

科技部補助

大專學生研究計畫研究成果報告

* ***** *
* 計 畫 *
* : 原住民健康行為與婚姻狀態關聯之研究 *
* 名 稱 *
* ***** *

執行計畫學生： 羅妤
學生計畫編號： MOST 104-2815-C-040-051-H
研究期間： 104年07月01日至105年02月28日止，計8個月
指導教授： 汪淑娟

處理方式： 本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢

執行單位： 中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系（所）

中華民國 105年07月31日

原住民健康行為與婚姻狀態關聯之研究

摘要

許多研究都已經表明婚姻狀態與個人健康有很緊密的關係，已婚者通常都比未婚者、離婚者及喪偶者更長壽，也更會傾向去做對自己健康有益處的行為，然而現有的研究都集中焦點在探討主流社會或是西方社會，對於不同文化背景下的民族的婚姻狀態對健康行為的影響之探討很少，然而原住民的健康狀況長期以來都與全國人口有一段落差，不論是平均餘命、死亡率、某些疾病的發生率等，原住民都處於較落後的狀態。原住民族人口數僅占全國人口數的 2%，健康問題長期被忽略，相對於主流社會，原住民族在國內屬於健康弱勢的地位，因此本研究旨在探討婚姻狀態對台灣原住民的健康行為的影響，利用行政院衛生署國民健康局 2005 年所辦的國民健康訪問調查(National Health Interview Survey, NHIS) 資料分析婚姻狀態對原住民健康行為之影響，並探討年齡、性別、教育程度等自變與原住民健康行為之間的關係，希望能藉由這個研究更了解影響原住民健康行為的因素，有助於原住民擺脫健康弱勢的地位。

壹、研究動機與研究問題

內政部(2013)調查顯示，原住民的平均年齡為 33.40 歲，較全國人口之平均年齡 39.46 歲低；人口老化指數為 30.53%，亦遠低於全國人口老化指數之 80.51%，行政院原住民委員會 100 年原住民族健康及人口統計年表亦統計顯示，未滿 45 歲者所佔原住民族的比例(71.6%)較非原住民者比例(60.9%)高，代表原住民的人口結構相較於全國人口結構，是較為年輕的，然而許多研究卻顯示台灣原住民的健康狀況與台灣全國人口有一段落差，行政院原住民族委員會 100 年原住民族人口及健康統計年報即顯示出，原住民族男性平均餘命為 66.1 歲，女性為 75.3 歲，分別較全國男性 76.0 歲，女性 82.6 歲少 9.9 歲及 7.3 歲，行政院原住民委員會(2011)的統計數據也顯示，原住民的全死因標準化死亡率是台灣總人口的 1.8 倍，相關的研究也指出，原住民族的平均餘命皆較全國低，且原住民各方面的健康指標也都低於台灣非原住民者（葛應欽、劉碧華、謝淑芬，1994，行政院原住民委員會，2011），顯現出台灣原住民的健康狀況是處在弱勢的狀態，而原住民族群的健康問題又長期被忽視，雖然整體原住民健康狀況已經有所改善，但仍與台灣全國人口的健康狀況有一段落差，造成這些差異的因素是什麼，值得進一步了解，才能實現「全民健康」的理想。

由於人類已經能克服或控制許多歷史上的重大疾病，加上公共衛生服務及醫療衛生統計之發展，流行病學家證實生活水準的重要性，學者在探索社會因素與健康關係之貢獻，使我們瞭解健康問題具有社會意涵而非僅僅只是醫療科技的問題(劉坤仁，1996)。影響原住民的健康情形的因素，除了醫療資源不足、就醫不便、衛生條件不良等鉅視層面的因素外(翁禎霞，2001；張家樂，2001)，也與其

個人之人口特徵，如族別、性別、婚姻狀況、職業等有關，這些人口特徵所衍生的個人健康行為，其實與原住民的健康狀況有很密切的關係。

關於原住民健康問題，除了原住民，最能掌握到其疾病跟健康狀況的角色就是他們的配偶以及家人，許多研究也都指出婚姻狀況與個人的健康與否息息相關(Waite, 1995; Umberson, 1987)，一般而言已婚者會比未婚者來的健康，因為已婚者有配偶在旁邊督促自己從事健康的行為，已婚者也較單身者會去避免接觸對健康造成負面影響的行為，因此婚姻對於一個人的健康狀況提供了正向的影響力，然而這些研究都是針對西方國家或全國人口做研究，婚姻跟健康的關係對於不同文化的族群的影響未必會相同，以往對於原住民婚姻狀況與健康行為之間的關係的探討很少，但人類是群居動物，自己跟配偶、家人間的關係密不可分，也會彼此影響。

然而隨著婚姻觀念改變及晚婚現象的產生，原住民族各族群在 100 年未婚及離婚比率均較 95 年增加，原住民族 15 歲以上人口未婚率從 95 年 36.8% 增加到 100 年 39.1%，有偶人口率從 46.8% 降低到 43.0%，離婚人口率從 9.6% 逐年增加到 11.2% (行政院原住民族委員會 100 年原住民族人口及健康統計年報)，顯示出台灣原住民未婚及離婚人口逐年緩慢增加，這樣的現象是否會影響到原住民的健康狀況？影響原住民健康危害行為的因素非常多，找到重要的決定變項，可作為推展健康促進計畫的參考，也可促進原住民族群的整體健康，縮短與台灣地區其他族群的健康差距。本研究旨在探討原住民婚姻狀況對健康行為的影響，並探討年齡、性別、教育程度、居住安排、族別、宗教信仰等自變項與原住民健康行為之間的關係，希望藉由不同面向的研究和探討，更了解影響原住民健康行為的因素，有助於原住民擺脫健康弱勢的地位。

貳、文獻回顧

一、婚姻與健康行為的關係

許多探討婚姻與健康關係的研究，皆指出良好的婚姻狀態對於個人身心健康有正面的影響(Waite, 1995; Lillard & Waite, 1995; Umberson, 1987)。因為婚姻會提供人參與社會關係的機會，連接個人到其他人及其他社會團體中，成為一種好處(Stolzenberg, Blair-loy, and Waite, 1995)。有研究指出，參與社會關係會增加個人的福祉，不論是生理或心理的(Umberson, 1987)，而社會網絡會影響健康行為，進而影響生存機會(House et al., 1982)，且 Umberson(1987)發現比起其他社會網絡的關係，婚姻關係是最重要能預測死亡率的變項。許多研究支持他們的論述，像是 Lillard & Waite(1995)研究發現，在所有婚姻關係中，都是已婚者最長壽，依序是喪偶者、離婚者，最後是未婚者，因此對於男女雙方來說，婚姻提供高存活的机会，降低死亡機率。

探討社會關係與死亡率的文獻指出，不同婚姻狀態會造成不同的死亡率(Berkman and Syme 1979; Gove 1973; House et al. 1982; Hughes and Gove 1981)，例如 Durkheim(1951)發現自殺率會隨著已婚狀態而降低，而許多文獻都從兩種

面向來探討婚姻與死亡的關係，一個是認為因為未婚者比已婚者更容易做出那些會對健康有負面影響的行為(Waite, 1995)，以及認為婚姻瓦解會大大的增加壓力(McLanahan 1983)並減少個人的福祉，進而造成負面健康行為的產生(Mastekaasa, 1994)。1998年的研究也顯示出目前酗酒者大部分是單身狀態(Cerise, et al., 1998)，而已婚者有比未婚者更低的酗酒問題(Waite, 1995)，Gentilello, et al.(2000)也指出單身女性飲酒情形比已婚的女性嚴重，且未有飲酒問題的婦女離婚後飲酒的機會也增加，因此認為離婚、喪偶及未婚狀態的人會比已婚的人更容易參與負面健康行為，也較不會去過常規的生活(Umberson, 1987)。另一個則是提出婚姻對健康行為的正向影響，是因為婚姻會提供一個健康的社會環境給已婚者，所以已婚者擁有比其他婚姻狀態的人更低的自殺率(Durkheim, 1951; Gove, 1973)，同時這個環境讓人感受到生命被賦予一種意義跟重要性，也會對他人產生責任與義務，因此這會抑制他們做出對自己不利的舉動，並從事促進健康的行為，也較積極治療疾病(Durkheim, 1951; Gove, 1973; Umberson, 1987)。其中配偶對婚姻的健康行為扮演很重要的角色，因為婚姻會提供個人被配偶管控其健康狀況與健康相關行為，也會被鼓勵自我管理與避免發生危險的行為，配偶也會提供社會支持，幫助個人處理壓力的狀況(Umberson, 1987)，Umberson(1987)也指出婚姻意味著伴侶能提供規律且穩定的情感支持，從而減少憂鬱跟壓力，及其他心理問題，進而提高整體心理健康，因此良好的婚姻關係與我們的心理健康有很密切的關係(Waite, 1995)。

探討婚姻與健康行為的文獻同時也注意到性別對婚姻與健康行為有差異性，喪偶跟離婚對於男性的衝擊皆比女性來的大，當男性遭遇這些狀況時，會比女性更難回復常規的生活，也較容易產生酗酒問題(Waite, 1995)，且在未婚跟已婚對於死亡率的影響中，男性受影響的程度是大於女性的(Umberson, 1987)。然而婚姻對健康行為的影響會因性別而異，主要是因為女性比起男性，較會提供健康益處給其配偶，也較會阻攔配偶做出導致死亡的行為(Gove, 1972)，顧大男(2003)研究也揭示，有偶狀態的維持可以降低死亡風險，特別是降低男性的死亡風險，同時他也發現不論男性女性，高齡老人近期喪偶對健康狀況皆有惡化作用，並增加死亡風險，但男性的惡化程度比女性明顯，因為婚姻會因性別差異而提供不同的福祉，已婚狀態比起單身狀態，較會提供給女性經濟福祉，並給予男性情感福祉(Waite, 1995)，因此我們可知婚姻與健康行為的關係是密不可分的，且婚姻對於促進男性健康行為的效用大於女性。

二、原住民的健康行為

學者將健康行為分為健康促進行為以及健康危害行為，而健康危害行為是指有害健康的行為，如：喝酒、吸菸、嚼檳榔等(Kasl & Cobb, 1996; 曾月霞, 2004)，然而喝酒、吸菸、嚼食檳榔等不良的健康行為通常都伴隨發生(葛應欽、劉碧華、謝淑芬、王姿乃, 1994)。

相關的研究顯示，原住民族群中無論是吸菸、喝酒、嚼檳榔的盛行率皆高於一般民眾(劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽, 1994)。陳芬苓與徐菁華(2008)

指出原住民的痛風、酒癮等標準死亡率比台灣地區的其他族群高出三倍；行政院原住民委員會(2011)統計顯示，原住民的肺炎、腦血管疾病、心臟疾病、慢性下呼吸道症候群、高血壓性疾病與事故傷害的標準死亡率也高出台灣其他族群2倍，其中原住民肝病肝硬化標準化死亡率(62.9%)更是高出台灣地區的其他族群(15.6%)4倍以上。顯示出原住民的健康危害行為很明顯高於其他台灣地區，必須要重視及關心這個議題，以下針對原住民最嚴重的三個健康行為，喝酒、吸菸、嚼食檳榔來探討其健康危害行為的嚴重程度。

酒精濫用是原住民最常見的健康問題。依據行政院原住民族委員會2011年原住民最新統計年報資料顯示，台灣原住民十大死因中，有許多死因與飲酒習性或部落生活環境安全性有息息相關，尤其是慢性肝病及肝硬化為台灣一般國民4倍，此研究與國外原住民健康問題相似(Brady, 2002)。

台灣山地原住民喝酒的文化是由來已久的事，傳統上僅在祭典及節慶時才喝，但自從傳統社會受到外來衝擊，及酒類隨時可購得，加上經濟改善後，原住民的飲酒方式逐漸改變，且更加普遍(劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽，1994)，後來原住民也因為經濟考量，大量的遷入都市生活，與漢人族群的文化差異、生活型態有所不同，因而產生高度的社會壓力與文化衝擊，只能借助飲酒來暫解決情緒問題，最後導致酗酒，更影響其人際關係，也影響其健康狀況(石東生、陳秋蓉、謝曼麗，2007)。就喝酒盛行率來看，不論南北部原住民飲酒的盛行率，皆高於平地人(Hwu HG, Yeh YL, Wang JD, 1990; Ko YC, Chiang TA, Chang SJ, Hsieh SF, 1992; 劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽，1994)，有研究指出，根據民國75年的調查，山地鄉各族酒精濫用及酒精依賴的盛行率很高(Donovan JE, Jessor R, 1983)，大約是1950年代的70倍，是平地人飲酒盛行率的10倍高，但各族間並無差異。然而飲酒習性與各種疾病及死因，如事故傷害、心臟疾病、慢性肝病及胎兒酒精症候群等亦有密切關連性，Cheng TA, Hsu M(1992)的研究即指出，山地原住民慢性肝病、意外災害、自殺、呼吸道疾病等的死亡率很高，而死亡者中有較多的飲酒者。

根據張勳騰(2010)的調查顯示酗酒為原住民相當嚴重的問題，男性原住民的飲酒盛行率為66.38%，女性為45.61%，相對於非原住民的35%及10%，則顯得相當高；劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽(1994)亦指出原住民喝酒的盛行率高於一般民眾，男生及女生終生盛行率分別為85.53%與58.0%。在都會原住民喝酒比例亦高達69.3%(涂慧慈、林琴玲、鄭學慧、蔡玉霞、薛敏生、史麗珠、藍敏暉，2008)。李志偉、吳英黛、施教諭、王志鴻、王豐裕、謝仁哲(2008)研究發現東台灣原住民族群飲酒盛行率為73.8%，漢族盛行率4.7%；原住民婦女在孕期喝酒的比例高達31.9%(Chou, Yang, Kuo, Chan&Yang, 2009)。經過社會文化的變遷，原住民的喝酒模式已有所不同，除了在特殊節日飲酒外，與同事聚會，外出在陌生的環境之下，工作之餘藉由喝酒紓解壓力，都極有可能導致喝酒習慣的養成(楊士範，1998；楊美賞，2002)

吸菸方面，林琴惠(2001)指出原住民之吸菸盛行率整體為47.30%，高於漢

人居民的 38.59%；根據衛生福利部國民健康署 2001 年國民健康訪問調查指出，山地地區家中有人吸菸的戶數達 73.5%，遠高於台灣地區的 56.5%，且山地地區原住民家中非吸菸者受二手菸危害的比例較台灣地區平均數高出將近 20%。多術研究亦證實吸菸與肺癌有關，也會增加其他癌症的罹患率，以及造成呼吸系統、心臟疾病等的傷害(Ayanian & Cleary, 1999)。

有關原住民吸菸盛行率方面，劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽(1994)研究指出，原住民吸菸之終生盛行率男性為 71.1%，女性為 25.2%；邱清華、洪錦墩、邱丕霞(1997)的研究指出原住民族群的吸菸盛行率高達 66.67%；李志偉、吳英黛、施教諭、王志鴻、王豐裕、謝仁哲(2008)研究東台灣原住民吸菸為 57.5%，而漢族盛行率為 6.0%，顯示原住民族群的吸菸行為佔很高的比例。

嚼食檳榔也是原住民一大危害健康的行為，其對身體的危害包括白斑症、口腔癌、黏膜下纖維化等。有學者指出 15 歲以上山地原住民使用檳榔的盛行率高達 42%，一般人口為 10%(林琴惠, 2001; Ko YC, Chiang TA, Chang SJ, Hsieh SF, 1992)；張道明(2006)由原住民鄉整合性篩檢資料得知，原住民嚼食檳榔比例高達 67.1%；李志偉、吳英黛、施教諭、王志鴻、王豐裕、謝仁哲(2008)研究東台灣原住民與漢族族群嚼食檳榔盛行率為 55.0%，漢族群為 2.7%，而一般成年人嚼食檳榔比例為 9.45%(李蘭、潘伶燕、陳秀熙, 2001)；張道明(2006)以原住民為研究對象，發現嚼食檳榔者其血糖代謝異常與肥胖的比例皆高於無嚼食者，顯示原住民是代謝症候群及嚼食檳榔盛行率皆高的族群。從相關文獻來看，原住民嚼食檳榔的比例都明顯高於一般民眾(邱清華、洪錦墩、邱丕霞, 1997; 李蘭、潘伶燕、陳秀熙, 2001)

三、原住民的婚姻狀況

婚姻是一種法律形式與契約，更是夫妻間親密關係維繫與相互依附的生活形態的抉擇，然而在台灣有限的原住民研究中，探討原住民婚姻狀況的文獻寥寥無幾，原住民在台灣屬於弱勢族群，國內目前對於原住民婚姻狀態尚無直接的研究，因此這方面的資料是很欠缺的。

有限的文獻指出，除了排灣族與魯凱族上層階級偶有娶妻納妾的例子外，全都嚴守著一夫一妻制，不允許重婚，同性和近親之間也不能結婚，如果違反的話會遭受到族內嚴厲的制裁(田哲益, 2001; 林川夫, 1998; 陳雨嵐, 2004)，許多原住民信仰天主教或基督教，因為西方宗教主張一夫一妻制，對配偶要忠貞，夫妻要互敬互愛，互相扶持的觀念與傳統原住民婚姻觀一樣，因此此部分應有強化作用(呂貞瑤, 2010)。

根據行政院原住民族委員會，100 年原住民族健康及人口統計年表所統計的原住民族與非原住民族 15 歲以上人口的婚姻狀況數據顯示，100 年原住民族 15-34 歲人口的未婚比例(72.7%)較非原住民族低(78.2%)，原住民族的有偶比例(43.0%)也較非原住民(51.8%)低 8.8%，但原住民族的離婚率(11.2%)卻比非原住民族(7.3%)高，且原住民族在 65 歲以下的年齡組別的喪偶率都較非原住民族高出兩倍；同樣根據 100 年原住民族健康及人口統計年表所統計的原住民族與非原

住民族 20-34 歲有偶率及 65 歲以上喪偶率之變遷，可以得知 20-34 歲的有偶率原住民族明顯高於非原住民族，65 歲以上的喪偶率原住民族亦顯著高於非原住民族，因此雖然原住民的有偶率近幾年有降低，但普遍原住民仍然較非原住民早婚，喪偶率也較高。

原住民族與非原住民族 15 歲以上人口的婚姻狀況：

100 年底											單位：%
婚姻別	原住民族					非原住民族					
	總計	15-34 歲	35-44 歲	45-64 歲	65 歲以上	總計	15-34 歲	35-44 歲	45-64 歲	65 歲以上	
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
未婚	39.1	72.7	19.9	9.8	2.3	34.8	78.2	21.6	7.8	3.1	
有偶	43.0	22.6	60.2	61.6	48.7	51.8	19.3	66.5	75.0	61.6	
離婚	11.2	4.5	17.9	18.2	7.2	7.3	2.4	11.0	11.7	3.6	
喪偶	6.7	0.2	2.0	10.4	41.8	6.1	0.1	0.8	5.5	31.8	

(表一：行政院原住民族委員會，100 年原住民族健康及人口統計年表)

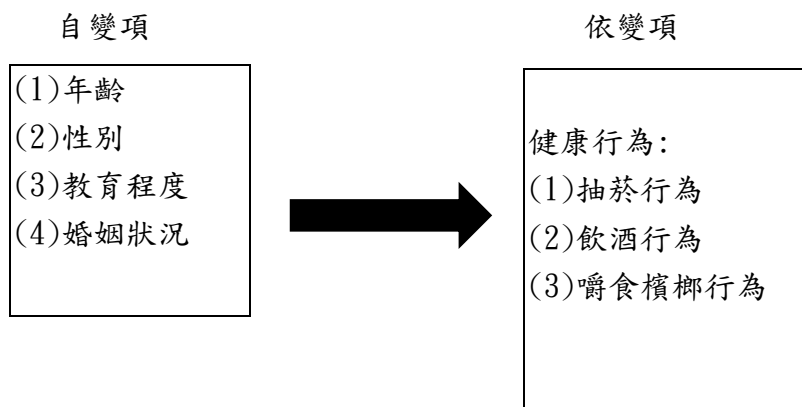
參、研究資料與方法

一、研究資料

本研究資料來源取自於 2005 年「國民健康訪問調查」(National Health Interview Survey, NHIS)之問卷，樣本為 20-64 歲原住民，「國民健康訪問調查」是財團法人國家衛生研究院聯合行政院衛生署國民健康局，為收集國人健康狀況、醫療保健服務利用以及健康行為現況資料，每四年定期舉辦的調查，以提供衛生保健政策擬定與計畫推行成效評估之參考依據。

問卷調查主要項目為受訪者之「基本特質」、「個人健康狀態」、「疾病預防之知識」、「醫療與預防保健服務利用之情形」、「事故傷害、個人健康相關行為」、「受訪者今天的健康狀況」、「工作與經濟狀況」等部分。與本研究相關的是第一部分，「基本特質」包含年齡、性別、教育程度、居住安排、婚姻狀況、族別、宗教信仰，其中居住安排的內容為是否一個人住，以及同住者的角色與數量，選項包含父母、配偶父母、配偶、兒子、媳婦、女兒、女婿、兄弟姊妹、(內/外)祖父母、(內/外)孫子女、其他親戚、同儕朋友(同學、朋友、同事)、同儕以外其他非親戚，而婚姻狀況包括詢問受訪者目前的婚姻狀況是從未結婚、已婚，目前與配偶同住(指一年中六個月以上時間同住)、已婚，現在未經常與配偶同住(指一年中同住時間少於六個月)、目前已(正式)分居、離婚(未再婚)、喪偶(未再婚)、其他，及詢問受訪者配偶籍貫為本省閩南人(河洛人)、本省客家人、大陸省份(外省人)、中國大陸配偶、原住民、金門馬祖、越南籍、泰國籍、印尼籍、菲律賓

籍、其他國籍，與受訪者配偶的實足年齡與最高學歷，另一部分，「事故傷害、個人健康相關行為」，其中個人健康相關行為的部分包含喝酒及喝醉的經驗、頻率、數量、類型與次數、吸菸經驗、頻率、數量、次數，是否有吸菸的習慣或試圖戒菸、吸二手煙頻率、場所、類型、次數與吸菸對象，嚼食檳榔的經驗、頻率、數量、次數、是否有嚼食檳榔的習慣、有沒有試圖戒掉與是否有做口腔黏膜健康檢查。據此，研究架構如下：



(圖一)

二、統計方法

本研究使用描述統計、交叉表等統計方法進行資料分析。描述統計用來描述資料特徵；交叉分析在探討兩個變數之間的關聯性，以表格的型式顯示，即交叉表，交叉分析表的每個方格中有次數和百分比的資訊，雙變項交叉表可用以分析變項之間是否存有關聯，並配合卡方檢定結果討論其顯著性。

肆、研究結果

(一) 受訪者基本特質之描述性統計

參見表二，本研究之有效樣本共 494 份，其中男性受訪者共 249 人(50.4%)，女性受訪者共 245 人(49.6%)。教育程度則以國中以下居多，共 261 人(52.8%)，其次是高中，共 173 人(35.0%)，教育程度為大學以上占最少數，共 60 人(12.1%)。婚姻狀況的部分，已婚或同居共 216 人(43.7%)，未婚共 215 人(43.3%)，離婚、喪偶及分居共 59 人(11.9%)，其他共 4 人(0.8%)。

表二：統計量

		教育程度	婚姻狀況	年齡	性別	吸菸	檳榔	飲酒
個數	有效的	494	494	494	494	494	494	494
	遺漏值	0	0	0	0	0	0	0

表三：性別次數分配表

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 男	249	50.4	50.4	50.4
女	245	49.6	49.6	100.0
總和	494	100.0	100.0	

表四：教育程度次數分配表

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 國中以下	261	52.8	52.8	52.8
高中	173	35.0	35.0	87.9
大學以上	60	12.1	12.1	100.0
總和	494	100.0	100.0	

表五：婚姻狀況次數分配表

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 已婚或同居	216	43.7	43.7	43.7
離婚喪偶分居	59	11.9	11.9	55.7
未婚	215	43.5	43.5	99.2
其他	4	.8	.8	100.0
總和	494	100.0	100.0	

(二)受訪者個人健康行為之描述性統計

個人健康行為包含吸菸行為、嚼食檳榔行為，以及飲酒行為等三項。吸菸行為的部分，以無吸菸行為者較有吸菸行為者多，分別為 293 人(59.3%)及 201 人(40.7%)。嚼食檳榔行為的部分，以無嚼食檳榔行為者較有嚼食檳榔行為者多，分別為 336 人(68%)及 158 人(32.0%)。而飲酒行為，則以有飲酒行為者較無飲酒行為者多，分別為 270 人(54.7%)及 224 人(45.3%)。

表六：吸菸行為次數分配表

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 無	293	59.3	59.3	59.3
有	201	40.7	40.7	100.0
總和	494	100.0	100.0	

表七：嚼食檳榔行為次數分配表

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 無	336	68.0	68.0	68.0
有	158	32.0	32.0	100.0
總和	494	100.0	100.0	

表八：飲酒行為次數分配表

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的 無	224	45.3	45.3	45.3
有	270	54.7	54.7	100.0
總和	494	100.0	100.0	

(三)受訪者基本特質與個人健康行為之相關性，以及個人間康行為間之相關性

透過表九可得知，受訪者基本特質與個人健康行為之相關性，以及個人間康行為間之相關性。

首先，教育程度與婚姻狀態、飲酒行為並無顯著關聯，而與吸菸行為、嚼食檳榔行為呈低度負相關，因此教育程度越高，則從事吸菸行為、嚼食檳榔行為之可能性越低。

其次是婚姻狀態與教育程度、吸菸行為並無顯著關聯，而與嚼食檳榔行為、飲酒行為呈低度負相關，因此婚姻狀況越良好，則從事嚼食檳榔行為、飲酒行為之可能性也越低。

再者，吸菸行為與婚姻狀態並無顯著相關，而與教育程度呈低度負相關，並與嚼食檳榔行為、飲酒行為呈中度正相關，因此越有可能從事吸菸行為者，則教育程度越低；而越有可能從事吸菸行為者，則從事嚼食檳榔行為、飲酒行為之可能性也越高。

而嚼食檳榔行為與教育程度、婚姻關係呈低度負相關，而與吸菸行為、飲酒行為呈中度正相關，因此嚼食檳榔行為越高，則教育程度、婚姻狀態越低；嚼食檳榔行為越高，則越有可能從事吸菸行為、飲酒行為。

最後，飲酒行為與教育程度並無顯著相關，而與婚姻狀態呈低度負相關，並與吸菸行為、嚼食檳榔行為呈中度正相關，因此越有可能從事飲酒行為者，則婚姻狀態越不佳；越有可能從事飲酒行為者，則從事吸菸行為、嚼食檳榔行為之可能性也越高。

表九：基本特質與個人健康行為之相關係數

		教育程度	婚姻狀況	吸菸	檳榔	飲酒
教育程度	Pearson 相關	1	.088	-.108*	-.229**	-.030
	顯著性 (雙尾)		.050	.016	.000	.505
	個數	494	494	494	494	494
婚姻狀況	Pearson 相關	.088	1	-.012	-.225**	-.132**
	顯著性 (雙尾)	.050		.784	.000	.003
	個數	494	494	494	494	494
吸菸	Pearson 相關	-.108*	-.012	1	.430**	.473**
	顯著性 (雙尾)	.016	.784		.000	.000
	個數	494	494	494	494	494
檳榔	Pearson 相關	-.229**	-.225**	.430**	1	.520**
	顯著性 (雙尾)	.000	.000	.000		.000
	個數	494	494	494	494	494
飲酒	Pearson 相關	-.030	-.132**	.473**	.520**	1
	顯著性 (雙尾)	.505	.003	.000	.000	
	個數	494	494	494	494	494

*. 在顯著水準為 0.05 時 (雙尾)，相關顯著。

** . 在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著。

(四)交叉表:婚姻狀況與個人健康行為之關聯

根據表十，在 494 份樣本中，婚姻狀態為已婚或同居者共 216 人，其中無吸菸者共 129 位(59.7%)比有吸菸者 87 位(40.3%)多；婚姻狀態為離婚、喪偶、分居者共 59 人，其中有吸菸者 31 人(52.5%)比無吸菸者 28 人(47.5%)多；婚姻狀態為未婚者共 215 人，其中無吸菸者 136 人(63.3%)較有吸菸者 79 人(36.7%)多；而其他婚姻狀態則共 4 人，4 人皆有吸菸行為(100%)。故在此樣本中，未吸菸者(293 人)較有吸菸者(201 人)多，且在婚姻狀態之內，無吸菸者之比例(59.3%)較有吸菸者之比例(40.7%)高。

表十：婚姻狀況 * 吸菸 交叉表

			吸菸		總和
			無	有	
婚姻狀況	已婚或同居	個數	129	87	216
		在 婚姻狀況 之內的	59.7%	40.3%	100.0%
	離婚喪偶分居	個數	28	31	59
		在 婚姻狀況 之內的	47.5%	52.5%	100.0%
	未婚	個數	136	79	215
		在 婚姻狀況 之內的	63.3%	36.7%	100.0%
	其他	個數	0	4	4
		在 婚姻狀況 之內的	.0%	100.0%	100.0%
總和		個數	293	201	494
		在 婚姻狀況 之內的	59.3%	40.7%	100.0%

根據表十一，在 494 份樣本中，婚姻狀態為已婚或同居者共 216 人，其中無嚼食檳榔者共 128 位(59.3%)比有嚼食檳榔者共 88 位(40.7%)多；婚姻狀態為離婚、喪偶、分居者共 59 人，其中有嚼食檳榔者共 31 人(52.5%)比無嚼食檳榔者共 28 人(47.5%)多；婚姻狀態為未婚者共 215 人，其中無嚼食檳榔者共 178 人(82.8%)較有吸菸者 37 人(17.2%)多；而其他婚姻狀態則共 4 人，兩人有嚼食檳榔，兩人無嚼食檳榔。故在此樣本中，未嚼食檳榔者(336 人)較有嚼食檳榔者(158 人)多，且在婚姻狀態之內，無嚼食檳榔者之比例(68.0%)較有嚼食檳榔者之比例(32.0%)高。

表十一：婚姻狀況 * 嚼食檳榔行為 交叉表

			嚼食檳榔行為		總和
			無	有	
婚姻狀況	已婚或同居	個數	128	88	216
		在 婚姻狀況 之內的	59.3%	40.7%	100.0%
	離婚喪偶分居	個數	28	31	59
		在 婚姻狀況 之內的	47.5%	52.5%	100.0%
	未婚	個數	178	37	215
		在 婚姻狀況 之內的	82.8%	17.2%	100.0%
	其他	個數	2	2	4
		在 婚姻狀況 之內的	50.0%	50.0%	100.0%
總和		個數	336	158	494
		在 婚姻狀況 之內的	68.0%	32.0%	100.0%

根據表十二，在 494 份樣本中，婚姻狀態為已婚或同居者共 216 人，其中有飲酒者共 128 位(59.3%)比無飲酒者 88 位(40.7%)多；婚姻狀態為離婚、喪偶、分居者共 59 人，其中有飲酒者 45 人(76.3%)比無飲酒者 14 人(23.7%)多；婚姻狀態為未婚者共 215 人，其中無飲酒者 122 人(56.7%)較有飲酒者 93 人(43.3%)多；而其他婚姻狀態則共 4 人，4 人皆有飲酒行為(100%)。故在此樣本中，有飲酒者(270 人)較無飲酒者(224 人)多，且在婚姻狀態之內，有飲酒者之比例(54.7%)較無飲酒者之比例(45.3%)高。

表十二：婚姻狀況 * 飲酒行為 交叉表

			飲酒行為		總和
			無	有	
婚姻狀況	已婚或同居	個數	88	128	216
		在 婚姻狀況 之內的	40.7%	59.3%	100.0%
	離婚喪偶分居	個數	14	45	59
		在 婚姻狀況 之內的	23.7%	76.3%	100.0%
	未婚	個數	122	93	215
		在 婚姻狀況 之內的	56.7%	43.3%	100.0%
	其他	個數	0	4	4
		在 婚姻狀況 之內的	.0%	100.0%	100.0%
總和		個數	224	270	494
		在 婚姻狀況 之內的	45.3%	54.7%	100.0%

伍、結論

本研究希望藉由不同面向的研究和探討，更了解影響原住民健康行為的因素，因為雖然現今的醫療科技已非常進步，但我們仍不可忽略社會因素對於人類健康的影響力，因此本研究以對人類最親密關係之人，婚姻伴侶，為假設，探討不同的婚姻狀態，對原住民族群的健康行為，是否會產生影響。

其中我們預期擁有婚姻狀態、擁有伴侶者會比未婚、喪偶、離婚者更常從事健康行為，並且避免從事危害自己健康之行為，本研究之負向健康行為以吸菸、嚼食檳榔，以及飲酒為例。研究結果顯示，在婚姻狀況之內的人，無吸菸及無嚼食檳榔者之比例皆高於有吸菸者與有嚼食檳榔者，但在飲酒行為方面，有婚姻狀態者比無婚姻狀態者有更高的比例去從事飲酒行為，因此我們無法從婚姻狀態中去推論其從事任何負向健康行為之可能性高低。

然而其中也發現嚼食檳榔此變項，對於預測其是否也有從事飲酒及吸菸行為，有著中度正相關，且教育程度、婚姻狀態，對於吸菸、嚼食檳榔、飲酒等負向健康行為皆呈現負相關，因此教育程度及婚姻狀態仍對從事負向健康行為有著牽制

力。

陸、參考文獻

- Ayanian, J. Z., & Cleary, P. D.(1999). Perceived risks of heart disease and cancer among cigarette smokers. *The Journal of the American Medical Association*, 281(11),1019-1021.
- Berkman, Lisa F., and S. Leonard Syme.(1979). Social Networks. Host Resistance and Mortality: A Nine-year Follow-up Study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology* 109(2):186-204.
- Brady, M., Sibthorpe, B., Bailie, R., Ball, S., & Sumnerdodd, P.(2002). The feasibility and acceptability of introducing brief intervention for alcohol misuse in an urban Aboriginal medical service. *Drug and Alcohol Review*, 21, 375-380.
- Cerise, F. P., Scarinci, I. C., Thibodaux, R., Cannatella, M., Stark, S., & Brantley, P. J.(1998). Alcoholism among indigent inpatients: Identification and intervention by internal medicine residents. *Southern Medical Journal*, 91(1),27-32.
- Cheng TA, Hsu M(1992). A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychol Med* 22: 255-263.
- Chou, F. H., Yang, Y.H., Kuo, S. H., Chan, T. F.& Yang, M. S.(2009). Relationships among smoking, drinking, betel quid chewing and pregnancy – related nausea and vomiting in Taiwanese aboriginal women. *Kaohsiung Journal of Medical Science*, 25, 62-69.
- Donovan, JE, Jessor R.(1983). Problem drinking and the dimension of involvement with drugs: a Guttman scalogram analysis. *Am J Public Health* 73: 468-472.
- Durkheim, Emile, (1951). *Suicide: A Study in Sociology*. Translated by John A. Spaulding and George Simpson. New York: The Free Press.
- Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Villaveces, A., Daranciang, E., Dunn C. W., & Ries, R. R.(2000). Alcohol problem in women admitted to a Level I trauma center: A gender-based comparison. *The Journal of Trauma*, 48(1), 108-114.
- Gove, Walter R. (1972). The Relationship between Sex Roles, Martial Roles, and Mental Illness. *Social Forces* 51:34-44.
- Gove, Walter R. (1973). Sex, Marital Status, and Mortality. *American Journal of Sociology* 79:45-67.
- House, James S., Cynthia A. Robbins, and Helen L. Metzner. (1982). The Association of Social Relationships and Activities with Mortality: Prospective Evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology* 116(1):123-40.
- Hughes, Michael D., and Walter R. Gove. (1981). Living Alone, Social Integration, and Mental Health. *American Journal of Sociology* 87:48-74.

- Hwu, H. G., Yeh, Y. L., Wang, J. D, Yeh EK.(1990). Alcoholism among Taiwan aboriginics defined by the Chinese diagnostic interview schedule a comparison with alcoholism. *Acta Psychiatr Scand* 82: 374-380
- Kasl, S. V., & Cobb, S.(1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Ko YC, Chiang TA, Chang SJ, Hsieh SF,(1992). Prevalence of betel quid chewing habit in Taiwan and related socio-demographic factors. *J Oral Pathol Med* 21:261-264.
- Levy, Rona L. (1983). Social Support and Compliance: A Selective Review and Critique of Treatment Integrity and Outcome Measurement. *Social Science and Medicine* 17:1392-38.
- Lillard, L. A. and L. J. Waite.(1995). Till Death Do Us Part: Marital Disruption and Mortality. *American Journal of Sociology* 100:1131-56.
- Mastekaasa, A. (1994). The Subjective Well-Being of the Previously Married: The Importance of Unmarried Cohabitation and Time since Widowhood or Divorce. *Social Forces* 73:665-92.
- McLanahan, S. S. (1983). Family Structure and Stress: A Longitudinal Comparison of Two-Parent and Female-Headed Families. *Journal of Marriage and the Family* 45:347-57.
- Pagano, Robert R.(2011). *Understanding Statistic in the Behavioral Science*, 7th Edition. University of Pittsburg.
- Stolzenburg, R. M., M. Blair-Loy and L. J. Waite. (1995). Religious Participation over the Life Course: Age and Family Life Cycle Effects on Church Membership. *American Sociological Review* 60:84-103.
- Umberson, D.(1987). Family Status and Health Behaviors: Social Control as a Dimension of Social Integration. *Journal of Health and Social Behavior* 28:306-19.
- Waite, L. J.(1995). Does marriage matter? *Demography*, 32, 483-507.
- 內政部統計處(2013)，102 年底原住民人口概況，內政部統計處，台北市，取自：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>
- 石東生、陳秋蓉、謝曼麗(2007)，原住民勞工職業傷害及健康危害調查研究。行政院勞工委會，勞工安全衛生研究所。
- 田哲益(2001)，台灣原住民的社會與文化。台北市：武陵。
- 行政院原住民族委員會(2011)，100 年原住民族人口及健康統計年表，行政院原住民族委員會，新北市。
- 呂貞瑤(2010)，高雄縣山地鄉原住民青少女性與婚姻之關係探究。樹德科技大學人類性學研究所碩士論文，高雄市。
- 李蘭、潘伶燕、陳秀熙(2001)，成年人嚼食檳榔與戒嚼檳榔的相關因子，*醫學教育*，5(4)，312-323。

李志偉、吳英黛、施教諭、王志鴻、王豐裕、謝仁哲(2008)，東台灣男性急性心肌梗塞患者之危險因子，台灣醫學，12，143-51。

林川夫（審訂）（1998），鈴木質原著，台灣蕃人風俗誌。台北市：武陵。

林琴惠(2001)，花蓮縣居民檳榔菸酒盛行率及其健康危害意識調查。未出版碩士論文，高雄醫學大學，高雄市。

邱清華、洪錦墩、邱丕霞(1997)，台灣地區吸菸及嚼食檳榔的盛行率調查，中華牙誌，16(1)，28-36。

翁禎霞(2001)，「基層衛生所座談反應：山區醫療人力設備嚴重不足。」，聯合報2001/6/19，屏東縣第18版。

涂慧慈、林琴玲、鄭學慧、蔡玉霞、薛敏生、史麗珠、藍敏暉(2008)，都會原住民的健康問題，澳門醫學雜誌，8(2)，98-104。

財團法人國家衛生研究院，行政院衛生署國民健康局(2001)，2001年國民健康訪問調查，國家衛生研究院，苗栗縣。

財團法人國家衛生研究院，行政院衛生署國民健康局(2013)，2005年國民健康訪問調查，12-64歲問卷，國家衛生研究院，苗栗縣。

張勳騰(2010，9月20日)，排除事故傷害、慢性肝病及肝硬化，原民不喝酒長壽多3到5年，自由電子報。

張道明(2006)，台灣原住民嚼食檳榔與發炎因子及代謝性症候群之相關研究，未發表的碩士論文，台北：台灣大學公共衛生醫學院預防醫學研究所。

陳芬苓、徐菁菁(2008)，心與靈的健康觀與疾病觀—以現代泰雅族原住民為例。台灣公共衛生雜誌，27(5)，411-420。

張家樂(2001)，「醫師出缺多年，防治結核病亮紅燈。」，聯合報2001/6/6，南投縣第18版。

陳雨嵐（2004），台灣的原住民。台北：遠足文化。

曾月霞(2004)，中年人健康行為之探討，護理雜誌，51(1)，20-24。

葛應欽、劉碧華、謝淑芬(1994)，台灣地區原住民的健康問題。高雄醫誌，10，337-351。

葛應欽、劉碧華、謝淑芬、王姿乃(1994)，原住民癌症標準化死亡比。高雄醫誌10：379-391，1994。

楊士範(1998)，從新飲酒文化的形構過程看台灣原住民飲酒品味的轉讓現象，山海文化，(18)，86-100。

楊美賞(2002)，原住民婦女健康-菸、酒、檳榔對婦女的健康危害，護理雜誌，49(2)，29-34。

劉碧華、謝淑芬、章順仁、葛應欽(1994)，五峰鄉原住民吸菸、喝酒及嚼食檳榔之盛行率及相關因素研究，高學醫學科學雜誌，10(7)，405-411。

劉坤仁(1996)，《台灣地區的社會階層與健康不平等》，台北，台灣大學公共衛生研究所。

顧大男(2003)，婚姻對中國高齡老人健康長壽影響的性別差異分析。中國人口科

學，2003，第三期。