

# 臺北醫學大學 101 學年度碩士班暨碩士在職專班招生入學考試

衛生行政與健康行為試題

本試題第 1 頁；共 2 頁

(如有缺頁或毀損，應立即請監試人員補發)

- |      |  |
|------|--|
| 注意事項 | 一、本試題共四題，共計 100 分。<br>二、請將最適當的答案依題號作答於答案用卷本上。<br>三、試題答錯者不倒扣；題次號碼錯誤或不按順序或鉛筆作答，不予計分。 |
|------|--|

一、請閱讀完下面的文章，然後依序回答接下來的題目。

## 前言

疫苗接種，是防治傳染性疾病最有效的公共衛生策略之一<sup>[1]</sup>。因此，世界衛生組織自1974年起，即大力推動全球擴大疫苗接種計畫(Expanded Programme on Immunization, EPI)，以提高卡介苗、白喉、百日咳、破傷風、小兒麻痺，及麻疹等六種疫苗接種率，最近則進一步主張疫苗接種為達成聯合國千禧年發展目標之一——降低5歲以下兒童死亡率——的關鍵<sup>[2]</sup>。根據世界衛生組織估計，目前每年約有200多萬人因接種疫苗而免於死亡<sup>[3]</sup>。台灣的疫苗接種政策，最早可追溯至1906年頒布之「台灣種痘規則」。目前，全面免費接種的常規疫苗包括：白喉類毒素、破傷風疫苗、百日咳疫苗、卡介苗、小兒麻痺疫苗、日本腦炎疫苗、麻疹疫苗、B型肝炎疫苗、腮腺炎、德國麻疹疫苗，及水痘疫苗等。

1982年，由於未完成疫苗接種的兒童累積人數過多，爆發小兒麻痺大流行<sup>[4]</sup>，共有1,043名罹病，98名死亡<sup>[5]</sup>。有鑑於此，衛生署為了避免類似疫情再度發生，自1983年開始實施嬰幼兒預防接種記錄卡(黃卡)制度，規定在國小入學時，檢查發現未完成常規疫苗接種之兒童，則安排補接種疫苗。近年來，台灣對於常規疫苗接種採取免費及進入國小檢查與補種的政策，在隨著新疫苗或新劑型疫苗的陸續核准上市後，有了明顯改變。例如，新型三合一疫苗(白喉/破傷風/非全細胞型百日咳)有減少接種次數、降低接種部位紅腫疼痛或發燒等不良反應的優點，民眾可以選擇自費接種，以取代傳統免費的三合一疫苗。另一方面，對於國小以下兒童接種流感疫苗，則採取免費但不需要補接種的做法<sup>[6]</sup>。這些政策轉變具有重要的公共衛生意義，但國內目前沒有相關研究探討其對兒童預防接種率的影響。過去的研究發現，雖然各國的疫苗接種政策不盡相同，但父母親(尤其是母親)的教育程度愈高，或職業的階層較高，兒童的疫苗接種完成率亦較高<sup>[7-13]</sup>，主要原因在於父母親有能力取得醫療保健服務的資源。因此，本研究旨在以三合一疫苗及流感疫苗為例，分析不同族群兒童的預防接種情形，特別是有無社會差距的存在。

## 材料與方法

### 抽樣原則及步驟

本研究的資料來源為台灣出生世代研究(Taiwan Birth Cohort Study，以下簡稱TBCS)。TBCS採用二階段分層隨機抽樣方法，母群體為2005年出生的所有活產嬰兒，其名冊來自衛生署國民健康局的出生通報檔。第一階段以鄉鎮市區為初抽樣單位。首先將369個鄉鎮市區依都市化程度及總生育率分為12層，接著根據地理鄰近位置，合併全年出生嬰兒數少於300名的鄉鎮市區形成326個初抽單位，再以系統隨機抽樣方法，抽出85個初抽樣單位(含89個鄉鎮市區)。第二階段則以出生嬰兒為抽樣單位，利用電腦隨機亂數，自中選鄉鎮市區簡單隨機抽出24,200個案。

### 田野調查工作

TBCS之田野調查工作是由國民健康局委託之衛生保健社區調查作業中心辦理(以下簡稱調查作業中心)。訪問員由調查作業中心辦理招募、訓練後，由訪問員持問卷至受訪個案住處，採面對面訪問。受訪者以嬰兒的母親為優先，若母親因婚姻關係已不和嬰兒同住或下落不明，則受訪對象改為主要照顧者。訪問結束後，由調查作業中心辦理後續的作業，使調查過程及資料更為精確。首先，為獲得完整的調查資料，需由調查作業中心的督導員人工核閱每一份完成訪問的問卷，若有遺漏、訪員誤解題意、資料錯誤，或前後題目的答覆互相矛盾的情形，均寄回給訪員，請訪員再行補訪。其次，為獲得高品質的調查資料，調查作業中心採取電話抽查作業，每位訪員至少被抽查完成訪問問卷數的五分之一，以確保調查資料的可信度。最後，由調查作業中心將完成核閱、抽查的問卷交由電腦公司鍵入資料，並設定檢核條件，以避免調查資料鍵入時的錯誤及矛盾的情形。本研究使用第一波(6個月大)及第二波(18個月大)的調查資料，調查期間分別為2005年7月至2006年7月，以及2006年7月至2007年7月。調查完訪率分別為第一波的87.8%，及第二波的94.9%；本研究使用之資料為完成第一波及第二波調查共20,172名嬰兒，佔第一波完訪的83.4%。扣除73位接種資料不完整者，共有20,099位個案資料納入本研究。

### 調查工具

TBCS採用結構式問卷，共包括三部份：嬰幼兒健康照護需求調查問卷、嬰幼兒發展量表，及父母親自覺健康狀態問卷(SF-36)。本研究的資料來自於嬰幼兒健康照護需求調查問卷，所採用的問卷內容包括：(1)預防接種紀錄；(2)雙親的教育程度、工作與收入；(3)嬰幼兒及雙親的基本資料，以及嬰兒的健康情形。

## 研究變項及分析方法

本研究有二個依變項：接種新型三合一疫苗(1=有；0=無)，及接種流感疫苗(1=有；0=無)。新型三合一疫苗係指新型三合一、或四合一、或五合一，或六合一疫苗之統稱。為獲得正確的幼兒疫苗接種資料，請受訪母親或主要照顧者提供兒童健康手冊，由訪員抄錄「預防接種時程及紀錄表」的內容。其次，為了探討兒童疫苗接種是否有社會差異的存在，本研究依據Link及Phelan提出[14]，以父親及母親的教育程度、家庭收入，以及居住地區之都市化程度等社會經濟特性，作為本研究的自變項。其中，父親及母親的教育程度分為國中以下、高中(職)，與大專及以上三組；家戶月收入分為29,999元以下、30,000-49,999元、50,000-69,999元，與70,000元以上四組；居住地區分為鄉、縣轄市/鎮，與直轄市及省轄市三組。而控制變項則包括兒童的性別及健康情形，與母親的生育年齡及國籍。在統計分析方面，首先，依照兒童的人口學特性及健康狀況，比較不同兒童族群的新型三合一疫苗及流感疫苗的接種率。接著，以多變項羅吉斯迴歸(multiple logistic regression)方法控制兒童的性別及健康情形，與母親的生育年齡及國籍後，分析社會經濟特性對兒童疫苗接種的影響。(節錄自台灣兒童疫苗接種的社會差異：以三合一疫苗及流感疫苗為例。黎伊帆、江東亮 台灣衛誌 2011, Vol.30, No3 257)

表三 接種新型三合一疫苗及流感疫苗之多變項羅吉斯迴歸分析<sup>a</sup>

變項	疫苗接種率			
	新型三合一		流感	
	OR	95% CI	OR	95% CI
父親教育程度				
國中以下	1.00		1.00	
高中(職)	1.42***	1.28-1.57	0.95	0.87-1.05
大專及以上	1.91***	1.70-2.13	0.97	0.87-1.08
母親教育程度				
國中以下	1.00		1.00	
高中(職)	1.37***	1.23-1.53	1.03	0.92-1.14
大專及以上	2.12***	1.87-2.40	0.95	0.84-1.07
家戶月收入				
29,999元以下	1.00		1.00	
30,000-49,999元	1.44***	1.29-1.60	0.99	0.90-1.10
50,000-69,999元	1.68***	1.50-1.88	0.91	0.81-1.01
70,000元以上	2.05***	1.81-2.31	0.87 <sup>b</sup>	0.78-0.98
居住地區				
鄉	1.00		1.00	
縣轄市/鎮	0.93	0.87-1.00	0.85***	0.79-0.91
直轄市及省轄市	1.55***	1.42-1.68	0.77***	0.71-0.83

<sup>a</sup>p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

<sup>b</sup>此二迴歸模式分別控制兒童的性別、母親生育年齡、母親國籍，以及兒童的健康狀況。

- (1) 表三為主要的研究結果。請寫出此研究結果的政策建議為何？(15%)
- (2) 請寫出本研究的研究限制。(5%)
- (3) 請解釋何謂修飾因子？(5%)
- (4) 如果未來研究者想知道居住地區是否為家戶月收入和兒童疫苗接種兩者關係的修飾因子，在研究設計或是統計方法上要如何執行？(5%)
- (5) 如果要用健康信念模式(Health Belief Model)理論來進行研究設計，以了解為什麼台灣兒童接受(或不接受)疫苗接種，則可增加什麼自變項？請舉例。(5%)
- (6) 請問此研究可能會產生生態謬誤的推論嗎？為什麼？(5%)
- (7) 你覺得為什麼這個研究要用多變項羅吉斯迴歸做為主要統計分析的方法？(5%)
- (8) 請問此研究將哪些變項看作干擾因子？(5%)

二、A先生覺得抽菸很正面，因為他覺得這事可以令人放鬆；其他同事也邀約A先生抽菸，而且他也想融入他們，在會議中間休息時間快要到時，A先生就想簡訊同事一起到室外抽菸；最後A先生跟同事在樓下一起吞雲吐霧。請依理性行動論(Theory of Reasoned Action)中的每個概念逐項分析上述個人行為，並將概念整合論述其因果關係。(20%)

三、請說明何謂二代健保？衛生署表示預定在民國101年7月實施，請問目前行政上需要克服的問題有哪些？(20%)

四、請閱讀以下新聞。請問，採用限制選科來解決人力失衡的問題，有何優點？有何缺點？(10%)

### 醫師人力失衡 衛署擬限制選科

〔自由時報記者王昶閔、魏怡嘉／台北報導〕醫學生偏愛輕鬆科別，常因此影響婦產科、外科、兒科、急診科等辛苦科別醫師人力，衝擊醫療勞動條件與醫療品質，民眾未來恐找不到醫師開刀、接生！衛生署醫事處處長石崇良說明，目前衛生署每年核准二十二個專科、共兩千兩百個容額，即當年度住院醫師招收人數上限；但每年卻只有一千三百多名醫學生畢業，因此畢業生享有很大的選科空間與自由。