



RRPG90030142 (98.P)

編號：CCMP90-RD-003

行政院衛生署中醫藥委員會九十年度

委託研究計畫成果報告

民眾對中醫藥之認知態度及

消費行為特質之研究

執行機構：私立中國醫藥學院

計劃主持人：郝宏恕 博士

研究人員：馬作鏞、簡文其

執行期限：90年1月1日至90年12月31日

編號：CCMP90-RD-003

# 民眾對中醫藥之認知態度及 消費行為特質之研究

郝宏恕

中國醫藥學院醫務管理研究所

## 摘要

過去數十年來政府醫療政策及制度均以西醫為主，影響傳統中醫之發展，近年來國內、外與中國大陸之研究顯示，在某些疾病上，中醫師診療服務可提升醫療之成本效益，既然中醫與中西醫結合在証據醫學上已得到肯定，且能降低醫療之成本，中醫推廣實有其必要性，故本研究探討民眾對中醫之認知態度及消費行為。本研究以 Deway 消費者行為模型結合 Aday 和 Andersen 模式，針對環境因素、個別差異及心理過程探討民眾對中醫師診療服務消費行為的影響。研究對象分二部份取樣，第一部份以一般診所就診民眾，第二部份以醫院就診民眾共發出 3000 份問卷。回收有效問卷為 1,407 份，有效問卷回收率 46.9%。

民眾對中醫師看診滿意度方面滿意者 45%，民眾對中醫門診滿意度方面滿意者 42.7%。有固定中醫師者佔 36.3%，有固定中醫醫療院所佔 36.8%。複對數迴歸分析結果發現在性別方面女性利用中醫門診是男性的 1.5 倍。雙變量分析結果發現 61-70 歲的民眾中醫的利用率較其他年齡群為高。主要因素分析法結果在民眾對中醫藥認知部分以主要因素分析法可分成三個因素為中醫藥基本認知、中醫生理學認知和中醫藥療法認知。而在民眾對中醫醫療信念部分也可簡化為三個因素為中醫基本信念、中西醫差異之信念和中醫偏好之信念。

研究結論和建議： 1.在一年內使用中醫醫療利用次數5次以上，僅佔有利用中醫者的32.7%，此應再加以追蹤探討，是否因中醫療效不顯著或其它因素所致。 2.在對中醫偏好之信念方面、對中醫生理學的認知方面、罹患慢性病者相較未罹患慢性病者、有加入全民健康保險的人相較於沒有加入者，每增加一單位其勝算比均增加，表示均會影響使用中醫。 3.在選擇中醫就診方面，以體質調理最高，其次分別為咳嗽、肌肉扭挫傷、肌肉骨骼疾病、感冒、關節脫臼、腸胃炎、精神倦怠，由此分析可得知屬中醫診療的特長，且長期為民眾信賴和使用的診療科別。 4.在“是否主動收集就醫資訊習慣”的心理決策上，有64.9%的樣本數並不具主動收集就醫資訊的習慣，而“從何處收集就醫資訊”的心理層面上，以報章雜誌、醫療院所及醫護專業人員提供為主要來源。 5.對中醫生理認知和中醫信念偏好越高者，使用中醫的勝算比也就越高，此顯示中醫界應積極將中醫藥相關知識及其療效正確告知民眾，使民眾能獲得更多正確的中醫藥知識，以提高對中醫醫療服務使用率。 6.由心理過程結果分析，絕大多數民眾生病時仍以優先選擇就診西醫，此實值中醫界及醫療主管單位正視此現象。對後續研究者建議可結合中醫與西醫門診檔案統計交叉分析。以比較民眾對中醫和西醫在醫療認知和醫療信念方面有何異同。政府醫療當局應重視中醫在醫療上的必需性、實用性和可利用性，而應以更積極態度來推動中醫與中西醫結合之證據醫學臨床研究。

關鍵詞：消費行為、中醫藥、態度

編號：CCMP90-RD-003

## **Why Patients Use Chinese Medicine: From the perspective of consumer behavior**

**Steven H.S. Hao**

**Graduate Institute of Health Services Management  
China Medical College**

### **ABSTRACT**

Last fifty years the Government health policy mainly focus on western medicine, less attention was on Chinese medicine. In recent years, many research have shown the cost-effectiveness of Chinese medicine for treating certain disease and illness. This study adopt Deway's consumer behavior model as well as Aday and Andersen's health behavior model to investigate patient's characteristics, perceptions and attitudes toward the utilization of Chinese medicine. We sent out 3000 copies of questionnaire, 1407 were returned, the respond rate was 46.9%.

Among users of Chinese medicine 45% were satisfied with the physician's service 42.7% were satisfied with the clinic's service. 36% of the users have unique physician or clinic relationship. The odds ratio of female utilize Chinese medicine is 1.5 over male. Age 61 to 70 group use more Chinese medicine than any other age groups. The principal component analysis regarding perceptions of Chinese medicine, found three factors termed as basic, biophysics and treatment perceptions. Regarding beliefs of Chinese medicine, we also found three factors termed as basic, difference between western and Chinese medicine, and

preference for Chinese medicine.

Our major conclusions and suggestions are:

1. Only 32.7% users annual number of visits is greater or equal to 5. This deserves further investigation.
2. People with chronic disease, national health insurance, and preference for Chinese medicine tend to use more Chinese medicine.
3. Among all visits, most frequent visits are for physical alignment, coughing, flu, muscle strain, fatigue.
4. Only 35% of the users active collect health information. And major source of information are from newspaper, magazine.
5. The higher the perception and attitude toward Chinese medicine the more use of Chinese medical services.
6. Among all responders, most still choose western medicine as their first and only medical treatment.

We suggest future research should investigate the cross utilization of both western and Chinese medicine to identify the difference in cognition and belief among users and nonusers of Chinese medicine. We also suggest to adopt the scientific methods to pursue evidence based Chinese medicine and identify the best way to disseminate this information to the general public.

Keywords : Consumer behavior, Chinese medicine, Attitude

# 目 錄

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| <b>壹、前言</b> .....       | <b>3</b>  |
| 一、研究背景 .....            | 3         |
| 二、研究目的 .....            | 3         |
| <b>貳、文獻探討</b> .....     | <b>5</b>  |
| 一、消費者購買行為模式 .....       | 5         |
| 二、醫療服務利用行為模式 .....      | 20        |
| 三、民眾中醫醫療服務利用及影響因素 ..... | 32        |
| <b>參、研究方法</b> .....     | <b>47</b> |
| 一、研究架構 .....            | 47        |
| 二、研究假設 .....            | 48        |
| 三、資料及樣本來源 .....         | 53        |
| 四、統計方法 .....            | 54        |
| 五、統計軟體 .....            | 56        |
| 六、研究限制 .....            | 56        |
| <b>肆、結果分析</b> .....     | <b>56</b> |
| 一、研究問卷回收情形 .....        | 57        |
| 二、描述性分析 .....           | 58        |
| 三、是否利用中醫門診複對數迴歸分析 ..... | 63        |
| 四、推論統計---雙變量分析 .....    | 63        |
| 五、主要因素分析法〈PCA〉 .....    | 64        |
| 六、主要因素分析--雙變量分析 .....   | 65        |
| 七、邏輯斯回歸 .....           | 67        |
| <b>肆、討論</b> .....       | <b>69</b> |
| <b>伍、結論與建議</b> .....    | <b>80</b> |

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| <b>陸、參考文獻 .....</b> | <b><u>84</u></b> |
| 一、英文部份： .....       | 84               |
| 二、中文部份： .....       | 87               |
| <b>柒、圖、表 .....</b>  | <b><u>92</u></b> |
| 一、圖目錄 .....         | 92               |
| 二、表目錄 .....         | 93               |

## 壹、前言

### 一、研究背景

中醫為我國之傳統醫學，雖然國內現行之醫療允許中西醫並存，然而過去數十年來政府大部份政策及措施均以西醫為主流，導致中醫之使用率並不甚普遍，使得中醫在證據醫學上顯得較為薄弱。根據全民健康保險統計雜誌 1999 年發佈資料：自 1995 年全民健保開辦以來，健保之費用急速上升，根據最新統計，自 1998 年醫療費用總計為 2710.43 億，佔國民生產毛額約 5.0%-6.0%。為有效減少醫療費用傳統醫學之應用逐漸增加其重要性，不論國內、國外或中國大陸之研究結果顯示，在某些疾病上，中醫師診療服務均可提升醫療之成本效益，如 Cardini and Weixin(1998)使用針灸及艾草對懷孕末期胎位之矯正有相當的幫助。Bensoussan(1998)在醫療急躁性大腸症方面，中國的傳統醫學可有效的改善其症狀。Wilt(1998)在攝護腺肥大方面，另類醫學同樣被證明具有良好療效。除此以外，近幾年來，中國大陸許多的研究顯示在某些疾病上中西醫結合之治療不但可節省成本且有顯著之療效如周結華等(1984)、張永賢(1994)發表之糖尿病、中風、B 型肝炎等，因此，政策應鼓勵民眾選擇具成本效益之中醫療法或中西醫整合之療法。

在過去許多醫療利用率的研究中無論是針對全國性或單一地區所作的研究均顯示中醫之利用率均低於 30%的醫療人口，既然中西醫結合在證據醫學上得到肯定，且有可能降低醫療之成本，中醫應用之推廣有其必要性，為達到此一目的，必須先行了解民眾對中醫之認知及消費行為，藉以達到有效的利用及整合醫療資源，使其合理化，此即為本研究之背景。

### 二、研究目的

本研究將由消費者行為之角度結合醫療利用之模型探討民眾對中醫之認知及其消



費者行爲對中醫使用之影響，俾能提供主管機關制定政策之參考，期使醫療政策之推行更爲順利，故本研究之目的如以下二點：

- 1、 探討接受中醫師診療服務及不接受中醫師診療服務民眾，對中醫之認知及態度的差異。
- 2、 探討接受中醫師診療服務，目標人口群之特質分析(環境影響、心理過程、個別差異)。

## 貳、文獻探討

### 一、消費者購買行為模式

「消費者行爲」可定義爲消費者在購買與使用產品或享用服務時，所表現的各種行與活動。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，還可分爲發起者(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。

探討消費者行爲，首先要先了解誘發消費者行爲的黑箱(Black Box)，如圖 2-1，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。

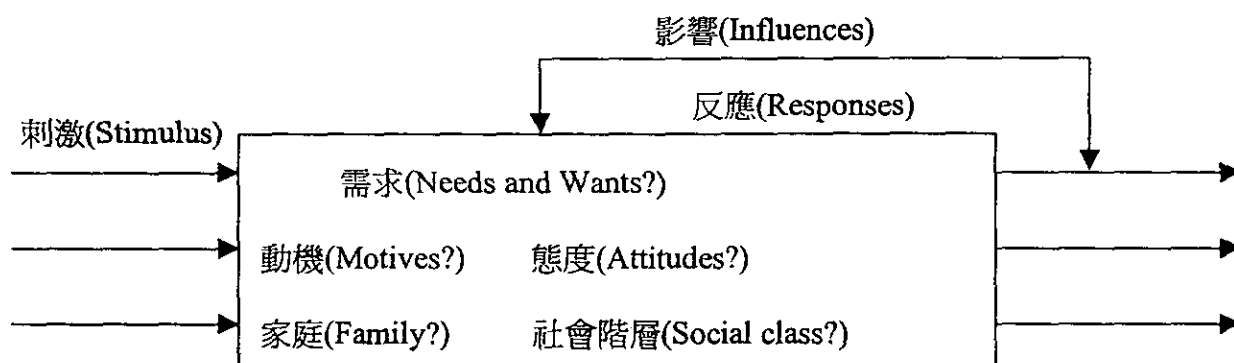


圖 2-1 黑箱(Black Box)

資料來源：陳定國(1986)

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，因此研究消費者行爲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爲的輪廓，5W+1H 係指：爲什麼買(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 2-2)，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 2-3)，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。第三種類型模式為 1967 至 1980 年的自動控制型模式，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，但它容許例外情況的發生，最重要的是它將司饋歷程納入模式中，使用此模式的有 Howard & Sheth(1969) 發展的買方行為模式，和 Engel, Blackwell & Kollat (1978) 提出的模式。

A. 「三個 I」:     
(Impact) (Image) (Involvement)

B. 「AIDA」:      
(Awareness) (Interest) (Desire) (Action)

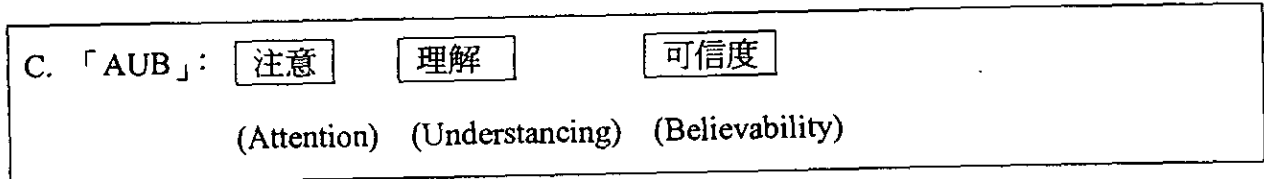


圖 2-2 1960 年前消費者行為未分類型模式

資料來源：Leavitt(1961)

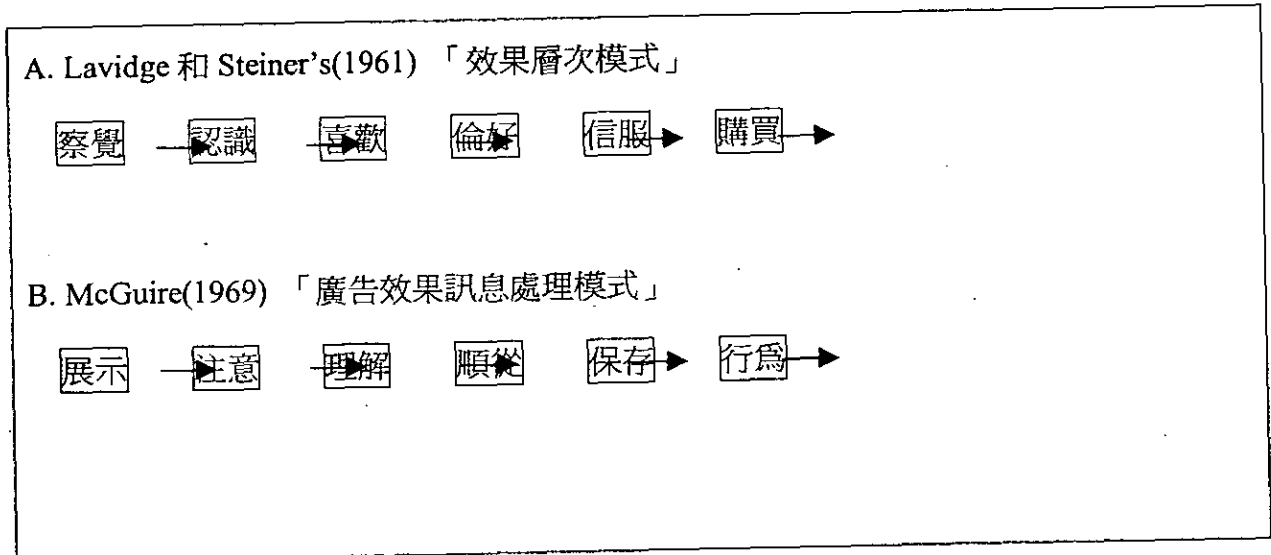


圖 2-3 消費者行為片面型模式

資料來源：McGuire(1969)

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 2-4) ，在分析許多消費者購買過程的研究報告後，研究人員提出「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 2-5)。「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。

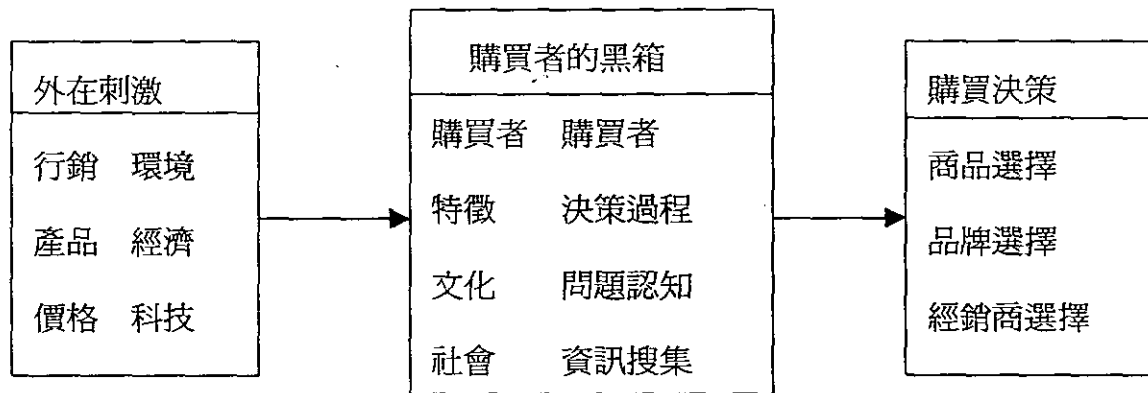


圖 2-4 購買行為模式



圖 2-3 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 2-6 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。

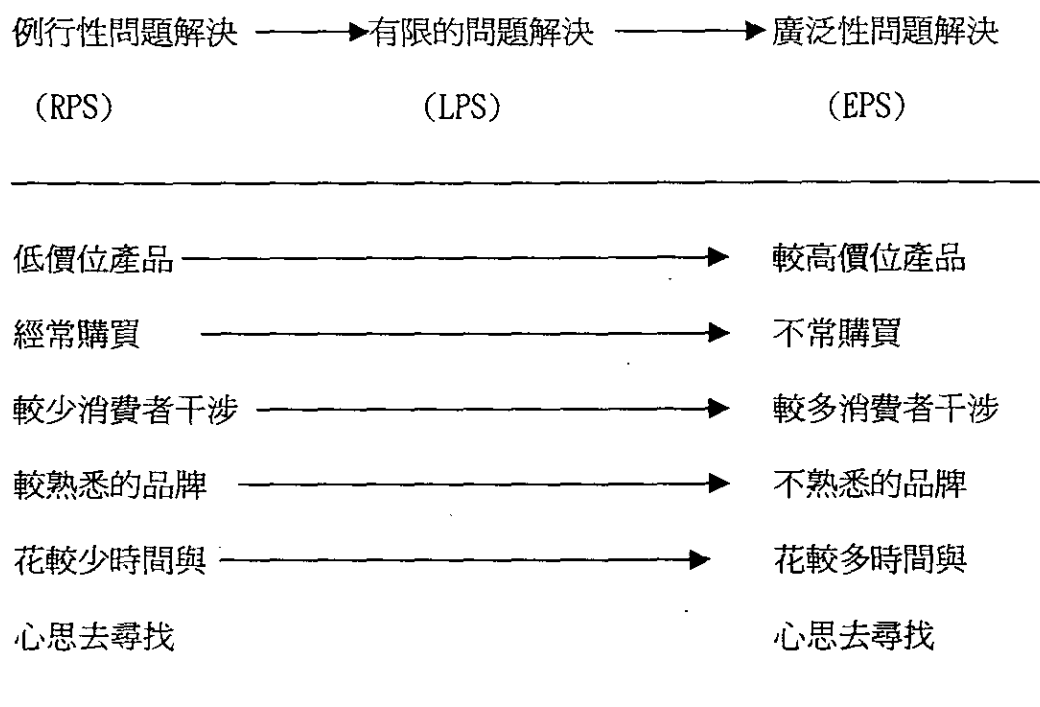


圖 2-6 購買行為的連續

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 2-1。所謂涉入(involve) 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 2-2 四種類型作一彙總。

表 2-1 Assael 購買行爲之分類

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

資料來源：Assael(1987)

表 2-2 四種購買行爲類型之彙總

|                                 | 複雜的購買行爲   | 降低失調的購買行爲  | 尋找多樣化的購買行爲  | 習慣性的購買行爲  |
|---------------------------------|---|--|---|---|
| 特<br>性                          | 高涉入<br>品牌間有顯著差異   | 高涉入<br>品牌間無顯著差異  | 低涉入<br>品牌間有顯著差異   | 低涉入<br>品牌間無顯著差異   |
| 消<br>費<br>者<br>行<br>爲<br>趨<br>勢 | 1. 品牌種類繁多、昂貴、不常購買、風險性高<br>2. 對產品無購買的基準<br>3. 積極廣泛收集產品的資訊<br>4. 認知學習過程<br>5. 投入很多心力與時間在此行爲 | 1. 對於產品並非相當熟悉<br>2. 貨比三家不吃虧的購買心態<br>3. 不十分重視產品品牌，以實用與價格為選購的基準<br>4. 迅速完成購買行爲<br>5. 購買後仔細評估產品 | 1. 產品屬於低價位，且經常購買多品牌<br>2. 對產品並不陌生<br>3. 比較或轉換品牌是為尋找多樣化<br>4. 對產品投入的關心程度不高 | 1. 不主動瞭解，而是被動接受產品訊息<br>2. 不在乎產品品牌，選購乃由於品牌熟悉度<br>3. 購後並不評估產品 |
|                                 | 購買過程隨產品評估而來   |  | 購買過程隨購買行爲而來   |   |
| 銷<br>售<br>人                     | 1. 協助消費者在認知過程中學習，以建立對產品之信心  | 1. 因消費者較迅速選購，且不比較品牌，而較著重價格   | 1. 建立品牌口碑<br>2. 推陳出新<br>3. 重複性的廣告宣傳                                       | 1. 不斷強化消費者對產品之印象<br>2. 利用重複性廣告、                             |

|                            |                                     |                        |                     |                     |
|----------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| 員<br>之<br>因<br>應<br>策<br>略 | 2.適時地加深消費者<br>對公司品牌印象               | 2.採取降低消費者購<br>後失調的銷售活動 | 4.產品線延伸策略或<br>多品牌策略 | 低價、附贈品及經<br>銷商促銷等方式 |
|                            | 3.廣告文案應精緻、具<br>體化、詳細而精確的<br>告知消費者訊息 | 3.讓消費者覺得其購<br>買策略是正確的  |                     |                     |
| 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)

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. 佛洛伊德(Frend) 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 Jevoons、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。
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，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Ⅱ的投入因素，若此信息為次區Ⅱ接受並採取行動，其產出就變為領域Ⅱ的投入，領域Ⅱ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Ⅲ的投入因素，

將動機轉變為購買行為，最後，領域IV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 solver) 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，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。

Philip Kotler(1989) 認為若公司真正瞭解消費者面對不同的產品特徵、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 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 2-4 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 2-5，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。

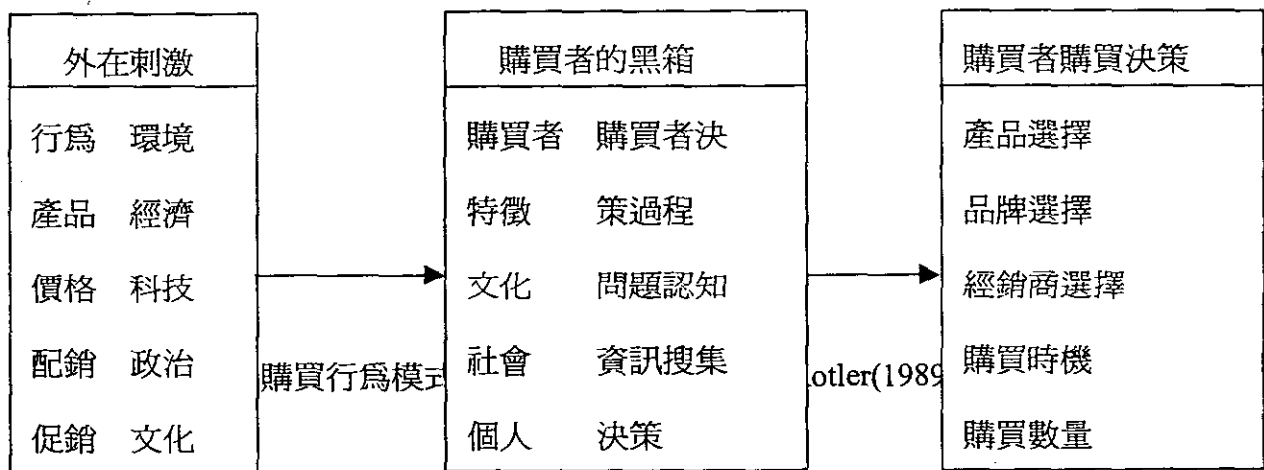


圖 2-7 Philip 的購買行為模式 資料來源：Philip Kotler(1989)

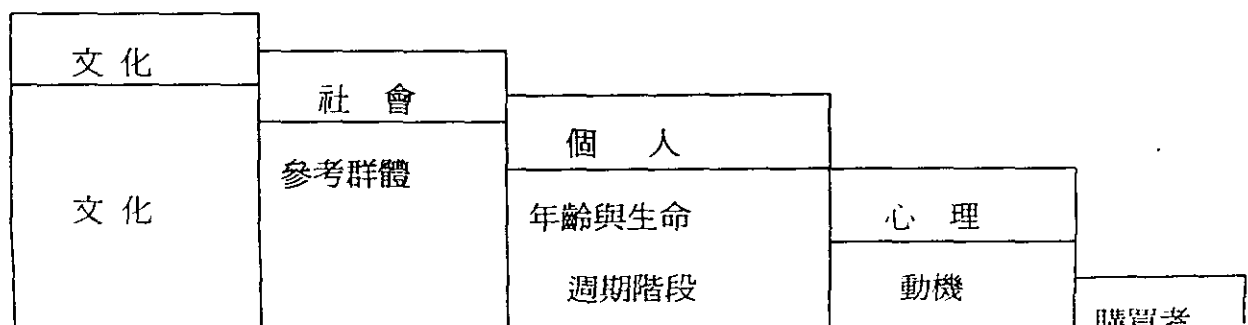


圖 2-8 影響行為之因素的詳細模式 資料來源：Philip Kotler(1989)

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 2-9 所示。

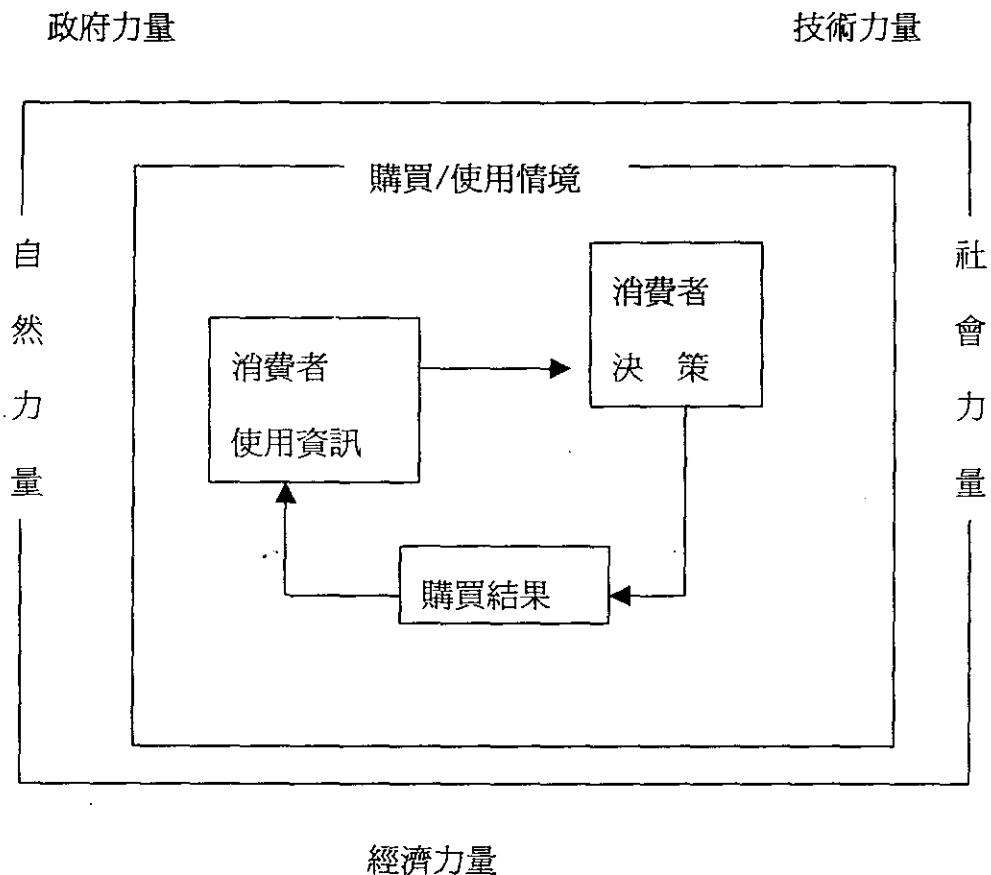


圖 2-9 消費者行為的基本模式 資料來源：榮泰生(1991)

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，James(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已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。
7. 處置(Divestment)：未使用商品或殘存剩餘的處置。

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。



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。

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。

### 三、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，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( Sdcial 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：

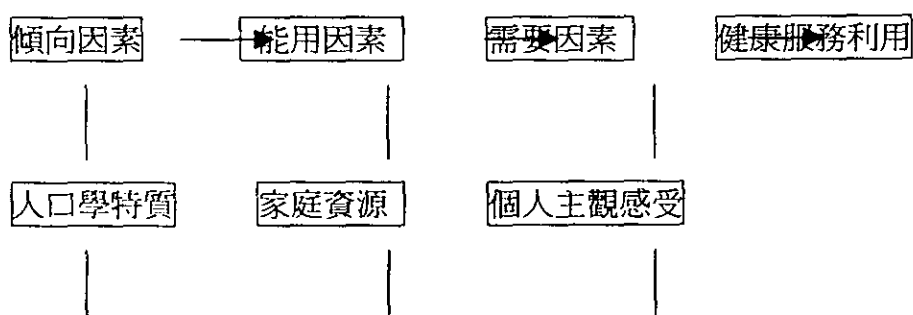




圖 2-10 第一階段醫療服務利用行為模式

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，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。

- (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。

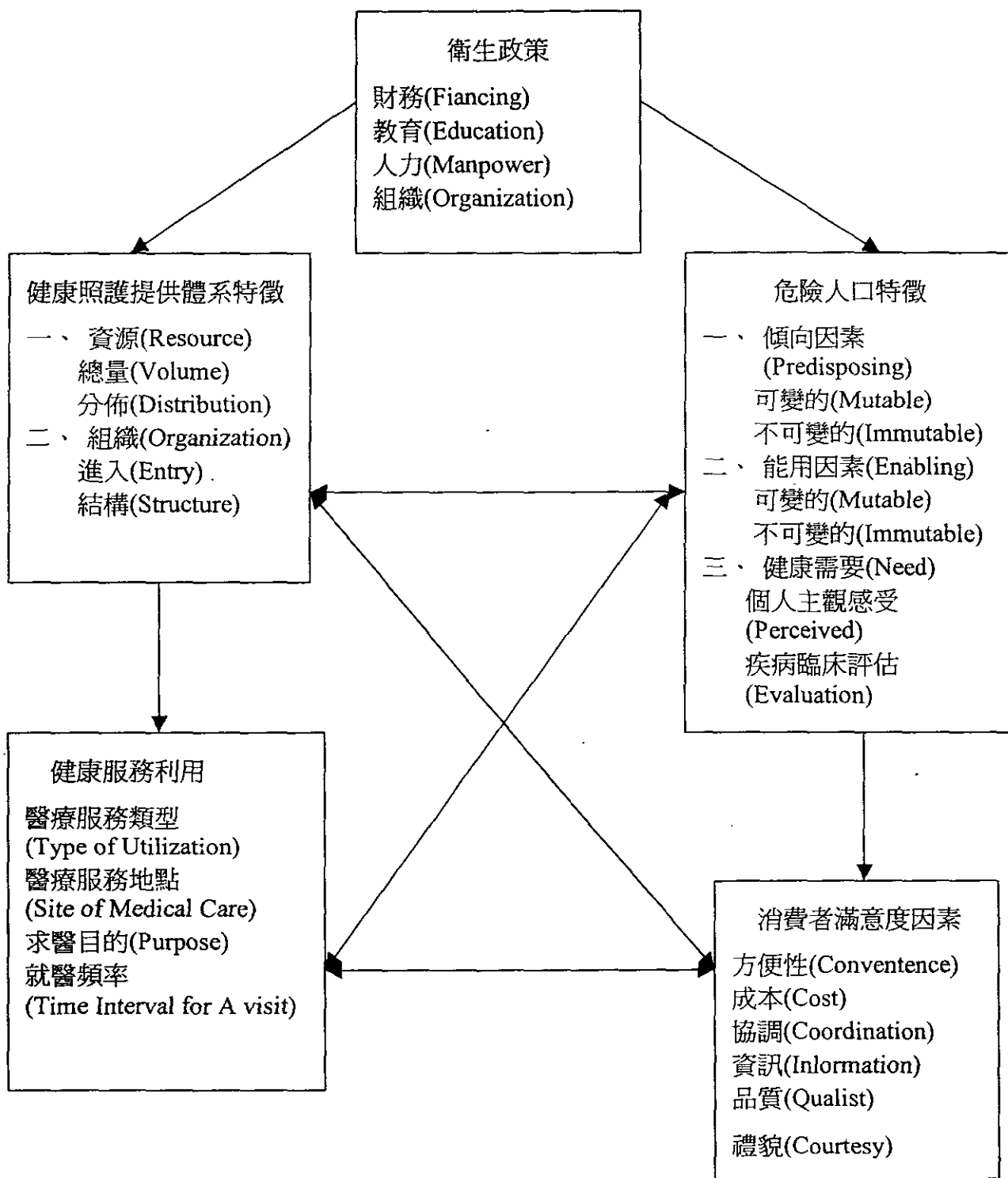


圖 2-11 第二階段之醫療服務利用行為模式

資料來源：Aday & Andersen(1974)

表 2-3 醫療服務利用影響因素之操作型指標

| 健康照護提供體系特徵因素  | 危險人口特徵因素  |
|---|---|
| <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>(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)、組織</p> <p>1、進入</p> <p>A、例行性(常設)健康照護資源<br/>(Regular Source of Care)<br/>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>(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>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(Pamedical)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>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。

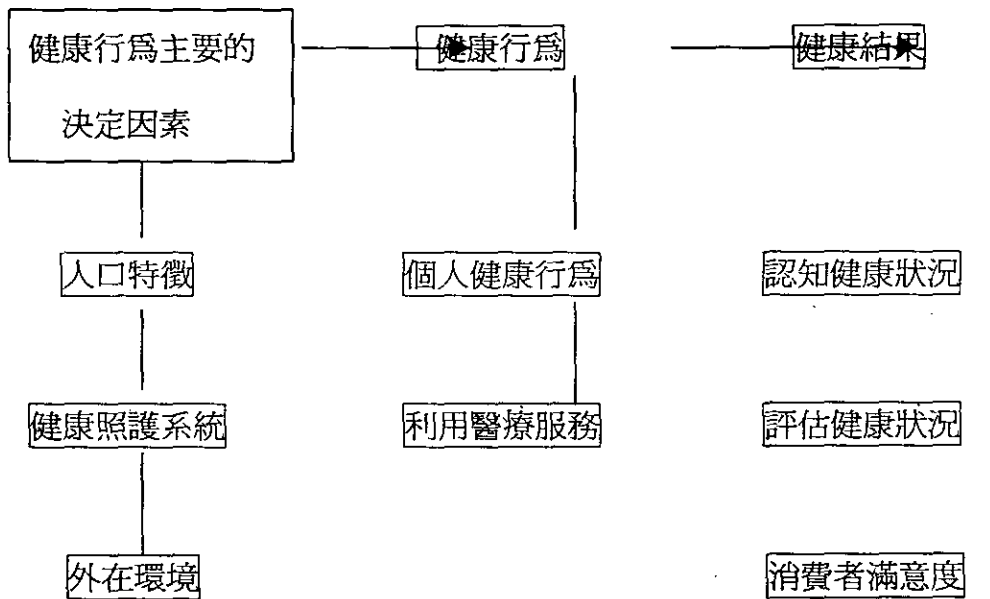
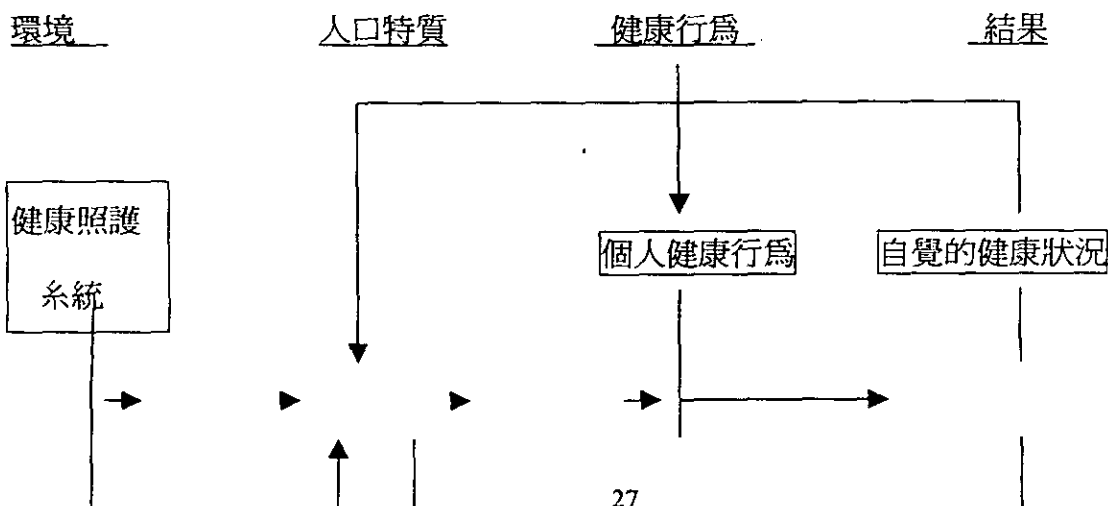


圖 2-12 第三階段醫療服務利用行為模式

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，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)





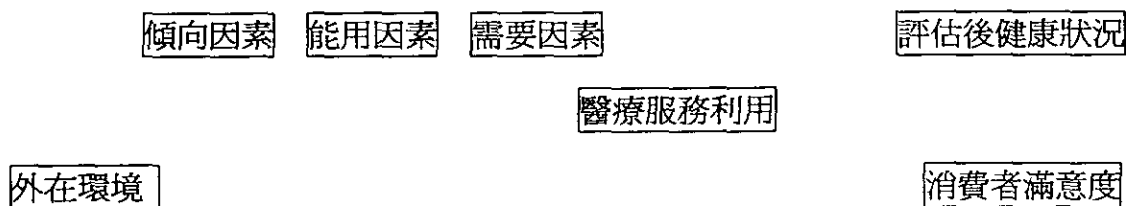


圖 2-13 第四階段醫療服務利用行爲模式

資料來源：Andersen & Aday(1995)

Suchman(1965)提出疾病行爲階段模式 (Stages of Illness Model) ，以圖 2-19 來解釋個人求醫行爲，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爲過程，整個行爲過程分爲下列五階段：(1)疾病症狀經驗階段(Experience of the Symptom)：個體之求醫行爲主要開始於身體不適所產生的就醫動機，該模式認爲在此階段時，個體會先感覺到身體上的不適，接著會認爲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)：該模式認爲此階段個體會認爲自己已生病，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，漸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爲及康復狀況的關鍵，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爲健康人角色，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                     | 第二階段                                 | 第三階段                         | 第四階段                       | 第五階段                     |
|----|--------------------------|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|
|    | 疾病症狀經驗                   | 疾病角色假設                               | 醫療照護接觸                       | 依賴性病人角色                    | 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<br>自我醫療            | 要求他人暫時確<br>認自己的病人角<br>色-繼續使用民俗<br>醫療 | 尋求病人角色之<br>權威性合法化-碰<br>商治療方式 | 接受治療-遵醫囑行<br>為             | 回復日常角色                   |
| 結果 | 否認<br>↓<br>延遲<br>↓<br>接受 | 否認<br>↓<br>接受                        | 否認<br>↓<br>到處購買<br>↓<br>確認   | 放棄<br>↓<br>續得利益<br>↓<br>接受 | 拒絕<br>↓<br>裝病<br>↓<br>接受 |

圖 2-14 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爲模式，該模式稱爲健康信念模式(Health Belief Model)，如圖 2-15，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爲的解釋，後來，陸續有學者發現，該模式亦可用於治療性醫療照護。該模式認爲人口學變項(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爲。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)。該模式認爲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(Cue 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。

個體認知

修正因素

行動可能性

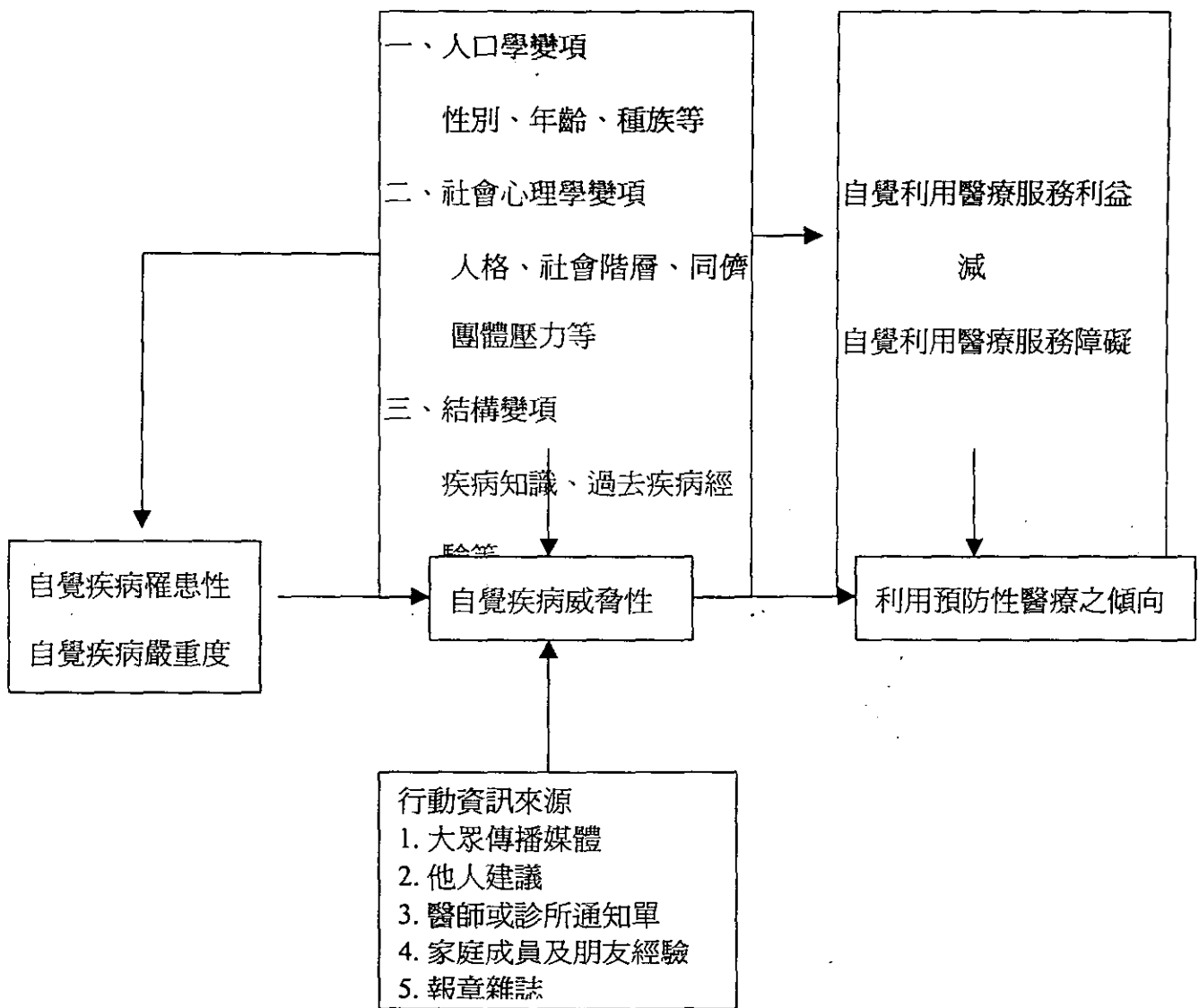


圖 2-15 健康信念模式 資料來源：Rosenstock(1974)

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。

#### 四、民眾中醫醫療服務利用及影響因素

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。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。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。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。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。同時此研究中亦發現醫師人口比與評鑒合格病床比，是比較恰當之醫療資源指標。

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·外埔農民上次西醫求診間隔為 8.07 月，少於新社農民的 20.17 月甚多；且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，但新社農民自服西藥天數為外埔農民的 1.63 倍。外埔非農民上次西醫求診間隔，中、西醫求診次數均低於另二組農民，而住院比率，自服中、西藥天數則介於二組農民之間。2·農民健康保險對醫療服務利用有很大的影響。在控制了傾向因素，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·外埔農民中，低社經地位者中醫求診次數顯著地多於中、高社經地位者；而西醫門診使用量，中、西藥服用天數和住院比率則不因保險的有無而不同。另外，三組家庭設備數的多寡不影響各類醫療服務的利用度。4·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。

翁瑞宏(2000) 研究”全民健康保險中醫門診醫療利用之研究”，結果如下：1.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%。2.在疾病別方面，以「脫臼，扭傷及拉傷」之利用次數及費用最高；案件別方面，每案件平均費用則以「中醫慢性病」最高；公立醫療機構每案件平均費用高於私立醫療機構；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。3.在能用因素方面，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。5.在需要因素方面，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。6.在醫師人力因素方面，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。

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( $P<0.000$ )、醫療費用增加 146.91 元( $P<0.000$ )，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( $P<0.000$ )、醫療費用僅增加 37.11 元( $P<0.000$ )，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。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。

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”，分析結果發現如下：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。患病部位以肌肉骨骼神經系統佔第一位。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。

羅紀瓊之研究(1991) 利用勞保局所提供的次級資料，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，其結果發現：(1)、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。(2)、女性中醫就診比例大於男性、去年有利用中醫者使用比例大於去年沒有利用中醫者。(3)、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，此外，供給越多者，則中醫利用次數越多。

王嘉蕙(1992)在”中西醫門診利用與買藥行為之相關因素探討”中，以嘉義縣市二十歲以上的民眾為研究母體，調查中發現大部分的受訪者就醫時多以西醫為主，過去三個月內平均就診次數為 1.46 次，其次是買西藥，平均 0.71 次。不論中西醫門診利用行為或是買藥行為，以需要因素的影響最大，其次是能力因素；健康信念因素僅對門診利用有影響，中西醫醫療態度則對買中藥行為及求醫傾向有影響；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。由此可以得知，民眾對於實際的門診利用與買藥行為主要以生理需求為主，若有固定中（西）醫就醫場所，則會增加門診利用與買中藥次數；若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。

吳炳輝 (1992)欲研究蘭嶼雅美人的求醫行為，分析結果發現：雅美人的經濟能力及衛生狀況低落、健康保險比率偏低。蘭嶼的醫療資源缺乏，雅美人對醫療服務滿意度普遍不佳。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，而現代健康信念低者，腹瀉時會傾向於使用傳統醫療。年齡在 40~49 歲時，職業為非軍、公、學生，自覺健康狀態普通，半年內關節疼痛頻率有一次以上，對傳統醫療滿意，對現代醫療不滿意，且現代健康信念低者，關節疼痛時會傾向於使用傳統醫療。



林宮美(1992) 在“求醫行為研究”中發現如下：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。在此，需要因素的影響不大。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。

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。

姚友雅(1998) 根據 Andersen 的醫療服務利用行為模式，以瞭解臺北市國中生求醫行為現況，結果歸納如下：一、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。二、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。三、關於需要因素與求醫行為的關係，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。四、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%。

此外，尚有吳肖琪(1991) 針對宜蘭、花蓮、彰化、新竹、屏東五個醫療網之民眾作醫療資源利用之調查，發現一個月間有效利用中醫之比例僅佔 1%。同樣的研究如羅紀瓊(1991)、賴俊雄(1992) 以勞保在 77 和 78 二年之保險對象及全台灣地區民眾所作的醫療利用率，其中一項研究發現一年期間有使用中醫之比例為 14.7%，平均中醫利用次數為 1.18 次，另一個研究以月為單位發現 16% 的人在一個月間有使用中醫，其平均中醫利用次數為 0.08 次。郭靜燕(1992)、吳明玲(1996)、林致坊(1998) 等針對不同對象包括兒童及成人，皆發現中醫醫療利用率均不超過 25%，其範圍自 11.2% 到 22% 間。

在過去有許多研究均討論民眾對中醫之認知，如王廷甫(1990)、邱清華等(1990)、康翠華等(1998)、李金鳳(1990) 其結論如下：西醫藥效快但只能治標，而中醫藥效慢但能治本，且其療程長，對慢性疾病的療效較西醫好。在對醫療利用影響因素部份多採用 Aday and Anderson 的模式為主，針對傾向因素、能用因素及需要因素進行評估，在此部份國內有相當多的研究報告，陳秋瑩等(1999) 以民國 82 年 12 月間台灣地區民眾為

抽樣對象，在 1358 個有效樣本分析下發現，求醫之偏好、有固守之中醫師及健康狀態會影響民眾之中醫利用率，而有無健康保險、收入、性別、年齡及教育程度等因素，於統計上並不顯著。康翠秀等(1998) 以台北市北投區 40 個里 30 歲以上之居民為研究對象，發現年齡愈輕，對中醫醫療知識越高越傾向採用中醫醫療，省籍、宗教、職業、年齡亦有統計上顯著之相關。康健壽等(1994) 針對 26 個有開辦勞保之醫院及診所所進行之系統抽樣，發現年齡、保險有無、初複診別、健康狀況、疾病嚴重度、肌肉骨骼神經疾病之有無會顯著影響中醫之利用。林芸芸(1992) 以聚落及系統抽樣之方式抽取 20 至 65 歲 3701 位居民，發現教育、健康自覺較差會影響中西醫之醫療利用。

王嘉蕙之研究 (1993)，結合「綜合行為模式」與「健康信念模式」並加入「中西醫醫療態度因素」來解釋門診利用行為、買藥行為與求醫傾向。該研究以嘉義縣市二十歲以上的民眾做為研究母體，利用多階段隨機抽樣法抽出 500 個樣本，以面對面問卷訪問方式，完成 453 位受訪者。其結果發現：(1)、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，(2)、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。(3)、健康信念因素僅對門診利用有影響。(4)、中西醫醫療態度則對買中藥行為及求醫傾向有影響。(5)、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。(6)、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。

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再加以歸戶後所產生的次級資料檔，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。2、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。3、保險對象平均中醫利用次數隨年齡增加。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。

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.罹病狀況惡化的老人西醫門診服務利用的次數顯著較多，而自評健康變好的老人西醫門診服務利用的次數顯著較少，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。由以上的結果可知老人健康狀況變化仍為影響醫療服務的主要因素。

王安(1996)以離島地區環境因素，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。獲得主要結果如下：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,可能是都會地區對其服務與態度要求較高所導致的結果。2.離島地區民眾在醫療可近性、醫護人員服務與態度及醫療品質的重要程度都顯著高於豐原地區,特別是在健保之保費及部份負擔、醫師診療過程的態度、藥房及藥師服務和個人健康狀況方面。3.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。

李佳霽(1996)以 SF-36 健康量表評估民眾健康狀態對醫療利用的影響，醫療利用模式採用 1995 年 Andersen 健康行為模式，探討中部五縣市民眾健康狀況及醫療利用的橫斷性研究，研究對象平均年齡 39.8+/-13.1 歲，健康量表的平均分數為 67.6 分到 94.4 分，分析醫療利用的結果顯示，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。活動功能限制情況愈少者、自覺身體健康狀態愈好者、每萬人口西藥房數愈高或西醫師數與中醫師數比愈高，其住院利用的傾向愈低。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。而曾曉琦(1995)探討健康狀況變化對老人醫療服務利用的影響。以台北社區 65 歲以上老人分析其一年間的自評健康變化、罹患慢性病的狀況惡化、身體功能惡化，對西醫門診及住院服務利用的影響。結果顯示：1.罹病狀況惡化的老人西醫門診服務利用的次數顯著較多，自評健康變好的老人西醫門診服務利用的次數顯著較少，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。由此可知老人健康狀況變化仍為影響醫療服務的主要因素。

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，研究母群體是以台灣地區家中有電話之二十歲以上的民眾，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)；而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；而在須分負擔的民眾中，只有 10.8% 的人認為會因看病須要繳部分負擔而減少看病次數，且進一步分析發現部分負擔並未減少其醫療利用；分析民眾對全民健保實施的滿意度來看，有 28.6% 的人不滿意，其中最不滿意的原因是認為保費太貴，其次是須部分負擔，有 24.8% 的人認為滿意。

劉坤仁(1996)以社會階層化的角度，呈現臺灣地區民眾健康狀況的分布和醫療利用分配的情形。結果發現，社會階層間等確有健康不平等存在，但差距有限。結果如下：

(一)、高階層的健康狀況較之低階層為佳。自評健康狀況、身體不適、意外傷害、活動限制、消化系統慢性病徵、骨骼肌肉系統慢性病徵、以及中樞神經系統慢性病徵皆不利於低階層；僅呼吸系統、循環系統、內分泌系統慢性病徵盛行率高階層較高。(二)、在醫療利用方面，階層間醫療利用情形依項目之不同而異。西醫門診、牙醫服務與健康檢查利用比例高階層較高；西醫門診就診者之就診次數、自服西藥服用比例以及服用者服用天數則屬低階層較高。

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的可能因素為何。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。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。

黃春太(1998) 研究比較城鄉地區老人的社會支持體系與健康狀況之差異,以台北市萬華區及台北縣石碇鄉、平溪鄉分別為城鄉地區之對象母群,結果如下:一、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。二、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。三、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,對於老人門診看病與自購成藥之影響。實證結果:一、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。二、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。

張念慈(2000)在「台北市社區領袖醫療資源利用及其相關因素探討」一文中,探討各因素對醫療資源利用的影響。結果歸納如下:1. 人口學特性:社區領袖以男性居多,男女性別比例為 3:1。平均年齡為 47.9 歲、社會經濟地位在中上階層;自評健康狀況的結果 61.7%認為目前健康狀況良好;罹患一種以上慢性病者佔 36%。2. 士林及北投區的醫療資源可近性高。以「就醫的單程交通時間」計,平均在 13.6 分鐘內就可以走到離住家最近的診所、在 9.1 分鐘內就可到達最近的西藥房。3. 社區領袖對不同健康問題之處

理方式不同，凡「發燒」、「流血傷口」等急症，80% 以上採取西醫治療；而「扭傷」、「婦科疾病」、「慢性病」等問題的處理方式則呈現出多樣性，並出現同時尋求中西醫療法之多元化求醫行為。但整體而言，社區領袖選擇醫院門診診治的比率明顯高於到基層診所、中醫門診、及民俗療法。

4. 社區領袖醫療資源利用情形：罹患慢性病數目愈多者，其就醫層級反而愈高。社區領袖以西醫門診的利用率最高（64.1%），住院、急診、及預防保健的利用率較低。其中年齡愈大、家庭收入愈高、罹患慢性病數目愈多者，使用健保卡的次數愈多。

5. 社區領袖的健康控制重心，以內在自我控制特質之傾向最大、其次是相信醫療專業人員權威，而最不同意的是由外在機會命運來控制健康。健康控制重心與就醫型態有關。常選擇醫學中心或區域醫院看病的社區領袖，其醫師權威的傾向較高。內在自我控制傾向較高者，其醫療資源利用的次數反而較少，尋求保健資訊的行為較多。

6. 社區領袖的就醫考量因素經因素分析的結果，萃取出四個因素，分別命名為「便利性」、「醫療品質」、「參考團體的意見」、及「醫院形象」。愈重視醫療品質的人愈傾向到大醫院就醫。

7. 社區領袖的年齡、家庭收入、自覺健康狀況、與慢性病數目、以及健康控制重心中的內在自我控制傾向，與社區領袖醫療資源利用次數有顯著相關。

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。

翁瑞宏(2000) 研究”全民健康保險中醫門診醫療利用之研究”，結果如下：1.在疾病別方面，以「脫臼，扭傷及拉傷」之利用次數及費用最高；2.在傾向因素方面，女性之各項中醫門診利用情形皆高於男性；年齡層在 45-54 歲及 65 歲以上者之各項中醫門診利用情形皆高於其他年齡層。3.在需要因素方面，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。

邱聖豪(2000)亦為文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，該研究以台中縣市為取樣地區，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。

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：一、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。二、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。

游素蘭(2001)以醫療資源中的靈魂角色—醫師為研究對象，探討在醫療網計畫下，影響醫師人力分布的因素。分析結果顯示：以每萬人醫師數為研究對象時，發現當地區的人口愈多、面積愈小、老年人口比愈高、大專程度以上人口比愈多、第三級產業勞工人口比勞動者愈少、250床以下的醫院數愈多時，其每萬人醫師數愈多。若以每平方公



里診所數來看醫師人力分布時，結果顯示：在人口數愈多、老年人口的比例愈多、女性人數愈多、第三級產業勞工人口及第一、二級產業勞動者愈少、道路密度愈高、250 床以下的醫院愈多的地區，每平方公里診所數愈高，也就是當地的診所數會提高。

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。

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。

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。結果得以下結論：1. 如果將民眾門診醫療利用視為「兩個階段的行為」(即應用 Two-Part Model 的概念)，可發現：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。

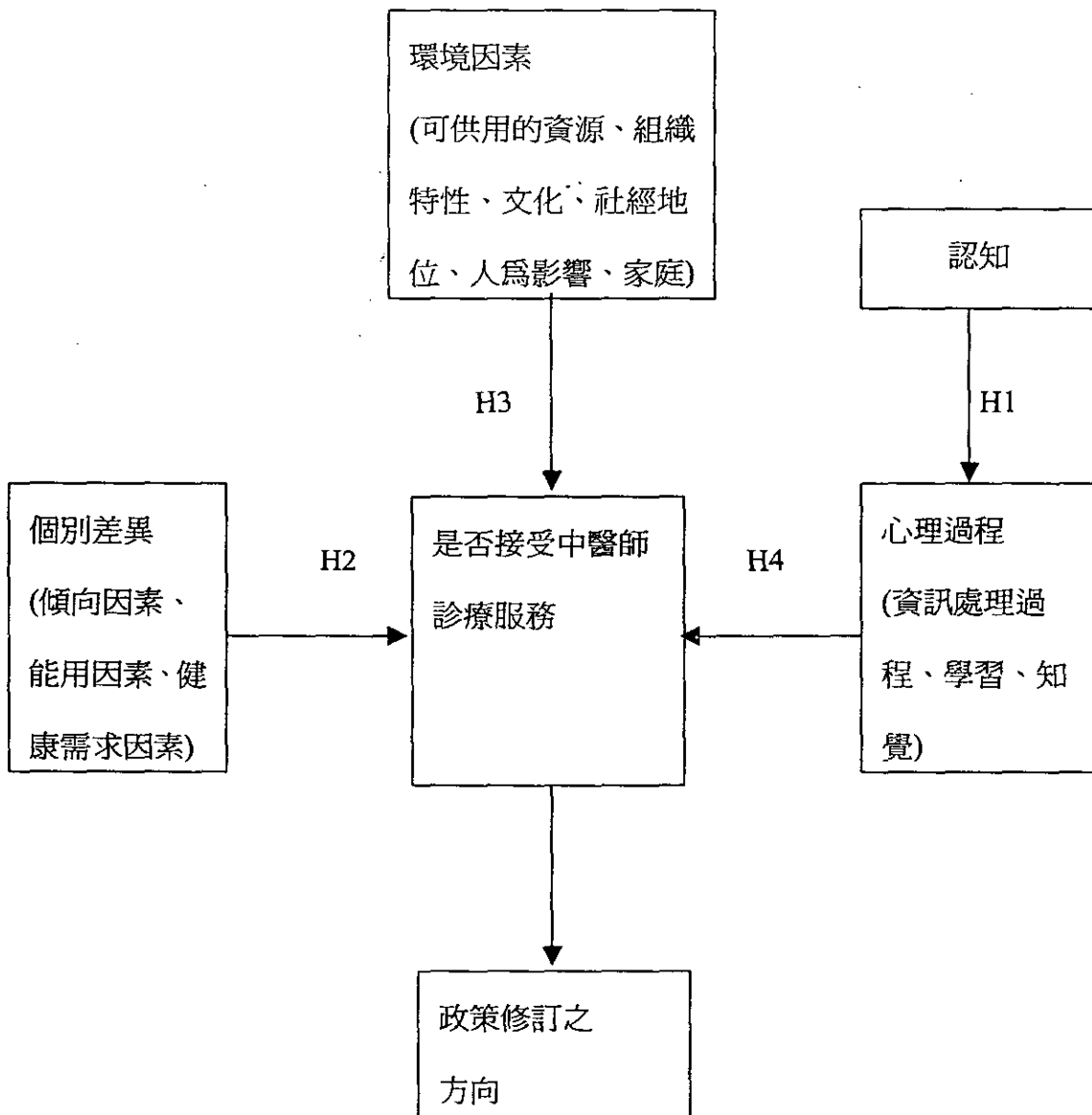
上述研究文獻之回顧，顯示大部份之現有研究多著重於個人因素之探討，且非營利性環境的研究直到 1941 年珍珠港事件後，美國正式成立「戰時廣告評議會」才開始正式的、有意的研究消費者行爲，如何應用於非營利性環境。而這中間又直到 Robertson(1971) 將非營利性環境的消費者行爲應用在醫療保健系統，才正式對醫療保健系統中消費者的決策過程開始系統化的發展。非營利性環境的研究如 Suchman(1965) 提出疾病行爲階段模式 (Stages of Illness Model)。Mckinlay(1970) 提出六種模式預測個體醫療服務利用。Mechanic(1978) 發展求醫行爲模式 (General 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爲模式，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爲模式，其中，Andersen(1968) 發展醫療服務利用行爲模式 (Behavior Model Of Health Service Utilization)，其第一版醫療服務利用行爲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爲模式，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爲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爲模式，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師診療服務的認知，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、個別差異及心理過程探討民眾對中醫師診療服務消費行為的因素，期能為政策之制定提供一完整的參考，藉由提高優良的傳統醫學的利用率改進病患之臨床療效及生活品質甚而達到節省醫療成本之目的。

## 參、研究方法

### 一、研究架構

本研究以多方位之方式探討民眾對中醫師診療服務的認知，並以 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、個別差異及心理過程探討民眾對中醫師診療服務消費行為的因素，並簡化為以下之研究架構：



## 二、研究假設

- (一) 民眾對中醫認知因素，對中醫醫療服務利用有顯著差異。
- (二) 民眾之個別差異，對中醫醫療服務利用有顯著差異。
- (三) 民眾對環境因素，在中醫醫療服務利用有顯著差異。
- (四) 民眾之心理過程，對中醫醫療服務利用有顯著差異。

## 三、變項名稱與定義

依研究的性質可將所有的變項區分為自變項與因變項兩類，因變項為二分法的類別變項——是否使用中醫師診療服務。

自變項的部分，如上研究結構圖所示，計有三大部分，包含：個別差異、環境因素及心理過程三大部分，在個別差異及環境因素部分，將以 Aday and Andersen 的傾向因素(predisposing)、能用因素(enabling)、健康需求因素(needs)等三項，就使用中醫與不使用中醫兩群體來探討使用中醫及不使用中醫兩群體之間再此三項因素中是否有差異，其變項包含了年齡、性別、婚姻、教育程度、職業、收入、居住於此地時間、參加全民健保與否、個人健康情形、是否罹患慢性疾病及中醫藥資源之可近性。在心理過程部分，將以 John Dewey 的消費者行為模型為基礎，探討使用中醫及不使用中醫者在心理處理過程上是否有所差異，自變項包含：對中醫藥之認知(cognition)、對中醫藥之態度（信念）(attitude)、中醫醫療資源使用情形、心理處理過程(psychological process)。對於中醫藥的認知，我們將利用問卷探討民眾對中醫師診療服務之定位以及中醫藥在各種疾病的療程及療效方面之知識；藉此方面之探討進一步可了解民眾在整體醫療體系中對中醫角色扮演之定位；即透過對接受中醫師診療服務者及不接受中醫師診療服務者二族群間是否認定中醫師診療服務為主體醫學或替代醫學來探討定位的差異，問卷透過文

獻探討擬定後，再請六位專家包含：四位中醫師及兩位學術專家，對問卷內容進行校定，以達到問卷應有的專家校度，在中醫信念及心理處理過程的部分亦以同樣的方式擬定問卷內容。

本研究經過數次之專家會議後，擬定有關中醫認知之問題 14 題、中醫信念之問題 8 題、心理處理過程問題 7 題〔參考附件〕。

本研究之自變項與應變項如表 3-1 所示，自變項方面：年齡、性別、婚姻、教育程度、職業收入、居住於此地時間、參加全民健保與否、對中醫藥之認知、對中醫藥之態度（信念）、中醫醫療資源使用情形、心理處理過程、醫療決策行為、個人健康情形、是否罹患慢性疾病、中醫醫療資源之可近性共兩項。應變項方面：是否接受中醫師診療服務。

表 3-1 自變項及因變項之操作型定義

| 變項        | 屬性    | 操作型定義  | 備註 |
|-----------|-------|--|----|
| 自變項：      |       |  |    |
| 是否使用中醫師診療 | 二分法類別 | 是或否  |    |
| 因變項：      |       |  |    |
| 年齡        | 連續    | 出生日到問卷填答日，分爲：<br>(1) 20 歲以下<br>(2) 21-30 歲<br>(3) 31-40 歲<br>(4) 41-50 歲<br>(5) 51-60 歲<br>(6) 61-70 歲<br>(7) 71 歲以上 |    |
| 婚姻        | 類別    | 以個人現有之婚姻狀況：<br>(1) 未婚<br>(2) 已婚<br>(3) 離婚<br>(4) 分居<br>(5) 喪偶<br>(6) 其他  |    |
| 性別        | 類別    | 以生理特徵爲主，分爲：<br>(1) 男<br>(2) 女  |    |

|      |    |   |  |
|------|----|---|--|
| 教育程度 | 類別 | 以完成教育之學歷，分爲：<br>(1) 小學<br>(2) 國中<br>(3) 高中<br>(4) 大專<br>(5) 研究所以上<br>(6) 其他 |  |
|------|----|---|--|

| 變項 | 屬性 | 操作型定義   | 備註 |
|----|----|---|----|
| 職業 | 類別 | 現在從事之職業，分爲<br>(1) 軍公教警<br>(2) 工<br>(3) 農漁牧<br>(4) 商<br>(5) 家管<br>(6) 學生<br>(7) 退休<br>(8) 失業<br>(9) 其他 |    |



|   |                |  |                      |
|---|----------------|--|----------------------|
| 收入  | 連續             | 以申報所得之收入轉換為月收入，分為：<br>(1) 16,800 以下<br>(2) 16,801-25,000<br>(3) 25,001-35,000<br>(4) 35,001-45,000<br>(5) 45,001-55,000<br>(6) 55,001 以上 |                      |
| 居住於此地時間   | 連續             | 從遷入現居地址至今之時間   |                      |
| 參加全民健保與否  | 類別             | 是否擁有全民健保卡，分為：<br>(1) 是<br>(2) 否  |                      |
| 對中醫藥之認知，分為：<br>1. 中醫藥基本認知<br>2. 中醫生理學認知<br>3. 中醫藥療法認知   | 類別<br>類別<br>類別 | 以 14 題題目衡量之  | 組合指標<br>組合指標<br>組合指標 |
| 對中醫藥之態度（信念），分為：<br>1. 中醫基本信念<br>2. 中西醫差異之信念<br>3. 偏好之信念 | 類別<br>類別<br>類別 | 以 8 題題目衡量之   | 組合指標<br>組合指標<br>組合指標 |
| 變項  | 屬性             | 操作型定義  | 備註                   |

| 心理處理過程     | 類別 | 以 7 題題目衡量之  | 組合指標 |
|------------|----|---|------|
| 個人健康情形     | 類別 | 個人自覺健康狀況(與同年齡比較)，分爲：<br><br>(1) 差很多<br>(2) 比較差<br>(3) 普通<br>(4) 比較好<br>(5) 好很多  |      |
| 是否罹患慢性疾病   | 類別 | 病理學之判定，分爲：<br><br>(1) 是<br>(2) 否  |      |
| 中醫醫療資源之可近性 | 類別 | 居住附近是否有十分鐘內即可到達之中醫醫療院所，分爲：<br><br>(1) 沒有<br>(2) 1-2 家<br>(3) 3-4 家<br>(4) 4 家以上 |      |

#### 四、資料及樣本來源

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，將採類別方式進行。

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 日依各縣市人口比率以健保局之資料檔六個分局，採隨機抽樣的方式抽取寄發 3,000 份問卷。

## 五、統計方法

本研究所採用的統計方法將分為兩大類：敘述性統計及推論性統計。

### (一) 敘述性統計

本研究之敘述性統計以下列統計測量質描述資料：平均數、次數分配、百分比；圖表部分以次數分配表及交叉列聯表來描述資料，另外也對使用中醫師診療頻率較高的群體，就疾病的種類繪製次數分配表。

### (二) 推論統計

在推論統計的部分，單變量分析部分以變異數分析(ANOVA)探討在變數內不同的群體於使用中醫師診療上是否有差異，若在統計上呈現顯著的差異時，再以事後檢定(Post hoc test、Tukey)檢定哪幾個群組之間有差異的存在。

在多變量分析部分使用邏輯斯回歸(Logistic regression)，探討何種因素影響民眾使用中醫師診療，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(Logistic distribution)是一種賦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師診療兩類，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，自此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師診療之預測模型，計算民眾是否使用中醫師診療之機率。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(foeward)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)。

在本研究之中醫藥認知部分由 14 題題目組成，中醫信念部分由 8 題題目所組成，而心理處理過程由 7 題題目組成，若將此 29 題問題視為 29 個自變數投進邏輯斯迴歸之中，將造成過多的變數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，因此本研究先行採用主要元素分析法(Principle component analysis)將此 29 題題目簡化為有足夠代表性、較少的變數，在選取的過程中，以特徵值(Eigenvalue)大於 1 以上為首先選取的標準，再以特徵值繪製之圖形手肘點(Elbow)來決定選取的個數，每一個被選取的組合變數將依其對各題目的負荷數(loadings)分別予以命名，再將此被選取的變數丟入邏輯斯迴歸中。

本研究中有許多連續型變項，根據文獻指出進行邏輯斯迴歸時，當自變項為連續變項時應符合對數奇數比線性關係的假數(Linearity in the logic)，若不符合此假設

則建議以四分法將次自變數與以分組，以明確找出該變項在統計上的影響力 (Hosmer & Lemeshow, 1989)，因此本研究將所有連續型變數分組，如變數操作型定義表所示。

## 六、統計軟體

本研究之資料以 Microsoft Excel 2000 進行整理與建立，再以套裝軟體 SPSS 進行單變項分析及套裝軟體 SAS 進行多變量分析。

## 七、研究限制

1. 由於問卷無法一一進行跟催，因此問卷之回收率不高。
2. 因問卷採郵寄方式，有部分題目 missing data 過多，無法克服，問卷之正確性亦無法確認。
3. 使用主要元素分析法，根據選取標準，在中醫認知的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 60% 之變異。

## 肆、結果分析

本研究根據回收之問卷資料先針對民眾(人口) 特質進行描述性統計結果分析後；再針對假設一、民眾若將中醫師診療服務定位為正統醫學且認同中醫藥之臨床療效者，較傾向於利用中醫師診療服務。假設二、民象之個別差異(如：教育程度、健康狀態、居住地點、收入等) 會顯著的影響到中醫師診療服務的利用。假設三、環境因素(如：可利用之醫療資源、組織、家庭等)會顯著的影響到中醫師診療服務的利用率。假設四、對中醫藥認知之不同會間接影響民眾消費決策之心理過程，進而顯著影響中醫師診療服務的利用率。進行相關統計分析，以了解各假設之相關結果，以作為推論之依據。

## 一、研究問卷回收情形

本研究問卷採郵寄方式於民國 90 年 5 月 1 日依各縣市人口比率以健保局之資料檔六個分局，採隨機抽樣的方式抽取寄發 3,000 份問卷，回收 1,452 份，有效問卷為 1,407 份，有效問卷回收率 46.9%。其中台北區 376 份、北區 145 份、中區 253 份、南區 271 份、高屏區 271 份、東區 83 份。茲將各縣市回收份數及比率以表 4-1 表示。

表 4-1 回收份數及比率

| 區域  | 回收份數 | 比例    |
|-----|------|-------|
| 台北區 | 376  | 0.267 |
| 北區  | 145  | 0.103 |
| 中區  | 253  | 0.180 |
| 南區  | 271  | 0.193 |
| 高屏區 | 271  | 0.193 |
| 東區  | 83   | 0.059 |
| 未作答 | 8    | 0.006 |
| 總計  | 1407 | 1.000 |

## 二、描述性分析

(一)、在年齡變項比例方面：(1) 20 歲以下，179 人(12.7%)，(2) 21-30 歲，484 人(34.4%)，(3) 31-40 歲，311 人(22.1%)，(4) 41-50 歲，265 人(18.8%)，(5) 51-60 歲，102 人(7.2%)，(6) 61-70 歲，179 人(12.7%)，(7) 71 歲以上，16 人(1.1%)。如表 4-2。

表 4-2 年齡變項比例

| 年齡      | 人數  | 比例    |
|---------|-----|-------|
| 20 歲以下  | 179 | 12.7% |
| 21-30 歲 | 484 | 34.4% |
| 31-40 歲 | 311 | 22.1% |
| 41-50 歲 | 265 | 18.8% |

|         |      |       |
|---------|------|-------|
| 51-60 歲 | 102  | 7.2%  |
| 61-70 歲 | 179  | 12.7% |
| 71 歲以上  | 16   | 1.1%  |
| 未作答     | 4    | 3%    |
| 總計      | 1407 | 100%  |

(二)、在性別比例方面：男性與女性填答問卷比例分別為 42.1%及 57.6%，未填答為 0.4%。如表 4-3。

表 4-3 性別比例

| 性別  | 人數   | 比例    |
|-----|------|-------|
| 男性  | 592  | 42.1% |
| 女性  | 810  | 57.6% |
| 未作答 | 5    | 4%    |
| 總計  | 1407 | 100%  |

(三)、教育程度比例方面：分別為小學 4.8%、國中 11.8%、高中 34.8%、大專 40.8%、研究所以上 5.8%、其他 0.8%、未作答 1.2%。如表 4-4。

表 4-4 教育程度比例

| 教育程度 | 人數  | 比例    |
|------|-----|-------|
| 小學   | 67  | 0.048 |
| 國中   | 166 | 0.118 |
| 高中   | 489 | 0.348 |



|       |      |       |
|-------|------|-------|
| 大專    | 576  | 0.409 |
| 研究所以上 | 81   | 0.058 |
| 其他    | 11   | 0.008 |
| 未作答   | 17   | 0.012 |
| 總計    | 1407 | 1.000 |

(四)、個人月收入區分方面：分別是 16800 以下者佔 23.7 %、16801-25000 者佔 18.5 %、25001-35000 者佔 16.4 %、35001-45000 者佔 9.9 %、45001-55000 者佔 8.7 %、55001 以上者佔 10 %、未填答者佔 12.8 %。如表 4-5。

表 4-5 個人月收入區分

| 月收入         | 人數   | 比例    |
|-------------|------|-------|
| 16800 以下    | 333  | 0.237 |
| 16800-25000 | 260  | 0.185 |
| 25001-35000 | 231  | 0.164 |
| 35001-45000 | 139  | 0.099 |
| 45001-55000 | 122  | 0.087 |
| 55001 以上    | 141  | 0.100 |
| 未作答         | 181  | 0.129 |
| 總計          | 1407 | 1.000 |

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

使用次數者為 80 人。未填答者一共 87 人。

表 4-6 近兩年內曾使用中醫情形

| 兩年內使用中醫 | 人數   | 百分比   |
|---------|------|-------|
| 否       | 510  | 0.362 |
| 1-3 次   | 382  | 0.271 |
| 4-6 次   | 143  | 0.102 |
| 7 次以上   | 205  | 0.146 |
| 是-未答次數  | 80   | 0.057 |
| 未作答     | 87   | 0.062 |
| 總計      | 1407 | 1.000 |

(六) 民眾對中醫師看診過程滿意度方面(如表 4-7): 非常不滿意者 0.3%、不滿意者 1.0%、普通者 24.7%、滿意者 38.2%、非常滿意者 6.8%、未作答者 29%。

表 4-7 民眾對中醫師看診滿意度

| 滿意程度  | 人數   | 比例    |
|-------|------|-------|
| 非常不滿意 | 4    | 0.003 |
| 不滿意   | 14   | 0.010 |
| 普通    | 348  | 0.247 |
| 滿意    | 537  | 0.382 |
| 非常滿意  | 95   | 0.068 |
| 未作答   | 409  | 0.291 |
| 總計    | 1407 | 1.000 |

(七)、民眾對中醫門診滿意度方面(如表 4-8)：非常不滿意者 0.5%、不滿意者 1.6%、普通者 26.2%、滿意者 33.8%、非常滿意者 8.9%、未作答者 29.0%。

表 4-8 民眾對中醫門診滿意度

| 滿意程度  | 人數   | 比例    |
|-------|------|-------|
| 非常不滿意 | 7    | 0.005 |
| 不滿意   | 23   | 0.016 |
| 普通    | 368  | 0.262 |
| 滿意    | 476  | 0.338 |
| 非常滿意  | 125  | 0.089 |
| 未作答   | 408  | 0.290 |
| 總計    | 1407 | 1.000 |

(八)、是否有固定就醫的中醫師方面(如表 4-9)：有固定中醫師者佔 36.3%、沒有固定中醫師者佔 62.6%、未填答者佔 1.1%。

表 4-9 是否有固定的中醫師

|     | 人數   | 比例    |
|-----|------|-------|
| 有   | 511  | 0.363 |
| 無   | 881  | 0.626 |
| 未作答 | 15   | 0.011 |
| 總計  | 1407 | 1.000 |

(九)、是否有固定就醫的中醫醫療院所方面(如表 4-10)：有固定中醫醫療院所佔 36.8%、沒有固定中醫醫療院所者佔 62.0%、未填答者佔 1.2%。

表 4-10 是否有固定就醫的中醫療院所

|     | 人數   | 比例    |
|-----|------|-------|
| 有   | 517  | 0.367 |
| 無   | 873  | 0.620 |
| 未作答 | 17   | 0.012 |
| 總計  | 1407 | 1.000 |

### 三、是否利用中醫門診複對數迴歸分析

在是否利用中醫門診的研究分析，根據以上描述性統計結果，再進行複對數迴歸分析，以進一步分析利用中醫門診的因素，可得到如下結果：

(一)、在性別方面：女性利用中醫門診機率是男性的 1.33 倍。

(二)、在年齡方面：以 45-54 歲利用中醫門診機率最高，其是 20 歲以下的 1.97 倍。

(三)、在投保類別方面：在投保類別為第三、五、六類之利用中醫門診機率皆低於第一類之利用中醫門診機率。

(四)、在投保身份方面：當身份別為受雇者、榮民、地區人口及眷屬之利用中醫門診機率均高於雇主。

### 四、推論統計---雙變量分析

根據以上一、和二、之統計結果，再進一步以雙變量分析方法做更深入的分析統計，以得到是否使用中醫的推論結果：

(一)、在年齡與是否使用中醫方面：以 ANOVA 分析，P-value 為 0.00022 有顯著差異。

再以 TUKEY 作事後檢定結果發現 61-70 歲的民眾中醫的利用率較其他年齡群為高。

(二)、在性別與是否使用中醫方面：以 ANOVA 分析，P-value 為 0.02691 有顯著差異。

表示女性的中醫利用率較男性為高，其具有統計上的意義。

(三)、在婚姻狀況與是否使用中醫方面：以 ANOVA 分析，p-value 為 0.257 無顯著差異，

表示在婚姻狀況方面與是否使用中醫並無統計上的顯著意義。

(四)、在教育程度與是否使用中醫方面：以 ANOVA 分析，P-value 為 0.00001 有顯著

差異。再以 Tukey 作事後檢定結果發現小學學歷的民眾較其他群組在中醫利用率方面為高。

(五)、在職業與是否使用中醫方面：以 ANOVA 分析，P-value 為 0.378 無顯著差異，

表示在職業方面與是否使用中醫並無統計上的顯著意義。

(六)、在收入與是否使用中醫方面：以 ANOVA 分析，P-value 為 0.192 無顯著差異，

表示在收入方面與是否使用中醫並無統計上的顯著意義。

## 五、主要因素分析法〈PCA〉

本研究使用主要因素分析法〈PCA〉，以分析民眾「對中醫藥認知之情形」與「對中醫醫療之信念」方面具有那些主要因素：

(一)、在民眾對中醫藥認知部分：首先由專家選取 14 題與中醫藥認知有關之題目進行問

卷調查偵測，問卷回收後使用主要因素分析法分析此 14 題，並將每單題之分數與 14 題之總分進行相關分析，結果皆成正相關，再以 Eigenvalue > 1 及手肘點 (Elbow) 為選擇標準，將此 14 題簡化為 3 個主要元素，再依負荷值 (loading) 將此 3 個主要元素命名為：中醫藥基本認知、中醫生理學認知和中醫藥療法認知。

- (二)、在民眾對中醫醫療信念部分：也是由專家選取 8 題與中醫醫療信念有關之題目進行問卷調查偵測，問卷回收後使用主要因素分析法分析此 8 題，並將每單題之分數與 8 題之總分進行相關分析，結果皆成正相關。再以 Eigenvalue > 1 及手肘點 (Elbow) 為選擇標準，將此 8 題簡化為 3 個主要元素，再依負荷值 (loading) 將此 3 個主要元素命名為：中醫基本信念、中西醫差異之信念中和醫偏好之信念。

## 六、主要因素分析--雙變量分析

- (一)、在中醫藥基本認知方面：我們依照主要因素的值分配將民眾分為 4 類，包含了對中醫藥基本認知非常不足、不足、充足及非常充足。再採用 ANOVA 分析不同的中醫藥基本認知族群是否會影響其中醫醫療利用率。由統計結果發現 P value 為 0.00005，顯示其有顯著上的差異，再以 Tukey 做事後檢定，發現中醫藥基本認知非常不足者，其中醫醫療利用率較其他群組為低，在統計上呈顯著的差異。
- (二)、在中醫生理學認知方面：我們依照主要因素的值，按其分配將民眾分為 4 類，包含了對中醫生理學認知非常不足、不足、充足及非常充足。再採用 ANOVA 分析不同的中醫生理學認知是否會影響其中醫醫療利用率。由統計結果發現 P value 為 7.39E-13，顯示其有顯著上的差異，再以 Tukey 做事後檢定，發現對中醫生理學的認識非常充足者，其中醫醫療利用率較其他三組為高，對中醫生理學的認識充足者較非常不足者高，在統計上呈顯著的差異，非常不足與不足者則無顯著上

的差異，總體來說，對中醫生理學的認識越高者其醫療利用率越高。

- (三)、在中醫藥療法認知方面：我們依照主要因素的值，按其分配將民眾分為 4 類，包含了對中醫藥療法認知非常不足、不足、充足及非常充足。再採用 ANOVA 分析不同的中醫藥療法認知是否會影響其中醫醫療利用率。由統計結果發現 P value 為 0.0028，顯示其有顯著上的差異，再以 Tukey 做事後檢定，發現中醫藥療法認知充足者，其中醫醫療利用率較其他群族為低，在統計上呈顯著的差異。
- (四)、在中醫基本信念方面：依照主要因素的值，按其分配將民眾分為 4 類，包含了對中醫基本信念非常不足、不足、充足及非常充足。再採用 ANOVA 分析不同的中醫基本信念是否會影響其中醫醫療利用率。由統計結果發現 P value 為 0.000899，顯示其有顯著上的差異，再以 Tukey 做事後檢定，發現中醫基本信念非常充足者，其中醫醫療利用率較非常不足與不足為高，在統計上呈顯著的差異。
- (五)、在中西醫差異之信念方面：依照主要因素的值，按其分配將民眾分為 4 類，包含了對中西醫差異之信念「非常不認同」、「不認同」、「認同」及「非常認同」。再採用 ANOVA 分析對中西醫差異之信念不同者，是否會影響其中醫醫療利用率。由統計結果發現 P value 為 0.000718，顯示其有顯著上的差異，再以 Tukey 做事後檢定，發現對中西醫差異之信念非常不認同者，其中醫醫療利用率較不認同與認同者為高，在統計上呈顯著的差異。
- (六)、在中醫偏好之信念方面：依照主要因素的值，按其分配將民眾分為 4 類，包含了對中醫偏好之信念「非常不偏好」、「不偏好」、「偏好」及「非常偏好」。再採用 ANOVA 分析對中醫偏好之信念不同者，是否會影響其中醫醫療利用率。由統計結果發現 P value 為 0.000718，顯示其有顯著上的差異，再以 Tukey 做事後檢定，發現對中醫非常偏好及偏好者，其中醫醫療利用率較非常不偏好者為高，在統計上呈顯著的差異。

## 七、邏輯斯回歸

在邏輯斯回歸的結果中，如表 4-11 所示，得到其卡方值為 178.5、P value<0.0001，顯示自變項與應變項之間存在著關聯性。根據研究結果，以顯著水準=0.05 來看，則「性別」、「婚姻狀態」、「中醫生理學認知」、「對中西醫差異之信念」、「對中醫偏好之信念」、「是否罹患慢性病」、「自覺之健康狀況」和「中醫醫療設施之可近性」皆達顯著水準。

若信賴水準以 0.1 為標準，「中醫藥療法認知」、「是否有固定就醫之醫療院所」及「消費者決策行為是否複雜」，亦達統計之顯著水準。本模型之正確鑑別率(Concordant)高達 75%，顯示本研究之模型擁有高效度。再繼續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 171.3、P value<0.001，亦顯示自變相與應變項達統計顯著關聯。

在此預測模型中，以 0.1 為顯著水準，逐步回歸總共進行 12 次，變數包含「性別」、「婚姻狀況」、「加入健康保險與否」、「中醫藥基本認知」、「中醫生理學認知」、「對中西醫差異之信念」、「對中醫偏好之信念」、「是否罹患慢性病」、「自覺健康狀況」、「中醫醫療設施的可近性」、「有無固定就醫之醫療院所」、「消費者決策行為」，其中除了「婚姻狀況」、「對中西醫差異之信念」、「自覺健康狀況」，其餘變數對取對數後的勝算比(Odds ratio)有正向的影響。

由邏輯斯回歸分析可得到以下結果： $\text{Log Odds}(\text{使用中醫}/\text{未使用中醫})=(-2.73)+0.41$  性別 $+(-0.36)$ 婚姻狀況 $+1.16$  加入健保與否 $+0.13$  中醫藥基本認知 $+0.33$  中醫生理學認知 $+(-0.16)$ 中西醫差異之信念 $+0.41$  中醫偏好之信念 $+1.31$  是否罹患慢性病 $+(-0.31)$ 自覺健康情況 $+0.23$  中醫醫療設施的可近性 $+0.25$  有無固定就醫的醫療院所 $+0.08$  消費者決策行為。

在所有值之中以「是否罹患慢性病」為最大的影響因素，罹患慢性病者相較於為



罹患者勝算比增加了 3.696。「是否加入全民健保」為第二個影響較大；換句話說，有加入全民健康保險的人相對於沒有加入者勝算比增加了 3.187。在其次的順序為「性別」、「對中醫偏好之信念」、「對中醫生理學認知」、「有無固定之醫療院所」、「中醫醫療設施之可近性」、「中醫藥基本認知」、「消費者決策行為」、「對中西醫差異之信念」、「自覺健康狀態」、「婚姻狀況」，其每增加一單位，勝算比增加的數目分別為：1.501、1.513、1.394、1.287、1.254、1.141、1.085、0.856、0.737、0.697。此預測模式之正確鑑別率為 74.4%。

表 4-11 中醫師診療利用與否之羅吉斯回歸分析

| 變項                   | 回歸係數    | 標準誤    | 卡方值     | P 值     |
|----------------------|---------|--------|---------|---------|
| 截距                   | -2.7317 | 0.8644 | 9.987   | 0.0016  |
| 自變項                  |         |        |         |         |
| 性別                   | 0.4064  | 0.1452 | 7.8376  | 0.0051  |
| 婚姻狀態                 | -0.3604 | 0.1099 | 10.7504 | 0.001   |
| 有無健保                 | 1.1591  | 0.6138 | 3.5655  | 0.059   |
| 中醫醫療知識主要因素分析 (R1)    | 0.1318  | 0.0664 | 3.9397  | 0.0472  |
| 中醫醫療知識主要因素分析 (R2)    | 0.3322  | 0.0654 | 25.8172 | <0.0001 |
| 中醫醫療信念 主要因素分析 (R5)   | -0.1559 | 0.0653 | 5.7049  | 0.0169  |
| 中醫醫療信念 主要因素分析 (R6)   | 0.4142  | 0.0671 | 38.1502 | <0.0001 |
| 是否罹患慢性病              | 1.3072  | 0.2464 | 28.1458 | <0.0001 |
| 自覺健康狀況               | -0.3047 | 0.0975 | 9.7666  | 0.0018  |
| 十分鐘車程可到的中醫醫療設施 (可近性) | 0.2265  | 0.0667 | 11.5497 | 0.0007  |
| 是否固定就醫的中西醫醫療院所       | 0.2525  | 0.1516 | 2.7721  | 0.0959  |
| 收集資訊的總分數             | 0.0819  | 0.0457 | 3.2127  | 0.0731  |

## 肆、討論

(一)、在年齡變項方面本研究結果發現 61-70 歲的民眾中醫的利用率較其他年齡群為高。

此研究結果與翁瑞宏(2000) 研究”全民健康保險中醫門診醫療利用之研究” 一文中結果相同，該文研究結果以 45-54 歲及 65 歲以上者中醫門診利用情形高於其他年齡層。蔡文全(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再加以歸戶後所產生的次級資料檔，進行公保各類保險對象中醫醫療利用之研究，研究結果顯示保險對象平均中醫利用次數隨年齡增加。而在西醫方面，李佳霽(1996)以”SF-36 健康量表評估民眾健康狀態對醫療利用的影響” 一文中結果顯示年齡愈大西醫門診利用次數愈大，此結果亦與本研究相同。但不同結果的有康翠秀等(1998) 以台北市北投區 30 歲以上之居民為研究對象，發現年齡愈輕，對中醫醫療知識越高越傾向採用中醫醫療有統計上顯著之相關。可知影響中醫醫療利用，除年齡變項方面，亦有其它影響因素也須考量。

(二)、在性別變項方面本研究結果以女性利用中醫門診機率是男性的 1.33 倍，亦即女性利用中醫多於男性。此研究結果與康健壽(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” 一文結果不盡相示，該文發現在中醫門診病人的特性上，男女性別比例為 1:1。但與蔡文全 (1994) 利用公保各類保險對象中醫醫療利用之研究結果相同，該文顯示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。而其它學者研究結果亦與本研究相同，如翁瑞宏(2000) 在 ”全民健康保險中醫門診醫療利用之研究” 其結果為女性之各項中醫門診利用情形皆高於男性；羅紀瓊(1991) 其結果為女性中醫就診比例大於男性。而在西醫方面亦有相同結果，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” 一文中指出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。李佳霽(1996)以 ”SF-36 健康量表評估民眾健康狀態對醫療利用的影響”，該文分析醫療利用的結果顯示，女性西醫門診利用次數有大於男性的傾向。

故本研究認為在中醫利用率方面，女性有大於男性的傾向。

(三)、教育程度變項方面本研究結果發現小學學歷的民眾較其他群組在中醫利用率方面為高。而康健壽(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”一文中指出教育程度以高中最多。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，此結果支持 Grossman (1976) 的看法，亦即教育可以提高個人生產健康的效率觀點。則本文的研究結果是否隱藏教育程度較高者在需求醫療照護時中醫醫療並非其首位選擇，是否隱藏教育程度較高者對中醫醫療的信任度仍有待加強，此方向實值後進研究者再進一步探討。

(四)、個人月收入變項方面本研究結果發現與是否使用中醫並無統計上的顯著意義。但姚友雅(1998)根據 Andersen 醫療服務利用行為模式，研究臺北市國中生求醫行為現況結果歸納，家庭經濟狀況「富裕」或「小康」者比「貧窮」者的求醫積極性佳。陳淑貞(1997)在探討全民健康保險實施後的健康照護提供影響差異的可能因素為何結果發現，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。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時，指出台中縣有農保的外埔農民，低社經地位者中醫求診次數顯著多於中、高社經地位者。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”中，亦指出社經地位愈高者，對中醫的行為意向愈為負向。

(五)、使用中醫次數方面，曾使用過中醫者有 57.6%，而在次數方面以最近一年使用中

醫 1-3 次者其比率最高，有 27.1%。而在羅紀瓊(1991) 利用勞保局所提供的次級資料進行調查，其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。吳肖琪(1991) 針對宜蘭、花蓮、彰化、新竹、屏東五個醫療網之民眾作醫療資源利用之調查，發現一個月間有效利用中醫之比例僅佔 1%。同樣的研究如羅紀瓊(1991)、賴俊雄(1992) 以勞保在 77 和 78 二年之保險對象及全台灣地區民眾所作的醫療利用率，其中一項研究發現一年期間有使用中醫之比例為 14.7%，平均中醫利用次數為 1.18 次，另一個研究以月為單位發現 16%的人在一個月間有使用中醫，其平均中醫利用次數為 0.08 次。翁瑞宏(2000) 在 ”全民健康保險中醫門診醫療利用之研究”結果指出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，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%。郭靜燕(1992)、吳明玲(1996)、林致坊(1998) 等針對不同對象包括兒童及成人，皆發現中醫醫療利用率均不超過 25%，其範圍自 11.2%到 22%間。由以上研究結果可知民眾使用中醫次數方面仍屬偏低。此結論與王嘉蕙(1992)在 ”中西醫門診利用與買藥行為之相關因素探討”中，以嘉義縣市二十歲以上的民眾為研究母體，調查中發現大部分的受訪者就醫時多以西醫為主，過去三個月內平均就診次數為 1.46 次，有相同的實証結果顯示，另外，吳明玲(1992) 以中壢市 12-19 個月的 516 位幼兒為研究對象，探討嬰幼兒使用中醫門診的相關因素結果顯示，(1) 1 至 1 歲半之幼兒，生病時曾接受中醫門診醫療照顧 39.0%。(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。此結果與以上研究結果比較，嬰幼兒使用中醫門診次數有較高趨勢。

在醫療資源與使用醫療次數方面的研究，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，其結果 1、在中醫醫療資源較缺乏地區，每萬人口中醫師數增加一名，民眾中醫門診利用次數增加 0.33 次( $P < 0.000$ )、醫療費用增加 146.91 元( $P < 0.000$ )，

表示民眾醫療利用情形會隨著中醫醫療可用性增加而增加，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( $P<0.000$ )、醫療費用僅增加 37.11 元( $P<0.000$ )，表示醫師誘發需求的情形相對較不明顯。另外，羅紀瓊(1991) 利用勞保局的次級資料，針對民國 77 年及 78 年勞保全體保險對象進行中醫醫療利用調查，結果發現供給越多者，則中醫利用次數越多。而在西醫方面相關研究有，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」發現就醫次數多寡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。醫療資源多寡與罹患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。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，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，蘇春蘭(1987)研究農民健康保險介入對農民醫療照護利用的影響指出，中醫門診次數和住院比率，台中縣有農保的外埔農民略高於新社農民，但在控制傾向因素、需要因素和其他能力因素後，中醫門診比率和次數，則不因保險的有無而不同。則全民健康保險實施後，保險的有無在影響民眾使用中醫醫療次數方面的研究應已較不具必要性。綜上所述則中醫次數使用較低方面的研究應可供後進者再作進一步的探討。

(六)、民眾對中醫師看診過程滿意度方面，滿意者和非常滿意者佔 45%。而在是否有固定就醫的中醫師方面，有固定中醫師者佔 36.3%。

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，該文結果顯示：一、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。二、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。

林宮美(1992) 在“求醫行為研究”一文中發現，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。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。

在研究中民眾對中醫師看診過程滿意度方面，滿意以上者佔 45%，固定中醫師者佔 36.3%。顯示民眾對中醫師的忠誠度和滿意度普遍不錯，而中醫患者以年紀較大者為主，顯示此亦與上二篇研究有相同結果。

(七)、民眾對中醫門診滿意度方面，滿意者和非常滿意者佔 42.7%。是否有固定就醫的中醫醫療院所方面，有固定中醫醫療院所佔 36.8%。

邱聖豪(2000)亦為文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，該研究以台中縣市為取樣地區，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。林宮美(1992) 在“求醫行為研究”中發現，1.43% 的民眾有固定就醫場所。2.幼兒、老人初步求

醫、固定就醫場所的比率較其他年齡層高。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。另外，王嘉蕙(1992)在“中西醫門診利用與買藥行為之相關因素探討”中，以嘉義縣市二十歲以上的民眾為研究母體，調查中發現若有固定中(西)醫就醫場所，則會增加門診利用。吳明玲(1992)探討嬰幼兒使用中醫門診的相關因素，結果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。陳秋瑩等(1999)分析發現，求醫之偏好、有固守之中醫師及健康狀態會影響民眾之中醫利用率，而有無健康保險、收入、性別、年齡及教育程度等因素，於統計上並不顯著。康翠秀等(1998)以台北市北投區 40 個里 30 歲以上之居民為研究對象，發現年齡愈輕，對中醫醫療知識越高越傾向採用中醫醫療，省籍、宗教、職業、年齡亦有統計上顯著之相關。康健壽等(1994)針對 26 個有開辦勞保之醫院及診所所進行之系統抽樣，發現年齡、保險有無、初複診別、健康狀況、疾病嚴重度、肌肉骨骼神經疾病之有無會顯著影響中醫之利用。劉文玉(2001)從事就醫時間成本對民眾西醫門診醫療利用影響的研究，其結論為健保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，Suchman(1965)提出疾病行為階段模式 (Stages of Illness Model)，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。

民眾對中醫師看診滿意度、有固定中醫師者、有固定就醫的中醫醫療院所和民眾對中醫門診滿意度，此四個變項是互有關連的，由以上的文獻探討可知醫師的醫術、醫師的名氣、自付額的高低、服務態度良好、儀器設備新穎、等候時間長短、交通時間長短、幼兒老人固定就醫場所等，均會影響此四個變項，至於固定中(西)醫就醫場所會增加門診利用率論點，值得再作進一步研究。

(八)、在投保類別方面，投保類別為第三、五、六類之利用中醫門診機率皆低於第一類之利用中醫門診機率。翁瑞宏(2000) 研究 ”全民健康保險中醫門診醫療利用之研究 ” 得到結果為在能用因素方面，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。此結果與本研究相同。

(九)、在民眾對中醫藥認知部分，使用主要因素分析法將 14 題簡化為 3 個主要元素，並命名為：中醫藥基本認知、中醫生理學認知和中醫藥療法認知。(一)、在中醫藥基本認知方面：本研究發現中醫藥基本認知非常不足者，其中醫醫療利用率較其他群組為低，在統計上呈顯著的差異。(二)、在中醫生理學認知方面：對中醫生理學的認識越高者其醫療利用率越高。(三)、在中醫藥療法認知方面：發現中醫藥療法認知充足者，其中醫醫療利用率較其他群族為低，在統計上呈顯著的差異。在中醫藥基本認知方面與在中醫生理學認知方面其結果相同，但在中醫藥療法認知方面卻有令人意外的結果，故我們再參考其它相關研究論文發現，在康健壽(1991) 以”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” 一文中，分析發現 1、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。2、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。康翠秀等(1998) 以台北市北投區 30 歲以上之居民為研究對象，發現對中醫醫療知識越高越傾向採用中醫醫療。王嘉蕙(1992) 在 ”中西醫門診利用與買藥行為之相關因素探討” 中，發現民眾對於實際的門診利用與買藥行為主要以生理需求為主，若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。其它有關民眾對中醫之認知研究，如王廷甫(1990) 、邱清華等(1990) 、康翠華等(1998) 、李金鳳(1990) 其結論如下：西



醫藥效快但只能治標，而中醫藥效慢但能治本，且其療程長，對慢性疾病的療效較西醫好。可知年齡、教育程度、對中醫之認知、對中西醫醫療態度的傾向等都會影響中醫醫療利用率的高低。

(十)、在民眾對中醫醫療信念部分，使用主要因素分析法將 8 題簡化為 3 個主要元素，命名為中醫基本信念、中西醫差異之信念中和醫偏好之信念。(一)、在中醫基本信念方面：對中醫基本信念非常充足者，其中醫醫療利用率較非常不足與不足為高，在統計上呈顯著的差異。(二)、在中西醫差異之信念方面：發現對中西醫差異之信念非常不認同者，其中醫醫療利用率較不認同與認同者為高，在統計上呈顯著的差異。(三)、在中醫偏好之信念方面：顯示對中醫非常偏好及偏好者，其中醫醫療利用率較非常不偏好者為高，在統計上呈顯著的差異。以上結果均呈現民眾對中醫醫療信念有正向認同時，其中醫醫療利用率較高。而在姚友雅(1998)根據 Andersen 醫療服務利用行為模式，以瞭解臺北市國中生求醫行為現況，結果在中醫信念、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%。

本研究結果與 John Dewey 的消費者決策過程影響因素有相同的論點，John Dewey 認為消費者決策過程受個別差異影響，個別差異主要有五個因素：(1)消費者資源：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：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爲。(4)動機：心理學家與行銷人員都想進一步探究行爲發生、起動的原因。(5)人格價值觀與生活型態：所謂心理描繪研究深入探討個人特質、價值觀、信念及形成市場區隔的特定行爲類型。可知當消費者的資源、知識、態度、動機和人格價值觀與生活型態都呈現正向反應時，其消費者決策方向也會以正向反應進行，所以當民眾對中醫醫療信念有正向認同時，其中醫醫療利用率會較高，此亦符合 John Dewey 的消費者決策過程論點。

(十一)、在邏輯斯回歸的結果中，顯示「性別」、「婚姻狀態」、「加入全民健保與否」、「收入」、「中醫生理學認知」、「對中西醫差異之信念」、「對中醫偏好之信念」、「是否罹患慢性病」、「自覺之健康狀況」和「中醫醫療設施之可近性」、「中醫藥療法認知」、「是否有固定就醫之醫療院所」及「消費者決策行爲是否複雜」皆達顯著水準。再以逐步回歸方法進行分析後，其中除了「婚姻狀況」、「對中西醫差異之信念」、「自覺健康狀況」外，其餘變數對取對數後的勝算比(Odds ratio)有正向的影響。其它相關研究有陳秋瑩等(1999)以民國 82 年 12 月間台灣地區民眾為抽樣對象，在 1358 個有效樣本分析下發現，求醫之偏好、有固守之中醫師及健康狀態會影響民眾之中醫利用率，而有無健康保險、收入、性別、年齡及教育程度等因素，於統計上並不顯著。康翠秀等(1998)以台北市北投區 40 個里 30 歲以上之居民為研究對象，發現年齡愈輕，對中醫醫療知識越高越傾向採用中醫醫療，省籍、宗教、職業、年齡亦有統計上顯著之相關。康健壽等(1994)針對 26 個有開辦勞保之醫院及診所所進行之系統抽樣，發現年齡、保險有無、初複診別、健康狀況、疾病嚴重度、肌肉骨骼神經疾病之有無會顯著影響中醫之利用。林芸芸(1992)以聚落及系統抽樣之方式抽取 20 至 65 歲 3701 位居民，發現教育、健康自覺較差會影響中西醫之醫療利用。張豐壹(1998)探討保險介入醫療市場，對於老人門診看病與自購成藥之影響。實證結果發現健康狀況越佳、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。吳明玲(1992)探討嬰幼兒使用中醫門診的相關因素，以中壢市幼兒為研究對象，結果顯示本省籍幼兒，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具以上幾種特質之幼兒較傾向於使用中醫。張念慈(2000)在“台北市社區領袖醫療資源利用及其相關因素探討”一文中，探討影響醫療資源利用的結果為社區領袖的年齡、家庭收入、自覺健康狀況、與慢性病數目、以及健康控制重心中的內在自我控制傾向，與社區領袖醫療資源利用次數有顯著相關。

在西醫方面的研究有王安(1996)以離島地區環境因素，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。獲得結果為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。

以上文獻顯示會影響中醫之醫療利用因素，除本研究之 12 項因素外，尚有，性別、婚姻、家庭組成、省籍、宗教、職業、年齡、教育、保險有無、初複診別、求醫之偏好、有固守之中醫師、健康狀態、疾病嚴重度、肌肉骨骼神經疾病之有無、中醫醫療知識越高等，與本研究有相同影響因素的有性別、婚姻、保險有無、健康狀況和對中醫認知等，本研究另外認為收入、是否罹患慢性病和中醫醫療設施之可近性、是否有固定就醫之醫療院所及消費者決策行為是否複雜等，亦會影響中醫之醫療利用。

Mckinlay(1970) 提出六種模式預測個體醫療服務利用：(1)、人口學模式：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：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：包含健康信念、價值觀 (Value)、態度、常模(Norm)及文化。(4)、經濟模式：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。(5)、組織模式：醫師執業組

織、輔助人員使用、例行性健康照護資源及轉診系統等變項。(6)、系統模式：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。

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。

都與本研究結果有部份印証。

另外，在健康狀態方面，曾曉琦(1995)探討健康狀況變化對老人醫療服務利用的影響一文中，有更進一步的結果顯示 1、罹病狀況惡化的老人西醫門診服務利用的次數顯著較多，而自評健康變好的老人西醫門診服務利用的次數顯著較少，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。由以上的結果可知老人健康狀況變化仍為影響醫療服務的主要因素。

## 伍、結論與建議

本研究假設共有四項，(一)、民眾對中醫認知因素，對中醫醫療服務利用有顯著差異。(二)、民眾之個別差異，對中醫醫療服務利用有顯著差異。(三)、民眾之環境因素，對中醫醫療服務利用有顯著差異。(四)、民眾之心理過程，對中醫醫療服務利用有顯著差異。現分別對民眾對中醫診療服務消費行為、個別差異、環境因素及心理過程根據本研究的結果，可得以下結論：

(一)、民眾對中醫認知因素方面：

- 1、在對中醫藥基本認知高者但其使用率卻低者，此情形可能是對中醫藥資訊及認知雖多，但此認知是否正確，其中醫知識是來自於一般口耳相傳，而內非正式中醫藥知識，致使其認知雖高，但中醫使用率偏低，因此中醫界應加強民眾獲得中醫藥正確資訊的多重管道，使民眾對中醫藥有正確的認知，以選擇最適當的醫療照護和服務。
- 2、在對中醫偏好之信念方面，每增加一單位其勝算比增加為 1.513，即對中醫信念高者，使用中醫的勝算比較低者高比許多，此表示對中醫較偏好者會較傾向使用中醫。
- 3、在對中醫生理學的認知方面，每增加一單位其勝算比增加為 1.394，此顯示對中醫生理認知高者，其使用中醫可能性較高。
- 4、由中醫藥認知與信念的分析中可得知：對中醫生理認知和中醫信念偏好越高者，使用中醫的勝算比也就越高，此顯示中醫界應積極將中醫藥相關知識及其療效告知民眾，使民眾能獲得更多正確的中醫藥知識，以增強其對中醫藥信念的偏好，提供對中醫醫療服務使用率。

## (二)、民眾之個別差異方面：

- 1、女性使用中醫師診療服務勝算比為男性的 1.5 倍，此結果可能是因女性使用中醫師婦科與產後調理有關，在最近兩年內有使用中醫師的女性中，看診的疾病排名第一為體質調理，佔女性看診者的 49.5%，確實可推論此為造成女性使用中醫師較男性為高之原因。
- 2、罹患慢性病者相較未罹患慢性病者，其勝算比增加為 3.696，在最近兩年有使用過中醫的慢性病患，其看診疾病排名第一為體質調理，佔看診慢性病患之 40%；此現象是因民眾對中醫診療慢性病之療效與體質調理有較高之認知與信念，亦即一般民眾罹患慢性病時，很可能會使用中醫師醫療，此應是中醫師醫療服務的重要使用者（heavy users）。
- 3、有加入全民健康保險的人相較於沒有加入者，其勝算比增加為 3.187，此顯示保險減少就醫障礙，而在今天全民健康保險的納保率高達 97%以上，民眾就診中醫應已無經濟上的障礙。
- 4、由中醫的傾向因素結果分析可得知：女性較男性有較高的使用中醫師的機率；針對此點中醫界應可繼續探討民眾傾向因素中，使用中醫師較低的族群其原因所在，以針對其原因加以改進，並促使其能應用中醫醫療服務。

## (三)、民眾之環境因素方面：

- 1、在二年內使用中醫師醫療利用次數 5 次以上(含 5 次)，僅佔有利用中醫者的 47%，此應再加以追蹤探討，是否因中醫療效不顯著或其它因素所致。

## (四)、民眾之心理過程方面：

- 1、在民眾對中醫醫師看診過程滿意度方面，滿意和非常滿意者僅佔 45%；顯示中醫醫師

在看診的服務態度方面，仍有改善努力的地方，如若能在親切度方面加以提昇，可能提昇民眾之滿意度。

- 2、在民眾有固定中醫師者僅佔 36.3%；顯示民眾和中醫師之間的互動，仍有極大的空間可改善，中醫醫療界對此應有所警覺，台灣於 2002 年 1 月已加入 WTO，在可預見的未來大陸中醫師將登陸台灣，對台灣中醫醫療界的衝擊將帶來極大的震撼。
- 3、在民眾對中醫就診過程滿意度方面，滿意和非常滿意者僅佔 42.7%，此結果表示使用中醫門診的民眾有一半以上並未感到滿意，對此若能加以改進，當促進民眾對中醫診療服務消費行為的認同。
- 4、在民眾有固定中醫醫療院所者僅佔 36.8%；顯示中醫醫療行銷過程，仍留有極大空間尚待加強改進，以增加中醫診療服務的競爭能力。
- 5、在患何種疾病會選擇中醫就診中，以體質調理最高，其次從第二至第八順位分別為咳嗽、肌肉扭挫傷、肌肉骨骼疾病、感冒、關節脫臼、腸胃炎、精神倦怠，由此分析得知屬中醫而在肌肉扭挫傷、肌肉骨骼疾病方面，應是骨科為中醫診療的特長，且長期為民眾信賴和使用的診療科別；而感冒咳嗽等呼吸道感染疾病亦是民眾選擇的中醫診療科目，顯示中醫在此方面的療效是獲得民眾肯定的；至於精神倦怠會選擇中醫診療，應是以中醫調補特長來療養之外，亦可能是此方面疾病在西醫診療上可能得不到完全的認同所致。
- 6、在“是否主動收集就醫資訊習慣”的心理決策上，有 64.9%的樣本數並不具主動收集就醫資訊的習慣，顯示大多數民眾不會主動收集就醫資訊。
- 7、在“從何處收集就醫資訊”的心理層面上，以報章雜誌最多，而醫療院所及醫護專業人員次之，此可能是大多數的報章雜誌都提供醫藥版使醫療資訊普及所致；而

由醫療院所及醫護專業人員處獲得的資訊管道，可能是民眾就醫時醫療院所及醫護專業人員主動提供資訊或民眾主動徵詢而獲得的。

- 8、由心理過程結果分析，絕大多數民眾生病時仍以優先選擇就診西醫，此顯示中醫醫療是被民眾定位為第二線醫療，此事實值得中醫界及醫療主管單位重視此現象，民眾若未能對中、西醫有正確觀念，何能期盼其能尋求最適當之醫療服務，以達到全方位之醫療效果，而此種將中醫醫療定位為第二線醫療之不當認知，是否亦為醫療主管單位的普遍認知，此亦是可研究的一個方向。

從本研究的結果和推論，我們提出以下的建議：

一、對主管機關建議：

- (1)、後續研究者可結合中醫與西醫門診檔案統計交叉分析。以比較民眾對中醫和西醫在醫療認知和醫療信念方面有何異同，此異同如何影響民眾的就醫習性，及民眾使用中、西醫療利用情形。
- (2)、政府醫療當局應以更積極態度來推動中醫與中西醫結合之證據醫學臨床研究，以提昇中醫的學術與臨床價值。

二、對醫院與民眾建議：

- (1)、中醫界與醫院應思如何以社會行銷來推動教育民眾對中醫藥有正確之認知與態度，而能獲得正確的中醫醫療服務。
- (2)、在中醫師看診過程滿意度、有固定中醫師者、中醫就診過程滿意度、有固定中醫醫療院所等項目，均顯示中醫診療服務品質和中醫醫療行銷過程，仍留有極



大空間可以加強改善，此可供後續研究者再深入探討，以提供中醫界更進一步的建言。

## 二、對後進研究者建議：

- (1)、Dewey 消費者行爲模式爲本研究之重要特色，其在解釋“決策過程”的方向，本研究謹以單方向研究來印証決策過程與結果的相關性，但消費者行爲模式的決策過程與結果是具有相互之影響，故本研究建議後進研究者可雙向探討決策過程與結果相互之影響過程，則將更有利於解釋中醫就醫行爲和研究方法。

## 陸、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. Andersen, R. M. and Aday, L. A."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 ". 6rded , pp87, Printed by permission of Kent Publishing Co., a division of Wadsworth, Inc., 1987.
5. Bensoussan A,Talley NJ,Hing M,et al."Treatment of Irritable Bowel Syndrome eith Chinese Herbal Medicine: a Randomized Controlled Trial". JAMA, Vol280, pp1585-1589, 1998 .
6. Cardini F,Weixin H. "Moxibustion for Correction of Breech Presentation: a Randomize Controlled Trial". JAMA, Vol280, pp1576-1579, 1998 .
7. Engel, J. F., Blackwell, R. D. and Kollat, D. T."consumer Behavior". New York: The Dryden Press,8<sup>th</sup> ed.,1995.
8. Green, P."Huge Growth Expected in Issues/Causes advertising". Advertising Age, Vol51,pp66-68,1980.
9. Howard, J. A. and Sheth, J. "The Theory of Buyer Behavior ". Homewood, IL:Dorsey, 1969.
10. James F. Engel, Roger D. Blackwell,and Paul W. Miniard " consumer Behavior ". 8rded , Printed by Dryden Press Company, 1995.
11. John A. Astin"Why patients use alternative medicine-results of a national study". JAMA,

Vol279, No19, pp1548-1553, 1998 May.

12. Kover, A. J."Models of Men as Defined by Marketing Research". Journal of Marketing Research, Vol.4,pp129-132, 1967.
13. 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.
14. 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.
15. Novelli, W."More Effective Social Marketing Urgently Needed". Advertising Age,  
Vol51,pp92-94, 1980.
16. Palda, K. S."The Hypothesis of Hierarchy of Efforts". Journal of Marketing Research,  
Vol.3,pp13-24, 1966.
- 17.
18. Philip K. "Marketing Management". Englewood Cliffs, N. J.:Prentice Hall, 1989.
19. Philip K. and Gary A."Principles of Marketing". Englewood Cliffs, N. J.:Prentice Hall,  
1989.
20. Robertson, T. S."Innovative Behavior and Communication". New York: Holt, Rinehart and  
Winston, 1971.
21. 13.Wilt TJ,Ishani A Stark G,et al."Saw Palmetto Extracts for Treatment of Benign Prostatic  
Hyperplasia:a Systematic Review ". JAMA, Vol280, pp1604-1609, 1998.

## 二、中文部份：

1. 中央健康保險局，”全民健康保險統計 1998”，1999。
2. 方世榮，”行銷學”，三民書局：台北，1996。
3. 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。
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. 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。
9. 李佳囊，”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。
10. 李柏勳，”診所未加入全民健保特約之因素探討—以台中縣市為研究對象”，中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，2000。
11. 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。
12. 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。
13. 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。
14. 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。

15. 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。
16. 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。
17. 吳肖琪，”健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響”，台灣大學公共衛生研究所博士論文，1991。
18. 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。
19. 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。
20. 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。
21. 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。
22. 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。
- 23.
24. 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。
25. 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。
26. 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。

27. 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。
28. 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。
29. 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。
30. 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。
31. 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。
32. 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。
33. 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。
34. 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。
35. 陳定國，”行銷管理導論”，五南圖書出版公司：台北，1986。
36. 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。
37. 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。
38. 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。
39. 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。

40. 郭靜燕，”中醫求醫行爲之決定因素”，台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1992。
41. 陳定國，”行銷管理導論”，五南圖書出版公司：台北，1986。
42. 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。
43. 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。
44. 榮泰生，”行銷管理學”，五南圖書出版公司：台北，1991。
45. 廖繼鉉，”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。
46. 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。
47. 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。
48. 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。
49. 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。
50. 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。
51. 賴俊雄、李卓倫，”民眾尋求與利用健康服務的行爲模式”，衛生教育，第4輯，第108-138頁，1992。
52. 謝慧欣，”民眾對健康資訊需要之初探”，國立臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，1998。
53. 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。
54. 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。

55. 羅紀瓊，”勞保中醫利用”，行政院衛生署，1991。



## 柒、圖、表

### 一、圖目錄

|        |                         |    |
|--------|-------------------------|----|
| 圖 2-1  | 黑箱(Black Box)-----      | 5  |
| 圖 2-2  | 1960 年前消費者行為未分類型模式----- | 7  |
| 圖 2-3  | 消費者行為片面型模式-----         | 7  |
| 圖 2-4  | 購買行為模式-----             | 8  |
| 圖 2-5  | 購買過程「五階段模式」-----        | 8  |
| 圖 2-6  | 購買行為的連續-----            | 9  |
| 圖 2-7  | Philip 的購買行為模式-----     | 14 |
| 圖 2-8  | 影響行為之因素的詳細模式-----       | 15 |
| 圖 2-9  | 消費者行為的基本模式-----         | 16 |
| 圖 2-10 | 第一階段醫療服務利用行為模式-----     | 22 |
| 圖 2-11 | 第二階段之醫療服務利用行為模式-----    | 25 |
| 圖 2-12 | 第三階段醫療服務利用行為模式-----     | 27 |
| 圖 2-13 | 第四階段醫療服務利用行為模式-----     | 28 |
| 圖 2-14 | 疾病行為模式-----             | 29 |
| 圖 2-15 | 健康信念模式-----             | 31 |

## 二、表目錄

|        |                        |    |
|--------|------------------------|----|
| 表 2-1  | Assael 購買行為之分類-----    | 10 |
| 表 2-2  | 四種購買行為類型之彙總-----       | 10 |
| 表 2-3  | 醫療服務利用影響因素之操作型指標-----  | 26 |
| 表 3-1  | 自變項及因變項之操作型定義-----     | 55 |
| 表 4-1  | 回收份數及比率-----           | 62 |
| 表 4-2  | 年齡變項比例-----            | 62 |
| 表 4-3  | 性別比例-----              | 63 |
| 表 4-4  | 教育程度比例-----            | 63 |
| 表 4-5  | 個人月收入區分-----           | 64 |
| 表 4-6  | 近兩年內曾使用中醫情形-----       | 64 |
| 表 4-7  | 民眾對中醫師看診滿意度-----       | 65 |
| 表 4-8  | 民眾對中醫門診滿意度-----        | 65 |
| 表 4-9  | 是否有固定的中醫師-----         | 66 |
| 表 4-10 | 是否有固定就醫的中醫療院所-----     | 66 |
| 表 4-11 | 中醫師診療利用與否之羅吉斯回歸分析----- | 72 |