

中國醫藥大學
醫務管理學研究所碩士論文
編號：IHAS-355

上海地區台醫療服務認知與利用之研究
**An Analysis of the Perceptions and Utilization of
Medical Services of Taiwanese Living
in Shang-Hai City**

指導教授：郝 宏 恕 博士
研究生：邱 靖 婷 撰

中華民國九十五年七月

誌謝

命運也許就是這樣奇特，你會在某個時候遇上某個人，從此你就開始不同的人生。就這樣，我有幸進來中國醫管所，接受兩年醫務管理教育的薰陶。而這兩年的學習也將要在此劃下完美的句點，在這之前我想要感謝。

我想要感謝恩師，郝老師相濡以沫，古典經濟學派理念的教育方式讓學生有獨立的思考空間；任務管理式的明確指導讓懵懂的學生主動學習；老師就像學生的太陽，給予適當的引力，使得大家就像行星般按部就班、不偏不倚的在軌道上運行著從不偏差。能有幸遇到這樣的明師，足使學生甚感榮幸。再者，要感謝馬作鏹老師與王俊文老師的關心及建議，很感謝您們給予的寶貴意見，此篇論文才可更上層樓。

我想感謝我大學時代的老師蔡副教授穗馥，雖然學生在碩士班在中國醫藥大學求學，但老師總是不計較一切的為學生盡力付出，亦師亦友惠我良多，師生情誼永難抹滅，學生點滴在心頭。

我想感謝父母，沒有父母昨日的栽培，便沒有今日孩子的茁壯，每一天都讓我心懷感恩，寸草春暉，女兒未來的日子定當加倍努力，學習烏鴉反哺、羔羊跪乳，以餉父母恩。

我想感謝同窗的鼓勵，啟淑大哥就像兄長一般給予我人生上的啟發；與顯秀、依雲和睿圻(依年齡排序)共同創造的回憶讓我永難忘懷，「同學們，核廢料小隊精神永存」；感謝楷蝦，讓我的靈魂更加勇敢，小珍珠永保健康；感謝俊凱大哥的幫忙，感謝學弟妹們的支持，窈如、敬元、宜岑、小遠夫婦…你們也要加油喔！

唯一可惜的是，我無法與我的愛犬妞妞一同分享這份喜悅，雖然牠來不及見證主人的努力，不過我想牠的精神永遠也將與這篇論文同在。

要謝的人實在是太多了，因為您們的幫助與鼓勵，讓我一路走來備感溫馨。最後，一如陳之藩先生所言「感謝之情，無由表達，還是謝天罷。」

靖婷

丙戌年仲夏於陋室

摘要

本研究旨在探討大陸台商的個人特質、求醫行為歷程與台商健康服務需求缺口的關係。

研究結果發現夫妻子女同住者、高階主管、對中國醫療服務品質認知良好的台商、前往看診交通時間在 30 分鐘以下者皆有較高之中國門診利用情形。台商在「身體疼痛(BP)方面」、「活力狀況(VT)方面」、「社會功能(SF)方面」、「角色-情緒(RE)方面」、「心理健康(MH)」，均較台灣民眾數據為不健康；但台商中國醫療利用次數有較台灣民眾顯著較少。

針對後續研究者的建議：抽樣樣本宜增加、並深入探討為何台灣民眾醫療利用高於旅居上海地區台商的醫療利用。

關鍵詞：大陸台商，醫療利用行為，健康服務利用行為

Research Objectives

To investigate the relationship between Taiwanese Characteristics and health seeking behavior as well as health services gaps.

Major findings of this study are :

(1) Taiwanese living with spouse or families, Top managers, good impression regarding service quality, traffic time less than 30 minutes, have higher ambulatory services;

(2) Taiwanese living in Mainland China health status were worse than those living in Taiwan especially in BP, VT, SF, RE and MH;

(3) Taiwanese living in Mainland China have much lower health service utilization than average Taiwanese living in Taiwan.

Discussion: The study sample is somewhat limited. Future study should increase the sample size, and look further regarding the reasons why the utilization is much lower in mainland China.

Key Words: Taiwanese Businessman, Use of Health Services, Use of Health Services.

目次

第一章 緒論	1
第一節 研究背景	1
第二節 問題陳述與研究問題	7
第三節 研究目的	10
第二章 文獻探討	11
第一節 醫療服務利用模型	11
第二節 求醫行為歷程	21
第三節 台灣目前實際狀況	31
第三章 研究設計與方法	40
第一節 研究架構	40
第二節 研究假設	43
第三節 樣本來源	43
第四節 變項名稱、操作型定義與測量	45
第五節 研究工具	50
第六節 分析方法	52

第四章 結果分析與討論	54
第一節 台商醫療服務利用行為分析	55
第二節 台商求醫行為分析	86
第四節 傾向因素、能用因素、需要因素、求醫行為對醫療服務利用行為之預測分析	110
第五章 結論與建議.....	116
第一節 結論	116
第二節 研究建議	119
第三節 研究限制	120
參考文獻	121
中文文獻.....	121
英文文獻.....	121
網路資料.....	127
附件一 研究問卷.....	132

表目次

表 1.1	改革開放前後醫療衛生比較表	2
表 1.2	中國全國衛生總費用比較表	3
表 1.3	中國與台灣醫療資源差異表	8
表 2.1	醫療服務利用模型整理表	11
表 2.2	台灣使用 Andersen 醫療需求模型之相關研究	20
表 2.3	資訊來源分類表	23
表 2.4	國人平時最主要的生活保健常識來源	24
表 2.5	國人平時選擇醫院診所的最主要理由	27
表 2.6	SF-36 譯碼分數轉換表	35
表 2.7	SF-36 構面分數轉換值對照表	36
表 2.8	SF-36 台灣版常模資料	38
表 2.9	台北縣地區醫院受訪病患的理性求醫指數分析	39
表 3.1	研究對象一覽表	44
表 3.2	問卷回收樣本之適合度檢定	44
表 3.3	本研究操作型定義與測量表	47
表 3.4	專家效度名單	51
表 4.1.1	傾向因素之相關變數單變數表	59

表 4.1.2 健保相關知識與態度之單變數表	60
表 4.1.3 台商能用因素之相關變數單變數表	61
表 4.1.4 台商需要因素之相關變數單變數表	64
表 4.1.5 台商傾向因素與有中國門診利用、中國/總醫療次數比之變異 數分析及 Scheffe 事後考驗	69
表 4.1.6 台商能用因素與有中國門診利用之變異數分析及 Scheffe 事 後考驗	71
表 4.1.7 台商需要因素與有中國門診利用之相關性	71
表 4.1.8 台商傾向因素與有中國門診利用之卡方分析	74
表 4.1.9 台商傾向因素與最近一次醫療利用層級之卡方分析	75
表 4.1.10 台商傾向因素與中國/總醫療次數比之卡方分析	76
表 4.1.11 能用因素與有中國門診利用之卡方分析	79
表 4.1.12 台商能用因素與最近一次醫療利用層級之卡方分析	79
表 4.1.13 台商能用因素與中國/總醫療次數比之卡方分析	80
表 4.1.14 需要因素與有利用中國門診之卡方分析	82
表 4.1.15 需要因素與最近一次醫療利用層級之卡方分析	83
表 4.1.16 需要因素與中國/總醫療次數比之卡方分析	84
表 4.2.1 台商求醫行為之資訊來源與求醫障礙單變數表	87
表 4.2.2 台商求醫決策之求醫決策單變數表	89

表 4.2.3 台商兩岸求醫行為單變數表	92
表 4.2.4 台商求醫行為之中國醫療利用次數求醫行為單變數表	93
表 4.2.5 台商中國醫療利用與最近一次醫療利用層級之卡方分析	98
表 4.2.6 台商台灣求醫行為與最近一次醫療利用層級之卡方分析	99
表 4.2.7 台商中國醫療利用次數與最近一次醫療利用層級之卡方分析	100
表 4.2.8 台商求醫決策與最近一次醫療利用層級之卡方分析	101
表 4.2.9 台商求醫障礙、資訊來源與最近一次醫療利用層級之卡方分析	103
表 4.2.10 台商求醫決策與中國/總醫療次數比之卡方分析	104
表 4.2.11 台商求醫決策與中國/總醫療次數比之卡方分析(續)	105
表 4.2.12 台商求醫障礙、求醫資訊來源與中國/總醫療次數比之卡方分析	106
表 4.3.1 台商健康服務利用行為之單變數表	109
表 4.4.1 有中國門診利用之二元邏輯斯迴歸分析	112
表 4.4.2 中國/總醫療次數比之逐步迴歸分析	114

圖目次

圖 2.2 第二階段醫療服務利用行為模式(1970s).....	14
圖 2.3 第三階段健康行為模式(1980s-1990.....	16
圖 2.5 資訊搜尋模式.....	22
圖 3.1 研究架構.....	41
圖 3.2 Andersen 第一階段醫療服務利用行為模式(1960s).....	42



第一章 緒論

中國改革開放的政策，決定了中國未來的命運，使中國實現了當代世界各國少有的高成長，並成為全球經濟增長的重要拉動力量，改革開放近三十年後的今天，中國經濟規模排名全球第四（新華網，2006）。因此台灣很多企業在面臨世界性成本降低的風潮之下，得以找到另一個解決困境的新方向，進而躍躍欲試「錢」進中國。所以台灣商務往返中國的人數日益大增，以及台灣企業對中國投資額持續加碼，更甚至常駐在中國的人員也是呈現增加的趨勢(楊志良，2005)。

第一節 研究背景

據估計目前中國常住的台灣人就有 150 萬人，而光是大上海地區就有近 50 萬人左右。不過，最讓這些在異地工作的台商與台胞們(以下簡稱台商)感到不安全感的莫過於醫療資源的匱乏與不足。在商業周刊的統計指出，移居上海後台商及其家人最擔心的問題中，「醫療品質」的問題高達 55% (商業週刊，2001)。由此可知雖然中國在改革開放後，經濟能力突飛猛進，且醫療照護系統的水準也較以往為高，不過中國地區的醫療品質以及醫療供給仍就不符合台胞需求。在 2000 年世界衛生組織對成員國衛生籌資與分配公平性的評估排序中，中國的醫療公平性排名僅僅略好於巴西、緬甸和塞拉利昂，在 191 個會員國中排倒數第四。在某些領域特別是公共衛生領域，一些衛生、健康指標甚至惡化(自由電子報，2006)。可見中國醫療衛生領域籌資和分配的公平性，已經讓許多百姓產生無所適從的感覺。

於是本研究收集多方資料，探討目前台灣與中國兩地目前醫療政策的現況。

一、中國醫療改革方面

自從中國改革開放以來，中國的醫療衛生制度發生了重大變革，整體獲得了提升，不過其進步的外表底下，也愈加掩蓋不住日益嚴重的問題。

表 1.1 改革開放前後醫療衛生比較表

單位：%

項目	1993	2004
醫療衛生佔總體 GDP/%	3.0%	5.5%
衛生方面佔政府支出/%	6.0%	16.0%
衛生方面佔人民支出/%	36.0%	55.0%
醫療保險覆蓋率/%	1.9%	39.0%
患病後因經濟困難未就診率/%	5.2%	18.7%
患病後因經濟困難未住院率/%	20.1%	20.7%

資料來源：中國國家統計局(2004)

從表 1.1 可以看出，在改革開放前，通過有效的制度安排，縱使整體經濟水準尚低的情況下，人民的醫療需求仍可獲得相當的滿足。國民健康水平迅速提高，不少國民綜合健康指標達到了中等收入國家的水平，成績十分顯著。

但是，自從改革開放後，在醫療供給面：各種產業都紛紛進入醫療服務的領域，整體概念走向商業化、市場化；而醫療需求面，保險覆蓋率的整體來說比率偏低，再加上貧富嚴重不均使得醫療資源分配差距擴大而嚴重地兩極分化。中國醫療改革開放主要問題如下(中國國務院，2005)：

(一)醫療衛生的品質與市場化服務機制之間的矛盾，造成 SARS 之類的重大危機應變處理能力薄弱。

(二)醫療可近性不足，以及因經濟能力差異所造成的醫療服務品質低落，造成中國大城市的醫院密集程度和擁有的高級服務設備數量已經達到了西方發達國家的水準，但廣大農村地區則重新回到了缺醫少藥的狀態。

(三)醫療機構成了營利性機構，不但要自負盈虧更要反哺中央，造成醫療衛生服務機構基於牟利動機提供大量的過度服務，甚至不惜損害患者的健康。中國改革開放之後醫療服務價格持續攀升但全民綜合健康指標卻沒有得到相應的改善，其原因可見一般。

(四) 中國城鄉醫療保障體制改革的下場就是將醫療服務逐步演變為需要高經濟能力才有辦法消費的商品。醫療照護如此商業化、市場化，早已在世界各國證明並非可行之道。

在表 1.2 可以看到中國政府衛生支出比例逐年遞減，與逐年成長的 GDP 呈現反向成長。取而代之的是個人衛生支出比例逐年攀升，使得中國人民的醫療支出成為重擔。

表 1.2 中國全國衛生總費用比較表 單位：%

項目	1990	1995	2000	2001	2004
政府衛生支出比例	25.1	18.0	15.5	15.8	15.2
社會衛生支出比例	39.2	35.6	25.6	24.1	26.5
個人衛生支出比例	35.7	46.4	59.0	60.0	58.3
衛生總費用佔 GDP 比例	4.03	3.69	5.13	5.16	5.42

數據來源：中國衛生部(2005)

二、台灣民間方面

根據民國 93 年聯合國貿易發展會議發佈的研究報告指出，中國仍是全球最具吸引力的投資國之一，其優勢包括(高長，2005)：

中國具備相對廉價的勞動力資源和廣大的消費市場潛力；跨國直接投資逐漸從製造業外包為主軸朝向以服務業外包為主；中國對外資、合資企業在外資比例、國產化程度、外匯持有量和出口方面的要求逐漸取消；人民幣未來將成為強勢貨幣以及 2008 年中國籌辦奧運會帶來新的商機，也將繼續使中國成為吸引外商投資的重要因素。但是這些因素漸漸無法解釋日益增加的台商潮為何而來。

隨著亞太經濟體系的轉變、中國與東盟交好，中國吸引台商投資的主要原因轉變為：在 WTO 貿易條件下進一步開放；區域聯盟化進程的加快以及上海的海運和航運優勢(何晶茹，2005)。所以台商投資中國的主要原因，也將不再僅止於過去所認知的成本考量，而是著眼於為提高國際競爭力為主。因為台商大多數企業設備與日、韓有供應鏈關係，面對日本、韓國製造業陸續轉向東亞和中國，台商為了保持繼續國際競爭力，不得不迅速作出如此反應，所以一些台灣跨國企業相繼赴中國大上海地區設廠，並連帶使得該廠的協力衛星廠一同前往中國投資，拉抬台資企業西進熱潮。

就因為台資企業如此不斷的持續對中國投資、設廠，進而造成駐中國的台籍幹部人數逐年攀升，根據估計目前中國常駐的就有 150 萬人，光是大上海地區就有近 50 萬人左右；再加上前往中國旅遊、參訪的人數，每天約有四十一五十萬台灣人民在中國(楊志良，2005)。這些人次帶動了大量在中國的台灣人民民生基本需求量。經過本研究

數字換算後，台灣每天大約有 2% 最具消費潛力的人口持續滯留中國，這使得中台兩地經濟已從互補轉為競爭。

在如此龐大的人次民生基本需求中，最令人感到憂心的便是醫療照護了。在聯新醫療集團的一份數據顯示，有高達七成的台商認為在中國需要台商專屬的門診醫院，以及回台快速就診轉診、醫療諮詢等服務等。所以台商的醫療需求已造就台灣醫療業者跨海投資的龐大醫療市場(陳信宏、陳文琴，2002)。正是因為中國醫療水準參差不齊，設備相對於台灣較為落後，造成許多台商不願冒險在內地求醫，不少台商都是抱著病痛之苦，強忍返台就醫。

三、台灣政府方面

雖然前總統李登輝先生在民國 87 年宣佈「戒急用忍」政策，但是中大型企業登陸廠數仍舊不減反增。但到了民國 90 年新政府將兩岸經貿政策從原有的「戒急用忍」調整為「積極開放、有效管理」，時至今日，總統在民國 95 年發表元旦文告，依舊是採積極開放、有效管理，只是較以往更注重於管理面，給予企業登陸更多的限制。

就在政府未給予支持的狀況下，台商登陸投資已備感艱辛，加上政府也將增設對企業中國投資的所謂“政策面審查。其內容大概有(總統府，2006)：

1. 對違法赴中國投資案件，除加強調查及處分。
2. 改革中國投資審查制度，在原有審查機制上增列「重大投資案」等級。凡是投資金額龐大或涉及敏感科技等「重大投資案」，除專案審查程序外，先由有關部門「約談」企業主，就企業財務計劃、

技術轉移、輸出設備、在台相對投資等進行協調，以確保企業的具體承諾。

3. 上市上櫃公司董事、經理人等若赴中國從事相關行業的投資，應事先取得股東會或董事會許可。
4. 加強對中國投資件數多或金額龐大公司的事前審查，「避免群聚投資，造成產業核心競爭力減損，或企業中國投資化整為零」。

這些對台資企業的緊箍咒，在政府的加持下，使得有意西向的企業主們，情勢更形嚴峻。但政府對於台商關心程度相當的健康照護問題，卻無太多著墨。一般說來，台商在中國受到的醫療照護來源以外賓門診較多，這些台商及台幹除了個人醫療還得兼顧同在中國家屬其醫療問題；其中大約 6 成的台商在過去一年平均在中國看診 4 次，另外有高達 7 成台商認為在中國需要有台商專屬的門診及醫院、協助回台快速就診、轉診以及醫療諮詢等服務。這些問題仍有待政府當局提供更明確的配套措施。

第二節 問題陳述與研究問題

台商身處中國就醫問題繁複，有時並非研究人員在台灣就可以憑空想像描繪出來，不過也並非親身在中國生活就可以通盤了解全部的問題，唯有理論與實務雙管齊下才得以抓住問題核心，並進而思考出解決之道。

在坊間許多書籍雜誌，常常提到台商在中國就醫的困擾與不便，本研究經過多方資料收集以及和幾位曾在中國工作年餘的人士討論，整理出台商在中國就醫的問題有以下四種：

(一) 醫療品質與用藥安全

中國的醫藥政策原本是論病例計酬，但是後來這項措施取消了，於是為了彌補院方成本，中國政府當局制定另一個醫療政策「藥品可加價 15% 以作為醫院的收入」。由於醫療訊息不對稱，所以就給某些開大處方的不合理現象提供了生存空間。而從醫院來說，也就出現了「以藥養醫」的現象。醫院總收入的 50% 至 70% 主要是藥品銷售收入，一般看診時醫生都會開一周以上甚至一個月的藥量，以及使用藥品大多偏向高價位種類，病患回家後藥品往往不是吃不完造成浪費，不然就是藥費太貴大喊吃不消(新華網，2005)。另外醫療用語的使用很多與台灣不同、中西藥混用、醫生使用針劑頻繁；藥品未事先分裝、小兒給藥沒有磨粉、一般醫院無法打兒童疫苗等等，造成了台灣人在中國就醫較大的不習慣及困擾。

其次，中國醫院硬體條件差異大、醫生個別技術差異大、專業形象不如台灣醫生如此注重、醫護服務態度普遍欠佳、大醫院一床難求

、門急診等候時間過長、婦女診療的隱私性不佳以及護理照護水準普遍不高…等，造成台灣人在中國就醫的品質較難獲得保證，尤其常常遇到假日時候的醫療問題往往令台商莫可奈何。而且中國的醫療資源結構不合理，例如 30%的城市人口享受 70%的衛生資源，城市衛生資源超過三分之二集中在大醫院；大城市床位比需要多出 20%至 25%，大型診療設備比需要多出 25%至 35%(聯新國際醫療集團，2005)，這些都是中國城鄉醫療資源差距的證據。

而且中國與台灣的醫療資源差異可從表 1.3 看出端倪。

表 1.3 中國與台灣醫療資源差異表

比較項目	中國	台灣
全國醫療機構數量	31.4 萬	1.87 萬
全國總病床數	212 萬張床	13.63 萬張床
(每萬人口病床數)	(24.1 床/萬人口)	(60.3 床/萬人口)
醫院平均病床數	131 床/家	218 床/家
全國醫師人力	187 萬(西中牙醫)	4.19 萬(西中牙醫)
(每萬人口醫師數)	(14.8 人/萬人口)	(20.45 人/萬人口)
全國護理人力	126 萬(西中牙醫)	7.9 萬(西中牙醫)
(每萬人口護理人數)	(10.0 人/萬人口)	(35.5 人/萬人口)
平均門診費用	108.2 人民幣 (約台幣 432 元)	新台幣 781 元
藥費佔門診費用比例(%)	54.7%	30%

資料來源：聯新國際醫療集團(2005)

台灣的每萬人口病床數是中國的 2 倍以上，而每萬人口醫師數、每萬人口護理人數也較中國多，這樣的醫療資源差異，使得台商在習慣如此充足方便的醫療照護資源之後，到了中國更深刻體會到台灣醫療資源高可近性的可貴。

(二)就醫流程、服務方式與台灣差異性大

在中國看病住院流程之繁複非親身體會之人能夠瞭解；首先掛號要買掛號條，若欲選擇專家門診，主任級醫師掛號費較一般醫師貴上一些，看診後醫師指定了一些檢查項目，一律都是要先繳費，若有需要住院者就得先繳交一筆保證金，時常有時候病患只是看看傷風感冒，而被醫生指定去做很多在台灣根本不用做的檢查，例如：X光攝影、驗尿、抽血等。就在搞不清楚需不需要的情況下便進行了很多檢查，不但病體無法負荷排隊掛號、就診、付費、檢查、再付費等反覆流程，最後的醫藥費也跟著水漲船高。

(三)健保給付問題

健保在中國能回台申報核退給付的項目，僅限「不可預期傷病」或「緊急分娩」兩項。慢性病患者或計劃性前往中國就醫者，都不在給付範圍。一般而言，台灣人士因意外傷害、感冒發燒等突發性病症在中國就醫的費用，都可在回台六個月內經過公證手續後向健保局申請健保核退(中華醫藥網，2006)；此外，在不符規定、遭退件的申請案中，則以慢性病、已曾在國內就醫的癌症病患，及計劃性前往海外進行手術、器官移植等案例居多。另外因目前中醫住院部分，健保並不給付，因此許多台商前往中國按中醫、傳統療法住院部分亦無法獲得健保給付。一般說來健保局從收到申請核退的給付案件到真正核退，期間至少長達兩個月，手續繁瑣以及不便更是為台商所詬病。

第三節 研究目的

台商身處異地，且中國的醫藥資源不及台灣普遍，以及健保鞭長莫及等因素，在這種情況下本研究為探討台商在中國的醫療服務利用行為，是否有差別，故有下列研究目的：

- 一、探討台商傾向因素與健康服務利用行為的關係。
- 二、探討台商能用因素與健康服務利用行為的關係。
- 三、探討台商需要因素與健康服務利用行為的關係。
- 四、探討台商求醫行為與健康服務利用行為的關係。
- 五、預測傾向因素、能用因素、需要因素及求醫行為對健康服務利用行為的關係。



第二章 文獻探討

在文獻探討裡，筆者將針對研究中相關的議題，做一個文獻上的討論，內容包含Andersen醫療服務利用模型，求醫行為歷程及相關研究的數據討論。

第一節 醫療服務利用模型

醫療服務利用(Use of Health Services)的觀念很早以前就被廣泛應用，各版學說均以前版學說為建基，經過修改成為更新一版的醫療服務利用學說，以下列表簡介(見表2.1)：

表2.1 醫療服務利用模型整理表

版本	作者	年份	特色
第一版	Andersen	1960s	強調個人為單位的因素探討
第二版	Aday and Andersen	1970s	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(Mutual)因素及不可變(Immutable)因素
第三版	Andersen & Aday	1980s-1990s	為醫療服務利用可以維持並改善人們的健康情形，並且再提出外在環境、個人健康行為兩大類變項，來修正該模式
第四版	Andersen 整合Evan、Scoddart 及Patrick 等人之研究觀念後提出	1990s	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

資料來源：摘自Andersen(1995)

附註：筆者整理

一、第一版醫療服務利用行為

第一版由 Andersen 於 1968 年提出，特點在於強調以個人為單位的醫療利用行為因素，有較完整的理論架構及操作型定義，因此成為廣泛使用的模式。此模式最初是用於解釋人們利用醫療服務的形式，其中包含了醫療服務利用行為的三個組成因素，這些因素的關係是傾向因素直接影響能力因素，再影響需要因素，最後影響健康服務的使用。(如圖 2.1)。

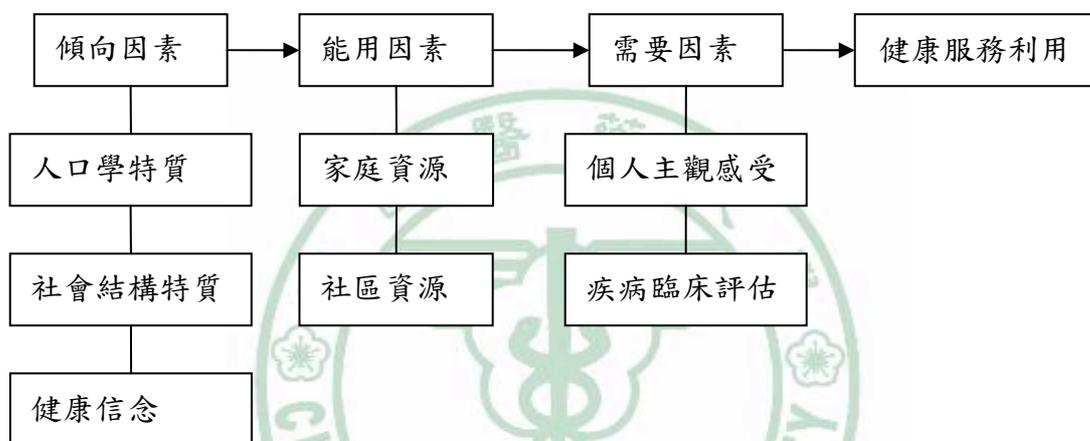


圖 2.1 第一階段醫療服務利用行為模式(1960s)

資料來源：Andersen(1995)

1. 傾向因素 (Predisposing Characteristics)：指疾病發生之前，有哪些特質的人比較傾向於使用醫療服務。

- (1). 人口學特質 (Demographic): 年齡、性別、婚姻狀況及家庭大小等。
- (2). 社會結構特質 (Social Structure)：種族、教育程度、職業、社經地位、宗教信仰等。
- (3). 健康信念 (Health Belief)：指對醫療保健之知識與價值觀，如：人們對醫療照護的信念、態度或對疾病的知識等。

- 2.能用因素(Enabling Component)：指個人獲得醫療服務的能力。
- (1).個人或家庭資源(Personal/Family)：如：家庭收入、是否有固定就醫資源、健康保險等。
 - (2).社區資源(Community)：如：社區資源的多寡、醫療資源的可用性、可近性、醫療服務價格及就醫時間等。
- 3.需要因素(Need)：指個人感受到某些醫療需要後才產生求醫行為，這是醫療服務利用中最直接且最重要的因素：
- (1).個人自覺 (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，像是自覺無法工作天數及自述一般健康狀況等。
 - (2).評估疾病(Evaluated)：醫療人員在臨床上對個人生理、心理及社會健康狀況之評估。
- 4.健康服務利用行為(Use of Health Services)：按照醫療服務型態、醫療服務地點、求醫目的及醫療利用時間間隔來加以探討。
- (1).醫療服務型態(Type)：傳統醫療及現代醫療。
 - (2).醫療服務地點(Site)：提供醫療服務的場所，例如：醫院、診所、藥局等。
 - (3).求醫目的(Purpose)：可分成治療型及預防性。
 - (4).醫療利用時間間隔(Time Interval)：醫療利用者的求醫次數等。

二、第二版醫療服務利用行為

1974年，Aday & Andersen 提出第二階段健康行為模式，其與第一階段之最大不同點在於除了將個人因素在細分為可變因素及不可變因素，且加入衛生服務利用因素、健康照護系統因素、消費者滿意因素納入該模式所以又稱為健康系統模式，不過，因為此模式包含太多變項，因此在實證上無法以單一研究設計來驗證此一複雜模式，茲分述如下（如圖 2.2）：

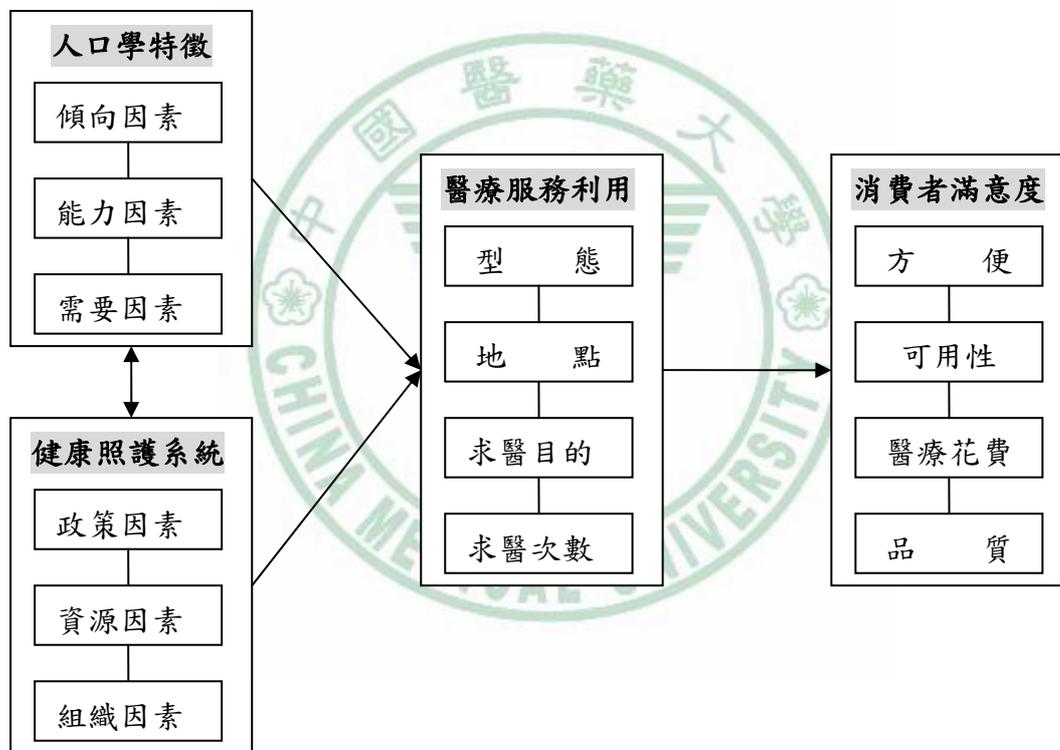


圖 2.2 第二階段醫療服務利用行為模式(1970s)

資料來源：Andersen(1995)

1. 人口特質(Individual Factors)：

- (1)需要因素(Need)：個別知覺、評估建構能力、健康程度等。
- (2)能用因素(Enabling Factors)：溝通資源、家庭、可靠近的資源。
- (3)傾向因素(Predisposing Factors)：年齡、性別、教育、種族/少數民族和職業、如對健康服務的態度、知識、對疾病的常識、還有價值觀。

2. 健康照護系統(Health Care System)：

- (1).政策(Policy)：包括財力、物力、人力及教育等各方面之衛生計畫。
- (2).資源(Resources)：指健康照護系統人力及設備的數量與分佈。
- (3).組織(Organization)：擁有資源的體系為何。

3. 醫療服務利用行為(Use of Health Services)：按照醫療服務型態、醫療服務地點、求醫目的及醫療利用時間間隔來加以探討。

- (1).醫療服務型態(Type)：傳統醫療及現代醫療。
- (2).醫療服務地點(Site)：提供醫療服務的場所，例如醫院、診所、藥局等。
- (3).求醫目的(Purpose)：可分成治療型及預防性。
- (4).醫療利用時間間隔(Time Interval)：是指求醫次數。

4. 消費者滿意(Consumer Satisfaction)：指民眾接受醫療照顧後，對醫療服務品質的主觀性評價，包括消費者對醫療服務的方便性(Convenience)、花費(Financing)、品質(Quality)，醫療服務人員的協調、禮貌及服務訊息是否充分(Provider Characteristics)等。

三、第三階段醫療服務利用行為模式

此研究模型提供了一個更加清楚的方法來瞭解當病患需要健康照護的時候以及在使用健康照護上可能的干擾變項；第三階段醫療服務利用行為模式認為醫療服務利用應該要維持並增進人們的健康狀況，個人對醫療服務的知識不應僅限於測量消費者滿意度，同時應該要可藉由個人自覺或由專家評估，而外在環境亦為影響醫療利用的重要因素。特點在於此模型擴大對健康行為的探討層面，並提出下列新的影響變項1.外在環境要素、2.人口特徵要素，來修正該模式

(Andersen, 1995) 如圖2.3：

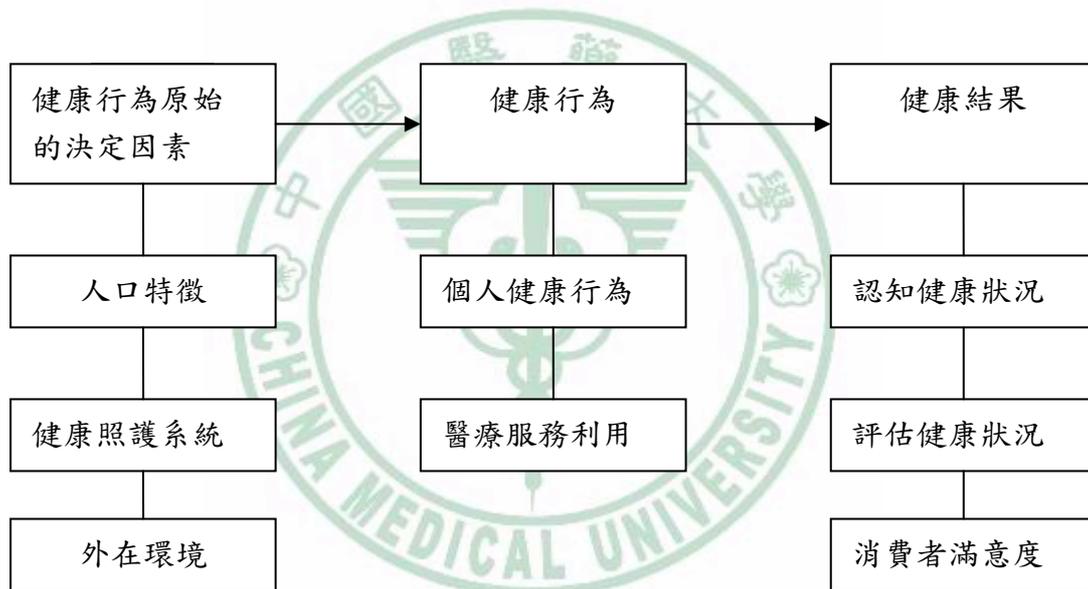


圖2.3 第三階段健康行為模式(1980s-1990s)

資料來源：Andersen(1995)

1.健康行為原始的決定因素：影響健康行為原始決定因素包括人口學特徵、健康照護系統及其他的外在環境因素。

(1.)人口學特徵(Population Characteristics)：年齡、性別、婚姻狀況及家庭大小等。

(2.)健康照護系統(Health Care System)：

A.政策(Policy)：包括財力、物力、人力及教育等各方面之衛生計畫。

B.資源(Resources)：指健康照護系統人力及設備的數量與分布。

C.組織(Organization)：擁有資源的體系為何。

(3.) 外在環境要素(external environment)：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：身體因素、政治、經濟等因素。

2. 健康行為：本研究模型較以往模型更擴大對健康行為的探討層面

(1).個人健康行為(Personal Health Practices)：強調健康行為會影響健康結果，例如：飲食習慣、運動習慣、自我照護等。

(2).醫療服務利用(Use of Health Services)：按照醫療服務型態、醫療服務地點、求醫目的及醫療利用時間間隔來加以探討。

3.健康結果要素(Outcome Component)：健康服務應該讓

(1).可感受的健康服務(Perceived Health Status)：社會大眾可以感受到健康服務的存在。

(2).專家學者評估(Evaluated Health Status)：由專家學者來決定醫療服務是否有用。

(3).消費者滿意(Consumer Satisfaction)：指民眾接受醫療照顧後，對醫療服務品質的主觀性評價，包括：消費者對醫療服務的方便性(Convenience)、花費(Financing)、品質(Quality)，醫療服務人員(Provider Characteristics)的協調、禮貌及服務訊息是否充分等。

四、第四階段醫療服務利用行為模式

Andersen 模型(Andersen,1995),發展用來研究有決定性的健康照護服務使用者,時常被用來研究長期健康照護還有不同種族/少數民族健康照護(Evans and Stoddart 1990; Patrick et al. 1988)(引自 Andersen ,1995)。這個模型假定健康服務的使用取決於社會性的要素(societal factors)、健康服務系統要素(health services system factors)、個別要素(individual factors), (Bradley ,B. , 2002) 。此外本模型主要強調健康服務和結果間回饋影響的過程。

醫療服務利用在此會變成動態 (Dynamic) 、回覆 (Recursive) 的關係模;環境因素會影響人口學特徵,並接影響健康行為,最後影響健康結果;同時環境因素、人口學特徵、健康行為也會直接影響健康結果。

Andersen (1995) 更進一步指出此複雜的模式常需要長期的追蹤研究及更多的專家投入,尤其是將社會學家納入其中。如圖 2.4:

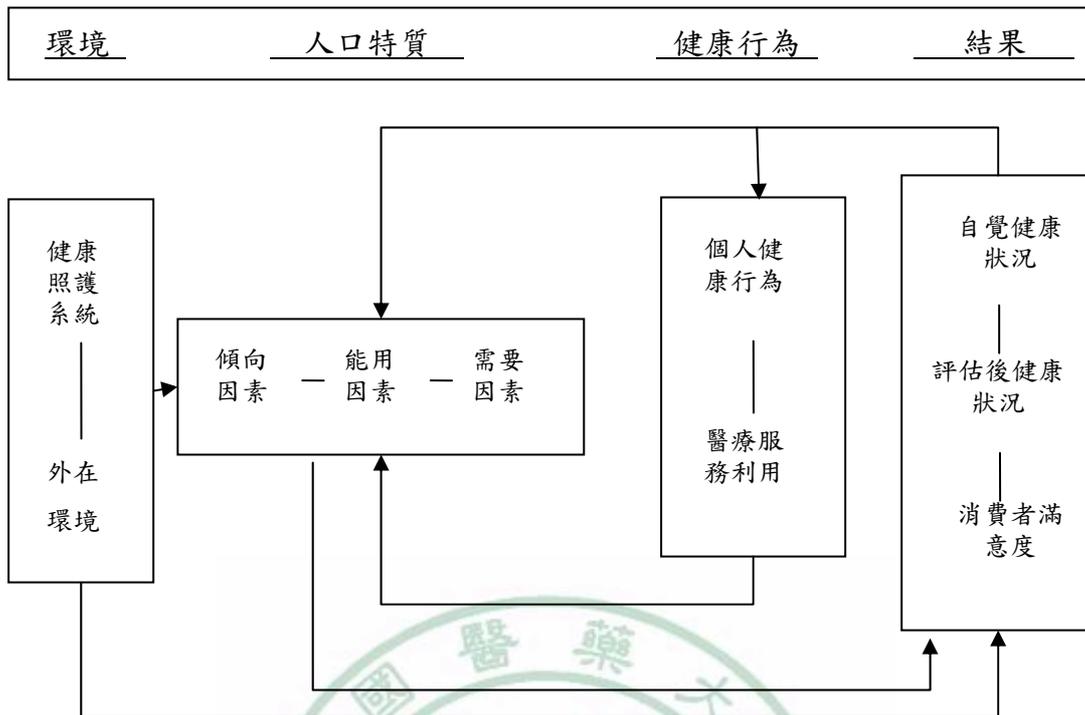


圖 2.4 第四階段醫療服務利用行為模式(1990s)

資料來源：Andersen(1995)

1. 人口特質(Individual Factors)：

- (1)需要因素(Need)：個別知覺、評估建構能力、健康程度等。
- (2)能用因素(Enabling Factors)：溝通資源、家庭、可靠近的資源
- (3)傾向因素(Predisposing Factors)：年齡、性別、教育、種族/少數民族和職業、對健康服務的態度、知識、對疾病的常識、還有價值觀。

五、小結

國內學者(李卓倫等, 1996)的相關研究中指出, 台灣1983年以前較著重以心理學及社會學變項來解釋民眾的醫療需求;到了1984年以後, 開始加入健康保險、固定就醫場所、當地醫療資源等變項;1990年以後的研究則注意到個體健康狀況對醫療需求的影響。這些研究中所探討的變項與Andersen醫療服務利用模式中的傾向、能力和需要變項極為相似(葉國樑, 2001)。足可見當一份文獻在分析醫療服務利用時, 其模型的選擇大多脫不了Andersen醫療服務利用模式。見表2.2。

表2.2 台灣使用Andersen醫療需求模型之相關研究

作者	年份	研究題目	使用模型
吳肖琪	1991	健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響	第二階段醫療服務利用行為模式
康健壽等	1996	複向求診病患選擇中西醫門診的相關因素	第二階段醫療服務利用行為模式
陳綾穗	2000	外籍勞工醫療可近性與醫療利用分析	第一階段醫療服務利用行為模式
李志偉	2001	智能障礙者醫療照護需求評估	第一階段醫療服務利用行為模式
郝宏恕	2004	全民健康保險中醫門診利用暨影響因素分析	第二階段醫療服務利用行為模式

附註：筆者整理

Andersen的醫療服務需求模式是經過一版一版的修改, 而其修改後每一版的特色在本節開頭中的表2.1中可以看出來, 該模型越來越重視人與外界的互動, 甚至達到動態影響的階段。不過參考後續相關研究有套用到Andersen模型的論文, 大多是選擇一個與該研究目的最接近的模型版本, 再加以延伸探討主題, 可見雖然模型一直在演進, 可是其過去的歷史研究仍有其重要的參考價值。

第二節 求醫行為歷程

感到不舒服，不一定真的生病，這有可能只是受到社會文化影響所產生的自覺主觀感受。『病』有分兩種解釋，其一是名詞的病，其二是形容詞的病。前者，以病理學上的認定為主。後者，是自己根據以往不舒服經驗所認定的感覺（Eisenberg，1977）。

當民眾自我生病了，便會開始思考如何解決的方法，並依照個人經驗來做出是否對外尋求醫療的判斷，如果決定尋求醫療、解除不舒服症狀的方法，這些便代表民眾已經開始了求醫行為歷程(Health Seeking Behavior)。

探究國內外討論求醫行為歷程的相關理論與研究大致可將求醫行為歷程區分為，求醫資訊來源、求醫決策、求醫行為及求醫障礙。

一、求醫資訊來源

求醫資訊來源，又可再細分為資訊搜尋評估，以及資訊來源分配，前者主要在討論行為人如何得到(Input)資訊，後者主要在分析行為人在收到資訊後，如何處理(Output)所得到的資訊。簡述如下：

(一)、資訊搜尋與評估(Decision Making & Information Evaluation)：

資訊搜尋活動可以分為內部資訊搜尋與外部資訊搜尋：

1. 內部資訊搜尋：(Intensive Decision Making)

從記憶中尋找有關的資訊，當消費者認為內部搜尋所得的資訊已足夠供他作決策時，就不會再從事外部搜尋，這種過程反應在醫療消費行為上，就是所謂的例行性選擇行為(Routinized Choice Behavior)。

2. 外部資訊搜尋 (Extensive Decision Making) :

在內部資訊搜尋之後若消費者仍覺得所得的資訊不足以使自己做出正確或滿意的決策時，他就會從事外部搜尋來滿足需求。不過如果消費者僅採取較低或中等程度的心力去解決問題時，他將只會進行少量的搜尋活動，亦即所謂的有限的決策模式 (Limited Decision Making) (如圖2.5)

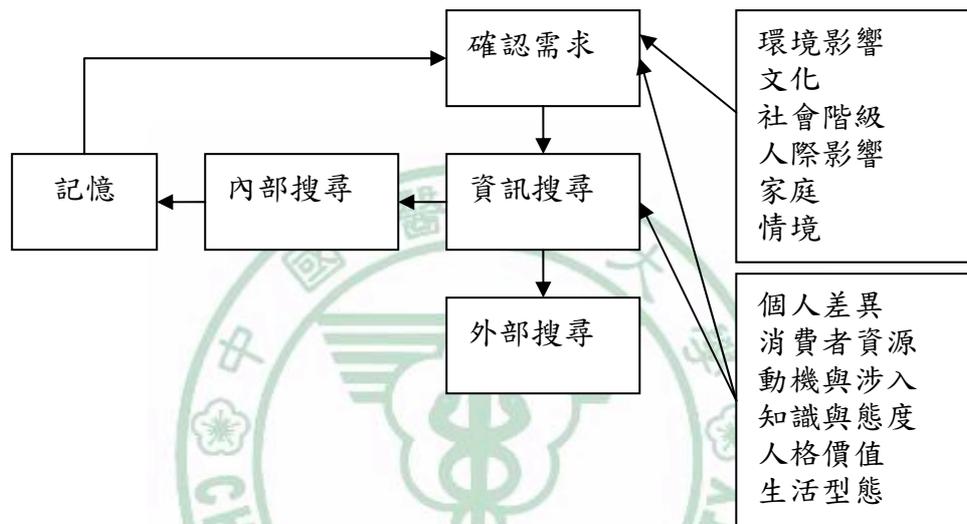


圖 2.5 資訊搜尋模式
資料來源：Engel 等(1994)

3. 資訊評估 (Information Evaluation) : 學者 Hawkins 認為消費者可能採用的決策策略有三種 (引自葉日武譯, 2001) :

- (1) 依照習慣作決策，未經許多評估
- (2) 回憶數個過去的決策並進行評估
- (3) 廣泛地收集資訊並搜尋數種選擇

(二)、資訊來源(Information Sources)

在Eliot Freidson於1965年的研究中指出，醫療需求者的初步診斷，不一定是在診所，而是在病患與親友討論自己的症狀時即產生，這便稱為非專業轉介系統(lay referral network)(Xiaoming Zeng,2001)。其他資訊來源的分類各家學說者眾，尤其在現今資訊發達的背景下，許多消費者其資訊來源廣度越來越大，使得生產者在行銷上越來越難掌握。本研究僅擇差異性較大的理論試整理如表2.3。

表2.3 資訊來源分類表

作者	年份	特色
Robertson ,C. et al.	1984	以是否為行銷人員可控制和是否為人際來源兩個構面將資訊來源分為下列四類： (1).可為行銷人員控制且屬人際來源，例如：銷售員。 (2).可為行銷人員控制但非人際來源，例如：廣告和銷售點展示。 (3).不可為行銷人員控制且屬人際來源，例如：親友之口碑和專家意見。 (4).可為行銷人員控制但非人際來源，例如：社論或新聞。
Peter ,D. & Olson ,C.	1993	將資訊來源分為以下五大類： (1).內部資訊來源：此資訊來源消費者僅需較低的努力就可以取得而且信度高。 (2).人際關係資訊來源：此資訊來源消費者也是僅需較低的努力就可取得，但是可信度低。 (3).行銷資訊來源：此資訊來源消費者同樣也是僅需較低的努力就可取得，但是可信度較低。 (4).公共報導：此資訊來源消費者需要較高的努力才可取得，但是可信度高。 (5).經驗：此資訊來源消費者同樣需較高的努力才可取得，但是可信度高。
Engel , F. & Blackwell , D.	1993	1. 消費者很少只參考一種來源，大部份使用多種來源。而且不同的傳媒通常都是互補的而非替代的。 2. 大眾傳播媒體，不管是否由行銷人員所控制，在高涉入決策裡，都僅扮演告知 (informing) 的功能。 3. 在高涉入的決策情況中，平面媒體 (print media) 較電子媒體 (electronic media) 重要。 4. 就決定性影響上而言，非由行銷人員所控制的來源，特別是口傳，是最重要的。因為由親戚或朋友口中得知的消息是比較可信可靠且清楚

的。

5. 由行銷人員控制的來源，在必須提供屬性資料以供消費者判斷產品或服務的性質時，扮演著很重要的角色。

Xiaoming, Z. 2001 作者相信網際網路的醫療資訊與病患親友組成的非專業轉介系統一樣，
& Michael, W. 成為時下病患就醫資訊來源。

WHO 2005 訊息來源主要來自標竿以及搜尋具競爭性質的比較物

註：筆者整理

國內有關國人醫療資訊來源的統計研究，可以參考由行政院主計處所公佈的國人求醫行為及資訊來源(主計處，2001)，其中醫療資訊最多的來自電視媒體(41.24%)，次多的是親朋好友(21.66%)，兩項合占約2/3以上的資訊來源(見表2.4)。

表 2.4 國人平時最主要的生活保健常識來源 單位：%

比較項目	總計	電視	廣播	報紙	雜誌	書籍	網際 網路	親朋 好友	其他
按教育程度分	100	41.24	3.16	18.27	3.91	8.48	2.31	21.66	0.98
不識字及自修	100	40.82	6.57	1.73	0.11	0.19	—	49.37	1.22
國小	100	50.8	5.69	8.19	0.85	1.2	0.02	31.91	1.34
國(初)中	100	51.75	3.67	15.51	2.73	3.66	0.11	21.68	0.9
高中(職)	100	41.73	1.97	22.46	4.75	9.79	2.1	16.33	0.87
專科及大學	100	29.48	1.7	26.28	6.43	16.15	5.55	13.54	0.88
研究所及以上	100	17.82	1.69	22.42	8.86	23.2	11.08	14.4	0.52

資料來源：行政院 (2002)

二、求醫決策

求醫決策的部份，是病患求醫決策過程重要的考量因素與主要步驟，主要的研究內容還是偏向消費者行為等行銷理論。而醫療院所則可以透過對醫療消費者求醫決策過程的加深認識，來使醫院之『品牌形象』行銷活動更能有效的傳達至目標群體，進而影響其求醫行為的改變。

影響求醫者主要決策的因素包括下列幾種，分別是經濟因素、時間因素、方便性因素、社會心理因素及醫療品質因素等，試簡述如下（陳昭星，2005）：

- (1)經濟因素：指病患對接受醫療服務所必須付出成本的考量。
- (2)時間因素：指病患對候診領藥作業等候時間的參考。
- (3)方便性因素：指病患對求醫交通方便性、距離遠近的考量。
- (4)社會心理因素：指病患對醫療服務人員的服務態度、儀器設備完整性的考量。
- (5)醫療品質因素：指病患對醫師技術及醫療人員技能的考量。

有關消費者購買的決策過程（decision process）的理論，除了一般常見的行銷大師Kotler(1991)的研究之外，Engel對決策過程的研究本研究嘗試摘錄如下（Engel et al.,1990），可分成下列五個階段：

- (一)需求知識：當購買者確認某問題或覺得有某些需求，其購買過程即開始。內部或外在刺激會引發購買決策動機、經驗和資訊，進而影響消費者對問題的知識。
- (二)資訊尋求：消費者會根據自己現有的資訊和記憶來做資訊的初步搜尋，若不足則會主動向外界尋求決策時所需要的相關資訊。在程度上可區分為兩種層次：加強注意或積極蒐集資訊。

(三)方案評估：消費者根據所收集到的資訊，再以不同評估準則對不同的方案進行評估。

(四)購買決策：各項方案經過評估後，消費者決定選擇其中某一方案，會受到「知覺風險」的影響。

(五)購買結果：消費者購買後產生兩種結果：滿意或知識失調。這些選擇如果滿意，則變為資訊和經驗；若不滿意則會產生知識失調，如此將採取若干行動降低購後失調所引起不愉快的感覺。

消費者購買決策包含了上述的五個階段，但有時消費者會因需求與情境的不同而跳過或顛倒某些階段。然消費者涉入越深的購買行為，其購買決策過程則會越完整。

當我們探究醫療消費者對於事件關注程度時，一定也會提到涉入 (involvement)，因為涉入被用來說明消費者對事件關注的程度。Eagly, A. & Chaiken, S. (1993) 認為涉入是一個人組成態度強弱的中心象徵。由於對於大部份的人來說，跟自身健康息息相關的醫療服務通常具有高度涉入 (highly involvement)，例如：買車子、房子、時裝、禮物、傢俱、電腦、珠寶、錄影機等。而低度涉入則是較容易發生在對於消費者的重要性不大的購買行為上，例如：買鉛筆、鹽、膠帶、口香糖、速食、和牙刷等。

雖然醫療服務對於消費者而言會有較高的消費者涉入，但是醫療其實是具有高度專業性，正因如此，一般消費者對所利用的醫療服務

內容並不瞭解，這種資訊高度不對稱的關係使得醫療服務利用成唯一種複雜的購買行為。

行政院主計處在民國九十年的統計報告也有提到國人對於醫療消費時主要的理由(見表2.5)。其中不同的性別與所在的區域，並未對醫療決策理由的順序造成太大影響，充其量只會有比例上小小的差異。

表 2.5 國人平時選擇醫院診所的最主要理由 單位：%

項目	總計	醫師 技術好	醫院 設備好	親友 推薦	距離近	服務 態度好	其他
按性別分							
男	100	36.44	14.59	8.62	28.79	4.66	6.9
女	100	39.28	13.89	9.51	26.69	4.85	5.78
按地區別分							
北部地區	100	36.04	14.66	8.38	29.96	3.85	7.11
中部地區	100	40.11	13.48	9.88	25.96	4.48	6.09
南部地區	100	38.45	14.04	9.37	26.51	6.23	5.4
東部地區	100	42.11	16.29	9.89	19.03	6.95	5.73

資料來源：行政院主計處(2001)

三、求醫行為 Health Seeking

不同的人對症狀的接受程度、評估的結果是否採取行動的決策均有所不同 (Mechanic,D, 1968)，在症狀出現後到開始就醫之前，有很多因素會影響到個人的疾病行為，這些因素共同組成了「尋求協助的整體理論」(General Theory of Help Seeking)，亦稱為求醫行為模式。

台灣自從民國39年實施勞保，當時的保險率是40.12%，接著民國47年推行公保、民國74年農保、直到民國84年才實施全民健保，短

短地十年間，健保率已達 99%。自從全民健保實施後，全國上下大部分的醫療院所都有加入，因而健保掌握幾乎全部的醫療資源，健保許多措施都大大影響了醫療行為，也影響了民眾的求醫行為。此外，台灣人民特性在很多研究結果中顯示為十分喜愛看醫生，且台灣也盛行所謂的民俗療法、藥房，所以台灣人的求醫行為模式並不能完全以西方的研究模式來參考。

在一份國內學者對求醫行為研究中歸納出台灣人的求醫行為特色（劉仲冬，1997）：

1. 複向求助：台灣社會至少存有中醫系統、西醫系統、和民俗系統這三種不同的醫療範型。而一般人的疾病信念並不固定，因此求醫行為的表現也就相當的彈性與功利。另由以往的研究則指出，無論在鄉村地區或城市地區，台灣民眾皆具有複向求醫的傾向。
2. 西醫為主流：即使複向使用不同的醫療系統相當普遍，但不可否認的是西醫仍然為醫療市場的主流，尤其是急性疾病，西醫的利用率都在百分之八十以上。而在中、西醫並存的台灣，中醫和西醫醫療利用所顯示出來的是替代關係，使用西醫就可能不再使用中醫，反之亦然，但無論如何，西醫的優勢還是難以取代。
3. 階段性處理原則：一般民眾的求醫模式其實大同小異，多數人會依疾病的性質、病程，而尋求不同的求診對象，故求醫的過程則可歸納為四個階段：
 - (1) 症狀初期通常置之不理、不管它，自己處理，或購買成藥。
 - (2) 症狀較嚴重時，找西醫診所、小型綜合醫院、或中醫診所。
 - (3) 慢性病通常找中藥方、偏方和秘方、或民俗療法。

(4) 症狀明顯嚴重時，則以西醫為優先，唯當西醫無效時，才改試中醫或民俗療法。

4. 非專業人員轉介(陳昭星，2005)：非專業轉介系統(Lay-Referral System)是由非專業人員組成，例如：家人、朋友、或鄰居，這些人協助個人詮釋其症狀並且推薦行動對策。通常求助醫療的過程涉及一群潛在的諮詢者，從核心家庭的成員開始逐漸向外延伸至被挑選出來的、較有權威的非專業人員，直到及於「專業」人員為止。

在台灣求醫行為主要以『方便性』為考量，包括：離家近、交通方便性、等候時間短、檢查設施方便性、也有可能是替遠方親友領取藥品的方便性等。其中較具台灣社會特色的理性求醫行為模式的研究以北醫賴文福教授所撰之地區醫院民眾求醫行為之分析為主(賴文福，2005)在此篇論文中，更嘗試分析出台灣人民理性求醫行為(Rational Medical Behavior)的指數。

四、 求醫障礙

求醫障礙與下列因素都有關係：經濟及地緣關係、教育及資訊來源、社會及文化背景、損失、疾病概念、過去的就醫經驗及期待。有關求醫障礙之因素研究，公共衛生學者目前已認定的就有一大串，如：經濟、地理、教育、資訊及文化背景等。

當我們討論到病人有病的時候為什麼不去就醫？一般最先聯想到的當然是經濟及地理障礙，在上表2.5中討論到，地理障礙在消費

者心目中，是第二高的影響因素。如果醫院太遠，病人因為嫌麻煩或不耐長途跋涉，而不去看病。而經濟障礙呢？所幸在全民健保的照顧下，93 年底全民健保納保人數達2,213 萬人，覆蓋率超過99%，使得大部分國民已享有醫療保障，經濟障礙已不復見。反觀彼岸，公費醫療覆蓋率大約只有20%，全民健保實在是台灣人的福氣。

除此之外還有什麼求醫障礙嗎？根據研究結果發現，一般的預防醫學措施，利用率高的往往是中產階級或知識份子，所以我們也可以說教育及資訊來源、社會及文化背景亦被列入考慮的因素。另外，依據魏美珠等(1991)針對台南市居民求醫障礙因素的調查中顯示，有25.6%的民眾生病時未求醫的主要原因是存在有求醫障礙，而因素依次為「待診及領藥耗時過久」、「醫療人員服務態度不親切」、「與醫院、診所人員不熟識」等，且有近六成生病時未求診的民眾，選擇在附近的藥房買藥治療，因此求醫障礙亦為民眾在醫療服務利用方面值得探討的因素。

五、小結

關於求醫行為的理論之中，雖然目前仍然沒有一個具體研究構面，不過本研究認為，求醫行為的探討應該包含求醫資訊來源、求醫決策、求醫行為及求醫障礙這四個項目，這四個項目彼此環環相扣，牽一髮而動全身，就像是求醫的障礙會直接影響醫療需求者的求醫行為，而求醫行為又是來自求醫決策的結果，而求醫決策的制定，也是因為資訊來源的判斷才有的結論。所以這四個方向本研究認為是一個較完整討論求醫行為的具體構面。

第三節 台灣目前實際狀況

一、台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查：

行政院衛生署為了更瞭解人民對保健的知識、態度與行為，及建立國民保健基礎資料，於是在民國九十一年創辦『台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查』。調查實施期間自九十一年十月起至九十二年一月止。範圍以台灣地區，包括台灣省、台北市及高雄市為主。調查對象以住在台灣地區之本國籍十五歲以上者為調查對象為主。調查項目主要是：1.基本背景資料、2.自覺健康及罹病狀況、3.國人常見慢性疾病之知識、態度與行為狀況、4.台灣民眾醫療服務利用情形、5.個人健康行為狀態、6.飲食模式，憂鬱狀況以及其他與推動之保健業務相關問題。

本研究摘錄其中與本研究主題相似的結果於下(行政院，2002)：

(一)、個人基本背景資料

- 1.年齡與性別分佈：本調查受訪之十五歲以上個案男性略多於女性(51.3%及 48.7%)。
- 2.教育程度分佈：受訪個案的教育程度不論男性或女性，均以高中程度為最多(男：24.8%，女：30.3%)，其次為大專及以上程度者(男：20.7%，女：27.0%)。
- 3.就業狀況：受訪個案的教育程度不論男性或女性，均以服務業為最多(男：32.9%，女：23.2%)，其次男性為從事「製造、礦、營造與公共事業」佔 29.5%，女性則以從事商業為次之之行業別佔 12.8%。
- 4.婚姻狀況：台灣民眾的婚姻狀況以「已婚有偶或同居」者居多，男女都佔六成左右。

5.家庭結構：受訪者之家庭結構以兩代為最多佔 56%，三代或以上者約佔 26%。若以縣市來看，僅有一代之家庭結構，不論男性或女性受訪者，皆以澎湖縣比例為最高，男性為 26.5%，女性為 27.4%。

(二)、個人健康狀況

- 1.目前的健康狀況：台灣地區十五歲以上國人自覺目前健康狀況不太好或很不好者的比例，男、女性均略多於一成(男性為 11.1%、女性為 12.6%)。
- 2.與一年前健康狀況之比較：台灣地區十五歲以上國人自覺目前健康狀況較一年前差的比較，男、女性均約有四分之一(男性 24.3%、女性 27.8%)。

(三)、醫療與預防保健服務利用情形

- 1.西醫門診利用：受訪前一個月內與三個月內曾利用西醫門診的比例皆以女性(42.5% / 62.4%)略多於男性(34.9% / 52.6%)；過去一個月裡曾利用者之平均看西醫門診的次數，不論男女則都約為二次。
- 2.最近一次西醫門診經驗：自述醫師平均看診時間約為 6 分鐘，有二成的台胞表示醫師未解說病情，三成的台灣民眾表示醫師並未指導如何用藥。
- 3.慢性病連續處方箋使用情形：台灣地區約有四分之一曾經使用過慢性病連續處方箋。
- 4.牙醫門診利用：平均利用次數約為二次左右，男女間並無明顯差異。

- 5.中醫門診利用：不到一成(8.3%)的男性受訪個案在受訪前一個月內曾利用中醫門診，女性為(12.3%)略多於男性；其平均利用次數也約為二次左右。
- 6.住院利用：曾住院者其平均住院次數，男女台灣民眾皆為 1.4 次。
- 7.急診利用：平均急診次數，男女台灣民眾皆為 1.4 次。
- 8.門診就醫滿意度：有關門診就醫的滿意度方面，台灣地區十五歲以上受訪對象，分別有五分之二的男性與四分之三的女性表示對門診檢查環境、工作人員態度或服務流程不滿意。
- 9.預防保健服務利用：台灣地區十五歲以上受訪對象，仍有三分之二的台灣民眾在受訪前一年裡未曾做過健康檢查，而受訪前三年裡皆未曾做過健康檢查的比例也高達 45%，上述二種不同期間內未做健康檢查的比例，男女間均無明顯差異。
- 10.對全民健保預防保健服務之知識：台灣地區十五歲以上台灣民眾對全民健保提供不同年齡層民眾的各項預防保健服務之知識方面，男性台灣民眾對各項預防保健服務之知識普遍較女性為差。

二、台灣相關 SF-36 量表應用實證研究

(一)、台灣版 SF-36 介紹

SF-36為一般性的心理測量工具，並非針對特定年齡、疾病或是治療所設計。美國版（SF-36 Standard Version）在1990年定稿，共有36項問題。主要測量台商身心健康狀態的8個面向（Concept），分別為身體生理功能（Physical Functioning,PF）因生理功能角色受限（Role limitation due to Physical Problems,RP）、身體疼痛（Bodily Pain,BP）、一般健康（General Health,GH）、活力（Vitality,VT）、社會功能（Social Functioning,SF）、因情緒角色受限（Role Limitation due to Emotional Problems,RE）、心理健康（Mental Health,MH）。此外另含一項自評健康變化。由於其簡短及信效度皆佳，目前已有多國版本（含德國、法國、義大利、日本、荷蘭、比利時、丹麥等國）。Ware 等人綜合1989-1993 年之間有關SF-36 健康量表信度評估，顯示所有八個量表項度之Cronbach's α 值介於0.62至0.96內(Ware,J.，2000)，其信、效度皆深受國內外學者的認同；在國內亦曾針對80位社區老人進行評估，Cronbach's α 高達0.98(Chen, K.，2000)。

SF-36 臺灣版是由美國 SF-36 著作人 Dr. John Ware, Jr. 直接授權翻譯，翻譯的工作則由國內多位學者共同參與完成，並委由長庚大學醫務管理學系盧瑞芬副教授負責臺灣版的使用授權。

(二)、計分方式

SF-36 量表計分方式：

1. 題目譯碼：有10 個題目需要轉換分數 (見 表2.6)
2. 加總構面各題分數以計算原始構面分數 (見 表2.7)
3. 將原始構面分數轉換成0-100分
4. 將原始構面分數轉換成常模分數(norm-based scoring)

在資料輸入後超出範圍值一律為遺漏值，經檢錯排除不符合資料後，轉換需要從新譯碼的題目，之後遺漏值以該構面其他完成題目的平均值分數代替。然後根據公式：

$$\text{轉換分數} = \left[\frac{(\text{構面實際原始分數} - \text{最低可能原始分數})}{\text{可能的原始分數範圍}} \right] * 100$$

再將原始構面分數轉換為0-100 分。研究中採用台灣在民國九十年國民健康訪問調查之結果與本研究數據做比較(蔡益堅，2001)。最後將使用各構面常模分數進行統計分析，得分越高代表越健康，且當分數高於50 就表示高於台灣一般民眾的分數，反之亦然。

表2.6 SF-36 譯碼分數轉換表

構面	題目	原始標示號碼	轉換後分數
GH	1. 目前的健康狀況	1.00	5.00
		2.00	4.40
		3.00	3.40
		4.00	2.00
		5.00	1.00
GH	8b. 和任何人相比我和他們一樣健康	1.00	5.00
		2.00	4.00
		3.00	3.00
		4.00	2.00
		5.00	1.00
VT	3a. 充滿活力	1.00	6.00

3e.精力充沛	2.00	5.00
	3.00	4.00
	4.00	3.00
	5.00	2.00
	6.00	1.00
MH		
3d.心情平靜	1.00	6.00
3h.覺得快樂	2.00	5.00
	3.00	4.00
	4.00	3.00
	5.00	2.00
	6.00	1.00
SF		
5.身體健康或情緒妨礙程度	1.00	5.00
	2.00	4.00
	3.00	3.00
	4.00	2.00
	5.00	1.00
BP		
6.疼痛程度嚴重度	1.00	6.00
	2.00	5.40
	3.00	4.20
	4.00	3.10
	5.00	2.20
	6.00	1.00
BP		
7.疼痛妨礙程度	如(6)=1 且(7)=1	6.00
	如(6)=2~6 且(7)=1	5.00
	如(6)=1~6 且(7)=2	4.00
	如(6)=1~6 且(7)=3	3.00
	如(6)=1~6 且(7)=4	2.00
	如(6)=1~6 且(7)=5	1.00
	如(6)=9(沒回答) 且(7)=1	6.00
	如(6)=9(沒回答) 且(7)=2	4.75
	如(6)=9(沒回答) 且(7)=3	3.50
	如(6)=9(沒回答) 且(7)=4	2.25
如(6)=9(沒回答) 且(7)=5	1.00	

資料來源：Ware JE, Skk.,Kosinski M.,(1993)

表2.7 SF-36 構面分數轉換值對照表

構面	實際原始題目加總	最低與最高可能原始分數	可能原始分數的範圍
GH	1+8a+8b+8c+8d	5,25	20
VT	3a+3e+3g3i	4,24	20
MH	3b+3c+3d+3f+3h	5,30	25
SF	4+5	2,10	8
BP	6+7	2,12	10

資料來源：Ware JE. Skk.,Kosinski M. (1993)

(二)、台灣相關 SF-36 之實證研究(表 2.8)

國內學者利用 2001 年國民健康調查 12 歲以上之受訪者為分析樣本(N=18142)，其中有 17515 人進行 SF-36 的常模與效標效度檢定，

在該研究結果顯示，其常模資料立基於具有全國代表性的樣本，其結果可以作為日後使用 SF-36 台灣版比較依據(曾旭民等，2003)。



表2.8 SF-36台灣版常模資料 N=191

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
整體樣本 N=17515								
Mean	92.24	83.65	84.84	69.29	68.27	86.81	79.04	73.01
SD	16.16	33.27	19.42	21.27	18.66	17.05	36.07	16.55
男 N=8671								
Mean	93.99	86.44	87.59	71.55	70.95	87.86	81.24	75.08
SD	14.62	30.79	18.06	20.28	17.90	16.56	34.65	15.95
女 N=8844								
Mean	90.52	80.91	82.14	67.08	65.64	85.78	77.59	70.99
SD	17.36	35.31	20.32	21.99	19.02	17.46	37.33	16.88

資料來源：曾旭民等(2003)

研究發現，SF-36台灣版與世界各國的研究結果相同，SF-36台灣版常模資料顯示，男性在各量表上平均值明顯高於女性(P<0.0)。



三、台北縣地區醫院及民眾求醫行為分析

在另一份國內學者的研究中顯示台北縣民眾的理性求醫指數如下表2.9顯示(賴文福，2005)。

表2.9 台北縣地區醫院受訪病患的理性求醫指數分析 N=191

理性求醫分析項目	人數 / %	指 數	人數*指數
平均看病次數			
5 次以下	111(36.27)	+2	+222
6.10 次	69(22.54)	+1	+69
11.20 次	73(23.85)	0	0
21.30 次	24(7.84)	-1	-24
31.40 次	8(2.60)	-2	-16
41 次以上	21(6.86)	-3	-63
就醫選擇			
醫學中心(D)	10(3.20)	-1	-23
區域醫院(C)	13(4.24)		
地區醫院(B)	105(34.31)	+1	+105
診所(A)	142(40.40)	+2	+284
藥局(P)	36(11.76)	-2	-72

資料來源：賴文福(2005)

四、小結

『台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查』，其數據可以作為台灣人民之其他健康相關研究的數據對照，不但較使用他國數據來比較來的貼近樣本母體特性，也更能夠忠實反映出國民行為的平均水準。

本研究在研究問卷設計採用了部分相關問題、以及台灣版SF-36問卷。希望可以藉由政府所做的國民數據為基準，比較出台商在中國的健康程度與醫療利用情形。

第三章 研究設計與方法

本章是根據第一章緒論與第二章文獻探討，以彙整出本研究之架構與假設，本章並針對研究對象、研究變項之操作性定義與測量、研究工具、統計分法與研究限制，分節詳細陳述說明。

第一節 研究架構

在本節中本研究將呈現本研究的研究架構圖以及醫療服務利用行為模式。

一、研究架構

本研究主要目的是為了探討台商在中國的醫療需求行為與求醫行為之影響因素，依據 Andersen 醫療服務利用行為模式，以台商的醫療服務利用行為中傾向因素、能用因素及需要因素等三類因素以及台商的求醫行為來解釋與預測台商的健康服務利用情形，擬訂研究架構圖，研究架構如圖 3.1 所示。

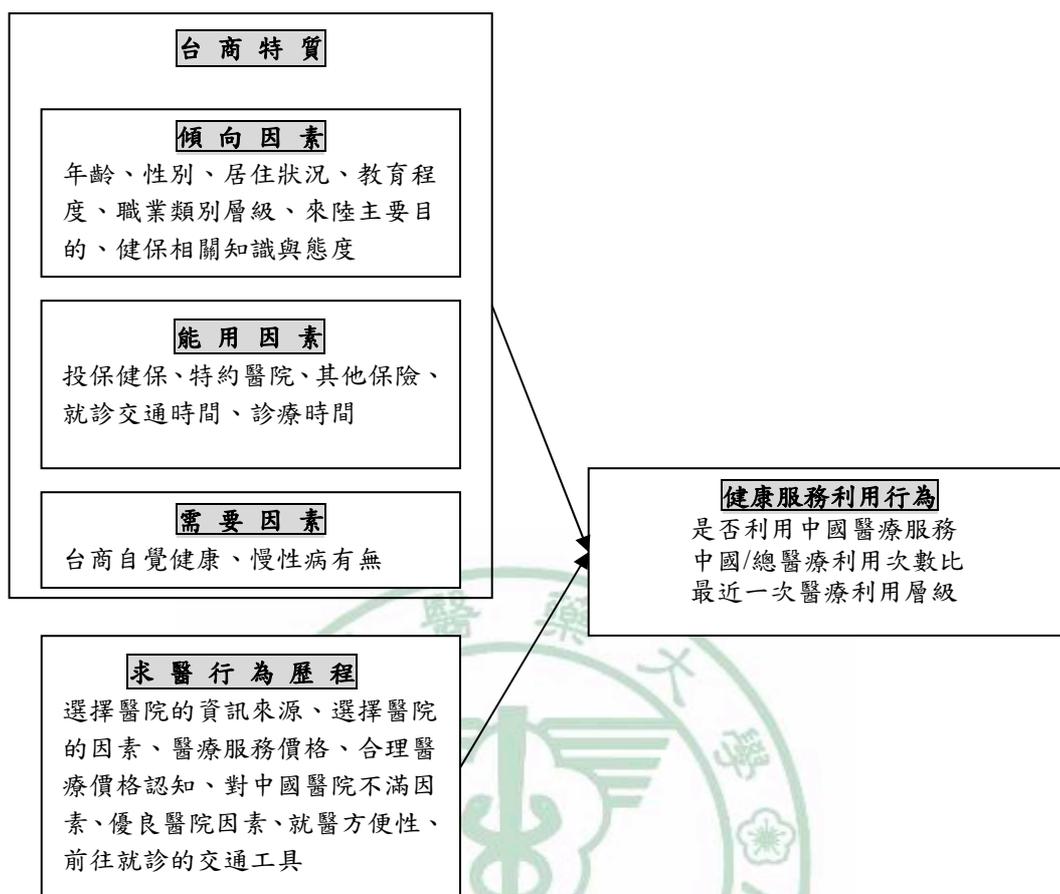
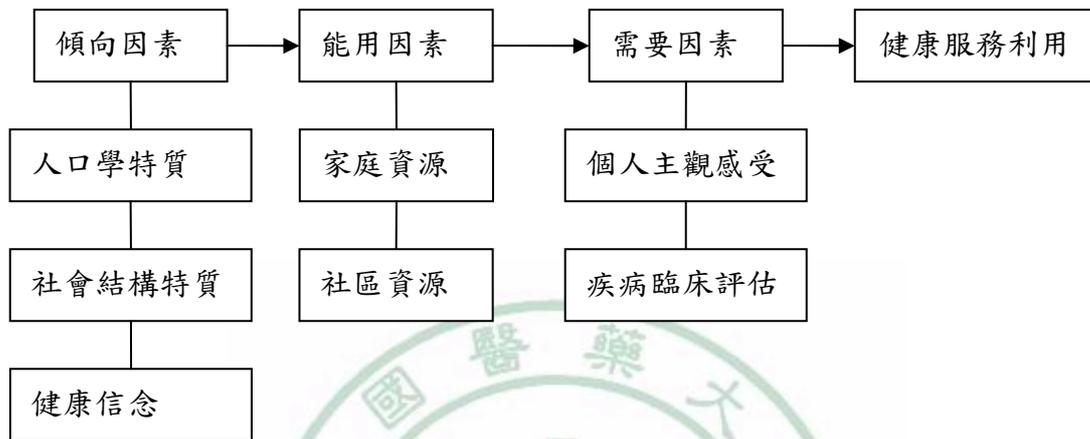


圖 3.1 研究架構

二、理論模型

本研究的理論模型係出於 Andersen 於 1968 年提出的醫療服務利用行為模式，並以傾向因素、能用因素及需要因素等三類因素來解釋與預測台商的醫療服務利用情形，理論模型如圖 3.2 所示



資料來源：Anderson(1995)

圖 3.2 Andersen 第一階段醫療服務利用行為模式(1960s)

第二節 研究假設

本研究主要探討各項因素與「醫療服務利用次數」之關係，根據研究架構，設定各研究假設如下：

H1：台商的「台商特質」與「健康服務利用行為」有顯著相關。

H1.1：台商的「傾向因素」與「健康服務利用行為」有顯著相關。

H1.2：台商的「能用因素」與「健康服務利用行為」有顯著相關。

H1.3：台商的「需要因素」與「健康服務利用行為」有顯著相關。

H2：台商的「求醫行為歷程」與「健康服務利用行為」有顯著相關。

第三節 樣本來源

大上海面積逾台灣的五分之一，且台商分布範圍廣，所以本研究抽樣方式採用立意取樣(purposive sampling)。並且透過不同的『問卷』發送方法，完成研究樣本的收取。問卷發送方式詳述如下：

一、紙版問卷：

由筆者事先印好問卷，透過 A、B、C 及 D 四位之協助尋找台商填答本研究問卷。兩週後，再由 A、B、C 及 D 四位協助寄回給筆者。

二、電子檔問卷：

筆者製作電子版問卷，再透過 A、B、C 及 D 四位之協助尋找台商填答本研究問卷。

另，在上海台灣人網路聚落，如上海台生網、上海媽媽網等網站發送電子版問卷；以及請台灣親友將電子版問卷寄給身處大上海地區的親友填答。

表 3.1 研究對象一覽表

N=191

問卷提供者	服務單位	職 稱	問卷型態	提供問卷份數
A 先生	上海公司	總經理	電子檔	86
B 先生	南投縣公司	主管	紙本/電子檔	56/20
C 先生	台中縣綜合醫院	課長	電子檔	11
D 小姐	台中市醫藥大學	研究生	電子檔	18

總回收樣本數為195份，有效問卷為191份。經適合度檢定分析回收樣本之代表性，以 $P=0.01$ 為顯著水準時，發現在服務單位及問卷型態方面，回收樣本間無顯著差異。分析結果如表3.2 所示：

表3.2 問卷回收樣本之適合度檢定

研究變項	回收樣本數	檢定結果
服務單位		
上海公司	86	$X^2=0.769$
南投縣公司	76	$P=0.681$
台中縣綜合醫院	11	
台中市醫藥大學	18	
問卷型態		
紙本	142	$X^2=9.609$
電子檔	49	$P=0.022$

第四節 變項名稱、操作型定義與測量

一、研究相關變項名稱：

(一) 台商特質：台商的特質包含下列三個要素：

1. 傾向因素：台商的傾向因素包含下列三個要素：

- (1). 人口學特質：台商年齡、台商性別。
- (2). 社會結構特質：台商居住狀況、台商教育程度、台商職業層級/類別。
- (3). 健康信念：台商的健保相關信念與態度。

2. 能用因素：台商的能用因素包含下列兩個要素：

- (1). 個人或家庭資源：台商是否仍投保台灣全民健保、台商目前是否擁有健保以外保險。
- (2). 社區資源：台商前往看診所需交通時間、台商是否有公司特約醫院可供選擇。

3. 需要因素：

- (1). 個人自覺：台商自覺健康狀況SF-36各構面、慢性病的有無。

(二) 求醫行為歷程：在求醫行為歷程的探討中，將主要著眼於使用醫療服務的實際經驗方面。研究定義的求醫行為包含下列四個因素：

- (1). 資訊來源：台商選擇醫院的資訊來源。
- (2). 求醫決策：中國醫師平均看診時間、中國醫師是否指導如何預防疾病、台商選擇醫院因素、台商心中合理價格、台商實際醫療服務價格、不滿中國醫院、前往就診時使用的交通工具、中國醫院是否有指導用藥、中國醫師是

否解說病情。

(3). 求醫行為：中國醫療利用行為、台灣醫療利用行為、慢性病方面、中國醫療利用次數方面。

(4). 求醫障礙：台商認為中國醫院掛號是否困難、在中國生病是否情願回台灣就診、身體不舒服但沒去就醫的理由。

(三)、健康服務利用行為：研究中依變項「健康服務利用行為」包含下列三個因素：

1. 有中國門診利用：

台商只要有利用中國中醫、西醫及牙醫任何一項，及代表在中國有門診利用情形。

2. 最近一次醫療利用層級層級：

台商在中國半年內最近一次醫療利用層級層級。

3. 中國/總醫療次數比：

在研究中的中國/總醫療次數比部分，此數字是依據下列公式算出：

$$\text{中國/總醫療次數比} = \frac{\text{中國醫療利用次數}}{(\text{中國醫療利用次數} + \text{台灣醫療利用次數})}$$

此比值如果等於1，代表台商只在中國有健康服務利用行為；此比值如果等於0，代表台商不論中國或台灣都沒有健康服務利用或者僅在台灣有健康服務利用，不過由於中國與台灣兩地皆無利用的情形在數據上無意義，故筆者將之排除；此比值如果大於0小於1，代表台商在台灣與中國皆有健康服務利用行為，且數值越大代表台商在中國利用比例越高。

二、操作型定義與測量：

本研究試將研究中的操作型定義列表如表 3.2。表中將介紹研究中的變項，並區分為連續變項、類別變項，以及定義操作型定義，以利後續研究順利進行。

表 3.3 本研究操作型定義與測量表

自變項 [傾向因素]			
變項名稱	操作型定義	衡量項目	變項
1 年齡	台商至民國 95 年實際年齡	出生年月：西元 19____年____月	連續
2 性別	以生理特徵為主，分為： (1)男性 (2)女性	性別： <input type="checkbox"/> 1 男性 <input type="checkbox"/> 2 女性	類別
3 居住狀況	在中國同住一個屋簷下的家庭成員	同住家人： <input type="checkbox"/> 1.獨居 <input type="checkbox"/> 2.夫妻同住 <input type="checkbox"/> 3.夫妻+子女 <input type="checkbox"/> 4.其他_____	類別
4 教育程度	以完成之教育程度，分為： (1) 國中或以下 (2) 高中職 (3) 專科 (4) 大學 (5) 研究所以上	教育程度： <input type="checkbox"/> 1.國中或以下 <input type="checkbox"/> 2.高中職 <input type="checkbox"/> 3.專科 <input type="checkbox"/> 4.大學 <input type="checkbox"/> 5.研究所以上	類別
5 職業類別	以台商在中國實際從事的行業分為： (1)傳統產業 (2)電子相關產業 (3)高科技產業 (4)餐飲娛樂業 (5)自由業 (6)其他	來中國後職業： <input type="checkbox"/> 1.傳統產業 <input type="checkbox"/> 2.電子相關產業 <input type="checkbox"/> 3.高科技產業 <input type="checkbox"/> 4.餐飲娛樂業 <input type="checkbox"/> 5.自由業 <input type="checkbox"/> 6.其他	類別
6 職業層級	台商自行依事實回答其在大陸工作單位的層級。	您的工作層級為： <input type="checkbox"/> 1.老闆 <input type="checkbox"/> 2.高階主管 <input type="checkbox"/> 3.中階主管 <input type="checkbox"/> 4.工程技術人員 <input type="checkbox"/> 5.其他	類別
7 對海外支付制度的知識	正確答案給 1 分，不正確給 0 分		連續/類別
8 對大陸醫療政策的知識	正確答案給 1 分，不正確給 0 分		連續/類別
9 對大陸門診知識	正確答案給 1 分，不正確給 0 分		連續/類別

	確給 0 分	
10 對上海醫療滿意程度	非常同意給 5 分至非常不同意給 1 分	連續/類別
11 對健保海外能用性的態度	非常同意給 1 分至非常不同意給 5 分	連續/類別
12 對就醫方便性的態度	非常同意給 5 分至非常不同意給 1 分	連續/類別

自變項 [能用因素]

投保健保	是否仍具有台灣全民健康保險的身分	您是否仍然持有台灣健保卡： <input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 否	類別
特約醫院	服務單位是否有提供特約醫療院所	<input type="checkbox"/> .服務公司特約醫院	類別
其他保險	是否有其他保險	您是否擁有大陸當地的醫療保險： <input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 否	類別
就診交通時間	從住處前往醫療院所的交通時間	那次的看診，從您府上到醫院大概多久車程_____分鐘	連續
診療時間	平均在大陸醫療院所就診時醫生看診的時間	最近一次到大陸西醫門診看病，醫師大約花了多久的時間來給您看診? <input type="checkbox"/> 1 大約_____分鐘	連續

自變項 [需要因素]

慢性病有無	以病理學為判定依據。	您現在是否有慢性病： <input type="checkbox"/> 1 是 <input type="checkbox"/> 2 否	類別
生理功能,PF	平均值 92.34 分，標準差 10.37 分，最大值 100 分，最小值 45 分		連續/類別
角色-生理,RP	平均值 79.80 分，標準差 17.23 分，最大值 100 分，最小值 12 分。		連續/類別
身體疼痛,BP	平均值 79.80 分，標準差 17.23 分，最大值 100 分，最小值 0 分。		連續/類別
一般健康,GH	平均值 66.43 分，標準差 17.27 分，最大值 100 分，最小值 20 分。		連續/類別
活力狀況,VT	平均值 60.88 分，標準差 17.36 分，最大值 100 分，最小值 10 分。		連續/類別
社會功能,SF	平均值 73.12 分，標準差 16.14 分，最大值 100 分，最小值 25 分。		連續/類別
角色-情緒,RE	平均值 74.41 分，標準差 36.82 分，最大值 100 分，最小值 0 分。		連續/類別
心理健康,MH	平均值 64.32 分，標準差 16.82 分，最大值 100 分，最小值 8 分。		連續/類別

自變項 [求醫行為因素]

選擇醫院資訊來源	台商所得到有關醫療院所資訊的來源	醫院的資訊來源(可複選)： <input type="checkbox"/> 1.親友介紹 <input type="checkbox"/> 2.電視媒體 <input type="checkbox"/> 3.報紙 <input type="checkbox"/> 4.電台 <input type="checkbox"/> 5.傳單 <input type="checkbox"/> 6.上網查詢 <input type="checkbox"/> 7.服務公司特約醫院 <input type="checkbox"/> 8.路過 <input type="checkbox"/> 9.其他_____	類別
選擇醫院的因素	台商心中選擇醫院最優先的兩個因素	選擇醫院因素(可複選至多兩項)： <input type="checkbox"/> 1 親戚朋友推薦 <input type="checkbox"/> 2.交通方便、距離近 <input type="checkbox"/> 3.醫院設備較好 <input type="checkbox"/> 4.醫師醫術高 <input type="checkbox"/> 5. 治安好 <input type="checkbox"/> 6.費用較便宜 <input type="checkbox"/> 7.醫院的風評好 <input type="checkbox"/> 8.醫療人員態度好 <input type="checkbox"/> 9.醫院廣告大 <input type="checkbox"/> 10 其他	類別

醫療服務價格	台商平均在上海醫療門診的費用	您平均每次在上海門診費用約合多少人民幣： <input type="checkbox"/> 1.\$50 元以下 <input type="checkbox"/> 2.\$51~100 <input type="checkbox"/> 3.\$101~200 <input type="checkbox"/> 4.\$201.300 <input type="checkbox"/> 5.\$300 以上	類別
合理醫療價格知識	台商心中合理的上海醫療價格	您覺得大陸合理門診費用大概多少錢？ <input type="checkbox"/> 1. \$ 0~50 <input type="checkbox"/> 2. \$51~100 <input type="checkbox"/> 3. \$101~200 <input type="checkbox"/> 4. \$201~300 <input type="checkbox"/> 5. \$301 以上	類別
大陸醫院不滿因素	台商心中最認為大陸醫療院所該改進的地方	什麼是您覺得最不滿意的地方？(請都告訴我)(可複選) <input type="checkbox"/> 1 候診室吵雜、擁擠 <input type="checkbox"/> 2 檢查室無私密性 <input type="checkbox"/> 3 檢查室非一個人候診 <input type="checkbox"/> 4 檢查室無置物設施 <input type="checkbox"/> 5 候診時間太長 <input type="checkbox"/> 6 工作人員態度不親切 <input type="checkbox"/> 7 工作人員沒有說清楚講明白 <input type="checkbox"/> 8 沒有提供相關衛生教育的地方 <input type="checkbox"/> 9 就診過程沒有提供相關衛教 <input type="checkbox"/> 10 其他_____	類別
優良醫院因素	台商心中認為良好的醫療服務定義，最重要的前三個	您認為良好的醫療品質應具有哪些內容(請選出前三項，依序填入空格)： 1_____、2_____、3_____ a.候診時間短 b.優良的醫院硬體設施 c.良好服務態度 d.醫療費用合理 e.醫師技術佳 f.醫師細心問診 g.優質藥品 h.單次性醫材	類別
就醫方便性	非常同意給 5 分至非常不同意給 1 分	您認為在中國就醫流程簡單、快速	類別
前往就診交通工具	台商前往就診時最常使用的交通工具	前往醫院時主要交通工具為： <input type="checkbox"/> 1.公車 <input type="checkbox"/> 2.自小客車 <input type="checkbox"/> 3.計程車 <input type="checkbox"/> 4.機車 <input type="checkbox"/> 5.單車 <input type="checkbox"/> 6.醫院專車 <input type="checkbox"/> 7.其他	類別
依變項 [健康服務利用行為]			
最近一次所使用醫療層級的比例	過去半年內最近一次醫療利用層級層級	最近一次您到哪個等級的醫院看病？ <input type="checkbox"/> 1.三級(醫療、教學) <input type="checkbox"/> 2.二級(地區性醫院) <input type="checkbox"/> 3.一級(基層醫院、衛生保健機構) <input type="checkbox"/> 4.本地藥局 <input type="checkbox"/> 5.專給外國人看的醫療通路 <input type="checkbox"/> 6.其他	
中國/總醫療次數比例	台商過去六個月使用醫療服務地點的頻率	過去六個月您一共就醫幾次_____幾次在大陸_____，幾次在台灣_____	連續

第五節 研究工具

一、問卷設計

本研究所使用量表之編製，乃依據本研究的主題，在台商自覺健康部份主要參考台灣版SF-36，本研究也已事先取得長庚盧瑞芬教授的授權使用；而在求醫行為、醫療服務利用行為部分問題，主要參考民國九十一年台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查問卷。最後，為確切瞭解研究對象填答時可能發生的困難，另事先選取20位在台灣的台商進行問卷試填，經試填資料的回收並修改問卷後即完成正式調查問卷的編製。正式調查問卷內容包括以下五大部份：(一)台商基本資料、(二)、中國醫療服務知識與看法、(三)、醫療利用態度、(四)、健康狀況[台灣版SF-36健康評估量表]、(五)、醫療利用狀況。

二、信度與效度

(一)、信度

一般研究認為，Cronbach's Alpha 係數值大於0.7表示有高信度，若低於0.35 則表示信度過低必須拒絕。本研究問卷之台商對醫療服務抱持的知識部分Cronbach's Alpha Coefficient 為0.7101，態度的Cronbach's Alpha Coefficient 為0.7099，有達到內部一致性的要求。至於本研究採用的既定量表 SF-36 部分，的 Cronbach's AlphaCoefficient 為 0.79，皆有達到內部一致性的要求。

(二)、效度

1.專家效度：

本研究經於問卷初稿完成後，委請相關領域專家對本量表提供整份量表題目編擬的建議及字句修飾的意見，經兩位專家進行評估，並

修正本研究量表的問題，作為專家效度及表面效度的依據。本研究專家名單列表如下，見表 3.3。之後並於民國 95 年 2 月 1 日進行前測，前測樣本 20 人。因此本問卷專家效度值得採信。

表 3.4 專家效度名單

姓名	任教學校科系	職稱
郝宏恕	中國醫藥大學醫務管理研究所	副教授
馬作鑑	中國醫藥大學醫務管理研究所	助理教授

在兩位專家的建議方面，著重在整體問卷的構面建議與審酌，確立問卷的主要構面並且給予每一個問題確實的建議，以及對於健保的知識與態度問題部份，明確指出本研究問題設計失當之處。

第六節 分析方法

本研究採用SPSS for Windows 10.0版本的統計套裝軟體進行研究資料之分析，於問卷回收後，針對漏答情形嚴重之問卷予以剔除，再就有效的問卷進行編碼，校對後輸入電腦建立資料檔，依據本研究之目的、研究假設與研究架構，採用下列統計方法加以分析，本研究所採用的統計方法將分為兩大類：

一、敘述性統計：

針對調查問卷的研究對象進行描述性統計；以次數、平均值、百分比來描述樣本之傾向因素、能力因素、需要因素與求醫行為歷程之分布情形。

二、推論型統計：

以迴歸、卡方檢定、獨立樣本t檢定、庫李20號公式，分析台商之傾向因素、能力因素、需要因素與求醫行為歷程對於最近一次醫療利用層級層級與中國/總醫療次數比例是否有顯著差異。

(一)獨立樣本t檢定：

針對「台商特質」變項中之兩分類組變數進行獨立樣本t檢定，以瞭解兩分類組變數在「健康服務利用」上是否具有顯著差異。

(二)卡方檢定(chi-square test)：

使用卡方檢定，用以檢定各項類別變項間是否有關係存在。本研究利用卡方檢定探討「台商特質」中所有類別變項對「健康服務利用」上是否有顯著關聯性，並針對顯著的變項，更進一步做卡方分析以了解其關聯性之情況。

(三)庫李 20 號公式 (Kuder-Richardson formula 20) :

健保知識與態度題目中計分屬於是非，故使用庫李 20 號公式檢
定其信度，計算公式如下所示：

$$r_{KR20} = \frac{n}{n-1} \times \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^n p_i q_i}{S_x^2} \right)$$

註 n：測驗題數，p：某一題答對率，q：某一題

(四)迴歸：

同時考慮不同自變項，再看各自變項對依變項之間的關係，用以
分析每一個自變項對依變項的影響程度及方向，使用迴歸，控制其他
變項以檢定重要自變項與依變項的關係。

第四章 結果

本研究係以居住中國上海的台商台胞為研究對象，針對台商台胞的傾向因素、能用因素、需要因素和求醫行為歷程此四大部分實施問卷調查。在整理回收的問卷之後，將在本章討論實證分析之結果。

本章一共分為四節探討：首先先在第一節討論台商醫療服務利用行為的整體性描述與台商健康服務利用行為的分析；第二節為台商求醫行為歷程的整體性描述與對台商健康服務利用行為分析；第三節為台商健康服務利用行為的描述；第四節為傾向因素、能用因素、需要因素和求醫行為歷程對健康服務利用行為的預測分析。



第一節 台商醫療服務利用行為分析

本節中，將討論台商的傾向因素、能用因素及需要因素的統計變項分析，依據 Andersen 的第一版的醫療服務利用模型中所定義的醫療服務利用加以分析台商的特質。

在第一部份，將針對台商特質作描述性統計；接著在第二部份，以獨立樣本 t 檢定/單因子變異數分析，及卡方檢定來做更進一步的推論性統計分析。

一、台商醫療服務利用的整體性描述

在這個部份筆者將依據 Andersen 的第一版的醫療服務利用模型中所定義的醫療服務利用，來分析台商傾向因素、能用因素及需要因素的描述性統計。

(一) 傾向因素的整體性描述(詳見表 4.1.1、表 4.1.2)

本研究台商性別女男比為1:1.24，以男性居多，有106位(55.49%)；台商的平均年齡為39.57歲，最大者為65歲，最小者為20歲；在年齡層分布中，以36至40歲居多，有65位(33.51%)；其次為35歲以下，有56位(28.87%)。

教育程度方面以大學居多，有73位(38.20%)；其次為專科，有70位(36.60%)；再者為高中職有22位(11.50%)及研究所以上有21位(11.00%)。可見台商的教育程度普遍具有一定水準。

在來中國從事的產業類別當中，以傳統產業居多，有91位

(47.64%)；其次為電子相關產業，有39位(20.41%)；再者為自由業，有36位(18.84%)。

在來中國的職業層級方面，以高級主管居多，有70位(36.64%)；其次為中階主管，有45位(23.56%)。

在居住狀況方面，「獨居」、「夫妻子女全家同住」兩者一樣多，各有82位(42.93%)。

在中國居住時間方面，以2年至3年最多，有66位(34.55%)；其次是六年以上者，有61位(31.93%)。

在居住地區方面，以其他區最多，有78位(40.56%)；其次為徐匯區，有32位(16.51%)；再者為長寧區，有31位(16.12%)。

在來中國主要目的方面，以經商最多，有129位(67.89%)；其次是非經商，有62位(32.46%)。

在健保整體知識方面，平均得分為5.03分，最大值為8分，最小值為1分。

在健保海外支付制度相關知識方面，平均值為2.03分，最大值為4分，最小值為0分。其中，以0至1分者居多，有70人(42.20%)；再者為2至3分，有58人(34.90%)。

在中國醫療政策相關知識方面，平均得分為 1.53 分，最大值為 2 分，最小值為 0 分。其中，以 2 分(滿分)者最多，有 108 人(64.30%)。其次為 1 分，有 42 人(25.00%)。

在中國醫療機構門診相關知識方面，平均得分 1.42 分，最大值為 2 分，最小值為 0 分。其中，以 2 分(滿分)者最多，有 83 人(48.00%)。其次為 1 分，有 80 人(46.20%)。

在健保整體態度方面，平均得分為 24.11 分，最大值為 35 分，最小值為 10 分。

在對上海醫療的滿意程度方面，平均得分 10.01 分，最大值為 19 分，最小值為 0 分。其中，以 7 至 13 分者最多，有 140 人(82.40%)。

對於在中國就醫方便性態度方面，平均得分 6.58 分，最大值為 15 分，最小值為 3 分。其中，以 5 至 9 分者最多，有 136 人(72.00%)。其次為 0 至 4 分，有 36 人(19.00%)。

在對於健保在海外能用性態度方面，平均得分 7.72 分，最大值為 12 分，最小值為 3 分。其中，以 5 至 9 分者最多，有 148 人(78.30%)。

對中國醫療服務效率不彰印象不良，以同意此概念者最多，有 113 人(59.16%)。

對上海醫療技術印象良好，以普通者居多，有 101 人(52.88%)；其次為不同意，有 70 人(36.65%)。

對上海醫療人員服務印象良好，以不同意居多，有 100 人(52.36%)；其次為普通，有 80 人(41.88%)。

對上海醫院硬體設備印象良好，以普通居多，有 89 人(46.60%)；其次為不同意，有 79 人(41.36%)。

對上海整體醫療服務印象良好，以不同意居多，有 101 人(52.88%)；其次為普通，有 76 人佔(39.79%)。



表 4.1.1 傾向因素之相關變數單變數表

N=191

變項/類別	人數(%)	變項/類別	人數(%)
性別		居住狀況	
男	106 (55.49)	獨居	92 (48.17)
女	85 (44.50)	夫妻同住	16 (8.38)
		夫妻+子女	16 (8.37)
年齡		到中國時間	
35歲以下	56 (29.32)	二年到三年	66 (34.55)
36歲以上	135 (70.68)	六年以上	61 (31.93)
平均 39.57歲		四年到五年	37 (19.37)
最大值 65歲，最小值 20歲		一年以下	25 (13.08)
教育程度		中國居住地區	
專科以下	97 (50.79)	其他	78 (40.56)
大學以上	94 (49.21)	徐匯	32 (16.51)
		長寧	31 (16.12)
		浦東新	17 (8.90)
		閔行	16 (8.37)
		靜安	8 (4.18)
		盧灣	6 (3.14)
		黃浦	3 (1.57)
來陸工作層級		來陸職業類別	
高階主管	70 (36.64)	傳統產業	91 (47.64)
中階主管	45 (23.56)	電子相關產業	39 (20.41)
其他	39 (20.41)	自由業	36 (18.84)
老闆	28 (14.65)	高科技產業	20 (10.47)
工程技術人員	7 (3.66)	餐飲娛樂業	5 (2.61)
來陸主要目的			
經商	129 (67.89)		
非經商	62 (32.46)		

表 4.1.2 健保相關知識與態度之單變數表

N=191

變項/類別	人數	(%)	變項/類別	人數	(%)
台商健保相關知識			台商健保相關態度		
平均 5.03 分最大值 8 分，最小值 1 分			平均 24.11 分最大值 35 分，最小值 10 分		
健保海外制度			上海醫療滿意程度		
0-1 分	70	(42.20)	7-13 分	140	(82.40)
2-3 分	58	(34.90)	0-6 分	18	(10.60)
4 分(滿分)	38	(22.90)	13.20 分	12	(7.10)
平均 2.03 分			平均 10.01 分		
最大值 4 分，最小值 0 分			最大值 19 分，最小值 4 分		
中國醫療政策			就醫方便性		
2 分(滿分)	108	(64.30)	5-9 分	136	(72.00)
1 分	42	(25.00)	0-4 分	36	(19.00)
0 分	18	(10.70)	10-15 分	17	(9.00)
平均 1.53 分			平均 6.58 分		
最大值 2 分，最小值 0 分			最大值 15 分，最小值 3 分		
中國門診知識			健保海外能用性		
2 分(滿分)	83	(48.00)	5-9 分	148	(78.30)
1 分	80	(46.20)	10-15 分	33	(15.50)
0 分	10	(5.80)	0-4 分	8	(4.20)
平均 1.42 分			平均 7.72 分		
最大值 2 分，最小值 0 分			最大值 12 分，最小值 3 分		
對中國醫療服務效率不彰印象不良			對上海醫院硬體設備印象良好		
同意	113	(59.16)	同意	23	(12.04)
普通	46	(24.08)	普通	89	(46.60)
不同意	30	(15.71)	不同意	79	(41.36)
對上海醫療技術印象良好			對上海整體醫療服務印象良好		
同意	19	(9.95)	同意	14	(7.33)
普通	101	(52.88)	普通	76	(39.79)
不同意	70	(36.65)	不同意	101	(52.88)
對上海醫療人員服務品質印象良好					
同意	11	(5.76)			
普通	80	(41.88)			
不同意	100	(52.36)			

(二)能用因素的整體性描述(詳見表 4.1.3)

在能用因素部分，本研究主要在探討台商是否仍舊投保健保、是否在中國有投保其他醫療保險、台商前往就診的交通時間。

台商是否仍保有台灣全民健保身分方面，以仍有健保身分居多，有175位(91.62%)；其次為無保有健保身分，有16位(8.37%)。

是否在中國購買其他保險方面，以沒有居多，170位(89.00%)；有另外購買保險者，21位(10.99%)。

在前往看診處所費的交通時間方面，平均耗費 19.13 分鐘，最大值为 140 分，最小值为 1 分；其中 11 至 30 分鐘為最多，有 38 位(19.90%)；其次為 10 分鐘以內，有 19 位(9.59%)。交通時間超過 30 分鐘者僅有 4%，所以可以說大部份台商距離醫院都不算太遠。

表 4.1.3 台商能用因素之相關變數單變數表 N=191

變項/類別	人數(%)	變項/類別	人數(%)
是否有健保以外保險		前往看診所需時間	
無	170 (89.00)	11-30 分鐘	38 (19.90)
有	21 (10.99)	10 分鐘以內	19 (9.95)
		31 分鐘以上	4 (2.09)
目前仍持有健保卡		遺漏值	130 (68.06)
有	175 (91.62)	平均值 19.13 分	
無	16 (8.37)	最大值 140 分，最小值 1 分	

(三) 需要因素的整體性描述(見表 4.1.4)

需要因素方面，筆者將著重於台商所回答的「自覺健康狀態量表(SF-36)(The 36-Item Short Form Health Survey)」各構面的表現，把台商的自覺健康具體化。

在生理功能(PF)方面，平均值 92.34 分，標準差 10.37 分，最大值 100 分，最小值 45 分。

在角色-生理(RP)方面，平均值 79.80 分，標準差 17.23 分，最大值 100 分，最小值 12 分。

在身體疼痛(BP)方面，平均值 79.80 分，標準差 17.23 分，最大值 100 分，最小值 0 分。

在一般健康(GH)方面，平均值 66.43 分，標準差 17.27 分，最大值 100 分，最小值 20 分。

在活力狀況(VT)方面，平均值 60.88 分，標準差 17.36 分，最大值 100 分，最小值 10 分。

在社會功能(SF)方面，平均值 73.12 分，標準差 16.14 分，最大值 100 分，最小值 25 分。

在角色-情緒(RE)方面，平均值 74.41 分，標準差 36.82 分，最大

值 100 分，最小值 0 分。

在心理健康(MH)方面，平均值 64.32 分，標準差 16.82 分，最大值 100 分，最小值 8 分。

在台商生理健康(PCS)方面，平均值 84.30 分，標準差 15.55 分，最大值 121.13，最小值 15.32。

在台商心理健康(MCS)方面，平均值 56.77 分，標準差 23.98 分，最大值 94.88，最小值-14.27。

在台商是否有慢性病方面，以無慢性病者居多，165 位(86.38%)；其次是有慢性病者，有 25 位(13.08%)。

在台商自覺目前健康狀況方面，自覺目前健康狀況等級為「好」者居多，61 位(31.94%)，其次為「很好」，57 位 29.84%)。

在台商目前自覺健康狀況，與一年前比較，以自覺「較一年前健康狀況好」者居多，98 位(51.31%)，其次為「無異」，48 位(25.13%)。

表 4.1.4 台商需要因素之相關變數單變數表

N=191

變項/類別		變項/類別							
是否有慢性病									
無	165	(86.38)							
有	25	(13.08)							
目前健康狀況		和一年前比較							
好	61	(31.94)	好 98 (51.31)						
很好	57	(29.84)	普通 48 (25.13)						
普通	47	(24.61)	很好 29 (15.18)						
極好	24	(12.57)	極好 13 (6.81)						
不好	2	(1.05)	不好 2 (1.05)						
		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
整體樣本 N=191									
Mean		92.34	86.91	79.80	66.43	60.88	73.12	74.41	64.32
SD		10.37	27.12	17.23	17.27	17.36	16.14	36.82	16.82
男 N=106									
Mean		93.20	93.20	80.84	69.52	63.98	74.68	89.01	67.38
SD		9.16	16.49	16.09	15.84	15.70	14.89	21.52	16.31
女 N=85									
Mean		91.26	89.74	78.49	62.58	57.02	71.18	81.19	60.50
SD		11.67	20.32	18.56	18.28	18.61	17.47	27.26	16.75

(四) 小結

在「傾向因素」中，在性別方面，以男性居多，台灣調查結果也呈現男性略多於女性；在年齡層分布中，以 36 至 40 歲居多；教育程度方面以大學居多，台灣調查結果不論男女均以高中學歷最多，可見台商教育程度普遍偏高；在來中國從事的產業類別當中，以傳統產業居多，台灣調查結果為服務業最多；在來中國的職業層級方面，以高級主管居多；在居住狀況方面，以「獨居」、「夫妻子女全家同住」兩者最多，台灣普查結果為兩代同住為最多佔 56%，而僅有一代之家庭結構，約為 26.5%；在中國居住時間方面，以兩年至三年最多；在居住地區方面，以其他區最多；在來中國主要目的方面，以經商最多；在是否有慢性病方面，以沒有慢性病者居多；在健保整體知識方面，平均得分為 5.03 分；在健保海外支付制度相關知識方面，以 0 至 1 分者居多；在中國醫療政策相關知識方面，以 2 分(該項滿分)者最多；在中國醫療機構門診相關知識方面，以 2 分(該項滿分)者最多；在健保整體態度方面，平均得分為 24.11 分；在對上海醫療的滿意程度方面，以 7 至 13 分者最多，台灣調查結果中台灣民眾對門診不滿意者平均約佔 20%至 25%；在中國就醫方便性態度方面，以 5 至 9 分者最多；對於健保在海外能用性態度方面，以 5 至 9 分者最多。

在「能用因素」中，台商是否仍保有台灣全民健保身分方面，以仍有健保身分居多；在是否購買其他保險方面，以沒有居多；在前往看診處所號的交通時間方面，11 至 30 分鐘為最多，所以可以說大部份台商距離醫院都不算太遠。

在「需要因素」中，SF-36的八個構面常模基礎計分和標準化分數是其結果可以有意義的與其他構面作比較，筆者將其分數與「2001年台灣國民健康促進知識、態度與行為調查」之結果報告數據做比較(盧瑞芬，2003)，當台商的構面分數超過2001年國民健康訪問調查資料的樣本平均分數者，定義為台商該構面是健康較佳者(鐘文慎等，2002)。

在生理功能(PF)方面，平均值 92.34 分，標準差 10.37 分，平均值與台灣民眾相近；在角色-生理(RP)方面，平均值 79.80 分，標準差 17.23 分，平均值與台灣民眾相近；在身體疼痛(BP)方面，平均值 79.80 分，標準差 17.23 分，平均值較台灣民眾少 5.04 分；在一般健康(GH)方面，平均值 66.43 分，標準差 17.27 分，平均值與台灣民眾相近；在活力狀況(VT)方面，平均值 60.88 分，標準差 17.36 分，平均值較台灣民眾少 7.39 分；在社會功能(SF)方面，平均值 73.12 分，標準差 16.14 分，平均值較台灣民眾少 13.69 分；在角色-情緒(RE)方面，平均值 74.41 分，標準差 36.82 分，平均值較台灣民眾少 4.99 分；在心理健康(MH)方面，平均值 64.32 分，標準差 16.82 分；平均值較台灣民眾少 8.69 分。

所以台商在「生理功能(PF)方面」、「角色-生理(RP)方面」、「一般健康(GH)」與台灣民眾相近；其他在「身體疼痛(BP)方面」、「活力狀況(VT)方面」、「社會功能(SF)方面」、「角色-情緒(RE)方面」、「心理健康(MH)」，均較台灣民眾數據為不健康。且在性別的比較上，也跟 SF-36 台灣版的常模與效度檢測相同，男性在所有量表的平均分數都顯著高於女性($P < 0.01$)。

二、台商醫療服務利用與健康服務利用之變異數分析

本部分將以台商傾向因素、能用因素及需要因素來和台商的健康服務利用行為做變異數分析加以比較。旨在根據變項之性質，利用變異數分析之統計方法進行分析，亦是想瞭解台商自變項-傾向因素、能用因素及需要因素與依變項-「有中國門診利用」及「中國/總醫療次數比」間有無顯著性差異或相關性。

(一) 傾向因素之變異數分析 (見表 4.1.5)

在傾向因素中與「有中國門診利用台商」產生顯著相關的因素有「居住狀況」($F=4.06, P<0.01$)。經過 Scheffe 法事後多重比較發現：夫妻子女同住者有中國門診利用情形顯著高於獨居者、「工作層級」($F=3.31, P<0.05$)。經過 Scheffe 法事後多重比較發現：高階主管有中國門診利用情形顯著高於基層主管、「對上海人員醫療服務品質印象良好」($F=2.52, P<0.05$) 經過 Scheffe 法事後多重比較發現：同意此一觀點的台商有中國門診利用情形顯著高於不同意此一觀點的台商。

與「中國/總醫療次數比」產生顯著相關的因素有「教育程度」($t=5.66, P<0.05$)、「工作層級」($F=6.01, P<0.01$)。經過 Scheffe 法事後多重比較發現：高階主管其在中國/總醫療次數比顯著高於基層主管、「對上海醫療技術品質印象良好」($F=2.49, P<0.05$)。經過 Scheffe 法事後多重比較發現：同意此一觀點的台商其在中國/總醫療次數比顯著高於不同意此一觀點的台商。

(二)能用因素之變異數分析 (見表 4.1.6)

在能用因素中與「有中國門診利用台商」產生顯著相關的因素有「前往看診交通時間」($F=29.44, P<0.001$)。經過 Scheffe 法事後多重比較發現：前往看診交通時間在 10 分鐘以內的台商有中國門診利用情形顯著高於前往看診交通時間在 31 分鐘以上的台商，前往看診交通時間在 10 分鐘以上 30 分鐘以內的台商有中國門診利用情形顯著高於前往看診交通時間在 31 分鐘以上的台商。

與「中國/總醫療次數比」產生顯著相關的因素有「前往看診交通時間」($F=12.93, P<0.001$)。經過 Scheffe 法事後多重比較發現：前往看診交通時間在 10 分鐘以內的台商其在中國/總醫療次數比顯著高於前往看診交通時間在 31 分鐘以上的台商，前往看診交通時間在 10 分鐘以上 30 分鐘以內的台商其在中國/總醫療次數比顯著高於前往看診交通時間在 31 分鐘以上的台商。

(三)需要因素之相關性分析 (見表 4.1.7)

在需要因素中有「一般健康(GH)」與「有中國門診利用台商」產生顯著負相關($P<0.05$)。而對於「中國/總醫療次數比」則無變數產生顯著相關性。

表 4.1.5 台商傾向因素與有中國門診利用、中國/總醫療次數比之變異數分析及 Scheffe 事後考驗

變項名稱	有利用中國門診		中國/總醫療次數比	
	平均數	t / F 值 /Scheffe	平均數	t / F 值 /Scheffe
性別		t=1.62		t=0.84
男	0.31		0.49	
女	0.40		0.41	
年齡		t=0.20		t=1.29
35 歲以下	0.38		0.39	
36 歲以上	0.34		0.49	
教育程度		t=0.37		t=5.66 *
專科以下	0.33		0.56	
大學以上	0.37		0.37	
工作層級		F=3.31*		F=6.01**
高階主管 G1	0.42	G1> G2	0.57	G1> G2
基層主管 G2	0.20		0.22	
工程技術 G3	0.37		0.41	
上海技術品質佳		F=1.54		F=4.15 *
同意 G1	0.36		0.74	G1>G3
普通 G2	0.32		0.45	
不同意 G3	0.53		0.37	
上海硬體佳		F=1.44		F=0.45
同意	0.42		0.56	
普通	0.30		0.46	
不同意	0.30		0.42	
來陸主要目的		t=0.34		t=0.37
經商	0.34		0.48	
非經商	0.37		0.43	
來中國時間		t=0.29		t=1.26
3 年以下	0.33		0.40	
4 年以上	0.37		0.49	
居住狀況		F=4.06**		F=0.52
獨居 G1	0.26	G3>G1	0.42	
夫妻同住 G2	0.31		0.36	
夫妻+子女 G3	0.46		0.49	
服務效率差		F=1.76		F=0.40
同意	0.30		0.48	
普通	0.26		0.38	

不同意	0.41		0.49
上海人員服務佳	F=2.42*		F=1.16
同意 G1	0.45	G1>G3	0.69
普通 G2	0.26		0.44
不同意 G3	0.41		0.43
上海滿意度佳	F=2.16		F=1.40
同意	0.41		0.71
普通	0.26		0.42
不同意	0.38		0.44

註： *P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001



表 4.1.6 台商能用因素與有中國門診利用之變異數分析及 Scheffe 事後考驗

變項名稱	有利用中國門診		中國/總醫療次數比	
	平均數	t / F 值 /Scheffe	平均數	t / F 值 /Scheffe
持有健保卡		t=0.77		t=0.10
有	0.36		0.45	
無	0.25		0.50	
中國其他保險		t=0.03		t=2.26
有	0.33		0.26	
無	0.35		0.47	
看診交通時間	F=29.44***		F=12.93 ***	
10 分以內 G1	0.86	G1>G3	0.65	G1>G3
11-30 分鐘 G2	0.77	G2>G3	0.70	G2>G3
31 分以上 G3	0.18		0.29	

註： *P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

表 4.1.7 台商需要因素與有中國門診利用之相關性

變項名稱	有中國門診利用	有中國門診利用
生理功能 PF	-0.05	-0.05
角色-生理 RP	-0.02	0.03
身體疼痛 BP	-0.13	-0.09
一般健康 GH	-0.15 *	-0.01
活力狀況 VT	-0.11	0.07
社會功能 SF	0.03	-0.05
角色-情緒 RE	0.04	-0.03
心理健康 MH	-0.04	0.01
慢性病	-0.016	0.87

註： * P<0.05 **P<0.01 *** P<0.001

三、台商醫療服務利用與健康服務利用之卡方分析

本部分將以台商傾向因素、能用因素及需要因素來和台商的健康服務利用行為做卡方分析加以比較。旨在根據變項之性質，利用卡方與相關性之統計方法進行分析，亦是想瞭解台商的傾向因素、能用因素及需要因素與健康服務利用行為間有無顯著性差異或相關性。由於卡方分析為檢測「同一個樣本兩個類別變項」的實際觀察值，是否有顯著差異，因此，本研究將原始問卷題目，依 A.「有中國門診利用」、B.「最近一次醫療利用層級」、C.「中國/總醫療次數比」三部分來探討，分別敘述如下：

(一) 傾向因素與健康服務利用之分析

台商的傾向因素包含台商年齡、台商性別、台商居住狀況、台商教育程度、台商職業層級/類別、台商的健保相關信念與態度。

本部份旨在了解台商的傾向因素有哪些與健康服務利用行為呈現顯著性相關：

A. 有中國門診利用 (見表 4.1.8)

在與「有中國門診利用」的卡方卡方分析中，「工作層級」、「居住狀況」、「對上海醫療人員服務印象良好」及「對上海整體醫療滿意」有產生顯著差異。

B. 最近一次醫療利用層級 (見表 4.1.9)

最近一次醫療利用層級為台商在大陸期間離填答本問卷時點，最近的一次醫療利用醫院的等級，將之區分為：三級醫院、二級醫院、一級醫院、藥局、外國人就醫通路和其他，藥局、外國人就醫通路和

其他變項利用人次太少，故筆者將之合併為「其他」項目。

在傾向因素中所有類別變項與最近一次醫療利用層級的卡方卡方分析中，「職業類別」、「對健保的態度」與「最近一次醫療利用層級」有顯著差異。

C. 中國/總醫療次數比(見表 4.1.10)

在台商傾向因素與中國/總醫療次數比之卡方分析中，「工作層級」、「對上海醫療技術品質良好的印象」與「中國/總醫療次數比」呈現顯著差異。



表 4.1.8 台商傾向因素與有中國門診利用之卡方分析

N=191

傾向因素	有中國門診利用		卡方值
	有 人數(%)	無 人數(%)	
性別			1.628
男	73 (68.87)	33 (31.13)	
女	51 (60.00)	34 (40.00)	
年齡			0.739
35 歲以下	35 (62.50)	21 (37.50)	
36 歲以上	89 (65.93)	46 (34.07)	
教育程度			0.548
專科以下	65 (67.01)	32 (32.99)	
大學以上	59 (62.77)	35 (37.23)	
工作層級			0.042*
高階主管	57 (58.16)	41 (41.84)	
基層主管	36 (80.00)	9 (20.00)	
工程技術	57 (58.16)	41 (41.84)	
居住狀況			7.915**
獨居	68 (73.91)	24 (26.09)	
夫妻同住	11 (68.75)	5 (31.25)	
夫妻+子女	44 (53.66)	38 (46.34)	
上海技術品質佳			3.084
同意	9 (47.37)	10 (52.63)	
普通	69 (68.32)	32 (31.68)	
不同意	45 (64.29)	25 (35.71)	
上海硬體佳			2.650
同意	16 (69.57)	7 (30.43)	
普通	62 (69.66)	27 (30.34)	
不同意	46 (58.23)	33 (41.77)	
來陸主要目的			0.738
經商	72 (66.06)	37 (33.94)	
非經商	51 (62.96)	30 (37.04)	
來中國時間			0.295
3 年以下	61 (67.03)	30 (32.97)	
4 年以上	62 (63.27)	36 (36.73)	
上海人員服務佳			4.797*
同意	6 (54.55)	5 (45.45)	

普通	59 (73.75)	21 (26.25)
不同意	59 (59.00)	41 (41.00)
上海滿意度佳		
同意	9 (64.29)	5 (35.71)
普通	58 (76.32)	18 (23.68)
不同意	57 (56.44)	44 (43.56)

7.528*

註：*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

表 4.1.9 台商傾向因素與最近一次醫療利用層級之卡方分析

N=191

傾向因素	最近一次醫療利用層級				卡方值
	三級 人數(%)	二級 人數(%)	一級 人數(%)	其他 人數(%)	
性別					3.604
男	9 (26.47)	18 (52.94)	5 (14.71)	2 (5.88)	
女	4 (12.12)	17 (51.52)	10 (30.30)	2 (6.06)	
年齡					0.654
35 歲以下	4 (16.67)	14 (58.33)	5 (20.83)	1 (4.17)	
36 歲以上	9 (20.93)	21 (48.84)	10 (23.26)	3 (6.98)	
教育程度					3.938
專科以下	10 (28.57)	16 (45.71)	6 (17.14)	3 (8.57)	
大學以上	3 (9.68)	19 (61.29)	8 (25.81)	1 (3.23)	
工作層級					4.013
高階主管	9 (25.00)	18 (50.00)	6 (16.67)	3 (8.33)	
基層主管	1 (9.09)	7 (63.64)	3 (27.27)		
工程技術	3 (15.79)	9 (47.37)	6 (31.58)	1 (5.26)	
居住狀況					1.966
獨居	6 (23.08)	14 (53.85)	5 (19.23)	1 (3.85)	
夫妻同住	1 (16.67)	4 (66.67)	1 (16.67)		
夫妻+子女	6 (17.14)	17 (48.57)	9 (25.71)	3 (8.57)	
上海技術品質佳					3.213
同意	2 (40.00)	6 (60.00)	3 (30.00)	1 (10.00)	
普通	5 (26.32)	15 (50.00)	7 (23.33)	1 (3.33)	
不同意	8 (18.60)	14 (51.85)	5 (18.52)	2 (7.41)	
上海硬體佳					2.852
同意	7 (17.07)	20 (48.78)	11 (26.83)	3 (7.32)	
普通	3 (21.43)	9 (64.29)	2 (14.29)		
不同意	3 (25.00)	6 (50.00)	2 (16.67)	1 (8.33)	
來陸主要目的					9.193
經商	6 (18.18)	19 (57.58)	6 (18.18)	2 (6.06)	
非經商	7 (20.59)	16 (47.06)	9 (26.47)	2 (5.88)	
來中國時間					5.088
3 年以下	3 (9.68)	19 (61.29)	8 (25.81)	1 (3.23)	
4 年以上	10 (28.57)	16 (45.71)	6 (17.14)	3 (8.57)	
上海人員服務佳					4.923

同意		6 (60.00)	3 (30.00)	1 (10.00)	
普通	7 (23.33)	15 (50.00)	7 (23.33)	1 (3.33)	
不同意	6 (22.22)	14 (51.85)	5 (18.52)	2 (7.41)	
上海滿意度佳					3.475
同意		3 (60.00)	2 (40.00)		
普通	5 (26.32)	8 (42.11)	5 (26.32)	1 (5.26)	
不同意	8 (18.60)	24 (55.81)	8 (18.60)	3 (6.98)	
對健保知識					3.85
6分以下	1 (20.00)	4 (80.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
7-12分	8 (24.24)	17 (51.52)	6 (18.18)	2 (6.06)	
13分以上	4 (14.81)	14 (51.85)	8 (29.63)	1 (3.70)	
對健保態度					17.46*
20分以下	0 (0.00)	6 (19.35)	5 (35.71)	2 (66.00)	
21-33分	7 (63.64)	22 (70.97)	5 (35.71)	1 (33.00)	
34分以上	4 (36.36)	3 (9.68)	4 (28.57)	0 (0.00)	

註：*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

表 4.1.10 台商傾向因素與中國/總醫療次數比之卡方分析 N=191

傾向因素	中國/總醫療次數比						卡方值
	無中國		兩岸皆有		僅中國		
	人次	%	人次	%	人次	%	
性別							4.84
男	54 (63.53)		19 (22.35)		12 (14.12)		
女	72 (67.92)		12 (11.32)		22 (20.75)		
年齡							1.12
35歲以下	37 (66.07)		11 (19.64)		8 (14.29)		
36歲以上	89 (65.93)		20 (14.81)		26 (19.26)		
教育程度							0.49
專科以下	62 (63.92)		16 (16.49)		19 (19.59)		
大學以上	64 (68.09)		15 (15.96)		15 (15.96)		
工作層級							17.45 **
高階主管	58 (59.18)		14 (14.29)		26 (26.53)		
基層主管	38 (84.44)		4 (8.89)		3 (6.67)		
工程技術	28 (60.87)		13 (28.26)		5 (10.87)		
上海技術品質佳							9.15 *
同意	8 (42.11)		3 (15.79)		8 (42.11)		
普通	70 (69.31)		15 (14.85)		16 (15.84)		
不同意	47 (67.14)		13 (18.57)		10 (14.29)		
上海硬體佳							1.16

同意	14 (60.87)	5 (21.74)	4 (17.39)	
普通	61 (68.54)	12 (13.48)	16 (17.98)	
不同意	51 (64.56)	14 (17.72)	14 (17.72)	
來陸主要目的				4.48
經商	74 (67.89)	13 (11.93)	22 (20.18)	
非經商	51 (62.96)	18 (22.22)	12 (14.81)	
來中國時間				2.50
3 年以下	62 (68.13)	17 (18.68)	12 (13.19)	
4 年以上	63 (64.29)	14 (14.29)	21 (21.43)	
居住狀況				3.50
獨居	65 (70.65)	13 (14.13)	14 (15.22)	
夫妻同住	12 (75.00)	2 (12.50)	2 (12.50)	
夫妻+子女	48 (58.54)	16 (19.51)	18 (21.95)	
服務效率差				3.71
同意	69 (61.06)	19 (16.81)	25 (22.12)	
普通	34 (73.91)	7 (15.22)	5 (10.87)	
不同意	21 (70.00)	5 (16.67)	4 (13.33)	
上海人員服務佳				3.57
同意	5 (45.45)	3 (27.27)	3 (27.27)	
普通	57 (71.25)	12 (15.00)	11 (13.75)	
不同意	64 (64.00)	16 (16.00)	20 (20.00)	
上海滿意度佳				5.08
同意	7 (50.00)	4 (28.57)	3 (21.43)	
普通	55 (72.37)	12 (15.79)	9 (11.84)	
不同意	64 63.37	15 (14.85)	22 (21.78)	

(二) 能用因素與健康服務利用之分析

台商的能用因素包含：是否仍具健保身分、公司是否有特約醫院、台商本身是否有其他保險、台商前往就診所需花費的交通時間、中國醫院的診療時間。

本部份旨在了解台商的能用因素有哪些與健康服務利用行為呈現顯著性相關：

A. 有中國門診利用(見表 4.1.11)

在台商的能用因素中有「前往就診的交通時間」與「有中國門診利用」有顯著相關。

B. 最近一次醫療利用層級(見表 4.1.12)

在台商的能用因素與最近一次使用醫療的層級關係中的卡方分析，均無要素與「最近一次醫療利用層級」有顯著相關。

C. 中國/總醫療次數比(見表 4.1.13)

台商能用因素與中國/總醫療次數比之變異數分析中，「前往就診的交通時間」與「中國/總醫療次數比」有顯著相關。

表 4.1.11 能用因素與有中國門診利用之卡方分析

能用因素	有利用中國門診				卡方值
	有		無		
	人數	(%)	人數	(%)	
持有健保卡					0.779
有	112	(64.00)	63	(36.00)	
無	12	(75.00)	4	(25.00)	
中國其他保險					0.032
有	14	(66.67)	7	(33.33)	
無	110	(64.71)	60	(35.29)	
看診交通時間					63.183***
10 分以內	113	(81.88)	25	(18.12)	
11 至 30 分鐘	9	(23.08)	30	(76.92)	
31 分以上	2	(14.29)	12	(85.71)	

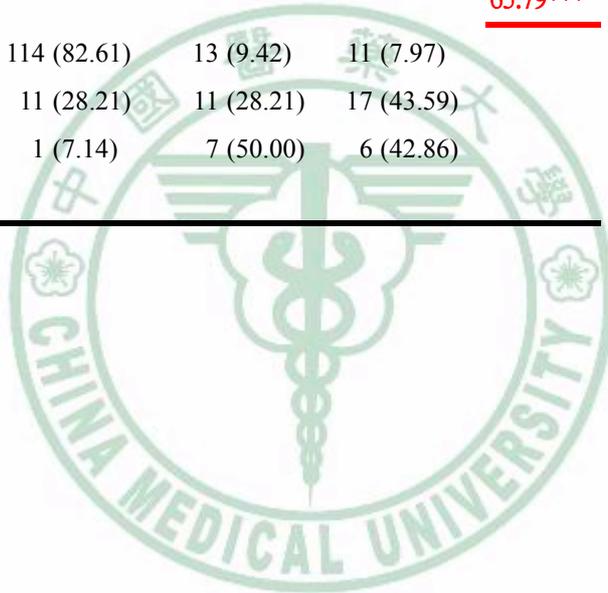
表 4.1.12 台商能用因素與最近一次醫療利用層級之卡方分析

能用因素	最近一次醫療利用層級				卡方值
	三級	二級	一級	其他	
	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	
持有健保卡					4.120
有	10 (16.39)	33 (54.10)	14 (22.95)	4 (6.56)	
無	3 (50.00)	2 (33.33)	1 (16.67)		
中國其他保險					1.341
有	2 (22.22)	4 (44.44)	3 (33.33)		
無	11 (18.97)	31 (53.45)	12 (20.69)	4 (6.90)	
看診交通時間					5.712
10 分以內	10 (23.26)	21 (48.84)	9 (20.93)	3 (6.98)	
11 至 30 分鐘	1 (7.69)	10 (76.92)	2 (15.38)		
31 分以上	2 (18.18)	4 (36.36)	4 (36.36)	1 (9.09)	

註：*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

表 4.1.13 台商能用因素與中國/總醫療次數比之卡方分析

能用因素	中國/總醫療次數比例			卡方值		
	無中國		兩岸皆有			
	人次	%	人次		%	
持有健保卡				0.18		
有	115	(65.71)	29	(16.57)	31	(17.71)
無	11	(68.75)	2	(12.50)	3	(18.75)
中國其他保險				2.74		
有	16	(76.19)	4	(19.05)	1	(4.76)
無	110	(64.71)	27	(15.88)	33	(19.41)
看診交通時間				65.79***		
10 分以內	114	(82.61)	13	(9.42)	11	(7.97)
11 至 30 分鐘	11	(28.21)	11	(28.21)	17	(43.59)
31 分以上	1	(7.14)	7	(50.00)	6	(42.86)



(三) 需要因素與健康服務利用之分析

本節主要是探討台商的需要因素構面，以及求醫行為構面的醫療服務利用方面的狀況，第一部份將先利用 SF-36 八個構面所歸納得到的十個構面--身體生理功能 (PF)、因生理功能角色受限 (RP)、身體疼痛 (BP)、一般健康 (GH)、活力狀況 (VT)、社會功能 (SF)、因情緒角色受限 (RE)、心理健康 (MH)、生理面向 (PCS) 和心理面向 (MCS)，來對健康服務利用的兩個構面作分析。

A 「有中國門診利用」(見表 4.1.14)

台商的需要因素裡面，有「一般健康 (GH)」、「活力狀況 (VT)」與「有中國門診利用」呈現顯著差異。

B. 最近一次醫療利用層級(見表 4.1.15)

台商的需要因素裡面，在與最近一次醫療利用層級之卡方分析，並無變項呈現顯著相關。在卡方分析中，亦無變項與最近一次醫療利用層級呈現顯著差異。

C. 中國/總醫療次數比(見表 4.1.16)

台商的需要因素裡面之卡方分析中，活力狀況 (VT) 與中國/總醫療次數比有顯著差異。

表 4.1.14 需要因素與有利用中國門診之卡方分析

需要因素	有利用中國門診				卡方值
	有		無		
	人數	(%)	人數	(%)	
慢性病					0.827
有	15	(60.00)	10	(40.00)	
無	108	(65.45)	57	(34.55)	
生理功能 PF					2.714
74 分以下					
75-94 分	2	(33.33)	4	(66.67)	
95 分以上	122	(65.95)	63	(34.05)	
角色-生理 RP					2.714
50 分以下	7	(70.00)	3	(30.00)	
51-79 分	12	(60.00)	8	(40.00)	
80 分以上	105	(65.22)	56	(34.78)	
身體疼痛 BP					0.635
60 分以下	1	(100.00)			
61-89 分					
90 分以上	61	(61.00)	39	(39.00)	
一般健康 GH					5.416*
50 分以下	4	(57.14)	3	(42.86)	
51-79 分	40	(55.56)	32	(44.44)	
80 分以上	68	(72.34)	26	(27.66)	
活力狀況 VT					5.678*
50 分以下	3	(30.00)	7	(70.00)	
51-79 分	69	(66.35)	35	(33.65)	
80 分以上	52	(67.53)	25	(32.47)	
社會功能 SF					1.486
50 分以下	1	(33.33)	2	(66.67)	
51-79 分	49	(67.12)	24	(32.88)	
80 分以上	74	(64.35)	41	(35.65)	
角色-情緒 RE					0.666
50 分以下	18	(72.00)	7	(28.00)	
51-79 分	30	(63.83)	17	(36.17)	
80 分以上	75	(63.56)	43	(36.44)	
心理健康 MH					3.995
50 分以下	5	(62.50)	3	(37.50)	
51-79 分	63	(72.41)	24	(27.59)	
80 分以上	56	(58.33)	40	(41.67)	

註：*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

表 4.1.15 需要因素與最近一次醫療利用層級之卡方分析

N=191

需要因素	最近一次醫療利用層級				卡方值
	三級	二級	一級	其他	
	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	
慢性病	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	6.33
有	1 (12.50)	2 (25.00)	4 (50.00)	1 (12.50)	
無	12 (21.05)	33 (57.89)	10 (17.54)	2 (3.51)	
生理功能 PF					7.86
74 分以下	0 (0.00)	3 (50.00)	3 (50.00)	0 (0.00)	
75-94 分	6 (33.33)	8 (44.44)	2 (11.11)	2 (11.11)	
95 分以上	7 (16.28)	24 (55.81)	10 (23.26)	2 (4.65)	
角色-生理 RP					7.84
50 分以下	1 (8.33)	7 (58.33)	4 (33.33)	0 (0.00)	
51-79 分	1 (33.33)	0 (0.00)	2 (66.67)	0 (0.00)	
80 分以上	11 (21.15)	28 (53.85)	9 (17.31)	4 (7.69)	
身體疼痛 BP					7.42
60 分以下	1 (16.67)	3 (50.00)	2 (33.33)	0 (0.00)	
61-89 分	6 (15.00)	22 (55.00)	11 (27.50)	1 (2.50)	
90 分以上	6 (28.57)	10 (47.62)	2 (9.52)	3 (14.29)	
一般健康 GH					9.76
50 分以下	2 (11.11)	11 (61.11)	4 (22.22)	1 (5.56)	
51-79 分	9 (25.71)	18 (51.43)	8 (22.86)	0 (0.00)	
80 分以上	2 (14.29)	6 (42.86)	3 (21.43)	3 (21.43)	
活力狀況 VT					7.82
50 分以下	4 (17.39)	12 (52.17)	7 (30.43)	0 (0.00)	
51-79 分	7 (20.59)	17 (50.00)	8 (23.53)	2 (5.88)	
80 分以上	2 (20.00)	6 (60.00)	0 (0.00)	2 (20.00)	
社會功能 SF					4.39
50 分以下	4 (17.39)	12 (52.17)	7 (30.43)	0 (0.00)	
51-79 分	7 (20.59)	17 (50.00)	8 (23.53)	2 (5.88)	
80 分以上	2 (20.00)	6 (60.00)	0 (0.00)	2 (20.00)	
角色-情緒 RE					6.75
50 分以下	2 (10.00)	9 (45.00)	8 (40.00)	1 (5.00)	
51-79 分	3 (25.00)	7 (58.33)	2 (16.67)	0 (0.00)	
80 分以上	8 (22.86)	19 (54.29)	5 (14.29)	3 (8.57)	
心理健康 MH					1.95
50 分以下	2 (14.29)	8 (57.14)	4 (28.57)	0 (0.00)	
51-79 分	9 (21.95)	21 (51.22)	8 (19.51)	3 (7.32)	
80 分以上	2 (16.67)	6 (50.00)	3 (25.00)	1 (8.33)	

註：*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

表 4.1.16 需要因素與中國/總醫療次數比之卡方分析

N=191

能用因素	中國/總醫療次數比			卡方值		
	無中國		兩岸皆有		僅中國	
	人次	%	人次		%	
慢性病				0.83		
有	16	(64.00)	5	(20.00)	4	(16.00)
無	109	(66.06)	26	(15.76)	30	(18.18)
生理功能 PF				2.96		
74 分以下						
75-94 分	2	(33.33)	2	(33.33)	2	(33.33)
95 分以上	124	(67.03)	29	(15.68)	32	(17.30)
角色-生理 RP				6.37		
50 分以下	5	(50.00)	4	(40.00)	1	(10.00)
51-79 分	11	(55.00)	5	(25.00)	4	(20.00)
80 分以上	110	(68.32)	22	(13.66)	29	(18.01)
身體疼痛 BP				0.61		
60 分以下	1	(100.00)				
61-89 分						
90 分以上	62	(62.00)	16	(16.00)	22	(22.00)
一般健康 GH				5.50		
50 分以下	3	(42.86)	2	(28.57)	2	(28.57)
51-79 分	43	(59.72)	13	(18.06)	16	(22.22)
80 分以上	69	(73.40)	10	(10.64)	15	(15.96)
活力狀況 VT				16.07 **		
50 分以下	3	(30.00)	6	(60.00)	1	(10.00)
51-79 分	69	(66.35)	17	(16.35)	18	(17.31)
80 分以上	54	(70.13)	8	(10.39)	15	(19.48)
社會功能 SF				11.00		
50 分以下	5	(22.73)			6	(27.27)
51-79 分	20	(20.83)	4	(4.17)	17	(17.71)
80 分以上	19	(26.03)	2	(2.74)	11	(15.07)
角色-情緒 RE				5.06		
50 分以下	12	(24.49)	1	(2.04)	10	(20.41)
51-79 分	6	(26.09)	2	(8.70)	5	(21.74)
80 分以上	26	(22.03)	3	(2.54)	19	(16.10)
心理健康 MH				11.65		
50 分以下	12	(34.29)	1	(2.86)	9	(25.71)
51-79 分	26	(21.85)	4	(3.36)	16	(13.45)
80 分以上	6	(16.22)	1	(2.70)	9	(24.32)

註：*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

(四) 小結

在傾向因素中所有類別變項與最近一次醫療利用層級的卡方卡方分析中，僅有職業類別、對健保的態度有顯著性。在台商傾向因素與中國/總醫療次數比之卡方分析中，工作層級、對上海醫療技術品質良好的印象，與中國/總醫療次數比呈現顯著相關($P < 0.05$)。

台商的能用因素與最近一次使用醫療等級之卡方分析，前往就診的交通時間與最近一次使用醫療層級有顯著性相關。台商能用因素與年齡在中國/總醫療次數比之相關性分析中，就診交通時間與年齡中國/總醫療次數比有顯著性相關。其中，前往就診交通時間皆與這兩個依變項有顯著相關，筆者推測原因可能為台商平日工作繁忙，當他們在決定利用醫療利用層級時，最先考慮的因素為距離自己所在地的遠近，以減少交通時間的浪費。

在需要因素中，活力狀況(VT)與中國/總醫療次數比有顯著相關。可見台商良好活力與否會影響其在中國利用醫療次數的狀況。

第二節 台商求醫行為歷程分析

求醫行為的探討中，將主要著眼於台商使用醫療服務的實際經驗方面。

一、 台商求醫行為歷程的整體性描述

(一) 資訊來源的整體性描述(見表 4.2.1)

在醫院資訊來源部份，主要是親友介紹，有 145 人次(75.92%)；其次為服務公司，有 59 人(30.89%)；再者為上網查詢，有 38 人(19.90%)。

(二) 求醫障礙的整體性描述(見表 4.2.1)

在求醫障礙部份，台商認為中國醫院掛號不難者有 125 人(66.5%)；認為困難者有 63 人(33.5%)。在中國生病情願忍回台灣就診部份，不論是否答案皆各佔一半，各有 94 人(50.00%)。在身體不舒服但沒去就醫的理由中，最多的是仍在忍受範圍內，有 77 人(40.31%)；其次是因為擔心醫療品質者，有 60 人(31.41%)；再者為擔心醫療費用過貴，有 24 人次(16.57%)。

表 4.2.1 台商求醫行為之資訊來源與求醫障礙單變數表

N=191

變項/類別	人數	(%)	變項/類別	人數	(%)
求醫障礙			資訊來源		
中國醫院掛號不便			求醫資訊來源		
否	125	(66.5)	親友介紹	145	(75.92)
是	63	(33.5)	服務公司	59	(30.89)
在中國生病願忍回台就診			上網查詢	38	(19.90)
否	94	(50)	電視媒體	21	(10.99)
是	94	(50)	其他	18	(9.42)
有不舒服但沒有就醫的理由(複選題)			路過	8	(4.19)
在忍耐範圍	77	(40.31)	報紙	6	(3.14)
擔心醫療品質	60	(31.41)	電台	1	(0.52)
擔心醫療費用	24	(16.57)	總人次	296	
候診時間過久	21	(10.99)			
無暇前往	21	(10.99)			
台灣有固定醫師	14	(7.33)			
有回台就診	13	(6.81)			
醫院太遠	8	(4.19)			
總人次	251				

(三)求醫決策的整體性描述(見表 4.2.2)

在求醫決策部份，中國醫師平均看診時間最多者為 7 至 10 分鐘，有 18 人(25.00%)；其次是 4 至 6 分鐘，有 16 人(22.20%)。在中國醫師是否指導如何預防疾病部份，認為有的人有 34 人(17.80%)；認為沒有的人有 34 人(17.80%)。在台商選擇醫院因素部份，最多人次的是醫師的醫術高明，有 92 人次(48.16%)；其次是醫院風評好，有 67 人(39.08%)；再者為醫院硬體設備好，有 66 人(34.55%)。在台商認為良好的醫療品質應有哪些特徵，最多者為醫師技術佳，有 79 人(41.36%)；其次為醫師問診細心，有 58 人(30.36%)；再者為硬體設施優良，有 47 人(24.61%)。在台商心中合理價格部份，認為 51 元至 100

元人民幣較合理者，有 75 人(40.8%)；其次為 50 元人民幣以下，有 64 人(34.8%)。在台商實際醫療服務價格部份，301 元人民幣以上者，有 39 人(26.17%)；其次為 101 元至 200 元和 201 元至 300 元並列第二，各有 32 人(21.48%)。在不滿中國醫院部分，認為候診時間過常者，有 67 人(35.07%)；其次為候診室吵雜，有 66 人(34.55%)；再者為工作人員服務態度，有 53 人(27.74%)。在台商前往就診時使用的交通工具部份，最多人選擇計程車，有 84 人(43.98%)；再者為自小客車，有 81 人(42.41%)。在中國醫院是否有指導用藥部分，認為有者有 52 人(73.20%)；在中國醫師是否解說病情部分，認為有者有 89 人(83.1%)。



表 4.2.2 台商求醫決策之求醫決策單變數表

N=191

變項/類別	人數	(%)	變項/類別	人數	(%)
中國醫師平均看診時間			中國醫院不滿部份(複選題)		
11 分以上	27	(25.0)	候診時間太長	67	(35.07)
7-10 分	18	(22.2)	候診室吵雜	66	(34.55)
4-6 分	16	(15.3)	工作人員服務態度	53	(27.74)
1-3 分	11	(14.1)	工作人員說明不清	49	(25.65)
中國醫師是否指導預防疾病			檢查室非單獨就診	42	(64.61)
有	34	(17.8)	檢查室無私密性	37	(19.37)
沒有	34	(17.8)	無衛生教育	30	(15.70)
不知道	3	(1.6)	無提供衛教場所	17	(8.90)
台商選擇醫院因素(複選題)			檢查室無置物設施	15	(7.85)
醫師醫術高	92	(48.16)	其他	5	(2.61)
醫院風評好	67	(39.08)	總人次	381	
醫院設備好	66	(34.55)	中國前往就診的交通工具		
親戚朋友推薦	60	(31.41)	計程車	84	(43.98)
交通方便	54	(28.27)	自小客車	81	(42.41)
醫護態度好	24	(12.57)	其他	17	(8.90)
其他因素	13	(6.80)	機車	6	(3.14)
費用便宜	5	(2.62)	公車	3	(1.57)
廣告大	2	(1.05)	單車	1	(0.52)
治安好	0	(0.00)	中國醫師是否指導用藥		
總人次	383		有	52	(73.2)
良好醫療品質內容(複選題)			沒有	17	(23.9)
醫師技術佳	79	(41.36)	不知道	2	(2.8)
醫師問診細心	58	(30.36)	中國醫師是否解說病情		
硬體設施優良	47	(24.61)	有	89	(83.1)
藥品質優	43	(22.51)	沒有	8	(11.3)
服務態度優良	38	(19.90)	不知道	4	(2.1)
醫療費用合理	30	(15.71)	內心合理醫療服務價格		
單次性醫材	21	(10.99)	實際醫療服務價格		
候診時間短	13	(6.81)	301 元以上	39	(26.17)
總人次	329		101-200 元	32	(21.48)
內心合理醫療服務價格			201-300 元	32	(21.48)
51-100 元	75	(40.8)	0-50 元	26	(17.45)
0-50 元	64	(34.8)	51-100 元	20	(13.42)
101-200 元	37	(20.1)			
201-300 元	7	(3.8)			
301 元以上	1	(0.5)			

(四)求醫行為的整體性描述

在求醫行為的探討中，將主要著眼於台商使用醫療服務的實際經驗方面。A.中國醫療利用行為、B.台灣醫療利用行為、C.慢性病方面及D.中國醫療利用次數方面。

A.中國醫療利用行為(見表 4.2.3)

在西醫門診方面，以二級醫院利用人次最多，有 35 人(18.30%)；其次為一級醫院，有 14 人(7.30%)；再者為三級醫院，有 13 人(6.8%)。在牙醫門診方面，以在藥局購藥為主，有 6 人(40.00%)；其次為在三級醫院就診，有 4 人(26.67%)；再者為外賓門診，有 3 人(20.00%)。在中醫門診方面，以二級醫院為主，有 5 人(38.46%)；在住院方面，以三級醫院為主，有 3 人(75.00%)；在急診方面，以二級醫院為主，有 5 人(71.43%)；在健康檢查方面，以外賓門診、三級醫院為主，各有 3 人(25.00%)；其次為一級、其他醫療通路，各有 2 人(16.67%)。

B.台灣醫療利用行為(見表 4.2.3)

在牙醫門診方面，以地方診所為主，有 18 人(54.55%)；其次為地區醫院，有 8 人(24.24%)。在中醫門診方面，以地方診所為主，有 6 人(66.67%)。在住院方面，以教學醫院為主，有 3 人(100.00%)。在急診方面，以教學醫院為主，有 6 人(75.00%)；其次為區域醫院，有 2 人(25.00%)。在健康檢查方面，以區域醫院為主，有 14 人(35.90%)；其次為教學醫院，有 13 人(33.33%)。

C.慢性病方面(見表 4.2.3)

在台灣持有慢性病連續處方籤方面，以無持有為主，有 175 人 (93.10%)；其次為有持有者，有 16(6.90%)。在診斷確定之慢性病種類方面，以其中種類為主，有 5 人(38.50%)；其次為高血壓，有 3 人 (23.10%)；再者為心血管疾病、慢性肝炎，各有 2 人(15.40%)。在如何在中國使用慢性病連續處方籤方面，以返台時領藥為主，有 10 人 (71.43%)；其次為在台親人代為郵寄，有 2 人(14.29%)。

D.中國醫療利用次數方面(見表 4.2.4)

在中國西醫門診利用次數方面，以 0 次為主，有 142 人(74.35%)；其次是 1 次，有 32 人(16.75%)。平均值為 0.56 次，最大值為 25 次，最小值為 0 次。在中國牙醫門診利用次數方面，以 0 次為主，有 174 人(91.10%)；其次是 1 次，有 12 人(6.28%)。平均利用次數為 0.19 次，最大值為 10 次，最小值為 0 次。在中國中醫門診利用次數方面，以 0 次為主，有 171 人(89.53%)；其次是 1 次，有 12 人(6.28%)。平均利用次數為 0.21 次，最大值為 6 次，最小值為 0 次。在中國住院利用次數方面，以 0 次為主，有 187 人(97.90%)；其次是 1 次，有 4 人 (2.10%)。平均利用次數為 0.02 次，最大值為 1 次，最小值為 0 次。在中國急診利用次數方面，以 0 次為主，有 182 人(95.28%)；其次是 1 次，有 7 人(3.66%)。平均利用次數為 0.06 次，最大值為 2 次，最小值為 0 次。在中國健康檢查利用次數方面，以 0 次為主，有 169 人 (88.48%)；其次是 1 次，有 18 人(9.42%)。平均利用次數為 0.23 次，最大值為 12 次，最小值為 0 次。

表 4.2.3 台商兩岸求醫行為單變數表

N=191

中國醫療利用變項	人數	(%)	台灣醫療利用變項	人數	(%)
牙醫門診 N=15			牙醫門診 N=32		
本地藥局	6	(40.00)	地方診所	18	(54.55)
三級	4	(26.67)	地區醫院	8	(24.24)
外賓門診	3	(20.00)	教學醫院	5	(15.15)
一級	1	(6.67)	區域醫院	1	(3.03)
其他	1	(6.67)			
中醫門診 N=13			中醫門診 N=9		
二級	5	(38.46)	地方診所	6	(66.67)
一級	3	(23.08)	教學醫院	1	(11.11)
本地藥局	3	(23.08)	區域醫院	1	(11.11)
三級	1	(7.69)	地區醫院	1	(11.11)
外賓門診	1	(7.69)			
住院 N=4			住院 N=3		
三級	3	(75.00)	教學醫院	3	(100.00)
一級	1	(25.00)			
急診 N=7			急診 N=8		
二級	5	(71.43)	教學醫院	6	(75.00)
三級	1	(14.29)	區域醫院	2	(25.00)
一級	1	(14.29)	總利用人次	8	
健康檢查 N=11			健康檢查 N=39		
外賓門診	3	(25.00)	區域醫院	14	(35.90)
三級	3	(25.00)	教學醫院	13	(33.33)
一級	2	(16.67)	地區醫院	9	(23.08)
其他	2	(16.67)	地方診所	3	(7.69)
二級	1	(8.33)			
西醫門診醫院等級 N=65			在台灣是否持有慢性病連續處方籤 N=188		
二級	35	(18.30)	無	175	(93.10)
一級	14	(7.30)	有	13	(6.90)
三級	13	(6.80)	如何在中國使用連續處方籤 N=14		
外賓就醫通路	2	(1.00)	返台時領藥	10	(71.43)
本地藥局	1	(0.50)	在台親人郵寄	2	(14.29)
			沒有按時取藥	1	(7.14)
慢性病種類 N=13					
其他	5	(38.50)			
高血壓	3	(23.10)			
心血管疾病	2	(15.40)			
慢性肝炎	2	(15.40)			
糖尿病	1	(7.70)			
腎臟炎	0	(0.00)			

表 4.2.4 台商求醫行為之中國醫療利用次數求醫行為單變數表

N=191

變項/類別	人數	(%)	變項/類別	人數	(%)
半年內中國西醫門診利用次數			半年內中國住院利用次數		
0 次	142	(74.35)	0 次	174	(91.10)
1 次	32	(16.75)	1 次	4	(2.1)
2 次以上	17	(8.90)	平均值 0.02 次		
平均值 0.56 次			最大值 1 次，最小值 0 次		
最大值 25 次，最小值 0 次					
半年內中國牙醫門診利用次數			半年內中國急診利用次數		
0 次	174	(91.10)	0 次	182	(95.28)
1 次以上	17	(8.90)	1 次以上	9	(4.71)
			平均值 0.06 次		
平均值 0.19 次			最大值 2 次，最小值 0 次		
最大值 10 次，最小值 0 次					
半年內中國中醫門診利用次數			半年內中國健檢利用次數		
0	171	(89.53)	0 次	169	(88.48)
1	12	(6.28)	1 次以上	22	(11.42)
2 次以上	9	(4.71)	平均值 0.23 次		
平均值 0.21 次			最大值 12 次，最小值 0 次		
最大值 6 次，最小值 0 次					

(五)小結

在中國醫療利用行為部分，在西醫門診方面，以二級醫院利用人次最多，有 35 人(18.30%)；在牙醫門診方面，以在藥局購藥為主，有 6 人(40.00%)；在中醫門診方面，以二級醫院為主，有 5 人(38.46%)；在住院方面，以三級醫院為主，有 3 人(75.00%)；在急診方面，以二級醫院為主，有 5 人(71.43%)；在健康檢查方面，以外賓門診、三級醫院為主，各有 3 人(25.00%)；

在台灣醫療利用行為部分，在牙醫門診方面，以地方診所為主，有 18 人(54.55%)；在中醫門診方面，以地方診所為主，有 6 人(66.67%)；在住院方面，以教學醫院為主，有 3 人(100.00%)；在急診方面，以教學醫院為主，有 6 人(75.00%)；在健康檢查方面，以區域醫院為主，有 14 人(35.90%)。

在慢性病部分，在台灣持有慢性病連續處方籤方面，以無持有為主，有 175 人(93.10%)；在診斷確定之慢性病種類方面，以其他種類為主，有 5 人(38.50%)；在如何在中國使用慢性病連續處方籤方面，以返台時領藥為主，有 10 人(71.43%)。

中國醫療利用次數部分，在中國西醫門診利用次數方面，以 0 次為主，有 142 人(74.35%)，台灣調查結果中台灣民眾平均利用 2 次；在中國牙醫門診利用次數方面，以 0 次為主，有 174 人(91.10%)，台灣調查結果中台灣民眾平均利用 2 次；在中國中醫門診利用次數方面，以 0 次為主，有 171 人(89.53%)，台灣調查結果中台灣民眾平均利用 2 次；在中國住院利用次數方面，以 0 次為主，有 174 人(97.90%)，台灣調查結果中台灣民眾平均利用 1.4 次；在中國急診利用次數方面，以 0 次為主，有 182 人(95.28%)，台灣調查結果中台灣民眾平均利用 1.4 次；在中國健康檢查利用次數方面，以 0 次為主，有 169 人(88.48%)。

在求醫決策部份，中國醫師平均看診時間最多者為 7 至 10 分鐘，有 18 人(25.00%)在醫師平均看診時間方面，以 11 分鐘以上者最多，

這數據與台灣平均看診時間 5 至 10 分鐘(佔 60%)(黃月桂，2003)相比，中國醫師看診時間有較長的趨勢；在中國醫師是否指導如何預防疾病部份，認為有的人有 34 人(17.80%)；在台商選擇醫院因素部份，最多人次的是醫師的醫術高明，有 92 人次(48.16%)；在台商認為良好的醫療品質應有哪些特徵，最多者為醫師技術佳，有 79 人(41.36%)；在台商心中合理價格部份，認為 51 元至 100 元人民幣較合理者，有 75 人(40.8%)；在台商實際醫療服務價格部份，301 元人民幣以上者，有 39 人(26.17%)；在不滿中國醫院部分，認為候診時間過常者，有 67 人(35.07%)；在台商前往就診時使用的交通工具部份，最多人選擇計程車，有 84 人(43.98%)；在中國醫院是否有指導用藥部分，認為有者有 52 人(73.20%)。

在求醫障礙部份，台商認為中國醫院掛號不難者有 125 人(66.5%)；在中國生病情願忍回台灣就診部份，寧願回台就診與願意在中國就診的台商各佔一半，各有 94 人(50.00%)；在身體不舒服但沒去就醫的理由中，最多的是仍在忍受範圍內，有 77 人(40.31%)。

在醫院資訊來源部份，主要是親友介紹，有 145 人次(75.92%)。

二、 台商求醫行為歷程與健康服務利用之分析

在這部份是以求醫行為和健康服務利用的卡方分析，探討這兩個變數間的關係。以下分為資訊來源、求醫行為、求醫決策及求醫障礙來分析。

(一) 資訊來源

A. 最近一次醫療利用層級(見表 4.2.9)

在資訊來源與最近一次醫療利用層級的卡方分析中，並無變項與最近一次醫療層級呈現顯著相關。

B. 中國/總醫療次數比(見表 4.2.12)

在資訊來源與中國/總醫療次數比的卡方分析中，在中國求醫資訊的來源與中國/總醫療次數比呈現顯著相關。

(二) 求醫障礙

A. 最近一次醫療利用層級(見表 4.2.9)

求醫障礙中的身體不舒服但未在大陸就醫的理由等與最近一次醫療利用層級有顯著相關。

B. 中國/總醫療利用次數(見表 4.2.12)

求醫障礙中的在中國生病時情願忍回台灣就醫與中國/總醫療次數比有顯著相關。

(三) 求醫決策

A. 最近一次醫療利用層級(見表 4.2.8)

在求醫決策與最近一次醫療利用層級的卡方分析中，中國醫師是否解說病情、中國醫師是否指導預防疾病、前往醫院的交通工具等有顯著相關。

B. 中國/總醫療次數比(見表 4.2.10、表 4.2.11)

在求醫決策與中國/總醫療次數比的卡方分析中，中國醫師是否解說病情、中國醫師是否指導用藥方法、中國醫師是否指導預防疾病、良好醫療品質內容有顯著相關。

(四) 求醫行為

A. 最近一次醫療利用層級

台商的求醫行為裡面，在與最近一次醫療利用層級之卡方分析，在「中國的牙醫醫療利用等級」、「中國的中醫醫療利用等級」、「台灣的牙醫醫療利用等級」、「在台灣是否持有慢性病連續處方籤」、「如何在中國使用慢性病連續處方籤」和「確認已得的慢性病種類」與最近一次醫療利用層級呈現顯著相關。(見表 4.2.5)

在中國醫療利用次數與最近一次醫療利用層級的卡方分析中，沒有變項與最近一次醫療利用層級呈現顯著相關。(見表 4.2.6)

表 4.2.5 台商中國醫療利用與最近一次醫療利用層級之卡方分析

N=191

求醫行為	最近一次醫療利用層級				卡方值
	三級	二級	一級	其他	
	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	
牙醫門診					27.40*
無利用	10 (17.86)	31 (55.36)	14 (25.00)	1 (1.79)	
三級	2 (50.00)	2 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
一級	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
藥局	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	1 (50.00)	
外賓門診	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	1 (50.00)	
中醫門診					24.11**
無利用	12 (22.22)	29 (53.70)	2 (3.70)	12 (22.22)	
三級	1 (25.00)	2 (50.00)	0 (0.00)	1 (25.00)	
二級	0 (0.00)	3 (60.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
藥局	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
外賓門診	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	
住院					1.20
無利用	12 (19.35)	33 (53.23)	14 (22.58)	3 (4.84)	
三級	1 (33.33)	2 (66.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	
急診					12.83
無利用	11 (18.64)	33 (55.93)	12 (20.34)	3 (5.08)	
三級	2 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
二級	0 (0.00)	2 (66.67)	1 (33.33)	0 (0.00)	
一級	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	
健康檢查					13.79
無利用	12 (21.82)	30 (54.55)	11 (20.00)	2 (3.64)	
三級	0 (0.00)	2 (66.67)	1 (33.33)	0 (0.00)	
二級	0 (0.00)	1 (50.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	
一級	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
藥局	0 (0.00)	1 (33.33)	1 (33.33)	1 (33.33)	
外賓門診	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	

註：*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

表 4.2.6 台商台灣求醫行為與最近一次醫療利用層級之卡方分析

N=191

求醫行為	最近一次醫療利用層級				卡方值
	三級 人數(%)	二級 人數(%)	一級 人數(%)	其他 人數(%)	
牙醫門診					27.40*
無利用	13 (25.00)	28 (53.85)	9 (17.31)	2 (3.85)	
教學醫院	0 (0.00)	2 (66.67)	1 (33.33)	0 (0.00)	
區域醫院	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	
地區醫院	0 (0.00)	2 (50.00)	2 (50.00)	0 (0.00)	
地方診所	0 (0.00)	3 (60.00)	2 (40.00)	0 (0.00)	
中醫門診					3.99
無利用	13 (20.97)	34 (54.84)	12 (19.35)	3 (4.84)	
地方診所	0 (0.00)	1 (33.33)	2 (66.67)	0 (0.00)	
住院	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1.20
無利用	12 (19.35)	33 (53.23)	14 (22.58)	3 (4.84)	
教學醫院	1 (33.33)	2 (66.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	
急診					4.63
無利用	12 (19.67)	34 (55.74)	12 (19.67)	3 (4.92)	
教學醫院	1 (33.33)	1 (33.33)	1 (33.33)	0 (0.00)	
區域醫院	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	
健康檢查					12.54
無利用	10 (19.23)	29 (55.77)	11 (21.15)	2 (3.85)	
教學醫院	0 (0.00)	1 (50.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	
區域醫院	0 (0.00)	2 (50.00)	1 (25.00)	1 (25.00)	
地區醫院	3 (60.00)	2 (40.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
地方診所	0 (0.00)	1 (50.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	
是否在台持有慢性病連續處方籤					22.41**
無利用	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	
有	1 (50.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
無	12 (19.35)	34 (54.84)	14 (22.58)	2 (3.23)	
如何在中國使用連續處方籤					20.94*
無利用	12 (19.05)	34 (53.97)	14 (22.22)	3 (4.76)	
返台領藥	1 (50.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
不定時領	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	
其他	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	
慢性病種類					5.899
心血管	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	
其他慢性	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	
無慢性病	13 (20.00)	35 (53.85)	14 (21.54)	3 (4.62)	

註：*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

表 4.2.7 台商中國醫療利用次數與最近一次醫療利用層級之卡方分析 N=191

求醫行為	台灣最近一次醫療利用層級				卡方值
	三級	二級	一級	其他	
	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	
中國西醫門診利用次數					9.90
0 次	4 (33.33)	10 (32.26)	10 (76.92)	1 (33.33)	
1 次	7 (58.33)	15 (48.39)	2 (15.38)	2 (66.67)	
2 次以上	1 (8.33)	6 (19.35)	1 (7.69)	0 (0.00)	
中國牙醫門診利用次數					3.02
0 次	10 (76.92)	31 (91.18)	13 (93.33)	4 (66.67)	
1 次	3 (23.08)	3 (8.82)	1 (6.67)	1 (33.33)	
2 次以上					
中國中醫門診利用次數					3.06
0 次	12 (100.00)	29 (85.29)	12 (85.71)	3 (100.00)	
1 次	0 (0.00)	4 (11.76)	2 (14.29)	0 (0.00)	
2 次以上	0 (0.00)	1 (2.94)	0 (0.00)	0 (0.00)	
住院利用次數					1.33
0 次	12 (92.31)	33 (94.29)	15 (100.00)	4 (100.00)	
1 次	1 (7.69)	2 (5.71)	0 (0.00)	0 (0.00)	
中國急診利用次數					3.93
0 次	11 (84.62)	33 (94.29)	13 (86.67)	4 (100.00)	
1 次	1 (7.69)	1 (2.86)	2 (13.33)	0 (0.00)	
2 次以上	1 (7.69)	1 (2.86)	0 (0.00)	0 (0.00)	
健檢利用次數					1.17
0 次	12 (92.31)	30 (85.71)	12 (80.00)	3 (75.00)	
1 次	1 (7.69)	5 (14.29)	3 (20.00)	1 (25.00)	

表 4.2.8 台商求醫決策與最近一次醫療利用層級之卡方分析

N=191

求醫行為	最近一次醫療利用層級				卡方值
	三級 人數(%)	二級 人數(%)	一級 人數(%)	其他 人數(%)	
中國醫師平均看診時間					8.82
1-3 分鐘	4 (30.77)	2 (5.71)	4 (26.67)	0 (0.00)	
4-6	2 (15.38)	10 (28.57)	2 (13.33)	1 (25.00)	
7-10	4 (30.77)	10 (28.57)	5 (33.33)	1 (25.00)	
11 分以上	3 (23.08)	13 (37.14)	4 (26.67)	2 (50.00)	
中國醫師是否解說病情					18.94*
有	11 (84.62)	32 (91.43)	8 (53.33)	3 (75.00)	
沒有	1 (7.69)	3 (8.57)	4 (26.67)	0 (0.00)	
不知道	1 (7.69)	0 (0.00)	2 (13.33)	0 (0.00)	
遺漏值	2				
中國醫師是否指導用藥方法					16.34
有	10 (76.92)	26 (74.29)	8 (53.33)	3 (75.00)	
沒有	2 (15.38)	9 (25.71)	6 (40.00)	0 (0.00)	
不知道	1 (7.69)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
遺漏值	2				
中國醫師是否指導預防疾病					26.28**
有	8 (61.54)	17 (48.57)	3 (20.00)	3 (75.00)	
沒有	3 (23.08)	18 (51.43)	11 (73.33)	0 (0.00)	
不知道	2 (15.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
遺漏值	2				
實際門診價格					12.01
51-100 元	4 (36.36)	1 (3.33)	2 (13.33)	0 (0.00)	
0-50 元	1 (9.09)	4 (13.33)	2 (13.33)	0 (0.00)	
101-200 元	2 (18.18)	6 (20.00)	4 (26.67)	2 (50.00)	
201-300 元	2 (18.18)	8 (26.67)	4 (26.67)	1 (25.00)	
301 元以上	2 (18.18)	11 (36.67)	3 (20.00)	1 (25.00)	
知覺合理門診價格					13.78
51-100 元	7 (53.85)	10 (28.57)	4 (26.67)	2 (50.00)	
0-50 元	4 (30.77)	16 (45.71)	7 (46.67)	0 (0.00)	
101-200 元	0 (0.00)	8 (22.86)	4 (26.67)	2 (50.00)	
201-300 元	2 (15.38)	1 (2.86)	0 (0.00)	0 (0.00)	
301 元以上	7 (53.85)	10 (28.57)	4 (26.67)	2 (50.00)	
台商選擇醫院因素(複選題)					9.27
醫院因素	10 (76.92)	19 (54.29)	10 (66.67)	4 (100.00)	
親友推薦	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (6.67)	0 (0.00)	
其他因素	0 (0.00)	2 (5.71)	1 (6.67)	0 (0.00)	
醫院及親友	3 (23.08)	14 (40.00)	3 (20.00)	0 (0.00)	
良好醫療品質內容(複選題)					12.48
醫護因素	2 (25.00)	5 (41.67)	1 (16.67)	0 (0.00)	
軟硬體因素	2 (25.00)	3 (25.00)	2 (33.33)	2 (100.00)	
硬體及成本	1 (12.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	

軟體及成本	3 (37.50)	3 (25.00)	1 (16.67)	0 (0.00)	
綜合因素	0 (0.00)	1 (8.33)	2 (33.33)	0 (0.00)	
前往醫院交通工具(複選題)					37.01***
車輛	12 (92.31)	32 (94.12)	12 (80.00)	2 (50.00)	
機踏車	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (50.00)	
其他	0 (0.00)	2 (5.88)	2 (13.33)	0 (0.00)	
車輛	12 (92.31)	32 (94.12)	12 (80.00)	2 (50.00)	

註：1. *P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

2. 軟硬體因素代表醫護因素及醫院硬體；硬體及成本素代表醫院硬體及病患成本；軟體及成本代表醫護因素及病患成本；綜合因素代表醫護因素、醫院硬體及病患成本。



表 4.2.9 台商求醫障礙、資訊來源與最近一次醫療利用層級之卡方分析 N=191

求醫行為	最近一次醫療利用層級				卡方值
	三級 人數(%)	二級 人數(%)	一級 人數(%)	其他 人數(%)	
求醫障礙					
中國醫院掛號不變					3.36
是	2 (15.38)	15 (42.86)	5 (33.33)	1 (25.00)	
否	11 (84.62)	20 (57.14)	10 (66.67)	3 (75.00)	
在中國生病時情願忍回台灣就醫					2.89
是	4 (30.77)	19 (54.29)	7 (46.67)	1 (25.00)	
否	9 (69.23)	16 (45.71)	8 (53.33)	3 (75.00)	
身體不舒服但沒在大陸就醫的理由(複選題)					19.66
醫院問題	1 (7.69)	0 (0.00)	2 (13.33)	0 (0.00)	
時間問題	1 (7.69)	3 (8.57)	0 (0.00)	0 (0.00)	
醫院及時間	0 (0.00)	3 (8.57)	5 (33.33)	2 (50.00)	
跳答者	11 (84.62)	29 (82.86)	8 (53.33)	2 (50.00)	
求醫資訊來源					11.99
親友介紹	9 (69.23)	11 (31.42)	5 (33.33)	0 (0.00)	
其他因素	2 (15.38)	14 (40.00)	6 (40.00)	2 (50.00)	
親友及其它	1 (7.69)	9 (25.71)	3 (20.00)	1 (25.00)	
親友及媒體	1 (7.69)	1 (2.86)	1 (6.67)	1 (25.00)	

註：1. *P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

2. 醫院及時間代表醫院及時間問題；親友及其他代表親友介紹及其它因素；
親友及媒體代表親友介紹及媒體。

表 4.2.10 台商求醫決策與中國/總醫療次數比之卡方分析 N=191

求醫決策	中國/總醫療次數比						卡方值
	無中國		兩岸皆有		僅中國		
	人次	%	人次	%	人次	%	
中國醫師平均看診時間							7.71
1-3 分鐘	6	(54.55)	2	(18.18)	3	(27.27)	
4-6	4	(25.00)	3	(18.75)	9	(56.25)	
7-10	4	(20.00)	7	(35.00)	9	(45.00)	
11 分以上	8	(29.63)	11	(40.74)	8	(29.63)	
中國醫師是否解說病情							80.05 ***
有	14	(23.73)	20	(33.90)	25	(42.37)	
沒有	3	(37.50)	3	(37.50)	2	(25.00)	
不知道	2	(50.00)	1	(25.00)	1	(25.00)	
跳答者	107	(89.17)	7	(5.83)	6	(5.00)	
中國醫師是否指導用藥方法							80.30 ***
有	7	(15.91)	4	(66.67)	22	(64.71)	
沒有	1	(2.27)	0	(0.00)	6	(17.65)	
不知道	1	(2.27)	0	(0.00)	0	(0.00)	
跳答者	35	(79.55)	2	(33.33)	6	(17.65)	
中國醫師是否指導預防疾病							80.30 ***
有	13	(25.00)	17	(32.69)	22	(42.31)	
沒有	5	(29.41)	6	(35.29)	6	(35.29)	
不知道	1	(50.00)	1	(50.00)	0	(0.00)	
跳答者	107	(89.17)	7	(5.83)	6	(5.00)	
平均門診費用							12.00
51-100 元	20	(76.92)	3	(11.54)	3	(11.54)	
0-50 元	13	(65.00)	3	(15.00)	4	(20.00)	
101-200 元	21	(65.63)	4	(12.50)	7	(21.88)	
201-300 元	17	(53.13)	6	(18.75)	9	(28.13)	
301 元以上	22	(56.41)	11	(28.21)	6	(15.38)	
知覺合理門診價格							13.45
51-100 元	44	(67.69)	10	(15.38)	11	(16.92)	
0-50 元	47	(62.67)	10	(13.33)	18	(24.00)	
101-200 元	25	(67.57)	10	(27.03)	2	(5.41)	
201-300 元	4	(57.14)	0	(0.00)	3	(42.86)	
301 元以上	6	(85.71)	1	(14.29)			

註：*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

表 4.2.11 台商求醫決策與中國/總醫療次數比之卡方分析(續) N=191

求醫決策	中國/總醫療次數比						卡方值
	無中國		兩岸皆有		僅中國		
	人次	%	人次	%	人次	%	
台商選擇醫院因素(複選題)							6.70
醫院因素	78 (66.10)		18 (15.25)		22 (18.64)		
親友推薦	1 (50.00)		1 (50.00)		0 (0.00)		
其他因素	13 (86.67)		0 (0.00)		2 (13.33)		
醫院及親友	34 (60.71)		12 (21.43)		10 (17.86)		
良好醫療品質內容(複選題)							10.57 *
醫護因素	18 (62.07)		4 (13.79)		7 (24.14)		
軟硬體因素註2	36 (81.82)		5 (11.36)		3 (6.82)		
硬體及成本註2	14 (60.87)		5 (21.74)		4 (17.39)		
綜合因素	7 (70.00)		0 (0.00)		3 (30.00)		
無填答	51 (60.00)		17 (20.00)		17 (20.00)		
前往醫院交通工具(複選題)							1.60
汽車	42 (95.45)		8 (88.89)		29 (85.29)		
機踏車	0 (0.00)		0 (0.00)		1 (2.94)		
其他	0 (0.00)		0 (0.00)		3 (8.82)		
汽車及其它	2 (4.55)		1 (11.11)		1 (2.94)		

註：1. *P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

2. 軟硬體因素代表醫護因素及醫院硬體；硬體及成本素代表醫院硬體及病患成本；軟體及成本代表醫護因素及病患成本；綜合因素代表醫護因素、醫院硬體及病患成本。

表 4.2.12 台商求醫障礙、求醫資訊來源與中國/總醫療次數比之卡方分析

	中國/總醫療次數比						卡方值
	無中國		兩岸皆有		僅中國		
	人次	%	人次	%	人次	%	
求醫障礙							
中國醫院掛號不便							3.07
是	45	(71.43)	10	(15.87)	8	(12.70)	
否	79	(63.20)	20	(16.00)	26	(20.80)	
在中國生病時情願忍回台灣就醫							12.97 **
是	70	(74.47)	16	(17.02)	8	(8.51)	
否	54	(57.45)	14	(14.89)	26	(27.66)	
身體不舒服但沒在大陸就醫的理由(複選題)							11.40
醫院問題	6	(66.67)	2	(22.22)	1	(11.11)	
時間問題	16	(66.67)	4	(16.67)	4	(16.67)	
醫院及時間註2	33	(80.49)	6	(14.63)	2	(4.88)	
醫院及信賴註2	2	(100.00)	0	(0.00)	0	(0.00)	
綜合問題註2	1	100.00	0	(0.00)	0	(0.00)	
跳答者	64	(58.72)	19	(17.43)	26	(23.85)	
求醫資訊來源							
在中國求醫資訊的來源							21.89*
親友介紹	29	(65.91)	3	(33.33)	25	(73.53)	
其他因素	3	(6.82)	0	(0.00)	3	(8.82)	
親友及其它註3 8	18	(18.18)	6	(66.67)	5	(14.71)	
親友及媒體註3 4	9	(9.09)	0	(0.00)	1	(2.94)	

註：1. *P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

2. 醫院及時間代表醫院及時間問題；親友及其他代表親友介紹及其它因素；醫院及信賴代表醫院問題及只信賴台灣醫院；綜合問題代表醫院問題、時間問題及只信賴台灣。

3. 親友及其他代表親友介紹及其它因素；親友及媒體代表親友介紹及媒體。

(五)小結

在求醫行為歷程與最近一次醫療利用層級的卡方分析上，中國的牙醫醫療利用等級、中國的中醫醫療利用等級、台灣的牙醫醫療利用等級、在台灣是否持有慢性病連續處方籤、中國醫師是否解說病情、中國醫師是否指導預防疾病、前往就醫的交通工具有顯著性相關。

在求醫行為歷程與中國/總醫療次數比的卡方分析上，在中國求醫資訊的來源、在中國生病時情願忍回台灣就醫、中國醫師是否解說病情、中國醫師是否指導用藥方法、中國醫師是否指導預防疾病、良好醫療品質內容有顯著性相關。

在中國的牙醫醫療利用等級、中國的中醫醫療利用等級、台灣的牙醫醫療利用等級、在台灣是否持有慢性病連續處方籤、如何在中國使用慢性病連續處方籤和確認已得的慢性病種類與最近一次醫療利用層級有顯著相關。個人醫療利用習慣的影響因子多如繁星，但在本研究的變項中，影響台商最近一次醫療利用層級的主要因素中，發現牙醫、慢性病是一個相當有意思的因素，似乎在這兩方面有特別習慣的台商，他在最近一次醫療利用時，對於醫療層級會有習慣性的選擇，至於這個習慣則需要更進一步的研究才能有所定見。

第三節 健康服務利用行為分析

本節主要著眼於台商的醫療服務利用行為的整體性描述，依操作型定義，醫療服務利用行為由最近一次所使用的醫療比例及中國/總醫療次數比所組成；以下將就這兩部份做整體性描述。

一、有中國門診利用(詳見表 4.3.1)

在大陸台商在中醫，西醫及牙醫的門診利用上，已無利用者居多，有 124 人(64.92%)；其次為有門診利用者，有 67 人(35.08%)。

二、最近一次所使用醫療的層級(詳見表 4.3.1)

在台商西醫門診最近一次利用的醫療層級部份，最多的是完全沒有看過，有 126 人(65.97%)；其次是二級醫院，有 35 人(18.32%)；再者是一級醫院，有 14 人(7.33%)；接下來才是三級醫院，有 13 人(6.81%)。

二、中國/總醫療次數比(詳見表 4.3.1)

中國/總醫療次數比中，以 0.00 的人次最多，有 96 人(50.26%)；其次是-1.00，有 44 人(23.04%)；再者為 1.00，有 34 人(17.80%)。平均值平均值 0.73，標準差 1.13，最大值 5，最小值 0。

表 4.3.1 台商健康服務利用行為之單變數表

N=191

變項/類別	人數	(%)	變項/類別	人數	(%)	變項/類別	人數	(%)
中國門診利用			最近一次所使用醫療的層級			中國/總醫療次數比		
無(=0)	124	(64.92)	沒有看過	126	(65.97)	0.00	126	(65.97)
有(=1)	67	(35.08)	二級	35	(18.32)	0.25	3	(1.57)
平均值	0.35 次，標準差 0.48		一級	14	(7.33)	0.33	5	(2.62)
			三級	13	(6.81)	0.40	1	(0.52)
			本地藥局	1	(0.52)	0.50	11	(5.76)
			外賓門診	2	(1.05)	0.67	7	(3.66)
			總人次	191		0.75	1	(0.52)
						0.83	1	(0.52)
						0.86	2	(1.05)
						1.00	34	(17.80)
						總和	191	
						平均值	0.26，標準差 0.40	
						最大值	5，最小值 0	

三、小結

在台商西醫門診最近一次利用的醫療層級部份，最多的是完全沒有看過，有 126 人(65.97%)。其次是二級醫院，有 35 人(18.32%)。在上海地區，最大的台資醫院是由壙新醫院所投資的二級醫院「辰新醫院」，所以台商最有可能因此而捨第三級醫院，就第二級醫院。

在中國台灣醫療利用次數比部分，以 0.00 的人次最多，有 96 人(50.26%)平均值平均值 0.73，標準差 1.13，最大值 5，最小值 0。

數據分析顯示，除了無醫療利用者之外，最多的是「台商只在台灣有醫療服務利用行為」，有 44 人(23.04%)；再者為「台商只在中國有醫療服務利用行為」，有 34 人(17.80%)。

第四節 傾向因素、能用因素、需要因素、求醫行為歷程對 醫療服務利用行為之預測分析

本節主要在探討影響台商醫療服務利用行為的重要變項，以「傾向因素」、「能用因素」、「需要因素」及「求醫行為歷程」等自變項來預測依變項，即健康服務利用行為三構面中的前兩構面「是否利用中國醫療服務」、「中國/總醫療次數比例」。

先以推論統計分析資料，對醫療服務利用行為及求醫行為歷程所有的自變項，以逐步複迴歸程式檢定出預測模式，分析探討各自變項對各依變項之預測能力。以下分別就此依變項兩大構面之健康服務利用行為來分析與探討：



一、是否利用中國門診服務(詳見表 4.4.1)

以中國門診(西醫門診、中醫門診及牙醫門診)利用為依變數，其自變項包含：年齡、性別、同住家人、教育程度、工作層級、來中國主要目的、對健保海外支付制度知識瞭解、對中國醫療政策知識瞭解、對中國門診知識、整體醫療服務知識、對上海醫療滿意程度、對健保海外能用性的態度、對就醫方便性的態度、整體醫療服務態度、是否持有健保卡、有公司特約醫院、有其他保險、醫師看診時間、生理功能、角色-生理、身體疼痛、一般健康、活力狀況、社會功能、角色-情緒、心理健康、已確定慢性病、親友告知醫療資訊、傳媒提供醫療資訊、其他醫療資訊來源、良好醫療品質為醫師服務佳、良好醫療品質為醫院硬體好、良好醫療品質為其他部分好、實際醫療價格、知覺醫療價格進行二元邏輯斯迴歸(Logistic Regression)分析。

在中國有利用西醫、中醫及牙醫門診的台商中，當他「認為中國國營醫院可靠」、「認為上海醫療人員服務佳」、「在中國有其他保險」、「一般健康 GH 不佳」、「年齡 35 歲以下」，則其在中國便有門診利用。

在勝算比(Odds Ratio)的部份：在中國有利用西醫、中醫及牙醫門診的勝算比中，「認為中國國營醫院可靠」的台商在中國利用西醫、中醫及牙醫門診的機率是「認為中國國營醫院不可靠」台商的 7.154 倍；「認為上海醫療人員服務佳」的台商在中國利用西醫、中醫及牙醫門診的機率是「認為上海醫療人員服務差」的 45.712 倍；「在中國有其他保險」的台商在中國利用西醫、中醫及牙醫門診的機率是「在

中國無其他保險」的 76.923 倍；「一般健康 GH」中在中國有利用西醫、中醫及牙醫門診的機率是無利用的 0.916 倍；「年齡 35 歲以下」的台商在中國利用西醫、中醫及牙醫門診的機率是「年齡 36 歲以上」的 0.028 倍。

表 4.4.1 有中國門診利用之二元邏輯斯迴歸分析 N=191

自變數	β	Wald	P-value	O/R	95.0% 信賴區間	
					下界	上界
認為中國國營醫院可靠	1.968	10.062	0.002**	7.154	2.12	24.13
認為上海醫療人員服務佳	3.822	7.222	0.007**	36.712	2.81	42.53
在中國有其他保險	4.364	4.524	0.033*	0.013	0.00	0.71
一般健康 GH	-0.088	4.064	0.044*	0.916	0.84	1.00
年齡 35 下	-3.558	4.060	0.044*	0.028	0.00	0.91

註： 1.*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

2. O/R=Odds Ratio

3.基準組：「認為中國國營醫院不可靠」、「認為上海醫療人員服務不週」、「就診交通工具為機踏車」、「36 歲以上」

4. Waldy 在 $\alpha=0.05$ 之下大於 3.841 便拒絕零假設(王濟川，2004)

二、中國/總醫療次數比(詳見表 4.4.2)

以中國醫療利用為依變數，其自變項包含：年齡、性別、同住家人、教育程度、工作層級、來中國主要目的、健保海外支付制度、中國醫療政策、中國門診知識、整體醫療服務知識、上海醫療滿意程度、健保海外能用性、就醫方便性、整體醫療服務態度、仍持有健保卡、有公司特約醫院、有其他保險、醫師看診時間、生理功能、角色-生理、身體疼痛、一般健康、活力狀況、社會功能、角色-情緒、心理健康、已確定慢性病、親友告知醫療資訊、傳媒提供醫療資訊、其他醫療資訊來源、良好醫療品質為醫師服務佳、良好醫療品質為醫院硬體好、良好醫療品質為其他部分好、實際醫療價格、知覺醫療價格進行線性迴歸分析。

影響台商「中國/總醫療次數比」之重要預測因子依序為：「認為上海醫療技術品質極佳」；「擁有中國當地的醫療保險」；「認為上海醫療服務效率不彰」。

此 3 個變項解釋力有 31.6%，經過調整後解釋力也有 30.1%。這些變項的迴歸係數(β)依序為、0.132、0.180、-0.074，表示內容如下：

「認為上海醫療技術品質佳」的台商，其中國/總醫療次數比會增加 0.132，代表台商「認為上海醫療技術品質佳」的族群，其中國/總醫療次數比會較「認為上海醫療技術品質差」的族群高；

「擁有中國當地的醫療保險」的台商，其中國/總醫療次數比會增加 0.132，代表台商「擁有中國當地的醫療保險」的族群，其中國/總醫療次數比會較「沒有中國當地的醫療保險」的族群高；

「認為上海醫療服務效率差」的台商，其中國/總醫療次數比會減少 0.074，代表台商「認為上海醫療服務效率差」的族群，其中國/總醫療次數比會較「認為上海醫療服務效率佳」的族群低。

表 4.4.2 中國/總醫療次數比之逐步迴歸分析 N=191

逐步變項	未標準化 係數β之估 計值	標準化係數 β分配	t 值	R ²	調整後 R ²
(常數)	-0.105		-0.536	0.316	0.301
認為醫技佳 註 2	0.132	0.207	3.362***		
當地保險 註 2	0.180	0.142	2.311*		
認為醫療效率差註 2	-0.074	-0.140	-2.269*		

註： 1.*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

2. 認為醫技佳代表「認為上海醫療技術品質極佳」；當地保險代表「擁有中國當地的醫療保險」；認為醫療效率差代表「認為上海醫療服務效率不彰」

3. 基準組為「無當地保險」、「認為醫療效率佳」、「認為醫技差」

三、小結

在中國有利用西醫、中醫及牙醫門診的台商族群特徵中，當他「認為中國國營醫院可靠」、「認為上海醫療人員服務佳」、「在中國有其他保險」、「一般健康 GH 不佳」、「年齡 35 歲以下」，則其在中國便有門診利用情形。

以中國/總醫療利用比方面窺測台商使用兩地醫療的族群特徵中，有下列特徵者，其在中國醫療利用次數會較在台灣使用為多，特徵如下：「覺得上海醫療技術品質佳」；「擁有中國當地的醫療保險」；「覺得上海醫療服務效率佳」。



第五章 結論與建議

第五章將根據前述各章節彙整出本研究之結論與建議，以供相關研究者作為研擬醫療服務利用相關政策與研究之參考。

第一節 結論

研究中各方面的結果已分次在第四章中各節的小結部份，在本章中將不再贅述，以下茲針對研究各結果進行討論並設定結論：

一、台商特質、醫療服務利用行為與健康服務利用行為

筆者針對研究結果，試擬結論如下：

- (1) 夫妻子女同住者、高階主管、對上海人員醫療服務品質印象良好的台商、前往看診交通時間在 31 分鐘以下皆有中國門診利用情形顯著高於相對族群；
- (2) 高階主管、對上海醫療技術品質印象良好的台商其在中國/總醫療次數比相對族群高；
- (3) 在相關性方面，台商在中國從事的職業類別、及其對健保的態度與最近一次醫療利用層級有相關性；工作層級、居住狀況、對上海醫療人員服務印象良好及對上海整體醫療滿意與有中國門診利用行為有相關性；
- (4) 台商在「身體疼痛(BP)方面」、「活力狀況(VT)方面」、「社會功能(SF)方面」、「角色-情緒(RE)方面」、「心理健康(MH)」，均較台灣民眾數據為不健康；但台商族群在醫療利用率的表現上卻較台灣民眾為少。

(5) 在中國有利用西醫、中醫及牙醫門診的台商族群特徵中有，「認為中國國營醫院可靠」、「認為上海醫療人員服務品質佳」、「在中國有其他保險」、「一般健康 GH 不佳」、和「年齡在 35 歲以下」；

二、綜合預測分析

(一)在中國有門診利用

研究發現，在中國有利用西醫、中醫及牙醫門診的台商族群特徵中有，「認為中國國營醫院可靠」、「認為上海醫療人員服務佳」、「在中國有其他保險」、「一般健康 GH 不佳」、「年齡 35 歲以下」，則其在中國便會有門診利用情形。探究其原因，筆者推測如下：

- (1) 中國國營醫院占整體醫療產業 98% 以上(中天, 2003)，這代表台商在中國所得到的醫療資源絕大部份來自於中國國營醫院，所以觀察有在中國利用門診的台商特質第一個便是對中國國營醫院認同感高；
- (2) 再者對上海醫療服務人員的滿意度也同樣影響著是否在中國利用門診情形，由於醫療產業是勞力密集產業，人員與病患的接觸頻繁，所以台商在中國如果受到醫護人員不好的服務態度，也會影響其在中國門診利用的次數；
- (3) 另外年齡 35 歲以下者醫療利用較 36 歲以上者，推測是因為 35 歲以下台商身體狀況較健康，所以門診醫療利用較 36 歲以上少。

(二)中國/總醫療次數比

本研究中影響台商選擇在中國與台灣利用醫療服務的比率的要素主要有「覺得上海醫療技術品質佳」；「擁有中國當地的醫療保險」；「覺得上海醫療服務效率佳」。探究其原因，筆者推測如下：

- (1) 本研究中台商生病卻未就醫的理由方面，扣除在忍受範圍內，便是擔心醫療品質最多(佔 31.41%)，代表中國的醫療品質為台商所不信任，所以台商在選擇就醫場所時，醫療品質便是台商們考慮的重點。不過醫療品質有時是一個模糊而不易界定的概念，病患對醫療品質內涵的認知也不盡相同。不過對台灣民眾而言，「名醫」似乎成了醫療品質的代名詞(洪淑菁，2006)，故很多醫院會主打名醫牌，提升該院的醫療品質形象。
- (2) 全民健保在海外醫療費用核退部份僅限「不可預期傷病」或「緊急分娩」兩項，慢性病患者或計劃性前往中國就醫者，都不在給付範圍(關嘉慶，2006)，故台商一般疾病除了回台診療外，便只能選擇自費在中國就醫，但由於自費就醫費用昂貴，故若台商在中國擁有其他醫療保險則將大大影響其醫療服務利用意願。且健保為求公平，在 7 月 1 日起實施回國住滿 4 個月才能再加入健保，這項措施使台商回台使用醫療更顯不便。故未來在中國當地擁有其他醫療保險台商人數將逐年成長，市場大餅值得注意。
- (3) 本研究中台商對中國醫院不滿的部份，前兩大不滿因素直指中國醫療服務效率問題。所一般台商會因為中國醫院效率不彰，傾向於降低在中國使用醫療服務的次數。

第二節 研究建議

在本節筆者將針對研究結論提出四個方向的建議，分述如下：

一、給後續研究者的建議：

(1)增加抽樣樣本

台商雖分散廣布使得個案難以掌握，礙於一些實質上的問題實難突破，所以本研究採用立意取樣；但如果後續研究者能夠增加抽樣樣本則可使研究效益更形完備。

(2)與更新的台灣數據做比較

另，筆者將台商的自覺健康狀況資料與 2002 年台灣國民健康促進知識、態度與行為調查之結果報告數據做比較，後續研究者可將數據改與更新的台灣數據做比較探討結果是否不同。

(3)探討醫療利用率

台商在 SF-36 量表的表現普遍較台灣民眾不佳，但其醫療利用方面卻較台灣民眾的醫療利用少，這之間影響的效應值得後續研究者更深入探討。

二、給壽險業者的建議：

台商在中國是否擁有當地醫療保險，在研究中顯示會影響其在中國醫療服務利用的比例，且台商擁有當地醫療保險率約為 10%且健保為求公平，在 2006 年 7 月 1 日起實施回國住滿 4 個月才能再加入健保，這項措施使台商回台使用醫療更顯不便。若壽險業者嘗試針對台商族群開辦台商海外醫療專險，未來在中國當地擁有其他醫療保險台商人數勢必逐年成長。

三、給台商的建議：

在中國工作實屬辛苦，所以自身健康更形重要，根據研究結論，擬提出幾點建議提供台商參考，希冀可以對增進台商健康有所幫助。

(1)台商在SF-36的表現普遍較台灣民眾落後，而落後的項目主要分布為「身體疼痛(BP)方面」、「活力狀況(VT)方面」、「社會功能(SF)方面」、「角色-情緒(RE)方面」、「心理健康(MH)」。

台商們應該時時刻刻注意自身健康警訊，以增進健康。

(2)夫妻子女同住者、高階主管、認為上海醫療人員服務佳、對上海醫療技術品質印象良好、36歲以上者，其在中國醫療利用方面，有較高的趨勢。由於健保對於海外醫療給付範圍狹窄，故這些族群可以考慮申購其他醫療保險，以備不時之需。

第三節 研究限制

一、立意取樣與便利取樣，考量的因素多為時間、受試樣本與人力，採取這二種抽樣方式，由於不是隨機抽樣法，因此在研究推論上，外在效度更要特別要加以留意。

參考文獻

中文文獻 (以下皆依照筆劃排序)

- 中國國家統計局(2004)。中國統計摘要 2002。中國統計出版社，PP.91。
- 中國國務院(2005)。對中國醫療衛生體制改革的評價與建議(概要與重點)。國務院發展研究中心課題組。
- 中國新聞中心(2005)。台商醫療利多 上海擬開闢台商就醫通道、開放台資醫院。
- 中國衛生部(2005)。2005 年中國衛生統計提要，PP.130。
- 中華人民共和國國家統計局(2003) *中國統計年鑑*。
- 王濟川、郭志剛(2005)。Logistic 迴歸模型—方法與應用。台北：五南。
- 行政院(2002)。台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查。行政院衛生署。
- 行政院主計處(2001)。國人求醫行為及資訊來源。
- 何晶茹(2005/9/16)。連宋到訪滬台經貿更上層樓。 *國際金融報*。
- 吳肖琪(1991)。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未出版之博士論文。
- 吳姿嫻(2002)。青少年醫療服務利用行為及其影響因素之研究—以台南縣國中生為例。中山大學人資所未出版畢業論文。
- 李志偉(2001)。智能障礙者醫療照護需求評估-以台閩地區智能障礙者的醫療利用情形為例。國防醫學院公共衛生學研究所未出版碩士論文。
- 李卓倫，紀駿輝，賴俊雄(1996)。醫療需求研究之分析方法與限制-以中醫門診為例。 *公共衛生* 22(4)，PP.247-255。
- 林大容譯，Leif Edvisson & Michael S. Malone 著(1999)。智慧資本-如何衡量資訊時代無形資產的價值。台北：麥田，P133。

- 林文香、楊文山與林孝義(1993)。全身性紅斑狼瘡患者之求醫行為及其影響因素探討。公共衛生雜誌，20(3)，PP.265-276。
- 林傑斌(2001)。SPSS10.0與統計模式建構。台北：文魁。
- 林惠生主編(2002)。台灣地區民國九十一年國民健康促進知識、態度與行為調查。
- 郝宏恕、翁瑞宏(2004)。全民健康保險中醫門診利用暨影響因素之研究。醫院雜誌，37(1)，PP.27-42
- 高長(2005/3/8)。2004年中國吸引外資情形與未來走向分析。經濟部投資業務處；21，PP.21。
- 商業周刊(2001/10/1)。移居上海大調查；商業周刊，723，PP.723。
- 康健壽、陳介甫、周碧瑟(1994)。中醫門診病人對傳統醫學的知識、態度與行為意向的分析研究，中華衛誌；13(5)，PP.432-441。
- 康健壽、陳介甫、周碧瑟(1996)。複向求診病患選擇中西醫門診的相關因素。中華醫學雜誌，57:405.12。
- 康翠秀、陳介甫、周碧瑟(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。中華衛誌，17(2),80-92。
- 張子傑(2003)。應用統計學，台北：鼎茂。
- 陳定國(1986)。行銷管理導論。台北：五南。
- 陳信宏(2004)。台商醫療問題及在中國經營醫療機構問題初探。海基會。
- 陳信宏、陳文琴(2002)。跨兩岸第一套醫療服務網絡 -- 聯新台商健康俱樂部為台商的健康把關。聯新醫管雜誌，36(8)。
- 陳昭星(2005)。民眾求醫行為之研究。國立中山大學管理學院碩士論文。
- 陳昭星(2005)。民眾求醫行為之研究—以彰化醫療次區域為例。中山

大學管理學院高階經營碩士學程碩士在職專班未出版碩士論文。

P8

陳綾穗(2000)。外籍勞工醫療可近性與醫療利用分析。中國醫藥大學

醫務管理研究所未出版碩士論文。

曾旭民、盧瑞芬、蔡益堅(2003)。SF-36 台灣版的常模與效度檢測。

台灣衛誌 2003；22(6)：PP.512-518。

曾煥裕(2005) 退休前醫療服務使用之因素探討—以美國 51 歲至 61 歲

者為例。社區發展季刊，110，PP.187-204

游恆山譯(2003)。消費者行為心理學。台北：五南。

黃月桂(2003)。全民健保兒童健檢服務施行初期評估。中華衛誌，

18(2)，PP.116-122

楊志良(2005)。台商到中國投資醫院之評估。國家政策研究基金會，

PP.1。

楊國樞等編(1989)。社會及行為科學研究法，台北：東華。

葉日武譯(2001)，Hawkins,D.I., Best,R.J. and Coney, K.A.著，消費者行

為：建立行銷策略，台北：前程。

葉國樑(2001)。健康行為科學理論應用於健康教育的調查實驗研究。

翰林文教雜誌，17(1)，P 15。

劉仲冬(1997)。求醫行為研究。醫望雜誌，20，PP.95-97。

蔡益堅(2001)。自覺健康狀況—以簡表-36 (SF-36) 評估。民國九十

年國民健康訪問調查。PP.7

盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅(2003)。SF-36 台灣版的發展及心理計量特

質分析。台灣衛誌 2003；22(6)：PP.501-511。

賴文福(2005)。地區醫院民眾求醫行為之分析—以台北縣為例。台北：

台北醫學大學醫學人文研究所。PP.116

賴文福譯(2000)。醫療保健研究法，台北：弘智。

總統府(2006)。民國 95 年總統元旦文告。

聯新國際醫療集團(2005)。案例分享-聯新國際醫療集團。2005 年台灣華人醫務管理交流學會會員大會暨學術研討會。

簡春安、鄒平儀合著(1998)。社會工作研究法。台北：巨流。

魏美珠、楊美雪、吳聰慧(1991)。臺南市居民醫療院所利用率及就醫障礙因素之調查分析。公共衛生，19(4)，PP345-352。

鐘文慎、張新儀、石曜堂、溫啟邦(2002)。國人自覺心理健康：2001 年國民健康訪問調查結果。台灣衛誌 2002；22(6)：PP.465-473。



英文文獻

- Andersen, M.(1995) Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? , *Journal of Health and Social Behavior* ,36(1). PP.7
- Bradley , B.(2002) Expanding the Andersen model: the role of psychosocial factors in long-term care use , *Health Services Research*
- Chen, K. (2000). The effects of Tai Chi on the well-being of community-dwelling elders in Taiwan. Doctoral dissertations. University of Minnesota, Minnesota.
- Eagly, A. & Chaiken, S. (1993). The psychology of attitude. New York:*Harcourt Brace Jovanovich*
- Engel, F. and Blackwell , D. (1994)Consumer Behavior , 8. th. Ed. Freidson and Buford Rhea. *Administrative Science Quarterly* Vol. 10 (June): pp. 107-124.
- Kotler, H(1991)Marketing Management: Analysis, Planning and Contro ,8th ed.Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.PP.236.237
- Lin, W. K.(2005)Inoculation to resist attacks , *Asian Journal of Communication*, PP.85-102,
- Mechanic, D.(1968)A selective view. *Medical Sociology*, 3 : PP.269-269.
- Peter ,D. & Olson ,C.(1993)Consumer Behavior and Marketing Strategy, 3rd,IRWIN,pp.474-482.
- Robertson , C. Zielinski , E.and Ward M.(1984).Consumer Behavior. Scott, Foresman & Co. PP. 389-410
- Ware ,J. Skk.,Kosinski M.(1993)SF-36Health Survey: Manual and Interpretation Guide,The Health Institute, New England Medical Hospital.

Ware, J. (2000)SF-36 health survey: Manual and interpretation guide.
Lincoln, RI: Quality Metric.

Robert and Fornell,Claes(1979)Patterns of Information Source Usage
among Durable Goods users,Journal of Marketing

Xiaoming, Zeng and Michael,W. (2001)Modeling of Patient Treatment
Seeking Behavior after Bioterrorism Attack: Rationale for D



網路資料

APQC's Knowledge Sharing Network。摘自

http://www.apqc.org/portal/apqc/ksn?paf_gear_id=contentgearhome&paf_dm=full&pageselect=detail&docid=100649

SF-36 台灣版官方網站：<http://sf36.cgu.edu.tw/main.htm>

WHO(2005)。World Health Organization China Office website。摘自

<http://www.wpro.who.int/china/>

中天(2003)。入世一周年 蛻變中的醫療市場。摘自

<http://www.stock2000.com.cn>

中央健保局網址：<http://www.nhi.gov.tw/>

中國國家統計局。國民經濟和社會發展統計公報。

<http://www.stats.gov.cn/tjgb/>

中華醫藥網(2006/01/04)。大陸醫療核退需公證分階段實施。摘自

<http://www.cdnnews.com.tw/20060105/med/yybj/733480002006010419443512.htm>

中醫現代化系列調查表。摘自

<http://www.cintcm.com/content/update/diaoca/diaocha/index.htm>

自由電子報(2006)。十二項污名讓中國抬不起頭。自由時報網站，摘

自 <http://www.libertytimes.com.tw/2006/new/apr/6/today-fo10.htm>

行政院 (2002)。九十年臺灣地區社會發展趨勢調查統計結果。行政院

主計處摘自 <http://www.dgbas.gov.tw>

國健局(2001)。民國九十年國民健康訪問調查家戶成果報告。摘自

<http://www.bhp.doh.gov.tw/statistics/file/200311121037432ZR5YS/index.htm>

馮志源(2004)。醫療西進台商面臨挑戰。中時電子報。摘自

<http://news.chinatimes.com.tw/#>

新華網(2005)。終結 以藥養醫 的難點是讓牟利者守規矩。新華網網站，摘自

<http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/forum.xinhuanet.com/detail.jsp?id=18869862>

洪淑菁(2006/5/15)。醫學中心名醫多，即使費用高仍人滿為患。全球華文行銷知識庫。摘自：<http://marketing.chinatimes.com/>



本問卷的主題是「台商在大陸之醫療利用」，希望瞭解您的健康狀況以及在大陸利用醫療保健服務的情形，以利台灣醫界對於大陸台商醫療服務需求現況之了解。

您所提供的答案與意見，對於本研究而言，都是非常寶貴而且重要的研究資料，爲了要蒐集真正代表大陸台商的數據，請您務必要根據您自己的真實情況回答。謝謝您的合作。如果對於研究結果有興趣也可以在卷末留下E-MAIL，待本研究完成定將研究結果E-MAIL給您參考。

本研究採不記名方式填寫；而且所收集的相關資料僅提供學術研究分析用，請您撥空接受問卷調查，完整表達您寶貴的意見，爲大陸台商的醫療服務盡一份心力，謝謝您的合作！

敬祝 健康快樂

中國醫藥大學醫務管理學系碩士班

指導教授：郝宏恕 博士

研究生：邱靖婷 敬上

一、受訪者基本資料：

(請於您覺得適合之□內打✓)

1. 出生年月：西元 19____年____月
2. 性別：1 男性 2 女性
3. 您是否仍然持有台灣健保卡：1 是 2 否
4. 您是否擁有大陸當地的醫療保險：1 是 2 否
5. 您在大陸的主要目的：1 經商 2 非經商
6. 居住地：1 黃浦 2 盧灣 3 徐匯 4 長寧 5 靜安 6 虹口 7 浦東新 8 閔行 9 其他
7. 教育程度：1.國中或以下 2.高中職 3.專科 4.大學 5.研究所以上
8. 到大陸時間：1.一年以下 2.一至三年 3.三至五年 4.五年以上
9. 同住家人：1.獨居 2.夫妻同住 3.夫妻+子女 4.其他_____
10. 來大陸後職業：1.傳統產業 2.電子相關產業 3.高科技產業 4.餐飲娛樂業 5.自由業
11. 您的工作層級爲：1.老闆 2.高階主管 3.中階主管 4.工程技術人員 5.其他
12. 您現在是否有慢性病：1 是 2 否

二、大陸醫療服務影響因素：

(一)、醫療認識

1. 在大陸的門診費用回台都可以申報健保核退：1 是 2 否
2. 在大陸的住院費用不能回台申報健保核退：1 是 2 否
3. 在大陸中醫住院，不能回台申請健保核退：1 是 2 否
4. 在大陸慢性病就醫，不能回台申請健保核退：1 是 2 否
5. 今年四月起在大陸就醫住院 5 天以上申請健保核退需支付高額公証費用：1 是 2 否
6. 依大陸官方醫院級別劃分，負責高水準專科性醫療衛生服務單位是一級醫院：1 是 2 否
7. 大陸現行醫療制度下，台商前往一級醫院就診依規定不能申請醫療保險給付：1 是 2 否
8. 在大陸口腔保健科，明文規定不屬於醫療範圍，醫保就可以不予給付：1 是 2 否
9. 在大陸專家門診掛號費需要額外加收費用：1 是 2 否
10. 在大陸住院開刀不用先行支付保證金便可以獲得相關醫療服務：1 是 2 否
11. 在大陸外商醫院的醫療糾紛事件，依照大陸 2002 年施行的消費者保護法令，「醫療糾紛賠償」可以不設「上限」「不封頂」：1 是 2 否

(二)、醫療利用態度：

	非常 不同 同意	不 同 意	沒 意 見	同 意	非常 同 意
1. 您認為台灣健保核退範圍對您的實際使用上過於狹小.....	<input type="checkbox"/>				
2. 您認為台灣健保核退制度對您的實際使用上顯得繁瑣不便.....	<input type="checkbox"/>				
3. 您認為台灣健保對大陸醫療給付程度與實際大陸支出偏低.....	<input type="checkbox"/>				
4. 您認為在大陸就醫流程簡單、快速.....	<input type="checkbox"/>				
5. 您認為與其在大陸外商醫院就診不如在國家醫院就診來的可靠.....	<input type="checkbox"/>				
6. 您認為大陸醫療服務效率不彰造成使用上極大不便.....	<input type="checkbox"/>				
7. 您認為上海醫療技術品質極佳.....	<input type="checkbox"/>				
8. 您認為上海醫療人員服務品質極佳.....	<input type="checkbox"/>				
9. 您認為上海醫院硬體設施品質極佳.....	<input type="checkbox"/>				
10. 您認為上海整體醫療滿意度極佳.....	<input type="checkbox"/>				

(三)、健康狀況 [台灣版 SF-36 健康評估量表]：

敬請回答下列各問題並圈選一適當答案。如您對某一問題的回答不能確定，還是請您盡可能選一個最適合的答案。在本部份所指過去一個月內，係指從今天往前算三十天內。

1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是 （請僅圈選一項答案）
 - 極好的.....1
 - 很好.....2
 - 好.....3
 - 普通.....4
 - 不好.....5

2. 和一年前比較，您認為您目前的健康狀況是？ （請僅圈選一項答案）
 - 比一年前好很多.....1
 - 比一年前好一些.....2
 - 和一年前差不多.....3
 - 比一年前差一些.....4
 - 比一年前差很多.....5

3. 下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？
如果會，到底限制有多少？ (每行請僅圈選一項答案)

活 動	會， 受到很多限制	會， 受到一些限制	不會， 完全不受限制
a.費力活動，例如跑步、提重物、 參與劇烈運動	1	2	3
b.中等程度活動，例如搬桌子、 拖地板、打保齡球、或打太極	1	2	3
c.提起或攜帶食品雜貨	1	2	3
d.爬數層樓樓梯	1	2	3
e.爬一層樓樓梯	1	2	3
f.彎腰、跪下或蹲下	1	2	3
g.走路超過 1 公里	1	2	3
h.走過數個街口	1	2	3
i.走過一個街口	1	2	3
j.自己洗澡或穿衣	1	2	3

- 4.在過去一個月內，您是否曾因為身體健康問題，而在工作上或其他日常活動方面有下列任何的問題？ (每行請僅圈選一項答案)

	是	否
a.做工作或其它活動的時間減少	1	2
b.完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c.可以做的工作或其他活動的種類受到限制	1	2
d.做工作或其他活動有困難 (例如，須更吃力)	1	2

- 5.在過去一個月內，您是否曾因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其他日常活動方面有下列的問題？ (每行請僅圈選一項答案)

	是	否
a.做工作或其它活動的時間減少	1	2
b.完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c.做工作或其它活動時不如以往小心	1	2

6. 在過去一個月內，您的健康或情緒問題，對您與家人或朋友、鄰居、社團間的平常活動的妨礙程度如何？ (請僅圈選一項答案)

完全沒有妨礙.....	1
有一點妨礙.....	2
中度妨礙.....	3
相當多妨礙.....	4
妨礙到極點.....	5

7. 在過去一個月內，您身體疼痛程度有多嚴重？

(請僅圈選一項答案)

- 完全不痛.....1
 非常輕微的痛.....2
 輕微的痛.....3
 中度的痛.....4
 嚴重的痛.....5
 非常嚴重的痛.....6

8. 在過去一個月內，身體疼痛對您的日常工作(包括上班及家務)妨礙程度如何？(請僅圈選一項答案)

- 完全沒有妨礙.....1
 有一點妨礙.....2
 中度妨礙.....3
 相當多妨礙.....4
 妨礙到極點.....5

9. 下列各項問題是關於過去一個月內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。在過去一個月中有多少時候..... (每行請僅圈選一項答案)

	一直都是	大部分時間	經常	有時	很少	從不
a.您覺得充滿活力？	1	2	3	4	5	6
b.您是一個非常緊張的人？	1	2	3	4	5	6
c.您覺得非常沮喪，沒有任何事情 可以讓您高興起來？	1	2	3	4	5	6
d.您覺得心情平靜？	1	2	3	4	5	6
e.您精力充沛？	1	2	3	4	5	6
f.您覺得悶悶不樂和憂鬱？	1	2	3	4	5	6
g.您覺得筋疲力竭？	1	2	3	4	5	6
h.您是一個快樂的人？	1	2	3	4	5	6
i.您覺得累？	1	2	3	4	5	6

10. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動 (請僅圈選一項答案)

- 一直都會.....1
 大部分時間會.....2
 有時候會.....3
 很少會.....4
 從不會.....5

11. 下列各個陳述對您來說有多正確？

(每行請僅圈選一項答案)

	完全正確	大部分正確	不知道	大部分不正確	完全不正確
a.我好像比別人較容易生病	1	2	3	4	5
b.和任何一個我認識的人來 比，我和他們一樣健康。	1	2	3	4	5
c.我想我的健康會越來越壞	1	2	3	4	5
d.我的健康狀況好得很	1	2	3	4	5

五、醫療利用狀況：

1a 過去六個月您一共就醫幾次_____，幾次在大陸_____，幾次在台灣_____

1b.過去六個月，你是不是曾經有過身體不舒服(如頭痛、腹痛、腹瀉或輕微感冒)，但沒在大陸看過醫師的情形呢？

- 1 有不舒服，但沒在大陸看醫生，共有_____次
- 2 沒有不舒服，所以沒在大陸看過 **[跳至問題 2]**
- 3 有不舒服，有在大陸看醫生 **[跳至問題 2]**

請問你為什麼沒有去？(可複選)

1 擔心醫療品質不佳

2 擔心醫療費用過高

3 等候掛號或看診時間太久

4 工作或家事太忙

5 覺得不嚴重不需要看

6 沒有參加醫療保險

7 醫院太遠

8 在台灣有固定的醫師，所以等回台灣在看

9 有回台就診，_____醫院_____科_____次

_____醫院_____科_____次

西醫門診利用

2.過去六個月內，你有沒有在大陸看過西醫門診?(不含產檢、健檢、住院、急診、看牙齒)

- 1 有 ↴
- 2 過去六個月沒在大陸看過西醫門診 ↴
- 2a.過去六個月共看過幾次西醫門診_____次
- 2b. 那過去一年內有沒有在大陸看西醫門診?
- 1 有 2 無**[跳至問題 3]** 3 在台灣看**[跳至問題 3]**

2c.最近一次到大陸西醫門診看病，醫師大約花了多久的時間來給您看診?

- 1 大約_____分鐘，醫院等級_____，_____醫院_____科 ↴

2c1.那次的看診，從您府上到醫院大概多久車程_____分鐘

2c2.那次您到哪個等級的醫院看病?

1.三級(醫療、教學) 2.二級(地區性醫院) 3.一級(基層醫院、衛生保健機構)

4.本地藥局 5.專給外國人看的醫療通路 6.其他_____

2d.請問您最近一次到大陸西醫醫院或診所看病，醫師有沒有向您說明服務項目?

服務項目	1.有	2.沒有	3.不知道
a.解說病情	1	2	3
b.指導用藥方式	1	2	3
c.指導如何預防生病保持健康	1	2	3

2e 請問您最近一次到大陸西醫醫院或診所看病，是否曾使用藥物？

- 1 有，給藥天數____/日，給藥項目____/種
2 沒有 [跳至問題 3]

2ea 那主要是您要求給的還是醫師主動給的？

- 1 自己要求 2 醫師主動做的

慢性病連續處方籤

3 請問您在台灣是否持有慢性病連續處方籤？

- 1 有
2 沒有 [跳至問題 4]

3a 您是如何在大陸使用連續處方籤

- 1 趁返台時自己取藥 2 在台親人領藥郵寄 3 沒有按時取藥 4 其他_____

3b 診斷確定之慢性疾病(可複選)：

- 1.高血壓 2 糖尿病 3.腎臟炎 4.心血管疾病 5 慢性肝炎 6.其他

牙醫門診利用

4 過去六個月內，你有在大陸看過牙醫師嗎?(不含預防檢查)

- 1 有，過去六個月內共____次
 醫院等級____，____醫院____科
2 沒有

4a 那您六個月內有在台灣看過牙嗎

- 1 有，醫院等級____，____醫院____科
2 沒有

中醫門診利用

5 過去六個月內，你有在大陸看過中醫門診嗎？

- 1 有，過去六個月內共____次
 醫院等級____，____醫院____科
2 沒有

5a 那您六個月內有在台灣看過中醫嗎

- 1 有，醫院等級____，____醫院____科
2 沒有

住院利用

6 過去一年內，你有沒有在大陸住院過呢?(不包含生產住院或住院接受健康檢查)

- 1 有，過去一年共____次
 醫院等級____，____醫院____科
2 沒有

6a 那您一年內有在台灣住院嗎

- 1 有，醫院等級____，____醫院____科
2 沒有

急診利用

7 過去一年內，你有沒有在大陸掛過急診呢？

- 1 有，過去一年內共____次
 醫院等級____，____醫院____科
2 沒有

C5a 那您一年內有在台灣急診嗎

- 1 有，醫院等級____，____醫院____科
2 沒有

疾病預防

8. 過去一年內，你有沒有在大陸做過健康檢查(體檢、牙齒、產檢...等)呢?

- 1 有，過去一年內共_____次 2 沒有 ↴
 醫院等級_____，_____醫院

C5a 那您一年內有在台灣做過健康檢查嗎

- 1 有，醫院等級_____，_____醫院_____科
 2 沒有

9. 依據您在門診或就醫的經驗，您有沒有對看病或做檢查的場所或環境、工作人員的態度或服務流程有不滿的地方?

- 1 有 ↴ 2 沒有

什麼是您覺得最不滿意的地方?(請都告訴我)(可複選)

- 1 候診室吵雜、擁擠 2 檢查室無私密性
 3 檢查室非一個人候診 4 檢查室無置物設施
 5 候診時間太長 6 工作人員態度不親切
 7 工作人員沒有說清楚講明白 8 沒有提供相關衛生教育的地方
 9 就診過程沒有提供相關衛生教育 10 其他_____

10. 您平均每次在上海門診費用約合多少人民幣：

- 1.\$50 元以下 2.\$51~100 3.\$101~200 4.\$201-300 5.\$300 以上

11. 您認為良好的醫療品質應具有哪些內容(請選出前三項,依序填入空格):1____、2____、3____

- a.候診時間短 b.優良的醫院硬體設施 c.良好服務態度 d.醫療費用合理
 e.醫師技術佳 f.醫師細心問診 g.優質藥品 h.單次性醫材

12. 您是否曾在大陸看門診： 1 是 2 否

13. 您是否認為在大陸看病(掛號)很難： 1 是 2 否

14. 您在大陸生病，情願忍回台灣就診： 1 是 2 否

15. 您若有家人同住，則他們平均一個月在上海醫療費用約合多少人民幣：_____元

16. 選擇醫院因素(可複選至多兩項)：

- 1 親戚朋友推薦 2.交通方便、距離近 3.醫院設備較好 4.醫師醫術高 5. 治安好
 6.費用較便宜 7.醫院的風評好 8. 醫療人員態度好 9.醫院廣告大 10 其他_____

17. 醫院的資訊來源(可複選)：

- 1.親友介紹 2.電視媒體 3.報紙 4.電台 5.傳單 6. 上網查詢
 7.服務公司特約醫院 8.路過 9.其他_____

18. 前往醫院時主要交通工具為：

- 1.公車 2.自小客車 3.計程車 4.機車 5.單車 6.醫院專車 7.其他_____

19. 您覺得大陸合理門診費用大概多少錢?

1. \$ 0~50 2. \$51~100 3. \$101~200 4. \$201~300 5. \$301 以上

20. 您是否有在大陸地區醫院送過紅包：1.有 1-1.自己主動送 1-2.醫師主動索取 2.無

感謝您的耐心填答，本問卷到此結束，謝謝!祝 您體健康，萬事如意