

分析桃園地區中老年族群於健康行爲、健康意向與慢性疾病知識間關連之研究

張啓昌*

摘 要

二十一世紀的來臨，同時也預示全球高齡化社會的到來。當面臨人口急速老化與醫療進步使平均壽命延長後，慢性疾病的患病率亦伴隨年齡增加而有所成長，不僅嚴重威脅老年人的健康，更造成生活品質的下降。環顧國內外探討引發慢性疾病的研究呈現多元的發展，學者與機構相繼針對慢性疾病提出防治與解決方法，然而受限於慢性疾病本身特性所限制，甚或引發程度不一的醫療品質，歸納其產生原因大抵根源民眾對於慢性疾病知識掌握不完全所導致。因此如何預防慢性疾病以及了解慢性疾病等相關知識，儼然已成為現代人應有的基本健康生活概念。本研究根據中老年族群就個人經驗及生活情境的差異，在面對慢性疾病危險因子的瞭解程度不一的現況下提出五大假設。透過桃園地區中老年族群為對象進行實地訪問與調查，運用皮爾森卡方檢定與多變量統計分析方法瞭解個人健康行爲模式、健康意向狀況與慢性疾病知識間關鍵因素分析，研究結果顯示在中老年族群中社會經濟高的、女性比男性以及老年人中擁有較好的保健行爲，相對的慢性疾病的知識也較好；對於年齡較長者與老年人中健康狀況較好的，相對的慢性疾病的知識則未有顯著性的差異。

關鍵詞：慢性疾病、知識落差、多變量分析

*中山醫學大學 資訊管理系助理教授

電子郵件：threec@csmu.edu.tw

收稿日期：2007.11.10

修改日期：2008.5.14

接受日期：2008.5.14

The Analyze of the Relationship of Chronic Diseases Knowledge, Health Behavior and Health Beliefs in Older Adults – A Case Study for Taoyuan Area

Chi-Chang Chang*

Abstract

In the 21st century, demographic shifts in the population will lead to a further increase in the proportion of elderly and consequently of people with chronic diseases. According to the literature reviewed, there were several methods have been provided several methods for possible chronic diseases problems. However, few studies paid attention to explore the chronic diseases knowledge. Hence, this study has proposed five hypotheses for the differentiation of chronic diseases knowledge. In addition, a survey of health questionnaire was tested to assess chronic disease knowledge, health beliefs, and lifestyle practices among small area (Tao-Yuan), 55 and older. Hypotheses on age, Gender, socioeconomic status, health status, and health behaviors issues were tested. Further Pearson's correlation and Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) test that age group differences on chronic disease knowledge to carry on the analysis of the key factor. Thus, this study tries to find whether there is a phenomenon of chronic diseases knowledge gap in the old. Finally, the results of this study have showed that higher socioeconomic status, female and greater acculturation will be related to a higher level of chronic disease knowledge among older. In opposition to the elder, better health status and the greater health behaviors practiced can not revealed one's higher chronic disease knowledge.

Keywords: Chronic disease, Knowledge Gap, Multivariate Analysis of Variance.

* Assistant Professor, Department of Information Management Science, Chung Shan Medical University

壹、緒論

據估計現今世界上壽命超過 65 歲的人數，就佔了有史以來壽命超過 65 歲人口總數的一半(Hirschfeld, 1985)。當前在全世界 190 多個國家與地區中，約有 60 餘個國家已進入高齡化社會。在二十世紀初的美國，超過六十五歲以上的人口約占總人口的 4%，而今天這個比例已經攀升到 13%。反觀國內，根據內政部戶政司統計 92 年的人口老化指數 46.6%，平均每 7.6 名青壯人口就必須扶養一位老人，此一趨勢更反映台灣人口老化問題的嚴重性。當面臨人口急速老化及醫療進步使平均壽命延長後，慢性疾病的盛行率也跟著扶搖直上，根據美國健康照護研究與品質機構 (AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality, 2002) 研究報告指出：「美國的老年人平均有 75% 患有慢性疾病；在患有慢性疾病中約有 50% 患有二種以上慢性疾病。根據內政部統計處衛生統計資料顯示，現階段台灣有 76.06% 的老人罹患慢性疾病。一般而言，高齡化社會所帶來的老人問題以健康和經濟方面的問題最為迫切，在健康方面，依據內政部所實施「89 年台灣地區老人生活狀況」調查報告指出：在 65 歲以上人口認為政府應該優先提供的老人福利措施中，對「給予老人看病醫療保健」視為最重要，其比率高達 72%。顯示健康醫療問題仍是老年生活中最為憂慮，主要是因為長期的醫療費用實非一般家庭所能負擔；再加上慢性疾病罹患狀況具有患病率高、致殘率高，死亡率高的「三高」特點，以及防治知識知曉率低、患病服藥率低、病情控制率低的「三低」現象(美國疾病管制局, 2005)。雖然老化並不等於疾病，但隨年齡的增加生理功能衰退，使得健康問題和失能的危險性增加，且老年人的健康問題多屬複雜之病情，如共患、合併、併發、累積及加成的情況，並以慢性疾病居多，因此，如何預防慢性疾病及了解慢性疾病等相關知識，已成爲了現代人應有的基本生活概念。

爲了探討面對老年人因生活健康行爲，本研究並深入探討慢性疾病知識在中老年族群上認知的差異做出以下五大假設：

假設一、在中老年族群中社會經濟高的，對慢性疾病知識了解的程度有正相關。

假設二、在調查樣本中，老年人所擁有的慢性疾病知識與中年人相比較爲偏少。

假設三、在中老年族群中女性比男性更了解慢性疾病的相關知識。

假設四、老年人中健康狀況較好的，相對的慢性疾病知識也較好。

假設五、老年人中擁有較好的保健行爲，相對的慢性疾病的知識也較好。

依據上述假設本研究透過桃園地區居民進行問卷調查，在資料分析方法運用皮爾森卡方檢定與多變量統計分析來瞭解個人健康行爲模式、健康意向狀況與慢性疾病知識間關鍵因素分析。本文分爲六個章節描述。在第二章針對慢性疾病、慢性疾病知識管理進行相關文獻探討，第三章爲研究設計，第四章針對資料進行結果分析，第五章與第六章分別爲討論與結論說明。

貳、文獻探討

在現今科技發達的社會裡，醫療技術的進步使得人類的平均壽命增加，伴隨著高齡而來的是多元的慢性疾病，以下分別針對慢性疾病與慢性疾病知識管理進行相關探討。

一、慢性疾病

環顧國內外相關衛生統計資料，在表一可以發現，慢性疾病不論是在台灣或者是全世界的十大死因裡就佔了 70%以上的比率，由此可知慢性病防治已成當務之急。

表一 2005 年全球與台灣十大死因排行表

全球前十大死因	台灣前十大死因
1. 心臟病	1. 癌症
2. 中風	2. 腦血管疾病
3. 肺炎	3. 心臟疾病
4. 愛滋病	4. 糖尿病
5. 支氣管炎和肺氣腫	5. 事故傷害
6. 腹洩致死	6. 慢性肝病及肝硬化
7. 死胎或 1 周內嬰兒死亡	7. 肺炎
8. 結核病	8. 腎(炎)症候群
9. 肺癌	9. 自殺
10. 交痛事故	10. 高血壓疾病

(資料來源：世界衛生組織、行政院衛生署，2005)

根據美國疾病管制局(美國疾病管制局, 2005)對慢性疾病的定義:「疾病的狀態會持續地存在,不僅不會自動恢復也不太可能完全治癒;慢性疾病具有患病率高、致殘率高、死亡率高的三高特點,以及防治知識知曉率低、患病服藥率低、病情控制率低的三低現象」。其他相關學者與組織對於慢性疾病的定義,整理如下表二所示。由表二慢性疾病的定義中可以了解,慢性病的論述包涵了多重意義,如從權威醫療導向轉為自我責任、從身體功能變化到心理社會衝擊、從單向度定義到整體人文環境之考量,在這些漫長且不確定的病程當中,個體的身、心、社會都將隨著疾病發展而有所改變,其照護的需求亦隨之而改變(林耀盛與吳英璋, 1999)。然而,慢性疾病的種類繁多,其表現的型態也多樣化。為了解慢性疾病的本質, Corbin and Strauss (1988)追蹤了整個慢性疾病過程的發展,發現疾病之進行軌道可劃分為以下八個階段如表三所示。

表二 慢性疾病定義整理表

機構/學者	慢性疾病的定義
美國慢性病委員會(2000)	將慢性疾病界定為正常狀態受到損害或已偏離常態。
Curtin and Lubkin(1995)	慢性疾病是在一段不定時間內,因疾病所引起的症狀或病徵,其病程為長期,且只能部份復原;慢性疾病為不可逆的、累積的、潛伏的,需要整體環境提供照顧、自我照顧、功能維持與預防失能的工作。
美國國家長期照顧會議(1995)	以時間層面來界定慢性疾病:病情需持續或長時間的照顧,至少達 30 天的急性住院天數,或在不同醫療機構需 3 個月的照顧或復健。
Eliopoulos et al.(1999)	慢性疾病五點特徵:(1)疾病是無法根治且為不可逆的過程(2)是為長期疾病(3)需長期的指導、觀察或照顧(4)需執行自我照顧(5)疾病已潛在地影響個案的身、心、社會及靈性層面。

(資料來源:本研究整理)

表三 慢性疾病發展過程

階段	名稱	疾病進程
1	預防期	於疾病發生前，此時無症狀或徵象表現。
2	發病期	症狀或徵象的表現，包括疾病的診斷期間。
3	危機期	生命受到威脅之狀況。
4	急性期	慢性病急性惡化或合併症出現，急需醫療處置。
5	穩定期	在遵從醫療處置之下，疾病之進展或症狀得以控制。
6	不穩定期	即為遵從醫療處置，仍無法控制疾病之進展或症狀表現，但尚不需住院治療。
7	衰退期	因疾病的症狀增加或失能導致個體身心狀況逐漸衰敗。
8	死亡期	死亡。

(資料來源：本研究整理)

由於慢性疾病種類眾多，爲了瞭解中老年人因老化現象的產生較容易罹患慢性疾病類型，以下分別對於慢性疾病的範疇加以說明（張啓昌，2005）：

1. 循環系統疾病（包含高血壓、心臟病、腦血管病變、動脈粥樣硬化、動脈栓塞及血栓症、雷諾氏病與川崎病併發心臟血管異常者）
 - a. 高血壓：一般血壓值持續大於或等於收縮壓140mmHg 或者舒張壓90mmHg者，則稱高血壓。高血壓可分爲「原發性」和「次發性」高血壓兩大類，大多數沒有明顯的徵候或症狀，較常見的症狀有頭暈、頭痛、後頸部僵硬、心悸、胸部壓迫感等。高血壓有複雜的致病因子，大致可分爲二種(1)可控制的因素：包括飲食中的鹽分太多、過胖、飲酒、缺乏運動及壓力太大。(2)無法控制的因素：包括年齡（年齡愈大，通常是35歲以後罹病機會愈高）、性別（男性好發在35~50歲之間，女性則在更年期時）及家族史（若父母親或親戚有高血壓或心臟血管方面的疾病都應注意）。另外，高血壓也是心臟血管疾病最要的危險因子，若併有其他危險因子時，也會增加發生心

臟血管疾病的危險性。高血壓與許多嚴重的慢性疾病有密切的相關，這些疾病多發生於中老年人，其發生率隨年齡而增加，因此高血壓是導致成人殘廢及死亡的主要病因之一。

- b. 心臟病：是由於供應心肌血液的任何一條冠狀動脈發生狹窄或阻塞時，就會阻斷心臟的氧氣及養分供給，導致心肌缺氧時，就會發生心臟缺氧，抑制心肌收縮，使心臟無法搏出正常量的血液之情形。而心臟病可分為「先天性心臟病」、「風濕性心臟病」、「高血壓性心臟病」和「冠狀動脈心臟病」，中老年人以最後二類較為常見。心臟病之致病因子，大致可分為二種(1)可控制的因素：包括高血壓、糖尿病、高血脂症、缺乏運動、肥胖症、抽煙、家族有心臟血管疾病的病史、A型的行為型態及濫用古柯鹼(cocaine)或安非他命(amphetamine)；(2)無法控制的因素：包括遺傳基因、種族、年歲增高。
 - c. 腦血管疾病：腦血管疾病又稱為腦中風，是指突發性的腦內出血或缺血，導致腦內局部受到壓迫、血液循環不良，造成腦部受傷，引發身體某些部分或思考功能暫時或永久失去功能，如肢體癱瘓、語言障礙、嘴歪、眼斜、流口水、暈眩、嘔吐、步伐不穩及大小便失禁等，若不及時醫治，將可能導致意識昏迷，甚至死亡。腦中風的類型可分為「短暫性腦缺血發作」、「缺血性腦中風」與「出血性腦中風」，而罹患腦中風之危險因子主要為：年齡、家族病史、高血壓、糖尿病、心臟病、肥胖、抽煙及其他（如高血脂症、酗酒、缺乏運動等）。
2. 內分泌及代謝疾病（包含糖尿病、甲狀腺機能障礙、高血脂症、威爾遜氏症、痛風、天皰瘡、皮肌炎、泌乳素過高症、先天性代謝異常疾病、腎上腺病變引發內分泌障礙、腦下垂體病變引發內分泌障礙、性早熟與副甲狀腺機能低下症及性腺低能症(Hypogonadism)）。
 - a. 糖尿病：糖尿病指因為胰臟不能製造足夠的胰島素，所以葡萄糖無法充分進入細胞內，留在血中使血糖濃度升高，一部份排入尿中，形成糖尿病。糖尿病的發生與遺傳體質相當有關係，其他如肥胖、情緒壓力、懷孕、藥物、營養失調，都會促使糖尿病發生。在發病初期，大多數人都沒有症狀，除非做健康檢查，否則不易發現。病情隨時間加重，血糖逐漸升高，才有

尿多、口渴、飢餓、疲勞、視力模糊、體重減輕或傷口不易癒合等症狀出現。

- b. 高血脂症：血清中所含的脂肪簡稱血脂，主要包括膽固醇(Total Cholesterol)和三酸甘油酯(或稱為中性脂肪，TG)，而血中高膽固醇、高三酸甘油酯、或兩者皆高時，稱之為高血脂症。一般通稱的高血脂症，是指高膽固醇血症，指低密度膽固醇過高者，而三酸甘油酯值過高者，稱為高三酸甘油酯症；兩者皆高，則稱混合型高血脂症。而造成三酸甘油酯過高的因素，除遺傳外，有肥胖、缺乏運動、抽菸、過量喝酒、糖尿病及某些藥物(如類固醇)。至於高血脂的高危險群則為(1)低密度膽固醇值大於160 mg/dl 時。(2)已罹患動脈硬化疾病，且低密度膽固醇大於130 mg/dl 時。(3)低密度膽固醇超過190mg/dl，代表可能是與遺傳有關的高膽固醇血症，而且有較高的機會發生動脈硬化疾病。(4)銀髮族：膽固醇濃度會隨著年齡、性別不同而有所差異。一般而言，膽固醇濃度在五十歲時達到最高，男性通常比女性高，但是婦女在更年期停經後，其膽固醇濃度會上升，有時甚至可能超過同年齡男性。(5)飲食習慣：例如喜歡上餐廳吃大餐、喜歡高膽固醇的食物(如蛋黃、內臟肉)、喜歡吃油脂類食物(如肥肉、雞皮、全脂牛奶、奶油)、喜歡吃豬油或奶油烹調或油炸之食物與喜歡吃精緻甜食(如蛋糕、冰淇淋、甜飲)。(6)生活習慣：例如不喜歡運動，或不能經常規則的運動、抽煙、肥胖、經常應酬、經常處於情緒緊張壓力下工作與不留意血膽固醇值，或從未檢查過。
- c. 痛風：要瞭解痛風則需先瞭解尿酸與高尿酸血症。尿酸是體內細胞核酸—「普林」的代謝最後產物，而當體內尿酸的生產量過剩或排泄不良，就會使酸堆積在體內，造成血中尿酸過多，稱為高尿酸血症。若尿酸值持續過高，它需要經過一段很長的時間，產生結晶鹽在關節腔內沈積至飽和狀態時，而發生紅、腫、熱、痛的痛風關節炎現象稱之為「痛風」，乃因痛的時候來如風而得名。痛風的臨床徵狀分為四個階段：I.無症狀的高尿酸血症。II.急性痛風。III.不發作期。IV.慢性痛風性關節炎。至於痛風的高危險群則為(1)年齡超過40 歲以上的中老年人。(2)遺傳：家族曾有罹患中風、尿酸腎結石、高尿酸血症者。(3)肥胖、營養失調者。(4)腎功能不全者。(5)酗

酒者。(6)使用利尿劑者。

3. 骨骼肌肉系統疾病（包含關節炎、骨質疏鬆症、紅斑性狼瘡、多發性肌炎與慢性骨髓炎（須依X光片予以判定，如需服用抗生素，需有CRP、ESR 檢查作為判定依據））。
 - a. 關節炎：所謂的關節炎泛指身體上各關節的發炎疾病，分為急性及慢性發作；急性期發作的關節表現紅腫熱痛的現象；慢性期表現疼痛及關節僵硬。一般常見的關節炎有四種(1)骨性關節炎〈退化關節炎〉：好發生於老年人。(2)類風濕性關節炎：有遺傳性。(3)僵直性關節炎：有遺傳性。(4)痛風性關節炎—好發生於男性。
 - b. 骨質疏鬆症：身體骨骼的骨質自出生後會隨著年紀而增加，大約在20至30歲會達到最高峰，之後骨質逐漸減少，女性在停經後，骨質減少的速度會加快，如果骨質流失過多，使得原本緻密的骨骼形成許多孔隙，呈現中空疏鬆的現象，就是所謂的「骨質疏鬆症」。骨質疏鬆症可大致分為「停經後骨質疏鬆症」與「老年性骨質疏鬆症」（多見於70歲以上的老人），而骨質疏鬆症最明顯的症狀，就是脊椎壓迫性骨折，會引起背部酸痛，身高變矮，及駝背現象。至於骨質疏鬆症的危險因子，大致可分為二種(1)可控制的因素：包括鈣質攝取不足、吸菸、飲酒過量、缺乏運動與喝大量咖啡。(2)無法控制的因素：包括女性、年齡超過七十歲、已達更年期或停經、家庭成員有人患骨質疏鬆症與身材和體格特別矮小。

由於國民生活品質提昇與醫療科技進步，使得國人平均壽命延長導致人口的老化，許多文明病也接踵而來，因此健康問題也逐漸成為社會關注的焦點。而器官功能衰退的原因，可以是老化，抑或是疾病所造成的，也可以是生活習慣所日夜累積而來，這彼此間是交互影響、關係複雜不明的，甚至也不易判別或是區隔。但是疾病的罹患率，是會隨著年齡累增，而罹患疾病的「慢性化」，也會隨年齡而累增，這與環境中的致病因子蓄積有關，生命愈長，所累積的致病因子愈多也愈容易發病，再加上老化所致生理功能和保護作用退化之影響，使得慢性疾病的罹患率與年齡成正比(尤佩文，1998；李世代，1999)。在沒有疾病影響的情況下，雖然身體功能會隨著年齡增加而退化，但是自然老化卻不

至於影響個人獨立執行日常生活的能力。因此許多老化的症狀，實際上卻是疾病的表現，甚至可能是疾病早期的唯一表現。Rolland (1987)依照慢性疾病發病的型態、病程長短、結果和疾病所造成的損傷等四個層面，說明慢性病對個體或家庭之影響，如下表四。

表四 慢性疾病影響層面與影響

層面	發展內容	影響
發病型態	可分為急性發作與漸進性發作，急性發作如腦溢血和心肌梗塞等，個體及家庭必須在短期內作調適；而漸進性發作如退行性關節炎、癌症與巴金森氏病等。	個體及家庭則有較多的時間調適因應慢性病所帶來之改變。
病程	在疾病的症狀的進行期，個體及家庭需不斷地調適，以快速適應疾病，如癌症；在疾病的復發期時，個體及家庭則需更有彈性，以應付突發之情況，如慢性阻塞性肺疾病之急性惡化。	而於穩定期時，個體及家庭通常需面對疾病所遺留的缺陷，如腦溢血所造成之偏癱或失語。
結果	慢性病對生命威脅的程度，因有些慢性病不致於威脅生命，如腰椎受損、關節炎和失智症等，而有些慢性病如轉移性癌症或後天免疫缺乏症候群則會致命，但預期性哀傷，是個體與家庭皆會面臨且影響深鉅的問題。	雖然疾病所造成的結果嚴重性差異程度不同。
損傷	疾病所造成的，包括認知障礙、運動障礙、活動耐受力受限、外表改變或醫療所致社會烙印等。	不同的損傷種類、程度和時間長短對個體及家庭亦造成不同壓力程度，例如同時合併認知與運動障礙的腦溢血病患會比脊椎受損病患需更多的角色調整。

(資料來源：本研究整理)

由上表四得知，慢性疾病對個體與家庭的影響是非常複雜且依其不同的發病型態、病程長短、結果及疾病所造成的損傷而有所差異。在這些漫長不確定的病程當中，個體需要極大的努力來因應調適慢性疾病所帶來的衝擊，尤其是老年人更需不斷調適自我，接受疾病所造成的改變，才能達到自我統合之境界。

二、慢性疾病知識管理

由上述文獻使本研究得知，慢性疾病對個體的身、心、社會變化影響深鉅，尤其是老年人會漸漸失去對生活的控制，如此不僅僅衝擊了晚年生活，更影響到自我統合發展任務。所以慢性疾病老年人極需發展良好的調適任務，不斷地調整自我，維持自主與獨立，以及藉由對疾病的意義建構，學習與瞭解慢性疾病之屬性特徵，方能成功地因應疾病所衍生出的變化，將疾病融入生活經驗當中。針對慢性疾病知識在自我照顧能力的重要性，分別以下觀點說明：

1.醫學的觀點：Levin (1976)認為：自我照顧是一般人運作益於自我健康的活動過程，以促進健康、預防疾病、發現疾病及治療疾病，為照護系統中之初級照護。另外，Vickery(1986)認為：自我照顧是個體重視醫療問題所表現的行為。換言之，醫學所意指的自我照顧是針對醫學問題或身體症狀的行為表現，且將照顧的職責(如評估、監測、治療和順從性等)轉移至病人，希望病人能執行如傳統醫師角色的活動，例如能自我評估、自我症狀監測、自我治療與預防等，病人的行為改變是為了遵從醫囑，醫師亦期望教育病人達到與其一致的治療性目標。就醫學觀點自我照顧的能力與疾病知識呈現高度關連，老年人在慢性疾病知識的具備程度多寡亦會影響疾病發生的機會及面對疾病入侵後的自我認知。

2.衛生教育觀點：Green 等人應用 PRECEDE 模式(Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation)發展自我照顧計畫，將影響個體執行自我照顧行為歸納三個因素，分別為 a.素質因素 (Predisposing factors)：為個體本身內在因素，包括認知、動機、信念及價值觀等；b.促使因素 (Enabling factors)：為個體執行自我照顧行為時，所需技

能與資源；c.增強因素（Reinforcing factors）：個體的社會支持系統。就衛生教育觀點運用教育的過程和行為的改變策略是可以協助老年人調適或修正健康行為，以期改變生活型態方式促進健康或預防健康問題。因此，教育的過程可增強個體對疾病知識的增加進而加強自我照顧之能力、動機與信念，或藉此以修正錯誤的行為，使個體能有效地了解疾病相關知識，進而達到健康信念落實到健康行為改變之目標。

3.護理觀點：Orem(2001)認為不斷地發展自我照顧的概念與理論，且將自我照顧定義為具有動力及能力的成熟個體，針對個體發展和環境影響因素，採取適當、確實和有效力的調節活動，其目的是希望藉由這些調節活動來維持生命機能及結構完整。個體執行自我照顧是為一種深思熟慮的行為表現，在於滿足其一般性、發展性及健康偏差性之自我照顧需求，俾使個體達到健康狀態(Levin, 1976)。另外，Erickson et al.(1983)認為自我照顧乃為個體運用內外自我照顧資源之活動，以獲得、維持和促進最佳之整體性健康（holistic health）。Simmons(1990)指出自我照顧行為是個體能做決策及健康促進生活方式的表現。因此個體若能執行健康促進的自我照顧行為，有助於提升個體幸福安適的層次(Hartweg, 1990)。Baker and Stern (1994)則認為慢性病患執行自我照顧行為之關鍵在於了解慢性病之意義。但不論個體是處於何種健康狀態，如健康、急性病、慢性病或長期臥床等，個體執行自我照顧其目的主要是為了滿足其身、心需求(Hirschfeld, 1985)。由護理觀點的自我照顧讓本研究了解，老年人對於健康疾病知識的認知多屬判斷症狀嚴重度來決定是否尋求醫療專業人員協助或採介入衛教措施來評量自我照顧行為是否增進。

由上述文獻得知，許多學者認為自我照顧是達到幸福安適的一種行為策略，包括執行自我照顧活動來促進健康，並藉由衛生教育和特殊保護來預防或減少危害健康因素產生，以降低疾病發生率，能自我評估、監測疾病發生症狀，早期診斷與治療，藉由自我照顧能力來修復健康，緩和及限制疾病惡化。因此疾病知識的加強應融入之日常生活中，如此不僅可以減少社會醫療資源的浪費，也能調適疾病所帶來之衝擊及增進其生活品質，進而達到「預防勝於治療」。

參、研究設計

本研究之進行步驟為：首先，將所收集國內外老化的數據與各個慢性疾病的發病原因及症狀等相關知識；其次，彙整慢性疾病知識落差的相關文獻，並探討其相互的關係與可能產生的影響，進一步歸納知識落差在慢性疾病上形成的原因；第三，根據上述步驟探討並針對桃園居民設計慢性疾病問卷，並提出本研究五大假設；第四，以桃園各鄉鎮市居民為對象發放問卷，訪談對象包含桃園共 13 鄉鎮市針對 210 位居民，不分男女為實驗對象進行統計分層隨機抽樣，每個對象以一個小時採訪。將回收之問卷資料以統計軟體進行分析與驗證本研究五大假設；最後，針對發現原因與問題，提出解決及改善方案。

本研究綜合背景與動機，並引用美國學者 Luo (2002)等研究問卷並針對台灣文化背景與問題加以修辭，針對慢性疾病的知識、健康行為、生活環境造成疾病的發生與影響程度，作為評量工具。針對慢性疾病相關知識在中老年族群的差異為何，進一步尋求問題的嚴重程度與徵結所在，來達到『預防』與『控制』慢性疾病以及解決慢性病老人的長期醫療照顧的問題。在問卷疾病種類部分選擇國人前十大死因屬慢性疾病：(高血壓、前列腺癌、子宮頸癌、慢性肝病、乳癌、慢性阻塞式肺病、糖尿病、肺癌、冠心病、中風、結腸直腸癌等)，問卷整體的設計分成了四個部份：

第一部份：各種慢性疾病的風險、認知。此部份內容又可細分為四個項目：a. 慢性疾病的描述。藉此可了解受訪者對於各慢性疾病名稱是否清楚明瞭。b. 慢性疾病的危險因素。此內容有各種慢性病的危險因子的交叉問題，能在受訪者答案中，透過統計分析受訪者慢性疾病知識的認知程度。c. 慢性疾病的症狀。確定受訪者對於各慢性疾病的症狀是否瞭解。d. 慢性疾病的檢驗方法。了解受訪者是否清楚知道慢性疾病各種檢查方式。

第二部份：健康方式。為求了解受訪者平時面對健康的方式及影響健康的習慣。此部份調查可模擬出生活型態與健康行為之預測，正面的健康習慣可明顯的提早發現與降低老年人的過度死亡率，健康檢查包含

24 個項目可供多重選擇，健康習慣包含：吸菸、飲酒、服藥、飲食(脂肪、鈉、蔬菜、水果、糖)、膽固醇、體重、運動、壓力管理、社交、居家及平日安全問題。

第三部份：生活型態。了解受訪者是否曾患有慢性的疾病、影響健康的生活方式以及對於疾病預防的健康行爲。包括健康問題、生活方式、健康意向，此部份調查能了解受訪者是否曾患有影響健康的疾病、影響健康的生活方式包括(睡眠習慣、日常運動保健習慣及平日飲食)，以及對於疾病預防的健康行爲包括(是否有健康檢查之習慣、有無醫療保險、選擇中西醫之醫療方式及疾病成因的認知)。而受訪者可針對平日之生活習慣以「是」、「否」及「不知道」來回答此部份問題。

第四部份：受訪者的基本資訊。觀察與發現關於慢性疾病的落差形成之因素，是會發生於社會經濟、學歷或生活環境不同等而產生。

肆、資料分析

本研究對象年齡為 55 歲以上的中老年人，主要是探討年齡、性別、教育、日常保健方式和經濟狀況在慢性疾病上的知識了解程度之差異。透過桃園 13 鄉鎮各村里長給予訪談名單協助，並事前告知參與者本研究之目的與約定訪談時間，13 鄉鎮訪談時間為期三個月(95 年 6 月 1 日至 95 年 11 月 30 日)，為了能夠有效地提高問卷回收信度，本研究經由三個小時的訪員訓練，使訪問員充分瞭解問卷內容與可能遭遇到的困難予以行前教育訓練。

一、樣本分析

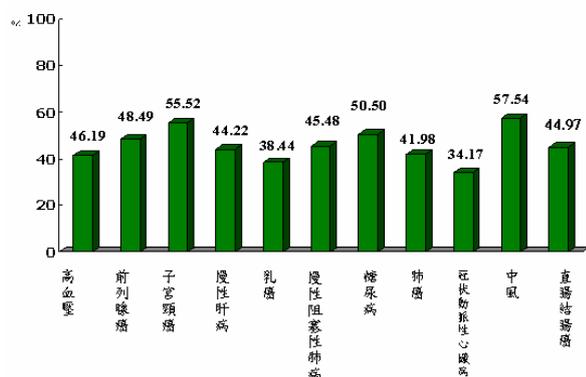
本研究之樣本為 210 位桃園縣五十五歲以上老年人口，由桃園縣十三個鄉鎮中按照人口統計數據中之老化比率，依照統計便利抽樣方式分配十三個鄉鎮的樣本數，包括(桃園 10 位、中壢 16 位、八德 16 位、平鎮 14 位、觀音 20 位、新屋 24 位、楊梅 16 位、蘆竹 12 位、龜山 14 位、龍潭 16 位、大園 16 位、大溪 20 位及復興 16 位)為本研究之訪問對象；其中 59%(共 123 人)參與者為男

性，41%(87 人)參與者為女性；男性平均年齡為 67 歲、女性平均年齡為 63 歲；70%(75 人)已退休、平均教育程度為小學(共 61 位為 57%)、97%婚姻狀況為已婚。

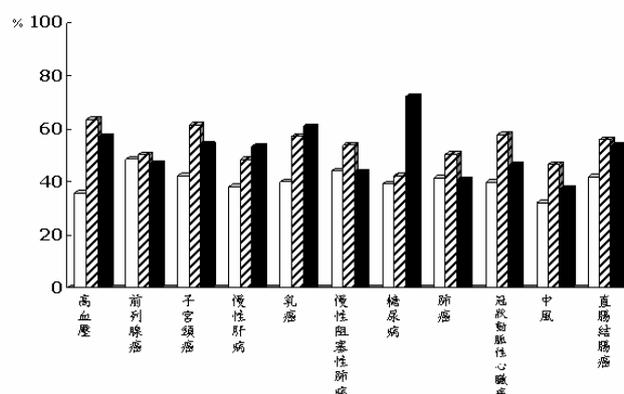
二、慢性疾病資料分析

在 11 種慢性疾病問卷調查結果，如圖一與圖二所示，相關細部資訊描述如下：

圖一 慢性疾病定義問卷填答正確率



圖二 危險因子/症狀/檢驗方法問卷填答正確率



□：危險因子 ▨：症狀 ■：檢驗方法

高血壓：在受訪對象中有 46.19%的受訪者正確的選擇出高血壓的描述；有 36.46%的受訪者識別了下列的高血壓的危險因子：長期食用含大量動物脂肪的飲食（例：豬油、奶油）、每天喝二瓶易開罐啤酒或兩杯含酒精性飲料、長期缺乏運動或久坐習慣的生活方式、血液中膽固醇含量【大於 200mg/dL (毫克/100 cc)】、腎實質方面的疾病（例：急性腎臟炎、腎臟硬化）、糖尿病、主動脈狹窄、情緒過份壓抑、有吸煙習慣、低纖維飲食、缺少維生素的飲食、隨著年齡增加或老年人、有家族病史或遺傳因素及太鹹（含多鹽）飲食的人皆會增加罹患高血壓的機會；有 62.06%的受訪者識別了高血壓的症狀是胸痛、呼吸急促、頭暈及頭痛；有 56.98%的受訪者識別了測量血壓、驗尿及抽血檢查

之檢驗方法可以判斷一個人是否患有高血壓或是否有可能罹患高血壓。

前列腺癌：在調查訪問中有 48.49%的受訪者正確的選擇出前列腺癌的描述；有 49.17%的受訪者識別了下列前列腺癌的危險因子：長期缺乏運動或久坐習慣的生活方式、長期食用含大量動物脂肪的飲食（豬油、奶油）、缺少水果和蔬菜的飲食、隨著年齡的增加或老年人皆會增加一個人罹患前列腺癌的機會；有 50.29%的受訪者識別了前列腺癌的症狀是腹股溝的淋巴結腫大、排尿困難、性無能（無法順利行房）、骨盆、脊椎、髖（骨盆與大腿連結處或肋部疼痛或尿中帶血）；有 48%的受訪者識別了肛門指檢、抽血檢查、泌尿系統內視鏡檢查、攝護腺特異性抗原檢驗（PSA）、及超音波檢查之檢驗方法可以判斷一個人是否患有前列腺癌或是否有可能罹患前列腺癌。

子宮頸癌：在研究樣本中有 55.52%的受訪者正確的選擇出子宮頸癌的描述；有 44.84%的受訪者識別了下列子宮頸癌的危險因子：年輕時有多位的性伴侶（同時有二位以上）、慢性子宮頸感染（陰道出血或分泌物增多）、經濟狀況差或貧窮（低於標準工資或救助貧戶）、生殖器疣（俗名：菜花）、有吸煙習慣、受愛滋病毒感染皆會增加一個人罹患子宮頸癌的機會；有 64.05%的受訪者識別了子宮頸癌的症狀是腹部腫脹、性交時有疼痛感、有異常陰道分泌物及停經後陰道出血等；有 56.95%的受訪者識別了子宮頸抹片檢查、陰道鏡檢查、子宮頸活組織檢查、子宮內膜活組織檢查及骨盆腔檢查之檢驗方法可以判斷一個人是否患有子宮頸癌或是否有可能罹患子宮頸癌。

慢性肝病：在受訪者中有 44.22%的受訪者正確的選擇出慢性肝病的描述；39.44%的受訪者識別了慢性肝病的危險因子：每天喝二瓶易開罐啤酒或兩杯含酒精性飲料、長期服用藥物習慣、急性或慢性肝炎、隨著年齡的增加或老年人、遭受到有毒氣體的污染、接觸化學品（例：苯，氯乙烯）皆會增加一個人罹患慢性肝病的機會；46.67%的受訪者識別了慢性肝病的症狀是腹部腫脹、體重增加、體重減輕、眼睛或皮膚發黃；55.12%的受訪者識別了抽血檢查、腹部超音波檢查、肝功能檢查、腹部X光檢查之檢驗方法可以判斷一個人

是否患有慢性肝病或是否有可能罹患慢性肝病。

乳癌：在問卷對象中有 38.44% 的受訪者正確的選擇出乳癌的描述；40.27% 的受訪者識別了乳癌的危險因子：長期食用含大量動物脂肪的飲食（例：豬油、奶油）、經濟狀況差或貧窮（低於標準工資或救助貧戶）、有乳癌家族病史或遺傳因素、女性、隨著年齡的增加或老年人、不孕婦女或未曾生產過的婦女及受到大量的輻射污染皆會增加一個人罹患乳癌的機會；57.41% 的受訪者識別了乳癌的症狀是乳房形狀改變、乳房有腫塊、乳房有分泌物、乳房皮膚有紅腫、潰爛或呈橘皮樣變化、乳頭出血、乳房凹陷及乳暈色素改變；63.05% 的受訪者識別了乳房自我檢查、乳房超音波、乳房切片檢查、乳房 X 光攝影術及核磁共振（MRI）之檢驗方法可以判斷一個人是否患有乳癌或是否有可能罹患乳癌。

慢性阻塞性肺病：問卷結果中有 45.48% 的受訪者正確的選擇出慢性阻塞性肺病的描述；47.81% 的受訪者識別了慢性阻塞性肺病的危險因子：接觸石棉（例：熱水器的隔熱材料、黏著劑）、有吸煙習慣、經常吸入二手煙、接觸粉塵（例：建材業的水泥粉塵）及接觸化學品（例：苯，氯乙烯）皆會增加一個人罹患慢性阻塞性肺病的機會；57.71% 的受訪者識別了慢性阻塞性肺病的症狀是慢性支氣管炎和肺氣腫、經常患感冒、感冒時有咳嗽和呼吸困難、容易感到呼吸急促及乾咳；45.71% 的受訪者識別了肺功能試驗、唾液檢驗、胸部 X 光檢查及心胸橫徑比（CTR）之檢驗方法可以判斷一個人是否患有慢性阻塞性肺病或是否有可能罹患慢性阻塞性肺病。

糖尿病：在回收問卷中有 50.50% 的受訪者正確的選擇出糖尿病的描述；39.60% 的受訪者識別了糖尿病的危險因子：曾經生產嬰兒體重有超過 4000 公克的婦女、每天喝二瓶易開罐啤酒或兩杯含酒精性飲料、有糖尿病家族病史或遺傳因素、懷孕時尿中含糖過高、年齡超過 45 歲及病毒感染皆會增加一個人罹患糖尿病的機會；42.65% 的受訪者識別了糖尿病的症狀是四肢麻木或刺痛、經常性的口渴、頻尿、四肢無力、常有飢餓感且體重減輕、經常尿道感染

及視力模糊；78.10%的受訪者識別了血中血糖檢查及驗尿之檢驗方法可以判斷一個人是否患有糖尿病或是否有可能罹患糖尿病。

肺癌：在全部受訪者中有 41.98%的受訪者正確的選擇出肺癌的描述；39.70%的受訪者識別了肺癌的危險因子：接觸石棉（例：熱水器的隔熱材料、黏著劑）、長期食用含大量動物脂肪的飲食（豬油、奶油）、接觸氯氣（例如：常接觸游泳池或造紙工廠消毒漂白工作）、有吸煙習慣、經常吸入二手煙、遭受到有毒氣體的污染、缺少維生素的飲食及接觸粉塵（例：建材業的水泥粉塵）皆會增加一個人罹患肺癌的機會；58.25%的受訪者識別了肺癌的症狀是無法吞嚥、咳血及持續性咳嗽等；44.29%的受訪者識別了支氣管鏡檢查、電腦斷層掃描、唾液檢驗、肺功能檢查及胸部X光檢查之檢驗方法可以判斷一個人是否患有肺癌或是否有可能罹患肺癌。

冠狀動脈性心臟病：在全部受測中有 34.17%的受訪者正確的選擇出冠狀動脈性心臟病的描述；37.86%的受訪者識別了冠狀動脈性心臟病的危險因子：血壓測量之收縮壓大於 140mm Hg - 舒張壓大於 85mm Hg（毫米汞柱）、血液中膽固醇含量較高【大於 200mg/dL（毫克/100 cc）】、長期食用含大量動物脂肪的飲食（豬油、奶油）、每天喝二瓶易開罐啤酒或兩杯含酒精性飲料、長期缺乏運動或久坐習慣的生活方式、有冠狀動脈性心臟病家族病史、有吸煙習慣、情緒過份壓抑、隨著年齡的增加或老年人及糖尿病皆會增加一個人罹患冠狀動脈性心臟病的機會；61.90%的受訪者識別了冠狀動脈性心臟病的症狀是手臂抬高會有疼痛感、心跳不規律、胸痛及呼吸急促等；49.32%的受訪者識別了心導管檢查、心電圖檢查、冠狀動脈攝影術、心臟超音波檢查、抽血檢查、測量血壓及壓力測試之檢驗方法可以判斷一個人是否患有冠狀動脈性心臟病或是否有可能罹患冠狀動脈性心臟病。

中風：在問卷統計中有 57.54%的受訪者正確的選擇出中風的描述；34.73%的受訪者識別了中風的危險因子：長期食用含大量動物脂肪的飲食（豬油、奶油）、經濟狀況差或貧窮（低於標準工資或救助貧戶）、每天喝二瓶易開罐啤

酒或兩杯含酒精性飲料、血壓測量之收縮壓大於 140mm Hg -舒張壓大於 85mm Hg (毫米汞柱)、血液中膽固醇含量較高【大於 200mg/dL (毫克/100 cc)】、長期缺乏運動或久坐習慣的生活方式、有吸煙習慣、缺少維生素的飲食、隨著年齡的增加或老年人、冠狀動脈性心臟病、太鹹(含多鹽)的飲食、糖尿病、遭受到有毒氣體的污染及情緒過份壓抑皆會增加一個人罹患中風的機會；47.55%的受訪者識別了中風的症狀是頭暈、說話困難、不明頭痛、身體局部左邊癱瘓或右邊癱瘓、眼盲(失明)、判斷力受損及四肢麻木無力；38.33%的受訪者識別了腦部之電腦斷層掃描、抽血檢查、各系統物理檢查、核磁共振(MRI)、測量血壓及神經病學檢查之檢驗方法可以判斷一個人是否患有中風或是否有可能罹患中風。

直腸結腸癌：在結果顯示有 44.97%的受訪者正確的選擇出直腸結腸癌的描述；44.94%的受訪者識別了直腸結腸癌的危險因子：子宮內膜癌、卵巢癌和乳腺癌個人病史、血液中膽固醇含量較高【大於 200mg/dL (毫克/100 cc)】、低纖維飲食、有潰瘍性結腸癌病史、有結腸癌家族病史、便秘、隨著年齡的增加或老年人及常吃(煙)燻肉類製品皆會增加一個人罹患直腸結腸癌的機會；59.43%的受訪者識別了直腸結腸癌的症狀是胃痛、食慾不振、直腸出血、大便習慣改變及大便帶有鮮紅色或暗紫色血絲等；57.52%的受訪者識別了肛門指檢、抽血檢查、糞便檢驗、鋇劑灌腸 X 光檢查、結腸鏡檢查之檢驗方法可以判斷一個人是否患有直腸結腸癌或是否有可能罹患直腸結腸癌。

三、健康行為資料分析

此部份為測驗受訪者生活方式、行為及飲食習慣等問題，共 210 位參加者陳述。31.43%的受訪者他們經常每天吃多種多樣的食物。27.14%的受訪者他們經常限制各種不同的脂肪攝取；50.48% 受訪者有時限制脂肪攝取；只有 13.81% 受訪者沒有限制脂肪攝取。24.29%的受訪者經常限制鈉的攝取；52.38% 的受訪者有時限制鈉攝取；只有 13.81%的受訪者沒有限制鈉的攝取。關於受訪者對於他們本身體重的問題，共 210 位參加者陳述。21.90%的受訪者他們經常維持體重；41.43%的受訪者為有時維持體重；只有 28.10%的受訪者從不

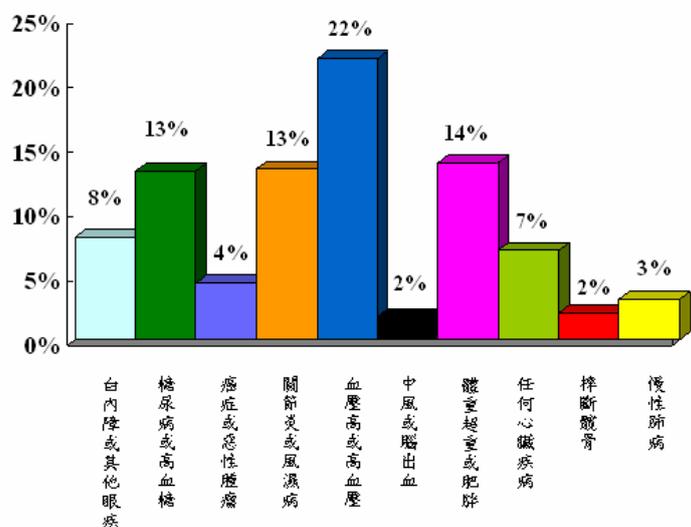
維持體重。關於進行各種運動，共 210 位參加者陳述。22.38%的受訪者為儘量進行一星期三次的各種運動；43.33%的受訪者有時進行一星期三次的各種運動；25.24%的受訪者是沒有運動習慣的。藉由關心對於安全議題，共 210 位參加者陳述。31.43%的受訪者經常在使用任何的藥之前都會仔細閱讀並隨說明書指示用藥。74.29%的受訪者當搭乘汽車的時候，他們幾乎總是確實繫上安全帶。56.67%的受訪者當使用可能有有害的產品或物質的時候，他們幾乎總是很小心。關於酒和香煙消費，24.29%的受訪者沒有喝酒的習慣；47.62%的受訪者有喝酒的習慣。53.81%的受訪者從不吸煙；37.62%的受訪者總是避免抽煙；37.62%的受訪者他們只在某一個時間吸煙；37.62%的受訪者有抽煙的習慣。

四、生活型態

健康問題：此部份共有 210 位受訪者接受陳述，其中 6%的受訪者曾有白內障或其他眼疾；11%的受訪者有糖尿病或高血糖；4%的受訪者有癌症或惡性腫瘤；7%的受訪者關節炎或風濕病；17%的受訪者有血壓高或高血壓；1%的受訪者有中風或腦出血；16%的受訪者有體重超重或肥胖；6%的受訪者有任何心臟疾病；2%的受訪者有摔斷髖骨；4%的受訪者有慢性肺病，如圖三所示。

生活方式：包含睡眠、接受新資訊的方式、實際的活動和飲食。74.29%的受訪者在夜晚的睡眠大部份是安穩的；50.95%的受訪者有午睡的習慣。關於接受資訊的方式 有 52.06%的受訪者是閱讀報紙、聽到收音機而且看電視。實際的活動和運動包括了步行、跑步、騎腳踏車、爬樓梯而且玩武術。只有 13.33 %的受訪者有每天練習武術或氣功的習慣。

圖三 生活型態健康問題資料分佈



伍、討論

關於本研究提出五大假設之驗證與討論，經過本研究多變量檢定結果後，表五則為顯示性別、教育程度、宗教信仰、經濟收入與各項慢性疾病之相關分析結果為顯著之分析表。五大假設之驗證說明如下：

假設 1. 在中老年族群中社會經濟高的，對慢性疾病知識了解的程度有正相關。此一假設檢定證實社會經濟高的狀況下(教育、家庭收入) 對慢性疾病知識了解程度愈好(如表 5 所示)。另外在皮爾森相關係數分析中亦發現家庭收入與 11 項慢性疾病中知識有關，分別為：高血壓的描述、前列腺癌症狀、慢性肝病危險因素、乳癌檢驗方法、糖尿病症狀、冠狀動脈性心臟病危險因素、冠狀動脈性心臟病症狀、冠狀動脈性心臟病檢驗方法、前列腺癌危險因素、前列腺癌檢驗方法、子宮頸癌定義、子宮頸癌檢驗方法、乳癌的描述、糖尿病的描述、糖尿病檢驗方法、肺癌危險因素、肺癌症狀、中風的描述、中風危險因素、直腸結腸癌危險因素、直腸結腸癌症狀、直腸結腸癌檢驗方法。意即家庭收

入愈高對上述 11 項慢性疾病知識的了解程度愈好。

假設 2. 在調查樣本中，老年人所擁有的慢性疾病知識與中年人相比較為偏少。此一假設檢定並無法證實老年人中年紀愈小者所擁有的健康知識較多(如表 5 所示)。在皮爾森相關係數上顯示年齡在 11 項慢性疾病中有 5 項慢性疾病相關：前列腺癌症狀、子宮頸癌症狀、糖尿病的描述、肺癌的描述、糖尿病檢驗方法，也就是年齡越小者對上述 5 項慢性疾病的知識越高。

假設 3. 在中老年族群中女性比男性更了解慢性疾病的相關知識。此一假設檢定證實女性比男性更了解慢性疾病的相關知識(如表 5 所示)。在皮爾森相關係數方面女性比男性在 11 項慢性疾病中有 7 項慢性疾病有關：高血壓的描述、子宮頸癌的描述、子宮頸癌危險因素、乳癌的描述、乳癌症狀、乳癌檢驗方法、糖尿病檢驗方法，即女性較男性對於上述 7 項慢性疾病的知識為高。

假設 4. 老年人中健康狀況較好的，相對的慢性疾病知識也較好。此一假設檢定並無法證實老年人中健康狀況較好的，相對的慢性疾病知識也較好(如表 5 所示)。

假設 5. 老年人中擁有較好的保健行為，相對的慢性疾病的知識也較好。此一假設檢定證實老年人中擁有較好的保健行為，相對的慢性疾病的知識也較好(如表 5 所示)。在皮爾森的相關係數與 11 項慢性疾病有關：乳癌症狀、慢性阻塞性肺病症狀、慢性阻塞性肺病檢驗方法、肺癌的描述、肺癌症狀、高血壓的描述、前列腺癌檢驗方法、子宮頸癌的描述、子宮頸癌危險因素、子宮頸癌檢驗方法、乳癌的描述、乳癌危險因素、乳癌檢驗方法、糖尿病的描述、糖尿病危險因素、糖尿病檢驗方法、冠狀動脈性心臟病症狀、冠狀動脈性心臟病檢驗方法、中風危險因素、直腸結腸癌危險因素、直腸結腸癌症狀、直腸結腸癌檢驗方法，

也就是說有較好的保健行為的老年人，對上述 11 項慢性疾病的知識也比較高。

表五 慢性疾病知識與保健行為、性別、經濟收入、教育多變量檢定表

效應項	F 檢定	假設自由度	誤差自由度		顯著性
保健行為	6.608	11	196		0.000
年齡	0.716	11	196		0.722
性別	2.674	11	196		0.003
健康問題	0.872	11	196		0.596
家庭收入	3.715	11	196		0.000
教育	3.602	11	196		0.000
來源	型 III 平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性
性別在					
慢性肝病總分	22.758	1	22.758	4.613	0.032
前列腺癌總分	41.679	1	41.679	4.915	0.028
子宮頸癌總分	130.572	1	130.572	11.259	0.001
乳癌總分	130.572	1	130.572	11.259	0.001
糖尿病總分	28.395	1	28.395	4.918	0.028
教育程度在					
前列腺癌總分	23.418	1	23.418	4.543	0.034
宗教信仰在					
前列腺癌總分	70.847	4	17.712	3.350	0.011
經濟收入在					
前列腺癌總分	36.631	1	36.631	7.793	0.006
子宮頸癌總分	31.958	1	31.958	4.001	0.047
慢性阻塞性肺病總分	26.037	1	26.037	3.968	0.048
肺癌總分總分	57.787	1	57.787	10.164	0.002
直腸結腸癌總分	43.369	1	43.369	4.897	0.028

陸、結論與建議

本研究為台灣首例以慢性疾病知識落差於中老年族群之研究，運用皮爾森卡方檢定與多變量統計分析方法瞭解中老年人口之健康行為模式、健康意向狀況與慢性疾病知識間關鍵因素分析。本研究結果顯示，多數中老年人對慢性疾病的認知仍是有限。然而，中老年人對慢性疾病的相關知識，是會顯著影響其健康狀況。根據本研究五大假設結果臚列說明如下：

首先，在健康照護專業人員方面，可依據中老年人健康狀態及行為模式，於規劃中老年人照護策略時，設計出更確切的知識教育與引導措施，加強醫病關係，提升病人自我照護，減少依賴，維持其獨立的整體健康功能，進而有效改善中老年人的慢性疾病問題。

其次，提供政府相關衛生單位在宣導疾病衛教方面，針對本研究結果在「慢性肝病」、「子宮頸癌」、「冠心病」、「乳癌」、「高血壓」、「阻塞肺病」、「肺癌」等項目顯示疾病知識產生嚴重落差，宜重視與加強衛生教育之宣導，藉以縮短知識落差（例如：適時舉辦中老年人之健康座談、加強與落實中老年人健康檢查服務效果，使中老年人有充分機會與管道，了解這些應有的基本健康生活概念與及早發現疾病或潛在疾病，改善健康問題。

最後，在中老年族群健康力行方面，將正確的觀念落實於日常飲食，認真實踐，並充分與醫護專業人員誠意合作，將實踐過程記錄下來與健康專業人員誠心誠意互動溝通，找出問題所在。

所謂「預防勝於治療」，若民眾能更了解疾病知識、患病危險因子、症狀及檢驗方法，勢必能提早發現疾病、避免疾病侵入以維持正常的生理機能、並減輕疾病合併症的發生、提昇病患自我照顧能力、增加其生活的品質，進而減少家庭與社會成本負擔。

後續研究建議方面，可進一步觀察不同的個別疾病產生知識落差因素之研究，並加以比較不同的疾病所產生的知識落差因素之異同與權重。此外，亦可擴大抽樣樣本數與區域，針對不同區域的樣本加以研究比較。最後，在主要研究變項部分可再收集質性資料，以進一步深入探討變項間之關係，如此可以使知識落差因素之探討更臻完整。

參考文獻

中文部分

- 內政部統計資訊服務網：<http://www.moi.gov.tw/stat/> (瀏覽日期：2005.10.15)
- 尤嫻文 (1998)，**公共衛生護理概論：慢性疾病與中老年護理**，台北：華杏出版社。
- 李世代 (1999)，**長期照護：慢性病導致的生理功能遞變**，台北：藝軒圖書出版社。
- 林耀盛、吳英璋 (1999)，**應用心理研究：慢性病的個人控制觀—自主與依整之間**，台北：五南圖書出版。
- 美國疾病管制局，<http://www.cdc.gov/ncidod/sars/> (瀏覽日期：2005.10.22)
- 桃園縣衛生局，<http://www.tychb.doh.gov.tw/> (瀏覽日期：2005.12.27)
- 張啓昌 (2005)，**慢性疾病知識手冊**，尚未出版。

英文部分

- Baker, C. & Stern, P. N., (1994). Finding meaning in chronic illness as the key to selfcare, *Canadian Journal of Nursing Research*, 21, 72-81.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. , (1988). *Unending work and care : Managing chronic illness at home* . San Francisco : Jossey-Bass Press.
- Curtin, M., & Lubkin, I., (1995). *What is chronicity ? In I. M. Lubkin(Ed.). Chronic illness : Impact and interventions* , Boston : Jones and Bartlett Press.
- Eliopoulos, A. G., Gallagher, N. J., Blake, S. M., Dawson C. W., and Young, L. S. (1999). Activation of the mitogen-activated protein kinase pathway by Epstein-Barr virus-encoded, *Journal of Biological Chem*, 18, 274-285.
- Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A., (1983). *Modeling and role - modeling : A theory and paradigm for nursing*. NJ : Prentice-Hall Press.
- Hartweg, D. L., (1990). Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 15, 59-72.
- Hirschfeld, M. J., (1985). Self-care potential: Is it present?, *Journal of*

Gerontological Nursing, 28, 11-26.

Luo Ruili, (2002). *Development and testing a chronic disease health beliefs and lifestyle practices questionnaire for older Chinese Americans*, Unpublished Master Thesis University of Texas, Texas.

Levin, L. S., (1976). *The layperson as the primary health care practitioner*. Public Health Reports Press.

Orem, D., (2001). *Nursing concepts of practice*, St. Louis MO : Mosby, 6th ed.

Holroyd & Cree, T. L. (1987). *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research*. Orlando: Academic Press.

Rolland, J. S., (1987). *Chronic illness and the Life Cycle : A conceptual framework*, New York: Family Process Press.

Simmons, S. J., (1990), The health - promoting self-care system model : Directions for nursing research and practice ,*Journal of Advanced Nursing*, 34, 64-76.

Vickery, D., (1986). Medical self-care: A review of the concept and program models, *American Journal of Health Promotion*, 7, 48-60.