

科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

婦女生育後就業情形對預防保健利用與盛行疾病影響之探討

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：MOST 107-2629-H-002-002-

執行期間：107年08月01日至108年07月31日

執行單位：國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

計畫主持人：郭年真

計畫參與人員：碩士級-專任助理：陳宛琪

碩士班研究生-兼任助理：林宜瑾

中華民國 108 年 11 月 01 日

中文摘要：台灣少子化與人口快速老化是日益嚴峻的國家問題，少子化除了是反應「晚婚、不婚、晚育、少育，甚至不育」的現象，也與雙薪家庭比例上升及婦女就業率提高有關，婦女為了能持續就業，有可能推遲生育子女的時間，間接導致晚婚、晚育或少育的結果。然而就業情形除了會影響婦女生育的時間及生育的意願，也可能影響其生育後的健康及醫療利用情形。我國自1995年全民健保開辦以來，同年將孕婦產前檢查、兒童預防保健、子宮頸抹片檢查及成人預防保健等預防保健納入健保給付範圍，但國內研究顯示，婦女就業情形與預防保健服務之利用有關，舉例來說，非職業婦女的子宮頸抹片檢查使用率較高。然而過去國內研究較少針對生育後的婦女其預防保健使用率與就業情形之間的關係進行探討，因此本研究針對生育後的婦女其預防保健利用及醫療利用在就業婦女的與非就業婦女是否有差異進行研究，探討其使用預防保健服務之差異的重要因素。此外，過去也較少針對外籍配偶進行上述議題之研究，因此本研究也比較上述身份之生育婦女和一般群體之生育婦女，在預防保健服務利用的差異。

本研究發現在控制研究對象的投保地區及年齡、投保薪資等變項後，本國籍婦女接受流感疫苗注射、子宮頸抹片、產前健檢的機率均顯著高於外國籍婦女。此外，相較於有就業的婦女，未就業的婦女較少接受流感疫苗注射、子宮頸抹片、產前健檢。本研究結果顯示在健保實施後，生育的婦女在預防保健服務利用情形會受到有無就業及是否為本國籍而有不同，因此未來主管機關在研擬婦女健康相關健康政策時，有必要針對未就業及非本國籍之婦女加強宣導、或降低其接受預防保健服務的阻礙。

中文關鍵詞：婦女健康，就業，產後，預防保健

英文摘要：Extremely low birth rate and rapid ageing are serious problems for Taiwan. The low birth rate is result from young generations' attitude toward late marriage, non-marriage, late childbirth, or even no child. However, this phenomenon is also associated with the fact that more dual-income couples and higher employment rate of women in Taiwan. Employment does not only affect women's attitude toward child birth, but also affects their after birth health and their utilization of preventive care services. Taiwan's National Health Insurance program covers certain preventive care services, including prenatal care, child preventive care, Pap smear, adult preventive services. Previous studies found that the utilization of preventive services is associated with women's employment status. For example, unemployed women has a higher rate of receiving Pap smear than their employed counterparts. Nonetheless, very few studies explored whether employment status is associated with preventive care use in women after birth. Therefore this study explored the difference in the use of preventive care services and health care between employed and non-employed women. Besides, there were few studies

focus on the use of preventive care services of minority populations in Taiwan, especially the foreign spouses. Thus, this study will also explore the difference in the use of preventive care services of these minority groups.

This study shows that after controlling for age, income, and geographical regions, native women had higher odds than foreign women in receiving flu shot, Pap smear, and prenatal care. Our study reveals the importance to advocate these preventive services especially for non-employed or non-native women, and to remove the obstacles in receiving these preventive services for those specific groups.

英文關鍵詞： Women's health, employment, work, afterbirth, preventive care

科技部補助專題研究計畫成果報告

(期中進度報告/期末報告)

婦女生育後就業情形對預防保健利用 與盛行疾病影響之探討

計畫類別：個別型計畫 整合型計畫

計畫編號：MOST 107-2629-H-002-002-

執行期間：2018年8月1日至2019年7月31日

執行機構及系所：國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

計畫主持人：郭年真

共同主持人：

計畫參與人員：陳宛琪、林宜瑾

中華民國 108 年 10 月 31 日

摘要

台灣少子化與人口快速老化是日益嚴峻的國家問題，少子化除了是反應「晚婚、不婚、晚育、少育，甚至不育」的現象，也與雙薪家庭比例上升及婦女就業率提高有關，婦女為了能持續就業，有可能推遲生育子女的時間，間接導致晚婚、晚育或少育的結果。然而就業情形除了會影響婦女生育的時間及生育的意願，也可能影響其生育後的健康及醫療利用情形。我國自 1995 年全民健保開辦以來，同年將孕婦產前檢查、兒童預防保健、子宮頸抹片檢查及成人預防保健等預防保健納入健保給付範圍，但國內研究顯示，婦女就業情形與預防保健服務之利用有關，舉例來說，非職業婦女的子宮頸抹片檢查使用率較高。然而過去國內研究較少針對生育後的婦女其預防保健使用率與就業情形之間的關係進行探討，因此本研究針對生育後的婦女其預防保健利用及醫療利用在就業婦女的與非就業婦女是否有差異進行研究，探討其使用預防保健服務之差異的重要因素。此外，過去也較少針對外籍配偶進行上述議題之研究，因此本研究也比較上述身份之生育婦女和一般群體之生育婦女，在預防保健服務利用的差異。

本研究發現在控制研究對象的投保地區及年齡、投保薪資等變項後，本國籍婦女接受流感疫苗注射、子宮頸抹片、產前健檢的機率均顯著高於外國籍婦女。此外，相較於有就業的婦女，未就業的婦女較少接受少流感疫苗注射、子宮頸抹片、產前健檢。本研究結果顯示在健保實施後，生育的婦女在預防保健服務利用情形會受到有無就業及是否為本國籍而有不同，因此未來主管機關在研擬婦女健康相關健康政策時，有必要針對未就業及非本國籍之婦女加強宣導、或降低其接受預防保健服務的阻礙。

Abstract

Extremely low birth rate and rapid ageing are serious problems for Taiwan. The low birth rate is result from young generations' attitude toward late marriage, non-marriage, late childbirth, or even no child. However, this phenomenon is also associated with the fact that more dual-income couples and higher employment rate of women in Taiwan. Employment does not only affect women's attitude toward child birth, but also affects their after birth health and their utilization of preventive care services. Taiwan's National Health Insurance program covers certain preventive care services, including prenatal care, child preventive care, Pap smear, adult preventive services. Previous studies found that the utilization of preventive services is associated with women's employment status. For example, unemployed women has a higher rate of receiving Pap smear than their employed counterparts. Nonetheless, very few studies explored whether employment status is associated with preventive care use in women after birth. Therefore this study explored the difference in the use of preventive care services and health care between employed and non-employed women. Besides, there were few studies focus on the use of preventive care services of minority populations in Taiwan, especially the foreign spouses. Thus, this study will also explore the difference in the use of preventive care services of these minority groups.

This study shows that after controlling for age, income, and geographical regions, native women had higher odds than foreign women in receiving flu shot, Pap smear, and prenatal care. Our study reveals the importance to advocate these preventive services especially for non-employed or non-native women, and to remove the obstacles in receiving these preventive services for those specific groups.

壹、前言

台灣少子化與人口快速老化是日益嚴峻的國家問題，政府也將改善少子化問題納入前瞻基礎建設項目中。然而，少子化除了是反應「晚婚、不婚、晚育、少育，甚至不育」的現象[1]，也與雙薪家庭比例上升及婦女就業率提高有關。根據行政院主計處的婚育婦女與就業調查資料顯示[2]，2016年15-64歲已婚女性因生（懷）第1胎前有工作者計317萬8千人，其中生（懷）第1胎離職者占24.99%，離職原因以「照顧子女」最高（68.41%）。15至64歲曾因結婚離職之已婚女性中，曾復職者占51.10%，平均恢復工作時間為65.11個月，復職間隔隨女性年齡之增加而延長，隨教育程度之提升而縮短。另一篇國內研究也發現，婚前工作職業性質、婦女初育間隔和六歲以下的幼兒數，對生育後婦女的勞動參與呈現負向顯著影響[3]。由上述研究結果可知，婦女為了能持續就業，有可能推遲生育子女的時，間，間接導致晚婚、晚育或少育的結果。

然而就業情形除了會影響婦女生育的時間及生育的意願，也可能影響其生育後的健康及醫療利用情形。我國自1995年全民健保開辦以來，同年將孕婦產前檢查、兒童預防保健、子宮頸抹片檢查及成人預防保健等四項預防保健納入健保給付範圍，2007年增列成人預防保健及牙齒塗氟兩項檢查服務，2010年起擴大執行口腔黏膜檢查、定量免疫法糞便潛血檢查，及提供低收入戶孕婦「乙型鏈球菌篩檢」檢驗費用補助，並於2012擴大實施孕婦「乙型鏈球菌篩檢」。預防保健服務係透過早期篩檢方式，以早期發現疾病並給予治療，減少國民罹病、殘障與死亡率，達成促進全民健康與生命品質目的，但受限經費目前預防保健服務實際受檢人數仍偏低。

但國內研究顯示，婦女就業情形與預防保健服務之利用有關。非職業婦女的子宮頸抹片檢查使用率較高，職業婦女則偏好非上班時段受檢，且相對於未使用預防保健服務，預防保健服務可以減少個人醫療費用支出及死亡率[4]。在國健署2017年公布的2014年10大癌症發生統計，女性乳癌發生率排名第一，人數較前一年增加，大腸直腸癌、子宮頸癌也都在排行之中。子宮頸癌與乳癌是女性發生率高的癌症，但只要早期發現早期治療，兩者治癒率高達95%以上，零期乳癌與子宮頸癌的存活率也接近為百分之百，另外，大腸癌如果妥善治療，存活率也高達90%以上，透過篩檢可以減少國家勞動力損失及減輕健保負擔，國健署表示依據歐美國家經驗，每一至二年進行1次糞便潛血篩檢約可下降18%至33%的大腸癌死亡率。

然而過去國內研究較少針對生育後的婦女其預防保健使用率與就業情形之間的關係進行探討，就業婦女的預防保健服務使用率容易受到工時長短或是有無帶薪假等因素影響，因此本研究婦女預防保健使用率，也就是生育後的婦女其預防保健利用在就業婦女的與非就業婦女是否有差異進行研究，探討其使用預防保健服務之差異的重要因素。此外，過去也較少針對外籍配偶（新住民）進行上述議題之研究，因此本研究也比較上述身份之生育婦女和一般群體之生育婦女，在預防保健服務利用的差異。

貳、研究目的

本研究之研究目的如下：

1. 探討國內生育後的就業婦女與非就業婦女的預防保健利用情形差異。
2. 進一步探討國內本國籍、非本國籍婦女生育後預防保健利用情形的差異。

參、文獻探討

一、 婦女生育與就業對健康與醫療利用之影響

國外研究指出，當面臨外部經濟環境不佳或失業時，民眾在預防保健服務，例如產前檢查、成人健檢、子宮頸抹片、乳房攝影等檢查的利用率下降[5]。隨著全球化與經濟政策的影響，勞動市場型態日漸改變，非典型就業的雇用模式越來越普遍。然而相較於固定就業之勞動者，非典型就業與失業者其健康狀態皆較差[6-8]，國外關於非典型就業者之心理健康狀態的研究也發現，他們比較容易有心理困擾，嚴重者甚至會出現憂鬱症等心理問題 (serious psychological distress, SPD) [9]。由於非典型就業的聘僱條件與環境相較固定就業差，像是收入較低、工資未調漲、無薪加班等，導致他們健康的風險增加[10-12]。與固定就業民眾相比，非典型就業或失業民眾的健康狀態較差[6, 7, 11-17]，有較高的比例有不健康行為（例如吸菸、喝酒）[10, 18]，且缺少就醫可近性或有較低的醫療利用[10, 19]。此外，聘僱條件較差的員工，其心理健康狀態也較差[8, 9, 15-17, 20-23]。

國內針對非典型就業與其健康關聯的研究也發現，國內有 21%受雇者為非典型就業，而不管是男性或女性都較固定就業者出現身體痠痛、自評健康狀況差的問題，且非典型就業者也較容易發生工作不滿意度與缺勤表現的情形[24]；此外，不僅在健康狀況上有所差異，過去研究也指出此就業模式會帶來較高比例的不健康行為（如吸菸、喝酒）[18, 25]，而這些行為可能會促使他們的健康狀況下降，形成一個惡性循環。國內研究顯示，民眾失業後一年西醫整體門診醫療利用變化呈下降情形，失業對醫療利用之影響，在不同疾病上確有可能受所得降低與健康衝擊之不同程度之影響[26]。

另外，當面對外部經濟環境不佳或是失業時，因為面臨不同面向的障礙，像是經濟因素或是低社交網絡，造成其就醫可近性降低，進而產生未滿足的醫療需求 (unmet healthcare needs) 與延遲就醫的現象[19, 27-29]；國內的研究顯示，民眾在失業後一年對於西醫整體門診次數淨降低 3 成，主要是減少對於呼吸道感染等輕微症狀之就醫，但對於精神疾病的醫療利用仍有需求，顯示失業對醫療利用之影響，會因為疾病特性不同而有所差異[26]。儘管已有相關研究探討就業狀態對身體健康、心理健康與其他

健康相關結果 (health-related outcomes) 的影響，過去的研究鮮少將國家間、地區間的差異納入考量，且未考慮研究對象可能會改變其就業狀態，而將某不同受雇狀態的研究對象視為相異特性的族群[30-32]。

與許多其他先進國家相比，美國聯邦法律並沒有明訂保障員工帶薪病假，DeRigne 等人研究發現，帶薪病假對於員工其眷屬之醫療利用影響甚大，雇主未提供此項福利的員工，家庭成員與自身發生延遲治療與放棄就醫的可能性相較帶薪假員工高，分別高出 1.6 倍與 3 倍[33]。另一篇[34]利用 2015 年美國健康訪問調查所作的橫斷性研究顯示，公司無提供帶薪病假的員工無法獲得預防保健的風險較有帶薪病假的員工高出 3.8%-9.7%，其中流感疫苗接種的可能性更是相差 1.6 倍[34]，即使受訪者之前已經使用與自身疾病風險相關的預防保健服務，這些人的預防保健使用仍然會受到帶薪病假的影响，而這些員工可能必須承擔疾病晚期治療的風險，造成整體醫療成本提高。反觀若聘僱條件佳，且可供良好的健康福祉，則是能增加員工預防保健之利用[35]，顯示帶薪病假對於職場環境不但是種福利，也能視為公共衛生政策之手段。

另有研究發現不同工時之受雇者，其醫療利用程度有所差異；加拿大研究運用國民健康訪問調查 (National Population Health Survey, NPHS) 與健保申報數據，發現工時長者 (>45 小時/週) 其家庭醫師利用率顯著低於一般工時者 (男性:IRR 0.82; 女性:IRR 0.77) [36]。由以上證據可以發現，就業對於醫療利用的影響不只侷限於就業與否，連帶聘僱條件與就業環境都會造成利用上的差異。

與疾病盛行影響方面，就業之原因存在著性別差異[13]，因此過去研究關於就業對於健康與醫療利用影響會區分性別分開探討。女性在就業市場中，相較於男性而言，較容易處於非穩定型就業的環境中，不僅會影響到其醫療利用，對於健康所帶來的效應亦較大[14]；過去研究亦證實性別在健康中扮演相當重要角色，女性相較於男性容易出現健康問題，其中又以 25-44 歲族群最為明顯，可能原因除了生理特有疾病外，也涵蓋心理與社會因素，像是對於周遭環境壓力承受度、社會文化等，因此在疾病治療以及因素探討時，須充分考慮到性別所帶來的影響[37, 38]。

Kim 等人探討帶薪病假與否與死亡率之關聯，追蹤 11 年後發現有帶薪假者相較無帶薪假者全因死亡 (all-cause mortality) 風險降低 10%，在因腎臟病死亡則顯示女性由帶薪假因素所能改善的死亡風險之強度大於男性[39]；另外關於就業型態改變與新發憂鬱症的關聯也顯示，相較於長期固定就業者而言，失業與非典型就業的新發風險增加 2.3 倍，其中女性就業狀況改變與新發憂鬱症呈正相關[21]，由此可知就業型態對於女性健康與醫療利用之影響極為重要。除此之外，雖然工作對婦女整體健康有正向影響[40]，但是有撫養子女的全職婦女健康狀況較無撫養子女全職婦女差，且獨力撫養子女的婦女健康狀況也比已婚有子女的婦女差，顯示婦女健康並沒有因為就業而受益，反而女性若每週超時工作超過 5 小時，其死亡風險增加 1.92 倍[41]。

雖然過去研究表示，工作對婦女整體健康與健康行為有正向影響[40, 42]，包含他們能增加自尊感與社會支持，然而對於 40 歲以下的全職母親卻會帶來不佳的健康，主

要是因為他們的孩子年紀較小，不僅要承擔工作上的壓力，也需肩負起家務與育兒的責任[41]；此外就業對於單親母親而言，也無法帶來較佳的健康狀態[43]。另外，根據行政院主計處「婦女婚育與就業調查報告」顯示，目前有工作的婦女中，有 12.95%過去曾因為生育而離開職場，而未有工作婦女的族群中，則是有 18.26%因為生育而離職且至今尚未有工作，對於有就業能力的女性而言，生育是影響職場續留與否一大關鍵因素[44]。

在瑞典的一項調查則是發現，相較於沒有孩子的職業婦女而言，職業母親的自評健康狀況較差，而當孩子數量增加時，此現象更趨明顯；另外將工時納入考量則發現，當每周工時大於 40 小時，職業母親相較於職業婦女較容易出現自評健康狀況差

(OR=1.38)、疲勞 (OR=1.33) 的問題[45]，顯示時間所帶來的壓力會為職業母親的健康狀態帶來負面影響。此外，婦女於生育後重返職場對於小孩的健康與發展也會帶來影響，Berger 等人 (2005) 的研究發現，若婦女於生育 12 周內恢復工作時，幼兒在出生第一年內接受預防保健與母乳哺育的可能性較低，其中又以恢復全職工作的效果更為明顯[46]。

由以上可發現婦女生育後就業會因為就業環境、就業型態、孩子年齡大小、單親與否等因素，與其醫療利用、健康與幼兒健康帶來不同程度的關聯；儘管已有相關研究探討婦女就業狀態對於健康相關結果 (health-related outcomes) 與醫療利用的影響，但過去的研究鮮少將國家間、地區間的差異納入考量，且未考慮研究對象可能會改變其就業狀態，而將不同受雇狀態的研究對象視為相異特性的族群[30-32]。有關婦女生育或就業對健康或醫療利用影響之相關文獻，整理如表 1 所示。

表 1 婦女生育或就業對健康或醫療利用影響之相關文獻

作者/出版年	研究性質	研究目的	健康指標	醫療利用項目	主要研究結果/討論
Nathanson et. al. (1980) [40]	調查研究	瞭解女性就業與健康狀況的關係	個人健康狀態	無	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 就業能提高婦女健康狀態，並且增加自尊感與社會支持 ➤ 就業中或是有相對份量工作的婦女，其罹患疾病率較低，且健康保健服務利用率相對增加
Pill et. al. (1985)[42]	調查研究	瞭解職業婦女接受預防保健服務的情形	乳房自我檢查率；子宮頸抹片檢查率；牙科檢查；產前檢查；吸菸習慣；酒精飲用習慣；睡眠時間；飲食習慣	子宮頸抹片檢查；牙科檢查；產前檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 工作中、收入於平均之上、有自宅且小孩小於兩位的婦女整體預防性健康行為分數較高 ➤ 婦女的預防性健康行為受到社經地位、信念與態度等多元因素影響
Arber S (1991)[47]	調查研究	探討兩性就業、家庭角色與健康不平等的關係	慢性疾病	無	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 職業階層與給薪就業為影響男女性健康狀態的主要因素； ➤ 對男性而言，失業、職業階層與居住地程度等實質經濟與物質劣勢與健康狀態不佳相關 ➤ 對女性而言，無子女、未就業與住在政府住宅中其健康狀態較差
Romito et. al. (1994)[48]	調查研究	探討生完第一胎嬰兒的新手媽媽其健康狀態	母乳餵食頻率；會陰切開術術後撕裂或後遺症；性交困難；失禁；乳房問題；靜脈曲張；痔瘡；疲倦感；腰痛；睡眠問	無	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 於 15 個月內生育完返回職場就業的婦女仍有缺乏睡眠、腰痠與極度疲倦的情形 ➤ 生產後產生憂鬱的婦女主要與

作者/出版年	研究性質	研究目的	健康指標	醫療利用項目	主要研究結果/討論
			題；貧血；其他健康問題		疲勞、生活型態改變、長時間照顧嬰兒、與另一半發生衝突等因素相關
Baker and North K (1999)[43]	調查研究	瞭解就業對於單身親改善健康狀態的關係	呼吸道症狀感染週期；哮喘；咳嗽；褥瘡；腰痛；憂鬱程度	身體狀況測量	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 單身母親較非單身母親感覺身體不適情形與憂鬱，且有兩個孩子的單身母親比只有一個孩子的憂鬱情形嚴重 ➤ 即使就業能增加部分收入，仍無法讓有學齡前孩童的單身母親改善精神與身體健康狀態
Nylen et. al. (2001)[49]	調查研究	探討不同工作型態對男女死亡率的影響	死亡率	無	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 失業男女性與死亡率增加有關聯 ➤ 每周額外進行五小時以上的兼職工作或是額外工作會增加死亡率 ➤ 女性的失業與吸菸與否的風險估計有強度關聯；對於男性則為婚姻狀態
Berger et. al. (2005)[46]	調查研究	瞭解分娩後女性返回職場就業與新生兒健康發展的關係	母乳餵養時間；疫苗接種次數；兒童行為問題指數	疫苗接種	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 母親在分娩後 12 週內返回職場就業與新生兒母乳餵養、疫苗接種的減少有關係； ➤ 同時亦對嬰兒外在行為問題產生影響
Artacoz et. al.	調查研究	探討工作時間與健康	自我認知健康狀態；心理健康	高血壓測量；心裡健康指	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 工作時間長對婦女的不良心理

作者/出版年	研究性質	研究目的	健康指標	醫療利用項目	主要研究結果/討論
(2007)[25]		行為的關係	狀態；工作不滿意度；健康相關行為	量表	健康狀態、高血壓、工作不滿意度與吸菸相關；亦與久坐相關 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 工作時間長的男性與抽菸習慣及每日睡眠時間短相關
Fell et. al. (2007)[36]	次級資料 分析	探討工作時間長短與接受全科醫師利用率的關係	接受家庭醫師(GP)看診次數	全科醫師看診	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 工作時間與 GP 利用率呈負向關係 ➤ 大於 30 歲的員工其 GP 利用率較 30 歲以下低 ➤ 教育程度對 GP 利用率無顯著關係
Hamman MK (2011)[50]	調查研究	瞭解就業中母親與子女接受預防保健照護的情形	嬰兒接受護理照護次數	視力檢查；聽力檢查；疫苗接種；護理照護服務	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 在職中母親其子女接受預防保健服務的頻率比母親未就業的子女還低 ➤ 雇主提供帶薪休假者其子女比其他在職母親接受護理照護服務的比例高
DeRigne et. al. (2017)[51]	調查研究	探討給薪病假與預防保健服務利用的關係	血壓、膽固醇、血糖測量次數；流感疫苗注射頻率；大腸癌、子宮頸癌、乳癌篩檢次數	血壓、膽固醇、血糖檢查；流感疫苗；大腸癌篩檢；子宮頸抹片檢查；乳房攝影	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 即使過去曾有高疾病風險或是得到免費篩檢的機會，病患仍然會因無給薪病假而無法接受預防保健檢查服務 ➤ 無給薪病假者因無使用預防保健服務，可能造成必須承擔疾

作者/出版年	研究性質	研究目的	健康指標	醫療利用項目	主要研究結果/討論
Kim D (2017)[52]	調查研究	瞭解給薪病假與死亡率之關係	死亡率	心臟病；癌症；慢性下呼吸道疾病；意外事故；心臟疾病；阿茲海默症；糖尿病；肺炎與流感；腎炎；腎功能疾病	<p>病晚期治療的風險，造成整體醫療成本提高</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 有給薪病假者，其死亡率相對較低 ➤ 給薪病假對於心臟相關疾病與意外傷害有保護作用 ➤ 給薪病假有助於減緩健康不平等與減輕死亡人口負擔

二、 影響婦女預防保健服務利用之因素

公共衛生所提倡預防勝於治療的觀念，透過定期篩檢、檢查，不僅能提早發現疾病並給予介入及治療，亦能降低後續的治療費用並且避免提早死亡[53, 54]。根據行政院性別平等會的重要性別資料庫統計，台灣在成人預防保健服務使用率從 2011 年的 33.33% 逐年些微減少至 2015 年的 31.06%，女性利用率較男性高，同時國外研究也顯示，女性的確比男性更容易接受血壓檢查、膽固醇檢查、戒菸諮詢與例行性檢查[55]。在乳房攝影檢查利用率方面，從 2006 年的 7.7% 上升至 2015 年的 39.5%，當中又以 45-49 歲的利用率最低，2011-2015 年兒童預防保健利用率介於 77.6%-82.1%，2003-2015 年子宮頸抹片檢查利用率介於 51.5%-55.2%，2011-2013 年曾接受大腸癌的篩檢率為 38.2%，整體而言使用率仍有增加的空間。2016 年 40 歲以上國人預防保健利用率為 30%，雖然相較於 2011 年減少 3.33%，但可以發現女性的使用情形皆較男性高，以 2016 年為例，分別為 32.79% 與 27.02%，大腸直腸癌篩檢率女性要比男性高出近 10%[56]，這與國外的研究相似，皆顯示女性確實比男性容易接受血壓檢查、膽固醇檢查、流感疫苗注射與牙科檢查[57]。

國內四大癌篩檢當中即包含兩項女性特有癌症，2017 年女性十大死因中，乳癌位於第 4 位而子宮頸癌則排第 7 位，顯示這兩項癌症所造成的傷害是不可忽視的[58]；45-69 歲婦女近 2 內年接受乳癌篩檢率為 38%，30-69 歲近 3 年子宮頸抹片檢查利用率則為 55.2%，值得一提的是年齡為 65-69 歲婦女使用率皆最高（41.8% 與 59.1%）[59]，然而在國外則是發現年齡超過 55 歲的婦女，利用率有下降的現象[60]。根據國外研究數據，乳房攝影檢查之盛行率為 73.4%~92.3%、子宮頸抹片檢查為 88.8%~94.7%[61, 62]，皆遠高於國內利用情形，而這兩項癌症篩檢率目前成長幅度有漸緩的趨勢，整體而言使用率仍有進步的空間。

1960 年 Andersen 最早提出的醫療服務利用行為模式(Andersen's Behavior Model) 是用來探討個人健康行為或醫療利用的模式，他認為主要影響使用因素取決於 1. 傾向因素(predisposing factor)：指個人疾病發生前，使用醫療服務的傾向，如：人口學變項的性別、年齡、種族、婚姻狀況等，以及教育程度、宗教信仰、對醫療專業的觀感等；2. 使能因素(enabling factors)，指外在環境影響個人使用醫療服務資源的因素，如：家庭收入、健康保險，或是社會資源；3. 需求因素(need factors)，指個人感受到健康醫療需要所產生的行為，如：個人自評身體健康程度、疾病診斷、肢體失與程度。1995 年 Andersen 修正的第四階段醫療服務利用行為模式是最常被用來探討個人健康行為或醫療利用的模式，它是一個多層次的模型，強調醫療服務行為模式是一個動態且循環的概念，行為模式會受到複雜因素影響[63]。

過去研究顯示，教育程度、社經地位、種族、工時、婚姻狀態、是否有醫療保險涵蓋、身心障礙等因素都會影響預防保健服務使用。過去研究顯示性別、年齡、種

族、教育程度等為影響民眾預防保健利用的因子。關於醫療服務的研究發現女性的利用情形相較於男性更為頻繁，Viera 等人（2006）針對預防保健服務的研究也得到相似的結果，男性相較於女性較不可能接受血壓檢查、膽固醇檢查、戒菸諮詢以及例行性檢查（aOR=0.44-0.72），其中年紀較輕的族群更容易看出此現象[55]。而也有研究探討影響女性使用預防保健的因子，發現年紀越大、教育程度低以及非本國籍婦女較不會遵循指引時間使用預防保健，該項研究結果也顯示只有極少數婦女（（7.8%））能按時完成乳房攝影檢查、子宮頸抹片檢查與乳房觸診項目，顯示擬定相關政策以提高預防保健利用率之必要性[64]；在國內的研究也發現類似結果，即便政府已補助民眾利用預防保健，降低財務性障礙，年齡較長與教育程度低的婦女，定期接受子宮頸抹片檢查的可能性仍較低[65, 66]。Yao 等人[62]研究發現每週工作超過 60 小時的婦女接受乳癌篩檢的比例顯著偏低，每週工時 51-60 小時的婦女接受子宮頸篩檢的比例也顯著較低，但在流感疫苗使用卻無差異，可能是因為相對於流感疫苗的注射，癌篩受限於醫療場地的限制且需要較長時間，或是即使有意願，也可能受限工時而無法定期接受檢查，加拿大在 1996-1997 年的國民健康訪問調查（National Population Health Survey, NPHS）研究也同樣發現，工時較長的白領階級的使用家庭醫師（General Practitioner, GP）比例顯著低於正常工時的白領階級[36]。

再者，接受婦科看診或諮詢的女性，有較高比例的子宮頸抹片檢查、乳房 X 光篩檢及臨床乳房觸診（clinical breast examination, CBE）[67]，國內研究也有相似結果，結果發現身心障礙女性過去一年曾看過婦產科者，使用子宮頸抹片的比例較高，顯示在婦女篩檢率這方面仍有改善的空間。

在醫療保險涵蓋與教育程度方面，無醫療保險的成年人接受預防保健的比例低於有醫療保險的人[61, 68]，且醫療保險以 HMO（Health Maintenance Organization）又比 FFS（Fee-For-Service）婦女接受篩檢高[69]。教育程度越高接受子宮頸抹片篩檢、血壓篩檢、乳房 X 光篩檢與膽固醇篩檢也越高[70]，顯示醫療保險與社經地位是影響婦女接受預防保健服務使用因素。Pill 等人[42]的調查研究將預防性行為分成實行健康措施（Health procedures）與健康行為（Health practices）兩個面向探討，健康措施包含像是接受乳癌自我篩檢、帶兒童牙齒檢查等，健康行為則是不抽菸、規律運動等行為。結果顯示，兩面向皆在婚姻、教育程度較高、有無工作、有較多親友支持皆有顯著較佳的預防性健康行為（preventive health）。

在地理位置與社經地位方面，鄉村婦女使用預防保健服務因素複雜，與人口結構、經濟、接收到的照護及健康信念有關[71]。Coughlin 等人（2008）探討地區與種族因素對於女性預防保健利用之影響，相較於鄉村婦女而言，非鄉村婦女接受乳房攝影檢查與子宮頸抹片檢查的可能性較高，另外，當地區每十萬人口基層醫師數小於 300 名時，都市層級的婦女接受子宮頸抹片檢查的機率顯著高於鄉村婦女（OR=1.13），顯示在鄉村地區醫療資源可近性障礙所帶來的影響較大[72]。日本的研究發現，當每千名婦女之婦產科醫師數增加時，有助於提高子宮頸癌抹片檢查，此邊際效應在鄉村地區更為明顯，當婦產科醫師增加 1 名時，利用率會提高 3.68 個百分點；在硬體設備也發現類似現象，檢驗設備供給量提升時，對於居住在都市的

婦女而言，能提高 8.2 個百分點 [73]。國內針對花蓮縣山地鄉與非山地鄉身心障礙者預防保健使用的研究指出，山地鄉地區女性身心障礙者子宮頸抹片與乳房攝影的利用率均高於非山地鄉，以 Andersen 醫療行為來解釋，影響山地鄉使用率為需求因素(need factors)，而非山地鄉則為使能因素(enabling factors)[74]。初級照護醫師密度為婦女預防保健利用的重要預測因子，提高初級照護的可用性，對於預防保健利用率能帶來正效益[75]，像是過去有接受婦科看診或諮詢的女性，有較高比例的子宮頸抹片檢查、乳房 X 光篩檢及臨床乳房觸診[67]；在台灣地也有相似的結果，婦女的婦產科就醫次數與門診就醫次數，跟子宮頸片檢查呈正相關[76]。另外，民眾的過去經驗對於他們的預防保健利用與否也會帶來影響，Labeit 等人 (2013) 的研究發現，過去 3 年曾經做過乳房攝影檢查與子宮頸抹片檢查者，近期利用機率分別增加 12.3% 與 12.6%[54]；但若民眾過去經驗為負面的，像是流程認知不清楚、缺乏人性化就診環境等，則會導致他們利用傾向降低[77]，由此可知，醫護人員在預防保健利用推廣中扮演重要角色。

另外，在現今全球化的環境下，跨國婚姻於各地屢見不鮮，各國的人口組合也相當多元化，過去研究也發現種族對於婦女預防保健利用會帶來影響。美國 1996 年醫療支出調查 ((Medical Expenditure Panel Survey, MEPS)) 顯示，西班牙裔相較於白人較不會使用預防保健項目，像是乳房攝影檢查、血壓檢查與膽固醇檢查，而黑人女性則是比較會使用子宮頸抹片檢查，即便在控制了固定就醫與其他干擾因素後，種族差異仍存在[78]；另一研究則是發現，種族所帶來的影響會因為預防保健項目而有所差異，像是乳房攝影檢查與膽固醇檢查於種族間未出現利用情形不同的現象，但子宮頸抹片檢查與血壓檢查則是存在顯著差異，西班牙裔相較於白人女性其利用率顯著較低(OR=0.48 與 0.34)，然而控制社經地位與教育程度後，種族差異便消失，這也解釋社經地位是造成西班牙裔女性相較於白人女性較不容易使用預防保健之原因之一[70]。同樣在 1985 年的美國健康訪問調查(National Health Interview Survey)也顯示，雖然黑人女性對於次段預防的表現更為積極，但卻較不重視初段預防相關健康行為[79]。國內研究針對台南外籍配偶的兒童預防保健服務使用狀況，發現相較於一般本國籍母親，越南籍與大陸籍母親的使用次數較低，可能與越南籍母親受限於語言能力與大陸籍母親的經濟狀況有關[80]。

與種族息息相關的影響因素為語言，過去研究發現語言隔閡為獲得預防保健一大障礙。DuBard 等人 (2008) 年利用成人危險行為因子監測系統 (Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS) 探討語言對於美國西班牙裔族群之影響，結果發現使用西班牙語者其自評健康狀況、保險與健康照護來源皆較英語使用者差，而未獲得預防保健的可能性為英語者的 1.23-1.64 倍[81]，顯示語言是造成醫療照護可近性降低原因。台灣新住民婦女接受預防保健時面臨重重障礙，其中一大因素為文化融合，亦即對於該國文化接受度與適應度，國內針對東南亞婦女探討其預防保健利用滿意度及影響因素，受訪者普遍對於預防保健有中等以上滿意度，而國籍、在台時間、教育程度、就醫障礙及文化融合皆會影響到滿意度，其中文化融合中的「隔離」因素對於滿意度影響甚大[82]，表示同鄉的朋友對於初來台的東南亞婦女於獲得醫療照護上功不可沒，凸顯出文化因素之重要。

而醫療保險與社經地位對於預防保健利用之影響則是受限於財務因素。過去研究發現，美國有近 20%的工作年齡 (Working-age) 女性未有醫療保險，他們接受預防保健的比例也較低，相較於有醫療保險涵蓋者呈顯著差異[68]；國內則是發現，全民健保施行後，國人預防保健利用率有上升的情形，子宮頸抹片檢查從健保施行前的 30%上升至 65.07%，顯示保險制度能降低民眾預防保健利用之障礙[83]。當社經地位與預防保健利用率為正相關，意為民眾的社經地位越高時，預防保健利用可能性較高[84]；Markovitz 等人 (2015) 的研究探討以患者為中心的醫療之家 (Patient-Centered Medical Home, PCMH) 照護模式於不同社經環境下施行，其成效是否會有所差異，結果發現整體的預防保健利用率有提升的趨勢，其中又以低社經地區所帶來的效應最大，表示衛生政策的介入，能縮小因經濟因素所造成的差異[85]。

就業狀態以及工時福利與預防保健利用與有所關聯。Kim 等人 (2018) 利用韓國國家健康營養調查 (KNHANES)，發現非典型就業者其預防保健利用的機率較固定就業者低 (OR=0.21-0.80)，其中又以自營業者的表現最差，主要是因為缺乏時間及替代人力能做更換[86]。Yao 等人 (2015) 則是探討工作時間之長短對於女性接受預防保健之影響，當每周平均工時大於 60 小時者，牙科檢查與乳房攝影檢查利用機率越小 (OR=0.81 及 0.47)，而工時也為民眾使用子宮頸抹片之障礙，每週工時 51-60 小時的婦女接受子宮頸篩檢的比例也顯著較低；然而工作時數對於流感疫苗與例行性檢查並沒有成為利用障礙的因素，甚至會提高例行性檢查利用 (OR=1.15)，可能與檢查時間長短、場地與雇主要求與否有關，因為這兩項檢查的時間皆較癌症篩檢來的短，加上場地之受限，導致員工即使有意願也可能受限於工時而無法定期檢查[62]。在國內的調查研究也觀察到類似情況，職業婦女由於無法利用上班時間進行檢查，因此偏好非上班時間受檢，若醫院能加開相關診次，有利提升整體利用率[66]，由以上可以發現，就業對於預防保健的影響會隨著項目而有所不同。

個人的健康與行為也是決定他們是否接受預防保健服務另一因素。相較於預防保健利用者而言，未利用者患有心血管的比例較高、有較多不良的健康行為，如：抽菸、酗酒[87]；國內針對身心障礙者探討其預防保健利用行為，結果發現罹患慢性病患者，在預防保健利用機率較未患有慢性病者高[88]。身心障礙方面，普遍研究認為身心障礙者預防保健的使用率顯著低於一般民眾，與國內研究一致，當障礙程度為重度者使用率更低[89]，進一步以邏輯式迴歸分析三年內身心障礙者是否使用子宮頸抹片的相關因素，沒有婦科經驗、家管、學歷為大專以上者有較高的比例不曾使用，但細分身心障礙種類之後，殘障類別為肢障者的子宮頸抹片篩檢率 40.3%反而高於台灣 30 歲以上之一般女性的 28.4%[90]。以上兩個研究均進一步以問卷詢問沒有使用過子宮頸抹片檢查原因，認為沒有性行為所以不需檢查以及覺得還年輕不用去的佔最多，醫療院所服務方面，有做過檢查者表示醫療院所沒有以電話或信函提醒通知檢查，或是醫護人員並沒有在檢查前先解說，因此多數人認為需要再針對此特殊族群進行加強宣導[89, 90]。有關影響婦女預防保健服務利用之相關研究結果，整理如表 2 所示。

表 2 影響婦女預防保健服務利用之相關文獻

作者/出版年	研究性質	研究目的	預防保健服務項目	主要研究結果/討論
Pill et. al. (1985)[42]	調查研究	瞭解職業婦女接受預防保健服務的情形	子宮頸抹片檢查；牙科檢查；產前檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 工作中、收入於平均之上、有自購住宅且小孩小於兩位的婦女整體預防性健康行為分數較高 ➤ 婦女的預防性健康行為受到社經地位、信念與態度等多元因素影響
Makuc et. al. (1989)[91]	次級資料分析	瞭解隨著時間變化婦女使用預防保健服務的趨勢	子宮頸癌、乳癌篩檢；血壓檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 有高度疾病風險的年長者與黑人婦女使用乳房攝影與子宮頸檢查有增加之趨勢 ➤ 窮人接受到預防保健服務的次數比非窮人低，且窮人與年長者很有可能在一生中從未接受過乳癌與子宮頸癌篩檢 ➤ 在第一孕產期裡黑人孕婦接受到照護服務的次數比白人孕婦低
Duelberg et. al. (1992)[79]	次級資料分析	瞭解不同種族接受預防保健服務的情形	子宮頸抹片篩檢；乳房檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 黑人婦女從事運動、不吸菸與維持適當體重等初段預防保健機會較低 ➤ 黑人婦女吸引比例較高是由於教育程度較低，且住在都市的黑人婦女吸菸比例大於住在鄉村的黑人婦女；但是黑人婦女接受到乳癌、子宮頸癌篩檢等次段預防的機會較高 ➤ 住在城市的黑人婦女接受子宮頸癌篩檢的比例比住在鄉間的白人高

作者/出版年	研究性質	研究目的	預防保健服務項目	主要研究結果/討論
Ettner et. al. (1996)[92]	調查研究	瞭解醫療機構不同時機點提供婦女與兒童預防保健服務的因果關係	兒童例行檢查；血壓檢查；子宮頸與乳癌篩檢；乳房攝影檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 提供子宮頸抹片、乳癌篩檢與乳房攝影等預防保健服務與早期預防的觀念有因果相關 ➤ 此模型預測出醫事機構會針對高於 50 歲以上婦女提供乳房攝影的可能性增加
Hofer et. al. (1996)[93]	次級資料分析	探討美國與加拿大不同社經地位之間與不同健康服務系統利用預防保健服務的差異	子宮頸抹片檢查；乳房攝影	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 教育程度較高的族群中美國比加拿大有更好的健康生活型態；但是低於高中教育程度的族群中加拿大比美國有更好的健康生活型態 ➤ 每增加一項不良健康行為，則前一年度接受乳房篩檢的機率降低 20% ➤ 調整不健康的行為並未改變社經地位與接受預防保健服務的情形
Weinick et. al. (1997)[69]	次級資料分析	探討預防保健服務在 HMO 與自費使用市場的情形	子宮頸抹片檢查；乳房攝影；乳房檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 在 HMO 之內的婦女接受子宮頸、乳癌篩檢的比例比自費使用的婦女高 ➤ 不同類別的醫療保險會影響婦女使用預防保健服務 ➤ 透過推廣健康識能與減少財務屏障能增加使用預防保健服務的比例
Casey et. al. (2001)[94]	次級資料分析	探討城市與鄉村之間預防保健服務利用之差異	血壓檢查；乙狀結腸鏡、大便潛血試驗；乳房、子宮頸抹片	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 鄉村婦女接受預防保健服務的比例比都市婦女低，文化障礙與缺乏保險覆蓋可能是

作者/出版年	研究性質	研究目的	預防保健服務項目	主要研究結果/討論
			檢查；流感、肺炎疫苗	<p>接受預防保健服務的屏障因素</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 流感與肺炎疫苗注射在都市與鄉村婦女的比例無顯著差異 ➤ 自付額(Out-of-pocket costs)的差異是影響都市與鄉村婦女接受癌症篩檢比例不同的因素
Sambamoorthi et. al.(2003)[70]	次級資料分析	瞭解種族與社會差異對於婦女接受預防保健服務的情形	膽固醇、血壓檢查；乳癌、子宮頸抹片篩檢	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 拉丁裔婦女接受預防保健服務的比例比白人婦女低 ➤ 低社經地位、無投保保險與缺乏常態照顧來源(lack of a usual source of care)是阻礙婦女接受預防保健服務的因素
Fiscella (2006)[95]	次級資料分析	探討不同種族接受預防保健服務在自我報告與健保公開資料結果的差異	攝護腺癌、大腸癌篩檢；子宮頸癌、乳房攝影；疫苗注射；膽固醇檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 除了 PSA 檢查之外，對少數民族而言在公開健保資料中呈現有接受預防保健服務落差的比例比在自我報告結果還要大；因此自我報告結果(self-reports)可能高估了實際接受預防保健服務的情形；但是管理性數據(administrative billing data)亦可能低估了實際的花費 ➤ 應謹慎使用公開健保資料數據
Viera et. al. (2006) [55]	調查研究	探討性別、年齡與看診次數對接受預防保健服務的影響	血壓、膽固醇檢查；大腸癌篩檢	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 女性比男性更容易接受血壓檢查、膽固醇檢查、戒菸諮詢與例行性檢查 ➤ 對年輕男性而言更少接受到上述預防保健

作者/出版年	研究性質	研究目的	預防保健服務項目	主要研究結果/討論
				服務
Wei et. al. (2006)[96]	調查研究	瞭解殘障婦女接受預防保健服務的情形	大腸直腸癌、子宮頸癌、乳癌篩檢；膽固醇篩檢；流感疫苗	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 殘障婦女接受乳房攝影和子宮頸抹片的比例較低 ➤ 但殘障婦女較會接受流感疫苗注射、膽固醇篩檢、大腸癌篩檢 ➤ 日常醫療照護的來源(usual source of care)與健康保險的投保情形是主要的影響因素
Ahluwalia et. al. (2007)[68]	調查研究	瞭解工作婦女的健康保險納保率與接受預防保健服務的情形	大腸癌篩檢；子宮頸抹片檢查；乳房攝影；乳房檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 無醫療保險的婦女在過去兩年從未接受過例行性檢查、乳房攝影、子宮頸抹片檢查與大腸癌篩檢的比例較高
Ross et. al. (2007)[97]	調查研究	瞭解老年人貧困與利用預防保健服務的關係	子宮頸、乳癌、前列腺癌篩檢；膽固醇檢查；疫苗注射；	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 在高齡者中貧窮的工作者接受乳癌、前列腺癌與膽固醇篩檢等重要預防保健服務的比例較低 ➤ 由雇主提供的健康保險可增加高齡工作者接受預防保健服務的比例
Lewis et. al. (2008)[67]	次級資料分析	瞭解內科與婦產科醫師提供婦女預防保健服務之差異	子宮頸抹片檢查；菸草使用篩檢；運動與膳食諮詢；乳房檢查；乳房攝影；結腸癌篩檢	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 接受婦產科醫師看診的婦女使用預防保健服務的比例高於由內科醫師看診，尤其是乳房與子宮頸癌篩檢 ➤ 同時接受內科與婦產科醫師看診並未提高接受預防保健服務的比例

作者/出版年	研究性質	研究目的	預防保健服務項目	主要研究結果/討論
Maciosek et. al. (2010)[4]	次級資料分析	使用預防保健服務對醫療支出的成本效益分析	兒童、流感、肺炎鏈球菌疫苗接種；破傷風、白喉藥；每日阿斯匹靈(Aspirin)使用；葉酸使用；戒菸諮詢；酒精篩檢與諮詢；乳腺癌、子宮頸癌、大腸癌篩檢；依原體疾病篩檢；膽固醇、高血壓檢查；憂鬱症篩檢；聽力篩檢；肥胖篩檢；骨質疏鬆篩檢；兒童與成人視力檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 使用預防保健服務能減少整體兩百萬人年的死亡率 ➤ 預防保健服務可減少國家整體醫療支出與個人醫療費用，戒菸諮詢與每日阿斯匹靈使用諮詢更有深遠影響
Simou et. al. (2011)[64]	調查研究	瞭解社經地位與生活習慣對婦女接受預防保健服務的關係	乳房攝影；子宮頸抹片檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 從未被推薦接受任何婦女預防保健服務的婦女與年齡、教育程度、居住地區、國籍、生育子女數、BMI、穩定排卵周期與家族相關癌症病史有關 ➤ 呼籲必須進行婦女接受預防保健服務的推廣計畫
McCall-Hosenfeld et. al. (2012)[75]	調查研究	探討個人與國家政策因素影響城市與鄉間婦女接受預防保健的情形	子宮頸抹片檢查；血壓、血脂檢查、性感染疾病或 HIV 檢查；流感疫苗	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 血壓檢查與子宮頸抹片是最常接受到的預防保健服務項目 ➤ 個人因素是影響婦女接受預防保健服務與否的最大主因 ➤ 婦女接受婦產科醫師看診是接受檢查與篩檢的預測指標

作者/出版年	研究性質	研究目的	預防保健服務項目	主要研究結果/討論
Abdus et. al.(2013)[61]	調查研究	瞭解不同種族與社會因素在不同時期對於預防保健服務利用的情形	一般生理檢查；血壓、膽固醇檢查；子宮頸抹片篩檢；乳房攝影檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 在 1996 到 2008 年之間一般生理檢查與膽固醇檢查比例有增加的情形 ➤ 非西班牙裔黑人與西班牙裔利用預防保健服務的比例小於非西班牙裔白人 ➤ 收入較高的家庭較有可能使用預防保健服務 ➤ 居住在東北地區的居民預防保健服務使用率高於其他地區 ➤ 有醫療保險的成年人接受預防保健服務的比例大於未有醫療保險成年人
Alexander et. al. (2013)[54]	調查研究	探討影響個人利用預防保健服務的因素	子宮頸癌、乳癌篩檢；血壓檢查；膽固醇篩檢；牙科檢查；視力檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 年齡、檢查史與過往 GP 訪視是健康檢查的決定因素 ➤ 牙科檢查與視力檢查會受到經濟因素影響
McMorrow et. al. (2014)[98]	調查研究	探討 Affordable care act(ACA) 是否可以擴大提供低收入成年人接受預防保健服務	膽固醇、血壓檢查；流感疫苗；乳房攝影、子宮頸抹片、胸部、結腸癌檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 對非老年人而言收入的差距是接受預防保健服務與否的因素 ➤ 擴大 ACA 對於中低收入戶的覆蓋率能夠提升預防保健服務使用
Weaver A and Gjesfjeld C (2014)[71]	調查研究	探討地理與社經地位對於接受醫療服務與健康信念的關係	乳房、乙狀結腸與直腸鏡、子宮頸抹片篩檢；膽固醇檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 非裔美國女性使用乳房攝影與子宮頸抹片的比例比白人婦女高 ➤ 無醫療保險者過去一年接受乳房攝影、子宮頸抹片與大腸癌篩檢的比例較低

作者/出版年	研究性質	研究目的	預防保健服務項目	主要研究結果/討論
Markovitz et. al. (2015)[85]	調查研究	探討以病人為中心的醫療之家(Patient-Centered Medical Home, PCMH)利用預防保健服務的情形	乳房攝影；子宮頸抹片檢查；大腸癌篩檢	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 鄉村婦女使用預防保健服務因素複雜，與人口結構、經濟、接收到的照護及健康信念有關 ➤ 在一般經濟條件下乳癌、子宮頸癌、大腸癌篩檢為主要利用項目 ➤ 對 PCMH 而言社經地位較低的族群使用乳癌、子宮頸癌、大腸癌篩檢的比例高於社經地位較高的族群；對於社經地位較低的族群而言，PCMH 模式能改善癌症篩檢率
Yao et. al. (2015)[62]	調查研究	探討時間壓力與接受預防保健服務的關係	流感疫苗；例行性檢查；牙科檢查；乳房攝影；子宮頸抹片檢查	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 工作時間較長者接受牙科檢查與乳房 X 光攝影的比例較低；但與施打流感疫苗無顯著關係 ➤ 工作時間長會導致無法接受到乳癌、子宮頸癌篩檢與牙科檢查等特定預防保健服務
Brindis et. al. (2017)[99]	探索性研究	探索美國各州以 Affordable Care Act (ACA)為青年提供預防保健服務的策略及成效		<ul style="list-style-type: none"> ➤ 增加健康保險註冊率的策略為與非政府組織合作、將特殊人群納入保險、尋求法律與相關資源以及青年參與政策 ➤ 提高收入與控制醫療品質的策略為擴大醫療保險服務範疇、養護之家、建立品質改善計畫與加強消費者看診意識
DeRigne et. al. (2017)[33]	調查研究	探討給薪病假與預防保健服務利用的關係	血壓、膽固醇、血糖檢查；流感疫苗；大腸癌篩檢；子宮頸	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 即使過去曾有高疾病風險或是得到免費篩檢的機會，病患仍然會因無給薪病假而無

作者/出版年	研究性質	研究目的	預防保健服務項目	主要研究結果/討論
			抹片檢查；乳房攝影	<p>法接受預防保健檢查服務</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 無給薪病假者因無使用預防保健服務，可能造成必須承擔疾病晚期治療的風險，造成整體醫療成本提高
Isehunwa et. al. (2017)[35]	調查研究	瞭解員工健康計畫與使用預防保健服務的情形	流感疫苗注射；血壓量測；糖尿病、膽固醇檢查；子宮頸抹片檢查；乳房攝影；大腸癌篩檢。	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 參與員工健檢的人接受預防性護理服務的機會較高 ➤ 提倡健康文化觀念有助於提高員工接受預防保健服務

肆、研究方法

一、研究對象

本研究以 2015 年有生產之婦女為研究對象，探討生育後的就業婦女與非就業婦女的預防保健利用情形差異；以及本國籍或非本國籍婦女生育後預防保健利用情形是否有差異。

二、婦女預防保健項目

- (1) 子宮頸抹片檢查：健保提供 30 歲以上女性可每年檢查一次。
- (2) 流感疫苗注射
- (3) 成人預防保健：健保提供 40 歲以上未滿 65 歲民眾每 3 年 1 次、55 歲以上原住民、罹患小兒麻痺且年在 35 歲以上者、65 歲以上民眾每年 1 次成人健康檢查。
- (4) 產前檢查：國民健康署提供孕程 10 次之產前健檢。
- (5) 新生兒兒童預防保健：國民健康署提供之新生兒兒童預防保健，共計 7 次。

三、就業狀態

- (1) 透過承保檔來判斷婦女生育後與其配偶或其他家人的依附關係，若承保檔的個人身份證字號(ID)與被保險人身份證字號(ID1)相同，則該筆資料為被保險人。若個人身份證字號(ID)不同於被保險人身份證字號(ID1)，則該筆資料為眷屬。
- (2) 承上，若該筆資料為眷屬，定義其就業狀態之為未就業婦女。若與被保險人相同，則定義為就業婦女。

四、婦女原始國籍與原住民身分之定義

在定義國籍別方面，透過婦幼主題式資料庫的新生兒、母親與父親的比對鍵值，串連出生通報檔來判斷產婦與產婦配偶的原始國籍別。

五、資料來源

本研究所需之資料係向衛福部統計處「衛生福利資料科學中心」申請使用，下表為申請之資料庫名稱及資料欄位明細。

資料項目	主管機關/ 單位	資料欄位明細	資料時間序 列區間
全民健保 資料庫	健保署	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全民健保處方及治療明細檔_門急診 (包括門診之處方及治療資料, 欄位有費用年月、醫療院所代碼、身分證字號、國際疾病碼、申報費用等欄位。) 2. 全民健保處方及治療明細檔_住院 (包括住院之處方及治療資料, 欄位有費用年月、醫療院所代碼、身分證字號、國際疾病碼、申報費用等欄位。) 3. 全民健保處方及治療明細檔_藥局 (包括藥局之處方及治療資料, 欄位有費用年月、醫療院所代碼、身分證字號、國際疾病碼、申報費用等欄位。) 4. 全民健保處方及治療醫令明細檔_門急診 (包括門診之處方及治療醫令資料, 欄位有費用年月、醫療院所代碼、藥品代碼、藥品用量等欄位。) 5. 全民健保處方及治療醫令明細檔_住院 (包括住院之處方及治療醫令資料, 欄位有費用年月、醫療院所代碼、藥品代碼、藥品用量等欄位。) 6. 全民健保處方及治療醫令明細檔_藥局 (包括藥局之處方及治療醫令資料, 欄位有費用年月、醫療院所代碼、藥品代碼、藥品用量等欄位。) 7. 全民健保承保檔 (包括保險人與被保險人身分證字號、投保單位代碼(前三碼)、身份別、投保金額等欄位。) 	2014-2016
篩檢檔	國健署	<ol style="list-style-type: none"> 1. 癌症篩檢—乳癌篩檢檔 (包括基本資料檔、乳房攝影資料檔、篩檢單位檔) 2. 癌症篩檢—子宮頸癌篩檢檔 (包括基本資料檔、抹片資料檔、機構代碼檔) 3. 癌症篩檢—大腸癌篩檢檔 (包括基本資料檔、糞便潛血檢測檔、大腸鏡檢 	2004-2014

		測檔)	
其他	健保署/ 統計處/ 國健署	1. 全民健保特約醫事機構資料檔 (包括特約類別、醫事機構代碼、醫事機構所在地、醫事機構權屬別等) 2. 婦幼主題式資料庫 (包括加密後之新生兒及其父母之身分證字號) 3. 出生通報檔 (包括產婦加密 ID、產婦原始國籍別等)	2014-2016

伍、結果與討論

共有 197156 名本國籍婦女 (93.9%)、及 12832 名外國籍婦女(6.1%) 於 2015 年於健保申報資料中有生產之就醫記錄，被納入於本研究中。由表 3 的分析結果顯示，本國籍婦女的平均年齡高於外國籍婦女，且本國籍婦女就業比較高於外國籍婦女 (83.2% vs. 36.6%)，平均投保薪資亦是本國籍高於外國籍個案。表 4 顯示，在生產前本國籍婦女接受流感疫苗注射的比例高於外國籍，但外國籍婦女接受子宮頸抹片的比例略高於本國籍婦女。成人預防保健的使用率則兩組個案均不到 1%。生產後則無論本國籍或外國籍婦女接受子宮頸抹片與流感疫苗注射的比例均下降，尤其以流感疫苗注射的利用率下降最為可觀，分別僅剩 2% (本國籍) 及 1% (外國籍)。在產前檢查及新生兒兒童預防保健的使用情形，也是呈現本國籍婦女利用率高於外國籍婦女的現象 (詳見表 5、表 6)。

表 7 顯示，在控制研究對象的投保地區及年齡、投保薪資等變項後，本國籍婦女接受流感疫苗注射、子宮頸抹片、產前健檢 (至少一次) 的機率均顯著高於外國籍婦女 (OR: 1.05-2.22)，但在成人預防保健及兒童預防保健的利用，兩組樣本間未有統計上的顯著差異。此外，相較於有就業的婦女，未就業的婦女較少接受少流感疫苗注射 (OR:0.85)、子宮頸抹片 (OR:0.89)、產前健檢 (OR:0.85)。

本研究結果呼應過去研究指出預防保健的利用存在種族差異[78] [80]，且可能因預防保險的項目而有不同[70]。而有可能是語言與文化隔閡，造成不同國籍婦女在預防保健利用上的差異[81] [82]。過去研究多探討失業對於健康的影響[6-8]，國內研究也發現民眾在失業後會減少對於呼吸道感染等輕微症狀之就醫[26]，但是較少探討就業情形對於預防保健利用的影響，尤其是當預防保健項目是由政府免費提供的情形之下。過去研究指出，非典型就業者其預防保健利用的機率較固定就業者低，主要是因為缺乏時間及替代人力能做更換[86]。也有研究發現高工作時數對於子宮頸抹片與乳房攝影的利用率有負面影響，但工作時數對於流感疫苗與例行性檢查並沒有成為利用障礙的因素，可能與檢查時間長短、場地與雇主要求與否有關[62]。然而本研究卻發現未就業的婦女相較於有就業的婦女，接受流感疫苗注射、子宮頸抹片、產前健檢的機會較低，推測可能與承擔照顧家人或年幼子女的工作，因而出現類

似非典型就業、無其他人力可輪替時會降低預防保健利用率的情形。本研究結果顯示在健保實施後，生育的婦女在預防保健服務利用情形會受到有無就業及是否為本國籍而有不同，因此未來主管機關在研擬婦女健康相關健康政策時，有必要針對未就業及非本國籍之婦女加強宣導、或降低其接受預防保健服務的阻礙。

表 3 2015 年生育婦女之基本特性分布

	本國籍		外國籍		p-value
	n	(%)	n	(%)	
Total	197156	93.9%	12832	6.1%	
Age (Mean, SD)	31.69	(4.88)	30.98	(4.71)	<.0001
就業情形					<.0001
有工作	164102	83.2%	4697	36.6%	
無工作	33054	16.8%	8135	63.4%	
投保薪資	31263.8	19892.6	26966.8	23565.1	<.0001
投保地區					<.0001
臺北	65022	33.0%	4423	34.5%	
北區	36043	18.3%	2758	21.5%	
中區	39722	20.1%	2297	17.9%	
南區	24632	12.5%	1611	12.6%	
東區	4049	2.1%	180	1.4%	
高屏區	27688	14.0%	1557	12.1%	

表 4 生育婦女預防保健使用情形

預防保健項目	本國籍		外國籍		P-value
	n	(%)	n	(%)	
生產前					
有接受流感疫苗注射	32510	16%	1638	13%	<.0001
無接受流感疫苗注射	164646	84%	11194	1%	
有接受子宮頸抹片檢查	31899	16%	2204	17%	0.003
無接受子宮頸抹片檢查	165257	84%	10628	83%	
有接受成人預防保健	692	0%	47	0%	0.777
無接受成人預防保健	196464	100%	12785	100%	
生產後					
有接受子宮頸抹片檢查	24306	12%	1429	11%	<.0001
無接受子宮頸抹片檢查	172850	88%	11403	89%	
有接受流感疫苗注射	4078	2%	155	87%	<.0001
無接受流感疫苗注射	193078	98%	12677	99%	
有接受成人預防保健	64	0%	9	0%	0.0259
無接受成人預防保健	197092	100%	12785	100%	

表 5 生育婦女接受產前檢查利用情形

項目	本國籍	%	外國籍	%	p-value
第一次	147521	75%	7375	57%	<. 0001
第二次	135512	69%	6347	49%	
第三次	136598	69%	6694	52%	
第四次	126344	64%	6145	48%	
第五次	121488	62%	6397	50%	
第六次	114690	58%	6096	48%	
第七次	111774	57%	6251	49%	
第八次	106080	54%	5947	46%	
第九次	95978	49%	5312	41%	
第十次	77154	39%	4163	32%	

表 6 新生兒兒童預防保健使用情形

項目	本國籍	%	外國籍	%	p-value
第一次	154588	54%	9036	52%	<. 0001
第二次	145725	51%	8351	48%	
第三次	165176	57%	9606	55%	
第四次	168819	59%	9727	56%	
第五次	74729	26%	4207	24%	
第六次	126344	44%	9918	57%	
第七次	31989	11%	1664	10%	

表 7 生育婦女其就業狀態與預防保健服務項目使用情形之多變項分析

	流感疫苗		子宮頸抹片		成人預防保健		至少接受一次產前檢查		至少接受一次兒童預防保健	
	Adj. OR	95% CI	Adj. OR	95% CI	Adj. OR	95% CI	Adj. OR	95% CI	Adj. OR	95% CI
國籍別										
本國籍	2.22*	(2.01-2.44)	1.11*	(1.05-1.17)	0.75	(0.566- 1.001)	1.43*	(1.372- 1.51)	1.82	(0.821- 4.06)
外國籍	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.	
健保分局別										
臺北	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.	
北區	0.77*	(0.74- 0.81)	0.68*	(0.66- 0.70)	0.74*	(0.60 - 0.92)	0.8*	(0.78- 0.82)	0.7	(0.37- 1.32)
中區	1	(0.95- 1.04)	0.83*	(0.80- 0.85)	0.81	(0.66- 1.00)	1.02	(0.99- 1.05)	0.43*	(0.25- 0.76)
南區	0.9*	(0.85- 0.94)	0.86*	(0.83- 0.89)	1.06	(0.85- 1.32)	0.97	(0.94- 1.00)	0.36*	(0.2- 0.65)
高屏區	1.05*	(1.01- 1.10)	0.89*	(0.85- 0.92)	1.18		1	(0.97- 1.03)	0.61	(0.31- 1.18)
東區	1.1	(0.99- 1.22)	0.61*	(0.56- 0.67)	1.37		0.89*	(0.83- 0.96)	0.16*	(0.07- 0.34)
就業情形										
有工作	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.	
無工作	0.85*	(0.82- 0.89)	0.89*	(0.86- 0.92)	1	(0.82- 1.22)	0.85*	(0.83- 0.87)	1.41	(0.88- 2.26)

陸、參考文獻

1. 林幸君, et al., 少子化與高齡化下的臺灣人口預測與經濟分析. 臺灣經濟預測與政策, 2015. **46(1)**: p. 113-156.
2. 行政院主計處. 婚育婦女與就業調查. 2016.
3. 詹雅雯, 影響婦女生育後勞動參與因素之分析, in 人力資源管理研究所. 2015, 中央大學. p. 1-73.
4. Maciosek, M.V., et al., *Greater Use Of Preventive Services In U.S. Health Care Could Save Lives At Little Or No Cost*. Health Affairs, 2010. **29(9)**: p. 1656-1660.
5. Catalano, R.A., W.A. Satariano, and E.L. Ciemins, *Unemployment and the detection of early stage breast tumors among African Americans and non-hispanic whites*. Annals of Epidemiology, 2003. **13(1)**: p. 8-15.
6. Jin, R.L., C.P. Shah, and T.J. Svoboda, *THE IMPACT OF UNEMPLOYMENT ON HEALTH - A REVIEW OF THE EVIDENCE*. Canadian Medical Association Journal, 1995. **153(5)**: p. 529-540.
7. Nishikitani, M., et al., *Effect of unequal employment status on workers' health: Results from a Japanese national survey*. Social Science & Medicine, 2012. **75(3)**: p. 439-451.
8. Min, K.B., et al., *Subcontractors and Increased Risk for Work-Related Diseases and Absenteeism*. American Journal of Industrial Medicine, 2013. **56(11)**: p. 1296-1306.
9. Kachi, Y., T. Otsuka, and T. Kawada, *Precarious employment and the risk of serious psychological distress: a population-based cohort study in Japan*. Scandinavian Journal of Work Environment & Health, 2014. **40(5)**: p. 465-472.
10. Broding, H.C., et al., *Working poor in Germany: Dimensions of the problem and repercussions for the health-care system*. Journal of Public Health Policy, 2010. **31(3)**: p. 298-311.
11. Joyce, K., et al., *Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010(2): p. 91.
12. Scott-Marshall, H. and E. Tompa, *The health consequences of precarious employment experiences*. Work-a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation, 2011. **38(4)**: p. 369-382.
13. Bartoll, X., I. Cortes, and L. Artazcoz, *Full- and part-time work: gender and welfare-type differences in European working conditions, job satisfaction, health status, and psychosocial issues*. Scandinavian Journal of Work Environment & Health, 2014. **40(4)**: p. 370-379.
14. Jung, M., *HEALTH DISPARITIES AMONG WAGE WORKERS DRIVEN BY EMPLOYMENT INSTABILITY IN THE REPUBLIC OF KOREA*. International Journal of Health Services, 2013. **43(3)**: p. 483-498.
15. Waenerlund, A.K., P. Virtanen, and A. Hammarstrom, *Is temporary employment related to health status? Analysis of the Northern Swedish Cohort*. Scandinavian Journal of Public Health, 2011. **39(5)**: p. 533-539.
16. Kim, I.H., et al., *Gender, precarious work, and chronic diseases in South Korea*. American Journal of Industrial Medicine, 2008. **51(10)**: p. 748-757.
17. Virtanen, P., et al., *Labor market trajectories and health: A four-year follow-up study of initially fixed-term employees*. American Journal of Epidemiology, 2005. **161(9)**: p. 840-846.

18. Khlat, M., et al., *Mortality gradient across the labour market core-periphery structure: a 13-year mortality follow-up study in north-eastern France*. International Archives of Occupational and Environmental Health, 2014. **87**(7): p. 725-733.
19. Ahs, A., G. Burell, and R. Westerling, *Care or Not Care-that is the Question: Predictors of Healthcare Utilisation in Relation to Employment Status*. International Journal of Behavioral Medicine, 2012. **19**(1): p. 29-38.
20. De Moortel, D., et al., *Structural and intermediary determinants of social inequalities in the mental well-being of European workers: a relational approach*. BMC Public Health, 2014. **14**: p. 12.
21. Kim, S.S., et al., *Association between change in employment status and new-onset depressive symptoms in South Korea - a gender analysis*. Scandinavian Journal of Work Environment & Health, 2012. **38**(6): p. 537-545.
22. Virtanen, P., U. Janlert, and A. Hammarstrom, *Exposure to Nonpermanent Employment and Health Analysis of the Associations With 12 Health Indicators*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2011. **53**(6): p. 653-657.
23. Virtanen, M., et al., *Temporary employment and health: a review*. International Journal of Epidemiology, 2005. **34**(3): p. 610-622.
24. 王佳雯, 鄭雅文, and 徐傲暉, *不安定僱用模式與受僱者健康之相關*. 台灣公共衛生雜誌, 2011. **30**(3): p. 217-227.
25. Artazcoz, L., et al., *Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2007(5): p. 344-350.
26. 蔡淑鈴, et al., *失業與醫療利用*. 臺灣公共衛生雜誌, 2004. **23**(5): p. 365-376.
27. Lee, S.Y., et al., *Unmet healthcare needs depending on employment status*. Health Policy, 2015. **119**(7): p. 899-906.
28. Huang, J., J. Birkenmaier, and Y. Kim, *Job loss and unmet health care needs in the economic recession: different associations by family income*. Am J Public Health, 2014. **104**(11): p. e178-83.
29. Driscoll, A.K. and A.B. Bernstein, *Health and access to care among employed and unemployed adults: United States, 2009-2010*. NCHS Data Brief, 2012(83): p. 1-8.
30. Benach, J., et al., *Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health*. Annual Review of Public Health, Vol 35, 2014. **35**: p. 229-253.
31. Kim, I.H., et al., *Welfare states, flexible employment, and health: A critical review*. Health Policy, 2012. **104**(2): p. 99-127.
32. Benavides, F.G., et al., *How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2000. **54**(7): p. 494-501.
33. DeRigne, L., P. Stoddard-Dare, and L. Quinn, *Workers Without Paid Sick Leave Less Likely To Take Time Off For Illness Or Injury Compared To Those With Paid Sick Leave*. Health Affairs, 2016. **35**(3): p. 520-527.
34. DeRigne, L., et al., *Paid sick leave and preventive health care service use among US working adults*. Preventive medicine, 2017. **99**: p. 58-62.
35. Isehunwa, O.O., et al., *Access to Employee Wellness Programs and Use of Preventive Care Services Among US Adults*. American Journal of Preventive Medicine, 2017. **53**(6): p. 854-865.

36. Fell, D.B., et al., *The relationship between work hours and utilization of general practitioners in four Canadian provinces*. Health Services Research, 2007. **42**(4): p. 1483-1498.
37. Lagro-Janssen, T., S. Lo Fo Wong, and M. van den Muijsenbergh, *The importance of gender in health problems*. European Journal of General Practice, 2008. **14**(sup1): p. 33-37.
38. Regitz-Zagrosek, V., *Sex and gender differences in health*. . EMBO reports, 2012. **13**(7): p. 596-603.
39. Kim, D., *Paid Sick Leave and Risks of All-Cause and Cause-Specific Mortality among Adult Workers in the USA*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2017. **14**(10).
40. Nathanson, C.A., *Social Roles and Health-Status among Women - the Significance of Employment*. Social Science & Medicine Part a-Medical Sociology, 1980. **14**(6A): p. 463-471.
41. Arber, S., G.N. Gilbert, and A. Dale, *Paid Employment and Womens Health - a Benefit or a Source of Role Strain*. Sociology of Health & Illness, 1985. **7**(3): p. 375-400.
42. Pill, R. and N.C. Stott, *Preventive procedures and practices among working class women: new data and fresh insights*. Social Science & Medicine, 1985. **21**(9): p. 975-983.
43. Baker, D. and K. North, *Does employment improve the health of lone mothers?* Social Science & Medicine, 1999. **49**(1): p. 121-131.
44. 行政院主計處, *婦女婚育與就業調查報告*. 2017, 行政院主計處: 台北.
45. Floderus, B., et al., *Work status, work hours and health in women with and without children*. Occupational and Environmental Medicine, 2009. **66**(10): p. 704-10.
46. Berger, L.M., J. Hill, and J. Waldfogel, *Maternity leave, early maternal employment and child health and development in the US*. Economic Journal, 2005. **115**(501): p. F29-F47.
47. Arber, S., *Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status*. Social Science & Medicine, 1991. **32**(4): p. 425-436.
48. Romito, P., et al., *Mothers' Health After the Birth of the First Child*. Women & Health, 1994. **21**(2-3): p. 1-22.
49. Nylen, L., M. Voss, and B. Floderus, *Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: a study based on data from the Swedish twin registry*. Occupational and Environmental Medicine, 2001. **58**(1): p. 52-57.
50. Hamman, M.K., *Making Time for Well-Baby Care: The Role of Maternal Employment*. Maternal and Child Health Journal, 2011. **15**(7): p. 1029-1036.
51. DeRigne, L., et al., *Paid sick leave and preventive health care service use among U.S. working adults*. Preventive Medicine, 2017. **99**: p. 58-62.
52. Kim, D., *Paid Sick Leave and Risks of All-Cause and Cause-Specific Mortality among Adult Workers in the USA*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2017. **14**(10): p. 1247.
53. Piper, M.A., et al., *U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews, in Screening for High Blood Pressure in Adults: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. 2014, Agency for Healthcare Research and Quality (US): Rockville (MD).
54. Labeit, A., F. Peinemann, and R. Baker, *Utilisation of preventative health check-ups in the UK: findings from individual-level repeated cross-sectional data from 1992 to 2008*. Bmj Open, 2013. **3**(12).
55. Viera, A.J., J.M. Thorpe, and J.M. Garrett, *Effects of sex, age, and visits on receipt of preventive healthcare services: a secondary analysis of national data*. BMC Health Services Research, 2006. **6**.

56. 行政院性別平等會. 成人預防保健服務利用率. 2018; Available from: http://www.gender ey.gov.tw/gecdb/Stat_Statistics_DetailData.aspx?sn=s%2beVqxPorvAN1c8qTBgy6A%3d%3d.
57. Bertakis, K.D., et al., *Gender differences in the utilization of health care services*. The Journal of family practice, 2000. **49**(2): p. 147-152.
58. 衛生福利部, 106 年國人死因統計結果. 2018, 衛生福利部: 台北.
59. 國健署, 中華民國 105 年健康促進統計年報. 2018, 衛生福利部國民健康署: 台北.
60. Puig-Tintoré, L.M., et al., *Coverage and factors associated with cervical cancer screening: results from the AFRODITA study: a population-based survey in Spain*. Journal of Lower Genital Tract Disease, 2008. **12**(2): p. 82-89.
61. Abdus, S. and T.M. Selden, *Preventive Services for Adults How have Differences Across Subgroups Changed Over the Past Decade?* Medical Care, 2013. **51**(11): p. 999-1007.
62. Yao, X.X., et al., *Does time pressure create barriers for people to receive preventive health services?* Preventive Medicine, 2015. **74**: p. 55-58.
63. Babitsch, B., D. Gohl, and T. von Lengerke, *Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011*. GMS Psycho-Social-Medicine, 2012. **9**.
64. Simou, E., et al., *Factors associated with the use of preventive services by women in Greece*. European Journal of Public Health, 2011. **21**(4): p. 512-519.
65. 陳慈怡, et al., 全民健保實施前後影響子宮頸抹片篩檢之因素及成果. 台灣公共衛生雜誌, 2005. **24**(5): p. 440-451.
66. 黃月桂, 葉明義, and 林勤豐, 全民健康保險子宮頸抹片檢查之利用度研究. 中華公共衛生雜誌, 1998. **17**(1): p. 28-35.
67. Lewis, B.G., et al., *Preventive services use among women seen by gynecologists, general medical physicians, or both*. Obstetrics and Gynecology, 2008. **111**(4): p. 945-952.
68. Ahluwalia, I.B., J. Bolen, and B. Garvin, *Health insurance coverage and use of selected preventive services by working-age women, BRFSS, 2006*. Journal of Womens Health, 2007. **16**(7): p. 935-940.
69. Weinick, R.M. and K.M. Beauregard, *Women's use of preventive screening services: A comparison of HMO versus fee-for-service enrollees*. Medical Care Research and Review, 1997. **54**(2): p. 176-199.
70. Sambamoorthi, U. and D.D. McAlpine, *Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women*. Preventive medicine, 2003. **37**(5): p. 475-484.
71. Weaver, A. and C. Gjesfjeld, *Barriers to Preventive Services Use for Rural Women in the Southeastern United States*. Social Work Research, 2014. **38**(4): p. 225-234.
72. Coughlin, S.S., et al., *Contextual analysis of breast and cervical cancer screening and factors associated with health care access among United States women, 2002*. Social Science & Medicine, 2008. **66**(2): p. 260-275.
73. Sano, H., R. Goto, and C. Hamashima, *Does lack of resources impair access to breast and cervical cancer screening in Japan?* PLOS ONE, 2017. **12**(7): p. e0180819.
74. 徐子桓, 花蓮縣山地及非山地鄉身心障礙者預防保健服務利用情形與影響因素之差異. 2016.
75. McCall-Hosenfeld, J.S., et al., *Multilevel Analysis of the Determinants of Receipt of Clinical Preventive Services among Reproductive-Age Women*. Womens Health Issues, 2012. **22**(3): p. E243-E251.
76. 賴宜弘, 蕭聖謀, and 楊雪華, 影響台灣地區婦女子宮頸癌抹片篩檢使用之研究. 亞東學報,

- 2011(31): p. 121-137.
77. 張靖梅 and 林獻鋒, 婦女未曾接受子宮頸抹片檢查之質性研究. 護理暨健康照護研究, 2009. 5(3): p. 211-219.
78. Corbie-Smith, G., et al., *Influence of usual source of care on differences by race/ethnicity in receipt of preventive services*. Journal of general internal medicine, 2002. 17(6): p. 458-464.
79. Duelberg, S.I., *Preventive Health Behavior among Black-and-White Women in Urban and Rural-Areas*. Social Science & Medicine, 1992. 34(2): p. 191-198.
80. 陳凱姿, 台南市外籍配偶子女兒童預防保健服務利用情形之研究. 成功大學公共衛生研究所學位論文, 2007: p. 1-132.
81. DuBard, C.A. and Z. Gizlice, *Language Spoken and Differences in Health Status, Access to Care, and Receipt of Preventive Services Among US Hispanics*. American Journal of Public Health, 2008. 98(11): p. 2021-2028.
82. 郭淑芬, et al., 台灣東南亞籍婦女婦幼預防保健服務使用之滿意度及相關因素探討. 新臺北護理期刊, 2012. 14(1): p. 43-54.
83. 陳怡慈, 全民健康保險實施前後影響子宮頸抹片篩檢之因素及成果. 2002, 國立台北護理學院醫護管理研究所碩士論文.
84. Vaidya, V., G. Partha, and M. Karmakar, *Gender Differences in Utilization of Preventive Care Services in the United States*. Journal of Womens Health, 2012. 21(2): p. 140-145.
85. Markovitz, A.R., et al., *Patient-Centered Medical Home Implementation and Use of Preventive Services The Role of Practice Socioeconomic Context*. Jama Internal Medicine, 2015. 175(4): p. 598-606.
86. Kim, S., et al., *Disparities in the utilisation of preventive health services by the employment status: An analysis of 2007-2012 South Korean national survey*. PLOS ONE, 2018. 13(12): p. e0207737.
87. Dryden, R., et al., *What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review*. BMC Public Health, 2012. 12(1): p. 723.
88. 邱莉婷, 身心障礙者預防保健服務利用情形及其影響因素探討, in 醫院管理與醫事行政. 2010, 中國醫藥大學. p. 1-224.
89. 蔡文正, 身心障礙者預防保健服務利用情形及其影響因素探討. 2009 行政院衛生署國民健康局,
90. 林金定, 身心障礙者預防保健服務利用情形及其影響因素探討相關研究計畫--調查研究. 2009
91. Makuc, D.M., V.M. Freid, and J.C. Kleinman, *National trends in the use of preventive health care by women*. American Journal of Public Health, 1989. 79(1): p. 21-26.
92. Ettner, S.L., *The timing of preventive services for women and children: the effect of having a usual source of care*. American journal of public health, 1996. 86(12): p. 1748-1754.
93. Hofer, T.P. and S.J. Katz, *Healthy behaviors among women in the United States and Ontario: The effect on use of preventive care*. American Journal of Public Health, 1996. 86(12): p. 1755-1759.
94. Casey, M.M., K.T. Call, and J.M. Klingner, *Are rural residents less likely to obtain recommended preventive healthcare services?* American journal of preventive medicine, 2001. 21(3): p. 182-188.
95. Fiscella, K., et al., *Disparities in preventive procedures: comparisons of self-report and Medicare claims data*. BMC Health Services Research, 2006. 6.
96. Wei, W.H., P.A. Findley, and U. Sambamoorthi, *Disability and receipt of clinical preventive services among women*. Womens Health Issues, 2006. 16(6): p. 286-296.
97. Ross, J.S., et al., *Use of preventive care by the working poor in the United States*. Preventive

Medicine, 2007. **44**(3): p. 254-259.

98. McMorrow, S., G.M. Kenney, and D. Goin, *Determinants of Receipt of Recommended Preventive Services: Implications for the Affordable Care Act*. American Journal of Public Health, 2014. **104**(12): p. 2392-2399.
99. Brindis, C.D., et al., *Improving Receipt and Preventive Care Delivery for Adolescents and Young Adults: Initial Lessons from Top-Performing States*. Maternal and child health journal, 2017. **21**(6): p. 1221-1226.

107年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：郭年真			計畫編號：107-2629-H-002-002-				
計畫名稱：婦女生育後就業情形對預防保健利用與盛行疾病影響之探討							
成果項目			量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)		
國內	學術性論文	期刊論文		0	篇	準備投稿中	
		研討會論文		0			
		專書		0	本		
		專書論文		0	章		
		技術報告		0	篇		
		其他		0	篇		
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件	
				已獲得	0		
			新型/設計專利		0		
		商標權		0			
		營業秘密		0			
		積體電路電路布局權		0			
		著作權		0			
		品種權		0			
		其他		0			
	技術移轉	件數		0	件		
		收入		0	千元		
	國外	學術性論文	期刊論文		0	篇	準備投稿中
			研討會論文		0		準備投稿中
			專書		0	本	
專書論文			0	章			
技術報告			0	篇			
其他			0	篇			
智慧財產權及成果		專利權	發明專利	申請中	0	件	
				已獲得	0		
			新型/設計專利		0		
		商標權		0			
		營業秘密		0			
		積體電路電路布局權		0			
		著作權		0			
		品種權		0			
其他		0					

	技術移轉	件數	0	件	
		收入	0	千元	
參與計畫人力	本國籍	大專生	0	人次	
		碩士生	1		協助系統性文獻回顧
		博士生	0		
		博士級研究人員	0		
		專任人員	1		協助研究計畫之執行，包括健保資料統計分析、協助系統性文獻回顧、其他與計畫直接相關之行政事務。
	非本國籍	大專生	0		
		碩士生	0		
		博士生	0		
		博士級研究人員	0		
		專任人員	0		
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)					

科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以100字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形（請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊）

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以200字為限）

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以500字為限）

本研究結果呼應過去研究指出預防保健的利用存在種族差異，且可能因預防保健的項目而有不同。而有可能是語言與文化隔閡，造成不同國籍婦女在預防保健利用上的差異。過去研究指出，非典型就業者其預防保健利用的機率較固定就業者低，主要是因為缺乏時間及替代人力能做更換。然而本研究卻發現未就業的婦女相較於有就業的婦女，接受流感疫苗注射、子宮頸抹片、產前健檢的機會較低，推測可能與承擔照顧家人或年幼子女的工作，因而出現類似非典型就業、無其他人力可輪替時會降低預防保健利用率的情形。本研究結果顯示在健保實施後，生育的婦女在預防保健服務利用情形會受到有無就業及是否為本國籍而有不同，因此未來主管機關在研擬婦女健康相關健康政策時，有必要針對未就業及非本國籍之婦女加強宣導、或降低其接受預防保健服務的阻礙。

4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值： 否 是，建議提供機關衛生福利部，
（勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關）

本研究具影響公共利益之重大發現： 否 是

說明：（以150字為限）