

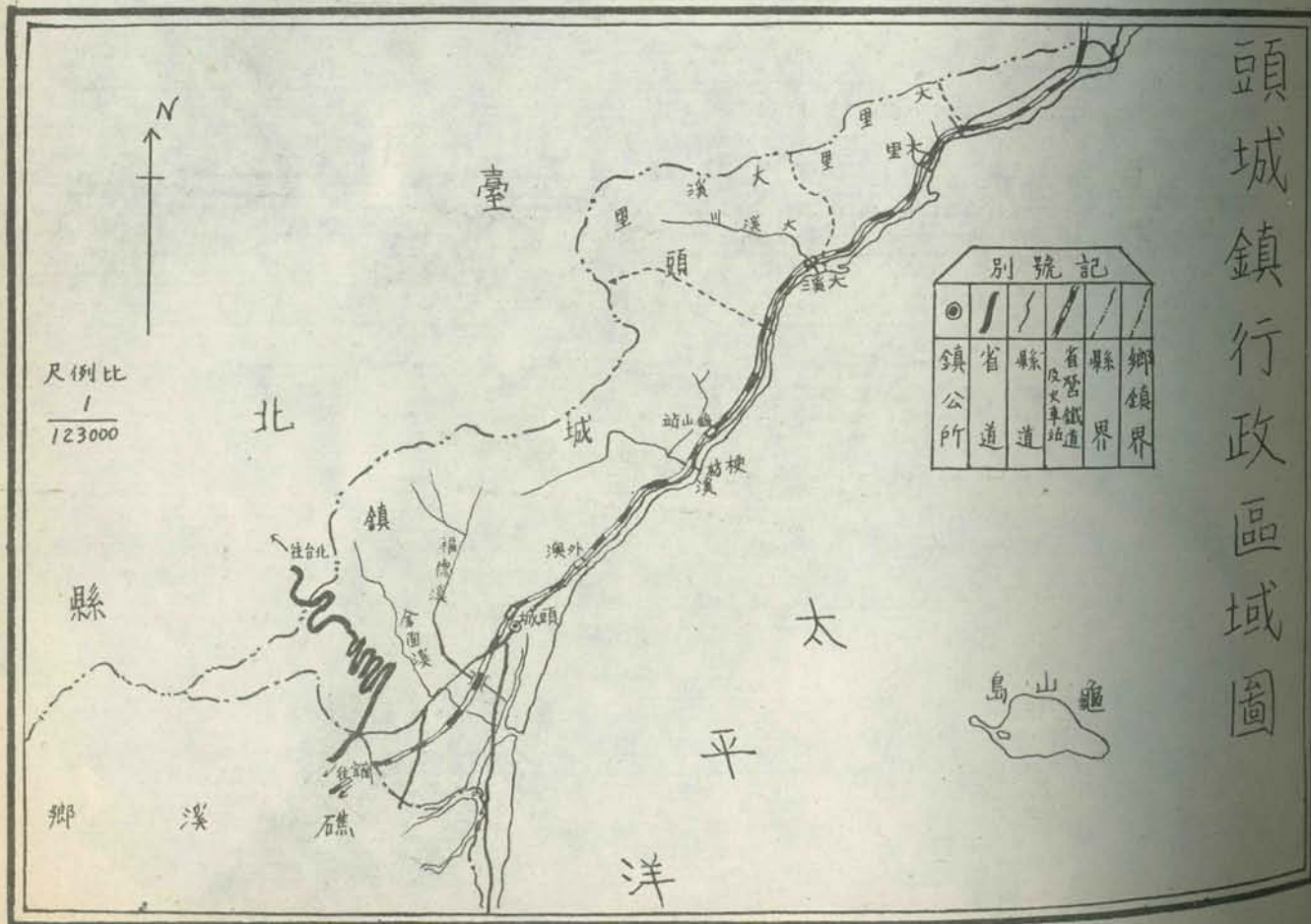
臺灣省農漁村公共衛生調查報告

呂學重、曾凱元、楊文昌
 楊吉銓、董美齡、賴建宏
 聯合執筆

策劃：楊文昌
 指導：洪清霖講師

目次

- 一、前言
- 二、調查地點介紹
- 三、調查方式
- 四、結果與分析
- 五、結語
- 六、引用文獻



前 言

我國自古以農立國，農民佔全國人口之絕大多數，農業的繁榮與否，直接影響國家的盛衰。至今雖大力提倡工商，然農業在我國的重要性可說絲毫未減。只是一般農民知識較貧乏，能力較薄弱，難以在生活環境及工作生產上自求改進，亟需政府的大力輔導。漁業在我國自有其相當的重要性，人口雖不若農民之多，但生活環境之困苦，知識水準之低落則和農民相似。其需政府輔導之殷切程度實不在農民之下。

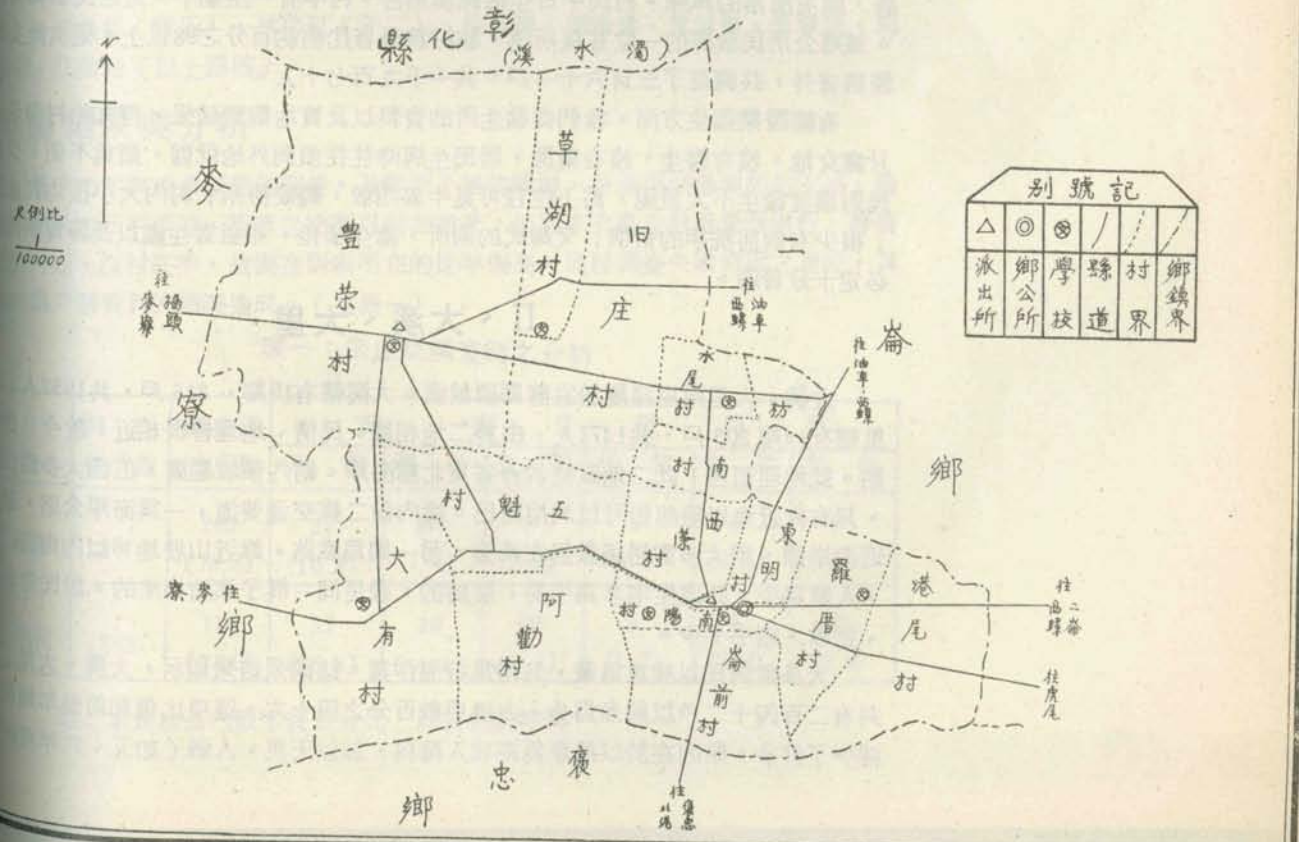
近年來，在政府銳意經營下，農漁村雖無法和進步快速的大都市相比，但也確實有長足的進步，如電力及道路等公共設施方面已頗具規模。惟一令人遺憾的是農漁村在公共衛生上，少有進步，相對地顯得非常落後。

農漁村在公共衛生上落後的情形，可說是衆所週知，但是國內有關的資料非常貧乏，大家一味的談農漁村落後，究竟落後到什麼程度却無人問問。曾有某雜誌一篇對本省濱海一鄉鎮的調查報告(2)中謂：其居民百分之八十患有胃病，如此令人咋舌的數字，可說是替東亞病夫找到了一個最好的印證。由於報告中無任何說明，我們不知這百分之八十究竟是想當然耳的自創數字，抑或是實際調查統計所得。我們也不知道其所謂胃病究竟是依照鄉民自己所講呢，抑或是曾利用診斷學稍加限定。瞭解了農漁村的落後情形及有關資料的缺乏，幾位有志的同學深覺實地調查的迫切須要。

當 蔣院長提出加速農村建設計劃後，我們深為全國農民慶幸，自己亦非常振奮，我們知道必須盡最大的努力，完成客觀的報告，希望能做政府施政的參考。

這次調查活動，在王耀東教授及洪清霖講師的指導下，由籌備、預查、問卷設計到實地調查，都順利完成。更榮幸的是我們得以在總團部的自強活動下成立一隊伍，獲得不少幫忙。

雲林縣崙背鄉行政區域圖





二 ■ 調查地點介紹

本次調查由於人力、物力及財物上的關係，同時爲了調查方便起見，農村部份我們選擇了雲林縣崙背鄉的崙前村；漁村部份則爲宜蘭縣頭城鎮的大溪里及大里里。茲分別介紹如下：

I、崙前村

崙前村隸屬於崙背鄉，崙背鄉位於雲林縣內西北方，地勢平坦、土地肥沃、農產豐富，對外交通以台西客運行駛西螺、虎尾、麥寮、北港堪稱便利。該鄉共轄有十四村，四千九百二十七戶，計有居民三萬一千二百一十五人，90%以上務農。鄉內工廠有四十三家，商店四百零五家，小賣市場二所，國民小學六所，國民中學一所。至於衛生醫藥方面：計有衛生所，診所四間，有照藥房4家，無照20家。以如此單薄的醫療設備，兼顧14村的醫藥衛生，實有捉襟見肘，力不從心之感。但該鄉衛生所仍盡力而爲，精神令人敬佩。目前家庭計劃及預防注射是其努力重點之一，成果還算可以。

崙前村是距離崙背鄉公所及其文教中心最近的村里之一，位於該鄉之南方，共有十四鄰，三百九十戶，人口二千六百三十七人。該村地處濁水溪下流平原，土質肥沃、灌溉便利。絕大部份村民還保留大家庭生活、同氏親戚、子弟們往往毗鄰而居，頗有部落的風味。村民平日生活純樸刻苦。村中有一座廟宇，是居民信仰所托。據鄉公所民政課的一位官員所述，該村務農者比例約百分之98以上。這次除去非務農者外，共調查了三百六十一戶，共一千九百七十人。

有關醫藥衛生方面，我們從衛生所的資料以及實地觀察結果，得知此村還是一片處女地。沒有醫生，沒有藥房，居民生病時往往須到外地就醫，頗爲不便。又村民對環境衛生不大重視，路上往往可見牛糞四散，蠅蚊紛飛；村內大小孩均打赤腳；很少有飯前洗手的習慣；又蹲式的廁所，衛生極差，相信寄生蟲以及腸胃病問題必定十分普遍。

II、大溪、大里

大溪、大里兩里隸屬於宜蘭縣頭城鎮。大溪轄有19鄰，315戶，共1957人；大里轄有14鄰203戶，共1471人。由於二地相鄰，民情、地理皆很相近，故今合併介紹。就地理而言，此二地區位於台省東北部海岸。轄內領域雖廣，但因大多爲山區，只有靠近海岸線部份可以利用而已。境內僅二條交通要道，一爲海岸公路，較靠近海岸線，絕大多數居民散居在兩旁，另一則爲鐵路，靠近山坡地。以內則爲山區，人煙稀少。此處住宅多爲平房，矮矮的，像是同一模子裏造出來的。居民篤信佛、道教，廟宇不少。

大多數居民以捕魚爲業，且均爲近海作業。據調果結果顯示，大溪、大里二地共有二百四十二戶以捕魚爲生，占總戶數百分之四十六。這項比例和前幾年相較，減少了許多。原因在於以捕魚爲業收入難料，加以天災、人禍（如五、六年前嚴重



看漲時，收入頗豐，但日本突然停購，使許多人陷入苦境）相加，年青一輩或有積蓄的人大多見風轉舵，從事其他行業。

此處的醫藥衛生情況，與崙前村相差無幾。全境醫師1人，沒有藥房。漁民均投保漁險在生命財產上均有所保障，但漁險僅保障漁民本人，並不包括其家人，且保險醫院遠在宜蘭、羅東等外地，遠水如何救得近火，可想而知。

據衛生所主管報告，由於該鎮轄區廣大，百廢待舉，加以經費短缺，保健工作推行起來頗為困難。該衛生所除對家庭計劃，預防注射，衛生教育相當注重外，對肺結核的診斷、治療、追蹤更加努力，成就不小。

三 ■ 調查方式

本次調查，調查對象完全以鄉鎮公所所提供之戶長名冊為依據，除去所有非務農或非漁民者。回答問卷者原則以戶長為優先，若戶長不在時則以該戶年滿十八歲之成員為準。本次調查均到府完成，問卷的填寫由研究員為之。

調查活動由六十二年七月四日起至七月十四日共十天，除去交通往返時間，農漁村各實際調查四天。研究員完全由本校醫、牙、護同學擔任，於調查前曾接受短暫的講習。研究員名單如下：賴建宏、董美齡、莊惠美、曾凱元、柯佑民、呂津洲、王世楨、呂學重、呂旭彥、張桂琨、楊吉銓、楊文昌、謝宏基、陳啓峯（以上醫六），高義然（醫四），林伶紅（牙二）、徐瑩美、楊玲珍、章秀美、張翠瑛、郭莉莉、江美玲（以上護四）。

四 ■ 結果與分析

這次由於調查員誠懇的態度，及鍥而不捨的精神，普遍得到農漁民的支持，農漁村各只有三戶拒答，拒答之比率可說相當低。但因本次調查利用暑假進行，時值農忙時期，漁村旺季，故調查對象不在的比率偏高，而居調查失敗原因之首位，其他均為戶籍資料的錯誤造成。（見表一）

表一：未成功調查例之分析

	調查總戶數	調查成功戶數	調查失敗戶數					
			不在	遷居	改業	拒答	空戶	其他
農村	361	283 (78.4)	37 (10.2)	27 (7.4)	8 (2.2)	3 (0.8)	3 (0.8)	0
漁村	242	179 (74.0)	37 (15.3)	10 (4.1)	10 (4.1)	3 (1.2)	1 (0.4)	2 (0.8)

註：本表括弧內數字表百分比，以後各表均同。



I、輔助資料

1 教育程度及工作能力：農漁村，平均每戶人口衆多，農村達7.0人，漁村達8.3人，而其中有工作能力者，農村每戶2.4人，漁村1.7人，無工作能力者之原因據調查顯示絕大多數是年幼及年老者。在教育程度方面，我們將已畢業或肄業者均列入考慮，得知農漁村教育程度普遍的低落，其中未曾受過教育者農村達52.7%，漁村達60.1%。受過教育者絕大多數僅小學畢業。具有高中、大學之學歷者，可謂寥寥無幾。至此吾人可知，由於家庭計劃推行的不夠徹底，產生了嚴重的人口膨脹問題，過多無工作能力的小孩，成爲農漁村經濟進步的一沉重包袱，也造成農漁公共建設、生活水準、教育程度的低落。（見表二）

表二：教育程度與工作能力的分配情形

	調查總 人口數	平均每戶 人口數	教 育 程 度					工 作 能 力	
			大 學	高 中	初 中	國 中	無	有	無
農 村	1970	7.0	13 (0.7)	47 (2.4)	136 (7.0)	736 (37.4)	1038 (52.7)	666 (33.8)	1304 (66.2)
漁 村	1477	8.3	12 (0.8)	39 (2.6)	98 (6.6)	440 (29.8)	888 (60.1)	296 (20.0)	1181 (80.0)

2 用水、廁所設備：農漁村在用水方面，相當的原始，由於大溪，大里兩里並無水廠之設立，故無使用自來水者，至於崙前村，即使有簡易自來水廠之設立，然因用戶少，裝設費高，目前僅二十一戶蒙受其利，其他農家以用井水居多，達256戶，佔90.5%，漁村則以使用山泉爲多，達95戶，佔53.1%。總之，在用水方面，農漁村亟需政府輔助設立水廠。

使用井水者，乍看之下，似乎頗爲乾淨，但其未經消毒，及礦物質沉澱處理，對居民健康威脅不小。等而下之者，如使用河水（17戶），山泉（95戶），其污濁程度更不堪設想。

廁所設備，其於公共衛生上之重要性不在用水之下，尤其是在疾病傳播方面。由調查結果觀之，農漁村廁所設備已進步不少，半數以上（農村83.4%，漁村62.6%）擁有私有廁所，只是設備極爲簡陋。在這次調查中我們得知不少住戶，仍隨地便溺，或於豬舍中如廁，這些均有待衛生機關大力宣傳，至於廁所形式，除農村有不到十戶的抽水馬桶式外，其他概爲普通式，對水肥均加以利用，或堆肥，或澆菜，這些情形加上農漁村之蚊蠅叢生，其可能之影響實在令人不敢想像。（見表三）



表三：用水分析及排廁狀況

	用 水						廁 所 設 備		
	自來水	井 水	河 水	山泉水	其 他	缺	私 有	非 私有	缺
農村	21 (7.4)	256 (90.5)	1 (0.4)	0	0	5 (1.8)	236 (83.4)	44 (15.5)	3 (1.1)
漁村	0	64 (35.8)	16 (8.9)	95 (53.1)	3 (1.7)	0	112 (62.6)	60 (33.5)	7 (3.9)

註：本表缺項表本題資料無法獲得者，以下各表均同。

3 醫藥保險：醫藥保險，在國民保健工作中，佔有相當大的重要性，已無庸贅言。曾有報告謂，收入中等之政府機關，公司行號僱員，因有保險之故，所受之醫藥照顧比收入較高而無醫藥保險者為多(1)，因此這次調查我們將醫藥保險列為重點之一。調查工作一經展開，就發現到問題嚴重，在農村有 273 戶 96.5% 完全無人投保。在疾病轉劇前，均將就自購成藥，造成農村地上地下藥房過度猖獗，影響農民健康至鉅，至於漁村，有 124 戶，69.3%，戶內有人參加漁民保險，而有 41 戶 22.9%，完全無保險，令人遺憾的是，所謂漁民保險只有投保人受惠，其家屬則無，其通週問題與農村相似。

II、衛生知識

1 對疾病的處理方式：在這方面我們想瞭解村民對於緊急及非緊急病症之處理方式，及其對醫師、藥品選擇之根據為何。緊急病症在此指如心絞痛，腸絞痛等急性且病情變化劇烈者，而非緊急者則指咳嗽、下痢、頭痛等。得結果如表四：

表四：求診方式的分析 (一)

	緊 急 病 症						
	無 治 療	非 西 醫	西 醫 診 所	衛 生 所	省 立 或 綜 合 醫 院	自 購 成 藥	缺
農 村	10 (3.5)	18 (6.4)	188 (66.4)	7 (2.5)	15 (5.3)	31 (11.0)	14 (4.9)
漁 村	7 (3.9)	4 (2.2)	101 (57.0)	2 (1.1)	38 (21.2)	12 (6.7)	14 (7.8)



表四：求診方式的分析（二）

		非 緊 急 病 症						
		無 治 療	非 西 醫	西 醫 診 所	衛 生 所	省 立 或 綜 合 醫 院	自 購 成 藥	缺
農	村	13 (4.6)	16 (5.7)	63 (22.2)	0	9 (3.2)	177 (62.5)	5 (1.8)
漁	村	18 (10.1)	6 (3.3)	51 (28.5)	0	4 (2.2)	91 (50.9)	9 (5.0)

由表四顯示，大多數農漁民遇有緊急病症時，均能請求醫師的協助（農村210戶，74.2%；漁村142戶，79.3%），但仍有不少農漁民（農村59戶，漁村23戶），仍持觀望態度，自行醫治（Self medication）。在非緊急性病症的處理方面，請求醫師診治的固不在少數，但是自購成藥者更多，佔了半數以上（農村177戶，62.5%；漁村91戶，50.9%），上題所討論無保險制度的弊端，在本題充分的表現出來。由農漁民對緊急及非緊急病症的處理方法，我們可看出，衛生所在這方面，扮演極小之角色，診療業務成果不理想，希望今後除衛生教育、保健預防外，在醫療服務方面能負起更大的責任，在急診方面尤應加強。

2 醫藥選擇：農村有92戶，31.8%，漁村有34戶，19.0%，經常自購成藥。偶而自購成藥者農村有145戶，51.2%，漁村102戶，57.0%，而其對成藥的選擇大部份（農村190戶，67.1%；漁村83戶，46.4%）是根據店員的介紹，但亦有相當的比率（農村20戶，7.1%；漁村22戶，12.3%）是根據電視廣播之廣告。

III、婦幼衛生

在農漁村裏，年青的一代湧向都市，湧向工廠，使得婦女們承擔起吃重的工作，使得小孩得不到週全的撫育。婦女們勤苦的工作著，但却無法受到妥善的照顧。以下即是我們在農漁村所發現之婦幼衛生問題。

1 產前檢查：懷孕時週全的照料，可以確保母子的健康；難產的可能性，威脅著每一位產婦。適時的給予產婦忠告，及早的為可能的難產做準備，是產前檢查那樣主要的目的。由表五看來，可知在農漁村產前檢查仍未被普遍重視。只是我們無法找到該地產婦流產及難產的數字，來印證產前檢查的重要性。

2 生產時專業人員的協助：生產時，不完全的消毒，會留下不少的後遺症，未經訓練過的技術，及簡陋的設備，常造成意外的變故。現在的農漁民對此已稍有瞭解。由表五看來，大多數生產均有專業人員的協助，更可看出他們對助產士的依賴。



程度相當的高；在農漁村醫療設備達到理想之前，對助產士進一步的訓練實屬必要。(見表五)。

表五：孕產婦衛生保健比率

(一) 產前檢查

	曾接受產前檢查			不會接受 檢 查	缺
	每胎都有	曾接受過	計		
農 村	20 (7.1)	25 (8.8)	45 (15.9)	218 (77.0)	20 (7.1)
漁 村	20 (11.2)	28 (15.6)	48 (26.8)	112 (62.6)	19 (10.6)

(二) 生產時專業人員的協助

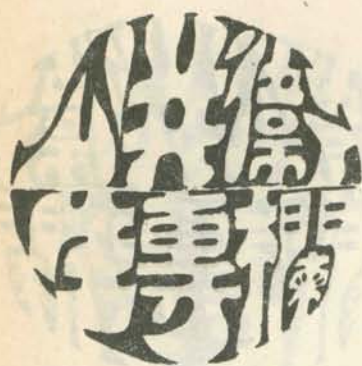
	專業人員協助生產			無專業人員 的 協 助	缺
	醫 師	助 產 士	計		
農 村	4 (1.4)	211 (74.6)	215 (76.0)	56 (19.8)	12 (4.2)
漁 村	21 (11.7)	78 (43.6)	99 (55.3)	66 (36.9)	14 (7.8)

3. 產後的休息：自懷孕至生產，產婦在心理上及生理上所發生的變化非常劇烈，產後相當時日的休息，對產婦健康的恢復及新生兒的哺育，極為重要。由於傳統的重視，大多數產婦均有或長或短的休息。此點可由表六看出。

表六：產後母親休息日數

	無 休 息	休息 1~15 日	30 日 以 上	缺
農 村	17 (.6.0)	18 (6.4)	218 (77.0)	30 (10.6)
漁 村	31 (17.3)	40 (22.3)	89 (49.7)	19 (10.6)

4. 預防注射：本省衛生機關，所推行最成功，成果最輝煌的工作，可說是預防注射，天花早已絕跡，小兒麻痺也不復多見。一般說來農漁民對預防注射的意義，雖非個個了解，但都能依照衛生的所安排前往注射，由表七可以清楚看出。



表七：兒童預防注射接受情形

	完全照衛生所安排	偶而注射	從未注射	缺
農 村	229 (80.9)	21 (7.4)	20 (7.1)	13 (4.6)
漁 村	133 (74.3)	16 (8.9)	15 (8.4)	15 (8.4)

5. 對麻疹的態度：麻疹現雖已可用預防注射來避免，但仍可說是最常遇到的小兒疾患之一。我們希望經由此題，除瞭解農漁民對麻疹的處理態度外，也能觸類旁通對一些小兒普通疾患，農漁民可能之處理方式有所推測。由表八，我們可以看出不少農漁民遇麻疹時能及早就醫，但仍有接近半數（農村125戶，44.2%；漁村96戶，53.6%）直到到有嚴重的併發症方才就醫。

表八：兒童麻疹處理方式

	就醫治療	遇嚴重併發症，方才就醫	缺
農 村	131 (46.3)	125 (44.2)	27 (9.5)
漁 村	65 (36.3)	96 (53.6)	18 (10.1)

6. 新生兒的哺育：好的開始，可使終身蒙受其利，新生兒時期哺育方法的適當與否，影響著往後的健康及發育。由小兒科學得的知識告訴我們，母乳不但是嬰兒最容易消化，吸收及利用的食物，而且吸食母乳對於孩童將來的心理發展，影響極大。雖然農漁村一年四季非常忙碌，但勤儉的生活方式使得他們仍用這最理想的方法。但調查的同時我們意外的發現，許多的農漁婦有奶水不足的情形，這雖不在我們調查表之內，但由研究員的互相交換心得中，我們得知這種情形相當普遍。農漁婦營養不良的情形由此可見一斑。（見表九）

表九：新生兒哺育方式

	母 乳	牛 乳	其 他	缺
農 村	264 (93.3)	16 (5.7)	1 (0.4)	12 (4.2)
漁 村	142 (79.3)	21 (11.7)	1 (0.6)	15 (8.4)

7. 斷奶的時間及方法：嬰兒剛出生之時，體內鐵的貯存量，約足夠五、六月的消耗，因此在五、六月後新生兒即迫切需要母乳以外的營養，否則幾乎不可避免的



會有缺鐵性貧血，而這只不過是過遲斷奶的害處之一。一般農漁民對此毫無所知，幾乎都到週歲才予斷奶。在斷奶的方法方面，大都是漸漸改換食物，少有突然中斷及不予主動斷奶者。（見表十，十一）

表十：斷奶時間

	6月以內	6~9月	9~12月	12月及以上	缺
農 村	8 (2.8)	10 (3.5)	17 (6.0)	230 (81.3)	18 (6.4)
漁 村	3 (1.7)	9 (5.0)	15 (8.4)	133 (74.3)	19 (10.6)

表十一：斷奶方法

	突 然 中 斷	漸 減，輔 以 食 物	不 予 主 動 斷 奶	缺
農 村	69 (24.4)	152 (53.7)	36 (12.7)	24 (8.5)
漁 村	40 (22.3)	99 (55.3)	17 (9.5)	23 (12.8)

8 節育情形：談到節育問題，農漁民相當敏感，不少拒絕回答。男性的避孕手術較為簡單，且無不良影響，應為良好的節育方法，只可惜在農漁村乏人行之。女性方面避孕的比率較高，其中農村以結紮行避孕占相當高的比例。調查時，我們聽到一般農漁婦對避孕藥丸子宮裝置，覺得不太理想，常有抱怨。（見表十二）

表十二：節育狀況及其方法

(一) 節育狀況

	男 性 節 育 情 形			女 性 節 育 情 形		
	曾 節 育 過	未 曾 節 育 過	缺	曾 節 育 過	未 曾 節 育 過	缺
農 村	3 (1.1)	199 (70.3)	81 (28.6)	133 (47.0)	119 (42.0)	31 (11.0)
漁 村	0	123 (68.7)	56 (31.3)	57 (31.8)	87 (48.6)	35 (19.6)

(二) 女性節育方法

	Pill	Ring	Loop	Liga- tion	Cream	Unk- nown	計
農 村	4 (1.4)	5 (1.8)	27 (9.5)	64 (22.6)	0	33 (11.7)	133 (47.0)
漁 村	19 (10.6)	10 (5.6)	15 (8.4)	9 (5.0)	1 (0.6)	3 (1.7)	57 (31.8)



9. 對家庭計劃的看法：農漁民對現在政府推行之家庭計劃，絕大多數表示贊成（農村有195戶，68.9%；漁村有106戶，59.2%）。追問其理由時，則其答案不外乎是：對孩子的養育及教育較易週全或生活壓力較輕等關於經濟方面的理由，少數反對者的理由，則為農漁村人力缺乏，希望較多孩子來幫忙。由這結果看來我們知道農漁民已對孩子過多造成家庭經濟之影響有所了解，至於是否贊成兩個孩子恰好則不太肯定，因為下題結果有些不一致。（見表十三）

表十三：家庭計劃反應表

	贊 成	反 對	無 意 見	不知有此計劃	缺
農 村	195 (68.9)	23 (8.1)	21 (7.4)	25 (8.8)	19 (6.7)
漁 村	106 (59.2)	10 (5.6)	22 (12.3)	21 (11.7)	20 (11.2)

10. 理想的孩子人數：農漁民心目中的理想孩子人數中，傳統的落伍思想有莫大的影響。為傳宗接代，香火延續，他們絕大多數認為一定要有男孩，所以不惜一切，屢敗屢戰。若不論此點他們絕大多數亦想要有三個以上的小孩。討論到這裏不但對現推行的家庭計劃覺得困難重重，且對上題的結果表示懷疑。兩題的結果似乎相反。據我們了解其原因可能為，農漁民對陌生人的調查，頗有戒心，尤其是談到政府的政策，都表贊成；或是他們對現推行之家庭計劃只有粗淺的了解，以為家庭計劃只勸人少生子女，而不知道兩個孩子恰好。（見表十四）

表十四：對生育子女數的要求

	定要有男孩	1 個	2 個	3 個	4 個	5 個及以上	缺
農 村	159 (56.2)	4 (1.4)	43 (15.2)	127 (44.9)	54 (19.8)	14 (4.9)	22 (7.8)
漁 村	61 (34.1)	2 (1.1)	30 (16.8)	49 (27.4)	43 (29.6)	18 (10.1)	24 (13.4)

IV、健康狀況

1. 慢性疾病：本次調查，我們只考慮最近一年內所有的慢性疾病，包括疾病的後遺症。主要分成以下幾個項目：胃腸疾患，氣喘、高血壓、風濕病、心臟病、肺結核、麻痺、氣管炎、糖尿病、腫瘤、心理疾患、眼盲、失聽及其他等項。在調查前，我們即知對各種疾病下一準確的診斷實非易事，因為即使是設備完善的醫院也難以作到，何況是赤手空拳，短短幾分鐘之晤談呢？不過我們儘量以經過診斷者為



或誤，或有診斷學上意義之症狀為主。
 由總計一欄可知農村中有 56.6% 家中有一人或一人以上患有慢性疾病，漁村有 48.9%，這實在是相當高的罹病率。其對農漁村乃至於全國之經濟影響必定不小。以病名區分則得下表：

表十五：依患病發生人數、慢性疾病罹患戶數的調查

	調查戶數	無慢性病 患者戶數	有慢性病患者戶數			缺
			僅一人	二人或以上	總計	
農村	283	117 (41.3)	99 (35.0)	60 (21.2)	159 (56.2)	7 (2.5)
漁村	179	85 (47.5)	53 (29.6)	34 (19.0)	87 (48.6)	7 (3.9)

經統計後，農村有 251 人患有慢性疾病，佔全部人數的 12.7%，漁村有 145 人，佔 9.8%，而以戶為單位的統計如下表所示：

表十六：慢性疾病分類及人數表

	農 村	漁 村
胃腸疾患	71 (28.3)	39 (28.3)
氣 喘	15 (6.0)	9 (6.2)
高血壓	13 (5.2)	15 (10.3)
風濕病	48 (19.1)	28 (20.7)
心臟病	16 (6.4)	9 (6.2)
肺結核	3 (1.2)	4 (2.8)
麻 痺	7 (2.8)	6 (4.1)
氣管炎	17 (6.8)	8 (5.5)
糖尿病	6 (2.3)	2 (1.4)
腫 瘤	3 (1.2)	0 (0)
心理疾患	11 (4.3)	1 (0.7)
眼 盲	6 (2.3)	3 (2.1)
肝病	3 (1.2)	1 (0.7)
失 聽	1 (0.4)	6 (4.1)
其 他	50 (19.9)	18 (12.4)

註：1 此表所示百分比為該項疾病罹患人數和總患病人數之比。

2 其他一欄包括：先天性疾病，手術後之併發症、貧血、白內障、坐骨神經痛、外傷後遺症、肺炎後遺症、偏頭痛及骨髓炎等。



2 慢性疾病所造成之活動障礙：根據美國健康調查 (American Health Interview Survey) 知，慢性疾病的罹患率在高等收入與低收入居民間並無有意義的區別，但進一步討論到因之而造成的活動障礙，則知低收入之居民有較高的比率。在國內之木柵區一調查曾得證明。本調查並沒有做收入不同居民之比較，只是將農漁村整體的情形表示出來，得如下的結果：

表十七：慢性疾病引起活動障礙程度的比較

	總患病人數	無活動障礙	部份活動障礙	全部活動障礙
農 村	251	233 (92.7)	16 (6.4)	2 (0.8)
漁 村	145	129 (89.0)	11 (7.6)	5 (3.5)

3 罹病率：這裏我們將「病」定義為：每一戶之任何成員，罹患有之新近得到的疾病，或是調查員認為有意義之症狀者，這包括一星期前得到而持續至調查之最近一星期者，或是調查時最近一星期內所得者，同時慢性疾病的急性發作亦在內。在罹病率之下，我們同時列下農漁民對這些疾病的處理方式以作對照。

表十八：依發病人數分配的罹病戶數

	無人罹病戶數	僅一人罹病	二人或以上罹病	缺
農 村	211 (74.6)	57 (20.1)	12 (4.2)	3 (1.0)
漁 村	147 (82.1)	24 (13.4)	0 (0)	8 (4.5)

表十九：罹病時治療方式的分析

	患病人數	治 療 方 式				
		無 治 療	自 購 成 藥	中 醫 師	西 醫 師	其 他
農 村	86	11 (12.8)	27 (31.3)	3 (3.5)	47 (54.7)	1 (1.2)
漁 村	24	5 (20.8)	4 (16.7)	1 (4.2)	12 (50.0)	1 (4.2)

V、經濟狀況

在此次調查我們將全年收入這項放棄，因為嘗試一天後發現，所得之結果甚為離譜，不過我們將傢俱方面的資料整理一下，希望能多少反映農漁村的經濟情形。



表二十：經濟能力的估計

	電冰箱	電視	洗衣機	汽車	摩托車	腳踏車	冷氣機	電扇
農 村	16	75	3	1	29	229	0	205
漁 村	38	72	2	1	5	58	1	109

五 結 語

完成這次調查後，發現農漁村內公共衛生問題重重，百廢待舉，我們願就較嚴重者，或較迫切者，再度強調並加上一些我們的心得。

一、綜合這次調查我們覺得保險制度之缺乏及不健全，是現階段農漁村公共衛生之最嚴重問題之一。日前曾由報上得知衛生署將研究實行農民保險，衷心的希望早日實現，免得密醫及地下藥商充斥農漁村，繼續草菅人命。

二、我們發現進步最慢，最不為農漁民重視的問題為廁所問題。農漁民仍使用著最原始最簡單的廁所，加上堆肥，澆菜等的水肥利用，對疾病可說防不勝防。我們希望政府能及早重視此現象，一方面宣傳衛生知識，一方面貸款或補助建立化糞池式的廁所。

三、婦幼衛生是一個相當嚴重，但容易改進的問題之一，我們希望政府能在產前檢查，產婦的照顧及小孩的哺育方面，教導農漁民正確的方法；其他在節育方面，男性結紮手術的未被廣泛接受及女性因子宮內裝置所造成之輕微不方便而廢棄不用等都是應該注意的問題。

在這次調查，我們遇到了不少的困難，幸賴王教授及洪講師從旁指導及各研究員之熱心支持方能圓滿達成；此外並接受到各界人士的幫忙如：頭城鎮公所、衛生所、民衆服務站；崙背鄉公所、衛生所。雲林縣團委會給我們的物質上及精神上的幫忙更使我們由衷感激，在此一併致謝。

六 引 用 文 獻

1. 戚以微等：中華醫學雜誌，17；146-156，1970。
2. 張瑞德：大學雜誌，63期；54-55，1971。
3. 中華民國社區發展研究訓練中心：社區發展叢書。
4. 日本國立公衆衛生院：昭和47年度專攻課程合同臨地訓練調查報告。
5. 行政院衛生署「台灣省山地同胞衛生狀況研究調查」：臨床醫學，8；423-428，1972。