

第二章 文獻探討

第一節 移民與外籍配偶之健康

一、移民與健康

移民的過程讓生命承受許多的改變，許多人在探討移民人口於此過程中「健康」經歷了什麼（Meadows et al,2001）。

（一）不健康的移民人口

不論是移民及非移民族群，都受到社會文化及經濟因素不同程度的影響。移民者對於一種面對新文化及新環境時，將會造成人際關係、個人角色、語言、價值體系以及態度等的改變，而這種生活將對個人健康造成負面的影響（Lipson,1991）。一直以來，社經地位較低及缺乏社會網絡都被認為對健康狀況有負面影響，疾病經驗多會發生在經濟困頓、不適宜的勞動市場、缺乏資訊的途徑、言語的限制及文化的衝突中。移民人口在移民過程中必須忍受辛苦，到了新的環境中所從事的工作多屬收入較低、不需專業技能及工作環境較惡劣，除此之外，移民人口通常也是收入較低、沒有房屋所有權、較貧窮的（Elder,2003；Newbold& Danforth,2003），加拿大針對全國的健康調查資料作分析，發現移民超過十年的族群，其健康地位較非移民族群低，罹患慢性病如糖尿病、心臟病、關節炎的比例較高（Newbold& Danforth,2003）。紐西蘭針對境內的土耳其移民以問卷調查其輕度精神疾病的盛行率為 33.4%，較紐西蘭一般的族群高（Bengi-Arslan,Verhulst, & Crijnen,2002）。

此外針對移民婦女的研究中指出，婦女在移民時自我認同、生心理狀態、社會經濟承受的壓力較男性高，健康狀況較差，發生高血壓及荷爾蒙改變情況較多（Andersen,1990；Kim & Hurh,1988；Kim & Rew,1994；Meleis,1991）。但她們通常不太會討論身體健康，因為她們生命的焦點是

在於每天的生活，且因為並不能將面對不同文化與新角色的壓力用語言清楚的說出來，所以會以哭泣、憂鬱、強烈的身體疼痛來因應（Meadows et al.,2001）。

（二）健康的移民（healthy immigration effect）

近來從各國針對移民的研究中發現，移民較本國的國民健康狀況佳、醫療資源使用的情況較少（Beckman, Lynch, Gerdstrom & Lithman,2003；Dunn & Dyck,2000；Wen,Goal & Williams,1996；Newbold & Danforth,2003）。Franzini & Fernandez-Esquer（2004）針對美國墨西哥裔的低收入婦女進行調查研究發現，其健康狀況較她們所處的社經地位所預測出的健康狀況好。此外，瑞典針對境內的移民進行健康狀況的調查，結果亦呈現移民的健康狀況較本國國民好，其健康照護利用率較低。

二、婚姻與健康

婚姻關係是大部分的成人最主要的人際關係，諸多的研究著重於探討結婚本身具有健康保護的影響，亦或是健康的人傾向選擇結婚（Robles & Kiecolt-Glaser,2003）。

婚姻提供個人保護因子，如提供社會網絡、經濟結合、情緒支持，因此婚姻對個人的生理、心理健康有正向的影響（Ren,1997）。依照社會支持模式來看，婚姻與健康結果有長期的關連，許多研究也發現已婚者的健康、安適狀況較優於未婚者，死亡率較低（Bowling,1987；Anson,1989；Ross, Mirowsky & Goldsteen,1990）。

但亦有研究有不同的研究結果 Burman & Margolin（1992）運用壓力/社會支持理論架構的研究中發現，痛苦的婚姻是壓力的最大來源，這些有著痛苦婚姻的成人，安適狀況比未婚的成人還要差。另從生理的層面來看探討，婚姻衝突中的負面行為是健康的危險因子，將使心血管活動上升，壓力會使賀爾蒙分泌改變（Robles & Kiecolt-Glaser,2003）。

三、跨國婚姻與健康

跨國婚姻的本質與問題如同國際移民是生活壓力事件亦為移民的主因之一。當移民及結婚這二件生命中的重要事件結合在一起，個體會因舊目標消失而悲傷，亦會產生新目標，在不斷重新做選擇過程中產生新的生、心理需求 (Youakim,2004)。Akhter (1999) 分析移民和婚姻的關係是決定於兩個因素，首先為移民與婚姻的暫時關係、二為配偶的種族及國家。第一個因素中所提出移民與婚姻的暫時關係，指的是兩者會有四種組合；第一種是結婚很久一段時間才移民；第二種是結婚之後很快就移民；第三種是移民之後很久才結婚；最後是移民之後很快就結婚，第二及第三種組合，因為婚姻與移民的時間很接近，可能會產生較多的問題。其次第二個因素是配偶的種族及國家，如果夫婦兩人的種族及國籍不同，將會遇到較多的困難。

Kahn (1997) 針對四位有跨國婚姻經驗的婦女進行研究，發現文化因素中的語言及飲食因素會影響健康，但最主要的因素卻是個人人格特質，部分個案會傾向不需要貶低舊有而覺得新的就是好的，那麼學習新語言的時候，會傾向認為學習新語言是愛的一種、是必須的、是自然的 (引自 Youakim,2004)。為了因應跨國婚姻所產生的需求，身體有時可以正常運作，但有時會出現病態，以 Gernberg & Gerberg (1989) 的研究中指出，若一個在幼年有移民經驗的女性，會對即將到來的婚姻關係產生較多的焦慮，因為人會傾向依戀舊有的人、地方、氣候、語言，因此會因移民而經驗到失落，對「穩定」缺乏信心，並且將母親移民時適應新國家的困難及憂鬱的經驗，投射到自己身上。

四、臺閩地區東南亞籍配偶之健康問題

因著跨國婚姻成為臺灣外籍配偶的東南亞婦女們，同時經歷自己本身社會、文化遷移的適應歷程及建立新家庭的重要人生階段，在新環境下所

面臨到許多問題，這些問題直接或間接的影響著健康，分述如下。

1. 語言隔閡與生活適應問題

來自他鄉的外籍配偶進入臺灣所面臨的最大阻礙是語言及識字。要瞭解當地文化、民情與風俗習慣，語言及識字是不可或缺的能力，面對臺灣不一樣的說話腔調及多種地方語言，使得外籍配偶在新環境裡大多啞口無言。因著語言障礙而無法適當的表達反應情緒及情感，進而婚姻經營困難影響婚姻的品質（江亮演、陳燕禎、黃稚純，2004）。此外，人際關係也因此較難融入國內的生活圈，和社區的互動少，容易產生人際疏離、形成生活面的斷層（王良芬，2004；鐘重發，2004）。

2. 家庭融合與暴力問題

探討其原因為（1）跨國婚姻多根植於買賣，大多臺灣男性因著某些弱勢，如年紀大、社經地位較低、身心障礙等，因而透過婚姻仲介業與東南亞婦女完成婚姻關係（李瑞金、張美智，2004），這種日益成熟、厚利可圖的商業化婚姻掮客仲介系統推動與促發使雙方透過層層關係介紹，收費在 35 至 40 萬台幣之間，女方收娶的「騙金」通常只在十分之一左右或不到，兩方在 3-7 天內談定婚事，男方約需往返 2-3 次，經過國家各種手續，歷時三個月至一年，新娘方能順利入台。（鄭雅雯，1999），因此使得女性身體商品化、物化及異化，這樣的情形對外籍配偶衍生出非預期的傷害，隨著商品化讓自己彷彿成為一種次種，並且使得原本就呈現不平等狀態的性別分工嚴重化，這樣的表現多是對配偶的身體過度監控（戴鎮洲，2004）。（2）夫家多希望透過生育來縛住外籍配偶，彼此對家庭規則的認知會有所落差（郭靜晃、薛慧平，2004）。（3）不少臺灣夫家娶外籍配偶是為了生養後代、照顧老弱殘障、家務管理及增加家庭勞動力，明顯扭曲婚姻價值（葉肅科，2004）。（4）許多與東南亞婦女通婚的家庭，大多維持著折衷家庭的方式，傳統發生在我國家庭中的婆媳問題，也同樣發

生在他們身上，而婆媳關係也是造成婚姻暴力的主因（江亮演等，2004；潘淑滿，2003）。

3. 養育子女問題

許多跨國婚姻因著傳宗接代接而來，據內政部統計處的統計資料，東南亞籍外籍配偶平均年齡為 22.93 歲，大多在來台的兩年內生育第一胎（周美珍，2001）。多數東南亞外籍配偶的家庭多養育少教育、使用 2-3 種語言使得兒童學習產生困惑、母親本身在身心尚未準備妥當、缺乏子女教養經驗、缺乏即時支持系統，故家中出現發展遲緩及學習障礙孩童機率較大（江亮演等，2004；朱玉玲，2004；吳秀照，2004）。

第二節 醫療服務利用行為模式

健康照護、醫療服務利用與人的健康息息相關，其中針對醫療服務利用的探討起源甚早，自 1950、1960 年代即有相關的報告，一開始僅以經濟學或社會學的單一層面變項觀點來探討醫療服務利用（Mckinlay,1979）。但人的行為涉及的層面極廣，單一的理論並不適用，因此眾多學者開始發展出各種模式，希望對醫療服務利用行為的了解可更加透澈，相關理論分述如下：

一、健康信念模式（Health Belief Model）

Rosenstock（1974）提出健康信念模式，以行為的動機和知覺等因素為主體，其最初模式用來解釋民眾預防性健康行為，但後來也成功運用在病人對於疾病症狀的反應、遵醫囑行為及醫療服務之利用上。其主要的組成要素為：

- （一） 自覺疾病威脅性：每個人對自己是否罹患某種疾病的感受有極大的差異，自覺罹患性是指個人對罹患疾病之主觀評估，在疾病行

為的研究中，這個因素是指再罹患某種疾病的可能性，或是對於診斷結果的相信程度。

- (二) 自覺疾病嚴重性：對疾病之嚴重性的感受亦會因人而異，自覺嚴重性不僅針對個人對於疾病醫療結果（如死亡、殘障、生理上的病痛）的評估，也涉及因患病而造成的生活影響。
- (三) 自覺行動利益：對某一嚴重疾病之罹患性的自覺尚不足會促使人們對於相對應行為。除非確定所採取的行為能有效降低疾病的威脅，自覺行動利益是指個人對所採取的行動能否降低罹患或嚴重程度的主觀評估。
- (四) 自覺行動利益：任何健康行為多少都會有一些個人行動抉擇的負面作用（如花費太高、太花時間、交通不方便等），自覺行動障礙是指行動者對行動過程中可能存有之障礙評估。（李卓倫，2004）

二、求醫行為模式（General Theory of Help Seeking）

Mechanic（1978）以社會心理因素觀點來解釋發覺症狀到就醫之前的整個決策過程，其認為就醫前有十個因素會影響個人對症狀之反應：

- (一) 症狀是否易被察覺、認知或接受。
- (二) 對症狀嚴重度的認知。
- (三) 症狀對家庭、工作與其他社會活動的干擾程度。
- (四) 症狀出現的次數、持續的時間或復發的頻率。
- (五) 病人或症狀評估者的對症狀的忍受度。
- (六) 症狀評估者可運用之資訊知識與文化背景。
- (七) 導致否認疾病之原因。
- (八) 與醫療需要相競爭的其他需要。
- (九) 針對症狀的其他解釋。
- (十) 治療資源的可用性及可近性。（李卓倫，2004）

三、R. M. Andersen 模式 (R.M. Andersen's Model)

(一) 各階段模式介紹

於 1968 年提出，此模式被廣泛應用在醫療行為與醫療服務利用的研究，經過不斷的修正，模式發展分為四個階段，以下將針對模式各階段加以介紹。

1. 第一階段

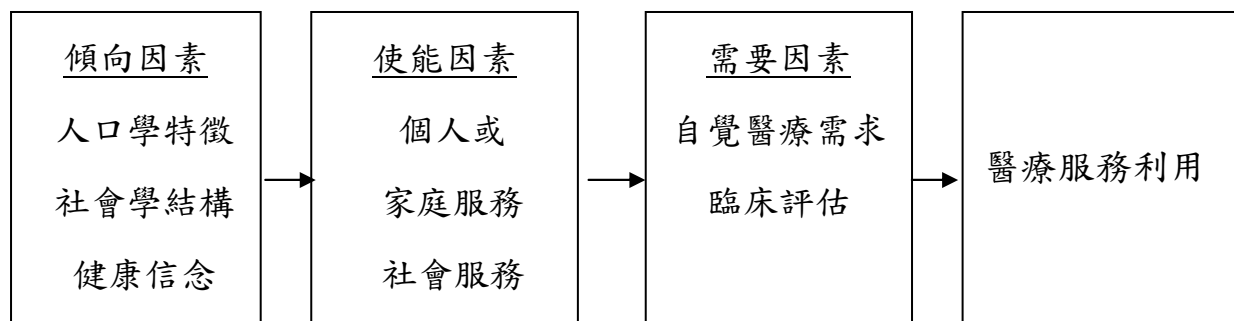


圖 1. 第一階段醫療服務利用行為模式 (Andersen,1995)

此一階段的理論架構 (圖 1.) 說明傾向因素 (Predisposing Component)、使能因素(Enabling Component)、需要因素(Need Component)直接或間接的影響民眾醫療服務利用行為。模式建構之初探討的是影響個人及家庭直接或間接的醫療服務利用因素，後因家庭成員的異質性，難以發展出一個適當的共同測量指標，進而將焦點調整以個人為單位，探討個人的醫療服務利用因素，故未納入醫療服務體系特徵、消費者滿意度與外在因素等其他相關因素。

(1) 傾向因素 (Predisposing Component)

為病患在發病前的個人使用醫療服務傾向。

包括 a.人口學特徵 (demographic)：如性別、年齡、種族、婚姻狀況等為測量變項。

b.社會學結構 (social structure)：如職業、教育程度、經濟狀況、宗教信仰等為測量變項。

c.健康信念 (health belief)：個人對健康及健康服務的態度、知識等

為測量變項。

(2) 使能因素 (Enabling Component)

指的是個人獲得一切醫療服務的能力。

包括 a.個人或家庭資源 (personal/family resources)：如經濟所得、健康保險的有無等。

b.社區資源 (community resources)：醫療服務的可近性、醫療設施、醫療服務價格、就醫或候診時間等。

(3) 需要因素 (Need Component)

指維持一個人健康所需要的因素。

包括— a.自覺健康需求 (perceived)：即人們如何看待自己的健康狀況、疾病徵兆等。

b.臨床評估 (evaluated)：專業人員用標準化的測量工具或是指標評估人們身體、心理、社會的健康狀況是否需要使用醫療服務。

此三因素中，以傾向因素直接影響使能因素，再影響需要因素，最後影響醫療服務的利用。雖然傾向因素是間接影響個人醫療服務利用，但卻是個人是否傾向是否使用醫療服務的決定因素。部分研究於引用模式時，過份強調需要因素是決定醫療服務利用的重要因素，忽略社會結構及健康信念的重要，因此 Andersen 提出應用模式時，應考量個人自己對健康的感覺，與個人是否會將醫療需求轉化為求醫行為。

2. 第二階段

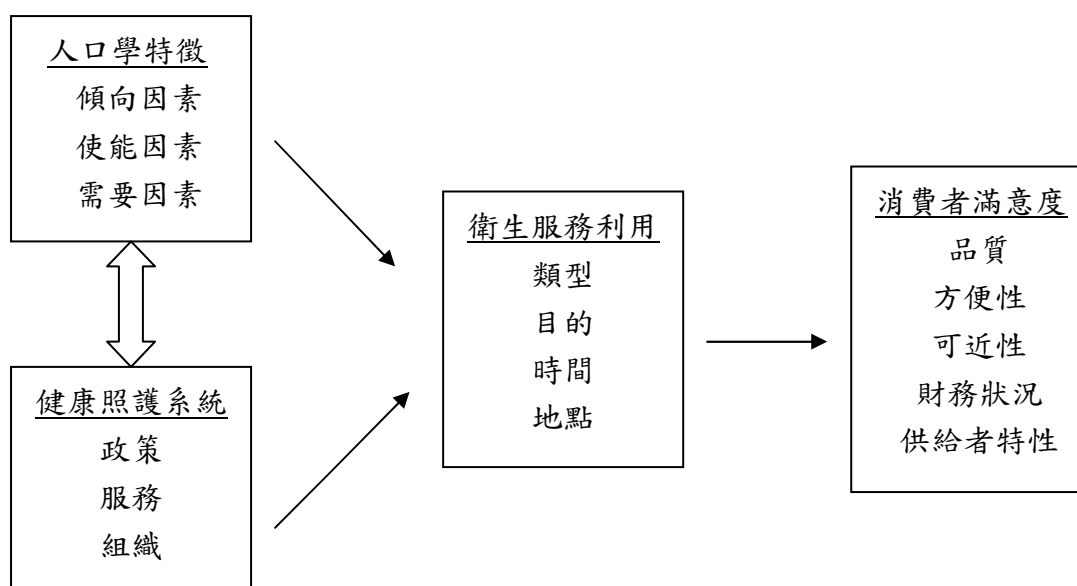


圖 2. 第二階段醫療服務利用行為模式 (Andersen,1995)

第二階段保留第一階段模式當中的傾向、使能、需要因素，將其納入人口學特徵當中，並區分為可變與不可變因素，再加入探討醫療服務利用的型態、目的、時間及地點及醫療體系特徵因素、消費者滿意度。(圖 3.)

(1) 醫療服務利用

包括一類型：接受醫療服務的形式，如中醫、西醫、牙醫、長期照護等。

位置：接受醫療服務的地點，如醫院、診所或藥局。

目的：利用醫療服務的原因，如預防保健、治療或是復健。

頻率：使用某醫療服務的百分比、平均次數或是連續加總指數。

(2) 醫療體系特徵因素

包括一政策：政府制訂之財力、物力、人力及教育等各方面之衛生計畫。

服務：提供健康照護所需要的人力、物力、設備的數量與分佈狀況。

組織：擁有服務的主要機構或體系。

(3) 消費者滿意度

指消費者使用醫療服務資源之後的主觀評價，如消費者對醫療服務的方便性、可近性、花費、品質與醫療服務機構人員的協調、禮貌及服務訊息是否充分。

3. 第三階段

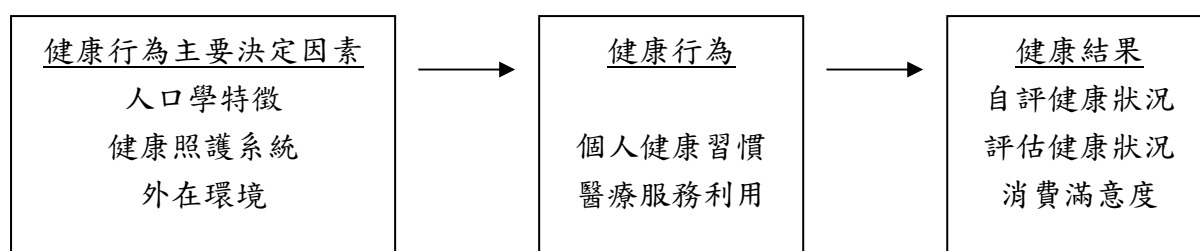


圖 3. 第三階段醫療服務利用行為模式 (Andersen,1995)

第三階段的模式(圖 3.)強調的是醫療服務利用可改善人們的健康情形。健康行為主要決定因素直接影響健康行為再間接影響消費者的滿意度，健康行為主要決定因素除原本的人口學特徵再納入外在環境，健康行為除原有的醫療服務利用之外，再加入個人健康習慣變項 (personal health practices)。

(1) 外在環境

指外在環境變化如身體、政治、經濟因素會影響民眾對於醫療服務的利用。

(2) 個人健康習慣

強調健康行為會影響健康結果，如運動、飲食、自我照護及實際使用醫療服務等。

4. 第四階段

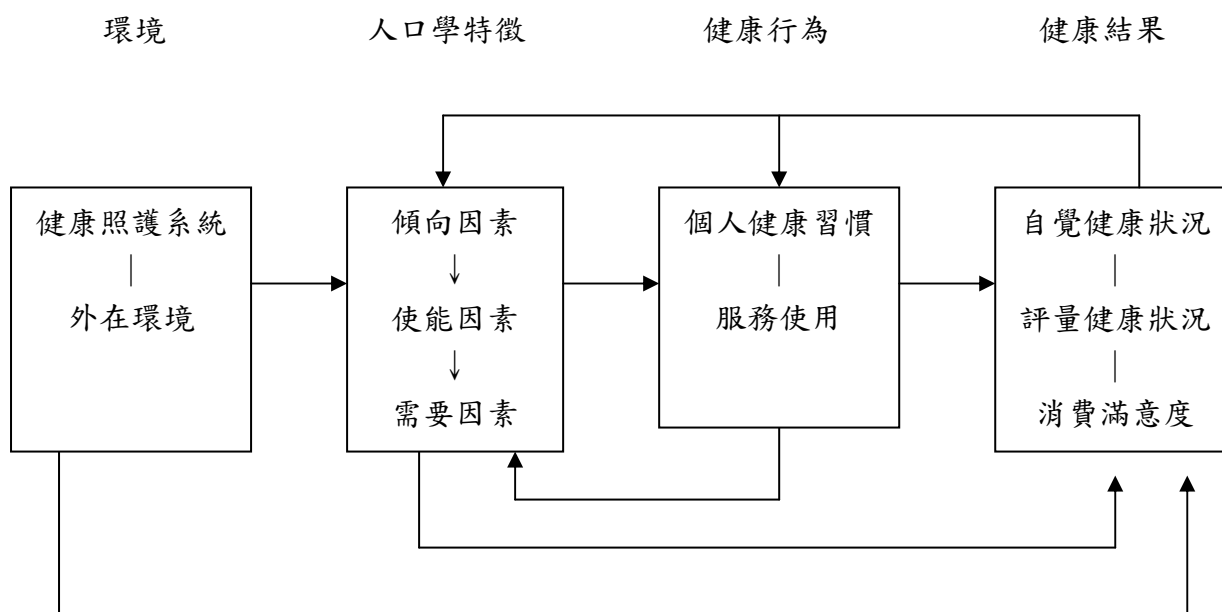


圖 4. 第四階段醫療服務利用行為模式 (Andersen,1995)

此一階段將醫療服務利用行為視為一動態 (Dynamic) 及循環 (Recursive) 的概念，強調各個因素之間的動態均衡及交互影響，如環境因素會影響人口學特徵，再間接影響健康行為最後影響健康結果；同時環境因素、人口學特徵與健康行為也會直接影響健康結果。(圖 4.) 最後一個階段的模式與之前三個階段不同的是，健康結果會回饋影響口學特徵中的需要因素及健康行為，同時健康行為也會回饋影響人口學特徵中的需要因素。此一階段的動態模式中，概念間關係釐清尚須長遠的追蹤驗證適用性。

(二) 健康照護行為模式 (Behavior Model for Vulnerable Populations)

有鑑於弱勢族群 (定義為膚色、貧困、處與社會邊陲之性工作者、移民者) 在使用健康服務與其健康狀況會因處於弱勢地位而受影響，弱勢族群之健康需求可能有較高罹病與受傷風險且缺乏可利用資源。Andersen 於 200 年提出了健康照護行為模式 (Behavior Model for Vulnerable Populations)，即將先前所發展之健康服務利用行為模式之內容各變項另外加入影響弱勢族群層面 (vulnerable domain)：在傾向因素方面增加社會結構特性強調文化適應、移民階段、語言讀寫能力；孩童特性；遺傳性疾病；居住地；流動—在居住地及社區中移動史。於使能方面加入了個人、家庭資源—獲得的社會福利或可用的資訊來源，以及社區特性—社區的犯罪率、社區服務能力。於需要因素中加入了感受及評值健康狀況與強調個人健康行為 (Gelberg,, Andersen, & Leake, ,2000)故本研究將採用此模式中的傾向因素、能力因素及需要因素另加入弱勢族群的相關變項作為探討東南亞籍配偶醫療利用行為的理論基礎。

(三) 影響醫療服務利用的因素

以下將依 Andersen 之模式依其傾向、使能、需求、環境因素作探討。

1.傾向因素

(1) 年齡

年齡與醫療服務利用率有顯著相關(王安,1997;吳肖琪,1991;張念慈,2000;許志成,1992;賴芳足,1996;Andersen,1983;Markides,Levin&Ray,1985;Cox,1986;Gilbert,1995)。不同年齡層的醫療服務利用情形亦不相同,從研究當中發現不同年齡層求診中、西醫的比例呈顯著差異,年齡越小越傾向利用西醫,成年人的中醫門診利用率高於兒童(林芸芸,1990;康健壽、李金鳳、陳介甫、周碧瑟,1994;蔡淑芳1983)。但康翠秀、陳介甫、周碧瑟在1998年針對臺北市北投地區居民的研究中發現,年紀越輕越偏向中醫醫療。此外,年幼者0-4歲與年老者65歲以上的醫療服務利用率較高,其分佈成U字形,65歲到75歲會隨年齡的增高醫療服務利用的趨勢遞增,75-85歲時遞減(羅紀瓊,1991),可能是因為老人因行動不便故較少至門診就醫(吳肖琪,1991;蔡淑芳,1983;林芸芸,1992)

(2) 性別

性別是醫療服務利用的重要預測因子(Green&Pope,1999),而女性的醫療服務利用比率較男生為高(王安,1997;石曜堂、葉金川、楊漢泉、羅紀瓊、張明正、吳正儀,1994;吳肖琪,1991;張念慈,2000;黃瑞珍,1997;賴芳足,1996;蔡雅琪,2000;蔡淑芳,1983;謝淑美,1981;Andersen & Laake,1983;Cox,1986;Cooper-Patrick,Crum & Ford,1994;Green & Pope,1999;Leclere,Jensen & Biddlecom,1994;Markides et al.,1985;Rosner,Namazi& Wykle,1988),特別是女性於生育年齡期間(15-49歲)的醫療服務利用率與門診醫療利用明顯高於男性。除了天生性別上的差異之外,亦有可能是因性別使得健康狀況、角色承擔及社會化過程不同,如此造成男女在疾病認知上的差別,因此女性對健康的興趣與關注較男性濃厚,如會花較多的時間在網際網路上尋求與健康相關的訊息(Milder & Fintak,2002),進而影響醫療服務使用行為的不同,使得醫療服務使用率較男性的(謝淑美,1981;Hraba,Lorenz,Lee,& Pechacova,1996;Levkoff, Cleary & Wetle,1987;Leclere et al,1994)。

但國外亦有研究指出有較多子女數的女性，因為要照顧孩子時間有限，故醫療服務使用的次數較少（Andersen,1983）。而在臺灣的一些研究中也發現關於性別與醫療服務使用的結果不一，包括男性的住院率較高、使用中醫頻率較高（王廷輔，1990），及性別與醫療利用之間無顯著相關。（吳肖琪；1991；林芸芸，1992；許志成、季瑋珠，1995）

（3）.婚姻狀況

部分研究中指出已婚者的醫療利用情形較未婚者高，因為可能的原因為已婚婦女需要更多的婦產科的照護（林芸芸，1992；張雅雯，2002；蔡雅琪，2000；謝淑美，1980），但也有不同的研究結果，認為喪偶者與離婚者的醫療服務利用較高（吳肖琪，1991）。

（4）教育程度

從臺灣民眾選擇西醫門診就診的研究中發現，教育程度高的比率較高（林芸芸，1992；鄭保志、胡玉蕙，1997；錢梅芳，1996）。在預防保健方面，教育程度越高則預防保健、牙科及物理治療的醫療利用率越高（Alberts ,Sanderman & Eimers,1997；Lantz,Weigers & House ,1997）。

（5）宗教信仰

過去研究中指出宗教信仰與個人的醫療服務利用有顯著差異，多數研究結果發現臺灣地區民眾中採民間信仰、佛教者，較多採複向行為求醫模式、使用傳統醫療比例較高；信奉天主教或是基督教者多採西醫（王美乃，1994；王廷輔，1990；康翠秀、陳介甫、周碧瑟，1998；張宇罕、杜友蘭，1977）。

（6）籍貫

在台灣閩南人較少只採用西醫療法；外省人較多只採用西醫療法，閩南人及客家人多採用「民俗＋漢醫＋西醫」（石曜堂，1972；吳明玲、季瑋珠，1996）。

（7）社經地位

部分研究指出社經地位亦被認為是影響醫療服務利用的因素之一，可解釋 87-92%的健康狀況及醫療利用差異，高社經地位者較能得到醫療照護來源較多，其中特別是西醫求診率（行政院衛生署衛生統計資訊網；Andersen,1983；Cox,1986；Andersen & Laake,1983；Cooper-Patrick et al.,1994）。

亦有部分研究結果並不一致，如西藥房的利用率則會隨社經地位之提高而下降（行政院衛生署衛生統計資訊網）。

（8）醫療服務利用信念及態度

民眾在選擇中西醫門診時會考慮疾病種類、並受個人對中西醫療信念的影響，一般會傾向看西醫，在西醫告知無治癒希望時會考慮改採中醫療法（王廷輔，1990；康健壽，1994）。

（9）種族

針對移民人口探討健康議題及醫療服務的利用時，則應考量原國籍的影響，以亞裔女性為例，移民人口會依賴特殊的傳統文化健康行為來替代西方醫療方式以維持健康（Meadows et al,2001）。Jeffrey（1998）（引自陳綾穗，2000）的研究中發現會因文化差異及語言障礙而影響醫療利用。Cox（1986）針對美國加州的越南、葡萄牙、西班牙三種種族的醫療利用研究中發現，種族因素會影響門診利用情形。Flores & Vega（1998）提出語言上的隔閡是造成拉丁孩童就醫的最大障礙，文化的差異也會增加他們就醫的困難。

2.使能因素

（1）收入

最早於 1974 年 Andersen 認為家庭經濟收入及醫療保險之有無是決定採用醫療設施的主要因素，後續部分研究中也指出收入與醫療服務利用成正相關，個人或家庭收入越高者，看病次數越多（石曜堂等，1994；吳奇愷，2004；姚友雅，2000；鄭守夏、江東亮，1997；

Beckman,Merlo,Lynch,Gerdtham

&Linstrom,2003；Hahn,1994；Monheit,1994)。但其他研究有不同的觀點，如謝淑美（1981）的研究結果為個人收入少者並不會較少看醫生，甚至有些經濟狀況較差者的平均就診次數會隨經濟狀況變差而遞增（劉坤仁，1996）。

（2）健康保險

在全民健康健保實施前，有保險者的門診率、住院率高於無保險者，實施全民健康保險之後，民眾的門診率、住院率、急診率皆較以往提高（石曜堂等，1994；林芸芸，1992；吳肖琪，1991；張雅雯，2002；鄭守夏、江東亮，1997；賴芳足，1996；錢梅芳，1997；Anthony & William,1998；Hahn,1994；Monheit,1994）。

而全民健康保險的部分負擔則會影響民眾的門診率，調高門診的部分負擔會抑制門診的高利用者必要與非必要的就醫需求，就醫類型為慢性病的就醫次數會減少，但給藥天數及藥費會增加。（涂宜均，2003）

在預防保健方面，全民健康保險將子宮頸抹片檢查納入服務項目當中，對其利用率有正向的影響（周子菁，2004）。

但也有一些研究結果呈現不同的看法，高明瑞、楊震東（1995）以及Cox（1986）則認為健康保險與門診的使用相關性不高。李卓倫、紀駿輝與賴俊雄（1995）研究也說明中醫門診的病患中無保險者高於較有保險者為高。Chen,Diamant,Kagawa-Singer, Pourat & Wold（2004）針對亞洲及太平洋群島女性進行的乳癌及子宮頸癌篩檢研究中指出，醫療保險並不是進行癌症篩檢的顯著預測因子。

（3）社會支持

有強力社會支持者可減輕心理上的憂傷程度，進而減少醫療服務的利用情形（Anthony & William,1998），張其鈺（2002）針對臺灣地區的老人進行家庭結構對健康及醫療資源利用的研究中指出，子女、親友的照顧滿意度間接影響老人的門診利用量，越得到來自家庭關心照顧，越能增進老人健康並進而減緩老人門診及住院資源的利用。

(4) 醫療服務的距離

醫療服務的距離遠近、交通便利性會影響醫療服務的利用。(林芸芸, 1992; 施仁興, 1995; 賴芳足, 1996; 錢梅芳, 1996; Heischmidt, Hekmat & Gordon, 1993; Inguanzo & Harju, 1985; Phillips, Morrison, Andersen & Aday, 1998) 且是民眾選擇醫療院所的最重要影響因素 (Yoram & Lawrence, 1976; Rajshekhar, Javalgi & Thomas, 1991), 花費的交通時間越少, 其醫療服務利用情形越高, 亦即醫療服務的利用會隨距離增加而減少, 稱之為「距離減少效應」(方曉娟, 1992)。, 除了距離之外地區的醫療資源多寡也會影響醫療服務的利用, 醫療資源較少的地區, 隨著醫療資源的可用性增加, 民眾利用西醫醫療的頻率增加, 在醫療資源充足的地區, 民眾的西醫門診利用不受醫療資源的供給的情況影響, 另牙科醫療利用的研究中也指出, 山地鄉的牙科醫療利用低於平地鄉, 其原因之一為缺乏牙醫醫療資源 (余依靜, 2002)。

但有些研究並不支持這樣的看法, 認為距離並不會影響就醫的次數跟醫療場所的選擇, 有些距離醫療資源較遠者, 對醫師的依賴較高, 因此較常看醫師。(謝淑美, 1981; Andersen & Laake, 1983; Cox, 1986) 此外吳炳輝、季瑋珠與洪其璧 (1997) 針對蘭嶼雅美人的研究發現距離並不會影響醫療資源的取得, 因為不論哪一種醫療資源取得皆很困難。

(5) 時間

當經濟不再是決定民眾的就醫行為最重要的因素時, 取而代之的是時間成本, 成為民眾選擇醫療服務的重要決定因素, 如就醫交通、候診、診療、取藥的時間 (Jessen, 1992; Mueller & Monheit, 1988; Sorkun, 1991; William, 1975) 臺灣針對就醫時間對醫療利用影響的研究有林芸芸 (1992) 以新店市 20-65 歲居民為對象, 研究結果達顯著意義, 即就醫時間越少, 則民眾醫療利用越高。

但國內研究亦有其研究結果為求醫時間並不會影響醫療服務的利用 (李碧玉, 1994; 吳炳輝等, 1997; 謝淑美, 1980)。

3.需要因素

(1) 自覺健康狀況

在影響醫療服務利用的因素當中，「需要因素」的影響最大、最直接的因素。從加拿大及澳洲等國家進行之「健康知覺」與「健康狀況」的研究，證實採用健康知覺指標確實可以有效的測出一個人的健康狀況，甚至可以反應一般民眾的健康問題及健康需求。

自覺健康狀況佳的人其醫療利用低，自覺健康狀況不佳和醫療服務利用呈現正相關（林芸芸，1992；吳奇懋，2004；姚友雅，2000；賴芳足，1996；錢梅芳，1997； Leclere,Jensen & Biddlecom,1994）。自覺不健康者的住院率是自覺普通健康者的 2.3 倍（賴芳足，1996）。陳綾穗（2000）發現自覺健康狀況越好的外籍勞工，延遲就醫的情況越低。鄭瑞英（2004）利用「2002 年全民健保研究資料庫分析 65 歲以上病患就醫資料也得到需要因素是影響老人西醫門診最為重要的因素。

整體看來在傾向因素、能力因素對醫療利用的影響，研究結果較不一致，而針對需要因素對醫療利用的影響則是呈現一致的結果，即自覺健康狀況不佳與醫療利用呈現正相關。

4.環境因素

李麗君（2004）探討越南籍懷孕婦女產前健康照護服務中，在研究模式加入健康照護行為模式（Behavior Model for VulnerablePopulations）的環境因素，包含健康照護系統：產檢醫療機構、懷孕知識來源、越南翻譯人員，與外在環境：產檢補助，其研究結果發現與產前檢查利用無相關。

綜合以上文獻探討，本研究將以東南亞籍配偶為對象，探討來台之後醫療服務利用行為，以瞭解模式中的傾向、使能、需要、環境因素對其醫療利用的影響為何。

第三節 移民的醫療服務利用實證性研究

表 1. 移民的醫療服務利用實證性研究

| 作者 | 研究對象 | 變項 / 方法 | 結果 |
|---|----------|---|--|
| Hjelm, Apelqvist, Nyberg, Sundquist, & Isacson (1997) | 瑞典的糖尿病病患 | <p>變項</p> <p><u>自變項</u></p> <p>社會人口學特徵</p> <p><u>依變項</u></p> <p>1. 醫療照護利用：過去 12 個月住院情形及有無使用居家護理</p> <p>2. 健康狀況：HbA1c、ADL index</p> <p>方法</p> <p>橫斷式調查研究-問卷</p> | 1. 非瑞典出生與在瑞典出生的糖尿病病患在醫療利用並無明顯差異。 |
| Abbott, Wang, Williams, Au, & Young, W. (2000) | 紐西蘭移民 | <p>變項</p> <p><u>自變項</u></p> <p>1. 社會人口學：年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、職業、宗教信仰、原國籍、英文程度、居留時間</p> <p><u>依變項</u></p> <p>1. 醫療服務利用：過去 12 星期自覺健康狀況及自覺不適時的處理方式</p> <p>方法</p> <p>橫斷式調查研究-問卷</p> <p>1. CHQ-12</p> | <p>1. 英文程度較差、新進移民至紐西蘭、教育程度較低、無工作、年齡在 26-35 歲的中國移民健康狀況較差。</p> <p>2. 當有健康問題時以服用處方用藥的佔最多 (75%)。</p> |
| Muennig & | 紐約市移民 | <p>變項</p> | 1. 移民的住院率較本國 |

| | | | |
|--------------------------------------|-------------------|---|--|
| <p>表 1 續</p> | | <p><u>自變項</u></p> <p>1.人口學特徵：年齡、種族、家庭收入、移民的年紀</p> <p><u>依變項</u></p> <p>1.醫療照護利用： 住院率、醫療成本</p> <p>2.死亡率</p> <p>3.平均餘命</p> <p>方法</p> <p>次級資料分析</p> <p>1.Statewide Planning and Research Cooperative System data</p> <p>2.1997 Housing and Vacancy Survey</p> | <p>人低。</p> <p>2.移民的死亡率較本國人低。</p> <p>3.移民的平均餘命較本國人多四年。</p> |
| <p>Dunn & Dyck et al. (2000)</p> | <p>加拿大移民</p> | <p>變項</p> <p><u>自變項</u></p> <p>1.社會人口學特徵</p> <p><u>依變項</u></p> <p>1.健康狀況：自覺健康狀況、罹患慢性病、身體活動限制、醫療保險、自覺不足的照護</p> <p>方法</p> <p>次級資料分析</p> <p>Canada's National Population Health Survey (NPHS)</p> | <p>1.社會階層非移民健康的影響因素。</p> <p>2.移民時間在 10 年內較移民超過十年的自覺健康狀況較佳。</p> <p>3.移民時間在 10 年內較移民超過十年的醫療保險率低。</p> |
| <p>Newbold et al. (2003)</p> | <p>加拿大移民非移民人口</p> | <p>變項</p> <p><u>自變項</u></p> | <p>1.種族因素和健康之間沒有顯著相關。</p> |

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| | | <p>1.社會人口學特徵</p> <p><u>依變項</u></p> <p>1.健康狀況：自覺健康狀況、醫療利用指標</p> <p>方法</p> <p>次級資料分析</p> <p>Canada's National Population Health Survey (NPHS)</p> | <p>2.12-19 歲醫療利用率最高。</p> |
| <p>Zuckerman,S., Haley,J.,Roubi deaux,Y.& Lillie-Hispanic ,M. (2004)</p> | <p>美國印地安 人、阿拉斯加 人與非西班牙 籍白人</p> | <p>變項</p> <p><u>自變項</u></p> <p>1.社會人口學特徵</p> <p><u>依變項</u></p> <p>1.自覺未滿足的健康照護</p> <p>2.醫療利用情形：過去一年看醫生或健康專業人員的情形、使用急診、健康檢查、看牙醫、使用幼兒保健的情形</p> <p>方法</p> <p>次級資料分析</p> <p>1997-1999 年 National Survey of America's families</p> | <p>1.AIANS 獲得健康服務及醫療利用較白人低。</p> |