

# 社會變遷與健康照顧型態之研究

## —以台灣地區特有之社會變遷背景驗證 社會學理論在家庭健康照顧上之適用性—

季瑋珠 楊志良

爲了解家庭健康照顧的型態，並驗證社會學理論的適用性，本研究在台灣北部地區以立意取樣選取鄉村地區（限居住十年以上者）、衛星城市（限五年內遷入者）、及大都市，各二村里，又以分層系統集束抽樣，每地區抽取核心、擴大家庭各40戶，以結構問卷進行家庭訪視，戶內所有成員的個人資料均予記錄。根據文獻，社會變遷程度分別以地區別和家庭經濟狀況加以測量。結果顯示家庭是病人健康照顧的基本單位，且幾乎完全可由自己及同住的家人負擔。在個人層次，家庭健康照顧的分工，若以社區都市化程度作社會變遷指標，其社區間的差異，較符合Goode「社會變遷造成夫妻平權、分工合作」的預測，若以家庭經濟狀況作指標，則看不出差異。本研究從理論、概念及測量上討論了這些結果，最後並提出對醫療保健政策和計畫的建議。

Key words: *health care, family pattern, urbanization.*

（中華衛誌 1988;8(1): 12-27）

### 前 言

自古至今，無論何種型態的社會，家庭總是其最基本的次體系，行使著它生物、心理與社會上的基本功能，不但提供它每個成員身體、心理及社會的需要，做為個人與社會的橋樑，也自然而然成為醫療保健照顧的第一線場所，以及健康行為與觀念的發源地。無怪乎醫療社會學大師Litman會提出「家庭為健康照顧的基本單位」[1]的說法了

。近年來，社區醫療保健與家庭醫學的學者專家們亦打破了公共衛生與醫療上過去只著眼於個人和社區因素的習慣，轉而強調家庭與健康的相互關係，這更進一步顯示了「家庭」在醫療保健上的重要性。尤其在今天，台灣地區經歷了四十年前所未有的社會變遷，工業化、都市化的巨波改變了社會經濟結構與秩序，家庭的結構與功能也因而受到了極大的衝擊，在「健康照顧」這一功能上，有了那些改變？將來的發展又如何呢？什麼樣的理論足以解釋目前的現象，和預測未來呢？這些都是我們關心的問題。

在這樣的動機下，開始了目前的研究。「家庭與健康」此一主題，範圍太過廣泛，決定先以較為重要的「治療與照顧的分工」

\* 國立台灣大學醫學院公共衛生研究所

為研究的主題，以分析不同社會文化與經濟背景的社區中，不同結構的家庭，其家庭與個人層次所表現的行爲，並嘗試與社會學理論的預測相驗證，做為解釋現況，預測未來的根據。

因此，本研究的目的是在於探討以下的問題：

- (一)在家庭的層次，「病人的健康照顧」是否為「家庭功能」、「家務工作」的一部份？社會變遷對於此一功能有哪些影響？符合何種社會學理論的解釋？
- (二)在個人的層次，如果上述工作及活動，是家庭功能及家務工作的一部分，那麼，在家庭中，又是何種角色的工作呢？社會變遷對此分工又有什麼影響？反映什麼意義？符合那種理論的解釋？
- (三)未來可能的發展如何？在醫療保健政策上，能有那些參考價值？

社會變遷下，家庭健康照顧型態的變遷是本研究的主題。

根據社會學者的看法，家庭是一種適應制度（adaptive institution），人類爲了生存，社會必須不斷變遷，而家庭是社會的基本單位，自然隨著社會的變遷而改變，在結構和功能上有所調整[2]。

Wong（黃俊傑）在其對台灣地區家庭結構變遷的研究中，綜合各家學說，以「現代化」（包含工業化和都市化）來描述近代社會的變遷[3]。

「現代化」如何影響家庭呢？Toffler在「第三波」（The Third Wave）一書中即以生產與消費方式的演進，解釋家庭制度變遷的現象——第一波農業社會以擴大家庭（extended family）爲主要的家庭結構，第二波工業社會則以許多一致化、大量化的其他社會機構如學校、工廠取代了家庭的

部分功能，形成以核心家庭（nuclear family）爲主流的文化，家庭也由生產單位變爲消費單位，這也是現代社會的寫照，及至未來的第三波資訊世界，家庭的結構與功能將變得自由化而多樣化，生產消費再趨合一[4]。

社會學家對於這個問題有以下數種觀點：

Marx認爲工業化對家庭的衝擊包括忽略兒童，缺乏時間參加家庭活動，婦女不做家事而技巧退步，家庭解組。Durkheim則提出「契約律」，指出當社會由農業社會演進到工業社會，家庭便由擴大家庭演變到核心家庭。Ogburn指出現代家庭在社會現代科技的衝擊下，失去許多原有的功能，而使「情感」的功能相對提高，而「健康照顧」也包含於這些功能中。Smelser指出現代化改變了家庭關係。Levy也採相同看法，認爲家庭在現代化的衝擊下逐漸失去了對成員的控制[3]。

Parsons不但指出現代社會造成核心家庭的盛行，也使核心家庭失去與其擴大家庭中其他成員的連繫[5][6]。

Goode則認爲平權分工的「夫婦家庭」（conjugal family）在現代化過程中，會與工業化社會形成理論和實際上的和諧與適應（harmony and fit）[7]。由社會學理論的脈絡看來，其預測當屬「功能學派」（functionalism）。

Lasch便不如此樂觀，他認爲現代化不但不能造成家庭中兩性的平權和分工，反而現代化本身就會被原本權力較高的男性利用，以加重女性的負擔，使女性出現家庭、事業的雙重壓力，造成家庭分工更嚴重的兩極化，而使得家庭不再是一個「無情世界中的避風港」[8]。Graham進一步將此觀念應用在婦女角色上，1985年他在“Women, Health and Healing”一書中，用衝突理

論的觀點探討了婦女們隱藏的照顧者的角色，他認為女性在家庭健康照顧中往往是供給者，求醫時的諮商者與媒介者，但由於男性的剝削，她們自己的健康卻最被忽視，作者強調此一現象應該由政策加以改變[9]。

Litman整理了191篇有關家庭與健康醫療照顧的文獻，涵蓋甚廣，有關家庭對病人照顧的參與，也包含了相當多的主題[1]，與本文關心重點較直接相關者，整理如下：

家庭不僅決定其生病的成員要不要接受照顧，也決定是否在家中由家人提供照顧[10]。

妻子——母親是家庭中病人照顧的主要人力[11、12、13、14]，她們也影響到預防接種等保健行為[15、16]。因此妻子——母親生病時，其生病角色較易被否定或拖延[17、18]，而一旦被認定時對家庭的衝擊則遠比丈夫——父親生病來得大[12、19、20]。

核心家庭成員生病時，因本身資源不足，多依賴其所屬的擴大家庭，Sussman[21]指出有76%的核心家庭在其成員及親族生病時互相支援，因而否認Parsons核心家庭孤立的說法。Bell和Boat[22]發現在低收入家庭有76%，高收入家庭有84%。Litman[12]的三代研究也發現有85%求助於自己的母親，另外，對已婚子女一代而言，總共有29.2%認為母親，20%認為父親，29.2%認為雙親，10.8%認為婆婆或岳母是最主要的求助對象，但上一代（父母、祖父母）則求助女兒（上述二代分別為16.4%、30.9%）、兒子（11.9%、25.5%），及家外人力（23.9%、10.2%），而家外人力的僱請，多發生在妻子——母親生病時。

Litman之後的家庭與健康照顧研究，有以下數篇：在Quichua印地安族（厄瓜多爾）的田野調查。該篇研究描述了母親在病人照顧上的地位和權威性[23]。Coverman

& Sheley對於男性參與家務及孩童照顧的研究，他們發現，1965~75年，男性的工作時間減少了，但家務與孩童照顧時間並未增加，所增的是休閒活動[24]。Carpenter經由全國男女工作人口請假原因調查資料的分析，指出女性請假天數較高，除自己生病外，主要原因是「家人生病」，其中一項調查發現男性平均一年只有0.6天，女性則高達2.1天，多因家人生病而請假。他並指出女性在健康照顧上的工作主要為「陪同（攜帶）」及「居家照顧」[25]。

著重家庭是中國傳統文化的特色[3]，朱岑樓指出：「數代同堂，父母在，諸子不別籍異財」的大家庭，是中國社會裡歷代不變的夢想。然而，現實生活中，是人數在5到6人之間，只保留每代各只有一核心家庭同住的「折衷家庭」，亦即Durkheim所謂的「主幹家庭」（stem family）的盛行[2]。

台灣社會自光復至今，四十年來，經歷了前所未有急遽的社會變遷，在家庭結構上長期比較起來，亦有核心家庭比率上升，擴大家庭比率下降的趨勢[2-3]，[26-28]，且家庭的關係和習慣上比較傾向於西方社會[2]。

謝繼昌（1984）在台灣北部某農村的田野調查發現，該村表面上，132戶中有52.3%是核心家庭，與一般的統計數字相仿。但村民之間尚有表面上難以察覺的高層次「家戶群家族」在維繫著不同程度分家的親族。

在今日台灣社會急遽變遷之下，高層次家族有越來越增多的趨勢，都市化的結果，遷入都市的人口與其農村中的「本家」有緊密的情感和經濟關係[26]。Freedman et al.也發現，若用「連繫的基礎」（associative basis）作分類，1973年台灣的核心家庭可由原本的60.0%降到49.1%，各類

擴大家庭則由40.0%升到50.9%，尤以聯合擴大家庭（含joint extended和joint family）增加最多，因而強調台灣的傳統家庭結構和家庭觀念仍十分強烈[28]。

由以上對文獻的回顧，可以得到以下的結論：

1. 在家庭層次，雖然理論認為社會變遷導致家庭功能被社會所取代，但在實證研究中，卻發現不一同居住的擴大家庭成員，事實上往往是家人患病時的主要援助者，而使大部份核心家庭免於完全孤立。
2. 在個人層次，Goode認為社會變遷會使家庭中男女兩性分工更平等[7]；Lasch, Graham等則認為社會變遷反而會被男性利用來加重女性的負擔，使女性承受雙重壓力[8][9]。實證研究則顯示，「健康照顧」的分工，傾向於支持後者，尤以Coverman & Sheley [24]，及Carpenter

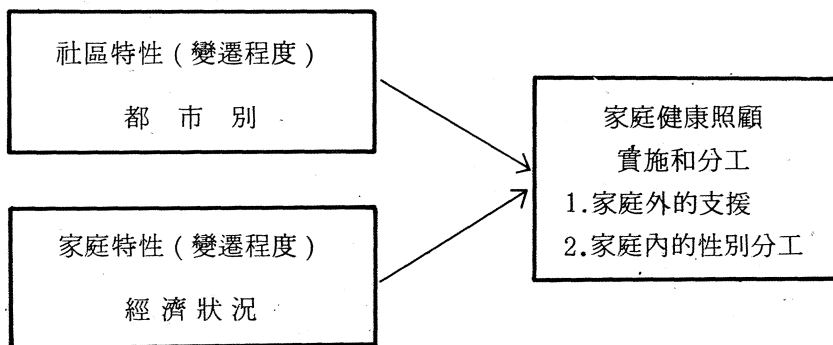
[25]的研究結果最具說服力。

3. 台灣地區有關家庭健康照顧的文獻相當缺乏，但有關家族觀念及相互聯繫的文獻，均指出傳統文化對家庭結構與功能的影響力，因而引發本研究想實地對本土家庭作一番探討的動機。

### 理論架構及研究假說

#### 1. 理論架構

根據以上的文獻探討，「社會變遷」應對「家庭健康照顧」有相當程度的影響力，然而，由於短期內無法完成前瞻式的研究，而過去已有的貳次資料，如官方統計中又得不到有關此問題的詳盡資料，根據Kahl[29]的論證，可使用同時間家庭所擁有的不同的都市化程度，經濟狀況來模擬其所經過的社會變遷，將理論架構整理如下：





因為本質上的不同，在研究中特別將「核心家庭」和「擴大家庭」分開探討。而不將之視為社會變遷的指標，之間亦不作比較。

2. 在家庭層次，亦即「家庭內」與「家庭外」（親人、社會機構或人力）的分工上，有以下三個對立假說：

假說一：社會變遷（都市化、工業化）會使家庭失去健康照顧的功能，轉而尋求家庭外，非親人的支援（理論的預測）。在操作上，亦即都市化程度越高，家庭經濟狀況越佳，越傾向於由家庭外，非親人照顧。

假說二：社會變遷使家庭失去健康照顧的功能，但由其家庭外的親人支援（實證文獻結果）。在操作上，亦即都市化程度越高，家庭經濟狀況越佳，越傾向於由家庭外的親人照顧。

假說三：社會變遷不會改變家庭的健康照顧功能。在操作上，亦即，不同的都市化程度，經濟狀況之間沒有差異。

3. 在個人分工層次，亦即家庭中男（夫、父）女（妻、母）的分工上，有以下二個對立假說：

假說一：社會變遷促使家庭中男女兩性在健康照顧上的分工更趨平等，亦即由主要為女性負責的型態轉變為兩性共同負責（功能學派假說）。在操作上，即都市化程度越高，家庭經濟狀況越佳，越傾向於男（夫、父）女（妻、母）共同照顧。

假說二：社會變遷下，家庭中男女兩性在健康照顧上的分工仍維持主要為女性負責的型態，而使女性承受

家庭、事業雙重負擔（衝突學派假說）。在操作上，亦即無論何種都市化程度，何種家庭經濟狀況，家庭健康照顧均由女性負擔。

## 材料與方法

本研究採「立意取樣」（purposeful sampling），分別選取以下社區，分別代表不同的變遷程度：

1. 台北縣貢寮鄉貢寮、龍門二村，代表傳統的農（漁）村社區。再選取其居住10年以上的非單身、非機構家戶，依「核心」、「擴大」家庭分層抽取所需的樣本作為研究對象。

2. 台北縣新莊市頭前、化成二里，代表迅速變遷的社區。

再選取其中5年內遷入的家戶，依上述分層方式抽取所需的樣本，作為研究對象。

3. 台北市松山區敦厚、六藝二里（康莊社區），代表現代化的都市社區，不分居住年限，依上述分層方式抽取所需的樣本，作為研究對象。

每社區每一類家庭各抽40戶。

總共：40戶×2類×3社區=240戶。

預計空戶、拒訪或錯誤率30%。

因此，預計完成185戶。

測量工具為「台灣地區家庭結構與健康照顧功能之研究」問卷，見附錄。問卷曾經過專家效度檢定，並在醫院門診及社區一般家庭從事預測驗（pre-test），多次修改而成。

本研究中的重要變項定義如下：

1. 家庭結構：係指家庭成員關係的分類，依朱岑樓的定義[2]，又分以下四類：

(1) 核心家庭：由夫或妻或沒有攜帶配偶或

自身子女、子女同住的家庭。夫和妻、夫、妻和子女兩種為典型的核家庭，其他為核家庭的變形，如單親家庭、兄弟姊妹同住等。

(2)主幹大家庭（主幹家庭）：由上下兩代或以上的核家庭組合而成，任一代最多只包含一個核家庭，典型的如祖、父、孫三代同堂，但已婚子女只有一個核單位同住，未婚或已婚但不攜眷子女可包含在內，在中間者亦可有一或二代，沒有核單位，如祖孫二代的家庭。

(3)聯合大家庭：同上，但每一代中可包含一個以上核家庭的「大」家庭。

(4)家庭中包含非親屬或遠親寄居等，仍以原有分類為準。

2.家庭經濟狀況：15項家庭設備一一詢問，以「有」的總數加以估計。

（複選，生財工具不計）

- 1.電 視 2.電冰箱 3.電子鍋
- 4.瓦斯爐 5.洗衣機 6.熱水爐（器）
- 7.電 話 8.錄影機 9.鋼 琴
- 10.汽 車 11.四聲道 12.冷氣機
- 13.機 車 14.微波爐 15.家用電腦

3.健康問題：分為常見急性疾病、慢性疾病（退化性、代謝性、或時間超過3個月者）、重大疾病（須住院或手術或威脅生命者）、殘障（肢體、五官、智能等功能永久無法恢復者）四種情況，急性疾病追溯至訪視日一個月前，重大疾病追溯至訪視日一年前。若將疾病角色認定亦加以考慮，此變項亦可視為依變項。

4.現代化指標：

Wong在其對台灣地區家庭結構變遷的研究中，分「地區」、「家庭」和「個人」三個層次設計綜合的「現代化指標」[3]。本研究取法其精神，除去較難準確

測量的部分（如態度）及變異不大的部分（如宗教），分別以「地區的都市化程度」、「家庭設備數」為變遷指標。

本研究的統計分析分「家庭」及「個人」兩層次，比較經歷不同變遷程度的社區，不同社經狀況下，病人健康照顧進行的情形。以交叉列表、頻率分佈、卡方檢定等方法為之。結果與表二的理論架構相比對，以驗證假說。

5.健康照顧分工：分為「照顧方式決定者」、「求診陪同者」、「協助治療（服藥）者」、「照顧起居者」和「費用負擔者」五方面，分別討論之。照顧者的角色分類，則以其在家庭中的角色為準，分別為：患者自己、妻（母）、已婚女、媳、妻（母）組合、夫（父）、已婚子、婿、夫（父）組合、夫妻共同、不同住親族、非親族、及其他組合。

## 結 果

本研究完成率頗高，鄉村地區應訪80戶，完成58戶，完成率72.5%，衛星城市因擴大家庭較少，依戶籍登記只有31戶，故應訪戶數降為71戶，完成57戶，完成率80.3%；大都市應訪80戶，完成62戶，完成率77.5%（表一）。未能完成訪問的主要原因為空戶、未遇三次、外出甚久、住址不詳、家中有事、實為單身戶、及拒訪。

原本區分之核心、擴大兩類家庭中，均有少數分類錯誤者，重新歸類之後，共得到：鄉村地區核心家庭32戶，擴大家庭26戶；衛星城市核心家庭37戶，擴大家庭20戶；大都市核心家庭32戶，擴大家庭30戶。總共有887筆個人資料列入統計。

資料的統計分析如下：

### (一)社區家庭基本資料

社區及家庭的基本資料，整理於表二。由此表可以得知，無論核心家庭或擴大家庭，三種社區之間均有顯著的差異：年齡方面，鄉村地區顯然最爲老化，衛星城市則最爲年輕。教育程度方面，則以鄉村地區爲最低，核心家庭以大都市爲最高，擴大家庭在衛星城市和大都市之間相差可不遠。職業上，鄉村地區以農業爲主，衛星城市以工業爲主，大都市則呈現較大的異質性，而以工、商、社會服務等爲主。

以家庭設備數所估計的家庭經濟狀況，均以鄉村地區爲最低，而在核心家庭，大都市高於衛星城市，在擴大家庭，則以衛星城市爲最高。綜合觀之，各種與健康照顧有關的家庭及個人資源，均以鄉村地區爲最低，大都市和衛星城市則互有高下。

### (二)健康問題

屬於核心家庭的成員，三種社區別於受訪期間自述的罹病率分別爲：鄉村地區21.3%，主要爲慢性病（15.0%），衛星城市17.6%，主要爲常見急性病（10.6%），大都市32.1%，急、慢性各爲15.2%及11.4%。擴大家庭成員的罹病率則分別爲：鄉村地

區24.5%，主要仍爲慢性病（14.6%），衛星城市18.0%，主要亦爲常見急性病（13.4%），大都市28.2%，主要爲慢性病（16.7%）。綜合觀之，衛星城市罹病率最低，且多爲急性病，鄉村和大都市的擴大家庭，均以慢性病爲主要健康問題，其罹病率十分接近，唯大都市稍高（表三）。

### (三)健康照顧的分工

表四爲綜合後地區別的比較，表五爲家庭經濟狀況別的比較，由於7項正好是14項之半數，且7項之內多爲家庭維持生活必需設備，故分爲1-7、8-14二組。由於各類照顧者角色類瑣碎，統計檢定無法適用，故重新歸類爲「自己」、「妻（母）」（含妻（母）、已婚女、媳）、及「其他組合」（其中最多爲「夫妻共同」）三類，再行檢定，所得之 $X^2$ 值以「 $X^2$ （重組）」列於表之下方。

在「家庭層次」，無論何種地區、何種經濟狀況絕大部分的照顧工作，均由家庭負擔，僅有少數由家外親族或非親族負責。由此可見「家庭」確爲病人健康照顧的基本單位，換言之，病人健康照顧確爲家庭功能的一部分。

在「個人層次」，在「地區別」的比較

表一 調查完成率

	鄉 村 地 區	衛 星 城 市	大 都 市
應 訪 戶 數	80	71	80
實 訪 戶 數	58	57	62
完 成 率	72.5%	80.3%	77.5%

Taiwan Public Health Association  
台灣公共衛生學會

表二 社區家庭基本資料

		核 心 家 庭						擴 大 家 庭					
		鄉 村		衛 星 城 市		大 都 市		鄉 村		衛 星 城 市		大 都 市	
		人 數	%	人 數	%	人 數	%	人 數	%	人 數	%	人 數	%
年 齡	0 - 5	3	2.5	32	20.0	20	15.3	17	11.4	23	15.6	17	10.2
	6 - 14	35	29.7	37	23.1	23	17.6	28	18.8	23	15.6	20	12.0
	15 - 39	36	30.5	74	46.2	65	49.6	44	29.5	69	46.9	66	39.8
	40 - 64	37	31.4	17	10.6	19	14.5	37	24.8	23	15.6	44	26.5
	65 - 99	7	5.9	0	0.0	4	3.1	23	15.4	9	6.1	19	11.4
	合 計	118	100.0	160	100.0	131	100.0	149	100.0	147	100.0	166	100.0
		X <sup>2</sup> = 52.36		d.f. = 8		P < 0.001		X <sup>2</sup> = 20.66		d.f. = 8		P < 0.01	
6 歲 以 上 教 育 程 度	不 小	18	16.5	4	3.2	6	5.6	35	27.6	13	10.7	21	13.9
	初	60	55.0	64	51.6	32	29.6	56	44.1	40	32.8	49	32.5
	高	20	18.3	31	25.0	13	12.0	20	15.7	27	22.1	36	23.8
	大 專 以 上	8	7.3	19	15.3	37	34.3	14	11.0	31	25.4	32	21.2
	大 專 以 上	3	2.8	6	4.8	20	18.5	2	1.6	11	9.0	13	8.6
	合 計	109	100.0	124	100.0	108	100.0	127	100.0	122	100.0	151	100.0
		X <sup>2</sup> = 69.25		d.f. = 8		P < 0.001		X <sup>2</sup> = 31.50		d.f. = 8		P < 0.001	
6 職 業 (含 學 生)	無	20	18.5	19	15.1	23	21.1	34	26.4	30	24.6	55	36.7
	農	28	25.9	1	0.8	1	0.9	29	22.5	6	4.9	3	2.0
	工	13	12.0	46	36.5	15	13.8	12	9.3	38	31.1	19	12.7
	商 及 服 務	6	5.6	13	10.3	36	33.0	18	14.0	21	17.2	41	27.3
	在 學 學 生	41	38.0	47	37.3	34	31.2	36	27.9	27	22.1	32	21.3
	合 計	108	100.0	126	100.0	109	100.0	129	100.0	122	100.0	150	100.0
		X <sup>2</sup> = 105.50		d.f. = 8		P < 0.001		X <sup>2</sup> = 67.14		d.f. = 8		P < 0.001	
* 以上資料以個人為單位													
家 庭 設 備 數 (經 濟 狀 況)	0 - 4	6	19.4	1	2.7	2	6.3	4	14.8	0	0.0	2	6.7
	5 - 7	18	58.1	8	21.6	3	9.4	13	48.1	1	5.0	4	13.3
	8 - 9	6	19.4	14	37.8	10	31.2	6	22.2	2	10.0	8	26.7
	10 +	1	3.2	14	37.8	17	53.1	4	14.8	17	85.0	16	53.3
	合 計	31	100.0	37	100.0	32	100.0	27	100.0	20	100.0	30	100.0
			X <sup>2</sup> = 34.39		d.f. = 6		P < 0.001		X <sup>2</sup> = 28.30		d.f. = 6		P < 0.001



上，在核心家庭方面，除「費用負擔者」外，不同社區之間均有顯著差異。一般而言，三地區均以「（患者）自己」照顧的比率為最高，而其中又以鄉村地區最為突出。「自己」之外，衛星城市的照顧工作多由「妻（母）」負擔，大都市和鄉村地區則以其他方式，尤其是「夫妻共同負擔者」較多。而鄉村地區「夫（父）」參與在決定者、陪同者及負擔者均較其他二地為高。不同的工作之間也有差別，如「費用負擔者」一項，單項的主要負責人是夫（父），但重組後該類工作沒有顯著差異（表四，「核心家庭」部份）。

在擴大家庭方面，分佈便較不規則，只有「決定者」和「陪同者」呈顯著差異。一般而言，仍以「（患者）自己」為最高，鄉

村地區尤其明顯。鄉村地區另一特色是「夫（父）」類占有頗高的比率。「妻（母）」類亦為衛星城市患者的主要照顧者，「夫妻共同負擔」的比率，在大都市中雖仍為三地區之冠，然只有「決定者」、「陪同者」和「照顧起居者」略高於其他，且並不明顯，大致而言仍以妻（母）、媳、及其組合為主要照顧者。「費用負擔者」方面，鄉村及大都市均以「夫（父）」為主，衛星城市則多「妻（母）」和「夫妻共同負擔」，但重組後沒有顯著差異（表四，「擴大家庭」部分）。

重組後，在「經濟狀況別」的比較上，無論是核心家庭或擴大家庭，五項照顧工作的負責角色分佈均無顯著差異（表五）。

表三 家庭結構別、地區別、健康問題分佈

	核 心 家 庭						擴 大 家 庭					
	鄉 村		衛 星 城 市		大 都 市		鄉 村		衛 星 城 市		大 都 市	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
無	89	78.8	132	82.5	89	67.9	108	75.5	110	82.1	120	71.9
常見急性	1	0.9	17	10.6	20	15.3	2	1.4	18	13.4	10	6.0
慢 性 病	17	15.0	4	2.5	15	11.5	21	14.7	5	3.7	28	16.8
重大疾病	3	2.7	6	3.8	6	4.6	3	2.1	1	0.7	4	2.4
殘 障	2	1.8	1	0.6	1	0.8	8	5.6	0	0.0	5	3.0
綜 合	1	0.9	0	0.0	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0
合 計	113	100.0	160	100.0	131	100.0	143	100.0	134	100.0	167	100.0

表四 家庭結構別、地區別、健康照顧之分工

		核 心 家 庭						擴 大 家 庭						
		鄉 村		衛 星 城 市		大 都 市		鄉 村		衛 星 城 市		大 都 市		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
照顧 方式 決定者	自 己	16	66.7	14	50.0	23	53.5	21	61.8	13	54.2	24	51.1	
	妻(母)	0	0.0	9	32.1	5	11.6	1	2.9	11	45.8	8	17.0	
	其他組合	8	33.3	5	17.9	15	34.9	12	35.3	0	0.0	15	31.9	
	i.夫(父)	3	12.5	2	7.1	2	4.7	8	23.5	0	0.0	5	10.6	
	ii.其 他	5	20.8	3	10.7	13	30.2	4	11.8	0	0.0	10	21.3	
		X <sup>2</sup> (重組)=12.12			d.f.=4		P<0.05		X <sup>2</sup> (重組)=22.27			d.f.=4		P<0.01
求 診 陪 同 者	自 己	14	58.3	10	35.7	22	51.2	20	58.8	12	50.0	17	36.2	
	妻(母)	2	8.3	11	39.3	6	14.0	1	2.9	9	37.5	12	25.5	
	其他組合	8	33.3	7	25.0	15	34.9	13	38.2	3	12.5	18	38.3	
	i.夫(父)	3	12.5	3	10.7	3	7.0	7	20.6	0	0.0	3	6.4	
	ii.其 他	5	20.8	4	14.3	12	27.9	6	17.6	3	12.5	15	31.9	
		X <sup>2</sup> (重組)=9.67			d.f.=4		P<0.05		X <sup>2</sup> (重組)=14.91			d.f.=4		P<0.01
協 助 治 療 者	自 己	19	79.2	12	42.9	27	62.8	25	73.5	15	62.5	25	53.2	
	妻(母)	1	4.2	11	39.3	6	14.0	4	11.8	8	33.3	14	29.8	
	其他組合	4	16.7	5	17.9	10	23.3	5	14.7	1	4.2	8	17.0	
	i.夫(父)	0	0.0	1	3.5	2	4.7	2	5.9	0	0.0	0	0.0	
	ii.其 他	4	16.7	4	14.3	8	18.6	3	8.8	1	4.2	8	17.0	
		X <sup>2</sup> (重組)=12.70			d.f.=4		P<0.05		X <sup>2</sup> (重組)=6.87			d.f.=4		N.S.
照 顧 起 居 者	自 己	19	79.2	11	39.3	25	58.1	25	73.5	15	62.5	25	53.2	
	妻(母)	1	4.2	12	42.9	11	25.6	5	14.7	9	37.5	13	27.7	
	其他組合	4	16.7	5	17.9	7	16.3	4	11.8	0	0.0	9	19.1	
	i.夫(父)	1	4.2	1	3.5	0	0.0	1	2.9	0	0.0	0	0.0	
	ii.其 他	3	12.5	4	14.3	7	16.3	3	8.8	0	0.0	9	19.1	
		X <sup>2</sup> (重組)=11.24			d.f.=4		P<0.05		X <sup>2</sup> (重組)=6.37			d.f.=4		N.S.
費 用 負 擔 者	自 己	19	79.2	17	60.7	21	48.8	23	67.6	16	66.7	26	55.3	
	妻(母)	0	0.0	3	10.7	2	4.7	2	5.9	4	16.7	5	10.6	
	其他組合	5	20.8	8	28.6	20	46.5	9	26.5	4	16.7	16	34.0	
	i.夫(父)	3	12.5	4	14.3	5	11.6	8	23.5	0	0.0	9	19.1	
	ii.其 他	2	8.3	4	14.3	15	34.9	1	2.9	4	16.7	7	14.9	
		X <sup>2</sup> (重組)=8.60			d.f.=4		N.S.		X <sup>2</sup> (重組)=3.92			d.f.=4		N.S.
合 計		24	100.0	28	100.0	43	100.0	34	100.0	24	100.0	47	100.0	

\* 註：重組方式 1.自己=自己

2.妻(母)=妻(母)、已婚女、媳、妻(母)組合

3.其他組合=自己、妻(母)以外的其他組合

4.夫(父)=夫(父)、已婚子、婿、夫(父)組合

5.其他=其他組合中除去4.以外的其他組合



表五 家庭結構別、家庭經濟狀況別、健康照顧之分工

		核 心 家 庭				擴 大 家 庭			
		1---7		8---14		1---7		8---14	
		N	%	N	%	N	%	N	%
照顧 方式 決定者	自 己	21	58.3	32	54.2	23	63.9	35	50.7
	妻(母)	4	11.1	10	16.9	2	5.6	18	26.1
	其他組合	11	30.6	17	28.8	11	30.6	16	23.2
	i.夫(父)	2	5.6	5	8.5	6	16.7	7	10.1
	ii.其 他	9	25.0	12	20.3	5	13.9	9	13.0
		$X^2$ (重組)=0.61 d.f.=2 N.S.				$X^2$ (重組)=6.48 d.f.=2 N.S.			
求 診 陪 同 者	自 己	19	52.8	27	45.8	19	52.8	30	43.5
	妻(母)	6	16.7	13	22.0	4	11.1	18	26.1
	其他組合	11	30.6	19	32.2	13	36.1	21	30.4
	i.夫(父)	3	8.3	6	10.2	6	16.7	4	5.8
	ii.其 他	8	22.2	13	22.0	7	19.4	17	24.6
		$X^2$ (重組)=0.57 d.f.=2 N.S.				$X^2$ (重組)=3.21 d.f.=2 N.S.			
協 助 治 療 者	自 己	27	75.0	31	52.5	27	75.0	38	55.1
	妻(母)	4	11.1	14	23.7	6	16.7	20	29.0
	其他組合	5	13.9	14	23.7	3	8.3	11	15.9
	i.夫(父)	1	2.8	2	3.4	1	2.8	1	1.4
	ii.其 他	4	11.1	12	20.3	2	5.6	10	14.5
		$X^2$ (重組)=4.81 d.f.=2 N.S.				$X^2$ (重組)=3.99 d.f.=2 N.S.			
照 顧 起 居 者	自 己	25	69.4	30	50.8	25	69.4	40	58.0
	妻(母)	6	16.7	18	30.5	6	16.7	21	30.4
	其他組合	5	13.9	11	18.6	5	13.9	8	11.6
	i.夫(父)	1	2.8	1	1.7	0	0.0	1	1.4
	ii.其 他	4	11.1	10	16.9	5	13.9	7	10.1
		$X^2$ (重組)=3.33 d.f.=2 N.S.				$X^2$ (重組)=2.35 d.f.=2 N.S.			
費 用 負 擔 者	自 己	23	63.9	34	57.6	22	61.1	43	62.3
	妻(母)	4	11.1	1	1.7	3	8.3	8	11.6
	其他組合	9	25.0	24	40.7	11	30.6	18	26.1
	i.夫(父)	3	8.3	9	15.3	10	27.8	7	10.1
	ii.其 他	6	16.7	15	25.4	1	2.8	11	15.9
		$X^2$ (重組)=5.49 d.f.=2 N.S.				$X^2$ (重組)=0.42 d.f.=2 N.S.			
合 計		36	100.0	59	100.0	36	100.0	69	100.0

\* 註：重組方式 1.自己=自己

2.妻(母)=妻(母)、已婚女、媳、妻(母)組合

3.其他組合=自己、妻(母)以外的其他組合

4.夫(父)=夫(父)、已婚子、婿、夫(父)組合

5.其他=其他組合中除去4.以外的其他組合

## 討 論

### (一)家庭健康資源和健康問題

由各項基本資料看來，鄉村地區的人口較為老化，教育程度和社經地位亦較低，在家庭健康資源上因而較為欠缺，當是衛生政策和計畫中，所應首先加以照顧的。若以社會變遷的觀點看來，三個地區的確有Karl所言的程度上的差異[29]，可作為以後分析的自變項。

「健康問題」方面，三社區間有強烈的對比。衛星城市罹病率最低，且多為常見急性疾病，人口年齡結構較為年輕是一原因，此外，忙於工作而無暇求診，進而忽略初期症狀，延後「生病角色」的認定亦有可能。大都市的罹病率最高，常見急性疾病和慢性疾病各半，總計高達約30%的受調查個人，符合問卷判斷的標準（一個月內患常見急性疾病，一年內患重大疾病以及為慢性病患或殘障者）。相對的，鄉村地區人口較老化，罹病率卻較低，這種差異除了真實的情況外，尚要考慮教育程度、社會經濟條件、醫療保健服務可近性、衛生教育的普及性等對自述疾病的影響。因係自述性疾病，人力、財力、時間限制下無法一一診察核對，且本研究重點在於「認定生病」後的各項照顧，故此部分不再作深入探討。

### (二)在家庭的層次，家庭是不是健康照顧的基本單位？

由本研究「健康照顧的分工」看來，在病人的健康照顧方面，五項工作中無論那一項，除「自己」外，絕大多數的情形均由家內成員照顧，「家外親族」比率已相當低，

「非親族」比率亦低，即使有非親族參加，也同時有家人共同協助。而且此一現象無論那種社區、經濟狀況如何，皆出現一致的情形。因此，在病人的照顧上，如同Litman所言，家庭確實是一個基本單位[1]，同時，病人照顧也是家庭的一項基本功能。雖然家庭的許多功能都被社會機構所取代，如Ogburn所言[3]，但在以常見急性疾病及慢性疾病為主的一般健康問題的照顧上，「家庭內的成員」仍是主要的照顧者，即使須「家外親族」協助者都十分少見，此點與Sussman[21]、Bell & Boat[22]、Litman[12]的發現有相當大的出入。也就是說「家戶群」的存在雖普遍，對於健康照顧，在本研究中並沒有顯出支援的功能，其原因可能為在社區中出現的健康問題比較輕微，亦可能由於本研究的家庭本身的健康照顧功能較國外為佳，或是文化傳統使然。要區別何者為是，須另外針對較嚴重的疾病，如住院的情況，或殘障而須依賴他人照顧者，加以研究。此點亦為今後研究的重點之一，然就一般情況而言，本研究的結果對於台灣地區社區常見健康問題照顧模式的了解，社區醫療保健工作的規劃是具有某些參考價值的。

綜合上述，在家庭層次，本研究發現了西方社會學者，無論是理論或是實證研究都未曾指出的，如此強烈的以「同住」家庭為基本單位的傾向。

### (三)在個人層次，家庭在健康照顧上如何分工？其解釋適用何種理論？

家庭健康照顧的分工，本研究發現的特色，綜合而言，參照理論架構，社區（都市別）之間有顯著差異，鄉村地區「（患者）自己」特別高，此外多「夫（父）」（含夫、父、已婚子、婿、及其組合）及「夫妻共



同負擔」；衛星城市除「自己」外，集中於「妻（母）」（含妻、母、已婚女、媳及其組合）；大都市除「自己」外，則多「夫妻共同負擔」。然而，家庭經濟狀況則完全沒有影響，亦即理論架構中，只有上半社區特性（都市別）的變遷指標對健康照顧的分工有影響。

這樣的結果，似乎暗示了一些社會學上的意義，試討論於后：

Goode認為社會變遷會使家庭中夫妻權力及工作分配更為平等，而形成一種和諧與適應（harmony and fit）[7]。Lasch和Graham則認為社會變遷會被男性利用以維持家庭中夫妻權力及工作分配上的兩極化[8][9]。已有的實證研究不但強調家庭健康照顧是婦女的工作，且傾向於支持社會變遷下，Lasch和Graham說法的可能性。

本研究卻有不同的發現。在大都市中，所表現的正是夫妻平等，分工合作，而都市化程度較低的衛星城市，較集中於婦女角色，相對而言，則是較傳統的型態。若社區特性確能代表社會變遷，如Kahl[29]所言，此二社區間的不同，較符合Goode[7]，而不符合Lasch[8]和Graham[9]的預測。然而，若同時考慮鄉村地區所呈現的照顧者分佈，卻變得很難解釋。無論依照何種理論，鄉村地區均應集中於婦女角色，而不是目前的型態。若非理論或測量假設錯誤，其中必然存在另外的影響力。根據資料，有兩個可能的解釋，其一為此區多慢性病患，已有足夠的自我照顧能力，故「自己」一項比率特別高。第二，鄉村青壯人口外流，家中所剩人口較少，而且偏向老、幼兩端，或者根本是空巢期或老化期的家庭，若患者為妻（母），而又不能完全自我照顧時，夫（父），尤其是青壯年一代的「已婚子」，便須負起責任。如此說來，鄉村地區的表現也是另外

一種的「適應」（fit）。

「家庭經濟狀況」為什麼完全沒有解釋力？是否在這個指標上吾人必須同意Lasch[8]和Graham[9]的說法？根據Wong[3]此項測量應可為家庭現代化（變遷程度）的指標。一個可能是，用1-7、8-14的二分法，太過武斷，所謂基本設備會因家庭而異，此問題可藉重新分界，改換方法來解決。但一種分界會造成全部項目的無差異，發生的機會也不會太大，仍須考慮其真實性。第三個可能是，同樣多的設備數在不同的社區，會因社區的整體社會經濟環境而有不同的意義，如同是擁有8項設備，在鄉村地區可能是很現代化的家庭，在衛星城市和大都市只是普通家庭，而使此一測量失去可比較性。第三，仍須考慮此一指標是否真能以單一方向的計量作為變遷程度的判斷。總之，這是一個很值得繼續深入探討的問題。也許「都市化程度」仍是一個比較理想的指標。

在各項照顧工作之間，也有一個有趣的現象，前四種一般而言仍可認出婦女角色的重要，但在「費用負擔」一項，就很明顯的轉移到由男性一夫（父）的傾向。這樣的分工，似乎也暗示了男女的「家務分工」。文獻中只談到一般的照顧及陪同求醫，沒有提及「費用」的問題，但在沒有全民保險的我國，「誰出錢」也是一個重要的家庭權力及工作分配指標。

自然，橫斷面的研究很難獲致因果判斷的結論，長期且樣本較大的追蹤是必要的工作。

#### （四）政策和計畫上，本研究結果有那些參考價值呢？

本研究發現家庭在「病人健康照顧」上，扮演重要角色，過去在社區醫療保健上，往往沒有將「家庭」視為服務和教育的對象

，希望本研究能夠提供給決策者一些參考，規畫更切合需要的制度和體系，如「家庭醫師制度」的發展，滿足家庭的需要，增進家庭的健康功能。

## 結 論

根據以上的討論，可獲得以下四點結論：

- (一)家庭健康資源方面，鄉村地區顯然較為欠缺，三地區差異與社會變遷方向相同。自述「健康問題」方面，大都市最多，急慢性疾病各半，鄉村地區次之，以慢性疾病為主，衛星城市最少，主要為常見急性病。
- (二)在家庭內與家庭外分工上，家庭是「病人照顧」的基本單位，且幾乎完全由自己及同住的家人負擔（假說三）。
- (三)在個人的分工上，若以「社區的都市化程度」作為變遷程度的指標，可以發現三個社區之間具有明顯差異：綜合各項照顧而言，除患者自己照顧外，鄉村地區有集中在「夫（父）」、「夫妻共同負擔（其他組合）」的趨勢，衛星城市有集中於「妻（母）」的趨勢，大都市則有集中於「夫妻共同負擔」的趨勢。按不同型態的照顧來分，在「照顧方式決定者」、「求診陪同者」及「費用負擔者」上，鄉村地區「夫（父）」的參與較衛星城市及都市地區為高；即使包含「費用負擔者」，衛星城市在各項照顧上，「妻（母）」的參與均較鄉村及大都市為高；而除了擴大家庭的「費用負擔者」外，都市地區「夫妻共同負擔」的比率均為三地區之冠。這些現象均較支持Goode的預測[7]（假說一）。若以「家庭經濟狀況」為指標，則看不出差異，可能為測量上的問題，有待進一步探討。

(四)在政策和計劃上，應參考「家庭為健康照顧基本單位」的事實，重新規劃安排，以滿足家庭的需要，並增進家庭的健康功能。

**誌 謝** 謹承台大醫學院公共衛生學研究所、家庭醫學科諸位師長同仁的熱心指導，家庭醫學科及六東病房提供病人作預測驗，護士陳碧惠小姐、省桃趙坤郁醫師、成大劉慧俐講師提供意見修改問卷；四湖衛生所徐永年主任夫婦留英期間協助查閱文獻資料、研究助理陳春君小姐、簡大任先生自始至終努力不懈的參與；公衛系學生謝湘雲、陳妙蓉、廖宏恩、研究生林弘崇、台北醫學院醫學系游鴻儒等諸位同學認真訪視；新莊、貢寮戶政事務所提供資料；省公研所呂明秀技士、前貢寮衛生所護產負責人陳招治小姐的協調安排，以及好福氣印刷品行快速而正確的服務，使本研究順利完成，特此致謝！

本研究接受國科會資助研究經費，計畫編號NSC 76-0301-H002-037C，在此一併致謝。

## 參考文獻

1. Litman T.J. The family as a basic unit in health and medical care: a social-behavioral overview, *Soc Sci & Med* 1974; 8: 495-519.
2. 朱岑樓。中國家庭組織的演變，在「我國社會的變遷與發展，中華民國建國七十年紀念叢書」，台北：東大圖書公司，1981;255-87。
3. Wong C.J. The Changing Chinese Family Pattern in Taiwan. 台北：南天圖書公司，1981。
4. Toffler A. 原著，黃明堅譯：「第三波」（The Third Wave），第十六章「電子住宅」，第十七章「未來的家庭」，台北：經濟日報社，1981; 197-232。
5. Parsons T. The Kinship system of the Contemporary States, *American Anthropologist*: 1943; 45: 22-38, op. cit (27).
6. Parsons T, Robert F, Bales. Family, Socialization and Interaction Process Glencoe Ill: The Free Press, 1955. op. cit (27).
7. Goode WJ. World Revolution and Family Patterns New York: The Free Press, 1970: 10-22, op. cit (3).
8. Lasch C. Heaven in the heartless land, N. Y. Basic Books Inc., Publishers, 1979.
9. Graham H. Providers, negotiators, and mediators: women as the hidden carer. "Women, health and healing, toward a new perspective." ed. Lowin, E. and Olesen, V Tavistock Publications, New York, London: 1985.

10. Andersen R. A behavioral model of families' use of health services, Research Series no. 25, Center for health administration studies, Univ of Chicago: 1968; op. cit (1).
11. Litman TJ. Foods and food habits as viewed by a sample of Minnesota School children, J. Am. Diet Assoc, 1964: 50- , op. cit (1).
12. Litman TJ, et. al. Health care and the family, a three generational study, Med care 1971; 9: 67-81.
13. Alpert JJ. Medical help and maternal nursing care in the life of low income families. Pediatrics, 1967; 39: 749- , op. cit (1).
14. Aday LA. Dimensions of family's social status and their relationship to children's utilization of health services, (unpublished), 1971, op. cit (1).
15. Pratt L. Child-rearing methods and children's health behavior, J. Health & Soc Behav 1973; 14: 61- , op. cit (1).
16. Clausen JA, et. al. Parent attitudes toward participation of their children in poliovaccine trials, Am J. Publ Hlth 1956; 44: 1526-
17. McNamara M. Psycho-social problems in a renal unit. Br. J. Psychiat, 1967; 113: 1231-6.
18. Mechanic D. The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior, Pediatrics 1964; 33:444-53.
19. Koos E. Families in trouble, King's Crown Press, New York: 1946, op. cit (1).
20. Rogler L, Hollingshead A. Trapped: families and schizophrenia, Wiley, New York: 1965, op. cit (1).
21. Sussman MB. The isolated nuclear family: fact or fiction, Social problems 1959; 6: 333-40.
22. Bell W, Boat M. Urban neighborhoods and informal social relations, Am. J. Social 1957; 62: 391-8.
23. Finerman RD. Experience and expectation: conflict and change in traditional family health care among the Quichua of Saraguro, Soc Sci Med, 1983; 17: 1291-8.
24. Coverman S, Sheley JF. Change in men's house-work and child-care time, 1965-75, Journal of Marriage and the Family, 1986; 48: 413-22.
25. Carpenter ES. Children's Health Care and changing Role of Women, Medical care, 1980; 18: 1208-10.
26. 謝繼昌。仰之村的家族組織。中央研究院民族學研究所專刊乙種第十二號，1984。
27. 黃子貞等。按統計地區研究台灣人口分布及家庭結構型態變遷趨勢，台灣地區人口遷移，分布與區域發展研討會。中國人口學會主辦，1987。
28. Freedman R, et. al. Household Composition and Extended Kinship in Taiwan, Population Studies 1976; 32: 65-80.
29. Kahl. The measurement of Modernism. 28-45, op. cit (3).

## A STUDY ON SOCIAL CHANGE AND HEALTH CARE PATTERN ON THE FAMILY

WEI-CHU CHIE & CHIH-LIANG YAUNG

### ABSTRACT

For the purpose of understanding the styles of health care in the families, and testing social change theories, a cross-sectional study was carried out in Taipei area in 1987. Under purposeful sampling, one rural, one satellite city, and one metropolitan community were selected. In each area, stratified systematic sampling was used to select 40 nuclear, and 40 extended families. A structured questionnaire interview with home visit was performed. The degree of social change were measured by two indices, the

degree of urbanization of the community, and economic status of the family. At the family level, the family is truly a basic unit of health care to its members. At the individual level or the labor division of health care, Goode's theory of "harmony & fit" or more equal responsibility between husband and wife can fit better according to degree of urbanization as the index of modernization. However, according to economic index, there's no such a finding; the policy implication was also discussed.

*(J Natl Public Health Assoc (ROC) 1988; 8(1): 12-27)*

---

Institute of Public Health, NTU. Taipei, Taiwan, R. O. C. 10018.