

1999 年與 2005 年台灣地區老人跌倒狀況之比較

-2005 年國民健康訪問暨藥物濫用調查結果

蔡益堅¹、葉純志²、藍祚運³、張文瓊³、曾德運¹

1. 行政院衛生署國民健康局兒童及青少年保健組
2. 行政院衛生署國民健康局人口與健康調查研究中心
3. 國家衛生研究院老年醫學研究組

摘要

本文旨在使用「1999 年台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」(以下簡稱: 1999 年中老年調查)以及「2005 年國民健康訪問暨藥物濫用調查」(以下簡稱: 2005 年國健調查)完訪之老人資料, 比較老人過去一年跌倒盛行率、跌倒時之狀況如天氣、地點、跌倒當時所從事之活動, 是否跌傷以及跌傷之類型、部位及求醫地點, 老人自述跌倒/跌傷的直接原因, 以及跌倒後對老人之影響等。結果發現: 台灣地區老人過去一年跌倒之年齡暨性別標準化盛行率, 由 88 年的 18.7% 增加至 94 年的 20.5%; 但在同一時期, 跌倒者當中有傷害者之比例則由 37.9% 降至 27.3%。老人跌倒發生在自宅內的比例減少, 發生在自宅以外的比例增加。跌倒/跌傷者均有五成以上歸因於個人因素, 四成歸因於環境因素。跌倒後害怕再度跌倒或因此而減少活動的比例均減少。我國應強化老人防跌政策及後續研究。

前言

根據 Barss, Smith, Baker 等 (1998) 以及 Murray & Lopez (1996a, 1996b) 指出: 跌倒乃造成全球人口罹病與死亡之重要原因。Kiel, O'Sullivan, Teno 等 (1991) 發現: 跌倒者較非跌倒者更容易住院、住進護理之家、求醫, 而且在日常生活活動功能 (ADL) 及工具性日常生活活動功能 (IADL) 方面均有較多的障礙。因此, 若能預防老人跌倒, 必然可以降低跌倒後之傷害——如髖骨骨折等的發生率, 減少可觀的經濟成本 (蔡益堅等, 1996)。而要預防老人跌倒, 必先了解其流行病學基本特性。雖

然邱淑媿等(1993)研究顯示:近三十年來跌倒是造成台灣地區老人因事故死亡的第二大原因,僅次於交通事故。林茂榮等(2002)發現:不同的社區研究顯現:社區老人跌倒的盛行率約在 10%-20%之間。台灣人口呈現加速型老化,在 2007 年初 65 歲以上者已超過總人口 10%;預計至 2020 年 65 歲以上人口將增至 368 萬人,超過總人口 15.84% (經濟建設委員會,2006)。台灣地區老人跌倒及跌傷之流行狀況如何?及其對於個人造成之影響如何?向來缺乏全國性基礎資料及趨勢研究。

材料與方法

本文旨在使用 1999 年中老年調查完訪之 2,890 位 65 歲以上老人,以及 2005 年國健調查完訪之 2,724 位 65 歲以上老人資料,進行比較兩次調查資料所呈現老人自述過去一年跌倒經驗之盛行率(跌倒的定義係請問「您過去一年有沒有跌倒或摔倒過?譬如走路時跌倒、滑倒、坐著或站著沒坐好或站好、或暈眩而摔倒,還是躺著時摔下都算,不管是不是有受傷都算)、跌倒時之狀況如天氣、地點、跌倒當時所從事之活動,以及是否跌傷(如骨折、骨裂或扭傷、脫臼等)與跌傷之類型、部位及求醫地點,老人自述跌倒/跌傷的直接原因-按環境因素及/或個人因素分類,以及跌倒後對老人之影響-是否害怕再跌倒,及是否因此而減少活動-外出、走路的機會等,以提供未來我國訂定老人跌倒防制政策及後續分析研究之參考。老人跌倒之盛行率係以台灣地區 2000 年 65 歲以上老年人口依年齡暨性別標準化;本研究所呈現百分比係依據當年調查多步驟分層抽樣機率加權。

有關「1999 年中老年調查」及「2005 年國健調查」之問卷設計、抽樣架構、實地訪查、資料蒐集與完成狀況,以及資料之加權處理方式等,請分別參閱「國民健康局九十一年科技研究發展計畫-台灣地區老人健康及其影響因素之探討」(BHP91-3-1)、台灣地區中老年預防保健行為及其相關因素之探討」(BHP91-III-2)([http://rds.bhp.doh.gov.tw /welcome.jsp](http://rds.bhp.doh.gov.tw/welcome.jsp))及「2005 年國民健康訪問調查研究簡訊」第 1 至 4 期。

結果

一、兩次調查樣本之比較 (表一)

「1999 年中老年調查」及「2005 年國健調查」完訪台灣老人之平均年齡(範圍)各為 74.4±5.9 (65-98)歲及 73.9±5.9 (65-102)歲；74 歲以下者各占 64.8%、60.4%；男性百分比各占 54.5%、49.5%；有偶者均約為六成；教育程度小學以下者各占 78.5%、77.1%；本省籍各占 76.2%、82.0%；健康自評良好或普通者合計各占 63.6% 及 76.5%。

二、老人跌倒盛行率之比較 (表二)

比較這兩次調查，我們發現：台灣地區 65 歲以上老人自述過去一年跌倒之年齡暨性別標準化盛行率，由 1999 年的 18.7% 增加至 2005 年的 20.5%。2005 年的男性或女性之年齡別跌倒盛行率均比 1999 年高，僅 70-74 歲男性與 75-79 歲及 85 歲以上女性例外。

三、老人跌倒狀況之比較 (表三、表四、表五)

就跌倒之次數而言，約有 4% 跌倒者記不起來跌倒次數。1999 年老人跌倒者當中有 60.8% 跌倒一次，有 14.0% 跌倒兩次，有 20.7% 跌倒三次或更多；2005 年老人跌倒者當中有 59.0% 跌倒一次，有 17.7% 跌倒兩次，有 19.3% 跌倒三次或更多。就跌倒當時之天氣而言，約有六成為晴天，陰天及雨天各約一成，其餘兩成不詳。跌倒地點而言，1999 年老人跌倒有 49.9% 發生在自宅內，其中在客廳、臥室、浴室/廁所各為 21.1%、20.6% 與 20.5%；就跌倒當時所從事之活動而言，以室內走動最多，占 25.3%，次為洗澡 9.9% 與上、下樓梯 9.6%。2005 年老人跌倒則有 44.4% 發生在自宅內，其中在浴室/廁所、客廳、臥室各為 26.6%、22.9% 與 13.7%；就跌倒當時所從事之活動而言，以室內走動最多，占 22.3%，次為大(小)便 12.2% 與洗澡 10.2%。

至於跌倒發生於自宅以外者，1999 年老人跌倒有 50.1% 發生在自宅以外，其中發生於街道或路上、菜園農地、公園或運動場各為 48.3%、12.8% 與 4.8%；就跌倒當時所從事之活動而言，以騎乘腳踏車或機車最多，占 23.3%，次為散步 19.1%

與做農事 12.3%。2005 年老人跌倒則有 55.4%發生在自宅以外，其中發生於街道或路上、菜園農地、公園或運動場各為 46.7%、12.0%與 7.6%；就跌倒當時所從事之活動而言，以散步最多，占 37.0%，次為騎乘腳踏車或機車占 15.7%與做農事 10.0%。

四、老人自述跌倒/跌傷的直接原因- 按環境因素或個人因素分類 (表六及表六-1)

老人跌倒後自述其成因，1999 年跌倒者有 37.3%歸因於環境因素，55.3%歸因於個人因素，6.4%認為兩者均有，0.3%則認為兩者皆非。2005 年跌倒者有 42.3%歸因於環境因素，54.1%歸因於個人因素，3.4%認為兩者均有，0.1%則認為兩者皆非。

跌倒者當中有傷害者之比例則由 1999 年的 37.9%降至 2005 年的 27.3%。如讓其中跌傷者自述其跌倒成因，1999 年跌傷者有 39.0%歸因於環境因素，51.2%歸因於個人因素，7.8%認為兩者均有，0.9%則認為兩者皆非。2005 年跌傷者有 39.7%歸因於環境因素，53.2%歸因於個人因素，6.6%認為兩者均有，其餘 0.5%則認為兩者皆非。

不論跌倒/跌傷者自述其跌倒/跌傷的直接原因，在環境因素方面，最常見的兩項是地板太滑、踩到或踢到地上的東西；在個人因素方面，最常見的兩項是突然頭暈或眼前一片漆黑(眼黑矇)、突然大腿無力不支。

五、老人跌傷之類型、部位及求醫地點 (表七)

老人跌傷者自述其受傷部位，1999 年跌傷者 220 人當中 87.6%只有單一部位受傷，12.4%有多重部位受傷，其受傷部位累計以下肢最多，占 36.1%，上肢次之，占 27.0%，第三為腕骨 19.3%。2005 年跌傷者 168 人當中 83.8%只有單一部位受傷，15.6%有多重部位受傷，其受傷部位累計以上肢最多，占 34.3%，下肢次之，占 34.0%，第三為腕骨 21.4%。

老人跌傷者自述其求醫地點，前三者依序為西醫醫院或診所、接骨院或國術館、中醫醫院或診所，其所占比例在 1999 年跌傷者當中各為 67.4%、22.5%、16.9%；在 2005 年跌傷者當中各為 75.3%、12.0%、12.5%。值得注意的是在 1999 年及 2005 年各有 9.8%及 6.7%跌傷者自行處理，沒有求醫者。

六、老人跌倒後之影響-是否會害怕再跌倒，及是否因此而減少活動-外出、走路的機會？(表八)

如問老人跌倒者是否害怕再度跌倒，1999 年跌倒者僅有 496 人回應此一問題，其中 73.4% 害怕再度跌倒；2005 年跌倒者則有 57.8% 害怕再度跌倒。如問老人害怕再度跌倒者是否因此而減少活動，1999 年回答害怕再度跌倒者僅有 364 人回應此一問題，其中 64.2% 因此而減少活動；2005 年回答害怕再度跌倒者當中有 57.0% 因此而減少活動。

討 論

本研究發現台灣地區老人年齡暨性別標準化跌倒盛行率：由 1999 年的 18.7% 增加至 2005 年的 20.5%。且同一時期，跌倒者當中跌倒兩次者之比例由 14.0% 增加至 17.7%，相形之下，跌倒者當中跌倒一次者或跌倒三次以上者之比例雖然減少，但減少的幅度有限。這可能與在兩次調查期間，我國老人之社會生活環境及健康狀況變遷有關。

近年來我國社會急速變遷，自宅及社區生活環境未能配合老人需求有關。由於各種休閒活動的普遍提倡，許多老人參加各種活動的機會大增，但戶外環境：如街道或路上、菜園農地、公園或運動場等的設施雖有進步，但仍存在一些安全上的死角，尚待改善- 例如街道或路上各種交通號誌設施或公車服務並未配合老人體能調整，故導致其在自宅以外跌倒之比例增加。至於居家環境則因其安全設施未能配合老人需求，以致自宅客廳、臥室、浴室、樓梯、天井/庭院等處仍潛藏著會引起跌倒的危害- 例如地板太滑、踩到或踢到地上的東西等。

以上可能為老人跌倒風險的增加提供一部分解釋。然而老人跌倒後自述其成因，1999 年約 37% 歸因於環境因素，僅有 55% 歸因於個人因素；但 2005 年歸因於環境因素者增至 42%，另有 54% 歸因於個人因素(例如突然眼黑矇或大腿無力不支等)。上述老人跌倒後歸因於環境因素之比例增加，而歸因於個人因素之比例並無明顯改變。但就跌傷之老人而言，歸因於環境因素或個人因素之比例均增加。這是否與全民健康保險自 1995 年施行後，許多孱弱老人存活機會增加(Chang &

Zimmer, 2001)，導致跌倒風險的升高?雖然 2005 年老人自評健康良好或普通者之比例比 1999 年老人高，但僅從自評健康來看，不足以遽下結論。仍須就跌倒的諸多危險因子分析後，才有較明確的答案。

下肢、上肢及髖骨是老人跌傷者最常見的受傷部位，可能由於跌倒時支撐體重，受力超過身體組織負荷所致；另外，髖骨則常在跌倒撞到身體側邊時受傷。研究在老人跌倒時這些部位受傷的機轉，可能有助於防制老人四肢及髖部跌傷。老人跌傷後尋求西醫醫院或診所的比例增加，而尋求中醫醫院、診所或接骨院或國術館的比例均減少。甚至跌傷後「自行處理，沒有求醫者」的比例亦減少。那些是老人跌傷後求醫行為之影響因子?這是否反映全民健康保險實施後不同類型之跌傷照護可近性的改變?各種跌傷照護服務品質對老人跌傷預後之影響，值得後續調查研究。2005 年與 1999 年相比，老人跌倒後害怕再跌倒之比例減少 15.6%，害怕再跌倒者當中，因此而減少活動-外出、走路的機會之比例亦減少 7.2%。這是否與 2005 年跌傷比例降低有關?尚待進一步研究。然這兩次調查共同點則是:老人跌倒不只會損傷身體，增加醫療費用支出，也影響其社交活動。故跌倒/跌傷對老人身體、心理及社會等層面之影響值得關注。

這兩次調查初步分析發現:2005 年與 1999 年相比，老人跌倒盛行率增加，但跌傷比例降低，其原因尚待進一步的統計分析探討之。此一趨勢之後續發展-包括在總體面，對醫療照護體系及健保支出之衝擊；在個體面，對老人健康生活品質之影響等，亦值得進一步研究。雖然衛生署國民健康局近年來已補助台灣事故傷害防制與安全促進學會推行「安全社區計畫」，提倡社區老人居家環境及戶外具體改善措施；補助台灣師範大學辦理推廣社區老人參加「保命防跌」班，營造多個點培養種子師資。期能教育民眾，動員社區資源，共同推行老人防跌計畫。惟老人跌倒防制策略包括初段預防與次段預防：在上述跌倒初段預防第一級模式建立推廣之後，宜再發展到以第二段第三級的『早期診斷和適當治療』為主軸的「老人跌倒整合預防保健」。

參考資料

- Barss P, Smith G, Baker S, et al. (1998) *Injury prevention: an international perspective*. New York, NY: Oxford University Press.
- Chang MC, Zimmer Z. (2001) Ageing and disability in Taiwan: prevalence and transitions from a panel study. Paper presented at the IUSSP Conference on “*Longer Life and Healthy Ageing*” held in Beijing, China on 22-24 October, 2001.
- Chiou ST, Tsauo JY, Wang JD. (1993) Trends in mortality rates and years of potential life loss due to elderly accidents in Taiwan from 1974 to 1990 (English abstract). *J Natl Public Health Assoc (ROC)* 12:405-420.
- Kiel DP, O’Sullivan P, Teno JM, et al. (1991) Health care utilization and functional status in the aged following a fall. *Med Care* 29:221-228.
- Lin MR, Tsai SL, Chen SY, et al. (2002) *Risk factors for elderly falls in a rural community of central Taiwan*. *Taiwan J Public Health* 21:73-82.
- Murray CJL, Lopez AD, eds. (1996a) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, USA: Harvard University Press, on behalf of the World Health Organisation and the World Bank.
- Murray CJL, Lopez AD. (1996b) *Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence, and mortality estimate for over 200 conditions*. Cambridge, USA: Harvard University Press, on behalf of the World Health Organisation and the World Bank.
- Tsai YJ, Lin HS, Chou LP, et al. (1995) *A pilot study on health sector priority review- by retrospective study on the elderly hip fracture in Taiwan*. Taichung, Taiwan: Taiwan Provincial Institute of Family Planning. (In Chinese)
- 行政院經濟建設委員會·中華民國臺灣 95 年至 140 年人口推計·台北，經濟建設委員會：九十五年七月·
- 楊靜利，王香頻，董麗美等·「國民健康局九十一年科技研究發展計畫-台灣地區老人健康及其影響因素之探討」(BHP91-3-1) (<http://rds.bhp.doh.gov.tw/welcome.jsp>)
- 郭鐘隆，黃久美，于漱等·「台灣地區中老年預防保健行為及其相關因素之探討」(BHP91-III-2) (<http://rds.bhp.doh.gov.tw/welcome.jsp>)

表一. 「1999 年中老年調查」與「2005 年國健調查」之老人基本特性比較

基本特性	1999 年*		2005 年*	
	n	%	n	%
合計	2,890	100.0	2,724	100.0
平均年齡:歲(範圍)	74.4±5.9 (65-98)		73.9±5.9(65-102)	
年齡層				
65-69	540	33.0	883	32.6
70-74	1,090	31.8	745	27.8
75-79	730	20.4	609	22.3
80-84	337	9.4	324	11.5
85+	193	5.4	163	5.8
性別				
男	1,581	54.5	1348	49.5
女	1,309	45.5	1376	50.5
婚姻狀況				
有偶	1,690	61.5	1714	63.8
無偶	1,200	38.5	1010	36.2
教育程度				
不識字	1,044	34.6	968	34.0
小學或識字	1,233	43.9	1193	43.1
初中	283	10.2	213	8.4
高中及以上	329	11.3	344	14.6
族群#				
本省	2,195	76.2	2288	82.0
外省	684	23.8	435	18.0
健康自評				
良好	832	30.1	883	35.8
普通	959	33.5	1000	40.9
不好	1,099	36.4	604	23.3

*百分比均依據當年調查多步驟分層抽樣機率加權

#本省含閩南及客家；外省含大陸及其他

表二 台灣地區 1999 及 2005 年老人過去一年跌倒之盛行率

年齡層	1999 年			2005 年		
	年齡-性別 標準化跌倒 盛行率*	男性跌倒 盛行率#	女性跌倒 盛行率#	年齡-性別 標準化跌倒 盛行率*	男性跌倒 盛行率#	女性跌倒 盛行率#
65-69	14.8%	10.4%	19.4%	16.7%	12.6%	20.8%
70-74	17.1%	16.0%	18.5%	20.2%	15.6%	26.1%
75-79	23.3%	16.1%	32.0%	22.4%	17.9%	27.8%
80-84	24.0%	17.8%	30.3%	28.6%	22.8%	34.4%
85+	25.8%	15.0%	34.4%	25.1%	18.9%	30.1%
合計	18.7%	14.3%	23.9%	20.5%	16.2%	25.8%

*以台灣地區 2000 年 65 歲以上老年人口依年齡暨性別標準化

#係依據當年調查多步驟分層抽樣機率加權後之盛行率

表三. 台灣地區 1999 及 2005 年老人過去一年跌倒次數、地點及天氣

跌倒之次數、地點及天氣	1999 年		2005 年	
	人數*	%	人數*	%
跌倒人數合計	564	100.0	579	100.0
跌倒之次數				
1	343	60.8	332	59.0
2	79	14.0	105	17.7
≥ 3	117	20.7	117	19.3
不詳	25	4.4	25	4.1
跌倒之地點				
在自宅內	288	49.9	281	44.4
在自宅以外	276	50.1	296	55.4
不詳	0	0.0	2	0.2
跌倒時天氣				
晴天	346	61.8	363	62.9
陰天	50	8.9	51	9.8
雨天	45	8.1	54	9.0
不詳	123	21.2	111	18.3

*係依據當年調查抽樣機率加權

表四. 台灣地區 1999 及 2005 年老人過去一年在自宅內跌倒之狀況

自宅內跌倒之狀況	1999 年		2005 年	
	人數*	%	人數*	%
在自宅內跌倒地點	288	100.0	281	100.0
客廳	61	21.1	65	22.9
臥室	57	20.6	41	13.7
浴室/廁所	58	20.5	70	26.6
樓梯	28	10.5	18	6.1
天井/庭院	30	9.3	40	13.5
廚房	21	6.6	15	5.4
餐廳	10	3.0	2	1.2
其他	23	8.0	30	10.6
在自宅內跌倒當時的活動	288	100.0	281	100.0
室內走動	75	25.3	66	22.3
洗澡	27	9.9	26	10.2
上、下樓梯	25	9.6	14	4.8
上、下床	26	9.2	14	4.7
大(小)便	25	8.2	34	12.2
跨越門檻	16	5.1	9	3.7
上、下椅子	11	4.4	2	0.8
突然轉身或站立	13	3.9	10	3.2
其他	70	24.4	106	38.1

. *係依據當年調查抽樣機率加權

表五. 台灣地區 1999 及 2005 年老人過去一年在自宅以外跌倒之狀況

在自宅以外跌倒之狀況	1999 年		2005 年	
	人數*	%	人數*	%
在自宅以外跌倒地點	276	100.0	296	100.0
街道或路上	134	46.7	131	48.3
菜園農地	41	12.0	37	12.8
公園/運動場	18	7.6	15	4.8
郊外	6	2.0	11	4.3
菜市場	11	3.7	9	3.0
車站	2	0.6	7	2.8
山區	11	3.5	7	2.4
其他	73	23.9	59	21.6
在自宅以外跌倒當時的活動	276	100.0	296	100.0
騎車(腳踏車或機車等).	58	23.3	49	15.7
散步	58	19.1	103	37.0
做農事	34	12.3	36	10.0
坐車或上、下車	15	6.2	11	4.0
購物	16	5.5	-	-
上廁所、走動等#	15	4.8	7	2.5
跨越門檻	10	3.3	2	0.6
其他	70	25.5	88	30.2

*係依據當年調查抽樣機率加權

#上廁所與走動(2005 年係整合大便、小便與室內走動三項)

表六.台灣地區 1999 及 2005 年老人過去一年跌倒的直接原因- 按環境因素及/或個人因素分類

老人跌倒的直接原因	1999 年		2005 年	
	人數*	%	人數*	%
跌倒者合計	564	100.0	579	100.0
環境因素	212	37.3	234	42.3
地板太滑	64	11.3	76	13.7
浴室缺乏把手	6	1.1	5	0.8
樓梯設施不良	11	1.6	6	1.3
燈光照明不足	25	4.4	27	4.9
踩到或踢到地上的東西	81	13.7	74	12.6
碰到桌角和/或家具 [#]	11	1.8	2	0.3
車子突然間開動	14	2.8	18	3.5
其他	74	13.0	73	13.5
個人因素	311	55.3	321	54.1
突然頭暈或眼前一片漆黑(眼黑矇)	134	23.4	101	15.7
突然胸痛、心悸或喘不過氣來	8	1.2	7	1.4
突然大腿無力不支	128	21.2	101	16.7
視力不好看不清楚	-	-	34	5.4
其他	121	22.9	132	22.8
兩者皆有	36	6.4	22	3.4
兩者皆無	1	0.3	1	0.1
不詳	4	0.6	1	0.1

附註:環境因素及/或個人因素可複選

*係依據當年調查抽樣機率加權

[#]2005 年係“碰到桌角和家具”；1999 年係“碰到桌角或家具”

表六-1 台灣地區 1999 及 2005 年老人過去一年跌傷的直接原因- 按環境因素及/或個人因素分類

老人跌傷的直接原因	1999 年		2005 年	
	人數*	%	人數*	%
跌傷者合計	220	100.0	168	100.0
環境因素	90	39.0	65	39.7
地板太滑	21	8.8	22	14.5
浴室缺乏把手	2	0.8	2	0.9
樓梯設施不良	9	3.6	2	2.1
燈光照明不足	10	4.0	7	3.3
踩到或踢到地上的東西	33	13.6	19	10.3
碰到桌角和/或家具 [#]	3	1.2	0	0.0
車子突然間開動	9	5.0	8	5.4
其他	35	16.2	23	14.3
個人因素	110	51.2	89	53.2
突然頭暈或眼前一片漆黑(眼黑矇)	51	22.6	22	11.8
突然胸痛、心悸或喘不過氣來	0	0.0	2	1.6
突然大腿無力不支	47	21.9	26	14.3
視力不好看不清楚	-	-	14	6.7
其他	39	19.7	47	29.5
兩者皆有	16	7.8	13	6.6
兩者皆無	1	0.9	1	0.5
不詳	3	1.2	0	0.0

附註:環境因素及/或個人因素可複選

*係依據當年調查抽樣機率加權

[#]2005 年係“碰到桌角和家具”；1999 年係“碰到桌角或家具”

表七. 台灣地區 1999 及 2005 年老人過去一年跌傷類型、部位及求醫地點

跌傷之類型、部位及求醫地點	1999 年		2005 年	
	人數*	%	人數*	%
跌傷類型	220	100.0	168	100.0
單一部位	191	87.6	142	83.8
多重部位	29	12.4	25	15.6
不詳	0	0.0	1	0.5
跌傷部位	220	100.0	168	100.0
頭	19	8.5	7	5.3
頸	3	1.7	5	2.3
脊椎	15	6.0	20	12.2
上肢(手掌、腕、肘、前臂、上臂)	61	27.0	58	34.3
下肢(腳掌、踝、膝、小腿、大腿下端)	79	36.1	52	34.0
髖骨(大腿上端、骨盆或髖臼)	44	19.3	41	21.4
軀幹	14	6.0	8	5.1
其他	17	9.1	7	5.0
求醫地點	220	100.0	168	100.0
西醫醫院或診所	152	67.4	132	75.3
中醫醫院或診所	33	16.9	15	12.5
接骨院或國術館	46	22.5	21	12.0
自行處理，沒有求醫	20	9.8	9	6.7
其他	5	2.0	6	2.9

附註: 跌傷部位及求醫地點可複選

*係依據當年調查抽樣機率加權

表八. 台灣地區 1999 及 2005 年老人過去一年跌倒後之影響

跌倒後之影響	1999 年		2005 年	
	人數*	%	人數*	%
是否會害怕再跌倒	496	100.0	578	100.0
否	131	26.6	239	42.2
是	365	73.4	339	57.8
是否因此而減少活動(外出、走路的機會?)	364	100.0	337	100.0
否	129	35.8	141	43.0
是	235	64.2	196	57.0

*係依據當年調查抽樣機率加權

後記

本文作者感謝國民健康局、國家衛生研究院、管制藥品管理局等單位所有參與 2005 年「國民健康訪問調查」研究及問卷設計、資料收集及建檔之人員。

NHIS 工作小組成員：

1. 國家衛生研究院：梁賡義特聘研究員；衛生政策研究發展中心：郭耿南主任、石曜堂兼任研究員、張新儀副研究員、于勝宗、江啟永、劉文玲；老年醫學研究組：藍祚運助研究員、張文瓊；生物統計與生物資訊研究組：熊昭主任、劉介宇博士、翁文舜、陳怡如、劉季鑫
2. 國民健康局：吳秀英副局長；人口與健康調查研究中心：莊義利主任、林淑慧簡任技正、洪百薰簡任技正、林宇旋科長、吳珍容科長、葉純志、劉怡紋、涂宜均、張粹文；兒童與青少年保健組：蔡益堅科長；衛生保健社區調查作業中心：劉夏園副主任
3. 管制藥品管理局：李志恒技監、簡俊生局長；預警宣導組：蔡文瑛組長、劉淑芬簡任技正、李品珠專員、黃繼慶技正
4. 顧問：國立台灣大學政治學系洪永泰教授