

計畫編號：DOH90-DC-1053

行政院衛生署疾病管制局九十年度委託研究計畫

南台灣地區 C 型肝炎防治模式之建立與評估(2/2)

委託研究成果報告

執行機構：國立成功大學

研究主持人：張定宗

研究人員：王琪珍、葉莉莉、邱明源

* 本研究報告僅供參考，不代表衛生署疾病管制局意見 *

行政院衛生署九十年度委託研究計畫

期末成果報告

(自 90 年 1 月至 90 年 12 月止)

計畫名稱：南台灣地區 C 型肝炎防治模式之建立與評估(2/2)

計畫編號：DOH89-DC-1053

研究起訖：(年 月 日) 90/01 – 90/12

申請機構：國立成功大學

主持人：張定宗

職 稱：教授

聯絡電話：(06)2353535-5848

聯絡人：王琪珍

傳 真：(06)2353535-5848

e-mail：w49110@mail.ncku.edu.tw

填表日期：91 年 02 月 15 日

目 錄

	頁 碼
封面	
目錄	
壹、中文摘要	(4)
貳、英文摘要	(6)
參、前言	(7)
肆、材料與方法	(12)
伍、結果	(16)
陸、結論與建議	(22)
柒、參考文獻	(25)
捌、表與圖	(27)
共	(31) 頁

壹、 中文摘要

本研究以實驗法評價 C 型肝炎社區介入防治模式之成效，同時訪談社區關鍵人物，分析社區介入防治成效阻礙因素。另追蹤南台灣五個村 C 型肝炎發生率及分析其危險因子。

研究結果如下：

一、 社區介入防治模式之成效與其阻礙因素；

(一) 社區介入防治模式成效

1. 社區介入組在 C 型肝炎防治知識的增進 行為意願與行為控制的表現均明顯優於傳統衛教組及未施予衛教之對照組，但在 C 肝防治態度的改變，則三組間並無明顯差異。
2. 社區介入組 C 型肝炎抗體陽性年發生率為 0.017，明顯低於傳統衛教組 0.06 與對照組 0.14。
3. 從本研究結果顯示，社區介入模式可有效推動 C 型肝炎防治，以斷絕 C 型肝炎感染源。

(二) 分析阻礙社區介入防治成效之因素

1. 從個人層次分析 C 型肝炎防治行為執行困難原因如下；無法對自己的健康作有利的決策，社區中仍有兩成左右的人會選擇非正規醫療資源，三成居民平常喜愛服用健康食品或自行服用藥物的習慣。

2. 訪視社區關鍵人物分析對推動活動的困擾有：居民教育程度普遍低落、居民參與社區活動度不高、可使用之正規醫療資源離村太遠、村中派系多，活動運作不易、醫療單位衛教時間無法配合。

二、C 型肝炎抗體陽性發生率及其危險因子。

調查南台灣馬沙溝、六甲、葉厝、青鯤鯓、龍崎等五個村的 C 型肝炎抗體陽性人年發生率。結果顯示這些地區的人年比率如下；馬沙溝 2.41%，六甲 2.11%，葉厝 1.06%，青鯤鯓 0.63%，龍崎 0.59%。以 Cox's 複迴歸分析其危險因子，結果顯示 61 歲以上及 40~60 歲的人感染 C 型肝炎之危險性明顯高於 20~39 歲的人。曾去密牙醫就診者比未至密牙醫就診者有較高的危險性感染 C 型肝炎。從本研究 C 型肝炎抗體陽性發生率的危險因子提供我們未來在這些高盛行地區推動 C 型肝炎防治的重要方向與指標。

關鍵字：C 型肝炎、感染途徑、防治模式

貳、英文摘要

The experimental study was to apply to evaluate the effects of community intervention program for preventing Hepatitis C transmission and it was analyzed the barriers in the intervention program. In addition, the follow up study was to apply to investigate the incident rate of HCV infection and the risk factors.

The study results showed that it was more significant effects in group who received community intervention program for preventing Hepatitis C transmission than the other group who received traditional education program, and control group. Moreover, the person year incident rate of HCV infection was 0.017 in community intervention group was significantly lower than 0.06 in traditional education group and 0.14 in control group. These results proved that the community intervention program could promote the effects of preventing for HCV transmission in community. The barriers in the intervention program were attitude of health management, educational level of residents, educational schedule unfit... and so on. For investigating the incident rate of HCV infection and the risk factors, the range of incident rate was from 0.59 to 2.41 in five communities that were Ma-Sa-Go, Liu-Gar, Yeh-Zui, Chin-Qua-San, and Long-Chi of southern Taiwan. The risk factors of incidence in HCV infection were age and resource of informal medicine.

We hope the study results can provide the health team to managing and preventing HCV transmission in community.

參、前言

從 1972 年迄今惡性腫瘤為十大死因之首，慢性肝病及肝硬化位居第六。惡性腫瘤死因排序中，肝癌為男性癌症死因首位，為女性癌症死因第二位（行政院衛生署，民 90），肝臟疾病對國人的健康確是一大威脅，也是台灣公共衛生界重要的健康議題。

從 C 型肝炎流行病學研究調查得知，雖然台灣健康成人 C 型肝炎抗體陽性盛行率為 0.6%~2.5% (Lee et al., 1991; Wu, Lee, & Kuo, 1997)，但是台灣的離島、山地及西南沿海地區卻是 C 型肝炎的高盛行地區。有研究學者在台灣有些地區調查發現，C 型肝炎抗體陽性盛行率為 11%~59.1%，明顯高於台灣一般族群，顯示 C 型肝炎在這些地區；如台灣西南沿海台南縣青鯤鯓、馬沙溝，嘉義、雲林等，台灣東部山地及台灣外島澎湖白沙等地有地方性流行現象(張定宗等人，2000；王景弘等人，1998；Ho, et al., 1997；Lu et al., 1997；Sun et al., 1999)。從上述的流行病學資料可瞭解，雖然從台灣整體的 C 型肝炎的盛行率不高，但是進一步調查不同的地域卻有不同的盛行率，而且是明顯高於台灣整體的 C 型肝炎的盛行率。有關上述各地區 C 型肝炎傳染的特徵也不盡然相同，如青鯤鯓其可能相關危險因子為有輸血經驗與曾去密牙醫看診，而馬沙溝卻可能是有醫療性打針經驗者有較高

的危險性感染到 C 型肝炎(Wang, 2002)。由此了解台灣的幅員雖然不大，但 C 型肝炎的地理差異卻是存在的。C 型肝炎在台灣是屬地方性流行，因此若要進行 C 型肝炎研究及防治則需從 C 型肝炎高盛行地區著手。若從公共衛生的觀點而言，C 型肝炎既是台灣某些地域性重要的慢性傳染病，以社區營造及社區健康管理的個別性觀點，上述地區的社區衛生機構應重視此疾病的預防與管理。

由於 HCV 病毒突變率高，使其能夠逃過免疫系統之監視，因此有 80 % 之病患會演變成慢性感染。即使幸運痊癒，但在面對再次感染時，體內無法產生適當之免疫力去保護個體不受感染，所以 C 型肝炎之免疫力並不是永遠的，這使免疫系統很難將它排除(高嘉宏等，1998；江兆豐等，1998)。從三段五級的二級預防觀點上而言，C 型肝炎的防治不如 B 型肝炎可從預防注射疫苗方面著手，因 B 型肝炎有中和性抗體(anti-Hbs)的存在，所以可施行主動或被動免疫，故施打 B 型肝炎疫苗有其預防上的成效。而 C 型肝炎截至目前為止，尚無發現中和性抗體，因此無法施行免疫預防。再者，幼年感染 B 型肝炎病毒之帶原者，大部份在中年之前曾經幾次的急性發作，隨之 e 抗原(HbeAg)消失，轉變成健康帶原者，減少演變成肝硬化或肝癌的危險性，但是 C 型肝炎感染少有自限性的變化，因 C 型肝炎病毒具有高度遺傳突變之特性，故使疫苗之製造及發展非常困難，且面對再次感染

時，體內無法產生適當之免疫力去保護個體不受感染，因此在有感染源及感染途徑的存在下，二級特殊保護的預防方式 - 即疫苗注射，對於 C 型肝炎的防治並不樂觀(朱正亭等,1996; 許須美, 1999)。

因此若要真推動 C 型肝炎的防治，切斷傳染源著手是一個較為理想的作法，故值得在 C 型肝炎高盛行社區進行 C 肝的發生率追蹤與傳染途徑的探討。目前台灣地區進行正式的 C 型肝炎發生率調查研究，多數是以醫院機構為背景進行調查(Chang, 1994; Chang, et al., 1996; 王景弘, 1998)。以社區為背景探討的文獻不多，而這些社區型研究多針對 C 型肝炎高盛行社區進行發生率的調查；如某山地鄉 712 人社區，其 C 肝抗體陽性盛行率為 17%，發生率為 1.3%(Chang et al., 1996)。盧勝男等人在梓官鄉進行 C 型肝炎調查，發現該地盛行率為 37.5%，發生率為 4.5% (Lu et al., 1997)。孫建安等曾在台灣地區或外島地區多個鄉鎮進行調查，C 肝抗體陽性盛行率從 11%~55.8%，發生率從 0.2%~3.2%，其發生率與盛行率成正比(Sun et al., 2001)。這些 C 型肝炎發生率調查的文獻，探討其可能之危險因子，也因地而異，有文獻指出造成 C 型肝炎傳染發生因素有刺青與輸血(Sun, 2001)。由於仍有許多 C 型肝炎高盛行社區，尚未被有規模且正式進行 C 型肝炎發生率的調查，有必要針對這些地區如台灣西南沿海地區與其內陸地區進行 C 型肝炎發生率的調查。

從上述 C 型肝炎疫苗防治方法的困難度與流行病學傳染特徵調查可瞭解，在社區中欲真正有效進行 C 型肝炎防治的方法之一，就是進行 C 型肝炎發生率與傳染途徑的調查，以有效中斷傳染途徑，亦即是疾病三段五級中的第一級預防做起，並對高危險群檢查、諮商與衛生教育介入，對已感染者進行治療及追蹤，對 C 型肝炎能達有效的防治作用。

本年度研究目的有二；

一、社區衛教介入模式對 C 型肝炎防治成效與阻礙因素之分析

(一)社區衛教介入模式對 C 型肝炎防治成效，評價指標如下：

- 1.介入前後 C 型肝炎知識 態度及採取預防 C 型肝炎行為意願與行為控制題項答對的比率。
- 2.介入前後 C 型肝炎發生率高低

(二)分析社區介入成效阻礙因素

1.個人層次：

(1)分析社區介入實驗組中無法執行 C 型肝炎防治行為者其執行的困難度與無法執行的原因。

(2)分析社區介入實驗組中選擇非正規醫療與自行服用藥品或營養食品的情形。

2 社區層次：訪談社區關鍵人物，瞭解推動 C 型肝炎防治社

區介入模式過程中，可能的阻礙因素與建議。

二、南台灣 C 型肝炎發生率調查及其危險因子探討。

肆、材料與方法

一、研究對象：

依研究目的分別描述：

(一)社區介入模式對 C 型肝炎防治成效與阻礙因素分析之研究，分別

選取高感染地區將軍鄉鯤鯓、鯤溟及馬沙溝三個社區 20~65 歲居民為研究對象來源；經參與意願調查與實驗組別之隨機分派，各組別實際參與本研究的人數如下：社區介入實驗組鯤鯓有 134 人、傳統衛教組鯤溟有 66 人及對照組馬沙溝有 110 人。

(二)南台灣 C 型肝炎發生率調查及其危險因子探討之研究，選擇高感

染地區如青鯤鯓、馬沙溝，龍崎鄉，六甲鄉，湖內鄉等五地區 20 歲以上居民為研究對象來源，經調查曾於民國 88 年~89 年參與 C 型肝炎抗體陽性盛行率研究的人共 1086 人，各地區實際參與人數如下：青鯤鯓 389 人、馬沙溝 283 人、龍崎 151 人、六甲 185 人、葉厝 78 人。本研究將從這些樣本中，選出經當年抽血確認為 C 型肝炎抗體陰性者，為本研究 C 型肝炎發生率調查的對象，各地區 C 型肝炎抗體陰性者如下青鯤鯓 293 人、馬沙溝 101 人、龍崎 139 人、六甲 110 人、葉厝 62 人等共 705 人。

二、 研究方法：

依不同研究目的有以下的研究方法。

(一) 社區衛教介入模式對 C 型肝炎防治成效：

以實驗法，比較並評價社區介入防治模式及其他防治模式對 C 型肝炎防治成效。收集研究對象之血液作 anti-HCV 分析，並分析前測時 anti-HCV 陰性者經各種衛教模式介入後，比較不同介入模式下發生陽性的比率，同時以問卷調查不同介入模式研究對象在 C 型肝炎防治的知識、態度、行為等得分的改變。

(二) 分析阻礙社區介入防治成效：

分個人層次及社區層次以問卷調查法，調查社區介入實驗組 C 型肝炎防治行為執行的困難度與原因、社區居民選擇非正規醫療資源、社區關鍵人物訪談，推動 C 型肝炎防治社區介入模式可能的阻礙因素與建議。

(三) 南台灣鄉鎮 C 型肝炎發生率調查及其危險因子探討：

以抽血檢查前測 C 型肝炎抗體陰性民眾，經一至兩年的追蹤轉為陽性的比率，並以問卷調查法瞭解 C 型肝炎抗體陽性發生率的相關危險因子。

三、 研究工具：

(一) C 型肝炎抗體陽性發生率調查：以健康檢查為號召，與各地衛生所合作，不只抽血亦提供各項健檢服務，並留下健檢資料給研究對象，所得血清樣本暫存於-20 的冷凍中，俟收集完成後，以 Abbott III EIA 方法測定 C 型肝炎病毒抗体(anti-HCV)。若為陽性，則需再確認一次始為陽性，同時並以 Kodak EKTACHEM 700 XR analyzer C Series 檢驗血清氨基轉換酶(AST、ALT)。

(二) C 型肝炎防治的知識、態度、行為等的了解與表現程度，及調查相關危險因子之問卷(見附件一)，則依 Theory of planned behavior(Ajzen, 1985)修正而來，變項包含下列：

1. 人口學變項中個人的性別、年齡、教育程度決定行為的可能性所以加入來預測行為。病史、家族史、職業因素和知識為健康信念模式中的結構變項會對行為的預測會影響其行為發生的可能性。
2. C 型肝炎的病史、家族史或職業本身有可能易外傷容易因傷口被感染或接觸到農藥使肝臟的功能下降，會影響採取 C 型肝炎的預防性行為。

3. 知識是行為改變的一個重要的因素，具備知識民眾才能將維持及將自我的健康照顧提昇到更好的程度 (Redman, 1998)，知識會在態度中影響認知的部份，因為態度的三個組成要素中認知是其一，而認知受到所學習到的資訊的影響 (Ribeaux, & poppleton, 1978)，將知識放進來行為的預測。
4. 生活習慣依 Theory of social behavior 中提到習慣，過去或現在的行為模式會決定其行為。而 C 型肝炎的傳染與生活習慣得不潔和共用衛生用品有密切的關係所以個人的行為模式也影響到日後採取防治行為的可能性。

伍、結果

一、防治成效與成效阻礙因素：

(一)社區介入防治模式成效指標，從知識、行為意願及行為控制

題項答對比率與發生率高低評價之(見表一及表二)：

分析此部份時，先分析三個地區的人口學變項，經統計檢定，三區的人口學變項分佈確認未達顯著差異後(見表一)，才進行下列分析。

1. 介入前後，社區介入實驗組、傳統衛教組與對照組在知

識、行為意願及行為控制題項答對比率：

(1)衛教對 C 型肝炎防治知識的效果：

①社區介入實驗組與傳統衛教組比較：

知識題項共十八題中，社區介入實驗組十二題前後測答對比率之改變明顯高於傳統衛教組，並以 McNemar 統計檢定達顯著差異。

②社區介入實驗組與對照組比較：

知識題項共十八題中，社區介入實驗組十一題前後測答對比率之改變明顯高於對照組，以 McNemar 統計檢定達顯著差異。

從上述的研究結果顯示，社區介入實驗組透過社區運作之衛教介入後，前後答對題數百分比明顯高於傳統衛教組及對照組。

(2) 衛教對 C 型肝炎防治態度改變的效果：

① 社區介入實驗組與傳統衛教組比較：

C 型肝炎防治態度題項共五題，社區介入實驗組與傳統衛教組在前後測各題項態度改變的百分率差異不大，且多數在前測顯現正向態度，經 McNemar 統計檢定未達顯著意義。

② 社區介入實驗組與對照組比較：

C 型肝炎防治態度題項五題中，除了社區介入實驗組在第三題前後測正向態度改變比率明顯高於對照組，經 McNemar 統計檢定達顯著意義，其他兩個態度題項前後測改變，兩組差別不大。

從上述的研究結果顯示，由於三組在 C 型肝炎防治態度之前測時，多數呈現正向態度，所以在後測其改變比率不大。

(3) 衛教對 C 型肝炎防治行動意願改變的效果：

① 社區介入實驗組與傳統衛教組比較：

C 型肝炎防治行動意願題項共七題中，社區介入組除了第五題與第六題外，其他五題在前後測各題項改變為有意願執行的百分率明顯高於傳統衛教組與對照組，經 McNemar 統計檢定達顯著意義。

(4) 衛教對 C 型肝炎防治行為控制改變的效果：

① 社區介入實驗組與傳統衛教組比較：

C 型肝炎防治行為控制題項共五題，社區介入實驗組除第二題與第五題在前後測各題項行為控制改變的百分率差異不大，其他三題行為控制明顯改善的百分比高於傳統衛教組與對照組，經 McNemar 統計檢定達顯著意義。

2. 社區介入實驗組、傳統衛教組與對照組之 C 型肝炎抗體

陽性年發生率比較(表三)：

從表三得知，分別在社區介入實驗組、傳統衛教實驗組及對照組前測抽血後確認為 C 型肝炎抗體陰性者各為 94 人、49 人及 43 人，經一至兩年再抽血檢驗各組前測為 C

型肝炎抗體陰性者,其 C 型肝炎抗體陽性性人年發生率分別是;社區介入實驗組為 0.017、傳統衛教實驗組為 0.060,對照組為 0.14。各組間經統計檢定,社區介入實驗組 C 型肝炎抗體陽性性發生率明顯低於傳統衛教實驗組及對照組,顯示社區介入之衛教方式較能達到 C 型肝炎防治的效果。

(二)社區介入實驗組防治成效之阻礙因素分析;

從個人因素與社區因素分析可能的阻礙原因陳述。

1.個人因素:

(1)社區介入實驗組執行 C 型肝炎防治行為困難度與原因:

此部份的分析針對無意願或無法執行 C 型肝炎防治行為的居民。

- ①各項 C 型肝炎防治行為中,各約有 6%~34%不等的居民無意願或無法執行,居民自覺各項防治行為困難執行的程度從 6.3~9.4 分不等(困難度的評比從 0 分~10 分),顯示這些居民困難執行的程度都在中高程度以上。
- ②各項 C 型肝炎防治行為困難執行的原因;其中以未能對自己的健康做主,佔 33%~46%為最多,其次有些則是生

活習慣已如此，不易改變。

2. 社區介入實驗組，選擇非正規醫療資源就醫及服用不適當的

藥品或營養品情形：

(1) 選擇非正規醫療資源就醫：身體稍有不舒服如頭痛、腹痛、流鼻水等症狀的居民中，仍有 22.2%選擇非正規醫療資源就醫，如密醫、至藥局自行包藥或看中醫處理，約 14%的人則不予以理會。若遇重大疾病如嚴重腹瀉、胃痛、重感冒居民中，仍有 16.1%居民選擇上述非正規醫療資源就醫，7%的居民則不予以理會。

(2) 未能選擇正規醫療資源就醫的結果，將可能延誤病情，影響疾病醫療的成效，增加社會醫療成本。同時也減少接收正確衛教資源管道的機會。

(3) 服用不適當的藥品或營養品：

社區介入實驗組中，約有三成居民平常有自行服用維他命、或營養品、或中草藥的習慣，而其中自行服用不適當的中草藥品、或號稱有療效的食品則有 18.5%。購買來源以 28%的人會直接向當地藥品直銷廣告車購買，13%自行至中草藥店購買。

以上所述居民選擇醫療資源與自行服用相關藥品的習慣，亦是阻礙執行 C 肝防治健康行為的可能原因之一。

3. 訪談社區關鍵人物，討論推動 C 型肝炎防治社區介入模式可能的阻礙因素與建議。

(1) 由社區關鍵人物訪談結果歸納如下：居民教育程度普遍低落、居民參與社區活動度不高、可使用之正規醫療資源離村太遠(如佳里綜合醫院、麻豆新樓醫院及其他專科醫院也多位於佳里鎮)、村中派系多活動運作不易、醫療單位衛教時間無法配合。

(2) 社區關鍵人物對居民執行 C 型肝炎防治健康行為之建議：建議該村衛生室能持續運作醫療的功能、選擇多數居民可以參與衛教的時間如傍晚或晚上時間、繼續組織居民婦女健康義工隊協助衛教事宜、定期衛教婦女健康義工隊、定期舉辦健康檢查、相關經費補助。

二、南台灣鄉鎮 C 型肝炎抗體陽性發生率調查及其危險因子探討：

(一) C 型肝炎抗體陽性發生率：

民國 88~89 年被確認為 C 型肝炎抗體陰性之馬沙溝、六甲、葉厝、青鯤鯓、龍崎等五個社區 20 歲以上居民，共經追蹤

調查並抽血檢驗 C 型肝炎抗體陽性發生情形。結果發現(見表五)，各地區 C 型肝炎抗體陽性發生率，按人年發生率的高低排序；以馬沙溝為最高，其人年發生率為 2.41%，六甲 2.11%居第二，葉厝 1.06%排第三，青鯤鯓 0.63%，龍崎 0.59%。這些 C 型肝炎抗體陽性人年發生率與其盛行率相比較，發現隨著盛行率的增加，其發生率也隨著增加。

(二)C 型肝炎抗體陽性發生率之相關危險因子：

經 Cox's regression model 分析，發現達統計顯著差異者為年齡及曾至密牙醫求診經驗(見表六)，61 歲以上與 40~60 歲，發生 C 型肝炎抗體陽性的危險性，明顯高於 20~39 歲，有去密牙醫求診的經驗者發生 C 型肝炎抗體陽性的危險性為從未去密牙醫處求診的 4.48 倍，且達統計顯著意義。

陸、結論與建議

本研究結果有以下三個方向的結論：

一、社區介入模式在 C 型肝炎防治成效評價：

本研究在台灣西南沿海 C 型肝炎高感染社區鯤鯓，以社區介入模式進行 C 型肝炎防治衛教，同時選擇鯤溟以傳統衛教模式進行，及在馬沙溝社區未施予任何衛教，以評價社區介入模式在 C 型肝炎防治的衛教成效，結果顯示社區介入組在 C 型肝炎防治知識的增進、行為意願與行為控制的表現均明顯優於傳統衛教組及未施予衛教之對照組，但在 C 肝防治態度的改變，則三組間並無明顯差異。進一步檢測三組之間 C 型肝炎抗體陰性的人感染 C 型肝炎的比率，結果也呈現社區介入組 C 型肝炎抗體陽性人年發生率為 0.017，明顯低於傳統衛教組 0.06 與對照組 0.14。從本研究結果顯示，社區介入模式可有效推動 C 型肝炎防治，以斷絕 C 型肝炎感染源。

二、推動 C 型肝炎防治活動面臨的困擾：

本研究以社區介入模式推動 C 型肝炎防治活動時，面臨一些困擾，從個人層次與社區關鍵人物的看法說明其原因。個人層次：1. C 型肝炎防治行為執行困難乃因無法做自己健康的主人，2. 社區中仍有

兩成左右的人會選擇非正規醫療資源，三成居民平常喜愛服用健康食品或自行服用藥物的習慣。社區關鍵人物對推動活動的困擾有：居民教育程度普遍低落、居民參與社區活動度不高、可使用之正規醫療資源離村太遠、村中派系多，活動運作不易、醫療單位衛教時間無法配合。以上所歸納的原因將可作為該地區醫療機構推動活動的參考。

三、C 型肝炎抗體陽性發生率及其危險因子：

本研究調查南台灣馬沙溝、六甲、葉厝、青鯤鯓、龍崎等五個社區 C 型肝炎抗體陽性年發生率，結果顯示馬沙溝為 2.41%，六甲 2.11%，葉厝 1.06%，青鯤鯓 0.63%，龍崎 0.59%，從這些發生率回顧其盛行率，發現盛行率愈高的地區，其發生率也愈高。進一步以 Cox's 複迴歸分析 C 型肝炎抗體陽性年發生率的危險因子，結果顯示，61 歲以上及 40~60 歲的人感染 C 型肝炎之危險性明顯高於 20~39 歲的人。曾去密牙醫就診者比未至密牙醫就診者有較高的危險性感染 C 型肝炎。從本研究 C 型肝炎抗體陽性發生率的危險因子提供我們未來在這些高盛行地區推動 C 型肝炎防治的重要方向與指標。

柒、參考文獻

1. 1.民國九十年台灣死因統計，行政院衛生署。
2. Lee, S.D., Chan, C.Y., Wang, Y.J., Wu, J.C., Lai, K.H., Tsai, Y.T., Lo, K.J. (1991). Seroepidemiology of hepatitis C virus infection in Taiwan. Hepatology, 13(5), 830-833.
3. Wu, C.H., Lee, M.F., & Kuo, H.S. (1997). Distribution of hepatitis C virus genotypes among blood donors in Taiwan. Journal of Gastroenterology & Hepatology. 12(9-10), 625-628.
4. 張定宗、王琪珍、葉莉莉、胡淑貞。(2000). 南台灣地區 C 型肝炎防治模式之建立與評估.89 年度衛生署科技計畫報告.
5. 王景弘、盧勝男、許朝添。(1998). C 型肝炎在雲嘉地區肝癌的重要性.內科學誌, 9, 120-125.
6. Ho, M.S., Hsu, C.P., Yuh, Y., King, C.C., Tsai, J.F., & Mau, Y.C. et al. (1997). High rate of hepatitis C virus infection in an isolated community: persistent hyperendemicity or period-related phenomena? Journal of Medical Virology, 52(4), 370-376.
7. Lu, A. Wang, A. & Sheng, R. (1997). Hepatitis C virus infection among long-term hemodialysis patients. Chinese Journal of Internal Medicine, 36(6), 402-405.
8. Sun, C.A., Chen, H.C., Lu, C.F., You, S.L., Mau, Y.C., & Ho, M.S. (1999). Transmission of hepatitis C virus in Taiwan: prevalence and risk factors based on a nationwide survey. Journal of Medical Virology, 59(3), 290-296.
9. Wang, C.J., Chang, Y.J., Yeh, L.L., Chang, T.T. (2002). An Endemic Area of Hepatitis C Virus Infection in Seaboard Village of Southwestern Taiwan. The Journal of Nursing Research. Submit.
10. 高嘉宏、陳定信。(1998). C 型肝炎在台灣.中華衛誌. 17(3), 191-196.
11. 江兆豐、伍錦榮、吳江水、陳學全、陳素環、梁中鼎、陳榮輝(1998).C 型肝炎之簡介.亞東醫刊,16(11),3-15.
12. 朱正亭、李世代。(1996). C 型肝炎的階段性探討.基層醫學, 11(3), 42-45.
13. 許須美。(1999). 台灣第二號肝炎殺手:C 型肝炎的防治,不容忽視.衛生報導, (1), 14-17
14. Chang, T.T., Young, K.G., Yang, Y.J., L, H.Y. & W, H.L. (1996). Hepatitis C virus RNA in peripheral blood mononuclear cells: comparing acute and chronic hepatitis C virus infection.Hepatology,23(5),977-981.

15. Chang, S.J., Chen, H.C., Ying, J., Lu, C.F. & Ko, Y.C. (1996). Risk factors of hepatitis C virus infection in a Taiwanese aboriginal community. Kaohsiung Journal of Medical Science, 12(4), 241-247.
16. Sun, C.A., Chen, H.C., Lu, S.N., Chen, C.J., Lu, C.F., & You, S.L. et al. (2001). Persistent hyperendemicity of hepatitis C virus infection in Taiwan: the important role of iatrogenic risk factors. Journal of Medical Virology, 65(1), 30-34.

捌、表與圖

表一、各組人口學基本資料分佈

變項	分組	社區介入組	傳統衛教組	對照組	卡方檢定
		人數 N(%)			顯著性
性別	男	48(35.8)	32(48.5)	44(40.0)	不顯著
	女	86(64.2)	34(51.5)	66(60.0)	
年齡	20~39	26(19.4)	18(27.3)	25(22.7)	不顯著
	40~59	80(59.7)	33(50.0)	61(55.5)	
	60~65	28(20.9)	15(22.7)	24(21.8)	
教育程度	國中以上畢	33(26.2)	18(30.0)	28(25.7)	不顯著
	未受教育及國小畢	93(73.8)	42(70.0)	81(74.3)	
職業	非剝蝦剝蚵漁夫魚販	89(71.8)	31(62.0)	83(76.9)	不顯著
	剝蝦剝蚵漁夫魚販	35(28.2)	19(38.0)	25(23.1)	

表二、比較不同介入方式對 C 肝防治各項衛教之前後測進步百分比的差異

變項	社區介入組 1	傳統衛教組 2	對照組 3	P 值	
	前後測進步人數百分比			1vs.2	1vs.3
知識					
第一題	32.1	16.7	6.7	0.02	0.00***
第二題	12.2	6.0	5.7	0.04	0.01*
第三題	19.7	3.2	-3.6	0.03	0.00***
第四題	16.7	16.3	5.5	0.70	0.03
第五題	17.0	21.2	13.3	0.31	0.42
第六題	6.3	5.0	5.3	0.84	0.66
第七題	21.4	11.4	3.4	0.03*	0.00***
第八題	35.5	20.4	6.1	0.01*	0.01*
第九題	19.9	33.5	6.3	0.01*	0.02*
第十題	18.3	28.6	16.5	0.03*	0.14

(續)表二、比較不同介入方式對 C 肝防治各項衛教之前後測進步百分比的差異

變項	社區介入組 1	傳統衛教組 2	對照組 3	P 值	
				1vs.2	1vs.3
前後測進步人數百分比					
第十一題	25.8	15.6	9.8	0.04*	0.02*
第十二題	24.1	29.7	22.0	0.72	0.29
第十三題	17.6	20.8	16.5	0.35	0.14
第十四題	28.6	18.3	7.5	0.03*	0.01*
第十五題	12.8	19.2	10.1	0.17	0.86
第十六題	15.5	6.3	12.4	0.03*	0.25
第十七題	21.4	11.6	8.1	0.03*	0.03*
第十八題	16.8	6.3	0.3	0.04*	0.02*
態度					
第一題	1.2	8.0	1.3	0.12	0.51
第二題	2.9	8.1	4.6	0.23	0.49
第三題	41.4	44.2	12.2	0.95	0.00**
第四題	2.3	- 2.5	-2.9	0.34	0.31
第五題	0.3	-15.7	-7.8	0.07	0.20
行為意願					
第一題	20.6	10.8	8.8	0.04*	0.01*
第二題	41.3	25.9	4.6	0.03*	0.00***
第三題	20.3	19.6	19.4	0.72	0.68
第四題	29.0	27.3	2.0	0.39	0.00***
第五題	8.5	-0.7	4.4	0.03*	0.04*
第六題	12.1	-0.8	-0.7	0.01*	0.01*
第七題	19.8	5.2	0.04	0.02*	0.00***
行為控制					
第一題	15.3	14.7	10.7	0.31	0.04*
第二題	7.0	1.7	1.3	0.04*	0.04*
第三題	23.9	11.4	13.2	0.03*	0.04*
第四題	22.0	13.5	11.7	0.04*	0.03*
第五題	17.2	9.4	10.0	0.03*	0.04*

* P < 0.05

*** P < 0.001

表三、阻礙社區介入實驗組防治成效之因素分析

阻礙因素	內容分析
一、個人層次：	
1. C 型肝炎防治行為執行困難度與原因	<p>一、各項 C 型肝炎防治行為中，各約有 6%~34%的居民無意願或無法執行</p> <p>二、居民自覺各項防治行為困難執行的程度從 6.3~9.4 分不等。主要原因為未能做自己健康的主人。</p>
2. 選擇非正規醫療資源就醫及服用不適當的藥品或營養品	<p>一、選擇非正規醫療資源就醫：</p> <p>1. 稍感不適者，22.2%選擇非正規醫療就醫，14%的人不予理會。</p> <p>2. 重大疾病者，16.1%選擇非正規醫療就醫，7%的人不予理會。</p> <p>二、服用不當的藥品或營養品：</p> <p>1. 約三成居民平常有自行服用維他命、或營養品、或中草藥的習慣，其中服用不當草藥、或號稱有療效食品約 18.5%</p> <p>2. 13%自行至民間草藥店，28%直接向藥品直銷廣告車購買。</p>
二、社區層次：	
訪談社區關鍵人物，討論推動 C 型肝炎防治社區介入模式可能的阻礙因素與建議	<p>一、社區關鍵人物訪談結果，社區阻礙因素歸納如下：</p> <p>1. 居民教育程度普遍低落</p> <p>2. 居民參與社區活動度不高</p> <p>3. 可使用之正規醫療資源離村太遠(如佳里綜合醫院、麻豆新樓醫院及其他專科醫院也多位於佳里鎮)</p> <p>4. 村中派系多，活動運作不易</p> <p>5. 醫療單位衛教時間無法配合。</p> <p>二、建議：</p> <p>1. 建議該村衛生室能持續運作醫療的功能</p> <p>2. 選擇多數居民可參與衛教的時間如傍晚或晚上時間</p> <p>3. 繼續組織居民婦女健康義工隊協助衛教事宜</p> <p>4. 定期衛教婦女健康義工隊</p> <p>5. 定期舉辦健康檢查</p> <p>6. 相關經費補助。</p>

表四、比較不同衛教介入方式對 C 型肝炎抗體陽性人年發生率之影響

組別	HCV(+)/HCV(-) 人數/人數	人年發生率	存活迴歸分析(P 值)
社區介入組 1	1/92	0.017	① 1 vs 2* P=0.048
傳統衛教組 2	3/49	0.060	② 1 vs 3** P=0.003

對照組 3

5/43

0.140

表五、C 型肝炎抗體陽性發生率各調查地區人口學特徵之分佈

變項 組 別	青鯤鯓	馬沙溝	龍崎	六甲	葉厝	2 -test P-value
	N(%)					
性別						10.9
男	175(44.0)	126(43.8)	91(57.6)	101(50.8)	41(47.7)	(0.028)
女	223(56.0)	162(56.3)	67(42.4)	98(49.2)	45(52.3)	
年齡(歲)						29.6
20~39	72(18.1)	62(21.5)	23(14.6)	39(19.6)	18(20.9)	(0.003)
40~49	60(15.1)	51(17.7)	26(16.5)	38(19.1)	18(20.9)	
50~59	94(23.6)	68(23.6)	18(11.4)	33(16.6)	22(25.6)	
> 60	172(43.2)	107(37.2)	91(57.6)	89(44.7)	28(32.6)	
教育程度						20.8
國小或以下	260(72.4)	196(71.5)	106(73.6)	86(54.8)	36(61.0)	(0.000)
國中或以上	99(27.6)	78(28.5)	38(26.4)	71(45.2)	23(39.0)	
婚姻狀況						6.2
未婚	42(10.9)	31(10.8)	19(12.0)	31(15.7)	15(18.5)	(0.183)
已婚	342(89.1)	256(89.2)	139(88.0)	166(84.3)	66(81.5)	

表六、南台灣 C 型肝炎抗體陽性盛行率與發生率

地區別	參予篩檢人數	年齡標準化盛行率 (%)	C 型肝炎抗體陰性 人數	人年發生率(%)
馬沙溝	283	59.2	101	2.41
六甲	185	37.8	110	2.11
葉厝	78	23.0	62	1.06
青鯤鯓	389	19.9	293	0.63
龍崎	151	11.0	139	0.59

表七、南台灣 C 型肝炎抗體陽性發生率危險因子 Cox's 複迴歸分析

	B	S.E.	O.R.	95%C.I.	P 值
年齡					
40~60 歲 / 39 歲以下	2.53	1.05	12.54	1.59~98.57	0.02*
61 歲以上 / 39 歲以下	2.34	1.06	10.36	1.30~82.51	0.03*
看密牙醫的經驗					
有 / 沒有	1.50	0.67	4.48	1.21~16.63	0.02*

