

由身心保健與醫療照護 談兩性的健康

蔡秀美^{*}

壹、研究緣起

兩性在先天的健康上有差異是健康研究中常被提及的，最常用來說明的資料是兩性的嬰兒死亡率和兩性的平均預期壽命。世界上許多（尤其是已開發）國家的衛生統計資料不僅顯示男性的嬰兒死亡率高於女性，在平均預期壽命方面則女性普遍地高於男性，也就是說，在任何的年齡層裡，男性的死亡率（mortality rate）均高於女性（Tomasson, 1984；Wingard, 1984；Verbrugge, 1985；Verbrugge and Wingard, 1987）。臺灣地區的情形亦不例外（Tu, 1980；江東亮，1987；胡幼慧，1990）。由生存的觀點看來，男性似乎在先天健康上比女性居不利地位。

然而，是否生理因素便足以解釋這所有的差異呢？有學者指出，兩性平均壽命差異的原因除了生理因素之外，社會心理因素亦有影響（Cleary, 1987；Cockerham, 1992: 40）。譬如十大死亡原因中，意外災害引起男性死亡的人數遠超過女性（男／女性比例介於二至三之間），這強烈地意味著乃兩性社會角色差異所致。男性通常被期待要冒險進取，導致男性常從事高危險的活動或接觸這類環境，如騎機車、駕駛汽車、賽車，或從事高危險的職業如採礦業、金屬冶煉、建築業、警衛、警察等，以致男性因意外死亡的機率大於女性。此外，社會角色亦是導致兩性在某些健康行為上有所差異的主因，例如與心臟病和肺癌有關的抽煙行為，男性從事的比例高於女性；與肝硬化和意外（例如：酒後駕車）有關的飲酒行為，男性從事的情形亦比女性普遍（Cockerham, 1992；馬力生和孔憲蘭，1987）。可見，抽煙和飲酒都是社會規範下允許男性從事的「正當」文化行為（胡幼慧，1990），較不允許女性從事。

* 國立中正大學成人及繼續教育研究所副教授

相對於男性的高死亡率，女性在罹患疾病狀況和心理疾病的情形卻比男性普遍（Verbrugge, 1985；藍忠孚，1985；林憲和吳英璋，1988）。至於求診率，許多研究調查資料大多顯示除了住院利用外，女性的求診率比男性高，即使在排除了懷孕生產的因素後情況亦相同（Verbrugge, 1985；藍忠孚，1985）。對於女性有偏高的罹病率和求診行為現象，至今仍無明確的生物解釋模式，有學者推論是由於女性對症狀較敏感、較易採納疾病角色（sick role）、較願報告身體症狀，可是這都是推想的原因，至今仍未經證實（Verbrugge, 1985）。

近年來專注於兩性健康研究的學者漸採取多元的解釋論，即認為兩性健康與死亡率差異的解釋因素可涵括生理危險因子（inherited risks）、後天危險因子（acquired risks）以及疾病認知與預防傾向（illness and prevention orientations）（Verbrugge and Wingard, 1987）。所謂生理危險因子指的是基因與荷爾蒙，這是男女有別的生理基本要素；後天危險因子則包括生活方式、工作與休閒活動、壓力及對壓力的反應等；疾病認知及預防傾向則指自評健康狀況、健康檢查利用情形。其中生理危險因子是先天決定的，只能儘量避免不利的情況出現，很難加以改變，後天危險因子則可藉由教育或衛生政策改變人民的行為，進而降低兩性的死亡率。曾有縱貫性的研究結果顯示，控制了與死亡率有關的人口、社會和行為因素後，兩性死亡率的差距降低了一些，尤其心臟血管疾病的死亡率，性別比率的降低幅度則更大（Friedman et al., 1979；Wingard, 1984）。至於疾病認知及預防傾向上，一般都認為女性較容易察覺身體的異狀、較願去看醫生、較常從事預防性健康照護，這些傾向和行為往往有助於疾病的及早發覺與治療，進而降低其死亡率。因此，當前兩性健康促進的重要課題應是探索性別在後兩類的危險因子或傾向上是否有顯著差異，若差異存在則應進一步討論如何去消弭或減少這差異，尤其是導正不正確的觀念與習俗而致的不良健康習慣，才能積極促進兩性健康。

國內對婦女健康行為及醫療利用的研究已有一些（藍忠孚，1985；林憲和吳英璋，1988；姜逸群等，1988；胡幼慧，1990；Cheng, 1989），然而以實證資料同時探究健康行為、心理健康和醫療利用則仍屬少見。經整理上述相關文獻後，本文將探討兩性在身心保健和醫療照護的四個層面的差異：第一類主要為健康促進行為，包括抽煙、飲酒、吃檳榔、睡眠、運動、理想體重的維持、以及營養飲食習慣，如吃早餐頻率、吃零食、喝牛奶習慣等。第二類是心理困擾狀況，主要是指沮喪症狀。第三類為健康意識與預防醫療利用，包括自覺健康狀況、對慢性病知識的需求和營養飲食參與之程度以及預防性健康檢查。最後一類則稱為罹病率及正式醫療照護利用，醫療照護利用包括門診

利用和買藥次數。

貳、研究材料與方法

本研究的資料是以問卷調查方法訪問年滿二十歲、居住在嘉義縣及嘉義市的成年民衆而得。抽樣程序採分層多段抽樣的步驟進行，首先依經濟發展程度將嘉義市及嘉義縣十八個鄉鎮分爲四個都市化層級，接著自四個層級隨機抽出九個鄉鎮市區作爲受訪地區，包括嘉義市東、西區、嘉義縣的大林鎮、民雄鄉、新港鄉、六腳鄉、中埔鄉、東石鄉和義竹鄉。再依各鄉鎮市區成人總數佔該層級成年人口的比例決定應完成之樣本數。其次由各鄉鎮市區依人口數多寡抽出一至三個村里，以各村里成年人數佔該鄉鎮市區所分配樣本數的比例決定該村里應受訪的人數。訪問前曾至各鄉鎮市區戶政事務所依系統抽樣法抄錄樣本名單，預計完成五百份問卷。

問卷設計的主要目的是想瞭解民衆在身心保健及醫療利用方面的認知與行爲，故內容包括基本資料、身高體重、健康促進行爲、心理的沮喪程度、健康狀況的主觀及客觀評量、慢性病知識的需求、營養飲食行爲參與及醫療照護利用等。

調查訪問期間是八十二年元月中至三月中，由受過訓練的訪員到民衆家中進行面對面訪談，若遇拒訪、遷移、空戶等情形則由左鄰右舍盡量選取相同性別和相近年齡層的人遞補。最後實際完成的樣本數爲453份，各都市化層級的有效樣本數分佈情形如表一。

參、分析結果

問卷中首先蒐集樣本的基本資料，包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況和工作狀況，本研究樣本在這些變項的分佈情形列於表二。樣本中男性（54.8%）略多於女性（45.2%），平均年齡爲44.8歲，教育程度的分佈頗均勻，不識字者佔18.6%，小學及識字者佔25.4%，國中程度者17.9%，高中職佔22.1%，大專以上佔15.9%。婚姻狀況以已婚佔大多數（77.3%），其次是未婚（17.8%），離婚及喪偶者佔最少（4.9%）。表二同時顯示樣本在年齡、教育程度、婚姻與工作狀況上有顯著的性別差異。其中女性樣本有過半數集中在年齡四十歲以下，男性則六十歲以上的樣本比例偏高，這與嘉義地區有人口外流的情形有關，男性樣本的年齡分配尤其明顯。教育程度方面，女性有較高的比例是不識字，而男性則以小學程度居多。婚姻狀況與性別無顯著關聯，工作狀況方面男性就業的比例達80.9%，女性就業僅佔53.9%，差異是很明顯的。

表一：各層級所屬鄉鎮區完成之樣本數

地 區 別	完成樣本數
嘉義市：	
東區 (3里)	69
西區 (3里)	75
第一類鄉鎮：	
大林鎮 (2里)	32
民雄鄉 (3村)	65
第二類鄉鎮：	
新港鄉 (2村)	44
六腳鄉 (2村)	37
中埔鄉 (2村)	55
第三類鄉鎮：	
東石鄉 (2村)	46
義竹鄉 (1村)	30
合計	453

表二：樣本在性別、年齡、教育程度、婚姻狀況與工作狀況的分佈情形

變 項	合 計	男 性	女 性	卡 方 檢 定
性 別	453(100.0)	247(100.0)	206(100.0)	
年 齡				
20-29	99(21.8)	47(19.0)	52(25.2)	$\chi^2 = 13.10^{**}$
30-39	104(23.0)	49(19.8)	55(26.7)	
40-49	66(14.6)	41(16.6)	25(12.1)	
50-59	78(17.2)	39(15.8)	39(18.9)	
60+	106(23.4)	71(28.7)	35(17.0)	
教 育 程 度				
不識字	84(18.6)	26(10.5)	58(28.3)	$\chi^2 = 25.94^{***}$
小 學	115(25.4)	76(30.8)	39(19.0)	
初 中	81(17.9)	47(19.0)	34(16.6)	
高 中	100(22.1)	56(22.7)	44(21.5)	
大專以上	72(15.9)	42(17.0)	30(14.6)	
婚 姻 狀 況				
未 婚	80(17.8)	49(20.0)	31(15.1)	$\chi^2 = 3.19(n.s.)$
已 婚	348(77.3)	187(76.3)	161(78.5)	
離婚或喪偶	22(4.9)	9(3.7)	13(6.3)	
工 作 狀 況				
有	310(68.6)	199(80.9)	111(53.9)	$\chi^2 = 36.72^{***}$
無	142(31.4)	47(19.1)	95(46.1)	

** p < .01 ; *** p < .001

(1)健康維護行為

表三是樣本從事九項健康維護行為的性別差異情形分析，以卡方 (Chi-square) 檢定性別差異是否顯著。結果顯示，抽煙、喝酒、吃檳榔和運動等項目，男性從事的比例顯著高於女性，其中抽煙、喝酒和運動三項與其他研究的發現頗為一致。姜逸群等 (1988) 在北部七縣市調查十八歲以上的民衆抽煙、飲酒和運動的習慣，結果發現男性有抽煙的比例為58.0%，女性抽煙者則佔4.9%；男性有飲酒的比例為45.4%，女性則為8.7%；男性有經常運動者佔28.7%，女性則佔19.2%。與本研究抽煙的男女比例 (54.7% : 2.0% ; $p < .001$)、飲酒的男女比例 (40.9% : 5.9% ; $p < .001$) 和經常運動的男女比例 (31.7% : 14.6% ; $p < .001$) 頗為相近。這些性別差異的現象在美國人民健康習慣的研究中亦有類似的發現 (Schoenborn, 1986)。

女性只有在喝牛奶的頻率一項行為上顯著高於男性，回答經常或每天喝牛奶的女性比例達30.7%，男性則為23.5% ($p < .05$)，其餘在睡眠情形、吃早餐頻率、吃零食情形與努力維持理想體重等方面，由卡方檢定結果發現兩性差異並不顯著，與美國的研究結果是一致的 (Schoenborn, 1986)。

除了上述健康促進行為外，研究資料尚包括樣本身高、體重和對自己身材是否感到滿意的回答。體重過重是以身高為參照基準所計算出的標準體重的百分之二十作為衡量依據，表四顯示男性體重過重的比例為14.6%，比女性 (11.7%) 稍多，馬力生和孔憲蘭 (1987) 以台北市民行為危險因子的研究亦同樣顯示男性體重過重的比例高於女性，但比例均較本研究的為高，男性為19.9%；女性為14.7%，另一研究以皮脂厚度測出的男性肥胖症比例為19%，女性為13% (高美丁等, 1991)，這一方面是三個研究對體重過重的衡量標準不同所造成，或是另一方面可能本研究此變項的缺漏值 (missing value) 過多的影響。可見男性體重過重的比例較女性稍高，不過，當問同一群人對自己的身材是否感到滿意時卻得到相反的結果，女性回答不滿意的比例 (21.9%) 顯著地高於男性之比例 (11.7%) ($p < .05$)。顯示女性比男性更重視身材，或者可以說社會文化已造成女性對身材的要求是高於男性的，以致對自己身材的形象 (body image) 容易給予負面的評價。這結果的另一個重要意涵是男性對自己身材的過分樂觀，使得男性對自己過重的體重容易掉以輕心、不知控制，這個現象也是值得導正的。

(2)心理困擾狀況

表五是兩性在心理困擾方面的回答情形，本研究所採的量表主要是測量其心理的沮喪程度。在量表中，女性回答「經常」或「有時會」「為一些平常的小事擔心」、「不

表三：健康促進行為的性別差異

變 項	男性(百分比)	女性(百分比)	卡 方 檢 定
抽 煙	不抽	112(45.3)	$\chi^2 = 147.85^{***}$
	偶而	19(7.7)	
	常常	116(47.0)	
喝 酒	不喝	146(59.1)	$\chi^2 = 73.03^{***}$
	偶而	87(35.2)	
	常常	14(5.7)	
嚼 檳 榔	不吃	173(70.3)	$\chi^2 = 60.14^{***}$
	偶而	45(18.3)	
	常常	28(11.4)	
睡 眠	不好	13(5.3)	$\chi^2 = 0.86(n.s.)$
	普通	121(49.2)	
	很好	112(45.5)	
運 動	沒有	107(43.5)	$\chi^2 = 19.44^{***}$
	偶而	61(24.8)	
	經常	23(9.3)	
	每天	55(22.4)	
吃 早 餐	沒有	11(4.5)	$\chi^2 = 5.05(n.s.)$
	偶而	38(15.4)	
	經常	29(11.8)	
	每天	168(68.3)	
喝 牛 奶	沒有	118(47.8)	$\chi^2 = 9.27^*$
	偶而	71(28.7)	
	經常	15(6.1)	
	每天	43(17.4)	
吃 零 食	沒有	130(52.6)	$\chi^2 = 5.86(n.s.)$
	偶而	86(34.8)	
	經常	20(8.1)	
	每天	11(4.5)	
努力維 持理想 體重	任其自然	173(71.5)	$\chi^2 = 4.15(n.s.)$
	有努力	58(24.0)	
	非常努力	11(4.5)	

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

表四：體位及對身材是否滿意的性別差異

項 目	男性(百分比)	女性(百分比)	
1. 體重過重 (超過20% 標準體重) (有效樣本數 = 360)	30 (14.6) (206)	18 (11.7) (154)	
			卡方檢定
2. 對身材是否滿意			
(有效樣本數 = 360)			
很滿意	27 (13.2)	11 (7.1)	
滿意	154 (75.1)	110 (71.0)	$\chi^2 = 9.02$
不滿意	24 (11.7)	34 (21.9)	($p < .05$)

註：標準體重公式：男性：〔身高(公分) - 80〕* 0.7 = 體重(公斤)
 女性：〔身高(公分) - 70〕* 0.6 = 體重(公斤)

表五：心理健康(沮喪)狀況的性別差異

項 目	沒有 (1分)	很少 (2分)	有時會 (3分)	經常會 (4分)	卡方檢定
1. 為一些平常的小事擔心					
男 性	49.2	23.6	21.5	5.7	$\chi^2 = 10.74 *$
女 性	38.5	21.0	28.3	12.2	
2. 不想吃東西，胃口不好					
男 性	57.1	23.1	16.2	3.6	$\chi^2 = 9.40 *$
女 性	46.8	21.0	27.3	4.9	
3. 雖有家人或親友勸解， 還是覺心中鬱悶					
男 性	61.6	20.4	15.5	2.4	$\chi^2 = 4.96(n.s.)$
女 性	51.5	24.0	21.1	3.4	
4. 沒辦法專心做事					
男 性	54.5	29.3	13.8	2.4	$\chi^2 = 10.45 *$
女 性	45.6	25.5	24.5	4.4	
5. 提不起勁做事					
男 性	45.9	32.5	17.9	3.7	$\chi^2 = 2.71(n.s.)$
女 性	41.7	31.4	24.0	2.9	
上面五項總和之變異數分析：		平均數	標準差	F檢定	
	男性	8.50	3.21	F=10.49 **	
	女性	9.56	3.71		

* $p < .05$; ** $p < .01$

想吃東西、胃口不好」及「沒辦法專心做事」的比例明顯高於男性，顯示女性傾向有較高的心理困擾程度。以這五題組成的沮喪指標 (index of depressive mood)，經計算其內在一致性的Coefficient Alpha 為0.82。

接著以多元迴歸分析探討與沮喪程度相關的重要變項，多變項的分析方法不僅可得知性別在沮喪程度上是否有差異，更可發覺其他重要的影響變項。表六的結果顯示在控制了婚姻狀況、居住地區、自覺健康指標或自述罹病率等變項後，性別仍對心理沮喪程度造成差異，女性明顯地較男性更容易感到沮喪。這與國內外許多研究所顯示女性在沮喪程度的得分高於男性是非常一致的 (林憲和吳英璋，1988; Nolen-Hoeksema, 1987 Weissman and Klerman, 1977, 1985; Robins et al., 1984)。

至於婚姻狀況對沮喪的影響，本研究顯示離婚與喪偶一組比已婚者有較高的沮喪傾向，未婚者則與離、喪組無差異。林憲和吳英璋 (1988) 對台灣民衆心理障礙的研究中亦探討憂鬱程度，其測量項目為「憂鬱、頹喪、什麼事都沒興趣」。變異數分析的結果顯示性別和婚姻兩變項均達顯著，憂鬱分數以未婚女性為最高 (2.78)，其次已婚女性 (2.49)、未婚男性 (2.44) 和已婚男性 (2.30)。這在本研究亦有同樣的發現，由於離婚喪偶人數少，將之併入未婚組，結果憂鬱指標以未婚女性最高 ($\bar{x}=9.75$, S.D.=4.12)，依序則是已婚女性 ($\bar{x}=9.50$, S.D.=3.60)、未婚男性 ($\bar{x}=9.17$, S.D.=3.47) 和已婚男性 ($\bar{x}=8.28$, S.D.=3.10)，四組達顯著差異，顯示婚姻對兩性的心理健康有積極的保護作用，尤其是對男性。就已婚者而言，兩性的憂鬱差異尤其明顯，這也與一些研究的發現一致 (胡幼慧，1990; Weissman and Klerman, 1977; Thoits, 1987)。

除了性別和婚姻的影響外，分析結果同時指出沮喪程度與一個人的身體健康、自評健康和居住地區有關，患病數少、自評健康佳和居住在都市化程度高的地區的民衆，其沮喪程度比患病數多、自評健康差及住鄉村地區的民衆來得低些。

(3)健康意識和預防醫療利用

本研究的健康意識包括自覺健康狀況、對慢性病知識的需求程度和營養飲食的參與程度三項。自覺健康的衡量項目有二：「對自己健康狀況認為如何」與「時常覺得自己體弱多病」，回答情形見表七。在回答健康狀況一項上性別沒有差異，但在體弱多病的回答上女性則較男性傾向於同意 (28.6% : 20.0% ; $p < .05$)。由於兩題的相關達 .5，可組成一個自覺健康指標(index of perceived health)，分數愈高表示自覺健康愈佳。

表八是自覺健康指標的多元迴歸分析，結果顯示在控制了教育程度、自述患病數、

表六：沮喪指標之多元迴歸分析 (n=435)

自變項	迴歸係數 (標準誤)
性別	.983 (.346) **
婚姻	
未婚	-.532 (.855)
已婚	-1.486 (.705) *
自覺健康指標	-.451 (.132) ***
自述患病數	.478 (.144) ***
居住地	
嘉義市	-2.019 (.484) ***
第一類鄉鎮	-1.173 (.513) *
第二類鄉鎮	-.549 (.474)
常數	14.550 (1.658) ***
R squares	.18

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

註：1. 迴歸分析中含不顯著的變項：年齡、教育程度、有無工作與健康動機。

2. 所有變項的測量內容及測量值見附表一。

表七：自覺健康狀況的性別差異

1. 對健康狀況的評量	很好(4分)	好(3分)	普通(2分)	不好(1分)	卡方檢定
男性	29(11.8)	76(30.9)	114(46.3)	27(11.0)	
女性	19(9.2)	51(24.8)	110(53.4)	26(12.6)	$\chi^2 = 3.58(n.s.)$
2. 我時常覺得我體弱多病	非常不同意	不同意	同意	非常同意	
男性	60(24.4)	139(56.5)	43(17.5)	5(2.5)	$\chi^2 = 9.17 *$
女性	32(15.7)	112(54.9)	55(27.0)	4(1.6)	
上面兩項總和之變異數分析：	平均數	標準差	F檢定		
男性	5.47	1.31	F= 6.62 **		
女性	5.15	1.33			

* $p < .05$; ** $p < .01$

健康動機及居住地區後，性別仍有顯著差異，女性對自我健康的評量傾向於負面，這更加支持其他研究的結果（林憲和吳英璋，1988；姜逸群等，1988；Verbrugge and Wingard,1987）。林、吳（1988）的研究中包括「擔心自己身體不健康」一項，經變異數分析結果顯示性別、年齡、教育程度與就業與否均達顯著；女性、年紀大、教育程度低和無就業者對健康較持負面評量。相較之下，本研究經多變項分析的結果卻指出年齡與就業情形對自覺健康的影響，在控制了重要變項後變得不顯著。此外，居住在都市化程度高的地區（嘉義市、民雄鄉、大林鎮）的民衆比其他地區居民對自我健康的評價較高。

另外兩個健康意識的內涵是民衆對慢性病知識的需求和營養飲食的參與程度。慢性病知識的項目包括高血壓、糖尿病、腦中風和關節酸痛的認識，表九顯示男性對四項慢性病知識的需求均高於女性，七成以上的男性表示需要這些知識，但回答需要的女性卻不到六成。在營養飲食的參與程度方面，由表十可看出女性對這些營養飲食的參與（involvement）普遍高於男性，尤其是對含油脂高、甜份高與膽固醇含量高的食物。

表十一呈現的是民衆從事預防性健康檢查的頻率，表示有定期健康檢查的民衆約佔14%，而從來沒有作過的有44%，兩性在利用頻率上無顯著差異。

綜合上述分析結果可以得知在健康意識方面性別有明顯的不同傾向，但預防健康檢查的利用頻率則無差異。女性較男性有負向的自我健康狀況評量，對慢性病知識的需求上不如男性殷切，但對營養飲食的參與程度則普遍高於男性。這些性別差異難以想像是生理因素所能完全解釋，社會角色因素在此亦扮演重要的角色。

(4)患病情形及正式醫療利用

本研究對患病情形和醫療利用的測量均採自我告知（self-report）的方式，患病情形是讓受訪者回答目前是否患有下列疾病：胃腸疾病、肝膽疾病、呼吸系統疾病、高血壓、糖尿病、心臟疾病、骨骼關節疾病、腎臟病和神經系統疾病等九類。表十二顯示九種疾病類別中，民衆以胃腸疾病的罹患比率最高，其次是骨骼關節疾病。九種病徵加總成爲自述患病數，樣本的總平均爲0.812（標準差1.16，見附表一），與「國民健康調查先驅研究」（民國77年）的調查資料，十五歲以上民衆的自覺慢性病徵數0.76種（ ± 1.21 ）非常接近（吳正儀，1989）。因此雖然本研究所列的疾病種類不夠周延，也沒有紀錄同一類下是否有兩種以上的疾病，但與其他研究相較結果仍可作爲患病情形的代理指標（proxy）。

兩性的患病情形不論是依個別疾病種類或患病數，大多沒有顯著的性別差異，除了

表八：自覺健康指標之多元迴歸分析 (n=442)

自變項	迴歸係數 (標準誤)
性別	-.275 (.126) *
教育程度	.176 (.057) **
自述患病數	-.291 (.051) ***
健康動機	.152 (.033) ***
居住地	
嘉義市	.459 (.174) **
第一類鄉鎮	.632 (.184) ***
第二類鄉鎮	.268 (.172)
常數	2.850 (.589) ***
R squares	.23

* p < .05 ; ** p < .01 ; *** p < .001

註：1. 迴歸分析中含不顯著的變項：年齡、婚姻狀況與有無工作。

2. 所有變項的測量內容及測量值見附表一。

表九：慢性病知識需求程度的性別差異

是否需要下列的保健知識	不需要(0分)	需要(1分)	卡方檢定
1. 高血壓的認識			
男性	59(24.1)	186(75.9)	$\chi^2 = 14.42$ ***
女性	85(41.3)	121(58.7)	
2. 糖尿病的認識			
男性	70(28.6)	175(71.4)	$\chi^2 = 11.89$ ***
女性	92(44.7)	114(55.3)	
3. 腦中風的認識			
男性	68(27.8)	177(72.2)	$\chi^2 = 14.77$ ***
女性	94(45.6)	112(54.4)	
4. 關節酸痛的認識			
男性	65(26.5)	180(73.5)	$\chi^2 = 10.29$ **
女性	85(41.3)	121(58.7)	
上面四項總和之變異數分析：	平均數	標準差	F檢定
男性	2.93	1.86	F= 16.07 **
女性	2.27	1.63	

** p < .01 ; *** p < .001

表十：營養飲食參與程度的性別差異

因為健康理由而注意 你的飲食習慣，如：	沒有 (1分)	儘量這麼做 (2分)	常常這麼做 (3分)	卡方檢定
1. 太鹹的東西少吃些				
男性	78(31.7)	78(31.7)	90(36.6)	$\chi^2 = 3.44(n.s.)$
女性	54(26.5)	58(28.4)	92(45.1)	
2. 多油脂的東西少吃些 或炒菜時油放少一點				
男性	81(33.1)	79(32.2)	85(34.7)	$\chi^2 = 9.35 **$
女性	49(23.8)	57(27.7)	100(48.5)	
3. 太甜的東西少吃些				
男性	88(35.9)	74(30.2)	83(33.9)	$\chi^2 = 7.60 *$
女性	51(24.9)	63(30.7)	91(44.4)	
4. 含膽固醇的東西(蛋、豬 肉、內臟、海鮮)少吃些				
男性	84(34.7)	90(37.2)	68(28.1)	$\chi^2 = 5.96 *$
女性	52(25.4)	77(37.6)	76(37.1)	
5. 含鈣的東西多吃些				
男性	58(23.7)	83(33.9)	104(42.4)	$\chi^2 = 1.20(n.s.)$
女性	40(19.4)	73(35.4)	93(45.1)	
6. 含纖維質的東西多吃些				
男性	37(15.1)	62(25.3)	146(59.6)	$\chi^2 = 3.51(n.s.)$
女性	22(10.7)	44(21.5)	139(67.8)	

上面六項總和之變異數分析：

	平均數	標準差	F檢定
男性	12.63	3.60	F= 7.62 **
女性	13.56	3.46	

* p < .05 ; ** p < .01

表十一：預防性健康檢查的性別差異

性別	從來沒有	多久作一次健康檢查			卡方檢定
		不定期	一年一次	半年一次	
男性	108(44.3)	98(40.2)	33(13.5)	5(2.0)	$\chi^2 = 4.18(n.s.)$
女性	93(45.6)	86(42.2)	17(8.3)	8(3.9)	

肝膽疾病上男性有較高罹患率之外。若就各項疾病罹患的平均數而言，在心臟疾病、骨骼關節疾病和腎臟疾病等五項疾病上，女性比男性有稍高的自覺罹患率，男性則在胃腸疾病、肝膽疾病、糖尿病和神經系統疾病的盛行率較高。這個結果與全美國民健康調查的資料有明顯的不同，美國女性不論在急性病（除了傷害外）或許多慢性病如高血壓、糖尿病、關節炎、腎臟（泌尿系統）病，其罹病率平均比男性普遍（Cleary et al., 1982; Verbrugge and Wingard, 1987）。很明顯地，有些研究者針對該現象所提出女性在面談訪問時比男性較願向人告知身體罹病狀況的假設（Verbrugge, 1977）在本研究受未到支持。

表十三是正式醫療利用的性別差異情形。受訪者被詢問在過去三個月內曾因身體不舒服而去西醫、看中醫、自行買西藥與自行買中藥的次數，結果顯示性別在四項正式醫療照護利用上均無顯著差異。以各項利用的平均程度來看，則看西醫次數以男性的利用次數稍高，看中醫和買西藥、中藥次數則以女性利用較多。與前面一樣地這結果與美國的調查資料亦不相符，美國女性普遍地比男性有較高的求診率及服藥情形（Cleary et al., 1982; Verbrugge and Wingard, 1987）。由於中醫與中藥是中國人特有的醫療方式，對於西方國家男女求診率不同的解釋顯然不能適用於臺灣地區，更何況本研究指出西醫門診次數以男性稍高。若以國內其他的研究結果作為對照，則可以發現在解釋中西醫門診次數及服用中西藥天數的多變項分析上均一致地顯示，疾病需要因素是最主要的影響變項，性別並不是最重要的決定因素（藍忠孚，1985；吳正儀，1989；江東亮和蘇春蘭，1990）。顯然目前國內醫療照護利用的研究資料上還沒有提出有力、明確的兩性差異的證據。

肆、討論與結論

在兩性研究的領域中，有關兩性健康的探討可說是頗具豐富面貌的，一方面男女生理有別，讓人容易認定兩性在健康上有所差異是理所當然的，可是另一方面，愈來愈多的研究卻發覺，兩性健康上的差異主要是社會、文化、和行為因素所造成。例如在年輕人口中，男性因意外傷害死亡的比率一直高於女性，這受到後天環境的影響顯然大於生理遺傳因素。因此本研究採取多元解釋的角度談兩性的健康，亦即將兩性健康的差異解釋內涵歸成三大類因素：遺傳因素、後天或社會文化因素和疾病與預防傾向因素。其中遺傳因素是先天決定、難以操縱的，其餘兩類則可藉由教育或政策改變人民的態度認知和行為，進而減低兩性在健康上的風險。本研究將後兩類擴充成四類身心狀況與行為，

表十二：自述罹病情形在性別的平均數比較

疾病種類	男性平均數a	女性平均數	檢定結果b
1. 胃腸疾病	.23	.21	n.s.
2. 肝膽疾病	.08	.03	p<.05
3. 呼吸系統疾病	.09	.09	n.s.
4. 高血壓	.09	.10	n.s.
5. 糖尿病	.01	.01	n.s.
6. 心臟疾病	.05	.08	n.s.
7. 骨骼關節疾病	.12	.16	n.s.
8. 腎臟病	.02	.03	n.s.
9. 神經系統疾病	.09	.07	n.s.
九項總和	.79	.83	n.s.

a：各項平均數都經年齡標準化處理。

b：指共變數分析的檢定結果。

表十三：正式醫療照護利用在性別的平均數比較

變 項 (過去三個月內)	男性平均數a	女性平均數	檢定結果b
1. 西醫門診次數	1.85	1.41	n.s.
2. 中醫門診次數	0.46	0.50	n.s.
3. 西藥購買次數	0.71	1.15	n.s.
4. 中藥購買次數	0.27	0.31	n.s.

a：各項平均數都經年齡標準化處理。

b：指共變數分析的檢定結果。

即健康維護行爲、心理困擾狀況、健康意識與預防利用、以及罹病情形與正式醫療利用，研究重點在探究兩性是否有差異。

結果顯示在健康行爲促進方面。男性在抽煙、飲酒和嚼檳榔的比例比女性高出許多，僅在運動的表現比女性好。由於煙、酒，檳榔會增加罹患致命疾病的機率，這更顯出男性的健康風險的確比女性高。社會文化下的性別角色期待應是直接導致此行爲差異的主要原因。若要降低此風險，應努力的方向是教育民衆將抽煙、喝酒、檳榔視爲負向、不被認可的社會行爲，並且將此類行爲賦予男性特權的色彩予以解除。美國自六〇年代婦女解放運動以來，婦女抽煙的比例不斷上升，到八〇年代後期衛生統計資料發現，女性肺癌的死亡率不但持續增加，更超過乳癌的死亡率（Cockerham, 1992），這結果不是女性健康之福，值得兩性教育的有心人士引以爲惕。

此外，在體位及對身材的滿意度方面，男性體重過重的比例比女性稍高，但女性對自己身材不滿意的比例卻明顯地高於男性，顯示社會大眾對女性的身材要求過高，對男性的身材要求則標準過低。影響所及，一些女性常會用不適當的方法求身材的苗條，男性則對過胖的體重警覺性不夠，輕則導致營養不足（女性）、身體不適（男性），重則可能危及生命的安全。因此對社會大眾宣導建立正確的體位衡量標準是很重要的，而節食和減肥更應在專業的醫師或營養師諮詢、指導下進行也同樣是重要且值得推行的觀念。

在心理困擾方面，分析結果顯示兩性差異亦非常明顯，女性比男性易感到沮喪，與其他國內外研究結果一致。雖然本研究所採之量表僅有五題，難以窺見憂鬱或沮喪的全貌，不過量表的內在一致性的指標高於0.8，在可接受的範圍內，足以代表心理困擾（*distress*）的程度。導致女性較易沮喪的原因以社會角色的影響最受研究者重視。此外如婚姻角色，顯然代表多重角色可能增加壓力的來源，但它也提供重要的社會資源以緩和這些壓力，進而降低個人心理疾病的風險，本研究結果亦驗證已婚者比未婚、喪偶者有較低的沮喪傾向。可是婚姻角色對兩性沮喪症狀的減低差異甚大，對男性的保護作用大於女性。現代女性若選擇單身，則和單身男性一樣具有高的沮喪症狀的風險，但若選擇結婚，則她們在婚後所面臨家庭角色、親職角色和工作角色的增加與衝突往往造成其沮喪程度大於男性，使得女性面對婚姻常有何去何從的感觸，這是兩性教育的工作值得重視的課題。

在健康意識和預防利用方面，結果指出性別在健康意識上的差異頗爲明顯，但預防健康檢查則無太大的不同。女性的自覺健康狀況易傾向於負面、對慢性病知識的需求比男性低，但是對營養飲食的參與程度則明顯高於男性。在自覺健康方面，在考慮了教育

程度、年齡、婚姻狀況、自述患病數、健康動機和居住地區的影響後，性別仍有顯著差異。這結果透露著一個訊息是，女性比男性容易有「小的毛病」，這些毛病給女性帶來不同程度的生理及心理困擾，但是卻不是大病或大到應該就醫服藥的程度。一項「婦女經前症候群」的研究指出，台灣有近半數經期婦女每月經歷一次經前症候群，患者中有九成回答有疲憊、憂鬱、煩躁、緊張不安及注意力障礙的現象（周勵志，1992）。顯然這種不適的狀態多少會導致女性認為自己較不健康，是否果真如此尚有待研究進一步證實。

至於男性對慢性病知識的需求比女性高的解釋仍不得而知。有一項成人教育需求的研究（蔡秀美，1992）指出，對於身心保健的八個項目（包括基本醫藥護理、食物與營養、幼兒發展與照顧、老年疾病預防、婦女身心保健等），男性回答需要的平均分數比女性高，此外在包含家庭生活、職業進修、個人發展等六大類的51題教育項目，男性仍有較高的總平均分數，顯示男性在教育需求的表達比女性強些。這結果其實並不意外，因為男性通常比女性有較多接觸到教育的機會，故表達出較強的教育需求。只是教育需求的滿足可提升認知的水準，與行為的一致與否尚屬未知。亦即，男性雖有較高的慢性病知識的需求，但行動上是否做到預防慢性病的要求則是另一議題。由本研究的營養飲食參與程度的回答可以得到部分佐證。資料顯示男性在營養飲食的參與程度上則比女性來得弱，正因為女性通常是家中三餐的烹調者對飲食的關注會比男性多些，所以較注重營養飲食行為。

最後在罹病率和正式醫療利用方面，分析結果顯示兩性在自述罹病情形大多無明顯差異，對中西醫、中西藥的利用次數在統計上也未達顯著。對於上述男女在健康自評與醫療利用間矛盾的現象，可能的解釋如前所述，由於女性會受到經前症候群的一些生理及心理的困擾，這些困擾既不是病，也不致於需要就醫服藥，可是卻影響女性對自己健康的評價。和西方研究結果不同的是，本研究未發現女性的罹病率和醫療利用高於男性。其他研究的多變項分析結果為（即控制了需要因素、保險、固定求醫場所等）亦同樣顯示，性別在預防健康檢查和正式醫療利用上多未顯著高於男性，顯示以醫療照護利用而言，性別差異並未突顯。

綜合上述討論，本研究有以下的結論與建議，在探究兩性健康的課題上，生理因素、社會文化因素和疾病傾向因素應同時被考慮；若欲藉教育與政策制定來促進兩性的健康，則首應著眼於健康維護行為和心理健康上的兩性差異。由於研究結果指出，男性在煙、酒、檳榔等行為的健康風險偏高，本研究建議應結合全民的力量，努力宣導煙、酒（若過量）、檳榔對健康的危害，禁止其任何促銷或商業活動，加重此消費行為的社會

責任，如重的貨物稅、高的健康保險費等。此外男性體重過重的比例比女性高，可是女性卻對自己的身材較不滿意，顯然社會大眾對男女身材的要求有明顯的性別差異，建議教導民衆建立正確的體位標準，太胖太瘦都不算健康。再者，在心理健康和健康意識上，女性在心理困擾的風險偏高且比男性覺得自己體弱多病，前者與社會角色有關，建議今後的兩性教育和家庭教育加強家務分工、親職角色由兩性共同分擔的觀念，在政策制定及法律上能重視男女平等的議題。女性覺得體弱多病可能是受到「經前症候群」的影響，建議未來的兩性健康研究能針對此一說法深入探討，俾能給婦女或兩性研究更豐富的內涵。

參考書目

江東亮

1987 「1951年以來的死亡趨勢」，中華衛誌，7(2):53-64。

江東亮、蘇春蘭

1990 「農民健康保險對農民醫療消費行為的影響」，中華衛誌，10(2):79-87。

吳正儀

1989 健康保險對被保險人醫療照護利用的影響，臺大社會學研究所碩士論文。

林憲、吳英璋

1988 「臺灣地區民眾心理障礙與精神疾病之態度分析」，楊國樞、瞿海源（編），變遷中的台灣社會，頁507-552，南港：中研院民族學研究所專刊乙種第二十號。

周勵志

1992 台灣婦女經前症候群盛行率之研究。台北：台北市陽明醫院。

胡幼慧

1990 「臺灣地區兩性健康差異之探討」，婦女與健康學術研討會論文集，頁5-23，台北：臺大人口研究中心。

姜逸群、江永盛、呂榮、黃雅文

1988 「民眾的健康意識及中老年病之預防疾病行為調查」，衛生教育雜誌，第9期：67-81。

馬力生、孔憲蘭

1987 「台北市市民行為危險態度盛行率調查」，衛生署疫情報導，衛生月刊，1(7):53-58。

高美丁、黃惠瑛、曾明淑、李寧遠、謝明哲

1991 「民國七十五至七十七年臺灣地區國民營養狀況調查——體位測量（II）三頭肌皮脂厚度、上臂圍、上臂肌圍」，中華民國營養學會雜誌，16:87-99。

蔡秀美

1992 「嘉義地區成人教育需求現況及推展方式之研究」，中南區成人教育學術研討會論文。

藍忠孚

- 1985 「市鄉婦女醫療行爲及醫療需求調查研究」，婦女在國家發展過程中的角色
研討會論文集，頁85-120，台北：臺大人口研究中心。

Breslow, L. and J.E. Enstrom

- 1980 "Persistence of Health Habits and Their Relationship to
Mortality." Preventive Medicine, 9:469-483.

Cleary, Paul D.

- 1987 "Gender Differences in Stress-related Disorders." Pp.39-72, in R.C.
Barnett, L.Biener and G.K. Baruch(eds.) Gender and Stress.
New York: Free Press.

Cleary, P.D., D. Mechonic and J.R. Greenley

- 1982 "Sex Differences in Medical Care Utilization: An empirical
investigation." Journal of Health and Social Behavior, 23:106-119.

Cockerham, W.C.

- 1992 Medical Sociology (5th ed.) .Englewood Cliffs, New Jersey:
Prentice Hall.

Freund, P.E.S. and M.B. McGuire

- 1991 Health, Illness, and the Social Body: A Critical Sociology.
Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Friedman, G.D., L.G. Dales, and H.K. Ury

- 1979 "Mortality in Middle-aged Smokers and Nonsmokers." New
England Journal of Medicine, 300:213-217.

Nolen-Hoeksema, S.

- 1987 "Sex Differences in Unipolar Depression Evidence and Thoery."
Psychological Bulletin, 101:259-282.

Robins, L.N.,J.E. Helzer, M.M. Weissman, H. Orvaschel, E.Gruenberg, J.D.

Burke and D.A. Regier

- 1984 "Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in
Three Sites." Archives of General Psychiatry, 41:949-958.

Schoenborn, C.A.

- 1986 "Health Habits of U.S. Adults, 1985: The 'Alameda 7' revised." Public Health Reports 101(6):571-580.

Thoits, P.A.

- 1987 "Gender and Marital Status Differences in Control and Distress: Common Stress versus Unique Stress Explanations." Journal of Health and Social Behavior, 28:7-22.

Tomasson, R.F.

- 1984 "The Components of The Sex Differential in Mortality in Industrialized Populations, 1979-1981: Swedens, US Whites, and US blacks." Comparative Social Research, Vol.7:287-311.

Tu, J.C.

- 1980 "On Long-term Mortality Trends in Taiwan, 1906-1980." Chinese Journal of Sociology, 9:145-164.

Verbrugge, L.M.

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

Verbrugge, L.M. and D.L. Wingard

- 1987 "Sex Differentials in Health and Mortality." Women and Health, 12(2):103-143.

Weissman, M.M. and G.L. Klerman

- 1977 "Sex Differences and the Epidemiology of Depression." Archives of General Psychiatry, 34:98-111.
- 1985 "Gender and Depression." Trends in Neurosciences, 9:416-420.

Wingard, D.L.

- 1984 "The Sex Differential in Morbidity, Mortality, and Lifestyle." Annual Review of Public Health, 5:433-458.

附表一：迴歸分析中所有變項的測量

變 項	測 量	平均數
1. 性 別	女=1，男=0	.45
2. 年 齡	實際年齡，範圍由20到87歲	44.69
3. 教育程度	不識字=1，小學=2，初中=3， 高中(職)=4，大專以上=5	2.91
4. 婚姻：未婚	未婚=1，其他=0	.18
已婚	已婚=1，其他=0	.77
5. 工 作	有工作=1，無=0	.68
6. 居住地區：嘉義市	嘉義市=1，其他=0	.31
第一類鄉鎮	大林、民雄=1，其他=0	.21
第二類鄉鎮	新港、六腳、中埔=1，其他=0	.31
7. 自述患病數	有=1，無=0，範圍由0至9 (1)胃腸疾病，(2)肝膽疾病， (3)呼吸系統疾病，(4)高血壓， (5)糖尿病，(6)心臟疾病， (7)骨骼關節疾病，(8)腎臟病， (9)神經系統疾病	.82
8. 健康動機	非常同意=4，同意=3，不同意=2， 非常不同意=1，範圍由4至16 (1)我很重視我健康的保持 (2)身體健康是要靠自己努力去維持的 (3)飲食習慣與身體健康有很大的關係 (4)我很注重飲食營養的均衡	12.19
9. 自覺健康指標	二題，分數範圍由2至8	5.32
10. 憂鬱指標	五題，分數範圍由5至20	9.01

由身心保健與醫療照護 談兩性的健康

蔡秀美^{*}

(中文摘要)

本研究的主旨在探討兩性身心保健的差異，以嘉義縣、市453位成人民眾作為分析對象，分下列四個層面來探討：(1)健康維護行為方面，資料顯示男性在抽菸、飲酒和吃檳榔的頻率頗高，對健康有不利的影響，但運動的頻率則是男性比女性高。另外，女性對身材傾向有負面的評價。(2)心理困擾方面，女性有較高的沮喪症狀。(3)健康意識和預防醫療方面，男性的自覺健康狀況較女性佳，預防性健康檢查的頻率則兩性無差異。(4)患病情形及正式醫療利用方面，資料顯示兩性在自述患病數、求診及買藥次數上均無顯著差異。這些保健態度與行為和社會文化所塑造的性別角色似乎有很大的關聯，吾人應利用教育或政策制定等方法致力於消弭這些差異，以積極促進兩性在健康上的福祉。

關鍵字：健康維護行為；心理困擾；健康意識與醫療照護利用；性別差異。

* 國立中正大學成人及繼續教育研究所副教授

GENDER DIFFERENCES IN HEALTH BEHAVIOR, MENTAL HEALTH, HEALTH CONSCIOUSNESS, AND HEALTH CARE UTILIZATION

Tsai Hsiu-me^{*}i

(ABSTRACT)

The purpose of this study is to explore if there is gender differences in health attitude and behavior. With 453 adults sampled from Chiayi areas as units of analysis, results of the study include four categories : (1) Health maintenance behavior, the data show that males are more likely to smoke, consume alcohol, and bite beetle nuts, which are disadvantageous to their health; while males tend to exercise more often than females. Besides, females tend to have negative body-image.(2) Psychological distress, women are more likely to be depressed. (3) Health consciousness and preventive medicine, men report their health status better than women do, but there are no differences between men and women in frequency of taking preventive checkup. (4) Health care utilization, no differences are found in reported number of diseases, frequencies of physician visits and medicine purchase. These health attitudes and behaviors appear to be associated with sex-role shaped by society and culture. The gender differences in health attitudes and behaviors can be reduced by means of education and social policy, so that health status of both sex can be promoted.

Keywords: health maintenance behavior; psychological distress; health consciousness; health care utilization; gender differences.

* Associate Professor, Institute of Adult and Continuing Education, National Chung-Cheng University