

國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所



碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

新住民子女與本地子女健康之比較

Comparison Between the Children's Health of Foreign-
born Mother and Native-born Mother

陳映璇

Ying-Hsuan Chen

指導教授： 江東亮 博士

Advisor: Tung-liang Chiang, Sc.D.

中華民國 106 年 6 月

June, 2017



致謝

總覺得時間過得好快，好像不久前我才在上海，過著十一連假，匆忙準備碩士備審，接著初階過了，面試時老師們都在關心我從上海飛回來的機票錢……

在此感謝我的指導老師江東亮教授，對於研究新手的我給予了耐心與包容。在老師的帶領下，所學會的不只是如何做研究，更是如何去尊重與欣賞研究，這一路上我獲益良多，這其中所獲得的寶貝也不僅有老師在學業的傳授與教導，更多的是人生與哲理的探討。我也十分感謝陳毓文老師與吳君黎老師撥冗擔任我的口試委員，並提出了寶貴的建議。

接著感謝 620 室學長姐的關心與幫忙。感謝霖霖學姊以及俊東學長，在我的研究之路上給予了許多支持，在我遇到困難時與我討論並大方地提供幫助。感謝純蕙學姊與淳欣學姊，總是聆聽我躁鬱之下的喋喋不休。也要感謝同班的好同學好夥伴們，我們總是在研究室聊研究聊八卦，互相扶持與成長。

是最後，也是最感謝-我的爸媽，從小到大都是我最有力的後盾，總是無條件支持著我，讓我一直放心任性地去追求我想要的一切。如果沒有你們如斯的柔寬大，這篇論文便不會誕生，感謝你們，也最愛你們。

「得之於人者太多，出之於己者太少」是我這一路的寫照，因此再次感謝曾陪伴、支持著我的你與妳，有了你們，在眨眼即逝的兩年中，不論研究進度做得如何、不論天氣是好是壞，每一天都很耀眼與美好。最後，僅以從小學到高中的國文課本裡，最記得也是最常用的一句話作為總結，「需要感謝的人太多了，就感謝天罷」。

願我們的未來，儘管時有風雨，都能走得昂首闊步閃閃又亮亮。

新住民子女與本地子女健康之比較

陳映璇



背景:自 21 世紀初起，台灣的新住民子女人數快速增加。但是，對於新移民子女兒童時期的健康研究仍相當缺乏。

研究目的: 本研究的目的有二，比較(1)新住民子女健康與本地子女健康是否有差異，(2)兩者間的差距是否會因家庭社經地位的不同而改變。

研究方法: 本研究資料來源為臺灣出生世代研究先驅調查。篩選出完成第一波(6 個月)以及第四波調查(5 歲)者，共計 1617 名樣本兒童進行分析。自變項為兒童身份，依變項為兒童健康，包含:一般健康與健康恢復力。

研究結果: 新住民子女之家庭社經地位與本地子女相比顯著較差。在一般健康上，新住民子女與本地子女並未有顯著差異，在健康恢復力方面，新住民子女顯著較差(OR=2.00，95% CI=1.30-3.05)，控制了家庭社經地位後，勝算比下降並且顯著性減少(OR=1.74，95% CI=1.08-2.80)。

結論: 整體而言，新住民子女的健康並未較本地子女差，家庭社經地位會影響其健康恢復力的表現。

關鍵字: 外籍配偶、跨國婚姻、兒童健康、新住民子女

Comparison Between the Children's Health of Foreign-born Mother and Native-born Mother

Ying-Hsuan Chen



Background: In Taiwan, the number of children born to foreign-born mother has rapidly increased since 21st century. However there is only little research on the health of these children.

Objective: The aims of this study are to examine (1) the health disparity between children of foreign-born mothers and native-born mothers and (2) whether the health gap would be varied with different socioeconomic status.

Method: Data was from Taiwan Birth Cohort Pilot Study. This study analyzed 1617 children who completed 6-month and 5-year surveys. The children were divided into two groups: children of foreign-born mother and children of native-born mother. Health variables are general health and health resilience.

Result: The family socioeconomic status of children with foreign-born mother was significantly lower than children of native-born mother. There is no significant difference between two groups in general health. Children of foreign-born mother had higher odds of poor health resilience($OR=2.00$, 95% $CI=1.30-3.05$), after controlling for family socioeconomic status, the odds of poor health resilience became lower and less significant($OR=1.74$, 95% $CI=1.08-2.80$) .

Conclusion: Children of foreign-born mother did not experience worse health than children of native-born mother. Family socioeconomic status is an important factor in influencing the disparity of health resilience between the two groups.

關鍵字：foreign spouse 、cross-border marriages 、child health 、children of foreign-born mother



目錄



第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究重要性.....	2
第三節 研究目的.....	3
第四節 論文架構.....	3
第二章 文獻回顧.....	4
第一節 兒童健康決定因素.....	4
第二節 國外移民母親之子女健康實證研究.....	7
第三節 台灣新住民子女健康研究.....	15
第三章 研究方法.....	18
第一節 研究架構與假說.....	18
第二節 研究資料.....	19
第三節 研究變項.....	21
第四節 分析方法.....	24
第四章 研究結果.....	25
第一節 樣本基本特性.....	25
第二節 兒童身份與兒童健康分佈.....	30
第三節 兒童身份、家庭社經地位、兒童健康-分層分析.....	31
第四節 兒童身份、家庭社經地位、兒童健康-多變量分析.....	35
第五章 討論與建議.....	36
第一節 討論.....	36
第二節 研究限制.....	40
第三節 建議.....	41
參考文獻.....	43



表目錄

表 1-1 歷年結婚登記，按國籍別分	52
表 1-2 外籍配偶人數與大陸（含港澳）配偶人數	53
表 1-3 出生登記人數按生母原生國籍分	54
表 2-1 國外移民母親之子女健康實證研究一覽表	55
表 2-2 台灣新住民子女健康研究實證研究一覽表	63
表 4-1 母親國籍分布情形	65
表 4-2 兒童家庭人口特性，依兒童身份	66
表 4-3 兒童特性，依兒童身份	66
表 4-4 兒童家庭社經地位，依兒童身份	68
表 4-5 母親評估兒童健康，依兒童身份	69
表 4-6 母親評估兒童健康恢復力，依兒童身份	70
表 4-7 不同家庭年收入下，兒童身份與母親評估健康分佈情形	71
表 4-8 不同家庭年收入下，兒童身份與母親評估健康恢復力分佈情形	72
表 4-9 不同父親教育程度，兒童身份與母親評估健康分佈情形	73
表 4-10 不同父親教育程度，兒童身份與母親評估健康恢復力分佈情形	74
表 4-11 母親評估兒童健康(普通與不好)迴歸分析	75
表 4-12 母親評估兒童健康恢復力(不好)迴歸分析	76

圖目錄



圖 2-1 The Mosley-Chen framework.....	77
--------------------------------------	----



附錄

附錄一、母親評估兒童健康與健康恢復力分布情形	78
附錄二、不同兒童身份下，母親評估兒童健康與健康恢復力分布情形	79
附錄三、外籍母親涵化程度	80
附錄四、外籍母親涵化程度	81
附錄五、兒童家庭人口特性，依母親國籍	82
附錄六、兒童特性，依母親國籍	84
附錄七、兒童家庭社經地位，依母親國籍	86
附錄八、母親評估兒童健康狀況，依母親國籍分	88
附錄九、母親評估健康恢復力狀況，依母親國籍分	89

第一章 緒論



第一節 研究背景

台灣跨國婚姻的興起大約始於 1980 年代中期。當時台灣許多工廠接連關閉並移至東南亞國家，造成許多低學歷、無技術的勞工在就業市場上失去競爭性（夏曉鵬 2000）。再者，台灣傳統觀念使得婚姻中男性總被期待能有等於，甚至高於女性的社會經濟地位，造成許多低學歷且在勞動市場被淘汰的男性便不容易娶到台灣女性為妻後，便開始透過仲介至東南亞國家或中國大陸尋找配偶。根據內政部資料顯示，在 2003 年時，跨國婚姻的比率來到了高點，佔了當年度結婚登記比率的 15.9%，平均每五對新人中就有一對是跨國婚姻，詳見表 1-1。結至 2016 年底台灣的外籍配偶已超過 52 萬人，其中有 35 萬來自大陸地區、近 15 萬來自東南亞國家，這些外籍配偶中有九成為女性，見表 1-2。

迎娶外籍配偶之男性的主要目的之一為傳宗接代，通常在一年內便會懷孕生子，這些由外籍配偶所生下來的孩子，我們稱為新住民子女或新住民第二代（王宏仁 2001）。隨著外籍配偶的增加，新住民子女之人數也跟著增長，依據內政部資料，從 1998 年累計至 2016 年，總出生嬰兒數為 424 萬，有 38 萬的嬰兒母親為外籍配偶，佔總數的 8%，其中，2003 年更佔總出生數的 13%。雖然近年來，比例有所下降，但新住民子女的出生數仍佔總出生數的 6 至 7%，見表 1-3。

第二節 研究重要性



新住民子女的健康應當受到重視，兒童權利公約中便明定兒童享有健康的權利，內容更強調不因兒童、父母或法定監護人之種族、膚色、性別、語言、宗教、政治 或其他主張、國籍、族裔或社會背景、財產、身心障礙、出生或其他身分地位之不同而有所歧視。再者，兒童時期所遇到的環境暴露，會進而影響成年後的健康 (Kuh et al. 2003)。新住民子女的家庭社經地位與文化背景有別於台灣本地兒童，根據統計，新住民子女家庭多是家庭經濟地位較低者(陳怡如 et al. 2005)，母親對於健康知識也較缺乏(李慧貞，蘇秀娟，and 許芷音 2004)，也因為文化的差異，使新住民子女在家庭資源與關係上有較為弱勢的表現(蘇金蟬 and 鄭維瑄 2010)。

目前針對新住民子女的研究大多關於學習表現，少部分健康相關的研究則集中在出生時的體重與身體狀況，政府所做的相關調查亦僅有「外籍與大陸配偶生活狀況調查」，因此整體而言，台灣現今對於新住民子女兒童時期的健康情形，研究仍相當缺乏。

本研究希望能透過資料分析的方式，客觀呈現新住民子女與本地子女的健康狀況，並討論可能影響其健康的因素，期望能作為政府訂定新住民子女相關政策的依據。

第三節 研究目的



兒童健康是決定一個社會人才、人力之永續的重要因素，新住民子女之健康是值得關注的議題。本研究將利用「臺灣出生世代研究」先驅資料進行分析，目的有二，比較(1)新住民子女健康與本地子女健康是否有差異，(2)兩者間的差距是否會因家庭社經地位的不同而改變。

第四節 論文架構

本論文分為五個章節。第一章為緒論，內容包含研究背景、重要性與目的；第二章為文獻回顧；第三章為研究方法，呈現研究架構與假說，並介紹研究資料與說明研究變項與分析方法；第四章為研究結果；第五章為討論與建議，內容包含對於結果的討論、對未來的建議及研究限制。

第二章 文獻回顧



本章分為三個章節，第一節呈現兒童健康決定因素；第二節整理外國移民子女健康的研究，最後為台灣新住民子女健康的研究。


第一節 兒童健康決定因素

影響兒童健康的因素有許多。在兒童權利公約的第 15 號一般性建議便提到，落實兒童的健康權需要考慮許多決定因素，像是年齡、性別、學業、社會經濟地位等個人因素；家庭、同輩、老師所帶來的影響，特別還有兒童周圍環境中威脅生命和生存的暴力情況；與結構性決定因素，包含政策、行政機構和制度、社會文化價值等。

Irwin 等人根據 Bronfenbrenner 之研究所提出的架構提到，影響兒童健康的因素是以兒童為中心，往外推移，從家庭、社區甚至到國家與社會，每一個層級中皆存在著影響的因子，並且，這些因子會相互影響(Irwin, Siddiqi, and Hertzman 2007; Bronfenbrenner 1979)。

Mosley 和 Chen 在 1984 年制定了有關兒童存活與健康的概念框架如圖 2-1，指出影響的要素有環境、營養、傷害、疾病控制、母親因素(Mosley and Chen 1984)。

UNICEF 的報告將兒童健康決定因素做了統整，指出兒童健康是由父母或是主要照顧者的特性與行為、環境與社區以及可用到的醫療服務來決定。其中父母



所擁有的財富、教育以及社會地位對於兒童健康佔著很重要的角色。舉例來說，不論是預防或是治療的服務皆有助於兒童的健康，但是如何使用與獲得卻是要端看父母親的能力。Spencer 的文章便提到生在低社經地位家庭的兒童死亡風險較高，也比較容易有慢性或急性疾病，出生體重與心理健康也會受到影響(Spencer 2003)。

Luo 等人於加拿大魁北克所做的研究便指出，若母親教育低和居住在鄰里收入水平較低的地方，則早產、小於胎齡兒、死胎和新生兒產後死亡的風險顯著較高。與居住在高收入地區的婦女相比，居住在低收入地區的婦女其早產勝算比為 1.14、小於胎齡兒 1.18，死胎則是 1.3。與有大學學歷的母親相比，學歷不到高中的母親其早產勝算比為 1.48、小於胎齡兒 1.86，死胎則是 1.54(Luo et al. 2006)。同時，有研究指出低出生體重會增加兒童發展較差的風險，而低家庭收入、父母教育程度低以及移民身分也會增加風險(To, Cadarette, and Liu 2001)。尤其是生長在貧窮家庭的低出生體重或是早產的兒童，其預後功能是非常差的(Bradley et al. 1994)。

一項在加拿大所做的研究指出，較貧困的孩子發生事故受傷的比率是較富裕孩子的 1.67 倍(Faelker, Pickett, and Brison 2000)。處於貧窮兒童普遍來說，發生事故以及疾病的風險較高，同時他們並沒有太多的資源去使用醫療資源(Aber et al. 1997; Wise and Meyers 1988)。

以澳洲的 MUSP 世代研究資料庫進行分析，使用了 5 歲以及 14 歲時的調查，研究結果發現，若兒童的母親是來自低社經地位族群，則有較大可能會有認知發展的問題，而且這類兒童的語言理解能力遠低於經濟情形較好的族群。另外他們在精神以及情緒的健康更容易受到傷害，並且可能在早期就接觸了高風險的

行為，例如：抽菸(Najman et al. 2004)。有研究便顯示出在貧困的家庭中，或許是因為生活上的壓力，因此家長在教養小孩上會更加偏向打罵的方法，這容易不利於兒童的發展(Wise and Meyers 1988; To, Cadarette, and Liu 2001; Lempers, Clark-Lempers, and Simons 1989)。

根據上述文獻能看到，除了兒童本身之基因外，最直接接觸兒童的影響因素便是家庭，這之中像是父母的社經地位、教育程度、文化背景、等種種因素，皆透過不同的途徑去影響兒童健康。

第二節 國外移民母親之子女健康實證研究



母親的背景與知識會影響其子女的健康(Bornstein and Cote 2004)。移民者帶著有別於本地人的文化，移民第二代無可避免會受到影響(Park 1928)。關於移民母親之子女健康研究，國外有許多的探討，本節將以洲為分類，進行文獻整理並加以討論。

一、美洲

Acevedo-Garcia 等人的研究中使用美國 1998 年詳細出生資料，探討母親族裔、出生地、教育程度對於低出生體重發生機率之影響。此研究將族裔分為白人、黑人、亞裔、拉美裔；出生地則二分為，在美國出生和非美國出生。其中便發現，除了亞裔外，非美國出生的白人、黑人、拉美裔發生低出生體重的機率比在美國出生的同族裔還要低(Acevedo-Garcia, Soobader, and Berkman 2005)。

以 1992 年加州出生證明數據庫進行分析，分別選出拉丁裔婦女與白人婦女進行研究，並以出生地再加以分類。在控制產婦年齡、教育程度、出生地、婚姻狀況、煙草使用情形、產前護理、嬰兒性別和胎齡後，得出結果發現，兩者的低出生體重發生機率與沒有太大的差別(Fuentes-Afflick, Hessol, and Perez-Stable 1999)。

Ventura 和 Taffel 使用了國家衛生統計中心 (NCHS) 和 1980 年全國納入調查報告的未發表數據，將拉丁裔婦女納入研究對象，並且以是否為美國本地出生加以分類。美國出生者使用產前照護的情形較外國出生者多，教育程度亦較高。在生育年齡低於 20 歲方面，美國出生拉丁裔婦女比外國出生者多。在懷孕期間

抽菸的情形上，外國出生者則少於美國出生。在嬰兒出生表現方面，不論是低出生體重、早產或是一分鐘與五分鐘 Apgar，外國出生者表現皆優於美國出生者。

(Ventura and Taffel 1985)



Tsai 等人使用波士頓出生世代資料，選取 1121 名非裔婦女進行研究，其中 628 為美國本地出生、493 位則為移民者。在美國出生的母親中，未婚狀況、吸煙，非法藥物使用與酒精使用比例高於移民母親，另外在早產與低出生體重方面，移民母親表現也比美國出生母親好。雖然總體而言，移民母親與美國出生母親相比，早產的比例較低，但若是處在高壓力環境中，則會顯著增加早產風險，但是美國出生母親則不會顯著增加(Tsai et al. 2017)。

使用美國國家衛生統計中心 1983-1986 的資料，連結嬰兒死亡資料，分析比較波多黎各出生與美國出生母親的生育情形。在控制了風險因素後，波多黎各出生母親之嬰兒低出生體重風險顯著較小。然而，波多黎各出生母親之嬰兒 28 天內死亡風險顯著較高，儘管 28 天至 11 個月死亡風險顯著較低。在控制相同的產婦社會人口學和產前保健用品使用後，早產兒與極低出生體重上則沒有顯著差異(Engel, Alexander, and Leland 1995)。

Gould 等人的研究指出，雖然移民至美國的印度婦女，擁有較高的教育水準與經濟狀況，並且也接受了好的產前照護，但是嬰兒低出生體重以及死亡率均比美國出生的白人高。另外，研究也指出，母親的高學歷、產前照護以及擁有私人保險，對於印度移民並沒有達到保護的作用，但對於美國出生的白人則相反(Gould et al. 2003)。

Auger 等人分析 1997 年到 2001 年於加拿大蒙特婁地區的 98,330 位活產嬰兒

進行分析，將母親分為移民以及本地。結果指出，沒有高中學歷與低出生體重有關，但這僅限於本地組，另外沒有高中學歷也與小於胎齡兒有關，但本地組的相關性較移民組來得強。但若移民組的母親擁有大學學歷，則會與低出生體重、小於胎齡兒以及早產有關(Auger et al. 2008)。

Bornstein 和 Cote 在美國所做的的研究中，將研究對象分為日本移民母親、南美洲移民母親與歐洲裔美國母親，再加以比較三組對於 2 歲以前兒童相關知識的表現，包含兒童心理、發展里程碑、健康、育兒方法與安全準則等，最後的結果指出移民至美國的日本與南美洲移民母親，對兒童健康相關知識表現顯著較歐洲裔美國母親差。(Bornstein and Cote 2004)。

To 等人利用加拿大全國兒童與青少年長期調查(NLSCY)，分析生物、社會與環境因子對於學齡前兒童發展的影響，在控制了低出生體重、性別與出生後特殊醫療，發現母親若身份為移民會增加兒童發展較差的風險(To, Cadarette, and Liu 2001)。

以美國國家教育統計中心所執行的幼兒園兒童長期調查，選出母親為拉丁裔的兒童，並再以母親出生地分類進行分析，研究兒童經歷糧食不足的情形。與美國出生的母親相比，母親為外國出生者在家庭特徵和資源方面處於比較弱勢的狀態，教育，就業和收入支持也較少。而在控制了孩子和家庭特徵之後，外國出生母親的兒童，經歷糧食不足的比例仍然較高(Arteaga, Potochnick, and Parsons 2017)。

二、亞洲



韓國一項針對青少年抑鬱情緒與自殺行為的研究，使用了韓國青少年風險行為網絡調查（KYRBS）進行分析，以 294,324 名青少年為研究對象。結果顯示，在控制了社經因素與年齡後，整體來說，多元文家庭有自殺意念與抑鬱情形的比率高於非多元文化家庭，但若細分來看則發現，若母親為日本人或韓裔中國人自殺意念與抑鬱情形的比率低於非多元文化家庭 (Bahk, Kim, and Khang 2017)。使用同樣的資料庫，並且探討主題相似的一篇研究中，顯示母親身份是外國人的子女，其自殺相關行為的勝算比會較父親是外國人或雙親皆是外國人的子女來得低(Park and Lee 2016)。

另一項同樣使用了 KYRBS 進行的分析，探討多元文化家庭的子女在物質使用與性行為的表現，發現若母親出生地非本地，則其子女比父母皆是本地人的家庭而言，較不會去接觸酒精或香菸。但是若父親出生地非本地，或是父母皆出生地非本地，則相關表現會是最差的(Park 2015)。

在以色列一所醫院中心，蒐集 2002 到 2009 年的出生資料，分析 1319 名衣索比亞女性與 27307 名以色列本地女性的生產情形。在早期早產、極早早產、低出生體重、小於胎齡兒、晚產兒與五分鐘 Apgar 的表現上，以色列婦女皆優於衣索比亞婦女。將衣索比亞婦女分為 8 歲以前移民組(含以色列出生)與 8 歲以後移民組，卻發現除了晚產兒與早期早產外，8 歲後移民均有比較優異的表現。作者推測衣索比亞女性嬰兒健康較以色列婦女差的原因，可能是種族差異、文化適應與醫療利用等因素 (Calderon-Margalit et al. 2015)。

三、大洋洲


在澳洲的維多利亞所進行的調查，比較了四個東非國家（厄立特里亞、埃塞俄比亞人、索馬里和蘇丹）中出生的母親，相對於澳大利亞出生的婦女之周產期的健康情形。經過調整潛在的混淆因素後，整體而言，東非婦女比較容易產下小於胎齡兒，嬰兒極低出生體重率，極早產兒和周產期死亡率較高，但早產和產下巨嬰的機率較低(Belihi, Davey, and Small 2016)。

四、歐洲

在瑞士所做的研究，使用出生登記資料進行分析。整體來說，移民母親發生早產或晚產的風險較高。另外，若移民移入瑞士的時間越長，則風險則會下降(Khanolkar et al. 2015)。

Urquia 等人針對 1987 年至 2008 年在瑞典出生，共計 1,690,423 單胞胎嬰兒進行研究，在控制了年齡、社經地位、抽菸與否等因素後，發現除了來自東非的移民母親，南亞、東亞與薩哈拉以南的移民母親，均有較高的早產風險 (Urquia et al. 2015)。

以 1978 到 2007 年在丹麥出生的單胞胎活產嬰兒為研究對象，將母親分為本地組與移民組，移民組又分為南斯拉夫、索馬里、黎巴嫩、巴基斯坦與土耳其。結果顯示，控制了生育時的年份、母親年齡與胎次後，除了索馬里跟黎巴嫩，移民組別早產風險比較高，控制兒童性別、胎次與胎齡後，全部移民組皆有較高的風險產下小於胎齡兒(Pedersen et al. 2012)。



在挪威的貝勒姆醫院，以 2006 到 2010 年出生，胎次是第一胎的嬰兒為研究對象，並且依照母親的原生國家進行分類。來自非洲、南亞和西亞的移民母親在低出生體重嬰兒方面有較高的風險，非洲、東亞、東南亞和中亞的移民五分鐘 Apgar 的表現上均較本地母親差。作者認為許多因素可能影響結果，例如產前保健、營養、文化、語言、社會經濟地位以及教育水平等(Bakken, Skjeldal, and Stray-Pedersen 2015)。

調查 1981 到 1988 年於比利時出生的單胎活產嬰兒，將母親分為本地出生以及北非移民兩組，研究指出，不論是哪個胎次，北非移民的低出生體重比率均低於本地母親(Buekens, Masuy-Stroobant, and Delvaux 1998)。另一篇同樣比較比利時本地婦女以及北非移民婦女的研究，也指出儘管北非移民婦女的教育程度較以及產前利用較差，但是嬰兒低出生體重率以及早產率仍比本地婦女低(Vahratian et al. 2004)。

在義大利某醫院，蒐集了 1996-1998 以及 2006-2008 年的出生資料，分析移民母親的生產結果，在分析了 296,739 位樣本母親後，整體而言移民母親在早產、低 Apgar、需特殊新生兒護理與畸形兒的表現上均比本地母親來得差，特別是西非以及薩哈拉以南的非洲移民(Cacciani et al. 2011)。

五 其他


Guendelman 等人蒐集了美國、比利時與法國的資料進行嬰兒出生結果的研究。美國的研究對象為墨西哥出生母親以及美國出生母親，比利時與法國則為本地出生與北非移民。研究結果則顯示，在經過控制混淆因子後，移民母親在低出生體重以及早產的風險均小於其他三國的本地出生婦女(Guendelman et al. 1999)。

Small 等人，從澳洲、比利時、加拿大、芬蘭、挪威與瑞士進行資料蒐集，用以了解索馬里移民婦女以及本地婦女的嬰兒出生結果，結果顯示，與本地婦女相比，索馬里移民婦女在低出生體重以及早產的表現上較好，但是其發生死胎的風險較高(Small et al. 2008)。

綜合上述研究能發現，有研究指出，移民母親儘管社會經濟條件並不理想，但在嬰兒出生的表現上卻比本地婦女來得好，這樣的現象，推估是「健康移民」所導致。

另外也可能是受到自身文化的保護。Chen 等人以美國 1994 年國民健康訪查中 0-18 歲者為研究對象進行調查，觀察在不同族群間，父母社經地位對子女健康的影響。一般會認為父母的教育程度越低，其子女的健康情形將會越差，但在這篇研究中發現，這種現象雖顯著存在於白人與黑人小孩之中，可是在亞裔與拉美裔小孩之中卻會產生相反的情況，這樣的差異有可能是因為族群文化的影響，像是亞裔與拉美裔有比較親密的連結，即使社經地位不一樣，還是會相互分享健康資訊，便可能降低父母教育程度對於孩童健康的影響(Chen, Martin, and Matthews 2006)。

類似的理論，在 Hamilton 等人的研究中也有提到，族群緊密的連結除了訊息的交換外，也包含著在需要緊急需求時時，比起不緊密的族群，更容易能夠從同族裔那獲得幫助，因此就算在社經地位低、無醫療保險的不利條件中，其健康狀況仍能維持在不差的水平(Hamilton et al. 2011)。



在限制方面，國外針對移民母親子女健康研究多使用大型資料庫，或是單一醫院的資料進行分析，大多的研究均以嬰兒出生體重、早產與 Apgar 等等出生表現作為評估的指標。但是種族的的不同可能適合使用的指標也不同，有研究指出，使用以加拿大人口為基礎的出生體重曲線不一定適合每一個族群，De Souza 等人便指出在加拿大的菲律賓移民母親控制了年齡與胎次後，大部份其所生的新生兒皆面臨被誤分到小於胎齡兒的風險 (De Souza et al. 2012; Urquia, Berger, and Ray 2015)。

在族裔的分類上，也可能是研究上的限制，有些研究是以各洲進行分類，但就算是同一洲，各原生國家對移民的影響卻不盡相同(Fuentes-Afflick and Hessol 1997)。另外，根據 Geronimus 提出的風化假說(weathering hypothesis)，暴露於貧窮以及歧視的長短有可能影響嬰兒出生結果，但大部分研究並未考量移民母親移入時間因此可能造成限制 (Geronimus 1992)。

第三節 台灣新住民子女健康研究



台灣現行針對新住民子女的研究非常多，大部分著重在學校與學習方面。如比較外籍與本國配偶子女的語言與心智發展(鍾鳳嬌，王國川，and 陳永朗 2006)，或是學業成就(黃彥超 2016)與人際關係(張芳全 and 夏麗鳳 2011)。在少部份健康相關的研究中，則多在探討新住民子女的出生體重與外籍配偶的育兒健康知識。

邱冠斌使用新竹市出生通報系統所做的研究中發現，懷孕母親國籍為本國籍者，生出低體重新生兒的比率是 8.2%，而東南亞籍則是 7.4%。低體重新生兒與生母國籍兩者進行卡方檢定後發現 $p > 0.05$ ，在統計上不顯著(邱冠斌 2008)。另有其他研究顯示雖然比起本地配偶，外籍配偶與其另一半的年齡差距較大，且外籍配偶之教育程度較本國籍低，但是在早產、低出生體重的表現均未達到統計上的差異(廖宗志 et al. 2006)。楊靜利等人透過 2003 年至 2007 年出生通報系統也發現類似的結果，更指出外籍配偶在死產、體重不足與早產三項指標上的表現優於台籍配偶(楊靜利 et al. 2012)。

另一項在北部教學醫院所做的研究中則發現，比較外籍配偶極和本國籍配偶之極低出生體重新生兒在初出生的疾病嚴重度上並沒有達顯著差異，但是外籍配偶在新生兒特診出院後的回診次數上較本國籍顯著來得低。但是這份研究由於僅限於北部，因此缺乏外推性，另外亦沒有探討家庭成員的狀況，尤其在回診方外籍配偶可能會更需要家裡其他成員的協助才能完成(羅英維 2004)。

外籍配偶的語言能力可能會影響健康知識的獲得與利用(王秀紅 and 楊詠梅 2002)。在蔡明祝等人於高雄進行的研究發現，在口腔清潔習慣與口腔知識本


國籍配偶均大於大陸與東南亞籍配偶，而其中口腔知識部分大陸籍表現優於東南亞籍，推估語言能力使影響因素之一(蔡明祝 et al. 2007)。劉秀琪在苗栗所做的研究，以育兒知識作為依變項也得出類似結論(劉秀琪 2004)。



而一篇台南市所做，探討越南、大陸與本國籍配偶之子女的預防保健服務利用情形的研究可以看到，外籍配偶的未使用率較高、使用次數較少。在越南籍配偶中，發現利用情形可能與母親年齡與台灣本土語言能力有關；在大陸籍方面，則是與家庭經濟有關(陳凱姿 2007)。呼應了上述的研究，王素美等人指出，外籍配偶中有醫療相關需求者，有 23.54% 需要幼兒健康檢查輔導，接著是提供育嬰、育兒知識，有 20.14%(王素美 et al. 2011)。

目前由政府執行，有關外籍配偶的全國性調查，為內政部的「外籍與大陸配偶生活需求調查」，自 2003 年辦理第一次調查後，每五年辦理一次。調查內容主要包含目前外籍與大陸配偶在臺生活適應、家庭相處、就業狀況、子女教養情形。

洪宜盈使用「九十二年外籍與大陸配偶生活狀況調查」所做之研究則提到，母親原國籍別、生產年齡與教育程度對子女健康不會產生顯著影響；而母親工作狀況與居住台灣地區時間則會對子女健康狀況影響達顯著。另外，在父親方面，發現父親的工作情形與健康狀況則會顯著影響其子女的健康(洪宜盈 2006)。在一份使用同樣資料庫並與台灣地區剝奪指標進行分析的研究發現，父母社經地位較地區剝奪程度更影響新住民子女健康，母親國籍並非影響健康的顯著因子(梁亞文 et al. 2010)。



綜合上述研究能夠看到，目前台灣有關新住民子女的議題，推測因為缺乏相關資料庫的原因，因此多著重在生育品質與母親育兒健康知識，並且集中於單一地區所做的研究，故樣本外推性可能稍嫌不足。由內政部執行的「外籍與大陸配偶生活需求調查」雖為全國性的資料庫，但是主要仍以調查外籍配偶為主體，新住民子女健康變項設計偏向簡易，在 2003 年的調查僅有四種狀況可選(良好、發展遲緩、身心障礙、重大傷病)、2008 年五種(良好、患病或傷殘、重大傷病、長年臥病、發展遲緩)，至 2013 年則無兒童健康題項，另外也沒有涵蓋母親產前檢查、流產或子女死亡的題項。

第三章 研究方法

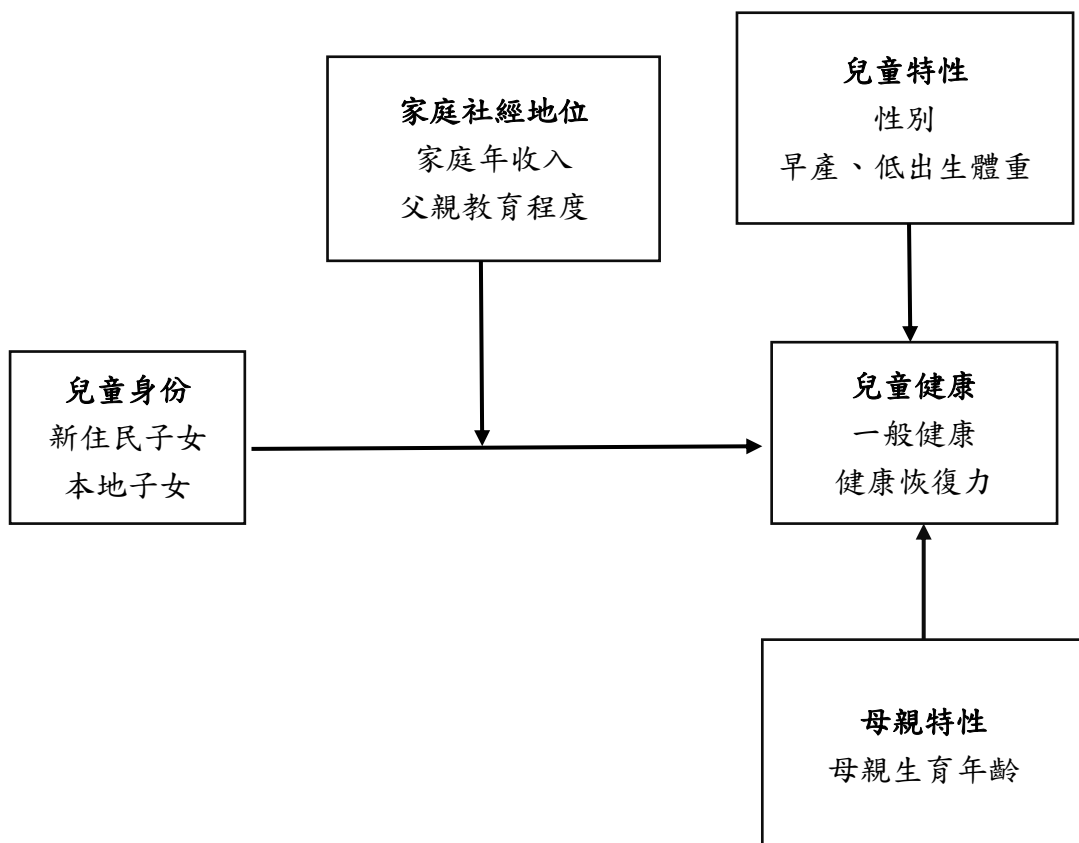


本章將分為四個小節進行。第一節為本研究之架構與假說；第二節介紹研究資料來源；第三節說明研究變項；第四節提出資料分析方法。

第一節 研究架構與假說

一、研究架構

本研究的目的為探討新住民子女與本地兒童的健康差異，並了解社經地位對於此差距的影響。研究架構圖如下：



二、研究假說

1. 新住民子女的健康較本地子女差
2. 比起高社經地位家庭，在低社經地位情形下兩組的健康差距較大

第二節 研究資料



本研究使用次級資料分析，資料來源有二，其一為出生通報檔，另一個則為「臺灣出生世代研究」(Taiwan Birth Cohort Study，簡稱 TBCS) 的第一波與第四波先驅資料。

一、臺灣出生世代研究

「臺灣出生世代研究」(Taiwan Birth Cohort Study，簡稱 TBCS)，是由行政院衛福部國民健康署（前為衛生署國民健康局）委託進行的一項全國性長期追蹤研究。主旨在透過生命歷程，以及流行病學觀點，收集與成人健康有關之生命早期環境因素等實證資料，藉以整合相關專業領域之人力與社會資源，作為未來營造有益於兒童健康、兒童照顧與成長環境設計的依據。本調查研究的具體目標包括：(1)建立新世紀台灣兒童的生長發育與健康狀況常模；(2)探討社會環境對兒童健康與發展的影響；(3)研究童年健康與成人健康的關係；(4)評估非本國出生母親之子女的生長發育狀況。

二、調查方式與對象

台灣出生世代研究計畫於 92 年正式展開，包括先驅研究與正式研究兩部份。先驅研究的實施目的在於確保大規模田野調查的品質，以 92 年 11 及 12 月出生嬰兒為母體，利用兩階段分層等機率隨機抽樣方法，抽出 2,048 名樣本個案，在樣本 6 個月、18 個月、3 歲、5.5 歲、8 歲及 12 歲大時分別進行田野調查。



本研究使用第一波先驅調查(6個月)以及第四波先驅調查(5.5歲)作為研究依據。第一波先驅調查時間為93年5月至7月，應訪2,048案，完訪數1,783案，完成率：87.1%。第四波調查時間為98年4月至98年7月，同樣以第一波調查完訪的1,782樣本為追蹤調查對象（扣除1名已死亡個案），完訪數1,620案，完成率：90.9%。

本研究將串聯出生通報與台灣出生世代研究第一波與第四波先驅研究，用以獲得兒童的家庭與健康資料。本研究將排除父親非台灣人者以及母親國籍為不詳者，再依母親國籍將樣本兒童分為本地子女與新住民子女。

三、調查工具

台灣出生世代研究執行方法是由訪員透過問卷進行訪問與調查。問卷內容包含三部分：嬰幼兒健康照護需求調查(簡稱主問卷)、嬰幼兒與兒童發展量表以及父母親自覺健康狀態問卷。主問卷架構大致分為，母親、兒童、家庭、社區及特殊量表五部分。嬰幼兒發展量表則包含測量粗動作、細動作、語言溝通、認知與處理身邊事物的社會能力等五大部份。量表設計參考了國內外已建立信效度之工具，經專家多次討論並擬定。父母健康問卷則使用台灣版SF-36，包含八個面向：身體生理功能、因生理功能角色限制、身體疼痛、一般健康、活力、社會功能、因情緒角色受限與心理健康。本研究將採用第一波先驅研究的主問卷，以及第四波先驅研究主問卷的資料進行分析。

第三節 研究變項



本研究將利用第一波先驅的「台灣地區嬰幼兒健康照護調查」取得母親國籍資料，第四波先驅的「五歲兒童問卷」取得資料，包含家庭社經地位、父母特性、居住地以及兒童健康狀況。出生通報則用以取得兒童特性的相關資料，包含兒童性別、胎次、出生體重與早產情形。

一、依變項

本研究之依變項為兒童健康，包含兩部份，分別為母親評估兒童健康與母親評估兒童健康恢復力。

兒童健康狀況

A. 母親評估兒童健康

問題為「這個孩子現在已滿五歲了，整體而言，您認為他的健康狀況是很好、好、普通、不太好、還是很不好?」。若答案為不適用或不詳則視為遺漏值。在進入分層分析以及迴歸分析時，將會把答案為「很好」以及「好」歸為母親評估健康好組，若是選擇「普通」「不太好」或「很不好」則歸為母親評估健康普通或不好組。

B. 母親評估兒童健康恢復力

詢問受試者「若您的孩子生病(如感冒、發燒、拉肚子等)，孩子復原的速度

如何?」，答案分為很快就好、還算好、很慢才會好。若答案為不適用或不詳則視為遺漏值。在進入分層分析以及迴歸分析時，若回答為「很快就好」或「還算好」將被歸為健康恢復力好組，「很慢才會好」則歸為健康恢復力不好組。

二、自變項

本研究之唯一自變項為兒童身份。採用第一波先驅資料中之外籍與大陸配偶涵化部份的問題，詢問母親來自什麼國家，若回答為台灣則為本地子女組，其他答案則被歸為新住民子女組。

三、調節變項

本研究中，為了解新住民子女與本地子女的健康差距是否會因為家庭社經地位的不同而改變，因此，將家庭社經地位設為調節變項。

A. 家庭年收入

依照問卷題項細分為，10 萬以下、10-40 萬、40~60 萬、60~100 萬、100~150 萬、150~250 萬、250~300 萬與 300 萬以上。

在江宛霖和江東亮所做的研究中參考了 UNICEF 對於兒童貧窮的定義，使用台灣家庭收支調查，將家庭月收入低於 3 萬者歸為貧窮(Chiang and Chiang 2017)。因此在進入分層分析與迴歸分析時，分為兩大組，將年收入 40 萬以下者歸為貧窮組，40 萬以上則分為非貧窮組。



B. 父親教育程度

本研究依照受教育年份進行分類，分別為小於 9 年、9-12 年與 13 年以上。

四、控制變項

A. 母親生育年齡

母親生育年齡分為四組，24 歲以下、25-29 歲、30-34 歲與 35 歲以上。

B. 胎次

資料來自出生通報，分為第一胎與非第一胎。

C. 性別

資料來自出生通報，分為男與女。

D. 出生體重

資料來自出生通報，若出生體重小於 2500 克則為低出生體重。

E. 懷孕週數

資料來自出生通報，若出生週數小於 37 週則為早產。

第四節 分析方法



本研究將使用 SAS9.4 統計軟體進行資料分析，可分為描述性統計與分析性統計，內容如下：

一、描述性統計

分析了解樣本特性的分布情形，並以次數與百分比呈現，包含母親原生國家分佈、兒童家庭人口特性、兒童特性、社經地位、兒童健康狀況情形等。利用卡方檢定分析變項間的關係。

二、分析性統計

在分析性統計，將分為分層分析與羅吉斯迴歸分析兩部分，用以了解社經地位對於新住民子女與本地子女健康的影響。

使用分層分析來了解，在不同家庭社經地位下，兩組樣本兒童間的健康差距，是否會隨著社經地位的提升縮小。羅吉斯迴歸則用以分析，逐步控制母親特性、嬰兒特性、父教育程度與家庭年收入後，兒童身份對於兒童健康的影響情況。

第四章 研究結果



本章分為四個章節進行呈現。第一節為資料的基本特性；第二節為兒童身份與兒童健康情形；第三節則是兒童身份、家庭社經地位以及兒童健康的分層分析；第四節為羅吉斯迴歸的結果。

第一節 樣本基本特性

樣本基本特性分為四部份，母親國籍、兒童家庭人口特性、兒童特性與兒童家庭社經地位。

一、母親國籍分佈情形

表 4-1 為母親國籍的分布狀況。樣本共有 1617 位，根據母親的回答獲得其國籍資料。其中以台灣母親最多有 1399 位，佔 86.5%；其次為東南亞籍母親，佔 8.2%；接著為中國籍母親，佔 5.3%。在東南亞籍母親部分，越南籍母親最多，有 90 位；其次是印尼籍 31 位；接續是柬埔寨籍 6 位、泰國 3 位、馬來西亞與緬甸各一位。

二、兒童家庭人口特性

表 4-2 為兒童家庭人口特性，內容包含居住地與父母親生育年齡。居住地以鄉鎮市區進行分類。整體而言，居住在鄉的樣本兒童最多佔 33%，接著為市與區，分別為 29.6%與 27.6%，居住在鎮的則最少，佔 9.8%。

不論是新住民子女或是本地子女的樣本兒童，皆以居住在鄉佔最大百分比，分別是 31.5%與 43.1%，其中，能看到新住民子女有將近一半的人住在鄉上。居住地區與兒童身份經檢定具有顯著相關($P=0.004$)。



母親生育年齡，整體集中在 25-29 歲，佔 37.3%。依照不同兒童身份來看，本地子女之母親生育年齡，以 25-29 歲佔最大百分比，佔了是 38%，新住民子女的母親則超過一半在 24 歲以下，佔 52.8%。

另外，母親生育年齡為 30 歲以上時，本地子女有 39.5%，但新住民子女只佔 14.3%，能夠看到大部份的新住民子女的母親生育年齡較輕。母親生育年齡與兒童身份的相關，達統計顯著水準($P<0.001$)。

父親生育年齡多在 30-34 歲，佔 36.2%。本地子女以 30-34 歲佔最多人，為 37.7%，新住民子女的父親生育年齡則是以 35-39 歲最多人，為 32.2%。若父親年齡為 40 歲以上，則本地子女佔 4.5%、新住民子女 25.7%，超過四分之一。父親生育年齡與兒童身份達顯著相關($P<0.001$)。

整體來看能發現，比起本地子女，新住民子女組的樣本兒童有更大的比率居住在鄉的層級上。新住民子女的母親生育年齡比較輕，但是父親生育年齡卻比較大。

三、兒童特性

表 4-3 兒童特性包含樣本兒童的性別、胎次、出生體重與早產。兒童性別方面，整體男性多於女性，分別佔 54.6%與 45.4%，相差 9.2%。本地子女的男女



人數差距為 9.4%，新住民子女組差距較小為 8.2%。但兒童身份與兒童性別並未達到顯著相關($P=0.879$)。

胎次部分，第一胎佔了大多數，為 98.5%。不論母親國籍為何，同樣多為第一胎，比率也多在 98% 左右，經檢定後未達顯著相關($P=0.800$)。

出生體重大部份集中在 3000-3999 克，有 59.4%。體重在 4000 克以上僅佔 2.6%，而有 7.2% 的樣本兒童出生體重低於 2500 克。不論兒童身份為哪一組，皆以 3000-3999 克的出生體重佔大多數，皆佔了 60% 左右。出生體重 4000 克以上以新住民子女組最多，有 3.2%。同時，出生體重低於 2500 克中，也是新住民子女組最多，佔 8.3%。經檢定未達顯著相關($P=0.317$)

懷孕週期方面，以 37-41 週為大多數，佔 91.1%，接著為小於 37 週 8.4%，最後為 42 週以上，只佔了 0.5%。兩個組別之懷孕週數皆集中在 37-41 週，都有 90% 以上。在小於 37 週方面，本地子女組比率較高佔 8.7%，新住民子女組則僅佔 6.9%。經過檢定後，兒童身份與懷孕週數未達統計相關($P=0.22$)

四、兒童家庭社經地位

兒童家庭社經地位的分布情形，詳見表 4-4。內容包含家庭年收入、父母受教年數與父母工作狀態。

家庭年收入方面，整體以 60-100 萬最多，佔 33.1%，其次為 40-60 萬以上，佔了 19.7%，接著分別是 100-150 萬與 10-40 萬，分別是 17.8% 和 17.2%。若依照兒童身份來看，本地子女組的家庭年收入多在 60-99 萬與 100 萬以上，分別

佔了 35.3% 以及 30.2%。在新住民子女組中則多為 10-40 萬有 43.6%。根據表 4-4 能夠發現，新住民子女組的家庭年收入較低，有一半的樣本兒童家庭年收入是低於 40 萬的。經檢定過後，兒童身份與家庭年收入達統計相關($P < 0.001$)。

母親受教育年數，大多是 13 年以上，佔 43.1%，小於 9 年則佔最少，為 15%。依不同兒童身份來看母親受教年數時，本地子女方面，母親是以受教 13 年以上最多，有 47%，其次為 9-12 年的 44.5%，小於 9 年則僅有 8.5%。在新住民子女方面則有超過一半的母親之教育年數是小於 9 年的，分別為 56.4%。兒童身份與母親受教年數的相關性，經檢定後達顯著水準($P < 0.001$)。

父親受教育年數方面，與母親相同大多集中在 13 年以上，佔 44.1%，小於 9 年最少，佔 15.3%。依照兒童身份來看，本地子女組的父親有近一半的比率受教年數為 13 年以上，佔了 48.5%。新住民子女組的父親則多集中在 9-12 年，佔 46.5%。另外，新住民子女組的父親在受教 13 年以上佔最少的比率。經過檢定後，兒童身份與父親教育年數達顯著相關($P < 0.001$)。

關於母親工作情形，整體有 70.6% 的母親有工作。本地子女的母親有工作的比率為 72.3%，新住民子女的母親則為 59.6%，但新住民子女母親在工作情形的遺漏值佔了 34.4%，而本地子女則為 23.6%。在處理遺漏值並進行檢定後，母親工作情形與兒童身份未達顯著相關($P = 0.080$)。

父親工作情形方面，有 91.4% 的父親有工作。依兒童身份來看，本地子女的父親有較高的比率是有工作的，佔 92.7%。新住民子女組為 83.0%。父親工作情形與兒童身份的相關性，經檢定後達顯著水準($P < 0.001$)。

整體而言，本地子女組的家庭年收入與父母教育程度皆較高，以年收入 60-100 萬以及受教年數 13 年以上居多。而新住民子女組則多分佈在家庭年收入低於 40 萬，父親受教年數以 9-12 年、母親受教年數以低於 9 年居多。在父母工作情形方面，台灣組的父母親有工作的比例也較新住民子女組來得高。

第二節 兒童身份與兒童健康分佈



兒童健康分為兩部分進行探討，分別為母親評估兒童健康以及母親評估兒童健康恢復力。

一、母親評估兒童健康

兒童健康狀況整理於表 4-5，主要內容為母親評估兒童健康的分布狀況。

母親評估兒童健康部分，不論兒童身份，評估結果多集中在好，分別為，本地子女 39.9%以及新住民子女 39.5%。在此題項中，無人回答很不好。在健康狀況不太好的部分，本地子女組有 3.2%，新住民子女組則有 4.6%。另外，在回答健康狀況非常好的部分，本地子女有 27.2%，新住民子女則有 28.4%。不論是在回答非常好或是不好，新住民子女組均有較高的比率。經檢定後相關性未達到統計顯著水準($P=0.653$)。

二、母親評估兒童健康恢復力

兒童健康狀況整理於表 4-6，主要內容為母親評估兒童健康恢復力的分布。

健康恢復力不論兒童身份均以回答還算好佔大多數。其中又以本地子女組的比例最高，佔 58.9%，新住民子女組則為 45.9%。在回答很慢才會好的部分，新住民子女組 16.1%，本地子女組為 9%。同時，在回答非常好的部分，新住民子女組為 38.1%，本地子女組為 32.1%，兒童身份與母親評估健康恢復力，經檢定達顯著相關($P=0.0002$)。

第三節 兒童身份、家庭社經地位、兒童健康-分層分析



為了解在不同的家庭社經地位時，兒童的健康分佈情形，以及不同社經地位間的健康差距，因而進行分層分析加以觀察。

一、不同家庭年收入下，兒童身份與兒童健康分佈情形

1. 母親評估兒童健康狀況

表 4-7 呈現在不同家庭年收入下，兒童身份與母親評估兒童健康狀況的分佈情形。

在家庭年收入為貧窮組時，本地子女組的兒童被母親評估健康普通或不好的百分比最高，有 39%，新住民子女則有 34.9%。經檢定後，兒童身份與母親評估健康未達顯著相關($P=0.469$)。

在家庭年收入為非貧窮組的樣本兒童中，本地子女組的兒童被母親評估健康普通或不好的百分比最高，有 31.8%，新住民子女組則為 29.3%。經檢定後，兒童身份與母親評估健康未達顯著相關($P=0.583$)。

其中能夠觀察到，在貧窮組時，兩組兒童的健康差距為 4.1%，但在非貧窮組，差距則縮小到 2.5%，但是進一步觀察家庭年收入與兒童身份的交互作用後並未達到統計上的顯著($P=0.864$)。



2. 母親評估兒童健康恢復力

表 4-8 呈現在不同家庭年收入下，兒童身份與母親評估兒童健康恢復力的分佈情形。

在家庭年收入為貧窮組時，本地子女組的兒童被母親評估不好的百分比較低，為 11.7%，新住民子女則有 18.4%。經檢定後，兒童身份與母親評估兒童健康恢復力未達顯著相關($P=0.170$)。

在家庭年收入為非貧窮組的樣本兒童中，本地子女組的兒童被母親評估健康恢復力不好百分比較低，有 8.6%，新住民子女組則為 12.3%。經檢定後，兒童身份與母親評估兒童健康恢復力未達顯著相關($P=0.201$)。

在貧窮組時，兩組兒童的健康差距為 6.7%，但在非貧窮組，差距則縮小到 3.7%，但是兩組差距經檢定後未達統計顯著差異 ($P=0.78$)。

二、不同父親教育程度，兒童身份與兒童健康分佈情形

1. 母親評估兒童健康狀況

表 4-9 呈現在不同父親教育程度下，兒童身份與母親評估兒童健康狀況的分佈情形。

在父親受教年數小於 9 年時，本地子女組的兒童被母親評估健康普通或不好的百分比較低，有 31.9%，新住民子女則有 33.3%。經檢定後，兒童身份與母



親評估健康未達顯著相關($P=0.825$)。

在父親受教年數為 9-12 年的樣本兒童中，本地子女組的兒童被母親評估健康普通或不好的百分比較高，有 34.9%，新住民子女組則為 29.7%。經檢定後，兒童身份與母親評估健康普未達顯著相關($P=0.309$)。

在父親受教年數為 13 年以上時，新住民子女組的兒童被母親評估健康普通或不好的百分比較高，有 37.1%，本地子女組則為 31.1%。經檢定後，兒童身份與母親評估健康未達顯著相關($P=0.454$)。

經由表 4-9 發現，將父親教育程度分層後，兒童身份與母親評估健康的分佈，並沒有規律。

2. 母親評估兒童健康恢復力

表 4-10 呈現在不同父親教育程度下，兒童身份與母親評估兒童健康恢復力的分佈情形。

在父親受教年數小於 9 年時，本地子女組的兒童被母親評估為不好的百分比較低，有 7.8%，新住民子女則有 14.8%。經檢定後，兒童身份與母親評估健康恢復力未達顯著相關($P=0.088$)。

在父親受教年數為 9-12 年的樣本兒童中，本地子女組的兒童被母親評估健康恢復力不好的百分比同樣較低，有 8.5%，新住民子女組則為 13.9%。經檢定後，兒童身份與母親評估健康恢復力未達顯著相關($P=0.089$)。

在父親受教年數為 13 年以上時，新住民子女組的兒童被母親評估不好的百分比依然較低，有 9.4%，本地子女組則為 22.9%。經檢定後，兒童身份與母親評估健康恢復力達顯著相關($P=0.018$)。

經由表 4-10 發現，將父親教育程度分層後，在新住民子女組中，兒童身份與母親評估健康恢復力不好的分布，並沒有規律。但是在本地子女中，卻會隨著父親受教年數越長，而有比率增加的情形。

第四節 兒童身份、家庭社經地位、兒童健康-多變量分析



本節的目的為了解兒童身份以及家庭社經地位對於兒童健康的影響。因此透過羅吉斯迴歸分析，來比較控制家庭社經地位前與後，兒童健康的情形。

一、母親評估兒童健康狀況(普通或不好)

在兒童身份對於母親評估兒童健康的影響，根據表 4-11，以本地子女為參考組，新住民子女組在評估兒童健康為普通或不好的勝算比較低，但沒有達到統計水準。在控制家庭社經地位，包含家庭年收入、父親教育程度後，新住民子女組的勝算比則會再降低，但未達顯著。另外，在家庭年收入能看到，隨著家庭年收入被歸為貧窮，勝算比會變高。

二、母親評估兒童健康恢復力(不好)

表 4-12 能看到，在兒童身份對兒童健康恢復力的影響方面，新住民子女組的健康恢復力不好的勝算比較高為 2.00，且達到顯著水準($P=0.0015$)。在控制了家庭社經地位後，雖然仍舊高於參考組，並且達到顯著，但是勝算比較為下降，顯著性也下降($P=0.022$)。其中能觀察到，隨著父親教育年數的增加，勝算比也會跟著增加，而家庭年收入為貧窮時，勝算比則會升高。

第五章 討論與建議



本研究之主要目的為了解跨國婚姻下的兒童與本地兒童之健康是否有差異，以及這健康差異是否會因為家庭社經地位的不同而改變。第一節將整理主要的研究結果，並與先前的研究進行比較與討論；第二節本研究的限制；第三節則對政策與未來研究進行建議。

第一節 討論

本研究的主要結果有三點：(1)新住民子女多生長在低社經地位的家庭、(2)不論控制家庭社經地位與否，兒童身份與母親評估兒童健康狀況沒有顯著相關、(3)控制家庭社經地位前後，新住民子女在母親評估健康恢復力的表現上皆顯著較差。以下將針對研究結果與過去研究進行比較，並討論可能的影響因子。

一、新住民子女多生長在低社經地位的家庭

本研究結果與國內針對新住民子女的相關研究一致(廖宗志 et al. 2006; 王宏仁 2001)。根據表 4-4 能夠看到，新住民子女的家庭社經地位，不論是家庭年收入、父母親教育程度以及父母親工作情形均比本地子女來得差，這樣的分佈情形與外籍配偶來台的脈絡背景有密不可分的關係，迎娶外籍配偶的台灣男性大多是因為其條件不易迎娶本地配偶(夏曉鵬 2000)。



二、新住民子女的一般健康並未較差，而健康恢復力顯著較差

從本研究的結果能發現，兒童的健康狀況與兒童身份並沒有顯著的關係，與過去研究的結果相似(洪宜盈 2006)，但是新住民子女在母親評估健康恢復力上卻有較差的表現。

根據附錄一，能看到母親評估兒童健康與健康恢復力的相關性有達到統計上的顯著，附錄二則將兒童身份分開討論，能夠看到除了健康狀況不太好外，在相同的健康狀態下，新住民子女會有較高的比率被母親評估為健康恢復力不好。在健康狀態很好的情況下，本地子女被評為健康恢復力不好的比率為 1.6%，新住民子女卻高達 11.3%，相同的情形，在健康狀態為好與普通中皆能觀察到。

以下呈現影響此兩項研究結果的可能因素，分別為(1)文化與語言因素、(2)篩選因素、(3)暴露時間因素、(4)生物因素，以下將依照各點進行討論；

一、文化與語言因素

Angel 與 Thoits 指出一個人對於疾病的認知、感受以及應對行為會受到文化與語言的影響(Angel and Thoits 1987)。有研究便指出，訪問時所使用的語言會強烈影響族群健康差異的結果(Guarnaccia, Angel, and Worobey 1989)。在一份調查墨西哥裔美國人與波多黎各裔美國人健康時，發現相較於英文，若用西班牙文進行調查則會有比較高的比例落在不健康的選項(Angel and Guarnaccia 1989)。因此推測在進行問卷訪問時，有可能因為語言上的因素，影響了外籍配偶的回答情形。

主觀評估健康，會依據每個人的觀念而有所不同(Zimmer et al. 2000)。而本研究中，母親評估兒童健康與健康恢復力便屬於主觀的測量，因此可能由於不同的文化背景導致對於健康狀況的感受與認知有所差異，因此導致雖然在母親評估健康時沒有顯著差異，但在評估健康恢復力時東南亞母親卻顯著較差的情況。

二、篩選因素

國外有研究顯示，許多移民的健康情形較本地較佳，在 Singh 以及 Siahpush 所做的研究便指出當控制了年齡、教育與收入等等變項後，移民的死亡風險小於美國本地居民，這樣的結果有可能是受到健康移民效應的影響，「移民」這項行為本身，便需要身體足夠健康，才能夠進行移動。(Singh and Siahpush 2001)

篩選為影響來台外籍配偶健康的可能因素。原因有二，其一，根據移民署規定，外籍配偶須通過健康檢查才能夠在台灣居留，再者，台灣男性迎娶外籍配偶的主要目的之一為傳宗接代，在擇偶時便會傾向於身體狀況良好的女子為配偶。因此嫁來台灣的外籍配偶已經歷了許多篩選，因此身體情況大多較為健康(王宏仁 2001)，也因此由外籍配偶所出的兒童會有較好的健康表現。

三、暴露時間因素

移民隨著移入時間的增加，其健康狀態或生活習慣會趨向本地人，這被視為「同化作用」(Alba and Nee 1997)。國外研究便指出，移民者大多因為健康移民效應而比本地人健康，但是隨著時間的推進，其健康情形會漸漸變差並且趨向本地人的狀況(McDonald and Kennedy 2004)。「風化假說」則指出移民暴露於貧窮、不平等與歧視的時間長短會影響人的健康狀態，暴露越長越不健康(Geronimus 1992)。

本研究之樣本兒童為五歲的學齡前兒童，暴露於歧視或不平等的時間尚短，有可能未對其健康情形造成顯著的影響。



四、生物因素

新住民子女的誕生是來自不同族群間的通婚，因此也增加了基因的多樣性，使得身體先天缺陷能夠減少，得以緩衝低社經地位與其他不利健康因素的影響，有研究便指出儘管外籍配偶的家庭社經地位比本地配偶低，但是卻有較好的出生表現(廖宗志 et al. 2006; Shiao and Chiang 2012)。

第二節 研究限制



本節將呈現本研究的限制，除了本研究為橫斷性研究外，還有以下兩點限制

(1)主觀評斷兒童健康及(2)外籍母親對於題目的理解，以下分別探討；

一、主觀評斷兒童健康

本研究的依變項，母親評估兒童健康與母親評估兒童健康恢復力均屬於主觀評斷的選項。這類變項可能會受到回答者本身的生活環境與觀念的影響。但是，在 Monette 等人使用魁北克兒童發展長期調查進行分析，結果顯示，使用母親評估兒童健康狀況是能夠呼應兒童實際健康情形的(Monette et al. 2007)。

二、外籍母親對於題目的理解

本研究所使用的資料庫在進行面訪時，並沒有使用母語進行調查，因此可能因為語言上的障礙而使得外籍配偶對於問卷題目的理解不夠完全(Angel and Thoits 1987; Zimmer et al. 2000)。雖然來自的大陸母親一樣能使用中文溝通，但有些用字遣詞仍可能與台灣不同進而造成理解上的差異，而來自東南亞的母親因為中文並非其母語，則更可能受到影響。但是根據台灣出生世代第一波先驅研究的外籍母親涵化調查，有超過 90%的外籍母親覺得自己的國語聽說能力在普通以上(參考附錄三、四)，因此母親對於題目的理解情形對於本研究的影響應當不大。

第三節 建議



根據上述研究結果之討論與限制，本節將針對政策與未來研究提出建議，以期能作為未來政策制定與研究方向之參考。

一、政策建議

本研究結果發現，新住民子女的健康並未較比地子女差，但卻不代表政府不需要針對新住民子女的相關政策。根據本研究的結果，新住民子女家庭的社經地位大多較低，在Navarro所做的研究中，比較了不同社經地位的黑人與白人的健康情形，其研究結果得出，低社經地位比起種族更會影響人的健康(Navarro 1990)。在表 4-4 中能看到，有一半的新住民子女生長在低社經地位家庭，但是本地子女家庭卻僅有 14%為低社經地位，這樣的不平等現象會對弱勢一方的健康有負面影響(Navarro 2004)。是故政府在制定相關政策時應加入健康的社會決定因素之概念，努力削弱不平等的現象。另外，也應減少國人對於新住民子女之偏見，創造包容多元文化的環境，以利新住民子女成長。

二、研究建議

以下將針對本研究未盡善之處，提出未來研究之建議，期望相關領域之研究能更完善，以下將詳細說明。

(一)確認同化作用與風化假說

國外研究指出，移民者在一開始的健康表現會優於本地人，但是會隨著移入

時間漸漸與當地人同化變差，甚至後代會有一代比一代差的情形。另外也可能由於暴露於貧窮與歧視的時間變長，因此最後健康較本地人差。因此建議未來的研究，能夠使用長期追蹤的資料，來觀察新住民子女健康的變化，並且除了社會經濟因素外，再加入歧視與文化適應等因素，來探討其對新住民子女健康的影響。

參考文獻

英文部分



The Structural Determinants of Child Well-being: An expert consultation hosted by the

UNICEF Office of Research 22-23 June 2012, Innocenti Publications

Aber, J. L., N. G. Bennett, D. C. Conley, and J. Li. 1997. 'The effects of poverty on child health and development', *Annu Rev Public Health*, 18: 463-83.

Acevedo-Garcia, D., M. J. Soobader, and L. F. Berkman. 2005. 'The differential effect of foreign-born status on low birth weight by race/ethnicity and education', *Pediatrics*, 115: e20-30.

Alba, Richard, and Victor Nee. 1997. 'Rethinking Assimilation Theory for a New Era of Immigration', *The International Migration Review*, 31: 826-74.

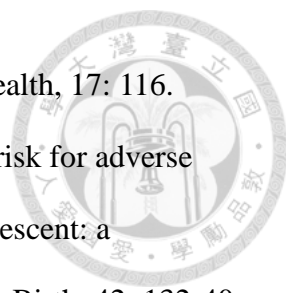
Angel, R., and P. J. Guarnaccia. 1989. 'Mind, body, and culture: somatization among Hispanics', *Soc Sci Med*, 28: 1229-38.


Angel, R., and P. Thoits. 1987. 'The impact of culture on the cognitive structure of illness', *Cult Med Psychiatry*, 11: 465-94.

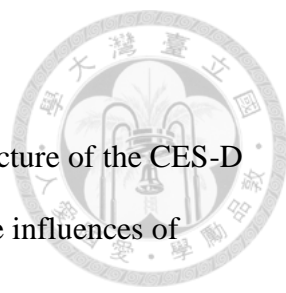
Arteaga, I., S. Potochnick, and S. Parsons. 2017. 'Decomposing the Household Food Insecurity Gap for Children of U.S.-Born and Foreign-Born Hispanics: Evidence from 1998 to 2011', *J Immigr Minor Health*.


Auger, N., Z. C. Luo, R. W. Platt, and M. Daniel. 2008. 'Do mother's education and foreign born status interact to influence birth outcomes? Clarifying the epidemiological paradox and the healthy migrant effect', *J Epidemiol Community Health*, 62: 402-9.

Bahk, J., A. M. Kim, and Y. H. Khang. 2017. 'Associations of multicultural status with depressive mood and suicidality among Korean adolescents: the roles of parental

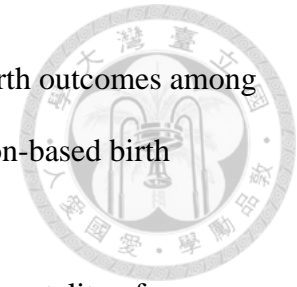
- 
- country of birth and socioeconomic position', *BMC Public Health*, 17: 116.
- Bakken, K. S., O. H. Skjeldal, and B. Stray-Pedersen. 2015. 'Higher risk for adverse obstetric outcomes among immigrants of African and Asian descent: a comparison study at a low-risk maternity hospital in Norway', *Birth*, 42: 132-40.
- Belihu, F. B., M. A. Davey, and R. Small. 2016. 'Perinatal health outcomes of East African immigrant populations in Victoria, Australia: a population based study', *BMC Pregnancy Childbirth*, 16: 86.
- Bornstein, M. H., and L. R. Cote. 2004. "'Who is sitting across from me?' Immigrant mothers' knowledge of parenting and children's development', *Pediatrics*, 114: e557-64.
- Bradley, R. H., L. Whiteside, D. J. Mundfrom, P. H. Casey, K. J. Kelleher, and S. K. Pope. 1994. 'EARLY INDICATIONS OF RESILIENCE AND THEIR RELATION TO EXPERIENCES IN THE HOME ENVIRONMENTS OF LOW-BIRTH-WEIGHT, PREMATURE CHILDREN LIVING IN POVERTY', *Child Development*, 65: 346-60.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The ecology of human development Experiments by Nature and Design* (Cambridge, M.A. : Harvard University Press).
- Buekens, P., G. Masuy-Stroobant, and T. Delvaux. 1998. 'High birthweights among infants of north African immigrants in Belgium', *Am J Public Health*, 88: 808-11.
- Cacciani, Laura, Simona Asole, Arianna Polo, Francesco Franco, Renato Lucchini, Mario De Curtis, Domenico Di Lallo, and Gabriella Guasticchi. 2011. 'Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy', *BMC Public Health*, 11: 294.
- Calderon-Margalit, Ronit, Dan Sherman, Orly Manor, and Yaffa Kurzweil. 2015.

- 
- 'Adverse Perinatal Outcomes among Immigrant Women from Ethiopia in Israel',
Birth, 42: 125-31.
- Chen, Edith, Andrew D. Martin, and Karen A. Matthews. 2006. 'Understanding Health
Disparities: The Role of Race and Socioeconomic Status in Children's Health',
American Journal of Public Health, 96: 702-08.
- Chiang, Wan-Lin, and Tung-liang Chiang. 2017. 'Risk Factors for Persistent Child
Poverty during the First Five Years of Life in Taiwan Birth Cohort Study', Child
Indicators Research.
- De Souza, L. R., M. L. Urquia, M. Sgro, and J. G. Ray. 2012. 'One size does not fit all:
differences in newborn weight among mothers of Philippine and other East
Asian origin', J Obstet Gynaecol Can, 34: 1026-37.
- Engel, T., G. R. Alexander, and N. L. Leland. 1995. 'Pregnancy outcomes of U.S.-born
Puerto Ricans: the role of maternal nativity status', Am J Prev Med, 11: 34-9.
- Faelker, T., W. Pickett, and R. J. Brison. 2000. 'Socioeconomic differences in childhood
injury: a population based epidemiologic study in Ontario, Canada', Inj Prev, 6:
203-8.
- Fuentes-Afflick, E., and N. A. Hessol. 1997. 'Impact of Asian ethnicity and national
origin on infant birth weight', Am J Epidemiol, 145: 148-55.
- Fuentes-Afflick, E., N. A. Hessol, and E. J. Perez-Stable. 1999. 'Testing the
epidemiologic paradox of low birth weight in Latinos', Arch Pediatr Adolesc
Med, 153: 147-53.
- Geronimus, A. T. 1992. 'The weathering hypothesis and the health of African-American
women and infants: evidence and speculations', Ethn Dis, 2: 207-21.
- Gould, J. B., A. Madan, C. Qin, and G. Chavez. 2003. 'Perinatal outcomes in two
dissimilar immigrant populations in the United States: a dual epidemiologic

- 
- paradox', *Pediatrics*, 111: e676-82.
- Guarnaccia, P. J., R. Angel, and J. L. Worobey. 1989. 'The factor structure of the CES-D in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey: the influences of ethnicity, gender and language', *Soc Sci Med*, 29: 85-94.
- Guendelman, S., P. Buekens, B. Blondel, M. Kaminski, F. C. Notzon, and G. Masuy-Stroobant. 1999. 'Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium', *Matern Child Health J*, 3: 177-87.
- Hamilton, Erin R., Jodi Berger Cardoso, Robert Hummer, and Yolanda C. Padilla. 2011. 'Assimilation and emerging health disparities among new generations of U.S. children', *Demographic Research*, 25: 783-818.
- Irwin, L.G, A Siddiqi, and C Hertzman. 2007. 'Early child development: a powerful equalizer (The Knowledge Networks final report for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health)', Vancouver: Human Early Learning Partnership.
- Khanolkar, A. R., S. Wedren, B. Essen, P. Sparen, and I. Koupil. 2015. 'Preterm and postterm birth in immigrant- and Swedish-born parents: a population register-based study', *Eur J Epidemiol*, 30: 435-47.
- Lempers, J. D., D. Clark-Lempers, and R. L. Simons. 1989. 'Economic hardship, parenting, and distress in adolescence', *Child Dev*, 60: 25-39.
- Luo, Zhong-Cheng, Russell Wilkins, Michael S. Kramer, Fetal for the, and System Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance. 2006. 'Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study', *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 174: 1415-20.
- McDonald, J. T., and S. Kennedy. 2004. 'Insights into the 'healthy immigrant effect':

- 
- health status and health service use of immigrants to Canada', *Soc Sci Med*, 59: 1613-27.
- Monette, S., L. Seguin, L. Gauvin, and B. Nikiema. 2007. 'Validation of a measure of maternal perception of the child's health status', *Child Care Health Dev*, 33: 472-81.
- Mosley, W. Henry, and Lincoln C. Chen. 1984. 'An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries', *Population and Development Review*, 10: 25-45.
- Najman, Jake M., Rosemary Aird, William Bor, Michael O'Callaghan, Gail M. Williams, and Gregory J. Shuttlewood. 2004. 'The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health', *Social Science & Medicine*, 58: 1147-58.
- Navarro, V. 1990. 'Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States', *Lancet*, 336: 1238-40.
- Navarro, Vicente. 2004. 'Inequalities are unhealthy', *Monthly Review*, 56: 26-31.
- Park, Robert E. 1928. 'Human Migration and the Marginal Man', *American Journal of Sociology*, 33: 881-93.
- Park, S., and Y. Lee. 2016. 'Factors that Affect Suicide Attempts of Adolescents in Multicultural Families in Korea', *Int J Environ Res Public Health*, 13.
- Park, Subin. 2015. 'Substance Use and Sexual Behaviors of Adolescents in Multicultural Families in Korea', *Psychiatry Investigation*, 12: 466-73.
- Pedersen, G. S., L. H. Mortensen, M. Gerster, J. Rich-Edwards, and A. M. Andersen. 2012. 'Preterm birth and birthweight-for-gestational age among immigrant women in Denmark 1978-2007: a nationwide registry study', *Paediatr Perinat Epidemiol*, 26: 534-42.

Shiao, Laura Wen-Shuan, and Tung-liang Chiang. 2012. 'Adverse birth outcomes among native-born and foreign-born mothers in Taiwan: A population-based birth cohort study', *BMC Pregnancy Childbirth*, 12: 110-10.



Singh, G. K., and M. Siahpush. 2001. 'All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States', *Am J Public Health*, 91: 392-9.

Small, R., A. Gagnon, M. Gissler, J. Zeitlin, M. Bennis, R. Glazier, E. Haelterman, G. Martens, S. McDermott, M. Urquia, and S. Vangen. 2008. 'Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries', *Bjog*, 115: 1630-40.

Spencer, N. 2003. 'Social, economic, and political determinants of child health', *Pediatrics*, 112: 704-6.

To, T., S. M. Cadarette, and Y. Liu. 2001. 'Biological, social, and environmental correlates of preschool development', *Child Care Health Dev*, 27: 187-200.

Tsai, H. J., P. J. Surkan, S. M. Yu, D. Caruso, X. Hong, T. R. Bartell, A. D. Wahl, C. Sampankanpanich, A. Reily, B. S. Zuckerman, and X. Wang. 2017. 'Differential effects of stress and African ancestry on preterm birth and related traits among US born and immigrant Black mothers', *Medicine (Baltimore)*, 96: e5899.

Urquia, M. L., H. Berger, and J. G. Ray. 2015. 'Risk of adverse outcomes among infants of immigrant women according to birth-weight curves tailored to maternal world region of origin', *Cmaj*, 187: E32-40.


Urquia, M. L., Y. Qiao, J. G. Ray, C. Liu, and A. Hjern. 2015. 'Birth outcomes of foreign-born, native-born, and mixed couples in Sweden', *Paediatr Perinat Epidemiol*, 29: 123-30.

Vahratian, A., P. Buekens, T. Delvaux, M. Boutsen, Y. Wang, and L. L. Kupper. 2004. 'Birthweight differences among infants of North African immigrants and

- Belgians in Belgium', *Eur J Public Health*, 14: 381-3.
- Ventura, S. J., and S. M. Taffel. 1985. 'Childbearing characteristics of U.S.- and foreign-born Hispanic mothers', *Public Health Reports*, 100: 647-52.
- Wise, P. H., and A. Meyers. 1988. 'POVERTY AND CHILD HEALTH', *Pediatric Clinics of North America*, 35: 1169-86.
- Zimmer, Z., J. Natividad, H. S. Lin, and N. Chayovan. 2000. 'A cross-national examination of the determinants of self-assessed health', *J Health Soc Behav*, 41: 465-81.



中文部分

- 
- 王宏仁. 2001. '社會階層化下的婚姻移民與國內勞動市場：以越南新娘為例', 台灣社會研究季刊: 99-127.
- 王秀紅, and 楊詠梅. 2002. '東南亞跨國婚姻婦女的健康', 護理雜誌, 49: 35-41.
- 王素美, 林育秀, 李卓倫, 陳文意, and 梁亞文. 2011. '台灣新移民女性與醫療衛生需要', 澄清醫護管理雜誌, 7: 19-31.
- 李慧貞, 蘇秀娟, and 許芷音. 2004. '外籍新娘的健康評估－以新店市為例', 護理雜誌, 51: 88-93.
- 邱冠斌. 2008. '新竹市外籍配偶與低體重新生兒之相關性研究－以民國九十三年為例', 中華行政學報: 123-42.
- 洪宜盈. 2006. '跨國婚姻婦女所生育子女之健康狀況及相關因素分析', 澄清醫護管理雜誌, 2: 17-23.
- 夏曉鵬. 2000. '資本國際化下的國際婚姻－以台灣的“外籍新娘”現象為例', 台灣社會研究季刊: 45-92.
- 張芳全, and 夏麗鳳. 2011. '新移民子女的人際關係與幸福感之研究', 彰化師大教育學報: 73-101.
- 梁亞文, 陳文意, 李卓倫, 龍紀萱, and 林育秀. 2010. '地區剝奪與父母親社經地位對台灣新移民女性子女健康之影響', 醫護科技期刊, 12: 82-95.
- 陳怡如, 李麗君, 于淑, and 黃璉華. 2005. '校園關懷－外籍配偶子女的健康照護需求與因應', 護理雜誌, 52: 10-14.
- 陳凱姿. 2007. '台南市外籍配偶子女兒童預防保健服務利用情形之研究', 成功大學.
- 黃彥超. 2016. '新移民子女學業成就與學習態度低落嗎？個案學校新移民子女與本國籍配偶子女之比較', 學校行政: 201-19.
- 楊靜利, 黃奕綺, 蔡宏政, and 王香蘋. 2012. '台灣外籍配偶與本籍配偶的生育數量與品質', 人文及社會科學集刊, 24: 83-120.



- 
- 廖宗志, 林俊龍, 詹婉瑜, 宋鴻樟, and 廖建彰. 2006. '外籍新娘與本地婦女的低出生體重嬰兒比較', 台灣家庭醫學雜誌, 16: 226-36.
- 劉秀琪. 2004. '苗栗地區台灣、外籍、大陸育齡婦女育嬰知識、育嬰態度、社會支持與嬰兒生長發育狀況之探討', 國立台北護理學院護理研究所碩士論文.
- 蔡明祝, 李素華, 陳弘森, and 何佩珊. 2007. '外籍與本籍配偶對嬰幼兒的口腔保健知識與行為比較—以高雄市三民西區為例', Taiwan Journal of Oral Medicine Sciences, 23: 133-47.
- 鍾鳳嬌, 王國川, and 陳永朗. 2006. '屏東地區外籍與本國籍配偶子女在語文、心智能力發展與學習行為之比較研究—探析家庭背景的影響', 教育心理學報, 37: 411-29.
- 羅英維. 2004. '外籍配偶極低出生體重新生兒醫療利用情形探討-以台北縣地區教學醫院新生兒特診為例', 國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文.
- 蘇金蟬, and 鄭維瑄. 2010. '新移民青少年子女的生活狀況與身心適應情形：相同或差異?', 社區發展季刊 201006 (130 期): 73-84.

表 1-1 歷年結婚登記，按國籍別分



年份	總計	本國	中國大陸 (含港澳)	外國籍	非本國籍 比率
1998	291,952	269,047	12,451	10,454	7.8
1999	346,418	314,155	17,589	14,674	9.3
2000	363,284	318,318	23,628	21,338	12.4
2001	341,030	294,828	26,797	19,405	13.5
2002	345,310	296,297	28,906	20,107	14.2
2003	342,966	288,332	34,991	19,643	15.9
2004	262,906	242,219	10,972	20,338	11.9
2005	282,280	268,004	14,619	13,808	10.1
2006	285,338	275,245	14,406	9,524	8.4
2007	270,082	260,060	15,146	9,554	9.1
2008	309,732	300,242	12,772	8,957	7.0
2009	234,198	225,029	13,294	8,620	9.4
2010	277,638	268,875	13,332	8,169	7.7
2011	330,654	321,854	13,463	8,053	6.5
2012	286,768	278,119	12,713	7,887	7.2
2013	295,272	286,530	11,542	7,950	6.6
2014	298,574	288,806	10,986	8,715	6.6
2015	308,692	297,947	10,455	9,533	6.5
2016	295,722	283,958	9,813	10,546	6.9

資料來源：內政部戶政司

表 1-2 外籍配偶人數與大陸（含港澳）配偶人數

76 年 1 月至 106 年 4 月底					
總計	地區			性別	
	中國大陸含 港澳 (比率)	東南亞 (比率)	其他 (比率)	男 (比率)	女 (比率)
524, 134	351, 213 (67.0)	148785 (28.4)	24136 (4.6)	42, 043 (8.0)	482, 091 (92.0)

資料來源：內政部戶政司

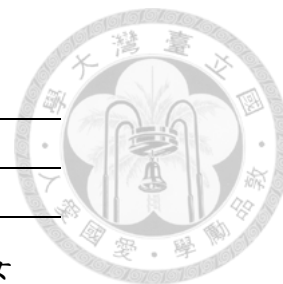


表 1-3 出生登記人數按生母原生國籍分

年份	總計	本國	非本國	非本國籍比率
1998	271,450	257,546	13,904	5.1
1999	283,661	266,505	17,156	6.0
2000	305,312	282,073	23,239	7.6
2001	260,354	232,608	27,746	10.7
2002	247,530	216,697	30,833	12.5
2003	227,070	196,722	30,348	13.4
2004	216,419	187,753	28,666	13.2
2005	205,854	179,345	26,509	12.9
2006	204,459	180,556	23,903	11.7
2007	204,414	183,509	20,905	10.2
2008	198,733	179,647	19,086	9.6
2009	191,310	174,698	16,612	8.7
2010	166,886	152,363	14,523	8.7
2011	196,627	181,230	15,397	7.8
2012	229,481	212,186	17,295	7.5
2013	199,113	185,194	13,919	7.0
2014	210,383	196,545	13,838	6.6
2015	213,598	200,345	13,253	6.2
2016	208,440	195,557	12,883	6.2
總計	4,241,094	3,861,079	380,015	

資料來源：內政部戶政司





表 2-1 國外移民母親之子女健康實證研究一覽表

作者與年份	國家	研究內容	研究對象與方法	研究結果
Acevedo-Garcia, Soobader, and Berkman (2005)	美國	探討母親族裔、出生地、教育程度對於低出生體重發生機率之影響	使用 1998 年的詳細出生資料進行次級資料分析。共計 2,436,890 名樣本嬰兒。將樣本兒童的母親依照出生地語族裔進行分類	1. 母親出生地對低出生體重的影響，會因為族裔的不同而有差別 2. 在低教育程度組別中，外國出生對於低出生體重的正面影響較強
Fuentes-Afflick, Hessol, and Perez-Stable (1999)	美國	比較白人母親與拉丁裔母親的低出生率，並將拉丁裔母親加以細分觀察	使用 1992 年的加州出生證明數據庫進行次級資料分析，共計 395,070 名樣本兒童。將樣本兒童的母親分為白人與拉丁裔，再從拉丁裔加以細分其出生地	1. 控制產婦年齡、教育程度、出生地、婚姻狀況、煙草使用情形、產前護理、嬰兒性別和胎齡後，得出結果發現，兩者的低出生體重發生機率與沒有太大的差別
Ventura and Taffel (1985)	美國	比較了美國出生和外國或波多黎各出生的拉丁裔母親及其嬰兒的健康和社會人口學特徵	使用國家生命統計系統和 1980 年國民生活調查進行資料分析，分為美國與外國出生的拉丁裔母親，另設非拉丁裔組加以比較	1. 美國出生的母親教育程度較高，較會使用產前護理 2. 低出生體重、早產或是一分鐘與五分鐘 Apgar，外國出生者表現皆優於美國出生者



表 2-1 國外移民母親之子女健康實證研究一覽表(續)

作者與年份	國家	研究內容	研究對象與方法	研究結果
Tsai et al. (2017)	美國	比較美國出生與移民之黑人母親對於壓力、非洲血統與早產之間的作用使否有差異	使用波士頓出生世代資料，選取 1121 名非裔婦女進行研究，628 為美國本地出生、493 位為移民	1. 移民母親早產率較低 2. 美國出生的母親中，未婚狀況、吸煙，非法藥物使用與酒精使用比例較高 3. 移民母親若處在高壓力下，會顯著增加早產風險
Engel, Alexander, and Leland (1995)	美國	比較美國出生與非美國出生波多黎各母親之人口學特徵，產前保健和嬰兒出生結果	使用美國國家衛生統計中心 1983-1986 的資料，連結嬰兒死亡資料進行資料分析	1. 多黎各出生母親之嬰兒低出生體重風險顯著較小 2. 波多黎各出生母親之嬰兒 28 天內死亡風險顯著較高
Gould et al. (2003)	美國	比較印度婦女、外國出生之墨西哥裔美國人與美國出生白人與黑人之嬰兒出生結果	根據 1995 - 1997 年加州聯合嬰兒出生/死亡統計資料進行分析。出生證明中的種族是自行評估填寫	1. 外國出生的印度母親有良好的產前護理，母親和父母教育水平較高 2. 印度移民婦女的嬰兒低出生體重以及死亡率均比較高

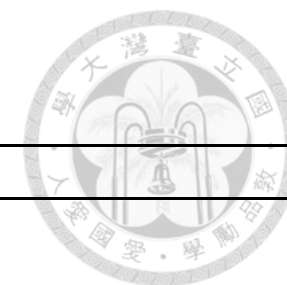


表 2-1 國外移民母親之子女健康實證研究一覽表(續)

作者與年份	國家	研究內容	研究對象與方法	研究結果
Bornstein and Cote (2004)	美國	研究移民母親對於 2 歲以前兒童相關知識的熟悉程度，包含兒童心理、發展里程碑、健康、育兒方法與安全準則	參與者居住在華盛頓，藉由醫院與報紙招募有 20 個月大嬰兒的志願者，最後共計 140 名母親參與。將研究對象分為日本移民母親、南美洲移民母親與歐洲裔美國母親。使用 KIDI 測量	1. 移民母親，對兒童健康相關知識表現顯著較歐洲裔美國母親差
Auger et al. (2008)	加拿大	母親的教育程度和移民身份是否影響嬰兒出生結果，包含早產、低出生體重與小於胎齡兒	使用加拿大魁北克省出生登記進行資料分析，篩選 1997 年至 2001 年出生的單胎嬰兒，共計 98,330	1. 本地組中，沒有高中學歷的低出生體重風險較高 2. 沒有高中學歷與小於胎齡兒有關係，本地組相關強度大於較移民組 3. 移民組有大學學歷，有較高風險會有低出生體重、小於胎齡兒以及早產
To, Cadarette, and Liu (2001)	加拿大	分析生物、社會與環境因子對於學齡前兒童發展的影響	使用加拿大全國兒童與青少年長期調查(NLSCY)，篩選出生母的風險因子相關信息接填答完整者進行分析	1. 在兒童 1 歲到 3 歲生物因素在兒童發展上扮演重要角色，社會環境因素對於兒童的影響要等到年齡稍大時才較明顯 2. 控制低出生體重、性別與出生後特殊醫療，母親若為移民，會增加兒童發展較差的風險



表 2-1 國外移民母親之子女健康實證研究一覽表(續)

作者與年份	國家	研究內容	研究對象與方法	研究結果
Arteaga, Potochnick, and Parsons(2017)	美國	研究在 1998 和 2011 年，美國出生與外國出生西班牙裔兒童經歷糧食不足的情形。	1998 到 1999 年使用幼兒園兒童長期追蹤調查(ECLS-K)資料庫，2010-2011 使用國家教育統計中心(NCES)進行分析	1. 外國出生母親的兒童在家庭特徵和資源方面處於比較弱勢的狀態 2. 控制孩子和家庭特徵後，外國出生母親的兒童，經歷糧食不足的比例較高
Park and Lee(2016)	韓國	分析來自多元文化家庭之青少年自殺情形	使用韓國青少年風險行為網絡調查(KYRBS)進行分析，共計 727 名樣本。分為母親為外籍者、父親為外籍者、皆為外籍者。使用題目包含是否有自殺念頭以及壓力程度為何	1. 母親身份是移民的子女，其自殺相關行為的勝算比會較父親是移民或雙親是移民的子女低 2. 未將非多元文化家庭納入比較
Bahk, Kim, and Khang (2017)	韓國	分析父母文化背景與家庭經濟地位對於青少年自殺念頭與抑鬱情形的影響	使用韓國青少年風險行為網絡調查(KYRBS)進行分析，共計 294, 324 名樣本。分為母親為外籍者、父親為外籍者、皆為外籍者與皆為本地者	1. 若母親為日本人或韓裔中國人自殺意念與抑鬱情形的勝算比低於非多元文化家庭 2. 母親為其他國家、父親為外國人、父母皆外國人者勝算比高於非多元文化家庭



表 2-1 國外移民母親之子女健康實證研究一覽表(續)

作者與年份	國家	研究內容	研究對象與方法	研究結果
Park (2015)	韓國	調查南韓多元文化家庭青少年與多文化家庭青少年的物質使用和性行為	使用韓國青少年風險行為網絡調查 (KYRBS) 進行分析，共計 66,591 名樣本。分為母親為外籍者、父親為外籍者、皆為外籍者與皆為本地者	1. 母親身分為出生地非本地，其子女接觸酒精或香菸比率比父母皆是本地人者低 2. 若父親出生地非本地，或是父母皆出生地非本地，則相關表現會是最差的
Calderon-Margalit et al. (2015)	以色列	比較以色列本地婦女與衣索比亞移民婦女的生產結果	以色列一所醫院中心，蒐集 2002 到 2009 年的出生資料，分析 1319 名衣索比亞女性與 27307 名以色列本地女性的生產情形	1. 在生產結果上，以色列婦女皆優於衣索比亞婦女。 2. 將衣索比亞婦女以移入時間分組，卻發現除了晚產兒與早期早產外，晚移入組有較優異的表現 3. 推測種族差異、文化適應與醫療利用是影響原因
Belihu, Davey, and Small (2016)	澳洲	比較在澳洲維多利亞地區之東非移民婦女的周產期情形	使用維多利亞州圍產期資料庫 (VPDC) 進行分析，將研究對象分為澳洲本地婦女與東非移民婦女，並再將東非婦女之國家細分	1. 整體而言，東非婦女較容易產下小於胎齡兒，嬰兒極低出生體重率，極早產兒和周產期死亡率較高，但早產和產下巨嬰的機率較低 2. 若將東非各國家細分觀察，則個國家間的表現也有所差異



表 2-1 國外移民母親之子女健康實證研究一覽表(續)

作者與年份	國家	研究內容	研究對象與方法	研究結果
Khanolkar et al. (2015)	瑞士	比較移民與本地婦女，在嬰兒早產與晚產上的差異	使用出生登記資料進行分析，母親分為移民與本地人，出生結果分為早產與晚產	1. 移民母親發生早產或晚產的風險較高 2. 若移民母親移入瑞士的時間越長，則風險則會下降
Urquia et al. (2015)	瑞典	比較本地出生、純外國出生、多元文化夫妻的嬰兒出生表現	使用瑞典出生登記資料，分析1987到2008年知單胎嬰兒。分為父母皆為本地人、僅一方為本人、皆為非本地人組	1. 控制了年齡、社經地位、抽菸與否等因素後，發現除了來自南亞、東亞與薩哈拉以南的移民母親，均有較高的早產風險 2. 若伴侶其中一方是瑞典人則能降低小於胎齡兒的風險
Pedersen et al. (2012)	丹麥	比較1978到2007期間，於丹麥的移民婦女之早產與小於胎齡兒表現	使用丹麥出生登記資料，其中包含父母原生地與移民時間。共計1,626,880名活產單胎嬰兒。將母親分為本地組與移民組，移民組又分為南斯拉夫、索馬里、黎巴嫩、巴基斯坦與土耳其	1. 控制了生育時的年份、母親年齡與胎次後，除了索馬里跟黎巴嫩，移民組別早產風險比較高 2. 控制兒童性別、胎次與胎齡後，全部移民組皆有較高的風險產下小於胎齡兒



表 2-1 國外移民母親之子女健康實證研究一覽表(續)

作者與年份	國家	研究內容	研究對象與方法	研究結果
Bakken, Skjeldal, and Stray-Pedersen (2015)	挪威	比較來自不同地方之移民與本地婦女之生產結果	在挪威的貝勒姆醫院，以 2006 到 2010 年出生，胎次是第一胎的嬰兒為研究對象，並且依照母親的原生國家進行分類	1. 非洲、南亞和西亞的移民母親在低出生體重嬰兒方面有較高的風險 2. 非洲、東亞、東南亞和中亞的移民五分鐘 Apgar 的表現上均較本地母親差 3. 產前保健、營養、文化、語言、社會經濟地位以及教育水平為可能的影響因子
Buekens, Masuy-Stroobant, and Delvaux (1998)	比利時	比較北非移民婦女與本地婦女嬰兒出生體重之差異	根據比利時國家統計局所提供的出生資料，研究 1981 到 1988 年期間的活產嬰兒，共計 804,286 名嬰兒由比利時本地婦女所生，34,686 為北非移民婦女所生	1. 儘管北非移民婦女之社經地位較低，但其低出生體重率也較低 2. 平均來說，北非移民婦女之嬰兒體重較重
Vahratian et al. (2004)	比利時	比較北非移民婦女與本地婦女嬰兒出生結果之差異	研究對象為 1994 年 5 月至 1995 年 4 月期間，在比利時某三家醫院生產之 2,385 名婦女，	1. 移民母親教育程度較低 2. 移民母親之嬰兒低出生體重率較低 3. 移民母親之早產率較低



表 2-1 國外移民母親之子女健康實證研究一覽表(續)

作者與年份	國家	研究內容	研究對象與方法	研究結果
Cacciani et al. (2011)	義大利	分析移民母親的生產結果	在義大利某醫院，蒐集了 1996-1998 以及 2006-2008 年的出生資料，共有 296,739 名樣本嬰兒。	1. 移民母親在早產、低 Apgar、需特殊新生兒護理與畸形兒的表現上均比本地母親來得差
Guendelman et al. (1999)	美國、比利時、法國	比較三地的當地婦女與移民婦女的嬰兒出生結果	美國的研究對象為墨西哥出生母親以及美國出生母親，比利時與法國則為本地出生與北非移民	1. 在經過控制混淆因子後，移民母親在低出生體重以及早產的風險均小於其他三國的本地出生婦女
Small et al.(2008)	澳洲、比利時、加拿大、芬蘭、挪威、瑞士	比較索馬里移民婦女與六個國家之本地婦女的嬰兒出生結果	三個國家使用區域型資料，另外三個國家則使用全國型資料進行分析	1. 與本地婦女相比，索馬里移民婦女在低出生體重以及早產的表現上較好，但是其發生死胎的風險較高

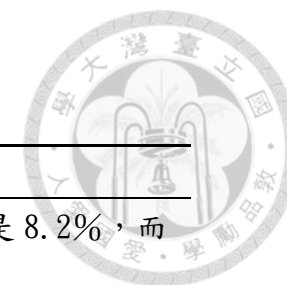


表 2-2 台灣新住民子女健康研究實證研究一覽表

作者與年份	研究內容	研究對象與方法	研究結果
邱冠斌 (2008)	調查新竹市外籍配偶與低體重新生兒情形	使用民國 93 年度新竹市出生通報資料庫電子檔資料，針對有效樣本 4,452 名嬰兒進行分析	1. 本國籍低體重新生兒的比率是 8.2%，而東南亞籍則是 7.4% 2. 低體重新生兒與生母國籍兩者在統計上不顯著
廖宗志 et al. (2006)	比較外籍配偶與本地配偶之嬰兒低出生體重率	使用 1999 年 1 月到 2003 年 9 月南部某鄉鎮之新生兒出生資料	1. 外籍配偶與其配偶年齡差距較大 2. 外籍配偶教育程度較低 3. 外籍配偶與早產、低出生體重的表現未達到統計上的差異
楊靜利 et al. (2012)	比較外籍配偶與本地配偶的生育品質	使用 2007 年戶籍登記資料、2003 年「外籍與大陸配偶生活狀況調查」與 1998 年第八期「台灣地區家庭計畫與生育力調查」進行資料分析	1. 外籍配偶在死產、體重不足與早產三項指標上的表現優於本地配偶
蔡明祝 et al. (2007)	比較外籍與本地配偶對嬰幼兒的口腔保健知識與行為	研究對象為 93 年 8 月其居住在高雄市三民西區，有四個月到三歲嬰幼兒之婦女進行問卷調查，共有 78 為本地與 78 為外籍配偶	1. 不論是口腔知識或清潔習慣本地配偶皆優於外籍配偶 2. 口腔知識方面，大陸籍配偶優於東南亞籍配偶，推估是語言能力因素的影響



表 2-2 台灣新住民子女健康研究實證研究一覽表(續)

作者與年份	研究內容	研究對象與方法	研究結果
洪宜盈 (2006)	探討外籍配偶及其配偶的人口與社經地位對於子女健康的影響	使用「九十二年外籍與大陸配偶生活狀況調查」資料庫進行分析	1. 母親原國籍別、生產年齡與教育程度對子女健康不會產生顯著影響 2. 母親工作狀況與居住台灣地區時間則會對子女健康狀況影響達顯著 3. 父親的工作情形與健康狀況則會顯著影響其子女的健康
梁亞文 et al. (2010)	分析地區剝奪程度、父母親社經地位對新住民子女健康的影響	使用「九十二年外籍與大陸配偶生活狀況調查」資料庫，以及林慧淳台灣地區剝奪指標進行分析	1. 父母社經地位較地區剝奪程度更影響新住民子女健康 2. 母親國籍並非影響健康的顯著因子

表 4-1 母親國籍分布情形

母親國籍	n	%
台灣	1399	86.5
中國大陸	86	5.3
東南亞	132	8.2
越南	90	5.6
印尼	31	1.9
柬埔寨	6	0.4
馬來西亞	1	0.1
緬甸	1	0.1
泰國	3	0.2
總計	1617	



表 4-2 兒童家庭人口特性，依兒童身份

	總計		本地子女		新住民子女		P 值
	n	%	n	%	n	%	
總計	1617	100	1399	86.5	218	13.5	0.004
居住地							
鄉	534	33.0	440	31.5	94	43.1	
鎮	159	9.8	136	9.7	23	10.6	
市	478	29.6	427	30.5	51	23.4	
區	446	27.6	396	28.3	50	22.9	<.0001
母親生育年齡							
24 歲以下	430	26.6	315	22.5	115	52.8	
25-29 歲	603	37.3	531	38.0	72	33.0	
30-34 歲	446	27.6	423	30.2	23	10.6	
35 歲以上	138	8.5	130	9.3	8	3.7	<.0001
父親生育年齡							
29 歲以下	518	32.0	486	34.7	32	15.0	
30-34 歲	585	36.2	527	37.7	58	27.1	
35-39 歲	325	20.1	256	18.3	69	32.2	
40 歲以上	118	7.3	63	4.5	55	25.7	
遺漏值	71	4.4	67	4.8	4	1.8	

表 4-3 兒童特性，依兒童身份

	總計		本地子女		新住民子女		P 值
	n	%	n	%	n	%	
總計	1617	100.0	1399	86.5	218	13.5	0.879
兒童性別							
男	883	54.6	765	54.7	118	54.1	
女	734	45.4	634	45.3	100	45.9	
胎次							0.800
第一胎	1593	98.5	1379	98.6	214	98.2	
非第一胎	24	1.5	20	1.4	4	1.8	
出生體重							0.317
小於 2500 克	117	7.2	99	7.1	18	8.3	
2500-2999	497	30.7	437	31.2	60	27.5	
3000-3999	961	59.4	828	59.2	133	61.0	
4000 克以上	42	2.6	35	2.5	7	3.2	
懷孕週數							0.220
小於 37 週	136	8.4	121	8.7	15	4.7	
37-41 週	1473	91.1	1273	91.0	200	94.2	
42 週以上	8	0.5	5	0.4	3	1.2	



表 4-4 兒童家庭社經地位，依兒童身份

	總計		本地子女		新住民子女		P 值
	n	%	n	%	n	%	
總計	1617	100	1399	86.5	218	13.5	
家庭年收入							<.0001 ^a
10 萬以下	36	2.2	22	1.6	14	6.4	
10~40 萬	278	17.2	183	13.1	95	43.6	
40~60 萬	318	19.7	261	18.7	57	26.2	
60~100 萬	535	33.1	494	35.3	41	18.8	
100~150 萬	288	17.8	281	20.1	7	3.2	
150~250 萬	111	6.9	111	7.9	0	0.0	
250~300 萬	18	1.1	18	1.3	0	0.0	
300 萬以上	14	0.9	13	0.9	1	0.5	
遺漏值	19	1.2	16	0.1	3	1.4	
母親受教年數							<.0001
小於 9 年	242	15.0	119	8.5	123	56.4	
9-12 年	678	41.9	623	44.5	55	25.2	
13 年以上	697	43.1	657	47.0	40	18.4	
父親受教年數							<.0001 ^a
小於 9 年	247	15.3	166	11.9	81	37.3	
9-12 年	642	39.7	541	38.7	101	46.5	
13 年以上	713	44.1	678	48.5	35	16.1	
遺漏值	15	0.9	14	0.9	1	0.5	
母親工作							0.080
有	1141	70.6	1011	72.3	130	59.6	
無	71	4.4	58	4.2	13	9.1	
遺漏值	405	25.1	330	23.6	75	34.4	
父親工作							<.0001
有	1478	91.4	1297	92.7	181	83.0	
無	83	5.1	51	3.7	32	14.7	
遺漏值	56	3.5	51	3.7	5	2.3	

a: 費雪精確性檢定

表 4-5 母親評估兒童健康，依兒童身份

	總計		本地子女		新住民子女		P 值
	n	%	n	%	n	%	
總計	1617	100.0	1399	86.5	218	13.5	0.653
母親評估兒童健康							
很好	442	27.3	380	27.2	62	28.4	
好	644	39.8	558	39.9	86	39.5	
普通	477	29.5	417	29.8	60	27.5	
不太好	54	3.3	44	3.2	10	4.6	



表 4-6 母親評估兒童健康恢復力，依兒童身份

	總計		本地子女		新住民子女		P 值
	n	%	n	%	n	%	
總計	1617	100.0	1399	86.5	218	13.5	0.0002
母親評估恢復力							
很快就好	532	32.9	449	32.1	83	38.1	
還算好	924	57.1	824	58.9	100	45.9	
很慢才會好	161	10.0	126	9.0	35	16.1	





表 4-7 不同家庭年收入下，兒童身份與母親評估健康分佈情形

家庭年收入	普通或不好		好		P 值
	n	%	n	%	
總計	524	32.8	1074	67.2	0.469
貧窮					
本地子女	80	39.0	125	61.0	
新住民子女	38	34.9	71	65.1	0.583
非貧窮					
本地子女	375	31.8	803	68.2	
新住民子女	31	29.3	75	70.2	



表 4-8 不同家庭年收入下，兒童身份與母親評估健康恢復力分佈情形

家庭年收入	不好		好		P 值
	n	%	n	%	
總計	158	9.9	1440	90.1	0.170
貧窮					
本地子女	24	11.7	181	88.3	
新住民子女	20	18.4	89	81.6	0.201
非貧窮					
本地子女	101	8.6	1077	91.4	
新住民子女	13	12.3	93	87.7	



表 4-9 不同父親教育程度，兒童身份與母親評估健康分佈情形

父親教育程度(年)	普通或不好		好		P 值
	n	%	n	%	
總計	523	32.6	1079	67.4	
小於 9					0.825
本地子女	53	31.9	113	68.1	
新住民子女	27	33.3	54	66.7	
9 到 12					0.309
本地子女	189	34.9	352	65.1	
新住民子女	30	29.7	71	70.3	
13 以上					0.454
本地子女	211	31.1	467	68.9	
新住民子女	13	37.1	22	62.9	



表 4-10 不同父親教育程度，兒童身份與母親評估健康恢復力分佈情形

父親教育程度(年)	不好		好		P 值
	n	%	n	%	
總計	157	10.1	1404	89.9	
小於 9					0.088
本地子女	13	7.8	153	92.2	
新住民子女	12	14.8	69	85.2	
9 到 12					0.089
本地子女	46	8.5	495	91.5	
新住民子女	14	13.9	46	86.1	
13 以上					0.018 ^a
本地子女	64	9.4	614	90.6	
新住民子女	8	22.9	27	77.1	

a: 費雪精確性檢定

表 4-11 母親評估兒童健康(普通與不好)迴歸分析

		模型一			模型二		
		勝算比	95%信賴區間		勝算比	95%信賴區間	
兒童身份							
	本地子女	1.00			1.00		
	新住民子女	0.90	0.66	1.23	0.85	0.60	1.18
兒童性別							
	男	1.00			1.00		
	女	0.91	0.74	1.13	0.91	0.73	1.12
母親生育年齡							
	24 歲以下	1.00			1.00		
	25-29 歲	0.88	0.68	1.15	0.92	0.70	1.22
	30-34 歲	0.79	0.59	1.05	0.82	0.60	1.11
	35 歲以上	0.78	0.51	1.18	0.85	0.55	1.30
早產							
	否	1.00			1.00		
	是	0.98	0.63	1.50	0.95	0.62	1.47
低出生體重							
	否	1.00			1.00		
	是	1.23	0.78	1.94	1.24	0.78	1.96
父親教育程度(年)							
	小於 9				1.00		
	9-12 年				1.08	0.78	1.49
	13 年以上				1.01	0.72	1.42
家庭年收入							
	非貧窮				1.00		
	貧窮				1.27	0.95	1.69

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

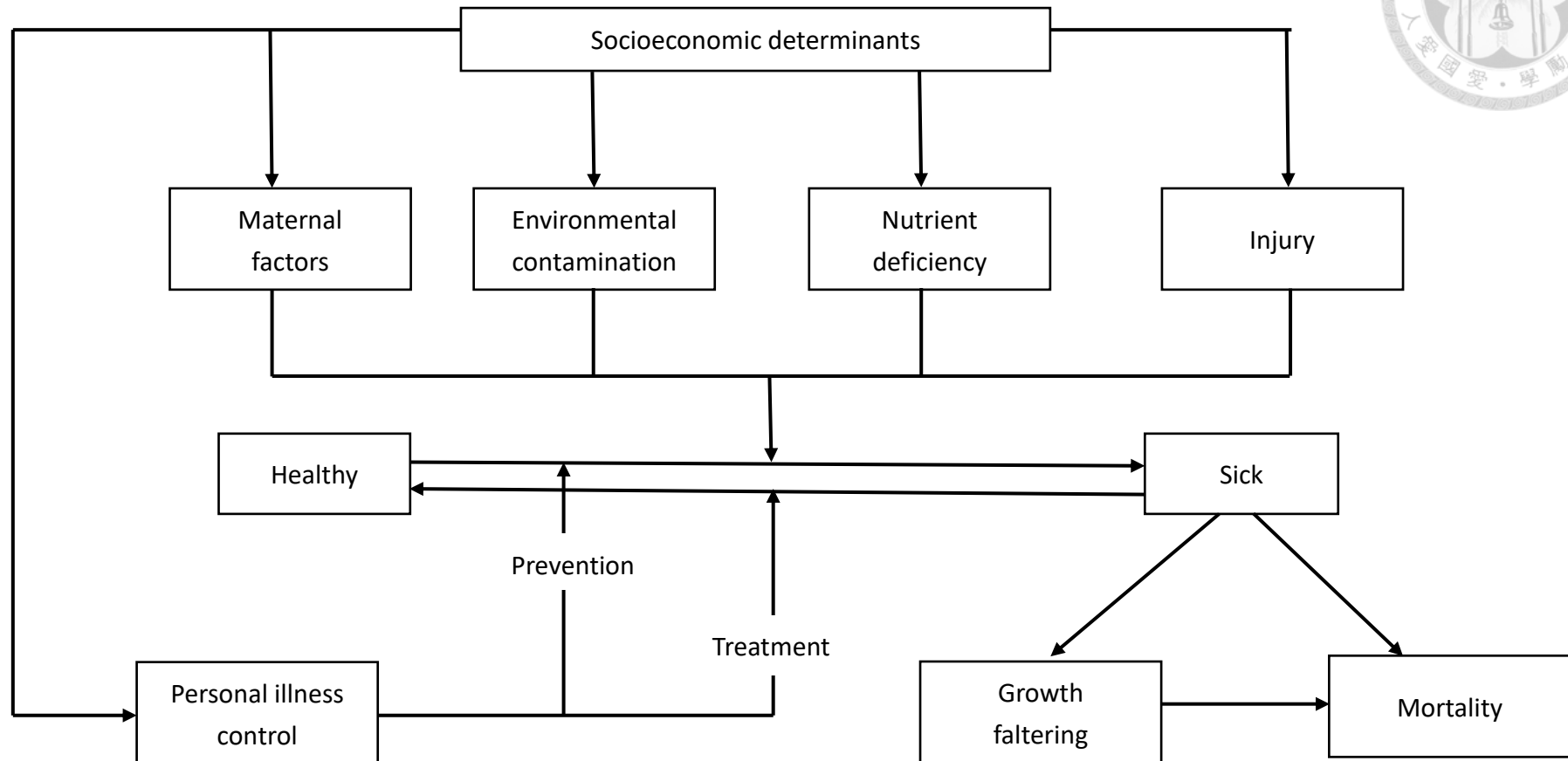
表 4-12 母親評估兒童健康恢復力(不好)迴歸分析

		模型一			模型二		
		勝算比	95%信賴區間		勝算比	95%信賴區間	
兒童身份							
	本地子女	1.00			1.00		
	新住民子女	2.00**	1.30	3.05	1.74*	1.08	2.80
兒童性別							
	男	1.00			1.00		
	女	0.76	0.55	1.07	0.78	0.55	1.09
母親生育年齡							
	24 歲以下	1.00			1.00		
	25-29 歲	1.24	0.82	1.89	1.21	0.78	1.88
	30-34 歲	0.99	0.61	1.59	0.91	0.55	1.51
	35 歲以上	1.18	0.62	2.27	1.07	0.54	2.12
早產							
	否	1.00			1.00		
	是	1.71	0.96	3.05	1.71	0.95	3.10
低出生體重							
	否	1.00			1.00		
	是	1.62	0.87	2.99	1.60	0.85	3.00
父親教育程度(年)							
	小於 9				1.00		
	9-12 年				1.06	0.64	1.77
	13 年以上				1.34	0.78	2.29
家庭年收入							
	非貧窮				1.00		
	貧窮				1.42	0.92	2.19

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001



圖 2-1 The Mosley-Chen framework





附錄一、母親評估兒童健康與健康恢復力分布情形

母親評估兒童健康									P 值
母親評估健康恢復力	很好		好		普通		不太好		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
總計	442		644		477		54		<.0001
很快就好	241	54.5	226	35.1	62	13.0	3	5.6	
還算好	188	42.5	384	59.6	331	69.4	21	38.9	
很慢才會好	13	2.9	34	5.3	84	17.6	30	55.6	



附錄二、不同兒童身份下，母親評估兒童健康與健康恢復力分布情形

母親評估兒童健康									P 值
母親評估健康恢復力	很好		好		普通		不太好		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
本地子女									<.0001
很快就好	199	52.4	198	35.5	50	12.0	2	4.6	
還算好	175	46.1	336	60.2	296	71.0	17	38.6	
很慢才會好	6	1.6	24	4.3	71	17.0	25	56.8	
新住民子女									<.0001
很快就好	42	67.7	28	32.6	12	20.0	1	10.0	
還算好	13	21.0	48	55.8	35	58.3	4	40.0	
很慢才會好	7	11.3	10	11.6	13	21.7	5	50.0	

附錄三、外籍母親涵化程度

	聽國語能力	
	n	%
總計		
很好	90	37.6
好	60	25.2
普通	54	27.1
差	5	5.5
很差	3	1.8
遺漏值	6	2.8



附錄四、外籍母親涵化程度

說國語能力		
	n	%
總計		
很好	82	37.6
好	55	25.2
普通	59	27.1
差	12	5.5
很差	4	1.8
遺漏值	6	2.8



附錄五、兒童家庭人口特性，依母親國籍

	總計		台灣		中國大陸		越南		印尼	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
總計	1617	100.0	1399	86.5	86	5.3	90	5.6	31	1.9
居住地										
鄉	534	33.0	440	31.5	31	36.1	39	43.3	19	61.3
鎮	159	9.8	136	9.7	6	7.0	11	12.2	5	16.1
市	478	29.6	427	30.5	23	26.7	21	23.3	6	19.4
區	446	27.6	396	28.3	26	30.2	19	21.1	1	3.2
母親生育年齡										
24 歲以下	430	26.6	315	22.5	25	29.1	67	74.4	18	58.1
25-29 歲	603	37.3	531	38.0	40	46.5	20	22.2	8	25.8
30-34 歲	446	27.6	423	30.2	15	17.4	3	3.3	4	12.9
35 歲以上	138	8.5	130	9.3	6	7.0	0	0.0	1	3.2
父親生育年齡										
29 歲以下	518	32.0	486	34.7	13	15.1	13	14.4	6	19.4
30-34 歲	585	36.2	527	37.7	26	30.2	21	23.3	5	16.1
35-39 歲	325	20.1	256	18.3	23	26.7	33	36.7	8	25.8
40 歲以上	118	7.3	63	4.5	23	26.7	22	24.4	10	32.3
遺漏值	71	4.4	67	4.8	1	1.2	1	1.1	2	6.5



附錄五、兒童家庭人口特性，依母親國籍(續)



	柬埔寨		馬來西亞		緬甸		泰國	
	n	%	n	%	n	%	n	%
總計	6	0.4	1	0.1	1	0.1	3	0.2
居住地								
鄉	4	0.4	0	0.0	0	0.0	1	33.3
鎮	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0
市	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
區	1	16.7	0	0.0	1	100.0	2	66.7
母親生育年齡								
24 歲以下	5	83.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25-29 歲	1	16.7	0	0.0	1	100.0	2	66.7
30-34 歲	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3
35 歲以上	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0
父親生育年齡								
29 歲以下	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
30-34 歲	3	50.0	1	100.0	1	100.0	1	33.3
35-39 歲	3	50.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7
40 歲以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
遺漏值	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

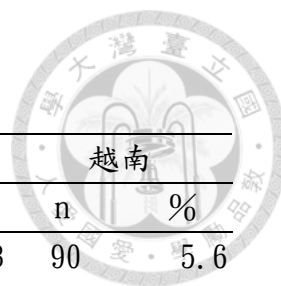
附錄六、 兒童特性，依母親國籍

	總計		台灣		中國大陸		越南		印尼	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
總計	1617	100.0	1399	86.5	86	5.3	90	5.6	31	1.9
兒童性別										
男	883	54.6	765	54.7	51	59.3	46	51.1	15	48.4
女	734	45.4	634	45.3	35	40.7	44	48.9	16	51.6
胎次										
第一胎	1593	98.5	1379	98.6	84	97.7	88	97.8	31	100.0
非第一胎	24	1.5	20	1.4	2	2.3	2	2.2	0	0.0
出生體重										
小於 2500 克	117	7.2	99	7.1	8	9.3	7	7.8	1	3.2
2500-2999	497	30.7	437	31.2	19	22.1	29	32.2	9	29.0
3000-3999	961	59.4	828	59.2	54	62.8	54	60.0	21	67.7
4000 克以上	42	2.6	35	2.5	5	5.8	0	0.0	0	0.0
懷孕週數										
小於 37 週	136	8.4	121	8.7	4	4.7	9	10.0	2	6.5
37-41 週	1473	91.1	1273	91.0	81	94.2	81	90.0	28	90.3
42 週以上	8	0.5	5	0.4	1	1.2	0	0.0	1	3.2



附錄六、 兒童特性，依母親國籍(續)

	柬埔寨		馬來西亞		緬甸		泰國	
	n	%	n	%	n	%	n	%
總計	6	0.4	1	0.1	1	0.1	3	0.2
兒童性別								
男	1	16.7	1	100.0	1	100.0	3	100.0
女	5	83.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
胎次								
第一胎	6	100.0	1	100.0	1	100.0	3	100.0
非第一胎	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
出生體重								
小於 2500 克	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2500-2999	2	33.3	0	0.0	0	0.0	1	33.3
3000-3999	2	33.3	1	100.0	0	0.0	1	33.3
4000 克以上	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	33.3
懷孕週數								
小於 37 週	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
37-41 週	5	83.3	1	100.0	1	100.0	3	100.0
42 週以上	1	83.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0



附錄七、兒童家庭社經地位，依母親國籍

	總計		台灣		中國大陸		越南	
	n	%	n	%	n	%	n	%
總計	1617	100	1399	86.5	86	5.3	90	5.6
家庭年收入								
10 萬以下	36	2.2	22	1.6	6	7.0	5	5.6
10~40 萬	278	17.2	183	13.1	36	41.9	43	47.8
40~60 萬	318	19.7	261	18.7	21	24.4	26	28.9
60~100 萬	535	33.1	494	35.3	15	17.4	14	15.6
100~150 萬	288	17.8	281	20.1	6	7.0	1	1.1
150~250 萬	111	6.9	111	7.9	0	0.0	0	0.0
250~300 萬	18	1.1	18	1.3	0	0.0	0	0.0
300 萬以上	14	0.9	13	0.9	1	1.2	0	0.0
遺漏值	19	1.2	16	0.1	1	1.2	1	1.1
母親受教年數								
小於 9 年	242	15.0	119	8.5	46	53.5	56	62.2
9-12 年	678	41.9	623	44.5	24	27.9	22	24.4
13 年以上	697	43.1	657	47.0	16	18.6	12	13.3
父親受教年數								
小於 9 年	247	15.3	166	11.9	26	30.2	39	43.3
9-12 年	642	39.7	541	38.7	42	48.8	38	42.2
13 年以上	713	44.1	678	48.5	17	19.8	13	14.4
遺漏值	15	0.9	14	0.9	1	1.2	0	0.0
母親工作								
有	1141	70.6	1011	72.3	54	62.8	50	55.6
無	71	4.4	58	4.2	8	9.3	3	3.3
遺漏值	405	25.1	330	23.6	24	27.9	37	41.1
父親工作								
有	1478	91.4	1297	92.7	65	75.6	78	86.7
無	83	5.1	51	3.7	17	19.8	11	12.2
遺漏值	56	3.5	51	3.7	4	4.7	1	1.1

附錄七、兒童家庭社經地位，依母親國籍(續)

	印尼		柬埔寨		馬來西亞		緬甸		泰國	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
總計	31	1.9	6	0.4	1	0.1	1	0.1	3	0.2
家庭年收入										
10 萬以下	2	6.5	1	16.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10~40 萬	13	41.9	2	33.3	1	100.0	0	0.0	0	0.0
40~60 萬	8	25.8	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
60~100 萬	7	22.6	1	16.7	0	0.0	1	100.0	3	100.0
100~150 萬	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
150~250 萬	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
250~300 萬	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
300 萬以上	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
遺漏值	1	3.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
母親受教年數										
小於 9 年	14	45.2	5	83.3	0	0.0	0	0.0	2	66.7
9-12 年	8	25.8	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0
13 年以上	9	29.0	1	16.7	1	100.0	0	0.0	1	33.3
父親受教年數										
小於 9 年	14	45.2	1	16.7	0	0.0	0	0.0	1	33.3
9-12 年	13	41.9	5	83.3	1	100.0	0	0.0	2	66.7
13 年以上	4	12.9	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0
遺漏值	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
母親工作										
有	19	61.3	4	66.7	0	0.0	0	0.0	3	100.0
無	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0
遺漏值	12	38.7	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
父親工作										
有	27	87.1	6	100.0	1	100.0	1	100.0	3	100.0
無	4	12.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
遺漏值	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

附錄八、母親評估兒童健康狀況，依母親國籍分

	總計		台灣		中國大陸		越南		印尼	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
總計	1617	100	1399	86.5	86	5.3	90	5.6	31	1.9
母親評估兒童健康										
很好	442	27.3	380	27.2	22	25.6	25	27.8	11	35.5
好	644	39.8	558	39.9	37	43.0	34	37.8	9	29.0
普通	477	29.5	417	29.8	23	26.7	25	27.8	11	35.5
不太好	54	3.3	44	3.2	4	4.7	6	6.7	0	0.0

	柬埔寨		馬來西亞		緬甸		泰國	
	n	%	n	%	n	%	n	%
總計	6	0.4	1	0.1	1	0.1	3	0.2
母親評估兒童健康								
很好	2	33.3	0	0.0	0	0.0	2	66.7
好	4	66.7	0	0.0	1	100.0	1	33.3
普通	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0
不太好	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

附錄九、母親評估健康恢復力狀況，依母親國籍分

	總計		台灣		中國大陸		越南		印尼	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
總計	1617	100.0	1399	86.5	86	5.3	90	5.6	31	1.9
母親評估健康恢復力										
很快就好	532	32.9	449	32.1	29	33.7	34	37.8	14	45.2
還算好	924	57.1	824	58.9	46	53.5	37	41.1	14	45.2
很慢才會好	161	10.0	126	9.0	11	12.8	19	21.1	3	9.7

	柬埔寨		馬來西亞		緬甸		泰國	
	n	%	n	%	n	%	n	%
總計	6	0.4	1	0.1	1	0.1	3	0.2
母親評估健康恢復力								
很快就好	3	50.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0
還算好	2	33.3	0	0.0	1	100.0	0	0.0
很慢才會好	1	16.7	1	100.0	0	0.0	0	0.0

