

張苙雲。〈「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析〉，《台灣社會學刊》，21：59-87

## 「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析

張苙雲

中央研究院社會學研究所籌備處研究員

本論文的基本資料來自於行政院經建會委託研究計劃「全民健康保險對醫療系統運作效率和績效的影響」。作者要特別謝謝參與本研究的三家醫院及同意接受訪問、觀察的住院病人及他們的家人。對於協助資料搜集的研究助理，在此一併誌謝。

## 中文摘要

### 「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析

本篇論文以患有癌症、糖尿病、和肺部慢性阻塞等疾病的四十三位病人求醫歷程的資料，處理醫療使用文獻中的兩個疑點：複向就醫和就醫頻率的增加。求醫真是如「推理行動理論」所示，是信念和態度的體現？病人之所以“逛醫師”是否肇因於對醫師藥到病除的要求，是「一針見效」的易開罐心態作祟？是道德風險的反映？還是尋求解答和解決問題的過程？從四十三位病人求醫的起始動力、最初求醫點的選擇、和轉換求醫點的原因等議題的分析，可以很簡要地以「選擇性的注意與警覺」、「地緣和熟識」、和「釋惑的渴求」等三點為前述議題的主要發現。病人過去就醫經驗、對症狀性質的瞭解、症狀部位嚴重性的評估、家庭生活的時序，交相作用決定就醫的時機。就醫時機的選擇有相當“權變”的意味，除了問題的持續且惡化外，真正能發揮示警作用的，主要還是在明顯可見的症狀，反應出中國人直觀思維方式的影響。這個發現與「推理行動理論」的預測是有所出入的。其次，病人從初級基層醫療資源開始，經過一而再，再而三的嘗試、錯誤、和選擇，反映在轉折的求醫歷程的是企求問題之得以紓解，是我們稱之為釋惑的求醫邏輯。從這個小規模的樣本和深入觀察訪談的資料得知，醫者的作為關係到醫療資源的使用。從醫療供給面思考民眾的求醫行為，是值得開發的研究切入點。

關鍵字：求醫行為、推理行動理論、慢性疾病、質化研究、台灣社會

## 英文摘要

### The Logic of Care Seeking

Ly-yun Chang

The purpose of this paper is to address two puzzles in the literature of health resource utilization. First, the use of multiple channels in medical care is incompatible with the theory of reasoned action (Fishbein and Ajzen 1975). According to the theory, care seeking should be a unique manifestation of fundamental medical belief and attitude specific to a social and cultural context. Second, medical utilization has been on steadily rising. One interpretation is the abuse of resources – the problem of moral hazard. In order to investigate the validity of the hypotheses of reasoned action and moral hazard, this paper analyzes the pathway to medical care for 43 patients who were diagnosed as suffering cancer, diabetes, or COPD. These 43 patients had visited one to seven clinics before reaching the three hospitals under study. Three major findings are obtained from event history data on care seeking: (1) patients selectively attend to physical symptoms according to the location, intensity and persistence of the suffering, and the absence/presence of bleeding; (2) patients typically start the search for an appropriate physician with nearby clinics and acquainted doctors; and (3) unsolved physical suffering is the main reason for patients to switch clinics/doctors. Care seeking should be understood in the framework of healer/patient interaction. The direction of future research and policy implication of the findings are discussed.

Keywords: help seeking behavior, reasoned action model, chronic illness, qualitative research, and Taiwan society

## 「逛醫師」的邏輯：求醫歷程的分析

非西方社會居民的行為模式，往往被用來對應於西方社會之研究發現，以檢驗研究的外在效度，求醫觀念和求醫行為的研究亦不例外。台灣地區所進行的相關研究，相當高的比例是著重於探討一般人使用醫療資源的頻率和使用醫療資源的多元模型。這些研究點出了國人求醫行為的特色，大體上是以西醫為主軸的多元就醫模式：複向就醫、以家庭為求醫的單位、以及非專業人員的轉介（吳就君 1981；張荳雲 1986）。在中、西醫並存的台灣，中醫和西醫的醫療利用，顯示出來的是一種替代的關係，使用西醫就不再使用中醫，反之亦然（林芸芸，1992a，1992b），但是，無論如何，西醫的優勢還是難以取代的（張荳雲等，1989；陳晶瑩等，1991）。除此以外，不同的性別、年齡和教育程度等特質，亦顯示出不同的醫療使用模型（詳細的文獻回顧，見林芸芸 1992a）。

觀察一般人的求醫習慣，對於“不舒服”怎麼出現及會如何處理的這個議題，第一個可能假設當然是「推理行為理論」的架構：求醫方式是個人面臨疾病，所採取解除症狀的方法，紛歧的處理方法恰好反應了每個人對疾病症狀的了解、感受、和先存的思考。因此，對症狀的產生和症狀的性質的詮釋，應該與會採取何種解除症狀的方法有關連（Kleinman 1975、1980；吳英璋 1982；張珣 1983；文崇一等 1984 1985，林文香等 1993，簡美玲 1994）。這樣的角度事實上也是目前所知文獻之大宗。

具體而言，一般民眾對於疾病以及不同體系的醫療方式，如西醫體系、中醫體系、或民俗醫療體系等，都有一套自己的看法。一般人且會根據自己的這套看法，去選擇適合於自己的醫療體系，而展現出不同的求醫行為。類似的研究架構下，研究者都指出民眾會依疾病的類型、症狀的嚴重程度、以及社會人口特質等因素，判斷自己生病的狀況，進入不同的醫療體系和不同的醫療機構就醫。同時，對疾病與醫療活動的態度，主要還是依個人對疾病的認知和疾病處理的經驗而形成（沈勝昂 1989）。換言之，這些研究背後都存在一個很強烈的假定，就是認為醫療信念和態度與醫療行為之間必然有著一定的邏輯關係，因此，個體由對症狀的覺知開始、其如何解釋、如何認定自己有病以及有什麼病、該如何處理、應採取何種醫療形式、及決定至何種醫療機構處理等，是一個連續的過程。而整個求醫的過程所牽涉到的各個環節之間，都有著相當清楚的推理。簡要的說，就是將「求醫行為」置於「推理行動理論」（Theory of reasoned action）（Fishbein & Ajzen 1975）的架構之下思考（註一）。

推理行為的思考方式的確提供了切入求醫歷程很好的角度，然而其中有多項的關鍵轉折點，仍有待澄清。首先，既然信念/態度和表現出來的行為有密切關連，多元複向求醫又是如何解釋呢？或謂多元求醫多肇因於迥異的疾病（或症

狀)性質,病人會因為不同的症狀而採取不同的求醫動作。然而,為同一疾病求醫的歷程中,亦同樣的出現複向多元的求醫行為,根據推理行為理論的導引,多元複向的求行,難道反映的是一般人醫療信念和態度的殊變和不穩定?可惜的是,對於這個疑點,現有的求醫文獻並沒有答案。之所以沒有答案,關鍵在於現行研究的資料,都是由一時段的結構式問卷收集而來。眾所周知,問卷調查受限於訪問時間和問卷空間,很難將不同的疾病狀態和其求醫歷程,勾勒出來。平面同一時段的資料,並無法將不同醫療範型之間的立體位階關係呈現出來。國人在何種情況之下會將身體所出現的異常狀態視為嚴重,需要就醫?那些類別的症狀會讓人覺得不必積極處理,或只需要吃中藥、到藥房拿藥、抓藥即可?又是那些狀況會促使一個人去診所?那些狀況會想到應該去大醫院?沒有事件史(event history)之資料,是無法為上述之問題提供答案的。這些問題的澄清,有助於瞭解民眾對不同醫療範型的位階安排,亦有助於精確地掌握多元求醫類型的背後的動力。

其次,就瞭解個人行動的意義而言,個人與環境(指醫療人員和醫療系統)之間互動的觀點是個不可忽略的角度。疾病(或症狀)的性質固然是多元求醫類型的原因。不可否認的是,經驗同樣是個人行事的重要參考。無論是強化或改變,個人的行為取向通常是經驗累積的產品。這樣的論點應用在求醫行為的研究時,求醫經驗所反映的是個人與醫療系統互動的結果,是個人對醫療照顧系統主觀的詮釋。這樣的看法是相當「常識性」的。也許因為它的「常識性」,往往在不同的理論探索中被不經意地疏忽,醫療使用的研究即是典型的例子,因為個人的求醫經驗很少被納入相關的研究領域中。文獻中有關醫療利用的研究,由於收集資料的方式所限,不僅無力刻意控制疾病的類型和生病的時段(episode),也無法收集個人求醫經驗的主觀詮釋。於是乎,即或觀察病人在不同的醫療範型中流動,或者在同一種範型中的不同就醫點之間流動,或者是平均就醫頻率持續升高,少了求醫經驗的資料,研究者仍是難以判定就醫點轉換的原因,也無法判斷就醫頻率的意義,更無法將求醫行為和它決定的情境連合起來思考,導致機械性地侷限了求醫行為複雜多變的特性。

就醫點轉換的剖析,對當今健康保險制度的設計尤其重要。就醫點的轉換直接影響到就醫頻率的計算。已有研究者指出:不正確的保險觀念極易滋養「道德風險」(註二)(楊志良等 1989,江東亮等 1990),全民健康保險並據此規劃部份負擔制,要求病人分攤節節昇高的就醫成本(經建會 1991)。但是,經驗研究並不支持這樣的論點(林芸芸 1992a),社會保險之有無與醫療使用頻率和型態之間並無顯著的相關關係。過去十年之中,雖然保險人口的醫療利用率明顯地持續增加,但關於國人就醫次數的變化趨勢,並沒有太多資料可供分析(註三)。尤其是就醫頻率的升高,到底反映的是醫療需求獲得了滿足?還是醫療資源遭到濫用?是因為生了不同的病而增加就醫?還是同一種疾病的平均就醫次數增加?

在沒有釐清就醫次數的意涵之前，驟下結論而導出政策，決策過程毋寧是少了一些慎重。

基於這樣的觀察，這篇論文旨在處理醫療利用文獻中的兩個疑點：複向就醫和就醫頻率的增加。首先需要說明的是，由於納入這個研究的幾種病症，都是重大病症，有些情況並不容易立時診斷出病名，於是乎，鼓勵病家或者病家自動再找其他醫師確認診斷，是可理解的。頻頻看病比較引人非議的固然是那些沒病將醫院診所當在社交場所的“病人”；然而，更值得我們關切的是那些有病，卻在各家醫院診所中徘徊，病症的苦痛得不到紓解那的群。目前部份負擔制，旨在由民眾承擔惡質的醫病互動，以抑制過多的求醫，個人認為，部份負擔制並沒有抓到問題的重點，也因而不能有效地改善醫病之間的緊張關係。因為在台灣，「三長兩短」，以及二次確認（second opinion）的動作大部份來自於病家主動，比較少由醫師鼓勵的這些診治習慣，使得病人在求醫過程中承擔了許多不必要的成本。藉這四十三位病人求醫經驗，本文旨在突顯出醫療資源的使用型態和頻率，無論是複向或是“逛醫師”，都是醫療人員、病人、和醫療資源三者交互作用的結果，藉著這個切入角度之所得，或能反省現行衛生政策上的定見，有助於解決衛生政策界的主要爭論。

和國內求醫行為的相關研究不同的是，這篇論文的資料是呈現病人為了同一“不舒服”的感覺（後來都已確定是生病了）所出現的求醫歷程，及其中的求醫轉折點。旨在利用病人為了同一不舒服求醫轉折的資料，探索重症病人選擇就醫點和就醫頻率的意義，以回答1）病人是在何種情況下，決定求醫？2）求醫的對象是如何決定的？和3）為什麼換地方看醫生？由於多重醫療使用是本文的關注點之一，故而我們有系統地從病人求醫轉折歷程抽離出“逛醫院（師）”的原因、在不同就醫點間的處理經驗、和處理的結果等。由呈現的結果來看，超過百分之六十的求醫轉折是因為“不舒服”的狀態並沒有因為醫療處置而得到解決，不斷的求醫是因為問題沒有解決、處理的內容與所看的科別不對。從這個研究的結果來看，醫療機的作為，與病人的頻頻就醫，似乎有著相當的關連，因而在醫病互動的情境下思考求醫行為，是必要的研究方向。

## 一、資料和背景說明

這篇論文所用的資料來自作者所主持有關醫療品質的研究計劃。這個研究是以幾種慢性疾病為主要的觀察對象，包括癌症、糖尿病、肺部慢性阻塞性疾病、心肌梗塞，和腦中風。資料是在三所醫院收集的，分別為位在台北、新竹和宜蘭醫學中心、區域醫院和準區域醫院；主要的觀察場所是內科、婦科的病房。就癌

症、糖尿病、肺部慢性阻塞、心肌梗塞、和腦中風等病症找出第一次到這家醫院住院的病人。經過病人或家屬同意後，列為訪問和搜集資料的對象。

在觀察研究的期間，共有七十位病人和他們的家屬被收為本研究的觀察和訪談對象，其中醫學中心有十八人，區域醫院二十三人，準區域醫院二十九人。觀察對象的疾病類別則為癌症十七位、糖尿病十八位、肺部慢性阻塞性疾病八位、心肌梗塞二位、及腦中風二十五位。取樣場所和病人的基本資料整理如表一。

<表一置於此>

研究小組（包括社會學研究所和護理研究所的師生共八名）曾就病人之求醫過程和在醫院中的醫療過程，擬出一份半結構式問卷和觀察注意事項。資料收集的內容包括病人個人的基本資料、保險性質、家庭狀況、發病時的狀況、來醫院之前的求醫歷史、醫師決定、醫囑內容、所做的檢查、手術、和服用之藥物。詳見張荳雲（1993）。由於觀察場所的特性，以及在試測期間觀察對象對訪談做錄音的排斥，因而所有的資料都是靠觀察員記錄而得。

考量這篇論文的旨趣和心肌梗塞、腦中風急救的特質，本文僅處理患有癌症、糖尿病、和肺部慢性阻塞等四十三位病人求醫歷程的資料。為了充分利用此次訪談和觀察的細緻流程資料，我們將以整理和分類的方式，呈現這四十三位病人求醫歷程的特性。特別想要分辨病人之所以“逛醫生”是否肇因於對醫師藥到病除的要求，是易開罐心態（註四）在作祟？是道德危機的反映？還是尋求解答和解決問題的過程？本次分析的資料是住院病人求醫歷程，除了以病人做為分析單位之外，病人每一次的求醫點亦做為分析單位，例如一位病人為了同一問題，來到此次研究醫院之前曾經到過三個醫院或診所求診，就計算為三個求醫轉折點。在每次求醫轉折點上，研究者都仔細閱讀有關病人當時的情況、求醫場所的性質、選擇求醫地點的原因、處理內容、是否找到病因、和是否看對科別等資料。根據前文所述之目的，分三個子題從下節開始討論資料分析的結果。

## 二、求醫時機的選擇：

什麼情況下開始注意自己身體有不正常的狀況，需要求醫？

所有四十三位病人中，只有一位三十歲的子宮頸癌患者是從定期做抹片檢查發現而及時手術處理的。其餘四十二位都是在症狀出現後才有對應處理的動作。為利於討論，四十三位病人的求醫歷程分為症狀出現之後馬上就醫（二十一）、延誤求醫（十三位）、和在他處確知診斷還繼續尋覓（八位）等三類。馬上就醫的二十一患者中，有六位是看對了科找對了醫院，問題很快地獲得處

理，兩位是本來就知道患有糖尿病，此次血糖控制不好，住院處理。而另外的十三位，有的是沒看對科、沒發現問題的癥結根源、診斷錯誤，有的是發現但處理不當，故而問題一直不得解決。

但是和這四十二位患者及家屬討論的過程中，我們注意到症狀（或許在這個階段應稱為有異於平常的一些身體表現）之出現，並不儘然一定會積極處理。通常會等待一段時間，直到有特定情況（比較嚇人或一般會認為該看醫師的狀況，詳見後文的討論）發生，始意識到問題的嚴重性，積極求醫。在整理分類病人所呈現出來的症狀之後，接下來的討論即在比較分類：意識到問題的出現，但決定不予處理的原因是什麼？什麼樣的情況促使病人或他們的家屬採取積極的求醫做法？由這些討論，我們可以對於部份病人開始求醫的動機得到一些訊息。

### （一）、不以爲意的不正常狀況

綜合觀察拖延求醫的十三位病人，發現病人在主觀上覺得自己還可以處理，還可以忍受，並沒有強烈的不適，是不積極採取求醫行動的第一個主因。例如「這一次不舒服是斷斷續續的，最早是在三個月前，當時一直覺得肚子痛，但是還可以忍受，所以拖了一個月才去看。」一位四十一歲的男性肝癌患者如是說。「最初的不舒服是口乾，腳部水腫。由於覺得口乾，腳腫並沒有給他帶來強烈的不適，因此便不加理會。」另一位五十四歲患有子宮頸癌的婦人在就醫之半年前即以發現自己的分泌物不正常，但是她認為，「既然沒有出血應該就無所謂，」所以不以爲意，也沒有告訴家人。

當身體仍有正向的體能狀況，以平衡不舒服反應時，一般也不會積極求醫。例如「雖然容易疲倦，因胃口還好所以不理它」；或當症狀不是那麼不可忍受時，如果當時另有要務，求醫的事就很自然地被順延。一位病人就是這樣解釋的：「臉上癢癢的，麻麻的，很不舒服，但是當天家裡在拜拜，很忙，又是星期天，認為大概躺一下就好，所以沒有去求診。」一位五十四歲的肺部慢性阻塞病人，會喘、咳嗽已有兩、三年了，這段期間偶而覺得比較不舒服，就到附近的診所拿藥，也有吃些草藥、中藥，這一次咳，咳了幾個月，發現痰中有血才來看病。那時沒有馬上來看病，是因為農事正忙，分不開身就擱著沒有處理。

所觀察到的第三種不積極求醫的原因是，容易和其他經常發生的小毛病混淆的狀況，也是讓人掉以輕心，或者轉移了患者的注意力。例如覺得自己是感冒、很疲倦（懷疑是太忙了所致）、或是胃痛，或者只是「喜歡吃東西及喝水，但每吃完東西就覺得累，很想睡覺。」覺得是小問題。一般來說，當一個人發現身體有很輕微的不適時，通常這些輕微的症狀會被忽略，直到這些症狀加劇或轉為另一種較會被注意的型態出現時，病人才會認為自己真的生病了，從而求醫。

第四種觀察到的現象是身體部位的差異。一位三十三歲肝癌患者最初發現自己肩部有不正常的疼痛，後來逐漸發現疼痛部位不是由肩部發出，主要是來自腹部，所以便至最近的醫院檢查。這位病人表現的是，腹部的問題可能比較複雜、比較嚴重，而肩部之疼痛可能只是肌肉拉傷等小問題，隔段時間疼痛就應該會消失，所以可以不必太緊張。

面子問題也會讓人拖延處理，例如：「陰唇上長東西，覺得很丟臉。」

這十三位拖延就醫者，並不是全然沒有處理自己身體上的不舒服。他們或聽朋友所言，或習慣性地去草藥店抓藥、或到藥房買些成藥、或中藥，但並沒有直接地去面對身體上的異常狀況。他們是零零星星、斷斷續續、不甚在意地處理他們的症狀。

## （二）、亟需採取行動

從立即求醫的這二十一位病人當時的狀況來看，不正常的出血、高燒不退、腹部劇痛、和盜汗暈倒等症狀使得病人或他們的家屬警覺，產生立即求醫的動力。這類症狀的出現，同時也是那群拖延求醫的那十三位病人，之所以警覺並開始求醫的轉折關鍵。從這十三位病人或他們的家屬對求醫歷程的描述中，我們整理出下列四種轉折症狀，分述如下：

### 1、症狀持續且逐漸加重

持續性地疼痛難當很明顯地是促使病人急速地求醫的關鍵症狀。之後診斷為癌症之病人尤其明顯。他們的痛包括「胸部疼痛」、「胃口變差且胸部悶痛」、「肩部有不正常的疼痛、全身酸痛之後疼痛加劇」、「腫塊疼痛不適」、「肚子痛、痛得受不了只好去看」、「腹部劇痛」、「胸痛和咳嗽不適」等。另一種會引起當事人注意的持續性現象是胃口不佳。但是單只是胃口不佳，多半不會受到特別注意而加以處理，而是“胃口很壞，看到油就不想吃”，而且在排除了其他可能性之後，才會決定求醫。

### 2、見紅見血

見血是一個重要的警告。在立即求醫的這一組，或是拖延求醫組，見到血後，都會儘快求醫。例如前面那位五十四歲肺部慢性阻塞病人，出現了會喘、咳嗽已有兩、三年了，偶而覺得比較不舒服，就到附近的診所拿藥，也有吃些草藥、中藥，這一次咳，咳了幾個月，發現痰中有血才開始看病。另一個例子是「咳嗽不斷、劇咳吐出血絲」，住院當天因病人劇咳且吐出血絲，病人的先生乃立刻帶病人來看門診並住院。這幾位病人所表現的訊息都是見到血，才認為是真

正生病了，需要到醫院“看病”，而前面的在診所或藥房，都只是不舒服，拿點藥吃吃就可以。

### 3、發燒、喘跳、盜汗、昏倒

發燒不是讓病人就醫的關鍵，而是發高燒，或是高燒後出現“喘不適”、“心臟喘跳”、“呼吸困難”、“盜汗”、或“冒冷汗”等，往往會讓病人或他們的家屬認為是感冒了，需要去看病。

### 4、生活習性或身體外觀的變化

病人資料中比較明顯的是昏睡、臉部變型、手腳會麻、或傷口一直不癒合。一位七十七歲糖尿病患者最初的不舒服是口乾，腳部水腫。病人覺得這樣的症狀並沒有給他帶來強烈的不適，因此便不加理會，家裡人也沒特別注意。這樣的現象持續約一星期左右，開始有昏睡的症狀產生，家人馬上送他到附近的診所門診。

其他如血糖控制不好（兩位），或者想住院休養一下（一位）。例如一位女性患者感冒全身無力，就住院治療，情況好轉就回家。然而由於在家裡要自己動手（先生不會煮），不能好好休養，為了調養身體，就決定再住院。

綜合前述兩部份的結果，可以發現病人對身體異常的反應，通常是選擇性的注意和選擇性的警覺。我們大致可以看到持續疼痛、出血、高燒不退、和暈倒等症狀的出現往往要比其他症狀更顯然是促使病人積極迅速求醫的警兆；發生在腹部的問題要比肩部嚴重；而容易和傷風感冒等“小毛病”混淆的症狀，往往會讓醫病雙方均以平常心待之。其次，多元醫療範型的醫療場所之間，的確有些層級位階的排序。草藥（“非正統”醫療）、藥房和檢驗所，看起來是第一線，診所（或許是西醫）是第二線，最後第三線是醫院。當西醫宣告無法處理，或認為西醫比較無效的情況之下，中藥往往是接下來的選擇。之後，往往在西醫院和中醫（藥）之間來來回回。在這四十三位病人的求醫經驗中，我們只看到一位有民俗醫治的報導。這位病人是以「中藥」來指涉民俗醫治的處方：病人所謂的「中藥」是由一般廟裡的主持（類似乩童），在所謂神明附身時，寫下藥方指點信徒而來。病人對服藥的反應覺得不錯，只是藥費貴了一點。當然，我們並不因此而認為民俗醫治不重要，尤其是那些佔相當比例、西醫束手的病症。之所以沒有這方面的資料，是當初研究設計的取向所致。

## 三、求醫點的選擇：該找醫師了，該怎麼辦？

四十三位病人中，除了三位是急診後住院外，另外尚有四位糖尿病患者固定在某醫院門診拿藥，因而在血糖控制不好時，即在門診醫師的建議下住院。其餘三十六位病人中，有十位是需要看病時，先找熟識的醫師看，這些熟識的醫師多為住家附近的診所，只有一位是醫院醫師。另有八位病人，明確地指出一開始是到住家附近的診所或衛生所看病。這兩組病患人數在全部的三十六位中已達十八位，佔50%。至於沒有明確地指明何以第一次去某醫療場所就醫的十位病患，從他們的就醫地點和居住地點看來，也多和地緣有關。例如一位八十多歲、患有糖尿病的老婦人，這一次不舒服是病人吃不下飯，右邊的肋骨痛、頭暈，當時病人自己決定去看醫生，女兒送她去一家熟識的某內科診所打針。幾乎每天都去，打一種進口的針劑，過了二十幾天都沒有好，才決定換地方看。另外這十八位沒有特別指明選擇求醫點是以地緣為主的病人中，有四位是去診所，其餘五位是去醫院門診部就診。從診所和醫院地點的資料看來，也都是在住家附近。換句話說，三十六位中，有二十七位病患的初步處理場所，和地緣或熟識的醫師有關。

非專業人員的介紹，例如朋友、收音機、或平日常去的藥房和中藥店，是另類求醫地點的主要參考來源。

綜合而言，這四十三位癌病、肺部慢性阻塞和糖尿病患者的資料看來，多數人的門診求醫都是從住家附近診所（少數是醫院）開始，急診則是以地緣為主要的選擇標準。有些病患的求醫經驗資料中，衛生所和檢驗所扮演著發現問題的角色。家人和朋友則往往不止是介紹人，而且是病人求醫的共同行動者。

#### 四、「逛醫師」的經驗：為什麼換地方看？

前文曾經說明過，這篇論文所處理的資料，除了以病人做為分析單位外，病人每一次的求醫點亦做為分析單位，例如一位病人為了同一問題，來到此次研究醫院之前曾經到過三個醫院或診所求診，就計算為三個求醫轉折點。初步統計看到這四十三位病人中，只有一位是第一次為此特定問題就醫，其餘的四十二位都曾經為同一特定問題出現一次以上的就醫點。本次求醫點不算之外，有的甚至高達七個不同的醫療場所。從統計資料來看，一個求醫點的有十四位，兩個求醫點的十位，三個求醫點的有十一位，而四個求醫點以上的則有七位。特別需要說明的是，求醫點的統計，並不能表現出同一個求醫點停留的次數，從訪談資料可以看出，有的高達二十幾天，每天去注射“進口針”，去個三次、兩次，是很普通的現象。本節所關切的問題是，為什麼轉換求醫點？是因為愛逛（道德危機）？易開罐的求醫心態？還是因為其他原因？仔細閱讀這四十三位病患的資料，嘗試、錯誤和持續的尋找似乎是共通的求治經歷。我們將相關資料整理分類，說明如下：

### （一）、醫療專業的轉介：到大一點的醫院檢查

轉換就醫點的原因當中，第一個引起我們注意的是醫療專業人員的轉介。由前節病人第一個求醫點的分析看到，三十六位（扣除急診和固定到醫院拿藥的病人）中，至少有二十七位是以地緣和熟識的診所，作為選擇第一個求醫點的主要標準，其中有七位是需要檢查、狀況嚴重、病況緊急、或是因為設備的限制，由醫師轉介到醫院就醫。例如「七月時先生在某區域醫院醫生所開設的私人診所看病，醫生要求他到區域醫院看病，這樣做檢查比較方便。」、「診所的醫師建議家屬帶病人到大醫院做檢查」、以及「衛生所的護士發現病人血糖高，給病人寫轉介單，因為病人口乾舌燥、精神不好」；有的是因為病況嚴重（不一定緊急），診所無法處理，所以將病人轉診：「照了片子之後認為肺部有問題，最好到大醫院看。介紹到某醫學中心，是因為診所醫師以前在那家醫學中心服務。」和「在某內科診所做了檢查之後，發現血糖太高。醫師因而建議病人至某醫學中心住院治療。」；有的是病人的情況緊急，例如診所的醫生看了之後，建議他們馬上送病人到大醫院治療。」甚至有「把掛號費退給病人，叫病人趕快到大醫院就醫」的情形。最後一種情形是由區域醫院轉到醫學中心做鈷六十的放射線治療。

### （二）、換家看看：問題沒有解決，甚至惡化

轉換醫療場所的第二個原因是病人的問題沒有得到解決，而問題沒有解決的第一個原因是找不到問題癥結，也就是說，病人在求醫的過程當中，有許多的錯誤及延誤。我們看到有的病人在無知的情況下，選錯門診的科別。在這種情況下，醫師並沒有給予適當的建議，只是把自己該看的部位做個處理便算了結，以致延誤了求醫時機。六十八歲的王姓肺癌患者即是個典型的例子：「病人於今年三月開始咳嗽，胸部感到稍微疼痛。但不知道應掛哪一科門診，所以他選了自己較熟識的醫生去看病，而這位醫生看的是胃腸科，因此只針對腸方面來檢查治療，忽略了病人肺部的不舒服。看了胃腸科後，病人的不適愈來愈強烈，所以又去掛了口腔科，但對於病況亦無重大發現，也沒有特別的治療效果。病人見病情一直沒有好轉，便到某區域醫院去做個徹底的檢查。至此，確定了肺癌的診斷，但肺部的腫瘤還可以切除，並不是很糟糕。肺部腫瘤切除後，尚須以鈷六十放射線加強，因此該醫院建議到某醫學中心繼續治療。」。

其他如「家人得知後便強拉病人至某區域醫院神經內科門診。四次後，病人的酸痛並未好轉，反而發現咳嗽得厲害，所以家屬決定換醫院求醫。」後來到醫學中心掛胸腔科，才發現是肺癌。另外一位因肝腫瘤去世的三十八歲婦人的丈夫說：「去年她一直抱怨喉嚨痛、胃痛，我帶她看遍了新竹的耳鼻喉科和內科，

也到目前住院的這家區域醫院檢查，我要求醫生給她做胃鏡，但是胃只是紅腫發炎而已。我不放心，又帶她到某醫學中心去做胃鏡檢查，做出來的結果一樣。那裡的醫生說胃跟肝膽比較有關，所以去年9月19日做了肝、膽的切片檢查，都說沒有問題，我也就放心了。後來她都沒有不舒服，就沒有再看醫生。這一次不舒服是十多天前開始肚子痛，我不在，她弟弟帶她到頭份的某醫院看病(當地最大的一家)，我回家以後，帶她來這裡看病。」

問題癥結沒有找到只是問題未得以解決的原因之一，其他還包括診斷錯誤、無法對症下藥，使得病人的情況無法改善。例子之一是八十三歲的糖尿病患者，家人發現她昏睡時，便送到熟識的某內科門診。這名醫師認為此次疾病可能與腎臟有關，所以要病人去驗尿。但門診兩次之後，病人的情況愈來愈糟。家屬見情況未見好轉，便帶病人至另一內科診所門診。這位內科醫師做了檢查之後，發現血糖太高，而建議至某醫學中心住院治療。另一位五十多歲的婦人出現多尿現象，以為是婦女病，便去看婦產科，她曾經聽說多尿也可能是糖尿病，但那位婦產科醫師認為是子宮發炎，病人認為子宮發炎應到大醫院看，因此轉到一家地區醫院。在這家地區醫院檢查後發現飯前血糖高達五百多，經診斷為糖尿病而住院。

有些是明知病史，但仍沒有注意到發病的可能性。例如這位有二十多年糖尿病史的八十五歲婦人，吃不下飯、右邊肋骨痛和頭暈，因此便到附近熟識的內科診所看，每天去打進口針，後來過了二十幾天沒好，決定送她到區域醫院住院治療。入院後血糖由三百多降到一百多，精神好多了，腹部疼痛也發現是因膽結石之故。另一位五十四歲的男性，有十幾年糖尿病病史，胸痛和頭暈了一段時間，曾到藥劑生開的藥房看病，藥劑生表示病人可能是神經痛，連續三天去看藥劑生；到第三次時，藥劑生才建議病人去看醫師。

問題沒有得到紓解的原因也不是很明朗。很多時候病人也弄不清楚是因為找不到原因，或診斷有問題，或是其他狀況。通常只是在那個就醫點待了一陣子後，發現無效，就再想其他辦法。例如這位五十多歲的女性患者就是一個典型的例子，從開始咳嗽感到不舒服到住院已有七、八個月。症狀出現的早期，她聽許多親戚朋友的介紹去吃中藥和看過西醫，但情況似乎都未改善。後因為劇咳且吐出血絲，乃到地區醫院門診，發現肺癌而住院。有的到附近的內科診所求醫，看了二次都無效。有的曾分別到不同的診所看病，但都沒有效，只好繼續換地就醫點。另一些情況是突發的狀況，使得病人家屬必須做緊急的處理，才會轉換求醫點。例如這位七十六歲肺部慢性阻塞患者覺得自己感冒、咳嗽、很虛。曾去家附近的某內科診所看病，醫生說是老人病、身體虛，打針之後就會比較好。隔天病人發生氣喘，嘴唇發黑又喘不過氣，便叫救護車到地區醫院急診。

### （三）、不願意面對殘酷的現實

對有些病患而言，一而再，再而三的更換求醫點，是因為想要確定診斷：例如在衛生所的檢查得知有糖尿病，她為了確定診斷，曾經到兩家地區醫院做檢查，其中的一家報告顯示，病人的血脂肪含量高。但也有病患的一再遊走於不同的醫療機構之間，是因為不願意面對殘酷的現實，尋求奇蹟或任何可能的機會，是一種求生的表現。

有一位六十五歲肝腫瘤女性患者一直在公保和榮總、台大、三總等醫學中心輾轉看病。中間有時候有停頓，吃中藥或尋求其他類型的療法，每次都是因為疼痛加劇，才再開始到醫院求醫。根據我們的訪談，病人一直對自己的疾病有幻想，他認為一定有方法可以治。而醫師看病人的方式也有類似的暗示，一直未破壞病人的夢，所以醫師也沒有協助病人真正去面對自己的病。每個相關的人似乎都昧於面對事實，採取逃避的方式拖延。而我們的觀察員則無奈地以旁觀者的角色，看他們如何繼續朝這個曖昧的結局走下去。這位病人至以上三家醫學中心求醫時，都是先掛外科，因為他認為一定可以開刀，但三醫院都認定無法開刀，將其轉至內科。後兩家醫學中心的醫師均會問前一家醫院如何處理，然後兩家醫院的醫師會依前一家說法再向病人確定一次，病人試了三家醫院體力已消耗的差不多了，但仍一直願意尋求治療的機會，也許是因病人未完全了解真象，所以才抱有希望，這樣瞞騙病人未嘗不是件好事？！

另一位四十一歲的男性肝腫瘤患者，在檢查之後醫生要求病人住院，病人不想住院，要求去其他地方檢查看看(醫生告訴家屬是肝癌，家屬要求不要告訴病人，病人只知道是肝病)，最好能不要住院，不要開刀。病人在某準醫學中心檢查之後，醫生也認為應該住院，病人仍然不願入院。回家之後曾經經人介紹吃中藥治療，去一次拿一星期的藥，後來覺得不怎麼痛，所以恢復了工作，直到入院前兩天，開始覺得很痛，但仍不想去看醫生，一直拖到星期日，實在受不了了，才由家人送到急診處入院治療。

尋求的過程中也有比較幸運的例子。三十三歲的廖性病患即為其中之一。他在發現不舒服之後，曾到附近一家小型醫院看。住院五天後，醫師建議到大一點的醫院再檢查。他便到某準醫學中心求醫，在此即確定是肝癌。醫師告訴病人目前只能作化學治療，但此項治療效果也不佳，病人便決定回家尋求偏方醫病。回家後，朋友介紹其服用過效果頗佳的中藥，但病人服用一個半月左右無效便放棄。後來在一個另類醫藥報導雜誌上，看到有治療肝癌的秘方，號稱是個服務於研究機構的一位專門研究癌方面的博士所調製的藥，病人便買來服用，一個月後仍不見效果，又只好放棄。朋友看病人多方求醫無效，便又介紹一位於醫學中心

服務的醫師，請病人再試試。透過朋友的安排，很快找到床位，便掛了急診入院，後來為病人做了栓塞治療，病情逐漸有了進步，便出院回家休養。

認為醫療機構沒有給予適當的處理、或者是不願意接受醫生的處理方法、或者是病人的家屬不放心，是病人一而再，再而三，鍥而不捨地求醫的另一個主要原因。接下來的沒有病床、保險考量、或者是醫院急診室的規定等也都曾出現在病人轉換求醫點的原因中。大體上來說，這些並不是轉換就醫點的主要原因。例如只有一位病人是因為不願意等床，所以轉院：病人的兒子決定送她到某大醫院醫治，但是沒有病床，病人驗了血，拿了藥，不願意在走廊的病床上等候，只好再回到原居住地。兩位病人是保險的考量。其中的一位說：發保單的那位小姐告訴病人保單不好開，如果病情嚴重的話就住院，這樣不需要常開保單。另一位則是因為常在某醫院看門診拿藥，而發保單的小姐建議他：住院比較方便，可以多拿藥，又可以休息，何樂不為？因而住院。其他例如不合急診條件，或考慮就近照顧等原因，都曾經出現在病人轉換求醫點的考慮因素中。

## 五、醫者與病者之間的互動

從前述四十三位病人求醫的起始動力、最初求醫點的選擇、轉換求醫點的原因等議題的討論，可以很簡要地以「選擇性的注意與警覺」、「地緣和熟識」以及「釋惑的企求」等三點分別做為前述議題的主要發現。病人的求醫歷程粗略地可以分為兩個階段：由症狀出現到決定求醫是一個階段；而進入醫療照顧系統則是第二個階段。第一個階段的決定求醫時機，由病人和他們的家人對症狀所表現的「選擇性的注意與警覺」的特質，清楚呈現出病人與家人以及過去經驗的交互影響階段。病人會依過去經驗、或對症狀性質的瞭解、或症狀部位的嚴重性評估、或家庭生活的時序，決定就醫的時機。就醫的時機粗看起來，有相當“權變”的意味。真正喚起病人採取行動的是，除了問題的持續且惡化外，主要還是在明顯可見的症狀，例如血、發燒、昏倒、外傷不癒合等情況的出現，是促使病人立即就醫的動力。這些示警的徵兆，在中國文化中有什麼特殊的意義，本文固然無法處理，但作者的直覺是，這些示警徵兆之所以有作用，多少還是反應出中國人直觀的思維方式的影響。也因此，國人的就醫時機，是否存有信念/態度與行為之間原因結果式的推理，就值得進一步推敲了。

其次，這四十三位病人的求醫歷程指出，大部份病人依地緣和熟識，就近就醫的原則，開始求醫。然而，他們求醫的先後次多序，多少讓我們觀察到醫療範型和醫療機構之間的位階關係：第一線的草藥（“非正統”醫療）、藥房和檢驗所，第二線的診所（指西醫），第三線是醫院。當西醫宣告無法處理，或認為西醫比較無效的情況之下，中藥往往是接下來的選擇。之後，往往在西醫院和中醫

(藥)之間來來回回。從病人/病人家屬的描述中，多元求醫的歷程，充滿著單打獨鬥的無奈與無力。

最後，本文一開始即指出，求醫行為的表徵，不是病人單方面表現的結果，而是病人和醫療系統互動的結果。這個研究看到病人求醫的第二個階段，也就是進入醫療照顧系統的階段，病人對不斷求醫的詮釋，在在突顯出病者和醫者互動的影響。除了部份的求醫轉折是由醫師建議外，許多病人於日後出現的一再轉折的求醫點，則和醫師沒有切中病者的痛處、病者不願或不能接受醫者的處理有關。問題持續存在、沒有得到足夠的訊息，或是不確定是否得到正確的訊息等，是病人對他們一再換地方看的原因。就病人而言，「逛」醫院診所，是理性的行動。由這個發現，讓我們看到醫病互動的質與量如何影響到病人的求醫行為，也因為如此，我們也不得不再次思考醫者和病者之間往來互動的特色。

『常見今世之人，每求醫治，令病者臥於臥室，帷帳之中，並不告以所患，止令切脈。至於婦人，多之不見，豈能察其聲色？更以錦帕之類護其手。而醫者又不屑於問。縱使問之，亦不說。此非所以求其愈病，將欲難其醫乎？殊不知古之神醫，尚且以望聞問切，四者缺一不可識病。況今之醫，未必如古之神。安得以一切脈，而洞之藏腑也耶？』(孫思邈，1986)

引述的是孫思邈在四庫全書第七三五卷中諄諄告誡病人，在看病時要把問題說清楚，尤其不要躲在臥室重重帷幔後，讓醫者看不到病人，而無法正確的診斷。鑑古思今，今日的醫療照顧也有類似的問題，隱身病人處處可見。只是今病人之所以隱身，不是怕問題說出來丟臉，也不是怕醫者不能保密而難以啓口，更不是男女授授不親害羞的表現，而是被動的，不自主的，在現代醫療照顧的種種神話帳帷下，被排除在醫療工作的主線之外(張荳雲，1993)。

生病這類生活經驗，是個人身心上出現了若干有異於平常、不明朗的狀態，這個不明朗狀態，需要經過醫療工作者診斷、處理和釋疑。1957年Renee Fox首度提出訓練醫學生處理「不明狀態」(uncertainty)這個理念。Fox指出醫學教育的主要內容是訓練培養醫學生面對病人不舒服的主訴等「不明狀態」時，有能力迅速而正確分辨問題的來源，而提出適當的處理方法。醫療臨床工作「不明狀態」其實是源自於兩個層面：一是來自醫學知識的發展，另一則是來自個人的能力。具體地來說，醫學訓練的主旨是教導醫學生在處理「不明狀態」時，能夠去分辨和認識這些「不明狀態」中，那些是來自醫學知識發展上的極限，是現今醫學領域內仍有待解決，仍為「不知」的部份；而那些是來自個人的限制，是因為個人對醫學領域的知識不足、經驗不足，以致於不知道應該怎麼處理。更重要的是，由於醫學領域本身的極限，有許多「不知」的部份，不能保證醫療處理的絕對

性，而治療效果又因人而異，故而醫學教育的主旨也是要訓練醫學生去認識和瞭解：因為醫學發展的限制，這個領域中，專業知識的基礎主要是建構在機率的模型上。所以應該透過醫學教育的訓練，使得醫學生、醫療工作者在有能力瞭解醫學知識的同時，也能了解醫學實踐領域的機率本質和極限。

我們都瞭解，這個經過分辨、判斷、進而對「不明狀態」提出對策的處理過程，並不是個簡單的工作，尤其是牽涉的是人的生命，這更是所有臨床醫療工作者壓力的主要來源。古時良醫對於臨床醫療工作的高難度，多有體會：

「世有患者，讀方三年，便謂天下無病不治。及治病三年，故知天下無方可用。故學者必須博極醫源，精誠不倦」（孫思邈，1986）

醫學知識體系複雜的特質、醫療服務工作個別化取向的要求、以及必須在時間壓力下做出適當反應的工作模式，使得醫療工作者在社會上享有崇高的地位和獲得超高的報償。主要是因為「醫學工作者的作為，直接而且緊密地關係著人們的日常生活。他們在科學和個人經驗間扮演著啓承轉合的關鍵角色，他們用科學知識的抽象語言以解釋個人的不適。對大部份人而言，他們是接觸不可及領域的唯一媒介，醫師所提供的不僅是個別化的客觀性、人際間的互動關係，也是權威性的諮詢。」（Starr 1982）。

從這個小規模的樣本和深入觀察訪談的資料得知，醫者的作為關係到醫療資源的使用，關係到病者求醫行為。從醫療的供給面，去思考民眾的求醫行為，並不是新鮮的論點。但，這樣的思考方向，或許更有助於檢驗當今流行的“健康保險的道德危機”的論點，是否能真切地反映民眾求醫行為的邏輯，從而使我們更能持平實地反省醫者和病者雙方所應分擔的責任。

田野工作中最引發研究者省思的問題是，當病人發現過程中有問題，或者有些新症狀出現時，很少有病人會回到原來的診所，和醫師做面對面的諮詢和討論。為什麼病人不會回到原來的診所，而要另找所謂的高明？個人認為，這還是個醫病之間信任的課題。醫病之間的信任應厚植在諮詢和對等的基礎，而不是盲從和託付。由醫病互動脈絡中思考求醫行為的本質正是本文所要強調的。

- 註一：根據作者的瞭解，Fishbein and Ajzen二位發展的the theory of reasoned action是在於信念與態度、意向、和行爲等三者之間的關係。本人認爲，文獻中有關求醫行爲的研究，本質上也是個從文化理念、價值、態度出發，而引申到行爲結果的思考架構。
- 註二：「道德風險」（moral hazard）指的是經由保險和第三者付費的制度設計，被保險人在已付保險費的情況下，對醫療資源的使用採取「不用白不用」的心理，而有濫用的傾向。
- 註三：已知的文獻多爲單一時間點的研究，且涉及的對象不一，很難比較。而國內唯一的傷病調查資料檔，又因抽樣時間和方法的頻頻改變，難以利用。
- 註四：「易開罐」（instant）一詞指的是立即有效、立即可用的心態。許多人指責病人就醫的心態是藥到病馬上除，要求一針見效，也不信任醫師。醫師稍有不從，就換個醫師看。

參考資料：

吳就君

1981 台灣地區居民社會醫療行為研究。公共衛生，八卷，一期，頁25-49。

張苙雲

1983 台灣地區衛生人力分佈問題之初探。中國社會學刊，七期，頁133-156。

文崇一等

1984 提高台北市舊市區生活品質之策略。台北：市政府研考會。

文崇一等

1986 台北市新興工商地區與老舊地區生活品質的比較。台北：市政府研考會。

孫思邈

1986 四庫全書，第一三五卷：頁16（引自周京安，1992）。

林憲、吳英璋

1988 台灣地區民眾醫療態度與行為之分析。變遷中的台灣社會：第一次社會變遷基本調查資料的分析，中央研究院民族學研究所專刊乙種之20，頁553-594。南港：中央研究院民族學研究所。

沈勝昂

1989 大學生之醫療考慮因素與求醫行為的關係。台灣大學心理學研究所碩士論文。

張珣

1989 疾病與文化：台灣民間醫療人類學研究論集。台北：稻香出版社。

楊志良、蘇春蘭、傅千芬

1989 國人對全民健康保險部份負擔之意見調查。中華衛誌，九卷，四期，184-197頁。

江東亮、蘇春蘭

1990 農民健康保險對農民醫療消費行為的影響。中華衛誌，十卷，二期，頁79-88。

張苙雲、李丁讚、尹祚芊

- 1990 全民健康保險對醫療系統運作效率和績效的影響。行政院經濟建設委員會委託計畫。

經建會

- 1990 全民健康保險制度規劃技術報告。台北：經建會都市及住宅發展處全民健康保險研究計畫專案小組編印。

陳晶瑩等

- 1991 三芝鄉女性膝部骨關節炎患者功能評估及求醫行為之探討，中華家醫誌，一卷，二期，頁89-99。

林芸芸

- 1992a 中、西醫醫療利用型態的文獻回顧與實證研究。中華家醫誌，二卷，一期，頁1-13。
- 1992b 大學生的中、西醫醫療求醫行為。中華家醫誌，二卷，四期，頁176-185。

周京安

- 1992 傳統中國醫生道德規範：一個醫學倫理學之探討。宣讀於「中國人的心理與行為」科際研討會。中央研究院民族學研究所主辦。1992年4月23-25日。

張苙雲

- 1986 醫療資源與求醫行為。台北市新興工商地區與老舊地區生活品質的比較。台北市政府研究發展考核委員會委託市政建設專題報告第140期。
- 1993 工具理性和實質理性之間：剖析台灣醫院醫療照顧的儀式性與迷思。中央研究院民族學研究所所集刊，七十四期，頁63-93。

林文香、楊文山、林孝義

- 1993 全身性紅斑狼瘡患者之求醫行為及其影響因素探討，公共衛生，二十卷，三期，頁265-276。

簡美玲

- 1994 病病行為的文化詮釋：阿美族的醫療體系與家庭健康文化。清華大學社會人類研究所碩士論文。

Fishbein, Martin & Icek Ajzen

- 1975 Belief, Attitude, Intention and Behavior: an Introduction th Theory and Research. Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.

Kleinman, Arthur et al(eds)

- 1975 Medicine in Chinese Cultures: Comparative Studies of Health Care in Chinese and Other Societies. Washinton:US Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health.

Kleinman, Arthur

- 1980 Patients and Healers in the Context of Culture: an exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkerley: Univ. of California Press.

Paul Starr

- 1982 The Social Transformation of American Medicine, NY: Basic.p.4-5.

表一：病人的基本資料

	醫學中心 N (%)	區域醫院 N (%)	地區醫院 N (%)	合計 N (%)
<b>性別</b>				
男	5 (27.8)	13 (56.5)	14 (48.3)	32 (45.7)
女	13 (72.2)	10 (43.5)	15 (51.7)	38 (54.3)
<b>年齡別</b>				
-39	5 (27.8)	2 ( 8.7)	0 ( -- )	7 (10.0)
40-49	0 ( -- )	1 ( 4.4)	4 (13.8)	5 ( 7.1)
50-59	4 (22.2)	8 (34.8)	12 (41.4)	24 (34.3)
60-69	7 (38.9)	5 (21.7)	4 (13.8)	16 (22.9)
70+	2 (11.1)	7 (30.4)	9 (31.1)	18 (25.7)
<b>教育程度</b>				
識字	7 (38.9)	9 (39.1)	17 (58.6)	33 (47.1)
小學	1 ( 5.6)	13 (56.5)	11 (37.9)	25 (35.7)
初中	1 ( 5.6)	0 ( -- )	0 ( -- )	1 ( 1.4)
高中	4 (22.2)	0 ( -- )	0 ( -- )	4 ( 5.7)
大專	5 (27.8)	1 ( 4.4)	1 ( 3.5)	7 (10.0)
<b>診斷</b>				
糖尿病	3 (16.7)	7 (30.4)	8 (27.6)	18 (25.7)
肺慢性阻塞	0 ( -- )	2 ( 8.7)	6 (20.7)	8 (11.4)
癌症	9 (50.0)	3 (13.0)	5 (17.2)	17 (24.3)
腦中風	6 (33.3)	9 (39.1)	10 (34.5)	25 (35.7)
心肌梗塞	0 ( -- )	2 ( 8.7)	0 ( -- )	2 ( 2.9)
<b>選擇這家醫院原因</b>				
醫療人員	2 (11.1)	4 (17.4)	4 (13.8)	10 (14.3)
醫療設備	5 (27.8)	15 (52.0)	18 (62.1)	38(54.3)*
認得人	6 (30.0)	0 ( -- )	7 (24.1)	13 (18.6)*
自己醫生	2 (11.1)	4 (17.4)	1 ( 3.5)	7 (10.0)*
他人醫生	4 (22.2)	2 ( 8.7)	0 ( -- )	6 ( 8.6)
地理位置	10 (55.6)	12 (52.2)	9 (31.0)	31 (44.3)
保險	2 (11.1)	5 (21.8)	0 ( -- )	7 (10.0)*
其他	1 ( 5.7)	0 ( -- )	1 ( 3.5)	2 ( 2.8)
合計	18 (25.7)	23 (32.9)	29 (41.4)	70 (100)