

嘉南藥理科技大學專題研究計畫成果報告

計畫編號：CNHA9502

計畫名稱：應用決策樹於參與家庭醫師整合照護制度之可能因素
研究

執行期間：95 年 1 月 1 日至 95 年 12 月 31 日

☐ 整合型計畫

☒ 個別型計畫

計畫總主持人：

計畫主持人：林為森

子計畫主持人：

研究生：黃筱云

中華民國 96 年 02 月 28 日

應用決策樹於參與家庭醫師整合 照護制度之可能因素研究

摘要

全民健保實施後，民眾擁有自由就醫的權利，加上就醫的經濟障礙大幅降低，更導致民眾習慣往大醫院並且崇尚名醫就醫的現象。爲了落實轉診與分級醫療制度的理念，並減少不必要的醫療資源浪費，中央健保局於92年開始推行「家庭醫師整合性照護制度」試辦計畫，其主要的功能爲提供民眾周全性、協調性與持續性的初級醫療與預防保健服務，並以民眾健康爲導向，建立以病人爲中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。不過，由於此計畫目前採用醫療提供者與民眾均屬自願參加的模式，再加上民眾長久養成的就醫習慣以及對基層診所看病的疑慮與不信任等，使得家庭醫師制度的參與一直到現在都還不普及。本研究擬以找出影響民眾參與家庭醫師整合照護制度之可能因素，並比較參與家庭醫師制度與未參與家庭醫師制度民眾之差異性，從中發展出民眾參與家庭醫師制度的預測模式。

關鍵詞：家庭醫師制度、認知、態度

Abstract

The establishment of the National Health Insurance provides a convenience medical care environment for patients and largely reduces the economical barrier; this also causes patients to see the famous

doctor in the medical center. In order to reduce wastes of medical resource, an integrated delivery and referral system for setting up different level of medical treatment must be carrying out. In 2003, National Health Insurance boosts a family physician program. The purpose of this project is to build up the faithful relationship between patients and physicians, to improve the quality of primary care systems, to combine public health and related medical resources as well as to offer a complete and continuous medical care for patients. However, patients and physicians are voluntary participation in this project, the participation of people are not popular now. Purposes of this study are to investigate people's cognition, attitudes toward the family physician program and their willingness to participate in this program, and build a behavior intention model to analyze related factors.

Key word: family physician program, cognition, attitude

前言

中央健保局於民國九十二年起推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，主要目的是建立社區醫療網絡，落實分級醫療及雙向轉診，並且透過家庭醫師制度，改善以往民眾不分大小病，都到大醫院看病，而造成時間、金錢和醫療資源浪費的情形；根據行政院衛生署統計，根據行政院衛生署統計，我國醫院2004年平均每日醫療服務量或平均每家醫院每日醫療服務量與上年比較均

呈增勢^[1]，顯示國人就醫次數並未減少。另外，據健保局資料統計，各層級醫療院所轉診作業量，自 2005 年 7 月健保部分負擔調漲實施前兩週到 9 月份，平均每日轉診人次所佔比例由 3.3% 增加至 6.25%。目前醫院轉診接受率已約達每日門診量之千分之五，顯示民眾就醫習慣正逐步改變中^[2]，未來轉診人數是否會持續增加，仍有待觀察。

然而長期民眾習慣至大醫院就診或找名醫看病，使得真正需要重症或專科醫療資源的使用者，無法得到適當的醫療照護，全民健保實施 10 年來，雖大幅降低了民眾就醫的經濟障礙，也提升醫療服務服的便利性，卻連帶造成醫療浪費情形的發生。

隨著全民健保財務短絀、轉診分級制度的未落實及 SARS 疫情的衝擊，讓國內很多醫療體系制度面臨重新檢討的課題。實施家庭醫師制度實在有其必要性與迫切性^[3]。國內關於家醫試辦計劃的研究，許佑任(2004)等人發現，有 63.3% 民眾願意參與家庭醫師制度^[4]；而林恆慶(2005)等人研究結果，有 62% 的基層醫師願意參與家庭醫師制度^[5]。另外何以尊(2006)研究發現診所醫師每月的轉介人次並不高，平均只有 12.10 人次，轉介率只達 1.5%^[6]。事實上，無論是行政部門或是醫界，甚至是民眾，都肯定建立家庭醫師的制度，然而多年下來，民眾習慣到大醫院就診的情形卻沒有改變。截至 2006 年 6 月 9 日為止，全國參與家醫試辦計劃已達 304 社區醫療群^[1]，民眾能否接受家庭醫師制度，與推廣家庭醫師制度能否成功息息相關，本

研究則針對參與家醫試辦計劃之基層醫療院所病患進行調查，希望瞭解計劃實施至目前的實際成效與民眾對試辦計劃之認知與態度，並比較參與家庭醫師計劃民眾與未參加家庭醫師計劃民眾在認知與態度上的差異，以提供做為學術上之探討以及未來宣導衛生政策之參考。

研究對象

本研究資料來源為 94 年「南區區域家庭醫師整合照護計劃管理及探討」之病人問卷調查資料結果，以雲嘉南地區 30 個加入 93 年度家庭醫師試辦計劃之社區醫療群，共 163 家診所之就診病人為問卷訪視對象，該資料共完訪 945 份問卷。而在資料選取的步驟中，針對本研究欲得到的結果，選取資料中與本研究相關且不可或缺的變數，並剔除法提供任何資訊的變數，最後納入 551 筆資料做為本研究影響參與家庭醫師整合照護計劃的因素分析中。

資料處理與分析方法

本研究將以 SPSS 12.0 版統計軟體進行建檔與統計分析。以次數頻率分析描述民眾之基本特性與對家庭醫師整合性照護試辦計劃之認知態度情況，先以 t 檢定或卡方檢定進行變項差異比較分析，再依據民眾參與家庭醫師整合性照護試辦計劃的行為模式並探討影響民眾參與家庭醫師整合性照護試辦計劃的因素進行邏輯斯迴歸(logistic regression)模式之建立。所有變

項均以 p 值小於 0.05 界定為統計上有顯著意義。

將資料內容分為三個部份，係以民眾基本資料的二十七項題目，例如年齡、性別、教育程度、健康狀況、就診行為、對家庭醫師整合計劃的了解等所建構。另外以家庭醫師整合性照護試辦計劃的認知部份十題，例如是否聽過「家庭醫師」這個名稱、「家庭醫師」需要接受內外婦兒科臨床醫學訓練及社區醫學訓等；其內部一致性 Cronbach' s α 信度係數為 0.883。以及家庭醫師整合性照護試辦計劃的態度部份二十五題，例如看病不知要掛哪一科時可以找家庭醫師處理、家庭醫師能瞭解個人及家族過去病史有助於疾病的治療的同意程度等；構面內部一致性 Cronbach' s α 信度係數為 0.963。都在可接受範圍。

結果

一、民眾基本特質與就診行為

(一) 受訪者之基本資料

受訪民眾有加入診所之家庭會員者 306 人(佔 55.54%)，無加入會員者有 245 人(佔 44.46%)。在年齡資料方面，平均年齡($\pm$ 標準差)為 40.70 ± 17.60 歲。性別為女性者較多，有 360 人，男性有 191 人。教育程度為高中職者居多，有 180 人。宗教信仰為傳統信仰較多，有 164 人。職業為服務業最多，有 132 人；受訪者為醫事人員者 56 人；婚姻狀態為已婚者 357 人居多。目前受訪者居住地為台南縣市者居多，共有 332 人。詳見表一。

(二) 受訪者之健康情況

受訪者無家族病史者 332 人、有家族病史者 219 人；長期用藥者有 115 人；有過敏者 119 人；認為自己的健康狀況非常不好者 3 人、健康狀況不好者 53 人、尚可接受者 271 人、健康狀況好者 186 人、非常好者 38 人。詳見表二。

(三) 受訪者之就診行為

此次看診為初診者 72 人、複診者 479 人。距離上次看病時間為 30 天以上者居多，有 169 人。與上次看診為同一家診所有 419 人、不同一家有 132 人。此次就診原因為習慣者 258 人居多、其次為服務親切 257 人及醫師醫術高明者 227 人。因病情需要有接受診所醫師轉診及轉檢服務者 54 人(9.80%)，且一年平均轉介次數為 0.07 ± 0.30 次。詳見表三。

二 民眾對計劃的認知與態度

(一) 受訪者對家庭醫師整合試計劃的了解

有 181 位(佔 32.85%)受訪者不知道家庭醫師整合試辦計劃，知道有 370 人(佔 67.15%)；得知消息來源為診所醫師有 275 人(49.91%)、從診所其他員工得知有 55 人(9.98%)、從海報得知有 35 人(6.35%)、從家人朋友有 33 人(5.99%)、從媒體 73 人(13.25%)、其他 5 人(0.91%)。詳見表四。

（二）受訪者對家庭醫師整合試計劃的認知

有九成五的受訪者有聽過「家庭醫師」這個名稱，大部份的受訪者知道「家庭醫師」需要接受內外婦兒各科臨床醫學訓練及社區醫學訓練（65.34%）；知道「家庭醫師」為全家的醫療顧問角色（86.93%）；知道「家庭醫師」可以提供出生到年老連續性醫療照顧（76.77%）；知道「家庭醫師」的照護是持續性（79.31%）；知道「家庭醫師」的照護對象不分年齡性別與疾病型態（86.39%）；知道「家庭醫師」能適時轉介醫療照避免重複就醫與檢查（81.31%）；知道「家庭醫師」需提供便利性診療服務與諮詢（88.20%）；知道「家庭醫師」需要責任感提供必要的整體性照護（89.47%）。值得注意的是，受訪者知道如何在基層診所分辨「家庭醫師」和一般醫師只佔 51.54%。詳見表五。

（三）受訪者對家庭醫師的態度

在對家庭醫師態度的同意程度部份，整體回答平均分數為 65.68 ± 9.10 。在變項內容分析中，對於家庭醫師能瞭解個人及家族過去的病史，有助疾病的治療的認同最高，回答非常同意與同意者有 527 人（95.64%），回答不同意與非常不同意者有 6 人（1.09%）；其次為固定給一位家庭醫師照顧，醫師能最清楚與瞭解個人的身體狀況之認同，回答非常同意與同意者有 526 人（95.46%），回答不同意與非常不同意者有 9 人（1.63%）；再其次當有新的症狀或不明原因的身體問題，都可找家庭

醫師做處理之認同，回答非常同意與同意者有 513 人（93.10%），回答不同意與非常不同意者有 14 人（2.54%）。詳見表六。

三、影響受訪者參與家庭醫師制度之因素

影響受訪者是否參與健康家庭會員之因素：以卡方檢定發現，受訪民眾的看診為初複診、宗教信仰、是否為醫事人員、職業、婚姻狀態、有無家族病史、是否知道家庭醫師整合性試辦計劃、得知消息來源是否為醫師、診所員工、診所海報、是否有接受轉檢、就診原因（除交通便利外）、求診症狀為感冒、貧血、距離上次看病時間、上次看診地點同家診所、健康狀況之百分比，與填答是否參與家庭會員呈統計上的顯著相關性。

另外，以 t 檢定發現，受訪民眾對「家庭醫師」的認知與態度同意程度，與填答是否參與家庭會員呈統計上的顯著相關性。另外，參與家庭醫師會員之民眾對於家庭醫師的認知分數與態度同意程度上，皆高於未參加會員民眾。而在期望醫師服務與診所服務滿意度各三構面上，除了預防保健資訊提供方面與填答是否參與家庭會員呈無統計上的顯著差異之外，其他皆達顯著上的統計差異（詳見表七）。

其後將有顯著之相關變項進行邏輯斯迴歸分析，整體模式適合度檢定統計量為 333.346 ($df=9$) ($p<0.000$)，結果詳見表十，在控制其他變項後，發現民眾為複診病人、由醫師得知家庭醫師整合照護試辦計劃者、就診原是因

為診所參加家庭醫師整合照護試辦計劃者跟上次看診為同一診所者及對家庭醫師態度愈滿意者，較願意參與家醫會員。

討論

台灣推動家庭醫學已餘二十多年，造就不少優秀的家庭醫師，而這種基層醫師可擔任家庭醫師的潛力早已存在，只是一直未能得到民眾肯定。蔡佳洵(2003)研究發現，民眾只要對醫師服務稍有不合意、疾病危險程度較高者或牽涉到侵入性治療，往往會多看幾次門診，重複就醫^[7]。本研究發現受測者會參加家醫會員者之固定就診行為(複診、上次是否看同診所)比例較高，而受測者會因為醫師醫術高明、診所設施優良及服務親切而影響參加家醫會員，卻不會因為交通是否便利而影響。因此，除了建立完整的基層醫療網絡之外，更應增強民眾對基層醫療體系的信賴感，進而提高利用率。

本研究亦發現家醫會員與非家醫會員者在年齡及性別上，並未達統計上顯著水準，但在自覺健康狀況已達統計上顯著意義。這與許佑任(2004)的研究相符^[4]，故衛生主管機關應宣導基層醫療給予健康習慣及預防保健服務，以提高一般民眾參與家醫會員之意願。

家庭醫師(family physician)的定義，在澳洲全科醫師學院定義為”提供第一線的、連續性的及完整性的醫療照護給個人、家庭及社區“^[8]；因此家庭醫師又被稱為守門員

(gatekeeper)，主要藉由它能降低醫療成本、不必要的重複檢查、次專科資源使用與急診(Franks,1992)^[9]，減少醫療資源無謂的浪費，進而提升醫療品質。家庭醫師整合照護計劃以推動一段時日，本研究顯示，受訪者民眾知道「家庭醫師」的比例有達 95%，似乎多數的民眾知道或清楚家庭醫師的角色與其重要性，本研究發現受訪者民有參與家醫會員民眾，對家庭醫師的認知平均數高於未參與家醫會員者，表示民眾越認同家庭醫師的功能，越有意願參與家醫會員。

本研究中，家醫會員與非家醫會員者對家庭醫師態度的同意程度有統計上的顯著意義，可見對家庭醫師的態度愈正向愈滿意，愈有意願參與家醫會員。呂清源(2003)對總額預算實施後民眾對家庭醫師接受性之研究發現，有 81.04%民眾對家庭醫師有很高的需求^[10]。因此家庭醫師除了扮演醫療者角色外，應該還要扮演協調者、領導者、鼓勵者與監督者的角色，從對個人的健康，擴大到家庭成員健康的關心。另外，必需增進民眾對家庭醫師角色與功能的瞭解，建立彼此間信任的醫病關係，以提升醫療品質^[11]，讓民眾瞭解家庭醫師整合照護計劃實施的重要性，進而可全面照顧需要的病患。

1. 行政院衛生署 <http://www.doh.gov.tw>
民國 94 年全民健康保險醫療統計年報
2. 中央健保局網頁：全民健保配合雙向轉診制度作業調整，2005；

- http://www.nhi.gov.tw/information/news_detail.asp?News_ID=521&menu=1。
3. 林恆慶、石賢彥(2003)SARS 疫情之省思-台灣實施家庭醫師制度的必要性，台灣醫界，46(10)，57-60
 4. 許佑任、陳家榆、林恆慶、陳楚杰：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 2004；14：159-72。
 5. 林恆慶、吳傳頌、許佑任、陳楚杰：台灣基層醫師對家庭醫師制度的認知、態度及認可之模式。台灣家醫誌 2005；15：11-24。
 6. 何以尊(2006)。南區診所醫師對轉介制度的看法，轉介意願與其轉介行為之研究。。嘉南藥理科技大學醫療資訊管理所碩士論文。
 7. 蔡佳洵(2003)，利用全民健保研究資料庫探討台灣民眾手術前重複就醫次數與決策期間的關鍵性因素，國立中央大學企業管理研究所碩士論文。
 8. Royal Australian College of general Practitioner: Definition of General Practice and General Practitioner. <http://www.racgp.org.au/document.asp?id=6234>. Accessed July 2004
 9. Franks, P., Clancy, C.M., Nutting, P.A.(1992). Gatekeeping revisited—protecting patients from overtreatment. New England Journal of Medicine, 327(6) 424-429.
 10. 呂清元 (2003)•總額預算實施後民眾對家庭醫師接受性之研究•國立陽明大學碩士論文。
 11. Janko Kersnik.(2001) Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country. Health Policy ,57 155 – 164.

表一 受訪者之基本資料

		非家醫會員		家醫會員		合計		χ^2	p 值
		個數	百分比	個數	百分比	個數	百分比		
身份	有無參與	245	44.46	306	55.54	551	100.00		
性別	男	88	35.92	103	33.66	191	34.66	0.31	0.580
	女	157	64.08	203	66.34	360	65.34		
教育程度	無	5	2.04	5	1.63	10	1.81	16.33	0.022
	大學	42	17.14	35	11.44	77	13.97		
	大專	51	20.82	49	16.01	100	18.15		
	高中職	72	29.39	108	35.29	180	32.67		
	初中	38	15.51	33	10.78	71	12.89		
	小學	23	9.39	47	15.36	70	12.70		
	不識字	10	4.08	25	8.17	35	6.35		
	其他	4	1.63	4	1.31	8	1.45		
宗教信仰	無	71	28.98	52	16.99	123	22.32	18.35	0.011
	佛教	55	22.45	92	30.07	147	26.68		
	道教	32	13.06	44	14.38	76	13.79		
	一貫教	8	3.27	4	1.31	12	2.18		
	傳統信仰	66	26.94	98	32.03	164	29.76		
	基督教	12	4.90	14	4.58	26	4.72		
	天主教	1	0.41	0	0.00	1	0.18		
	回教	0	0.00	2	0.65	2	0.36		
職業	學生	48	19.59	29	9.48	77	13.97	29.66	0.002
	家管	45	18.37	57	18.63	102	18.51		
	服務業	50	20.41	82	26.80	132	23.96		
	公務員	6	2.45	8	2.61	14	2.54		
	教育人員	2	0.82	9	2.94	11	2.00		
	工	25	10.20	17	5.56	42	7.62		
	農	8	3.27	17	5.56	25	4.54		
	軍	2	0.82	0	0.00	2	0.36		
	商	20	8.16	20	6.54	40	7.26		
	無	15	6.12	36	11.76	51	9.26		
	退休	12	4.90	11	3.59	23	4.17		
	其他	12	4.90	20	6.54	32	5.81		
醫事人員	否	234	95.51	261	85.29	495	89.84	15.55	0.000
	是	11	4.49	45	14.71	56	10.16		
婚姻狀態	已婚	140	57.14	217	70.92	357	64.79	19.27	0.002
	未婚	89	36.33	61	19.93	150	27.22		
	分居	2	0.82	2	0.65	4	0.73		

	喪偶	7	2.86	14	4.58	21	3.81		
	離婚	5	2.04	7	2.29	12	2.18		
	其他	2	0.82	5	1.63	7	1.27		
居住地	台南市	84	34.29	102	33.33	186	33.76	9.07	0.106
	嘉義市	39	15.92	49	16.01	88	15.97		
	嘉義縣	12	4.90	27	8.82	39	7.08		
	台南縣	64	26.12	82	26.80	146	26.50		
	雲林縣	34	13.88	42	13.73	76	13.79		
	其他	12	4.90	4	1.31	16	2.90		

表二 受訪者之健康情況

		非家醫會員		家醫會員		合計		χ^2	p 值
		個數	百分比	個數	百分比	個數	百分比		
家族史	無	162	66.12	170	55.56	332	60.25	6.34	0.012
	有	83	33.88	136	44.44	219	39.75		
長期用藥	無	206	84.08	230	75.16	436	79.13	6.55	0.010
	有	39	15.92	76	24.84	115	20.87		
過敏	無	195	79.59	237	77.45	432	78.40	0.37	0.544
	有	50	20.41	69	22.55	119	21.60		
健康狀況	非常不好	0	0.00	3	0.98	3	0.54	5.36	0.253
	不好	26	10.61	27	8.82	53	9.62		
	尚可	124	50.61	147	48.04	271	49.18		
	好	75	30.61	111	36.27	186	33.76		
	非常好	20	8.16	18	5.88	38	6.90		

表三 受訪者之就診行爲

		非家醫會員		家醫會員		合計		χ^2	p 值
		個數	百分比	個數	百分比	個數	百分比		
看診	初診	62	25.31	10	3.27	72	13.07	58.17	0.000
	複診	183	74.69	296	96.73	479	86.93		
上次看病至今時間	少於 7 天	31	12.65	44	14.38	75	13.61	12.03	0.017
	7-14 天	31	12.65	53	17.32	84	15.25		
	15-30 天	31	12.65	59	19.28	90	16.33		
	30 天以上	91	37.14	78	25.49	169	30.67		
	完全不記得	61	24.90	72	23.53	133	24.14		
上次看是否同診所	否	93	37.96	39	12.75	132	23.96	47.48	0.000
	是	152	62.04	267	87.25	419	76.04		
就診原因	醫師醫術高明	73	29.80	154	50.33	227	41.20	23.67	0.000
	診所設施優良	18	7.35	39	12.75	57	10.34		
	服務親切	90	36.73	167	54.58	257	46.64		
	交通便利	65	26.53	98	32.03	163	29.58		
	親友推薦	49	20.00	20	6.54	69	12.52		
	習慣	98	40.00	160	52.29	258	46.82		
	診所參加家醫計劃	3	1.22	67	21.90	70	12.70		
	其他	12	4.90	4	1.31	16	2.90		
是否有接受轉檢	無	231	94.29	266	86.93	497	90.20	8.33	0.004
	有	14	5.71	40	13.07	54	9.80		

表四 受訪者對家庭醫師整合試計劃的了解

		非家醫會員		家醫會員		合計		χ^2	p 值
		個數	百分比	個數	百分比	個數	百分比		
是否知道家醫計劃	否	148	60.41	33	10.78	181	32.85	151.89	0.000
	是	97	39.59	273	89.22	370	67.15		
從哪得知	醫師	37	15.10	238	77.78	275	49.91	213.79	0.000
	其他員工	11	4.49	44	14.38	55	9.98		
	海報	9	3.67	26	8.50	35	6.35		
	家人朋友	12	4.90	21	6.86	33	5.99		
	媒體	49	20.00	24	7.84	73	13.25		
	其他	3	1.22	2	0.65	5	0.91		

表五 受訪者對家庭醫師的認知

	得分 N(%)	平均數	標準差
聽過「家庭醫師」這個名稱	528(95.83)	0.96	0.20
「家庭醫師」需要接受內外婦兒科臨床醫學訓練及社區醫學訓	360(65.34)	0.65	0.48
「家庭醫師」是全家的醫療顧問、可提供疾病資訊	479(86.93)	0.87	0.34
「家庭醫師」可提供從出生到年老連續而妥善的醫療照顧	423(76.77)	0.77	0.42
知道如何在基層診所分辨「家庭醫師」和一般醫師	284(51.54)	0.52	0.50
「家庭醫師」的照護是持續性，不會因為單一疾病治癒或轉介而終止	437(79.31)	0.79	0.41
「家庭醫師」的照護對象不分年齡、性別與疾病型態	476(86.39)	0.86	0.34
「家庭醫師」能適時轉介適當的醫療照護避免重複就醫與檢查	448(81.31)	0.81	0.39
「家庭醫師」需提供便利性，讓病患可隨時獲得疾病的諮詢與診療服務	486(88.20)	0.88	0.32
「家庭醫師」需要有責任感，能主動提供必要的整體性照護	493(89.47)	0.89	0.31



表六 受訪者對家庭醫師的態度

	非常同意 N (%)	同意 N (%)	沒意見 N (%)	不同意 N(%)	非常不同意 N(%)	平均數	標準差
看病不知要掛哪一科時，可以找家庭醫師處理。	257(46.64)	254(46.10)	29(5.26)	3(0.54)	8(1.45)	4.36	0.74
固定給一位家庭醫師照顧，醫師能最清楚與瞭解個人的身體狀況	296(53.72)	230(41.74)	16(2.90)	2(0.36)	7(1.27)	4.46	0.69
家庭醫師能瞭解個人及家族過去的病史，有助疾病的治療。	275(49.91)	252(45.74)	18(3.27)	0(0.00)	6(1.09)	4.43	0.67
當有新的症狀或不明原因的身體問題，都可找家庭醫師做處理	277(50.27)	236(42.83)	24(4.36)	8(1.45)	6(1.09)	4.40	0.74
家庭醫師會與個人協調，找出個人較能接受的治療方法	267(48.46)	244(44.28)	33(5.99)	2(0.36)	5(0.91)	4.39	0.70
家庭醫師能與我的家屬協調，希望家庭成員能全力配合照顧我。	247(44.83)	235(42.65)	59(10.71)	5(0.91)	5(0.91)	4.30	0.77
若有慢性病如高血壓、糖尿病、痛風等，能在家庭醫師門診得到較好的照顧。	259(47.01)	220(39.93)	59(10.71)	8(1.45)	5(0.91)	4.31	0.79
家庭醫師會與我討論那一種健康檢查是我需要的，以及檢查的意義和結果為何。	259(47.01)	247(44.83)	39(7.08)	1(0.18)	5(0.91)	4.37	0.70
若我需要特殊疾病衛教或行為的改變如戒菸或減重、疫苗接種，都可以從家庭醫師得到適當與良好的諮詢。	248(45.01)	242(43.92)	52(9.44)	2(0.36)	7(1.27)	4.31	0.76
當疾病較嚴重複雜時，家庭醫師可以轉介到大醫院接受進一步治療	276(50.09)	221(40.11)	46(8.35)	3(0.54)	5(0.91)	4.38	0.74
給家庭醫師看病會讓我對疾病比較瞭解與認識。	273(49.55)	235(42.65)	36(6.53)	2(0.36)	5(0.91)	4.40	0.71
家庭醫師會比較有耐心跟我解釋疾病與用藥相關問題，因此醫病關係較好。	293(53.18)	209(37.93)	41(7.44)	2(0.36)	6(1.09)	4.42	0.74

給家庭醫師看病較為方便	287(52.09)	206(37.39)	49(8.89)	4(0.73)	5(0.91)	4.39	0.75
給家庭醫師看病比去大醫院看病花費較為便宜	283(51.36)	201(36.48)	52(9.44)	9(1.63)	6(1.09)	4.35	0.80
給家庭醫師看病會讓我較為安心與信任	294(53.36)	203(36.84)	48(8.71)	1(0.18)	5(0.91)	4.42	0.73

表七 受訪者對家庭醫師認知與態度分析表

		個數	平均數	標準差	t 檢定	p 值
認知	非家醫會員	245	7.36	2.91	-5.20	0.00
	家醫會員	306	8.54	2.29		
態度	非家醫會員	245	62.89	10.53	-6.41	0.00
	家醫會員	306	67.91	7.03		

表八 影響受訪者參與家庭醫師制度之因素

研究變項	迴歸係數	顯著性	參與會員者=1；未參與者=0	
			勝算比	95%信賴區間
看診				
初診(參考組)				
複診	1.36	0.01	3.91	1.45~10.55
是否知道家醫計劃				
否(參考組)				
是	1.71	0.00	5.52	2.70~11.31
從哪得知家醫計劃				
診所醫師	1.38	0.00	3.98	2.06~7.69
報紙雜誌電視	-1.56	0.00	0.21	0.10~0.43
就診原因				
醫師醫術	0.52	0.04	1.69	1.02~2.79
習慣	0.69	0.01	2.00	1.20~3.33
診所有參加家醫計劃	2.33	0.00	10.26	2.60~40.58
上次看是否同診所				
否(參考組)				
是	0.69	0.03	2.00	1.08~3.71
對家庭醫師的態度	0.04	0.01	1.04	1.01~1.08
常數項	-6.54	0.00	0.00	

Cox & Snell $R^2=0.454$ Nagelkerke $R^2=0.608$

適合度檢定統計量=333.346 (df=9)p=0.000