

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

以計劃行為理論與 LISREL 建構民眾參與家庭醫師整合計劃 之行為意願模式

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC94-2314-B-041-001-

執行期間：94年08月01日至95年07月31日

執行單位：嘉南藥理科技大學醫務管理系

計畫主持人：林為森

共同主持人：陳惠芳，陳怡君

計畫參與人員：黃筱芸

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 95 年 10 月 25 日

中文摘要

家庭醫師整合性照護計劃是要建立民眾對基層醫療的信任，落實轉診制度，提供民眾持續完整的健康照護，以健全基層醫療體系，提高醫療照護服務的品質。然而目前實施至今因為制度對民眾誘因不足加上政府的宣導也不夠，使得計劃推動的過程中產生許多的障礙。因此本研究計劃的主要目的在調查分析民眾對家庭醫師整合照護制度的參與態度與參與意願，並利用計劃行為理論與線性結構關係模式（LISREL）建立其參與計劃之行為模式。本研究調查以醫療院所就醫且年滿十八歲的民眾為主要的研究對象，有效樣本共計 1477 位。研究結果顯示若以線性迴歸分析驗證計劃行為理論模式，只有參與態度是參與意願的顯著影響因素且參與意願與參與行為的相關性相當小。以線性結構實證分析後，則發現參與意願會受到參與態度與可支配性兩項因素的影響，民眾對家醫計劃的態度愈正向，計劃所提供的服務愈便利與民眾的自我控制能力愈高，其參與的意願就會愈高；而計劃的參與行為會受到參與意願及可支配性的影響。因此正向的態度以及服務的便利性與行為的自主性對計劃的參與有很重要的影響。

關鍵字：家庭醫師整合性照護計劃、線性結構關係模式、計劃行為理論

英文摘要

“National Health Insurance Family Physician Program” is to build up a faithful relationship between patients and physicians, to improve the quality of primary care systems, to combine public health and related medical resources and to offer a complete and continuous medical care for patients. Although this program has been applied for years, people are not attracted and well educated to recognize this program. The purpose of this study is to investigate people's attitudes toward the family physician program and their intentions to participate in this program. The planed behavior theory model and the linear structure relationship (LISREL) method are used to identify factors influencing behavioral intentions. 1477 subjects who were 18 yrs and over 18 yrs from clinics were recruited in this study. Results of simple linear regression analysis show that only attitude is the significant affective factor and the relation between behavior and intention is weak. In the linear structure relationship analysis, attitudes and perceived behavioral control are factors which significantly influence intentions. Participating behaviors are also significantly influenced by intentions and perceived behavioral control. Positive attitude, convenient services and behavioral control are important factors for participation of this program.

Key words: National Health Insurance Family Physician Program, the linear structure relationship, the planed behavior theory model

前言

台灣地區已邁入高齡化社會，隨著人口的老化以及社會的變遷，慢性疾病已取代傳染性疾病成為國民生活中最大的健康威脅^[1]。全民健保推動「家庭醫師整合性照護計劃」的目的就是希望透過家庭醫師制度，希望能夠跨越醫療科別和院所與層級間的限制，結合公共衛生、相關的文化產業和其他社會團體的資源，健全基層醫療體系，以建立民眾對基層醫療的信任，落實轉診制度，來提供民眾持續完整的健康照護。截至九十三年十月，已經有 248 個社區醫療群，將近 50 萬家戶人口參與試辦計畫，為每一個加入社區醫療群的家庭會員提供持續而且完整的醫療照護，以及 24 小時緊急電話諮詢服務^[2-5]。然而根據研究結果顯示未參與計劃求診民眾不知道「家庭醫師整合性照護制度」的比例高達 82.2%，似乎仍有多數的民眾不知道或不清楚「家庭醫師」的角色與其重要性。民眾的認知的轉變往往會導致行為的改變；觀念是行動的指引，有正確的觀念，才有正確的行動。要矯正不當行為，就要改變不合理的想法以建立合理的信念^[5-7]。因此，要改變民眾不良的就醫習慣便要增進民眾對家庭醫師角色與功能的瞭解並建立彼此間信任的醫病關係，同時讓民眾瞭解家庭醫師制度實施的重要性與必要性，以落實分級醫療，提昇基層醫療品質與減少醫療資源之浪費。

雖然「家庭醫師整合照護計劃」已推動了一段時日，但由於民眾可選擇社區醫療群之醫師登記為家庭醫師，且不限制民眾就醫之選擇，因此民眾的參與意願便成為了計劃推動的主要關鍵。因此本研究計劃擬調查分析民眾對「家庭醫師整合照護制度」的認知態度與參與意願，並利用計劃行為理論^[8-12]與線性結構關係模式（LISREL）^[13-14]建立其參與「家庭醫師整合照護制度」之行為模式，探討影響行為模式之相關因素，以提供相關資訊給衛生機關單位進行有效之宣導與衛生政策之擬定。

研究方法

一、研究對象

第一階段抽樣採用分層抽樣方法，以健保局六個分局行政區為主，在每個分局行政區中隨機選取 5 家醫療院所，並以郵寄或電訪方式徵求該院所負責人的同意，再以系統隨機方式選取訪視當日至該醫療院所就診的民眾共約 40 名進行訪視調查，被訪視的對象需年滿十八歲。由於東區分局沒有醫療院所願意配合本研究計劃，因此本次調查樣本來自於其他五個分局（不含東區分局）。由於第一階段抽樣所取得之有效樣本數為 936 人，未達到模式檢驗所需之樣本數，因此進行第二階段抽樣，以配合度高的南區分局與高屏分局醫療院所為抽樣對象，再徵求 12 家醫療院所的同意，每家醫院以系統隨機方式選取訪視當日至該醫療院所就診的民眾共約 50 名進行訪視調查，得到有效樣本數為 541 人，共計總樣本數為 1477 人。樣本之特性分佈請見表一。

二、研究工具

問卷之設計以計劃行為理論模式為主，問卷建構分為兩個階段，首先以半結

構式的開放式問卷進行「家庭醫師整合計劃」參與個案之深度訪談、家庭醫師與一般民眾之焦點團體座談等方式，配合相關文獻資料之蒐集、找出相關研究變數並草擬結構式問卷初稿。第二階段請 6 位公共衛生專家進行專家效度檢測修改後並實施問卷測試，經信度（表一）檢測後發展出正式測試之問卷。問卷內容擬包括 (i) 基本資料：性別、年齡、職業、身高、體重與健康行為等；(ii) 自覺健康狀況與疾病史；(iii) 家庭醫師信念量表：以計劃行為理論設計編製，以態度信念、主觀規範、及行為控制知覺為三大層面並針對行為信念、結果評價、規範信念、依從動機、自我控制與便利性六小構面發展問卷項目，量表均採用 Likert Scale 五點計分。(v) 行為意願量表：測量受試者參與「家庭醫師整合計劃」的意願。

表一、各量表的信度分析

測量變數	題數	代號	Chronbach's α
參與意願	4	Y10-Y13	0.840
參與態度	5	Y1-Y5	0.938
影響規範	2	Y6-Y7	0.716
控制知覺	2	Y8-Y9	0.740
行為信念	10	AX1-AX10	0.926
結果評價	10	AX11-AX20	0.937
規範信念	7	SX1-SX7	0.702
依從動機	7	SX8-SX14	0.708
自我控制	4	PX1-PX4	0.864
便利性	4	PX5-PX8	0.852

三資料收集與分析

資料經除錯及譯碼後以 SPSS 12.0 與 AMOS 5.0 之統計套裝軟體進行資料分析。除了敘述統計之外，本研究分別以簡單線性迴歸模式與線性結構關係模式來驗證分析計劃行為理論模式。

結果

樣本資料收集時間為 95 年 3 月 20 日至 6 月 30 日，共計樣本 1492 位，經剔除無效樣本之後，共獲得有效樣本 1477 位。訪視樣本以女性居多約佔 61%，平均年齡最小為 18 歲，最大為 93 歲，平均年齡為 41.57 歲；教育程度多為高中職以上，宗教以傳統信仰、佛教及無信仰居多，多數已婚並與家人同住，其基本資料詳見表二。抽菸與嚼食檳榔的比率分別為 18.2% 與 7.9%，只有約 36% 受訪者有規律運動習慣，36% 的樣本有疾病家族史，15% 長期服藥，約 20% 有過敏體質，大部分受訪者自覺身體狀況尚可接受。36% 受訪民眾知道家庭醫師整合照護計劃消息來源多為診所醫師和大眾媒體，但目前只有約 12% 的民眾參加家庭醫師整合照護計劃，詳見表三。

表二、樣本的基本資料 (N = 1477)

變項	個數 (N)	百分比 (%)	變項	個數 (N)	百分比 (%)
性別			職業		
男	567	38.6	學生	204	14.1
女	901	61.4	家管	230	15.9
年齡			服務業(商)	261	18.0
18-20 歲	63	4.3	公務員	114	7.9
21-30 歲	404	27.4	教育人員	67	4.6
31-40 歲	288	19.5	醫事人員	86	5.9
41-50 歲	325	22.0	工	190	13.1
51-60 歲	192	13.0	農	37	2.5
61-70 歲	114	7.7	軍	28	1.9
70 歲以上	91	6.2	退休	91	6.3
教育程度			無	97	6.7
不識字	44	3.0	其他	46	3.2
識字	8	0.5	婚姻狀態		
小學	143	9.8	已婚	940	64.2
國初中	149	10.2	未婚	430	29.4
高中職	405	27.8	分居	8	0.5
大專	302	20.7	喪偶	58	4.0
大學	367	25.2	離婚	24	1.6
研究所	38	2.6	其他	4	0.3
宗教信仰			居住狀況		
無	334	22.9	與家人同住	1248	85.6
佛教	405	27.8	與親戚同住	28	1.9
道教	184	12.6	與朋友同住	74	5.1
一貫道	38	2.6	獨自居住	108	7.4
傳統信仰	355	24.4	住長期照護機構	3	0.2
基督教	113	7.7	與子女輪流住	19	1.3
天主教	20	1.4	其他	20	1.4
其他	6	0.4	所屬健保分局		
			台北分局	137	9.3
			北區分局	127	8.6
			中區分局	172	11.6
			南區分局	629	42.6
			高屏分局	412	27.9

表三、樣本健康行為與健康狀況

變項	個數 (N)	百分比 (%)	變項	個數 (N)	百分比 (%)
抽菸習慣			疾病家族史		
每天抽	185	12.6	有	534	36.3
偶爾抽	82	5.6	無	936	63.7
已經戒菸	89	6.0	長期服用藥物		
從未抽過	1118	75.8	有	224	15.3
嚼食檳榔			無	1240	84.7
每天嚼	39	2.7	過敏體質		
偶爾嚼	77	5.2	有	289	19.9
已經不嚼	67	4.5	無	1165	80.1
從未嚼食	1285	87.5	自覺健康狀況		
規律運動習慣			非常好	115	7.8
有	503	34.6	好	485	32.9
無	951	65.4	尚可接受	706	47.9
是否知道家庭醫師整合照護計劃			不好	457	10.7
是	530	36.0	非常不好	11	0.7
否	944	64.0	是否已經加入家庭醫師整合照護計劃		
消息來源			是	174	11.9
診所醫師	205	13.9	否	1285	88.1
診所員工	63	4.3			
診所海報	69	4.7			
家人朋友	102	6.9			
大眾媒體	167	11.3			
其他	18	3.8			

以相關與簡單線性迴歸分析驗證計劃行為理論，結果發現主觀規範與控制知覺均未達顯著的影響，只有行為態度是民眾參與家庭醫師整合照護計劃意願的主要影響因素。模式的解釋能力約為 29%，而參與意願與是否加入家醫計劃的相關係數僅有 0.120，未達顯著相關，結果見表四、表五與圖一。

表四、計劃行為理論變數間的相关係數

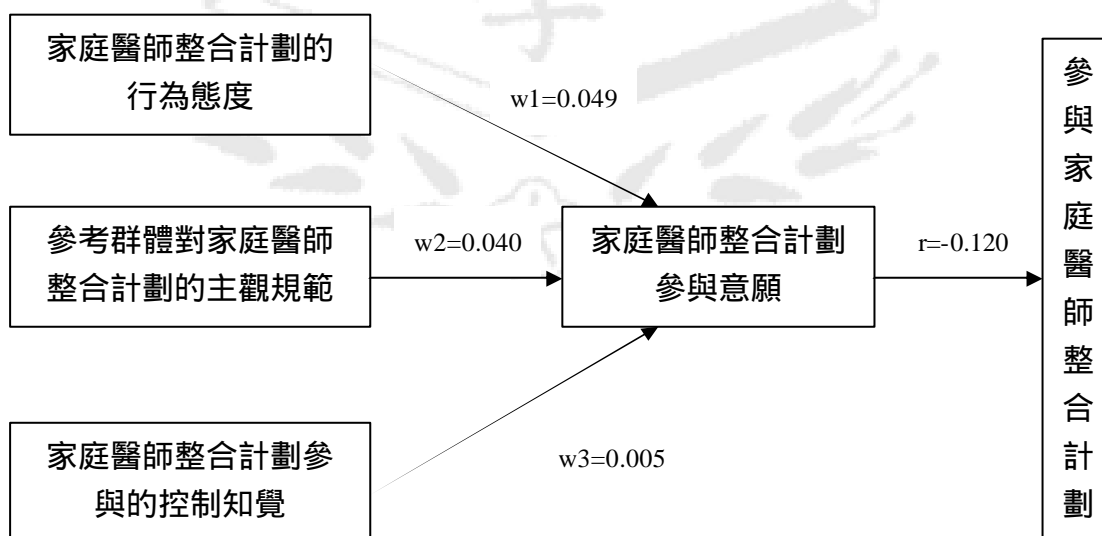
	行為意願	行為態度	主觀規範	控制知覺
行為意願	1			
行為態度	0.537**	1		
主觀規範	0.263**	0.499**	1	
控制知覺	0.296**	0.417**	0.379**	1

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

表五、簡單線性迴歸模式驗證計劃行為理論

	未標準化 迴歸係數	未標準化 標準誤	標準化 迴歸係數	t值	p值
截距	4.236	0.624		6.789	0.000
行為態度	0.049	0.003	0.506	18.490	0.000
主觀規範	0.040	0.023	0.045	1.743	0.081
控制知覺	0.005	0.004	0.028	1.048	0.295

1. $R^2 = 0.294$, adjusted $R^2 = 0.292$
2. ANOVA檢定 , $F = 191.519$, $p = 0.000$



圖一、計劃行為理論模式之簡單線性迴歸分析

以線性結構方程式實證分析計劃行為理論模式發現，(一)參與態度與參與意願有顯著的因果關係，(二)規範影響與參與意願沒有顯著的因果關係，(三)可支配性分別與參與意願有顯著的因果關係，(四)參與意願與參與行為有顯著的因果關係，(五)可支配性亦與參與行為有顯著的因果關係，詳見表六與圖二。

表五、計劃行為理論模式線性結構方程式分析之母數估計表

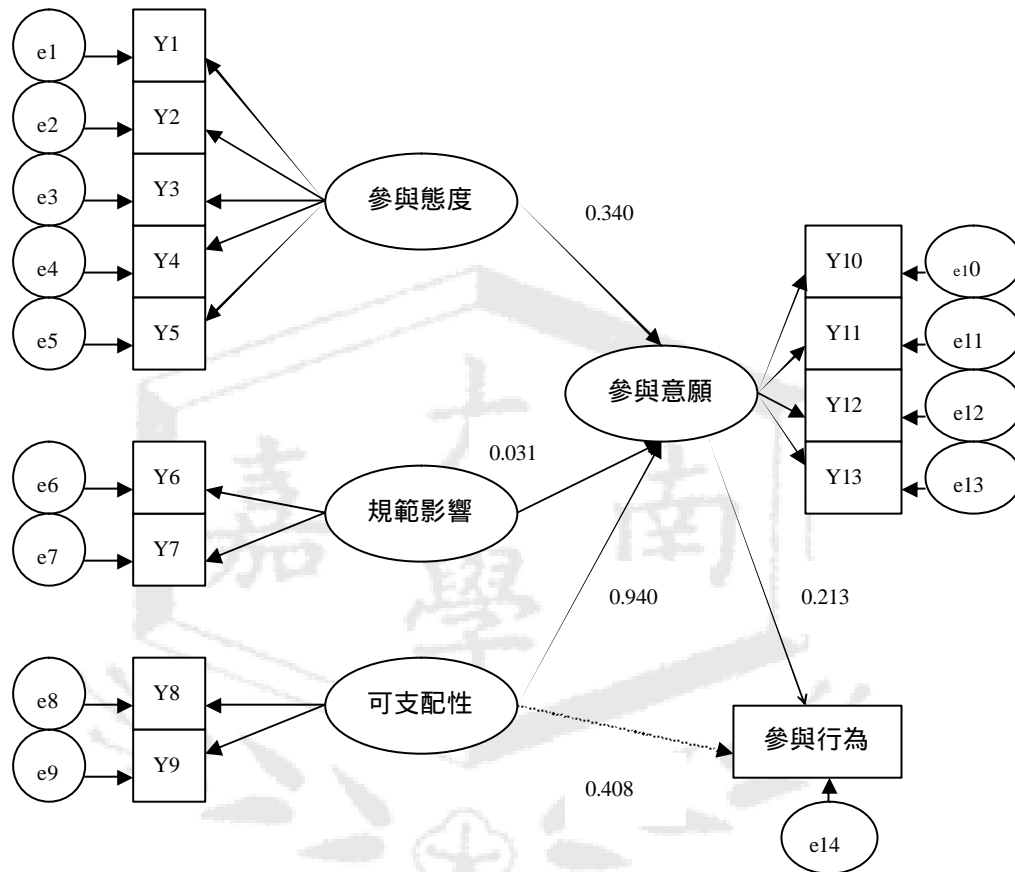
關係變數		標準化 係數 推估值	未標準化 係數 推估值	標準誤 S.E.	臨界值 CR	P 值	路徑 Label
參與意願	參與態度	0.340	0.332	0.031	10.660	***	par_8
參與意願	可支配性	0.940	1.194	0.045	26.592	***	par_11
參與意願	規範影響	0.031	0.029	0.039	0.757	0.449	par_12
Y1	參與態度	0.854	0.923	0.021	43.002	***	par_3
Y2	參與態度	0.890	0.992	0.021	46.519	***	par_9
Y3	參與態度	0.891	0.992	0.021	46.931	***	par_2
Y4	參與態度	0.889	1.001	0.021	47.685	***	par_1
Y5	參與態度	0.849	1.000				
Y6	規範影響	0.765	0.797	0.391	2.036	0.042	par_7
Y7	規範影響	0.912	1.000				
Y8	可支配性	0.684	1.004	0.042	23.634	0.042	par_4
Y9	可支配性	0.646	1.000				
Y10	參與意願	0.850	1.000				
Y11	參與意願	0.820	0.981	0.021	46.733	***	par_5
Y12	參與意願	0.846	1.053	0.021	49.106	***	par_10
Y13	參與意願	0.889	1.072	0.020	53.468	***	par_6
參與行為	參與意願	0.213	0.085	0.039	2.164	0.030	par_13
參與行為	可支配性	0.408	0.206	0.060	3.446	***	par_14

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

結論與建議

以簡單線性迴歸分析驗證計劃行為理論模式，結果發現只有參與態度是參與意願的重要影響因素，且參與意願與參與行為的相關性相當小。但進一步經線性結構方程式實證分析後發現，參與家醫整合計劃的意願會受到參與態度與可支配性兩項因素的影響，亦即民眾對家醫計劃的態度愈正向，計劃所提供的醫療服務愈便利，民眾的自我控制行為能力愈高，其參與的意願就會愈高。結果亦顯示參與行為會受到參與意願及可支配性的顯著影響，參與意願直接影響參與行為，而且便利性與自我控制行為則是間接影響參與家醫計劃行為。因此為了提高民眾的家醫整合照護計劃參與率，必須加強民眾對家醫整合照護計劃的瞭解，除加強宣導家醫計劃的好處外，更應說明參與計劃能促進健康並與醫師建立信任感等優點以期改變民眾對家庭醫師整合照護計劃的態度，同時在政策的制定方面也應朝計劃所能提供的醫療服務是否能帶給民眾的便利性，方便性與自主性等方面來考量，以提昇民眾對家醫計劃的參與意願與行為。

此次所建構的線性結構方程式模式，模式的適合度指標數值分別為 χ^2 值 (CMIN) = 3655.89, CMIF / df = 49.40, AGFI = 0.71, CFI = 0.81, RMSEA = 0.18, NFI = 0.80, TLI = 0.72, 顯示模式的適合度不合乎理想^[13-14], 因此模式仍需進一步進行修正。



圖二、計劃行為理論模式的線性結構方程式分析圖

參考文獻：

1. 衛生署統計資料：民國九十二年衛生統計（二）生命統計年報。
<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
2. 中央健康保險局：全民健康保險家庭醫師整合性照護制度九十二年試辦計劃，2003。
3. 中央健康保險局：全民健康保險家庭醫師整合性照護制度度試辦計劃，2004。
4. 石賢彥：基層醫療體系與家庭醫師制度理想與現實的差距 - 基層醫師的觀點，摘至中華名國基層醫療協會網站 - 家醫研討會。
5. 陳慶餘(2001). 家庭醫學與社區健康營造. 台灣醫學雜誌 5(2), 188-193。

6. 王孟平：政策認知、政策訊息與政策論述—當前爭議性公共政策之實證研究；中山人文社會科學期刊，7(1)：73-100，1999。
7. 李卓倫、賴俊雄、趙睦男：臺灣地區衛生人員對全民健康保險、政策之認知與態度；公共衛生，21(3)：180-191，1994。
8. Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975), *Belief, Attitude, Intention, and Behavior : An Introduction to Theory and Research*, Reading Mass :Addison-Wesley Publishing, 6.
9. Ajzen, I., (1985), "From Intention to Actions: A Theory of Planned Behavior," in J. Kuhl and J. Bechmann (Eds), *Action-Control: From Cognition to Behavior*, Springer, Heidelberg, 11-39.
10. Ajzen, I., (1989), "Attitude Structure and Behavior," in A.R. Pratkanis, S. J. Breckler, and A.G. Greenwald(Eds), *Attitude Structure and Function*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 241-274.
11. Ajzen, I. & Fishbein, T.J. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
 12. Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitude, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22:453-474.
 13. 邱皓政，(2003)，*結構方程模式：LISREL 的理論技術與應用*，雙葉書廊。
14. 蔡青姿，(2003)，(醫學雷射美容消費意向模式建構之實證研究-結構方程式之應用)，國立中正大學企業管理研究所碩士班論文。