

以計畫行為理論探討離島民眾醫療利用行為與可近性滿意度之研究 —以IDS醫療計畫為例

Using Planned Behavior Theory to Analyze the Accessibility and Utilization of Health Care Services in Isolated Island - A Case of Integrated Delivery System Medical Plan

阮仲洲

阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院院長

yuan.his@msa.hinet.net

陳親親

國立高雄應用科技大學企業管理系碩士在職專班研究生

研究生

chen802_mrk@yuanhosp.com.tw

陳榮方

國立高雄應用科技大學企業管理系副教授

afang@cc.kuas.edu.tw

摘要

澎湖地區二、三級離島地區如望安鄉、七美鄉、白沙鄉等之醫療受限於醫療資源的缺乏、因地理環境及天候而造成的交通不便等因素，影響當地民眾適時獲得適當醫療的權利，為改善澎湖離島地區民眾就醫可近性，自八十七年十一月起執行澎湖地區 IDS 醫療計畫。本研究主要目的在於探討離島居民對 IDS 計畫的認知及評價，及評估離島居民對 IDS 計畫的觀感，對其醫療服務利用與可近性滿意度的影響。

本研究以計畫行為理論(TPB)為理論基礎架構，進行澎湖離島地區民眾在 IDS 醫療計畫下醫療利用行為與可近性滿意度之探討，以設籍離島 IDS 醫療計畫中之澎湖縣七美鄉及望安鄉之 20 歲以上的居民為調查研究對象，採便利抽樣方式實施抽樣進行問卷調查。共計發放 440 份問卷，回收問卷率為 97.95%，總計有效問卷為 361 份，整體有效問卷回收率 82.05%。運用統計軟體 SPSS 17.0 作為統計工具，進行資料分析與檢定。包含：描述性統計分析、信度分析、卡方檢定、迴歸分析等方法。

研究結果發現受訪民眾在 IDS 計畫獲得 24 小時全天候的健康諮詢與診療服務、醫療專科診療服務及巡迴醫療服務均達滿意程度，對於民眾利用 IDS 計畫所提供之醫療服務的意願，專業人士(醫師、護理人員)意見具有重要的影響力。民眾對 IDS 醫療計畫的態度越正向，對重要關係人的意見(對 IDS 醫療計畫)越重視及認同，對 IDS 醫療計畫就醫選擇的因素越重視及認同，民眾對 IDS 醫療計畫所提供服務的使用與推薦意願則有越正向的影響效果。在無醫師常駐之三級離島民眾，利用及推薦意願越高，則民眾巡迴醫療的利用次數越多。假日/夜間急性醫療服務利用次數對醫療可近性滿意度之可用性、適度性有顯著且負向的影響；假日/夜間急性醫療服務利用次數、專科醫療服務利用次數對醫療可近性滿意度之接受性皆有顯著且負向的影響。

關鍵詞:離島、計畫行為理論、醫療利用行為、可近性滿意度

Keywords: Isolated Island, Theory of Planned Behavior, Health Care Services, Utilization

壹、緒論

一、背景與動機

全民健康保險的目的在於保障全體國民能適時獲得適當之醫療(行政院衛生署, 1997)，澎湖地區醫療資源主要集中在於本島，而當地二、三級離島地區如望安鄉、七美鄉、白沙鄉等之醫療主要由衛生所的醫護人員提供民眾醫療服務，但受限於醫療資源的缺乏、因地理環境及天候而造成的交通不便等因素，而影響當地民眾適時獲得適當醫療的權利，為改善澎湖離島地區民眾就醫可近性，健保局高屏業務組於八十七年十一月起由阮綜合醫院於將軍島開始，提供整合性醫療服務(Integrated Delivery System, 簡稱 IDS)，並陸續加入澎湖地區其他二、三

級離島。

澎湖地區 IDS 計畫自八十七年十一月起執行至今進入第十二年，在診次、經費和民眾滿意度上均有顯著提升(艾馨美, 2008)，但學者研究顯示，1997 年至 2005 年偏遠地區民眾前十大住院疾病因素不乏慢性病(心臟病、腦動脈阻塞、慢性肝病肝硬化、精神分裂症...等)及可避免住院之疾病(肺炎、糖尿病、泌尿道感染等)，顯示偏遠地區民眾基層醫療照護品質仍有待努力(陳志成, 2009)。

研究顯示偏遠地區民眾醫療利用有集中在老年人的情形，慢性病盛行是偏遠地區健康的問題特徵，且顯著影響偏遠地區就醫次數，居住在「離島」的偏遠地區民眾藉由 IDS 計畫的推動，其西醫門診就醫次數不僅高於全國，更高於其他偏遠地區(陳志成, 2009)，顯示出醫療資源的投入，並不代表民眾的醫療需求就一定會被滿足，針對巡迴醫療對偏遠地區民眾帶來就醫可近性的研究顯示，對巡迴醫療訊息的認知、健康狀況與利用次數顯著的影響巡迴醫療滿意度，顯示相關資訊宣導、傳播的重要性(洪錦墩等, 2004)，可見就醫次數的提升並不能概括的表示民眾就醫需求被滿足了，地區民眾對於醫療提供的認知與及時適當的醫療資訊及服務，影響醫療服務利用的多寡，進而對民眾滿意度有所影響。

二、目的

本研究經由探討離島 IDS 計畫涵蓋地區的居民對 IDS 計畫的認知，進而評估民眾醫療利用相關行為，及民眾對 IDS 計畫醫療可近性滿意度情形，本研究目的如下：

- (一) 探討離島居民對 IDS 計畫的認知及評價。
- (二) 評估離島居民對 IDS 計畫的觀感，對其醫療服務利用與可近性滿意度的影響。
- (三) 依研究結果研擬建議，俾利中央健康保險局未來於離島地區推行改善方案及承作醫院改善支援方式之參考。

貳、參考文獻

一、澎湖南海地區 IDS 整合性醫療服務照護計畫

澎湖地區醫療資源主要集中於本島，而當地二、三級離島地區如望安鄉、七美鄉、白沙鄉等之醫療主要由衛生所的醫護人員提供民眾醫療服務，但限於交通不便、醫療設備之不足或因醫事人力不足、島上無駐診醫師等因素影響下，造成民眾就醫的不便；尤其在東北季風吹起，冬季來臨時，交通便常因天候惡劣而中斷，阻礙民眾外出就醫，以致延誤病情。

鑑於這些二、三級離島地區，醫療資源不足與民眾就醫的不便，自八十七年十一月起，在行政院衛生署中央健康保險局贊助支持下，由阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院與澎湖縣衛生局、望安鄉衛生所、七美鄉衛生所合作，以 IDS 的模式提供二鄉居民醫療服務，使二級離島的居民獲得廿四小時醫師駐診的醫療服務；引進區域級以上的專科醫療，使居民無需至島外即可獲得專科醫療；配合澎湖縣衛生局直昇機緊急後送的服務，提供居民較具方便性、可近性及完整性之醫療服務及服務品質。

為改善望安鄉、七美鄉、桶盤嶼、虎井嶼民眾就醫之方便性、可近性、完整性及醫療服務品質，由阮綜合醫院、望安鄉及七美鄉衛生所、馬公市第一衛生所共同提供居民醫療服務，建立轉診後送的醫療服務體系，提供的醫療服務如下：

- (一) 急性醫療照護(Acute care)：服務內容包含一般急性醫療照護門診、全天候(含例假日)醫師與護士駐診醫療服務，以提供最完善之醫療服務。
- (二) 專科醫療照護(Specialty Care)：由衛生所(室)依當地居民最大需求科別，以提供望安島、將軍嶼及七美嶼專科門診，便利民眾就醫。然因專科醫療的提供受天候、交通影響甚巨，故在專科醫療診次的安排上以提供望安鄉(含將軍嶼)及七美鄉每月各十次的專科醫療為安排之依據。專科醫師支援以避免與衛生所(室)常駐醫師專科別重複。
- (三) 復健醫療照護(Rehabilitation Care)：為改善民眾使用復健醫療之方便性、可近性及提供完整的醫療服務品質，由本計畫專科醫療照護配合提供相關專科別醫師及復健人員支援，以健全居民復健醫療照護。

- (四) 巡迴醫療：本計畫針對無醫師長駐之三級離島地區：花嶼、東嶼坪、西嶼坪、東吉嶼等島嶼，以及二級離島：桶盤嶼及虎井嶼，提供巡迴醫療服務，花嶼、東嶼坪、西嶼坪、東吉嶼等島嶼由望安衛生所執行，每月每島各四次之巡迴醫療服務，共十六次。桶盤嶼及虎井嶼由馬公第一衛生所執行，每月每島各九次之巡迴醫療服務，共十八次。且如各二、三級離島地區派有編制醫師駐島時，則該島需暫不執行巡迴醫療，並彈性調整各島之巡迴次數。
- (五) 疾病管理服務：為提供當地居民慢性病照護之健康知識，本計畫針對申請加入本保險醫療改善方案之二、三級離島衛生所(室)，包括望安鄉衛生所、將軍衛生室、七美衛生所，因執行該方案所需專科醫師、營養師或護理衛教人員，由本計畫執行中心協調派任人員或由當地具相關資格者支援。

二、計畫行為理論

由 Ajzen, (1985, 1989)所提出之計畫行為理論(Theory of Planned Behavior, TPB) 在國內已被廣泛應用於各個領域之行為探討，如：就醫決策(劉晏明, 2006)、運具選擇行為(林威成, 2005)、工作表現行為意向(張茵茹, 2004)、行動多媒體事務機服務使用意願(陳志傑, 2009)、醫療利用行為(陳盈芳, 2005)等。楊顥芙(2008)於 2008 年三月調查 ISI 資料庫中此理論被引用次數高達 1,308 篇，Ajzen 在 1991 年發表的論文引用次數高達 2,442 次，研究發現在 2000 年後，計畫行為理論延伸與整合其他理論，探討著人類在二十一世紀中最重要的兩個議題：科技變化迅速之影響、健康與運動之生活。因此本研究以計畫行為理論為架構針對醫療服務利用行為進行探討。

計畫行為理論係由理性行為理論(Theory of Reasoned Action, TRA, Fishbein & Ajzen, 1975)修正而來。理性行為理論是在 1967 年由 Fishbein 提出，目的在於瞭解態度與行為之間的關係，計畫行為理論強調行為的意圖是由數個信念組合的結果，包含行為態度、主觀規範、知覺行為控制三項因素，共同預測行為的意圖，進而間接影響行為的產生。

1967 年 Fishbein 將態度區分為二個層次：一是對事件的態度，另一是對事件有關行為的態度。理性行為理論以人類為理性的個體為前提，提出二項基本假設(Ajzen, 1980; Ajzen, 1988)：一是個體常會有系統的蒐集相關資訊來支持或推翻表現某行為的決定，即行為表現受個人意志所控制(Volitional Control)。另一是個體想要表現某行為的意圖(Behavior Intention, BI)是行為發生與否的立即決定因子(Immediate Determinant)，而意向是指個人對從事某項特定行為的主觀機率或可能性。

1975 年 Fishbein 與 Ajzen 發現行為意向對行為更具預測能力，因此將行為(Behavior)、意向(Intention)、態度(Attitude)及信念(Belief)做清楚的名詞定義，Fishbein 和 Ajzen 認為若要改變一個人的行為與意圖，必須先改變這個人的態度與主觀規範，而要改變態度與主觀規範，必須從那些形成態度與主觀規範的信念著手，改變了信念才有可能改變行為(Fishbein & Ajzen, 1975)。

1985 年 Ajzen 在態度、主觀規範之外另外加入「知覺行為控制(Perceived Behavioral Control, PBC)」，行為意向除了受「對行為的態度」與「行為的主觀規範」之影響外，也受到「知覺行為控制」的影響(Schifter & Ajzen, 1985; Ajzen & Madden, 1986)。

三、醫療可近性滿意度

「可近性」是指無論何時何處只要病人需要照護就可進入照護體系並獲得醫療服務(Freeborn Greenlick, 1973)，Aday & Andersen(1974)認為可近性可謂是在一個地區中有無可用之財力及健康照護資源而言，可近性的研究最早運用在行為模式來預測及解釋健康服務的利用率。鍾翰其(2000)研究彙整結果認為提高可近性的目的就是希望讓不同的族群，在不同的生活環境中都能夠在需要醫療服務時，能夠適時獲得公平且適當的醫療照護。黃羽瑄(2010)研究發現在控制醫院效果之下，病人到醫院距離越遠是導致中風病人發病後死亡率增加的主要原因。

Penchansky & Thomas(1981)提出可近性的定義為「顧客和醫療體系間契合的程度」，而為了測量契合的程度，這兩位學者研擬出病人滿意度的問卷，量化五項醫療可近性的指標，分別為：

- (一) 可用性(Availability)：醫療系統中現存的服務提供量及種類或資源跟使用者所需求的量、種類之間的關係。這代表需要足夠的醫師、牙醫師和其他醫療提供者；足夠的診所和醫院；以及某些專業的科別

或計畫如精神科、急診照護。例如：提供的門診科別、時間、地點及次數等醫療服務形式是否滿足當地居民的需要。

- (二) 可接近性(Accessibility)：這乃是狹義的可近性，當地的供給和當地的消費者間的相關，需考慮消費者的交通資源和交通時間，距離和成本。就醫時間成本即指病患所在地到就醫地點的交通距離、所需時間、交通成本作為衡量基準。由於其所需花費的時間成本越低，代表病患就醫越便利，就醫障礙越低，可近性越高，其生病時越可能尋求正規的醫療服務。
- (三) 適度性(Accommodation)：如何將供給的資源經過組織後讓使用者易於接受，並且覺得合適。例如：居民對於候診時間、醫師看診時間、醫師所作處置(打針給藥)是否滿意等。
- (四) 負擔性(Affordability)：服務提供的價格，保險的保費或是一些被要求的保證金等，消費者是否有能力去支付。倘若是採取國民保健服務類型的醫療給付，由於財源來自稅收，自然沒有定價問題，然而若採取社會保險模型，甚或私人保險模型，保險費及購買醫事服務的價格就必須審慎評估。
- (五) 接受性(Acceptability)：使用者對於醫療提供者的主觀態度。例如：對於醫護人員的服務態度、醫療設備、醫療計畫的滿意度。

鍾翰其(2000)研究認為，接受性、適度性、可用性三個面向和 Penchansky & Thomas(1981)在各個面向的測量項目歸類上有些許的差異，但因離島地區的特殊性，此三面向的分類很能夠表現並敘述離島醫療可近性滿意度，本研究以澎湖 IDS 整合性醫療服務照護計畫為研究對象，與鍾翰其(2000)研究地區環境特性相符合，故以接受性、適度性、可用性三個面向作為醫療可近性滿意度的衡量指標。

叁、研究方法

一、研究架構

本研究以 Ajzen, (1985, 1989)所提出之計畫行為理論(TPB)為理論基礎架構，進行澎湖離島地區民眾在 IDS 醫療計畫下醫療利用行為與可近性滿意度之探討，研究架構圖如下：

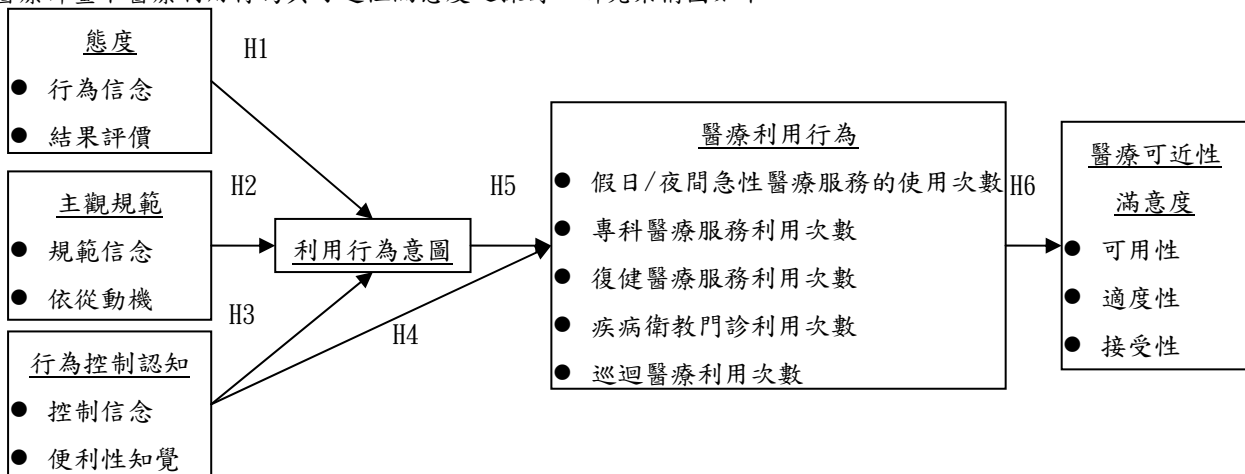


圖 3-1 研究架構

二、研究變項及操作性定義

本研究的變項主要包括離島居民對 IDS 計畫的態度(包括：行為信念、結果評價)、主觀規範(包括：規範信念、依從動機)、行為控制認知(包括：控制信念、便利性知覺)、利用行為意圖、醫療利用行為、醫療可近性滿意度(包括：可用性、適度性、接受性)，量表均採用 Likert Scale 七點計分，若分數越高表示對此問項的同意度越高。就各變項的實際操作內容分述如下，詳如表 3-1 所示：

表 3-1 研究變項及操作性定義

變項	構面及定義	問項	量表	文獻來源
態度	行為信念 個人利用 IDS 醫療計畫服務應該得到照護的重要	1. 我認為，從 IDS 醫療計畫得到 24 小時全天候的健康諮詢與診療服務是重要的。 2. 我認為，從 IDS 醫療計畫得到適當的醫療專科診	採用 Likert Scale 七點	Ajzen(2002) 林為森(2006)

變項	構面及定義	問項	量表	文獻來源
	程度	<p>療服務是重要的。</p> <p>3. 我認為，如有需要時，可以從 IDS 醫療計畫得到協助轉診到合適的就醫場所是重要的。</p> <p>4. 我認為，如有需要時，可以從 IDS 醫療計畫得到符合需要的復健服務是重要的。</p> <p>5. 我認為，如有需要時，可以從 IDS 醫療計畫得到巡迴醫療服務是重要的。</p> <p>6. 我認為，如有需要時，可以從 IDS 醫療計畫得到疾病(如高血壓、糖尿病等)衛教門診服務是重要的。</p> <p>7. 我認為，病好之後，可以從 IDS 醫療計畫得到持續性的醫療照護是重要的。</p> <p>8. 我認為，可以從 IDS 醫療計畫得到良好的醫療照護品質是重要的。</p>	計分	
	結果評價 個人利用 IDS 醫療計畫服務應該獲得好處的認同程度	<p>1. 我可以從 IDS 醫療計畫得到 24 小時全天候的健康諮詢與診療服務。</p> <p>2. 我可以從 IDS 醫療計畫得到適當的醫療專科診療服務。</p> <p>3. 如有需要時，我可以從 IDS 醫療計畫得到協助轉診到合適的就醫場所。</p> <p>4. 如有需要時，我可以從 IDS 醫療計畫得到符合需要的復健服務。</p> <p>5. 如有需要時，我可以從 IDS 醫療計畫得到巡迴醫療服務。</p> <p>6. 如有需要時，我可以從 IDS 醫療計畫得到疾病(如高血壓、糖尿病等)衛教門診服務是重要的。</p> <p>7. 病好之後，我可以從 IDS 醫療計畫得到持續性的醫療照護。</p> <p>8. 我可以從 IDS 醫療計畫得到良好的醫療照護品質。</p>		
主觀規範	規範信念 重要關係人的支持對個人 IDS 醫療計畫利用行為的重要程度	<p>1. 我認為，親友(父母、先生或太太、親戚、朋友或同事)對 IDS 醫療計畫的意見，對我利用醫療服務的意願是重要的。</p> <p>2. 我認為，專業人士(醫師、護理人員)對 IDS 醫療計畫的意見，對我利用醫療服務的意願是重要的。</p> <p>3. 我認為，大眾媒體(報章雜誌、電視等)對 IDS 醫療計畫的意見，對我利用醫療服務的意願是重要的。</p>		
	依從動機 個人對重要關係人對 IDS 醫療計畫所抱持意見的認同程度	<p>1. 親友(父母、先生或太太、親戚、朋友或同事)對 IDS 醫療計畫的意見，影響我利用醫療服務的意願。</p> <p>2. 專業人士(醫師、護理人員)對 IDS 醫療計畫的意見，影響我利用醫療服務的意願。</p> <p>3. 大眾媒體(報章雜誌、電視等)對 IDS 醫療計畫的意見，影響我利用醫療服務的意願。</p>		

表 3-1 研究變項及操作性定義(續)

變項	構面及定義	問項	量表	文獻來源
行為控制認知	控制信念 個人對利用 IDS 醫療計畫服務選擇因素的重視程度	1.我認為，沒有其他就醫選擇，對我利用醫療服務的意願是重要的。 2.我認為，醫師具有親切感與專業知識，對我利用醫療服務的意願是重要的。 3.我認為，就醫方便、地點近，對我利用醫療服務的意願是重要的。		
	便利性知覺 個人對利用 IDS 醫療計畫服務選擇因素的認同程度	1.因為沒有其他就醫選擇，才會利用。 2.醫師需具有親切感與專業知識，才會利用。 3.需要就醫方便、地點近，才會利用。		
行為意圖	個人對 IDS 醫療計畫的服務利用及推薦意願的強度	1.若有需要，我會願意利用「IDS 計畫」所提供的醫療服務。 2.若有需要，我會願意推薦別人利用「IDS 計畫」所提供的醫療服務。		
醫療利用行為	自 99 年 1 月 1 日迄今利用 IDS 醫療計畫服務項目的次數	1.我使用 IDS 計畫中的假日/夜間急性醫療服務的次數。 2.我使用 IDS 計畫中的專科醫療服務的次數。 3.我使用 IDS 計畫中的復健醫療服務的次數。 4.我使用 IDS 計畫中的疾病衛教門診醫療服務的次數。 5.我使用 IDS 計畫中的巡迴醫療服務的次數。	實際利用次數	Aday, L. A. & Andersen, R. M. (1981) Weissman, J. S. & Epstein A. M. (1993) 鍾翰其(2000)
醫療可近性滿意度	可用性 個人對 IDS 醫療計畫服務的硬體設備及服務多樣性的滿意程度	1.醫療設備是否滿意 2.提供科別種類是否滿意	採用 Likert Scale 七點計分	Penchansky & Thomas(1981) 鍾翰其(2000)
	適度性 個人對對 IDS 醫療計畫服務的診療時間、看診次數的滿意程度	1.醫師問診時間長短是否滿意 2.等候看診時間是否滿意 3.門診開診時間是否滿意 4.門診提供次數是否滿意		
	接受性 個人對對 IDS 醫療計畫服務的人員態度、技術、服務提供環境的滿意程度	1.醫師服務態度是否滿意 2.護士服務態度是否滿意 3.醫師醫術是否滿意 4.醫師看診解說的詳盡清楚程度是否滿意 5.對衛生室整體滿意程度		

三、研究對象與抽樣方法

(一) 研究對象

本研究以設籍於澎湖南海地區之 20 歲以上的居民為調查研究對象，本研究所指澎湖南海地區為離島 IDS 醫療計畫中之澎湖縣七美鄉及望安鄉。以 99 年 12 月設籍於望安鄉、七美鄉之人口數作為本研究的母群體。

(二) 抽樣方法

本研究以便利抽樣方式實施抽樣。樣本數量以 99 年 12 月設籍人口數望安鄉 4,747 人、

七美鄉 3,542 人合計共 8,289 人為母群體，在顯著水準 5% 下，檢定力 80%，計算出樣本數 352 份，抽樣人數按 99 年 12 月望安鄉、七美鄉設籍人口數比例，作為兩地抽樣人數分配之基準，分別為望安鄉抽樣 203 份，七美鄉抽樣 151 份。

1. 資料分析方法與工具

本研究運用統計軟體 SPSS 17.0 作為統計工具，進行資料分析與檢定。包含：描述性統計分析、信度分析、卡方檢定、迴歸分析等。

2. 預試問卷發放與回收

預試共發出問卷 40 份，實際回收問卷數 40 份，剔除無效問卷 6 份，有效問卷 34 份，回收率 85%。針對問卷內容的研究構面進行信度分析，預試結果彙整如表 3-2 顯示，整體問項的 Cronbach's α 值為 0.980 (>0.7)，符合 Cuieford (1965) 所提問卷高信度之標準值，從態度、主觀規範、行為控制認知、利用行為意圖、醫療可近性滿意度等構面來看，Cronbach's α 值分別為 0.911、0.897、0.819、0.967、0.905 均大於 0.7，皆符合高信度標準；雖然多數題項的項目刪除時的 Cronbach's α 值均低於該構面的總 Cronbach's α 值，但修正的項目總相關均 >0.3 ，顯示本問卷所有題目均未達刪除標準，證明本研究之問卷符合高信度檢定標準，量表測量的結果具備一致性。

表 3-2 整體問項之信度分析

項目	整體	態度	主觀規範	行為控制認知	利用行為意圖
Cronbach's α	0.980	0.911	0.897	0.819	0.967

肆、資料分析結果

一、問卷回收與樣本結構分析

本研究主要探討離島 IDS 計畫的居民對 IDS 計畫的認知，進而評估民眾醫療利用相關行為，及民眾對 IDS 計畫醫療可近性滿意度情形，屬於地區性研究，採用便利抽樣方式，於 100 年 3 月 28 日至 100 年 4 月 8 日進行正式問卷的施測與回收。共計發放 440 份問卷，回收 431 份，回收問卷率為 97.95%。問卷回收後，進行篩檢並剔除無效問卷。凡整份問卷均填答同一數值，本研究均視為無效問卷。由人工檢視後，計有無效問卷 60 份；剔除無效問卷後，總計有效問卷為 361 份，整體有效問卷回收率達 82.05%。

(一) 樣本特性概況分析

表 4-1 樣本概況分析

樣本背景		次數	百分比	累積百分比	樣本背景		次數	百分比	累積百分比
性別	男	164	45.4	45.4	居住情形- 獨居原因	無家屬	27	33.8	33.8
	女	197	54.6	100.0		家屬居住外地	53	66.2	100.0
	總和	361	100.0			總和	80	100.0	
年齡	20 歲-29 歲	67	18.6	18.6	居住情形- 家屬居住地	台灣本島	23	43.4	43.4
	30 歲-39 歲	96	26.6	45.2		離島	30	56.6	100.0
	40 歲-49 歲	81	22.4	67.6		總和	53	100.0	
	50 歲-59 歲	53	14.7	82.3	假日/夜間急 性醫療服務 的使用經驗	未使用過	141	39.1	39.1
	60 歲-69 歲	38	10.5	92.8		使用過	220	60.9	100.0
	70 歲以上	26	7.2	100.0		總和	361	100.0	
	總和	361	100.0			專科醫療服 未使用過	128	35.5	35.5

教育程度	不識字	86	23.8	23.8	務的使用經驗	使用過	233	64.5	100.0
	國小	62	17.2	41.0		總和	361	100.0	
	國中	63	17.5	58.4	復健醫療服務的使用經驗	未使用過	232	64.3	64.3
	高中	106	29.4	87.8		使用過	129	35.7	100.0
	大學以上	44	12.2	100.0	疾病衛教門診醫療服務的使用經驗	總和	361	100.0	
	總和	361	100.0			未使用過	291	80.6	80.6
居住地(鄉)	七美鄉	155	42.9	42.9	巡迴醫療服務的使用經驗	使用過	70	19.4	100.0
	望安鄉	206	57.1	100.0		總和	361	100.0	
	總和	361	100.0			未使用過	325	90.0	90.0
居住情形	與家屬同住	281	77.8	77.8	務的使用經驗	使用過	36	10.0	100.0
	獨居	80	22.2	100.0		總和	361	100.0	
	總和	361	100.0						

由表 4-1 得知，有效問卷數共 361 份，女性較多，佔全體樣本數 54.6%；在年齡方面，年齡以 30~39 歲所佔比例最高，佔全體樣本數 26.6%；年齡層主要集中在 30 歲~49 歲，佔全體樣本數 49%。在教育程度方面，最多為高中，佔全體樣本數 29.4%。在居住地方面，望安鄉佔全體樣本數 57.1%，七美鄉佔 42.9%。在居住情形方面，與家屬同住者佔全體樣本數 77.8%，獨居者佔 22.2%。在獨居者之獨居原因方面，家屬居住外地佔全體樣本數 66.2%，無家屬佔 33.8%。在家屬居外地的獨居者，其家屬居住地方面，在離島佔全體樣本數 56.6%；在台灣本島佔 43.4%。

假日/夜間急性醫療服務、專科醫療服務的使用經驗方面，使用過的民眾均達六成。復健醫療服務、疾病衛教門診醫療服務、巡迴醫療服務的使用經驗方面，使用過分別佔全體樣本數 35.7%、19.4%、10.0%。

(二) 各研究變項之描述性統計

在各研究構面中，以醫療利用行為中的各構面差距較大，其中假日/夜間急性醫療服務的使用次數遠高於其他構面，平均數達 18.98。差異最大亦是假日/夜間急性醫療服務的使用次數，標準差 35.16 遠高於其他構面。綜合上述結果顯示，假日/夜間急性醫療服務的使用次數雖然多，但使用者之間的使用次數差異卻很大。(如表 4-2)

表 4-2 各研究變項之描述性統計分析

變項	構面	平均數	標準差
態度	行為信念	5.67	0.95
	結果評價	5.73	0.90
主觀規範	規範信念	5.67	0.91
	依從動機	5.61	0.92
行為控制認知	控制信念	5.84	0.94
	便利性知覺	5.61	0.97
利用行為意圖	利用意願	5.70	1.04
	推薦意願	5.71	1.08
醫療利用行為	假日/夜間急性醫療服務的使用次數	18.98	35.16
	專科醫療服務的使用次數	7.17	11.34

表 4-2 各研究變項之描述性統計分析(續)

變項	構面	個數	平均數	標準差
----	----	----	-----	-----

變項	構面	平均數	標準差	
	復健醫療服務的使用次數	361	4.07	12.31
	疾病衛教門診的使用次數	361	0.37	0.92
	巡迴醫療的使用次數	361	0.12	0.40
醫療可近性滿意度	可用性	361	5.33	1.04
	適度性	361	5.60	0.97
	接受性	361	5.50	1.09

二、信度分析

針對本問卷整體問項之信度分析結果如表 4-3，態度、主觀規範、行為控制認知、利用行為意圖、醫療可近性滿意度的 Cronbach's α 值分別為 0.963、0.897、0.916、0.932、0.945 均大於 0.70，且整體信度高達 0.980，項目刪除時的 Cronbach's α 值低於該構面的總 Cronbach's α 值之題項，其修正的項目總相關均 >0.3 ，顯示本問卷所有題目均未達刪除標準，表示本問卷整體問項具高信度 (Cuietford, 1965)，衡量結果相當一致及穩定。本研究之量表係採用與參考先前研究量表為基礎，並經由專家修訂辭意與語句，及依據澎湖 IDS 醫療計畫之特性而擬訂，因此本研究之量表應具有其適切性與一定的內容效度。

表 4-3 整體問項之信度分析

項目	整體	態度	主觀規範	行為控制認知	利用行為意圖
Cronbach's α	0.980	0.963	0.897	0.916	0.932

三、差異分析

經由重視度與取得認同度之差異分析(表 4-4)得知，在題項 1、2、5 三個題項 $p=0\sim0.033$ ， <0.05 ，且 t 值分別為 -3.653、-3.681、-2.141 皆 <0 ，顯示受訪民眾在 IDS 計畫獲得 24 小時全天候的健康諮詢與診療服務、醫療專科診療服務及巡迴醫療服務均呈現高度滿意程度。題項 10、11 二個題項 $p=0\sim0.049$ ， <0.05 ，題項 10 之 t 值為 -1.977 <0 ，顯示受訪民眾利用 IDS 計畫所提供之醫療服務的意願，專業人士(醫師、護理人員)意見具有重要的影響力；題項 11 之 t 值為 6.066 >0 ，顯示大眾媒體(報章雜誌、電視等)意見是民眾獲取醫療資訊的重要來源，但在利用 IDS 計畫所提供之醫療服務意願的影響力不及民眾所認定的重要程度。在題項 12、13、14 三個題項 $p=0\sim0.01$ ， <0.05 ， t 值分別為 6.197、4.300、3.445 皆 >0 ，顯示沒有其他就醫選擇、醫師具有親切感與專業知識、就醫方便地點近三項因素，對於民眾利用 IDS 計畫所提供之醫療服務行為的意願都皆為重要的考量因素，但三項因素實際產生的影響力不及民眾所認定的重要程度。

表 4-4 重視度與取得認同度之差異分析

問項	重視度	認同度	t 值	p 值
1.得到 24 小時全天候的健康諮詢與診療服務	5.56	5.76	-3.653	0.000 **
2.得到適當的醫療專科診療服務	5.52	5.71	-3.681	0.000 **
3.得到協助轉診到合適的就醫場所	5.66	5.72	-1.239	0.216
4.得到符合需要的復健服務	5.63	5.71	-1.578	0.115
5.得到巡迴醫療服務	5.60	5.70	-2.141	0.033 *
6.得到疾病(如高血壓、糖尿病等)衛教門診服務	5.69	5.70	-0.225	0.822
7.得到持續性的醫療照護	5.82	5.78	0.733	0.464

問項	重視度	認同度	t 值	p 值
8.得到良好的醫療照護品質	5.87	5.78	1.731	0.084
9.親友(父母、先生或太太、親戚、朋友或同事)的意見	5.68	5.71	-0.575	0.566

表 4-4 重視度與取得認同度之差異分析(續)

問項	重視度	認同度	t 值	p 值
10.專業人士(醫師、護理人員)的意見	5.75	5.85	-1.977	0.049 *
11.大眾媒體(報章雜誌、電視等)的意見	5.59	5.27	6.066	0.000 **
12.沒有其他就醫選擇	5.81	5.50	6.197	0.000 **
13.醫師具有親切感與專業知識	5.85	5.64	4.300	0.000 **
14.就醫方便、地點近	5.85	5.68	3.445	0.001 **

註：*為 p<0.05 **為 p<0.01

四、迴歸分析

(一) 態度、主觀規範、行為控制認知對利用行為意圖之關係

分析結果顯示態度對利用行為意圖有顯著且正向的影響，即表示民眾對 IDS 醫療計畫的態度越正向，對該計畫所提供服務的使用意願越能增強，除在個人利用意願有顯著增強以外，推薦給需要醫療服務者的推薦意願亦有增強的效果(如表 4-5)。民眾對重要關係人的意見(對 IDS 醫療計畫)越重視及認同，則對 IDS 醫療計畫所提供服務的使用與推薦意願越有增強的效果(如表 4-6)。民眾對 IDS 醫療計畫就醫選擇因素越重視及認同，民眾對 IDS 醫療計畫所提供服務的使用與推薦意願則有越正向的影響效果(如表 4-7)。

(二) 利用行為意圖對醫療利用行為之關係

分析結果顯示利用行為意圖對巡迴醫療利用次數有顯著且正向的影響，亦表示在無醫師常駐之三級離島民眾，利用及推薦意願越高，則民眾巡迴醫療的利用次數越多(如表 4-8)。

表 4-5 態度對利用行為意圖的影響檢定分析結果

構面	未標準化係數		標準化係數 β 分配	t 值	P 值	VIF	備註
	β 之估計值	標準誤					
(常數)	0.779 **	0.274		2.848	0.005		Adj-R ² =0.476 F=164.482 P=0.000 依變數：利用行為意圖
行為信念	0.365 **	0.062	0.325 **	5.889	0.000	2.091	
結果評價	0.495 **	0.065	0.420 **	7.608	0.000	2.091	

*為 p<0.05 **為 p<0.01

表 4-6 主觀規範對利用行為意圖的影響檢定分析結果

構面	未標準化係數		標準化係數 β 分配	t 值	P 值	VIF	備註
	β 之估計值	標準誤					
(常數)	1.029 **	0.279		3.682	0.000		Adj-R ² =0.448 F=147.309 P=0.000 依變數：利用行為意圖
規範信念	0.248 **	0.066	0.212 **	3.772	0.000	2.067	
依從動機	0.579 **	0.065	0.503 **	8.939	0.000	2.067	

*為 p<0.05 **為 p<0.01

表 4-7 行為控制認知對利用行為意圖的影響檢定分析結果

構面	未標準化係數		標準化係數 β 分配	t 值	P 值	VIF	備註
	β 之估計值	標準誤					
(常數)	0.507 *	0.236		2.150	0.032		Adj-R ² =0.593 F=263.118 P=0.000 依變數：利用行為意圖
控制信念	0.283 **	0.053	0.251 **	5.359	0.000	1.938	
便利性知覺	0.629 **	0.051	0.576 **	12.293	0.000	1.938	

*為 p<0.05 **為 p<0.01

表 4-8 利用行為意圖對巡迴醫療利用次數的影響檢定分析結果

構面	未標準化係數		標準化係數 β 分配	t 值	P 值	VIF	備註
	β 之估計值	標準誤					
(常數)	-0.129	0.115		-1.117	0.265		Adj-R ² =0.011 F=4.895 P=0.000 依變數：巡迴醫療利用次數
利用行為意圖	0.044 *	0.020	0.116 *	2.212	0.028	1.000	

*為 p<0.05 **為 p<0.01

(三) 醫療利用行為對醫療可近性滿意度之關係

研究得知民眾假日/夜間急性醫療服務的利用次數越多，則對提供醫療服務衛生所之醫療可用性滿意度（醫療設備及所能提供的科別）、醫療適度性滿意度（醫師問診、等候看診及門診開診時間）、醫療接受性滿意度越低越不滿意。民眾專科醫療服務的利用次數越多，則對醫療接受性滿意度越低。（如表 4-9）

表 4-9 醫療利用行為對醫療可近性滿意度的影響檢定分析結果

構面	未標準化係數		標準化係數 β 分配	t 值	P 值	VIF	備註
	β 之估計值	標準誤					
(常數)	5.492 **	0.064		85.611	0.000		Adj-R ² =0.140 F=12.758 P=0.000 依變數： 醫療可近性滿意度 之可用性
假日/夜間急性醫療服務利用次數	-0.008 **	0.003	-0.261 **	-2.910	0.004	3.365	
專科醫療服務利用次數	-0.010	0.008	-0.112	-1.247	0.213	3.362	
復健醫療服務利用次數	0.000	0.005	-0.004	-0.078	0.938	1.209	
疾病衛教門診利用次數	0.088	0.059	0.079	1.487	0.138	1.173	
巡迴醫療利用次數	0.191	0.135	0.074	1.418	0.157	1.155	
(常數)	5.776 **	0.061		94.186	0.000		Adj-R ² =0.112 F=10.096 P=0.000 依變數： 醫療可近性滿意度 之適度性
假日/夜間急性醫療服務利用次數	-0.007 **	0.003	-0.251 **	-2.760	0.006	3.365	
專科醫療服務利用次數	-0.011	0.008	-0.131	-1.434	0.152	3.362	
復健醫療服務利用次數	0.005	0.004	0.060	1.095	0.274	1.209	
疾病衛教門診利用次數	0.037	0.057	0.035	0.655	0.513	1.173	
巡迴醫療利用次數	0.018	0.129	0.008	0.142	0.887	1.155	
(常數)	5.685 **	0.067		84.605	0.000		Adj-R ² =0.144 F=13.089 P=0.000 依變數： 醫療可近性滿意度 之接受性
假日/夜間急性醫療服務利用次數	-0.006 *	0.003	-0.196 *	-2.193	0.029	3.365	
專科醫療服務利用次數	-0.020 *	0.009	-0.207 *	-2.317	0.021	3.362	
復健醫療服務利用次數	0.004	0.005	0.048	0.892	0.373	1.209	
疾病衛教門診利用次數	0.095	0.062	0.080	1.518	0.130	1.173	
巡迴醫療利用次數	0.155	0.141	0.058	1.100	0.272	1.155	

*為 p<0.05 **為 p<0.01

伍、結論與建議

一、結論

針對 IDS 計畫所提供之各項醫療服務，民眾普遍認為皆有其重要性，亦認同有需要時能夠取得 IDS 計畫所提供之各項醫療服務，民眾在 IDS 計畫獲得 24 小時全天候的健康諮詢與診療服務、醫療專科診療服務及巡迴醫療服務均達高度滿意程度。民眾對於 IDS 計畫所提供之各項醫療服務的訊息來源管道包含：親友(父母、先生或太太、親戚、朋友或同事)、專業人士(醫師、護理人員)、大眾媒體(報章雜誌、電視等)，民眾對於上述訊息來源相當重視，但在有醫療需求的情況下，民眾還是會以專業人士(醫師、護理人員)的意見，作為執行醫療決策的主要參考依據。

民眾對 IDS 醫療計畫的態度越正向，對該計畫所提供服務的使用意願越強，顯示態度與行為間具有高度一致性，態度愈積極且正向，行為的落實執行也趨向良好，除在個人利用意願有顯著增強以外，推薦給需要醫療服務者的推薦意願亦有增強的效果。民眾對重要關係人的意見(對 IDS 醫療計畫)越重視及認同，則對 IDS 醫療計畫所提供服務的使用與推薦意願越有增強的效果，即重要關係人是民眾尋求醫療行為的重要資訊來源及參考依據，且對其就醫決策有重大的影響力。民眾對 IDS 醫療計畫就醫選擇的因素越重視及認同，民眾對 IDS 醫療計畫所提供服務的使用與推薦意願則有越正向的影響效果，民眾越認同選擇因素為沒有其他就醫選擇、就醫方便、地點近及醫師具有親切感與專業知識，且越重視上述選擇因素，則對 IDS 醫療計畫所提供服務的使用與推薦意願越高，亦即表示民眾行為控制愈正面時，且民眾的自我控制行為能力愈高，其參與的意願就會愈高。在無醫師常駐之三級離島民眾，其利用及推薦意願越高，則巡迴醫療的利用次數越多。

民眾對於離島地區在處理急重症的設備及相關醫療專科深感不足。依實務推論當急診時間病人數增加時，僅有一位醫師待診的衛生所(室)，將無法立即滿足每一位病患的醫療需求，因此民眾在使用假日/夜間急性醫療服務的經驗越多時，越有機會遇到同一時間有其他病人就醫而無法立即得到醫療服務的情況，亦越有可能有不滿意的情形發生，民眾認為當地衛生所(室)處理急重症疾病的能力，不足以滿足當地民眾對急重症醫療的需求；民眾專科醫療服務的利用次數越多，對 IDS 醫療計畫服務的人員態度、技術、服務提供環境的滿意度越低，表示在 IDS 醫療計畫中所提供之專科醫療服務皆為當地醫師無法提供之專科(如骨科、消化內科、心臟內科...等)，經由專科醫師的診療，患者經常需要更進一步的專業檢查或處置，如胃鏡、心導管...等，這些檢查或處置所需之設備及專業醫療人力，皆不是當地提供基層醫療的衛生所(室)能提供的，必須前往外地的醫院才能獲得，顯示出支援專科診次不足以及後送運輸不便，影響專科醫療服務提供之便利性。

二、建議

綜合上述，離島居民因天然地理環境因素之限制，造成醫療可近性之問題是不容忽視的，衛生所(室)雖能提供立即性的醫療服務，但限於硬體設備及醫療人力的不足，僅能提供基本的醫療服務，無法滿足居民的醫療需求。為此，本研究提出下列建議：

(一) 離島醫療服務的完整性須有完善的交通提供機制支援。

離島交通的問題除影響到居民醫療後送問題外，更影響到醫療的提供，支援醫師受限於船班、飛機航班問題，及氣候影響交通的問題，不僅降低支援醫師的支援意願，進而影

響當地居民的就醫權益，然由於油價日趨攀升，離島出入的交通費用也與日俱增，巡迴醫療的提供次數自然無法提升，因此，在交通便利性的問題上，應有公部門單位介入提供協助或相關提供機制，提供民眾更方便利用的交通利用管道，以縮短離島與台灣本島居民就醫便利性的差距。

(二) 針對有限的醫療服務提供應更積極主動。

從本研究結果可以看出，七美鄉衛生所針對專科醫療服務，在民眾方面包括針對日常發現個案進行專科醫療約診服務，及約診未到病患進行電話通知及勸說，在醫療提供方面，提供定期、固定醫師的專科醫療服務，以持續性的照護增進醫病間的信任感等積極性作為，確實提升民眾對專科醫療的使用效能，若在醫療計劃實施所有地區，皆能以主動提供民眾醫療資訊，並輔以積極協助民眾尋求醫療服務的作為，在現有環境條件限制之下，對增進民眾疾病認知及醫療可近性之提升應有顯著的幫助。

(三) 提升離島地區急重症醫療能力。

研究顯示離島地區處理急重症的能力對民眾而言，還有努力的空間，醫護人員專業能力的提升，唯有依靠持續的在職教育訓練才能達到，在網路發達的現今，接受教育應有更多元的方式，尤其在離島地區，醫護人員應可經由遠距教學、視訊病例討論會議的方式，來獲取最新的醫療知識，以彌補交通不便利、人力不足所導致之教育訓練缺乏的問題。

(四) 增加離島地區醫師人力。

在離島地區駐島醫師多僅有一名，若遇多人同時緊急就醫之狀況，民眾即必須等待看診，另若醫師離職或調職，其職缺將常無法立即有接任人選，顯示離島地區醫師人力的不足，但在澎湖本島地區，基層醫療診所密度為全國之冠，醫師人力之養成非短時間可以達成，相關單位針對離島地區醫療人力雖已投入相當程度的資源，但離島地區醫師人力留任意願不佳，從現今離島醫師人力仍不足即可看出，而因人力不足日趨繁重的工作，亦將是形成醫師人力異動頻繁惡性循環的因素之一，如何在投入大量資源培育醫師人力之餘，思考如何提升醫師留任意願，及整合分配整個澎湖地區的醫療資源，應是相關政府單位應重視的重要議題。

(五) 增加專科醫療服務提供之多元管道。

離島地區專科醫療的提供應能有更多元的方式，以彌補交通不便所造成的不足，若能與合作醫院進行遠距醫療看診，亦或遠距醫療會診，對限於硬體設備僅能提供離島民眾初步診斷的專科醫療，對於改善專科醫療不足應能有實質的幫助。

(六) 計畫承接單位應協助提升衛生所(室)的醫療品質

IDS 醫療計畫承接單位肩負計畫資源之分配，對計畫下各執行單位(衛生所/室)之執行成效，應能確實掌握，將執行成效較佳的計畫執行經驗，擴及計畫下全體執行單位(衛生所/室)，以提升計畫之效能，為提升計畫執行效能最迅速且容易執行的對策，建議執行單位應以平行展開成功經驗為目標，進行執行方案之擬訂，以收提升民眾醫療可近性之效。

參考文獻

一、中文部份

- [1] 艾馨美(2008)。健保用心深耕守護偏遠民眾的醫療需要--健保 IDS 計畫，推動成果豐碩，民眾滿意度高達 78%。全民健康保險，72，7-10。

- [2] 行政院衛生署(1997)。全民健康保險實施二年評估報告。臺北市：行政院衛生署。
- [3] 阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院(2009)。南海IDS醫療服務改善計畫計畫書，未出版。
- [4] 林威成(2005)。旅運者觀點探討態度、涉入程度、群體影響力、行為意向與運具選擇行為的關連性-以台北地區為例。國立中山大學公共事務管理研究所碩士論文。
- [5] 林為森(2006)。以計畫行為理論與 LISREL 建構民眾參與家庭醫師整合計劃之行為意願模式。行政院國家科學委員會專題研究成果報告(報告編號：NSC94-2314-B-041-001)，未出版。
- [6] 洪錦墩、葛梅貞、李卓倫、梁亞文等人(2004)。影響原住民對巡迴醫療及保健服務利用之因素探討-以仁愛鄉為例。臺灣公共衛生雜誌，23(4)，324-333。
- [7] 張茵茹(2004)。影響護理人員工作表現之行為意向探討-以岡山鎮地區醫院護理人員為例。高苑技術學院經營管理研究所論文。
- [8] 陳志成(2009)。台灣偏遠地區民眾疾病型態與醫療利用之分析。靜宜大學管理碩士在職專班碩士論文。
- [9] 陳志傑(2009)。以計畫行為理論探討影響行動多媒體事務機服務使用意願之研究。華梵大學資訊管理學系碩士班碩士論文。
- [10] 陳盈芳(2005)。資料探勘技術應用於醫療資料庫之研究--台灣地區老人健康認知、態度及行為(KAP)與醫療服務利用之相關性探討。國立中正大學企業管理所碩士論文。
- [11] 黃羽瑄(2010)。醫療可近性對台灣地區中風病人死亡率之影響。國立中央大學產業經濟研究所碩士論文。
- [12] 楊顯笑(2008)。計畫行為理論主要趨勢之研究-使用文獻共引分析方法。國立交通大學經營管理研究所碩士論文。
- [13] 劉玉山(2005)。醫院藥師對門診病患提供「用藥指導」的態度與行為意向之研究-以臺北市醫院為例。臺北醫學大學醫務管理學系碩士論文。
- [14] 鍾翰其(2000)。不同支援模式對澎湖離島地區醫療服務可近性與醫療利用之影響。高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文。

二、英文部份

- [1] Ajzen, I, (1985). From Intention to Actions : A theory of Planned Behavior. In J. Kuhl & J.Beckman(Eds.), Actions-Contro : From Cognition to Behavior, Heidelberg,11-39 Springer.
- [2] Ajzen, I, (1989). Attitude Structure and Behavior, in A. R. Pratkanis, S. J. Breckler & A.G. Greenwald(Eds.). Attitude Structure and Function, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 1989, 241-274.
- [3] Ajzen, I,(2002). Constructing a TPB Questionnaire : Conceptual and Methodological Considerations. Retrieved January 12, 2006, from the World Wide Web : [http : //www-unix.oit.umass.edu/~ajzen/index.html](http://www-unix.oit.umass.edu/~ajzen/index.html)
- [4] Ajzen, I. & Fishbein, M, (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior : An Introduction to Theory and Research. MA : Addison-Wesley Pub. Co.
- [5] Ajzen, I. & T. Madden, (1986). Prediction of Goal-Directed Behavior : Attitude, Intentions, and Perceived behavioral Control . Journal of Experimental Social Psychology, 22, 452-474.
- [6] Andy, L. A. & Andersen, R. A, (1974). Framework for the study of access to medical. Health Services Research, 9(3), 208-220
- [7] Aday, L. A. & Andersen, R. M, (1981). Equity to access to medical care : A conceptual and empirical overview. Medical Care, 19, 4-27
- [8] Freeborn, D. K. & Greenlick, M. R, (1973). Evaluation of the performance of ambulatory care systems : Research requirements and opportunities. Medical Care, 11(2), 68-75.

- [9] Penchansky, R. & Thomas, J. W, (1981). The Concept of Access-Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- [10] Weissman, J.S., Epstein, A.M, (1993). The Insurance Gap : Does It Make a Difference *Annu. Rev. Public Health*, 14, 243-270