

南 華 大 學

非營利事業管理學系

碩士論文

台灣民眾醫療服務使用影響因素之探討

Factors Affecting Health Service Utilization in Taiwan

研 究 生：陸 海 芳

指 導 教 授：鄭 文 輝 博 士

中 華 民 國 一 〇 三 年 六 月 十 八 日

南 華 大 學

非營利事業管理學系

碩 士 學 位 論 文

台灣民眾醫療服務使用影響因素之探討

研究生：陸海芳

經考試合格特此證明

口試委員：王枝燦
卜正球

鄭文輝
指導教授：鄭文輝

系主任(所長)：洪嘉聲

口試日期：中華民國 103 年 06 月 18 日

謝 誌

來到南華唸研究所，是愉快的，尤其是在離開書本若干年後，重拾起的興奮，是不可言喻的。

感謝一路走來給予很多幫忙的指導教授鄭文輝老師、協助解決統計上問題的王枝燦教授，及另一位口考老師卜正球教授，由於三位老師在我撰寫論文的路上一直不斷的伸出援手，才讓我在研究的路上不至於跌跌撞撞，可以用力鼓起信心勇敢邁進。

另外要感謝的是非營所中所有的教導老師，院長洪嘉聲、管理學院助教吳淳肅、讓我跟隨當了兩年 TA 的曾玉芬老師，還有在工作忙碌之餘不斷提點、幫助我的簡明忠教授，雖到學期末才結交但惠我良多的一個好朋友陸金竹，所有的點點滴滴都在心頭，因為在南華有那麼多的相助，我才能順利完成這本論文。

最後我要感謝的是我的家人，讓我無憂無慮的倘仰在南華大學的書海中，完成研究所的求學過程。

摘要

面對戰後嬰兒潮的一群漸漸老化的人群，是否醫療使用是健康的唯一來源，還是可以藉由個體行動的意志、過程、結果，建立良好的健康資本、社會資本，就可以有效的達到「減少醫療使用」及「成功老化」的目的，因此本研究想要探討的是健康資本、社會資本與醫療使用的關係。

本研究分析資料來自2012年由中央研究院社會學研究所執行的第六期「台灣社會變遷基本調查」研究II健康與醫療照顧組之間卷調查。本調查資料之訪查對象以台灣地區設有戶籍之本國國籍，年齡在18歲以上的民眾（民國81年12月31日以前出生）為研究母體。調查期間為2011年7月17日至2012年4月29日止。在全台灣共抽出有116個村里或集群村里，抽樣樣本數4,208人，完成2,199人問卷，成功完訪率52.3%。本研究採橫斷性次級資料分析，使用SPSS18之統計軟體進行描述性統計、卡方檢定、t檢定、單因子變異數分析、相關分析及二元羅吉斯迴歸分析等統計方法分析資料，研究結論如下：

一、不同社會人口變項之台灣民眾在醫療服務使用上有部分差異。

不同性別、年齡、教育程度在醫療服務使用上有顯著差異；而其中經濟狀況及婚姻狀況無顯著差異。

二、台灣地區民眾社會資本與醫療服務的使用有顯著的關係存在。

三、台灣地區民眾健康資本與醫療服務的利用有部分差異。

不同的自覺身體狀況、慢性病、體型、運動習慣在醫療服務使用上有顯著差異，其中生活行為及睡眠習慣無顯著差異。

四、台灣地區民眾不同程度的健康資本、社會資本在醫療服務的利用上有顯著的預測力。

根據本研究發現與結論，提供個人、社區、政府具體建議，以作為後續研究之參考。

關鍵字：醫療服務使用、社會資本、健康資本、另類醫療

Abstract

To the elders after the World War II, we want to know that if they can stay health depended on their individual actions, activity process, and the health outcome or not. Have good "health capital" and "social capital" can achieve the purpose of "Reducing medical use "and "Successful aging". The aim of this study wanted to explore the relationship between healthy capital, social capital and health service utilization.

The study population is from "The Social Change Survey in Taiwan" collected by Institute of Sociology, Academia Sinica in Taiwan in 2012. The survey started from 2011 July to 2012 April. Sampling from 166 villages, about 4,208 populations were include. 2,199 participants complete the questionnaire. The complete rate is 52.3%. This study is a cross-sectional research. The data analysis use SPSS18. Chi-square test, t-test, ANOVA, and logistic regression are include.

The conclusions in this study are below:

- 1、There were no significant gender differences in the use of health care services, but in the use of alternative medical services women frequency was significantly higher than males.
- 2、There are significant differences in the age of the use of medical services, the higher the frequency the greater the age.
- 3、The lower the education level using Western medical services, higher hospitalization rates, and the higher the education level, the higher the frequency of use of alternative health care. Economic status and marital status was no significant difference.
- 4、Taiwan people's social capital and health services use a significant difference, the higher the frequency of social networks social participation, the higher the frequency of use of medical services.
- 5、The capital of Taiwan people's health conscious there are significant differences in health care use, perceived poor health were more higher frequency of use of medical services.

- 6、Who have chronic medical services using frequencies higher than those without chronic illness, chronic diseases without the use of alternative medical services frequencies higher than those with chronic diseases.
- 7、Different body types have significant differences in the use of health services, physical obese (BMI> 30) by using the rate is higher than the normal size (BMI 18.5 to 24).
- 8、Have exercise habits there significant differences in the use of health care services, there are those who exercise habits have a high frequency of medical services in the non-medical use of alternative exercise habit higher than those who exercise habits. Life behavior and sleep habits which no significant difference.
- 9、Taiwan residents varying degrees of health capital, social capital in the use of health care services have a significant influence. Most influential was "perceived physical condition," followed by "exercise habits", "whether the chronic disease", "sex" and "social capital."

According to the research findings and conclusions, providing individual, community, long-term care system, government specific recommendations as a reference for future research.

Key words : health service utilization · Social capital · Healthy capital · alternative therapy

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的與問題.....	3
第三節 名詞界定.....	6
第二章 文獻探討	8
第一節 醫療服務利用理論探討.....	8
第二節 人口特質與醫療服務利用的關係.....	17
第三節 社會資本與醫療服務利用情形的相關研究.....	19
第四節 健康資本與醫療服務利用的關係.....	25
第三章 研究方法	28
第一節 研究架構.....	28
第二節 研究假設.....	29
第三節 研究資料來源.....	30
第四節 研究工具與分析方法.....	31
第四章 研究結果	32
第一節 樣本結構分析.....	32
第二節 社會人口、健康資本與醫療服務利用的關係.....	36
第三節 不同的社會人口、健康資本之台灣民眾在醫療服務使用上關聯性 分析	41
第四節 人口特質、社會資本及健康資本與醫療服務利用的迴歸分析...49	
第五節 結果與討論.....	54
第五章 結論與建議	57
第一節 結論.....	57
第二節 建議.....	58
第三節 研究限制.....	59
參考書目	60
附錄：研究變項與問卷題目對照表	65

圖目錄

圖 1: Andersen 健康行為初始模型.....	10
圖 2: Andersen 第四階段健康行為模型.....	11
圖3-1: 研究架構	28



表 目 錄

表4-1-1:社會人口變項描述統計結果(n=2,199).....	32
表 4-1-2:社會資本變項描述統計結果.....	33
表4-1-3:健康資本變項描述統計結果.....	34
表4-1-4:醫療服務使用變項描述統計結果.....	35
表 4-2-1:人口變項與醫療服務使用交叉分析結果.....	37
表 4-2-2:不同的健康資本變項與醫療服務使用交叉分析結果.....	39
表 4-3-1:不同性別變項之台灣民眾在醫療服務使用上的 t 考驗分析表.....	41
表 4-3-2:不同婚姻狀況變項之台灣民眾在醫療服務使用上的 t 考驗分析表.....	42
表 4-3-3:不同年齡變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表.....	42
表 4-3-4:不同教育變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表.....	43
表 4-3-5:不同經濟變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表.....	44
表 4-3-6:慢性病變項之台灣民眾在醫療服務使用上的 t 考驗分析表.....	44
表 4-3-7:運動習慣變項之台灣民眾在醫療服務使用上的 t 考驗分析表.....	45
表 4-3-8:運動習慣變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表.....	45
表 4-3-9:不同自評健康狀況變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表.....	46
表 4-3-10:不同體型狀況變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表.....	47
表 4-3-11:不同生活行為變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表.....	47
表 4-3-12:不同睡眠習慣變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表.....	48
表 4-4-1:自變項交互相關係數矩陣分析表(n=2199).....	49
表4-4-2:醫療服務使用率指標的顯著預測因素摘要.....	53
表 4-4-3:社會資本、健康資本與醫療服務使用之間相關結果表.....	54

第一章 緒論

依據行政院經建會 2010 年至 2060 年台灣人口推估，65 歲以上人口佔總人口的比率由 2010 年的 11%，2017 年增加為 14%，2050 年再增加為 20%，2060 年 65 歲以上人口所占比率將高達 42%。面對戰後嬰兒潮的一群漸漸老化的人群，是否醫療使用是健康的唯一來源，還是可以藉由個體行動的意志、過程、結果，建立良好的健康資本、社會資本，就可以有效的達到「減少醫療使用」及「成功老化」的目的，因此本研究想要探討的是健康資本、社會資本與醫療使用的關係。

本章分為四節：第一節為研究背景與動機；第二節研究目的與問題；第三節為名詞界定，茲分別敘述如下。

第一節 研究背景與動機

自 1995 年實施全民健保，迄今有 18 年，據行政院衛生署的 2011 年全民健保醫療統計，有高達 23,199,000 人參加全民健保，全民納保率高達 99.9%。健保開辦之前，國人平均餘命為 72.4 歲，自全民健保實施後，平均餘命逐年提升，2001 年 77 歲，至 2006 年為 78.2 歲，2011 年國人平均餘命為 79.2 歲，(行政院衛生署，2012)，這顯示除了醫療科技的進步外，「全民健保」對健康的照顧有直接的幫助，但近 10 餘年來，平均每人國民醫療保健支出呈逐年上升趨勢，由 1991 年之 10,765 元，增至 2010 年之 38,510 元，平均年增率為 6.0%(政院衛生署，2012)。1995 年國民醫療保健支出 (NHE) 占當年國內生產毛額 (GDP) 5.3%，至 2010 年達 6.6%，2011 年的統計西醫醫療的總門診次數為 37,582 萬人次，總住院次數為 328 萬人次。平均每人每年門診次數 15.6 次，及住院就醫天數為 13.6 天。換言之，由於高納保率及醫療服務資源取得便利，民眾就醫服務的使用頻繁了，醫療支出費用也增加了。但如果比較其前後十年的變化，可以發現，平均餘命增加幅度已趨緩為 2.2 歲，這凸顯了政府對醫療保健服務的投入雖持續增加，但邊際報酬已開始遞減，民眾因醫療服務的使用對提供個人生活品質是有幫助，但對延長壽命的能力卻是有限的。

隨著醫學技術的進步和經濟的成長，期間疾病型態的改變，國人的主

要死因已由 1952 年時的急性、傳染性疾病型態，轉變成以惡性腫瘤、心血管等慢性疾病與事故傷害等為主型態。在 2012 年，惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病分別為國人前十大死亡原因(公共衛生年報，2012)。在許多的醫學文獻也已證實個人的生活方式，如肥胖、吸菸、飲食、運動習慣等，是罹患這些疾病的重要危險因子。

尋求醫療服務的過程是複雜的(Merrijoy Kelner and Beverly Wellman, 1997)。Feldman 則認為，基本上人們是很討厭去看醫生的(引自林宜美、陳美君、陳碧玉譯，1999，P268)。張苙雲(2003)認為疾病的存在是客觀的事實，又是社會建構(social construct)的形式。雖然我們受到生理機能衰退或周遭環境的影響，但也很難精準將生活中的某些狀況視為「生病」。研究者發現，只有面對「重要他人」時，才會認同病人的角色，也才能有效的預測個人對自己疾病的主觀描述。一般而言，唯有醫生有能力確定和觀察體徵和解釋症狀，因基本上醫生都受過專業訓練，有能力給予恰當的治療，但幾乎每一個病例都有更多的參與者介入，介入者包括親戚、朋友、家人或非專業人選。介入內容包括決定要不要去看病，決定哪些症狀要向醫生說明，哪些症狀就不必說了，還要確定哪些事與診斷有關要重視或積極處理的等等。

醫療服務使用雖是維護健康的重要投入，卻未必是增進健康的唯一投入。在不同的時空背景下，個人皆在過去的生活經驗中累積的知識觀念、社會的文化特質影響下，型塑了個人的「就醫行為」，並有意無意的切入個人生活中的每一次行為，每一次選擇中，這些過程是動態、多元、且細緻的。但倘若社會與家庭能夠相互幫忙增進個人的身心健康，提升民眾對於自身的健康與疾病的預防措施、自我照顧能力不僅可減少醫療資源浪費，為健康療癒需求，做到「當取、該用」的拿捏，也將可為國家節省日漸龐大的健保醫療支出，提供若干政策的參考。

第二節 研究目的與問題

儘管在一般人的認知中，認為身體沒有病痛，吃得下、睡得著就是健康，世界衛生組織（WHO）在 1948 年將「健康」的定義為「健康是身體（physical）、心理（mental）及社會（social）的完全安適狀態，不僅是指沒有疾病或受傷而已」。所以健康是身體、心理與社會的組合，在尋求醫療服務使用行為中是也會受到許多不同生理、心理及社會的因素影響。過去大多數的研究均強調要把兩類特性作為醫療服務利用的主要因素來加以重視，第一類特性是社會人口統計學變量，如年齡、性別、種族、婚姻狀況、職業、收入和受教育程度。第二類特性是個體的社會心理學變量，如為減輕或預防疾病而對醫療服務的最低利用。1979 年 Baker 和其他學者用最小空間分析法將尋求就醫行為的可變因素歸納為六項不同範疇：

- 一、對疾病的感覺。
- 二、疾病的威脅。
- 三、關於疾病的知識。
- 四、社會網絡。
- 五、人口。
- 六、獲得醫療保健的方式等(孫牧虹等譯，1999)。

也有研究者用不同層面的變項，如個人生活型態、社會因子、環境影響、營養因素、社會經濟等，來探討醫療服務使用(引自王雲東，2005)，並使用各種操作型定義的統計方法，來建構醫療服務使用的特性及影響因素。

雖然國內外已有許多的研究實證「自覺健康狀況」是尋求醫療服務的關鍵因素，也有研究者選擇社會資本或健康需求為單一變項，加以推導，但較少有將個體的社會資本、健康資本同時考慮納入變項分析之文獻。本研究將尋求醫療服務的主、客觀因素，歸納整理為三大類因素：

- 一、社會人口特質的因素：有許多的研究認為女性對身體症狀敏感度高，且較願意說出自己的健康狀況；有比男性有較高且不太嚴重的急性和慢性疾病的發生率等，所以存在發病率，死亡率和醫療醫療服務利用水平的性別差異(Carla A. Green, Clyde R. Pope., 1999)。林四海、楊惠

真、陳墩仁、邱惠慈等(2000)在研究中部地區醫療服務高低利用者之相關因素中發現年齡、婚姻、教育程度、職業、健康信念與醫療服務利用都具有顯著性相關。張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋(2002)研究全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性之探討中發現，包括老年人、重病患者、慢性病及住院者，均有較高的醫療服務利用。

二、健康資本因素：Grossman(1972)認為，每一個人出生時皆獲得一定的健康存量，而健康存量會隨著折舊而減少，但可透過投資來增加(或補充)健康存量，因此個體可在任何年齡藉由評估投入成本與所獲資本的邊際效益之差異，決定自己健康資本存量，如投資時間休閒、運動、參加健康保險、做身體檢查、養成良好生活習慣、睡眠習慣、隨時注意身體狀況的變化等(盧瑞芬、謝啟瑞，2000)。王雲東(2006)就台灣地區中老年與老年人醫療服務利用的影響因素研究中發現自覺健康狀況對醫療服務利用最具影響力(預測)的。對於症狀意識、疾病的掌握度(出現頻率和持續性，能見度、嚴重性等)，疾病對日常生活的干擾等，有些人會想著急切去處理它，有些人則選擇不理會，甚或認為因年齡的關係，疼痛本就在所難免。Becker(1965)建構的短期健康生產函數認為健康就是醫療照顧、科技、技術、生活型態、社經狀況及環境的總和。其中的醫療照顧，指的是醫療服務使用的數量。以健康與醫療服務使用之間的關係而言，醫療服務只是消費者用於生產健康的投資要素之一。個人對醫療照顧投資，每一次連續的就診都比前一次就診產生較少的健康改善。年齡變老、身體狀況變差，慢性病，都使得醫療服務使用增加而對健康產出效益下降；而生活習慣如抽菸、酗酒、吃檳榔，體重，運動，社經狀況、教育、收入、環境的正向改變，卻可以減少醫療服務使用而提升健康的產出效益(盧瑞芬、謝啟瑞，2000)。

三、社會資本因素：社會資本意味著是透過社會關係網絡所取得的資源，是一種看不見的資源，使個人在工作、家庭、社區及其他領域取得幫助，得以發展，包括教育、就業、快樂感、健康、長壽等(Coleman1990)。家庭為孩子提供了一個特殊的社會性身分，包括身體、智慧特徵，還有社會狀況、觀點及文化背景知識。家庭或社會族群也會藉由引導知

覺過程，用建議、忠告、或強制個人採取或不採取某些行為。在尋求醫療服務行為中，許多人是延遲且從來沒有從正規的醫療系統中尋求幫助(Merrijoy Kelner and Beverly Wellman, 1997)。有些研究也發現，使用另類醫療的資訊來源，大部分是來自朋友及親戚(曾月霞、林岱華、洪昭安，2005)。1989年的第二期「台灣社會變遷基本調查」中發現，家裡的就醫決定，除了42.9%由自己決定外，另有57.1的比率是由夫妻、家人、成年子女、其他家庭成員共同來決定。這表示當疾病侵襲時，由家人、朋友、鄰居等組成的社會網絡組織，會協助個人詮釋疾病症狀並推薦行動對策，引導著個體成員使用他們認為最合適、最易接受的方式，來維持身體健康。Eliot Freidson(1960)認為，個人會從核心家庭到成員向外伸展，發展到更多的選擇，直到找到專業的醫生(引自朱巧艷、蕭佳華譯，2002)。江哲超(2003)在老人資本與醫療使用行為相關性研究中發現，社區參與程度越高的長者，其健康狀況也越好；健康狀況越佳者就有比較少的醫療資源利用。

本研究將參考相關醫療資源利用模式，依研究方向，加以修改、調整，針對健康資本、社會資本之影響，來探討民眾由個人認知到決定求醫行為與醫療利用選擇關係，並深入探討求醫行為背後的知識的基礎，生活經驗及關鍵因素，解釋其中的關聯性，此為本研究目的。

根據上節研究目的，本文所欲探討的具體問題如下：

- 一、台灣地區民眾健康資本、社會資本與醫療服務利用的現況如何？
- 二、社會人口變項的不同與醫療服務利用是否有顯著差異？
- 三、台灣地區民眾的健康資本與醫療服務利用是否有顯著的關係？
- 四、台灣地區民眾的社會資本與醫療服務利用是否有顯著的關係？
- 五、不同程度的健康資本、社會資本在醫療服務的利用上是否有顯著預測力？

第三節 名詞界定

一、**醫療服務使用**：個體由對症狀的察覺開始、認定、解釋、處理到應採取何種醫療方式或決定到何種醫療機構處理病情，是一種複雜且連續的過程，健康狀況雖是一個主要的關鍵，但也會經由家庭或社會族群引導知覺過程，來選擇不同的醫療服務的方式，所以醫療服務使用是基於「健康需求」與「醫療需要」二個前提，而產生的接受醫療專業人員的診斷和治療行為(吳肖琪，1991)。對健康需求越高者，就有越高的醫療需求，有較頻繁的醫療服務使用。醫療服務使用的向度，包括下列三項：

(一)「西醫門診」：係指台灣民眾前往醫院或一般診所，接受西醫或生物醫學醫療專業人員的診斷和治療行為。

(二)住院醫療：係指台灣民眾前往醫院或一般診所，住院接受專業人員的診斷和治療行為。

(三)另類醫療(CAM)：對慢性病患者的生病的經驗，西醫或生物醫學對健康的療癒是有極限性的，且產生不良的副作用，治標不治本(丁志音，2003)，於是另類醫療是民眾對健康需求的另一種較好的選擇，也是對現代醫療缺失的一種補償和改善。本研究定義另類醫療為，有別於西醫或生物醫學醫療以外的因健康需求而尋求的中藥、針灸或艾灸(拔罐)及穴位指壓或按摩的療癒方法。

二、**社會資本**：社會資本可以形成有益的人際交往與互相信任的社會環境，也可個體獲得更多的健康及醫療服務資訊，更可為生病者提供非正式醫療照顧和支持。所以，社會資本是內嵌在個人的社會網絡與人際關係中的資源，隱含了社會信任、人際互惠關係的社會結構特質，可以協助個人更有效率的使用醫療服務。本研究所指的社會資本係指由社會網絡及社會參與中個人所取得的支持：

(一)社會網絡：係指個人與生活中的家人或親屬或朋友、同事、鄰居所組成的連線，提供心事、想法，經濟上及家務的協助，越頻繁者其社會資本越高。

(二)社會參與：通過社團的會員資格，參與組織、團體或網絡提供的社會性活動，可以獲得組織內的資源或通過組織獲得組織外的資

源，而通過參與志願服務社團，因與人相處所發展的自我感知控制能力，就越有可能從事增進健康的行為。本研究透過參加社團活動及宗教性活動的頻率，以衡量社會資本。

三、健康資本:每個人對健康的種種投入都會進入個人的健康效用函數，但因邊際效益的作用，健康效益的產出是遞減的，因此個體必須持續投入成本以獲取其健康資本的最佳儲量(王雲東，2006)。本研究以一般身體狀況及生活行為做為健康資本的儲量。

(一)一般身體狀況:係指自覺身體狀況、有無慢性病、BMI 值。自覺身體狀況較好、無慢性病、BMI 值正常者，有較佳的健康資本。

(二)生活行為:係指有無抽菸、喝酒、嚼檳榔、運動習慣、睡眠習慣等。沒有抽菸、喝酒、嚼檳榔者，有運動習慣及有良好睡眠習慣者，有較佳的健康資本。



第二章 文獻探討

本研究就蒐集到有關國內外與社會資本、健康資本之相關資料加以分析，以探討民眾對醫療服務利用的關係。本章就醫療服務利用的意涵加以釐清，作為本研究的依據，接著，針對社會資本、健康資本的定義及特性提出討論，並界定其研究指標，最後再就相關實證研究，加以分析探究，以期與本研究結果相互印證。

全章將分成五節：第一節為醫療服務利用的理論探討；第二節人口特質與醫療服務利用關係；第三節為社會資本的理論與對醫療服務利用情形的相關研究；第四節為健康資本理論與醫療服務利用的關係；第五節結論與歸納。

第一節 醫療服務利用理論探討

關於醫療服務利用，國外學者的研究在名詞的使用上大致有所不同，一般用語諸如：Medical utilization、Health service utilization、Medical service use等。而國內研究學者也有不同名稱，例如醫療利用、求醫行為、衛生保健利用、醫療服務使用、醫療資源耗用等。Shortell (1984) 將「醫療利用」定義為當需求轉變為求醫行為時，醫療資源實際被消耗之數量。而吳肖琪 (1991) 在健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響中將醫療資源利用定義為基於「醫療需求」與「醫療需要」二個前提而產生的行為。諾貝爾得主 Kenneth J. Arrow 在 1993 年提出，醫療服務的不確定性有二方面，一是疾病發生的不確定性(需求面)，即無法掌握疾病狀況的變化，二是治療效果的不確定性(供給面)，即無法掌握各種治療方法的預期效果。醫療最大的效用在治病，但最大的限制也在治病，因為治病總在疾病發生之後。所以「健康狀況」是醫療服務系統的最終結果。

但個體由對症狀的察覺開始、認定、解釋、處理到應採取何種醫療方式或決定到何種醫療機構處理病情，是一種複雜且連續的過程。在採取醫療使用的背後，相當程度反映出個人對疾病症狀的瞭解、感受和從生活經驗中累積的行為觀念，人是生活在社會動態中，很難精準將生活中產生的某些身體狀況視為「生病」，儘管我們也認為生理機能衰退或被環繞的參考系統所認同才會認同病人的角色(引自林宜美、陳美君、陳碧玉譯，

1999)。張笠雲(2005)認為疾病症狀出現與認知造成「求醫行為」，也會出現各種的「求助行為」，求醫行為較傾向於尋求專業的醫療照顧，求助的行為較傾向於非專業人員的協助，求助行為可能以求醫為終點，也可能因症狀獲得紓解，不會跨入求醫的專業。另類醫療在個人尋求醫療行為中，就被認為是另一種適當的選擇。流動在社會文化體系的固有經驗中，它深深引導著個體使用認為最合適，最易接受的方式，來維持著身體的健康。

對於影響民眾醫療資源利用的因素，從各個面向角度切入，都是多元又複雜的，在探討使用醫療服務行為的研究中，研究多採 Andersen(1968、1970、1995)的健康行為模式(health behavior model)、Rosenstock and Becker(1974)的健康信念模式、Mechanic(1978)的尋求協助整體理論(general theory of help seeking)、及 Ajzen & Fishbein(1980)理性行為理論較為普遍。

一、Andersen 健康行為模式

(一)初始行為模型：Andersen 1960 年代所提出來的健康行為模式，彰顯的是功能傾向，其行為模式中有三個重要的因素：

1、傾向因素：(predisposing characteristic):係指在疾病未發生前即已經存在的個人、社會文化特徵。包括人口特性、社會結構、健康信念等。人口特性，如性別、年齡等；人口特質不同的個人所患的疾病種類和數量也不同。社會結構如職業類別、婚姻狀況、居住地區、教育等；社會結構不同生活方式也不同，其利用醫療服務的方式也不同。健康信念如健康的態度、價值觀和知識及對醫生的信任度、接受醫師建議程度等，相信醫療照顧效力的人比不相信的人更可能去尋求醫療的照護。

2、能力因素(enabling characteristic):係指促使醫療資源利用的個人或家庭資源和社會資源。儘管人們可能傾向使用醫療服務，但卻不一定會去利用，除非它有能力去利用，更取決於家庭和社區。家庭資源包括家庭平均收入、是否有參加全民健保或其他醫療保險、定期的保健、旅遊等。社會資源包括在社區內衛生服務可利用的資源，結構和分佈，衛生服務設施和人員、醫生和醫院的密度、醫療服務費用等。

3、需要因素(need characteristic):係指人們如何看待和體驗自己的一般健康狀況，活動功能和疾病的症狀(即健康的主觀知覺)及醫師的評估診斷健康狀況和醫療服務的需要(即客觀的醫師診斷)等。「知覺需要」將幫助一般人了解求醫並堅持醫療方案，而評估需要更密切相關的種類和病人的治療量後，提交給醫療護理提供者，「評價」代表專業判斷人的健康狀況和他們的醫療需要照顧(Aday, L. A. & Andersen, R. M. 1974)。

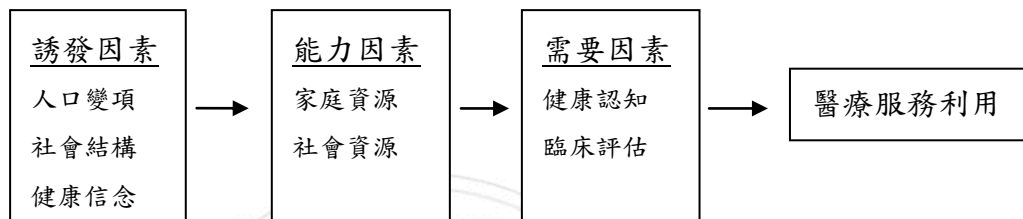


圖 1: Andersen 健康行為初始模型 資料來源: Andersen(1995)

(二)第二階段健康行為模型：

1974 年間，Andersen & Aday 擴充原有健康行為模式，加入政府衛生政策、健康照顧體系、消費者滿意度等元素。政府衛生政策包括財物(financing)、照護組織(organization)、人力(manpower)、教育(education)等。健康照顧體系包括資源及組織(organization)，資源(resource)是指投入的人力(labor)及資產(capital)；而組織擁有資源的體系可分為進入及結構兩類，進入(enter)是指進入醫療體系的過程，例如交通及等候時間等；Andersen 所表述的是醫療資源的可近性(assess)而結構指的是病患進入醫療體系以後的過程。消費者滿意度是指消費者進入醫療體系後對服務的評價，其分為五個方向:方便性、成本、協調、資訊及品質。

(三)第三階段健康行為模型 (1980--1990)：

此階段模型強調醫療服務可用於維護及改善個人的健康情況，增加對結果的測量，對個人醫療服務認知可藉個人知覺或專家來評估，加入了外在環境(如政治、經濟)個人健康行為如飲食、運動、自我照顧等都是影響醫療服務因素病關係到健康

的結果。

(四)第四階段健康行為模型 (1995)：

強調的是一個動態和循環性質，也包含健康狀況結果的健康利用模式，換言之，個人健康狀況影響醫療服務利用的行為，而醫療服務利用的行為也反應了個人的需求。

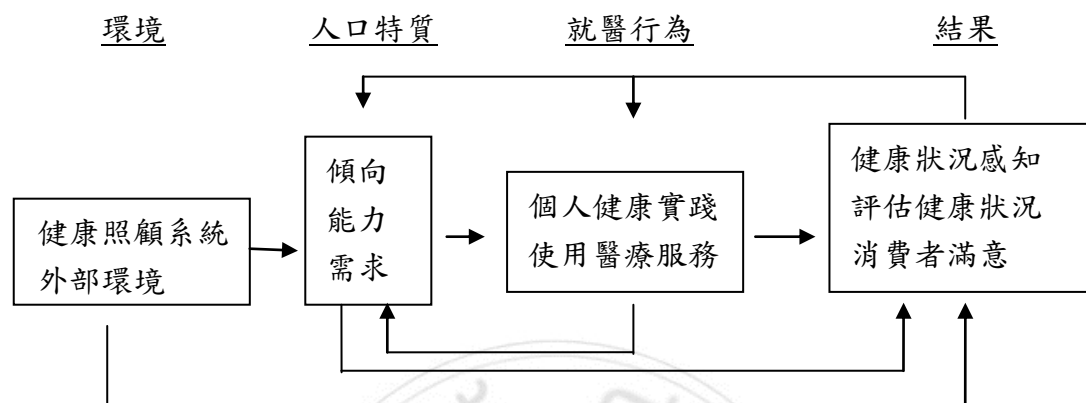


圖 2: Andersen 第四階段健康行為模型 資料來源: Andersen(1995)

小結

雖然 Anderson 等人的醫療服務利用行為模式經過不斷的修正，加上實證研究的佐證，此模式在醫療利用的領域中實已具有相當的貢獻。但模式架構中對於社會網絡 (social network) 及文化等方面的探討卻則明顯不足，尤其是重視家庭社會資本的華人社會，應用此模式來預測醫療資源的利用，應著實考慮社會文化因素的差距。

二、Rosenstock and Becker(1974)的健康信念模式

此模式是經由個人認知的角度評估個人行為尋求醫療服務的決策，而個人的認知察覺是來自社會文化的背景和社會化過程的產物，此模式主要應用於預防性醫療及病患遵循醫囑的行為，其包含了

(一)個人的認知(perceived susceptibility):對罹患某種疾病的可能性或某族群罹患某病的機率有主觀評估的「自覺罹病認知」及對罹患某種疾病嚴重性之感受的「自覺嚴重性認知」，嚴重性認知不僅個人對醫療結果，還包括對臨床結果如死亡、殘障、生理上病痛評估及因罹病而造成工作、家庭生活 and 社會關係的影響。

(二)採行健康行動效果評估((perceived barriers of taking action): 個人在採取健康行動時，會先評估行動時所查覺到的好處和障礙的綜合權衡，如果是利多於弊，才會付之行動。

(三)行動線索(clue to action):就是促成行動的內、外部線索。內部線索如:自覺身體狀況，外部線索如:大眾媒介的訊息、健檢通知書、親朋好友的疾病經驗或醫護人員的勸導等。換言之，充份覺察並不見得會採取行動，除非得到採取行動的提示。

小結

健康信念模式認為「疾病行為」是一種在文化上及社會上所習得的回應，換言之，社會與文化背景過往的經驗塑造了我們對於疾病的了解以及反應。雖其在避免某種特定疾病行為上，獲得解釋力，許多尋求醫療服務的人只有明顯且確定的症狀出現之後，才具有採取行動的企圖，但如果不在某種特殊疾病威脅刺激下是否會主動追求良好的健康狀況，有待驗證。

三、Mechanic(1979)的尋求協助整體理論(general theory of help seeking)

Mechanic 認為，疾病求助行為是「對所承受症狀的感知、評估、與採取舉動(或不採取舉動)，而個人因以前的疾病經驗、對症狀的差別訓練、或任何其他的原因而有所不同」。對症狀的反應、求助時的社會網絡使用、醫囑行為等都是表現生病行為的活動(引自張笠雲、2005)。模型中有十個因素會影響尋求醫療資源的利用：

- (一)對疾病症狀的可見性、認知程度和接受程度。
- (二)對疾病嚴重度的認知。
- (三)疾病症狀干擾家庭、工作和其他社會功能活動的程度。
- (四)疾病症狀的出現頻率、持續時間及復發率。
- (五)對疾病症狀的忍受度(包括本人及家人或親屬等非專業的評估者)。
- (六)症狀評估者的知識、訊息和文化背景的了解程度。
- (七)導致否認疾病的因素。
- (八)與醫療需求互相競爭的其他需求。
- (九)針對疾病症狀的其他矛盾解釋 (如:會認為腰痠背痛是因為工作

引起)

(十)治療資源的可近性等(如心力、時間、金錢、受辱等代價)。

以上十個決定因素中，1.2.6 涉及的是對疾病的感知特點，主要取決於醫學的取向和個人社會文化傳統的範疇，3.4.5 涉及的是症狀所引起的正常機能受限這一可觀察到的特性，7.8.9 涉及各種矛盾的個人需要和觀察到的混亂狀況作出理論的解釋，10 所涵蓋的是所有非社會心理因素對疾病作反應時的影響。Mechanic 認為，疾病尋求協助行為是一種通過文化和社會習得的反應模式，個人對病情的察覺、評價、採取行動與否都隨著時間的推移，取決於個人的社會文化傳統及社會化程度，也發現心理上的煩惱與個人自述的症狀以及個人所利用的醫療服務有著密切的關係。

小結

Mechanic 的尋求協助整體理論可用兩個層次來分析，一是由他人來界定的疾病，例如疾病的認定及是否需要專業照護的需要等；另一是由自己來界定的病況，通常相信自己的看法比他人正確。Wolinsky(1988)認為，雖然 Mechanic 聲稱，決定疾病行為的十大因素是互相影響的，但相互之間的特性尚需得到有條理的描述；且儘管已將範圍擴大到包括有病而不去尋求照顧的個體，但不能運用到分析健康行為，尤其是預防性健康行為。

四、Ajzen & Fishbein(1980)理性行為理論

理論的基礎源自於社會心理學，探討態度、意向及行為三者間的依存關係。其有兩個基本假設，即人的主要行為是出自於自己的意志，且是合乎理性的。而影響其行為的二個因素是：(一)本身對採行某行為的態度(attitude toward the behavior)及 (二)外在影響個人採行某行為的主觀規範(subjective norm)。個人對採行某行為可能導致某些結果的信念，稱之為「行為信念」(behavior beliefs)；而「主觀規範」是指個體從事某些行為時所感受到的社會壓力，重要的他人或團體(如家人或朋友)，贊不贊同會影響到個人應該或不應該採行某行為。

小結

Ajzen & Fishbein(1980)理性行為理論，雖然探討的是態度、意向及行為三者間的依存關係，但強調的還是做「決定」。態度並不一定會轉換成實際的行為，且也許有許多理由也會使行為難產，特別是考慮到動作發生後的利益，或個人在特定時空下無法發生該行為動作，還可能覺得進行困難或浪費時間而把行為壓抑下來。

另一種人類學抉擇的模式，是將個人醫療服務抉擇過程加以考量，通過四種考慮因素：

- 一、嚴重性：類似Rosenstock and Becker(1974)的健康信念模式，但是通過特定參考群體一致同意覺察到的疾病嚴重性，而非個人感受的結果。
- 二、家庭治療知識：個體如果可以得到有效的家庭治療，就使用之，如已知目前的情況不成功，個人才會轉向專業的組織治療體系。
- 三、信任：是指個人選擇不同治療方法治癒的可能性，一般情況下，醫學治療被看成是最有成效的治療，非專業治療者次之，自我治療最次之。
- 四、易得性：其類似Andersen健康行為模型的「能力因素」及健康信念模式的採取行動時覺察到的障礙，反映的是醫療服務使用的費用和有效性。

張笠雲(2003)在研究中國人的求醫行為發現有若干的特徵：

- 一、複向求醫-不同的醫療體系，其對疾病之認知、解釋、處理方式便不同，國人還是以西醫為市場主流，尤其是急症時，若遇到慢性病時，通常較會尋求另類醫療，但現實生活中受過高等教育者及社會經濟高的群體，也視另類醫療是對現代醫療缺失的一種補償和改善。也有研究顯示民眾使用另類醫療服務，與西醫醫療的信念有關，深信西醫有其技術的極限，能治標不能治本，且有副作用(丁志音，2003)。1989年在日本的研究指出，除了西醫外，有近80%的人會試著使用民俗療法或其他的醫療方法，而歐美地區，非正統療法也在八〇年代開始，越來越興盛(引自張笠雲、2005)。
- 二、非專業人員轉介系統(lay-referral system)-由家人、朋友、鄰居等組成，形成一社會支持系統，會協助個人詮釋疾病症狀並推薦行動對策。協助的形式也會因和求助者關係而不同，朋友主要扮演的是情緒的支持而親戚較常提供的是工具性的支持。再則會成為一道型塑生病行為的

過濾網，在協助過程中，導向不同的醫療體系。非專業轉介系統也受到性別、年齡、教育程度、居住地、社經地位、所屬次文化團體或其他背景因素所影響，William C. Cockerham認為，最抗拒醫療照顧服務的非專業轉介系統存在於低階級、具強烈種族認同及擴張的家庭關係社區（引自張笠雲、2005）。

一般衡量醫療服務最常見的方法，一、門診就醫的次數；二、住院次數或日數。Arthur Kleinman 在對台北三峽與延平區各類療癒場所及民眾求醫的深入觀察，發現民眾在尋求醫療服務體系時，有三大類別：(一)專業部門，包括西醫、中醫等具專業特質的醫療；(二)民俗部門，包含宗教與世俗的療癒方式；(三)常民部門，即一般民眾藉由所居住的社區與家庭中，借助社會網絡成員的知識與技能所進行的療癒(成令方，2008)。而美國國家輔助及另類醫療中心（National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM）的定義為除了當今西醫醫療以外的各種廣泛的療癒資源。丁志音(2008)認為，只要有別於西醫或生物醫學的療癒方法，都稱之為補充(alternative)或另類(complementary)療法。而張珣認為另類醫療是指可單獨成立的醫療，而補充醫療是指與西方醫療一起搭配使用的醫療(成令方，2008)。

丁志音在2002年深入台灣社會人口特質使用另類療法的調查中，顯示出我國民眾生病時利用非西醫療法的情形非常普遍，且絕大多數是自費的，而有高達75%的台灣成人，在2002年曾經使用各種補充與另類療法(成令方，2008)。張珣(2011) 在民俗宗教的醫療行為研究中，也發現臺灣民眾有先找西式醫療院所，使用科學新式儀器診斷出疾病之後，再去找另類醫療體系治療的情形。而病人自己或其家人也會自行判斷病情的特性，選擇適當的醫療方式，例如，西醫療效快、急症狀時採用之，涉及到身體調養均衡者，則採用另類醫療。有許多的證據也顯示，民眾越來越害怕藥物產生的副作用，而選擇另類療法，是因為另類療法強調的是人身、心、靈照顧理念，重視的是人的內在和諧及健康提升。

英國醫學協會(1986)的文獻中認為，使用另類或非傳統療法，是因為西醫療法已無法協助人們有效的解決健康問題。且Fulder (1988)更直指認為使用另類醫療者多半是西醫醫療的逃避者((Merrijoy Kelner and Beverly

Wellman, 1997)。但無可否認的，從1980年代末到1990年代，在一些西方國家，如美、英、澳等國，民眾使用另類醫療的普及程度甚至直逼政府所規劃提供的正統醫療服務(成令方，2008)。而根據中央健保局(2011)的統計，醫院及一般診所的中醫門診件數占總門診件數約10.1%，約有百分之五左右的健保醫療支出於中醫門診，費用約185億元，於健保醫療服務上已然佔有一席之地。

所以在台灣民眾的醫療服務使用行為研究中就不僅是門診、住院醫療的考量，更應加入另類醫療的選項探討。參考實證文獻本研究將醫療服務使用，運用1.西醫門診 2.住院診療3.另類醫療(其包括中藥、針灸或艾灸、指壓或拔罐)為依變項，以了解操作變項對醫療服務使用的影響。



第二節 人口特質與醫療服務利用關係

多數研究者均認為高醫療服務使用大都傾向女性、年長者、教育程度低、未婚、經濟狀況差的人口特質。女性因健康狀況較差但較男性長壽，因此更有可能經歷與老化有關的特定疾病，如糖尿病、貧血、胃腸道問題、風濕性關節炎等(Ann.M.Kring,2010)。邱淑媿(2008)指出不論是門診就醫次數或成人健檢的使用比率，男性都比女性低；因為女性對自己的身體狀況較敏感，所以較常去看醫生，也使用較多的處方藥。但Wolinsky等人(1991)也發現女性的門診次數及住院天數較少(引自王雲東，2005)。

根據Garland & Zigler(1994)的研究中，年輕人和中產階級顯得最不樂意尋求醫療，其中又以青少年男性顯得最不情願。隨著年齡的增長，個體機能開始衰老，中年以後，為彌補損失的健康就會增加對醫療服務的使用，因此年齡和醫療服務的使用存在著正向的關係(劉偉文審閱，2008)。

Grossman(1972)認為，健康資本的折舊率與年齡是呈正相關的，對醫療服務使用的需求也將增加。賴芳足(1996)探討全民健保實施後民眾醫療服務利用影響因素，其研究結果發現家庭經濟狀況較低者，較容易投入增加疾病風險的行為，像抽菸、攝取高熱量食物、喝較多的酒等。高收入者醫療服務利用次數較多，但全民健保實施後，低收入者利用醫療的機率偏高，其住院天數方面，也顯現低收入者有較高的醫療服務利用傾向。

在Andersen(1978)的研究中也發現，儘管控制了性別、年齡變項後，低收入者的醫療利用度仍高於高收入者。尋求協助的態度會因性別而不同，男性較常尋求配偶的協助，而女性較會從朋友處尋求協助(引自張芷雲，2005)。而婚姻狀況可以透過家庭生產健康照顧需求，為配偶提供照顧，或提供健康生活起居，減少醫療照顧服務與使用。

另受過較高教育程度的個體因更理解預防醫學的價值(如控制飲食、增加運動)，發現疾病早期症狀和及時治療，增加疾病的治癒率和降低醫療服務的使用(鄭瑟薰、徐儷珊、吳非凡等譯，劉偉文審閱，2008)。教育程度越高的消費者，愈懂得如何利用醫療資源及其市場上可購買得生產要素，並結合自己的時間來生產健康(盧瑞芬等，2000)。所以這意味著教育程度

和醫療照護需求是存在著相反的關係變化。

丁志音(2003) 在「誰使用了非西醫的補充與另類療法？」社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用的研究中，卻發現性別、年齡、教育程度、及居住地區都市化程度等社會人口特質，與另類療法的使用關係極微；而個人的健康需求(包括健康狀況與健康關切)等，卻與另類療法的使用有極強的關係。而Andersen(1968,1995；Andersen and Newman,1973)認為，有某些特徵的人較易使用醫療服務，但也同時被認為容易尋求另類醫療，而關鍵識別特徵為性別、文化程度、職業水平、社會階層和年齡(引自Kelner M and Wellman B,1997)。綜上之探討，本研究在人口特質變項擬採性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、經濟狀況為主要研究層面。



第三節 社會資本與醫療服務利用情形的相關研究

一、社會資本的定義

Bourdieu(1986)認為社會資本是指個體與群體成員相聯繫的實際或潛在資源的總合，可以為群體中的每一個個人提供集體的支持。Coleman (1990) 認為社會資本是權威、信任和規範的關係；主要存在微觀的個人及巨觀的制度與規範兩個構面，就個人而言，有待償還關係的義務 (obligation) 與期望 (expectation)，並在既有社會關係中形成一個資訊網絡 (information network)，個人也會信任將控制權集中在一個人身上，形成一個權力關係 (authority relationship)，以利形成社會資本 (引自林國棟，2006：22-23)

Putnam(1995a)則認為，社會資本有包含網絡(networks)、規範 (norms)信任(trust)的社會生活特徵。不單可提供個體運用的一項資源，更能在群體追求共同目標時產生助益(Putnam, 2000)。Putnam(1993)定義中的信任是指人際信任或社會的信任；規範指的是回報的觀念；網絡則關注在自願性民間社團(引自王中天，2003)。Fukuyama (1997)則認為社會資本是一種能力，盛行在一個社會或它的某些部分所產生的信任。它可以體現在最基礎的社會團體-家庭，以至最大的群體-國家，並存在於所有其他群體之間。

Bourdieu 和 Coleman 是以個人及家庭為著力點，Putnam 和 Fukuyama則以社群、組織、國家為結構特徵，而Glaeser (2001) 認為，社會資本的投資決定是由個人，而不是社區。從這個意義上說，對社會資本應該被定義在個人的層次獲得了廣大的認知(引自 Health Policy Research.2003)。

Coleman從個人所擁有的社會資本出發，將社會資本分為兩種層次，一是個人的社會資本:存在於個人的血緣和地緣關係中和因個體的人際交往網絡中建立的關係，他與個人所具備的關係網路建構及維持能力相關聯；一是個人的社會組織資本:存在於因為某種目的而建立或為其他目的服務的多功能組織和個體為實現特定目標或只為特定目

標服務而有意投資建立的組織，個人通過參加或自行組織各類社團，獲得組織外的資源(引自熊輝，2009)。

本研究以個人為範疇，定義社會資本是內嵌在個人的社會網絡與人際關中的資源，隱含了社會信任、人際互惠關係的社會結構特質，他可以協助個人有效的完成某些行動。

二、社會資本特性

世界銀行(2009)確立了社會資本的五個面向:信任、團體和網絡、集體行動、社會包容性以及信息和傳播。傅仰止(2005)則認為，社會資本可用活動、互動、情感來衡量。「活動」是指人們的作為，也就是社會參與；「互動」是指獨立於特定活動之外，可以從社會連繫與網絡來加以衡量；「情感」是指內部情緒、感情、對關係與其連繫對象的信任等。而大多數研究一貫使用社會資本理論家所建立的指標來衡量，其關鍵特性有：

(一)社會信任

社會資本中的信任，Coleman認為是一種形式，由期望和義務所構成，如果A對B做了某些事，並且相信B以後一定會報答自己，那麼，A對B就有了期待，而B對A就有承擔的義務，產生的是互惠的機制，雖然取決於對社會環境的可信任程度(即義務的履行)及個人負擔義務的範圍是關鍵，即有了負擔的義務也要有義務可以被報答的社會環境，但可以確定的是，如果某人在社會結構中承擔的義務較多，此人就擁有較多的可利用社會資本，而有較多的社會資本可供提取者，可使個人得到更多情感性、工具性及資訊性的資源。

Putnam則認為，信任是構成社會資本的一個重要因素，它能通過促進合作行為來提高社會效率。Cohen & Prusak認為，因人的互相信任、理解產生共同價值觀及行為理念，可增進社群的合作(引自魏永峰，2009)。我們也發現和周遭朋友、同事處於信任的環境中，做起事情來都比較有效率。所以信任是彼此合作的潤滑

劑，信任的存在可免除不必要的契約進行而降低交易成本，也可解決集體行動的困境(王中天，2003)。

Rocco L, Suhrcke M.(2012)認為，社會資本有助於統籌社區民眾共同使力遊說公共管理機構，以獲得潛在的促進健康的公共物品，例如，衛生基礎設施建設，體育設施及綠地區域等。而世界銀行(1998)則認為社會資本與社會凝聚力是非常相似的概念，人們要被組織起來，就須借助社會資本的能力，動員起來，訊息迅速傳播開來，可以做決策，容易地解決公共常見的問題和減少機會主義行為的風險(引自Karin Göransson & Anna Östergren,2009)。

(二)社會網絡

Cobb (1976) 認為，社會網絡是在人際互動之間提供個人取得社會資源的機會，包括建立各種心理機制，接受社會支持、發揮或接受社會影響力、促進社會投入等。以個人而言，與生活中的重要他人、單位、機構所組成的連線就形成所謂的社會網絡。它能夠滿足個人基本需求、獲得情感、自由表達感受、確認個人身分與價值、分擔工作、同時還有助於處理情緒和衝動(Caplan,G.1974)。

網絡是由人的周遭環境及次級網絡所組成。包括即時網絡:即和人有頻繁的接觸和提供支持的家庭，朋友和鄰居所組成)；及次級網絡:包括通過個人建立的各種關係，尤其是在工作場所和生活環境中建立的活動，被用來確保持人際關係的頻率和品質(Health Policy Research. Working Paper Series (2003).)。社會支持網絡是其中的一部分。

根據Walker *et al.*(1993)的看法，社會支持至少有四個面向，包括情感性的支持、物質性的支持、資訊的支持及陪伴等。(引自蔡毓智，2008)。Schaefer、Coyne 和 Lazarus (1981) 則將社會支持統整為三個要素，分別是：

- 一、情緒性支持：包含了親密和一種心理的再保證；
- 二、實質性支持：給予個體直接的幫助或服務；

三、訊息的支持：提供個體解決困難的訊息、建議並給予其行為的回饋。

House(1981)則認為典型的社會資本來自家庭與社區，家庭指的是居住在一起的人或未居住在一起的親屬，如父母、配偶、子女等，主要在提供聯繫、情感投入、陪伴、支持和幫助等家庭凝聚的功能。提供了如經濟的支持、精神健康的支持、心事、想法的分享、家務、照顧的協助等，通常會為個人帶來情感性的支持，使有較健康的身心和幸福感；社區指的是跨越家庭界線以外的人或機構所提供的支持，如朋友、鄰居、同事、宗教團體、互助團體或醫療機構等，提供工具性及資訊性支持，它可以引導個人得到有形的支持，獲得解決實際問題的行動。

(三)社會參與

包括參與社區活動、社團活動、宗教活動乃至於政治參與等；通過社團的會員資格，參與組織、團體或網絡提供的社會或政治活動，可以獲得組織內的資源或通過組織獲得組織外的資源，增加社會資本存量；身體因疾病、缺少與他人互動及社會團體的參與，也會降低對他人的信任，影響社會資本的發展，而通過社區、鄰居關係參與的志願服務社團，因與人相處所發展的自我感知控制能力，就越有可能從事增進健康的行為。

研究者發現，在日本，宗教活動確實為社會網絡中的成員提供了援助，有較好的自評健康認知，也幫助其他人有更好的健康(Kessler, Ronald C. and David Greenberg. 1981)。研究也發現，社會參與越多、社會信任越高自評健康及生活滿意度越好(吳佳芸，2013)。李新民(2013)在高齡者生命意義感的測量與相關影響因素之初探研究發現，社會參與活動、個人成長、自我超越與高齡者生命意義感有顯著的正向關聯(李新民，2013)。而吳柄緯(2011)在探討老人人際親密、社會參與及心理健康狀況之研究中，發現老人社會參與與心理健康狀況並無顯著相關。

在2011年的第六期第二次「台灣社會變遷基本調查」中，發

現國人認為最符合健康的狀況，有32.5%認為是心情歡喜，有26.1%認為是能照顧好工作、家事及生活大小事，而能適應生活變化及不需看醫生分佔16%、14%，而有沒有好的人際關係，反而無足輕重，只佔了1.5%。

三、社會資本和醫療服務使用的關係

普特南(2000)探討了健康和社會資本之間的積極關係，證明了公眾的健康指數和社會資本指數之間有很強的正相關關係，社會資本指數和全球的死亡指數有負相關關係。有研究認為，有關「健康」的社會決定因素中「社會網絡」是第一個被考慮到的議題(Health Canada Policy Research Communications,2003)。但也有研究指出，經常參加非正式網絡社交，是與精神健康成正相關，但無關於身體健康。

Leonardi(1997)認為，社會資本的潛在作用是透過大家的關懷和支持的社會環境更可能敦促那些健康欠佳的社區民眾，盡可能迅速的去尋求適當的醫療保健服務。Folland(2008)認為，社會資本與醫療服務使用的關係:一、社會資本可以形成有益的人際交往與互相信任的社會環境，因此可降低個人的健康壓力，減少對醫療服務的需求；二、社會資本有助於個體獲得更多的健康及醫療服務資訊，可提高個人對健康的生產效率及對疾病的治癒率；三、社會參與和交往可以發展出對自己及他人的責任感，降低危險行為發生的可能性。Rocco L, Suhrcke M.(2012)在社會資本決定個人健康的積極作用中，認為累積的社會資本可以為生病者提供非正式醫療照顧和支持，以減少社會醫療支出。

鄭惠玲、江東亮(2002)，在探討臺灣社會資本對成人自評健康的關係研究中發現，社會資本是台灣成人自評健康的重要影響因素。而高水平社會資本連結的是更好的健康、幸福感及更低的死亡率。蔡飴倫(2009)在社會資本對我國老人自評健康及醫療服務利用之影響中，發現社會資本變數對老人是否使用門診服務無顯著影響，但對有使用門診服務的老人而言，社會網絡對門診服務使用量呈顯著正向的影響；社團參與對門診服務使用量呈顯著的負向的影響。

結論與歸納

有鑒於前種種文獻實證，具有較高的社會資本者，較容易取得網絡互動，增加個人價值感，得到日常生活活動的協助、更有助於資訊交流，增加獲得醫療服務機會等。在華人的社會中，社會資本對個人的影響至深，無論由個人與其他家庭成員間提供的實質經濟支援、情感性支持或跨越家庭界限所形成的社會支持網絡提供工具性、資訊性的支持，都使個人對健康及醫療資訊的獲得，減輕健康壓力，降低危險行為發生並在疾病中提供非正式照顧，有增加健康的生產效率及減少醫療服務的使用的效果。綜合以上，本研究的社會資本採社會網絡及社團參與為操作變項，由次級資料問項，選擇家人、親戚、朋友、同事、鄰居對個人心事或想法、經濟、家務的協助及個人參加互助團體、宗教活動等作為研究變項。

第四節 健康資本與醫療服務利用的關係

Grossman(1972)認為，每一個人出生時都繼承了一定量的健康存量，會隨著時間的耗用，加速或遞減。對健康的投資可帶來消費上的利益(健康的感覺真好)及投資上的利益(增加健康的時間，可提高所得)，個體對健康的種種投入，都會進入了個人的健康效用函數，所以對健康資本的投資報酬就是增加健康的時間(盧瑞芬、謝啟瑞，2000)。所以個體可在任何年齡、時間，藉由投入成本與所獲資本的邊際效益之差異，評估其健康資本的最佳儲備量(王雲東，2006)。

Kleinman(1980)認為，生病經驗與行為是由文化建構的，對症狀的描繪詞彙、判讀、醫療方式選擇，都與病人日常生活世界密切相關。Jean Comaroff(1981)更認為，醫療觀念的產生與轉變都會受到社會文化變遷的影響(引自成令方，2008)。一個人如果在成長過程，習得了某一套醫療觀念與行為，這套知識就如同宗教信仰般，指導著他對生病之態度與處理方法。

研究發現「健康狀況」是影響醫療服務使用的關鍵因素(Andersen,1972、Mechanic,1979)。但 David Mechanic(1962a)指出，年齡、性別及社會角色對疾病症狀所產生的回應，都會隨個人而有所改變，且 Mark Zborowski(1952)也觀察到，人們對疼痛的回應並非一直都是生物性的(引自朱巧艷、蕭家華譯，2002，)。Emil Berkanovic(1972)的研究也發現，有些人感覺自己在某些環境當中，能為疾病行為做出合理解釋，感覺到自己能夠決定什麼是生病者應有的正確行為，且在其他健康訊息無法提供足夠解釋時，醫生才是個人健康的最後憑藉。(引自朱巧艷、蕭家華譯，2002)。換言之，健康狀況是一個參考值，但人們因社會角色、疼痛感及健康資訊取得的差異，選擇拿捏投入的成本與邊際效益對健康資本產生差異。

許多的研究認為生活方式的選擇占很大的比重。個人飲食習慣、運動習慣以及抽菸與否的決策會影響罹患某些慢性病的機率(盧瑞芬、謝啟瑞，2000)，慢性病發生原因複雜而多元，且過程是漸進式，甚至在生命任一時刻都可能發生；一旦發病，即出現生理限制或障礙，對健康產生長期負面影響而增加了許多醫療服務的需求。李素箱(2005)對台中地區社區民眾

運動情形與健康狀況調查研究中發現，參與較多規律運動者，有較高的自覺健康狀態以及使用較少的醫療健保資源。

何淑熙、利菊秀、劉純之(2009)探討台灣地區中老年人慢性病、身體功能和生活型態對其健康改變的影響研究中發現，抽煙對男性健康沒有顯著的影響，但卻會使女性健康狀況顯著的變差；規律的運動，對男女性健康的改變都有顯著且正面的功能。Kenkel(1995)探討生活方式對成人健康的重要性研究中發現，體重過重、抽菸、過度飲酒、睡眠不足、或過多壓力對健康有負面的影響，但運動及適度飲酒對健康有顯著正面影響(盧瑞芬、謝啟瑞，2000)。

高敏真、顏啟華、陳宣志、汪正青、李孟智(2008)，對65歲以上的肥胖及非肥胖老人對自覺健康狀況及其相關因子研究中發現，台灣地區肥胖老人的醫療服務利用狀況中，看過西醫門診的比例(67.4%)高於看過中醫門診的比例(10.1%)與使用民俗療法比例(6.4%)；也發現，不管是肥胖或非肥胖老人的自覺健康狀況與某些慢性病及運動行為是相關的。

國民健康局2011年國人十大死因中，8項死因與肥胖有關，其所造成的失能及對生產力的影響，更是難以計數。但也有美國醫學會期刊(2013)研究指出，身體太重、輕度肥胖的人比理想體重者，死亡率少了6%，中度肥胖者死亡率少5%，因為一則脂肪可以保護心臟，二則提高了對身體的注意力，而會採取因應措施，例如運動、注意飲食、力行減肥計畫等。1972年Belloc和Breslow在美國加州白楊郡訪問6,928位郡民的研究中發現，擁有良好生活習慣的人，死亡率明顯比較低(引自盧瑞芬、謝啟瑞，2000)。

林正祥、林惠生(2006)對台灣地區高齡人口存活之相關因素探討中發現，年齡、性別、族群、ADL狀況、體能狀況、健康自評、抽煙年數、嚼食檳榔年數、有無配偶、參與社團活動等10個變項，足以預測老人存活狀況。

隨著生活型態的改變，人口老化及非傳染病的快速增加已成為全球重大的健康威脅。世界衛生組織(WHO)2011年報告指出，四大非傳染病(癌症、糖尿病、心血管疾病、慢性呼吸道疾病)約占全球死亡人數的63%(約3分之2)，在臺灣亦將近6成(58.4%)，而吸菸、缺乏運動、不健康飲食及不當飲酒則是非傳染病的四大共同危險因素(國民健康局，

2012)。

依據體委會 2011 年「運動城市調查」分析「規律運動人口比率」，13歲以上國人，養成每週至少運動3次、每次至少30分鐘、運動強度達到會流汗而且會喘之規律運動比率，雖已從2005年的15.5%，上升至2011年的27.8%，但無規律運動習慣之比率仍高達72.2%，顯示我國不運動的比率高。依據 1993-1996 年及 2005-2008 年「國民營養健康狀況變遷調查」，我國成人過重及肥胖盛行率由 1993-1996 年的 33%上昇到 2005-2008 年的 44%。2011 年國人十大死因中，八項死因與肥胖有關。研究指出，肥胖與過重所引發的心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓、高膽固醇血症等慢性疾病，至少佔醫療支出約 2.9%。而睡眠不足是健康大敵。最新醫學研究指出，睡眠時間不足六小時的民眾，罹患心血管疾病的機率增加一倍；睡眠時間過長，同樣不利健康。

結論與歸納

根據上述各節社會資本、健康資本與醫療服務使用相關文獻整理之後，本研究將台灣民眾的醫療服務使用區分為西醫門診、住院診療及另類醫療。人口變項有性別、年齡、教育程度、經濟狀況及婚姻狀況。而社會資本變項，選擇家人、親戚、朋友、同事、鄰居對個人心事或想法、經濟、家務的協助及個人參加互助團體、宗教活動等作為社會網絡、社會參與的研究變項。

健康資本中將自覺身體狀況、有無慢性病、體型、歸納為一般生活狀況，將有無抽菸、喝酒、嚼檳榔，運動習慣、睡眠習慣歸納為一般生活行為。本研究運用中央研究院社會學研究所執行的第六期「台灣社會變遷基本調查」研究問卷II健康與醫療照顧組之問卷，進行客觀的評估，並試著印證本研究所做的研究假設，期能對台灣整體醫療服務使用，有更多的認識。

第三章 研究方法

第一節 研究架構

根據前述有關醫療服務使用因素的探討，可知醫療服務使用受到社會人口特性、社會資本及健康認知的影響，因此參考相關研究後提出本文的研究架構，如圖所示：

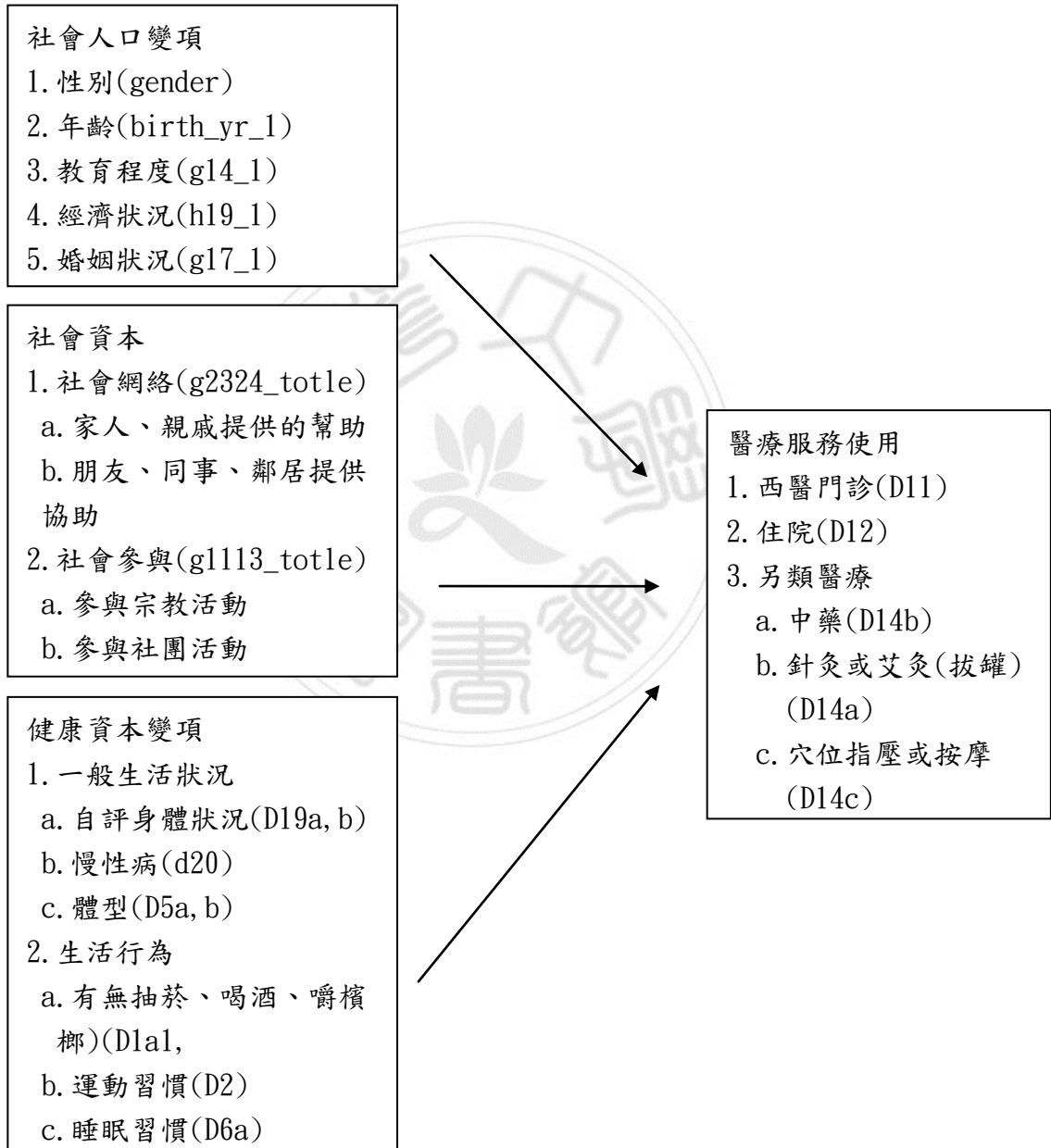


圖3-1 研究架構

第二節 研究假設

假設1：不同社會人口變項之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異。

假設1-1：不同性別之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異

假設1-2：不同年齡之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異

假設1-3：不同教育程度之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異

假設1-4：不同經濟狀況之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異

假設1-5：不同婚姻狀況之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異

假設2：台灣地區民眾社會資本與醫療服務的利用有顯著的關係存在。

假設2-1：不同社會網絡連結緊密程度之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著的關係存在。

假設2-2：不同社會參與頻繁程度之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著的關係存在。

假設3：台灣地區民眾健康資本與醫療服務的利用有顯著差異存在

假設3-1：台灣民眾的自評身體狀況在醫療服務使用上有顯著的關係存在。

假設3-2：台灣民眾的慢性病在醫療服務使用上有顯著的差異。

假設3-3：台灣民眾的體型在醫療服務使用上有顯著的關係存在。

假設3-4：台灣民眾的抽菸、喝酒、嚼檳榔的生活行為在醫療服務使用上有顯著的關係存在。

假設3-5：台灣民眾的運動習慣在醫療服務使用上有顯著的負相關。

假設3-6：台灣民眾的睡眠習慣良好在醫療服務使用上有顯著的正相關。

假設4：台灣地區民眾不同程度的健康資本、社會資本在醫療服務的利用上有顯著的預測力。

第三節 研究資料來源

本研究分析資料來自2012年由中央研究院社會學研究所執行的第六期「台灣社會變遷基本調查」研究II健康與醫療照顧組之問卷調查。本調查資料之訪查對象以台灣地區設有戶籍之本國國籍，年齡在18歲以上的民眾（民國81年12月31日以前出生）為研究母體。調查期間為2011年7月17日至2012年4月29日止。調查方法:採正式面訪調查。抽樣方法:以台灣本島為主要的訪查地點，採用三階段機率抽樣，第一階段抽樣單位為「鄉鎮市區」，第二階段抽樣單位為「村里或集群村里」，最終抽樣單位是「個人」。在全台灣共抽出有116 個村里或集群村里，抽樣樣本數4,208人，完成2,199人問卷，成功完訪率52.3%。



第四節 研究工具與分析方法

本研究採橫斷性次級資料分析，分析單位為個人。使用SPSS18之統計軟體，資料分析方法如下：

一、次數分配及百分比

瞭解樣本基本背景變項，除可判讀資料，更可以提供統計技術選擇與如何分析的線索；本研究以次數分配及百分比方法，依據人口基本特質、社會資本及健康資本的分布狀況，可觀察各變項分布的現況。

二、卡方檢定(Pearson Chi-square test)

卡方檢驗是將樣本觀察次數或百分比與理論或母群體次數相比較，來看二者是否有異性，卡方值越小，表差異越小，卡方值越大，表差異越大，越容易達顯著。本研究以卡方檢驗瞭解樣本的基本背景變項，社會資本及健康資本對醫療服務使用行為之差異情形。

三、t檢定

以t檢定來探討不同性別、不同婚姻狀況、慢性病、運動習慣與醫療服務使用是否有顯著差異。

四、單因子變異數分析(One-way ANOVA)

以單因子變異數分析不同年齡、教育、經濟狀況、及自評身體狀況、體型、生活行為、睡眠習慣與醫療服務使用是否有差異，若有顯著差異則進行Schaffer事後檢定。

五、相關分析

相關分析主要是用來測量兩變數間的關聯程度，是以相關係數來表示，其值介於-1與1之間。如果變數間的相關係數的值為0時，稱為『零相關』，相關係數的值大於0時，稱為『正相關』，相關係數的值小於0時，稱為『負相關』。相關係數在0.10以下是弱相關，0.10至0.39之間是低度相關，0.40至0.69之間是中度相關，0.70至0.99之間達高度相關(邱浩正，2010)。

六、以二元羅吉斯迴歸分析檢視自變項的顯著因子，最理想的回歸模型是 χ^2 檢定值統計量達到顯著，而Hosmer-Lemeshow統計量未達.05顯著水準，表示模型適配度佳，也表示自變項可以有效的預測依變項(吳明隆，2008)。

第四章 研究結果

本章依據問卷有效樣本2,199筆資料進行統計分析，目的在了解社會人口變項、社會資本及健康資本與醫療服務使用之間的情形，並對分析結果加以討論。

第一節 樣本結構分析

一、社會人口變項描述統計結果

由表4-1-1得知，在2,199位有效樣本中，男性1,086人，佔49.4%；女性1,113人則佔50.6%，可見男女比例非常接近。年齡層的分布來看，以45-64歲為最多，佔有36.7%；次為30-44歲，佔25.7%；其他依序為18-29歲佔16.9%；65-74歲佔11.9%；75歲以上佔8.8%；顯示年齡層的分佈比例較集中在30歲到64歲之間的成年工作人口。

教育程度方面，大專暨大專以上程度的最多，佔有41.2%；其次是高中、高職的，佔25.2%；而國中、小、識字的佔有27.6%；不識字的佔有5.9%。婚姻狀況方面，有偶者1,309人，佔59.2%；無偶者890人，佔40.8%，顯見有配偶者佔大多數。經濟狀況方面，家庭月平均所得在3萬~6萬及8萬以上者為均佔23.7%，其他依序為3萬元以下者佔15.2%，6萬~8萬之間佔11.4%，經濟收入大致符合M型走向。

表4-1-1: 社會人口變項描述統計結果(n=2,199)

操作型定義	樣本個數(n)	百分比(%)
性別		
男	1,086	49.4
女	1,113	50.6
年齡		
18-29	372	16.9
30-44	565	25.7
45-64	808	36.7
65-74	262	11.9
75以上	192	8.8
教育程度		
不識字/無	131	5.9
國中、小、識字	607	27.6
高中暨高中以下	555	25.2
大專暨大專以上	906	41.2
婚姻狀況		
有偶	1,309	59.2
無偶	890	40.8
經濟狀況		
無收入	572	25.5
3萬元以下	334	15.2
3萬~6萬	522	23.7
6萬~8萬	250	11.4
8萬元以上	522	23.7

二、社會資本描述統計結果

根據表 4-1-2 可以發現，社會網絡方面，最大值 18 分，最小值 0 分，平均值為 7.02 分，以總分 18 分來看，表示台灣民眾的社會網絡緊密程度普通。社會參與方面，最大值 4 分，最小值 0 分，平均值為 1.03 分，以總分 4 分來看，表示台灣民眾的社會參與程度是很低的。推測可能是本問卷較集中在中壯年工作人口，經濟收入是階段重點，與朋友、同事、鄰居聊聊心事與想法只是除了維繫彼此關係外並取得訊息的支持，也因工作而疏於社會參與。

表 4-1-2: 社會資本變項描述統計結果

操作型定義	樣本數(n)	平均值	標準差	偏態係數
社會網絡	n=2,199	7.02	3.66	0.52
社會參與	n=2,197	1.27	1.03	0.52

三、健康資本變項描述統計結果

表 4-1-3 得知，在「自評身體狀況」變項方面--很好佔 15.1%、好的佔 63.8%、不好佔 21.0%，超過七成以上的民眾感覺身體狀況是良好的。在「有無慢性病」變項方面，回答「有」的佔 32.1%，而回答「無」的則佔 66.8%，超過六成以上的民眾沒有慢性病纏身。在「體型」變項方面--過輕(BMI 小於 18.5)佔 1.4%、正常(BMI18.5-24) 56.7%、微胖(BMI24-30)佔 33.7%、肥胖(BMI30 以上)3.3%，大部分的體型都在正常範圍內。在「生活行為」變項方面--好(也就是抽菸、喝酒、嚼檳榔三種行為均沒有)佔 54.7%、尚好(即前述三種行為中只有其中的一種)佔 28.4%、不好(即前述三種行為中有其中的二種)佔 11.7%、非常不好(前述三種行為都有)佔 4.9%，有好的生活行為者超過半數。在「運動習慣」變項方面，回答「有」的佔 51.0%，而回答「無」的則佔 48.8%，有運動習慣的人雖超過沒有運動習慣的人，但差距很小。睡眠習慣正常者佔了 60.4%，可見一般民眾的作息習慣是良好的。

表4-1-3 :健康資本變項描述統計結果

操作型定義	樣本個數(n)	百分比(%)
1. 自評身體狀況	n=2,196	
很好	331	15.1
好	1,402	63.8
不好	463	21.1
2. 慢性病	n=2,174	
有	706	32.1
無	1,468	66.8
3. 體型	n=2,093	
過輕(BMI小於18.5)	31	1.4
正常(BMI18.5-24)	1,247	56.7
微胖(BMI24-30)	741	33.7
肥胖(BMI30以上)	73	3.3
4. 生活行為(抽菸、喝酒、嚼檳榔)	n=2,195	
好	1,203	54.7
尚可	624	28.4
不好	256	11.7
非常不好	108	4.9
5. 運動習慣	n=2,194	
有	1,121	51.0
無	1,073	48.8
6. 睡眠習慣	n=2,190	
睡眠過短(每晚≤6小時)	439	20
睡眠正常(每晚7-8小時)	1,322	60.4
睡眠過長(每晚≥9小時)	429	19.6

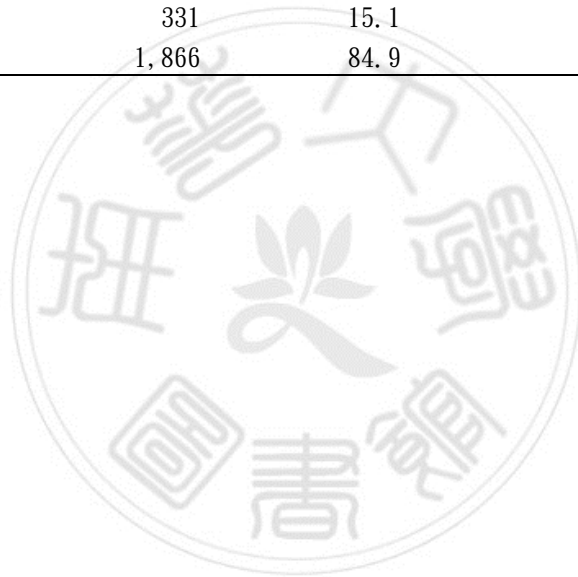
四、醫療服務使用描述統計結果

由表4-1-4得知，在台灣民眾的醫療服務使用情形，共有五個指標：

- 1、過去12個月，您多久看一次西醫門診--回答「有」的佔86.3%，而回答「沒有」的佔3.7%。
- 2、過去12個月，請問您有沒有在醫院或診所住院過？回答「有」的佔10.7%，而回答「沒有」的佔89.3%。
- 3、過去12個月，您有沒有接受過針灸或艾灸(拔罐)治療？回答「有」的佔15.1%，而回答「沒有」的佔84.9%。
- 4、過去12個月，您有沒有接受過中藥治療？回答「有」的佔25.4%，而回答「沒有」的佔74.6%。
- 5、過去12個月，您有沒有接受過穴位指壓或按摩治療？回答「有」的佔15.1%，而回答「沒有」的佔84.9%。

表4-1-4: 醫療服務使用變項描述統計結果

操作型定義	樣本個數(n)	百分比(%)	平均數(標準差)	偏態係數
1. 西醫門診	n=2,072		1.03(0.18)	4.89
有	1,995	86.3		
沒有	77	3.7		
2. 住院醫療	n=2,198		1.89(0.30)	-2.53
有	236	10.7		
沒有	1,962	89.3		
3. 針灸或艾灸(拔罐)治療	n=2,193		1.84(0.35)	1.95
有	331	15.1		
沒有	1862	84.9		
4. 中藥治療	n=2,194		1.74(0.43)	-1.13
有	557	25.4		
沒有	1,637	74.6		
5. 穴位指壓或按摩治療	n=2,197		1.84(0.35)	-1.95
有	331	15.1		
沒有	1,866	84.9		



第二節 社會人口、健康資本與醫療服務利用的關係

一、社會人口變項與醫療服務使用之交叉分析結果

由表4-2-1的資料可發現，性別、年齡、教育程度、婚姻狀況及經濟狀況等變項在西醫門診使用上，均未達顯著水準。而年齡、及教育程度在住院治療的醫療服務使用上則達到顯著差異。對於中醫，性別及年齡的醫療使用均達顯著水準。而針灸或艾灸的使用及指壓或按摩的使用，在年齡及教育程度上則分別達到顯著水準，相關之分析詳述如下：

「性別」在西醫門診的使用上雖未達顯著水準，但在中藥醫療的使用，卻達顯著水準，女性的使用率30.3%，男性20.4%，女性明顯高出許多。隨年齡的增加，住院治療的醫療服務使用頻率亦隨之增加，45-64歲組使用率13.1%，65-74歲組16.9%，而74歲以上年齡組則有23.5%，因此年齡和住院醫療服務的使用存在著正向的關係。

對於中藥、針灸或艾灸及指壓或按摩的使用則呈現反向的關係，中藥的使用18-29年齡組佔29.1%、30-44年齡組佔26.8%、44-64年齡組佔26.6%、其他依序為65-74年齡組佔20.9%及75歲以上年齡組佔15.7%。針灸或艾灸的使用，18-29年齡組佔18.3%、30-44年齡組佔18.2%、44-64年齡組佔15.26%、其他依序為65-74年齡組佔10.8%及75歲以上年齡組佔0.6%。指壓或按摩的使用，使用頻率最高的是30-44年齡組佔21.9%、其次是18-29年齡組佔19.9%、44-64年齡組佔12%、65-74年齡組佔10%及75歲以上年齡組佔5.2%。

教育程度與住院診療的使用情況彼此間存在著相反的關係變化，高中暨高中以下使用率11.2%、國中、小、識字者使用率12.4%、而不識字者使用率卻高達25.2%，顯示教育程度越低的住院使用率也越高。而在針灸或艾灸及指壓或按摩的使用，則顯示教育程度越高使用率越高的現象，大專暨大專以上使用率分別為17.7%、18.5%，均高過高中暨高中以下使用率16.1%、17.8%及國中、小、識字者使用率11.6%、9.4%，換言之，彼此間存在著正向的關係。

表 4-2-1：人口變項與醫療服務使用交叉分析結果

	樣本數(百分比%)								
	西醫門診			住院治療					
	有	沒有	卡方值(X ²)	有	沒有	卡方值(X ²)			
性別	n=1,995	n=1,995	4.64	n=236	n=1,962	0.59			
男	969(95.4)	47(4.6)		111(10.3)	975(89.7)				
女	1,026(96.3)	30(3.7)		125(11.3)	987(88.7)				
年齡	n=1,812	n=74	6.64	n=236	n=1,962	56.92***			
18-29	339(82.3)	13(17.7)		22(6)	350(94)				
30-44	493(95.1)	25(4.9)		46(8.2)	519(91.8)				
45-64	738(95.9)	31(4.1)		79(13.1)	729(86.9)				
65-74	242(97.9)	5(2.1)		44(16.9)	217(83.1)				
75以上	183(98.3)	3(1.7)		45(23.5)	147(76.5)				
教育程度	n=1,995	n=77	7.88	n=236	n=1,962	38.45***			
不識字	124(97.6)	3(2.4)		32(25.2)	95(74.8)				
國中、小、識字	566(97.9)	12(2.1)		75(12.4)	532(87.6)				
高中暨高中以下	484(95)	25(5)		62(11.2)	493(88.8)				
大專暨大專以上	821(95.6)	37(4.4)		67(7.4)	839(92.6)				
婚姻狀況	n=1,990	n=77	0.00	n=235	n=1,958	2.74			
有偶	1,188(96.2)	46(3.8)		152(11.7)	1,156(88.3)				
無偶	802(96.2)	31(3.8)		83(9.4)	802(90.6)				
經濟狀況	n=1,995	n=77	5.59	n=236	n=1,962	7.92			
無收入	526(97.5)	13(2.5)		72(12.7)	499(87.3)				
3萬元以下	307(96.2)	12(3.8)		45(13.5)	289(86.5)				
3萬~6萬	472(96.5)	17(3.5)		47(9)	476(91)				
6萬~8萬	223(94.4)	13(5.6)		23(9.2)	227(90.8)				
8萬元以上	467(95.5)	22(4.5)		49(9.5)	471(90.5)				
	中藥			針灸或艾灸			指壓或按摩		
	有	沒有	卡方值(X ²)	有	沒有	卡方值(X ²)	有	沒有	卡方值(X ²)
性別	n=557	n=1,637	8.27***	n=331	n=1,862	6.55	n=331	n=1,866	3.85
男	221(20.4)	863(79.6)		142(13.2)	941(86.8)		147(13.5)	938(86.5)	
女	336(30.3)	774(69.7)		189(17.1)	921(82.9)		184(16.5)	928(83.5)	
年齡	n=557	n=1,637	18.1**	n=331	n=1,862	25.0***	n=331	n=1,866	54.4***
18-29	108(29.1)	264(70.9)		68(18.3)	304(81.7)		74(19.9)	298(80.1)	
30-44	151(26.8)	413(73.2)		102(18.2)	461(81.8)		124(21.9)	441(78.1)	
45-64	214(26.6)	593(73.4)		122(15.2)	685(84.8)		97(12.0)	711(88.0)	
65-74	54(20.9)	205(79.1)		28(10.8)	232(89.2)		26(10.0)	235(90.0)	
75以上	30(15.7)	162(84.3)		11(0.6)	180(99.4)		10(5.2)	181(94.8)	
教育程度	n=557	n=1,637	6.45	n=331	n=1,862	14.5**	n=331	n=1,866	36.6***
不識字	31(23.8)	99(76.2)		12(9.2)	119(90.8)		7(5.3)	124(94.7)	
國中、小、識字	139(23.0)	466(77.0)		70(11.6)	534(88.4)		57(9.4)	548(90.6)	
高中暨高中以下	132(23.8)	422(76.2)		89(16.1)	465(83.9)		99(17.8)	456(82.2)	
大專暨大專以上	255(28.2)	650(71.8)		160(17.7)	744(82.3)		168(18.5)	738(81.5)	

婚姻狀況	n=555	n=1,634	1.35	n=330	n=1,858	0.32	n=329	n=1,863	0.27
有偶	319(24.5)	985(75.5)		192(14.8)	1,112(85.2)		192(14.7)	1,116(85.3)	
無偶	236(26.7)	649(73.3)		138(15.7)	746(84.3)		137(15.5)	747(84.5)	
經濟狀況	n=557	n=1,637	1.66	n=331	n=1,862	7.57	n=331	n=1,866	8.92
無收入	154(27.0)	416(73.0)		92(16.2)	478(83.8)		91(16.0)	479(84.0)	
3萬元以下	78(23.2)	258(76.8)		38(11.5)	295(88.5)		33(9.9)	301(90.1)	
3萬~6萬	130(24.9)	392(75.1)		73(14.0)	450(86.0)		79(15.1)	444(84.9)	
6萬~8萬	65(26.0)	185(74.0)		36(14.4)	214(85.6)		40(16.0)	210(84.0)	
8萬元以上	130(25.1)	388(74.9)		92(17.8)	425(82.2)		88(16.9)	432(83.1)	

二、不同的健康資本變項與醫療服務使用之交叉分析結果

由表 4-2-2 的資料可發現，不同的健康資本狀況對於醫療服務的使用中，自評身體狀況對西醫門診、住院診療及中藥的使用，均達顯著水準。慢性病對西醫門診、住院診療及指壓或按摩的使用，達到顯著水準。體型則對住院診療較具顯著水準。而運動習慣對住院診療、中藥、針灸或艾灸及指壓或按摩的使用均具顯著水準，相關之分析詳述如下：

不管自評身體狀況很好、好及不好者在使用西醫門診、中藥診療的比率均甚高，在西醫門診比率為 92.8%、96.5%及 98%，在使用中藥診療比率為 19%、24.4%及 33%，且自覺身體狀況越不好者，西醫門診、中藥診療的就診比率都越高顯示彼此之間成反向的關係。而自覺身體狀況越不好者，其住院診療的機率也越高，彼此之間也成反向的關係。

就診行為與慢性病無關，所以無慢性病者就西醫門診率亦高達 95.2%，但慢有性病者與就醫就有密切的關係，其西醫門診就診率就高達 98.8%。而有慢性病比沒有慢性病者住院率是 17.7% 比 7.7%，有慢性病者住院率也高，都呈現正向的關係。而對於中藥、針灸或艾灸及指壓或按摩的使用有慢性病者比無慢性病者使用率較低。有無慢性病對中藥使用比率分別為 22.9%及 24.9%；針灸或艾灸使用比率分別為 12.3%及 16.3%；而指壓或按摩的使用比率分別為 11%及 17%，且達顯著水準。這顯示台灣民眾也正努力、有效的保健身體，讓健康提升。

體型與住院醫療有顯著水準，體型因過輕、正常、微胖或肥胖而有住院治療的比率分別為 9.7%、9.5%、10.3%及 24.7 %，換言之，體型越肥胖住院比率就越高，呈正相關。

有運動習慣者與沒運動習慣的住院比率是16.9%比9.3%，顯示有運動者住院診療比率較高，在中醫診療上沒有運動習慣者比有運動習慣者顯然高了許多，26.6%和19.9%，

而有運動習慣者，有超過半數有針灸或艾灸的使用。而指壓或按摩的使用者通常有較多沒有運動習慣者。

健康資本中的生活行為與睡眠習慣與醫療服務使用，則均未達顯著水準。

表 4-2-2: 不同的健康資本變項與醫療服務使用交叉分析結果

	樣本數(百分比%)								
	西醫門診			住院治療					
	有	沒有	卡方值(X ²)	有	沒有	卡方值(X ²)			
自評身體狀況	n=1,992	n=77	13.7**	n=235	n=1,960	54.3***			
很好	271(92.8)	21(7.2)		12(3.6)	319(96.4)				
好	1,278(96.5)	47(3.5)		134(10.4)	1,267(48.5)				
不好	443(98.0)	9(2.0)		89(19.2)	374(80.8)				
慢性病	n=1,973	n=77	25.3***	n=234	n=1,940	44.9***			
有	678(98.8)	8(1.2)		121(17.1)	585(82.9)				
無	1,295(95.2)	66(4.8)		113(7.7)	355(92.3)				
體型	n=1,893	n=76	4.47	n=215	n=1,878	17.3**			
過輕	261(100.0)	0(0)		3(9.7)	28(90.3)				
正常	1,126(95.6)	52(4.4)		118(9.5)	1,130(90.5)				
微胖	675(97.1)	20(2.9)		76(10.3)	665(89.7)				
肥胖	66(94.3)	4(5.7)		18(24.7)	55(75.3)				
生活行為	n=1,992	n=76	8.84	n=236	n=1,958	1.98			
好	1,107(97.1)	33(2.9)		133(11.0)	1,073(89.0)				
尚好	573(96.3)	22(3.7)		59(9.5)	565(90.5)				
不好	223(94.1)	14(5.9)		30(11.7)	226(88.3)				
非常不好	89(92.7)	7(7.3)		14(13.0)	94(87.0)				
運動習慣	n=1,995	n=77	1.35	n=235	n=1,958	19.5***			
有	1,629(98.9)	18(1.1)		68(16.9)	335(83.1)				
沒有	361(86.0)	59(14.0)		167(9.3)	1,623(90.7)				
睡眠習慣	n=1,986	n=77	1.59	n=234	n=1,955	4.51			
過短	402(96.9)	13(3.1)		45(10.3)	394(89.7)				
正常	1,199(95.8)	52(4.2)		131(9.9)	1190(90.1)				
過長	385(97.0)	12(3.0)		58(13.5)	371(86.5)				
	中藥			針灸或艾灸			指壓或按摩		
	有	沒有	卡方值(X ²)	有	沒有	卡方值(X ²)	有	沒有	卡方值(X ²)

自評身體狀況	n=557	n=1,634	21.9***	n=330	n=1,860	2.4	n=331	n=1,863	5.2
很好	63(19.0)	268(81.0)		47(14.2)	284(85.8)		44(13.3)	287(86.7)	
好	342(24.4)	1,058(75.6)		203(14.5)	1,195(85.5)		202(14.4)	1,199(85.6)	
不好	152(33.0)	308(67.0)		80(17.4)	381(82.6)		85(18.4)	377(81.6)	
慢性病	n=557	n=1,637	8.78	n=331	n=1,862	6.67	n=331	n=1,866	15.7**
有	161(22.9)	542(77.1)		89(12.6)	615(87.4)		78(11.0)	628(89.0)	
無	396(24.9)	1,195(75.1)		242(16.3)	1247(83.7)		253(17.0)	1,238(83.0)	
體型	n=524	n=1,564	0.93	n=317	n=1,771	4.0	n=320	n=1,771	0.53
過輕	6(19.4)	25(80.6)		4(12.9)	27(87.1)		5(16.1)	26(83.9)	
正常	317(25.4)	930(74.6)		193(15.5)	1,052(84.5)		196(15.7)	1,050(84.3)	
微胖	185(25.1)	553(74.9)		115(15.5)	625(84.5)		109(14.7)	632(85.3)	
肥胖	16(22.2)	56(77.8)		5(6.9)	67(93.1)		10(13.7)	63(86.3)	
生活行為	n=556	n=1,634	9.48	n=331	n=1,859	2.62	n=331	n=1,862	6.09
好	314(26.1)	891(73.9)		180(14.9)	1,025(85.1)		166(13.8)	1,040(86.2)	
尚好	172(27.6)	451(72.4)		104(16.7)	519(83.3)		111(17.8)	513(82.2)	
不好	52(20.5)	202(79.5)		34(13.4)	220(86.6)		35(13.7)	220(86.3)	
非常不好	18(16.7)	90(83.3)		13(12.0)	95(88.0)		19(17.6)	89(82.4)	
運動習慣	n=556	n=1,633	7.85**	n=330	n=1,858	14.7***	n=330	n=1,862	10.2**
有	80(19.9)	322(80.1)		369(50.1)	368(49.9)		40(9.9)	364(90.1)	
沒有	476(26.6)	1,311(73.4)		294(16.5)	1,490(83.5)		290(16.2)	1,498(83.8)	
睡眠習慣	n=554	n=1,631	2.1	n=331	n=1,853	2.38	n=330	n=1,858	2.66
過短	122(27.9)	315(72.1)		75(17.2)	362(82.8)		77(17.6)	361(82.4)	
正常	330(25.0)	991(75.0)		188(12.5)	1,319(87.5)		191(14.4)	1,131(85.6)	
過長	102(23.9)	325(76.1)		68(15.9)	360(84.1)		62(14.5)	366(85.5)	

第三節 不同的社會人口、健康資本之台灣民眾在醫療服務

使用上關聯性分析

本節主要探討不同的社會人口、健康資本之台灣民眾在醫療服務使用上個構面的差異情形。考驗採獨立樣本 t 考驗、單因子變異數分析，如有顯著差異($p < .05$)，再以 Scheffe 法進行事後比較，並就分析結果檢驗假設 1: 不同的社會人口變項之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異是否成立。假設 3: 不同健康資本變項之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異是否成立。

一、不同社會人口變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較分析

(一)不同性別變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較

由 4-3-1 表得知不同性別在西醫門診、住院醫療使用上是未達顯著差異的，但在另類醫療及總體醫療服務的利用達顯著水準，性別變項中另類醫療使用 $t = -4.34 (P < .001)$ ，總體醫療服務利用 $t = -4.46 (P < .001)$ 均有顯著的差異性，所以假設 1-1 獲得部分支持。從平均數來看，女性接受另類醫療 ($M = .63$) 或總體醫療服務使用上 ($M = 1.75$) 均是高於男性接受另類醫療 ($M = .46$) 或總體醫療服務使用 ($M = 1.56$) 的。

表 4-3-1 不同性別變項之台灣民眾在醫療服務使用上的 t 考驗分析表

	性別	人數	平均數	標準差	t 值
西醫門診、住院醫療使用	男	1085	.99	.45	-2.039
	女	1113	1.03	.43	
另類醫療使用	男	1086	.46	.86	-4.34***
	女	1056	.63	.94	
醫療服務使用	男	1016	1.56	.97	-4.46***
	女	1056	1.75	1.03	

註: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

(二)不同婚姻狀況變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較

由4-3-2表得知不同的婚姻狀況在西醫門診、住院醫療使用、另類醫療使用及總體醫療服務使用上均未達顯著差異，所以假設1-5不成立。

表 4-3-2 不同婚姻狀況變項之台灣民眾在醫療服務使用上的 t 考驗分析表

	婚姻狀況	人數	平均數	標準差	t 值
西醫門診、住院醫療使用	有偶	1309	1.02	.45	1.192
	無偶	884	1.00	.43	
另類醫療使用	有偶	1309	.53	.89	-1.02
	無偶	885	.57	.93	
醫療服務使用	有偶	1234	1.65	.99	-.481
	無偶	833	1.67	1.02	

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001

(三)不同年齡變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較

將不同年齡變項為自變項，以西醫門診、住院醫療使用、另類醫療使用及總體醫療服務使用為目標變項，進行單因子變異數分析，若達顯著差異水準，則以Scheffe法進行事後比較，以了解差異情形，所得結果如表4-3-3，得知不同的年齡狀況在西醫門診、住院醫療使用上達顯著差異，且65-74歲年齡組比18-29及30-44歲年齡組及75歲以上年齡組比18-29、30-44及65-74歲年齡組，使用較多西醫門診、住院醫療。不同的年齡狀況在另類醫療服務使用上是達顯著差異的，且65-74歲年齡組比18-29及30-44歲年齡組及75歲以上年齡組比18-29、30-44及65-74歲年齡組，使用較多的另類醫療。而在總體的醫療服務使用上則未見差異。

表 4-3-3 不同年齡變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表

	年齡變項	人數	平均數	標準差	F 值	Post Hoc
西醫門診、 住院醫療使用	1 18-29	372	.97	.37	12.795***	4>1.2 5>1.2.3
	2 30-44	564	.95	.45		
	3 45-64	808	1.01	.42		
	4 65-74	262	1.08	.48		
	5 75 以上	192	1.18	.49		
另類醫療使用	1 18-29	372	.67	.99	10.295***	4<1.2 5<1.2.3
	2 30-44	565	.66	.98		
	3 45-64	808	.53	.89		
	4 65-74	262	.41	.77		
	5 75 以上	192	.26	.65		
醫療服務使用	1 18-29	352	1.72	1.07	3.416	n.s
	2 30-44	518	1.76	1.09		
	3 45-64	769	1.62	.98		
	4 65-74	247	1.59	.89		
	5 75 以上	186	1.50	.83		

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001 n.s表示無顯著差異

(四)不同教育變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較

將不同教育變項為自變項，以西醫門診、住院醫療使用、另類醫療使用及總體醫療服務使用為目標變項，進行單因子變異數分析，若達顯著差異水準，則以Scheffe法進行事後比較，以了解差異情形，所得結果如表4-3-4，得知不同的教育程度在總體醫療服務使用上並未達顯著水準，但在西醫門診住院醫療使用及另類醫療使用上則達顯著差異。在西醫門診住院醫療的使用，不識字者明顯高於國小、識字、高中暨高職及大專以上程度者；而在另類醫療的使用，大專以上程度者明顯高於不識字及國中小、識字之群組。

表 4-3-4 不同教育變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表

	教育變項	人數	平均數	標準差	F 值	Post Hoc
西醫門診、 住院醫療服務使用	1 不識字/無	131	1.18	.50	10.831***	1>2.3.4
	2 國中小、識字	606	1.05	.43		
	3 高中暨高職	555	.98	.48		
	4 大專以上	906	.98	.40		
另類醫療使用	1 不識字/無	131	.38	.70	7.892***	4>1.2
	2 國中小、識字	607	.43	.80		
	3 高中暨高職	555	.57	.94		
	4 大專以上	906	.64	.97		
醫療服務使用	1 不識字/無	127	1.62	.83	2.69	n. s.
	2 國中小識字	578	1.56	.89		
	3 高中暨高職	509	1.69	1.08		
	4 大專以上	858	1.70	1.06		

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001 n. s表示無顯著差異

(五)不同經濟變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較

將問卷無收入、3萬以下合併為「3萬以下」，將不同經濟變項為自變項，以西醫門診、住院醫療使用、另類醫療使用及總體醫療服務使用為目標變項，進行單因子變異數分析，若達顯著差異水準，則以Scheffe法進行事後比較，以了解差異情形，所得結果如表4-3-5，得知不同的經濟狀況在西醫門診、住院醫療使用、另類醫療使用及總體醫療服務使用上均未達顯著差異，所以假設1-4不成立。

表 4-3-5 不同經濟變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表

	經濟變項	人數	平均數	標準差	F 值	Post Hoc
西醫門診、 住院醫療服務使用	3 萬以下	905	1.04	.45	2.91	n. s.
	3-6 萬	523	.99	.43		
	6-8 萬	250	.98	.44		
	8 萬以上	520	.99	.44		
另類醫療使用	3 萬以下	906	1.66	.88	.550	n. s.
	3-6 萬	523	1.63	.91		
	6-8 萬	250	1.63	.91		
	8 萬以上	520	1.68	.95		
醫療服務使用	3 萬以下	858	1.66	.97	.244	n. s.
	3-6 萬	489	1.63	1.01		
	6-8 萬	236	1.63	1.02		
	8 萬以上	489	1.68	1.06		

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001 n. s表示無顯著差異

二、不同健康資本變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較分析

(一)有無、慢性病變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較

由 4-3-6 表得知有、無慢性病在總體醫療服務的利用上是未達顯著差異的，但在西醫門診住院醫療使用 $t=8.518(P<.001)$ 及另類醫療使用 $t=-3.22(P<.01)$ 是達顯著差異的，所以假設 3-2 獲得部分的支持。從平均數來看，有慢性病者接受西醫門診住院醫療使用 ($M=1.13$) 高於無慢性病者 ($M=.95$)，而無慢性病者 ($M=.59$) 接受另類醫療使用高於有慢性病者 ($M=.46$)。

表 4-3-6 慢性病變項之台灣民眾在醫療服務使用上的 t 考驗分析表

	慢性病變項	人數	平均數	標準差	t 值
西醫門診、 住院醫療使用	有	705	1.13	.43	8.518***
	無	1468	.95	.43	
另類醫療使用	有	706	.46	.85	-3.22**
	無	1468	.59	.93	
醫療服務使用	有	686	1.64	.926	-.680
	無	1361	1.67	1.67	

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001

(二)有、無運動習慣變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較

由 4-3-7 表得知有、無運動習慣變項在西醫門診住院醫療使用

是未達顯著差異的，但在另類醫療使用 $t=-4.65$ ($P<.001$)，總體醫療服務的利用 $t=-2.87$ ($P<.01$)，是達顯著水準的。從平均數來看，無運動習慣者在另類醫療使用($M=.59$)高過於有運動習慣者($M=.38$)，而在總體醫療服務的利用，無運動習慣者($M=1.68$)亦高過於有運動習慣者($M=1.53$)，台灣民眾的運動習慣在醫療服務使用上是呈負相關，所以假設 3-5 獲得部分支持。

表 4-3-7 運動習慣變項之台灣民眾在醫療服務使用上的 t 考驗分析表

運動習慣變項	人數	平均數	標準差	t 值
西醫門診、	404	1.05	.51	2.02
住院醫療使用	1789	1.00	.42	
另類醫療使用	404	.38	.76	-4.65***
	1790	.59	.93	
醫療服務使用	379	1.53	.89	-2.87*
	1688	1.68	1.03	

註一：* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

註二：本研究將每天及一星期幾次運動，定義為有運動習慣者，將一個月幾次、一個月一次及從不運動者定義為沒有運動習慣者。

進一步將運動狀況變項為自變項，以西醫門診、住院醫療使用、另類醫療使用及總體醫療服務使用為目標變項，進行單因子變異數分析，若達顯著差異水準，則以 Scheffe 法進行事後比較，以了解差異情形，所得結果如表 4-3-8，得知運動習慣變項在西醫門診住院醫療、另類醫療及總體醫療服務的利用，是均達顯著水準的。且運動一個月一次及一個月幾次者比從不運動者使用更多的另類醫療。所以假設 3-5 獲得支持。

表 4-3-8 運動習慣變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表

運動習慣變項	人數	平均數	標準差	F 值	Post Hoc
西醫門診、	404	1.05	.51	2.748*	
住院醫療使用	341	1.04	.43		
	328	1.00	.39		n. s
	580	.96	.46		
	540	1.02	.44		
另類醫療使用	404	.38	.76	5.216***	
	341	.59	.93		

	3 一個月幾次	328	.69	1.00	1<2.3
	4 一星期幾次	581	.61	.94	
	5 每天	540	.50	.89	
醫療服務使用	1 從不	379	1.53	.89	2.294*
	2 一個月一次	323	1.72	1.04	
	3 一個月幾次	313	1.77	1.10	n. s
	4 一星期幾次	550	1.66	1.03	
	5 每天	502	1.63	.97	

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001 n. s 表示無顯著差異

(三)不同自評健康狀況變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較

將不同自評健康狀況變項為自變項，以西醫門診、住院醫療使用、另類醫療使用及總體醫療服務使用為目標變項，進行單因子變異數分析，若達顯著差異水準，則以Scheffe法進行事後比較，以了解差異情形，所得結果如表4-3-9，得知不同的自評健康狀況變項在西醫門診住院醫療使用、另類醫療使用及總體醫療服務使用均達顯著差異，且自評健康狀況不好者在醫療服務使用上也高於自評健康狀況很好及好者，所以假設3-1成立。

表 4-3-9 不同自評健康狀況變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表

自評健康狀況變項		人數	平均數	標準差	F 值	Post Hoc
西醫門診、 住院醫療使用	1 很好	331	.85	.44	43.447***	3>1.2
	2 好	1401	1.0	.42		
	3 不好	463	1.1	.46		
另類醫療使用	1 很好	331	.46	.86	6.565**	3>1.2
	2 好	1402	.53	.89		
	3 不好	463	.68	.98		
醫療服務使用	1 很好	292	1.49	.97	15.515***	3>1.2
	2 好	1325	1.62	.98		
	3 不好	452	1.87	1.06		

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001

(四)不同體型狀況變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較

將不同體型狀況變項為自變項，以西醫門診、住院醫療使用、另類醫療使用及總體醫療服務使用為目標變項，進行單因子變異數分析，若達顯著差異水準，則以Scheffe法進行事後比較，以了解差異情形，所得結果如表4-3-10，得知不同的體型狀況變項在總體醫療服

務使用上並未達顯著差異，但就西醫門診住院醫療使用上卻達顯著水準，且肥胖體型(BMI>30)者使用率高過正常體型((BMI值在18.5-24)者，所以假設 3-1部分成立。

表 4-3-10 不同體型狀況變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表

	體型狀況變項	人數	平均數	標準差	F 值	Post Hoc
西醫門診、 住院醫療使用	1 過輕	31	.93	.51	3.132*	4>2
	2 正常	1248	.99	.43		
	3 微胖	741	1.01	.43		
	4 肥胖	72	1.15	.57		
另類醫療使用	1 過輕	31	.48	.85	.618	n. s.
	2 正常	1248	.56	.93		
	3 微胖	741	.55	.88		
	4 肥胖	73	.42	.84		
醫療服務使用	1 很好	26	1.69	.88	.31	n. s.
	2 正常	1178	1.65	1.03		
	3 微胖	695	1.66	.98		
	4 肥胖	70	1.64	1.07		

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001 n. s表示無顯著差異

(五)不同生活行為變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較

將不同生活行為變項為自變項，以西醫門診、住院醫療使用、另類醫療使用及總體醫療服務使用為目標變項，進行單因子變異數分析，若達顯著差異水準，則以Scheffe法進行事後比較，以了解差異情形，所得結果如表4-3-11，得知不同的生活行為變項在醫療服務使用上並未達顯著差異，所以假設3-4不成立。

表 4-3-11 不同生活行為變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表

	生活行為變項	人數	平均數	標準差	F 值	Post Hoc
西醫門診、 住院醫療使用	好	1207	1.02	.43	1.261	n. s
	尚好	623	1.01	.42		
	不好	256	.98	.48		
	非常不好	108	.95	.95		
另類醫療使用	好	1207	.54	.90	2.164	n. s
	尚好	624	.62	.95		
	不好	256	.47	.88		
	非常不好	108	.46	.89		
醫療服務使用	好	1140	1.66	.99	1.240	n. s
	尚好	595	1.70	1.04		
	不好	237	1.56	.98		
	非常不好	96	1.59	1.01		

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001 n. s表示無顯著差異

(六)不同睡眠習慣變項之台灣民眾在醫療服務使用上的差異比較

將不同睡眠習慣變項為自變項，以西醫門診、住院醫療使用、另

類醫療使用及總體醫療服務使用為目標變項，進行單因子變異數分析，若達顯著差異水準，則以Scheffe法進行事後比較，以了解差異情形，所得結果如表4-3-12，得知不同的睡眠習慣變項在醫療服務使用上並未達顯著差異，所以假設3-6不成立。

表 4-3-12 不同睡眠習慣變項之台灣民眾在醫療服務使用上的單因子變異數分析表

	睡眠習慣變項	人數	平均數	標準差	F 值	Post Hoc
西醫門診、 住院醫療使用	過短	439	1.01	.42	.646	n. s
	正常	1322	1.00	.43		
	過長	428	1.03	.48		
另類醫療使用	過短	439	.62	.96	1.611	n. s
	正常	1322	.53	.89		
	過長	429	.54	.92		
醫療服務使用	過短	415	1.73	1.04	1.785	n. s
	正常	1251	1.62	.99		
	過長	397	1.69	1.04		

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001 n. s 表示無顯著差異

第四節 人口特質、社會資本及健康資本與醫療服務利用的

迴歸分析

本研究自變項大部分均為類別變項，僅將「年齡」、「經濟狀況」、「社會網絡」、「社會參與」屬比率變項(ratio variable)的項目，採積差相關來進行分析，由表 4-4-1 顯示，在自變項兩兩間的相關係數(correlation coefficient)，其絕對值從 0.081 到 .192 之間，均小於 0.7，因此不會有共線性的問題。年齡與經濟狀況、社會網絡、社會參與均呈現「負相關」，而經濟狀況與社會網絡、社會參與之間則呈現「低度相關」的情形。

表 4-4-1 自變項交互相關係數矩陣分析表(n=2, 199)

類別	年齡	經濟狀況	社會網絡	社會參與
年齡	1			
經濟狀況	-.254***	1		
社會網絡	-.319***	.094***	1	
社會參與	-.081***	.123***	.192***	1

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001

在進行羅吉斯迴歸分析之前，研究者分別將「性別」、「年齡」、「教育程度」、「經濟狀況」、「婚姻狀況」、「自評身體狀況」、「慢性病」、「體型」、「生活行為」、「習慣運動」及「睡眠習慣」等類別變項轉換為虛擬變項(dummy variable)，因為「社會網絡」及「社會參與」是連續變項，因此不做任何轉換，直接投入進行統計分析。

由表 4-4-2 得知，本研究的迴歸模型 χ^2 檢定值從 60.989 至 122.473，且均達到顯著，而 Hosmer-Lemeshow 統計量均未達 .05 顯著水準，表示模型適配度佳，也表示自變項可以有效的預測依變項。

在控制住人口變項的影響後，社會資本及健康資本在西醫門診、住院率、接受中藥、針灸或艾灸(拔罐)的治療及穴位指壓或按摩的醫療服務使用上，各有顯著上的差異，茲分述如下：

一、對西醫門診的使用，有社會參與、自評身體狀況很好者、沒有慢性者及沒有運動習慣者，均有較高的使用頻率。

社會參與與西醫門診服務使用的勝算比是 1.305 倍，且有統計上的顯著

差異($P < .05$)也就是說社會參與越高使用西醫門診的頻率越高；而自評身體很好者比身體好者對西醫門診服務使用的勝算比是 1.903 倍，且有統計上的顯著差異($P < .05$)，這說明自評身體越好者使用西醫門診的頻率就越高；有慢性病者比沒有慢性病者對西醫門診服務使用的勝算比是 0.274 倍，且有統計上的顯著差異($P < .001$)，這顯示沒有慢性病者對西醫門診使用頻率是較高的；有運動習慣者比沒有運動習慣對西醫門診服務使用的勝算比是 0.502 倍，且有統計上的顯著差異($p < .05$)，這說明，沒有運動習慣者西醫門診頻率是較高的。

二、住院服務的使用，教育程度較高者、自評身體很好及好者、無慢性病者、體型正常者及有運動習慣者，有較高的使用頻率。

國中小識字程度者比大專教育程度者對住院服務使用的勝算比是 0.452 倍，且有統計上的顯著差異($p < .05$)換言之，教育程度較高者是比較常使用住院治療的。

以自評身體好者為參照組，自評身體很好者的勝算比是 2.383 倍，有統計上的顯著差異($p < .05$)；自評身體不好者的勝算比是 0.524 倍，有統計上的顯著差異($p < .001$)，也就是說，自評身體很好及好者對住院服務是比自評身體不好者頻率是較高的；以無慢性病者為參照組，有慢性病者的勝算比是 0.579 倍，且有統計上的顯著差異($p < .01$)，這說明無慢性者住院率是較高的；體型肥胖者($BMI > 30$)比體型正常者($BMI 18.5-24$)對住院服務使用的勝算比是 0.524 倍，且有統計上的顯著差異($p < .01$)，這說明體型正常者對住院服務使用頻率是較高的；有運動習慣者比沒有運動習慣者對住院服務使用的勝算比是 1.608 倍，且有統計上的顯著差異($p < .05$)，這顯示，有運動習慣者對住院服務使用是較高的。

三、中藥醫療的使用上，女性、社會網絡頻率高者、自評身體很好或不好者、無慢性病者、生活行為尚好者及有運動者，都有較高的使用頻率。以女性為參照組，男性的勝算比是 0.597 倍，有統計上的顯著差異存在($p < .001$)，顯示女性使用比率較高；而社會網絡與中藥醫療的使用也達統計上的顯著差異存在($p < .05$)，即社會網絡越緊密中藥醫療的使用也越高；以自評身體好為參照組，自評身體好者及自評身體不好

者的勝算比是 0.678 倍及 1.605 倍，有統計上的顯著差異($p < .05$) ($p < .001$)，換言之，自評身體好及不好者對中藥醫療使用頻率都較高；有慢性病者比沒有慢性病者對中藥醫療使用的勝算比是 0.781 倍，且有統計上的顯著差($p < .05$)，這顯示，無慢性病者使用中藥醫療頻率是較高的；生活行為尚好者比生活行為好者對中藥醫療使用的勝算比是 1.208 倍，且有統計上的顯著差異($p < .05$)，這顯示生活行為尚好者對中藥醫療使用頻率是較高的；有運動者比沒運動者對中藥醫療使用的勝算比是 1.370 倍，有統計上的顯著差異($p < .05$)，這顯示，有運動者使用中藥醫療是較多的。

四、針灸或艾灸(拔罐)的治療利用，女性、自評身體不好者及有運動習慣者，都有較高的使用頻率。

對針灸或艾灸(拔罐)的治療利用，女性比男性高出有 0.68 倍，有統計上的顯著差異存在($p < .001$)；自評身體不好者比身體好者對針灸或艾灸(拔罐)的治療利用的勝算比是 1.408 倍，且有統計上的顯著差異($p < .05$)，換言之，自評身體不好者較會使用針灸或艾灸(拔罐)的治療來提升身體的健康；而有運動習慣者比沒運動習慣者對針灸或艾灸(拔罐)的治療利用的勝算比是 1.736 倍，有統計上的顯著差異($p < .05$)，這說明，有運動者對針灸或艾灸(拔罐)的治療利用是較多的。

五、穴位指壓或按摩的服務使用，女性、75 歲以上的年齡組，教育程度較高者、有配偶者、有較多社會網絡及社會參與者、自評身體不好者及生活行為尚好者，有較高的使用頻率。

穴位指壓或按摩的服務使用，女性比男性高出有 0.66 倍，有統計上的顯著差異存在($p < .01$)；75 歲以上的年齡組比 45-64 歲的年齡組高出 0.623 倍，且具統計上的顯著差異($p < .01$)，顯示年齡越大，穴位指壓或按摩的服務使用頻率是較高的；在教育程度上不識字與國中小識字組比大專以上程度組勝算比是 0.328 倍、0.601 倍，統計上均達顯著差異($p < .01$)、($p < .05$)，這顯示，教育程度較高者穴位指壓或按摩的服務使用率是較高的；有婚姻狀況比沒婚姻狀況在穴位指壓或按摩的服務使用上勝算比是 1.404 倍，且具統計上的顯著差異($p < .01$)，即有婚姻狀況者較常使用穴位指壓或按摩的服務；社會網絡及社會參與在穴

位指壓或按摩的服務使用上勝算比分別是 1.048、1.190 倍，具統計上的顯著差異($p < .01$)、 ($p < .01$)，換言之，社會資本較好者有較高頻率的穴位指壓或按摩的服務使用；自評身體不好者比身體好者對穴位指壓或按摩的服務使用的勝算比是 1.482 倍，有統計上的顯著差異($p < .01$)；生活行為尚好者及非常不好者比生活行為好者對穴位指壓或按摩的服務使用的勝算比分別是 1.414 倍、1.757 倍，有統計上的顯著差異($p < .05$)、 ($p < .05$)，這說明，生活行為尚好者及非常不好者是較常使用穴位指壓或按摩的服務。



表 4-4-2 醫療服務使用率指標的顯著預測因素摘要

依變項 自變項	過去 12 個月, 您多久看一次 醫生	過去 12 個月, 請 問您有沒有在醫 院或診所住院過	過去 12 個月, 請問您 有沒有接受過針灸或 艾灸(拔罐)的治療	過去 12 個月, 請 問您有沒有接受 過中藥的治療?	過去 12 個月, 請問您 有沒有接受過穴位指 壓或按摩的治療
性別 (以女性為參照組)			0.680 (8.573)*	0.597 (22.218)***	0.666 (9.243)**
年齡(45-64 歲組) (以 75 歲以上為參照組)					0.623 (8.558)**
教育程度(不識字) (以大專以上為參照組)		0.452 (6.880)*			0.328 (6.731)**
教育程度(國中小識 字) (以大專以上為參照組)					0.601 (6.308)*
經濟狀況					
婚姻狀況 (以沒有為參照組)					1.404 (6.632)**
社會網絡				1.038 (6.064)*	1.048 (6.335)*
社會參與	1.305 (5.193)*				1.190 (7.902)**
自評身體狀況(很好) (以好為參照組)	1.903 (5.267)*	2.383 (7.737)**		0.678 (6.071)*	
自評身體狀況(不好) (以好為參照組)		0.524 (16.562)***	1.408 (5.101)*	1.605 (14.590)***	1.482 (6.632)**
有無慢性病 (以無慢性病為參照組)	0.274 (10.598)***	0.579 (11.701)**		0.781 (4.025)*	
體型(肥胖) (以正常為參照組)		0.393 (9.275)**			
生活行為(尚好) (以好為參照組)				1.280 (4.650)*	1.414 (6.355)*
生活行為(非常不好) (以好為參照組)					1.757 (3.838)*
運動習慣 (以無運動習慣者為參照 組)	0.502 (5.071)*	1.608 (7.655)*	1.736 (8.010)**	1.370 (4.711)*	
睡眠習慣					
χ^2 檢定值統計量	58.328***	122.473***	60.989***	95.689***	103.986***
Hosmer-Lemeshow 統計量	15.642	6.368	11.265	4.644	8.358

註:*p<.05 ** p<.01 ***p<.001

第五節 結果與討論

綜合以上結果得知，台灣地區民眾社會資本、健康資本與醫療服務的利用，對應本研究代答問題之相關研究假設，分析結果如下：

假設一：不同社會人口變項之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異，部分成立；其中經濟狀況及婚姻狀況無顯著差異，其餘假設成立。

假設二：台灣地區民眾社會資本與醫療服務的利用有顯著的關係存在，部分成立。

假設三：台灣地區民眾健康資本與醫療服務的利用有顯著差異存在，部分成立；其中生活行為及睡眠習慣無顯著差異，其餘假設均成立。

表 4-4-3 社會資本、健康資本與醫療服務使用之間相關結果表

假 設	成 立	不 成 立
假設 1: 不同社會人口變項之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異。	✓	
假設 1-1: 不同性別之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異	✓	
假設 1-2: 不同年齡之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異	✓	
假設 1-3: 不同教育程度之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異	✓	
假設 1-4: 不同經濟狀況之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異		✓
假設 1-5: 不同婚姻狀況之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著差異		✓
假設 2: 台灣地區民眾社會資本與醫療服務的利用有顯著的關係存在。	✓	
假設 2-1: 不同社會網絡連結緊密程度之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著的關係存在。	✓	
假設 2-2: 不同社會參與頻繁程度之台灣民眾在醫療服務使用上有顯著的關係存在。	✓	
假設 3: 台灣地區民眾健康資本與醫療服務的利用有顯著差異存在	✓	
假設 3-1: 台灣民眾的自評身體狀況在醫療服務使用上有顯著的關係存在。	✓	
假設 3-2: 台灣民眾的慢性病在醫療服務使用上有顯著的差異。	✓	
假設 3-3: 台灣民眾的體型在醫療服務使用上有顯著的關係存在。	✓	
假設 3-4: 台灣民眾抽菸、喝酒、嚼檳榔的生活行為在醫療服務使用上有顯著的關係存在。		✓
假設 3-5: 台灣民眾的運動習慣在醫療服務使用上有顯著的負相關。		✓
假設 3-6: 台灣民眾的睡眠習慣良好在醫療服務使用上有顯著的正相關。		✓
假設 4: 台灣地區民眾不同程度的健康資本、社會資本在醫療服務的利用上有顯著的預測力。	✓	

一、社會人口變項與醫療服務使用上的結果

(一)本研究中「性別」在西醫門診及住院醫療服務使用上是無明顯差異的，這與多數的研究(Wolinsky et al., 1991; Carla A. Green, Clyde R. Pope., 1999; Ann. M. Kring, 2010)認為女性對自己身體較敏感、健康狀況較男性差，還有因比男性長壽更經歷了與老化有關的慢性疾病，所以較常看醫生，存在著醫療服務使用的性別差異，有不同的結果，但對另類醫療的使用率女性較高，這與張笠雲(2003)研究的結果相同，但與丁志音(2008)的研究結果不同。

(二)年齡和住院醫療服務的使用存在著正向的關係而在另類醫療上使用頻率也一樣，就是年齡越大住院醫療服務使用率越高，這與Andersen(1995)的研究是一致的。

(三)「教育程度」越低者對門診及住院頻率較高，教育程度高者則較高頻率使用在另類醫療上，這與盧瑞芬等(2000)、鄭瑟薰等(2008)的研究是相同的。但經濟狀況和婚姻狀況則無差異。

二、在社會資本變項，本研究發現台灣民眾對社會網絡的經營是較普通的對社會參與的程度也是很低的，但社會資本連結越緊密者，其使用醫療服務的頻率就較高，這與Leonardi(1997)認為，社會資本的潛在作用是透過大家的關懷和支持的社會環境更可能敦促那些健康欠佳的社區民眾，盡可能迅速的去尋求適當的醫療保健服務，Folland(2008)認為，社會資本有助於個體獲得更多的健康及醫療服務資訊，可提高個人對健康的生產效率及對疾病的治癒率及蔡飴倫(2009)社會網絡對門診服務使用呈正向影響，研究結果是一致的，但與Rocco等(2012)的研究認為社會資本為生病者提供非正式醫療照顧，減少社會醫療支出則相異。

三、在健康資本變項，本研究發現自評身體狀況是影響醫療服務使用的關鍵因素，這與Andersen (1972)、Mechanic(1979)、王雲東(2006)的研究是一致的，但自評身體狀況很好者對西醫門診、住院診療及中藥的醫療服務使用，其影響方向是正向的，這顯示，自評身體狀況很好者會非常小心自己的身體狀況，就醫機率相對高；而自評身體狀況不

好者對住院診療及中藥、針灸或艾灸(拔罐)的治療及穴位指壓或按摩的醫療服務使用的機率較高，這顯示，自評身體狀況不好者其身體狀況原本就不佳，所以較常住院治療也較常運用另類醫療來修補身體，與許多研究結果吻合(張笠雲，2003；丁志音，2003；張珣，2011)。而慢性病也增加了醫療服務的使用頻率，但無慢性病者對接受另類醫療的使用是高過有慢性病者，換言之，尋求另類醫療的全人照顧理念，一則以提升健康，二則做身體保養之用，這和丁志音(2003)、張珣(2011)的研究結果是相同的。而「運動習慣」和醫療服務使用是呈正向的關係，本研究發現運動頻率高者有較低的西醫門診醫療，但有較高的住院診療及另類醫療服務使用，這和王雲東(2006)的研究結果認為可能另類醫療的保養功能大於西醫的治療效果，有一致的結果。



第五章 結論與建議

本章主要內容為依據研究結果提出建議。第一節為結論；第二節建議；第三節為研究限制。

第一節 結論

本研究在醫療服務使用因子中發現「自評身體狀況」還是對醫療服務使用具最大預測力的，對五個依變項(西醫門診使用、住院率、接受中藥、針灸或艾灸(拔罐)的治療及穴位指壓或按摩的治療)均有最大的影響力，且發現自評身體不好者，越是使用高頻率的另類醫療，可見人對於身體主觀感知還是醫療服務使用的關鍵。換言之，不管身體是急性、慢性的疾病或是認為西醫對身體的治療是有極限性的，都會使用各種醫療服務來促進身體健康。

其次「運動習慣」是醫療服務使用的第二大影響力，對四個依變項(西醫門診使用、住院率、接受中藥、針灸或艾灸(拔罐)的治療產生影響，換言之，有運動習慣者，雖對西醫門診使用率低些，但對住院率、接受中藥、針灸或艾灸(拔罐)的治療的使用頻率均顯示較高，這與一般常理判斷結果是相反的，可能的原因是有運動習慣者，相對身體較健康，但運動也有受傷的風險，所以住院率顯現較高的頻率，再則有運動習慣者，對自己的身體也較關注，所以另類的保養身體方法，也較會引起使用的注意，增加使用率。

而醫療服務使用的第三大影響力是「有無、慢性病」，對三個依變項(西醫門診使用、住院率、接受中藥的治療)有正向的關係發展，有慢性病者接受西醫門診住院醫療使用高於無慢性病者，但研究也發現無慢性病者接受另類醫療使用高於有慢性病者，這說明了台灣民眾視另類醫療的保養功能。

研究中也發現，女性對另類醫療的使用是較高的，因為女性較會經由社會網絡所取得的資訊，詮釋疾病症狀並經由推薦而採取求醫對策。

社會資本在醫療服務的使用上，透過社會網絡、社會參與達到訊息互相傳遞功能，對健康欠佳的社區民眾，盡可能迅速地去尋求適當的醫療保健服務，所以其對西醫門診及另類醫療的使用頻率產生影響力。

研究中也發現生活行為尚好及非常不好者，尋求另類醫療的頻率就較高，這也充分說明另類醫療是民眾對健康需求的另一種較好的選擇，也是對健康的一種補償和改善。

第二節 建議

從醫療服務使用的角度而言，其過程是複雜的，但健康狀況仍是最具影響力的，根據本研究的結果，提出一些建議以供參考：

一、對個人的建議

- (一)「預防勝於治療」，應積極投入健康的行為中，例如良好的生活行為、積極的運動、維持良好的體型，減少慢性病的發生及隨時注意自己身體的變化，免於疾病的困擾等。
- (二)發展個人健康技術，了解及應用健康促進，打開個人健康防護網。

二、對社區的建議

- (一) 建立互助網絡，促進社區行動，從社會資本累積社區健康基礎，與社會環境、公共政策、教育連結，關注整個社會的健康。
- (二) 強化社區關懷功能，藉由家庭成員或是鄰里朋友的照顧，使醫療照顧的過程是非結構化且富有彈性與感情的照顧方式，成為以後醫療服務發展重要基石。

三、對政府的建議

- (一)對醫療服務使用，應引導從治療疾病的觀點轉向健康促進的功能。
- (二)喚起民眾知覺認知及協助建立社區網絡，將疾病防治、健康促進介入社區計畫中，成為持續又不昂貴的花費。

第三節 研究限制

本研究以次級資料進行分析，因此在自變項的取捨上，受到資料的限制，無法由資料庫中，找到更多的變項，解讀心理上的因素，且依變項中的另類醫療，如求神問卜也是其中的一種選項，但礙於資料的侷限性，只能留待後續做進一步的研究解讀。本研究雖也發現運動與醫療服務使用有正向的關係，但未就運動變項做進一步的資料收集、解讀，恐無法說明為何運動習慣與醫療服務使用之間的關係變化，將留待未來研究者，做更深入的探討。並可以質化研究補充量化研究無法深入探討的限制。



參考書目

壹、中文部分

一、書籍

- 成令方(2008)，醫療與社會共舞。台北。群學。
- 朱巧艷、蕭佳華等譯(2002)，醫療社會學(原作者: Cockerham, W.C.)。台北。五南文化。
- 吳明隆(2008)。Spss操作與應用-多變量分析實務。台北市：五南圖書。
- 吳明隆(2010)。論文寫作與量化研究(二版)。台北市：五南圖書。
- 邱皓政(2010)，量化研究法與統計分析：spss18(pasw)資料分析範例。台北市：雙葉書廊。
- 孫牧虹等(譯)(1999)，健康社會學(原作者:F. D. Wolinsky)。北京:社會科學文獻出版社。
- 唐子俊、廖秀娟、唐慧芳、唐慧娟、邱世祺、王郁菁、張梅地、陳婷婷等譯(2010)，變態心理學(原作者:Ann. M. Kring)。台北市。雙頁書廊。
- 張苙雲(2003)，醫療與社會：醫療社會學的探索。台北。巨流圖書公司。
- 盧瑞芬、謝啟瑞(2000)。醫療經濟學。台北。學富圖書。
- 鄭瑟薰、徐儷珊、吳非凡等譯，劉偉文審閱(2008)，醫療社會學(原作者:Rexford E. Santerre. Stephen P. Neun)。台北。五南。

二、期刊

- 丁志音(2003)，誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用。台灣衛誌。22(3)，155-166。
- 王中天(2003)。社會資本(social capital)：概念、源起，及現況。問題與研究。42(5)，139-163。
- 王雲東(2006)，台灣地區中老年與老年人醫療服務利用的影響因素研究。健康城市學刊。4，141-163。
- 林四海、楊惠真、陳墩仁、邱惠慈(2000)，中部地區醫療服務高低利用者之相關因素研究。醫務管理期刊。1(1)，57-70。
- 林正祥、林惠生(2006)，台灣地區高齡人口存活之相關因素探討。臺灣公

- 共衛生雜誌。25(5)， 351-362。
- 林國棟 (2006)，社會資本建構公民社會的概念分析。黃埔學報。(51)，30。
- 何淑熙、利菊秀、劉純之(2009)，慢性病、身體功能與生活型態對台灣中老年人健康改變的影響。The Journal of Nursing Research。 17(2)，136-143。
- 李新民(2013)，高齡者生命意義感的測量與相關影響因素之初探。樹德科技大學學報。15(1)， 125-154
- 李素箱(2005)，台中地區社區民眾運動情形與健康狀況調查研究。大專體育學刊 7(1)，131-145。
- 吳柄緯 (2011)，老人之人際親密、社會參與及心理健康之相關研究，國立臺北教育大學心理與諮商學系碩士學位論文
- 許志成(2003)，民國九十一年國民健康促進知識、態度與行為調查-桃園縣衛生保健議題資料分析研究計畫。
- 高敏真、顏啓華、陳宣志、汪正青、李孟智(2008)，台灣肥胖及非肥胖老人自覺健康狀況及其相關因子之探討。台灣老年醫學暨老年學雜誌。3(4)，298-310
- 曾月霞、林岱樺、洪昭安 (2005)，台中地區社區成人輔助療法使用現況。中山醫學雜誌。16 (1)，59-68。
- 張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋(2002)，全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性之探討。台灣衛誌。1(3)，207-213。
- 張珣(2011)，「醫病也醫命」：民俗宗教的醫療行為及其概念。台灣文獻。62(1)，97-126。
- 蔡毓智(2008)，社會網絡：社會學研究的新取向，思與言。人文與社會科學雜誌。 46(1)，1-33。
- 熊輝(2009)，論個人社會資本的構成。黃石理工學院學報。26(2)。
- 傅仰止.(2005)，社會資本的概念化與運作：論家人重疊網絡中的「時間投資」機制。臺灣社會學。(9) 165-203。
- 魏永峰(2009)，社會資本與社會信任。理論界。2，193-194。

三、論文

江哲超(2003)，老人資本與醫療使用行為相關性之研究。嘉義。南華大學社會學研究所碩士論文。

吳肖琪(1991)，健康保險與醫療網區域資源對醫療利用之影響。台灣大學公共衛生研究所博士論文。

吳佳芸(2013)，社經地位、社會資本對老人健康及生活滿意度的影響。中正大學社會福利研究所博士論文

吳柄緯 (2011)，老人之人際親密、社會參與及心理健康之相關研究。國立臺北教育大學心理與諮商學系碩士學位論文

蔡貽倫(2009)，社會資本對我國老人自評健康及醫療服務利用之影響。國立台北大學碩士論文。

賴芳足(1996)，全民健保實施後民眾醫療服務利用影響因素之研究。中國醫藥學院碩士論文。

四、文件

行政院衛生署 (2012)，公共衛生年報

五、網站

http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/22730_2_100年醫療統計年報.pdf

國民健康署。高血壓擠進十大死因!!。2013年10月19日，取自

<http://www.hpa.gov.tw/Bhpnet/Web/News/News.aspx?No=201310290001>。

行政院主計處統計專區 <http://www.dgbas.gov.tw/np.asp?ctNode=2824>

貳、英文部分

Aday, L. A. and Andersen, R. M. (1974) , “A Framework for the Study of Access to Medical Care,” *Health Services Research*, Vol. 9, p208-220.

Ajzen, I., and Fishbein, M.(1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. *Englewood Cliffs*, N J : prentice-hall.

Andersen, R. M., and Aday, L. A. (1978).Access to medical care in U.S.-realized and potential. *Medical Care*, 16:533.

Andersen, R. M., and Aday, L. A. (1995).Revisiting the Behavioral Model and Access

- to Medical Care: Does it Matter ?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36:1-10.
- Bourdieu, P. (1986) The forms of capital. In J. Richardson (Ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (New York, Greenwood), P241-258.
- British Medical Association (1986) *Alternative therapy. Report to the Board of Science and Education.* BMA, London.
- Caplan, G. (1974) *Support systems and Community mental health.* New York: Basic Book.
- Carla A. Green, Clyde R. Pope.,(1999). Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine* 48, 1363-1372
- Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Coleman, J. S. (1990) *Foundations of social theory.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Correlates of physician utilization: Why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organization effects? *Journal of Health and Social Behavior*, 20:387-396
- Douglas A. & Harris, JK. (2007). Network Analysis in Public Health: History, Methods, and Applications. *Annual Review of Public Health*, 28:69-93.
- Folland, S (2008), An economic model of social capital and health. *health economics, Policy and Law* NO3 P333-348
- Fukuyama F, *Social Capital and Civil Society.* International Monetary Fund Health Policy Research. Working Paper Series.(2003) Social Capital as a. Health Determinant. How is it Defined? Working Paper 02-07.

- Health Policy Research. Working Paper Series.(2003) Social Capital as
- a. Health Determinant. How is it Defined? Working Paper 02-07.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Kessler, Ronald C. and David Greenberg. 1981. *Linear Panel Analysis: Models of Quantitative Change*. New York: Academic Press.
- Mechanic, D.(1979). Correlates of physician utilization: Why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organization effects? *Journal of Health and Social Behavior*,20:387-396.
- Merrijoy Kelner and Beverly Wellman (1997), *Health Care and consumer choice: medical and alternative therapies* ° *Soc. Sci. Med.* Vol. 45, No.2, pp. 203-212.
- Rocco L, Suhrcke M. (2012).*Is social capital good for health? A European perspective*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Rosenstock, I. M.(1974).Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2 (4):328-335.
- Schaefer, C., Coyne, J.C., & Lazarus, R. S. (1981) . The health- related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4,381-406.
- Shortell S. M. (1984). Factors associated with the use of health service. Edited by Williams, S.J., & Torrens, P.R., *Introduction to Health Service*. 2: 49-88.
- Social Capital as a Health Determinant How is it defined? Health Policy Health Policy Research Working Paper Series Working Paper 02-07 March 2003
- World Bank (1998) “The Initiative on Defining, Monitoring and Measuring Social Capital”(http://www.worldbank.org/poverty/scapital/wkrppr/sciwp1.pdf).

附錄：研究變項與問卷題目對照表

變項	問卷題目	
社會人口變項	性別	性別： <input type="checkbox"/> (01)男 <input type="checkbox"/> (02)女
	年齡	【註：將問卷中的重新分階段編碼過錄為 5 等級】 受訪者出生年月：民國 年 月 分成六組(1)18-29 歲(2)30-44 歲(3)45-64 歲(4)65-74 歲 (5)75 歲以上
	教育程度	G14.請問您的教育程度是： 不識字： <input type="checkbox"/> (01)無/不識字 國中、小、識字： <input type="checkbox"/> (02)自修/識字/私塾(<input type="checkbox"/> (03)小學 <input type="checkbox"/> (04)國(初)中 <input type="checkbox"/> (05)初職 高中暨高職： <input type="checkbox"/> (06)高中普通科 <input type="checkbox"/> (07)高中職業科 <input type="checkbox"/> (08)高職 <input type="checkbox"/> (09)士官學校 大專以上： <input type="checkbox"/> (10)五專 <input type="checkbox"/> (11)二專 <input type="checkbox"/> (12)三專 <input type="checkbox"/> (13)軍警校專修班 <input type="checkbox"/> (14)軍警校專科班 <input type="checkbox"/> (15)空中行專/商專 <input type="checkbox"/> (16)空中大 學 <input type="checkbox"/> (17)軍警官校或大學 <input type="checkbox"/> (18)技術學院、科大 <input type="checkbox"/> (19) 大學 <input type="checkbox"/> (20)碩士 <input type="checkbox"/> (21)博士
	婚姻狀況	G17.請問您目前的婚姻狀況是？ 有偶： <input type="checkbox"/> (01)已婚 <input type="checkbox"/> (02)同居 無偶： <input type="checkbox"/> (03)配偶去世 <input type="checkbox"/> (04)離婚 <input type="checkbox"/> (05)分居 <input type="checkbox"/> (06)未婚
	經濟狀況	H19.包括各種收入來源，請問您全家人的所有稅前收入，每個月大約 有多少？(含工作收入、兼業收入與獎金、利息收入、紅利或股息、 政府津貼、房租收入、退休金等其他收入) 無收入： <input type="checkbox"/> (01)無收入 3萬元以下： <input type="checkbox"/> (02)1 萬元以下 <input type="checkbox"/> (03)1-2 萬元以下 <input type="checkbox"/> (04)2-3 萬元 以下 3萬~6萬： <input type="checkbox"/> (05)3-4 萬元以下 <input type="checkbox"/> (06)4-5 萬元以下 <input type="checkbox"/> (07)5-6 萬元以 下 6萬~8萬： <input type="checkbox"/> (08)6-7 萬元以下 <input type="checkbox"/> (09)7-8 萬元以下 8萬以上： <input type="checkbox"/> (10)8-9萬元以下 <input type="checkbox"/> (11)9-10 萬元以下 <input type="checkbox"/> (12)10-11 萬元 以下 <input type="checkbox"/> (13)11-12 萬元以下 <input type="checkbox"/> (14)12-13 萬元以下 <input type="checkbox"/> (15)13-14 萬元以下 <input type="checkbox"/> (16)14-15 萬元以下 <input type="checkbox"/> (17)15-16 萬元以下 <input type="checkbox"/> (18)16-17 萬元以下 <input type="checkbox"/> (19)17-18 萬 元以下 <input type="checkbox"/> (20)18-19 萬元以下 <input type="checkbox"/> (21)19-20萬元以下 <input type="checkbox"/>

		(22)20-30 萬元以下 <input type="checkbox"/> (23)30-40 萬元以下 <input type="checkbox"/> (24)40-50 萬元以下 <input type="checkbox"/> (25)50-100萬元以下 <input type="checkbox"/> (26)100 萬元以上
社會資本	社會網絡	<p>【註:將問卷中 G24、G23 中家人或親戚，朋友、同事或鄰居（非家人或親戚）提供的幫助來了解個人社會網絡的緊密程度。</p> <p>兩題共有六個子題問項，答案有七個等級，(1)總是(2)經常(3)有時(4)很少(5)完全沒有(6)不需要幫助(7)沒有可以提供幫助的家人或親戚。本研究將七等級問項建構為四等級問項，將回答「總是、經常」者得 3 分，回答「有時」者得 2 分，回答「很少」者得 1 分，回答「完全沒有、不需要幫助、沒有可以提供幫助的家人或親戚」者得 0 分。最後將六個子題分數加總得到分數愈高表示，表示社會網絡愈緊密，可茲利用資源也愈多，社會資本越高。】</p> <p>問題分述如下:</p> <p>1.您的家人或親戚常不常提供以下的幫助?</p> <p>a.「聽您的心事或想法」 b.提供經濟上的幫助 c.提供家務方面的協助</p> <p>2. 您的朋友、同事或鄰居(非家人或親戚)常不常提供以下的幫助?</p> <p>a.「聽您的心事或想法」 b.提供經濟上的幫助 c.提供家務方面的協助</p>
	社會參與	<p>【註:將問卷 G11 詢問受訪者常不常參加各種社團辦的活動（例如：職業工會、同鄉會、校友會、扶輪社、學術政治團體、社區管理委員會、家長會等等）其選項共有五個等級，(1)總是(2)經常(3)有時(4)很少(5)從不，本研究定義，回答(1)(2)者得 2 分，回答(3) (4) 者得 1 分，回答(5)者得 0 分。</p> <p>問卷 G13 問及常不常參加宗教活動（例如：進香、禪修、做禮拜、靈修聚會、宗教志工服務），問卷選項有八等級，(1)每 星期好幾次(2)每星期一次(3)一個月兩、三次(4)一個月一次(5)一年好幾次(6)一年一次(7)幾乎沒有（比一年一次更少）(8) 從未參加，本研究定義回答(1)(2)者 得 2 分、回答(3)(4)(5)(6)者得 1 分，回答(7)(8)者得 0 分。最後將分數相加，分數愈高者社會參與愈頻繁，社會資本愈高。】</p> <p>問題分述如下:</p> <p>G11.整體來說，請問您常不常參加各種社團辦的活動（例如：職業工會、同鄉會、校友會、扶輪社、學術政治團體、社區管理委員會、家長會等等）？</p>

		G13.請問您常不常參加宗教活動（例如：進香、禪修、做禮拜、靈修聚會、宗教志工服務），大概多久一次？
健康資本	自評身體狀況	<p>【註:將問卷中的 D19a 、D19b 重新分階段編碼過錄為很好、好、不好 3 個等級，D19a 問項中的非常好、很好定義為「很好」，將好、普通定義為「好」，將不好定義為「不好」。而將 D19b 問項中的很好定義為「很好」，將還不錯定義為「好」，將差一點、很差定義為「不好」。】</p> <p>D19a.整體來說，請問您覺得您的身體好不好？ <input type="checkbox"/> (01)非常好 <input type="checkbox"/> (02)很好 <input type="checkbox"/> (03)好 <input type="checkbox"/> (04)普通 <input type="checkbox"/> (05)不好</p> <p>D19b.整體來說，請問您覺得您的身體好不好？ <input type="checkbox"/> (01)很好 <input type="checkbox"/> (02)還不錯 <input type="checkbox"/> (03)差一點 <input type="checkbox"/> (04)很差</p>
	慢性病	D20.請問您有沒有慢性病？ <input type="checkbox"/> (01)有 <input type="checkbox"/> (02)沒有
	體型	<p>D5a.請問您的身高？</p> <p>D5b.請問您的體重？</p> <p>【註:將問卷中的 D5a 身高、D5b 體重，換算成 BMI 值，再重新分階段編碼過錄為 4 等級】</p> <p>過錄方式為:</p> <p>過輕(BMI小於18.5) 正常(BMI18.5-24) 微胖(BMI24-30) 肥胖(BMI30 以上)</p>
	生活行為	<p>【註:將下列 3 個題目重新分階段編碼為有、無「抽菸、喝酒、嚼檳榔」行為，再過錄為 4 個等級】</p> <p>D1a1.請問您抽菸嗎?(01)每天抽(02)一星期好幾次(03)一個月好幾次(04)一年好幾次或更少(05)從不抽</p> <p>D1a3.請問您喝酒嗎?(01)每天喝(02)一星期好幾次(03)一個月好幾次(04)一年好幾次或更少(05)從不喝(06)以前喝，現在不喝。</p> <p>D4. 請問嚼不嚼檳榔?(01)沒有(02)現在不吃，以前吃(03)偶爾吃(04)經常吃(05)幾乎天天吃。</p> <p>過錄方式為:</p> <p>1.好(3 種行為均沒有) 2.尚好(3 種行為中只其中的 1 種) 3.不好(3 種行為中有其中的 2 種) 4.非常不好(3 種行為均有)</p>

運動習慣	<p>【註：將問卷中重新分階段編碼過錄為有運動習慣與沒有運動習慣 2 個等級】</p> <p>D2.請問您多常做至少持續 20 分鐘會讓您流汗或呼吸較平常急促的運動?(01)從不(02)一星期一次或更少(03)一個月幾次(04)一星期幾次(05)每天。</p>
睡眠習慣	<p>D6a.請問您平常幾點睡覺? 幾點起床?</p> <p>【註：將問卷睡覺、起床時間換算為每天睡眠時數，再重新分階段編碼過錄為 3 等級】</p> <p>過錄方式為:</p> <p>睡眠過短 (每晚\leq6 小時)</p> <p>睡眠正常 (每晚 7-8 小時)</p> <p>睡眠過長 (每晚\geq9 小時)</p>
醫療服務使用	<p>【註：將問卷 D11a D11b 重新編碼過錄為有、無 2 個等級】</p> <p>D11a 中很少、有時、經常、總是定義為「有」，將沒有定義為「無」。</p> <p>D11b 中將一星期好幾次、一星期一次、一個月一次、一年好幾次或更少、一年一次定義為「有」，將未曾定義為「無」。</p> <p>D11a.過去12個月，您多久看一次西醫門診，分為 <input type="checkbox"/> (01)沒有 <input type="checkbox"/> (02)很少 <input type="checkbox"/> (03)有時 <input type="checkbox"/> (04)經常 <input type="checkbox"/> (05)總是。</p> <p>D11b.過去12個月，您多久看一次西醫門診，分為 <input type="checkbox"/> (01)一星期好幾次 <input type="checkbox"/> (02) 一星期一次 <input type="checkbox"/> (03)一個月一次 <input type="checkbox"/> (04)一年好幾次或更少 <input type="checkbox"/> (05)一年一次 <input type="checkbox"/> (06)未曾</p> <p>D12.過去12個月，請問您有沒有在醫院或診所住院過? <input type="checkbox"/> (01) 有 <input type="checkbox"/> (02) 沒有</p> <p>D13. 過去12個月，您有沒有接受過以下的治療?</p> <p>a. 針灸或艾灸(拔罐). <input type="checkbox"/> (01) 有 <input type="checkbox"/> (02) 沒有</p> <p>b. 中藥 <input type="checkbox"/> (01) 有 <input type="checkbox"/> (02) 沒有</p> <p>c. 穴位指壓或按摩 <input type="checkbox"/> (01) 有 <input type="checkbox"/> (02) 沒有</p>