

## 死亡率與罹病類型差異： 老年女性健康問題之探討

王香蘋\*

### 摘要

研究老年死亡率和健康狀況的變化時，發現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老人，「老年女性化（feminization of later life）」的現象更普遍。「老年女性化」是老年女性較男性長壽所造成的結果，但長壽的生命是否擁有健康的生活卻是一個疑問，兩性老人死亡率與健康狀態的差別，可能是疾病發生率、罹病類型不同所造成。女性老人易於罹患慢性病不易痊癒的特性加上女性長壽的因素，可能累積造成女性老人多數處於殘障與多病的不健康狀態。

本文嘗試呈現兩性老人健康差異的現象，利用「傷害調查資料」、「死因檔案資料」和「台灣地區老人狀況調查」，探討老年罹病率與死亡率的性別差異矛盾現象。分析發現女性老人罹患腦血管疾病所導致的死亡率較男性為低，且其罹患之骨骼肌肉疾病與死因無關卻屬於影響日常生活期間較長的慢性、溫和性疾病。關於死因的性別差異，各年齡組老人的死亡率在 80 歲之前女性的死亡比例均少於男性，但 80 歲之後則相反。且因急性或短期致命性疾病死亡的比例是男性高於女性，證實女性的罹病率是以罹患慢性、罹病時間長且易導致功能殘障的疾病為主。此種溫和性的健康問題長時間困擾女性老人，配合長壽的因素，造就了比男性老人較低死亡的機率且較差的健康自評。

**關鍵詞：**老年健康，罹病類型，疾病發生，性別差異

---

\*私立弘光技術學院醫務管理學系講師

## 壹、前言

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（Yvonne and Victoria, 1997）。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。老年人罹患的疾病常相對溫和，除非是致命的缺血性心臟病與動脈硬化等疾病，否則多數人必須長期忍受老化及慢性疾病所致的身體不適。這種健康問題的特質除了「慢」之外，因長期疾病導致的活動功能障礙則是最後的結果，也是造成個人使用醫療照護多寡的主要影響因素。而這種生理衰退現象繼續影響發生其他疾病或產生更多的健康問題（Verbrugge and Jette, 1994）。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致命性的老人疾病（Manton, Stallard and Corder, 1998）。

在研究老年健康狀況的變化時，一個非常有趣的性別差異現象，逐漸引起大家的注意。一般來說，老年女性相對於老年男性有較低的死亡率，但健康狀況的性別差異卻和死亡率相反（王香蘋，1999），許多研究都指出，利用調查資料的分析顯示，老年女性之罹病率高於男性（Gee and Kimball 1987, Miles 1991）；以自評健康狀況或日常活動功能（ADL, Activities of Daily Living），或是輔助性日常活動(IADL, Instrumental Activities of Daily Living)來評量時，也獲得女性健康較差的結果（吳淑瓊，1993-1997；陳寬政、余玉眉、李麗雪，1995）。兩性老人在死亡率和罹病率上會有如此的差異，且該現象有許多不同的解釋。首先，公共衛生流行病學認為男女容易罹患的疾病類型不同，女性比較容易得到慢性疾病。其次則是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。再者是，女性健康狀況較差並不是真實的，而是長壽的結果。這些論點各有相異之處，必須釐清真正的原因，只是國內尚缺乏適當的資料及深入分析。本研究將嘗試由老人的罹病類型、疾病發生率、罹病率及健康狀況自評等四項的指標，利用「公私立醫院診所診治疾病及傷害調查資料」（衛生署，1982-1993）、「死因統計資料檔」（衛生署，1993-1997）、「台灣地區老人狀況調查」（主計處，1986-1996），探討老年健康狀況的變化，分析老年罹病率與死亡率的性別差異現象。

## 貳、兩性健康與罹病的差異

任何疾病的發生，有一定的分期演變過程，由罹病到恢復均具固定的期間。但老化必然造成體內各系統、器官及組織的功能退化（包括肌力減退、骨骼脆弱、及免疫回應緩慢等）。因此，專家以此生理特性對疾病延滯痊癒的影響提出，只要「任何身體功能損傷恢復正常超過一般適應所需的時間」即是「慢性病」(Corbin and Strauss, 1988; Lubkin, 1990; 王香蘋, 1997)。這些由生理機能退化或人為因素造成(生活型態或有害健康的行為)的慢性、非急性疾病，主要發生於中老年時期(陳建仁, 1982; 行政院主計處, 1989-1996)。且就死亡率及罹病率的性別差異而言，「女性較易生病而男性容易死亡」(Gee and Kimball, 1987)。

一般而言，除了意外事故或自殺死亡之外，臨終之前都會歷經健康變化的階段。只是，意外事件死亡主要發生在年輕階段，而自殺對死亡率的影響則相當有限，因此老人死亡主要多來自於罹病之死亡。由於罹病發生到死亡之間的健康變化是一種持續性、不間斷的過程，各研究也以生物遺傳及社會環境說明了男女兩性健康狀況差異的可能原因。只是老人罹病的病因複雜且病程的不可逆及永久性，無法醫療治癒又易合併不等程度的功能殘障。而本文研究所運用的資料內容，無法控制社會因素來比較性別罹病的不同，因此以疾病類型、疾病發生率、罹病率及健康自評四項為性別老人罹病的比較。

### 一、老人罹病的測量

人口罹病水準的測量大致上有四種，首先是經由醫師專業經驗及配合各種醫療儀器輔助的客觀性健康檢查，此種藉助醫療專業及儀器設備的調查，雖然具備科學客觀與資料精確的優點，然而隨機進行社區性大規模的健檢因為成本太高而施行困難。其次是功能行動能力 (functional ability) 的衡量，也就是依個人是否有能力照顧自己日常生活起居，或從事某些需要體力精力的戶外活動來判定其健康狀況，其中以 ADL 及 IADL 最常被引用。第三是個人主觀的自評健康狀況。另外，可提供疾病資料但無法充分表現確實健康水準的就醫記錄，對於罹病趨勢和致死病因的瞭解也有重要的參考價值。健康狀況自評、功能行動能力、醫療健康檢查、及醫療利用等四種健康測量方式，累積不少研究結果，其中關於性別差異部份分述如下。

## 1. 自評健康狀況

自評健康主要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、及嚴重與否等各項客觀因素，比客觀的健康檢查或醫師診斷更能預測老人的死亡（吳宜昆，1998）。這並非全無道理，因為即使醫師擁有客觀的專業知識，對於個人全盤健康狀況最了解的還是個體本身。Manton（1988）運用該方法調查老人的健康變化，統計分析顯示老年女性的疾病和殘障盛行率比同年男性有較高的水準。Binstock 與 George（1995）也提出，女性隨著年齡增加又老化的生理情況，高疾病盛行率與功能殘障率因此應然而生；且罹病特性上，老女人在慢性病況的平均罹患人數多於男性，且罹病人口當中，男老人易罹患急性致命疾患，女性則以非致死性病況見長，這結果可能是老年女性呈現較低死亡率的原因。Sayer 與 Britt（1996）則分析「澳洲國民罹病及求醫調查報告」，在健康自訴部分，發現女性以消化、心血管和呼吸障礙為眾；男性則常抱怨皮膚症狀的不適。我國方面，吳淑瓊等（1993-1997）連續五年追蹤台灣北部社區居家老人的健康情形，以家屬配合訪談方式的調查發現，老年女性在關節炎、心臟病、白內障、高血壓、及糖尿病等疾病較老男人盛行；而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，只是在病兆自訴的部位，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。

## 2. 功能行動能力

健康狀況可以用有無疾病、何種疾病、或者疾病的嚴重程度來表示，但對於老年人而言，許多人並沒有外顯的病徵，就是身體衰弱而無法正常從事日常生活的各項活動，因此，對於非明顯病變的老衰而失能者，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。評估方式是以活動狀態及範圍，涵括有依賴程度、困滯範圍或程度、及執行特別日常活動時感受疼痛與不適的頻率（Jette，1980）。採行方式則運用 ADL 及 IADL，以問卷調查或當面訪談，由樣本個案自述身體功能，或配合訪員目測，評估個案自我照顧與社區獨立生活能力。該方法雖然不及健康自評有較好的死亡預測（WHO，1984），然而就缺乏明顯病變，因年老虛弱須仰賴照顧，確實具有客觀評量的作用。只是依文化不同而跨國比較不易，作為實際健康狀況的指標仍須繼續克服。關於運用行動功能指標的研究成果不勝枚舉，由早期舉列的障礙功能項數到近期障礙程度與持續年限（胡澤芷，1997）的顯現，一致反映老年人口隨著年齡增長，功能障礙的

程度更形加劇。而女性老人的 IADL 障礙較同年男性為高，至於 ADL 方面，80 歲以下女性老人的障礙率也比男性高，但 80 歲以上則相反（吳淑瓊，1993-1997）。

### 3. 醫療健康檢查

醫療健康檢查常常受限於成本考量，多屬於規模較小的檢測，例如，中華民國老年醫學會（1994）於民國 78 年至 80 年，針對台灣地區 2600 名 65 歲以上兩性老人實地進行醫療健康檢查。其發現性別老人罹病系統的不同，女性老人在眼睛、皮膚、呼吸、腸胃、及心血管系統的健康狀況均比男性有較高的罹患水準，而腦血管障礙卻出現相反的情形，且某些特定疾病只發生在年長的女性，骨質疏鬆症便是當中最鮮明的例子。另外，部分疾病確實受到年齡因素的影響，其中以視力變差和呼吸道疾病隨著年歲增長和抵抗力弱的情況更為嚴重。

### 4. 醫療利用分析

醫療利用的分析，美國的資料顯示，短期的醫療住院率以老年男性為高，女性老年人口則是以長期照護機構（如護理之家或 personal care homes）（Verbrugge, 1983）；這可能意涵老年男性承受生命威脅的疾病困擾，而女性隨平均餘命延長卻缺乏居家照顧人力照護。就溫和疾病和殘障的觀點而言，女性顯然是傾向於不健康的角色，是一種不但具有較高的自訴病徵發生率和頻繁的疾病角色行為，且採取較多的醫療服務利用（Gee and Kimball, 1987）。而 Sayer 與 Britt（1996）運用 1990 至 1991 年「澳洲國民罹病及求醫調查報告」，分析兩性於求醫資料的差異指出，有關女性罹病率主要是生產、生殖泌尿、神經系統和血液等疾病及屬於心理與社會環境的問題，這些因素促成其較差健康和較多的醫療利用率。而男性依序是以心血管疾病、消化系統、皮膚和呼吸障礙的求診率較高。

以上四種方法，中外研究雖然舉列了老人罹病的狀況，只是就疾病發生率並未提出兩性老年的差異現象。關於疾病的類型與最後導致老年死亡的健康問題，文獻上則沒有清楚的描述。發生率呈現的是疾病從無到有的機率，強調病因危害的大小，至於影響程度則以罹病率為指標。換言之，一個疾病的發生率很低，影響的人數極少，卻可能因為罹病時間很長，最後由於時間和人數的累積，而造成很高的罹病率。如果女性的高罹病率是因為發生較「慢」的疾病之故，則疾病預防工作應該針對性別來設計；如果是因為女性罹患的疾病類型較男性不易死亡，則醫療照護資源的分配應依性別而有不同的考量。

## 二、兩性老年健康差異的解釋

或許女性較差的健康狀況來自有因，在生物醫學、社會、及其他相關的研究，均有不同的解釋。

### 1. 生物醫學的角度

本世紀初期，女性壽命的優勢現象才漸漸展露，即使如此，同時期的發展中國家仍然是男性預期壽命高於女性。兩性這種死亡率截然相反的差異，Simon (1998) 認為是有多重因素相互混合所致的。早期，就社會功能而言，在物資稀少的前提，女嬰獲取的照護較男嬰少的情形下，存活不易。而成熟女性死於分娩的過程一直到世紀中期以後才漸有改善。克服了營養與醫療衛生的問題，女性死亡率大大的降低，接著便是長壽和多病的健康特質。關於這點，生物基因的解釋是，女性免疫系統的優勢是為了確保嬰兒獲得足夠的抗體，而因應妊娠哺乳的過程，特別加強了被動免疫的功能。同時，以方便攜帶懷孕期間所增加的血量，動情激素 (estrogen) 的作用，不僅提供了血管更強韌的彈性結構，循環系統也因此增昇了抗壓係數，以抵禦女性停經前血壓高所產生的血管損傷。這些特質雖然降低了女性罹患冠狀心血管疾病的風險而有利於延年益壽，抗體固然保衛了身體，但同時也有自體免疫的作用和產生遺傳因子的抑制障礙 (genetic immune suppression disorders)，進而破壞結締組織結構，產生其他疾病變化。因此，就女性荷爾蒙特殊的貢獻，雖然增長女性存活的年數，倖免於心血管、神經、及老化的健康減損。只是，女性因荷爾蒙所延續的存活年數，不見得是健康的生命 (Thomas and Ruth 1998)。

### 2. 社會因素方面

健康的變化除受醫療照護和生活品質提升的影響，還有社會、文化背景、資源取用的境遇、及生活物理環境的影響。Mechanic (1982) 指出，討論疾病行為時不應忽略階級、性別、文化及其他因素對求醫行為造成的差異；因為，疾病行為描述人們體察己身與詮釋疾病病徵，進而表現於療養措施和健康照護服務的利用。

男女兩性在健康行為存有差距的來源有三，首先是女性於妊娠、生育、及持家的變化過程，導致對身體、感覺和健康認知與男性迥異，表達健康問題的方式因而與男性不同 (Phillips and Segal, 1969)。其次是性別角色之社會化不同，「男性的」與「女性的」適合行為認同標準不同，疾病行為因此呈現性別差異 (Nathanson, 1975)。第三，男女兩性生活的結構差異 (例如，不同的工作經驗、失業、與生活型態等) 影響健康與疾病的行為 (Marcus and Siegel, 1982)。三項論點均是強調女性的高疾病罹患率

是由社會因素所促成，不是全然身體真實狀況的反映。Gove 與 Hughes (1979) 認為女性的高疾病罹患率歸結於現代社會中女性的角色問題，指出現代婦女與男性相較之下，由於更須專心致力於滿足人們的各等需求，面臨比預期中更多的壓力，因此對身體健康產生負面影響。

綜合以上觀點大致可歸結出三個重點，首先，相對性別角色的文化期許，是不是具社經穩定能力的女性，其健康狀況自然因應社會角色被肯定就會比同年男性好，或者是不分軒輊。其次，從性別角色的重要性、工作負荷和時間限制來看，則隱含女性角色重要性遠低於男性，較有時間生病及尋求醫療照護服務，一旦健康欠佳或自覺身體不適時即能聲稱罹病並減少活動；也就是，家庭主婦可能比事業婦女容易生病的推測。相反地，最後一個論點則因現代社會中女性的角色問題，推測職業婦女比家庭主婦承受更多的角色任務及社會期待，因而在健康狀況上顯現出較差的水準。

### 3. 小結

歐美國家及國內的患病率調查，一再顯示女性的罹病率較男性為高，求診次數亦較男性多。近年來，西方學者亦針對性別及健康關係的多方面探討，以美國為例，女性在各種急性感染（包括呼吸道、腸胃及其他感染）及非致命慢性病之患病病例均高於男子。至於男女在各疾病之罹病率之差異幅度上，卻由於年齡的不同和疾病的不同而差異很大。這些差異分別有生物遺傳學、危險因子的差異暴露、對疾病症狀之反應、及健康自訴行為等假設驗證得知，女性偏高的急性病與非致命慢性病之罹病率，並非是社會心理所導致的假象。（引自胡幼慧，1991）。

至於死亡率部分，西方國家自 1930 年後即出現男子死亡率高出所有年齡層女性，差距幅度方面，近年來以 65 歲以上年齡兩性之死亡率絕對值差異最大。至於死亡差的解釋，Verbrugge 發現多重角色對於男女雙方的健康均有正面影響。而台灣地區兩性的死亡情形，在 1950 至 1955 年間，男性在幼兒、兒童及成人期出現生存優勢，此一偏離西方已開發國家的死亡趨勢，無法由單純的所有之死亡資料得知；倒是死因別意外災禍與惡性贅瘤兩種疾病之性別死亡差最大（引自胡幼慧，1991）。

## 參、我國老人死因及罹病狀況之分析

雖然胡幼慧運用了生物與社會的觀點，解釋中外男女兩性健康的差異。但是，影響老人健康的諸多複雜因素，在生物與醫療科學的發展上，及社會因素導致的性別差異方

面，無法以一般兩性健康的比較完整描述兩性老人的狀況。且礙於國內當前可供分析的資料有限，先由死因、罹病類型、罹病率、及發生率探討兩性的差異與變化，對照文獻討論我國老人整體的健康水準。本單元首先利用衛生署統計室近五年的「台灣地區死亡統計資料檔」，分析民國 82 至 86 年 65 歲以上男女老人的死因。接著以 1996 年「老人狀況調查」（行政院主計處，1996）探討台灣地區 65 歲以上老人罹病類型和罹病率的變遷；同時以民國 75 至 85 年 65 歲以上老人關於「健康自評」問項，呈現老年健康狀況的變化。最後利用「台灣地區公私立醫院診所診治疾病與傷害調查報告」（簡稱傷病調查）（行政院衛生署，1982-1991），間接以各診療院所的樣本醫療服務利用資料，呈現兩性罹病的趨勢。各資料檔的分析結果如下：

### 一、性別老人年齡別死亡比例和死因差異：

衛生署統計室的死亡統計檔案，全數是各基層衛生單位完整的國民死亡死因申報記錄資料。而民國 82 至 86 年老人兩性各年齡層死亡比例，男性約在 57%，女性則佔老人死亡總數之 43% 左右。各年度詳細分析如表一所示，年齡別平均死亡率高峰男性都

表一 台灣地區歷年老人兩性各年齡層死亡比例（民國 82-86 年） 單位：%

五歲 年齡組	82 (n=63812)		83 (n=66460)		84 (n=71250)		85 (n=73560)		86 (n=73614)		年平均	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
65-69	24.5	15.9	24.5	15.4	23.3	15.3	22.2	14.8	21.7	15.1	23.2	15.3
70-74	25.1	19.8	24.7	19.7	25.2	19.6	25.0	18.9	25.3	18.1	25.1	19.2
75-79	23.6	22.7	22.2	22.3	22.2	21.3	22.3	21.4	22.4	21.5	22.5	21.8
80-84	16.4	21.6	17.6	21.6	18.0	22.1	18.1	21.9	17.7	21.3	17.6	21.7
85-89	7.4	13.1	7.9	14.0	8.2	14.2	8.7	14.8	9.2	15.4	8.3	14.3
90-94	2.4	5.4	2.5	5.5	2.6	5.9	3.0	6.2	3.0	6.7	2.7	5.9
95-99	0.5	1.3	0.5	1.3	0.5	1.4	0.6	1.6	0.7	1.6	0.6	1.4
100+	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1	0.3

註：1.n 為各年度 65 歲以上老人實際總死亡人數，非樣本資料。

2.性別死亡比例之檢定，各年度資料均有達顯著差異水準（ $P < 0.00001$ ）。



在 70-74 歲，女性則在 75-79 歲之間。值得注意的是民國 84 與 85 兩年，老女人的死亡比例是以 80-84 歲年齡組最高，且老女人五年平均死亡率在 80-84 歲年齡組與 75-79 歲年齡組的差異只有 0.1 個百分比，即老女人的死亡率高峰在 75-84 歲之間發生。比較老人的年度性別年齡組死亡比例的變化，女性老人的死亡有逐漸往高齡組移動的趨勢。由五年平均死亡率的統計分析，80 歲之前女性的死亡比例均少於男性，但 80 歲之後則相反。而死因別方面，雖然各年度死因別死亡率略有差異，主要死因卻是有固定的趨勢，因此在死因別的討論，本文為有清晰具體的比較，從死因統計檔案中選取各年度疾病死因別死亡率大於 1% 者，將各年度死亡率平均求得五年平均死亡率（表二）。結果發現，男性老人的死因以診斷不明之腦血管疾病為首，呼吸系統惡性腫瘤居次，糖尿病第三。女性老人的死因則以糖尿病最多，其次是未提及精神病之老衰，第三則為診斷不明之腦血管疾病。

表二 台灣地區歷年老人兩性死因別死亡率(民國 82-86 年) 單位: %

死因類別	男	女	差距	顯著差異
胃惡性腫瘤	2.62	1.42	1.2	.0001
呼吸系統惡性腫瘤	<b>6.00(2)</b>	2.94	3.06	.0001
糖尿病	<b>5.00(3)</b>	<b>9.54(1)</b>	-4.54	.0001
急性心肌梗塞	4.24	3.80	0.44	.0001
心臟衰竭	3.24	4.22	-0.98	.0001
診斷不明之腦血管疾病	<b>6.20(1)</b>	<b>6.34(3)</b>	-0.14	.0001
腦內出血	2.20	2.40	-0.2	.0001
肺炎(病原不明)	3.86	3.04	0.82	.0001
慢性氣道阻塞	2.96	1.34	1.62	.0001
未提及精神病之老衰	4.32	<b>8.18(2)</b>	-3.86	.0001
未明示之肝病	4.38	2.40	1.98	.0001
呼吸衰竭	2.52	2.94	-0.42	.0001

註：1.「差距」是男女兩性老人的疾病別年平均死亡率相減之值。正值代表左列疾病別的年平均死亡率男高於女，負值即男低於女。

2.顯著差異是兩性死因別平均死亡率的差異。

所有的死因類別當中，男性老人於急性（如肺炎及急性心肌梗塞）與短期致命性病變（如各系統的惡性腫瘤）的平均死亡率明顯高於女性，而女性老人則在慢性衰竭病症（如糖尿病、未提及精神病之老衰、心臟衰竭及呼吸衰竭）明顯高於男性。由各死因別死亡率的性別差距（男女兩性死因別死亡率相減）的分析，男性老人在短期致命性病變的呼吸系統惡性腫瘤平均死亡率比女性有較高的傾向，而女性老人在慢性衰竭病症的糖尿病和未提及精神病之老衰兩類的平均死亡率比男性高出甚多。

表二資料所呈現的糖尿病、未提及精神病之老衰、心臟衰竭及呼吸衰竭等女性老人高於男性老人的主要死因，就罹病類型和致命性而言，在死亡之前大多是屬於慢性長期衰竭性的疾患。男性老人高於女性老人的罹病類型和致命性則包含急性（如急性心肌梗塞）或短期致命性（如胃及呼吸系統惡性腫瘤）。上述結果印證，急性及短期致命性的疾病是導致男性老人死亡的重要因素，而慢性長期衰竭性的疾病則是導致女性老人死亡的主要因素。

## 二、兩性老人罹病的差異

為更進一步探討兩性老人死亡之前，各疾病類型的發生率及罹病率、是否具有特殊的情況。我們以 1989、1991、及 1993 三次的「老人狀況調查」（行政院主計處，1989-1996）為主要分析資料。「老人狀況調查」是行政院主計處所舉辦的人力資源調查之附帶調查，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。老人狀況調查自 1986 年開辦時，受訪樣本有 57,611 人，1987 年 58,755 人，1988 年 58,272 人，1989 年 57,649 人。此項調查於 1990 年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。

自 1989 年起開始有傷病罹患種類問項，1989、1991 及 1993 年三次調查包括有腦中風、心臟病、老年癡呆症、惡性腫瘤等各疾病罹患情形；1996 年更替為內分泌及代謝系統、神經系統、心血管系統、呼吸系統等各系統疾病類別。因此我們可以計算 1989 年以後老年慢性疾病盛行率的性別差異；另外，1996 年的調查更詳細詢問疾病的發生與延續時間，因此得以據此找出男女性別在各種疾病發生率，及找出兩性罹病率的差異。藉此資料，根據抽樣設計予以加權，分析一年內兩性之疾病別發生率及疾病別平均罹病率。當中各類疾病，雖然是依主計處之調查問卷所設計的疾病問項進行老人罹病

研究，無法與衛生署之「死因統計資料」的死因別完全雷同，但在疾病系統與罹患的類型（慢性、致命與否）依然可以比對討論。

### 1. 疾病別發生率：

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。國內可提供該種疾病發生風險的分析資料取得有 1996 年主計處之「老人狀況調查」，樣本依抽樣設計予以加權之後，共得分析數量 1,690,576 人<sup>(1)</sup>。一年內新發疾病的比例<sup>(2)</sup>，分析結果顯示女性老人的疾病發生率較男性老人高。

表三 兩性老人一年內系統疾病別發生率(1996 年)

單位：%

系統疾病類別 年齡組發生率	女性老人(n=43347)				男性老人(n=43298)			
	合計 (n=26604)	65-74 (n=14850)	75-84 (n=1893)	85+	合計 (n=30501)	65-74 (n=11550)	75-84 (n=1247)	85+
癌症	0.22	0.25	0.11	0.52	0.08	0.11	-	-
內分泌及代謝疾病	0.54	0.54	0.63	-	0.47	0.55	0.32	-
精神疾病	0.04	0.06	-	-	0.06	0.03	0.15	-
神經系統疾病	0.17	0.07	0.25	1.09	0.16	0.12	0.25	0.29
心臟血管疾病	1.92	<b>1.79</b>	<b>2.28</b>	<b>1.62</b>	1.47	<b>1.53</b>	<b>1.47</b>	0.23
呼吸系統疾病	0.36	0.36	0.41	-	0.34	0.27	0.58	-
肝胃腸等消化疾病	0.54	0.46	0.81	-	0.52	0.56	0.29	<b>1.49</b>
泌尿系統疾病	0.22	0.25	0.21	-	0.32	0.20	0.68	-
骨骼肌肉疾病	1.23	<b>1.25</b>	<b>1.09</b>	<b>1.88</b>	0.62	0.51	<b>0.83</b>	<b>1.47</b>
眼、耳疾病	0.28	0.17	0.58	-	0.45	<b>0.57</b>	0.11	0.50
皮膚疾病	0.02	0.04	-	-	0.06	0.05	0.07	0.44
血液疾病	-	-	-	-	0.05	0.03	0.12	-
殘障	0.09	0.04	0.25	-	0.06	0.1	-	-

註：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<.00001)。

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。

<sup>(1)</sup> 以十歲年齡組為劃分單位，則 65-74 歲男性佔 71.2%，女性為 65.9%。75-84 歲當中，25.8% 是男性，女性有 29.3%。85 歲以上，男性佔 3.1%，女性則 4.8%。

<sup>(2)</sup> 女性依各年齡組（65-74 歲、75-84 歲、及 85 歲以上）分別有 5.3%、6.6%、及 5.1%；男性則是 4.6%、4.9%、及 4.4%。

表三呈現了各系統疾病一年內的發生率，除了 85 歲以上老人，其餘不論性別，不分年齡，均以心臟血管疾病居首，而第二高的發生率，女性老人一直為骨骼肌肉疾病；男性老人在 65-74 歲之間以眼耳疾病居次，但骨骼肌肉疾病的發生率也只差 0.06 個百分比，在 75-84 歲之間則仍為骨骼肌肉疾病居次。而 85 歲以上老年，女性是以骨骼肌肉疾病發生率最高；雖然男性是以肝、腸胃等消化系統疾患為首，但骨骼肌肉疾病的發生率也非常逼近。

該調查雖非貫時性資料，無法作兩性老人的長時間平均罹病發生率比較，但就短時間(一年內)得病的可能性來看，兩性老人在心臟血管疾病和骨骼肌肉疾病的風險最大，且值得注意的是由合計或各年齡組百分比數值來看，女性老人在這兩系統疾病的發生率均高於男性老人。由合計資料顯示，在 13 項系統疾病類別中，女性老人有 8 項的疾病發生率高於男性老人，此項分析指出 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，女性老人的發生率較男性老人高出約兩倍的差距，此項病變對女性老人的影響更為顯著。

## 2.系統疾病別罹病率：

1996 年的老人狀況調查針對樣本受訪者「主要罹患疾病」問項，樣本依抽樣設計予以加權之後共 941,123 位老人罹病，佔總數之 55.7%。當中女性的比例有 47.3%，共 445,003 人，男性則佔 52.7%，共 496,120 人。各系統疾病的罹患率依性別及年齡別分析如表四所示。

各年齡別的兩性老人均以心臟血管疾病為最高的罹病率，女性居次的罹病率一直為骨骼肌肉疾病，65-84 歲的男性居次的罹病率則為肝胃腸等消化疾病，85 歲以上則為眼耳疾病。就 65 歲以上老人的平均合計資料顯示，兩性老人最高的罹病率均為心臟血管疾病，女性老人居次的為骨骼肌肉疾病，第三則是內分泌及代謝疾病，而男性老人居次的為肝胃腸等消化疾病，第三則是骨骼肌肉疾病。以罹病率差異性而言(由男性合計罹病率與女性合計罹病率相減)，在 13 項疾病罹病率比對中，女性老人有 7 項疾病罹病率高於男性老人，但大多數罹病率差異不大(<1.0%)，男性老人在肝胃腸等消化疾病，心臟血管疾病，呼吸系統疾病，及泌尿系統疾病比女性老人有顯著較高的罹病率(>2.0%)，而女性老人則在骨骼肌肉疾病此項比男性老人有顯著較高的罹病率

(>10.1%)。骨骼肌肉疾病對致死的影響顯然低於肝胃腸等消化疾病、心臟血管疾病、呼吸系統疾病、及泌尿系統疾病的影響。上述分析指出，女性老人較易罹患不同類型的疾病，且兩性老人罹病類型差異最大的是骨骼肌肉疾病，女性老人此項疾病的罹病率高於男性老人約兩倍之多，此項結果與表三的骨骼肌肉疾病發生率的分析結果一致。

表四 兩性老人系統疾病別罹病率(1996 年) 單位：%

系統疾病類別 年齡組發生率	女性老人(n=445003)				男性老人(n=496120)			
	合計 (n=271778)	65-74 (n=145930)	75-84 (n=27295)	85+	合計 (n=329588)	65-74 (n=145665)	75-84 (n=20867)	85+
癌症	1.5	1.8	0.9	0.71	1.3	1.4	1.3	0.72
內分泌及代謝疾病	10.7	<b>11.7</b>	<b>9.6</b>	<b>7.1</b>	10.2	11.1	9.3	3.5
精神疾病	1.0	0.8	0.9	3.9	0.7	0.3	1.5	1.2
神經系統疾病	3.6	3.4	3.7	6.0	3.9	3.7	4.0	5.4
心臟、血管疾病	32.1	<b>31.8</b>	<b>31.9</b>	<b>35.9</b>	35.0	<b>35.3</b>	<b>35.9</b>	<b>24.6</b>
呼吸系統疾病	4.9	4.7	5.6	2.8	7.6	7.9	7.0	7.5
肝胃腸等消化疾病	7.9	8.5	7.6	3.5	12.7	<b>13.3</b>	<b>11.4</b>	<b>12.4</b>
泌尿系統疾病	3.7	4.3	2.8	2.6	5.7	5.7	5.4	7.1
骨骼肌肉疾病	20.8	<b>21.3</b>	<b>20.9</b>	<b>15.5</b>	10.7	<b>10.5</b>	<b>11.0</b>	<b>11.6</b>
眼、耳疾病	9.2	8.2	10.4	12.2	8.2	7.2	8.7	20.6
皮膚疾病	0.5	0.5	0.7	-	1.1	0.8	1.5	1.5
血液疾病	1.1	1.3	0.9	0.8	0.5	0.5	0.6	0.7
殘障	2.5	1.5	3.7	7.1	2.3	2.2	2.2	3.2

- 註：1.表中 n 為樣本乘以抽樣加權後的數量。
- 2.各年齡組疾病罹病率亦達性別顯著水準 (P<.00001)
- 3. “-”代表該項資料為零。
- 4. 「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。

截至目前，尚缺乏老人醫療服務利用與罹病的同一資料檔可茲研究，而無法以同一醫療服務利用佐證上述疾病發生率與罹病率的討論。在此以民國 82 至 85 年「台灣地區公私立醫院診所診治疾病與傷害調查報告」（簡稱傷病調查）（行政院衛生署，1993-1996）進行分析，結果如附圖一所示。附圖一的結果雖然針對的是全部民眾的疾病別門住診受療率，而非專對 65 歲以上老人進行罹病醫療的分析。但就勞動和生理退化相關的骨骼肌肉及結締組織疾病的受療率，自民國 74 年之後其門診受療率即為女性高於男性，但是住院受療率卻是男性高於女性。由於住院人數是門診人數的一部份，門診受療

率高代表罹患人數多，而住院受療率高則代表罹病的程度較嚴重。因此附錄一顯示，女性罹患骨骼肌肉及結締組織疾病的人數多，但男性所罹患的骨骼肌肉及結締組織疾病，程度上比女性嚴重。

心臟病與高血壓疾病（統稱心血管疾病）是中老年易罹患的慢性病，這樣的前提，受療率便可反映出部分的罹病率。對照表四兩性老人的疾病類別罹病率，不僅男性老人在心血管系統的罹病率高於老女人，傷病調查中一般男性在該疾患的住院受療率普遍也較女性多。只是，一直以男性領先而與生活壓力息息相關之的高血壓性疾病和腦血管疾病住院受療率，近年卻有女性遽增的趨勢。分析顯示，生活壓力和勞動的增加是國內婦女高血壓即腦血管疾病增加的可能成因，逐漸成為影響女性的重要健康問題。

死因統計中，老男人第一死因也是腦血管疾病，但老女人死於腦血管疾病的排序則居第三。而女性老人罹病居次的骨骼肌肉疾病與死因統計無關，即罹患該病不會造成死亡，卻會長期影響女性老人的健康狀況。而男性老人居次罹患的疾病為肝、胃腸消化疾病與死因統計資料中男性老人排名第四的未明示肝病死因有很高的關連，亦即此病可造成很高的死亡率。總言之，女性老人罹患腦血管疾病所導致的死亡率較男性為低，且其罹患之骨骼肌肉疾病與死因無關卻屬於影響日常生活期間較長的慢性、溫和性疾病。

### 3.老年健康自評的變化：

罹病率不僅在疾病的防治上相當重要，亦決定保健工作的負荷，作為計畫人力和設備等醫療問題的重要根據。其主要參考意義，有別發生率所顯現的暴露於致病因子的危險程度，而能反映出病例罹病之後的存活狀態。具體而言，其呈現的重要訊息，是關於疾病影響的狀態。因為造成高疾病罹患率的是病例存活數的增加，而病例存活數累多的原因不一，並不單只是新病例數增多的緣故，還有疾病特質影響。置放於疾病治療與衛生政策的議題，提示了致病因素的分佈和影響的推測。

但是探討老年罹患疾病的特點，必須注意到疾病只是健康狀況變化的其一因素，老人身體功能退化可能在病發當中或之前發生，加上後來罹病的負擔，而凸顯老人健康惡化的現象。而前述疾病發生率和罹病率，主要針對老人生理明顯病徵討論，至於整體健康狀況的變化趨勢如圖 1-1 及圖 1-2（行政院主計處，1986-1996）所示，該分析運用 1986 年起七次的老人狀況調查顯示，65 歲以上的受訪樣本於「健康」、「有病」、以及「殘障」三種健康狀況選項當中，在「有病」及「殘障」的選項中，男性與女性的百分比大致相同，但在「健康」的選項中各年齡組女性受訪者於「健康」的比率全數明顯

低於男性。雖然「有病」與「殘障」兩項比率，男性與女性老人大致相同，但女性老人對自己健康狀況的自評則普遍偏低。換言之，65 歲以上老年人口的健康自評結果發現，老年女性健康之情形之自評不如老年男性。

圖1-1 台灣地區老人健康和有病的狀態(1986-1996)

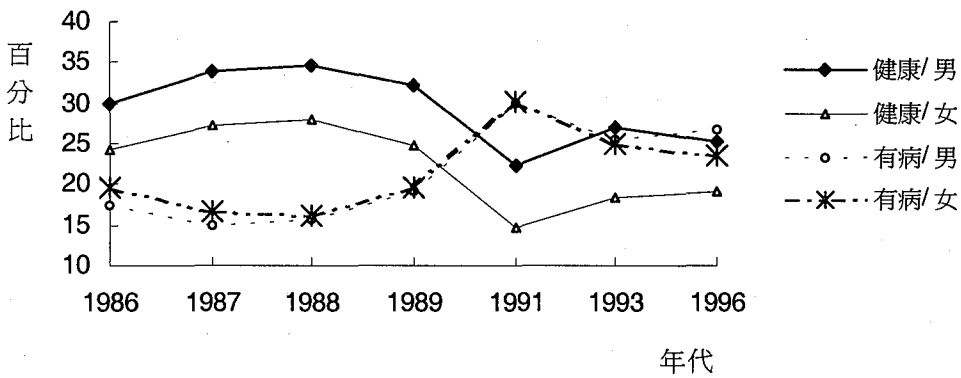
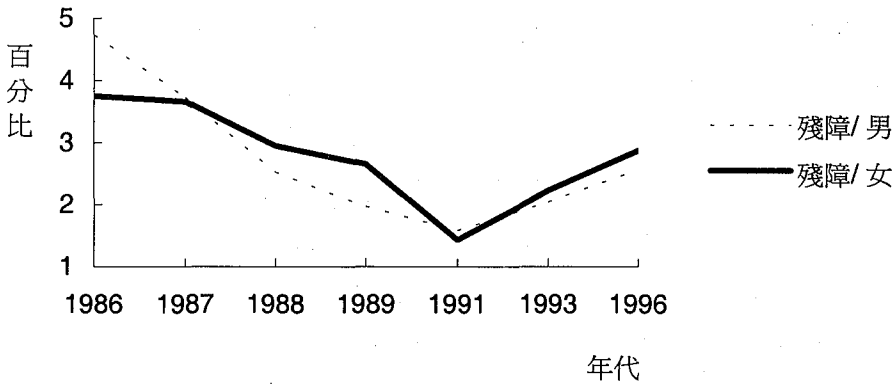


圖1-2 台灣地區老人殘障狀態 (1986-1996)



雖然問卷項目並未針對是否因罹病而導致殘障進行調查，因此無法就同一資料檔中進行相關分析。但就老年健康自評的狀況，與上述死因、疾病發生率、及罹病率的分析對照而言，女性老人所罹患之疾病與急性或短期致死的死因無關，且屬於影響日常生活期間較長的慢性、溫和性疾病。加上文獻所提的「長壽效應」，是造成女性老人在健康自評時偏低的可能原因。

## 肆、結論

老年健康狀況的呈現不是一夕形成，但在政策與臨床醫療照護上，有其重要的研究意義。本文分析所利用的「死因統計」、「傷病統計」及「老人狀況調查」三項資料，就老年死因死亡率、發生率、罹病率及健康自評的狀態，一一討論如下：

老人死亡率部分，82 至 86 年五年的老人死亡記錄分析，顯示年度平均死亡率高峰男性都在 70-74 歲，女性則在 75-79 歲之間。且年度性別年齡組死亡比例的變化，女性老人的死亡有逐漸往高齡組移動。而整體性別差異部分，80 歲之前女性的死亡比例均少於男性，但 80 歲之後則相反。

死因別方面，雖然各年度死因別死亡率略有變動，主要死因卻是有固定的趨勢。五年平均死亡率，男性老人均以診斷不明之腦血管疾病為死因之首，呼吸系統惡性腫瘤居次，糖尿病第三。老女人死因則以糖尿病最多，其次是未提及精神病之老衰，第三則為診斷不明之腦血管疾病。眾死因類別當中，男性老人於急性與致命性病變的平均死亡率明顯高於女性，而老女人則在慢性病況上明顯較高，例如，呼吸系統惡性腫瘤的死因，男性老人的平均死亡率比女性有較高的傾向，而老女人在糖尿病和未提及精神病之老衰兩類的平均死亡率比男性多。

發生率方面，除了 85 歲以上老人，其餘不論性別，不分年齡，各系統疾病均以心臟血管疾病居首，而第二高的發生率，老年女性以骨骼肌肉疾病最高；男性則在 65-74 歲之間以眼耳疾病居次。而 85 歲以上老年，女性是以骨骼肌肉疾病發生率最高，雖然男性是以肝、腸胃等消化系統疾患為首，事實上，骨骼肌肉疾病的發生率也非常逼近。值得注意的是，在 13 項系統疾病類別中，女性老人有 8 項的疾病發生率高於男性老人，此項分析指出 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，女性老人的發生率較男性老人高出約兩倍的差距，此項病變對女性老人的影響更為顯著。

至於老年罹病率，老年女性罹病率最多者是心血管疾病，其次是與勞動和生理退化影響密切的骨骼肌肉疾病。兩項疾病致因在生物醫學主張中是源於女性荷爾蒙作用。而骨骼肌肉疾病的疾病型態，社會因素提出可能與女性勞動、角色壓力和生理退化等婦女的角色責任有關，因為她們一生都在專心致力於滿足人們的各等需求，隨時面臨比預期



中更多的壓力，所以對身體健康產生負面影響，且最後常致身體功能障礙，需要他人照護或協助日常生活活動。

截至目前，尚缺乏老人醫療服務利用與罹病的同一資料檔可茲研究，而無法以同一醫療服務利用佐證上述疾病發生率與罹病率的討論。以傷病調查（行政院衛生署，1986-1996）進行分析，結果如附錄一所示。附圖一的結果雖非專對 65 歲以上老人進行罹病醫療的分析，而是所有年齡大眾。但就勞動和生理退化相關的骨骼肌肉及結締組織疾病的受療率自 74 年之後其門診受療率即為女性高於男性，但是住院受療率卻是男性高於女性。顯示女性罹患骨骼肌肉及結締組織疾病的人數多，但男性所罹患的骨骼肌肉及結締組織疾病，程度上比女性嚴重。而心臟病與高血壓疾病（統稱心血管疾病）是中老年易罹患的慢性病，此前提之下，受療率便可反映出部分的罹病率。對照表四兩性老人的疾病類別罹病率，不僅男性老人在心血管系統的罹病率高於老女人，傷病調查中一般男性在該疾患的住院受療率普遍也較女性多。另外，比較表二、表三、及表四關於老年的心臟血管疾病。表二有明確的死因診斷的資料來源，其死因分析顯示男性於急性致死性疾病（心肌梗塞）的比例高於女性。而表三和表四由於資料來源的問卷只概要調查「心臟血管系統的疾病」，未有詳細分辨慢性或急性致死的疾病診斷（前者例如高血壓、後者如心肌梗塞等），未來關於兩性老人的心臟罹患類型和比例的差異，尚待更詳細的資料予以釐清。

雖然老年女性一致是以骨骼肌肉疾病的罹病率最高，然而傷病調查中，一般男性骨骼肌肉疾病的住院受療率卻高於女性，此乃調查針對的是所有年齡對象，而青壯男性有可能因意外事故導致骨骼肌肉傷病，造成住院率較高。也就是說，住院男性的骨骼肌肉疾病嚴重度較大，而老年女性的骨骼肌肉疾病是屬溫和、非致命的，這點可由死因死亡率的分析得到間接佐證。

目前所使用的資料，僅能以有限的醫療利用或老人健康的點盛行率調查資料，分析比較兩性的健康差異，以資料趨勢的發展，老年女性的是罹患了慢性、罹病時間長且亦導致功能殘障的疾病為主。換言之，老年女性比同年男性較低的死亡率和較差的健康自評，是由其罹病類型所致。值得注意的是，慢性病況通常只能控制而無法治癒，又須面臨漫長患病期間的事實，以女性老人長壽而言，與老男人相較之下老女人就缺乏配偶的照護，因而更可能須依恃本身的能力獲得健康服務。因此，造成老人罹病的成因探討，以及疾病對性別影響的深遠程度，衍生之生理與心理困擾對個體生活或生命的威脅性，都是判定或解決老人健康問題的重要參考。然而，本文受限於分析資料的調查範圍，無

法深入解釋兩性老人疾病發生與罹病類型的發展，針對此部分的相關研究，有待努力研究。

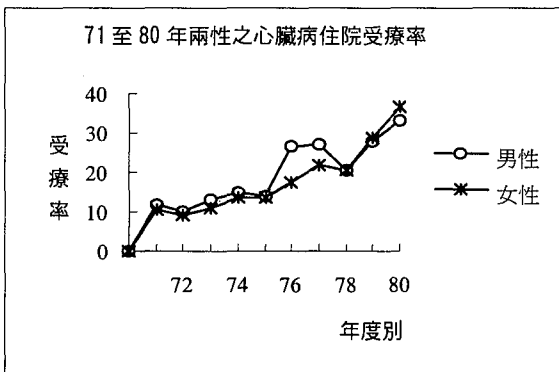
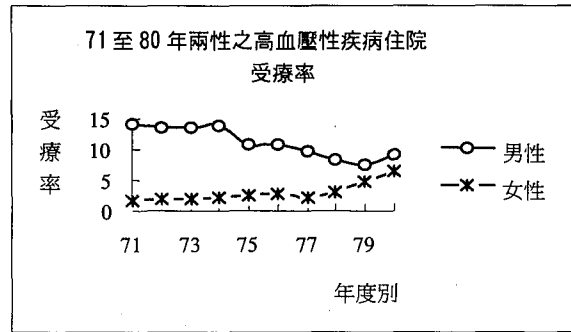
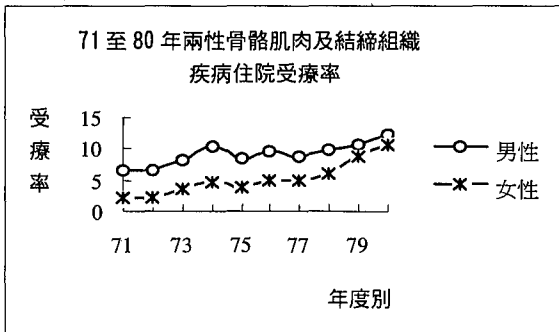
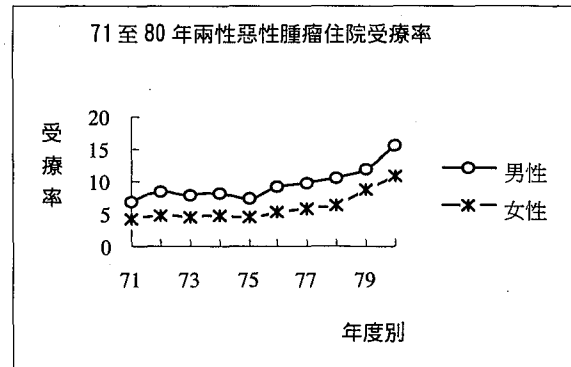
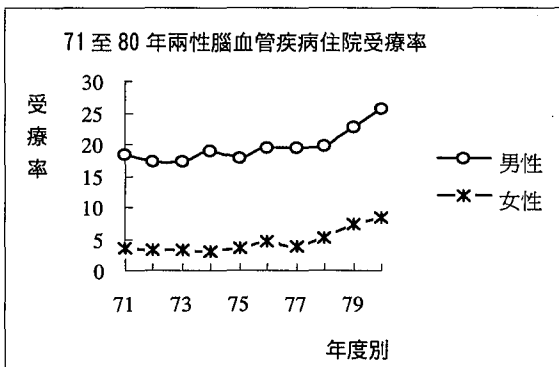
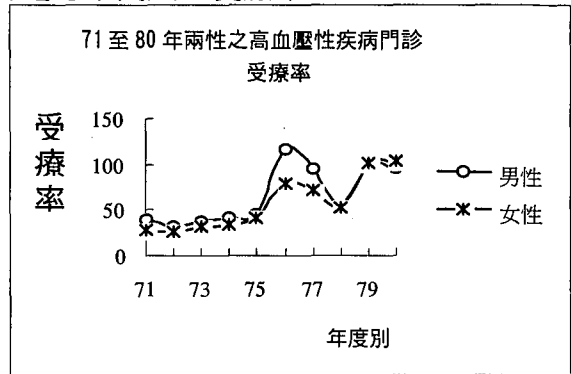
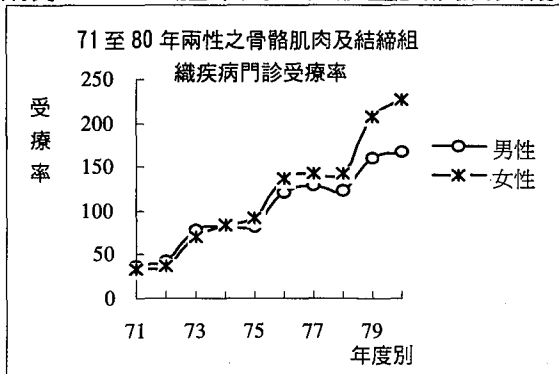
## 參考文獻

- 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。
- 王香蘋（1997）慢性病發展與長期照護政策，*弘光技術學院學報*第 30 期，頁 99-112。  
台中：弘光技術學院。
- 王香蘋（1999）低死亡率與高罹病率—老年女性健康問題特質與政策意涵，*台灣社會福利學會「家庭、社會政策及財務策略國際學術研討會」*。台北：中央研究院。
- 行政院主計處、內政部（1986-1993）中華民國台灣地區老人狀況調查報告。
- 行政院衛生署（1993-1997）死亡統計資料檔案。
- 吳宜昆（1998）*老人日常活動層級性量表之建構與分析*，中正大學社會福利研究所碩士論文，頁 8-11。嘉義：中正大學社會福利研究所。
- 吳淑瓊（1993-1997）老人長期照護研究，行政院衛生署委託研究計畫。
- 吳淑瓊、徐慧娟、及莊瑛智（1995）功能評估在估計老人長期照護需要之應用，*國立師範大學成教研究中心「高齡學科國際研討會」*，頁 2-11。
- 胡幼慧（1991）*社會流行病學*，頁 125-166。台北：巨流圖書公司。
- 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，頁 14-19。嘉義：中正大學社會福利研究所。
- 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。
- 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（未發表）。
- Binstock, R.H. and George, L.K. (ed.) (1995) *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 4<sup>th</sup> ed(pp97-110). London: Academic Press.
- Colvez, A.(1996) Disability free life expectancy, In Shah Ebrahim and Alex Kalache (Ed.) (pp. 209-112). *Epidemiology in Old Age*, London.

- Gee, E. M. and Kimball, M.M. (1987) Women and health. In E. M. Gee, and M.M. Kimball (Eds.)(pp. 29-52). *Women and Aging*, New York:Butterworths.
- Gove, W. R. and Hughes, M.(1979) Possible causes of the apparent sex difference in physical health: An empirical investigation. *American Sociological Review*, 44:126-146.
- Jette, A. M.(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.(1998) A longitudinal study of functional change and mortality in the United States, *Journal of Gerontology: Social Science*, 43(5):S153-S161.
- Marcus, A. C. and Siegel, J. M.(1982) Sex differences in the use of physician services: A preliminary test of the fixed role hypothesis.*Journal of Health and Social Behavior*, 23:186-197.
- Mechanic, D.(1982) The epidemiology of illness behaviour and its relationship to physical and psychological distress. In Mechanic, D. (Eds.)(pp.68-79). *Symptoms, Illness Behaviour and Help-seeking*. New York: Prodist.
- Nathanson, C.A.(1975) Illness and feminine role: a theoretical review. *Social Science and Medicine*, 2:57.
- Phillips, D. L. and Segal, B. E.(1969) Sexual symptoms and psychiatric Symptoms. *American Sociological Review*, 43:58-72.
- Sayer, G. and Britt, H.(1996) Sex differences in morbidity: A case of discrimination in general practice, *Social Science and Medicine*,2:257-264.
- Simon, H.B.(1998) Longevity: The ultimate gender gap. In *Men: The Scientific Truth about Their Work, Play, Health and Passions* (pp.109-112) .New York: Scientific American Presents.
- Thomas, T.P. & Ruth, C.F.(1998) Why Women Live Longer than Men – <http://www.sciam.com/1998/0698women/0698perls.html>.
- Verbrugge, L. M. (1985) Gender and health: An upate of hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26:156-182.

- Verbrugge, L. M.(1983) Women and men: Mortality and health of older people. In M. W. Riley, B. B. Hess, and K. Bond(Eds.), *Aging in Society: Selected Review of Recent Research* (pp.16-36). Hillsdale, N.J.: Laurence Erlbaum.
- Verbrugge, L.M. & Jette, A. M.(1994) The disablement process. *Social Science and Medicine*, 38(1): 1-14.
- World Health Organization (1984) The use of epidemiology in the study of elderly. *World Health Organization Technical Report Series 706*. Geneva: WHO.
- Yvonne J.G. and Victoria A.V.(1997) International brief gender and aging, U.S. *Department of Commerce: Economics and Statistics Administration*, Bureau of The Census.

附錄一 歷年門、住診主要疾病與傷害之每十萬人口受療率



資料來源：「傷病調查報告」行政院衛生署，1981-1991。

# **Mortality and Disease-morbidity Characteristics on Health Problems of Elderly's in Taiwan**

Hsiang-Pyng Wang\*

## **Abstract**

In the study regarding mortality and health status, it was found that the gender gap in terms of life expectancies pronounced as industrialization deepened in a society. It is one thing that women live longer than men, yet it is another whether women live healthier in their later lives. Explanations for the differences in mortality and health status between the elder men and women can be traced back to the incidences and patterns of the diseases falling on them: it is more likely for elder women to contract chronic illness; the elder women, though live longer, tend to exhibit lower health status, and may come down with disabilities or other unfavorable physical conditions.

This study is to investigate the factors that have contributed to the aforementioned differences. Based on surveys on the elder's health status between 1986 and 1996, it was found that the morbidity rates for the elder women were higher than the elder men, yet the mortality rates were the opposite.

My study suggests some explanations: for both sexes who came down with cardiovascular diseases, women's mortality rates were lower; yet, women are apt to contract skeleton-muscular diseases which led to disabilities. For those below age 80, mortality rates for women were lower, while the case was reversed for those older than age of 80. This study also found that, men more often contracted acute diseases that led to death quickly, while women tend to contract chronic illness, which did not lead to quick death

These factors along with longer life expectancy, elder women demonstrated lower mortality rates and lower self-assessed health status.

Keywords : health of the elderly; pattern of diseases; incidence; gender gap

---

\* Lecturer, Department of Hospital Administration, Hung Kuang Institute of Technology