

私立南華大學  
社會學研究所碩士論文

老人資本、自評健康與醫療資源使用相關性之研究



研究生：江哲超

指導教授：齊力博士

中華民國九十二年六月

南 華 大 學

碩 士 學 位 論 文

社 會 學 研 究 所

老人資本、自評健康與醫療資源使用行為相關性之研究

研究生：江哲慶

經考試合格特此證明

口試委員：李美玲

王仕圖

齊力

指導教授：齊力

所 長：蔡幸瑞

口試日期：中華民國

92年 6月

19日

## 論文摘要：

全民健康保險制度是台灣目前最重要的社會福利政策，而許多的官方統計數字皆相繼指出，老人為醫療資源最主要的使用者，因此，進一步探討影響老人醫療使用行為之要素，及避免不必要醫療資源使用，實為制定政策者之重要議題。

本研究使用實徵資料，探討台灣老人所擁有的資本對其健康情形與醫療使用情形造成的影響。同時並以衛生署家庭計畫研究所（原為台灣省家庭計畫研究所），於 1989 年與 1993 年所舉辦的「台灣地區老人保健與生活問題調查」及 1996 年的「台灣地區中老年保健與生涯規劃調查」為分析資料。

此調查樣本為長期追蹤（panel）的貫時性機率抽樣調查，是家庭計畫研究所於 1989 年時，以 1988 年年底滿 60 歲以上並居住地為非山地地區之老人，為抽樣的母群體，以分層隨機抽樣之方法，分別進行電話或實地面訪完成調查，總共選取樣本總數為 4,412 名案例。不過為了減少偏誤產生，本研究只選取三次調查皆為存活之 2669 名案例。

### 研究成果分述如下：

#### 資本與醫療資源使用情形之關係

##### 經濟資本與醫療資源使用情形之關係：

假設檢定的結果顯示，經濟收入愈高的老人，其每月門診次數愈少。而經濟狀況分數的高分組老人，相較於低分組老人有較少的每年住院次數。經濟狀況分數的高分組與中分組老人，相較於低分組老人則有較少的每年住院日數。可見當老人擁有較佳經濟資本時，便容易比經濟資本較差的老人擁有較佳的健康，使得其在醫療資源使用的三項指標中皆呈現出比較少的使用情形。

##### 文化資本與醫療資源使用情形之關係：

假設檢定的結果顯示，學歷變項在西醫門診使用上，並未達統計顯著水準，不過，相較於不識字的老人而言，較高學歷的老人普遍呈現出較少的使用量，此外，學歷變項，而在另一項醫療指標，老人每年的住院天數上，卻顯示出較高學歷的老人反而有較多的平均住院天數，且達統計顯著水準。此外媒體閱聽變項在醫療資源使用三項指標中，皆呈現出負向影響。

##### 社會資本與醫療資源使用情形之關係：

假設檢定的結果顯示，家庭支持分數愈高的老人，在醫療資源使用三項指標中，皆呈現出愈多的醫療使用行為，換言之，本研究發現若能從家庭內，獲得愈多日常生活行動上幫助的老人，愈容易有使用醫療資源的傾向。此外，存活子女數愈多的老人，在西醫住院天數上也呈現出愈多的趨勢。顯然，老人在利用醫療資源時，其能否從家庭獲得適當的協助，對於順利取得醫療資源的有極大的關係。

#### 資本與健康狀況之關係

假設檢定的結果顯示，經濟資本的三組衡量指標，皆顯示出對老人健康狀態

的正向影響。其次，文化資本的三項衡量指標中，亦顯示出對老人健康狀態的正向影響，簡言之，學歷高、閱讀頻率高、媒體閱聽頻率高的老人，愈容易擁有較佳的健康狀態。再者，社會資本中社區參與亦與健康狀態為正向相關，換言之，老人的社區參與程度愈高，則其健康情況亦愈好。

健康狀況與醫療資源使用情形之關係：

假設檢定的結果顯示，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。不過，衛生習性中-飲酒變項對每月門診次數，卻呈現出負向的影響。此外，自評健康狀況較差、身體功能分數較低、ADL 分數較低的老人，其每年西醫住院次數亦有較多的趨勢。再者，自評健康狀況較差、身體功能分數較低的老人，其每年西醫住院日數研究結果顯示呈現有較多的傾向。

由以上的結果可知，老人的資本除了直接對醫療資源使用行為產生影響外，其最主要的影響，是透過對健康狀況間接的對醫療資源使用情形，產生影響。簡單的說，當老人有較佳的資本時，便可以較輕易擁有較佳的健康狀況，而健康狀況較佳的老人，便有較少的醫療資源使用情形，因此，老人的健康狀況仍是影響其醫療資源使用行為的重要因素。

關鍵字：資本、自評健康、醫療資源使用

## Abstract

National health insurance system is one of the most important social welfare policies. Many official statistics show that the elderly people are the major users of medical resources. Therefore, it is important to further study the elderly people's use of medical resources, and how to refrain from the waste of medical resources.

The study uses empirical data to analyze the influence of capitals owned by the elderly people on use of medical resource. The main purposes are: the relations between the elderly people's capitals, health status and use of medical resource.

A set of panel survey data conducted by Taiwan Provincial Institute of Family Planning and its successor national health bureau was used. The data include three times of surveys, respectively "The survey of the elderly people's health and life problem in Taiwan" in 1989 and 1993, and "The survey of the middle-aged and elderly people's health and career planning in Taiwan" in 1996. The data were collected by face-to-face interview with a stratified three-staged probabilistic sampling method. People aged above 60 living in non-mountainous area were sampled and interviewed. 4412 cases were successfully interviewed in 1989. However, 2669 cases were successfully followed-up and analyzed here.

The results show that the higher the elderly people's income, the less the frequency of getting outpatient service. The elderly people who got higher score of economic status have less frequency and days of hospitalization.

Education is not significantly related to frequency of getting outpatient service. However, compared to the illiterate, the other people tend to use less. In terms of days of hospitalization, however, the higher the educational level, the more the days of hospitalization. As for the impacts of media reading on use of medical resource, negative relations were found.

The higher the score of family support, the more use of medical resource. Besides, the more the number of living children, the more the tendency of use of medical resource. Family support is highly related to use of medical resources.

All of the indicators of the elderly people's economic and cultural capitals are positively related to health status. And the most indicators of the elderly people's health status are negatively related to use of medical resource, except for the variable of drinking.

In short, the elderly people's economic, cultural, and social capitals positively related to their health status, and health status negatively related to use of medical resource. Therefore, the elderly people who own more capitals will use less medical

resources.

Keyword: capitals, health status, use of medical resource

# 內容目錄

第一章 緒論	2
第一節 研究背景	2
第二節 研究目的	4
第二章 文獻探討	5
第一節 醫療資源使用模型	5
第二節 醫療需求理論	8
第三節 資本	9
第四節 醫療資源使用之經驗性研究	11
第三章 研究設計	15
第一節 分析架構	15
第二節 研究問題與研究假設	18
第三節 研究資料與操作定義	20
第四節 分析方法	28
第四章 研究結果的分析	30
第一節 台灣地區老人醫療資源使用情形	31
第二節 老人資本、健康狀況與醫療資源使用之關係	42
第三節 控制其他變項後，老人資本、健康狀況與醫療資源使用之關係	60
第四節 健康視為一種資本	76
第五章 結論	80
第一節 研究結果與討論	80
第二節 建議與研究限制	84

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景

### 一、人口結構的變遷

根據內政部統計處最新發佈的統計資料顯示，到 91 年 9 月底為止，我國 65 歲以上人口已達到 2,013,147 人，並已經佔總人數 22,484,364 人的 8.95%，另外，老化指數【(65 歲以上人口/0-14 歲人口)\*100】亦從 78 年底的 21.7 不斷的向上攀升至民國 91 年 9 月底 43.67，再加上自 1993 年 3 月我國高齡人口比率突破 7%（聯合國世界衛生組織定義，當超過 65 歲以上的人口數超過全國人口數 7%，即邁入世界衛生組織所謂的「高齡化」國家）。

此外，國內學者亦相繼指出，國內的老年人人口結構，未來仍然呈現持續及加速老化的趨勢，並預估台灣高齡人口將於 2020 年到達 18%（陳俊全, 1997），均顯示台灣亦無法避免高齡化社會之趨勢，雖然許多國家造成高齡化社會的原因並不相同。不過，生育率從 1951 年便開始長期的下降，死亡率亦從 1920 年即迅速下降，都是人口結構產生改變的主要原因（陳寬政, 1995），因此，執政當局如何因應此人口結構的改變，並營造出安全完善的生活環境，滿足老年人的身心需要，便成為產官學界共同關心與努力的目標。

### 二、全民健保的高醫療利用族群

全民保險於 92 年 3 月 1 日為止，已經正式實施了九個年頭。前衛生署長李明亮於 91 年 8 月 12 日曾指出全民健保實施七、八年來，此一制度為我國極為重要、外國相當稱羨的社會安全制度，主要目的係為了讓經濟能力好的人，能夠來來幫助經濟能力差的人，使沒有生病的人幫助生病的人。另外，根據全民健康保險局 91 年 3 月 1 日發布的新聞稿中，亦顯示出民眾對全民健保滿意度高達百分之七十一。然而事實上，從 91 年 8 月 27 日全國總計三萬餘人，走上街頭抗議全民健保雙漲大遊行的抗議事件中，吾人可以發現全民健康保險在實施了這麼多年之後，該福利制度對台灣民眾生活的重要程度。

此外，衛生署統計處發布一份報告指出，台灣國民醫療保健支出之增長，主要因素除了部分來自人口結構老化外，老人就診率或醫療給付均偏高的情形，已經是一項不爭的事實，若從衛生署統計處發布的相關數據可發現，89 年 65 歲以上老人平均每人門診醫療費用，為 0~64 歲者的 3.41 倍，其中西醫門診亦高達 4.09 倍；該統計資料並顯示 65 歲以上老人平均每人住診費用，更是非高齡者之 7.09 倍。

因此經由上述的分析，便可以發現在許多實證研究或調查報告中，皆相繼指

出老年族群是醫療資源的主要使用者，或者是造成醫療服務的需求增加的主要因素。值得我們注意的是，在不同種類的醫療資源耗用中，在西醫門診與西醫住院的部份，老人族群的使用量皆高出非老人族群許多。

因此，本研究將針對老人西醫門診使用行為與西醫住院的使用行為，利用「衛生署家庭計畫研究所（原為台灣省家庭計畫研究所）」於 1989、1993 及 1996 年所做的「老人保健與生活問題長期追蹤調查」所得到的調查資料，進一步分析影響台灣高齡人口醫療資源使用之重要因素。

## 第二節 研究目的

本研究之主要研究目的有二：

首先為使用貫時性調查資料，進行實徵分析，試圖了解國內老人的醫療資源使用行為(use of medical resources)。

事實上，由於高齡化社會的來臨，國內學者針對老人與其健康狀況的研究文獻已經逐漸趨於完備（周麗芳, 1987；林芸芸, 1992；王嘉蕙, 1993；吳淑瓊、梁浙西、張明正、林惠生、孟蘿拉, 1994；張淑英, 1994；邱啟潤、郭素娥、陳惠珠, 1994；康健壽、李金鳳、陳介甫、周碧瑟, 1995；林四海、楊惠珍、陳墩仁、邱慧慈, 1995；李卓倫、紀駿輝、賴俊雄, 1996；黃春太、姜逸群；曾曉琦, 1996；陳俊全, 1997；陳肇男 1998；許游雅 1998；熊曉芳 1999；王香蘋 2001；謝穎慧 2002）。

然而，上述研究多以橫斷面資料來進行分析，故在其研究結果的因果推論與解釋上，必須持著較謹慎的態度。

有鑑於上述之限制，故本研究使用「衛生署家庭計畫研究所」所搜集之長期性追蹤貫時性調查資料，來針對老人的醫療資源使用行為進行分析，並根據文獻與經驗性研究之回顧，提出以老人資本與自評健康狀況如何影響老人的醫療使用行為，為此研究之焦點，並推導出一個完整並符合邏輯論證關係之分析架構。

其次，根據陳肇男(1999)指出，在許多引用 Andersen, R. 的模型的實徵研究上，其研究結果，對於醫療資源使用行為解釋變異的程度，事實上普遍偏低，即使是置入許多的預測變項，大概也只能解釋 16 % 至 25 % 的變異情形。

一般而言，Andersen 認為影響一個人使用醫療資源的能力因素上，大致上仍是受限於個人的經濟所得或是經濟能力。不過研究者認為如此便極容易忽略了個人所擁有其他型式的資本，其亦可能影響個人醫療資源的使用行為。

因此，本研究試圖合併醫療經濟學中「資源」與社會學中之「資本」概念，來切入國內老人醫療資源使用行為研究，並提出相異於原有 Andersen 的醫療服務利用行為模式之分析，進一步分析老人所擁有的資本、健康狀況、醫療資源使用行為，彼此之間關係。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 醫療資源使用模型

在回顧相關文獻後，研究者發現早在西元 1950 年、1960 年時，即有探討此一相關議題之研究文獻，但當時的研究常僅以經濟學或社會學的單一層面變項來探討醫療服務利用，因此，研究架構亦較不完整（Mckinlay, 1972）。事實上，醫療服務利用行為涉及了人口、文化、政治、經濟、社會、心理等因素，可謂之多元且複雜。

曾曉琦（1996）曾對已有醫療求醫行為模式，從相關文獻中整理出四派主要求醫行為模式理論：

1. Suchman（1965）疾病行為模式
2. Fabrega（1973）決策理論模式
3. Mechanic（1978）尋求協助的理論
4. Andersen（1968.1973.1974）健康行為模式

李卓倫（1987）在〈民眾尋求與利用健康服務的行為模式〉一文中，亦將人們如何使用醫療服務的模式整理出四個模型；不過，研究者將摘取其中的 Suchman（1965）疾病行為模式、Rosenstock（1974）健康信念模式與 Andersen（1968）醫療服務利用行為模式提出進一步的說明。

#### 1. Suchman（1965）疾病行為模式

疾病行為模式中，有一重要的假設，當個人從主觀的認定自己已經生病到開始找尋醫療服務來回復本身的健康，在這樣的一個過程中，個人使用醫療資源的行為勢必會受到整個社會環境的干擾及影響。Suchman（1965）指出有四個主要的因素可以來解釋疾病發生後的行為，分別為(1) 疾病發生後的行為內容(2) 疾病發生後的行為間彼此的關係(3) 疾病發生後行為間時間的間隔(4) 疾病發生後行為的改變。

此外，Suchman 亦將疾病行為分為五個階段：1 疾病徵候經驗的階段，2 自我認知病人角色的階段，3 尋找醫療服務階段，4 醫病互動階段，5 康復階段。

一言以蔽之，Suchman 的疾病行為模式有個相當重要的關鍵，即個人對疾病的感受與認知是疾病行為的要素。

#### 2. 健康信念模式

健康信念模式可以區分為三個重要的因素，分別是：

(1) 個人在罹患了某一種疾病之後，對於疾病感受的程度。因為疾病本身也對於罹患疾病的個人在日常生活的功能各方面也會造成不同程度的影響，而疾病造成影響的程度，也會讓罹患疾病者必須判斷是否尋找或使用醫療服務。

(2) 個人在罹患疾病之後，當作出的判斷為必須尋找及使用醫療資源時，就會有所謂的成本產生，而成本當中包含了金錢與時間兩個因素。因此，罹患疾病的個人必須在罹患疾病或者付出必要的成本來換取身體功能的回復，此兩者間做出衡量及選擇。

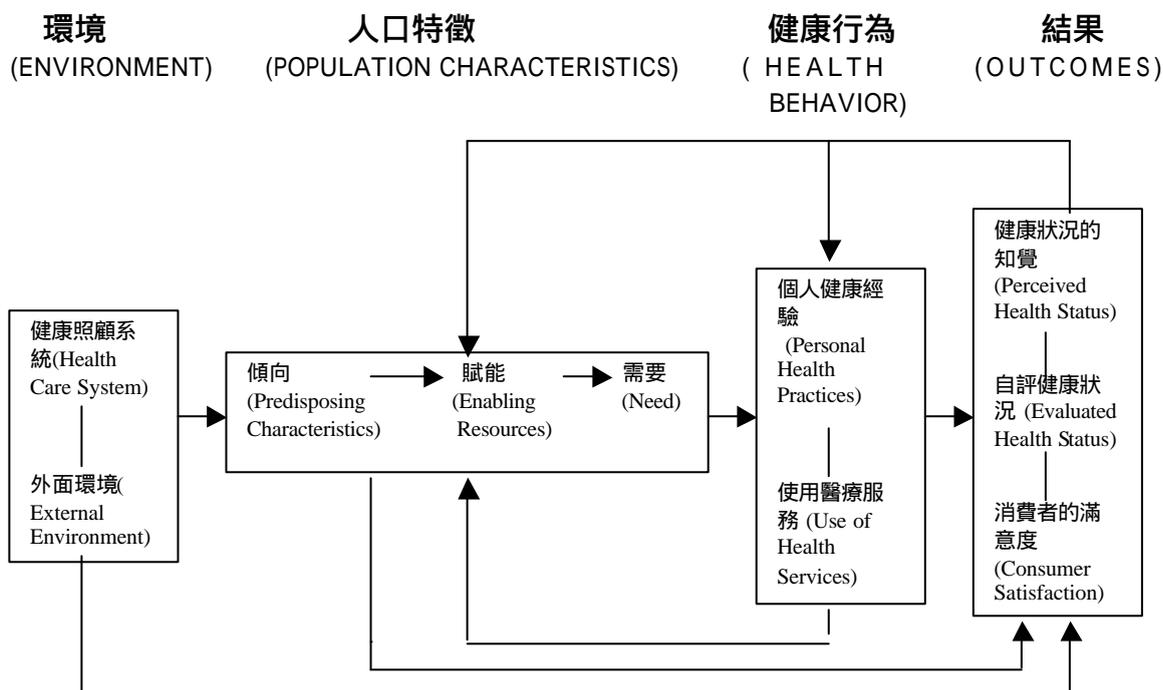
(3) 取得醫療服務的線索。在個人罹患疾病之後，當所做出的選擇為付出必要的成本來換取身體功能的回復，此時能否換取醫療服務的線索亦成為重要因素。例如媒體的報導。

### 3. Andersen (1968) 醫療服務利用行為模式

而在醫療利用的相關研究裡，自從 Andersen (1968) 提出醫療服務利用行為模式 (The Andersen model of health services utilization) 以來，此一模式已經最常被研究者使用在，分析醫療利用行為討論上之主要與常見的分析架構。

一般而言；依據 Andersen (1974) 醫療服務利用行為模式，可發現其模式主要從五個面向對醫療利用行為進行分析，分別是衛生政策、個人特徵、滿意度、服務提供模式、衛生服務的利用。而衛生政策包含有財政、教育、人力、組織；個人特徵則包含傾向因素、使能因素、需要因素；滿意度包含方便、協調、禮貌、訊息花費、品質；衛生服務的利用包含型態、場所、目的、時間、間隔；衛生服務體系包含有資源分布與數量及組織。

醫療服務利用行為模式如下：



資料來源：Andersen (1995)

小結：

根據以上的分析，一般而言 Andersen 模式將個人的特徵(Population characteristics)區分為三個主要的影響醫療資源使用的因素，分別是傾向(Predisposing characteristics)、能力(Enabling resources)與需要(Need)。分述如下：

- 1、傾向因素（性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、健康的信念）
- 2、賦能因素（經濟所得、健康保險之有無、求醫之時間因素、醫療知識來源）
- 3、需要因素（自覺健康狀況、日常功能狀況）

由以上的討論，可以看出基本上 Andersen 認為，影響一個人使用醫療資源的能力因素上，大致上仍是個人的經濟所得，換句話說，個人在取得醫療資源時，經濟能力仍然是相當重要的影響因素。

在回顧醫療資源的使用模型與醫療經濟學的相關理論後，本研究試圖提出與 Andersen 模型不同的分析途徑，也就是說，將「資本」視為是影響一個人使用醫療資源的能力，而不是只針對個人的經濟所得來加以討論。

## 第二節 醫療需求理論

### 一、消費者行為理論 (Consumer Behavior Theory)

一般而言，經濟學者在討論消費者的行為時，基本上有三個重要的因素，分別為 1.消費者的偏好，2.預算的限制，3.消費者的選擇。

#### 1.消費者的偏好

基於在消費者的資源有限情況下，在消費者面臨各種需求選擇時，必須按照其能力來將各種選擇依照主觀的偏好來加以選擇，在經濟學上，常使用消費者無異曲線來討論消費者的偏好行為。例如，一個人領了薪資之後，在面對本身的偏好 A 買音響 B 買電視機，A B 兩項皆為消費者可能的消費選擇，而上述兩種的選擇對消費者皆產生不同的效用（主觀意義的滿足程度）。而無異曲線就是藉由 A 與 B 的不同組合而產生的曲線，值得注意的是，在曲線上任何一個點，都使得消費者獲的相同的效用，即主觀意義的滿足。

#### 2.預算的限制

在經濟學的討論中，通常指出離無異曲線愈遠的曲線，效用愈大，換句話說，消費者的需求是永遠無法滿足的現實，另一方面，這一種資源也必須也受限於資源有限的情況，資源有限的意義可分為兩個，1 自身所擁有的資源有限 2 外在所擁有的資源是有限的。

#### 3.消費者的選擇

在上述 2 預算的限制討論中，我們可以得知，在資源有限的情形下，而需求卻無法滿足，因此，消費者常常無法避免必須去面對需求的選擇，也就是依照主觀的偏好選擇出對自己而言效用最大的需求。而這種無法避免的選擇，勢必包含在自身的預算之內。

### 二、Grossman 的醫療需求模型

在 Grossman 的醫療需求模型中，其最基本的重要假設為，每一個人在出生之後，即開始擁有某種程度的健康存量，隨著年齡的增長，健康存量也會有折舊與損耗的情形發生。不過，人們亦可以透過對於健康存量的投資，使得健康存量得以獲得補充。Grossman 認為有兩種方式可以來投資健康存量，分別為時間與維持健康所需的資源（食物、醫療服務）。

事實上，Grossman 所提出的醫療需求模型是延伸 Becker 的模型的討論，Becker 曾經是諾貝爾經濟學獎的得主，其模型中指出，消費者在取得各種的資源之後，必須再加上與自己的時間結合，才可以轉換為具有效用的資源，可見 Grossman 在其模型中的討論，某種程度上也將時間的概念視為一種投資的途徑。

### 第三節 資本

本節中研究者將依循前述討論脈絡，進一步對於影響一個人醫療資源使用能力的重要因素-資本(capitals)，在概念意義上提出相關討論。

Bourdieu 曾經把資本區分為四大類，經濟資本、文化資本、社會資本與象徵資本。

#### 一、經濟資本

Bourdieu 認為所謂的經濟資本為資本主義自由市場經濟中，可以經由合理化計算的一種資本，例如，土地、貨幣以及各種可置換成貨幣的動產等。

Weber 在《經濟行動與社會團體》一書中亦指出「資本財起先的典型，是以地區間或種族間被交換的商品，為其萌芽的型態出現。」而在 Bourdieu 早期的論述裡所定義的資本，則為經濟學中所認知的資本形態，Radner (1992) 的分析中更指出，如果要狹隘的定義經濟收入 (income)，則可以視為一種在賦稅制度下的貨幣型態收入外其他形態的經濟收入。

因此，一般而言，經濟資本概念意指，可以直接或者間接置換成貨幣的一種資本型態。

#### 二、社會資本

在已有的研究文獻裡 亦有相當多的學者針對社會資本提出許多不同的定義，例如：Walker(1977)認為廣義的社會網絡是一組人際間的接觸，透過這些接觸，個人可以維持社會身份，取得情緒上的支持，物質上的幫助與服務，以及對社會接觸的相關資訊。Lin (1982) 指出個人可以使用的兩種資源，分別為個人資源與社會資源。而個人資源是一種象徵性貨物的擁有，此外，社會資本則是個體透過社會連結所獲得的資源。因此，社會資本會依照個人的社會連結的廣度與差異性，也會有所不同。換言之，個人如果在結構中的社會連結越寬廣，則可以視為擁有越多個人的社會資本。

Bourdieu (1983) 研究中，亦認為資本擁有三種不同的面向，分別為經濟資本、文化資本與社會資本。其中，社會資本是由個人的社會責任與社會連結所構成。是一種實際與潛在資源的集合。換言之，社會資本是依照個人社會連結的種類及數量而定。事實上，社會資本是一種熟人與相識的人，一種持久性的制度化關係。或者說是團體中的成員透過這種網絡關係，去分享彼此的個人資源，藉此維持和增加本身的資源。所以社會資本亦可以視為一種集體的資源。Coleman (1990) 則將社會資本視為一種透過關係而取得的資源，他並指出個人如何透過

行動來加以取得對他們有利的資源，而這種形式的社會關係也是社會資本的基礎。

綜合上述討論，可以發現社會資本概念上最重要特徵，為是一種鑲嵌在社會網絡關係中的資源，亦在社會網絡中被建構。而個人必須直接或者間接的透過社會網絡關係才能來取得或運用社會資本。

### 三、文化資本

對於 Bourdieu 而言，文化資本是以三種形式存在：一、內化於身體的形式，簡言之，為一種長期且穩定存在於個人身心中的一種習性或秉性。二、客體化的形式，體現於文化用品（cultural goods）中。三、制度化的型態，體現於特定的結構制度下，例如：教育相關的知識資格認定，如：各式的文憑及認證。

循著以上的討論可知，Bourdieu 認為形成文化資本的過程中，必須經過一定的時間，而且在這一段時間之內也必須消耗一定數量的經濟資本，進一步使其轉化為文化資本，因此，在分析文化資本的特性時，必須注意到其產生所需的時間特性及經濟資本與文化資本之間轉化的過程。

## 第四節 醫療資源使用之經驗性研究

### 一、個人背景因素與醫療資源使用行為

林惠生、劉怡姮利用 2001 台灣地區國民健康訪問調查，背景樣本為 12 歲以上的實住居民，經統計分析的結果，顯示醫療服務的利用方面，在西醫門診方面（前一個月曾看過西醫門診）女性略高於男性。西醫住院方面，前一年曾住院的比率，台灣地區受訪者前一年住院機率平均為 7.2 %，在這個部分男女差異不大。

此外，曾曉琦（1996）利用社會人口特性、就醫資源、健康狀況等影響變項及 1993 與 1994 兩次的追蹤調查資料，共 1,455 人為研究樣本，針對影響老人醫療服務利用情形，進行描述性分析與多變項分析。其研究結果發現，在社會人口特性方面，包含年齡、性別、城鄉別與婚姻狀況和老人的西醫醫療利用有顯著關係。

陳肇男(1999)的研究亦顯示，性別、年齡、婚姻狀況、教育程度及居住方式等，對於老人的看病次數皆有顯著的影響力。

Padgett, Deborah, Patrick, Cathleen, Burns, Barbara, Schlesinger and Herbert (1994) 在分析美國健康保險制度中，不同種族的後裔對於精神醫療的住院服務利用，是否呈現出不同時，亦指出種族的不同也是影響精神醫療服務利用的重要因素。

基於以上之分析，可見人口特性變項其中包含年齡、性別、城鄉別、教育程度、居住方式、籍貫等亦為影響醫療服務的使用行為之重要影響之一。

### 二、資本因素與醫療資源使用行為

#### （一）經濟資本與醫療資源使用行為

Baker(1967)的研究中指出，影響醫療需求的因素包括 - 經濟、性別、年齡、教育、地區別、疾病率、人口成長。其結論為：疾病（以每人因病所損失的工作天數為標準）影響看病次數最多，經濟狀況次之，年齡、教育、居住地較少。可見經濟資本（或經濟能力）常被研究者解釋醫療利用的重要因素之一，例如：在低收入家庭中的兒童，便常常會面臨保險中斷及無法利用醫療資源的困境（Schauffler, Brown, and Rice 1997）。

#### （二）社會資本與醫療資源使用行為

鄭惠玲(2001)利用中央研究院於 1996 年舉辦的「東亞社會國際比較調查研究」，探討臺灣社會資本與成人自評健康的關係，結果顯示—人口學特性、個人

社經地位與自評身體健康及自評生活快樂有顯著相關。然而，在控制性別、年齡和個人社經地位(以教育程度和收入等級測量)後，結果仍然顯示社會資本越高，個人的自評健康越好。

黃春太、姜逸群(2001)以台北市萬華區及台北縣平溪鄉、石碇鄉為城鄉地區之對象為母群，共抽出 1,634 人樣本，針對城鄉地區老人的社會支持體系與健康狀況之差異進行探討時，研究結果指出社會支持對疾病的程度並沒有預測力，不過社團活動參與愈多者，其身體功能狀況愈好。而熊曉芳(1999)在討論獨居老人的健康狀況與社會支持時，其研究結果指出，社會支持的量愈高，其老人的自評健康狀況也呈現出較佳的情況。

不過，值得注意的是林四海等(2000)指出台灣中部地區二十歲以上民眾的婚姻、教育程度、職業、健康信念等與醫療服務利用雖然具有統計上顯著性相關。但是，高、低利用族群之社會支持，在統計上並無顯著之差異。

### (三) 文化資本與醫療資源使用行為

林惠生、劉怡姍利用 2001 台灣地區國民健康訪問調查經統計分析的結果，顯示醫療服務的利用層面，教育程度愈低者就醫比率越高。

此外，張明正(1997)以家研所的 1989、1993 的長期性調查資料，分析高齡人口的人口特性、自評健康及功能障礙的改變，其分析結果發現 1989 與 1993 的人口有某種程度的持續老化的現象，而且高齡人口的兩性比例與教育程度皆有向上提升的變化，不過作者亦提出高齡人口自評健康及功能障礙之改善，主要原因是性比例結構、平均教育程度改變所造成之現象。換言之，不論男性或女性，在其他條件不變的情況下，教育程度愈高則自評健康狀況會呈現較佳的趨勢。

陳肇男(1999)亦指出教育程度與老人看病的次數為負向顯著的相關。錢梅芳(1996)分析國民健康調查資料後指出，教育程度愈高者選擇就醫的層級愈高。

經上述的文獻分析後，研究者發現受訪者的教育程度，不論是對自評健康狀態或是醫療利用態度，皆是一個重要的影響因素。

## 三、健康狀況與衛生行為(health status)

### (一) 自評健康狀況、身體功能狀況與醫療資源使用行為

關於自評健康與醫療服務利用的關係，經整理國外文獻後，Markides(1985)的研究中，指出身體症狀數及自評健康，是影響墨西哥老年一代使用門診的主要因素。此外，魏美珠(1987)研究結果亦回應 Markides 的發現，該研究的背景樣

本為台北縣市 65 歲以上的老人為母群體，並利用問卷、訪視蒐集研究資料，在訪視 1519 位老人之後。分析顯示台北地區老人的西醫門診、自服西藥，以及是否住院的最重要決定因素，是老年族群的健康狀況，而醫療保險只對西醫門診次數有顯著意義的影響。

除了上述討論外，陳肇男（1999）亦指出自評健康狀況，為老人使用醫療資源時最主要的影響因素。

另一方面曾曉琦(1996)亦有同樣的研究發現，其研究結果指出罹患疾病的老人西醫門診的使用行為皆較大，此外，曾曉琦亦認為健康狀況的變化是影響老人醫療服務利用的重要因素。

## （二）自覺慢性疾病數與醫療資源使用行為

莊逸洲等（1999）以林口長庚醫學中心為樣本來源，分析討論各類重大傷病患者在健保前後的住院醫療資源使用情形。結果顯示健保後的各類重大傷病患者，其平均住院日數及平均住院費用大都較健保前高，平均年齡則較低。

事實上，張鴻仁（2002）在〈全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性之探討〉一文中，研究結果也傾向與莊逸洲的研究結果相同。該研究指出(1)醫療低使用者佔全體保險對象之80%，使用約25%的醫療費用，其中有7.7%的人全年未使用健保醫療資源；而高使用者人數佔全體保險對象之20%，則花費約75%的醫療費用，其中使用最高的1%人口，約使用全部費用的28%。(2)年齡層愈高，高使用者佔有率愈高。(3)高使用者之主要就醫疾病多屬需長期治療之慢性疾病，醫療費用居首位者為腎炎相關疾病，其次為惡性腫瘤及高血壓性疾病。

邱啟潤、郭素娥及陳惠珠（1994）以高雄市十一區衛生所的老人，採配額抽樣法，經分析的結果顯示，老人在獲知本身的身體狀況有異常時，大部份的老人都會去尋求適當的中西醫醫療資源，不過，少部份的老人，並未就醫，最大的原因係因自認為疾病的情況並不嚴重。

## （三）衛生行為與醫療資源使用行為

蔡素惠（2001）針對高雄市十一個行政區，十八歲以上成人對檳榔、菸、酒盛行率及檳榔對健康危害之調查，分析不同性別、年齡層、教育程度、職業別之盛行率及認知、行為、態度等，結果顯示市民年齡越大、教育程度越低則認知越不足。

此外，吳郁濬（2001）指出 65 歲以上老年人口，每人的酒消費額、被保險

人口比例、每人機動車輛數、平均每人醫事人員數對門診次數有顯著的正向影響。

#### 四、環境因素與醫療資源使用行為

在周麗芳(1987)的研究中，以 Andersen 模型為分析架構，針對國內老人人口的醫療需求與利用情形作橫切面的研究。其研究結果顯示利用 Andersen 模型，來預測老年人的醫療需求並不是很準確，作者認為原因除了研究樣本資料的限制外，主要是 Andersen 模型原應用於整體樣本，因此當運用於特定老人族群時，因健康狀態與經濟、年齡等特性的不同，所以解釋變異的能力便會降低。

然而，Kathryn, Phillips, Morrison, Andersen and Lu (1998) 指出，Andersen 模型長期被研究者忽略的兩個因素分別是；1 服務提供者角色改變；主要包含醫療提供者與病患之間的醫病關係，對醫療利用行為所產生影響 2 環境因素的改變，主要是健康保險制度等，其他外在環境因子的改變。

事實上，吳正儀 (1988) 指出若針對西醫門診可能性而言，有保險者是無保險者的 1.27 倍；有保險者西醫求診 次數較無保險者多了 3.0%。而陳肇男(1992) 依據 Anderson 模型(Anderson, 1968)，採用民國七十八年行政院主計處所舉辦的「老人狀況調查」資料，並且以一般迴歸模型推估全民健保實施後，老人醫療需求之增加情形，其分析結果顯示，有保險的老人看病次數著較多。

經由上述文獻分析發現，國內相關的研究結果皆顯示在面對醫療資源利用的議題時，都驗證 Kathryn et al. (1998) 所指稱的醫療外在環境的改變，確實會造成醫療利用度的改變，不過，美中不足的是上述對醫療資源利用相關討論，皆是使用橫斷面調查資料進行討論，而不是全面性長期性追蹤調查資料。

此外，根據 Hansell, Sherman and Mechanic (1991) 的研究指出，前一年與第二年的醫療資源使用行為兩者是有相關性的。事實上，曾曉琦 (1996) 亦控制前一年的醫療資源使用情形來預測第二年的醫療服務利用行為，其結果顯示，前一年的西醫門診使用次數愈多的老人，其第二年的西醫門診使用次數亦會較多，不過，在住院的使用行為上兩者的關係則為不顯著。

## 第三章 研究設計

### 第一節 分析架構

本研究的主要目的，旨在了解台灣地區的老人在使用醫療資源的情形及影響其醫療資源使用行為之影響因素，並加以討論在不同個人背景屬性別、資本因素、自評健康因素、外部環境因素等對老人在使用醫療資源時所產生的影響。

各變項所包含的項目有：

#### 自變項

- 1.個人背景屬性變項：性別、年齡、婚姻狀況、籍貫、主要居住地(城鄉別)。
- 2.資本變項：包括經濟資本、社會資本、文化資本。
- 3.健康的狀況因素：包括自評健康狀況、自評慢性病數、衛生行為、身體功能狀況與 ADL 狀況。
- 4.環境因素：保險因素、醫療資源利用的可近性。
- 5.先前的醫療資源使用：每年住院次數、每年急診次數及每半年的門診次數。

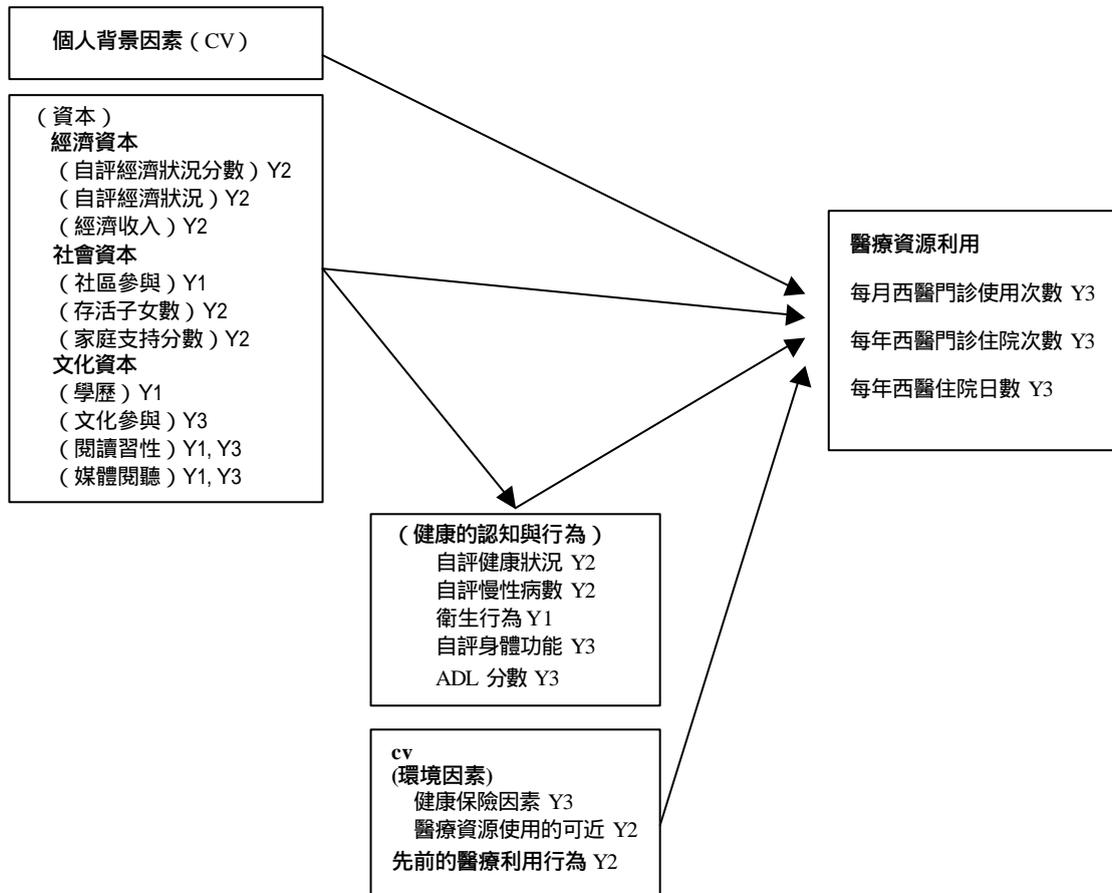
本研究所要討論的依賴變項，為台灣老人的醫療資源使用情形，並依照第二章所討論的結論，將關懷的重點分別放在，國內西醫的門診及西醫住院資源使用兩個層面。

一般而言，在討論醫療資源的使用時，通常可以將其分為兩個面向，分別為 1.將醫療資源使用換算為貨幣的總量及 2.依照不同的醫療使用類型來加以討論，本研究所採用的為第二個面向。

因此，在第二章的文獻探討中，討論了各個學者所提出對醫療服務使用的看法後，本研究將綜合各學者所持的論點，提出如下的分析架構與假設。

擬修訂研究架構如下：

圖 3-1 本研究分析架構



註：Y1 為 1989 年變項，Y2 為 1993 年變項，Y3 為 1996 年變項。

根據第二章的文獻探討，在上述分析架構中，資本的因素除了直接影響老人醫療服務的行為外，亦透過自評健康狀況因素，間接的影響老人的醫療使用情形。

此外，本研究亦將個人屬性別變項、環境因素、先前的醫療使用情形視為分析架構中的控制變項，試圖探討在控制了控制變項之後，資本因素、自評健康狀況因素及老人醫療服務的行為，彼此間的關係。

事實上，本研究在分析上所使用的調查資料為「衛生署家庭計畫研究所（原為台灣省家庭計畫研究所）」於 1989、1993 及 1996 年所提供的三次調查資料，因此在分析架構的設計中，研究者亦將時間的因素納入考慮，換句話說，依賴變項的三項衡量指標，其調查時間均為第三次 1996 年的調查資料，此外，前導變項中的資本變項大致上皆由 1993 年調查資料產生的變項，少數為 1989 年及 1996 年合併的變項。在中介變項的部份，本研究大致上採用 1993 與 1996 年調查資料。藉由控制時間的因素，避免分析解釋因果關係時所產生的偏誤。

最後，研究者並期望在最後研究結果提出時，能夠對老人醫療使用行為有較

為適切合理的説明。

## 第二節 研究問題與研究假設

### 2-1 研究問題

根據圖 3-1 分析架構設計，本研究以個人屬性別變項、環境因素及先前醫療使用行為為控制變項，資本形態、個人健康的認知與行為為本研究的自變項。而三種類型的醫療資源使用，則為本研究主要的依賴變項。

簡而言之，本研究希望經由分析「衛生署家庭計畫研究所」於 1989 年、1993 年、1996 年在全台灣地區實施完成之「台灣地區老人保健與生活問題調查」資料。回答下列問題：

#### 一、台灣老人的醫療資源使用情形為何？

1. 總體的醫療資源使用情形？
2. 性別的使用情形？
3. 年齡別的使用情形？
4. 婚姻狀況別的使用情形？
5. 籍貫別的使用情形？
6. 主要居住地城鄉別的使用情形？

#### 二、台灣老人的資本因素和醫療資源使用的關係為何？

三、當控制了個人屬性變項、健康狀況與衛生行為、環境因素、先前的醫療使用後，資本因素、健康狀況與衛生行為因素和醫療資源使用的關係為何？

### 2-2 研究假設

本研究為了針對上述五個問題，提出適切的解釋。因此在第二章的討論中，回顧了各學者對於醫療服務使用的相關討論，綜合了相關討論。本研究提出了如下假設；並加以實證資料驗證。

假設一：台灣老人個人屬性別與醫療資源的使用的關係為何？。

註：個人屬性別不同；<性別、年齡別、婚姻狀況別、籍貫別、居住地城鄉別>，老人的醫療使用行為也會產生不同的使用傾向。

- 1.1 老人的性別與其醫療資源利用情形有顯著的差異。
- 1.2 老人的年齡別與其醫療資源利用情形有顯著的差異。
- 1.3 老人的婚姻狀況別與其醫療資源利用情形有顯著的差異。
- 1.4 老人的籍貫別與其醫療資源利用情形有顯著的差異。

1.5 老人的居住地(城鄉別)與其醫療資源利用情形有顯著的差異。

假設二：台灣老人的資本因素和醫療資源使用行為的關係為何？

2.1 老人的經濟資本與其醫療資源利用情形有正向的影響。

2.2 老人的社會資本與其醫療資源利用情形有正向的影響。

2.3 老人的文化資本與其醫療資源利用情形有正向的影響。

假設三、資本因素、健康的狀況與衛生行為因素和醫療資源的使用的關係為何？

3.1 老人的經濟資本與老人自評健康狀況有正向的影響。

3.2 老人的文化資本與老人自評健康狀況有正向的影響。

3.3 老人的社會資本與老人自評健康狀況有正向的影響。

3.4 老人的自評健康狀況與其醫療資源利用情形有正向的影響。

3.5 老人自評慢性病數與其醫療資源利用情形有正向的影響。

3.6 老人的個人的衛生行為與其醫療資源利用情形有正向的影響。

3.7 老人的身體功能狀況與其醫療資源利用情形有正向的影響。

3.8 老人 ADL 活動狀況與其醫療資源利用情形有正向的影響。

假設四：當控制了個人屬性變項、健康的狀況與衛生行為、環境因素、先前的醫療使用行為後，資本因素和醫療資源的使用整體關係為何？

4.1 在控制個人屬性變項、健康狀況與衛生行為、環境因素、先前的醫療使用行為後，老人經濟資本與老人醫療資源利用情形有正向的影響。

4.2 在控制個人屬性變項、健康狀況與衛生行為、環境因素、先前的醫療使用行為後，老人文化資本與老人醫療資源利用情形有正向的影響。

4.3 在控制個人屬性變項、健康狀況與衛生行為、環境因素、先前的醫療使用行為後，老人社會資本與老人醫療資源利用情形有正向的影響。

### 第三節 研究資料與操作性定義

#### 一、研究資料

本研究之主要分析資料，取自「衛生署家庭計畫研究所（原為台灣省家庭計畫研究所）」於 1989 年與 1993 年的「台灣地區老人保健與生活問題調查」及 1996 年的「台灣地區中老年保健與生涯規劃調查」。

該項調查樣本為長期追蹤（panel）的貫時性機率抽樣調查，是「衛生署家庭計畫研究所」於 1989 年以 1988 年年底滿 60 歲以上，並居住地為非山地地區之老人為抽樣的母群體，並以分層隨機抽樣之方法，總共選取樣本總數為 4,412 名案例，並針對此一樣本的個案進行電話或實地面訪完成調查，需要說明的是，衛生署家庭計畫研究所為了建立起台灣地區的中老年健康生活狀況之完整的資料庫，因此，在 1996 年時便進行第三次的調查。當時，除了 1989,1993 年兩次之原追蹤狀況外，並另外抽選了 3,041 名，50-66 歲之中老年人來做為補充的樣本。（行政院衛生署國民健康局老人系列調查外釋資料使用常見問題說明，2003）

事實上，這也是台灣地區第一次全國性與長期性具普遍代表性之高齡人口抽樣樣本。

必須說明的是，為了減少分析資料時所可能產生的偏誤，因此，本研究僅選擇在三次調查時，皆為存活狀態的樣本進行分析，樣本數為 2,669 名。

## 二、操作性定義

本研究的主要目的，為探討台灣老人的醫療資源使用行為，並深入瞭解人口屬性別變項、資本因素、健康的狀況與衛生行為因素、環境因素、先前的醫療資源使用情形與台灣地區老人醫療資源利用的情形。

因此，研究者根據研究目的與文獻探討的結果，以性別、年齡、籍貫、婚姻狀況、居住地（城鄉別）環境因素（健康保險因素、醫療資源使用的可近性）先前的醫療資源使用情形為控制變項；而以資本因素（經濟資本變項、社會資本變項、文化資本變項）；健康的狀況與衛生行為（自評健康狀況、自評慢性病數、個人不良的衛生行為、身體功能狀況、ADL 活動狀況和為自變項，來探討對依變項 - 醫療資源的使用的聯合預測力。

以下研究者將針對本研究的各個變項，提出各研究變項的測量指標和處理過程；操作性定義與本研究中的衡量工具。

### 1.資本

本研究所指的資本，為老人自身所擁有的各類型資本，這些資本包含有經濟資本、社會資本、文化資本。

#### 1.1

#### 經濟資本

本研究之經濟資本，是指包括老人與配偶從實際從事的工作中，可得到的薪資報酬，或者是老人的子女、親戚在經濟上所給予的幫助。其次，為老人對於自身經濟狀況相較於他人的主觀評量。

#### 測量指標和處理過程

經濟資本：此一衡量題目循著第二章文獻探討的脈絡，此一概念包含有 1.經濟收入 2.相較他人之經濟狀況 3.自評經濟狀況分數

##### 1.1.1 經濟收入：

此一衡量變項為 1993 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的【每月金錢收入平均多少？】選項共有 8 項，分別是（0）不知道(不一定)；(1) 少於 3,000 元(2) 3,000 元 - 4,999 元(3) 5,000 元 - 9,999 元(4) 10,000 元 - 14,999 元(5) 15,000 元 - 19,999 元(6) 20,000 元 - 49,999 元(7) 50,000 元以上。為了呈現出選項之間的區隔。因此，筆者對這些選項，重新進行編碼成五分類選項並作虛擬變項，以無收入為對照組，以利進行迴歸分析時使用。

### 1.1.2 相較他人之經濟狀況

此一衡量變項為 1993 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的【比同年齡較好，還是較差？】選項共有 4 項，分別是 (1) 比較好；(2) 差不多(3) 比較差(4) 不知道或說不上來。為了呈現出選項之間的區隔。因此，筆者對這些選項，重新進行編碼成三分類選項並作虛擬變項，以比較差為對照組，以利進行迴歸分析時使用。

### 1.1.3 自評經濟狀況分數

此一衡量變項分別由為 1993 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的三個題項組成包括:【(1) 你對目前的經濟情況滿意嗎？(2) 比十年前較好，還是較差？(3) 比 78 年較好，還是較差？】。選項共有 5 項,分別是:1=很滿意 2=滿意 3=談不上滿意，但也沒有什麼不滿意 4=不滿意 5=很不滿意,因為考慮變項的測量方向性，依據得分較高者代表經濟狀況愈佳的原則,因此筆者對這些項目重新進行編碼(recode)。計分時依序給予 5、4、3、2、1 分。計分時將三個題項的分數加總後,得到一個「自評經濟狀況分數」。

此外，研究者並將「自評經濟狀況分數」分為高分、中分、低分三組，其中並以低分組為對照組。

## 1.2

### 社會資本

本研究之社會資本，是指老人的民間參與，或者稱之為社區參與的程度。包括教會、學校性質、政治性質、專業性質的各類型性質相異團體參與的程度。其次，為老人從家庭中，獲得的生活上的支持與關心程度，再者本研究亦將老人所擁有的成年子女數，視為社會資本概念的衡量指標。

### 測量指標和處理過程

社會資本：此一衡量題目循著第二章文獻探討的脈絡，此一概念包含有 1.社區參與程度 2.存活子女數 3.社會支持。

#### 1.2.1 社區參與程度：

此一衡量變項分別由為 1996 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的七個題項組成包括:【(1)是否有參加社區交誼團體，如婦女會、才藝班等 你對目前的經濟情況滿意嗎？(2)是否有參加宗教團體如教會、團契、寺廟會團等(3)是否有參加農會漁會或其他工商行業團體的公會、獅子會等(4)是否有參加政治性團體(如政黨等)(5)是否有參加社會服務性社團，如生命線、救濟會、功德會等(6)是否有參加同鄉會、宗親會等(7)是否有參加老人團體，如老人會、長青俱樂部等。】選項共有 2 項,分別是:0=沒有；1=有。計分時，將七個題項的分數加總後,得到一

個「社區參與程度分數」。

### 1.2.2 存活子女數

此一衡量變項由為 1996 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的【請問你目前總共有幾個子女？指現仍存活的包括親生、領養、繼子／女、住家裡、外面的】。計分時，其最小值為 0,最大值為 12,分數愈高,代表社會資本的擁有量上是比較高的。

### 1.2.3 社會支持

此一衡量變項分別由為 1996 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中三個題項組成包括:【(1) 你需要外出時，有沒有人幫你的忙？譬如說要出去看醫生、買東西、找朋友...等，需要靠他或他們的幫忙你才能夠完成的？(2) 目前有沒有有人花時間陪伴你？(3) 有沒有人經常性地送你個人用品，像是衣服、食物之類的東西，幫助你生活上的需要？】。選項共有 2 項,但因為考慮變項的測量方向性,依據得分較高者代表社會資本愈佳的原則,因此筆者對這些項目重新進行編碼為 1=有;0=沒有。計分時將三個題項的分數加總後,得到一個「社會支持分數」。

## 1.3

### 文化資本

本研究之文化資本，是指老人的學歷；接收訊息的程度與頻率，包括閱讀書報、收看電視與收聽廣播節目；接近上層階層文化活動的程度包括觀賞音樂會、歌仔戲、平劇。

### 測量指標和處理過程

文化資本：此一衡量題目循著第二章文獻探討的脈絡因此此一概念包含有 1.學歷 2.媒體閱聽 3.文化活動參與程度

#### 1.3.1 學歷：

此一衡量變項為 1989 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的【你的最高學歷是什麼】選項分別是(00)=不識字；(90)=未接受正規教育；其餘則為受教育年數。為了呈現出選項之間的區隔。因此，研究者對這些選項，重新進行編碼成六分類選項並作虛擬變項，以不識字為對照組，以利進行迴歸分析時使用。以利進行迴歸分析時使用。

#### 1.3.2 媒體閱聽

本研究為了能清楚地呈現出媒體閱聽的概念,因此，此一衡量變項循著第二章文獻探討的脈絡，研究者以合併 1989 年、1996 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」中包含：【1.書法、繪畫、拉奏多久作一次？ 2.集郵、收藏、聽戲多

久作一次？ 3. 閱讀書報多久作一次？ 4. 看電視聽收音機多久作一次？ 5. 看電視 / 看錄影帶，你是多久做一次這項的休閒活動？ 6. 聽收 / 錄音機，你是多久做一次這項的休閒活動？ 7. 看報紙、雜誌、讀書或小說等，你是多久做一次這項的休閒活動？ 8. 興趣或嗜好：玩樂器、書畫、木工、針線、集郵、收藏等，你是多久做一次這項的休閒活動？】上述原始題項中 1-4 為 1989 年題項；5-8 為 1996 年題項。上述原始題項，先轉成標轉化分數之後，利用因素分析進行資料縮減。而因素分析時則採用 Alpha 因素萃取法抽取因素，經研究者審視之後發現若以陡坡檢定的結果判斷，以保留二個因素為適當。因此決定選取特徵值(initial eigenvalue)大於 1.0 的兩個因素，並且以 oblimin 法進行斜交轉軸，並分別將因數分數轉存成因素一、因素二。其中因素一可以解釋的變異量為 17.097 因素二可以解釋的變異量為 5.362。依據各因素的題目性質分別命名為因素一=閱讀習慣、因素二=媒體閱聽頻率。

### 1.3.3 文化活動參與分數

此一衡量變項由為 1996 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的【你是多久做一次這項的休閒活動？觀賞音樂會、歌仔戲、平劇等】選項共有 5 項，分別是：1=每月少於 1 次；2=每月 2-3 次；3=每週 1-2 次；4=幾乎每天都做；5=頻率不詳。因為考慮變項的測量方向性，依據得分較高者代表文化活動參與分數愈佳的原則，因此研究者對這些項目重新進行編碼(recode)。計分時依序給予 3、5、4、2、1 分後，得到一個「文化活動參與分數」。

## 2. 健康的認知與行為

本研究所指的健康的認知與行為，主要為老人對自己的自述性的健康認知，以及老人長期累積的不良衛生習性。包括抽菸行為、吃檳榔行為、飲酒行為。其次，本研究亦將老人身體功能狀態與 ADL 狀態，視為健康的認知與行為概念的衡量指標。

### 2.1

#### 自評健康狀況

本研究之自評健康狀況，主要所指的是老人對自身健康狀況的認知。包含與其他同年齡層的健康狀況比較、與前一年自身健康狀況的比較。

#### 測量指標和處理過程

##### 自評健康狀況：

此一衡量變項分別由為 1989 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的四個題項組成包括：【(1)你對你現在的健康情形，認為是很好、好、普通、不太好、很不好？(2)你看你現在的健康情形，和你同年紀的人比起來，是較好、差不多、或是較差？(3)和前一年比較起來，你看你現在的健康情形，是較好、差

不多、或是較差？(4)一般來說，你是否滿意你的健康情形，很滿意、滿意、普通、不太滿意、還是很不滿意？】。計分時，因為考慮變項的測量方向性，依據得分較高者代表自評健康狀況愈佳的原則，因此研究者對這些項目重新進行編碼。並加以標準化後，將四個題項的分數加總後，得到一個「自評健康狀況分數」。

## 2.2

### 自評慢性病數

本研究之自評慢性病數，指的是在臺灣常見的慢性疾病數中，包含有【(1)白內障(2)青光眼(3)視網膜分離(4)帕金森震顫性麻痺(5)貧血症(6)靜脈曲張或其他腿部靜脈疾病(7)腸胃潰瘍或腸胃道出血(8)腎臟疾病(9)甲狀腺疾病(10)痛風症(11)肺結核(12)褥瘡、腳潰瘍、嚴重燒傷或其他皮膚疾病(13)攝護腺腫大、(小便困難或感到疼痛) 1996 年(14)高血壓(15)糖尿病(16)心臟病(17)中風(18)癌症(19)支氣管炎(20)關節炎(21)胃潰瘍(22)肝膽疾病。】老人自己知道，已經罹患的慢性疾病總數。

### 測量指標和處理過程

#### 自評慢性病數

此一衡量變項分別由為 1993 年、1996 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的 23 個題項組成包括：【1993 年(1)白內障？(2)青光眼？(3)視網膜分離？(4) 帕金森震顫性麻痺？(5) 貧血症(6) 靜脈曲張或其他腿部靜脈疾病(7) 腸胃潰瘍或腸胃道出血(8)腎臟疾病(9) 甲狀腺疾病(10)痛風症(11) 肺結核(12) 褥瘡、腳潰瘍、嚴重燒傷或其他皮膚疾病(13) 攝護腺腫大、(小便困難或感到疼痛) 1996 年(14) 高血壓(15) 糖尿病(16) 心臟病(17) 中風(18) 癌症(19) 支氣管炎(20) 關節炎(21) 胃潰瘍(22) 肝膽疾病。】選項共有 2 項，但因為考慮變項的測量方向性，依據得分較高者代表經濟狀況愈佳的原則，因此研究者對這些項目重新進行編碼為 1=有；0=沒有。計分時將 22 個題項的分數加總後，得到一個「自評慢性病數」簡言之，此一變項為老人自評的慢性疾病總數。

## 2.3

### 不良衛生習性

本研究之個人的衛生行為。所指的是，老人長期累積的不良衛生習性，包含有（抽菸行為、吃檳榔行為與飲酒行為。）

### 測量指標和處理過程

#### 不良衛生習性

此一衡量變項為 1989 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的三個題項組成包括【(1)你目前是否抽煙？(2)你目前是否喝酒？(3)你目前是否吃檳榔？】選項共有 2 項，0=沒有；1=有。為了呈現出選項之間的區隔。因此，研究

者對這些選項，分別重新進行編碼成兩分類的虛擬變項，以沒有為對照組，以利進行迴歸分析時使用。本研究試圖區辨出，有不良的衛生習慣者與沒有不良的衛生習慣者的醫療資源使用情形。

## 2.4

### 身體功能活動分數

本研究之身體功能活動分數指的是，在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，老人單獨能完成的日常生活動作程度。

### 測量指標和處理過程

#### 身體功能活動分數

此一衡量變項分別由為 1996 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的原始題項為（在沒有人幫助，也沒有工具輔助下，你一個人單獨做下面這些動作，會不會有困難？）並由七個附屬題項組成一個日常活動量表。其中包括：(1) 連續站立約 15 分鐘？(2) 屈蹲？(3) 雙手舉高至頭上？(4) 用手指拿或扭轉東西？(5) 抬舉或攜帶 20 台斤的東西？(6) 短距離跑步(20 - 30 米)？(7) 能走 2 - 3 樓？。選項共有 4 項，分別為 0=沒困難 1=有些困難 2=很困難 3=完全做不到。計分時，因為考慮變項的測量方向性，依據得分較高者代表自評健康狀況愈佳的原則，因此研究者依序給予重新編碼成 3、2、1、0。並將四個題項的分數加總後，得到一個「日常活動分數」。

## 2.5

### ADL 狀態

本研究之 ADL 狀態指的是，老人在以下生常生活的活動中感覺到困難的程度；(1)你獨自洗澡有無困難？(2)你獨自穿衣服有無困難？(3)你獨自吃飯有無困難？(4)你獨自起床有無困難？(5)你獨自室內走動有無困難？(6)你獨自上廁所所有無困難？

### 測量指標和處理過程

#### ADL 狀態

此一衡量變項分別由為 1996 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的六個題項組成。其中包括：(1)你獨自洗澡有無困難？(2)你獨自穿衣服有無困難？(3)你獨自吃飯有無困難？(4)你獨自起床有無困難？(5)你獨自室內走動有無困難？(6)你獨自上廁所所有無困難？。選項共有 4 項，分別為 0=沒困難；1=有些困難；2=很困難；3=完全做不到。計分時，因為考慮變項的測量方向性，依據得分較高者代表 ADL 分數狀況愈佳的原則，因此研究者依序給予重新編碼成 3、2、1、0。並將四個題項的分數加總後，得到一個「ADL 分數」。

### 3.環境因素

#### 3.1

##### 保險因素

本研究所指的健康保險因素，為老人目前的各類型保險狀況。

##### 測量指標和處理過程

##### 保險因素

此一衡量變項為 1996 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的原始題項（你目前是否參加全民健保或其他保險）？構成。選項共有 4 項,(1)=全民健康保險(2)=人壽保險(3)=退休人員保險(4)=其他。為了呈現出選項之間的區隔。因此，研究者對這些選項，分別重新進行編碼成兩分類的虛擬變項，以沒有為對照組，以利進行迴歸分析時使用。本研究試圖區辨出，有保險者與沒有保險者的醫療資源使用情形。

#### 3.2

##### 就醫可近性

本研究中所指的醫療資源使用的可近性，為老人在尋求醫療照護時，從居住地到就醫場所所需要的時間。

##### 測量指標和處理過程

##### 就醫可近性

此一衡量變項由為 1993 年「台灣地區老人保健與生活問題調查」問卷中的【就醫路程要多少時間】選項為就醫路程所需小時數。最大值 5；最小值 0，因為考慮變項的測量方向性,依據得分較高者代表文化活動參與分數愈佳的原則,因此研究者對這些項目重新進行編碼(recode)。計分時，依序給予 6、5、4、3、2、1 分後，得到一個「就醫可近性分數」。換言之，就醫可近性分數愈高的老人，其就醫所需時間愈少，根據本文研究假設的理論預期，分數愈高者有較高的醫療資源使用情形。為了呈現出選項之間的區隔。因此，研究者對這些選項，分別重新進行編碼成兩分類的虛擬變項，以沒有為對照組，以利進行迴歸分析時使用。

##### 醫療資源使用

本研究中所意指的醫療資源利用情形，為西醫的門診使用量與西醫住院使用量。在本文的討論中，並不包含有西醫的急診使用量。主要因為根據健保局的資料顯示，台灣老人的急診使用量並無明顯的多於其他年齡層。因此，本研究主要的依賴變項為醫療資源的使用情形，僅包含有西醫的門診使用量、西醫住院使用量兩項。

## 測量指標和處理過程

### 依賴變項

本研究架構中的依賴變項為醫療資源利用情形，延伸第一章的討論，此一變項的衡量題目分為下列三個面向，分別為一、在過去一個月裡，看西醫門診的次數。二、過去一年裡，住院的次數。三、過去一年裡，住院的天數。接著依序說明變項的衡量方式。

#### 一、在過去一個月裡，看西醫門診的次數：

此一衡量題目為，1996 年台灣地區中老年保健與生涯規劃調查問卷中的【在過去一個月裡，你是否曾去看過西醫門診？共看過多少次？】計分時，其最小值為 0，最大值為 24，分數愈高，代表其醫療資源（西醫門診）使用上愈多。

#### 二、過去一年裡，住院的次數：

此一衡量題目為，1996 年台灣地區中老年保健與生涯規劃調查問卷中的【過去一年裡，你是否曾經住過院？住院幾次？】計分時，其最小值為 0；最大值 7，分數愈高，代表其醫療資源（住院的次數）使用上愈多。

#### 三、過去一年裡，住院的天數：

此一衡量題目為，1996 年台灣地區中老年保健與生涯規劃調查問卷中的【過去一年裡，你是否曾經住過院？總共住院住了幾天？】計分時，其最小值為 0；最大值 365，分數愈高，代表其醫療資源（住院的天數）使用上愈多。

## 第四節 分析方法

### 一、分析方法

本研究的資料分析方法，除了計算樣本之次數分配與交叉分析表外，亦使用單因子變異數分析來檢定屬性別變項與老人醫療資源使用的關係。此外，本研究於第三章第三節中亦使用因素分析法，進一步將調查資料合併為操作變項。

而老人醫療資源使用的影響因素之分析則是採用巢式迴歸分析法，進一步處理分析架構中，屬於等距變項（interval scale）的醫療資源使用三項衡量指標。

### 二、迴歸模型設定

經由前述文獻回顧與相關討論，我們可以發現對於老人的醫療使用行為而言，個人背景因素（年齡、性別、城鄉別與婚姻狀況、籍貫）；個人各類資本（經濟資本、社會資本、文化資本）；個人對於健康的認知與行為（自評健康狀況、自評慢性病數、衛生行為、身體功能狀況、ADL 狀況）；環境因素（全民健康保險的開始實施、就醫的可近性）等等..都是影響老人醫療利用的重要因素。

因此，本研究將依據上述分析建立起迴歸模型，用以檢定本研究提出的分析假設。迴歸模型設定如下：

$$TOMU = \alpha + \beta_1 P + \beta_2 C + \beta_3 I + \beta_4 E + \beta_5 U + E$$

係數說明：

TOMU = 老人醫療使用情形； P = 個人背景屬性因素； C = 個人各類型資本；  
I = 個人對於健康的認知與行為因素； E = 環境因素； U = 先前的使用情形；  
E = 誤差項。

## 第四章 研究結果的分析

本研究主要在探討台灣地區老人的醫療資源利用行為，並設法瞭解其主要影響因素，因此，本章將利用「衛生署家庭計畫研究所（原為台灣省家庭計畫研究所）」在 1989、1993、1996 年所舉辦之「台灣地區老人保健與生活問題調查」長期追蹤調查資料，進行實證的調查分析。

其次，本研究亦將依照第三章所提出的研究問題與研究假設，加以進行統計檢定與分析討論。

全章總共分成四節，依序說明如下：第一節為個人屬性別變項對老人醫療使用行為之影響，本節除了針對 1996 年老人醫療資源利用行為的情況，進行描述性分析外，並討論個人背景屬性變項（性別、年齡別、婚姻狀況別、籍貫別、主要居住地城鄉別、工作型態別）對老人醫療資源利用行為產生的影響。

第二節為資本、健康狀況與醫療資源使用行為之關係，本節為了能進一步了解，本研究分析架構中不同的面向，對醫療資源使用行為產生的影響，及進一步釐清不同的面向彼此之間的關係，因此在本節的討論中，研究者使用巢式迴歸分析法進行分析。

第三節為控制其他變項後，資本、健康狀況與醫療資源使用之關係，在本節中，研究者希望經由控制個人屬性變項、環境因素、先前的醫療使用行為等，來加以討論老人資本、健康與醫療資源使用整體之關係，並使用巢式迴歸法進行分析。

第四節為健康視為一種資本，在本節中研究者將健康亦視為另一種形式的資本，並使用巢式迴歸分析法，進一步探究健康資本與其他資本對老人醫療資源使用所產生的影響。

## 第一節 台灣地區老人醫療資源使用情形

### 一、台灣老人醫療資源使用情形

表 4-1-1

1993 年、1996 年台灣老人醫療資源使用行為之分析摘要表

	人數	平均數	標準差
1993 去年整年總住院次數	2520	0.2115	0.6213
1993 過去半年看西醫次數	2336	10.5479	19.0314
1996 過去一個月門診總次數	2656	3.0761	5.5780
1996 過去一年住院次總數	2666	0.3301	0.7995
1996 過去一年住院總日數	2662	4.8978	20.6542

由表 4-1-1 中，顯示出台灣老人在 1993 年 1996 年兩次的調查中，醫療資源使用總體反應情形。

事實上，因為調查資料收集的限制，就 1993 年的老人醫療資源利用行為整體而言，本研究僅以兩個主要的變項做為分析的依據，包括 1. 去年整年總住院次數 2. 過去半年看西醫次數。

就平均數所呈現的結果來看，1993 年的住院醫療資源利用變項（去年整年總住院次數）平均數為 0.21 次，而 1993 年的西醫門診醫療資源利用變項（過去半年看西醫次數）平均數則為 10.55 次。

此外，針對 1996 年的老人醫療資源利用行為整體而言，本研究主要的分析變項為 1. 過去一個月門診總次數 2. 過去一年住院次總數 3. 過去一年住院總日數。就平均數所呈現的結果來看，1996 年的住院醫療資源利用變項（過去一年住院次總數）平均數為 0.33 次（過去一年住院總日數）平均數為 4.9 天；而 1996 年的西醫門診醫療資源利用變項（過去一個月門診總次數）平均數則為 3.01 次。

小結：

綜合上述分析，就老人的自述性醫療資源利用情形而言，我們將之分為兩個部份加以討論，首先，1993 年的住院利用的平均次數只有 0.21 次，而 1996 年的住院利用的平均次數卻增加為 0.33 次，顯然在 1996 年的住院利用次數上，有較多的現象。

其次，就西醫門診的部份而言，1993 年過去半年的就醫平均數為 10.5479 次，換言之，可以將之視為一個月的就醫次數平均為 1.7579 次。然而，1996 年過去一個月門診次數為平均數為 3.0761 次，相較於上述分析亦明顯較高。

研究者認為在其他條件不變的情況下，而台灣老人的醫療資源利用卻明顯增加，這樣的狀況，應該與 1995 年時台灣正式實施全民健康保險，有某種程度上的相關，換言之，當時全民健保險的實施，某種程度上降低了老人在就醫上的限制，進而造成老人在衛生署家庭計畫研究所於 1996 年進行訪談時，調查資料顯示出台灣老人，在其他條件不變的情況下，醫療資源的使用增加了。

然而，以上的分析，只是就兩年度所得的調查資料，進行簡單的交叉比較分析。因此，所得的結果尚需要進一步的討論及分析，才能較正確推論其結果。

## 二、個人屬性變項次數分配

本研究在個人屬性變項上，共區分成六個變項。分別是，性別、年齡、籍貫、婚姻狀況、主要居住地(城鄉別)、工作性質等。

各項變項實際的次數分布情形如下：

表 4-1-2  
樣本基本次數分配情形

變項	次數	百分比
性別：		
男	1492	55.9
女	1177	44.1
合計	2669	100.0
年齡：( 1996 )		
65-69	929	34.8
70-74	898	33.6
75-80	501	18.8
81-84	239	9
>85	102	3.8
合計	2669	100.0
籍貫		
閩南人	1631	61.3
外省人	583	21.9
客家人	410	15.4
其他	36	1.4
合計	2660	100.0
婚姻狀況		
已婚	1554	58.2
未婚	94	3.5
離婚或分居	44	1.6
喪偶	965	36.2
有同居伴侶	12	0.4
合計	2669	100.0
生涯主要居住地：		
都市	905	34.0
鄉村	1521	57.2
其他	235	8.8
合計	2661	100.0
工作性質		
無工作	1671	62.6
全時間	673	25.2
部分時間	292	10.9
季節性	33	1.2
合計	2669	100.0

本節主要在了解樣本的分佈狀況，根據表 4-1-2 可知在性別的方面，男性共有 1,492 人，佔受訪者的比例為 55.9%；女性則為 1,177 人，佔全部受訪者的比例為 44.1%。

樣本年齡分佈為：受訪者年齡在 65-69 之間的共有 929 人，比例佔 34.8%；受訪者年齡在 70-74 之間的共有 898 人，比例佔 33.6%；受訪者年齡在 75-79 之間的共有 501 人，比例佔 18.8%；受訪者年齡在 80-84 之間的共有 239 人，比例佔 9.0%；受訪者年齡在 85 以上的共有 102 人，比例佔 3.8%。

樣本籍貫分佈為：受訪者籍貫為閩南人共有 1,631 人，比例佔 61.3%；受訪者籍貫為外省人共有 583 人，比例佔 21.9%；受訪者籍貫為客家人共有 410 人，比例佔 15.4%；受訪者籍貫為原住民共有 36 人，比例佔 1.4%。

樣本婚姻狀況分佈為：受訪者的婚姻狀況為已婚者有 1554 人，比例佔 58.2%；受訪者的婚姻狀況為未婚者有 94 人，比例佔 3.5%；受訪者的婚姻狀況為離婚或分居者有 44 人，比例佔 1.6%；受訪者的婚姻狀況為喪偶者有 965 人，比例佔 36.2%；受訪者的婚姻狀況為有同居伴侶有 12 人，比例佔 0.4%。

樣本居住地(城鄉別)分佈為：受訪者的居住地(城鄉別)為都市有 905 人，比例佔 34.0%；受訪者的居住地(城鄉別)為鄉村者有 1521 人，比例佔 57.2%；受訪者的居住地(城鄉別)為其他者有 235 人，比例佔 8.8%。

樣本工作性質分佈為：受訪者的工作性質為無工作者有 1671 人，比例佔 62.6%；受訪者的工作性質為全時間工作者有 673 人，比例佔 25.2%；受訪者的工作性質為部分時間者有 292 人，比例佔 10.9%；受訪者的工作性質為季節性工作者有 33 人，比例佔 1.2%。

### 三、個人屬性變項與每月門診次數

表 4-1-3

屬性別變項與每月門診次數交叉分析摘要表

門診次數 個人屬性別	0	1	2	3	4	5-9	10-15	>15	平均數	F 檢定 P 值
<b>性別</b>										0.000
男	593	301	238	112	77	44	9	110	2.6712	
	58.4%	59.4%	57.3%	53.6%	56.2%	41.5%	32.1%	46.2%		
女	423	206	177	97	60	62	19	128	3.5887	
	41.6%	40.6%	42.7%	46.4%	43.8%	58.5%	67.9%	53.8%		
總和	1016	507	415	209	137	106	32	234	3.0761	
<b>年齡?</b>										0.001
60-64	442	234	177	79	55	48	11	81	2.7214	
	43.5%	46.2%	42.7%	37.8%	40.1%	45.3%	39.3%	34.0%		
65-69	296	158	136	71	41	35	6	77	3.1805	
	29.1%	31.2%	32.8%	34.0%	29.9%	33.0%	21.4%	32.4%		
70-74	159	74	64	31	29	15	9	58	3.9749	
	15.6%	14.6%	15.4%	14.8%	21.2%	14.2%	32.1%	24.4%		
75+	119	41	38	28	12	8	2	22	2.7778	
	11.7%	8.1%	9.2%	13.4%	8.8%	7.5%	7.1%	9.2%		
總和									3.0761	
<b>籍貫別</b>										0.000
閩南人	610	272	278	124	87	70	22	142	3.1371	
	62.0%	54.8%	67.6%	61.4%	65.9%	68.6%	78.6%	62.8%		
客家人	147	56	64	43	24	15	6	49	3.7624	
	14.9%	11.3%	15.6%	21.3%	18.2%	14.7%	21.4%	21.7%		
外省人	227	168	69	35	21	17	0	35	2.2622	
	23.1%	33.9%	16.8%	17.3%	15.9%	16.7%	0	15.5%		
總和									3.0411	
<b>婚姻狀況別</b>										0.010
有偶	595	307	257	109	85	58	16	118	2.8058	
	58.6%	60.6%	61.9%	52.2%	62.0%	54.7%	57.1%	49.6%		
未婚	37	23	9	7	3	4		11	3.4681	
	3.6%	4.5%	2.2%	3.3%	2.2%	3.8%		4.6%		
離婚或分居	20	10	8	1	1	1		3	2.2273	
	2.0%	2.0%	1.9%	.5%	.7%	.9%		1.3%		
喪偶	360	164	141	92	47	42	12	103	3.4745	
	35.4%	32.3%	34.0%	44.0%	34.3%	39.6%	42.9%	43.3%		
有同居伴侶	4	3	0	0	1	1		3	6	
	.4%	.6%	0	0	.7%	.9%		1.3%		
總和	1016	507	415	209	137	106	28	238	3.0761	
<b>居住地域鄉別</b>										0.001
都市	344	225	139	65	30	28	4	65	2.5733	
	34.0%	44.6%	33.6%	31.1%	21.9%	26.4%	14.3%	27.3%		
鄉村	563	242	238	128	99	71	23	151	3.4125	
	55.6%	47.9%	57.5%	61.2%	72.3%	67.0%	82.1%	63.4%		
其他	105	38	37	16	8	7	1	22	2.9060	
	10.4%	7.5%	8.9%	7.7%	5.8%	6.6%	3.6%	9.2%		
總和	1012	505	414	209	137	106	28	238	3.0827	

### 1.性別與每月西醫門診使用

由表 4-1-3 顯示就每月西醫門診使用平均次數而言，基本上男性與女性的西醫門診平均使用次數是不同的，顯然，女性老人的每月西醫門診平均次數，比男性老人的西醫門診平均次數為高。進一步考驗的結果發現：顯然女性老人有較多的西醫門診使用情形，並達到統計檢定顯著水準。

### 2.年齡別與每月西醫門診使用

由表 4-1-3 指出台灣地區 1996 年 64 歲以上的老人人口，在每月西醫門診使用平均次數上的分佈，很顯然的並不是年齡愈高的老人，在每月西醫門診使用平均次數是愈高的。分別是 60-64 歲的老人平均數為 2.72；65-69 歲的老人平均數為 3.18；70-74 歲的老人平均數為 3.97；而 75 歲以上的老人平均數為 2.77，可見在 75 歲以上的老人，由於身體功能的衰退，因此，在每月西醫門診使用情形上，比其他年齡層的老人來的減少許多。此外，進一步考驗的結果發現：老人年齡在 60-64 這一組比 70-74 這一組，顯然有比較少的醫療資源使用。

### 3.籍貫別與每月西醫門診使用

由表 4-1-3 顯示，就每月西醫門診使用的醫療服務使用而言，顯然外省籍的老人，相較於閩南與客家的老人在每月西醫門診使用是較少的。從表 4-1-3 顯示出，不同籍貫的老人在每月西醫門診使用平均次數上，其實並不相同。分別為閩南人每月西醫門診使用平均數為 3.13；客家人每月西醫門診使用平均數 3.7624；外省人每月西醫門診使用平均數為 2.26。進一步考驗的結果發現：顯然客家籍老人有較多的西醫門診使用情形，並達到統計檢定顯著水準。

### 4.婚姻狀況別與每月西醫門診使用

由表 4-1-3 指出，就每月西醫門診使用的醫療服務使用而言，顯然是不同婚姻狀況的老人，在其每月西醫門診使用的平均數上並不相同，由表 4-1-3 顯示婚姻狀況為已婚的老人每月西醫門診使用平均數為 2.80；婚姻狀況為未婚的老人每月西醫門診使用平均數為 3.46；婚姻狀況為離婚或分居的老人，每月西醫門診使用平均數為 2.22；婚姻狀況為喪偶的老人每月西醫門診使用平均數為 3.47；婚姻狀況為有同居伴侶的老人，每月西醫門診使用平均數為 6.0。

此處需要特別說明的是，婚姻狀況為有同居伴侶的老人相較於其他組，其每月西醫門診使用平均數明顯偏高，其分析結果則須持較保留態度，因為其該組的樣本數明顯過低，只有 12 個案因此相當容易有變異產生。

進一步考驗的結果發現：顯然未婚及喪偶的老人有較多的西醫門診使用情形，並達到統計檢定顯著水準。

### 5.主要居住地(城鄉別)與每月西醫門診使用

由表 4-1-3 顯示，就每月西醫門診使用的醫療服務使用而言，顯然是不同主要居住地(城鄉別)的老人，在其每月西醫門診使用的平均數上並不相同，由表

4-1-3 顯示居住在都市的老人每月西醫門診使用平均數為 2.57；居住在鄉村的老人每月西醫門診使用平均數為 3.41；居住在其他地方的老人每月西醫門診使用平均數為 2.90。進一步考驗的結果發現：顯然居住在鄉村的老人有較多的西醫門診使用情形，並達到統計檢定顯著水準。

#### 四、個人屬性變項與每年住院次數

表 4-1-4

個人屬性別變項與每年住院次數交叉分析摘要表

	平均數	個數	百分比	F 值	顯著性
<b>性別</b>					
女	0.2965	1177	39.7%	3.718	0.054
男	0.3566	1489	60.3%		
總和	0.3301	2666	100.0%		
<b>年齡別</b>					
60-64	0.2808	1129	36.0%	2.762	0.041
65-69	0.3495	824	32.7%		
70-74	0.3810	441	19.1%		
75+	0.3934	272	12.2%		
總和	0.3301	2666	100.0%		
<b>籍貫別</b>					
閩南人	0.3406	1612	64.1%	1.695	0.184
客家人	0.2642	405	12.5%		
外省人	0.3508	573	23.5%		
總和	0.3309	2590	100.0%		
<b>婚姻狀況別</b>					
已婚	0.3088	1551	54.4%	1.956	0.099
未婚	0.5000	94	5.3%		
離婚或分居	0.1818	44	0.9%		
喪偶	0.3534	965	38.8%		
有同居伴侶	0.4167	12	0.6%		
總和	0.3301	2666	100.0%		
<b>居住地域鄉別</b>					
都市	0.2998	904	30.9%	1.016	0.362
鄉村	0.3476	1519	60.3%		
其他	0.3277	235	8.8%		
總和	0.3296	2658	100.0%		

##### 1. 性別與每年住院次數

由表 4-1-4 顯示就每年住院次數使用平均次數而言，基本上男性與女性的每年住院次數是不同的，分別是女性為每年住院次數的平均數為.29；男性每年住院次數使用的平均數則為.35。顯然，男性老人的每年住院次數比女性老人的每年住院次數為高。不過，進一步分析發現並未達統計顯著水準。

##### 2. 年齡別與每年住院次數使用

由表 4-1-4 可明顯的看出年齡愈高的老人，其每年住院次數的平均數是呈現上升的趨勢。分別是 60-64 歲的老人平均數為.28；65-69 歲的老人平均數為.34；70-74 歲的老人平均數為.38；而 75 歲以上的老人平均數為.39，可見在 75 歲以上的老人，由於身體功能的衰退，雖然減少了西醫門診使用次數不過在每年住院使用次數上，較其他年齡層的老人來的增加。

### 3.籍貫別與每年住院次數使用

由表 4-1-4 顯示，就每年住院次數使用的醫療服務使用而言，顯然外省籍的老人，相較於閩南與客家的老人在每年住院次數使用是較多的。從表 4-1-4 顯示出，不同籍貫的老人在每年住院次數使用平均次數上，並不相同。分別為閩南人每年住院次數使用平均數為.34；客家人每年住院次數使用平均數為.2642；外省人每年住院次數使用平均數為.35。

### 4.婚姻狀況別與每年住院次數使用

由表 4-1-4 顯示，就每年住院次數使用的醫療服務使用而言，顯然是不同婚姻狀況的老人，在其每年住院次數使用的平均數上並不相同，由表 4-1-4 顯示婚姻狀況為已婚的老人每年住院次數使用平均數為.30；婚姻狀況為未婚的老人每年住院次數使用平均數為.50；婚姻狀況為離婚或分居的老人每年住院次數使用平均數為.18；婚姻狀況為喪偶的老人每年住院次數使用平均數為.35；婚姻狀況為有同居伴侶的老人每年住院次數使用平均數為.41。

### 5.居住地(城鄉別)與每年住院使用次數

由表 4-1-4 指出，就每年住院使用次數的醫療服務使用而言，顯然是不同主要居住地(城鄉別)的老人，在其每年住院次數使用的平均數上並不相同，由表 4-1-4 顯示居住在都市的老人每年住院次數使用平均數為.29；居住在鄉村的老人每年住院次數使用平均數為.34；居住在其他地方的老人每年住院次數使用平均數為.32。進一步分析發現，其影響未達統計顯著。

## 五、個人屬性變項與每年住院日數

表 4-1-5

個人屬性別變項與每年住院日數交叉分析摘要表

	平均數	個數	百分比	F 值	顯著性
<b>性別</b>					
女	3.3804	1175	30.5%	11.397	0.001
男	6.0968	1487	69.5%		
總和	4.8978	2662	100.0%		
<b>年齡別</b>					
60-64	4.2695	1128	36.9%	1.020	0.383
65-69	4.9806	823	31.4%		
70-74	5.3091	440	17.9%		
75+	6.5941	271	13.7%		
總和	4.8978	2662	100.0%		
<b>籍貫別</b>					
閩南人	5.2514	1611	66.4%	3.378	0.034
客家人	2.4888	403	7.9%		
外省人	5.7325	572	25.7%		
總和	4.9273	2586	100.0%		
<b>婚姻狀況別</b>					
已婚	4.5171	1549	53.7%	3.861	0.004
未婚	12.8404	94	9.3%		
離婚或分居	2.0000	44	0.7%		
喪偶	4.8889	963	36.1%		
有同居伴侶	3.1667	12	0.3%		
總和	4.8978	2662	100.0%		
<b>居住地城鄉別</b>					
都市	4.9146	902	34.1%	0.027	0.974
鄉村	4.8497	1517	56.6%		
其他	5.1830	235	9.4%		
總和	4.9013	2654	100.0%		

### 1. 性別與每年住院日數使用

由表 4-1-5 顯示就每年住院次數使用平均次數而言，基本上，男性與女性的每年住院日數並不相同，分別是女性為每年住院日數的平均數為 3.38；男性每年住院使用日數的平均數，則為 6.09。顯然，男性老人的每年住院日數比女性老人的每年住院日數為高。此外，性別對於老人每年住院使用的影響，根據表 4-1-4 與表 4-1-5 的結果，我們可得知男性老人比女性老人，在住院次數及住院日數皆有較多使用行為。

### 2. 年齡別與每年住院日數使用

由表 4-1-5 可明顯的看出年齡愈高的老人，其每年住院日數的平均數有逐步上升的趨勢。分別是 60-64 歲的老人每年住院日數平均數為 4.2695；65-69 歲的老人每年住院日數平均數為 4.98；70-74 歲的老人每年住院日數平均數為 5.3091。

而 75 歲以上的老人每年住院日數平均數為 6.5941。此外，值得注意的是，75 歲以上的老人，雖然在每月門診次數上相較於其他年齡層的老人有減少的趨勢，不過，在每年住院次數與住院日數上確有較多的趨勢。

### 3.籍貫別與每年住院日數使用

由表 4-1-5 顯示，就每年住院日數而言，顯然外省籍的老人，相較於閩南與客家的老人在每年住院日數使用是較多的。分別為閩南人每年住院日數使用平均數為 5.25；客家人每年住院日數使用平均數為 2.48；外省人每年住院日數使用平均數為 5.73。

### 4 婚姻狀況別與每年住院日數

由表 4-1-5 顯示，就每年住院日數使用的醫療服務使用而言，顯然是不同婚姻狀況的老人，在每年住院日數使用的平均數上並不相同，分別為已婚的老人每年住院日數使用平均數為 4.51；婚姻狀況為未婚的老人每年住院日數使用平均數為 12.84；婚姻狀況為離婚或分居的老人每年住院日數使用平均數為 2.0；婚姻狀況為喪偶的老人每年住院日數使用平均數為 4.88；婚姻狀況為有同居伴侶的老人每年住院日數使用平均數為 3.16。

此外，值得注意的是婚姻狀況為未婚的老人，每年的平均住院日數，相較於其他的老人有極為明顯較多住院天數。其中原因可能的解釋，研究者認為與未婚的老人從家庭所得到的各種類支持相較其他老人應為較少，因此也影響了其健康情況，進一步亦延長了老人實際住院的日數

### 5.老人的主要居住地(城鄉別)與每年住院日數使用

由表 4-1-5 顯示，就每年住院日數使用而言，顯然是不同主要居住地(城鄉別)的老人，在其每年住院日數使用的平均數上並不相同，居住在都市的老人每年住院日數使用平均數為 4.9146；居住在鄉村的老人每年住院日數使用平均數為 4.8497；居住在其他地方的老人每年住院日數使用平均數為 5.1830。

## 第二節 老人資本、健康狀況與醫療資源使用行為之關係

在醫療經濟學者 Grossman 所提出的理論中，將健康視為一種特殊形式的消費財，換句話來說，健康是另一種形式的投資。

而人們需要健康，則有兩個極為重要的理由，即 1.健康使人有滿足的感覺  
2.健康使得人有能力去從事勞動，進而獲取更多的資源。

此外，謝啟瑞與盧瑞芬（2001）亦在醫療經濟學一書中，指出消費者在投資健康時所投入的資源，包含了兩種要素分別為 1.從醫療市場中獲取的醫療服務  
2.取得醫療服務時所需投入的時間。

根據以上的討論，我們可以發現當視醫療服務為一種資源時，必然是一種有限的資源。因此，本研究便假設欲獲得此一有限的資源時，一個人所擁有的不同形式資本，便成了在獲取該醫療資源的重要決定因素。

事實上，本研究中將資本區分為四個主要的類型：分別為經濟資本、社會資本、文化資本、健康資本。

為了能進一步了解本研究分析架構中，不同的構面對醫療資源使用行為產生的影響，以及進一步釐清不同的構面間彼此之間的關係，因此，在本節的討論中，研究者使用複迴歸法進行以下的分析。

## 一、資本(經濟資本)與醫療資源使用行為之分析

在本節的討論中，研究者使用複迴歸法進行分析，並以資本型態因素中經濟資本的三組變項，分別對醫療資源的使用情形三個衡量指標每月西醫門診次數、每年西醫住院次數、每年西醫住院日數進行複迴歸的分析。

表 4-2-1  
經濟資本對醫療資源的使用行為之複迴歸分析摘要表

	每月西醫門診次數 迴歸係數	每年西醫住院次數 迴歸係數	每年西醫住院日數 迴歸係數
<b>經濟資本</b>			
<b>經濟收入</b>			
<15000	-.571 <sup>*</sup>	-4.438E-02	.393
<50000	-1.452 <sup>***</sup>	-6.994E-02	.300
>50000	-1.908 <sup>*</sup>	2.458E-03	2.529
不一定 (對<5000)	-1.045	-.286 <sup>*</sup>	.451
<b>自評經濟狀況</b>			
差不多	-.375	-3.575E-02	-3.938
較好 (對較差)	-.723	4.181E-02	1.796
<b>自評經濟狀況分數</b>			
經濟高分組	.331	-.143 <sup>*</sup>	-3.671 <sup>*</sup>
經濟中分組 (對經濟低分組)	.103	-8.308E-02	-2.731 <sup>*</sup>
常數	3.278 <sup>***</sup>	.434 <sup>***</sup>	7.038 <sup>***</sup>
顯著性	0.000	0.002	0.173
R-square	0.014	0.009	0.004

說明 1. 上述迴歸係數為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05； \*\* 為 0.01； \*\*\* 為 0.001。

### 1.就每月西醫門診次數而言

首先，由表 4-2-1 中的資料可得知，老人的經濟資本中的經濟收入變項，對每月西醫門診使用次數上，有負向的作用。換言之，經濟資本中的經濟收入變項為<15000、<50000、>50000 的老人，相對於經濟收入變項為<5000 的老人，其每月西醫門診次數使用行為上有較少的趨勢。

### 2.就每年西醫住院次數而言

其次，由表 4-2-1 中亦指出，老人的經濟資本概念中的經濟收入變項，對每年西醫住院次數使用行為上，有負向的作用。換言之，經濟資本的經濟收入變項為不一定的老人，相對於經濟資本概念中的經濟收入變項為<5000 的老人，其每年西醫住院次數使用行為上有較少的趨勢。

而自評經濟分數變項對每年西醫住院次數，亦顯示負向的作用，亦即，自評經濟分數變項為高分組的老人，相較於自評經濟分數變項為低分組的老人，在每年西醫住院次數上是呈現較少的趨勢。

再者，經濟資本變項對於每年西醫住院次數的 R-square 值為 0.009，亦即，經濟資本概念變項對於每年西醫住院次數的解釋力為 0.9%。

### 3.就每年西醫住院日數而言

表 4-2-1 中的資料顯示，經濟資本中自評經濟分數變項，對每年西醫住院日數上亦顯示負向的作用，亦即，自評經濟分數變項為高分組、中分組的老人，相較於自評經濟分數變項為低分組的老人，在每年西醫住院日數上是呈現較少的趨勢。而經濟資本概念變項對於每年西醫住院日數的 R-square 值為 0.004，亦即，經濟資本概念變項對於每年西醫住院日數的解釋力為 0.4%。

小結：

整體而言，經濟資本概念與西醫門診的使用情形，大致上是顯著的，不過值得注意的是，從表 4-2-1 可發覺到老人的經濟資本概念，對每月西醫門診次數與每年西醫住院次數及每年西醫住院日數使用行為上，卻皆呈現出負向的作用。

本研究假設，當一個人的經濟資本愈高時，便愈有能力去獲取所需的醫療服務，不過在未進一步控制其他因素的情況之下，經濟資本與老人醫療資源使用的情形呈現出負向的影響。換句話說，經濟資本亦可能是透過了其他的因素，對老人醫療資源使用的情形產生影響。

## 二、資本(社會資本)與醫療資源使用行為之分析

表 4-2-2 社會資本對醫療資源的使用行為之複迴歸分析

	每月西醫門診次數 迴歸係數	每年西醫住院次數 迴歸係數	每年西醫住院日數 迴歸係數
<b>社會資本</b>			
社區參與	1.239	-.124	-.873
存活子女數	-1.219E-02	-3.704E-03	-.537*
家庭支持分數	.750***	.145***	4.005***
常數	2.618***	.219***	4.335*
顯著性	0.00	0.00	0.00
R-square	0.016	0.029	0.024

說明 1. 上述迴歸係數為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05； \*\* 為 0.01； \*\*\* 為 0.001。

### 1. 就每月西醫門診次數而言

從表 4-2-2 中顯示社會資本概念中的家庭支持變項，對每月西醫門診次數有正向的作用，亦即，家庭支持變項分數愈高，其每月西醫門診次數也愈多。

此外，社會資本概念變項對於(每月西醫門診次數)的 R-square 值為 0.016，亦即，社會資本因素對於西醫住院次數(年)使用行為的解釋力為 1.6%。

### 2. 就每年西醫住院次數而言

從表 4-2-2 中指出社會資本概念中的家庭支持分數變項，對每年西醫住院次數有正向的作用，亦即，家庭支持變項分數愈高，其每年西醫住院次數也愈多。也就是說，當老人可以從家庭中獲得較多的生活上所需幫助時，其使用醫療資源的能力也就增加了。

此外，社會資本概念變項對於(每年西醫住院次數)的 R-square 值為 0.029，亦即，社會資本因素對於(每年西醫住院次數)使用行為的解釋力為 2.9%。

### 3. 就每年西醫住院日數而言

從表 4-2-2 中亦顯示，社會資本概念中的家庭支持分數變項對每年西醫住院日數有正向的作用，亦即，家庭支持分數變項愈高其每年西醫住院日數使用行為也愈多。

而社會資本概念中的存活子女數變項對每年西醫住院日數，顯示負向的影響。簡言之，社會資本概念變項中的存活子女數多的老人，相較於存活子女數少的老人。

此外，社會資本概念變項對於(每年西醫住院次數)的 R-square 值為 0.024，亦即，社會資本概念變項對於(每年西醫住院次數)使用行為的解釋力為 2.4%。

小結：整體而言，社會資本概念中的家庭支持分數變項，對於老人醫療資源的使

用情形，在醫療資源使用的三項指標皆顯示出正向的影響。顯然，對老人而言，能不能從其家庭獲得就醫時的協助，對於其醫療資源使用有極大的影響。

需要說明的是，此處的家庭支持分數其中構成的要素，主要包含三項：分別是 1.需要外出時是否能得到幫忙。2.有沒有人花時間陪你照顧你。3.有沒有人幫助你生活上的需要。

因此，研究者將之視為老人可以從家庭內獲得支持、幫忙的程度，事實上，在老人身體功能逐年喪失的情況下，便可以理解得到較多支持的老人，相較於可以從家庭內獲得支持、幫忙的程度較少的老人，在醫療資源的使用上，會比較有能力獲取所需要的醫療資源。而表 4-2-2 顯示出這樣的結果，亦符合本研究理論假設的預期。

此外，表 4-2-2 顯示出社會資本中的存活子女數變項對每年西醫住院日數為負向的作用，可見當老人的子女數愈多時，其住院時便可獲得來自家庭內較好的照顧與較多關心，因此也使得每年西醫住院日數減少了。

### 三、資本(文化資本)與醫療資源使用行為之分析

表 4-2-3 文化資本對醫療資源的使用行為之複迴歸分析

	每月西醫門診次數 迴歸係數	每年西醫住院次數 迴歸係數	每年西醫住院日數 迴歸係數
<b>文化資本</b>			
<b>學歷</b>			
國小	-1.171	4.747E-02	3.715**
初中	-1.895	.117	4.975*
高中	-1.057	8.486E-02	5.072*
大學	-1.057	.153	11.433***
識字	-1.503	9.812E-02	6.235***
(對不識字)			
文化參與	-.211	5.056E-03	-.199
閱讀習慣	-.276	-1.314E-02	-1.050
媒體閱聽	-.787***	-.173***	-4.963***
常數	3.389***	.280***	1.809*
顯著性	0.00	0.00	0.00
R-square	0.029	0.020	0.031

說明 1. 上述迴歸係數為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05； \*\* 為 0.01； \*\*\* 為 0.001。

#### 1.就每月西醫門診次數而言

根據表 4-2-3 指出，文化資本中的媒體閱聽變項，對每月西醫門診使用次數上有負向的作用。換言之，文化資本概念變項中的媒體閱聽變項愈高的老人，其每月西醫門診使用次數使用行為愈少。

文化資本概念變項對於每月西醫門診次數使用行為的 R-square 值為 0.029，文化資本因素對於每月西醫門診次數使用行為的解釋力為 0.29%。

#### 2.就每年西醫住院次數而言

根據表 4-2-3 指出，文化資本概念中的媒體閱聽變項，對每年西醫住院次數使用行為上有負向的作用。換言之，文化資本概念變項中的媒體閱聽變項愈高的老人，其(每年西醫住院次數)使用行為愈少。

文化資本概念變項對於(每年西醫住院次數)使用行為的 R-square 值為 0.020，文化資本因素對於(每年西醫住院次數)使用行為的解釋力為 2.0%。

#### 3.就每年西醫住院日數而言

根據表 4-2-3 指出，文化資本概念變項中的學歷變項，對每年西醫住院日數使用行為上有正向顯著的作用。換言之，文化資本概念變項中的學歷為國小、初中、高中、大學、識字的老人相較於學歷為不識字的老人，其每年西醫住院日數較多。而文化資本概念變項中的媒體閱聽變項，對每年西醫住院日數有負向顯著的作用，換言之，文化資本概念變項中的媒體閱聽變項愈高的老人，其每年西醫住院日數使用行為愈少。

文化資本概念變項對於每年西醫住院日數使用行為的 R-square 值 0.031，文化資本因素對於每年西醫住院日數使用行為的解釋力為 3.1%。

小結：

整體而言，文化資本概念中的媒體閱聽變項，對於老人醫療資源使用的三項指標，皆顯示出負向顯著的影響。簡言之，媒體閱聽頻率愈高的老人亦會有較少的醫療資源使用。

值得注意的是，在本研究中所指稱的媒體閱聽變項，為老人收看電視與收聽收音機的頻率，而此一變項與老人醫療資源使用的三項指標，皆顯示出負向顯著的影響。其背後可能原因為常接觸媒體的老人，便容易忽略其因為生病而產生身體上不適，也因此減少了醫療資源的使用。

此外，上表亦顯示出文化資本中的學歷變項與每年西醫住院日數有正向的影響，可見，相較於不識字的老人而言，學歷較高的老人，由於較容易有比較好的經濟狀況，因此，當需要使用住院服務時，便有較有能力獲取醫療資源。

事實上在 Bourdieu 所提出的理論中，亦提到在特定的背景之下不同形式存在的資本，也會彼此進行著某種程度交換，而上表顯示出這樣的結果，亦符合本研究理論假設的預期。

#### 四、資本與健康狀況（自評健康分數）之分析

本節為了能進一步了解資本與健康狀況與衛生行為（自評健康分數）之間的關係，本研究以資本的三個面向（經濟資本、社會資本、文化資本）為自變數，分別來對健康狀況與衛生行為中（自評健康分數）變項來進行複迴歸的分析，得到的結果如下：

表 4-2-4 資本與健康狀況與衛生行為（自評健康分數）之複迴歸分析

自變項	依變項		
	模型一	模型二	模型三
	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>社會資本</b>			
社區參與	1.236**	0.811	0.998**
<b>文化資本</b>			
國小		0.247	0.386
初中		0.565	0.884*
高中		0.558	0.534
大學		0.646	0.740
識字		2.394E-02	0.212
閱讀習慣		0.362*	0.319*
媒體閱聽習慣		1.113***	0.523***
<b>經濟資本</b>			
<b>經濟收入</b>			
<15000			0.363
<50000			0.296
>50000			-0.196
不一定 (對<5000)			-1.300E-02
<b>自評經濟狀況</b>			
差不多			1.628***
較好 (對較差)			2.185***
<b>自評經濟狀況分數</b>			
經濟高分組			2.716***
經濟中分組 (對低分組)			2.215***
截距	-0.267**	-0.253	-3.752***
樣本數	2669	2669	2669
R <sup>2</sup>	0.005	0.099	0.284
F-value	7.574	19.498	35.001
顯著性	0.006	0.000	0.000

說明 1. 上述迴歸係數為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05； \*\* 為 0.01； \*\*\* 為 0.001。

由表 4-2-4 中的資料可得知，模式一置入社會資本中(社區參與)變項對健康狀況與衛生行為(自評健康分數)，呈現出正向的影響的，換言之，社會資本概念中(社區參與)變項分數愈高的老人，其自評健康也呈現出愈佳的情況。

不過在模式二中置入文化資本變項後社會資本雖仍為正向影響卻變的不顯著了可見老人健康狀況的優勢主要來自文化資本。其中文化資本中的(學歷)(閱讀習慣)(媒體閱聽)此三個衡量的變項，對健康狀況與衛生行為(自評健康分數)顯示正向的影響。簡言之，我們發現文化資本中多數衡量指標，(自評健康分數)有正向的影響，換句話說文化資本愈高的老人，在(自評健康分數)的表現上，亦有愈佳的傾向。

模式三則是置入經濟資本變項，由表中顯示，經濟資本中自評的經濟狀況、自評經濟狀況的分數此兩個衡量的變項，對(自評健康分數)為正向的影響，換言之，老人的經濟資本愈高其自評健康也呈現出愈佳的情況。

其次，從上表中也顯示社會資本變項由不顯著轉為顯著，而文化資本變項三個衡量指標皆維持正向顯著關係，這也透露出資本的三個面向經濟資本、文化資本、社會資本對於老人的自評健康狀況，大體而言皆為正向顯著的影響， $R^2$  為 0.284。

小結：

由表 4-2-4 中可得知，在衡量老人資本的三種衡量指標中，都對老人的自評健康狀況呈現正向的影響。因此也透露出，當一個老人有著擁有較多的資本時，便相當容易有自評健康愈佳的傾向出現。

而這種情形也間接說明了，在先前的討論中資本概念中的變項，為什麼對於醫療資源的使用，多呈現出負向或不顯著的影響。其主要的原因為，資本概念並不是直接的對於老人的醫療資源使用發生作用，而是透過老人的自評健康狀況，使得老人的醫療資源使用情形發生改變。

陳肇男(1999)在其老人三寶一書中，曾針對老人的就醫行為使用線性模型、波式分配及負二項分配來進行研究。結果指出，三種模型所得到的係數與結果大都接近雷同。不過值得注意的是，陳肇男亦發現在各種影響老人醫療資源因素中，健康因素的影響力最大。

然而，在其研究中並未指出何種因素，為影響老人健康因素的主要原因。此外，從本節的討論中，我們發現對於老人的自評健康狀況而言，不同型式的資本對於對於老人的自評健康狀況有著極大的影響力。

不過因為本研究使用的調查資料為二手資料，因此在各類型的資本概念變項中，並不容易涵蓋其整體意義，只能由已完成的調查資料中，盡力的找尋與其概念意義相關的變項，來對老人的醫療使用行為作出分析討論。

## 五、健康狀況與醫療資源使用行為之分析

表 4-2-5(1) 健康狀況對每月門診次數之複迴歸分析

依變項 自變項	每月門診次數									
	模型一		模型二		模型三		模型四		模型五	
	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性
<b>自評健康分數</b>										
低分組	0.822	0.007	0.423	0.170	0.338	0.276	0.171	0.578	0.164	0.594
中分組 (對高分組)	2.323	0.000	1.321	0.002	1.174	0.007	0.281	0.531	0.257	0.567
<b>慢性疾病數</b>			0.442	0.000	0.439	0.000	0.395	0.000	0.391	0.000
<b>不良衛生習性</b>										
吸煙 (對不吸煙)					0.225	0.409	0.324	0.230	0.327	0.225
飲酒 (對不飲酒)					-0.568	0.048	-1.727	0.084	-0.489	0.085
吃檳榔 (對不吃檳榔)					1.411	0.006	2.717	0.007	1.360	0.008
身體功能分數 ADL 分數							-0.219	0.000	-0.210	0.000
								1.885E-02		0.452
截距	1.972	0.000	1.393	0.000	1.442	0.000	5.099	0.000	4.930	0.000
樣本數										
R <sup>2</sup>	0.023		0.042		0.050		0.075		0.075	
F-value	17.379		22.162		13.058		17.295		15.199	
顯著性	0.000		0.000		0.000		0.000		0.000	

說明 1. 上述迴歸係數為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05； \*\* 為 0.01； \*\*\* 為 0.001。

由表 4-2-5 中的資料可得知，模式一置入自評健康分數後，低分組與中分組西醫門診使用次數明顯多於高分組，換言之自評健康狀況較差的老人便容易有較多的西醫門診使用行為。

模式二繼續置入慢性疾病數後顯示自評健康分數變項仍為正向顯著關係而慢性疾病總數變項與每月門診次數使用情形有正向且顯著的關係，亦即當老人的慢性疾病數愈多時，就每月門診次數使用情形而言，將會有愈高的使用情形。

模式三繼續置入不良衛生習性變項後，發現(不良的衛生習性-飲酒)顯示，此一衡量變項對(每月門診次數)使用情形，有負向的影響。換言之，相對於沒有飲酒習慣的老人而言，反而有飲酒習慣的老人在(每月門診次數)使用情形上是呈現出較少的使用情形。不過，就健康狀況與行為中(不良的衛生習性-吃檳榔)而言。上表仍就顯示出，此一衡量變項，對每月門診次數使用情形，有正向且顯著的影響。亦即，有吃檳榔的老人向相對於沒有吃檳榔的老人，在每月門診次數使用情形上，還是呈現出較多的使用情形。其次，模式三自評健康分數變項與慢性疾病數變項，迴歸係數與顯著性沒有太大的改變。

因此，我們發現不良的衛生習性，確實是增加了老人(每月門診次數)使用的機會。然而，上表顯示飲酒因素並沒有造成老人在(每月門診次數)使用上的增加，這種現象有兩種可能的解釋 1.在原始問卷的題項中，研究者並未考慮飲酒行為的次數與飲酒量等因素；2.適度的飲酒對於健康是有正向的影響。

模式四中置入身體功能變項後，發現自評健康狀況與不良衛生習性的顯著性消失了，可見，影響老人每月門診次數的因素主要為，身體功能分數變項與慢性疾病數變項，簡言之，當老人的身體功能愈佳時，其醫療資源的使用情形是比較少的。

模式五中繼續置入 ADL 變項後，可發現慢性疾病數變項不良衛生習性身體功能變項皆為影響每月門診次數的主要因素。不過，ADL 變項影響並不顯著。模式五的  $R^2$  為 0.075。

表 4-2-5(2) 健康狀況對(每年住院次數)之複迴歸分析

依變項 自變項	每年住院使用次數									
	模型一		模型二		模型三		模型四		模型五	
	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性
<b>自評健康分數</b>										
低分組	9.233E-02	0.042	5.798E-02	0.214	5.648E-02	0.230	1.555E-02	0.733	1.299E-02	0.776
中分組 (對高分組)	0.334	0.000	0.248	0.000	0.247	0.000	3.514E-02	0.598	2.562E-02	0.701
<b>慢性疾病數</b>			3.775E-02	0.002	3.701E-02	0.002	2.606E-02	0.026	2.461E-02	0.036
<b>不良衛生習性</b>										
吸煙 (對不吸煙)					-1.793E-02	0.665	9.084E-03	0.821	1.047E-02	0.794
飲酒 (對不飲酒)					-1.558E-02	0.721	2.497E-03	0.953	2.758E-03	0.948
吃檳榔 (對不吃檳榔)					-5.203E-02	0.506	-5.991E-02	0.428	-6.758E-02	0.371
<b>身體功能</b>										
身體功能分數							-5.292E-02	0.000	-4.935E-02	0.000
ADL 分數									7.418E-03	0.046
截距	0.231	0.000	0.181	0.000	0.203	0.000	1.085	0.000	1.019	0.000
樣本數	2669		2669		2669		2669		2669	
R <sup>2</sup>	0.021		0.027		0.028		0.093		0.095	
F-value	16.045		14.054		7.178		22.024		19.806	
顯著性	0.000		0.000		0.000		0.000		0.000	

說明 1. 上述迴歸係數為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05；\*\* 為 0.01；\*\*\* 為 0.001。

由表 4-2-5(2)中的資料可得知，模式一置入自評健康分數變項後，中分組的每年住院次數明顯多於高分組，換言之自評健康狀況較差的老人，便容易有較多的西醫住院行為。

模式二繼續置入慢性疾病數變項後，顯示自評健康分數變項仍為正向顯著關係，而慢性疾病總數變項與每年住院次數使用情形，卻有負向顯著的關係，亦即，當老人的慢性疾病數愈多時，就每年住院使用次數使用情形而言，反而有愈少的趨勢。常理來說，當一個人罹患著多種的疾病時，應該是相較於健康的人有較多的機會待在醫院，並接受適當的治療，然而，表 4-2-5(2)卻顯示出與常理不合之處，而這種現象背後可能的解釋，研究者認為是慢性病患者通常需要較多的住院日數，因此，也就減少了慢性病患實際上的住院次數。

模式三繼續置入不良衛生習性變項後，發現並不顯著。相較於先前分析，不良衛生習性變項只影響老人的西醫門診使用行為。其次，自評健康分數變項與慢性疾病數變項，迴歸係數與顯著性沒有太大的改變。

模型四則置入身體功能分數變項，使得自評健康變項與每年住院使用次數的顯著影響關係消失了，而身體功能變項呈現出顯著負向的影響，可見身體功能分

數變項為其主要影響因素。

模式五中繼續置入 ADL 變項後，可發現身體功能分數變項、ADL 變項、慢性  
疾病數變項、不良衛生習性皆為影響每年住院次數的主要因素。模式五的  $R^2$  為  
0.095。亦即，當老人的身體功能愈好，就每年住院使用次數使用情形而言，將  
會呈現出愈少的使用情形。需要特別說明的是，慢性疾病數變項仍然為負向顯著  
影顯，可見，慢性疾病數愈多的老人其每年的住院次數是愈少的。

表 4-2-5(3) 健康狀況與衛生行為對(每年住院日數)之複迴歸分析

依變項 自變項	每年住院日數									
	模型一		模型二		模型三		模型四		模型五	
	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性
<b>自評健康分數</b>										
低分組	1.995	0.153	1.444	0.315	1.355	0.349	-3.103E-02	0.982	-8.543E-03	0.995
中分組 (對高分組)	9.771	0.000	8.405	0.000	8.334	0.000	1.289	0.528	1.377	0.501
<b>慢性疾病數</b>			0.606	0.102	0.573	0.123	0.228	0.525	0.242	0.501
<b>不良衛生習性</b>										
吸煙 (對不吸煙)					-0.699	0.583	0.129	0.916	0.113	0.926
飲酒 (對不飲酒)					-0.835	0.535	-0.220	0.865	-0.222	0.864
吃檳榔 (對不吃檳榔)					-1.769	0.462	-2.032	0.379	-1.962	0.397
<b>身體功能</b>										
身體功能分數							-1.758	0.000	-1.790	0.000
ADL 分數								-6.788E-02		0.552
截距	2.913	0.007	2.120	0.074	3.040	0.041	32.382	0.000	32.999	0.000
樣本數	2669		2669		2669		2669		2669	
R <sup>2</sup>	0.020		0.021		0.022		0.098		0.099	
F-value	15.010		10.911		5.715		23.448		20.552	
顯著性	0.000		0.000		0.000		0.000		0.000	

說明 1. 上述迴歸係數為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05； \*\* 為 0.01； \*\*\* 為 0.001。

模式一置入自評健康分數變項後，中分組西醫住院日數明顯多於高分組，換言之，自評健康狀況較差的老人有較多的西醫住院日數使用行為。

模式二繼續置入慢性疾病數後，顯示自評健康分數變項仍為正向顯著關係，而慢性疾病總數變項與西醫住院日數使用情形有正向且顯著的關係，亦即，當老人的慢性疾病數愈多時，就西醫住院日數使用情形而言，將會有愈高的使用情形。不過，慢性疾病數變項並未達統計顯著水準。值得特別說明的是，相較於上述分析模式二中的慢性病數變項轉為正向影響。可見慢性疾病數愈多，雖然使得老人的住院次數減少，不過卻使每年的住院日數有增加的趨勢。這樣的數據也對上述慢性疾病數多時，每年住院日數反而減少的情形，提出合理說明。換言之，每年住院日數反而減少的情形，這種現象背後主要的因素是，就慢性病患者而言，通常是需要較多的住院日數，也因此減少了慢性病患實際上的住院次數。也就是說，每年的住院次數與每年的住院天數，彼此之間有相當程度的相互替代性。

模式三繼續置入不良衛生習性變項後，發現並不顯著。相較於先前分析，不良衛生習性變項，只影響老人的西醫門診使用行為。在住院的次數與住院日數上的影響，事實上並未達統計顯著水準。其次，自評健康分數變項與慢性疾病數變

項，迴歸係數與顯著性沒有太大的改變。

模式四中置入身體功能變項後，發現自評健康狀況變項的顯著性消失了，可見，影響老人每年住院次數的因素主要為，身體功能分數變項，簡言之，當老人的身體功能愈佳時，其醫療資源的使用情形是比較少的。

模式五中繼續置入 ADL 變項後，發現並不顯著。換言之，影響老人住院日數最主要因素為身體功能分數變項。當老人的身體功能愈佳時，其醫療資源的使用情形是比較少的。模式五的  $R^2$  為 0.099。

表 4-2-6(1) 環境因素與醫療資源使用行為之分析

依變項 自變項	每月門診次數			
	模型一		模型二	
	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性
<b>保險狀態</b>				
有保險	0.719	0.484	0.423	0.680
全民健康保險	0.184	0.796	0.331	0.641
人壽保險	-1.466	0.027	-1.381	0.037
退休人員保險 (對無保險)	-1.400	0.232	-1.251	0.284
<b>就醫可近性</b>				
4 小時			0.974	0.424
3 小時			1.555	0.089
2 小時			2.678	0.000
1 小時			1.377	0.001
<0 小時 (對 5 小時以上)			1.142	0.000
截距	2.250	0.003	1.317	0.090
樣本數	2669		2669	
R <sup>2</sup>	0.003		0.012	
F-value	2.059		3.564	
顯著性	0.084		0.000	

說明 1. 上述迴歸係數為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05； \*\* 為 0.01； \*\*\* 為 0.001。

由表 4-2-6(1)中的資料顯示，老人每月門診次數受其保險狀態因素的影響，整體而言並不顯著，不過有人壽保險的老人相較於沒有保險的老人則有每月門診次數較少的趨勢。然而，整體模型並未達到統計上顯著水準。

陳肇男（1999）曾使用主計處 1989 老人調查資料進行分析，結果顯示公保勞保農保在老人的看病次數上有正向顯著的影響。

模式二新置入就醫的可近性變項，則對老人每月門診次數情形有正向的影響，換言之，當老人在就醫時所需要花費的時間越少，則每月門診次數即有愈多的趨勢。不過，保險狀態的迴歸係數與顯著性並無太大變化。R<sup>2</sup> 為 0.012。

表 4-2-6(2) 環境因素對每年住院次數之複迴歸分析

依變項 自變項	每年住院次數			
	模型一		模型二	
	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性
<b>保險狀態</b>				
有保險	0.234	0.107	0.217	0.136
全民健康保險	-0.146	0.149	-0.133	0.189
人壽保險	-6.813E-03	0.943	-4.036E-03	0.966
退休人員保險 (對無保險)	-9.163E-02	0.586	-8.241E-02	0.624
<b>就醫可近性</b>				
4 小時			-8.932E-02	0.611
3 小時			4.163E-02	0.752
2 小時			6.071E-02	0.502
1 小時			0.111	0.057
<0 小時 (對 5 小時以上)			6.119E-02	0.181
截距	0.241	0.022	0.187	0.089
樣本數	2669		2669	
R <sup>2</sup>	0.001		0.003	
F-value	0.718		0.811	
顯著性	0.580		0.606	

說明 1. 上述迴歸係數為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05； \*\* 為 0.01； \*\*\* 為 0.001。

由表 4-2-6(2)中的資料顯示，模式一中老人的每年住院次數受保險狀態因素的影響，整體而言並不顯著，不過，就醫的可近性則對老人每年住院次數使用行為大致上有正向的影響，換言之，當老人在就醫時所需要花費的時間越少，則每年住院次數即有愈多的趨勢。不過，並未達到統計上顯著水準。

表 4-2-6(3) 環境因素對(每年住院日數)之複迴歸分析

依變項 自變項	每年住院日數			
	模型一		模型二	
	迴歸係數	顯著性	迴歸係數	顯著性
<b>保險狀態</b>				
有保險	5.369	0.152	5.366	0.154
全民健康保險	-4.806	0.066	-4.727	0.072
人壽保險	-0.796	0.746	-0.828	0.736
退休人員保險 (對無保險)	10.203	0.019	10.242	0.018
<b>就醫可近性</b>				
4 小時			-2.479	0.584
3 小時			-1.534	0.652
2 小時			-1.876	0.422
1 小時			0.693	0.645
<0 小時 (對 5 小時以上)			-2.283E-02	0.985
截距	4.155	0.125	4.113	0.148
樣本數	2669		2669	
R <sup>2</sup>	0.004		0.005	
F-value	2.833		1.457	
顯著性	0.023		0.158	

說明 1. 上述迴歸係數為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05； \*\* 為 0.01； \*\*\* 為 0.001。

由模式一顯示，保險狀態變項對老人每年住院日數，有正向顯著的影響，換言之，保險狀態變項為退休人員保險的老人，相對於保險狀態變項為無保險的老人在每年住院日數上有較多的傾向。

然而，陳肇男（1999），曾在其老人三寶一書中，使用主計處 1989 老人調查資料，針對住院天數進行分析，其結果顯示有保險的老人，對其住院天數行為上有正向顯著的影響。

在模式二新置入就醫的可近性變項，則對老人每年住院日數使用情形卻呈現出不顯著的關係，這說明了在許多可能影響老人的住院天數因素中，就醫的可近性變項，並不會改變老人實際需要住院的天數。R<sup>2</sup> 為 0.005。換言之，就醫的可近性會影響老人的西醫門診使用次數，不過，住的離醫療場所較近，並不會使得老人住院日數有明顯增加。

### 第三節 控制其他變項後，資本、健康狀況與醫療資源使用之關係

在本節中，研究者將個人屬性別變項（性別、年齡別、籍貫別、婚姻狀況別、居住地(城鄉別)、工作性質）、環境因素、先前醫療使用情形等，進一步加以控制，並利用巢式迴歸法來探討老人的資本與自評健康狀況對老人的醫療資源使用情形(門診、住院)之影響。

在此模型中共包含五個不同的模式，參照分析架構依序置入不同變項來加以探討。

在模式一中，置入資本型態中的經濟資本概念三組衡量變項，分別為(1. 經濟收入 2. 自評經濟狀況 3. 自評經濟狀況分數)。

在模式二中，則是置入資本型態中文化資本概念四組衡量變項，分別為(1. 學歷 2. 文化活動參與程度 3. 閱讀習慣 4. 媒體閱聽)。

模式三中則是置入資本型態中社會資本概念三組衡量變項(1. 社區參與 2. 存活子女數 3. 家庭支持分數)。

模式四中則是置入自評健康狀況概念的五組變項(1. 自評健康狀況分數、2. 慢性疾病總數、3. 不良的衛生習性、4. 身體功能、5. ADL 分數)來探討老人的自評健康狀況因素對於醫療資源的使用的影響。

模式五則是將本研究欲控制的變項置入，包含有個人屬性變項及環境因素兩個變項(保險狀態、就醫可近性)與先前醫療資源使用情形(門診、住院、急診)、三組變項，目的是希望藉由控制個人屬性變項及環境因素兩個變項(保險狀態、就醫可近性)與先前醫療資源使用情形(門診、住院、急診)的情況下，來探討資本型態因素與自評健康狀況對老人醫療資源使用情形所產生的影響。

以下將分別從醫療資源使用(住院日數、住院次數、門診次數)的三個巢式迴歸分析模型中，來進一步探討本研究所提出的整體假設。

特別值得注意的是，由於本研究中，西醫門診次數為老人過去一個月中使用西醫門診的次數，並非是過去一年中所使用的次數，且事實上，門診就醫情形亦受季節性因素影響。因此，此一依賴變項所得到的分析結果，便相當容易有偏誤產生，所以，研究者便將老人每年實際的住院日數，視為老人醫療資源使用的主要指標，老人的住院次數則為次要的衡量指標，而每月門診使用次數則視為幫助了解老人醫療資源使用情形的輔助性指標。

## 一、老人每年西醫住院日數使用行為之巢式迴歸分析

### (一) 老人每年住院日數之巢式迴歸分析

表 4-3-1(1) 老人每年住院日數之巢式迴歸分析摘要表

依變項 自變項	每年西醫住院日數				
	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>經濟資本</b>					
<b>經濟收入</b>					
<15000	3.826	5.714*	6.099*	6.103*	6.466*
<50000	1.319	3.626	4.712	5.991	5.179
>50000	1.779	4.190	2.620	3.229	3.949
不一定 (對<5000)	-1.336	1.546	3.042	3.747	8.374
<b>自評經濟狀況</b>					
差不多	5.157	7.759**	7.819**	9.303***	11.242***
較好 (對較差)	9.494*	12.037**	11.980**	13.081**	16.260***
<b>自評經濟狀況分數</b>					
高分組	-9.632**	-8.948**	-8.870**	-6.909*	-6.571
中分組 (對低分組)	-5.731	-5.199	-4.427	-3.265	-2.503
<b>文化資本</b>					
國小		2.683	3.004	2.944	2.662
初中		4.529	4.583	5.078	4.706
高中		3.652	3.611	3.358	.353
大學		24.671***	23.849***	24.639***	21.989***
識字 (對不識字)		9.447*	8.589*	7.888*	5.220
文化活動參與		.186	-.405	1.250E-02	.534
閱讀習慣		-2.215	-1.591	-1.146	-.904
媒體視聽習慣		-7.737***	-6.945***	-5.386	-5.337**
<b>社會資本</b>					
社區參與			-1.105	-.466	.112
存活子女數			-.752	-.803	-.585
家庭支持			5.290***	2.143	3.019*
<b>自評健康狀況</b>					
<b>自評健康分數</b>					
低分組				.756	.939
中分組 (對高分組)				4.991	6.301
<b>慢性疾病總數</b>				.424	.607
<b>不良衛生習性</b>					
吸煙 (對不吸煙)				1.977	1.103
飲酒 (對不飲酒)				-1.161	-2.204
吃檳榔 (對不吃檳榔)				-1.042	.399

表 4-3-1(1) 每年西醫住院日數之複迴歸分析摘要表 (續一)

依變項 自變項	每年西醫住院日數				
	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>身體功能</b>					
身體功能分數				-1.412***	-1.371***
adl 分數				.117	8.654E-02
<b>控制變項</b>					
<b>個人屬性變項</b>					
<b>性別</b>					
男 (對女)					8.358*
<b>年齡</b>					
70-74					2.721
75-79					.188
80-84					-1.243
>85 (對 65-69)					4.007
<b>籍貫</b>					
客家人					-4.827
外省人					1.028
原住民 (對本省人)					-1.736
<b>婚姻狀況</b>					
未婚					18.593*
離婚或分居					9.751
喪偶					4.915
有同居伴侶 (對已婚)					3.110
<b>居住地(城鄉別)</b>					
都市					-3.142
其他 (對鄉村)					-3.477
<b>工作性質</b>					
全時間					3.584
部分時間					-.651
季節性 (對無工作)					-1.696
<b>先前醫療利用</b>					
住院次/年					3.204*
急診次/年					-3.189
門診次/半年					-5.932E-03
<b>環境因素</b>					
有保險					11.455
全民健康保險					-7.750
人壽保險					.896
退休人員保險 (對無保險)					31.203**

表 4-3-1(1) 每年西醫住院日數之複迴歸分析摘要表 (續二)

依變項 自變項	每年西醫住院日數				
	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>就醫可近性</b>					
4 小時					1.458
3 小時					-7.460
2 小時					-8.679
1 小時					-3.138
0 小時 (對 5 小時以上)					-1.996
截距	5.250	-1.825	-3.004	15.172*	-1.323E-02
樣本數	2669	2669	2669	2669	2669
R <sup>2</sup>	.016	.076	.100	.149	.211
F-value	1.39	3.413	3.868	4.237	2.971
P 值	.197	.000	.000	.000	.000

說明：1. 表中的迴歸係數估計值為未標準化迴歸係數。  
2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05； \*\* 為 0.01； \*\*\* 為 0.001。

### 迴歸模式一

表 4-3-1(1) 為老人每年西醫住院日數之巢式迴歸分析，在上述模式一分析中，首先置入經濟資本三組衡量變項，分別為(1.經濟收入 2.自評經濟狀況 3.自評經濟狀況分數)。

其結果顯示，在先前複迴歸分析中，經濟資本中自評經濟狀況分數變項，依然呈現出負向影響，可見，老人的經濟資本狀況的確影響著老人的健康狀況，也使得經濟資本愈佳的老人，其醫療資源的使用利情形明顯有較少的趨勢。不過，值得注意的是，自評經濟狀況變項則受到自評經濟狀況分數變項的影響，而顯示出正向的影響。

### 迴歸模式二

相較於模式一，在模式二分析中，除了模式一原有已經置入的變項之外，亦增加了資本型態中的文化資本概念四組衡量變項，分別為(1.學歷 2.文化活動參與程度 3.閱讀習慣 4.媒體閱聽)。

其結果顯示，原先經濟資本概念中的三組變項皆呈現相關，而文化資本概念中的媒體閱聽頻率變項，呈現出負向顯著的影響；此外，文化資本概念中的學歷變項為正向影響。

可見，相較於文化資本而言，經濟資本對於老人的每年住院日數仍然有較大的影響力。換句話說，在進一步控制文化資本下，經濟資本概念仍然是影響老人的每年住院日數的重要因素。換句話說，雖然老人的經濟資本愈佳，愈容易擁有

較佳的健康情況，不過，當經濟收入較高、學歷較高的老人一但住院之後，反而擁有較長的平均住院天數，可能的原因為收入高、學歷高的老人，比較服從醫囑，除非完全恢復健康，否則不會輕易出院。另一方面也可以看出經濟資本較佳的老人，也比較有能力支付長時間的住院所需的費用。

此外，此模式的  $R^2$  為.076，換言之，模式二中所置入的變項對每年住院使用日數有 7.6%的解釋力。

### 迴歸模式三

在模式三中，新增加了資本中社會資本三組衡量變項(1.社區參與 2.存活子女數 3.家庭支持分數)。其結果顯示，模式二所置入的經濟資本變項與文化資本變項、文化資本中媒體閱聽變項，迴歸係數與顯著性並沒有太大的改變。

其中需要加以說明的是，文化資本中媒體閱聽變項在醫療資源使用的三項指標中(每月門診次數、每年住院次數、每年住院日數)皆呈現出負向顯著的影響，可見此一研究結果支持 Roscnstock(1974)健康信念模式中，所提出的重要假設「採取醫療行動所需的線索」，簡言之 Roscnstock 認為此一因素，亦影響個人醫療資源使用行為。

而模式三中新置入的變項中，只有家庭支持分數變項為正向顯著的影響，。可能的解釋為，對於老人的醫療資源取得而言，是否能有家人與朋友的幫忙，是相當重要因素。

整體而言，此模式的  $R^2$  為.100，換言之，模式三中所置入的變項對老人每年住院使用次數有 10%的解釋力。

### 迴歸模式四

增加投入自評健康狀況的五組變項(1.自評健康狀況分數、2.慢性疾病總數、3.不良的衛生習性、4.身體功能 5.ADL 分數)。

其結果顯示，資本中的相關變項，在迴歸係數與顯著性上並無太大的改變。不過，社會資本中家庭支持變項的顯著性消失了，可見自評健康狀況的五組變項，對老人西醫住院日數的影響較家庭支持變項大，因此，當加入自評健康狀況的五組變項時，家庭支持變項的影響力消失了。換言之，相較於家庭支持變項，老人的健康狀況對於每年住院日數的影響較大。

經濟資本中自評經濟狀況變項呈現出顯著正向的影響，可見在加入自評健康因素後，經濟資本對於老人每年住院日數的影響才顯出顯著，因此可將自評健康狀況視為是資本概念影響醫療資源使用的中介變項。可見，當老人因為健康狀況的因素而需要住院時，經濟資本因素便成為老人每年住院日數的重要決定因素。

此外，自評健康狀況概念的五組變項中，身體功能分數變項為負向顯著的影響，換言之，當老人主觀認為身體狀況愈好則會有較少的每年住院日數。

整體而言，此模式的  $R^2$  為.149，換言之，模式四中所置入的變項，對老人每年住院次數使用行為有 14.9%的解釋力。

## 迴歸模式五

模式五新置入個人屬性變項及環境因素兩個變項(保險狀態、就醫可近性)與先前醫療資源使用情形(門診、住院、急診)、三組變項，目的是希望藉由控制個人屬性變項及環境因素兩個變項(保險狀態、就醫可近性)與先前醫療資源使用情形(門診、住院、急診)的情況下，進一步討論資本概念因素與自評健康狀況因素對於老人醫療資源使用的影響。

其結果顯示，模式五中的自評經濟狀況分數變項的顯著關係消失了。而其他資本變項與自評經濟狀況變項，其迴歸係數與顯著性並無太大改變。可見在加入保險因素後老人每年住院日數原先受到經濟資本的影響消失了此一研究結果，亦符合 Andersen(1995)所提出的環境因素會影響醫療資源的使用行為之討論。

其次，在新置入的控制變項中，性別為正向影響，婚姻狀況為正向顯著影響，先前的醫療利用(每年住院次數)變項為正向影響；保險因素(退休人員保險)變項為正向影響。

整體而言，此模式的  $R^2$  為.211，換言之，模式五中所置入的變項對老人每年住院日數使用行為有 21.1%的解釋力。

(二) 老人每年西醫住院使用次數之巢式迴歸分析  
表 4-3-1(2) 每年住院使用次數之巢式迴歸分析摘要表

依變項 自變項	每年西醫住院使用次數				
	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>經濟資本</b>					
<b>經濟收入</b>					
<15000	-3.208E-02	2.737E-02	4.454E-02	4.538E-02	1.416E-02
<50000	-8.969E-02	2.088E-02	5.883E-02	8.721E-02	3.850E-02
>50000	-1.047E-02	.106	6.419E-02	9.754E-02	8.591E-02
不一定 (對<5000)	-5.461E-02	-2.244E-02	1.318E-02	2.007E-02	9.906E-02
<b>自評經濟狀況</b>					
差不多	3.279E-02	7.131E-02	6.770E-02	.100	.110
較好 (對較差)	.148	.229	.211	.239*	.273*
<b>自評經濟狀況分數</b>					
高分組	-.152	-.139	-.139	-9.641E-02	-8.881E-02
中分組 (對低分組)	3.914E-03	2.687E-02	4.457E-02	6.399E-0	9.501E-02
<b>文化資本</b>					
國小		-4.306E-02	-3.848E-02	-4.089E-02	-1.269E-02
初中		2.520E-02	2.833E-02	3.577E-02	7.552E-02
高中		-5.851E-02	-4.588E-02	-9.529E-02	-7.030E-02
大學		.238	.228	.240	.237
識字 (對不識字)		-9.822E-02	-.111	-.131	-.168
文化活動參與		3.760E-02	2.672E-02	3.838E-02	3.529E-02
閱讀習慣		-7.513E-02	-5.574E-02	-4.382E-02	-4.067E-02
媒體視聽習慣		-.177***	-.154**	-.122*	-.148**
<b>社會資本</b>					
社區參與			-7.878E-02	-7.379E-02	-.123
存活子女數			-7.021E-03	-6.994E-03	1.170E-02
家庭支持			.150***	5.830E-02	8.221E-02*
<b>自評健康狀況</b>					
<b>自評健康分數</b>					
低分組				4.689E-02	2.271E-02
中分組 (對高分組)				3.558E-02	2.767E-02
<b>慢性疾病總數</b>					
				2.635E-02	1.796E-02
<b>不良衛生習性</b>					
吸煙 (對不吸煙)				4.136E-02	1.944E-02
飲酒 (對不飲酒)				4.729E-02	2.986E-02
吃檳榔 (對不吃檳榔)				-.116	-.117

表 4-3-1(2) 每年住院使用次數之巢式迴歸分析摘要表 (續一)

依變項 自變項	每年西醫住院使用次數				
	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>身體功能</b>					
身體功能分數				-3.983E-02***	-3.578E-02***
adl 分數				6.607E-03	5.312E-03
<b>控制變項</b>					
<b>個人屬性變項</b>					
<b>性別</b>					
男 (對女)					.180
<b>年齡</b>					
70-74					-4.062E-02
75-79					-3.634E-02
80-84					-8.816E-02
>85 (對 65-69)					-.248
<b>籍貫</b>					
客家人					-8.011E-02
外省人					.107
原住民 (對本省人)					-.424
<b>婚姻狀況</b>					
未婚					.214
離婚或分居					3.875E-05
喪偶					.139
有同居伴侶 (對已婚)					.243
<b>居住地(城鄉別)</b>					
都市					-.167*
其他 (對鄉村)					-5.521E-02
<b>工作性質</b>					
全時間					1.226E-02
部分時間					-.132
季節性 (對無工作)					-.253
<b>先前醫療利用</b>					
住院次/年					7.373E-02
急診次/年					-.129
門診次/半年					6.488E-03
<b>環境因素</b>					
有保險					.281
全民健康保險					1.757E-02
人壽保險					-.215
退休人員保險 (對無保險)					7.961E-02

表 4-3-1(2) 每年住院使用次數之巢式迴歸分析摘要表 (續二)

依變項 自變項	每年西醫住院使用次數				
	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>就醫可近性</b>					
4 小時					.348
3 小時					.130
2 小時					.152
1 小時					.264*
0 小時 (對 5 小時以上)					.122
截距	.358***	.288**	.197	.687***	3.163E-02
樣本數	2669	2669	2669	2669	2669
R <sup>2</sup>	.010	.049	.075	.131	.186
F-value	0.810	2.153	2.837	3.641	2.554
P 值	.594	.006	.000	.000	.000

說明：1. 表中的迴歸係數估計值為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05；\*\* 為 0.01；\*\*\* 為 0.001。

### 迴歸模式一

表 4-3-1(2) 為每年住院使用次數的巢式迴歸分析，在上述模式一分析中，首先置入經濟資本三組衡量變項，分別為(1.經濟收入 2.自評經濟狀況 3.自評經濟狀況分數)。

其結果顯示，雖然經濟收入與自評經濟分數兩變項，依然呈現出負向關係。不過卻未達統計顯著水準，若相較於先前的迴歸分析，經濟資本中經濟收入變項與經濟狀況分數變項的負向顯著關係消失了，可見，自評經濟狀況變項，抑制了經濟資本經濟收入變項與經濟狀況分數變項的負向顯著關係。

### 迴歸模式二

相較於模式一，在模式二分析中增加了資本中的文化資本四組衡量變項，分別為(1.學歷 2.文化活動參與程度 3.閱讀習慣 4.媒體閱聽)。

其結果顯示，原先經濟資本概念中的三組變項仍然不顯著，而文化資本概念中的媒體閱聽變項，呈現出負向的影響。換言之，媒體閱聽頻率愈高的老人，在其每年住院使用次數上便呈現出較少的趨勢。

此外，此模式的 R<sup>2</sup> 為.049，換言之，模式二中所置入的變項對每年住院使用次數有 4.9%的解釋力。

### 迴歸模式三

在模式三中，新增加了資本中社會資本三組衡量變項(1.社區參與 2.存活子女

數 3.家庭支持分數)。

其結果顯示，文化資本概念中媒體閱聽頻率變項，迴歸係數與顯著性並沒有大幅的改變，而經濟資本概念中經濟收入變項，則仍然維持不顯著關係。不過，經濟資本變項仍大都呈現出負向影響，不過皆未達統計顯著水準。可見，經濟資本較佳的老人亦有較少的每年的住院次數，此處仍支持先前的討論結果，亦即資本較佳的老人亦擁有較佳的健康狀況。

此外模式三中新置入的變項中，只有家庭支持分數變項為正向的影響。可能的解釋為，對於住院的使用次數增加而言，家人的幫忙以及提供生活上的幫助，是相當重要的因素。

整體而言，此模式的  $R^2$  為.075，換言之，模式三中所置入的變項對老人每年住院使用次數有 7.5%的解釋力。

#### 迴歸模式四

增加投入自評健康狀況概念的五組變項(1.自評健康狀況分數、2.慢性疾病總數、3.不良的衛生習性、4.身體功能 5.ADL 分數)。

其結果顯示，經濟資本中，自評經濟狀況變項呈現出顯著正向的影響，可見在加入自評健康因素後，經濟資本對於老人每年住院使用次數的影響才得以突顯出來，因此，可將自評健康狀況視為是資本影響每年西醫住院次數的中介變項。

文化資本中的媒體閱聽頻率變項，迴歸係數與顯著性並沒有大幅的改變，仍舊呈現媒體閱聽頻率愈高的老人，在其每年住院使用次數上便呈現出較少的趨勢。而原先模式三中，社會資本中家庭支持變項的正向影響消失，可見，對於老人的每年住院次數使用行為而言，經濟資本概念相較於文化資本概念與社會資本概念有較大的影響力。

此外，自評健康狀況概念的五組變項中，身體功能分數變項為負向顯著的關係，換言之，當老人主觀認為身體狀況愈好，則會有較少的每年住院次數。

整體而言，此模式的  $R^2$  為.131，換言之，模式四中所置入的變項對老人每年住院次數使用行為有 13.1%的解釋力。

#### 迴歸模式五

模式五新置入個人屬性變項及環境因素兩個變項(保險狀態、就醫可近性)與先前醫療資源使用情形(門診、住院、急診)、三組變項，目的是希望藉由控制個人屬性變項及環境因素兩個變項(保險狀態、就醫可近性)與先前醫療資源使用情形(門診、住院、急診)的情況下，進一步討論，資本因素與自評健康狀況因素對於老人醫療資源使用的影響。

其結果顯示，經濟資本因素中，自評經濟狀況變項迴歸係數與顯著性並無太大改變，而文化資本概念中的媒體閱聽變項亦為負向顯著的影響，相較於模式四並無改變。

其次，在新置入的控制變項中，就醫可近性為正向的影響，換言之，距離醫

療場所所需時間愈少的老人，其每年住院次數使用行為愈多；不過居住地城鄉別卻為負向的影響，換句話說，住在都市的老人相較於住在鄉村的老人在每年住院次數使用行為上較少。

整體而言，此模式的  $R^2$  為 .186，換言之，模式五中所置入的變項對老人每月西醫門診使用行為有 18.6% 的解釋力。

(三) 老人每月西醫門診使用次數之巢式迴歸分析  
 表 4-3-1(3) 每月西醫門診使用次數之巢式迴歸分析摘要表

依變項 自變項	每月西醫門診使用次數				
	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>經濟資本</b>					
<b>經濟收入</b>					
<15000	-.462	-7.180E-02	-6.994E-02	-5.405E-02	-.222
<50000	-1.710**	-.701	-.635	-.309	-.406
>50000	-.978	.533	.360	.661	.513
不一定 (對<5000)	-2.860	-2.398	-2.118	-1.549	-1.620
<b>自評經濟狀況</b>					
差不多	-.393	-.204	-.169	9.148E-02	-.168
較好 (對較差)	-1.317	-.813	-.725	-.481	-.830
<b>自評經濟狀況分數</b>					
高分組	.640	.544	.608	1.145	1.106
中分組 (對低分組)	.152	.140	.315	.721	.811
<b>文化資本</b>					
國小		-.427	-.324	-.181	-.115
初中		-2.317**	-2.318**	-1.957*	-1.267
高中		-2.120	-2.337*	-2.189*	-1.693
大學		-2.537*	-2.834*	-2.277*	-1.857
識字 (對不識字)		-.550	-.682	-.653	-.220
文化活動參與		.307	.158	.219	.200
閱讀習慣		.276	.412	.503	.509
媒體視聽習慣		-.896*	-.846*	-.820*	-.946**
<b>社會資本</b>					
社區參與			1.631	1.912*	2.088*
存活子女數			-.154	-.149	-9.283E-02
家庭支持			.717**	.370	.501
<b>自評健康狀況</b>					
<b>自評健康分數</b>					
低分組				.137	-.223
中分組 (對高分組)				.404	-.535
<b>慢性疾病總數</b>					
				.500***	.375**
<b>不良衛生習性</b>					
吸煙 (對不吸煙)				.458	.299
飲酒 (對不飲酒)				-.696	-.528
吃檳榔 (對不吃檳榔)				1.299	.704

表 4-3-1(3) 每月西醫門診使用次數之複迴歸分析摘要表 (續一)

依變項 自變項	每月西醫門診使用次數				
	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>身體功能</b>					
身體功能分數				-.131*	-8.110E-02
adl 分數				1.771E-02	1.979E-02
<b>控制變項</b>					
<b>個人屬性變項</b>					
<b>性別</b>					
男 (對女)					-.788
<b>年齡</b>					
70-74					-.277
75-79					-5.194E-02
80-84					-.330
>85 (對 65-69)					-.517
<b>籍貫</b>					
客家人					.471
外省人					-.492
原住民 (對本省人)					2.831
<b>婚姻狀況</b>					
未婚					3.315*
離婚或分居					.650
喪偶					-.831
有同居伴侶 (對已婚)					1.942*
<b>居住地(城鄉別)</b>					
都市					-1.074*
其他 (對鄉村)					-.537
<b>工作性質</b>					
全時間					-.126
部分時間					-.248
季節性 (對無工作)					1.726
<b>先前醫療利用</b>					
住院次/年					.178
急診次/年					-.687
門診次/半年					.150***
<b>環境因素</b>					
有保險					-1.498
全民健康保險					2.964**
人壽保險					-.904
退休人員保險 (對無保險)					.963

表 4-3-1(3)每月西醫門診使用次數之複迴歸分析摘要表 (續二)

依變項 自變項	每月西醫門診使用次數				
	模型一	模型二	模型三	模型四	模型五
	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>就醫可近性</b>					
4 小時					6.120**
3 小時					.298
2 小時					3.022*
1 小時					1.490
0 小時 (對 5 小時以上)					.584
截距	3.728***	3.835***	3.788***	3.815**	2.086
樣本數	2669	2669	2669	2669	2669
R <sup>2</sup>	.023	.057	.075	.132	.228
F-value	1.977	2.502	2.817	3.682	3.286
P 值	.047	.001	.000	.000	.000

說明：1. 表中的迴歸係數估計值為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05； \*\* 為 0.01； \*\*\* 為 0.001。

### 迴歸模式一

表 4-3-1(3)為老人西醫門診使用行為之巢式迴歸分析，在上述模式一分析中，首先置入經濟資本概念三組衡量變項，分別為(1.經濟收入 2.自評經濟狀況 3.自評經濟狀況分數)其中只有經濟收入變項，達到統計顯著水準。

換言之，經濟收入高的老人相較於經濟收入低的老人，有著較少的西醫門診使用行為。基本上，這樣的結果亦符合先前的討論結果。事實上在先前的討論中，研究結果指出經濟資本佳的老人，也會擁有較佳的健康狀況，因此，使得醫療資源使用行為反來顯的少。

此外，此模式的 R<sup>2</sup> 為.023，換言之，模式一中，經濟資本概念變項對老人西醫門診使用行為有 2.3%的解釋力。

### 迴歸模式二

相較於模式一，在模式二分析中，除了模式一原有已經置入的變項之外，亦增加了資本中的文化資本四組衡量變項，分別為(1.學歷 2.文化活動參與程度 3.閱讀習慣 4.媒體閱聽)。

其結果顯示，原先經濟資本中經濟收入變項的顯著關係消失了，而文化資本中的學歷與媒體閱聽頻率兩組變項，呈現出負向顯著的影響。可見，在置入文化資本四組衡量變項之後，經濟資本已經不是西醫門診使用行為主要因素，此時，影響西醫門診使用行為的主要因素，轉變為學歷與媒體閱聽頻率。換言之，學歷較高而媒體閱聽頻率較多的老人，其西醫門診使用行為是比較少的。

此外，此模式的 R<sup>2</sup> 為.057，換言之，模式二中所置入的變項對老人西醫門

診使用行為有 5.7%的解釋力。

### 迴歸模式三

在模式三中，新增加了資本中社會資本三組衡量變項(1.社區參與 2.存活子女數 3.家庭支持分數)。

其結果顯示，文化資本中的學歷與媒體閱聽頻率兩組變項，迴歸係數與顯著性並沒有大幅的改變，而經濟資本概念中經濟收入變項，則仍然維持不顯著關係。這顯示在置入文化資本與社會資本之後，老人的經濟資本已經不是影響西醫門診使用行為的主要因素。

模式三中新置入的變項中，只有家庭支持分數變項為正向的影響。可能的解釋為，由於家人的幫忙以及提供生活上的幫助，增加了老人的就醫方便性，因此門診的使用次數也增加。

整體而言，此模式的  $R^2$  為 .075，換言之，模式三中所置入的變項對老人西醫門診使用行為有 7.5%的解釋力。

### 迴歸模式四

在模式四中，增加投入自評健康狀況的五組變項(1.自評健康狀況分數、2.慢性疾病總數、3.不良的衛生習性、4.身體功能、5.ADL 分數)。

其結果顯示，文化資本中的學歷與媒體閱聽頻率兩組變項，迴歸係數與顯著性並沒有大幅的改變，而原先模式三中社會資本中家庭支持變項的正向影響消失，不過社區參與變項反而呈現出正向顯著的影響。可見，自評健康狀況概念的五組變項，抑制了社會資本概念中家庭支持變項與門診次數間的關係。可見，在置入自評健康狀況因素後，社會資本中家庭支持變項已經不是影響西醫門診使用行為的主要因素，而老人的健康狀況相較於社會資本中家庭支持變項，才是決定西醫門診使用行為的重要原因。

此外，自評健康狀況概念的五組變項中，慢性疾病總數變項與每月門診次數為正向的關係；而身體功能變項與每月門診次數為負向的關係。這亦顯示出當老人的慢性疾病的數較多時，也會因此增加其西醫門診次數，而老人的身體功能愈好時，其西醫門診次數是較身體功能較差的老人少的。一言以蔽之，老人的健康狀況愈好時，其醫療資源的使用是較少的。此一研究結果亦符合先前的理論預測。

整體而言，此模式的  $R^2$  為 0.132，換言之，模式四中所置入的變項對老人西醫門診使用行為有 13.2%的解釋力。

值得注意的是，在本研究先前的討論中，亦使用複迴歸分析檢定自評健康狀況概念的五組變項(自評健康狀況分數、慢性疾病總數、不良的衛生習性、身體功能、ADL 分數)與西醫門診使用行為的關係，結果顯示，慢性疾病的總數變項、不良衛生習性變項、身體功能分數變項皆呈現出顯著的關係，不過在模式四中不良衛生習性變項卻轉為不顯著的影響，可見自評健康狀況概念變項，受到資本的三組變項干擾使得原有的顯著關係消失。

## 迴歸模式五

模式五新置入個人屬性變項及環境因素兩個變項(保險狀態、就醫可近性)與先前醫療資源使用情形(門診、住院、急診)三組變項，目的是希望藉由控制個人屬性變項及環境因素兩個變項(保險狀態、就醫可近性)與先前醫療資源使用情形(門診、住院、急診)的情況下。

其結果顯示，文化資本中學歷及自評健康中的身體功能變項的影響消失，可見控制變項透過學歷因素及身體功能變項，影響老人每月門診次數使用行為。

不過，模式四中的媒體閱聽頻率變項、社區參與變項及慢性病總數變項，其迴歸係數與顯著性均無太大變化，可見媒體閱聽頻率變項、社區參與變項與慢性病總數變項均獨立的影響老人每月門診次數使用行為。

其次，在新置入的控制變項中，婚姻狀況為正向的影響；保險因素中的全民健康保險變項亦為正向的影響；就醫可近性為正向的影響，換言之，距離醫療場所所需時間愈少的老人，其每月門診次數使用行為愈多。因此，對於身體功能逐漸喪失的老人而言，距離因素為一重要影響要素，當距離就醫場所愈近時，老人變的更方便使用醫療資源，因為其就醫的障礙降低了。

整體而言，此模式的  $R^2$  為 0.228，換言之，模式五中所置入的變項對老人每月西醫門診使用行為有 22.8% 的解釋力。

#### 第四節 健康視為一種資本

根據醫療經濟學者 Grossman 健康需求與醫療需求模型中的重要假設，每一個人在出生時便開始擁有不等的健康存量，而且健康存量亦會隨著年齡的增長而逐漸損耗，當一個人的健康存量降到某種程度時，便需要利用其他資源與時間來換取個人健康的恢復。

因此，在本節中研究者亦將延伸其討論脈絡，將老人健康狀況亦視為一種資本形式，並使用巢式迴歸分析法，進一步分析在加入了健康存量後，資本與老人醫療資源使用之關係。

表 4-4 資本對每年住院日數之巢式迴歸分析摘要表

依變項	模型一	模型二	模型三	模型四
自變項	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>自評健康狀況</b>				
<b>自評健康分數</b>				
低分組	8.621E-02	0.575	0.650	0.823
中分組 (對高分組)	2.341	2.680	2.033	3.857
<b>慢性疾病總數</b>	0.262	0.129	0.518	0.523
<b>不良衛生習性</b>				
吸煙 (對不吸煙)	0.866	1.236	1.611	1.746
飲酒 (對不飲酒)	-1.545	-1.578	-1.361	-1.383
吃檳榔 (對不吃檳榔)	-3.130	-2.266	-1.952	-1.223
<b>身體功能</b>				
身體功能分數	-1.996 <sup>***</sup>	-1.870 <sup>***</sup>	-1.751 <sup>***</sup>	-1.739 <sup>***</sup>
adl 分數	4.564E-02	1.637E-03	-3.808E-02	1.585E-02
<b>社會資本</b>				
社區參與		-0.195	-1.220	-1.489
存活子女數		-1.304 <sup>**</sup>	-1.023 <sup>*</sup>	-1.068 <sup>*</sup>
家庭支持		2.353	2.223	2.408
<b>文化資本</b>				
國小			4.436	4.267
初中			5.529	4.436
高中			5.481	2.756
大學			26.512 <sup>***</sup>	25.056 <sup>***</sup>
識字 (對不識字)			6.977	7.126
文化活動參與			-0.200	-0.253
閱讀習慣			-0.550	-0.779
媒體視聽習慣			-5.067 <sup>**</sup>	-6.488 <sup>***</sup>
<b>經濟資本</b>				
<b>經濟收入</b>				
<15000				4.996
<50000				7.811 <sup>*</sup>
>50000				3.680
不一定 (對<5000)				3.014
<b>自評經濟狀況</b>				
差不多				9.296 <sup>**</sup>
較好 (對較差)				12.342 <sup>**</sup>

表 4-4 資本對每年住院日數之巢式迴歸分析摘要表 (續一)

依變項 自變項	模型一	模型二	模型三	模型四
	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數	迴歸係數
<b>自評經濟狀況分數</b>				
高分組				-7.449*
中分組 (對低分組)				-3.112
截距	36.446***	38.370***	30.182***	21.782**
樣本數	2669	2669	2669	2669
R <sup>2</sup>	0.091	0.103	0.137	0.161
F-value	8.988	7.431	5.864	4.940
P 值	.000	.000	.000	.000

說明：1. 表中的迴歸係數估計值為未標準化迴歸係數。

2. 星號為顯著水準：\* 為 0.05；\*\* 為 0.01；\*\*\* 為 0.001。

### 迴歸模式一

在表 4-4 中，由模式一可以發現身體功能愈佳的老人，其每年住院日數即呈現出較少的趨勢，不過在原本的迴歸分析中，自評健康分數變項對於每年住院日數的顯著影響消失了，可見身體功能變項抑制了自評健康分數變項對於每年住院日數的影響。

### 迴歸模式二

在模式二中，再增加了社會資本後，發現存活子女數愈多的老人，其每年的住院日數愈少，這一點可以反映出當老人從家人獲得較多的支持，便容易重新獲得健康。因此，家庭內存活子女數較多的老人，其每年的住院天數愈少。另外，原先模式一中的身體功能分數變項仍為顯著負向的影響。

### 迴歸模式三

在模式三中，又加入了文化資本後，學歷的變項呈現出正向的影響。換言之，相對於不識字的老人，學歷較高的老人，在每年住院日數上有明顯較多的傾向。而媒體閱聽習慣則仍呈現出負向的影響。簡言之，常收看电视或收聽收音機的老人，其每年住院日數上有較少的傾向。此一研究發現或可支持健康信念模式中所指出，醫療服務線索取得亦會影響使用醫療資源行為。

### 迴歸模式四

模式四中，再加入經濟資本後，發現經濟收入變項、經濟狀況變項皆呈現出正向影響。換言之，在控制了健康狀況的情形下，經濟收入較高、經濟狀況較好的老人，較有能力使用醫療資源。

而自評經濟狀況分數變項呈現出負向的影響，其可能的原因為，此一變項是透過其他因素影響老人每年的住院日數，而其他因素尚未納入迴歸分析模型中，不過，大體而言，經濟資本仍然為影響老人醫療資源使用之最重要的因素。

從以上的分析中可得知，當我們將健康狀況亦視為另一種資本形式時，其對於醫療資源使用為負向的影響。換言之，當一個人的健康存量愈多時，事實上醫療資源利用是比較少的，不過，當老人在真正需要使用醫療資源時，其所擁有的資本便起了關鍵的作用，因此也決定了老人的醫療資源使用量。此一研究發現或可支持 Grossman 所提出的健康存量的概念。

## 第五章 結論

### 第一節 研究結果與討論

#### 理論檢討與醫療資源使用情形

##### 一、理論檢討

依據前述第二章中的相關討論可發現，儘管從 1950 年開始，便相繼有學者提出關於醫療使用行為的相關研究。例如：Suchman (1965) 提出的疾病行為模式；Fabrega (1973) 所提出的決策理論模式；Mechanic (1978) 提出的尋求協助的理論；Andersen (1968.1973.1974) 提出的健康行為模式等。

不過最常被研究者引用在實際的分析中，仍舊是 Andersen (1968.1973.1974) 提出的健康行為模式，研究者認為最重要的原因，應該是此一模式中，Andersen 融入了其他討論醫療資源討論模式中，重要的關鍵要素。如疾病行為模式裡，個人對於疾病的感受與認知程度；Rosenstock(1974)所提出的健康信念模式中，個人在採取行動時所需的線索等概念。

歸納前述的相關討論，可發現大部分的醫療資源使用行為的討論中，都將個人對於疾病的主觀感受與認知，視為是在採取行動前的重要關鍵因素。

事實上，上述研究結果亦指出一個事實，個人在身體功能完好的情形之下，並不會特意的去利用非必要醫療資源，只有在個人感受到身體功能受到損害，或是個人已經感覺因疾病所造成的不適時，才會考慮採取行動，去取得自身能力所能得到的醫療照顧。

而醫療經濟學學者在這一部份提出合理的解釋。簡單的說，醫療經濟學某種程度將醫療資源亦視為一種有限的資源，因此當個體在取得適當的醫療服務時，也必須付出等值的替代物與時間，才能取得所需的醫療資源。

在諾貝爾經濟學獎得主 Becker 的研究中，亦曾指出消費者在取得各種類型的醫療資源之後，必須再加上與自己的時間結合，才可以轉換為具有效用的資源。

一言以蔽之，當個人在面對疾病帶來的不適，而需要去採取獲得醫療服務的行動時，這時個人資本的多寡便成為關鍵的影響因素。

不過在已有許多的研究中，多將這種關乎個人取得所需醫療資源多寡的能力，僅僅簡化的視為個人的經濟能力，不可否認的是個人的經濟能力當然可以是一種直接體現於貨幣形式的資源，並在市場經濟體系中換取個人所需醫療資源。不過，研究者認為這樣的討論，似乎忽略了其他經由時間因素，長期形塑體現在個人身上的其他形式的資源。

因此，本研究在分析架構的建立上，引入了醫療經濟學中資源的概念與社會學中的資本概念相關討論，將影響個人獲得所需醫療資源多寡的能力，區分為經濟資本、文化資本及社會資本。並使用衛生署國民健康局家庭計畫研究所於

1989、1993、1996 年所做的老人保健與生活問題長期追蹤調查，所得到的調查資料，進一步來加以分析。

## 二、個人屬性因素與醫療資源使用之關係

為了探討個人屬性因素與醫療資源使用之關係，本研究依據文獻探討的結果，提出了假設 1.1-1.5 等五個假設，由第四節的交叉分析與巢式迴歸分析，所得到的結果來看；

### 就每月門診次數而言：

由表 5-2-1 中檢定結果為顯著的變項，包含有性別、年齡、籍貫、婚姻狀況與居住地城鄉別。可見，個人屬性變項不同確實影響著老人的醫療資源使用行為。

此外，資料亦顯示女性老人略多於男性；老人 70 歲-74 歲的老人，亦高於其他年齡層老人；客家人的平均使用次數也比閩南人與外省人多；已婚的老人相較於其他婚姻狀況的老人為少；居住地為鄉村的老人，在平均使用次數上亦比都市多。就性別變項而言，此一研究結果，與林惠生劉怡姮(2001)所指出的趨於一致。而曾曉琦(1996)亦指出，年齡、性別、城鄉別、婚姻狀況與西醫門診次數有顯著的關係。

### 就每年住院次數而言：

表 5-2-1 中檢定結果為顯著的變項，只有年齡的部份，其餘變項均呈現出不顯著的結果。可見，除了年齡變項以外，個人屬性變項並不影響老人的醫療資源使用行為。簡單的說，年齡愈大的老人其住院的機會也愈大。

### 就每年住院日數而言

表 5-2-1 中檢定結果為顯著的變項，包含有性別、婚姻狀況與籍貫。換言之，男性、外省人、婚姻狀況為未婚的老人，有較高的每年平均住院天數，且達統計顯著水準。

## 三、資本與醫療資源使用之關係

本研究所關心的重點，為老人的資本與健康狀況，如何影響其醫療資源使用行為，而根據以上假設檢定的結果依序加以說明：

### 經濟資本與醫療資源使用之關係：

首先，假設檢定的結果顯示，經濟收入愈高的老人，其每月門診次數愈少。換言之，資料呈現出經濟收入愈高的老人，有較少的機會使用西醫門診。其中的原因為經濟收入愈高的老人，較容易有較好的健康狀況，因此在每月門診使用次數上，便顯得比經濟收入較低的老人少。

其次假設檢定的結果顯示，經濟狀況分數的高分組老人相較於低分組老人有較少的每年住院次數，簡單的說，經濟狀況分數的高分組老人除了會有較少的西醫門診使用行為外，在西醫住院次數上亦呈現出比經濟狀況分數的低分組老人少，推測其原因亦為較容易擁有較佳的健康情形。

再者，假設檢定的結果顯示，經濟狀況分數的高分組與中分組老人，相較於低分組老人有較少的每年住院日數，由此可知老人擁有較佳經濟資本時，便容易比經濟資本較差的老人擁有較佳的健康情形，因此資料顯示，在醫療資源使用三項指標中都有比較少的使用情形。

#### 文化資本與醫療資源使用之關係：

首先，假設檢定的結果顯示，學歷變項在西醫門診使用上，並未達統計顯著水準，不過相較於不識字的老人而言，較高學歷的老人普遍呈現出較少的使用量，值得注意的是學歷變項，在另一項醫療指標每年的住院天數上，卻顯示出較高學歷的老人反而有較多的平均住院天數，且達統計顯著水準。

因此，從資料中便可知較高學歷的老人，雖然較少利用門診資源，不過一但需要住院卻也容易有更多醫療資源使用。可能原因為 1. 學歷較高的老人疾病型態的不同。2. 學歷較高的老人因為工作型態的不同，因此也較能排出時間充分的養病。3. 學歷較高的老人較遵從醫囑，亦不會輕易出院。

此外，媒體閱聽變項在醫療資源使用三項指標中，皆呈現出負向影響，亦即，媒體閱聽頻率愈高的老人，其醫療資源使用情形愈少。此一研究結果亦支持 Roscnstock(1974)健康信念模式所提出的重要假設「採取醫療行動所需的線索」，Roscnstock 認為此一因素，亦影響個人醫療資源使用行為。

#### 社會資本與醫療資源使用之關係：

假設檢定的結果顯示，家庭支持分數愈高的老人，在醫療資源使用三項指標中，皆呈現出愈多的醫療使用行為，換言之，本研究發現若能從家庭內，獲得愈多關心或日常生活行動上幫助的老人，相較於家庭支持分數低的老人愈容易有使用醫療資源的傾向。

此外，假設檢定的結果亦顯示，存活子女數愈多的老人，在西醫住院天數上也呈現出愈多的趨勢，其背後可能原因為，老人可從家庭內獲得的實質幫助增加了，因此延長了老人實際住院的天數。此一結果與上述分析亦顯得相當一致。

### 三、資本與健康狀態之關係

假設檢定的結果顯示，經濟資本的三組衡量指標，皆顯示出對老人健康狀態的正向影響。換言之，當老人的經濟資本愈佳時，亦容易擁有較佳的健康狀態，此一研究結果，亦與上述經濟資本愈高其醫療使用行為愈少的研究結果一致。

其次文化資本的三項衡量指標中，亦顯示出對老人健康狀態的正向影響，簡言之，學歷高、閱讀頻率高、媒體閱聽頻率高老人，愈容易擁有較佳的健康狀態。此一研究結果亦與上述文化資本愈高其西醫門診使用行為愈少，的研究結果一致。

再者，社會資本中社區參與亦與健康狀態為正向相關，換言之，老人的社區參與程度愈高則其健康情況亦愈好。

### 四、健康狀態與醫療資源使用之關係：

首先假設檢定的結果顯示，慢性疾病總數對每月門診次數使用情形有正向的關係，亦即當老人的慢性疾病數愈多時，每月門診次數使用次數，亦會有愈高。

此外值得注意的是就不良的衛生習性-飲酒而言，對每月門診次數，資料呈現出負向的影響。簡單的說，相對於沒有飲酒習慣的老人而言，反而有飲酒習慣的老人在每月門診次數使用情形上是呈現出較少的使用情形，普遍來說不良的衛生習性對每月門診次數使用情形上較多的影響不過我們發現飲酒因素並沒有造成老人在(每月門診次數)使用上的增加，這種現象有兩種可能的解釋 1.在原始問卷的題項中，研究者並未考慮飲酒行為的次數與飲酒量等因素；2.適度的飲酒對於健康是有正向的影響。另一方面，資料顯示身體功能分數對每月門診次數使用情形，有負向影響。簡言之，當老人的身體功能愈佳時，其醫療資源的使用情形是比較少的。

其次假設檢定的結果顯示，自評健康分數對每年住院使用次數使用情形有負向關係，亦即當老人的自評健康狀況愈好，就每年住院使用次數使用情形而言，將會呈現出愈少的使用情形。

值得注意的是，健康的認知與行為中慢性疾病總數對每年住院使用次數，有負向的影響，亦即當老人的慢性疾病數愈多時，反而，每年住院使用次數使用情形愈少。正常的情況之下，當一個人罹患著多種的慢性疾病時，應該是相較於健康的人有較多的機會待在醫院，並接受適當的治療。然而，上表卻顯示出與常理不合之處，而這種現象背後可能的解釋，研究者認為是慢性疾病患者通常需要較多的住院日數，因此，也就減少了慢性病患實際上的住院次數。另一方面，資料顯示身體功能分數對每年住院使用次數，有負向影響。簡言之，當老人的身體功能愈佳時，其醫療資源的使用情形是比較少的。

再者，假設檢定的結果亦顯示，自評健康分數對每年住院日數使用情形有負向的關係，換言之，當老人的自評健康狀況愈好，就每年住院日數使用情形而言，將會呈現出愈少的使用情形。而此時慢性疾病總數，對每年住院日數使用情形有正向的關係，換言之，當老人的慢性疾病數愈多時，就每年住院日數使用情形而言，將會有愈多的趨勢。這樣的數據也對上述慢性疾病數多時每年住院次數反而減少的情形，提出合理說明。換句話說，這種現象背後主要的原因是，就慢性疾病患者而言，通常是需要較多的住院日數，也因此減少了慢性病患實際上的住院次數。另一方面，身體功能分數對每年住院日數使用情形，有負向的影響。簡言之，當老人的身體功能愈佳時，其醫療資源的使用情形是比較少的。

## 第二節 建議與研究限制

### 一、研究建議

#### (一)、在個人屬性變項層面

經本研究分析結果發現，在醫療資源使用的指標中，老人的婚姻狀況為一重要影響因素。換言之，已婚的老人通常在醫療資源使用的傾向上有較少的趨勢。所以主管單位如果可以適度的給予，婚姻狀況為失婚、喪偶的老人，視其需要在其婚姻上給予適度的支援及幫助。例如：協助老人再婚相關措施等、相信對於降低醫療資源的使用會有一定程度的幫助。

#### (二)、在老人經濟資本層面

經本研究分析結果發現，當老人擁有較佳的經濟資本時，便容易使得身體狀態亦呈現較佳的情況，因此，若能給予經濟狀況較低的老人在經濟上的適當援助，使得基本生活無虞。另一方面使老人也能擁有健康的銀髮生活，便能降低其醫療資源的使用程度。例如：適時給予低收入老人各項生活補助等、。

#### (三)、在老人文化資本層面

經本研究分析結果發現，在文化資本層面上擁有媒體閱聽頻率較高的老人，相較於媒體閱聽頻率較低的老人，在醫療資源使用三項指標上均有較少的醫療資源使用。因此，若能設法增加其媒體閱聽頻率，便能有效的降低其醫療資源使用情形。例如：在硬體上協助老人擁有電視機與收音機；軟體上則可多製播老人容易收看或者收聽之節目型態，降低老人在媒體閱聽上的障礙。

#### (四)、在老人社會資本層面

經本研究分析結果發現，多接近或參與社區活動的老人容易有更佳的身體狀況，因此主管單位若能多鼓勵老人走出家庭，融入所居住社區內，便可以使得老人有較佳健康狀況的傾向，亦可以因此降低老人醫療資源使用行為。例如：可協助成立社區內老人相關社團等、。

### 二、研究限制

(一)、由於本研究所使用分析資料為二手調查資料，因此在找尋符合相關概念變項時，便極不容易針對分析架構中的概念，得到意義較完整的詮釋。換言之，僅能從二手調查資料中，取得最接近相關概念之變項。不過，也由於本研究中使用的是家庭計畫研究所提供的全國性訪談資料，亦增加了此調查資料的豐富性與廣度，若相較於一般個人針對所需概念而設計問卷而言，在調查資料的豐富性與廣度上實不可比擬。

(二)、許多的研究皆指出，老人的死亡因素會是討論醫療資源使用行為時極重要的因素，因此，本研究分析的實際樣本為？次訪談時間皆為存活狀態之老

人，如此一來某種程度上，亦排除了因為調查資料未排除死亡個案所造成的變異。

(三)、在本研究之巢式迴歸模式中，所能解釋變異的能力，分別在每月門診次數上為 22.8 % ；每年住院次數上為 18.6 % ；每年住院天數上為 21.1 % 。若相較於其他許多使用 Andersen 模式，來討論醫療使用行為的實證研究所能解釋變異的能力 16 % -25 % 。(Mechanic1979)其實並不算高。因此，也使得模式的整體預測能力與可靠性，亦必須持較保留的態度。

## 參考文獻

### 網頁資料

內政統計資訊網

<http://www.moi.gov.tw/W3/stat/home.asp>

行政院衛生署

<http://www.doh.gov.tw/>

行政院衛生署統計室

<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

行政院衛生署國民健康局老人系列調查外釋資料使用常見問題說明

<http://www.bhp.doh.gov.tw/snew/doc/02-2-3%E8%80%81%E4%BA%BA%E7%B3%BB%E5%88%97%E5%B8%B8%E8%A6%8B%E5%95%8F%E9%A1%8C.htm>

### 中文資料

內政部統計處(1996)。內政統計手冊。

王香蘋 (2001)。台灣老人健康狀況與健康變化性別經驗探討。國立中正大學社會福利研究所博士論文。

王嘉蕙 (1993)。中西醫門診利用與買藥行為之相關因素探討。國立中正大學社會福利研究所碩士論文

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。

林芸芸(1992)。中西醫醫療利用型態的文獻回顧與實證研析。中華家醫誌，2(1)：1-12。

周麗芳 (1987)。老年人口醫療需求與醫療資源利用之研究。國立陽明大學公共衛生學研究所。

吳正儀 (1988)。健康保險對被保險人醫療照護利用的影響。國立台灣大學社會學研究所碩士論文。

吳淑瓊、梁浙西、張明正、林惠生、孟蘿拉 (1994)。臺灣老人醫療服務之使用，中華衛生公共雜誌，13:2，168-182。

吳郁濬 (2001)。影響健康因素之研究？台灣實證分析。銘傳大學經濟學研究所碩士論文。

邱啟潤、郭素娥、陳惠珠 (1994)。高雄市有慢性健康問題的老人利用社區醫療資源情形的探討，高雄醫學科學雜誌，10：10，583-591。

李卓倫、紀駿輝、賴俊雄 (1996)。醫療需求研究之分析方法與限制-以中醫門診為例，公共衛生，22(4)，247-255。

- 李卓倫 (1987) 。民眾尋求與利用健康服務的行為模式，公共衛生，14(1)，42-58。
- 李曉詩 (2001) 。醫療利用行為函數之估計 - 全民健保揉合資料之應用。國立台北大學財政學系碩士論文。
- 范涵惠 (2001) 。長期照護機構老人健康狀況、生活適應及生活滿意度相關性之探討。中國醫藥學院/醫學研究所碩士論文。
- 莊逸洲、陳怡如、史麗珠、陳理 (1999) 。全民健保實施陰道分娩論病例計酬制對醫療資源使用方式的影響--以某財團法人醫學中心為例，中華衛生公共雜誌，18(3)，181-188。
- 曹熾恒 (1991) 。醫療需求理論與臺灣的實證研究。國立政治大學經濟研究所碩士論文。
- 郭靜燕 (1992) 。中醫求醫行為的決定因素。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 康健壽 (1992) 。中醫門診病人求診教學醫院中醫部或一般中醫診所的相關因素之探討。國立台灣大學碩士論文。
- 康健壽、李金鳳、陳介甫、周碧瑟 (1995) 。單複向求診行為的相關因素之探討。中醫藥雜誌，6(3)，175-186。
- 陳俊全 (1997) 。台灣地區老年健康狀況與醫療費用之長期推估。國立中正大學社會福利所博士學位論文。
- 陳寬政 (1995) 。臺灣地區人口出生數量的動態模擬。人口學刊，18，1-18。
- 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。
- 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。
- 陳肇男、林惠玲(1996)。全民健康保險對老人醫療需求之影響推估。人口變遷、國民健康與社會安全，楊文山、李美玲主編，中央研究院中山人文社科學研究所專書。
- 彭鳳美 (2000) 。民眾生活型態、醫療資源利用與健康狀況之探討 以新竹科學園區員工為例。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文。
- 黃春太、姜逸群 (2001) 。城鄉地區老人的社會支持體系及健康狀況之比較研究。衛生教育學報，16，133-154。
- 黃毅志 (1994) 。社經背景與地位取得過程之結構機制：教育、社會資源及文化資本。東海大學社會學研究所博士論文。
- 黃毅志 (1996) 。台灣地區民眾地位取得之因果機制：共變結構分析。東吳社會學報第五期，213-248。
- 許游雅 (1998) 。影響社區老人自評健康之因素。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 張明正 (1997) 。台灣地區高齡人口自評健康及功能障礙之追蹤研究。載於孫得雄、齊力、李美玲 (主編)，人口老化與老年照顧 (237-262 頁)，中華民國

人口學會。

- 張淑英 (1994)。老年醫療服務需求。醫學公報(台大), 6:6, 948-952。
- 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。
- 蔡素惠 (2001)。高雄市十八歲以上成人檳榔、菸、酒盛行率及對健康危害之調查。高雄醫學大學口腔衛生科學研究所碩士論文。
- 曾曉琦 (1995)。健康狀況變化對老人醫療服務利用的影響。國立台灣大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 熊曉芳 (1998) 社區獨居老人健康狀況, 社會支持及相關因素探討。國立台灣大學護理學研究所碩士論文。
- 劉文玉 (民 89) 就醫時間成本對民眾門診醫療利用的影響 - 以雲嘉地區民眾為例。國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 鄭竣原 (1995) 健康保險對台灣老人醫療需求的影響。國立中央大學產業經濟研究所碩士論文。
- 鄭惠玲 (2000) 社會資本與自評健康。國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 鄭讚源主編 (2000) 長期照護篇。新台灣社會發展學術叢書。
- 潘英美譯 (1999) 老人與社會, (James A. Thorson 著)。台北: 五南。
- 賴芳足 (1995) 全民健保實施後民眾醫療利用影響因素之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
- 錢梅芳 (1996) 影響民眾選擇西醫門診就醫層級之因素探討。國立台灣大學碩士論文。
- 歐陽勛 (1991) 經濟學原理。台北: 三民。
- 謝穎慧 (2002) 服務使用對老人健康之影響-追蹤 1994-2000 年高雄市三民區社區老人。國立中正大學社會福利研究所博士學位論文。
- 魏美珠 (1987) 老人利用醫療照護的情形及其決定因素。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 盧瑞芬、謝啟瑞 (2001) 醫療經濟學。台北: 學富。

## 西文資料

- Aday, L. A. (1993) .Indicators and Predictors of Health Services Utilization. In S. Williams and P. Torrens (Eds. ) , *Introduction to Health Services* ( Ch. 3 ) .
- Aday, L., & Andersen, R. ( 1974 ) .A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research* (fall): 208-220.
- Andersen, R. ( 1968 ) . *A behavioral model of families' use of health services*. Chicago: Center for Health Administration Studies University of Chicago.
- Andersen, R., Chen, M., Aday, L., & Cornelius, L ( 1987 ) .Health Status and Medical

- Care Utilization. *Health Affairs*, Chevy Chase.
- Andersen, R. ( 1995 ) .Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care:Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36,1-10.
- Baker, T. D., & Perlman, M. ( 1967 ) . *Health Manpower in a Developing Economy:Taiwan, A case study on Planning*. Johns Hopkins Press:Baltimore.
- Bourdieu, P. ( 1983 ) . The Forms of Capital. In J. G. Richardson( ed. ) , *Handbok of Theory and Research for the Sociology of Education* ( pp.241-258 ) .Westport, CT:Greenwood Press.
- Coleman, J. S. ( 1990 ) . *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hansell, S., Sherman, G., & Mechanic, D. (1991) Body Awareness and Medial Care Utilization Among older Adults in an HMO. *J Gerontology*, 46(3),151-159.
- James, D. R., Peter, K., & Ha, T. ( 2000 ) .Does type of health insurance affect health care use and assessments of care among the privately insured? *Health Services Research*, Chicago.
- Kathryn, A ., Phillips, K., R Morrison, Andersen, R., & Lu A.( 1998 ).Understanding the context of healthcare utilization: Assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research*, Chicago.
- Kevin, F., & Peter, F. ( 2000 ) . Individual income, income inequality, health, and mortality: What are the relationships? *Health Services Research*, Chicago.
- Kraus, N. & Markides, K. ( 1985 ) .Employment and psychological wellbeing in mexican American women. *Journal of Health and Social Behavior* ,26,15-26.
- Lin, N.( 1982 ) . Social Resources and Instrumental Action. In P. V. Marsden & N. Lin ( Eds. ), *Social Structure and Network Analysis*( pp. 131-145 ). Beverly Hills, CA: Sage.
- Llewellyn, J. C., Pamela, L S., & Gaynell, M. S. ( 2002 ) .What factors hinder women of color from obtaining preventive health care? *American Journal of Public Health*, Washington
- Lubits, J.X., & Prihoda, R. (1984). Use and costs of Medicare Seroices in the last 2 Years of life. *Health care Financing Review* , 5, 117-131.
- McKinlay, J. B. ( 1972 ) . Some approaches and problems in the study of the use of service-An overview. *Journal of Health and Social Behavior* ,13, 115-152.
- Michael, S. H., Melissa M. A., Nicholas, P. L., & Arthur, H. M. ( 2002 ) Access to health care and community social capital. *Health Services Research*, Chicago.
- Padgett, D. K., Patrick, C., Burns, B. J., & Schlesinger, H. J. ( 1994 ) . Ethnic differences in use of inpatient mental health services by blacks, whites, and Hispanics in a national insured population. *Health Services Research*, Chicago.
- Radner, R. ( 1992 ) . Hierarchy: The Economics of Managing. *Journal of Economic*

*Literature* ,30, 1382-1415.

Rosemary, C., Deborah, S. W., Roxanne, R., Michelle, L., & Rachel, L( 1998 ).Going home: Community reentry of light care nursing facility residents age 65 and over.

*Journal of Health Care Finance*, Gaithersburg

Schauffler, H. H., Brown, E. R., & Rice T ( 1997 ) .State of Health Insurance in California.

Walker, K., Macbride, A., & Vachon, M. ( 1977 ) . Social Support Networks and the Crisis of Bereavement. *Social Science and Medicine*, 11,35-41.