藥副作用為主，多數病友都希望有一天不用固定服藥或減少服藥，而這些期待都與藥物的副作用有關，如疲倦、水腫、關節痠痛、皮膚變薄、影響生育等。

## （六）無法執行病前功能

一位病友確診時正值金融風暴，因此公司以他罹癌無法繼續負荷該工作為由而將他資遣，之後影響家庭的經濟安全，由妻子在外工作，病友執行簡單的家務工作，還好目前子女皆開始工作，協助負擔家計。另有一名病友亦表示，雖然工作仍持續，但明顯感到體力上的負荷。由此可見，社會上對於癌症病人工作能力的迷思仍是存在的，但也是癌症病人的部分事實。

### （七）發展出正向的疾病適應態度

多數病友都能以“CML”介紹自己的疾病，甚至以非常專業的方式提供疾病相關的知識，與其教育程度或年齡無關。且超過一半的病友在分享時多以正面積極的態度鼓勵彼此，例如：因為疾病及藥物副作用，慢性骨髓性白血病友的皮膚較為白晰淺薄，常常被不知情的民眾稱讚皮膚細緻，病友也以此自嘲：「至少皮膚變好了」。此外，分享過去罹病的過程時，病友雖然會表達對疾病發展不確定的擔心與焦慮，但度過那段時間後，病友多能對疾病有新的解讀，找到新的意義。但仍有病友表示，大家之所以能夠將CML視為一種「禮物」是因為疾病並未中斷大家的工作，但他罹病後被資遣，家中經濟陷入困窘，對他來說，罹癌是苦難的開始。

### （八）網路討論團體的支持

「臺灣慢性白血病交流論壇」提供在場很多病友互助交流的機會，在焦點團體進行的同時，很多相關訊息已經同步在論壇上發布，很多病友亦介紹在場的其他病友使用此論壇做討論與分享，但部分病友（年長者）表示，自己沒有使用網路的習慣，無法在網路與大家交流。

## 伍、結論與建議

### 一、結論

#### （一）疾病適應任務的特殊性

CML的治療期不同於其他的癌症，外觀上沒有明顯的差異，治療的副作用較不明顯，如沒有掉髮、嚴重的嘔吐等，如同其他的慢性病，沒有急性期的緊急症狀，病人較容易與疾病及副作用達成協議，在適應的過程中，逐漸找出因應疾病的策略與方法。但也因為「慢性化」的特徵，長期與疾病達成共識的任務就顯得特別重要，CML病人回歸社區的階段也較其他癌症病人更

長，這挑戰著病人與家庭成員間的互動關係與角色分工。

## （二）生命週期任務的干擾性

CML好發於成年期，對病人的生育功能有直接的影響，對於正值生育期的病人來說，疾病干擾其完成此階段的生命任務——親密 (intimacy)。再者，藥物容易讓病人感到疲憊，影響工作的持續與穩定度，進而阻礙此階段的另一個生命任務——生產 (generativity) 的達成，由此可見，工作對正值中年期病人的經濟價值與自我形象價值。因此，在此階段的角色功能如果無法執行或彰顯，又會干擾病人的身體心像 (body image)，進而折損其疾病適應的能力。

## （三）疾病詮釋的動態性

雖然多數病人都能以正向的角度解讀CML，但並非每個病人都能走到接受或喜樂的階段，因為疾病本身並非影響詮釋的唯一變項，還包括病人過去的生命經驗、家庭的支持度、治療過程的順遂與否、副作用的因應等，這些都會影響病人如何看待CML的意義。即便現階段病人都能以正向的態度與CML相處，但未必會持續到下一個階段，換句話說，病人對疾病的詮釋是變動不居的，沒有絕對的結果，多會在過程中隨著各種變項改變。

## 二、建議

透過本研究，研究者了解CML病人的疾病適應圖像與需求，看見了他們的哀愁，卻也欣賞到他們在疾病適應歷程中獨有的美麗，更希望在將來與他們的工作中，所提供的服務內涵能回應到他們的需要。針對研究結果，提供實務工作者以下的建議：

### （一）建構以社區場域為據點的互助網絡

疾病的「慢性化」特徵，讓CML病人於治療初期即可能回歸社區，並且長期與疾病維持關係，故以社區非營利組織來催化和整合網絡的建構，以



協助建立社區的網絡支持系統，其中，病友間的支持與互助是值得發展的方向。唯目前這樣的病友自助團體甚少，且多以醫院為工作據點，對非此醫院的病人來說，資訊及距離的可近性較低，進而影響病友支持與醫療資訊提供的公平性，並形成服務品質的落差，故在自然社區中建構貼近病人的互助網絡是重要的。

## （二）給予充足的醫療資訊

有高達45.2%的研究對象對分子檢測結果不清楚，醫療團隊有責任給予更充足的醫療資訊，並提供病人及家屬雙向溝通疾病、治療與檢查等訊息的機會與管道，以提升病人及家屬對疾病與治療的掌控性。

## （三）培養與病共存

雖然病人可發展出正向的疾病適應態度，但因疾病詮釋動態性的特徵，以及疾病的關係是時時在變化的，故協助病人學習與疾病共存的能力是重要任務——帶著「病人」的認知，回歸「正常」的角色。

## （四）倡議工作權益

多數CML病人正值成年期，工作是其自我認同的重要來源，但社會仍對癌症病人的工作能力多所質疑，應持續倡導CML病人的工作權，進而穩定家庭的經濟安全。

## （五）提供生育保留

CML的治療對生育能力有很大的影響，尤其對正處於生育期的病人來說，提供生育保留權是重要的醫療選項。

## （六）允許多元詮釋

影響疾病適應的原因本來就很多，有些人能慢慢地接受疾病帶來的衝擊，甚至將疾病視為禮物，有些人可能長期處在抗拒、憤怒中，疾病適應的

階段不是一體適用在每個人身上，陪伴病友發展出適合他們的疾病因應方法，避免病理化他們的適應態度，將有助於他們的疾病適應歷程。

本研究之問卷設計並未蒐集到研究對象罹癌的年資，故無法分析罹癌時間的長短與不同階段的疾病適應及需求間的關係，將於未來的研究中持續蒐集相關資訊，以對CML病人不同階段的適應與需求議題進行更深入地了解。本研究發現CML病人的需求與疾病的慢性化及罕見性有很大的關係，例如：病人必須學習長期與疾病相處，並在社區生活場域中找到支持與互助的管道，而這些需求也需要醫院體系或整體社會給予友善的回應，如此才能提升他們的疾病適應能力，並滿足其需求。期待未來CML病人能獲得更為便捷的醫療資訊與多樣的治療選擇，並有機會使用更多樣與豐富的服務方案，亦能使所有的罕見癌症病人都能從上述的努力中獲益。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 卓士峯、劉大智（2013）。慢性骨髓性白血病之進步——治療與疾病監測。《*內科學誌*》，24，399-407。
- 徐苺閔（2014）。慢性骨髓性白血病。《*醫檢會報*》，29（1），1-6。
- 國民健康署（2014）。《*中華民國100年癌症登記報告*》。取自<http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/Stat/StatisticsShow.aspx?NO=201404160001>
- 癌症希望基金會（2012）。《*希望之路——慢性骨髓性白血病*》。臺北市：癌症希望基金會。
- 謝佩穎、徐思淳（2009）。慢性骨髓性白血病。《*當代醫學*》，36（2），110-114。

### 二、英文部分

- Beesley, V., Eakin, E., Steginga, S., Aitken, J., Dunn, J., & Battistutta, D. (2008). Unmet needs of gynaecological cancer survivors: Implications for developing community support. *Psycho-Oncology*, 17, 392-400.
- Calhoun, R. D. (1998). Practice guidelines for patients with rare cancers. *Cancer Practice*, 6(4), 247-250.
- Carpenter, J. S., & Andrykowski, M. A. (1999). Menopausal symptoms in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 26(8), 1311-1318.
- Duffy, A. (2012). Understanding the needs of patients with rare cancers. *Practice Nurse*, 42(1), 38-43.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkin, V., & Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84(8), 1011-1015.
- Griffiths, J., Willard, C., Burgess, A., Amir, Z., & Luker, K. (2007). Meeting the ongoing needs of survivors of rare cancer. *European Journal of Oncology Nursing*,

- 11, 434-44.
- Hitch, P. J., Fielding, R. G., & Llewelyn, S. P. (1994). Effectiveness of self-help and support groups for cancer patients: A review. *Psychology Health, 9*, 437-448.
- Hudson, S. V., Miller, S. M., Hemler, J., Ferrante, J. M., Lyle, J., Oeffinger, K. C., & DiPaola, R. S. (2012). Adult cancer survivors discuss follow-up in primary care: "Not what I want, but maybe what I need." *Annals of Family Medicine, 10*(5), 418-427.
- Kendall, J., Glaze, K., Oakland, S., Hansen, J., & Parry, C. (2011). What do 128 distress screeners tell us about cancer patients in a community cancer center? *Psycho-Oncology, 20*, 594-600.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: Reflection of a physician with a cancer. *New England Journal of Medicine, 313*(4), 270-273.
- Rare Cancer Europe. (2013). *Improving rare cancer care in Europe: Recommendations on stakeholder actions and public policies*. Retrieved from <http://www.rarecancerseurope.org/content/download/16802/296577/file/improving-rare-cancer-care-europe-recommendations-2010.pdf>
- Schuits, P. N. (2002). Providing information to patients with a rare cancer: Using internet discussion forums to address the needs of patients with medullary thyroid carcinoma. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 6*(4), 219-222.
- Shapiro, C. L., & Recht, A. (1994). Late effects of adjuvant therapy for breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs, 16*, 101-112.
- Snyder, G. M., Sielsch, E. C., & Reville, B. (1998). The controversy of hormone-replacement therapy in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum, 25*, 699-706.
- Vivar, C. G., & McQueen, A. (2005). Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing, 51*(5), 520-528.

# 附件一

## 訪談大綱

### 一、疾病資料

1. 初診斷時間、過程？
2. 當時的症狀？
3. 治療的過程？副作用？
4. 目前的疾病狀況？

### 二、CML對生活的影響

1. 對你造成最大的困擾為何？（疾病副作用、工作、親密關係、婚姻、生育、家人關係等）
2. 你如何因應？自我照顧的方法？
3. 對你最大的收穫為何？
4. 目前尚未被滿足的需求為何？

## 附件二

### CML病友分享會 病友問卷

各位親愛的朋友您好：

感謝您今天的參與，本問卷希望能藉由您寶貴的經驗，協助我們更進一步了解大家的需求及未來活動的規劃。敬祝您 健康快樂！

#### 一、基本資料

性別：男 女

年齡：10~20 21~30 31~40 41~50 51~60 61~70

診療相關資訊：初次診斷時間\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

治療情形：目前治療中 門診穩定追蹤中 其他\_\_\_\_\_

標靶治療：基利克 泰息安

柏萊（\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月~\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月） 無

化學治療：有\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月；無

骨髓移植：有\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月；無

此活動訊息來源：報紙 網路 宣傳海報、單張 基金會會刊

基金會人員邀約 醫院醫護人員介紹 親友介紹

其他\_\_\_\_\_

#### 二、疾病調查（可複選）

1. 在罹癌期間如何取得醫療資訊：

醫師 個案師 護理人員 癌友團體/病友會 其他病友

網路/部落格 親友 衛教資料/手冊 報章雜誌

2. 對您而言目前醫療資訊是否足夠：

嚴重不足 稍微不足 足夠

3. 診斷為CML時面臨的衝擊：

- 擔心生命受威脅 擔心治療副作用 擔心他人的眼光  
擔心增加家人負擔 不知道如何與家人討論疾病 其他\_\_\_\_\_

4. 治療期間面臨的問題：

- 藥物副作用不適：口腔及喉嚨潰瘍 噁心／嘔吐 腹瀉／便秘  
消化不良 水腫 紅疹 皮膚癢  
皮膚變薄 疼痛 疲倦 其他\_\_\_\_\_
- 體力變差 工作無法負荷或請假問題 經濟壓力  
夫妻相處問題 孩子照顧問題 其他\_\_\_\_\_

5. 罹癌對長期生活的影響：

- 經濟壓力 體力變差 擔心失去工作 擔心求職困難  
擔心生育問題 擔心影響家人生活  
擔心產生抗藥性或疾病失去控制 其他\_\_\_\_\_

6. 現階段的病程是：慢性期 加速期 急性（轉換）期 不清楚

7. 對於目前疾病控制的狀況是否清楚？

- 非常不清楚 不是很清楚 清楚 很清楚

8. 我清楚我的分子檢測（PCR）的結果？

- 非常不清楚 不是很清楚 清楚 很清楚

9. 目前我的log值：\_\_\_\_\_ 不清楚

10. 我有跟我的醫師討論疾病的治療目標：有 沒有

11. 我清楚我現階段的治療目標：根治 血液緩解 染色體緩解  
基因緩解 不清楚

12. 您是否覺得認識相同疾病的病友可以讓彼此獲得支持：是 不是

13. 您是否想認識相同疾病的病友：是 不是

14. 整體而言，此次活動對您是否有幫助：有 沒有

15. 您未來是否願意收到活動訊息：是（請填寫聯絡方式） 否

我願意接受癌症希望基金會後續電話關懷並獲得以下服務（願意請打

勾) (若有需求, 請務必留下您的聯絡方式):

- (1) 病友活動訊息 ( 瑜珈班  肚皮舞班  八段錦氣功班  
 烏克麗麗班  陶笛班  禮品包裝課程  
 夏令營  癌症中醫照護  週末電影)
- (2) 預約營養師諮詢服務 ( 免費一對一營養諮詢, 星期二下午) (限治療中病友預約)
- (3) 預約癌症保險理賠諮詢服務 ( 免費一對一諮詢, 星期四下午)
- (4) 本基金會相關活動訊息均刊登於會刊, 您願意收到本會會刊嗎?  
 願意 (請填寫聯絡方式)  不願意

姓名: \_\_\_\_\_ 家裡電話: \_\_\_\_\_ 手機: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

訂閱電子會刊E-mail: \_\_\_\_\_



# Coping Abilities and Needs of Chronic Myelogenous Leukemia Patients

Kai-Yun Cheng

## Abstract

This article explores the biopsychosocial needs of patients with chronic myelogenous leukemia (CML). Recent studies on CML have focuses heavily on medical concerns or medicine rather than the psychosocial condition of patients. This qualitative study was conducted to clarify treatment outcomes in CML patients and their needs and perceptions regarding coping with an illness. The impact of illness was evaluated using focus groups and survey questionnaires based on the information regarding medical concerns and illness coping skills of the patients. Specific concerns regarding CML coping tasks, CML-associated obstacles to activities of daily living, and the dynamics of reframing CML were the three conclusions drawn from the results. Furthermore, we provide six practical suggestions for coping with CML, such as the construction of community networks, sufficient provision of medical information, development of living with cancer, advocacy for working rights, provision of fertility preservation, and permission for diverse reframing.

**Key words:** coping with illness, needs, CML

# 在地銀髮族健康促進生活型態與主觀幸福 福感相關研究：以臺南市安定區為例

黃惠理\* 陳政友\*\*

## 摘要

本研究旨在探討臺南市安定區在地銀髮族健康促進生活型態與主觀幸福感相關因素。本研究以結構式問卷進行，以臺南市安定區在地銀髮族為研究母群，以分層集束方便抽樣法，進行橫斷式問卷調查，取得有效問卷340份。本研究重要發現如下：

一、研究對象的健康促進生活型態以「健康習慣」表現最好，「社區參與」表現最差。而研究對象的健康促進生活型態中除了「健康責任」與背景變項無關外，年齡愈大者其健康習慣、運動習慣愈差；罹病數愈多者其健康習慣、社區參與、健康飲食、口腔保健愈差；而女性口腔保健較好；有配偶者其社區參與、規律運動較好；有參與社區活動者與自覺健康狀況愈好者其健康習慣、社區參與、健康飲食、規律運動都較好。

二、研究對象的主觀幸福感偏正向，其中以「與他人的正向關係」表現

---

\* 臺南市衛生局心理健康科股長

\*\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授（通訊作者），E-mail: t09004@ntnu.edu.tw

通訊地址：臺北市大安區和平東路一段162號，聯絡電話：02-77341709

投稿日期：104年5月30日；修改日期：104年6月18日；接受日期：104年6月26日

DOI: 10.3966/207010632015060043002

最好；「自主性」則最差。而研究對象中有受教育者、有參與社區活動者、自覺健康狀況愈好者，其主觀幸福感愈好；然年齡愈大者、罹病數愈多者，其主觀幸福感則愈差。

三、研究對象之背景變項及健康促進生活型態可以預測其主觀幸福感，並可解釋主觀幸福感總變異量的23.6%，其中以「自覺健康狀況」、「健康習慣」、「教育程度」、「參與社區活動」及「健康責任」五項為主要預測變項，且以「自覺健康狀況」及「健康習慣」對主觀幸福感的影響最大，「教育程度」、「參與社區活動」、「健康責任」次之。

本研究提出如下建議：一、針對未受教育之銀髮族，與學校、民間團體等合作研擬健康知能學習活動；二、提升口腔衛生、規劃未滿65歲未符補助條件之社經弱勢缺牙民眾口腔健康改善策略；三、提升社會參與，鼓勵社區成員自助助人增加人際互動、社會支持；四、推廣健康促進活動，以落實健康促進生活型態，提升心理健康。

**關鍵詞：**主觀幸福感、健康促進生活型態、銀髮族

## 壹、前言

在中國古代思想中，「福」或「福氣」可能是最能對應幸福的概念。「福」是財富、幸運、平順、沒有阻礙的意思。中國人認為幸福包含充裕的物質、健康的身體、高尚的品德、平靜的生活，以及減輕死亡的焦慮 (Lu, 2005)。英文中的“happiness”（快樂）、“well-being”（幸福感）、“subjective well-being”（主觀幸福感）、“psychological well-being”（心理幸福感）等名詞雖不同，但皆包含認知、情緒與心理健康等層面，是個人評估目前整體狀態後感到滿足的感受 (Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Lu, 2005)。探討幸福感大致分為客觀及主觀兩種觀點。Wilson (1967) 從客觀角度探討幸福感，宣稱幸福的人通常是「年輕、健康、受過良好教育、高薪、外向、樂觀、少煩憂、有宗教信仰、已婚、高自尊、有工作道德且具有適度抱負的」。然而近年研究發現，客觀條件、外在環境因素對於個體主觀幸福感影響不大 (Diener et al., 1999; Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005)。研究者遂將幸福感的定義標準，由外在客觀條件轉移到個體主觀的層次，稱之為主觀幸福感 (subjective well-being, SWB) (陸洛，1997)，其包含認知、情緒與心理健康等層面，是個人評估目前整體狀態後感到滿足的感受 (Diener, 1984; Diener et al., 1999; Lu, 2005)。

國外研究指出「感覺幸福」可以提升心理健康，預防憂鬱、自殺 (Perneger, Hudelson, & Bovier, 2004)，可以預測憂鬱、高血壓、糖尿病、呼吸道疾病、降低死亡率，對健康或已生病者皆有明顯利益 (Wood & Joseph, 2010)。根據內政部統計處 (2015) 資料，我國截至2014年底，65歲以上人口共281萬人 (占12.0%)，人口老化速度已與日本相同，居全球之冠。另以2013年65歲以上人口之主要死因來看，自殺高居第11位，且高血壓性疾病、肺炎及心臟病的死亡率都較10年前 (2003年) 上升 (衛生福利部，2014)，所以提升銀髮族之幸福感應是降低前述主要死因，以及增進銀髮族健康的有效之道。

1974年Dever提出影響近代人類健康的四大因素：健康照護 (medical care)、人類生物學因素 (human biology)、環境因素 (environment) 及生活型態 (life style)，其中對健康影響最鉅為生活型態 (life style)；而「生活型態」是指個體或群體於日常生活中，於生理、心理、和社會等各方面經驗的總和（引自李蘭，1988）。研究指出，當銀髮族有動機了解並學習適應老化現象，實踐健康促進生活型態愈好，其生活滿意度也會愈高（廖玉齡、謝佳馨、李文葦、陳怡婷、林惠淳，2006）；銀髮族執行健康促進活動於日常生活，其功能及生活品質較佳，幸福感程度也會增加（楊桂芬、許哲瀚、唐憶淨、龔建吉，2012）；健康的身心及人際歸屬感可以協助高齡者滿足基礎的需求，促進自我實現與滿足，締造幸福感受（朱妙方，2009）。另江慧珣（2013）的研究指出，參與健走活動的銀髮族，其人際互動、生活作息、社會支持、自尊、運動習慣皆有明顯改善，且自覺變得幸福快樂。因此，探究銀髮族健康促進生活型態的相關因素，進而改善其健康生活型態，對提升其幸福感必有極大助益。綜上所述，本研究目的如下：

- 一、了解研究對象背景變項之分布與其健康促進生活型態、主觀幸福感之現況。
- 二、分析研究對象背景變項與健康促進生活型態、主觀幸福感的關係。
- 三、分析研究對象健康促進生活型態與主觀幸福感之關係。
- 四、探討研究對象背景變項與健康促進生活型態對主觀幸福感的預測力。

## 貳、研究方法

### 一、研究架構

根據本研究目的及相關文獻探討，本研究架構如圖1所示。

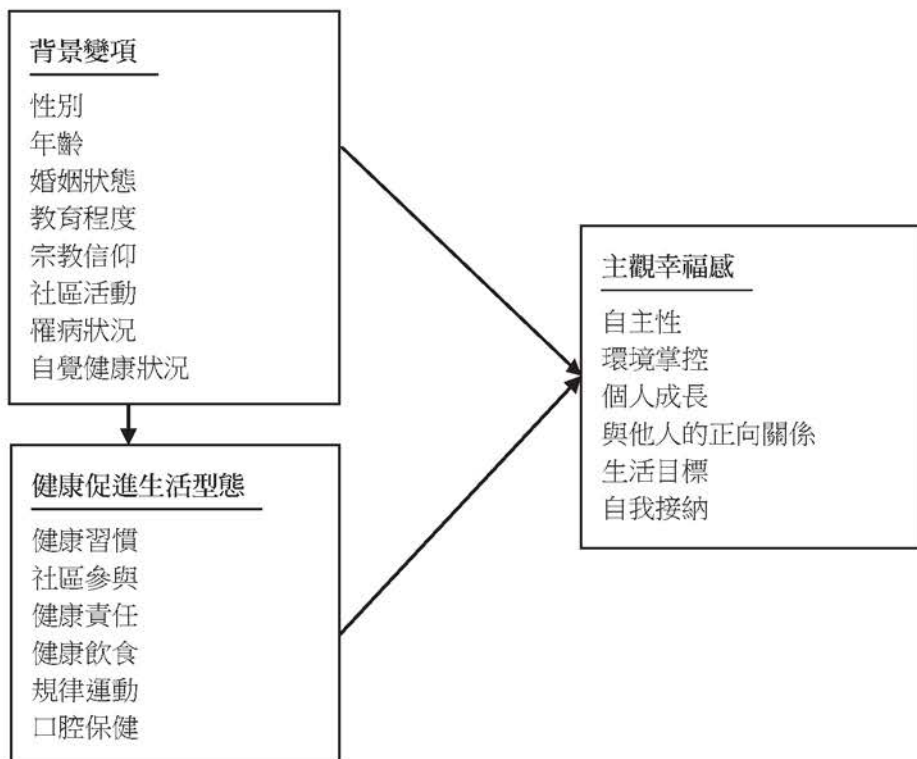


圖1 研究架構

## 二、研究對象

2014年2月底安定區65歲以上銀髮族為2,950人（臺南市安定區戶政事務所，2015）。依Krejcie與Morgan (1970) 的建議，母群體為2,950人時，樣本人數需340人。針對區內所屬的16個里（大同里、中沙里、中榮里、六嘉里、安加里、安定里、保西里、南安里、海寮里、港口里、港尾里、港南里、新吉里、管寮里、蘇林里、蘇厝里），以分層集束方便抽樣法蒐集樣本，以南安里為例，該里751人占該區2,950人之2.5%，該里預抽樣本數為8人，再依該里實際年齡滿65歲以上銀髮族男性361人、女性390人，分別抽樣男性3人、女性5人。配合該區衛生所舉辦整合式健康篩檢、社區關懷據點、學校活動等機

會邀請意識狀況清楚，能夠言語溝通者進行施測。

### 三、研究工具

本研究採結構式問卷進行調查，問卷內容分述如下：

#### (一) 背景變項

包括：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、參與社區活動、罹病狀況與自覺健康狀態等。

1. 性別：男、女。
2. 年齡：65歲（含）以上銀髮族（以年月計算實際年齡）。
3. 婚姻狀況：單身、有配偶、喪偶、離婚或分居、其他。
4. 教育程度：不識字、自修識字、小學、初中、高中（職）、大學（專）以上。
5. 宗教信仰：無、佛教、道教、基督教、天主教、其他。
6. 參與社區活動（可複選）：無、加入志工、宗教性質活動、政治性質活動、學習活動、休閒性質活動、其他。
7. 自覺健康狀況：自0至4分以5點計分，分數愈高表示自覺健康狀況愈好。
  - (1)與同年齡的人比較：很差、稍差一點、一樣、還好、很好。
  - (2)與半年前的自己比較：更差、差一點、一樣、還好、好很多。
  - (3)自認整體健康情形：很差、差一點、一樣、還好、很好。
8. 罹病狀況：罹患慢性疾病如糖尿病、高血壓、心臟血管疾病、關節疾病、慢性肺部疾病、腸胃道疾病、泌尿道疾病、婦科疾病、眼睛疾病、耳鼻喉疾病、癌症、中風、牙齒疾病等疾病總數。

#### (二) 銀髮族健康促進生活型態量表

本研究量表引用Wang、Lee、Chang、Jane與Chen (2015) 參考Walker等人於1987年所編製的健康促進生活型態量表 (Health-Promoting Lifestyle

Profile)，經文化調整後修訂為本土性的中文老人健康促進量表 (Geriatric Health Promotion Scale)。包括健康習慣、社區參與、健康責任、健康飲食、規律運動、口腔保健共22題，採李克特式量尺 (Likert-type Scale) 計分，計分方式為：「從未」為0分、「偶而」為1分、「經常」為2分、「總是」為3分。得分愈高，表示健康促進生活型態愈好；得分愈低則反之。

### (三) 主觀幸福感量表

本研究使用李思賢 (2012) 參考Ryff於1989年所編製的中文版心理幸福感量表 (Scales of Psychological Well-Being)，其設計共包含六個構面，分別為自主性 (autonomy)、環境掌控 (environmental mastery)、個人成長 (personal growth)、與他人的正向關係 (positive relations with others)、生活目標 (purpose in life) 及自我接納 (self-acceptance)，每個構面各14題，正、負向題各七題，共84題，採李克特式量尺計分，計分方式為：「非常不同意」為1分、「不同意」為2分、「有點不同意」為3分、「有點同意」為4分、「同意」為5分、「非常同意」為6分計算。得分愈高，表示心理幸福感愈正向；得分愈低則反之。

## 四、研究步驟

經選取樣本事前拜訪轄區衛生所、學校、社區關懷據點說明施測，邀請65歲以上民眾自填或協助問卷施測，施測完成同時回收問卷，共得有效問卷340份。

## 五、資料處理與分析

有效問卷使用SPSS 22.0版統計套裝程式進行統計分析。由描述性統計、單因子變異數分析、斯皮爾曼 (Spearman) 等級相關、複迴歸分析等統計方法進行分析。



## 參、結果與討論

### 一、研究對象背景變項之分布

研究對象中男性有153人(45%)，女性187人(55%)；年齡最小者為65歲，最大者為98歲，平均為72歲（標準差為5.9歲）；有配偶者243人(71.5%)；教育程度以小學120人(35.3%)為最多，不識字者103人(30.3%)其次；宗教信仰以道教176人(51.8%)最多，佛教120人(35.3%)其次；未參與社區活動者184人(54.1%)；參加志工活動者82人(24.1%)；自覺健康狀況屬中等程度，有187人(55.0%)罹患一種疾病，每人罹患疾病數平均為1.8個（標準差為1.0個）。

### 二、研究對象健康促進生活型態之現況

研究對象之健康生活型態包括：健康習慣、社區參與、健康責任、健康飲食、規律運動及口腔保健六面向，如表1所示。

表1

研究對象健康促進生活型態各分量表及整體得分情形 (N = 340)

變項	最小值	最大值	中間值	Mean (SD)	單題平均
健康習慣	16	28	18	24.8 (3.3)	3.54
社區參與	5	20	13	10.7 (4.5)	2.14
健康責任	3	12	8	9.0 (2.8)	3.00
健康飲食	3	12	8	9.6 (2.2)	3.20
規律運動	2	8	5	6.1 (2.2)	3.05
口腔保健	2	8	5	6.1 (1.7)	3.05
整體生活型態 (總分)	38	88	55	66.4 (11.3)	3.02

### （一）健康習慣

健康習慣分量表共七題，總分範圍是7~28分，中間值為18分，得分愈高表示健康習慣愈好。研究對象之健康習慣得分平均為24.8分（標準差為3.3分），健康習慣整體而言屬中上程度。其中表現最好的是「吃早餐的習慣」（平均為3.9分），其次是「認識村里長」（平均為3.7分），而「穿有防滑鞋底的鞋子」與「和認識的朋友們在一起」（平均皆為3.3分）則表現較差。

### （二）社區參與

社區參與分量表共五題，總分範圍是5~20分，中間值為13分，得分愈高表示社區參與愈好。研究對象之社區參與得分平均為10.7分（標準差為4.5分），其社區參與整體而言屬中下程度。其中表現稍可的是「參與宗教或文化活動」（平均為2.5分），其次是「參與鄉鎮或村里之活動」（平均為2.2分），而「參加健康照顧方面的教育課程」（平均為1.8分）則表現最差。

### （三）健康責任

健康責任分量表共三題，總分範圍是3~12分，中間值為8分，得分愈高表示健康責任愈好。研究對象之健康責任得分平均為9.0分（標準差為2.8分），其健康責任整體而言屬中上程度。其中表現最好的是「最近一年有量血壓」（平均為3.2分），而「檢查膽固醇（血脂肪）」與「量血糖」（平均皆為2.9分）則表現較差。

### （四）健康飲食

健康飲食分量表共三題，總分範圍是3~12分，中間值為8分，得分愈高表示健康飲食愈好。研究對象之健康飲食得分平均為9.6分（標準差為2.2分），其健康飲食整體而言屬中上程度，其中表現最好的是「每天吃多種類的食物（奶、五穀、魚肉蛋豆、菜、水果）」（平均為3.4分），其次是「每天吃至少一碗半以上的蔬菜」（平均為3.2分），而「每天吃兩顆拳頭份量的水果」（平均為3.0分）則表現稍差。

### （五）規律運動

規律運動分量表共兩題，總分範圍是2~8分，中間值為5分，得分愈高表示規律運動愈好。研究對象之規律運動得分平均為6.1分（標準差為2.2分），其規律運動整體而言屬中上程度，其中表現最好的是「每天累積30分鐘的運動」（平均為3.1分），其次是「每週至少三次，每次有30分鐘之運動」（平均為3.0分）。

### （六）口腔保健

口腔保健分量表共兩題，總分範圍是2~8分，中間值為5分，得分愈高表示口腔保健愈好。研究對象之口腔保健得分平均為6.1分（標準差為1.7分），其口腔保健整體而言屬中上程度，其中表現最好的是「每天睡前刷牙」（平均為3.5分），而「每天刷牙三次」（平均為2.6分）則最差。

### （七）整體健康促進生活型態

整體健康促進生活型態六個面向共22題，總分範圍是22~88分，中間值為55分，得分愈高表示整體健康促進生活型態愈好。研究對象之整體健康促進生活型態得分平均為66.4分（標準差為11.3分），其整體健康促進生活型態屬中上程度，而六面向中以「健康習慣」表現最好，「社區參與」則最差。

## 三、研究對象主觀幸福感之現況

研究對象之主觀幸福感包括：自主性、環境掌控、個人成長、與他人的正向關係、生活目標及自我接納六面向，如表2所示。

### （一）自主性

自主性分量表共14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示自主性愈正向。研究對象之自主性得分平均為55.0分（標準差為7.7分），其自主性整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「開心的做自己比

表2

研究對象主觀幸福感各分量表及整體得分情形 (N = 340)

變項	最小值	最大值	中間值	Mean (SD)	單題平均
自主性	37	77	49	55.0 (7.7)	3.93
環境掌控	20	84	49	60.3 (10.6)	4.31
個人成長	26	82	49	55.9 (9.6)	3.99
與他人的正向關係	25	84	49	60.6 (10.9)	4.33
生活目標	14	84	49	55.6 (9.8)	3.97
自我接納	17	81	49	58.3 (9.9)	4.16
主觀幸福感 (總分)	165	472	294	345.7 (51.8)	4.11

獲得其他人的認同來得更重要」(平均為4.7分)，其次是「根據我認為重要的價值觀來評價自己，而非他人認為重要的價值觀」(平均為4.6分)，而「有時候我會為了融入人群而改變自己的行動或想法」(平均為3.1分)則較差。

## (二) 環境掌控

環境掌控分量表共14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示環境掌控愈正向。研究對象之環境掌控得分平均為60.3分(標準差為10.6分)，其環境掌控整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「自己能掌控目前的生活處境」(平均為4.7分)，其次是「能夠建立自己喜愛的居家風格和生活型態」(平均為4.6分)，而「對於無法跟上我每天須做的事感到有壓力」(平均為3.9分)則稍差。

## (三) 個人成長

個人成長分量表共14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示個人成長愈正向。研究對象之個人成長得分平均為55.9分(標準差為9.6分)，其個人成長整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「認為任何年齡的人都能夠持續成長與發展」、「隨著時間增長，覺得自己也成熟不少」

與「喜歡看到自己的觀點隨著歲月改變及成熟」（平均皆為4.6分），其次是「隨著歲月流逝，愈來愈了解自己」（平均為4.5分），而「我的生活已經不錯了，我不想嘗試用新方法做事情」為最差（平均為2.7分）。

#### （四）與他人的正向關係

與他人的正向關係分量表共14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示與他人的正向關係愈正向。研究對象之與他人的正向關係得分平均為60.6分（標準差為10.9分），其與他人的正向關係整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「喜歡與家人及朋友有親密與互動的交談」與「當親密的朋友跟我談論他們的問題時，當個好聽眾是很重要的」（平均皆為4.8分），其次是「大部分的人覺得我既慈愛又感情充沛」（平均為4.6分），而「似乎大部分人比我有更多的朋友」（平均為3.9分）則稍差。

#### （五）生活目標

生活目標分量表共14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示生活目標愈正向。研究對象之生活目標得分平均為55.6分（標準差為9.8分），其生活目標整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「當我想到曾經做過的事以及未來想做的事，我自己感覺不錯」（平均為4.6分），其次是「我在人生中的目標是讓我感到滿意、而非沮喪的來源」（平均為4.4分），而「有時候我覺得好像已經完成所有人生能做的事了」（平均為2.8分）為最差。

#### （六）自我接納

自我接納分量表14題，總分範圍是14~84分，中間值為49分，得分愈高表示自我接納愈正向。研究對象之自我接納得分平均為58.3分（標準差為9.9分），其自我接納整體而言是偏向正向，其中表現最好的是「當我回顧我的生命故事，我很高興事情最後的結果」（平均為4.6分），其次是「大致上，我對自己的為人與人生感到自豪」（平均為4.5分），而「如果有機會，我會

想要改變自己很多地方」（平均為3.2分）則稍差。

### （七）整體主觀幸福感

整體主觀幸福感六個面向共84題，總分範圍是84~504分，中間值為294分，得分愈高表示整體主觀幸福感愈正向。研究對象之整體主觀幸福感得分平均為345.7分（標準差為51.8分），其整體主觀幸福感是偏向正向，而六面向中以「與他人的正向關係」表現最好，「自主性」則最差。

## 四、研究對象背景變項與健康促進生活型態之關係

本研究對象背景變項與健康促進生活型態中健康習慣、社區參與、健康責任、健康飲食、規律運動及口腔保健六面向之關係分述如下：

### （一）健康習慣

由表3與表4可以看出，研究對象的健康習慣會因有無參與社區活動 ( $F_{(1/338)} = 15.40, p < .001$ ) 而有顯著差異；而年齡 ( $rs = -.128, p < .05$ ) 及罹病數 ( $rs = -.220, p < .001$ ) 與健康習慣呈顯著負相關，自覺健康狀況 ( $rs = .181, p < .001$ ) 與健康習慣則呈顯著正相關。

### （二）社區參與

由表3與表4可以看出，研究對象的社區參與會因有無配偶 ( $F_{(1/338)} = 3.81, p < .05$ )、有無參與社區活動 ( $F_{(1/338)} = 130.51, p < .001$ ) 而有顯著差異。而罹病數 ( $rs = -.199, p < .001$ ) 與社區參與呈顯著負相關，自覺健康狀況 ( $rs = .168, p < .01$ ) 與社區參與則呈顯著正相關。

### （三）健康責任

由表3與表4可以看出，研究對象的健康責任不會因背景變項不同而有顯著差異或相關。

表3  
研究對象背景變項（類別資料）與健康促進生活型態之單因子變異數分析（ $N = 340$ ）

變項	健康習慣		社區參與		健康責任		健康飲食		規律運動		口腔保健	
	Mean±SD	F	Mean±SD	F	Mean±SD	F	Mean±SD	F	Mean±SD	F	Mean±SD	F
性別		1.47		0.07		0.00		2.20		0.01		7.98**
男	153	24.6±3.4	10.8±4.4		9.0±2.7		9.4±2.4		6.1±2.2		5.8±1.8	
女	187	25.0±3.1	10.6±4.6		9.0±2.8		9.8±2.1		6.1±2.2		6.3±1.6	
婚姻狀況		1.79		3.81a*		3.30		1.05		8.69**		2.76
無配偶	97	24.5±3.3	9.9±4.2		8.6±2.7		9.4±2.2		5.5±2.2		5.8±1.6	
有配偶	243	25.0±3.2	11.0±4.6		9.2±2.8		9.7±2.2		6.3±2.1		6.2±1.8	
教育程度		1.08		2.51		0.00		0.34		1.78		0.24
未受教育	115	25.1±3.0	10.1±4.4		9.0±2.8		9.5±2.3		5.9±2.3		6.0±1.7	
有受教育	225	24.8±3.4	11.0±4.5		9.0±2.7		9.7±2.2		6.2±2.1		6.1±1.7	
宗教信仰		0.36		1.93		0.06		0.00		1.88		0.84
有信仰	304	24.9±3.3	10.8±4.5		9.1±2.8		9.6±2.2		6.0±2.2		6.1±1.7	
無信仰	36	24.5±2.9	9.7±4.6		8.9±2.6		9.6±2.5		6.6±2.0		6.3±1.7	
社區活動		15.40a***		130.51a***		2.85		17.11***		39.31a***		3.84
無參與	184	24.2±3.4	8.5±3.4		9.2±2.3		5.4±2.3		5.9±1.8		6.3±1.6	
有參與	156	25.6±2.9	13.3±4.3		9.3±2.8		10.2±2.1		6.8±1.7		6.3±1.6	

註：a為因組間變異不同質，經Welch修正之F值。

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

表4

研究對象背景因素（等距資料）與健康促進生活型態之斯皮爾曼等級相關分析  
( $N = 340$ )

變項	健康習慣	社區參與	健康責任	健康飲食	規律運動	口腔保健
年齡	-.128*	-.050	-.050	-.104	-.141**	-.014
自覺健康狀況	.181***	.168**	-.011	.241***	.248***	.134*
罹病數	-.220***	-.199***	-.004	-.267***	-.232***	-.147**

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

#### （四）健康飲食

由表3與表4可以看出，研究對象的健康飲食會因有無參與社區活動 ( $F_{(1/338)} = 17.11, p < .001$ ) 而有顯著差異。而罹病數 ( $rs = -.267, p < .001$ ) 與健康飲食呈顯著負相關，自覺健康狀況 ( $rs = .241, p < .001$ ) 與健康飲食則呈顯著正相關。

#### （五）規律運動

由表3與表4可以看出，研究對象的規律運動會因有無配偶 ( $F_{(1/338)} = 8.69, p < .01$ )、有無參與社區活動 ( $F_{(1/338)} = 39.31, p < .001$ ) 而有顯著差異。而年齡 ( $rs = -.141, p < .01$ ) 及罹病數 ( $rs = -.232, p < .001$ ) 與規律運動呈顯著負相關，自覺健康狀況 ( $rs = .248, p < .001$ ) 與規律運動則呈顯著正相關。

#### （六）口腔保健

由表3與表4可以看出，研究對象的口腔保健會因性別不同 ( $F_{(1/338)} = 7.98, p < .01$ ) 而有顯著差異。而罹病數 ( $rs = -.147, p < .01$ ) 與口腔保健呈顯著負相關，自覺健康狀況 ( $rs = .134, p < .05$ ) 與口腔保健則呈顯著正相關。

綜合以上結果顯示，研究對象年齡愈大者其健康習慣、運動習慣愈差；罹病數愈多者其健康習慣、社區參與、健康飲食、口腔保健愈差；而女性口腔保健較好；有配偶者其社區參與、規律運動較好；有參與社區活動者與自



覺健康狀況愈好者其健康習慣、社區參與、健康飲食、規律運動都較好。

## 五、研究對象背景變項與主觀幸福感之關係

由表5及表6可以看出，研究對象的主觀幸福感會因有無受教育 ( $F_{(1/338)} = 7.87, p < .01$ )、有無參與社區活動 ( $F_{(1/338)} = 17.30, p < .001$ ) 而有顯著差異。另外，研究對象的年齡 ( $rs = -.141, p < .01$ ) 及罹病數 ( $rs = -.234, p < .001$ ) 與主觀幸福感呈顯著負相關；而自覺健康狀況 ( $rs = .352, p < .001$ ) 與主觀幸福感有顯著正相關。

研究結果顯示，研究對象有受教育者、有參與社區活動者、自覺健康狀況愈好者，其主觀幸福感愈好；而年齡愈大者、罹病數愈多者，其主觀幸福感則愈差。

表5

研究對象背景變項（類別資料）與主觀幸福感之單因子變異數分析 ( $N = 340$ )

變項	人數	Mean	SD	F
性別				1.32
男	153	349.30	54.51	
女	187	342.79	49.47	
婚姻狀況				2.7
無配偶	97	338.40	42.92	
有配偶	243	348.64	54.78	
教育程度				7.87a**
未受教育	115	334.80	44.97	
有受教育	225	351.30	54.24	
宗教信仰				0.88
有信仰	304	346.63	52.96	
無信仰	36	338.02	40.79	
參與社區活動				17.30***
無參與	184	335.20	48.07	
有參與	156	358.12	53.47	

註：a為因組間變異不同質，經Welch修正之F值。

\*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

表6

研究對象之背景因素（等距資料）與主觀幸福感之斯皮爾曼等級相關分析 (N=340)

變項	年齡	罹病數	自覺健康狀況
主觀幸福感	-.141**	-.234***	.352***

\*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

## 六、研究對象健康促進生活型態與主觀幸福感之關係

由表7可以看出，研究對象的健康習慣 ( $r_s = .354, p < .001$ )、社區參與 ( $r_s = .152, p < .01$ )、健康責任 ( $r_s = .227, p < .001$ )、健康飲食 ( $r_s = .318, p < .001$ )、規律運動 ( $r_s = .384, p < .001$ )、口腔保健 ( $r_s = .196, p < .01$ ) 與主觀幸福感皆呈顯著的正相關。研究結果顯示，研究對象的各項健康促進生活型態表現得愈好，其主觀幸福感也愈佳。

表7

研究對象健康促進生活型態與主觀幸福感的斯皮爾曼等級相關分析 (N=340)

變項	健康習慣	社區參與	健康責任	健康飲食	規律運動	口腔保健
主觀幸福感	.354***	.152**	.227***	.318***	.384***	.196**

\*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

## 七、研究對象背景變項及健康促進生活型態對主觀幸福感之預測

為進一步探討研究對象的背景變項、各項健康促進生活型態是否能有效預測其主觀幸福感，本研究以複迴歸進行分析。本研究背景變項中「性別」、「婚姻狀況」、「教育程度」、「宗教信仰」及「參與社區活動」為類別變項應進行虛擬轉換，而「年齡」、「自覺健康狀況」、「罹病數」及六項健康促進生活型態為等距資料，直接投入分析。在進行複迴歸分析前

得先進行多元共線性診斷 (Multi collinearity Diagnosis)，本研究所有的預測變項之變異數容忍度 (Tolerance) 介於 .53~.94之間，未小於0.1；且膨脹因素 (VIF) 亦為大於10，故無共線性問題。由表8可以看出，研究對象之背景變項及六項健康促進生活型態可以有效預測其主觀幸福感，並可解釋主觀幸福感總變異量的23.6% ( $R^2 = .236, F_{(16/32)} = 8.5, p < .001$ )，其中以「自覺健康狀況」( $\beta = 0.243, t = 4.606, p < .001$ )、「健康習慣」( $\beta = 0.223, t = 3.776, p < .001$ )、「教育程度」( $\beta = -0.115, t = -2.099, p < .05$ )、「參與社區活動」( $\beta = 0.121, t = 2.087, p < .05$ )及「健康責任」( $\beta = 0.107, t = 1.972, p < .05$ )五項為主要預測變項，且以「自覺健康狀況」及「健康習慣」對主觀幸福感的影響最大；而「教育程度」、「參與社區活動」、「健康責任」則次之。

## 八、討論

根據本研究目的與上述結果，提出討論如下：

(一) 本研究對象的健康促進生活型態整體而言是屬中上程度，其中以「健康習慣」表現最好，「社區參與」表現最差；但張文明等人(2008)、傅憶珍(2008)、湯慧娟與宋一夫(2005)、鍾寶玲(2001)、蕭冰如(1998)、Loojkinland與Harms(1996)的研究發現，皆以「健康責任」此項表現最差的結果相異。這與本研究對象所在之社區自2004年起持續推動「行動醫院全民健檢」，該健檢活動除健保給付之四癌篩檢(口腔、乳房、大腸及子宮)與血液尿液檢查項目外，尚有臺南市政府編列預算補助之B、C型肝炎篩檢、胎兒蛋白篩檢、胸部X光檢查及用藥習慣、健康生活型態、疾病史、憂鬱症等問卷調查。因為該活動提供在地居民健康檢查與衛生教育的可近性，健檢後並進行異常追蹤，藉公共衛生護理人員的關懷轉介，強化區民落實健康行為，歷經多年民眾逐步認知健康的重要並視健康為自己的責任有關。在較差的「社區參與」部分，本研究對象較多參與宗教或文化活動，多數篤信民間信仰且每區都有廟宇，故區民參與宗教活動意願最高，建議今後衛生所的相關健康宣導宜多與廟宇結合進行。另外，本研究對象的主觀幸福感不論整體或各個面向也都偏正向，此結果與陳黛芬(2005)、湯慧娟

表8

研究對象之背景變項與健康生活型態對其主觀幸福感之複迴歸分析 ( $N = 340$ )

變項	未標準化係數	標準化係數	<i>t</i>	$R^2$	<i>F</i>
	<i>B</i>	$\beta$			
				.236	8.5***
背景變項					
性別 (男/女)	4.854	0.047	0.871		
年齡	0.002	0.000	0.004		
婚姻關係 (已婚/未婚)	1.809	0.016	0.301		
教育程度 (有無受教育)	-12.568	-0.115	-2.099*		
宗教信仰 (有無宗教信仰)	-8.543	-0.051	-1.041		
參與社區活動 (有無參加)	12.519	0.121	2.087*		
自覺健康狀況	4.834	0.243	4.606***		
罹病數	-1.501	-0.032	-0.597		
健康促進生活型態					
健康習慣	3.536	0.223	3.776***		
社區參與	-1.280	-0.111	-1.852		
健康責任	2.009	0.107	1.972*		
健康飲食	0.198	0.008	0.130		
規律運動	3.037	0.127	1.928		
口腔保健	0.287	0.010	0.177		

\* $p < .05$ . \*\*\* $p < .001$ .

(2002) 的研究發現是相似的。

(二) 本研究對象的健康促進生活型態中除了「健康責任」與背景變項無關外，年齡愈大者其健康習慣、運動習慣愈差；罹病數愈多者其健康習慣、社區參與、健康飲食、口腔保健愈差；而女性口腔保健較好；有配偶者與社區參與、規律運動較好；有參與社區活動者與自覺健康狀況愈好者其健康習慣、社區參與、健康飲食、規律運動都較好，此與吳英枝(2008)、吳

俐穎與陳漢瑛（2009）、張文明等人（2008）的研究結果相似，本研究中銀髮族普遍重視「健康飲食」以「每天吃多種類食物得分最高」，但「規律運動」中以「每週至少三次，每次有30分鐘之運動」為最低；研究者推論：健康促進活動與年齡愈大成反比，其可能因素為老化或罹病導致生理功能退化，自我照顧能力下降或對自我效能失去信心，減少活動參與，致使健康促進活動之執行力變弱。罹病數愈多社區參與愈少；而有配偶、有參與社區活動、自覺健康狀況愈好者其社區參與愈多，此與朱妙芳（2009）、江慧珣（2013）、李文裕（2012）、李易儒與洪維勵（2008）、梁慧娟（2013）、陳黛芬（2005）、湯慧娟（2002）、楊雅筠（2003）、蔡坤良（2004）、鍾秀琴（2010）等之透過參與社區活動、擴展人際關係的研究結果相似。年齡愈大、罹病數愈多者健康飲食狀況愈差；有參與社區活動、自覺健康狀況愈好者健康飲食狀況愈佳，此與謝麗卿（2008）的研究結果相似。年齡愈大、罹病數愈多者規律運動習慣愈差；有配偶、有參與社區活動、自覺健康狀況愈好者規律運動習慣愈好，此與高藝玲（2012）、湯慧娟（2002）的研究結果相似，有配偶、落實健康促進生活型態者，其幸福感較佳。事實上，由社區活動的實際觀察亦可以發現，罹病數與自覺健康狀況息息相關，體力佳者反應迅速，參與社區活動時之學習成效佳，進而提升其自信度與成就感；反之，擔心跟不上或自覺反應差者，常令團體停頓或需額外協助者，導致低成就感甚至自覺不好意思，經工作人員鼓勵仍常打退堂鼓，減少社區參與；有偶感情佳者則可互相鼓勵，互相作伴提升其社區參與。罹病數愈多者口腔保健愈差；自覺健康狀況愈好者口腔保健也愈佳，此研究結果與高藝玲（2012）牙口問題影響長輩營養攝取占重要因素結果相似。由於從社區的實際觀察清楚看出，貧與病常有共存現象，社經地位差者常併口牙缺損，所以臺南市政府於2011年起正式啟動老人免費假牙計畫，針對設籍臺南市、年滿65歲，上顎或下顎只剩三顆牙以內者得到特約牙科診所申請免費假牙裝置與服務，嘉惠眾多銀髮缺牙者。

（三）本研究對象有受教育者、有參與社區活動者、自覺健康狀況愈好者，其主觀幸福感較佳；而年齡愈大者、罹病數愈多者，其主觀幸福感則較

差。另研究對象的「健康習慣」、「社區參與」、「健康責任」、「健康飲食」、「規律運動」、「口腔保健」等健康促進生活型態愈好，其主觀幸福感也愈佳。此研究結果和李易儒與洪維勵（2008）、高藝玲（2012）的發現受教育者、有參與社區活動者、自覺健康狀況愈好者主觀幸福感愈佳；以及朱妙芳（2009）、張文明等人（2008）、鍾秀琴（2010）發現年齡及罹病數與主觀幸福感有顯著負相關的結果有相似之處。

（四）研究對象的背景變項、健康促進生活型態可以有效預測其主觀幸福感，並可解釋其總變異量之23.6%，其中以自覺健康狀況、健康習慣、教育程度、參與社區活動、健康責任為主要預測變項，並以自覺健康狀況與健康習慣的預測力最大。研究顯示，自覺健康狀況、健康習慣、健康責任愈好者，有受教育者及參與社區活動者其主觀幸福感愈高，此與王秀紅（2000）、李易儒與洪維勵（2008）、梁慧娟（2013）、陳秋燕（1999）、賴素燕（2007）、謝麗卿（2008）的研究結果相似，銀髮族透過執行健康促進活動，有較高之自覺健康與幸福感。另外，吳宜宸（2010）、邱琪雯、胡芳文、陳清惠與張家銘（2013）的研究結果發現，自覺健康狀況愈好、對自己的健康習慣、健康責任愈認同，且參與社區活動者，主觀幸福感愈高愈覺得幸福，與本研究結果是相似的。這種現象亦可從社區的實際觀察中發現，健康促進生活型態愈佳之民眾愈能享受生活，也較願意與他人分享自己的正負面經驗，形成利己舒壓與利他經驗分享之良性循環。

綜上所述，不同的環境造就不同的生活資源與條件，繼而影響個人的生理、心理、社會、遺傳等健康狀態。性別、年齡、遺傳係先天因素，僅能應現況調整適應，但健康習慣、健康飲食、規律運動、健康責任、口腔衛生為後天因素，可透過多元之衛生教育方式，提升健康認知、建立個人健康責任感，強化健康促進行為動機、進而改變健康行為養成健康習慣；藉調整生活型態，預防生活文明病同步改善罹病現況；藉友善鄰里、社會參與增加人際互動，提升家庭、學校、職場、社區網絡間之合作與相互支持，形成互助之良性循環，促進生理、心理、社會、靈性層面之整合與平衡。

## 肆、結論與建議

### 一、結論

根據研究目的與研究結果，本研究獲得結論如下：

(一) 研究對象的健康促進生活型態屬中上程度，其中以「健康習慣」表現最好，「社區參與」表現最差。而研究對象的健康促進生活型態中除了「健康責任」與背景變項無關外，年齡愈大者其健康習慣、運動習慣愈差；罹病數愈多者其健康習慣、社區參與、健康飲食、口腔保健愈差；而女性口腔保健較好；有配偶者其社區參與、規律運動較好；有參與社區活動者與自覺健康狀況愈好者其健康習慣、社區參與、健康飲食、規律運動都較好。

(二) 研究對象的主觀幸福感偏正向，其中以「與他人的正向關係」表現最好，「自主性」則最差。而研究對象中有受教育者、有參與社區活動者、自覺健康狀況愈好者，其主觀幸福感愈好；年齡愈大者、罹病數愈多者，其主觀幸福感則愈差。

(三) 研究對象之背景變項及健康促進生活型態可以有效預測其主觀幸福感，並可解釋主觀幸福感總變異量的23.6%，其中以「自覺健康狀況」、「健康習慣」、「教育程度」、「參與社區活動」及「健康責任」五項為主要預測變項，且以「自覺健康狀況」及「健康習慣」對主觀幸福感的影響最大，「教育程度」、「參與社區活動」、「健康責任」次之。

### 二、建議

根據以上結論，本研究提出如下建議：

(一) 公共衛生工作中觀察，不識字之民眾，對講座等衛教方式接受度較低。建議針對未受教育之銀髮族，應就轄區人口特性與生活型態，與學校、民間團體等合作研擬健康知能學習活動。

(二) 針對未滿65歲且不符社會補助條件之社經弱勢缺牙民眾研擬策

略，協助及早改善口腔健康，強化健康老化之資本。

（三）結合相關局處與民間、宗教等多元團體，鼓勵初老關懷中老、老老，增加人際互動、社會支持，落實「老吾老以及人之老」提升銀髮族幸福感。

（四）世界衛生組織表示：「從生命的一開始時就以健康方式生活，是實現積極、健康老年生活的關鍵」，建議以場域劃分為家庭、學校、職場、社區，由家庭教育中心、教育局、勞工局、衛生局等單位合作，戮力推廣健康促進活動，以落實健康促進生活型態，提升心理健康。



## 參考文獻

### 一、中文部分

- 內政部統計處（2015）。104年第3週內政統計通報（103年底人口結構分析）。  
取自[http://www.moi.gov.tw/stat/news\\_content.aspx?sn=9148&page=1](http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=9148&page=1)
- 王秀紅（2000）。老年人之健康促進——護理的涵義。護理雜誌，1，19-25。
- 朱妙芳（2009）。臺北縣三鶯區高齡者人際關係與幸福感關聯之研究（未出版之碩士論文）。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 江慧珣（2013）。幸福感及其對健康的可能影響——以廣建理論層面而言（未出版之博士論文）。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 李文裕（2012）。臺中市中老年人休閒參與、自我價值與幸福感之研究（未出版之碩士論文）。朝陽科技大學，臺中市。
- 李易儒、洪維勵（2008）。退休銀髮族運動參與及幸福感的關係——利益知覺之中介效果。臺灣體育運動管理學報，7，142-159。
- 李思賢（2012）。健走運動與社會心理介入對退休中老年人心理幸福感與生命統整性之影響與性別差異（行政院國家科學委員會專案研究計畫成果報告編號：NSC99-2410-H-003-127-MY2）。臺北市：國立臺灣師範大學。
- 李蘭（1988）。公共衛生學。載於陳拱北（主編），衛生教育與促進健康（頁535-584）。臺北市：巨流。
- 吳宜宸（2010）。銀髮族的健康促進生活型態與休閒時間身體活動的關係——社會支持的角色（未出版之碩士論文）。高雄餐旅大學，高雄市。
- 吳英枝（2008）。臺東縣鹿野鄉不同族群老人健康促進生活型態之研究（未出版之碩士論文）。國立臺東大學，臺東市。
- 吳俐穎、陳漢瑛（2009）。老年人自我照顧能力與健康促進生活型態關係之研究——以高雄縣老人公寓為例（未出版之碩士論文）。國立臺北教育大學，臺北市。

- 邱琪雯、胡芳文、陳清惠、張家銘（2013）。高齡患者出院後健康生活型態之探討。臺灣老年醫學暨老年學雜誌，8（3），172-185。
- 高藝玲（2012）。社區老人健康促進生活型態與主觀幸福感相關因素——以臺南佳里區為例（未出版之碩士論文）。中臺科技大學，臺中市。
- 梁慧娟（2013）。參與志工對老年群體的福祉之影響（未出版之碩士論文）。國立臺北大學，臺北市。
- 張文明、周適偉、洪維憲、蔡文鐘、柯智裕、黃美涓（2008）。志工工作與常規性運動對老人健康促進之比較。臺灣復健醫學雜誌，36（1），39-45。
- 陸洛（1997）。中國人幸福感之內涵、測量及相關因素探討。國家科委員會研究彙編——人文及社會科學，1，115-137。
- 陳秋燕（1999）。社區老人參與社會服務對其心理社會影響之前驅性研究——以臺北市北投區「大同之家」為例（未出版之碩士論文）。國立陽明大學，臺北市。
- 陳黛芬（2005）。高齡者生活知能與幸福感相關之研究——以高雄市長青學苑為例（未出版之碩士論文）。國立中正大學，嘉義縣。
- 傅憶珍（2008）。臺東地區老年人自覺健康狀況及健康促進生活型態之研究（未出版之碩士論文）。國立臺東大學，臺東市。
- 湯慧娟（2002）。高雄市銀髮族健康促進生活型態、休閒知覺自由與心理幸福感相關研究（未出版之碩士論文）。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 湯慧娟、宋一夫（2005，12月）。高雄市老年人健康促進生活型態、休閒知覺自由與心理幸福滿足感之相關研究。臺灣體育發展學術研討會，高雄市。
- 楊桂芬、許哲瀚、唐憶淨、龔建吉（2012）。社區老人日常生活活動、生活品質與幸福感之相關研究。臺灣老年醫學暨老年學雜誌，7（4），217-232。
- 楊雅筠（2003）。老年人友誼支持與幸福感之研究——以臺北市老人服務心為例（未出版之碩士論文）。中國文化大學，臺北市。
- 賴素燕（2007）。高齡志工之幸福感研究（未出版之碩士論文）。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 鍾寶玲（2001）。老年糖尿病患健康促進生活型態及相關因素之探討（未出版之

- 碩士論文)。高雄醫學大學，高雄市。
- 臺南市安定區戶政事務所（2015）。*安定區歷年人口年齡層及其比率統計*。取自 <http://www.tainan.gov.tw/adhr/page.asp?nSub=A00000>
- 蔡坤良（2004）。*小琉球漁村老人生命意義感、死亡態度與幸福感之研究*（未出版之碩士論文）。南華大學，嘉義縣。
- 廖玉齡、謝佳馨、李文茸、陳怡婷、林惠淳（2006）。高齡者健康促生活型態、休閒自由知覺與生活滿意度關係之研究。*吳鳳學報*，15，199-220。
- 衛生福利部（2014）。*102年國人死因統計結果*。取自 [http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/DM2\\_P.aspx?f\\_list\\_no=7&fod\\_list\\_no=4558&doc\\_no=45347](http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=4558&doc_no=45347)
- 鍾秀琴（2010）。*樂齡者學習成效及幸福感之研究*（未出版之碩士論文）。國立中正大學，嘉義縣。
- 謝麗卿（2008）。*臺灣高齡人口健康促進對自覺健康及醫療服務利用之影響*（未出版之碩士論文）。亞洲大學，臺中市
- 蕭冰如（1998）。*社區老人健康促進衛生教育介入之探討*（未出版之碩士論文）。長庚大學，桃園市。

## 二、英文部分

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Lu, L. (2005). In pursuit of happiness: The cultural psychological study of SWB. *Chinese Journal of Psychology*, 47(2), 99-112.
- Loojkinland, S., & Harms, J. (1996). Comparison of health-promotive behaviors among senior: Exercisers versus nonexercisers. *Social Sciences in Health*, 2(3), 147-161.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111-131.

- Perneger, T. V., Hudelson, P. M., & Bovier, P. A. (2004). Health and happiness in young Swiss adults. *Quality of Life Research, 13*(1), 171-178.
- Wilson, W. R. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin, 67*(4), 294-306.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorder, 122*(3), 213-217.
- Wang, J., Lee, C.-M., Chang, C.-F., Jane, S.-W., & Chen, M.-Y. (2015). The development and psychometric testing of the geriatric health promotion scale. *Journal of Nursing Research, 23*(1), 56-64.

# Association of a Health-Promoting Lifestyle and the Subjective Well-Being of Elderly People in Tainan

Hui-Li Huang\* Cheng-Yu Chen\*\*

## Abstract

This study has investigated the relationship between a health-promoting lifestyle and the subjective well-being of elderly people in Tainan, by conducting a cross-sectional survey of the elderly in the Anding District, Tainan City, using the stratified cluster sampling method. The total valid sample size was 340. Our study found that the health-promoting lifestyles where they had beneficial healthy habits but had low participation within the community. The health responsibility variable was not associated with any health-promoting lifestyle. Healthy habits and exercise deteriorated with increasing age. People who suffered from other illnesses had inferior healthy habits, community participation, diet, and oral health. The oral health of women was superior to that of men. Married participants scored higher in community participation and regular exercise. Participants who actively participated in the community events and thereby had a superior self-perceived health, ensured a more favorable healthy routine, by opting for healthier diets, and by exercising more.

Subjective well-being was somehow positive, where the dimension of “positive relationships with others” scored the highest, and “autonomy” scored the lowest.

---

\* Mental Health Subsection Head, Department of Health, Tainan City Government

\*\* Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University (Corresponding author), E-mail: t09004@ntnu.edu.tw

In addition, subjective well-being was higher for those who were better educated, participated more in community events, and had a superior self-perceived health. However, older people, and those with other diseases, had a lower subjective well-being.

Demographic variables and health-promoting lifestyles can predict the subjective well-being of the participants, thus explaining 23.6% of the total variance. Self-perceived health, healthy behaviors, education, participation in community events, and health responsibility are the main predictors, whilst the self-perceived health and healthy habits are the most powerful of predictors.

This study proposed the following suggestions to improve the health-promoting lifestyles and subjective well-being of elderly people:

1. The Tainan city government should cooperate with schools or NGOs to design programs aiming to enhance the health knowledge of the uneducated elderly.
2. The Tainan government should design the strategies to improve oral health for those who are under 65 years of age, and were of a low socioeconomic status, but could be subsidized by welfare programs.
3. The Tainan government should encourage interpersonal interaction and social support for community members in order to improve their social participation.

**Key words:** subjective well-being, health promotion lifestyles, elderly people



# Factors Associated with Access to Healthcare for Infertility Problems under Taiwan's National Health Insurance Program

Likwang Chen<sup>\*</sup> Shu-Fang Shih<sup>\*\*</sup> Chen-Li Lin<sup>\*\*\*</sup> Wei-Chih Yang<sup>\*\*\*\*</sup>  
Ken-Nan Kuo<sup>\*\*\*\*\*</sup>

## Abstract

In Taiwan, there is little study on how many women seek consultation or treatment from the National Health Insurance system and the characteristics

---

\* Associate Principal Investigator, Institute of Population Health, National Health Research Institutes, Miaoli Country, Taiwan

\*\* Assistant Professor, Department of Health Promotion and Health Education, School of Education, National Taiwan Normal University, Taipei City, (Corresponding author), E-mail: annsshsh@ntnu.edu.tw

Corresponding address: No. 162, Sec. 1, Heping E. Rd., Da-An Dist., Taipei City 106, Taiwan

\*\*\* Deputy Superintendent, and Department Director Department of Obstetrics and Gynecology, Taipei City Hospital, Taipei City, Taiwan

\*\*\*\* Research Assistant, Institute of Population Health, National Health Research Institutes, Miaoli Country, Taiwan

\*\*\*\*\* Director, Center for Evidence-based Medicine, Taipei Medical University, Taipei City, Taiwan

Manuscript received: May 19, 2015; Revised: June 9, 2015; Accepted: June 30, 2015

DOI: 10.3966/207010632015060043003



of these women so far. Our study aims to estimate the number of women who seek consultation or treatment for infertility, analyzed their comorbidities and investigated the factors that are associated with infertility care seeking in Taiwan. We used the 2005 Longitudinal Health Insurance Database. Those women who aged between 20 to 49 years old on January 1, 2015 were included in our analysis and the total sample size was 191,917. We identified the infertility cases using the ICD9-CM 628 diagnosed by OB/GYN physicians from outpatient care (CD) and inpatient (DD) claims data. We estimated the number of women who have sought for help due to infertility problems, analyzed their related comorbidities, and used the logistic regression model to investigate the factors associated with the access to healthcare for infertility problems.

The results showed that more than 133,000 Taiwanese women sought consultation and/or treatment for infertility from 2005 to 2009. The top three diseases associated with infertility included disorders of menstruation and other abnormal bleeding from the female genital tract, ovarian dysfunction, and the inflammatory disease of cervix, vagina and vulva. Those who had a higher socioeconomic status were more likely to seek consultation and/or treatments for infertility. There is a pressing need from women who desire to have children in Taiwan in spite of the decreasing fertility rate. Health promotion programs or patient education for women should focus more on reproductive health and prevention of diseases related to infertility or emphasize the importance of healthy behaviours for reproductive health. More research on investigating whether infertile couples have childbirth is suggested.

**Key words:** access to health care, infertility, National Health Insurance Program, women

## Background

Infertility is a disease of the reproductive system defined by the failure to achieve pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse based on clinical definition (Zegers-Hochschild et al., 2009). It was often viewed as a private matter before, however, this view has been changed over the past two decades and it has become a worldwide issue in terms of its impact on women's physical and mental health, raising prevalence, and expensive treatment cost. Evidences have suggested that wide-range impact of infertility on individuals, couples, and families. The inability to have a desire child might result in clinical depression, stigmatized, isolated, reduced job performance, marital conflict and violence, and life satisfaction (Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1993; Downey et al., 1989; Link & Darling, 1986; Vayena, Rowe, & Griffin, 2002).

Reproductive health is a priority health issue globally. According to the Millennium Development Goal, the target will provide universal access to reproductive health by 2015. Among the reproductive health indicators, infertility is a critical component but has been neglected due to the lack of consistent definitions and common tools to diagnose, manage or report infertile individuals and couples. Although using different definitions, monitoring prevalence of infertility has been an increasingly important task among public health efforts in the global health community. The World Health Organization (WHO) applied a consistent algorithm to demographic and reproductive surveys to estimate the infertility prevalence by county and regions (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel, & Stevens, 2012). In addition to the survey method, the seeking care behavior for infertility problems revealed the demand for childbearing. So far, the research regarding infertility prevalence or treatment mainly used survey data in Middle East, China, Western Europe, United States or some developing countries, there is no study

using insurance claims data to investigate the number of women who seek help from the healthcare system, in particular, under an universal insurance coverage program like Taiwan.

Treatment of infertility is a healthcare issue that receives much attention among developed countries. In Taiwan, the crude birth rate declined from 16.55 to 8.99 from 1990 to 2014 (Ministry of Interior). A significant decline in the fertility rate and the rising prevalence of infertility are two major reasons for immediate attention. Infertility may inflict upon women's physical and psychological state of health; it may cause adverse effects on their families' harmony and wellbeing. For couples who desire offspring but fail to bear them, many problems may ensue, including depression, feelings of stigma and isolation, reduced job performance, marital conflicts, family violence, and decreased life satisfaction (Domar et al., 1993; Downey et al., 1989; Link & Darling, 1986; Vayena et al., 2002). Furthermore, among infertile couples, women had lower scores in several quality of life or health-related quality of life domains (Chachamovich et al., 2010).

Some nations provide coverage for the treatment of infertility problems. In the United States, by 1995, thirteen states had required insurers to cover infertility treatment, and thus reduced expenditure on assisted reproductive technologies for people with health insurance (Ziebe & Devroey, 2008). In Europe, the countries of Sweden, Denmark, Belgium, France, Greece, and Slovenia have complete public coverage for infertility treatment (Ziebe & Devroey, 2008). On the other hand, Taiwan's National Health Insurance (NHI) program covers some treatments for infertility except assisted reproductive technologies.

The fertility rate in Taiwan has greatly decreased over the past decade and is now the lowest in the world. In 2013, Taiwan only had around 199,113 newborns and the government recognizes the gravity of the low fertility rate. In an effort to alleviate this problem, the government is seeking effective ways to promote childbearing among women to successfully bear children. Since there is lack of

research on the prevalence rate of infertility among women, as well as patterns for seeking medical consultation, the government has little information to depend on formulating assistance programs for infertility. This study aims at filling this knowledge gap. Specifically, we investigated: (1) the number of women who seek consultation or treatment with infertility problems in Taiwan's population; (2) the demographic and socioeconomic factors associated with infertility care seeking; and (3) infertility-related comorbidities.

## Methods

Taiwan launched a single payer National Health Insurance (NHI) program since March 1995. The NHI program covered almost 99% of the population in Taiwan. In 2005, Taiwan National Health Interview Survey (NHIS), which collected health-related data from a representative sample of the whole population, showed that 99% of Taiwanese were in the NHI system at the time of interview (National Health Research Institutes, 2010). The survey data also indicated that 98% of Taiwanese using NHI for outpatient care and 99% for inpatient care (National Health Research Institutes, 2010).

Although not all women troubled with infertility seek healthcare under the NHI program, but the majority of them do. A fertility-related survey conducted by Taiwan's Ministry of Health and Welfare (the former, the Department of Health) in 2004 (the ninth national survey on family and fertility) indicated that 83% of married women for at least one year with no child but wanted to have at least one, had visited a physician for fertility treatment.

The aforementioned conditions in the Taiwan health system suggested that the NHI data were a good base for estimating the number of women troubled with infertility problems in Taiwan and for investigating these women's basic characteristics.

The sample for this study included 191,917 women aged 20 to 49 on January 1, 2005, among the whole sample of the 2005 Longitudinal Health Insurance Database (2005 LHID). The 2005 LHID sample contained 1 million randomly selected NHI enrollees at the end of 2005, representing about 4% of the whole population in the NHI. The National Health Research Institutes was authorized by the Ministry of Health and Welfare to release this data set for research with high-quality privacy protection techniques where there is no way to identify any individual.

From this database, we obtained 191,917 women aged 20-49 on January 1, 2005 as our study cohort. With raw data from the NHI research database in NHRI, we extracted basic data of these subjects between 2005 to 2009 and organized the information into person-level longitudinal registration, ambulatory care, and hospital care data.

We used the coding of International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) to identify outpatient visits and admissions with diagnosis of infertility by OB/GYN physicians. We defined an outpatient or inpatient claims records as one linked with treatment of infertility if the first 3 digits of ICD-9-CM code were 628 (any one of three codes in outpatients or one of five codes in inpatient claims records).

After identifying women with infertility problems in our study sample, we multiplied the number of these women by 23 (since the sample was 1/23 the size of Taiwan's total population) and further divided the result by 0.83 (for the 83% of married women who had been married for at least one year with no children had visited a physician for infertility problems, according to the survey conducted by the Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare) to obtain an estimate of the number of women troubled with infertility problems in Taiwan's population.

Using the 191,917 women's NHI registration data as of January 1, 2005, we obtained their NHI registration locations, occupational positions, and salary status.

By both the  $\chi^2$  test and the logistic regression methods, we investigated whether these demographic and socioeconomic conditions and age, were associated with NHI care in alleviating infertility problems among women of childbearing age. To investigate infertility-related comorbidities, we analyzed other ICD-9-CM codes listed in the ambulatory care expenditures by visits (CD) and Inpatient expenditures by admissions (DD) claims records that were linked to treatment for infertility. The socioeconomic status was defined by categorize each women into seven types using the insurance type in the Registry for Beneficiaries file (ID).

## Results

### Number of women with demands on infertility assistance in the Taiwan population in 2005-2009

Each year, around 1,700 to 2,000 women who ever seek assistance for the problem of infertility from year 2005 to 2009. More than 144,000 (about  $6,291 \times 23$ ) Taiwanese women aged 20-49 used NHI care to seek help for infertility consultation or treatment at least once during the period from 2005 to 2009. The estimated utilization percentage was around 3.28, suggesting that around 3.95% ( $3.28\% \div 0.83$ ) of Taiwanese women of childbearing age who needs consultation or medical treatment during this time (Table 1). This implied that a group of more than 174,000 Taiwanese women seeking NHI care with demands on infertility assistance in this period.

### Factors associated with whether a woman used NHI care for infertility assistance

According to the results from logistic regression in Table 2, women aged 25-29 ( $p < .01$ ,  $OR = 2.08$ ) and 30-34 ( $p < .01$ ,  $OR = 1.74$ ) were more likely to use

Table 1

*Estimated Number of Women with Infertility Problems in the Taiwan Population, 2005-2009*

Year of care use	Women aged 20-49 on January 1, 2005, and with healthcare associated with infertility in 2005-2009 among the sample of 1,000,000 NHI enrollees for year 2005		Estimated number of women bothered with infertility problems in the Taiwan population <sup>b</sup>
	<i>n</i>	% <sup>a</sup>	
2005	2,036	1.061	56,419
2006	1,751	0.912	48,522
2007	1,902	0.991	52,706
2008	1,802	0.939	49,935
2009	1,749	0.911	48,466
2005-2009	6,291	3.278	174,329

Note. <sup>a</sup>The total number of women aged 20-49 on January 1, 2005 among the sample of 1,000,000 NHI enrollees of year 2005 was 191,917; <sup>b</sup>Estimate = (the number of women using care in the sample)  $\times$  23  $\div$  0.83.

NHI care for infertility consultation or treatment compared with women at other childbearing ages. Female government employees and teachers, those who had a higher tendency to use NHI care for infertility consultation or treatment, compared to women with other occupations ( $p < .01$ ,  $OR = 1.57$ ). Based on the six NHI enrolment classifications, a higher economic status such as government employees or teachers was associated with a larger likelihood of using NHI care for infertility consultation or treatment ( $p < .01$ ,  $OR = 1.57$ ). In addition, those who enrolled through local government were also more likely to seek infertility consultation or treatment ( $p < .01$ ,  $OR = 1.39$ ).

Table 2

*Factors Associated with Whether a Woman Used NHI Care for Infertility Problems:  
Logistic Regression Results*

Factor	Adjusted OR	p-value	95% CI
Age group as of 2005/01/01 (Ref: Age 20-24)			
25-29	2.08	< .01	1.87-2.30
30-34	1.74	< .01	1.56-1.93
35-39	0.63	< .01	0.56-0.72
40-44	0.20	< .01	0.16-0.24
45-49	0.05	< .01	0.03-0.07
NHI registration location (Ref: Remote or rural area)			
Big city	0.95	.213	0.88-1.03
Small city or town	0.97	.396	0.89-1.05
Position of NHI registration (Ref: NHI registration through an employer of another type)			
Government employee or teacher	1.57	< .01	1.40-1.76
Registration through a labor union	1.03	.701	0.90-1.17
Registration through a farmers'/fishers'/ crewmen's union	0.74	.001	0.62-0.88
Member of a family in poverty/resident in a religious or charitable institution	0.49	.050	0.24-1.00
Registration through a local government	1.39	< .01	1.17-1.64
Family dependent with no job	0.71	< .01	0.64-0.78
Salary class in NHI registration (Ref: The bottom 1/3 of the population)			
The middle 1/3 of the population	1.62	< .01	1.40-1.88
The top 1/3 of the population	2.02	< .01	1.75-2.32
Sample size (Number of women)	191,917		
Model significance (Wald test result)	$\chi^2(15) = 2,078.12$	< .01	

Note. OR = odds ratio; CI = confidence interval.



## Infertility-related comorbidities

The most common infertility-related health conditions were “disorders of menstruation and other abnormal bleeding from the female genital tract;” more than 22.88% of women using NHI care for infertility problems also had such conditions (Table 3). “Ovarian dysfunction” and “Disorders of the pituitary gland and its hypothalamic control” were the second (13.55%) and third most-seen conditions (7.50%) among women seeking consultation within NHI system for infertility. Other diseases such as male infertile, noninflammatory disorders of ovary, fallopian tube and broad ligament, other disorders of female genital organs, and many others account each only around 2 percent of the diagnoses in total number of visits. Around 35.1% of women who were diagnosed with disorders of menstruation and other abnormal bleeding from female genital tract, 18.6% of women who were diagnosed with ovarian dysfunction, and around 16% of women who were diagnosed with inflammatory disease of cervix, vagina and vulva (data not shown).

## Discussion

This is the first population study to investigate the number of women troubled with infertility problems in Taiwan, and seeking healthcare in the NHI for the chance of childbearing using a national insurance claims data. Although the data is not the most updated, the results still help us understand women’s healthcare needs under Taiwan’s National Health Insurance program. Using LHID2005 sample, the results from this investigation will likely reflect the current situation in Taiwan, because the study sample represents the main female population of childbearing age. Our results show that the number of women troubled with infertility is substantial in Taiwan, which directly reflects upon the lowest fertility rate in the world. In 2005-2009 more than 133,000 Taiwanese women sought consultation

Table 3  
*Infertility-Related Comorbidities*

Disease Name	#of visits/admissions N = 18,361	
	n	%
Disorders of menstruation and other abnormal bleeding from female genital tract	4,201	22.88
Ovarian dysfunction	2,487	13.55
Disorders of the pituitary gland and its hypothalamic control	1,377	7.50
Inflammatory disease of cervix, vagina and vulva	1,287	7.01
Endometriosis	1,168	6.36
Inflammatory disease of ovary, fallopian tube, pelvic cellular tissue and peritoneum	858	4.67
Other symptoms involving abdomen and pelvis	798	4.35
Uterine leiomyoma	545	2.97
Pain and other symptoms associated with female genital organs	461	2.51
Benign neoplasm of ovary	436	2.37
Others	4,743	25.83

or help to conceive children, representing a pressing need for healthcare to treat infertility. In reality, the need may even be larger than our estimate. This is because data on infertility-related healthcare seeking from the ninth national survey on family and fertility, which we referred to when estimating the size of the need for treatment of infertility, were mainly for healthcare seeking behaviour for primary infertility (health conditions linked to the first pregnancy in life). For infertility linked with the second or later pregnancy, a woman might have a lower tendency to seek healthcare. If so, this study yielded an underestimated need for treating infertility in Taiwan. In addition, the limitation of this is that due to the data we used, some variables such as health behaviours are not included in our analysis.

The upmost need to treat infertility suggests that effective treatment of

infertility can help in increasing fertility. This presents a good opportunity for countries attempting to increase their infant population. In addition to providing financial incentives or public programs supportive for childrearing and child-raising, governments should seriously explore ways to provide more effective assistance to women who have difficulties bearing children they desire. According to our study, those who were with low esteem or socioeconomic status had less likely to get access to consultation services under the NHI system than those with higher socioeconomic status. There are several possible explanations. It might be that women with higher socioeconomic status have more desires to have babies so that they would seek consultation or treatment given that they were more likely to afford raising children compared to those with lower socioeconomic status. Or those with lower socioeconomic status had less knowledge regarding infertility and did not know or did not think that they should seek care from the medical care system. On the other hand, it is also not clear whether the results did reflect the true demand from those with higher socioeconomic status. However, it should be noted that, for those with higher socioeconomic status, they have other options for infertility problems. They have ability to pay for the higher expenses incurred in the more advanced and effective technologies capable of improving the chances of pregnancy.

A substantial proportion of those women with infertility problems have disorders of menstruation and other abnormal bleeding from female genital tract, ovarian dysfunction, disorders of the pituitary gland and its hypothalamic control, inflammatory disease of cervix, vagina and vulva (50.9%). How to better prevent and treat these conditions to reduce their detrimental effects on fertility is another task for policy makers and researchers in the field. For example, the reproductive health education for women through either health promoting school program or patient education for women with infertility problems should be developed. Psychological wellbeing for women troubled with infertility also deserves more attention. Infertility may be a condition associated as a high burden to carry

from the viewpoint of a woman with infertility problems (Schieve et al., 2002). It may also be recognized as a disability, both from physical and psychological perspectives (Dill, 2002; Fathalla, 2002). It is necessary to conduct more research on associations and causal relationships between a woman's infertility and psychological health, and to subsequently explore how to reduce harmful impacts of infertility on women's psychological wellbeing.

One pressing issue worth more attention to research pertains to the potential hazards of infertility therapies. Whether some types of therapies increase risks of bearing premature infants or multiple births needs more examination. Identifying highly safe and cost-effective infertility therapies and including them in the public insurance coverage should be the priorities for governments that desire more and healthier newborns. In addition, to provide much more evidence for women's health care in this specific area, it is critical for the government to develop a strategy for data linkage in order to construct longitudinal data sets. This will then allow any, future research to follow through on women with infertility problems from their initial seeking care point to their eventual outcomes (either with childbearing or no childbearing) and then to continue monitoring the health of their children for any outcomes that may, or may not, arise in future generations.

## Conclusions

There is a pressing need from women who desire to have children in Taiwan in spite of the decreasing fertility rate. Our study suggested the need for more investigations into such disparities among women with different socioeconomic conditions, to generate information helpful for formulating effective policies to increase fertility among women anxious about infertility and to reduce socioeconomic disparities in this regard.

Health promotion programs and patient education for women might need to

focus more on reproductive health and prevention of diseases related to infertility. It is suggested that more supportive resources or policies should be directed to women or couples to deal with infertility. More research on investigating whether infertile couple have childbirth is suggested.

### Competing Interests

The authors declare that they have no competing interests.

### Author's Contributions

Likwang Chen and Shu-Fang Shih made substantial contributions to conception and design of this study and drafted the manuscript. Chen-Li Lin and Ken N. Kuo have been involved in revising the manuscript critically for important intellectual content. Wei-Chih Yang and Shu-Fang Shih have made contribution to acquisition or statistical analysis. Likwang Chen and Shu-Fang Shih has given final approval of the version to be published.

### *Acknowledgements*

We acknowledge the financial support from Taiwan's National Health Research Institutes, Miaoli Country, Taiwan (Grant PH-099-PP-28).

## References

- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., & Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *31*(2), 101-110.
- Dill, S. (2002). Consumer perspectives. In E. Vayena, P. J. Rowe, & P. D. Griffin (Eds.), *Current practices and controversies in assisted reproduction: Report of a meeting on "medical, ethical and social aspects of assisted reproduction"* (pp. 255-271). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *14 Suppl*, 45-52.
- Downey, J., Yingling, S., McKinney, M., Husami, N., Jewelewicz, R., & Maidman, J. (1989). Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertility and Sterility*, *52*(3), 425-432.
- Fathalla, M. F. (2002). Current challenges in assisted reproduction. In E. Vayena, P. J. Rowe, & P. D. Griffin (Eds.), *Current practices and controversies in assisted reproduction: Report of a meeting on "medical, ethical and social aspects of assisted reproduction"* (pp. 3-12). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Link, P. W., & Darling, C. A. (1986). Couples undergoing treatment for infertility: Dimensions of life satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *12*(1), 46-59.
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Medicine*, *9*(12), e1001356.
- National Health Research Institutes. (2010). *Report of findings from the 2005 Taiwan*

*national health interview survey, No. 1.* Taipei, Taiwan: Author.

- Schieve, L. A., Wilcox, L. S., Zeitz, J., Jeng, G., Hoffman, D., Brzyski, R., ... Younger, B. (2002). Assessment of outcomes for assisted reproductive technology: Overview of issues and the US experience in establishing a surveillance system. In E. Vayena, P. J. Rowe, & P. D. Griffin (Eds.), *Current practices and controversies in assisted reproduction: Report of a meeting on "medical, ethical and social aspects of assisted reproduction"* (pp. 363-376). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Vayena, E., Rowe, P. J., & Griffin, P. D. (2002). *Current practices and controversies in assisted reproduction: Report of a meeting on "medical, ethical and social aspects of assisted reproduction."* Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., ... World Health Organization. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520-1524.
- Ziebe, S., & Devroey, P. (2008). Assisted reproductive technologies are an integrated part of national strategies addressing demographic and reproductive challenges. *Human Reproduction Update*, 14(6), 583-592.

# 不孕症婦女尋求全民健保醫療照護之 相關因素探討

陳麗光\* 施淑芳\*\* 林陳立\*\*\* 楊惟智\*\*\*\* 郭耿南\*\*\*\*\*

## 摘要

國內目前對於有多少婦女曾經因不孕症困擾而至全民健保體制內尋求諮詢或治療，以及對於該族群之相關特性並不是非常了解，因此，本研究目標為了解國內因不孕症困擾而求醫之婦女人數以及其社會人口學特性與相關疾病。本研究運用2005年全民健保承保抽樣歸人檔進行分析，篩選2005年1月1日年齡為20~49歲191,917位女性之資料，確認這些婦女是否在2005至2009年間就醫科別為婦產科，且門診處方、治療明細檔及住院醫療費用清單明細檔中其任一國際疾病分類號為628之就醫資料，再進行歸人分析。本研究估算曾因不孕症困擾求醫之婦女人數，並運用羅吉斯迴歸分析法分析與婦女尋求不孕症醫療之相關因素。

本研究結果顯示，臺灣從2005至2009年間，有133,000位婦女曾被下不孕症之診斷。與婦女不孕症診斷相關的前三項就診次數最高的婦女疾病為月經異常病患及其他生殖道之異常出血、卵巢功能障礙、子宮頸、陰道及女陰之炎症。較高社經地位之婦女比低社經地位之婦女更可能尋求不孕症之治療。

---

\* 國家衛生研究院群體健康科學研究所副研究員

\*\* 國立臺灣師範大學教育學院健康促進與衛生教育學系助理教授（通訊作者），E-mail: annsshih@ntnu.edu.tw

通訊地址：臺北市大安區和平東路一段162號，聯絡電話：02-77341698

\*\*\* 臺北市立聯合醫院和平婦幼院區醫務長兼部主任

\*\*\*\* 國家衛生研究院群體健康科學研究所研究助理

\*\*\*\*\* 臺北醫學大學實證醫學研究中心主任



雖然臺灣生育率很低，但仍有許多婦女曾因不孕症之困擾尋求醫療協助。與不孕症相關之疾病以月經、卵巢、子宮頸及陰道相關疾病居多，建議未來推動病人衛生教育或健康促進計畫時，可強化婦女對於不孕症相關疾病之了解，或強調健康行為影響生育健康之觀念。未來可更深入了解不孕症婦女後續生育之狀況。

**關鍵詞：**求醫、不孕症、全民健保制度、婦女

# 應用計劃行為理論探討醫院志工定期至護理之家從事志願服務之行為意向

林昱宏\* 劉懿慧\*\* 張宏哲\*\*\*

## 摘要

護理之家屬於長期照護服務機構的一種類型，若為醫院附設型態，實務上醫院志工較少主動選擇前往定期服務。本研究運用計劃行為理論，探討醫院志工定期至護理之家志願服務行為意向，採立意取樣方式，以臺灣選取6家有附設護理之家的醫院其志工為樣本，共發送600份問卷，有效問卷為447份，有效回收率為74.5%。採結構方程模式分析資料發現，醫院志工的態度（學習技巧、預知老年、學習服務、見到人生、聯想照護）、主觀規範（護家同仁、家人朋友、志工夥伴），以及知覺行為控制（服務技巧、獲成就感、處理情緒），皆正向顯著影響定期至護理之家志願服務的行為意向（容易度、願意度、可能性），此結果符合計劃行為理論架構。另外，此三項影響行為意向的因素中，以主觀規範的影響程度最高，顯示重要他人的意見對醫院志工的行為意向影響甚大，建議護理之家在招募志工除通報醫院社工室

---

\* 國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院社會工作組社會工作師兼組長

\*\* 國立陽明大學公共衛生研究所研究生

\*\*\* 國立臺北護理健康大學長期照護研究所副教授（通訊作者），E-mail: hongjer@ntunhs.edu.tw

通訊地址：臺北市萬華區內江街83-1號，聯絡電話：02-28227101#6132

投稿日期：104年6月21日；修改日期：104年6月25日；接受日期：104年6月30日

DOI: 10.3966/207010632015060043004

外，另也可直接向已在醫院服務的志工訴求協助，或是社工室在舉辦相關志工在職教育等活動時，派員向醫院志工說明服務內容，將更有助於增加志工的主觀信念，提升醫院志工到護理之家定期服務的行為意向。

**關鍵詞：**計劃行為理論、護理之家、醫院志工行為意向

## 壹、前言

我國人口老化早在1993年已到達7%，達到聯合國所定義的高齡化社會 (ageing society)，目前人口老化的速度並沒有減慢，正朝向14%的界限前進，將成為聯合國所定義的高齡社會 (aged society)。我國截至2014年總人口有2,343萬人，其中65歲以上的人口占12%（內政部統計處，2015）。根據行政院國家發展委員會（2014）所公布之我國2014年至2061年的人口推估，我國在今（2015）年工作年齡人口數將達最高峰之後就會持續下降，在2020年出現自然增加人數趨近於0，而老年人口數卻持續成長，預計將在2061年增加至41%，其中80歲以上人口占老年人口比例，也將由2014年的25.1%，大幅上升至43.2%；另在扶養比方面，每百位工作年齡人口所需負擔之總依賴人口，於2014年的35人，每年持續上升，至2061年將增加到99人。可見我國人口結構已明顯轉呈現高齡化結構，進一步從該報告中可知，2014年起因戰後嬰兒潮世代陸續成為65歲以上的人口，至2025年將為我國高齡人口成長最快速的階段，並預估2018年我國將成為高齡社會（14%），2025年將成為超高齡社會 (super-aged society) (20%)。從該報告的人口中推估結果顯示，65歲以上老年人口將從2018年的344,5萬人 (14.6%) 增加到2025年的472.5萬人 (20.1%)，而在65歲以上人口群中，85歲以上者所占的比例亦逐年攀升。

劉訓蓉、陳豔秋與林姿吟（2013）分析2010年人口及住宅普查資料發現，2010年常住人口中需長期照護需求者約47萬5千人，占常住人口的2.1%，其中65歲以上人口占31萬1千人為最多，相較2000年增幅達七成；65歲以上長期照護需求者以子女同住者 (49.8%) 最多，相較於2000年同期仍是以子女同住者 (59.1%) 為最多，但比例減少9.3%。長期照護需求者居住於一般家戶者占85.8%，顯示照顧長期照護需求者的工作仍仰賴家庭提供。然我國平均每戶人口數為3.1人，屬於典型核心家庭（行政院主計總處，2012），相對上一代臺灣社會的大家庭結構，家庭成員的照顧需求因大家庭成員較多、家庭功能也較健全，所以可透過家庭成員間的彼此支持而予以解決，然

而在目前家戶人口數減少的狀態下，家庭內的支持力就不復以往，因此需要仰賴外在資源予以協助，機構式的長期照護模式就是常見的一種選項。

惟長照機構實際執行業務人力常明顯不足，並衍生更多住民權益及照顧層面的問題。人力不足的情形凸顯志工人力的重要，志工人力雖不是正式人力的替代對象，但仍具有其重要的功能與角色，陳明珍（2006）指出長期照護機構需要志願服務工作者的協助，其原因在於，解決人力不足困境、增進機構服務品質、提供更人性化服務、充分結合社會資源、創新服務、提供機會及服務人群。但依研究者實務經驗及余紅柑（1995）的研究皆共同顯示出，志願工作者對於擔任老人福利機構志工服務的意願偏低，主要在於老人不似兒童、青少年般朝氣蓬勃，易獲得較大的回饋與滿足，且接受長期照護機構照護的老人，因其身體功能的喪失，在與志工互動上更會有所限制。護理之家屬於長期照護服務機構的一種類型，若為醫院附設型態，實務上醫院志工較少主動選擇前往定期服務。

因此，本研究欲運用計劃行為理論 (theory of planned behavior)，探討醫院志工定期至護理之家志願服務行為意向相關概念，並從結果中擬訂相關對策。

## 貳、文獻探討

### 一、醫院志願服務發展

近年來國人接受志願服務的理念，醫院是國人從事志願服務的重要場域之一，目前醫院志工隊幾乎已成為我國各家醫院必備的一種社會資源，《醫院新制評鑑指標》第1.4.5條更明定「醫院有志工之設置，並有明確之管理辦法及教育訓練」，並規範應有人員督導，且訂有志工管理辦法及相關教育訓練計畫（財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2015）。依據《志願服務法》第4條的規定，各縣市衛生局主管該地醫院志工，根據衛生福利部志願服務資訊網（2015）統計，2014年各縣市衛生局所轄的衛生保健志工共有918

隊，約有53,825人，總服務時數為47,465,064小時。

醫院志工在醫院中具有三大功能：（一）對病人及家屬：代表醫院與社會提供關懷與協助；（二）對醫院：拓展有意義的服務，增加對病患的溝通，激勵員工改善態度；（三）對社會：倡導志願服務的觀念，促進社會進步和諧（秦燕，1996）。因此，志工服務地點也遍及醫院內各角落，如掛號櫃臺、急診、放射科、檢驗科、洗腎室、藥局、供應室、病歷室、健康檢查中心、門診、佛堂、祈禱室、住出院中心、精神科職能治療室、燒燙傷加護病房等，隨著病患需求量的增加，醫院志工服務項目也有更多元化的發展，提供各式服務以協助病患及家屬，服務內容也不斷推陳出新，如協助測量血壓、兒科門診區講故事、戲劇表演、為病患美容或理髮、提供圖書借閱、輪椅輔具暫借使用、協助病患使用社區服務等（溫世合，2003）。

隨著國人對於長期照護服務需求的增加，醫院也逐漸重視長期照護服務的提供，紛紛附設護理之家，根據衛生福利部統計處（2014）統計，2013年全臺醫療院所附設型與獨立型的護理之家共有472家，共可服務33,101床。因此，依研究者的經驗，醫院若有附設護理之家，其志工服務組別中，大多會再增設護理之家服務組，服務內容主要是協助護理之家住民用餐、散步與陪伴、協助就醫、活動帶動等。

然而醫院志工的招募與訓練在臨床實務上，大多是志工透過相關宣傳管道初步了解醫院的狀況，再至醫院社會工作／服務室報名並進一步了解醫院志工的服務型態，負責志工業務的社會工作人員（或稱志工督導員，簡稱社工員）也會透過面談來了解志工的服務動機與期待。透過彼此詳細的溝通後，社工員即會安排新進志工接受職前訓練，讓新進志工可以在正式服務前，對需遵守的服務程序規章有所了解。後續進而安排適當服務組別的資深志工帶領，展開見習及實習服務，輔導期屆滿如表現合格，依據《志願服務法》之規定，接受過基礎教育及特殊教育兩階段訓練且領有合格證明者，將由社工員呈報院方，授予正式志工服務證。

根據許秀芸、陳育忠、高森永、朱益宏與沈淑珍（2005）的研究發現，醫院各組別的服務志工皆以服務臺組參與人數最多，這種情形與研究者的實

務經驗吻合，同時顯示志工在選擇各服務組別時，到護理之家服務是不受志工夥伴青睞的選擇。

## 二、計劃行為理論

計劃行為理論是常被運用來預測及了解人類特定行為意向關係的理論之一 (Ajzen, 2005)，常運用在健康、社會與學習行為上的領域 (Sheppard, Hartwick, & Warshaw, 1988)。根據Ajzen (1991) 所提，計劃行為理論是從理性行動理論 (theory of reasoned action) 演進而來，理性行動理論其架構認為個人的「態度」(attitudes toward behavior) 是「行為信念」(behavioral beliefs) 與「結果評價」(evaluations of behavioral outcome) 共同決定；「規範信念」(normative beliefs) 與「依從動機」(motivation) 共同決定個人的「主觀規範」(subjective norm)，但在計劃行為理論架構中則加入自覺控制 (perceived control) 的構念，並提出是由「控制信念」(control beliefs) 與「自覺能力」(perceived power) 這兩個概念所組成。整體理論架構模式則為個體的「態度」、「主觀規範」與「自覺控制」會影響「行為意向」(behavioral intention)，進而影響個體是否促成行為 (behavior)。

## 三、參與志願服務影響因素

計劃行為理論應用於志願服務領域相關研究仍有限，以下為志願服務行為意向的相關文獻回顧結果：

### (一) 人口學變項因素

郭瑞霞 (2002) 曾針對臺灣地區15歲以上之人口進行社會發展趨勢的調查研究中發現，性別、年齡、婚姻狀況、教育程度及年收入的多寡皆會影響對於志願服務類型的選擇。其中，以女性、婚姻狀況為喪偶、年收入高者較會選擇參與醫院的志願服務，此發現與Thompson (1993) 的研究結果相同，主要是因為婦女志工的喜好傾向是參與較多的照顧類型或人對人的工作。而Wilson與Musick (1997a, 1997b)、Hodgkinson與Weitzman (1996) 也都認為女

性價值觀較高，因此也有較強的「幫助他人」與「同理心」表現。Wilson與Musick (1997b) 也指出，高教育者會認為志願服務可以有助於擴展個人的知識與技能，因此會有較高的參與率。

## (二) 態度因素

在國內研究志工參與動機的文獻當中，發現多篇研究皆引用國外學者Schram (1985) 所整理的志願服務動機理論，包括利他主義 (altruism)、效用理論 (utility theory)、人力資本理論 (human capital theory)、交換理論 (exchange theory)、期望理論 (expectancy theory)、需求滿足理論 (need fulfillment) 及社會化理論 (socialization) (林嫦如，2004)。效用理論、人文資本理論、交換理論及期望理論是比較強調於所付出和得到結果之間的關係，認為動機的產生是因為衡量所得結果較有利於付出，就會引發行動的產生，不像利他主義所強調的完全是利他助人的觀點，不過，人的行為是屬於複雜的，若依Ajzen (2005) 對於態度的定義，對於上述理論我們可以簡單歸納出志工參與動機具有「自利性」、「利他性」及「利社會性」三大特性。

## (三) 主觀規範因素

在社會工作領域中，非常重視「人在情境中」(person in situation) 的概念，其所強調的是每個人都會受到環境因素的影響，而人所生活的環境就是一個系統，系統內的成員透過彼此的互動、相互的影響，尤其是「重要他人或團體」這個重要因素，更是影響重大。陸金竹 (2003) 的研究發現，有一半的安寧療護志工會跨組參與其他組別，通常是本院員工或志工的口碑相傳介紹來影響。但也有部分的研究發現個人會參與志願服務，是受到朋友、親人、師長的影響 (洪敏貴，2015；黃永明，1998)。由此可見，這些重要他人會影響志工選擇參與的行為。

## (四) 知覺行為控制因素

呂朝賢與鄭清霞 (2005) 指出會影響自我能力的三大要素包括：1.時間



因素：因仍有照護責任、工作時間彈性等理由，無法撥出足夠時間參與志願服務。有研究發現志願服務參與，亦會受到家庭其他成員及其在家庭角色責任的影響，當家庭責任愈大，意味著可投入志願服務的時間愈有限，而投入志願服務的可能性就愈低 (Gallagher, 1994; Hayghe, 1991)。Caro與Scott (1997)的研究發現，就業與家庭責任是阻礙老人志願服務參與的原因。2. 健康因素：雖然有時間，但因為身體狀況不佳，而無法參與志願服務。研究發現愈健康者愈傾向投身於志願服務 (Bowen, Andersen, & Urban, 2000; Caro & Scott, 1997; Choi, 2003)，對於勞力密集類的志願服務工作而言，身體健康的程度將影響個人選擇到該服務內容的可能性。3. 技術能力門檻：因為某些志願服務內容須具備某些工作能力。

另一方面，郭芳汝 (1997) 的研究也發現服務機構的交通便利性、服務內容的熟悉性及符合興趣與專長、服務機構的管理規定，以及服務單位的形象，會影響個人選擇參與志願服務。葉旭榮 (1997) 的研究同樣發現參與行為意向便利性 (有無面臨阻礙) 和自我能力 (個人有無資源、機會和能力) 會影響參與行為。

從以上文獻回顧可以發現，過往志工領域研究成果能具觀測計劃行為理論架構中的各項潛在變項，因此計劃行為理論在志工情境上有其可運用性，故本研究採計劃行為理論探討醫院志工定期至護理之家服務的行為意向，期以驗證計劃行為理論運用在醫院志工至護理之家服務行為意向的整體模式適配情形。

## 參、研究設計

### 一、研究工具與抽樣方法

本研究依據Ajzen與Fishbein (1980) 所提之概念建構及量表設計與發展的指導原則，來設計開放式引導問卷，共有六個問題，於2006年11月以立意取樣的方式，由研究者透過親自訪談目前正在醫院中從事志願服務工作者的方

式來蒐集資料，研究者訪談到第10位醫院志工時，所需要的資料觀點已達飽和，因此再按照所有受訪者之意見，依出現的頻率高低排序，以篩選出態度信念、規範信念、知覺行為控制信念等重要信念，即顯著信念 (salient beliefs)。考量到受訪者對開放式引導問卷的問題皆有其個別性及共同性的重要信念，且每一個問題也都有許多不同的信念項目，因此，本研究依照Ajzen與Fishbein (1980) 的建議，針對受訪者回答問題內容，分別進行反應次數累加百分比之大小來作為取捨重要信念的依據，故本研究以反應次數累加百分比為80%作為擷取重要信念的標準，據以成為結構式問卷的初稿。

2007年2月，為避免各題項有語意不清的情況產生，分別邀請五位臨床或學者專家針對問卷提出意見，以確認量表內容的適用性、正確性與完整性。2007年10月，完成問卷初步修訂後，針對31位非樣本範圍及曾參與開放式問卷填答之醫院志工進行結構式問卷預試，以測試問卷內容的清晰性、理解性及易答性，預試結果包括：行為信念構面的Cronbach's  $\alpha$ 值為 .8989、結果評價構面的Cronbach's  $\alpha$ 值為 .9392、規範信念構面的Cronbach's  $\alpha$ 值為 .9458、依從動機構面的Cronbach's  $\alpha$ 值為 .9688、控制信念構面的Cronbach's  $\alpha$ 值為 .7990、便利性知覺構面的Cronbach's  $\alpha$ 值為 .8746，以及行為意向構面的Cronbach's  $\alpha$ 值為 .7。

本研究採立意取樣，分別在全國北、中、南區各取1~3家附設有護理之家的醫院，邀請並發送問卷工作，期間為2007年11月23日起至11月30日止，共發送600份問卷，回收511份，回收率85.17%；然經由整理和審核後，其中有64份是部分題項未填答完整者，因此視為無效問卷，所以實際有效問卷為447份，有效回收率為74.5%。

## 二、統計模型之變項內容

本研究主要利用Ajzen (1991) 所提出的計劃行為理論，來探討醫院志工定期至護理之家服務的行為意向，了解理論與研究樣本的適配程度，因此依據文獻探討，提出本研究之架構，而變項內容分述如下：

### (一) 測量對定期至護理之家服務的態度

本研究以行為信念及結果評價代表態度，因此問卷設計分別依行為信念與結果評價兩個類別，共有14個問題來評估醫院志工對於定期至護理之家志願服務的態度，共分為7個範疇：學習照護技巧、預知老年狀態、學習不同服務類型、感傷情緒濃厚、見到人生最後的狀況、預見老時家人將無法照護、遭受傳染。計分以「非常不可能」、「不可能」、「不確定」、「有可能」、「非常有可能」；「非常沒影響」、「沒影響」、「不確定」、「有影響」、「非常有影響」。反向題翻轉後，各題以1~5分計分，分數愈高，表示可能或影響的程度愈高。

### (二) 測量對定期至護理之家服務的主觀規範

本研究以規範信念及依從動機視為主觀規範，因此問卷設計分成規範信念與依從動機兩個類別，共有10個問題來評估醫院志工對於定期至護理之家志願服務的主觀規範，共分為5個範疇：社工人員、其他志工夥伴、兒女、宗教團體、護理之家的工作人員，來了解志工會受到哪些重要他人之影響，使其對於定期到護理之家志願服務的行為感受到約束與規範。計分以「非常不贊成」、「不贊成」、「不確定」、「贊成」、「非常贊成」；「非常不願意」、「不願意」、「不確定」、「願意」、「非常願意」。各題以1~5分計分，分數愈高，表示贊成或願意的程度愈高。

### (三) 測量對定期至護理之家服務的知覺行為控制

本研究將控制信念及便利性知覺視為知覺行為控制，因此問卷設計分成控制信念與便利性知覺兩個類別，共有10個問題來評估醫院志工對於定期至護理之家志願服務的主觀規範，共分為5個範疇：照顧技巧、服務住民的成就感、服務時間彈性、擔心意外，以及處理住民情緒。計分以「非常不可能」、「不可能」、「不確定」、「可能」、「非常可能」；「非常沒影響」、「沒影響」、「不確定」、「有影響」、「非常有影響」。各題以1~

5分計分，分數愈高，表示可能或影響的阻礙程度愈高。

#### （四）測量對定期至護理之家服務的行為意向

此部分的問卷分成難易性、願意性及可能性等三個題項，各有一題代表，並以1~10分來讓受試者自填自我主觀感受，各題項分數愈高，表示意向愈高。

### 三、統計分析方法

本研究以SPSS 21.0軟體進行統計分析。另採邱皓政（2003）的建議，運用積差相關方法，來檢視問卷結果中構成態度的行為信念及結果評價，構成主觀規範的規範信念與依從動機，以及構成知覺行為控制的控制信念和便利性知覺，於實際問卷中代表潛在變項中的其他個別兩類的觀察變項間相關程度，採相關程度達.7，顯示高度相關，代表著變項間的概念相近，具有重疊效應，因此兩變項僅取其一為本研究實際的觀察變項。因此，根據分析後發現，結果為學習技巧、預知老年、學習服務、見到人生，以及聯想照護五個觀察變項，來反映「態度」這個潛在變項；護家同仁、家人朋友及志工夥伴三個重要他人來代表觀察變項，反映「主觀規範」這個潛在變項；服務技巧、獲成就感及處理情緒三個觀察變項，來反映「知覺行為控制」這個潛在變項。再利用結構方程模式，了解模式的整體適配程度與顯著情形。

## 肆、結果

### 一、研究對象背景資料

本研究所調查之志工，在性別分布中以女性為主（占80.8%），年齡大多在51~60歲（占39.6%），信奉佛教為多（占42.7%），教育程度則多以高中（職）以上（占67.6%），且大多已婚（占75.6%），有47.9%的志工曾在家照顧過身障者或老人，並在醫院服務已有5年以上（占45.4%），在醫院服務的

組別以服務臺為大宗（占43.4%），以及所服務的醫院大多設有護理之家（占89.3%），有53.7%之志工曾到護理之家參觀或服務過，更詳細分布如表1。

表1  
受訪志工基本資料 (N = 447)

變項	人數	百分比	平均數	標準差
性別				
男	86	19.2		
女	361	80.8		
年齡（歲）			54.12	10.75
40歲以下	45	10.0		
41~50	104	23.3		
51~60	177	39.6		
61~70	96	21.5		
71歲以上	25	5.6		
信仰				
一般民間信仰	135	30.2		
佛教	191	42.7		
其他	121	27.1		
教育程度				
國小（含）以下	50	11.2		
國中	95	21.3		
高中（職）	156	34.9		
大專以上	146	32.7		
婚姻狀態				
未婚	47	10.5		
已婚	338	75.6		
其他	62	13.9		
是否在家照顧過身障者或老人				
是	214	47.9		
否	233	52.1		

表1 (續)

變項	人數	百分比	平均數	標準差
在醫院服務年資(月)			72.15	82.42
未滿1年	59	13.2		
1~5年	185	41.3		
5年以上	203	45.4		
服務組別				
服務臺組	194	43.4		
病房探視組	24	5.4		
急診服務組	37	8.3		
圖書借閱組	5	1.1		
病歷室組	23	5.1		
門診服務組	60	13.4		
藥劑科服務組	19	4.3		
檢驗科服務組	9	2		
社區服務組	11	2.5		
護理之家服務組	14	3.1		
行政組	8	1.8		
其他	43	9.6		
醫院是否有附設護理之家				
是	399	89.3		
否	48	10.7		
曾到護理之家參觀或服務過				
是	240	53.7		
否	207	46.3		
醫院地點				
北部	263	58.8		
中部	14	3.1		
南部	170	38		

## 二、研究對象行為意向模式之結構方程式分析

本研究目的為透過運用計劃行為理論，探討醫院志工定期至護理之家志願服務行為意向相關概念，因此使用結構方程式分析，了解整體模式適配程度與構面間的關係。惟在衡量模式適配度之前，必須先檢查「違犯估計」(offending estimates) 的問題，來檢驗估計係數是否超出可接受的範圍。依黃芳銘(2006)指出，一般常發生的違犯估計有以下三種情形：(一)有負的誤差變異數存在；(二)標準化迴歸係數超過或太接近1 ( $> .95$ )；(三)有太大的標準誤。在本研究中，沒有任何負的誤差變異數存在，標準化參數的絕對值皆未大於.95，觀察變項的標準誤範圍介於.016~.373，未顯示出有太大的變異誤，因此根據上述結果顯示，模式所估計出來的解釋都是恰當的，因此可以進入整體模式的衡量。

本研究採Jöreskog與Sörbom(1986)的建議以卡方考驗值與其自由度比值(Normed Chi-Square Index, NCI)、模式配適度指標(Goodness of Fix Index, GFI)、調整後適配度指標(Adjusted Goodness of Fit Index, AGFI)、非基準適配度指標(Non-normed Fit Index, NNFI)、比較適配度指標(Comparative Fit Index, CFI)、殘差均方根(Root Mean Square Residual, RMR)及漸近誤差均方根(Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA)七項指標來測量本研究模式的整體適配度。

本研究結果 $\chi^2 = 176.9$ ,  $p < .001$ ，顯示觀察資料與本研究模式間具有差異性，但卡方分配會受到自由度與樣本數的影響，所以一般結構方程模式使用者皆會捨卡方而就其他適配度指標(邱皓政, 2003)，因此本研究並不採納卡方為模式適配度的指標。而其他七項指標：NCI表示在估算模式時，每使用掉一個自由度所增加的卡方值，因此這個比值應該愈小愈好，一般研究建議以不大於3為標準，而本研究模式的NCI為2.391，顯示模式的適配度良好。GFI指標係計算理論模式與觀察資料共變矩陣間之變異與共變量，在模式適配時其值應大於.8，而本研究模式的GFI為.945，顯示模式的適配度良好。如果將GFI指標以模式自由度及其相對的變數個數比值加以調整，即可得更

為穩定的AGFI指標，其值至少須大於 .8，而本研究模式的AGFI為 .923，確定模式的適配度良好。NNFI是在考量樣本大小的情況下，對 $\chi^2$ 做轉換所推導出的指標，其適配值須大於 .9，而本研究模式的NNFI為 .951，顯示模式的適配度良好。CFI係將基準適配度指標 (Normed Fit Index, NFI) 加以修改，具備更穩定的特性，適配值須大於 .9，而本研究模式的CFI為 .971，表示模式的適配度良好。RMR係計算觀察值與估算值間的差異，RMR愈小表示理論模式與觀察資料的適配度愈好，RMR是基於未標準化殘差值所計算得出，其數值沒有標準化的特性，因此數值最好小於 .08，而本研究模式的RMR為 .08，剛好達到建議值，仍可視為研究模式是可適配的。RMSEA指計算觀察值與估算值間之差異，值須小於 .08，本研究模式的RMSEA為 .056，表示模式的適配度良好。經由七項適配度的衡量，本研究資料與理論架構之間的適配度均在可接受範圍內，顯示本研究建構的衡量模式與觀察資料有良好的整體適配度。

由圖1的主要結構關係可看出態度、主觀規範及知覺行為控制皆顯著影響行為意向，此結果符合計劃行為理論架構。另外，由標準化參數估計值可知，態度與行為意向呈現顯著的正向關係，其參數估計值為 .10，表示受訪者對到護理之家定期排班服務的態度愈正向，從事服務的意向也會愈高；主觀規範與行為意向間亦呈現顯著的正向關係，其參數估計值為 .32，表示受訪者的重要他人或團體愈支持受訪者，以及受訪者愈願意遵從重要他人或團體的意見到護理之家從事定期排班服務，受訪者從事服務的意向也會愈高；此外，知覺行為控制與行為意向間亦呈現顯著的正向關係，其參數估計值為 .31，表示愈少有阻礙因素及能力，會讓受訪者愈有可能到護理之家定期排班服務的意向。此三項影響行為意向的因素中，以主觀規範的影響程度最高，顯示重要他人或團體的意見對醫院志工的行為意向影響甚大。

另從圖1可見，各項衡量態度指標的信念中，以「見到人生」影響態度的程度最高，其參數估計值為 .81，而以「聯想照護」影響態度的程度相較為低，其參數估計值為 .64；衡量主觀規範的指標中，以「護家同仁」的影響程度最佳，其參數估計值為 .84，而「志工夥伴」的影響程度相較為差，其參數



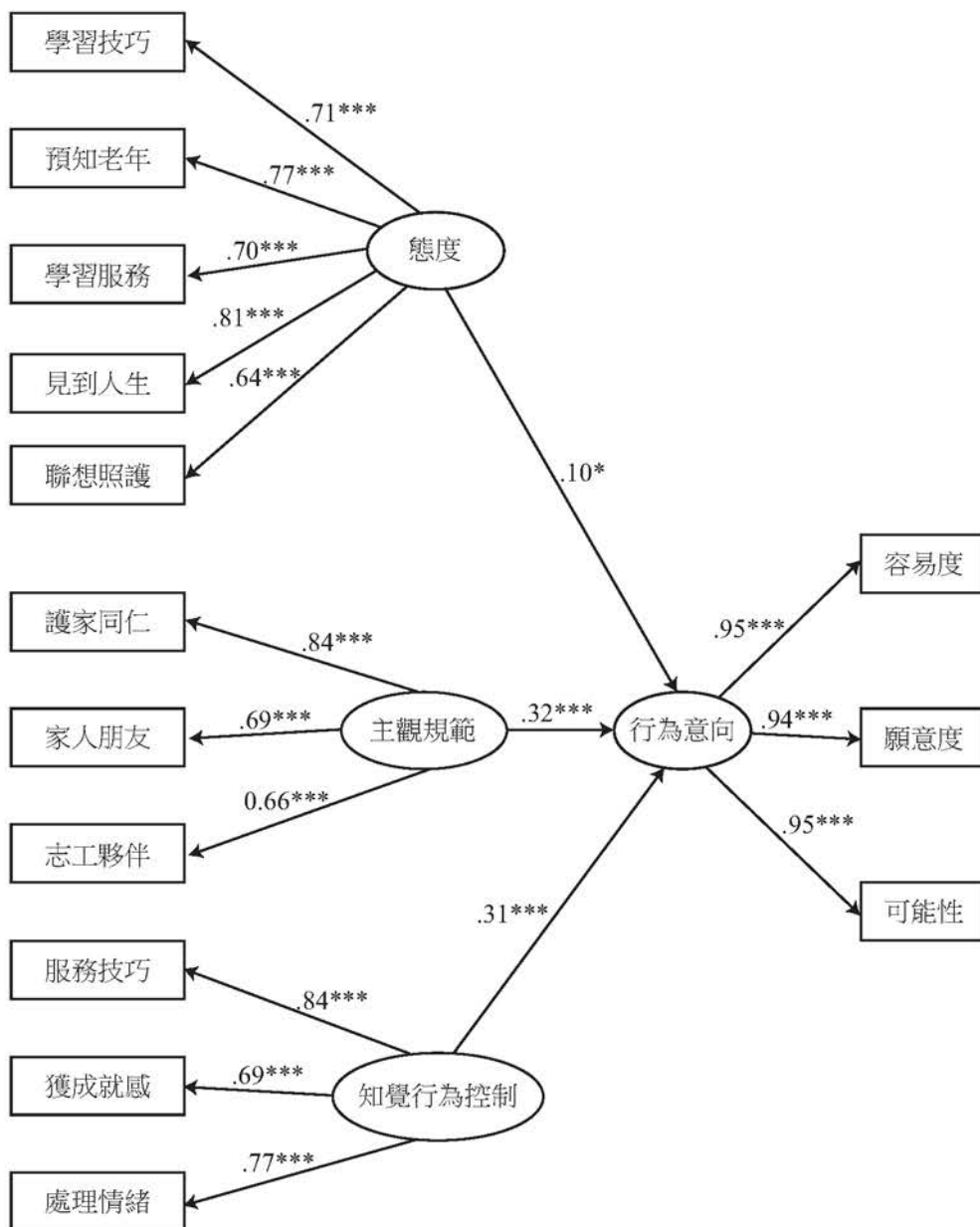


圖1 估計結果

\* $p < .05$ . \*\*\* $p < .001$ .

估計值為 .66；衡量知覺行為控制的指標中，以「服務技巧」的影響程度最大，其參數估計值為 .84，而「獲成就感」的影響程度較小，其參數估計值為 .69。

綜合上述各項整體模式適配檢定與參數估計，本研究的結果包括：（一）本研究模式以整體而言，未發生違犯估計，且模式適配度的各項指標顯示，本研究模式有良好的接受度。（二）本研究聚焦於驗證計劃行為理論的模式，但探討主軸為三個構面與行為意向之間的關係，而本研究結果各項參數估計值均達正向顯著水準 ( $p < .05$ )，顯示出態度、主觀信念與知覺行為控制確實能影響個體行為意向，符合計劃行為理論架構。

## 伍、討論、結論與建議

### 一、討論

雖然從整體模式參數估計值中可發現，態度相較於主觀規範與知覺行為控制對於行為意向的影響，並非那麼顯著重要（參數估計值 .10， $p < .05$ ）但統計分析仍為正向顯著，而本研究的受試對象平均年齡為54.12歲 ( $SD = 10.75$ )，從研究結果發現對於定期到護理之家服務的態度，以「學習技巧」、「預知老年」、「學習服務」、「見到人生」及「聯想照護」五項為構成的主要因素，也皆達正向顯著水準 ( $p < .001$ )。其中，「預知老年」與「見到人生」的參數估計值高於其他因素。李雅慧與盧婧宜（2014）的研究亦發現，中高齡者對於未來最擔憂的事情是「健康問題」，且會將擔憂轉換成行動，去學習尋找相關資訊、累積資源以因應未來需要。因此，醫院的中高齡志工會到有護理之家定期服務的行為意向，是有興趣了解自我未來的健康照護議題。

其次，楊惠淳（2011）的研究發現醫護人員對醫院志工所提供的服務是肯定且需要的，但因志工會集中在一些特定組別，導致部分服務單位較能獲得志工的協助。本研究結果亦發現，受試對象集中在服務臺組 (43.4%) 與門

診服務組 (13.4%)，其他組別的人數皆未達一成，確實有過度集中的狀況。然而，本研究也發現「護家同仁」、「家人朋友」及「志工夥伴」會構成主觀信念的因素，且皆達正向顯著水準 ( $p < .001$ )，而護理之家的工作人員相較於其他重要他人，更能影響志工的行為意向。

再者，「服務技巧」、「獲成就感」及「處理情緒」為構成知覺行為控制的因素，並且也皆達正向顯著水準 ( $p < .001$ )，其中以「服務技巧」最影響志工的行為意向。劉鈺珊 (2014) 的研究也發現，醫院志工工作自我效能對組織公民行為有正向的影響，且自我成長的參與動機對工作自我效能的影響最為強烈。因此，顯示志工認為到護理之家服務是需要有一定程度的服務技巧與能力 (呂朝賢、鄭清霞，2005)。

## 二、結論

本研究結果發現，計劃行為理論是可以有效地應用於醫院志工定期至護理之家從事志願服務行為意向面上，並從結構關係模型可以得到結果，醫院志工對於定期到護理之家從事志願服務的態度確實可由計劃行為理論的觀念來衡量，因此，也代表著醫院志工對於定期到護理之家從事志願服務的態度與其意向間有正向顯著的關係存在，表示醫院志工對於到護理之家定期從事志願服務的態度愈有正面的想法，則行為意向就會愈高，更可表示醫院志工對於各項衡量態度指標的信念，愈確信自己可能碰到信念發生的情況，與愈同意信念對自己的影響性，則對於態度便會愈正向，亦即更會具有行為的意向。因此，態度的衡量指標是確認行為意向的重要指標之一，所以如何運用志工管理的策略與方法來使醫院志工對於到護理之家定期從事志願服務，形成正面的態度則是重要的關鍵。

醫院志工的重要他人或團體對於醫院志工定期到護理之家從事志願服務的建議，以及醫院志工願意遵從與否的看法，依計劃行為理論，可作為醫院志工對於定期到護理之家從事志願服務的主觀規範指標。另由結構分析可以得知，醫院志工對於定期到護理之家從事志願服務的主觀規範與其行為意向間有正向性的顯著關係，表示主觀規範愈強，則行為的意向就會愈高，且從

研究結果可以發現，主觀規範的關係強度比態度及知覺行為控制的路徑強，亦即表示醫院志工的重要他人或團體是對於醫院志工定期到護理之家從事志願服務的行為意向，為最主要的影響關鍵因素。此外，研究結果也顯示，醫院志工確實可以受到重要他人或團體的影響，而其重要他人或團體對定期到護理之家從事志願服務愈能贊同，醫院志工的行為意向愈高。因此，主觀規範的衡量指標是確認行為意向的重要指標之一，了解何者是醫院志工的重要他人或團體，將是促進醫院志工對於到護理之家定期從事志願服務的重要關鍵。

根據Ajzen (1991) 的計劃行為理論觀念可有效衡量個體的知覺行為控制，而從本研究結果也可驗證醫院志工的知覺行為控制愈高者，則其定期到護理之家從事志願服務的行為意向就會愈強，也就是說兩者有正向的顯著關係存在。換言之，醫院志工的知覺行為控制能力、機會與資源愈多時，則醫院志工定期到護理之家志願服務的行為意向就會愈強。因此，知覺行為控制的衡量指標也是確認行為意向的重要指標之一，降低阻礙醫院志工的情況與影響意願，同時為促進醫院志工對於到護理之家定期從事志願服務的重要關鍵。

### 三、建議

為了強化志工到護理之家定期志願服務的動機，可以利用志工在職教育訓練或志工聚會時，邀請護理之家的工作同仁到場，向志工們說明志願服務的內涵，或是在安排志工職前訓練或在職教育課程時，可以考量加強安排服務重度失能長者的相關課程，亦可針對醫院中高齡志工列為優先媒合到護理之家定期服務的對象。

另外，本研究建議在未來相關研究中，可著重於樣本採取隨機抽樣，與研究樣本在於行為意向後追蹤實際行為發生的狀態，以及分析三個構面間的關係和知覺行為控制對於行為的影響，以確實驗證計劃行為理論的整體模式。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 內政部統計處（2015）。104年第3週內政統計通報（103年底人口結構分析）。  
取自[http://www.moi.gov.tw/stat/news\\_content.aspx?sn=9148&page=1](http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=9148&page=1)
- 行政院主計總處（2012）。99年人口及住宅普查總報告統計結果提要分析。臺北市：作者。
- 行政院國家發展委員會（2014）。中華民國人口推計（103至150年）報告。取自  
<http://www.ndc.gov.tw/m1.aspx?sNo=0000455#.VJ4JUAA>
- 余紅柑（1995）。如何結合志願服務推廣老人養護工作——以臺灣省立彰化老人養護中心為例。社會福利雙月刊，120，44-48。
- 呂朝賢、鄭清霞（2005）。中老年人參與志願服務的影響因素分析。臺大社工學刊，12，1-50。
- 李雅慧、盧婧宜（2014）。以學習觀點探究中高齡者之未來準備。福祉科技與服務管理學刊，2（1），17-26。
- 林嫦如（2004）。非營利組織志工激勵因素與工作滿意度之研究——以中部某醫學中心醫院志工為例（未出版之碩士論文）。逢甲大學，臺中市。
- 邱皓政（2003）。結構方程模——LISREL的理論、技術與應用。臺北市：雙葉書廊。
- 洪敏貴（2015）。大學生參與國際志願服務助人行為及動機調節歷程之研究（未出版之碩士理論）。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 秦燕（1996）。醫務社會工作。臺北市：巨流。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（2015）。2015年醫院評鑑基準及評量項目——急性一般病床100床以上。取自<http://www.jct.org.tw/FrontStage/page.aspx?ID=FE5F1FDE-2839-4702-BA2A-A9DE1D3672FB&PID=637D42A4-9D35-407A-B01E-2EB3CAE2F0D7>
- 許秀芸、陳育忠、高森永、朱益宏、沈淑珍（2005）。醫院志工服務動機與工作

- 滿意度研究。醫院，38（1），13-30。
- 郭芳汝（1997）。志工選擇服務醫院之關鍵因素及其決策行為之探討（未出版之碩士論文）。國立東華大學，花蓮縣。
- 郭瑞霞（2002）。臺灣地區不同類型志願服務之狀況及其差異之探討（未出版之碩士論文）。南華大學，嘉義縣。
- 陳明珍（2006）。護理之家作業規範第二版。臺北市：臺灣長期照護專業協會。
- 陸金竹（2003）。安寧療護志願服務人員服務動機及其服務現況之探討（未出版之碩士論文）。南華大學，嘉義縣。
- 黃永明（1998）。大學生參與少年福利志願服務機構之選擇與工作滿足之研究——以臺中縣、市為例（未出版之碩士論文）。國立暨南國際大學，南投縣。
- 黃芳銘（2006）。結構方程模式：理論與應用。臺北市：五南。
- 楊惠淳（2011）。醫院志工服務是否符合醫護人員之需求？以T地區醫院為例（未出版之碩士論文）。國立雲林科技大學，雲林縣。
- 溫世合（2003）。醫院志工管理者對組織氣候的知覺與工作投入之研究（未出版之碩士論文）。東海大學，臺中市。
- 葉旭榮（1997）。志工參與行為意向模式的建構及其在志工人力資源招募的應用——以老人福利機構志工招募為例（未出版之碩士論文）。國立中山大學，高雄市。
- 劉訓蓉、陳豔秋、林姿吟（2013）。常住人口長期照護需求與資源配置之研析。主計月刊，691，6-13。
- 劉鈺珊（2014）。醫院志工工作特性、參與狀態、工作自我效能與組織公民行為（未出版之碩士論文）。國立宜蘭大學，宜蘭縣。
- 衛生福利部志願服務資訊網（2015）。103年推動志願服務業務成果統計表。取自[http://vol.mohw.gov.tw/vol/home.jsp?mserno=200805210006&serno=200805210008&menudata=VolMenu&contlink=ap/date\\_view.jsp&dataserno=20150515001&logintype=null](http://vol.mohw.gov.tw/vol/home.jsp?mserno=200805210006&serno=200805210008&menudata=VolMenu&contlink=ap/date_view.jsp&dataserno=20150515001&logintype=null)
- 衛生福利部統計處（2014）。102年護理機構服務量統計。取自<http://www.mohw.gov.tw>

gov.tw/CHT/DOS/DisplayStatisticFile.aspx?d=45961

## 二、英文部分

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior* (2nd ed.). Milton-Keynes, England: Open University Press/McGraw-Hill.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bowen, D. J., Andersen, M. R., & Urban, N. (2000). Volunteerism in a community-based sample of women aged 50 to 80 years. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(9), 1829-1842.
- Caro, F. G., & Scott, A. B. (1997). Receptivity to volunteering in the immediate postretirement period. *The Journal of Applied Gerontology*, 16(4), 427-441.
- Choi, L. H. (2003). Factors affecting volunteerism among older adults. *The Journal of Applied Gerontology*, 22(2), 179-196.
- Gallagher, S. (1994). Doing their share: Comparing patterns of help given by older and younger adults. *Journal of Marriage and the Family*, 56(8), 567-578.
- Hayghe, H. V. (1991). Volunteers in the U.S.: Who donates the time? *Monthly Labor Review*, February, 17-23.
- Hodgkinson, V., & Weitzman, M. (1996). *Giving and Volunteering in the United States*. Washington, DC: Independent Sector.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1986). *LISREL VI: Analysis of linear structural relationships by maximum likelihood and least square methods*. Mooresville, IN: Scientific Software.
- Schram, V. R. (1985). Motivating volunteers to participate. In L. F. Moore (Ed.), *Motivating volunteers* (pp. 13-29). Vancouver, Canada: Vancouver Bvolunteer Centre.

- Sheppard, B. H., Hartwick, J., & Warshaw, P. R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343.
- Thompson, A. (1993). Rural emergency volunteers and their communities: A demographic comparison. *Journal of Community Health*, 18, 379-393.
- Wilson, J., & Musick, M. (1997a). Work and volunteering: The long arm of the job. *Social Forces*, 76, 251-272.
- Wilson, J., & Musick, M. (1997b). Who cares? Toward an integrated theory of volunteer work. *American Sociological Review*, 62(5), 694-713.



# The Intention of Hospital Volunteers to Serve in Nursing Homes: An Application of the Planned Behavior Theory

Yu-Hung Lin\* Yi-Hui Liu\*\* Hong-Jer Chang\*\*\*

## Abstract

Nursing homes are one type of long-term care organizations. Volunteers may be unwilling to serve regularly in nursing homes affiliated with hospitals. In this study, we used the planned behavior theory to investigate the intention of hospital volunteers to regularly serve in nursing homes. We performed a purposive sampling of volunteers in the nursing homes affiliated with six hospitals in Taiwan. The total number of questionnaires delivered was 600, and 447 valid questionnaires with an effective response rate of 74.5%. According to the results from a structured equation model, the hospital volunteer's attitude (e.g., learning techniques, foreknowledge, learning services, and perceptions regarding life and care), subjective norm (e.g., number of nursing homes, family and friends, and other volunteers), and the perceived behavioral control (e.g., skill shortage, sense of accomplishment, and treatment mood), all revealed a positive intention (e.g., easiness, willingness, and possibility). The results conformed to the theoretical framework of planned behavior theory. Moreover, among the three dimensions influencing behavior

---

\* Social Walker and Group Leader, Department of Social Work, Taiwan University Hospital Bei-Hu Branch

\*\* Graduate Student, Institute of Public Health, National Yangming University

\*\*\* Associate Professor, Graduate Institute of Long-Term Care, National Taipei College of Nursing, Taipei, Taiwan (Corresponding author), E-mail: hongjer@ntunhs.edu.tw

intention, the subjective norm played the most important role thereby indicating the importance of significant others. Our study suggested that nursing homes would be able to recruit volunteers, not only through the office of social workers, but also by asking for help from the hospital's volunteers. Furthermore, nursing homes could hold orientation seminars to describe the contents of their services to the volunteers when they participated in the on-the-job training programs held by the office of the social workers. Such activities may enhance the beliefs of the volunteers, and by doing so, increase their behavior intentions to provide regular services in the nursing homes.

**Key words:** theory of planned behavior, nursing home, intention of hospital volunteers



## 《健康促進與衛生教育學報》 103年度 作者索引

作者	篇名	期數／頁碼
鄭勝元、張鳳琴、 李景美	國中學生之電子健康素養及其相關因素研究	41/1-24
葉翔婷、陳政友	基隆市民眾對家屬器官捐贈意願及其相關因素研 究	41/25-46
吳和堂、吳卿鈞	學校護理人員的健康概念、工作滿意度與幸福感 之關聯性研究	41/47-81
劉惠嬋、胡益進	國中教師內外控信念、社會支持及工作壓力與幸 福感相關因素之研究：以新北市某國中為例	41/83-111
黃耀宗、林卉均、 廖淑惠	行動計畫與因應計畫對運動與飲食行為階段及身 體組成改變之縱貫性研究	42/1-27
梁秉義、陳政友	花蓮縣多元就業開發方案勞工失業經驗、族群與 健康生活型態相關研究	42/29-60
施淑芳、江東亮	臺灣新生兒後期死亡率區域健康不平等：時間趨 勢及死因組成分析	42/61-78
吳和堂、李虹儀	國小學生生命態度、自我概念與幸福感之相關研 究：中介效果之分析	42/79-110



## 《健康促進與衛生教育學報》稿約

101年12月修訂

- 一、本學報旨在提升健康促進與衛生教育領域之研究，促使學術間交流。採每半年出版一期，於六月、十二月出刊。凡和健康促進與衛生教育相關之學術論文，且未曾投稿於其他雜誌者，均歡迎投稿，惟凡翻譯、一般文獻評述、實務報導等，恕不接受。本學報不接受紙本與電子郵件（e-mail）投稿，請利用線上投稿系統：<http://jrs.edubook.com.tw/JHPHE/index.zul>。
- 二、投遞本學報之論文經編審委員會送請專家學者審查通過後予以刊登，文責由作者自負，來稿以未經任何刊物發表者為限。凡經本刊編輯委員會審查通過予以刊登之著作，其著作財產權即讓與本刊，但作者仍保有著作人格權，並保有本著作未來自行集結出版、教學等個人非營利使用之權利，版權屬於本刊，除商得本刊編輯委員會同意外，不得轉載。
- 三、來稿以中英文撰寫均可，每篇含中英文摘要、圖表與參考文獻，中文稿件全文請以不超過一萬五千字為原則；英文以不超過八千字為原則。
- 四、來稿格式請依以下格式書寫
  - （一）格式請依據APA第六版，以利審查。
  - （二）標題頁：須包括：
    1. 論文題目。
    2. 作者姓名：作者姓名中英並列，作者為一名以上時，請在作者姓名處前加註(1)(2)(3)等符號，以便識別。
    3. 中英文之任職機構、單位及職稱：請分就每位作者寫明所屬系所或單位及職稱之正式名稱。
    4. 通訊作者：請註明通訊作者，並附上其聯絡地址、電話、傳真號碼及E-mail。

5.中文短題 (running head)：以不超過十五個字為原則。

(三) 摘要：

包括題目、中英文摘要及關鍵詞，論文中文摘要五百字為限、英文摘要三百字以內，並列明至多五個關鍵詞 (key words)，中文依筆劃順序排列、英文依字母順序排列。

(四) 內文：

按前言、材料與方法、結果、討論（結論與建議）之次序撰寫，文獻引用請參閱本學報撰寫體例與APA第六版。

(五) 致謝：

力求簡潔，針對給予支援之單位及人員致謝外，若有經費資助者，請註明機關名稱及計畫編號。

## 五、稿件交寄

(一) 本學報於2013年1月起採線上投稿，請登錄「<http://jrs.edubook.com.tw/JHPHE/index.zul/>」線上投稿暨審稿系統，註冊新帳號並填妥基本資料。新增並依頁面填妥投稿所需相關資料，上傳稿件檔案。若為與他人合撰之論文，需指定資深作者或是指導教授一人為通訊作者 (corresponding author)。

(二) 投稿過程如有任何疑問，本刊物編輯委員會聯絡方式：

電話: (02)7734-1703、7734-1719

電子信箱：journalofhphe@gmail.com

郵件地址：10610台北市和平東路一段162號

收件人：國立台灣師範大學健康促進與衛生教育系  
健康促進與衛生教育學報編輯委員會

## 六、審稿、校對與稿酬：

(一) 稿件由同儕匿名審委審查通過後，由主編決議是否予以刊載。英文摘要如經編審委員建議請專家修改時，則由本刊推薦數家英文摘要編修廠商，請作者自行接洽廠商修改，編修費用作者自行支付，並將編修前後的文稿電子檔及廠商開立收據影本寄回本學報

編輯委員會。

- (二) 論文編輯排版後，請作者負責校正。若有誤，請在校稿上改正，於領稿後48小時內與原稿一併寄回，校正不得更改原文。
- (三) 來稿如經刊登不支稿酬。接受刊登之稿件，由本學報贈送作者當期期刊2本。





## 《健康促進與衛生教育學報》撰寫體例

### 注意要點

- \*請參考APA第六版
- \*中文皆為全形，英文皆為半形
- \*請注意引用英文參考文獻時的寫法，其逗點及點號的順序勿弄錯
- \*關鍵字的英文為key words

### 壹、內文引註格式

APA採用姓名—年代的內文引註格式，而不使用文獻編號的書寫方式。

#### 一、1位作者

中文：劉潔心（2012）的研究發現……

……（劉潔心，2012）

英文：Lee (2011) 的研究發現……

…… (Lee, 2011)

#### 二、2位作者

中文：陳政友與胡益進（2012）的研究指出……

（陳政友、胡益進，2012）

英文：Globetti與Brown (2011) 的研究指出……

……(Globetti & Brown, 2011)

#### 三、作者為3至5人

初次引用與再次引用不同

初次引用

中文：何延鑫、黃久美與郭鐘隆（2005）提出……

(何延鑫、黃久美、郭鐘隆, 2005)

英文: Marshall、Hudson、Jones與Fernandez (1995) 提出……

(Marshall, Hudson, Jones, & Fernandez, 1995)

再次引用

中文: 何延鑫等人 (2005) 提出……

(何延鑫等, 2005)

英文: Marshall等人 (1995) 提出……

(Marshall et al., 1995)

#### 四、6位作者 (含) 以上

初次引用與再次引用相同

中文: 黃淑貞等人 (2009) 提出……

…… (黃淑貞等, 2009)

英文: Lee等人 (2011) 提出……

……(Lee et al., 2011)

#### 五、作者為機構，第一次出現呈現全名，再備註簡稱，第二次之後即可使用簡稱

中文: …… (行政院國家科學委員會〔國科會〕, 2008) (第一次引用)

…… (國科會, 2008) (第二次引用)

英文: ……(National Institute of Mental Health [NIMH], 2011) (第一次引用)

……(NIMH, 2011) (第二次引用)

#### 六、引用須標出頁數時

中文: …… (黃松元, 2011, 頁37)

英文: ……(Cattan & Tilford, 2006, p.101)

**七、同時引用若干位作者時，中文作者按姓氏筆劃排序，英文作者則依姓名字母排序。同時引用中文與英文作者時，中文作者在前，英文作者在後。**

國內一些學者（呂昌明，2006；葉國樑等，2005；黃松元，2011）的研究……

一些研究 (Hale & Trumbetta, 2008; McDermott, 2009; Schwartz, 2008) 主張……

**八、同位作者相同年代有多筆文獻，應以a、b、c……標示，引用時並依此排序**

中文：葉國樑（2006a，2006b，2006c）

英文：Jackson與Taylor (2012a, 2012b, 2013)

**九、寫於圖或表，不用資料來源改以註表示，且需完整寫出資料引用來源**

中文：藥物濫用、毒品與防治（頁475），楊士隆、李思賢，2012。臺北市：五南。

英文：*The nature of adolescence* (pp. 21-23), by J. C. Coleman, 2011. New York, NY: Routledge.

## 貳、文末引用文獻格式

文末引用文獻 (References) 的書寫，中文部分以作者之姓氏筆劃（由少至多）編排，英文部分以作者姓氏字母（由A到Z）依序排列。同一文獻的文字行間不空行，但文獻與文獻之間必須空一行。在此列出的文獻必須都是在內文中引用到的，內文中沒有引用過的文獻不得在此列出。

### 一、1位作者

中文：王國川（2003）。探討警告標誌、救生站、水域救生與溺水結果之關係。《衛生教育學報》，20，111-130。

英文：Lee, T. S. H. (2012). Penile bead implantation in relation to HIV infection in male heroin users in Taiwan. *Journal of AIDS and Clinical Research*, S1, 018. doi:10.4172/2155-6113.S1-018

## 二、2至7位作者（須列出全數作者姓名）

中文：董貞吟、陳美嫻、丁淑萍（2010）。不同職業類別公教人員對過勞死的認知與相關因素之比較研究。《勞工安全衛生研究季刊》，18（4），404-429。

英文：Huang, C. M., Guo, J. L., Wu, H. L., & Chien, L. Y. (2011). Stage of adoption for preventive behavior against passive smoking among pregnant women and women with young children in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3331-3338.

## 三、8位作者與8位以上（列出前6位與最後1位，中間用省略符號）

中文：胡益進、紀依盡、殷蘊雯、洪進嘉、花中慧、薛雯冰…李明憲（2008）。東南亞籍配偶在臺灣生育保健相關行為之研究。《健康促進與衛生教育學報》，30，73-105。

英文：Lee, T. S. H., Shen, H. C., Wu, W. H., Huang, C. W., Yen, M. Y. Wang, B. E., ... Liu, Y. L. (2011). Clinical characteristics and risk behavior as a function of HIV status among heroin users enrolled in methadone treatment in northern Taiwan. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 6.

## 四、團體機構作者（須列出機構全名）

中文：行政院衛生署（2006）。《健康達人125》。臺北市：作者。

英文：American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washington, DC: Author.

## 五、編輯的書籍

中文：姜逸群、黃雅文（主編）（1992）。*衛生教育與健康促進*。臺北市：文景。

英文：Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (Eds.). (2000). *Handbook of early childhood intervention (2nd ed.)*. Cambridge: Cambridge University Press.

## 六、收錄於書中一章

中文：李思賢、林春秀（2012）。藥物濫用常見的盛行率估計法。載於楊士隆、李思賢（主編），*藥物濫用、毒品與防治*（頁87-100）。臺北市：五南。

英文：Butter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention (2nd ed., pp. 651-682)*. New York, NY: Cambridge University Press.

## 七、翻譯類書籍

### 1. 以翻譯後的語文當參考文獻

Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (1998)。*社會老人學*（郭鐘隆、歐貴英，合譯）。臺北市：五南。

### 2. 以原語文當參考文獻（翻譯後的書名置於方括弧內）

Danielson, C., & McGreal, T. L. (2000). *Teacher evaluation to enhance professional practice* [ 教師專業評鑑 ] . Princeton, NJ: Educational Testing Service.

## 八、參文或研究報告

### 1. 未出版之碩、博士學位參文

中文：張淑雯（2010）。*他們與酒的故事：蘭嶼達悟族飲酒脈絡與健康意涵之研究*（未出版之博士論文）。國立臺灣師範大學，臺北

市。

英文：Healey, D. (2005). *Attention deficit/hyperactivity disorder and creativity: An investigation into their relationship* (Unpublished doctoral dissertation). University of Canterbury, Christchurch, New Zealand.

## 2. 會議／專題研討會中發表的論文

中文：邱智強（2012，12月）。銀髮族心理健康促進。中華民國學校衛生學會、臺灣健康促進暨衛生教育學會聯合年會：2012年健康促進國際學術研討會，臺北市。

英文：Lee, T. S. H. (2011, June). *Evaluating the impacts of methadone maintenance treatment on heroin abusers in Taiwan: An 18-month follow-up study*. Paper presented at 2011 NIDA International Forum and the 73rd Annual CPDD meeting. Hollywood, Florida USA.

## 3. 委託／補助研究報告

李思賢（2010）。健走運動與社會心理介入對退休中老年人心理幸福感與生命統整性之影響與性別差異（行政院國家科學委員會專案研究計畫成果報告編號：NSC99-2410-H-003-127-MY2）。臺北市：國立臺灣師範大學。

## 九、網路資料

中文：李思賢（2012）。健康促進與衛生教育學報稿約。取自 <http://www.he.ntnu.edu.tw/download.php?fcId=2>

英文：Taiwan Department of Health. (2011). *Cause of death statistics*. Retrieved from [http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspxclass\\_no=25&level\\_no=1&doc\\_no=80728](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspxclass_no=25&level_no=1&doc_no=80728).

## 《健康促進與衛生教育學報》申請投稿同意書

題目：\_\_\_\_\_

---

本篇內容過去未曾發表於任何刊物，本人（等）同意在貴刊物接受審查期間及接受刊登後，不會投刊於其他刊物，同時遵守貴刊投稿之稿約規定。

本篇列名之作者皆為實際參與研究及撰述，並均能擔負修改、校對及答覆審查者之意見，本文內容皆經作者仔細過目並同意投稿於貴刊。

本著作有列名作者皆同意在投稿文章被刊登於「健康促進與衛生教育學報」後，其著作財產權即讓與國立臺灣師範大學，但作者能保有著作人格權，並保有本著作未來自行集結出版、教育等個人非營利使用之權利。

**第一作者簽名：**

第一作者姓名：\_\_\_\_\_ 簽名\_\_\_\_\_ 年\_\_月\_\_日

**通訊作者之姓名、通訊地址與聯絡電話：**

通訊作者姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_



# Journal of Health Promotion and Health Education

(Semi-annually)

No. 43, June 30, 2015

---

**Publisher:** Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University, Taiwan

**Chairman**

Guo, Jong-Long (National Taiwan Normal University, Taiwan)

**Editor in Chief**

Chang, Fong-Ching (National Taiwan Normal University, Taiwan)

**Deputy Editor**

Shih, Shu-Fang (National Taiwan Normal University, Taiwan)

**Board of Editors**

Chi, Li-Kang (National Taiwan Normal University, Taiwan)

Chi, Lin-Yang (National Yang-Ming University, Taiwan)

Chen, Yi-Hua (Taipei Medical University, Taiwan)

Ho, Yin-Chi (Chinese Culture University, Taiwan)

Huang, Sheu-Jen (National Taiwan Normal University, Taiwan)

Lee, Tony Szu-Hsien (National Taiwan Normal University, Taiwan)

Lien, Ying-Ju (National Taiwan Normal University, Taiwan)

Liou, Yiing-Mei (National Yang-Ming University, Taiwan)

Su, Hung-Jen (National Hsinchu University of Education, Taiwan)

**Editorial Assistants:** Lin, Yu-Hung, Syu, Siou-Ning & Liao, Guan-Ning

**Distributor**

Higher Education Publishing

10F, No. 12, Goan-Chian Rd., Taipei, Taiwan, R.O.C.

TEL: +886-2-23885899 FAX: +886-2-23880877

**Price per Year**

Individuals: NTD \$600, Institutions: NTD \$1200

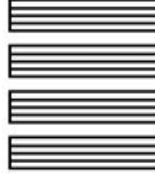
(postage included)

Copyright ©2015

Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University

Written permission must be obtained from the Publisher for reprints.

100 台北市館前路26號6樓



# 高等教育文化事業有限公司 收

廣告回信

北區郵政管理局  
登記台北字第08024號

免貼郵票

《健康促進與衛生教育學報》  
專用回郵信封

## 訂戶需求知

《為維護您的權益，請詳閱》

### 1. 訂閱手續查詢、確認：

- 傳真訂閱者，請於當日與客戶服務人員確認。
- 郵撥或其他方式訂閱者，請於7日後來電確認。
- 來傳真、郵撥或寄回本單至收到產品，大約10-15工作日。

### 2. 補書辦法：

- 本刊於每年6、12月底出刊，您若在隔月中仍未收到期刊，請在服務時間內電洽，本社將在查明原因後立刻為您補寄。
- 若補書超過1期，本社恕不補寄，敬請見諒。
- 若信箱投遞不易，造成遺失，建議您改用掛號郵寄。
- 若因本社之疏忽，造成期刊破損或裝訂錯誤，請即寄回退換，本社將立刻為您換上新期刊。

### 3. 更改地址：

請將封套上原地址剪下，並註明新地址，於當月20日前傳真或寄回本社，逾期則需再順延一期開始更改。  
(電話口述易有誤差，請務必以書面方式更改)

◎ 諮詢專線：(02) 2388-5899

◎ 24H傳真專線：(02) 2388-0877

### ◎ 服務時間：

週一至週五：AM9:00~PM6:00

◎ E-mail：edubook@mail.edubook.com.tw

# 【健康促進與衛生教育學報】 高等教育文化事業有限公司 / 信用卡專用訂閱單

單冊	個人訂戶	機關團體
300元	600元	1200元

(含郵資處理費)

## ■ 國內訂閱價格

我要自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 (或第 \_\_\_\_\_ 卷 \_\_\_\_\_ 期) 起訂閱《健康促進與衛生教育學報》

新訂戶 訂閱年數： 一年

## ■ 訂購人基本資料 (為維護您的權益，請詳細填寫以下資料)

姓名 (機關名稱)：\_\_\_\_\_

性別： 男  女 生日：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

職業： 教師 ( 國小  國中  高中職  大專) 任教學校：\_\_\_\_\_ 系所 \_\_\_\_\_ 教授科目：\_\_\_\_\_

在校學生—學校：\_\_\_\_\_ 科系 \_\_\_\_\_

社會人士—行業別：\_\_\_\_\_ 科系 \_\_\_\_\_

電話：(H) \_\_\_\_\_ (0) \_\_\_\_\_

(fax) \_\_\_\_\_

行動電話：\_\_\_\_\_ e-mail：\_\_\_\_\_

寄書地址：□□□□

## ■ 雜誌郵寄方式： 平信 (免郵資) 限時 (每年加收50元) 掛號 (每年加收100元)

## ■ 開立發票： 二聯式 三聯式 (第一編號：\_\_\_\_\_ )

## ■ 發票抬頭：

## ■ 信用卡訂閱憑證

信用卡發卡銀行：\_\_\_\_\_ 卡別： VISA  MASTER

有效期限：(西元) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

信用卡卡號：\_\_\_\_\_ (請填寫卡片背面磁條號碼，共計13碼)

身份證字號：\_\_\_\_\_ 訂閱日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

訂閱總金額：新台幣 \_\_\_\_\_ 萬 \_\_\_\_\_ 仟 \_\_\_\_\_ 佰 \_\_\_\_\_ 拾 \_\_\_\_\_ 元整 (請以中文填寫)

## 持卡人簽名：

(需與信用卡簽名同)

《備註》持卡人聲明已受到領告知，並同意依照信用卡使用約定，一經訂購或使用物品，均應按照所

示之全部金額，付款予發卡銀行。授權號碼 \_\_\_\_\_ (由本社填寫)

## ■ 填妥本單後，可傳真至02-2388-0877或投到寄至高專教育出版公司訂購

【100台北市館前路26號5樓】(請勿重複傳真，投郵，以免產生重複訂購情形)

# 讀者意見卡回函

為了讓內容更專業、更符合您的需求，請不吝賜教，寫下意見。填妥此意見卡後，請傳真或郵寄給高教出版，我們將挑選教育相關出版品致贈給您。

**贈品** 高等教育出版品，數量有限，送完為止。

## 問題

一、您在閱讀過《健康促進與衛生教育學報》後，您對這本刊的評語？

為什麼？

二、您最喜歡本期的哪幾篇文章？

為什麼？

三、您最不喜歡本期的哪幾篇文章？

為什麼？

四、您覺得本期需要改進的地方？

五、您購買《健康促進與衛生教育學報》的原因： 學術研究  專業提升  自我進修

教學參考  對內容有興趣  親友推薦

六、您是從何處取得《健康促進與衛生教育學報》： 訂戶  圖書館  需購  贈閱

七、您是否考慮訂閱《健康促進與衛生教育學報》： 是  否 為什麼？

八、您的其他建議：

## 您的基本資料

您的大名：\_\_\_\_\_ 性別： 男  女

您是： 訂戶 編號：\_\_\_\_\_

非訂戶

您的職業： 教師 ( 國小  國中  高中職  大專)

一任教學校：\_\_\_\_\_ 教授科目：\_\_\_\_\_

在校學生—學校：\_\_\_\_\_ 系所 \_\_\_\_\_

社會人士—行業別：\_\_\_\_\_

其它 \_\_\_\_\_

您的教育程度： 專科  大學  碩士  博士 學校：\_\_\_\_\_ 系所：\_\_\_\_\_

您的連絡方式：地址：□□□□

電話：(H) \_\_\_\_\_ (0) \_\_\_\_\_

行動電話：\_\_\_\_\_ e-mail：\_\_\_\_\_



# Journal of Health Promotion and Health Education

## CONTENTS

Coping Abilities and Needs of Chronic Myelogenous Leukemia Patients **Kai-Yun Cheng**

Association of a Health-Promoting Lifestyle and the Subjective Well-Being of Elderly People in Tainan  
**Hui-Li Huang, Cheng-Yu Chen**

Factors Associated with Access to Healthcare for Infertility Problems under Taiwan's National Health Insurance Program

**Likwang Chen, Shu-Fang Shih, Chen-Li Lin, Wei-Chih Yang, and Ken-Nan Kuo**

The Intention of Hospital Volunteers to Serve in Nursing Homes: An Application of the Planned Behavior Theory  
**Yu-Hung Lin, Yi-Hui Liu, and Hong-Jer Chang**



Vol. **43**

June 2015



GPN : 2009700106



定價：300元



National Taiwan Normal University



Department of Health Promotion and Health Education