

嘉南藥理大學109年度 研究計畫成果報告

計畫名稱：社區民眾對民俗調理傳統整復推拿與養生保健
的認知、態度與服務使用意願之調查研究

☒重點(整合型)研究計畫

☐與業界廠商合作之研究計畫

執行期間：109年5月13日至12月31日

總計畫主持人：林為森

本（子）計畫主持人：林為森



中華民國 110年 2月 28日

子計畫1-成果報告

社區民眾對民俗調理傳統整復推拿與養生保健的認知、態度與服務使用意願之調查研究

摘要

由於高齡人口的增加與社會型態的轉變，社區民眾對養生保健的概念越來越重視，也會參與一般健康促進活動，但民眾遇到疼痛問題時，常會利用的是民俗調理的傳統推拿整復方式來舒緩症狀。本研究主要目的為瞭解社區民眾對於民俗調理傳統整復服務認知、態度與服務使用意願之情形，並探討影響服務使用意願的相關因素。研究方式採問卷調查法，以台南市5個社區關懷據點的社區民眾為研究對象，有效樣本數為215份，問卷信效度經過檢測合格後施測。問卷結果分析使用 SPSS 統計軟體進行，分別利用獨立 t 檢定、單因子變異數分析、皮爾森相關係數分析及線性迴歸分析等統計方法進行資料分析。研究結果顯示，在認知方面有人口學變數間無顯著差異，在態度方面有顯著差異的變數是宗教信仰，在主觀規範有顯著差異的變數為婚姻狀況，在知覺行為控制有顯著差異的分別是婚姻狀況和月收入，在服務使用意願有顯著差異的變數分別是年齡、婚姻狀況。認知、態度、主觀規範、知覺行為控制與服務意願皆呈顯著正相關；主觀規範會顯著正向影響民俗調理傳統整復服務的使用意願，迴歸模式解釋力達37%。社區民眾對民俗調理傳統整復服務內與項目及相關法規不甚熟悉，可推動社區衛生教育課程宣導其相關知識。主觀規範影響服務使用意願的重要影響因素，因此服務品質與口碑對產業的發展相當重要，相關從業人員應有適當的在職教育課程以提升服務品質。

關鍵詞：民俗調理傳統整復服務、養生保健、計畫行為理論

壹、研究動機與研究問題

目前台灣地區的健康照護體系以西醫為主，但民眾往往尋求另類的醫療方式以快速地解決疼痛問題。現代社會壓力大，民眾常為消除精神疲勞或肢體痠痛，常以傳統整復推拿、按摩、經絡調理等民俗調理服務，幫助舒緩症狀。民俗調理業目前依據「登記行業」分別有「傳統整復推拿業」、「腳底按摩業」、「按摩業」及「經絡調理業」四類，從業人員已達10至20萬人。目前臺灣行業登記公司1,151家、商家則有4,206家，共計5,357家，而實際數字可能更高，可見產業的服務品質管理與人才培育訓練有急迫的需要。衛生福利部中醫藥司為保障消費者安全，也積極規劃民俗推拿教育訓練制度，輔導業者適法從業並提供民眾安全、舒適及優質的服務。為保障民眾接受傳統整復推拿之服務品質及健康安全權益。勞動部106年起配合衛生福利部所轄傳統整復推拿從業人員管理需求，就傳統整復推拿工作項目及其對應技能種類、技能標準及相關知識進行研商後，建立傳統整復推拿技術員之檢定與教育訓練制度。本研究共分3個子計畫進行，首先子計畫1針對「社區民眾對民俗調理傳統整復推拿與養生保健的認知、態度與服務使用意願之調查研究」瞭解民眾對民俗調理業服務的需求；子計畫2以「台灣民眾對傳統整復推拿與民俗調理服務之貨幣價值評估研究：假設市場評價法的應用」評估民俗調理業的發展狀況，子計畫3以「探討傳統整復產業工作人員之人格特質、生活品質及工作壓力對工作投入影響之研究」進行目前產業的人力資源調查，結合3個一系列的研究計畫以瞭解目前民俗調理產業發展與人力資源管理之概況，並探討其相關影響因素。

台灣自1993年起進入高齡化社會後，65歲以上老人人數比率持續攀升，於2018年3月底達14%，正式邁入高齡社會，預計將於2026年成為超高齡社會，即65歲以上老人人口比例突破20%（1、2）。然而隨著老年人口逐漸增加，身體機能亦隨著

年齡增長逐漸退化，導致患有慢性疾病或多重疾病之風險增加。因此，如何使高齡社會人口朝向人人皆能健康發展，乃成為政府及社會大眾亟需面對之課題。政府曾於2015年10月提出「高齡社會白皮書」，即以「健康促進」為核心理念，以「增加健康年數」、「減少失能人口」為政策目標，期待讓長者能達到在地安老、快樂生活、健康有尊嚴，並呼應世界衛生組織健康老化、在地老化及活力老化的理念。依據衛生福利部有關高齡者生活型態調查資料，高齡者日常活動參與類型主要有朋友聚會聊天、從事休閒娛樂活動及養生保健活動等。大部分社區民眾遇到疼痛問題時，尋求不是醫師的診治，而是民俗調理推拿整復的舒緩與療癒。因此，本研究擬就社區民眾對於民俗調理整復推拿與養生保健之認知、態度與服務使用意圖進行調查，包含對於養生與保健之想法及作法、目前實際進行的相關健康促進活動、使用民俗調理推拿整復的狀況等進行調查，以瞭解社區民眾對於民俗調理整復推拿與養生保健之認知、態度與服務使用意願之情形。

貳、文獻回顧與探討

一、民俗調理傳統整復服務

民俗調理，係以紓解筋骨、消除疲勞為目的，單純運用手技對人施以傳統整復推拿、按摩、腳底按摩、指壓、刮痧、拔罐，或使用民間習用之青草泥、膏、液狀外敷料所為之非醫療行為，由於項目繁多，衛生福利部先從傳統整復推拿業納入管理。民眾常常為舒緩筋骨痠痛、肌肉緊繃等身體不適時，會選擇到按摩中心、養生館、國術館接受推拿、按摩，但卻不時發生受傷的意外事件。為提升傳統整復推拿業的服務品質，勞動部配合衛福部管理需求，辦理「傳統整復推拿技術士」證照，一般民眾受18小時的課程後即可應考，但執業內容不能做骨折整復、脫臼整復、中

醫推拿等醫療行為，只能以紓解、消除疲勞為目的。瞭解社區民眾對民俗調理傳統整復推拿與養生保健的認知、態度與服務使用意願對未來產業發展與人員訓練費常重要。

二、計畫行為理論

計畫行為理論（Theory of Planned Behavior, TPB）是最常被用來探討人類行為的理論之一，因此已經有相當完整的架構，且也有相當程度的解釋力來解釋人們使用意願和表現行為。而計畫行為理論是 Ajzen 於1988年提出，主要是從理性行為理論（Theory of Reason Actions, TRA）延伸而來，而理性行為理論是 Ajzen 和 Fishbein 於1980年提出，理性行為理論主要是講述人們執行行為動機和意圖主要是受對行為的態度（Attitude, ATT）和主觀規範（Subjective Norm, SN）的影響，但理性行為理論的前提是所有的人、事、物皆為「理性」的情況下才有所可能，然而，並非所有條件都是屬於理性的，時常會受到環境的影響，在周遭人、事、物的影響下會促使人們改變選項（例如：時間、金錢...等），而 Ajzen（1985）意識到人類為非理性個體，易受周遭環境影響產生改變行為的意圖甚至是產生行為的改變，因此於1988年將「知覺行為控制」（Perceived Behavior Control, PBC）加入理性行為理論架構中，並發表其為「計畫行為理論」（Theory of Planned Behavior, TPB），如（圖1）所示。



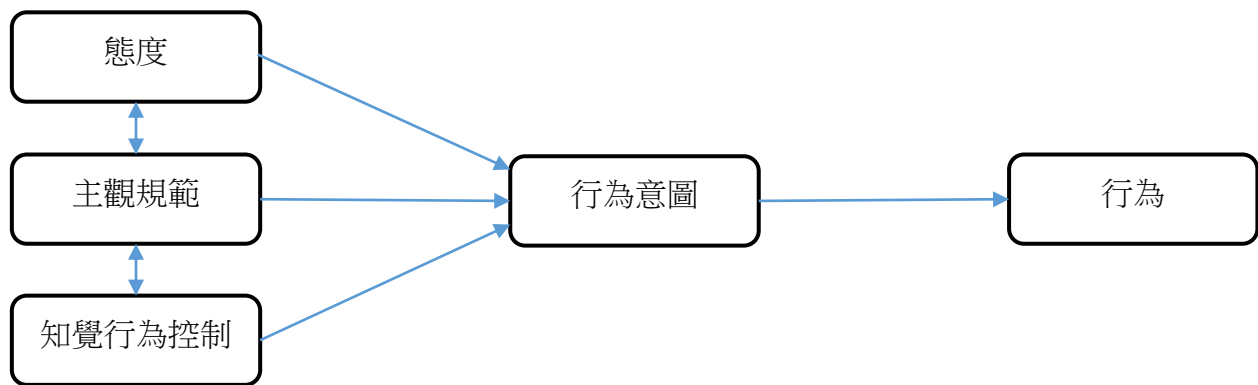


圖 1、計畫行為理論 (1985)

計畫行為理論最主要探討的還是個體的行為執行，而理論也因為新增了「知覺行為控制」加強了對行為的執行及預測能力，簡來說個體在產生行為之前會先產生行為意圖，而影響個體執行行為的意圖分別來自於個體對該行為所抱持的正向或負向的價值判斷及評價、身邊特別具有影響力的人、事、物所給予的建議、資訊或者經歷（例如：家人、同事、朋友、新聞媒體、報章雜誌...等）、又或者是在個體對執行該行為的困難度。而若要促成執行行為的意圖會需要一些基本的機會或資源（例如：時間、金錢、技術...等），會更有機會增強行為意圖及行為的執行力，一般來說，擁有越強的行為意圖，就越有可能去執行行為（Ajzen, 1988）。換句話說，個體會執行行為是因為受到行為意圖的影響，而行為意圖又會因個體對行為的態度、主觀規範和知覺行為控制而有所不同，在理論的架構中也提到除了態度、主觀規範和知覺行為控制會影響行為意圖進而影響行為之外，態度、主觀規範和知覺行為控制之間也會相互有一定程度的影響，因此態度、主觀規範、知覺行為控制三項因素皆會影響行為意圖，而行為意圖會影響行為本身的執行。

（一）態度（Attitude）：指個體對行為本身所持有的評價（Ajzen, 1991）。也就是說，態度本身是由個體對執行行為的結果及行為信念合成，也就是結合個體對執行行為的結果和對行為所持有的信念所產生的一種正向或負向的看法（Ajzen,

1985) 個體對行為執行的結果產生行為信念，而行為信念與評價有好有壞因人而異。一般來說，如果對行為的信念越高且越正面的評價，執行行為的意圖就會相對提高，進而促進行為的執行，相反地，若個體對行為的執行會產生負面的結果或對行為有負面的信念，而產生行為的意圖就會相對較低，也較不會進一步採取行動 (Montano & Kasprzyk, 2015)。

(二) 主觀規範 (Subjective Norm, SN)：通常指個體對行為執行與否或過程中所感知到壓力而產生規範信念，而主要壓力來源可以分成個人行為規範及社會規範，個人行為規範通常來自對個體本身有重要影響的旁人建議，而社會規範通常包括其他對象給予的建議、社會觀感、風俗民情...等，而這些壓力來源通常會促使或阻止個體執行行為。也就是說，本身對個體具有相當程度的影響的人 (例如：家人、同事、朋友...等) 或其他具有影響力的對象都會直接或間接地影響個體執行行為的意圖，也會進而影響個體是否進一步採取該行為 (Ajzen & Fishbien, 1975)。

(三) 知覺行為控制 (Perceived Behavior Control, PBC)：指個人在執行行為時預期自己在行為執行過程中對自身行為可以控制的程度，而影響行為控制的因素有很多 (例如：時間、金錢、技術...等)，且行為的控制也反映出個體過去的執行相關行為的經驗，且個體會因為過去經驗影響行為的控制，若過去經驗產生正向結果對行為的阻礙就會降低，反之，若過去行為產生負向結果對行為的阻礙就會提高。當個人具備執行行為的能力或與執行行為所需的技術、資源越多及過去經驗的產生對行為的阻礙越少時，也代表著要執行行為的困難度就越低，也就是個人對執行行為的難易度信念 (Ajzen, 1985)，而就會有越強的行為控制能力，知覺行為控制也就越強，也就產生了更多的行為意圖 (Ajzen, 1991)，且 PBC 通常可以代替實際可以控制的測量因素，因此是可以用來預測行為的執行與否或可能性 (Ajzen, 1985)，也

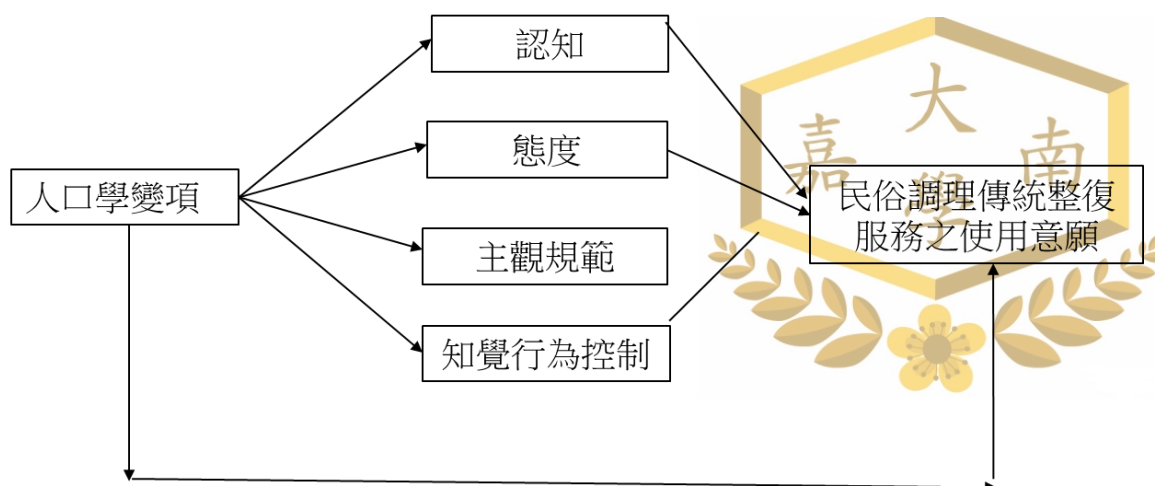
是 TPB 中最重要的一個構面（Armitage & Conner,2001）。

（四）行為意圖（Behavior Intention, BI）：指個體對要執行的行為經過一系列評估後所產生的執行意願強度（Ajzen & Fishbein, 1985），意願強度的高低代表著行為執行的可能性，一般來說，個體執行意願越高，行為執行的機率越大；反之，若對行為的執行意願偏低，就越不可能產生行為的執行。

綜上所述，計畫行為理論透過個體對要執行的行為所持有的態度、主觀規範及知覺行為控制來進行行為意圖的預測，而 Ajzen（1991）有提到雖然態度、主觀規範及知覺行為控制是影響行為意圖的三項要素，但三者卻不一定皆會影響行為意圖，通常個體對行為的態度、主觀規範越趨於正向，且知覺行為控制越強，就會有較高的意圖執行該行為；反之，若對行為態度和主觀規範趨於負面，且知覺行為控制較低，則執行行為的意圖就會相對較弱。但態度、主觀規範和知覺行為控制會因為行為和當下情況而有所改變，因此有時候可能會只有其中一個或兩個因素影響意圖，但也會有三者皆對行為意圖有顯著影響的時候。

參、研究方法

一、研究架構



二、研究假說

本研究依據研究架構中之研究變項，整理出以下研究假說：

H_1 ：人口學變項對「民俗調理傳統整復服務」認知有顯著影響。

H_2 ：人口學變項對「民俗調理傳統整復服務」態度有顯著影響。

H_3 ：人口學變項對「民俗調理傳統整復服務」主觀規範有顯著影響。

H_4 ：人口學變項對「民俗調理傳統整復服務」知覺行為控制有顯著影響。

H_5 ：人口學變項對「民俗調理傳統整復服務」的使用意願有顯著影響。

H_6 ：「民俗調理傳統整復服務」認知對使用意願有顯著影響。

H_7 ：「民俗調理傳統整復服務」態度對使用意願有顯著影響。

H_8 ：「民俗調理傳統整復服務」主觀規範對使用意願有顯著影響。

H_9 ：「民俗調理傳統整復服務」知覺行為控制對使用意願有顯著影響。

三、調查對象

本研究問卷設計參考相關文獻，並根據計畫行為理論擬訂而成，問卷內容包含人口學基本資料、對民俗調理傳統整復推拿與養生保健的認知、態度、主觀規範、知覺行為控制與服務使用意願等五部分，採用橫斷式之訪視調查及結構式問卷收案。研究對象主要為台南市參與社區關懷據點活動或大型社區活動之民眾，50歲以上意識清楚具有行為能力的成年人。問卷調查以自行填答為主，如遇填答者有疑問或不識字者，則由研究人員進行解釋，並以訪談完成問卷，問卷採不計名方式。問卷調查期間自民國109年5月1日起至民國109年10月31日止。共抽取樣本250人進行訪視調查，扣除填寫不完整問卷，有效問卷215份，有效回收率為86.0%。

四、研究工具

本研究以問卷進行資料蒐集，問卷內容主要分成六大部分，第一部分為人口學

統計資料，包括性別、出生年、教育程度、婚姻狀況、居住狀況、子女數、宗教信仰、職業、月收入、自覺健康狀況及是否罹患慢性疾病；第二部分為調查民眾對「民俗調理傳統整復」和「養生保健」相關知識的了解及認知，內容參考相關文獻與法規；第三部分為調查民眾對於「民俗調理傳統整復」的態度；第四部分為調查民眾對於「民俗調理傳統整復」的主觀規範；第五部分為調查民眾對於「民俗調理傳統整復」的知覺行為控制及第六部分為調查民眾對於「民俗調理傳統整復」的服務使用意願；第四至第六部分參考 Ajzen (1991) 計畫行為理論設計。問卷初稿在經由三位專專進行問卷內容適合度及語意清晰度的專家效度檢測，再將不流暢或不適用之題項進行刪除或修改，反覆進行後逐漸完成正式版研究問卷。信度分析結果顯示：態度構面的 Cronbach's α 值為0.88；主觀規範構面的 Cronbach's α 值為0.81；知覺行為控制構面的 Cronbach's α 值為0.79；使用意願構面的 Cronbach's α 值為0.92，所有構面的 Cronbach's α 都大於0.7以上，表示本研究的量表具有良好的一致性與穩定性。

五、資料分析

本研究以 Microsoft Excel 2010進行資料彙整登錄，而後使用 SPSS18.0版統計分析套裝軟體，作為本研究資料分析與檢定工具，所運用的統計資料方式有描述性統計、獨立樣本 t 檢定、單因子變異數分析、迴歸分析等以探討「民俗調理傳統整復」服務使用意願的相關顯著影響因素。



肆、研究結果

一、人口學統計分析

本研究以年滿50歲以上之成年人為研究對象，受試者共計215人，其中以女性受試者為多數佔75.8%，年齡以50~69歲為多數佔71.6%，教育程度以大專、大學為多數佔63.3%，婚姻狀況以已婚人數為多數佔69.8%，居住狀況以非獨居者為多數佔94.0%，子女數以一位至二位居多佔80.9%，宗教信仰以有居多佔51.6%，職業以無職業(含家管)居多佔66.1%，月收入以無收入居多佔66.1%，結果如表4.1所示。

表 4.1、基本人口變數次數分析表

研究變數		人數	百分比
性別	男性	52	24.2%
	女性	163	75.8%
年齡	50~59歲	75	34.9%
	60~69歲	79	36.7%
	70~79歲	50	23.3%
	80歲以上	11	5.1%
教育程度	高中職（含）以下	51	23.7%
	大專、大學	136	63.3%
	研究所以上	28	13.0%
婚姻狀況	未婚	59	27.4%
	已婚	150	69.8%
	離婚	6	2.8%
居住狀況	獨居	13	6.0%
	非獨居	202	94.0%
子女數	無	30	14.0%
	一位	88	40.9%
	兩位	86	40.0%
	三位（以上）	11	5.1%

研究變數		人數	百分比
宗教信仰	無	104	48.4%
	有	111	51.6%
職業	無	142	66.1%
	有工作	73	33.9%
月收入	無	142	66.1%
	30000元以下	46	21.4%
	30001元以上	27	12.5%

二、受試民眾健康狀況

本研究受試者對自身健康狀況的評估，健康的有92人；普通的有101人；不健康的有22人，其中以普通的占多數，有47.0%。有罹患慢性疾病的有151人約佔7成為多數；沒有罹患慢性疾病的人有54人，如表4.2所示。

表 4.2、受試者健康狀況分析表

研究變數		人數	百分比
自覺健康狀況	健康	92	42.8%
	普通	101	47.0%
	不健康	22	10.2%
是否罹患慢性疾病	是	151	70.2%
	否	54	29.8%

二、社區民眾對「民俗調理傳統整復服務」的認知

認知層面有8題關於民俗調理傳統整復服務相關知識，計分方式為答對一分；答錯或不清楚者皆以零分計算，得分越高者表示對民俗調理傳統整復服務認知越了解。透過分析結果發現認知平均為6.57分，標準差為1.83。其中「答對率」較高的前二名依序為「傳統整復推拿與人體骨骼、肌肉與經絡系統有關」與「傳統整復推拿可以解除肌肉緊張疼痛，並有鎮痛退腫、分離黏連、糾正錯

位等作用」。由此可知社區民眾對於「民俗調理傳統整復服務」的主要功能都有基本的認識。答錯率較高的題目是「傳統整復推拿服務可以治療脊椎側彎等相關疾病」與「刮痧、拔罐與傳統推拿整復均屬於民俗調理服務範圍」，可見社區民眾對傳統整復推拿服務的範圍與項目並不清楚。

表 4.3、社區民眾對「民俗調理傳統整復服務」的認知分析

認知項目	正確 個數 (%)	錯誤 個數 (%)	不清楚 個數 (%)	排序
K1.傳統整復推拿與人體骨骼、肌肉與經絡系統有關。	212 (98.6%)	1 (0.5%)	2 (0.9%)	1
K2.傳統整復推拿可以解除肌肉緊張疼痛，並有鎮痛退腫、分離黏連、糾正錯位等作用。	199 (92.6%)	6 (2.8%)	10 (4.7%)	2
K3.傳統整復推拿服務可以治療脊椎側彎等相關疾病。	160 (74.4%)	19 (8.8%)	36 (16.7%)	7
K4.傳統整復推拿服務只可以舒解疲勞或身心壓力，不能治療疾病。	196 (91.2%)	8 (3.7%)	11 (5.1%)	3
K5. 傳統整復推拿、按摩、指壓、刮痧、腳底按摩、拔罐等方式都屬於醫療行為。	192 (89.3%)	7 (3.3%)	16 (7.4%)	5
K6.傳統整復推拿服務目前有專業證照(傳統整復推拿技術士)。	183 (85.1%)	6 (2.8%)	26 (12.1%)	6
K7.刮痧、拔罐與傳統推拿整復均屬於民俗調理服務範圍。	76 (35.3%)	107 (49.8%)	32 (14.9%)	8
K8.中醫師可以進行傳統推拿整復服務。	195 (90.7%)	6 (2.8%)	14 (6.5%)	4

三、人口學變數的差異性分析

(一) 性別

本研究使用獨立 t 檢定分析性別在認知、態度、主觀規範、知覺行為控制及使用意願之間的差異性。結果顯示男性與女性對「民俗調理傳統整復服務」的認知、態度、主觀規範、知覺行為控制及服務使用意願，在統計上均無顯著差異，如表4.4所示。



表 4.4、性別在研究變項間之獨立 t 檢定分析結果

變項	性別	平均數	標準差	t 值	p 值
認知	男	6.23	2.20	-0.933	0.352
	女	6.81	2.27		
態度	男	25.57	3.36	-1.161	0.247
	女	26.10	3.31		
主觀規範	男	31.10	4.31	-0.715	0.475
	女	31.53	4.54		
知覺行為控制	男	31.84	3.96	-0.703	0.483
	女	32.21	3.74		
使用意願	男	24.44	5.81	1.008	0.315
	女	23.70	4.99		

(二) 年齡

本研究使用 ANOVA 檢定分析年齡在認知、態度、主觀規範、知覺行為控制及服務使用意願之間的差異性，結果顯示年齡對認知、態度、主觀規範及知覺行為控制在統計上沒有顯著的差異性，但不同年齡組別在服務使用意願有顯著差異 ($p=0.014$)，也就是說使用意願在五組的年齡區間中有顯著的差異性，如表 27 所示。在使用意願中發現年齡 50~59 歲和 60~69 歲的使用意願分數顯著大於 70~79 歲，也就是說，年紀較輕的群體有較強烈的服務使用意願。

表 4.5、年齡在研究變項間之 ANOVA 檢定分析結果

變項名稱	年齡區間	平均值	標準差	F 值	p 值	事後檢定
認知	50~59 歲	6.34	2.68	0.737	0.568	—
	60~69 歲	6.73	2.35			
	70~79 歲	6.76	1.99			

變項名稱	年齡區間	平均值	標準差	F 值	p 值	事後檢定
態度	80歲以上	6.64	1.50	0.588	0.672	—
	50~59歲	25.46	3.13			
	60~69歲	26.25	3.44			
	70~79歲	25.84	2.72			
主觀規範	80歲以上	26.27	2.94	0.994	0.412	—
	50~59歲	30.20	4.14			
	60~69歲	31.93	4.68			
	70~79歲	31.48	4.09			
知覺行為控制	80歲以上	30.64	4.88	0.463	0.763	—
	50~59歲	31.26	3.71			
	60~69歲	32.25	4.00			
	70~79歲	31.92	3.33			
使用意願	80歲以上	32.18	3.22	3.200*	0.014	1, 2>3
	50~59歲	23.49	4.90			
	60~69歲	24.68	5.29			
	70~79歲	20.72	5.37			
	80歲以上	22.73	7.68			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

(三) 教育程度

分析結果顯示，不同的教育程度組別均無顯著差異，如表4.6所示。

表 4.6、教育程度在研究變項間之 ANOVA 檢定分析結果

變項名稱	教育程度	平均值	標準差	F 值	p 值	事後檢定
認知	高中職（含）以下	6.40	1.00	2.161	0.117	—
	大專、大學	6.49	2.29			
	研究所以上	6.61	1.78			
態度	高中職（含）以下	27.67	4.04	2.121	0.122	—
	大專、大學	25.63	3.37			
	研究所以上	26.71	3.02			
主觀規範	高中職（含）以下	33.33	11.55	1.965	0.143	—
	大專、大學	31.04	4.21			
	研究所以上	32.47	4.63			

變項名稱	教育程度	平均值	標準差	F 值	p 值	事後檢定
知覺行為控制	高中職（含）以下	32.33	6.66	0.014	0.986	—
	大專、大學	32.05	3.81			
	研究所以上	31.97	3.88			
使用意願	高中職（含）以下	24.00	12.77	0.009	0.991	—
	大專、大學	24.03	5.14			
	研究所以上	24.16	6.00			

* $p < 0.05$ ，** $p < 0.01$ ，*** $p < 0.001$

(四) 婚姻狀況

分析結果顯示，婚姻狀況在認知及態度沒有顯著差異，但在主觀規範（ $F=3.94$, $p=0.021$ ）、知覺行為控制（ $F=3.79$, $p=0.024$ ）及使用意願（ $F=3.49$, $p=0.032$ ）三方面均有顯著差異，如表4.7顯示。已婚者在主觀規範、知覺行為控制與服務使用意願的分數顯著較高。

表 4.7、婚姻狀況在研究變項間之 ANOVA 檢定分析結果

變項名稱	婚姻狀況	平均值	標準差	F 值	p 值	事後檢定
認知	未婚(1)	6.66	2.22	1.511	0.223	—
	已婚(2)	6.79	2.19			
	離婚(3)	6.17	2.99			
態度	未婚(1)	25.41	3.26	3.020	0.051	—
	已婚(2)	26.41	3.31			
	離婚(3)	24.33	4.08			
主觀規範	未婚(1)	30.57	4.32	3.944*	0.021*	2>1
	已婚(2)	32.22	4.49			
	離婚(3)	30.17	2.86			
知覺行為控制	未婚(1)	31.96	3.83	3.785*	0.024*	2>1>3
	已婚(2)	32.36	3.78			
	離婚(3)	28.00	3.16			
使用意願	未婚(1)	23.26	5.44	3.486*	0.032*	2>1
	已婚(2)	25.05	5.29			

離婚(3)	21.83	3.43
-------	-------	------

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

(五) 居住狀況

民俗調理傳統整復服務之認知、態度、主觀規範、知覺行為控制及使用意願在不同的居住狀況無顯著的差異，表4.8所示。

表 4.8、居住狀況在研究變項間之獨立 t 檢定分析結果

變項名稱	居住狀況	平均數	標準差	t 值	p 值
認知	獨居	6.69	2.12	0.022	0.982
	非獨居	6.68	2.24		
態度	獨居	26.77	2.74	1.029	0.305
	非獨居	25.79	3.37		
主觀規範	獨居	32.08	3.20	0.630	0.529
	非獨居	31.28	4.50		
知覺行為控制	獨居	31.92	3.07	-0.110	0.912
	非獨居	32.04	3.89		
使用意願	獨居	24.46	3.50	0.283	0.778
	非獨居	24.02	5.50		

(六) 子女數

分析結果顯示，子女數對認知、態度、主觀規範、知覺行為控制及使用意願均無顯著的差異，如表4.9所示。

表 4.9、子女數在研究變項間之 ANOVA 檢定分析結果

變項名稱	子女數	平均數	標準差	F 值	p 值	事後檢定
認知	無	6.52	2.15	1.892	0.132	—
	一位	6.40	3.07			
	兩位	6.66	1.39			
	三位（以上）	6.36	2.01			
態度	無	25.58	3.29	0.870	0.457	—

變項名稱	子女數	平均數	標準差	F 值	p 值	事後檢定
主觀規範	一位	26.45	3.95	2.221	0.087	—
	兩位	25.97	2.92			
	三位（以上）	26.55	2.81			
	無	30.76	4.14			
	一位	32.76	4.91			
知覺行為控制	兩位	31.64	4.26	0.733	0.534	—
	三位（以上）	32.00	5.71			
	無	31.96	3.61			
	一位	31.58	4.89			
	兩位	32.39	3.60			
使用意願	三位（以上）	33.36	3.26	1.434	0.234	—
	無	23.48	5.23			
	一位	25.42	5.43			
	兩位	24.42	5.37			
	三位（以上）	24.82	6.81			

(七) 宗教信仰

有無宗教信仰在認知、態度、主觀規範、知覺行為控制及使用意願方面均無顯著差異，如表4.10所示。

表 4.10、宗教信仰在研究變項間之獨立 t 檢定分析結果

變項名稱	宗教信仰	平均數	標準差	t 值	p 值
認知	無	6.58	2.32	0.023	0.982
	有	6.68	2.16		
態度	無	25.16	3.53	-2.958**	0.003
	有	26.49	3.02		
主觀規範	無	30.73	4.42	-1.919	0.056
	有	31.88	4.38		
知覺行為控制	無	31.60	4.07	-1.637	0.103
	有	32.45	3.58		
使用意願	無	23.91	5.23	-0.362	0.718

變項名稱	宗教信仰	平均數	標準差	t 值	p 值
	有	24.18	5.56		

(八) 職業

預立醫療決定書之認知、態度、主觀規範、知覺行為控制及服務使用意願在有無職業的民眾間無顯著的差異，如表4.11所示。

表 4.11、職業在研究變項間之獨立 t 檢定分析結果

變項名稱	職業	平均數	標準差	t 值	p 值
認知	無	11.57	3.16	-0.232	0.817
	有	11.69	2.12		
態度	無	25.33	3.60	-0.741	0.459
	有	25.90	3.31		
主觀規範	無	30.86	5.30	-0.510	0.611
	有	31.38	4.34		
知覺行為控制	無	31.48	4.69	-0.704	0.482
	有	32.10	3.75		
使用意願	無	24.14	7.20	0.082	0.935
	有	24.04	5.18		

(九) 月收入

分析結果顯示，月收入對認知、態度、主觀規範及使用意願均無顯著的差異，而對知覺行為控制（ $F=3.550$ ， $p=0.030$ ）有顯著的差異。在知覺行為控制中，月收入在30001元以上者的平均分數顯著高於無月收入者，如表4.12所示。

表 4.12、月收入在研究變項間之 ANOVA 檢定分析結果

變項名稱	月收入	平均數	標準差	F 值	p 值	事後檢定
認知	無(1)	6.21	2.51	1.550	0.101	—
	30000元以下(2)	6.30	1.49			
	30001元以上(3)	6.63	2.16			

態度	無(1)	25.31	3.73			
	30000元以下(2)	25.92	3.01	2.637	0.074	—
	30001元以上(3)	26.54	2.92			
主觀規範	無(1)	30.81	4.86			
	30000元以下(2)	31.14	3.85	1.995	0.139	—
	30001元以上(3)	32.22	4.21			
知覺行為控制	無(1)	31.31	4.18			
	30000元以下(2)	32.17	3.61	3.550*	0.030*	3>1
	30001元以上(3)	32.94	3.36			
使用意願	無(1)	23.42	5.76			
	30000元以下(2)	23.56	4.81	2.913	0.056	—
	30001元以上(3)	25.38	5.20			

* $p<0.05$ ，** $p<0.01$ ，*** $p<0.001$

(十) 自覺健康狀況

分析結果中顯示，自覺健康狀況對認知、態度、主觀規範、知覺行為控制及服務使用意願均無顯著的差異，如表4.13所示。

表 4.13、自覺健康狀況在研究變項間之 ANOVA 檢定分析結果

變項名稱	自覺健康狀況	平均數	標準差	F 值	p 值	事後檢定
認知	健康	11.45	2.71			
	普通	11.85	1.58	0.878	0.417	—
	不健康	11.86	2.57			
態度	健康	26.16	3.66			
	普通	25.65	3.03	0.771	0.464	—
	不健康	25.41	3.32			
主觀規範	健康	31.80	4.58			
	普通	31.13	4.19	1.318	0.270	—
	不健康	30.23	4.81			
知覺行為控制	健康	32.34	4.25			
	普通	32.00	3.53	1.161	0.315	—
	不健康	30.95	3.33			
使用意願	健康	24.60	5.93			
	普通	23.99	4.78	2.021	0.135	—

不健康	22.05	5.44
-----	-------	------

(十一) 是否罹患慢性疾病

民俗調理傳統整復服務之認知、態度、主觀規範、知覺行為控制及服務使用意願在是否罹患慢性疾病民眾間無顯著的差異，如表4.14所示。

表 4.14、是否罹患慢性疾病在研究變項間之獨立 t 檢定分析結果

變項	罹患慢性疾病	平均數	標準差	t 值	p 值
認知	是	11.50	2.14	-0.509	0.611
	否	11.71	2.26		
態度	是	25.97	3.32	0.236	0.814
	否	25.82	3.35		
主觀規範	是	30.91	4.70	-0.593	0.554
	否	31.40	4.38		
知覺行為控制	是	31.38	3.54	-1.084	0.280
	否	32.16	3.89		
使用意願	是	22.74	6.64	-1.556	0.121
	否	24.30	5.11		

四、認知、態度、主觀規範、知覺行為控制對使用意願之相關性

使用 Person 相關係數來做認知、態度、主觀規範、知覺行為控制及使用意願的研究變項相關性分析，根據本研究結果，如表4.15所示，認知、態度、主觀規範、知覺行為控制與使用意願之間均有顯著的相關性。服務使用意願與認知的相關係數為 0.221 ($p=0.001$)、服務使用意願與態度的相關係數為 0.480($p=0.000$)、服務使用意願與主觀規範的相關係數為 0.609($p=0.000$)及服務使用意願與知覺行為控制的相關係數為 0.492($p=0.000$)。所有研究變數間皆呈正相

關且達統計上的顯著水準。

表 4.15、認知與計畫行為理論研究變項之 Pearson 相關係數分析結果

變項	認知	態度	主觀規範	知覺行為控制	使用意願
認知	1.000				
態度	0.328**	1.000			
主觀規範	0.267**	0.673**	1.000		
知覺行為控制	0.342**	0.682**	0.698**	1.000	
使用意願	0.221**	0.480**	0.609**	0.492**	1.000

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

五、線性迴歸分析結果

本研究使用線性迴歸來探討認知、態度、主觀規範、知覺行為控制是否為民俗調理傳統整復服務使用意願的預測影響因素。表4.16結果顯示，認知、態度、知覺行為控制對服務使用意願雖然有顯著性的相關性，但卻沒有顯著性的影響。而主觀規範（ $t=5.941$ ， $p=0.000$ ）對使用意願則有顯著性的影響。結果顯示在這次調查研究中主觀規範對服務使用意願不但有其相關性且有更進一步的影響性，迴歸模型具有37.3%的解釋力，且此迴歸模型（ $F=32.863$ ， $p=0.000$ ）呈顯著性，表示具有其線性預測的能力。

表 4.16、民俗調理傳統整復服務使用意願之線性迴歸分析結果

模型	非標準化係數		標準化係數		t 值	p 值
	B	標準錯誤	β			
(常數)	-2.734	2.670			-1.024	0.307
認知	0.085	0.140	0.035		0.602	0.548
態度	0.138	0.130	0.085		1.061	0.290
主觀規範	0.590	0.099	0.484		5.941**	0.000
知覺行為控制	0.117	0.117	0.083		0.997	0.320

N=215

$R^2=0.373$

$F=32.863^{***}$ ， $p=0.000$

* $p<0.05$ ，** $p<0.01$ ，*** $p<0.001$

伍、結論與建議

一、結論

透過本研究分析結果後得知在人口學變項中僅有宗教信仰對態度有顯著性的差異、年齡在使用意願有顯著差異、婚姻狀況在主觀規範及知覺行為控制上有顯著差異、月收入在知覺行為控制裡有顯著差異。經過皮爾森相關分析後，認知、態度、主觀規範、知覺行為控制及使用意願之間具有顯著高度相關性的，再透過迴歸分析後，發現僅有主觀規範對民俗調理傳統整復服務使用意願有顯著性的預測影響，且兩者呈顯著正相關整體模型解釋力也達37.3%，並整理出表5.1說明假說分析之結果。

表 5.1、假說檢定之結果

假說	結果
H_1 ：人口學變項對「民俗調理傳統整復服務」認知有顯著影響。	部分支持
H_2 ：人口學變項對「民俗調理傳統整復服務」態度有顯著影響。	部分支持
H_3 ：人口學變項對「民俗調理傳統整復服務」主觀規範有顯著影響。	部分支持
H_4 ：人口學變項對「民俗調理傳統整復服務」知覺行為控制有顯著影響。	部分支持
H_5 ：人口學變項對「民俗調理傳統整復服務」的使用意願有顯著影響。	部分支持
H_6 ：「民俗調理傳統整復服務」認知對使用意願有顯著影響。	不支持
H_7 ：「民俗調理傳統整復服務」態度對使用意願有顯著影響。	不支持
H_8 ：「民俗調理傳統整復服務」主觀規範對使用意願有顯著影響。	支持
H_9 ：「民俗調理傳統整復服務」知覺行為控制對使用意願有顯著影響。	不支持

二、建議

透過研究結果可以了解目前的民眾對「民俗調理傳統整復服務」的看法及簽署的使用意願。為了解決民眾的不熟悉並破除民眾既有的迷思，因此本研究將針對本次研究結果提出相關建議。

在認知方面，建議政府衛生行政相關單位可以強化培育「民俗調理傳統整復服務」的種子講師，並深入社區加強宣導。在學校教育方面，可以成立相關系所強化人才培育及提升服務品質。主觀規範顯示醫護專業人士的支持對「民俗調理傳統整復服務」具有最大的影響力，因此民俗調理傳統整復服務業者如何與醫療服務專業配合，使民眾有正確的觀念是非常重要的議題。民俗調理傳統整復服務業者亦要有定期的在職教育訓練以提升技術知識與專業形象。本研究受限於時間與經費，所收集的樣本數有限，建議未來研究可擴大樣本。本次研究採用認知與計畫行為理論為主要研究變項，未來可以利用不同的行為理論做更深入的探討與研究。

陸、參考文獻

1. 衛生福利部(2017)·安心紓壓好所在一專業有品質的民俗調理服務，衛福季刊，第15期。
2. 勞動部勞動力發展署(2019)·為保障民眾接受傳統整復推拿權益，勞動部將開辦傳統整復推拿技能檢定，2019年2月23日新聞稿，
https://www.wda.gov.tw/News_Content.aspx?n=7F220D7E656BE749&s=FDA2CF7F3B225433。
3. 自由時報(2019)·整復推拿屬醫療行為消基會籲更名「民俗調理技術士」，2019年8月14日，<https://news.ltn.com.tw/news/life/breakingnews/2884476>。

4. 內政部統計通報（2018）106年底人口結構分析。
5. 國家發展委員會（2016）台灣地區人口推估（105至150年）
6. 衛生福利部 (2015)高齡社會白皮書。
7. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
8. Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action control* (p. 11-39). Springer, Berlin, Heidelberg.
9. Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 103(3), 411.
10. Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British journal of social psychology*, 40(4), 471-499.
11. Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Intention and Behavior: An introduction to theory and research*.
12. Greco, P. J., Schulman, K. A., Lavizzo-Mourey, R., & Hansen-Flaschen, J. (1991). The Patient Self-Determination Act and the future of advance directives. *Annals of internal medicine*, 115(8), 639-643.
13. Montano, D. E., & Kasprzyk, D. (2015). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. *Health behavior: Theory, research and practice*, 70(4), 231.
14. Nguyen, A. L., Seal, D., Bruce, O., Dalton, M., Palmer, A., Pardini, M., Quiroga, B., Ryu, J., Soliman, S., Welty, J. C., & Younus, I. (2019). Caregiving preferences and advance care planning among older adults living with HIV. *AIDS care*, 31(2), 243-249.
15. Sears, D. O., L. A. Peplau, and S. E. Taylor (1991), *Social Psychology*, 7th ed., Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.

