

國立台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis



兩岸民眾健康素養與健康信念對自費健檢的使用與
使用意願影響之探討—以大臺北地區及深圳為例

**People's Health Literacy and Health Belief Effect
on Utilization and Willingness to Use Self-paid
Health Examination ---- The Case of Taipei
Metropolis and Shenzhen City**

盧文龍

WEN-LONG LU

指導教授：張睿詒 博士

Advisor: Ray-E Chang, Ph.D.

中華民國 106 年 7 月

July, 2017

國立臺灣大學碩士學位論文 口試委員會審定書

兩岸民眾健康素養與健康信念對自費健檢的使用與
使用意願影響之探討—以大臺北地區及深圳為例

People's Health Literacy and Health Belief Effect on
Utilization and Willingness to Use Self-paid Health
Examination ---- The Case of Taipei Metropolis and
Shenzhen City

本論文係 盧文龍 君(學號:R04848028)在國立臺灣大學健
康政策與管理研究所完成之碩士學位論文，於民國 106 年 06 月
05 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

譚 醒 朝

(簽名)

陳 美 芳

謝 其 政

張 崇 汎

誌謝

每個人的人生都會面臨許許多多的選擇，而每一種選擇都代表著一種生活方式。回顧在臺大的歲月，是我人生中非常重要的兩年，雖然這一路充滿各種酸甜苦辣，但所有的一切，都是值得的。當初懷著懵懂忐忑的心走進這裡，如今滿懷感恩地離開，去開始新的一段旅程，雖有些許不捨，卻也無限珍惜。在這一路上要感謝的人很多很多，也正因為有你們的幫助，才得以圓滿。

首先，最要感謝的是我論文指導老師張睿詒教授，謝謝老師這兩年用心良苦的指導，雖然要求非常嚴格，但每一次嚴格要求的背後都是滿滿的收穫。記得老師教導過我做學術要有嚴謹的態度以及一絲不苟、實事求是的精神，也讓我知道了人生的每一步都必不可少，得腳踏實地走好、走穩每一步。同時，我也要謝謝百忙之中來參加我論文的口試委員，譚醒朝老師、陳美芳老師、謝其政老師。謝謝各位老師給予我論文的肯定以及提出了非常好的建議，使我論文更臻完整。永遠不會忘記美芳老師最後給予的點評，「所有的努力都是值得的，所有的付出也終會有所回報」。謝謝老師的肯定，在未來的人生中我也依舊會踏踏實實、兢兢業業地做好每一件事。也要謝謝在我研究過程中協助問卷效度的各位老師及專家們，以及所有協助我參與研究的醫院及健康檢查機構。謝謝佩芬學姐以及你的同仁們，在發放問卷上幫了很大的忙。

同時，要感謝臺大健管所平日里給我們授課的江東亮老師、蘇喜老師、鄭守夏老師、鍾國彪老師、林能白老師、楊銘欽老師、鄭雅文老師、董鈺琪老師、陳雅美老師、郭年真老師、呂銘峰老師、黃文鴻老師、林蒼祥老師等，謝謝老師們在課堂上的傾囊相授，讓我在研究所的學習中受益良多；謝謝北醫大公共衛生學系的良師益友呂淑妤教授一直以來的鼓勵、支持與照顧；也謝謝北醫大公共衛生學系曾經教授我知識的所有老師們，正因為有你們過去的指導，才讓我成長地更快；謝謝趙麟教授及師母時常帶我去吃美食，時常給予關懷，讓我倍感溫暖。

其次，要感謝臺大 R04 的同窗，謝謝有這樣的緣分跟大家一起學習，一起經歷研究所五味雜陳的生活，特別是「張家班」的晨穎姐、盈志兄、以及恩禕。謝謝晨穎姐的相互支持與鼓勵，三不五時還聽我發發牢騷；謝謝盈志，真是“相見恨晚”整個大研究室還有閒心泡茶、品茶、探討茶道，享受煩悶研究生生活中「小確幸」的也就剩我們倆了。不會忘記那些一起探討茶道的時光，希望未來還會有機會一起坐下來，沏上一壺熱茶，品談生活百味；謝謝恩禕，很高興你在同一師門學習；謝謝耿德，這兩年真的是兄弟情誼，不會忘記那些一起討論、一起上台報告、一起在研究室待到很晚再坐末班校車回宿舍的日子，當然也不會忘記半夜把我叫出去吃宵夜，然後聽你“發牢騷”讓我再給你餵「心靈雞湯」的日子，謝謝兄弟如此認可，畢業馬上就要去當公務員了，希望未來的你可以一切順利。還要謝謝耿德爸媽（叔叔、阿姨）把我當乾兒子一樣，對我也非常照顧；謝謝詣涵，常常帶你媽媽做的糕點來研究室吃，真是美味；謝謝明瑾，這兩年雖然你很少出現在研究室，但作為研究室裡的「鄰居」你還是幫了很多的忙，再次謝謝「鄰居」。謝謝悅之、斐慈、思詠、嘉婕、思妤、映

捷平日里或多或少都幫了不少忙；謝謝 R04 其他的同窗們，雖未一一點名，但依舊很感恩每一個一起同甘共苦的你們；謝謝 R05 的佳穎、友菱以及 639 研究室的祥發，謝謝你們在我研究過程中的幫忙，也期許你們接下去的研究生生活能夠一切順心；謝謝智傑、成潔、瑞遠雖然不是同班同學但卻成了很好的朋友，不會忘記那些曾經在球場上「廝殺」的快樂時光；謝謝河北醫大的彥成兄，在我研究過程中幫了不少忙，百忙之中還幫我找尋相關領域專家做大陸問卷的專家效度，同時在整個研究的過程中也給了不少建議，尤其是在統計上幫了許多忙，特別耐心地回答我的各種問題，幫我解惑，也讓我補足了自身統計知識上的欠缺。

在自己的學生時代，能結識你們這些同窗、好友，真的很榮幸，馬上就要畢業了，「良友遠離別，各在天一方」，未來不管在世界的哪個角落，都祝福你們在自己的人生道路上一切安好，達成所願。

此外，我還要謝謝我生命中非常重要的一個人，那就是我的女朋友思敏，謝謝你這些年不離不棄的陪伴，相隔海峽兩岸聚少離多的日子裡，只能透過冰冷的視頻看見彼此，但心依舊是暖暖的；謝謝你在生命中的每一個日子裡願意傾聽我的喜怒哀樂，陪伴我一起成長，陪我一起堅持到底；謝謝你的信任，也謝謝你一直以來給予我鼓勵，支持我去實現求學的梦想，讓我毫無後顧之憂。茫茫人海中，能與你相遇、相識、相知，是我的幸運。這一路有你，真好！

最後，也是最最重要的，我要感謝我親愛的家人們，謝謝新竹的大伯、伯母這些年的照顧，尤其是伯母週末常常跑到臺北來給我送您做的美食，還時常噓寒問暖，真是有媽媽的味道。謝謝爸爸、媽媽、爺爺、奶奶、小叔、小嬸、哥哥、嫂嫂以及姐姐們，你們是最堅強的後盾。特別是疼愛我的爺爺奶奶，這些年我遠離家鄉到臺灣求學並不能在你們身邊陪伴，謝謝你們的體諒；謝謝爸爸、媽媽、小叔、三姑及姑父對我當初來臺灣學習的支持與鼓勵，讓我有勇氣獨自一人遠離家鄉來到這裡學習；謝謝哥嫂、姐姐們在家陪伴照顧爺爺奶奶，讓我可以安心學習；也謝謝我的小侄兒彬彬，你的到來給家裡增添了許許多多的歡聲笑語；因為有你們的支持與愛護，我才能全力以赴完成學業。千言萬語道不盡我對你們的愛與感激！

要感謝的人太多太多，恐有遺漏，但衷心地感謝出現在我生活裡的每一個人。完成研究所的學業也代表著新一段旅程的開始。未來，我也將以進取謙卑的態度在人生的道路上貢獻所學，也不會忘記飲水思源以及感念這些出現在我生命中的重要人們。

盧文龍 謹誌於

台灣大學公共衛生學院

2017 年 7 月

中文摘要




背景：當今，給民眾健康造成威脅的主要病因已由過去的傳染性疾病，轉變為與生活型態關係密切的慢性疾病及身體機能退化性病變為主。不論是在慢性疾病或是在傳染性疾病的防治上，最常被舉出的疾病預防觀念為三段式的疾病預防。其目的就是希望在疾病發生之前提早發現，及早治療，而健康檢查是提早發現疾病的最佳辦法。台灣過去已有開辦成人預防保健服務，但由於內容比較簡易，且有年齡上的限制，無法完全滿足民眾對健康的需求，許多民眾仍會考量使用自費的健康檢查服務。近年來，自費健康檢查產業的崛起不只是台灣現象。隨著中國大陸人口結構趨向高齡化，代謝症候群與許多慢性疾病有年輕化的趨勢，更是助長了自費健檢的熱潮。因此，瞭解民眾對健康檢查之需求、使用經驗及使用意願，以及了解民眾選擇使用自費健康檢查的相關影響因素顯得尤為重要。

目的：1.探討兩岸不同人口學特質的民眾在健康素養、健康信念、自費健檢使用經驗及使用意願之差異。2.探討不同人口學特質民眾之健康素養、健康信念對民眾使用自費健康檢查經驗之影響。3.探討不同人口學特質民眾之健康素養、健康信念對民眾使用自費健康檢查意願之影響。

方法：本研究採用立意取樣法，在2017年2月至2017年4月期間，透過結構式問卷對大臺北地區某三家健檢機構以及大陸深圳地區某三家健檢機構之有使用自費健檢的民眾來蒐集資料。兩岸各發放300份問卷，共計發放問卷600份。大臺北地區有效回收問卷229份，有效回收率76.33%；大陸深圳地區有效回收問卷288份，有效回收率96.00%。

研究結果：(一)兩岸的研究結果都發現，健康素養水平不同的民眾在自費健檢的使用經驗與使用意願上有著顯著差異。此外，健康素養較好的民眾比健康



素養較不好的民眾有更豐富的使用經驗以及更強的使用意願。(二) 不同人口學特質之民眾在自費健檢的使用經驗與使用意願上有著顯著差異。(三) 有使用意願者之自覺罹病性、自覺嚴重性、行動利益及行動線索的分數比沒有使用意願者高，行動障礙分數則比沒有使用意願者低。(四) 影響台灣民眾選擇使用自費健檢的主要因素有「健檢方案的多樣化」、健檢機構的「環境」以及是否有「時間」；影響深圳地區民眾的主要因素則是健檢機構的「服務」、「環境」以及後續的「健康管理」。(五) 透過羅吉斯迴歸分析發現，性別、婚姻狀況、個人經濟狀況、健康素養及行動線索等變項是影響大臺北地區受訪民眾是否願意選擇使用自費健康檢查的重要預測變項。(六) 透過羅吉斯迴歸分析發現年齡、健康素養、自覺嚴重性、行動障礙及行動線索等變項是深圳地區受訪民眾是否願意選擇使用自費健康檢查的重要預測變項。

關鍵詞：健康素養、健康信念模式、自費健康檢查、使用經驗、使用意願

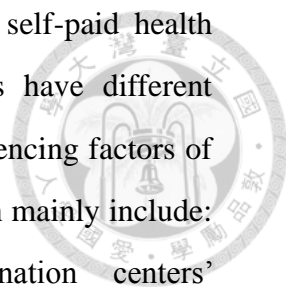
ABSTRACT

Background: Nowadays, the main factors that threaten people's health have changed from infectious diseases to lifestyle-related chronic diseases and physical degenerative diseases. The concept of three-stage disease prevention, is highly applied in the prevention of both chronic disease and physical degenerative diseases, which aims to achieve early detection and treatment before onset of the disease. Accordingly, health examination is the most effective way to detect disease early. Meanwhile, The Preventive Health Care Services for Adults' has been established in Taiwan since 1996; however, its relatively simple content and age limitation can no longer meet the demands of the public. Therefore, many people would like to use self-paid health examination service. In recent years, the rise of self-paid health examination industry occurred in many other districts other than Taiwan. As the population structure of the mainland China tends to be aging, metabolic syndrome and many chronic diseases appeared earlier, people in mainland China tend to choose self-paid health examination as well. Therefore, it's important to understand the public's demand for health examination, their experience and willingness to use, and the relevant factors that influence people's choice of using self-paid health examination.

Objectives: To examine the differences of people's health literacy, health beliefs, self-paid health examination experience and willingness between Taipei and Shenzhen ; so as to explore the demographic characteristics impact on people's health literacy, health beliefs, self-paid health examination experience and willingness.

Method: Purposive sampling was used in this study, conducted in February to April, 2017, using structured questionnaire to survey the people who have used self-paid health examination in the health inspection agency in both Taipei and Shenzhen. 600 questionnaires was totally distributed, including 229 effective questionnaires from Taipei and 289 effective questionnaires from Shenzhen.

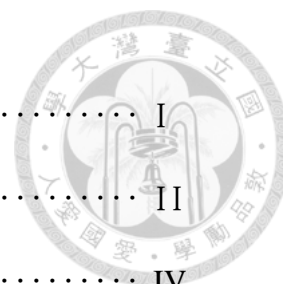
Results: Health literacy and health beliefs were significantly associated with self-paid health examination experience and willingness. People with higher



health literacy scores were significantly more likely to undergo self-paid health examinations. People with different demographic characteristics have different self-paid health examination experience and willingness. The influencing factors of Taipei public's preference on choosing self-paid health examination mainly include: health examination package diversification, health examination centers' environment, and whether they have time for a health examination. Furthermore, the factors affecting Shenzhen public's preference of choosing self-paid health examinations mainly include: the service of physicians and nursing staff/medical personnel (eg. professional skills and polite attitudes), the environment of health examination center, and health management. The results of logistic regression analysis showed that sex, marital status, economic status, health literacy, and cues to action were important predictive factors of willingness utilize self-paid health examination among Taipei respondents. Also, this study found that age, health literacy, perceived seriousness, perceived barriers, and cues to action could significantly predict the willingness utilize self-paid health examination among Shenzhen respondents.

Key words: Health Literacy 、 Health Belief Model 、 Self-paid Health Examination、 User Experience、 Willingness to Use

目錄



口試委員會審定書	I
誌謝	II
中文摘要	IV
英文摘要	VI
目錄	VIII
圖目錄	XI
表目錄	XI
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究問題與研究目的	2
第二章 文獻探討	4
第一節 預防醫學與健康檢查	4
2.1.1 疾病的自然史與疾病預防	4
2.1.2 健康檢查的發展史及意義	6
2.1.3 健康檢查各國準則	7
2.1.4 兩岸政府單位提供之現有健康檢查種類	8
第二節 全球主要國家及兩岸健康檢查市場發展現況	10
2.2.1 全球主要國家健康檢查市場發展模式	10
2.2.2 台灣自費健康檢查市場發展現況	12
2.2.3 中國大陸自費健康檢查市場發展現況	14
第三節 健康信念模式	16
2.3.1 健康信念模式起源及架構	16



2.3.2 健康信念模式之運用與限制	18
2.3.3 健康信念模式與健康檢查之實證研究	19
第四節 健康素養	21
2.4.1 健康素養之定義	21
2.4.2 健康素養之測量	22
2.4.3 健康素養與健康行為之相關研究	24
第五節 文獻小結	25
第三章 研究方法	26
第一節 研究流程與研究架構	26
第二節 研究假說	27
第三節 研究工具與操作型定義	28
第四節 研究對象與資料蒐集	33
第五節 信度與效度	33
3.5.1 專家效度	33
3.5.2 建構效度	34
3.5.3 信度	37
第六節 統計分析方法	38
第四章 研究結果	39
第一節 研究樣本之基本特性描述性統計分析	39
第二節 健康素養、自費健檢信念描述性統計分析	42
第三節 自費健檢使用情形描述性統計分析	53
第四節 自費健檢使用情形與健康素養、健康信念之 t 檢定分析	60
第五節 人口學基本特性與自費健檢使用情形雙變項卡方檢定	66

第六節	人口學特性與健康素養、自費健檢信念之差異性分析···	70
第七節	自費健康檢查使用情形之羅吉斯迴歸分析·····	83
第五章	討論 ·····	98
第一節	兩岸受訪民眾各個變項描述性及推論性統計分析·····	98
第二節	自費健檢使用意願及願付最高價格之預測因子·····	103
第三節	研究限制·····	105
第六章	結論與建議 ·····	107
第一節	研究結論·····	107
第二節	建議·····	110
參考文獻 ·····		112
期刊論文	·····	112
中文期刊	·····	112
英文期刊	·····	114
書目	·····	116
網站資料	·····	117
附錄		
附錄一	台灣地區調查使用問卷·····	118
附錄二	大陸深圳地區調查使用問卷·····	122



圖目錄

圖 2.1.1	疾病自然史與預防	5
圖 2.3.1	健康信念模式	17
圖 3.1.1	研究流程圖	26
圖 3.1.2	研究架構圖	27

表目錄

表 2.1.1	台灣部分政策性之常規健康檢查種類一覽	8
表 2.1.2	大陸政策性提供（補助）之常規健康檢查類型一覽	9
表 2.2.1	全球主要國家健康檢查發展模式比較	10
表 2.2.2	不同類型健檢機構比較	13
表 2.3.1	健康信念模式與健康檢查相關研究彙整表	20
表 3.3.1	健康素養操作型定義	30
表 3.3.2	健康信念量表操作型定義	30
表 3.3.3	自費健檢的經驗、使用意願操作型定義	31
表 3.3.4	人口學基本資料操作型定義	33
表 3.5.1	自覺罹病性量表因素分析	35
表 3.5.2	自覺嚴重性與行動利益因素分析	36
表 3.5.3	行動障礙與行動線索因素分析	37
表 3.5.4	兩岸問卷信度檢驗之 Cronbach' s α 值	38
表 4.1.1	人口學基本資料描述性統計	41
表 4.2.1	台灣樣本健康素養總得分情形	43
表 4.2.1	（續）大陸樣本健康素養總得分情形	43
表 4.2.2	台灣樣本健康素養各題得分情形	44

表 4.2.2 (續) 大陸樣本健康素養各題得分情形	45
表 4.2.3 台灣樣本之自覺罹病性描述性統計	46
表 4.2.3 (續) 大陸樣本之自覺罹病性描述性統計	47
表 4.2.4 台灣樣本之自覺嚴重性描述性統計	48
表 4.2.4 (續) 大陸樣本之自覺嚴重性描述性統計	48
表 4.2.5 台灣樣本之行動利益描述性統計	49
表 4.2.5 (續) 大陸樣本之行動利益描述性統計	50
表 4.2.6 台灣樣本之行動障礙描述性統計	51
表 4.2.6 (續) 大陸樣本之行動障礙描述性統計	51
表 4.2.7 台灣樣本之行動線索描述性統計	52
表 4.2.7 (續) 大陸樣本之行動線索描述性統計	53
表 4.3.1 兩岸樣本之自費健檢經驗與使用意願描述性統計	55
表 4.3.2 影響民眾選擇自費健檢相關因素描述性統計 (台灣)	58
表 4.3.2 (續) 影響民眾選擇自費健檢相關因素描述性統計 (大陸) ..	59
表 4.4.1 自費健檢使用情形與健康素養之 t 檢定分析 (台灣)	60
表 4.4.1 (續) 自費健檢使用情形與健康素養之 t 檢定分析 (大陸) ..	61
表 4.4.2 自費健檢使用情形與自覺罹病性/自覺嚴重性之 t 檢定分析 (台灣)	62
表 4.4.2 (續) 自費健檢使用情形與自覺罹病性/自覺嚴重性之 t 檢定 分析 (大陸)	62
表 4.4.3 自費健檢使用情形與行動利益/行動障礙之 t 檢定分析 (台灣)	63
表 4.4.3 (續) 自費健檢使用情形與行動利益/行動障礙之 t 檢定分析 (大陸)	

.....	64
表 4.4.4 自費健檢使用情形與行動線索之 t 檢定分析 (台灣)	65
表 4.4.4 (續) 自費健檢使用情形與行動線索之 t 檢定分析 (大陸) ..	65
表 4.5.1 人口學變項與自費健檢使用情形雙變項卡方檢定 (台灣) ...	67
表 4.5.1 (續) 人口學變項與自費健檢使用情形雙變項卡方檢定 (大陸)	
.....	69
表 4.6.1 人口學特性與健康素養之關係 (台灣)	71
表 4.6.1 (續) 人口學特性與健康素養之關係 (大陸)	72
表 4.6.2 人口學特性及健康素養與自覺罹病性/自覺嚴重性之關係 (台灣)	
.....	75
表 4.6.2 (續) 人口學特性及健康素養與自覺罹病性/自覺嚴重性之關	
係 (大陸)	76
表 4.6.3 人口學特性及健康素養與行動利益/行動障礙/行動線索之關	
係 (台灣)	80
表 4.6.3 (續) 人口學特性及健康素養與行動利益/行動障礙/行動線索	
之關係 (大陸)	81
表 4.7.1 自費健康檢查使用意願之預測因數 (台灣)	90
表 4.7.1 (續) 自費健康檢查使用意願之預測因數 (大陸)	92
表 4.7.2 自費健檢願意給付的最高價格之預測因數 (台灣)	94
表 4.7.2 (續) 自費健檢願意給付的最高價格之預測因數 (大陸) ...	96
表 6.1.1 研究假設之檢定結果	107



第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

1.1.1 研究背景與動機

隨著近年來醫療科技的進步，民眾健康意識的提升，民眾的平均壽命也不斷延長。根據台灣內政部的統計資料顯示，台灣民眾的平均壽命從民國 84 年至民國 104 年從 74.53 歲延長至了 80.20 歲(內政部統計處, 2015)。當今威脅民眾健康的主要病因也已由過去的傳染病，轉為與生活型態關係密切的慢性疾病與身體機能退化性病變為主(黃月桂, 李麗晶, 章樂綺, & 鄭鴻文, 2013)。根據衛生福利部 104 年統計資料顯示，十大死因中，除事故傷害及肺炎除外，還是以慢性疾病為主。

過去有研究發現，在人們尚未出現症狀時發現疾病潛在及危險因數並加以介入，可以有效地預防疾病的發生或是防止疾病的惡化(陳思安, 2012)。因此，健康檢查越來越受到人們的重視。中央健康保險局於民國 85 年開辦成人預防保健服務，但由於內容比較簡易，且有年齡上的限制，而如今許多慢性疾病有年輕化的現象，因此，許多民眾仍會考量使用自費的健康檢查服務。對於醫療機構而言，透過發展自費健檢產品，則可為機構另外開闢財源(李淑芬, 柯慧青, & 李美文, 2012)。近年來，因應健康檢查是容易獲利的醫療作業，不但私人專業健檢中心隨處可見，各大醫院也都建立頗具規模的病房，而健康檢查也逐漸成為規模龐大的醫療事業所積極開發的項目之一(王素真, 洪耀釗, & 林耀三, 2011)。

自費健康檢查產業的快速崛起，並不是台灣特有的現象。許多國家和地區都面臨著人口老齡化的危機，且近年來有許多研究發現部分癌症及慢性疾病有年輕化的趨勢，讓民眾警覺的同時更促使了民眾對於自身健康的重視，進而也推動了健康檢查產業的發展。近年來，大陸自費健檢市場也已逐漸興起，並有快速成長的趨勢。過去幾年間，隨著大陸經濟改革政策，醫療市場開放外資及私人醫療企業設立，台灣多家健檢機構及醫院也已將其業務擴展至大陸。因此，了解當地市場環境、民眾的需求顯得尤為重要。

健康信念模式是最常被用於解釋健康行為的理論模型，但過去較少有研究



探討到健康信念與自費健檢行為的關係。過去的研究也有所發現，由健康信念模式的理論推測，人類面對疾病威脅時所引發的心理機轉和反應，應該是普遍而且相互類似的。不過文化因素和價值體系對個人行為的影響卻也不容忽視，有關健康信念模式在不同文化環境中適用性的相關研究較少，跨越海峽兩岸之「跨文化」的研究更是鳳毛麟角。除了健康信念模式之外，近年來健康素養的議題也越來越受到人們的重視，過去不少的研究主要都是著墨於健康素養與健康結果（如：門診、住院、癌症篩檢率、醫療利用率等）關係之探討，較少從預防端去探討健康素養與自費健康檢查行為之間關係。

本研究在健康信念模式的基礎上加入健康素養的探討，期能更加完善地解釋民眾選擇使用自費健康檢查之行為。此外，過去有研究專門針對台灣與大陸華人之基本性格向度比較發現，兩岸華人之基本性格向度方面仍存在一些細微差異(許功餘, 王登峰, & 楊國樞, 2001)。因此，本研究亦想了解，兩岸不同人口學特質之民眾健康素養、健康信念、以及自費健康檢查服務的使用行為上是否存在差異。

第二節 研究問題與研究目的

1.2.1 研究問題

本論文主要研究問題包括：

- (一). 探討兩岸民眾的健康素養、健康信念情形是否有差異？
- (二). 探討兩岸不同人口學特質民眾之健康素養、健康信念是否會影響自費健康檢查的使用經驗？
- (三). 探討兩岸不同人口學特質民眾之健康素養、健康信念與過去使用經驗是否會影響到民眾對未來的使用意願？
- (四). 探討影響台灣及大陸民眾選擇使用自費健檢的因素為何？進而比較兩岸民眾選擇使用自費健康檢查的相關影響因素之差異？

1.2.2 研究目的

1. 探討兩岸不同人口學特質的民眾在健康素養、健康信念、自費健檢使用經驗

及使用意願之差異。

2. 探討不同人口學特質民眾之健康素養、健康信念對自費健檢願意給付最高價格之影響。

3. 探討不同人口學特質民眾之健康素養、健康信念對民眾選擇使用自費健康檢查意願之影響。



第二章 文獻探討

第一節 預防醫學與健康檢查



2.1.1 疾病的自然史與疾病預防

無論是慢性疾病亦或是傳染性疾病的發生過程皆會依循疾病自然史 (natural history of disease) 的分期進行自然的演變 (Bhopal, 2002)。疾病的自然史包括五個時期，分別為：1. 易感受期：指疾病還沒有發生，但是跟該疾病相關的危險因數已經存在宿主的體內亦或是環境中，有利於疾病的發生。2. 臨床前期：易感受期疾病的危險因數已經在生物體內產生病理變化，但臨床症狀尚未出現，臨床診斷上也叫不易發現，也可稱為潛伏期。3. 臨床期：人體內的生理或心理的變化亦或是病理機能已經達到了臨床診斷標準，此時身體內機能有了較明顯變化，臨床症狀開始出現可以被診斷與察覺的症狀。4. 殘障期：個人可能是身處在發病後的康復期當中而仍有一些身體上的殘疾或是失能狀態的存在。但當疾病若無法治療或復原時，會在個人身體上遺留殘障或造成部分功能的喪失，有時此階段的殘疾狀態會是長期的。5. 死亡：如果疾病持續惡化，最後進入疾病自然史的最後一期，即死亡。死亡有時候並不非是原發疾病所造成的，也可能是死於疾病的合併症。

疾病的預防在公共衛生領域中扮演極其重要的角色，不論是慢性疾病或是傳染性疾病的防治上最常被舉出的疾病預防觀念為三段式的疾病預防方針。公共衛生三段式的疾病預防觀念在 1940 年代被 Leavell 與 Clark 所提出 (Leavell & Clark, 1965)；身為公共衛生領域的先驅，Leavell 與 Clark 將預防醫學以疾病三角觀念：宿主(host)、環境(environment)、病原／致病因數(agent)為出發點衍生出，三階段的公共衛生預防流程，包含：初段預防、次段預防與末段預防，如下圖 2.1.1 (Bhopal, 2002)：

Prevention and the Natural History of Disease

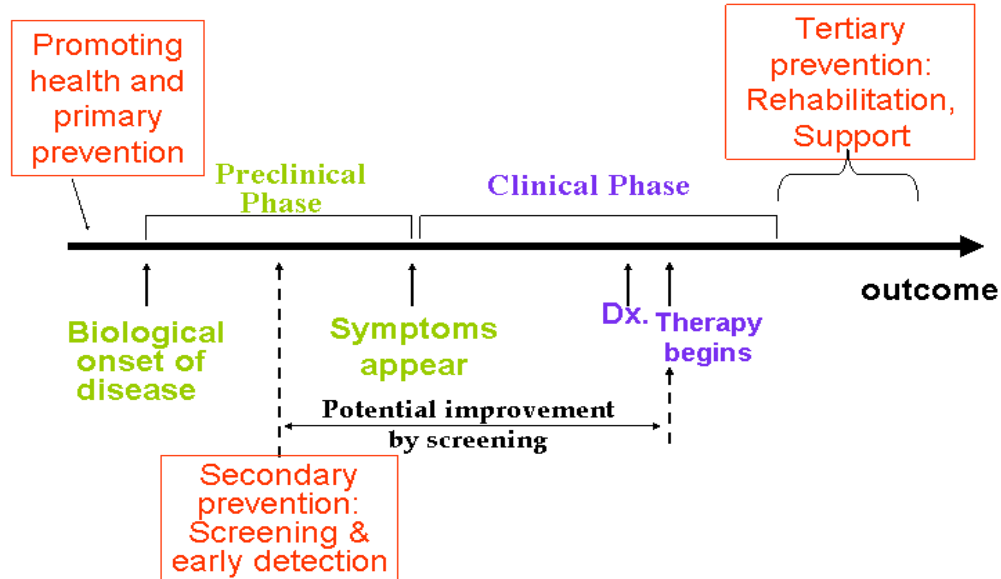


圖 2.1.1 疾病自然史與預防

第一階段是「健康促進、預防疾病」：改變個人疾病的易感受性，或降低暴露在病原的機率，達到避免危險因數發生作用的目的，此階段可再分成兩級，分別是健康促進與特殊保護，前者的目的在於增進個人身心健全，以抵抗各種病原之可能侵襲。而後者則是針對特定疾病，採各種防護保健措施，避免或減少疾病的發生。所採取的方法主要有：衛生教育、注重營養、注重個性的發展、改善環境衛生、合適的工作娛樂和休息環境、遺傳優生等。

第二階段是「早期發現、早期治療」：藉由透過早期的診斷與適當的治療，來防範或阻止臨床前期和臨床初期的變化。在這一階段中常採取的措施包括偵測和治療症狀尚未出現前的病理徵兆以及症狀出現後的病情控制。

第三階段是「限制殘障與復健」：初段和次段預防未能做好，疾病會繼續惡化，因而導致殘障甚至死亡，所以限制殘障以及復健為此階段的重要目標(陳建仁, 2000)。

健康檢查是屬於第二階段之內容，一般認為最符合成本效益的項目，也是最初步的次級預防即是健康檢查(如：子宮頸抹片檢查、大腸癌篩檢、膽固醇檢驗)，如果能及早發現並及早治療，將可以大幅地改善日後疾病惡化的風險。一般常見的健康檢查須由專業醫護人員在醫院、診所以及健檢中心進行(許雅雯, 2015)。

2.1.2 健康檢查的發展史及意義

健康檢查(Health Examination)一詞，最早源於1861年英國醫師Horace Dobell提出的Periodic Health Examination「週期健康檢查」發展而來(SCHNEIDER, 1961)。Dobell醫師提出「週期性的健康檢查可以預防罹患疾病和死亡」，並強調「對於沒有明顯病症的民眾，如果能夠由受過良好教育的醫生們來進行包括家族病史、個人病史、生活環境、生活習慣的調查，對身體器官的狀態、機能及體液、分泌物做顯微鏡檢查等，將檢查結果以非口頭的報告書來通知，並給予必需的建議的話，對於民眾的健康是有益的」(蔡宗仁, 1996)。

隨著時代的發展，提出健康檢查的國家和學者也越來越多。1926年英國倫敦成立了全世界第一家綜合性、系統性的健康檢查中心。1947年，美國醫學協會出版了一份調查報告，提出了最早的健康檢查，並建議每個35歲以上的健康人應該每年做一次全面的身體檢查，並和醫生有一個良好的溝通(張成琪, 孟慶躍, 馮建利, & 唐芳, 2007)。1960年代開始，健康檢查的觀念逐漸深入人心，民眾的服務需求也日益增加。在加拿大，各種保險公司以及工業組織也都試圖開始進行定期的健康檢查(C. J. TIDMARSH, 1928)。從20世紀20年代開始到20世紀70年代，許多醫療組織都提倡每年都需進行一次身體的健康檢查以保持身體的健康(Chacko & Anderson, 2007)。台灣最早的健康檢查則是興起於1956年，當時台大醫院最早開始提供住院6天的健康檢查。直到1990年代開始，台灣的健檢市場才算真正地進入黃金時期。(郭育成, 2009)

健康檢查是指為了瞭解個體的身心健康狀況而進行的檢查，不同於一般病患所做的醫療檢查(Medical Examination)，健康檢查更加注重的是預防勝於治療的觀念，希望能實現疾病早期發現、早期治療的目的(賴香如, 2000)。醫界專家將「健康檢查」定義為「健康人」所做的初步疾病篩檢和危險因數的評估(林為森, 馬事佐, & 楊純媽, 2009)。世界衛生組織1946年將「健康」定義為：「生理、心理和社會福祉的完美狀態，而不僅僅只是沒有疾病和體弱」(Grad, 2002)。健康檢查的內容則是涵蓋了心理和生理兩個層面，是由專業的醫師、護理人員和檢驗師等利用各種科學方法共同完成。健康檢查可評估目前身體之健康狀況，亦可使疾病在早期就被診斷出來，進而可以預防疾病惡化及促進健康。因此健康檢查是預防醫學極為重要的一部分，其具有第一階段及第二階段預防之功能，

消極面可發現潛伏體內之疾病，早期診斷，早期治療，積極面可瞭解自身健康狀況，並且予以適當之調整，增進生活與生命之品質(張思忠, 1998)。

過去有學者將健康檢查的目的歸納出以下幾點：1. 早期發現潛伏性、進行性的疾病，並及時給予適當的治療；2. 詳細觀察追蹤潛在性疾病的症候及變化，並及時給予改善；3. 對受檢者給予健康教育，及適當的健康指導，使他們能夠保持健康，並促進健康及生活品質(陳明豐, 2005)。

2.1.3 健康檢查各國準則

早期的健康檢查是固定項目的年度檢查，但一年一度的檢查缺乏醫學證據顯示年度健康檢查的好處。因此，1970年代起逐漸改以針對不同年齡層、不同性別與高危族群，建議不同的週期性健康檢查。近年來，不同的專家學術團體對於預防性健康檢查的指引與建議也並不完全一致。從實證醫學的角度來看，U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (Harris et al., 2001)及Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)(Report, 1979)對於預防性健康照護的建議是就目前而言較為嚴謹的。

這些專家學術團體大多依下列三項標準對不同的檢查或介入作預防性健康照護建議的分級，其標準為：1. 所要檢查的疾病對個人、家庭與社會影響的程度如何？2. 此一檢查或介入預防性健康照護的好壞處如何？3. 現有研究文獻依據加拿大週期性健康檢查特別小組的定義，週期性健康檢查的範疇包括篩檢、諮詢介入、免疫及預防醫學，證據的有效性如何？綜合上述三項標準，再提出該檢查或介入預防性健康照護的建議等級。以美國預防醫學工作小組 U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 提出的疾病篩檢、疾病預防之建議為例，其等級如下：

- A. 有很好的證據證明利大於弊，則強烈建議受檢者使用此檢查。
- B. 有一定(或足夠)的證據證明受檢者使用該檢查後利大於弊，則建議受檢者使用此檢查。
- C. 雖有一些證據顯示可以改善健康，但受檢者使用該檢查後利與弊大致相當，則不建議受檢者使用此檢查。
- D. 有證據顯示弊大於利，故反對無症狀的受檢者使用此檢查。

I. 缺少有效改善健康的證據，無法評估利弊，亦無證據支持將此檢查或介入納入或排除(吳晉祥, 黃盈翔, & 張智仁, 2007)。

2.1.4 兩岸政府單位提供之現有健康檢查種類

台灣全民健康保險於 1995 年 3 月開始實施，即依據全民健康保險法第四章第三十二條(為維護保險對象之健康，主管機關應訂定項目及實施辦法，辦理預防保健服務)的規定，陸續於 1995 年 3 月 1 日開辦孕婦產前檢查；4 月 1 日開辦兒童預防保健服務；7 月 1 日開辦婦女子宮頸抹片檢查。另由於 40 歲至 65 歲是社會與家庭經濟的主要提供者，因工作繁忙或無暇顧及自身健康，潛在健康危機(如亞健康或者一些慢性疾病)就在悄無聲息的情況下發生，而 65 歲以上老年人又面臨器官的快速老化的問題，所以又於 1996 年 4 月開辦成人預防保健服務(黃素雲, 2004)。大陸深圳地區近年來也有開始開辦免費老人健檢，現將兩岸政策性的部分常規健康檢查類型整理如下：

表 2.1.1 台灣部分政策性之常規健康檢查種類一覽：

類型	包含項目
成人預防保健	1. 基本資料：問卷(疾病史、家族史、服藥史、健康行為、憂鬱檢測等) 2. 身體檢查：一般理學檢查、身高、體重、血壓、身體質量指數(BMI)、腰圍 3. 實驗室檢查：(1)尿液檢查：蛋白質 (2)腎絲球過濾率(eGFR)計算 (3)血液生化檢查：GOT、GPT、肌酸酐、血糖、血脂(總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、低密度脂蛋白膽固醇計算)。 (4)B 型肝炎表面抗原(HBsAg)及 C 型肝炎抗體(anti-HCV)：民國 55 年或以後出生且滿 45 歲，可搭配成人預防保健服務終身接受 1 次檢查。 4. 健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動、維持正常體重、健康飲食、事故傷害預防、口腔保健
	對象及次數：40 歲以上未滿 65 歲，55 歲以上原住民；每 3 年 1 次



老人健康檢查	<p>基本資料：問卷（疾病史、家族史、服藥史、健康行為、憂鬱檢測等）</p> <p>身體檢查：一般理學檢查、身高、體重、血壓、身體質量指數(BMI)、腰圍</p> <p>血液：白血球、紅血球、血色素、血小板。</p> <p>尿液常規檢查：酸鹼度、蛋白質、尿糖、潛血、膿細胞、紅血球、白血球、上皮細胞、圓柱體、細菌。</p> <p>糞便潛血免疫法檢查；胸腔 X 光檢查；電圖檢查；甲狀腺刺激素免疫分析；高血壓等檢查。肝、腎功能等血液生化檢查；膽固醇、血脂肪檢查。</p>
	對象及次數：年滿 65 歲以上老人；每年 1 次
四癌篩檢	<p>子宮頸癌篩檢：子宮頸抹片採樣、骨盆腔檢查、子宮頸細胞病理檢驗。</p> <p>對象及次數：30 歲以上婦女；每年 1 次</p>
	<p>乳癌篩檢：乳房攝影檢查</p> <p>對象及次數：40-44 歲且二親等以內血親曾患乳癌之婦女；45-69 歲婦女；皆為每 2 年 1 次</p>
	<p>口腔癌篩檢：口腔黏膜檢查</p> <p>對象及次數：18 歲以上至未滿 30 歲有嚼檳榔(含已戒)原住民；30 歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸者；</p>
	<p>大腸癌篩檢：定量免疫法糞便潛血檢查</p> <p>對象及次數：50-74 歲；每 2 年 1 次</p>

本研究整理 資料來源：衛生福利部國民健康署網站

表 2.1.2 大陸政策性提供(補助)之常規健康檢查類型一覽(以深圳地區為例)：

類型	包含項目
老人免費健康檢查	<p>1. 體格檢查：一般理學檢查、身高、體重、血壓</p> <p>2. 輔助檢查：血常規、尿常規、空腹血糖、血脂、肝功能（血清穀草轉氨酶、穀丙轉氨酶和總膽紅素）、腎功能（血清肌酐和血尿素氮）以及心電圖、B 超</p> <p>對象及次數：65 歲以上老年人；每年一次</p>
企業單位工體健	<p>一般健康檢查（內科、外科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、測血壓、體重指數）、血常規、尿常規、肝功能四項、腎功能三項、血脂四項、血糖、糖化血紅蛋白、幽門螺桿菌抗體測定、EB 病毒抗體、血清胸苷激酶（TK1）測定、甲胎蛋白、癌胚抗原、DR-胸部正位片、心電圖、彩超</p> <p>對象及次數：在職員工/每年一次</p>

資料來源：本研究整理

由上表台灣地區常見之健檢類型可以看出，雖然政府有政策性地提供如老人健檢、成人預防保健、四癌篩檢，亦或者有立法規定行業雇主需為其勞工定期實施健康檢查，但由於檢查所囊括的範圍有限、內容較不完整，且無法根據個人所需提供個別服務（陳震龍，2013）。大陸地區政策性規定之老人免費健康檢查對象為 65 歲以上之老年人，年齡上的限制導致大部分族群依舊無法被惠及，且健檢內容較為簡易。

隨著近年來醫療科技水準的進步，許許多多的疾病已經可以透過精密的儀器早期篩查出來。近年來政府對於健康的各種宣導，也大大地提升了民眾預防保健的意識。因此，愈來愈多人願意主動參加各類型的健康檢查，也願意花更多錢來藉由更多元、更精密和更準確的檢查項目和設備來獲得更完整而全面的預防保健服務。同時，對於醫療機構而言，透過發展自費健檢產品，則可為機構另外開闢財源(李淑芬，柯慧青，&李美文，2012)。

第二節 兩岸及全球主要國家健康檢查市場發展現況

2.2.1 全球主要國家健康檢查市場發展模式

表 2.2.1 全球主要國家健康檢查發展模式比較

健康檢查發展模式比較	
美 國	<p>在美國，健康檢查與醫療保險是密切相關的，由於美國醫療費用非常高昂，美國許多民眾皆是由商業醫療保險支付所需醫療費用。保險公司為了節省費用則通常會與家庭醫師進行合作，由家庭醫師為民眾的健康做第一線的把關，民眾要進行年度健康檢查之前，先由家庭醫師根據民眾的年齡、家族史、健康狀況、生活型態、飲食習慣、運動習慣、抽菸與否等因素做整體考量後，視需要再決定民眾該接受何種健康檢查或疾病篩檢，並為顧客轉介至與保險機構合作的醫療機構(劉岩，2016)。</p> <p>在進行年度健康檢查時，家庭醫師也會給予民眾衛生教育，請民眾將自己身體的異狀或對於健康的疑慮寫下來，與家庭醫生進行溝通，及早發現問題。此外，美國政府於 2010 年提出「健康人民 2020 (Health People 2010) 計畫」，旨在提高人民生活品質、延長壽命、預防疾病、促進健康，可看出其希望藉由預防醫學來節省醫療支出的意涵。美國的健康檢查，可以說有很大目的是為了減少醫療的開支(黃巧雯，2013)。</p>

	<p>在美國對於健康檢查亦有較為完整的制度規定，如下所示：1. 指南的制定。美國預防服務工作小組（U. S. Preventive Services Task Force）來制定指南。預防服務工作小組指南把現在可能的一些檢查項目推薦分為 ABCDI 五個等級。A：強烈推薦；B：推薦，程度低於 A；C：可以推薦，不會給病人造成太大傷害，但只針對部分檢查者；D：堅決不推薦，反對任何人篩查；I：目前沒有研究得出確切結論。2. 指南的實施。醫生和患者對指南的認識程度和在實踐中的應用；成人健康檢查按照體格標準和現在的指南，大致分為這幾個階段：19-39 歲、40-49 歲、50-65 歲、66-75 歲、76 歲以上。除了按年齡階段分，還可按系統疾病、特殊行業人群需求來分。美國成人體檢的內容很多樣化，首先要聽取病人主訴，制定不同的健檢方案。除了一些特殊的人群，比如飛行員、駕駛員等，一般健康檢查都是主管醫生或家庭醫生來完成。3. 完善的法律監管。在美國，一旦給病人做了不必要的檢查，發現病人有不良效果，可能要承擔法律責任(劉岩, 2016)。</p>
<p>英國</p>	<p>英國於 1948 年成立公醫制度(NHS, National Health Service)，具有較為完善的健康照護體系，英國所有的納稅人和在英國有居住權的人都可免費享受該體系的服務，其原則是“不論個人收入如何，只根據個人的不同需要，為人們提供全面的、免費的醫療服務”。私立健檢機構發揮的空間看似不大，但以醫療保險起家的 BUPA 憑藉著其 190 個國家的醫療保險經驗，在英國發展出健康管理、健康保險及醫療診斷互相串連的服務模式，截至 2012 年 6 月止，在英國境內已擁有超過 50 個以上健康檢查中心，平均每年健康檢查服務人次超過 10 萬人，是歐洲最具規模的健康檢查機構。</p>
<p>日本</p>	<p>1. 社會體系較為完備、立法非常明確：民眾健檢依據 1962 年制定的《老人保健法》 職員健檢、生活習慣病預防健檢、癌症健檢依據 1972 年的《勞動安全衛生法》 學生健檢依據 1958 年的《學校保健法》</p> <p>2. 覆蓋面廣、健檢類別多樣，檢查項目界定嚴格：健檢範圍涵蓋孕產婦、嬰幼兒、學生、職員、一般民眾等不同年齡不同階段的人群。具體又分為定期健康檢查、一日健康檢查、兩日健康檢查、生活習慣病預防健檢、職業人員健檢等。其中，定期健康檢查又依據不同人群的需要，劃分為 ABCD 四個等級，D 級健檢主要包含項目有：問診、體徵檢查、身體測量、呼吸系統檢查、循環系統檢查、貧血檢查、肝功能、血脂、糖尿病檢查、腎功能等。從 D 到 A 級，檢查項目逐漸增多。30 歲以上的女性公民以及 40 歲以上的男性公民每年可免費享受一次健檢服務。</p> <p>3. 健檢費用以國家負擔為主，個人負擔為輔：例如，一日健康檢查的總費用為 37642 日元，</p>

國家負擔 26622 日元，個人負擔 11020 日元(王召平 & 張愛莉, 2002)。

由於在法規、政策面上的全力推動，日本的健康檢查機構發展已十分成熟，據不完全統計資料顯示，在日本有 70% 的人到專業健檢機構做健檢，健康檢查已從醫院中分離出來為獨立產業，並且擁有全球前三大健檢機構之一的 PL「東京健康管理中心」(揚全斌, 2005)。

資料來源：本研究整理

許多國家都非常注重健康檢查的發展，在美國，政府更是規定年齡為 50 歲以上的民眾每年必須接受一次規定項目的健康檢查，在美國很大部分的健康檢查都是為了減少醫療的支出。英國則有相當完善的醫療保健體系，看似私人的健檢機構發揮不大，但如上表所介紹的 BUPA 集團的發展模式則是相當成功的案例，從前端的健康檢查，到中端的疾病診斷及事前購險，再接著後端的賠付，三段式互聯，專注於健康，串聯每個價值鏈。日本由於政府每年都要為癌症、糖尿病、心血管疾病等支付巨額的醫療費用，為了促進民眾的健康，政府幾乎在每座城市都有設裡健康管理中心，與當地的醫院合作，為民眾提供全面的健康管理服務。此外，日本在政策及法規推動的全面配合，健康檢查機構已經發展地十分成熟，據不完全統計，大約有 70% 的民眾會到專業的健康檢查機構進行健康檢查。健康檢查產業已是從醫院獨立分離出來的產業，例如日本的「PL 東京健康管理中心」是全球三大健檢機構之一(劉映彤, 2017)。

2.2.2 台灣自費健康檢查市場發展現況

台灣的健康檢查最早起源於民國 45 年 9 月臺大醫院，當時的受檢場所並非專業的健檢中心而是內科病房，檢查的時間也較長，需要 6 天的時間。由於剛剛興起，其次受到當時醫療技術的限制以及所需花費的時間過長所影響，接受檢查的人數非常地少，直到民國 47 年，累計的受檢者也僅有百名左右。

民國 65 年，台灣首度出現了「獨立的健檢中心」，但由於當時的時空環境影響，有些醫師尚無法接受健檢的觀念，以及當時法令的嚴格解釋(不准以健檢中心之名)，導致無法持續發展(錢政平, 2010)。

民國 77 年，全臺第一家獨立於醫院之外的健檢診所美兆診所成立，剛開始由於受到法令的限制規定醫療行為不能有廣告商業行為，加上知名度不高、市場接受度不足、醫護人員難尋等因素而連年虧損。直到民國 80 年，美兆公司

導入直銷體系來推廣健檢，業務才開始突飛猛進。美兆的成功為台灣健檢市場開拓了另一片天空，利用高度的自動化提升了健檢效率，後來的許多健檢業者因學習其模式而崛起，改寫了台灣的健檢史(滕淑芬, 2015)。

直到 1990 年代，除了大型的醫院外，民間的許多專業的健檢診所也逐漸發展出一些新的健檢模式，大大加強了服務品質，在這樣的趨勢之下，使得許多傳統的大型醫院開始更新設備、開闢新的健診空間，成立專門的健檢中心，也推出了一日健檢或加強健檢服務來爭取市場的佔有空間。

1995 年台灣開始實施全民健保，將大部分的醫療項目皆納入健保給付，減少了醫院來自醫療的利潤空間。甚至威脅到許多醫療院所的生存。因此，許多的醫院開始朝向自費項目的開發，利潤空間較大的「套餐式全身健康檢查」成為了醫院發展的重點(李智峰, 1997)。醫療市場的競爭有增加的趨勢，而自費項目及種類也愈來愈多，證實醫院會以增加自費項目的方式來因應市場的競爭(王敏容, 2005)。而這些自費醫療服務中，又以自費健康檢查發展最早、最普遍、也最成熟(吳家勳, 2005)。

表 2.2.2 不同類型健檢機構比較

項目	醫院附設之健康檢查中心	獨立於醫院外的專業健康檢查機構
功能性	有如百貨公司	類似精品店
服務時間	半日或一日為主，兩日的住院型態為輔。	半日或一日之非住院型態為主
環境設施	可能與其他病患共用(部分健檢中心無病檢分離)	病檢分離，有獨立的健診空間
醫師陣容	各科醫師齊全，經驗豐富	各科齊全
儀器設備	設備完善多樣化	檢查儀器齊全(部分檢查如 MRI 仍需前往合作之醫療院所)
服務型式	多半醫檢合一	強調醫檢分離
附加價值	轉診、會診快速 內部支援相關服務提供	回診制度、護理營養、健康管理諮詢，後續轉介採醫院合作方式
註：彙整自陳銘樹(2001)、吳怡芳(2006)		

現階段在台灣健康檢查競爭市場中，主要有四種不同類型的健檢機構，包括：1. 由醫療院所成立的健康管理中心或是健檢中心；2. 獨立於醫院外的專業健康檢查（診所）機構；3. 醫事檢驗所；4. 一般診所。在上述的四種不同的健檢機構類型中，一般民眾所熟知的是前面兩種，也是自費健檢市場中佔比最重的兩種（陳銘樹，2001）。因此，本研究根據過去學者的研究，針對此兩種不同類型的健檢機構做一個彙整比較，如上表 2.2.2。

對於台灣健檢市場未來的成長空間，依據台灣工研院過去推估，國民健康署三高族群的調查報告中顯示，年紀在 35 歲至 64 歲、收入佔全臺家庭收入前 20%，又患有三高，符合此三項條件的人口約為 50 萬人；其次，依據健檢業者所提供之資料顯示，2007 年接受自費健檢的 40 萬人中，28 萬人存在三高問題。將健檢機構的數據與國民健康署的數據對比發現在家戶所得前 20% 的族群中，尚有 21 萬至 43 萬人是可能會去健檢而還未去的潛在族群，因此，工研院推估未來自費健檢產業，具有 75% 至 150% 的成長空間（滕淑芬，2015）。

自費健康檢查市場的成長存在諸多的影響因素，包括健檢機構的可近性、民眾的健康意識、個人及家庭的經濟狀況、年齡、疾病和醫療技術等。過去，也由於醫療技術尚未成熟，很多疾病的危險因素都無法篩檢出來，也遇到了不少阻礙，現如今已大大改善。其次，醫療機構角色的轉變也是推升健康檢查市場成長的一大不可或缺的角色。「醫療機構已從過去的疾病治療者的角色，轉變成為了民眾健康的守護者。過去有研究發現，台灣健保一年支出近 6000 億新台幣，若能在預防端多花一元，後端照護就可以少花五元」（滕淑芬，2015）。加上如今健檢儀器設備等越來越先進，諸多疾病透過短時間就可準確地篩查出來，給民眾帶來的便利亦是進一步地推升了台灣自費健檢市場的發展。

2.2.3 中國大陸自費健康檢查市場的發展現況

中國大陸衛生部於 2009 年 8 月 5 日頒布衛醫政之〔2009〕77 號文件「健康體檢管理暫行規定」提出「健康檢查是指透過醫學手段和方法對受檢者進行身體檢查，瞭解受檢者健康狀況、早期發現疾病線索和健康隱患之診療行為」。

自 2011 年起，國務院辦公廳明確提出支持社會資本舉辦高端醫療機構，控制公立醫院開展特殊服務的比例，控制在 10% 以下。健康檢查即是一種特殊服務。

2013年10月「關於促進健康服務業發展若干意見」第一次提出發展多樣化的健康服務作為主要的任務，發展健康檢查、健康諮詢等健康服務，引導服務機構提高服務水準，開展連鎖經營（劉映彤，2017）。

相較於其他國家的健檢行業而言，在早期，大陸由於受到國家政策、資金力度的支持、國民健康意識形態的影響，專業的健康檢查行業相對而言起步比較晚，至今仍屬於朝陽產業。中國大陸健康檢查市場最大的佔比依舊是由公立醫院所主導，但由於整體內需市場龐大，專業健檢機構近年來藉由併購、整併等手段意圖搶下市場大餅。民營的健檢機構作為新興勢力，也正在快速崛起（劉映彤，2017）。

反映自由市場機制的民營健檢機構在健康檢查法規公佈之後持續以增資、併購方式進行整併，雖目前專業健檢機構服務人次量僅佔全中國大陸健檢市場的2%，但專業健檢服務人次的年複合成長率（2008~2010年）高達17.7%，收費亦遠高於平均，擁有很高的市場成長性。目前規模較大的專業健檢機構主要有美年大健康、慈銘、愛康國賓等。

專業健檢機構的健康檢查的客戶分為團體客戶（分為團體健檢約占80%、入職健檢約10%）及個人客戶（個人健檢占10%），以團體客戶為大宗。在行銷手法上，大多數的健檢機構皆有網路商城，亦會推出不定期的促銷優惠，甚至在網路上出現許多團購的產品，民眾可直接於網路上團購各種不同的促銷優惠「套餐」，並於對應的健檢機構進行健康檢查。在產品的銷售通路方面，大陸健檢機構的銷售渠道眾多，對於健檢價格、產品、通路以及廣告促銷方面目前尚無相關的法令規定約束。這也反映了大陸目前對於健康檢查的管理制度不夠健全，各種琳瑯滿目的促銷手法亦暗示了可能有品質良莠不齊、價格黑洞等問題。

中國大陸的民眾雖然因為收入增加，對於健康的意識逐漸抬頭，醫療需求也在增加，但普遍而言對於健康檢查的認識仍不高。由各專業健檢機構的營運擴點經驗看來，在經濟較發達的一線城市如北京、上海、廣州、深圳等，民眾對於健康檢查的認識較為普遍，且接受度也較高，但以全國範圍來說，普遍對於健檢的認識不高，仍需一定時間的行業教育與市場教育（黃巧雯，2013）。

因此，本研究在選擇研究對象時也僅以健檢產業發展較為普遍，且接受度較高的一線城市「深圳市」的民眾做為本研究的研究對象。

第三節 健康信念模式



2.3.1 健康信念模式起源及架構

(一) 健康信念模式的起源

健康信念模 (Health Belief Model) 最早被提出來是在 1950 年代，當時在美國公共衛生服務推行一系列的預防性健康服務，包括肺結核、子宮頸癌、牙科疾病、風濕熱、小兒麻痺與流感的篩查或預防上均面臨了較大的失敗。學者也發現即使是低廉亦或是免費的健康檢查服務，民眾也都不去使用。於是美國公共衛生服務的社會心理學家 Kegeles、Rosenstock、Berker 等想要找出一個理論來解釋未罹患疾病民眾之預防性健康行為，並希望能夠運用於未來諸多類似的情況上而非僅是解決單一的問題(Rosenstock, 1974)。

自從健康信念模式被提出用以解釋民眾之健康行為以來，一直受到醫療社會學者普遍的重視，除了預防性行為之外，它也被運用於疾病行為、病人角色行為、醫病關係、以及衛生教育介入等研究領域之中(李守義, 周碧瑟, & 晏涵文, 1989)。Berker 等人和 Janz 曾分別比較 1974 年之前，以及 1974-1984 年間的 health belief model 研究，發覺此模式在解釋民眾之健康行為，尤其是預防性健康行為方面，相當的適用(Janz & Becker, 1984)。

健康信念模式源自於「場域論 (Field Theory)」(Lewin, 1943)，場域論認為每一個人都生活在一個同時有正向價值和負向價值所組成的生活空間，日常生活受到兩種價值觀念的交互作用影響，我們不斷受到正向價值領域的吸引，而同時又受到負向價值領域的排斥(陳曉悌, 李怡娟, & 李汝禮, 2003)。主觀的概念如未來能成功達到的正向價值、未來不想達到成功的負向價值、主觀價值、主觀估計失敗的可能性與需求等，均會影響個人的健康行為(Maiman & Becker, 1974)。此外，健康信念模式還受到當代心理學的兩大學習理論，分別是表達經由事件學習而獲得結果的「刺激反應理論」(Stimulus-Response Theory)、強調個人主觀期望的「認知理論」(Cognitive Theory) 以及「價值期待理論」(Value-expectancy theory) 的影響。這些理論也成為了早期健康信念模式的基礎。

(二) 健康信念模式的架構

根據 Rosenstock (1974) 年對健康信念模式的解釋可以知道健康信念模式包括以下幾個構面：自覺罹病性(Perceived Susceptibility)、自覺嚴重性(Perceived Seriousness)、自覺行動利益 (Perceived Benefits of Taking Action)、行動障礙(Barriers to Taking Action)、行動線索(Cues to Action)等五個構面及其他變項。如圖 2.3.1 所示：

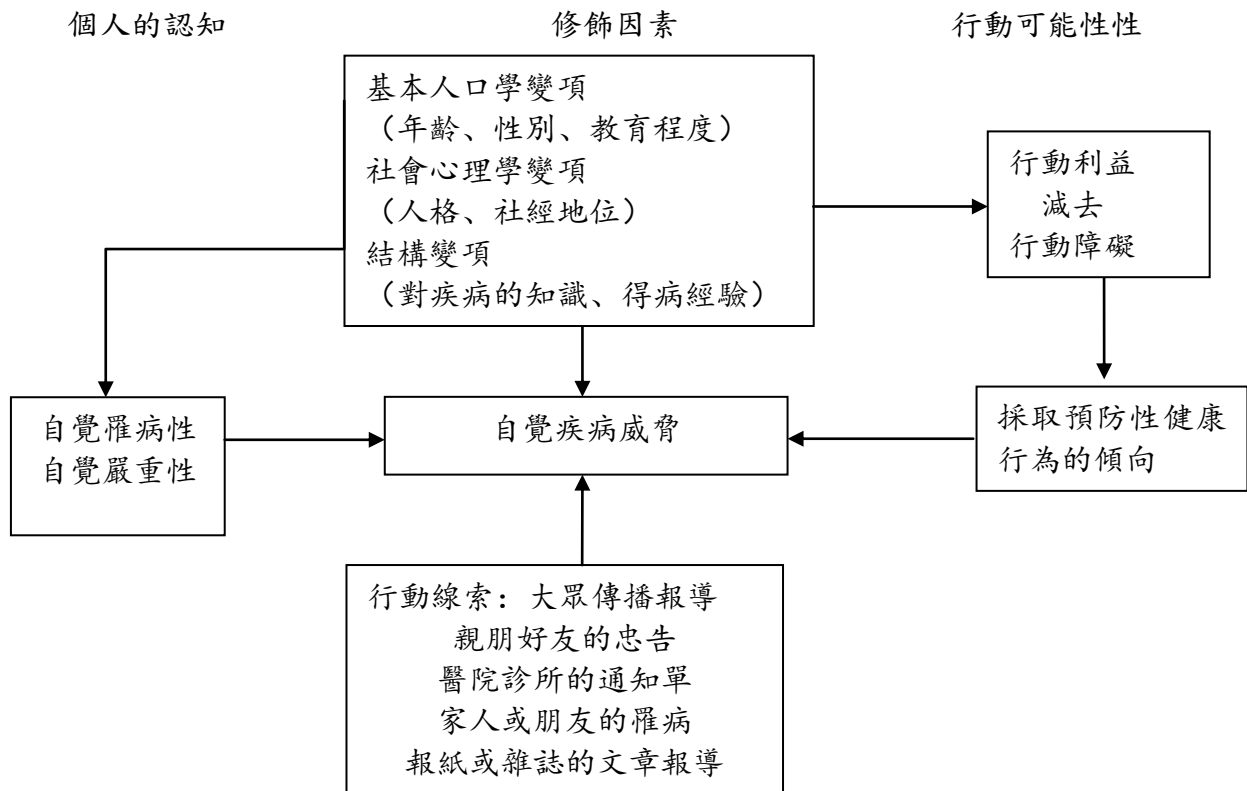


圖 2.3.1 健康信念模式

資料來源：Rosenstock, 1974；李守義等，1989；陳曉悌等；2003。

1. 自覺罹病性(Perceived Susceptibility)

個人對於可能罹患某種疾病的主觀評估，即自認為會得到某疾病的風險。不同的人對自己是否可能會罹患某種疾病的感受是有非常大的差異的，有的人會極端地拒絕得病的可能性；有的人則認為真的會得病。此構面具有強烈的認知層面。

2. 自覺嚴重性 (Perceived Seriousness)

自覺嚴重性是罹患某疾病之嚴重度的感受，此構面也是因人而異，個人可能會因個人疾病之醫療結果，如死亡、殘障、和生理上的病痛；或是受到生活層面，如工作、家庭生活、和社會關係的影響判斷嚴重程度。自覺嚴重性與自覺

罹病性一樣，也具有強烈的認知層面。

3. 自覺行動利益 (Perceived Benefits of Taking Action)

指個人對所採取之行動能否降低疾病罹患和嚴重程度的主觀性評估。但若光是個人對於罹患某疾病的自覺，可能還不足以使其採取行動，除非確信其採取行動能有效地降低疾病的威脅。因此，個人在採取行動前會先主觀評估採取行動後可能得到的利益，此構面受到個人社會團體的規範及壓力所影響而採取不同的行動。

4. 行動障礙 (Barriers to Taking Action)

個人在採取行動前會考慮利益以外還會給考慮行動本身是否存在障礙，例如身體是否方便、花費太高、過於冒險、會痛、會產生副作用或令人苦惱。這些行動過程中可能存在的障礙即為行動障礙。如果行動的利益（好處）多且負面因素（障礙）少，那麼行動就比較有可能會發生。反之，如果行動的障礙與利益相當亦或者大於利益，則行動便可能不會發生。

5. 行動線索 (Cues to Action)

此構面原本不存在，但後來學者認為行動者的選擇也需要一些「行動線索」給予激發，這些線索可能是內在的（如疾病的狀態）也可能是外在的（如大眾傳播的報導宣傳、人與人之間的互動、和健康檢查的通知單等等）。需要多強大的行動線索則要視罹病性和嚴重的程度。

此外，除了以上幾個構面外，不同的個人基本人口學、社會心理與結構等變項也會對個人的自覺行動利益和認知（態度）造成影響，並間接地影響健康行為。

2.3.2 健康信念模式之運用與限制

（一）健康信念模式之運用

回顧過去健康信念模式的發展歷程，國內外許許多多研究參考利用此模式為研究架構，所做的研究包括許多領域，Becker(Becker, 1974)等人和Janz(Nancy K Janz & Marshall H Becker, 1984)曾分別比較1974年以及1974至1984年間的健康信念模式發現健康信念模式在解釋民眾健康行為時尤其適合以下幾個領域：



1. 預防性健康行為 (Preventive health behaviors): 即避免疾病或傷害的行為。諸如：流感疫苗接種、乳癌、子宮頸癌篩查、健康檢查、艾滋病預防等。
2. 生病角色行為 (Sick-role behaviors): 指的是行為發生在疾病被診斷後，即已經生病，為了恢復健康或預防疾病進一步惡化而所做。
3. 看診 (Clinic-visits): 指不同理由的門診使用。

此外，健康信念模式也包括了許許多多可能間接影響的因素，例如人口學變項（年齡、性別等）、社會心理變項（團體壓力、人格等）以及結構變項（對於疾病的認知和過去的經驗等）。而大眾傳播報導、親友的忠告、親友的患病、醫院診斷書、報刊雜誌文章亦能透過自我疾病威脅促使個體進行健康行為，因此，健康信念模式是先如今公共衛生及衛生教育學者常使用的健康行為模式，都是運用健康信念模式進行研究。

(二) 健康信念模式之限制

健康信念模式從 1950 年代開始，Janz 和 Becker (1984) 指出雖然被廣泛地運用於各種不同領域的研究中，但由於健康信念模式源自於社會心理學領域，因此，在健康行為的解釋和預測上仍有些許的限制。若有其他外力的影響健康行動，則不適合使用。例如：

- (1) 有潛在的習慣和經驗：有些行為例如個人的生活習慣（飲酒行為、吸菸行為、刷牙）受到習慣的限制，會影響到心理的抉擇；
- (2) 非健康性的因素：如有些行為未必是以追求健康為目的（如為了變美吸引人的注意而節食以保持良好的身材，或是為了贏得別人的認可而戒菸）
- (3) 經濟和環境限制：許多非健康行為限制了個人追求健康行為，例如為了謀生而在高危的環境下工作的礦工。
- (4) 其他諸如教育、法令規定、國家政策、和文化價值等因素，也會或多或少地影響健康行為。

2.3.3 健康信念模式與健康檢查之實證研究

過去國內外學者運用健康信念模式作為架構探討健康檢查行為的研究有許多，本研究選取一部分進行整理如下表：

表 2.3.1 健康信念模式與健康檢查相關研究彙整表

研究者	年代	題目	結果
張宏名	2008	中部地區中老年人自費健康檢查之利用行為及其相關因素探討	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中老年人有無做自費健康檢查在自費健康檢查信念與慢性疾病數有顯著差異。 2. 年齡、教育程度、親友是否會告知有關健康檢查訊息、是否知道自費健康檢查、居住地、月收入、生活開支、自覺目前健康狀況皆與中老年人有無做過自費健康檢查有相關(張宏名, 2008)。 3. 親友有告知有關健康檢查訊息、居住於城市地區及月收入 5,001 元以上, 去做自費健康檢查的勝算比皆較高。
周宜慧	2008	以健康信念模式探討女大學生執行乳房自我檢查認知與行為—以中部某大學大一為例	<ol style="list-style-type: none"> 1. 知識與自覺行動利益及自我效能呈正相關, 與自覺行動障礙呈負相關; 2. 自覺嚴重性與自覺行動利益及自覺行動障礙呈顯著正相關; 3. 自我效能與自覺行動利益及行動線索呈顯著正相關, 與自覺行動障礙呈顯著負相關。
黃素雲	2009	應用健康信念模式探討台灣地區影響老年人利用健保成人預防保健服務之相關因素研究	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健康信念模型中自覺罹患性變項之自覺容易生病, 有效性認知變項中之嚼食檳榔、運動、生病時看西醫對老年人是否利用健保成人健檢具統計學上顯著意義。 2. 在人口學變方面, 老年人隨著年齡增加而增加對成人健檢之利用, 而女性相對於男性較利用成人健檢比例高
陳毓隆	2010	矯正機構收容人自費健康檢查意願之研究—以中部某監獄為例	<ol style="list-style-type: none"> 1. 羅吉斯迴歸分析發現: 每月平均保管金使用、入監前有無規律運動習慣、入監前有無自費健檢、入監後過去半年內有無看病、考慮自費醫療因素, 以及行動線索等變項, 為是否有意願參加自費健檢的重要預測變項(陳毓隆, 2010)。
沈婉平; 呂昌明; 游麗惠等	2010	運用健康信念模式探討成年民眾的口腔黏膜健康檢查行為意圖及相關因素	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「罹患性」對口腔黏膜健康檢查行為意圖解釋力最大; 2. 在行動線索方面則是「外部行動線索」對口腔黏膜健康檢查行為意圖的解釋力最大。 3. 在「外部行動線索」、「知識」、「口腔黏膜健康檢查經驗」、「嚴重性」、「罹患性」、「行動障礙」及「行動利益」是影響行為意圖的顯著因素。(沈婉平, 呂昌明, 游麗惠, 高毓秀, & 黃久美, 2010)

江賢文	2012	影響空軍官兵接受自費健康檢查之相關因素探討	<ol style="list-style-type: none"> 1. 空軍地勤修護官兵，由於年輕且健康狀況較好，較少罹患慢性病，所以對於罹患疾病的威脅感受度偏低。 2. 單位若提供自費健檢服務有五成的人會考慮參加，主要原因是相信預防重於治療，而不考慮的原因以經濟因素所占比例最高。
王俐婷	2014	以健康信念模式探討銀髮族自費健檢行為之研究	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自費健檢資訊傳遞所採用的行銷傳播工具不同，銀髮族的健康信念與自費健檢行為會有明顯的差異。而其健康信念及行動可能性不同，自費健檢行為也會有明顯的差異。 2. 透過「公共關係」、「直效行銷」及「網路行銷」來吸收自費健檢資訊之銀髮族，會對自身的身體狀況信心較高，而對罹患慢性病可能為自身帶來的不便，感受較深。 3. 選擇「全額或部份自費」全身健檢之銀髮族，其健康信念及其「自覺行動利益」較高。 4. 另外，透過「公共關係」、「直效行銷」、「網路行銷」及「人員推銷」來吸收自費健檢資訊之受訪者，在選擇「全額或部份自費」全身健檢的比例很高。

資料來源：本研究整理

第四節 健康素養

2.4.1 健康素養之定義

健康素養 (Health Literacy) 最早出現在 20 世紀 70 年代 Simonds 「健康教育作為社會政策」的論著中，該文提到每年對於中小學生都需要有最低標準的健康素養教育 (Simonds, 1974)。1998 年，世界衛生組織 (WHO) 對健康素養進行了重新地定義，指出健康認知和健康技能是民眾健康素養的主要內容，一定程度上決定了個體獲取、理解健康信息及利用健康服務進行健康決策的能力，藉此促進及維持良好的健康 (Kickbusch & Nutbeam, 1998)。「美國國家醫學圖書館 2000 年當代醫學參考書目」將健康素養定義為「個體獲取、處理、和理解基本健康信息和需要的服務以做出合適的健康決定的能力」，泛指民眾搜尋、處理健康議題的能力，包括求醫時的情境，以及平時健康促進行為等選擇與執行的潛力 (蘇哲能, 張淑鳳, & 潘豐泉, 2008)。Healthy People 2010 中，亦認為健康素養不僅有讀寫能力，還包括了健康資訊處理、理解和作出適當健康決策的能力 (Baur, 2010)。

Ntubeam 在健康賦權的基礎上，提出了健康素養包括三個層次，首先，是功能式健康素養，也是健康素養的基礎層次，包括了讀寫技能以及獲取、處理、和理解基本健康信息的能力；其次，是互動式健康素養，此層次略高於功能式健康素養，主要是針對健康知識的辨別以及與他人交流、溝通健康資訊的能力。最後，是批判式健康素養，此為健康素養之最高層次，主要運用批判的思維及方法辯證地分析訊息的正確性，從而改善個人與環境來促進健康。因此，在實際生活當中，健康素養也包括了能夠理解醫藥處方單、用藥資訊、衛教手冊、醫護人員對於醫療事項的解說，以及與醫護人員溝通的能力(Andrus & Roth, 2002)。

2.4.2 健康素養之測量

1. 國外健康素養常用之測量工具

在健康素養的評估方面，在國外比較常用的有以下幾種量表，分別為「成人醫學素養快速測評 (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM)」、「成人功能性健康素養測評 (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA)」以及「廣泛型成就測評(Wide Range Achievement Test reading subtest, WRAT)」。

(1)成人醫學素養快速測評(Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM)

此種測量方法主要是用來評估病患對醫學相關名詞以及一般名詞的理解程度，採用連續的分數，同時需考慮到被測評者之受教育年數，主要是用於國中以下也就是受教育年數低於 9 年者，透過要求被測試者對每一個單字的發音朗讀以檢測其發音及閱讀的能力。該測驗原來由 125 個由淺入深的醫療用字進行測評，而後於 1993 年修改衍生成 66 個字數的 Shortened REALM，測試時間上有所縮短，但並不會影響工具的再測信度(Davis et al., 1993)。2003 年由 Bass 等人再次修改成更加簡短僅 18 個單字的 REALM-R 素養測評，透過縮短測驗時間來增加工具的利用率，現有之三種版本皆只有英語版本及西班牙語版本(Lee, Bender, Ruiz, & Cho, 2006)。

(2) 成人功能性健康素養測評(Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA)

成人功能性健康素養測評是由 Parker 等人 1995 年所研發，主要是以克漏字 (Cloze) 的方式，在每題字數約 5 至 7 個字的句子之間，空漏一個字讓受測者完成克漏字填空。測試內容是採用就醫時的醫療作業須知為主，主要分為兩個部分，第一部分為 17 題的算術能力與技能，第二部分是 50 道題的素養能力測評，測試所需時間約為 22 分鐘。本量表具有良好的效度，目前有英語及西班牙語版本可以使用。由於本量表測試所需的時間過長，因此 Baker 等人於 1999 年研發了兩個簡短的版本為 brief-TOFHLA 和 short-TOFHLA，統稱為 s-TOFHLA。兩份量表所需的時間為 12 分鐘和 7-8 分鐘，但兩份量表皆只能測量閱讀理解能力，而不能測量到健康素養水平(Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995)。

(3) 廣泛型成就測評(Wide Range Achievement Test reading subtest, WRAT)

本量表採用連續分數，測量範圍可適用於年齡為 5-75 歲者，根據不同年齡層有不同的公定標準值。此量表之信效度非常高，且施測時間簡短。但此量表測試內容有限，並沒有測量到認知能力，且測試之詞彙也並不是特別從健康領域選取出來(Wilkinson & Robertson, 2006)。

2. 台灣本土常用之健康素養測量工具

健康素養在台灣直到 2005 年後才開始逐漸受到重視，眾所矚目的各種健康照護，如健康促進、醫療成本的縮減、醫療服務的有效利用、減少健康不平等，都被認為可以透過健康素養的提升而得到有效地改善(林季緯, 何青蓉, 黃如蕙, & 王維典, 2016)。近年來，台灣學者也陸續嘗試研發或翻譯國外相關量表作為台灣地區民眾健康素養量的施測工具。包括如蘇哲能等以台灣屏東地區之門診病人、大專院校學生、公園與社區居民為樣本發展出的「台灣健康知能」量表，此量表是先從國民健康局網站收索叫常見的健康詞彙，經由臨床醫師、醫務管理與行政專家學者篩選討論及歸類後製成量表(蘇哲能, 張淑鳳, & 陳榮基, 2008)、張武修教授等人根據歐盟 HLS-EU-Q 修訂並以台灣地區民眾進行信效度評估發展出的「歐洲健康識能問卷調查中文版」(Duong et al., 2015)。

此外，較為大型的是由郭耿南等教授領導「國家衛生研究院」團隊，結合

醫療、語文、及教育心理學跨領域的專家，於 2007 年開始規劃健康識能量表的發展，量表的概念架構及內涵是依據美國醫學研究所的健康識能為概念性定義，透過台灣實際的健康資訊、看診對話、用藥指引以及醫療服務文件等四種不同健康照護需求情境來設計題組。經過一系列題庫的建立、德菲法專家審議法、適讀性檢測以及心理計量檢定。最終發展出了 50 道題的「中文健康識能評估表」(蔡慈儀, 李守義, 蔡憶文, & 郭耿南, 2010)與 11 題的「中文健康識能評估表簡式量表」, 簡式量表是根據原始量表發展而來, 可以縮短測試時間, 經過一系列的檢測具有較好的信效度, 且適合使用中文的群體健康識能之評估。(李守義, 蔡慈儀, 蔡憶文, & 郭耿南, 2012)。

2.4.3 健康素養與健康行為之相關研究

過去國內外對於健康素養與健康行為關係的研究非常多, 有一些研究發現健康素養與健康知識有顯著的相關性, 例如高血壓(Pandit et al., 2009)、糖尿病(Powell, Hill, & Clancy, 2007)或是手術後照顧(Conlin & Schumann, 2002)的醫療知識。Baker 等人過去對功能性健康素養與住院率之間的關係進行了分析發現, 個人的健康認知、行為的改變、健康決策能力的缺乏會更多地反映在其功能性健康素養的低下, 這也是影響患者住院率的關鍵因素(Baker et al., 2011)。Berkman 等人則對前人的研究成果進行回顧和整理並在此基礎上, 對健康素養與健康的關係進行了詳細的文獻探討, 認為個體的功能性健康素養水平較低時, 會出現較高的住院率、急診率、較低的健檢率與健康信息理解能力等健康結果(Berkman et al., 2011)。

在探討健康素養與健康行為關係的研究方面, 有研究發現健康素養的高低會影響健康行為, 諸如吸菸、飲酒、運動和使用健康檢查(Liu, Chen, Liu, & Li, 2015)。也有研究發現, 健康素養較低的民眾比健康素養較好的民眾傾向不利用預防保健服務(Gazmararian et al., 1999)。其次, 還有一些研究如美國學者 Lindau 等在針對子宮頸抹片篩檢行為與健康素養關係的研究發現, 子宮頸抹片篩檢異常的女性中, 健康素養較低的女性較不傾向進行持續地追蹤檢查(Lindau, Basu, & Leitsch, 2006)。Tracy 等學者的研究針對美國使用 Medicare 的老年人進行健康素養對預防保健行為的預測, 想了解是否健康素養較低的老

人較不傾向使用預防保健服務，結果發現在子宮頸抹片篩檢、乳房攝影、流感疫苗注射等諸多預防保健行為上皆有顯著，亦再次說明了健康素養較差的族群相對於健康素養較好的族群，較不傾向使用預防保健服務(Scott, Gazmararian, Williams, & Baker, 2002)。

第五節 文獻小結

從過去許許多多國內外的文獻中可以知道，使用健康信念模式為研究架構的研究非常多，但較多的文獻仍著重於探討常見的預防性保健服務，如流感疫苗接種、癌症的篩檢、某些特定疾病的預防等等，較少探討到健康信念與自費健檢的相關研究。過去的研究也有所發現，由健康信念模式的理論推測，人類面對疾病威脅時所引發的心理機轉和反應，應該是普遍而且相互類似的。不過文化因素和價值體系對個人行為的影響卻也不容忽視，有關健康信念模式在不同文化環境中適用性的問題仍有待研究。

此外，近年來健康素養的議題越來越被人們所重視，過去也有不少的研究，但主要都是探討健康素養與健康結果改變的關係，如探討健康素養與死亡率、住院率、醫療利用率等的關係，較少著墨與預防端的健康檢查，僅有一些針對特定疾病的研究如乳癌、子宮頸、大腸癌篩檢等。過去諸多研究發現，健康素養也是影響健康行為的一個重要因素，健康素養亦會影響到民眾之健康信念(Federman, Wisnivesky, Wolf, Leventhal, & Halm, 2010)。

因此，本研究在健康信念模式的基礎上加入健康素養，期能對健康檢查行為有更強的解釋力，進而更加完善地解釋健康檢查行為。

第三章 研究方法

第一節 研究流程與研究架構



3.1.1 研究流程

本研究之進行步驟簡單用以下流程呈現展示：

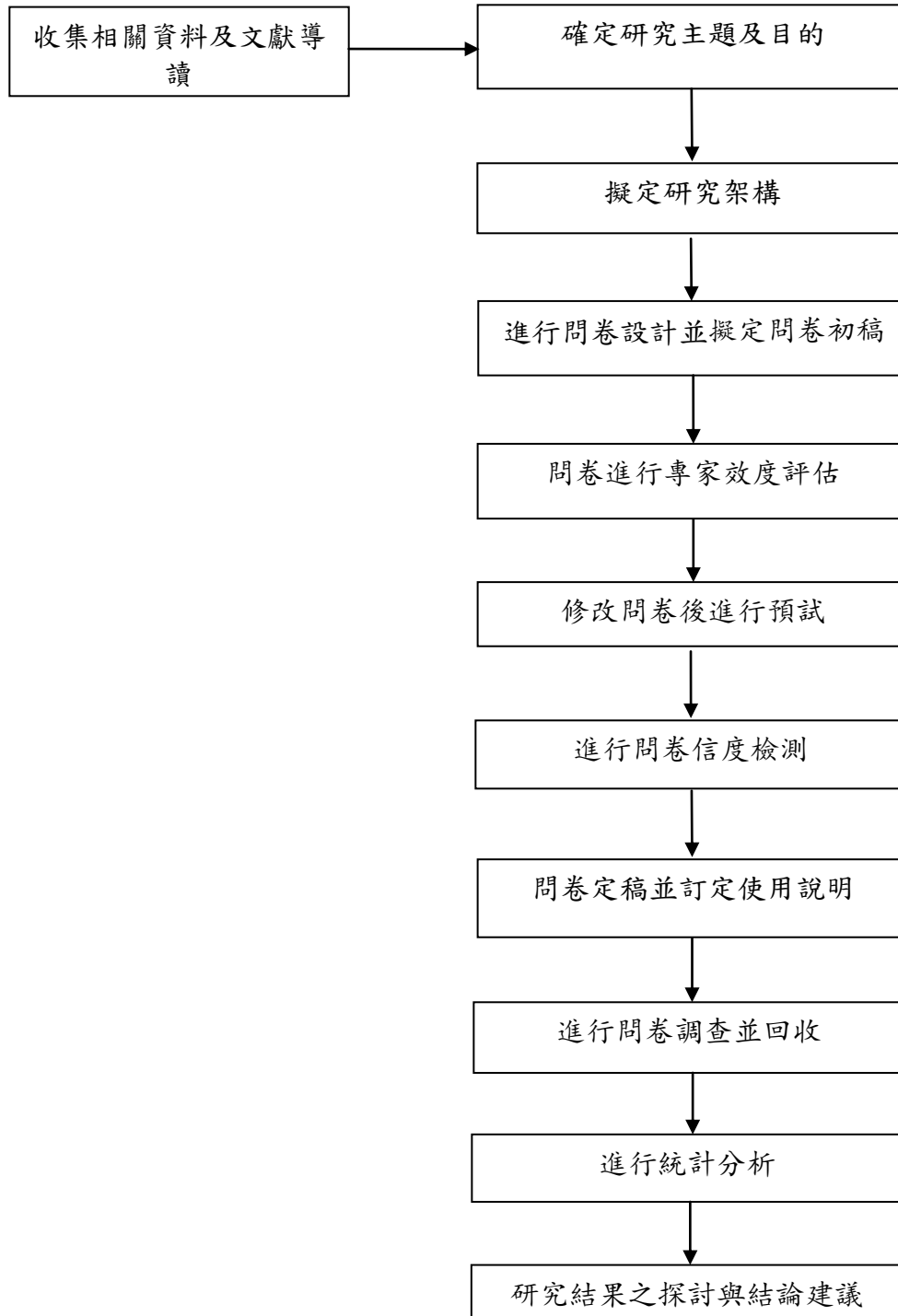


圖 3.1.1 研究流程圖

二、研究架構：

本研究之研究架構主要包括人口學資料、健康素養、健康信念模式之五個構面以及自費健檢使用情形包括使用經驗、使用意願（註：本研究之使用意願指有使用過自費健檢後，未來願意再次使用之使用意願，以下皆同。）以及願意給付的最高價格等。國外學者 Manganello，過去研究發現，個人人口學特徵會影響健康素養，而健康素養會影響會影響健康行為和健康服務的使用 (Manganello, 2008)。Wagner 的研究則發現健康素養會影響到健康信念和態度進而影響行為 (Von Wagner, Steptoe, Wolf, & Wardle, 2009)。健康信念模式對於健康行為的影響前述文獻已進行討論，因此本研究之研究架構如下圖 3.1.2 所示：

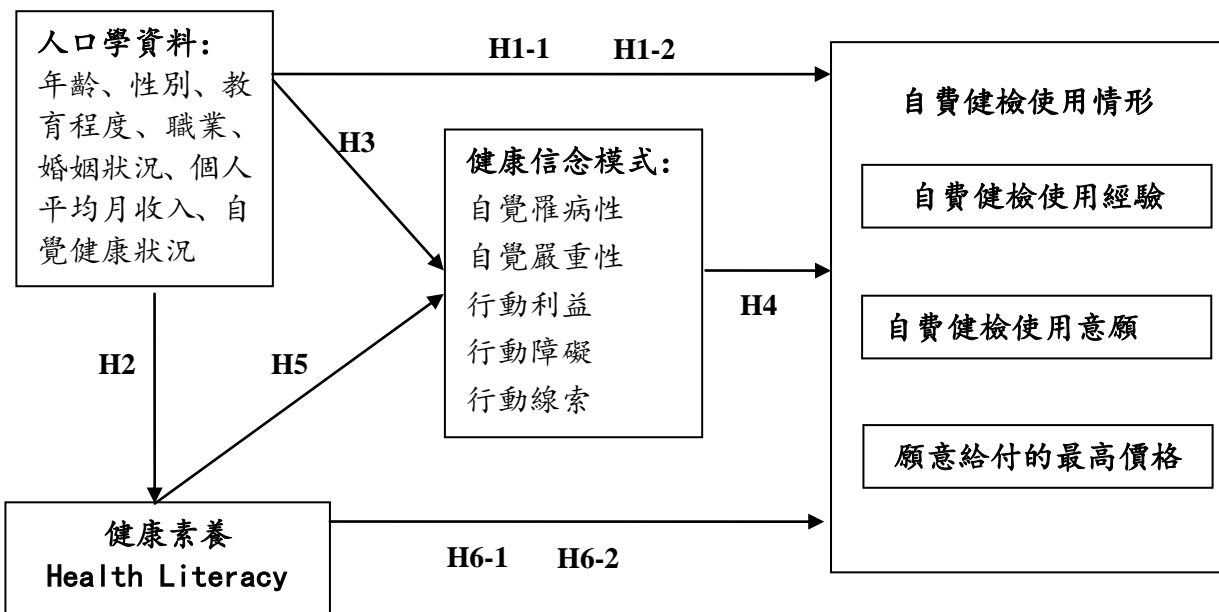



圖 3.1.2 研究架構圖

第二節 研究假說

根據第二章的文獻探討以及本章前述之研究架構，本研究假說分為兩類，第一類是人口學特質對各變項間的差異，第二類則是變項間的相關性因此本研究提出下列假說：

H1-1：不同人口學特質民眾在自費健檢的使用經驗上存在顯著差異。

- 
- H1-2：不同人口學特質民眾在自費健檢的使用意願上存在顯著差異。
- H2：不同人口學特質民眾在健康素養上存在顯著差異。
- H3：不同人口學特質民眾在健康信念各構面上存在顯著差異。
- H4：不同程度的健康信念在自費健檢的使用意願上存在顯著差異。
- H5：不同程度的健康素養在健康信念各構面上存在顯著差異。
- H6-1：民眾之健康素養與自費健檢的使用意願為正向相關。
- H6-2：民眾之健康素養與自費健檢的願意給付的最高價格為正向相關。

第三節 研究工具與操作型定義

(一) 研究工具

本研究擬用問卷作為研究的主要工具，問卷內容主要透過參考國內外相關文獻資料和指導教授及相關領域專家探討後編制。對問卷題項文字加以修飾，使之更切合本研究對象與目的。問卷分為兩個版本，台灣版及大陸版，兩個問卷版本內容一致，區別僅在於大陸版使用簡體中文進行編寫以及個別詞語表達方式有所修飾，例如：台灣說法“健檢”，大陸表達方式為“體檢”，台灣說法“藥錠”，大陸表達方式為“藥片”，台灣說法“醫師”，大陸表達方式為“醫生”等。

此外，問卷內容分為四大部分，第一部分為健康識能評估，此部分引用「健康識能簡式量表」，此量表是依據國家衛生研究院群體健康科學研究所健康識能研究團隊所發展出的中文「健康識能評估表」修訂發展而來，經原作者授權得以使用。量表包含「門診對話」及「用藥資訊」兩部分的題組，「門診對話」4題，「用藥資訊」7題，共計11道題。在11道題中，8題為評估文本閱讀理解能力，3題為評估數字閱讀理解能力。此部分主要是想瞭解民眾健康素養的程度。

第二部分為健康信念，考量研究目的為探討民眾自費健檢之相關行為，且屬於預防保健相關，故在問卷中應用了這個領域廣泛被運用的「健康信念模式」，包含「自覺罹病性」、「自覺嚴重性」、「行動利益」、「行動障礙」及「行動線索」等5個構面題目。「自覺罹病性」與「自覺嚴重性」共包含了7個子題目，「行動利益」與「行動障礙」包含了6個子題目以及「行動線索」包含了4

個子題目。題目設計則參考健康信念模式各構面之定義 (Rosenstock, 1974) 及運用這個模式的相關研究，採用Likert 5點量表來問受訪者的同意程度，分別包含「非常不同意」、「不同意」、「普通」、「同意」及「非常同意」，從「非常不同意」至「非常同意」分數對應分別為1-5分，此部分主要是想瞭解民眾對於健康的態度。

第三部分為民眾使用自費健檢的經驗及未來的使用意願。經驗部分主要想瞭解過去有使用過自費健檢的民眾最主要的使用動機是什麼？未來的使用意願則是本研究最主要的依變項，分為「是，考慮過使用」和「否，不曾考慮」。填答「是，考慮過使用」者則繼續回答最傾向選擇的健檢機構類型、在檢查項目越多樣化完整化的情況下願意給付的最高價格範圍以及有哪些因素會影響其選擇去做自費健檢，在影響因素的部分根據過去的文獻及相關領域專家的意見最後擬定9個小題分別為時間、價格、健檢機構類型、健檢機構是否有先進的設備【如：MRI（核磁共振）、PET-CT(正子造影)等】、健檢機構的服務（包括醫護人員的服務態度、檢查流程的順暢度、報告解說是否詳盡等）、健檢機構的環境（如：交通的便利性、是否有獨立的健檢空間等）、健檢機構是否有後續的健康管理(飲食建議、定期追蹤複檢、提供專業的衛教資訊等)、健檢機構的宣傳（活動廣告、報刊雜誌報導、專業人員建議、親朋好友推薦、網路宣傳等）、健檢機構健檢方案的多樣化等。此9個小題採用李克特 (Likert) 5點尺度為記分標準。分別包含「非常不同意」、「不同意」、「普通」、「同意」及「非常同意」，從「非常不同意」至「非常同意」分數對應分別為1-5分。

最後一部分主要為受訪者的基本特性，包括性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、個人平均月收入以及自覺健康狀況等7個小題。

(二) 操作型定義

本研究變項包含幾大部分：健康素養(包括用藥資訊與門診對話，見表 3.3.1)、自費健檢之健康信念(表 3.3.2)、自費健檢的經驗使用意願(表 3.3.3)、人口學基本資料(表 3.3.4)

表 3.3.1 健康素養操作型定義

題號	變項名稱	操作型定義	變項屬性
用藥信息			
A1	請問服用這個藥物的病人姓名是	1. 王一琳 2. 李大同 3. 林中新	類別
A2	病人應該在什麼時候使用這個藥物	1. 飯前 30 分鐘 2. 睡前 30 分鐘 3. 飯後 30 分鐘	類別
A3	如果今天在早餐前服用，下一次最好在____服用	1. 今天晚餐前 2. 明天早餐前 3. 明天午餐前	類別
A4	請問這種藥物每次應該服用多少	1. 半錠 2. 一錠 3. 五錠	類別
A5	這次醫師總共開立了____天的藥量	1. 1 2. 7 3. 14	類別
A6	服用此藥物可能會引起和低血糖相關的副作用症狀，如____等症狀	1. 皮膚疹 2. 黃疸 3. 心悸	類別
A7	服用這種藥物的人，在____還沒控制穩定前，應避免駕車或操作重機械	1. 血壓 2. 血糖 3. 尿蛋白	類別
門診對話			
A8	醫師！我的右腳大拇趾從四、五天前就開始疼痛____，而且越來越痛，一點都沒有好轉	1. 肥胖 2. 紅腫 3. 脫水	類別
A9	甲溝炎是屬於一種指甲旁組織感染發炎，我會開一些____給您，以減少紅腫疼痛	1. 抗生素 2. 降血壓藥 3. 荷爾蒙	類別
A10	您過去有糖尿病嗎？下次回診時請____，並帶著這張驗血單去檢驗科做抽血檢查，確定一下	1. 忍尿 2. 空腹 3. 進食	類別
A11	回去後暫時不要穿____的鞋子，保持腳部的乾燥、透氣，如果沒有繼續變壞，5 天後再回門診追蹤。	1. 太緊 2. 太軟 3. 太鬆	類別

表 3.3.2 健康信念量表操作型定義

題號	變項名稱	操作型定義	變項屬性
B12	我覺得自己比同年齡的人容易生病（如：感冒、喉嚨發炎、三高等問題）	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B13	我擔心有未診斷出的嚴重疾病或原有的疾病惡化中	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B14	我擔心會遺傳到家族的疾病	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B15	我擔心現在或過去的不良習慣（如：抽菸、酗酒）會提高罹患疾病的機率	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B16	我擔心自己一旦生病，較不容易康復。（如：感冒）	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位

表 3.3.2 (續)

題號	變項名稱	操作型定義	變項屬性
B17	我擔心自己的健康狀況會越來越差	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B18	我擔心生病時，會對家人、朋友或同事造成困擾。	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B19	透過自費健康檢查，可及早發現疾病和治療	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B20	透過自費健康檢查，有助於對身體健康情況的掌握	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B21	我擔心健康檢查項目，無法涵蓋所有我擔心的健康問題	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B22	我擔心健康檢查花費較高，會給自己的經濟造成負擔	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B23	我不知該如何選擇良好的健康檢查機構	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B24	我會擔心健康檢查時，等候的時間過長	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B25	家人或朋友的經驗會增加我使用自費健康檢查服務的意願	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B26	就診時醫師的建議，能增加我使用自費健康檢查服務的意願	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B27	健康檢查機構或工作單位的健康宣導，會增加我使用自費健康檢查服務的意願	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
B28	電視、報刊、雜誌等大眾傳播的相關報導宣傳會增加我使用自費健康檢查服務的意願	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位

表 3.3.3 自費健檢的經驗、使用意願操作型定義

題號	變項名稱	操作型定義	變項屬性
C29	請問您過去三年內，是否曾經使用過自費健康檢查	1. 使用過 2. 沒使用過	類別
C30	您過去使用自費健康檢查最主要的動機為何	1. 感覺身體不適或擔心自己生病了 2. 純粹基於“預防勝於治療” 3. 親友推薦 4. 醫師建議 5. 沒有症狀但家族有慢性病或癌症史 6. 想做的健檢項目健保不給付 7. 有促銷活動 8. 工作單位入職體檢或學生入學體檢 9. 其他，請說明	類別
C31	請問您是否考慮過在未來1-2年內使用自費健康檢查	1. 是，考慮過 2. 否，不曾考慮	類別

表 3.3.3 (續)

題號	變項名稱	操作型定義	變項屬性
C32	若使用自費健康檢查，請問您比較傾向選擇的健檢機構類型是	1. 醫院附設之健康檢查中心 2. 專業健檢診所 3. 其他一般性診所 4. 其他，請說明	類別
C33	完全自費的健康檢查（價格越高，檢查項目越高階、越完整），您能接受最高價格的範圍為	1. 5,000 元以下 2. 5,000-10,000 元 3. 10,001-20,000 元 4. 20,001-30,000 元 5. 30,001-40,000 元 6. 40,001-50,000 元 7. 50,000 元以上	連續
C34-1	如果健檢需要花 1 或 2 天的時間，會影響您選擇使用自費健康檢查	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
C34-2	健康檢查的價格，會影響您選擇使用自費健康檢查	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
C34-3	健檢機構的屬性（如：醫學中心、區域醫院、地區醫院、專業健檢診所），會影響您選擇使用自費健康檢查	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
C34-4	是否有先進的儀器設備【如：MRI（核磁共振）、PET-CT(正子造影)等】，會影響您選擇使用自費健康檢查	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
C34-5	健康檢查機構的服務(如：醫護人員服務態度、檢查流程順暢、報告解說是否詳盡等)，會影響您選擇使用自費健康檢查	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
C34-6	健康檢查機構的環境（如：交通的便利性、是否有獨立的健檢空間等），會影響您選擇使用自費健康檢查	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
C34-7	健檢機構是否有後續的健康管理(飲食建議、定期追蹤複檢、提供專業的衛教資訊等)，會影響您選擇使用自費健康檢查	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
C34-8	健檢機構的宣傳（活動廣告、報刊雜誌報導、專業人員建議、親朋好友推薦、網路宣傳等），會影響您選擇使用自費健康檢查	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
C34-9	健檢方案的多樣化，會影響您選擇使用自費健康檢查	1. 非常不同意 2. 同意 3. 普通 4. 同意 5. 非常同意	序位
C35	您未來一年，不考慮使用自費健康檢查的最主要原因是？	1. 覺得自己很健康不需要 2. 費用的考量 3. 上班忙，沒時間去 4. 不瞭解自己該做什麼檢查，怕白花錢 5. 怕檢查後發現更多的問題造成心理負擔 6. 對健檢的品質及報告沒信心 7. 國民健康署有提供免費成人健檢 8. 其他，請說明	序位

表 3.3.4 人口學基本資料操作型定義

題號	變項名稱	操作型定義	變項屬性
D36	性別	1. 男 2. 女	類別
D37	年齡	1. 20-24 歲 2. 25-29 歲 3. 30-34 歲 4. 35-39 歲 5. 40-44 歲 6. 45-49 歲 7. 50-54 歲 8. 55-59 歲 9. 60-64 歲 10. 65 歲以上	連續
D38	教育程度	1. 國小及以下 2. 初中/國中 3. 高中/高職 4. 專科(五專/二專/三專) 5. 大學 6. 研究所以上	序位
D39	職業	1. 軍公教 2. 農漁牧 3. 工業(含製造業、礦業及土石採取業等) 4. 服務業(醫療保健) 5. 其他服務業(交通運輸業、通訊業、商業、餐飲業、金融保險業等) 6. 學生 7. 家管 8. 退休 9. 待業中(或無業)	類別
D40	婚姻狀況	1. 未婚 2. 已婚 3. 離婚 4. 喪偶	類別
D41	個人平均月收入	1. 10,000 元及以下 2. 10,000-30,000 元 3. 30,000 元及以下 4. 30,001-50,000 元 5. 50,001-70,000 元 6. 70,001-90,000 元 7. 90,001-110,000 元 8. 110,000-130,000 元 9. 130,000-150,000 元 10. 150,000 元及以上	序位
D42	自覺健康狀況	1. 非常好 2. 好 3. 一般 4. 不好 5. 非常不好	序位

第四節 研究對象與資料蒐集

本研究通過國立台灣大學附設醫院之人體試驗委員會 (IRB) 審查後方開始進行調查研究。研究採用立意抽樣方法於大臺北地區及大陸深圳地區分別各選取 3 家專業健檢機構，共 6 家進行問卷收集，收案對象為健檢機構 20 歲以上之當下有使用自費健檢的民眾。收案期間為 2017 年 2 月至 4 月期間，透過健檢機構之服務人員 (醫師、健康管理師、護理人員等) 協助發放，於大臺北地區及大陸深圳地區各發放 300 份問卷。

第五節 信度與效度

分析信度與效度可以瞭解測量工具是否優良，從而改善測量的內容或方法，更重要的是可以避免做錯誤的判斷及因錯誤導致的損失(吳統雄，1985)。

3.5.1 專家效度

本研究採用之結構式問卷包括四個部分，分別為健康素養量表、健康信念量表、自費健檢的經驗與使用意願以及最後一部分人口學基本資料，問卷第一部分健康素養量是依據國家衛生研究院群體健康科學研究所健康識能研究團隊所發展出的中文「健康識能評估表」修訂發展而來，經原作者授權得以使用。

第二、三、四部分則為研究者自行根據相關參考文獻與概念性定義自行編制，待問卷編制好後，兩岸分別各邀請了 5 位相關領域專家，共計 10 位專家進行內容效度分析。

請專家根據每一題內容之意義及與研究主題相關性進行評分，採用三點記分法，1 分表示「不適合」，刪去，2 分表示「修正後適合」，3 分表示「適合，留」。所設計之題目大部分被專家所認可，僅有一題被 3 位專家認為不適合，最終刪除，其餘少部分題目則需進行修正。根據專家給分計算內容效度指標，大陸樣本之專家效度值 (CVI) 值為 0.99，台灣樣本之專家效度值 (CVI) 為 0.98。

本研究於 2017 年 1 月 3 日至 20 日期間於臺北及大陸深圳地區各隨機抽取 25 位民眾進行填答，主要想瞭解是否有語義不清，用詞不當等問題，再根據民眾反應之修改意見進行微修，以提高內容效度。

3.5.2 建構效度

本研究之結構效度檢驗採用主成分分析法 (PCA, Principle Component Analysis)，針對問卷第三部分自費健檢健康信念的各構面進行因素分析。

一般情況下，在做探索性因素分析的時候需要先通過 KMO (KMO 是 Kaiser-Meyer-Olkin 取樣適切性量數) 測量和 Bartlett 球形檢驗來判斷數據是否適合進行探索性因素分析。具體而言，在 Bartlett 球形檢驗顯著的情況下，若 KMO 值大於 0.8 時，表示非常適合；若 KMO 值大於 0.7 時，表示適合；若 KMO 值大於 0.6 時，表示普通；若 KMO 值低於 0.5，則說明不適合做因素分析。

由於自費健康檢查之健康信念中之各個構面是依據健康信念模式之理念去設計，此模式是由過去的專家學者已確立之架構，故在進行因素分析時，是針對問卷中「自覺罹病性量表」、「自覺嚴重性與行動利益量表」、「行動障礙與行動線索量表」量表共計 17 題進行因素分析。在符合因素分析之基本假設與符合抽樣適切性之前提下，採用主成分分析法 (principal component analysis)，保留特徵值大於 1 的共同因素；為便於各變項的歸屬進行共同因素的轉軸，共同因素轉軸的方法採用最大變異法做正交轉軸，轉軸後將因素負荷量大於 0.5 的因素予以保留。

1. 自覺罹病性量表

在自覺罹病性量表中共有四個題目，台灣樣本及大陸樣本分別進行因素分析後各得出 1 個因素的特徵值大於 1，台灣樣本可解釋 57.10%的總變異量，大陸樣本以主成份分析法可解釋 63.51%的總變異量，兩份問卷四個題目在這單一共同因素的負荷量均在 0.5 以上，因此，此量表之建構效度可被接受。

表 3.5.1 自覺罹病性的 KMO 和 Bartlett 球形檢驗

		台灣樣本	大陸樣本
Kaiser-Meyer-Olkin 取樣適切性量數		.717	.763
	近似卡方分配	222.002	387.830
Bartlett 球形檢驗	df (自由度)	6	6
	Sig. (顯著性)	.000	.000

表 3.5.1 (續) 自覺罹病性主成分分析

題號		台灣樣本 成份 1	大陸樣本 成份 1
1	我覺得自己比同年齡的人容易生病(如:感冒、喉嚨發炎、三高等問題)	.676	.765
2	我擔心有未診斷出的嚴重疾病或原有的疾病惡化中	.841	.853
3	我擔心會遺傳到家族的疾病	.816	.840
4	我擔心現在或過去的不良習慣(如:抽菸、酗酒)會提高罹患疾病的機率	.673	.723

2. 自覺嚴重性與行動利益量表

在自覺嚴重性與行動利益量表中共有 5 個題目，台灣樣本及大陸樣本分別進行因素分析後各得出 2 個因素的特徵值大於 1，台灣樣本以主成份分析法可解釋 79.23%的總變異量，大陸樣本可解釋 79.60%的總變異量，再進行正交轉軸最大變異數法 (Varimax) 將 5 個題目分類為兩個共同因素，特徵值均大於 1。因此，此量表之建構效度可被接受。

因素一：包括的題目有：擔心自己一旦生病較不容易康復(如：感冒)

、擔心自己的健康狀況會越來越差、擔心生病時，會對家人、朋友或同事造成困擾(如：需家人花時間照顧)。這些題項說明瞭自己感覺如果生病了，疾病不僅僅會對自己造成影響，也會對家庭、朋友等周遭的人造成影響。因此這些題項符合此構面，台灣樣本可解釋之變異量為 51.70%，大陸樣本可解釋之變異量為 54.28%。

因素二：包括的題目有，透過自費健康檢查，可及早發現疾病和治療、透過自

費健康檢查，有助於對身體健康情況的掌握，此部分主要說明採取行動能否降低罹患疾和降低嚴重程度。因此這些題項符合「行動利益」之構面，台灣樣本可解釋之變異量為27.53%，大陸樣本可解釋之變異量為25.33%。

表 3.5.2 自覺嚴重性與行動利益的 KMO 和 Bartlett 球形檢驗

		台灣樣本	大陸樣本
Kaiser-Meyer-Olkin 取樣適切性量數		.632	.634
	近似卡方分配	586.396	835.149
Bartlett 球形檢驗	df (自由度)	10	10
	Sig. (顯著性)	.000	.000

表 3.5.2 (續) 自覺嚴重性與行動利益主成分分析

題號		台灣樣本		大陸樣本	
		成份 1	成份 2	成份 1	成份 2
1	我擔心自己一旦生病，較不容易康復。(如：感冒)	.859		.882	
2	我擔心自己的健康狀況會越來越差	.845		.885	
3	我擔心生病時，會對家人、朋友或同事造成困擾。	.706		.576	
4	透過自費健康檢查，可及早發現疾病和治療		.953		.960
5	透過自費健康檢查，有助於對身體健康情況的掌握		.966		.958

3. 行動障礙與行動線索量表

在行動障礙與行動線索量表中共有8個題目，經過因素分析得出2個因素的特徵值大於1，以主成份分析法台灣樣本可解釋76.41%的總變異量，大陸樣本可解釋之變異量為68.99%。再進行正交轉軸最大變異數法 (Varimax) 將8個題目分類為兩個共同因素，特徵值均大於1。因此，此量表之建構效度亦可被接受。

因素一：包括的題目有：擔心健康檢查項目，無法涵蓋所有我擔心的健康問題、擔心健康檢查花費較高，會給自己的經濟造成負擔、不知該如何選擇良好的健康檢查機構、擔心健康檢查時，等候的時間過長。這些題目主要說明在採取行動的過程中可能會遇到的障礙，因此，這些題目符合「行動障礙」之構面，台灣樣本可解釋之變異量為46.42%，大陸樣本可解釋之變異量為36.00%。

因素二：包括的題目有：家人或朋友的經驗會增加我使用自費健康檢查服務的意願、就診時醫師的建議，能增加我使用自費健康檢查服務的意願、健康檢查機構或工作單位的健康宣導，會增加我使用自費健康檢查服務的意願，電視、報刊、雜誌等大眾傳播的相關報導宣傳會增加我使用自費健康檢查服務的意願。

些題目主要說明的是行動線索，行動線索可能是內在的也可能是外在的，行動的選擇也需要這些「行動線索」予以激發。因此，這些題目符合「行動線索」之構面，台灣樣本可解釋之變異量為29.98%，大陸版可解釋之變異量為33.00%。

表 3.5.3 行動障礙與行動線索的 KMO 和 Bartlett 球形檢驗

		台灣樣本	大陸樣本
Kaiser-Meyer-Olkin 取樣適切性量數		.787	.807
	近似卡方分配	1290.344	1067.217
Bartlett 球形檢驗	df (自由度)	28	28
	Sig. (顯著性)	.000	.000

表 3.5.3 (續) 行動障礙與行動線索主成分分析

題號		大陸樣本		台灣樣本	
		成份 1	成份 2	成份 1	成份 2
1	我擔心健康檢查項目，無法涵蓋所有我擔心的健康問題	.836		.837	
2	我擔心健康檢查花費較高，會給自己的經濟造成負擔	.854		.848	
3	我不知該如何選擇良好的健康檢查機構	.727		.858	
4	我會擔心健康檢查時，等候的時間過長	.791		.799	
5	家人或朋友的經驗會增加我使用自費健康檢查服務的意願		.910		.777
6	就診時醫師的建議，能增加我使用自費健康檢查服務的意願		.937		.823
7	健康檢查機構或工作單位的健康宣導，會增加我使用自費健康檢查服務的意願		.932		.826
8	電視、報刊、雜誌等大眾傳播的相關報導宣傳會增加我使用自費健康檢查服務的意願		.846		.759

3.5.3 信度分析

信度指的是被測試者所填答問卷測量結果的一致性或穩定性，即是研究者對於相同或相似的現象進行不同的測量，其所得結果一致性的程度。任何測量的觀察值包括了實際和誤差兩個部分，如果信度越高，則說明其誤差值越低，如此所得的觀察值就不會因形式或時間的改變而變動，才具有穩定性。

本研究使用 SPSS 21.0 軟體進行測量內部一致性的 Cronbach' s α 值，當 Cronbach' s $\alpha \geq 0.70$ 時，屬於有較高的信度； $0.35 \leq$ Cronbach' s α 值 < 0.70 時，屬於尚可；Cronbach' s α 值 < 0.35 則為低信度。本研究之測量結果如下表，本研究使用之問卷量表各個構面之信度均大於 0.70，整體問卷之信度台灣版為 0.741，大陸版為 0.706。因此，本研究之樣本資料具有一定的可信度。

表 3.5.4 兩岸問卷各構面之 Cronbach' s α 值

測量構面	台灣樣本	大陸樣本
自覺罹病性	0.737	0.804
自覺嚴重性	0.754	0.750
行動利益	0.947	0.958
行動障礙	0.822	0.867
行動線索	0.930	0.822

註 1：台灣樣本總量表之 Cronbach' s α 值為 0.741

註 2：大陸樣本總量表之 Cronbach' s α 值為 0.706

第六節 統計分析方法

一、描述統計

1. 以百分比、平均值、次數分配等描述受訪者個人背景資料。
2. 以平均值、標準差描述受訪者之健康素養、健康信念及影響受訪者選擇使用自費健檢的相關影響因素等。

二、獨立樣本 t 檢定 (Independent-samples t-test)

目的在檢定受訪者之樣本依個人背景變項 (雙類別變項包括性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、個人月收入、自覺健康狀況等變項) 分群組後，在健康素養、健康信念、自費健檢的使用經驗、使用意願等是否呈現顯著差異。

三、單因數變異數分析 (One-way ANOVA)

以單因子數變異數分析檢驗不同個人背景變項中之多類別 (multivariate) 變項，包括職業、願意給付的最高價格等，上述不同背景受訪者之健康素養、健康信念等因素是否受個人背景變項影響而存在顯著差異。

四、羅吉斯迴歸分析

分析受訪者人口學變項、健康素養、健康信念 (五個構面) 對自費健檢使用意願及願意給付最高價格之解釋力。

五、統計分析軟體

本研究使用 IBM SPSS 21.0 統計軟體進行統計分析。

第四章 研究結果

第一節 研究樣本之基本特性描述性統計分析

本研究於大臺北共計回收問卷 233 份，回收率 77.7%，有效問卷 229 份。大陸深圳地區共計回收問卷 289 份，回收率 96.3%，有效問卷 288 份。人口學特性描述包括性別、年齡、教育程度、職業、個人平均月收入、婚姻狀況以及自覺健康狀況等分佈情形如表 4.1.1，分別描述如下：

一、性別

台灣研究樣本中以女性居多，為 135 人，佔比 59.0%，男性 94 人佔比 41.0%，大陸研究樣本中以男性居多，為 150 人，佔比 52.1%，女性 138 人，佔比 47.9%。

二、年齡

在年齡方面，台灣受訪者的年齡層分佈為「35-39 歲」及「40-44 歲」人數最多，各為 38 人，分別佔比 16.6%。其次為「45-49 歲」、「50-54 歲」及「55-59 歲」，人數分別為 31(13.5%)、30(13.1%)、31(13.5%)。大陸地區受訪者中「30-34 歲」人數最多，為 63 人佔比 21.9%，其次是「40-44 歲」有 48 人，佔 16.7%，再其次是「35-39 歲」、「50-54 歲」皆有 39 人，各佔 13.5%。受訪者中 60 歲以上人數台灣居多，為 22 人，佔比 9.6%，大陸受訪者中，60 歲以上人數佔比僅為 2.1%。

三、教育程度

在教育程度方面的分佈情形為，台灣地區的受訪者中，教育程度為大學者最多，為 111 人，佔比 48.5%，其次是研究所及以上，人數為 28 人，佔比 41.0%。台灣地區的受訪者中，教育程度為大學及以上的人數佔比達到了 69.5%。大陸地區受訪者中，國小及以下 2 人 (0.7%)、初 (國) 中 13 人 (4.5%)、高中 (職) 36 人 (12.5%)、專科 64 人 (22.2%)、大學 147 人 (51.0%)、研究所及以上 26 人 (9.0%)。從教育程度的整體分佈來看，可以看出本研究的受訪者中，台灣地區的受訪者教育程度略高於大陸地區的受訪者。

四、職業

在職業方面，不論是台灣地區亦或是大陸地區，受訪者中人數最多的皆為「其他服務業，如：交通運輸業、通訊業、商業、餐飲業、金融保險業等」，台

灣為 88 人，佔比 38.4%；大陸有 146 人，佔比 50.7%。其次是軍公教，台灣有 44 人，佔比 19.2%，大陸受訪者中有 74 人，佔比 25.7%。本研究之受訪者從職業分佈的情況來看，服務業和軍公教人數最多，台灣合計佔比 57.6%，大陸合計佔比為 76.4%。

五、婚姻狀況

受訪者婚姻狀況方面，兩岸皆為已婚者佔絕大多數，台灣已婚人數 167 人，佔比 72.9%，大陸已婚人數為 243 人，佔比 84.84%。由上述年齡層的分佈資料可知由於本研究受訪者大部分為中年或老年人居多，年輕族群較少，因此已婚者居多。

六、個人平均月收入

個人平均月收入方面：台灣地區受訪者之個人平均月收入方面，月收入為「30,001-50,000 元」者最多，為 97 人，佔比 42.4%，其次為「10,000-30,000 元」、「50,001-70,000 元」，分別佔比 18.8%、13.1%。2016 年台灣平均薪資水準約為 4.8 萬元新台幣，本研究台灣地區受訪者中約 35% 的受訪者個人平均月收入超過 2016 年平均薪資。

大陸深圳地區受訪者收入為人民幣「3,001-5,000 元」、「15,001 元及以上」者居多，分別為 54 人（18.8%）及 49 人（17.0%）（人民幣：新台幣≈1：4.5，隨貨幣市場波動會有所變動），其次為收入「5,001-7,000 元」44（15.3%）、「7,001-9,000 元」32 人（11.1%），再其次是收入為 9,001-11,000 元者及收入為 11,001-13,000 元者，分別為 37 人（12.8%）、36 人（12.5%）。深圳市 2016 年平均薪資收入水準為 6960 元人民幣，本研究受訪者中個人平均月收入 7000 元以上者佔比為 172 人（59.7%），說明大部分受訪者的薪資水平都較佳。

七、自覺健康狀況

受訪者之自覺健康狀況方面絕大部分受訪者自覺健康狀況為「一般」，台灣受訪者為 131 人自覺健康狀況為「一般」，佔比為 57.2%，大陸受訪者共 151 人自覺健康狀況為「一般」，佔比 52.4%。其次是「好」和「非常好」台灣地區共計 83 人，佔比為 36.2%；大陸地區共計 120 人，佔比 41.7%。說明兩岸的受訪者中絕大部分的人自覺健康狀況都較為一般。

表 4.1.1 人口學基本資料描述性統計

變項/類別	台灣 (N=229)		大陸 (N=288)	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
性別			年齡	
男	94 (41.0)	150 (52.1)	20-24 歲	0 (2.8)
女	135 (59.0)	138 (47.9)	25-29 歲	9 (3.9)
教育程度			30-34 歲	30(13.1)
國小及以下	2(0.9)	2 (0.7)	35-39 歲	38(16.6)
初中/國中	8(3.5)	13 (4.5)	40-44 歲	38(16.6)
高中/高職	20(8.7)	36(12.5)	45-49 歲	31(13.5)
專科 (二專)	40(17.5)	64(22.2)	50-54 歲	30(13.1)
大學	111(48.5)	147(51.0)	55-59 歲	31(13.5)
研究所及以上	48(21.0)	26(9.0)	60-64 歲	11(4.8)
職業			65 歲及以上	11(4.8)
軍公教	44(19.2)	74(25.7)	婚姻狀況	
農漁牧	9(3.9)	2(0.7)	未婚	55 (24.0)
工業(製造業、礦業及 土石採取業等)	13(5.7)	8(2.8)	已婚	167 (72.9)
服務業 (醫療保健)	36(15.7)	24(8.3)	離婚	5 (2.2)
其他服務業(交通運輸 業、通訊業、商業、餐 飲業、金融保險業等)	100(43.6)	146(50.7)	喪偶	2 (0.9)
學生	—	1 (0.3)	自覺健康狀況	
家管	12 (5.2)	22 (7.6)	非常好	12 (5.2)
退休	13 (5.7)	10 (3.5)	好	71 (31.0)
待業中 (或無業)	2 (0.9)	1 (0.3)	一般	131 (57.2)
			不好	15 (6.6)
			非常不好	0 (0.7)

表 4.1.1 人口學基本資料描述性統計 (續)

平均月收入 (台灣：新台幣)		平均月收入 (大陸：人民幣)	
10,000 元及以下	10 (4.4)	1,000 元及以下	3(1.0)
10,000-30,000 元	43 (18.8)	1,000-3,000 元	10(3.5)
30,001-50,000 元	97 (42.4)	3,001-5,000 元	54(18.8)
50,001-70,000 元	30 (13.1)	5,001-7,000 元	43(14.9)
70,001-90,000 元	21 (9.2)	7,001-9,000 元	32(11.1)
90,001-110,000 元	15 (6.6)	9,001-11,000 元	37(12.8)
110,000-130,000 元	2 (0.9)	11,001-13,000 元	36(12.5)
130,000-150,000 元	4 (1.7)	13,001-15,000 元	18(6.3)
150,000 元及以上	7 (3.1)	15,000 元及以上	49(17.0)
		無收入	6 (2.1)

第二節 健康素養、自費健檢信念描述性統計分析

一、健康素養描述性統計分析

本研究健康素養使用的量表為「健康識能評估表」是由國家衛生研究院研究團隊所發展出來的。包含「門診對話」及「用藥資訊」的題組，共計11題。每題1分，答對一題得1分，答錯或該題漏答以0分計算，總分為11分。

表4.2.1為台灣地區受訪者之健康素養總體得分情形，本研究受訪者共計229人，健康素養分數為11分者最多，共計147人，佔比64.2%，其次是得10分和9分者，分別為49人（21.4%）、13人（5.7%），再其次8分及8分以下者共計20人，佔比8.7%。全部受訪者總平均分為10.37，標準差1.05。

表4.2.1 (續) 為大陸深圳地區受訪者之健康素養總體得分情形，本研究大陸深圳地區受訪者共計288人，健康素養分數為11分者最多，共計182人，佔比63.2%，其次是得10分和9分者，分別為66人（22.9%）、26人（9.0%），再其次是8分及8分以下者共計14人，佔比4.9%。全部受訪者總平均分為10.42，標準差0.95，說明此研究受訪者之健康素養總體而言都較好，與前述教育程度之分佈情形相呼應。本研究兩岸受訪者之健康素養總體而言都較佳，可能的原因是由於受訪者之社經地位較高，且研究使用之調查量表題目過於簡單些。

表 4.2.1 台灣樣本健康素養總得分情形 (N=229)

排序	變項/類別	次數	
		人數	百分比(%)
6	健康素養總得分 6 分	1	(0.4)
5	健康素養總得分 7 分	6	(2.6)
4	健康素養總得分 8 分	13	(5.7)
3	健康素養總得分 9 分	13	(5.7)
2	健康素養總得分 10 分	49	(21.4)
1	健康素養總得分 11 分	147	(64.2)

最大值：11.00 最小值：6.00 平均數：10.37 標準差：1.05

註 1：健康素養簡式量表共計 11 題，答對一題得 1 分，答錯得 0 分，總分為 11 分。

註 2：排序是依據各個分數得分人數的多少進行排序，序號 1 為得此分數的人數最多。

註 3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

表 4.2.1 (續) 大陸樣本健康素養總得分情形 (N=288)

排序	變項/類別	次數	
		人數	百分比(%)
6	健康素養總得分 6 分	2	(0.7)
5	健康素養總得分 7 分	4	(1.4)
4	健康素養總得分 8 分	8	(2.8)
3	健康素養總得分 9 分	26	(9.0)
2	健康素養總得分 10 分	66	(22.9)
1	健康素養總得分 11 分	182	(63.2)

最大值：11.00 最小值：6.00

平均數：10.42 標準差：0.95

註 1：健康素養簡式量表共計 11 題，答對一題得 1 分，答錯得 0 分，總分為 11 分。

註 2：排序是依據各個分數得分人數的多少進行排序，序號 1 為得此分數的人數最多。

註 3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

表 4.2.2 為台灣地區受訪者之健康素養單題統計分析，其中平均分最高的是門診對話中的第 1 題「醫師！我的右腳大拇趾從四、五天前就開始疼痛__，而且越來越痛，一點都沒有好轉」平均分為 1 分，其次是用藥資訊中的第 1 題「請問服用這個藥物的病人姓名是」平均分為 0.99 分。分數較低的是用藥資訊中的第 6 題「服用此藥物可能會引起和低血糖相關的副作用症狀，如__等症狀」，平均分僅 0.76 分，此題為閱讀理解題。

表 4.2.2 台灣樣本健康素養各題得分情形 (N=229)

排序	變項/類別	次數		平均分	標準差
		答對率 人數(%)	答錯率 人數(%)		
用藥資訊					
2	請問服用這個藥物的病人姓名是	226 (98.7)	3 (1.3)	0.99	0.11
7	病人應該在什麼時候使用這個藥物	215 (93.9)	14 (6.1)	0.94	0.24
8	如果今天在早餐前服用，下一次最好在__服用?	214 (93.4)	15 (6.6)	0.93	0.25
4	請問這種藥物每次應該服用多少	225 (98.3)	4 (1.7)	0.98	0.13
8	這次醫師總共開立了__天的藥量	214 (93.4)	15 (6.6)	0.93	0.25
11	服用此藥物可能會引起和低血糖相關的副作用症狀，如__等症狀	174 (76.0)	55 (24.0)	0.76	0.43
10	服用這種藥物的人，在__還沒控制穩定前，應避免駕車或操作重機械	208 (90.8)	21 (9.2)	0.91	0.29
門診對話					
1	醫師！我的右腳大拇趾從四、五天前就開始疼痛__，而且越來越痛，一點都沒有好轉	229 (100)	0 (0.0)	1.00	0.00
2	甲溝炎是屬於一種指甲旁組織感染發炎，我會開一些__給您，以減少紅腫疼痛	227 (99.1)	2 (0.9)	0.99	0.09
4	您過去有糖尿病嗎？下次回診時請__，並帶著這張驗血單去檢驗科做抽血檢查，確定一下	224 (97.8)	5 (2.2)	0.98	0.15
6	回去後暫時不要穿__的鞋子，保持腳部的乾燥、透氣，如果沒有繼續變壞，5 天後再回門診追蹤	282 (95.6)	10 (4.4)	0.96	0.20

註 1：每題答對得 1 分，未答對得 0 分。

註 2：排序是依據各題得分的平均數，序號 1 為該題平均得分最高。

註 3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

表 4.2.2 (續) 為大陸受訪者之健康素養單題統計分析，其中平均分最高的是用藥資訊中的第 1 題「請問服用這個藥物的病人姓名是」平均分為 1 分，其次是門診對話中的第 1 題「醫師！我的右腳大拇趾從四、五天前就開始疼痛__，而且越來越痛，一點都沒有好轉」平均分為 0.99 分。分數較低的是用藥資訊中的第 6 題

「服用此藥物可能會引起和低血糖相關的副作用症狀，如__等症狀」，平均分僅為0.83分，其次分數較低的是用藥資訊中的第3題「如果今天在早餐前服用，下一次最好在__服用」，平均為0.91分，此兩題皆為閱讀理解題。

表 4.2.2 (續) 大陸樣本健康素養各題得分情形 (N=288)

排序	變項/類別	次數		平均分	標準差
		答對率 人數(%)	答錯率 人數(%)		
用藥資訊					
1	請問服用這個藥物的病人姓名是	287 (99.7)	1 (0.3)	1.00	0.06
8	病人應該在什麼時候使用這個藥物	267 (92.7)	21 (7.3)	0.93	0.26
9	如果今天在早餐前服用，下一次最好在__服用?	261 (90.6)	27 (9.4)	0.91	0.29
5	請問這種藥物每次應該服用多少	279 (96.9)	9 (3.1)	0.97	0.17
9	這次醫師總共開立了__天的藥量	262 (91.0)	26 (9.0)	0.91	0.29
11	服用此藥物可能會引起和低血糖相關的副作用症狀，如__等症狀	239 (83.0)	49 (17.0)	0.83	0.38
6	服用這種藥物的人，在__還沒控制穩定前，應避免駕車或操作重機械	271 (94.1)	17 (5.9)	0.95	0.24
門診對話					
2	醫師！我的右腳大拇趾從四、五天前就開始疼痛__，而且越來越痛，一點都沒有好轉	284 (98.6)	4 (1.4)	0.99	0.12
3	甲溝炎是屬於一種指甲旁組織感染發炎，我會開一些__給您，以減少紅腫疼痛	281 (97.6)	7 (2.4)	0.98	0.15
7	您過去有糖尿病嗎？下次回診時請__，並帶著這張驗血單去檢驗科做抽血檢查，確定一下	268 (93.1)	20 (6.9)	0.93	0.25
3	回去後暫時不要穿__的鞋子，保持腳部的乾燥、透氣，如果沒有繼續變壞，5 天後再回門診追蹤	282 (97.9)	6 (2.1)	0.98	0.14

註 1：每題答對得 1 分，未答對得 0 分。

註 2：排序是依據各題得分的平均數，序號 1 為該題平均得分最高。

註 3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

二、自費健檢信念描述性統計分析

本研究自費健檢信念共分為5個構面，分別為「自覺罹病性」、「自覺嚴重性」、「行動利益」、「行動障礙」、和「行動線索」，每個構面自成一個量表，每個構面皆採用Likert 5點量表來問受訪者之同意程度，量表分數計算「非常不同意」1分、「不同意」2分、「普通」3分、「同意」4分、「非常同意」5分。自覺罹病性構面有四個題目，自覺嚴重性構面有三個題目，行動利益構面有兩個題目，行動障礙構面有四個題目，行動線索構面有四個題目，共計十七個題目。以下將詳述各量表之結果。

1. 自覺罹病性描述性統計

表 4.2.3 台灣樣本之自覺罹病性描述性統計

		次數 (N=229)					平均數	標準差
排序	變項/類別	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)		
						3.07	0.67	
	自覺罹病性							
2	我覺得自己比同年齡的人容易生病	2 (0.9)	74 (32.3)	81 (35.4)	59 (25.8)	13 (5.7)	3.03	0.92
3	我擔心有未診斷出的嚴重疾病或原有的疾病惡化中	3 (1.3)	59 (25.8)	100 (43.7)	61 (26.6)	6 (2.6)	3.04	0.83
4	我擔心會遺傳到家族的疾病	4 (1.7)	61 (26.6)	100 (43.7)	56 (24.5)	8 (3.5)	3.01	0.85
1	我擔心現在或過去的不良習慣(如：抽菸、酗酒)會提高罹患疾病的機率	8 (3.5)	45 (19.7)	93 (40.6)	62 (27.1)	21 (9.2)	3.19	0.97

註1：非常同意5分，同意4分，普通3分，不同意2分，非常不同意1分。

註2：排序是依據各題的平均數，序號1為平均分數最高者。

註3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

自覺罹病性方面，表4.2.3為台灣受訪者之結果，大陸受訪者之結果詳見表4.2.3續。本研究之研究對象台灣的平均分為3.07分，大陸的平均分數為2.98，顯示本研究台灣受訪者之自覺罹病性略高於大陸受訪者。題中「我擔心現在或過

去的不良習慣（如：抽菸、酗酒）會提高罹患疾病的機率」之得分最高，台灣受訪者之平均分為3.19，大陸受訪者之平均分為3.49，說明此題在兩岸的受訪者中有較高的被認可度。



表 4.2.3 (續) 大陸樣本之自覺罹病性描述性統計

		次數 (N=288)					平均數	標準差
排序	變項/類別	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	2.98	0.79
自覺罹病性								
4	我覺得自己比同年齡的人容易生病	10 (3.5)	124 (43.1)	84 (29.2)	58 (20.1)	12 (4.2)	2.78	0.95
2	我擔心有未診斷出的嚴重疾病或原有的疾病惡化中	15 (5.2)	106 (36.8)	87 (30.2)	70 (24.3)	10 (3.5)	2.84	0.97
3	我擔心會遺傳到家族的疾病	20 (6.9)	101 (35.1)	93 (32.3)	64 (22.2)	10 (3.5)	2.80	0.98
1	我擔心現在或過去的不良習慣（如：抽菸、酗酒）會提高罹患疾病的機率	10 (3.5)	49 (17.0)	67 (23.3)	115 (39.9)	47 (16.3)	3.49	1.06

註1：非常同意5分，同意4分，普通3分，不同意2分，非常不同意1分。

註2：排序是依據各題的平均數，序號1為平均分數最高者。

註3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

2. 自覺嚴重性描述性統計

自覺嚴重性方面，詳見表4.2.4及表4.2.4(續)，台灣地區受訪者的總體平均分為3.03，大陸地區受訪者的總體平均分為3.09。題目中以「我擔心生病時，會對家人、朋友或同事造成困擾」分數最高，大陸受訪者此題之平均分達到3.68，有154人(53.5%)選擇同意，另有37人(12.8%)的人選擇非常同意，台灣地區受訪者此題分數為3.07分，略高於本構面其他題目之分數。這也說明瞭兩岸受訪者都比較認同一旦生病，不僅僅受到疾病嚴重性本身的影響，同時也會擔心自己得了疾病會對周遭的人造成影響。

表 4.2.4 台灣樣本之自覺嚴重性描述性統計

		次數 (N=229)					平均數	標準差
排序	變項/類別	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	3.03	0.67
自覺嚴重性								
2	我擔心自己一旦生病，較不容易康復	1 (0.4)	66 (28.8)	92 (40.2)	63 (27.5)	7 (3.1)	3.04	0.84
3	我擔心自己的健康狀況會越來越差	2 (0.9)	63 (27.5)	103 (45.0)	56 (24.5)	5 (2.2)	2.99	0.80
1	我擔心生病時，會對家人、朋友或同事造成困擾	3 (1.3)	57 (24.9)	94 (41.0)	71 (31.0)	4 (1.7)	3.07	0.82

註 1：非常同意 5 分，同意 4 分，普通 3 分，不同意 2 分，非常不同意 1 分。

註 2：排序是依據各題的平均數，序號 1 為平均分數最高者。

註 3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

表 4.2.4 (續) 大陸樣本之自覺嚴重性描述性統計

		次數 (N=288)					平均數	標準差
排序	變項/類別	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	3.09	0.76
自覺嚴重性								
3	我擔心自己一旦生病，較不容易康復	18 (6.3)	118 (41.0)	87 (30.2)	55 (19.1)	10 (3.5)	2.73	0.96
2	我擔心自己的健康狀況會越來越差	15 (5.2)	101 (35.1)	88 (30.6)	73 (25.3)	11 (3.8)	2.88	0.98
1	我擔心生病時，會對家人、朋友或同事造成困擾	1 (0.3)	30 (10.4)	66 (22.9)	154 (53.5)	37 (12.8)	3.68	0.84

註 1：非常同意 5 分，同意 4 分，普通 3 分，不同意 2 分，非常不同意 1 分。

註 2：排序是依據各題的平均數，序號 1 為平均分數最高者。

註 3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

3. 行動利益描述性統計

行動利益描述性統計詳見表 4.2.5 及表 4.2.5(續)，兩岸受訪者的總體平均分都較高，台灣為 3.77，大陸為 4.42，本構面中的兩個題目平均分數較為接近，「透過自費健康檢查，可及早發現疾病和治療」本題的平均分為 4.42，大陸的受訪者中，有 127 人 (44.1%) 選擇同意，147 人 (49.3%) 選擇非常同意。「透過自費健康檢查，有助於對身體健康情況的掌握」此題的平均分為 4.41 也非常高，大陸的受訪者中，有 120 人 (41.7%) 選擇同意，146 人 (50.7%) 選擇非常同意。也說明瞭行動利益構面中的兩道題受訪者之認可度大陸受訪者略高於台灣受訪者，認為透過自費健檢可以及早發現疾病和治療，同時還有助於對身體健康情況的掌握。

表 4.2.5 台灣樣本之行動利益描述性統計

排序	變項/類別	次數 (N=288)					平均數	標準差
		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	3.77	0.95
行動利益								
1	透過自費健康檢查，可及早發現疾病和治療	2 (0.9)	28 (12.2)	36 (15.7)	114 (49.8)	49 (21.4)	3.79	0.95
2	透過自費健康檢查，有助於對身體健康情況的掌握	3 (1.3)	32 (14.0)	36 (15.7)	104 (45.4)	54 (23.6)	3.76	1.01

註 1：非常同意 5 分，同意 4 分，普通 3 分，不同意 2 分，非常不同意 1 分。

註 2：排序是依據各題的平均數，序號 1 為平均分數最高者。

註 3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

表 4.2.5 (續) 大陸樣本之行動利益描述性統計

排序	變項/類別	次數 (N=288)					平均數	標準差
		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)		
行動利益								
1	透過自費健康檢查,可及早發現疾病和治療	0 (0.0)	2 (0.7)	17 (5.9)	127 (44.1)	142 (49.3)	4.42	0.64
1	透過自費健康檢查,有助於對身體健康情況的掌握	0 (0.0)	5 (1.7)	17 (5.9)	120 (41.7)	146 (50.7)	4.41	0.68

註1：非常同意5分，同意4分，普通3分，不同意2分，非常不同意1分。

註2：排序是依據各題的平均數，序號1為平均分數最高者。

註3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

4. 行動障礙描述性統計

行動障礙描述性統計如下表 4.2.6 及表 4.2.6 (續)，行動障礙方面有四個題目，其中分數最高的是「我會擔心健康檢查時，等候的時間過長」台灣受訪者之平均分為 2.80，大陸受訪者之平均分數達到了 3.44。由於大陸地區人口眾多，服務量較大，流程管理上還有提升的空間，因此偶爾會造成健檢期間等待時間過長的狀況，故此題也被大多數大陸受訪者所認可。台灣受訪者之行動障礙排在第二和第三的則是「我擔心健康檢查項目，無法涵蓋所有我擔心的健康問題」和「我擔心健康檢查花費較高，會給自己的經濟造成負擔」。大陸受訪者之行動障礙排在第二和第三的是「我不知該如何選擇良好的健康檢查機構」、「我擔心健康檢查項目，無法涵蓋所有我擔心的健康問題」，平均分數分別為 3.17 和 2.86。大陸受訪者之行動障礙分數最低的是擔心花費較高給自己經濟造成負擔，此項較不被受訪者所認同，選擇不同意和非常不同意的人數佔比達到了 50.7%，這也說明瞭費用對於大陸的受訪者而言是影響程度最輕的行動障礙。

表 4.2.6 台灣樣本之行動障礙描述性統計

排序	變項/類別	次數 (N=229)					平均數	標準差
		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)		
行動障礙								
2	我擔心健康檢查項目，無法涵蓋所有我擔心的健康問題	16 (7.0)	73 (31.9)	92 (40.2)	42 (18.3)	6 (2.6)	2.78	0.92
3	我擔心健康檢查花費較高，會給自己的經濟造成負擔	17 (7.4)	83 (36.2)	76 (33.2)	44 (19.2)	9 (3.9)	2.76	0.98
4	我不知該如何選擇良好的健康檢查機構	15 (6.6)	88 (38.4)	75 (32.8)	49 (21.4)	2 (0.9)	2.72	0.90
1	我會擔心健康檢查時，等候的時間過長	18 (7.9)	84 (36.7)	62 (27.1)	56 (24.5)	9 (3.9)	2.80	1.02

註1：非常同意5分，同意4分，普通3分，不同意2分，非常不同意1分。

註2：排序是依據各題的平均數，序號1為平均分數最高者。

註3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

表 4.2.6 (續) 大陸樣本之行動障礙描述性統計

排序	變項/類別	次數 (N=288)					平均數	標準差
		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)		
行動障礙								
3	我擔心健康檢查項目，無法涵蓋所有我擔心的健康問題	16 (5.6)	111 (38.5)	80 (27.8)	58 (20.1)	23 (8.0)	2.86	1.06
4	我擔心健康檢查花費較高，會給自己的經濟造成負擔	25 (8.7)	121 (42.0)	69 (24.0)	47 (16.3)	26 (9.0)	2.75	1.11
2	我不知該如何選擇良好的健康檢查機構	3 (1.0)	75 (26.0)	102 (35.4)	87 (30.2)	21 (7.3)	3.17	0.93
1	我會擔心健康檢查時，等候的時間過長	5 (1.7)	74 (25.7)	64 (22.2)	78 (27.1)	67 (23.3)	3.44	1.16

註1：非常同意5分，同意4分，普通3分，不同意2分，非常不同意1分。

註2：排序是依據各題的平均數，序號1為平均分數最高者。

註3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

5. 行動線索

行動線索構面共有 4 個題目，台灣受訪者之平均分為 3.01 分，大陸受訪者之總體平均分為 3.59 分，略高於台灣。台灣受訪者的結果中排在第一位的是「家人或朋友的經驗會增加我使用自費健康檢查服務的意願」，平均分為 3.10 分，其次是「就診時醫師的建議，能增加我使用自費健康檢查服務的意願」平均分為 3.04 分。在大陸受訪者的結果中，以「就診時醫師的建議，能增加我使用自費健康檢查服務的意願」平均分數最高，達到了 3.82 分，其次是「家人或朋友的經驗會增加我使用自費健康檢查服務的意願」，平均分為 3.80 分。從結果可以看到行動線索能增加民眾對自費健檢的使用意願，尤其是親友或醫師推薦或建議。詳如表 4.2.7 及表 4.2.7 續。

表 4.2.7 台灣樣本之行動線索描述性統計

		次數 (N=229)					平均數	標準差
排序	變項/類別	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	3.01	1.01
行動線索								
1	家人或朋友的經驗會增加我使用自費健康檢查服務的意願	29 (12.7)	55 (24.0)	40 (17.5)	74 (32.3)	31 (13.5)	3.10	1.27
2	就診時醫師的建議，能增加我使用自費健康檢查服務的意願	24 (10.5)	62 (27.1)	42 (18.3)	82 (35.8)	19 (8.3)	3.04	1.18
4	健康檢查機構或工作單位的健康宣導，會增加我使用自費健康檢查服務的意願	18 (7.9)	69 (30.1)	59 (25.8)	74 (32.3)	9 (3.9)	2.94	1.05
3	電視、報刊、雜誌等大眾傳播的相關報導宣傳會增加我使用自費健康檢查服務的意願	14 (6.1)	60 (26.2)	80 (34.9)	71 (31.0)	4 (1.7)	2.96	0.94

註 1：非常同意 5 分，同意 4 分，普通 3 分，不同意 2 分，非常不同意 1 分。

註 2：排序是依據各題的平均數，序號 1 為平均分數最高者。

註 3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

表 4.2.7 (續) 大陸樣本之行動線索描述性統計

排序	變項/類別	次數 (N=288)					平均數	標準差
		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	3.59	0.65
行動線索								
2	家人或朋友的經驗會增加我使用自費健康檢查服務的意願	1 (0.3)	15 (5.2)	68 (23.6)	161 (55.9)	43 (14.9)	3.80	0.77
1	就診時醫師的建議,能增加我使用自費健康檢查服務的意願	1 (0.3)	17 (5.9)	54 (18.8)	178 (61.8)	38 (13.2)	3.82	0.74
3	健康檢查機構或工作單位的健康宣導,會增加我使用自費健康檢查服務的意願	3 (1.0)	29 (10.1)	101 (35.1)	131 (45.5)	24 (8.3)	3.50	0.83
4	電視、報刊、雜誌等大眾傳播的相關報導宣傳會增加我使用自費健康檢查服務的意願	3 (1.0)	49 (17.0)	126 (43.8)	90 (31.3)	20 (6.9)	3.26	0.86

註 1：非常同意 5 分，同意 4 分，普通 3 分，不同意 2 分，非常不同意 1 分。

註 2：排序是依據各題的平均數，序號 1 為平均分數最高者。

註 3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

第三節 自費健檢使用情形描述性統計分析

一、自費健檢使用經驗

自費健檢使用經驗詳見表 4.3.1，調查的是民眾「過去三年內是否曾使用過自費健檢」，在台灣的 229 為受訪者中有 184 位受訪者有使用自費健檢，佔比 80.3%，大陸 288 位受訪者中，有 252 位有使用過自費健檢佔比達 87.5%。

接著本研究進一步詢問受訪者「過去使用自費健檢最主要的動機」，台灣民眾主要動機為「純粹基於“預防勝於治療”」，佔比達 75.1%，其次是「親友推薦」。大陸民眾的主要動機亦為「純粹基於“預防勝於治療”」以及「感覺身體不適或擔心自己生病了」，分別佔比為 50.2%、23.9%。從此研究結果可以發現，大陸仍有一大部分民眾感覺自己身體不適亦或者擔心自己生病了才會去使用自

費健檢。而台灣民眾主要是基於「預防勝於治療」的觀念會多一些。

二、自費健檢使用意願

在使用意願方面本研究詢問民眾「是否考慮過在未來 1-2 年內使用自費健檢」，台灣的 229 為受訪者中有 203 位受訪者有考慮過未來使用自費健檢，佔比 88.6%。不會考慮使用的僅為 26 人，佔比 11.4%。不會考慮使用的最主要因素是「費用的考量」，佔比 46.2%，其次是「覺得自己很健康不需要」，佔比為 23.1%。大陸的 288 位受訪者中，有 242 位有考慮過未來使用自費健檢，佔比達 84.0%。不考慮使用的有 46 位，佔比為 16%。大陸未來不考慮使用的最主要因素與台灣受訪者之結果一致，為費用的考量，佔比達到了 56.8%。其次是「上班忙，沒時間去」，佔比為 25.0%。本研究接著詢問有考慮使用的受訪者「若使用自費健檢，比較傾向選擇的健檢機構類型」，台灣民眾則較多傾向選擇專業健檢機構，佔比達 61.1%，其次為醫院附設之健檢中心，佔比為 38.4%。本研究受訪之大陸地區的受訪者超過半數較傾向選擇公立醫院附設之健康檢查中心，佔比為 52.1%，其次為專業健檢機構，佔比為 45.5%。

本研究進一步詢問有意願使用自費健檢的民眾「完全自費的健康檢查（價格越高，檢查項目越高階、越完整全面）願意給付的價格」，台灣民眾願意給付的價格為新台幣「10,000-20,000 元」人數最多，為 55 人，佔比 27.1%，其次是「5,000-10,000 元」以及「20,000-30,000 元」，佔比皆為 23.6%，台灣受訪者願意給付的價格在新台幣 30,000 元以上者達到了 20.7%。大陸民眾願意給付的價格分佈則較為均勻，大部分集中在「1,001-1,500」、「1,501-2,000 元」、「2,001-3,000」、「3,001-4,000」人民幣之間，佔比分別為 12.8%、15.7%、16.9% 和 12.4%。願意給付的價格在 7,000 元人民幣（約新台幣 30,000 元）以上者僅佔 9.4%。

整體而言，比較兩岸受訪者願意給付的價格可以發現，台灣受訪民眾願意給付較高價格的比例明顯高於大陸民眾，亦可說明台灣民眾更願意花費較多的錢在自費的預防保健服務上。

表 4.3.1 兩岸受訪民眾之自費健檢經驗與使用意願描述性統計

變項/類別	台灣樣本	大陸樣本
	人數 (%)	人數 (%)
過去三年內是否曾使用過自費健檢	(N=229)	(N=288)
使用過	184 (80.3)	252 (87.5)
沒使用過	45 (19.7)	36 (12.5)
過去使用自費健檢最主要的動機	(N=185)	(N=251)
感覺身體不適或擔心自己生病了	12 (6.5)	60 (23.9)
純粹基於“預防勝於治療”	139 (75.1)	126 (50.2)
親友推薦	14 (7.6)	9 (3.6)
醫師建議	2 (1.1)	23 (9.2)
沒有症狀但家族有慢性病或癌症史	5 (2.7)	4 (1.6)
想做的體檢專案醫保不報銷	6 (3.2)	3 (1.2)
有促銷活動	2 (1.1)	7 (2.8)
工作單位入職體檢或學生入學體檢	5 (2.7)	19 (7.6)
是否考慮過在未來 1-2 年內使用自費健檢	(N=229)	(N=288)
是，考慮過	203(88.6)	242(84.0)
否，不曾考慮	26(11.4)	41(16.0)
若使用自費健檢，比較傾向選擇的健檢機構類型	(N=203)	(N=242)
公立醫院體檢中心/醫院附設之健康檢查中心	78(38.4)	126(52.1)
專業的體檢機構	124(61.1)	110(45.5)
民營醫院體檢中心/其他一般性診所	1(0.5)	6(2.5)

表 4.3.1 (續) 兩岸受訪民眾之自費健檢經驗與使用意願描述性統計

變項/類別	台灣樣本	大陸樣本
不考慮在未來 1-2 年內使用自費健檢的最主要原因是	(N=26)	(N=44)
覺得自己很健康不需要	6 (23.1)	2(4.5)
費用的考量	12(46.2)	25(56.8)
上班忙，沒時間去	0	11(25.0)
不了解自己該做什麼檢查，怕白花錢	0	1(2.3)
怕檢查後發現更多的問題造成心理負擔	1(3.8)	2(4.5)
對健檢的品質及報告沒信心	2(7.7)	0
國民健康署有提供免費成人健檢/工作單位提供的員工健檢已能滿足需求	5(19.2)	3(6.8)

完全自費的健康檢查（價格越高，檢查項目越高階、越完整）願意給付的價格

大陸樣本 (N=242)		台灣樣本 (N=203)	
價格	N (%)	價格	N (%)
500 元及以下	8(3.3)	5,000 元以下	10(4.9)
501-1,000 元	24(9.9)	5,000-10,000 元	48(23.6)
1,001-1,500 元	31(12.8)	10,001-20,000 元	55(27.1)
1,501-2,000 元	38(15.7)	20,001-30,000 元	48(23.6)
2,001-3,000 元	41(16.9)	30,001-40,000 元	20(9.9)
3,001-4,000 元	30(12.4)	40,001-50,000 元	12(5.9)
4,001-5,000 元	24(9.9)	50,000 元及以上	10(4.9)
5,001-7,000 元	19(7.9)		
7,001-9,000 元	12(5.0)		
9,001-11,000 元	8(3.3)		
11,001 元及以上	7(2.9)		

註：台灣使用幣別為新台幣 (TWD)，大陸使用幣別為人民幣 (CNY)

三、民眾選擇使用自費健檢的相關因素影響

本研究根據過去的文獻整理歸納出 9 個可能影響民眾選擇使用自費健檢的相關因素，分別為「健檢所需時間」、「健檢費用」、「健檢機構類型」、「是否有先進的儀器設備」、「健檢機構的服務」、「健檢機構環境」、「健康管理服務」、「健檢機構的宣導」、「健檢套餐的多樣化」。採用 Likert 5 點量表來問受訪者之同意程度，量表分數計算「非常不同意」1 分、「不同意」2 分、「普通」3 分、「同意」4 分、「非常同意」5 分。

將每一題進行平均分的排序，從高分到低分，本研究受訪的台灣民眾最在意也是影響民眾選擇使用自費健檢最為顯著的因素是「健檢套餐的多樣化」，超過半數的民眾選擇了同意及非常同意，平均分高達 3.25 分，其次是健檢機構的環境（如：交通的便利性、是否有獨立的健檢空間、專門的休息區等）以及健檢所需花費的時間。排在第三的是是否有「時間」，說明時間也是影響民眾選擇是否使用自費健檢的重要因素之一，與過去眾多研究結果相類似。根據過去的許多研究發現「價格」是一個影響民眾選擇使用自費健檢較為顯著的因數，可在本研究就中價格卻是排在最後的影響因素。得出此結果的原因可能與收案的對象有關係，因為所收案的對象皆是社經地位較高的民眾，因此價格可能對受訪者而言並非是一個很重要的影響因素。

在大陸深圳地區的樣本中，發現，大陸民眾最在意的也是最能夠影響其選擇使用自費健檢的因素是健康檢查機構的服務（如：醫護人員服務態度、檢查流程順暢、報告解說是否詳盡等），平均分達到了 4.07 分，選擇同意及非常同意的民眾佔比達到了 81%，說明瞭大陸民眾非常在乎此因素，現如今不管是在大陸亦或是台灣醫患關係的維護都是非常值得且非常重要的議題，良好的醫患關係可以更加有利於醫生與患者的溝通，因此，醫護人員的服務態度起到了非常大的作用。其次是健檢機構的環境（如：交通的便利性、是否有獨立的健檢空間、專門的休息區等），平均分亦非常高，為 3.92 分，也說明了環境依舊是影響民眾選擇的一個非常重要的因素之一，此研究結果與過去研究者之研究結果略同。排在最後的是「健康檢查的費用」，平均分為 3.00 分。兩岸的結果皆說明的價格已經不是影響民眾選擇是否使用自費健檢的最主要因素之一了。亦說明了民眾的觀念與過去有所改變。

表 4.3.2 影響民眾選擇自費健檢相關因素描述性統計 (台灣)

排序	變項/類別	次數 (N=203)					平均值	標準差
		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)		
相關影響因素								
3	如果健檢需要花1 或2 天的時間，會影響您選擇使用自費健檢	12 (5.9)	40 (19.7)	91 (44.8)	53 (26.1)	7 (3.4)	3.02	0.91
9	健康檢查的價格，會影響您選擇使用自費健檢	26 (12.8)	49 (24.1)	50 (24.6)	69 (34.0)	9 (4.4)	2.93	1.13
8	健康體檢機構的類型，會影響您選擇使用自費健檢	17 (8.4)	55 (27.1)	59 (29.1)	65 (32.0)	7 (3.4)	2.95	1.03
4	是否有先進儀器設備【如：MRI(核磁共振)、PET-CT(正子造影)等】，會影響您選擇使用自費健康檢查	27 (13.3)	50 (24.6)	37 (18.2)	73 (36.0)	16 (7.9)	3.01	1.21
6	健康檢查機構的服務(如：醫護人員服務態度、檢查流程順暢、報告解說是否詳盡等)，會影響您選擇是否去做自費體檢	50 (24.6)	35 (17.2)	13 (6.4)	79 (38.9)	26 (12.8)	2.98	1.44
2	健檢機構的環境(如：交通的便利性、是否有獨立的體檢空間、專門的休息區等)，會影響您選擇是否去做自費健檢	45 (22.2)	36 (17.7)	12 (5.9)	77 (37.9)	33 (16.3)	3.08	1.45
5	健檢機構是否有後續的健康管理(如：飲食建議、定期追蹤複檢、提供專業的健康教育資訊等)，會影響您選擇是否去做自費健檢	32 (15.8)	44 (21.7)	42 (20.7)	61 (30.0)	24 (11.8)	3.00	1.28
6	健檢機構的宣傳(活動廣告、報刊雜誌報導、專業人員建議、親朋好友推薦、網路宣傳等)，會影響您選擇是否去做自費健檢	15 (7.4)	47 (23.2)	76 (37.4)	56 (27.6)	9 (4.4)	2.98	0.99
1	健檢機構體檢套餐的多樣化，會影響您選擇是否去做自費健檢	26 (12.9)	48 (23.8)	16 (7.9)	72 (35.6)	40 (19.8)	3.25	1.36

註1：非常同意5分，同意4分，普通3分，不同意2分，非常不同意1分。

註2：排序是依據各題的平均數，序號1為平均分數最高者。

註3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

表 4.3.2 (續) 影響民眾選擇自費健檢相關因素描述性統計分析 (大陸)

排序	變項/類別	次數 (N=247)					平均值	標準差
		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		
		人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)		
相關影響因素								
8	如果健檢需要花1 或2 天的時間，會影響您選擇使用自費健檢	12 (5.0)	65 (26.9)	84 (34.7)	71 (29.3)	10 (4.1)	3.01	0.96
9	健康檢查的價格，會影響您選擇使用自費健檢	3 (1.2)	90 (37.2)	59 (24.4)	83 (28.8)	7 (2.4)	3.00	0.94
5	健康體檢機構的類型，會影響您選擇使用自費健檢	3 (1.2)	28 (11.6)	46 (19.0)	136 (56.2)	29 (12.0)	3.66	0.88
4	是否有先進儀器設備【如：MRI (核磁共振)、PET-CT(正子造影) 等】，會影響您選擇使用自費健康檢查	4 (1.7)	13 (5.4)	40 (16.5)	155 (64.0)	30 (12.4)	3.80	0.78
1	健康檢查機構的服務(如：醫護人員服務態度、檢查流程順暢、報告解說是否詳盡等)，會影響您選擇是否去做自費體檢	0 (0.0)	18 (7.4)	28 (11.6)	116 (47.9)	80 (33.1)	4.07	0.86
2	健檢機構的環境(如：交通的便利性、是否有獨立的體檢空間、專門的休息區等)，會影響您選擇是否去做自費健檢	1 (0.4)	28 (11.6)	33 (13.6)	107 (44.2)	73 (30.2)	3.92	0.97
3	健檢機構是否有後續的健康管理(如：飲食建議、定期追蹤複檢、提供專業的健康教育資訊等)，會影響您選擇是否去做自費健檢	2 (0.8)	15 (6.2)	46 (19.0)	127 (52.5)	52 (21.5)	3.87	0.85
7	健檢機構的宣傳(活動廣告、報刊雜誌報導、專業人員建議、親朋好友推薦、網路宣傳等)，會影響您選擇是否去做自費健檢	5 (2.1)	30 (12.4)	106 (43.8)	87 (36.0)	14 (5.8)	3.31	0.84
6	健檢機構體檢套餐的多樣化，會影響您選擇是否去做自費健檢	3 (1.2)	21 (8.7)	66 (27.3)	130 (53.7)	22 (9.1)	3.61	0.82

註1：非常同意5分，同意4分，普通3分，不同意2分，非常不同意1分。

註2：排序是依據各題的平均數，序號1為平均分數最高者。

註3：上表中無遺漏值，因此為未將其列入，且遺漏值為計算平均數與標準差。

第四節 自費健檢使用情形與健康素養、健康信念之 t 檢定分析

自費健檢的使用情形主要探討「過去三年內的使用經驗」以及「未來兩年內的使用意願」，使用經驗為分為「有使用過」和「未曾使用過」，未來使用意願的部分則分為「是，考慮過」和「否，不曾考慮」。為檢定各變項與「健康素養」、「自費健檢信念」是否有顯著差異，使用獨立樣本 t 檢定。

(一) 自費健檢使用情形與健康素養之 t 檢定分析

下表 4.4.1 是台灣受訪者自費健檢使用情形與健康素養之 t 檢定分析，在健康素養方面，自費健檢使用經驗 ($t=11.902$, $P<0.001$) 與未來使用意願 ($t=11.396$, $P<0.001$) 均有顯著。在自費健檢使用經驗方面，有使用過自費健檢民眾之健康素養分數為 10.696，而沒有使用經驗的民眾之健康素養分數為 9.067，有使用過的民眾之健康素養分數明顯高於未曾使用過的民眾。在使用意願方面，有使用意願民眾之健康素養分數明顯高於無使用意願民眾之健康素養分數。

下表 4.4.1(續)是大陸受訪者自費健檢使用情形與健康素養之 t 檢定分析，在健康素養方面，自費健檢使用經驗 ($t=6.887$, $P<0.001$) 與未來使用意願 ($t=9.566$, $P<0.001$) 均有顯著。在自費健檢使用經驗方面，有使用過自費健檢民眾之健康素養分數明顯高於未曾使用過自費健檢的民眾。在使用意願方面，有使用意願民眾之健康素養分數亦明顯高於無使用意願民眾之健康素養分數。

表 4.4.1 自費健檢使用情形與健康素養之 t 檢定分析 (台灣)

變項名稱	健康素養				
	人數	平均數	標準差	t 值	P
自費健檢使用經驗				11.902 ^{***}	<0.001
有使用過	184	10.696	0.614		
未曾使用過	45	9.067	1.388		
未來使用意願				11.396 ^{***}	<0.001
是，考慮過	203	10.601	0.734		
否，未考慮	26	8.615	1.416		

註：* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ ，*** $P<0.001$

表4.4.1 (續) 自費健檢使用情形與健康素養之t檢定分析 (大陸)

變項名稱	人數	平均數	健康素養		
			標準差	t值	
自費健檢使用經驗				6.887^{***}	<0.001
有使用過	252	10.552	0.794		
未曾使用過	36	9.472	1.341		
未來使用意願				9.566^{***}	<0.001
是，考慮過	242	10.612	0.786		
否，未考慮	46	9.348	1.016		

註：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

(二) 自費健檢使用情形與自費健檢信念各構面之 t 檢定分析

1. 自覺罹病性與自覺嚴重性

表 4.4.2 是大陸受訪者自費健檢使用情形與健康信念之「自覺罹病性」、「自覺嚴重性」之 t 檢定分析，在自覺罹病性方面，自費健檢的使用經驗 ($t=5.663$, $P < 0.001$) 與未來使用意願 ($t=5.359$, $P < 0.001$) 均有顯著。有自費健檢使用經驗與使用意願民眾之「自覺罹病性」分數明顯高於無使用經驗與無使用意願的民眾。在「自覺嚴重性」方面，自費健檢的使用經驗 ($t=7.052$, $P < 0.001$) 與未來使用意願 ($t=6.074$, $P < 0.001$) 亦有顯著。有自費健檢使用經驗與使用意願民眾之「自覺嚴重性」分數亦明顯高於無使用經驗和使用意願的民眾。

表 4.4.2(續)是大陸受訪者自費健檢使用情形與健康信念之「自覺罹病性」、「自覺嚴重性」之 t 檢定分析，在自覺罹病性方面，自費健檢的使用經驗 ($t=4.009$, $P < 0.001$) 與未來使用意願 ($t=7.097$, $P < 0.001$) 均有顯著。表示有自費健檢使用經驗與使用意願民眾之「自覺罹病性」分數明顯高於無使用經驗與無使用意願的民眾。在「自覺嚴重性」方面，自費健檢的使用經驗 ($t=3.700$, $P < 0.001$) 與未來使用意願 ($t=6.779$, $P < 0.001$) 亦有顯著。有自費健檢使用經驗與使用意願民眾之「自覺嚴重性」分數明顯高於無使用經驗與無使用意願的民眾。

表4.4.2自費健檢使用情形與自覺罹病性/自覺嚴重性之t檢定分析(台灣)

變項名稱	人 數	自覺罹病性				自覺嚴重性			
		平均數	標準差	t	P	平均數	標準差	t	P
自費健檢使 用經驗				5.663 ^{***}	<0.001			7.052 ^{***}	<0.001
有使用過	184	3.182	0.634			3.176	0.626		
未曾使用過	45	2.594	0.597			2.459	0.543		
使用意願				5.359 ^{***}	<0.001			6.074 ^{***}	<0.001
是，考慮過	203	3.147	0.633			3.125	0.633		
否，未考慮	26	2.442	0.614			2.333	0.558		

註：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

表4.4.2 (續) 自費健檢使用情形與自覺罹病性/自覺嚴重性之t檢定分析(大陸)

變項名稱	人 數	自覺罹病性				自覺嚴重性			
		平均數	標準差	t	P	平均數	標準差	t	P
自費健檢使 用經驗				4.009 ^{***}	<0.001			3.700 ^{***}	<0.001
有使用過	252	3.047	0.786			3.155	0.749		
未曾使用過	36	2.500	0.601			2.667	0.671		
未來使用意 願				7.097 ^{***}	<0.001			6.779 ^{***}	<0.001
是，考慮過	242	3.111	0.768			3.216	0.750		
否，未考慮	46	2.283	0.530			2.449	0.360		

註：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

2. 行動利益與行動障礙

表 4.4.3 是台灣受訪者自費健檢使用情形與「行動利益」、「行動障礙」之 t 檢定分析，在行動利益方面，自費健檢的使用經驗 (t=6.840, P<0.001) 與未來使用意願 (t=4.830, P<0.001) 均有顯著。表示有自費健檢使用經驗與使用意願民眾之「行動利益」分數高於無使用經驗與無使用意願的民眾。在「行動障礙」方面，自費健檢的使用經驗 (t=-6.191, P<0.001) 與未來使用意願 (t=-6.491, P<0.001) 亦有顯著。有自費健檢使用經驗與使用意願民眾之「行動障礙」分數低於無使用經驗與無使用意願的民眾。這也說明了，過去有使用經驗的與未來有使用意願的民眾在自費健檢方面會有較低的行動障礙。

表 4.4.3(續)是大陸受訪者自費健檢使用情形與「行動利益」、「行動障礙」之 t 檢定分析，在行動利益方面，自費健檢的使用經驗 (t=3.955, P<0.001) 與未來使用意願 (t=9.062, P<0.001) 均有顯著。表示有自費健檢使用經驗與使用意願民眾之「行動利益」分數高於無使用經驗與無使用意願的民眾。在「行動障礙」方面，自費健檢的使用經驗 (t=-4.753, P<0.001) 與未來使用意願 (t=-13.538, P<0.001) 亦有顯著。有自費健檢使用經驗與使用意願民眾之「行動障礙」分數低於無使用經驗與無使用意願的民眾。

表 4.4.3 自費健檢使用情形與行動利益/行動障礙之 t 檢定分析 (台灣)

變項名稱	人 數	行動利益				行動障礙			
		平均數	標準差	t	P	平均數	標準差	t	P
自費健檢 使用經驗				6.840 ^{***}	<0.001			-6.191 ^{***}	<0.001
有使用過	184	3.967	0.882			2.618	0.664		
未曾使用 過	45	2.978	0.819			3.356	0.902		
未來使用 意願				4.830 ^{***}	<0.001			-6.491 ^{***}	<0.001
是，考慮過	203	3.877	0.920			2.654	0.704		
否，未考慮	26	2.962	0.824			3.615	0.769		

註：*P<0.05，**P<0.01，***P<0.001

表 4.4.3 (續) 自費健檢使用情形與行動利益/行動障礙之 t 檢定分析 (大陸)

變項名稱	人 數	行動利益				行動障礙			
		平均數	標準差	t	P	平均數	標準差	t	P
自費健檢使 用經驗				3.955 ^{***}	<0.001			-4.753 ^{***}	<0.001
有使用過	252	4.472	0.610			2.964	0.872		
未曾使用過	36	4.028	0.765			3.701	0.862		
未來使用意 願				9.062 ^{***}	<0.001			-13.538 ^{***}	<0.001
是，考慮過	242	4.550	0.574			2.811	0.740		
否，未考慮	46	3.714	0.554			4.348	0.484		

註：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

3. 行動線索

表 4.4.4 是台灣受訪者自費健檢使用情形與「行動線索」之 t 檢定分析，在「行動線索」方面，自費健檢使用經驗 ($t=2.452$, $P < 0.001$) 與未來使用意願 ($t=3.373$, $P < 0.001$) 均有顯著。自費健檢使用經驗方面，有使用過自費健檢民眾之行動線索分數高於未曾使用過自費健檢的民眾。在未來使用意願方面，有使用意願民眾之行動線索分數明顯高於無使用意願民眾之行動線索分數。

表 4.4.4 (續) 是大陸受訪者自費健檢使用情形與「行動線索」之 t 檢定分析，在「行動線索」方面，自費健檢使用經驗 ($t=3.698$, $P < 0.001$) 與未來使用意願 ($t=5.942$, $P < 0.001$) 均有顯著。在自費健檢使用經驗方面，有使用過自費健檢民眾之行動線索分數略高於未曾使用過自費健檢的民眾。在未來使用意願方面，有使用意願民眾之行動線索分數亦明顯高於無使用意願民眾之行動線索分數。

表4.4.4 自費健檢使用情形與行動線索之t檢定分析 (台灣)

變項名稱	人數	行動線索			
		平均數	標準差	t	P
自費健檢使用經驗				2.452 [*]	<0.05
有使用過	184	3.092	1.049		
未曾使用過	45	2.683	0.784		
未來使用意願				3.373 ^{***}	<0.001
是，考慮過	203	3.091	1.028		
否，未考慮	26	2.394	0.633		

註：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

表4.4.4 (續) 自費健檢使用情形與行動線索之t檢定分析 (大陸)

變項名稱	人數	行動線索			
		平均數	標準差	t	P
自費健檢使用經驗				3.698 ^{***}	<0.001
有使用過	252	3.646	0.635		
未曾使用過	36	3.229	0.611		
未來使用意願				5.942 ^{***}	<0.001
是，考慮過	242	3.687	0.644		
否，未考慮	46	3.103	0.382		

註：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

第五節 人口學基本特性與自費健檢使用情形雙變項卡方檢定

本節主要以卡方檢定分析兩岸不同人口學基本特性包括性別、年齡、職業、教育程度、婚姻狀況、目前經濟狀況、自覺健康狀況等與自費健檢的使用經驗、使用意願間是否呈現顯著相關。

一、受訪者人口學特性與自費健檢使用經驗之卡方檢定分析

受訪者的人口學特性包括性別、年齡、職業、教育程度、婚姻狀況、目前經濟狀況、自覺健康狀況等變項。在進行卡方檢定分析時，將年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、個人平均月收入（經濟狀況）及自覺健康狀況各分成兩組；職業別台灣分為三組，大陸分為四組；具體分組如表 4.5.1、表 4.5.1 續所示。

將自費健檢過去使用經驗分為「有使用過」和「沒使用過」時，進行卡方檢定發現台灣受訪者的人口學特性方面，性別 ($\chi^2=6.478^*$, $P<0.05$)、年齡 ($\chi^2=9.779^{**}$, $P<0.01$)、職業 ($\chi^2=8.963^*$, $P<0.05$)、教育程度 ($\chi^2=15.958^{***}$, $P<0.001$)、婚姻狀況 ($\chi^2=16.389^{***}$, $P<0.001$)、平均月收入 ($\chi^2=16.254^{***}$, $P<0.001$) 和自覺健康狀況 ($\chi^2=5.357^*$, $P<0.05$) 等在自費健檢使用經驗方面皆有顯著。

在未來使用意願方面，將使用意願分成「有意願」及「無意願」，進行卡方檢定發現，台灣的受訪者之性別 ($\chi^2=19.123^{***}$, $P<0.001$)、年齡 ($\chi^2=8.367^*$, $P<0.05$)、職業 ($\chi^2=11.792^{**}$, $P<0.01$)、教育程度 ($\chi^2=16.571^{***}$, $P<0.001$)、婚姻狀況 ($\chi^2=26.400^{***}$, $P<0.001$)、個人平均月收入 ($\chi^2=12.195^{***}$, $P<0.001$) 和自覺健康狀況 ($\chi^2=5.839^*$, $P<0.05$) 等在自費健檢未來使用意願方面皆有顯著。

表4.5.1 人口學變項與自費健檢使用情形雙變項卡方檢定 (台灣)

變項名稱	過去使用經驗		χ^2	未來使用意願		χ^2
	有使用過 人數 %	沒使用過 人數 %		有意願 人數 %	無意願 人數 %	
性別			6.478*			19.123***
男	68(72.3)	26(27.7)		73 (77.7)	21(22.3)	
女	116(85.9)	19(14.1)		130(96.3)	5 (3.7)	
年齡			9.779**			8.367**
青年	83(72.2)	32(27.8)		95 (82.6)	20(17.4)	
中老年	101(88.6)	13(11.4)		108(94.7)	6 (5.3)	
職業			8.963*			11.792**
軍公教	68 (85.0)	12 (15.0)		76 (95.0)	4 (5.0)	
服務業	84 (84.0)	16 (16.0)		90 (90.0)	10(10.0)	
其他	32(65.3)	17(34.7)		37 (75.5)	12(24.5)	
教育程度			15.958***			16.571***
專科以下	16(53.3)	14(46.7)		20 (66.7)	10(33.3)	
專科及以上	168(84.4)	31(15.6)		183(92.0)	16 (8.0)	
婚姻狀況			16.389***			26.400***
無配偶	39 (62.9)	23 (37.1)		44 (71.0)	18(29.0)	
有配偶	145(86.8)	22 (13.2)		159(95.2)	8 (4.8)	
個人平均月收入			16.254***			12.195***
平均薪資以下	109(72.7)	41 (27.3)		125(83.3)	25(16.7)	
平均薪資以上	75 (94.9)	4 (5.1)		78 (98.7)	1 (1.3)	
自覺健康狀況			5.357*			5.839*
自覺良好	60 (72.3)	23 (27.7)		68(81.9)	15(18.1)	
自覺不良	124(84.9)	22 (15.1)		135(92.5)	11(7.5)	

註：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

表 4.5.1(續)是大陸的受訪者之人口學變項與自費健檢使用情形卡方檢定，發現在年齡 ($\chi^2=6.957^{**}$, $P<0.01$)、職業 ($\chi^2=10.374^*$, $P<0.05$)、婚姻狀況 ($\chi^2=4.609^*$, $P<0.05$)、個人平均月收入 ($\chi^2=5.576^*$, $P<0.05$) 和自覺健康狀況 ($\chi^2=33.858^{***}$, $P<0.001$) 在自費健檢使用經驗方面皆有顯著。

在未來使用意願方面，將使用意願分成「有意願」及「無意願」，進行卡方檢定發現，大陸的受訪者在性別 ($\chi^2=5.140^*$, $P<0.05$)、年齡 ($\chi^2=24.365^{***}$, $P<0.001$)、職業 ($\chi^2=21.492^{***}$, $P<0.001$)、教育程度 ($\chi^2=8.341^{**}$, $P<0.01$)、個人平均月收入 ($\chi^2=32.833^{***}$, $P<0.001$) 和自覺健康狀況 ($\chi^2=8.269^{**}$, $P<0.01$) 與未來有無意願參加自費健檢有顯著性差異。

表4.5.1 (續) 人口學變項與自費健檢使用情形雙變項卡方檢定 (大陸)

變項名稱	過去使用經驗		χ^2	未來使用意願		χ^2
	有使用過	沒使用過		有意願	無意願	
	人數 %	人數 %		人數 %	人數 %	
性別			0.008			5.140*
男	131(87.3)	19(12.7)		119(79.3)	31(20.7)	
女	121(87.7)	17(12.3)		123(89.1)	15(10.9)	
年齡			6.957**			24.365***
青年	153(83.6)	30(16.4)		139(76.0)	44(24.0)	
中老年	99(94.3)	6(5.7)		103(98.1)	2(1.9)	
職業			10.374*			21.492***
軍公教	77(93.9)	5(6.1)		79(96.3)	3(3.7)	
服務業	82(81.2)	19(18.8)		80(79.2)	21(20.8)	
私營企業主	43(95.6)	2(4.4)		41(91.1)	4(8.9)	
其他	50(83.3)	10(16.7)		42(70.0)	18(30.0)	
教育程度			2.863			8.341**
專科以下	41(80.4)	10(19.6)		36(70.6)	15(29.4)	
專科及以上	211(89.0)	26(11.0)		206(86.9)	31(13.1)	
婚姻狀況			4.609*			1.552
無配偶	35(77.8)	10(22.2)		35(77.8)	10(22.2)	
有配偶	217(89.3)	26(10.7)		207(85.2)	36(14.8)	
個人平均月收入			5.576*			32.833***
平均薪資以下	95(81.9)	21(18.1)		83(69.0)	36(31.0)	
平均薪資以上	157(91.3)	15(8.7)		162(94.2)	10(5.8)	
自覺健康狀況			33.858***			8.269**
自覺良好	77(72.6)	29(27.4)		91(76.5)	28(23.5)	
自覺不良	175(96.2)	7(3.8)		151(89.3)	18(10.7)	

註：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

第六節 人口學特性與健康素養、自費健檢信念之差異性分析

本節是以單因數變異數分析 (One-way ANOVA) 檢驗不同個人背景變項中之多類別變項，包括年齡、職業、教育程度、婚姻狀況、目前經濟狀況 (個人平均月收入)、自覺健康狀況等，上述不同背景受訪者之健康素養、健康信念 (五個構面) 是否受人口學變項影響而存在顯著差異。針對有差異的部分，再使用 Scheffe Test Method 進行事後多重比較。

一、人口學特性與健康素養之關係

將台灣研究對象之人口學特性與健康素養的關係統計結果製成表 4.5.1，發現在性別 ($t=-4.888, P<0.001$)、年齡 ($t=-2.713, P<0.01$)、職業 ($F=9.635, P<0.001$)、教育程度 ($t=-6.574, P<0.001$)、婚姻狀況 ($t=-4.805, P<0.001$)、個人平均月收入 ($t=-3.444, P<0.001$)、自覺健康狀況 ($t=-4.691, P<0.001$) 和願意給付最高價格 ($F=3.655, P<0.05$) 等變項均達顯著水準。

經過 Scheffe 法事後多重比較發現：健康素養分數在性別方面女性的分數要高於男性。在職業方面，職業為「軍公教」者之健康素養分數要高於職業為「其他」，其他裡面包括「農漁牧」、「工業」、「家管」、「無業」等。在教育程度方面，教育程度為「專科及以上」者之健康素養分數要高於「專科以下」者。婚姻狀況方面則是「有配偶」者之健康素養分數明顯高於「無配偶」者。在經濟狀況方面，個人平均月收入為「平均薪資以上」者之健康素養分數要高於個人平均月收入為「平均薪資以下」者。自覺健康狀況為「自覺不良」者的健康素養分數要高於自覺健康狀況「自覺良好」者，此外還加入探討了自費健檢願意給付的最高價格，發現願意給付價格為「三萬以上」者之健康素養明顯高於願意給付最高價格為「一萬以下」者。

表4.6.1人口學特性與健康素養之關係(台灣)

變項名稱	人數	平均數	F/t 值	Scheffe
性別			-4.888 ^{***}	
男	94	9.989		
女	135	10.644		
年齡			-2.713 ^{**}	
青年	115	10.191		
中老年	114	10.561		
職業			9.635 ^{***}	
軍公教(1)	80	10.625		1>3
服務業(2)	100	10.440		2>3
其他(3)	49	9.837		
教育程度			-6.574 ^{***}	
專科以下	30	9.300		
專科及以上	199	10.538		
婚姻狀況			-4.805 ^{***}	
無配偶	62	9.855		
有配偶	167	10.569		
個人平均月收入			-3.444 ^{***}	
平均薪資以下	150	10.207		
平均薪資以上	79	10.696		
自覺健康狀況			-4.691 ^{***}	
自覺良好	83	9.964		
自覺不良	146	10.610		
願意給付最高價格			3.655 [*]	
3萬以上(1)	42	10.857		1>4
2-3萬(2)	48	10.604		3>4
1-2萬(3)	55	10.636		
1萬以下(4)	58	10.379		

註：* $P \leq 0.05$ ，** $P \leq 0.01$ ，*** $P \leq 0.001$

本研究將大陸研究對象之人口學特性與健康素養關係之統計結果製成表 4.6.1 續，發現在性別 ($t=-2.064, P<0.05$)、年齡 ($t=-5.008, P<0.001$)、職業 ($F=8.435, P<0.001$)、教育程度 ($t=-6.285, P<0.001$)、婚姻狀況 ($t=-2.726, P<0.01$)、個人平均月收入 ($t=-5.645, P<0.001$)、自覺健康狀況 ($t=-2.364, P<0.05$) 和願意給付的最高價格 ($F=39.618, P<0.001$) 等變項均呈現顯著差異。

經過 Scheffe 法事後多重比較發現：在性別方面雖有差異，但差異並不是非常地大。年齡方面「中老年」者在健康素養分數上要高於「青年」者。在職業方面，職業為「軍公教」、「私營企業主」者之健康素養分數要高於職業為「其他」者。在教育程度方面，教育程度為「專科及以上」者之健康素養分數要高於「專科以下」者。婚姻狀況方面則是「有配偶」者之健康素養分數明顯高於「無配偶」者。在經濟狀況方面，個人平均月收入為「平均薪資以上」者之健康素養分數要高於個人平均月收入為「平均薪資以下」者。自覺健康狀況為「自覺不良」者的健康素養分數稍高於自覺健康狀況「自覺良好」者。願意給付最高價格方面，願意給付價格為 5,000 元以上者之健康素養分數高於 3,000 元以下者。願意給付的價格越高，健康素養分數越高。

表 4.6.1 (續) 人口學特性與健康素養之關係 (大陸)

變項名稱	人數	平均數	F/t 值	Scheffe
性別			-2.064*	
男	150	10.307		
女	138	10.536		
年齡			-5.008***	
青年	183	10.213		
中老年	105	10.771		
職業			8.435***	
軍公教 (1)	82	10.671		1>4
服務業 (2)	101	10.337		3>4
私營企業主 (3)	45	10.711		
其他 (4)	60	9.983		

接上表4.6.1 (續)

變項名稱	人數	平均數	F/t 值	Scheffe
教育程度			-6.285***	
專科以下	51	9.706		
專科及以上	237	10.570		
婚姻狀況			-2.726**	
無配偶	45	10.067		
有配偶	243	10.482		
個人平均月收入			-5.645***	
平均薪資以下	116	10.052		
平均薪資以上	172	10.663		
自覺健康狀況			-2.364*	
自覺良好	119	10.261		
自覺不良	169	10.527		
願意給付最高價格			39.618***	
5000 元以上 (1)	46	11.000		1>4
3000-5000 元 (2)	54	10.926		1>3
1000-3000 元 (3)	110	10.627		2>4
1000 元以下 (4)	32	9.531		3>4

註：* $P \leq 0.05$ ，** $P \leq 0.01$ ，*** $P \leq 0.001$

二、人口學特性與自費健檢信念 (五個構面) 之關係

將大陸研究對象之人口學特性與「自覺罹病性」、「自覺嚴重性」的關係統計結果製成表4.6.2及表4.6.2 (續)：

1. 自覺罹病性

自覺罹病性方面，台灣受訪者在年齡($t=-2.074, P<0.05$)、職業($F=4.078, P<0.05$)、教育程度($t=-2.749, P<0.01$)、婚姻狀況($t=-3.090, P<0.01$)、個人平均月收入($t=-3.571, P<0.001$)及健康素養($t=-6.279, P<0.001$)等

變項均呈現顯著差異。經過事後多重比較發現在年齡方面，年齡為「中老年」者之自覺罹病性明顯高於年齡為「青年」者；在職業方面，職業為「軍公教」者的自覺罹病性高於職業為「其他」者；教育程度為「專科及以上」者的自覺罹病性高於教育程度為「專科及以下」者；在個人平均月收入方面，收入為「平均薪資以上」者之自覺罹病性高於收入為「平均工資以下」者；健康素養方面則是「健康素養一般」者之自覺罹病性高於「健康素養較佳」者。

大陸受訪者在年齡 ($t=-4.732, P<0.001$)、職業 ($F=6.801, P<0.001$)、個人平均月收入 ($t=-4.758, P<0.001$)、自覺健康狀況 ($t=-3.482, P<0.001$)、願意給付的最高價格 ($F=6.827, P<0.001$) 及健康素養 ($t=-6.914, P<0.001$) 等變項均呈現顯著差異。

經過事後多重比較發現在年齡方面，年齡為「中老年」者之自覺罹病性明顯高於年齡為「青年」者。在職業方面，「私營企業主」之自覺罹病性分數明顯高於職業為「軍公教」及「其他」者。在個人平均月收入方面，收入為「平均薪資以上」者之自覺罹病性高於收入為「平均工資以下」者。願意給付價格方面發現願意給付的價格越高，自覺罹病性分數越高。在健康素養方面則是健康素養「一般」者之自覺罹病性高於健康素養「較佳」者。

2. 自覺嚴重性

自覺嚴重性方面，台灣受訪者在年齡 ($t=-2.793, P<0.01$)、職業 ($t=3.365, P<0.05$)、教育程度 ($t=-3.492, P<0.001$)、婚姻狀況 ($t=-4.823, P<0.01$)、個人平均月收入 ($t=-3.582, P<0.001$) 及健康素養 ($t=-5.843, P<0.001$) 等變項上均呈現顯著差異。年齡為「中老年」者之自覺嚴重性平均分數明顯高於年齡為「青年」者；在職業方面，職業為「軍公教」、「服務業」者之自覺嚴重性平均分數高於職業為「其他」者；教育程度為「專科及以上」者的自覺嚴重性平均分數高於教育程度為「專科及以下」者；在個人平均月收入方面，收入為「平均薪資以上」者之自覺嚴重性平均分數高於收入為「平均工資以下」者；健康素養方面則是健康素養「一般」者之自覺嚴重性高於健康素養「較佳」者。

大陸受訪者僅在職業 ($F=3.933, P<0.01$)、個人平均月收入 ($t=-2.764,$

$P < 0.01$)、自覺健康狀況 ($t = -2.854, P < 0.01$)、願意給付的最高價格 ($F = 3.441, P < 0.05$) 及健康素養 ($t = -6.964, P < 0.001$) 具有顯著差異。經過事後多重比較發現：私營企業主之自覺嚴重性平均分數明顯高於「軍公教」及「其他」職業者；自覺嚴重性平均分數越高，自費健檢願意給付的價格也越高。此外，也發現健康素養「一般」者之自覺嚴重性高於健康素養「較佳」者。

表 4.6.2 人口學特性及健康素養與自覺罹病性/自覺嚴重性之關係 (台灣)

變項名稱	人數	自覺罹病性			自覺嚴重性		
		平均數	F/t 值	Scheffe	平均數	F/t 值	Scheffe
性別			-1.667			-1.323	
男	94	2.979			2.965		
女	135	3.128			3.084		
年齡			-2.074*			-2.793**	
青年	115	2.976			2.913		
中老年	114	3.158			3.158		
職業			4.078*			3.365*	
軍公教 (1)	80	3.203		1>3	3.150		1>3
服務業 (2)	100	3.058		2>3	3.040		2>3
其他 (3)	49	2.962			2.837		
教育程度			-2.749**			-3.492***	
專科以下	30	2.758			2.644		
專科及以上	199	3.113			3.094		
婚姻狀況			-3.090**			-4.823***	
無配偶	62	2.847			2.699		
有配偶	167	3.148			3.160		
個人平均月收入			-3.571***			-3.582***	
平均工資以下	150	2.955			2.922		
平均工資以上	79	3.279			3.249		

接上表4.6.2

變項名稱	人數	自覺罹病性			自覺嚴重性		
		平均數	F/t值	Scheffe	平均數	F/t值	Scheffe
自覺健康狀況			-0.622			-1.275	
自覺良好	83	3.030			2.960		
自覺不良	146	3.087			3.078		
願意給付最高價格			0.197			1.599	
3萬以上(1)	42	3.202			3.278		
2-3萬(2)	48	3.130			3.146		
1-2萬(3)	55	3.159			3.121		
1萬以下(4)	58	3.108			3.000		
健康素養			-6.279***			-5.843***	
較佳	20	2.238			2.250		
一般	209	3.146			3.110		

註：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

表 4.6.2(續)人口學特性及健康素養與自覺罹病性/自覺嚴重性之關係(大陸)

變項名稱	人數	自覺罹病性			自覺嚴重性		
		平均數	F/t值	Scheffe	平均數	F/t值	Scheffe
性別			0.301			0.250	
男	150	2.992			3.104		
女	138	2.964			3.082		
年齡			-4.732***			-1.867	
青年	183	2.818			3.031		
中老年	105	3.257			3.203		
職業			6.801***			3.933**	
軍公教(1)	82	2.860		3>1	2.988		3>1
服務業(2)	101	3.050		3>4	3.158		3>4

接上表4.6.2 (續)

變項名稱	人數	自覺罹病性			自覺嚴重性		
		平均數	F/t值	Scheffe	平均數	F/t值	Scheffe
私營企業主 (3)	45	3.361			3.370		
其他 (4)	60	2.733			2.922		
教育程度			-1.061			-0.976	
專科以下	51	2.873			3.000		
專科及以上	237	3.001			3.114		
婚姻狀況			-1.873			-1.408	
無配偶	45	2.778			2.948		
有配偶	243	3.015			3.121		
個人平均月收入			-4.758 ^{***}			-2.764 ^{**}	
平均工資以下	116	2.720			2.945		
平均工資以上	172	3.153			3.194		
自覺健康狀況			-3.482 ^{***}			-2.854 ^{**}	
自覺良好	119	2.790			2.944		
自覺不良	169	3.111			3.199		
願意給付最高價格			6.827 ^{***}			3.411 [*]	
5000元以上 (1)	46	3.435		1>3	3.406		1>4
3000-5000元 (2)	54	3.292		1>4	3.358		
1000-3000元 (3)	110	2.964		2>4	3.146		
1000元以下 (4)	32	2.844			2.948		
健康素養			-6.914 ^{***}			-6.964 ^{***}	
較佳	106	2.590			2.717		
一般	182	3.205			3.313		

註：* $P < 0.05$ ，** $P \leq 0.01$ ，*** $P \leq 0.001$

三、人口學特性與行動利益、行動障礙和行動線索之關係

將大陸研究對象之人口學特性與「行動利益」、「行動障礙」和「行動線索」的關係統計結果製成表4.6.3及表4.6.3(續)：



1. 行動利益

在行動利益構面，在行動利益構面，台灣受訪者之婚姻狀況($t=-2.110$ ， $P<0.05$)、自覺健康狀況($t=-2.427$ ， $P<0.05$)、願意給付的最高價格($F=6.084$ ， $P<0.001$)及健康素養($t=-5.610$ ， $P<0.001$)等變項均有顯著。經過事後多重比較發現，有配偶者之行動利益平均分數會高於無配偶者，自覺健康狀況不良者之行動利益平均分數會高於自覺健康狀況良好者；願意給付價格較高者之行動利益平均分數會高於願意給付價格較低者；最後是健康素養方面，健康素養「較佳」者之行動利益分數遠遠高於健康素養「一般」者。

大陸受訪者之年齡($t=-5.407$ ， $P<0.001$)、職業($F=4.445$ ， $P<0.01$)、婚姻狀況($t=-2.340$ ， $P<0.05$)、個人平均月收入($t=-4.891$ ， $P<0.001$)、自覺健康狀況($t=-2.825$ ， $P<0.05$)、願意給付的最高價格($F=11.215$ ， $P<0.001$)及健康素養($t=-7.333$ ， $P<0.001$)等變項均有顯著。經過事後多重比較發現：年齡方面年紀較大者即「中老年」者之行動利益平均分數高於年紀較低者。職業為「私營企業主」者之行動利益平均分數明顯高於職業為「其他」者。個人平均月收入方面，收入為「平均薪資以上」者之行動利益平均分數高於收入為「平均薪資以下」者。願意給付的最高價格方面，願意給付價格為3,000元以上者高於願意給付1,000元及以下者；最後是健康素養方面，健康素養「較佳」者之行動利益分數遠遠高於健康素養「一般」者。

2. 行動障礙

在行動障礙構面，台灣受訪者之年齡($t=2.464$ ， $P<0.05$)、職業($F=6.602$ ， $P<0.01$)、婚姻狀況($t=3.384$ ， $P<0.001$)、個人平均月收入($t=3.076$ ， $P<0.01$)、自覺健康狀況($t=-2.412$ ， $P<0.05$)及健康素養($t=6.596$ ， $P<0.001$)等變項均有顯著。經過事後多重比較發現職業為「其他」者即包括「農漁牧」、「產業工人」、「家管」等職業者之行動障礙平均分數明顯高於職業為「軍公教」和「私營企業主」；此外，研究還發現「無配偶」者的行動障礙平均分數明顯

高於「有配偶」者；個人平均月收入較低者之行動障礙要高於個人平均月收入較高者。最後是健康素養，研究結果發現健康素養「一般」者之行動障礙分數遠遠高於健康素養「較佳」者，即健康素養越好，行動障礙分數越低。

大陸受訪者之年齡 ($t=6.395, P<0.001$)、職業 ($F=9.536, P<0.001$)、教育程度 ($t=4.282, P<0.001$)、婚姻狀況個 ($t=2.534, P<0.05$)、人平均月收入 ($t=6.838, P<0.001$)、願意給付的最高價格 ($F=23.710, P<0.001$) 及健康素養 ($t=9.395, P<0.001$) 等變項均有顯著。經過事後多重比較發現：大陸受訪者之結果與台灣受訪者之結果大致相同，亦是高社經地位者之行動障礙平均分數越低，行動障礙平均分數越高者自費健檢願意給付的最高價格越低。在健康素養方面大陸深圳地區的結果與台灣結果相同，即健康素養越好，行動障礙分數越低。

3. 行動線索

在行動線索構面，台灣受訪者在人口學變項方面並無發現有顯著之因子，但從統計結果可以發現，依舊存在社經地位較高者行動線索平均分數較高的情況。此外，健康素養方面在行動線索構面是有顯著差異的 ($t=-2.869, P<0.001$)，顯示健康素養「較佳」者之行動線索之平均分數要高於健康素養「一般」者。

大陸受訪者則在年齡 ($t=-3.356, P<0.001$)、職業 ($F=5.875, P<0.001$)、教育程度 ($t=-2.049, P<0.05$)、個人平均月收入 ($t=-4.437, P<0.001$)、願意給付的最高價格 ($F=7.467, P<0.001$) 及健康素養 ($t=-5.331, P<0.001$) 等變項均有顯著。經過事後多重比較發現：大陸受訪者年齡為「中老年」者之行動線索平均分數高於年齡為「青年」者，職業是「私營企業主」者的平均分數要明顯高於職業為「其他」者。在個人平均月收入方面，個人平均月收入為「5,000元以上」者之行動線索分數高於月收入為「1,000-3,000元」和「1,000元以下」者；最後是健康素養方面，結果顯示不同健康素養的民眾在行動線索構面方面存在顯著差異，健康素養「較佳」者之行動線索平均分數要高於健康素養「一般」者。

表 4.6.3 人口學特性及健康素養與行動利益/行動障礙/行動線索之關係

(台灣)

變項名稱	行動利益		行動障礙		行動線索	
	平均數	F/t Scheffe	平均數	F/t Scheffe	平均數	F/t Scheffe
性別		-1.506		1.927		0.413
男	3.660		2.880		3.045	
女	3.852		2.682		2.989	
年齡		-1.584		2.464*		-1.327
青年	3.674		2.887		2.783	
中老年	3.873		2.638		3.047	
職業		1.731		6.602**		0.436
軍公教(1)	3.931		2.538	3>2	2.998	
服務業(2)	3.700		2.820	3>1	3.075	
其他(3)	3.663		3.015		2.913	
教育程度		-1.273		2.793		-1.327
專科以下	3.567		3.125		2.783	
專科及以上	3.804		2.709		3.047	
婚姻狀況		-2.110*		3.384***		-0.695
無配偶	3.557		3.040		2.936	
有配偶	3.853		2.660		3.040	
個人平均月收入		-1.527		3.076**		-1.035
平均工資以下	3.703		2.875		2.962	
平均工資以上	3.905		2.551		3.108	
自覺健康狀況		-2.427*		-2.412*		-1.392
自覺良好	3.572		2.925		2.889	
自覺不良	3.887		2.671		3.082	

接上表 4.6.3

變項名稱	行動利益		行動障礙		行動線索	
	平均數	F/t Scheffe	平均數	F/t Scheffe	平均數	F/t Scheffe
願意給付最高價格		6.084 ^{***}		1.817		0.316
3 萬以上 (1)	4.345		2.619		3.137	
2-3 萬 (2)	3.719		2.469		3.188	
1-2 萬 (3)	3.927		2.759		3.064	
1 萬以下 (4)	3.621		2.733		3.004	
健康素養		-5.610 ^{***}		6.596 ^{***}		-2.869 ^{**}
一般	2.700		3.763		2.400	
較佳	3.876		2.668		3.071	

註：*P≤0.05，**P≤0.01，***P≤0.001

表 4.6.3 (續) 人口學特性及健康素養與行動利益/行動障礙/行動線索之關係
(大陸)

變項名稱	行動利益		行動障礙		行動線索	
	平均 數	F/t Scheffe	平均數	F/t Scheffe	平均數	F/t Scheffe
性別		0.182		1.182		-0.878
男	4.423		3.117		3.562	
女	4.410		2.991		3.629	
年齡		-5.407 ^{***}		6.395 ^{***}		-3.356 ^{***}
青年	4.268		3.298		3.499	
中老年	4.676		2.636		3.760	
職業		4.445 ^{**}		9.536 ^{***}		5.875 ^{***}
軍公教 (1)	4.390	3>4	2.747	2>1	3.570	3>4
服務業 (2)	4.455		3.228	2>3	3.634	
私營企業主 (3)	4.656		2.778	4>1	3.867	
其他 (4)	4.208		3.400	4>3	3.354	

接上表 4.6.3 (續)

變項名稱	行動利益		行動障礙		行動線索	
	平均數	F/t Scheffe	平均數	F/t Scheffe	平均數	F/t Scheffe
教育程度		-1.255		3.282 ^{***}		-2.049 [*]
專科以下	4.314		3.427		3.427	
專科及以上	4.439		2.977		3.630	
婚姻狀況		-2.340 [*]		2.534 [*]		-1.566
無配偶	4.211		3.367		3.456	
有配偶	4.455		3.000		3.620	
個人平均月收入		-4.891 ^{***}		6.838 ^{***}		-4.437 ^{***}
平均工資以下	4.198		3.468		3.394	
平均工資以上	4.564		2.779		3.728	
自覺健康狀況		-2.825 ^{**}		1.500		-1.795
自覺良好	4.290		3.151		3.513	
自覺不良	4.506		2.990		3.651	
願意給付最高價格		11.215 ^{***}		23.710 ^{***}		7.117 ^{***}
5000 元以上 (1)	4.815	1>3	2.250	4>1	4.022	1>3
3000-5000 元 (2)	4.759	1>4	2.676	4>2	3.759	1>4
1000-3000 元 (3)	4.409	2>3	2.923	4>3	3.532	
1000 元以下 (4)	4.297	2>4	3.461	3>1 2>1	3.617	
健康素養		-7.333 ^{***}		9.395 ^{***}		-5.331 ^{***}
一般	4.080		3.630		3.340	
較佳	4.613		2.723		3.742	

註：*P<0.05，**P<0.01，***P<0.001

第七節 自費健康檢查使用情形之羅吉斯迴歸分析

本節主要想探討預測研究對象自費健康檢查使用情形的預測因數。依變項為自費健檢未來使用意願及願意給付的價格，未來使用意願，分為「有使用意願」和「無使用意願」。願意給付的最高價格，台灣分為「1 萬以下」、「1-2 萬」、「2-3 萬」、「3 萬以上」，大陸深圳地區之願付價格分為「1 千以下」、「1-3 千」、「3-5 千」、「5 千以上」，分別進行兩個羅吉斯迴歸分析。利用羅吉斯迴歸分析來找出研究對象之基本人口學特性、健康素養、自費健檢信念（五個構面）中哪些變項能做為自費健檢使用意願和願意給付的最高價格之預測因數。放入羅吉斯迴歸模式分析的變項為連續變項或是分為兩類別的變項，若該變項分成三類以上則轉換成虛擬變項（dummy variable）進行迴歸分析。

自變項包括人口學基本特性、健康素養分數和自費健檢健康信念三大部分。由於某些變項之子類別樣本較少，為避免小樣本造成的模型估計偏誤，故予與重新分類調整，各變項進入羅吉斯迴歸時的設定如下：男性=1，女性=2；年齡（根據世界衛生組織 WHO 2013 年對年齡的分類定義將本研究 20 歲以上，44 歲以下，定義為青年，45 歲以上和 60 歲以上定義為中年及老年，統稱為中老年。因此，將年齡重新分類為：青年=0 和中老年=1）、教育程度（重新分類為：專科及以上=1 和專科以下=0）、職業（台灣職業部分重新分類為：軍公教=1、第三產業人員即「服務業」=2、其他=3 等三大類，其中其他裡面包括學生、農漁牧、家管、退休人員、無業等，大陸深圳地區職業部分重新分類為：軍公教=1、第三產業人員即「服務業」=2、私營企業主=3、其他=4）、婚姻狀況（重新分類為：有配偶=1 和無配偶=0 兩類）、個人平均月收入（重新分類為：平均薪資以上=1 和平均薪資以下=0，由於台灣地區 2016 年平均年月收入為四萬八，因此根據問卷中選項以五萬元為分界線。深圳地區 2016 年的平均薪資約為 7000 元人民幣，因此，此處分類將薪資 7000 以下者歸為平均薪資以下，7000 元及以上者歸類為平均薪資以上）、自覺健康狀況（重新分類為：自覺良好=0、自覺不良=1，兩類）。健康素養總分為 11 分，兩岸受訪者之健康素養分數先透過基本描述性統計了解兩岸的分佈情形後再分別進行分割，分為健康素養較佳及健康素養良好兩大類，最終台灣地區健康素養以 8 分為分割點，在 8 分以上者為「健康素養較佳=1」，

8分及以下者為「健康素養一般=0」，大陸地區則分類為10分以上者為「健康素養較佳」，10分及以下者為「健康素養一般」(將健康素養重新定義為：健康素養較佳=1、健康素養一般=0)。健康信念五個構面(自覺罹病性、自覺嚴重性、行動利益、行動障礙及行動線索)皆為連續尺度。

依變項為自費健檢使用意願和願意給付的最高價格，使用意願方面設定為「有意願=1」和「無意願=0」兩類別變項，採用二分類的羅吉斯迴歸分析。願意給付最高價格方面，採用有序多分類迴歸分析，將願意給付最高價格重新分類，台灣樣本重新分類為：「3萬元以上=1」、「2-3萬元=2」、「1-2萬元=3」、「1萬元以下=4」，大陸深圳地區之樣本重新分類為：「5,000元以上=1」、「3,000-5,000元=2」、「1,000-3,000元=3」、「1,000元以下=4」。

由於研究對象之人口學特性可能直接影響依變項，亦或者透過健康素養和健康信念這些中介變項來影響自費健檢的意願，因此本研究分別對兩個依變項分別嘗試使用三種迴歸模式來分析各個模式的預測因數。

這三種迴歸模式包括：模式一：僅放入人口基本變項；模式二：放入人口基本變項和健康素養；模式三：放入人口基本變項、健康素養和健康信念。以下將逐一針對每個模式之結果進行說明。

4.7.1 自費健檢使用意願羅吉斯迴歸分析

1. 迴歸模式一

模式一是以自費健檢使用意願Y為依變項，「有意願」設為1，「無意願」設為0。自變項僅放入人口學基本特性之各變項，包括：性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、個人平均月收入及自覺健康狀況等7個變項。

表4.7.1是台灣受訪者自費健檢使用意願之預測因數結果，模式一之Cox & Snell $R^2 = 0.243$ ，Nagelkerke $R^2 = 0.479$ ，自變項與依變項之間關聯度較弱，解釋力偏低。Hosmer-Lemeshow 檢定值為13.420， $P=0.098$ ，未達顯著水準，表示迴歸模式整體的適配度良好。在模式一中，性別、婚姻狀況、個人平均月收入等變項與自費健檢使用意願之間存在顯著相關。女性受訪者比男性受訪者有更高的自費健檢使用意願(OR=15.125, $P<0.001$)；有配偶者比無配偶者有更高的自費健檢使用意願(OR=7.004, $P<0.001$)，此外，在個人平均月收入方面，

個人平均月收入在平均薪資以上者比平均薪資以下者有更高的自費健檢使用意願 (OR=19.687, $P<0.01$)。

表 4.7.1(續)是大陸受訪者自費健檢使用意願之預測因數結果,模式一中, Cox & Snell $R^2 = 0.239$, Nagelkerke $R^2 = 0.408$, 自變項與依變項之間關聯度較弱,解釋力偏低。Hosmer-Lemeshow 檢定值為 6.149, $P=0.631$, 未達顯著水準,表示迴歸模式整體的適配度良好。在模式一中,性別、年齡、職業中的軍公教及收入等變項與自費健檢使用意願之間存在顯著相關。女性比男性有更強的自費健檢使用意願 (OR=3.408, $P<0.01$);其次,中老年族群比青年族群有較高的使用意願 (OR=11.966, $P<0.01$);職業為軍公教者比職業為其他者有更高的使用意願 (OR=9.028, $P<0.01$),月收入在平均薪資以上者較平均薪資以下者有更高的使用意願 (OR=4.442, $P<0.01$)。

2. 迴歸模式二

模式二是以自費健檢使用意願 Y 為依變項,「有意願」設為 1,「無意願」設為 0。自變項為模式一中的各變項以及健康素養。

表 4.7.1 是台灣的结果,在模式二中 Cox & Snell $R^2 = 0.294$, Nagelkerke $R^2 = 0.580$, 自變項與依變項之間關聯度較弱,解釋力偏低。Hosmer-Lemeshow 檢定值為 9.349, $P=0.314$, 未達顯著水準,表示迴歸模式整體的適配度較好。在模式二中,性別 (OR=6.559, $P<0.05$)、婚姻狀況 (OR=4.239, $P<0.05$)、個人平均月收入 (OR=16.662, $P<0.05$)、健康素養 (OR=15.937, $P<0.001$) 等變項與自費健檢使用意願之間存在顯著相關。模式二是比模式一多加入了一項健康素養,發現在模式一中有顯著之人口學變項在模式二中依舊具有顯著。

在表 4.7.1 (續)大陸數據模式二之 Cox & Snell $R^2 = 0.313$, Nagelkerke $R^2 = 0.536$, 自變項與依變項之間關聯度較弱,解釋力偏低。Hosmer-Lemeshow 檢定值為 7.038, $P=0.533$, 未達顯著水準,表示迴歸模式整體的適配度良好。在大陸數據的模式二中可以發現性別 (OR=2.556, $P<0.05$)、年齡 (OR=6.500, $P<0.01$)、職業之軍公教 (OR=8.598, $P<0.01$) 及個人平均月收入 (OR=3.338, $P<0.05$) 等變項與自費健檢使用意願之間存在顯著相關,顯著之變項與模式一中相同。此外,在模式二中加入的變項健康素養亦有顯著 (OR=15.868, $P<0.001$),

表示研究中受訪的大陸民眾之健康素養較佳者比健康素養良好者有更高的意願使用自費健檢。



3. 迴歸模式三

模式三是以自費健檢使用意願 Y 為依變項，「有意願」設為 1，「無意願」設為 0。自變項為模式一和模式二中的各個變項再加入健康信念模式之五個構面。

台灣數據模式三之 Cox & Snell $R^2=0.343$ ，Nagelkerke $R^2=0.676$ ，自變項與依變項之間關聯度較弱，解釋力偏低。Hosmer-Lemeshow 檢定值為 2.469， $P=0.963$ ，未達顯著水準，表示迴歸模式整體的適配度良好。在模式三中，性別 (OR=8.134， $P<0.01$)、婚姻狀況 (OR=3.799， $P<0.05$)、個人平均月收入 (OR=18.809， $P<0.05$)、健康素養 (OR=7.426， $P<0.01$) 及行動線索 (OR=2.189， $P<0.05$) 與自費健檢使用意願之間存在顯著相關。透過模式一、二、三可以發現人口學變項之性別、婚姻狀況、個人平均月收入與健康素養對自費健檢的使用意願有較強的解釋力。此外，健康信念之行動線索構面在模式三中亦有顯著，表示民眾之行動線索分數每增加 1 分，自費健檢的使用意願會增加 1.189 倍。

大陸數據模式三之 Cox & Snell $R^2=0.484$ ，Nagelkerke $R^2=0.828$ ，自變項與依變項之間關聯度較弱，解釋力偏低。Hosmer-Lemeshow 檢定值為 9.835， $P=0.277$ ，未達顯著水準，迴歸模式整體的適配度良好。從表 4.7.1 (續) 中可以發現在模式三中，年齡、健康素養、自覺嚴重性、行動障礙及行動線索與自費健檢使用意願之間存在顯著相關。模式三與模式一、模式二對比可以發現在人口學變項中僅剩年齡具有顯著，健康素養依然有顯著，這也說明了在大陸數據中，年齡及健康素養是自費健檢使用意願重要的預測變項，中老年族群較青年族群有更高的使用意願 (OR=13.338， $P<0.05$)，健康素養較佳者比健康素養良好者有更高的使用意願 (OR=6.385， $P<0.05$)。值得注意的是，大陸數據模式三加入健康信念各個構面後，自覺嚴重性 (OR=6.669， $P<0.01$)、行動障礙 (OR=0.034， $P<0.001$)、行動線索 (OR=5.639， $P<0.01$) 也是自費健檢使用意願的預測變項。表示自覺嚴重性每增加 1 分，大陸受訪民眾之自費健檢意願會增加 5.669 倍；行動障礙每增加 1 分，自費健檢使用意願會減少 0.966 倍；此外，行動線索每增加 1 分，民眾之自費健檢意願會增加 4.639 倍。

4.7.2 自費健檢願意給付最高價格羅吉斯迴歸分析

願意給付最高價格方面，採用有序多分類的羅吉斯迴歸分析，將願意給付最高價格 Y 重新分類，台灣樣本重新分類為：「3萬元以上=1」、「2-3萬元=2」、「1-2萬元=3」、「1萬元以下=4」，大陸深圳地區之樣本重新分類為：「5,000元以上=1」、「3,000-5,000元=2」、「1,000-3,000元=3」、「1,000元以下=4」。以下將逐一針對每個模式之結果進行詳細說明。

1. 迴歸模式一

模式一是以自費健檢願意給付最高價格 Y 為依變項。自變項 X 僅放入人口學基本特性之各變項，包括：性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀況、個人平均月收入及自覺健康狀況等7個變項。

表 4.7.2 是台灣受訪者自費健檢願意給付最高價格之預測因數結果，模式一之Cox & Snell $R^2 = 0.267$ ，Nagelkerke $R^2 = 0.285$ ，自變項與依變項之間關聯度較弱，解釋力偏低。平行線檢驗在可接受範圍內，符合使用有序多分類的羅吉斯迴歸分析。在模式一中，年齡、個人平均月收入、自覺健康狀況等變項與自費健檢願意給付最高價格之間存在顯著相關。中老年相對於青年而言，使用高一個等級的願付價格是青年的2.728倍（OR=2.728， $P \leq 0.001$ ）；收入在平均薪資以上者相較於收入在平均薪資以下者，使用高一個等級的願意付價格是收入在平均薪資以下者的4.165倍（OR=4.165， $P \leq 0.001$ ），說明收入較高的受訪者比收入低的受訪者，越願意花更多的錢在自費健檢上。在自覺健康狀況方面則是自覺不良的受訪者相對於自覺良好者，使用高一個等級的願付價格是自覺良好者的2.706倍（OR=2.706， $P \leq 0.001$ ）。

表 4.7.2(續)是大陸深圳地區的受訪者自費健檢願意給付最高價格之預測因數結果，模式一之Cox & Snell $R^2 = 0.201$ ，Nagelkerke $R^2 = 0.218$ ，自變項與依變項之間關聯度較弱，解釋力偏低。Test of Parallel Lines 值為13.841， $P = 0.739$ ，在可接受範圍內，符合使用有序多分類的羅吉斯迴歸分析。其中，年齡、職業、婚姻狀況等變項與自費健檢願意給付最高價格之間存在顯著相關。在年齡方面，中老年相對於青年而言，使用高一個等級的願付價格是青年的2.739倍（OR=2.739， $P \leq 0.001$ ），與台灣受訪者之結果略為接近；在職業方面，

私營企業主相較於（包括農漁牧、產業工人、家管等）者，使用高一個等級的願付價格是職業為其他者的 3.1659 倍（ $OR=3.165$ ， $P\leq 0.05$ ）；在婚姻狀況方面有配偶者相較於無配偶者，使用高一個等級的願付價格是無配偶者的 2.171 倍（ $OR=2.171$ ， $P\leq 0.05$ ）。



2. 迴歸模式二

迴歸模式二是在模式一的基礎上加入健康素養，在表 4.7.2 模式二中，Cox & Snell $R^2=0.279$ ，Nagelkerke $R^2=0.298$ ，自變項與依變項之間關聯度較弱，解釋力偏低。Test of Parallel Lines 值為 28.062， $P=0.061$ ，在可接受範圍內，符合使用有序多分類的羅吉斯迴歸分析。模式二的結果顯示性別（ $OR=1.833$ ， $P\leq 0.05$ ）、年齡（ $OR=2.916$ ， $P\leq 0.001$ ）、個人月收入（ $OR=4.196$ ， $P\leq 0.001$ ）以及自覺健康狀況（ $OR=2.875$ ， $P\leq 0.001$ ）等變項與自費健檢願意給付最高價格之間存在顯著相關。表示女性相較於男性，使用高一個等級的願付價格是男性的 1.833 倍；中老年相對於青年而言，使用高一個等級的願付價格是青年的 2.916 倍；收入在平均薪資以上者相較於收入在平均薪資以下者，使用高一個等級的願意付價格是收入在平均薪資以下者的 4.196 倍；自覺健康狀況方面，自覺不良的受訪者相對於自覺良好者，使用高一個等級的願付價格是自覺良好者的 2.875 倍。

表 4.7.2（續）模式二中 Cox & Snell $R^2=0.371$ ，Nagelkerke $R^2=0.402$ ，自變項與依變項之間關聯度較弱，解釋力偏低。Test of Parallel Lines 值為 18.448， $P=0.558$ ，在可接受範圍內，符合使用有序多分類的羅吉斯迴歸分析。模式二的結果顯示，年齡（ $OR=2.368$ ， $P\leq 0.01$ ）、職業之私營企業主（ $OR=3.082$ ， $P\leq 0.05$ ）、健康素養（ $OR=15.170$ ， $P\leq 0.001$ ）等變項與自費健檢願意給付最高價格之間存在顯著相關。健康素養得分較佳者相對於健康素養得分一般者而言，使用高一個等級的願付價格是得分一般者的 15.17 倍。

3. 迴歸模式三

模式三是在模式二的基礎上加入了健康信念，表 4.7.2 台灣的结果中，Cox & Snell $R^2=0.324$ ，Nagelkerke $R^2=0.346$ ，在三個模式中最高。Test of Parallel

Lines 值為 27.335, $P=0.500$, 在可接受範圍內, 符合使用有序多分類的羅吉斯迴歸分析。模式三的結果在人口學變項上與模式一、模式二相同, 其中性別 ($OR=1.985, P\leq 0.05$)、年齡 ($OR=2.760, P\leq 0.01$)、個人月收入 ($OR=4.754, P\leq 0.001$) 以及自覺健康狀況 ($OR=2.539, P\leq 0.01$) 等變項與自費健檢願意給付最高價格之間存在顯著相關, 說明人口學變項中, 此四個變項是自費健檢願意給付最高價格較強的解釋因子。此外, 健康素養以及健康信念中的行動利益也與自費健檢願意給付最高價格之間存在顯著相關, OR 值分別為 0.113 和 1.662。

表 4.7.2 (續) 大陸深圳地區的結果中, $Cox \& Snell R^2=0.475$, $Nagelkerke R^2=0.515$, 在三個模式中最高。Test of Parallel Lines 值為 27.657, $P=0.589$, 在可接受範圍內, 符合使用有序多分類的羅吉斯迴歸分析。大陸結果模式三之結果在人口學變項上與模式一、模式二亦相同, 其中年齡 ($OR=1.932, P\leq 0.05$)、職業之私營企業主 ($OR=2.983, P\leq 0.05$)、健康素養 ($OR=10.135, P\leq 0.001$)、健康信念中的行動障礙 ($OR=0.304, P\leq 0.001$) 等變項與自費健檢願意給付最高價格之間存在顯著相關。此結果也說明了健康素養較佳者, 使用高一個等級的願付價格是健康素養一般者的 10.135 倍, 行動障礙分數較低者比行動障礙分數較高者, 使用高一個等級的願付價格機率更大。

表 4.7.1 自費健康檢查使用意願之預測因數 (台灣)

變項/類別	模式一			模式二			模式三		
	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI
人口學特質									
性別									
女性/男性	2.716 ***	15.125	(4.847, 47.200)	1.881 **	6.559	(1.885, 22.820)	2.096 **	8.134	(2.046, 32.334)
年齡									
中老年/青年	0.453	1.573	(0.462, 5.358)	0.123	1.131	(0.281, 4.555)	0.351	1.420	(0.266, 7.586)
教育程度									
專科及以上/專科以下	0.384	1.469	(0.437, 4.942)	-0.322	0.725	(0.150, 3.492)	-0.564	0.569	(0.085, 3.827)
職業									
軍公教/其他	0.703	2.020	(0.444, 9.181)	0.232	1.261	(0.230, 6.926)	0.272	1.313	(0.177, 9.744)
服務業/其他	0.088	1.092	(0.308, 3.873)	-0.342	.710	(0.151, 3.351)	-0.698	0.497	(0.069, 3.585)
婚姻狀況									
有配偶/無配偶	1.947 ***	7.004	(2.453, 19.998)	1.444 *	4.239	(1.325, 13.566)	1.335 *	3.799	(1.077, 13.399)
個人月收入									
平均薪資以上/平均薪資 以下	2.980 **	19.687	(2.426, 159.764)	2.813 *	16.662	(1.745, 159.090)	2.934 *	18.809	(1.585, 223.141)

變項/類別	模式一			模式二			模式三		
	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI
自覺健康狀況									
自覺不良/自覺良好	-0.555	0.574	(0.165, 2.000)	-0.945	0.389	(0.091, 1.652)	-0.973	0.378	(0.070, 2.032)
健康素養									
健康素養較佳/一般				2.769 ***	15.937	(3.858, 65.829)	2.005 **	7.426	(1.667, 33.076)
健康信念									
自覺罹病性							-0.192	0.825	(0.199, 3.424)
自覺嚴重性							0.747	2.111	(0.480, 9.281)
行動利益							0.438	1.550	(0.655, 3.664)
行動障礙							-1.024	0.359	(0.118, 1.092)
行動線索							0.784 *	2.189	(1.030, 4.654)
迴歸									
Hosmer and Lemeshow Test	χ^2	P		χ^2	P		χ^2	P	
模式	13.420	0.098		9.349	0.314		2.469	0.963	
摘要									
Cox & Snell R^2		0.243			0.294			0.343	
Nagelkerke R^2		0.479			0.580			0.676	

註：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

表 4.7.1 (續) 自費健康檢查使用意願之預測因數 (大陸)

變項/類別	模式一			模式二			模式三		
	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI
人口學特質									
性別									
女性/男性	1.226**	3.408	(1.561, 7.439)	0.938*	2.556	(1.137, 5.743)	0.622	1.863	(0.410, 8.471)
年齡									
中老年/青年	2.482**	11.966	(2.676, 53.506)	1.872**	6.500	(1.408, 29.999)	2.591 *	13.338	(1.353, 131.436)
教育程度									
專科及以上/專科以下	0.060	1.062	(0.390, 2.893)	-0.481	0.618	(0.197, 1.945)	-0.213	0.808	(0.101, 6.473)
職業									
軍公教/其他	2.200**	9.028	(2.286, 35.649)	2.151	8.598	(1.696, 43.596)	-0.585	0.557	(0.043, 7.277)
服務業/其他	0.269	1.309	(0.493, 3.476)	0.745	2.106	(0.687, 6.455)	-0.857	0.425	(0.057, 3.152)
私營企業主/其他	0.633	1.884	(0.427, 8.318)	0.399	1.490	(0.294, 7.538)	0.461	1.586	(0.089, 28.223)
婚姻狀況									
有配偶/無配偶	-0.429	0.651	(0.253, 1.676)	-0.612	0.542	(0.197, 1.492)	-1.196	0.302	(0.059, 1.543)
個人月收入									
平均薪資以上/平均薪資 以下	1.491**	4.442	(1.885, 10.466)	1.205*	3.338	(1.395, 7.986)	0.500	1.649	(0.344, 7.909)

變項/類別	模式一			模式二			模式三		
	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI
自覺健康狀況									
自覺不良/自覺良好	0.685	1.985	(0.912, 4.319)	0.400	1.492	(0.622, 3.576)	-0.544	0.580	(0.130, 2.593)
健康素養									
健康素養較佳/一般				2.764***	15.868	(5.273, 47.756)	1.854 *	6.385	(1.228, 33.188)
健康信念									
自覺罹病性							0.495	1.640	(0.318, 8.465)
自覺嚴重性							1.897 **	6.669	(1.861, 23.905)
行動利益							0.357	1.429	(0.306, 6.672)
行動障礙							-3.375 ***	0.034	(0.010, 0.116)
行動線索							1.730 **	5.639	(1.728, 18.396)
迴歸									
Hosmer and Lemeshow Test	χ^2	P		χ^2	P		χ^2	P	
模式	6.149	0.631		7.038	0.533		9.835	0.277	
摘要									
Cox & Snell R ²		0.239			0.313			0.484	
Nagelkerke R ²		0.408			0.536			0.828	

註：* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

表 4.7.2 自費健康檢查願意給付的最高價格之預測因數 (台灣)

變項/類別	模式一			模式二			模式三		
	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI
人口學特質									
性別									
女性/男性	-0.543	1.720	(0.955, 3.099)	-0.606*	1.833	(1.013, 3.318)	-0.685*	1.985	(1.077, 3.658)
年齡									
中老年/青年	-1.004***			-1.070**			-1.015**		
		2.728	(1.536, 4.845)	*	2.916	(1.633, 5.208)		2.760	(1.527, 4.988)
教育程度									
專科及以上/專科以下	-0.337	1.401	(0.551, 3.563)	-0.415	1.515	(0.592, 3.880)	-0.449	1.567	(0.605, 4.056)
職業									
軍公教/其他	-0.358	1.430	(0.666, 3.071)	-0.419			-0.372		
					1.521	(0.706, 3.277)		1.451	(0.663, 3.175)
服務業/其他	-0.530	1.699	(0.802, 3.598)	-0.571	1.769	(0.833, 3.759)	-0.621	1.861	(0.867, 3.996)
婚姻狀況									
有配偶/無配偶	-0.283	1.327	(0.677, 2.603)	-0.344	1.411	(0.715, 2.782)	-0.330	1.392	(0.691, 2.801)
個人月收入									
平均薪資以上/平均薪資	-1.472***			-1.434**			-1.559***		
以下		4.165	(2.253, 7.700)	*	4.196	(2.266, 7.769)		4.754	(2.513, 8.995)

變項/類別	模式一			模式二			模式三		
	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI
自覺健康狀況									
自覺不良/自覺良好	-0.995***			-1.056**			-0.932**		
		2.706 (1.530, 4.784)		*	2.875(1.612, 5.125)			2.539(1.403, 4.595)	
健康素養									
健康素養得分較佳/一般				1.590		0.204(0.036, 1.145)	2.184*		0.113(0.019, 0.668)
健康信念									
自覺罹病性							0.320		0.726(0.406, 1.299)
自覺嚴重性							-0.219		1.245(0.712, 2.178)
行動利益							-0.508**		1.662(1.198, 2.306)
行動障礙							0.165		0.848(0.569, 1.264)
行動線索							-0.061		1.062 (0.798, 1.417)
Test of Parallel	χ^2	<i>P</i>		χ^2	<i>P</i>		χ^2	<i>P</i>	
迴歸 Lines									
模式	29.406	0.021		28.062	0.061		27.335	0.500	
摘要 Cox & Snell R ²	0.267			0.279			0.324		
Nagelkerke R ²	0.285			0.298			0.346		

註：* $P \leq 0.05$ ，** $P \leq 0.01$ ，*** $P \leq 0.001$

4.7.2 (續) 自費健康檢查願意給付的最高價格之預測因數 (大陸)

變項/類別	模式一			模式二			模式三		
	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI
人口學特質									
性別									
女性/男性	-0.001			-0.038			-0.010		
		1.001 (0.605, 1.655)			1.039(0.621, 1.738)			1.010 (0.589, 1.733)	
年齡									
中老年/青年	-1.008 ***			-0.862 **			-0.659 *		
		2.739 (1.597, 4.698)			2.368(1.370, 4.093)			1.932 (1.081, 3.453)	
教育程度									
專科及以上/專科以下	-0.324			0.178			0.097		
		1.382 (0.642, 2.978)			0.837(0.379, 1.852)			0.907 (0.395, 2.086)	
職業									
軍公教/其他	0.110			0.284			0.301		
		0.896 (0.405, 1.981)			0.753(0.334, 1.698)			0.740 (0.317, 1.725)	
服務業/其他	-0.277			-0.518			-0.490		
		1.319 (0.601, 2.891)			1.679(0.753, 3.741)			1.632 (0.696, 3.826)	
私營企業主/其他	-1.152 *			-1.126 *			-1.093 *		
		3.165 (1.253, 7.996)			3.082(1.197, 7.938)			2.983 (1.092, 8.152)	
婚姻狀況									
有配偶/無配偶	-0.775 *			-0.142			-0.016		
		2.171 (1.057, 4.461)			1.153(0.548, 2.425)			1.016 (0.470, 2.198)	
個人月收入									
平均薪資以上/平均薪資	-0.421			-0.162			0.139		
以下		1.524 (0.860, 2.702)			1.176(0.654, 2.116)			0.870 (0.472, 1.604)	

變項/類別	模式一			模式二			模式三		
	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI	β	OR	95%CI
自覺健康狀況									
自覺不良/自覺良好	-0.094	1.098	(0.485, 1.852)	0.041	0.960	(0.564, 1.636)	-0.050	1.051	(0.601, 1.836)
健康素養									
健康素養得分較佳/一般				-2.719 ***	15.170	(6.955, 33.089)	-2.316 ***	10.135	(4.516, 22.742)
健康信念									
自覺罹病性							-0.193	1.213	(0.765, 1.922)
自覺嚴重性							-0.126	1.134	(0.706, 1.820)
行動利益							-0.446	1.562	(0.929, 2.628)
行動障礙							1.189 ***	0.304	(0.201, 0.460)
行動線索							0.021	0.979	(0.627, 1.529)
迴歸	Test of Parallel Lines	χ^2	P	χ^2	P		χ^2	P	
模式		13.841	0.739	18.448	0.558		27.657	0.589	
摘要	Cox & Snell R ²	0.201		0.371			0.475		
	Nagelkerke R ²	0.218		0.402			0.515		

註：* $P \leq 0.05$ ，** $P \leq 0.01$ ，*** $P \leq 0.001$

第五章 討論

本研究依據研究目的旨在探討兩岸民眾健康素養、健康信念對自費健檢的使用與使用意願之影響。本章節將研究結果進行進一步地分析，並與過去國內外文獻的發現進行比較，以下將逐一針對描述性統計、推論性統計及羅吉斯迴歸與研究假說驗證的結果進一步討論。

第一節 兩岸受訪民眾各個變項描述性及推論性統計分析

(一) 人口學基本變項

本研究之樣本主要來源於大臺北地區及大陸深圳地區之專業健檢機構有使用自費健檢的民眾，在受訪者中深圳地區男女比例較為接近，台灣地區女性偏多，教育程度方面，受訪者之教育程度普遍偏高，在所有的受訪者中，大學及以上學歷台灣接近七成，而大陸接近六成。在年齡方面台灣中老年族群（45歲及以上）較多超過了五成，大陸受訪者中年輕族群較多，中老年族群僅佔三成左右。

職業方面，兩岸受訪者主要為服務業居多，其次是軍公教。陳樹銘（2001）針對台灣民眾的研究發現，職業別為軍公教職的老年人普遍較願意參與自費健檢。此外，何維嘉（2007）的研究也發現，教育程度越高的民眾其自費健檢服務利用率越高，職業別則以服務業居多，與本研究結果略同。

婚姻狀況方面兩岸受訪者皆為有配偶者居多，台灣有配偶的受訪者達到了七成，大陸則超過八成。馮兆康等（2013）的研究發現，有固定家人或配偶同時居住時，接受自費健檢的服務會相對增多，亦顯示在與家人或配偶同住時，相互的關懷、健康叮嚀、資訊的提供等，在自費健檢的服務利用上都會有正向的影響，此結果與本研究結果相近。

個人平均月收入方面，台灣受訪者中平均月收入為五萬元以上者超過了六成，深圳地區受訪者月收入在平均薪資（2016年深圳市平均薪資水平約為7,000人民幣）以上者僅接近兩成。董和銳（2008）、李淑芬等（2012）馮兆康等（2013）的研究發現個人所得越高，健康檢查的服務利用率就越高，顯示經濟能力越好的民眾越期望能透過健康檢查早日發現疾病，延長平均餘命，同時也越有能力

接受自費健康檢查。在自覺健康狀況方面兩岸受訪者自覺健康狀況都是自覺「一般」居多，皆超過了半數。由兩岸受訪人口學基本基本資料分佈的情形可知，本研究之兩岸受訪者整體而言社經地位都較高，尤其是台灣受訪民眾。



(二) 健康素養

健康素養方面台灣受訪者的總體平均分為 10.37 分，深圳受訪者為 10.42 分，兩岸受訪者之健康素養平均分非常接近。整體而言本研究中的兩岸受訪者之健康素養都較好，這也與受訪者之社經地位存在非常大的關係。過去的研究也發現社經地位較高的民眾會有較佳的健康素養(Curtis, Wolf, Weiss, & Grammer, 2012)。

本研究在探討兩岸民眾自費健檢使用情形與健康素養的關係時發現，過去有自費健檢使用經驗和未來有使用意願民眾之健康素養分數明顯高於過去無使用經驗和未來無使用意願的民眾。由此結果可以顯示，健康素養較好的民眾在過去自費健檢的利用率上也較高，其次是健康素養較好的民眾在未來的使用意願上亦有更強的使用意願。

(三) 健康信念

在健康信念的五個構面中，首先是自覺罹病性，台灣受訪民眾的自覺罹病性的平均分是 3.07 分，深圳是 2.98 分，整體不算非常高。其中題目「我擔心現在或過去的不良習慣（如：抽菸、酗酒）會提高罹患疾病的機率」兩岸分數都最高，台灣為 3.19 分，深圳為 3.49 分，亦說明在此構面中此題在兩岸受訪者中有較高的被認可度。

其次，是自覺嚴重性方面，台灣受訪者此構面的平均分數是 3.03 分，深圳受訪者是 3.07 分，其中最被兩岸受訪者所認可的是「我擔心生病時，會對家人、朋友或同事造成困擾」。

行動利益方面，兩岸受訪者之平均分都比較高，此構面也是自費健檢信念量表中平均分最高的構面，台灣整體的平均分為 3.77 分，大陸為 4.42 分。說明了兩岸受訪者高度同意自費健檢可以及早發現疾病和治療以及透過自費健康檢查，有助於對身體健康狀況的掌握。王素真等研究發現民眾對於使用自費健康檢查較重視的部份是對於使用自費健康檢查是否會提升健康的程度（王素

真，2007)。過去亦有研究針對台灣一般的民眾調查發現，73.7%的民眾覺得健康檢查很值得，其中自費健康檢查的族群僅有又有九成的民眾覺得非常值得，研究顯示，不論是自費健檢亦或是非自費健檢，一般民眾對於健檢的所可以帶來的好處都是高度認可的(游常山，2007)。

在行動障礙方面，台灣的受訪民眾之平均年分數為 2.77 分，深圳地區的受訪民眾總體平均分為 3.06 分。兩岸受訪民眾的行動障礙總體平均分皆低於行動利益的總體平均分。根據健康信念模式的理論，當行動利益大於行動障礙時，行動(此處指自費健檢行為)就有可能發生(Rosenstock, 1976)。在行動障礙中，台灣部分各題分數都幾乎接近，較為平均，而深圳地區尤為突出的題目是「我會擔心健康檢查時等候的時間過長」以及「我不知該如何選擇良好的健康檢查機構」，分數分別為 3.44 分和 3.17 分，遠遠高於台灣此兩道題的分數。這也說明了在大陸受訪民眾心中對於在健康檢查時「等候時間過長」以及「如何選擇比較良好的健康檢查機構」仍是一個比較擔心的問題，同時也說明了健檢機構在健檢流程的管控上以及將有效的資訊傳播給民眾等方面上仍有精進的空間。

最後一個構面是行動線索，台灣受訪民眾的總體平均分為 3.01 分，深圳地區受訪者的平均分為 3.59 分。台灣受訪者最認可的行動線索是家人或朋友的健康檢查經驗，其次是就診時醫師的建議，而深圳受訪民眾最為認同的行動線索是就診時醫師的建議，其次是家人或朋友的建議。可以看出，家人、朋友、醫師等的建議都是非常普遍被民眾所認可的行動線索。過去也有研究發現，親友告知健檢訊息、親友陪同健檢皆與民眾使用自費健檢的次數有相關(李淑敏，2016)。

此外，本研究也探討了自費健檢使用情形不同的民眾在健康信念上是否會存在差異，研究結果發現不論是台灣受訪者亦或是深圳地區的受訪者，自費健檢使用情形不同的民眾在健康信念的每個構面上存在明顯差異，過去有使用經驗和未來有使用意願的民眾之「自覺罹病性」、「自覺嚴重性」、「行動利益」、「行動線索」四個構面的平均分數皆要比過去無使用經驗和未來無使用意願的受訪者高，行動障礙分數則比無使用經驗和未來無使用意願的受訪者低。

(四) 自費健檢的使用經驗與使用意願

1. 使用經驗

在使用經驗方面台灣受訪者過去三年內有使用過自費健檢的達到了 80.3%，第一次使用者佔 19.7%，深圳地區的受訪者中有使用過的達到了 87.5%，第一次使用者僅佔 12.5%。兩岸受訪者過去使用自費健檢最主要的動機皆為「純粹預防勝於治療」，台灣佔比為 75.1%，大陸佔比 50.2%，此結果也顯示了不管是台灣民眾還是深圳地區的民眾，健康檢查的目的相較於過去在觀念上已有了較大的轉變，已經不僅僅是因為身體不適或擔心自己生病了才去進行健康檢查。台灣受訪者過去使用自費健檢最主要動機排在第二的是「親友推薦」佔比 7.6%，而大陸受訪者則是「感覺身體不適或擔心自己生病了」佔比依舊有 23.9%，此結果與過去王菁蘭（2003）針對台中市自費健檢及健檢中心員工的研究結果相近，該研究結果發現近三成的受檢民眾是因為「身體不適或不舒服」而參加健檢，其餘七成多的受檢民眾身體正常。這也顯示了目前深圳地區仍有很大一部分民眾健康檢查的觀念依舊停留在過去的有問題了才去檢查，而不是採取主動預防的措施。

2. 使用意願

兩岸受訪者未來的使用意願調查發現，台灣受訪民眾的比例增加至了 88.6%，此結果說明了第一次使用自費健檢的民眾中有至少 8%或以上的民眾在未來願意再次使用自費健檢。相反在深圳地區的受訪民眾中僅 84.0%有考慮在未來使用自費健檢，同時也說明了有考慮再次使用自費健檢的民眾比例有所下降，即再回購率有所下降。呂瑞玄（2001）針對臺中榮總自費健檢的受檢民眾為研究對象，研究結果顯示健康檢查的經驗會影響再次使用健檢意向。此外，古秋雲（2006）的研究發現顧客滿意度與顧客忠誠度之間存在著顯著的正向關係，即民眾如果對於健檢滿意度越高，則受檢的民眾願意再次回購的意願越高同時也較願意推薦親友來健檢。由此可以推斷出，在本次研究的受訪者中，台灣受訪民眾之健檢滿意度稍高於深圳地區受訪民眾。

本研究繼續探討若使用自費健檢比較傾向的健檢機構之類型時發現，台灣受訪者大部分選擇了專業的健檢機構（診所），其次才是醫院附屬之健康檢查中心。這一結論與過去台灣學者研究結果有所不同，游常山（2007）針對台灣

一般民眾的研究發現，超過半數的民眾會選擇醫學中心或者區域醫院，較少會選擇專業的健檢診所。大陸深圳地區的受訪者主要還是以醫院附屬之健康檢查中心為主，其次才是專業健檢診所。過去諸多研究發現會影響民眾選擇健檢機構的原因有很多，何維嘉（2004）研究發現，教育程度較高的民眾比較傾向選擇專業健檢診所，而王菁蘭（2003）的研究發現年齡在 65 歲以上的民眾比較傾向選擇醫院。導致本研究之結果與過去研究結果有所偏差的原因很大一部分在於本研究之抽樣所產生的偏差，本研究在選擇台灣抽樣標的時選擇的是兩家專業健檢診所以及一家醫院，因此可能導致結果出現偏差。

針對未來有使用意願的受訪者本研究加以探討在完全自費、價格越高檢查項目越高階、越完整的情況下受訪者願意給付的價格，台灣受訪者願意給付的最高價格大部分集中在新台幣 10,000-30,000 之間，佔比為 50.7%，其次是 5,000-10,000 之間佔比為 23.6%。深圳地區受訪民眾願意給付的價格分佈地較為平均但主要集中在人民幣 1,000-4,000 之間，佔比達到了 57.8%。

針對未來無使用意願的民眾本研究亦調查不考慮的主要因素為何，兩岸民眾未來不考慮的最主要因素皆為「費用的考量」，其次是「上班忙，沒時間」及「覺得自己很健康不需要」，因此也說明了費用和時間依舊是影響民眾選擇使用自費健檢的一個非常重要的因素。其次，部分民眾可能因為本次檢查完覺得自己身體非常健康，無任何疾病，故選擇在未來幾年內不再考慮使用，此也為可能導致民眾不再考慮的重要因素之一。

3. 影響民眾選擇自費健檢的相關影響因素

本研究針對未來有使用意願的民眾最後進行了一個影響他們選擇使用自費健檢相關影響因素的調查，發現較能夠影響本研究之台灣受訪民眾選擇使用自費健檢的影響因素為排在前幾的是「健檢套餐的多樣化」、「健檢機構的環境」、「是否有時間」、「是否有先進的儀器設備」、「是否有後續的健康管理追蹤服務」、「健檢機構的服務（醫護服務態度、檢查流程順暢度）」等，其中以「健檢套餐的多樣化」分數最高。影響深圳地區受訪民眾選擇使用自費健檢的影響因素為排在前幾的是「健檢機構的服務（醫護服務態度、檢查流程順暢度）」、「健檢機構的環境」、「是否有後續的健康管理追蹤服務」、「是否有先進的儀器設備」、「健檢機構的類型」等，其中以「健檢機構的服務（醫

護服務態度、檢查流程順暢度)」分數最高。兩岸民眾重視的方向略有所差異，由此可以看出本研究之受訪者比較注重健檢方案的多樣化，而深圳地區民眾比較在乎的是健檢機構的服務包括醫護人員的服務態度，健檢流程的順暢度等。此結果與何維嘉(2004)、蔡銘振(2006)、趙正敏等(2010)、謝淑婷(2011)、陳立國(2013)相符，顯示民眾在選擇使用自費健檢時主要會考慮醫護、環境、健檢服務、健康管理等部份。

第二節 自費健檢使用意願及願付最高價格之預測因子

(一) 使用意願預測因子

本研究使用意願使用了三種迴歸模式，以人口學基本特性、健康素養和健康信念的五個構面為自變項，模式三的自變項和依變項關聯度最強。從模式三的結果中可以看到在人口學方面，台灣受訪者之性別、婚姻狀況、個人平均月收入皆達顯著水準，大陸受訪者僅年齡達顯著水準。首先在年齡方面，詹清旭、馮兆康等(2013)的研究發現年齡40歲以上的民眾，接受自費健檢服務的比例較高，因年紀在中、壯年身體有重大疾病時會影響到家計問題，因此更加願意去使用自費健檢。王素真等(2011)以國內老人為研究對象，發現老年人常會因為費用等問題而較少接受健康檢查服務，反而中年和壯年的民眾有較高的自費健檢利用率，在本研究中台灣地區的結果中也未發現有顯著，原因可能是由於台灣地區有老年免費健檢以及成人健檢，部分年紀較長的民眾較不願意花錢去使用自費健檢，然而大陸深圳地區無成人健檢，且近1-2年才開始在深圳市各區推出老年免費健檢之政策，尚未被大部分民眾所悉知，故深圳地區之中老年人依舊會較多地選擇使用自費健檢。

在性別方面女性較男性有更高的意願使用自費健檢，高淑芬等(2000)的研究結果指出女性自費健康檢查的利用率比男性高。游常山(2007)的研究也發現女性比男性更大方，在願意接受兩萬元以上高階健康檢查的比例上，女性是男性的三倍。有配偶者較無配偶者多2.7倍自費健檢的使用意願，此研究結果與詹清旭、馮兆康等(2013)的研究結果較為一致，發現有配偶者接受自費健檢服務的比例相對較高，且配偶之間在使用健檢方面存在正向的影響關係。

個人平均月收入較高者的使用意願遠遠高於個人平均月收入較低者，此研究結果與張宏明、董和銳（2008）、李淑芬等（2012）、馮兆康等（2013）之研究結果一致，都發現所得越高，經濟能力越佳，越有能力接受自費健檢服務。

模式三中，兩岸的健康素養皆達顯著，顯示健康素養較佳的民眾比健康素養較差的民眾有更高的自費健檢使用意願。健康信念構面中，台灣的結果中僅行動線索有顯著，發現此部分和 Janz 與 Becker（1984）、官蔚青（2002）透過文獻回顧發現行動障礙才是健康行為最強的解釋或預測因子不一致，但當時的文獻回顧並未把行動線索納入分析，但陳銘樹（2001）在探討退伍軍人自費健檢意願的研究中提到了行銷 4P 中的促銷，研究結果發現對退伍軍人舉辦講座或者親友介紹、專業人士介紹等能促其對自費健檢的消費意願，促銷在實際生活中亦可視為行動線索，因此該研究與本研究之台灣結果一致。而大陸的結果在自覺嚴重性、行動障礙、行動線索等構面皆達顯著，其中以行動障礙最為顯著(OR=0.034, P<0.001)，此結果和 Janz 與 Becker(1984)、官蔚青(2002) 透過文獻回顧發現行動障礙才是健康行為最強的解釋或預測因子一致。

（二）願付最高價格之預測因子

本研究願意給付最高價格使用了三種迴歸模式，以人口學基本特性、健康素養和健康信念的五個構面為自變項，模式三自變項和依變項關聯度最強。願付價格方面在台灣受訪者在性別、年齡、個人月收入、自覺健康狀況、健康素養、行動利益皆達顯著，大陸受訪者則是年齡、職業、健康素養、行動障礙等變項達顯著，性別方面本研究之結果與過去結果有所略同。游常山（2007）的研究也發現女性比男性更大方，在願意接受兩萬元以上高階健康檢查的比例上，女性是男性的三倍。年齡方面兩岸結果顯示，在願意給付的最高價格方面，皆為中老年人較為願意給付更多的錢在自己的健康檢查上。職業方面台灣未達顯著，而大陸深圳地區之私營企業主達顯著，由於大陸深圳地區在職業劃分上私營企業主是一個比較願意使用自費健檢的一群，也是經濟水平較佳的一群，因此本結果與假設之相同。

在個人月收入方面則是台灣有顯著而大陸結果未達顯著，過去的研究董和銳等（2008）、李淑芬等（2012）、馮兆康等（2013）皆顯示個人經濟狀況較佳者，則越有能力使用自費健檢，越願意花更多的錢在自身的健康檢查上。

自覺健康狀況方面台灣結果有顯著，而大陸深圳地區並未達顯著。從結果可以看出台灣自覺健康狀況不良的民眾較願意花更多的錢在自費健檢上，而大陸深圳地區民眾之調查結果卻並未見到顯著，可以看出兩岸民眾之健康意識與健康行為之間仍存在一些差異，過去也有相關的研究發現，雖然大陸的健檢市場於2009年頒布的《健康體檢管理暫行規定》後開始如雨後春筍般發展，但因為民眾受到傳統觀念的影響，大部分民眾之觀念依舊沒有改變，整體上重治療輕預防的觀念依舊很普遍（陳吉琴，2015）。與台灣相比，大陸健檢市場相對而言發展地較晚也較沒成熟，但依然具備巨大的發展潛力。

健康素養方面兩岸的結果皆有顯著，但兩岸之結果依舊存在差異。在前面探討健康素養與使用意願的結果中兩岸的結果皆顯示，健康素養較佳的民眾，會有更強的使用意願。然而，在願付最高價格方面台灣的結果是健康素養較佳的民眾相較於健康素養較一般的民眾更不願意付更多的錢在自費健檢上，此結果與假說相反，可能的原因是由於本研究所選取調查的樣本本身整體的社經地位以及健康素養都較好，在本研究中的台灣樣本之健康素養整體而言差異程度並不是非常大，此外台灣樣本數也明顯低於大陸樣本。由於願付的最高價格僅為一個心理預期的價格，並非真實需給付出去的價格，因此在問卷填答時，亦可能會出現填答上的偏差。

最後是健康信念之結果，在台灣的結果中僅行動利益一個構面達到顯著。過去有研究針對一般民眾調查發現，73.7%的民眾覺得健康檢查很值得，其中，自費健康檢查的族群有九成覺得值得（游常山，2007）。大陸深圳地區的結果僅行動障礙具有顯著，此結果和 Janz 與 Becker（1984）、官蔚青（2002）透過文獻回顧發現行動障礙才是健康行為最強的解釋或預測因子一致。

第三節 研究限制

1. 本研究僅以大臺北及深圳地區為例，不同地區由於受到當地經濟水平、醫療服務水準、醫療可近性、民眾認知等諸多因素的影響，民眾對於自費健檢的認知水平亦會有所差異，在收集資料及研究分析時，有明顯的地域性限制，故不能推論到全台灣所有地區亦或是整個大陸地區。
2. 研究對象皆為當下有接受自費健檢之受檢者，來接受自費健檢之受訪者可能本

身就是那一群比較注重自身健康的民眾亦或是經濟水平較佳的民眾，故本研究結果無法全面推論至一般大眾或未曾接受過自費健檢的民眾。

3. 本研究於台灣及大陸深圳地區僅各選區 3 家醫療機構或健檢診所為研究標的，由於醫療院所皆有評鑑制度，不同層級的醫院亦或是不同類型的健檢機構在醫療的專業度、服務品質、價格、環境等方面皆存在差異，故結果不一定適用於全部醫療院所。
4. 問卷設計方面僅著重於健康素養、健康信念上，對於自費健檢產品的品質、醫療院所的服務品質方面較不足，故難以完全反映實際市場情況，尚待未來研究加強這些構面的問題項目。
5. 由於專業的健檢機構相當重視機構經營的隱私，其次也是出於保護健檢顧客之隱私及意願，所以在收集資料時，僅能尋求健檢中心之工作人員協助以便利取樣的方式發放問卷，可能也會造成結果之誤差。
6. 本研究僅以八週的時間為調查時期，缺乏不同時期的調查，故無法進行縱斷面的比較。

第六章 結論與建議

本研究以結構式問卷為測量工具，針對大臺北地區及深圳地區某六家健檢機構之有使用自費健檢的民眾進行調查。探討兩岸民眾健康素養與健康信念對自費健檢的使用與使用意願之影響。本章節將依據研究假說之實證結果提出結論與建議。

第一節 研究結論

本研究共提出 6 個主假設，首先比較不同人口學特質之民眾在自費健檢的使用情形、健康素養、健康信念個構面上是否存在顯著差異，接著再進一步探討人口學變項、健康素養、健康信念與自費健檢的使用情形及使用意願之關係；研究假設之分析結果彙整如下表所示，並說明於後。

表 6.1.1 研究假設之檢定結果

假設	假設內容	研究結果	
		台灣樣本	深圳樣本
H1-1	不同人口學特質之民眾在自費健檢的使用經驗上存在顯著差異	支持	支持
H1-2	不同人口學特質之民眾在自費健檢的使用意願上存在顯著差異	支持	支持
H2	不同人口學特質之民眾在健康素養上存在顯著差異	支持	支持
H3	不同人口學特質民眾在健康信念各構面上存在顯著差異	支持	支持
H4	不同程度的健康信念在自費健檢的使用意願上存在顯著差異	支持	支持
H5	不同程度的健康素養在健康信念各構面上存在顯著差異	支持	支持
H6-1	民眾之健康素養與自費健檢的使用意願為正向相關	支持	支持
H6-2	健康素養與自費健檢的願意給付的最高價格為正向相關	未獲支持	支持

根據研究之結果歸納出結論如下：

(一) 人口學基本資料

本研究於大臺北地區共計回收有效問卷 229 份，大陸深圳地區共計回收有效問卷 288 份，大臺北地區之受訪者女性居多佔比 59.0%，男性佔比 41%；深圳地區以男性居多佔比 52.1%，女性 47.9%。年齡方面台灣以中老年者居多，深圳以青年者居多，職業方面兩岸受訪者皆以服務業（第三產業）者為主，

其次為軍公教；婚姻狀況方面，兩岸受訪者皆以有配偶者居多；個人平均月收入方面，台灣受訪者個人平均月收入在新台幣三萬元以上者超過 75%，個人平均月收入超過當年平均薪資者達 35%，深圳地區受訪者個人平均月收入超過平均薪資者佔比約為 60%。自覺健康狀況方面兩岸受訪者皆以自覺健康狀況一般者居多。

(二) 健康素養

本研究之兩岸受訪者健康素養總體平均分無顯著差異，整體而言兩岸受訪者之健康素養都較佳。人口學特性與健康素養之關係結果發現，台灣及大陸深圳地區受訪者之性別、年齡、職業、教育程度、婚姻狀況、個人平均月收入及自覺健康狀況等變項在健康素養上皆有顯著差異。女性、中老年、職業為軍公教及私營企業主、教育程度為專科及以上、婚姻狀況為有配偶、個人平均月收入較高及自覺健康狀況為一般者之健康素養平均分數較高。在健康素養與自費健檢使用情形方面，有使用經驗和無使用經驗者，在健康素養分數上存在顯著差異，有使用經驗者之健康素養分數明顯高於無使用經驗者。在未來使用意願方面，有使用意願者和無使用意願者在健康素養分數上亦有顯著差異，有使用意願者之健康素養分數明顯高於無使用意願者。

(三) 健康信念

1. **自覺罹病性方面**：台灣受訪者中，中老年、職業為軍公教者、教育程度較高者、有配偶者、個人平均月收入較高者、健康素養較佳者之自覺罹病性越高。深圳地區的受訪者結果為中老年、職業為私營企業主、教育程度較高者、有配偶者、個人平均月收入較高者、健康素養較佳者、自覺健康狀況一般、願意給付最高價格越高者之自覺罹病性也會越高。
2. **自覺嚴重性方面**：台灣受訪者為中老年、職業為軍公教者、教育程度較高者、有配偶者、個人平均月收入較高者、自覺健康狀況一般者、健康素養較佳者之自覺嚴重性越高。深圳受訪職業為私營企業主、個人平均月收入較高者、自覺健康狀況一般者之自覺嚴重性越高。
3. **行動利益方面**：台灣受訪者僅婚姻狀況為有配偶者、自覺健康狀況一般者願意給付最高價格在新台幣三萬以上者之行動利益越高。深圳受訪者年齡為中老

年、職業為私營企業主、婚姻有配偶者、個人平均月收入較高者、願意給付最高價格越高者之行動利益越高。

4. 行動障礙方面：台灣受訪者年齡為青年、職業為其他（包括產業工人、農漁牧、家管、無業等）、婚姻狀況為無配偶、個人平均月收入較低、自覺健康狀況良好者之行動障礙越高。深圳受訪者年齡為青年、教育程度專科以下、婚姻狀況為無配偶、個人平均月收入較低、願意給付最高價格越低者之行動障礙越高。

5. 行動線索方面：台灣受訪者此構面在人口學上無顯著差異，深圳受訪者年齡為中老年、職業為私營企業主、教育程度較高、願意給付最高價格越高者較認同行動線索能增加使用自費健檢的意願。

（四）自費健檢使用情形

本研究台灣受訪者中有 80.3% 的受訪者過去曾使用過自費健檢，使用自費健檢最主要的動機為「純粹基於預防勝於治療」，其次是因為「親友推薦」，深圳受訪者中有 87.5% 的受訪者曾使用過自費健檢，使用自費健檢最主要的動機為「純粹基於預防勝於治療」，其次是因為「感覺身體不適或擔心自己生病了」。未來使用意願方面，台灣受訪者中有 88.6% 的受訪者表示未來有使用意願，比較傾向選擇的健檢機構類型是「專業健檢診所」，其次為「醫院附設之健檢中心」，深圳受訪者中有 84.0% 的受訪者表示未來有使用意願，比較傾向選擇的健檢機構類型是「醫院附設之健檢中心」，其次為「專業健檢診所」。

（五）自費健檢願意給付的最高價格之預測因子

經羅吉斯迴歸分析發現，加入人口學基本變項、健康素養、健康信念變項的羅吉斯迴歸模式預測力最高，其檢定結果發現，在台灣的结果中性別、年齡、個人平均月收入、自覺健康狀況、健康素養、行動利益等變項為自費健康檢查願意給付的最高價格之重要預測變項。其中，健康素養與假說之結果不符，故未獲得支持。在深圳的结果中，年齡、婚姻狀況、健康素養、行動障礙等變項為自費健康檢查願意給付的最高價格之重要預測變項。此外，健康素養之結果與假說完全相符，即「健康素養與自費健檢的願意給付的最高價格為正向相關」。

(六) 自費健檢使用意願之預測因子

經過羅吉斯迴歸分析發現，在台灣的結果中性別、婚姻狀況、個人月收入、健康素養、行動線索等變項為是否有使用意願之重要預測變項。在深圳的結果中，年齡、健康素養、自覺嚴重性、行動障礙、行動線索等變項為是否有使用意願之重要預測變項。兩岸結果之健康素養皆有顯著，且結果與假說完全相符，即「民眾之健康素養與自費健檢的使用意願為正向相關」。

第二節 建議

一、對健檢機構經營業者之建議

- (一) 持續提升服務品質、了解健檢顧客之特質：除了提升醫護人員之專業水平及服務態度外，健檢機構可藉由分析了解自費健檢顧客之特質，有助於健檢機構設計滿足顧客需求之健檢產品及配套措施，以提升顧客之滿意度，並吸引潛在的消費顧客，提高顧客後續自費健檢的使用率。張倩予(2005)研究發現健檢民眾對健檢服務的真正體驗是否超過或符合原來預期，會影響顧客對健檢機構未來的消費信任，即受檢者的滿意程度會正向地影響受檢者的忠誠度。
- (二) 提供多元適切的健檢方案(套餐)：在醫療服務品質有一定水準的前提下，也要提供各種客群合適的健檢服務。本研究中發現，在願意給付最高價格方面年齡、職業、收入水平等皆有顯著，專業健檢業者可針對不同年齡層、不同職業別、以及不同社經地位之客群提供多元的健檢方案，盡量做到客製化服務。

二、對後續研究者之建議

- (一) 有諸多因素會影響到民眾是否選擇使用自費健檢，除了健檢機構本身的因素以外，民眾自身的生活形態，健康狀況(如是否有慢性病)、社會支持等皆有可能影響到民眾的選擇。未來研究者考慮可加入生活形態、健康狀況、社會支持等構面進行研究。
- (二) 本次研究僅以大陸較為發達的一線城市深圳市及大臺北地區有使用自費健檢的民眾為研究對象，由於不同的城市之經濟水平不同，且當地醫療環境、

民眾之社經地位等皆有所差異，未來的研究者可擴大研究範圍，例如，可擴增研究的城市以及研究對象為一般民眾，使得樣本更加具有代表性。

- (三) 健康信念模式是在健康行為研究中常被使用的一個模式，但在過去的研究中較少研究將其用於跨文化的研究，由於文化因素和價值體系對於個體行為的影響也是不容忽視的，因此，健康信念模式在不同文化環境中的適應性的問題，仍有待進一步的研究。未來研究者若能有更多跨文化的相關研究，對於人們了解文化價值觀對於健康行為的作用以及影響人們健康信念的因素之探討定會有很大的助益。

參考文獻



期刊論文：

- 李智峰 (1997)。健檢服務業現況與經營策略分析。長庚醫學暨工程學院碩士論文。
- 陳銘樹 (2001)。台灣地區退伍軍人「自費健康檢查」之消費行為行銷研究。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
- 洪婉菁 (2003)。台灣六十歲以上老人健康檢查之相關因素。臺中健康暨管理學院健康管理研究所碩士論文。
- 蔡宗仁 (2005)。台灣健檢產業創新商業模式研究。國立台灣大學國際企業學研究所碩士論文。
- 吳家勳 (2005)。醫院自費醫療服務經營之研究調查。元智大學管理研究所碩士論文。
- 張倩予 (2005)。健檢中心顧客忠誠影響因素之探討。長庚大學醫務管理學研究所碩士論文。
- 吳怡芳 (2006)。《服務創新模式-以健檢服務為例》。國立陽明大學碩士論文。
- 黃燕鳳 (2008)。健檢機構之消費者需求與行銷策略之研究。國立台灣大學醫療機構與管理研究所碩士論文。
- 周宜慧 (2008)。以健康信念模式探討女大學生執行乳房自我檢查認知與行為—以中部某大學大一為例。亞洲大學健康管理研究所碩士論文。
- 張宏名 (2008)。中部地區中老年人自費健康檢查之利用行為及其相關因素探討。亞洲大學長期照護研究所學位論文。
- 郭育成 (2009)。「健康服務產業創新服務之研究—以健檢中心為例」。政治大學經營管理碩士學程碩士論文。
- 錢政平 (2010)。高階影像健檢之服務品質與顧客滿意度、忠誠度關聯性研究。國立台灣大學醫療機構與管理研究所碩士論文。
- 江賢文 (2012)。影響空軍官兵接受自費健康檢查之相關因素探討。長榮大學醫務管理學研究所碩士論文。
- 黃巧雯 (2013)。觀光醫療商機中創新商業模式之探討:以健檢產業為例。國立政治大學科技管理研究所碩士論文。
- 王俐婷 (2014)。以健康信念模式探討銀髮族自費健檢行為之研究。中國文化大學新聞學系碩士論文。
- 李淑敏 (2016)。影響澳門市民自費健康檢查的因素研究。澳門科技大學公共衛生研究所碩士論文。
- 劉映彤 (2017)。兩岸健檢產業市場之探討與分析。淡江大學中國大陸研究所碩士論文。

中文期刊

- 蔡慈儀, 李守義, 蔡憶文, & 郭耿南. (2010). 中文健康識能評估表的發展與測試. 醫學教育, 14(2), 122-136.
- 蔡宗仁. (1996). 健檢發展史. 中華民國醫檢會報, 11(3), 52-54.

- 高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏、邱佩怡 (2000), 老年人的健康促進生活形態與衛生教育。護理研究, 47 (1): 13-18。
- 陳明豐. (2005). 健康檢查與健康管理. 健康世界(229 期), p82-86.
- 陳曉悌, 李怡娟, & 李汝禮. (2003). 健康信念模式之理論源起與應用. 臺灣醫學, 7(4), 632-639.
- 陳毓隆. (2010). 矯正機構收容人自費健康檢查意願之研究-以中部某監獄為例. 中國醫藥大學. Available from Airiti AiritiLibrary database. (2010 年)
- 許功餘, 王登峰, & 楊國樞. (2001). 台灣與大陸華人基本性格向度的比較. [Differences between Taiwanese and Mainland Chinese on Chinese Basic Personality Dimensions: A Preliminary Study]. 本土心理學研究(16), 185-224.
- 黃巧雯. (2013). 觀光醫療商機中創新商業模式之探討:以健檢產業為例.
- 李守義, 蔡慈儀, 蔡憶文, & 郭耿南. (2012). [中文健康識能評估量表] 簡式量表的發展與效度檢測. 臺灣公共衛生雜誌, 31(2), 184-194.
- 李守義, 周碧瑟, & 晏涵文. (1989). 健康信念模式的回顧與前瞻. 中華民國公共衛生學會雜誌, 9(3), 123-137.
- 李淑芬, 柯慧青, & 李美文. (2012). 影響民眾選擇自費健康檢查因素之研究. 澄清醫護管理雜誌, 8(3), 27-37.
- 林季緯, 何青蓉, 黃如蕙, & 王維典. (2016). 健康識能的概念發展與實務應用. 台灣家庭醫學雜誌, 26(2), 65-76.
- 林為森, 馬事佐, & 楊純媽. (2009). 四十歲以上民眾使用健康檢查行為及其相關影響因素之探討. 嘉南學報(人文類), 35, p. 560-571.
- 劉岩. (2016). 美國人怎麼做健康體檢. 中國實用鄉村醫生雜誌, 23(8), 26-29.
- 沈婉平, 呂昌明, 游麗惠, 高毓秀, & 黃久美. (2010). 運用健康信念模式探討成年民眾的口腔黏膜健康檢查行為意圖及相關因素. 健康生活與成功老化學刊, 2(1), 12-25.
- 蘇哲能, 張淑鳳, & 潘豐泉. (2008). 台灣健康知能量表之初探性研究. 臺灣醫學, 12(5), 25-36.
- 滕淑芬. (2015). 健檢商機起飛 五大現象搶先看. 遠見雜誌, 2015 特刊.
- 王敏容. (2005). 市場競爭程度對醫院開發自費醫療服務之影響. 北市醫學雜誌, 第二卷, 895-906.
- 王素真, 洪耀釗, & 林耀三. (2011). 影響民眾利用自費健康檢查之相關因素探討. 工程科技與教育學刊, 8(2), 320-329.
- 王召平, & 張愛莉. (2002). 日本健康體檢醫學的現狀. 上海預防醫學雜誌, 3(14), 123-125.
- 吳晉祥, 黃盈翔, & 張智仁. (2007). 老年人的預防性健康照護-從指引到臨床實務.
- 吳統雄. (1985). 態度與行為研究的信度與效度: 理論, 應用, 反省. 民意學術專刊, 夏季號, 25-53.
- 揚全斌. (2005). 日本「8020 運動」、「健康日本 21 計劃」與「健康增進法」簡介. 牙醫界, 24(3).

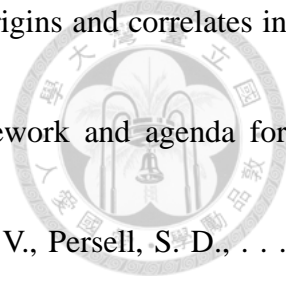
- 張成琪, 孟慶躍, 馮建利, & 唐芳. (2007). 健康體檢發展與健康管理的模式探討. 中國衛生事業管理, 23(8), 510-513.
- 張恩忠. (1998). 自費健康檢查民眾生活型態與特質研究: 長庚大學.
- 張宏名. (2008). 中部地區中老年人自費健康檢查之利用行為及其相關因素探討. 亞洲大學長期照護研究所學位論文, 1-93.



英文期刊

- Andrus, M. R., & Roth, M. T. (2002). Health literacy: a review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 22(3), 282-302.
- Baker, D. W., DeWalt, D. A., Schillinger, D., Hawk, V., Ruo, B., Bibbins-Domingo, K., . . . Pignone, M. (2011). "Teach to goal": theory and design principles of an intervention to improve heart failure self-management skills of patients with low health literacy. *J Health Commun*, 16 Suppl 3, 73-88. doi:10.1080/10810730.2011.604379
- Baur, C. (2010). The national action plan to improve health literacy. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health education monographs*, 2(4), 409-419.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., . . . Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*(199), 1-941.
- Bhopal, R. S. (2002). Concepts of Epidemiology: An integrated introduction to the ideas, theories, principles and methods of epidemiology. Retrieved from http://skums.ac.ir/dorsapax/userfiles/file/Epidemiology_Concepts_2002.pdf
- C. J. TIDMARSH, M. A., M.D., C.M.,. (1928). PERIODICAL HEALTH EXAMINATIONS*. THE CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL.
- Chacko, K. M., & Anderson, R. J. (2007). The Annual Physical Examination: Important or Time to Abandon? *The American Journal of Medicine*, 120(7), 581-583. doi:10.1016/j.amjmed.2006.07.046
- Conlin, K. K., & Schumann, L. (2002). Literacy in the health care system: a study on open heart surgery patients. *J Am Acad Nurse Pract*, 14(1), 38-42.
- Curtis, L. M., Wolf, M. S., Weiss, K. B., & Grammer, L. C. (2012). The Impact of Health Literacy and Socioeconomic Status on Asthma Disparities. *J Asthma*, 49(2), 178-183. doi:10.3109/02770903.2011.648297

- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family medicine*, 25(6), 391-395.
- Duong, V. T., Lin, I.-F., Sorensen, K., Pelikan, J. M., Van Den Broucke, S., Lin, Y.-C., & Chang, P. W. (2015). Health literacy in Taiwan: A population-based study. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(8), 871-880.
- Federman, A. D., Wisnivesky, J. P., Wolf, M. S., Leventhal, H., & Halm, E. A. (2010). Inadequate health literacy is associated with suboptimal health beliefs in older asthmatics. *J Asthma*, 47(6), 620-626. doi:10.3109/02770901003702816
- Gazmararian, J. A., Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Scott, T. L., Green, D. C., . . . Koplan, J. P. (1999). Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*, 281(6), 545-551.
- Grad, F. P. (2002). The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. *Bull World Health Organ*, 80(12), 981-984.
- Harris, R. P., Helfand, M., Woolf, S. H., Lohr, K. N., Mulrow, C. D., Teutsch, S. M., . . . Force, S. T. (2001). Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *American journal of preventive medicine*, 20(3), 21-35.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q*, 11(1), 1-47. doi:10.1177/109019818401100101
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
- Kickbusch, I., & Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization, 14.
- Lee, S. Y., Bender, D. E., Ruiz, R. E., & Cho, Y. I. (2006). Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test. *Health Serv Res*, 41(4 Pt 1), 1392-1412. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00532.x
- Lewin, K. (1943). Defining the 'field at a given time.'. *Psychological Review*, 50(3), 292-310. doi:10.1037/h0062738
- Lindau, S. T., Basu, A., & Leitsch, S. A. (2006). Health literacy as a predictor of follow-up after an abnormal pap smear: A prospective study. *J Gen Intern Med*, 21(8), 829-834.
- Liu, Y. B., Chen, Y. L., Liu, L., & Li, Y. F. (2015). Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health*, 12(8), 9714-9725. doi:10.3390/ijerph120809714

- 
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education & Behavior*, 2(4), 336-353.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*, 23(5), 840-847.
- Pandit, A. U., Tang, J. W., Bailey, S. C., Davis, T. C., Bocchini, M. V., Persell, S. D., . . . Wolf, M. S. (2009). Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Educ Couns*, 75(3), 381-385. doi:10.1016/j.pec.2009.04.006
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *J Gen Intern Med*, 10(10), 537-541.
- Powell, C. K., Hill, E. G., & Clancy, D. E. (2007). The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *The diabetes educator*, 33(1), 144-151.
- Report, T. F. (1979). The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Can Med Assoc J*, 121(9), 1193-1254. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704686/>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.
- SCHNEIDER, P. F. (1961). A Review of the Value of Periodic Health Examination. *Occupational Medicine*, 11(1), 27-36.
- Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical care*, 40(5), 395-404.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2, 1-25.
- Von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36(5), 860-877.
- Wilkinson, G. S., & Robertson, G. (2006). Wide range achievement test (WRAT4). *Psychological Assessment Resources*, Lutz.

書目

- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach*: Blakiston Division, McGraw-Hill.

陳建仁. (2000). 流行病學：原理與方法. 臺北. 聯經.
黃月桂, 李麗晶, 章樂綺, & 鄭鴻文. (2013). 健康管理. 華都, 一版.



網站資料

賴香如. (2000). 國家教育研究院雙語詞彙學術名詞暨辭書資訊網. Retrieved from <http://terms.naer.edu.tw/detail/226049/>

內政部統計處. (2015). 內政部統計資料. Retrieved from <http://statis.moi.gov.tw/micst/stmain.jsp?sys=100>

附錄一 台灣地區調查使用問卷

兩岸民眾健康素養與健康信念對自費健檢的使用與使用意願影響之探討調查問卷

親愛的 先生/女士您好：

誠摯地感謝您願意在百忙之中協助填答此問卷，此問卷目的旨在探討“兩岸民眾健康素養與健康信念對自費健檢的使用與使用意願之影響”，問卷內容分為四大部分，第一部分為「健康識能簡式量表」，此部分主要想瞭解您健康識能的程度。第二部分為健康信念，此部分想要瞭解您對於健康的態度。第三部分瞭解您過去自費健康檢查的使用經驗與未來的使用意願，以及第四部分是個人基本資料。

此外，問卷的填答無所謂對或錯，只需按照您實際的情形填答即可。本問卷為匿名問卷，無法追蹤辨識，且僅作為學術研究之用，您填答的結果將會絕對保密，懇請您放心填答，謝謝您的協助。

敬祝

平安順利

國立臺灣大學公共衛生學院 健康政策與管理研究所

指導教授：張睿詒 教授

研究生：盧文龍 敬上

【如有任何問題，請洽聯繫人】 聯繫人：盧文龍 Email：R04848028@ntu.edu.tw

【PART1 健康素養簡式量表】

【第一部分：用藥資訊】（請您根據下面方框說明回答問題）

配藥日期： 2007/10/06	領藥號： N-0034
姓名： 李大同	病歷號碼： 25688652
年齡： 49 歲	性別： 男
用法用量： 口服，每天一次，早餐前 30 分鐘服用，每次半錠。	調劑天數： 14 天
藥名： 佑而康錠 (Euglucon 5 mg/錠)	發藥量： 7 錠
主要成分： (Glyburide)	
外觀標記： 錠劑	
臨床用途： 增加體內胰島素分泌，以降低血糖	
副作用： 可能會發生低血糖（冒冷汗、心悸、頭痛、痙攣、昏亂）、發燒、喉嚨痛、皮膚疹、黃疸症狀等。	
注意事項： 血糖未達到良好控制前，應避免駕車或操作重機械。請勿與酒精併服。請做防曬措施。	
處方醫師： 王一琳	配藥藥師： 林中新
	核對藥師： 李大銘

請根據上邊藥袋的內容，回答下列問題，圈選出您覺得最適當的答案：

1. 請問服用這個藥物的病人姓名是____？ (01)王一琳 (02)李大同 (03)林中新
2. 病人應該在什麼時候使用這個藥物____？
(01)飯前 30 分鐘 (02)睡前 30 分鐘 (03)飯後 30 分鐘
3. 若今天在早餐前服用，下一次最好在何時服用？
(01)今天晚餐前 (02)明天早餐前 (03)明天午餐前
4. 請問這種藥物每次應該服用多少？ (01)半片 (02)一片 (03)五片



5. 這次醫師總共開了____天的藥量? (01)1天 (02)7天 (03)14天
6. 服用此藥物可能會引起和低血糖相關的副作用症狀,如____等症狀。
(01)皮膚疹 (02)黃疸 (03)心悸
7. 服用這種藥物的人,在____還沒控制穩定前,應避免駕車或操作重機械。
(01)血壓 (02)血糖 (03)尿蛋白

【第二部分:門診對話】

以下的題目是模擬您在門診看病時與醫生的對話,請根據每一題的敘述,選出最適當的答案。

8. 醫師!我的右腳大拇趾從四、五天前就開始疼痛____,而且越來越痛,一點都沒有好轉。
(01).肥胖 (02).紅腫 (03).脫水
9. 甲溝炎是屬於一種指甲旁組織感染發炎,我會開一些____給您,以減少紅腫疼痛。
(01).抗生素 (02).降血壓藥 (03).荷爾蒙
10. 您過去有糖尿病嗎?下次回診時請____,並帶著這張驗血單去檢驗科做抽血檢查,確定一下。
(01).忍尿 (02).空腹 (03).進食
11. 回去後暫時不要穿____的鞋子,保持腳部的乾燥、透氣,如果沒有繼續變壞,5天後再回門診追蹤。
(01).太緊 (02).太軟 (03).太鬆

【PART2 健康信念】

題號		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
		1	2	3	4	5
自覺罹病性						
12.	我覺得自己比同年齡的人容易生病(如:感冒、喉嚨發炎、三高等問題)。					
13.	我擔心有未診斷出的嚴重疾病。					
14.	我擔心會遺傳到家族的疾病。					
15.	我擔心現在或過去的不良習慣(如:吸煙、酗酒、熬夜)提高罹患疾病的機率。					
自覺嚴重性						
16.	我擔心自己一旦生病,較不容易康復。(如:感冒)					
17.	我擔心自己的健康狀況會越來越差。					
18.	我擔心生病時,會對家人、朋友或同事造成困擾。(如:需家人花時間照顧)					
行動利益						
19.	透過自費健康檢查,可及早發現疾病和治療。					
20.	透過自費健康檢查,有助於對身體健康情況的掌握。					
行動障礙						
21.	我擔心健康檢查項目,無法涵蓋所有我擔心的健康問題。					

22.	我擔心健康檢查花費較高，會給自己的經濟造成負擔。					
23.	我不知該如何選擇良好的健康檢查機構。					
24.	我會擔心健康檢查時，等候的時間過長。					
行動線索						
25.	家人或朋友的經驗會增加我使用自費健康檢查服務的意願。					
26.	就診時醫師的建議，能增加我使用自費健康檢查服務的意願。					
27.	健康檢查機構或工作單位的健康宣導，會增加我使用自費健康檢查服務的意願。					
28.	電視、報刊、雜誌等大眾傳播的相關報導宣傳會增加我使用自費健康檢查服務的意願。					

【PART3 自費健康體檢的經驗、使用意願及影響因素】

29. 請問您過去三年內，是否曾經使用過自費健康檢查？

- (01) 使用過 (請續答30-31題) (02) 沒使用過 (跳答31題)

30. 您過去使用自費健康檢查最主要的動機為何？【單選】

- (01) 感覺身體不適或擔心自己生病了 (02) 純粹基於“預防勝於治療” (03) 親友推薦
 (04) 醫師建議 (05) 沒有症狀但家族有慢性病或癌症史 (06) 想做的健檢項目健保不給付
 (07) 有促銷活動 (08) 工作單位入職體檢或學生入學體檢 (09) 其他, 請說明_____

31. 請問您是否考慮過在未來1-2年內使用自費健康檢查？

- (01) 是，考慮過 (請續答32-34題) (02) 否，不曾考慮 (請跳答35題)

32. 若使用自費健康檢查，請問您比較傾向選擇的健檢機構類型是？

- (01) 醫院附設之健康檢查中心 (02) 專業健檢診所 (03) 其他一般性診所
 (04) 其他, 請說明_____

33. 完全自費的健康檢查 (價格越高，檢查項目越高階、越完整)，您能接受最高價格的範圍為？

- (01) 5,000 元以下 (02) 5,000-10,000 元 (03) 10,001-20,000 元
 (04) 20,001-30,000 元 (05) 30,001-40,000 元 (06) 40,001-50,000 元
 (07) 50,000 元以上

34.	請問以下哪些因素會影響您選擇使用自費健康檢查？	非常不同意 1	不同意 2	普通 3	同意 4	非常同意 5
34-1	如果健檢需要花1或2天的時間，會影響您選擇使用自費健康檢查					
34-2	健康檢查的價格，會影響您選擇使用自費健康檢查					
34-3	健檢機構的屬性 (如：醫學中心、區域醫院、地區醫院、專業健檢診所)，會影響您選擇使用自費健康檢查					
34-4	是否有先進的儀器設備【如：MRI (核磁共振)、PET-CT (正子造影) 等】，					

	會影響您選擇使用自費健康檢查				
34-5	健康檢查機構的服務(如：醫護人員服務態度、檢查流程順暢、報告解說是否詳盡等)，會影響您選擇使用自費健康檢查				
34-6	健康檢查機構的環境(如：交通的便利性、是否有獨立的健檢空間等)，會影響您選擇使用自費健康檢查				
34-7	健檢機構是否有後續的健康管理(飲食建議、定期追蹤複檢、提供專業的衛教資訊等)，會影響您選擇使用自費健康檢查				
34-8	健檢機構的宣傳(活動廣告、報刊雜誌報導、專業人員建議、親朋好友推薦、網路宣傳等)，會影響您選擇使用自費健康檢查				
34-9	健檢機構健檢方案的多樣化，會影響您選擇使用自費健康檢查				

35. 您未來一年，不考慮使用自費健康檢查的最主要原因是？【單選】

- (01) 覺得自己很健康不需要 (02) 費用的考量 (03) 上班忙，沒時間去
 (04) 不了解自己該做什麼檢查，怕白花錢 (05) 怕檢查後發現更多的問題造成心理負擔
 (06) 對健檢的品質及報告沒信心 (07) 國民健康署有提供免費成人健檢
 (08) 其他，請說明_____

【PART4 基本資料】

36. 請問您的性別？ (01) 男 (02) 女

37. 請問您的年齡？

- (01) 20-24歲 (02) 25-29歲 (03) 30-34歲 (04) 35-39歲 (05) 40-44歲
 (06) 45-49歲 (07) 50-54歲 (08) 55-59歲 (09) 60-64歲 (10) 65歲以上

38. 請問您的教育程度？

- (01) 國小及以下 (02) 初中/國中 (03) 高中/高職 (04) 專科(五專/二專/三專)
 (05) 大學 (06) 研究所以上

39. 請問您目前的職業是？

- (1) 軍公教 (教師 公職人員 其他) (2) 農漁牧 (3) 工業(含製造業、礦業及土石採取業等) (4) 服務業(醫療保健) (5) 其他服務業(交通運輸業、通訊業、商業、餐飲業、金融保險業等) (6) 學生 (7) 家管 (8) 退休 (9) 待業中(或無業)
 (10) 其他, _____

40. 請問您的婚姻狀況？

- (01) 未婚 (02) 已婚 (03) 離婚 (04) 喪偶 (05) 其他, _____

41. 請問您個人平均月收入大約在以下哪個範圍內？(新台幣)

- (01) 10,000元及以下 (02) 10,000-30,000元 (04) 30,001-50,000元
 (05) 50,001-70,000元 (06) 70,001-90,000元 (07) 90,001-110,000元
 (08) 110,000-130,000元 (09) 130,000-150,000元 (10) 150,000元及以上

42. 請問您覺得自己目前的健康狀況如何？

- (01) 非常好 (02) 好 (03) 一般 (04) 不好 (05) 非常不好

~問卷至此結束，謝謝您！祝您身體健康 萬事如意 ~

附錄二 大陸深圳地區調查使用問卷

兩岸民眾健康素養與健康信念對自費體檢的使用與使用意願影響之研究調查問卷



親愛的 先生/女士您好：

誠摯地感謝您願意在百忙之中協助填答此問卷，此問卷目的是探討“兩岸民眾健康素養與健康信念對自費體檢的使用與使用意願之影響”，問卷內容分為四大部分，第一部分為“健康素養簡式量表”，此部分主要想了解您健康素養的程度。第二部分為健康信念，此部分想要了解您對於健康的態度。第三部分了解您過去自費健康體檢的使用經驗與未來的使用意願，以及第四部分是個人基本資料。

此外，問卷的填答無所謂對錯，只需按照您實際的情形填答即可。本問卷為匿名問卷，無法追蹤辨識，且僅作為學術研究之用，您填答的結果將會絕對保密，請您放心填答，謝謝您的協助。

敬祝

平安順利

台灣大學公共衛生學院 健康政策與管理研究所

指導教授：張睿詒 教授

研究生：盧文龍 敬上

【如有任何問題，請洽联系人】 联系人：盧文龍 Email：R04848028@ntu.edu.tw

【第一部分 健康素養簡式量表】

【第一部分：用藥信息】（請您根據下面方框說明回答問題）

配藥日期：	2007/10/06	領藥號：	N-0034
姓名：	李大同	病歷號碼：	25688652
年齡：	49 歲	性別：	男
用法用量：	口服，每天一次，早餐前 30 分鐘服用，每次半片。		
藥名：	佑而康片 (Euglucon 5 mg/片)	配藥天數：	14 天
主要成分：	(Glyburide)	發藥量：	7 片
外觀標記：	片劑		
臨床用途：	增加體內胰島素分泌，以降低血糖		
副作用：	可能會發生低血糖（相關的副作用症狀如：冒冷汗、心悸、頭痛、痙攣、昏亂）、發燒、喉嚨痛、皮膚疹、黃疸症狀等。		
注意事項：	血糖未達到良好控制前，應避免開車或操作重機械。請勿與酒精併服。請做防曬措施。		
處方醫師：	王一琳	配藥藥師：	林中新
		核對藥師：	李大銘

請根據上邊藥袋的內容，回答下列問題，圈選出您覺得最適當的答案：

1. 請問服用這個藥物的病人姓名是____？ (01)王一琳 (02)李大同 (03)林中新
2. 病人應該在什麼時候使用這個藥物____？
(01)飯前 30 分鐘 (02)睡前 30 分鐘 (03)飯後 30 分鐘
3. 若今天在早餐前服用，下一次最好在何時服用？
(01)今天晚餐前 (02)明天早餐前 (03)明天午餐前
4. 請問這種藥物每次應該服用多少？ (01)半片 (02)一片 (03)五片



5. 这次医师总共开了____天的药量? (01)1天 (02)7天 (03)14天
6. 服用此药物可能会引起和低血糖相关的副作用症状,如____等症。
(01)皮肤疹 (02)黄疸 (03)心悸
7. 服用这种药物的人,在____还没控制稳定前,应避免驾车或操作重机械。
(01)血压 (02)血糖 (03)尿蛋白

【第二部分:门诊对话】

以下的题目是模拟您在门诊看病时与医生的对话,请根据每一题的叙述,选出最适当的答案。

8. 医生!我的右脚大拇趾从四、五天前就开始疼痛____,而且越来越痛,一点都没有好转。
(01).肥胖 (02).红肿 (03).脱水
9. 甲沟炎是属于一种指甲旁组织感染发炎,我会开一些____给您,以减少红肿疼痛。
(01).抗生素 (02).降血压药 (03).荷尔蒙
10. 您过去有糖尿病吗?下次复诊时请____,并带着这张验血单去检验科做抽血检查,确定一下。
(01).忍尿 (02).空腹 (03).进食
11. 回去后暂时不要穿____的鞋子,保持脚部的干燥、透气,如果没有继续变坏,5天后再回门诊复查。
(01).太紧 (02).太软 (03).太松

【第二部分 健康信念】

题号		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
		1	2	3	4	5
自觉罹病性						
12.	我觉得自己比同年龄的人容易生病(如:感冒、喉咙发炎、三高等问题)。					
13.	我担心有未诊断出的严重疾病。					
14.	我担心会遗传到家族的疾病。					
15.	我担心现在的不良习惯(如:吸烟、酗酒、熬夜)会增加疾病的发病风险。					
自觉严重性						
16.	我担心自己一旦生病,较不容易康复。(如:感冒)					
17.	我担心自己的健康状况会越来越差。					
18.	我担心生病时,会对家人、朋友或同事造成困扰。(如:需家人花时间照顾)					
行动利益						
19.	通过健康体检,可及早发现疾病和治疗。					
20.	通过健康体检,有助于掌握身体健康状况。					
行动障碍						
21.	我担心健康体检项目,无法涵盖所有我担心的健康问题。					
22.	我担心体检花费较高,会给自己的经济造成负担。					
23.	我不知该如何选择良好的健康体检机构。					

24.	我会担心体检时,等候的时间过长。					
行动线索						
25.	家人或朋友的经验会增加我去做自费健康体检的意愿。					
26.	就诊时医师的建议,能增加我去做自费健康体检的意愿。					
27.	健康体检机构或工作单位的健康倡导,会增加我去做自费健康体检的意愿。					
28.	电视、报刊、杂志等大众传播的相关报道宣传会增加我做自费健康体检的意愿。					

【第三部分 自费健康体检的经验、使用意愿】

29. 请问您过去三年内,是否做过自费体检?

- (01) 做过 (续答 30-31 题) (02) 没做过 (跳答 31 题)

30. 您过去做自费体检最主要的原因为何? 【单选】

- (01) 感觉身体不适或担心自己生病了 (02) 纯粹基于“预防胜于治疗”
 (03) 亲友推荐 (04) 医师建议 (05) 没有症状但家族有慢性病或癌症史
 (06) 想做的体检项目医保不报销 (07) 有促销活动
 (08) 工作单位职工体检,额外增加自己想做的项目 (09) 其他,请说明_____

31. 请问您是否考虑过在未来 1-2 年内使用自费体检?

- (01) 是,考虑过 (续答 32-34 题) (02) 否,不曾考虑 (跳答 35 题)

32. 若使用自费体检,请问您倾向选择的体检机构类型是?

- (01) 公立医院体检中心 (02) 民营医院体检中心 (03) 社区医院
 (04) 专业的体检机构 (例如:爱康国宾、慈铭、中康体检等) (05) 其他,请说明_____

33. 完全自费的健康体检 (价格越高,检查项目多样化、越完整),您能接受最高价格的范围为?

- (01) 500 元及以下 (02) 501-1,000 元 (03) 1,001-1,500 元 (04) 1,501-2,000 元
 (05) 2,001-3,000 元 (06) 3,001-4,000 元 (07) 4,001-5,000 元 (08) 5,001-7,000 元
 (09) 7,001-9,000 元 (10) 9,001-11,000 元 (11) 11,001 元及以上

34.	请问以下哪些因素会影响您选择是否去做自费体检?	非常不同意 1	不同意 2	普通 3	同意 4	非常同意 5
34-1	如果全身体检需要花 1 天到 2 天的时间会影响您选择是否去做自费体检					
34-2	自费体检价格的高低,会影响您选择是否去做自费体检					
34-3	健康体检机构的类型 (如:公立医院、民营医院、专业的体检机构),会影响您选择是否去做自费体检					
34-4	健康体检机构是否有先进的仪器设备【如:是否有 MRI (核磁共振)、PET-CT (正子扫描) 等】,会影响您选择是否去做自费体检					
34-5	健康体检机构的服务 (如:医护人员服务态度、检查流程顺畅、报告解说是否详尽等),会影响您选择是否去做自费体检					

34-6	健康体检机构的环境（如：交通的便利性、是否有独立的体检空间、专门的休息区等），会影响您选择是否去做自费体检				
34-7	健康体检机构是否有后续的健康管理（如：饮食建议、定期追踪复检、提供专业的健康教育信息等），会影响您选择是否去做自费体检				
34-8	健康体检机构的宣传（活动广告、报刊杂志报道、专业人员建议、亲朋好友推荐、网络宣传等），会影响您选择是否去做自费体检				
34-9	健康体检机构体检套餐的多样化，会影响您选择是否去做自费体检				

35. 您未来一年，不会考虑做自费体检最主要的原因是？【单选】

- (01) 觉得自己很健康不需要 (02) 费用的考虑 (03) 上班忙，没时间去
 (04) 不了解自己该做什么检查，怕白花钱 (05) 怕检查后发现更多的问题造成心理负担
 (06) 对体检的质量及结果报告没信心 (07) 工作单位提供的职工体检已能满足需求
 (08) 其他, 请说明_____

【第四部分 基本资料】

36. 请问您的性别？ (01) 男 (02) 女

37. 请问您的年龄？

- (01) 20-24 岁 (02) 25-29 岁 (03) 30-34 岁 (04) 35-39 岁 (05) 40-44 岁
 (06) 45-49 岁 (07) 50-54 岁 (08) 55-59 岁 (09) 60-64 岁 (10) 65 岁以上

38. 请问您的教育程度？

- (01) 小学 (02) 初中 (03) 高中（含中专） (04) 专科（大专）
 (05) 大学（本科） (06) 研究生及以上

39. 请问您目前的职业是？

- (1) 政府部门、企事业单位、党政机关公务员、职员、雇员等 (2) 教师 (3) 医务工作者（医生、护士等）
 (4) 私营企业主 (5) 产业工人（含制造业、矿业及土石采取业等） (6) 农林牧渔业劳动者
 (7) 第三产业人员（交通运输业、通讯业、商业、餐饮业、金融保险业、销售等）
 (8) 学生 (9) 家庭主妇 (10) 离退休人员 (11) 待业中（无业）
 (12) 其他, _____

40. 请问您的婚姻状况？

- (01) 未婚 (02) 已婚 (03) 离婚 (04) 丧偶 (05) 其他, _____

41. 请问您个人平均月收入大约在以下哪个范围内？（币别：人民币）

- (01) 1,000 元及以下 (02) 1,001-3,000 元 (03) 3,001-5,000 元 (04) 5,001-7,000 元
 (05) 7,001-9,000 元 (06) 9,001-11,000 元 (07) 11,001-13,000 元
 (08) 13,001-15,000 元 (09) 15,001 元及以上 (10) 无收入

42. 请问您觉得自己目前的健康状况如何？

- (01) 非常好 (02) 好 (03) 一般 (04) 不好 (05) 非常不好

~问卷至此结束，谢谢您！祝您身体健康 万事如意~