

行政院國家科學委員會補助
大專學生參與專題研究計畫研究成果報告

* ***** *
* 計 畫 : 家庭醫師整合性照護制度下影響老年人就診率之因素 *
* 名 稱 : 分析-以台中社區醫療群為例 *
* ***** *

執行計畫學生： 林庭邑
學生計畫編號： NSC 98-2815-C-040-012-H
研究期間： 98年07月01日至99年02月28日止，計8個月
指導教授： 張釘桓

處理方式： 本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢

執行單位： 中山醫學大學醫療產業科技管理學系（所）

中華民國 100年02月10日

摘要

本研究之目的主要在探討於『家庭醫師整合性照護制度』（以下簡稱家醫制度）實施下，影響六十五歲以上之老年人就診基層診所的因素，並進一步了解其健康狀況與醫療資源使用情形。

目前有關家醫制度之研究大多是以二十歲以上的民眾為研究對象，並將六十五歲以上之老年人劃分為同一組群，而較少針對老年人口做深入之了解。然而近年來的研究成果或官方統計資料均指出，老年人口為醫療資源之最主要使用者，而且八成以上的老年人患有至少一種之慢性病。但是，台灣目前的醫療照護重心主要在於治療疾病，而非預防疾病或促進健康；因此，大多數之老年人只得利用昂貴的醫院照護服務來延續或維護健康。若是家醫制度之社區醫療群能成功的推行，老年人口的慢性疾病問題將可藉由基層照護資源而得到經濟又有效之控制；如此一來，高齡化對社會之衝擊將大為改觀，因為有了健康，老年人也可以是很有生產力的。因此，深入了解健康家戶會員之就診行為模式與相關因素，以及家庭醫師於此間所產生之影響力，將對衛生醫療政策之制定或修正有相當幫助。

研究結果發現教育程度在研究所以上的長者有其差異性，教育程度可能為影響長者是否加入會員之因素，此外老年人在中西醫醫療服務上的重覆使用偏高，易產生重複用藥的狀況，所以未來醫療群是否需要納入中醫之醫療項目，與西醫共同掌握個案之狀況是可探討的。

此次研究發現老年人不了解何謂家庭醫師及其相關服務，主要原因還是在於家庭醫師政策的宣導上。政府推行此政策多年，但大多數民眾仍不了解家庭醫師及珍惜醫療資源之意義，建議除了社區公衛教育外，是否也從基本學校教育著手，也許可以增加民眾對家庭醫師之概念進而提高家庭醫師資源使用率。

再者家庭醫師相關資訊系統已完備，但由於民眾不了解其家戶會員之意義，且因建檔時增加醫師看診之困難度，可能導致家戶建檔率不高，所以如何使民眾提高加入會員之意願，特別是使用資源較多的老年人，並要讓更多醫師願意投入醫療群等，都是需要克服的問題。但除了宣導外，也需要試著建立就醫之限制，並試圖整合個案資訊，診所與醫院之病歷互通，以落實全人照護。

關鍵字：家庭醫師整合性照護制度、社區醫療群、老年人、就診率

第一章 緒論

第一節 研究背景

台灣在民國八十二年邁入了世界衛生組織(WHO)所定義之高齡化社會，根據內政部之統計資料指出，截至民國97年底的老年人口比率已達10.43%，且研究結果亦顯示老年人口罹患慢性病的比率很高（李靜怡，2005）。然而，目前台灣的醫療資源主要還是著重於疾病之醫療照護，而對於老年人的慢性病治療、日常生活照護及預防保健等方面，施力明顯不足。再者，自全民健保開辦以來，因民眾就診醫院所須自付之部分負擔金額不高、且各級醫院間的部分負擔差距不大、加上特約醫療院所的簽約率均在九成以上、以及交通便捷，使得民眾越級就醫情形相當普遍，因而導致大醫院人滿為患而基層醫療院所卻門可羅雀，進而加重健保的財務壓力。

有鑒於此，中央健保局試圖推行家醫制度，期望透過社區醫療群與健康家戶計畫，垂直整合現有之醫療資源並落實轉診制度之實施。其最終目的在於藉由家庭醫師之管控角色與機制（gatekeeper），提供會員民眾持續性、完整性且最適當的醫療照護服務及健康照護諮詢，並期望降低整體醫療成本與健保財務負擔。但目前的結果顯示，此制度對於醫療費用高達非老年人2.5倍（行政院主計處，2004）以上的老年人口，其推行效果不是很顯著（宋松遠，2007）。

上述效果不彰的原因可能是起因於老年人易認為醫院規模大就是好醫院、或是沒病吃藥可以強身等錯誤的就醫概念，進而出現了『逛醫院』的現象（陳益良，2002），使得老年人口一年內的醫院門診率提高，也導致老人的醫療成本上升。但是慢性病的治療不能只是單靠藥物、住院等醫學治療，也必須仰賴日常生活飲食的控制、不良生活習慣的改變、甚至是老人社會心理方面的問題調適。許多會到醫院就醫的老年人其實擁有良好的生活自理能力（蔡秀美，1993），若是我們能夠了解其對於家醫基層診所之想法，以及影響他們就診決定之因素，對現行制度可能有所改善，（例如：修改法令促使民眾減少越級就醫的情形、或是積極宣導且教育民眾）。如果每一個家庭都有一位家庭醫師提供諮詢，將使家庭成員獲得更適切之照護服務來維護健康；未來更希望能透過此制度來落實轉診制度之建立，這樣不僅能避免醫療資源的浪費（吳哲維，2003），也能促使健保費用之下降（許佑任，2005）。

第二節 研究動機

由於要將家庭醫師制度更為推廣，必須先了解近幾年來推行此制度的成效及阻礙。因此本研究是針對醫療資源耗用相對較多的老年人口（陳益良，2002；江哲超，2003）為探討對象，希望能找出相關影響因素，並對未來有意研究者提供一些良好的參考。綜上所述，進而引發我們對於本計畫的研究動機。

第三節 研究目的

我們將以問卷調查的方式來蒐集資料，然後進行相關統計分析，以便為本研究所欲探討之下列問題提出適當解釋：

1. 探討影響老年人就診行為模式之因素；
2. 比較健康家戶老年會員與非會員老年人之醫療資源使用狀況；
3. 比較健康家戶老年會員與非會員老年人之健康促進行為；
4. 探討家庭醫師制度對老年人之健康狀況與生活滿意度的影響；
5. 探討老年人對家庭醫師之看法是差異（是否受老年人背景變項因素之影響）；以及
6. 探討老年人對於醫病關係之期望

第二章 文獻回顧

第一節 名詞解釋

一、老年人

本研究所稱之老人為依據「老人福利法」所定義之年滿65歲以上者。

二、家庭醫師

世界家庭醫師學會將其定義為“基本上能負責提供周全性健康照顧給每一位尋求醫療照顧的人，且在必要時能安排其他健康專業人員來提供照顧服務”。

家庭醫師是民眾接觸基層醫療服務的第一線，因而被稱為「守門員」；其功能在於先將病患做初步的判斷，而後再視病情狀況，給予轉介所需之最適醫療照護達到醫療持續性，並較能控制醫療資源的有效使用。此外，家庭醫師制度旨在提供「以病人為中心」的治療照護服務，並逐漸發展成「以社區健康導向」之服務模式；故亦須提供病人相關之健康諮詢，以及須了解其所在社區有關健康促進與預防疾病之衛生決策（家庭醫師也需要提供病人諮詢，以病人為中心的治療，並可發展成社區服務為導向，了解社區流行疾病的決策過程，因此，對社區健康有特別的責任感）簡而言之，家庭醫師已獨立發展成一項專業照護制度，「以病人為照護對象、以家庭為照護單位、以民眾生活之社區為照護背景來提供整體性、人性化的醫療保健服務」（許佑任，2005）。

三、社區醫療群

由於以往基層醫師都是單獨開業，其所提供之照護服務相當侷限且不連續；故學者提倡應以醫療群的概念將基層醫師與醫院變為聯盟關係，進而藉由群體力量提供綜合性、連續性之照護服務。亦即由相同的地區健保特約西醫基層診所 5-10 家，與該地區的健保特約醫院共同組成「社區醫療群」，以群體力量提供健康照護服務，其是在中央健康保險局實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫」下的規劃模式。

從全人健康照護的理念出發，一方面基層醫師可以利用醫院資源照顧其所屬的責任家庭中較嚴重病患，另一方面亦可增加基層醫師與社區醫院間的互動促使彼此關係更緊密的合作。改以合作互利的方式取代競爭，進而創造更良好的基層醫療環境，提供社區民眾更佳的健康照顧。由於將社區醫療與家庭有效而緊密結合，是目前推展社區醫療首要工作。社區醫療的目的在於重新調整診所醫師與地區醫院之間的關係，進而給予家庭完整的醫療照護，更重要是能做到「雙向門診」、「共同照護門診」，讓家庭醫師能夠提供病人持續性、完整性的照護（顏似綾，2008）。

社區醫療群是結合基層醫師、社區醫院利用有效資源介入社區健康提昇的有力組合。目前個別診所不斷提昇家庭醫師服務品質外，群體醫療群更把醫療服務的觸角延伸至社區服務。並可藉由診所與當地醫院做健康雙向溝通，讓民眾瞭解家庭醫師重要性、可近性、可用性，而其二者做雙向有效率的轉診、轉檢服務，讓醫療資源共同被有效的使用（呂靜儀，2008）。

第二節 家庭醫師整合制度

此制度是由不同科的醫師所組成的基層醫療團隊，例如內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科的診所與該地區的健保特約醫院合作共同組成的「社區醫療群」，使民眾可自由選擇距離自己家最近或是最方便的診所、加入成為會員，而有其他的醫療需要，再經由家庭醫師視病情轉診到團隊中的其他科醫師或是合作醫院（行政院衛生署臺南醫院，2009），以期達到提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療服務，而在醫療方面則以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，並加以提升醫療服務品質。

國內所推行的計畫，並不限制民眾越級就醫，與國外較為不同，且其成立之社區醫療群所提供的醫療就醫品質是否優質到令民眾產生醫療忠誠度，而減少民眾越級就醫的行為，則需要加以評估。

此制度預期效果則可分為民眾與醫療提供者兩方面進行，在民眾方面：可獲得24小時電話諮詢服務、整體性的初級醫療與預防保健、基層門診轉介住院的持續性照顧病能建立良好的醫病關係，享受優質醫療服務；醫療提供者方面：提供高品質的家庭醫師照護，贏得病患與家屬信任及卓越的聲譽、專業自主性增強，不易受外來因素干擾、建立整合性照護網及基層診所與醫院之合作關係，促使醫療設施及醫事人力資源之有效利用（中央健康保險局中區分局，2009）。

第三節 綜合行為模式

Andersen and Newman 於 1973 年提出的綜合行為模式 (Generic behavior model) 認為個人利用醫療照護的因素受到傾向因素、賦能因素和需要因素影響。傾向因素包含性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀態、健康的信念；賦能因素指經濟所得、健康保險之有無、求醫之時間因素、醫療知識來源；需要因素指自覺健康狀況、日常功能狀況（江哲超，2003；傅雯睿，2005）。

基於 Andersen & Newman 的綜合信念模式，我們採用傾向（年齡、性別、教育程度、婚姻、就醫習慣）、賦能（經濟能力、保險的有無）、需求（慢性病數、ADLs、IADLs）等因素做為研究架構基準，並加入認知程度（宣導與告知、了解程度），且預期上述這些因素會影響到老年人是否加入健康家戶計畫成為會員，藉由與家庭醫師之配合，進而改變其健康行為、健康狀況及生活滿意度。

第四節 健康行為與老人健康狀況

Kasl & Cobb(1966)將健康行為分成三類：(一)預防性健康行為(二)疾病行為以及(三)疾病角色行為。以預防性健康行為來說，是指定期健康檢查、健康飲食和規律運動等；疾病行為，指患者在自覺有病後所採取的行為；疾病角色行為，像是遵從醫囑服藥、採取特殊飲食、運動的行為(姜逸群，1991)，而健康行為的產生旨在促進健康。

健康促進其意義為使人增加對健康的控制與改善的過程(黃淑貞、伍連女、張桂楨，1998)。由於老年人所面臨的健康問題往往比年輕族群要來得複雜，所以家庭醫師除了了解「老化」給予長者在生理上的改變，並需要考慮其日常生活上心理的調適，才能使長者達到健康。

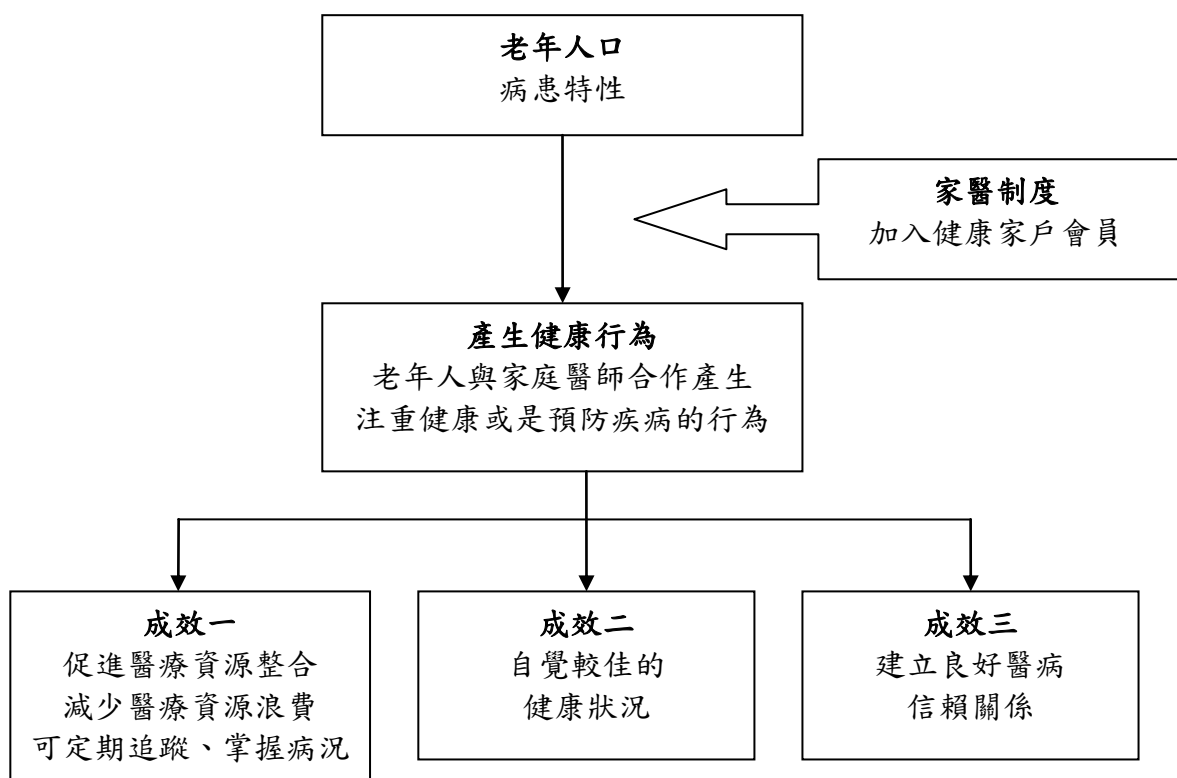
老年人的生理性問題像是退化性疾病、慢性病、心血管疾病等。國民健康局的資料顯示，心血管疾病在 97 年老年十大主要死因中排行二、三名；糖尿病與高血壓分別佔五、八名。且 97 年死亡人數中有 67.7% 為老年人，可見老年人死亡率的高低會影響國人全體死亡人數的增幅。老年人若能重視自我的健康行為，不僅可減緩病程也可以改善生活品質。薛曼娜(2006)的研究認為健康行為不僅能幫助老人們改變生活方式以促進健康，更能使其自我成長，進而成功的老化。但家庭醫師在為老年人設計健康促進活動時可能須考慮其多重複雜之健康狀況和個別差異(黃信彰，2004)，再給予建議。

目前政府推行的 65 歲以上每年免費健檢方案，老年人利用率從民國 88 年 30.64%，直至 91 年 41.22%，有逐年增加的趨勢(馬作鑑、吳宜玲、邱鈺婷、邵國寧、黃素雲，2006)。且預防性的老年人健康檢查可達到早期發現早期治療的效果，對於報告異常者進行追蹤或轉介，以利預防保健行為的提供(劉慧俐、李素華，2004；黃志芳、黃偉城、陳朝棟、邱正宇、周騰達，2005；馬祖日報，2007)。

第三章 研究設計與實施

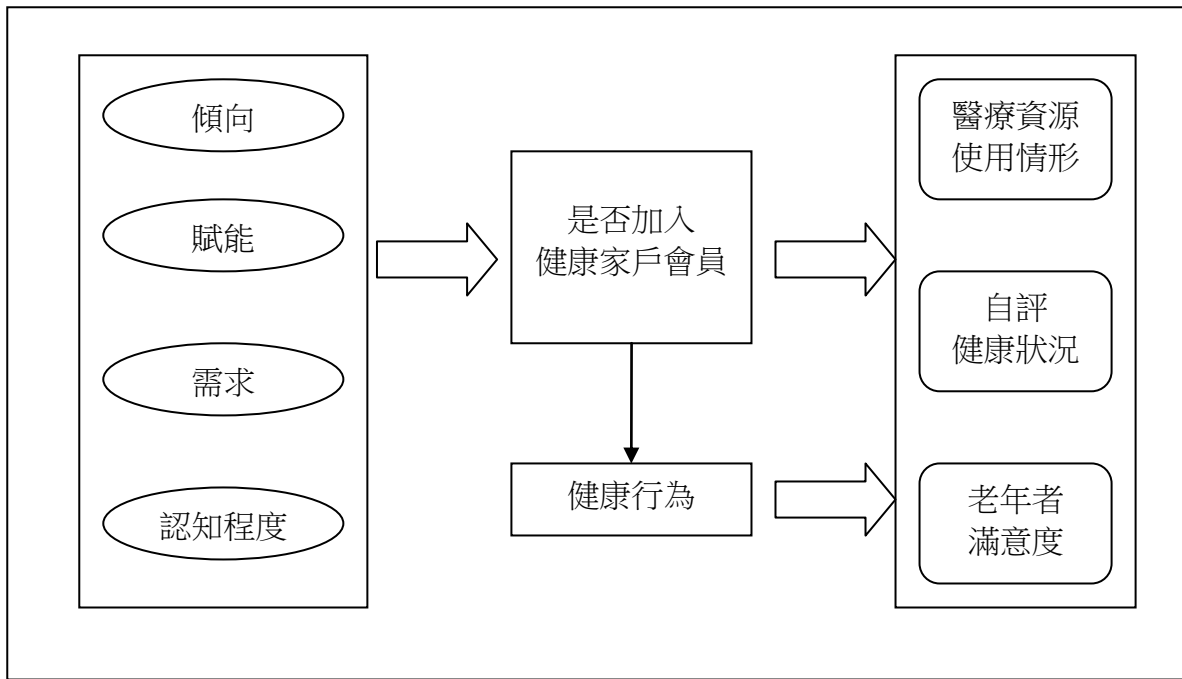
第一節 研究架構

本研究的基本理念如圖一所示。若家醫制度能成功推行，擁有生活自理能力之老年人將能與家庭醫師合作，產生管理自己健康的行為，並將健康視為一種自己的責任，使其盡量配合醫師之指示來共同改善自我健康狀況。譬如像是糖尿病病人，若其對在自己的生活飲食習慣不好地控制，即使醫師或是醫事人員給與再多的藥物，對病情的幫助還是不大，重點還是病人要能充分配合。再者，倘若家庭醫師能夠在病患看診的時候，提供病人一些有關促進健康的諮詢、或是告知他們如何避開一些疾病的誘發因子、亦或是提供老年人有關社會暨心理上之必要評估，這樣不僅可以減少罹病機率或疾病嚴重度，也可以讓我們的高齡化社會更健康。所以我們的研究主要著重於圖一的箭號處，亦即探討老年人口加入健康家戶會員的因素，以便了解目前此制度推行不善原因與可能後果。



圖一：影響老年人加入健康家戶會員之相關因素理念架構

Andersen (1995) 的醫療服務行為模式已被廣為利用於研究人們之自覺健康狀況與醫療資源使用的因果關係，甚至應用到老人族群之相關研究(王元恩，2007)。由於我們亦希望了解健康家戶計畫之參與決策行為是否對老年人之醫療服務行為有所影響，因此本研究之理論概念架構主要是將我們所欲研討的因素加入 Andersen 的行為模式後修正而得(如圖二所述)。



圖二：老年人醫療就診行為模式

此外，我們亦參考許佑任等人(2004)對二十歲以上民眾所做的「實施家庭醫師制度之意願及相關因素」研究，以及其他可能影響老年病患加入健康家庭會員的相關因素，進而建構本研究的老年人醫療就診行為模式(如圖二所示)此行為模是認為影響老年人就診行為之主要因素可歸納成四大概念，包括：傾向(年齡、性別、教育程度、婚姻、就醫習慣)、賦能(經濟能力、保險的有無)、需求(慢性病數、ADLs、IADLs)、和認知程度(宣導與告知、了解程度)。

陳肇男(1999)的研究顯示，性別、年齡、婚姻狀況、教育程度等對於老人的看病次數皆有顯著的影響力，其結果亦指出老人之教育程度與看病次數呈現負向顯著相關。江哲超(2003)的研究顯示未婚及喪偶的老人有較多的西醫門診使用情形，並達統計顯著水準。而陳益良的研究發現老年女性較男性有較高的求診率。研究亦發現，在醫療資源耗用中，年齡層越高，高使用者佔有率越高(張鴻仁，2002)。並探討醫療習慣(找固定的醫師看診或是固定診所就診)是否會影響加入健康家戶會員的因素(許佑任，2004)。

而賦能概念包含了經濟能力與保險身分的有無。經濟收入越高的老人，其門診次數越少。此乃因老人有較佳之經濟資本時，較輕易擁有較好之健康狀況；而健康狀況較佳的老人，便有較少的醫療資源使用情形(江哲超 2003)。另外，在陳肇男(1992)的研究中也顯示擁有保險身分的老人較無保險的老人看病次數來得多。

需求概念則是由日常生活活動功能量表(ADL)與工具性日常生活量表(IADL)，以及慢性疾病數來做評估。江哲超(2003)的研究顯示自評健康狀況較差、慢性疾病總數較多、身體功能分數較低的老人，其每月門診次數使用情形有較高的傾向。而採用慢性疾病數乃是因高醫療資源使用者之主要就醫疾病多屬長期治療之慢性疾病，且高醫療資源使用者人數雖僅佔全體保險對象百分之二十，但其花費約佔全部醫療費用的百分之七十五(張鴻仁，2002)。

關於認知程度對於行為之影響方面，醫護人員是否對就診病患告知計畫內容、政府單位對家醫制度／政策所做之宣傳成效、以及老年人對家庭醫師功能之瞭解和接受程度等因素均被認為會影響老年人是否加入健康家庭計畫之決定。因此，對家醫制度的認知程度在此研究中被視為會對老年人之就診行為模式產生重大的影響，就如同傾向、賦能和需求等功效。

此外，依據家醫制度基本精神的推論，如果加入健康家戶計畫之老年人能與家庭醫師充分合作，他們將會逐漸接受且採行更多的健康促進行為。如此一來，相較於社區中未加入計畫之老年人，健康家戶會員將會使用較少的醫療資源（如：醫院之門住診次數），而且會感受到較佳之健康狀況和生活滿意度。

第二節 研究對象及抽樣設計

本研究採用結構式(半開放式)問卷之調查方式進行橫斷性研究，對象為臺中市社區內符合下述收案條件之老年人口。依內政部統計，截至98年9月底，台中市65歲(含)以上老年人口共有86466人，佔全市人口的8.07%。收案條件如下：【1】年滿65歲(含65歲)以上之長者【2】意識清楚，能回答並填寫問卷【3】身體功能未喪失。

因為本研究希望探討老年人之健康家戶計畫的參與決策及其影響，故期望至參與「家庭醫師整合性照護制度」之診所進行抽樣及訪問。依據中央健保局中區分局的資料指出，98年度臺中市共有19個醫療群(包括：128家診所及140位醫師)加入家庭醫師計畫，在調查過程中，部份診所因病人隱私考量而婉拒受訪；而那些願意配合本計畫訪視活動之診所，其老年病患相對較少，因此，本計畫便改至社會福利機構及社區關懷據點等地，待經由機構及受訪者同意後，由訪視員對符合條件者進行訪問調查。

本研究採立意抽樣(purposive sampling)方法來選取訪問對象，共發出160份問卷，在屏除年齡、地區限制並排除遺漏值後，有效樣本共計114份。以台中市行政區來劃分，北區有21份，中區有9份，南區23份，東區6份，西區8份，北屯區22份，南屯區12份，而西屯區有13份。

第三節 研究工具

一、問卷設計

本研究主要採用問卷調查法蒐集資料，問卷乃依據國內相關學術研究，由研究者自行改編而成，內容涵蓋「背景資料」、「ADL量表」、「IADL量表」、「抑鬱量表」、「生活滿意度量表」、「就醫滿意度量表」。各量表說明如下：

- A. **背景資料**：主要包含性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、居住狀況與居住地區、每月支配金額、是否參加全民健康保險、以及是否具健康家戶會員之身分。
- B. **基本日常生活活動功能(activity of daily living, ADL)**：參考莊豔妃等人(2005)之量表，其量表設計是以Guttman形式編製，ADLs代表個人為維持基本生活所需的自我照顧能力，如吃飯、排泄失禁、上廁所、移位、穿衣、沐浴等。依Katz Index三等級的評分(獨立、需部份協助以及完全依賴)，此次研究所調查之對象屬於獨立的等級。
- C. **工具性日常生活活動功能(instrumental activity of daily living, IADL)**：參考莊豔妃(2005)等人之量表，IADLs代表個人獨立生活於家中所需具備的較複雜能力，如購物、準備食物、使用交通工具(旅行)、打電話、服藥、處理財務、洗衣、做家事等(張家銘等，2003)。各題的分數為0、1、2、3(分別代表「沒困難」、「有些困難」、「很困難」到「完全做不到」)，共分四種不同程度；得分愈高者表示失能程度越高，則生活越需要依賴他人幫助。由於本研究主旨在了解一般社區老人之就醫行為以及健康狀況，所以運用ADL與IADL量表評估被訪視老人的失能狀況。
- D. **抑鬱量表(Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D)**：各題的分數為0、1、2、3(分別是「沒有」到「經常或一直(四天以上)」)，共10題問題，加總分數介於0-30分間，10分以上，屬於「有憂鬱傾向」，0-9分者則為「無憂鬱傾向」。
- E. **生活滿意度量表**：包含10個二元計分的項目，總分介於0~10分。分數愈高者代表受訪老人對目前生活感到滿意的程度越高。

H. 就醫滿意度量表：參考廖雅惠(2007)之研究改編，採 Likert Scale 五點量表設計進行評量，各題的分數從 1~5，分別代表「非常不滿意」到「非常滿意」；亦即單項就醫滿意度分五種不同程度，得分愈高者表示受訪老人對該項描述傾向贊成的態度越高。

二、信度檢核

問卷回收後，運用 SPSS12.0 統計套裝軟體對資料進行清理及分析(包括：信度檢驗)。信度方面採用 Cronbach' s α 值來檢驗自行改編之量表的信度，且各量表之信度檢驗結果如表 1 所示。

依據 Cronbach' s α 參考值，IADL 量表($\alpha=0.821$)與就醫滿意度量表($\alpha=0.906$)表示「很可信」，且與原量表(IADL 量表 $\alpha=0.92$; 就醫滿意度量表 $\alpha=0.799$)之研究結果相差不大。ADL 量表($\alpha=0.577$)與生活滿意度量表($\alpha=0.562$)之信度值雖然有些偏低，但依然與抑鬱量表($\alpha=0.719$)介於可信範圍內。量表信度偏低之原因可能是問卷題目設計之用語不夠淺顯，加上受訪時間並不充裕，導致受試者未能徹底了解題意即作答，使得量表信度值偏低。

表 1 各量表信度考驗結果

	ADL 量表	IADL 量表	抑鬱量表	生活滿意度量表	就醫滿意度量表
Cronbach' s α 值	0.576	0.821	0.719	0.569	0.908
項目的個數	6	6	10	10	11

第四節 研究調查

一、收案過程

本研究原本以中區健保局公布的台中市社區醫療群所屬診所資料為調查個案之抽樣母群，先以電話聯絡來說明研究主題，並徵詢醫療群內診所是否願意讓訪員至診所內訪問長者。但大部份診所擔心對病人訪問會干擾看診，或危害病人隱私，故大多婉拒受訪。而願意配合之診所，其病人族群的老年病患較少，又使得樣本收集不易。

因此，本研究只能更改抽樣母群來源；亦即研究者至年長者較常聚集的地方來收案(見表 2)，像各區的社區關懷據點。研究者與訪員在得到受訪人同意後，便開始進行收案調查，而台中市東區之樣本則是由訪員隨機蒐集。樣本收集份數以行政區做區分，北區共 21 份，中區共 9 份，南區共 23 份，東區共 6 份，西區共 8 份，北屯區共 21 份，南屯區共 12 份，西屯區共 13 份。

表 醫療群電話訪問名單

醫療群名稱	診所名稱	受訪意願
大南屯布蘭妮	葉晉榮診所	婉拒受訪
	蘇德慶診所	願意合作
	向陽眼科診所	婉拒受訪
	張家強診所	願意合作，但該診所為小兒科診所，醫師透露符合本次研究對象者不多
	王振偉小兒科診所	婉拒受訪
	廖錫勳皮膚科診所	婉拒受訪
	林忠立診所	婉拒受訪
	阮春閔診所	婉拒受訪
	心身美診所	婉拒受訪
	親子診所	婉拒受訪
中清	婦華診所	婉拒受訪
	曾耳鼻喉科診所	願意合作，符合本次研究對象者不多
	王榮森小兒科診所	婉拒受訪
	巧比小兒科診所	婉拒受訪
	錦水小兒科診所	婉拒受訪
	學仕診所	婉拒受訪
	王義輝皮膚科診所	婉拒受訪
	慧明眼科診所	願意合作
長青	全佑外科婦產科診所	婉拒受訪
	秦華強骨科診所	婉拒受訪
	賴婦產科	婉拒受訪
	仟順診所	婉拒受訪
	王秉菴小兒科診所	願意合作，符合本次研究對象者不多
	安禾診所	婉拒受訪
台中市西區	詹外科診所	願意合作
	蔡文仁診所	婉拒受訪
	中美偕診所	婉拒受訪
	安笙婦產科診所	婉拒受訪
	呂錦泉小兒科診所	婉拒受訪
	陳正和耳鼻喉科診所	婉拒受訪
上美	劉彥山診所	婉拒受訪
	得安婦產科診所	婉拒受訪
	三泰診所	婉拒受訪
	林耳鼻喉科診所	婉拒受訪
	許伯熙眼科診所	婉拒受訪
	許重凱診所	婉拒受訪
台中市南區	羅倫樾診所	願意合作

	蘇耳鼻喉科診所	婉拒受訪
	江萬洲內小兒科診所	婉拒受訪
	曙光小兒科診所	婉拒受訪
	慶耀小兒科診所	婉拒受訪
	東平內科小兒科診所	婉拒受訪
	賴愈凱婦產科診所	婉拒受訪
	趙婦產科診所	婉拒受訪
科博愛心	紀外科泌尿科診所	婉拒受訪
	林燄小兒科診所	婉拒受訪
	郭耳鼻喉科診所	願意合作
	詹眼科診所	婉拒受訪
	鴻欣婦產科診所	婉拒受訪
	洪清一外婦產科診所	婉拒受訪
	楊皮膚科診所	願意合作
	林國卿診所	婉拒受訪
益華	白家庭醫學科診所	婉拒受訪
	寶存家庭醫學科診所	婉拒受訪
	謝佳璋小兒科診所	願意合作，符合本次研究對象者不多
	康康診所	婉拒受訪
	鍾錦彬診所	婉拒受訪
	江耳鼻喉科診所	婉拒受訪
	現代診所	婉拒受訪
	葉慧娜婦產科診所	婉拒受訪
	恩生婦產科診所	婉拒受訪
南屯黎明	郭品君診所	婉拒受訪
	王欽耀診所	婉拒受訪
	賴耳鼻喉科診所	婉拒受訪
	華馨復健科診所	婉拒受訪
	孫開來骨科、外科診所	願意合作
仁心	蘇晉暉診所	婉拒受訪
	快樂診所	婉拒受訪
	明道小兒科診所	婉拒受訪
	權霖診所	婉拒受訪
	林子凱耳鼻喉科診所	婉拒受訪

表 2 問卷發放一覽表

收案地點	承辦單位	回收 樣本 數	有效 樣本 數
北區漢口路四段 21 號	財團法人天主教曉明社會福利基金會附設 之長青大學	34	28
台中市中清路 76 號	財團法人老五老基金會	18	8
台中市南屯區惠文路 300 號	財團法人台灣基督長老教會蒙恩教會	20	11
台中市南區復新街 89 號 4 樓 (據點)	財團法人真佛覺心社會福利慈善基金會	15	14
台中市南區崇倫里西川二路 61 號	台中市南區崇倫社區發展協會	18	12
台中市西區大全街 29-1 號	財團法人台中市私立甘霖社會福利慈善事 業基金會	17	14
由七位訪員依行政區隨機收集		39	26
總和		161	113

二、調查方式

在訪問前，研究者先發放健保局為家庭醫師計畫所設計之宣導單張，並針對有疑問之長輩做簡單介紹，使長者了解本次研究之目的。訪員對於不識字之年長者，在徵詢訪問同意後，口述問題內容，請長者回答，再予以紀錄；若是識字之長者，會徵詢其意見，是否自行閱讀填答，或是由訪員口述再請長者回答。

第五節 資料處理與統計分析方法

本研究使用 SPSS12.0 統計套裝軟體來進行資料建檔與分析工作，以便驗證所提出之研究架構及其中所含之各種相關關係。

問卷回收數為 161 份，在摒除年齡限制以及填答不完整者後為 114 份。但因研究需要了解會員與非會員之差異，便再將不確定自己是否為會員者去除，最後進入分析階段之樣本數為 113 份。

依據先前所述之研究目的，本研究主要採描述性統計、信度分析，獨立樣本 T 檢定、卡方檢定、迴歸來分析資料並驗證假設。由於有效樣本不足(僅 113 份)，為使迴歸統計較符合其統計假設，故僅有那些在分析性統計(如:t-test、卡方檢定……)中呈現顯著差異之因素/變項才會被放入簡單線性迴歸公式中，以便進行最終的推論分析

資料分析方法如下：(各種運用之主要)

- 一、描述性統計(Descriptive Statistics)：包括次數、百分比、平均數、標準差，以了解研究對象之背景資料差異。
- 二、信度分析(Cronbach's α Analysis)：本研究所使用之問卷以信度分析檢測 ADL、IADL、生活滿意度、抑鬱、就醫滿意度等量表之穩定性與一致性。
- 三、分析性統計：
 1. 以 t 檢定(t-test) 檢驗
 - (1)會員身份與醫療需求、賦能差異情形
 - (2)會員身份與健康行為之差異
 - (3)會員身份與自評健康狀況之差異
 - (4)會員身份與就醫滿意度之差異
 2. 以卡方檢定(Chi Square) 檢驗
 - (1)會員身份與傾向之差異情形
 - (2)會員身份與認知程度之差異情形
 - (3)會員身份與醫療資源使用之差異情形
 3. 以簡單線性迴歸檢驗
 - (1)傾向、賦能、需求、認知程度是否影響老年人加入家庭醫師之意願
 - (2)會員身份是否影響老年人健康行為

第四章 研究結果

第一節 描述性統計

本節分兩部分，第一部份先以會員及非會員身分做次數分配、百分比，以說明樣本基本屬性；第二部份為複選題分析，以會員與非會員身分之區別分析，以樣本次數分配、百分比等圖表解釋本研究之複選問題。說明如下：

一、基本屬性

回收樣本之個人基本屬性如下描述，樣本較多為女性，共 76 份，佔總樣本數的 67.3%，以十歲為一組做年齡分層，樣本分布在 65 至 74 歲的人口較多，共 64 份，佔總樣本的 56.6%，75 至 84 歲則佔樣本 31.9%；以婚姻狀況而言，已婚者共 85 份，佔樣本 75.2%，喪偶者則佔 22.1%。以居住情況作區分，獨居佔 16.8%，與配偶、子女或是親友同住者共佔 83.2%（與配偶同住 35.4%，與固定子女同住 46%，與親友或孫代子女同住 1.8%）。以行政區作為區分，北區及北屯區的份數最多。其他基本資料詳見表 3、4、5。

表 3 性別、年齡、婚姻狀況之統計變項分布

變項	家庭醫師計畫						
	會員		非會員		合計		
	次數	(%)	次數	(%)	次數	(%)	
性別	男性	9	8.0%	28	24.6%	37	32.7%
	女性	11	9.7%	65	57%	76	67.3%
	合計	20	17.7%	93	82.3%	113	100%
年齡	1. 65 至 74 歲	15	13.2%	49	43.4%	64	56.6%
	2. 75 至 84 歲	3	2.7%	33	29.2%	36	31.9%
	3. 85 歲以上	2	1.8%	11	9.7	13	11.5%
	合計	20	17.7%	93	82.3%	113	100%
婚姻狀況	1. 已婚	16	14.2%	69	61.1%	85	75.2%
	2. 未婚	1	0.9%	0	0%	1	0.9%
	3. 離婚	0	0%	1	0.9%	1	0.9%
	4. 喪偶	3	2.7%	22	19.5%	25	22.1%
	5. 分居	0	0%	1	0.9%	1	0.9%
	合計	20	17.7%	93	82.3%	113	100%

(註：n=113)

表 4 居住狀況、地區之統計變項分布

變項		家庭醫師計畫					
		會員		非會員		合計	
		次數	(%)	次數	(%)	次數	(%)
居住狀況	1. 獨居	2	1.8%	17	15.0%	19	16.8%
	2. 配偶同住	11	9.7%	29	25.7%	40	35.4%
	3. 與固定子女同住	7	6.2%	45	39.8%	52	46.0%
	4. 親友或孫代子女	0	0%	2	1.8%	2	1.8%
	5. 其它	0	0%	0	0%	0	0%
	合計	20	17.7%	93	82.3%	113	100%
居住地區	1. 北區	8	7.1%	13	11.5%	21	18.6%
	2. 中區	0	0.0%	9	8.0%	9	8.0%
	3. 南區	5	4.4%	18	15.9%	23	20.4%
	4. 東區	1	0.9%	5	4.4%	6	5.3%
	5. 西區	1	0.9%	7	6.2%	8	7.1%
	6. 北屯區	3	2.7%	18	15.9%	21	18.6%
	7. 南屯區	1	0.9%	11	9.7%	12	10.6%
	8. 西屯區	1	0.9%	12	10.6%	13	11.5%
	合計	20	17.7%	93	82.3%	113	100%

(註：n=113)

表 5 健保狀態、支配金額狀況之統計變項分布

變項		家庭醫師計畫					
		會員		非會員		合計	
		次數	(%)	次數	(%)	次數	(%)
是否參加全民 健康保險	1. 有參加	20	17.7%	90	79.6%	110	97.3%
	2. 未參加	0	0%	3	2.7%	3	2.7%
	3. 停保中	0	0%	0	0%	0	0%
	合計	20	17.7%	93	82.3%	113	100%
每月支配金額	1. 5,000元以下	4	3.5%	25	22.1%	29	25.7%
	2. 5,000元9,999元	3	2.7%	18	15.9%	21	18.6%
	3. 10,000元19,999元	2	1.8%	29	25.7%	31	27.4%
	4. 20,000元(含)以上	10	8.8%	19	16.8%	29	25.7%
	5. 不一定	1	0.9%	2	1.8%	3	2.7%
	合計	20	17.7%	93	82.3%	113	100%

(註：n=113)

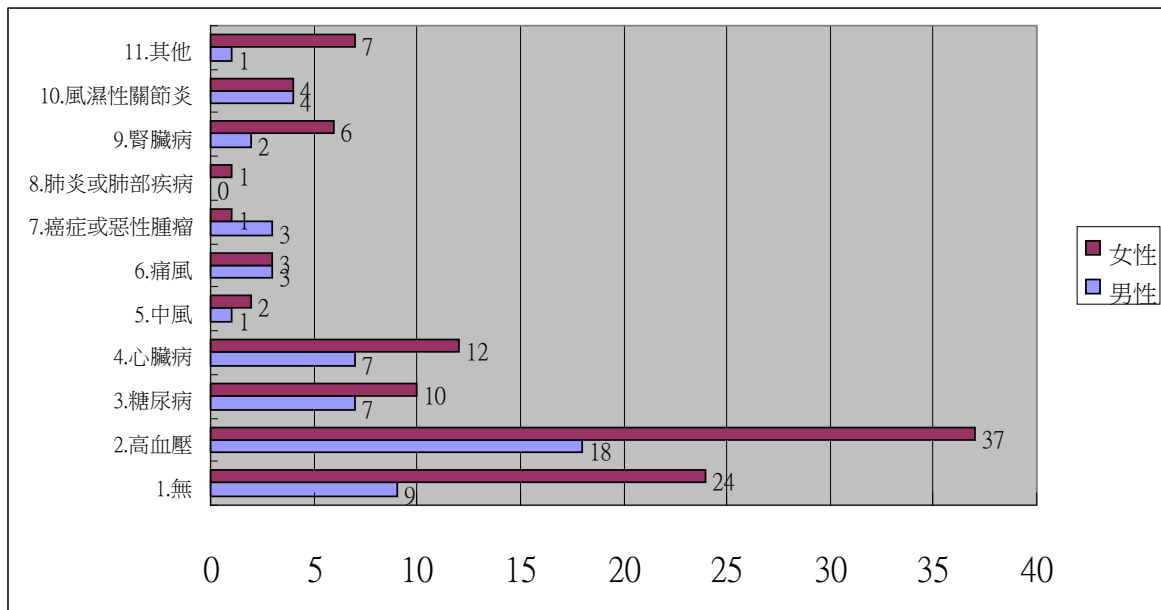
二、複選題分析

在複選題分析上，採用次數分配及交叉表來分析資料。此部分分兩部份進行說明，第一部分主要著重於長者對於目前就醫環境、資訊來源、就醫選擇因素等做探討；第二部份，則是針對是否具會員身份的長者進行自我保健、就醫因素等之探討。說明如下：

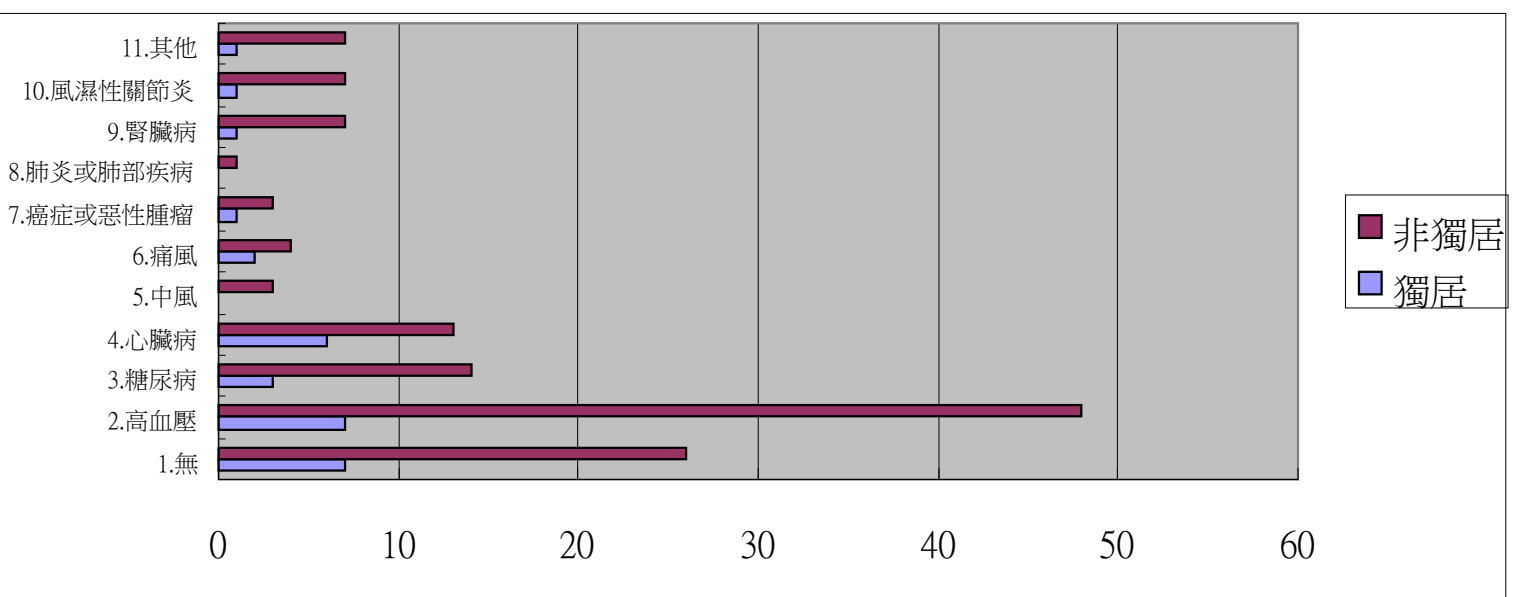
(一)各變項之分析

1. 老年人所患疾病數

在本研究所調查之資料中，發現長者罹患高血壓為 55 人 (34%)，罹患心臟病有 19 人 (11.7%)，糖尿病共 17 人 (10.5%)，年齡大多是分布在 65-84 歲之間。另外，無任何疾病者共 33 人 (20.4%)。在圖中可看出高血壓在女性長輩中的所佔比例較高 (33.0%)，可能是因所收到樣本數女性較多之原因，但整體上可看出長者在高血壓、糖尿病、心臟病三者比例偏高。另外，在表中罹患高血壓之長者，其教育程度在國小共 21 人 (18.8%)。而在居住狀況上，將與配偶、與子女或親友等同住之長者合併計算與獨居者相比較，仍是以高血壓和糖尿病等比例較高。

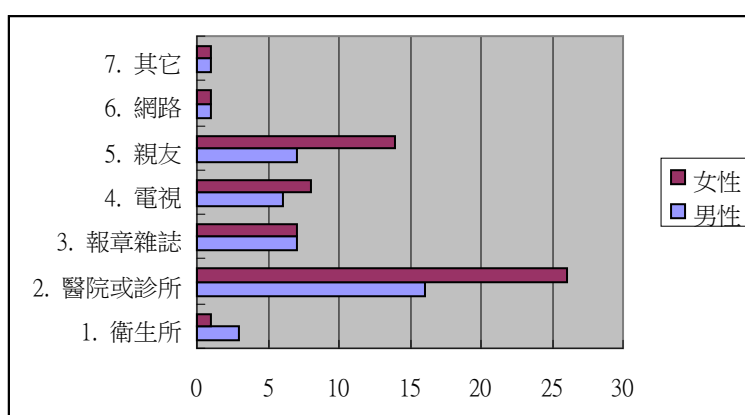


變項	疾病數										
	1. 無	2. 高血壓	3. 糖尿病	4. 心臟病	5. 中風	6. 痛風	7. 癌症或惡性腫瘤	8. 肺炎或肺部疾病	9. 腎臟病	10. 風濕性關節炎	11. 其它
不識字	1.8	4.5	0.9	0.9	0.0	1.8	0.0	0.0	0.0	0.9	0.9
識字，未就學	3.6	5.4	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	0.0
國小	7.1	18.8	7.1	8.9	1.8	0.9	0.0	0.0	3.6	1.8	0.0
國中	5.4	4.5	1.8	0.9	0.9	0.9	0.0	0.0	0.0	0.9	1.8
高中職	7.1	8.0	2.7	0.0	0.0	0.9	0.9	0.0	0.9	0.0	0.9
大專院校	4.5	8.0	0.9	5.4	0.0	0.9	2.7	0.9	2.7	0.9	3.6
研究所以上	0.0	0.0	0.9	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0
總和	29.5	49.1	15.2	17.0	2.7	5.4	3.6	0.9	7.1	7.1	7.1

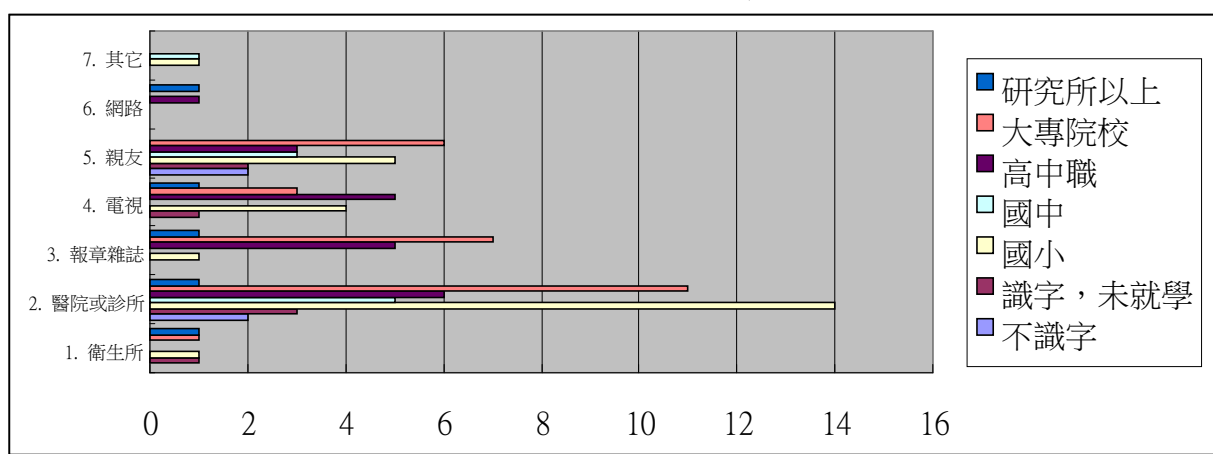


2. 家庭醫師資訊來源

此題主要是希望了解目前社區之老年人從何處得知家庭醫師之訊息，長者從醫院、診所聽過或了解家庭醫師者較多，共 42 人(62.7%)，此項與張素紅等人(1999)之研究相符，認為醫護人員為老人獲得訊息的重要來源，從親友得知家醫訊息者次之，共 21 人(31.3%)，從報章雜誌或電視者等媒體得知者，共 28 人(合併計算為 41.8%)，年齡大多分布在 65 至 74 歲之間。另外，獲得家醫資訊從醫院與診所得知者，在教育程度上，分別以國小 14 人(20.9%)，大專院校 11 人(16.4%)佔多數，而居住狀況大多是與配偶、子女親友等同住 19 人(28.4%)佔多數。



圖六：資料來源與性別交叉分析直方圖



圖八：資料來源與居住狀況交叉分析直方圖

3. 未來希望診所提供之服務

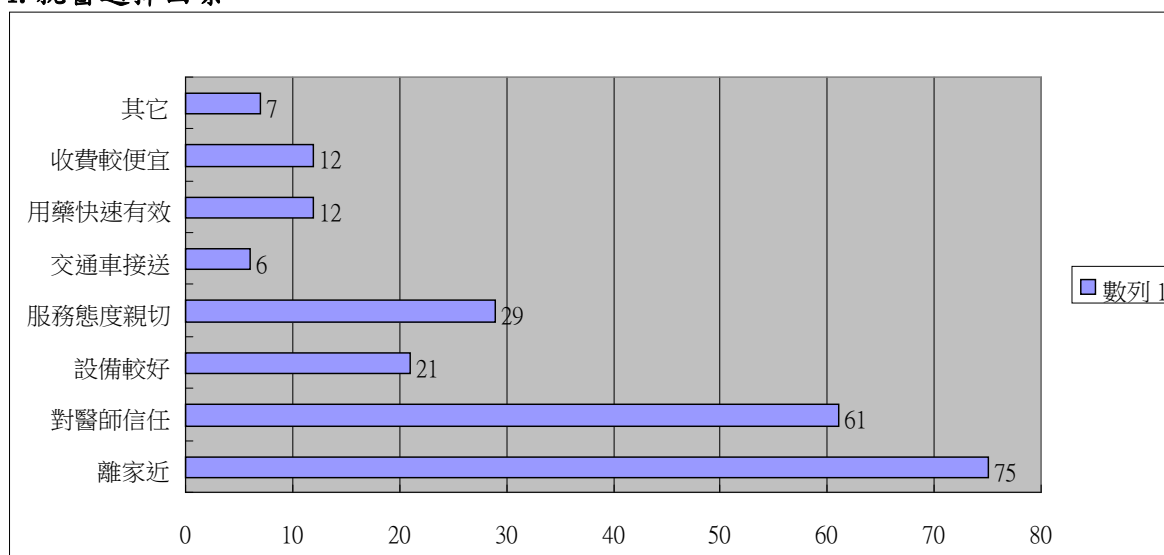
此題是希望了解長者認為目前診所提供之服務是否足夠，希望未來診所能增加或是改善該項服務。資料分析結果如下表(表6)：社區長者最希望服務改善、提供的前三項為(1)病情解說(2)藥物諮詢(3)病情後續追蹤。病情解說方面，在訪問過程中，長者普遍反應目前就醫時，醫師的解說病情時間不足，且未能讓長者完整陳述病況，調查中有43人認為此項希望改善(佔47.8%)。在藥物諮詢方面，雖然目前診所設有門前藥局，並有藥師專人解說，但可能並未滿足長者需要，所以長者希望能夠改善藥物諮詢的部份，共38人(佔42.2%)勾選此項。在病情後續追蹤部份，長者希望未來能增加像是電話追蹤、訪視等以便醫師掌握病情。在訪問過程中，有些長者希望增加像是營養諮詢、心理諮詢等服務，希望提供未來診所提供營養諮詢者大多是女性長輩，且大多是與配偶、子女親友等同住；而在心理諮詢上，有勾選此項的是與配偶、子女親友同住的長輩，反而獨居長者並未勾選，與預期中的狀況有所不同。

表 6 服務改善與變項交叉表

希望診所未來提供之服務		1. 藥物諮詢	2. 病情解說	3. 病情後續追蹤	4. 營養諮詢	5. 心理諮詢	6. 其它
次數(%)							
性別	男性	12 (13.3)	16 (17.8)	13 (14.4)	8 (8.9)	3 (3.3)	1 (1.1)
	女性	26 (28.9)	27 (30.0)	25 (27.8)	18 (20.0)	8 (5.6)	5 (5.6)
總和		38 (42.2)	43 (47.8)	38 (42.2)	26 (28.9)	11 (12.2)	6 (6.7)
教育程度	不識字	2 (2.2)	2 (2.2)	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
	識字，未就學	3 (3.3)	5 (5.6)	2 (2.2)	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.1)
	國小	12 (13.3)	13 (14.4)	7 (7.8)	6 (6.7)	4 (4.4)	5 (5.6)
	國中	4 (4.4)	4 (4.4)	3 (3.3)	2 (2.2)	1 (1.1)	0 (0.0)
	高中職	7 (7.8)	7 (7.8)	11 (12.2)	7 (7.8)	2 (2.2)	0 (0.0)
	大專院校	9 (10.0)	11 (12.2)	14 (15.6)	8 (8.9)	4 (4.4)	0 (0.0)
	研究所以上	1 (1.1)	1 (1.1)	1 (1.1)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
總和		38 (42.2)	43 (47.8)	38 (42.2)	26 (28.9)	11 (12.2)	6 (6.7)
居住狀況	獨居	4 (4.4)	3 (3.3)	8 (8.9)	4 (4.4)	0 (0.0)	2 (2.2)
	與配偶同住	18 (20.0)	24 (26.7)	18 (20.0)	11 (12.2)	5 (5.6)	1 (1.1)
	與固定子女同住	15 (16.7)	15 (16.7)	12 (13.3)	11 (12.2)	6 (6.7)	3 (3.3)
	與親友或孫代子女同住	1 (1.1)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
總和		38 (42.2)	43 (47.8)	38 (42.2)	26 (28.9)	11 (12.2)	6 (6.7)

(註：n=90)

4. 就醫選擇因素



圖三：就醫選擇因素

此題目的在了解長者選擇就醫診所的考慮因素為何，調查結果如下表(表 7)。依本研究調查，長者在選擇就醫診所時最先考慮之因素為(1)離家近，選擇此項為考量因素者有 74 人(68.2%)。(2) 對醫師信任，選擇此項為考量因素者有 61 人(55.5%)。(3)服務態度親切，選擇診所服務態度親切者有 29 人(26.4%)，與廖雅惠(2007)之研究結果相同。

在經年齡分組後，順序不變。而在設備的選項上，由於題目未定義是醫療儀器或是診所一般硬體設備，所以較無法判別，何者影響程度較高。至於在診所收費金額普遍認為適當。在交通車接送上，只有 6 位選擇此項(5.5%)，在訪問中，多位長者回應因自身患有慢性病，每三個月便須至大醫院回診，所以在選擇診所就醫時，是以離家近等方便性之考量，使用率較少，所以較無交通上的問題。

5. 滿意度指標

相關研究指出在在鄉村社區裡 65 歲以上老人約有 26.0% 患有憂鬱症狀，並有 13.0% 可被診斷為憂鬱症(劉嘉逸，1997)。而在本研究抑鬱量表之表現上，以得分十分為分界點，有 42 位(37.2%) 的長者有憂鬱傾向，分數在 0-9 分者有 71 位(62.8%)，為「無憂鬱傾向」，且老人憂鬱與疾病有很高的相關性，多樣化的臨床症狀表現，使得老人憂鬱被嚴重忽略(林正生，2000)。

在生活滿意度表現上，7 分以上為對目前生活滿意，共 108 人(95%)，0-6 分者為 5 人(5%)。在調查中，長者對於此量表之問題，大多是採較消極之態度回答，大多是認為自己時日無多，不需要再做其他生活上的改變，只希望在往後的生活能安穩，也認為自己目前的生活良好，但也有少數長者透露其對子女的不滿等。此外在長青大學或是社區據點等，有安排老人活動之區域或機構，經訪問後，長者大多肯定機構為老年人的努力，並也感謝機構給予他們互動的場所，讓他們的生活充滿樂趣。

在就醫滿意度上，以 32 分為標準，0-32 分共 34 人(30.1%)，32 分以上者共 79 人(69.9%)，長者對於目前的醫療情況大致上都很滿意，不過在「醫師是否給您充裕時間敘述問題」及「等候時間」此兩題上，在訪問時未獲較佳的回應，且有位長者反應自己的問題尚未闡述完，醫師就結束對話，讓他感到不是很愉快。

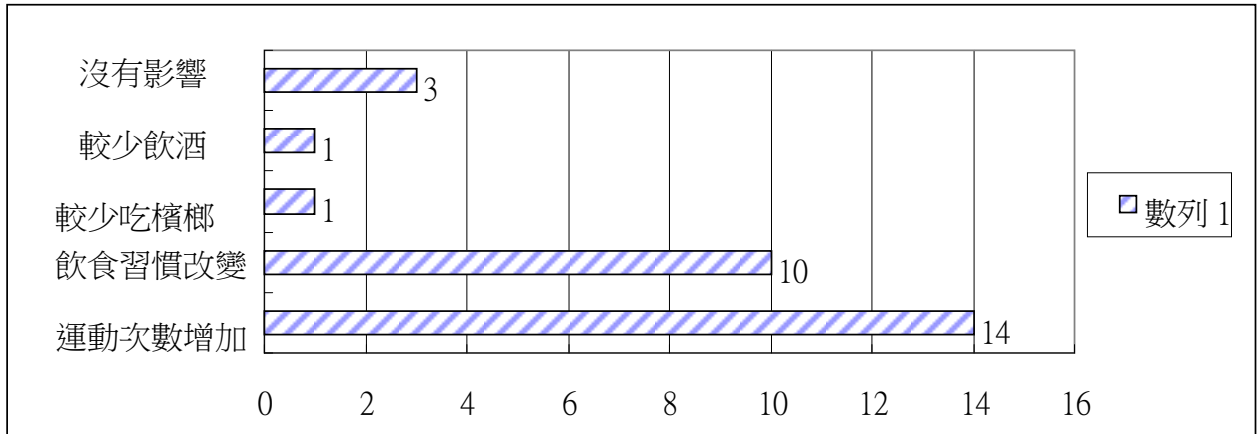
表 8 滿意度摘要

項目	題數	平均值	標準差	最小值	最大值
抑鬱量表	10	8.27	4.70	0	21
生活滿意度量表	10	7.00	1.97	0	16
就醫滿意度量表	11	37.38	6.64	17	53

(二)、會員與非會員對於各變項之分析

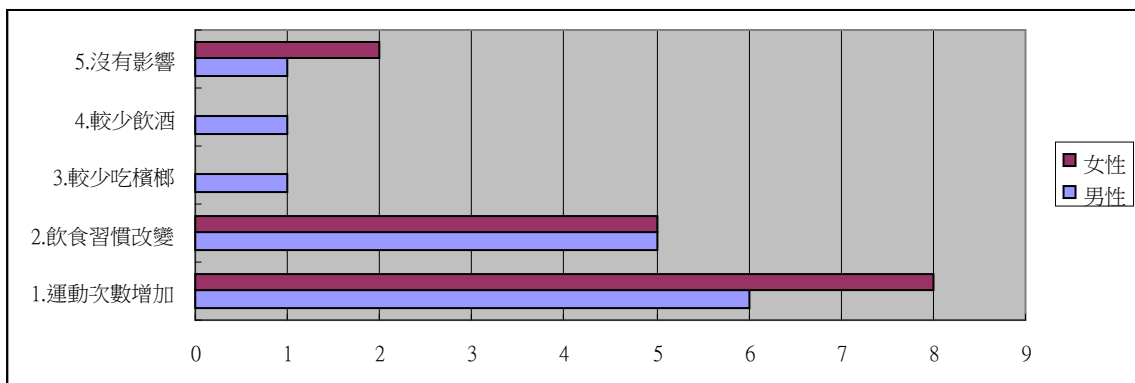
本研究試圖從所蒐集之資料中了解會員在自我保健情況是否有所改善，以及會員與非會員在各變項間之差異。但由於所收集之會員數較少，可能無法完全呈現會員與非會員之差異。

1. 會員自我保健情形



圖四：會員自我保健情形

此題主要在探討會員在加入家戶計畫後，用自評方式衡量其健康行為是否有所改變，故只有會員自我保健之資料，相關資料請見表9。調查結果顯示，長者認為加入會員後，運動次數增加為主要的變化有14人(66.7%)，改變飲食習慣為次要的影響有10人(47.6%)，至於在飲酒、吃檳榔等行為，都較少人勾選，也有長者認為加入會員對自己的保健情形沒有影響，與其他項目較不同的，在勾選運動次數增加及飲食習慣改變上的會員中，會員的每月支配金大多是在20,000元(含)以上，此次調查之會員大多在65至74歲之間並與配偶、子女親友等同住。



圖十：保健情形與性別交叉分析直方圖

2. 希望診所未來提供之服務

由表 10 可得知會員在希望診所改善或提供之服務上依序為：(1)藥物諮詢(2)營養諮詢(3)病情後續追蹤(4)病情解說(5)心理諮詢(6)其他；非會員在此項目之排序為：(1)病情解說(2)病情後續追蹤(3)藥物諮詢(4)營養諮詢(5)心理諮詢(6)其他。藥物諮詢與病情解說此兩項也與陳麒丞(2004)之研究結果相同。在藥物諮詢上，兩者都排在前三位，推論是目前的醫藥分業及門前藥局，導致醫師較少和病人詳細說明藥物，也因時間限制較無法解答民眾對於藥物之問題。在病情解說上，會員與非會員之排序也有所差異，可能是因為會員有固定之家庭醫師，所以病人較了解自己病況，但也可能是因樣本收集之差異所導致之結果。而病情後續解說在兩者間差異不大，表示不管會員或非會員，長者一般認為此項服務未盡完善。較特別的是會員較希望診所未來能提供營養諮詢的服務，而心理諮詢雖較少人勾選，但老人的心理健康問題是需要重視的，訪問中，許多長者透露只有到長青學苑或是社區據點，生活才有樂趣，否則其餘時間都是自己一個人，家人因為工作而無法陪伴長者，少數長者存有無用感且對生活感到悲觀，在其他的開放性語句中，有少數長輩反應希望醫師多關心病人，未來家庭醫師在老人心理層面也需要留意。

在就醫選擇因素上，會員與非會員都是以離家近、信任醫師此兩項為首要因素，與第一部分就醫選擇之分布相同。在疾病上，會員與非會員都是以患有高血壓、心臟病或糖尿病等居多，也與第一部分疾病分布相同。

表 10 會員身分與服務改善交叉表

希望診所未來提供之服務		1. 藥物諮詢	2. 病情解說	3. 病情後續追蹤	4. 營養諮詢	5. 心理諮詢	6. 其它
是否擁有會員身份	是	16(17.8)	9(10.0)	11(12.2)	12(13.3)	4(4.4)	0(0.0)
	否	22(24.4)	34(37.8)	27(30.0)	14(15.6)	7(7.8)	6(6.7)
總和		38(42.2)	43(47.8)	38(42.2)	26(28.9)	11(12.2)	6(6.7)

(註：n=90)

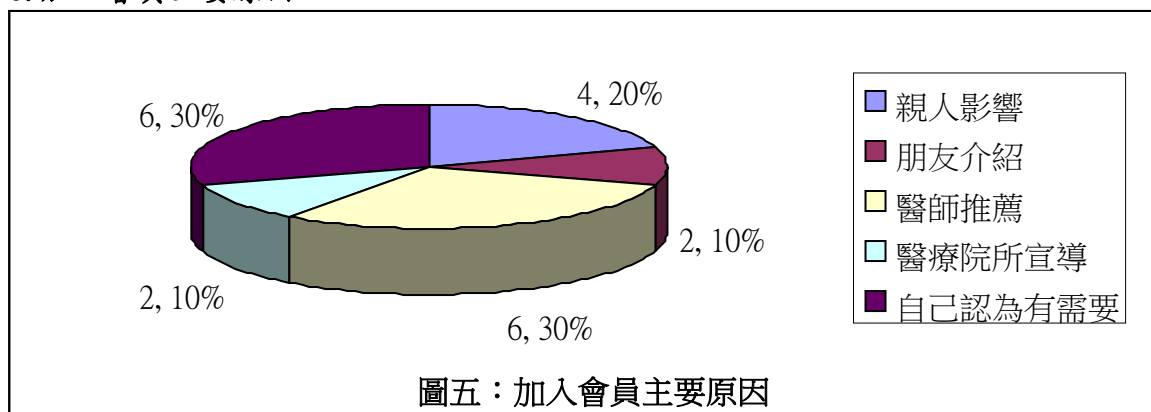
在從何得知家庭醫師的資訊上(表 11)，瞭解目前會員大多是從醫院或是診所得知此資訊，非會員雖是從醫院或診所得知較多，但訪問中發現多數長輩不清楚家庭醫師之定義，甚至有長輩詢問這是否為政府最近推出之政策。

表 11 會員身分與資訊來源交叉表

資訊來源		1. 衛生所	2. 醫院或診所	3. 報章雜誌	4. 電視	5. 親友	6. 網路	7. 其它
是否擁有會員身份	是	3(4.5)	15(22.4)	2(3.0)	5(7.5)	5(7.5)	2(3.0)	0(0.0)
	否	1(1.5)	27(40.3)	12(17.9)	9(13.4)	16(23.9)	0(0.0)	2(3.0)
總和		4(6.0)	42(62.7)	14(20.9)	14(20.9)	21(31.3)	2(3.0)	2(3.0)

(註：n=67)

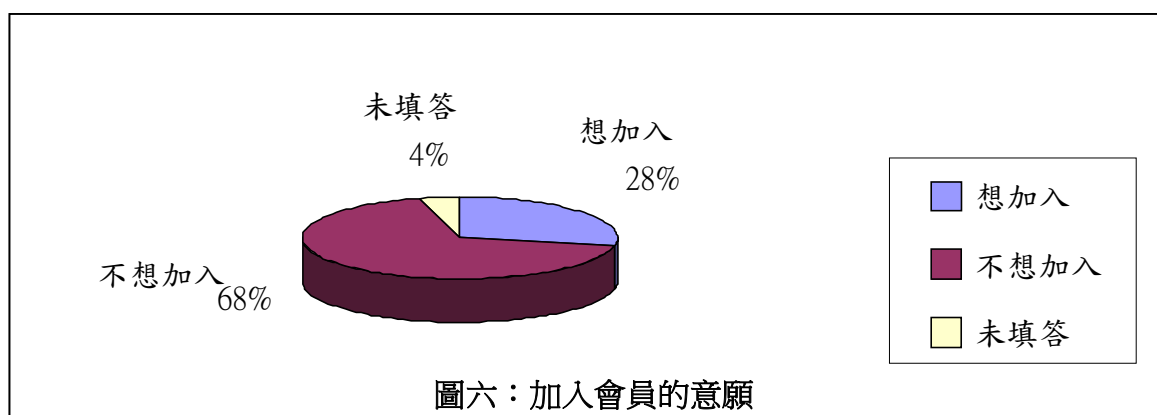
3. 加入會員主要原因



本題為研究者自行設計，目的在探討長者加入會員之原因(圖五)，共五個選項：親人影響、朋友介紹、醫師推薦、醫療院所宣導、自己認為有需要。在本次研究中所收集之 20 位會員樣本中，有 6 位長輩是由醫師推薦(30%)，6 位長輩是自己認為有需要(30%)所以加入會員，4 位是受親人影響而加入會員(20%)，另外有 2 位為醫療院所宣導(10%)及兩位是因朋友介紹(10%)。在此次調查中，瞭解到某些長輩的加入是因自己子女或是友人為醫師，便加入此計畫；某些長輩則是認為自己需要加入此計畫，希望能讓自己更為健康。以收集到之樣本來推論，長者加入會員主要受醫師影響外，自己是否注重健康情況也是一項影響因素。

4. 加入會員之意願

此為研究者設計之開放式問題，目的在了解未加入會員之長者是否在經由訪員訪問與宣導後，是否願意加入會員，問題為：「請問您是否願意在有加入家庭醫師計畫之診所登記為會員?原因?」。分析結果後(圖六)，發現不想加入者有 63 位(68%)，想加入者 26 位(28%)，有 4 位長者未填答。在回收之資料中發現，大部分長者對家庭醫師的認識不是非常了解，經由訪員解答家庭醫師之定義後，長者仍認為不需要此項服務，主要原因是長者大多患有慢性疾病，身體上的病痛大多是由慢性病所引起，長者三個月就需回醫院看診，基本上已有一位了解自己病況的醫師，加上目前診所看診非常方便，認為成為此計劃之會員對其生活似乎無較大改變；而願意加入之長者中，大多表示希望加入會員後能讓自己變得更健康，或是希望由家庭醫師監控自己的健康狀況，較特別的為希望加入會員後能降低醫療資源浪費的情形，而該樣本之教育程度為研究所以上，該位長者可能具備相關方面知識才會如此填答。



5. 就醫目的與醫療利用資源

此題為研究者自行設計，本題目的在探討長者平時就醫之目的，分為(1)身體感到疼痛(2)身體保健(3)復健治療(4)健康諮詢(5)其他。長者的就醫目的大多是因身體感到疼痛，共 47 位，佔研究樣本中的 41.6%，選擇復健治療者次之，共 27 位，佔 23.9%，其中復健治療也將中醫門診復健治療列入。另外選擇身體保健者，希望自己更健康者共 18 位(15.9%)，就醫主要是進行健康諮詢者有 2 位(1.8%)，選擇其他有 18 位(15.9%)，此項採開放式填答，長者大多解釋是因為較少至診所就診，大多是到市區的地區醫院、醫學中心等就醫較多，此題未填答者有 1 位(0.9%)。

在醫療利用資源方面，長者在身體不舒服時大多還是以看西醫為主，共 93 位，佔 82.3%，但因題目未將西醫基層診所及醫院做區分，所以無法了解長者平時實際使用診所資源的狀況，而選擇看中醫的長者共 12 位(10.06%)，大多是以做復健治療為主，其他像是自行至藥局買藥服用或多休息等共 7 位，有 1 位未填答此題。

6. 固定診所就醫習慣

此項主要在了解老年人是否常在固定診所看診，題目：「請問您是否都在固定醫療診所看診?」。填答有固定診所的人有 82 位，佔 72.6%，填答沒有者有 28 位，佔 24.8%，未填答者有 3 位，佔 2.7%。此題除了詢問就診習慣外並設開放性問題，詢問長輩常就診之診所名稱，但在回收問卷後發現長者大多填答中部大型地區醫院或是醫學中心，少數有填寫診所名稱，可能是因問卷題意不清或是訪員未向長者解釋清楚診所與醫院之差異所導致之結果。

第二節 推論性統計

本節主要以 T 檢定、卡方檢定及迴歸模式了解會員與非會員在醫療需求、賦能、認知程度、健康行為及就醫量表等是否具有差異性。第一部分以 T 檢定、卡方考驗檢定之。第二部份以迴歸分析以檢視本研究所提出之模式。

一、會員身分與傾向

統計結果發現性別與是否為會員身份兩變項構成之列聯表，以卡方檢驗之卡方值為 1.658, p 值為 0.198, 大於 0.05, 未達顯著水準，所以表示性別與會員身分與否並無顯著關聯，而在教育程度與會員身份兩變項構成之列聯表，其卡方值為 20.779, p 值為 0.002, 小於 0.05, 達顯著水準，表教育程度與會員身分與否有顯著關聯，教育程度高低與是否為會員身分可能有其差異性。

婚姻狀況與會員身分兩變項，卡方檢驗之卡方值為 5.711, p 值為 0.222；居住狀況與會員身分與否兩變項以卡方檢驗之結果，卡方值為 4.380, p 值為 0.223 大於 0.05, 兩者均未達顯著水準，表示婚姻狀況、居住狀況和會員身份與否無其差異性。本研究假設居住狀況和婚姻狀況會影響長者加入會員與否，而會員身分為健康行為產生之誘因，使其在生活中易有健康行為之發生，但統計結果證明居住狀況、婚姻狀況與會員身份之假設不成立。但有相關研究發現(王瑞霞等人, 1997)，不同居住狀況之老人在自我照顧上其實有其差異性存在，並認為僅與配偶同住的老人較有機會進行健康促進行為，表示長者進行健康行為，與是否為會員身份並無直接關係。

二、會員身份與醫療需求、賦能

以 T 檢定檢驗慢性病數與會員身分兩變項, T 值為 1.245, p 值為 0.349, 大於 0.05, 未達顯著水準；而在 ADL 量表與會員兩變項中, T 值為 -1.360, p 值為 0.004, 達顯著水準, IADLs 與會員身分之檢定 T 值為 -1.007, p 值為 0.048, 小於 0.05 也達顯著水準。表示會員與非會員在身體功能上有所差異。

在賦能來說，支配金與會員身分兩變項之檢定, T 值為 1.245, p 值為 0.349, 大於 0.05, 未達顯著水準，表示賦能與會員身份與否並未達統計顯著意義。

三、會員身份與認知程度

在看診主要目的與會員身分與否，以卡方檢驗之結果，卡方值為 8.525，p 值為 0.074 大於 p 值為 0.05，未達顯著水準；而在常去的診所是否有宣導家庭醫師訊息上與會員卡方值為 21.927，p 值為 0.000，小於 p 值 0.05，達顯著水準。在您認為有自己的家庭醫師是否能讓自己更健康與會員身分兩變項之 T 檢定值為 0.490，p 值為 0.057，雖未達顯著水準，但可能是因會員數與非會員數之差異所導致。

四、會員與非會員之醫療資源使用情形

在住院次數與會員身分與否之 T 值為-0.70，p 值為 0.128 未達顯著水準；而在急診使用次數之 T 值為 0.544，p 值為 0.300，未達顯著水準；住院天數 T 值為-1.264，p 值為 0.012，達顯著水準；身體不舒服時最常利用的處理方式，與會員身分與否之卡方檢驗結果為卡方值 4.974，p 值為 0.290 大於 0.05，未達顯著水準。

是否在固定醫療診所就診與會員身分與否，卡方檢驗結果，卡方值為 0.383，p 值為 0.536 大於 0.05，未達顯著水準。住院與會員身分與否，卡方檢驗結果卡方值為 0.310，p 值為 0.578，大於 0.05，未達顯著水準。急診使用狀況與會員身分與否，卡方檢驗結果卡方值為 0.301，p 值為 0.583，大於 0.05，未達顯著水準。

西醫門診使用狀況與會員身分與否，卡方檢驗結果卡方值為 0.422，p 值為 0.936，大於 0.05，未達顯著水準。中醫門診使用狀況與會員身分與否，卡方檢驗結果卡方值為 1.429，p 值為 0.699，大於 0.05，未達顯著水準。

五、會員與健康行為

以健康行為與會員身分之 T 檢定結果，可了解吸菸、喝酒、運動與會員身分有顯著相關，吸煙情形與會員之 T 值為-1.008，p 值為 0.037，達顯著水準；喝酒情形與會員身分之 T 值為 1.532，p 值為 0.013，達顯著水準；運動情形 T 值為 2.441，p 值為 0.000，達顯著水準。而嚼檳榔情形 T 值為-0.462，p 值為 0.352，未達顯著水準；刷牙習慣 t 值為 0.206，p 值為 0.472 未達顯著水準。以過去一年是否有作健康檢查與會員身分之列聯表，以卡方考驗檢定之，卡方值為 5.539，p 值為 0.019 達顯著水準。

此外，在家庭醫師是否主動提供保健訊息上，本研究在問卷設計上並未詢問會員，但在健保局在 98 年的家戶會員之電話調查中，結果顯示在醫師是否主動提供健康諮詢及保健訊息問題中，69.36%會員表示會主動告知，有 30.64%會員表示不會主動提供。

六、會員與非會員自評健康狀況

在會員與自評狀況之 t 值為-1.012，p 值為 0.044，達統計顯著意義，而自覺健康狀況較不好之老人，其孤寂感可能較高(鄭政宗、賴昆宏，2007)，在自覺健康狀況部份，t 值為-0.772，p 值為 0.658，未達統計顯著意義，而在抑鬱量表之 t 值為-1.815，p 值為 0.534，未達顯著意義，在和同年齡相比之狀況來說 t 值為 0.259，p 值為 0.053，未達顯著意義。

七、會員與非會員滿意度調查

在生活滿意度 t 值為 1.636，p 值 0.705，未達統計顯著意義，而在就醫滿意度上，t 值為 0.606，p 值為 0.379，未達統計顯著意義。

第三節 迴歸分析

此部分目的在瞭解本研究提出之模式之適切程度，並試圖找出影響之因素。

1. 傾向、賦能、需求、認知程度是否會影響老年人加入家庭醫師之意願

納入 T 檢定及卡方檢定之顯著變項來預測是否影響老年人加入計劃之意願，選入變數有教育程度、ADL 失能程度、IADL 失能程度、認知程度之診所宣導訊息、住院天數。

在個人基本傾向上，選入教育程度作預測，採強迫進入法。在適合度檢定上，從變異數分析表中可知 p 值為 0.008，小於顯著水準 0.05，表示此模式適合解釋老年人加入家庭醫師之意願。但相關係數為 0.429，判定係數值為 0.184，因本研究樣本數較少，便採調整後係數值，係數值為 0.138；Beta 係數值為 -0.249 ($t=-2.706, p=0.008$)，雖然 $F(6, 106)=3.981, p=0.001$ ，表解釋力有顯著意義，但此模式解釋力較低，只有 5.3%。由於賦能各變項在前一節之各項考驗未達顯著，便未選入迴歸項。但在進一步分析後(表 12)，發現教育程度在研究所以上的長者有其差異性，教育程度可能為影響長者是否加入會員之因素。

表 12 教育程度虛擬迴歸分析結果摘要

自變項		第一階段	第二階段	第三階段
Beta 值	教育程度	-0.249		
	虛擬變項—研究所以上		-0.225	-0.289
R		0.249	0.429	0.289
R square		0.062	0.184	0.084
調整後 R square		0.053	0.138	0.076
F 考驗		7.323 ($p=0.008$)	3.981 ($p=0.001$)	10.150 ($p=0.002$)

在需求面向上，ADL 與 IADL 失能程度都列入分析，採強迫進入法。在適合度檢定上，從變異數分析表中可知 p 值為 0.364，大於顯著水準 0.05，表示此模式不適合解釋老年人加入家庭醫師之意願。且兩者 P 值都未達顯著性，便不列入考慮。

在認知程度中，「常去的診所是否有宣導家醫訊息」之適合度檢定，F 值為 26.833，顯著性為 0.000，小於顯著水準 0.05，表此模式適合解釋老年人加入意願。判定係數值為 0.198，因本研究樣本數較少，便採調整後係數值，係數值為 0.190；Beta 係數值為 0.444 ($t=5.180, p=0.000$)，雖然 $F(1, 109)=26.833, p=0.001$ ，表解釋力有顯著意義，但此模式解釋力較低，只有 19%。

2. 會員身份是否會影響老年人之健康行為

由於收集之會員數過少，本模型試圖以現有樣本數做推論，在健康行為各項中選入吸菸情形、喝酒情形、運動情形、健檢情形，採強迫進入法，在適合度檢定上，F 值為 2.897，p 值為 0.025，小於顯著水準 0.05，達顯著性，表此模式適合解釋會員身分是否影響老年人之健康行為。判定係數為 0.099 調整後，因樣本過小，遂採調整後係數值 0.065；吸菸情形 Beta 值為 0.104 ($t=0.998, p=0.321$)，喝酒情形之 Beta 值為 -0.156 ($t=-1.525, p=0.130$)，運動情形之 Beta 值為 -0.147 ($t=-1.470, p=0.145$)，健檢情形之 Beta 值為 0.149 ($t=1.515, p=0.133$)。但模型解釋低，只有 9%。

第五章 結論與建議

第一節 結論

本次研究結果可得知教育程度在研究所以上的長者有其差異性，教育程度可能為影響長者是否加入會員之因素，據推論應是高等教育水準可能較注重自身保健，想加入會員讓自己更健康所產生之差異。

而老年人在選擇就醫診所時最先考慮診所離家之距離，其次才是對醫師信任度，以及醫護人員服務態度親切。在調查時，不少長者透露自己平時都還是到大醫院去就診，如果是小感冒等或是中醫的復健治療才會較常到診所就醫。但在本次研究的家庭醫師上，長者大多從醫院、診所得知，但對於其內涵及服務內容都不甚了解，大多需要訪員在旁解釋題意，才能完成問卷。

調查中，老年人希望改善及提供之服務在會員與非會員間有所差異：會員希望改善藥物諮詢、營養諮詢、病情後續追蹤等三項服務；非會員則是病情解說、病情後續追蹤、藥物諮詢。而在您認為有自己的家庭醫師是否能讓自己更健康與會員身分並未達顯著，有兩種可能，一為會員與非會員都對家庭醫師不熟悉，二為家戶會員在使用家庭醫師相關服務時，並未感受到其所帶來之效益。但在「診所是否有宣導家庭醫師訊息」達顯著差異，可能因會員因自己有加入便較注意家庭醫師之相關訊息。

第二節 建議

目前需要注意之情況像是老年人在中醫醫療服務上的使用率，由於以前的有病治病，沒病強身的觀念，可能會造成老年人在中西醫醫療服務上的重覆使用，若是長者又剛好得小感冒，可能就會產生一天除了要吃慢性病的藥、感冒的藥，還需要再吃中藥的現象，可能會增加重複用藥或是交互作用的發生率，由於台灣與國外醫療環境的不同，中醫有其存在之社會意義，未來是否需要建立中醫醫療群，與西醫共同掌握個案之狀況，是可以試行的。

健保局在 98 年進行之家戶會員電訪調查，發現會員對於家庭醫師之滿意度約為 93%，但實際上來說全台加入家戶會員之人數不多，老年人加入會員者更是少之又少，主要原因還是在於家庭醫師政策的宣導上，老年人不了解何謂家庭醫師，也不了解其相關服務，在訪問中，甚至有被詢問是否需要繳錢才可加入會員，足見該政策的宣導效果不佳。政府推行此政策多年，但大多數民眾仍不了解家庭醫師及珍惜醫療資源之意義，建議除了社區公衛教育外，是否也可以從基本學校教育著手，也許可以增加民眾對家庭醫師之概念進而提高家庭醫師資源使用率。

但除了宣導外，也需要試著建立就醫之限制，並試圖整合個案資訊，像是老年人在醫學中心、地區醫院等病歷是否能與診所互通，以落實全人照護。醫院與診所雖有提醒老年人慢性病之回診、健檢提醒、疫苗注射等服務，且相關資訊系統已完備，但由於民眾不了解其家戶會員之意義，且因建檔時增加醫師看診之困難度，可能導致家戶建檔率不高，所以如何使民眾提高加入會員之意願，特別是使用資源較多的老年人，並要讓更多醫師願意投入醫療群等，都是需要克服的問題。

研究限制：

- (1)礙於人力、醫療群及民眾配合之因素，採研究者立意收案之方式，導致樣本之家戶會員數過少，但家戶會員是以戶為單位，所以有可能是自己的子女加入，但長者並不清楚自己是否為會員，以及本研究未取得老年人在醫療服務利用上完整資料，所以在結果推論上可能有所限制。
- (2)由於本研究僅在長青大學、社區關懷據點等老人聚集地收案，樣本可能都較一般社區老人活躍。加上本研究設定在可活動之社區老人，未能代表社區中失能或是居住於安養中心之長者，可能使得本研究的樣本在推論性和代表性上有所限制。

- (3)本問卷以結構式問卷評估抑鬱程度、生活滿意度、就醫滿意度等，可能無法完全呈現受訪者真正想法，且因題目設計過多，導致受訪意願降低。且有些部份為長者自行填答，訪員未陪同，可能會有無法完全了解題意之情況發生。建議未來研究者在進行相關研究時，可以試圖以質性之方式探討此議題。
- (4)由於國內較少老年家戶會員之研究，大多是以一般民眾為對象，部份研究結果較缺乏文獻佐證。

誌謝

感謝以下單位在此次研究中給予之協助：

財團法人天主教曉明社會福利基金會附設之長青大學

財團法人老五老基金會

財團法人台灣基督長老教會蒙恩教會

財團法人真佛覺心社會福利慈善基金會

台中市南區崇倫社區發展協會

財團法人台中市弘道老人福利基金會

財團法人台中市私立甘霖社會福利慈善事業基金會

參考文獻

1. Andersen R, Newman JF. (1973), "Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States.", *Milbank Mem Fund Q Health soc.*, 51(1), 95-124.
2. Andersen R. (1995), "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Dose It Matter?", *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
3. Cohen M. E., Marino R. J. (2000). The tools of disability outcomes research functional status measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(12 Suppl 2), S21-29.
4. Halm EA, Causino N, Blumenthal D (1997), "Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians' attitudes.", *JAMA*, 278, 1677-81.
5. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, et al (2004), "The future of family medicine: A collaborative project of the family medicine community.", *Ann Fam Med*, 2 (Suppl 1), S3-32.
6. Martin, D., Diehr, P., Price, K.F., & Richardson, W.C. (1989), "Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial.", *Am J Public Health*, 79, 1628-1632.
7. 中央健康保險局中區分局，2009，摘自 <http://www.nhicb.gov.tw/index.php>。
8. 行政院衛生署臺南醫院，2009，摘自 <http://web.tnhosp.gov.tw/family/h.htm>。
9. 國民健康局，2007年「中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」，<http://www.bhp.doh.gov.tw/PDA/PressShow.aspx?No=200810090004>。
10. 行政院主計處，2004。
11. 台閩地區九十歲以上人口訪查報告 (2004) 內政部。

12. 呂靜儀 (2008), 敏盛綜合醫院社區醫學中心, 社區醫療報導創刊號, http://www.e-ms.com.tw/gin_kwo/activity/activity_7_new1.html。
13. 王元恩 (2007), 台灣地區老人自覺健康狀態健康行為與醫療資源利用之研究, 天主教輔仁大學應用統計研究所, 指導教授: 廖佩珊博士。
14. 王瑞霞、許秀月 (1997), 社區老年人健康促進行為及其相關因素的探討—以高雄市三民區老人為例. 護理研究, 5(4), 321-329。
15. 江哲超 (2003), 老人資本、自評健康與醫療資源使用相關性之研究, 私立南華大學社會學研究所, 指導教授: 齊力博士。
16. 江信男、林旻沛、柯慧貞 (2005), 台灣地區老人的生理疾病多寡、自覺生理健康、社會支持度與憂鬱嚴重度, 臨床心理學刊, 2(1), 11-22。
17. 李靜怡 (2005), 淺談老年身心健康狀況與居住安排, 網路社會學通訊期刊, 48。
18. 李妙純、沈茂庭 (2008), 全民健保下不同所得群體醫療利用不均因素分析, 台灣衛誌, 27(32), 223-231。
19. 巫雲光、黃純德、應純哲、嚴雅音、藍守仁, 中醫實施全民健康保險家庭醫師整合性照護制度之可行性研究—以高屏地區為例, 福爾摩莎醫務管理雜誌, 1(2), 164-176。
20. 宋松遠、張慧如、陳銘樹、錢慶文 (2007), 全民健保家庭醫師整合性照護制度試辦計畫之評估—以花蓮某社區醫療群為例, 醫務管理期刊, 8(1), 51-65。
21. 吳哲維 (2003), 醫師照護品質與家庭醫師制度, 未出版之碩士論文, 台中健康暨管理學院。
22. 周憲民 (2008), 社區醫療群與基層藍海策略之實踐, 醫療品質雜誌, 2(3), 68-72。
23. 官蔚菁 (2004), 台灣健康信念模式研究之統合分析, 國立成功大學護理學系碩士班, 指導教授: 陳清惠、陸偉明博士。
24. 林俞均 (2008), 老人憂鬱狀態與休閒活動之相關性研究, 亞洲大學長期照護研究所碩士論文。
25. 凌千惠、傅光翊、黃荷瑄、姚慧萍、林宜慧、葉志嶸 (2007), 老年族群之憂鬱程度、社會支持程度與醫療服務使用之相關性, 中山醫學雜誌, 18, 201-215。
26. 紀乃正 (2008), 社區醫療群之成功經驗—以七堵社區醫療群為例, 醫療品質雜誌, 2(4), 81-83。
27. 連雅茶、黃惠滿、蘇貞瑛 (2008), 社區獨居老人人格韌性社會支持與生活滿意度相關性研究, 長期照護雜誌, 12(1), 161-178。
28. 張鴻仁 (2002), 全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性之探討, 台灣公共衛生雜誌, 21(3), 207-213。
29. 張家銘 (2009), 嘉義市老年人休閒運動參與程度、心流體驗、生活滿意、憂鬱程度之相關研究, 中華民國體育學, 42(3), 113-130。
30. 張家銘、蔡智能 (2003), 老年人之周全性評估, 台灣醫學, 7 (3), 364-374。
31. 張素紅、楊美賞 (1999)。老人寂寞與個人因素、自覺健康狀況、社會支持之相關研究, 高雄醫學科學雜誌, 15 (6), 337-347。
32. 莊豔妃、宋惠娟、林麗萍 (2005)。偏遠礦區老人健康狀況及健康醫療資源使用之調查研究。慈濟護理雜誌, 4(1), 34-41。
33. 徐自強 (2008), 與其生病醫療不如保健管理, 品質月刊, 50-55。
34. 陳肇男 (1992), 台灣地區老人健康狀況與就醫行為, 人口轉型中的家庭與家戶變遷研討會論文集。
35. 陳肇男 (1999), 老人三寶—老本、老伴與老友。中央研究院經濟研究所經濟研究叢書。

36. 陳正生(2000)，社區老人憂鬱疾患之身體狀況。私立高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。
37. 陳益良(2002)，應用資料探勘法探討老人就醫特性—以高雄市三民區為例，高雄醫學大學健康科學院公共衛生研究所碩士論文，指導教授：邱亨嘉博士。
38. 陳麒丞(2004)，參與家庭醫師整合性照護計畫之民眾與醫療機構之成效評估，中國醫藥大學醫務管理學系研究所碩士論文。
39. 陳晶瑩、呂碧鴻、陳慶餘、戴東原(2004)，家庭醫學與老年醫學專科醫師在社區老人照護合作之角色，臺灣家庭醫學研究，2(1)，1-9。
40. 郭淑芬、張蓓莉、許馨文、馬漢光、鄧世雄(2007)，社區整合性老年健康照護模式實例，醫療品質雜誌，1(5)，17-26。
41. 馬作鏹、吳宜玲、邱鈺婷、邵國寧、黃素雲(2006)，應用健康信念模式探討台灣地區影響老年人利用健保成人預防保健服務之相關因素研究，醫務管理期刊，7(4)，349-369。
42. 許佑任、陳家榆、林恆慶、陳楚杰(2004)，台灣民眾對實施家庭醫師制度之意願及相關因素研究，台灣家醫誌，14(4)，159-172。
43. 許佑任(2005)參與家庭醫師整合性照護試辦計畫民眾對醫療服務品質之觀感，台北醫學大學醫務管理所碩士論文，指導教授：林恆慶。
44. 許志成、徐祥明、徐瑱淳、石曜堂、戴東原(2003)。台灣地區老年人健康行為之影響因素分析。臺灣公共衛生雜誌，22(6)，441-452。
45. 許志成，羅勻佐，徐瑱淳，許雅婷，羅慶徽(2007)，臺灣老人人口分佈與自覺健康之地區性差異，臺灣家庭醫學雜誌，17(2)，59-72。
46. 黃久美，于淑，張麒懿，李恆華，林佩佩，張婷婷，陳琬菁，彭彥凌(2004)，台灣地區中老年人預防保健行為及其相關因素之探討，國民健康局九十一年度科技研究發展計畫。
47. 黃建始、陳君石(2007)，健康管理的理論與實踐溯源，中華健康管理學雜誌，1(1)，8-12。
48. 黃建勳、洪壽宏、劉文俊、邱泰源、陳慶餘、梁繼權(2006)，「家庭醫師整合性照護制度」雙向轉診民眾意見調查—以台灣中部三個社區醫療群為例，臺灣家庭醫學研究，4(2)，61-69。
49. 傅雯睿(2005)，以使用著觀點探討社區型日間照護的服務，慈濟大學公共衛生學研究所碩士論文，指導教授：尤素娟博士。
50. 董何銳(2005)，台灣老年人口自評健康與功能障礙情形之轉變。身心障礙研究，3(2)，73-87。
51. 廖慧娟(2008)，社區醫療群推動感想—基層醫師，醫療品質雜誌，2(2)，16-21。
52. 廖慧娟(2008)，社區醫療群推動感想—合作醫院，醫療品質雜誌，2(2)，22-26。
53. 廖慧娟(2008)，家戶會員接受家庭醫師照護制度之體驗，醫療品質雜誌，2(2)，22-26。
54. 劉惠瑚、陳玉敏(2004)，慢性病老人自我照顧之生活經驗，慈濟護理雜誌，3(3)，50-59。
55. 鄭正宗、賴昆宏(2007)，台中地區長青學苑老人之社會支持、孤寂感、休閒活動及生命意義之研究，朝陽學報，12，217-254。
56. 鄭瑞英(2004)，老年人在全民健保下中西醫就醫行為研究，中國醫藥大學醫務管理所碩士論文。
57. 薛瑞元(2007)，台灣老人醫療政策展望，醫療品質雜誌，1(5)，4-9。

58. 蔡秀美 (1993), 老年健康狀況及醫療照護利用之研究, 社會安全問題之探討, 中正大學社會福利研究所, 215-242。
59. 顏似綾、詹其峰、梁繼權、邱泰源、劉文俊、陳慶餘 (2008), 社區醫療群家庭醫師對全民健保家庭醫師整合性照護試辦計畫政策滿意度調查, 台灣家醫誌, (1), 11-21。
60. 鐘麗琴、陳惠芳 (2008), 南區參與家庭醫師整合試辦計畫診所病人用藥行為之研究, 健康保險期刊, 4(2), 48-68。

行政院國家科學委員會 大專學生參與研究計畫

家庭醫師整合性照護制度下
影響基層診所就診率之因素分析

—— 65 歲以上問卷 ——

※問卷填答完畢後請交給發放人員，
並索取贈品，感謝您的配合！

受試者 您好：

在家庭醫師整合制度中，固定的家庭醫師將會提供您 **24 小時電話諮詢服務、基本醫療與預防保健知識、住院轉介等服務**，而目前政府正推行此制度，期望以家戶為單位，提供健康家戶會員更完整的照護。

而本研究主要是探討**影響您加入健康家戶會員之因素(亦即自己擁有自己的家庭醫師)**以及您的保健與醫療資源使用情形。

題目有些繁瑣，請您盡量完整填答，您的回答將只做為學術所用，資料不對外公開，感謝您的支持與配合！

中山醫學大學醫療產業科技管理學系 助理教授 張釘桓

大學生 林庭邑

蔡易樺

壹、受訪者基本資料

- A1. 性別： 1. 男 2. 女
- A2. 出生年月： 民國 _____年____月 (或 _____歲)
- A3. 請問您的**教育程度**：
1. 不識字 2. 識字，但未曾就學 3. 國小 4. 國中
5. 高中（職） 6. 大專院校(含專科) 7. 研究所以上
- A4. 請問您的**婚姻狀況**：
1. 已婚 2. 未婚 3. 離婚 4. 喪偶
5. 分居 6. 目前有同居伴侶
- A6. 請問您目前和**哪些人員同住在一起**？
1. 獨居 2. 配偶同住 3. 與固定子女同住
4. 親友或孫代子女 5. 其他_____
- A7. 請問您居住在：
1. 北區 2. 中區 3. 南區 4. 東區 5. 西區
6. 北屯區 7. 南屯區 8. 西屯區 9. 台中縣
10. _____(其他縣市)
- A8. 請問您是否有**參加全民健康保險？(擁有健保卡?)**
1. 有 2. 沒有 3. 停保中
- A8. 請問您**每個月自由支配的金額**？
1. 5,000 元以下 2. 5,000- 9,999 元 3. 10,000-19,999 元
4. 20,000(含)以上
- B1. 請問您是否患有**以下的疾病**？
1. 無 2. 高血壓 2. 糖尿病 3. 心臟病 4. 中風
5. 痛風 6. 癌症或惡性腫瘤 7. 肺炎或肺部疾病
8. 腎臟病 9. 風濕性關節炎 10. 其他_____

B2.在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，您 單獨做下面這些動作， 會不會有困難？	0 沒困難	1 有些困難	2 很困難	3 完全做不到
(1) 洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 穿衣服、脫衣服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 吃飯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 起床、站立、坐在椅子上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 室內走動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 上廁所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3.若要自己一人做下面的事， 就您的健康和身體的情 形來看，是不是有困難？	0 沒困難	1 有些困難	2 很困難	3 完全做不到
(1) 買個人日常用品 (如肥皂、牙膏、藥品等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 處理金錢(如算帳、找錢、付帳等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 獨自坐汽車或火車	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 在住家或附近做粗重的工作 (例如清水溝或清洗窗戶)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 掃地，洗碗，倒垃圾等其他 輕鬆工作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 打電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C1. 在做此份問卷前，您是否曾聽過家庭醫師制度？

1. 是(續答 C1-1.)

2. 否(跳答第 C 3 題)

C1-1. 請問是從何處得到有關家庭醫師的資訊

1. 衛生所

2. 醫院/診所

3. 報章雜誌

4. 電視

5. 廣播

6. 親友

7. 網路

8. 其他_____

C2. 請問您是否有加入健康家庭會員，擁有自己的家庭醫師？

1. 是(續答 C2-1.)

2. 否(跳答第 C 3 題)

C2-1. 主要是因為什麼原因加入健康家庭會員？

1. 親人影響

2. 朋友介紹

3. 醫師推薦

4. 醫療院所的宣導

5. 報章媒體報導

6. 網路

7. 自己認為有需要

C2-2. 加入健康家庭會員制度後，對於您在自我保健上是否有所變？(可複選)

1. 運動次數增加

2. 飲食習慣改變（例如：飲食變較均衡）

3. 較少吃檳榔

4. 較少抽菸

5. 較少飲酒

6. 其他_____

7. 沒有影響

C3. 您認為擁有自己的家庭醫師能讓自己更健康嗎？

1. 非常同意

2. 同意

3. 不確定

4. 不同意

5. 非常不同意

C4. 經常去的診所，是否有宣導家庭醫師以及加入健康家庭會員的相關之訊息？

1. 是

2. 否

C5. 您看診(西醫、中醫)門診主要的目的是什麼？

1. 身體感到疼痛

2. 身體保健

3. 復健治療

4. 健康諮詢

5. 其他_____

C6. 您希望西醫診所能對您再提供哪些服務會更好？

1. 藥物諮詢

2. 病情解說

3. 病情後續追蹤與服務

務

4. 營養諮詢

5. 心理諮詢

6. 其他_____

C7. 請問您是否願意在有加入家庭醫師計畫之診所登記為會員？

(此題為本計畫主要探討之議題，請盡量說明原因)

我想加入

我不想加入

因為：

D1.最近半年來，您吸菸的情形是：

1. 不吸菸 2. 朋友敬菸或應酬才吸菸
3. 平均一天約吸一包菸（含以下）
4. 平均一天約吸一包菸以上

D2.最近半年來，您喝酒的情形是：

1. 不喝 2. 偶爾喝酒或應酬才喝 3. 經常喝酒 4. 酗酒

D3.最近半年來，您嚼檳榔的情形是：

1. 不嚼檳榔 2. 偶爾會嚼或應酬才嚼
3. 經常嚼 4. 每天/隨時在嚼

D4.最近半年來，您運動（指一次運動至少 20 分鐘以上）的情形是：

1. 不運動 2. 很少運動(少於每月一次)
3. 偶爾運動(少於每週三次) 4. 經常運動(每週三次以上)

D5.您是否有早晚刷牙的習慣？

1. 幾乎不刷 2. 只有早上刷一次
3. 早、晚各刷一次 4. 早、晚及三餐後各刷一次

D6. 過去一年內是否做過健康檢查？

1. 有做 2. 沒有做

E1.身體不舒服時最常利用的處理方式？

1. 看西醫 2. 看中醫 3. 到藥局買藥
4. 民俗療法 5. 多休息 6. 其他_____

E2. 請問您是否都在固定的醫療診所看診？

1. 有(續答 E2-1) 2. 沒有(跳至第 E3 題)

E2-1.請問常去的診所診所類別為 中醫 西醫

E2-2.請問診所名稱為 _____診所

E3.若要看病，選擇就醫地點的考慮因素是(可複選)

1. 離家近 2. 對醫師信任 3. 設備較好
4. 服務態度親切 5. 交通車接送 6. 用藥快速有效
7. 收費較便宜 8. 其他_____

E4.過去一年是否有住院，幾天？

1. 沒有 2. 有，住院次數 ___次， ___天

E5.過去一年急診使用狀況

1. 沒有 2. 有，次數 ___次

E6.過去一個月西醫門診使用狀況

1. 1~2 次 2. 3~4 次 3. 5~6 次
 4. 7~8 次 5. 10 次以上

E7.過去一個月中醫門診使用狀況

1. 1~2 次 2. 3~4 次 3. 5~6 次
 4. 7~8 次 5. 10 次以上

F1.您認為自己現在健康情形？

1. 很好 2. 好 3. 普通 不太好 很不好

F2.請問您自己和一年前比起來健康情形

1. 較好 2. 差不多 3. 較差

F3.和大多數跟您同年齡的人比較起來，您認為您的健康情形是

1. 較好 2. 差不多 3. 較差

F4.抑鬱(CES-D)量表

每個人都會有心情變化的時候，在過去這一星期裡，你是不是常有下面的情形或感覺？	沒有	很少(只有一天)	有時候會(二至三天)	經常或一直(四天以上)
1.不想吃東西、胃口很差	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.覺得做每一件事都很吃力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.睡不好覺(睡不入眠)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.覺得心情很不好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.覺得很寂寞(孤單、沒伴)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.覺得身邊的人不要和你好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.覺得很傷心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.提不起勁來做事(沒精神做事)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.覺得很快樂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.覺得日子(生活)過得不錯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F6.生活滿意度

	是	否
1.你的人生和大多數的人比你的命是不是比他們都要好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.你是不是對你的人生感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.你是不是對你做的事感覺有意思	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.這些年是不是你人生中最好的日子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.即使可能(再來一次、重新來過)你是不是願意改變你過去的人生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.你是不是期待將來會有一些令人高興的(歡喜的)事情發生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.你的日子是不是應該可以過得比現在好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.你是不是感覺所做的事大多數都是單調枯燥的(沒趣味的)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.你是不是感覺老了，而且有一些厭倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.你這一生是不是可以說大部分都符合你的希望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F7.就醫滿意度

	非常 不滿意	不 滿意	尚 可	滿 意	非常 滿意
請注意: 此大題主要是針對 以往您在 基層西醫診所 就醫的感受					
1.您對現場掛號人員的服務感覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.您對看診前等候所花的時間感覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.您對看診醫師的解說病情感覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.您對看診醫師的服務感覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.您對診所護士的服務態度感覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.您對檢查時的隱密性感覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.醫師讓您有充裕時間敘述問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.醫護人員能針對您的疾病給您適合的保健資訊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.需要時診所可為您轉介其他科別或醫院就診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.醫師能清楚說明藥物的作用、副作用及 注意事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.您覺得診所收費合理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

本問卷全部結束