

第一章 緒論

1.1 研究背景與動機

隨著二十世紀後半期所興起的生物科技之帶動下，醫藥衛生不斷的進步、醫療科技的快速普及，再加上結婚年齡與平均生育年齡的升高、生育率逐年下降等因素，人口結構的高齡化已是全球化的趨勢。根據聯合國世界衛生組織的定義，老年人口比率達 7% 時，即為高齡化社會；而台灣在 1993 年的老年人口比例即已達到 7.4%（見圖 1-1），顯示我國正式邁入了高齡化社會。根據行政院經濟建設委員會的推估，未來的人口年齡結構將更趨向於高齡化的方向進展（見圖 1-2）。

然而，現代醫藥衛生的進步，卻沒有為國人帶來更健康的晚年。分析我國歷年來十大死因，我們可以發現慢性病已經逐漸超越傳染性疾病，其排名更有向前攀升的趨勢。而慢性病的治療和照護方式與急性病迥然不同，唯有靠長期的良好控制才能阻止病情的惡化以及減少合併症的發生，從而使病患可以享有正常的生活；但是治療不僅是以藥物為主，必須加上適當的飲食、與適度的運動，形成三者密切配合，才能達到治療的理想效果。

近年來的台灣由於現代化生活方式的快速發展使得國民的生活忙碌，連帶造成外食機會大量增加，家庭外食比例亦有逐年增加的趨勢（見圖 1-3）。因而鮮食產業也在近年，有蓬勃的發展，如便利商店所販賣的各式鮮食，受到消費者的歡迎；然而外食環境中所販賣的餐食，大都屬於油炸或口味偏重的食物，不一定可以配合慢性病患者對於攝食控制之需求，特別是中老年人在面對每天的餐食時，難免會因為自己特殊的健康狀況而需要進食與一般人不同的餐點。

在高齡化社會中，國民平均餘命不斷延長，但是相對的生活自理能力

隨年齡增長或健康影響而退損，因此食品產業若能開發出適合營養需求的餐食，而提供營養餐食將可減少高齡老人炊食之危險及購物之不便；國內在老人送餐服務方面，各縣市社會局已經累積了一定程度的執行成果，然而服務的對象大多僅是針對獨自居住且年齡在 65 歲以上者；根據內政部調查指出，老年人多半不願意接受送餐服務，筆者認為老年人因為不喜歡的是被憐憫的感覺，所以在調查表現上，才會出現認為不需要政府所提供的送餐服務。

中老年人無論在生理上、認知上及社會結構上，都有很大的異質性；面對未來廣大的銀髮與熟年的市場，相關產業如何將這一群逐漸增加的異質需求加以進一步的釐清，其又如何因應其需求並採取適當的行銷策略，未來必定會有助於發展出新的食品服務產業。

而「銀髮產業」一詞，根據李（1997）的定義，係指凡從事各種銀髮福利所需之產品或服務的經濟主題。包括提供長者在食品、衣著、住宅、行動、休閒育樂、醫療保健、安養、信託、投資理財、購買保險等，增強長者生活便利性與自主性相關產品或服務。國內銀髮產業的發展，在福利產品、住宅、衣著、休閒育樂、安養、購買保險等方面，已相當多的產業及消費者行為的研究成果，然而在食品及飲食服務方面，卻相對較為缺乏。

從國外高齡化社會國家如日本、英國、美國、法國等之經驗可以清楚的了解到，僅依賴政府的老人福利措施，已不足以滿足老年人的多元化需求。未來政府有必要以法令政策引導民間資金投入新的老人福利事業市場，將過去救貧的觀念加以轉化，而改以一般性、自費的方式提供老人福利產品、服務以因應需求。因此，李（2003）曾提出「由民間產業界來主導老年福利事業發展是可能的福利模式，政府站在輔導與監督的立場來促使產業界從事銀髮商品的開發，企業應調整行銷策略，重視較年青人更具消費力，且快速增加的銀髮族消費市場」的看法。

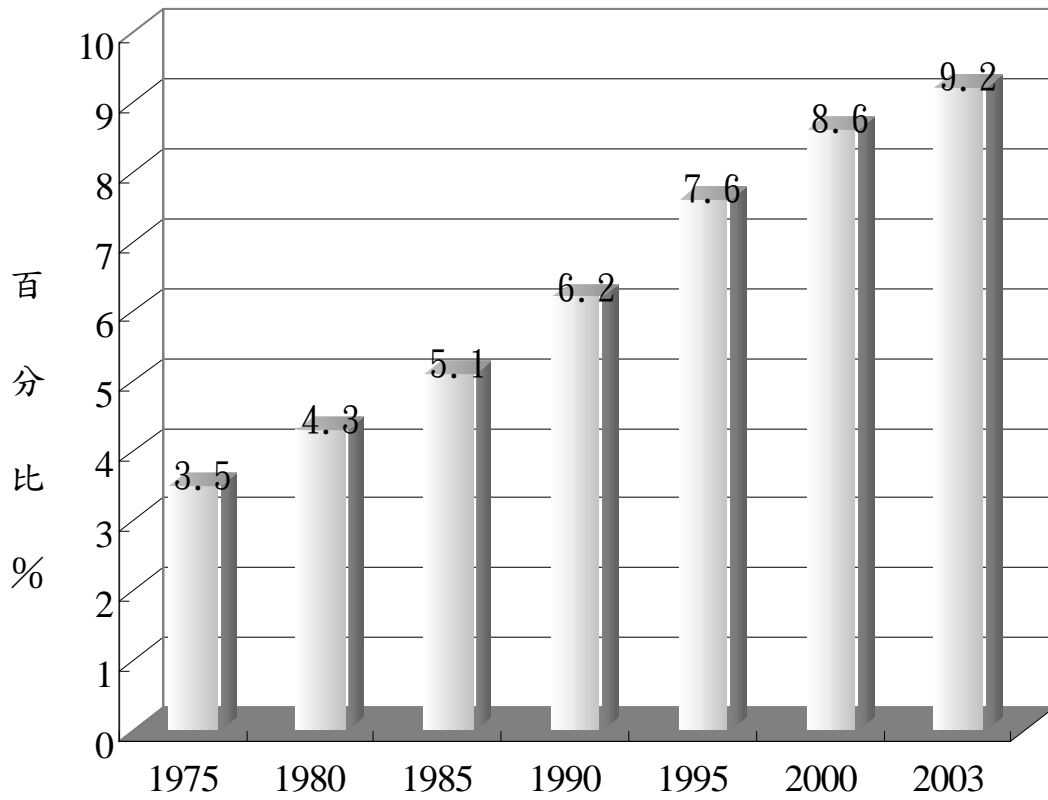


圖 1-1 台灣地區歷年 65 歲以上人口所佔比例

資料來源：內政部戶政司

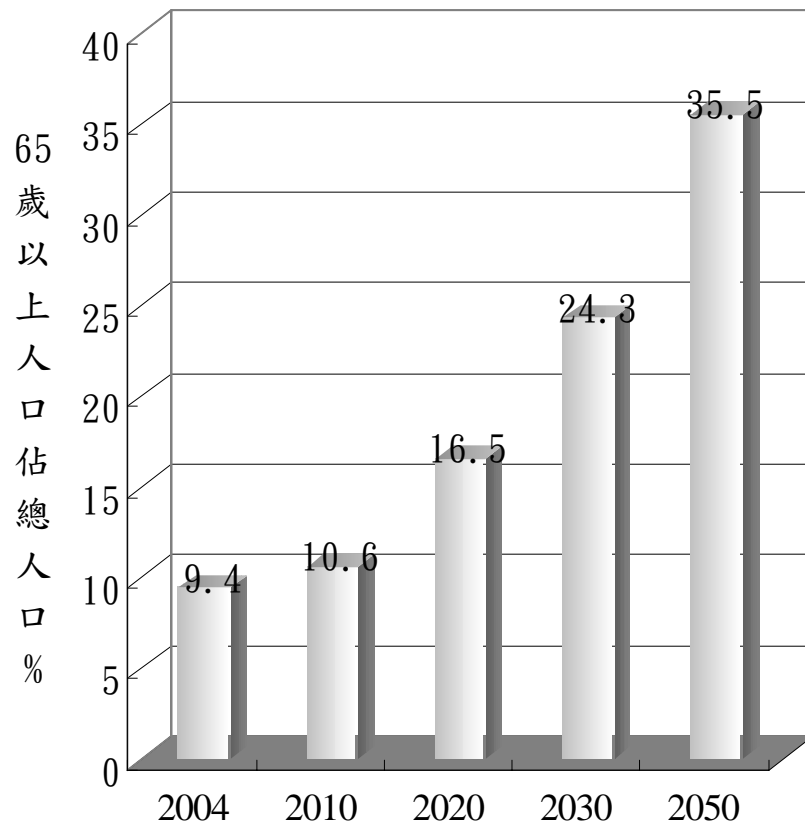


圖 1-2 台灣地區歷年 65 歲以上人口所佔比例推計

資料來源：行政院主計處，民國 93 年至 140 年台灣人口推計，2003

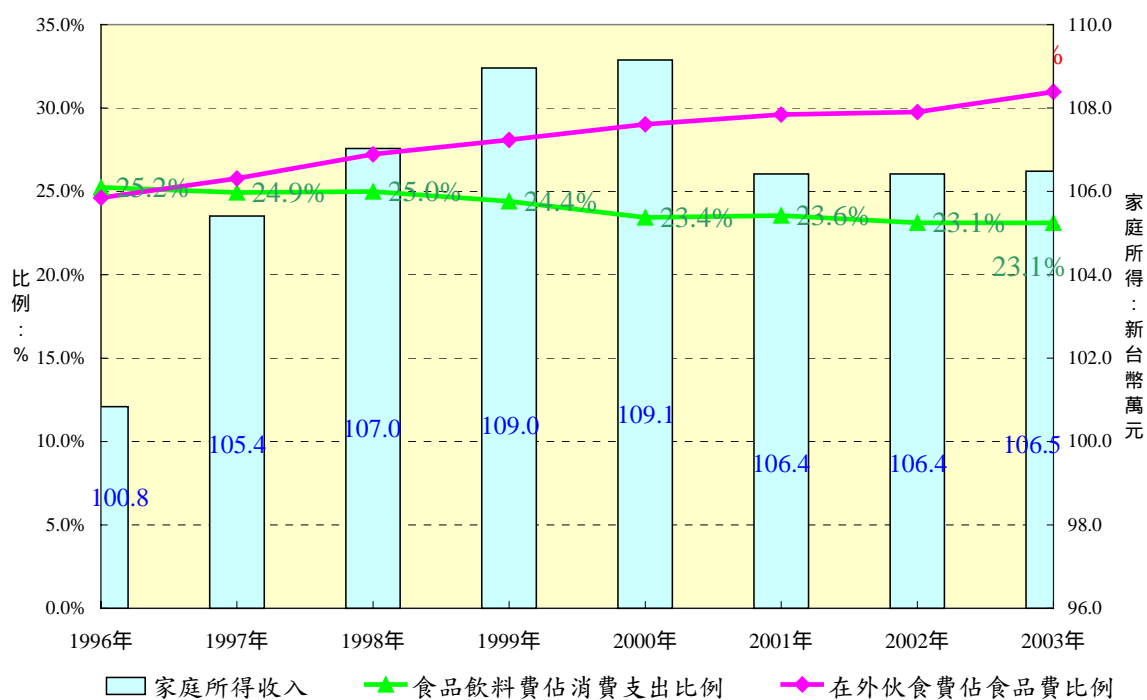


圖 1-3 家庭外食比例

資料來源：中華民國台灣地區家庭收支調查報告

1.2 研究課題與目的

慢性病以中高齡者為主要的發生群體，且已患病者較健康者迫切需要健康的調養，因此本研究試圖透過對於中高齡患有慢性病而需要飲食控制之門診患者，進行健康狀況與日常生活中餐食習慣的調查，而本研究所定義之「健康調養餐食」為一家庭取代餐的概念，本研究亦對於「健康調養餐食」的採用意願進行調查，並以人口統計變數區隔。為了達到以上目的，本研究的研究課題設定如下：

1. 中高齡慢性病患者健康狀況
2. 中高齡慢性病患者日常生活中的餐食習慣
3. 中高齡慢性病患者健康狀況與其日常生活中的餐食習慣之間的相關性
4. 中高齡慢性病患者對符合其健康狀況健康調養餐食的購買意願
5. 人口統計變數對中高齡慢性病患者健康狀況是否存在顯著差異
6. 人口統計變數對中高齡慢性病患者日常生活中的餐食習慣是否存在顯著差異
7. 人口統計變數對中高齡慢性病患者購買符合其健康狀況健康調養餐食之意願是否存在顯著差異

經由以上課題的探討，相信本研究之結果可以成為往後政府構思調整與食品產業構造政策或醫療服務體系之參考。

1.3 研究範圍與對象

1. 研究對象

Bone(1991)指出，研究者乃視研究目的來定義老年人的起始年齡，根據世界衛生組織對老人的定義：所謂老年人，係指 65 歲（含）以上的人稱「老年人口」。我國政府現行規定公教人員 65 歲以上應退休；同時現行勞基法規定工作 15 年以上滿 55 歲得自請退休；國內研究老年人及中高齡者的文獻中，有取 65 歲以上和 55 歲以上者，亦有取 45 歲以上者。而本研究的目的是瞭解生活可自理的慢性病現有老年人以及未來 10 年將進入老年期者其健康狀況以及餐食習慣，因此本研究中所謂的中高齡者，係指年齡為 55 歲以上的成人，又對象為生活可自理的慢性病患者，因此以到醫院內就診的門診患者為抽樣對象，並以台中地區的綜合醫院為抽樣地點。

2. 調查時間：本研究調查時間為 2005 年 1 月 24 日至 2005 年 2 月 18 日止。

3. 調查人員：由本系數名研究生帶領多位受過市場調查課程訓練的大學部高年級學生擔任訪查員，親赴採樣的醫療院所進行人員面對面的訪問。

1.4 研究流程

第一章是本論文之緒論，包括研究動機與目的以及研究範圍與對象的界定。

第二章是對相關文獻的整理與探討，針對論文主題列出包括高齡化時代趨勢、中高齡與慢性病、高齡者的餐食產品需求及家庭取代餐產業介紹等四部分，並予以整理歸納，做為研究上的參考依據。

第三章則是介紹本研究的研究方法，包括研究架構、實證方面的問卷設計與抽樣調查，並對樣本結構的資料及分析方法、研究限制進行說明。

第四章是資料的統計分析與研究結果。

第五章為歸納第四章資料的分析、解釋及發現，整理出本研究的結論，並依本研究的結論提出對食品產業的策略形成、政府未來進行政策擬定以及醫療服務體系調整之建議。

本研究流程圖如下頁圖 1-4 所示：

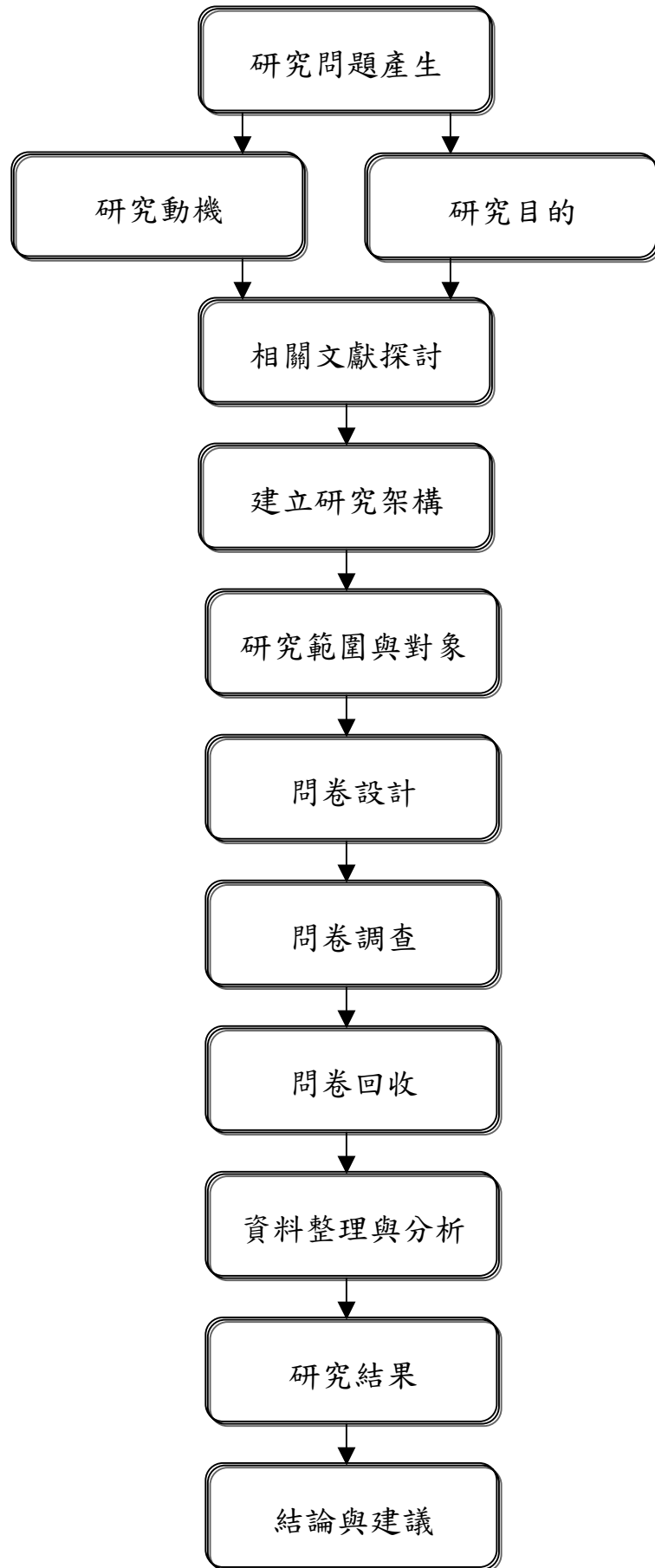


圖 1-4 研究流程圖

資料來源：本研究

第二章 文獻探討

根據研究目的，本論文的文章探討將包括四大部分：(一) 高齡化時代來臨；(二) 中高齡與慢性病；(三) 高齡者的餐食產品需求；(四) 家庭取代餐產業分析。

2.1 高齡化時代來臨

根據內政部統計，我國 65 歲以上老人至 2004 年已達全國人口 9.4%，推估 2021 年將到達 16.5%，人口老化速度為全球第二僅次於日本。

2.1.1 人口結構高齡化

人口老化是全世界共通的趨勢，歐美先進國家從十九世紀即開始陸續邁入老化國家之列，而多數開發中國家也在快速跟進，因此，在即將來臨的二十一世紀，全人類必須共同面對人口老化的問題。

而人口老化是現代化社會特徵之一，也是人口增加型態轉型的必然結果。所謂「老化人口」依照聯合國的說法，是指 65 歲以上人口佔總人口比例達到 7%或以上者而言，在世界各國人口中，先進國家人口的死亡率和生育率先開始下降，因此，其老齡化也比較早。如表 2.1 所示，法國人口於 1865 年便達到「老化」的水準；其次為瑞典，相隔 25 年；德國和英國都是 1930 年達到，和瑞典相差 40 年；美國於第二次世界大戰結束那一年達到，而日本則延後到 1970 年才達到。台灣地區於 1994 年達到此一水準。達到此一水準後，人口仍繼續老化，亦即 65 歲以上人口所佔總人口的比例繼續提高，然而提高的速度，有後來居上的趨勢。例如先達到「老化」水準的法國，花了 125 年，即達到 1990 年才加倍為 14%，瑞典只花了 80 年，德國和英國花 45 年便加倍，而最後達到老化水準的日本、台灣地區均在不到 30 年期間就可以達到。(孫，1999)

表 2.1 主要先進國家人口老化速度之比較

| 國家 | 達到 65 歲或以上 人口佔總人口 7 %之年 | 達到 65 歲或以上 人口佔總人口 14 %之年 | 老年人口由 7% 提高到 14%所經 過年數 |
|----|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 法國 | 1865 | 1990 | 125 |
| 瑞典 | 1890 | 1970 | 80 |
| 德國 | 1930 | 1975 | 45 |
| 英國 | 1930 | 1975 | 45 |
| 美國 | 1945 | 2010 | 65 |
| 日本 | 1970 | 1995 | 25 |
| 台灣 | 1993 | 2020 | 27 |
| 中國 | 1999 | 2028 | 29 |

資料來源：孫得雄，1999、本研究整理

台灣隨著經濟的發展、生活水準的提高、環境衛生的改善、傳染疾病的控制以及醫療保健科技的進步，已於 1980 年代晚期完成人口轉型¹（孫，1999）。隨後，我國人口結構開始迅速老化，並於 1994 年老年人口跨越聯合國世界衛生組織（WHO）所定義老人國家 7%的門檻，正式邁入「老人國家」。未來相信我國人口老化現象也將加速進行，根據行政院經濟建設委員會 1999 年的「中推計」，台灣地區到 2021 年，老年人口將達 392 萬人，佔總人口數 16.5%，而在未來 20 年左右，老年人口將會增加近 1.26 倍，其佔總人口比例亦會快速升高，由 2003 年 9.4%升到 2024 年 18.8%。

高齡化社會所帶來的諸多問題，對個人、家庭、社區造成嚴重影響，

¹ 所謂「人口轉型」係指人口自高出生率與高死亡率的均衡狀態轉變為低出生率與低死亡率的均衡狀態，在轉型過程中因死亡率先於出生率下跌，乃產生大幅度的人口成長。參照參考文獻中文 27。

對國家社會也造成全面性的衝擊。這些問題包括現行的醫療保健、社會福利、保險制度等相關政策將面臨調整的必要，因此有關老化及老年人口健康及照護問題向來受到世界各國重視，蔚為廣泛的研究重點。而國內亦有相當多的研究者，針對人口結構老化的議題做許多深入的探討。然而，隨著老年人口的增加，慢性病及功能障礙人口也急遽上升，對醫療保健與長期照護系統的衝擊無可避免。(李，1998)

2.1.2 銀髮產業的發展

英國諾廷頓大學教授韋克斯（1972）指出，老人問題的主要因素是老人本身在下列幾方面發生了巨大的變化所造成：

- 一、經濟來源與所得方面的變化。
- 二、社會角色與人際關係上的變化。
- 三、心裡與精神狀態方面的變化。
- 四、身體健康的變化。

這些變化使得老年人在現代社會中產生了極大的困境，而難以適應（徐，1989）。老年人由於年歲增長生理機能日漸衰退，雖然我國政府為朝向福利國家邁進，推行許多保障老人措施與方案，但常常忽略了老人實質需求。因此，若能發展出一系列老人相關福利產業，使老年人即使是機能退化、行動不便，仍能夠透過產業界提供的產品、服務，而在食、衣、住、行、育樂休閒及醫療保健各方面擁有相當程度的自主性，則老年人的生活會因此而更加充實、有意義，社會對於照顧老人的負擔亦得以相對的減輕（李，2003）。根據李瑞金對於「銀髮產業」的定義，係指凡從事各種銀髮福利所需之產品或服務的經濟主題（李，1997）。包括提供長者在食品、衣著、住宅、行動、休閒育樂、醫療保健、安養、信託、投資理財、購買保險等，可以增強長者生活便利性與自主性相關產品或服務。國內銀髮產業的發展，在福利產品、住宅、衣著、休閒育樂、安養、購買保險等方面，已相當多的產業及消費者行為的研究成果，然而在食品及飲食服務方面，卻相對較為缺乏。如果沒有健康的身體，其他再好的福利提供都是多餘。因此，如何在中老年人慢性病防治方面展現更顯著的成效，不只是需要政府部門在政策上做修正及增訂，食品產業也應及時調整研究發展方向及行銷策略，透過消費者行為的研究更精確的掌握中高齡國民的特殊區隔市場，為更健康的國民老年做努力。

2.2 中高齡與慢性病

公共衛生的改善以及醫療科技的進步，使得我國居民的平均餘命逐漸的延長，女性的平均壽命從 1950 年的 56.32 歲增加到 2003 年的 79.05 歲，男性則在同時期由 52.90 歲增加到 73.35 歲（內政部，2003）。

然而在國人平均餘命延長的同時，慢性病的發生率亦隨之增加，而慢性疾病又以中高齡者為主要的發生群體。美國於 1992 年調查發現 65 歲以上老人近八成至少有一項慢性健康問題（Stanhope & Lancaster，1992），每人平均罹患 2.2 種慢性病，慢性疾病亦佔了整個醫療照護支出的 70%（Hoffman，1996）。根據國內內政部（2002）統計指出，患有慢性疾病老人也已佔了老人人口近六成。

在比較各國之間的國民健康水準時，死亡率是常用的指標。衛生署定期把當年的死亡人口按死亡時的病因及死亡率列出十種最重要的死因。以往傳染性疾病盛行，沒有適當的抗生素、生活環境不良等因素，傳染性疾病佔大部分死因；而近年來，十大死因改以慢性病為主，台灣在 2003 年的前五大死因為惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病及事故傷害，其中糖尿病的死亡率亦逐年快速的增加，男性的糖尿病死亡率較 10 年前增加近兩倍，女性的糖尿病死亡率更高達 46.59%，且為十大死因之第 3 位。而在十大死因中以糖尿病死亡率受人口高齡化之影響最高（衛生署，2003）。此外高血壓與腦中風、心臟病的發生有密切的關係。（黃，1999）。

有鑑於此，衛生署為有效防治慢性病，自 1991 年制訂「國民保健六年計畫」，在中老年病防治方面，將血壓、血糖及血膽固醇等危險因子之控制列為防治重點工作；又於 1999 年至 2001 年之「中老年病防治三年計畫」中，特別將高血壓、糖尿病等列為主要的慢性病防治重點。因此，了解高血壓、糖尿病等慢性病患者在各方面的實際需求，尤其是日常飲食的調整，已成為加強慢性病防治上刻不容緩的重要課題。

表 2-2 2003 年台灣地區主要死亡原因

| | 合計 | 男性 | 女性 |
|----|--------------|--------------|--------------|
| 1 | 惡性腫瘤 | 惡性腫瘤 | 惡性腫瘤 |
| 2 | 腦血管疾病 | 腦血管疾病 | 腦血管疾病 |
| 3 | 心臟疾病 | 心臟疾病 | 糖尿病 |
| 4 | 糖尿病 | 事故傷害 | 心臟疾病 |
| 5 | 事故傷害 | 糖尿病 | 事故傷害 |
| 6 | 慢性肝病及肝硬化 | 慢性肝病及肝硬化 | 腎炎、腎徵候群及腎性病變 |
| 7 | 肺炎 | 肺炎 | 肺炎 |
| 8 | 腎炎、腎徵候群及腎性病變 | 腎炎、腎徵候群及腎性病變 | 慢性肝病及肝硬化 |
| 9 | 自殺 | 自殺 | 自殺 |
| 10 | 高血壓性疾病 | 結核病 | 高血壓性疾病 |
| | 其他 | 其他 | 其他 |

資料來源：行政院衛生署，2003

2.2.1 慢性病與飲食

惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、意外事故及不良影響是 65 歲以上老人的主要五種死亡因素，均是慢性病，也是台灣地區十大死亡因素的前五位。而這些疾病群所共有的危險因子，即高血壓、糖尿病、高血脂症等。

慢性病與飲食習慣之間存在著緊密的關係，對中老年人而言，高血壓是必須控制的症狀，因高血壓與腦中風、心臟病的發生有密切的關係。據流行病學的研究，過多的食鹽（或鈉）攝取與高血壓的發生有密切的關係。亦有相當多的研究結果顯示，血漿（或血清）膽固醇濃度偏高易引起血管粥狀硬化症，進一步導致心血管及腦血管疾病。然而，飲食也被認為與一部份中老年人癌症的發生有相關性。

而五六十年前醫師們已注意到，在戰時，第二型糖尿病人不多，但在和平又經濟發達而飲食（熱量）攝取過多的社會裡，肥胖症及第二型糖尿病²都會增加。此種糖尿病多發於中年人，且若未能好好控制，將引發高脂血症、血管粥狀硬化、血管粥狀硬化症等慢性病（黃，1999）。

² 第二型糖尿病又稱非胰島素依賴型糖尿病或成人型糖尿病。主要由遺傳造成，治療包括飲食、運動、藥物及體重控制。

2.2.2 中高齡慢性病之飲食醫囑遵行行為

美國慢性病委員會 (Commission of Chronic Disease) 在 1949 年時定義慢性病具有下列一種以上特性：

- (1) 慢性病患病的時間是長期的；
- (2) 慢性病會遺留殘障；
- (3) 慢性病是起因於不可恢復的病理狀況；
- (4) 視慢性病患者之病況而需要不同的復健訓練；
- (5) 慢性病患者需要長期的醫藥指導；

慢性病的治療方式，需要依靠定期的服藥、規律的運動、飲食的控制，三者互相配合，才能達到良好的治療效果。有關罹患慢性病老人的遵從行為主要從兩個模式來探討。一個是適應模式，此模式將慢性病視為一壓力事件，老人人口特徵、個人特質、自我照顧、因應方式、社會支持等影響其壓力感受與遵從行為的決定 (Burckhardt, 1987)。另一個是健康信念模式，此模式指出個人遵從行為與個人對罹患疾病的可能性認知及疾病嚴重性的認知，獲取資源的便利性與障礙性有關 (Cameron & Gregor, 1987)。

國內在慢性病老人服藥遵從行為的研究已有相當多的成果，包括探討遵從行為的相關因素 (劉, 1999)，在諸多相關因素中，健康信念、社會支持、服藥狀況、部分人口特徵是最常被討論的幾點，也有研究者進一步的探討家庭支持、生命態度對遵從醫囑行為的影響 (劉, 1999；江, 2002)；另外，在老年人飲食品質方面亦有所著墨 (李, 2002)。

護理人員常發現，有時老人對保健知識知道的很清楚且也很容易就可以執行的保健行為，但卻拖延沒有執行。在實際接觸中，也常發現老人覺得”活著沒有意思，早死早解脫” (劉, 1996)。然而，一個治療計畫的成功與否，最重要的是病人能夠確實執行，面對如此困難不易執行的治療處

方，病人即使能夠完全遵循醫囑，卻也無法保證可以達到百分之百的預防效果(Becker & Rosenstock, 1984)，但遵循醫囑所導致的不便與不適卻是可以確定的(Rosenstock, 1985)，因此並不是病人不知道遵循醫囑的好處，而是有時候會不想或不方便去執行醫囑(黃, 1996)。然而，遵從醫囑對慢性病而言，是決定其健康的關鍵因素，但慢性病患不遵從的行為卻普遍存在。(胡等, 1996)

Eliopoulos(1999)提出極少數病患能於疾病纏身後仍維持原來的生活型態，因生活型態與疾病之間存有密切相關性，例如吸煙、過量飲酒、不健康飲食或缺乏運動等行為，皆造成個人健康的威脅，尤其是對慢性病患而言，更加的嚴重。因此能順應疾病治療所需，或控制慢性病的症狀，調整生活型態是照護慢性病的重要任務之一(Eliopoulos, 1999; Miller, 1992)。

罹患慢性病老年人在飲食照護上，能依其疾病之特性，而遵守著疾病的飲食原則，包括調整飲食的成分、質地、量及性能方面，在這些飲食限制下，老年人漸能改變自己原有的飲食習慣，以順應疾病之治療需求(劉, 2002)。而在Chan & Molassiotis(1999)及Toljamo & Hentinen(2001)的研究結果中，發現慢性病患的遵從醫囑行為，也多數是能遵守疾病之飲食原則。然而，在醫師對慢性病患的飲食醫囑方面的研究中(劉, 2002; 江, 2002))指出醫師多無明確的說明中高齡慢性病患者應遵行哪些對於飲食方面的醫囑。

高血壓患者之遵醫囑行為(江, 2002)，以服藥遵從行為表現最好，其次是飲食遵從行為，而以運動遵從行為表現最差。此與類似研究有相同之結果(張, 1991; 黃, 1996; 黃, 1996)，可能的原因為：

- 一、通常患者去看病會期望醫師給予藥物治療，故比起飲食與運動，較會接受服藥行為。
- 二、醫師對飲食及運動方面少有具體的說明，多僅強調其重要性，並

未詳細教導患者要如何做或有其他替代方法的選擇，而對藥物方面的說明較清楚，且藥袋上也會標示出藥名、劑量、服用時間，使得服藥行為較易施行。

在飲食控制行為方面，以「我都有按時吃飯」得分最高，得分最低的是「我會注意鹽分的攝取」，此可能因為早已養成了固定的飲食習慣所致（江，2002）。

在老年人飲食品質方面，根據李（2002）發展出飲食評估法 DQS（Dietary Quality Score）評量老人飲食狀況，發現四成老人飲食品質欠佳，而該研究亦指出影響老人飲食品質的因素為教育程度、經濟狀況、用餐時有他人陪伴、營養知識、進食態度等因素。同時該研究也指出，老人營養知識欠佳，但進食態度相當正向且不甚相信坊間流傳的保健說法及保健食品，然對傳統飲食禁忌卻極為篤信。另一方面，卻也有研究結果指出，高齡者對農產保健食品的食用理由，最常見的理由是補充營養，其次是親戚朋友間的口碑，然而多數人是無法具體說明其功效的（王，2004）。

而健康狀況，往往是老年人的休閒阻礙因素之一（王，1997；林，2002；陳，2002）。另一方面，亦有研究（黃和蔡，2002）指出影響銀髮族出國旅遊障礙因素中，最主要為「深怕自己生理無法負擔」、「餐食不方便」與「深怕旅遊手續麻煩」等十項。顯見，除了本身的健康狀況考量之外，業者提供的服務是否符合老年人外出用餐的特殊需求，亦是一重要考慮因素。

老年人的居住狀況和以往也出現了很大的不同，因家庭結構的改變，使得老年人不想和兒女同住而獨自居住情形越來越多，或因為再就業的關係，外食機會增加；但是卻因為缺乏食物營養的知識或醫師的飲食醫囑，導致在購買到或調理出適合自己健康狀況的食物或餐食有所障礙。

近年來的台灣由於現代化生活方式的快速發展使得國民的生活忙碌，連帶造成外食機會大量增加，家庭外食比例亦有逐年增加的趨勢。因而鮮食產業也在近年蓬勃的發展，如便利商店所販賣的各式鮮食，相當受到消

費者的歡迎；但是外食環境中所販賣的餐食，卻不一定可以配合慢性病患者對於控制飲食之需求，特別是中老年人在面對每天的餐食時，難免會因為自己特殊的健康狀況而需要進食與一般人不同的餐點。

有關保健觀念方面，王（2004）在研究中指出，高齡消費者一般多有保健的觀念；內政部「2002年老人狀況調查」中亦指出，50~64歲中高齡者未來生活上擔心的問題，前兩項即為健康及經濟來源。

因患病而產生的特殊飲食需求，如能有一完善的供應體系加以妥善因應，將能為患病的老年人帶來更便利的生活。然而老年人的需求和其他年齡層的族群有很大的差異，目前針對老年人在食品方面的消費行為則較為缺乏，也因此形成了本研究的研究動機。

2.3 高齡者的餐食產品需求

國內目前對高齡消費者的消費行為之研究，在高齡者對食品類產品的研究方面，目前已有對保健食品及餐食的需求進行研究，唯在針對因患有慢性疾病的高齡者而產生的特殊飲食需求方面之研究仍舊屬於缺乏狀態。

根據王（2004）對高齡者的餐食產品需求的調查報告中指出，在加工食品及服務上，64-74 歲族群最希望食品產業開發具有保健功效的補品，其次為正餐的飯類、菜餚及麵食類，其中又以女性最期待開發具保健功效的補品，男性則最期待開發正餐吃的飯類。55-64 歲族群最期待開發正餐吃的飯類，其次為正餐吃的麵食類，具保健功效的補品，女性及男性皆以期待正餐吃的飯類產品開發比例最大。因此，55-64 歲族群顯然是有餐食的問題需要解決，其需求的原因需要進一步的調查。

在食品服務上，目前我國都會區具活動能力的 55-74 歲族群，在未來對於烹煮用食材或正餐用餐食的配送到家/送餐服務的需求亦不明顯（王，2004）；在 2002 年內政部調查報告中，50 歲以上國民最不需要的福利需求中，送餐服務亦包括在內，結果類似。

依李（1997）的研究指出，銀髮族願意購買之商品及服務前十項，食品類分佔了第七和第八兩項，分別是健康食品與銀髮族餐館，顯見國內銀髮族對食品的需求仍存在。此項研究亦提出，老年人在飲食方面的需求分為兩方面：一、健康調理食品：針對老人需要調配之冷凍調理食品或罐裝食品；二、送餐到家：配送適合老人飲食之餐點到老人家中以供食用。

而在日本，已經有「高齡者的宅配服務」，日本最大的便利超商連鎖店 7-ELEVEN 利用該集團在全日本 8200 家分店與資訊系統的優勢，為老人提供伙食配送與網路購物等服務，而且 7-ELEVEN 是和電子公司的「NEC」著手研發方便老人在家上網採購伙食的終端機，老人定餐後即可在家或附近的 7-ELEVEN 獲得新鮮食物。而 7-ELEVEN 是與三井物產、NEC、日醫學館，以三億日幣成立 7 Meal Service，主要提供配膳、購物、看護等服務，以飲

食配膳一項來看，光是米飯、菜餚就有 83 種，調理簡單的食材有 28 種(李，2003)。

反觀國內，在健康調理食品方面，目前尚未有此種產品出現；在送餐到住家方面，根據 2002 年內政部調查指出，有七成以上的高齡者表示，不需要送餐的服務，其中的原因究竟是對餐食的品質不信任、送餐的服務品質不滿意，或者是尚處於資訊搜尋的階段，值得做進一步的探究。

高齡人口的健康狀況主要是隨個人的生活習慣而有差異，因此，他們的飲食會有不同的需求，最常見的如低糖飲食防糖尿病、低鹽飲食防高血壓、低油飲食防肥胖、高鈣飲食防骨質疏鬆、高纖維飲食防癌症等等。如何滿足健康狀況不同的銀髮族在飲食上不同的需求，將成為一個在食物供應上有待解決的問題(黃&陳，2002)。然而，國內相關產業若欲進入此一市場，則需要對中高齡者的特殊餐食需求展開進一步的消費者調查。

2.4 家庭取代餐產業分析

所謂 HMR 是 Home Meal Replacement 三個英文字首的組合，乃是指居家常用之菜餚或餐點的取代品。HMR 一詞起源於美國，其產品的基本概念著重於「和在家中獲得餐廳烹調、製備的餐點一樣」，以及「提供消費者外帶與即時的餐點」，所以強調的是餐點本身的口感、風味與精緻性和食用時的便利性與即時性，這是在現代人消費能力提升之後，為了滿足消費者更多樣化、精緻性，甚至是營養均衡與健康之飲食消費的更進一層需求所開發出來的產品。

在美國，HMR 產品之蓬勃發展實應歸功於外帶餐飲業(Take-away)與食品零售業間的良好競爭。過去，美國的食品消費一直是以超市、食品專賣店、便利商店和熱食等“零售市場”為主，其次則是餐廳、速食連鎖店、酒吧等「營利性業務市場」，以及學校、機關、醫院等「非營利性業務市場」，其佔整體食品及相關商品的銷售額比重在 1985 年時分別為 62%、29%、9%。但是，隨著追求方便與高品質的消費訴求逐漸提升，許多消費者轉向餐廳或速食店用餐，或是購買餐廳的外帶產品回家食用，因此帶動了外食銷售業績的成長，相對地也壓縮了超市及便利商店等食品零售業的業績；至 1995 年，上述三類商品型態的銷售比重分別為 56%、35%及 9%，在此情況下，因此刺激了食品零售業，進而積極開發類似餐廳外帶的商品(即 HMR 概念的商品)以滿足消費需求，並進而引用此一名詞作為與外食產業競爭的主要策略。

在日本方面，超市、便利商店等食品零售業「中食商品」³的推出與流行並非如美國是由於食品零售商市場被外食產業侵蝕才開發出來的因應對策。在日本，超級市場、便利商店以及食品零售業的機能均較外食產業高出許多，而為了方便消費者帶回家食用，事先包裝的半調理食品或調理食品已有相當的歷史且十分成熟，便利超商所販售的 18°C 三角飯糰、壽司、

³ 中食乃是由食品產業執行調理機能，但不提供飲食的設施或是周邊服務的新型態食品消費行為。詳見參考文獻

手捲以及三明治、生菜沙拉、涼拌菜、即時餐盒種類多樣，超市中甚至發展到各式備辦食材、家庭調理菜餚組合或點心、現烤麵包等商品（范，2003）。

為了提供家庭更方便更多樣化的正餐食品，這一型態的產品早已出現在日本食品製造與流通之中，與目前美國廣為討論的 HMR 相似。1997 年 3 月 5 日美國 FMI(Food Marketing Institution)派高級幹部到日本提出 HMR 觀念的相關專題報告，爾後日本以即食餐為主的專門店慢慢出現，之後更有許多超市、百貨公司設置 HMR 商品賣場及零售店紛紛出爐。使得從美國引進的 HMR 觀念，充分注入在已形成的「中食」、「惣菜」市場上，但是 HMR 一詞在日本的食品產業並未廣泛流行，而是以「中食」產業稱之。

表 2-4 美國與日本的家庭取代餐產業比較

| | 美國「HMR」產業 | 日本「中食」產業 |
|------|--|---|
| 發展背景 | 美國 HMR 快速流行是由於商品零售業（超市、便利商店）市場被外食產業侵蝕而發展出來的因應對策。 | 引進 HMR 的概念與現有產品的結合是為了配合社會、生活方式的改變及解決日本家庭普遍存在「食的問題」。 |
| 產品特色 | 為滿足不同國家民族的餐食行為，HMR 的商品多為新開發的族裔性商品，並在口味上變化較多。 | 由於食品生產業者多具中食商品開發能力，而現有的商品也相當完整，因此中食業者只需整合商品及陳列方式。 |
| 市場規模 | 美國 HMR 商品以「即食餐」所佔的比例最重，佔整體 HMR 市場的 59%。 | 日本中食是以超市或便利商店中的冷藏、冷凍調理食品及微波食品系列產品、淺漬品為主。 |
| 商品種類 | 商品種類多以各式披薩、麵包、烤雞、義大利麵或族裔商品為主，類別變化性較小。 | 產品品項變化性較多，市售之商品以米食和各式日式菜餚為主。 |

資料來源：范，2003

在中食產業發展成熟的日本，老年人對業者所提供的備辦食材接受度相對較高，也因為對產品已有相當程度的信任，所以較能接受食材或餐食配送到府的服務。反觀國內，雖然目前的研究結果顯示老年人對餐食服務配送到府的接受度不高，筆者認為以上研究結果的可能原因，在供給面：食品衛生安全方面尚未能取信於消費者；在需求面而言，中高齡對網路利用率偏低以及售價的考慮，中高齡消費者因為味覺的退化，對食物的物理性質以及因為患有慢性病的關係對營養成分有特殊需求，或許均是影響餐食配送到府的服務未能普及的因素。

國內鮮食產業尚處於介於導入期與成長期之間的階段，接受度較高的年齡層目前雖限於較年輕的族群，未來開發不同年齡層的族群市場，尤其是消費力不亞於年輕族群的中高齡者，將是鮮食業者值得思考的課題。目前台灣的 CVS⁴零售業者與鮮食製造業者形成「製販同盟」系統，主要是將上游以及整個製配銷體系整合，形成所謂的綜合物流中心、鮮食廠等（范，2003）。因此，目前國內鮮食產品的主要販賣地點為便利商店，然而根據研究（王，2004）指出老年人對便利商店的使用率卻偏低，未來是否會提高，CVS 零售業者必須要在市場定位有所聚焦及差異化。

⁴ CVS 為便利商店的簡稱

第三章 研究方法

本章旨在說明本研究所使用的研究方法，含整體的研究架構建立、各相關變數的內容說明，並依據研究目的擬定研究假設，進而設計問卷的內容與決定抽樣的過程，最後描述所蒐集樣本的結構並說明本研究的資料分析方法。

3.1 研究架構

本研究係根據前章所提之理論與文獻探討，針對研究目的所發展而成。圖 3-1 所示的觀念性架構，本研究的變項分為四大部分，第一部份為健康狀況，第二部份為餐食習慣，第三部份為健康調養餐食的購買意願，第四部份為人口統計變數。

本研究的研究架構如下：

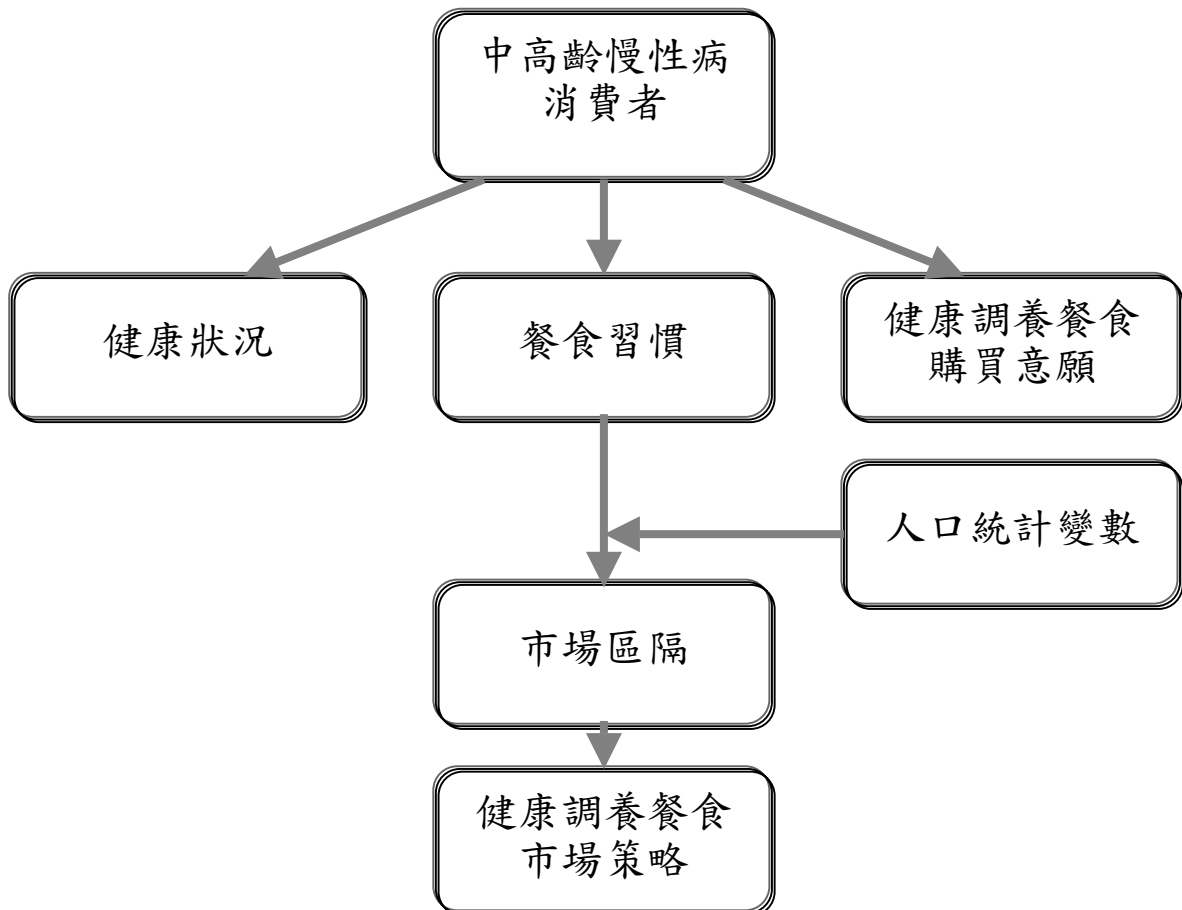


圖 3-1 本研究觀念性架構

3.2 研究問題

本研究依據研究架構，並歸納第一章所設立之研究課題與目的，導引出以下可供統計驗證的研究問題：

- (1) 中高齡慢性病患者的健康狀況與其日常生活中的餐食習慣之間的相關性
- (2) 中高齡慢性病患者對符合其健康狀況健康調養餐食的購買意願
- (3) 人口統計變數對中高齡慢性病患者的健康狀況是否存在相關性
- (4) 人口統計變數對中高齡慢性病患者日常生活中的餐食習慣是否存在相關性
- (5) 人口統計變數對中高齡慢性病患者購買符合其健康狀況健康調養餐食之意願是否存在相關性

3.3 研究變數與問卷設計

根據研究目的，研究設計可分為兩大類：探索性研究與結論性研究；而結論性研究可分為：描述性研究與因果性研究。描述性研究，為衡量與描述某一個問題的特性，或某種相關群體的組成與特徵。而本研究在研究性質上即屬於描述性研究。

本研究係以問卷調查法來蒐集資料，而問卷的主要目的是為了要取得原始資料，故受訪者對於問卷內容、語意的瞭解及正確的認知，均會影響問卷的效力。本研究的問卷參考了相關的文獻，並且經過多次修整之後，確定成為正式問卷。

本研究問卷分為四個部份，第一部份為健康狀況，第二部份為餐食習慣，第三部份為健康調養餐食的購買意願，第四部份為受訪者基本資料。以下各表包括變數名稱、衡量尺度與問項內容列示如下：

1. 第一部份：健康狀況

第一部份健康狀況，此部份問題的設計主要是要瞭解中高齡者目前的健康狀況以及罹病時間（以月為單位計算），進而探討中高齡慢性病患者的健康狀況與其日常生活中的餐食習慣之間的相關性，以及人口統計變數對中高齡慢性病患者的健康狀況是否存在顯著差異。其中的問項則是參考自台閩地區老人狀況調查摘要分析（內政部，2000）關於老人健康的調查項目。

而慢性病的治療和照護，需要靠長期的藥物與飲食良好控制才能阻止病情的惡化以及減少合併症的發生；然而治療不僅是以藥物為主，必須加上適當的飲食與適度的運動，三者密切配合，才能達到治療的理想效果。因此，在第一部份後半段，加上了對固定就醫的醫師是否有依照受訪者所罹患的疾病而囑咐或建議特別注意的飲食方式的問項。量表型態採用數字評估尺度（numerical scale），從完全有意願到完全無意願區分為 11 個區

間，並分別給予 0 分到 10 分，而採用 11 尺度的原因是。茲將變數名稱、
衡量尺度及內容列於下頁表 3-1。

表 3-1 健康狀況問卷設計

| 變數名稱 | 衡量尺度 | 內容 |
|------------------|------|--|
| 罹患疾病 | 名目尺度 | 1 心血管疾病 2 骨骼肌肉疾病 3 眼耳疾病 4 內分泌及代謝疾病 5 消化系統疾病 6 神經系統疾病 7 腫瘤類疾病 8 皮膚疾病 9 免疫系統疾病 10 呼吸系統疾病 11 泌尿系統疾病 12 無 |
| 罹病最長時間 | | 以月為單位，由受訪者自由回答 |
| 需要特別注意的飲食方式 | 名目尺度 | 1 限制糖量 2 限制熱量 3 低脂（油） 4 低鹽（限鈉） 5 高鈣 6 高纖維 7 高鐵 8 低膽固醇 9 含有特殊的營養添加物 10 低普林 11 低蛋白 12 沒有任何特別囑咐 13 少煙酒 14 低刺激性 15 限鉀 16 依個人體質選擇食物種類 17 其他 |
| 遵循特別注意的飲食方式的容易程度 | 等距尺度 | 0~10 分，0 分代表非常不容易，10 分代表非常容易，依照容易程度區分為 11 個區間。 |
| 遵循程度低於 6 分的 | 名目尺度 | 1 個人飲食習慣及生活嗜好無法改變 2 非家中主要購物者 |

| | | |
|----|--|--|
| 原因 | | 3 工作或應酬因素 4 家人無法配合 5 對醫師囑咐的原則不在意 6 市面上適合自己健康狀況的食品種類不多 7 其他 |
|----|--|--|

資料來源：本研究

2. 第二部分：餐食習慣

第二部份是餐食習慣，此部份問題的設計主要是瞭解中高齡者目前的餐食習慣，購買到以及調理出適合自己健康狀況的餐食的容易程度。茲將變數名稱、衡量尺度及內容列於下表 3-2。

表 3-2 餐食習慣問卷設計

| 變數名稱 | 衡量尺度 | 內容 |
|-----------------------------|------|---|
| 餐食習慣 (早餐、早點、午餐、午點、晚餐、宵夜) | 名目尺度 | 1 自己(處理) 5 外食(買回家吃) 2 配偶 6 外食(在外面吃) 3 子女親人 7 利用外送服務 4 照護者備餐 8 沒有習慣吃 |
| 購買到適合自己健康狀況的餐食的容易程度 | 等距尺度 | 0~10分，0分代表非常不容易，10分代表非常容易，依照容易程度區分為11個區間。 |
| 購買容易程度低於6分的原因 | 名目尺度 | 1 沒有販售適合的產品 2 販賣地點離生活範圍太遠 3 價格太貴 4 市面上的產品不美味 5 市面上的產品營養成分不適合 6 身體狀況不佳，不適合外出 7 不知道在何處可以購買 8 喜歡自己調理 9 市面上的產品缺乏醫師的建議 |

| | | |
|--------------------|------|--|
| | | 10 其他 |
| 調理出適合自己健康狀況餐食的容易程度 | 等距尺度 | 0~10分，0分代表非常不容易，10分代表非常容易，依照容易程度區分為11個區間。 |
| 調理容易程度低於6分的原因 | 名目尺度 | <ul style="list-style-type: none"> 1 對烹調方式不熟悉 2 對有益健康的農產品不了解 3 對符合健康的食譜不清楚 4 覺得自己料理很麻煩 5 家人無法配合 6 身體狀況不佳 7 獨居中，對調理的份量無法掌握 8 其他 |

資料來源：本研究

3. 第三部份：健康調養餐食的購買意願

第三部份為健康調養餐食的購買意願部分，此部份問題的設計主要是要了解中高齡者對符合其健康狀況之健康調養餐食的購買意願，以及其對數個零售通路的使用情況，包括超市、便利商店、量販店、百貨公司、藥房、藥妝店、雜貨店等，更進一步對有意願購買健康調養餐食者，在以上販賣地點購買的意願。量表型態採用數字評估尺度 (numerical scale)，從完全有意願到完全無意願區分為 11 個區間，並分別給予 0 分到 10 分。

表 3-3 健康調養餐食的購買意願問卷設計

| 變數名稱 | 衡量尺度 | 內容 |
|-------------|------|---|
| 健康調養餐食的購買意願 | 名目尺度 | 1 是 2 否 |
| 不會考慮購買的原因 | 名目尺度 | 1 喜歡自己調理且沒有外食的習慣 2 個人飲食習慣無法改變 3 認為產品價格可能太貴 4 產品的效用及衛生安全待評估 5 認為需要醫師的指示 6 個人有特殊的飲食習慣 7 家人會購買及調理 8 認為特殊設計的餐食可能不美味 9 認為不需要此種餐食 10 認為口味及產品型態可能不適合 11 認為購物地點可能離生活範圍太遠 12 不喜歡冷的食物以及覺得要再次調理很麻煩 13 對健康食品的產品資訊不清楚無法做決定 |

| | | |
|----------------------|------|--|
| | | 14 其他 |
| 較經常前往的購物地點 | 名目尺度 | 1 便利商店 5 藥房、藥妝店 2 超市 6 雜貨店 3 量販店 7 以上皆無 4 百貨公司 |
| 前往各零售通路訂購健康調養餐食的意願 | 等距尺度 | 零售通路項目包括便利商店、超市、量販店、百貨公司、藥房（藥妝店）、雜貨店， 0~10分，0分代表非常不願意，10分代表非常願意，依照意願區分為11個區間。 |
| 健康調養餐食提供配送到住家服務的接受意願 | 等距尺度 | 0~10分，0分代表非常不願意，10分代表非常願意，依照意願區分為11個區間。 |

資料來源：本研究

| | | |
|-----------|------|---|
| | | 3 理財投資 7 其他 4 子女奉養 8 不知道或拒答 |
| 每月生活 費 | 名目尺度 | 1 未滿 9 千元 2 9 千元～未滿 1 萬 8 千元 3 1 萬 8 千元～未滿 2 萬 7 千元 4 2 萬 7 千元～未滿 4 萬元 5 4 萬元以上 6 不知道或拒答 |

資料來源：本研究

3.4 研究對象與抽樣設計

本研究在抽樣程序上，係依照下列七個步驟所進行：

1. 界定母體

本研究所要調查的對象為，台中地區罹患慢性病的中高齡者，因此將母體定義為台中地區罹患慢性病 55 歲以上的中高齡者。

2. 確定抽樣架構

以台中地區到醫院就診的中高齡者為抽樣架構。

3. 選擇抽樣方法

由於母體龐大，限於人力、時間、成本等因素限制，本研究採用隨機抽樣法進行抽樣。

4. 決定樣本大小

本研究樣本大小的決定是根據 Roscoe(1975)所提出的下列四項原則：

- (1) 適合做研究的樣本數以 30 個樣本數到 500 個樣本數是最適當的。
- (2) 當樣本被分為數個子樣本群時，每個子樣本至少需要具有 30 個樣本數。
- (3) 在從事多變量的研究時，樣本數至少要大於變量數的數倍，以十倍或以上為佳。
- (4) 對於有實驗控制的研究而言，樣本數控制在 10 個到 20 個為最佳。

因此將本研究的樣本數設定為 500 份。

5. 蒐集樣本資料

本研究主要是在抽選的醫院門診候診區中，對受訪者進行面對面的訪問。開始訪問前，訪查員會先行做受訪者年齡的確認，若該受訪者年齡不符合本研究的調查對象，調查隨即中止。

3.5 樣本結構與受訪者人口統計資料

3.5.1 問卷回收

本研究共計發出問卷 500 份，實際回收 397 份，回收率為 79.4%。

3.5.2 樣本結構

根據回收的有效問卷，進行樣本之結構統計。本研究的樣本中性別方面男性佔 53.4%，女性佔 46.6%；年齡以 75 歲以上最多，佔 31.2%；教育程度方面以小學最多，佔 37.0%，不識字次之，佔 20.1%，每月生活費以 9 千元~1 萬 8 千元最多，佔 34.5%，所得來源以子女奉養最多，佔 37.8%，有效樣本詳閱表 4.1~4.9。

表 3-5-1 樣本性別統計分配

| 性別 | 樣本數 | 百分比 |
|----|-----|------|
| 男 | 212 | 53.4 |
| 女 | 185 | 46.6 |

資料來源：本研究整理

表 3-5-2 樣本年齡統計分配

| 年齡 | 樣本數 | 百分比 |
|---------------|-----|------|
| 55 歲以上~60 歲以下 | 87 | 21.9 |
| 60 歲以上~65 歲以下 | 52 | 13.1 |
| 65 歲以上~70 歲以下 | 68 | 17.1 |
| 70 歲以上~75 歲以下 | 66 | 16.6 |
| 75 歲以上 | 124 | 31.2 |

資料來源：本研究整理

表 3-5-3 樣本婚姻狀況統計分配

| 婚姻狀況 | 樣本數 | 百分比 |
|-------------|-----|------|
| 已婚 | 319 | 80.4 |
| 曾結婚, 但是現在單身 | 67 | 16.9 |
| 未婚 | 7 | 1.8 |
| 沒有回答 | 4 | 1.0 |

資料來源：本研究整理

表 3-5-4 樣本生活中主要飲食照顧者統計分配

| 生活中主要飲食照顧者 | 樣本數 | 百分比 |
|-------------|-----|------|
| 獨居 | 31 | 7.81 |
| 安養中心或老人照護機構 | 3 | 0.76 |
| 其他 | 363 | 91.4 |

資料來源：本研究整理

表 3-5-5 樣本家庭人口數統計分配

| 家庭人口數 | 樣本數 | 百分比 |
|---------|-----|------|
| <2 人 | 76 | 19.1 |
| 2~4 人 | 110 | 27.7 |
| 4~6 人 | 101 | 25.4 |
| 6~8 人 | 39 | 9.8 |
| 8~10 人 | 14 | 3.5 |
| 10~12 人 | 12 | 3.0 |
| >12 人 | 7 | 1.8 |
| 沒有回答 | 38 | 9.6 |

資料來源：本研究整理

表 3-5-6 樣本退休狀況統計分配

| 退休狀況 | 樣本數 | 百分比 |
|------|-----|------|
| 已退休 | 330 | 83.1 |
| 未退休 | 67 | 16.9 |

資料來源：本研究整理

表 3-5-7 樣本教育程度統計分配

| 教育程度 | 樣本數 | 百分比 |
|----------|-----|------|
| 不識字 | 80 | 20.1 |
| 小學肄業（畢業） | 147 | 37.0 |
| 初中 | 60 | 15.1 |
| 專科 | 18 | 4.5 |
| 高中 | 45 | 11.3 |
| 大學及以上 | 39 | 9.8 |
| 其他 | 6 | 1.5 |
| 不知道或拒答 | 1 | 0.3 |
| 沒有回答 | 1 | 0.3 |

資料來源：本研究整理

表 3-5-8 樣本主要經濟來源統計分配

| 主要經濟來源 | 樣本數 | 百分比 |
|---------------------|-----|------|
| 薪資收入 | 77 | 19.4 |
| 儲蓄利息 | 46 | 11.6 |
| 理財投資 | 2 | 0.5 |
| 子女奉養 | 150 | 37.8 |
| 退休金撫卹金或保險給付 保險給付 | 84 | 21.2 |
| 政府救助或津貼 | 27 | 6.8 |
| 其他 | 1 | 0.3 |
| 不知道或拒答 | 5 | 1.3 |
| 沒有回答 | 5 | 1.3 |

資料來源：本研究整理

表 3-5-9 樣本每月生活費統計分配

| 每月生活費 | 樣本數 | 百分比 |
|-------------------|-----|------|
| 未滿 9000 元 | 118 | 29.7 |
| 9000 元以上~18000 元 | 137 | 34.5 |
| 18000 元以上~27000 元 | 49 | 12.3 |
| 27000 元以上~40000 元 | 28 | 7.1 |
| 40000 以上 | 24 | 6.0 |
| 不知道或拒答 | 40 | 10.1 |
| 沒有回答 | 1 | 0.3 |

資料來源：本研究整理

3.6 分析方法

本研究在統計分析方法上，應用基本敘述性統計、卡方檢定等方法，以下針對所使用的方法說明：

3.6.1 敘述性統計

敘述性統計包括統計方法中之蒐集、整理分析與解釋資料等步驟，其描述統計資料本身之特性。本研究針對回收的有效樣本，對其中的人口統計變數藉由敘述性統計得出樣本基本人口統計分佈情形，可瞭解其中組成的人口屬性比例，如性別、年齡、教育程度等，並得知其中的差異情形。

3.6.2 卡方檢定

卡方檢定為無母數統計的一種，用來分析兩變項間是否具有關連性，一般常使用為關連性及獨立性檢定，而常用於類別資料的分析。所謂類別資料是指將觀察值按照不同類別加以分類或分組，而各類別（組）所含的數據即為該類別出現之次數（顏，1993）。本研究將採用卡方檢定中之獨立性檢定，檢定兩變數是否互相獨立或彼此相關；針對人口統計變數對中高齡慢性病患者日常生活中的餐食習慣、購買符合其健康狀況健康調養餐食之意願的相關性進行檢定。

3.7 信度與效度分析

3.7.1 信度分析

信度是指衡量工具的可靠程度，如正確性（accuracy）和精確性（precision），其中包含了穩定性（stability）和一致性（equivalence）兩種含意。

1. 穩定性：有關穩定性的含意有兩種，一為再測信度，是指前後不同時間對同樣一組樣本做重複測量，針對兩次結果以求得相關係數；另一為複本信度，如果一個測量工具有兩個複本，即根據同一群受試者接受兩種複本測試的得分，計算相關係數，得到複本信度。
2. 一致性：在態度量表中，常以若干項目衡量相同態度，因此各項目之間應有一致性，或內部具有同質性。而衡量內部一致性的方法有，折半信度、

由上述可知，有關一致性的信度係數，較適合以多個題目測量同一態度之態度量表；而本研究之問卷設計並未針對某一態度設計出單一量表，以多個題目做測量，因此不採用一致性的信度測試。

3.7.2 效度分析

效度(楊, 1989)是指測量尺度能確實測出研究者所要測量事務的程度。美國心理學會(American Psychological Association)在1974年所發行之”教育與心理測驗標準”一書,將測量的效度分為下列三類:

1. 內容效度

指測量工具能涵蓋測量主題的程度,可藉著遵循一定程序,發展測量工具以使測量內容適切。又可稱為「表面效度(face validity)」。

2. 校標關連效度

係以測驗分數與測驗標準間的相關程度,表示測驗效度的高低。校標是指顯示測量特質之獨立變數。

3. 構念效度

指測量某一理論的概念或特質之程度。通常必須以某一理論為基礎,以建立和某一建構相關聯之能力。因此其正確性是建立於理論本身的正確性。

本研究係以面對面詢問受訪者的方式,做為第一級資料的取得來源。問卷內容是彙整自國內相關中高齡研究文獻,並與醫院營養師進行意見交換,最後與指導教授多次討論修改,才確定正式施測問卷。

本研究主要是在所抽選的醫療院所中的綜合門診區,對候診中的中高齡者進行調查,在透過訪查員發放時,確認符合條件,才會進行調查。因此,本問卷應當合乎效度原則。

3.8 研究限制

本研究的研究限制分為以下幾項：

1. 本研究基於人力、時間、經費的限制，研究範圍僅限於台中地區 55 歲以上的中高齡者，無法涵蓋台灣各地區中高齡者族群之母體結構及意見，致使本研究結果的正確性受到影響。
2. 本研究考慮到高齡者對問卷填寫的意願及個人隱私權等因素，在填寫相關基本資料時或許有部分保留情事，因而導致人口統計變項描述上的失真。
3. 在醫院訪談中高齡者之飲食遵醫囑行為，中高齡者易有心理防衛，而使量表得分較高；也可能是醫院之研究樣本因持續來就診而使其遵醫囑行為較好，由於這種選擇性差異存在，使得研究結果無法推論至社區之中高齡者。

第四章 實證分析結果與討論

本研究資料屬初級資料，以 55 歲以上的中高齡慢性病患者做為研究對象。此部分便針對本次調查的 397 位受訪者，依據研究目的與研究問題，將所蒐集的有效問卷資料進行統計分析及整理，並將分析的結果分為以下三節分別說明：

第一節分述各變項之次數分配結果，包括健康狀況、餐食習慣以及健康調養餐食購買意願；

第二節針對部分變項列出其交叉表；

第三節則進一步對所設立的研究假設進行卡方獨立性檢定。

4.1 次數分配表

4.1.1 健康狀況分析

此部分列出包括有診斷出的需要長期調養疾病、固定就醫的醫師依照所罹患的疾病建議特別注意的飲食方式、需要特別注意的飲食方式之遵循程度之次數分配情形。

(1) 診斷出的需要長期調養疾病

在診斷出的需要長期調養疾病中，比例最多的是罹患心血管疾病者佔 48.1%，次多的為罹患內分泌與代謝疾病者佔 34.8%。

表 4-1 診斷出的需要長期調養疾病

| 疾病種類 | 樣本數 (人) | 百分比 (%) |
|----------|---------|---------|
| TOTAL | 397 | 100.0 |
| 心血管疾病 | 191 | 48.1 |
| 骨骼肌肉疾病 | 56 | 14.1 |
| 眼耳疾病 | 26 | 6.5 |
| 內分泌及代謝疾病 | 138 | 34.8 |
| 消化系統疾病 | 48 | 12.1 |
| 神經系統疾病 | 14 | 3.5 |
| 腫瘤類疾病 | 7 | 1.8 |
| 皮膚疾病 | 9 | 2.3 |
| 免疫系統疾病 | 0 | 0.0 |
| 呼吸系統疾病 | 25 | 6.3 |
| 泌尿系統疾病 | 41 | 10.3 |
| 無 | 8 | 2.0 |
| 沒有回答 | 2 | 0.5 |

資料來源：本研究整理

註：本題項目可複選，故細項合計不等於總計。

(2) 固定就醫的醫師依照所罹患的疾病建議特別注意的飲食方式

在固定就醫的醫師依照所罹患的疾病建議特別注意的飲食方式中，低脂（油）與低鹽（限鈉）分佔最多的前兩項，而「沒有任何特別囑咐」亦佔有 23.2% 的比例。

表 4-2 所罹患的疾病醫師建議特別注意的飲食方式

| 飲食方式 | 樣本數（人） | 百分比（%） |
|-------------|--------|--------|
| TOTAL | 397 | 100.0 |
| 限制糖量 | 137 | 34.5 |
| 限制熱量 | 70 | 17.6 |
| 低脂（油） | 176 | 44.3 |
| 低鹽（限鈉） | 170 | 42.8 |
| 高鈣 | 18 | 4.5 |
| 高纖維 | 17 | 4.3 |
| 高鐵 | 3 | 0.8 |
| 低膽固醇 | 67 | 16.9 |
| 含有特殊的營養添加物 | 5 | 1.3 |
| 低普林 | 11 | 2.8 |
| 低蛋白 | 10 | 2.5 |
| 沒有任何特別囑咐 | 92 | 23.2 |
| 少煙酒 | 30 | 7.6 |
| 低刺激性 | 16 | 4.0 |
| 限鉀 | 3 | 0.8 |
| 依個人體質選擇食物種類 | 7 | 1.8 |
| 其他 | 5 | 1.3 |
| 沒有回答 | 3 | 0.8 |

資料來源：本研究整理

註：本題項目可複選，故細項合計不等於總計。

(3) 需要特別注意的飲食方式之遵循程度

在因罹病而需要特別注意的飲食方式之遵循程度結果中，平均分數為 8.0 分，回答最高分 10 分者佔有 24.4% 的比例，然而結果中亦可見沒有回答者佔有 24.7% 的比例，可能原因是在上題飲食方式中，回答「沒有任何特別囑咐」者，佔有 23.2% (92 人) 的比例，因此飲食方式遵循程度沒有回答。

表 4-3 需要特別注意的飲食方式之遵循程度

| 遵循程度 | 樣本數 (人) | 百分比 (%) |
|-------|---------|---------|
| TOTAL | 302 | 100.0 |
| 0 分 | 5 | 1.7 |
| 1 分 | 4 | 1.3 |
| 2 分 | 4 | 1.3 |
| 3 分 | 9 | 3.0 |
| 4 分 | 9 | 3.0 |
| 5 分 | 20 | 6.6 |
| 6 分 | 14 | 4.6 |
| 7 分 | 24 | 7.9 |
| 8 分 | 36 | 11.6 |
| 9 分 | 77 | 25.5 |
| 10 分 | 97 | 31.8 |
| 沒有回答 | 98 | 1.7 |
| 平均分數 | 7.9 | |

資料來源：本研究整理

(4) 需要特別注意的飲食方式之遵循程度無法提高的原因

本部分採由受訪者自由回答的方式，回答者為醫師建議之飲食方式遵循程度未滿 6 分在遵循程度上顯示出低程度的受訪者，共 153 人（佔總樣本 38.5%），所回答之答案則於問卷回收後進行事後的編碼。由下表可知，扣除沒有回答的部分，「個人飲食習慣及生活嗜好無法改變」為遵循程度無法提高的最主要原因，其次則是「工作或應酬因素」，顯見中高齡者即便是因為患病的關係需要適當的調整其飲食習慣，卻會因為難以改變養成已有很長一段時間的飲食生活習慣，而使得因患病而被建議的飲食方式遵循程度無法提高。

表 4-4 需要特別注意的飲食方式之遵循程度無法提高的原因

| 遵循程度無法提高的原因 | 回答次數 | 第一原因 | 第二原因 | 第三原因 |
|--------------------|------|------|------|------|
| TOTAL | 59 | 49 | 9 | 1 |
| 個人飲食習慣及生活嗜好無法改變 | 40 | 37 | 3 | 0 |
| 非家中主要購物者 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| 工作或應酬因素 | 6 | 3 | 2 | 1 |
| 家人無法配合 | 5 | 4 | 1 | 0 |
| 對醫師囑咐的原則不在意 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| 市面上適合自己健康狀況的食品種類不多 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| 其他 | 2 | 2 | 0 | 0 |

資料來源：本研究整理

4.1.2 餐食習慣分析

此部分將列出餐食習慣、購買到和調理出適合自己健康狀況餐食的容易程度以及購買到與調理出適合自己健康狀況餐食的容易程度無法提高的原因，並以百分比表示之。

(1) 餐食習慣

在餐食習慣的部分，由下表可知中高齡者正餐的處理方式皆是以「自己備餐」和「配偶準備」分佔最主要的前兩項，而在點心的部分，則有近9成的比例是表示「沒有習慣吃」，可見中高齡者進食習慣仍屬正常。

午餐以外食方式處理的比例相對高於其他兩餐，又以晚餐外食比例最低，但是「子女親人」備餐比例最高的為晚餐。而早餐和晚餐買回家吃的比例皆是高於在外面吃，午餐則是相反。

表 4-5 餐食習慣

| | 早餐 | 早點 | 午餐 | 午點 | 晚餐 | 宵夜 |
|----------|------|------|------|------|------|------|
| 自己備餐 | 52.1 | 10.3 | 46.6 | 9.3 | 48.1 | 4.8 |
| 配偶準備 | 16.6 | 1.3 | 21.2 | 0.8 | 22.9 | 1.0 |
| 子女親人 | 13.9 | 2.0 | 16.1 | 2.0 | 18.4 | 0.8 |
| 照護者備餐 | 2.5 | 0.3 | 3.0 | 0.5 | 2.3 | 0.0 |
| 外食(買回家吃) | 4.8 | 1.8 | 4.0 | 1.3 | 3.0 | 1.3 |
| 外食(在外面吃) | 4.5 | 0.3 | 6.5 | 0.5 | 2.8 | 0.5 |
| 利用外送 | 0.0 | 0.0 | 0.3 | 0.0 | 0.3 | 0.0 |
| 沒有習慣吃 | 5.5 | 83.4 | 1.0 | 84.9 | 1.0 | 91.4 |
| 沒有回答 | 0.0 | 0.8 | 1.3 | 0.8 | 1.3 | 0.3 |

註：單位% 資料來源：本研究整理

(2)購買到適合自己健康狀況餐食容易程度

在購買到適合自己健康狀況餐食容易程度的部分，平均分數為 7.3 分，9 分與 10 分佔最多比例的前兩項，而有一半以上的中高齡者是認為容易購買到適合自己健康狀況的餐食。

表 4-6 購買到適合自己健康狀況餐食容易程度

| 容易程度 | 樣本數 (人) | 百分比 (%) |
|-------|---------|---------|
| TOTAL | 397 | 100.0 |
| 0 分 | 25 | 6.3 |
| 1 分 | 16 | 4.0 |
| 2 分 | 11 | 2.8 |
| 3 分 | 10 | 2.5 |
| 4 分 | 12 | 3.0 |
| 5 分 | 23 | 5.8 |
| 6 分 | 11 | 2.8 |
| 7 分 | 19 | 4.8 |
| 8 分 | 53 | 13.4 |
| 9 分 | 118 | 29.7 |
| 10 分 | 92 | 23.2 |
| 沒有回答 | 7 | 1.8 |
| 平均分數 | 7.3 | |

資料來源：本研究整理

(3) 購買到適合自己健康狀況餐食容易程度無法提高的原因

此部分為針對上題中，容易程度低於 6 分的受訪者共 97 人（佔總樣本 24.4%），詢問其容易程度無法提高的原因。由下表可知，認為不容易購買到適合自己健康狀況餐食的最主要原因是「沒有販售適合的產品」，次要則是「身體狀況不佳，不適合外出」。顯見，中高齡者仍然認為目前市面上缺乏特別為其罹病的需求而設計的餐食，並且因為身體的狀況，造成外出購物不便。

表 4-7 購買到適合自己健康狀況餐食容易程度無法提高的原因

| 容易程度無法提高的原因 | 樣本數（人） | 百分比（%） |
|---------------|--------|--------|
| TOTAL | 97 | 100.0 |
| 沒有販售適合的產品 | 33 | 34.0 |
| 販賣地點離生活範圍太遠 | 11 | 11.3 |
| 價格太貴 | 8 | 8.2 |
| 市面上的產品不美味 | 14 | 14.4 |
| 市面上的產品營養成分不適合 | 17 | 17.5 |
| 身體狀況不佳，不適合外出 | 18 | 18.6 |
| 不知道在何處可以購買 | 14 | 14.4 |
| 喜歡自己調理 | 14 | 14.4 |
| 市面上的產品缺乏醫師的建議 | 3 | 3.1 |
| 沒有回答 | 5 | 5.2 |

資料來源：本研究整理

(4)調理出適合自己健康狀況餐食容易程度

除了購買之外，另外在調理出適合自己健康狀況餐食容易程度的部分，平均分數為 8.1 分，9 分與 10 分同樣也分佔最多比例的前兩項，而有近 7 成的中高齡者是認為容易調理出適合自己健康狀況的餐食。

表 4-8 調理出適合自己健康狀況餐食容易程度

| 容易程度 | 樣本數 (人) | 百分比 (%) |
|-------|---------|---------|
| TOTAL | 397 | 100.0 |
| 0 分 | 11 | 2.8 |
| 1 分 | 10 | 2.5 |
| 2 分 | 8 | 2.0 |
| 3 分 | 6 | 1.5 |
| 4 分 | 9 | 2.3 |
| 5 分 | 14 | 3.5 |
| 6 分 | 6 | 1.5 |
| 7 分 | 17 | 4.3 |
| 8 分 | 40 | 10.1 |
| 9 分 | 143 | 36.0 |
| 10 分 | 129 | 32.5 |
| 沒有回答 | 4 | 1.0 |
| 平均分數 | 8.1 | |

資料來源：本研究整理

(5)調理出適合自己健康狀況餐食容易程度不高的原因

此部分為針對上題中，容易程度低於 6 分的受訪者共 58 人（佔總樣本 14.6%），詢問其容易程度無法提高的原因。由下表可知，中高齡者認為不容易調理出適合自己健康狀況餐食的最主要原因是「覺得自己料理很麻煩」，次要則是「家人無法配合」。顯見，中高齡者因患病而產生的特殊飲食需求，會由於覺得自己料理很麻煩或家中的其他成員無法配合而使得患病的中高齡者不容易在家中調理出適合自己健康狀況的餐食。

表 4-9 調理出適合自己健康狀況的餐食容易程度不高的原因

| 容易程度無法提高的原因 | 樣本數（人） | 百分比（%） |
|----------------|--------|--------|
| TOTAL | 58 | 100.0 |
| 對烹調方式不熟悉 | 16 | 27.6 |
| 對有益健康的農產品不了解 | 2 | 3.4 |
| 對符合健康的食譜不清楚 | 11 | 19.0 |
| 覺得自己料理很麻煩 | 27 | 46.6 |
| 家人無法配合 | 26 | 44.8 |
| 身體狀況不佳 | 6 | 10.3 |
| 獨居中，對調理的份量無法掌握 | 3 | 5.2 |
| 其他 | 1 | 1.7 |
| 沒有回答 | 1 | 1.7 |

資料來源：本研究整理

4.1.3 健康調養餐食購買意願分析

(1) 健康調養餐食購買意願

在健康調養餐食購買意願方面，61.4%的受訪者表示不會考慮購買，38.6%的受訪者表示會考慮購買。

表 4-10 健康調養餐食購買意願

| | 樣本數 (人) | 百分比 (%) |
|-------|---------|---------|
| TOTAL | 396 | 100.0 |
| 是 | 153 | 38.6 |
| 否 | 243 | 61.4 |

資料來源：本研究整理

(2) 不會考慮購買健康調養餐食的原因

在不會考慮購買健康調養餐食的原因中，由下表可知，最主要原因是「喜歡自己調理且沒有外食的習慣」，次要則是「產品的效用及衛生安全待評估」，可見，中高齡者自己的飲食生活習慣是影響其不會考慮購買符合其健康狀況的健康調養餐食原因之外，產品本身的效用及衛生安全也是一重要影響因素。

表 4-11 不會考慮購買健康調養餐食的原因

| | 答案 次數 | 百分比 | 第一 原因 | 第二 原因 | 第三 原因 |
|---------------------|----------|-------|----------|----------|----------|
| 總計 | 233 | 100.0 | 186 | 44 | 3 |
| 喜歡自己調理且沒有外食的習慣 | 96 | 41.2 | 78 | 17 | 1 |
| 個人飲食習慣無法改變 | 11 | 4.7 | 8 | 2 | 1 |
| 認為產品價格可能太貴 | 4 | 1.7 | 1 | 3 | 0 |
| 產品的效用及衛生安全待評估 | 31 | 13.3 | 28 | 3 | 0 |
| 認為需要醫師的指示 | 6 | 2.6 | 4 | 1 | 1 |
| 個人有特殊的飲食習慣 | 13 | 5.6 | 8 | 5 | 0 |
| 家人會購買及調理 | 25 | 10.7 | 21 | 4 | 0 |
| 認為特殊設計的餐食可能不美味 | 9 | 3.9 | 7 | 2 | 0 |
| 認為不需要此種餐食 | 15 | 6.4 | 12 | 3 | 0 |
| 認為口味及產品型態可能不適合 | 3 | 1.3 | 3 | 0 | 0 |
| 認為購物地點可能離生活範圍太遠 | 11 | 4.7 | 9 | 2 | 0 |
| 不喜歡冷的食物以及覺得要再次調理很麻煩 | 4 | 1.7 | 2 | 2 | 0 |
| 對健康食品的產品資訊不清楚無法做決定 | 3 | 1.3 | 3 | 0 | 0 |
| 缺乏搜尋產品資訊的時間 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 其他 | 2 | 0.9 | 2 | 0 | 0 |

資料來源：本研究整理

(3)健康調養餐食的購買意願評分

此部分則是針對在購買意願中，表達出考慮購買的受訪者，進一步了解其購買的意願程度，由下表可知，扣除「沒有回答」的部分，購買意願平均分數高達 8.1，而沒有回答的 160 位受訪者乃是前題中代表沒有購買意願者。

表 4-12 健康調養餐食的購買意願評分

| 容易程度 | 樣本數 (人) | 百分比 (%) |
|-------|------------------|---------|
| TOTAL | 397 | 100.0 |
| 0 分 | 75 | 18.9 |
| 1 分 | 10 | 2.5 |
| 2 分 | 13 | 3.3 |
| 3 分 | 12 | 3.0 |
| 4 分 | 14 | 3.5 |
| 5 分 | 26 | 6.5 |
| 6 分 | 16 | 4.0 |
| 7 分 | 20 | 5.0 |
| 8 分 | 30 | 7.6 |
| 9 分 | 10 | 2.5 |
| 10 分 | 11 | 2.8 |
| NA | 160 | 40.3 |
| 平均分數 | 8.1 (扣除沒有回答所得分數) | |

資料來源：本研究整理

(4) 日常生活範圍中比較經常前往的購物地點

此部分將針對中高齡者對於零售通路的使用率，由下表可知，使用率最高者為「超市」，次高者為「量販店」；然而也有 24.9% 的受訪者表示在所列出零售通路中沒有經常前往購物的習慣。

表 4-13 日常生活範圍中比較經常前往的購物地點

| | 樣本數 (人) | 百分比 (%) |
|--------|---------|---------|
| TOTAL | | 100.0 |
| 便利商店 | 131 | 33.0 |
| 超市 | 209 | 52.6 |
| 量販店 | 176 | 44.3 |
| 百貨公司 | 24 | 6.0 |
| 藥房、藥粧店 | 37 | 9.3 |
| 雜貨店 | 84 | 21.2 |
| 以上皆無 | 99 | 24.9 |

資料來源：本研究整理

註：本題項目為複選，故合計不等於總計

(5) 前往各地點訂購健康調養餐食的意願

此部分針對受訪者對於前往各零售通路地點訂購健康調養餐食的意願，在所列出的零售通路中，前往訂購的意願皆偏低。

表 4-14 前往各地點訂購健康調養餐食的意願

| 地點 \ 意願 | 平均分數 |
|----------|------|
| 1 便利商店 | 2.4 |
| 2 超市 | 2.4 |
| 3 量販店 | 2.0 |
| 4 百貨公司 | 0.6 |
| 5 藥房、藥粧店 | 1.0 |
| 6 雜貨店 | 0.8 |

資料來源：本研究整理

(6) 健康調養餐食提供配送到住家服務的接受意願

此部分則是針對受訪者對健康調養餐食提供配送到住家服務的接受意願評分，由下表可知，平均分數為 2.8 分，顯示中高齡者對餐食配送的接受度偏低。

表 4-15 健康調養餐食提供配送到住家服務的接受意願

| 容易程度 | 樣本數 (人) | 百分比 (%) |
|-------|---------|---------|
| TOTAL | 397 | 100.0 |
| 0 分 | 167 | 42.1 |
| 1 分 | 59 | 14.9 |
| 2 分 | 27 | 6.8 |
| 3 分 | 16 | 4.0 |
| 4 分 | 9 | 2.3 |
| 5 分 | 17 | 4.3 |
| 6 分 | 15 | 3.8 |
| 7 分 | 16 | 4.0 |
| 8 分 | 20 | 5.0 |
| 9 分 | 15 | 3.8 |
| 10 分 | 30 | 7.6 |
| 沒有回答 | 6 | 1.5 |
| 平均分數 | 2.8 | |

資料來源：本研究整理

4.2 交叉分析

依據研究問題，本部份所欲探討的是健康狀況與餐食習慣、人口統計變數與健康狀況，以及餐食習慣與健康調養餐食購買意願的交叉分析。

4.2.1 健康狀況與餐食習慣交叉分析

1. 需要長期調養的疾病與飲食方式遵循程度交叉分析

需要長期調養的疾病與飲食方式遵循程度交叉分析結果顯示，遵循程度最高的是有罹患骨骼肌肉疾病者（8.6分），最低的是有罹患腫瘤類疾病者（4.5分）。

表 4-16 需要長期調養的疾病與飲食方式遵循程度交叉分析

| 疾病種類 | 樣本數（人） | 飲食方式遵循程度(分) |
|----------|--------|-------------|
| TOTAL | 397 | 8.0 |
| 心血管疾病 | 191 | 8.2 |
| 骨骼肌肉疾病 | 56 | 8.6 |
| 眼耳疾病 | 26 | 7.6 |
| 內分泌及代謝疾病 | 138 | 7.9 |
| 消化系統疾病 | 48 | 8.1 |
| 神經系統疾病 | 14 | 8.3 |
| 腫瘤類疾病 | 7 | 4.5 |
| 皮膚疾病 | 9 | 8.3 |
| 免疫系統疾病 | 0 | 0.0 |
| 呼吸系統疾病 | 25 | 6.4 |
| 泌尿系統疾病 | 41 | 7.6 |
| 無 | 8 | 9.0 |
| 沒有回答 | 2 | 7.0 |

資料來源：本研究

2. 診斷出的需要長期調養疾病與餐食習慣交叉分析

本部分則針對佔最主要前兩項罹患疾病的心血管疾病、內分泌及代謝疾病與餐食習慣做交叉分析。

(1) 心血管疾病

在有罹患心血管疾病受訪者的部分，其餐食習慣由下表可知，三餐的處理方式同樣皆是以「自己備餐」和「配偶準備」分佔最主要的前兩項，而在點心的部分，也是有近九成的比例是表示「沒有習慣吃」，可見有罹患心血管疾病者的進食習慣仍屬正常。

在和全部受訪者的餐食習慣比較之後，正餐以外食方式處理的部分，同樣也是早餐和晚餐在家用餐的比例高於在外用餐，午餐在外用餐的比例高於在家用餐。

表 4-17 心血管疾病與餐食習慣交叉表

| | 早餐 | 早點 | 午餐 | 午點 | 晚餐 | 宵夜 |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TOTAL | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 自己備餐 | 51.8 | 11.5 | 45.5 | 8.4 | 46.1 | 4.2 |
| 配偶準備 | 15.7 | 0.5 | 20.9 | 0.0 | 22.5 | 0.0 |
| 子女親人 | 15.2 | 2.1 | 18.3 | 2.1 | 20.4 | 1.0 |
| 照護者備餐 | 2.1 | 0.0 | 3.1 | 0.0 | 2.1 | 0.0 |
| 外食(在家用餐) | 5.8 | 1.6 | 3.7 | 2.1 | 4.2 | 1.0 |
| 外食(在外用餐) | 2.6 | 0.0 | 4.7 | 0.5 | 1.0 | 1.0 |
| 利用外送服務 | 0.0 | 0.0 | 0.5 | 0.0 | 0.5 | 0.0 |
| 沒有習慣吃 | 6.8 | 83.8 | 1.6 | 86.9 | 1.6 | 92.7 |
| NA | 0.0 | 0.5 | 1.6 | 0.0 | 1.6 | 0.0 |

N=191，單位：%

資料來源：本研究

(2) 內分泌與代謝疾病

在有罹患內分泌與代謝疾病受訪者的部分，其餐食習慣由下表可知，三餐的處理方式同樣皆是以「自己備餐」和「配偶準備」分佔最主要的前兩項，而在點心的部分，也是有近九成的比例是表示「沒有習慣吃」，可見有罹患心血管疾病者的進食習慣仍屬正常。

在和全部受訪者的餐食習慣比較之後，正餐以外食方式處理的部分，同樣也是早餐和晚餐在家用餐的比例高於在外用餐，午餐在外用餐的比例高於在家用餐。

表 4-18 內分泌與代謝疾病與餐食習慣交叉表

| | 早餐 | 早點 | 午餐 | 午點 | 晚餐 | 宵夜 |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TOTAL | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 自己備餐 | 53.6 | 10.9 | 47.1 | 12.3 | 49.3 | 6.5 |
| 配偶準備 | 15.9 | 1.4 | 20.3 | 1.4 | 21.0 | 2.9 |
| 子女親人 | 14.5 | 4.3 | 17.4 | 4.3 | 18.1 | 2.2 |
| 照護者備餐 | 0.7 | 0.0 | 1.4 | 0.7 | 0.7 | 0.0 |
| 外食(在家用餐) | 6.5 | 2.2 | 4.3 | 1.4 | 5.1 | 1.4 |
| 外食(在外用餐) | 5.8 | 0.0 | 7.2 | 0.0 | 2.2 | 1.4 |
| 利用外送 | 0.0 | 0.0 | 0.7 | 0.0 | 0.7 | 0.0 |
| 沒有習慣吃 | 0.0 | 80.4 | 0.7 | 79.0 | 1.4 | 85.5 |
| NA | 2.9 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 1.4 | 0.0 |

N=138 單位：%

資料來源：本研究

4.2.2 健康狀況與人口統計變數交叉分析

以下部分針對健康狀況，包括罹患疾病以及飲食方式的遵循程度，進一步與人口統計變數交叉分析。

1. 診斷出的需要長期調養疾病與人口統計變數交叉分析

將罹患疾病與部分人口統計變數交叉分析之後發現，無論男性或女性均是以有罹患心血管疾病和內分泌及代謝疾病占最多與次多；不同的是，60~65 歲以及不識字者是以罹患內分泌及代謝疾病佔最多，其餘年齡層以及教育程度也是以心血管疾病和內分泌及代謝疾病占最多與次多。

而在行政院內政部（2000）臺閩地區老人狀況調查中，65 歲以上老人罹患疾病情形，以心血管疾病者最多占 35%，其次為骨骼肌肉疾病者占 23%，；相較於本研究，65 歲以上各年齡層也是以心血管疾病者最多佔 50% 以上，但次多卻為內分泌及代謝疾病佔有 30% 以上。

表 4-19 診斷出的需要長期調養疾病與部分人口統計變數交叉表

| 項目別 | 樣本人數 | 百分比 | 心血管疾病 | 骨骼肌肉疾病 | 眼耳疾病 | 內分泌及代謝疾病 | 消化系統疾病 | 神經系統疾病 | 腫瘤類疾病 |
|-------------|------|-------|-------|--------|------|----------|--------|--------|-------|
| 樣本人數 | 397 | - | 191 | 56 | 26 | 138 | 48 | 14 | 7 |
| 百分比 | - | 100.0 | 48.1 | 14.1 | 6.5 | 34.8 | 12.1 | 3.5 | 1.8 |
| 性別 | | | | | | | | | |
| 男 | 212 | 100.0 | 47.6 | 9.9 | 6.1 | 31.1 | 17.5 | 3.8 | 2.4 |
| 女 | 185 | 100.0 | 48.6 | 18.9 | 7.0 | 38.9 | 5.9 | 3.2 | 1.1 |
| 年齡 | | | | | | | | | |
| 55~60 | 87 | 100.0 | 43.7 | 10.3 | 5.7 | 36.8 | 13.8 | 3.4 | 0.0 |
| 60~65 | 52 | 100.0 | 34.6 | 7.7 | 7.7 | 46.2 | 9.6 | 1.9 | 0.0 |
| 65~70 | 68 | 100.0 | 51.5 | 10.3 | 2.9 | 33.8 | 5.9 | 5.9 | 2.9 |
| 70~75 | 66 | 100.0 | 51.5 | 10.6 | 7.6 | 31.8 | 16.7 | 3.0 | 1.5 |
| 75 以上 | 124 | 100.0 | 53.2 | 23.4 | 8.1 | 30.6 | 12.9 | 3.2 | 3.2 |
| 教育程度 | | | | | | | | | |
| 不識字 | 80 | 100.0 | 42.5 | 21.3 | 3.8 | 47.5 | 3.8 | 3.8 | 2.5 |
| 小學 | 147 | 100.0 | 48.3 | 8.2 | 7.5 | 32.7 | 14.3 | 4.1 | 2.0 |

| | | | | | | | | | |
|--------|----|-------|------|------|-----|------|------|------|-----|
| 初中 | 60 | 100.0 | 55.0 | 25.0 | 8.3 | 33.3 | 13.3 | 1.7 | 0.0 |
| 專科 | 18 | 100.0 | 50.0 | 5.6 | 5.6 | 38.9 | 11.1 | 11.1 | 0.0 |
| 高中 | 45 | 100.0 | 51.1 | 11.1 | 8.9 | 26.7 | 13.3 | 0.0 | 2.2 |
| 大學及以上 | 39 | 100.0 | 43.6 | 12.8 | 5.1 | 25.6 | 17.9 | 2.6 | 2.6 |
| 其他 | 6 | 100.0 | 50.0 | 16.7 | 0.0 | 33.3 | 16.7 | 0.0 | 0.0 |
| 不知道或拒答 | 1 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |

表 4-20 診斷出的需要長期調養疾病與人口統計變數交叉表(續)

| 項目別 | 皮膚 疾病 | 免疫 系統 疾病 | 呼吸 系統 疾病 | 泌尿 系統 疾病 | 無 | NA |
|-------------|----------|----------------|----------------|----------------|------|-----|
| 樣本人數 | 9 | 0 | 25 | 41 | 8 | 2 |
| 百分比 | 2.3 | 0.0 | 6.3 | 10.4 | 2.0 | 0.5 |
| 性別 | | | | | | |
| 男 | 2.8 | 0.0 | 5.2 | 12.7 | 2.8 | 0.0 |
| 女 | 1.6 | 0.0 | 7.6 | 7.6 | 1.1 | 1.1 |
| 年齡 | | | | | | |
| 55~60 | 3.4 | 0.0 | 5.7 | 6.9 | 1.1 | 0.0 |
| 60~65 | 1.9 | 0.0 | 5.8 | 9.6 | 1.9 | 0.0 |
| 65~70 | 0.0 | 0.0 | 8.8 | 7.4 | 2.9 | 0.0 |
| 70~75 | 1.5 | 0.0 | 4.5 | 10.6 | 3.0 | 0.0 |
| 75 以上 | 3.2 | 0.0 | 6.5 | 14.5 | 1.6 | 0.0 |
| 教育程度 | | | | | | |
| 不識字 | 0.0 | 0.0 | 3.8 | 12.5 | 0.0 | 0.0 |
| 小學 | 2.7 | 0.0 | 6.8 | 9.5 | 2.7 | 0.7 |
| 初中 | 3.3 | 0.0 | 6.7 | 10.0 | 0.0 | 0.0 |
| 專科 | 0.0 | 0.0 | 5.6 | 5.6 | 0.0 | 0.0 |
| 高中 | 4.4 | 0.0 | 11.1 | 6.7 | 0.0 | 2.2 |
| 大學及以上 | 2.6 | 0.0 | 2.6 | 15.4 | 7.7 | 0.0 |
| 其他 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 16.7 | 16.7 | 0.0 |
| 不知道或拒答 | 0.0 | 0.0 | 100. | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| | | | 0 | | | |

資料來源：本研究整理

註 1：本題項目可複選，故細項合計不等於總計。

註 2：其他診斷出的需要長期調養疾病與人口統計變數交叉分析之後，發現在選項百分比上並無明顯差異，因此並未列出比較，僅列出影響程度較明顯的數據。

2. 因患病而特別囑咐的飲食方式之遵循程度與部分人口統計變數交叉分析

因患病而特別囑咐的飲食方式之遵循程度採 0~10 分的等距尺度衡量，因此以所計算出的平均分數與部分人口統計變數做交叉分析。

就性別言，女性的遵循程度高於男性；就年齡層而言，75 歲以上為所有年齡層中遵循程度最高的；就婚姻狀況言，未婚的遵循程度高於其他項目；就教育程度言，不識字及大學以上均高於其餘；就每月生活費而言，1 萬 8 千元~2 萬 7 千元是遵循程度最高的。

表 4-21 飲食方式之遵循程度與部分人口統計變數交叉表

| 項目別 | 樣本人數 | 飲食方式之遵循程度平均分數 | 項目別 | 樣本人數 | 飲食方式之遵循程度平均分數 |
|-------------|------------|---------------|--------------|------------|---------------|
| 性別 | 397 | 8.0 | 教育程度 | 396 | 8.0 |
| 男 | 212 | 7.7 | 不識字 | 80 | 8.4 |
| 女 | 185 | 8.3 | 小學 | 147 | 8.1 |
| 年齡 | 397 | 8.0 | 初中 | 60 | 7.8 |
| 55~60 | 87 | 7.5 | 專科 | 18 | 7.1 |
| 60~65 | 52 | 8.0 | 高中 | 45 | 7.5 |
| 65~70 | 68 | 8.1 | 大學及以上 | 39 | 8.4 |
| 70~75 | 66 | 7.7 | 其他 | 6 | 6.7 |
| 75 以上 | 124 | 8.3 | 不知道或拒答 | 1 | 1.0 |
| 婚姻狀況 | 393 | 8.0 | 每月生活費 | 396 | 8.0 |
| 已婚 | 319 | 7.9 | 未滿 9 千 | 118 | 8.1 |
| 曾結婚但是現在單身 | 67 | 8.0 | 9 千~1 萬 8 | 137 | 7.9 |
| 未婚 | 7 | 8.4 | 1 萬 8~2 萬 7 | 49 | 8.6 |
| 其他 | 363 | 7.9 | 2 萬 7~4 萬 | 28 | 7.3 |
| | | | 4 萬以上 | 24 | 7.6 |
| | | | 不知道或拒答 | 40 | 7.7 |

資料來源：本研究整理

註 1：其他診斷出的需要長期調養疾病與人口統計變數交叉分析之後，發現在選項百分比上並無明顯差異，因此並未列出比較，僅列出影響程度較明顯的數據。

4.2.3 人口統計變數與餐食習慣交叉分析

本部分所列出的是不分餐別的餐食習慣與部分人口統計變數間的交叉分析。由下表可知，就性別言，女性「自己備餐」處理各餐的比例將近是男性的兩倍，而男性由「配偶準備」處理各餐的比例更是高於女性相當多，男性各餐中以外食處理（無論在家用餐或在家用餐）的比例皆是高於女性的。就年齡言，較年輕的55~60歲以及60~65歲不分餐別的外食（無論在家用餐或在外用餐）比例是高於較年長的65歲以上的。

表 4-22 人口統計變數與餐食習慣交叉分析

| 項目別 | 樣本人數 | 百分比 | 自己 | 配偶 | 子女親人 | 照護者備餐 | 外食（在家用餐） | 外食（在外用餐） | 利用外送服務 | 沒有習慣吃 | NA |
|-------------|-------------|-------|------|------|------|-------|----------|----------|--------|-------|-----|
| 樣本人數 | 2376 | - | 680 | 250 | 211 | 34 | 64 | 60 | 2 | 1058 | 17 |
| 百分比 | - | 100.0 | 28.6 | 10.5 | 8.9 | 1.4 | 2.7 | 2.5 | 0.1 | 44.5 | 0.7 |
| 性別 | 2376 | | | | | | | | | | |
| 男 | 1272 | 100.0 | 20.2 | 18.1 | 6.3 | 0.9 | 3.8 | 4.2 | 0.0 | 45.4 | |
| 女 | 1100 | 100.0 | 38.1 | 2.1 | 11.8 | 2.1 | 1.4 | 0.5 | 0.2 | 43.5 | |
| 年齡 | | | | | | | | | | | |
| 55~60 | 522 | 100.0 | 31.0 | 10.7 | 3.1 | 0.6 | 3.4 | 5.0 | 0.0 | 44.3 | 1.9 |
| 60~65 | 312 | 100.0 | 29.5 | 13.8 | 2.2 | 0.0 | 1.9 | 5.1 | 0.0 | 46.8 | 0.6 |
| 65~70 | 408 | 100.0 | 32.8 | 8.6 | 4.7 | 1.7 | 4.2 | 1.7 | 0.0 | 45.8 | 0.5 |
| 70~75 | 396 | 100.0 | 25.5 | 11.9 | 12.1 | 2.5 | 2.0 | 1.3 | 0.5 | 44.2 | 0.0 |
| 75 以上 | 744 | 100.0 | 25.7 | 9.7 | 16.3 | 1.9 | 2.0 | 0.8 | 0.0 | 43.3 | 0.4 |
| 教育程度 | | | | | | | | | | | |
| 不識字 | | 100.0 | 26.0 | 4.2 | 17.9 | 2.7 | 2.5 | 2.1 | 0.0 | 44.2 | 0.4 |
| 小學 | | 100.0 | 31.3 | 11.0 | 6.5 | 0.9 | 3.5 | 1.9 | 0.0 | 43.9 | 1.0 |
| 初中 | | 100.0 | 33.6 | 10.3 | 7.2 | 1.1 | 1.4 | 2.5 | 0.0 | 43.6 | 0.3 |
| 專科 | | 100.0 | 19.4 | 16.7 | 5.6 | 2.8 | 2.8 | 5.6 | 0.0 | 44.4 | 2.8 |
| 高中 | | 100.0 | 27.0 | 13.3 | 10.0 | 0.0 | 3.0 | 2.6 | 0.0 | 43.3 | 0.7 |
| 大學及以上 | | 100.0 | 21.8 | 17.1 | 2.6 | 2.6 | 2.1 | 4.3 | 0.0 | 49.6 | 0.0 |
| 其他 | | 100.0 | 27.8 | 5.6 | 8.3 | 0.0 | 0.0 | 2.8 | 5.6 | 50.0 | 0.0 |
| 不知道或拒答 | | 100.0 | 50.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 50.0 | 0.0 |

資料來源：本研究

註 1：與其他人口統計變數診斷交叉分析之後，發現在選項百分比上並無明顯差異，因此並未列出比較，僅列出影響程度較明顯的數據。

4.2.4 健康調養餐食購買意願與部分人口統計變數交叉分析

健康調養餐食購買意願與部分人口統計變數的交叉分析，就會考慮購買的受訪者而言，男性、年齡 55~60 歲者、未婚者、教育程度為專科或每月生活費 4 萬元以上者的比例較其餘為高。就不會考慮購買的受訪者而言，女性、年齡 70~75 歲、曾結婚但是現在單身、教育程度為小學或每月生活費未滿 9 千元者的比例較其餘為高。

表 4-23 健康調養餐食購買意願與部分人口統計變數交叉分析

| 項目別 | 樣本人數 | 百分比 | 考慮購買 | 不考慮購買 | 項目別 | 樣本人數 | 百分比 | 考慮購買 | 不考慮購買 |
|--------------------|------|-------|------|-------|--------------|------|-------|-------|-------|
| 樣本人數 | 396 | -- | 153 | 243 | 樣本人數 | 396 | -- | 153 | 243 |
| 百分比 | -- | 100.0 | 38.6 | 61.4 | 百分比 | -- | 100.0 | 38.6 | 61.4 |
| 性別 | | | | | 教育程度 | 395 | | | |
| 男 | 211 | 100.0 | 41.2 | 58.8 | 不識字 | 80 | 100.0 | 35.0 | 65.0 |
| 女 | 185 | 100.0 | 35.7 | 64.3 | 小學 | 146 | 100.0 | 32.9 | 67.1 |
| 年齡 | | | | | 初中 | 60 | 100.0 | 40.0 | 60.0 |
| 55~60 | 87 | 100.0 | 52.9 | 47.1 | 專科 | 18 | 100.0 | 61.1 | 38.9 |
| 60~65 | 52 | 100.0 | 36.5 | 63.5 | 高中 | 45 | 100.0 | 42.2 | 57.8 |
| 65~70 | 67 | 100.0 | 34.3 | 65.7 | 大學及以上 | 39 | 100.0 | 51.3 | 48.7 |
| 70~75 | 66 | 100.0 | 31.8 | 68.2 | 其他 | 6 | 100.0 | 16.7 | 83.3 |
| 75~ | 124 | 100.0 | 35.5 | 64.5 | 不知道或拒答 | 1 | 100.0 | 100.0 | 0.0 |
| 婚姻狀況 | 392 | | | | 每月生活費 | 395 | | | |
| 已婚 | 318 | 100.0 | 38.4 | 61.6 | 未滿 9 千 | 118 | 100.0 | 32.2 | 67.8 |
| 曾結婚， 但是現在 單身 | 67 | 100.0 | 37.3 | 62.7 | 9 千~1 萬 8 | 136 | 100.0 | 33.1 | 66.9 |
| 未婚 | 7 | 100.0 | 42.9 | 57.1 | 1 萬 8~2 萬 7 | 49 | 100.0 | 42.9 | 57.1 |
| | | | | | 2 萬 7~4 萬 | 28 | 100.0 | 53.6 | 46.4 |
| | | | | | 4 萬以上 | 24 | 100.0 | 70.8 | 29.2 |
| | | | | | 不知道或拒答 | 40 | 100.0 | 40.0 | 60.0 |

資料來源：本研究整理

註 1：與其他人口統計變數交叉分析之後，發現在選項百分比上並無明顯差異，因此並未列出比較，僅列出影響程度較明顯的數據。

4.2.5 人口統計變數交叉分析

中高齡消費者具有與一般消費者不同的人口統計特性，因此本部分將針對部分人口統計變數做交叉分析。

1. 生活中主要飲食照顧者與年齡、主要經濟來源、每月生活費交叉分析

由下表可知，年齡在 75 歲以上者的獨居比例較其他年齡層高，主要經濟來源為政府救助或津貼獨居比例較其他來源高，每月生活費未滿 9 千元的獨居比例比其他高。

表 4-24 生活中主要飲食照顧者與年齡、主要經濟來源、每月生活費交叉分析表

| 項目別 | 樣本人數 | 百分比 | 獨居 | 安養中心或老人照護機構 | 其他 |
|---------------|------|-------|------|-------------|-------|
| 樣本人數 | 397 | -- | 31 | 3 | 363 |
| 百分比 | -- | 100.0 | 7.8 | 0.8 | 91.4 |
| 年齡 | | | | | |
| 55~60 | 87 | 100.0 | 4.6 | 0.0 | 95.4 |
| 60~65 | 52 | 100.0 | 1.9 | 1.9 | 96.2 |
| 65~70 | 68 | 100.0 | 7.4 | 0.0 | 92.6 |
| 70~75 | 66 | 100.0 | 10.6 | 1.5 | 87.9 |
| 75~ | 124 | 100.0 | 11.3 | 0.8 | 87.9 |
| 主要經濟來源 | | | | | |
| 薪資收入 | 77 | 100.0 | 9.1 | 2.6 | 88.3 |
| 儲蓄利息 | 46 | 100.0 | 4.3 | 0.0 | 95.7 |
| 理財投資 | 2 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| 子女奉養 | 150 | 100.0 | 4.7 | 0.7 | 94.7 |
| 退休金撫恤金或保險給付 | 84 | 100.0 | 7.1 | 0.0 | 92.9 |
| 政府救助或津貼 | 27 | 100.0 | 29.6 | 0.0 | 70.4 |
| 其他 | 1 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| 不知道或拒答 | 5 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| 每月生活費 | | | | | |
| 未滿 9 千 | 118 | 100.0 | 11.0 | 0.8 | 88.1 |
| 9 千~1 萬 8 | 137 | 100.0 | 3.6 | 1.5 | 91.9 |
| 1 萬 8~2 萬 7 | 49 | 100.0 | 10.2 | 0.0 | 89.8 |

| | | | | | |
|-----------|----|-------|------|-----|------|
| 2 萬 7~4 萬 | 28 | 100.0 | 7.1 | 0.0 | 92.9 |
| 4 萬以上 | 24 | 100.0 | 8.3 | 0.0 | 91.7 |
| 不知道或拒答 | 40 | 100.0 | 10.0 | 0.0 | 90.0 |

資料來源：本研究整理

2. 退休狀況與性別、年齡、教育程度、主要經濟來源及每月生活費交叉分析

由下表可知，年齡在 55~60 歲者、教育程度為初中、每月生活費 9 千~1 萬 8 千元或主要經濟來源為薪資收入者未退休比例佔最多。

表 4-25 退休狀況與性別、年齡、教育程度、主要經濟來源及每月生活費交叉分析表

| 項目別 | 樣本人數 | 百分比 | 已退休 | 未退休 |
|--------------|------------|-------|-------|------|
| 樣本人數 | 397 | -- | 330 | 67 |
| 百分比 | -- | 100.0 | 83.1 | 16.9 |
| 性別 | | | | |
| 男 | 212 | 100.0 | 81.6 | 18.4 |
| 女 | 185 | 100.0 | 84.9 | 15.1 |
| 年齡 | | | | |
| 55~60 | 87 | 100.0 | 55.2 | 44.8 |
| 60~65 | 52 | 100.0 | 73.1 | 26.9 |
| 65~70 | 68 | 100.0 | 94.1 | 5.9 |
| 70~75 | 66 | 100.0 | 97.0 | 3.0 |
| 75~ | 124 | 100.0 | 93.5 | 6.5 |
| 教育程度 | 396 | | | |
| 不識字 | 80 | 100.0 | 88.8 | 11.3 |
| 小學 | 147 | 100.0 | 83.0 | 17.0 |
| 初中 | 60 | 100.0 | 76.7 | 23.3 |
| 專科 | 18 | 100.0 | 83.3 | 16.7 |
| 高中 | 45 | 100.0 | 84.4 | 15.6 |
| 大學及以上 | 38 | 100.0 | 76.9 | 23.1 |
| 其他 | 6 | 100.0 | 100.0 | 0.0 |
| 不知道或拒答 | 1 | 100.0 | 100.0 | 0.0 |
| 每月生活費 | 396 | | | |
| 未滿 9 千 | 118 | 100.0 | 88.1 | 11.9 |
| 9 千~1 萬 8 | 137 | 100.0 | 78.1 | 21.9 |
| 1 萬 8~2 萬 7 | 49 | 100.0 | 81.6 | 18.4 |
| 2 萬 7~4 萬 | 28 | 100.0 | 89.3 | 10.7 |
| 4 萬以上 | 24 | 100.0 | 83.3 | 16.7 |
| 不知道或拒答 | 40 | 100.0 | 82.5 | 17.5 |

表 4-26 退休狀況與性別、年齡、教育程度、主要經濟來源及每月生活費交叉分析表（續）

| 項目別 | 樣本人數 | 百分比 | 已退休 | 未退休 |
|-----------------|------|-------|-------|-------|
| 主要經濟來源 | | | | |
| 薪資收入 | 77 | 100.0 | 40.3 | 59.7 |
| 儲蓄利息 | 46 | 100.0 | 84.8 | 15.2 |
| 理財投資 | 2 | 100.0 | 100.0 | 0.0 |
| 子女奉養 | 150 | 100.0 | 95.3 | 4.7 |
| 退休金撫恤金 或保險幾付 | 84 | 100.0 | 97.6 | 2.4 |
| 政府救助或津 貼 | 27 | 100.0 | 92.6 | 7.4 |
| 其他 | 1 | 100.0 | 0.0 | 100.0 |
| 不知道或拒答 | 5 | 100.0 | 60.0 | 40.0 |

資料來源：本研究整理

3. 主要經濟來源與性別、年齡、教育程度及每月生活費交叉分析

由下表可知，男性的主要經濟來源以「退休金撫卹金或保險給付」佔最多，而女性是以「子女奉養」佔最多；在未退休比例佔多數的 55~60 歲及 60~65 歲年齡層主要經濟來源皆以「薪資收入」佔最多數，而 65 歲以上的各年齡層是以「子女奉養」佔最多數；教育程度專科以上之中高齡者主要經濟來源為「子女奉養」所佔比例較低，最高比例之不識字者比最低之大學及以上者高達 59.0 個百分點。每月生活費在 2 萬 7 千元~4 萬元及以上者主要經濟來源以「退休金撫卹金或保險給付」佔多數，1 萬 8 千元以下者則以「子女奉養」佔多數。

表 4-27 主要經濟來源與性別、年齡、教育程度及每月生活費交叉分析表

| 項目別 | 樣本人數 | 百分比 | 薪資收入 | 儲蓄利息 | 理財投資 | 子女奉養 | 退休金撫卹金或保險給付 | 政府補助或津貼 | 其他 | 不知道或拒答 |
|-------------|------------|-------|------|------|------|------|-------------|---------|-----|--------|
| 樣本人數 | 392 | -- | 77 | 46 | 2 | 150 | 84 | 27 | 1 | 5 |
| 百分比 | -- | 100.0 | 19.6 | 11.7 | 0.5 | 38.3 | 21.4 | 6.9 | 0.3 | 1.3 |
| 性別 | 392 | | | | | | | | | |
| 男 | 210 | 100.0 | 22.9 | 10.5 | 0.5 | 28.6 | 30.0 | 6.7 | 0.5 | 0.5 |
| 女 | 182 | 100.0 | 15.9 | 13.2 | 0.5 | 49.5 | 11.5 | 7.1 | 0.0 | 2.2 |
| 年齡 | 392 | | | | | | | | | |
| 55~60 | 87 | 100.0 | 58.6 | 13.8 | 1.1 | 12.6 | 10.3 | 0.0 | 0.3 | 2.3 |
| 60~65 | 52 | 100.0 | 28.8 | 11.5 | 0.0 | 26.9 | 26.9 | 1.9 | 1.1 | 3.8 |
| 65~70 | 66 | 100.0 | 6.1 | 7.6 | 0.0 | 54.5 | 22.7 | 7.6 | 0.0 | 1.5 |
| 70~75 | 66 | 100.0 | 7.6 | 13.6 | 0.0 | 45.5 | 21.2 | 12.1 | 0.0 | 0.0 |
| 75~ | 121 | 100.0 | 1.7 | 11.6 | 0.8 | 48.8 | 26.4 | 10.7 | 0.0 | 0.0 |
| 教育程度 | 392 | | | | | | | | | |
| 不識字 | 78 | 100.0 | 10.3 | 7.7 | 0.0 | 64.1 | 5.1 | 12.8 | 0.0 | 0.0 |
| 小學 | 146 | 100.0 | 22.6 | 12.3 | 0.7 | 47.3 | 7.5 | 6.8 | 0.0 | 2.7 |
| 初中 | 59 | 100.0 | 20.3 | 13.6 | 1.7 | 28.8 | 28.8 | 6.8 | 0.0 | 0.0 |
| 專科 | 18 | 100.0 | 22.2 | 33.3 | 0.0 | 5.6 | 38.9 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |

| | | | | | | | | | | |
|--------------|------------|-------|------|------|-----|------|-------|------|-----|-----|
| 高中 | 45 | 100.0 | 20.0 | 8.9 | 0.0 | 17.8 | 46.7 | 2.2 | 2.2 | 2.2 |
| 大學及以上 | 39 | 100.0 | 28.2 | 10.3 | 0.0 | 5.1 | 56.4 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 其他 | 6 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 50.0 | 16.7 | 33.3 | 0.0 | 0.0 |
| 不知道 或拒答 | 1 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 每月生活費 | 392 | | | | | | | | | |
| 未滿9千 | 118 | 100.0 | 12.7 | 8.5 | 0.0 | 52.5 | 14.4 | 11.0 | 0.0 | 0.8 |
| 9千~1萬8 | 137 | 100.0 | 19.0 | 11.7 | 0.7 | 42.8 | 16.8 | 8.8 | 0.0 | 0.7 |
| 1萬8~2萬7 | 49 | 100.0 | 32.7 | 12.2 | 2.0 | 24.5 | 26.5 | 2.0 | 0.0 | 0.0 |
| 2萬7~4萬 | 28 | 100.0 | 21.4 | 17.9 | 0.0 | 17.9 | 42.9 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 4萬以上 | 23 | 100.0 | 30.4 | 17.4 | 0.0 | 4.3 | 47.8 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 不知道或拒答 | 37 | 100.0 | 18.9 | 13.5 | 0.0 | 32.4 | 21.6 | 2.7 | 2.7 | 8.1 |

資料來源：本研究整理

4. 每月生活費與性別、年齡及教育程度交叉分析

由下表可知，男性每月生活費在「2萬7千元~4萬元」及以上者較女性高。

表 4-28 每月生活費與性別、年齡及教育程度交叉分析表

| 項目別 | 樣本人數 | 百分比 | 未滿9千 | 9千~1萬8千 | 1萬8千~2萬7千 | 2萬7千~4萬 | 4萬以上 | 不知道或拒答 |
|-------------|------------|-------|------|---------|-----------|---------|------|--------|
| 樣本人數 | 396 | -- | 118 | 137 | 49 | 28 | 24 | 40 |
| 百分比 | -- | 100.0 | 29.8 | 34.6 | 12.4 | 7.1 | 6.1 | 10.1 |
| 性別 | 396 | | | | | | | |
| 男 | 211 | 100.0 | 25.6 | 34.1 | 11.4 | 9.0 | 9.5 | 10.4 |
| 女 | 185 | 100.0 | 34.6 | 35.1 | 13.5 | 4.9 | 2.2 | 9.7 |
| 年齡 | 392 | | | | | | | |
| 55~60 | 87 | 100.0 | 19.5 | 37.9 | 13.8 | 9.2 | 8.0 | 11.5 |
| 60~65 | 52 | 100.0 | 26.9 | 19.2 | 25.0 | 11.5 | 5.8 | 11.5 |
| 65~70 | 66 | 100.0 | 28.4 | 46.3 | 9.0 | 1.5 | 3.0 | 11.9 |
| 70~75 | 66 | 100.0 | 31.8 | 37.9 | 6.1 | 10.6 | 4.5 | 9.1 |
| 75~ | 121 | 100.0 | 37.9 | 30.6 | 11.3 | 4.8 | 7.3 | 8.1 |
| 教育程度 | 396 | | | | | | | |
| 不識字 | 80 | 100.0 | 43.8 | 38.8 | 6.3 | 2.5 | 0.0 | 8.8 |
| 小學 | 147 | 100.0 | 33.3 | 40.1 | 7.5 | 5.4 | 3.4 | 10.2 |
| 初中 | 60 | 100.0 | 21.7 | 40.0 | 21.7 | 6.7 | 1.7 | 8.3 |
| 專科 | 18 | 100.0 | 5.6 | 27.8 | 16.7 | 11.1 | 27.8 | 11.1 |
| 高中 | 45 | 100.0 | 24.4 | 20.0 | 20.0 | 11.1 | 13.3 | 11.1 |
| 大學及以上 | 39 | 100.0 | 12.8 | 20.5 | 17.9 | 17.9 | 17.9 | 12.8 |
| 其他 | 6 | 100.0 | 66.7 | 16.7 | 16.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 不知道或拒答 | 1 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |

資料來源：本研究整理

4.3 獨立性檢定

1. 健康調養餐食購買意願與人口統計變數之獨立性檢定

本部分則進一步對健康調養餐食購買意願與人口統計變數進行卡方獨立性檢定，研究假設如下：

表 4-29 健康調養餐食購買意願與人口統計變數研究假設

| | 健康調養餐食購買意願 |
|-------------------------------------|--|
| 1 性別 | <ul style="list-style-type: none"> H0-1: 性別與健康調養餐食購買意願無關 H1-1: 性別與健康調養餐食購買意願有關 |
| 2 年齡 | <ul style="list-style-type: none"> H0-2: 年齡與健康調養餐食購買意願無關 H1-2: 年齡與健康調養餐食購買意願有關 |
| 3 婚姻 狀況 | <ul style="list-style-type: none"> H0-3: 婚姻狀況與健康調養餐食購買意願無關 H1-3: 婚姻狀況與健康調養餐食購買意願有關 |
| 4 生 活中的 飲 食 照 顧 者 | <ul style="list-style-type: none"> H0-4: 生活中的飲食照顧者與健康調養餐食購買意願無關 H1-4: 生活中的飲食照顧者與健康調養餐食購買意願有關 |
| 5 同 住 家 人 數 | <ul style="list-style-type: none"> H0-5: 同住家人數與健康調養餐食購買意願無關 H1-5: 同住家人數與健康調養餐食購買意願有關 |
| 6 退 休 狀 況 | <ul style="list-style-type: none"> H0-6: 退休狀況與健康調養餐食購買意願無關 H1-6: 退休狀況與健康調養餐食購買意願有關 |

| | |
|----------|---|
| 7 教育程度 | { H0-7: 教育程度與健康調養餐食購買意願無關 H1-7: 教育程度與健康調養餐食購買意願有關 } |
| 8 主要經濟來源 | { H0-8: 主要經濟來源與健康調養餐食購買意願無關 H1-8: 主要經濟來源與健康調養餐食購買意願有關 } |
| 9 每月生活費 | { H0-9: 每月生活費與健康調養餐食購買意願無關 H1-9: 每月生活費與健康調養餐食購買意願有關 } |

資料來源：本研究

檢定結果顯示，性別、退休狀況、每月生活費與健康調養餐食購買意願有關。

表 4-30 健康調養餐食購買意願與人口統計變數之獨立性檢定

| 人口統計變數 | 健康調養餐食購買意願 |
|-------------|--------------------|
| 1 性別 | 659.283** (0.000) |
| 2 年齡 | 9.873* (0.043) |
| 3 婚姻狀況 | 0.090 (0.956) |
| 4 生活中的飲食照顧者 | 1.124 (0.570) |
| 5 同住家人數 | 7.042 (0.317) |
| 6 退休狀況 | 1813.799** (0.000) |
| 7 教育程度 | 12.069+ (0.098) |
| 8 主要經濟來源 | 8.751 (0.271) |
| 9 每月生活費 | 17.375** (0.004) |

資料來源：本研究

2. 部分人口統計變數間之獨立性檢定

本部分則進一步對部分人口統計變數間進行卡方獨立性檢定，研究假設如下：

表 4-31 部分人口統計變數間卡方獨立性檢定研究假設

| | 10 生活中主要飲食照顧者 |
|----------|--|
| 1 性別 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-10-1: 性別與生活中主要飲食照顧者無關 { H1-10-1: 性別與生活中主要飲食照顧者有關 |
| 2 年齡 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-10-2: 年齡與生活中主要飲食照顧者無關 { H1-10-2: 年齡與生活中主要飲食照顧者有關 |
| 7 教育程度 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-10-7: 教育程度與生活中主要飲食照顧者無關 { H1-10-7: 教育程度與生活中主要飲食照顧者有關 |
| 8 主要經濟來源 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-10-8: 主要經濟來源與生活中主要飲食照顧者無關 { H1-10-8: 主要經濟來源與生活中主要飲食照顧者有關 |
| 9 每月生活費 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-10-9: 每月生活費與生活中主要飲食照顧者無關 { H1-10-9: 每月生活費與生活中主要飲食照顧者有關 |
| | 11 退休狀況 |
| 1 性別 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-11-1: 性別與退休狀況無關 { H1-11-1: 性別與退休狀況有關 |
| 2 年齡 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-11-2: 年齡與退休狀況無關 { H1-11-2: 年齡與退休狀況有關 |
| 7 教育程度 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-11-7: 教育程度與退休狀況無關 { H1-11-7: 教育程度與退休狀況有關 |

| | |
|-----------|--|
| 8 主要經濟來源 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-11-8: 主要經濟來源與退休狀況無關 { H1-11-8: 主要經濟來源與退休狀況有關 |
| 9 每月生活費 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-11-9: 每月生活費與退休狀況無關 { H1-11-9: 每月生活費與退休狀況有關 |
| 12 主要經濟來源 | |
| 1 性別 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-12-1: 性別與主要經濟來源無關 { H1-12-1: 性別與主要經濟來源有關 |
| 2 年齡 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-12-2: 年齡與主要經濟來源無關 { H1-12-2: 年齡與主要經濟來源有關 |
| 7 教育程度 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-12-7: 教育程度與主要經濟來源無關 { H1-12-7: 教育程度與主要經濟來源有關 |
| 9 每月生活費 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-12-9: 每月生活費與主要經濟來源無關 { H1-12-9: 每月生活費與主要經濟來源有關 |
| 13 每月生活費 | |
| 1 性別 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-13-1: 性別與每月生活費無關 { H1-13-1: 性別與每月生活費有關 |
| 2 年齡 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-13-2: 年齡與每月生活費無關 { H1-13-2: 年齡與每月生活費有關 |
| 7 教育程度 | <ul style="list-style-type: none"> { H0-13-7: 教育程度與每月生活費無關 { H1-13-7: 教育程度與每月生活費有關 |

資料來源：本研究

結果如下表所示，性別、年齡、主要經濟來源與退休狀況有關，性別、年齡、教育程度、每月生活費與主要經濟來源有關，教育程度與每月生活費有關。

表 4-32 部分人口統計變數間之獨立性檢定

| | 10 生活中主要飲食照顧者 | 11 退休狀況 | 12 主要經濟來源 | 13 每月生活費 |
|----------|--------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|
| 1 性別 | 0.512 (0.774) | 1000.280** (0.000) | 32.780** (0.000) | 14.218* (0.017) |
| 2 年齡 | 9.225 (0.324) | 76.678** (0.000) | 159.206** (0.000) | 33.285* (0.031) |
| 7 教育程度 | 13.865 (0.460) | 6.124 (0.525) | 153.234** (0.000) | 95.978** (0.000) |
| 8 主要經濟來源 | 26.684* (0.021) | 137.021** (0.000) | -- | -- |
| 9 每月生活費 | 7.529 (0.675) | 5.411 (0.368) | 87.101** (0.000) | -- |

資料來源：本研究整理

註 1：*表示達 95%顯著水準

註 2：括號內為 p 值

第五章 結論與建議

近年來，國民所得提升，加上醫療技術進步，使得中高齡人口逐年增加，間接帶動銀髮產業的發展。因此，中高齡消費者的研究對往後台灣社會而言是相當的需要，而其消費能力也將在市場上佔有一席之地，中高齡消費者也會是未來行銷管理領域重要的研究。

本研究從中高齡者的健康狀況、餐食習慣以及健康調養餐食的購買意願進行瞭解。來自 397 位至一所綜合醫院就醫之中高齡者，透過結構式問卷面對面訪問的方式來蒐集資料，以敘述性統計及卡方獨立性檢定進行資料分析。根據研究目的、假設、分析結果與討論歸納研究結論，並依據研究結果歸納出研究發現，最後提出具體檢討與建議，做為未來政府部門擬定策略，相關產業架構供應體系的參考。

5.1 結論

結論一：

心血管疾病與內分泌代謝疾病仍然是中高齡者最容易罹患的疾病，低脂（油）與低鹽（限鈉）分佔特別注意的飲食方式中最多的前兩項，而「沒有任何特別囑咐」亦佔有 23.2% 的比例。顯示目前中高齡慢性病患者飲食方面的衛生教育成果良好，中高齡者多能了解在個人飲食生活上因罹病而應該調整之處，而遵循程度亦良好。此一結果顯示生活可自理的中高齡慢性病患者，除了能了解飲食需要調整之處之外，也能有不錯的遵循程度，然而卻有研究指出老年人普遍營養不良，由本研究對於餐食習慣的調查結果可知，中高齡者平日的三餐大多是採取自己簡單調理的方式，所以認為能遵循因患病而需要調整的飲食方式，但卻也會因此而忽略營養成分的足量攝取。另一方面，研究（王素梅，2004）發現高齡者多數人為了保健，在飲食方面以「多吃具保健功能農產品」為首選，因此保健農產品未來的發展可期，讓中高齡者不需要複雜的調理，就可以從食材中獲得營養。

需要長期調養的疾病與飲食方式遵循程度交叉分析結果顯示，遵循程度最高的是有罹患骨骼肌肉疾病者（8.6分），最低的是有罹患腫瘤類疾病者（4.5分）。與部分人口統計變數交叉分析的結果，女性的遵循程度高於男性；75歲以上為所有年齡層中遵循程度最高的，最低分為55-60歲；未婚的遵循程度高於其他項目；就教育程度言，不識字及大學以上均高於其餘；就每月生活費而言，1萬8千元~2萬7千元是遵循程度最高的。

需要特別注意的飲食方式之遵循程度無法提高的原因，最主要為「個人飲食習慣及生活嗜好無法改變」，其次則是「工作或應酬因素」，顯見中高齡者即便是因為患病的關係需要適當的調整其飲食習慣，卻會因為難以改變已養成有很長一段時間的飲食生活習慣，而使得因患病而被建議的飲食方式遵循程度無法提高。

結論二：

本研究結果發現，受訪的中高齡者三餐有固定的進食習慣，而正餐中以午餐外食比例最高，晚餐最低，在國內研究（王，2004）針對55~74歲具活動外出能力之高齡者之餐食習慣調查中，三餐外食比例較高者同樣為午餐。而正餐若是以外食方式處理，早餐和晚餐買回家吃的比例皆是高於在外用餐，而午餐則是相反。此結果顯示午餐將是未來業者可以先行切入的一個餐別。

結果亦發現心血管疾病與內分泌代謝疾病的午餐外食且在外用餐比例相對較平均為高，然而外食的習慣是否與罹患慢性病的容易程度有關，則有待進一步的驗證；另外，顯見目前外食環境中，尚未能為慢性病患者提供更健康的選擇。而在罹患疾病與飲食方式遵循程度交叉分析結果中，雖顯示出比平均分數（8.0）略高（心血管疾病8.2分）或略低（內分泌及代謝疾病7.9分），遵循容易程度中，雖未見其遵循程度低，但是不得不懷疑是否是因為罹患此兩種疾病者，自認為的飲食遵循方式也許是不正確的，而導致了慢性疾病的發生。

女性在各餐中多「自己備餐」，相對而言，男性則由「配偶準備」佔多數，男性、較年輕的 55~60 歲以及 60~65 歲各餐中以外食處理（無論在家用餐或在家用餐）的比例皆是高於女性、較年長的 65 歲以上者的，此結果與王（2004）的調查結果雷同。以上結果顯示，目前較年輕的 55-60 歲中高齡者外食比例較其他年齡層高，而其因患病而需要遵循的飲食方式之遵循程度卻是最低分的一年齡層，可見目前外食的環境是明顯無法滿足需要做飲食控制的中高齡慢性病患者。因此，能為健康做調養的餐食是有其需求存在的。

適合自己健康狀況餐食的購買容易程度有一半以上的中高齡者是認為容易購買到的，容易程度無法提高的最主要原因是「沒有販售適合的產品」，次要原因則是「身體狀況不佳，不適合外出」。顯見，中高齡者仍然認為目前市面上缺乏特別為其罹病的需求而設計的餐食，並且會因為身體的狀況，無法外出購物，而產生了飲食生活的不便。

適合自己健康狀況餐食的調理容易程度，有近 7 成的中高齡者是認為容易調理出的。容易程度無法提高的最主要原因是「覺得自己料理很麻煩」，次要原因則是「家人無法配合」。此結果顯示了中高齡者因患病而產生的特殊飲食需求，會由於覺得自己料理很麻煩或家中的其他成員無法配合而使其不容易在家中調理出適合自己健康狀況的餐食，進而增加飲食醫囑遵行的困難度。

結論三：

約 6 成比例的受訪者表示不會考慮購買健康調養餐食，不考慮購買的原因中，最主要為「喜歡自己調理且沒有外食的習慣」，次要原因則是「產品的效用及衛生安全待評估」，此結果反應出中高齡者對營養師的角色不認同，或信賴度不足，甚至可以說是不瞭解營養師的功能。另外在餐食習慣的結果中亦可見，高齡者三餐的處理方式以「自己備餐」或「配偶準備」居多，因此自己的飲食生活習慣是影響其不會考慮購買的原因。此外，產

品本身的效用及衛生安全也是一重要因素。而在考慮購買的受訪者其購買的意願程度，扣除「沒有回答」的部分，平均分數高達 8.1 分。

會考慮購買的受訪者中，男性、年齡 55~60 歲者、未婚、教育程度為專科或每月生活費 4 萬元以上者的比例較其餘為高；不會考慮購買的受訪者中，女性、年齡 70~75 歲、曾結婚但是現在單身、教育程度為小學或每月生活費未滿 9 千者的比例較其餘為高。獨立性檢定的結果，健康調養餐食購買意願與性別、退休狀況、每月生活費有關。

結論四：

中高齡者對於目前零售通路的使用率，最高者為「超市」，次高者為「量販店」；然而亦有 24.9% 的受訪者表示在所列出的零售通路中沒有經常前往購物的習慣。而受訪者對於前往各零售通路地點訂購健康調養餐食的意願皆偏低，最高僅有便利商店和超市的 2.4。此一結果呈現，便利商店目前雖並非中高齡消費者使用頻率最高的通路，但卻能因為販售適合的產品而使得其使用率提高。

受訪者對健康調養餐食提供配送到住家服務的接受意願，平均分數為 2.8 分，顯示中高齡者對餐食配送到府的接受度偏低。原因有待釐清的是，究竟需求真的不明顯，或者是供給面目前並沒有讓消費者產生信心。然而以日本的經驗來看，食材或備辦菜餚透過不同的方式配送到住家將會是未來的發展趨勢。

結論五：

年齡在 75 歲以上者的獨居比例較其他年齡層高，主要經濟來源為政府救助或津貼獨居者比例較其他來源高，每月生活費未滿 9 千元的獨居比例比其他高。

年齡在 55~60 歲者、教育程度為初中、每月生活費 9 千元~1 萬 8 千元或主要經濟來源為薪資收入者未退休比例佔最多。在獨立性檢定的結果呈現，退休狀況依性別、年齡、主要經濟來源而有差異。

男性的主要經濟來源以「退休金撫卹金或保險給付」佔最多，而女性是以「子女奉養」佔最多；在未退休比例佔多數的 55~60 歲及 60~65 歲兩個年齡層其主要經濟來源皆以「薪資收入」佔大多數，而 65 歲以上的各年齡層是以「子女奉養」佔大多數；教育程度專科以上之中高齡者主要經濟來源為「子女奉養」所佔比例較低，最高比例之不識字者比最低之大學及以上者更高達 59.0 個百分點。每月生活費在 2 萬 7 千元~4 萬元及以上者主要經濟來源以「退休金撫卹金或保險給付」佔多數，1 萬 8 千元以下者則以「子女奉養」佔多數。

在行政院內政部（2000）的老人狀況調查中，65 歲以上老人主要經濟來源，以子女奉養者最多，其次為退休金撫卹金或保險給付者，又主要經濟來源為工作收入者與子女奉養者女性多於男性。而本研究此部分的結果，與老人狀況調查結果相同，65 歲以上之老人經濟來源以子女奉養者最多，其次為退休金撫卹金或保險給付。就教育程度言，65 歲以上教育程度愈高之老人主要經濟來源為子女奉養所占比例愈低，最高比例之不識字者比最低之大學及以上者高達 50.39 個百分點。而本研究中，經卡方檢定 ($\alpha = 0.01$) 的結果顯示主要經濟來源依教育程度而有差異。此外主要經濟來源亦依性別、年齡、每月生活費而有差異。

同樣在內政部（2000）的老人狀況調查中，就性別言，若整體考量 65

歲以上男性平均每月生活費為 11,969 元比女性平均每月生活費 9,833 元多出 2,136 元；就教育程度言，65 歲以上教育程度為大學及以上者平均每月生活費最高，並呈現了教育程度愈高平均每月生活費愈高之趨勢。相較於本研究的結果，就性別言，男性每月生活費在「2 萬 7 千元~4 萬元」及以上者較女性高，55 歲以上之中高齡者每月生活費，男性與女性最多比例皆落在 9 千元至未滿 1 萬 8 千元；進一步對每月生活費與教育程度進行獨立性檢定，結果顯示兩者有相關性。

5.2 建議

人口高齡化是人類壽命延長的體現，而長期來看，隨著人口結構的老化，未來所追求的應是人口品質的提升而非數量的成長。因此，掌握未來人口老化帶來的健康產業發展之機會，藉由現代科技的能力，使國民更健康的進入老年，充分融入及參與社會，為其社區及社會發展做出更積極有效的貢獻（李，2000）。

而食品產業應如何從飲食預防醫學的角度出發，使中高齡者透過飲食增進健康，減少或減緩對醫藥的依賴程度或速度，從預防的觀點提早因應，降低社會負擔並提高生活品質，並以解決其因慢性病而產生特殊飲食生活的需求為目的，在「健康調養餐食」的產品概念之下，進行商品開發的推展。本節將針對上節所歸納之結論，提出中高齡慢性病患者健康調養餐食市場策略以及架構中高齡慢性病患者健康調養餐食配送體系的建議。

1. 對醫院的建議

由本研究結果可知，為數不少的慢性病中高齡者表示對所罹患的慢性病所應該注意的飲食方式，醫師並沒有任何特別的囑咐，因此建議醫院方面可鼓勵患者參加醫院所舉辦之慢性病飲食衛生教育講座，以提升患者自我照顧的成效，並可針對男性族群為加強重點。

本研究結果中亦顯示出，中高齡者對營養師的角色不認同及信賴度不足，甚至可以說不瞭解營養師的功能。醫院應可在病患就診後，由跟診人員主動告知院內所舉辦的營養相關講座，從中增加其與營養師接觸的機會，以彰顯營養師的角色，有助於未來醫院在經營院內特殊膳食時，病患對營養師的信賴。

2. 對食品產業的建議

食品產業方面，由本研究結果可知，三餐之中外食比例最高的是午餐，因此外食相關業者的餐飲業、鮮食業等，可考慮以午餐時段為開發及配送

時間首選；而三餐之中，早餐和晚餐買回家吃的比例高於在外用餐，因此欲進入中食（家庭取代餐）市場的食品業者，如冷凍食品、團膳等，可將早餐和晚餐做為首先切入的餐別，不論是餐盒或備辦菜餚的形式。三餐中之晚餐是子女親人備餐比例較高的餐別，因此在開發晚餐的菜色組合時，可將子女親人的備餐考量因素納入。另外在以人口統計區隔結果則顯示，男性、年齡 55-60 歲者、未婚、教育程度為專科或每月生活費 4 萬元以上者，為可以先行考慮的目標消費群。

在通路方面，超市是目前中高齡者使用率最高的一個通路，其次是量販店，此兩零售業者可積極思考開發適合中高齡者健康需求的健康調養餐食，不論是自行研發或與其他食品業者合作開發，以冷凍食品、熟食或鮮食的型態，是未來可期的趨勢。而便利商店業者，差異化將是未來與同業的競爭利器，由本研究中亦可見，雖然便利商店並非中高齡者使用率最高的通路，但是卻會因為販賣健康調養餐食而其使用率提高，因此便利商店在店數已趨近飽和的情況下，若能善用其便利性，並在商品內容上更加差異化，貼近未來廣大的消費族群中高齡者的需求，相信其成長空間將會非常值得期待。

另一方面，本研究中亦發現，中高齡者對健康調養餐食的需求表現中，價格並非是影響其不會購買的主要因素，「產品的衛生安全及其功效」反而是其影響因素的第二大項。因此建議食品製造業者，應致力於通過能取信於消費者的相關認證制度，例如：HACCP 等，始能在價格上擁有競爭優勢。

在產品面，心血管疾病與內分泌代謝疾病是外食比例較高的族群，因此業者可先行針對此兩種疾病的飲食需求，設計出適合其食用的「健康調養餐食」，然而必須注意的是，現行的保健食品法規定，在產品包裝及廣告設計中產品本身不得宣稱療效。

3. 對政府部門的建議

雖然政府部門在老人福利措施中，老人送餐服務在各縣市已實行多

年，然而未來的老人食品服務將會以更多元的方式呈現，不僅只是現在針對生活無法自理的老人所規劃的項目。戰後嬰兒潮族群也即將進入中高齡的階段，雖然不一定是進入無職的退休生活，但是其飲食生活卻一定有不同的需要。食品產業在快速調整腳步因應這個市場的來臨時，政府部門應是在監督及提供環境的角色，意即中高齡食品服務產業的發展，應由民間主導，政府輔導與監督，使國民更健康的進入老年。

參考文獻

一、英文部分

1. Rosenstock, I. M. (1985). Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes Care*, 8(6), 610-616.
2. Cameron & Gregor. (1987). Chronic illness and compliance. *Journal of Advanced Nursing*. 12, 671-676.
3. Burckhardt, C. S. (1987). Coping strategies of the chronically ill. *Nursing Research*, 34(1), 11-16.
4. Becker, M. H. & Rosenstock, I. M. (1984). Compliance with medical advice. In Steptoe, A. & Mathews, A. (eds). *Health Care and Human Behavior*. London Ltd. Press. 175-203.

二、中文部分

1. 戴國良 (2003), 行銷管理：理論與實務，二版，五南圖書出版公司，台北。
2. 簡貞玉譯 (1996), 消費者行為學，初版，五南圖書出版公司，台北。
3. 陳振聲 (2004), 銀髮族自覺健康狀況與休閒阻礙關係之研究，國立台北護理學院旅遊健康研究所碩士論文，台北。
4. 黃益萬 (2003), 兩岸保健食品消費者行為研究，國立成功大學高階管理碩士在職專班碩士論文，台北。
5. 王駿良 (1999), 高齡者對福利產品購買決策型態之研究-以高雄市為例，國立成功大學企業管理研究所碩士論文，台南。
6. 方敏貞 (1996), 女性銀髮族服飾購買之研究—以台北市為例，輔仁大學織品服裝研究所碩士論文，台北。
7. 經建會人力規劃處 (1999), 民國 87 年至 140 年台灣人口推估。
8. 內政部統計處 (2000), 台閩地區老人狀況調查摘要分析。
9. 內政部統計處 (2002), 台閩地區老人狀況調查摘要分析。
10. 吳榮義 (2004), 人口老化的機會與挑戰，人口老化相關問題及因應對策研討會，台灣經濟研究院，台北。
11. 周家華 (1997), 台灣地區高齡人口結構之研究，台北技術學院學報，30(1), 315-344。

12. 劉修慈 (1991), 日本開發高齡者在企業內就業機會的策略, 就業與訓練, 41-45。
13. 王素梅 (2004), 從高齡者飲食消費習性看我國銀髮族食品之發展, 食品市場資訊, 93 (2), 1-6。
14. 曾慧枝, 林進財, 白崇亮 (1997), 銀髮族市場區隔與消費型態之研究, 交大管理評論, 17 (2), 1-20。
15. 范碧珍 (2003), 預覽銀髮族消費特性, 突破雜誌, 220 期, 48-49。
16. 唐啟民 (1998), 關心銀髮族的福祉—台灣省推行老人福利概況, 社區發展季刊, 83, 34-43。
17. 陳振聲 (2004), 銀髮族自覺健康狀況與休閒阻礙關係之研究, 台北護理學院旅遊健康研究所碩士論文, 台北。
18. 李雅雯 (2002), 台灣地區老年人飲食品質相關因素研究, 國立台灣師範大學家政教育研究所碩士論文, 台北。
19. 江奇雲 (2002), 家庭支持對慢性病患遵醫囑行為的影響, 台北醫學大學醫學研究所未出版碩士論文, 台北。
20. 陳政憲 (2002), 銀髮族社區投資專案可行性評估—以雙和專案為例, 銘傳大學管理科學研究所在職專班碩士論文, 台北。
21. 楊國樞 (1989), 社會及行為科學研究法, 東華書局, 台北。
22. 詹火生 (1998), 迎接高齡社會的挑戰, 初版, 厚生基金會, 台北。
23. 趙守博等 (1988), 高齡學論集, 初版, 中華民國高齡學學會, 台北。
24. 戴幼平 (2003), 居家慢性病患健康服務利用之探討---以新竹市高血壓及糖尿病患為例, 台北醫學大學醫務管理學研究所碩士論文, 台北。
25. 徐立忠 (1989), 高齡化社會與老人福利, 商務印書館, 台北。
26. 劉惠瑚 (2002), 慢性病患者自我照顧之生活經驗, 中國醫藥學院護理學研究所碩士論文, 台中。
27. 孫得雄 (1999), 台灣人口老化、家庭變遷與老人問題胡勝正編, 老人問題與政策研討會論文集, 孫韻璿基金會, 台北。
28. 張明正 (1997), 台灣地區高齡人口自評健康及功能障礙之追蹤研究, 人口老化與老年照護, 孫得雄、齊力、李美玲主編, 中華民國人口學會, 237-262, 台北。

29. 黃慧君 (2004), 美國老人照護機構之餐飲管理服務品質調查, 老人保護與啟能發展, 53-62, 實踐大學民生學院。
30. 李瑞金 (2003), 銀髮商品及服務的願景, 老人保護與啟能發展, 109-122, 實踐大學民生學院。
31. 李文龍 (2003)。抓住 3000 億老人商機, 理得創業智庫。
32. 黃山內、陳惠玲 (2002), 農產保健食品的發展與展望, 26-29, 農政與農情。
33. 黃伯超 (1999), 飲食與營養, 中老年的保健・4, 丁淑敏主編, 148-157, 一版六刷, 健康世界雜誌, 台北。
34. 劉淑娟 (1999), 罹患慢性病老人服藥遵從行為及其相關因素之探討, 護理研究, 7 (6), 581-593。
35. 范碧珍 (2004), 打造銀髮族的美麗新世界, 突破雜誌, 232 期。
36. 王瑤芬 (2004), 五十歲是活躍的高齡族世代, 突破雜誌, 232 期。
37. 高宜凡 (2004), 商機無限的銀髮金融市場, 突破雜誌, 232 期。
38. 黃淑珍 (2004), 找回銀髮族一去不返的青春, 突破雜誌, 232 期。
39. 刊欣 (2003), 日本嬰兒食品轉攻銀髮族, 商業週刊。
40. 林燕翎 (2005), 戰後嬰兒潮老了 大退休潮來了, 經濟日報。
41. 林杰兒 (2005), 彼得杜拉克預言: 未來勞工 75 歲退休, 經濟日報。
42. 林聰毅編譯 (2005), 退休生活有錢有閒 引爆龐大商機, 經濟日報。
43. 林萬億 (2004), 誰來照顧老人, 中國時報。
44. 林明禎 (2000), 社區照顧福利輸送體系之初探---以老人日托暨餐食服務為例, 社區發展季刊, 89。
45. 陳惠玲、李河水 (2003), 台灣便利商店鮮食產品的消費者人口特性, 食品市場資訊, 92 (11)。
46. 衛生署國民健康局 (2003), 台灣地區高血壓、高血糖、高血脂盛行率調查。
47. 王俊豪 (2004), 德國活力銀髮族計畫與鄉村老人安養照護服務, 農政與農情, 146, 63-71。
48. 黃榮鵬、蔡獻唐 (2002), 銀髮族旅遊消費行為之研究---以北高兩市老人活動中心為例, 旅遊管理研究, 2 (1), 79-100。

49. 李瑞金 (1999), 銀髮產業之展望, 厚生雜誌, 7, 18-20。
50. 林家蓉 (2002), 台灣地區老人休閒參與和休閒阻礙之研究, 體育學院論叢, 12(2), 59-76。
51. 范龍生 (2003), 台灣大規模連鎖便利商店鮮食商品消費者行為研究, 東海大學食品科學系工業管理組碩士論文。
52. 華傑、李素菁 (2004), 食品產業危機管理展商機銀髮保健闢蹊徑, 技術尖兵, 109, 4-5。
53. 黃久美 (1995), 糖尿病患者家庭支持、醫病關係、疾病壓力與遵醫囑行為之相關研究, 輔英學報, 15, 27-52。
54. 李世代 (2000), 因應人口老化問題之醫療保健政策, 健康世界, 169=289, 91-94。