

編號：CCMP96 -RD-038

民眾對中醫藥的認知度、信賴度、 使用度及其相關因素之探討

蔡文正
中國醫藥大學

摘要

目的：知識、態度、行為三者間存在相互影響的關係。有鑑於近年來中醫醫療利用普遍存在，且多次就醫及重複用藥情況日益嚴重，除造成醫療資源浪費，更可能危害民眾用藥安全。因此本研究希望能瞭解民眾對於中醫藥的認知度、信賴度、使用度及藥物不良反應經驗，進而提出導正民眾對於中醫藥用藥安全的認知與行為之建議。

方法：本研究以全台灣地區 18 歲以上民眾為研究對象，依各縣市人口、性別及年齡比例進行分層隨機抽樣，以電訪方式進行問卷調查，共回收有效問卷 1,020 份。除描述性分析外，亦利用複迴分析探討影響民眾中醫藥認知度、中醫藥信賴度、中醫藥使用度之相關因素。

結果與建議：10.39%的民眾其習慣就醫類型為中醫，58.63%有固定就診之中醫師或中醫院所，近三個月內使用中醫次數平均為 1.24。在用藥習慣部分，22.55%有服用中藥保健食品習慣。在用藥經驗方面，67.25%一年內有服用過中藥，其中 20.70%曾因服用中藥而造成不適。而曾經服用中藥且有中、西藥混合服用者有 21.57%，其中 2.03%表示曾因中、西藥混合服用而造成不適。民眾對於中醫藥之認知度、信賴度與使用度三構面之平均分數分別為 3.53 (1~5 分)、3.20 (1~5 分)、1.01 (0~3 分)。影響認知度之因素為家庭平均月收入、婚姻狀況、習慣就醫類型、是否有固定就診中醫師或中醫院所、是否曾中藥與西藥混合吃、服用中藥保健食品習慣、服用西藥保健食品習慣等項目。影響信賴度之因素則有年齡、習慣就醫類型、是否有固定就診中醫師或中醫院所、服用中藥保健食品習慣及認知度。而影響使用度之因素為性別、籍貫、每月家庭收入、宗教信仰、有無慢性病、有無固定就診之中醫師或中醫院所、服用中藥保健食品習慣、服用西藥保健食品習慣與信賴度。

根據研究結果，本研究提出以下建議：(1) 加強民眾對中醫藥之正確認知；(2) 提昇民眾對中醫藥之信賴度 (3) 衛教宣導、確保用藥安全；(4) 提供資料查詢與諮詢服務；(5) 對中醫藥之規範與推廣。

關鍵詞：中醫、中藥、用藥安全、認知、態度、行為

Number : CCMP96-RD-038

People's perception, reliability and utilization of Chinese medicine and its associated factors

Wen-Chen Tsai

China Medical University

ABSTRACT

Objectives: Knowledge, attitude and practice constitute a triad of interactive factors characterized by dynamism and unique interdependence. The situations of high utilization of Chinese medical treatment and repeated medicine bring out the problems of wasting medical resources and endangering patients' drug safety. Therefore, the objective of this study is to understand the patients' perception, reliability, utilization and experience of adverse drug reactions on Chinese medicine. Otherwise, the study will point out some useful suggestions on perceptions and behaviors of drug safety for patients.

Methods: The study focused on the residence aged above than 18 years old in Taiwan. Stratified random sampling was used according to the proportion of residence, gender and age in each city. Telephone survey was used to conduct the questionnaire. Total 1,020 effective questionnaires were collected. Except descriptive analysis, multiple regression analysis was used to discuss the affecting factors in patients' perception, reliability and utilization on Chinese medicine.

Results and Suggestions : 10.39% of residence used to seek Chinese medicine, 58.63% of residence had habitually Chinese physicians or Chinese clinics. The average times of Chinese medicine visits within 3 months were 1.24. 22.55% of residence had used to taking Chinese health food. In the parts of drug experience, 67.25% of residence had experience

of Chinese medicine within a year, and 2.03% of them expressed uncomfortable due to the mixed-drug of Chinese and western medicine. The average points for residences' perception, reliability and utilization on Chinese medicine were 3.53 (1-5 points), 3.20(1-5 points), and 1.01 (0-3 points) separately. The effecting factors in residences' perception were family income, marital status, types of used healthcare, have habitually Chinese physicians or Chinese clinics, have experience of mixed-drug on Chinese and western medicine, take Chinese health food, and take western health food. Otherwise, the effecting factors in residences' reliability were age, types of used healthcare, have habitually Chinese physicians or Chinese clinics, take Chinese health food, and perception on Chinese medicine. Moreover, the effecting factors in residences' utilization were sexual, city of birth, family income, have chronic disease, have habitually Chinese physicians or Chinese clinics, take Chinese health food, take western health food, and reliability on Chinese medicine.

According to the results, the study have following suggestions for government and related health departments as references: 1) improving the right perceptions of Chinese medicine to residence; 2) increasing the residences' reliability to Chinese medicine; 3) promoting health education and assuring drug safety issues; 4) providing related information and consulting services about Chinese medicine to residence; 5) improving and popularizing the standards of Chinese medicine.

Key Words: Chinese medicine, Chinese herbal medicine, drug safety, perception, attitude, behavior

前言

一、研究背景與動機

在台灣由於社會文化及傳統觀念的影響，西醫及中醫醫療始終並存於醫療體系中。1995 年全民健保開辦，由於中醫診療同時納入健保給付範圍，使得民眾中醫醫療利用情形逐漸增加，根據健保局統計顯示 2000 年中醫門診申報人次約 2800 萬人次，2006 年則成長為約 3300 萬人次，成長率 18.28%（健保局，2006），顯示民眾對於中醫醫療的利用情形確實逐漸增加。國內學者利用 1995 至 1999 年全民健保資料庫中，所有投保對象進行分析，研究顯示平均每人每年中醫利用次數 1.095 次（蔡文正，2001）；而以 1996 年北區健保局投保對象進行之研究，則顯示利用中醫者佔所有樣本的 22%（林致坊，1998）；另外，以 1997 年健保資料庫「門診處方及治療明細檔」進行之研究發現，中醫門診醫療利用率佔當年門診醫療利用的 25.7%，平均每人每年中醫門診利用次數則為 1.29 次（翁瑞宏，2000）；利用 1998 至 1999 年中區分局之投保對象進行之分析，則發現平均每人每年中醫門診利用次數 1.87 次（張育嘉，2001），可知台灣地區民眾對於中醫醫療的利用確實越來越為普遍。

中西藥物併用的問題常伴隨中西醫療併用而來，過去針對中醫門診病人進行之研究發現，因同一疾病就診的病患中，46.6% 的人再次求診其他中醫師；59.2% 的人再次求診其他西醫師（李卓倫，1995），若以中西醫門診病患為研究對象時，72.7% 受訪者有中西藥物併用的情形，推論部分民眾可能未經醫師處方而自行服藥（朱和翔，2003），除此之外，國內諸多學者的研究皆有類似之結果（林芸芸，1992、林致坊，1998、康翠秀，1998、李漢修，1999），可見國內民眾複向就醫之醫療行為不在少數。

民眾普遍有「中藥性溫和、較無副作用」之觀念，因此台灣民眾經常未經醫師處方自行購買相關中藥，而陷於用藥危險中。根據消基會統計資料顯示，2006 年受理「中藥摻加西藥」申請案共 220 件，檢測後發現 38 件摻有西藥，檢出比例 17.3%，而針對藥品來源進行分類，發現摻有西藥之案件來源以國術館最多（37.55%）、其次為郵購（33.3%）、托人購買（32.0%）次之（消基會，2006），中藥摻西藥的藥品大多非醫師處方用藥，因此瞭解民眾對於中醫藥的認知度、信賴度、使用度及其相關因素，並探討提升民眾中醫藥用藥安全，以及加強民眾中醫藥安全的認知與行為之建議，實有其必要性。

二、研究目的

本研究主要探討目前台灣地區民眾對於中醫藥的認知、態度與行為，期藉由研究結果提出建議，進而提昇國人對中醫藥的「認知度」、「信賴度」及「使用度」，詳細研究目的敘述如下：

1. 探討民眾中醫與中藥之利用情形。
2. 瞭解民眾對於中醫藥的認知度及其相關因素。
3. 瞭解民眾對於中醫藥的信賴度及其相關因素。
4. 瞭解民眾對於中醫藥的使用度及其相關因素。
5. 調查民眾對於中醫藥用藥安全之看法與經驗。

三、中醫醫療利用現況

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）指出傳統醫學（Traditional Medicine, TM）是傳統中醫學、印度醫學及阿拉伯醫學等傳統醫學系統及各種形式的民間療法的統稱，在開發中國家被廣泛使用。在中國傳統醫學佔所有衛生保健服務的 40%，同時，補充/替代醫學（Complementary and alternative medicine, CAM）的應用在許多國家迅速增長，至少使用過一次補充/替代醫學的人以法國佔 75% 最多，其次為加拿大 70% 及大陸 48%（世界衛生組織，2002）。美國於 1997 年自費用於傳統醫療支出大約 270 億美元，台灣則約為 12 億美元，預估全球中藥市場約有 600 億美元，且還在持續成長（世界衛生組織，2002）。

台灣為多元醫療體系的國家，大略可分為西醫、中醫、民俗醫療等三種主要醫療體系（吳就君，1981）。統計資料顯示 2005 年西醫門診利用共 20.19 百萬人，中醫門診 6.51 百萬人，中醫門診在醫療服務申請件數及費用則呈現逐年上升的趨勢，2000 年～2006 年中醫門診件數成長率為 18.28%，申請費用成長率為 35.56%（衛生署，2007）。由此可見民眾就醫雖然以西醫為主，但中醫醫療利用亦普遍存在且呈現成長趨勢，因此瞭解民眾對於中醫藥之認知及利用是非常重要的。

國內已有不少研究針對中醫的需求進行相關調查（陳秋瑩等，1999、李丞華等，2004、郝宏恕、翁瑞宏，2004）。中醫為我國固有的傳統醫學，在民眾的認知上，普遍認為中醫藥藥性溫和且有治本功效，故使用中醫醫療人口能佔一定的比例（康健壽，1994）。調查指出民眾相信中醫療效者佔 54.4%，且 53.2% 認為傷科方面在治療上，中醫療效較西醫好很多或較好些，但若在婦科、神經疼痛、精神科或絕症等四方面，皆認為西醫療效較中醫好（陳秋瑩等，1999）。一般

婦女對於中藥可以有效調理體質之態度十分正向，有 73.1% 受訪者表示在一年內偶而或經常有使用中藥（曾雅玲、黃美瑤，1999）。年齡層部份則以 30~65 歲之間的利用率最高，平均利用率大於 1.5 次，女性每人每年 1.477 次，男性則為每人每年 1.051 次，且中部地區（台中醫療區、彰化醫療區及南投醫療區）居民之中醫門診醫療利用率比全國人口高 1.5~2.2 倍，這三個醫療區的每萬人口中醫師數也在十七個醫療區中名列前幾名（李丞華等，2004）。

有學者依據 1997 年全民健保資料庫中的分層抽樣結果，將中醫利用次數以疾病別來分，最高的前五項為「其他症狀，徵候及診斷欠明病態」、「脫臼，扭傷及拉傷」、「其他急性上呼吸道感染」、「其他背部病變」、「其他損創傷之早期併發」（郝宏恕、翁瑞宏，2004）。綜合文獻可得知，雖然民眾之求醫習慣仍以西醫為主，但中醫在健康的維護上始終扮演不可或缺的角色。

四、影響中醫醫療利用因素

Andersen、Newman 發展醫療服務利用模式，指出影響醫療服務的因素包含 1. 傾向因素（predisposing factors）：基本人口學特徵，例如年齡、性別、籍貫、教育程度等，對健康與健康服務之知識、態度及價值觀；2. 能力因素（enabling factors）：個人或家庭所得、有無健康保險、醫療資源（醫師數、病床數等）；3. 需要因素（need factors）：健康狀況、醫療人員診斷等（Andersen & Newman, 1973）。現今民眾對於就醫有更多的選擇及採取主動的成分，在選擇求診醫療時，醫師之態度、診斷的準確性與服藥的方便性是考慮的重要因素（康翠秀等，1998）。由於醫療是一種與健康極有關係的服務，因此有研究也指出在選擇醫院時通常都把與健康最有關係的屬性——醫師品質（醫術、醫德、知名度）擺在首要因素（王乃弘、黃松共，1996）。

過去有學者以性別、年齡、教育程度、居住地、居住時間、婚姻、家庭組成、宗教及工作型態等因素來研究影響民眾選擇中醫就醫的傾向（康健壽等，1994、康健壽等，1996、康翠秀等，1998、鄧振華，2002、李卓倫，2004）。不同性別對於中醫門診之利用會不同，女性使用次數比男性多，65 歲以上老年人為高利用族群（郝宏恕、翁瑞宏，2004）。病患本身健康狀況、初複診別及發作頻率也會影響到病患求診（康健壽等，1994），但持相反意見者則認為自覺健康狀況不會影響中醫醫療服務（李卓倫，2004）。另外，影響民眾是否會至中醫門診服務之因素還包含：求醫偏好、有無固定看病之中醫師及自述一個

月內是否生病（陳秋瑩等，1999）。大多數人在選擇中醫院的考量因素上以與「醫師有關的因素」為首要的考量，尤其在「醫德」與「醫術」上並重，其次為醫師服務態度（侯毓昌、黃文鴻，1999）。

醫療資源也會影響民眾就醫型態，中西醫資源可近性與是否使用中醫有顯著差異（鄧振華，2002）。民眾在西醫醫療資源較豐富的地區，將會降低民眾看中醫的機率；反之若該地區中醫醫療資源較豐富，則民眾利用中醫醫療門診的機率也會提高（郝宏恕，翁瑞宏，2004）。

五、知識 (Knowledge)、態度 (Attitude)、行為 (Practice) 之探討

一個人的知識 (knowledge) 會影響到他的態度 (attitude)，而態度會影響表現出來的行為 (practice)，且知識、態度及行為間是相互影響的，簡稱 KAP 理論。知識 (knowledge) 意指追求及使用資訊的能力，由理解力、經驗、識別力及技術的混合物。態度 (attitude) 是關於某些處境以某些方式做出反應的傾向，根據某些傾向來察看及解釋事件，或組成一致及相關結構的觀點。行為 (practice) 是習慣及知識兩者運用所導致的行動 (Lbrahim, 1995)。國內外有許多學者利用 KAP 法進行研究調查，結果顯示知識、態度及行為三者間具有某種程度的相關性 (王嘉蕙, 1996、康翠秀等, 1998、曾雅玲、黃美瑤, 1999、曾雅玲等, 2000、杜素貞等, 2002、Tsai et al, 2005)。國民健康局亦進行 KAP 系列研究，包含國民健康促進、民眾對癌症篩檢、高中職在校生性與生育健康、婦女 KAP、民眾腎臟保健等相關研究 (國民健康局, 2007)。

個人對健康或疾病傷害的認知與醫療照護的態度會影響醫療服務的利用 (Andersen & Newman, 1973)。病人對於西藥的信念會影響病人對中西醫體系的選擇及轉換 (康健壽等, 1994、曾淑貞, 1986)。不同地區的病患對於中醫醫療知識與中醫醫療信念有所差異 (鄧振華, 2002)。近八成的民眾認為西藥的副作用大，中藥藥性溫和、較不傷身且有治本的功效，故傷科疾病，例如肌肉扭傷、關節炎或脫臼等多會以傳統中醫為其治療方式 (康健壽等, 1994)。另外，中醫可以治本、藥效較慢、治療過程較長久，而西醫只能治標、所需時間較短與西醫設備較好等概念，為多數民眾對於中醫和西醫比較上所見的認知 (王廷甫, 1980、周志鴻, 2001)。

民眾對於門診的利用與購藥行為以生理需求為主，但若在醫療方式的選擇上，主要是以本身對於中西醫之醫療態度來決定 (王嘉蕙,

1996)。有研究指出某醫學院學生認為在本身或家人生病時，選擇台灣民俗醫療的態度是反向的，也就是說當生病時不會贊同使用民俗療法，不論是急慢性疾病、或精神疾病，80%以上都以西醫治療為主，急性疾病更高達 100%，且當受訪者年紀越大時，對於民俗醫療的知識得分越高（劉素瑛等，1989）。余玉眉研究也指出，年紀越大的婦女，越趨向傳統醫療（余玉眉，1985）。中等年紀、低教育程度、社會經濟地位較低、有民間信仰者的情意及行為意向較高；年紀較輕、教育程度較高、社會經濟地位較高者，其對於中醫的認知較高（康健壽等，1994）。

研究指出國內護理人員在中醫藥知識方面得分並不高，且與一般婦女並無差異，但在態度方面兩者皆是傾向正面，護理人員及民眾皆希望能充實自己在中醫藥方面的知識，而影響護理人員及一般婦女中醫藥知識、態度、行為之相關因素包含年齡、婚姻、生產經驗、自覺健康狀況、參加中醫藥研習會、中醫藥知識等，對於接觸中醫藥知識者其來源大多來自於書報雜誌、大眾媒體及親友為主，在行為上則以產後調理最多（曾雅玲等，2000、杜素貞等，2002）。王純娟等人指出護理人員對中醫藥的態度會隨著年齡、教育程度的提升而增加，曾經接受護理教育及中醫研習會者對中醫藥的態度亦較正向，受試者年齡及是否為護校畢業是受試者對中醫藥的影響因素（王純娟等，1994）。

有研究曾針對台北市北投區居民調查指出籍貫、宗教及職業對於中醫藥的知識、行為及信念皆有顯著之影響，且對中醫醫療知識越高者越傾向採用中醫醫療，然而中醫醫療利用率雖然不低，並不一定代表對於中醫藥有足夠的認知，民眾在較淺層面的知識答對率較高，但在深層面卻較不知（康翠秀等，1998、曾雅玲等，2000）。過去研究調查民眾對中醫藥認知及中醫醫療信念時，將中醫藥的認知分為中醫藥基本認知、中醫藥生理認知及中醫藥療法認知，當基本認知、生理認知越不足者其醫療利用越低，但對療法認知充足者其醫療利用卻呈現較低狀況，當中醫藥基本信念非常充足時，醫療利用會較高（郝宏恕，2001）。

六、用藥安全之探討

近年來「病人安全」議題受到世界各國的重視，包括美、英、澳等各國所做的醫療不良事件發生頻率的調查研究顯示，發生醫療不良事件的比率約在 2.9%~16.6% 之間，平均約為 10% (病人安全委員會，2007)。美國醫學機構 (Institute of medicine, IOM) 於 1999 年發表「To Err Is Human」報告中，推估美國人每年至少約有 44,000 至 98,000 人是死於醫療失誤，雖然該數據的正確性及推論可能有些爭議 (IOM, 1999; Leape, 2000; McDonald, et al., 2000; Brennan, 2000)，但如此高的醫療失誤死亡人數是相當值得我們注意的。病人安全委員會於 2003 年指出，根據各國研究的結果，推估台灣地區每年因醫療不良事件而死亡的人數約為 6,000 至 20,000 之間 (病人安全委員會，2007)。

為使醫療疏失降到最低，保障病人就醫的安全，衛生署於 2003 年成立「病人安全委員會」，統整並擬定國內病人安全的目標，同年病人安全委員會亦成立「病人安全與品質專案小組」，致力於醫療安全的提昇 (病人安全委員會，2007)。台灣財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 (簡稱醫策會) 則陸續公布病人安全名詞定義及舉辦國際研討會，將病人安全定義為「對於健康照護過程中引起的不良結果或損害所採取的避免、預防與改善措施，不良的結果或傷害包含了錯誤、偏差與意外」，訂定 2004 年為病人安全年，每年 11 月第二週為病人安全週，並建置台灣病人安全通報制度及通報系統。自 2004 年起，病人安全年度目標由五項陸續增加至目前的八項，分別為：提升用藥安全、落實醫療機構感染控制、提升手術正確性、提升病人辨識的正確性、預防病人跌倒、鼓勵異常事件通報、改善交接病人之溝通與安全、提升民眾參與病人安全 (醫策會，2007)。目前國內 96% 醫院有成立病人安全委員會，其中 83% 有明訂病人安全年度計畫及執行結果檢討，並於院內辦理病人安全教育訓練活動，又以用藥安全佔最多 (醫策會，2007)。

全民健康保險開辦至今大幅提升了民眾就醫可近性，但同時也面臨收支不平衡及醫療資源浪費的問題，統計指出藥價佔總健保費用支出高達 25% (衛生署藥政處，2005)，經藥品行銷暨管理協會調查有四分之一患者拿藥後服用不到一半，有五分之一根本連吃都沒吃，更有部分患者習慣「逛醫院」或相同疾病重複取藥，造成藥品浪費及藥價的過度負擔，也有用藥安全之虞慮。蔡文正利用健保 IC 卡資料庫分析 2003~2006 年間，每年 10 月份非正常就醫 (就醫 20 次以上) 人數及人次變化情形，2003 年單月非正常就醫人數達 2,500 人，2006 年

仍有 1,511 人；2003 年非正常就醫人次為 59,808 人次，2006 年仍有 35,288 人次。同時調查重複用藥部份，2003 年有 255,403 人次，2006 年上升至 388,904 人次，年成長率達 15.05%；重複用藥之醫令筆數在 2003 年為 373,986 筆，2006 年高達 700,000 筆，年成長率為 23.24% (蔡文正等，2007)。顯示重複用藥之不當用藥行為日益嚴重，不僅造成醫療資源的浪費，甚至會危害用藥安全。

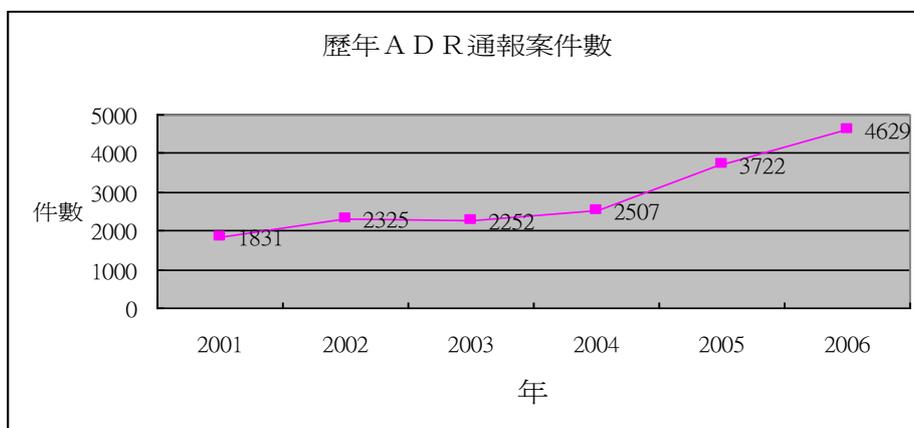
諸多研究皆指出國內民眾有複向求醫的特性 (王廷甫，1980、李金鳳，1990、林芸芸，1992、李卓倫等，1994)。重複用藥之行為是否與民眾中西醫療併用習慣相關還待進一步查證。所謂複向求醫意指使用西醫的同時，也採取中醫醫療 (王廷甫，1980、林芸芸，1992)。中西醫結合的治療成效與作用在證據醫學已受到肯定，且有助於降低醫療成本。國內學者在某醫學中心所做的研究發現，72.7% 門診病患同時併服中西藥品，並有將中藥品當作保健品服用習慣 (朱和翔，2003)。中醫門診病人也會有複向求醫行為，有 46.6% 的人曾針對就醫時的同一症狀求診於其他中醫師，59.2% 的人曾針對同一症狀求診其他西醫師 (李卓倫等，1995)。採用複向就醫的家庭佔 60% (吳就君，1981)。另一份針對民眾過去一個月使用醫療服務狀況調查顯示，83.8% 民眾使用西醫、7.9% 使用中醫、8.4% 為中西醫併用 (林芸芸，1992)。複向就醫行為會造成中西醫藥同時服使用的狀況，因此深存著影響用藥安全之疑慮。

「Medication errors」最常被翻譯成用藥疏失或藥物錯誤，國外學者定義藥物錯誤為：給病患服藥的過程中任一步驟 (用藥處方、藥物分配、謄寫及監控管理等步驟) 產生錯誤 (Roseman&Booker, 1995; Kaushal et al., 2001)。目前最多被引用的用藥疏失定義是美國國家用藥疏失通報及預防協調審議委員會 (The National Coordination Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCCMERP) 所定義的內容：藥物在經醫療專業人員作業到交付病患或消費者使用的過程中，任何可預防導致藥品不當使用或病患傷害之事件 (NCCMERP, 2007)。有效的預防用藥疏失將是用藥安全的首要目標 (林淑貞、周守信，2007)。

Bates 等人研究更指出用藥疏失是常見的，推估醫院一年約有 1900 件藥物不良事件 (Adverse Drug events, ADE) 與 1600 件潛在性 ADE 的發生，這些不良事件中約有 56% 是由於醫師開用藥醫囑時發生的錯誤，34% 是藥物用法發生錯誤，6% 是在處方謄寫時發生錯誤。同年 Bates 等人另一篇研究也指出這些事件的發生有 7% 的用藥疏失對病

人有潛在性傷害，但實際上只有 1% 病人會受到傷害 (Bates et al., 1995; Bates et al., 1995)。另外，在 Bates 等人的研究中評估，每一件藥物不良事件將延長住院日 4.6 天及花費 2595 美元；在每一件可避免的藥物不良事件發生將延長住院日 4.6 天、花費 5857 美元。此龐大的金額尚未包含對病人傷害與醫師不當治療造成的其他成本 (Bates et al., 1997)。由 Leape 學者等人的研究中指出因醫師診斷或治療時所造成的傷害有 69% 是可避免的，且用藥疏失的發生主要是因為醫事人員缺乏知識和即時病人訊息 (Leape et al., 1993; Leape et al., 1995)。

1982 年我國開始實施「優良藥品製造標準 - GMP」，1983 年推動「新藥監視」的概念，1993 年二月五日公佈「藥事法」，對藥品製造及管理的品質要求已相當嚴格，並於同年七月公布規定國內新藥上市後須有七年監視期 (中醫藥委員會，2007)，1998 年設置全國藥物不良反應通報系統 (National Reporting System of Adverse Drug Reactions in Taiwan, ADR) (衛生署，2007)，2000 年實施「藥害救濟法」(財團法人藥害救濟基金會，2007)。ADR 系統於 2006 年接收到 ADR 通報 4,629 件，來源以醫療人員為主 (83.1%)，藥師佔其中的 76.1% (蘇純慧、高純琇，2007)。圖一為 ADR 歷年通報案件數。



圖一、2001~2006 年 ADR 通報案件

資料來源：衛生署，2007

醫策會將 ADE 命名為藥物不良事件，並定義為：病人因使用藥物或應給予藥物卻未給予而造成的傷害事件，在 2007 年「提升用藥安全」所採取的策略是：(1) 落實正確給藥程序。(2) 確立病人用藥過敏史，加強慢性病人用藥安全。(3) 確實檢討用藥品項及進藥流程 (醫策會，2007)。國內醫院在用藥安全之提升上，有 62% 的醫療機

構已針對全院通用之縮寫統一單位劑量定期進行評核，79%醫院表示已於門診藥袋標示病患基本資料、藥品商品名、藥品單位含量與數量等 11 項注意事項，最常使用公佈欄公告將高警訊藥物或外型及名稱類似的藥物告知臨床人員，並以張貼海報方式主動告知民眾宣導用藥記錄的重要性（醫策會，2007）。

針對國內民眾進行用藥安全認知調查，研究指出絕大多數受訪民眾同意在看病時，病人應主動告知醫師目前所有的疾病，高達八～九成會主動告知醫師目前正在服用藥物及藥物過敏現象，且 97.8%認為拿藥時主動確認名字是重要的事物，而醫療人員對於藥品服使用方法應有主動告知的責任，85.1%民眾同意紀錄服用的藥物對提升用藥安全有幫助，而長期服使用藥物的受訪者中，僅有 34%的民眾會將自己服使用藥物做成記錄（醫策會，2007）。

中醫藥在國際醫療衛生界的應用日漸普及，其不良反應也見受到重視，為能評估中醫藥不良反應與毒性作用之原因及轉機，對於中藥草的用藥安全予以制度化、組織化，依據中醫藥委員會「建構中藥用藥安全環境五年計畫」，於 2001 年在長庚紀念醫院中醫醫院成立全國性中草藥不良反應通報中心，另設立北、中、南、東四個地區通報中心，建構全國性「中藥不良反應通報系統」，接受醫護人員、廠商及民眾通報個案，建立用藥安全資料庫，藉由網站公告不良品名稱與批號廣佈訊息，減少用藥不良品之機會，保障全國民眾之用藥安全（楊榮季等，2006）。中醫醫療利用普遍存在，且多次就醫及重複用藥情況日益重，除了造成醫療資源浪費，更可能為害民眾用藥安全。而用藥安全不僅是醫療院所或醫護人員的責任，目前更是推廣至民眾參與。一般民眾對於中醫藥無法充分瞭解，若自行購買服用極可能產生不良反應（林哲玲等，2005）。因此調查民眾對於中醫藥的認知、信賴及使用行為，進行對中醫醫療利用之看法及現況探討，並分析影響三者之相關因素，同時瞭解民眾用藥不良反應之經驗，進而提出增加民眾中醫用藥安全之認知與行為之的建議，是重要且值得廣泛探討的議題。

材料與方法

一、研究方法與進行步驟

本研究為探討民眾對中醫藥的認知度、信賴度、使用度及其相關因素，針對全台灣民眾進行問卷調查，以瞭解其對中醫藥在認知度、信賴度與使用度之看法。本研究步驟共分成四個階段：(1) 文獻歸納；(2) 舉辦專家座談會；(3) 問卷設計與調查；(4) 資料回收與分析。各階段詳細之步驟與流程分述如下：

第一階段：文獻歸納

首先針對國內外相關文獻進行蒐集，例如：中醫（藥）醫療利用，中醫醫療認知、態度與行為，中西醫醫療併用、用藥安全等，藉由文獻的歸納與比較，瞭解影響民眾用藥安全、中醫藥的認知、態度及使用行為之相關因素，作為第二階段專家座談會議之參考。

第二階段：專家座談會

本研究召開一場專家座談（Expert panel），邀集中醫藥相關研究領域專家學者，包含 5 位學者、6 位中醫師、3 藥師、3 護理人員，合計共 17 位。針對影響民眾中醫醫療認知度、信賴度與行為之相關因素進行探討，藉由專家學者們不同面向之看法與建議，作為第三階段問卷內容設計之參考。

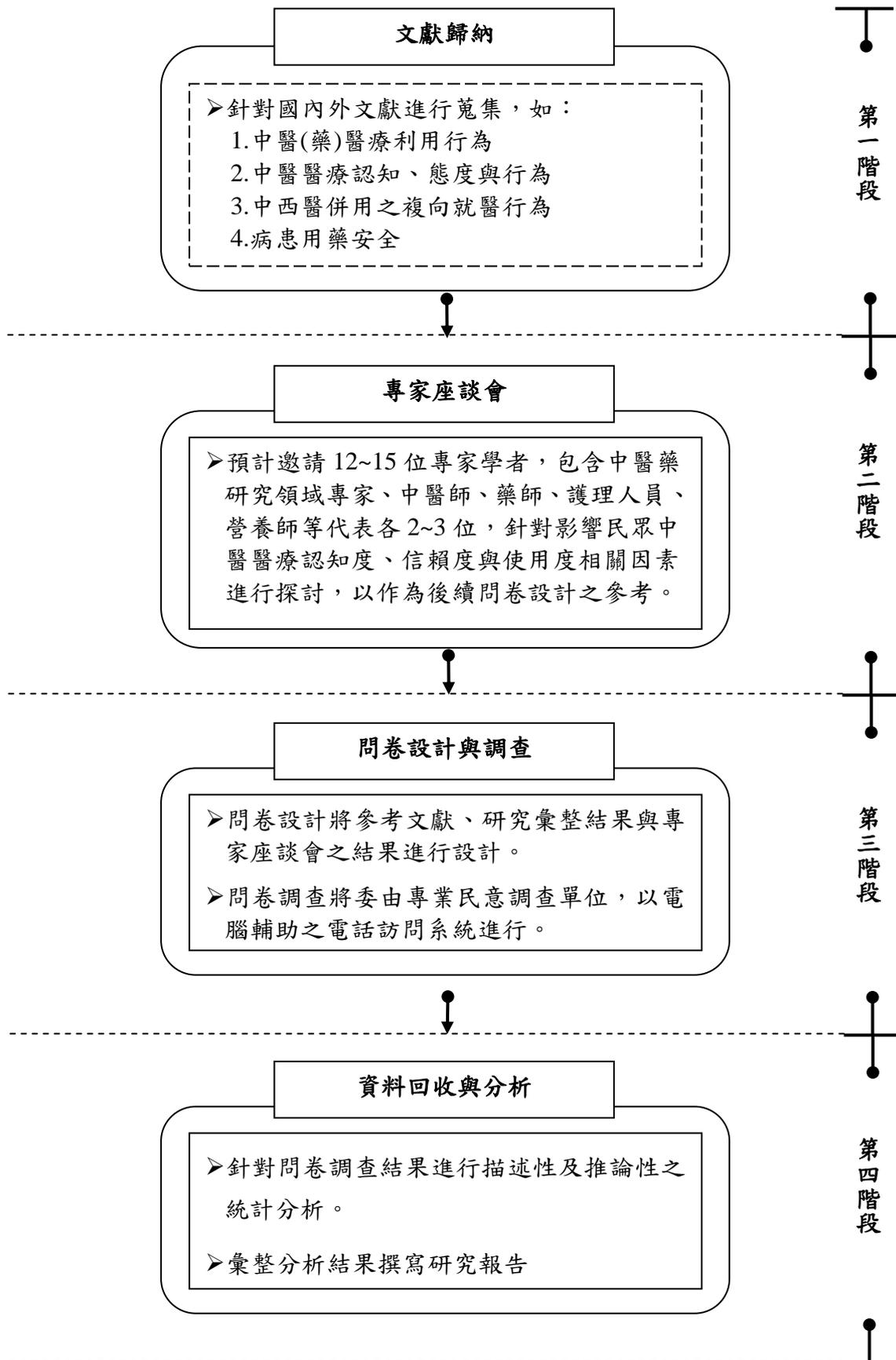
第三階段：問卷設計與調查

本階段依據相關文獻、研究之彙整與專家座談會之結果設計問卷內容，針對民眾編制成合適之問卷。並以專家效度及計算 Cronbach α 係數等方式，進行效度、信度之測量。在問卷調查方面，委由專業民意調查單位，以電腦輔助之電話訪問系統（CATI, Computer-assisted telephone interviewing）進行抽樣訪問，共回收有效樣本 1020 份。

第四階段：資料回收與分析

針對第三階段民眾對中醫藥的認知、態度及使用行為之問卷調查結果，進行描述性及推論性之統計分析，並彙整分析結果撰寫研究報告，以瞭解影響民眾中醫藥認知度、信賴度、使用度之相關因素，並提出如何提升民眾中醫藥用藥安全之認知與行為之建議，提供衛生主管機關未來政策推行之參考。

■ 研究流程



二、資料來源與研究方法

(1) 研究對象與資料來源

本研究以台灣地區二十三個縣市中 18 歲以上民眾為研究對象，再依各縣市人口、性別比例進行分層隨機抽樣，抽取有效樣本 1020 位，抽樣樣本分佈情形符合台灣地區民眾性別 ($p=0.44$)、年齡分層 ($p=0.10$) 與縣市別 ($p=1.00$) 比例。

(2) 抽樣方法

針對本研究以全國 18 歲以上之民眾為研究對象，以結構式問卷委由專業民意調查單位，依據台灣地區住宅電話號碼簿，以電腦輔助電話訪問系統 (CATI, Computer-assisted telephone interview) 自動撥號進行電話訪問，以隨機跳號之方式 (random digit dialing) 進行，拒訪人數為 2,985 人(不含家人拒答)，總計回收有效樣本 1,020 份，回應率為 25.5%。

(3) 問卷設計

本研究問卷內容之設計，首先透過召開專家座談，專家座談常應用於決策時，以多位專家學者作為諮商者，尋求團體判斷與共識的一種方法。本研究於 2007 年 10 月 15 日舉辦一場專家座談，出席之人員包含醫院及診所中醫師 (6 位)、相關領域之專家學者 (5 位)、藥師 (3 位) 與護理人員 (3 位)，共計 17 位，針對民眾對於中醫藥的認知度、信賴度、使用度以及藥物不良反應之情形與相關經驗進行探討，以取得多方面之意見與建議，作為本研究問卷內容設計之重要參考依據 (詳見附錄一)。

除依據相關文獻資料 (曾雅玲等, 1999; 康翠秀等, 1998; 陳秋瑩等, 1999; 杜素珍等, 2001) 及專家座談之彙整結果設計問卷之內容，針對民眾編制成合適之結構式問卷，並進行之問卷調查，內容主要包含下列四大部分：(1) 民眾對中醫藥之認知度：評量受測者對中醫藥的認知程度；(2) 民眾對中醫藥之信賴度：評量受測者對中醫藥的信賴程度；(3) 民眾對中醫藥之使用度：評量受測者中醫藥使用情形；(4) 個人基本特性 (例如：性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、健康情形、居住地區、每月家庭收入、就醫習慣與經驗、用藥習慣與經驗等) 以瞭解民眾對中醫藥之意見與經驗 (詳見附錄二)。

(4) 問卷信效度檢驗

本研究將初步設計之問卷進行前測以確立問卷內容以外，亦將進行效度與信度之測量。在效度測量方面，將以專家效度進行內容效度 (content validity) 之測量，依照研究變項的適用性來衡量題目，題目

分為「適合」、「不適合」及「修改後適合」三類，並依專家提出之建議修改，將問卷內容定義模糊之題目予以釐清，以確定問卷完整性，經專家審查後，計算問卷之 CVI (content validity index) 值。一般而言 CVI 值大於 0.8 即代表效度極佳，在「民眾」問卷效度 CVI 值平均為 0.92，顯示本研究之問卷效度極好。

在信度測量方面，以利用再測法 (test-retest method) 重複訪問同一人，計算 Kappa 值，一般而言 Kappa 高於 0.7 即算有良好的再測信度，本研究在問卷回收後選取 2 個題目，選取 30 個已受訪的個案，再次進行訪問以了解其重複測量的一致性，結果發現本研究所選取 2 個題目 Kappa 值分別為 1.00 及 0.72，顯示本研究的在測信度佳。此外，本研究同時針對民眾對於中醫藥的認知度、信賴度與使用度各構面計算 Cronbach α 係數，Cronbach α 係數表示各民眾回答問卷內容之一致性程度，是檢驗問卷信度方法之一，係數越大表示問卷內容一致性越高，一般而言係數高於 0.7 則表示問卷內容信度佳。本研究針對民眾對於中醫藥的「認知度」(11 題)、「信賴度」(16 題)與「使用度」(14 題)，分別進行信度檢定，其 Cronbach α 係數分別為 0.72、0.81、0.72，可知本問卷內容一致性良好。

(5) 問卷調查

本研究利用電話訪查方式，調查方式則交由專業民意調查中心，針對全國 18 歲以上之民眾進行問卷調查。調查時間為 2007 年 10 月 29 日至 11 月 1 日。以「電腦輔助電話訪談問」(CATI, computer-assisted telephone interviewing)，利用台灣地區住宅電話號碼簿，依縣市別進行分層比例隨機抽樣，並採隨機跳號方式對民眾進行電訪，系統並自動將訪問結果寫入資料庫，不需再由人工編碼、輸入資料，避免人為錯誤。受訪者拒訪或中途拒訪有 415 人，家人拒訪 (指受訪者聽到要訪問即掛電話) 2,570 人，共取得有效樣本 1,020 份，回應率為 71.1% (不含家人拒答)、25.5% (含家人拒答)。

(6) 資料分析

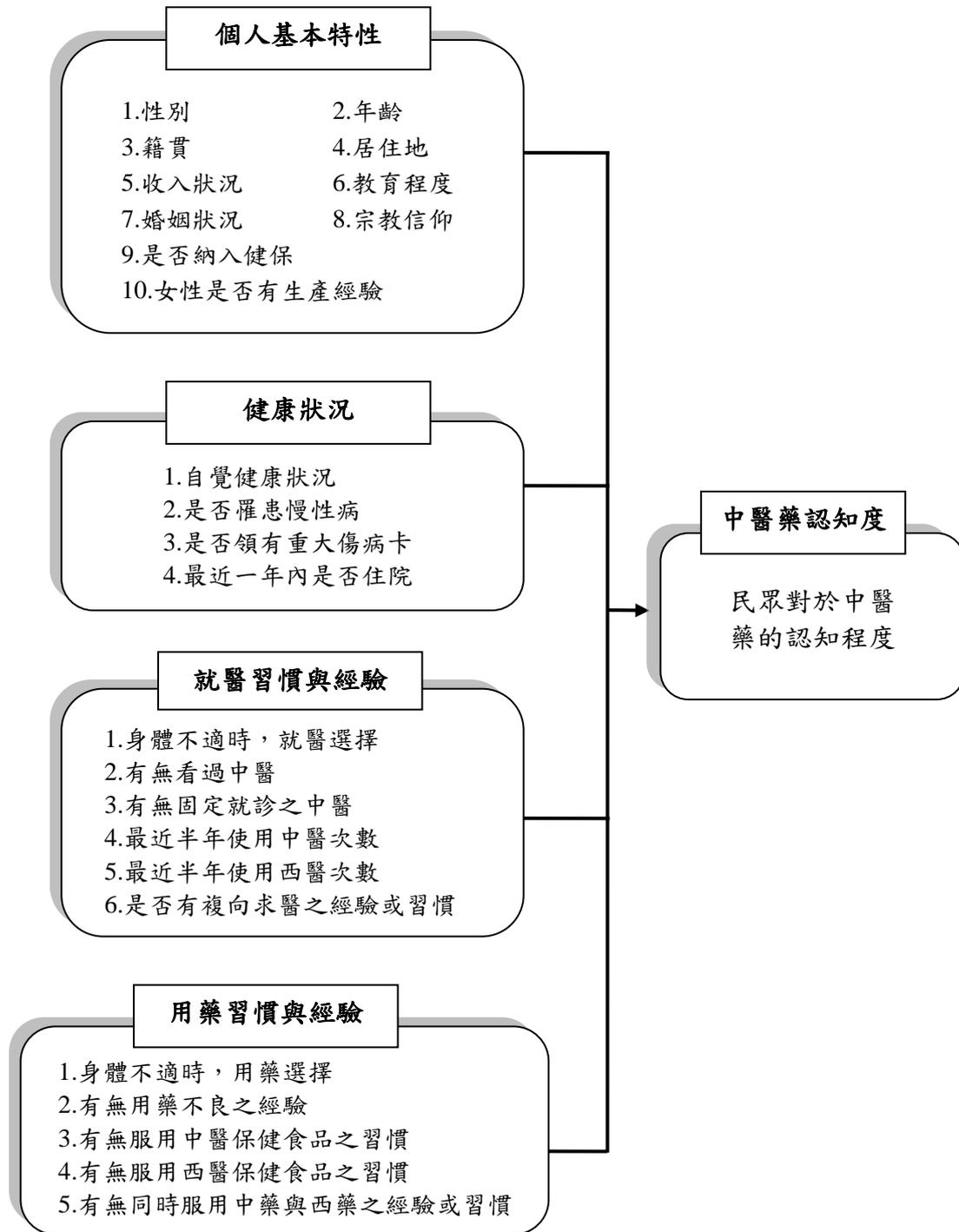
本研究將針對收集之問卷資料，進行描述性統計分析與推論性統計分析。在描述性統計方面：以次數、百分比，描述樣本之個人基本特性 (如：性別、年齡、職業、籍貫、居住地、收入狀況、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、女性是否有生產經驗)、健康狀況 (如：自覺健康狀況、是否罹患慢性病、是否領有重大傷病卡)、就醫習慣與經驗 (如：身體不適時，就醫選擇、有無看過中醫、有無固定就診之中醫、最近半年使用中醫次數、最近半年使用西醫次數)、用藥習慣與

經驗（如：有無服用中醫保健食品之習慣）、以及藥物不良反應之經驗，再以平均值、標準差來描述樣本對於中醫藥認知度、中醫藥信賴度及中醫藥使用行為等部分作答得分情形。

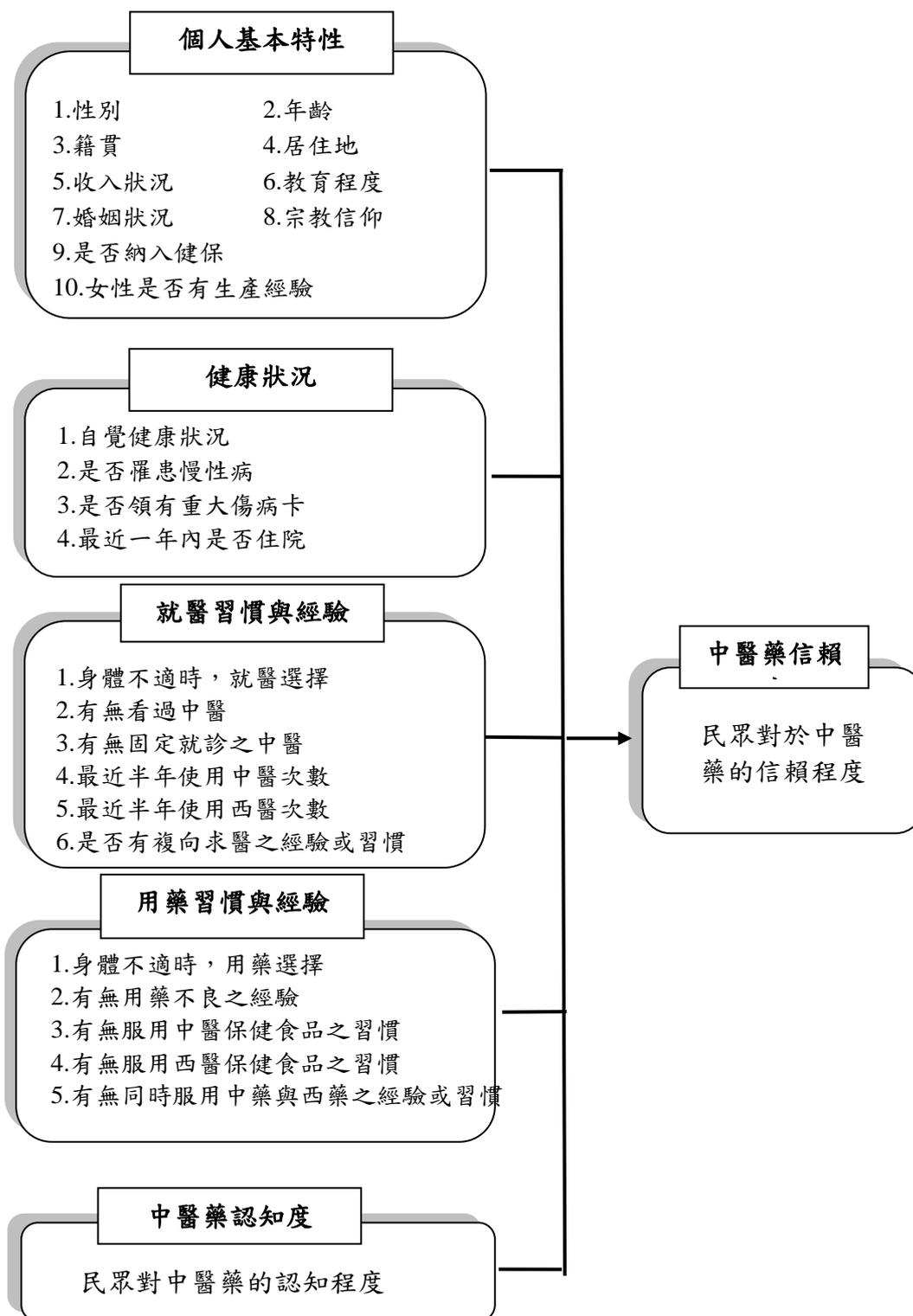
此外，並利用雙變項分析，依照不同性別、年齡層別、家戶收入等進行 t-test、變異數分析（ANOVA）等統計分析，比較不同基本特性之民眾對於中醫藥認知度、信賴度、與使用度是否有所差異，並進行事後檢定。

另外推論性統計分析方面，本研究分別以民眾對於中醫藥認知度、信賴度、與使用度為依變項，以研究對象個人基本特性、就醫習慣與經驗、用藥習慣與經驗、健康狀況等因素為自變項，進行複迴歸分析（multiple regression analysis），分別探討影響民眾對於中醫藥的認知度、中醫藥的信賴度、中醫藥的使用度之相關因素。

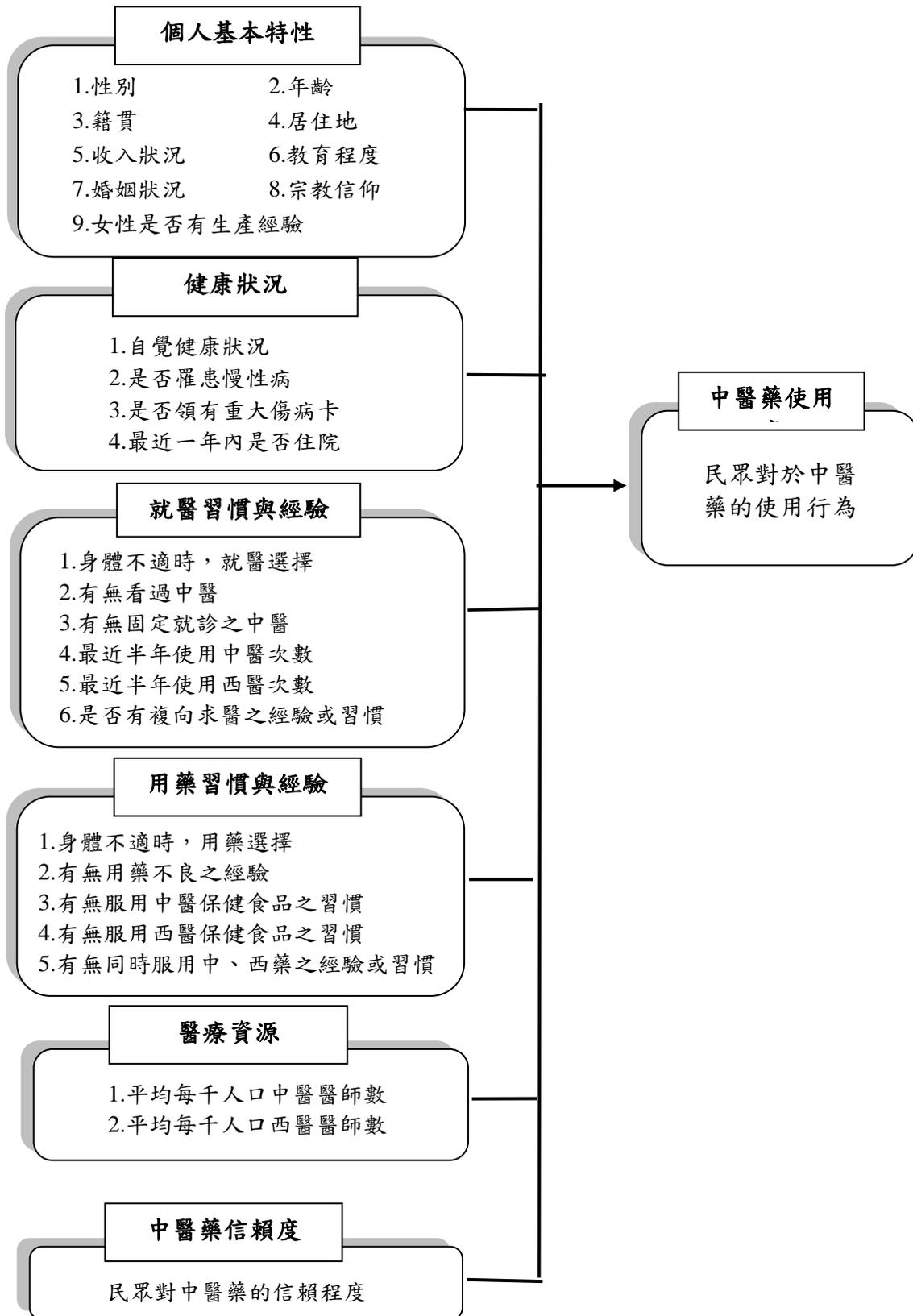
■ 研究架構 (一)



■ 研究架構 (二)



研究架構 (三)



結 果

本研究結果共分為五部份，第一部分為樣本代表性，主要針對本研究樣本與母群體之分佈，利用適合度檢定來分析本研究樣本是否具有代表性。第二為描述性分析，主要針對回收問卷簡單描述民眾之樣本分佈情形。第三部份為雙變項分析，利用 t-test、變異數分析(ANOVA)來分析不同特性之民眾對於中醫藥認知度、信賴度、與使用度之差異。第四部份為民眾對於中醫藥認知度、信賴度、與使用度各構面內容之意向與程度排序。第五部份以複迴歸分析影響民眾對於中醫藥認知度、信賴度、與使用度之相關因素。

一、樣本代表性

為確定回收有效樣本具代表性，本研究針對民眾部分，與 2007 年 9 月內政部戶政司人口統計資料之各縣市人口分布進行適合度檢定，在縣市別上並未達統計上顯著差異 ($p=1.00$)，顯示本研究抽樣之樣本具有一定代表性。本研究設定受訪民眾年齡為 18 歲以上，只要符合條件且願意接受訪問之民眾即為受訪個案，且由於本研究民眾部分是委託電訪公司進行調查，過去經驗尤以女性接聽率甚高，因此對於性別比例施行配額管制，訪問過程中女性已達推估樣本數量，往後隨機撥號，則限定受訪對象為男性才納為個案。因此在性別 ($p=0.44$) 與年齡 ($p=0.10$) 部分皆未達統計上顯著差異，代表本研究樣本具備某種程度之代表性 (詳見表 1)。

二、受訪民眾基本特性

本研究總共取得 1,020 份有效樣本，包括 499 位為男性(48.92%)，521 位為女性 (51.08%)，而女性受訪者中有生產經驗者佔 75.24%。全體受訪民眾之平均年齡為 43.06 歲，其年齡分布於 40~49 歲者比例最高 (22.75%)，其次為 30~39 歲 (21.96%)，60 歲以上 (14.90%) 與 18~19 歲者 (7.86%) 最少。而受訪民眾中已婚者 (71.09%) 多於未婚者 (21.78%) (詳見表 2)。

在教育程度中，佔最大比例的是「大學/專科」，有 385 位 (37.89%)，其次為「高中/職」(35.14%)、「國中」(11.02%)、「國小以下」(11.71%)，而「研究所以上」者僅有 4.23%。在受訪者自覺健康狀況部分，認為自己健康情形為「還算好」佔最大比例 (42.16%)，「普通」居次 (34.02%)，「很好」者有 15.10%，而仍有些許民眾認為自己健康情形為「有點差」(6.47%) 甚至為「很差」(2.25%)。此外有 228 位 (22.35%) 的受訪民眾表示患有慢性病，且有 31 位 (3.04%) 領有重大傷病卡。

在平均家庭月收入部分，有 372 位受訪者表示平均月收入在 3 萬至 6 萬元之間，佔 36.47%；平均月收入在 6 萬至 9 萬元之間，佔 18.43%，而每月家庭收入在 3 萬元以下者則有 161 位（15.78%）。而在宗教信仰方面，有 40.78% 民眾其信仰為「佛教或道教」，另有 29.61% 為「一般民間信仰」、5.00% 為「天主教或基督教」，1.37% 為「一貫道」，而表示無宗教信仰者佔 23.24%。另外在籍貫方面，受訪民眾大多為「本省閩南人」（81.18%），而「本省客家人」與「大陸各省市人」各佔 10.39%、7.84%，而「原住民」僅 0.59%（詳見表 2）。

三、民眾就醫與用藥習慣

依據本研究的調查結果發現（表 3），大多數（62.25%）的受訪民眾近一年內，習慣就醫選擇為「西醫」，其次為「需要時中西醫都看」（27.35%），而有 10.39% 民眾表示會選擇「中醫」。有 58.63% 的受訪民眾有固定就診之中醫師或中醫院所。而受訪民眾近三個月內使用大多未使用中醫（73.63%），平均使用中醫次數為 1.24 次，在近三個月內使用西醫次數方面，民眾亦未使用居多（51.08%）、使用 1~2 次者（28.73%）次之，平均使用西醫次數為 1.52（詳見表 3）。

對於民眾用藥習慣部分，有 230 位（22.55%）民眾表示有服用中藥保健食品的習慣，而有 319 位（31.27%）民眾表示有服用西藥保健食品的習慣。另外，在用藥經驗方面，有 67.25% 民眾一年內有服用過中藥，而其中曾因服用中藥而造成身體不適之經驗者佔 20.70%。而曾經服用中藥且有中藥與西藥接著混合服用之經驗者佔 21.57%，其中 2.03% 表示因中、西藥混合服用而造成身體不適（詳見表 3）。

四、民眾對中醫藥之認知度

本研究依據民眾對於中醫藥「認知度」（11 題）、「信賴度」（16 題）與「使用度」（14 題）分成三個構面，總共包含 41 個題項。

在民眾對於中醫藥之「認知度」構面中，其認知度之衡量方式是以 Likert's scale 五分法予以評分，從「非常不同意（1 分）」至「非常同意（5 分）」。

其中「扭傷找中醫師推拿為落伍做法」與「嬰幼兒體質嬌弱較不適合看中醫」為負向題，皆以「不同意」居多（51.60%、35.49%），且表示「不同意與非常不同意」（58.68%、39.03%）的比例高於「同意與非常同意」（19.46%、36.00%），民眾對於其餘認知題項皆以「同意」之比例為最高（詳見表 4）。

而依「同意與非常同意」之比例整體排序（負向題採反向「不同意與非常不同意」比例），前三名依序為「中醫藥能有效調整個人體

質」(84.92%)、「中藥的藥性溫和較無副作用」(77.49%)、「中醫是有科學根據的」(74.19%);而比例最低之三項分別為「中醫治療慢性病的效果比西醫好」(49.80%)、「一些疑難雜症中醫的療效比西醫好」(42.42%)、「嬰幼兒體質嬌弱較不適合看中醫」(39.03%)(詳見表 4)。

五、受訪民眾對中醫藥之信賴度

民眾對於中醫藥之「信賴度」構面中，其信賴度之衡量方式，亦採 Likert's Scale 五分法計分，分數越高表示信賴程度愈高。即答「一定不會」為 1 分、「不太會」為 2 分、「還好或普通」為 3 分、「通常會」4 分、「一定會」為 5 分。

由表 5，民眾對中醫藥之信賴度部分中，44.69%受訪民眾表示會¹建議親友看中醫或使用中藥，而表示不會²的佔 16.39%；6.59%民眾若肌肉痠痛會用針灸治療，51.16%不會；48.32%民眾會利用推拿消除不適，27.13%則不會；若需要復健時，47.34%會選擇中醫進行復健，22.67%不會；「若肌肉扭傷、關節脫臼或骨折，有 54.80%會選擇以中醫來治療，23.54%則不會（詳見表 5）。

而民眾於生病急性期間，大多（86.02%）表示不會選擇看中醫，會看中醫者僅佔 4.92%；若氣喘、過敏性鼻炎，會尋求中醫治療的比例為 41.46%，不會的為 34.27%；若腸胃不佳時，34.02%民眾會看中醫，但不會的有 44.58%；但若有慢性病，會以中醫治療與控制與不會者之比例相當，分別為 37.62%與 37.13%；若受訪者本身或其女性家人有痛經、月經失調或更年期障礙，會尋求中醫治療的佔 57.79%，不會的佔 19.61%；若受訪者家中嬰幼兒生病，會帶去看中醫者為少數（13.07%），大部分（64.17%）為不會；而倘若受訪者或其家人罹患西醫束手無策的疑難雜症時，63.05%表示會尋求中醫治療，而有 13.55%表示不會（詳見表 5）。

而在對中藥使用上之信賴度方面，若健康、精神差或身體虛弱，63.92%的民眾會以中藥調整體質，14.02%表示不會；若自己或家人需要產後調理，大多會以中藥調理身體機能，佔 85.27%，不會使用中藥者僅佔 5.27%。此外，若民眾需要服用各種中藥時，對於其副作用會考慮的有 55.46%，不會考慮的則有 28.87%；且對於曾經服用過中藥之民眾中，亦有 60.94%會擔心摻雜西藥，而 23.69%則無此疑慮（詳見表 5）。

在信賴度構面中，「若肌肉痠痛會不會用針灸治療」、「若生病急

¹包含「一定會」與「通常會」，以下簡稱「會」。

²包含「不太會」與「一定不會」，以下簡稱「不會」。

性期會不會看中醫」、「若腸胃不佳會不會看中醫」、「若家中嬰幼兒生病會不會帶他去看中醫」四項，民眾表示「不會」的比例較「會」有相對較高的情形，其認為「不會」與「會」之比例差異以「若生病急性期會不會看中醫」(81.10%)為最大，「若家中嬰幼兒生病會不會帶他去看中醫」(51.10%)次之。

此外，大部分題項民眾表示「會」的比例皆較「不會」高，其中以「若需產後調理會不會用中藥」此項比例差異最大(80.00%)，而「若有慢性病會不會以中醫治療控制」與「若氣喘、過敏性鼻炎會不會尋求中醫治療」兩項其認為「會」或「不會」之比例相當，比例差異分別為7.19%、0.50%(表5)。

六、受訪民眾對中醫藥之使用度

民眾對於中醫藥之「使用度」構面中，其使用頻率之衡量方式是以0~3分予以評分，分為「完全沒有」(0分)、「很少」(1分)、「偶爾」(2分)、「經常」(3分)四個等級，若無此現象則不予計分。

本研究調查民眾最近一年內對中醫藥之使用情形，根據表6，結果發現在中醫方面之使用情形中，43.73%的受訪民眾一年內沒有看過中醫，27.65%偶爾看中醫、15.98%很少看中醫、12.65%經常看中醫；24.94%的民眾偶爾接受針灸治療，而有42.16%偶爾接受推拿治療；而需要做復健的民眾中，有52.55%從未尋求中醫來復健，而23.53%的民眾偶爾以中醫來復健；民眾有肌肉關節跌打、扭挫傷、脫臼、骨折時，有34.60%從未尋求中醫來治療，但亦有34.31%的民眾偶爾以中醫治療；民眾於生病急性期、有慢性病或家中嬰幼兒生病時，大多未尋求中醫治療，分別佔72.46%、76.32%與77.43%，且氣喘或過敏性鼻炎時、腸胃不好時亦多未尋求中醫治療，有尋求中醫治療之比例分別為29.32%、32.57%；而當自己或家人痛經、月經失調、更年期障礙，或是罹患西醫束手無策的疑難雜症時，其尋求中醫治療的比例則較高些，分別為50.00%與48.51%(詳見表6)。

此外，在民眾對中藥之使用度方面，其有使用之比例較對中醫方面之使用度來得高，受訪民眾中有66.18%一年內有使用中藥補品調理身體，而受訪者本身或其家人坐月子時，65.20%有使用中藥食補來調理(表6)。

七、民眾對中醫藥之認知、信賴與使用程度排序

本研究分為民眾對於中醫藥之「認知度」(11題)、「信賴度」(16題)與「使用度」(14題)三個構面。認知度評分標準採Likert's Scale五分法：從「非常不同意(1分)」至「非常同意(5分)」，其中負向

題採反向計分，分數愈高表示認知程度愈正向；信賴度評分標準亦以 Likert's Scale 五分法衡量：從「一定不會（1 分）」至「一定會（5 分）」，分數愈高表示信賴程度愈高；使用度之評分標準則為「完全沒有」（0 分）、「很少」（1 分）、「偶爾」（2 分）、「經常」（3 分）四個等級，若無此現象則不予計分，分數愈高表示行為意向愈高。

本研究分別依民眾對於中醫藥之「認知度」、「信賴度」與「使用度」進行平均分數進行排序，在認知度構面部分，同意程度平均分數最高的前三項為「中醫藥能有效調整個人體質」（3.98 分）、「中藥藥性溫和較無副作用」（3.86 分）、「中醫是有科學根據的」（3.78 分）（詳見表 7）。

在信賴度構面中，平均分數最高的前三項分別為「若需坐月子會不會用中藥調理」（4.33 分）、「若患西醫束手無策的疑難雜症會不會尋求中醫治療」（3.73 分）及「若健康、精神較差或身體虛弱時會不會以中藥調整體質」（3.70 分）；而最低的三項則為「若生病急性期會不會去看中醫」（1.66 分）、「若嬰幼兒生病會不會帶他去看中醫」（2.22 分）與「當肌肉痠痛時會不會用針灸治療」（2.63 分）（詳見表 8）。

最後，在使用度構面之排序中，其平均分數較高的四項依序分別為「坐月子時有沒有使用中藥食補來調理身體」（1.65 分）、「有沒有接受推拿治療」（1.43 分）、「肌肉關節跌打、扭挫傷、脫臼、骨折時有沒有尋求中醫治療」（1.36 分）與「有沒有使用中藥補品調理身體」（1.35 分），而平均分數較低的兩項為「有沒有帶家中嬰幼兒去看中醫」（0.41 分）及「感冒發燒有沒有尋求中醫治療」（0.49 分）（詳見表 9）。

八、雙變項分析-民眾對中醫藥之認知度、信賴度與使用度

本研究分別計算民眾個人於中醫藥之「認知度」（11 題）、「信賴度」（16 題）與「使用度」（14 題）三個構面之平均分數，即將總分除以回答題數。針對民眾之基本特性分析其對中醫藥之認知度、信賴度與使用度分數是否有顯著差異。並針對有顯著差異的項目以 Duncan 事後檢定進一步分析（表 10）。

在認知度分數方面，包括：年齡、家庭平均月收入、自覺健康狀況、是否有慢性病等變項，有達統計上顯著差異（ $p < 0.05$ ）。在年齡方面，65 歲以上其認知度低於 64 歲以下者。家庭平均月收入 ≤ 3 萬者，其認知度低於收入較高者（詳見表 10）。

在信賴度分數方面，性別、年齡、宗教信仰、是否有慢性病等變項，有達顯著差異（ $p < 0.05$ ）。年齡大於 65 歲者其對中醫藥之信賴度

分數最低。而宗教信仰為「一貫道」者，其信賴度低於其他信仰者（表 10）。

而在使用度分數上，性別、年齡、教育程度、宗教信仰、自覺健康狀況、是否有慢性病等變項，達統計上顯著差異（ $p < 0.05$ ）。年齡為 65 歲以上者其中醫藥之使用度分數顯著低於 64 歲以下者。教育程度為「高中（職）」高於「大學（專科）」、「研究所以以上」及「國中」，而以「國小以下」最低。「一貫道」者之使用度分數顯著低於其他宗教信仰。而自覺健康狀況「差」的民眾其對中醫藥之使用度最高（詳見表 10）。

九、複迴歸分析

本研究針對問卷回收之樣本分別進行民眾對中醫藥之認知度、信賴度與使用度之複迴歸分析。

1. 影響民眾對中醫藥之認知度複迴歸分析

本研究探討哪些因素會影響民眾對中醫藥之認知度，應用複迴歸分析找出顯著相關因素。以民眾對中醫藥之認知度分數為依變項，由迴歸模式發現（表 11）對於中醫藥之認知度有顯著影響的因素（ $P < 0.05$ ），包含：家庭平均月收入、婚姻狀況、習慣就醫場所、是否有固定就診中醫師或中醫院所、是否曾中藥與西藥混合吃、服用中藥保健食品習慣、服用西藥保健食品習慣等項目。

由表 11 可知，在控制其他變項之下，家庭平均月收入愈高者，其對中醫之認知度愈高（ $P < 0.01$ ）。而「離婚、分居或喪偶」者之認知度分數比「已婚」高 0.19 分（ $P < 0.05$ ）。在習慣就醫場所部分，選擇「看西醫」者之認知度分數顯著低於「看中醫」與「中、西醫皆看」（ $P < 0.01$ ）。有固定看診之中醫師或中醫院所者，其認知度顯著高於沒有固定看診之中醫師或中醫院所（ $P < 0.01$ ）。而曾經中藥與西藥混合吃之民眾，其對中醫藥之認知顯著低於無此經驗者（ $P < 0.05$ ）。至於服用中藥保健食品習慣方面，有服用中藥保健食品習慣者，其認知度分數顯著高於無服用習慣者（ $P < 0.01$ ）。但有服用西藥保健食品習慣者，其對中醫藥之認知度則顯著低於無服用習慣者（ $P < 0.01$ ）。

2. 影響民眾對中醫藥之信賴度複迴歸分析

本研究探討哪些因素會影響民眾對中醫藥之信賴度，以民眾對中醫藥之信賴度分數為依變項，以複迴歸分析找出顯著影響的因素（ $P < 0.05$ ）。由迴歸模式發現（表 12）對於民眾對中醫藥之信賴度有顯著影響的因素，包含：年齡、習慣就醫場所、是否有固定就診中醫師或中醫院所、服用中藥保健食品習慣、認知度分數等項目（表 12）。

就整體模式而言，所有自變項對影響民眾對中醫藥信賴度之變異量經調整後解釋力 (Adjusted R^2) 為 0.45。

由表 12 可知，在控制其他變項後，「<35 歲」與「35~64 歲」，其對中醫藥之信賴度較「 ≥ 65 歲」者高 ($P < 0.05$)。在習慣就醫場所方面，選擇「看西醫」者之信賴度分數顯著低於「看中醫」與「中、西醫皆看」者 ($P < 0.01$)，分別低 0.34 與 0.21 分。有固定看診之中醫師或中醫院所者，其信賴度顯著高於沒有固定看診之中醫師或中醫院所 ($P < 0.05$)。此外，有服用中藥保健食品習慣者，其信賴度分數顯著高於無服用中藥保健食品習慣者 ($P < 0.01$)。而民眾對中醫藥之「認知度分數」每增加一單位，其信賴度分數則平均增加 0.63 分。

3. 影響民眾對中醫藥之使用度複迴歸分析

本研究探討哪些因素會影響民眾對中醫藥之使用度，在迴歸模式一中先放入個人基本資料、就醫情形等相關變項、各縣市平均每千人口西醫醫師人數與中醫醫師人數、信賴度分數後，並針對年齡、婚姻狀況、教育程度、自覺健康情形、是否有重大傷病卡、每千人口西醫人數、每千人口中醫人數變項予以控制。根據表 13 發現，在控制其他變項之下，男性對中醫藥之使用度較女性低 ($P < 0.01$)。相較於本省閩南人，客家人之中醫藥使用度較高 ($P < 0.01$)。每月家庭收入低於 3 萬元者，其對中醫藥之使用度顯著高於每月家庭收入為「3~6 萬(含)」、「6~9 萬(含)」與「>12 萬」者 ($P < 0.05$)。宗教信仰為「民間信仰」者比無宗教信仰之民眾使用度高 ($P < 0.05$)。有慢性病之民眾其使用度比無慢性病者低 ($P < 0.01$)。有無固定就診之中醫師或中醫院所「有」的民眾，對中醫藥之使用度顯著高於「無」的民眾，使用度分數平均高了 0.47 分 ($P < 0.01$)。有服用中藥或西藥保健食品習慣者，其使用度皆顯著高於無服用習慣者 ($P < 0.05$)。且民眾對中醫藥之信賴度與使用度，呈現顯著的正相關 ($P < 0.01$)。

接著本研究為了想瞭解民眾對中醫藥之認知度是否亦會影響其使用度，因此將民眾對中醫藥之認知度分數放入迴歸模式二中，加入後發現認知度分數未達統計上顯著 ($P > 0.05$)。有顯著影響的變項包含：性別、籍貫、每月家庭收入、宗教信仰、有無慢性病、有無固定就診之中醫師或中醫院所、服用中藥保健食品習慣、服用西藥保健食品習慣、信賴度分數，其結果與模式一相似 (詳見表 13)。

討 論

針對本研究結果並以本研究目的為核心，茲就民眾對中醫藥之認知度、信賴度與使用度，以及影響民眾對中醫藥之認知度、信賴度與使用度之因素進行探討，並就民眾之用藥經驗加以討論，詳述如下：

一、民眾對中醫藥之認知

過去許多利用 KAP 理論之研究多以「知識」來加以探討，知識為先天自明的觀念，並非攝取自外界感覺經驗而成，經驗雖有助於知識的構成，但知識不等於經驗的累積。而認知亦不僅處於知識、記憶或理解的層次，而為經個人內化、調適後領融入生活中加以操作運用。且認知心理學中，皮亞傑 (Piaget) 的認知發展理論 (cognitive development)，認為知識的本質是操作 (operation)，思想及推理是內化的操作能力，它們係由感官動作期的外在操作能力或動作智慧發展而來 (Piaget, 1971)。故知識不等於認知，知識本身僅為事實，然而單就知識無法讓人有態度上的改變。因此本研究認為認知可能更為重要，也更能進而影響其信賴度與使用度，遂以「認知」來進行探討。

依本研究調查結果可知民眾對中醫藥之認知態度十分正向，平均為 3.53 分 (1 分「非常不同意」~5 分「非常同意」)，尤以對中藥的認知分數最高 (認知度排序前兩名為「中醫藥能有效調整個人體質」與「中藥藥性溫和較無副作用」)，此結果與其他研究結果相反 (康翠秀等, 1998; 曾雅玲等, 1999; 杜素珍等, 2001)，近年來國內外生技產業蓬勃發展，其中不乏以傳統中草藥為主要成分的產品，而行政院衛生署中醫藥委員會於 2005 年規劃之「中草藥用藥安全資訊網」，為提供民眾獲取正確用藥資訊的平台。因此可能由於政府推展下，民眾對草藥資訊與相關中醫藥知識普遍提昇。

本研究結果顯示年齡愈輕其對中醫藥之認知度愈高，此與過去國內研究結果相似 (康翠秀等, 1998; 杜素珍等, 2001)。而教育程度愈高與每月家庭收入愈高者，其對中醫藥之認知度愈高，此與過去研究結果類似 (康健壽等, 1994; 康翠秀等, 1998)。而曾經中、西藥混合吃的民眾，其認知度顯著較低，此現象值得重視，顯示曾中、西藥混吃者可能由於對中醫藥知識方面缺乏之虞，因而影響其認知度。

而本研究發現習慣就醫場所為會選擇中醫者、有固定就診之中醫師或中醫院所、有服用中藥保健食品習慣之民眾，其對中醫藥認知度顯著較高，可知對於中醫藥之接觸密集與利用率較高者，其對中醫藥之認知度普遍亦較高。

而 58.68% 的民眾不同意扭傷找中醫師推拿是落伍的做法，48.32%

的民眾會利用推拿來消除身體上的不適，且 73.91% 的民眾過去一年曾接受過推拿治療，可知推拿已普遍被民眾認同與採用，各中醫院所聘僱推拿操作人員服務病患之現象十分普遍，但其推拿人員至今尚未有證照等相關立法加以規範，亦難保無安全上之疑慮與傷害責任歸屬，此部分仍有待相關單位進一步商討與規劃。

二、民眾對中醫藥之信賴度

整體而言，民眾對於中醫藥之信賴度尚佳，平均為 3.20 分（評分標準為 1 分「一定不會」～5 分「一定會」），其中民眾對於中藥之信賴度較高，如「若需坐月子會不會用中藥調理」（4.33 分）、「若健康、精神較差或身體虛弱時會不會以中藥調整體質」（3.70 分），且在認知度中民眾對中藥之療效亦同為高度肯定，但仍對其用藥安全存有疑慮，如「會不會擔心曾服用之中藥裡摻雜西藥」（3.64 分）與「若需要服用中藥會不會考慮副作用」（3.48 分），顯示出民眾對中藥在信賴與疑慮之矛盾。因此，有關單位亦體察台灣民眾使用中醫藥為普遍之現象，透過如「建構中藥用藥安全環境五年計畫（2004～2008）」，推展中醫醫學和藥學的價值，期能提昇民眾對中醫藥之信賴度，乃至於使用度。

本研究結果發現，年齡為「<35 歲」與「35～64 歲」，其對中醫藥之信賴度顯著高於「≥65 歲」者（ $P < 0.05$ ）。而過去研究也發現，中醫平均利用率就年齡別呈現“∩”型，65 歲以上利用趨緩（李丞華等，2004）。在信賴度影響使用度下，與本研究相呼應。

在習慣就醫場所方面，選擇「看西醫」者之信賴度分數顯著低於「看中醫」與「中、西醫皆看」者（ $P < 0.01$ ），分別低 0.34 與 0.21 分。且有固定就診之中醫師或中醫院所者，其信賴度顯著高於沒有固定看診之中醫師或中醫院所（ $P < 0.05$ ）。此外，有服用中藥保健食品習慣者，其信賴度分數顯著高於無服用中藥保健食品習慣者（ $P < 0.01$ ）。而民眾對中醫藥之「認知度分數」每增加一單位，其信賴度分數則平均增加 0.63 分。在過去研究中發現，若研究對象為中西醫門診，其對中醫藥之信念大多分佈在兩極，但若研究對象未侷限於求診某醫療體系，其信念大都中立，反之，若研究對象為中醫門診病人，其信念多偏向中醫（李金鳳，1990；康健壽等，1993；康翠秀等，1998），因此會選擇求診中醫、有固定就診之中醫師或院所者及有服用中藥保健食品習慣者，可能對中醫之認知較為正向，又認知度對信賴度之加乘作用，因此對中醫藥信賴度高可以理解。

三、民眾對中醫藥之使用度

整體而言，民眾對於中醫藥之使用度欠佳，平均為 1.01 分（評分標準為 0 分「完全沒有」、1 分「很少」、2 分「偶爾」、3 分「經常」），而使用度分數以「坐月子時有沒有使用中藥食補來調理身體」（1.65 分）最高，而以「有沒有帶家中嬰幼兒去看中醫」（0.41 分）最低，整體而言，對於一般疾病治療，其信賴度亦反應在實際行為上。

在顯著影響民眾對於中醫藥使用度之因素中，本研究結果發現男性對中醫藥之使用度較女性低，與過去研究相同，由過去的研究中顯示性別對中醫門診利用率是顯著影響的因素（李丞華等，2004），女性有較高的機率使用中醫。

本研究亦發現有慢性病的民眾，其對中醫藥之使用度較低。此結果與過去研究有所出入（李丞華等，2004），但探究其原因，慢性病之種類繁多，而本研究由於為電訪方式進行調查，並受限於經費不足，礙於篇幅所致，無法問及更多疾病，且民眾可能亦不知自身罹患慢性病與否。但綜合過去其他研究（康翠秀，1998；杜素珍等，2002）顯示，除產後保養、肌肉扭傷、關節脫臼其求醫傾向為中醫外，其他如感冒急性期、過敏性鼻炎、氣喘、腸胃疾病、高血壓、糖尿病、心臟病、中風、婦科疾病、嬰幼兒疾病等其求醫傾向皆為西醫。比較本研究之使用度情形，「一年內慢性病有沒有尋求中醫治療」、「一年內腸胃不佳時有沒有去找中醫治療」與「一年內氣喘或過敏性鼻炎時有沒有尋求中醫治療」其使用度分數很低，因此就本研究而言，有慢性病並無法正向影響使用度。

此外，本研究發現籍貫、宗教信仰及家庭平均月收入為影響民眾對於中醫藥使用度之顯著因素，其中本省客家人其對中醫藥之使用度較高，此結果與過去研究一致（康翠秀等，1998）。而宗教信仰為民間信仰者，其使用度較高，與過去研究結果類似（康翠秀等，1998；杜素珍等，2002）。而過去研究中（李丞華等，2004）顯示，居住於中醫師資源豐富及西醫師資源較少之地區者，中醫門診利用率顯著較高，但在本研究中，居住縣市的醫療資源（中、西醫師密度）在民眾對於中醫藥之使用度上，並無顯著之正面或負面效應。

而「家庭平均月收入」為影響民眾對中醫藥之認知度與使用度兩構面之顯著因子，但在認知度方面，家庭平均月收入愈高其認知度愈低，但在使用度中則為負向影響，顯示認知情形不等同於使用情形。而本研究欲進一步瞭解認知度與使用度之關連，因此，在探討影響民眾對中醫藥認知度之相關因素中，本研究嘗試將民眾對中醫藥之認知

度納入自變項進行複回歸分析，但結果並未達顯著。顯示民眾對中醫藥之認知度並非為影響其使用度之關鍵因素，而信賴度分數實為影響其使用度之主要關鍵因素，因此若能提升民眾之對中醫藥之信賴度，將有助於使用度的提昇，而認知度又為預測中醫藥信賴度之重要變項，形成一「認知度」影響「信賴度」進而預測「使用度」之正向關係，而此結果亦支持本研究的概念架構，即民眾對中醫藥之認知度、信賴度與使用度間有顯著之相關性。

四、民眾之用藥經驗

本研究結果顯示有 22.55% 的民眾有服用中藥保健食品的的習慣，而有 31.27% 有服用西藥保健食品的習慣。有鑑於坊間標榜各種療效（如增強免疫力、降膽固醇、抗癌等）之藥草、中藥、健康食品、機能性產品充斥，使得政府僅開放少部分中藥材為藥食兩用中藥，大部分中藥材仍以藥品列管，以免被誤用或濫用。但亦有反對聲浪表示造成國內機能性保健食品研發與產品國際化之阻礙，但台灣生活機能佳，保健食品通路十分普及，因此保健食品在管控上是否得宜、療效是否過於浮誇以及是否有服用必要性，皆有待進一步研究與討論。

另外，本研究結果在用藥經驗方面，曾因服用中藥而造成身體不適者佔 20.70%。而曾經服用中藥且有中藥與西藥接著混合服用之經驗者佔 21.57%，其中 2.03% 表示因中、西藥混合服用而造成身體不適。本研究結果中，藥物混用情形雖不嚴重，但仍相當值得注意，因中藥雖多為天然植物，但每一種中藥所含成分多，仍會和西藥中的化學物質產生反應。有些中藥會降低西藥的作用，有些則升高西藥的作用。而本研究結果亦發現在影響民眾對中醫藥認知度之因素中，曾有中、西藥混合服用者其認知度顯著較低，因此，若醫護人員於病患就診時，需提醒民眾告知現正在服用之藥物、健康食品或有藥物過敏、懷孕，以免服用到不適當之中藥影響身體健康。此外，也能給予適度的衛教，強調正確的服藥方法，避免藥物干擾，產生交互作用使藥效或毒性被減弱或放大（如喝酒、茶、咖啡、中藥和口服避孕藥）。且若服用中、西藥時，最好隔兩小時以上，避免吸收上的干擾。

在信賴度構面中，若民眾需要服用各種中藥時，55.46% 會考慮副作用，且曾經服用過中藥之民眾中，有 60.94% 會擔心摻雜西藥。顯示大部分民眾已有用藥安全之概念。而有關單位除建構「中草藥不良反應通報系統」外，並積極推動中藥用藥安全環境五年計畫，建構安全資訊體系、建立台灣常用中藥材辨識方法與消費者查詢資訊，以教育民眾正確的用藥知識，達到建構中藥用藥安全環境。

結論與建議

一、結論

台灣具有多元化醫療體系，大致上可區分為西醫、中醫及民俗醫療等三種主要醫療體系，民眾之醫療利用雖然以西醫為主，但根據健保局統計資料顯示，近年來中醫門診次數、件數及醫療費用均呈現成長的趨勢，顯示中醫醫療是不可或缺的，且多篇研究皆顯示台灣民眾具有複向求醫的特性。由於一般民眾對於中醫藥的認知，多處於「藥性溫和，且較無副作用」，因此經常未經醫師處方自行購買、服用。消基會統計資料顯示，2006 年檢出中藥摻雜西藥之比例有 17.3%，皆未經過醫師診斷及處方，因此民眾對於用藥安全的認知及行為有待加強。

知識 (Knowledge)、態度 (Attitude)、行為 (Practice) 間存在相互影響的關係。有鑑於中醫醫療利用普遍存在，且多次就醫及重複用藥情況日益重，除了造成醫療資源浪費，更可能危害民眾用藥安全。而用藥安全不僅是醫療院所或醫護人員的責任，更是民眾本身的責任。因此本研究主要目的在於瞭解民眾對於中醫藥的認知度、信賴度、使用度以及藥物不良反應之經驗，進而提出導正民眾對於中醫藥用藥安全的認知與行為之建議。

本研究結果發現，10.39%的民眾其習慣就醫類型為中醫、27.35%為中西醫皆看，58.63%有固定就診之中醫師或中醫院所，近三個月內使用中醫次數平均為 1.24。在用藥習慣部分，22.55%有服用中藥保健食品習慣。在用藥經驗方面，67.25%一年內有服用過中藥，其中 20.70%曾因服用中藥而造成不適。而曾經服用中藥且有中、西藥混合服用者有 21.57%，其中 2.03%表示曾因中、西藥混合服用而造成不適。民眾對於中醫藥之認知度、信賴度與使用度三構面之平均分數分別為 3.53 分 (衡量標準為 1~5 分)、3.20 分 (衡量標準為 1~5 分)、1.01 分 (衡量標準為 0~3 分)。

將認知度構面依「同意與非常同意」之比例整體排序，前三名為「中醫藥能有效調整個人體質」(84.92%)、「中藥的藥性溫和較無副作用」(77.49%)、「中醫是有科學根據的」(74.19%)；而比例最低之三項分別為「中醫治療慢性病的效果比西醫好」(49.80%)、「一些疑難雜症中醫的療效比西醫好」(42.42%)、「嬰幼兒體質嬌弱較不適合看中醫」(39.03%)。

在信賴度構面中，平均分數最高的前三項分別為「若需坐月子會不會用中藥調理」(4.33 分)、「若患西醫束手無策之疑難雜症會不會

尋求中醫治療」(3.73 分)及「若健康、精神較差或身體虛弱時會不會以中藥調整體質」(3.70 分);而最低三項則為「若生病急性期會不會去看中醫」(1.66)、「若嬰幼兒生病會不會帶他去看中醫」(2.22)與「當肌肉痠痛時會不會用針灸治療」(2.63)。

在使用度構面之排序中,其平均分數較高的兩項為「坐月子時有沒有使用中藥食補來調理身體」(1.65 分)與「有沒有接受推拿治療」(1.43 分),而平均分數較低的兩項為「有沒有帶家中嬰幼兒去看中醫」(0.41 分)及「感冒發燒有沒有尋求中醫治療」(0.49 分)(詳見表 9)。

影響認知度之因素為家庭平均月收入、婚姻狀況、習慣就醫類型、是否有固定就診中醫師或中醫院所、是否曾中藥與西藥混合吃、服用中藥保健食品習慣、服用西藥保健食品習慣等項目。影響信賴度之因素則有年齡、習慣就醫類型、是否有固定就診中醫師或中醫院所、服用中藥保健食品習慣及認知度。而影響使用度之因素為性別、籍貫、每月家庭收入、宗教信仰、有無慢性病、有無固定就診之中醫師或中醫院所、服用中藥保健食品習慣、服用西藥保健食品習慣與信賴度。

二、建議

本研究依研究結果提出以下建議：

(1) 加強民眾對中醫藥之正確認知

由本研究結果發現,仍有少數民眾仍認為中醫藥不夠科學,且在認知度構面中之「中藥藥性溫和較無副作用」其同意與非常同意者高達 77.49%。此一觀念其實並不正確,顯示多數民眾向來對中藥即有相當程度的信賴,認為其藥性溫和且沒有副作用,但所有的藥品皆為一體兩面,兼具消毒性或副作用,既能治病也能傷身。

此外,本研究亦發現雖然民眾普遍能接受推拿,但仍有近二成民眾認為扭傷找中醫師推拿為落伍做法。顯示出民眾對於中醫之看法不夠正面,還有努力的空間,來加強民眾對中醫藥之認知,並改善其被污名化之現象,俾使民眾對於中醫藥能夠抱持正確認知與正面態度。

而近年來源自媒體對中醫療法有不實報導及部分不肖業者的過分渲染中醫療效,導致社會大眾對於傳統中醫學之認知有日漸偏頗之趨勢。若民眾對於中藥認知不足,可能時有病急亂投醫或廣尋偏方的心態,造成病情延誤,甚至對危害健康。而由本研究結果發現民眾對中醫藥之認知度會顯著影響其信賴度,因此倘若認知正確的話,將可

改善並提昇其信賴度。有鑒於此，建議有關單位應多加宣傳正確的中醫藥相關知識，如於鄉里舉辦中醫藥講座或博覽會，藉由活動教育民眾或並傳達中醫藥傳統、科技、研發、醫療新知等訊息，抑或是提供一般民眾養生保健、DIY 藥膳的常識教育，都將有助於促進民眾對中醫藥療法之正確認知。

(2) 衛教宣導、確保用藥安全

由過去相關文獻可知，民眾對中醫藥觀念有所改變，「西藥副作用大，不能多吃，中藥藥性溫和，不會有副作用」是否為現今中藥可能摻雜西藥或是另有其他原因，本研究亦發現在民眾用藥經驗方面，20.70% 曾因服用中藥而造成不適，而曾中、西藥混合服用者有 21.57%，其中 2.03% 曾因中、西藥混合服用而造成不適。而本研究中結果曾中、西藥混合服用者其認知度顯著較低，推此不當行為乃認知不佳所致。

因此建議衛生主管機關能就用藥安全議題加以宣導、建立民眾用藥安全正確觀念，以避免民眾之誤用或濫用情形（如輕信偏方、來路不明中藥）。但保障用藥安全、避免不良之藥品交互作用，須仰賴民眾全力配合，故亦需醫師及護理人員提醒、告知病患正確服用方式，並輔以衛教傳單。而在衛教方面應由教育層面深化，甚至結合健康促進學校，將此觀念帶進校園乃至生活中，建立正確的中醫藥知識，向下紮根，方能展現成效。

(3) 提供資料查詢與諮詢服務

由本研究結果發現民眾對中醫藥之信賴度尚可，但使用度欠佳，而民眾對中醫藥之認知度會影響其信賴度，而信賴度再進而影響使用度，若欲提高使用度，最終還是要回歸認知部分。因此建立民眾對中醫藥之正確認知為首當要務。

對民眾進行衛教宣導固然重要，但目前一般民眾教育程度資訊普及下，知識水平逐漸提高，而健康議題與民眾更是息息相關，政令宣導或許無法充分滿足大眾對於醫療服務與知識的認知需求。而這一方面還沒來得及做的醫學教育，或許可藉由建構一適切的媒體或資訊管道（如：網站），提供民眾諮詢服務，或可自行查詢中醫醫療及藥物知識。

(4) 提昇民眾對中醫藥之信賴度

本研究結果中，64.17% 不會帶且 77.43% 從未帶嬰幼兒去看中醫，顯示民眾仍不放心讓嬰幼兒看中醫。而事實上，許多醫療院所皆有中醫兒科，隨著觀念的改變，不少家長對於中醫兒科的接受度愈來愈

高，也使得中醫成為兒科診療的新趨勢，而其中又以過敏兒的就診機率最高（如：過敏性鼻炎、異位性皮膚炎等）。中醫主要是以體質調養為主，而西醫通常是以症狀治療為主。如果嬰幼兒正處於患病的急性期，不妨選擇西醫立刻減緩症狀，但之後則可透過中醫來調理體質。因此建議有關單位可透過媒體或平面等各種管道，讓更多民眾瞭解中醫兒科之優點，除能導正民眾對此方面之存疑，亦能更加推廣中醫兒科服務。

而除了中醫兒科外，本研究結果中，民眾對慢性病方面之中醫藥信賴度與使用度皆欠佳，且有慢性病的民眾其認知度、信賴度與使用度皆較差，因此亦可針對慢性病患者部分，給予其中醫藥對於慢性病治療之相關資訊，更認識中醫療效，提高其對中醫藥在慢性病方面病情控制之信任，亦能提高其使用度。

而本研究結果發現，在信賴度中，60.94%民眾會擔心服用之中藥裡摻雜西藥。現今科學中藥等產品以現代化科學研發而成，有些中藥與保健食品理應不該添加西藥，建議政府應定期稽核、抽檢，避免中藥摻雜西藥的違法藥品流於浮氾。全力發展中草藥為國際性藥物為國家努力的方向，如生技製藥國家型科技計畫，致力於中草藥、新藥、生技藥品之研發。欲消彌民眾對中藥摻雜西藥的擔憂，除了望中醫藥界自我要求外，惟建立中草藥符合科學規範的品管檢驗與療效及毒性的評估機制，才能面對衝擊，重建民眾對中藥的信心。

(5) 對中醫藥之規範與推廣

本研究結果中，58.68%的民眾不同意扭傷找中醫師推拿是落伍的做法，且48.32%的民眾若有需要會利用推拿、73.91%過去一年曾接受過推拿治療。顯示推拿已普遍被民眾認同與採用。但民眾接受治療時並非由醫師親自推拿，而由助手操作，此情形普遍存在於市場機制中。中醫與傳統民俗療法，兩者間長久以來還是有其模糊地帶，實有必要加以定義與規範。

因此建議相關單位應針對中醫院所除醫師與藥師外之協助操作人員（如推拿師、中藥調劑）研擬一套規範，針對中醫醫療院所推拿人員之高需求，或許可考慮將其設立規範，如必須修習相關知識課程、接受相關實務與技術訓練，才得以報考證照。此舉將能摒除推拿人員素質良莠不齊之現況，亦保障民眾就醫安全，相信更能符合市場需求與民眾期待。

誌 謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會（計畫編號：CCMP96-RD-038）提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝

參考文獻

中文部份

1. 中央健康保險局，最新健保數據-即時統計數據。2007，URL：
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=4&webdata_id=805.
2. 中醫藥委員會，中藥不良反應通報系統。2007，URL：
<http://www.ccmp.gov.tw/public/public.asp?selno=926&relno=926&level=C>.
3. 王乃弘、黃松共，民眾對選擇醫院因素及態度之研究—以中部數家醫院為例。醫院，1996；29(2)：1-15。
4. 王廷輔，台中地區居民中西醫療行為取向之研究。中華民國公共衛生學會雜誌，1980；17(1)：21-33。
5. 王純娟、林綽娟、郭憲文，台中市中醫醫院護理工作相關人員對中醫護理之知識與態度之研究。中醫藥雜誌，1994；5：39-50。
6. 王嘉蕙，中西醫門診利用與買藥行為之相關因素之研究。國央學院公共衛生研究所碩士論文，1996。
7. 朱和翔，中西藥物服用行為之分析-以中部某醫學中心門診病患為例。中國醫藥大學醫務管研究所碩士論文，2003。
8. 行政院衛生署，94年衛生統計系列(六)衛生統計動向。2007，URL：
<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生動向/94/94.htm>.
9. 行政院衛生署，行政院衛生署藥物不良反應通報系統-ADR 統計。2007，URL：
<http://adr.doh.gov.tw/default.asp>.
10. 余玉眉，接受放射治療之婦科病人住院期間所採用的民俗療法。護理雜誌，1985；32(4)：16-23。
11. 吳就君，台灣地區居民社會醫療行為研究，公共衛生 1981；8：25-48。
12. 李丞華、周穎政、陳龍生、張鴻仁，全民健康保險門診利用率及其影響因素。台灣衛誌，2004；23(2)：100-07。

13. 李卓倫，中醫醫療利用率及其影響因素探討。中醫藥年報，2004；22：1-82。
14. 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄，時間、所得與中西醫療價格對中醫門診利用之影響。中華民國公共衛生雜誌，1995；14(6)：470-6。
15. 李金鳳，中西醫門診病患對傳統醫療認知、情意與行為意向之調查研究。陽明大學公共衛生研究所碩士論文，1990。
16. 李漢修，全民健康保險中醫利用概況簡介。醫院，1999；32：15-22。
17. 杜素珍、林玉芳、廖美南、林淑瓊、馬素華，護理人員對中醫藥的知識、態度和行為意向。台灣醫學，2002；6(3)：320-30。
18. 周志鴻，中醫門診醫療服務品質的探討-以中部地區醫院中醫部為例。東海大學企業管理研究所碩士論文，2001。
19. 林芸芸，大學生的中、西醫醫療求醫行為。中華民國家庭醫學雜誌，1992；2(4)：116-85。
20. 林芸芸，社會保險醫學給付、就醫交通時間和中西醫學利用-以新店居民為例。中華家醫誌，1992；2：115-129。
21. 林致坊，全民健康保險北區分局中醫門診利用之研究。陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1998。
22. 林哲玲、林淑娟、徐鳳麟、蔡東湖，中草藥安全性問題探討。當代醫學，2005；32(11)：57-62。
23. 林淑貞、周守信，用藥安全市病人安全的首要目標。慈濟醫學，2007；19：1-3。
24. 侯毓昌、黃文鴻，中醫醫院門診病人選擇醫院之考慮因素及就醫滿意度研究—以台中市七家中醫醫院為例。中華衛誌，1999；18(1)：32-43。
25. 病人安全委員會，病人安全專區。2007，UTL：
<http://www.chimei.org.tw/left/left02/safe/page02-01.html>.
26. 翁瑞宏，全民健康保險中醫門診醫療利用之研究。中國醫藥大學醫物管理研究所碩士論文，2000。
27. 財團法人中華民國消費者文教基金會，消費新知。2007，URL：
<http://www.consumers.org.tw/unit211.aspx?id=100>
28. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，95年民眾就醫安全問卷調查報告。2007，URL：
<http://www.patientsafety.tw/big5/Papers/Papers.asp?cid=2&urlID=26&id=26>
29. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，95年醫院病人安全執行現

- 況調查報告。2007，URL：
<http://www.patientsafety.tw/big5/Papers/Papers.asp?cid=2&urlID=26&id=26>.
30. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，病人安全資訊網。2007，URL：<http://www.patientsafety.tw/big5/default.asp>.
 31. 財團法人藥害救濟基金會，藥害救濟法。2007，URL：
http://www.24drs.com/Special_Report/Drug_relief/.
 32. 郝宏恕，民眾對於中醫藥之認知態度及消費行為特質之研究。2001，計畫編號：CCMP90-RD-003。
 33. 郝宏恕、翁瑞宏，全民健康保險中醫門診利用暨影響因素之研究。醫院；37(1)：27-40。
 34. 國民健康局，調查研究。2007，URL：
<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHP/index.jsp>.
 35. 康健壽、陳介甫、周碧瑟，中醫門診病人對傳統醫學的認知、態度與行為意向的分析研究。中華衛誌，1994；13(5)：432-41。
 36. 康健壽、陳介甫、周碧瑟，中醫門診病人選擇醫院形式的相關因素。中華醫誌，1993；51：448-56。
 37. 康翠秀、李金鳳、陳介甫、周碧瑟，單複向求醫行為的相關因素探討。中醫藥雜誌，1995；6：175-86。
 38. 康翠秀、陳介甫、周碧瑟，台北市北投區居民對中醫醫療的知識、信念與行為意向及其對於醫療利用型態之影響。中華衛誌，1998；17(2)：80-92。
 39. 張育嘉：中醫醫療資源對醫療利用之影響：可用效應與誘發效應之分析。陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2001。
 40. 陳秋瑩、張淑桂、紀駿輝、陳世堅、李卓倫、賴俊雄，台灣地區民眾使用中醫門診服務的因素之調查。中國醫藥學院雜誌，1999；8(1)：77-88。
 41. 曾淑貞，台北市某醫院中醫門診初診病人滿意度及相關因素之研究。國立台灣師範大學衛生教育研究所，1986。
 42. 曾雅玲、黃美瑤，成年婦女對中醫藥的知識、態度行為及其相關因素之探討—以醫院門診病人為例。中國醫藥學院雜誌，1999；8(1)：67-75。
 43. 曾雅玲、黃美瑤、賴慧雯、莊惠芬，護理人員對門診婦女對中醫藥知識態度行為之比較性研究。醫護科技學刊，2000；2(2)：137-57。

44. 楊榮季、陳建仲、張恆鴻、謝右文、高純琇，中草藥用藥安全之健康防護網。2006，行政院衛生署九十五年度委託研究計畫，計畫編號：CCMP-CT-006。
45. 劉素瑛、王聰貴、胡育麟，中部某醫學院學生有關台灣民俗醫療的知識與態度研究。公共衛生，1989；16(2)：120-37。
46. 蔡文正、吳守寶、詹勳政、龔佩珍、黃光華，實施健保 IC 卡之效益評估。2007，中央健康保險局九十五年度委託研究計畫，計畫編號：DOH95-NH-1003。
47. 蔡文正、龔佩珍，中醫醫療利用成長與醫師數增加之關係。台灣衛誌，2001；6(20)：463-474。
48. 衛生署藥政處，安全用藥健康自我照護。健康世界，2005；238：87-8。
49. 鄧振華，台灣地區中醫醫療資源及病患特質對中醫醫療服務利用之研究。中國醫藥學院碩士論文，2002。
50. 蘇純慧、高純琇，九十五年度國內上市後藥品之 ADR 通報案例分析。2007，URL：<http://adr.doh.gov.tw/manage/data/B02/71.pdf>.

英文部份

1. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1973; 51: 95-124.
2. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, et al. Relationship between medication errors and adverse drug events. *Journal of General Internal Medicine* 1995; 10: 199-205.
3. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995; 274(1): 29-34.
4. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA* 1997; 277(4): 307-12.
5. Brennan TA. The Institute of Medicine report on medical errors—could it do harm? *The New England Journal of Medicine* 2000; 342: 1123-25.
6. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. 1999, URL: <http://www.iom.edu/Object.File/Master/4/117/ToErr-8pager.pdf>.
7. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, et al. Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients. *JAMA* 2001; 285(16): 2114-20.
8. Lbrahim G. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. *Eastern Mediterranean Health Journal* 1995; 1(1): 8-16.
9. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, et al. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995; 274(1): 35-43.
10. Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, et al. Preventing medical injury. *Quality Review Bulletin* 1993; 19: 144-9.
11. McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. *JAMA* 2000; 284: 93-5.
12. Roseman C, Booker JM. Workload and Environmental Factors in Hospital Medication Errors. *Nursing Research* 1995; 44(4): 226-30.
13. The National Coordination Council for Medication Error Reporting and Prevention: About Medication Error. 2007, URL: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>.

14. Tsai WC, Kung PT, Hu HY, et al. Effects of a Tobacco Prevention Education Program on Adolescents' Knowledge of and Attitude Toward Smoking. *Mid-Taiwan Journal of Medicine* 2005; 10(4): 171-80.
15. Kang JT, Chen CF, Chou Pesus. Factors Related to the Choice between Traditional Chinese Medicine and Modern Western Medicine Among Patients with Two-Method Treatment. *Chinese Medical Journal* 1996; 57(6): 405-12.
16. World Health Organization: WHO traditional medicine strategy 2002-2005 . 2007 , URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_chi.pdf

圖、表

表 1、樣本代表性

註：^a.資料來源：內政部戶政司人口統計資料，2007 年 9 月。

變項	受訪民眾		χ^2 P-value	變項	受訪民眾		χ^2 P-value
	樣本 n=1020 (%)	母群體 ^a n=17,823,559 (%)			樣本 n=1020 (%)	母群體 ^a n=17,823,559 (%)	
性別			p=0.44	縣市別			p=1.00
男	499 (48.92)	8,935,298 (50.13)		台北市	123 (12.1)	2,102,408 (11.80)	
女	521 (51.08)	8,888,261 (49.87)		台北縣	170 (16.7)	2,972,696 (16.68)	
				基隆市	16 (1.6)	308,061 (1.73)	
				宜蘭縣	19 (1.9)	359,349 (2.02)	
年齡			p=0.10	新竹市	16 (1.6)	298,840 (1.68)	
18~19歲	31 (3.04)	640,518 (3.59)		新竹縣	22 (2.2)	369,704 (2.07)	
20~29歲	196 (19.22)	3,701,223 (20.77)		桃園縣	82 (8.0)	1,443,417 (8.10)	
30~39歲	224 (21.96)	3,691,154 (20.71)		苗栗縣	24 (2.4)	435,350 (2.44)	
40~49歲	232 (22.75)	3,749,507 (21.04)		台中市	46 (4.5)	795,036 (4.46)	
50~59歲	185 (18.14)	2,954,407 (16.58)		台中縣	67 (6.6)	1,177,511 (6.61)	
≥60歲	152 (14.90)	3,086,750 (17.32)		彰化縣	58 (5.7)	1,017,291 (5.71)	
				南投縣	28 (2.7)	419,481 (2.35)	
				嘉義市	11 (1.1)	207,710 (1.17)	
				嘉義縣	26 (2.5)	441,783 (2.48)	
				雲林縣	34 (3.3)	575,584 (3.23)	
				台南市	33 (3.2)	597,373 (3.35)	
				台南縣	50 (4.9)	883,461 (4.96)	
				高雄市	69 (6.8)	1,200,171 (6.73)	
				高雄縣	58 (5.7)	986,446 (5.53)	
				屏東縣	39 (3.8)	703,242 (3.95)	
				台東縣	10 (1.0)	184,288 (1.03)	
				花蓮縣	15 (1.5)	270,115 (1.52)	
				澎湖縣	4 (0.4)	74,242 (0.42)	

表2、受訪民眾基本特性

變 項	全部受訪民眾 (N=1020) (%)		變 項	全部受訪民眾 (N=1020) (%)	
性別			女性之生產經驗	(N=521)	
男	499	48.92	無	129	24.76
女	521	51.08	有	392	75.24
年齡		(43.06) ^b	婚姻狀況		
18~19 歲	31	3.04	已婚	723	71.09
20~29 歲	196	19.22	未婚	252	24.78
30~39 歲	224	21.96	其他(含離婚、分居、喪偶)	42	4.13
40~49 歲	232	22.75	遺漏值	3	
50~59 歲	185	18.14	教育程度		
60 歲以上	152	14.90	國小以下	119	11.71
籍貫			國(初)中	112	11.02
本省閩南人	828	81.18	高中(職)	357	35.14
本省客家人	106	10.39	大學(專科)	385	37.89
大陸各省市人	80	7.84	研究所(含以上)	43	4.23
原住民	6	0.59	遺漏值	4	
居住地區			目前宗教信仰		
台北市	123	12.06	無宗教信仰	237	23.24
臺北縣	170	16.67	佛教、道教	416	40.78
基隆市	16	1.57	天主教、基督教	51	5.00
宜蘭縣	19	1.86	一貫道	14	1.37
新竹市	16	1.57	民間信仰	302	29.61
新竹縣	22	2.16	自覺健康狀況		
桃園縣	82	8.04	很差	23	2.25
苗栗縣	24	2.35	有點差	66	6.47
台中市	46	4.51	普通	347	34.02
臺中縣	67	6.57	還算好	430	42.16
彰化縣	58	5.69	很好	154	15.10
南投縣	28	2.75	慢性病		
嘉義市	11	1.08	無	792	77.65
嘉義縣	26	2.55	有	228	22.35
雲林縣	34	3.33	重大傷病卡		
台南市	33	3.24	無	989	96.96
臺南縣	50	4.90	有	31	3.04
高雄市	69	6.76	家庭平均月收入		
高雄縣	58	5.69	≤3 萬	161	15.78
屏東縣	39	3.82	3~6 萬(含)	372	36.47
臺東縣	10	0.98	6~9 萬(含)	188	18.43
花蓮縣	15	1.47	9~12 萬(含)	88	8.63
澎湖縣	4	0.39	>12 萬	89	8.73
			遺漏值	122	11.96

註：^b.表示平均數；遺漏個案不納入百分比之計算

表 3、民眾過去一年間就醫與用藥習慣

變 項	全部受訪民眾 (N=1020) (%)		變 項	全部受訪民眾 (N=1020) (%)	
一年內通常就醫場所			一年內是否吃過中藥		
看西醫	635	62.25	否	334	32.75
看中醫 (含針灸)	106	10.39	是	686	67.25
需要時中西醫都看	279	27.35	曾因吃中藥造成不適 (N=686)		
固定就診之中醫師或院所			否	544	79.30
無	598	58.63	是	142	20.70
有	422	41.37	曾中、西藥混吃 (N=686)		
近三個月使用中醫次數			否	538	78.43
0 次	751	73.63	是	148	21.57
1~2 次	125	12.25	因中、西藥混吃造成不適 (N=148)		
3~4 次	64	6.27	否	145	97.97
5~6 次	35	3.43	是	3	2.03
7 次以上	45	4.41	服用中醫保健食品習慣		
近三個月使用西醫次數			無	790	77.45
0 次	521	51.08	有	230	22.55
1~2 次	293	28.73	服用西醫保健食品習慣		
3~4 次	127	12.45	無	701	68.73
5~6 次	47	4.61	有	319	31.27
7 次以上	32	3.14			

註：^b表示平均數

表4、受訪民眾對於『中醫藥之認知度』

變 項	全部受訪民眾		變 項	全部受訪民眾	
	(N=1020)	(%)		(N=1020)	(%)
中醫是有科學根據的			中醫治療肌肉扭傷、關節脫臼與骨折比西醫有效		
非常不同意	6	0.61	非常不同意	9	0.90
不同意	55	5.59	不同意	170	17.05
普通	193	19.61	普通	277	27.78
同意	628	63.82	同意	465	46.64
非常同意	102	10.37	非常同意	76	7.62
遺漏值	36		遺漏值	23	
中醫治病能治標與治本			中醫治療慢性病的效果比西醫好		
非常不同意	8	0.79	非常不同意	10	1.01
不同意	87	8.59	不同意	177	17.91
普通	251	24.78	普通	309	31.28
同意	585	57.75	同意	403	40.79
非常同意	82	8.09	非常同意	89	9.01
遺漏值	7		遺漏值	32	
中醫藥能有效調整個人體質			嬰幼兒體質嬌弱較不適合看中醫		
非常不同意	3	0.30	非常不同意	35	3.54
不同意	21	2.08	不同意	351	35.49
普通	128	12.70	普通	247	24.97
同意	702	69.64	同意	326	32.96
非常同意	154	15.28	非常同意	30	3.03
遺漏值	12		遺漏值	31	
針灸能有效治療一般肌肉痠痛			中醫對一些疑難雜症的療效比西醫好		
非常不同意	7	0.76	非常不同意	14	1.42
不同意	89	9.63	不同意	221	22.48
普通	251	27.16	普通	331	33.67
同意	495	53.57	同意	362	36.83
非常同意	82	8.87	非常同意	55	5.60
遺漏值	96		遺漏值	37	
扭傷找中醫師推拿為落伍做法			中藥藥性溫和、較無副作用		
非常不同意	71	7.09	非常不同意	3	0.30
不同意	517	51.60	不同意	70	6.91
普通	219	21.86	普通	155	15.30
同意	184	18.36	同意	623	61.50
非常同意	11	1.10	非常同意	162	15.99
遺漏值	18		遺漏值	7	
中醫復健有時較西醫有效					
非常不同意	3	0.30			
不同意	142	14.40			
普通	300	30.43			
同意	468	47.46			
非常同意	73	7.40			
遺漏值	34				

註：遺漏值為「沒意見」或「不知道」

表 5、受訪民眾對於『中醫藥之信賴度』

變 項	全部受訪民眾 (N=1020) (%)		變 項	全部受訪民眾 (N=1020) (%)	
會不會建議親友看中醫 或使用中藥			若生病急性期會不會看 中醫		
一定不會	42	4.17	一定不會	561	55.22
不太會	123	12.21	不太會	313	30.81
還好或普通	392	38.93	還好或普通	92	9.06
通常會	319	31.68	通常會	27	2.66
一定會	131	13.01	一定會	23	2.26
遺漏值	13		遺漏值	4	
若健康、精神差或身體虛 弱是否會用中藥調整體質			若氣喘、過敏性鼻炎會 不會找中醫治療		
一定不會	27	2.65	一定不會	155	15.48
不太會	116	11.37	不太會	188	18.78
還好或普通	225	22.06	還好或普通	243	24.28
通常會	416	40.78	通常會	261	26.07
一定會	236	23.14	一定會	154	15.38
			遺漏值	19	
若肌肉痠痛會不會用針灸治療			若腸胃不佳會不會看中醫		
一定不會	215	21.65	一定不會	191	18.84
不太會	293	29.51	不太會	261	25.74
還好或普通	221	22.26	還好或普通	217	21.40
通常會	173	17.42	通常會	221	21.79
一定會	91	9.16	一定會	124	12.23
遺漏值	27		遺漏值	6	
會不會利用推拿消除不適			若需復健會不會選擇中醫		
一定不會	104	10.30	一定不會	70	7.02
不太會	170	16.83	不太會	156	15.65
還好或普通	248	24.55	還好或普通	299	29.99
通常會	331	32.77	通常會	320	32.10
一定會	157	15.54	一定會	152	15.25
遺漏值	10		遺漏值	23	
若有慢性病會不會 用中醫治療與控制			若痛經、月經失調、更年期 障礙會不會尋求中醫治療		
一定不會	167	16.67	一定不會	72	7.43
不太會	205	20.46	不太會	118	12.18
還好或普通	253	25.25	還好或普通	219	22.60
通常會	239	23.85	通常會	342	35.29
一定會	138	13.77	一定會	218	22.50
遺漏值	18		遺漏值	51	
若肌肉扭傷、關節脫臼或 骨折會不會選擇中醫治療			若需產後調理會不會用 中藥		
一定不會	90	8.90	一定不會	22	2.19
不太會	148	14.64	不太會	31	3.08
還好或普通	219	21.66	還好或普通	95	9.45
通常會	337	33.33	通常會	303	30.15
一定會	217	21.46	一定會	554	55.12
遺漏值	9		遺漏值	15	

註：遺漏值為「沒意見」或「不知道」

表5、受訪民眾對於『中醫藥之信賴度』(續)

變 項	全部受訪民眾		變 項	全部受訪民眾	
	(N=1020) (%)			(N=1020) (%)	
若家中嬰幼兒生病會不 會帶他去看中醫			若需服用中藥會不會 考慮副作用		
一定不會	298	29.74	一定不會	84	8.33
不太會	345	34.43	不太會	207	20.54
還好或普通	228	22.75	還好或普通	158	15.67
通常會	98	9.78	通常會	264	26.19
一定會	33	3.29	一定會	295	29.27
遺漏值	18		遺漏值	12	
若患西醫束手無策的疑 難雜症會不會尋求中醫 治療			是否會擔心曾服用之 中藥裡摻雜西藥		
一定不會	50	4.98	一定不會	61	6.12
不太會	86	8.57	不太會	175	17.57
還好或普通	235	23.41	還好或普通	153	15.36
通常會	345	34.36	通常會	275	27.61
一定會	288	28.69	一定會	332	33.33
遺漏值	16		遺漏值	24	

註：遺漏值為「沒意見」或「不知道」

表6、受訪民眾最近一年內對於『中醫藥之使用度』

變 項	受訪民眾		變 項	受訪民眾	
	(N=1020)	(%)		(N=1020)	(%)
一年內有沒有看過中醫			一年內有沒有使用中藥補品調理身體		
完全沒有	446	43.73	完全沒有	345	33.82
很少	163	15.98	很少	123	12.06
偶爾	282	27.65	偶爾	398	39.02
經常	129	12.65	經常	154	15.10
一年內有沒有接受過針灸治療			一年內腸胃不好時是否曾尋求中醫治療		
完全沒有	204	50.87	完全沒有	294	67.43
很少	62	15.46	很少	37	8.49
偶爾	100	24.94	偶爾	71	16.28
經常	35	8.73	經常	34	7.80
不需要針灸治療	619		沒有腸胃的毛病	584	
一年內有沒有接受過推拿治療			一年內是否因慢性病尋求中醫治療		
完全沒有	138	26.09	完全沒有	174	76.32
很少	96	18.15	很少	13	5.70
偶爾	223	42.16	偶爾	19	8.33
經常	72	13.61	經常	22	9.65
不需要推拿治療	491		沒有慢性病	792	
一年內是否曾尋求中醫來復健			一年內是否曾帶家中嬰幼兒去看中醫		
完全沒有	134	52.55	完全沒有	223	77.43
很少	25	9.80	很少	22	7.64
偶爾	60	23.53	偶爾	34	11.81
經常	36	14.12	經常	9	3.13
不需要作復健	765		無此情形	732	
一年內肌肉關節跌打、扭挫傷、脫臼、骨折時是否曾尋求中醫治療			一年內您或家人痛經、月經失調、更年期障礙是否曾尋求中醫治療		
完全沒有	118	34.60	完全沒有	203	50.00
很少	44	12.90	很少	38	9.36
偶爾	117	34.31	偶爾	110	27.09
經常	62	18.18	經常	55	13.55
無此現象	679		無此情形	614	
一年內感冒發燒時是否曾尋求中醫治療			一年內您或家人坐月子是否使用中藥食補調理		
完全沒有	450	72.46	完全沒有	71	34.80
很少	70	11.27	很少	12	5.88
偶爾	71	11.43	偶爾	38	18.63
經常	30	4.83	經常	83	40.69
沒有感冒發燒	399		無此情形	816	
一年內氣喘或過敏性鼻炎時是否尋求中醫治療			一年內因西醫束手無策的疑難雜症尋求中醫治療		
完全沒有	176	70.68	完全沒有	104	51.49
很少	16	6.43	很少	16	7.92
偶爾	39	15.66	偶爾	47	23.27
經常	18	7.23	經常	35	17.33
無此情形	771		無此情形	818	

表 7、受訪民眾對於『中醫藥之認知度』之排序

排序	變 項	個數	最小值	最大值	平均數
			非常不同意	非常同意	
1.	中醫藥能有效調整個人體質	1008	1	5	3.98
2.	中藥藥性溫和較無副作用	1013	1	5	3.86
3.	中醫是有科學根據的	984	1	5	3.78
4.	中醫治病能治標又能治本	1013	1	5	3.64
5.	針灸能有效治療一般肌肉痠痛	924	1	5	3.60
6.	就復健而言中醫有時比西醫有效	986	1	5	3.47
7.	扭傷找中醫師推拿是落伍的做法 ^c	1002	1	5	3.45
8.	中醫治療肌肉扭傷、關節脫臼與骨折比西醫有效	997	1	5	3.43
9.	中醫治療慢性病的效果比西醫好	988	1	5	3.39
10.	一些疑難雜症中醫的療效比西醫好	983	1	5	3.23
11.	嬰幼兒體質嬌弱較不適合看中醫 ^c	989	1	5	3.04
					3.53 ^d

註：遺漏個案不納入計算

^c.為負向題，採反向計分

^d.為整體構面之平均數

表 8、受訪民眾對於『中醫藥之信賴度』之排序

排序	變 項	個數	最小值	最大值	平均數
			一定不會	一定會	
1.	若需坐月子會不會用中藥調理	1005	1	5	4.33
2.	若患西醫束手無策的疑難雜症會不會尋求中醫治療	1004	1	5	3.73
3.	若健康、精神較差或身體虛弱時會不會以中藥調整體質	1020	1	5	3.70
4.	會不會擔心曾服用之中藥裡摻雜西藥	996	1	5	3.64
5.	若痛經、月經失調、更年期障礙時會不會尋求中醫治療	969	1	5	3.53
6.	若需要服用中藥會不會考慮副作用	1008	1	5	3.48
7.	若肌肉扭傷、關節脫臼或骨折會不會選擇中醫來治療	1011	1	5	3.44
8.	會不會建議親友看中醫或使用中藥	1007	1	5	3.37
9.	若需要復健會不會選擇中醫來進行	997	1	5	3.33
10.	會不會利用推拿消除身體不適	1010	1	5	3.26
11.	若氣喘、過敏性鼻炎的話會不會找中醫治療	1001	1	5	3.07
12.	若有慢性病會不會以中醫治療與控制	1002	1	5	2.98
13.	若腸胃功能不好會不會去看中醫	1014	1	5	2.83
14.	當肌肉痠痛時會不會以針灸治療	993	1	5	2.63
15.	若嬰幼兒生病會不會帶他去看中醫	1002	1	5	2.22
16.	若生病急性期會不會去看中醫	1016	1	5	1.66
					3.20 ^d

註：遺漏個案不納入計算

^d.為整體構面之平均數

表9、受訪民眾對於『中醫藥之使用度』之排序

排序	變 項	個數	最小值	最大值	平均數
			完全沒有	經常	
1.	一年內坐月子時有沒有使用中藥食補來調理身體	204	0	3	1.65
2.	一年內有沒有接受過推拿治療	529	0	3	1.43
3.	一年內肌肉關節跌打、扭挫傷、脫臼、骨折時有沒有去找中醫治療	341	0	3	1.36
4.	一年內有沒有使用中藥補品調理身體	1020	0	3	1.35
5.	一年內有沒有看過中醫	1020	0	3	1.09
6.	一年內患西醫束手無策的疑難雜症時有沒有尋求中醫治療	202	0	3	1.06
7.	一年內經痛、月經失調、更年期障礙時有沒有尋求中醫治療	406	0	3	1.04
8.	一年內有沒有需要作復健若有請問有沒有找中醫作復健	255	0	3	0.99
9.	一年內有沒有接受過針灸治療	401	0	3	0.92
10.	一年內腸胃不佳時有沒有去找中醫治療	436	0	3	0.64
11.	一年內氣喘或過敏性鼻炎時有沒有尋求中醫治療	249	0	3	0.59
12.	一年內慢性病有沒有尋求中醫治療	228	0	3	0.51
13.	一年內感冒發燒有沒有尋求中醫治療	621	0	3	0.49
14.	一年內有沒有帶家中嬰幼兒去看中醫	288	0	3	0.41
					1.01 ^d

註：遺漏個案不納入計算；

使用度以0分「完全沒有」、1分「很少」、2分「偶爾」、3分「經常」衡量

^d.為整體構面之平均數

表 10、民眾基本特性對中醫藥認知度、信賴度、使用度雙變項分析

變 項	認 知 度					信 賴 度					使 用 度				
	個數	Mean	Std	P 值	事後檢定	個數	Mean	Std	P 值	事後檢定	個數	Mean	Std	P 值	事後檢定
性別				0.386					0.003					<0.001	
男	499	3.52	0.45			499	3.14	0.61			499	0.88	0.67		
女	521	3.54	0.43			521	3.25	0.59			521	1.10	0.74		
女性有無生產經驗				0.291					0.380					0.657	
無	129	3.58	0.45			129	3.29	0.56			129	1.08	0.69		
有	392	3.53	0.43			392	3.24	0.60			392	1.11	0.76		
年齡				0.033	1,2>3				<0.001	1,2>3				<0.001	1,2>3
1 35 歲以下	329	3.55	0.40			329	3.20	0.51			329	0.97	0.63		
2 35~64 歲 (含)	602	3.54	0.44			602	3.23	0.61			602	1.05	0.76		
3 65 歲以上 (含)	89	3.42	0.53			89	2.92	0.77			89	0.69	0.63		
教育程度				0.115					0.076					0.027	3> 4,5,2 >1
1 國小以下	119	3.47	0.46			119	3.09	0.74			119	0.84	0.76		
2 國 (初) 中	112	3.46	0.38			112	3.14	0.61			112	0.91	0.68		
3 高中 (職)	357	3.55	0.44			357	3.25	0.59			357	1.07	0.75		
4 大學 (專科)	385	3.55	0.44			385	3.19	0.56			385	1.00	0.68		
5 研究所 (含以上)	43	3.60	0.53			43	3.23	0.58			43	0.98	0.71		
籍貫				0.698					0.343					0.809	
本省閩南人	828	3.53	0.44			828	3.20	0.61			828	0.99	0.72		
本省客家人	106	3.55	0.44			106	3.12	0.56			106	0.99	0.74		
大陸各省市人	80	3.58	0.42			80	3.21	0.57			80	1.00	0.69		
原住民	6	3.45	0.41			6	3.50	0.50			6	1.28	0.85		
家庭平均月收入				0.001	1<2,3,4,5				0.072					0.811	
1 ≤3 萬	161	3.42	0.46			161	3.10	0.69			161	0.97	0.73		
2 3~6 萬 (含)	372	3.54	0.41			372	3.22	0.58			372	1.02	0.71		
3 6~9 萬 (含)	188	3.57	0.44			188	3.25	0.55			188	1.00	0.67		
4 9~12 萬 (含)	88	3.57	0.46			88	3.17	0.53			88	1.08	0.80		
5 >12 萬	89	3.65	0.52			89	3.29	0.67			89	1.01	0.75		

表 10、民眾基本資料對中醫藥認知度、信賴度、使用度雙變項分析（續）

變 項	認知度				信賴度					使用度				
	個數	Mean	Std	P 值	個數	Mean	Std	P 值	事後檢定	個數	Mean	Std	P 值	事後檢定
婚姻狀況				0.094				0.981					0.516	
已婚	723	3.51	0.45		723	3.20	0.62			723	1.01	0.74		
未婚	252	3.57	0.42		252	3.20	0.54			252	0.95	0.64		
其他	42	3.62	0.42		42	3.18	0.63			42	0.99	0.73		
宗教信仰				0.095				<0.001	4>1,2,3,5				<0.001	4>,2,3,5
1 無宗教信仰	237	3.48	0.47		237	3.08				237	0.82	0.66		
2 佛教、道教	416	3.56	0.44		416	3.27	0.61			416	1.06	0.73		
3 天主教、基督教	51	3.53	0.45		51	3.15	0.53			51	0.91	0.66		
4 一貫道	14	3.71	0.56		14	3.62	0.72			14	1.46	0.82		
5 民間信仰	302	3.52	0.40		302	3.18	0.58			302	1.03	0.73		
自覺健康狀況				0.023				0.275					0.005	1>2,3
1 差	89	3.55	0.38		89	3.20	0.59			89	1.23	0.81		
2 普通	347	3.48	0.42		347	3.16	0.58			347	0.96	0.69		
3 好	584	3.56	0.46		584	3.22	0.61			584	0.98	0.71		
是否有慢性病				<0.001				0.001					<0.001	
否	792	3.56			792	3.23	0.58			792	1.04			
是	228	3.44	0.45		228	3.07	0.66			228	0.84	0.67		
是否有重大傷病卡				0.650				0.466					0.056	
否	989	3.53	0.44		989	3.19	0.59			989	0.99	0.71		
是	31	3.58	0.56		31	3.30	0.77			31	1.24	0.85		
曾因吃中藥造成不適				0.218				0.325					<0.001	
否	544	3.59	0.44		544	3.31	0.58			544	1.60			
是	142	3.64	0.41		142	3.36	0.59			142	1.40	0.69		
因中、西藥混吃造成不適				0.238				0.239					0.694	
否	145	3.59	0.41		145	3.39	0.53			145	3.39			
是	3	3.30	0.42		3	3.02	0.44			3	3.02			

註：婚姻狀況之其他為離婚、分居或喪偶

表 10、民眾基本資料對中醫藥認知度、信賴度、使用度雙變項分析（續）

變 項	認知度				信賴度				使用度			
	個數	Mean	Std	P 值	個數	Mean	Std	P 值	個數	Mean	Std	P 值
居住地區				0.352				0.204				0.056
台北市	123	3.41	0.43		123	3.05	0.56		123	0.87	0.70	
臺北縣	170	3.54	0.43		170	3.14	0.58		170	0.91	0.72	
基隆市	16	3.66	0.46		16	3.40	0.55		16	0.80	0.80	
宜蘭縣	19	3.58	0.57		19	3.16	0.78		19	0.86	0.62	
新竹市	16	3.55	0.43		16	3.17	0.61		16	0.98	0.65	
新竹縣	22	3.56	0.30		22	3.04	0.55		22	0.82	0.68	
桃園縣	82	3.54	0.48		82	3.16	0.55		82	0.96	0.72	
苗栗縣	24	3.57	0.31		24	3.15	0.56		24	1.20	0.78	
台中市	46	3.50	0.53		46	3.22	0.74		46	1.13	0.76	
臺中縣	67	3.62	0.46		67	3.29	0.59		67	1.03	0.69	
彰化縣	58	3.56	0.42		58	3.28	0.56		58	1.18	0.80	
南投縣	28	3.58	0.44		28	3.31	0.53		28	1.13	0.69	
嘉義市	11	3.53	0.47		11	3.14	0.66		11	1.11	0.78	
嘉義縣	26	3.50	0.48		26	3.18	0.48		26	1.10	0.63	
雲林縣	34	3.50	0.32		34	3.42	0.69		34	0.86	0.58	
台南市	33	3.55	0.51		33	3.27	0.63		33	1.30	0.72	
臺南縣	50	3.56	0.36		50	3.18	0.61		50	0.96	0.71	
高雄市	69	3.54	0.45		69	3.24	0.53		69	1.09	0.70	
高雄縣	58	3.47	0.44		58	3.18	0.70		58	0.95	0.75	
屏東縣	39	3.57	0.44		39	3.34	0.62		39	1.05	0.68	
臺東縣	10	3.85	0.54		10	3.50	0.89		10	1.10	0.77	
花蓮縣	15	3.63	0.36		15	3.18	0.55		15	1.09	0.76	
澎湖縣	4	3.37	0.30		4	3.05	0.44		4	0.20	0.14	

表 11、影響民眾對「中醫藥認知度」複迴歸分析

變 項	β	標準誤	P-value
常數	3.21	0.11	<0.01
性別			
女 (對照組)			
男性	-0.01	0.03	0.77
年齡			
≥ 65 歲 (對照組)			
<35-year-old	-0.11	0.08	0.20
35-64-year-old	-0.04	0.07	0.58
教育程度			
國小以下 (對照組)			
國中	0.03	0.07	0.71
高中(職)	0.06	0.06	0.28
大學以上	0.07	0.06	0.26
籍貫			
本省閩南人 (對照組)			
客家人	0.07	0.05	0.18
外省人	0.02	0.06	0.68
原住民	-0.16	0.17	0.34
每月家戶平均所得			
≤ 3 萬 (對照組)			
3~6 萬 (含)	0.14	0.05	<0.01
6~9 萬 (含)	0.15	0.05	<0.01
9~12 萬 (含)	0.20	0.07	<0.01
>12 萬	0.28	0.07	<0.01
婚姻狀況			
已婚 (對照組)			
未婚	0.05	0.05	0.29
離婚.分居.喪偶	0.19	0.08	0.02
宗教信仰			
無宗教信仰 (對照組)			
佛道教	0.04	0.04	0.35
天主基督教	0.09	0.09	0.32
一貫道教	0.02	0.13	0.88
民間信仰	0.07	0.05	0.14
自覺健康狀況			
差 (對照組)			
普通	0.02	0.06	0.8
好	0.05	0.06	0.38
重大傷病卡			
無 (對照組)			
有	0.10	0.09	0.26

表 11、影響民眾對「中醫藥認知度」複迴歸分析 (續)

變 項	β	標準誤	P-value
慢性病			
無 (對照組)			
有	-0.05	0.04	0.24
一年內通常就醫場所			
看西醫 (對照組)			
看中醫	0.40	0.05	<0.01
中西都看	0.18	0.04	<0.01
固定就診之中醫師或中醫院所			
無 (對照組)			
有	0.13	0.03	<0.01
曾中西藥接著吃			
否 (對照組)			
是	-0.09	0.04	0.02
曾因吃中藥造成不適			
否 (對照組)			
是	0.01	0.04	0.85
服用中醫保健食品習慣			
無 (對照組)			
有	0.12	0.04	<0.01
服用西醫保健食品習慣			
無 (對照組)			
有	-0.10	0.04	0.01

註：N=610; Adj R²=0.225;

表 12、影響民眾對「中醫藥信賴度」複迴歸分析

變 項	β	標準誤	P-value
常數	0.45	0.19	0.02
性別			
女 (對照組)			
男性	-0.06	0.04	0.09
年齡			
≥ 65 歲 (對照組)			
<35-year-old	0.19	0.09	0.04
35-64-year-old	0.19	0.08	0.02
教育程度			
國小以下 (對照組)			
國中	0.09	0.08	0.23
高中(職)	0.13	0.07	0.05
大學以上	0.08	0.07	0.24
籍貫			
本省閩南人 (對照組)			
客家人	-0.01	0.06	0.89
外省人	0.04	0.07	0.57
原住民	0.27	0.19	0.15
每月家戶平均所得			
≤ 3 萬 (對照組)			
3~6 萬 (含)	0.05	0.05	0.40
6~9 萬 (含)	0.04	0.06	0.58
9~12 萬 (含)	-0.03	0.08	0.68
>12 萬	0.06	0.08	0.45
婚姻狀況			
已婚 (對照組)			
未婚	-0.01	0.06	0.88
離婚.分居.喪偶	-0.02	0.09	0.88
宗教信仰			
無宗教信仰 (對照組)			
佛道教	0.07	0.05	0.15
天主基督教	-0.14	0.10	0.16
一貫道教	-0.04	0.15	0.77
民間信仰	0.03	0.05	0.60
自覺健康狀況			
差 (對照組)			
普通	0.07	0.07	0.30
好	0.09	0.06	0.14
重大傷病卡			
無 (對照組)			
有	-0.02	0.10	0.88

表 12、影響民眾對「中醫藥信賴度」複迴歸分析（續）

變 項	β	標準誤	P-value
慢性病			
無（對照組）			
有	-0.01	0.05	0.79
一年內通常就醫場所			
看西醫（對照組）			
看中醫	0.34	0.06	<0.01
中西都看	0.21	0.04	<0.01
固定就診之中醫師或中醫院所			
無（對照組）			
有	0.08	0.04	0.04
曾中西藥接著吃			
否（對照組）			
是	0.07	0.05	0.14
曾因吃中藥造成不適			
否（對照組）			
是	-0.02	0.044	0.63
服用中醫保健食品習慣			
無（對照組）			
有	0.14	0.04	<0.01
服用西醫保健食品習慣			
無（對照組）			
有	-0.002	0.04	0.96
認知度	0.63	0.05	<0.001

註：N=610; Adj R²=0.447

表 13、影響民眾對「中醫藥使用度」複迴歸分析

變項	Model-1		Model-2	
	β	標準誤	β	標準誤
常數	-0.61 **	0.16	-0.78 **	0.20
性別				
女 (對照組)				
男性	-0.11 **	0.04	-0.11 **	0.04
年齡				
≥ 65 歲 (對照組)				
<35-year-old	0.05	0.09	0.06	0.09
35-64-year-old	0.07	0.08	0.07	0.08
教育程度				
國小以下 (對照組)				
國中	-0.05	0.08	-0.05	0.08
高中(職)	0.03	0.07	0.03	0.07
大學以上	0.01	0.07	0.01	0.07
籍貫				
本省閩南人 (對照組)				
客家人	0.13 *	0.06	0.13 *	0.06
外省人	-0.03	0.07	-0.04	0.07
原住民	0.08	0.23	0.10	0.23
每月家戶平均所得				
≤ 3 萬 (對照組)				
3~6 萬 (含)	-0.12 *	0.06	-0.13 *	0.06
6~9 萬 (含)	-0.15 *	0.07	-0.15 *	0.07
9~12 萬 (含)	-0.03	0.08	-0.04	0.08
>12 萬	-0.19 *	0.08	-0.20 *	0.08
婚姻狀況				
已婚 (對照組)				
未婚	-0.03	0.06	-0.03	0.06
離婚.分居.喪偶	0.00	0.10	-0.01	0.10
宗教信仰				
無宗教信仰 (對照組)				
佛道教	0.05	0.05	0.05	0.05
天主基督教	-0.02	0.10	-0.03	0.10
一貫道教	0.02	0.16	0.02	0.16
民間信仰	0.12 *	0.05	0.11 *	0.05
自覺健康狀況				
差 (對照組)				
普通	-0.07	0.07	-0.07	0.07
好	-0.12	0.07	-0.12	0.07
重大傷病卡				
無 (對照組)				
有	0.14	0.11	0.13	0.11

表 13、影響民眾對「中醫藥使用度」複迴歸分析（續）

變項	Model-1		Model-2	
	β	標準誤	β	標準誤
有無慢性病				
無（對照組）				
有	-0.13 **	0.05	-0.13 **	0.05
固定就診之中醫師或中醫院所				
無（對照組）				
有	0.46 **	0.04	0.46 **	0.04
服用中醫保健食品習慣				
無（對照組）				
有	0.26 **	0.05	0.26 **	0.05
服用西醫保健食品習慣				
無（對照組）				
有	0.10 *	0.04	0.10 *	0.04
每千人口西醫數	0.03	0.04	0.03	0.04
每千人口中醫數	0.23	0.28	0.23	0.28
信賴度	0.43 **	0.03	0.40 **	0.04
認知度			0.08	0.06

註：Model-1: N=893; $R^2=0.443$; Adj $R^2=0.424$ 。

Model-2: N=893; $R^2=0.444$; Adj $R^2=0.425$ 。

*: $P<0.05$; **: $P<0.01$ 。

附 錄

附錄一：會議記錄

中醫藥委員會九十六年度委託研究計劃
『民眾對中醫藥的認知度、信賴度、使用度及其相關因素
之探討』專家座談會議記錄

地 點：中國醫藥大學 6F 第二會議室

時 間：2007/10/15 15:00~17:00

主 持 人：蔡文正 教授

出席人員：龔佩珍（亞洲大學健康管理學系/主任）、蔡金川（義大醫院中醫部/主任）、李德茂（中國醫藥大學針灸中心/主任）、唐娜櫻（中國醫藥大學中醫系/副教授）、林景彬（中國醫藥大學中醫系/副教授）、許昇峰（中國醫藥大學針灸研究所/醫師）、童承福（中國醫藥大學附設醫院/總藥師）、陳秋瑩（中國醫藥大學公共衛生學系/副教授）、謝淑惠（中國醫藥大學醫務管理學系/副教授）、蔡邱麟（中國醫藥大學附設醫院中藥局/副主任）、鄧振華（現代中醫聯合診所/院長）、莊鶴麟（台中縣醫師公會/常務理事）、賴威志（同濟中醫診所/副院長）、廖淑英（彰化基督教醫院/藥師）、陳光慧（中國醫藥大學附設醫院/督導）、杜惠娟（中國醫藥大學附設醫院/護理長）、華琦珊（中國醫藥大學附設醫院/護理師）、呂孟純（中國醫藥大學附設醫院營養科/組長）

紀錄人員：陳慧珊

壹、主持人說明

與會目的

台灣具有多元化醫療體系，大致上可區分為西醫、中醫及民俗醫療等三種主要醫療體系，民眾之醫療利用雖然以西醫為主，但根據健保局統計資料顯示，近年來中醫門診次數、件數及醫療費用均呈現成長的趨勢，顯示中醫醫療是不可或缺的，且多篇研究皆顯示台灣民眾具有複向求醫的特性。由於一般民眾對於中醫藥的認知，多處於「藥性溫和，且較無副作用」，因此經常未經醫師處方自行購買、服用。消基會統計資料顯示，2006 年檢出中藥摻雜西藥之比例有 17.3%，皆未經過醫師診斷及處方，因此民眾對於用藥安全的認知及行為有待加強。

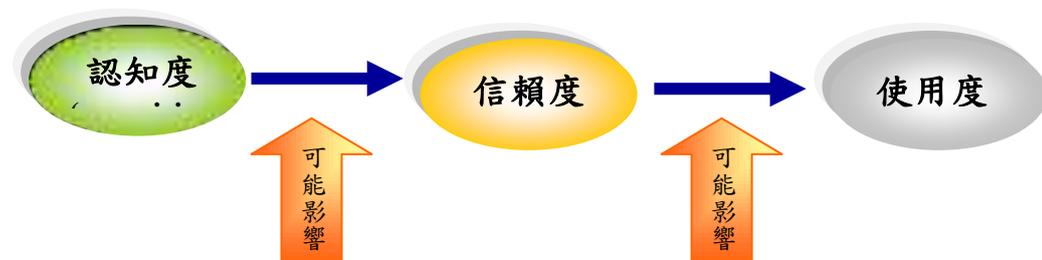
知識 (Knowledge)、態度 (Attitude)、行為 (Practice) 三者間存在相互影響的關係。有鑑於中醫醫療利用普遍存在，且多次就醫及重複用藥情況日益重，除了造成醫療資源浪費，更可能危害民眾用藥安全。而用藥安全不僅是醫療院所或醫護人員的責任，更是民眾本身的責任。

因此，本研究將以全國 18 歲以上民眾為研究對象，瞭解民眾對於中醫藥的認知度、信賴度、使用度以及藥物不良反應之經驗，進而提出導正民眾對於中醫藥用藥安全的認知與行為之建議。因此特別召開本次專家會議，希望各位先進給予指導，並協助確立問卷內容相關題項。



討論議題

本次會議主要討論目前台灣地區民眾對於中醫與中藥的認知、態度與行為，因此希望進而設計一份能衡量民眾對中醫藥的「認知度」、「信賴度」及「使用度」的測量量表，期望藉由此量表衡量出：『一個人對於中醫或中藥的**認知**，可能影響到其對中醫與中藥的**信賴度**，而甚至可能進一步影響其對於中醫與中藥的**使用情形**』。如下圖所示：



(Ex：A 君對中醫與中藥認知較為正面，其對中醫與中藥之信賴度可能較高，且其對中醫與中藥的使用程度亦較高。)

本研究已草擬初步量表（見下頁），包含民眾對中醫藥的「認知度」、「信賴度」與「使用度」三個構面，亦需聽取各位先進之意見，對於各列舉題項之不適切、需修正之處或尚須加列何項問題，敬請不吝賜教！

同時，本研究也想透過此調查，瞭解民眾對中藥用藥安全（如藥物不良反應）與中醫治療（如針灸、整脊、拔罐等）安全之經驗與看法，請提供您寶貴的意見與建議。

甲、對中醫藥之認知

(中醫基本概念、食物屬性、中醫診斷名稱、中藥基本概念等)

【說明】下列各題，如果您認為該題適合作為問卷題項，則於「勾選」欄中選取之，並歡迎提出您認為可增加納入之題項！此外尚有幾點需釐清，如：氣功、刮砂等算不算中醫範疇？

題 目	勾選 ✓	民眾回答			
		非常 不同意	不 同意	普 通	同 意 非常 同意
1. 針灸可有效地治療一般肌肉扭傷痠痛					
2. 我覺得有人扭傷找中醫師推拿是很落伍的做法					
3. 中醫治療急性病的效果較西醫差					
4. 中醫治療慢性病的效果比西醫好					
5. 服用中藥有病治病、沒病亦可強身					
6. 西藥的副作用大、不能多吃，中藥的藥性溫和、沒有副作用					
7. 中藥沒有有效（保存）期限的問題					
8. 您認為中藥與西藥可以混著吃					
9. 正接受西醫治療時不可同時看中醫					
10. 西醫師的素質較平均，而中醫師的素質較參差不齊					
11. 中醫推拿師是領有證照的					
12. 中醫是有科學根據的					
13. 我覺得中醫治病既能治標又能治本					
14. 中藥對調整體質很有效（中醫會配合個人體質與四時季節氣候的變化來決定治療方法，較西醫考量個別差異）					
15. 中醫常將食物分為熱性及冷性，需依病情症狀或體質屬性調整攝食					
16. 相對於西藥，服用中藥較不傷腸胃與肝腎，中藥皆無毒性					
17. 國術館推拿是可信的					
18. 嬰幼兒體質嬌弱，較不放心看中醫（看西醫較安全）					
19. 西醫藥物治療方法簡單，中藥的煎製及服用法太麻煩					
20. 中醫治療肌肉扭傷、關節脫臼與骨折比西醫有效，且恢復亦較快					
21. 意外或運動傷害、術後、或中風復健，中醫較西醫有效					
22. 西醫治療時只能針對單一患病部位，中醫則能調整全身					
23. 一些難症或雜症，中醫的療效比西醫好（如：長不高、青春痘、便秘、植物人）					
24. 西醫師對病情解說較隨便，中醫師則較詳細					
25. 西醫的診斷較準確，中醫較不準確					

乙、對中醫藥之信賴度（對中醫藥的專業認同、對中藥治療態度與療效、對接受中醫藥治療的態度、對中醫治療態度與療效）

【說明】 下列各題，如果您認為該題適合作為問卷題項，請於「勾選」欄中選取之

題 目	勾選 ✓	民眾回答				
		一定不會	不太會	還好或普通	大都會	一定會
1. 若您需要復健，會選擇中醫來進行嗎？						
2. 若您肌肉扭傷痠痛，會不會去使用針灸治療？						
3. 若您生病，在急性期（感冒）時會去看中醫嗎？						
4. 若您罹患慢性病（肝炎、腸胃功能不佳、高血壓等），您會去看中醫嗎？						
5. 您會建議親友看中醫或使用中藥嗎？						
6. 您會不會中藥與西藥混著吃？						
7. 若您需要服用各種中藥時，您會不會考慮到毒性？						
8. 若您自認健康或精神狀態不佳，會採用中藥來調整體質嗎？						
9. 產後保養（坐月子）您會以中藥調理身體機嗎？						
10. 若您肌肉扭傷、關節脫臼或骨折，您會選擇中醫來治療嗎？						
11. 若家中嬰幼兒生病，您會帶他去看中醫嗎？						
12. 對於心臟病、高血壓、糖尿病、中風等，您會以中醫治療與控制嗎？						
13. 您會服用中藥保養或輔以食物墩補減緩時常感覺疲倦與四肢無力等狀況嗎？						
14. 若您或家人罹患一些西醫束手無策的難症或雜症，您會尋求中醫治療嗎？（如：劉海若）						
15. 您會利用刮痧來解除身體上的不適（如輕微中暑）嗎？						

丙、對中醫藥之使用度（對中醫調整體質、接受中藥治療(中式成藥、補藥)、接受中醫治療(針灸、推拿、刮痧)、肌肉骨骼疾病、急性上呼吸道與腸胃道疾病)

【說明】 下列各題，如果您認為該題適合作為問卷題項，請於「勾選」欄中選取之

題 目	勾選 ✓	民眾回答				
		從 不 會 0	偶 爾 會 1	經 常 會 2	一 定 會 3	無 此 現 象 X
1.最近一年內，您曾經看過中醫嗎？						
2.最近一年內，您曾使用中藥補品（如四物湯）調理身體嗎？						
3.最近一年內，您曾接受針灸治療嗎？						
4.最近一年內，您曾接受推拿治療嗎？						
5.最近一年內，您火氣大時曾自行使用中藥來降火氣嗎？						
6.最近一年內，您是否曾因覺得身體虛弱時，而尋求中醫調理體質？						
7.最近一年內，當您感冒時，是否曾尋求中醫治療？						
8.最近一年內，當您罹患過敏性鼻炎、氣喘時，是否曾尋求中醫治療？						
9.最近一年內，當您腸胃不好（急性腸胃炎、腹瀉、腹痛、胃及十二指腸胃潰瘍）時，是否曾尋求中醫治療？						
10.最近一年內，當您罹患神經系統疾病（如失眠）時，是否曾尋求中醫治療？						
11.最近一年內，當您肌肉關節有跌打、扭挫傷、脫臼、骨折時，是否曾尋求中醫治療？						
12.最近一年內，當您或家人患有慢性病（如肝病、高血壓），是否曾尋求中醫治療？						
13.最近一年內，當您有經痛、月經失調時是否曾尋求中醫治療？						
14.坐月子時，是否會使用中藥食補（如麻油雞、生化湯）調理？						
15.最近一年內，您是否曾中醫藥混合吃？						
16.過去一年內，您是否曾因吃中藥而造成身體不適？						
17.過去一年內，您是否曾因中醫藥混合吃而造成身體不適？						

貳、會議討論與結論

1. 對「我覺得有人扭傷找中醫師推拿是很落伍的做法」是否修改為「落伍」就好，不用強調「很」；避免用比較主觀字眼，像是「落伍的做法」，可客觀的表達出來，例如：「比較危險的做法」或「不適當的作法」。
2. 「我覺得有人扭傷找中醫師推拿是很落伍的做法」可能要留意一下，因為一般人遇到的不是中醫師，事實上是技術員，所以可能要改成找技術員，或是到中醫診所接受推拿，範圍會較大一點，很多本身知道他自己找的是技術員，那裡面提到的是中醫師，他的認知上會不一樣。
3. 題目是中醫藥，是否為正統的中醫，一般國術館不算？事實上，研究應該是希望題目問出來可以反應出一個人對中醫的認知、對中醫的想法是什麼、會去使用它。
4. 國術館、氣功應該不算中醫，中醫應該是很正統的醫療院所，因為沒有認證，屬於民俗療法這點無庸置疑，但是一般民眾認知上，他會認為是相同的、皆為中醫。民眾去國術館推拿，他會跟醫師敘述為：去其他的中醫治療。
5. 此研究應該去了解民眾對於要來做治療，是否會很清楚的知道要去找有證照、有認證的中醫來執行，所以第 11 題才會說：「中醫推拿師是領有證照的」。而有中醫師認為可以改成：「國術館是有證照的」，看看民眾如何回答。理論上，民眾會答錯，因為事實上國術館是沒有證照的，目前都沒有管理，早期國術館有些證照，已經剩下沒有幾張了。
6. 關於證照，有護理師認為，可能要先從民眾他對證照的認知是怎樣比較重要，因為民眾光看到一個什麼證書就覺得是那是證照，很多人對中醫不了解應該都是這樣而來，對於氣功師、推拿師跟中醫師有何不同，尤其是很多老年人、鄉下人都分不清楚，因為他們都覺得這是「師」。而中醫師與專家認為，就是因為這樣才要問。
7. 第十題「中藥與西藥可以混著吃」，是同一時間還是同一疾病服藥要先確認，先吃西藥再吃中藥，這題可以讓病人搞清楚到底可不可以同時吃，因為原則上要間隔 2~3 個小時。而同一疾病還是同一時間還是要考慮，「正接受西醫治療時不可同時看中醫」是指同一疾病，而也有可能不同疾病。
8. 中醫部護理師建議改為「你認為吃完西藥後接著吃中藥可以

嗎？」因為很多病人會提出疑問，一般會這樣問可不可以這樣做，希望可以接著吃，因為這樣比較快，剛好一杯水，馬上就吃完了，比較方便也較不會忘記服藥。

9. 「您認為中藥與西藥可以同時服用」其實就是緊接著，一般而言不太可能會真的同時吃。「同時」須定義的很清楚，到底是生病的期間還是吃藥的期間，但可以白話一點，例如：「你認為吃完西藥後可以馬上接著吃中藥嗎？」，所以訪員訓練的時候要強調，當民眾頓在那邊的時候，就可以向民眾補充解釋為：不管西藥先還是中藥先。
10. 病人也會問我現在看中醫的話，可不可以看西醫，有時候是同一個疾病或另外一個疾病，又有西醫與中醫先後的排列組合問題，譬如有慢性病如糖尿病患者可不可以看中醫？所以，與會共識為定義為同一疾病來詢問。
11. 中醫師表示「西醫師的素質較平均，而中醫師的素質較參差不齊」此題不適合，因為大家都認證過，不管他從哪個管道出來，皆受過認證，因此此題不適當。
12. 「中醫推拿師是領有證照的」這題不適合，況且中醫沒有推拿師，大陸取得推拿師是大陸的制度，我們只討論台灣。台灣中醫推拿沒有正統的管道，沒有制度，所以不適合此時提問。建議不要問此題，推拿師說不定推的比醫師還好，有中醫師認為目前看來，推拿不應規範到中醫來，因為本來就是錯的，因此不宜問民眾，因為中醫診所本來就不應該有推拿師，與會護理師表示，許多診所請很多人原先推拿後，醫師才看診，打壞行規；但有學者認為，就是要問民眾的認知，就算做出來的結果民眾皆表示推拿師是有證照的，就是要拿出數據來，政策上面教育要加強

附錄二：民眾問卷

填答說明：您好，我姓●，我是●民調中心的訪員，我們接受行政院衛生署中醫藥委員會的委託，想瞭解您對於中醫藥的認知度、信賴度與使用度的相關看法，耽誤您一點時間，請教您幾個簡單的問題，謝謝！

【一、民眾對中醫藥之認知】	民眾回答					【二、對中醫藥之信賴度】	民眾回答					【三、對中醫藥之使用度】	民眾回答				
	非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意		一定不會	不太會	還好或普通	大都會	一定會		從未	偶爾	經常	每次皆是	無此現象
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		0	1	2	3	X
1.中醫是有科學根據的						1. 您會建議親友看中醫或使用中藥嗎？						1. 最近一年內，您曾經看過中醫嗎？					
2.我覺得中醫治病能治標和治本						2. 若您覺得健康或精神較差或身體虛弱時，會採用中藥來調整體質嗎？(如燉補、進補)						2. 最近一年內，您曾使用中藥補品(如四物湯)調理身體嗎？					
3.中醫藥可以有效地調整個人體質						3. 若您肌肉痠痛，會不會去使用針灸治療？						3. 最近一年內，您曾接受針灸治療嗎？					
4.針灸可有效地治療一般肌肉痠痛						4. 您會利用推拿來解除身體上的不適嗎？						4. 最近一年內，您曾接受推拿治療嗎？					
5.我覺得扭傷找中醫師推拿是落伍的做法						5. 若您需要復健，會選擇中醫來進行嗎？						5. 最近一年內，您是否曾尋求中醫來復健？					
6.就復健而言，中醫有時較西醫有效						6. 若您肌肉扭傷、關節脫臼或骨折，您會選擇中醫來治療嗎？						6. 最近一年內，當您肌肉關節有跌打、扭挫傷、脫臼、骨折時，是否曾尋求中醫治療？					
7.中醫治療肌肉扭傷、關節脫臼與骨折比西醫有效						7. 若您生病，在急性期(如：感冒發燒)時會去看中醫嗎？						7. 最近一年內，當您感冒發燒時，是否曾尋求中醫治療？					
8.中醫治療慢性病的效果比西醫好						8. 若您罹患過敏性鼻炎、氣喘時，您會尋求中醫治療嗎？						8. 最近一年內，當您罹患過敏性鼻炎、氣喘時，是否曾尋求中醫治療？					
9.嬰幼兒體質嬌弱，較不適合看中醫						9. 若您腸胃功能不佳(急性腸胃炎、腹瀉、腹痛、胃及十二指腸、胃潰瘍)時，您會去看中醫嗎？						9. 一年內，當您腸胃不好(急性腸胃炎、腹瀉、腹痛、胃及十二指腸潰瘍)時，是否尋求中醫治療？					
10.一些疑難雜症，中醫的療效比西醫好(如：長不高、青春痘、便秘、植物人)						10. 若您罹患慢性病(如肝病、心臟病、高血壓、糖尿病)，您會以中醫治療與控制嗎？						10. 最近一年內，您是否曾因罹患慢性病(如肝病、心臟病、高血壓、糖尿病)，而尋求中醫治療？					
11.中藥的藥性溫和比較沒有副作用						11. 若您自己或女性家人有經痛、月經失調、更年期障礙時，您是否會尋求中醫治療？						11. 最近一年內，當您自己或女性家人有經痛、月經失調、更年期障礙時是否曾尋求中醫治療？					
						12. 若您或家人需要產後調理(即坐月子時)，您會以中藥調理身體機能嗎？						12. 最近一年內，當自己或女性家人坐月子時，是否曾使用中藥食補(如麻油雞、十全大補湯)調理？					
						13. 若家中嬰幼兒生病，您會帶他去看中醫嗎？						13. 最近一年內，您是否曾帶家中嬰幼兒去看中醫？					
						14. 若您或家人罹患一些西醫束手無策的疑難雜症，您會尋求中醫治療嗎？						14. 最近一年內，您或家人是否曾因罹患西醫束手無策的疑難雜症，而尋求中醫治療？					
						15. 若您需服用各種中藥時，您會不會考慮到副作用											
						16. 您曾經服用過的中藥中，您是否會擔心裡面摻雜西藥？											

【四、過去一年的就醫習慣】	【六、受訪民眾基本資料】
<p>我們想了解您過去一年的就醫習慣： (平常常去看病的地方是哪裏?)</p> <p>1. 當您覺得身體不適時，通常<u>主要</u>會選擇何種方式處理？ <input type="checkbox"/>₍₁₎看西醫 <input type="checkbox"/>₍₂₎看中醫(含針灸) <input type="checkbox"/>₍₃₎需要時中西皆看</p> <p>2. 有無固定就診之中醫師或中醫院所：<input type="checkbox"/>₍₁₎有 <input type="checkbox"/>₍₀₎無</p> <p>3. 最近三個月使用中醫次數_____次</p> <p>4. 最近三個月使用西醫次數_____次</p>	<p>1. 您的性別為：<input type="checkbox"/>₍₁₎男 <input type="checkbox"/>₍₀₎女 (生產經驗：<input type="checkbox"/>₍₁₎有 <input type="checkbox"/>₍₀₎無)</p> <p>2. 您的出生年為民國_____年</p> <p>3. 您的最高學歷為 <input type="checkbox"/>₍₁₎國小(含以下) <input type="checkbox"/>₍₂₎國(初)中 <input type="checkbox"/>₍₃₎高中職 <input type="checkbox"/>₍₄₎大學(專科) <input type="checkbox"/>₍₅₎研究所以上</p> <p>4. 籍貫：<input type="checkbox"/>₍₁₎本省閩南人 <input type="checkbox"/>₍₂₎本省客家人 <input type="checkbox"/>₍₃₎外省人 <input type="checkbox"/>₍₄₎原住民 <input type="checkbox"/>₍₅₎其他_____</p> <p>5. 家庭平均月收入為 <input type="checkbox"/>₍₁₎≤3萬 <input type="checkbox"/>₍₂₎3~6萬(含) <input type="checkbox"/>₍₃₎6~9萬(含) <input type="checkbox"/>₍₄₎9~12萬(含) <input type="checkbox"/>₍₅₎>12萬</p> <p>6. 您的婚姻狀況為：<input type="checkbox"/>₍₁₎已婚 <input type="checkbox"/>₍₂₎未婚 <input type="checkbox"/>₍₃₎其他(離婚、喪偶、分居)</p> <p>7. 您是否有宗教信仰 <input type="checkbox"/>₍₁₎有：<input type="checkbox"/>₍₁₁₎佛道教 <input type="checkbox"/>₍₁₂₎西洋宗教(天主、基督教) <input type="checkbox"/>₍₁₃₎其他_____ <input type="checkbox"/>₍₀₎無</p> <p>8. 自覺健康狀況：<input type="checkbox"/>₍₁₎極差 <input type="checkbox"/>₍₂₎差 <input type="checkbox"/>₍₃₎普通 <input type="checkbox"/>₍₄₎好 <input type="checkbox"/>₍₅₎很好</p> <p>9. 是否罹患慢性病：<input type="checkbox"/>₍₁₎是 <input type="checkbox"/>₍₀₎否</p> <p>10. 是否領有重大傷病卡：<input type="checkbox"/>₍₁₎是 <input type="checkbox"/>₍₀₎否</p> <p>11. 您居住的地區或戶籍地為： <input type="checkbox"/>₍₁₎台北市 <input type="checkbox"/>₍₂₎台北縣 <input type="checkbox"/>₍₃₎基隆市 <input type="checkbox"/>₍₄₎宜蘭縣 <input type="checkbox"/>₍₅₎新竹市 <input type="checkbox"/>₍₆₎新竹縣 <input type="checkbox"/>₍₇₎桃園縣 <input type="checkbox"/>₍₈₎苗栗縣 <input type="checkbox"/>₍₉₎台中市 <input type="checkbox"/>₍₁₀₎台中縣 <input type="checkbox"/>₍₁₁₎彰化縣 <input type="checkbox"/>₍₁₂₎南投縣 <input type="checkbox"/>₍₁₃₎嘉義市 <input type="checkbox"/>₍₁₄₎嘉義縣 <input type="checkbox"/>₍₁₅₎雲林縣 <input type="checkbox"/>₍₁₆₎台南市 <input type="checkbox"/>₍₁₇₎台南縣 <input type="checkbox"/>₍₁₈₎高雄市 <input type="checkbox"/>₍₁₉₎高雄縣 <input type="checkbox"/>₍₂₀₎屏東市 <input type="checkbox"/>₍₂₁₎屏東縣 <input type="checkbox"/>₍₂₂₎台東縣 <input type="checkbox"/>₍₂₃₎花蓮縣 <input type="checkbox"/>₍₂₄₎澎湖縣</p>
<p>【五、用藥習慣與經驗】</p> <p>我們想了解您的用藥習慣與經驗：</p> <p>1. 最近一年內，您是否曾中藥與西藥接著吃？<input type="checkbox"/>₍₁₎是 <input type="checkbox"/>₍₀₎否</p> <p>2. 過去一年內，您是否曾因中、西藥接著吃而造成身體不適？ <input type="checkbox"/>₍₁₎是 <input type="checkbox"/>₍₀₎否</p> <p>3. 過去一年內，您是否曾因吃中藥而造成身體不適？ <input type="checkbox"/>₍₁₎是 <input type="checkbox"/>₍₀₎否</p> <p>4. 有無服用中醫保健食品之習慣：<input type="checkbox"/>₍₁₎有 <input type="checkbox"/>₍₀₎無</p> <p>5. 有無服用西醫保健食品之習慣：<input type="checkbox"/>₍₁₎有 <input type="checkbox"/>₍₀₎無</p>	

