

計畫編號：BHP91- 3 - 1

國民健康局九十一年度科技研究發展計畫

台灣地區老人健康狀況及其影響因素之探討

研究報告

執行機構：南華大學

計畫主持人：楊靜利

研究人員：王香蘋、董麗美

執行期間：91年3月1日至91年12月31日

* * 本研究報告僅供參考，不代表本局意見 * *

目 錄

章節目錄	1
圖表目錄	2
摘要	3
壹、前言	4
貳、材料與方法	14
參、研究結果	18
肆 死亡率的變遷及老年女性化的形.....	58
伍、討論	61
陸 結論與建議.....	62
柒、參考文獻	

壹、前言

一、研究動機與目的

生活功能 (function) 為生命品質之基礎，而健康狀況反映個人或群體的生理功能，往往是追求福利與福祉的基本條件，因此經常被視為生命品質的關鍵指標。一般而言，老年健康狀況之測量主要有三種方式：包括罹病情形、活動功能狀態、以及個人主觀自評健康狀況。罹病測量在實施上又分為兩種方式：一是透過調查，詢問受訪者是否罹患某種疾病，一是由醫師與專業人員配合各種醫療儀器的客觀檢查。雖然是罹並測量，但關懷的是老年的生命品質，因此主要集中在老年好發、或是對日常生活影響較大的疾病上。另一方面，由於生理健康評價的重點不僅在於有無罹病，還包括患病的嚴重程度，特別是妨礙老人活動的程度，因而必須佐以活動功能作為評估參考。而自評健康乃是由老人評斷其本身日常生活行動能力，疾病症狀有無、多寡、及嚴重與否等因素，用以呈現個人綜合的健康狀況，雖然是主觀的評價，卻經常比客觀的健康檢查或醫師診斷更能預測老人的生命風險。

本研究將使用衛生署國民保健局 1999 年的「台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」資料，利用日常活動量表，整理中老年健康的性別差異，配合功能狀態、健康自評與慢性病的盛行情況，共同勾勒中老年的健康狀況。我們將同時參考「民國八十五年台灣地區中老年保健與生涯規劃調查」調查報告中，有關「健康、醫療服務之利用與衛生行為」之部份，列表 1999 年的對應內容，一方面做為基楚資料稽核之用，另一方面則與過去資料相互累積。唯 1996 年的列表方式有些並不符合次數分配表的慣例，我們將參考行政院主計處的「老人狀況調查」報告，調整列聯表呈現方式。鑑於老年健康狀況與醫療行為在性別上的明顯差異，我們最主要的調整乃是將所有的列聯表都以性別做為第一層的分類，並合併部份分層過細之項目。

除此之外，基於關心中老年健康狀況對日常生活的影響，本研究以功能行動能力作為中老年健康狀況的分析標的，了解其與社會背景因素、罹病類型與自評健康狀況之關係，藉以輔助說明影響中老年人健康狀況的因素。分析除環繞在三種健康狀況指標，即比較三種健康狀況彼此之間的關係，以及此三種健康狀況與死亡的關係之外，同時也分析主要的死亡病因以及各種疾病的發生率。死亡原因資料來自於「台灣地區死亡統計」(行政院衛生署，1993-1999)，疾病的發生率則由內政部 1996 及 1999 年的「老人生活狀況調查」中獲得。

本研究除了呈現中老年的「健康、醫療服務之利用與衛生行為」基本概況之外，亦將討論在老年女性化的趨勢中，健康狀況的性別差異。一般來說，女性較男性長壽，但相較於男性，女性卻似乎有較高的罹病率與較多的罹病種類（Verbrugge, 1985；Gee & Kimball, 1987；Manton, 1988；Binstock & George, 1995；Colvez, 1996；老人狀況調查，1986-1996；涂肇慶、陳昭榮與陳寬政，1993；陳寬政，1995）。台灣的實際情況是否確實如此？男女性老人的罹病狀況與健康狀況，到底有何種的差異？是關切兩性老人生命品質必須釐清的問題。本計劃從老人的罹病特性、疾病發生、死因、功能狀態與健康自評的探討，釐清老年健康狀況的性別差異，並探討影響健康狀況的因素。此一研究除了有助於問題的釐清之外，研究結果亦可提供政策參考。如果老年健康狀況的性別差異是因為一方罹患較「慢」的疾病之故，則疾病預防工作應該針對性別來設計；如果是因為罹患相同的疾病卻較不容易死亡，則醫療照護資源的分配應依性別而有不同的考量。

本研究計畫之內容包括：

1. 呈現中老年人的健康、醫療服務之利用與衛生行為基本概況。
2. 罹病型態、功能狀態與健康自評等健康指標的比較。
3. 瞭解死亡率的變遷及老年女性化的形成過程。
4. 瞭解老年人的罹病型態、功能狀態與健康自評的性別差異。
5. 分析罹病、功能狀態、以及健康自評三項指標與死亡的關係，並比較性別差異。
6. 從性別角度檢討老年疾病預防與醫療照護政策。

二、研究背景 -- 中老人健康狀況影響因素之性別差異

(一)、問題背景

整個二十世紀期間，人類的壽命水準有了長足的進步，早期壽命水準的改善主要是嬰幼兒死亡率下降之故，晚近則老年人死亡率下降所產生的影響力逐漸加大。老年人餘命增加當然是一件值得稱許的事，但在壽命延長同時，學者也開始關心老年健康狀況的對應發展，到底人類所追求的不只是活得更久，還要活得更健康。老年人罹患的疾病除非是致命的缺血性心臟病與動脈硬化等疾病，否則多數人雖然長期忍受慢性疾病，卻極少死於該等病症。這種健康問題

的特質除了「慢」之外，病癥的抱怨和因長期疾病所致的殘障則是最後的結果，也是造成個人使用醫療照護多寡的主要影響因素。而這種狀況更以累積式的生理衰退現象來顯示，且繼續導致發生其他疾病或產生更多健康問題的危險因子（Verbrugge and Jette, 1994）而其所致的，輕則因代謝漸緩而漸生末稍週邊血管疾病與肌肉張力落差，重則產生中風、肺功能失常、易受感染、以及心臟功能喪失等更形惡化老人健康的病況（Manton, Stallard and Corder, 1998）。

在研究老年死亡率和健康狀況的變化時，一個非常有趣的現象，逐漸引起大家的注意。一般來說，男女兩性平均餘命的差距隨工業化程度的上升而增加，女性於老年人口群所佔的人數比例亦因年齡增長而遞增，特別是年齡越高的老年人，「老年女性化（Feminization of later life）」的現象更普遍（Aber & Ginn, 1994）只是，老年女性雖較男性長壽，卻多數處於失能的狀態（Colvez, 1996）。台灣地區也有類似的情況，亦就是女性老人發現有死亡率較低、而有病和失能的比率較高（老人狀況調查, 1986-1993; 陳昭榮與陳寬政, 1993; 陳寬政, 1995）當然，疾病不是評估老年健康及生活無礙的唯一標準，事實上，過去研究者提出了各類的測量方法和功能指標，許多結果也都指出老年女性之罹病率高於男性（Gee & Kimball, 1987; Miles, 1991）。更有使用自評健康狀況或日常活動功能指標（ADL, Activities of Daily Living），或是 IADL (Instrumental Activities of Daily Living) 來評量健康變化，均獲得女性健康狀況較差的結果（吳淑瓊, 1993-1997; 陳寬政, 1995）。

為什麼老年死亡率和健康狀況在性別上會有如此的差異？文獻上，尤其是公共衛生流行病學與社會學，有許多不同的解釋。有的認為男、女性容易罹患的疾病類型不同，女性比較容易得到慢性疾病。有的則認為男性的死亡率就是高於女性，即使罹患疾病後亦然；如果女性罹病後死得少，自然整體罹病率會高於男性。還有些則認為女性健康狀況較差並不是真實的，是長壽的結果，甚至有些是受到性別角色社會化的影響。這些說法都有其邏輯，但卻缺乏適當資料的予以支持並整合。本計劃將嘗試由老人的疾病特性、疾病發生、自評健康與活動功能的多方面探討，釐清老年罹病與死亡的性別差異矛盾現象。

（二）、相關研究之文獻探討

從人口分析觀點為基礎的研究，發現失能老人報告功能改善所需的時間，需要好些年才會有變化（Johnson & Wolinsky, 1994），狀況變化的類型及因變化導致的影響是待研究的重點。流行病學、人口學、及後續的醫學研究顯示，老化與失能之間是經驗的相關性，而非因果關係。老化是暴露於損傷身體功能的危險因子，經由累積產生健康轉變，最後產生失能。而罹病則是失能過程的起

始點對照中老年健康情形，與失能有複雜的相關。從總體的觀點，人口的罹病率與失能的發生率和盛行率有密切的相關。疾病種類分佈也產生不同類型的失能 (Manton, 1989)。至於連結罹病率與失能率的重要預測變項，還包括整體健康自評 (Crimmins & Satio, 1994)。

Crimmins 等 (1994) 運用大量的老人追蹤研究觀察資料，發現年老不過是失能風險、健康照護與社區服務使用的相關因素，而多重罹病、個人社會資源、及性別等傾向因素，才是預測失能，又可估計變化的要因。Anderson (1998) 則提出活動功能狀態轉變的預測性指標，應包括性別、種族、年齡、居住安排、功能狀態、健康自評、罹病數、及多重罹病與否等。另外，以罹病因素而言，雖然未明確指出影響功能變化的疾病類型，但骨骼肌肉和心血管疾患與老年失能有極高的干係。且罹病數量越多者，關連到死亡的可能性也提高。健康自評方面，發現自評滿意的程度，和失能、死亡及機構化的機率都有一致反向的關連。Anderson (1998) 特別強調，最具體反映生活品質及老人對自身健康評價的指標，就是活動功能狀態。因為罹病情形越多，死亡機率未必就越高，而老年的活動功能能力卻可預測老人未來的存活。而活動功能並非單方向變化，就變化的穩定性，女性老人似乎比男性老人的在變化上較穩定，惡化少且緩慢 Brach 等 (2002) 則提出，女性老人實際的活動功能狀況比健康自評更差，原因是日常生活活動是因應身體功能衰老的調整，因此提早認鑑身體功能的變化才是重點。而 Molarius 等 (2002) 認為，慢性病是影響活動功能和健康自評的主要因素。在無法清楚自述罹病及發現具體罹病之病徵，疲倦 (tiredness) 或虛弱 (weakness) 肌肉酸痛 憂鬱 及健康自評均是參考指標 特別是疲倦 (tiredness) 或虛弱 (weakness) 更是決定健康自評的關鍵。

針對台灣老人健康狀況的研究，在自訴罹患疾病方面，吳淑瓊等 (1997) 連續五年 (1993-1997) 追蹤台灣北部社區不同居住形式老人的健康狀況，罹病種類方面，高血壓、風濕關節炎、心臟病為社區老人最盛行的慢性疾病，且女性老人罹患此三項的比率皆高於男性。同時，女性老人在關節炎、心臟病、白內障、高血壓、及糖尿病等疾病也較男性老人盛行；老年男性則以呼吸疾病、泌尿疾患、中風、和胃潰瘍的盛行率較同年女性為高。日常病徵自訴，男女抱怨的頻率並無明顯差別，只有在病兆自訴的部位，兩性老人均以骨骼肌肉系統的病徵最多，其次便是呼吸道症狀。與年齡相關的罹病，則以風濕病關節炎、痛風、白內障、及中風隨年齡漸長而明顯增加，但肝膽疾病、動脈硬化、痔瘡、和高血壓，則應年齡增加而呈現相反的罹病狀況。

強調客觀性的醫療專業檢查的運用方面，中華民國老年醫學會 (1994) 曾針對 2600 個樣本 (其中男性佔 50.8%，女性佔 49.2%，平均年齡為 71.7 歲)，

檢查老人生理與器官系統的健康狀況，指出如下的發現：皮膚疾病，男性最常見的皮膚病為足癬，女性則是老年性紫斑。年齡層罹患率方面，男性以 85 歲及以上最易罹患，女性則以 75-79 歲；控制年齡因素，研究發現男性在統計上顯著地的較女性易患皮膚病。肺部疾病，以年齡愈大的老年人，愈容易出現異常。最常見的肺部異常是過去肺部傷害留下的痕跡（包括纖維化病灶、鈣化或肋膜肥厚），而肺結核、肺腫瘤是須要重視的老年疾病。腸胃疾病，只在十二指腸潰瘍有男多於女的差異。心臟血管疾病，高血壓的盛行率不僅女性高於男性，高膽固醇血症也有女比男高之盛行率差異。腦血管疾病，性別盛行率的差異，男女比例是 1.4 比 1；70 歲以上老人之發病率顯著地比 65-69 歲高，70 歲以上的年齡層之間則無差異。腫瘤疾病，女性老人罹患的癌症部位主要是子宮頸和乳房，而男性則以肺、結腸、和胃居多；由於兩者罹病人數少，因此資料僅作為罹病趨勢的參考。老年性痴呆，不管男女，該盛行率隨年齡增長而增加，女性的盛行率也似乎較男性高。

活動功能方面，吳淑瓊（1997）曾於北部四個社區，針對 1583 位老人，調查老人年齡別、性別之罹病率，以及社區性別老人自我照顧、移動能力及家事活動之失能盛行率。研究結果顯示老人身體功能障礙率隨年齡增加，尤其是 75 歲之後升高很多。而女性老人整體而言，障礙盛行率較男性為高。也就是說，75 歲左右是性別差異的分水嶺，75 歲之前的社區男性老人，無論是自我照顧能力、移動能力、及家事活動的失能比率都比女性還高，而 75 歲之後，情況則倒轉過來。85 歲以上的性別失能與需協助比率的差距更是擴大。爾後吳淑瓊與張明正（1997）也進行類似的研究，但將活動功能劃分為 ADL 和 IADL，同時擴大研究對象的範圍，比較社區與機構老人身體功能的差異。指出台灣社區老人各項 ADLs 的盛行率以洗澡的功能障礙率最高，進食最低。養護中心老人 ADLs 障礙情形比社區老人高，除了進食之外，其他各項障礙率都在 60% 以上。比較性別差異發現，不論是社區老人或養護中心老人，女性 ADLs 的功能障礙盛行率皆較男性高。IADLs 方面，以煮飯的功能障礙率最高，遵醫囑服藥功能最低。養護中心老人各項 IADLs 的盛行率幾乎都在 50% 以上，其中以煮飯的功能障礙盛行率最高，遵醫囑服藥功能最低。同樣地，社區及養護中心女性老人 IADLs 的功能障礙盛行率皆比男性高。

胡澤芷（1997）則以台灣省家庭計畫研究所 1989 與 1993 年之「台灣地區老人保健與生活問題調查」，就日常活動功能項目的表現，區分老人的健康狀態為「沒有功能困難」、「輕度功能困難」、「重度功能困難」及「死亡」四種，運用多重狀態生命表的方法，分析老人各健康狀態流動的情形。結果發現，隨著年齡增加，移轉至較差的健康狀態的比率較多，回流到健康情形較佳的可能性

愈少，而處於健康狀態不佳者的死亡機率，較處於最佳健康狀態者高出兩倍之多，說明了健康狀態較差者除了日常活動受限之外，相對於健康者會受到較大的死亡威脅。同樣使用台灣省家庭計畫研究所 1989 與 1993 年之「台灣地區老人保健與生活問題調查」，張明正（1997）以邏輯迴歸分析性別、年齡、及教育程度對老人功能障礙的影響，結果顯示，在其他條件不變的情況之下，女性、愈老邁、且教育程度愈低者，功能障礙增加和身體功能能力衰退的傾向較大。

健康自評方面，吳淑瓊與張明正（1997）的調查報告，當中關於健康狀況評價分為「很好」、「好」、「普通」、「不太好」及「很不好」五級，隨著年齡增加，各級健康評價的比率明顯遞減。而性別方面，健康評價「很好」和「好」的比率女性高於男性，健康評為「普通」、「不太好」及「很不好」則是男性較高。另外，在「與同齡者健康狀況比較」及「健康滿意度」，兩性相較之下，老年女性在正向的健康評價比男性老人多。另外，我們以 1986 至 1993 年行政院主計處之老人狀況調查資料，分析歷年 65 歲以上老年人口的罹病狀況發現，受訪樣本於「健康良好，鮮少病痛」、「健康不太好，但尚不至於影響日常生活」以及「無自顧能力，需人照顧」三種健康狀況選項當中，各年齡組女性受訪者於「健康良好，鮮少病痛」的比率全數低於男性，而顯現女性罹病狀況的「健康不太好，但尚不至於影響日常生活」與「無自顧能力，需人照顧」兩項合計的比率加總均較男性為高（王香蘋，1999）。

適當的測量老人健康，其重要意義是為避免預設了所有疾病及失能都會影響其生命品質，或產生同等的影響。以慢性病與老人生命品質來說，慢性病會隨著年紀愈大而增加，但是，慢性病不是完全決定失能的因素，有些高盛行率但影響極低的慢性病，如關節炎。有些卻是低盛行率但影響大的慢性病，如心血管疾病。之間的差別不只是疾病類別的不同，對日常活動的影響，可能因程度不同，輕微者傾向改善行為，嚴重者依賴需要則會增強，最後明顯關連到生命品質。功能行動能力可經由個人與社會及環境的互動狀況，評估獨立生活的能力，透過類似此種的評估方式，更具體呈現老年與健康相關的生活品質。但功能行動能力也有其限制，其無法得到尚不明顯的隱疾、疼痛、情緒、滿意度、或幸福感等資訊，因此輔以自評健康狀況的測量也是需要的。

上述三種測量在台灣實際應用於老年健康狀況調查的例子，所獲得的結果並不一致，尤其是在性別差異上。即使是同樣的疾病測量，老人自我回答與醫療專業人員檢查的結果也有差異：在自我回答方面，女性在關節炎、心臟病、白內障、高血壓、及糖尿病等疾病較老男人盛行，男性則以呼吸疾病、泌尿疾患、中風、和胃潰瘍的盛行率較同年女性為高；而專業人員檢查方面，除了心

血管疾病、尿路感染、及老人癡呆症三疾病是女性老人的罹患率高於男性老人之外，其餘均呈現相反的性別差異。可能原因是社區的調查資料是以社區人口隨機抽樣，而醫療專業的檢查是由門診病患取樣，會主動到醫院看診的老人，其健康狀況與社區老人本來就會有所不同。在功能行動能力測量方面，不論是 ADLs 或 IADLs，女性的功能障礙盛行率皆較男性高。但分年齡來看則有不同，75 歲左右是性別差異的分水嶺。75 歲之前男性的失能比率比女性還高，75 歲之後，情況則相反，85 歲以上的性別差異更是擴大。但是自評健康狀況方面，性別與年齡則無交互作用，不論那一個年齡組，女性評價健康為「很好」和「好」的比率高於男性，評為「普通」、「不太好」及「很不好」低於男性。而在「與同齡者健康狀況比較」及「健康滿意度」項目上，女性的評價也比男性正向。換句話說，女性活動功能的表現雖然大致上較男性為差，但自我健康評價上卻較男性好，此一現象產生的原因的確耐人尋味。

男、女性盛行的慢性疾病並不相同，因此對於活動功能的影響也不相同，女性功能障礙盛行率皆較男性高，似乎意味著女性容易罹患的慢性疾病比男性容易罹患的慢性病更慢。在死亡之前，健康狀況的發展歷程通常以罹患疾病為先，功能障礙發生其後，因此「更慢」指的就是發生功能障礙到死亡之間的歷程更長。至於女性自我健康評價較男性為佳，顯示活動功能障礙和健康自我評價之間的關聯性，在不同性別的老人中恐有差異，值得進一步探究。

貳、材料與方法

一、中老年人的健康、醫療服務之利用與衛生行為基本概況

我們將接續「民國八十五年台灣地區中老年保健與生涯規劃調查」調查報告中有關「健康、醫療服務之利用與衛生行為」之 12 個次數分配表內容，以列聯表的方式陳列各背景特徵與健康狀況的關係，但背景特徵將加入「居住安排」變項。而鑑於基本概況表的主要目的為簡潔、正確，列聯表的呈現方式將以兩兩變項的關係為限。

二、中老人健康狀況與健康變化影響因素之性別差異

本研究將使用衛生署國民保健局 1999 年的「台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」資料，比較老人健康狀況的性別差異及其影響因素。在老人健康狀況的性別差異部分，首先描述兩性老年的罹病種類及其特色，接著以

交叉表方式顯示兩性老人罹病種類、活動功能與自評健康的狀況，最後則呈現罹病種類、活動功能、自評健康狀況與死亡的關係。各種不同健康狀態到死亡的歷程，將利用「台灣地區死亡統計」(行政院衛生署，1999)資料，作為老人死亡的參考。至於性別老人重要疾病的發生率，則以1996年與1999年的內政部的「老人生活狀況調查」作為分析的輔助性資料。三組資料來源簡述如下：

(一) 老人保健調查

老人保健調查乃長期追蹤 (panel) 的貫時性機率抽樣調查，由台灣省家庭計畫研究所與密西根大學人口研究中心合作，自1989年開始展開第一波「台灣地區老年保健與生活問題調查」，迄今已進行四次訪查，最後一次為1999年(衛生署家庭計畫研究所，2001)。1989年調查之受訪對象係根據全國戶籍資料，自台灣地區331個平地鄉鎮市區年滿六十歲以上的老年人口，採分層三階段隨機抽樣方法，等機率抽出樣本 (probability proportional to size, 簡稱PPS)。分層所依據的判準分別為行政區劃 (市、鎮、鄉) 教育程度與總生育率，共分為二十七層。1989年第一次調查實際抽出4,412個老人為樣本，在不使用替代樣本的情形下，實際完成訪問者有4,049人 (完訪率92%)，頗能代表當年台灣地區60歲以上的高齡人口 (衛生署家庭計畫研究所，1990)。同一批個案曾於1993年進行第二次追蹤調查，發現有582人去世，並有316人失去追蹤，其餘的3,151案順利地完成追蹤訪問。至1996年時，再進行第三次追蹤調查，原始受訪者剩餘2,669人，另又新添50至66歲的受訪者2,462人，組成第三波「台灣地區中老年保健與生涯規劃調查」的受訪對象。1999年的第四波訪查未再增加新樣本，完訪53-69歲2,131人；70歲以上者2,309人，名為「台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」，調查內容與第三次調查大致相同。另外，歷年來共收集1,585位死亡老人之死亡登記個案戶籍資料 (其中99位為53-69歲組)，建立貫時性的變遷追蹤資料庫。

(二) 老人狀況調查

老人狀況調查最先由行政院主計處歷年所舉辦的人力資源調查中，自1986年起附加「老人狀況調查」的資料收集工作，為一趨勢性的調查。人力資源調查係以台灣地區普通住戶及共同事業戶內，年滿15歲以上且自由從事經濟活動之民間人口為對象，採分層二段隨機抽樣法，抽出千分之四的家戶為樣本。歷年人力資源調查及所附加的老人狀況調查，於1986年有受訪樣本57,611人，1987年58,755人，1988年58,272人，1989年57,649人；此項調查於1990以後改每兩年舉辦一次，1991年受訪人數54,710人，1993年59,754人。1995年

起行政院主計處將「老人狀況調查」移由內政部規劃辦理，1996年共完成7,784人的樣本訪問。1999年則完成6,297人。

由於人力資源調查原來的重點是勞動年齡人口的工作狀況而非人口的健康狀況，因此以「衰老殘障」及「傷病」作為未能從事經濟活動的原因分類資訊；至於老年人的部分，每次調查均要求受訪者陳述近期內的健康狀況，其回答選項也較為簡單，有「健康良好，鮮少病痛」、「健康不太好，但不至於影響日常生活」及「有以下病症，無自顧能力」三種。至於病症問項，於1989、1991及1993年三次調查均以腦中風、心臟病、老年癡呆症、惡性腫瘤等各指標性疾病來顯現傷病罹患情形；1996年更替以內分泌及代謝系統、神經系統、心血管系統、呼吸系統等各系統疾病分類為傷病調查內容。本文使用1996年及1999年的調查，據以分析老年人口的罹病與殘障數量，疾病發生率和罹病期間；疾病盛行率部分，由於1989年才有傷病罹患種類問項，因此援用1989、1991、及1993三年的資料；同時，三者資料均依抽樣設計加權。

（三）台灣地區死亡統計

造成老人死亡之主要疾病，則採用衛生署統計室提供之「台灣地區死亡統計」，該資料係依據衛生署及所屬機關各業務單位造報之報告及取自各有關單位出版之統計數據每年彙整而成。關於死亡原因則自1981年起根據世界衛生組織1975年修訂之「國際、傷害及死因分類表」分類。

參、研究結果

「1999年台灣地區中老人保健與生活問題調查」的受訪者分為兩大類：第一類為67歲以上的老人，是延續1989年調查過的樣本，1999年第四波的追蹤完訪了2310位；第二類為50-66歲者，是1996年新增的中老年人補充樣本，在1999年後續追蹤的完訪人數有2130人，兩組人口合計4440人，其中男性2360人，女性2080人。表1列出各項基本統計數值。就年齡分布來看，不論男性或女性，53到64歲年齡組所佔的人數百分比都是最高。婚姻狀況則以有偶者居多。教育程度方面，男性小學或識字程度者最多，略高於半數，其次為高中以上學歷，佔了20.9%；而女性有近一半的人不識字，其次是小學或識字者，佔40.3%。在現住地方面，居住於都市、鄉鎮、或農村的人口比例相近。在族群分面，本省籍（含閩南語客家人）佔絕大部分，男性因為大陸來台軍人的關係，外省籍的比例較女性高。在居住安排方面，分為「獨居」、「僅與配偶

同住」、「與子女同住」及「其它同住」四類，其中「與子女同住」包括了與未婚子或女、已婚子或女、及媳婦等；「其它同住」則含括與男方之父母親、女方之父母親、孫子女、其它親戚及其它非親戚等。女性在獨居和僅與配偶同住部分的比例均低於男性，而與子女同住的比例則高於男性。該現象主要是女性的平均壽命比男性長，在配偶去世之後，與子女同住的比例增高。

表 1、1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查受訪者基本統計值

背景特徵	男性		女性	
	樣本人數	加權百分比	樣本人數	加權百分比
合 計	2360	100.0	2080	100.0
年 齡 分 組				
5 3 - 6 4 歲	777	46.6	773	50.9
6 5 - 7 4 歲	935	35.7	695	30.6
7 5 歲 以 上	648	17.8	612	18.5
婚 姻 狀 況				
有 偶	1829	81.0	1163	63.0
無 偶	531	19.0	917	37.0
教 育 程 度				
不 識 字	343	12.7	1081	48.4
小 學 或 識 字	173	53.4	107	40.3
初 中	1368	13.0	798	6.3
高 中 及 以 上	476	20.9	93	5.0
現 住 地				
都 市、城 市	866	36.2	758	36.8
鎮 鄉 的 街 上	718	31.4	606	29.7
鄉 村、農 村	756	32.4	700	33.5
族 群				
本 省	1760	80.0	1904	94.1
外 省	569	20.2	131	5.1
居 住 安 排				
獨 居	241	9.2	163	6.7
僅 與 配 偶 住	476	19.4	318	16.0
與 子 女 同 住	1506	65.9	1477	71.5
其 它	137	5.5	122	5.8
健 康 自 評				
良 好	950	43.2	574	30.6
普 通	753	31.6	723	35.4
不 好	657	25.2	783	34.0

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

一、中老年人的健康、醫療服務之利用與衛生行為基本概況

為了接續比較「1996年台灣地區中老年保健與生涯規劃調查」調查報告中有關「健康、醫療服務之利用與衛生行為」之結果，我們依其報告內容列出21個次數分配表（表2至表13），包括自覺健康情形（分為現在、與同年齡的人之比較2項）自述慢性病累積數、醫療服務利用（包括住院、急診、中醫門診、西醫門診、藥房使用、牙醫門診、以及健康檢查7項）日常生活功能活動障礙盛行率（包括日常生活活動功能ADL、工具性日常生活活動功能IADL、ADL與IADL累積3項）健康影響健康行為之有無、以及上週的感覺與有關心理衛生的生活滿意狀況。這些內容涵蓋了生理與心理層面，客觀與主觀指標，可相當程度反應中老年人的健康概況。由於健康狀況與居住安排的關係牽涉到老年安養與療養等長期照護資源的設計與運用，是值得關注的焦點，因此我們將這一部份納入討論。另一方面，小區域的老年健康狀況情形一直是我們較少注意的部分，而其卻是基層醫療保健服務不可或缺的資訊，由於樣本數量的限制，以鄉鎮為單位的資訊或不可得，但我們仍將試圖在23個縣市層級中再區分城鄉，作為中老年人的健康、醫療服務之利用與衛生行為基本概況區域研究之開端。

（一）自評健康狀況

表2呈現中老年自覺健康的情形，女性自覺健康「不好」的比率高於男性，男性則自覺健康「好」的比率多於女性。其他背景特徵，75歲以上、無偶、教育程度為不識字、現住地是鄉村、族群是本省籍，居住安排為「獨居」及「其他」者，其自覺健康「不好」的比率都高於同變項當中的對照組。

自覺健康與一年前的比較（表3），女性自覺健康較差的比率高於男性，而自覺健康較好的則是男性多於女性。各年齡組中，75歲以上老人自覺健康的比較相對於其他年齡組，仍有最高的「較差」。婚姻狀況當中，有偶者在正向的自覺高於無偶者，負向的「較差」自覺則反之。教育程度方面，教育程度越高者，自覺健康「較好」居多，「較差」則少；教育程度越低者，則反之。居住都市的樣本也在「自覺健康與一年前的比較」較好的情形高於鄉村，「較差」則以鄉村的中老年人最高。而外省籍的中老人在該項的分析，囊括了「較差」與「較好」的最高比率。至於，居住安排部分，「與子女同居」的樣本對「自覺健康與一年前的比較」有最高的「較好」評價，至於「較差」的評價，則以「與其他同住」

最高，次為「獨居」者。

表 4 為老年之自述慢性病累積數，在性別、年齡組、婚姻狀況、教育程度、現住地、族群、及居住安排等變項，以女性、75 歲以上、無偶、不識字、居住在都市、外省籍、獨居的中老人，自述罹患 1 項以上之慢性病的比率最高。

表 5 是住院及急診服務的年使用狀況，住院服務的使用率。各背景特徵中，男性住院的使用率高於女性，75 歲以上老人也領先其他年齡組。其他如，無偶、小學或識字、居住鎮鄉的街上、族群為外省籍、及獨居者，其住院的使用率也高於其他對照組。急診服務的使用率最高的背景特徵，分別是女性、75 歲以上老人、無配偶、教育程度為「小學或識字」，居住都市、外省籍、及「與子女同居」者。而平均住院次數，除了居住都市及居住鄉村的樣本有較大的差距之外，其餘背景變項的比值均壘同。平均住院日數部份：教育程度「初中」者，其平均住院日數高於其他，而「高中以上」的平均住院日數最低。最高與最低者相差 7 天。而「現住地」不同的受訪樣本，以鄉村的受訪者平均住院天數最長。居住安排方面，「與配偶同住」的受訪者，其平均住院日數也最高。最後，平均急診服務使用次數：75 歲以上高齡者的使用次數反而低於 75 歲以下年齡組。教育程度越高者其急診次數也偏低。

中、西醫門診的使用率分析（表 6），顯示西醫門診的使用率最高，最低是牙醫服務的使用率。而藥房購藥的比率也高於中醫門診的使用率。平均使用次數上，中、西醫診、牙醫門診、及藥房使用則無太大的差距。各服務使用狀況分述如下：中醫門診服務，女性使用率明顯高於男性，年齡別則以 53-64 歲受訪者領先。其他如，有偶、不識字、居住鄉村、本省籍、及「與配偶同居」者的使用率較同組為高。西醫門診部份，女性亦領先男性，75 歲以上高齡者也高於其他年齡別受訪者。其他諸如，無偶、小學或識字、現住鄉村、本省籍、及「與其他同住」者等，均為西醫門診使用的最高使用者的特徵。牙醫門診的使用，仍然由女性領先男性，「小學或識字」程度者，外省籍、及「與配偶同住」者也明顯有高於其他對照組的使用率。藥房購藥的情況，以年齡 53-64 歲、不識字、居住鄉村、與其它人同住者的使用率最高。特別是不識字者的使用次數明顯高於其它對照年齡組。

表 7 分析樣本受訪者「過去三年接受健康檢查」的百分比，在各項背景特徵當中，女性、75 歲以上，無偶、高中以上之教育程度、住在鎮鄉的街上、本省籍、僅與配偶同住的中老年人，「過去三年接受健康檢查」的百分比高於其他各對照組。

表 8 為日常活動 (ADL) 障礙盛行率。洗澡、穿脫衣服、吃飯、起床、室內走動、及如廁等 6 項的日常活動當中，具 3 項以上障礙盛行率最高者，其背景特徵分別是女性、75 歲以上、有偶、不識字者、居住鄉居、及本省籍等。而不同居住安排的中老年人在各項日常活動障礙當中，「與配偶同住者」以洗澡、穿脫衣服、及如廁的障礙盛行率最高，「獨居」者，以起床與室內走動最高，「與子女同住者」則是吃飯的該項障礙最高。

表 9 為工具性日常活動 (IADL) 障礙盛行率。購買日常用品、處理金錢、獨自坐車、做粗重工作、做輕鬆家務、與打電話等 6 項 IADL 活動障礙中，男性就有 5 項的障礙盛行率高過女性。而 75 歲以上老人則在「做粗重工作」有困難的比率高於其他年齡組。比較婚姻狀況，無偶者比有偶者障礙的項目及障礙的比率高於有偶者。另外，教育程度是「不識字」，居住地為鄉村、本省籍、及獨居的中老年人，6 項 IADL 活動的障礙率一致地呈現高於其他對照組。

表 10 呈現完訪樣本之 IADL 及 ADL 功能障礙之盛行狀況。IADL 及 ADL 合併計算時，「至少一項 ADL 或 IADL 失能」，在各教育程度中，最高者為「不識字」，次為「高中及以上」。居住鄉村的老人高於居住都市的老人，本省籍的老人也是高於外省籍。單獨觀察 IADL 失能時，有「至少一項 IADL 失能」的盛行與上述情況壘同。至於 ADL 失能的情況，女性老人在一項以上的盛行狀況比男性高。年齡的比較，75 歲以上高齡在「一項 ADL 失能」領先其他年齡組，之後在「一項以上的 ADL 失能」卻比 53-64 歲低。婚姻狀況中，整體上以無偶者的 ADL 障礙盛行高於有偶。教育程度的差異，仍然是以「不識字」者領先。族群的比較也是以本省老人在 ADL 各障礙累積盛行最多。居住安排的部份，「只有一項 ADL 失能」以獨居者最高，「僅與配偶同住」和「與子女同住者」相同。但在 2 項及 3 項以上失能的狀況，「僅與配偶同住」均是領先的情形。

表 11 是抽煙、喝酒、吃檳榔及做運動差別影響健康的行為。男性比女性有較高的比率。年齡組的比較，前三項的行為，以 53-64 歲最高，第四項的運動習慣則是 65-74 歲領先其他年齡組。從婚姻狀況來看，有偶者在四項的行為也高於無偶者。而在教育程度的差異，有害健康的前三項行為當中，抽菸以小學程度居多，喝酒是高中及以上程度最高，吃檳榔則是初中程度；至於有運動的習慣，也是「高中及以上程度」最高。居住鄉村的中老人以抽菸及吃檳榔的行為最多，而都市的中老人則是喝酒和做運動。族群的差異，本省籍以抽菸與吃檳榔高，外省籍則以喝酒及做運動較多。居住安排方面，獨居者以喝酒及做運動居多。

表 12 顯示 10 項上週的感覺的自述，整體上負面的感覺是女性高於男性，至於年齡差異，53-64 歲老人負向的感覺高於其他年齡，而正向的感覺則以 65-74 歲老人領先。婚姻狀況，無偶老人除了「覺得很快樂」低於有偶老人，其餘負向感覺均高於有偶老人，雖然如此，但還是有「覺得日子過得很不錯」的評價。教育程度方面，不識字的老人以「覺得很寂寞(孤單、沒伴)」、「覺得身邊的人不要和你好」、「覺得很傷心」、「提不起勁來做事」四項高於其他對照組，初中教育程度老人則以「不太想吃東西，胃口很差」、「覺得做每件事情都很吃力」、「睡不好覺」居高，而高中及以上教育程度上則是由正向的「覺得很快樂」、「覺得日子過得很不錯」兩項評價最高。不同居住地的老人當中，居住鄉村的老人，以負向感覺的評量項目及百分比均多於其他居住地老人，反之，正向感覺是以都市居住老人的評量最高。族群方面，本省籍及外省籍的評價正好相反，外省籍老人傾向正向感覺，本省籍老人則反之。

表 13 顯示 12 項生活滿意度的自述項目，為方便比較和討論，採簡化作正向、負向、及有所期待三類來看，正向滿意度包括的評量項目有：「自己的命比他們都要好」、「對的人生感滿意」、「對做的事感覺有意思」、「這些年是人生最好的日子」、「即使可能也不願意改變過去的人生」、「這一生都符合自己的希望」、「覺得自己生活在一個安全及有保障的環境」及「對自己的生活環境感到滿意」共 8 項。而負向的看法是：「感覺所做的事，單調枯燥」及「感覺老了，有些厭倦」兩項。有所期待的部分則只有「期待將來會有一些令人高興的事情發生」及「日子應該可以過得比現好」2 項。

整體分析是，女性在正向的滿意度評述項目，比率均高於男性。比較年齡組的差異，65-74 歲在正向滿意度的自述項目有較多最高的比率，53-64 歲一組則有較多最高負向感覺。婚姻狀況中，在 12 項生活滿意度調查，大多由無偶者領先有偶者。教育程度越高者，對生活正向感覺居多，同時也在「目前所做的事，感到枯燥乏味」領先。都市居住的中老年人在正向的生活滿意度上高於鄉村生活的中老人，而住鄉村中老人則在負向的生活感覺領先都市老人。本省的中老人幾乎在 12 項生活滿意度分析，領先外省籍。獨居的中老人則肯定自己人生，卻也「感覺老了，有些厭倦」。而有配偶的中老人則「感覺目前是人生最好的日子」，對當前的生活環境的安全感及滿意度有最高的比率。

表 2、1999 年台灣地區中老年人自覺健康情形（目前）

背景特徵	樣本人數				加權百分比			
	合計	好	普通	不好	合計	好	普通	不好
總計	4440	1524	1476	1440	100	34.3	33.2	32.4
性別								
男性	2360	950	753	657	100	40.3	31.9	27.8
女性	2080	574	723	783	100	27.6	34.8	37.6
年齡								
53 - 64 歲	1550	692	517	341	100	44.6	33.4	22.0
65 - 74 歲	1360	528	560	542	100	32.4	34.4	33.3
75 歲以上	1260	304	399	557	100	24.1	31.7	44.2
婚姻狀況								
有偶	2992	1146	999	847	100	38.3	33.4	28.3
無偶	1448	378	477	593	100	26.1	32.9	41.0
教育程度								
不識字	1424	320	486	618	100	22.5	34.1	43.4
小學或識字	280	78	95	107	100	27.9	33.9	38.2
初中	2166	834	727	605	100	38.5	33.6	27.9
高中及以上	569	292	168	107	100	51.3	29.5	19.2
現住地								
都市	1624	639	522	463	100	39.3	32.1	28.5
鎮鄉的街上	1324	460	423	441	100	34.7	31.9	33.3
鄉村	1456	418	518	520	100	28.7	35.6	35.7
族群								
本省	3664	1251	1215	1198	100	34.1	33.2	32.7
外省	700	261	228	211	100	37.3	32.6	30.1
居住安排								
獨居	404	125	121	158	100	30.9	30.0	39.1
僅與配偶住	794	303	270	221	100	38.2	34.0	27.8
與子女同居	2983	1019	1009	955	100	34.2	33.8	27.8
其他	259	77	76	106	100	29.7	29.3	40.9

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 3、1999 年台灣地區中老年人自覺健康情形（與一年前的比較）

背景特徵	樣本人數				加權百分比			
	合計	較好	差不多	較差	合計	較好	差不多	較差
總計	4440	225	2346	1869	100	5.2	55.3	39.5
性別								
男性	2360	129	1316	915	100	5.6	58.0	36.4
女性	2080	96	1036	954	100	4.7	52.4	42.9
年齡								
53 - 64 歲	1550	82	939	529	100	5.3	60.6	34.1
65 - 74 歲	1630	88	852	690	100	5.4	53.8	40.8
75 歲以上	1260	55	555	650	100	4.3	44.0	51.6
婚姻狀況								
有偶	2992	155	1662	1175	100	5.2	57.6	37.3
無偶	1448	70	684	694	100	5.1	49.6	45.3
教育程度								
不識字	1424	58	675	691	100	4.0	50.2	45.8
小學或識字	280	20	133	127	100	5.1	55.1	39.7
初中	2166	106	1189	871	100	6.2	58.8	35.0
高中及以上	569	41	349	179	100	7.1	65.2	27.7
現住地								
都市	1624	94	842	688	100	6.0	54.3	39.7
鎮鄉的街上	1324	68	728	528	100	5.2	57.6	37.2
鄉村	1456	62	760	634	100	4.2	54.6	41.2
族群								
本省	3664	176	1964	1524	100	4.9	56.3	38.8
外省	700	47	353	300	100	7.4	51.0	41.6
居住安排								
獨居	404	16	202	186	100	4.5	51.3	44.3
僅與配偶住	794	33	449	312	100	3.9	59.6	36.4
與子女同居	2983	162	1576	1245	100	5.6	55.2	39.3
其他	259	14	119	126	100	5.5	49.8	44.7

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 4、1999 年台灣地區中老年人之自述慢性病累積數

背景特徵	樣本人數					加權百分比				
	合計	0 項	1 項	2 項	3 項以上	合計	0 項	1 項	2 項	3 項以上
總 計	4310	1284	1184	853	989	100	32.8	27.6	19.1	20.5
性 別										
男 性	2302	786	644	422	450	100	37.6	27.9	17.3	17.2
女 性	2008	498	540	431	539	100	27.5	27.2	21.1	24.1
年 齡										
5 3 - 6 4 歲	1526	649	414	248	215	100	42.5	27.1	16.2	14.1
6 5 - 7 4 歲	1575	389	437	330	419	100	25.2	28.4	21.3	25.2
7 5 歲以上	1209	246	333	275	355	100	20.3	27.6	22.8	29.4
婚 姻 狀 況										
有 偶	2922	935	829	553	605	100	35.0	28.1	18.3	18.5
無 偶	1388	349	355	300	384	100	26.9	26.2	21.0	25.8
教 育 程 度										
不 識 字	1365	348	364	293	360	100	27.9	26.8	20.9	24.4
小 學 或 識 字	273	77	77	47	72	100	34.1	27.3	18.9	19.7
初 中	2111	661	582	408	460	100	32.4	28.7	17.2	21.7
高 中 及 以 上	560	198	161	105	96	100	39.4	29.7	17.2	13.7
現 住 地										
都 市	1564	450	418	307	389	100	32.4	27.7	18.4	21.5
鎮 鄉 的 街 上	1307	392	378	263	274	100	32.6	28.8	19.7	18.8
鄉 村	1405	433	384	279	309	100	33.5	26.7	19.4	20.4
族 群										
本 省	3552	1097	988	695	772	100	33.7	27.9	18.8	19.6
外 省	686	171	182	143	190	100	28.2	27.0	20.0	24.8
居 住 安 排										
獨 居	393	124	86	74	109	100	33.5	22.6	18.1	25.8
僅 與 配 偶 住	771	247	217	151	156	100	36.3	27.6	18.7	17.5
與 子 女 同 居	2896	842	820	575	659	100	32.0	28.7	18.9	20.4
其 他	250	71	61	53	65	100	31.6	22.5	23.4	22.5

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 5、1999 年台灣地區中老年人之住院及急診服務的年使用狀況

背景特徵	樣本人數					加權百分比				
	使用率		平均使用狀況			使用率		平均使用狀況		
	住院	急診	平均住院次數	平均住院日數	平均急診次數	住院	急診	平均住院次數	平均住院日數	平均急診次數
總計	3609	829	1.5	22.4	1.7	16.8	11.6	1.5	21.2	1.8
性別										
男性	20.2	12.9	1.5	23.0	1.7	17.5	11.4	1.5	21.8	1.7
女性	17.2	12.3	1.5	18.9	1.8	16.0	11.8	1.5	20.6	1.9
年齡										
53-64 歲	13.2	9.8	1.4	16.7	1.9	13.2	9.8	1.5	21.8	1.9
65-74 歲	19.1	12.0	1.5	20.1	1.6	17.6	11.4	1.5	21.1	1.8
75 歲以上	24.9	16.8	1.6	25.2	1.8	24.9	16.8	1.6	20.6	1.6
婚姻狀況										
有偶	17.6	12.0	1.4	19.2	1.8	15.8	11.1	1.5	21.0	1.8
無偶	21.0	13.9	1.6	24.7	1.7	19.4	11.6	1.4	20.9	1.8
教育程度										
不識字	19.5	13.9	1.5	23.1	1.9	18.2	13.2	1.5	21.0	1.8
小學或識字	23.2	16.1	1.6	26.6	1.5	20.4	13.5	1.4	16.1	1.9
初中	18.7	11.8	1.5	19.8	1.7	16.9	11.0	1.5	22.6	1.8
高中及以上	14.2	10.8	1.5	17.7	1.8	11.4	9.3	1.3	15.5	1.4
現住地										
都市	17.0	13.3	1.5	24.1	1.6	14.8	12.1	1.3	20.4	1.8
鎮鄉的街上	21.5	12.7	1.5	21.0	1.6	19.6	11.6	1.5	19.3	1.6
鄉村	17.5	11.5	1.5	18.9	2.0	15.9	10.8	1.6	23.7	1.9
族群										
本省	17.7	12.2	1.5	20.1	1.8	16.1	11.3	1.5	20.7	1.8
外省	22.7	14.1	1.6	27.0	1.6	19.9	12.8	1.4	21.7	1.9
居住安排										
獨居	20.0	12.2	1.5	33.6	1.3	17.9	11.2	1.5	22.2	1.9
僅與配偶住	17.0	10.1	1.4	16.9	1.6	15.5	9.1	1.5	24.8	1.9
與子女同居	18.6	13.2	1.5	19.3	1.8	16.9	12.3	1.5	21.6	1.7
其他	22.9	14.4	1.5	32.2	1.8	17.1	11.6	1.4	14.4	2.0

說明：1、「使用率」及「平均使用狀況」均採加權之後的計算值。其中「使用率」計算受訪樣本「過去一年曾任用」該類服務。2、平均使用次數則累加使用人數、次數，再除以總使用人數。3、平均住院日數，採累加人日數之後，除以該組總人數，例如女性之平均住院日，是累加女性住院的人日數，再除以女性住院總人數。

表 6、1999 年台灣地區中老年人之中、西醫及牙醫門診的月使用狀況

背景特徵	曾經使用							
	樣本人數				加權百分比			
	中醫	西醫	牙醫	藥局	中醫	西醫	牙醫	藥局
總計	546	2858	393	721	12.7	62.7	9.2	16.8
性別								
男性	237	1449	193	368	10.6	59.2	8.2	16.2
女性	309	1409	200	353	15.1	66.6	10.2	17.5
年齡								
53-64 歲	209	886	146	279	13.5	57.1	9.4	18.1
65-74 歲	213	1108	158	244	13.1	67.6	9.8	15.6
75 歲以上	124	864	89	198	9.8	68.7	7.1	15.8
婚姻狀況								
有偶	392	1907	272	489	13.4	62.0	9.3	16.8
無偶	154	951	121	232	11.0	64.7	8.6	16.8
教育程度								
不識字	203	954	104	250	14.8	66.2	7.7	18.1
小學或識字	34	190	36	39	13.2	66.8	13.9	14.7
初中	259	1361	201	371	12.5	61.1	9.4	18.0
高中及以上	41	353	52	61	8.6	59.7	9.6	10.3
現住地								
都市	183	1047	155	246	11.7	62.3	9.6	15.7
鎮鄉的街上	169	841	118	207	13.2	62.2	9.6	16.4
鄉村	192	945	116	261	13.4	63.4	8.3	18.3
族群								
本省	497	2340	306	63	13.9	62.6	8.8	17.7
外省	43	462	85	74	5.8	62.2	12.5	10.6
居住安排								
獨居	39	247	36	62	10.9	60.9	8.9	16.5
僅與配偶住	108	503	83	121	13.4	61.4	10.6	15.3
與子女同居	377	1932	255	488	13.1	63.1	8.8	16.9
其他	22	176	19	50	8.4	65.1	8.8	20.7

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 6、1999 年台灣地區中老年人之中、西醫及牙醫門診的月使用狀況 (續)

背景特徵	使用平均次數			
	中醫	西醫	牙醫	藥局
總計	2.8	2.8	2.6	2.7
性別				
男性	2.6	2.9	2.5	2.4
女性	2.9	2.8	2.4	2.4
年齡				
53 - 64 歲	2.8	2.9	2.6	2.6
65 - 74 歲	2.6	2.8	2.4	2.2
75 歲以上	3.3	3.0	2.4	2.5
婚姻狀況				
有偶	2.7	2.8	2.5	2.4
無偶	2.8	3.0	2.4	2.7
教育程度				
不識字	2.9	2.9	2.4	5.6
小學或識字	3.3	2.9	3.1	4.9
初中	2.8	2.9	2.5	2.6
高中及以上	2.5	2.7	2.6	1.8
現住地				
都市	2.7	2.6	2.3	2.1
鎮鄉的街上	3.0	3.0	2.7	2.6
鄉村	2.7	3.0	2.5	2.4
族群				
本省	2.8	2.9	2.5	2.5
外省	2.8	2.6	2.9	2.0
居住安排				
獨居	2.8	3.0	2.6	2.6
僅與配偶住	2.8	3.0	2.5	2.5
與子女同居	2.8	2.8	2.4	2.3
其他	3.0	2.9	3.2	2.2

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔 (行政院衛生署國民健康局，2001)。

表 7、1999 年台灣地區中老年人過去三年接受健康檢查

背景特徵	樣本人數			加權百分比		
	合計	有	無	合計	有	無
總計	4438	2295	2143	100	51.3	48.7
性別						
男性	2359	1210	1085	100	50.7	49.3
女性	2079	1149	994	100	52.0	48.0
年齡						
53 - 64 歲	1550	790	760	100	51.0	49.0
65 - 74 歲	1629	819	810	100	50.1	49.9
75 歲以上	1259	686	573	100	54.5	45.5
婚姻狀況						
有偶	2991	1531	1460	100	51.1	48.9
無偶	1447	764	683	100	52.0	48.0
教育程度						
不識字	1423	734	689	100	50.5	49.5
小學或識字	280	140	140	100	49.8	50.2
初中	2165	1126	1039	100	51.7	48.3
高中及以上	569	294	275	100	52.3	48.7
現住地						
都市	1623	823	800	100	51.5	48.5
鎮鄉的街上	1324	719	605	100	53.9	46.1
鄉村	1456	729	727	100	48.4	51.6
族群						
本省	3662	1897	350	100	51.4	48.6
外省	700	1765	350	100	49.6	50.4
居住安排						
獨居	404	211	193	100	50.8	49.2
僅與配偶住	794	426	368	100	54.1	45.9
與子女同居	2981	1517	1464	100	50.7	49.3
其他	259	141	118	100	51.2	48.8

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 8、1999 年台灣地區中老年人的日常活動障礙盛行率

背景特徵	樣本人數						加權百分比					
	洗澡	穿脫衣服	吃飯	起床	室內走動	如廁	洗澡	穿脫衣服	吃飯	起床	室內走動	如廁
總計	351	299	173	280	288	271	7.9	6.8	3.9	6.2	6.4	6.1
性別												
男性	162	136	86	128	130	118	7.7	6.9	3.8	6.0	6.0	5.8
女性	189	163	87	152	158	153	8.1	6.7	4.1	6.5	6.7	6.4
年齡												
53-64 歲	32	24	17	25	23	21	8.1	6.9	3.9	5.8	6.1	5.9
65-74 歲	89	81	42	81	81	75	7.5	6.8	4.0	6.3	6.5	6.1
75 歲以上	230	194	114	174	184	175	8.3	6.7	4.1	7.1	6.9	6.5
婚姻狀況												
有偶	164	137	82	131	135	125	8.1	7.1	4.1	6.2	6.4	6.3
無偶	187	162	91	149	153	146	7.4	6.2	3.6	6.1	6.2	5.5
教育程度												
不識字	166	142	81	140	145	137	9.0	7.3	4.4	7.2	7.8	7.1
小學或識字	32	25	19	28	27	26	7.0	6.9	4.9	6.6	6.9	6.5
初中	131	112	64	98	99	91	7.8	7.0	4.0	6.0	6.1	5.8
高中及以上	22	20	9	14	17	17	6.1	5.4	2.5	4.4	4.2	4.7
現住地												
都市	129	110	58	96	103	97	4.3	3.7	2.0	3.4	3.2	3.3
鎮鄉的街上	112	93	58	86	85	79	9.8	8.7	4.5	6.8	7.6	7.2
鄉村	103	89	53	92	94	89	10.2	8.5	5.6	8.6	8.6	8.0
族群												
本省	287	244	144	227	235	223	8.0	6.8	4.0	6.1	6.4	6.1
外省	55	46	23	42	43	39	5.6	5.3	2.7	4.9	4.8	4.4
居住安排												
獨居	34	29	17	27	30	27	8.4	7.3	2.8	7.3	7.8	6.4
僅與配偶住	37	26	16	25	27	23	9.2	8.2	3.8	6.9	6.5	6.9
與子女同居	240	205	115	193	197	189	7.6	6.4	4.2	5.8	6.2	5.9
其他	40	39	25	35	34	32	7.2	7.1	3.2	6.8	5.6	5.2

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 9、1999 年台灣地區中老年人的工具性日常活動障礙盛行率

背景特徵	樣本人數						加權百分比					
	購買日 常用品	處理 金錢	獨自 坐車	做粗重 工 作	做輕鬆 家 務	打電話	購買日 常用品	處理 金錢	獨自 坐車	做粗重 工 作	做輕鬆 家 務	打電話
總 計	525	419	917	1513	632	589	11.8	9.5	20.6	34	14.4	13.2
性 別												
男 性	206	155	321	629	271	194	11.9	10.2	20.9	33.8	14.5	13.1
女 性	319	264	596	884	361	395	11.8	8.8	20.2	34.1	14.3	13.4
年 齡												
53-64 歲	41	32	98	214	56	52	12.2	10.0	20.3	33.8	15.3	13.9
65-74 歲	156	114	286	536	185	172	11.6	9.2	21.4	34.0	13.1	12.8
75 歲以上	328	273	533	763	391	365	11.4	9.2	20.0	34.4	14.3	12.3
婚 姻 狀 況												
有 偶	241	183	443	809	302	257	11.9	9.5	20.0	33.8	14.2	13.0
無 偶	284	236	474	704	330	332	11.7	9.6	22.1	34.6	14.8	13.8
教 育 程 度												
不 識 字	291	245	514	687	320	412	13.7	10.6	22.2	37.9	16.3	15.5
小學或識字	41	30	64	123	53	34	9.0	8.6	19.2	25.4	11.8	12.2
初 中	164	124	294	592	222	130	11.7	9.8	20.9	33.9	14.3	12.7
高中及以上	28	19	44	110	36	12	9.4	6.2	16.3	29.0	11.2	10.7
現 住 地												
都 市	172	147	287	576	207	138	6.9	5.0	12.5	22.0	7.9	7.1
鎮鄉的街上	160	123	305	456	199	189	13.9	12.3	24.8	40.5	16.8	15.4
鄉 村	184	144	312	463	217	256	15.4	12.0	25.5	41.2	19.3	18.1
族 群												
本 省	447	352	788	1236	530	527	11.9	9.6	20.8	34.4	14.5	13.5
外 省	66	53	109	247	88	50	9.9	8.1	16.8	28.9	10.8	10.6
居 住 安 排												
獨 居	57	46	84	139	56	49	14.2	11.2	22.6	35.2	17.0	16.0
僅與配偶住	56	41	101	190	67	67	12.5	9.4	20.4	34.8	14.9	11.2
與子女同居	365	293	670	1075	456	430	11.6	9.5	20.4	33.8	13.9	13.4
其 他	47	39	62	109	53	43	9.1	7.9	20.2	32.5	15.1	13.5

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 10、1999 年台灣地區中老年人之 ADL、IADL 功能障礙累積盛行狀況

背景特徵	樣本人數					加權百分比				
	至少一項 ADL 或 IADL 失能	至少一項 IADL 失能	一項 ADL 失能	二項 ADL 失能	三項以上 ADL 失能	至少一項 ADL 或 IADL 失能	至少一項 IADL 失能	一項 ADL 失能	二項 ADL 失能	三項以上 ADL 失能
總計	689	693	66	57	292	15.4	15.5	1.4	1.4	1.0
性別										
男性	311	316	30	27	128	15.4	15.5	1.5	1.2	0.9
女性	378	377	36	30	164	15.3	15.5	1.3	1.7	1.1
年齡										
53-64 歲	141	143	7	6	25	15.5	15.7	1.4	1.7	1.2
65-74 歲	303	302	22	18	80	15.2	15.1	1.1	1.1	0.7
75 歲以上	245	248	37	33	187	15.5	15.7	1.9	1.2	1.0
婚姻狀況										
有偶	427	428	35	30	133	15.3	15.5	1.3	1.5	1.0
無偶	262	265	31	27	159	15.6	15.6	1.7	1.2	1.1
教育程度										
不識字	264	263	25	24	147	16.6	16.8	2.3	1.4	1.4
小學或識字	58	60	10	2	26	13.9	13.9	2.0	0.4	0.8
初中	306	309	27	30	100	15.5	15.6	1.0	1.5	0.9
高中及以上	61	61	4	1	19	13.1	13.1	1.0	1.3	0.8
現住地										
都市	303	307	22	18	107	11.4	11.3	0.7	1.4	0.6
鎮鄉的街上	183	182	21	20	87	17.3	17.5	1.6	1.5	1.3
鄉村	197	198	22	18	92	18.2	18.3	1.9	1.3	1.4
族群										
本省	539	541	50	51	238	15.8	15.9	1.4	1.5	1.0
外省	138	139	13	6	44	12.9	12.7	1.1	0.9	0.7
居住安排										
獨居	60	61	4	8	29	15.2	15.2	2.2	1.4	1.4
僅與配偶住	104	105	14	10	24	15.6	15.9	1.4	2.1	1.4
與子女同居	482	483	46	33	205	15.7	15.8	1.4	1.1	0.9
其他	43	44	2	6	34	12.0	12.0	0.4	2.0	0.0

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 11、1999 年台灣地區中老年人的各種影響健康行為

背景特徵	樣本人數				加權百分比			
	抽菸	喝酒	吃檳榔	做運動	抽菸	喝酒	吃檳榔	做運動
總計	1072	1072	258	2584	25.1	25.9	6.5	57.7
性別								
男性	573	590	154	995	44.7	42.4	9.6	61.9
女性	499	482	104	859	3.6	7.7	3.2	53.0
年齡								
53 - 64 歲	361	382	98	656	27.4	29.2	8.8	54.1
65 - 74 歲	378	379	81	677	25.4	26.2	5.2	64.7
75 歲以上	333	311	79	521	18.6	16.3	3.1	54.3
婚姻狀況								
有偶	736	729	184	1261	27.3	28.6	6.9	57.8
無偶	336	343	74	593	19.5	18.7	5.7	57.2
教育程度								
不識字	350	318	79	565	12.7	10.7	5.4	46.4
小學或識字	71	77	23	132	34.0	28.6	5.3	56.6
初中	510	520	133	917	30.7	30.4	8.8	58.5
高中及以上	141	157	23	240	27.6	41.2	1.0	80.0
現住地								
都市	401	445	86	677	22.2	27.1	2.8	65.8
鎮鄉的街上	297	276	63	559	25.2	37.6	5.6	55.2
鄉村	364	341	106	604	27.8	22.9	11.3	50.9
族群								
本省	874	876	209	1527	76.8	24.1	6.5	54.7
外省	180	180	35	294	68.8	34.9	0.5	76.2
居住安排								
獨居	86	98	20	224	69.6	30.4	8.1	62.6
僅與配偶住	196	184	48	472	72.1	27.9	7.9	60.7
與子女同居	708	713	171	1732	75.1	24.9	5.8	56.4
其他	82	77	19	156	75.4	24.6	9.2	56.3

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 12、1999 年台灣地區中老年人之心理健康狀況：上週的感覺

背景特徵	樣本人數									
	不太想 吃東西，胃 口很差	覺得做 每件事 情都很 吃力	睡不好 覺	覺得心 情很不 好	覺得很 寂寞	覺得身 邊的人 不要和 你好	覺得很 傷心	提不起 勁來做 事	覺得很 快樂	覺得日 子過得 很不錯
總 計	869	1134	1567	1274	774	396	742	1119	3404	3422
性 別										
男 性	446	590	818	675	394	208	389	570	1804	1803
女 性	423	544	749	599	380	188	353	549	1600	1619
年 齡										
53-64 歲	338	423	578	465	278	146	258	409	1164	1168
65-74 歲	283	397	571	466	274	133	263	395	1274	1279
75 歲以上	248	314	418	343	222	117	221	315	966	975
婚 姻 狀 況										
有 偶	581	760	1044	845	510	260	490	733	2290	2296
無 偶	288	374	523	429	264	136	252	386	1114	1126
教 育 程 度										
不 識 字	292	381	517	420	281	147	262	387	1108	1111
小學或識字	46	65	81	83	52	22	48	63	214	218
初 中	427	564	773	617	354	184	359	545	1641	1648
高中及以上	104	124	196	154	87	43	73	124	440	444
現 住 地										
都 市	267	352	547	437	220	100	206	355	1282	1285
鎮鄉的街上	301	357	472	403	257	138	245	355	994	1001
鄉 村	293	414	532	422	288	152	284	398	1099	1108
族 群										
本 省	729	958	1294	1055	653	331	621	952	2795	2812
外 省	114	151	240	194	105	55	103	145	544	545
居 住 安 排										
獨 居	70	104	154	116	66	33	66	100	313	315
僅與配偶住	156	194	262	199	134	66	117	185	607	622
與子女同居	592	773	1068	879	522	279	518	767	2272	2275
其 他	51	63	83	80	52	18	41	67	212	210

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 12、1999 年台灣地區中老年人之心理健康狀況：上週的感覺（續）

背景特徵	加權百分比(%)									
	不太想吃東西，胃口很差	覺得做每件事都很吃力	睡不好覺	覺得心情很不好	覺得很寂寞	覺得身邊的人不要和你好	覺得很傷心	提不起勁來做事	覺得很快樂	覺得日子過得很不錯
總計	21.5	27.7	38.4	31.3	18.7	9.6	17.7	27.4	82.4	82.7
性別										
男性	20.9	27.1	37.7	31.7	18.0	9.4	17.7	26.5	82.8	82.4
女性	22.1	28.4	39.3	30.8	19.3	9.8	17.8	28.3	81.9	83.1
年齡										
53-64 歲	23.5	29.4	40.1	32.3	19.3	10.1	17.9	28.4	81.0	81.2
65-74 歲	18.7	25.8	37.5	30.8	17.6	8.5	16.9	26.1	84.2	84.5
75 歲以上	21.2	26.9	35.7	29.4	19.0	10.0	18.9	27.0	82.5	83.3
婚姻狀況										
有偶	21.3	27.6	38.2	30.8	18.3	9.2	17.3	26.6	82.5	82.6
無偶	21.8	28.2	39.0	32.5	19.7	10.7	18.9	29.4	82.2	83.0
教育程度										
不識字	21.7	28.3	38.9	31.4	20.7	11.2	19.5	28.8	82.4	82.8
小學或識字	19.1	25.2	31.7	32.2	19.7	9.6	18.3	24.6	81.2	82.6
初中	21.8	29.0	39.4	31.5	17.9	9.1	17.6	28.0	82.3	82.4
高中及以上	20.6	23.3	36.6	29.6	16.7	7.7	14.2	22.8	83.1	83.7
現住地										
都市	17.3	22.7	35.4	28.3	14.1	6.2	13.2	22.9	83.0	83.2
鎮鄉的街上	25.3	30.2	39.5	33.2	20.9	11.5	19.7	29.7	81.6	81.8
鄉村	22.5	31.4	41.0	32.8	21.7	11.6	21.1	30.3	82.4	83.0
族群										
本省	21.8	28.4	38.6	31.3	19.0	9.7	17.9	27.9	82.1	82.5
外省	16.7	21.9	36.6	29.8	15.8	7.7	15.0	22.2	82.7	82.7
居住安排										
獨居	19.7	28.5	42.5	32.7	18.0	9.4	18.5	27.8	81.7	82.4
僅與配偶住	21.7	26.7	35.6	27.2	18.3	8.7	15.4	25.3	82.4	84.4
與子女同居	21.6	28.1	39.0	32.0	18.5	10.0	18.3	27.8	81.9	81.8
其他	22.2	25.5	35.3	32.8	22.8	7.8	17.7	28.6	89.6	88.4

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 13、1999 年台灣地區中老年人之生活滿意度

背景特徵	樣本人數											
	自己的命比他們都要好	對的人生感滿意	對做的事感覺有意思	這些年是人生中最好的日子	即使可能也不願意改變過去的人生	期待將來會有一些令人高興的事情發生	日子應該可以過得比現好	感覺所做的事,單調枯燥	感覺老了,有些厭倦	這一生都符合自己的希望	覺得自己生活在一個安全及有保障的環境	對自己的生活環境感到滿意
總計	2199	2829	3153	2372	2356	3175	2242	976	1423	2298	3227	3293
性別												
男性	1159	1478	1670	1252	1241	1690	1169	522	768	1191	1699	1722
女性	1042	1351	1483	1120	1115	1485	1073	454	655	1107	1528	1571
年齡												
53-64 歲	774	1007	1106	851	822	1090	807	350	546	822	1120	1166
65-74 歲	808	1037	1162	857	863	1182	809	384	501	839	1198	1215
75 歲以上	617	785	885	664	671	903	626	278	376	637	909	912
婚姻狀況												
有偶	1470	1897	2103	1600	1580	2143	1523	666	964	1557	2176	2230
無偶	729	932	1050	772	776	1032	719	310	459	741	1051	1063
教育程度												
不識字	690	922	1004	759	777	989	700	327	462	753	1048	1065
小學或識字	128	173	199	145	149	199	128	56	77	130	198	197
初中	1069	1368	1537	1149	1130	1559	1135	459	710	1112	1565	1621
高中及以上	311	365	412	319	299	427	279	134	174	302	415	409
現住地												
都市	901	1100	1235	946	888	1262	870	331	467	917	1194	1205
鎮鄉的街上	658	843	931	694	715	912	619	285	457	668	974	986
鄉村	623	866	966	715	734	978	732	351	485	695	1034	1077
族群												
本省	1459	1896	2088	1598	1585	2105	1490	675	974	1533	2661	2728
外省	329	431	498	333	348	505	361	131	224	354	509	503
居住安排												
獨居	211	269	297	222	229	293	202	83	127	228	292	296
僅與配偶住	408	528	597	441	442	574	400	177	243	428	598	611
與子女同居	1458	1868	2073	1573	1563	2126	1513	656	977	1519	2149	2191
其他	122	164	186	136	122	182	127	60	76	123	188	195

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 13、1999 年台灣地區中老年人之生活滿意度 (續)

背景特徵	加權百分比											
	自己的命比他們都要好	對的人生感滿意	對做的事感覺有意思	這些年是人生中最好的日子	即使可能也不願意改變過去的人生	期待將來會有一些令人高興的事情發生	日子應該可以過得比現好	感覺所做的事,單調枯燥	感覺老了,有些厭倦	這一生都符合自己的希望	覺得自己生活在一個安全及有保障的環境	對自己的生活環境感到滿意
總計	49.8	64.4	71.5	53.9	21.1	71.5	51.1	22	33.1	52.4	73.1	75.0
性別												
男性	49.3	63.2	71.2	53.3	52.5	71.6	50.2	21.9	33.4	50.9	72.1	73.5
女性	50.2	65.7	71.8	54.6	53.9	71.4	52.1	22.2	32.7	54.0	74.1	76.6
年齡												
53-64歲	50.0	65.2	71.5	55.0	53.2	70.4	52.1	22.6	35.3	53.1	72.4	75.3
65-74歲	49.7	64.2	71.9	52.7	52.7	72.8	50.1	21.1	31.5	52.2	74.5	75.7
75歲以上	49.1	62.4	70.7	52.9	53.5	71.9	50	22.2	29.9	50.8	72.3	72.5
婚姻狀況												
有偶	49.2	64.1	70.8	53.8	52.8	71.4	51.3	22.0	32.9	52.3	73.0	75.3
無偶	51.1	65.1	73.1	54.2	53.9	71.6	50.5	22.0	33.6	52.4	73.0	74.0
教育程度												
不識字	48.5	65.2	70.6	53.7	54.4	69.2	49.4	24.0	33.7	53.4	74.1	75.6
小學或識字	44.9	61.1	70.4	51.2	52.5	71.6	45.9	20.6	28.7	46.3	70.4	69.3
初中	49.7	64.1	71.6	53.8	52.8	71.6	52.7	20.6	33.6	52.1	72.6	75.8
高中及以上	54.7	64.9	73.4	55.7	51.9	76.1	50.9	23.6	31.4	53.8	73.8	72.7
現住地												
都市	54.9	68.6	76.6	58.6	54.4	77.9	53.6	20.1	29.5	57.8	74.2	75.2
鎮鄉的街上	50.5	63.9	70.2	53.0	53.4	68.5	47.7	22.5	36.1	50.8	74.2	75.1
鄉村	43.3	60.2	67.1	49.6	51.3	67.2	51.2	23.6	34.2	47.7	70.7	74.5
族群												
本省	49.7	64.6	71.1	54.7	53.5	71.3	51.4	23.0	33.8	52.7	72.9	75.2
外省	47.4	62.3	70.9	48.0	50.5	70.4	49.3	17.7	32.4	50.3	73.7	72.0
居住安排												
獨居	52.2	67.5	74.2	55.5	56.7	72.5	50.1	21.6	33.9	57.8	73.2	73.5
僅與配偶住	51.3	66.5	75.2	55.9	55.6	71.2	51.0	22.3	32.4	53.4	75.9	77.6
與子女同居	49.3	63.5	70.1	53.3	52.5	71.5	51.4	21.9	33.3	51.7	72.3	74.2
其他	47.0	63.9	72.5	52.4	47.8	71.4	49.0	22.7	31.1	49.2	72.6	77.4

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔 (行政院衛生署國民健康局, 2001)。

二、中老人健康狀況與健康變化影響因素之性別差異

(一) 自評健康狀況

表 14 顯示中老年人年齡、婚姻狀況、教育程度、現住地、族群、及居住安排等變項對健康自評狀況之影響的性別差異。首先在年齡方面，男、女性自評健康「好」者均以 53-64 歲比例最高；自評健康「不好」者，男、女性均以 75 歲以上居多。婚姻狀況部分，無偶男性的正向健康自評比例低於有偶男性，女性亦然，而自評健康「不好」的比例，兩性都是無偶者高於有偶，顯現婚姻的保護作用。教育程度方面，兩性呈現的趨勢相同，也就是教育年數越多者，其健康自評愈佳，不識字者其健康自評「不好」所佔的比例最高。至於兩性中老年人的現住地，以居住都市者，有最多的正向健康評價，而鄉（農）村者傾向較高的負向評價。族群部分，本省籍男性的正向健康自評均高過外省籍男性，女性則相反；但健康自評「不好」的比例，男性以外省籍居高，女性則以本省籍較高。最後，居住安排不論男、女性，健康自評「好」者都以「僅與配偶同住」比例最高，健康自評是「不好」者，男性以「獨居」最高，女性則以「與其它同住」的比例最多。

(二) 罹病種類與健康自評狀況

罹病種類與健康自評關係之性別比較發現（表 15），除了惡性腫瘤，其餘各疾病的健康自評均有固定的型態。也就是，女性在健康自評「好」的比例一定少於男性，而健康自評為「不好」的部分則是高於男性。相較之下，女性比男性在各罹病狀態上偏向悲觀的評價。至於性別健康自評在腦中風、惡性腫瘤或癌症、呼吸系統疾病、腎臟疾病、及心臟病五項上，一致呈現較高的負向評價。因為腦中風有明顯活動功能困難，惡性腫瘤既是重病更是極度消耗體能的疾病，自覺有明顯健康改變，遂產生偏高的健康不好比例。而呼吸系統疾病與心臟病，在稍動即感呼吸急促的情況之下，當然健康自評「不好」的比例會增加。

特別的是，關節炎或風濕症的罹病人數有極大的性別人數差距，但在健康自評「不好」的評價，相較於其他罹病類別，女性卻沒有更突出的比例。說明了女性罹患關節部位的疾病雖然比男性多，但負向的健康自評並未太突出，可能是因為關節疾病對生命的威脅程度不嚴重，或者這還是這是女性具有的健康

特質，同儕普遍罹患，對生活的影響不大，因而沒有特出的負向評價。

（三） 罹病狀況及其對生活的影響

罹病狀況對生活的影響對老年生命品質而言是各因素中最為重要的。表 17 分別就男性與女性呈現罹病狀況對其日常生活行動的影響程度。男性部分，對其日常生活行動造成「有點不便」的疾病依序是關節炎、脊椎骨刺、髌骨骨折、痛風、及心臟病等五種。而造成日常生活行動「相當不方便」主要有中風、髌骨骨折、脊椎骨刺、癌症或惡性腫瘤、及糖尿病五項疾病。整體而言，輕微影響男性老人日常生活行動的罹病，大多是骨骼肌肉系統的疾病。產生相當影響的則改變有其他重大疾病。

女性方面，對其日常生活行動造成「有點不便」的疾病依序是關節炎、心臟病、脊椎骨刺、白內障、及痛風等五種。而造成日常生活行動「相當不方便」主要有中風、髌骨骨折、癌症或惡性腫瘤、糖尿病、及痛風五項疾病。與男性老人相較之下，對女性造成日常生活行動「有點不便」及「相當不方便」的首項疾病均相同為關節炎（或風濕症）和中風，影響生活行動「有點不便」也以此為主，卻不似有相當一致的呈現。

表 14、1999 年台灣地區中老年自覺健康情形的性別差異

單位：%

背景特徵	男性				女性			
	好	普通	不好	合計	好	普通	不好	合計
年 齡 分 組								
5 3 - 6 4 歲	50.7	30.8	18.5	100	38.5	30.6	25.5	100
6 5 - 7 4 歲	40.0	31.8	28.2	100	24.6	38.0	37.4	100
7 5 歲 以 上	29.6	33.5	36.9	100	18.4	29.6	52.0	100
婚 姻 狀 況								
有 偶	45.1	31.0	23.1	100	34.0	36.0	30.1	100
無 偶	34.8	30.9	34.3	100	24.8	34.5	40.7	100
教 育 程 度								
不 識 字	31.0	33.3	35.7	100	22.6	35.6	41.8	100
小 學 或 識 字	40.1	32.4	27.5	100	37.2	34.3	28.5	100
初 中	47.2	34.0	18.8	100	36.4	38.6	25.0	100
高 中 及 以 上	55.6	27.4	17.0	100	46.7	39.3	14.0	100
現 住 地								
都 市、城 市	47.0	31.8	21.2	100	36.7	33.9	29.4	100
鎮 鄉 的 街 上	44.0	28.8	27.2	100	30.6	34.9	34.4	100
鄉 村、農 村	38.4	34.3	27.4	100	24.1	37.2	38.7	100
族 群								
本 省	44.1	31.4	24.5	100	30.8	35.1	34.1	100
外 省	41.2	31.7	27.1	100	33.0	35.8	31.1	100
居 住 安 排								
獨 居	39.5	25.6	34.9	100	25.4	34.5	40.1	100
僅 與 配 偶 同 住	47.5	31.3	21.2	100	30.9	36.5	32.6	100
與 子 女 同 住	42.9	32.6	24.5	100	31.1	36.0	32.9	100
其 它	36.7	31.3	32.0	100	29.3	26.8	43.9	100

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 15、1999 年台灣地區中老年人罹病種類與健康自評之性別比較

單位：%

罹病種類	健康自評					
	男性			女性		
	好	普通	不好	好	普通	不好
高血壓	28.5	33.4	38.2	22.6	33.4	44.1
糖尿病	19.9	33.9	46.2	15.0	27.0	58.0
心臟病	18.0	32.7	49.3	13.6	34.9	51.5
腦中風	10.6	17.6	71.8	7.0	11.0	82.0
惡性腫瘤或癌症	3.2	19.4	77.4	13.6	27.3	59.1
呼吸系統疾病	22.4	27.4	50.2	12.3	35.8	51.9
關節炎或風濕症	27.5	33.2	39.2	20.0	37.3	42.6
胃潰瘍或胃病	23.8	33.9	42.3	14.9	33.3	51.8
肝、膽疾病	24.2	25.3	50.5	13.2	36.8	50.0
髖骨骨折	25.6	38.5	35.9	13.8	27.6	58.6
白內障	32.9	29.5	37.6	15.9	31.3	52.7
腎臟疾病	19.5	28.9	51.6	10.6	25.8	63.6
痛風	23.4	31.7	44.9	18.8	28.2	52.9
脊椎骨刺	21.5	30.6	47.9	16.3	27.0	56.7

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 16、1999 年台灣地區中老年人罹病狀況及其對生活影響之性別比較

單位：%

性別 / 罹病別	曾有此病症				
	曾有此病			對日常生活行動的影響	
		有經醫師診斷	現在還有此病	有點不便	相當不便
男 性					
高 血 壓	34.2	96.9	88.0	31.4	10.0
糖 尿 病	15.0	98.3	92.1	33.6	17.4
心 臟 病	19.1	94.7	90.0	41.6	13.9
中風（腦溢血）	5.9	98.5	100.0	26.1	46.5
癌症或惡性腫瘤	3.2	96.4	41.9	20.0	21.0
支氣管炎、肺氣腫、 關節炎或風濕症	14.3	89.7	78.1	32.6	12.3
胃潰瘍或胃病	23.9	80.7	87.2	55.6	13.7
肝、膽疾病	21.2	89.5	70.1	31.5	7.0
髖骨骨折	7.5	91.1	57.5	22.5	7.3
白內障	2.6	100.0	100.0	44.1	33.7
腎臟疾病	25.5	94.4	65.8	37.3	10.7
痛風	9.3	93.7	67.4	22.9	13.1
脊椎骨刺	7.3	91.7	79.2	43.8	16.3
	10.4	94.1	78.1	48.6	21.6
女 性					
高 血 壓	34.7	96.8	89.6	32.3	11.9
糖 尿 病	14.8	98.0	93.8	33.8	21.8
心 臟 病	19.3	93.7	89.3	48.2	12.7
中風（腦溢血）	7.1	99.6	100.0	26.5	55.9
癌症或惡性腫瘤	2.6	94.8	39.6	15.1	22.1
支氣管炎、肺氣腫、 關節炎或風濕症	14.4	92.8	72.3	35.5	7.1
胃潰瘍或胃病	26.9	80.7	87.5	49.3	17.2
肝、膽疾病	20.1	90.9	70.4	30.4	5.9
髖骨骨折	8.5	100.0	57.4	22.6	3.3
白內障	2.8	100.0	100.0	37.6	40.5
腎臟疾病	24.5	94.9	62.8	41.6	9.5
痛風	8.7	94.1	67.7	28.3	11.5
脊椎骨刺	7.9	91.4	76.9	40.7	21.2
	10.6	93.1	79.9	48.0	18.2

說明：所有數值均為百分比數，第三欄到第六欄的分母為曾罹患過特定疾病者。資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 17、1999 年台灣地區中、老年人罹病狀況排序

排序	男性			女性		
	按曾經罹患的比率	按現在仍有該疾病的比率	按對生活造成相當不便影響之比率	按曾經罹患的比率	按現在仍有該疾病的比率	按對生活造成相當不便影響之比率
1	高血壓	中風（腦溢血）	中風（腦溢血）	高血壓	中風（腦溢血）	中風（腦溢血）
2	白內障	髖骨骨折	髖骨骨折	關節炎或風濕症	髖骨骨折	髖骨骨折
3	關節炎或風濕症	糖尿病	脊椎骨刺	白內障	糖尿病	癌症或惡性腫瘤
4	胃潰瘍或胃病	心臟病	癌症或惡性腫瘤	胃潰瘍或胃病	高血壓	糖尿病
5	心臟病	高血壓	糖尿病	心臟病	心臟病	痛風
6	糖尿病	關節炎或風濕症	痛風	糖尿病	關節炎或風濕症	脊椎骨刺
7	支氣管炎、肺病、 氣喘等	痛風	心臟病	支氣管炎、肺病、 氣喘等	脊椎骨刺	關節炎或風濕症
8	脊椎骨刺	支氣管炎、肺病、 氣喘等	關節炎或風濕症	脊椎骨刺	痛風	心臟病
9	腎臟疾病	脊椎骨刺	腎臟疾病	腎臟疾病	支氣管炎、肺病、 氣喘等	高血壓
10	肝、膽疾病	胃潰瘍或胃病	支氣管炎、肺病、 氣喘等	肝、膽疾病	胃潰瘍或胃病	腎臟疾病
11	痛風	腎臟疾病	白內障	痛風	腎臟疾病	白內障
12	中風（腦溢血）	白內障	高血壓	中風（腦溢血）	白內障	支氣管炎、肺病、 氣喘等
13	癌症或惡性腫瘤	肝、膽疾病	肝、膽疾病	髖骨骨折	肝、膽疾病	胃潰瘍或胃病
14	髖骨骨折	癌症或惡性腫瘤	胃潰瘍或胃病	癌症或惡性腫瘤	癌症或惡性腫瘤	肝、膽疾病

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

三、中老人健康狀況與健康變化影響因素之年齡別差異

表 18 顯示各罹病在各年齡的性別分佈狀況，高血壓、中風、及白內障，兩性老人均以 65-74 歲的罹患比率最高。糖尿病、胃腸疾病、肝膽疾病、及腎臟等疾病，亦一致以 53-64 歲的罹患率領先其他年齡組。而心臟病、癌症、呼吸疾病、關節疾病、髖關節骨折、及脊椎疾病，男性則以 65-74 歲老人，女性是 53-64 歲的罹病率最高。只有痛風，男性以 53-64 歲一組的罹患率最高，女性則為 65-74 歲一組高於其他年齡組。

在自述慢性病累積數方面（表 19），罹患 0 項、1 項及 2 項疾病，兩性均是以 53-64 歲一組領先其他年齡組，而罹患 3 項以上疾病者，則以 65-74 歲組的百分比最高。

至於各項活動的障礙狀況，在表 20 不論是 ADL 或 IADL 均以 75 歲以上老人的障礙率最高。其中，75 歲以上女性 ADL 的障礙率又比男性高，IADL 障礙率則普遍低於男性。各年齡層活動障礙情況，ADL 方面，53-64 歲的兩性老人，以「進食」的障礙百分比最高，65-74 歲老人，男性以「起床」困難的百分比最多，女性則是「室內走動」的困難比率最高，75 歲以上老人，男性以「獨自如廁」的困難最多，女性是以「進食」的障礙最高。IADL 方面，53-64 歲及 65-74 歲的兩性老人均以「做粗重工作」為最多障礙。而 75 歲以上老人，男性是以「處理金錢」及「打電話」為障礙百分比最高，女性老人也以「處理金錢」為最多障礙率。

而各年齡層的功能障礙累積數部份，表 21 呈現，男性 65-74 歲一組在「至少一項 ADL 或 IADL 失能」、「至少一項 IADL 失能」及「至少一項 ADL 失能」比其他年齡有較高的百分比。53-64 歲則以「二項 ADL 失能」最高，75 歲以上則以「三項以上 ADL 失能」最高。女性方面，53-64 歲一組以「至少一項 ADL 或 IADL 失能」及「至少一項 IADL 失能」的比率最高。75 歲以上一組則在「至少一項 ADL 失能」、「二項 ADL 失能」及「三項以上 ADL 失能」的障礙率領先其他年齡組，且是均超過 50% 的人數百分比。

就性別及年齡組的分佈狀況，男性所累積的活動障礙，偏向以輕度障礙集中在 65-74 歲，而女性則有兩極化的現象，輕度的功能障礙集中在 53-64 歲，而傾向重度之功能障礙則集中在 75 歲以上年齡組。

表 18、1999 年台灣地區中老年人年齡別罹病狀況之性別比較

罹病種類	樣本人數						加權百分比(%)					
	男			女			男			女		
	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上
高血壓	154	306	195	172	281	246	35.5	43.9	20.6	36.3	40.1	23.6
糖尿病	82	129	77	85	128	98	41.5	40.8	17.7	39.7	39.3	21.0
心臟病	67	157	115	96	146	169	31.3	44.0	24.7	35.8	35.3	28.9
中風	30	66	67	21	42	52	29.6	40.1	30.3	29.0	38.0	33.0
癌症	6	20	9	12	2	6	25.8	54.8	19.4	77.3	4.5	18.2
呼吸系統疾病	62	114	111	46	61	69	33.6	39.0	27.4	39.8	32.9	27.3
關節疾病	80	160	129	196	214	181	33.5	41.6	24.9	47.0	33.1	19.9
胃腸疾病	86	134	94	114	133	96	40.3	39.6	20.1	46.8	35.4	17.8
肝膽疾病	40	32	24	51	33	21	57.1	27.6	15.3	62.8	25.7	11.5
髖關節骨折	9	19	18	15	22	29	33.3	35.9	30.8	35.6	32.2	32.2
白內障	28	142	128	70	161	189	16.5	48.9	34.6	26.9	39.8	33.2
腎臟病	41	51	44	53	41	30	44.9	33.1	22.0	56.5	29.0	14.5
痛風	52	68	49	24	39	23	43.7	37.7	18.6	39.5	43.0	17.4
脊椎疾病	35	63	33	71	82	65	40.5	42.1	17.4	46.0	34.4	19.5

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 19、1999 年台灣地區中老年人年齡別自述罹病累積之性別比較

自述慢性病 累積數	樣本人數						加權百分比(%)					
	男			女			男			女		
	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上
0 項	371	263	152	278	126	94	60.5	28.2	11.3	68.5	21.0	10.6
1 項	198	267	179	216	170	154	43.4	38.6	18.0	53.7	28.6	17.6
2 項	111	171	140	137	159	135	39.3	37.8	22.8	44.2	35.9	19.8
3 項以上	84	209	157	131	210	198	30.1	44.4	25.5	36.7	37.8	25.5

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 20、1999 年台灣地區中老年人年齡別活動功能之性別比較

活動障礙	樣本人數						加權百分比(%)					
	男			女			男			女		
	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上
日常活動												
洗澡	16	47	99	16	42	131	17.9	30.9	51.2	15.4	25.9	58.7
穿脫衣服	13	40	83	11	41	111	16.8	33.6	49.5	12.1	30.6	57.3
吃飯	10	24	52	7	18	62	20.6	30.9	48.5	15.2	24.2	60.6
起床	13	43	72	12	38	102	17.6	37.3	45.1	14.7	29.3	56.0
室內走動	10	41	79	13	40	105	14.0	35.0	51.0	14.9	29.8	55.4
獨自如廁	9	35	74	12	40	101	14.3	34.1	51.6	14.4	30.5	55.1
工具性日常活動												
購買日常用品	90	112	77	99	80	67	12.8	35.3	51.9	15.3	32.9	51.8
處理金錢	78	90	68	76	60	47	11.2	33.6	55.2	15.5	30.6	53.9
獨自坐車	154	206	135	161	144	117	15.3	35.7	49.0	20.5	34.1	45.5
做粗重工作	253	319	229	271	236	205	19.5	39.2	41.2	27.2	34.8	38.0
做輕鬆家務	115	129	95	122	87	84	16.4	33.8	49.8	16.1	31.2	52.7
打電話	103	123	83	115	91	74	13.8	31.0	55.2	17.1	33.2	49.7

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

表 21、1999 年台灣地區中老年人年齡別自述失能累積之性別比較

ADL、IADL 功能障礙累積數	樣本人數						加權百分比(%)					
	男			女			男			女		
	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上	53-64 歲	65-74 歲	75 歲以上
至少一項 ADL 或 IADL 失能	42	146	123	99	157	122	23.1	45.9	31.0	39.2	38.9	22.0
至少一項 IADL 失能	44	145	127	99	157	121	23.9	44.8	31.3	39.3	39.0	21.8
至少一項 ADL 失能	3	15	12	4	7	25	16.0	52.0	32.0	22.2	18.5	59.3
二項 ADL 失能	4	9	14	2	9	19	26.1	34.8	39.1	12.5	37.5	50.0
三項以上 ADL 失能	12	37	79	13	43	108	17.0	32.0	51.0	14.4	30.4	55.2

資料來源：1999 年台灣地區老人保健與生活問題調查原始資料檔（行政院衛生署國民健康局，2001）。

四、罹病、功能狀態、以及健康自評三項指標與死亡的關係

老人易罹患的疾病當中有許多為慢性疾病，通常不會即刻死亡，但這些慢性病既然是老人易罹患又不易復原的疾病，持續一段時間時後，該疾並雖不足以致死，但死亡的時候多半還患有該慢性病。因此疾病別與死亡的關係可以初步反應疾病持續至死亡的情形，活動功能與健康自評狀況和死亡的關係亦同。本節進一步檢討這三個健康指標與死亡的關係。老年保健調查雖然登錄了死亡個案，但並未提供確切死因與完整的死亡日期，只能知道前一次調查的人口，於下一次追蹤時的存活狀態，由於缺乏 1999 年的樣本存活檔案，改由國健局提供的 1996 年樣本存活檔案，呈現從 1989 年開始，歷經 1993 年及 1996 年的第一波受訪樣本，其罹病、功能狀態、及健康自評的狀況，探討各變項與死亡的關係。此一資訊，仍可初步了解各種健康狀況與死亡的關係。受限於樣本數量的影響，有些類別的案數較少，不過仍有值得參考的處料。至於死亡原因，將輔以衛生署的死亡統計資料，做補充性的分析。

1989 年老人保健調查的 ADL 評量項目只有「自行洗澡」一項，而 1993 年增列了穿脫衣服、起床站立或坐椅子、室內走動、獨力如廁四項評量活動，1996 年再增加「自己吃飯」，共達六項 ADL 活動評量。至於 IADL 的評量項目，1989 年有購買日常用品、處理金錢、打電話、走到 2-3 樓、走完 200-300 公尺、粗重工作、獨自搭火車汽車、抬舉或攜帶 20 台斤物品、屈蹲、手舉高至頭上、手指拿或扭轉東西、站立 2 小時，共 12 項。1993 及 1996 年又增列了掃地洗碗等輕鬆家事、連續站立 15 分鐘、短距離跑步三項，共 15 項評量項目。

由於評量項目種類繁多，必須綜合以反映活動功能，也就是失能的狀態，故參考 Anderson(1998)功能評估的分類方式，將功能執行狀態分作獨力自主、輕度失能、中度失能、及重度失能四等級。「獨力自主」表示 ADL 與 IADL 均正常，毫無執行困難；如有一項以上的 IADL 執行困難，則為「輕度失能」；「中度失能」表示有一至二項的 ADL 困難；二項以上的 ADL 有困難，就是「重度失能」。

在罹病項目方面，不同年期的分類不一，為利於健康變化的比較，將同系統疾病作進一步的歸類。歸類的原則先摒除病徵與症狀，如頭暈、血油高、血濁等，然後合併三波均有調查的變項，再依同一系統但不同的病症為一類。例如高血壓與心臟病併作「心血管疾病」，白內障、及青光眼併為「眼部疾病」，呼吸道疾病與支氣管炎都歸為「呼吸道疾病」。

(一)、罹病與死亡之關係

表 17 為罹病狀況與死亡的關係。我們找出 1989 與 1993 年兩次調查中罹患各類疾病的人，其在下一次調查時的存活情形，作為分析的依據。因此表中的死亡率非指特定疾病的死亡率，而是期初罹患該種疾病者在下次調查之前死亡的情形。雖然這些疾病未必是死亡的直接原因，但透過此一分析，可以瞭解某些罹病率高的疾病，死亡率是否也對應提升。為避免樣本數量過少的問題，我們將表 4-1 的各類罹病依系統重組，合併心臟病與高血壓為「心血管疾病」，白內障和青光眼為「眼部疾病」。

表 17 顯示：1989 到 1993 年間，各類疾病的罹病者之死亡機率均低於 1993 到 1996 年間的對應死亡機率¹。相對於 1989 年的罹病者，1993 年的罹病者年齡較大，如果僅考慮年齡而不考慮是否帶有疾病，年齡愈大應該死亡機率愈高，而此處卻死亡機率愈低，足見這些疾病並非致死性疾病；而帶有這些病者，年齡雖然愈大而死亡機率愈低，可能是因為罹病期間較長，既然其罹病期間較長，在罹患相同疾病者中，症狀可能屬較輕微的，因此較不容易死亡；甚者，也有可能因為輕微的病痛，使人更加注意照顧身體，帶來阻緩死亡的效果。換句話說，罹病可以是健康退化的起點，死亡可以是健康退化的終點，但二者並非同步前進，從死亡的觀點來看，罹患這些慢性病未必代表面臨死亡的警訊，但是分析各類疾病的罹病者之期間死亡機率，也可比較不同罹病之間和死亡風險的關連性，以及這樣的關連性是否對男性及女性老人皆相同。

比較罹患各類疾病者的死亡率，1989 年至 1993 年期間，罹患中風與糖尿病者的死亡率最高。其中，男性中風者的死亡率有 41%，不僅與女性差異極大，同時領先其他疾病罹患者的死亡率非常多。1993 到 1996 年間，兩性各類罹病者的死亡率均以癌症患者最高，且女性的水準高於男性。從序位來看，我們發現罹患率高的疾病，其死亡率相對於其他疾病而言並不高，反倒是罹患率低者，其死亡率較高。除了再次說明無法僅以罹病率的高低來反映健康狀況的好壞之外，也顯示對於各類疾病的注意，應包括盛行率與罹患者死亡率兩個指標。

(二)、功能狀態與死亡之關係

在分析活動功能與死亡之間的關連上，由於重度失能的人數較少，因此仍

¹ 1989 年到 1993 年間共有四年時間，而 1993 年到 1996 年僅有三年，不過即使轉換為單年死亡率，前者仍高於後者。表 3-7 與表 3-8 的情形亦同。

將中度失能和重度失能併為「中重度失能」來看。表 18 顯示，1989 年到 1993 年間，活動功能越差者死亡機率越高，不論男性或女性老人，關連性都相當清楚一致，尤其是中重度失能者，期間死亡機率高達半數以上；就男女比較而言，各級活動功能程度下，男性的死亡機率都高於女性。但 1993 年到 1996 年間，各級活動功能的死亡機率都較 1989-93 年低，而活動功能程度與死亡的關連性卻不像 1989-93 年那麼的一致，不同活動功能程度的死亡水準差異消失，而且活動功能差者未必有較高的死亡水準。男女性老人比較起來，男性雖然仍然高了一些，但差距也縮小。1993-96 年比起 1989-93 年，不論從不同活動功能程度或男女性別，死亡水準似乎有一種趨同或緩和的現象。在解釋上，可能必須注意，此一現象並不必然代表年齡愈大，功能行動與死亡率的關係愈小，更可能是反應失能期間的長短與死亡的關係。由於中重度失能者在 1989 年至 1993 年間已死亡大半，1993 年的中重度失能者有許多都是新發生的人口，可能因此而影響死亡水準的觀察。如果能控制失能期間的長短，當有助於釐清這個問題。

(三)、健康自評與死亡之關係

表 19 是自評健康與死亡的關係，這裡的發現和前段分析相當類似，1989-93 年間，自評健康狀況愈不好者，死亡率愈高，關係清楚而且相當一致；但 1993-96 年間，自評健康與死亡的關係卻模糊不顯。同樣地，各種自評健康狀況的男性，其死亡水準均高於女性，除了自評健康良好者外，男女之間的死亡水準差距 1993-96 也比 1989-93 縮小了。

綜合表 22 至表 24，我們可以發現老年人當中，愈盛行的疾病，未必關連較高的死亡水準；而從活動功能狀態與健康自評等級，和死亡的關連性較為清楚一致，較可預測未來的存活狀況。唯盛行的慢性病雖無立即致死性，但配合老化過程的日積月累，先影響活動功能能力與自我健康評價，扮演著影響老年人存活的前置變項的角色。

(四)、死因狀況分析

根據衛生署統計室提供之 1999 年死因統計檔案，我們擷取其中 53 (含) 歲以上人口，分析該年度台灣地區中老年人死因。53 歲以上總死亡人數共有 51,589 人，男性佔 59.7%，女性則 40.3%。為方便與國健局資料比對，首先呈現所有死因的排序狀況 (如表 22)，其次，就死因統計檔案含括的性別變項、年齡變

項、及婚姻狀況，比對主要死因在該社會變項當中的分佈狀況。

53 歲以上（含 53 歲）人口分析，死因別變項，「肝病」除慢性肝炎及肝硬化也合併了「其他各類肝病」。「肺及呼吸道疾病」包括慢性肺部阻塞性疾、除病毒或細菌外之外物所致之疾病（如塵 矽肺病）和呼吸系統所罹患之各疾病。

「其他腫瘤」排除惡性腫瘤後之原位癌及良性腫瘤。「其他內分泌疾病」為糖尿病之外的廣泛性內分泌失調或疾病。「精神及心理疾病」合併有，智能不足、痴呆、及精神疾病。「泌尿系統疾病」也是排除腎臟病之後，合併各泌尿器官病變死因。

死因分析如表 25 所示，1999 年台灣地區 53 歲以上中老人的主要死因，首位是惡性腫瘤，其次依序是腦血管疾病、心臟病、糖尿病、肝病、肺即呼吸道疾病、意外事故、流行是感冒、消化疾病、及腎臟病。其中，除了意外事故與流行性感冒，其餘各疾病都在國健局「台灣地區老人保健與生活問題調查」關注的範圍。意外事故致死並不是自然死亡，但是流行感冒會致死，通常是因年邁體弱，甚或伴隨其它罹患的慢性疾病，一旦感染便就加重所有病症的致死性。

進一步挑選十大主要死因，分析其性別、年齡、及婚姻的分配狀況。表 26 顯示，所有死因別除了糖尿病，其餘皆是男性死亡多於女性。年齡別的比較，53-64 歲以意外事故致死的比率最高，65-74 歲以惡性腫瘤及肝病的死亡比率最高，75 歲以上人口則在腦血管疾病、心臟病、糖尿病、肺及呼吸道疾病、流行性感冒、消化道疾病、及腎臟病的死因高過其他年齡組，特別是肺及呼吸道疾病、流行性感冒的比率超過 60%。婚姻狀況各疾病死因一致以有偶領先，當中除了流行性感冒未達 50%，其餘皆超過 50%。

表 22、性別老人罹病與死亡之關係，1989、1993、與 1996 年

罹病/死亡	男性				女性			
	期初罹病人數		期間死亡率(%)		期初罹病人數		期間死亡率(%)	
	1989	1993	1989-93	1993-96	1989	1993	1989-93	1993-96
系統疾病別								
關節炎	564	443	14.8	7.7	660	279	13.8	5.4
心血管疾病	786	709	20.2	13.4	799	534	14.6	10.5
胃腸潰瘍	486	224	15.4	10.7	419	167	14.1	9.6
呼吸道疾病	465	300	19.4	11.3	286	209	15.7	9.6
眼部疾病	279	388	18.6	13.4	343	338	(3) 18.1	(3) 10.7
糖尿病	161	186	(2) 26.1	8.6	202	159	(2) 23.7	10.1
肝膽疾病	141	125	16.4	(2) 17.3	87	70	14.3	9.5
中風	117	124	(1) 41.0	14.5	58	93	(1) 24.1	(2) 15.0
骨折	41	147	(3) 24.4	(3) 16.3	39	105	17.9	9.5
癌症	-	27	-	(1) 18.5	-	21	-	(1) 23.8
痛風	-	127	-	16.5	-	86	-	9.3

資料來源：「台灣地區老人保健與生活問題」調查，1989、1993、及 1996。衛生署國民健康局。

說明：死亡率(%)指在期初罹患該種疾病，而於期間死亡的人數占期初人數的百分比，非指死於該種疾病。()括號內數值為序位。

表 23、功能狀態與死亡之關係，1989、1993、與 1996 年

人數/死亡	男性				女性			
	期初人數		期間死亡率(%)		期初人數		期間死亡率(%)	
	1989	1993	1989-93	1993-96	1989	1993	1989-93	1993-96
活動功能								
獨力自主	1136	665	7.4	10.1	444	475	4.3	10.1
輕度失能	1050	972	18.4	13.1	1152	753	12.8	9.8
中重度失能	116	144	59.5	11.1	125	104	53.6	9.6

資料來源：「台灣地區老人保健與生活問題」調查，1989、1993、及 1996。衛生署國民健康局。

說明：死亡率(%)指在期初為該種活動功能，而於期間死亡的人數占期初人數的百分比，非指死前的活動功能狀況。

表 24、健康自評與死亡之關係，1989、1993、與 1996 年

人數/死亡	男性				女性			
	期初人數		期間死亡率(%)		期初人數		期間死亡率(%)	
自評健康	1989	1993	1989-93	1993-96	1989	1993	1989-93	1993-96
好	1035	724	7.4	11.3	493	526	7.3	9.3
普通	816	592	15.0	12.2	678	439	9.1	9.6
不好	383	372	28.5	11.8	501	311	20.6	11.3

資料來源：「台灣地區老人保健與生活問題」調查，1989、1993、及 1996。衛生署國民健康局。

說明：死亡率(%)指在期初為該種自評健康狀況，而於期間死亡的人數占期初人數的百分比，非指死前的自評健康狀況。

表 25、1999 台灣地區 53 歲以上人口死因統計

死因別排序	死亡人數	死亡百分比	死因別排序(續)	死亡人數	死亡百分比
總計	51589	100			
惡性腫瘤	9927	19.24	神經疾病	557	1.08
腦血管疾病	6101	11.83	泌尿系統疾病	551	1.07
心臟病	5670	10.99	其他腫瘤	441	0.85
糖尿病	4425	8.58	皮膚病	406	0.79
肝病	4126	8.00	血液疾病	271	0.53
肺及呼吸道疾病	3570	6.92	循環及周邊血管疾病	244	0.47
意外事故	2949	5.72	感染性疾病	172	0.34
流行性感冒	2130	4.13	營養不良與新陳代謝疾病	138	0.33
消化道疾病	1873	3.63	骨、關節及肌肉疾病	173	0.27
腎臟病	1690	3.28	其他內分泌疾病	76	0.15
自然老衰	1615	3.13	精神及心理疾病	24	0.05
心衰竭	1443	2.80	感官疾病	2	0.04
結核病	1176	2.28	男性生殖疾病	20	0.02
高血壓	952	1.85	女性生殖疾病	4	0.01

資料來源：1999 年台灣地區死因統計原始資料檔(行政院衛生署統計室，2000)。

表 26、1999 年台灣地區 53 歲以上者主要死因按人口特徵分

單位：%

背景特徵	惡性腫瘤	腦血管疾病	心臟病	糖尿病	肝病	肺及呼吸道疾病	意外事故	流行性感冒	消化道疾病	腎臟病
總計人數	9227	6101	5670	4425	4126	3441	2879	2031	1791	1637
性別										
男性	63.3	57.2	57.9	43.8	67.7	70.5	68.3	65.4	59.7	52.1
女性	36.7	42.8	42.1	56.2	32.3	29.5	31.7	34.6	40.3	47.9
年齡										
53-64 歲	25.9	15.7	14.0	19.0	36.4	7.9	35.8	7.1	11.1	14.3
65-74 歲	38.0	31.2	30.2	38.1	37.8	27.3	34.9	22.7	26.1	29.3
75 歲以上	36.1	53.1	55.8	42.9	25.8	64.8	29.2	70.2	62.8	56.4
婚姻狀況										
一直未婚	5.2	5.9	6.8	3.4	4.8	9.4	9.4	10.5	8.2	5.9
有偶	70.3	59.0	54.5	61.9	73.5	53.1	65.0	49.9	53.9	56.3
單身	24.5	35.0	38.7	34.7	21.7	37.5	25.6	39.6	37.9	37.8

資料來源：1999 年台灣地區死因統計原始資料檔（行政院衛生署統計室，2000）。

五、性別老人系統疾病發生率

死因僅能顯示致命的方向，而疾病發生率卻可指引各類疾病發生的風險程度。計算某種疾病的發生率需有特定期間內新產生該疾病的人數，由於前述老人保健調查未詳細詢問發病的時間，因此難以計算各項疾病的發生率²。目前國內可提供適當的大型分析資料只有 1996 年內政部之「老人狀況調查」³，該調查詢問受訪者自受訪日回溯過去一年內，是否新罹患各種疾病。該檔案是以滿 65 歲為受訪資格對象，因此，此處以 65 歲各年齡組的疾病發生率分析，供作參考。

表 27 呈現各系統疾病一年內的發生率，以心臟血管疾病居首，其他前六

² 雖然可以就兩次調查期間新增的案例來估計，但因調查間隔頗長，又牽涉到死亡個案，估計程序相對複雜，加之樣本數量有限，誤差恐怕過大。

³ 老年狀況調查自 1986 年起每年隨 12 月份人力資源調查附帶辦理；1989 年起每二年定期於 12 月份隨同人力資源調查附帶辦理；1995 年起由內政部主辦，調查週期改為五年。最新一次的調查為 1996 年。

名依序（以男性排序為主，女性差異甚小）為骨骼肌肉疾病、肝胃腸等消化疾病、內分泌及代謝疾病、眼耳疾病、以及呼吸系統疾病。這些疾病正好對應老年保健調查中，老人盛行率最高的六種疾病：高血壓與心臟病、關節炎、腸胃潰瘍、糖尿病、白內障、與呼吸道疾病。而發生率與盛行率序位的不同，反應出疾病持續時間的差異，罹病期間較長者在盛行率排序較先。

就性別差異而言，雖然兩性發生率均以心臟血管疾病和骨骼肌肉疾病為首，但女性在這兩系統疾病的發生率均高於男性。而全部 13 項系統疾病中，女性有 8 項的疾病發生率高於男性，指出 65 歲以上女性老人的健康狀況受新發疾病的困擾高於男性老人。對兩性老人心臟血管疾病的新個案發生率遠高於其他系統疾病，按照發生率即為危害率的解釋，顯見心血管病變對我國老年人口是一強大的健康威脅。居次的骨骼肌肉疾病，女性老人的發生率相當於男性老人的兩倍多，此項病變對女性老人的威脅度偏高的情形顯著。若分年齡來看，這些疾病好發的年齡並不相同。就女性而言，大部分的疾病好發於 75-84 歲，而男性則在各年齡階段較為分散。

表 27 台灣地區 65 歲以上老人系統疾病發生率，1996

單位：%

性別/年齡	男性 (n=43298)				女性 (n=43347)			
	合計	65-74	75-84	85+	合計	65-74	75-84	85+
系統疾病別	(n=30501)	(n=11550)	(n=1247)		(n=26604)	(n=14850)	(n=1893)	
心血管疾病	1.47	1.53	1.47	0.23	1.92	1.79	2.28	1.62
骨骼肌肉疾病	0.62	0.51	0.83	1.47	1.23	1.25	1.09	1.88
肝胃腸等消化疾病	0.52	0.56	0.29	1.49	0.54	0.46	0.81	-
內分泌及代謝疾病	0.47	0.55	0.32	-	0.54	0.54	0.63	-
眼、耳疾病	0.45	0.57	0.11	0.50	0.28	0.17	0.58	-
呼吸系統疾病	0.34	0.27	0.58	-	0.36	0.36	0.41	-
泌尿系統疾病	0.32	0.20	0.68	-	0.22	0.25	0.21	-
神經系統疾病	0.16	0.12	0.25	0.29	0.17	0.07	0.25	1.09
癌症	0.08	0.11	-	-	0.22	0.25	0.11	0.52

精神疾病	0.06	0.03	0.15	-	0.04	0.06	-	-
皮膚疾病	0.06	0.05	0.07	0.44	0.02	0.04	-	-
殘障	0.06	0.1	-	-	0.09	0.04	0.25	-
血液疾病	0.05	0.03	0.12	-	-	-	-	-

資料來源：「老人狀況調查」，內政部統計處，1996。

說明：1.表中 n 為樣本乘以抽樣加權後的數據。2.各年齡組一年內疾病別發生率亦達性別顯著水準 ($P < 0.0001$)。3."-"代表該項資料為零。4.疾病別的分析選項乃依問卷設計。5.「合計」是以 65 歲以上老人依性別分析的系統疾病類別罹患比例。

肆、死亡率的變遷及老年女性化的形成

台灣自 1920 年以來，由於公共衛生的改進，各年齡死亡率普遍持續下跌，在出生率居高不下的條件下，各年齡組人口存活普遍增加，一路往老年階段累積的結果造成老年人口的數量大幅增加（王香蘋，2001）。1950 年時，台灣 60 歲以上人口不到 32 萬人，但 1999 年時已達 250 萬以上。除了老年人數大幅增長之外，老年人口性比例也出現逐年上升的情形，一直到 1991 年以後才反勢下跌。由於女性的年齡別死亡率多低於男性相對照的年齡別死亡率，照理到老年的時候，性別結構應該出現女性人數多於男性，一般稱為老年女性化的現象。從 1950 年代以來台灣老年人口性比例高於一的不合常理現象，實為二次大戰後大量大陸男性人口移入所致。以生命表人口的方法來排除人口遷移因素的影響，結果顯示登記人口與生命表人口的性比例相差甚鉅（王香蘋，2001），顯現性別死亡率差距導致老年女性化的實存力道，在 1990 年代以後將會全然展現，使得當前高於一的老年人口性比例日漸趨於 0.75 至 0.80 之間，並且會從青老（young-old）開始展現老年女性化的端倪，逐步向中老（mid-old）老老（old-old）發展。

再從兩性老人死亡率及差距與平均餘命的趨勢變化來看，表 28 為 1950 年以來 60 歲以上人口的年齡別死亡率，除了一般所熟悉的死亡率隨年齡增加而增加，且隨著時間而下降的現象之外，同時也可以看到，一方面同一年代死亡率的性別差異，隨著年齡而擴大，然而 1990 年代在 85 歲以上則出現死亡率差距較年輕組縮小的情形。同時，各年齡組的死亡率性別差異，隨著年代而縮小，例如 1960 年 80-84 歲一組死亡率的性別差距有 26.8‰，1998 年時差距減為 18.6‰，而 85 歲以上的高齡組，差距也由 52.4‰縮減為 3.6‰。另外，從老年人口的平均餘命即可看出端倪，表 29 為 60 歲以上的平均餘命，女性老人的預

期壽命仍高於男性，自 1950 年以來，60 歲平均餘命，女性比男性大約 2.5 至 2.96，70 歲平均餘命，女性比男性大約 1.75 到 1.92 歲左右，80 歲平均餘命，女性則高出 0.90 至 1.17 歲之間。

表 28：台灣 60 歲以上兩性老人死亡率及差距

單位：‰

年齡組	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1998
60-64 男	43.6	37.0	31.6	29.5	28.1	18.7	21.5	18.8	17.7	18.1	16.9
女	30.2	22.2	19.6	17.7	17.2	11.6	13.7	12.1	10.7	9.9	9.3
差距	13.4	14.8	12.0	11.9	10.9	7.1	7.8	6.7	7.0	8.2	7.6
65-69 男	58.0	54.7	51.3	43.4	44.1	37.8	34.0	30.5	27.7	25.9	24.9
女	41.5	34.5	32.3	27.8	28.0	22.7	22.8	20.5	18.9	16.6	15.8
差距	16.6	20.2	19.0	15.7	16.1	15.1	11.2	10.0	8.7	9.3	9.0
70-74 男	127.7	124.9	79.0	69.7	69.2	59.8	52.8	49.4	45.6	40.9	37.0
女	96.8	91.4	53.1	48.3	47.0	42.3	36.7	35.8	32.9	29.1	25.6
差距	30.9	33.5	25.9	21.4	22.2	17.5	16.1	13.6	12.7	11.8	11.4
75-79 男	-	-	121.3	101.5	105.4	98.0	83.5	78.1	72.0	66.4	60.3
女	-	-	87.1	76.6	76.6	69.6	63.8	60.7	59.2	51.3	43.8
差距	-	-	34.2	24.9	28.9	28.4	19.7	17.4	12.8	15.1	16.6
80-84 男	-	-	207.6	189.6	188.8	154.9	127.7	117.4	112.5	103.2	97.9
女	-	-	180.8	160.0	156.3	123.8	100.5	99.5	93.0	86.1	79.3
差距	-	-	26.8	29.7	32.5	31.2	27.1	17.9	19.5	17.1	18.6
85+ 男	-	-	-	-	-	288.0	211.6	195.7	184.6	169.7	156.4
女	-	-	-	-	-	235.6	181.8	176.6	169.1	161.9	152.9
差距	-	-	-	-	-	52.4	29.8	19.1	15.5	7.8	3.6

註：1.各年代年齡組性別死亡率，是以（各年代年齡組性別死亡人數 / 各年代年齡組性別年中人口數*1000求得。2.資料來源：台閩地區人口統計（1951-1999）。3.1947-1958 年最後一個年齡分組為七十歲以上，1959-1970 為八十歲以上，1971 以後為八十五歲以上。因此，‘-’代表該年無統計資料。

表 29 60 歲以上兩性人口平均餘命之變化：1955 至 1995

年代	60 歲			70 歲			80 歲		
	男性	女性	差距	男性	女性	差距	男性	女性	差距
1955	12.93	15.89	2.96	7.63	9.40	1.77	3.98	4.88	0.90
1960	13.76	16.65	2.89	8.11	9.94	1.83	4.08	5.06	0.98
1965	14.63	17.43	2.80	8.70	10.47	1.77	4.52	5.45	0.93
1970	14.90	17.85	2.95	9.05	10.96	1.91	4.84	5.89	1.05
1975	16.10	18.94	2.84	9.49	11.40	1.92	4.83	6.00	1.17
1980	16.86	19.47	2.61	10.51	12.25	1.74	5.80	6.73	0.93
1985	17.37	19.88	2.51	10.65	12.40	1.75	5.83	6.84	1.01
1990	17.93	20.51	2.58	11.11	12.88	1.77	6.12	7.19	1.07
1995	18.54	21.40	2.86	11.77	13.62	1.85	6.55	7.64	1.09
1955-1995 的變化	5.61	5.51		4.14	4.22		2.57	2.76	

資料來源：內政部統計處，台灣地區簡易生命表，1955-1995。

在老年女性化的趨勢下，老年人口的性別失去平衡，從時點的靜態觀點看，老年女性人口超出男性甚多，從生命歷程的動態觀點，女性多半會先經歷男性配偶的罹病與死亡，並在體力日漸衰弱的生命階段獨自活存一段最後的晚年。兩性老人由互動共活的階段轉為獨存的生命與生活，其生活品質特別值得關切。由於兩性共同生活的互動關係中，女性常擔任照顧者的角色，男性配偶的疾病與健康也往往成為老年女性配偶的負擔，因此不但女性老人自身的健康，還有男性老人的生命品質，都會影響女性老人的生活品質。關切兩性老人在生命晚期的健康狀況及變化，成為關切女性老年階段生活品質的合理起點。

伍、討論

由表 2 至表 13 的分析顯示：中老人健康的整體趨勢是女性、75 歲以上、教育程度偏低者、本省籍、及居住鄉村地區等受訪樣本的自覺健康較差，自述慢性的累積數較多、及西醫門診服務的使用率較高，但是接受健康檢查的比率卻不是最高。影響健康的行為，男性在各項行為均比女性有較高的比率。年齡組方面，運動習慣則是 65-74 歲領先其他年齡組。從婚姻狀況來看，有偶者在四項的行為也高於無偶者。而在教育程度的差異，有害健康的前三項行為當中，

抽菸以小學程度居多，喝酒是高中及以上程度的比率最高。生活滿意度在正向、負向、及有所期待三類當中，女性在正向的滿意度評述項目，比率均高於男性。65-74 歲在正向滿意度的自述項目有較多最高的比率。婚姻狀況中，在 12 項生活滿意度調查，大多由無偶者領先有偶者。教育程度越高者，對生活正向感覺居多。都市居住的中老年人在正向的生活滿意度上也高於鄉村生活的中老人，而本省的中老人幾乎在 12 項生活滿意度分析，領先外省籍。獨居的中老人則肯定自己人生，卻也「感覺老了，有些厭倦」。而有配偶的中老人則「感覺目前是人生最好的日子」，對當前的生活環境的安全感及滿意度有最高的比率。關於「上週的感覺」的自述，整體上負面的感覺是女性高於男性，至於年齡差異，53-64 歲老人負向的感覺高於其他年齡，而正向的感覺則以 65-74 歲老人領先。婚姻狀況，無偶老人除了「覺得很快樂」低於有偶老人，其餘負向感覺均高於有偶老人。教育程度方面，不識字的老人以「覺得很寂寞(孤單、沒伴)」、「覺得身邊的人不要和你好」、「覺得很傷心」、「提不起勁來做事」四項高於其他對照組，初中教育程度老人則以「不太想吃東西，胃口很差」、「覺得做每件事情都很吃力」、「睡不好覺」居高，而高中及以上教育程度上則是由正向的「覺得很快樂」、「覺得日子過得很不錯」兩項評價最高。不同居住地的老人當中，居住鄉村的老人，以負向感覺的評量項目及百分比均多於其他居住地老人，反之，正向感覺是以都市居住老人的評量最高。族群方面，本省籍及外省籍的評價正好相反，外省籍老人傾向正向感覺，本省籍老人則反之。

進一步檢討罹病、功能狀態、及健康自評這三個健康指標與死亡的關係。表 22 顯示較盛行的疾病，死亡水準未必越高；活動功能以及自評健康狀況與死亡的關係則清楚一致，活動功能越差者與自評健康狀況愈不好者，其死亡關連性越高，但這種關係卻在隨著存活者年齡的增加而減弱，失能期間的長短可能是更重要的變數。在性別差異上，男性在各種功能行動狀態與自評健康狀況者的死亡水準都高於女性。

表 18 至表 21 討論 53-64 歲、65-74 歲、及 75 歲以上各年齡層罹病的分佈狀況，高血壓、中風、及白內障，兩性老人均以 65-74 歲的罹患比率最高。糖尿病、胃腸疾病、肝膽疾病、及腎臟等疾病，亦一致以 53-64 歲的罹患率領先其他年齡組。而心臟病、癌症、呼吸疾病、關節疾病、髖關節骨折、及脊椎疾病，男性則以 65-74 歲老人，女性是 53-64 歲的罹病率最高。只有痛風，男性以 53-64 歲一組的罹患率最高，女性則為 65-74 歲一組高於其他年齡組。在自述慢性病累積數方面，罹患 0 項、1 項及 2 項疾病，兩性均是以 53-64 歲一組領先其他年齡組，而罹患 3 項以上疾病者，則以 65-74 歲組的百分比最高。各

項活動的障礙，不論是 ADL 或 IADL 均以 75 歲以上老人的障礙率最高。其中，75 歲以上女性 ADL 的障礙率又比男性高，IADL 障礙率則普遍低於男性。而功能障礙累積數部份，就性別及年齡組的分佈狀況，男性所累積的活動障礙，偏向以輕度障礙集中在 65-74 歲，而女性則有兩極化的現象，輕度的功能障礙集中在 53-64 歲，而傾向重度之功能障礙則集中在 75 歲以上年齡組。

在老人的死亡原因方面，序位最前面的 10 種死因，對照死因統計與老年盛行的疾病類別來看，老年最盛行的幾種慢性疾病（關節炎、高血壓、腸胃潰瘍、呼吸道疾病、心臟病、以及白內障、與糖尿病等）中，除了關節炎與白內障之外，其他均是重要的死亡關連因素。分性別來看的話，男性死於急性（如腦血管疾病、肝病、肺疾病及急性心肌梗塞）與短期致命性病變（如各系統的惡性腫瘤）的比重高於女性；而女性老人則在慢性衰竭病症（如糖尿病）方面高於男性。

死因僅能顯示致命的方向，而疾病發生率卻可指引各類疾病發生的風險程度。分析 1996 年內政部「老人狀況調查」，指出各系統疾病一年內的發生率，結果以心臟血管疾病居首，其他前六名依序為骨骼肌肉疾病、肝胃腸等消化疾病、內分泌及代謝疾病、眼耳疾病、以及呼吸系統疾病。這些疾病正好對應老年保健調查中，老人盛行率最高的六種疾病：高血壓與心臟病、關節炎、腸胃潰瘍、糖尿病、白內障、與呼吸道疾病。發生率與盛行率之間序位的不同，反應疾病持續時間的差異。就性別差異而言，雖然兩性發生率均以心臟血管疾病和骨骼肌肉疾病為首，但女性在這兩系統疾病的發生率均高於男性，尤其在骨骼肌肉疾病偏差更大。而全部 13 項系統疾病中，女性有 8 項的疾病發生率高於男性，其健康狀況受新發疾病的困擾高於男性。

陸、結論與建議

Freeman 與 Martin (1998) 的研究指出，老人因教育程度提昇，較會找尋適合的照護，甚至配合醫師的說明，即便有角色期待及生活環境對活動功能受限的影響，但也因社會背景特徵進化而有功能狀態的改善；倒是老老人的數量增加，必須輔以生活設施改善的配合，才能維持既有的功能。Waidmann (2000) 也認為教育是致使老年人口活動功能失能下降的重要因素。而 Andrews 長期致力於老人健康促進的研究也發現，導致存活較久之影響因素必也是避免失能的重要因素，當中因為規律的運動，產生正向的心理感覺，該感覺則是身體活動

的重要指標。Beland (1999) 就提出，老人的認知功能是其生活活動功能惡化的最佳預測指標，同時多重罹病與負向的感覺（如憂鬱）也被視為活動失能發作的危險因子。Beland (1999) 更進一步指出，老人 IADL 失能不會立刻危及日常生活，通常 IADL 失能的情形會停滯一段長的時間才會進入 ADL 障礙。更重要的是，兩性老人因功能轉變而需要的健康照護不同。也就是，在每一活動功能狀態之下，男性的死亡率均高於女性，而女性從活動功能受限到完全復原，比男性需要較多的照護。

Freeman (2000) 強調，慢性病對老人功能的影響程度，雖然對老人的影響還不十分明確，但是注意防範慢性病的發生及加強健康的管理，加上健康相關行為的配合，卻與功能受限的減少相關。就技術上而言，疾病的診斷與治療技術的改善，目前的醫療服務均能便利迅速的達成效果，端看醫療體系的規劃情形。

Brach 等 (2002) 提出，女性老人實際的活動功能狀況比健康自評更差，原因是日常生活活動是因應身體功能衰老的調整，因此提早鑑認身體功能的變化才是重點。而 Molarius 等 (2002) 認為，慢性病是影響活動功能和健康自評的主要因素。在無法清楚自述罹病及發現具體罹病之病徵，疲倦 (tiredness) 或虛弱 (weakness) 肌肉酸痛、憂鬱、及健康自評均是參考指標。特別是疲倦 (tiredness) 或虛弱 (weakness) 更是決定健康自評的關鍵。Brach 與 Molarius 的研究，在原有的老人健康觀察當中，更加證實了罹病、功能障礙、及健康自評的關係。文中亦針對女性老人罹病導致活動功能改變，進而影響老人健康自評的狀況，提出預防疾病發生的根本解決辦法。另外，以疲倦或虛弱兩症狀的自述，作為老人健康自評檢測或參考的指標。我們從以上分析，結果呈現女性老人在健康自評和活動功能障礙的比例均高於男性，檢查罹病的自述情形亦有雷同的趨勢。這樣的一致性，對女性老人健康的關懷，應就 Brach 與 Molarius 的提議，近早的預防疾病發生，不僅延緩功能障礙的程度，提升正向的心理健康，促進良好的健康自評。

進一步瞭解衛生署的婦女健康政策，提出的婦女健康問題首先是肥胖其次是腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、及高血壓四項慢性病的死亡率，第三是年長婦女的長期照護需求，最後是更年期障礙及骨質疏鬆問題。問題的洞悉與觀察上確實切合影響當前老人女性的生命品質，但是在政策與執行計畫的方針上卻只是關注育齡婦女的各等保健問題。雖然在國民健康局的中老年疾病防治的網站補充有豐富的各等慢性病保健常識。但是，中老年婦女，特別是老年婦女

對資訊的親近機會不高，資訊取得相形之下並不便利。在就醫與讓日常生活的配合效果上非常有限。更甚，保健常識的親近，常常是在發生健康問題之後，才嘗試著以補救的方式處理。因此，我們面對此種行為慣性，如何以更積極有效率的方式介入，頗令人深思。

最後，從以上的研究摘要對照我們的研究，老人健康相關生活品質研究的應用，首先，依照健康狀況的不同分類成不同的健康結果，老人健康生活品質的相關概念及其指標，應以活動功能為主。因循著這個重心，對健康狀況給予定值，以確立老年人在健康狀況上的傾向為何？關於這一點，中老人的死因、疾病的罹患率、慢性的累積數量、及其相關的衛生行為都是重要的參考訊息。根據這些資訊，配合老人居住地區與居住安排，提供估計直接或間接的健康照護，直接部分包括所有健康照護專業人員的時間、所提供的服務、人力耗費、以及設備等等，而間接成本則為病人及家屬所投注的時間以及精神耗費。這三點建議是以資源分配策略，隱含的是一種期許的角度，希望經由涵蓋較廣的健康測量，以及辨識出產生實際可用的服務與技術，更重要的是，可精確指出老人的需要。

柒、參考文獻

中華民國老年醫學會

1994 台灣地區 65 歲以上老年疾病調查報告專刊。

內政部統計處

1997 民國八十五年台灣地區簡易生命表。

行政院主計處、內政部

1986-1996 中華民國台灣地區老人狀況調查報告。

王香蘋

1999 死亡率與罹病類型差異：老年女性健康問題之探討，婦女與兩性學刊第十一期，頁 129-150。

2001 台灣老人健康狀況與健康變化的性別經驗探討，國立中正大學社會福利研究所博士論文。

吳淑瓊

1997 老人長期照護研究，行政院衛生署委託研究計畫。

吳淑瓊與張明正

1997 台灣老人的健康照護現況分析，台北：國立台灣大學公共衛生研究所暨衛生政策研究中心，頁 33-41。

胡澤芷

1997 台灣地區老人健康狀況之動態分析：多重狀態生命表的應用與分析。中正大學社會福利研究所碩士論文。

涂肇慶、陳昭榮與陳寬政

1993 「台灣地區老年殘障率的研究」，台灣大學人口學刊第十五期，頁 17-30。

張明正

1997 「台灣地區高齡人口自評健康及功能障礙之追蹤研究」，編入孫得雄、齊力、及李美玲主編之人口老化與老年照護論文集，台北：中華民國人口學會，業 237-262。

陳寬政，余玉眉，與李麗雪

1995 「台灣地區老年疾病與功能障礙的指標建構」，行政院衛生署八十三年度委託研究計畫報告。

陳寬政，陳昭榮與涂肇慶

1993 「老年殘障與醫療費用」，嘉義，國立中正大學社會福利學系暨研究所。

Anderson RT, James MK, Miller ME, Worley AS, and Longino CF

1998 The Timing of Change: Patterns in Transitions in Functional Status among Elderly Persons”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B(1):S17-S27.

Andrews, GR

2001 Care of Older People: Promoting Health and Function in an Ageing Population, *BMJ*,322:728-729.

Arber S and Ginn J

1994 Women and Aging, *Review in Clinical Gerontology*, 4:349-358.

Binstock RH and George LK (ed.)

1995 Handbook of Aging and the Social Sciences, 4th ed(pp97-110). London: Academic Press.

Brach,JS., VanSwearingen,JM., Newman,AB., and Kriska,AM.

2002 Identifying Elderly Decline of Physical Function in Community-Dwelling Older Women: Performance-Based and Self-Report Measures. *Physical Therapy*, 82(4), 320-328.

Beland, Francois and Zunzunegui, Maria

1999 Predictors of Functional Status in Older People Living at Home, *Age and Ageing*, 28:153-159.

Colvez A

1996 Disability Free Life Expectancy, in Shah Ebrahim and Alex Kalache (ed.), *Epidemiology in Old Age*, London.

Crimmins EM and Saito Y

1994 Changing Mortality and Morbidity Rates and the Health Status and Life Expectancy of the Older Population, *Demography*, 31(1):159-175.

Dorothy, D. Dunlop, Susan, L. Hughes, and Larry, M. Manheim

1997 Disability in Activities of Daily Living: Patterns of Change and a Hierarchy of Disability, *American Journal of Public Health*, 87(3),378-383.

Freeman, VicKiA. and Martin, Linda, G.

2000 Contribution of Chronic Conditions to Aggregate Changes in Old-age Functioning, *American Journal of Public Health*,.

Freeman, VicKiA. and Martin, Linda, G.

1998 tations Among Older Americans, *American Journal of Public*

Health,88(10),1457-1462.

Ford AB, Folmar SJ, Salmon RB, Medalie JH, Roy AW, and Galazka SS Gee EM and Kimball MM (ed.)

1987 Women and Health, in *Women and Aging*, Butterworths, 29-52.

Gove WR

1984 Gender Differences in Mental and Physical Illness: The Effects of Fixed Roles and Nurturant Roles, *Social Science*, 19:77-84.

Hedda AT,Eva von S, Matti V, Bengt W, Laura F

2001 Institutionalization in the Elderly: The Role of Chronic Diseases and Dementia.

Cross-sectional and Longitudinal Data from a Population-based Study, *Journal of Clinical Epidemiology*, 54:795-801.

Johnson RJ and Wolinsky FD

1994 Gender, Race, and Health: the Structure of Health Status among Older Adults. *The Gerontologist*, 34(1): 24-35.

Jette AM

1980 Functional Status Index : Reliability of a Chronic Disease Evaluation Instrument. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (61) : 395-401.

Manton KG, Stallard E and Corder LS

1998 The Dynamics of Dimensions of Age-related Disability 1982 to 1994 in the U.S. elderly population. *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 53A(1),B59-B70.

Manton KG and Stallard E

1988 Changes in Health Functioning and Mortality, in Sidney M. Stahl(ed.), *The Legacy of Longevity: Health and Health Care in Later Life*. Newbury Park, CA: SAGA Publications.

Manton KG

1989 A Longitudinal Study of Functional Change and Mortality in the United States, *Journal of Gerontology: Social Science*, 43(5), S153-S161.

Molarius A and Janson,S.

2002 Self-Rated,Chronic Disease,and Symptoms among Middle-aged and Elderly Men and Women. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 364-370.

Verbrugge LM

1985 Gender and Health: An Update of Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26:156-182.

Verbrugge LM and Jette AM

1994 The Disablement Process, *Social Science and Medicine*, 38(1): 1-14.

Waidmann TA, Liu K

2000 Disability Trends Among Elderly Persons and Implications for the Future, *Journal of Gerontology: Social Science*, 55B(5):S298-S307.

Waldron I

1993 Recent Trends in Sex Mortality Ratios for Adults in Developed Countries. *Social Science and Medicine*, 36:451-462.

Waldron I

1995 Contributions of Changing Gender Differences in Behavior and Social Roles to Changing Gender Difference in Mortality. In: Amick, B. & Levine, S., et al (ed.), *Society and Health*, Oxford University Press.

World Health Organization

1984 The Use of Epidemiology in the Study of Elderly. *World Health Organization Technical Report Series 706*. Geneva: WHO.