計畫編號：DOH95-DC-1011

行政院衛生署疾病管制局九十五年度科技研究發展計畫

# 原住民肺結核病患需求評估

期 末 報 告

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：蔡文正

協同主持人：龔佩珍、沈光漢、楊文達

研究人員：胡曉雲、陳照惠、陳慧珊

執行期間：95 年 01 月 01 日至 95 年 12 月 31 日

＊本研究報告僅供參考，不代表衛生署疾病管制局意見＊

# 摘要

**目的：**山地鄉的結核病發生率及死亡率遠高於台灣地區，而山地鄉多為原住民，其生活條件、健康行為及經濟條件皆較一般民眾不佳，相對的在就醫上也遭遇較多的困難，因此本研究期望藉由了解原住民肺結核病患的需求為何，透過需求的滿足以降低其就醫的障礙，間接達到提升其完治率的目的。

**方法：**本研究針對疾病管制局 2004 年及 2005 年新通報之原住民肺結核病患以電訪及面訪的方式進行普查，山地離島鄉共回收有效樣本 236 份；平地鄉 80 份。資料分析方面以卡方檢定及 t-test 檢定比較山地離島鄉及平地鄉在個人基本特性、治療情形、疾病認知、健康行為及病患需求上的差異。最後利用複迴歸分析(multiple regression analysis)探討影響原住民肺結核病患之病患需求的相關因素為何。

**結果：**66.77%的原住民肺結核患者服藥後皆有副作用發生，其副作用以關節疼痛、疲倦及皮膚癢為主，其中更有 14.71%的個案因為副作用而中斷服藥。對原住民肺結核病患而言，經濟因素、交通因素及治療時間長為其治療期間的主要困擾。病患需求調查的結果顯示，原住民肺結核病患以經濟及交通層面的需求最緊迫，其次才依序為心理及社會層面、醫療及生理層面之需求。在複迴歸分析中，以醫療、生理、心理及社會層面之需求為依變項，結果發現年齡越高、教育程度較高者及對疾病認知較佳者其病患需求越低，而有副作用者病患需求亦較高，在原住民族群方面，相對於泰雅族，太魯閣族有較高的病患需求。

**結論與建議：**原住民肺結核患者除了經濟及交通上的需求外，藥物副作用及對結核病的認知皆是影響其病患需求的顯著因素。因此本研究建議衛生主管機關：(1)透過 IDS 計畫指派肺結核相關專科醫師至山地離島鄉協

助治療；(2)提供專用交通車降低就醫障礙及避免相互感染；(3)提供完治獎金作為肺結核治療之誘因；(4)提升結核病通報系統品質管理。對醫護人員之建議：(1)改善部分用藥以降低副作用及服藥次數；(2)提升原住民肺結核病患對肺結核疾病的認知；(3)加強衛教改善其健康行為；(4)增進與病患溝通及關心；(5)加強平地鄉原住民病患管理。

關鍵詞：原住民、肺結核、病患需求

# 目 錄

**第一章　前言 ..... 1**

一、研究背景與動機 ..... 1

二、研究目的 ..... 3

**第二章　文獻探討 ..... 4**

一、結核病防治之發展 ..... 4

二、台灣結核病現況與防治 ..... 5

三、山地鄉及原住民結核病概況 ..... 8

四、都治計畫 ..... 11

五、影響結核病治療成效之相關因素 ..... 13

六、原住民肺結核病患之治療情形與政府補助措施 ..... 16

七、病患需求 ..... 19

八、文獻總結 ..... 21

**第三章　研究方法 ..... 22**

一、研究步驟 ..... 22

二、問卷信、效度 ..... 25

三、研究對象及資料收集 ..... 26

四、資料分析 ..... 27

五、研究架構 ..... 28

**第四章　研究結果 ..... 29**

一、樣本代表性分析 ..... 29

二、原住民結核病罹病情形 ..... 31

三、樣本描述性分析及雙變項分析 ..... 32

四、原住民肺結核病患需求 ..... 37

五、病患需求之迴歸分析 ..... 39
六、專家會議 ..... 42
**第五章　討論 ..... 61**
一、原住民肺結核病患特質探討 ..... 61
二、原住民肺結核病患治療情形之探討 ..... 62
三、原住民肺結核病患治療期間健康行為及疾病認知 ..... 64
四、原住民肺結核病患需求及病患需求複迴歸分析 ..... 66
**第六章　結論與建議 ..... 69**
一、結論 ..... 69
二、建議 ..... 71
三、研究限制 ..... 75
**參考文獻 ..... 76**
**附錄一、原住民肺結核病患需求評估--專家焦點團體 ..... 83**
**附錄二、 原住民肺結核病患需求問卷 ..... 84**
**附錄三、原住民結核病患問卷 ..... 89**
**附錄四、專家會議 ..... 93**
**附錄五、訪員須知 ..... 94**
**附錄六、肺結核疾病認知 ..... 96**

# 圖表目錄

圖 2-1：歷年結核病死亡率.....7
圖 2-2：歷年結核病發生率.....8
圖 2-3：原住民結核病患人數.....10
表 4-1、本研究樣本與原住民肺結核患者母群體適合度檢定.....30
表 4-2、2004、2005 年原住民肺結核新增病患資料統計.....45
表 4-3、原住民肺結核病患個人基本資料.....46
表 4-4、原住民肺結核病患治療情形.....48
表 4-5、治療期間健康行為.....52
表 4-6、原住民肺結核病患對肺結核疾病認知.....53
表 4-7、原住民肺結核病患需求.....54
表 4-8、原住民肺結核病患醫療及生理需求之複迴歸分析.....55
表 4-9、原住民肺結核病患心理及社會需求之複迴歸分析.....57
表 4-10、原住民肺結核病患醫療、生理、心理及社會需求複迴歸分析....59

# 第一章　前言

## 一、研究背景與動機

近年來世界各國結核病的發生有逐年增加的趨勢，根據統計數據顯示2003 年全球 199 個 WHO 國家共有八百八十萬個新增個案，一百七十萬人因肺結核而死亡(WHO,2005)。而肺結核也是台灣最嚴重的法定傳染病，病人數及死亡數之比例更是遠遠超出其他的傳染病，世界衛生組織也提出警告要求各國注意疫情的發展。然而，至 1950 年有效的抗結核藥物問世，一百多年以來，結核病至少已經奪走全球二億個寶貴的生命！即使到了今天，全球每年仍然有三百萬條人命因結核病而犧牲。台灣地區肺結核防治工作源於 1950 年，在 1991 年時死亡率已由 1952 年的每十萬人口有 91.56 人下降至每十萬人口 9.03 人，到 2003 年為止結核病死亡率更控制到每十萬人口 5.8 人，2005 年十大死因順位更下降至排名第十二名(行政院衛生署，2005)。台灣地區經過數十年的努力，結核病發生率以獲得妥善控制，2001 年每十萬人口發生率 64.84 人，但值得注意的是比起美國每十萬人口 6.00 人，瑞典 5.00 人高出許多(疾病管制局 90 年結核病防治年報，2003)；更令人震驚的發現是，以原住民居多的山地鄉結核病發生率比台灣地區又高出許多。就行政院衛生署疾病管制局統計數據顯示2005 年全國每十萬人口結核病發生率為 72.47 人，山地鄉則為 292.87 人，而每十萬人口結核死亡率為 4.27 人，山地鄉則為 16.25 人，其中又以花蓮縣秀林鄉的發生率為最高 611.96 人，山地鄉罹患結核病的比率明顯有偏高的趨勢（疾病管制局流行病學專區，2006）。

山地鄉有 77.62%的人口是原住民(內政部戶政司，2000)，而原住民的生活環境、健康行為、經濟來源等條件均較一般民眾不良，而山地鄉醫療資源的不足往往也造成民眾就醫上的障礙，而目前國內多以山地鄉肺結核

病患進行相關研究，以概括原住民的健康情況，如此一來除了無法得知居住於山地鄉原住民的實際情況，更忽略了非山地鄉原住民的情形，但若欲改善原住民結核病患之完治率降低其死亡率，則必須對於原住民肺結核病患之需求做深入的探討，以提升其就醫的順從性。因此，本研究主要調查與評估原住民肺結核病患之需求，包含醫療及生理層面、心理及社會層面、經濟及交通層面等方面之需求，希望藉由本研究之調查得以瞭解原住民結核病患之需求為何，最後針對原住民肺結核病患之需求提出適當建議，供衛生相關主管機關於原住民結核病防治工作與政策之參考，制訂適合原住民肺結核病患之防治政策，藉以降低原住民肺結核病之發生率並提升其完治率。

## 二、研究目的

本研究將針對台灣地區原住民肺結核病患之需求進行調查與評估，並對原住民肺結核病患之需求提出適當建議，以供衛政機關政策之參考。本研究之目的分述如下：

1. 分析原住民之結核病發生率與盛行率。
2. 調查原住民肺結核病患之需求（醫療及生理層面、心理及社會層面、經濟及交通層面等）。
3. 分析山地鄉與平地鄉原住民肺結核病患需求之差異。
4. 調查與比較山地鄉與平地鄉原住民肺結核病患治療情形、健康行為與疾病認知之情形。
5. 探討影響原住民肺結核病患需求之顯著因素。

# 第二章　文獻探討

## 一、結核病防治之發展

結核病為我國法定傳染病之一，其中，開放性肺結核列為第二類乙種傳染病，結核病（開放性肺結核除外）列為第三類乙種傳染病。在有效結核藥物發明之前，各種偏方草藥常被用來治療。1840 年結核病療養院盛行一時，較高的山地環境、乾燥新鮮的空氣、適度的運動及休養加上良好的飲食來改善病人的狀況，雖有許多病人病情得以緩減，延長存活時間，然而真正治癒的病人卻極為少數。當時塌陷治療(collapse therapy)十分普遍，藉由人工氣胸(artificial pneumo-thorax,APT)、人工腹氣(artificial pneumo-peritonium)、胸廓成形術 (thoracoplasty)或合併肺葉切除，企圖將肺內的空洞塌陷或切除，以降低結核菌繁殖的速度，藉以控制病情，雖然此種方法確實有其成效，但這些治療方式所帶來的後遺症也造成許多困擾(疾病管制局，結核病防治工作手冊，2002)。

1994 年 Waksman 發現了鏈黴素(Streptomycin)，開啟了結核病化學藥物治療的新紀元。1956 年更證明了在有效結核藥物治療下，結核病患者居家治療並不會增加家人受感染的機會，療養院療法也因此漸漸淡出流行。影響結核病治療成功與否的條件已不再單單是休息、療養、飲食、氣候，而是取決於處方藥物的適當性、治療期間是否足夠以及病人的服藥順從性(疾病管制局，結核病防治工作手冊，2002)。目前的結核藥物已非常有效，雖然要把個案治療到不易復發至少需要 6-9 個月的治療時間，但是只要能夠規則服藥直至不再復發，原本具傳染性的個案可以在很短的時間內把傳染性降下來。結核病病患如果不給予治療，約半數病人會死亡，四分之一的病人會成為慢性病患（痰中細菌陽性），四分之一好轉（痰中細菌陰性）。若治療計劃及療程不佳，約 12%的病人會死亡，25%的病人會變慢性，63%

的病人會好轉。若以良好的計劃治療，只有 7%病人會死亡，3%病人變慢性、90%的病人會治癒（疾病管制局 90 年結核病防治年報，2003）。

根據世界衛生組織（WHO）統計，每年全世界仍有八百萬至一千萬個結核病新增個案，有二百萬至三百萬人死於結核病。且不幸的是，自 1980 年代起，世紀末愛滋病的推波助瀾和抗藥性結核菌株的產生又將肺結核推上世界舞台中央；不單是未開發國家，連已開發國家都面臨結核病回升的威脅，因此世界衛生組織在 1993 年 4 月宣佈結核病為全球緊急危機，呼籲世界各國加強結核病防治工作，鼓吹各國積極推動都治計畫（DOTS, Directly Observed Treatment, Short-course，舊譯「短程直接觀察治療」)（余明治等，2000；林獻鋒等，2002)。

## 二、台灣結核病現況與防治

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

結核病防治工作原由慢性病防治體系（TB Center）在負責，而 2001 年才將結核病防治體系轉由疾病管制局掌控，也就是政策制訂、個案管理及追蹤等公共衛生的工作，交由疾病管制局負責，把結核病當做是傳染病的一種，集中做防疫的管制及處理。而衛生署為了加強結核病防治工作，在 2000 年即將結核病防治體系和其他防疫體系整合在一起，建構結核病診療

網、結核菌檢驗網、以及加強現有公共衛生工作網的功能，希望藉由這三個網路環環相扣，發揮整體防疫團隊的力量，共同對抗結核病這個危害民眾健康最嚴重的頭號殺手，使台灣的結核病流行儘快得到控制，維護國民的健康（衛生署疾病管制局，2002）。

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

根據歷年調查之結果發現，1957 年台灣第一次結核病盛行調查之時，20 歲以上人口肺結核（經X光診斷）盛行率為 5.15％，傳染性肺結核（經細菌培養證實）盛行率為 1.02％。1993 年第八次盛行調查初步資料顯示，20 歲以上人口肺結核盛行率為 0.65%，傳染性肺結核盛行率為 0.06％，國內歷年結核病盛行率有下降之趨勢，數十年間分別下降 87.4%及 94.1%。根據 2001 年調查結果顯示：年齡越大，盛行率越高，並且男性肺結核盛行率高於女性，約為女性的 2.2～3.3 倍（疾病管制局，2002）。

歷年來衛生主管機關對肺結核案例皆有詳細之登錄與追蹤，因此我國在肺結核疾病防治上具有顯著成效，其盛行率與死亡率都有逐年下降的趨勢。但是國內所有因傳染性疾病死亡之個案中，結核病的死亡人數和患病人數遠超過所有其他的傳染病。根據行政院衛生署疾病管制局流行病專區公布之統計資料（圖 2-1），1997 年，臺灣地區結核病死亡率為每十萬人口 7.48 人，死亡人數 1,619 人，結核病死亡佔總死亡人數的 1.36%；2005 年，臺灣地區結核病死亡率為十萬人口 4.27 人，結核病死亡占總死亡 0.7

%，與過去比較，台灣地區結核病死亡率有所改善，反觀山地鄉結核病每十萬人口死亡率由 1997 年的 38.12 人下降至 2005 年的 16.25 人，雖然死亡率有顯著的改善，但相較於台灣地區仍有相當大的改善空間（衛生署疾病管制局，2006）。

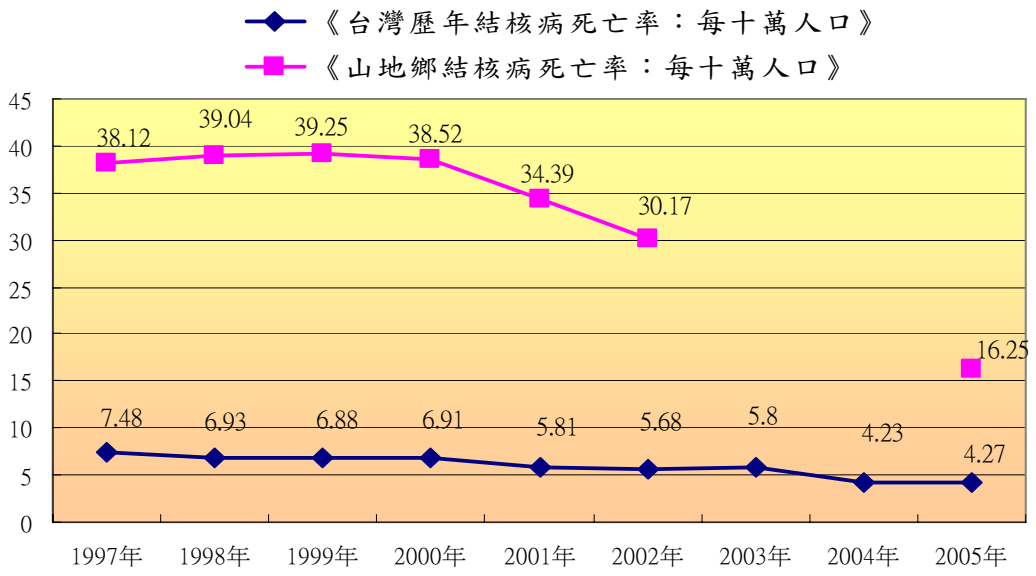



圖 2-1：歷年結核病死亡率

資料來源：疾病管制局結核病流行病學專區，2006

## 三、山地鄉及原住民結核病概況

2005 年全國 30 個山地鄉結核病死亡人數計 33 人，每十萬人口死亡率 16.52 人，占總死亡百分率 1.46%，為一般地區結核病死亡率（十萬人口 4.27 人）的 3.87 倍。發生率方面（圖 2-2），台灣地區的結核病每十萬人口發生率，1996～2005 年期間上升了 18.41 人（54.06 人～72.47 人），而 1996～2005 年間，山地鄉的發生率每十萬人口則是上升了 83.37 人；此外，2005 年山地鄉結核病每十萬人口發生率 292.87 人是全台平均值(每十萬人口 72.47 人）的 4.04 倍，而山地鄉以原住民居多，可見原住民鄉鎮的感染情況甚為嚴重（疾病管制局流行病學專區，2006）。且由統計資料顯示，台灣山地鄉各年齡組結核病發生率均較平地鄉超出甚多，且病人分佈有較年輕化之現象，35～44 歲之人口發生率為平地鄉的 6.4 倍，65 歲以上人口則為 2 倍（疾病管制局流行病學專區，2006）。且 1997～2001 年間，山地鄉居民的死亡率為平地居民 5.5-6.5 倍，發生率為 3.6-5.2 倍，山地鄉皆顯著高於平地（Yu et al., 2004；余明治、索任，1997）。

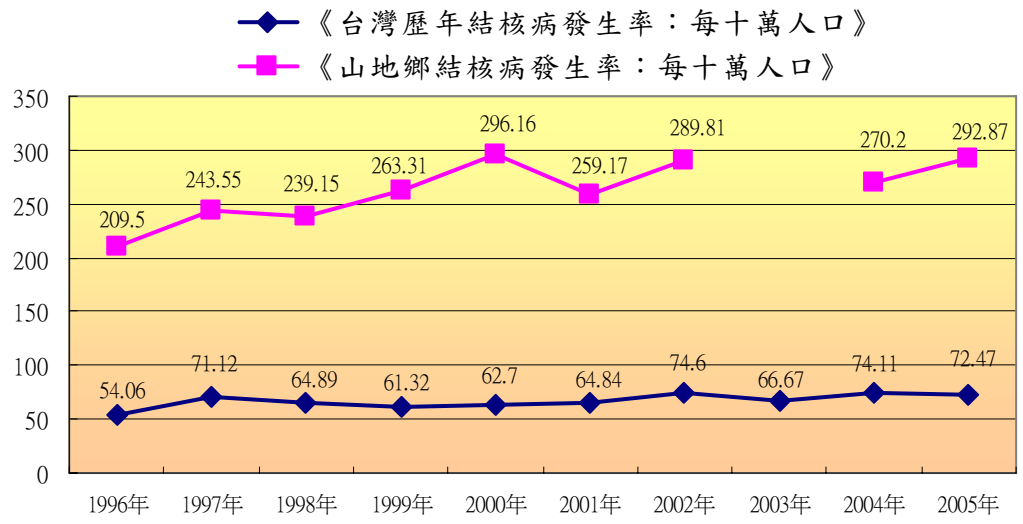



圖 2-2：歷年結核病發生率

資料來源：疾病管制局結核病流行病學專區，2006

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

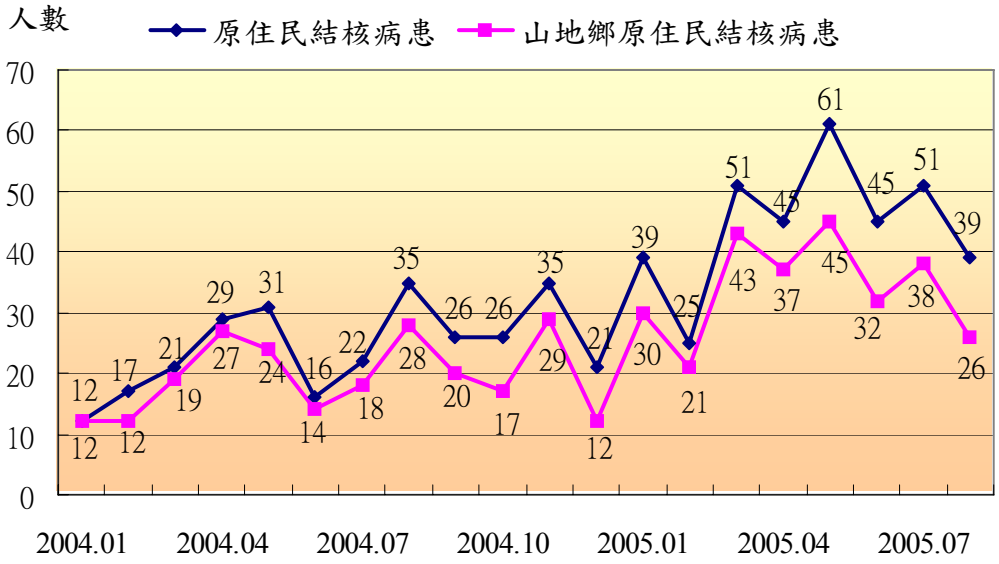



圖 2-3：原住民結核病患人數

資料來源：疾病管制局中央傳染病追蹤監視系統，2005

## 四、都治計畫

都治計畫（DOTS, Directly Observed Treatment, Short-course，舊譯「短程直接觀察治療」）是目前「國際抗癆暨肺病聯盟」提出防治結核病最有效的對策，也是世界銀行評估為成本效益最高的一項健康投資。是指結核病治療採用標準的短程治療方式，且治療的每一顆治療藥物，均在醫護人員或其他相關人員的監督下，真正吞到病人的肚子裡，發揮治療效果（索任，2000）。到 2003 年為止全球共有 182 個國家投入 DOTS 的計畫之中，涵蓋了全球 77%的結核病患(WHO,2005)。而台灣則在 1997 年 3 月 1 日起在山地鄉實施 DOTS，2001 年 5 月擴大到全國普遍實施(疾病管制局，2002)。根據部分已實施地區的初步報告顯示，此種治療方式雖然需耗費較多的人力物力，卻可使治癒率顯著提升、死亡率及治療失敗率降低，減少多發抗藥性結核病（MDR-TB）發生的機會(Shargie et al., 2005)。監視是成功治癒結核病的關鍵，若病人偶爾忘記服藥或未完成全程治療，則其結核病將永遠無法痊癒，也可能再次傳染給其他人。只要這些藥物在全程治療期間均按規定吞服，結核病總能治癒。因此直接監督加上短期化學治療應是現階段治癒結核病的最佳方法（白冠壬，1998）。

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

(一)痰塗片陽性，且不規則服藥者為第一級勸導督制對象。

(二)痰塗片陰性(或未驗痰)，不規則服藥者為第二級勸導督制對象。

(三)痰塗片陽性，規則服藥者為第三級勸導督制對象。

(四)痰塗片陰性(或未驗痰)，規則服藥者為第四級勸導督制對象。

(五)收案時尚未驗痰，且未實施都治個案於管理中獲得痰塗片陽性結果時，應即調整勸導都治優先順序。

(六)未實施都治個案，如發生不規則服藥情形，應即調整勸導都治優先順序。

參與都治計畫的個案皆會配置一位都治觀察員觀察期服藥情形,觀察員可由個案的親友、個案管理者、志工、鄰里長...等擔任，觀察員應每日親視個案依規定服藥，並在治療日誌上加以記載，當病患有藥物副作用產生時，則須立即通知衛生所管理人員協助處理。此外，都治觀察員除了需要與病患溝通，經由傾聽、勸慰，鼓勵病患持續規則治療，對於緩和患者及其家人對結核病的恐懼及提升他們的信心上有很大的影響,因此教導都治觀察員如何提供相關的服務及提供患者適當的建議則有其必要性。也有學者提出應建立一個以健康服務提供者為主的服務網絡以降低病患在治療期間甚至在治療後對於結核病的錯誤認知(Rajeswari et al., 2005)。

## 五、影響結核病治療成效之相關因素

結核病是國內傳染病頭號殺手，近年來肺結核死亡率一直居高不下，占所有傳染病死亡人數的一半，2003 年更是挺進男性十大死因排行榜（行政院衛生署，2004）。結核病具有許多特性，如利用空氣與飛沫傳染率高、潛伏期甚長、發病症狀不明顯，使缺少警覺而延誤治療等；又治療結核病需六至九個月的療程，而病人常因症狀減輕而中斷治療，治療不當或服藥不規則，也會造成抗藥性結核病的發生。而結核病常發生於弱勢族群，易使社會忽視其嚴重性，諸如上述原因使其防治工作相較於其他傳染病更加困難（傅絹媚、駱麗華，1994；疫情報導，2000）。

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

過去之研究（Addington, 1979；廖麗娟，1989；Brudney & Dobkin, 1991；余明治、索任等，1997）指出，肺結核治療成敗的關鍵在於病患服藥的遵從性，假若病患沒有遵從醫囑自行中斷治療或造成治療失敗，不僅藥效無法發揮，並且可能因此產生續發性抗藥性結核菌（Centers for Disease Control, 1992）。此外，完治病患認為「自己的意志力」與「家人協助與支持」是完成治療最主要的關鍵因素；未完治病患認為「藥吃了不舒服」與「感覺身體已經好」是其未能完成治療的原因（龔佩珍、蔡文正等，2003；蔡文正、龔佩珍等，2003；胡曉雲、蔡文正、龔佩珍，2005）。因此，隨時注意病人的治療順從性，保證有效的藥物進入病人體內發揮了藥效，才可能在最短的時間內治癒結核病，早日消滅傳染源，也才可能防止抗藥性結核

菌的持續增多。

而影響病人服藥遵從性的原因，除了病患的性別、年齡（廖麗娟，1989）、教育程度（Westaway, 1989；Dunn et al., 1990）、社經地位、婚姻狀況（Lee et al., 1992）、職業、對疾病與健康的認知（李茹萍，1996）、治療所需花費的金錢（Daryl & Ralph, 1977）、藥物治療的效果、醫療過程的滿意程度（李茹萍、邱豔芬，1998）等層面外，治療期間的長短、藥物的種類和數量多寡，以及劑量調配和指示用藥是否過於繁複也是不可忽視的因素。另外過去研究發現（Edwards et al , 1971；王蓮成，1994），性別、年齡、體重、居住地都市化程度、個人社經地位、是否罹患其他疾病（如：糖尿病、癌症、愛滋病等），對結核病罹病率與死亡率皆有影響。

民眾之社經狀況與肺結核之發生與防治有關，Mangtani 等人（1995）之研究結果發現居住環境「擁擠」為結核病之重要危險因子，其研究結果指出每增加 1%居住擁擠人口百分比，則會增加 12%的肺結核通報率。另一項研究（Bhatti et al.,1995）也顯示相似的結果，更指出少數民族百分比與結核病之通報率有關，而且貧窮地區發生結核病的比例特別高。1996 年 Hudelson 之研究發現性別對於肺結核之發生有顯著之差異，此研究在針對病患對於治療順從性的分析方面，發現個人對疾病及文化的信念、個人之工作型態、自覺疾病嚴重度、對於接受醫療服務之可近性、可用性與成本等因素，在不同社經族群與地區有顯著之差異。

值得重視的是近幾年來肺結核發生率有上升趨勢及因肺結核多重抗藥性的增加和結核菌的反撲問題，抗藥性結核菌蠢蠢欲動，結核病仍在台灣嚴重流行，抗藥性結核病也正在逐年增加中。行政院衛生署已連續三年到推動肺結核DOTS（Directly Observed Treatment Short-course）計畫（以直接觀察法確認病人確實服藥），就是公衛人員送藥到手、服藥入口、吃完再走，連續六個月盯著病人規規矩矩按時服藥以斷絕病根，目前有七到八成的新增病患根治了結核病（桃園縣政府衛生局，2005）。雖然DOTS

計劃所帶來的成效不僅在台灣地區，在全球也獲得肯定。但卻有研究指出DOTS計畫未能有效提升治癒率，主要由於個案和觀察員訪視時間無法配合、就醫時交通不便、健康狀況不佳及需要工作…等因素，而退出DOTS計畫，以致DOTS計畫之效益無法發揮所致(Khan et al., 2005)。

## 六、原住民肺結核病患之治療情形與政府補助措施

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

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

而原住民普遍缺乏儲蓄觀念，由於經濟能力欠佳，連健保都無法給付，以致在治療的過程中遭遇到瓶頸。研究發現在醫療服務利用影響因素之分析方面，原住民身份別是一個顯著的影響因子；且在住院醫療服務利用方面，山地原住民其住院醫療利用情形會比平地及非原住民高（蔡雅琪，2000）。山地鄉結核病患住院治療，可能迫於生計無法安心住院養病而出去打零工，又傳散病毒。或是因個性好強，不願相信自己有病，往往病急才亂投醫，所以又造成一樁樁延誤治療的例子。

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

原住民或現住地為山地鄉之結核病個案及無健保醫療者有所補助（衛生署疾病管制局結核病防治組，2005）。

由於山地鄉人口原來就只有將近二十萬左右，約略佔台灣地區總人口的1%，因此族群生命力如何繁衍生存，也受到政府相關單位的極度重視。為了讓山地鄉原住民也能珍愛生命，政府特於 1995 年，配合全民健康保險加強結核病防治方案，頒佈一系列的「山地鄉結核病人住院治療補助計畫」，以展露杜絕山地鄉結核病的決心（台灣原住民月刊，2000）。此外針對慢性傳染性肺結核個案、原住民、山地鄉民眾及無健保個案，提供結核病醫療及住院補助，現行之補助措施包括：

（一）具健保身份之結核病個案，補助就醫免部分負擔費用；未具健保身份結核病個案，補助因結核病就醫之全額醫療費用，減少個案就醫經濟負擔。

（二）慢性傳染性肺結核個案住院治療，住院期間免醫療部分負擔費用，並發給個案住院營養暨生活補助費，每日新台幣陸佰元。

（三）原住民或現住地為山地鄉之傳染性肺結核個案，補助限額自登記日起 75 天內住院治療，住院期間免醫療部分負擔費用，並發給個案營養暨生活費，每日新台幣陸佰元。住院補助次數以二次為限，二次住院入出院日期間隔不得超過 7 天，合計住院補助天數以 60 天為限。但得檢具醫師證明，向疾管局申請延長補助，最長以 30 天為限。

（四）未具健保身分之門診，包括一般結核病患、原住民或現居地山地鄉結核病個案與慢性傳染性結核病個案，因結核病就醫之全額醫療費用，補助限額比照健保局「全民健康保險結核病醫療給付改善方案計劃」給付標準。

（五）未具健保身分之住院部分：一般結核病患，應予以輔導協助加入健保，於住院期間未能辦妥加保手續者，將因結核病就醫住院之全額醫療費用提報「結核病診療諮詢小組」審查。而原住民或現居地山

地鄉結核病個案及慢性傳染性結病個案，同一般結核病患外，另每日補助新台幣陸佰元。但原住民或現居地山地鄉結核病個案其補助限額自登記日起 75 天內住院二次為限，二次住院入出院日期間隔不得超過 7 天，合計住院補助天數以 60 天為限，檢具醫師證明向疾管局申請延長補助，最長以 30 天為限（衛生署疾病管制局結核病防治組，2005）。

為體恤結核病個案就醫之方便性及減輕個案家庭經濟負擔，2004 年政府核准動支第二預備金五千餘萬元，辦理「擴大結核病免部分負擔及無健保等特定族群結核病醫療補助措施」。擴大結核病免部分負擔政策於 8 月 1 日上路，無健保等特定族群結核病醫療補助措施 9 月上路，包括基隆市署立基隆醫院、基隆市慢性病防治所以及 7 處衛生所，署立台中醫院，台南市 5 處衛生所…等。行政院衛生署疾病管制局「原住民、山地鄉結核病人住院治療補助」指定醫院名單共有 35 家，「慢性傳染性肺結核病人住院治療補助」指定醫院有 4 家。以病人為中心的照顧與便利病患，也使防治單位儘量做好宣導與追蹤的工作（衛生署疾病管制局結核病防治組，2005）。

## 七、病患需求

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

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

根據國外以病人為中心的需求評估，提出了探究身體徵兆（Physical symptoms）、心理情緒認知功能（Psychological Emotional Cognitive function）、人際情感互動（Social Emotional Interpersonal interactions）、存在的或精神的情感（Existential/spiritual Emotional）此四構面的需求特性（need attributes）。在對於需求或特性程度的心理衡量評估項目（Patricia Davidson et al., 2004）：

1.探究身體徵兆：疲勞、睡眠品質、難以行走爬梯或坡度等。

2.心理情緒認知功能：感覺可操控自己的生活、沮喪、容易健忘等。

3.人際情感互動：感覺親友了解其自身感受、經濟支持情況、害怕喪失獨立能力等。

4.存在的或精神的情感：對於病情惡化有所恐懼、害怕死亡等。

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

1.醫療需求：了解疾病未來的發展、如何照護、何時應該回診、如何預防疾病再發等等。

2.心理需求：緩解失落孤獨心理、家人的支持等。

3.經濟需求：尤其是中低收入戶、罹患長期慢性病患或需要負擔高醫療費用者最為需要。

4.環境需求：例如無障礙空間。

當人生病時，除了要將診察出罹患的疾病並將其治癒，最重要的是心理健康，因此更要了解病患的需求，才能提供最佳的照護，使其達到完全的健康。由於營養不良為肺結核之易感因子，臨床上經常可見患者出現各種營養指標下降之現象，但研究發現台東區居民之高結核罹患率及死亡率是與營養缺乏並無統計上顯著差異，但原住民胸部 X 光比漢人偏向較嚴重之程度，其原因則可能與原住民較缺乏醫學常識及地處偏遠醫療不普及有關（李昭賢，1997）。

## 八、文獻總結

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

# 第三章　研究方法

## 一、研究步驟

本研究主要探討原住民肺結核病患之病患需求，包含評估目前原住民罹患結核病的發生率、盛行率，並比較山地離島鄉與平地鄉原住民罹患肺結核後其疾病認知與需求如何。本研究步驟共分成五個階段：（1）文獻歸納；（2）焦點團體；（3）設計問卷；（4）問卷調查（5）資料回收與分析；（6）專家座談。各階段詳細之步驟與流程分述如下：

第一階段：文獻歸納

首先探討原住民罹患結核病之現況（包含罹患人數、發生率、盛行率..等），並瞭解我國目前原住民結核病治療成效。接著蒐集國內外針對影響少數及特殊族群結核病患之病患需求等相關研究，以瞭解結核病患之病患需求。

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

第二階段：焦點團體

本研究採取焦點團體法（focus group），邀集部份相關醫師：胸腔內科醫師 4 位、感染科醫師 1 位、衛生單位相關人員，如公共衛生護士 5 位、疾病管制局人員 1 位、專家學者 2 位、及原住民結核病患 5 位進行原住民病患需求探討，以取得多方面之意見與建議，作為問卷內容設計之重要參考依據，針對焦點團體之部分將詳細記錄。

第三階段：問卷設計

本研究透過文獻探討及焦點團體結果彙整可能影響原住民肺結核病患之病患需求因素。並依據本研究目的與相關研究結果編製本研究問卷，問卷內容主要包含下列五大部分：(1)病患基本特性（例如：性別、年齡、族群、教育程度、每月家庭收入、居住地區、慢性疾病…等）；(2)結核病治療情形（例如：治療狀態(完治、未完治)、公衛護士訪視次數、公衛護士訪視情形（面訪、電訪）、有無中斷治療、有無更換醫院、服藥副作用、有無加入 DOTS、服藥遵從性…等）；(3)健康行為（例如：抽菸情形、喝酒情形、固定運動…等）；(4)疾病認知（例如：罹病原因、服藥方式、治療期間、未完治後遺症…等）；(5)病患需求（例如：醫療及生理層面、心理及社會層面、經濟及交通層面等）。其中「居住地區」及「有無加入 DOTS 計畫」、「治療狀態」皆可由疾病管制局的通報系統取得相關資訊，因此不在問卷中重複量測。此外，針對問卷內容部分將以專家效度進行內容效度（content validity）之測量(專家名單及審查結果詳見附錄一、二)。

第四階段：問卷調查

依據第三階段所設計出之問卷，本研究透過地段負責之公衛護士及疾病管制局輔導員，透過電訪及面訪的方式對全國原住民結核病患進行問卷調查，瞭解原住民結核病患之基本特性、治療情形、健康行為、疾病認知與病患需求（包含醫療及生理層面、心理及社會層面、經濟及交通層面）(詳見附錄三)。

第五階段：資料回收與分析

首先彙整分析第四階段原住民結核病患之病患需求問卷調查的結果，並對山地離島鄉與平地鄉原住民結核病患分析其病患需求之差異，最後針對未來提供原住民結核病患所需之病患需求提出適當的建議。

第六階段：專家座談會

最後，本研究將上述各階段研究結果進行最後彙整，並將結果作一完

整的討論，針對第五階段所歸納出原住民結核病患所需之病患需求，並召開專家座談會，再度邀請學術界專家學者 2 位、衛生單位相關人員如疾病管制局分局長及地段公共衛生護士 1 位、胸腔科醫師 3 位、肺結核個管師 1 位，針對研究結果歸納出原住民結核病患之病患需求提出適當的建議，並對於行政機關擬出具體明確建議。

此外，針對病患資料隱私的部分，本研究亦列出下列幾點保護措施：

1. 計畫主持人及本計畫專任研究助理簽署資料保護同意書。
2. 病患資料及疾病管制局所提供之相關資料僅存放在一台電腦中。
3. 存放資料之電腦設有密碼，僅提供計畫主持人及本計畫專任研究助理才可使用。
4. 存放資料之電腦嚴禁以任何方式複製資料檔案，或將資料提供給參與研究以外之他人使用。
5. 本研究成果僅作為學術用途，不提供其他營利機構使用。

## 二、問卷信、效度

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

在信度方面，本研究將利用再測法(test-retest)計算 Kappa 值，一般而言 Kappa 高於 0.6 即算有良好的再測信度，本研究在問卷回收後選取 2 個題目，選取 30 位已受訪的個案，再次進行訪問以了解其重複測量的一致性，結果發現本研究所選取 2 個題目的 Kappa 值分別為 1.00 及 0.66，顯示本研究的在測信度佳。此外，本研究將同時針對個需求層面計算Cronbach’s Alpha 係數，Cronbach’s Alpha 表示各民眾回答問卷內容之一致性程度，是檢驗問卷信度方法之一，一般而言係數高於 0.7 則表示問卷內容效度佳。本研究針對「醫療及生理層面」、「心理及社會層面」分別進行信度檢定，其 Cronbach’s Alpha 係數分別為 0.90 及 0.77，顯示本問卷內容一致性良好。

## 三、研究對象及資料收集

(一)訪員順練

爲使訪員訪問方法標準化，訪員在正式訪問前由研究人員統一進行訪員訓練，其目的為說明研究計畫內容及重要性、訪問技巧說明、問卷內容及注意事項說明、行政事項說明等。期望能藉由訪員順練使其訪問方法技巧及用詞能表準化，減少訪問誤差，訪員順練手冊如附錄五所示。

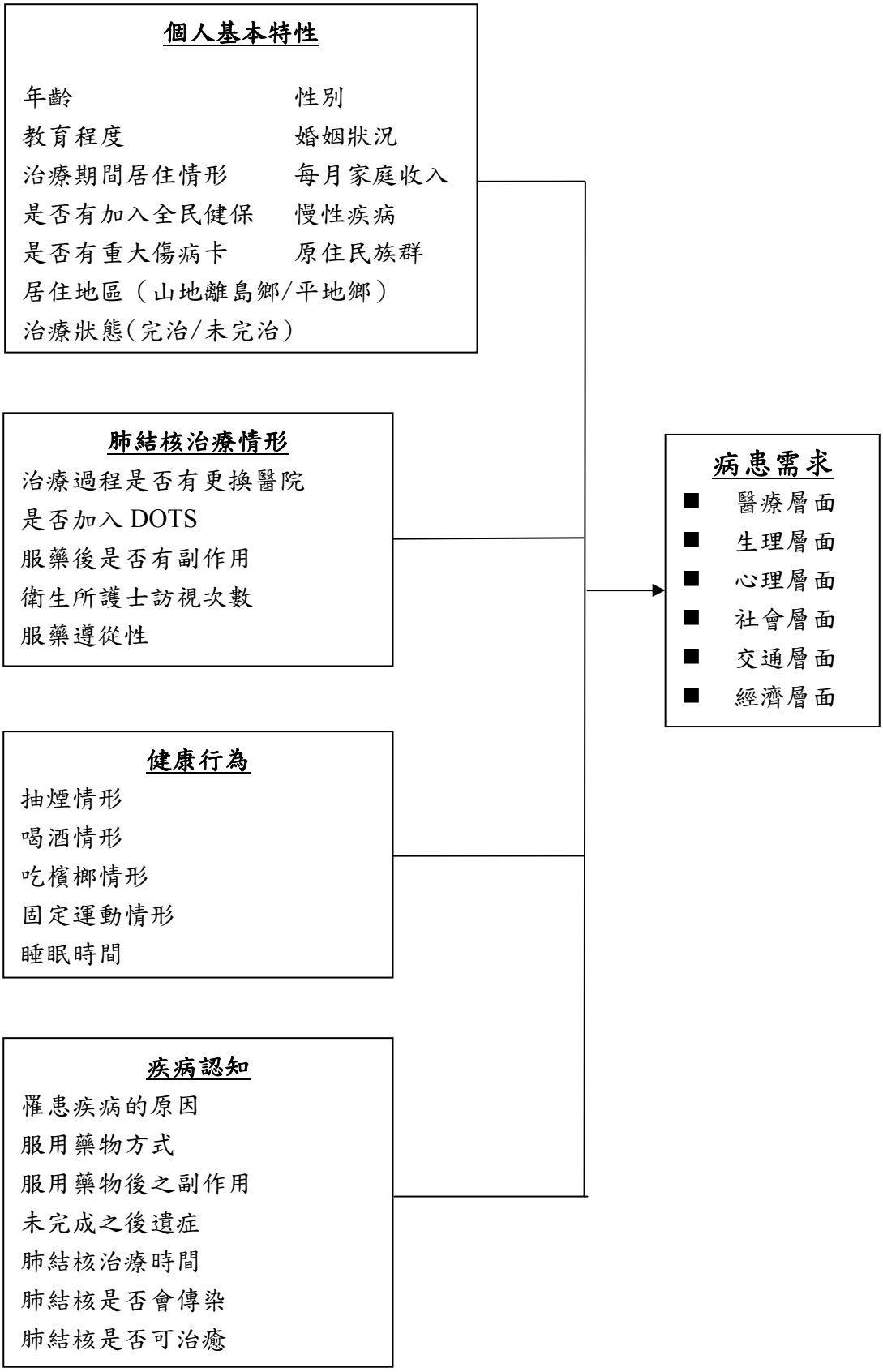
(二)研究對象

本研究對象主要以疾病管制結核病通報系統取得 2004 年 1 月 1 日至 2005 年 12 月 31 日新增之原住民結核病患通報個案為研究對象。在經疾病管制局同意提供原住民結核病患資料後，請各鄉鎮地段負責之公衛護士或疾病管制局公衛護士輔導員協助本研究之問卷調查，問卷調查方式乃採用電話訪問或面訪之方式進行，研究期間新增之原住民肺結核病患共 854 位，在排除死亡、改診斷及肺外結核病患後共計 605 位原住民肺結核個案為本研究之研究對象，其中平地鄉 178 位(29.42%)，山地離島鄉 427 位(70.58%)。

## 四、資料分析

本研究將收集到之問卷資料進行描述性統計與推論性統計分析，針對原住民結核病患問卷方面，除描述性之統計分析原住民肺結核病患之基本特性、治療及健康情形及病患需求外，本研究首先利用卡方檢定分析山地鄉與平地鄉原住民結核病患在病患基本特性、治療情形、健康行為及疾病認知方面是否有差異，在疾病認知上會進一步區分認知是否正確，而計算出認知得分。接著利用 t-test 分析山地鄉與平地鄉原住民結核病患之病患需求是否有顯著差異。最後採複迴歸分析（multiple regression）進行推論性統計分析，以原住民之病患需求為依變項，病患需求以 5 分法加以衡量，分別計算各層面的需求得分，自變項則包含患者之基本特性（包含居住在山地鄉或平地鄉）、治療情形、疾病認知、健康行為，希望藉此找出影響原住民結核病患之病患需求相關因素。

## 五、研究架構


個人基本特性
年齡
性別
教育程度
婚姻狀況
治療期間居住情形
每月家庭收入
是否有加入全民健保
慢性疾病
是否有重大傷病卡
原住民族群
居住地區（山地離島鄉/平地鄉）
治療狀態(完治/未完治)
肺結核治療情形
治療過程是否有更換醫院
是否加入 DOTS
服藥後是否有副作用
衛生所護士訪視次數
服藥遵從性
健康行為
抽煙情形
喝酒情形
吃檳榔情形
固定運動情形
睡眠時間
疾病認知
罹患疾病的原因
服用藥物方式
服用藥物後之副作用
未完成之後遺症
肺結核治療時間
肺結核是否會傳染
肺結核是否可治癒
病患需求
■ 醫療層面
■ 生理層面
■ 心理層面
■ 社會層面
■ 交通層面
■ 經濟層面

# 第四章　研究結果

本研究結果將分為六大部分進行描述，第一部分為樣本代表性分析，主要針對本研究樣本與母群體之分佈，利用適合度檢定來分析樣本是否具有代表性。第二部分是針對原住民族群在結核病流行上病學上的趨勢加以說明。第三部分為樣本描述性及雙變項分析，主要針對本研究樣本簡單描述其分佈情形並利用卡方檢定分析山地離島鄉與平地鄉原住民結核病患者在各變項間是否達到顯著差異。第四部分則針對原住民肺結核病患需求，利用及 t-test 檢定分析山地離島鄉與平地鄉原住民結核病患者在各需求之間是否達到顯著差異。第五部份以複迴歸(multiple regression )分析，找出影響原住民肺結核病患需求之顯著因素。第六部分則是針對本研究初步之研究結果，邀請相關領域之專家學者對本研究進行討論之結果。

## 一、樣本代表性分析

爲確定回收之樣本具有代表性，本研究依據樣本的居住地、性別及年齡與 2004 年、2005 年原住民肺結核新增個案之母群體進行分析比較。在居住地方面，樣本居住於山地離島鄉與平地鄉的比例和母群體的居住地情形並無顯著差異($p>0.05$)。若將研究對象區分為山地離島鄉及平地鄉兩群體，在性別方面，不管在山地離島鄉或平地鄉樣本與母群體的性別分佈未達統計上的顯著差異($P>0.05$)。最後在年齡方面山地離島鄉樣本平均年齡為 48.99 歲，母群體為 48.42 歲；平地鄉樣本平均年齡 45.39 歲，母群體為 44.81 歲，兩群體在年齡分佈上亦未達統計上的顯著差異($P>0.05$)，顯示本研究受訪之樣本相當具有代表性(詳見表 4-1)。

**表 4-1、本研究樣本與原住民肺結核患者母群體適合度檢定**

| 變項 | 山地離島鄉 | 平地鄉 |
|---|---|---|
| **居住地區** | | |
| 母群體 | 443 | 162 |
| N=605 | (73.22%) | (26.78%) |
| 樣本 | 236 | 80 |
| N=316 | (74.68%) | (25.32%) |
| **$X^2$ p-value** | **0.6897** | |
| **變項** | **山地離島鄉** | **平地鄉** |
| **性別** | | |
| 母群體 | | |
| 男 | 285 | 108 |
| | (64.33%) | (66.67%) |
| 女 | 158 | 54 |
| | (35.67%) | (33.33%) |
| 樣本 | | |
| 男 | 148 | 51 |
| | (62.71%) | (63.75%) |
| 女 | 88 | 29 |
| | (37.29%) | (36.25%) |
| **$X^2$ p-value** | **0.7377** | **0.7598** |
| **變項** | **山地離島鄉** | **平地鄉** |
| **年齡** | | |
| 母群體 | 48.42 | 44.81 |
| 樣本 | 48.99 | 45.39 |
| **t test p-value** | **0.6374** | **0.774** |

資料來源：衛生署疾病管制局，中央傳染病追蹤監視系統

## 二、原住民結核病罹病情形

由疾病管制局 2004 及 2005 年結核病患通報系統的統計資料顯示，研究期間共有新增通報 854 位個案，排除改診斷人數後共有 789 位新增確診人數。2004 年原住民結核病發生率為 0.065%；2005 年則為 0.106%。在盛行率方面，TB 病患數則是以該年 TB 新增確診人數加上追蹤過去新增的結核病患至該年度為止尚未完成結核病治療者及於該年度完成治療的個案數，2004 年原住民 TB 病患數有 374 位，盛行率為 0.082%；2005 年原住民 TB 病患數有 728 位，盛行率為 0.157%。

反觀台灣地區 2004 年結核病為每十萬人口發生率 74.11 人(疾管局，2006)，即發生率為 0.074%，2005 年之發生率則尚未有相關資料公佈。同樣的台灣地區結核病之盛行率，由於需要透過健保資料庫加以分析，因此，亦未有相關資訊之公佈，故無法和原住民結核病之分佈情形相互比較(詳見表 4-1)。

## 三、樣本描述性分析及雙變項分析

(一)原住民肺結核病患基本特性

本研究共計回收 316 份原住民肺結核病患問卷，本研究樣本的性別、年齡、婚姻狀態、教育程度及每月家庭收入等基本特性，在山地離島鄉和平地鄉的分佈，並未達統計上的顯著差異(p>0.05)。整體而言，男性佔 62.97%，女性則佔 37.03%。年齡分佈以「35-49 歲」居多(31.96%)，其次為「50-64 歲」(22.47%)、「65 歲以上」(21.84%)，山地離島鄉平均年齡為 48.99 歲，平地鄉則為 45.39 歲。婚姻狀況以「已婚」居多佔 51.90%，「未婚」則佔 20.57%。在教育程度方面，受訪個案教育程度普遍偏低，「未上學/或國小」者佔了 54.61%。每月家庭收入以「15000 元以下」所佔比例最高(46.74%)，其次為「15001-30000 元」(31.27%)，顯示本研究樣本之收入屬於中低所得，若以 3 萬元為基準，山地離島鄉每月家庭收入低於 3 萬元者佔 81.28%，平地鄉佔 68.06%，顯示山地離島鄉經濟狀況相對於平地鄉較差，但經濟狀況並未達統計上的顯著差異(p>0.05)。

本研究受訪之原住民個案表示治療期間大多(88.57%)與家人朋友同住，但仍有少數(10.48%)的受訪個案為獨居的狀況，而與家人朋友同住者，其同住人數在山地離島鄉平均為 4.04 人，平地鄉則為 3.86 人。在居住環境方面，有 27.22%的受訪者表示居住環境有點潮濕，認為居住環境非常潮濕者則佔 9.81%，而認為居住環境乾燥者在山地離島鄉的比例為 61.02%，平地鄉則為 68.75%，顯示山地離島鄉個案自覺居住環境相對於平地鄉較為潮濕，但並未達統計上的顯著差異(p>0.05)。

在原住民肺結核病患的健康狀況，有慢性病者佔 65.82%，其中有慢性病者又以「痛風」居多(47.60%)，其次則依序為「高血壓」(33.65%)、「關節炎」(25.48%)、「糖尿病」(25.48%)，而山地離島鄉患有慢性病的比例(69.49%)又高於平地鄉的比例(55.00%)，且達統計上的顯著差異(p<0.05)，

顯示山地離島鄉的原住民肺結核患者健康狀況較差。在加入全民健保的比率，則有 98.42%的受訪個案都有健保身分，而約有 7.91%的受訪者持有重大傷病卡。此外本研究之原住民肺結核個案有 73.73%加入 DOTS 計畫，未加入者則佔 26.27%，其中山地離島鄉加入 DOTS 計畫的比例為 80.08%，顯著高於平地鄉的 55.00%。最後在原住民的族群分佈上，山地離島鄉是以「泰雅族」為最多數佔 41.95%，其次為「布農族」佔 28.39%、「太魯閣族」佔 16.10%，平地鄉則是以「阿美族」為最多數佔 30.00%、其次依序為「泰雅族」佔 27.50%、「排灣族」佔 13.75%，且山地離島鄉及平地鄉在族群的分佈上達統計上的顯著差異($p<0.05$)(詳見表 4-2)。

(二)原住民肺結核病患治療情形

本研究所選定的樣本中，受訪時完成肺結核治療者有 251 位(79.43%)，未完治者有 65 位(20.57%)，且山地離島鄉完治率為 77.97%低於平地鄉的 83.75%。而治療肺結核過程中有 34 位個案超過 2 個月中斷服藥者，佔所有受訪者 10.76%，且山地離島鄉中斷率為 11.86%高於平地鄉的 7.50%，而其中斷治療的原因主要為「交通因素」(26.47%)其次則為「副作用」佔 14.71%，此外山地鄉離島鄉個案因為結核病而更換工作或離職的比率為 17.80%，低於平地鄉的 25.00%，但未達統計上的顯著差異($p>0.05$)。在治療肺結核上有 12.34%的個案更換過醫院，其更換醫院治療的原因以「離家近」(33.33%)為主要考量，其次則是因為「原醫院治療效果不佳、有副作用」(20.51%)、「衛生所護士介紹」(17.95%)才更換醫院治療。

在服藥遵從性方面 93.35%的受訪者表示其服藥方式為「按時服藥」，然而，服藥後有副作用者佔 66.77%，其副作用以「關節疼痛」(48.34%)、「疲倦」(47.87%)、「皮膚癢」(47.39%)佔大多數。而山地離島鄉的原住民肺結核病患治療期間最困擾的事依序為「交通因素」(19.80%)、「經濟因素」(18.81%)及「治療時間長」(15.35%)，平地鄉則為「治療時間長」(17.95%)及「影響工作」(16.67%)、「經濟因素」(11.54%)。生活品質影響程度方面

38.29%的受訪者表示「完全無影響」，37.66%表示「有點影響」，其中又有24.05%的受訪者認為「相當有影響」。在健康狀況方面 84.18%的受訪者健康狀況有改善，14.56%認為沒改變，而認為健康狀況惡化者則佔 1.27%。

在衛生所護士訪視方式，87.58%為面訪，而在治療期間只接受過衛生所護士電訪的比例則為 7.96%，治療期間沒遇過衛生所護士訪視的比例則為 4.46%。有接受過衛生所護士面訪者表示，衛生所護士在治療期間面訪的次數以「7 次以上」(70.91%)佔大多數，而認為衛生所護士的訪視對結核病治療有幫助的比例為 83.22%，相對的認為醫院的醫師或護士對結核病治療有幫助的比例則為 93.99%，其中山地離島鄉認為衛生所護士訪事對治療有幫助的比例為 85.59%，高於平地鄉的 76.25%，且達統計上的顯著差異($p<0.05$)。

在肺結核的診斷上，56. 50%的受訪個案因為咳嗽而就醫診斷出罹患肺結核，除此之外疲倦(29.30%)、發燒(27.39%)等現象，也是促使個案至醫院檢查而發現患有肺結核的症狀，而因為「X 光、健檢」而發現患有肺結核的比例在山地離島鄉為 37.87%，高於平地鄉的 12.66%。而除了因 X 光篩檢者，在肺結核疾病相關狀產生後 51.43%的個案皆在一星期內即至醫院接受相關的檢查及治療，症狀發生後一個月以上才就醫的比例則佔 13.06%，其中在山地離島鄉一星期內就醫的比例為 48.02%，低於平地鄉的 60.29%。

而在就醫時的交通時間，山地離島鄉需花費一小時以上者佔 75.22%，平地鄉為 58.97%，而就醫之交通時間小於半小時者在山地離島鄉為 10.43%，平地鄉為 26.92%，且山地離島鄉和平地鄉受訪個案在就醫時交通時間上的分佈達統計上的顯著差異($<0.05$)，顯示山地鄉在就醫時需花費較多的交通時間。最後在多重抗藥性上，3.16%的受訪個案表示為多重抗藥性患者，不是多重抗藥性者佔 52.53%，而不知道是否為多重抗藥性者則佔 44.30%，顯示多數的個案對於自身健康或治療狀況仍不甚了解(詳見

表 4-3)。

(三)治療期間健康行為

原住民肺結核病患治療期間之健康行為如：喝酒、抽菸、嚼檳榔、運動及每日睡眠時間分別論述如下。在喝酒方面每週喝 3-4 次以上者佔 10.44%，無喝酒者在山地離島鄉佔 55.08%，平地鄉佔 68.75%，顯示山地離島鄉原住民肺結核患者，喝酒的情形較嚴重，但與平地鄉的喝酒情形並未達統計上的顯著差異(p>0.05)。在抽菸方面每週抽 1-2 次以上者佔 22.78%，偶爾或應酬時才抽者 14.87%，無抽菸者佔 62.34%。在嚼檳榔方面，22.78%的比例有嚼檳榔的情形，無嚼檳榔者佔 77.22%。而在運動方面無運動習慣者佔 36.74%，每週運動 1-2 次以上者佔 39.29%。最後在睡眠時間，受訪者在治療期間平均每日睡眠時間為 7.44 小時，顯示休息時間仍算充足。綜合以上描述可知，山地離島鄉和平地鄉的原住民肺結核病患在健康行為的分佈上皆未達統計上的顯著差異(p>0.05)(詳見表 4-4)。

(四)原住民肺結核病患對肺結核疾病認知

本研究在評估原住民肺結核病患的認知程度上，採用選擇題的方式加以測量，如此一來除了可得知受訪者認知程度的高低，也可以了解其錯誤認知為何，以做為未來在衛教宣導上的參考。最後本研究會針對各認知題目計算出認知得分，答對者得 1 分，答錯或回答不知道者則為 0 分，本研究認知總分為 7 分，認知題目正確解答如附錄六所示。

在結核病的致病因上，答對者佔 51.27%，認為是感冒所引起的佔 18.04%，不知道為何感染肺結核的佔 25.00%。在肺結核服藥方式，答對率則為 93.35%，顯示受訪者大多了解肺結核的藥物需要每天服用。而服藥後的可能副作用有 54.75%的受訪者知道為皮膚癢、腸胃不適等症狀，然而不知道可能副作用為何的比例則佔 34.18%。雖然有 30.38%的受訪者了解未完治的後遺症為「產生抗藥性」，但仍有 58.54%的個案不知道未完治的後果，11.08%的個案回答錯誤。在結核病是否可完治的題項上山地離

島鄉有 77.22%了解肺結核是可以治癒的疾病，平地鄉則有 70.00%，但未達統計上的顯著差異(p>0.05)。而知道治療肺結核需要花費多少時間的比例為 69.30%，不知道者則佔 30.70%。在肺結核的傳染性，42.41%的受訪者了解只有開放性肺結核才會傳染，認為肺結核一定會傳染的比例為 20.89%，不知道的比例為 24.05%。

由以上結果可知，受訪者對於「肺結核服藥方式」認知程度最高，答對率為 93.35%，其次為「是否可完全治好」答對率 77.22%、「肺結核需要治療多久」答對率為 69.30；反之，認知較差的題目為「未完治的後遺症」答對率 30.38%，及「肺結核會不會傳染」答對率 42.41%。綜合以上結果，本研究求得受訪者認知得分為 4.19 分，山地離島鄉為 4.20 分高於平地鄉的 4.15 分，但未達統計上的顯著差異(p>0.05) (詳見表 4-5)。

## 四、原住民肺結核病患需求

在原住民肺結核病患需求方面，本研究分為「醫療及生理層面」、「心理及社會層面」、「交通及經濟層面」三大需求構面加以分析，病患需求採 Likert's Scale 五分法加以衡量(1-5 分，非常不同意-非常同意)，得分越高代表該需求越低，整體而言醫療及生理層面得分平均為 3.95 分，其次為心理及社會層面得分平均為 3.33 分，而交通及經濟層面得分平均為 2.80 分，由此可知原住民肺結核病患需求改善的重要性依序為「交通及經濟層面」、「心理及社會層面」、「醫療及生理層面」。而山地離島鄉和平地鄉在各層面的需求情形，除了「心理及社會層面」未達統計上的顯著差異外 ($p>0.05$)，「醫療及生理層面」、「交通及經濟層面」皆達統計上的顯著差異 ($p<0.05$)。

在「醫療及生理層面」，山地離島鄉得分為 4.00 分，高於平地鄉的 3.83 分，顯示平地鄉在該層面的需求顯著高於山地離島鄉，而其中有差異的題項則包含「照護人員不會對他人隨意談論您的病情」、「醫護人員關心您治療情況」、「醫療照護人員對您的家人朋友提供足夠的衛教」、「對肺結核治療效果有信心」等 4 個題項，且山地離島鄉平均得分皆高於平地鄉得分。整體而言受訪個案對於「您目前健康狀況良好」、「副作用控制情況良好」兩題項的認同度較低，顯示受訪者對於生理方面的健康情形有較大的需求。

「心理及社會層面」的需求雖然在山地離島鄉及平地鄉無顯著差異，然而，就整體而言，受訪者對於「不會時常因生病而焦慮」、「不會因結核病而害怕和人接觸、交談」兩題項的認同度較低，顯示肺結核疾病不僅對患者的心理層面造成衝擊，也間接影響其社交情形。

在「交通及經濟層面」山地離島鄉得分為 2.75 分，平地鄉為 2.97 分，顯示山地離島鄉的原住民肺結核個案在該層面的條件相對於平地鄉差，需

要較多的協助。而該層面中又以「有能力負擔健保保費」、「有能力負擔結核病醫療費用」、「政府之補助能降低您就醫的財務障礙」三個題項達統計上的顯著差異，且平地鄉平均得分高於山地鄉，即相對於平地鄉，山地離島鄉經濟需求較高。就整體而言，受訪個案對於「結核病不會導致無法正常工作」、「政府之補助能降低就醫的財務障礙」兩題項認同度較低，顯示原住民肺結核患者有較高的經濟層面需求(詳見表 4-6)。

## 五、病患需求之迴歸分析

本研究採用複迴歸分析，探討哪些因素會影響原住民肺結核病患需求，在病患需求方面區分為「醫療及生理層面」、「心理及社會層面」以及「醫療及生理層面加心理及社會層面」之需求，等三大迴歸模式加以分別討論，以各層面需求得分為依變項，得分越低代表該層面需求越高，由於交通及經濟需求影響因素較單純，和其他的特性較無關，因此本研究未對交通及經濟層面的需求進行迴歸分析，除此之外各層面需求之複迴歸分析如下所示：

(一)醫療及生理層面複迴歸分析

在影響原住民肺結核病患醫療及生理需求方面，以原住民之病患之醫療及生理層面需求總得分為依變項，各題項以 5 分法加以衡量，依變項得分則為各題項分數之加總。其顯著因素包含「原住民族群」、「治療狀態」、「是否有副作用」、「健康狀況改善程度」及「認知得分」等項目，就整體模式而言，所有自變項對原住民肺結核病患的醫療及生理需求之變異量經調整後解釋力(Adjust $R^2$)為 0.31。在原住民族群方面，相對於泰雅族，太魯閣族的個案有較多的醫療及生理需求，其需求相對於泰雅族高出 2.56 個單位。而在控制其他變項下，完治者的生理及醫療需求相對於未完治者低 1.70 個單位。而在副作用方面，有副作用者的迴歸係數為-2.67，即在控制其他變項下，有副作用者的醫療及生理需求相對於無副作用者高出 2.67 個單位。在健康改善程度方面，健康情況有改善者其醫療及生理需求相對於無改善者也相對低 2.02 個單位。最後在原住民肺結核病患對肺結核疾病的認知上，本研究亦發現，對肺結核疾病越了解者其醫療及生理需求也就越低，迴歸係數為 1.40，即在控制其他變項下認知每提高 1 分，醫療及生理需求就降低 1.40 單位。

而關於原住民肺結核病患的醫療及生理需求的各影響因素，經標準化

後即可得知對肺結核疾病的認知為影響原住民肺結核病患醫療及生理層面需求的最主要因素，其標準化係數最高，為 0.445。

除此之外本研究亦發現，「居住地區」、「性別」、「年齡」、「婚姻狀態」、「教育程度」、「每月家庭收入」、「治療期間居住情形」、「慢性病」、「是否加入全民健保」、「是否加入 DOTS 計畫」、「是否中斷服藥」、「衛生所護士訪視次數」、「就醫交通時間」及「睡眠時間」等因素，並非影響原住民結核病患醫療及生理需求的顯著因子(詳見表 4-7)。

(二)心理及社會層面複迴歸分析

在心理及社會層面，同樣採 5 分法加以衡量依變項得分。結果顯示僅有「年齡」為影響心理及社會層面需求的顯著因素，在控制其他變項下，年齡每增加一歲其心理及社會層面的需求降低 0.07 單位。而其他因素如：「居住地區」、「性別」、「婚姻狀態」、「教育程度」、「每月家庭收入」、「治療期間居住情形」、「慢性病」、「是否加入全民健保」、「是否加入 DOTS 計畫」、「原住民族群」、「治療狀態」、「是否中斷服藥」、「是否有副作用」、「健康狀態改善程度」、「衛生所護士訪視次數」、「就醫交通時間」及「睡眠時間」及「疾病認知」並非影響原住民結核病患心理及社會需求的顯著因子(詳見表 4-8)。

(三)病患醫療、生理、心理及社會等需求複迴歸分析

本研究以醫療、生理、心理及社會等層面加以衡量原住民肺結核病患的整體需求，由於經濟及交通層面的需求影響因素較單純故在此不納入迴歸分析中。在此迴歸模式中所有自變項對原住民肺結核病患的醫療、生理、心理及社會等需求之變異量經調整後解釋力(Adjust $R^2$)為 0.23。由迴歸模式發現對於原住民肺結核病患醫療、生理、心理及社會等需求有顯著的因素包含：「年齡」、「教育程度」、「原住民族群」、「是否有副作用」及「認知得分」等項目。在年齡方面迴歸係數為 0.09，即在控制其他變項後年齡越大者相較於年輕族群病患需求較低，在教育程度方面，相對於「未

上學/國小」者，教育程度為「高中/高職」者，病患需求相對降低 2.89 個單位。而在原住民族群方面，太魯閣族相對於泰雅族有較高的病患需求，其需求高出 3.15 個單位，另外在服藥後的副作用方面，在控制其他變項後，有副作用者的需求相對高出無副作用者 3.62 個單位，而在對肺結核的疾病認知方面，認知得分越高者，病患需求亦較低，由迴歸係數得知，對肺結核疾病認知每高出一分，需求即降低 1.39 個單位。由標準化係數可知，影響原住民肺結核病患需求的因素中，其前三大影響因素依序為「認知得分」(標準化係數=0.339)、「是否有副作用」(標準化係數=-0.234)及「年齡」(標準化係數=0.218)。

同樣的在原住民肺結核病患需求方面「居住地區」、「性別」、「婚姻狀態」、「每月家庭收入」、「治療期間居住情形」、「慢性病」、「是否加入全民健保」、「是否加入 DOTS 計畫」、「治療狀態」、「是否中斷服藥」、「健康狀態改善程度」、「衛生所護士訪視次數」、「就醫交通時間」及「睡眠時間」等因素並非影響原住民肺結核病患需求的顯著因素。

## 六、專家會議

(一)專家會議結果

本研究針對初步回收之 263 份問卷加以分析整理後，邀請疾管局分局長、胸腔科醫師 3 位、肺結核個管師 1 位、衛生所地段護士 1 位及 2 位專家學者，依據本研究之初步調查結果對原住民肺結核病患需求提出相關的討論及建議。

在原住民結核病方面，2004 年及 2005 年原住民肺結核病發生率分別為每十萬人口 65 人及 106 人，而原住民結核病盛行率則分別為 0.082 及 0.157。專家學者指出，由於疾病管制局於 2005 年開始對山地鄉提供每年一次的 X 光篩檢，並對山地鄉居民全面造冊檢查，故 2005 年結核病的新增個案明顯增加。而 2004 年原住民結核病每十萬人口發生率低於台灣地區的 74.11 人，也是由於許多潛在病患並沒能即時被診斷出患有肺結核以致低估原住民結核病發生的情況所致。

一般平地鄉的結核病患加入 DOTS 計畫的比率為 90%左右，然而本研究卻發現平地鄉原住民的參與率僅有 54.55%，明顯低於一般民眾許多。專家指出，可能因為到平地鄉生活或工作的原住民個案，由於缺乏家人朋友的陪伴，反而容易被邊緣化而找不到適合人選擔任其加入 DOTS 計畫的關懷員，因此，此群個案加入 DOTS 計畫的比率才出現偏低的傾向。而在藥物副作用方面，關節疼痛的比率甚高，除了是原住民的飲酒習慣所致，也可能是藥物不適所引起。除此之外，藥量多、服藥次數多則為原住民結核病患治療期間常見之困擾。

在服藥方式上，本研究依據病人主訴，按時服藥之比例高達九成以上，專家學者指出，本調查之問卷回收率在山地離島鄉為 44.98%，平地鄉為 35.48%，多數的個案並未受訪，因此如此高的服藥遵從性可能是接受訪問的個案，通常也較容易追蹤，故衛生所護士也較易掌握其服藥狀況，相對

的，容易失聯不易追蹤受訪者往往對醫囑的遵從性較低，服藥情形也相對的不規則。除此之外，專家亦指出原住民肺結核患者常因為失業或罹患疾病等因素而借酒澆愁，如此的惡性循環，除了影響到其工作的機會，也因此而忘記按時服藥而影響到結核病的治療，甚至因為和朋友結群喝酒，而使相互感染的比率大為提升。

最後，在病患需求方面，多數的原住民病患仍有經濟層面的需求，專家指出其原因可歸咎於原住民愛喝酒的習性，再加上其種族的特殊性，而使其成為被社會邊緣化的一群人，進而使得其就業上遭遇許多的困難，間接影響到其經濟能力。而在交通層面的需求上，由於多數的山地鄉民眾至醫院就醫時往往需耗費許多的交通時間及交通費，也更加深其就醫上的障礙，甚至當結核病患者搭乘一般大眾運輸工具時，也會遭到排擠或拒絕搭乘的情況發生。因此，針對原住民族群，除了其醫療、生理、心理、社會等層面的需求外，其經濟及交通層面的需求的滿足及改善更是刻不容緩的。

(二)專家會議建議

針對本研究調查結果，專家提出以下建議：

1. 政府單位應對原住民肺結核病患提供適當的就業機會或就業補助，提高其就業機會，避免因失業而借酒澆愁影響結核病的治療，期望能藉此改善其經濟狀況，以滿足其經濟層面的需求。
2. 交通問題除派遣專用交通車外，亦可針對至醫院就醫的個案適時的補助交通費，以降低其就醫的障礙。除此之外亦可透過 IDS 計畫，由負責該地區的醫療遠所指派相關的醫師到當地服務，減少山地鄉原住民病患就醫交通上的障礙，提高該群民眾就醫的可近性。
3. 由於 PZA ( Pyrazinamide )藥物容易導致關節痛或痛風的情況發生，若患者有此方面的困擾則可考慮把 PZA 藥物拿掉。
4. 藥量多、服藥次數多等困擾，可經由醫師評估個案之身體狀況後，將

治療藥物改成每週服用三次的強效藥，然而，若採用此方法則須和 DOTS 計畫做良好的搭配，DOTS 觀察員必須確實掌握個案服藥的週期，以免發生遺漏吃藥的情況發生。

5. 多數的 DOTS 關懷員多由女性擔任，而部分原住民患者常因為喝酒而導致行為失控，這也使得女性關懷員容易受到驚嚇，再加上關懷員訪視的時間時常無法和個案配合，而無法確實執行或落實其關懷員的職責，因此建議關懷員應以個案之家人、朋友等和個案較親近的人選或男性志工來擔任，以克服上述之問題。
6. 居住於山地鄉之原住民，多數仍以母語溝通，由於原住民母語之文法及用詞和國語有極大落差，再加上受訪個案的教育程度偏低，可能較不易理解問卷之題意，因此建議往後針對特殊族群的研究調查，問卷用語應先由專業人員依據受訪對象的特性加以調整修正(會議議程詳見附錄四)。

**表 4-2、2004、2005 年原住民肺結核新增病患資料統計**

| 原住民肺結核病患統計 | | |
|---|---|---|
| 年度 | 2004 年 | 2005 年 |
| 總人數 | 454,951 | 464,961 |
| TB 新增人數 | 312 | 542 |
| TB 死亡 [a] | 1 | 10 |
| 非 TB 死亡 [a] | 19 | 33 |
| 改診斷 [a] | 15 | 50 |
| 完成管理 [a] | 219 | 208 |
| 未銷案 [a] | 58 | 241 |
| TB 新增確診人數 | 297 | 492 |
| TB 病患數 | 374 | 728 |
| 發生率(%)[a] | 0.065 | 0.106 |
| 盛行率(%)[b] | 0.082 | 0.157 |

資料來源：行政院主計處，2006；疾病管制局，2006

註：a.追蹤時間至 2006.5.31 止

b.發生率：當年新增確診結核病人數/當年總人口數*100

c.盛行率：當年確診結核病患人數/當年總人數*100

**表 4-3、原住民肺結核病患個人基本資料**

| 變項 | TOTAL N=316 | | 山地離島鄉 n=236 | | 平地鄉 n=80 | | $\chi^2$ P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | |
| 性別 | | | | | | | 0.974 |
| 男 | 199 | 62.97 | 148 | 62.71 | 51 | 63.75 | |
| 女 | 117 | 37.03 | 88 | 37.29 | 29 | 36.25 | |
| 年齡 [a] | | | | | | | 0.155 |
| 0~19 歲 | 15 | 4.75 | 8 | 3.39 | 7 | 8.75 | |
| 20~34 歲 | 60 | 18.99 | 48 | 20.34 | 12 | 15.00 | |
| 35~49 歲 | 101 | 31.96 | 73 | 30.93 | 28 | 35.00 | |
| 50~64 歲 | 71 | 22.47 | 51 | 21.61 | 20 | 25.00 | |
| 65 歲以上 | 69 | 21.84 | 56 | 23.73 | 13 | 16.25 | |
| 婚姻狀態 | | | | | | | 0.114 |
| 已婚 | 164 | 51.90 | 118 | 50.00 | 46 | 57.50 | |
| 未婚 | 65 | 20.57 | 45 | 19.07 | 20 | 25.00 | |
| 離婚/分居 | 36 | 11.39 | 29 | 12.29 | 7 | 8.75 | |
| 喪偶 | 51 | 16.14 | 44 | 18.64 | 7 | 8.75 | |
| 教育程度 | | | | | | | 0.109 |
| 未上學/國小 | 166 | 54.61 | 126 | 55.02 | 40 | 53.33 | |
| 國中/初中 | 59 | 19.41 | 49 | 21.40 | 10 | 13.33 | |
| 高中/高職 | 61 | 20.07 | 44 | 19.21 | 17 | 22.67 | |
| 專科/大學以上 | 18 | 5.92 | 10 | 4.37 | 8 | 10.67 | |
| 遺漏值 | 12 | - | 7 | - | 5 | - | |
| 每月家庭收入 | | | | | | | 0.080 |
| 15000 元以下 | 136 | 46.74 | 109 | 49.77 | 27 | 37.50 | |
| 15001~30000 元 | 91 | 31.27 | 69 | 31.51 | 22 | 30.56 | |
| 30001~60000 元 | 48 | 16.49 | 32 | 14.61 | 16 | 22.22 | |
| 60001 元以上 | 16 | 5.50 | 9 | 4.11 | 7 | 9.72 | |
| 遺漏值 | 25 | - | 17 | - | 8 | - | |
| 全民健保 | | | | | | | 1.000 |
| 無 | 5 | 1.58 | 4 | 1.69 | 1 | 1.25 | |
| 有 | 311 | 98.42 | 232 | 98.31 | 79 | 98.75 | |
| 重大傷病卡 | | | | | | | 0.257 |
| 無 | 267 | 84.49 | 198 | 83.90 | 69 | 86.25 | |
| 有 | 25 | 7.91 | 17 | 7.20 | 8 | 10.00 | |
| 不知道 | 24 | 7.59 | 21 | 8.90 | 3 | 3.75 | |
| DOTS 計畫 | | | | | | | <0.01* |
| 加入 | 233 | 73.73 | 189 | 80.08 | 44 | 55.00 | |
| 未加入 | 83 | 26.27 | 47 | 19.92 | 36 | 45.00 | |

註：a. 山地離島鄉平均年齡=48.99 歲 標準差=18.47；平地鄉平均年齡=45.39 歲 標準差=17.92

**表 4-3、原住民肺結核病患個人基本資料(續)**

| 變項 | TOTAL N=316 | | 山地離島鄉 n=236 | | 平地鄉 n=80 | | $\chi^2$ P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | |
| 是否有慢性病 | | | | | | | 0.026* |
| 有 | 208 | 65.82 | 164 | 69.49 | 44 | 55.00 | |
| 無 | 108 | 34.18 | 72 | 30.51 | 36 | 45.00 | |
| 慢性病(複選) | | | | | | | NA |
| 痛風 | 99 | 47.60 | 84 | 51.22 | 15 | 27.27 | |
| 高血壓 | 70 | 33.65 | 56 | 34.15 | 14 | 25.45 | |
| 糖尿病 | 53 | 25.48 | 40 | 24.39 | 13 | 23.64 | |
| 關節炎 | 53 | 25.48 | 44 | 26.83 | 9 | 16.36 | |
| 肝病 | 40 | 19.23 | 28 | 17.07 | 12 | 21.82 | |
| 氣喘 | 27 | 12.98 | 20 | 12.20 | 7 | 12.73 | |
| 心臟病 | 27 | 12.98 | 20 | 12.20 | 7 | 12.73 | |
| 腎臟病 | 6 | 2.88 | 5 | 3.05 | 1 | 1.82 | |
| 癌症 | 3 | 1.44 | 1 | 0.61 | 2 | 3.64 | |
| 其他[c] | 27 | 12.98 | 19 | 11.59 | 8 | 14.55 | |
| 治療期間居住情形 | | | | | | | 0.596 |
| 住院 | 3 | 0.95 | 3 | 1.27 | 0 | 0.00 | |
| 獨居 | 33 | 10.48 | 25 | 10.59 | 8 | 10.13 | |
| 與家人朋友同住 | 279 | 88.57 | 208 | 88.14 | 71 | 89.87 | |
| 遺漏值 | 1 | - | 0 | - | 1 | - | |
| 居住環境擁擠度(同住人數)[b] | | | | | | | 0.502 |
| 1-2 人 | 85 | 31.60 | 66 | 33.00 | 19 | 27.54 | |
| 3-4 人 | 83 | 30.86 | 59 | 29.50 | 24 | 34.78 | |
| 5-6 人 | 60 | 22.30 | 42 | 21.00 | 18 | 26.09 | |
| 7 人以上 | 41 | 15.24 | 33 | 16.50 | 8 | 11.59 | |
| 遺漏值 | 47 | - | 36 | - | 11 | - | |
| 居住環境潮濕度 | | | | | | | 0.457 |
| 乾燥 | 199 | 62.97 | 144 | 61.02 | 55 | 68.75 | |
| 有點潮濕 | 86 | 27.22 | 68 | 28.81 | 18 | 22.50 | |
| 非常潮濕 | 31 | 9.81 | 24 | 10.17 | 7 | 8.75 | |
| 原住民族群 | | | | | | | <0.01* |
| 泰雅族 | 121 | 38.29 | 99 | 41.95 | 22 | 27.50 | |
| 布農族 | 76 | 24.05 | 67 | 28.39 | 9 | 11.25 | |
| 太魯閣族 | 42 | 13.29 | 38 | 16.10 | 4 | 5.00 | |
| 阿美族 | 26 | 8.23 | 2 | 0.85 | 24 | 30.00 | |
| 排灣族 | 25 | 7.91 | 14 | 5.93 | 11 | 13.75 | |
| 鄒族 | 9 | 2.85 | 8 | 3.39 | 1 | 1.25 | |
| 魯凱族 | 6 | 1.90 | 2 | 0.85 | 4 | 5.00 | |
| 其他[d] | 11 | 3.48 | 6 | 2.54 | 5 | 6.25 | |

註：†：Fisher's Exact Test

b.與家人朋友同住者答：山地離島鄉平均=4.04 人 標準差=2.62；平地鄉平均=3.86 人 標準差 2.04

c.包含貧血、支氣管炎、骨刺、愛滋病等

d.包含塞德克族、葛瑪蘭族、雅美族、賽夏族

**表 4-4、原住民肺結核病患治療情形**

| 變項 | TOTAL n=316 | | 山地離島鄉 n=236 | | 平地鄉 n=80 | | $\chi^2$ P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | |
| 治療狀態 | | | | | | | 0.344 |
| 完治 | 251 | 79.43 | 184 | 77.97 | 67 | 83.75 | |
| 未完治 | 65 | 20.57 | 52 | 22.03 | 13 | 16.25 | |
| 是否超過兩個月中斷服藥 | | | | | | | 0.379 |
| 沒有 | 282 | 89.24 | 208 | 88.14 | 74 | 92.50 | |
| 有 | 34 | 10.76 | 28 | 11.86 | 6 | 7.50 | |
| 中斷治療之原因(複選)[a] | | | | | | | NA |
| 交通因素 | 9 | 26.47 | 7 | 25.00 | 2 | 33.33 | |
| 副作用 | 5 | 14.71 | 4 | 14.29 | 1 | 16.67 | |
| 藥難吃 | 4 | 11.76 | 4 | 14.29 | 0 | 0.00 | |
| 治療時間長 | 4 | 11.76 | 3 | 10.71 | 1 | 16.67 | |
| 認為治不好 | 4 | 11.76 | 4 | 14.29 | 0 | 0.00 | |
| 經濟因素 | 4 | 11.76 | 4 | 14.29 | 0 | 0.00 | |
| 沒時間拿藥 | 4 | 11.76 | 2 | 7.14 | 2 | 33.33 | |
| 看診頻繁 | 1 | 2.94 | 1 | 3.57 | 0 | 0.00 | |
| 怕別人知道 | 1 | 2.94 | 1 | 3.57 | 0 | 0.00 | |
| 其他 | 5 | 14.71 | 4 | 14.29 | 1 | 16.67 | |
| 因結核病更換工作或離職(轉學或休學) | | | | | | | 0.332 |
| 否 | 141 | 44.62 | 106 | 44.92 | 35 | 43.75 | |
| 是 | 62 | 19.62 | 42 | 17.80 | 20 | 25.00 | |
| 本來就沒工作 | 113 | 35.76 | 88 | 37.29 | 25 | 31.25 | |
| 換工作次數 | | | | | | | NA |
| 1 次 | 43 | 75.44 | 28 | 73.68 | 15 | 78.95 | |
| 2 次以上 | 14 | 24.56 | 10 | 26.32 | 4 | 21.05 | |
| 值漏值 | 5 | - | 4 | - | 1 | - | |
| 是否更換過醫院 | | | | | | | 1.000 |
| 沒有 | 277 | 87.66 | 207 | 87.71 | 70 | 87.50 | |
| 有 | 39 | 12.34 | 29 | 12.29 | 10 | 12.50 | |
| 更換醫院之原因(複選)[b] | | | | | | | NA |
| 離家近 | 13 | 33.33 | 11 | 37.93 | 2 | 20.00 | |
| 治療效果不佳、有副作用 | 8 | 20.51 | 5 | 17.24 | 3 | 30.00 | |
| 衛生所護士介紹 | 7 | 17.95 | 6 | 20.69 | 1 | 10.00 | |
| 醫生推薦 | 5 | 12.82 | 4 | 13.79 | 1 | 10.00 | |
| 免部份負擔 | 4 | 10.26 | 4 | 13.79 | 0 | 0.00 | |
| 更換住所 | 3 | 7.69 | 3 | 10.34 | 0 | 0.00 | |
| 家人朋友介紹 | 2 | 5.13 | 1 | 3.45 | 1 | 10.00 | |
| 隨著醫生換醫院 | 2 | 5.13 | 1 | 3.45 | 1 | 10.00 | |
| 其他 | 5 | 12.82 | 4 | 13.79 | 1 | 10.00 | |
| 服藥方式 | | | | | | | 0.347 |
| 按時服藥 | 295 | 93.35 | 218 | 92.37 | 77 | 96.25 | |
| 想到才吃 | 18 | 5.70 | 16 | 6.78 | 2 | 2.50 | |
| 不舒服時吃 | 3 | 0.95 | 2 | 0.85 | 1 | 1.25 | |

註：a.中斷治療者之原因，其他包含生產、接受其他疾病治療等因素

b.有更換醫院者之原因，其他包含到其他醫院開刀或治療其他疾病

**表 4-4、原住民肺結核病患治療情形(續)**

| 變項 | TOTAL n=316 | | 山地離島鄉 n=236 | | 平地鄉 n=80 | | $\chi^2$ P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | |
| 是否有副作用 | | | | | | | 0.163 |
| 無 | 105 | 33.23 | 84 | 35.59 | 21 | 26.25 | |
| 有 | 211 | 66.77 | 152 | 64.41 | 59 | 73.75 | |
| 副作用為[c] | | | | | | | NA |
| 關節疼痛 | 102 | 48.34 | 77 | 50.66 | 25 | 42.37 | |
| 疲倦 | 101 | 47.87 | 69 | 45.39 | 32 | 54.24 | |
| 皮膚癢 | 100 | 47.39 | 75 | 49.34 | 25 | 42.37 | |
| 腸胃不適 | 70 | 33.18 | 48 | 31.58 | 22 | 37.29 | |
| 視力模糊 | 60 | 28.44 | 42 | 27.63 | 18 | 30.51 | |
| 暈眩 | 56 | 26.54 | 38 | 25.00 | 18 | 30.51 | |
| 噁心 | 52 | 24.64 | 33 | 21.71 | 19 | 32.20 | |
| 皮膚、眼球變黃 | 40 | 18.96 | 25 | 16.45 | 15 | 25.42 | |
| 食慾不佳 | 8 | 3.79 | 6 | 3.95 | 2 | 3.39 | |
| 水腫 | 2 | 0.95 | 2 | 1.32 | 0 | 0.00 | |
| 其他 | 18 | 8.53 | 13 | 8.55 | 5 | 8.47 | |
| 治療期間困擾的事(複選) | | | | | | | NA |
| 無 | 39 | 12.34 | 30 | 12.71 | 9 | 11.25 | |
| 交通因素 | 138 | 43.67 | 106 | 44.92 | 32 | 40.00 | |
| 治療時間長 | 131 | 41.46 | 90 | 38.14 | 41 | 51.25 | |
| 副作用 | 117 | 37.03 | 85 | 36.02 | 32 | 40.00 | |
| 怕別人知道 | 106 | 33.54 | 77 | 32.63 | 29 | 36.25 | |
| 影響工作 | 102 | 32.28 | 70 | 29.66 | 32 | 40.00 | |
| 經濟因素 | 93 | 29.43 | 74 | 31.36 | 19 | 23.75 | |
| 藥難吃 | 89 | 28.16 | 60 | 25.42 | 29 | 36.25 | |
| 看診頻繁 | 82 | 25.95 | 59 | 25.00 | 23 | 28.75 | |
| 服藥次數多 | 74 | 23.42 | 52 | 22.03 | 22 | 27.50 | |
| 藥量太多 | 14 | 4.43 | 9 | 3.81 | 5 | 6.25 | |
| 其他(藥顆粒大) | 1 | 0.32 | 1 | 0.42 | 0 | 0.00 | |
| 其中最困擾的事[d] | | | | | | | NA |
| 經濟因素 | 47 | 17.34 | 38 | 18.81 | 9 | 11.54 | |
| 治療時間長 | 45 | 16.61 | 31 | 15.35 | 14 | 17.95 | |
| 交通因素 | 43 | 15.87 | 40 | 19.80 | 3 | 3.85 | |
| 影響工作 | 37 | 13.65 | 24 | 11.88 | 13 | 16.67 | |
| 副作用 | 31 | 11.44 | 23 | 11.39 | 8 | 10.26 | |
| 藥難吃 | 19 | 7.01 | 12 | 5.94 | 7 | 8.97 | |
| 怕別人知道 | 19 | 7.01 | 12 | 5.94 | 7 | 8.97 | |
| 看診頻繁 | 11 | 4.06 | 9 | 4.46 | 2 | 2.56 | |
| 藥量太多 | 10 | 3.69 | 7 | 3.47 | 3 | 3.85 | |
| 服藥次數多 | 9 | 3.32 | 6 | 2.97 | 3 | 3.85 | |
| 遺漏值 | 6 | - | 4 | - | 2 | - | |

註：c.有副作用者之副作用，其他含：尿酸高、血尿、肝功能異常、貧血、聽力受損等
d.有困擾者回答，僅回答一項最困擾的事

**表 4-4、原住民肺結核病患治療情形(續)**

| 變項 | TOTAL n=316 | | 山地離島鄉 n=236 | | 平地鄉 n=80 | | $\chi^2$ P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | |
| 生活品質影響程度 | | | | | | | 0.871 |
| 完全無影響 | 121 | 38.29 | 92 | 38.98 | 29 | 36.25 | |
| 有點影響 | 119 | 37.66 | 87 | 36.86 | 32 | 40.00 | |
| 相當有影響 | 76 | 24.05 | 57 | 24.15 | 19 | 23.75 | |
| 健康狀況改善程度 | | | | | | | 0.833 |
| 惡化 | 4 | 1.27 | 3 | 1.27 | 1 | 1.25 | |
| 沒改變 | 46 | 14.56 | 36 | 15.25 | 10 | 12.50 | |
| 有改善 | 266 | 84.18 | 197 | 83.47 | 69 | 86.25 | |
| 衛生所護士訪視方式 | | | | | | | 0.072 |
| 沒遇過 | 14 | 4.46 | 13 | 5.56 | 1 | 1.25 | |
| 電訪 | 25 | 7.96 | 15 | 6.41 | 10 | 12.50 | |
| 面訪 | 275 | 87.58 | 206 | 88.03 | 69 | 86.25 | |
| 遺漏值 | 2 | - | 2 | - | 0 | - | |
| 衛生所護士面訪次數 | | | | | | | NA |
| 1-2 次 | 25 | 9.09 | 14 | 6.80 | 11 | 15.94 | |
| 3-4 次 | 36 | 13.09 | 26 | 12.62 | 10 | 14.49 | |
| 5-6 次 | 19 | 6.91 | 16 | 7.77 | 3 | 4.35 | |
| 7 次以上 | 195 | 70.91 | 150 | 72.82 | 45 | 65.22 | |
| 衛生所護士訪視的幫助性 | | | | | | | 0.007* |
| 沒幫助 | 28 | 8.86 | 14 | 5.93 | 14 | 17.50 | |
| 有一點幫助 | 120 | 37.97 | 87 | 36.86 | 33 | 41.25 | |
| 幫助很大 | 143 | 45.25 | 115 | 48.73 | 28 | 35.00 | |
| 不知道/沒接觸 | 25 | 7.91 | 20 | 8.47 | 5 | 6.25 | |
| 醫院醫師或護士之幫助性 | | | | | | | 0.226 |
| 沒幫助 | 7 | 2.22 | 3 | 1.27 | 4 | 5.00 | |
| 有一點幫助 | 113 | 35.76 | 86 | 36.44 | 27 | 33.75 | |
| 幫助很大 | 184 | 58.23 | 139 | 58.90 | 45 | 56.25 | |
| 不知道/沒接觸 | 12 | 3.80 | 8 | 3.39 | 4 | 5.00 | |

## 表 4-4、原住民肺結核病患治療情形(續)

| 變項 | TOTAL n=316 | | 山地離島鄉 n=236 | | 平地鄉 n=80 | | $\chi^2$ P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | |
| 診斷症狀(複選) | | | | | | | NA |
| 咳嗽 | 176 | 56.05 | 136 | 57.87 | 40 | 50.63 | |
| X 光、健檢 | 99 | 31.53 | 89 | 37.87 | 10 | 12.66 | |
| 疲倦 | 92 | 29.30 | 72 | 30.64 | 20 | 25.32 | |
| 發燒 | 86 | 27.39 | 59 | 25.11 | 27 | 34.18 | |
| 體重減輕 | 71 | 22.61 | 53 | 22.55 | 18 | 22.78 | |
| 胸悶、胸痛 | 53 | 16.88 | 31 | 13.19 | 22 | 27.85 | |
| 呼吸急促 | 44 | 14.01 | 29 | 12.34 | 15 | 18.99 | |
| 咳血 | 18 | 5.73 | 10 | 4.26 | 8 | 10.13 | |
| 其他 | 30 | 9.55 | 13 | 5.53 | 17 | 21.52 | |
| 遺漏值 | 2 | - | 1 | - | 1 | - | |
| 就診時間 [e] | | | | | | | 0.155 |
| 一星期以內 | 126 | 51.43 | 85 | 48.02 | 41 | 60.29 | |
| 1-2 星期 | 27 | 11.02 | 24 | 13.56 | 3 | 4.41 | |
| 2-1 個月 | 60 | 24.49 | 42 | 23.73 | 18 | 26.47 | |
| 1-2 個月 | 12 | 4.90 | 10 | 5.65 | 2 | 2.94 | |
| 2 個月以上 | 20 | 8.16 | 16 | 9.04 | 4 | 5.88 | |
| 交通時間 [f] | | | | | | | <0.01* |
| <29 分鐘 | 45 | 14.61 | 24 | 10.43 | 21 | 26.92 | |
| 30-59 分鐘 | 44 | 14.29 | 33 | 14.35 | 11 | 14.10 | |
| 1-2 小時 | 97 | 31.49 | 81 | 35.22 | 16 | 20.51 | |
| 2 小時以上 | 122 | 39.61 | 92 | 40.00 | 30 | 38.46 | |
| 遺漏值 | 8 | - | 6 | - | 2 | - | |
| 多重抗藥性 | | | | | | | 0.071 |
| 是 | 10 | 3.16 | 5 | 2.12 | 5 | 6.25 | |
| 否 | 166 | 52.53 | 120 | 50.85 | 46 | 57.50 | |
| 不知道 | 140 | 44.30 | 111 | 47.03 | 29 | 36.25 | |

註：e.排除 X 光及健康檢查者

f.為單程醫院或衛生所所花費之交通時間，而非來回之交通時間

**表 4-5、治療期間健康行為**

| 變項 | TOTAL N=316 | | 山地離島鄉 n=236 | | 平地鄉 n=80 | | $X^2$ P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | |
| 喝酒 | | | | | | | 0.064 |
| 無 | 185 | 58.54 | 130 | 55.08 | 55 | 68.75 | |
| 每月不到一次 | 35 | 11.08 | 24 | 10.17 | 11 | 13.75 | |
| 每月 1~3 次 | 33 | 10.44 | 29 | 12.29 | 4 | 5.00 | |
| 每週 1~2 次 | 30 | 9.49 | 23 | 9.75 | 7 | 8.75 | |
| 每週 3~4 次 | 16 | 5.06 | 15 | 6.36 | 1 | 1.25 | |
| （幾乎）每天喝 | 17 | 5.38 | 15 | 6.36 | 2 | 2.50 | |
| 抽菸 | | | | | | | 0.230 |
| 無 | 197 | 62.34 | 145 | 61.44 | 52 | 65.00 | |
| 偶爾或應酬時才抽 | 47 | 14.87 | 32 | 13.56 | 15 | 18.75 | |
| 每週 1~2 次 | 14 | 4.43 | 13 | 5.51 | 1 | 1.25 | |
| （幾乎）每天抽 | 58 | 18.35 | 46 | 19.49 | 12 | 15.00 | |
| 嚼檳榔 | | | | | | | 0.272 |
| 無 | 244 | 77.22 | 177 | 75.00 | 67 | 83.75 | |
| 每週 1~2 天 | 26 | 8.23 | 23 | 9.75 | 3 | 3.75 | |
| 每週 3~5 天 | 13 | 4.11 | 11 | 4.66 | 2 | 2.50 | |
| （幾乎）每天嚼 | 33 | 10.44 | 25 | 10.59 | 8 | 10.00 | |
| 運動 | | | | | | | 0.395 |
| 無 | 115 | 36.74 | 86 | 36.75 | 29 | 36.71 | |
| 每月不到一次 | 53 | 16.93 | 35 | 14.96 | 18 | 22.78 | |
| 每月 1~3 次 | 22 | 7.03 | 19 | 8.12 | 3 | 3.80 | |
| 每週 1~2 次 | 16 | 5.11 | 14 | 5.98 | 2 | 2.53 | |
| 每週 3~4 次 | 14 | 4.47 | 10 | 4.27 | 4 | 5.06 | |
| （幾乎）每天運動 | 93 | 29.71 | 70 | 29.91 | 23 | 29.11 | |
| 遺漏值 | 3 | - | 2 | - | 1 | - | |
| 每日睡眠時間 | | | | | | | 0.635 |
| <7 小時 | 67 | 22.11 | 49 | 21.21 | 18 | 25.00 | |
| 7-9 小時 | 189 | 62.38 | 144 | 62.34 | 45 | 62.50 | |
| >9 小時 | 47 | 15.51 | 38 | 16.45 | 9 | 12.50 | |
| 遺漏值 | 13 | - | 5 | - | 8 | - | |
| 平均睡眠時間 [a] | **7.44** | **1.43** | **7.49** | **1.38** | **7.29** | **1.55** | **0.270** |

註：a.平均睡眠時間以平均值、標準差表示，P 值計算採 T-test 檢定

**表 4-6、原住民肺結核病患對肺結核疾病認知**

| 變項 | TOTAL n=316 | | 山地離島鄉 n=236 | | 平地鄉 n=80 | | $\chi^2$ P-value[c] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | % | N | % | N | % | |
| 肺結核的致病因 | | | | | | | 1.000 |
| 不知道 | 79 | 25.00 | 55 | 23.31 | 24 | 30.00 | |
| 遺傳 | 5 | 1.58 | 4 | 1.69 | 1 | 1.25 | |
| 被傳染 | 162 | 51.27 | 121 | 51.27 | 41 | 51.25 | |
| 感冒所引起 | 57 | 18.04 | 45 | 19.07 | 12 | 15.00 | |
| 其他 | 13 | 4.11 | 11 | 4.66 | 2 | 2.50 | |
| 肺結核服藥方式 | | | | | | | 1.000 |
| 不知道 | 15 | 4.75 | 12 | 5.08 | 3 | 3.75 | |
| 每日服用 | 295 | 93.35 | 220 | 93.22 | 75 | 93.75 | |
| 感覺身體好了隨時停藥 | 2 | 0.63 | 2 | 0.85 | 0 | 0.00 | |
| 不舒服時吃 | 4 | 1.27 | 2 | 0.85 | 2 | 2.50 | |
| 服用藥物後可能負作用 | | | | | | | 0.938 |
| 不知道 | 108 | 34.18 | 81 | 34.32 | 27 | 33.75 | |
| 痙攣、意識昏迷 | 1 | 0.32 | 0 | 0.00 | 1 | 1.25 | |
| 焦慮、意識混亂、幻想 | 3 | 0.95 | 2 | 0.85 | 1 | 1.25 | |
| 皮膚癢等 a | 173 | 54.75 | 130 | 55.08 | 43 | 53.75 | |
| 其他 | 31 | 9.81 | 23 | 9.75 | 8 | 10.00 | |
| 未完治後遺症 | | | | | | | 0.956 |
| 不知道 | 185 | 58.54 | 139 | 58.90 | 46 | 57.50 | |
| 影響智力 | 3 | 0.95 | 2 | 0.85 | 1 | 1.25 | |
| 產生抗藥性 | 96 | 30.38 | 71 | 30.08 | 25 | 31.25 | |
| 其他 | 32 | 10.13 | 24 | 10.17 | 8 | 10.00 | |
| 是否可完全治好 | | | | | | | 0.104 |
| 是 | 244 | 77.22 | 188 | 79.66 | 56 | 70.00 | |
| 否 | 6 | 1.90 | 2 | 0.85 | 4 | 5.00 | |
| 不知道 | 66 | 20.89 | 46 | 19.49 | 20 | 25.00 | |
| 知不知道肺結核需要治療多久 | | | | | | | 0.767 |
| 不知道 | 97 | 30.70 | 74 | 31.36 | 23 | 28.75 | |
| 知道 | 219 | 69.30 | 162 | 68.64 | 57 | 71.25 | |
| 肺結核會不會傳染 | | | | | | | 0.880 |
| 一定會 | 66 | 20.89 | 51 | 21.61 | 15 | 18.75 | |
| 一定不會 | 40 | 12.66 | 28 | 11.86 | 12 | 15.00 | |
| 開放性肺結核才會 | 134 | 42.41 | 99 | 41.95 | 35 | 43.75 | |
| 不知道 | 76 | 24.05 | 58 | 24.58 | 18 | 22.50 | |
| **認知得分[b]** | **4.19** | **1.80** | **4.20** | **1.85** | **4.15** | **1.64** | **0.833** |

註：a.皮膚癢、腸胃不適、視力減退、肝炎

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

c.P 值計算已將認知題目轉換成答對、答錯二類進行卡方檢定

**表 4-7、原住民肺結核病患需求**

| 變項 | TOTAL N=316 | | 山地離島鄉 n=236 | | 平地鄉 n=80 | | t-test P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mean | SD | Mean | SD | Mean | SD | |
| **Ⅰ.醫療及生理層面** | **3.95** | **0.63** | **4.00** | **0.65** | **3.83** | **0.57** | **0.04*** |
| 醫師詳細說明病情狀況 | 4.15 | 0.77 | 4.17 | 0.80 | 4.09 | 0.68 | 0.410 |
| 副作用控制情況良好 | 3.76 | 0.90 | 3.79 | 0.89 | 3.69 | 0.92 | 0.386 |
| 照護人員不會隨意對他人談論您的病情 | 3.82 | 0.86 | 3.92 | 0.84 | 3.53 | 0.84 | <0.01* |
| 醫療照護人員關心您治療情況 | 4.04 | 0.72 | 4.09 | 0.71 | 3.90 | 0.76 | 0.039* |
| 醫療照護人員對您提供足夠的衛教 | 3.99 | 0.79 | 4.03 | 0.78 | 3.89 | 0.80 | 0.164 |
| 醫療照護人員對您的家人朋友提供足夠的衛教 | 3.83 | 0.86 | 3.89 | 0.86 | 3.65 | 0.83 | 0.028* |
| 醫療照護人員服務態度良好 | 4.17 | 0.71 | 4.20 | 0.71 | 4.10 | 0.70 | 0.282 |
| 您對肺結核治療效果有信心 | 4.09 | 0.75 | 4.15 | 0.73 | 3.93 | 0.78 | 0.019* |
| 您認為您目前健康狀況良好 | 3.71 | 1.15 | 3.72 | 1.14 | 3.66 | 1.18 | 0.677 |
| **Ⅱ.心理及社會層面** | **3.33** | **0.68** | **3.33** | **0.66** | **3.32** | **0.75** | **0.881** |
| 不會時常因生病而焦慮 | 2.93 | 1.19 | 2.94 | 1.17 | 2.88 | 1.26 | 0.650 |
| 不會擔心因服藥所帶來的副作用 | 3.10 | 0.95 | 3.08 | 0.94 | 3.16 | 1.00 | 0.529 |
| 情緒不會因結核病常感到低落 | 3.01 | 1.12 | 3.03 | 1.09 | 2.96 | 1.21 | 0.644 |
| 不會因結核病而害怕和人接觸、交談 | 2.97 | 1.15 | 3.00 | 1.11 | 2.89 | 1.26 | 0.449 |
| 家人對您的病情十分關心與支持 | 4.12 | 0.65 | 4.09 | 0.64 | 4.21 | 0.69 | 0.158 |
| 朋友對您的病情十分關心與支持 | 3.84 | 0.80 | 3.85 | 0.76 | 3.83 | 0.91 | 0.814 |
| **Ⅲ.交通及經濟層面** | **2.80** | **0.59** | **2.75** | **0.59** | **2.97** | **0.55** | **<0.01*** |
| 有足夠能力負擔健保保費 | 2.98 | 1.19 | 2.86 | 1.21 | 3.33 | 1.08 | 0.003* |
| 有足夠能力負擔結核病醫療費用 | 2.91 | 1.17 | 2.80 | 1.20 | 3.24 | 1.03 | 0.004* |
| 政府之補助能降低您就醫的財務障礙 | 2.64 | 1.09 | 2.57 | 1.14 | 2.84 | 0.91 | 0.036* |
| 結核病不會導致您無法正常工作 | 2.55 | 1.00 | 2.55 | 1.00 | 2.58 | 1.02 | 0.827 |
| 至醫院/衛生所求診在交通上是方便的 | 2.94 | 1.35 | 2.97 | 1.36 | 2.85 | 1.32 | 0.507 |

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

**表 4-8、原住民肺結核病患醫療及生理需求之複迴歸分析**

| 變項名稱 | 回歸係數 | 標準化係數 | 標準誤 | P 值 |
|---|---|---|---|---|
| **常數** | 25.98 | - | 3.19 | <.001 |
| **居住地區** | | | | |
| 平地鄉(參考組) | | | | |
| 山地離島鄉 | 0.50 | 0.039 | 0.91 | 0.584 |
| **性別** | | | | |
| 女生(參考組) | | | | |
| 男生 | -0.86 | -0.075 | 0.74 | 0.251 |
| **年齡** | 0.02 | 0.069 | 0.03 | 0.463 |
| **婚姻狀態** | | | | |
| 已婚(參考組) | | | | |
| 未婚 | -0.34 | -0.024 | 1.02 | 0.739 |
| 離婚/分居 | -0.72 | -0.041 | 1.16 | 0.534 |
| 喪偶 | 0.04 | 0.002 | 1.07 | 0.972 |
| **教育程度** | | | | |
| 未上學/國小(參考組) | | | | |
| 國中/初中 | 0.51 | 0.037 | 0.95 | 0.593 |
| 高中/高職 | 1.48 | 0.108 | 0.98 | 0.131 |
| 專科/大學以上 | 1.07 | 0.048 | 1.46 | 0.463 |
| **每月家庭收入** | | | | |
| 15000 元以下(參考組) | | | | |
| 15001-30000 元 | 0.00 | 0.000 | 0.82 | 0.999 |
| 30001-60000 元 | 0.49 | 0.034 | 1.05 | 0.642 |
| 60001 元以上 | -1.74 | -0.071 | 1.63 | 0.288 |
| **治療期間居住情形** | | | | |
| 與家人朋友同住(參考組) | | | | |
| 住院 | -2.69 | -0.031 | 4.96 | 0.588 |
| 獨居 | 0.30 | 0.016 | 1.17 | 0.795 |
| **慢性病** | | | | |
| 無(參考組) | | | | |
| 有 | 0.49 | 0.041 | 0.75 | 0.515 |
| **全民健保** | | | | |
| 有(參考組) | | | | |
| 無 | 0.03 | 0.001 | 2.46 | 0.991 |
| **DOTS 計畫** | | | | |
| 未加入(參考組) | | | | |
| 加入 | 1.10 | 0.089 | 0.78 | 0.160 |

**表 4-8、原住民肺結核病患醫療及生理需求之複迴歸分析(續)**

| 變項名稱 | 回歸係數 | 標準化係數 | 標準誤 | P 值 |
|---|---|---|---|---|
| **原住民族群** | | | | |
| 泰雅族(參考組) | | | | |
| 阿美族 | -1.10 | -0.056 | 1.45 | 0.448 |
| 布農族 | -0.96 | -0.077 | 0.84 | 0.255 |
| 排灣族 | -1.27 | -0.063 | 1.25 | 0.314 |
| 魯凱族 | 0.28 | 0.008 | 2.23 | 0.899 |
| 鄒族 | -1.26 | -0.041 | 1.86 | 0.499 |
| 太魯閣族 | -2.56 | -0.155 | 1.05 | 0.015* |
| 其他 | -2.75 | -0.077 | 2.06 | 0.182 |
| **治療狀態** | | | | |
| 未完治(參考組) | | | | |
| 完治 | 1.70 | 0.124 | 0.84 | 0.045* |
| **中斷服藥** | | | | |
| 無中斷(參考組) | | | | |
| 中斷 | 0.05 | 0.003 | 1.09 | 0.967 |
| **副作用** | | | | |
| 無(參考組) | | | | |
| 有 | -2.67 | -0.225 | 0.72 | <0.001* |
| **健康狀況改善程度** | | | | |
| 沒改變(參考組) | | | | |
| 惡化 | 3.78 | 0.062 | 3.58 | 0.292 |
| 有改善 | 2.02 | 0.128 | 0.92 | 0.030* |
| **衛生所護士訪視次數** | | | | |
| 1-2 次(參考組) | | | | |
| 3-4 次 | -2.47 | -0.157 | 1.33 | 0.064 |
| 5-6 次 | -0.42 | -0.017 | 1.77 | 0.810 |
| 7 次以上 | -0.34 | -0.028 | 1.13 | 0.763 |
| **就醫交通時間** | | | | |
| <29 分鐘(參考組) | | | | |
| 30-59 分鐘 | -1.53 | -0.100 | 1.22 | 0.211 |
| 1-2 小時 | 0.50 | 0.042 | 1.09 | 0.649 |
| 2 小時以上 | 0.15 | 0.013 | 1.05 | 0.889 |
| **睡眠時間** | 0.20 | 0.054 | 0.21 | 0.349 |
| **認知得分** | 1.40 | 0.445 | 0.20 | <0.001* |

註：$R^2$=0.42；adj.$R^2$=0.31

**表 4-9、原住民肺結核病患心理及社會需求之複迴歸分析**

| 變項名稱 | 回歸係數 | 標準化係數 | 標準誤 | P 值 |
|---|---|---|---|---|
| **常數** | 17.91 | - | 2.87 | <.0001 |
| **居住地區** | | | | |
| 平地鄉(參考組) | | | | |
| 山地離島鄉 | -0.39 | -0.039 | 0.82 | 0.636 |
| **性別** | | | | |
| 女生(參考組) | | | | |
| 男生 | 0.10 | 0.012 | 0.67 | 0.879 |
| **年齡** | 0.07 | 0.280 | 0.03 | 0.011* |
| **婚姻狀態** | | | | |
| 已婚(參考組) | | | | |
| 未婚 | -0.02 | -0.001 | 0.92 | 0.987 |
| 離婚/分居 | -0.70 | -0.052 | 1.04 | 0.505 |
| 喪偶 | 0.99 | 0.085 | 0.96 | 0.304 |
| **教育程度** | | | | |
| 未上學/國小(參考組) | | | | |
| 國中/初中 | 0.45 | 0.043 | 0.85 | 0.600 |
| 高中/高職 | 1.41 | 0.134 | 0.88 | 0.110 |
| 專科/大學以上 | 0.87 | 0.050 | 1.31 | 0.509 |
| **每月家庭收入** | | | | |
| 15000 元以下(參考組) | | | | |
| 15001-30000 元 | 0.91 | 0.100 | 0.74 | 0.219 |
| 30001-60000 元 | 1.06 | 0.094 | 0.95 | 0.264 |
| 60001 元以上 | 2.02 | 0.107 | 1.46 | 0.168 |
| **治療期間居住情形** | | | | |
| 與家人朋友同住(參考組) | | | | |
| 住院 | 6.22 | 0.094 | 4.46 | 0.164 |
| 獨居 | -1.28 | -0.087 | 1.05 | 0.224 |
| **慢性病** | | | | |
| 無(參考組) | | | | |
| 有 | -0.40 | -0.044 | 0.67 | 0.549 |
| **全民健保** | | | | |
| 有(參考組) | | | | |
| 無 | -3.62 | -0.108 | 2.21 | 0.103 |
| **DOTS 計畫** | | | | |
| 未加入(參考組) | | | | |
| 加入 | -0.24 | -0.025 | 0.70 | 0.734 |

## 表 4-9、原住民肺結核病患心理及社會需求之複迴歸分析(續)

| 變項名稱 | 回歸係數 | 標準化係數 | 標準誤 | P 值 |
|---|---|---|---|---|
| **原住民族群** | | | | |
| 泰雅族(參考組) | | | | |
| 阿美族 | -1.20 | -0.080 | 1.30 | 0.356 |
| 布農族 | -0.92 | -0.097 | 0.76 | 0.223 |
| 排灣族 | -0.21 | -0.014 | 1.13 | 0.853 |
| 魯凱族 | -3.73 | -0.136 | 2.01 | 0.065 |
| 鄒族 | -0.98 | -0.041 | 1.67 | 0.558 |
| 太魯閣族 | -0.58 | -0.046 | 0.94 | 0.537 |
| 其他 | 0.95 | 0.035 | 1.85 | 0.607 |
| **治療狀態** | | | | |
| 未完治(參考組) | | | | |
| 完治 | -0.60 | -0.057 | 0.76 | 0.427 |
| **中斷服藥** | | | | |
| 無中斷(參考組) | | | | |
| 中斷 | -0.83 | -0.059 | 0.98 | 0.400 |
| **副作用** | | | | |
| 無(參考組) | | | | |
| 有 | -0.94 | -0.104 | 0.65 | 0.146 |
| **健康狀況改善程度** | | | | |
| 沒改變(參考組) | | | | |
| 惡化 | 2.44 | 0.052 | 3.21 | 0.450 |
| 有改善 | 0.24 | 0.020 | 0.83 | 0.770 |
| **衛生所護士訪視次數** | | | | |
| 1-2 次(參考組) | | | | |
| 3-4 次 | 1.45 | 0.119 | 1.19 | 0.226 |
| 5-6 次 | -1.94 | -0.099 | 1.59 | 0.223 |
| 7 次以上 | 0.66 | 0.070 | 1.01 | 0.517 |
| **就醫交通時間** | | | | |
| <29 分鐘(參考組) | | | | |
| 30-59 分鐘 | -0.57 | -0.049 | 1.09 | 0.601 |
| 1-2 小時 | -0.91 | -0.100 | 0.98 | 0.350 |
| 2 小時以上 | -0.85 | -0.098 | 0.95 | 0.369 |
| **睡眠時間** | 0.05 | 0.018 | 0.19 | 0.788 |
| **認知得分** | -0.01 | -0.004 | 0.18 | 0.953 |

註：$R^2$=0.20；adj.$R^2$=0.06

**表 4-10、原住民肺結核病患醫療、生理、心理及社會需求之複迴歸分析**

| 變項名稱 | 回歸係數 | 標準化係數 | 標準誤 | P 值 |
|---|---|---|---|---|
| **常數** | 43.90 | - | 4.39 | <.0001 |
| **居住地區** | | | | |
| 平地鄉(參考組) | | | | |
| 山地離島鄉 | 0.11 | 0.007 | 1.25 | 0.929 |
| **性別** | | | | |
| 女生(參考組) | | | | |
| 男生 | -0.76 | -0.051 | 1.02 | 0.461 |
| **年齡** | 0.09 | 0.218 | 0.04 | 0.028* |
| **婚姻狀態** | | | | |
| 已婚(參考組) | | | | |
| 未婚 | -0.36 | -0.019 | 1.40 | 0.800 |
| 離婚/分居 | -1.42 | -0.062 | 1.60 | 0.375 |
| 喪偶 | 1.02 | 0.052 | 1.46 | 0.485 |
| **教育程度** | | | | |
| 未上學/國小(參考組) | | | | |
| 國中/初中 | 0.96 | 0.054 | 1.30 | 0.464 |
| 高中/高職 | 2.89 | 0.162 | 1.34 | 0.032* |
| 專科/大學以上 | 1.94 | 0.067 | 2.00 | 0.335 |
| **每月家庭收入** | | | | |
| 15000 元以下(參考組) | | | | |
| 15001-30000 元 | 0.91 | 0.059 | 1.12 | 0.421 |
| 30001-60000 元 | 1.55 | 0.081 | 1.45 | 0.286 |
| 60001 元以上 | 0.29 | 0.009 | 2.24 | 0.898 |
| **治療期間居住情形** | | | | |
| 與家人朋友同住(參考組) | | | | |
| 住院 | 3.53 | 0.031 | 6.81 | 0.605 |
| 獨居 | -0.98 | -0.039 | 1.61 | 0.544 |
| **慢性病** | | | | |
| 無(參考組) | | | | |
| 有 | 0.09 | 0.005 | 1.03 | 0.934 |
| **全民健保** | | | | |
| 有(參考組) | | | | |
| 無 | -3.60 | -0.063 | 3.38 | 0.289 |
| **DOTS 計畫** | | | | |
| 未加入(參考組) | | | | |
| 加入 | 0.86 | 0.053 | 1.07 | 0.423 |

**表 4-10、原住民肺結核病患醫療、生理、心理及社會需求之複迴歸分析(續)**

| 變項名稱 | 回歸係數 | 標準化係數 | 標準誤 | P 值 |
|---|---|---|---|---|
| **原住民族群** | | | | |
| 泰雅族(參考組) | | | | |
| 阿美族 | -2.31 | -0.090 | 1.99 | 0.248 |
| 布農族 | -1.88 | -0.116 | 1.16 | 0.105 |
| 排灣族 | -1.47 | -0.056 | 1.72 | 0.393 |
| 魯凱族 | -3.44 | -0.074 | 3.07 | 0.263 |
| 鄒族 | -2.23 | -0.055 | 2.55 | 0.382 |
| 太魯閣族 | -3.15 | -0.146 | 1.44 | 0.030* |
| 其他 | -1.80 | -0.039 | 2.83 | 0.525 |
| **治療狀態** | | | | |
| 未完治(參考組) | | | | |
| 完治 | 1.09 | 0.061 | 1.16 | 0.346 |
| **中斷服藥** | | | | |
| 無中斷(參考組) | | | | |
| 中斷 | -0.78 | -0.033 | 1.50 | 0.603 |
| **副作用** | | | | |
| 無(參考組) | | | | |
| 有 | -3.62 | -0.234 | 0.99 | <0.001* |
| **健康狀況改善程度** | | | | |
| 沒改變(參考組) | | | | |
| 惡化 | 6.22 | 0.078 | 4.92 | 0.208 |
| 有改善 | 2.26 | 0.110 | 1.27 | 0.076 |
| **衛生所護士訪視次數** | | | | |
| 1-2 次(參考組) | | | | |
| 3-4 次 | -1.03 | -0.050 | 1.82 | 0.574 |
| 5-6 次 | -2.36 | -0.071 | 2.43 | 0.332 |
| 7 次以上 | 0.32 | 0.020 | 1.55 | 0.838 |
| **就醫交通時間** | | | | |
| <29 分鐘(參考組) | | | | |
| 30-59 分鐘 | -2.10 | -0.106 | 1.67 | 0.211 |
| 1-2 小時 | -0.42 | -0.027 | 1.49 | 0.780 |
| 2 小時以上 | -0.70 | -0.048 | 1.45 | 0.627 |
| **睡眠時間** | 0.25 | 0.052 | 0.29 | 0.392 |
| **認知得分** | 1.39 | 0.339 | 0.27 | <0.001* |

註：$R^2$=0.35；adj.$R^2$=0.23

# 第五章　討論

## 一、原住民肺結核病患特質探討

本研究針對 316 位原住民肺結核病患進行訪問，結果發現男性罹患結核的比例高於女性，婚姻狀況以已婚者居多，教育程度則以未上學/國小者居多，和過去研究有相似的結果(胡曉雲、蔡文正、龔佩珍，2005；楊文達，2002)。在年齡方面本研究原住民受訪者的平均年齡在山地離島鄉及平地鄉分別為 48.99 歲及 45.39 歲，和過去針對山地鄉肺結核病患的研究中指出平均年齡為 46.7 歲有相似的結果(余明治等，2000)。根據行政院主計處 2004 年的統計結果顯示，受雇員工每人每月平均薪資為 43615 元，反觀本研究之原住民肺結核患者每月家庭收入低於 30000 元者佔 78.01%，顯示原住民肺結核患者經濟狀況普遍較差，且根據行政院原住民委員會的統計數據顯示原住民每人每月收入為 1.6 萬元，亦證實原住民的經濟條件較一般民眾差(行政院原住民委員會，2006)。而在健康狀況方面，65.82%的受訪個案皆患有其他慢性病，而慢性病又以痛風、高血壓、糖尿病及關節炎居多，和過去研究指出原住民在高血壓、心臟病、糖尿病、痛風等慢性病的盛行率相對於台灣地區高有相似的結果(嚴毋過，2002；燕尾厥，1997)，且本研究所舉行的專家會議中，相關領域的專家亦指出，由於原住民的喝酒習性而導致痛風及關節疼痛的情況較為盛行，且服用肺結核藥物 PZA ( Pyrazinamide )也會導致痛風的情況發生，因此專家學者亦建議，可考慮肺結核患者的健康狀況適時的更換肺結核治療藥物。

## 二、原住民肺結核病患治療情形之探討

本研究的受訪個案在山地離島鄉加入 DOTS 計畫的比率為 80.08%，顯著高於平地鄉的 55.00%，專家學者指出平地鄉的原住民肺結核患者，因隻身到外地工作的緣故，缺乏家人朋友的陪伴與支持，反而容易被社會所忽視，而找不到合適的人選擔任其 DOTS 關懷員。然而，儘管山地離島鄉個案加入 DOTS 計畫的比率較平地鄉高，但其中斷服藥率卻比平地鄉高，完治率比平地鄉低，而過去文獻亦指出 DOTS 計畫和肺結核完治率之間並無顯著相關，主要原因為肺結核患者常因時間和 DOTS 關懷員無法配合、交通因素、健康狀況及影響工作等因素而退出 DOTS 計畫(Khan et al.,2005)，而使 DOTS 計畫無法發揮其效益。而本研究發現中斷治療的原因主要為交通因素及有副作用和文獻指出肺結核患者退出 DOTS 計畫的原因有相似的結果(Khan et al.,2005)。且中斷治療者可能因此更容易產生抗藥性，使其更不易完成肺結核的治療。

在服藥方式方面，本研究依據受訪個案主訴 93.35%的人為按時服藥，專家學者指出本研究的受訪率為 52.23%，仍有約一半的個案未受訪，而未受訪者可能為失聯不易追蹤者，故地段護士也無法掌握其服藥狀況，其對醫囑的遵從性亦可能偏低，服藥情形也相對的不規則，因此 93.35%的服藥遵從性可能有高估的情況。此外，本研究結果顯示，原住民肺結核患者治療期間最困擾的事依序為經濟因素、治療時間長、交通因素及副作用，而過去文獻亦指出治療所花費的時間和金錢、就醫的便利性及藥物之副作用等因素皆為影響病患服藥遵從性的因素(李茹萍、邱艷芬，1998；胡曉雲、蔡文正、龔佩珍，2005)，因此若要提高原住民肺結核患者的服藥遵從性，就必須了解其需求為何，藉由降低其治療期間的困擾以提高其完治率。

在肺結核的診斷症狀方面 56.05%的受訪個案是因為咳嗽而診斷出罹患

肺結核，其次則依序為疲倦(29.30%)、發燒(27.39%)等症狀，和過去研究肺結核患者指出多有咳嗽、呼吸急促、發燒等症狀有相似的結果(Rajeswari et al.,2005；Khan, 2006)。除此之外在山地離島鄉有 37.87%的個案是因為 X 光或相關健檢而發現患有肺結核，明顯高於平地鄉的 12.66%，顯示疾病管制局每年例行至山地鄉進行 X 光篩檢的政策，確有其成效。最後在原住民肺結核患者就醫的交通時間上山地離島鄉需花費一小時以上者佔 75.22%，平地鄉為 58.97%，顯示相對於平地鄉，山地離島鄉原住民肺結核病患在就醫時的交通問題，仍有需要改善的空間。

## 三、原住民肺結核病患治療期間健康行為及疾病認知

抽菸、喝酒、嚼檳榔等行為在山地鄉有很深的文化背景，甚至有文獻指出這些不良的行為幾乎是原住民男性 20 歲以前就開始有的嗜好(劉碧華等，1994)。本研究受訪之原住民肺結核患者每週喝 3-4 次者佔 10.44%，而完全無喝酒者及每月喝不到一次則佔 69.62%，和過去文獻調查原住民喝酒的盛行率(林琴惠，2001)有相似的結果。然而，本研究訪談的過程中，亦有少數的受想者表示治療期間由於喝酒的緣故而使其忘記吃藥或不想吃藥，過去文獻亦證實過量的飲酒是影響原住民健康及造成社會問題的重要原因之一(Kaner et al.,2001；Twigg et al.,2000)，因此原住民肺結核病患治療期間的健康行為應多加重視，以免因不良的行為而延誤治療，甚至使疾病更加惡化或發生抗藥性的情況。

而在抽菸情況有 62.34%的受訪者表示治療肺結核期間沒有抽菸，及原住民肺結核患者治療期間抽菸率為 37.66%，仍高出台閩地區抽菸率 23.99 許多(國民健康局，2004)，且仍有 22.78%的個案有嚼檳榔的情況，顯示原住民肺結核患者治療期間的健康行為仍需改善，以免影響治療的效果。在運動方面，每週固定運動 1-2 次以上者佔 39.29%，且治療期間平均睡眠時間為 7.44 小時，顯示其休息時間仍算充足。

在肺結核的疾病認知上，本研究發現原住民肺結核患者對結核病認知較差的題目前三名依序為「未完治之後遺症」、「肺結核會不會傳染」及「肺結核的致病因」，在未完治之後遺症方面僅有 30.38%的個案了解是容易產生抗藥性，而不知道未完治之後遺症的則佔了 58.54%，顯示多數個案仍不了解未完成治療的嚴重性，因此，醫護人員應加強此方面的衛教，以提高肺結核患者了解治療的重要性，及提高對自身健康的警覺性。而在肺結核的傳染性方面則有 42.41%的個案知道僅有開放性肺結核才具傳染力，和過去研究有相似

的結果(張玉婷等，2005)。而醫護人員除了對個案本身也應對其家人朋友多加宣導，使其了解並非所有肺結核患者都會傳染，以免使肺結核患者的社交及人際關係因此受影響。最後在結核病的致病因方面，51.27%的受訪者知道結核病是因為被傳染，相較於國外研究(Rajeswari et al.,2005；Khan, 2006)，台灣原住民肺結核患者在結核病致病因上有較高的認知。然而，本研究仍有18.04%的受訪個案認為是感冒所引起，少數個案表示是因為身體過度勞累所造成，由於結核病初期症狀並不明顯，多為咳嗽、咳痰等呼吸系統症狀或全身乏力等症狀，不具特異性，往往容易被誤以為是感冒甚至發生誤診而延誤就醫等情況，因此除了提升確診品質外，也建議衛生主管機關能針對高危險地區或高危險群加以宣導使民眾能自動發現，早期接受治療。

## 四、原住民肺結核病患需求及病患需求複迴歸分析

### (一)原住民肺結核病患需求

在原住民肺結核病患需求方面，本研究分為三大需求層面加以探討，結果顯示對原住民而言「交通及經濟層面」之需求為主要的改善重點，其次才依序為「心理及社會層面」、「醫療及生理層面」。在交通方面山地鄉民眾在就醫的交通時間需花費 1 小時以上者佔 75.22%，顯著高於平地鄉的 58.97%，顯示對山地鄉民眾而言在就醫時有較多交通上的障礙，然而在問及個案主觀感受交通的方便性時，平地鄉個案對交通上的需求又高於山地鄉對交通的需求，可能原因為對山地鄉民眾而言交通的不便利性，已成為生活中必須面對的一部分，因此也不會對其在就醫上產生額外的困擾，因此相對的需求較低；反之，居住於平地鄉的原住民由於社經地位較差，只能居住於郊區或大眾運輸系統較不便利的地區，因此，相較於一般民眾，其對於交通不便利性的感受也會較深。

而在交通及經濟層面中，又以「不會因結核病而無法工作」的認同度最低，和過去研究指出美國會有 83 個工作天因結核病而停止，並且會損失 112 美元的薪資有相似的結果(Needham & Godfrey-Faussett,1996)，顯示原住民治療期間的就業問題仍有須有改善的部分，雖然本研究沒有進一步探討影響其工作的原因，但無法正常工作的結果則會造成其收入不穩定，間接加深其就醫時經濟上的障礙，因此如何保障原住民肺結核病患在治療期間的工作機會或工作能力，確實有值得討論的地方。此外，山地鄉民眾在「有足夠能力負擔健保費用」、「有足夠能力負擔結核病醫療費用」及「政府之補助能降低就醫的財務障礙」等三個題項上認同度顯著低於平地鄉的原住民肺結核個案，顯示額外的醫療保健支出，對山地離島鄉個案而言有較大的經濟負擔，且政府所提供的就醫補助亦未能有效改善其就醫時的財務障礙。

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

對原住民肺結核病患而言，雖然醫療及生理層面的需求相較於其他層面來的低，但本研究結果顯示，受訪者對「副作用控制情況良好」、「您目前健康狀況良好」的認同度較低，而過去研究也指出，儘管結核病完成治療後仍有 30%的個案主觀認為有呼吸方面的障礙，且在進行肺功能檢查後亦證實約有 50%的患者有呼吸方面的後遺症(Kuppu Rao et al.,1999)。此外在「醫護人員不會對他人隨意談論您的病情」、「醫護人員關心您治療情況」、「醫護人員對您的家人朋友提供足夠的衛教訊息」及「您對肺結核治療效果有信心」等題項上，山地離島鄉的認同度高於平地鄉，顯示相對於山地離島鄉，平地鄉應多重視個案的隱私，除此之外也應對各案周遭的親人朋友加強衛教宣導，並且要適時的告知病患其治療情形，和病患間保持良好的互動以提升其對治療肺結核的信心。而其中山地離島鄉對以上題項認同度較高，是否因為山地離島鄉廣泛推行 DOTS 計畫所帶來的效益，則可進一步的探討。

(二)原住民肺結核病患需求複迴歸分析

本研究以「生理及醫療層面」、「心理及社會」等二大構面來概括原住民肺結核病患的整體病患需求，結果發現在控制其他變項下年齡越高者整體病患需求、心理及社會層面需求越低，可能原因為越年長者對於健康資訊的取得越有障礙，而基於對疾病的不了解因而忽視對自身健康的重要性，相對的

病患需求也較低，然而若單就「生理及醫療層面」的需求而言，年齡則非顯著的影響因素。在教育程度上，「高中/高職」者相對於「未上學/國小」者病患需求亦較低，然而若將「生理及醫療層面」、「心理及社會層面」之需求分別探討，教育程度則非影響此兩層面的顯著因素。而在原住民族群方面，太魯閣族相對於泰雅族有較高的生理及醫療需求，在心理及社會需求方面則和原住民族群無顯著相關，而是否因為太魯閣族的健康行為或種族因素而使其需要較多生理及醫療方面的需求則需進一步探討。在醫療及生理層面完治者相對於未完治者有較高的需求，顯示隨著病情的好轉，需要生理及醫療上的需求也隨之減少，和過去研究發現，隨著治療療程的結束，生理功能也會逐漸好轉有相似的結果(Rajeswari et al.,2005)，然而本研究結果亦發現在控制其他變項下完治與否並不會影響原住民肺結核病患心理及社交層面之需求。同樣的在藥物副作用方面有副作用發生的結核病患者，往往也需要較多的醫療及生理方面的協助，即當副作用被有效控制時，患者需要醫療及生理上的協助也跟著減少，此外，健康狀況有改善者相對於沒改善者其醫療即生理需求也較低。最後本研究將原住民肺結核病患對結核病的認知加以計算，結果顯示，疾病認知越高者病患整體需求與醫療及生理層面的需求越低，過去文獻亦指出民眾個人對疾病的瞭解與本身的健康知識越多，其自我照顧能力越好（Orem，1985)，因此衛生主管機關應積極加強宣導，提昇個案對結核病的認知以其滿足其需求。反觀心理及社會層面，疾病認知則非顯著的影響因子。

綜合本研究之結果，若單獨探討山地離島鄉與平地鄉原住民肺結核患者的病患需求，則可發現不同的居住地對醫療及生理層面的需求也有所差異，即平地鄉對醫療及生理層面的需求顯著高於山地離島鄉，然而若將相關變項放入迴歸模式中加以控制，則可發現居住地區僅有稍許需求上程度的差異，並非影響病患需求的顯著因素。

# 第六章　結論與建議

## 一、結論

結核病是台灣地區感染人數最多的法定傳染病，根據疾病管制局結核病通報系統顯示台灣地區每年新發生的結核病確診人數平均皆超過一萬人，2005 年每人萬人口發生率高達 72.47 人(疾管局，2005)，反觀原住民族群，本研究求得 2005 人每十萬人口發生率為 106 人，明顯高出台灣地區許多，因此針對原住民此高危險族群在結核病的防治工作上，也將是公共衛生體系關心的重點之一。因此本研究期望藉由全國性原住民肺結核病患的調查，透過了解其病患需求，以提高其就醫的順從性，並做為未來防治工作的參考依據。

依據本研究結果發現，相對於醫療及生理層面、心理及社會層面原住民肺結核病患以經濟上及交通的需求最為緊迫，多數個案對「結核病不會導致您無法正常工作」認同度最低，然而若無法持續工作則會使其經濟來源受到中斷，此外對於「政府之補助能有效降低您就醫的財務障礙」認同度亦偏低，且研究發現在交通層面，山地離島鄉有 75.22%的個案在就醫時的交通時間需花費一小時以上。在醫療及生理層面，受訪者對「目前健康狀況良好」、「副作用控制情況良好」認同度偏低，且研究結果發現 66.77%的個案皆有副作用的情況發生，副作用又以關節疼痛、疲倦及皮膚癢為主。在心理及社會層面則以「不會時常因生病而焦慮」、「不會害怕因結核病而害怕和人接觸交談」認同度較低。

本研究針對醫療及生理層面之需求進行複迴歸分析，結果發現完治者、健康狀況有改善者及對結核病認知較高者醫療及生理層面的需求皆較低，反之有副作用者則有較高的醫療及生理需求，除此之外在原住民族群方面，相對於泰雅族，太魯閣族的醫療及生理需求亦較高。若針對心理及社會層面的

需求而言，僅有年齡為顯著影響因素，即年齡越高需求越低。最後本研究綜合「醫療及生理層面」、「心理及社會層面」之需求來概括整體的病患需求，複迴歸分析的結果發現年齡越高、教育程度較高者及對疾病認知越高者其病患需求越低，而有副作用者則有較高的病患需求，此外，原住民族群也是影響病患需求的顯著因素。

因此若要改善原住民肺結核病患的相關需求藉以提高就醫之順從性，除了改善其經濟及交通狀況以降低其就醫的障礙外，亦可藉由加強原住民肺結核病患對肺結核疾病的認知及控制其副作用狀況來改善其病患需求，以間接達到提升原住民肺結核病患完治率的目的。

## 二、建議

本研究依研究結果提出以下建議：

(一)對衛生主管機關之建議

1.透過 IDS 計畫指派肺結核相關專科醫師至山地離島鄉協助治療

研究結果發現 7 成以上的山地離島鄉民眾在就醫的交通時間須花費一小時以上，更有 43.67%的個案表示交通因素為其治療期間所困擾的事情之一，而有中斷治療經驗者則有 26.47%的個案表示交通因素是使其中斷治療的主要原因，由此可知交通因素除了造成原住民肺結核病患就醫上的障礙外，更使其因此而無法順從醫囑定期到醫療院所接受相關追蹤治療。因此本研究建議在醫療資源缺乏的山地離島鄉，應藉由 IDS 計畫，由負責該地區的醫療院所，指派肺結核相關的專科醫師定期到當地服務，提供肺結核之治療，以減少山地離島鄉原住民肺結核患者就醫上的交通障礙，提升其就醫的可近性。

2.提供專用交通車降低就醫障礙及避免相互感染

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

3.提供完治獎金作為結核病治療之誘因

原住民經濟狀況普遍不佳，而在治療結核病上，多數個案亦表示經濟負擔為其治療期間的困擾，雖然政府機關對原住民結核病患在住院治療及門診就醫時皆有提供就醫補助，但補助亦無法有效降低其經濟負擔。雖然改善原

住民整體經濟環境是解決其經濟障礙的根本因素，但因無法在短期內顯著提升其經濟狀況，因此本研究建議除了原有的就醫補助外，亦可針對肺結核高危險群提供完治獎金作為誘因，以提高其對醫囑的順從性。

4.提升結核病通報系統品質管理

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

(二)對醫護人員之建議

1.改善部分用藥以降低副作用及服藥次數

在原住民肺結核病患，服藥後有副作用的比例為 65.82%，而在排除經濟及交通因素後「副作用」及「治療時間太長」、「服藥次數多」也是原住民肺結核患者治療期間最困擾的事情，更有 14.71%的個案因為副作用而中斷治療、20.51%的個案因原醫院治療效果不佳、有副作用而更換醫院，使療程受到影響。而原住民肺結核患者服藥後的副作用以關節炎居多，醫師應在考量患者健康狀況後將容易引起關節疼痛的 PZA(Pyrazinamide)藥物換掉，或是以 salicylates 等非類固醇抗發炎藥物來紓解 PZA 引起的關節痛。而在服藥次數多方面則可在考量 DOTS 觀察員的人力後，採用每週二次或每周三次的間歇治療藥物，以降低患者服藥次數多的困擾。

2.提升原住民肺結核病患對肺結核疾病的認知

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

3.加強衛教改善其健康行為

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

4.增進與病患溝通及關心

本研究受訪的個案中 83.22%的比例認為衛生所護士的訪視對其治療肺結核有幫助，93.99%的比例認為醫院醫生及護士的關心對其治療有幫助，因此醫護人員若能增加和病患的互動與溝通，及時給予病患治療上的協助，除了能及時舒緩其生理上的不適，亦能降低其罹病所造成的心理壓力，對肺結核的治療成效應有所助益。

5.加強平地鄉原住民病患管理

本研究結果顯示山地離島鄉 DOTS 計畫加入率為 80.08%，顯著高於平地鄉的 55.00%，由此可知 DOTS 計畫在山地鄉的執行率較為普及，而平地鄉原住民加入 DOTS 計畫比率較低的原因可能為平地鄉原住民多為獨自到外地工作，缺乏家人及朋友陪伴，加上工作因素時常居無定所而導致個案行蹤不易掌握，因此也不易找到適合人選擔任其 DOTS 觀察員，也因為如此本研究在平地鄉的問卷回收率僅有 44.94%，低於山地離島鄉的 55.40%，因此本研究建

議針對平地鄉原住民肺結核患者，應增加衛生所護士的訪視次數，以免發生失去追蹤的情況。

## 三、研究限制

(一)本研究依據疾管局結核病通報系統提供的病患資料，對研究對象進行普查，在問卷調查過程中發現，部分個案電話有誤，甚至沒有聯絡電話，即使透過各地段護士協助幫忙，仍有部分個案無法取得聯繫，使本研究未能收集到更多病患的資訊及意見。

(二)本研究之受訪對象為原住民族群，由於部分原住民仍是以母語溝通，而原住民母語之文法及用詞和國語有所落差，在加上受訪個案教育程度偏低，可能較不易理解問卷之題議，因此必須透過專業人士(如：地段護士)加以協助，問卷訪問才得以順利進行。

(三)本研究以 2004 年及 2005 年新登錄之原住民肺結核患者為研究對象，而問卷調查期間為 2006 年 7 月，因此對部分個案而言，由於療程結束至接受訪問已有一段時間，在接受訪談時可能會有回憶偏差。

# 參考文獻

## 一、英文部分


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

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

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

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

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

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

Dunn SM, Beeney LJ, Hoskins PL, Turtle JR. Knowledge and attitude change as predictors of metabolic improvement in diabetes education. *Social Science Medicine* 1990; 31(10): 1135-41.

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

Hudelson P. Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economicand cultural factors. *Tubercle Lung Dis* 1996; 77: 391-400.

Kaner F, Wutzke S, Saunders J, Powell A, Morawski J, Bouix J. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. Journal

study alcohol 2001;65(5): 621-27.

Karall LP. A treatment for diabetes in Joslin's Diabetes Manual. 12th ed. Philadelphia: Flea&Lea Company; 1985:465-83.

Khan JA, Irfan M, Zaki A, Beg M, Hussian SF, Rizvi N. Knowledge, Attitude and Misconceptions regardind Tuberculosis in Pakistani Patients. J Pak Med Assoc 2006;56(5):211-4.

Khan MA, Walley JD, Witter SN, Shah SK, Javeed S. Tuberculosis patient adherence to direct observation: results of a social study in Pakistan. Health Policy Plan 2005; 20(6): 354-65.

Kuppu Rao K V, Swaminathan S, Venkatesan P: Residual lung function impairment in patients treated for pulmonary tuberculosis. Proceedings of the National Conference on pulmonary diseases, CNAPCON'99. New Delhi. 1999.

Lee LT, Chen CJ, Tsai SF, Suo J, Chen CY. Morbidity and mortality trends of pulmonary tuberculosis in Taiwan. *Journal of Formosan Medicine Association* 1992; 91(9): 867-72.

Mangtani P, Jolley DJ, Watson JM, Rodrigues LC. Socioeconomic deprivation and notification rates for tuberculosis in London during 1982-91. *BMJ* 1995; 310(6985):963-6.

Moridky DE, Malotte CK, Choi P. A patient education program to improve adherence rates with antituberculosis drug regimens.*Health Education Quarterly* 1990; 17:253-67.

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

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

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

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

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

Westaway MS. Knowledge, beliefs and feeling about tuberculosis. *Health Educ Res* 1989; 4(2): 205-11.

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

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

二、中文部分

內政部戶政司，2000：http://www.ris.gov.tw/。

王妙：北區七縣市結核病開放性病患未達完成治療原因之探討。公共衛生 1994；11（1）：93-99。

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

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

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

行政院原住民委員會 2006 http://www.apc.gov.tw/upload/news/1.原住民就業狀況調查.pdf

行政院衛生署：中華民國 94 年死因統計結果摘要：http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/94 年/表 1.xls。

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

行政院衛生署疾病管制局：90 年結核病防治年報，2003。

行政院衛生署疾病管制局：中央傳染病追蹤監視系統，2005：http://203.65.72.43/slow/CA/LoginByCard.asp。

行政院衛生署疾病管制局：流行病學專區 2006：http://203.65.72.83/ch/dt/upload/QC/epi/epi_face.htm。

行政院衛生署疾病管制局：疫情報導 2000；16（3）：68-69。

行政院衛生署疾病管制局：疫情報導 2000；16（8）：293-301。

行政院衛生署疾病管制局：結核病防治工作手冊，2002。

行政院衛生署國民健康局 2004

http://www.doh.gov.tw/statistic/data/%A9%CA%A7O%B2%CE%ADp%AB%FC%BC%D0/%A4E/%A7l%B5%D2%B2v.xls

余明治、索任、林淑瑛、吳英和、李俊年、林道平：復興鄉結核病的治療。胸腔醫學 1997；12（1）：10-16。

余明治、黃菊、何秀英、江振源、索任、林道平：直接觀察短程治療法對山地鄉肺結核病人治療的影響。胸腔醫學 2000；15（1）：22-28。

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

李昭賢、陳培然、郭許達、許碧惠：台灣東部地區漢人與原住民肺結核嚴重度與營養狀態之比較。胸腔醫學 1997；12（4）：161-166。

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

李茹萍：花蓮地區肺結核病人服藥遵從性及其相關因素之探討。慈濟大學護研所碩士論文 1996。

林琴惠：花蓮縣(市)居民檳榔、菸、酒盛行率及其健康危害意識調查。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文 2001。

林獻鋒、賴世偉、張靖梅、劉秋松：肺結核。基層醫學 2002；17(4)：78-84。

胡曉雲、蔡文正、龔佩珍：肺結核病患未完成治療原因探討。台灣公共衛生雜誌 2005；24(4)：348-58。

桃園縣政府衛生局：桃園縣慢性病防治所—肺結核防治 2005。

索任：結核病的預防性治療 Preventive Therapy for Tuberculosis。行政院衛生署慢性病防治局 2000。

張正二、廖麗娟：台灣地區第五次及第六次肺結核盛行調查所發現病人之研究。公共衛生 1990；16（4）：394-411。

張玉婷、羅淑芬、施仁興：結核病患同住青少年隊結核病知識、態度及健康促進行為之探討。慈濟護理雜誌 2005；4(4)：79-86。

張雅倫，口腔癌病患與家屬之壓力、需求及其相關因素之探討。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文，2001。

郭素娥、藍忠孚、陳惠珠：高雄市肺結核患者與非患者對肺結核知識、態度與預防行為之比較。中華衛誌 1998；17(4)：293-302。

郭淑娥，長期依賴呼吸器病患與家屬之需求及其滿意度探討。長庚大學護理學研究所碩士論文，2001。

傅絹媚、駱麗華：護理一位肺結核病患住院期間面對多重失落的適應過程。護理新象 1994；4(1)：21-30。

黃桂香：肺結核病人的心態分析及護理。右江民族醫學院學報，2000。

楊文達：台灣中區影響結核病個案復發治療之相關影響因子探討。行政院衛生署疾病管制局九時年度委託研究計畫 2002。

楊堅，臺灣地區山地鄉結核病流行病學探討。國立臺灣大學流行病學研究所碩士論文，2000。

廖麗娟：台灣省肺結核病人就診延誤之研究。公共衛生 1989；16（2）：178。

劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽：五峰鄉原住民吸菸、喝酒及嚼檳榔之盛行率及相關因素研究。高雄醫學雜誌 1994；10：405-11。

蔡文正、龔佩珍：肺結核病患失落之因素分析研究。行政院衛生署疾病管制局九十二年度科技研究發展計畫，2003。

蔡雅琪，全民健康保險之原住民醫療利用之分析研究。國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文，2000。

衛生署疾病管制局，2005：http://203.65.72.83/ch/dt/upload/TB_POLICY/專案族群醫療補助作業說明.doc。

衛生署疾病管制局：結核病防治組 2005：http://203.65.72.83/ch/dt/upload/tb_policy/tb_policy.htm。

燕尾厥：原住民的健康狀況。醫望雜誌 1997；22：51-8。

嚴毋過：台北市原住民健康需求調查。康寧學報 2002；4：1-25。

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

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

# 附錄一、原住民肺結核病患需求評估----專家焦點團體

**主持人：蔡文正**

**壹、會議主旨：**

本研究以「原住民肺結核病患需求評估」為主題，藉由問卷調查的方式進行。因此，希望藉由專家座談的方式，瞭解醫師及護理人員對於照護原住民肺結核病患之經驗，以作為問卷設計之參考依據，同時審閱問卷初稿內容之適當性。

**貳、討論議題**

1.相較於一般肺結核病患而言，原住民肺結核病患之需求是否有特別需要注意的問題？
2.就您所知原住民肺結核病患之就醫情形〈如：服藥順從性等〉如何？
3.請問您對本研究計畫初步設計之問卷內容有何建議事項？
4.請問您對於本研究計畫有何其他建議事項？

**肆、會議記錄**

以原住民居多的山地鄉結核病感染率歷年來皆位於全國平均之上，就 2002 年山地鄉結核病每十萬人口發生率 289.81 更是全台平均值（66.67）的 4.35 倍，嚴重程度可想而知。因此藉由分析山地山與平地鄉原住民在各方面的差異情形，並進一步探討影響原住民肺結核病患需求之相關因素實為當務之急。本研究依照變項內容的適當性，將題目區分為「適合」、「不適合」及「修改後適合」，藉由專家的審查意見及建議，對問卷內容作進一步的修正，並對定義模糊的題目與以釐清。專家建議及修改之意見詳見附錄二。

**參與人員：**

| 專家名單 | 職稱 | |
|---|---|---|
| 蔡文正 | 副教授 | 中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班 |
| 龔佩珍 | 副教授 | 亞洲大學醫務管理學系 |
| 李翠鳳 | 分局長 | 疾病管制局中區分局 |
| 楊文達 | 醫師 | 台中醫院胸腔內科 |
| 李仁智 | 醫師 | 中國醫藥大學附設醫院胸腔內科 |
| 陳煒 | 醫師 | 中國醫藥大學附設醫院胸腔內科 |
| 鐘文振 | 醫師 | 南投醫院 |
| 何麗娟 | 護理長 | 仁愛鄉衛生所 |
| 施玲娟 | 護理長 | 埔里鎮衛生所 |
| 史萬秋 | 護理長 | 信義鄉衛生所 |
| 陳志英 | 感控師 | 埔里基督教醫院 |
| 陳麗忍 | 個管師 | 南投醫院 |

# 附錄二、 原住民肺結核病患需求問卷

| 第一部份 肺結核治療就醫經驗及健康情形 | CVI | 修正意見 |
|---|---|---|
| **I. 肺結核治療情形** | | |
| 1.請問您治療肺結核疾病過程中有否更換醫院？<br>□(1)沒有（請跳答第 2 題） □(2)有_____次（續答 1-1） | 0.97 | |
| 1-1.請問您更換治療肺結核醫院之最主要原因為？（單選）<br>□(1)離家近 □(2)免部分負擔 □(3)家人朋友介紹 □(4)有認識的醫生<br>□(5)更換住所 □(6)隨著醫師換醫院 □(7)其他_____ | 0.87 | 1.改為複選題(最多選三項)<br>2.新增「衛生所護士介紹」、「治療效果不佳」兩選項 |
| 2.您認為在治療肺結核的過程中，感到困擾的事情為：（可複選）<br>□(1)藥太難吃 □(2)有副作用 □(3)服藥次數太多 (4)治療時間太長<br>□(5)看診次數頻繁 □(6)怕別人知道罹患肺結核 □(7)會影響到工作<br>□(8)交通問題 □(9)其他 | 0.80 | 1.改為複選題(最多選三項)<br>2.增加「經濟因素」選項 |
| 2-1.以上最困擾的事情為_____（單選） | 1.00 | |
| 3.您服用肺結核藥物的方式？ □(1)按時服藥 □(2)想到才吃 □(3)不舒服才吃 | 0.90 | |
| 4.您服用藥物後，是否有副作用？ □(1)有 □(2)無 | 0.83 | 有副作用者進一步詢問副作用為何 |
| 4-1 您服藥後產生的副作用為?<br>□(1)噁心 □(2)腸胃不適 □(3)關節疼痛 □(4)皮膚癢 □(5)暈眩<br>□(6)皮膚、眼球變黃 □(7) 視力模糊 □(8) 聽力受損 □(9)其他 | | 專家建議新增題目 |
| 5.是否曾經中斷治療？〈超過二個月未服藥〉 □(1)有 □(2)沒有 | 0.87 | 探討中斷原因 |
| 5-1 請問您中斷治療的原因為?<br>□(1)藥太難吃 □(2)有副作用 □(3)服藥次數太多 □(4)治療時間太長<br>□(5)看診次數頻繁□(6)怕別人知道罹患肺結核 □(7)認為治不好，就不服藥<br>□(8)交通問題 □(9)經濟因素 □(10)其他 | | 專家建議建議新增題目 |
| 6.衛生所護士在您治療肺結核期間訪視次數為？<br>□(1)沒有遇過 □(2)1~2 次 □(3)3~4 次 □(4)5~6 次 □(5)7 次以上 | 0.93 | |

| 第一部份 肺結核治療就醫經驗及健康情(續) | CVI | 修正意見 |
|---|---|---|
| **I. 肺結核治療情形(續)** | | |
| 7.您認為衛生所護士的訪視，對您持續性治療肺結核的幫助性如何？<br>□(1)沒有幫助 □(2)有一點幫助 □(3)幫助很大 □(4)不知道/沒有接觸 | 1.00 | |
| 8.您認為醫院/衛生所護士的衛教與關心對您持續治療結核病的幫助性如何？<br>□(1)沒有幫助 □(2)有一點幫助 □(3)幫助很大 □(4)不知道/沒有接觸 | 1.00 | |
| 9.您是否曾經接受與肺結核相關之衛生教育？（如：服藥方式、治療期間、個人保養）<br>□(1)沒有 □(2)有 （續答 9-1） | 0.97 | |
| 9-1.衛生教育知識是誰提供的？（可複選）<br>□(1)醫師 □(2)醫院護士 □(3)衛生所護士 □(4)家人朋友□(5)衛教單張□(6)其他 | 0.93 | |
| **Ⅱ. 身體健康情形** | **CVI** | **修正意見** |
| 1.請問您是否有其他慢性疾病？（可複選）<br>□(1)無 □(2)糖尿病 □(3)高血壓 □(4)氣喘 □(5)痛風 □(6)心臟病 □(7)癌症<br>□(8)腎臟病 □(9)肝炎 □(10)洗腎 □(11)關節炎 □(12)其他_____ | 0.87 | 肝炎改成肝病 |
| 2.您得肺結核後，接受治療期間，您覺得對您的生活品質影響程度大不大？<br>□(1)完全無影響 □(2)有點影響 □(3)相當有影響 | 0.97 | |
| 3.在治療期間您健康狀況是否有所改善? □(1)惡化 □(2)沒改變 □(3)有改善 | | 專家建議新增題目 |
| **Ⅲ.治療期間健康行為** | **CVI** | **修正意見** |
| 1.肺結核治療期間您是否有喝酒？<br>□(0) 無 □(1)每月不到一次 □(2)每月 1-3 次 □(3)每週 1-2 次<br>□(4)每週 3-4 次 □(5)(幾乎)每天喝 | 1.00 | |
| 2. 肺結核治療期間您是否有抽菸?<br>□(0)無 □(1)偶爾或應酬時才抽 □(2) 每週 1-2 次 □(3) (幾乎)每天抽 | 1.00 | |
| 3. 肺結核治療期間您是否有嚼檳榔的習慣？<br>□(0)無 □(1)每週 1-2 天 □(2)每週 3-5 天 □(3)(幾乎)每天嚼 | 1.00 | |

| Ⅲ.治療期間健康行為(續) | CVI | 修正意見 |
|---|---|---|
| 4. 肺結核治療期間您是否有規律的運動？(運動時間至少 10 分鐘以上)<br>□(0)無 □(1)每月不到一次 □(2)每月 1-3 次 □(3)每週 1-2 次<br>□(4)每週 3-4 次 □(5)(幾乎)每天運動 | 1.00 | |
| 5.請問您治療期間一天睡眠時間約幾小時?<br>□(0)≦5 小時 □(1)5-7 小時 □(2)7-9 小時 □(3)9 小時以上 | | 專家建議新增題目 |
| **第二部分　對肺結核疾病的認知** | **CVI** | **修正意見** |
| 1. 您認為肺結核的致病因？<br>□(1)不知道 □(2)遺傳 □(3)被傳染 □(4)因果報應 □(5)受詛咒 □(6)其他_ | 0.80 | 1.註明單選<br>2.新增「感冒所引起」選項 |
| 2.肺結核藥物服用方式？ □<br>(1)不知道 □(2)每日服用 □(3)服到有副作用就停藥 □(4)不舒服時吃<br>□(5)其他_____ | 0.93 | 將「服到有副作用就停藥」修改為「感覺身體好了隨時停藥」 |
| 3.使用藥物的服用後可能的副作用？<br>□(1)不知道 □(2)禿頭、性功能減低 □(3)痙攣、意識昏迷<br>□(4) 焦慮、意識混亂、幻想 □(5)皮膚癢、疲倦、視力減退、肝炎□(6)其他_ | 0.93 | |
| 4.未完成治療的後遺症？<br>□(1)不知道 □(2)影響智力 □(3)內分泌失調 □(4)不孕症 □(5)產生抗藥性<br>□(6)其他___ | 0.93 | |
| 5.您認為肺結核是不是可以完全治好的疾病？<br>□（1）是 □（2）否 □（3）不知道 | 1.00 | |
| 6.您知不知道肺結核需要治療多久才會好 ？<br>□（1）不知道 □（2）知道 （請回答需要治療時間） | 1.00 | |
| 7.您認為肺結核會不會傳染給其他人？<br>□（1）一定會 □（2）一定不會 □（3）開放性肺結核才會 □（4）不知道 | | 專家建議新增題目 |

| 第三部分　對肺結核疾病之健康需求 | | | | | | CVI | 修正意見 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I.醫療層面** | | | | | | | |
| | 非常不同意 | | | | 非常同意 | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 1.醫療照護人員詳細說明病情狀況 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 0.97 | |
| 2.對於副作用控制的情況良好 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1.00 | |
| 3.照護人員對您隱私權十分尊重 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 0.90 | 修正為「不會對其他人隨意談論您的病情」 |
| 4.醫療照護人員能關心您治療情況 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1.00 | |
| 5.醫療照護人員在您醫療層以外面提供協助 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 0.67 | 專家建議刪除之題目 |
| 6.醫療照護人員的服務態度良好 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1.00 | |
| 7.您對肺結核治療效果有信心 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1.00 | |
| 8.醫療照護人員對您提供足夠的衛教訊息 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | 專家建議新增題目 |
| 9.醫療照護人員對您的家人朋友提供足夠的衛教訊息 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | 專家建議新增題目 |
| **Ⅱ.生理、心理及社會層面** | | | | | | **CVI** | **修正意見** |
| | 非常不同意 | | | | 非常同意 | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 1.您認為您目前健康狀況良好 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1.00 | |
| 2.是否因為生病而產生焦慮 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1.00 | |
| 3.是否會擔心因生病所帶來的副作用 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1.00 | |
| 4.您的情緒因為罹患肺結核常常感到低落 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1.00 | |
| 5.您會因會結核病而害怕和人接觸、交談 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 1.00 | |
| 6.您能非常自然的和朋友討論您的病情 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 0.70 | 專家建議刪除之題目 |
| 7.您能非常自然的和家人討論您的病情 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | 0.70 | 專家建議刪除之題目 |
| 6.家人對您的病情十分關心與支持 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | 專家建議新增題目 |
| 7.朋友對您的病情十分關心與支持 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | 專家建議新增題目 |

| Ⅲ.經濟及交通層面 | CVI | 修正意見 |
|---|---|---|
| 非常不同意 1 2 3 4 非常同意 5 | | |
| 1.您有足夠能力負擔結核病醫療費用 □ □ □ □ □ | | 專家建議新增 |
| 2.政府提供肺結核醫療及住院補助，能降低您就醫的財務障礙 □ □ □ □ □ | 1.00 | |
| 3.結核病所帶來的影響導致您無法正常工作 □ □ □ □ □ | 1.00 | |
| 4.至醫院/衛生所求診在交通上對您是方便的 □ □ □ □ □ | 1.00 | |
| **Ⅳ.綜合以上各層面，您是否還有其他方面的需求?_____** | | |
| **第四部份　個人基本資料** | **CVI** | **修正意見** |
| 一、姓名：_____ | 1.00 | |
| 二、身分證號：_____ | 0.93 | |
| 三、婚姻狀況：□(1)已婚 □(2)未婚 □(3)離婚/分居 □(4)喪偶 □(5)其他__ | 0.93 | |
| 四、是否有加入全民健保：□(1)有 □(2)沒有 □(3)不知道 | 1.00 | |
| 五、請問您是否持有重大傷病卡？ □(1)有 □(2)沒有 □(3)不知道 | 1.00 | |
| 六、教育程度：□(1)未上學/國小 □(2)國中/初中 □(3)高中/高職 □(4)專科 □(5)大學 □(6)碩士 □(7)博士 | 1.00 | |
| 七、治療期間職業別：□(1)工 □(2)商 □(3)公□(4)教 □(5)職業軍人 □(6)農 □(7)林 □(8)漁 □(9)牧 □(10)自由業 □(11)服務業 □(12)家管 □(13)學生 □(14)無 □(15)其他 | 1.00 | |
| 七-1 治療期間是否因病離職或換工作？□(1)是 □(2)否 | 0.90 | 專家建議新增題目 |
| 八、每月家庭收入：□(1)二萬元以下(含二萬元) □(2)二萬至四萬元(含四萬元) □(3)四萬至六萬元(含六萬元) □(4)六萬至八萬元(含八萬元) □(5)八萬至十萬元(含十萬元) □(6)十萬元以上 | 0.87 | 改以最低工資「15840」為分層基準 |
| 九、您主要在哪家醫院或診所治療肺結核？ □(1)診所 □(2)醫院 □(3)不知道 | 1.00 | |
| 十、治療肺結核期間居住情形：□(1)安養機構 □(2)獨居 □(3)與家人朋友同住 □(4)其他 | 1.00 | |
| 十一、治療期間居住環境： | | |
| 十一-1.居住環境擁擠度：□(1)寬敞 □(2)適中 □(3)擁擠 | 0.57 | 專家建議刪除之題目 |
| 十一-2.居住環境潮濕度：□(1)舒適 □(2)有點潮濕 □(3)非常潮濕 | 0.57 | 專家建議刪除之題目 |

# 附錄三、原住民結核病患問卷

**第一部份 肺結核治療就醫經驗及健康情形**

I. 肺結核治療情形

1. 請問您治療肺結核疾病過程中是否更換過醫院？
   □(1)沒有（請跳答第2題） □(2)有 _____次（續答1-1）
   1-1. 請問您更換治療肺結核醫院之最主要原因為？（最多選三項）
   □(1)離家近 □(2)免部分負擔 □(3)家人朋友介紹 □(4)有認識的醫生
   □(5)更換住所 □(6)隨著醫師換醫院 □(7)原醫院治療效果不佳、有副作用
   □(8)衛生所護士介紹 □(9)醫師推薦 □(10)其他_____
2. 您認為在治療肺結核的過程中，感到困擾的事情為：(最多選三項)
   □(1)藥太難吃 □(2)有副作用 □(3)服藥次數太多 □(4)治療時間太長
   □(5)看診次數頻繁 □(6)怕別人知道罹患肺結核 □(7)會影響到工作
   □(8)交通問題 □(9)經濟因素 □(10)藥量太多 □(10)其他_____
   2-1. 以上最困擾的事情為_____（單選）
3. 您服用肺結核藥物的方式？ □(1)按時服藥 □(2)想到才吃 □(3)不舒服才吃
4. 您服用藥物後，是否有副作用？ □(1)無 □(2)有（續答4-1）
   4-1您服藥後產生的副作用為?（可複選）
   □(1)噁心 □(2)腸胃不適 □(3)關節疼痛 □(4)皮膚癢 □(5)暈眩
   □(6)皮膚、眼球變黃 □(7) 視力模糊 □(8) 容易疲倦 □(9)食慾不佳
   □(10)水腫 □(11)其他_____
5. 是否曾經超過二個月未服藥？
   □(1) 沒有 □(2) 有(續答5-1)
   5-1請問您中斷治療的原因為?
   □(1)藥太難吃 □(2)有副作用 □(3)服藥次數太多 □(4)治療時間太長
   □(5)看診次數頻繁 □(6)怕別人知道罹患肺結核
   □(7)認為治不好，所以就不服藥 □(8)交通問題 □(9)經濟因素
   □(10)沒時間拿藥 □(11)其他_____
6. 在您治療肺結核期間衛生所護士訪視方式為?
   □(1)沒有遇過(請跳答第7題) □(2)電訪(跳答第7題) □(3)面訪(續答6-1)
   6-1. 衛生所護士在您治療肺結核期間**面訪**次數為？
   □(1)1~2次 □(2)3~4次 □(3)5~6次 □(4)7次以上
7. 您認為**衛生所護士**的訪視、衛教與關心，對您持續性治療肺結核的幫助性如何？
   □(1)沒有幫助 □(2)有一點幫助 □(3)幫助很大 □(4)不知道/沒有接觸
8. 您認為**醫院醫師**或**護士**的衛教與關心對您持續治療結核病的幫助性如何？
   □(1)沒有幫助 □(2)有一點幫助 □(3)幫助很大 □(4)不知道/沒有接觸
9. 您每次就醫花在交通上的時間約為?_____小時_____分鐘
10. 您是因為哪一項症狀而就醫被診斷出罹患肺結核?(可複選)
   □(1)咳嗽 □(2)發燒 □(3)體重減輕 □(4)疲倦感 □(5)呼吸急促
   □(6)偶然照胸部X光才發現 □(7)胸悶、胸痛 □(8)咳血 □(9)其他_____

10-1. 您因上述症狀多久才去就醫?_____星期，或_____天

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

Ⅱ. 身體健康情形

1. 請問您是否有其他慢性疾病？（可複選）

□(1)無 □(2)糖尿病 □(3)高血壓 □(4)氣喘 □(5)痛風 □(6)心臟病 □(7)癌症

□(8)腎臟病 □(9)肝病 □(10)洗腎 □(11)關節炎 □(12)其他_____

2. 您得肺結核後，接受治療期間，您覺得對您的生活品質影響程度大不大？

□(1)完全無影響 □(2)有點影響 □(3)相當有影響

3. 在治療期間您健康狀況是否有所改善? □(1)惡化 □(2)沒改變 □(3)有改善

Ⅲ. 治療期間健康行為

1. 肺結核治療期間您是否有喝酒？

□(1) 無 □(2)每月不到一次 □(3)每月1-3次 □(4)每週1-2次

□(5)每週3-4次 □(6)(幾乎)每天喝

2. 肺結核治療期間您是否有抽菸?

□(1)無 □(2)偶爾或應酬時才抽 □(3) 每週1-2次 □(4) (幾乎)每天抽

3. 肺結核治療期間您是否有嚼檳榔的習慣？

□(1)無 □(2)每週1-2天 □(3)每週3-5天 □(4)(幾乎)每天嚼

4. 肺結核治療期間您是否有規律的運動？(運動時間至少10分鐘以上)

□(1)無 □(2)每月不到一次 □(3)每月1-3次 □(4)每週1-2次

□(5)每週3-4次 □(6)(幾乎)每天運動

5. 請問您治療期間一天睡眠時間約_____小時

**第二部分　對肺結核疾病的認知**

選擇您覺得適當之答案，請在□處打勾。

1. 您認為肺結核的致病因？〈單選〉

□(1)不知道 □(2)遺傳 □(3)被傳染 □(4)因果報應 □(5)受詛咒

□(6) 感冒所引起 □(7)其他_____

2. 肺結核藥物服用方式？〈單選〉

□(1)不知道 □(2)每日服用 □(3)感覺身體好了隨時停藥 □(4) 不舒服時吃

□(5)其他_____

3. 使用藥物的服用後可能的副作用？〈單選〉

□(1)不知道 □(2)禿頭、性功能減低 □(3)痙攣、意識昏迷

□(4)焦慮、意識混亂、幻想 □(5)皮膚癢、腸胃不適、視力減退、肝炎

□(6)其他_____

4. 未完成治療的後遺症？〈單選〉

□(1)不知道 □(2)影響智力 □(3)內分泌失調 □(4)不孕症

□(5)產生抗藥性 □(6)其他_____

5. 您認為肺結核是不是可以完全治好的疾病？〈單選〉

□(1) 是 □(2) 否 □(3) 不知道

6. 您知不知道肺結核需要治療多久才會好？〈單選〉

□(1) 不知道　□(2) 知道 _____（請回答需要治療時間）

7. 您認為肺結核會不會傳染給其他人？〈單選〉

□(1) 一定會　□(2) 一定不會　□(3) 開放性肺結核才會　□(4) 不知道

**第三部分　對肺結核疾病之健康需求**

Ⅰ. 醫療及生理層面

| | 非常不同意 → 非常同意 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 醫師有詳細說明病情狀況 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 2. 對於副作用控制的情況良好 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 3. 照護人員不會對其他人隨意談論您的病情 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 4. 醫療照護人員能關心您治療情況 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 5. 醫療照護人員對您提供足夠的衛教訊息 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 6. 醫療照護人員對您的家人朋友提供足夠的衛教訊息 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 7. 醫療照護人員的服務態度良好 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 8. 您對肺結核治療效果有信心 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 9. 您認為您目前健康狀況良好 | □ | □ | □ | □ | □ |

Ⅱ. 心理及社會層面

| | 非常不同意 → 非常同意 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. 時常因為生病而產生焦慮 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 2. 會擔心因生病吃藥所帶來的副作用 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 3. 您的情緒因為罹患肺結核常常感到低落 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 4. 您會因會結核病而害怕和人接觸、交談 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 5. 家人對您的病情十分關心與支持 | □ | □ | □ | □ | □ |
| 6. 朋友對您的病情十分關心與支持 | □ | □ | □ | □ | □ |

**Ⅲ. 經濟及交通層面**

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

**Ⅳ. 綜合以上各層面，您是否還有其他方面的需求?**_____

**第四部份　個人基本資料**

一、生日：_____年_____月_____日

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

三、您的身高_____公分；體重_____公斤

四、是否有加入全民健保：□(1)有 □(2)沒有 □(3)不知道

五、請問您是否持有重大傷病卡？ □(1)有 □(2)沒有 □(3)不知道

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

七、治療期間是否因病離職或換工作(休學或轉學)？
□(1) 否 □(2)是，換過_____次 □(3)本來就沒工作

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

九、治療肺結核期間居住情形：
□(1)住院 □(2)獨居 □(3)與家人朋友同住 □(4)其他_____

十-1.居住環境擁擠度：治療期間與您同住人數有_____人

十-2. 治療期間居住環境自覺潮濕度：□(1)乾燥 □(2)有點潮濕 □(3)非常潮濕

十一、請問您屬於原住民中的哪個族群?
□(1)阿美族 □(2)泰雅族 □(3)布農族 □(4)賽夏族 □(5)排灣族 □(6)魯凱族
□(7)雅美族 □(8)卑南族 □(9) 鄒族 □(10)太魯閣族 □(11)其他_____

# 附錄四、專家會議

**主持人：蔡文正**

**壹、會議時間：**2006/10/14

**貳、會議議程：**

| | |
|---|---|
| 一、主持人說明 | 15：00~15：10 |
| 二、研究結果概要 | 15：10~15：30 |
| 三、結果討論與建議 | 15：30~17：00 |
| 四、散會 | 17：00 |

**參、與會目的：**

肺結核為我國法定傳染病，病人數及死亡數之比例更是遠遠超出其他的傳染病，其死亡率在國內死因排名佔第十三位。而近年來台灣地區在結核病的防治工作上亦不遺餘力，然而值得注意的是，台灣地區每十萬人口結核病發生率為 **74.60** 人，山地鄉則為 **289.81** 人，而每十萬人口結核病死亡率為 **5.68** 人，山地鄉則為 **30.17** 人，明顯可知山地鄉結核病的嚴重度。而山地鄉有 77.62%的人口為原住民，其生活環境、健康行為等條件皆比一般民眾差，再加上山地鄉就醫的不便利，往往成為其治療上的障礙，因此本研究期望藉由探討原住民肺結核病患之需求，以改善其就醫的順從性，以達到提高結核病的完治率及降低死亡率之目的。

本研究為了擬定相關之建議以做為未來防治工作上之參考依據，特別召開本次專家會議，提供各位專家學者本研究之初步研究結果，希望各位專家給予協助指導。

**肆、參與人員：**

| 專家名單 | 職稱 | 服務單位 |
|---|---|---|
| 蔡文正 | 副教授 | 中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班 |
| 龔佩珍 | 副教授 | 亞洲大學醫務管理學系 |
| 李翠鳳 | 分局長 | 疾病管制局中區分局 |
| 楊文達 | 醫師 | 台中醫院胸腔內科 |
| 沈光漢 | 醫師 | 台中榮民總醫院胸腔內科 |
| 吳子卿 | 醫師 | 中山醫學大學附設醫院胸腔內科 |
| 黃尹鈴 | 個管師 | 台中醫院 |
| 田秀鑾 | 護士 | 信義鄉衛生所 |

# 附錄五

## 原住民肺結核病患需求評估
## 訪員須知

本研究乃行政院衛生署疾病管制局 95 年度所委託的研究計畫，以「原住民肺結核病患需求評估」為研究主題，透過對原住民肺結核患者進行之問卷訪問，瞭解原住民肺結核病患之基本特性、治療情形、健康行為、疾病認知，以及評估原住民肺結核病患之需求〈包含醫療層面、心理層面、生理層面、經濟層面、交通層面、人際關係層面等〉。並透過疾病管制局 2004 至 2005 年結核病通報管理資料庫，瞭解國內原住民肺結核之相關資訊。同時比較山地鄉與非山地鄉原住民結核病患之基本特性、治療情形、健康行為、疾病認知及病患需求是否有差異。最後則分析影響原住民肺結核病患之病患需求相關因素。在問卷訪談方面其注意事項如下所示：

1. 向受訪者說明此次訪談乃疾病管制局委託中國醫藥大學執行之研究計畫，期望藉由問卷訪問得知原住民肺結核個案治療期間之相關需求，以供衛生主管機關制定相關政策之依據，藉以改善原住民結核病之治療與防治。
2. 在問卷第一部份的「肺結核治療情形」中的第 6-1 小題，僅針對有遇過衛生所護士**面訪**的個案進一步詢問面訪次數，僅接受過電訪或沒遇過衛生所護士訪視的個案則毋須填答。
3. 第一部份的「肺結核治療情形」中的第 9 小題，為**單程**醫院或衛生所所花費之交通時間，而非來回之交通時間。
4. 第二部份的「對肺結核疾病的認知」是欲了解個案對於結核病之相關知識，而非個案本身之治療經驗或情形。
5. 由於多數民眾皆不願意告知家庭之收入，可於第三部份「對肺結核疾病之

健康需求」中的經濟需求層面，藉由關心個案是否有能力負擔相關醫療費用時，順便詢問個案家庭之收入情形。

6. 第四部份「個人基本資料」中的十-1 小題，同住人數**不包含**個案本身。

問卷題目應避免漏答的情形，若無合適的選項可將受訪者的意見紀錄於空白處，以利問卷分析之完整性。

# 附錄六、肺結核疾病認知

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

一、您認為結核病的致病因為？

ANS：被傳染

二、肺結核藥物服藥方式？

ANS：每日服用

三、使用藥物後可能的副作用？

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

四、未完治之後遺症？

ANS：治療時間延長、產生抗藥性

五、您認為肺結核是不是可以完全治好的疾病？

ANS：是，可以完全治好

六、肺結核需要治療多久才會好？

ANS：至少6-9個月，若為抗藥性結核病則需要至少一年半以上

七、肺結核會不會傳染給其他人？

ANS：開放性肺結核才會