


中國醫藥學院  
醫務管理學研究所碩士論文  
編號：IHAS-258

台灣地區中醫醫療資源及民眾特質對  
中醫醫療服務利用之研究  
**An Analysis of Chinese Medicine Resources  
and Residents Characteristics Affect the  
Utilization of Chinese Medicine in Taiwan**



指導教授：郝宏恕 副教授  
研 究 生：鄧振華

中華民國九十一年六月

## 誌 謝

這本論文的完成，要感謝的人真的很多，僅以此文表達我誠摯的謝意。

在論文撰寫過程中特別感激我的指導教授郝宏恕博士，不只是一字一句用心的指出我論文中的許多問題，讓我的論文基礎更加紮實，而更讓我珍惜的是從老師那裡學到的，除了嚴謹的論文寫作態度之外，更學到做學問的方法--一把打開學術研究殿堂的鑰匙，以及對學術研究的認真態度。馬作錕博士耐心指點論文寫作，亦師亦友的相處，更讓我在學習的過程感到愉快。行政院衛生署中醫藥委員會主委林宜信博士在百忙當中，特地為我口試，且論文口試期間給予寶貴的指導意見，使得本論文更加完善與流暢，在此亦表達個人內心最深之感謝。

在論文寫作期間，感謝凱平學長、百會學姊及同學志誠、晏麟等的協助，研究所的這段期間同學們—毛副理、小甜甜(麗雲)、璧如、老郭(武憲)、鐘主任(國屏)、權富兄、鄉卿—課堂上與生活上的愉快相處，特別要提的是義鈺兄，欣賞您在學術上精闢的論釋，也感謝在臨床醫療協助照顧我的患者，更愉快的是而把酒相聚，另外媿吟、普曼、音潔你們年輕燦爛的笑容，其他姿伶、筱君、緯杰、、、由於我的忙碌較少與你們接觸，但你們都是這段緊湊、忙碌的研究生生活不可或缺的緩衝劑，也是畢業多年後再重享學生生涯最令人難忘與欣悅的回憶。

最後，把這本書獻給我最愛的人—勳璧，感謝她在我人生旅途上相扶相持，更要感謝父母多年來的養育與栽培，願他們與我一同分享這份成果！

鄧振華 2002/06

## 中文摘要

本研究探討臺灣地區民眾個人特質、心理過程因素、中醫醫療資源對中醫醫療服務利用之影響。本論文結合 Aday and Andersen 和 John Dewey 二種模式構成本研究架構，其分析重點包括：民眾個人特質與中醫醫療服務利用的關係，心理過程因素與中醫醫療服務利用的關係和環境醫療資源與中醫醫療服務利用的關係。本研究問卷採郵寄方式於民國 90 年 5 月寄發 5,000 份問卷，回收有效問卷 1,407 份，有效問卷回收率 28.14%。樣本對象平均每人每年中醫醫療服務利用次數為 2.35 次，而在有使用中醫之平均每人每年中醫醫療服務利用次數為 3.99 次。

是否使用中醫之邏輯斯迴歸分析，得到心理過程低度涉入、心理過程中度涉入、自覺健康狀況、中醫偏好信念、中醫生理知識、中醫基本知識、醫療差異信念、性別、是否罹患慢性病等均有影響，並依勝算比高低順序排列。在高低度使用中醫之邏輯斯迴歸分析，得到心理過程低度涉入、中醫偏好信念、2 年住院天數、醫療基本信念、中醫生理知識、中醫基本知識、醫療差異信念、性別、是否罹患慢性病等均有影響，並依勝算比高低順序排列。

中醫醫療知識和中醫醫療信念會影響是否使用中醫和高低度使用中醫，且會依健保分局別而有不同的影響。民眾在中醫醫療知識的平均分數在普通程度，而在中醫醫療信念的平均分數則是低於普通程度(小於 3)。

在環境變項方面，每萬人口平均中醫師數與每人每年平均中醫門診件數比較呈現正相關。每萬人口平均中醫師數與各健保分局民眾使用中醫和每萬人口平均中醫師數與各健保分局民眾高度使用中

醫，均呈現正相關。

在是否使用中醫自變項具有顯著差異的有：年齡、性別、家庭組成、教育程度、居住地、居住時間、中醫可近性、西醫可近性、近 2 年使用西醫、罹患慢性病、自覺健康狀況、近 2 年住院天數、生病時的處理、有固定中醫師、有固定中醫醫療院所、有固定西醫師、有固定西醫醫療院所、主動收集資訊習慣、生病時優先看中/西醫、生病時影響看西醫因素、因疾病嚴重而收集資訊等二十一項。在高低度使用中醫自變項具有顯著差異的有：年齡、家庭組成、教育程度、居住地、使用西醫次數、有固定西醫師等六項。

本研究對醫療政策之重要建議如下：提昇民眾對中醫醫療的知識與信念，中醫應對患者做詳盡的診療及病情解說，寓教於診療過程，以此增加民眾對中醫醫療的認識與信心及對中醫師與中醫院所的忠誠與信賴。將中醫病証用辭與西方醫學對照解說，並將中醫療效以現代醫療儀器及數據顯現，使中醫走向証據醫學，讓中醫學能更為民眾接受與瞭解。心理過程因素對民眾使用中醫與否具有極高的影響力，在進行醫療行銷時，應對民眾使用中醫的心理過程因素深入研究。政府及中醫團體均應加強中醫醫療社會行銷，政府單位應將正確之中醫藥知識及信念列入正規教育及社會教育之中，如大學生物學應包括中醫藥內容，以使民眾能獲得正確中醫藥知識。增設公立中醫醫院或在現有公立醫醫院設立中醫部，以增加民眾對中醫的可近性。

**關鍵字：民眾特質、心理過程因素、中醫醫療資源、醫療服務利用、中醫管理、中醫政策**

## ABSTRACT

This study seeks to explore resident characteristics, psychological process factors, and Chinese medicine resources affect the utilization of Chinese medicine in Taiwan. This study combines Aday and Anderson model with John Dewey model to form this research framework. This study focus on (1) the relationship between resident characteristics (predisposition, enabling and need factors) and the utilization of Chinese medicine services, (2) the relationship between psychological process factors and the utilization of Chinese medicine services, and (3) the relationship between environmental medical resources and the utilization of Chinese medicine services. This sampling design was conducted by sending 5,000 copies of questionnaires to sample objects by mail in May 2001, with 1,407 of them returned that makes a response rate of 28.14%. On average each responder has 2.35 Chinese medicine service visits, compared to 3.99 service visits per person among those who have utilized Chinese medicine treatment.

The major findings are summarized as follows: Factors concerning simple and uncomplicated psychological processes, beliefs of preference for Chinese medicine, days of hospitalization within two years, basic beliefs of medical treatment, physiological knowledge of Chinese medicine, basic knowledge of Chinese medicine, differences of beliefs toward medical treatment, gender, and whether suffered from chronic diseases using logistic regression analysis show significant influence on the utilization of Chinese medicine services, and the sequence is according to odds ratio ranking.

Factors concerning uncomplicated psychological processes, beliefs of preference for Chinese medicine, days of hospitalization within two years, basic beliefs of medical treatment, physiological knowledge of Chinese medicine, basic knowledge of Chinese medicine, differences of beliefs toward medical treatment, gender, and whether suffered from chronic diseases using logistic regression analysis found significant influence on high or low utilization of Chinese medicine services, and the sequence is according to odds ratio ranking. Knowledge and beliefs of Chinese medicine may affect whether using Chinese medicine services and the degree of high or low utilization of Chinese medicine. Responders score average on the knowledge of Chinese medicine treatment, but the average score on the beliefs of Chinese medicine treatment is below 3.

Regarding environmental variables analysis, positive correlation is presented by comparing the average number of Chinese medical doctors and number of Chinese medical institutes established per 10,000 people with number of outpatient service visits. The result show significant correlation of Chinese medical environment resources and Chinese medical service utilization.

Twenty-one independent variables were found to affect the utilization of Chinese medical services : age,gender, family constituents, educational background, place of residence, term of residence, accessibility to Chinese medicine, accessibility to western medicine, utilization of western medical services within the last two years, chronic diseases, perceptions of health, days of hospitalization within the last two years, means to deal with diseases, regular Chinese medical doctor, regular Chinese medical institute, regular western medical doctor, regular western medical institute, habits of active collection of medical information, priority to visit Chinese/western medical doctor when getting ill, factors to affect willingness to seek western medical services, and active collection of medical information upon serious illness.

Regarding high or low utilization of Chinese medical services significant factors are: age, family constituents, educational background, place of residence, frequency of utilization of western medical services, and regular western medical doctor.

Government agency in charge of education should plan for having the knowledge of Chinese medicine and medication compiled into the junior and senior high school curriculum, particularly into Health Education, helping the public to acquire accurate information concerning Chinese medicine and medication.

To establish residents' Knowledge, beliefs and confidence toward Chinese medicine and medication may start by founding a national Chinese medicine center and build more public Chinese medicine hospitals. Healthcare administration should increase promotion of Chinese medicine. Marketing for Chinese medicine services based on the findings of this study should focus on dissemination of accurate information and formal education concerning Chinese medicine and medication to the public through all governmental channels.

**Key Words: Resident Characteristics, Psychological Process**

**Factors, Chinese Medicine resources, Medical Services  
Utilization, Chinese Medicine Management, Chinese  
Medicine Policy**

# 目 錄

第一章 緒論	1
一、研究背景	1
二、研究問題與目的	2
三、研究流程	4
四、研究預期貢獻目的	5
第二章 文獻探討	6
一、全民健保實施之現況	6
二、中醫醫療資源之現況	9
三、消費者購買行為模式	12
四、醫療服務利用行為模式	35
五、民眾中醫醫療服務利用及影響因素	47
六、國外中醫及另類醫療發展現況	75
七、文獻探討總整理	81
第三章 研究方法	83
一、研究架構	83
二、研究假設	84
三、變項名稱與定義	85
四、資料來源與統計方法	88
五、統計軟體	91
六、研究範圍與研究對象	91
第四章 研究結果	92
一、研究問卷回收情形	92
二、信度與效度	93



# 目 錄(續)

三、問卷適合度檢定	95
四、問卷描述性統計分析	96
五、雙變項分析	109
六、一般線性模式分析	128
七、主成份分析方法	131
八、四分位法-心理因素	134
九、變異數分析法(ANOVA)	134
十、卡方檢定	139
十一、簡單迴歸分析方法	142
十二、邏輯斯迴歸分析方法	145
第五章 討論	151
一、 民眾(人口)特質與中醫醫療利用的關係	151
二、 心理過程因素與中醫醫療服務利用的關係	159
三、 環境醫療資源與中醫醫療服務利用的關係	164
四、 結果總結	165
五、 疾病別與中醫醫療服務利用	168
六、 中醫醫療服務利用率	168
第六章 結論與建議	170
一、 結論	170
二、 建議	181
三、 對後續研究之建議	182
第七章 研究限制	185
參考文獻	

一、英文部分	186
二、中文部分	191
附錄	
附錄一 世界衛生組織公佈針灸可治療 43 種疾病	197
附錄二 研究問卷	199

# 表目錄

表 2-1	保險對象人數--按分局縣市別分	7
表 2-2	台灣地區歷年醫療保健支出	9
表 2-3	各縣市中醫醫療資源	11
表 2-4	各種消費者行為模式之間的關係	18
表 2-5	Assael 購買行為之分類	21
表 2-6	四種購買行為類型之彙總	22
表 2-7	醫療服務利用影響因素之操作型指標	40
表 2-8	中醫門診民眾特質相關研究整理表	65
表 3-1	研究變項名稱、定義與衡量項目	86
表 4-1	研究問卷回收結果	92
表 4-2	再測信度之相關係數	94
表 4-3	問卷適合度檢定	95
表 4-4	研究對象描述性分析	101
表 4-5	民眾中醫醫療知識平均得分分析表	106
表 4-6	民眾中醫醫療信念平均得分分析表	107
表 4-7	使用中醫變項描述性分析結果	108
表 4-8	使用中醫次數變項描述性分析結果	108
表 4-9	自變項與是否利用中醫門診之檢定結果	112
表 4-10	醫療知識與是否利用和高低度利用之檢定	117
表 4-11	醫療信念與是否利用和高低度利用之檢定	118
表 4-12	自變項與高低度利用中醫門診之檢定結果	125
表 4-13	中醫醫療知識線性分析結果	129
表 4-14	中醫醫療信念線性分析結果	130

## 表目錄(續)

表 4-15	中醫醫療知識主成份分析結果	132
表 4-16	中醫醫療信念主成份分析結果	133
表 4-17	心理過程因素四分位分群結果	134
表 4-18	健保分局民眾中醫醫療知識分析結果	135
表 4-19	健保分局民眾中醫醫療信念分析結果	136
表 4-20	是否使用中醫健保分局醫療知識分析	136
表 4-21	是否使用中醫健保分局醫療信念分析	137
表 4-22	高程度使用中醫健保分局之醫療知識分析	138
表 4-23	高程度使用中醫健保分局之醫療信念分析	138
表 4-24	健保分局民眾心理過程因素分析結果	140
表 4-25	是否使用中醫健保分局民眾心理過程因素分析	141
表 4-26	高程度使用中醫健保分局心理過程因素分析	142
表 4-27	中醫醫療資源與中醫醫療服務利用資料	144
表 4-28	中醫醫療資源與中醫醫療服務利用分析結果	145
表 4-29	邏輯斯回歸-是否使用中醫	146
表 4-30	是否使用中醫之邏輯斯回歸統計結果	148
表 4-31	邏輯斯回歸-高程度使用中醫	149
表 4-32	高程度使用中醫邏輯斯迴歸統計結果	150
表 5-1	傾向因素與中醫醫療服務利用統計結果	154
表 5-2	能用因素與中醫醫療服務利用統計結果	155
表 5-3	需要因素與中醫醫療服務利用統計結果	157
表 5-4	心理過程因素與中醫醫療服務利用統計結果	163
表 5-5	心理過程因素在健保分局與中醫醫療服務結果	164



# 圖目錄

圖 1-1	研究流程	4
圖 2-1	1960 年前消費者行為未分類型模式	13
圖 2-2	消費者行為片面型模式	14
圖 2-3	Howard & Sheth(1969) 買方行為模式	15
圖 2-4	消費者行為自動控制型模式	16
圖 2-5	消費者行為一般模式	17
圖 2-6	購買行為模式	19
圖 2-7	購買過程「五階段模式」	19
圖 2-8	購買行為的連續帶	20
圖 2-9	尼克西亞(Nicosia)消費者行為模式	25
圖 2-10	Howard-Sheth 模式	26
圖 2-11	Philip 的購買行為模式	28
圖 2-12	影響行為之因素的詳細模式	28
圖 2-13	消費者行為的基本模式	29
圖 2-14	John Dewey 消費者決策過程模式	31
圖 2-15	第一階段醫療服務利用行為模式	37
圖 2-16	第二階段之醫療服務利用行為模式	39
圖 2-17	第三階段醫療服務利用行為模式	41
圖 2-18	第四階段醫療服務利用行為模式	42
圖 2-19	疾病行為模式	44
圖 2-20	健康信念模式	46
圖 3-1	研究架構	84
圖 4-1	何種疾病看中醫	100

## 圖目錄(續)

圖 4-1 何種疾病看西醫

100





# 第一章 緒論

## 一、研究背景

世界衛生組織(WHO)鑑於傳統醫學的貢獻及其重要性，在全世界設立二十一個傳統醫學培訓中心，旨在培養傳統醫學人才，其中在中國大陸即設立了七個培訓中心，足見中醫藥受世界衛生組織的重視(WHO Global Strategies for Traditional Medicine, 2002)。除此，世界衛生組織更對全世界公佈針灸可治療的四十三種疾病(附錄一)。

台灣早期西方傳教士以傳教為目標，醫療服務為手段，將西醫引入台灣。其後，在日本殖民政府有系統推動下，西方醫療體系以一種有別於傳統醫療系統的形象出現，建構其在科學理論基礎上所提供醫療照護的形象，強調其所擁有的醫療專業知識是不可替代的，從而衍生專業自主和專業壟斷。

台灣中醫醫療體系部分，日據初期之醫療人員大多數為國醫，西醫為數甚少。於 1901 年國醫人數有 1594 人，及至 1942 年，國醫僅存 97 位。而西醫人數由 1897 年 259 位，到 1942 年 2,241 位，1945 年 3,426 位，1999 年 41,278 位。台灣現有發證中醫師約有 8,730 人，我國中草藥市場整體而言每年約 150 至 250 億元，其中約 70%用於食補，20%用於治病(廖美智，2001)。

根據民眾醫療保健行為研究，得知百分之六十的都市家庭和百分之七十的鄉村家庭曾看過中醫(中醫白皮書，1995)。但依據中醫醫療服務利用相關研究顯示，中醫醫療服務利用率約在 14.7%(羅紀瓊，1991)、25.7%(翁瑞宏，2000)，與西醫醫療服務利用率相比較仍有相當的落差。

從中醫發展史發現，中醫在西醫的引進與競爭下，仍延續發展至

今，主要是中醫醫療根深柢固於民眾的依賴性和信賴性，而根據醫學人類學的研究指出：傳統醫學是整體文化體系的一部分，它會引導文化中的個體利用他認為最合理、最易接受的方式來維持自己身體的健康，台灣醫療體系由最早期以國醫為主導，進而殖民日本政府和國家公權力大量介入，扶植西醫、壓抑中醫，但中醫仍在民眾的依賴和信賴下生存延續下來，我國醫療政策單位應體認此現象，中醫是我國傳統醫學，世界衛生組織、亞洲各國與中國都重視亦肯定中醫的地位與療效，故本研究欲探討臺灣地區民眾在使用中醫醫療服務利用時民眾的特質與心理過程因素。

本文即在探討臺灣地區民眾特質與民眾心理過程因素在中醫醫療服務利用上之相關性，且由於臺灣地區已於 1995 年 3 月實施全民健康保險，並於 2000 年實施中醫門診總額支付制度，故本文也將進一步探討中醫醫療資源與中醫醫療服務利用之相關性。

## 二、研究問題與目的

1995 年 3 月我國全民健康保險正式開辦，中醫門診亦被納入全民健康保險給付範圍，使得民眾對於醫療利用率快速增加，在中醫方面，中醫門診使用人次由民國 84 (3-12 月) 年的 2200 萬人次、87 年 2700 萬人次、民國 89 年再成長至 2756 萬人次。申報費用由民國 84 年(3-12 月)的 69.4 億元、87 年 113 億元、再增加至民國 89 年 113.03 億元，然中醫門診使用人次佔總門診使用人次的比率，由民國 84 年的 10.9%降至民國 87 年的 8.6%，中醫申報費用佔總門診申報費用比率亦由 84 年的 6.5%、87 年的 5.9%、89 年再降至 5.69%，顯示中醫之門診人次及申報費用雖均有顯著成長，然其成長幅度仍低

於西醫及牙醫 (李漢修, 1999; 全民健康保險統計, 2000)。

我國全民健康保險開辦至今, 於民國 87 年首度出現約三十億元的虧損, 至民國 89 年底其虧損金額為七四. 〇五億元, 在如此的趨勢下, 健保局於民國 87 年首先推行牙醫門診總額支付制度, 並於民國 89 年繼續推行中醫門診總額支付制度, 除此之外健保局應會對於各種不同的治療模式之成本效益進行評估。目前, 中醫在全民健保制度下, 其業務量呈現成長的趨勢, 此成長趨勢將衝擊健保財務, 然欲控制此成長趨勢, 而又必須顧全民眾就醫權利和民眾就醫的選擇權, 即須先瞭解民眾就診中醫之特質與民眾心理過程因素, 和在全民健康保險制度下之中醫醫療資源與中醫醫療服務利用情形, 如此才能對此趨勢作有效控制又能面面俱到。故本研究將針對民眾選擇中醫就診之民眾特質、心理過程因素、中醫醫療資源與民眾利用中醫醫療服務情形進行分析研究。

本研究主要在分析民眾選擇中醫就診時之民眾特質、心理過程因素、中醫醫療資源與民眾利用中醫醫療服務情形進行分析, 其有下列三大研究目的:

- (一)、探討民眾特質與中醫醫療服務利用率的相關性。
- (二)、探討民眾心理過程因素與中醫醫療服務利用率的相關性。
- (三)、探討中醫醫療資源與中醫醫療服務利用率的相關性。

### 三、研究流程

依上一節所述本研究所欲探討之問題與研究目的，本研究乃設計以下流程如圖 1-1 以進行本研究。

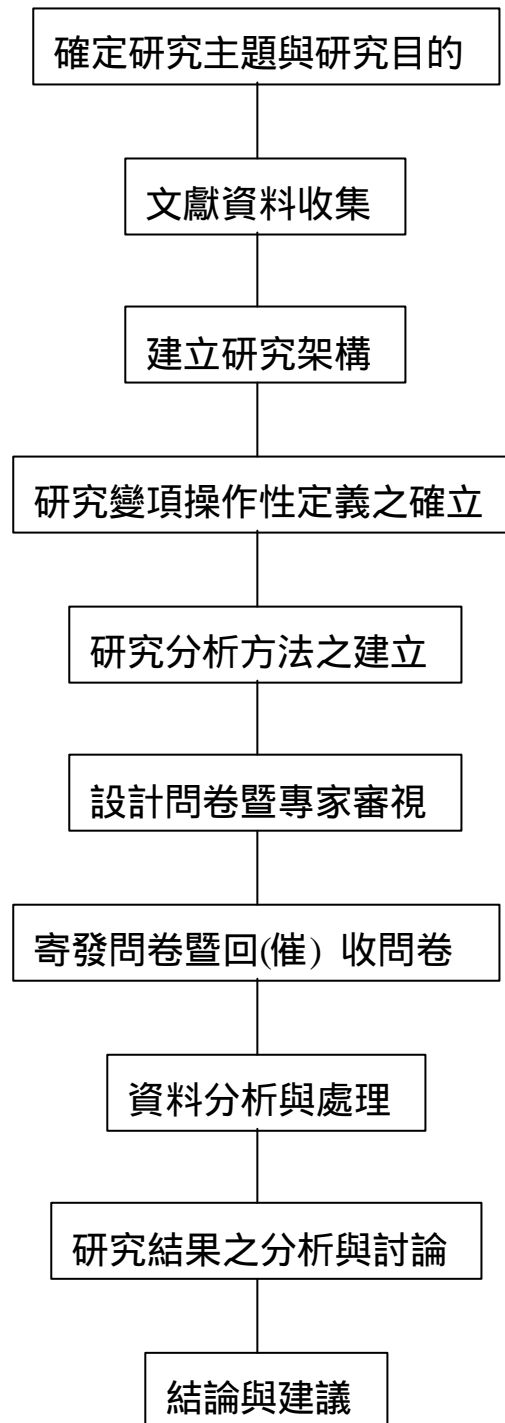


圖 1-1 研究流程

#### 四、研究預期貢獻

本研究依上一節所述研究問題與目的並設計研究流程，冀望能經由本研究之結論，得以提供相關資訊達成以下貢獻：

- 一、提供中醫醫療管理者了解民眾選擇中醫就診之民眾特質與心理過程因素，進而對其在中醫醫療管理上有所助益，使其瞭解民眾對中醫知識與信念的認知態度和民眾對中醫醫療服務的利用情形。
- 二、提供中醫學術研究者、社會心理學者、醫學人類學者...等，能對民眾選擇中醫就診之民眾特質、心理過程因素與中醫醫療資源和中醫醫療服務利用率有更深入的瞭解。
- 三、提供政府相關決策部門能藉由本研究，瞭解民眾對中醫的需求及中醫醫療資源的分佈和利用率的合理性。
- 四、期使政府相關部門能正視中醫在台灣發展的必要性、必需性和重要性，進而能發展一套完整的中醫醫療發展體系。

## 第二章 文獻探討

## 一、全民健保實施之現況

全民健保的基本資料以人口特質來看，台灣地區八十八年底人口數總計有 22,254,575 人，其中至八十九年底加入全民健保有 21,400,826 人，約佔 96.16%，加入健保人數中以台北市 19.99% 最多，其次為台北縣 12.70%，如表 2-1。保險對象以性別來區分，其中男性有 10,710,080 人(佔 50.05 %)，女性有 10,690,746 人(佔 49.95 %)。以年齡層來區分，以 35-39 歲最多、其次是 30-34 歲、15-19 歲、25-29 歲，平均年齡為 33.25 歲，男性 33.23 歲，女性 33.27 歲(全民健康保險統計，2002)。

全民健保的財務收支概況，可分為權責基礎和現金基礎，在權責基礎方面至 88 年尚有餘絀 11,006,265 元，在現金基礎方面至 88 年底不足 27,225,755,665 元，不足的情況逐年嚴重，由此可知全民健保的財務危機(中醫行政要覽，2000)。再參考台灣地區歷年醫療保健支出金額成長率，從 85 年 10.41%，86 年 60.50%，87 年 9.84%，至 88 年 4.75%，可得知醫療保健支出金額呈現每年成長趨勢，如表 2-2。

全民健保八十八年特約醫事服務機構門診費用申報總額共 198,684,163,238 元，其中西醫醫療院所申報 162,260,112,625 元，佔 81.67%；牙醫醫療院所申報 25,120,833,621 元，佔 12.64%；中醫醫療院所申報 11,303,216,992 元，佔 5.69%；八十八年診療人次 322,223,614 人，其中西醫醫療院所有 272,707,061 人次，佔 84.63%；牙醫醫療院所有 21,546,200 人次，佔 6.69%；中醫醫療院所有 27,566,105 人次，佔 8.55%；八十八年每人平均費用西醫醫療院所為 598 元；牙醫醫療院所 992 元；中醫醫療院所 405 元(中醫行政要覽，2000)。

表 2-1 保險對象人數 - 按分局縣市別分

2000 年

單位：人

分局縣市別	總 計			
	保 險 對 象	百分比	被 保 險 人	百分比
總 計	21,400,826	100.00	12,346,850	100.00
台北分局	7,719,599	36.07	4,482,570	36.31
台北市	4,195,952	19.61	2,468,535	19.99
基隆市	309,511	1.45	176,965	1.43
台北縣	2,758,394	12.89	1,568,367	12.70
宜蘭縣	407,714	1.91	241,975	1.96
金門縣	42,447	0.20	23,922	0.19
連江縣	5,581	0.03	2,806	0.02
北區分局	2,952,046	13.79	1,722,627	13.95
新竹市	432,298	2.02	258,450	2.09
桃園縣	1,665,487	7.78	960,086	7.78
新竹縣	404,930	1.89	243,424	1.97
苗栗縣	449,331	2.10	260,667	2.11
中區分局	3,943,949	18.43	2,191,600	17.75
台中市	997,831	4.66	542,742	4.40
台中縣	1,293,799	6.05	705,802	5.72

表 2-1 保險對象人數 - 按分局縣市別分(續)

2000 年

單位：人

分局縣市別	總		計	
	保險對象	百分比	被保險人	百分比
彰化縣	1,178,700	5.51	662,434	5.37
南投縣	473,619	2.21	280,622	2.27
南區分局	3,031,545	14.17	1,767,557	14.32
台南市	621,243	2.90	337,268	2.73
嘉義市	267,547	1.25	148,265	1.20
雲林縣	667,856	3.13	403,758	3.27
嘉義縣	457,844	2.14	277,023	2.24
台南縣	1,016,055	4.75	601,243	4.87
高屏分局	3,246,283	15.17	1,870,151	15.15
高雄市	1,389,038	6.49	783,987	6.35
高雄縣	1,043,777	4.88	601,039	4.87
屏東縣	735,566	3.44	437,175	3.54
澎湖縣	77,902	0.36	47,950	0.39
東區分局	507,404	2.37	312,345	2.53
花蓮縣	304,119	1.42	187,109	1.52
台東縣	203,285	0.95	125,236	1.01

資料來源：全民健康保險統計，2001



表 2-2 台灣地區歷年醫療保健支出

年別	醫療保健總支出金額		醫療保健支出 占 GDP 之比率 (%)	平均每人 醫療保健支出	
	金額 (百萬元)	成長率 (%)		金額 (元)	成長率 (%)
1995 年	374,828	-	5.44	17,624	-
1996 年	413,837	10.41	5.53	19,301	9.51
1997 年	438,887	6.50	5.40	20,287	5.11
1998 年	482,062	9.84	5.53	22,077	8.82
1999 年	504,947	4.75	5.51	22,941	3.92

註：1.本表按當年價格計 GDP。

2.資料來源：1999 年衛生統計，行政院衛生署，2000 年 9 月。

## 二、中醫醫療資源之現況

1995 年 3 月我國全民健康保險正式開辦，中醫門診亦被納入全民健康保險給付範圍，在中醫醫療資源的現況方面，我們以中醫醫療機構和中醫師數來表示，醫療機構方面至八十九年底，台灣地區醫療機構總共有 17,770 院所數，有加入健保特約家數有 16,332 家，約佔 91.91%。其中西醫醫院有 577 家，西醫診所所有 8241 家；中醫醫院有 52 家，中醫診所所有 2100 家，牙醫診所所有 5362 家。台灣地區中醫醫療院所數按型態來分別，以中醫診所型態最多，其次是中醫聯合診所和中醫醫院，按縣市來分別，以台北縣、台北市最多，其次是台中市、台中縣(行政院衛生署衛生統計，2000)。

在中醫師數方面，中醫師數至八十八年底止共有 3,430 位，大多分布在中醫診所共有 2,867 人(占 83.59%)。至民國八十七年底中醫師

領證總人數有 8,438 人，中醫師執業人數 3,340 人，約佔 40.65%。中醫師數至八十八年底按地區別來分，以台北縣最多有 458 位，其次為台中市有 416 位。若按每萬人口中醫師數來看，則以台中市最多有 4.17 位，其次為嘉義市有 2.50 位(全民健康保險統計，2002)，如表 2-3 表示。

表 2-3 各縣市中醫醫療資源

	中醫門 診每件 平均費 用	中醫 醫院	中醫 診所	合計 中醫 院所 總數	中醫 師數	投保 全民 健保 人數	每萬投 保人口 中醫師 比率	中醫門 診件數	每萬投 保人口 中醫門 診件數 比率
台北市	430	7	212	219	412	4195952	0.98	2855777	0.68
基隆市	413	2	27	29	42	309511	1.36	418678	1.35
台北縣	463	4	289	293	458	2758394	1.66	3510006	1.27
宜蘭縣	407	1	27	28	51	407714	1.25	431090	1.06
金門縣	531	0	1	1	2	42447	0.47	23008	0.54
連江縣	0	0	0	0	0	5581	0	126	0
新竹市	371	1	37	38	51	432298	1.18	460451	1.06
桃園縣	414	2	142	144	215	1665487	1.29	1739578	1.04
新竹縣	350	1	28	29	32	404930	0.79	339169	0.84
苗栗縣	369	2	38	40	54	449331	1.2	520417	1.16
台中市	406	4	238	242	416	997831	4.17	2918817	2.93
台中縣	384	3	208	211	313	1293799	2.42	2821278	2.18
彰化縣	367		176	176	232	1178700	1.97	2092725	1.78
南投縣	376	3	51	54	71	473619	1.5	757047	1.6
台南市	361	2	103	105	82	621243	1.32	1466539	2.36
嘉義市	362		41	41	67	267547	2.5	617284	2.31
雲林縣	362	1	50	51	82	668856	1.23	796356	1.19
嘉義縣	359		24	24	32	457844	0.7	258049	0.56
台南縣	365	1	71	72	101	1016055	0.99	1009827	0.99
高雄市	382	8	158	166	221	1389038	1.59	2157346	1.55
高雄縣	385	3	81	84	115	1043777	1.1	1241817	1.19
屏東縣	393	3	60	63	92	735566	1.25	886051	1.2
澎湖縣	482		4	4	3	77902	0.39	69695	0.89
花蓮縣	397	1	27	28	42	304119	1.38	394543	1.3
台東縣	373	3	7	10	15	203285	0.74	152094	0.75
總計		52	2100	2152					

資料來源：全民健康保險統計，2001

中醫師全國聯合會，2001

### 三、 消費者購買行為模式

「消費者行為」可定義為消費者在購買與使用產品或享用服務時，所表現的各種行為與活動。所謂「消費者」係指購買產品來供個人或家庭使用的人。購買者(buyer)有別於消費者(consumer)，所謂消費者是產品的最後使用者，而購買者則是真正去買的人，他可能是消費者也可能不是消費者。在購買的過程中，還可分為發起者(initiator)、影響者(influencer)、決定者(decider)等，但一般皆以廣義的消費者來探討，即忽略購買者與消費者的區別。

探討消費者行為，首先要先了解誘發消費者行為的黑箱(Black Box)，黑箱(Black Box)代表消費者隱藏在內心的需要、慾望以及進行決策的心智過程。在古典經濟理論中，是假設消費者做合理的購買決策。

由於消費者在從事購買過程中會涉及資訊搜集、評估資訊、購買、使用和處理產品、服務與理念，因此研究消費者行為就是在瞭解消費者如何將時間、金錢和精力花費在其有關的產品上，方世榮(1996)以5W+1H來具體描繪消費者行為的輪廓，5W+1H係指：為什麼買(Why)、誰買(Who)、何時買(When)、在何處買(Where)、買什麼品牌(What)和如何買(How to)。

消費者在每天的生活中，會碰到很多不同的購買決策，而這些購買決策的類型，可能隨著產品與其它情境因素而異，故研究者將消費者購買行為以各種不同的模式來表示，而模式(model)是某件複雜事物的簡單表象。Kover(1967)評閱以模式應用於消費者和行銷的研究，並指出所有的模式共通點：可描述某些基本行為、需求或情境，然後

假設「這就是人類真正的面貌」，但建立模式的特定研究常忽略未包含在此模式內的行為。以下將各學者所提出有關消費者購買行為模式分別敘述之：

Engel, Blackwell, 和 Kollat(1978) 將消費者行為模式歸為三種類型，依序為1960年以前的未分類型模式(如圖 2-1)，此是以 Leavitt(1961)所做有關「民俗智慧」的廣告與行銷模式而得。第二種類型模式為1960至1970年的片面型模式(如圖 2-2)，此模式以預先設定的次序來安排變項明細表，比未分類型模式更進步，使用此模式的有 Palda(1966)發展的「效果層次(hierarchy of effects) 模式」，和 McGuire(1969)提出的「廣告效果訊息處理模式」，模式中各個變項間的作用流程是唯一的、單向的。

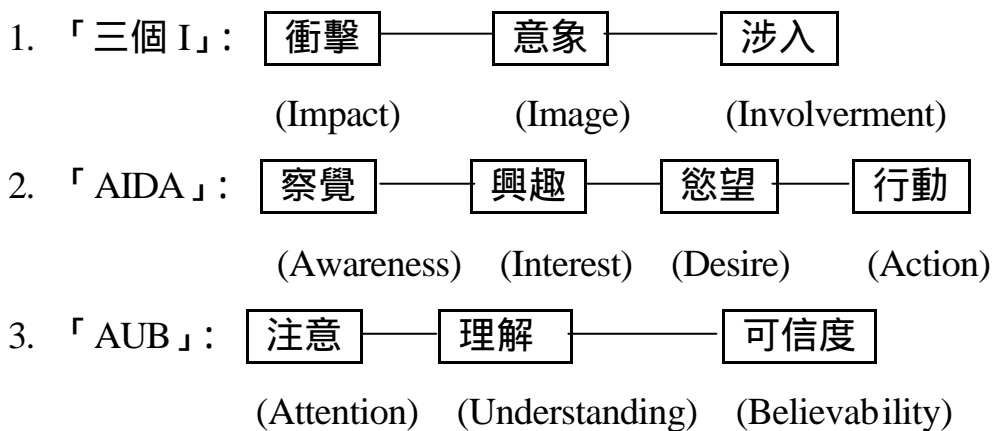
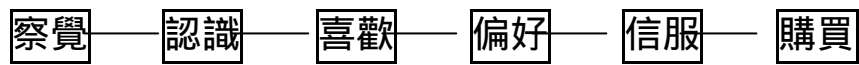


圖 2-1 1960 年前消費者行為未分類型模式

資料來源：Leavitt(1961)

1. Lavidge 和 Steiner's(1961) 「效果層次模式」



2. McGuire(1969) 「廣告效果訊息處理模式」

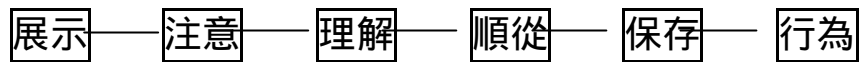


圖 2-2 消費者行為片面型模式 資料來源：McGuire(1969)

第三種類型模式為 1967 至 1980 年的自動控制型模式(如圖 2-3, 2-4), 此模式已超越簡易的片面型模式, 其所列出的變項數目較複雜, 並且自動控制型模式雖然也從一個變項到下一個變項的單向式作用流程, 但它容許例外情況的發生, 最重要的是它將回饋歷程納入模式中, 使用此模式的有 Howard & Sheth(1969) 發展的買方行為模式, 和 Engel et.al., (1978) 提出的模式。

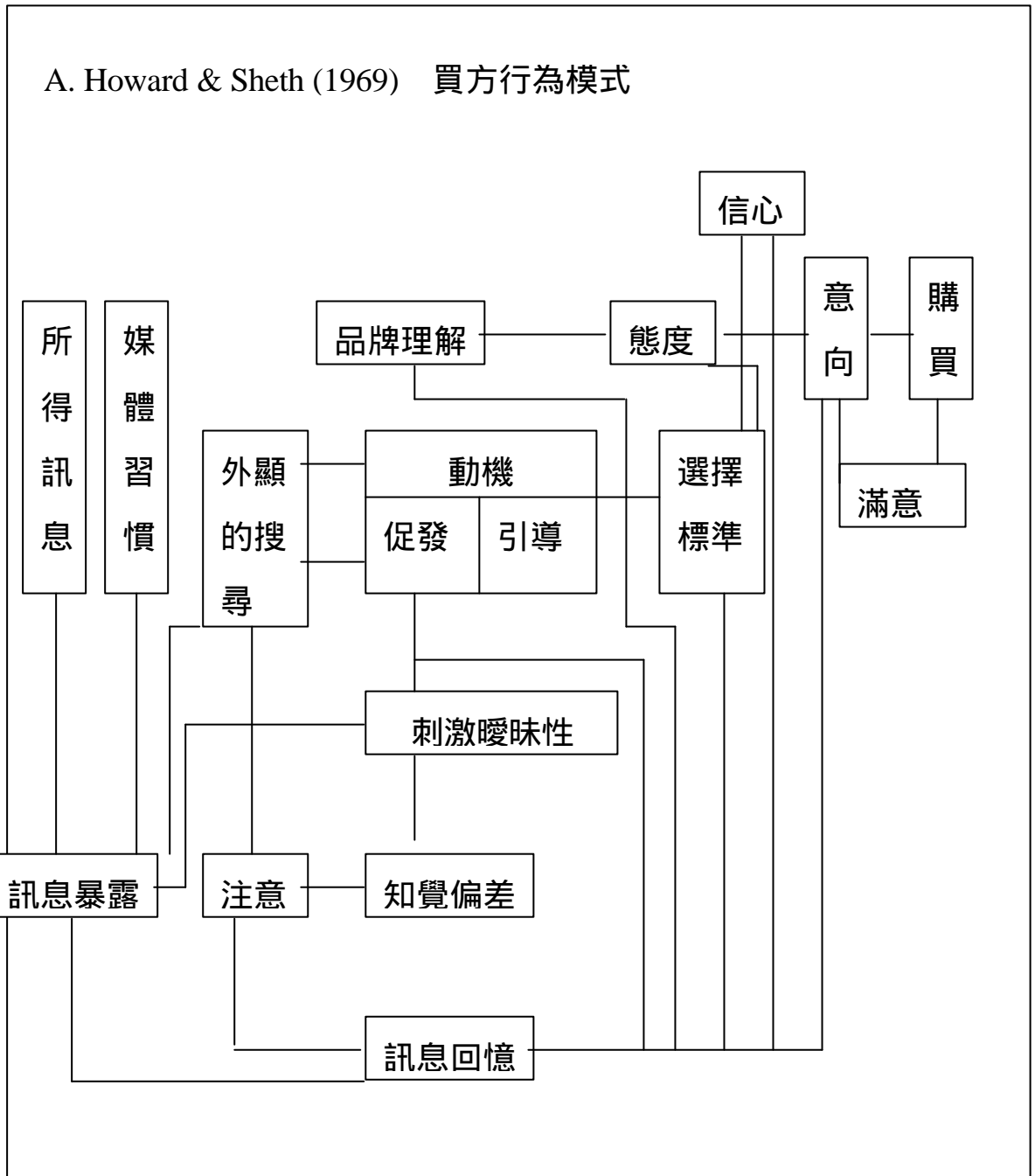


圖 2-3 買方行為模式

資料來源：Howard & Sheth (1969)

B.Engel, Blackwell & Kollat (1978)

訊息輸入    訊息處理    決策歷程的階段    產品品牌的評估    一般動機的影響    內在環境的影響

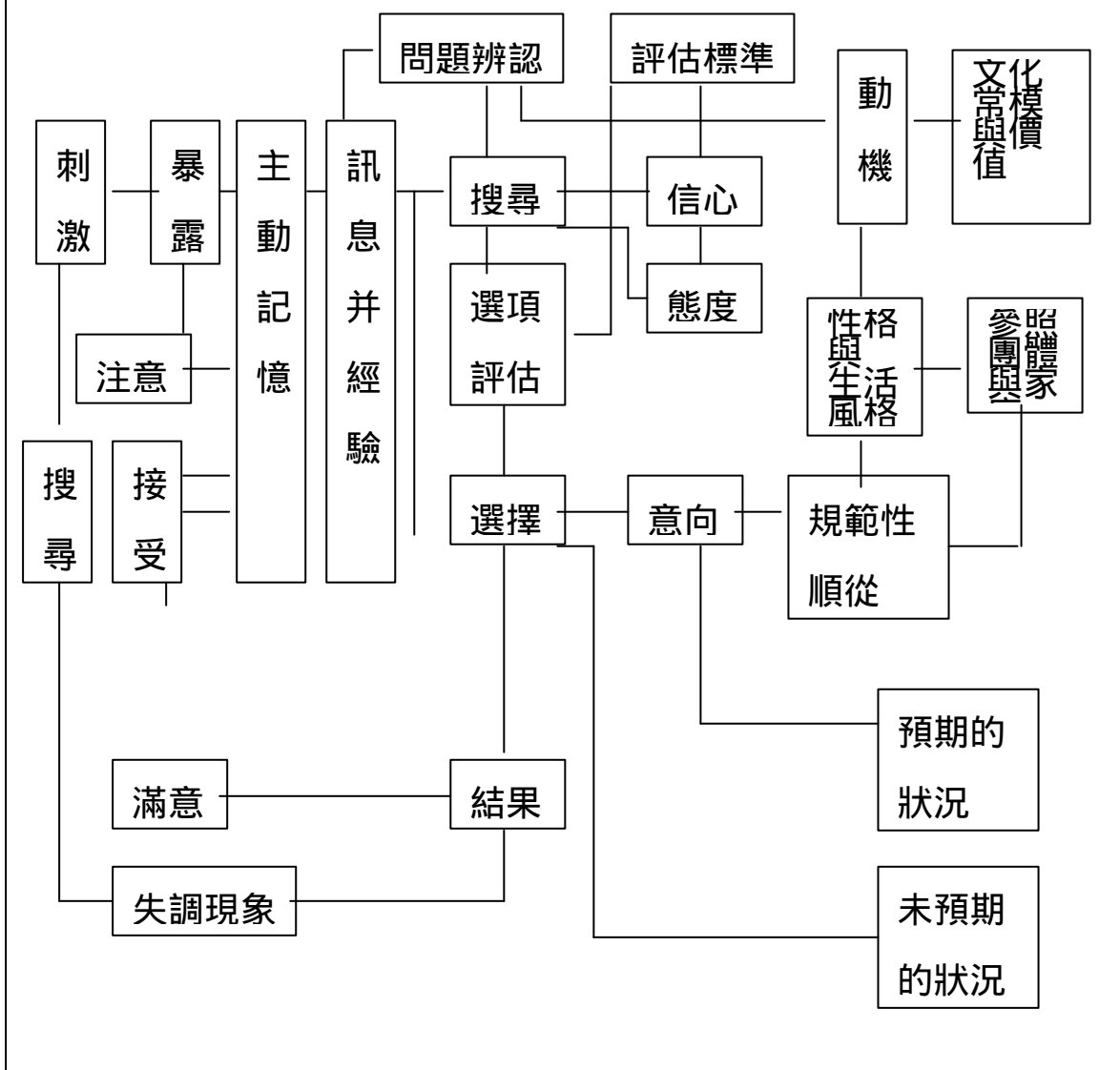


圖 2-4 消費者行為自動控制型模式

資料來源：Engel, Blackwell & Kollat (1978)



Brian & Craig(1994)提出消費者行為一般模式(如圖 2-5), 消費者行為一般模式與未分類型模式、片面型模式和自動控制型模式具有相似性, 並以表 2-4 來表示各種消費者行為模式之間的關係。

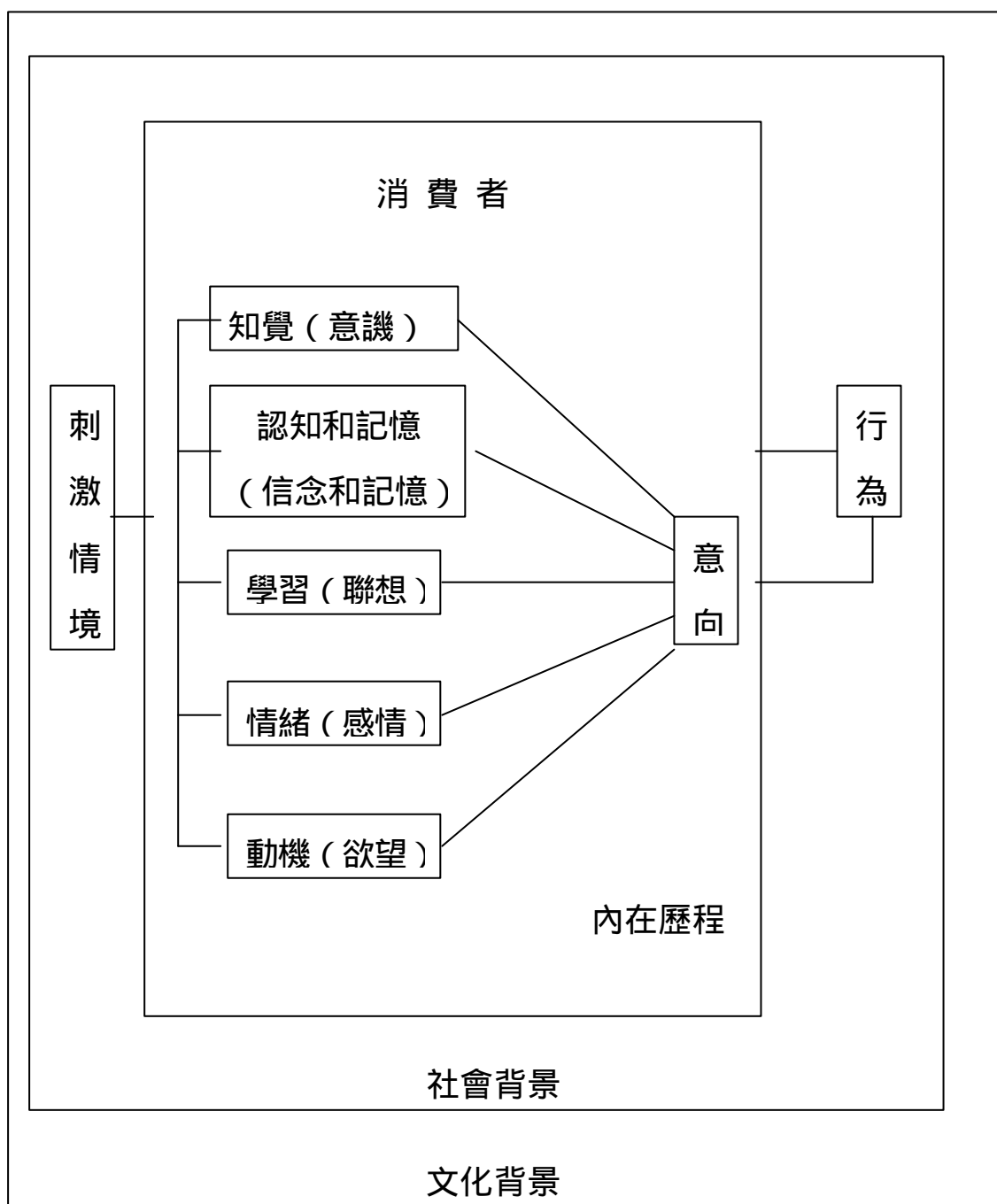


圖 2-5 消費者行為一般模式

資料來源：Brian & Graig (1994)

表 2-4 各種消費者行為模式之間的關係

未分類型模式				片面型模式			
一般模式 (如圖 2-4)	三個 I (如圖 2-2-1)	AIDA (如圖 2-2-2)	AUB (如圖 2-2-3)	效果 層次 (如圖 2-3-1)	訊息 處理 (如圖 2-3-2)	Howard 的買方 行為模式 (如圖 2-4)	Engel, Blackwell & Kollat) 的模式 (如圖 2-5)
刺激的 情境	----	----	----	----	展示	所得訊息 訊息暴露 刺激的曖昧性	刺激
知覺	衝擊	察覺	注意	察覺	注意	外顯的搜尋注意 知覺偏差	搜尋 暴露 注意 接受
認知和 記憶	意象	興趣	理解 可信 度	認識 喜歡 偏好	理解 順從 保留	訊息回憶 品牌理解 態度 選擇標準 信心	問題辨認 選項評估 評估效標 信念 態度 主動記憶
學習	----	----	----	----	----	媒體習慣 滿意	訊息和經驗
情緒	涉入	興趣	----	喜歡	----	----	----
動機	----	欲望	----	----	----	動機(促發、 引導) 滿意	滿意 動機 失調現象
意向	----	----	----	信服	----	意向	意向
行為	----	行動	----	購買	行為	購買	選擇 結果
社會背景	----	----	----	----	----	----	規範性服從 參照團體和家庭
文化背景	----	----	----	----	----	----	文化常模和價值
一般的模 式未列出 變項	----	----	----	----	----	----	預期的狀況 未預期的狀況 性格和生活型態

資料來源：王志剛(1987)

Philip Kotler & Gary Armstrong(1989)指出購買者的購買決策深受購買者的文化、社會、個人與心理等因素的影響(如圖 2-6)，在分析許多消費者購買過程的研究報告後，綜結提出「階段模式」(stage model) 的觀念，此模式提醒行銷人員應重視購買過程(buying

process)而非購買決策(purchase decision) , 此模式強調購買過程早在實際購買之前就已發生, 且在購買後仍持續很久, (如圖 2-7)。

「五階段模式」意謂消費者在購買產品時, 會歷經全部的五個階段, 但在低度介入的購買中, 消費者可能跳過或顛倒某些階段。

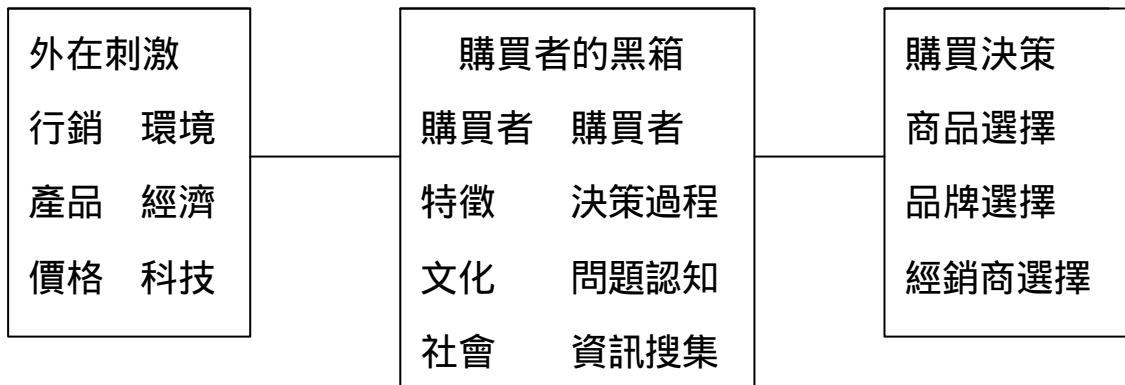


圖 2-6 購買行為模式

資料來源：Philip Kotler & Gary Armstrong(1989)



圖 2-7 購買過程「五階段模式」

資料來源：Philip Kotler & Gary Armstrong(1989)

Engel (1995) 將消費者在每一個購買決策中, 所花的時間與努力來分類, 他認為這種決策可看成是一種連續帶, 連續帶的一端是「例行性問題解決」(routine problem solving; RPS), 在另一端是「廣泛性問題解決」(extended problem solving; EPS), 而大部份的購買決策則屬於中間部份, 是一種「有限問題解決」(limited problem

solving ; LPS) ，這種連續帶的觀念以圖 2-8 表示。

1、例行性問題解決：為最簡單的購買行為，也是許多產品的購買決策，在此情況下，銷售人員應讓產品的品質與價值保持一定水準，以維持現有顧客之滿足，另外，可增加產品新屬性，以店面的展示、特價及贈品等方式，吸引新顧客，若產品具有特殊性質，更可讓消費者發展出特定的品牌忠誠度。

2、有限的問題解決：當消費者對購買的產品有某種程度的熟悉，但對於某些想購買的品牌不太熟悉時，情況較複雜，銷售人員應設計一套銷售溝通方案，以增進消費者對該品牌的認識和信心。

3、廣泛性問題解決：當消費者想購買一種不熟悉的產品，且不知道採用那些標準評估時，購買行為最複雜，銷售人員必須瞭解消費者如何收集資訊與評估資訊，促使消費者知道這些產品的屬性、各種屬性之重要性及公司品牌在產品重要屬性中所具有的優勢。



圖 2-8 購買行為的連續帶

資料來源:Engel (1995)

Assael (1987) 根據消費者的涉入程度和品牌差異程度，將購買行為分為四種類型，如表 2-5。所謂涉入 (involvement) 係指消費者對於一項產品購買決策的關心程度，關心程度高者稱高涉入，關心程度低者稱低涉入。並以表 2-6 四種類型作一彙總。

表 2-5 Assael 購買行為之分類

	高涉入	低涉入
品牌間有顯著差異	複雜的購買行為	尋找多樣化的購買行為
品牌間無顯著差異	降低失調的購買行為	習慣性的購買行為

資料來源：Assael (1987)

陳定國 (1986) 將消費者行為依國外學者研究分成六個模式來探討：1. 馬歇爾 (Marshall) 模式 2. 巴夫羅夫 (Pavlov) 模式 3. 佛洛依德 (Freud) 模式 4. 維布雷寧 (Veblenian) 模式 5. 尼克西亞 (Nicosia) 模式 6. 哈華特 (Howard) 模式，現分述如下：

1. 馬歇爾 (Marshall) 模式：首先建立購買行為特殊理論的是經濟學者，馬歇爾是代表人物，其理論重點在：購買決策是基於理性且清醒的經濟計算；即每個人皆依喜好及相對價格，尋求得到最大效用物品。馬歇爾主張源於亞當斯密的「自我利益」動機及「國富論」學說，再加上人們「精於計算」的說法。更和 Jevons、Menger、Walras 提出「邊際效用」理論。馬歇爾模式 (1) 從定義觀點而言，本模式是正確的，因本模式認為購買者依其「最佳利益」而行動，但此真理並未給我們可用之指標。(2) 本模式屬於「準則性」(normative)，而不屬於「敘事性」(descriptive)，只是提供買方達成「理智」行為的邏輯標準。(3) 市場常受經濟因素影響，故消費者行為應考慮經濟因素。

表 2-6 四種購買行為類型之彙總

	複雜的購買行為	降低失調的購買行為	尋找多樣化的購買行為	習慣性的購買行為
特性	高涉入 品牌間有顯著差異	高涉入 品牌間無顯著差異	低涉入 品牌間有顯著差異	低涉入 品牌間無顯著差異
消費者行為趨勢	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 品牌種類繁多、昂貴、不常購買、風險性高</li> <li>2. 對產品無購買的基準</li> <li>3. 積極廣泛收集產品的資訊</li> <li>4. 認知學習過程</li> <li>5. 投入很多心力與時間在此行為</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 對於產品並非相當熟悉</li> <li>2. 貨比三家不吃虧的購買心態</li> <li>3. 不十分重視產品品牌，以實用與價格為選購的基準</li> <li>4. 迅速完成購買行為</li> <li>5. 購買後仔細評估產品</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 產品屬於低價位，且經常購買多品牌</li> <li>2. 對產品並不陌生</li> <li>3. 比較或轉換品牌是為尋找多樣化</li> <li>4. 對產品投入的關心程度不高</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 不主動瞭解，而是被動接受產品訊息</li> <li>2. 不在乎產品品牌，選購乃由於品牌熟悉度</li> <li>3. 購後並不評估產品</li> </ol>
	購買過程隨產品評估而來		購買過程隨購買行為而來	
銷售人員之因應策略	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 協助消費者在認知過程中學習，以建立對產品之信心</li> <li>2. 適時地加深消費者對公司品牌印象</li> <li>3. 廣告文案應精緻、具體化、詳細而精確的告知消費者訊息</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 因消費者較迅速選購，且不比較品牌，而較著重價格</li> <li>2. 採取降低消費者購後失調的銷售活動</li> <li>3. 讓消費者覺得其購買策略是正確的</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建立品牌口碑</li> <li>2. 推陳出新</li> <li>3. 重複性的廣告宣傳</li> <li>4. 產品線延伸策略或多品牌策略</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 不斷強化消費者對產品之印象</li> <li>2. 利用重複性廣告、低價、附贈品及經銷商促銷等方式</li> </ol>
例	如：選購汽車	如：選購地毯	如：選購洗衣粉或糖	如：選購餅乾或飲料

資料來源：Assael (1987)

2. 巴夫羅夫(Pavlov) 模式：巴夫羅夫主張學習模式，他認為人類教育是基於「條件反應」(conditional response) 而來的。他以鈴聲餵狗作實驗，此實驗證明大部份動物的學習是一種聯想過程 (associative process)，我們許多反應行為也是被「聯想」所「制

約」，亦即我們乃在有條件的環境下，作反應的行動。巴夫羅夫模式在廣告策略或廣告文案都可作為指導原則，美行為科學家 Watson 支持其重複刺激理論。但巴夫羅夫理論在認知(perception)、潛意識(subconscious)、人際關係(interpersonal influence)等現象無法處理。

3. 佛洛伊德(Freud) 模式：佛洛伊德模式是人們接觸最新哲學思潮的代表人物。本模式最重要的行銷意義是銷售者可同時以符號、形象及產品的經濟功能來刺激顧客。

4. 維布雷寧(Veblenian) 模式：維布雷寧認為人類基本上是社會的動物，遵從其大文化的一般標準及形式，也遵從其周圍次文化(subculture)及親近群體的特定標準，其需求及行為方式深受目前及未來所期望之團體成員所塑造。他對有閒階級(leisure class)的分析：有閒階級的消費習慣受內在需要或滿足影響，不如受名譽追求的影響。這些人與他人不同的消費目的，在吸引其它階層起而倣效。但此看法有幾點問題：(1) 有閒階級並不是每個人的參考團體(reference group)。(2) 許多人只希望比現在更上一層樓的生活方式，並非奢望最高階層的生活方式。(3) 最富庶階層的人常是「消費不足」，而非「消費過高」。(4) 大多數人都設法鑽入自己所屬階層以求適應，而非另求不適合自己的生活方式。社會學家 Marx、Boas、Malinowski、Park、Warner，心理學家 Kohler、Wertheimer、Koffka 等研究社會對行為的影響及社會對個人認知的影響，形成完整體系的社會心理學。其觀念認為人的態度及行為受文化、次文化、社會階層、參考團體、親近生活團體、家庭等許多社會層次的影響，銷售人員面臨的挑戰是確定何者對產品有影響力，而加以運用。

5. 尼克西亞(Nicosia) 模式：尼克西亞模式分成四個部份，如

圖 2-9，第一個部份表示消費者透過廣告訊息，獲得以前未知的產品資訊，當這信息傳到消費者時，就成為次區 的投入因素，若此信息為次區 接受並採取行動，其產出就變為領域 的投入，領域 代表對廣告商品的調查評價，若調查評價結果成為動機，即進入領域 的投入因素，將動機轉變為購買行為，最後，領域 是已購買產品的儲藏所、記憶處、迴饋的結果乃將購買的記憶保留。雖然尼克西亞模式比哈華特模式詳細，但尼克西亞模式忽略許多資格認定和限制問題，而因素間的連接也是模糊不清，故不易進一步研究。

6. 哈華特(Howard) 模式：以前的模式都將購買者視為「問題解決者」(problem solvar) 和情報處理者(information processor)。哈華特模式 1963 年提出，1969 年與 Sheth 共同出版「購買行為的理論」，書中提出瞭解模式(comprehensive Model)，此模式主要貢獻是足以涵蓋「新產品」和「舊產品」的購買行為，如圖 2-10，Howard-Sheth 模式將有關購買行為的投入因素、內在因素、外在因素、產出因素等，結合成合乎邏輯的結構，比上述各模式更完整。Howard-Sheth 模式的功用：若將本模式內變數的內容或相對重要性改變後，可以適合各種不同產品及購買情況。哈華特將購買情況分為三：廣泛的問題解決(extensive problem solving)：消費者欲購買重要、昂貴而所知不多的產品，他會對情報很敏感，並積極尋找記憶組合中的相關事務。 有限的問題解決(limited problem solving)：對產品購買已有一些經驗，可能重複購買相同品牌，或學習更多更新情報資訊。 自動反應行為(automatic response behavior)：消費者不需要學習，因購買者已養成習慣。



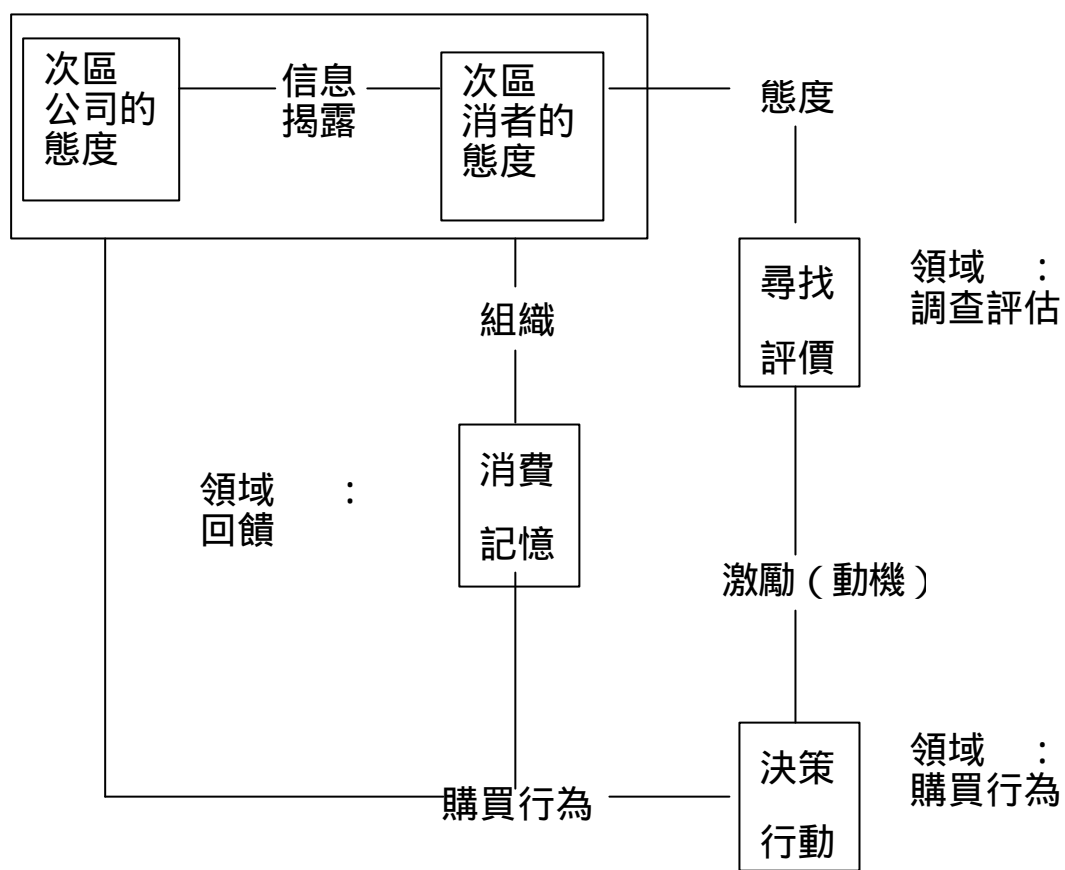


圖 2-9 尼克西亞 (Nicosia) 消費者行為模式

資料來源：陳定國(1986)

圖 2-10 Howard-Sheth 模式 資料來源：陳定國(1996)

Philip Kotler(1989) 認為若公司真正瞭解消費者面對不不同的產品特徵、價格，廣告訴求.....等的反應，則該公司將比其競爭者擁有更大的優勢。因此，企業界與學術界的行銷研究人員，花費很大的心血研究行銷刺激與消費者反應二者間的關係。他們研究的起點為圖 2-11，所示的刺激—反應模式 ( stimulus-response model )，圖中顯示行銷與其他刺激進入購買者的「黑箱」 ( black box )，會產生購買者的反應，左邊的刺激可分為二種類型，其一為行銷刺激，包括 4P，即產品、價格、配銷與促銷，另一為環境刺激，包括購買者總體環境，即經濟、科技、政治與文化等，所有的這些刺激皆透過購買者的黑箱，然後產生如圖右所示的購買者之購買決策，如產品的選擇、品牌的選擇、經銷商的選擇、購買時機及購買數量等，行銷人員的任務即在於瞭解，處於外在刺激與購買者購買決策二者之間的購買者黑箱究竟發生什麼事，可以下列二個問題來描述購買者黑箱的內容，

- 1、購買者的背景，包括其文化、社會、個人及心理等特徵，如何影響購買者的購買決策？
- 2、購買者的決策過程如何演變至購買選擇？

圖 2-11 指出購買者的購買決策深受購買者的文化、社會、個人與心理等因素的影響，這些因素詳細地列示於圖 2-12，其中大部分皆為行銷人員所「無法控制的」，但是卻必須予以考慮。

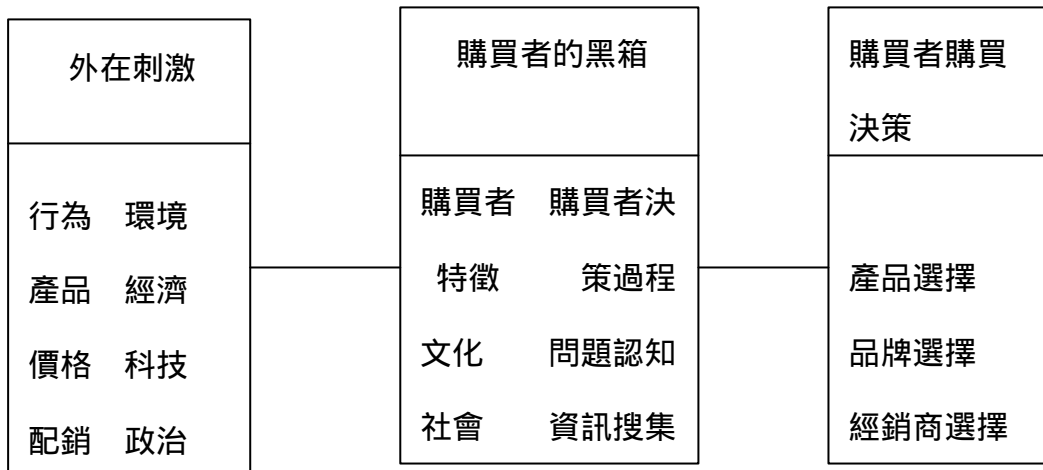


圖 2-11 Philip 的購買行為模式

資料來源：Philip Kotler(1989)

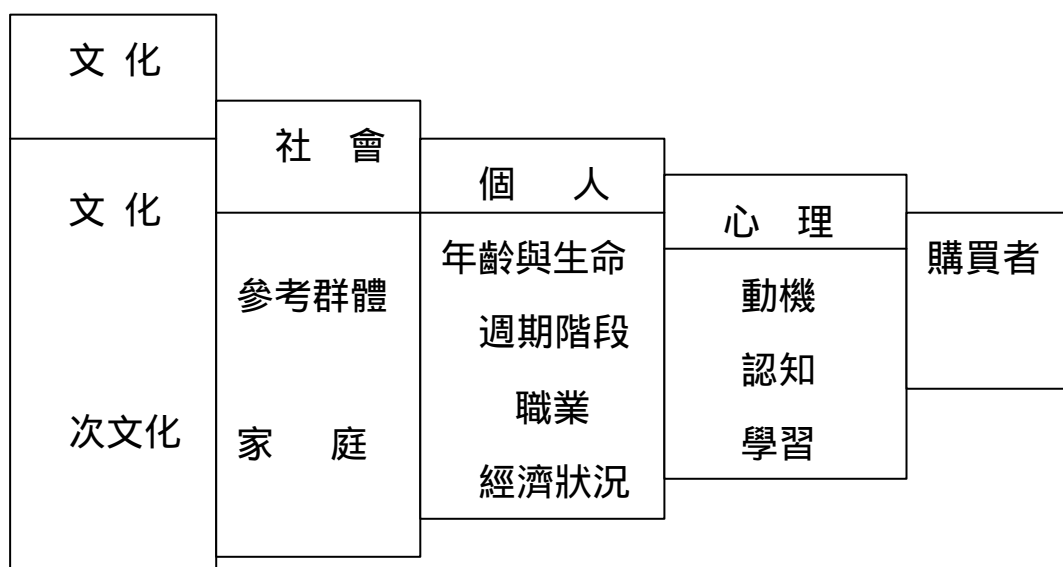


圖 2-12 影響行為之因素的詳細模式

資料來源：Philip Kotler(1989)

榮泰生(1991) 指出並非所有消費者的購買行為都是相同的，有三個特別重要的觀念會影響消費者的購買行為，即(1) 購買行為受購

買者環境的影響。(2) 購買者行為涉及人們如何找尋、接受和使用資訊，並對環境的反應和交互作用。(3) 購買者行為通常是有目的的決策過程。這些觀念在消費者行為中形成一個架構，如圖 2-13 所示。

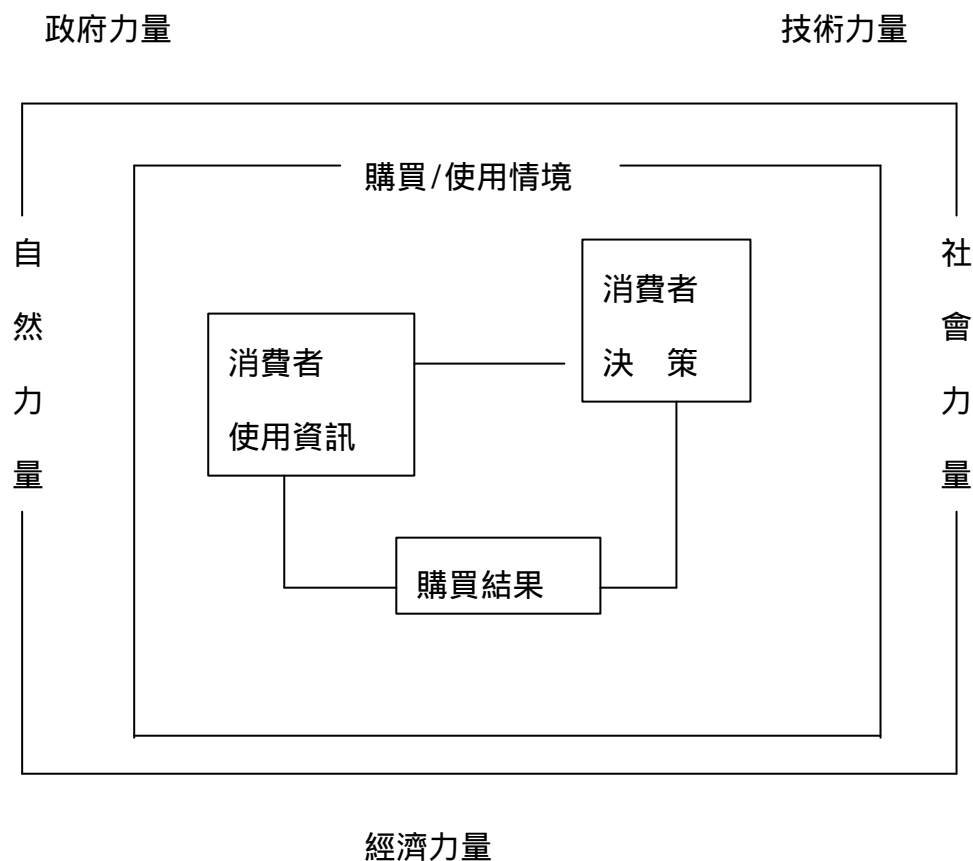


圖 2-13 消費者行為的基本模式 資料來源：榮泰生(1991)

許多年來研究人員及專家一直在研究消費者決策過程的模式，Engel et. al.(1995) 在其”Consumer Behavior”一書中，指出 John Dewey 可解決此問題且已在學術上和實務上獲得認同。John Dewey 的消費者決策過程涵蓋各種需求滿足行為及相關激勵與影響因素，我們把所有因素放在一起，即可建立決策過程行為模式，其過程如下：

1、需求確認(Need Recognition)：知覺到心理狀態與實際情境有差異，足以引發並進行決策過程。任何決策過程的最初階段是需求的確認。需求確認發生於一個人感覺到理想的狀態與實際狀況有差異時。換言之，當個人價值觀或需求(此有個別差異)與環境影響因素互動而產生慾望，因而引發決策之必要。需求的喚起是問題確認的主要來源，特別當該需求是與自我形象有關時，便成為去從事某特定目的行為的持續驅策力。許多潛在顧客此時可能已受許多因素刺激，例如對身材苗條的承諾，或要擁有最新樣式的時裝等。有時，他人的言行也是環境影響因素，例如，小孩常說服大人要到速食店用餐；許多父母看到別人的小孩上才藝課，也不願自己的小孩輸在起跑點，而紛紛投入戰局。需求的確認有其多面性，且是複雜的。

2、資訊尋求 (Search for Information)：尋求保留在記憶中的資訊(內部尋求)，或從外在環境中取得決策有關資訊 (外部尋求)。需求確認的下一步，是從記憶中作內部搜尋以決定現有己知的知識夠不夠作一選擇，還是要向外尋求更多資訊。外部尋求亦受到個別差異及環境影響。例如，有些潛在客戶買東西，總是小心翼翼，需要更多額外或詳細資料，有些人則沒做任何比較就買下來。資訊尋求也受情境影響，資訊尋求要用到兩類資訊來源：(1)為行銷人員所掌控者(2)為其他。如圖 2-19，前者是廠商為資訊與說服目的所提供之任何東西，如；廣告、銷售點的型錄海報或掛牌；或來自他人的口碑也後重要；也有一些客觀的資訊，如：消費者報導將產品分等級。

3、購前方案評估 (Pre-purchase Alternative Evaluation)：根據期望利益評估各可行方案，並縮小選擇範圍至偏愛的方案。

4、採購(Purchase)：取得所偏愛的方案或可接受的替代品。

5、消費 (Consumption)：使用所購買的產品。

6、購後方案評估 (Post-purchase Alternative Evaluation)：評估消費經驗所帶來滿意的程度。

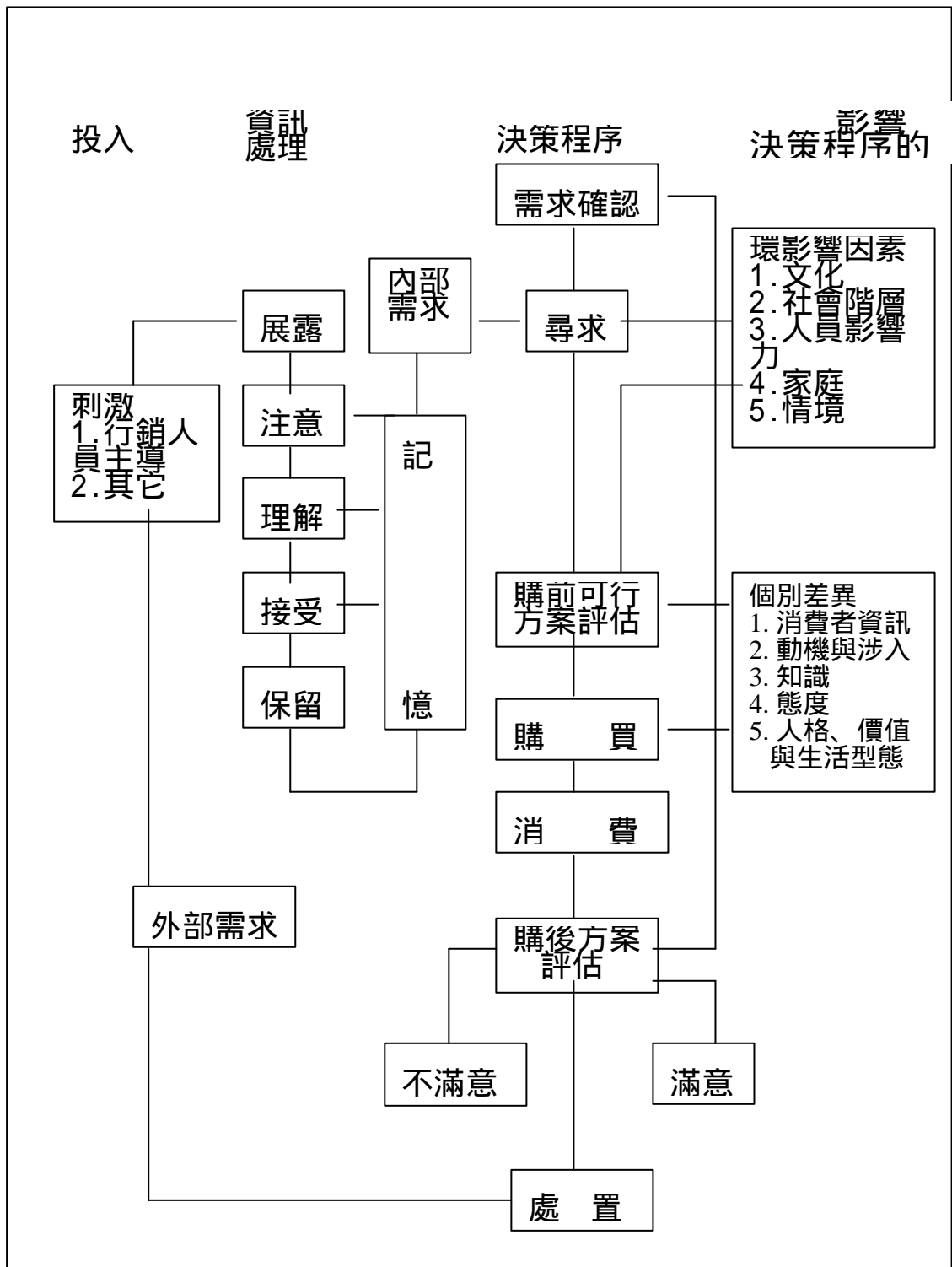


圖 2-14 資訊處理

資料來源：James (1995) “Consume Behavior- John Deway”

消費者決策過程模式的發展，可提供一廣泛的參考架構。模式是一個現象的化身，界定了相關的變數及變數間的相互關係。此模式有以下優點：

- 1、提供行為之解釋，可迅速掌握變數或環境改變的直接情況
- 2、提供研究的參考架構，建立研究先後順序，並引發相關研究議題。
- 3、提供管理資訊系統的基礎。適當的使用模式，可揭露決策過程所需資訊及行銷策略的必要條件。

消費者決策受許多因素影響，這些可歸為三類：

一、個別差異：影響消費者行為的個別差異，主要有五個：

- (1)、消費者資源：每個人作決策時，會考慮時間、金錢、資訊接收與處理能力，由於每個人在這三者都有可用度與限制條件，因而須仔細分配。
- (2)、知識：消費者知識即存在記憶中的資訊及有關取得產品與服務之特性、購買時間與地點、如何使用產品等知識。評估目標市場顧客的知識水準很重要，主要是可透過廣告與銷售提供相關知識與資訊以供作為決策之用。
- (3)、態度：對產品或品牌的態度會影響行為。態度是對一個可行方案正面或負面的整體評估。態度一旦形成，對未來的選擇即扮演重要角色，且很難改變。
- (4)、動機：心理學家與行銷人員都想進一步探究行為發生、起動的原因。
- (5)、人格價值觀與生活型態：所謂心理描繪研究（Psychographic Research）深入探討的個人特質、價值觀、信念及形成市場區隔的特定行為類型。



二、環境影響因素：消費者生活在一複雜環境中，其決策過程受到下列因素影響：

- (1)、文化：文化在消費者行為中被研究，是因其和價值觀、想法、文物及其他有意義符號有關。而這些是用來協助個人與社會其他成員溝通、解釋與評估之用。
- (2)、社會階層：社會階層是社會中，價值觀、興趣及行為相似的人所組成，社經地位從高至低的差異而區別出來，所以也導致不同的消費行為。例如：所開的車種、購物的場所、穿著打扮、休閒方式。
- (3)、人員影響：我們的行為常受週遭親近或認識的人影響，人們常對知覺到的壓力作反應，以順從規範或他人的期望，有時我們也諮詢他人意見，以作為購買決策之用，如觀察別人的所作所為，這些人就成為比較參考群體，我們所詢問的對象，即可視為影響者或意見領袖。
- (4)、家庭：二次世界大戰後，家庭就成為研究的焦點。家庭常是初級決策單位，卻有不同變化類型、複雜的角色及功能。當一家人有共同興趣的購買決策時，合作與衝突常發生。
- (5)、情境因素：行為常隨情境不同而變。這些改變常是瞬間、無理可循，但有時又可透過研究加以預測以制定策略。行銷人員常需控制情境影響力，尤其是零售賣場，以影響消費者購買的心情。
- (6)、心理程序：最後要了解且必須抓住影響消費者行為的三個基本心理程序是：資訊處理、學習、態度及行為改變。資訊處理是最基本的行銷活動。消費者研究一直是在發掘人們如何接收、處理及解釋各種行銷溝通。消費者至上的基本原則：人們視聽他們所想視聽的事物，資訊處理就成為一重要研究課題。

- (7)、學習：要影響消費者就要透過學習，即經由經驗導致知識及行為改變的過程。
- (8)、態度及行為改變：改變態度及行為是行銷的重要目標，此過程反映出基本心理學的影響力。

在以上的討論都是商品類型( commodity-type) 的產品，直到 Kotler(1975)、Gaedake(1977)和 Loveiok & Weinberg(1978) 將產品的概念和原理應用於非營利性環境(nonprofit setting)，其它被用來指稱這些非傳統的 非商品的應用領域的用語還包括 Henion(1976) 的生態環境，Loveiok(1977) 的非商業環境，Green(1980) 社會環境等。非營利性環境的應用領域包括宗教、犯罪制裁、能源節約、政治活動和醫療活動。雖然這些情境可能會也可能不會被視為利益導向，且可能會也可能不會具體的顯示出商業性質的所有面貌，但它們有一個共同屬性，就是提供消費者某些服務或觀念，而不是有形的商品。

Green(1980) 指出非營利性機構的產品比商業產品更具情緒上的涉入。Novelli(1980) 非營利性環境的應用與私人企業的應用有某些實際差異，非營利性環境特別能應用情緒反應的各種原理當其有效背景。之前的學說原理被隱含地、無意地應用於非營利性環境，一直到 1941 年珍珠港事件後，美國正式成立「戰時廣告評議會」才開始正式的、有意的研究消費者行為如何應用於非營利性環境。Philip Kotler 和 Sidney Levy(1969) 更提出私人企業所使用的行銷技巧如何有效應用到非營利性環境，此舉使著非營利性環境的應用更具有理論背景。Robertson(1971) 將非營利性環境的消費者行為應用在醫療保健系統，藉以找出醫療保健系統中何種類型屬性會提高或降低消費者的使

用率。在下一節中將專門討論消費者行為應用在醫療服務的行為模式。

#### 四、 醫療服務利用行為模式

1968年 Andersen 發展醫療服務利用行為模式(Behavior Model Of Health Service Utilization )，其第一版醫療服務利用行為僅強調以個人為單位的因素探討，所以 Aday 及 Andersen 與其他學者後來漸漸將該模式修正，至 1995 年出版第四版的醫療服務利用行為模式，以下將對該模式予以介紹：

##### (一)、 第一階段醫療服務利用行為模式

1968 年 Andersen 提出第一階段醫療服務利用行為模式如圖 2-15，該階段之醫療服務利用行為模式主要特色為將個人醫療服務利用之影響因素，分成下列三方面作探討 (Aday & Andersen, 1974)：

1、 傾向因素( Predisposing Component )：所謂傾向因素乃指病患發病前之個體使用醫療服務傾向( Propensity Of Individuals to Use Service )，該因素可以分成下列三大類：

- A、 人口學特質( Demographic )：年齡、性別及婚姻狀況等等。
- B、 社會結構特質( Social Structure) 教育程度與職業類別等等。
- C、 健康信念( Health Belief)：指對醫療保健之知識與價值觀，例如：是否相信醫療效果等等。

2、 能用因素( Enabling Component)：能用因素指外在環境中，促進(或阻礙)個人使用醫療服務資源之因素，即協助個人使用醫療照護

之資源，這些資源可分成兩大部份：

- A、個人/家庭資源( Personal/Family)：例如：財物收入、固定資產所有權、健康醫療保險之有無等等。
- B、社區資源(Community)：社區醫療資源的多寡及醫療資源的可近性等等。

3、需要因素( Need Component)：需要因素指個人的健康需要因素，可分成兩方面：

- A、個人主觀感受( Perceived)：個人對醫療保健需求的評估，視其對疾病的忍受程度或健康異常狀況的定義而定，例如：自覺無法工作天數及自述一般健康狀況等等。
- B、疾病臨床評估( Evaluated)：醫療人員運用標準化的測量工具及診斷指標來評估個人醫療保健需求。

由於該模式所探討之醫療服務利用影響因素，僅著重於個人因素的探討，對於醫療服務系統因素、滿意度因素、政策因素等等其他相關因素，皆未納入該模式中，且對於醫療服務利用的概念亦未釐清，因此有後續的修正模式，第一階段之醫療服務利用行為模式之整體運作模型如下：

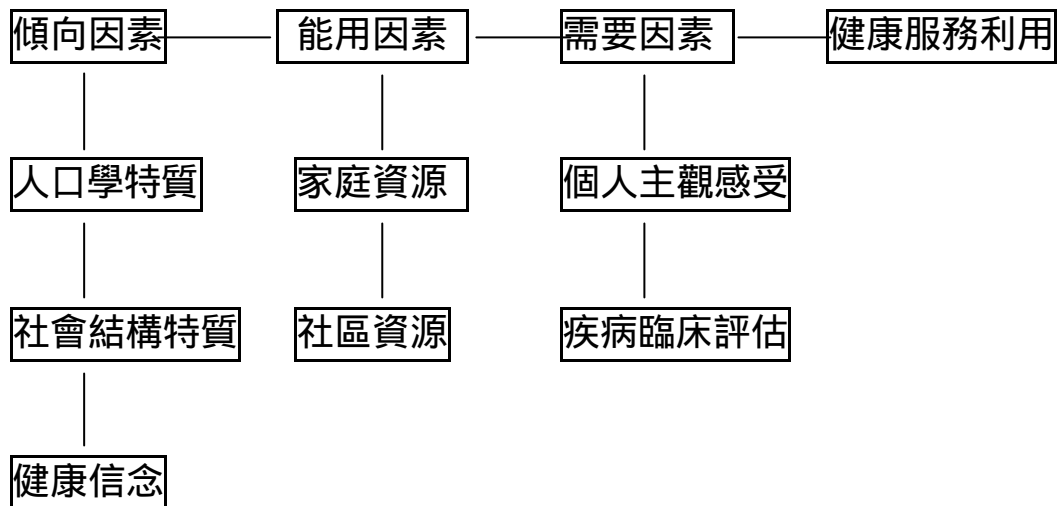


圖 2-15 第一階段醫療服務利用行為模式

資料來源：Aday & Andersen(1974)

## (二)、 第二階段醫療服務利用行為模式

Aday & Andersen 於 1974 年所提出的第二階段醫療服務利用行為模式(Aday & Andersen , 1974)，又稱為健康系統模式，該模式最大的特色是釐清醫療服務利用的觀念及將健康照護提供體系特徵因素、消費者滿意度因素、政策因素納入該模式中，此外該模式亦將之前提出之個人因素中的能用 (Enabling)因素及傾向(Predisposing) 因素再分成可變( Mutable)因素及不可變(Immutable)因素 在醫療服務利用方面，該模式將醫療服務利用按下列四大方面來探討：

- (1) 醫療服務型態 (Type of Utilization)：指接受醫療服務的形式，如西醫、中醫、牙醫等，
- (2)、醫療服務地點(Site of Medical Care)：指接受醫療服務的地點，如：診所、 醫院、病人住處等。
- (3)、求醫目的(Purpose)：指民眾使用醫療服務的目的為預防保健服

務、治療性醫療服務或復健性醫療服務等。

- (4) 就醫頻率(Time Interval for A Visit)：指民眾使用某項醫療資源的比率及使用某類型醫療資源的平均次數。

在醫療服務利用影響因素方面，第二階段醫療服務利用影響因素如圖 2-16，除原先的個人影響因素外，尚包含衛生政策因素、健康照護提供體系特徵 (Characteristics of Health Care Delivery System) 及消費者滿意度等三大類因素，表 2-7 表示醫療服務利用影響因素之操作型指標。

- (1)、衛生政策因素：主要針對財務(Financing)、教育(Education)、醫事人力 (Manpower)、及健康照護組織(Organization)等四大部份，作為醫療資源可近性改善之思考。
- (2)、健康照護提供體系特徵因素：主要可以分成資源(Resource)與組織(Organization)兩大方面。在資源方面，主要指健康照護時所投入的資產(Capital)與人力(Labor)，而這些資源之總量(Volume)與分配(Distribution)，亦是在資源方面因素探討時的重點。而在組織方面，主要是指上述資源投入後，資源如何在健康照護過程中獲得利用與管理，其所探討的方向可以分成進入(Entry)及結構(Structure)，所謂的進入是指民眾如何進入健康照護組織以使用健康照護資源，而結構因素，主要是指民眾欲進入健康照護組織所會面臨的相關條件、規定或障礙等等。
- (3)、消費者滿意度因素：主要是指消費者使用過健康照護之後，對於健康照護之評價，其評價方向可以分為以下五大項，即方便性、成本、協調、資訊、品質及禮貌等五大項。
- (4)、危險人口特徵( Characteristics Of Population at Risk) 其基本概念

與第一階段之醫療服務利用行為模式相同，但是第二階段之醫療服務利用行為模式將個體因素中的傾向因素及能用因素再分為可變動及不可變動兩類，所謂的可變動泛指：個體健康信念、所得及健康保險之有無等等因素，而不可變因素包含：性別、年齡及種族等變項。

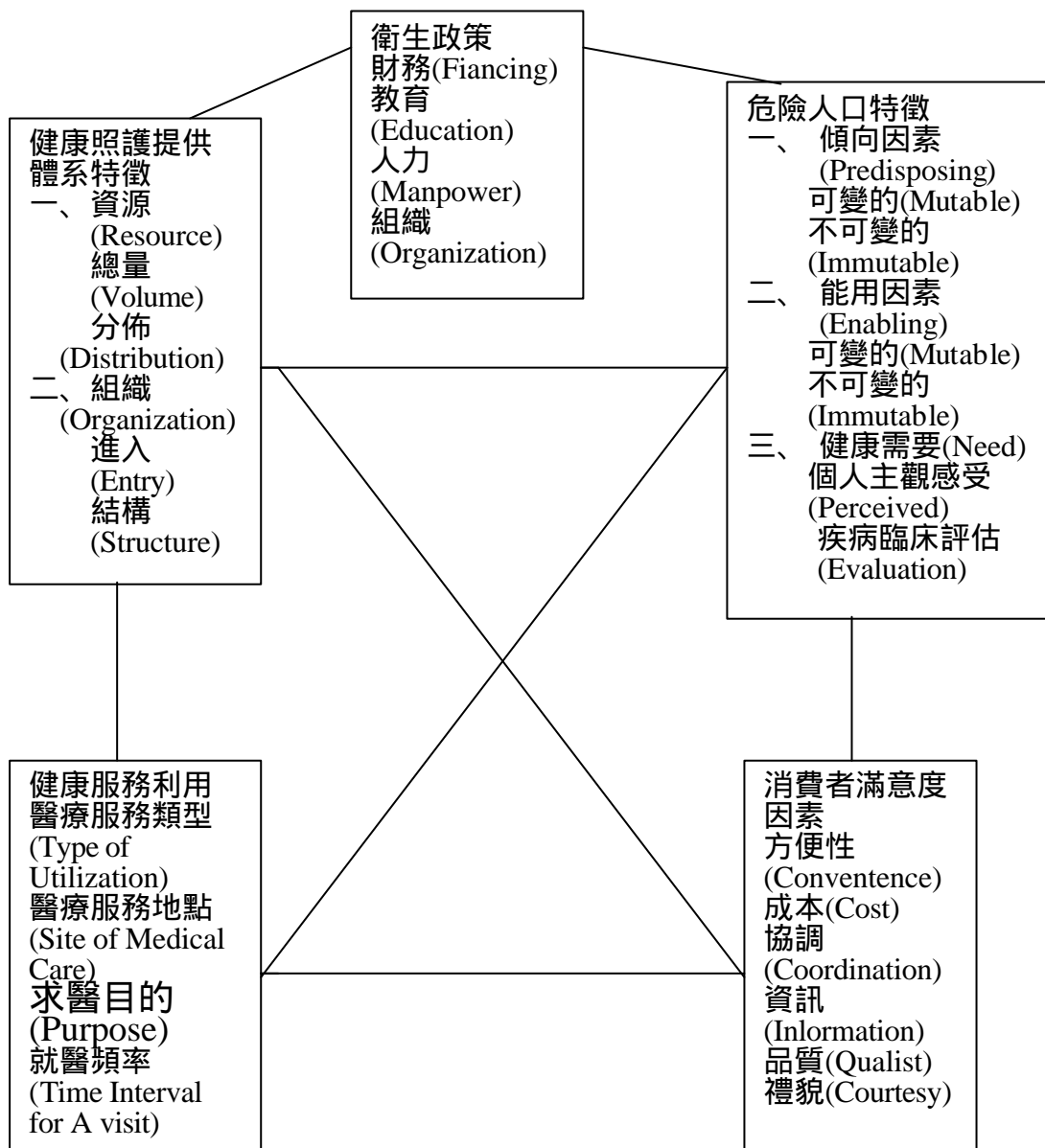


圖 2-16 第二階段之醫療服務利用行為模式

資料來源：Aday & Andersen(1974)

表 2-7 醫療服務利用影響因素之操作型指標

<p>健康照護提供體系特徵因素</p> <p>(一)、資源</p> <p>1、資源總量</p> <p>A、人力</p> <p>a、基層醫師數</p> <p>b、醫事專業人員數</p> <p>B、設施</p> <p>a、醫院數</p> <p>b、醫院病床數</p> <p>2、資源分布：</p> <p>A、每千人口醫事人員數</p> <p>B、每千人口病床數</p> <p>(二) 組織</p> <p>1、進入</p> <p>A、例行性(常設)健康照護資源(Regular Source of Care)之方便性</p> <p>a、夜間、週末、緊急狀況時健康照護資源之可利用性(Availability)</p> <p>b、交通工具類型</p> <p>c、交通時間</p> <p>d、等候看診時間</p> <p>e、平均每位醫師看診時間</p> <p>B、非例行性健康照護資源使用</p> <p>a、未使用例行性健康照護資源的理由</p> <p>b、協助未使用例行性健康照護資源尋找健康照護</p> <p>2、結構：</p> <p>A、例行性健康照護資源類型</p> <p>a、資源提供者之執業地點</p> <p>b、提供者之類型，</p> <p>c、輔助性(Paramedical)提供者類型</p> <p>d、主治醫師(Attending physician)專業類型</p> <p>B、第三者團體給付(Third-Party Coverage) 類型與程度</p> <p>a、健康計劃種類</p> <p>b、給付範圍</p> <p>c、自負(Out-of-Pocket) 金額</p>	<p>危險人口特徵因素</p> <p>(一)、傾向因素</p> <p>1、可變因素</p> <p>A、健康信念及態度</p> <p>B、健康照護知識</p> <p>2、不可變因素</p> <p>A、年齡</p> <p>B、性別</p> <p>C、家庭人口數</p> <p>D、種族及少數民族(Ethnicity)</p> <p>E、教育程度</p> <p>F、職業狀況(Employment Status)</p> <p>(二)、能用因素</p> <p>1、可變因素</p> <p>A、家庭收入狀況</p> <p>B、例行性照護資源(Regular Source of Care)之種類與便利性</p> <p>C、第三者團體給付(Third-Party Coverage)類型及程度</p> <p>2、不可變因素</p> <p>A、居住地</p> <p>B、地區特性(Region)</p> <p>C、居住社區的時間(Length of Time in Community)</p> <p>(三)、需要因素</p> <p>1、個人主觀感受(Perceived)：</p> <p>A、自覺般健康狀況</p> <p>B、疾病介入</p> <p>C、失能天數</p> <p>2、疾病臨床評估(Evaluated)：</p> <p>A、醫師疾病狀態嚴重度調查</p> <p>B、醫師疾病症狀嚴重度調查，</p> <p>消費者滿意度因素</p> <p>(一)、最近一次健康照護資源使用滿意度</p> <p>(二)、一般健康照護資源使用滿意度</p>
--	---

資料來源：Aday & Shorrell(1988)



### (三)、第三階段醫療服務利用行為模式

第三階段醫療服務利用行為模式如圖 2-17，認為醫療服務利用可以維持並改善人們的健康情形，並且再提出下列兩大類變項，來修正該模式(Andersen & Aday, 1995)

- (1)、外在環境：強調外在環境的變化，會影響人們對於醫療服務的利用，例如：政治、經濟等因素。
- (2)、個人健康行為：強調健康行為會影響健康結果，例如：飲食、運動、自我照護等。

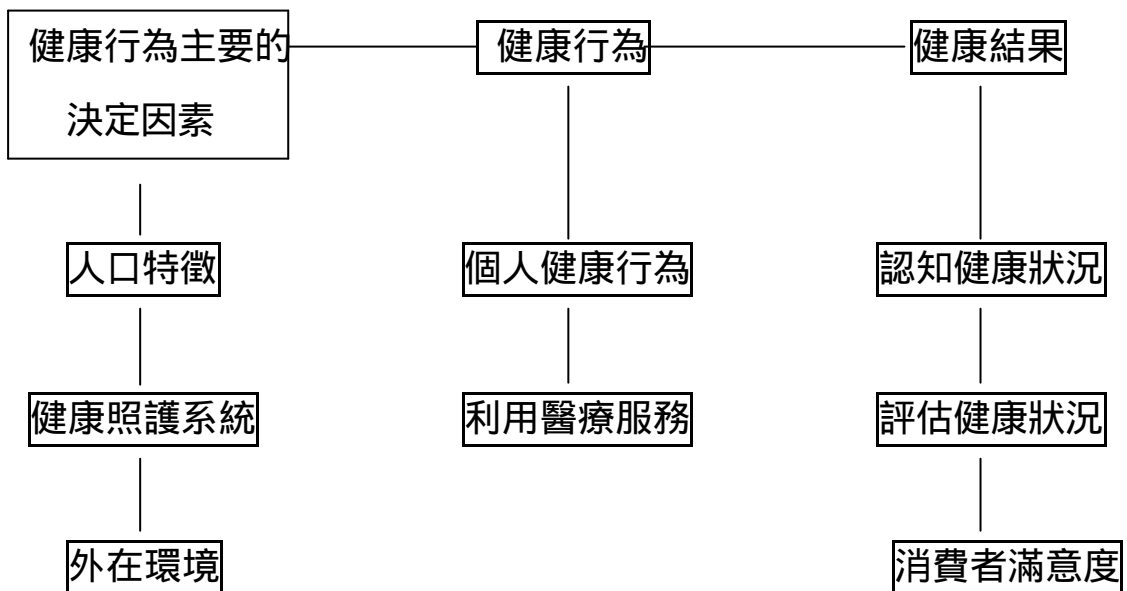


圖 2-17 第三階段醫療服務利用行為模式

資料來源：Andersen & Aday(1995)

### (四)、第四階段醫療服務利用行為模式

第四階段之醫療服務利用行為模式如圖 2-18，由 Andersen 整合 Evan、Scoddart 及 Patrick 等人之研究觀念後提出，該模式最大特色為將醫療利用行為視為一種動態(Dynamic)及循環(Recursive)的概念，強調模式中各種因子的動態均衡及交互影響，例如：利用醫療

服務後之健康狀況結果將會再影響個人健康行為(Andersen & Aday , 1995)

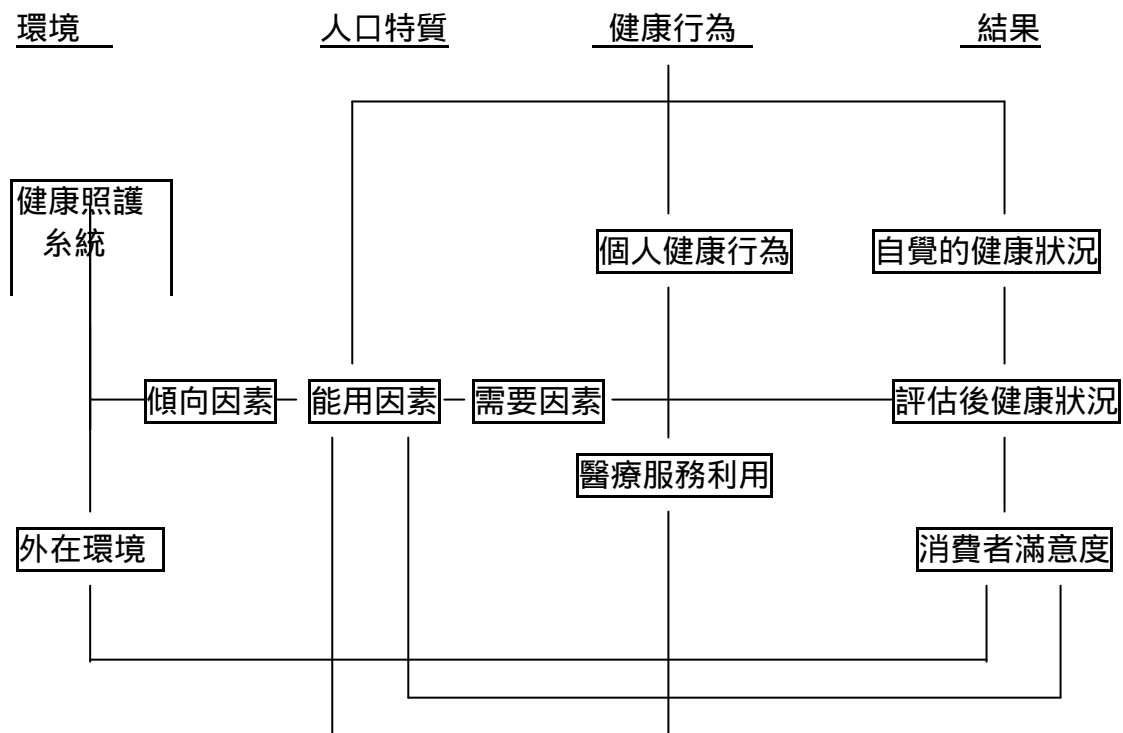


圖 2-18 第四階段醫療服務利用行為模式

資料來源：Andersen & Aday(1995)

國外其他採用 Aday & Andersen 醫療服務利用行為模式進行另類醫療利用行為分析之研究結果顯示，影響另類醫療利用相關的因素如下：

- (1) 傾向因素方面：性別、教育程度、職業、年齡及社會層級(Wellman , 1995; Berger , 1993 ; Eisenberg , 1993 ; Sharma , 1992)。
- (2) 能用因素方面：收入及另類醫療轉診管道為主要影響因素 (Eisenberg , 1993 ; Sharma , 1992 ) 。
- (3) 需要因素方面：病人過去病史及疾病嚴重度為主要影響因素

(Wellman , 1395 ; Berger , 1993 ; Eisenberg , 1993 ; Sharma , 1992)。

Suchman(1965)提出疾病行為階段模式 (Stages of Illness Model) , 以圖 2-19 來解釋個人求醫行為, 該模式主要特色乃藉由社會學角度來發覺個體由病症到就醫復原的整個行為過程, 整個行為過程分為下列五階段: (1)、疾病症狀經驗階段(Experience of the Symptom) : 個體之求醫行為主要開始於身體不適所產生的就醫動機, 該模式認為在此階段時, 個體會先感覺到身體上的不適, 接著會認為這些身體上的不適可能導因於某種疾病發生, 且該疾病將會影響到其日常生活, 造成個體之社會功能障礙。(2)、疾病角色假設階段(Assumption of the Sick Role) : 該模式認為此階段個體會認為自己已生病, 並且需要醫療照護, 而尋求醫療照護的管道包含自我診斷醫療、非專業諮詢系統, 如 親友建議, 或民俗療法等, 斬漸將自己變成一個病人。(3)、醫療照護接觸階段 (Medical Care Contact) : 若個體經過第二階段病情仍未改善或更加嚴重, 則個體將會轉而向醫療專業人員尋求協助, 此階段其病人角色將更具有合法。(4)、依賴性病人角色階段 (Dependent-Patient Role) : 係指個體將對於疾病治療的控制權交給醫療專業人員, 個體將遵照醫囑的指示, 而醫師與病人的互動是影響病人遵醫囑行為及康復狀況的關鍵, 至此階段「病人」角色完全確定。(5)、恢復或復健階段 (Recovery or Rehabilitation) : 當病人利用醫療服務後, 病人大多會除去病人角色而恢復成為健康人角色, 但對於需長期治療或難以治癒的病人, 則必須接受復健治療。

	第一階段 疾病症狀 經驗	第二階段 疾病角色假 設	第三階段 醫療照護 接觸	第四階段 依賴性病 人角色	第五階段 恢復或復健
決策	身體不適	放棄日常角 色	尋求專業 協助	接受專業 治療	放棄病人角 色
行為	民俗醫療 與自我醫 療	要求他人暫 時確認自己 的病人角色 -繼續使用 民俗醫療	尋求病人 角色之權 威性合法 化-磋商治 療方式	接受治療- 遵醫囑行 為	回復日常角 色
結果	否認   延遲   接受	否認   接受	否認   到處購買   確認	放棄   續得利益   接受	拒絕   裝病   接受

圖 2-19 疾病行為模式

資料來源：Rodney(1978)

Mckinlay(1970) 提出以下六種模式來預測個體醫療服務利用：

- (1)、人口學模式 (Demographic)：包含年齡、性別、婚姻狀況、家庭人口數及居住地等變項。
- (2)、社會結構模式(Social Structure)：包含社會階層、種族、教育程度及職業等變項。
- (3)、社會心理模式 (Social Psychological)：包含健康信念、價值觀 (Value) 態度、常模(Norm) 及文化。
- (4)、經濟模式 (Economic)：家庭收入、保險給付、醫療服務價格及醫療服務提供者與人口比(Provider/Population Ratio)。
- (5)、組織模式(Organizational)：醫師執業組織、輔助人員使用 (Use Of Ancillaries)、例行性健康照護資源 (Regular Source of Care) 及轉診系統 (Referral Patterns)等變項。
- (6)、系統模式(Systems)：將前述所有變項納入，並考量各變項間的交互關係對於醫療服務利用的影響。

Rosenstock(1974)發表醫療服務利用行為模式，該模式稱為健康信念模式(Health Belief Model) ，如圖 2-20，其最大特色在於由社會心理層面來解釋人們尋求醫療服務的決策，早期該模式主要應用於預防性醫療照護及病患遵醫囑行為的解釋，後來，陸續有學者發現，該模式亦可用於治療性醫療照護。該模式認為人口學變項 (Demographic)、社會心理學變項(Sociopsychological) 及結構變項 (Structure Factor) 將會影響醫療服務利用行為。該模式所包含的三項基本要素如下：(1) 自覺疾病罹患性 (Perceived Susceptibility)及自覺疾病嚴重度(Perceived Severity)。所謂自覺疾病罹患性，係指個人主觀評估罹患某種疾病的可能性，而自覺疾病嚴重度，係指個人主觀評估罹患某種疾病後之嚴重程度，其嚴重度之評估不僅包含死亡、殘障及生理上的疼痛，亦強調因患病所造成的生活影響。(2) 自覺利用醫療服務之利益與障礙 (Perceived Benefit of Action V.S. Perceived Barriers of Action) 。該模式認為個體對於疾病的自覺並不足以使個體使用醫療服務，個體將會針對使用醫療服務後所會帶來的利益及負面效應進行評估。所謂自覺利用醫療服務之利益，係指個人利用醫療服務之後，對於疾病罹患性及嚴重度降低之主觀評估，而自覺利用醫療服務之障礙，係指個體自覺於利用醫療服務過程中，所必須付出的成本及其他負面影響。(3) 行動資訊來源(Due to Action)。係指協助個體採用適當醫療服務之資訊來源，包含內部來源與外部來源。

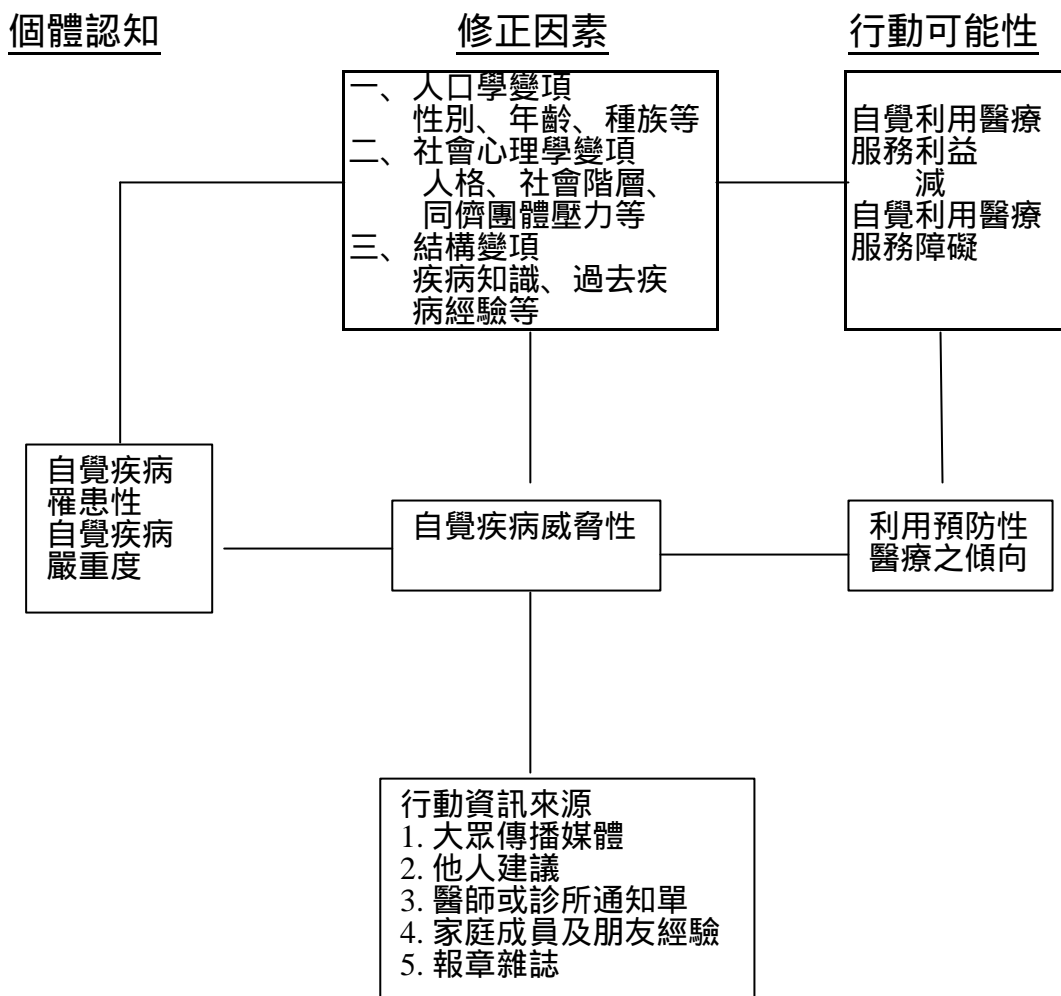


圖 2-20 健康信念模式 資料來源：Rosenstock(1974)

Mechanic(1978)所發展的求醫行為模式 (General Theory of Help Seeking) 認為社會及心理學因素，將會影響病人需要求醫之認知，共計包含下列十大因素：(1)、疾病之察覺、認知程度及接受度。(2)、對疾病嚴重度之認知。(3)、疾病症狀對家庭、工作及其他社會功能干擾程度。(4)、疾病症狀出現的次數、持續時間或復發之頻率。(5)、病人對於病症之忍受程度。(6)、症狀評估者之知識、資訊來源、文化背景其瞭解程度。(7)、導致否認疾病的根本因素。(8)、與醫療需求相互競爭的其他需求。(9)、對於病症之其他可能解釋。(10)、治療資源之可近性，例如社會距離 (Social Distance)、羞恥感、就醫成本及

距離遠近等。

## 五、 民眾中醫醫療服務利用及影響因素

本節文獻探討分七部份，首先收集有關醫療資源分佈與醫療利用的資料，第二部份收集有關自覺疾病與醫療服務利用相關性文獻整理，第三部份討論健康保險與醫療利用的資料文獻，第四部份疾病別與中醫醫療利用相關性文獻整理，第五部份資訊與民眾就醫相關性文獻整理，第六部份就醫場所與民眾選擇醫療服務相關性文獻整理，第七部份民眾與醫師間相關性文獻整理，第八部份有關民眾特質方面的資料文獻等逐步探討。

### (一)、 醫療資源分佈與醫療利用的資料文獻：

近幾年來，在探討醫療資源與醫療利用的研究結果中，若在醫療資源缺乏區，民眾的醫療需求會隨著醫療資源的增加而增加，則代表有「可用效應」存在；相反的，醫療需求隨著醫療資源增加而增加的關係若發生在醫療資源充足區，則表示有「誘發效應」的存在。為此，翁瑞宏(2000)在「全民健康保險中醫門診醫療利用之研究」一文中指出投保地區每萬人口西醫師數越少而中醫利用越高；投保地區每萬人口中醫師人數為 0.50 名以下之中醫門診利用皆低於其他地區。該文另指出全體研究對象之利用中醫門診比率為 25.7%，每人每年平均中醫門診利用次數為 1.29 次，每人每年平均醫療費用為 585.42 元，利用次數 5 次以上（含 5 次）的研究樣本佔全體研究對象 8.4%。而張育嘉(2001)以中醫醫療為標的，分析醫療資源缺乏區是否存在可用效應；以及醫療資源充足區，是否存在著誘發效應進行研究，結果如下：

1. 在中醫醫療資源較缺乏的地區，每萬人口中醫師數增加一名，民眾之中醫門診利用次數增加 0.33 次 ( $P < 0.0001$ )、醫療費用增加 146.91 元 ( $P < 0.0001$ )，表示民眾的醫療利用情形會隨著中醫醫療可用性的增加而增加，印證了醫療資源缺乏區存在著可用效應。2. 在中醫醫療資源充足的地區，每萬人口中醫師數增加一名，民眾之中醫門診利用次數僅增加 0.08 次 ( $P < 0.0001$ )、醫療費用僅增加 37.11 元 ( $P < 0.0001$ )，可知民眾中醫醫療利用隨著中醫醫療可用性增加而增加的情形較前述區域來得少，表示醫師誘發需求的情形相對較不明顯。但不同的是黃芬芬 (1998) 在探討是否醫療資源越多，會有醫療利用率越高的現象。也就是說檢驗是否有醫師誘發需求的存在卻有不同結果。其結果顯示，在其他條件不變下，當每萬人口病床數愈多，住院人日、急診人次及手術人次均愈高。此結果對於醫師誘發性需求的假設提供了支持性的佐證。另外，吳肖琪 (1980) 在「健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響」，發現民眾是否就醫不受醫療供給者影響，但就醫次數多寡則受醫療資源可用性影響。在『醫療資源寡』地區，隨醫療資源可用性愈高，民眾利用西醫較高；『醫療資源足』地區，民眾之西醫門診利用即不受醫療資源供給之影響。因此醫政當局除了在加強醫療市場競爭機制的同時，也需重視醫療供給者誘發性需求的影響。同樣的研究結果，在邱清華等人 (1990) 於民國 78 年針對台灣地區民眾進行中醫醫療狀況及需求調查，該研究結果為勞保特約中醫診所三家以上的地區其使用量為三家以下地區的 1.75 倍。而在吳肖琪 (1991)，於民國 77 年，對宜蘭、花蓮、彰化、新竹及屏東五個醫療網區域進行抽樣問卷訪視研究結果亦同，其結果顯示 1、一個月間有利用中醫的比率為 1%、中醫利用次數 0.02 次。2、醫療資源對西醫門診的影響，在醫療資源不足區，民眾醫療需求顯著地隨醫療供



給之增加而增加；在醫療資源充足區，則不受醫療供給之影響。3、醫療資源對中醫門診的影響：未考量疾病嚴重度及生病日數時，醫療資源可用性越好的地區，民眾利用中醫越少。若將上述兩因素納入考量，則醫療資源可用性越好的區域，民眾利用中醫越多。西醫門診與中醫之間存在正向相輔相成關係。羅紀瓊(1991)針對民國 77 年及 78 年的勞保全體保險對象進行中醫醫療利用調查，結果發現一年期間有利用中醫的比率為 14.7%、複向就醫比率為 16.0%，一年平均中醫利用次數為 1.18 次。供給越多者，則中醫利用次數越多，此結論與上述結果亦相同。

其它相關研究尚有：王嘉蕙(1992) 研究門診利用行為、買藥行為與求醫傾向三者間關係，發現、過去三個月內平均西醫就診次數為 1.46 次，其次是買西藥平均 0.71 次。賴芳足(1996)研究全民健保實施後影響民眾醫療利用之因素探討，研究結果發現居住於醫療資源缺乏的偏遠地區及醫療資源充足之一般地區醫療利用並無統計上的顯著差異。陳淑貞(1997)探討全民健康保險實施後的健康照護提供影響差異，結果發現若就醫療服務資源多寡來比較時，醫療費用支出會集中於醫療服務資源較豐富的地區；再進一步比較影響差異的原因時，則發現所得高低對醫療服務使用的差異會透過該居住地的醫療服務資源的多寡反映出來，故可知在全民健保實施後，就醫的財務障礙減少，但醫療服務資源提供不足的結構性障礙卻仍存在。林致坊(1998)研究民國 85 年及 86 年全年中醫及西醫就診情形。研究結果顯示 1、中醫利用率為 22.0%。複向就醫者佔 20.5%，平均每人次每年中醫醫療費用為 442.59 元。2、高度利用中醫者佔研究對象 5.07%，卻用了 62.68%中醫次數，62.31%中醫費用。3、中醫資源可用性最低的區域其利用中醫機率遠低於可用性中等的區域。4、複向就醫者高度利用

中醫的機率、曾因同疾病重複使用中藥的機率、中醫利用次數皆顯著較高。5、去年中醫利用次數越多者，利用中醫的機率、複向就醫的幾率、高度利用中醫的機率、曾因同疾病使用中藥的機率、中醫利用次數顯著較高。

## (二)、自覺疾病與醫療服務利用相關性文獻整理

在自覺疾病與醫療服務利用相關性文獻中，曾曉琦(1995)探討健康狀況變化對老人醫療服務利用的影響。結果顯示 1、罹病狀況惡化老人西醫門診服務利用的次數顯著較多，而自評健康變好老人西醫門診服務利用次數顯著較少，2、自評健康變差、罹病狀況惡化及身體功能惡化的老人住院的機會較大，而自評健康變好的老人住院的機會較小。可知老人健康狀況變化仍為影響醫療服務的主要因素。有相同研究結果的尚有，李佳霽(1996)探討中部五縣市民眾健康狀況及醫療利用的研究，其結果顯示個人評估身體健康程度愈差則西醫門診的利用會較高。另一篇姚友雅(1998)的研究結果亦同，其研究臺北市國中生成求醫行為現況，關於需要因素與求醫行為的關係結果，可發現自覺健康狀況越差者求醫次數越多，求醫積極性也越好；健康問題發生次數越多者求醫次數亦越多，但求醫積極性卻越差。

葉信宏(2000)以台灣老人為實證研究的對象分析教育程度和自身健康的關係，實證結果顯示，臺灣地區老人的教育程度多寡會直接影響自身的健康狀況，而不可觀察的原因對健康的影響並不顯著，此結果支持 Grossman (1972b, 1976) 的看法，亦即教育可以提高個人生產健康的效率觀點。其它相關文獻尚有：吳肖琪(1980)在”健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響”，發現醫療利用主要受需要因素，尤其是自覺疾病嚴重度與生病日數影響。醫療資源多寡與罹疾病

數交互作用會影響醫療利用，當罹病較多的情況下，隨居住地區醫療資源愈多，西醫門診、住院利用愈多，西藥利用愈少。

翁瑞宏(2000)在”全民健康保險中醫門診醫療利用之研究”一文的結果，有慢性病者之中醫門診利用情形皆高於沒有慢性病者；有重大傷病者之中醫門診利用情形皆高於沒有重大傷病者。案件別方面，每案件平均費用以「中醫慢性病」最高；有合併症或併發症之每案件平均費用高於無合併症或併發症。

### (三)、健康保險與醫療利用的資料文獻

蘇春蘭(1987)研究農民健康保險的介入對農民醫療照護利用的影響。以台中縣參加農保的外埔農民，無農保的新社農民和外埔非農民為比較樣本；研究結果如下：1、外埔農民受訪前一個月內使用西醫門診比率達 46.0%，平均每人使用 1.48 次，顯著地高於新社農民的 21.6%及 0.06 次。至於中醫門診次數，住院比率和自服中藥天數，外埔農民略高於新社農民。2、農民健康保險對醫療服務利用有很大的影響。在控制傾向因素、需要因素和其他能力因素後，外埔農民看西醫的可能性為無保險之新社農民的 3.63 倍，外埔農民西醫求診次數較無保險之非農民或無保險之新社農民多了 23%-30%，但服用西藥天數卻顯著地少了 41.4%。至於中醫門診比率和次數，住院比率和自服中藥的可能性則不因保險的有無而不同。保險以外的需要因素也是醫療服務重要的決定因素。身體不舒服天數愈多者，各種醫療服務的利用也愈多；而當功能限制情形嚴重到必須臥床休息時，自服中藥天數就顯著地增加。3、其他發現：有保險且曾向西醫求診者，有 20% 的人並不是每次都持用保單就醫；外埔農民病殘求診比率為 49.5，遠高於新社農民的 28.6；自付西醫門診費用外埔農民僅為新社農民的

1/3 左右，但二組農民中醫門診的花費十分接近。

吳肖琪(1980)在”健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響”，發現有健康保險者西醫門診、住院及醫藥利用較多，中醫利用較少。無健康保險者之西醫門診利用受區域醫療資源可用性影響，有健康保險者則較不受影響。女性在有健康保險的情況下，西醫門診利用較男性多；住院則是男性較多。

翁瑞宏(2000)在”全民健康保險中醫門診醫療利用之研究”一文的結果，指出第一類投保對象之各項中醫門診利用情形大多高於其他投保類別；投保身份為眷屬各項中醫門診利用情形均高於其他投保身份；投保金額在四萬元以上研究對象之各項中醫門診利用情形皆高於其他投保金額；投保地區為台中市及台中縣之各項中醫門診利用情形皆高於其他投保地區；免部份負擔者之中醫門診利用情形皆高於需部份負擔者。

邱清華等人(1990)於民國 78 年針對台灣地區民眾進行中醫醫療狀況及需求調查，該研究結果有 31.3%的原先看西醫的民眾願意在中醫納入全民健康保險後轉看中醫。

吳肖琪(1991)於民國 77 年，對宜蘭、花蓮、彰化、新竹及屏東五個醫療網區域進行抽樣問卷訪視，研究結果顯示居住在醫療資源充足且有保險之民眾，其醫療利用較不受醫療資源可用性的影響。另外其研究結果亦顯示有健康保險者較少使用中醫，對生病者而言，健康保險的總效應不存在。

廖繼鎡(1997)檢討我國中老年醫療使用情形及其影響因素，結果顯示不同投保類別被保險人醫療使用有所不同。

張豐壹(1998)探討保險介入醫療市場研究，實證結果發現若單獨觀察「保險」的效果，保險則對於老人是否選擇門診就醫及就醫次數

上呈現顯著的正向關係；顯示保險除提高老人門診求醫的意願及門診看病次數，也對其原有的自購成藥服用習慣產生排擠作用。

#### (四)、疾病別與中醫醫療利用相關性文獻整理

李金鳳(1889)在”中西醫門診病患對傳統醫療認知、情意與行為意向之調查研究”一文中，發現在一般疾病方面大部分病人傾向採用西醫診療，但在肌肉骨骼損傷疾病上，有 50% 以上的病患傾向採中醫診療。

王廷輔(1990)針對台中地區居民之中西醫療行為取向進行問卷調查，研究結果在「長期、病因不明之疾病」、「一般挫扭傷」、「骨折」及「脫臼」和「病、產後的保養」，民眾比較偏向採用傳統醫療法來治療。

康健壽(1991)在”中醫門診病人求診教學醫院中醫部或一般中醫診所的相關因素之探討”分析結果發現患病部位以肌肉骨骼神經系統佔第一位。

蔡文全之研究 (1994) 利用民國 81 年公保各特約中醫醫院(含西醫醫院中醫部)所列報之費用清單資料進行公保各類保險對象中醫醫療利用之研究，研究結果顯示 1、中醫治療疾病主要以肌肉骨骼系統(40.7%)、呼吸系統(20.0%)、消化系統( 10.2%)為主。

翁瑞宏(2000) 在”全民健康保險中醫門診醫療利用之研究”一文的結果，指出在疾病別方面，以「脫臼，扭傷及拉傷」之利用次數及費用最高。

#### (五)、資訊與民眾就醫相關性文獻整理

宋欣怡(2001)以一般民眾為研究對象探討民眾對於就醫選擇資

訊、就醫地點來作分析。結果如下：1、民眾對就醫選擇資訊的提供有高度興趣，有 72.6%的民眾認為如果就醫選擇資訊能提供，將有助於選擇醫院及醫師；有 69.5%的民眾表示如果就醫選擇資訊能提供，他們在就醫前會先去參考提供的資料。2、影響「民眾是否會去參考就醫選擇資訊」的相關因素中，發現年齡越輕、擁有較高的教育程度、家庭平均月收入較高、有比較過附近醫師好壞、搜尋醫療供給者相關資訊有困難、以及認為就醫選擇資訊提供對其選擇醫療提供者有幫助者，比較會去參考就醫選擇資訊。3、如果平常就醫地點在參考的資料上評價不佳，有 71%的民眾表示一定或可能會更換就醫地點。4、多數民眾(42.3%)最信任由政府衛生單位來提供就醫選擇資訊；而民眾期望就醫選擇資訊的傳播方式當中，小冊子是民眾普遍認同的提供方式。而謝慧欣(1998)以「民眾對健康資訊需要之初探」研究，其以一般民眾與住院病患為對象，研究結果如下：1、在受訪的一般民眾中有 59.3%表示需要與醫療供給者相關的資訊；在受訪的住院病患中，則有 56.3%表示需要與醫療供給者相關的資訊，有 60.9%表示需要醫療保健資訊。若有具公信力的機構提供健康資訊電話諮詢服務，半數的住院病患表示在需要時會利用此項服務。有 62.7%的受訪病患希望訊息能以印行小冊子之方式傳播，而政府衛生單位為大多數受訪病患所信賴的資訊提供者。2、影響「住院病患是否需要醫療保健資訊」之因素，發現年齡較輕者、個人平均月收入愈高者、平常看報紙醫療保健版的頻率愈高者，以及本人為此次選擇就醫地點的決策者，比較需要醫療保健資訊。3、影響「住院病患是否需要醫療供給者相關資訊」之因素，發現年齡較輕者、教育程度愈高者、平常看報紙醫療保健版的頻率愈高者以及本人為此次選擇就醫地點的決策者，比較需要與醫療供給者相關的資訊。

## (六)、就醫場所與民眾選擇醫療服務相關性文獻整理

劉文玉(2001)以雲嘉地區五鄉鎮具有健保保險身份的民眾為研究對象，從事就醫時間成本對民眾西醫門診醫療利用影響的研究。結果 1、就醫時間成本對『使用機率』(Probability; Entry Decision)產生顯著負影響；然而在『使用者使用次數』(Users)方面則未達到顯著影響。可知就醫時間成本對民眾門診使用的影響，主要是在決定其「是否使用」(就醫機率)，而非後續的使用次數。2、而就整體民眾的醫療服務利用來說，就醫時間成本亦對「全體民眾的門診使用次數」(Overall)產生顯著負影響。3、就醫金錢價格雖然在「使用機率」、「使用者使用次數」、「全體民眾的使用次數」等部份呈現負影響，但卻都未達顯著水準；此發現與前人的報告相比，可以推論：健保的開辦的確有效降低國人就醫金錢價格的障礙，並且削弱了就醫金錢價格的影響。可知健保實施之後，「就醫時間成本」確實是影響民眾醫療服務使用的重要因素，其將可能成為影響醫療服務市場價格機能的主因。

另外，邱聖豪(2000)探討民眾在選擇自費就醫場所時及選擇健保特約診所時有何不同，結果發現，醫術及名氣仍舊是民眾選擇自費就醫之主要原因。在就醫場所選擇之影響因素方面，民眾選擇自費時，會較重視醫師的醫術及名氣、自付額的高低；當民眾選擇使用健保卡就醫時，會較重視服務態度良好、儀器設備新穎、等候時間長短、交通時間長短。在當次自費/從未自費的羅吉斯迴歸模式中，對健保的滿意度、慢性疾病、心臟系統疾病、婦科疾病、復健、骨傷、交通時間長短、醫師的醫術及名氣、自付額的高低、儀器設備新穎、宗教信仰、居住地區為顯著影響因素  $p < 0.05$ ，其中對健保的滿意度等級越高，越不容易選擇自費就醫；慢性疾病患者較急性疾病患者易選擇

自費就醫；心臟系統疾病患者、婦科疾病患者較非該科疾病患者易選擇自費就醫；復健病患、骨傷病患較非該科病患不易選擇自費就醫；越重視交通時間長短者、越重視自付額的高低者及越重視儀器設備新穎者，越不易選擇自費就醫；越重視醫師的醫術及名氣者，越容易選擇自費就醫；信仰佛、道教者較無宗教信仰者易選擇自費就醫；居住 在非市區者較居住在市區者易選擇自費就醫。

#### (七)、民眾與醫師間相關性文獻整理

巫坤豪(2001)針對就醫民眾與醫院及就醫民眾與醫師形成四種忠誠度定義，來探討病患與醫師間的忠誠度關係與流動情形，結果顯示 1、病患的忠誠度受到其本身年齡及疾病特性的影響，年齡較大患者之忠誠度高於年輕之患者；慢性病患者之忠誠度高於急性病患者。2、根據資料分析，固定尋求同一基層醫療醫師之各疾病患者佔 20% 24%；看病型態具備從基層醫療往高層級流動之患者在各疾病間僅佔 0.4% 1.5%；病患會在同一縣市看病的百分比為 56% 73%；對於期望有效利用有限醫療資源或整合醫療資源分配的制度，如：家庭醫師、轉診制度與區域醫療網等。

#### (八)、有關民眾特質方面的資料文獻

李金鳳(1889)在”中西醫門診病患對傳統醫療認知、情意與行為意向之調查研究”一文中，發現：1.年紀較輕，教育程度較高，社會經濟地位較高者，其對傳統醫療的認知較高。2.低教育程度者，社會經濟地位較低者，民間信仰者，中年人，其對傳統醫療的情意及行為意向較高。3.人口學特徵、需求因素、對傳統醫療的認知，並不會直接影響病患的求診型態；「調理身體之情意」、「一般不適症狀之行為



意向」、「肌肉骨骼損傷之行為意向」、「一般常見疾病之行為意向」是用來預測求診型態的四個最佳變項。

王廷輔(1990)針對台中地區居民之中西醫療行為取向進行問卷調查，研究結果顯示：1、西醫利用率最高，其次為「中醫內科」、「西式成藥及中式補品、補藥」。2、在選擇醫療方式的考量因素方面，民眾最重視對醫療場所及醫師的熟悉度。3、在其他相關變項方面：性別、省籍、教育程度、職業、收入、宗教信仰及居住地區都與研究對象之醫療利用型態有相關性。

邱清華等人(1990)於民國78年針對台灣地區民眾進行中醫醫療狀況及需求調查，該研究結果為就醫傾向與性別、年齡、教育有顯著關係。其中民眾特質有3.1%是西醫取向型、6.0%是西醫傾向型、79.0%是中醫傾向型、12%是中西醫不定型。

康健壽(1991)在「中醫門診病人求診教學醫院中醫部或一般中醫診所的相關因素之探討」分析結果發現 1、在中醫門診病人的特性上，男女性別比例為1:1，教育程度以高中最多，社會經濟地位以中下階層較多。過去一年內利用中醫藥療法的次數，男性顯著地高於女性。年齡愈大者，對中醫的信念與行為意向愈偏向中醫，但是在認知方面則無差異。教育程度愈高者，對中醫的認知愈多，但相反的對中醫藥的行為意向方面愈為負向。社經地位愈高者，對中醫的行為意向愈為負向。2、影響求診醫院型式的主要因素是人口學變項的年齡特徵及能用因素與需求因素：包括有無保險，初複診別，一般健康狀況，疾病嚴重度，罹患肌肉骨骼神經疾病與五官皮膚疾病的病人。年齡愈老的病人，求診教學醫院中醫部愈多。初診或無醫療保險之患者，以求診教學醫院中醫部為多。目前患有一種以上的慢性病或這一年內健康情況穩定者，多求診教學醫院中醫部。患有肌肉骨骼神經疾病的患者

多求診一般中醫診所。五官及皮膚病患者則多求診教學醫院中醫部。

羅紀瓊(1991)針對民國 77 年及 78 年的勞保全體保險對象進行中醫醫療利用調查，結果發現 1、女性中醫就診比例大於男性。2、年齡越大、男性、就業行業為運輸倉儲及服務業者、西醫利用次數越多。

王嘉蕙(1992) 研究門診利用行為、買藥行為與求醫傾向三者間關係，發現 1、需要因素對中西醫門診利用行為或是買藥行為的影響最大。2、健康信念因素僅對門診利用有影響。3、中西醫醫療態度則對買中藥行為及求醫傾向有影響。4、人口傾向因素與醫療知識來源對門診利用與買藥行為有間接影響效果。5、在患病時的醫療方式選擇上，則主要以其本身對中西醫醫療態度的傾向而定。

吳明玲(1992)探討嬰幼兒使用中醫門診的相關因素，採用 Andersen 的健康行為模式 (Health behavior model) 為研究架構，以中壢市 12-19 個月的 516 位幼兒為研究對象，結果顯示：(1) 1 至 1 歲半之幼兒，生病時曾接受之不同醫療照顧方式如下：西醫門診、中醫門診、西藥房、中藥房，各為 99.0%、39.0%、11.4%及 5.2%。(2) 接受中醫門診醫療的 164 位幼兒中，71.3%利用過 1-3 次，24.3% 利用過 4-10 次，4.3% 利用次數超過 10 次。(3)生病時曾接受中藥醫療照顧之幼兒，其第一次接受中藥月齡為未滿一月至 18 個月，其原因主要為呼吸道疾病(74.7%)及腸胃道疾病(16.3%)。(4)對數複迴歸分析顯示影響嬰幼兒是否使用中醫門診的因素主要有「幼兒籍貫、照顧者就醫習慣、對中式醫療滿意度、中西醫療行為取向、照顧者評定之幼兒健康狀況」等五項。綜合言之，具以下幾種特質之幼兒較傾向於使用中醫：本省籍幼兒，照顧者本身有使用中醫習慣者，對中式醫療綜合意度為普通及很好者，中西醫療行為取向為中立或傾向中醫者，照顧者評定之幼兒健康狀況為普通及不好者。

吳炳輝 (1992)研究蘭嶼雅美人的求醫行為，分析結果發現雖然目前蘭嶼雅美人生病是以西醫療法為主，但是當地約有半數民眾使用傳統醫療。年齡在 40-49 歲，職業為非軍、公、學生、工、漁，個人無收入，對傳統醫療滿意，對現代醫療不滿意，且傳統健康信念高。

林宮美(1992)在“求醫行為研究”中發現 1、有三分之二民眾初步求醫會直接去看醫師。43% 的民眾有固定就醫場所。37% 的民眾平時固定看同一個醫師。2、幼兒、老人初步求醫看醫師、固定就醫場所、固定看同一醫師的比率較其他年齡層高。3、19 歲以上成人中，女性、外省籍、非信仰佛道教或一貫道者、教育程度愈高者、有健康保險者、自覺找醫師越方便、自覺醫療價格越便宜、慢性病數越多者，其初步求醫越會先去看醫師。4、19 歲及以上成人初步求醫看醫師者中，外省籍、屬大家庭型態者、沒有健康保險、自覺找醫師很方便者，有固定就醫場所的機率較高。5、19 歲及以上成人初步求醫看醫師者中，目前沒有就業、屬大家庭型態、自評健康愈差，受訪前兩週曾有身體不適、沒有慢性病、就醫場所為診所者，比較傾向會看同一個醫師。6、病家會管理自己的醫療方式，包括藥要怎麼吃、要不要搭配中藥吃、要不要換別的醫師瞧瞧、甚至轉換別的醫療院所或醫療體系等。7、個人社會網路提供大部分的就醫選擇線索。換言之，非專業轉介系統對個人就醫選擇影響很大。

郭靜燕(1992)在“中醫求醫行為的決定因素”一文中，以台北縣市 65 歲以上老人為研究樣本，其結果為 1、能力因素是影響老人尋求中醫習慣的重要因素，傾向因素中的宗教活動，及需要因素中的自評健康也會影響尋求中醫習慣。2、中醫門診糖尿病病人認為中藥溫和、治本、無副作用，西藥治標、有副作用的信念是影響病人對中西醫體系的選擇及轉換的重要因素。3、中醫門診糖尿病病人的求醫過程主

要是受病人的社會網路影響。4、中醫門診糖尿病病人大多數一開始是尋求西醫，然後再自行多次轉換醫師或醫療體系，轉換理由主要是效果不佳。5、中醫門診糖尿病病人目前最多以中西醫合併治療，理由是中西醫各有所長，合併治療效果最好。6、有尋求中醫習慣者 19.7%；無者 80.3%。7、較習慣尋求中醫者特性為：有宗教、自覺就醫方便、自覺費用貴的、有固定場所、自覺不健康。

蔡文全(1994)利用民國 81 年公保各特約中醫醫院所列報之費用清單資料進行公保各類保險對象中醫醫療利用之研究，研究結果顯示 1、男性平均中醫利用次數為 0.414 次，女性為 0.509 次，女性高於男性。2 保險對象平均中醫利用次數隨年齡增加。3 男性平均每診次中醫醫療費用為 1420 元，女性為 1415 元，男性高於女性。4、保險對象平均每診次中醫醫療費用隨年齡增加。

王安 (1996)探討離島與豐原民眾在不同醫療資源下的醫療滿意度及重要程度上差異。獲得結果 1、離島地區對醫護人員服務與態度滿意度顯著高於豐原地區。2、在西醫門診利用方面，與年齡、固定西醫師、慢性病都有顯著差異。

王運昌(1996)研究軍眷的就醫行為相關特性，以 Andersen 的綜合行為模式為基礎。研究結果為受試者選擇就醫場所的考慮因素最重要的前三項為：醫療設備、醫療結果及給藥品質。

李佳囊(1996)探討中部五縣市民眾健康狀況及醫療利用的研究，結果顯示年齡愈大西醫門診利用次數愈大，女性西醫門診利用次數有大於男性的傾向，身體疼痛程度和個人評估身體健康程度愈差則西醫門診的利用會較高。因素分析對區分生理及心理層面的因素效度結果不佳，推測可能是訪視員的誤差、翻譯措辭、或文化及民族性使中國人對於心理健康狀態的表現和西方人民不同。

賴芳足(1996)研究全民健保實施後影響民眾醫療利用之因素探討，研究結果發現，個人傾向因素(基本人口學資料)及能用因素(家庭資源及社會資源)對門診及住院之影響較小，主要影響民眾醫療利用為需要因素--自覺健康狀況、是否有慢性病、活動受限天數。

陳淑貞(1997)探討全民健康保險實施後的健康照護提供影響差異，結果發現在控制年齡、需要因素後，醫療費用支出會集中於所得較低者，若未控制年齡、需要因素時，醫療費用支出則會集中於所得較高者。

廖繼鉉(1997)檢討我國中老年醫療使用情形及其影響因素，結果顯示 1、在年齡別醫療費用分析上，醫療支出費用呈現 J 型分佈，表示醫療服務使用隨年齡增加而提高。2、女性在生育年齡 15 至 49 歲間明顯多於男性，造成平均總醫療費用女性大於男性的結果。3、女性在門診部份使用多於男性，住院部份則較少。4、家戶人數的影響，在全民健保開辦後，家戶成員鼓勵罹病者接受正式的醫療照護的作用力大於提供非正式照護，而其對老年人組的影響幅度較大，原因是老年人去看病時，較需依賴家中成員的協助。5、就家戶所得的影響而言，所得越高者傾向使用較多的醫療服務。如將所得視為被保險人的能力指標來看，表示能力越強者使用越多，則健保體制存在就醫公平性問題。6、居住於醫療資源充足地區者會比醫療資源匱乏地區居民使用較多服務。7、部份負擔並不會造成低所得者使用較少醫療服務，此項發現與過去相關認知態度研究結果並不一致。8、在全民健保實施後，醫療使用仍是以需要為主要考量，說明了目前的部份負擔額度仍在合理且可以接受的範圍內。

姚友雅(1998)研究臺北市國中生求醫行為現況，結果 1、在傾向因素中，認為中醫效果越好者求醫次數越多，認為信仰療法效果越

好者則求醫次數越少；而對於求醫積極性，僅「籍貫」與其有顯著關係，且外省人的求醫積極性明顯高於閩南人。2、在能力因素中，住家附近醫療單位數目越多者，求醫次數越多，也越積極；家庭經濟狀況「富裕」或「小康」者比「貧窮」者的求醫積極性佳。3、中醫信念、信仰療法信念、住家附近醫療單位數目、自覺健康狀況和健康問題發生次數等五個變項可以有效預測，其解釋力達總變異量的19.6%；至於臺北市國中生求醫積極性方面，則可經由籍貫、家庭經濟狀況、住家附近醫療單位數目、自覺社會資源有利性、自覺健康狀況和健康問題發生次數等變項共同加以預測，其解釋力可達總變異量之6.0%。

黃春太(1998)比較城鄉地區老人的社會支持體系與健康狀況之差異，結果如下：1、城鄉地區健康狀況的差異：城區老人的疾病程度顯著較鄉區老人為佳。在呼吸疾病、關節炎/風溼症/痛風、腰/背痛等項目上，城區老人較鄉區老人佳，但在高血壓、糖尿病、巴金森氏症等項目上，鄉區老人較城區老人佳。2、城鄉地區社會支持體系的差異：城區老人的社會網絡顯著較鄉區老人為好。在與配偶同住、與子女接觸、與親友聯絡、社團活動參與變項上，城區老人顯著高於鄉區老人。3、城鄉地區社會支持體系與健康狀況的關係：城區方面，社會支持、社會網絡對疾病程度沒有預測力。社團活動參與愈多者，其身體功能狀況愈好。研究發現城鄉地區在社會支持體系、健康狀況確實有顯著差異。

張豐壹(1998)探討保險介入醫療市場研究，實證結果為健康狀況越佳、年齡越長、教育程度越高的老人，或是男性，有配偶或是與子女、配偶同住的老人，其醫療需求都比較低。

梁靜祝(1999)為建立及驗證中西醫療信念量表，以327位診斷為

B 型或 C 型肝炎的病患為研究對象，結果發現以因素分析法刪除負荷低於 0.4 的細項後，共可檢驗出二個不同的概念因子，中醫優勢信念及西醫優勢信念，其內在一致性兩者皆為 0.82：對個別求醫行為的預測，則發現中醫優勢信念愈強的個案使用中醫中藥的頻率愈高，接受超音波及抽血檢驗肝功能的執行頻率愈低；而西醫優勢信念愈強的人，實行運動調息方式以增強體力及接受超音波檢查肝功能的頻率愈高。在與其他建構概念間的關係則發現不同的中西醫療優勢信念其肝癌預防自我效能，肝病控握信念及肝癌篩檢利益及障礙感受等皆有不同，但與自覺健康狀況則無關。此研究結果支持中西醫療信念量表具有一定的信度及效度，並建議此量表可用於其他急慢性或癌症病患上，以便更精準地驗證中西醫療信念與醫療行為的關係。

曾雅玲(2000)在比較護理人員與門診婦女對中醫藥的知識、態度、行為之相關性，結果顯示 1、護理人員與門診婦女在中醫藥知識及態度的總分上並無顯著差異。2、在使用中醫藥的行為方面，二者在總分、養生調理及坐月子方面有顯著差異，且門診婦女的得分高於護理人員。3、二者的中醫藥知識、態度、行為均呈顯著正相關。4、態度總分，曾參加中醫藥研習會、婚姻、行為總分、知識總分、工作科別、生產數、中醫藥知識來源、自覺健康狀況等變項可解釋護理人員中醫藥知識、態度、行為 16%--43%的總變異量；行為總分、生產經驗、生產數、婚姻、知識總分、態度總分、中醫藥知識來源、就診科別、自覺健康狀況等變項可解釋門診婦女中醫藥知識、態度、行為總變異量的 44%--61%。目前國內民眾使用中醫藥已是非常普遍的現象。陳依琪(2001)以「民國八十五年台灣地區全民健康保險滿意度調查」之對象為基礎，研究樣本數為 3,288 人，其中罹患慢性疾病之人數為 1151，其罹病率為 21.7%。經研究分析後發現台灣健保醫療資源的分

配的確有非醫療需要因素之干擾存在。其中影響全民健保醫療資源分配之非醫療需要變數，包括年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、醫療信念等傾向因素以及能力因素之家戶所得、固定就醫地點及居住地區等因素。

彭鳳美(2001)以新竹科學園區員工為例討論民眾的生活型態、醫療資源利用與健康狀況的相關性。研究結果顯示 1、生活型態平均得分指標為 62.12 分，以人際支持最高，休閒運動最低。2、醫療資源利用的型態以疾病之不同需求而做選擇的最多，佔 55.2%；其中負向醫療資源以西醫為最多，佔 74.2%，而正向醫療資源利用以公司之健康檢查為最多，佔 93.8%。3、多數的員工是利用一般私人診所看診，佔 46.6%，且其選擇醫療地點所考量的前三因素為距離近、交通方便與習慣性。4、健康狀況的平均分數為 74.37 分，以身體活動功能為最高分，活力狀態為最低。5、影響生活型態之因素包含健康狀況、正向醫療資源利用次數、健康保險與年齡。6、影響正向醫療資源使用之因素包括生活型態、公司種類與婚姻狀況；而影響負向醫療資源利用之因素有健康狀況、教育程度、公司種類、性別與生活型態。7、影響健康狀況之因素包括生活型態、負向醫療資源利用次數、過去病史、公司種類與性別，其中以生活型態為最重要之影響因子。8、生活型態和正向醫療資源利用與健康狀況為正相關；而健康狀況與負向醫療資源利用率為負相關。

楊惟智(2001)為文探討經濟與非經濟因素對台灣醫療需求選擇行為之影響，研究結果指出家庭醫療總支出的所得彈性為 0.335~0.824，顯示其為正常財且為必需品。

以下將國內其它學者相關研究整理如表 2-8，以利相互比較其研究方法、取樣及研究結果。

























## 六、 國外中醫及另類醫療發展現況

在國外有關中醫方面的研究，多數乃將中醫納入輔助醫療及另類醫療(Complementary and Alternative Medicine ; CAM)、或非正統醫療 (Unconventional Medicine) 來進行整體性研究，另類醫療所包含的項目相當多，與中醫相關之項目共有三種：針灸(Acupuncture)、草本醫學 (Herbal Medicine)、整脊術(Chiropractic) 等。其中又以針灸及整脊術的利用率最高。Paramore(1997) 指出美國另類醫療辦公室(Office of Alternative Medicine)對 CAM 之定義主要有下列三點：1、治療疾病之安全性及成本效益缺乏充足的文件資料證明 (Documentation)。2、其相關課程在美國醫學院並未普及。3、大多數的健康保險尚未將其納入給付。

Ken (1995)以日本有 71.2%的醫院有提供東方醫學服務 (Orient Medicine Service)。Son (1999) 指出中醫亦在鄰近的日本、韓國、新加坡等國家之醫療體系扮演著相當重要的角色。在韓國，中醫被稱為傳統韓國醫學 (Traditional Korean Medicine) ，傳統韓醫在韓國醫療系統中一直佔有相當重要的地位，1990 年，韓國註冊醫師中有 10% 為傳統韓醫，目前傳統韓國醫學的現代化為韓國健康與社會福利部 (Ministry of Health and Social Affair)的重點發展方向。

Ken(1995)根據大陸官方調查，大陸地區 40%醫療服務要靠傳統中醫，95%之西醫院設有中醫部，有 530000 人在 2457 家中醫醫院工作，這 2457 家中醫醫院每年提供一億八千六百萬的門診量，以及兩百六十八萬的住院人次，在有設立中醫部門的西醫醫院中，每日約 20%的門診量由中醫部門提供。Hesketh(1997) 更指出在偏遠地區依賴中醫的情形更為明顯。

MacLennan 等人之研究 (1996), 於 1993 年針對南澳洲 15 歲以上之民眾進行另類醫療利用盛行率及成本研究, 該研究以多階段系統抽樣的方式, 共抽出 3004 位受訪者, 以電話訪問的方式進行調查。該研究分成兩大部分, 一為探討 12 項另類醫療項目的利用情形(含草本醫學), 一為探討民眾曾使用過 10 種另類醫療執業者 (含整脊師、針灸師及草本醫師)的情形。該研究之重要研究結果如下 : (1)、48.5% 受訪者在過去一年中曾使用過另類醫療, 其中使用過草本醫學的比率為第二位 (9.9%)。 (2)、20.3% 受訪者在過去一年中曾使用過另類醫療執業者, 其中民眾曾使用過整脊師的比率最高 (15.0%), 針灸師佔第三位。 (3)、曾使用另類醫療較未曾使用另類醫療者具有下列特質 : 多為女性、教育程度高、大多為受雇者、體重正常、較會喝酒。 (4)、曾使用另類醫療執業者較未曾使用另類醫療執業者具有下列特質 : 年齡較小、居住在城市、體重過重。 (5)、在另類醫療成本方面, 該研究以外推法的方式推估 1993 年澳洲另類醫療所耗費的成本, 在另類醫療項目方面達 6 億 2 千 1 百萬澳幣, 另類醫療執業者利用成本方面達 3 億 6 千萬澳幣。

Mcgregor 等人之研究 (1996) 針對澳洲城市居民進行另類醫療之選擇因素調查, 該研究將研究對象分為 Alternative therapy group 及 Community group 兩組, 以電話訪問的方式進行問卷調查, 問卷內容包含對於現今醫療服務的滿意度、對於現今另類醫療服務滿意度、過去的疾病史、健康情形控制狀況(Health Locus of Control)、潛在病症的治療 (Treatment For Potential Symptoms)、反正統醫療特質 (Unconventionality) 及一性資訊等六大部份。其主要研究結果顯示 : (1)、"對於正統西醫醫療缺乏信心"及"反正統醫療特質" (Unconventionality)這兩變項在這兩群體中有明顯差異。 (2)、在使用

過另類醫療之研究對象中，大多數人認為另類醫療適用於相當多的病症，但研究結果顯示研究對象在使用另類醫療時，僅特定某些病症使用率較高。

Bernstein(1997) 指出歐美民眾對正統醫療(Conventional Medicine)療效不滿意及對於制式醫療系統的抗拒，使歐美民眾對 CAM 的使用率已有顯著增加。Meyer(1997) 更進一步指出 1993 年美國民眾使用 CAM 費用已達 137 億美元，而且每年費用成長率高達 15%。Paramore(1997) 指出在 1994 年這一年中，曾利用過整脊術、治療性按摩(Therapeutic Massage) 鬆弛術 (Relaxation techniques)及針灸等四項醫療服務的民眾已有 2500 萬人，佔當時全美人口數的 10%，其中又以使用整脊術的人數為最多，達 1800 萬人。

Kelner 等人之研究 (1997)，於 1994 -1995 年間針對加拿大城市居民曾使用整脊師 (Chiropractors)、針灸師(Acupuncturists)、傳統中醫師 (Traditinal Chinese Doctors)、天然療法技術師( Naturopaths Practitioners)、Reiki 療法技術師(Reiki Practitioners )等五項另類醫療之民眾，進行多階段系統抽樣，依照這五種類別各抽出 60 名研究樣本，共計 300 名研究對象，以問卷進行面對面的訪談，該研究主要目的在尋找病患選擇另類醫療之激勵因素。該研究以 Aday and Andersen 之醫療服務利用行為模式為架構，探討民眾選擇傳統醫療與另類醫療的原因，研究結果顯示：(1)、在傾向因素方面：性別、年齡、教育程度、職業、職業雇用型態、宗教等因素與另類醫療使用與否有關。(2)、在能用因素方面：另類醫療利用與另類醫療轉診管道、過去就診經驗、收入程度與另類醫療資訊接觸等因素較有關係。(3)、在需要因素方面：疾病嚴重度、過去病史及疾病對日常生活之影響程度對另類醫療利用較有相關。

Astin (1998)於 1997 年針對全美地區民眾進行另類醫療使用因素研究，以找出影響美國民眾使用另類醫療的因素。該研究以隨機取樣的方式抽出 1035 位受訪者，並以郵寄問卷的方式進行調查，該研究所包含的另類醫療項目共計有 17 種(含整脊術、針灸及草本醫學)，考量的另類醫療利用影響因素主要分成下列六大部分：(1) 對正統醫療的滿意度。(2)、健康照護自主權。(3)、哲學及價值觀的合適性 (Philosophical / Value Congreence)。(4)、對正統醫療治療效果的相信度。(5)、健康狀況因子：指各種疾病之另類醫療利用。(6)、人口學因子：包含教育、性別、收入、種族及年齡。其研究之重要結果如下：(1)、40%受訪者在過去一年中曾使用過另類醫療，其中民眾曾使用過整脊術的比率最高 (15.7%)。(2)、在健康因素方面，患有慢性疼痛疾病的患者對另類醫療使用率最高，其次為患有焦慮及慢性疲勞症狀的病患。(3) 曾使用另類醫療較未曾使用另類醫療者具有下列特質：教育程度較高、健康狀態較差、較重視個人健康、過去在正統醫療體系內曾有過不好的就醫經驗、女性主義者、環境保護主義者、重視個人及精神的成長及患有焦慮、背痛、慢性疼痛等疾病。(4)、受訪者對於正統醫療滿意程度，並不能預測受訪者是否使用另類醫療。

Eisenberg(1998) 的研究指出，至 1997 年約有 40%的美國人曾看過另類醫療，而其當年度看診量為 6 億人次，費用高達 300 億美金以上，除整脊術外，美國民眾對於草本醫學及針灸的利用次數亦是相當高，其中針灸的利用次數更僅次於整脊術位居第二位。

Eisenberg 等人之研究(1998)，針對 1990 年至 1997 年美國民眾利用另類醫學之趨勢進行調查。該研究所包含之另類醫療 16 項，其中與中醫有關的項目為針灸、草本醫學、整脊術。該調查共分兩次，以系統抽樣出之美國民眾，以電話訪問的方式進行另類醫療利用情形調

查，第一次調查為 1991 年，共訪得 1593 研究對象，第二次調查為 1997 年，共訪得 2055 名研究對象，最後以兩次調查結果進行比較分析。研究結果顯示：(1)、至少使用過一種另類醫療的比率由 1990 年的 33.8% 增到 1997 年的 42.1%，達到統計上顯著差異，且增加比率最高之另類醫療項目為"草本醫學"，此外，"針灸"之增加比率亦達統計上顯著差異。(2)、至少看過一次另類醫療執業人員的比率由 1990 年的 36.3% 增至 1997 年的 46.3%，達到統計上顯著差異，且增加比率最高之另類醫療項目為"整脊術"。(3)、另類醫療最常用於治療長期性疾病，例如：背部問題、心理問題及頭痛。(4)、民眾另類醫療費用之自付比率由 1990 年的 64%，降到 1997 年的 58.3%，"整脊術"由 1990 年的 55.9%，降到 1997 年 44.3%，"草本醫學"由 1990 年的 53.8%，升到 1997 年的 80.2%，"針灸"由 1990 年的 55.4%，升到 1997 年的 59.3%。(5)、在另類醫療服務支付的費用方面，1990 年至 1997 年成長率達 45.2%，1997 年共需支付 212 億美元，其中 122 億美元為病患自付，病患自付金額已超過 1997 年全美住院費用金額。(6)、不同性別、年齡、種族、教育程度、收入、居住地區對於另類醫療使用，具有統計上的顯著差異。

Rauber(1998) 的研究指出在所有另類醫療項目中，僅有整脊術及針灸具有證照制度，美國設有整脊師(Chiropractor) 執照，取得執照者可以獨立開業，針灸方面僅有 34 州設有針灸證照制度。

Rauber(1998)由於美國民眾對於另類醫療的需求日漸增加，許多健康保險計畫紛紛將另類醫療納入給付，如 1994 年美國 90%的整脊術服務均有納入保險給付，並且 40%的健康維護組織 HMOs 將整脊醫療服務納入給付，除整脊術外，其他的另類醫療項目亦漸漸納入健康保險計畫，如美國加州最大的 HMO 組織--Health Net，除原先的整

脊術外，近年來已漸漸開放針灸、中國草本醫學的給付，且各 HMO 相信未將另類醫療納入給付的 HMO 將不具市場競爭力。

Wainapel 等人之研究(1998)，於 1997 年 5 月至 7 月間，針對兩家位在都市的醫學中心復健科門診病患進行另類醫療利用情形研究。該研究以隨機抽樣的方式對於兩家醫學中心復健科門診病患進行抽樣，共抽出 103 個樣本，調查復健科門診病患使用 40 項另類醫療(含整脊術、針灸及草本醫學)的情形。該研究之重要結果如下：(1)、29.1% 受訪者過去一年內曾使用過另類醫療，其中整脊術、針灸及草本醫學的利用率分別佔第 2、4、7 位。(2)、在疾病類別方面，患有背痛疾病之受訪者利用另類醫療的人數最高，共有 34 人，其次為患有肩膀痛疾病受訪者 20 人。(3)、在利用過另類醫療的受訪者中，53% 的人有治療上的效果。

Druss 等人之研究 (1999)，於 1996 年進行醫療費用調查 (Medical Expenditure panel Survey ; MEPS) ，共計調查 24676 名美國成年民眾，有效樣本 16068 名，調查項目為非正統醫療之利用次數與正統醫療之利用次數，其中正統醫療部份包含住院次數、門診次數、急診就醫次數及使用 8 種預防醫療服務次數等。該研究主要在探討正統醫療與非正統醫療服務之相關性。研究結果顯示：(1)、1996 年間，6.5% 的美國人使用過非正統醫療與正統醫療，1.8% 只使用非正統醫療，59.5% 只使用正統醫療，32.2% 皆未使用過。(2)、1996 年間，只使用正統醫療者之利用次數為 7.9 次，高於兩類醫療皆使用的 5.4 次，其差異達統計上的顯著意義。(3)、在「正統醫療利用組」中，當年度利用次數前 25% 之病患利用次數佔「正統醫療利用組」之總利用次數比率為 14.5%，「非正統醫療組」之當年度利用次數後 25% 之病患利用次數佔「非正統醫療利用組」之總利用次數比率的 6.4%。



(4)、正統醫療與非正統醫療利用呈現正向的相關。

Jonas(1999) 指出德國經驗，德國 70%的疼痛診所(Pain Clinic)曾使用過針灸來治療病患，且德國醫師亦經常將草藥納入醫療處方的內容中。Verhoef(1995) 以加拿大為例，加拿大在 1990 年時已有 20% 民眾在最近六個月曾至少使用過一次另類醫療。Jonas(1999) 指出在歐洲及澳洲地區，其另類醫療之使用率介於 20%--70%。

## 七、文獻探討總整理

上述研究文獻之回顧，顯示大部份之現有研究多著重於個人因素之探討，且非營利性環境的研究直到 1941 年珍珠港事件後，美國正式成立「戰時廣告評議會」才開始正式的、有意的研究消費者行為，如何應用於非營利性環境。而這中間又直到 Robertson(1971) 將非營利性環境的消費者行為應用在醫療保健系統，才正式對醫療保健系統中消費者的決策過程開始系統化的發展。非營利性環境的研究如 Suchman(1965)提出疾病行為階段模式 (Stages of Illness Model) 。Mckinlay(1970) 提出六種模式預測個體醫療服務利用。Mechanic(1978)發展求醫行為模式 (General Theory of Help Seeking) 認為社會及心理學因素，將會影響病人需要求醫之認知。Rosenstock(1974)發表醫療服務利用行為模式，該模式稱為健康信念模式(Health Belief Model) ，其最大特色在於由社會心理層面來解釋人們尋求醫療服務的決策。這麼多學者發表醫療服務行為模式，其中，Andersen(1968)發展醫療服務利用行為模式(Behavior Model Of Health Service Utilization )，其第一版醫療服務利用行為僅強調以個人為單位的因素探討。Aday & Andersen(1974) 再提出第二階段醫療服

務利用行為模式，稱為健康系統模式，該模式最大的特色是釐清醫療服務利用的觀念及將健康照護提供體系特徵因素、消費者滿意度因素、政策因素納入該模式中。Andersen & Aday(1995)第三階段醫療服務利用行為模式認為醫療服務利用可以維持並改善人們的健康情形。第四階段之醫療服務利用行為模式，由 Andersen 整合 Evan、Scoddart 及 Patrick 等人之研究觀念後提出，該模式最大特色為將醫療利用行為視為一種動態(Dynamic)及循環(Recursive)的概念，強調模式中各種因子的動態均衡及交互影響，例如：利用醫療服務後之健康狀況結果將會再影響個人健康行為。Aday and Andersen 的模式可謂在眾多醫療服務行為模式中，發展的最完整、最具體與最近的學說。但 Aday and Andersen 的模式多針對醫療使用者的個別差異進行探討，並未論及消費所發生的心理過程，此外在影響消費決策的外在環境因素的探討上亦稍嫌不足，用以上的研究結果制定政策仍有很大的改進之空間，因此本研究除以多方位之方式探討民眾對中醫醫療服務利用的行為模式，並將不同於以往之研究，以 John Dewey 的消費者行為的模型結合 Aday and Andersen 的模式，針對環境因素、民眾(人口)特質、心理過程因素及健康行為間的關係，以探討民眾對中醫醫療服務利用的消費行為因素，期能為政策之制定提供一完整的參考，藉而提高傳統醫學的使用品質，改進患者臨床療效及生活品質，甚而達到節省醫療成本之目的。

### 第三章 研究方法

#### 一、研究架構

本研究主要在分析民眾選擇中醫就診時之民眾特質、心理過程因素、中醫醫療資源與民眾利用中醫醫療服務情形，這四者的相關性。根據文獻探討在醫療服務利用行為模式中，以 1995 年 Aday and Andersen 發展之第四階段醫療服務利用行為模式，最適用於本研究目的，且在醫療服務利用行為模式中亦以 Aday and Andersen 第四階段醫療服務利用行為模式最為完整；Green(1980) 指出非營利性機構的產品比商業產品更具情緒上的涉入。而 Novelli(1980) 更進一步指出非營利性環境特別要應用情緒反應的各種原理當其有效背景。而醫療服務機構屬於非營利性機構中的一環，醫療服務為一種”服務”商品，在研究民眾選擇中醫就診時欲探討民眾特質時，須特別著重在心理情緒涉入問題上，但 Aday and Andersen 模式在民眾(人口)特質尤其是心理過程因素方面，雖有討論到人口特質，但其內容僅涵蓋傾向因素、能用因素與需要因素，其在心理過程因素方面的涉獵仍稍嫌不足，而再參考國內外文獻在醫療民眾(人口)特質方面對心理過程因素之研究亦付之闕如，故本研究再參考消費者行為模式中，以 John Dewey 之消費者決策過程模式的發展較實用，亦受到學界及實務界之認同與應用，且與本研究欲探討之民眾特質有較為詳細的描述，其將影響民眾特質因素分別以環境變數：1.文化 2.社會階層 3.人員影響力 4.家庭 5.情境。和個別差異變數：1.消費者資訊 2.動機與涉入 3.知識 4.態度 5.人格、價值與生活型態等來表示，此與 Aday and Andersen 醫療服務利用行為模式亦可配合，故本研究架構以 Aday and

Andersen 第四階段醫療服務利用行為模式為主軸，並加入 John Dewey 之消費者決策過程模式中環境變數和個別差異變數，並簡化為以下之研究架構：

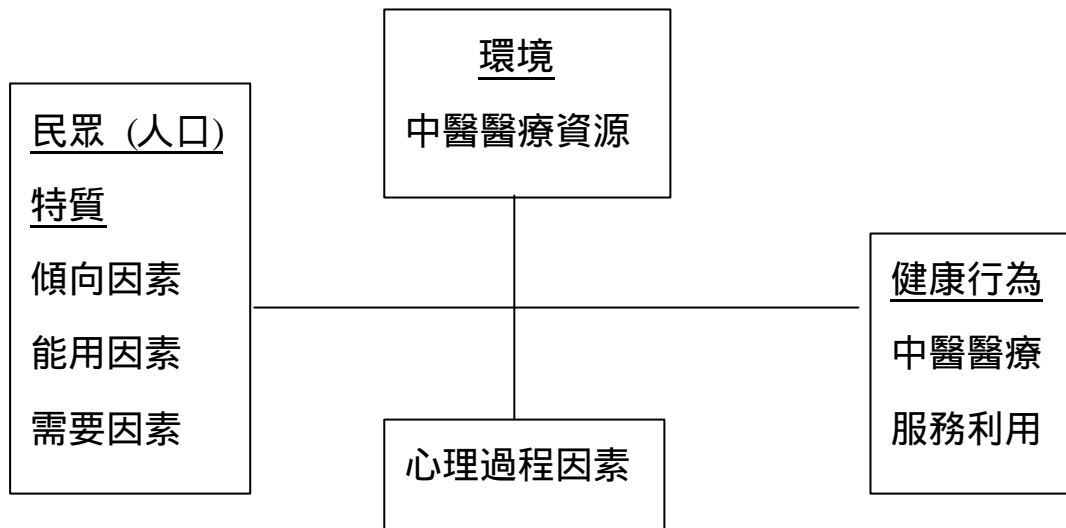


圖 3-1 研究架構

## 二、研究假設

根據第二章文獻探討訂定本研究架構，再依據研究架構訂定本研究之假設，故設計本研究之假設共有 8 項，如下所述：

假設(一)、使用中醫與未使用中醫之民眾 (人口) 特質(傾向因素、能用因素、需要因素) 有統計上顯著差異。

假設(二)、使用中醫與未使用中醫之民眾心理過程因素有統計上顯著差異。

假設(三)、高度使用與低度使用中醫之民眾 (人口) 特質(傾向因素、能用因素、需要因素) 有統計上顯著差異。

假設(四)、高度使用與低度使用中醫之民眾心理過程因素有統計上顯著差異。

假設(五)、在健保分局中民眾之中醫醫療知識有統計上顯著差異。  
假設(六)、在健保分局中民眾之中醫醫療信念有統計上顯著差異。  
假設(七)、在健保分局中民眾之心理過程因素有統計上顯著差異。  
假設(八)、中醫醫療資源與中醫醫療服務利用有統計上顯著差異。

### 三、變項名稱與定義

根據本章研究架構和研究假設並參考第二章文獻探討之內容，以 1995 年 Aday and Andersen 發展之第四階段醫療服務利用行為模式為主軸，並加入 John Dewey 之消費者決策過程模式中有關民眾特質之環境變數和個別差異變數為本研究之主要研究變項，其內容分三大類：一、環境，二、人口特質，三、健康行為，研究變項之定義參酌 Aday and Andersen 和 John Dewey 之說明定之，衡量項目則依變項之定義並參考文獻探討如康翠秀等(1998)“台北市北投區居民對中醫醫療的知識、信念與行為意向及其對醫療利用型態之影響”，陳秋瑩等(1999)“台灣地區民眾使用中醫門診服務的因素之調查”，曾雅玲(2000)“護理人員與門診婦女對中醫藥知識態度行為之比較性研究”，林芸芸(1992)“社會保險醫療給付、就醫交通時間和中西醫醫療利用--以新店居民為例”，侯毓昌等(1999)“中醫醫院門診病人選擇醫院之考慮因素及就醫滿意度研究-以台中市七家中醫醫院為例”，康健壽等(1993)“中醫門診病人選擇醫院型式的相關因素”，康健壽等(1994)“中醫門診病人對傳統醫學的認知、態度與行為意向的分析研析”，康健壽等(1995)“單複向求診行為的相關因素之探討”，李卓倫等(1995)“時間、所得與中西醫療價格對中醫門診利用之影響”等九篇文章內容訂定如表 3-1。再依據表 3-1 之內容設計問卷如附錄二。

表 3-1 研究變項名稱、定義與衡量項目

變項名稱	定 義		衡 量 項 目	類 別
環境	環境資源總量與分配		各縣市平均每萬投保人口中醫師數	連續變項
民 眾  ( 人 口 )  特 質	病患發病前之個體使用醫療服務傾向，分為一、不可變因素：如年齡、性別、家庭組成、婚姻狀態、教育程度、職業等。二、可變因素可再分為 a、健康信念及態度。b、健康照護知識。	不可變因素	1. 年齡	連續變項
			2. 性別	類別變項
			3. 家庭組成	類別變項
			4. 婚姻狀態	類別變項
			5. 教育程度	類別變項
			6. 職業	類別變項
		中醫醫療知識	1. 中醫治療內、婦、兒、骨傷、針灸	連續變項
			2. 中醫依患者個別體質來治療和用藥	連續變項
			3. 中醫依外在環境變化來治病	連續變項
			4. 對中、西醫生理學的認知	連續變項
			5. 中醫用藥有君臣佐使原則	連續變項
			6. 中醫治病很少使用單味藥	連續變項
			7. 中醫用針灸來治病	連續變項
			8. 針灸用來治療急性病症	連續變項
			9. 中醫用拔罐、拔火罐來治病	連續變項
			10. 徒手推拿可透過經絡來治病	連續變項
			11. 推拿可治療肌肉、骨骼、關節扭挫傷及酸痛	連續變項
			12. 飲食禁忌與疾病療效有關	連續變項
			13. 腎虧是腎功能異常嗎？	連續變項
			14. 肝火旺是肝功能異常嗎？	連續變項
中醫醫療信念	1. 中醫治病能治標又治本	連續變項		
	2. 中醫對急性病療效較西醫好	連續變項		
	3. 西醫對慢性病療效較中醫差	連續變項		
	4. 中藥比西藥藥性溫和不會有副作用	連續變項		
	5. 中醫診斷較西醫準確	連續變項		
	6. 中醫師比西醫師解說病情詳細	連續變項		
	7. 中藥有病可治病沒病可強身	連續變項		
	8. 西醫費用較中醫貴	連續變項		
能用因素	外在環境中，促進個人使用醫療服務資源之因素，即協助個人使用醫療照之資源。可分為一、個人/家庭資源。二、社區資源。	個人	1. 個人月收入	連續變項
			2. 健康保險	類別變項
		社區資源	1. 居住地點	類別變項
			2. 居住時間	連續變項
			3. 中醫就醫可近性	類別變項
			4. 西醫就醫可近性	類別變項

表 3-1 研究變項名稱、定義與衡量項目(續)

變項名稱	定 義	衡 量 項 目	類 別	
需要因素	個人的健康需要因素，以個人主觀感受來表示：個人對醫療保健需求的評估，如自覺無法工作的天數及自述健康狀況。	個人主觀感受	1.最近兩年到西醫醫療院所看診	類別變項
			2.罹患慢性病	類別變項
		3.自覺健康狀況	類別變項	
		4.最近兩年住院天數	類別變項	
		5.有商業醫療保險會增加就醫數	類別變項	
心理過程因素	消費者購買決策受七種主要心理因素影響：1、需求確認：知覺到心理狀態與實際情境有差異，足以引發並進行決策過程。2、資訊尋求：尋求保留在記憶中的資訊(內部尋求)，或從外在環境中取得決策有關資訊(外部尋求)。3、購前方案評估：根據期望利益評估各可行方案，並縮小選擇範圍至偏愛的方案。4、採購：取得所偏愛的方案或可接受的替代品。5、消費：使用所購買的產品。6、購後方案評估：評估消費經驗所帶來滿意的程度。7、處置：未使用商品或殘存剩餘的處置。		1.生病時的處理	類別變項
			2.就醫資訊	類別變項
			3.固定中醫師	類別變項
			4.固定中醫醫療院所	類別變項
			5.固定西醫師	類別變項
			6.固定西醫醫療院所	類別變項
			7.主動收集資訊的習慣	類別變項
			8.從何處收集資訊	類別變項
			9.生病時優先看中/西醫	類別變項
			10.生病時優先看中醫的決定過程	類別變項
			11.生病時優先看西醫的決定過程	類別變項
			12.生病時影響看中醫的因素	類別變項
			13.生病時影響看西醫的因素	類別變項
			14.不同疾病選擇中/西醫	類別變項
			15.何種疾病看中醫	類別變項
			16.何種疾病看西醫	類別變項
			17.就醫前會先收集資訊	類別變項
			18.因疾病嚴重而收集資訊	類別變項
			19.因疾病嚴重而尋找專家	類別變項
			20.因疾病嚴重而尋找民間療法	類別變項
健康行為	醫療服務的利用情形，可以一、醫療服務型態二、醫療服務地點三、求醫目的四、就醫頻率等方向來討論		各縣市每人每年平均中醫門診醫療費用	連續變項
			各縣市每人每年平均中醫醫療件數	連續變項
			是否曾使用中醫	類別變項
			高低度使用中醫	連續變項

資料來源：本研究自行整理

## 四、資料來源與統計方法

### A、資料來源

資料來源方面以一、環境方面 二、民眾特質方面 三、心理過程因素方面 四、健康行為方面等四大方向分別收集，收集方式如下：

一、在環境方面：以中醫資源為變項，此部份資料係採用中華民國中央健康保險局編印之”中華民國八十九年全民健康保險統計”一書中，有關保險對象人數-按保險對象類別及分局縣市別分、特約醫事服務機構家數-按分局縣市別分等資料，可以換算取得各縣市平均每萬投保人口中醫師數和各縣市中醫醫療院所數。

二、在民眾特質方面：依健保分局人口總數比例發出問卷調查來收集資料，其變項類別如下：

(一)、傾向因素：包含不可變因素 6 小項，中醫醫療知識 14 小項，中醫醫療信念 8 小項等。

(二)、能用因素：包含個人資源因素 2 小項，社區資源因素 4 小項等。

(三)、需要因素：包含個人主觀感受因素 6 小項等。

三、心理過程因素方面：與民眾(人口) 特質資料來源相同，以健保分局人口總數比例發出問卷調查來收集資料，其變項有 20 項。

四、健康行為方面：以各縣市每人每年平均中醫門診醫療費用和各縣市每人每年平均中醫醫療件數為變項，此部分資料係採用中華民國中央健康保險局編印之”中華民國八十九年全民健康保險統計”一書中，有關門診醫療費用核付狀況-按西、中、牙醫及分局縣市別分資料可以取得。而是否曾使用中醫和高低度使用中醫等變項，由問卷資料中獲得。



## B、統計方法

本研究所採用的統計方法有描述性統計、t-test、卡方檢定、變異數分析、主成份分析法、四分位法、簡單迴歸分析及邏輯斯迴歸分析等統計方法，現將各統計方法使用情形分述如下。

- (一) 描述性統計：針對調查問卷的研究對象進行描述性統計；使用中醫變項、使用中醫次數變項進行描述性統計。
- (二) t-test：以 t-test 對問卷適合度進行檢定。
- (三) 卡方檢定：針對假設(一)使用中醫與未使用中醫之民眾（人口）特質(傾向因素、能用因素、需要因素)、假設(二)使用中醫與未使用中醫之民眾心理過程因素、假設(三)高度利用與低度利用之民眾（人口）特質(傾向因素、能用因素、需要因素)和假設(四)高度利用與低度利用之民眾心理過程因素以卡方檢定進行統計分析。
- (四) 變異數分析：針對假設(五)在健保分局中民眾之中醫醫療知識和假設(六)在健保分局中民眾之中醫醫療信念以一般線性模式做推論性統計分析。  
再以一因子變異數分析法(One-way ANOVA) 和二因子變異數分析法(Two-way ANOVA) 針對假設(五)在健保分局中民眾之中醫醫療知識和假設(六)在健保分局中民眾之中醫醫療信念分別進行統計分析，並以 Tukey 事後檢定求取差異性來做推論性統計分析。
- (五) 主成份分析法：針對 20 題中醫醫療知識和 8 題中醫醫療信念之變項，以主成份分析法進行主成份萃取，以取得具有足夠代表性、較少的變數，以進行後續的各種統計推論分析。
- (六) 四分位法：將 20 題心理過程因素題目，以四分位法從眾多心

理過程因素題目中，分別出其心理複雜的不同程度以利分析。

- (七) 簡單迴歸分析法：針對假設(八)中醫醫療資源與中醫醫療服務利用以簡單迴歸分析方法進行推論性統計，以了解其是否具有統計上顯著差異。
- (八) 邏輯斯迴歸分析法：使用邏輯斯回歸分析的目的是為了找出因變項之間的線性關性，這個線性關係的表示可用因變項的對數奇數比單位(Logit)、常態數單位(Normit)或雙對數單位(Log-log)等等(彭昭英，2000)。其運用的時機為當因變項為離散型，分為兩種(dichotomous)或少數幾類時，此外，因變項不必符合多變量常態分布的假設，(multivariate normality assumption)，Cox 於 1970 年亦指出依數學的觀點而言，邏輯斯回歸分佈(Logistic distribution)是一種富彈性且容易使用的函數，其針對依變項的分布並沒有任何假設(郭文達，2000)。

由於本研究之因變項為是否使用中醫和高低度使用中醫等兩類，且自變項多為類別變項，因此採用邏輯斯迴歸進行分析，探討在控制其他變項之效應後各自變項和因變項之關係。整個回歸模型中，當某一自變項的勝算比(odds ratio)為 1 時，表示在控制其他變項之效應後，自變項與因變項沒有相關；若勝算比大於 1 時，表示在控制其他變項之效應後，此自變項與因變項間存在正相關；若勝算比小於 1 時，表示在控制其他變項之效應後，此自變項與因變項間存在負相關。

本研究在邏輯斯迴歸之後，進行逐步邏輯斯迴歸分析(stepwise logistic regression analysis)以建立是否使用中醫醫療服務和高低度使用中醫醫療服務之預測模型，計算民眾是否使用中

醫醫療服務之機率和低度使用中醫醫療服務之機率。逐步邏輯斯迴歸分析之原理是順向與反向邏輯斯迴歸兩種方法的綜合，換句話說，其按照順項選擇法(forward)的邏輯不斷排選重要的自變項，將其納入迴歸模型裡，但同時它也依據反向淘汰法(backward)的原則對模型中既存的自變項一一做檢定，看看它們當中是否有些自變項如今是多餘的，若是，則逐步法仍有機會將這些不重要的自變項從模型中剔除出去(彭昭英，2000)。

## 五、統計軟體

在資料處理方面本研究之資料以 Microsoft Excel 2000 先進行所需資料庫之彙整及整理，並將問卷調查之結果登載以建立研究所欲採用之資料庫，再以套裝軟體 SAS 進行統計分析。

## 六、研究範圍與研究對象

資料來源方面針對以往相關研究，做文獻探討並擷取有用資料設計問卷，問卷設計以李克特氏量表(Likert's scale) 為標準，請民眾就問卷的問題之敘述勾選非常不同意、不同意、普通、同意、非常同意，若無法以上述方式呈現，則採類別方式進行。

在抽樣方面本研究以台灣地區為研究範圍，本研究問卷採郵寄方式於民國 90 年 5 月 1 日依各縣市健保投保人口比率，採隨機抽樣方式抽取寄發 5,000 份問卷。

## 第四章 研究結果

本研究根據回收之問卷資料，先就問卷資料進行信度分析、效度分析、適合度分析和描述性統計分析後，再分別依八個假設以統計方法進行分析，以瞭解八個假設是否在統計上具有顯著差異，現依序進行統計的結果分析。

### 一、研究問卷回收情形

本研究問卷採郵寄方式以台灣地區為研究範圍，於民國90年5月1日依健保局各縣市人口比率，採隨機抽樣的方式抽取寄發5,000份問卷，並於90年9月15日完成問卷回收，總計回收1,452份，有效問卷為1,407份，回收率29.04%。有效問卷回收率28.14%，依健保分局地理位置區分，回收份數及比率為台北分局376份(佔26.7%)，北區分局145份(佔10.3%)，中區分局252份(佔17.9%)，南區分局271份(佔19.2%)，高屏區分局271份(佔19.2%)，東區分局83份(佔5.9%)，未回答居住地者9份(佔0.6%)，以表4-1表示。

表 4-1 研究問卷回收結果

健保分局名稱	有效問卷回收份數	有效問卷回收率
台北分局	376 / 1803	26.7%
北區分局	145 / 690	10.3%
中區分局	252 / 922	17.9%
南區分局	271 / 709	19.2%
高屏區分局	271 / 758	19.2%
東區分局	83 / 119	5.9%
未回答居住地者	9	0.6%
總計	1407 / 5000	100%

## 二、信度與效度

### (一)、信度分析(Reliability)

信度分析以三部分進行(1) 前測(pretest) 、(2) 庫李信度 ( Kuder-Richardson reliability) 、(3) 再測信度 ( test-retest reliability)

#### (1)、前測(pretest)

本研究的問卷內容依文獻參考設計後，為使問卷內容不致產生偏誤，先以前測(pretest) 施行之，本研究選取願意接受預試 6 位研究對象，進行預試並記錄研究對象對題目的反應，再根據預試結果，將語詞或語意不清處，修改題目，力求所有題目的語詞或語意清晰易懂。

#### (2)、庫李信度 ( Kuder-Richardson reliability)

「信度(reliability)」是指衡量工具的正確性(accuracy)或精確性(precision)。一個態度尺度通常包含若干衡量項目，而這些衡量項目都是在衡量相同的態度，所以各項目之間應具有一致性(consistency)，庫李信度是內部一致性的信度檢定，而以 L. J. Cronbach 發展的 alpha 係數以測量內在信度，是目前檢驗信度最有價值的方法。本研究參考「Cronbach's  $\alpha$  係數」用以衡量中醫醫療知識與中醫醫療信念的內部一致性，Alan Bryman 認為 Cronbach's alpha 相關係數達 0.7 以上即可算是具有高信度，而若低於 0.35 則必須予以拒絕。中醫醫療知識其值為 0.732299，在中醫醫療信念其值為 0.670615。

(3)、再測信度( test-retest reliability)或稱穩定性信度

係以同一項測驗，對同一群受訪者前後進行二次測量，再以 Pearson 積差相關係數計算兩次測驗相關程度，即為再測信度，若二次測驗的相關度高，則表示此測驗信度高，Allen Rubin 與 Zarl Babbie 認為前後二次的相關程度至少要 0.7 以上才可被接受。本研究第一次共發出問卷 20 份，回收率 100 %，相距 14 天後，再發出第二次問卷，回收 6 份，回收率 30.0 %，以此 6 份問卷做再測信度分析得 0.98086，顯示本研究問卷的信度是可被接受的，以表 4-2 表示本研究再測信度之相關係數。

表 4-2 再測信度之相關係數

受訪者	相關係數
1	0.95054
2	0.98785
3	0.99209
4	0.99146
5	0.97742
6	0.98594

(二)、效度分析(Validity)

效度(validity) 是指研究所使用的測量工具能否測量出研究所欲瞭解的特質，一個研究測驗若無效度，則無論具備多高的信度，研究仍是無意義。測量效度的方法可分為內容效度(content validity)、準則相關校度(criteria-related validity) 和建構效度(construct validity)。本研究係以內容效度來檢定效度分析，內容效度係指測量工具的內容須能切合研究主題的程度，而為建立具有內容效度的問卷，研究者需依理

論架構，收集所有相關問題與變項，才能涵蓋研究假設，使具備充份的內容效度。

本研究問卷透過文獻探討擬定後，再請六位專家包含：四位資深中醫師及兩位管理學專家，對問卷內容進行校定，以達到問卷應有的專家效度。

### 三、問卷適合度檢定 (Goodness of Fit)

將全部調查問卷先就有無健保、性別、年齡平均值和居住地以健保六分局來分區之比率與 89 年全民健康保險統計資料，進行適合度檢定(T test)，檢定結果為有無健保、性別結果顯示不具有顯著差異，而年齡平均值和居住地以健保分局來分區結果顯示具有顯著差異，表示本問卷樣本與母群體具有部份的適合度(如表 4-3)。

表 4-3 問卷適合度檢定

項目	問卷比率	89年保險對象比率	P 值
沒有健保	1.80%	3.84%	P=0.4883
有健保	98.20%	96.16%	
男	42.22%	50.05%	P=0.0982
女	57.77%	49.95%	
年齡平均值	34.47	33.25	P=0.0027*
台北區	26.90%	36.07%	P=0.0027*
北區	10.37%	13.79%	
中區	18.03%	18.43%	
南區	19.38%	14.17%	
高屏區	19.38%	15.17%	
東區	5.94%	2.37%	

#### 四、問卷描述性統計分析

問卷資料中可分為民眾(人口) 特質和心理過程因素兩大項,從民眾(人口) 特質變項來看,可再區分成(一)傾向因素 (二)能用因素和(三)需要因素。而其中(一)傾向因素又包括有不可變因素、中醫醫療知識和中醫醫療信念三大部分；(二)能用因素區分成個人資源與社區資源二大類,現依序進行描述性分析(如表 4-4), 結果如下所述：

##### (一)傾向因素

在年齡變項方面,本問卷填答者平均年齡34.47歲；性別變項方面,女性與男性比例分別為57.77%(810份)及42.22%(592份)；家庭組成變項方面,夫妻及子女者佔60.44%(709份)、大家庭佔30.86%(362份)、夫妻二人之家庭組成佔8.70%(102份)；婚姻狀態變項方面,以未婚者佔41.82%(583份)和已婚者佔55.16%(769份) 佔最多；教育程度變項方面,以高中者佔35.18%(489份) 和大專者佔41.44%(576份) 最多；在職業別變項中,以軍公教警佔19.84%(273份)、學生佔18.17%(250份)、工佔14.75%(203份)、商佔13.88%(191份)、家管佔10.47%(144份) 佔最多數。

##### (二)、能用因素-個人資源：

在個人月收入變項方面,以在16800以下者有27.16%(333份)、在16801-25000元者有21.21%(260份)和25001-35000者有18.84%(231份) 佔最多數,且此收入變項在各地區均呈現平均分



布狀態，即各種收入的人數並無多大差異存在；在健康保險變項方面，完全沒有加入任何保險者佔了0.79%(11份)，有加入全民健康保險者有98.02%(1366份)，且沒有加入全民健保者，在本研究中發現25人中有11人，其本身有參與商業保險或其他保險。

### (三)、能用因素-社區資源

在居住地變項方面，將填答者按健保局六個分局來分區，有台北分局376份佔26.90%、南區分局271份佔19.38%、高屏分局271份佔19.38%、中區分局252份佔18.03%、北區分局145份佔10.37%、東區分局83份佔5.94%。在居住時間變項方面，民眾於該地區居住時間5年以上者佔74.14%佔最多數，可知本研究所針對之民眾大多屬於長時間居住於該地居者，因此對於醫療資源之使用較具有固定性，不易因為遷移因素造成問卷統計結果出現瑕疵。在中醫就醫可近性變項方面，民眾居家附近有10分鐘內可以到達之中醫醫療設施者佔了78.31%，沒有10分鐘內可以到達之中醫醫療設施者佔21.69%；而在西醫就醫可近性變項方面，民眾居家附近有10分鐘內可以到達之西醫醫療設施者佔了88.16%，沒有10分鐘內可以到達之西醫醫療設施者佔11.84%。

### (四)、需要因素：

在使用中醫變項方面，最近兩年內未使用中醫者共570人(38.64%)、有使用中醫者共810人(61.36%)；在使用西醫變項方面，最近兩年內未使用西醫者共328人(24.03%)、有使用西醫者共1037人(75.97%)。在罹患慢性病變項方面，有者共215人(15.89%)、無者共1138人(84.11%)；在自覺健康狀況變項方面，

有82.21%的民眾認為自己的健康狀況在普通以上，僅有17.79%的民眾認為與同年齡者相比較自己的健康狀況比較差。在近兩年住院天數變項方面，有62.81%的民眾在2年內未曾住院，而有因生病而住院的民眾天數在7天內的佔31.71%，住院超過7天者共佔5.48%；在有民間商業保險變項方面，有者共609人(44.45%)、無者共761人(55.55%)。

#### (五)、心理過程因素

在生病時如何處理變項方面，民眾生病時會馬上看醫生的有51.50%，會先忍一忍再決定的有34.35%。在就醫資訊變項方面，以親友推薦者共917次(66.21%)、家人告知者共738次(53.29%)、其他醫師推薦者共345次(24.91%)佔最多數。

在固定中醫師變項方面，有者共511人(36.71%)、無者共881人(63.29%)；在固定中醫醫療院所變項方面，有者共517人(27.19%)、無者共881人(63.29%)。在固定西醫師變項方面，有者共571人(40.93%)、無者共824人(59.07%)；在固定西醫醫療院所變項方面，有者共595人(42.99%)、無者共789人(57.01%)。而在生病時優先看中/西醫變項方面，民眾生病時會選擇看西醫的比率有65.03%，看中醫的比率僅為19.25%。

在主動收集資訊的習慣變項方面，有者共407人(29.41%)、無者共977人(70.59%)。在從何處收集資訊變項方面，以報章雜誌者共583人(44.07%)、醫療院所者共506人(38.25%)、醫護專業人員者共451人(34.09%)、電視者共419人(31.67%)佔最多數，可知民眾以傳播媒體和專業人員場所為最主要的醫療資訊來源，但網路和收音機的資訊來源亦不可忽視，各有19.27%和11.04%，而

勾選其它項者亦高達12.24%。

在生病時優先看中醫的決定過程變項方面，民眾看病的決定過程有76.89%是由自己決定的。而在生病優先看西醫的決定過程變項方面，民眾看病的決定過程有80.33%是由自己決定的，而由家中長輩決定或與家人商量為次要因素，至於受朋友影響或其它因素皆在3%以下。在生病時影響看中醫因素變項方面，在醫師口碑有40.43%，習慣及就醫距離遠近上也有21.29%和18.00%。而在生病時影響看西醫因素變項方面，也與上題有類似結果，就是在醫師口碑方面也有42.55%，另外，在習慣及就醫距離遠近、醫院名聲上也有27.35%、20.49%、20.72%。

本文針對上題問題作更深入詢問民眾，在不同疾病選擇中/西醫變項方面，民眾會因為不同疾病而選擇看中醫或西醫的比率高達有79.17%。而本文更進一步探討，以何種疾病看中醫變項方面，以體質調理者佔43.52%、感冒者佔35.47%、肌肉扭挫傷者佔34.21%、咳嗽者佔33.96%、肌肉骨骼關節疾病者佔33.21%最多。而在何種疾病看西醫變項方面，感冒佔77.44%、咳嗽者佔48.82%、胃腸炎者佔33.51%最多（如圖4-1、4-2）。

在就醫前會先收集資訊變項方面，民眾在就醫前僅有40.48%的人，會針對疾病收集相關資訊。

因疾病嚴重而尋求專家變項方面，會者有53.01%、不會者有43.57%。而因疾病嚴重而尋求民間療法變項方面，會者36.06%、不會者60.13%。

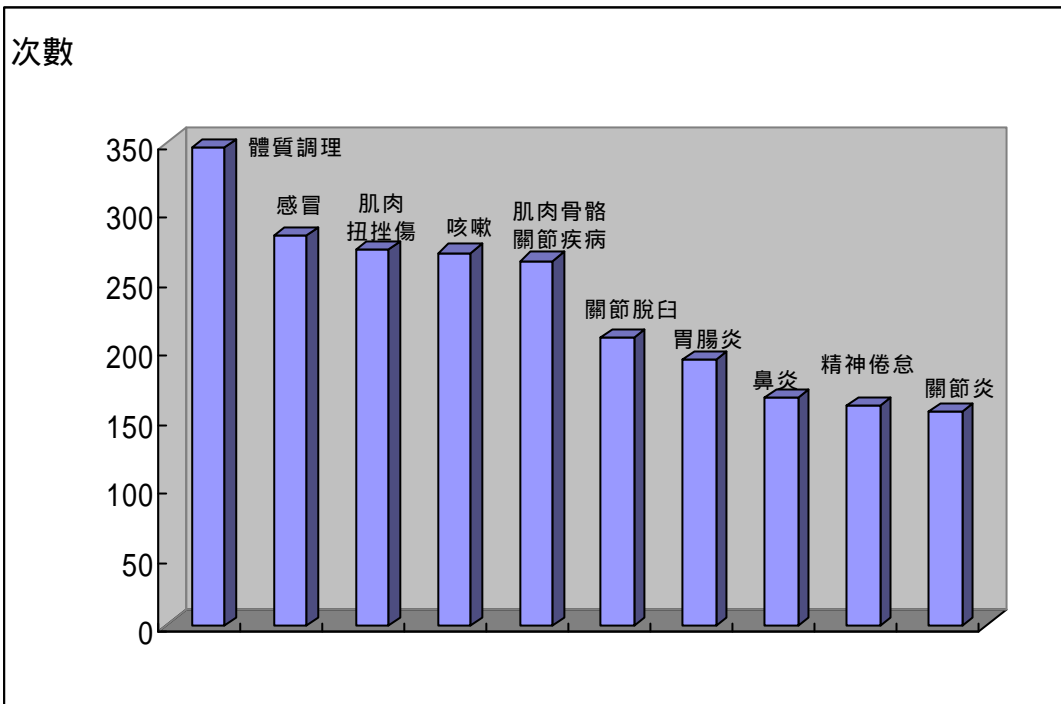


圖 4-1 何種疾病看中醫

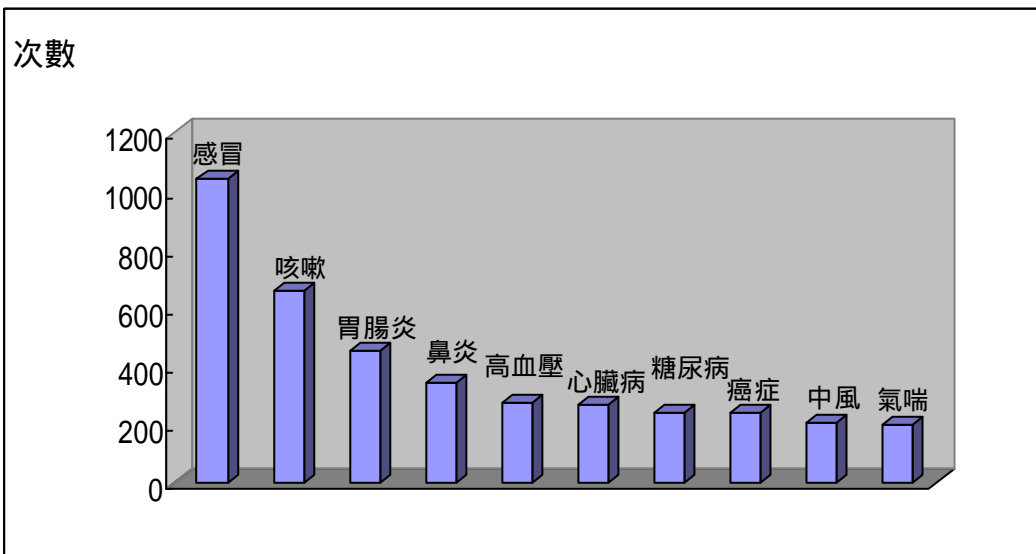


圖4-2 何種疾病看西醫

表4-4 研究對象描述性分析

		變項名稱	衡量項目	次數	比率
傾向因素	不可變因素	年齡 (平均值=34.47 歲)	20歲以下	179	12.76%
			21-30歲	484	34.50%
			31-40歲	311	22.17%
			41-50歲	265	18.89%
			51-60歲	102	7.27%
			61-70歲	46	3.28%
			71歲以上	16	1.14%
			未作答	4	
		性別	男	592	42.22%
			女	810	57.77%
		家庭組成	夫妻二人	102	8.70%
			夫妻及子女	709	60.44%
			三代同堂	362	30.86%
			未作答	234	
		婚姻狀態	未婚	583	41.82%
			已婚	769	55.16%
			離婚	17	1.22%
			分居	3	0.22%
			喪偶	18	1.29%
			其他	4	0.29%
		教育程度	小學	67	4.82%
			國中	166	11.94%
			高中	489	35.18%
			大專	576	41.44%
			研究所以上	81	5.83%
			其他	11	0.79%
			未作答	17	
職業	軍公教警	273	19.84%		
	工	203	14.75%		
	農漁牧	25	1.82%		
	商	191	13.88%		
	家管	144	10.47%		
	學生	250	18.17%		
	退休	24	1.74%		
	失業	19	1.38%		
	其他	247	17.95%		
	未作答	31			
能用因素	個人資源	個人月收入	16800 以下	333	27.16%
			16801-25000	260	21.21%
			25001-35000	231	18.84%
			35001-45000	139	11.34%
			45001-55000	122	9.95%
			55001 以上	141	11.50%
			未作答	181	
			有無保險	完全無保險	11
	沒有加入健保	25		1.80%	
	有加入健保	1366		98.20%	
	有商業保險	214		15.38%	
	有其他保險	36		2.59%	

表 4-4 研究對象描述性分析(續)

	變項名稱	衡量項目	次數	比率
社區資源	居住地點	台北區	376	26.90%
		北區	145	10.37%
		中區	252	18.03%
		南區	271	19.38%
		高屏區	271	19.38%
		東區	83	5.94%
		未作答	9	
	居住時間	少於1年	46	3.30%
		1-2年	83	5.95%
		2-3年	87	6.23%
		3-4年	81	5.80%
		4-5年	64	4.58%
		5年以上	1035	74.14%
		未作答	11	
中醫就醫可近性	無	301	21.69%	
	有	1087	78.31%	
西醫就醫可近性	無	164	11.84%	
	有	1221	88.16%	
需要因素	最近兩年到西醫醫療院所看診	未曾使用	328	24.03%
		有使用	1037	75.97%
		未作答	42	
	目前罹患何種疾病	有	215	15.89%
		無	1138	84.11%
		未作答	42	
	自覺健康狀況	差很多	30	2.15%
		比較差	218	15.64%
		普通	865	62.05%
		比較好	222	15.93%
		好很多	59	4.23%
	最近兩年任院天數	7天內	370	31.71%
		8-14天內	47	4.03%
		15-21天內	10	0.86%
		22-28天內	2	0.17%
		29天以上	5	0.43%
		2年內未曾住院	733	62.81%
	有商業醫療保險會增加就醫數	有	609	44.45%
		無	761	55.55%
未作答		37		
生病時的處理	馬上看醫生	706	51.50%	
	先自行買藥服用	154	11.23%	
	先忍一忍再決定	471	34.35%	
	先試試民間偏方	5	0.36%	
	其它	35	2.55%	

表 4-4 研究對象描述性分析(續)

	變項名稱	衡量項目	次數	比率
心理過程因素	就醫資訊	親友推薦	917	66.21%
		家人告知	738	53.29%
		其他醫師推薦	345	24.91%
		醫師對外演講	64	4.62%
		招牌或公車廣告	71	5.13%
		報紙廣告	129	9.31%
		雜誌廣告	83	5.99%
		電視廣告	62	4.48%
		收音機廣告	47	3.39%
		其他	112	8.09%
	固定中醫師	有	511	36.71%
		無	881	63.29%
		未作答	15	
	固定中醫醫療院所	有	517	37.19%
		無	873	62.81%
		未作答	17	
	固定西醫師	有	571	40.93%
		無	824	59.07%
		未作答	12	
	固定西醫醫療院所	有	595	42.99%
		無	789	57.01%
		未作答	23	
	主動收集資訊的習慣	有	407	29.41%
		無	977	70.59%
		未作答	23	
	從何處收集資訊	電視	419	31.67%
		收音機	146	11.04%
		報章雜誌	583	44.07%
		網路	255	19.27%
		醫療院所	506	38.25%
		醫護專業人員	451	34.09%
		其他	162	12.24%
	生病時優先看中/西醫	先看中醫	267	19.25%
		先看西醫	902	65.03%
		同時看中醫和西醫	76	5.48%
		其它	142	10.24%
	生病時優先看中醫的決定過程	自行決定	559	76.89%
		由家中長輩決定	65	8.94%
		與家人商量共同決定	79	10.87%
		受朋友的影響	17	2.34%
		其他	7	0.96%

表 4-4 研究對象描述性分析(續)

	變項名稱	衡量項目	次數	比率
心理過程因素	生病時優先看西醫的決定過程	自行決定	1017	80.33%
		由家中長輩決定	94	7.42%
		與家人商量共同決定	116	9.16%
		受朋友的影響	21	1.66%
		其他	18	1.42%
	生病時影響看中醫的因素	患何種疾病	537	68.06%
		醫師口碑	319	40.43%
		看診等候時間	99	12.55%
		就醫距離遠近	142	18.00%
		診療花費價格	80	10.14%
		醫院名聲	109	13.81%
		醫院規模大小	50	6.34%
		習慣	168	21.29%
	其它	21	2.66%	
	生病時影響看西醫的因素	患何種疾病	876	65.28%
		醫師口碑	571	42.55%
		看診等候時間	186	13.86%
		就醫距離遠近	367	27.35%
		診療花費價格	115	8.57%
		醫院名聲	278	20.72%
		醫院規模大小	193	14.38%
		習慣	275	20.49%
	其它	45	3.35%	
	不同疾病選擇中/西醫	會	627	79.17%
		不會	74	9.34%
		不一定	91	11.49%
	何種疾病看中醫	感冒	282	35.47%
		咳嗽	270	33.96%
		鼻炎	165	20.75%
		氣喘	82	10.31%
		胃腸炎	192	24.15%
		失眠	141	17.74%
		精神倦怠	159	20.00%
高血壓		52	6.54%	
糖尿病		51	6.42%	
中風		48	6.04%	
心臟病		42	5.28%	
肌肉骨骼關節疾病		264	33.21%	
關節炎		155	19.50%	
肌肉扭挫傷		272	34.21%	
關節脫臼		208	26.16%	
骨折		148	18.62%	
產後調理		125	15.72%	
體質調理		346	43.52%	
痛風		63	7.92%	
便秘		95	11.95%	
痔瘡	43	5.41%		
癌症	35	4.40%		
其他	28	3.52%		



表 4-4 研究對象描述性分析(續)

	變項名稱	衡量項目	次數	比率
心理過程因素	何種疾病看西醫	感冒	1047	77.44%
		咳嗽	660	48.82%
		鼻炎	348	25.74%
		氣喘	200	14.79%
		胃腸炎	453	33.51%
		失眠	144	10.65%
		精神倦怠	101	7.47%
		高血壓	279	20.64%
		糖尿病	243	17.97%
		中風	208	15.38%
		心臟病	270	19.97%
		肌肉骨骼關節疾病	150	11.09%
		關節炎	118	8.73%
		肌肉扭挫傷	103	7.62%
		關節脫臼	113	8.36%
		骨折	174	12.87%
		產後調理	85	6.29%
		體質調理	74	5.47%
		痛風	146	10.80%
		便秘	124	9.17%
	痔瘡	146	10.80%	
	癌症	243	17.97%	
	其他	49	3.62%	
	就醫前會先收集資訊	會	557	40.48%
		不會	776	56.40%
		其他	43	3.13%
	因疾病嚴重而收集資訊	會	947	69.02%
		不會	401	29.23%
其他		24	1.75%	
因疾病嚴重而尋找專家	會	730	53.01%	
	不會	600	43.57%	
	其他	47	3.41%	
因疾病嚴重而尋找民間療法	會	493	36.06%	
	不會	822	60.13%	
	其他	52	3.80%	

(六)、傾向因素-中醫醫療知識：

首先，將1407份有關中醫醫療知識方面的14題問卷，以描述性統計分析求取平均數、中位數和眾數，以表4-5表示。其中，以腎虧是腎功能異常(2.72)和肝火旺是肝功能異常(2.85)的中醫醫療知識方面得分最低，而在飲食禁忌與疾病療效有關(3.96)和中醫依患者個別體質來治療和用藥(3.94)的中醫醫療知識得分最高。

表4-5 民眾中醫醫療知識平均得分數分析表

醫療知識	統計項目	平均數	中位數	眾數	標準差
1.	中醫治療內、婦、兒、骨傷、針灸	3.80	4.00	4	0.75
2.	中醫依患者個別體質來治療和用藥	3.94	4.00	4	0.66
3.	中醫依外在環境變化來治病	3.82	4.00	4	0.70
4.	對中、西醫生理學的認知	2.64	2.00	2	0.91
5.	中醫用藥有君臣佐使原則	3.72	4.00	4	0.72
6.	中醫治病很少使用單味藥	3.73	4.00	4	0.78
7.	中醫用針灸來治病	3.85	4.00	4	0.67
8.	針灸用來治療急性病症	3.68	4.00	4	0.75
9.	中醫用拔罐、拔火罐來治病	3.42	3.00	4	0.79
10.	徒手推拿可透過經絡來治病	3.69	4.00	4	0.77
11.	推拿可治療肌肉、骨骼、關節扭挫傷及酸痛	3.82	4.00	4	0.74
12.	飲食禁忌與疾病療效有關	3.96	4.00	4	0.68
13.	腎虧是腎功能異常嗎？	2.72	3.00	2	0.90
14.	肝火旺是肝功能異常嗎？	2.85	3.00	2	0.92

(七)、傾向因素-中醫醫療信念：

在中醫醫療信念方面，首先，將1407份有關中醫醫療信念方面的8題問卷，以描述性統計分析求取平均數、中位數和眾數，

以表4-6表示。其中以中藥有病可治病沒病可強身的信念方面分數最低(2.85)，而以中醫治病能治標又治本的信念方面分數最高(3.64)。

表 4-6 民眾中醫醫療信念平均得分數分析表

統計項目	平均數	中位數	眾數	標準差
醫療信念				
1.中醫治病能治標又治本	3.64	4.00	4	0.77
2.中醫對急性病療效較西醫好	3.50	4.00	4	0.91
3.西醫對慢性病療效較中醫差	3.51	4.00	4	0.82
4.中藥比西藥藥性溫和不會有副作用	3.39	4.00	4	0.94
5.中醫診斷較西醫準確	3.26	3.00	3	0.81
6.中醫師比西醫師解說病情詳細	3.38	3.00	3	0.80
7.中藥有病可治病沒病可強身	2.85	3.00	2	0.98
8.西醫費用較中醫貴	3.10	3.00	3	0.83

#### (八)、中醫醫療服務利用依變項統計分析

本研究之依變項有二個，一為曾使用中醫與未曾使用中醫變項，二為高度使用中醫與低度使用中醫變項，其在研究樣本之情形如下所述：

1、曾使用中醫與未曾使用中醫變項：最近兩年內是否曾使用中醫方面(如表4-7)，未使用 - 且於2年內未曾使用中醫者共510人(38.64%)，有使用 - 且於2年內曾經使用中醫者共810人(61.36%)，最近一年使用中醫1-3次者為382人(38.64%)、4-6次者為143人(10.83%)、7次以上者為205人(15.53%)，未填答者共87人。

表 4-7 使用中醫變項描述性分析結果

使用中醫資源	次數	比率
未曾使用	510	38.64%
有使用	810	61.36%
未填答	87	
Total	1407	100%

2、高度使用中醫與低度使用中醫變項：最近一年使用中醫次數方面，未使用者共590人(44.70%)、有使用 - 且於一年內曾經使用中醫1-3次者共382人(28.94%)、最近一年使用中醫4-6次者為143人(10.83%)、7次以上者為205人(15.53%)、未填答者共87人，以表4-8表示。本研究全體樣本對象平均每人中醫醫療利用次數約為2.35次，而在有使用中醫者之平均每人中醫醫療利用次數約為3.99次，故本文將最近一年有使用 - 且於一年內曾經使用中醫4次(包含4次)以上者視為高度使用中醫者有348人(47.67%)，而將最近一年有使用 - 且於一年內曾經使用中醫使用4次(未包含4次)以下者視為低度使用中醫者有382人(52.33%)(如表4-8)。

表 4-8 使用中醫次數變項描述性分析結果

使用中醫資源	次數	比率
未曾使用	590	44.70%
使用 1-3 次	382	28.94%
使用 4-6 次	143	10.83%
使用 7 次以上	205	15.53%
未作答	87	
Total	1407	100%
高度使用中醫者	348 人	47.67%
低度使用中醫者	382 人	52.33%

## 五、雙變項分析

以雙變項分析之卡方檢定進行假設(一)使用中醫與未使用中醫之民眾(人口)特質(傾向因素、能用因素、需要因素)、假設(二)使用中醫與未使用中醫之民眾心理過程因素、假設(三)高度利用與低度利用之民眾(人口)特質(傾向因素、能用因素、需要因素)和假設(四)高度利用與低度利用之民眾心理過程因素有統計上顯著差異(如表4-9)。

### (一)、使用中醫與未使用中醫之民眾(人口)特質

在使用中醫與未使用中醫之民眾(人口)特質方面，其卡方檢定結果如表4-9，並將結果整理如下。

#### (1) 傾向因素

在年齡方面，使用中醫的年齡以71歲以上(80.0%)比率最高，其次分別為61-70歲(77.27%)、21-30歲(64.0%)、51-60歲(62.37%)、31-40歲(62.29%)、41-50歲(55.24%)、最低比率為20歲以下(54.55%)，其差異具有統計上顯著意義( $P=0.0167$ )。而在未使用中醫的年齡層中以20歲以下(45.45%)最高，71歲以上(20.0%)最低。

在性別方面，女性利用中醫門診比率為64.85%，高於男性56.91%，其差異具有統計上顯著意義( $P=0.0035$ )

在家庭組成方面，三代同堂利用中醫門診比率最高，為68.66%，其次為夫妻及子女(60.30%)，最低的是夫妻二人57.89%，其差異具有統計上顯著意義( $P=0.0220$ )。

在教育程度方面，以小學使用中醫門診比率(81.25%)最高，

其次為研究所以上(65.82%)、大專(65.65%)、國中(54.78%)、高中(54.11%)，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )。另外，在婚姻狀態和職業方面都不具有統計上顯著差異。但在具有顯著差異年齡，性別，家庭組成和教育程度等方面，使用中醫者的比率均高於未使用中醫者的比率。

## (2) 能用因素

在居住地方面，以中區分局使用中醫門診比率(83.06%)最高，遠遠高於其他地區，而東區分局(66.25%)、北區分局(66.18%)、南區分局(60.83%)、高屏分局(56.35%)、台北分局(47.21%)，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )。

在居住時間方面，以1年以下利用中醫門診比率(73.17%)最高，其次為1-2年(65.38%)、5年以上(63.08%)、2-3年(58.54%)、4-5年(49.18%)、3-4年(42.86%)，其差異具有統計上顯著意義( $P=0.0016$ )。

在中醫可近性方面，有10分鐘可到之中醫醫療院所利用中醫門診比率(64.11%)，高於沒有10分鐘可到之中醫醫療院所(50.91%)，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )。在西醫可近性方面，有10分鐘可到之西醫醫療院所利用西醫門診比率(62.21%)，高於沒有10分鐘可到之西醫醫療院所(52.67%)，其差異具有統計上顯著意義( $P=0.0242$ )。

另外，在個人月收入方面則不具有統計上顯著差異。但在具有顯著差異的居住地，居住時間，中醫可近性方面，使用中醫者的比率均高於未使用中醫者。

### (3) 需要因素

在近2年使用西醫者方面，其有利用西醫門診比率(71.20%)的人數高於未利用西醫門診比率(31.21%)的人數，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )。

在罹患慢性病方面，有罹患慢性病的人利用中醫門診比率(83.33%)，遠高於未罹患慢性病的人利用中醫門診比率(56.75%)，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )，

在自覺健康狀況方面，感覺比較差的人利用中醫門診比率(73.21%)最高，其次為感覺普通(62.48%)、差很多(59.26%)、比較好(50.95%)和好很多(41.07%)，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )。

在近2年住院天數方面，以29天以上有100%、22-28天有100%、7天內有79.30%利用中醫門診比率最高，但2年內未曾住院且只利用中醫門診的比率也高達52.38%，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )。

另外，在有民間商業保險方面其不具有統計上顯著差異。但在具有顯著差異的近2年使用西醫、罹患慢性病、自覺健康狀況、和近2年住院天數等項目上，使用中醫者的比率均高於未使用中醫者。

表 4-9 自變項與是否利用中醫門診之檢定結果

變項名稱	統計項目	總計		是否利用中醫門診				卡方值 ( )
		總計	%	是	%	否	%	
傾向因素								
年齡	20 歲以下	165	12.58%	90	54.55%	75	45.45%	15.4997 P=0.0167*
	21-30 歲	450	34.30%	288	64.0%	162	36.0%	
	31-40 歲	297	22.64%	185	62.29%	112	37.71%	
	41-50 歲	248	18.90%	137	55.24%	111	44.76%	
	51-60 歲	93	7.09%	58	62.37%	35	37.63%	
	61-70 歲	44	3.35%	34	77.27%	10	22.73%	
	71 歲以上	15	1.14%	12	80.0%	3	20.0%	
性別	男	557	42.19%	317	56.91%	240	43.09%	8.5324 P=0.0035*
	女	754	57.51%	489	64.85%	265	35.15%	
家庭組成	夫妻二人	95	8.72%	55	57.89%	40	42.11%	7.6379 P=0.0220*
	夫妻及子女	660	60.55%	398	60.30%	262	39.70%	
	三代同堂	335	30.73%	230	68.66%	105	31.34%	
婚姻狀態	未婚	542	41.53%	341	62.92%	201	37.08%	3.2502 P=0.6615
	已婚	724	55.48%	435	60.08%	289	22.15%	
	離婚	15	1.15%	9	60.0%	6	40.0%	
	分居	3	0.23%	1	33.33%	2	66.67%	
	喪偶	18	1.38%	12	66.67%	6	33.33%	
	其他	3	0.23%	1	3.33%	2	66.67%	
教育程度	小學	64	4.93%	52	81.25%	12	18.75%	31.9441 P<0.0001*
	國中	157	12.09%	86	54.78%	71	45.22%	
	高中	462	35.57%	250	54.11%	212	45.89%	
	大專	527	40.57%	346	65.65%	181	34.35%	
	研究所以上	79	6.08%	52	65.82%	27	34.18%	
	其他	10	0.77%	9	90.0%	1	10.0%	
職業	軍公教警	257	19.97%	163	63.42%	94	36.58%	10.6067 P=0.2250
	工	186	14.45%	102	54.84%	84	45.16%	
	農漁牧	25	1.94%	13	52.0%	12	48.0%	
	商	175	13.60%	114	65.14%	61	34.86%	
	家管	139	10.80%	81	58.27%	58	41.73%	
	學生	229	17.79%	151	65.94%	78	34.06%	
	退休	23	1.79%	15	65.22%	8	34.78%	
	失業	16	1.24%	7	43.75%	9	56.25%	
	其他	237	18.41%	145	61.18%	92	38.82%	



表 4-9 自變項與是否利用中醫門診之檢定結果(續)

統計項目 變項名稱		總計		是否利用中醫門診				卡方值 ( )
		總計	%	是	%	否	%	
<b>能用因素</b>								
個人 月收入	16800 以下	307	26.84%	212	69.06%	95	30.94%	8.9243 P=0.1121
	16801-25000	240	20.98%	145	60.42%	95	39.58%	
	25001-35000	220	19.23%	127	57.73%	93	42.27%	
	35001-45000	130	11.36%	78	60.0%	52	40.0%	
	45001-55000	115	10.05%	71	61.74%	44	38.26%	
	55001 以上	132	11.54%	79	59.85%	53	40.15%	
居住 地	台北分局	358	27.37%	169	47.21%	189	52.79%	83.0302 P<0.0001*
	北區分局	136	10.40%	90	66.18%	46	33.82%	
	中區分局	242	18.50%	201	83.06%	41	16.94%	
	南區分局	240	18.35%	146	60.83%	94	39.17%	
	高屏分局	252	19.27%	142	56.35%	110	43.65%	
	東區分局	80	6.12%	53	66.25%	27	33.75%	
居住 時間	1 年以下	41	3.14%	30	73.17%	11	26.83%	19.3726 P=0.0016*
	1-2 年	78	5.97%	51	65.38%	27	34.62%	
	2-3 年	52	6.28%	48	58.54%	34	41.46%	
	3-4 年	77	5.90%	33	42.86%	44	57.14%	
	4-5 年	61	4.67%	30	49.18%	31	50.82%	
	5 年以上	967	74.04%	610	63.08%	357	36.92%	
中醫 可近 性	無	275	21.11%	140	50.91%	135	49.09%	15.9285 P<0.0001*
	有	1028	78.89%	659	64.11%	369	35.89%	
西醫 可近 性	無	150	11.53%	79	52.67%	71	47.33%	5.0820 P=0.0242*
	有	1151	88.47%	716	62.21%	435	37.79%	
<b>需要因素</b>								
近 2 年用 西醫	無	314	24.28%	98	31.21%	216	68.73%	160.5116 P<0.0001*
	有	979	75.72%	697	71.20%	282	28.80%	
罹患 慢性 病	無	1066	83.94%	605	56.75%	461	43.25%	50.8587 P<0.0001*
	有	204	16.06%	170	83.33%	34	16.67%	
自覺 健康 狀況	差很多	27	2.07%	16	59.26%	11	40.74%	32.1658 P<0.0001*
	比較差	209	15.99%	153	73.21%	56	26.79%	
	普通	805	61.59%	503	62.48%	302	37.52%	
	比較好	210	16.07%	107	50.95%	103	49.05%	
	好很多	56	4.28%	23	41.07%	33	58.93%	

表 4-9 自變項與是否利用中醫門診之檢定結果(續)

統計項目 變項名稱		總計		是否利用中醫門診				卡方值 ( )
		總計	%	是	%	否	%	
<b>需要因素</b>								
近 2 年住 院天 數	7 天內	343	31.32%	272	79.30%	71	20.70%	77.2991 P<0.0001*
	8-14 天	43	3.93%	22	51.16%	21	48.84%	
	15-21 天	10	0.91%	4	40.0%	6	60.0%	
	22-28 天	2	0.18%	2	100%	0	0%	
	29 天以上	4	0.37%	4	100%	0	0%	
	2 年內未住院	693	63.29%	363	52.38%	330	47.62%	
有民 間商 業保 險	有	702	54.72%	428	60.97%	274	39.03%	0.2404 P=0.6239
	無	581	45.28%	362	62.31%	219	37.69%	
<b>心理過程因素</b>								
生病 時的 處理	馬上看醫生	666	51.79%	374	56.16%	292	43.84%	16.2199 P=0.0027*
	先自行服藥	145	11.28%	90	62.07%	55	37.94%	
	忍一忍再說	441	34.29%	289	65.53%	152	34.47%	
	試民間偏方	5	0.39%	5	100%	0	0%	
	其他	29	2.26%	22	75.86%	7	24.14%	
就醫 資訊	親友推薦	868	35.81%	541	62.33%	327	37.67%	8.5591 P=0.3808
	家人告知	697	28.75%	425	60.98%	242	39.02%	
	醫師推薦	329	13.57%	191	58.02%	138	41.95%	
	醫師演講	62	2.56%	35	56.45%	27	43.55%	
	招牌廣告	65	2.68%	39	60.0%	26	40.0%	
	報紙廣告	124	5.12%	80	64.52%	44	35.48%	
	雜誌廣告	76	3.14%	40	52.63%	36	47.37%	
	電視廣告	56	2.31%	36	64.29%	20	35.71%	
	收音機廣告	43	1.77%	30	69.77%	13	30.23%	
	其他	104	4.29%	67	64.42%	37	35.58%	
固定 中醫 師	有	490	37.52%	420	85.71%	70	14.29%	195.4953 P<0.0001*
	無	816	62.48%	382	46.81%	434	53.19%	
固定 中醫 院所	有	494	37.88%	420	85.02%	74	14.98%	190.0850 P<0.0001*
	無	810	62.12%	378	46.67%	432	53.33%	
固定 西醫 師	有	539	41.24%	367	68.09%	172	31.91%	18.1256 P<0.0001*
	無	769	58.79%	434	56.44%	335	43.56%	
固定 西醫 院所	有	562	43.30%	383	68.15%	179	31.85%	20.7573 P<0.0001*
	無	736	56.70%	410	55.71%	326	44.29%	

表 4-9 自變項與是否利用中醫門診之檢定結果(續)

變項名稱	統計項目	總計		是否利用中醫門診				卡方值 ( )
		總計	%	是	%	否	%	
<b>心理過程因素</b>								
主動 收集 資訊 習慣	有	382	29.41%	272	71.20%	110	28.80%	23.1394 P<0.0001*
	無	917	70.59%	522	56.92%	395	43.08%	
從何 處收 集資 訊	電視	393	16.44%	250	63.61%	143	36.39%	8.7270 P=0.1895
	收音機	138	5.77%	80	57.97%	58	42.03%	
	報章雜誌	543	22.70%	351	64.64%	192	35.36%	
	網路	245	10.25%	154	62.86%	91	37.14%	
	醫療院所	481	20.13%	311	64.66%	170	35.34%	
	醫專業人員	438	18.33%	271	61.87%	167	38.13%	
	其他	152	6.37%	88	57.89%	64	42.11%	
生病 時優 先看 中/西 醫	優先看中醫	255	19.62%	204	80.0%	51	20.0%	80.5378 P<0.0001*
	優先看西醫	836	64.31%	437	52.27%	399	47.73%	
	同看中西醫	73	5.62%	46	63.01%	27	36.99%	
	其他	136	10.46%	105	77.21%	31	22.79%	
生病 時優 先看 西醫 的決 定過 程	自行決定	953	80.15%	590	61.91%	363	38.09%	8.5785 P=0.0725
	長輩決定	89	7.49%	43	48.31%	46	51.69%	
	家人決定	113	9.50%	70	61.95%	43	38.05%	
	朋友影響	18	1.51%	12	66.67%	6	33.33%	
	其他	16	1.35%	7	43.75%	9	56.25%	
生病 時影 響看 西醫 因素	患何種疾病	835	30.39%	545	65.27%	290	34.73%	22.6475 P=0.0070*
	醫師口碑	542	19.72%	329	60.15%	216	39.85%	
	候診時間	173	6.30%	113	64.20%	63	35.80%	
	就醫遠近	343	12.48%	186	54.23%	157	45.77%	
	診療價格	112	4.08%	68	60.71%	44	39.29%	
	醫院名聲	269	9.79%	159	59.11%	110	40.89%	
	醫院規模	180	6.55%	97	53.89%	83	46.11%	
	其他	37	1.35%	23	62.16%	14	37.84%	
就醫 前會 先收 集資 訊	會	524	40.49%	337	64.31%	187	35.69%	4.1563 P=0.1252
	不會	730	56.41%	428	58.63%	302	41.37%	
	其他	40	3.09%	24	60.0%	16	40.0%	

表 4-9 自變項與是否利用中醫門診之檢定結果(續)

變項名稱	統計項目	總計		是否利用中醫門診				卡方值 ( )
		總計	%	是	%	否	%	
<b>心理過程因素</b>								
因疾病嚴重而收集資訊	會	897	69.48%	576	63.88%	324	36.12%	10.7060 P=0.0047*
	不會	372	28.51%	203	54.57%	169	45.43%	
	其他	22	1.70%	11	50.0%	11	50.0%	
因疾病嚴重而尋找專家	會	688	53.17%	423	61.48%	265	38.52%	0.3838 P=0.8254
	不會	562	43.43%	345	61.39%	217	38.61%	
	其他	44	3.40%	25	56.82%	19	43.18%	
因疾病嚴重而尋找民間療法	會	465	36.19%	267	57.42%	198	42.58%	4.6293 P=0.0988
	不會	773	60.16%	489	63.26%	284	36.71%	
	其他	47	3.66%	31	65.96%	16	34.04%	

#### (4) 中醫醫療知識

在使用中醫與未使用中醫之民眾對14題中醫醫療知識的認知結果以表4-10表示，且14題中都全部都具有顯著差異，14題中使用中醫者的平均值均高於未使用中醫者的平均值。

在14題中醫醫療知識中，以第2題中醫依患者個別體質來治療和用藥和第12題飲食禁忌與疾病療效有關的平均值最高，分別為4.06和4.10，而以第4題對中、西醫生理學的認知和第13題腎虧是腎功能異常的平均值最低，分別為2.70和2.79。

由表4-10顯示民眾中醫醫療知識的平均值超過4.0以上者，僅有2題，甚至有2題的平均值低於3.0以下，表示即使是使用中醫的民眾其中醫醫療知識仍有加強的空間。

表 4-10 中醫醫療知識與是否利用和高低度利用之檢定

統計項目	全體 樣本 (平均 數)	是否利用中醫門診 (平均數)			是否高度利用中醫門診 (平均數)		
		是	否	卡方值	高度	低度	卡方值
1. 中醫治療內、婦、兒、 骨傷、針灸	3.80	3.95	3.61	75.5528 P<0.0001*	4.06	3.71	60.4280 P<0.0001*
2. 中醫依患者個別體質來 治療和用藥	3.94	4.06	3.77	66.2599 P<0.0001*	4.19	3.84	71.2250 P<0.0001*
3. 中醫依外在環境變化來 治病	3.82	3.89	3.71	24.3577 P<0.0001*	3.96	3.75	27.5735 P<0.0001*
4. 對中、西醫生理學的認 知	2.64	2.70	2.59	28.1736 P<0.0001*	2.70	2.63	27.7396 P<0.0001*
5. 中醫用藥有君臣佐使原 則	3.72	3.80	3.62	30.3841 P<0.0001*	3.91	3.66	35.0845 P<0.0001*
6. 中醫治病很少使用單味 藥	3.73	3.76	3.69	30.67343.56 P<0.0001*	3.74	3.73	15.0107 P=0.0047*
7. 中醫用針灸來治病	3.85	3.93	3.73	44.2561 P<0.0001*	4.05	3.77	52.8825 P<0.0001*
8. 針灸用來治療急性病症	3.68	3.75	3.57	17.8613 P=0.0013*	3.78	3.63	17.3031 P=0.0017*
9. 中醫用拔罐、拔火罐來 治病	3.42	3.41	3.40	13.8665 P=0.0077*	3.49	3.38	6.3172 P=0.1767
10. 徒手推拿可透過經絡 來治病	3.69	3.80	3.56	37.9960 P<0.0001*	3.94	3.61	52.3297 P<0.0001*
11. 推拿可治療肌肉、骨 骼、關節扭挫傷及酸痛	3.82	3.96	3.65	68.9715 P<0.0001*	4.04	3.753	48.9135 P<0.0001*
12. 飲食禁忌與疾病療效 有關	3.96	4.10	3.76	78.5563 P<0.0001*	4.17	3.88	47.5689 P<0.0001*
13. 腎虧是腎功能異常 嗎？	2.72	2.79	2.67	19.5963 P=0.0006*	2.79	2.72	15.7274 P=0.0034*
14. 肝火旺是肝功能異常 嗎？	2.85	2.96	2.77	20.3742 P=0.0078*	2.98	2.85	36.4570 P<0.0001*
平均值	3.55	3.63	3.44		3.70	3.57	

#### (5) 中醫醫療信念

在使用中醫與未使用中醫之民眾對於8題中醫醫療信念的認知其結果以表4-11表示，且8題中全部都具有顯著差異，8題中有7題使用中醫者的平均值均高於未使用中醫者的平均值(除第5題中醫診斷較西醫準確外)，此表示會使用中醫者的中醫醫療信念

普遍高於未使用中醫者。

在8題中醫醫療信念中，以第1題中醫治病能治標又治本和第3題西醫對慢性病療效較中醫差的平均值最高，分別為3.76和3.59，而以第7題中藥有病可治病沒病可強身和第8題西醫費用較中醫貴的平均值最低，分別為2.87和3.11。

由表4-11顯示民眾中醫醫療信念的平均值均未超過4.0以上者，甚至有1題的平均值低於3.0以下，表示即使是使用中醫的民眾其中醫醫療信念仍有很大須加強的空間。

表 4-11 中醫醫療信念與是否利用和高低度利用之檢定

醫療信念	檢定項目	全體樣本 (平均數)	是否利用中醫門診 (平均數)			是否高度利用中醫門診 (平均數)		
			是	否	卡方值	高度	低度	卡方值
1. 中醫治病能治標又治本		3.64	3.76	3.47	47.3339 P<0.0001*	3.86	3.56	8.4969 P=0.0749
2. 中醫對急性病療效較西醫好		3.50	3.51	3.50	17.5086 P=0.0015*	3.43	3.54	6.6290 P=0.1568
3. 西醫對慢性病療效較中醫差		3.51	3.59	3.37	31.7124 P<0.0001*	3.61	3.46	5.9663 P=0.2017
4. 中藥比西藥藥性溫和不會有副作用		3.39	3.38	3.37	42.2551 P<0.0001*	3.44	3.35	13.4117 P=0.0094*
5. 中醫診斷較西醫準確		3.26	3.16	3.42	48.8618 P<0.0001*	3.08	3.34	7.8820 P=0.0960
6. 中醫師比西醫師解說病情詳細		3.38	3.40	3.34	13.8403 P=0.0078*	3.50	3.33	6.2488 P=1813
7. 中藥有病可治病沒病可強身		2.85	2.87	2.85	40.2754 P<0.0001*	2.83	2.88	5.1150 P=0.2757
8. 西醫費用較中醫貴		3.10	3.11	3.03	18.5828 P=0.0009*	3.22	3.02	
	平均值	3.33	3.35	3.29		3.37	3.31	

#### (6)、使用中醫與未使用中醫之民眾心理過程因素

在使用中醫與未使用中醫之民眾心理過程因素方面，其卡方檢定結果如表4-9，並將結果整理如下。

在生病時的處理方面，以試民間偏方(100%)和其他(75.86%)最多，其次為忍一忍再說(65.53%)和先自行服藥(62.07%)，最低為馬上看醫生(56.16%)，雖然試民間偏方只有5個樣本數，但也顯示國人生病時的處理特性，是最後才尋求醫療專業治療，其差異具有統計上顯著意義( $P=0.0027$ )，此結論在未使用中醫者有不同的看法，未使用中醫者在生病時的處理以馬上看醫生(43.84%)最高，其次為先自行服藥(37.94%)，而忍一忍再說有34.47%，但不論使用中醫者與未使用中醫者，在生病時的處理只有近五成的民眾會馬上看醫生，即使在有全民性的全民健保實施後，仍有近五成民眾尋求非正式的醫療管道來治病，這種現象可提供有興趣者作更進一步的探討。

在固定中醫師方面，有固定中醫師者其利用中醫門診比率的人有85.71%，未固定中醫師者有46.81%，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )。在固定西醫師方面，有固定西醫師而又利用中醫門診比率的人有68.09%，而在未固定西醫師卻利用中醫門診比率的人有56.44%，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )，表示民眾不論在有固定中醫師，且利用中醫門診或有固定西醫師，且利用中醫門診的比率，都比未固定醫師者使用中醫門診比率高，亦即民眾對醫師普遍較具有忠誠度。

在固定中醫醫療院所方面，有固定中醫醫療院所利用中醫門診比率的人有85.02%，未固定中醫醫療院所比率者有46.67%，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )。在固定西醫醫療院所方面，有固定西醫醫療院所而利用中醫門診比率的人有68.15%，而在未固定西醫醫療院所卻利用中醫門診比率的人有55.71%，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )，表示民眾不論在有固定中

醫醫療院所，且利用中醫門診或有固定西醫醫療院所，且利用中醫門診的比率，都比未固定醫療院所者其使用中醫門診比率高，也就是說民眾對醫療場所較具有習慣性。

在主動收集資訊習慣方面，會主動收集資訊者其利用中醫門診比率為71.20%，不會主動收集資訊者為56.92%，其差異具有統計上顯著意義( $P < 0.0001$ )，此表示會主動收集資訊者利用中醫門診比率，高於不會主動收集資訊者。

在生病時影響看西醫因素方面，影響看西醫的因素中以患何種疾病比率最高為65.27%，其次為候診時間(64.20%)、其他(62.16%)、診療價格(60.71%)、醫師口碑(60.15%)、醫院名聲(59.11%)、就醫遠近(54.23%)、醫院規模(53.89%)和習慣(50.19%)，其差異具有統計上顯著意義( $P < 0.0070$ )。

在生病時優先看中/西醫方面，優先看中醫者利用中醫門診比率為80.0%，高於其他者的77.21%、同時看中西醫者有63.01%、優先看西醫者有52.27%，其差異具有統計上顯著意義( $P < 0.0001^*$ )，此表示會使用中醫者在生病時，以優先看中醫的習慣高於看西醫的比率，但亦有極高比率填答其他項，此與上題生病時的處理結果中有近五成民眾未尋求專業醫療處理，有相似的结果。

因疾病嚴重而收集資訊方面，會因疾病嚴重而收集資訊者其利用中醫門診比率為63.88%，高於不會因疾病嚴重而收集資訊者54.57%，其差異具有統計上顯著意義( $P = 0.0047$ )。

另外，在就醫資訊、從何處收集資訊、就醫前會先收集資訊、因疾病嚴重而尋找專家和因疾病嚴重而尋找民間療法等方面都不具有統計上顯著差異。



## (二)、高度利用與低度利用中醫之民眾 (人口) 特質(傾向因素、能用因素、需要因素) (如表 4-12)

### (1)傾向因素

在年齡方面，高度利用中醫的年齡以61-70歲(20.59%)比率最高，其次依序為20歲以下 (16.67%)、41-50歲(10.95%)、21-30歲(8.68%)、71歲以上(8.33%)、31-40歲(7.57%)、最低比率為51-60歲(3.45%)，其差異具有統計上顯著意義( $P=0.034$ )。此結果與一般認知不同，一般認為年齡越高者使用醫療的利用次數會越高，但在使用中醫者族群中，會高度使用中醫者都是20歲以下及41-50歲者，但如再比較何種疾病使用中西醫時，即知老年人的慢性病以看西醫的比率高於看中醫，這或許能為此解答。

在家庭組成方面，三代同堂高度利用中醫門診比率最高，為13.04%，其次為夫妻二人 (10.91%)，最低的是夫妻及子女(7.04%)，其差異具有統計上顯著意義( $P=0.0415$ )，愈多代的家庭組成高度利用中醫的比率最高。

在教育程度方面，以小學者高度利用中醫門診比率(19.23%)最高，其次為國中者 (16.28%)、高中者 (10.80%)、大專者(7.23%)、研究所以上者 (3.85%)，其差異具有統計上顯著意義( $P=0.0094$ )，小學程度比其他教育程度方面在高度利用中醫門診比率和是否使用中醫門診比率上都要高。

另外，在性別、婚姻狀態和職業方面的高度或低度利用中醫門診比率上，都不具有統計上顯著差異。

### (2)能用因素

在居住地方面，以東區分局高度利用中醫門診比率(16.98%)

最高，其次為台北分局(15.98%)、南區分局(9.59%)、高屏分局(8.45%)、北區分局(7.78%)、中區分局(5.47%)，其差異具有統計上顯著意義( $P=0.0101$ )。

另外，在個人月收入、居住時間、中醫可近性和西醫可近性方面的高度或低度利用中醫門診比率都不具有統計上顯著差異。即在高度或低度使用中醫者比率比較上，除居住地方面外，都不具有顯著差異。

### (3) 需要因素

在使用西醫次數方面，未曾使用西醫者其高度利用中醫門診比率(26.97%)高於曾使用西醫者(4.53%)的人數，其差異具有統計上顯著意義( $P<0.0001$ )。

另外，在近2年使用西醫、罹患慢性病、自覺健康狀況、近2年住院天數和有民間商業保險方面的高度利用中醫門診比率都不具有統計上顯著差異。即在高度或低度使用中醫者比率比較中，除使用西醫次數外，都不具有顯著差異。

### (4) 中醫醫療知識

在高度使用中醫與低度使用中醫之民眾，對於14題中醫醫療知識的認知，其結果以表4-10表示，14題中有13題具有顯著差異。

在高度使用中醫與低度使用中醫之民眾，對於14題中醫醫療知識的認知中，高度使用中醫者的中醫醫療知識平均值均高於曾使用中醫者和低度使用中醫者。

而在14題中醫醫療知識方面，在高度或低度利用中醫者的平均值項目均相同中，以第2題中醫依患者個別體質來治療和用藥

(分別為4.19, 3.84)和第12題飲食禁忌與疾病療效有關(4.17, 3.88)的平均值最高；而以第4題對中、西醫生理學的認知(2.70, 2.63)和第13題腎虧是腎功能異常(2.79, 2.72)的平均值最低。

由表4-10顯示民眾中醫醫療知識的平均值超過4.0以上者僅有2題，甚至有2題的平均值低於3.0以下。

#### (5) 中醫醫療信念

在高度使用中醫與低度使用中醫之民眾，對於8題中醫醫療信念的認知，其結果以表4-11表示，且8題中醫醫療信念結果中，僅第4題中藥比西藥藥性溫和不會有副作用具有顯著差異。

在高度使用中醫與低度使用中醫之民眾，對於8題中醫醫療信念的認知中，高度使用中醫者的中醫醫療信念平均值均高於曾使用中醫者和低度使用中醫者。

而在8題中醫醫療信念方面，在高度利用中醫者的平均值中，以第1題中醫治病能治標又治本和第3題西醫對慢性病療效較中醫差的平均值最高，分別為3.86和3.61，而以第7題中藥有病可治病沒病可強身的平均值最低為2.83。而在低度利用中醫者的平均值中，以第1題中醫治病能治標又治本(3.56)和第2題西醫對急性病療效較中醫差(3.54)最高，而同樣以第7題中藥有病可治病沒病可強身的平均值最低為2.88。

由表4-11顯示民眾不論是高度或低度，也不論是曾使用或未使用中醫者的中醫醫療信念的平均值均未超過4.0以上。

#### (6) 高度利用與低度利用之民眾心理過程因素

在高度利用中醫與低度利用中醫之民眾心理過程因素方

面，其卡方檢定結果如表4-12，並將結果整理如下。

在固定西醫師方面，以固定西醫師而高度利用中醫門診比率的人(12.81%)多於未固定西醫師卻高度利用中醫門診比率的人(7.14%)，其差異具有統計上顯著意義( $P=0.0071$ )。

另外，在生病時的處理、固定中醫師、固定中醫醫療院所、固定西醫醫療院所、主動收集醫療資訊、生病時優先看中/西醫生病時優先看中醫的決定過程、生病時優先看西醫的決定過程、不同疾病選擇中/西醫、就醫前會先收集資訊、因疾病嚴重而收集資訊、因疾病嚴重而尋找專家和因疾病嚴重而尋找民間療法等方面在高度利用與低度利用中醫門診之民眾心理過程因素都不具有統計上顯著差異。亦即在心理過程因素方面，高度或低度使用中醫者的比率方面除固定西醫師外，都不具有顯著差異。

表 4-12 自變項與高低度利用中醫門診之檢定結果

統計項目 自變項名稱		曾使用中醫者						卡方值 ( )
		總計	%	高度	%	低度	%	
傾向因素								
年齡	20 歲以下	90	11.19%	15	16.67%	75	83.33%	13.5770 P=0.0347*
	21-30 歲	288	35.82%	25	8.68%	263	91.32%	
	31-40 歲	185	23.01%	14	7.57%	171	92.43%	
	41-50 歲	137	17.04%	15	10.95%	122	89.05%	
	51-60 歲	58	7.21%	2	3.45%	56	96.55%	
	61-70 歲	34	4.23%	7	20.59%	27	79.71%	
	71 歲以上	12	1.49%	1	8.33%	11	91.67%	
性別	男	317	39.33%	38	11.99%	279	88.01%	2.4845 P=0.1150
	女	489	60.67%	42	5.59%	447	91.41%	
家庭組成	夫妻二人	55	8.05%	6	10.91%	49	89.09%	6.3630 P=0.0415*
	夫妻及子女	398	58.27%	28	7.04%	370	92.96%	
	三代同堂	230	33.67%	30	13.04%	200	86.96%	
婚姻狀態	未婚	341	42.68%	33	9.68%	308	90.32%	5.1269 P=0.4006
	已婚	435	54.44%	40	9.20%	395	90.80%	
	離婚	9	1.13%	2	22.22%	7	77.78%	
	分居	1	0.13%	0	0%	1	100%	
	喪偶	12	1.76%	3	25.0%	9	75.0%	
	其他	1	0.13%	0	0%	1	100%	
教育程度	小學	52	6.54%	10	19.23%	42	80.77%	15.2406 P=0.0094*
	國中	86	10.82%	14	16.28%	72	83.72%	
	高中	250	31.45%	27	10.80%	223	89.20%	
	大專	346	43.52%	25	7.23%	321	92.77%	
	研究所以上	52	6.54%	2	3.85%	50	96.15%	
	其他	9	1.13%	0	0%	9	100%	
職業	軍公教警	163	20.61%	12	7.36%	151	92.6%4	6.6125 P=0.5790
	工	102	12.90%	12	11.76%	90	88.2%4	
	農漁牧	13	1.64%	0	0%	13	100%	
	商	114	14.41%	15	13.16%	99	86.84%	
	家管	81	10.24%	5	6.17%	76	93.83%	
	學生	151	19.09% <sup>^</sup>	18	11.92%	133	88.08%	
	退休	15	1.90%	2	13.33%	13	86.67%	
	失業	7	0.88%	1	14.29%	6	85.71%	
	其他	145	18.33%	14	9.66%	131	90.34%	

表 4-12 自變項與高低度利用中醫門診之檢定結果(續)

統計項目 自變項名稱		曾使用中醫者						卡方值 ( )
		總計	%	高度	%	低度	%	
<b>能用因素</b>								
個人 月收 入	16800 以下	212	29.70%	20	9.43%	192	90.57%	8.7702 P=0.1186
	16801-25000	145	20.51%	12	8.28%	133	91.72%	
	25001-35000	127	17.96%	18	14.17%	109	85.83%	
	35001-45000	73	10.33%	10	12.82%	68	87.18%	
	45001-55000	71	10.04%	4	5.63%	67	94.37%	
	55001 以上	79	11.17%	3	3.80%	76	96.20%	
居住 地	台北分局	169	21.10%	27	15.98%	142	84.02%	15.0710 P=0.0101*
	北區分局	90	11.24%	7	7.78%	83	92.22%	
	中區分局	201	25.09%	11	5.47%	190	94.53%	
	南區分局	146	18.23%	14	9.59%	132	90.41%	
	高屏分局	142	17.73%	12	8.45%	130	91.55%	
	東區分局	53	6.62%	9	16.98%	44	83.02%	
居住 時間	1 年以下	30	3.74%	5	16.67%	25	83.33%	7.1422 P=0.2103
	1-2 年	51	6.36%	5	9.80%	46	90.20%	
	2-3 年	48	5.99%	4	8.33%	44	91.67%	
	3-4 年	33	4.11%	7	21.21%	26	78.79%	
	4-5 年	30	3.74%	2	6.67%	28	93.33%	
	5 年以上	610	76.06%	56	9.18%	554	90.82%	
中醫 可 近 性	無	140	17.52%	8	5.71%	132	94.29%	3.1573 P=0.0756
	有	659	82.48%	70	10.62%	589	89.38%	
西醫 可 近 性	無	79	9.94%	3	3.80%	76	96.20%	3.3687 P=0.066
	有	716	90.06%	73	10.20%	643	89.20%	
<b>需要因素</b>								
近 2 年 西 醫	無	98	12.33%	8	8.16%	90	91.84%	0.2961 P=0.5863
	有	697	87.67%	69	9.90%	628	90.10%	
使 用 西 醫 數 次	未曾使用	178	22.39%	48	26.97%	130	73.03%	78.4487 P<0.0001*
	有使用	301	38.87%	14	4.53%	295	95.47%	
罹 患 慢 性 病	有	170	21.94%	22	12.94%	148	87.06%	2.6538 P=0.1033
	無	605	78.06%	53	8.76%	552	91.24%	
自 覺 健 康 狀 況	差很多	16	2.0%	4	25.0%	12	75.0%	5.6255 P=0.2289
	比較差	153	19.08%	18	11.76%	135	88.24%	
	普通	503	62.72%	47	9.34%	456	90.66%	
	比較好	107	13.34%	8	7.48%	99	92.52%	
	好很多	23	2.87%	2	8.70%	21	91.30%	

表 4-12 自變項與高低度利用中醫門診之檢定結果(續)

統計項目 自變項名稱		曾使用中醫者						卡方值 ( )
		總計	%	高度	%	低度	%	
需要因素								
近 2 年住 院天 數	7 天內	272	40.78%	25	9.19%	247	90.81%	8.1349 P=0.1490
	8-14 天	22	3.30%	2	9.09%	20	90.91%	
	15-21 天	4	0.6%	0	0%	4	100%	
	22-28 天	2	0.3%	0	0%	100	100%	
	29 天以上	4	0.6%	2	50.0%	2	50.0%	
	2 年內未住院	363	54.42%	41	11.29%	322	88.71%	
有無 保險	有	362	45.82%	25	6.91%	337	93.09%	5.2068 P=0.0225
	無	428	54.18%	50	11.68%	378	88.32%	
心理過程因素								
生病的 處理	馬上看醫生	374	47.95%	40	10.70%	334	89.30%	6.4600 P=0.1673
	先自行服藥	90	11.54%	14	15.56%	76	84.44%	
	忍一忍再說	289	37.05%	22	7.61%	267	92.39%	
	試民間偏方	5	0.64%	0	0%	5	100%	
	其他	22	2.82%	1	4.55%	21	95.45%	
固定 中醫	有	420	52.37%	40	9.52%	380	90.8%	0.1059 P=0.7449
	無	382	47.63%	39	10.21%	343	89.78%	
固定 院所	有	420	52.63%	38	9.05%	382	90.95%	0.7218 P=0.3956
	無	378	47.37%	41	1.85%	337	89.15%	
固定 西醫	有	367	45.82%	47	12.81%	320	87.19%	7.2569 P=0.0071 *
	無	434	54.18%	31	7.14%	403	92.86%	
固定 院所	有	383	48.30%	45	11.75%	338	88.25%	2.6378 P=0.1043
	無	410	51.70%	34	8.29%	376	91.71%	
主動 收集 資訊	有	272	34.26%	23	8.46%	249	91.54%	0.8738 P=0.3499
	無	522	65.74%	55	10.54%	467	89.46%	
生病 先 中/ 西 醫	優先看中醫	204	25.76%	19	9.31%	185	90.69%	3.8439 P=0.2788
	優先看西醫	437	55.18%	48	10.98%	389	89.02%	
	同看中西醫	46	5.81%	5	10.87%	41	89.13%	
	其他	105	13.26%	5	4.76%	100	95.24%	
生病 先 中的 定 程	自行決定	524	76.72%	33	6.30%	491	93.70%	5.6113 P=0.2301
	長輩決定	59	8.64%	5	8.47%	54	91.53%	
	家人決定	76	11.13%	10	13.16%	66	86.84%	
	朋友影響	17	2.49%	2	11.76%	15	88.24%	
	其他	7	1.02%	1	14.29%	6	85.71%	
生病 先 西的 定 程	自行決定	590	81.72%	44	7.46%	546	92.54%	5.6743 P=0.2248
	長輩決定	43	5.96%	7	16.28%	36	83.72%	
	家人決定	70	9.7%	8	11.43%	62	88.57%	
	朋友影響	12	1.66%	1	8.335	11	91.67%	
	其他	7	0.97%	0	0%	7	100%	

表 4-12 自變項與高低度利用中醫門診之檢定結果(續)

統計項目 自變項名稱		曾使用中醫者						卡方值 ( )
		總計	%	高度	%	低度	%	
心理過程因素								
不同病擇 中/西 醫	會	600	81.19%	48	8.0%	552	92.0%	2.9318 P=0.2309
	不會	63	8.53%	9	14.29%	54	85.71%	
	不一定	76	10.28%	6	7.89%	70	92.11%	
就醫先 集資訊	會	337	42.71%	37	10.98%	300	89.02%	1.7731 P=0.4121
	不會	428	54.25%	35	8.18%	393	91.82%	
	其他	24	7.04%	2	8.33%	22	91.67%	
因疾病 嚴重 收資訊	會	573	72.81%	50	8.73%	823	91.27%	1.1945 P=0.5503
	不會	203	25.79%	23	11.33%	180	88.67%	
	其他	11	1.40%	1	9.09%	10	90.91%	
因疾病 嚴重 找專家	會	423	53.34%	41	9.69%	382	90.31%	1.3360 P=0.5127
	不會	345	43.51%	31	8.99%	314	91.01%	
	其他	25	3.15%	4	16.0%	21	84.0%	
因疾病 嚴重 找療法	會	267	33.93%	28	10.49%	239	89.51%	1.000 4 P=0.6064
	不會	489	62.13%	43	8.79%	446	91.21%	
	其他	31	3.94%	4	12.90%	27	87.10%	

## 六、一般線性模式分析( The General Linear Model)

以一般線性模式分析對假設(五)在健保分局中民眾之中醫醫療知識和假設(六)在健保分局中民眾之中醫醫療信念做推論性統計分析，並進一步以Tukey test做事後檢定，現將結果分述如下。

### (一)、一般線性模式-中醫醫療知識

將健保分局中醫醫療知識的分區結果平均值，進行一般線性檢定法，並以 Tukey test 做事後檢定而得相關結果，如表 4-13。



表 4-13 中醫醫療知識線性分析結果

中醫醫療知識題目		迴歸項目	P 值	呈現顯著相關類別	平均值差異
中醫 醫 療 知 識	1. 中醫治療內、婦、兒、骨傷、針灸		0.0015*	中區-南區	0.26720
				中區-東區	0.28525
	2. 中醫依患者個別體質來治療和用藥		<0.0001*	中區-南區	0.25354
				中區-台北區	0.33332
				高屏區-台北區	0.19786
	3. 中醫依外在環境變化來治病		0.0037*	中區-台北區	0.21547
	4. 對中、西醫生理學的認知		<0.0001*	中區-台北區	0.30171
				中區-高屏區	0.30748
				中區-北區	0.31489
				中區-東區	0.44362
	5. 中醫用藥有君臣佐使原則		0.0032*	中區-台北區	0.23893
	6. 中醫治病很少使用單味藥		<0.0001*	北區-台北區	0.24937
				南區-台北區	0.23423
				高屏區-台北區	0.23050
7. 中醫用針灸來治病		0.0005*	中區-高屏區	0.17351	
			中區-台北區	0.21784	
8. 針灸用來治療急性病症		0.0392*	無顯著差異		
9. 中醫用拔罐、拔火罐來治病		0.0129*	中區-南區	0.23663	
			中區-北區	0.24503	
10. 徒手推拿可透過經絡來治病		<0.0001*	中區-南區	0.23682	
			中區-北區	0.32957	
			中區-高屏區	0.34210	
			台北區-高屏區	0.18464	
11. 推拿可治療肌肉、骨骼、關節扭挫傷及酸痛		<0.0001*	中區-台北區	0.23309	
			中區-高屏區	0.29475	
			中區-北區	0.32149	
12. 飲食禁忌與疾病療效有關		<0.0001*	中區-台北區	0.28367	
			北區-台北區	0.27732	
13. 腎虧是腎功能異常嗎？		0.0247*	中區-東區	0.37624	
14. 肝火旺是肝功能異常嗎？		0.0654	無顯著差異		

14 題中除第 14 題肝火旺是肝功能異常在健保分局呈現無顯著差異外，其餘第 13 題都呈現顯著差異。在健保分局呈現顯著差異的 26 項中，以中區分局高的顯著差異最多項，共有 21 項，北區分局有 2 項，台北分局、南區分局、高屏分局各有 1 項比其它分局的中醫醫療知識具有較高的顯著差異，而東區分局的中醫醫療知識程度普遍低於

其它分局。

(二)、一般線性模式-中醫醫療信念

將健保分局中醫醫療信念的分區結果平均值，進行一般線性檢定法，並做 Tukey test 事後檢定而得相關結果，如表 4-14。

表 4-14 中醫醫療信念線性分析結果

中醫醫療信念題目		迴歸項目	P 值	呈現顯著相關類別	平均值差異	
中醫 醫 療 信 念	1. 中醫治病能治標又治本		0.3581	無顯著差異		
	2. 中醫對急性病療效較西醫好		0.0099*	高屏區-中區	0.25545	
	3. 西醫對慢性病療效較中醫差		0.7747	無顯著差異		
	4. 中藥比西藥藥性溫和不會有副作用			<0.0001*	東區-高屏區	0.34920
					中區-台北區	0.31656
					中區-高屏區	0.34384
					北區-北區	0.28901
	5. 中醫診斷較西醫準確			<0.0001*	北區-高屏區	0.31629
					高屏區-台北區	0.19271
					高屏區-中區	0.32981
	6. 中醫師比西醫師解說病情詳細			0.0516	南區-中區	0.26817
					無顯著差異	
7. 中藥有病可治病沒病可強身			0.0225*	台北區-東區	0.38952	
8. 西醫費用較中醫貴			0.0011*	台北區-南區	0.19055	
				台北區-高屏區	0.25025	

8 題中除第 1 題中醫治病能治標又治本、第 3 題西醫對慢性病療效較中醫差和第 6 題中醫師比西醫師解說病情詳細，在健保分局呈現無顯著差異外，其餘 5 題都呈現顯著差異。在健保分局呈現顯著差異的 12 項中，以台北分局和高屏分局有高的顯著差異最多項，各有 3 項，表示台北分局和高屏分局的中醫醫療信念程度普遍高於其它分局，而其中中區分局和北區分局有 2 項，南區分局和東區分局各有 1 項比其它分局的中醫醫

療信念識具有較高的顯著差異。

## 七、主成份分析方法

在本研究之中醫醫療知識部分由 14 題題目組成，中醫醫療信念部分由 8 題題目所組成，而心理過程因素由 20 題題目組成，若將此 42 題問題視為 42 個自變數投進統計分析法如邏輯斯迴歸分析法中時，將造成過多的變數，會使得所需要之樣本數大量增加，此外，根據研究類別變項間極易產生交互作用(interactions)，而影響邏輯斯迴歸結果之推論，因此本研究將中醫醫療知識與中醫醫療信念，先行採用主成份分析法(Principle component analysis)，將心理過程因素以四分位法(Quartile)處理，將此 42 題題目簡化為有足夠代表性、較少的變數，以進行後續的各種統計推論分析。現將主成份分析法和四分位法分述如下。

### (一) 主成份分析法-中醫醫療知識

本研究為簡化中醫醫療知識之變項，將原先 14 個變項，以主成份分析法進行主成份萃取，選取特徵值(Eigenvalue)大於 1.0 以上的主成份共有三個，其累積解釋變異量達 53.24%，在主成份結構中找出絕對值大於 0.30 以上者以構成新的主成份，再對新的主成份作一致性檢定，得出其 Cronbach's 係數為 0.890，最後再根據每一個的主成份潛在變項所隱藏的定義加以綜合命名，有關主成份分析之過程及結果如表 4-15 所示

表 4-15 中醫醫療知識主成份分析結果

名稱	衡量項目	Eigenvector	特徵值	累積解釋變異量	項數
中醫基本認知	1. 中醫治療內、婦、兒、骨傷、針灸	0.304650	4.44292785	0.3174	7
	2. 中醫依患者個別體質來治療和用藥	0.313907			
	5. 中醫用藥有君臣佐使原則	0.300940			
	7. 中醫用針灸來治病	0.305236			
	10. 徒手推拿可透過經絡來治病	0.309032			
	11. 推拿可治療肌肉、骨骼、關節扭挫傷及酸痛	0.306415			
	12. 飲食禁忌與疾病療效有關	0.302765			
中醫生理認知	4. 對中、西醫生理學的認知	0.360479	1.79726656	0.4457	3
	13. 腎虧是腎功能異常嗎？	0.585256			
	14. 肝火旺是肝功能異常嗎？	0.593753			
中醫療法認知	3. 中醫依外在環境變化來治病	-0.303402	1.21279738	0.5324	7
	4. 對中、西醫生理學的認知	0.323861			
	6. 中醫治病很少使用單味藥	-0.319363			
	9. 中醫用拔罐、拔火罐來治病	0.454648			
	10. 徒手推拿可透過經絡來治病	0.368916			
	11. 推拿可治療肌肉、骨骼、關節扭挫傷及酸痛	0.313915			
	12. 飲食禁忌與疾病療效有關	-0.035742			

中醫醫療知識的衡量項目以主成份分析萃取後，要對第一個主成份命名時，係以 7 個項目中均屬對中醫有普遍性的認知，故命名為中醫基本認知，而在對第二個主成份命名時，係以其 3 個項目中均屬對中醫生理學方面的知識，且第 4 項(對中/西醫生理學認知)平均值在三個主成份中最高，且此 3 項的平均值均很高，故命名為中醫生理認知，在對第三個主成份命名時，係以其 7 個項目中有 6 個項目(3.6.9.10.11.12)，均與中醫療法有關，故命名為中醫療法認知。

## (二) 主成份分析法-中醫醫療信念

本研究為簡化中醫醫療信念之變項，將原先 8 個變項，以主成份分析法進行主成份萃取，選取特徵值(Eigenvalue)大於 1.0 以上的主成份共有三個，其累積解釋變異量達 62.30%，在主成份結構中找出絕對值大於 0.4 以上者以構成新的主成份，再對新的主成份作一致性檢定，得出其 Cronbach's 係數為 0.740，最後再根據每一個的主成份潛在變項所隱藏的定義加以綜合命名，有關主成份分析之過程及結果如表 4-16 所示

表 4-16 中醫醫療信念主成份分析結果

名稱	衡量項目	Eigenvalues	特徵值	累積解釋變異量	項數
中醫偏好信念	4. 中藥比西藥藥性溫和不會有副作用	0.431497	2.72960186	0.3412	2
	6. 中醫師比西醫師解說病情詳細	0.415366			
醫療差異信念	2. 中醫對急性病療效較西醫好	0.675238	1.24737979	0.4971	2
	5. 中醫診斷較西醫準確	0.573979			
中醫基本信念	1. 中醫治病能治標又治本	0.338777	1.00690316	0.6230	3
	3. 西醫對慢性病療效較中醫差	0.366249			
	5. 中醫診斷較西醫準確	0.573979			

中醫醫療信念的衡量項目以主成份分析萃取後，要對第一個主成份命名時，係以 2 個項目中均屬對中醫有普遍性的偏好，故命名為中醫偏好信念，而在對第二個主成份命名時，係以其 2 個項目中均屬對中、西醫偏好的比較，且平均值數值很高，在三個主成份中是最高的，故命名為醫療差異信念，在對第三個主成份命名時，係以其 3 個項目中都對中醫療法有信

心，，故命名為中醫基本信念。

## 八、四分位法-心理過程因素

在心理過程因素(20 題) 方面，為從眾多心理過程因素題目中，分別出其心理複雜的不同程度以利分析，故以每一份問卷在心理過程因素 20 題的答項總和為基礎，用以表示其心理層面的複雜程度，在以統計四分位法將其分成四群，分別命名為心理極高度涉入、心理高度涉入、心理中度涉入和心理低度涉入等程度，以便進行後續統計分析，其結果以表 4-17 表示之。

表 4-17 心理過程因素四分位分群結果

項目	次數	百分比	次數累計	百分比累計
心理分群	Frequency	Percent	Frequency	Percent
極高度涉入	42	3.00	42	3.00
高度涉入	239	17.05	281	20.05
中度涉入	817	58.27	1098	78.32
低度涉入	304	21.68	1402	100.00

## 九、變異數分析法(ANOVA)

以單因子變異數分析法(One-way ANOVA) 和二因子變異數分析法(Two-way ANOVA) 針對假設(五)在健保分局中民眾之中醫醫療知識、假設(六)在健保分局中民眾之中醫醫療信念分別進行統計分析，並以 Tukey 事後檢定求取差異性，現將結果敘述之。

### (一)、單因子變異數分析法(One-way ANOVA)

(1) 單因子變異數分析法-中醫醫療知識

健保分局民眾中醫醫療知識分析結果在中醫基本認知、中醫生理認知和中醫療法認知方面均顯示具有顯著差異，且在 10 項具有高的顯著差異項目中，以中區分局高顯著項數最多，總計有 8 項，而台北分局具有顯著差異項目有 2 項，此結果更進一步指出中區分局和台北分局具有較高的中醫醫療知識，且中區分局具較高的中醫醫療知識是全面性現象，而台北分局僅在中醫療法認知方面，具有較高的中醫醫療知識，以表 4-18 表示。

表 4-18 健保分局民眾中醫醫療知識分析結果

迴歸項目 中醫醫療知識群	P 值	呈現顯著 相關類別	平均值差異
中醫基本認知	P=0.0008*	中區-台北區	0.6033
中醫生理認知	P=0.0002*	中區-高屏區	0.33010
		中區-南區	0.38082
		中區-台北區	0.46766
		中區-東區	0.53726
中醫療法認知	P<0.0001*	中區-南區	0.27243
		中區-高屏區	0.38522
		中區-北區	0.48026
		台北區-高屏區	0.24301
		台北區--北區	0.33805

(2) 單因子變異數分析法-中醫醫療信念

健保分局民眾中醫醫療信念分析結果在中醫偏好信念、中醫基本信念均顯示不具有顯著差異，只在醫療差異信念方面具有顯著差異，且醫療差異信念方面的本質係對中醫的信念高於西醫，故以高屏分局和南區分局對中醫的信念高於西醫，以表 4-19 表示。

表 4-19 健保分局民眾中醫醫療信念分析結果

迴歸項目	P 值	呈現顯著相關類別	平均值差異
中醫醫療信念群			
中醫偏好信念	0.6337	無顯著差異	
醫療差異信念	<0.0001*	高屏區-台北區	0.34902
		高屏區-東區	0.40150
		高屏區-中區	0.48031
		南區-台北區	0.24946
		南區-中區	0.34594
中醫基本信念	0.2297	無顯著差異	

## (二)、二因子變異數分析法(Two-way ANOVA)

### (1) 二因子變異數分析法-使用與未使用中醫在健保分局之醫療知識

在使用中醫與未使用中醫健保分局民眾中醫醫療知識分析方面，僅在中醫療法認知具有顯著差異。而中醫基本認知、中醫生理認知不論有使用或未使用中醫者均無顯著差異，以表4-20表示。

表 4-20 是否使用中醫健保分局醫療知識分析

迴歸項目	中醫利用	P 值	呈現顯著相關類別	平均值差異
中醫知識群				
中醫基本認知	使用中醫	0.0717	無顯著差異	
	未使用中醫	0.6557	無顯著差異	
中醫生理認知	使用中醫	0.0904	無顯著差異	
	未使用中醫	0.0101*		
中醫療法認知	使用中醫	<0.0001*	中區-南區	0.49215
			中區-高屏區	0.48291
			中區-北區	0.46159
			台北區-北區	0.42291
			台北區-南區	0.43216
	未使用中醫	0.0024*	南區-北區	0.56661

### (2) 二因子變異數分析法-使用與未使用中醫在健保分局之醫療信念



在健保分局民眾中醫醫療信念分析結果，僅未使用中醫者之中醫基本信念不具有顯著差異，其它不論有使用中醫或未使用中醫者之中醫偏好信念、醫療差異信念、中醫基本信念均具有顯著差異。在中醫基本信念方面，台北分局普遍高於其他分局，在醫療差異信念方面，高屏分局和南區分局高於中區分局和台北分局而中醫偏好方面，台北分局普遍低於其他分局，以表 4-21 表示。

表 4-21 是否使用中醫健保分局醫療信念分析

迴歸項目 中醫信念群	中醫利用	P 值	呈現顯著 相關類別	平均值差異
中醫偏好信念	使用中醫	0.0022*	北區-台北區	0.7337
			高屏區-台北區	0.5598
			中區-台北區	0.5602
	未使用中醫	0.0134*	台北區-高屏區	0.5687
醫療差異信念	使用中醫	<0.0001*	高屏區-中區	0.6060
			南區-台北區	0.4926
			南區-中區	0.4989
			高屏區-台北區	0.5997
	未使用中醫	0.0147*	高屏區-台北區	0.31410
中醫基本信念	使用中醫	0.0013*	台北區-高屏區	0.3153
			台北區-東區	0.5252
			台北區-南區	0.3576
		未使用中醫	0.2933	無顯著差異

### (3) 二因子變異數分析法-高度與低度使用在健保分局之醫療知識

在高度使用與低度使用中醫健保分局民眾中醫醫療知識分析方面，僅有中醫療法認知具有顯著差異，而中醫基本認知、中醫生理認知在高度使用與低度使用中醫健保分局民眾中醫醫療知識分析方面均無顯著差異，且中區分局和台北分局在中醫療法知識方面比高屏分局為高，以表 4-22 表示。

表 4-22 高/低度使用中醫健保分局之醫療知識分析

迴歸項目 中醫知識群	中醫利用	P 值	呈現顯著 相關類別	平均值差異
中醫基本認知	高度使用中醫	P=0.3520	無顯著差異	
	低度使用中醫	P=0.1032	無顯著差異	
中醫生理認知	高度使用中醫	P=0.2247	無顯著差異	
	低度使用中醫	P=0.5296	無顯著差異	
中醫療法認知	高度使用中醫	P=0.0004	中區-高屏區	0.5659
			台北區-高屏區	0.6396
	低度使用中醫	P<0.0001*	中區-高屏區	0.5161
			中區-北區	0.6979
			中區-南區	0.6189
			中區-東區	0.6158

(4)二因子變異數分析-高度與低度使用中醫在健保分局之醫療信念

高度使用與低度使用中醫健保分局民眾中醫醫療信念分析結果，僅在醫療差異信念具有顯著差異，其它不論中醫偏好信念、中醫基本信念在高度使用與低度使用中醫健保分局中均不具有顯著差異，且在醫療差異信念方面高屏分局和南區分局高於台北分局，中區分局和東區分局，以表 4-23 表示。

表 4-23 高/低度使用中醫六分局之醫療信念分析

項目 中醫信念群	中醫利用	P 值	呈現顯著 相關類別	平均值差異
中醫偏好信念	高度使用中醫	P=0.0564	無顯著差異	
	低度使用中醫	P=0.0999	無顯著差異	
醫療差異信念	高度使用中醫	P=0.0051*	高屏區-中區	0.5448
	低度使用中醫	P=0.0002*	高屏區-台北區	0.6375
			高屏區-東區	0.6976
		南區-台北區	0.5607	
中醫基本信念	高度使用中醫	P=0.0856	無顯著差異	

	低度使用中醫	P=0.0408*		
--	--------	-----------	--	--

## 十、卡方檢定

以卡方檢定針對假設(二)使用中醫與未使用中醫之民眾心理過程因素、假設(四)高度使用與低度使用中醫之民眾心理過程因素、假設(七)在健保分局中民眾之心理過程因素等進行分析，以了解其差異性是否顯著，現將結果分述如下。

### (一) 卡方檢定-健保分局中民眾心理過程因素

健保分局民眾心理過程分析結果呈現顯著差異，其在極高度涉入項目中以中區分局 4.76 最高，其次為北區分局(3.88)、高屏分局(3.75)。在高度涉入項目中，以中區分局(25.97)最高，其次為南區分局(20.8)、高屏分局(18.33)、北區分局(14.73)，在中度涉入項目中六分區比率大致相同，在低度涉入項目中，以台北分局(32.63)最高，其次為北區分局(27.91)、高屏分局(20.0)。總括來說，以中區分局的心理過程因素涉入程度最高，其次為南區分局、東區分局和高屏分局，而心理過程因素涉入程度最低的為台北分局和北區分局(如表 4-24)。

表 4-24 健保分局民眾心理過程因素分析結果

健保分局	總計	%	低度涉入		中度涉入		高度涉入		極高度涉入	
			總計	%	總計	%	總計	%	總計	%
台北分局	331	26.95	108	32.63	188	56.80	30	9.06	5	1.51
北區分局	129	10.5	36	27.91	69	54.49	19	14.73	5	3.88
中區分局	129	10.5	18	7.79	142	61.47	60	25.97	11	4.76
南區分局	226	18.04	37	16.37	136	60.18	47	20.8	6	2.65
高屏分局	240	19.54	48	20.0	139	57.92	44	18.33	9	3.75
東區分局	71	5.78	118	25.35	35	49.30	16	22.54	2	2.82
卡方值	F=78.5769		P<0.0001*							

## (二) 卡方檢定-用中醫與未用中醫健保分局民眾心理過程因素

在未使用中醫民眾在健保分局的民眾心理過程因素中，極高度涉入方面，六分局皆近乎零。而在高度涉入方面，六分局亦未高於 7.5% 以上。可知在未使用中醫者的心理過程因素面，是屬於涉入程度中等的。在使用中醫的健保分局的民眾心理過程因素中，極高度涉入方面雖比未使用中醫者高，但亦不超過 6.2% 以上，而有較大不同的係在高度涉入方面，六分局的百分比從 16.20% 至 31.82%，充分顯示使用中醫者的心理過程因素在涉入程度比未使用中醫者高，此現象亦在中度涉入和低度涉入方面有相同的結論，如表 4-25 表示。

在使用中醫者中，以東區分局、中區分局、高屏分局和南區分局的心理過程因素方面，比台北分局和北區分局涉入程度較高，但其不具統計上顯著差異。在未使用中醫者中，以台北分局和北區分局在心理過程因素方面，比其它分局涉入程度較低，而其具有統計上顯著差異。

表 4-25 是否使用中醫健保分局民眾心理過程因素分析

健保分局	總計	%	低度涉入		中度涉入		高度涉入		極高度涉入	
			總計	%	總計	%	總計	%	總計	%
未使用中醫										
台北分局	189	37.28	93	49.21	89	47.09	7	3.7%	0	0%
北區分局	46	9.07	30	65.22	14	30.43	2	4.35	0	0
中區分局	41	8.09	11	26.83	27	65.85	3	7.32	0	0
南區分局	94	18.54	30	31.91	57	60.64	7	7.45	0	0
高屏分局	110	21.7	39	35.45	64	58.18	6	5.45	1	0.91
東區分局	27	5.33	13	48.15	12	44.44	2	7.41	0	0
卡方值	F=28.8108 P=0.0170*									
使用中醫										
台北分局	142	19.69	15	10.56	99	69.72	23	16.2	5	3.52
北區分局	83	11.51	6	7.23	55	66.27	17	20.48	5	6.02
中區分局	190	26.35	7	3.68	115	60.53	57	30.3	11	5.79
南區分局	132	18.31	7	5.30	79	59.85	40	30.3	6	4.55
高屏分局	130	18.03	9	6.92	75	57.69	38	29.23	8	6.12
東區分局	44	6.10	5	11.36	23	52.27	14	31.82	2	4.55
卡方值	F=21.0444 P=0.1354									

(三) 卡方檢定-高度與低度使用中醫健保分局民眾心理過程因素

表 4-26 為高度與低度使用中醫在健保分局中的心理過程因素分析，結果在高度使用中醫在健保分局的心理過程因素沒有顯著差異，而低度使用中醫在健保分局的心理過程因素亦沒有顯著差異。

表 4-26 高/低度使用中醫健保分局心理過程因素分析

健保分局	總計	%	低度涉入		中度涉入		高度涉入		極高度涉入	
			總計	%	總計	%	總計	%	總計	%
低度使用										
台北分局	81	21.49	13	16.05	56	69.14	9	11.11	3	3.70
北區分局	43	11.41	3	6.98	29	67.44	8	18.60	3	6.98
中區分局	66	17.51	3	4.55	41	62.12	19	28.79	3	4.55
南區分局	79	20.95	7	8.86	42	53.16	27	34.18	3	3.80
高屏分局	81	21.49	5	6.17	49	60.49	23	28.40	4	4.94
東區分局	27	7.16	3	11.11	16	59.26	8	29.63	0	0
卡方值	F=21.6226 P=0.1181									
高度使用										
台北分局	61	17.73	2	3.28	43	70.49	14	22.95	2	3.28
北區分局	40	11.63	3	7.50	26	65.0	9	22.50	2	5.0
中區分局	124	36.05	4	3.23	74	59.68	38	30.65	8	6.45
南區分局	53	15.41	0	0	37	69.81	13	24.53	3	5.66
高屏分局	49	14.24	4	8.16	26	53.06	15	30.61	4	8.16
東區分局	17	4.94	2	11.76	7	41.18	6	35.29	2	11.76
卡方值	F=14.8576 P=0.4617									

## 十一、簡單迴歸分析方法

針對假設(八)中醫醫療資源與中醫醫療服務利用以簡單迴歸分析方法進行推論性統計，以了解其是否具有統計上顯著差異。

以迴歸分析方法進行假設(八)中醫醫療資源與中醫醫療服務利用間相關分析，中醫醫療資源與中醫醫療服務利用資料由”89年全民健康保險統計”一書中摘錄，如表 4-27 所示。首先，以自變項為各縣市平均每萬投保人口平均中醫師數(X1) 和健保分局平均每萬投保人口平均中醫師數(X2)，而依變項為各縣市每人每年平均中醫醫療件數(Y1)、各縣市每人每年平均中醫門診費用(Y2)、本調查問卷健保分局有使用中醫者(Y3)、本調查問卷健保分局低度使用中醫者(Y4) 和

本調查問卷健保分局高度使用中醫者(Y5)，中醫醫療資源與中醫醫療服務利用間相關分析結果以表 4-25 表示，結果在 5 條迴歸方程式中，當依變項為各縣市每人每年平均中醫醫療件數(Y1) 和自變項為各縣市每萬投保人口平均中醫師數(X1)；當依變項為本調查問卷健保分局有使用中醫者(Y3)和本調查問卷健保分局高度使用中醫者(Y5) 和自變項為健保分局平均每萬投保人口平均中醫師數(X2)，其 3 條迴歸方程式的 P 值皆小於 0.05，顯示中醫醫療資源與中醫醫療服務利用間有統計上顯著差異。

當依變項為各縣市每人每年平均中醫醫療件數(Y1) 時，其平均每萬人口中醫師數愈多時，愈會影響平均每人每年中醫醫療件數的增加，則在全省各縣市中，以台中市的平均每萬人口中醫師數(4.17)最多，而其平均每人每年中醫醫療件數亦最多(2.93)，而不同結果的情形，發生在金門縣、嘉義縣和澎湖縣。

當依變項為本調查問卷健保分局有使用中醫者(Y3) 時，其平均每萬人口中醫師數愈多時，愈會影響中醫的使用率。

當依變項為本調查問卷健保分局高度使用中醫者(Y5)時，其平均每萬人口中醫師數愈多時，愈會影響中醫的高度使用率。

由以上結果得知，當中醫醫療環境資源為各縣市平均每萬投保人口中醫師數(X1) 和健保分局平均每萬投保人口平均中醫師數(X2) 愈多時，愈會刺激中醫醫療服務利用率。

表 4-27 中醫醫療資源與中醫醫療利用資料

縣市別	院所總數	中醫師/萬人	件數/人/年	平均費用/件
變項代號	X1	X2	Y1	Y2
台北分局	984	1.274	36.07	444
台北市	219	0.98	0.68	430
基隆市	29	1.36	1.35	413
台北縣	293	1.66	1.27	463
宜蘭縣	28	1.25	1.06	407
金門縣	1	0.47	0.54	531
連江縣	0	0	0	0
北區分局	361	1.222	13.79	392
新竹市	38	1.18	1.06	371
桃園縣	144	1.29	1.04	414
新竹縣	29	0.79	0.84	350
苗栗縣	40	1.2	1.16	369
中區分局	1049	2.660	18.43	386
台中市	242	4.17	2.93	406
台中縣	211	2.42	2.18	384
彰化縣	176	1.97	1.78	367
南投縣	54	1.5	1.6	376
南區分局	430	1.418	14.17	362
台南市	105	1.32	2.36	361
嘉義市	41	2.5	2.31	362
雲林縣	51	1.23	1.19	362
嘉義縣	24	0.7	0.56	359
台南縣	72	0.99	0.99	365
高屏分局	467	1.439	15.17	387
高雄市	166	1.59	1.55	382
高雄縣	84	1.1	1.19	385
屏東縣	63	1.25	1.2	393
澎湖縣	4	0.39	0.89	482
東區分局	55	1.084	2.37	390
花蓮縣	28	1.38	1.3	397



表 4-28 中醫醫療資源與中醫醫療服務利用分析結果

項目 結果	截 距 (intercep)	係 數 (parameter estimate)	P 值
X1 * Y1	0.37333	0.68262	P<0.0001*
X1 * Y2	410.83511	-10.17022	P=0.3666
X2 * Y3	92.16829	25.66441	P=0.0148*
X2 * Y4	66.13626	0.79957	P=0.8759
X2 * Y5	26.03203	24.86483	P=0.0011*

變項代號：X1：各縣市平均每萬投保人口中醫師數

X2：健保分局平均每萬投保人口中醫師數

Y1：各縣市每人每年平均中醫醫療件數

Y2：各縣市每人每年平均中醫門診費用

Y3：本問卷健保分局使用中醫者

Y4：本問卷健保分局低度使用中醫者

Y5：本問卷健保分局高度使用中醫者

## 十二、邏輯斯迴歸分析方法

首先，以邏輯斯迴歸方法比較使用中醫與未使用中醫民眾（人口）特質（傾向因素、能用因素、需要因素）和心理過程因素此兩群是否有顯著性差異如表 4-29，表 4-30 再以邏輯斯迴歸方法比較高度使用中醫與低度使用中醫民眾（人口）特質（傾向因素、能用因素、需要因素）和心理過程因素此兩群是否有顯著性差異（如表 4-31），結果如下所述。

(一)、邏輯斯迴歸分析方法-使用中醫與未使用中醫

表 4-29 邏輯斯回歸-是否使用中醫

變項名稱		衡量項目	P Value (*P<0.05 **P<0.0001)
民 眾 人 口 特 質	傾 向 因 素	不可變因素	
		年齡	0.8541
		性別	0.0003*
		家庭組成	0.0372*
		婚姻狀態	0.0308*
		教育程度	0.0075*
		職業	0.2319
		知識	
		中醫基本認知	<.0001**
		中醫生理認知	<.0001**
	中醫療法認知	0.5521	
	信念		
	醫療基本信念	0.0077*	
	中醫偏好信念	0.0627	
	中醫差異信念	<.0001**	
	能用因素	個人	
		個人月收入	0.0953
		健康保險	0.3896
		社區	
		居住地點	0.2333
居住時間		0.6122	
資源	中醫就醫可近性	<.0001**	
	西醫就醫可近性	0.0004*	
需要因素	罹患慢性病	<.0001**	
	自覺健康狀況	<.0001**	
	最近兩年住院天數	<.0001**	
	有商業醫療保險會增加就醫數	0.9957	
心理過程因素	低度涉入	<.0001**	
	中度涉入	0.3560	
	高度涉入	<.0001**	
	極高度涉入	<.0001**	

使用中醫與未使用中醫群邏輯斯迴歸分析結果，P 值小於 0.05 者有性別、家庭組成、婚姻狀態、教育程度、中醫基本信念、西醫可

近性等共 6 項結果。

P 值小於 0.0001 者有中醫基本認知、中醫生理認知、中醫差異信念、中醫就醫可近性、罹患慢性病、自覺健康狀況、最近兩年住院天數、低度涉入、高度涉入、極高度涉入等共 10 項結果。

以逐步回歸的方式找出最佳的預測模型，此預測模型之卡方值為 33.2051、P value<0.0001，顯示自變項與依變項達統計顯著關聯。本模型之正確鑑別率(Concordant)高達 84.3%，顯示本研究之模型擁有高效度。

在此預測模型中，以 0.1 為顯著水準，逐步回歸總共進行 9 次，變數包含「性別」、「中醫基本認知」、「中醫生理認知」、「中醫偏好信念」、「中醫差異信念」、「罹患慢性病」、「自覺健康狀況」、「低度涉入」、「中度涉入」等。其中以自覺健康狀況、低度涉入和中度涉入具有正相關，其他負相關。

由邏輯斯回歸分析可得到以下結果：Odds(使用中醫/未使用中醫) =  $3.0272 + (-0.6669)$ 「性別」+  $(-0.2664)$ 「中醫基本認知」+  $(-0.2020)$ 「中醫生理認知」+  $0.2019$ 「中醫偏好信念」+  $(-0.4695)$ 「中醫差異信念」+  $(-1.6283)$ 「罹患慢性病」+  $0.2827$ 「自覺健康狀況」+  $3.6793$ 「低度涉入」+  $1.6042$ 「中度涉入」等，其中以自覺健康狀況、低度涉入和中度涉入具有正相關其他為負相關。

在所有值之中以「低度涉入」為最大的影響因素，心理因素低度涉入相較於極高度涉入者勝算比增加了 39.619。「中度涉入」為第二個影響較大；換句話說，心理因素中度涉入的人相對於高度涉入的人勝算比增加了 4.974。在其次的順序為「自覺健康狀況」、「中醫偏好

信念」、「中醫生理認知」、「中醫基本認知」、「中醫差異信念」、「性別」、「罹患慢性病」，其每增加一單位，勝算比增加的數目分別為：1.327、1.224、0.817、0.766、0.625、0.513、0.196。

表 4-30 是否使用中醫之邏輯斯回歸統計結果

變項	回歸係數	標準誤	卡方值	P 值	OR 值
截距	3.0272	1.3467	5.0530	0.0246	
自變項					
性別	-0.6669	0.2049	10.5941	0.0011	0.513
中醫基本認知	-0.2664	0.0725	13.4882	0.0002	0.766
中醫生理認知	-0.2020	0.0955	4.4715	0.0345	0.817
中醫偏好信念	0.2019	0.1067	3.5803	0.0585	1.224
中醫差異信念	-0.4695	0.1326	12.5448	0.0004	0.625
罹患慢性病	-1.6283	0.3664	19.7454	<.0001	0.196
自覺健康狀況	0.2827	0.1335	4.4816	0.0343	1.327
低度涉入	3.6793	0.4012	84.1124	<.0001	39.619
中度涉入	1.6042	0.3145	26.0267	<.0001	4.974

## (二)、邏輯斯迴歸分析方法-高度與低度利用中醫

高度使用與低度使用中醫醫療基本信念群邏輯斯迴歸分析結果，P 值小於 0.05 者有性別、中醫生理認知、中醫差異信念、中醫就醫可近性、自覺健康狀況、最近兩年住院天數、極高度涉入等共 7 項結果。如表 4-31 所示。

P 值小於 0.0001 者有中醫基本認知、中醫偏好信念、罹患慢性疾病、低度涉入、高度涉入等共 5 項結果。

以逐步回歸的方式找出最佳的預測模型，此預測模型之卡方值為 93.1202、P value<0.0001，顯示自變相與依變項達統計顯著關聯。本模型之正確鑑別率(Concordant)高達 78.1%，顯示本研究之模型擁有高效度。

表 4-31 邏輯斯回歸-高/低度使用中醫

變項名稱		衡量項目	P Value (*P<0.05 **P<0.0001)
民眾 (人口) 特質	傾向因素	不可變因素	
		年齡	0.4339
		性別	0.0026*
		家庭組成	0.6102
		婚姻狀態	0.7719
		教育程度	0.7135
		職業	0.9353
		知識	
		中醫基本認知	<.0001**
		中醫生理認知	0.0003*
	中醫療法認知	0.2630	
	信念		
	醫療基本信念	0.0004*	
	中醫偏好信念	<.0001**	
	中醫差異信念	0.0181*	
	能用因素	個人	
		個人月收入	0.0889
		健康保險	0.2739
		社區	
		居住地點	0.6939
居住時間		0.1855	
資源	中醫就醫可近性	0.0041*	
	西醫就醫可近性	0.0616	
需要因素	罹患慢性病	<.0001**	
	自覺健康狀況	0.0125*	
	最近兩年住院天數	0.0007*	
	有商業醫療保險會增加就醫數	0.4176	
心理過程因素	低度涉入	<.0001**	
	中度涉入	0.5120	
	高度涉入	<.0001**	
	極高度涉入	0.0104*	

在此預測模型中，以 0.1 為顯著水準，逐步回歸總共進行 9 次，變數包含「低度涉入」、「中醫偏好信念」、「中醫基本認知」、「罹患慢性病」、「性別」、「中醫生理認知」、「醫療基本信念」、「2 年住院天數」、「中醫差異信念」等，其中以中醫偏好信念、低度

涉入具有正相關，其他為負相關。

由邏輯斯回歸分析可得到以下結果：Odds(高度/低度使用中醫)= 5.9733+(-0.5846)「性別」+(-0.1991)「中醫基本認知」+(-0.1898)「中醫生理認知」+(-0.1876)「醫療基本信念」+0.6173「中醫偏好信念」+(-0.2209)「醫療差異信念」+(-0.1436)「2年住院天數」+(-0.9695)「罹患慢性病」+2.1357「低度涉入」。

在所有值之中以「低度涉入」為最大的影響因素，近2年住院天數相較於近2年未住院天數者勝算比增加了8.463。「中醫偏好信念」為第二個影響較大；換句話說，中醫偏好信念相較於非中醫偏好信念者勝算比增加了1.854。在其次的順序為「2年住院天數」、「醫療基本信念」、「中醫生理認知」、「中醫基本認知」、「醫療差異信念」、「性別」、「罹患慢性病」，其每增加一單位，勝算比增加的數目分別為：0.866、0.829、0.827、0.819、0.802、0.557、0.379。

表 4-32 高/低度使用中醫邏輯斯迴歸統計結果

變項	回歸係數	標準誤	卡方值	P 值	OR 值
截距	5.9733	1.2611	22.4342	<.0001	
自變項					
性別	-0.5846	0.2043	8.1894	0.0042	0.557
中醫基本認知	-0.1991	0.0780	6.5158	0.0107	0.819
中醫生理認知	-0.1898	0.0824	5.2970	0.0214	0.827
醫療基本信念	-0.1876	0.0764	0.0764	0.0140	0.829
中醫偏好信念	0.6173	0.1107	31.1093	<.0001	1.854
中醫差異信念	-0.2209	0.1315	2.8226	0.0929	0.802
2年住院天數	-0.1436	0.0735	3.8197	0.0507	0.866
罹患慢性病	-0.9695	0.2540	14.5748	0.0001	0.379
低度涉入	2.1357	0.4433	23.2060	<.0001	8.463

## 第五章 討論

本研究結合 Aday and Andersen Model 和 John Dewey Model，並簡化此二模型結構，而構成本研究架構，本研究架構的重點有三：1. 民眾（人口）特質（傾向因素、能用因素、需要因素）與中醫醫療服務利用的關係 2. 心理過程因素與中醫醫療服務利用的關係 3. 環境醫療資源與中醫醫療服務利用的關係，本研究根據此架構而設計假設，並採用多種統計方法由不同方法進行統計分析，以企求能得到正確的結果，以下將針對本研究架構的重點逐項討論本文所得之統計分析結果。

### 一、民眾（人口）特質（傾向因素、能用因素、需要因素）與中醫醫療服務利用的關係

在民眾（人口）特質（傾向因素、能用因素、需要因素）與中醫醫療服務利用的關係中，本研究共有如下假設：假設（一）使用中醫與未使用中醫之民眾（人口）特質（傾向因素、能用因素、需要因素）有統計上顯著差異。假設（三）高度使用與低度使用中醫之民眾（人口）特質（傾向因素、能用因素、需要因素）有統計上顯著差異。假設（五）在健保分局中民眾之中醫醫療知識有統計上顯著差異。假設（六）在健保分局中民眾之中醫醫療信念有統計上顯著差異。現以在民眾（人口）特質項目 1. 傾向因素 2. 能用因素 3. 需要因素 4. 中醫醫療知識 5. 中醫醫療信念等逐項討論。

#### (1) 傾向因素

傾向因素與是否使用中醫師的卡方檢定中，在年齡、性別、家庭組成、教育程度等方面具有顯著差異。而在以邏輯斯迴歸分析方法，對傾向因素與是否使用中醫師的檢定中，則在性別、家庭組成、婚姻狀態、教育程度等方面具有顯著差異。傾向因素與是否使用中醫師以卡方檢定和以邏輯斯迴歸分析法分析，其結果有部份不同，係因邏輯斯迴歸分析法是探討在控制其它變項之效應後，各自變項和依變項之關係。另外，在傾向因素與高度或低度使用中醫師的卡方檢定中，僅在年齡、家庭組成、教育程度等方面具有顯著差異。而在以邏輯斯迴歸分析方法，對傾向因素與高度或低度使用中醫師的檢定中，則僅在性別方面具有顯著差異(如表 5-1)。由以上統計結果總論：本研究認為傾向因素在是否使用中醫師方面是有差異，差異項目為性別、年齡、家庭組成、教育程度；且以女性、61 歲以上、三代同堂、小學程度使用中醫師機率高於未使用中醫師機率。傾向因素在高低度使用中醫師方面是有差異，差異項目為年齡、家庭組成、教育程度；且以女性、61-70 歲、三代同堂、小學程度高度使用中醫師機率高於低度使用中醫師機率。

本文結果與邱清華等人(1990)於民國 78 年針對台灣地區民眾進行中醫醫療狀況及需求調查的研究結果相同，該結果認為就醫傾向與性別、年齡、教育有顯著關係。羅紀瓊(1991)的研究結果指出女性中醫就診比例大於男性。蔡文全(1994)研究結果顯示中醫利用次數女性高於男性，平均中醫利用次數隨年齡增加。

而本文結果與王廷輔(1990)針對台中地區居民之中西醫療行為取向進行問卷調查所得結論有部份相同，該結論指出性別、省籍、教育程度、職業、收入、宗教信仰及居住地區都與研究對象之醫療利用型態有相關性。另外，康健壽(1991)在「中醫門診病



人求診教學醫院中醫部或一般中醫診所的相關因素之探討”分析結論為：中醫門診病人特性男女性別比例為 1:1，教育程度以高中最多。王嘉蕙(1992) 人口傾向因素與醫療知識來源對門診利用有間接影響效果。翁瑞宏(2000) 女性中醫門診利用機率高於男性，年齡以 45-54 歲和 65 歲以上使用中醫機率較高，而在高度利用中醫門診方面，以女性、65 歲以上、罹患慢性病為主，該結論都與本研究結果有部份相同。

中醫的醫療情形與西醫的醫療情形相似，在西醫的研究論文中亦有此結論，如李佳雲(1996)探討中部五縣市民眾健康狀況及醫療利用的研究，結果顯示年齡愈大西醫門診利用次數愈大，女性西醫門診利用次數大於男性。如廖繼鉉(1997) 醫療服務使用隨年齡增加而提高，女性在門診部份使用多於男性。又如陳依琪(2001) 指出影響全民健保醫療資源分配之非醫療需要變數，包括年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、醫療信念等傾向因素以及能力因素之家戶所得、固定就醫地點及居住地區等因素。

此外，賴芳足(1996)研究全民健保實施後影響民眾醫療利用之因素結果發現，個人傾向因素(基本人口學資料)及能用因素(家庭資源及 社會資源) 對門診及住院之影響較小，主要影響民眾醫療利用為需要因素--自覺健康狀況、 是否有慢性病、活動受限天數，此結論與本文用邏輯斯迴歸的結果相似，傾向因素與是否使用中醫方面，在 9 項所有值中以性別、中醫醫療知識、中醫醫療信念佔 5 項，心理過程因素佔 2 項，需要因素佔 2 項(是否罹患慢性病、自覺健康狀況)，而能用因素 0 項。在傾向因素與高/低度使用中醫方面，在 9 項所有值中以性別、中醫醫療知識、中醫醫療信念佔 6 項，心理過程因素佔 1 項，需要因素佔 2 項(2 年住院天

數、是否罹患慢性病)，而能用因素 0 項。

表 5-1 傾向因素與中醫醫療服務利用統計結果

傾向因素	統計方法	差異項目	差異比率最高	差異比率最低
是否使用中 醫	卡方檢定	年齡	71 歲以上(80.0%) 61-70 歲(77.27%)	20 歲以下(54.55%) 41-50 歲(55.24%)
		性別	女(64.85%) 男(56.91%)	男(43.09%) 女(35.15%)
		家庭組成	三代同堂(68.66%)	夫妻二人(57.89%)
		教育程度	其它(90.0%) 小學(81.25%)	高中(54.11%) 國中(54.78%)
是否使用中 醫	邏輯斯迴歸	性別	性別(OR 值 0.513)	
		家庭組成		
		婚姻狀態		
		教育程度		
高度或低度 使用中 醫	卡方檢定	年齡	61-70 歲(20.59%) 20 歲以下(16.67%)	51-60 歲(3.45%) 31-40 歲(7.57%)
		家庭組成	三代同堂(13.04%)	夫妻與子女(7.04%)
		教育程度	小學(19.23%) 國中(16.28%)	其它(0%) 研究所(3.85%)
高度或低度 使用中 醫	邏輯斯迴歸	性別	性別(OR 值 0.557)	

## (2) 能用因素

能用因素與是否使用中醫的卡方檢定中，在居住地、居住時間、中醫可近性、西醫可近性等方面具有顯著差異。而在以邏輯斯迴歸統計方法，對能用因素與是否使用中醫的檢定中，則在中醫可近性、西醫可近性、目前罹患慢性病、自覺健康狀況、近 2 年住院天數等方面具有顯著差異。更進一步，將能用因素與高度或低度使用中醫的卡方檢定中，僅在居住地方面具有顯著差異。而在以邏輯斯迴歸統計方法，對能用因素與高度或低度使用中醫的檢定中，則在中醫可近性、目前罹患慢性病、自覺健康狀況、近 2 年住院天數等方面具有顯著差異(如表 5-2)。由以上統計結果

總論：本研究認為能用因素在是否就診中醫方面是有差異，差異項目為居住地、居住時間、中醫可近性、西醫可近性；且以居住在中區分局、居住時間 1 年以下、有中醫可近性、有西醫可近性使用中醫機率高於未使用中醫機率。能用因素在高低度就診中醫方面是有差異，差異項目為居住地；且以居住在東區分局和台北分局高度使用中醫機率高於低度使用中醫機率。

本文結果與下列文獻有相同結果，如吳肖琪(1991) 醫療資源可用性越好的區域，民眾利用中醫越多。郭靜燕(1992) 自覺就醫方便會影響尋求中醫習慣。姚友雅(1998) 住家附近醫療單位數目越多者，求醫次數越多。翁瑞宏(2000) 投保地區為台中市及台中縣之各項中醫門診利用情形皆高於其他投保地區。但有不同結論的文獻，如康健壽(1991) 社會經濟地位以中下階層，會使用中醫較多。本研究在能用因素-個人月收入項目，並未顯示具有差異性，可能是全民健保實施後，財務的就醫障礙已大大減低。

表 5-2 能用因素與中醫醫療服務利用統計結果

能用因素	統計方法	差異項目	差異比率最高	差異比率最低
是否使用中醫	卡方檢定	居住地	中區分局(83.06%) 東區分局(66.25%)	台北分局(47.21%) 高屏分局(56.35%)
		居住時間	1 年以下(73.17%) 1-2 年(65.38%)	3-4 年(42.86%) 4-5 年(49.18%)
		中醫可近性	有(64.11%)	無(50.91%)
		西醫可近性	有(62.21%)	無(52.67%)
是否使用中醫	邏輯斯迴歸	中醫可近性		
		西醫可近性		
高度或低度使用中醫	卡方檢定	居住地	東區分局(16.98%) 台北分局(15.98%)	中區分局(5.47%) 北區分局(7.78%)
高度或低度使用中醫	邏輯斯迴歸	中醫可近性		

### (3) 需要因素

需要因素與是否使用中醫的卡方檢定中，在近 2 年使用西醫、罹患慢性病、自覺健康狀況、近 2 年住院天數等方面具有顯著差異。而在以邏輯斯迴歸統計方法，對需要因素與是否使用中醫的檢定中，則在罹患慢性病、自覺健康狀況、近 2 年住院天數等方面具有顯著差異。更進一步，將需要因素與高度或低度使用中醫的卡方檢定中，則僅有使用西醫次數項目具有顯著差異。而在以邏輯斯迴歸統計方法，對需要因素與高度或低度使用中醫的檢定中，則在罹患慢性病、自覺健康狀況、近 2 年住院天數等方面具有顯著差異(如表 5-3)。由以上統計結果總論：本研究認為需要因素在是否就診中醫方面是有差異，差異項目為近 2 年使用西醫、罹患慢性病、自覺健康狀況、近 2 年住院天數；且以使用西醫、有罹患慢性病、自覺健康狀況比較差、近 2 年住院天數 29 天以上使用中醫機率高於未使用中醫機率。需要因素在高低度就診中醫方面是有差異，差異項目為使用西醫次數、罹患慢性病、自覺健康狀況、近 2 年住院天數，且以未曾使用西醫次數者有高度就診中醫機率。

本研究結果與其它文獻有相同結果，如郭靜燕(1992) 需要因素中的自評健康會影響尋求中醫習慣；較習慣尋求中醫者特性為：有宗教、自覺就醫方便、自覺費用貴的、有固定場所、自覺不健康。翁瑞宏(2000) 有慢性病者之中醫門診利用情形皆高於沒有慢性病者，在高度利用中醫門診中以有慢性病者高於低度利用中醫門診。

本研究結果與其它文獻有不同結果，如吳肖琪(1980) 有健康保險者西醫門診、住院及醫藥利用較多，中醫利用較少。而本文

研究結果在有無民間商業保險項目，並未顯示具有顯著結果，可能是全民健保納保率已高達 96.16%，相對降低保險與醫療使用率的關係。

在西醫醫療方面也有相似情形，曾曉琦(1995)自評健康變好老人西醫門診服務利用次數顯著較少。李佳囊(1996)個人評估身體健康程度愈差則西醫門診的利用會較高。姚友雅(1998)自覺健康狀況越差者求醫次數越多，求醫積極性也越好。王安(1996)在西醫門診利用方面，與年齡、固定西醫師、慢性病都有顯著差異。李佳囊(1996)身體疼痛程度和個人評估身體健康程度愈差則西醫門診的利用會較高。賴芳足(1996)主要影響民眾醫療利用為需要因素--自覺健康狀況、是否有慢性病、活動受限天數。

表 5-3 需要因素與中醫醫療服務利用統計結果

需要因素	統計方法	差異項目	差異比率最高	差異比率最低
是否使用中醫	卡方檢定	近 2 年使用西醫	有 (71.20%)	無 (31.21%)
		罹患慢性病	有 (83.33%)	無 (56.75%)
		自覺健康狀況	比較差 (73.21%) 普通 (62.48%)	好很多 (41.07%) 比較好 (71.20%)
		近 2 年住院天數	29 天以上 (100%) 22-28 天 (100%)	15-21 天 (40.0%) 8-14 天 (51.16%)
是否使用中醫	邏輯斯迴歸	目前罹患慢性病	OR 值 0.196	
		自覺健康狀況	OR 值 1.327	
		近 2 年住院天數		
高度或低度使用中醫	卡方檢定	使用西醫次數	無 (26.97%)	有 (4.53%)
高度或低度使用中醫	邏輯斯迴歸	目前罹患慢性病	OR 值 0.379	
		自覺健康狀況		
		近 2 年住院天數	OR 值 0.866	

#### (4)中醫醫療知識

在民眾 (人口) 特質傾向因素-中醫醫療知識與中醫醫療利用

的關係中，使用不同統計方法加以驗證，結果如下所述。

14 題中醫醫療知識不論在是否使用中醫或高低度使用中醫之檢定結果，均呈現顯著差異。而在健保分局中民眾之 14 題中醫醫療知識之檢定結果，亦呈現顯著差異。

以主成份分析法萃取出三個主要成份後，其在健保分局中民眾之中醫醫療知識之檢定結果，亦全部呈現顯著差異。但在是否使用中醫或高低度使用中醫方面的檢定結果，則都只有中醫療法認知具有顯著差異。

再以邏輯斯迴歸的分析結果，在是否使用中醫方面的檢定，以中醫基本認知和中醫生理認知具有顯著差異，且其 OR 值分別為 0.513、0.766。而在高低度使用中醫方面的檢定，以中醫基本認知和中醫生理認知具有顯著差異，且其 OR 值分別為 0.819、0.827。

#### (5)中醫醫療信念

在民眾（人口）特質傾向因素-中醫醫療信念與中醫醫療利用的關係中，使用不同統計方法加以驗證，結果如下所述。

8 題中醫醫療信念不論在是否使用中醫或高低度使用中醫之檢定結果，均呈現顯著差異。而在健保分局中民眾之 8 題中醫醫療信念之檢定結果，亦呈現顯著差異在第 2、4、5、7、8 題。

以主成份分析法萃取出三個主要成份後，其在健保分局中民眾之中醫醫療信念之檢定結果，亦呈現顯著差異，但僅在醫療差異信念因素方面。而在是否使用中醫之檢定結果，全部呈現顯著差異。在高低度使用中醫方面的檢定結果，只有醫療差異信念、中醫基本信念具有顯著差異。

再以邏輯斯迴歸的分析結果，在是否使用中醫方面的檢定，

以醫療差異信念和中醫基本信念具有顯著差異，而醫療差異信念其 OR 值為 0.625，中醫偏好信念其 OR 值為 1.224。而在高、低度使用中醫方面的檢定，三個中醫醫療信念都具有顯著差異，其 OR 值在醫療差異信念、中醫基本信念、中醫偏好信念分別為 0.802、1.854、0.829。

王嘉蕙(1992) 在患病時的醫療方式選擇上，主要以其本身對中西醫醫療態度的傾向而定。吳明玲(1992) 使用中醫門診的因素與中西醫療行為取向有關，且在使用中醫方面，以中西醫療行為取向為中立或傾向中醫者比較會使用中醫。郭靜燕(1992)中醫門診糖尿病病人認為中藥溫和、治本、無副作用，西藥治標、有副作用的信念是影響病人對中西醫體系的選擇及轉換的重要因素。中醫門診糖尿病病人目前最多以中西醫合併治療，理由是中西醫各有所長，合併治療效果最好。姚友雅(1998) 中醫信念、信仰療法信念與中醫使用次數有關。梁靜祝(1999) 不同的中西醫療優勢信念其肝癌預防自我效能，肝病控制信念及肝癌篩檢利益及障礙感受等皆有不同。曾雅玲(2000) 護理人員與門診婦女對中醫藥的知識、態度與醫療行為間具有相關性。以上文獻均與本研究有相同結論，即醫療行為會受個人醫療知識和信念影響。

## 二、心理過程因素與中醫醫療服務利用的關係

心理過程因素與在民眾（人口）特質（傾向因素、能用因素、需要因素）與中醫醫療服務利用的關係中，本研究共有如下假設：假設(二)使用中醫與未使用中醫之民眾心理過程因素有統計上顯著差異。假設(四)高度使用與低度使用中醫之民眾

心理過程因素有統計上顯著差異。假設(七)在健保分局中民眾之心理過程因素有統計上顯著差異。現以 1. 是否使用中醫 2. 高度與低度使用中醫 3. 在健保分局等部分逐項討論。

#### 1. 是否使用中醫

心理過程因素與是否使用中醫的卡方檢定中，在生病時的處理、固定中醫師、固定中醫醫療院所、固定西醫師、固定西醫醫療院所、主動收集資訊、生病時優先看中/西醫、生病時影響看西醫因素、因疾病嚴重而收集資訊等方面具有顯著差異。而以邏輯斯迴歸統計方法，對心理過程因素與是否使用中醫的檢定中，則在心理過程因素低度涉入、高度涉入、極高度涉入等方面具有顯著差異，(如表 5-4)。由以上統計結果總論：本研究認為心理過程因素在是否使用中醫方面是有差異，差異項目為生病時的處理、固定中醫師、固定中醫醫療院所、固定西醫師、固定西醫醫療院所、主動收集資訊、生病時優先看中/西醫、生病時影響看西醫因素、因疾病嚴重而收集資訊等，且以生病時會先試民間偏方、有固定中醫師、有固定中醫醫療院所、有固定西醫師、有固定西醫醫療院所、會主動收集資訊、生病時優先看中醫、因何種疾病影響看西醫、會因疾病嚴重而收集資訊；並且以心理低度涉入使用中醫機率較高。

#### 2. 高度與低度使用中醫

心理過程因素與與高度或低度使用中醫的卡方檢定中，則僅在固定西醫師項目具有顯著差異。而以邏輯斯迴歸統計方法，對心理過程因素與高度或低度使用中醫的檢定中，則在心



理過程因素低度涉入、高度涉入、極高度涉入等方面具有顯著差異(如表 5-4)。由以上統計結果總論：本研究認為心理過程因素在高低度使用中醫方面是有差異，差異項目為有固定西醫師者比未固定西醫師者有高度使用中醫的機率。

### 3. 在健保分局

心理過程因素在健保分局的卡方檢定中(如表 5-5)，具有顯著差異。當其心理過程因素層面屬於低度涉入群時，以台北分局、北區分局機率最高；在心理過程因素層面屬於中度涉入群時，以中區分局、南區分局機率最高；心理過程因素層面屬於高度涉入群時，以中區分局、東區分局機率最高；心理過程因素層面屬於極高度涉入群時，以北區分局、中區分局機率最高。即在健保分局的民眾心理過程因素層面中，以中區分局涉入機率最高。

心理過程因素在健保分局與是否使用中醫的卡方檢定中，僅在未使用中醫方面具有顯著差異，(如表 5-5)。心理過程因素在健保分局與高度或低度使用中醫的卡方檢定中，則不論在高度使用中醫或低度使用中醫方面都不具有顯著差異。即在未使用中醫者，當其心理過程因素層面屬於低度涉入群時，以北區分局、台北分局機率最高；在心理過程因素層面屬於中度涉入群時，以中區分局、南區分局機率最高；心理過程因素層面屬於高度涉入群時，以南區分局、東區分局機率最高；心理過程因素層面屬於極高度涉入群時，以高屏分局機率最高。

以下文章結論與本文有相同結果，如郭靜燕(1992)有固定醫療場所者較習慣尋求中醫治療，中醫門診糖尿病病人的求醫

過程主要是受病人的社會網路影響。謝慧欣(1998) 有 59.3%表示願意得到與醫療供給者相關的資訊。宋欣怡(2001) 69.5%的民眾在就醫前會先參考就醫選擇資訊。

在心理過程因素分層討論與醫療相關性文章，只有一篇李佳囊(1996) 以因素分析來區分生理及心理層面的因素效度，但其結果不佳，該文認為係受訪視員訪視技術不佳所致；本文心理因素分層雖未使用因素分析法，而以四分位法分層，而可得到顯著差異，表示心理因素分層後，更可以較簡單之分層項目顯示與醫療使用率的相關性。

在西醫醫療方面情形亦大致相同，如王廷輔(1990) 民眾最重視對醫療場所及醫師的熟悉度。林宮美(1992)有三分之二民眾初步求醫會直接去看醫師，43 % 民眾有固定就醫場所，37 % 民眾有固定醫師，個人社會網路提供大部分的就醫選擇線索。王安(1996)在西醫門診利用方面，與年齡、固定西醫師、慢性病都有顯著差異。邱聖豪(2000)醫術及名氣仍舊是民眾選擇自費就醫之主要原因。劉文玉(2001)就醫時間成本與使用機率成反比。陳依琪(2001)固定就醫地點會影響全民健保醫療資源分配。彭鳳美(2001)擇醫療地點所考量的前三因素為距離近、交通方便與習慣性。

表 5-4 心理過程因素與中醫醫療服務利用結果

心理過程因素	統計方法	差異項目	差異比率最高	差異比率最低
是否使用中醫	卡方檢定	生病時的處理	試民間偏方 (100%) 其它 (75.86%)	馬上看醫生 (56.10%) 先自行服藥 (37.94%)
		固定中醫師	有 (85.71%)	無 (46.81%)
		固定中醫醫療院所	有 (85.02%)	無 (46.67%)
		固定西醫師	有 (68.09%)	無 (56.44%)
		固定西醫醫療院所	有 (68.15%)	無 (55.71%)
		主動收集資訊	有 (71.20%)	無 (56.92%)
		優先看中/西醫	先看中醫 (80.0%)	先看西醫 (52.27%)
		影響看西醫因素	何種疾病 (65.27%) 候診時間 (64.20%)	習慣 (50.19%) 醫院規模 (53.89%)
		疾病嚴重收集資訊	會 (63.88%)	其它 (50.0%)
是否使用中醫	邏輯斯迴歸	低度涉入	OR 值 36.619	
		高度涉入		
		極高度涉入		
高度或低度使用中醫	卡方檢定	固定西醫師	有 (12.81%)	無 (7.14%)
高度或低度使用中醫	邏輯斯迴歸	低度涉入	OR 值 8.463	
		高度涉入		
		極高度涉入		

表 5-5 心理過程因素在健保分局與醫療利用統計結果

心理過程因素	統計方法	差異項目	再分項	差異比率最高
在健保分局	卡方檢定	有顯著差異	低度涉入	台北分局(32.63%) 北區分局(27.91%)
			中度涉入	中區分局(61.47%) 南區分局(60.18%)
			高度涉入	中區分局(25.97%) 東區分局(22.54%)
			極高度涉入	中區分局(4.76%) 埤區分局(3.88%)
在健保分局- 是否使用中醫	卡方檢定	未使用中醫 有顯著差異	低度涉入	北區分局(65.22%) 台北分局(49.21%)
			中度涉入	中區分局(65.85%) 南區分局(60.64%)
			高度涉入	南區分局(7.45%) 東區分局(7.41%)
			極高度涉入	高屏分局(0.91%)
在健保分局- 高/低度使用中醫	卡方檢定	無顯著差異		

### 三、環境醫療資源與中醫醫療服務利用的關係

在假設(八)中醫醫療資源與中醫醫療服務利用是否有統計上顯著差異，本研究以次級資料，採用簡單迴歸分析方法，得到中醫醫療資源與中醫醫療服務利用有統計上顯著差異，且當中醫醫療服務利用項目為平均每人每年中醫醫療件數時，其與平均每萬人口中醫師數(正相關)有關；當中醫醫療服務利用項目為本問卷健保分局有使用中醫者和本問卷健保分局高度使用中醫者與健保分局平均每萬投保人口中醫師數(正相關)有關。

邱清華等人(1990)勞保特約中醫診所三家以上的地區其使用量為三家以下地區的 1.75 倍。羅紀瓊(1991)供給越多者，中

醫利用次數越多。吳肖琪(1991) 醫療資源不足區，民眾醫療需求顯著地隨醫療供給之增加而增加；在醫療資源充足區，則不受醫療供給之影響，且醫療資源可用性越好的地區，民眾利用中醫越少。翁瑞宏(2000)投保地區每萬人口中醫師人數為 0.50 名以下之中醫門診利用皆低於其他地區。另外，張育嘉(2001)在中醫醫療資源較缺乏地區，每萬人口中醫師數增加一名，民眾之中醫門診利用次數增加 0.33 次，表示民眾中醫醫療利用情形會隨著中醫醫療可用性增加而增加，此印證醫療資源缺乏區存在著可用效應。而在中醫醫療資源充足地區，每萬人口中醫師數增加一名，民眾中醫門診利用次數僅增加 0.08 次，可知民眾中醫醫療利用隨著中醫醫療可用性增加而增加的情形較前述區域來得少，表示醫師誘發需求的情形相對較不明顯。吳肖琪(1980)在『醫療資源寡』地區，隨醫療資源可用性愈高，民眾利用西醫較高；『醫療資源足』地區，民眾之西醫門診利用即不受醫療資源供給之影響。賴芳足(1996) 居住於醫療資源缺乏的偏遠地區及醫療資源充足之一般地區醫療利用並無統計上的顯著差異。林致坊(1998) 中醫資源可用性最低的區域其利用中醫機率遠低於可用性中等的區域。以上文獻結論皆與本研究有部份相同。

#### 四、結果總結

針對本研究八大假設之結果，以表 5-6 表示。

表 5-6 結果總結

假設項目			統計結果	統計結果細項
假設(一)使用中醫與未使用中醫之民眾(人口)特質	傾向因素	不可變因素	部份有顯著差異	性別、年齡、家庭組成、教育程度
		醫療知識	部份有顯著差異	14 題全部有顯著差異 3 主成份僅中醫療法知識有差異
		醫療信念	有顯著差異	8 題全部有顯著差異 3 主成份中全部有差異
	能用因素		部份有顯著差異	居住地、居住時間、中醫可近性、西醫可近性
	需要因素		部份有顯著差異	近 2 年使用西醫、罹患慢性病、自覺健康狀況、近 2 年住院天數
假設(二)使用中醫與未使用中醫之民眾心理過程因素			部份有顯著差異	20 題中僅生病時的處理、固定中醫師、固定中醫醫療院所、固定西醫師、固定西醫醫療院所、主動收集資訊、優先看中/西醫、影響看西醫因素、疾病嚴重收集資訊等 9 題有顯著差異 心理過程因素分群中未使用中醫部份有顯著差異
假設(三)高度使用與低度使用中醫之民眾(人口)特質	傾向因素	不可變因素	部份有顯著差異	年齡、家庭組成、教育程度
		醫療知識	部份有顯著差異	14 題全部有顯著差異 3 主成份僅中醫療法知識有差異
		醫療信念	部份有顯著差異	8 題全部有顯著差異 3 主成份僅醫療差異療法信念有差異
	能用因素		部份有顯著差異	居住地
	需要因素		部份有顯著差異	使用西醫次數
假設(四)高度使用與低度使用中醫之民眾心理過程因素			部份有顯著差異	20 題中僅固定西醫師有顯著差異 心理過程因素分群中全部無顯著差異
假設(五)在健保分局中民眾之中醫醫療知識			部份有顯著差異	14 題除第 14 題外全部有顯著差異 3 主成份全部有顯著差異

表 5-6 結果總結(續)

假設項目			統計結果	統計結果細項
假設(六)、在 健保分局中 民眾之中醫 醫療信念			部份有顯著 差異	8 題除第 1.3.6. 外全部有顯著差異 3 主成份僅醫療差異療法信念有差 異
假設(七)、在 健保分局中 民眾之心理 因素			有顯著差異	心理過程因素 4 分群彼此間有顯著 差異
假設(八)中 醫醫療資源 與中醫醫療 服務利用			有顯著差異	1. 平均每人每年醫療件數與平均每 萬人口中醫師數 2. 健保分局使用中醫與平均每萬人 口中醫師數 3. 健保分局高度使用中醫與平均每 萬人口中醫師數

本研究架構係結合 Aday & Andersen 醫療服務利用行為模式與 John Dewey 消費者決策模式加以簡化形成的，由表 5-6 得知，本研究之結果印証 Andersen(1968) 所提出第一階段醫療服務利用行為模式，該模式主要著重個人因素與醫療服務利用之間關係。即民眾(人口) 特質(傾向因素、能用因素、需用因素) 與醫療服務利用是有相關性。亦印証 Aday & Andersen (1995) 所提第三階段醫療服務利用行為模式，該模式主要強調外在環境的變化，會影響人們對於醫療服務的利用，及強調健康行為會影響健康結果。而 John Dewey 的消費者決策模式亦在本研究結果中再次獲得証實。John Dewey 的消費者決策模式係指當個人價值觀或需求(此有個別差異) 與環境影響因素互動而產生慾望時，會因而引發決策之必要。需求的喚起是問題確認的主要來源，特別當該需求是與自我形象有關時，便成為去從事某特定目的行為的持續驅策力。許多潛在顧客此時可能已受許多因素刺激，例如對身體健康的承諾。有些潛在客戶買東西，需要更多額外或詳細

資料，有些人則沒做任何比較就買下來。資訊尋求也受情境影響，如廣告、銷售點的型錄海報或掛牌，或來自他人的口碑。而評估消費經驗所帶來滿意的程度也很重要。

## 五、疾病別與中醫醫療服務利用

本文研究結果，在何種疾病看中醫變項方面，以體質調理、感冒、肌肉扭挫傷、咳嗽、肌肉骨骼關節疾病、關節脫臼、關節炎、精神倦怠、產後調理最多。而在何種疾病看西醫變項方面，感冒、咳嗽、胃腸炎、高血壓、糖尿病、心臟病、痔瘡、中風、癌症最多。

李金鳳(1889)一般疾病方面大部分病人傾向採用西醫診療，但在肌肉骨骼損傷疾病上，有50%以上病患傾向採中醫診療。王廷輔(1990)在長期病因不明之疾病、一般挫扭傷、骨折、脫臼和病產後的保養，民眾比較偏向採用傳統醫療法來治療。康健壽(1991)發現中醫門診病人患病部位以肌肉骨骼神經系統佔第一位。蔡文全(1994)中醫治療疾病主要以肌肉骨骼系統、呼吸系統、消化系統為主。翁瑞宏(2000)中醫疾病以脫臼，扭傷及拉傷之利用次數及費用最高。以上文獻皆與本研究結果相同。

## 六、中醫醫療服務利用率

本研究之中醫醫療服務利用率情形，為2年內未曾使用中醫者38.64%，2年內曾經使用中醫者61.36%，一年內使用中醫1-3次者38.64%、4-6次者10.83%、7次以上者15.53%。本研究全體樣



本對象平均每人中醫醫療服務利用次數約為2.35次，而在有使用中醫者之平均每人中醫醫療服務利用次數約為3.99次。

吳肖琪(1991)一個月間有利用中醫的比率為1% 中醫利用次數0.02次。羅紀瓊(1991)一年期間有利用中醫的比率為14.7%、複向就醫比率為16.0%，一年平均中醫利用次數為1.18次。林致坊(1998)中醫利用率為22.0%。複向就醫者佔20.5%，高度利用中醫者佔研究對象5.07%。翁瑞宏(2000)中醫門診利用比率為25.7%，每人每年平均中醫門診利用次數為1.29次，利用次數5次以上佔研究對象8.4%。另外，王嘉蕙(1992)三個月內平均西醫就診次數為1.46次。由以上文獻得知本研究樣本之中醫醫療利用次數有偏高現象，可能是與全民健保大量普及，及表示近年來民眾使用中醫次數有上升趨勢。此由”全民健康保險統計”次級資料，門診醫療費用申報由85年的10.69(百億元)上升至89年的19.87(百億元)，足足上升1.86倍可獲得佐證。

## 第六章 結論與建議

### 一、結論

由於消費者在從事購買過程中會涉及資訊搜集、評估資訊、購買、使用和處理產品、服務與理念，因此研究消費者行為就是在瞭解消費者如何將時間、金錢和精力花費在其有關的產品上。本研究目的之一，亦是在瞭解民眾使用中醫的人口特質與心理過程因素，希望能藉著瞭解民眾人口特質、心理過程因素與醫療服務利用間的關係，使著中醫實務界、中醫教育界和中醫醫療行政單位能有所依據，制定出最適宜、具正確方向的中醫整體計劃。現根據第四章結果分析和第五章的討論，本研究可獲得許多實証結論，以(一)一般結論、(二)民眾(人口)特質、(三)心理過程因素等的結論依序說明如下：

#### (一)、一般結論

- 1、本研究之八個假設經過問卷調查分析，其結論均為有顯著差異或部份有顯著差異。
- 2、在影響是否使用中醫因素的邏輯斯迴歸分析中，可得到心理過程因素低度涉入、中度涉入、自覺健康狀況、中醫偏好信念、中醫生理認知、中醫基本認知、醫療差異信念、性別、是否罹患慢性病等均會影響是否使用中醫醫療服務利用，且其勝算比依高低順序排列。
- 3、在影響高度或低度使用中醫因素的邏輯斯迴歸分析中，可得到心理過程因素低度涉入、中醫偏好信念、2年住院天數、中醫基本

信念、中醫生理認知、中醫基本認知、醫療差異信念、性別、是否罹患慢性病等均會影響高度或低度使用中醫醫療服務利用，且其勝算比依高低順序排列。

- 4、 中醫醫療知識和中醫醫療信念會影響是否使用中醫和高度或低度使用中醫醫療服務利用，且中醫醫療知識和中醫醫療信念的認知程度愈高者，使用中醫醫療服務利用就愈高，且會依健保分局不同地理環境而有不同的影響。
- 5、 一般民眾在中醫醫療知識和中醫醫療信念方面的得分，其平均值在普通程度，如在 14 題的中醫醫療知識未有一題超過 4.0 以上，而中醫醫療信念方面的得分更是偏低，在 8 題的中醫醫療信念中，平均值最高的才只有 3.64；當中醫醫療知識錯誤會造成醫療使用錯誤和危害身體健康，當中醫醫療信念不足或錯誤會造成使用中醫偏低，無法讓民眾獲得最適宜醫療服務；實值中醫實務界、中醫教育界和政府中醫相關單位正視此現象。
- 6、 在中醫醫療環境變項與中醫醫療服務相關性研究中，本研究以平均每萬人口中醫師數代表中醫醫療環境變項，與各縣市平均每人每年中醫門診件數、健保分局使用中醫和高度使用中醫作比較，均呈現正相關。
- 7、 在是否使用中醫自變項具有顯著差異的有：年齡、性別、家庭組成、教育程度、居住地、居住時間、中醫可近性、西醫可近性、近 2 年使用西醫、罹患慢性病、自覺健康狀況、近 2 年住院天數、生病時的處理、固定中醫師、固定中醫醫療院所、固定西醫師、固定西醫醫療院所、主動收集資訊習慣、生病時優先看中/西醫、生病時影響看西醫因素、因疾病嚴重而收集資訊等 21 項。
- 8、 在高低度使用中醫自變項具有顯著差異的有：年齡、家庭組成、

教育程度、居住地、使用西醫次數、固定西醫師等 6 項。

- 9、比較是否使用中醫和高低度使用中醫有顯著差異項目，可得知在傾向因素-不可變因素方面，不論在是否使用中醫和高低度使用中醫都有多項呈現顯著差異，而能用因素、需用因素和心理過程因素方面，在高低度使用中醫的差異性就沒有如此明顯。表示民眾(人口) 特質和心理過程因素在是否使用中醫上具有較多的顯著差異。
- 10、健康保險變項方面，由本研究樣本顯示有 98.2%有加入全民健保，有 18.97%有加入其他商業保險，而沒有加入全民健保的 25 人中，亦有 11 人有參與其他保險，此點可供保險經理人員參考。
- 11、民眾居家附近有 10 分鐘內可以到達之中醫醫療設施者佔 78.31%、西醫醫療設施者佔了 88.16%，可見台灣醫療分佈資源已呈平均分佈趨勢，但仍有一部分約一成二的民眾在醫療資源就近性上是不足的，而總體來說中醫醫療資源分佈仍比西醫不足。
- 12、近兩年使用中醫者 61.36%，使用西醫者 75.97%，可看出民眾使用西醫的頻率較中醫高。而有固定中醫師者 36.71%，有固定中醫醫療院所者 27.19%。有固定西醫師者 40.93%，有固定西醫醫療院所者 42.99%，可知民眾有固定醫師和醫療院所的習慣，但在固定中醫師和中醫醫療院所方面，仍與西醫方面有段距離。  
固定醫師和醫療院所習慣符合 Lavidge 和 Steiner's(1961)「效果層次模式」過程，**察覺** — **認識** — **喜歡** — **偏好** — **信服** — **購買**，民眾由察覺需要醫療服務至醫院看診，認識醫師和醫療院所，對醫師或醫療院所產生喜歡，進而偏好信服而一再至相同醫師處或醫療院所就診。所以了解民眾何以會有固定醫師或醫療院所，將會對醫療吸引患者提供有效方向。另外，民眾生病時優先

選擇看西醫比率 65.03%，優先選擇看中醫比率僅為 19.25%，顯見民眾心理仍是以西醫為主要醫療考量。此現象若參考中醫醫療知識和中醫醫療信念，當可窺知端倪所在。

另外，有固定西醫師卻使用中醫或高度使用中醫門診比率者多於未固定西醫師卻使用中醫或低度使用中醫門診比率者，其差異具有統計上顯著意義，此結果與固定中醫師而高度使用中醫者卻低於無固定中醫師但高度使用中醫者，此結果與一般的認知不同，此結果是否表示未固定中醫師者，有四處看診習性而造成高度利用中醫的結果，值得做更進一步的探討。

- 13、有 15.89% 民眾罹患慢性病，有 17.79% 民眾認為與同年齡者相比自己健康狀況較差，顯示國人不論在自評健康狀態、或罹患疾病健康狀態下，健康資源都是不足的，且當民眾感覺健康狀況不佳時，有較高的中醫門診比率。醫政單位應正視此現象謀求改進。
- 14、在生病時如何處理問題，馬上看醫生 51.50%，忍一忍再決定 34.35%，自行服藥 11.23%，試民間偏方 0.36%，其他 2.55%；全民健保納保率高達 96% 以上，就醫財務障礙已排除，卻仍有近 5 成民眾不尋求正規醫療協助，顯示國人對正確醫療態度和醫療常識非常不足。
- 15 在就醫資訊提供方面，以親友推薦者 66.21% 家人告知者 53.29% 醫師推薦者 24.91% 佔最多數；可見患者對醫院忠誠度的重要性。
- 16、民眾平時會主動收集醫療資訊的只有 29.41%，在就醫前會先收集醫療資訊的有 40.48%，因疾病嚴重就醫前會收集醫療資訊的有 69.02%，若再對照另一題，民眾自行決定就醫過程高達 75% 以上時，則民眾依靠平時的印象就醫的比率非常高，此點可供中醫教育界留意，如何讓民眾獲得正確又便利的醫療資訊。另外民眾會

依疾病嚴重程度而主動收集醫療資訊，此亦符合 Leavitt(1961) 消費者行為未分類型模式中的「**察覺**—**興趣**—**慾望**—**行動**」，即當民眾察覺有醫療需求時，會引起興趣注意收集醫療資訊，藉由醫療資訊收集引起渴望至醫院求診。

此亦符合 Engel (1995) 所提出將消費者在每一個購買決策中，所花的時間與努力看成是一種連續帶，例行性問題解決——有限的问题解決——廣泛性問題解決，即視疾病嚴重程度而決定民眾如何解決問題，若是疾病非常嚴重，則醫療行銷人員必須瞭解患者如何收集資訊與評估資訊，且要促使患者知道醫療產品的屬性、各種醫療屬性之重要性及醫院品牌在醫療產品重要屬性中所具有的優勢。

而醫療資訊來源以報章雜誌44.07%、醫療院所38.25%、醫護專業人員提供34.09%、電視31.67%、網路19.27%、收音機11.04%佔大多數，可知民眾以傳播媒體和專業人員、場所為最主要醫療資訊來源，此結果可供醫療行銷業者參考。

根據文獻探討如：宋欣怡(2001) 多數民眾(42.3%)最信任由政府衛生單位來提供就醫選擇資訊。又如謝慧欣(1998)政府衛生單位為大多數受訪病患所信賴的資訊提供者，政府相關單位責無旁貸須負起此項責任。

- 17、民眾看中醫的決定76.89%自己決定，看西醫的決定80.33%自己決定，可知不論在看中/西醫的決定過程，自己決定佔非常主要關鍵，其次才由家中長輩或與家人商量，至於受朋友影響或其它因素皆在3%以下，可知國人在看診的決定過程有其特色。

維布雷寧(Veblenian)認為人類基本上是社會的動物，遵從其大文化的一般標準及形式，也遵從其周圍次文化(subculture) 及

親近群體的特定標準，其需求及行為方式深受目前及未來所期望之團體成員所塑造，則就醫的決定過程可能會受自己、家中長輩、家人或朋友所影響。

- 18、在看中醫或西醫方面，二者影響因素相同，皆以患何種疾病、醫師口碑，習慣、就醫距離遠近等；至於患何種疾病，不論在看中/西醫的影響因素中，都高達65%以上，且民眾會在乎醫師的名氣與看診之療效，民眾對醫院習慣的忠誠度以及就醫方便性的要求，此四點對民眾的選擇具有絕對影響力。但在影響看西醫因素方面民眾會在乎醫院名聲，可能是中醫醫療場所多為診所，而西醫醫療場所中有大型醫療院所所致。而，實施全民健保後，民眾對醫學中心的信任遠勝於其他類型醫院，則民眾對中醫醫療信念不高，是否亦與全國無一家中醫醫學中心，以建立民眾對中醫的信任有關，且在全國大型西醫醫院已趨飽和的醫療市場中，則中醫醫學中心及各大型公立醫院中醫部的設立，站在實務上和輔導中醫政策上，都是可行而必要的。

另外，Philip Kotler & Gary Armstrong(1989) 提出「階段模式」(stage model) 的觀念，此模式提醒行銷人員應重視購買過程(buying process)而非購買決策(purchase decision)，亦即醫療行銷人員應重視民眾在醫院接受優良服務過程的重要性，遠超過醫療服務的結果，且此模式更強調購買過程早在實際購買之前就已發生，且在購買後仍持續很久，則在生病前的醫療行銷即應注重規劃。

- 19、民眾會因為不同疾病選擇看中醫或西醫的比率高達79.17%，表示民眾認為中/西醫療效在不同疾病上是有差別的，中醫以體質調理、肌肉扭挫傷、肌肉骨骼關節、關節脫臼、關節炎、精神倦怠、

產後調理等疾病與西醫醫療項目上有明顯不同，而西醫以胃腸炎、高血壓、糖尿病、心臟病、痔瘡、中風、癌症等疾病與中醫不同，但在感冒、咳嗽方面，中西醫各有特色，中醫界可針對民眾選擇之科別，來進行更高度的行銷與推廣，增加市場佔有率以及民眾選擇率。

- 20、民眾會因疾病嚴重而尋求專家53.01%，會因疾病嚴重而尋求民間療法36.06%，表示當疾病嚴重時，民眾企求名醫仙丹的心理過程因素仍佔相當大比例。

## (二) 民眾(人口) 特質

在民眾(人口) 特質方面以(1) 傾向因素(2) 能用因素(3) 需要因素(4) 中醫醫療知識(5) 中醫醫療信念等方面分別結論。

### (1) 傾向因素

- 1、使用中醫的年齡以 71 歲以上和 61-70 歲最多，且年齡愈高使用中醫比率有上升趨勢。女性利用中醫門診高於男性。三代同堂利用中醫門診比率最高，愈多代的家庭組成使用中醫比率愈高。小學教育程度使用中醫門診比率最高，其次為研究所以上，顯示高學歷和低學歷使用中醫門診比率比其他教育程度方面要高。另外，在具有顯著差異年齡,性別,家庭組成和教育程度等方面，使用中醫者的比率均高於未使用中醫者的比率。
- 2、一般認為年齡越高者使用醫療次數會越高，但在使用中醫族群中，高度使用中醫者有相當比例是20 歲以下及21-30歲者，此結論與一般認知不同。
- 3、在高度利用中醫門診比率中家庭組成以三代同堂最高，教育程度以小學者最高，年齡以61-70歲比率最高。



## (2) 能用因素結論

- 1、 是否使用中醫具有顯著差異項目有居住地，居住時間，中醫可近性方面等，此三項目中使用中醫者的比率均高於未使用中醫者。
- 2、 在健保分局中，以中區分局使用中醫門診比率最高，此外，在居住時間、中醫可近性方面都與是否使用中醫有顯著差異，此二題均顯示醫療可近性和醫療利用間有顯著相關。
- 3、 能用因素在高低度使用中醫有顯著差異項目，僅居住地一項。

## (3) 需要因素結論

- 1、 需要因素在是否使用中醫有顯著差異項目：近2年使用西醫、罹患慢性病、自覺健康狀況和近2年住院天數，且此四項以使用中醫者的比率均高於未使用中醫者。有罹患慢性病的人利用中醫門診比率遠高於未罹患慢性病的人，表示罹患慢性病的人利用醫療比率遠高於未罹患慢性病的人，而未罹患慢性病的人使用中醫高於未罹患慢性病又未使用中醫的人。此與另一題看中醫疾病以調節體質為主，看西醫疾病有多項為慢性疾病如糖尿病，高血壓，心臟病等相互比較，則在慢性疾病的療效上，實有待民眾建立對中醫的信任。
- 2、 需要因素在高低度使用中醫有顯著差異項目，僅近2年使用西醫次數一項。

## (4) 中醫醫療知識結論

- 1、 在是否使用中醫中，14題中醫醫療知識均呈顯著差異，在高低度是否使用中醫中，有13題中醫醫療知識呈現顯著差異，僅中醫用

拔罐、拔火罐來治病無差異。

- 2、在是否使用中醫和高低度使用中醫中，中醫醫療知識平均值高低項目均相同，即以中醫依患者個別體質來治療和用藥和飲食禁忌與疾病療效有關的平均值最高，而以對中、西醫生理學的認知和腎虧是腎功能異常的平均值最低。
- 3、會使用中醫者的中醫醫療知識普遍高於未使用中醫者，而高度使用中醫者的中醫醫療知識亦高於低度使用中醫者。且其平均值以高度使用大於低度使用大於會使用大於未使用，但即使是高度使用中醫的民眾其中醫醫療知識仍有加強的空間。
- 4、中區分局的中醫醫療知識程度普遍高於其它分局，而東區分局的中醫醫療知識程度普遍低於其它分局。
- 5、中醫醫療知識衡量項目以主成份分析法，可分群為中醫基本認知、中醫生理認知和中醫療法認知。
- 6、中醫醫療知識在健保分局分析中，中區分局具較高中醫醫療知識且是全面性現象，而台北分局僅在中醫療法認知具較高中醫醫療知識。
- 7、中醫醫療知識在健保分局使用中醫與未使用中醫分析中，僅中醫療法知識具有顯著差異。
- 8、中醫醫療知識在健保分局高低度使用中醫分析中，僅中醫療法知識具有顯著差異，中區分局和台北分局在中醫療法知識方面比高屏分局高。
- 9、所謂消費者知識即存在記憶中的資訊及有關取得產品與服務之特性、購買時間與地點、如何使用產品等知識。評估目標市場顧客的知識水準很重要，主要是可透過廣告與銷售提供相關知識與資訊以供作為決策之用。則瞭解民眾中醫醫療知識對民眾使用中醫

的重要性不言可喻。

(5)中醫醫療信念結論

- 1、會使用中醫者的中醫醫療信念普遍高於未使用中醫者。而高度使用中醫者的中醫醫療信念亦高於低度使用中醫者。且其平均值以高度使用大於低度使用大於會使用大於未使用，但即使是高度使用中醫的民眾其中醫醫療信念仍有很大須加強的空間。
- 2、台北分局和高屏分局的中醫醫療信念程度普遍高於其它分局。
- 3、中醫醫療信念衡量項目以主成份分析法，可分群為中醫偏好信念、醫療差異信念和中醫基本信念。
- 4、中醫醫療信念在健保分局分析中，中醫偏好信念、中醫基本信念均不具有顯著差異，只在醫療差異信念方面具有顯著差異。
- 5、中醫醫療信念在健保分局，使用中醫與未使用中醫分析中，僅未使用中醫者之中醫基本信念不具有顯著差異。在有顯著差異項目中，中醫基本信念方面以台北分局高於其他分局，醫療差異信念方面以高屏分局和南區分局高於中區分局和北區分局，中醫偏好信念方面以台北分局低於其他分局。
- 6、中醫醫療信念在健保分局高低度使用中醫分析中，僅醫療差異信念具有顯著差異，且在醫療差異信念方面，高屏分局和南區分局高於台北分局、中區分局和東區分局；且醫療差異信念方面的本質係對中醫的信念高於西醫，故以高屏分局和南區分局對中醫的信念高於西醫。
- 7、態度的重要性即因為對產品或品牌的態度會影響行為。態度是對一個可行方案正面或負面的整體評估。態度一旦形成，對未來的選擇即扮演重要角色，且很難改變。所謂信念是指人們對事物所抱持的一種可描述的思想，這些信念與態度會影響消費者的購買

行為，所以，瞭解中醫醫療信念對探討民眾使用中醫醫療服務的重要性就不言而喻了。

### (三) 心理過程因素

- 1、心理過程因素在是否使用中醫有顯著差異項目：生病時的處理、固定中醫師、固定中醫醫療院所、固定西醫師、固定西醫醫療院所、主動收集資訊習慣、生病時優先看中/西醫、生病時影響看西醫因素、因疾病嚴重收集資訊。
- 2、在心理過程因素方面，高度或低度使用中醫者的比率方面除固定西醫師外，都不具有顯著差異。
- 3、使用中醫的民眾在生病時的處理方法，試民間偏方100%、其他75.86%、忍一忍再說65.53%、自行服藥62.07%、而馬上看醫生機率最低為56.16%。而在未使用中醫民眾者以馬上看醫生43.84%最高，其次自行服藥37.94%，忍一忍再說34.47%。可見是否使用中醫的民眾心理過程因素是不同的，使用中醫的民眾在生病時不尋求正規醫療協助的機率遠高於未使用中醫者，亦表示即使是使用中醫的民眾對中醫的醫療知識和醫療信念不足，而使他們寧願自己當醫生先尋找他法治療，最後才回歸正規醫療，或他們亦將中醫視為非正規醫療的一環，這是值得再深入研究的。另外，國人生病時的忍功也是國人的特色。
- 4、心理過程因素可以統計四分位法分成四群，分別命名為極高度涉入、高度涉入、中度涉入和低度涉入等。
- 5、心理過程因素在健保分局分析結果，極高度涉入項目中區分局最高，高度涉入項目中區分局最高，中度涉入項目六分區比率大致相同，低度涉入雜項目台北分局最高。總括來說，中區分局心理

過程因素涉入最深，其次為南區分局、東區分局和高屏分局，而心理過程因素涉入程度最簡單的為台北分局和北區分局。

- 6、心理過程因素在使用中醫者的複雜方面比未使用中醫者高，此現象亦在中度涉入和低度涉入方面有相同結論。在未使用中醫者心理過程因素方面，以台北分局和北區分局比其它分局涉入程度較簡單，而其具有統計上顯著差異。
- 7、心理過程因素在健保分局高低度使用中醫分析，沒有顯著差異。
- 8、心理過程因素在是否使用中醫的邏輯斯迴歸分析中，心理過程因素低度涉入、中度涉入為影響因素之一，而在高低度使用中醫的邏輯斯迴歸分析中，心理過程因素低度涉入為影響因素之一，由此可知，一般民眾處理中醫醫療消費行為，其心理過程因素層面是屬於程度較簡單的。
- 9、影響消費者行為的三個基本心理程序是：資訊處理、學習、態度及行為改變。而其中資訊處理是最基本的行銷活動。消費研究者一直在發掘人們如何接收、處理及解釋各種行銷溝通。而本研究在心理過程因素方面的結果，亦指出民眾對資訊處理方式，會影響中醫醫療使用情形。

## 二、建議

- 1、增加民眾對中醫醫療的知識與信念，中醫應對患者做詳盡的診療及病情解說，寓教於診療過程，以此增加民眾對中醫醫療的認識與信心及對中醫師與中醫院所的忠誠度。
- 2、心理過程因素對民眾使用中醫與否具有相當的影響力，在進行醫療行銷時，應對民眾使用中醫的心理過程因素深入研究。

- 3、將中醫病証用辭與西方醫學對照解說，並將中醫療效以現代醫療儀器及數據顯現，使中醫走向證據醫學，讓中醫學能普遍被民眾所接受與瞭解。
- 4、政府及中醫團體均應加強中醫醫療社會行銷。
- 5、台灣中草藥年值約200億台幣，但因民眾對中醫藥知識及信念錯誤或不足，而致濫用或誤用，教育主管單位，將正確之中醫藥知識及信念列入正規教育及社會教育，以使民眾能長期持續獲得正確中醫藥知識。
- 6、建立國立中醫醫學中心及廣設公立中醫醫院或在現有公立醫醫院設立中醫部門，以增加民眾對中醫的可近性，提高民眾對中醫的醫療服務利用率。

### 三、對後續研究之建議

- (一)、使用中醫的民眾其中醫醫療知識與中醫醫療信念方面的認知程度普通，後續研究者可針對此現象，進一步探討造成此認知結果的因素及如何改進。
- (二)、民眾中醫醫療知識與中醫醫療信念部分，不論是22題題目或6個主成份因素，其在健保分局的表現各不相同，後續研究者可進一步探討造成此結果的因素。
- (三)、民眾心理過程因素部分，不論是20題題目或4個四分位分群，其在健保分局的表現各不相同，後續研究者可進一步探討造成此結果的因素。
- (四)、由本研究結果得知，不論使用中醫者與未使用中醫者，在生病時的處理只有近五成的民眾會馬上看醫生，即使在有全民性

的全民健保實施後，仍有近五成民眾尋求非正式的醫療管道來治病，這種現象可提供有興趣者作更進一步的探討。

- (五)、在中醫醫療資源與中醫醫療服務利用的相關性研究，本文只使用自變項為各縣市平均每萬投保人口中醫師數(X2)，依變項為各縣市每人每年平均中醫醫療件數(Y1)、各縣市每人每年平均中醫門診費用(Y2)、本調查問卷健保分局有使用中醫者(Y3)、本調查問卷健保分局低度使用中醫者(Y4)和本調查問卷健保分局高度使用中醫者(Y5)等6個變項，後續研究者可再進一步以不同的中醫醫療資源與中醫醫療服務利用的變項，做更深入的研究。
- (六)、本研究結果得到整體問卷調查中，有 15.89%民眾罹患慢性病，有 17.79%民眾認為與同年齡者相比自己健康狀況較差，顯示國人不論在自評健康狀態或罹患疾病健康狀態下，健康資源都是不足的，後續研究者可針對此現象，再作進一步探討以謀求改進。
- (七)、由研究結果得知，一般認為年齡越高者使用醫療次數會越高，但在使用中醫族群中，高度使用中醫者有相當比例是20 歲以下及21-30歲者，此結論與一般認知不同，後續研究者可針對此現象，再作進一步探討。
- (八)、本研究結果，在高低度使用中醫部分有顯著差異的項目不多，後續研究者可以不同的研究變項和不同的統計方法，再作進一步探討。
- (九)、本研究變項雖係參考文獻探討而制定，亦經前測、信度與效度檢定，但研究變項仍難免掛一漏萬，尤其是在醫療心理過程因素方面的探討文獻更是稀少，後續研究者可以不同的研究變

項和不同的統計方法，多方向再作進一步探討。

- (十)、本研究雖採用Aday and Andersen Model和John Deway Model，但因考量人力、物力與時間的限制，只能以簡化此二模型結構進行，故後續研究者可以不同的研究變項和不同的統計方法，對Aday and Andersen Model和John Deway Model作多方向驗證。



## 第七章 研究限制

1. 本研究問卷依健保局六個分局各縣市人口比率之資料，採隨機抽樣方式抽取資料，但仍無法完全隨機抽樣。
2. 由於問卷係採郵寄方式無法一一進行跟催，因此問卷之回收率不高。
3. 因問卷係採郵寄方式，有部分題目填答並不完整，填答者在回答問項時，可能會有會有回朔記憶誤差(Recall bias) 情形發生，這些因素都會影響問卷的正確性。
4. 在中醫醫療資源和中醫醫療服務利用率變項資料是採用次級資料，資料的正確性無法掌握。
5. 在傾向因素、能用因素、需用因素及心理過程因素的衡量指標項目，雖已儘量收集和建構，但仍無法完全涵蓋。
6. 本研究部份變項乃根據 Aday and Andersen Model 和 John Deway Model 中的定義來推定，但其尚未有明確的理論基礎。
7. 使用主要元素分析法，根據選取標準，在中醫醫療知識部分本研究選取三個指標，雖然根據其負荷值之大小可容易將其命名，但其僅能解釋原有 14 題題目約 53.24%之變異；而在中醫醫療信念部分本研究亦選取三個指標，根據其負荷值之大小將其命名，但其僅能解釋原有 8 題題目約 62.30%之變異。

# 參考文獻

## 一、英文部份：

1. Aday, L. A. and Andersen, R. M."A Framework for the study of Access to Medical Care". Health Service Research, Vol.9,No.3,pp208-220, 1974.
2. Aday, L. A. and Shortell S." Indicators and Predicators of Health Service Utilization". Introduction to Health Service, 3rded , pp51-81, New York: A Wiley Medical Publication,1988.
3. Aday, L. A. and Andersen, R. M."Revisiting the Behavior Model and Access to Medical Care: Dose it Matter?". Journal of Health and Social Behavior, No.36,pp1-10, 1995.
4. Assael, H. " Consumer Behavior and Marketing Action ". 6<sup>th</sup>.edition, pp87, Printed by Permission of Kent Publishing Co., a division of Wadsworth, Inc., 1987.
5. Astin J.A."Why Patients Use Alternative Medicine:Results of a National Study ". Journal of American Association, Vol.279, No.19,pp.1548-1553, May 1998.
6. Bernstein, J.H."Nonconventional Medicine in Isral: Consultation of the Israeli Population and Attitude of Primary Care Physicians ".Social Science & Medicine, Vol.44, No.9,pp.1341-1348, May 1997.
7. Berger, E."The Canada Health Monitor".Survey No.9,pp.123,Price Waterhouse,Toronto,1993.
8. Brian, M. and Craig, J."The Psychology of Consumer Behavior".

Syracuse University, 1994.

9. Druss B.G., Rosenheck R.A. "Association Between Use of Unconventional Therapies and Conventional Medical Service". Journal of American Medicine Association, Vol.282, No.7,pp.651-656, Aug 1999.
10. Eisenberg D.M.; Kessier R.C.;Foster, C. "Unconventional Medicin in the United States: Prevalence, Cost and Patterns of Use ".New EnglandJournal of Medicine , No.328,pp.246-252, 1993.
11. Eisenberg D.M.; Davis R.B.; Ettner S.L.Appel S.; Wilkey S.; Rompay M.V.; Kessier R.C. "Trends in Alternative Medicin Use in the United States,1990-1997:Result of a Follow-Up National Survey ".Journal of American Medicine Association, Vol.280, No.18,pp.1569-1577, Nov 1998.
12. Engel, J. F., Blackwell, R. D. and Kollat, D. T. "Consumer Behavior". New York: The Dryden Press,8<sup>th</sup> ed.,1995.
13. Green, P. "Huge Growth Expected in Issues/Causes Advertising". Advertising Age, Vol51,pp66-68,1980.
14. Hesketh, T., WX. Zhu, JE.Ultmann. "Health in China. Traditional Chinese Medicine : one country, two systems". BMJ, Vol.315,No.7100,pp115-117,Jul 1997.
15. Howard, J. A. "Consumer Behavior: Application of Theory". New York: McGraw Hill, 1977.
16. Howard, J. A. and Sheth, J. "The Theory of Buyer Behavior ". Homewood, IL:Dorsey, 1969.
17. James F. Engel, Roger D. Blackwell,and Paul W. Miniard " Consumer

- Behavior". 8rded , Printed by Dryden Press Company, 1995.
18. Jonas W. B. "Alternative Medicine-Learning Form the Past,Examining the Present, Advancing to the Future ". Journal of American Medicine Association, Vol.280, Clinics in Dermatology, Vol17,pp99-103,Jan1999.
  19. Jonas W. B. "Complementary and Alternative Medicine and the NIH". Clinics in Dermatology, Vol17,pp99-103,Jan1999.
  20. Green, P . "Huge Growth Expected in Issues/Causes advertising". Advertising Age, Vol51,pp66-68,1980.
  21. Kelner, M., Wellman, B."Health Care and Consumer Choice: Medical and Alternative Therapies". Social Science and Medicine, Vol45,No.2,pp203-212,Jul 1997.
  22. Ken C. "The Role of Tradition Medicine and WHO' S Program on Traditional Medicine".The 8<sup>th</sup> INT' L Congress of Oriental Medicine,pp27-39,Nov 1995.
  23. Kover, A. J."Models of Men as Defind by Marketing Research". Journal of Marketing Research, Vol.4,pp129-132, 1967.
  24. Lavidge, R. J. and Stiener, G. Acc
  25. Leavitt, C. "Intrigue in Advertising: The Motivating Effects of Visual Organization". Proceedings of the 7<sup>th</sup> Annual Conference(Advertising Research Foundation), Chicago, IL: Leo Burnett Co., 1961.
  26. MacLennan A.H. : Wilson D.H. : Taylor A. W., "Prevalence and Cost of Alternative Medicine in Australia". Lancet, Vol.347,No.9001,pp569-573,Mar 1996.
  27. McGregor, K.J., Peay, E.R. "The Choice of Alternative Therapy for

- Health Care : Testing Some Propositions". Social Science and Medicine, Vol.43, No.9, pp1317-1327, Nov 1996.
28. McGuire, W. J."An Information Processing Model of Advertising Effectiveness". Paper presented at the Symposium on Behavioral and Management Science in Marketing, Center for Continuing Education, University of Chicago, ChicagoIL, 1969.
  29. Mechanic D Medical Sociology, A Comprehensive Text, New York, The 1978.
  30. Meyer, G.S. ."The Evolving Health Care Market Exploring Alternatives" .Nutrition, Vol.13,No.6,pp589-590,Jun 1997.
  31. Novelli, W. "More Effective Social Marketing Urgently Needed". Advertising Age, Vol51,pp92-94, 1980.
  32. Palda, K. S. "The Hypothesis of Hierarchy of Efforts". Journal of Marketing Research, Vol.3,pp13-24, 1966.
  33. Paramore, L.C. "Use of Alternative Therapies : Estimates from The 1994 Robert Wood Johnson Foundation National Access to Care Survey". Journal of Pain and Symptom Management, Vol.13,No.2,pp83-89, Feb 1997.
  34. Philip Kotler, "Marketing Management". Englewood Cliffs, N. J.:Prentice Hall, 1989.
  35. Philip Kotler and Gary A. "Principles of Marketing". Englewood Cliffs, N. J.:Prentice Hall, 1989.
  36. Phillips D. P. "The Deterrent Effect of Capital Punishment:New Evidence on an Old Controversy". American Journal of Sociology, Vol.86,pp139-148, 1980.

37. Rauber C. "Open to Alternatives". Modern Healthcare, Vol.28,No.36pp50-57, Sep 1998.
38. Rosenstock I. M. "Historical Origins of the Health Brief Model". Health Education Monographs. Vol.2,No.4,pp328-335, 1974.
39. Robertson, T. S."Innovative Behavior and Communication". New York: Holt, Rinehart and Winston, 1971.
40. Sharma, U.,Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients, Routledge, London,1992.
41. Suchman E. A. "Stages of Illness and Mmedical Care". Journal of Health and Social Behavior, No.6,pp.114-128,1965.
42. Wainapel S. F., Thomas A. D., Kahan B. S. "Use of Alternative Therapies by Rehabilitation Outpatients". Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,Vol.79, No.8,pp.1003-1005,Aug 1998.
43. Wellman, B. "Lay Referral Networks: Using Conventional Medicine and Alternative Therapies for Low Back Pain ". In Research in the Sociology of Health Care, No.12,pp.213-218,ed.Fennie J. Kronenfeld, Jai Press, Greenwich, 1995.
44. Wetzal M. S., Eisenberg D.M., Kaptchuk T. J. "Courses Involving Complementary and Alternative Medicine at US Medical Schools". Journal of American Medicine Association, Vol.280, No.9,pp.784-787,Sep 1998.

## 二、中文部份：

1. 方世榮，行銷學，三民書局：台北，1996。
2. 王安，”民眾醫療利用之研究--以離島地區及中部豐原市為例”，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，1996。
3. 王志剛，行銷學原理，華泰出版社：台北，1987。
4. 王宗曦，”台灣地區診所醫師地理分布之變遷 1996~1998 “，國立臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1998。
5. 王廷輔，”台中地區居民中西醫療行為取向之研究”，公共衛生，第 17 卷，第 1 期，第 21-33 頁，1990。
6. 王運昌，”全民健康保險第四類被保險人就醫行為相關因素之研究”，國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文，1996。
7. 王嘉蕙，”中西醫門診利用與買藥行為之相關因素探討”，國立中正大學社會福利研究所碩士論文，1992。
8. 中央健康保險局，中華民國八十八年全民健康保險統計，2000。
9. 中醫師全國聯合會，中醫白皮書，1995。
10. 行政院衛生署，中華民國八十八年台灣地區醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表，2000。
11. 行政院衛生署，中華民國八十八年衛生統計，2000。
12. 行政院衛生署中醫藥委員會，中醫行政要覽，2000。
13. 李金鳳，”中西醫門診病患對傳統醫療認知、情意與行為意向之調查研究”，陽明大學公共衛生研究所碩士論文，1990。
14. 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄，”時間、所得與中西醫療價格對中醫門診利用之影響”，中華民國公共衛生雜誌，第 14 卷，第 6 期，第 470-476 頁，1995。

15. 李佳霏，”探討中部五縣市民眾的健康狀況與醫療利用間的相關研究：SF-36 健康量表的合適性”，中國醫藥學院環境醫學研究所碩士論文，1996。
16. 李漢修，”全民健康保險中醫利用概況簡介”，醫院，第 32 卷，第 4 期，第 15-22 頁，1999。
17. 巫坤豪，“台灣地區民眾對醫師或醫院忠誠度之相關因素探討”，長庚大學醫務管理學研究所碩士論文，2001。
18. 宋欣怡，”民眾就醫選擇資訊的潛在需求研究”，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，2001。
19. 林宮美，”求醫行為研究”，國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1992。
20. 林芸芸，”中西醫醫療利用型態的文獻回顧與實証研析”，中華民國家庭醫學雜誌，第 2 期，第 1-13 頁，1992。
21. 林芸芸，”社會保險醫療給付、就醫交通時間和中西醫醫療利用--以新店居民為例”，中華民國家庭醫學雜誌，第 2 期，第 3 卷，第 115-129 頁，1992。
22. 林致妨，”全民健康保險北區分局中醫門診利用之研究”，陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1998。
23. 吳肖琪，“健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響”，國立台灣大學公共衛生研究所博士論文，1980。
24. 吳肖琪，”健康保險與醫療網區域資資對醫療利用之影響”，台灣大學公共衛生研究所博士論文，1991。
25. 吳明玲，”中壢市嬰幼兒使用中醫門診相關因素之研究”，國立台灣大學公共衛生學研究所碩士論文，1992。
26. 吳炳輝，”蘭嶼雅美人求醫行為之研究”，國立台灣大學公共衛生學



- 研究所碩士論文，1992。
27. 邱清華，台灣地區中醫醫療狀況及需求調查研析，行政院經建會，1990。
  28. 邱雅苓，”臺灣醫療保健支出成長因素之探討--時間序列及門檻模型之應用”，世新大學經濟學系碩士論文，2001。
  29. 邱聖豪，”民眾選擇自費就醫因素之探討-以台中縣市為例”，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2000。
  30. 侯毓昌、黃文鴻，”中醫醫院門診病人選擇醫院之考慮因素及就醫滿意度研究--以台中市七家中醫醫院為例”，中華衛誌，第 18 卷，第 1 期，第 34-43 頁，1999。
  31. 姚友雅，”臺北市國中生求醫行為之相關因素研究”，國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，1998。
  32. 翁瑞宏，”全民健康保險中醫門診醫療利用之研究”，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2000。
  33. 康翠秀、陳介甫、周碧瑟，”台北市北投區居民對中醫醫療的知識、信念與行為意向及其對醫療利用型態之影響”，中華民國公共衛生雜誌，第 17 卷，第 2 期，第 80-92 頁，1998。
  34. 康健壽，”中醫門診病人求診教學醫院中醫部或一般中醫診所的相關因素之探討”，國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1991。
  35. 康健壽、李金鳳、陳介甫、周碧瑟，”單複向求診行為的相關因素之探討”，中華醫誌，第 6 卷，第 3 期，第 175-186 頁，1995。
  36. 康健壽、陳介甫、周碧瑟，”中醫門診病人選擇醫院型式的相關因素”，中華醫誌，第 51 卷，第 448-456 頁，1993。
  37. 康健壽、陳介甫、周碧瑟，”中醫門診病人對傳統醫學的認知、態度與行為意向的分析研析”，中華民國公共衛生雜誌，第 13 卷，

- 第 5 期，第 432-441 頁，1994。
38. 陳秋瑩、張淑桂、紀駿輝、陳世堅、李卓倫、賴俊雄，”台灣地區民眾使用中醫門診服務的因素之調查”，中國醫藥學院雜誌，第 8 卷，第 1 期，第 77-87 頁，1999。
  39. 郭文達，”應變數具二項分佈之邏吉斯複迴歸模型之反應機率檢定”，東海大學統計學研究所碩士論文，2000。
  40. 郭靜燕，”中醫求醫行為之決定因素”，台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1992。
  41. 黃天佑、俞海琴、蔡淑娟，行銷學原理，五南圖書出版公司：台北，1989。
  42. 黃芬芬，”從醫院服務量來看誘發性需求之研究”，國立臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文，1998。
  43. 黃春太，”城鄉地區老人的社會支持體系及健康狀況之比較研究”，國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，1998。
  44. 張育嘉，”中醫醫療資源對醫療利用之影響：可用效應與誘發效應之分析”，國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2001。
  45. 張念慈，”台北市社區領袖醫療資源利用及其相關因素探討”，國立陽明大學社區護理研究碩士論文，2000。
  46. 張豐壹，”健康保險對「門診就醫」與「自購成藥」之影響-以老人醫療需求為例”，國立中央大學產業經濟研究所碩士論文，1998。
  47. 梁靜祝，”中西醫療信念量表的發展與建立”，護理研究，第 7 卷，第 5 期，第 445-458 頁，1999。
  48. 曾雅玲，”護理人員與門診婦女對中醫藥知識態度行為之比較性研究”，醫護科技學刊，第 2 卷，第 2 期，第 137-158 頁，2000。
  49. 曾曉琦，”健康狀況變化對老人醫療服務利用的影響”，國立台灣大

- 學公共衛生學研究所碩士論文，1995。
50. 彭昭英，SAS 與統計分析，儒林圖書出版公司：台北，2000。
  51. 彭鳳美，”民眾生活型態、醫療資源利用與健康狀況之探討 以新竹科學園區員工為例”，陽明大學社區護理研究所碩士論文，2001。
  52. 游素蘭，”影響臺灣地區醫療資源分布之因素”，國立台北大學財政學系碩士論文，2001。
  53. 陳定國，行銷管理導論，五南圖書出版公司：台北，1986。
  54. 陳依琪，”全民健康保險醫療資源分配：非醫療需要變數之影響”，台北醫學院醫學研究所碩士論文，2001。
  55. 陳國樑，”資訊不對稱、病人搜尋、與醫師診療行為”，國立政治大學財政學研究所碩士論文，1993。
  56. 陳淑貞，”影響全民健康保險醫療費用支出分配可能因素之探討”，國立中興大學財政學研究所碩士論文，1997。
  57. 葉信宏，”教育對健康的影響—臺灣地區老人之實證研究”，國立中央大學產業經濟研究所碩士論文，2000。
  58. 楊惟智，”醫療需求理論之台灣實證分析”，世新大學經濟學系碩士論文，2001。
  59. 榮泰生，行銷管理學，五南圖書出版公司：台北，1991。
  60. 廖美智，中草藥產業現況與趨勢，生物科技中心市場調查叢書：台北，2001。
  61. 廖繼鎡，”我國中老年醫療使用及對全民健保醫療費用影響之探討”，國立中正大學社會福利學系碩士論文，1997。
  62. 蔡文全，”公保各類保險對象中醫醫療利用之研究”，台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1994。

63. 蔡雅琪，”全民健康保險之原住民醫療利用之分析研究“，國立陽明大學公共衛生研究所碩士論文，2000。
64. 劉文玉，”就醫時間成本對民眾門診醫療利用的影響——以雲嘉地區民眾為例”，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，2001。
65. 劉坤仁，”臺灣地區的社會階層與健康不平等”，國立台灣大學公共衛生學研究所碩士論文，1996。
66. 賴芳足，”全民健保實施後民眾醫療利用影響因素之研究”，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，1996。
67. 藍美玲，”全民健保實施初期與前一年同期特約醫院醫療服務量變化情形之初探”，國立台灣大學公共衛生學研究所碩士論文，1995。
68. 蘇春蘭，”農民健康保險對農民醫療照護利用的影響”，國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1987。
69. 羅紀瓊，”勞保中醫利用”，行政院衛生署，1991。

## 附錄一 世界衛生組織公佈針灸可治療 43 種疾病

世界衛生組織為了重視和支持傳統醫學，在 1979 年向世界各國推薦

針灸，建議使用針灸治療 43 種疾病，而且為推薦針灸醫學在國際推廣應用，為促進國際針灸學術共同語言拓展交流，自 1982-1989 年召開五次會議，在 1989 年公佈「國際標準針灸穴名方案」，在 1995 年為確保針灸研究的確實結果及高品質，制定研究方法規範以發揮指導作用，發表了《針灸臨床研究規範》(guidelines for clinical research on acupuncture) (張永賢，民 89 年中華針灸醫學會雜誌，2000,1,1)。

The WHO Interregional Seminar drew up the following provisional list of the diseases that lend themselves to acupuncture treatment. The list is based on clinical experience, and not necessarily on controlled clinical research; furthermore, the inclusion of specific disease is not meant to indicate the extent of acupuncture's efficacy in treating them. (Bannerman,R.H. ; "Acupuncture: the WHO view" )

世界衛生組織 (WHO) 曾經於 1979 年公佈 43 種針灸適應症，其中包含：

1. 上呼吸道疾病：急性鼻竇炎、鼻炎、感冒、急性扁桃腺炎。
2. 呼吸系統疾病：急性支氣管炎、支氣管哮喘。
3. 眼科疾病：急性結膜炎、中心性視網膜炎、兒童近視眼、早期內障。
4. 口腔疾病：牙痛、拔牙後疼痛、齒齦炎、急性或慢性咽炎。
5. 胃腸道疾病：賁門痙攣、呃逆、胃下垂、急慢性胃炎、胃酸過多、慢性十

十二指腸潰瘍、急性十二指腸潰瘍、急性菌痢、便秘、腹瀉、麻痺性腸梗阻。

6. 神經肌肉和骨骼系統疾病：頭痛、偏頭痛、三叉神經痛、面癱、中風後遺症、外周性神經疾患、小兒麻痺後遺症、美尼爾氏症、神經性膀胱功能障礙、夜尿症、肋間神經痛、頸臂綜合症、凝肩、網球肘、坐骨神經痛、腰痛、骨關節炎。

## 台灣地區中醫醫療資源及民眾特質對中醫醫療服務利用之研究

您好！我是中國醫藥學院醫務管理研究所研究生，欲探究”台灣地區中醫醫療資源及民眾特質對中醫醫療服務利用”之間的相關性。本研究主要探討中醫醫療資源及民眾特質對中醫醫療服務利用之影響，俾能提供主管機關制定政策之參考，以使醫療政策之推行能更為順利，且更契合民眾對中醫醫療需求。請您用心詳實的提供答案，以使研究結果更確實，讓此研究結果對您.我及社會大眾更有益處。謝謝您的合作！ 以下資料僅供學術研究，不對外公開

中國醫藥學院醫務管理學研究所指導教授 郝宏恕博士

研究生 鄧振華 敬上

連絡電話：0933512497

本問卷所稱之中、西醫是指依法合格立案之中、西醫醫療院所，且有國家證書合格的中、西醫師，並不包括國術館、中西藥房及其他民俗療法。

### 一、人口學變項(民眾特質)

#### A-1：傾向因素-不可變因素

1. 請問您的年齡① 20歲以下 ② 21-30歲 ③ 31-40歲 ④ 41-50歲  
⑤ 51-60歲 ⑥ 61-70歲. ⑦ 71歲以上
2. 請問您的性別① 男 ② 女
3. 請問您的家庭組成是① 夫妻二人 ② 夫婦及子女 ③ 三代同堂(大家庭)
4. 請問您的婚姻狀態是  
① 未婚 ② 已婚 ③ 離婚 ④ 分居 ⑤ 喪偶 ⑥ 其他
5. 請問您的教育程度是  
① 小學 ② 國中 ③ 高中 ④ 大專 ⑤ 研究所以上 ⑥ 其他
6. 請問您的職業是  
有 ① 軍公教警 ② 工 ③ 農漁牧 ④ 商 ⑤ 其他  
無 ① 家管 ② 學生 ③ 退休 ④ 失業 ⑤ 其他

## A-2：傾向因素-中醫醫療知識

1. 您認為中醫對內、婦、兒、骨傷、針灸等各種疾病都可治療嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
2. 您認為中醫治療疾病，會依患者個別體質來決定使用的藥物和治療方法嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
3. 您認為中醫治療疾病時，會考慮外在環境的變化嗎？(如季節、氣候、寒熱)  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
4. 您認為中醫生理學的五臟六腑(肝心脾肺腎)與西醫生理學的肝心脾肺腎是相同的嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
5. 您認為中醫使用君臣佐使多味藥組成處方，有助於療效的發揮嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
6. 您認為中醫治病很少使用單一味藥嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
7. 您認為中醫會使用針灸來治療疾病嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
8. 您認為針灸常被用來治療慢性疾病嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
9. 您認為中醫常使用拔罐和拔火罐來治療疾病嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
10. 您認為中醫運用徒手推拿的動作，可透過全身經絡達到治療疾病的效果嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
11. 您認為中醫常運用推拿來治療肌肉、骨骼、關節的扭挫傷及酸痛等疾病嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
12. 中醫常將飲食分為熱性和涼性，且治療時列為禁忌，您認為這與疾病療效有關嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
13. 您認為中醫所謂的“腎虧”是指腎功能異常嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
14. 您認為中醫所謂的“肝火旺”是指肝功能異常嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意

## A-3：傾向因素-中醫醫療信念

1. 您認為中醫治療疾病既能治標又能治本嗎？  
① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意



2. 您認為中醫對急性病療效較好而西醫較差嗎？
  - ① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
3. 您認為西醫對慢性病療效較差而中醫較好嗎？
  - ① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
4. 您認為西藥的副作用大，而中藥的藥性溫和，不會有副作用嗎？
  - ① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
5. 您認為中醫的診斷比西醫的診斷較準確嗎？
  - ① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
6. 您認為西醫師對病情的解說較少，而中醫師則較詳細嗎？
  - ① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
7. 您認為中藥有病可治病，沒病可強身嗎？
  - ① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意
8. 您認為西醫的醫療費用較貴，而中醫的醫療費用較合理嗎？
  - ① 非常同意 ② 同意 ③ 普通 ④ 不同意 ⑤ 非常不同意

#### B-1：能用因素\_個人資源

1. 請問您個人的月收入為新台幣
  - ① 16,800 元以下 ② 16,801 25,00 元 ③ 25,001 35,000 元
  - ④ 35,001 45,000 元 ⑤ 45,001 55,000 元 ⑥ 55,001 元以上
2. 請問您是否有健康保險？(可複選)
  - ① 無 ② 全民健康保險 ③ 商業健康保險 ④ 其他

#### B-2：能用因素\_社區資源

1. 請問您居住在\_\_\_\_\_縣市\_\_\_\_\_鄉鎮市區
2. 請問您在此地的居住時間是
  - ① 少於 1 年 ② 1 2 年 ③ 2 3 年 ④ 3 4 年 ⑤ 4 5 年
  - ⑥ 5 年以上
3. 請問您現在居住附近是否有十分鐘車程即可到的中醫醫療設施？
  - ① 否 ② 是
4. 請問您現在居住附近是否有十分鐘車程即可到的西醫醫療設施？
  - ① 否 ② 是

#### C：需要因素

1. 請問您最近兩年是否曾使用西醫？
  - ① 否

- ② 是 最近一年使用西醫次數① 1—3次 ② 4—6次 ③ 7次以上
2. 請問您目前是否罹患慢性病？
- ① 否  
② 是
3. 請問您覺得您的健康情況如何？(與同年齡者比較)
- ① 差很多 ② 比較差 ③ 普通 ④ 比較好 ⑤ 好很多
4. 請問您近兩年住院的天數為
- ① 7天以內 ② 8—14天以內 ③ 15—21天以內 ④ 22—28天以內  
⑤ 29天以上
5. 請問您有加入民間商業醫療保險嗎？
- ① 否 ② 是

## 二、心理過程因素

1. 您生病時會如何處理？
- ① 馬上看醫生 ② 先自行買藥服用 ③ 先忍一忍再決定  
④ 先試試民間偏方 ⑤ 其它
2. 您就醫的資訊是從何處得到的呢？(可複選)
- ① 親友推薦 ② 家人告知 ③ 其他醫師推薦 ④ 醫師對外演講  
⑤ 招牌或公車廣告 ⑥ 報紙廣告 ⑦ 雜誌廣告 ⑧ 電視廣告  
⑨ 收音機廣告 ⑩ 其它
3. 您是否有固定就醫的中醫師呢？
- ① 有 ② 無
4. 您是否有固定就醫的中醫醫療院所呢？
- ① 有 ② 無
5. 您是否有固定就醫的西醫師呢？
- ① 有 ② 無
6. 您是否有固定就醫的西醫醫療院所呢？
- ① 有 ② 無
7. 您是否有主動收集就醫資訊的習慣嗎？
- ① 有 ② 無
8. 您會從何處收集就醫的資訊呢？(可複選)
- ① 電視 ② 收音機 ③ 報章雜誌 ④ 網路 ⑤ 醫療院所  
⑥ 醫護專業人員 ⑦ 其它
9. 您生病時會優先選擇看中醫或西醫呢？
- ① 先看中醫 ② 先看西醫 ③ 同時看中醫和西醫 ④ 其它

10. 您生病就醫的決定看中醫的過程是如何決定呢？
- ① 自行決定 ② 由家中長輩決定 ③ 與家人商量共同決定  
④ 受朋友的影響 ⑤ 其他
11. 您生病就醫的決定看西醫的過程是如何決定呢？
- ① 自行決定 ② 由家中長輩決定 ③ 與家人商量共同決定  
④ 受朋友的影響 ⑤ 其他
12. 您生病時會影響您決定看中醫的因素：（可複選）
- ① 患何種疾病 ② 醫師口碑 ③ 看診等候時間 ④ 就醫距離遠近  
⑤ 診療花費價格 ⑥ 醫院名聲 ⑦ 醫院規模大小 ⑧ 習慣 ⑨ 其它
13. 您生病時會影響您決定看西醫的因素：（可複選）
- ① 患何種疾病 ② 醫師口碑 ③ 看診等候時間 ④ 就醫距離遠近  
⑤ 診療花費價格 ⑥ 醫院名聲 ⑦ 醫院規模大小 ⑧ 習慣 ⑨ 其它
14. 您是否會因不同疾病而選擇看中醫或西醫呢？
- ① 會 ② 不會 ③ 不一定
15. 您患何種疾病會選擇看中醫呢？（可複選）
- 感冒 咳嗽 鼻炎 氣喘 胃腸炎 失眠 精神倦怠  
高血壓 糖尿病 中風 心臟病 肌肉骨骼關節疾病 關節炎  
肌肉扭挫傷 關節脫臼 骨折 產後調理 體質調理 痛風  
便秘 痔瘡 癌症 其他
16. 您患何種疾病會選擇看西醫呢？（可複選）
- 感冒 咳嗽 鼻炎 氣喘 胃腸炎 失眠 精神倦怠  
高血壓 糖尿病 中風 心臟病 肌肉骨骼關節疾病 關節炎  
肌肉扭挫傷 關節脫臼 骨折 產後調理 體質調理 痛風  
便秘 痔瘡 癌症 其他
17. 您就醫前會先收集疾病相關知識嗎？
- ① 會 ② 不會 ③ 其他
18. 您會因為疾病嚴重程度不同而做就醫前收集疾病相關知識收集？
- ① 會 ② 不會 ③ 其他
19. 您會因為疾病嚴重程度而不惜一切尋求專家嗎？
- ① 會 ② 不會 ③ 其他
20. 您會因為疾病嚴重程度而不惜一切尋求民間療法嗎？
- ① 會 ② 不會 ③ 其他

### 三、中醫醫療利用

1. 請問您最近兩年是否曾使用中醫？
- ① 否

② 是

2.最近一年使用中醫的次數

① 未曾使用 ② 1—3次 ③ 4—6次 ④ 7次以上

非常感謝您的填答 敬祝您身體健康