

中國醫藥學院

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-285

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

**Analysis of taking medicine behavior**

**-For outpatients of a medical center**

指導教授：陳 緋 娜 博士

共同指導：林 正 介 博士

蔡 文 正 博士

研 究 生：朱 和 翔 撰

中華民國九十二年六月

本論文為李珮端教授主持  
行政院衛生署中醫藥委員會研究計劃  
CCMP91-RD-007 之部分研究

## 摘要

雖然西方醫學科技進步，世界每年仍有三分之一以上人口尋求替代醫學，在華人社會主要是傳統中醫藥，由於中醫藥使用者大多同時併用西方醫學，中西藥物合併使用引發之交互作用問題，已引起醫藥界的重視，但由於中藥成分複雜，民眾認為中藥溫和無副作用，不主動告知醫師，醫師亦不主動詢問服藥狀況，醫病間缺乏溝通使交互作用研究困難。本研究希望藉由探討民眾用藥行為，了解中西藥物都服用者之行為特質與相關因素。

本研究以結構式問卷探討民眾個人特質、就醫習慣、用藥認知等因素與服藥行為之相關性，以中部某醫學中心之門診病患為研究對象，進行一對一訪談。中醫門診與西醫門診共發出 2,176 份問卷，其中有效問卷 1,994 份，有效問卷回收率 91.6%。

受訪者依用藥習慣可分為：只服用西藥、只服用中藥與中西藥都服用三類。其中以中西藥都服用者最多，共 1,450 位，佔總受訪人數之 72.7%；只服用西藥者居次共 423 位(21.2%)；只服用中藥者共 121 位(6.1%)，以羅吉斯迴歸分析(Polytomous Logistic Regression)針對此三組民眾探討影響用藥行為之相關因素。

研究結果顯示：八成五的受訪者遵從醫師指示服藥，98.8%以白開水吞服藥品。傾向於中西藥併用之受訪者年齡較輕，使用健保

資源較多，平日有將藥品當作保健品服用之習慣，就醫時會考慮本身體質及藥物副作用，對藥效資訊則傾向於多方諮詢，相信自己的保健常識，且易接受親友的用藥建議，遇有用藥問題時也會尋求專業或其他人員的評估。

將「只服用西藥」與「中西藥都服用」二組比較，發現民眾之年齡每增加一歲「只服用西藥」的機率增加 1.02 倍；對藥物療效瞭解程度較高或罹患心臟血管、內分泌等慢性疾病之民眾，較傾向於只服用西藥。「只服用中藥」者最重視「副作用」，不但選擇就診時會將副作用納入考量，且對副作用知道程度愈高之民眾，愈傾向只服用中藥。

本研究顯示有七成之民眾中西藥都服用，因此建議醫療人員遇有藥物不良反應病例時，不妨主動詢問患者是否有中西藥併用情況，彙集通報可能引發交互作用之資訊，若能有系統有組織地進行研究，對於臨床證實之不良反應或交互作用，藉由媒體、報章雜誌宣導，讓民眾提高警覺，避免發生不良反應，國人之健康將更有保障。

關鍵字：用藥行為、中西藥併用、藥物交互作用。

## **Abstract**

Despite the advances in Western medicine, more than one-third of the people seeking conventional medical treatment each year also are looking into complementary and alternative medicine remedies. Chinese traditional medicine (CTM) is an integral part of prevailing practice in Chinese communities. Most CTM treatments are provided in combination with orthodox medicine, requiring physicians and pharmacists to pay attention to adverse interactions between herbal medicine and Western medicine.

Herbal medications contain many active components, yet most patients believe these products are mild and safe, and they do not tell their physicians about taking these products. In addition, physicians seldom ask their patients about herbal medicines they may be taking, making the study of herb-drug interaction more difficult. This study investigates patient behavior toward taking medicine, in order to understand the characteristics of patients who follow both Western and herbal medicine practices.

A structured questionnaire was used to determine the relationships among personal characteristics, health practices, knowledge of practices, and behaviors related to taking medicine. Interviews were conducted with 2,176 general medicine outpatients from Western and Chinese traditional clinics at a medical school. A total of 1,994 (91.6%) of 2,176 participants completed the questionnaire.

Based on behavior related to taking medicine, we divided the

population into three groups: Western medicine only, herbal medicine only, and both Western and herbal medicines. Among the subjects in the study, 1,450 (72.7%) reported taking both medicines, while 423 (21.2%) followed Western medical practices only and 121 (6.1%) took only herbal medicines. Polytomous Logistic Regression analysis was conducted to examine the differences among these three groups and determine the predictors for following both types of medical practices.

Our analysis showed that 85.7% of the population took their medicine according to the doctor's prescriptions and 98.8% took medicine with water. The population following both Western and herbal medicine practices was more likely to be younger, use more health insurance resources, take some medicine to maintain health, and consider bodily constitution and drug adverse reactions when making decisions about visiting orthodox medicine or CTM practitioners.

Since drug information can be obtained from many sources, the patients who followed both type of medical practices paid more attention to health knowledge, asked advice from family and friends, and sought advice from a health care professional when they had a problem with a medication.

Results indicated that for every year increase in age, the likelihood of using Western medicine increased by 1.02 compared to those who accepted both medical practices. In addition, the more a patient knew about a medicine's effects, the more likely that individual was to follow Western medicine practices. Patients with cardiovascular disease or diabetes tended to follow western medicine

only.

The patients who took herbal medicines only paid close attention to the adverse reactions of drugs, made thoughtful decisions about visiting Western or CTM clinics, and were more likely to choose herbal medicines only as their knowledge of drug adverse reactions increased.

Approximately 70% population takes both Western and herbal medicines, leading us to recommend that physicians and pharmacists ask patients if they combined Western medicines with herbal remedies when an adverse drug reaction occurs. Probable cases should be reported to the Adverse Drug Reaction Center to allow systematic study of this situation. The news media can then inform the population about the adverse reactions or adverse herb-drug interactions that have been confirmed, so people can avoid dangerous products or combinations.

Key words: taking medicine behavior, combination of herbal-drug medicine, herbal-drug interaction.

## 誌 謝

感謝陳緋娜老師對論文的指導，林正介院長在我遇到困難時指引方向使我知所取捨，並於百忙中對論文逐字琢磨訂正。蔡文正老師不厭其煩地指導與修正論文，對我這共同指導的學生，所花費的心思與時間不亞於其他同學；李采娟老師提綱挈領的建議令我豁然開朗；龔佩珍老師與王香蘋老師對論文精闢的建議讓我受益良多。

感謝李珮端老師邀請參加研究計畫，使我有機會與洪寶蓮老師、徐素蘭老師、郭秀滿老師、侯鈺琪老師、林香汶老師以及研究團隊一起學習成長，共度美好時光。問卷調查期間 蒙中國醫藥學院附設醫院總務室、醫品會、西醫門診藥局、中醫門診藥局等單位協助，在此致上最誠摯的謝意。

怡如、凱平、媿吟是最稱職的小老師，崇銘、榕浚、菁蘭是最貼心的幫手，家珩、顏洲是最熱心的運將，雪芬、安娜是最有默契的搭檔，並感謝醫管所所有的老師及同學，這二年溫馨和諧的相處，留下許多美好的回憶。

最後，要感謝我的先生吳培基，不論學業上的建議、家務瑣事的分擔，他的支持讓我有勇氣面對事業、學業與家庭三方的壓力；更要謝謝我的兩個孩子吳杰、吳浩在課業上、生活上的獨立，讓我無後顧之憂。

和翔 92.07.25

# 目 錄

第一章 緒 論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 問題陳述.....	4
第三節 研究目的.....	6
第二章 文獻探討.....	7
第一節 替代醫學使用之世界潮流.....	7
第二節 國內中西醫學合併使用之情況.....	13
第三節 國內中西藥物使用監測之情況.....	15
第四節 藥物交互作用.....	17
第五節 醫療服務使用習慣之理論架構.....	21
第三章、研究設計與方法.....	24
第一節 研究架構.....	24
第二節 研究方法.....	25
第三節 分析方法.....	27
第四節 變項名稱與操作型定義.....	30
第四章 研究結果.....	32
第一節 描述性統計分析.....	32

第二節 雙變項分析.....	36
第三節 羅吉斯迴歸分析.....	44
第五章 討論.....	59
第六章 結論與建議 .....	65
第一節 結論.....	65
第二節 建議.....	66
第三節 研究限制.....	67
參考文獻.....	68
附錄一 問卷.....	71
附錄二 問卷效度審查專家名單.....	74
附錄三 問卷信度 .....	74

## 表目錄

表 2-1、中草藥與藥物發生之交互作用.....	20
表 3-1、研究變項名稱與定義.....	30
表 4-1、受訪者基本資料分布表.....	48
表 4-2、過去一年之就醫習慣.....	50
表 4-3、用藥基本認知.....	51
表 4-4、藥物資訊來源.....	52
表 4-5、過去一年罹患慢性病之情況.....	53
表 4-6、保健品服用習慣.....	54
表 4-8、羅吉斯迴歸分析.....	55
表 5-1、中西藥物都服用行為傾向分析表.....	64

## 圖目錄

圖 2-1 潛在藥物與藥物間交互作用發生之機率.....	18
圖 2-2 第一階段健康行為模式.....	22
圖 2-3 第四階段健康行為模式.....	23
圖 3-1 研究架構.....	24

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景

雖然西方醫學科技如此進步，世界上每年仍有三分之一以上人尋求替代醫學。尋求補充及替代醫學(complementary and alternative medicine)人口持續成長之原因，除了接受西方醫學治療失敗者外，亦有部分民眾因擔憂西方現代醫學之副作用，而將替代醫學將當作第一線治療。未來的醫療系統傾向於將人視為一體之整體治療，醫療之科學與藝術將重新統合，建構比現今之西方醫學範圍更廣、照護更佳之醫療體系(Reilly, 2001)。

傳統中醫與中草藥不僅在替代醫學範疇中佔有舉足輕重之地位，更是我中華民族賴以療病養生之醫療體系。當西方醫學挾科學證據與科技儀器橫掃全世界，台灣的傳統中醫亦趨式微，直至中醫納入勞保給付方才復甦，此後三年中醫利用的成長，遠超過西醫(林芸芸，民 81 年)。民國八十四年全民健康保險將中醫門診納入健保給付範圍，中醫就醫之可近性提高，使國人中醫之利用率大幅提昇，同時亦提高中西醫皆使用之機率。

根據民國八十六年三月全民健保中醫、西醫門診處方治療明細檔案整理之資料顯示：同月中、西醫兼看的人數為六十五萬五千人，佔利用中醫人數的 51.8%，佔利用西醫人數的 7.9%；其中主診斷碼、

次診斷碼有一個相同的病人數有八萬人，佔同時利用中、西醫人數的 12.2%。八十六年四月資料呈現相同現象(李漢修，1999)。1998 年康翠秀等之研究亦顯示：中西醫合併使用者佔該研究樣本之 29.1%。

中西藥物合併使用問題伴隨中西醫合併使用而來，由於西藥之成分明確，吾人可藉由書籍、文獻輕易掌握西藥之不良反應與西藥彼此間之交互作用；中藥材不但成分複雜、且易受產地或炮製方法影響，尤其以往吾人對中醫藥並不著重於科學的舉證，臨床診治多憑經驗之累積(湯啟煜等，民 88)，不但對大多數中藥材的成分不了解，對服用後可能產生的不良反應資訊亦不足。但不論中藥或西藥，不論吾人對其成分了解與否，藥物進入體內吸收、代謝、排泄等過程中就可能發生藥物不良反應或交互作用。

由康健壽等學者於 1994 年發表之研究結果一窺國人對中草藥之認知：受訪之中醫門診病患中有 78.7%同意「西藥的副作用大，而中藥的藥性溫和，不會有副作用」；33.4%同意「吃中藥，有病可以治病，沒病可以補身」。國人在此認知下，除了複式就醫可能發生中西藥物合併使用，未經醫師同意自行服藥或將中西藥物當作保健品服用之習慣，亦可能提高藥物在體內產生不良反應或交互作用之機率。

究竟有多少比例之民眾有中西藥物合併使用之行為？中西藥物

合併使用者與只服用中藥或只服用西藥之民眾行為上有何差異？由於相關之研究甚少，希望藉由本研究提供之中西藥物服用行為資料，呼籲社會大眾重視中西藥物合併使用問題，提高醫界對藥物併用可能發生不良反應的警覺性，詳實通報案例，建立相關資料庫並作適度宣導，避免不良反應再度發生，讓全民獲取中西藥物之優點，減少因了解或宣導不足造成的傷害，以期讓國人健康獲得更大的保障。

## 第二節 問題陳述

西方國家將傳統中醫、中草藥視為替代醫學(alternative medicine)或補充治療(complementary therapy)之一部份，由於草藥製品標榜天然，許多人認為必定安全，因此服用人口持續增加(Larkin, 1999)。各國估計過去十二個月曾使用替代醫學的人口比例：1982年芬蘭為33%；1987年丹麥為10%；1993年澳洲為49%；1995年加拿大為15%。美國的替代醫學利用率1990年為33.8%，1997年提高為42.1%；其中中草藥(herbal medicine)利用率由1990年之2.5%，提高為12.1% (David et al., 1998)。

鑒於服用中草藥及其製品已蔚為世界風潮，衛生署中醫藥委員會於九十一年十二月表示：為發展生物科技及順應世界潮流，擬將當歸、人蔘、冬蟲夏草等四十五種中藥材開放為食品，可製成人蔘茶、當歸湯、冬蟲夏草茶等多樣化產品，供應國內進軍世界。

中藥真的「藥性溫和、沒有副作用」？「有病治病無病強身」的中藥，會不會影響正在治療疾病的西藥？雖然國人中西醫療皆利用之人數一個月高達六十五萬五千人(李漢修，1999)，但中西藥物交互作用之臨床資訊卻如鳳毛麟角。國外陸續發表中草藥與西藥併用發生交互作用之文獻，藥物交互作用書籍也增列了中草藥與西藥併用產生之交互作用，並以證據醫學的角度探討中草藥(Rotblatt et al., 2002)。

國外有關中西藥物交互作用的臨床文獻中，國人較常使用的中藥材有：當歸、銀杏與抗凝血劑(warfarin)(Izzo et al.,2001)併用會增加出血之風險；人蔘與抗凝血劑(warfarin)併用會降低抗凝血效果，人蔘亦會降低強心劑毛地黃(digoxin)與利尿劑(furosemide)的血中濃度，因而降低藥品之療效。當歸、人蔘會與西藥產生交互作用，而國人經常食用的四物湯中有當歸，補中益氣湯及十全大補湯中有當歸、人蔘兩味中藥，也許服用之民眾已發生中西藥物併用之交互作用而不自知。

目前國內對中、西藥物併用所產生交互作用之研究，大多在動物實驗階段，例如以大白鼠研究芍藥對抗癲癇藥物動力學性質之影響(陳立奇，2001)；枳殼、化州橘紅及其他中藥成分對環孢靈(cyclosporin)、毛地黃(digoxin)在大白鼠、豬隻血中濃度的影響(李珮端，2001)；而臨床中西藥物交互作用之資訊甚少。

本研究希望藉由對受訪樣本「只服用中藥」、「只服用西藥」與「中西藥物都服用」之行為分析，了解有、無中西藥物合併服用行為民眾之差異，提供宣導中草藥用藥之相關資訊、注意事項，教育民眾以提昇中草藥用藥安全，以期國人於中西藥合併使用時，能蒙其利而避其害，並為我國整合西方醫學與傳統中醫建構新的照護體系奠基。

### 第三節 研究目的

- 一、 探討民眾對中西藥物之基本認知及相關之用藥行為。
- 二、 探討「只服用西藥」、「只服用中藥」或「中西藥都服用」民眾基本特性之差異。
- 三、 探討影響民眾「只服用西藥」、「只服用中藥」或「中西藥都服用」之相關因素。

## 第二章 文獻探討

本研究將藥物服用行為之相關中外文獻分為五個部分：第一部份探討替代醫學使用之世界潮流。第二部分探討國內中西醫療合併使用之情況。第三部份探討中西藥物合併服用可能引發之不良反應或藥物交互作用。第四部份探討國內對於中西藥物使用之監測情況。第五部分探討醫療服務使用習慣之理論架構。

### 第一節 替代醫學使用之世界潮流

廣義的補充或替代醫學 (Complementary and alternative medicine) 係指所有非西方傳統醫學體系之健康系統、型態、執行及相關理論與信仰，依各體系自我定義其預防、治療疾病維護健康與安寧之理念與執行範疇。每年世界有三分之一以上之人口尋求替代醫學，(Reilly, 2001)，美國亦有三分之一以上之民眾為了健康目的服用草藥，每年花費超過三十五億美金 (O'Hara et al., 1998)。

為什麼民眾要使用替代醫學？是對西方傳統治療不滿意？希望對自己健康決策有更多主控權？抑或替代醫學更適合個人的價值觀、世界觀或崇尚自然之觀念？美國一項研究針對美國本土及海外公民進行問卷調查，結果顯示能夠預測使用替代醫學行為之自變項為：教育程度較高，健康狀態較差，曾有影響個人世界觀的重大變化，有焦慮、背部問題、慢性疼痛、尿道等健康問題。使用替代醫學主要因為更適合個人健

康及生命之價值觀、信仰或哲學，而非對西方醫學不滿(Astin, 1998)。

## 一、歐洲國家替代醫學使用之情形

歐洲每年有三分之一以上人尋求非正統醫學，替代醫學成已為歐洲第二大成長事業。過去十五年許多正統醫療之專業人員，對替代醫學的態度已由默默地興趣轉為積極地詢問與使用，雖然替代醫學之研究仍在初級階段，但病患滿意度、臨床結果與成本耗用相當受重視，不但相關之正式報告已達國家及歐洲層級(Reilly, 2001)，荷蘭議會更於 1993 年通過 “ Individual Health Care Professions Bill ” 法案，廢除對替代醫學的禁令，終結單一醫學專業獨占之情況，使荷蘭醫學照護體系朝向更多元化的方向邁進(Schepers et al., 1999)。

瑞士為了評估健康保險基金涵蓋替代醫學給付，是否會增加成本，提供三年免費替代醫學給付，給最大健康保險基金 Helvetia 的七千五百名會員，並以未加入此基金六十七萬人為對照組，用 SF-36 量表，檢驗使用替代醫學者健康狀態。結果顯示：實驗組有 6.6% 使用替代醫學，單獨使用替代醫學者不及 1%，實驗前後二組之 SF-36 量表並無顯著差異。替代醫學在瑞士係附加於西方傳統醫學，而非取代傳統醫學，對於整體醫學成本並未造成衝擊(Sommer et al., 1999)。

瑞典於 1990 至 1999 年隨機抽取二十五至七十四歲 Anglo-Saxon 之不同族群，針對心臟血管疾病患者使用草藥製品之問卷調查，結果顯示：1999 年 5,794 位受訪者中，30.5% 最近二週有服用替代醫學製品。替代醫學製品以女性、教育程度較高、自認健康狀況較差者使用較多，但與是否有嚴重心血管疾病、糖尿病之病史並無顯著關係 (Nilsson et al., 2001)。

挪威為了解不同醫學專業者對替代醫學的觀點，於 1997 年針對醫師、護理人員以及實習醫師做問卷調查，56% 受試者對替代醫學持正面態度，其中有 16% 醫師、71% 護理人員及 72% 實習醫師持正面態度。且有 12% 醫師、32% 護理人員以及 46% 實習醫師曾使用替代醫學。女性醫師、女性護理人員對替代醫學之態度較正面，且使用替代醫學之頻率也較高 (Risberg et al., 1999)。

## 二、美國替代醫學使用之情況

美國過去十年至少有一千五百萬成人，同時併服醫師處方藥與草藥製品、維他命製品，但告知醫師此項訊息的病患不及 40% (Eisenberg et al., 1998)。替代醫學的使用率 1990 年為 33.8%，1997 年增加為 42.1% (Eisenberg et al., 1998)，美國是替代醫學使用高速成長的國家，對於替代醫學之大型研究也相當多。

急診及麻醉科醫師最先警覺到病患服用中草藥所發生之影響，紛紛進行研究：德州麻醉科醫師以問卷訪查 979 位手術前病患，17.4%曾服用草藥及其製品，最常用服用之藥品銀杏 Ginkgo biloba (32.4%)、人蔘 Ginseng (26.5%)與大蒜 Garlic (26.5%)，都有增加出血的副作用，尤其對同時服用抗凝血劑的病患(Larkin et al., 1999)。一項對 3,106 位手術前病患的問卷調查顯示：有 22%患者曾於手術前服用草藥製品，51%服用維他命，女性與四十至六十歲的病患較易服用草藥，所服之成藥大多與草藥製劑有關，最常用的草藥依次是：紫錐花(Echinacca)、銀杏(Ginkgo biloba)、聖約翰草(St. John's wort)、大蒜(Garlic)和人蔘(Ginseng)(Lawrence et al., 2000)。

一項針對 944 位急診病患的問卷調查顯示，有 14.3%病患常規服用草藥，79.3%與醫師處方藥併服；80.0%與急診的藥物併服，其中六位服用之草藥證實有草藥-藥物交互作用(Ea et al., 2001)。由於民眾認為草藥製品是天然的必然也是安全的，不主動告知醫師，醫師也不曾就此問題詢問病患(Larkin et al., 1999)，因此美國急診及麻醉醫師提出警訊：“由於替代醫學使用人口持續增加，必須將草藥的過敏反應及與藥品的交互作用，列入藥歷檔及使用藥物的常規報告中”(Larkin et al., 1999)。醫師對中草藥不但要有所了解，也應熟悉常用草藥對手術的可能影響，並主動了解病患是否曾服用草藥製品(Ang-Lee et al., 2001)

美國 Blue Shield Medicare supplement 於 1997 年針對加州 1,597 位年長之會員寄發問卷，以瞭解年長者使用替代醫學之情況，結果顯示 41% 受試者於過去十二至十五個月間使用替代醫學，24% 之受試者曾使用中草藥。年紀較輕、教育程度較高，患有關節炎或躁鬱症者傾向於使用替代醫學；而高血壓患者、本身注重運動、執行冥想者及較常使用西方傳統醫學者較少使用替代醫學。雖然 80% 受試者表示使用替代醫學有其裨益，但 58% 未和醫師討論自己所使用之替代醫學(Astin et al., 2000)。

1999 年一項美國國家健康研究問卷調查，面訪 30,801 位成年人過去一年使用十二項替代醫學情形，過去一年至少使用一次替代醫學有 28.9%，其中 13.7% 使用中草藥。使用替代醫學之人口特質：女性、三十五歲至五十四歲、接受教育時間超過十六年，大部分使用補充醫學者亦會同時使用西方傳統醫學(Simile et al., 2002)。

### 三、亞洲國家替代醫學使用之情況

韓國之傳統東方醫學始於十九世紀末，其執行與信仰系統在整個韓國歷史上具有重要之地位，當傳教士引進西方醫學後，由於西方醫學奠基於可重複之實驗與統計分析，故對以經驗傳承之傳統醫學存著不信任，並迅速地排擠傳統醫學。韓戰後政府恢復對東方醫學之興趣，除了西方醫學外，又建立東方醫學學院以加強西方醫學。最近之問卷調查顯

示，韓國約有 29% 至 53% 人口使用替代醫學，耗用大量健康照護資源，健康照護之自費費用約有 29% 花費在替代醫學。韓國政府與醫學團體建立共識，必須克服醫療從業者之不同傳統與背景，以一致的標準去評斷治療之安全性、有效性，整合醫學資源系統，重新定義東方醫師、西方醫師與藥師之定位(Hong, 2001)。

日本針對一所醫學院附設醫院隨機抽取 1,088 位門診病患做問卷調查結果：23% 受訪者符合試醫行為(doctor-shopping)特質，使用替代醫學者佔 7.9%。多變項分析結果顯示此二類受訪者性別、年齡、居住地點、職業、教育程度或婚姻狀況並無顯著不同。較大的差異為試醫行為者有慢性病，精神異常傾向的較高，對醫師之解說無法了解，且不相信醫師之診斷與治療；使用替代醫學者視醫學院附設醫院為現代醫學的象徵而有高度期待(Sato et al., 1995)。

## 第二節 國內中西醫療合併使用之情況

國內對於中西醫療合併使用行為之研究也相當多，例如：林芸芸於民國七十八年十一月對新店市二十至六十五歲居民作問卷訪視，一千七百位有效樣本中，22%曾於過去一年曾使用醫療服務，其中 83.8%只用西醫，7.9%只用中醫，8.4%中西醫併用。中西醫併用者較只用西醫者之教育程度為高，自覺健康較差；與只用中醫者相較，中西醫併用者之教育程度較高、症狀數較少(林芸芸, 1992)。

李卓倫等學者於 1995 年訪視 1,700 位中醫門診病人，因同一症狀複式求醫行為中，59.2%曾針對此次求診的同一症狀求診其他西醫師；中醫門診病人曾因同一症狀自行服用西藥佔 11.1%。康翠秀(1998)於民國八十七年針對台北市北投區居民，對中醫的知識、信念與行為意向及其對醫學利用型態影響之問卷調查顯示：年紀越輕，對中醫醫療的認知越高，其行為意向越偏向中醫醫學，其醫療利用型態：1,085 個有效樣本中只用西醫佔 68%，只用中醫佔 2.9%，中西醫合併佔 29.1%。

陳淑賢(2000)針對台北縣市 277 位氣喘學童的問卷結果顯示，過去曾接受中醫療法者有 107 位佔 38.6%；張念慈(2000)針對台北市士林、北投區九十個里的里長等社區領袖，194 份有效問卷之研究顯示：社區領袖對不同健康問題處理方式不同，而扭傷、婦科疾病、

慢性病等問題的處理方式呈現多樣性，並出現同時尋求中西醫療之多元化求醫行為；陳立奇(2001)研究發現癲癇患者常併用許多不同的抗癲癇藥物治療，除了標準的治療藥物外，有 16%癲癇患者會合併使用相關的傳統中藥。

### 第三節 國內中西藥物使用監測之情況

我國的「藥物不良反應通報中心」成立於民國八十年，並於北、中、南、東四個地區設立通報中心，其目的在於監測藥物發生之不良反應與交互作用，各醫院通報案例以西藥為主。行政院衛生署中醫藥委員會鑒於國內常有病患因服用中草藥產生不良反應，甚至發生中毒現象而就診或住院，民國九十年於林口長庚建立「中藥不良反應通報中心」，除北、中、南、東之四個通報中心外，並擇定數家有中醫門診之醫院為重點通報醫院。其業務在於紀錄病患服用之中草藥及產生之不良反應，經評估分析及追蹤後續結果，定期呈報中醫藥委員會，並邀請專家學者宣導中草藥用藥之注意事項並教育民眾，以提昇中藥用藥之安全性(張恒鴻，2001)。

該研究報告同時指出，中草藥引起不良反應常見之原因為：

- 一、 中藥之來源混亂：中草藥之療效受品種、產地、採取部位而有所不同。
- 二、 中草藥之名稱混淆：中草藥常有一物數名或同名異物之現象，尤其藥材之學名、俗名、偏名很多，尚無固定之全國統一標準。
- 三、 中草藥加工品質不均：中草藥會因炮製不當或是遭受污染而變質，可能導致不良反應之發生。
- 四、 藥證不符：服用中藥會因體質、年齡、性別等差異、而對中草藥

產生不同之反應。

五、 中西藥併用：民眾於就診或居家保健時，常會發生中草藥和西藥併用之情形，由於中藥之成分複雜，與西藥併用時易形成藥物之交互作用。

自該中心設立以來，中藥不良反應之通報案不多，九十年十月至十二月中旬約八件(張恒鴻，2001)。

## 第四節 藥物交互作用

藥物交互作用在中藥典籍裡有詳細記載，清朝汪昂所著之本草備要，將中藥與中藥間之交互作用分為六大類：相須-同類而不可離；相使-我之佐使；相惡-奪我之能；相畏-受彼之制；相反-兩不相合；相殺-制彼之毒。中藥之交互作用以人蔘為例：人蔘忌鐵；茯苓為使；畏五靈脂；惡皂莢、黑豆；反藜蘆。書中不但詳述藥物之間的交互作用，並更進一步說明古人如何利用交互作用，創造新的療效，例如人蔘雖受五靈脂之制，但古方以四物湯加五靈脂治療月事不調(汪昂，1694)。

國外自 1960 年代展開預測潛在藥物交互作用之研究，Weideman 於 1991 年分析美國達拉斯(Dallas)榮民醫院，五百位內科住院病患兩個月之住院病歷發現：同時服用四種藥物預測至少發生一個中度至重度交互作用的機率為 50%；服用八種藥物預期發生一個中至重度交互作用的機率超過 90% (Weideman et al., 1998)(圖 2-1)。

藥物交互作用定義為：已知療效之二項藥物合併使用，所產生藥理作用或臨床反應，無法由單項藥品療效推測，表示此二項藥物之間有交互作用發生。併用後臨床效果低於各別療效之總和稱為拮抗作用(antagonism)；臨床效果大於各別療效之總和稱為協同作用

(synergism)；無法由個別藥品推測臨床反應則稱之特異性(idiosyncratic)，特異性反應是探討藥物與藥物間交互作用之重點(Tatro et al., 2002)。

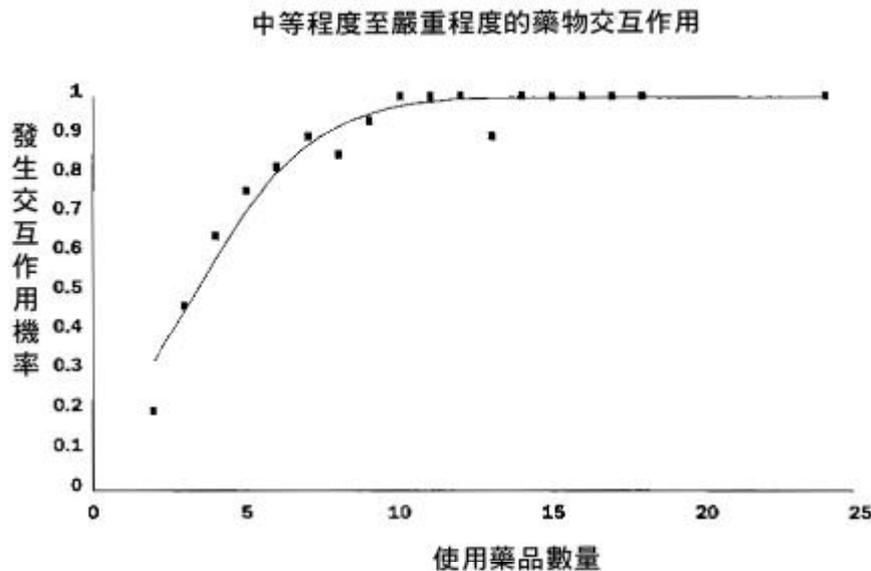


圖 2-1 潛在藥物與藥物間交互作用發生之機率

資料來源：Weideman et al., 1998

藥品交互作用依發生原因分為二類：藥理藥效(Pharmacodynamic)因素是指交互作用受年齡、性別、藥品作用的接受器或活化位置等因素影響；藥品動力學(Pharmacokinetic)因素指發生交互作用是因為藥品的吸收部位、在血漿與組織間的結合位置、藥品代謝或腎臟排泄機轉被干擾(Griffin et al., 1997)。交互作用依其嚴重度分為五個等級：一級為嚴重(major)且經證實的交互作用；二級為中度(moderate)且經證實；三級為輕度(minor)且經證實；四級為可能會發生嚴重或

中度；五級為可能發生輕度或任何不希望發生的交互作用(Tatro et al., 2002)。

國外有關草藥與西藥併用發生交互作用之相關文獻，例如：抗凝血劑 (Warfarin) 與丹蔘 (Danshen)(Yu et al.,1997)、當歸 (Dong Quai)、銀杏 (Ginkgo Biloba) (Izzo et al.,2001)併用會增加出血的風險；人蔘 (Ginseng)會降低抗凝血劑 (Warfarin)的抗凝血效果，亦會降低強心劑毛地黃 (Digoxin)與利尿劑 (Furosemide)的血中濃度。最新之西文藥物交互作用書籍，陸續增列中草藥與西藥併用產生之交互作用 (Stockley et al., 1999；Tatro et al., 2002)。

1694年本草備要就詳細記載了中藥與中藥間之交互作用，直至1960年西方國家才開始著手研究西藥之間的交互作用，「藥物交互作用」之觀念，中藥比西藥至少早了二百六十年。時至今日，國外積極發表中藥與西藥交互作用之臨床研究與文獻；而我們除了寥寥幾篇動物實驗外，對臨床研究貢獻甚少，因此，儘速蒐集本土之中西藥物交互作用資料，有規劃、有系統地研究中西藥物併用可能發生之不良反應與交互作用，實為當務之急。

表 2-1、中草藥與藥物發生之交互作用

中草藥	藥物名稱	對藥物或病患之影響	評估與證據種類	
			案例報告	臨床研究
大腹皮(檳榔) Betel nut	氣喘藥物	降低氣喘之控制	✓✓	✓✓
	phenothiazines	錐體外效應	✓✓	
丹蔘 Salvia miltiorrhiza	warfarin	增加 INR	✓✓	
當歸 Angelica sinensis	warfarin	增加 INR、瘀血	✓✓	
大蒜 Allium sativum	warfarin	增加 INR	✓	
銀杏 Ginkgo biloba	Aspiri, Warfarin	出血	✓✓	
	Thiazide 利尿劑	中和抗高血壓效果	✓	
	Trazodone	增加鎮定效果	✓✓	
人蔘 Panax ginseng	Phenelzine	頭痛、顫抖、狂躁	✓✓	
	warfarin	降低 INR	✓✓	
甘草 Glycyrrhiza glabra	降血壓藥物	降低效果	✓✓✓	
	利尿劑	加重鉀離子流失	✓✓✓	
	Prednisolone	減少代謝		✓✓✓
育亨賓 Pausinystalia yohimbe	Clonidine	拮抗作用	✓✓✓	
	三環抗憂鬱藥	加強育亨賓對自主與中樞神經效果	✓✓✓	✓✓✓

註：✓✓✓表示 likely interaction; convincing reports or well studied

✓✓表示 possible interaction; reports or studies need validation

✓表示 doubtful interaction; poorly evaluated or documented

INR=International Normalized Ratio

資料來源：Michael et al., 2001

## 第五節 醫療服務使用習慣之理論架構

用藥是一種健康行為(Health behavior),本研究藉 Andersen 提出之健康行為模式,探討用藥行為與傾向因子、能力因子、需求因子及其他相關因素之影響。茲將 Andersen 提出之健康行為模式略述於下:

(一) 傾向因子(predisposing component): 具有某些特質之民眾,較傾向於使用醫療服務。

1. 人口學特徵(demographic): 如年齡、性別等生理學之特質。
2. 社會結構特徵(social structure): 如教育程度、職業種類、宗教信仰等處理問題能力之特質。
3. 健康信念特徵(health belief): 對健康與健康服務之態度、價值觀與知識。

(二) 能力因子(enabling component): 居住與工作地點至健康照護機構之便利性以及民眾對獲得醫療服務之能力。

1. 個人或家庭資源(personal /family): 如收入多寡、醫療資訊來源、交通與等候時間以及有無健康保險等資源。
2. 社會資源(community): 如有無固定之就醫場所、醫師人數、病床數與人口比率等資源。

(三) 需求因子(need component): 個人感覺需要醫療照護,進而尋求醫療服務之行為。

1. 主觀感受(perceived): 個人對自己之健康狀況以及對疾病疼痛、憂慮等症狀體驗之主觀感覺。
2. 專業評估(evaluated): 醫療專業人員之客觀診斷。

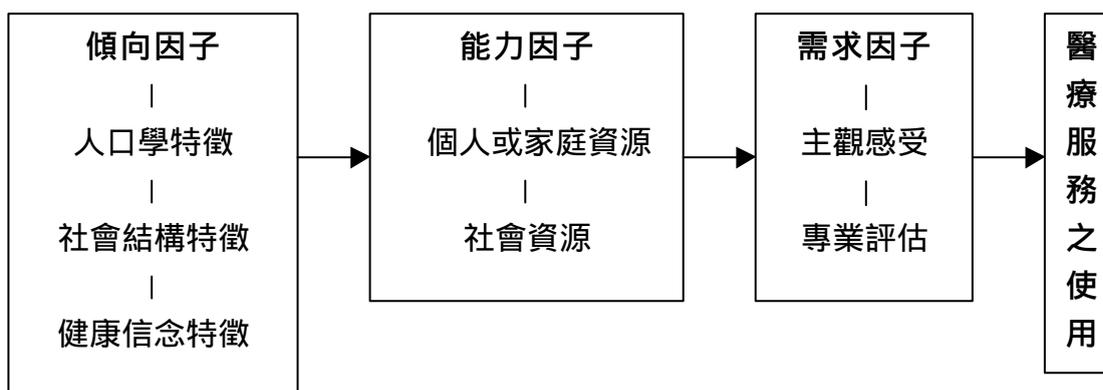


圖 2-2 第一階段健康行為模式

資料來源：Andersen, 1968

1975 年 Andersen 與 Aday 將衛生政策因素、健康照護體系因素與消費者滿意度納入，形成為第二階段之健康行為模式。1995 年再將健康行為與健康結果納入第三階段之健康行為模式。同年 Andersen 彙整 Evans、Stoddart 與 Patrick 所提之健康狀況為動態、可迴饋觀念，發展出第四階段之健康行為模式。第四階段之健康行為模式強調環境、人口特質、健康行為及結果四項因素，對醫療服務之使用為動態且具返饋性之影響。例如環境因素會影響人口特質，環境因素亦會影響結果。人口特質、健康行為與結果三者為雙向影響，亦即人口特質會影響健康行為與結果，而健康行為與結果亦會影響人口特質(如圖 2-3)。

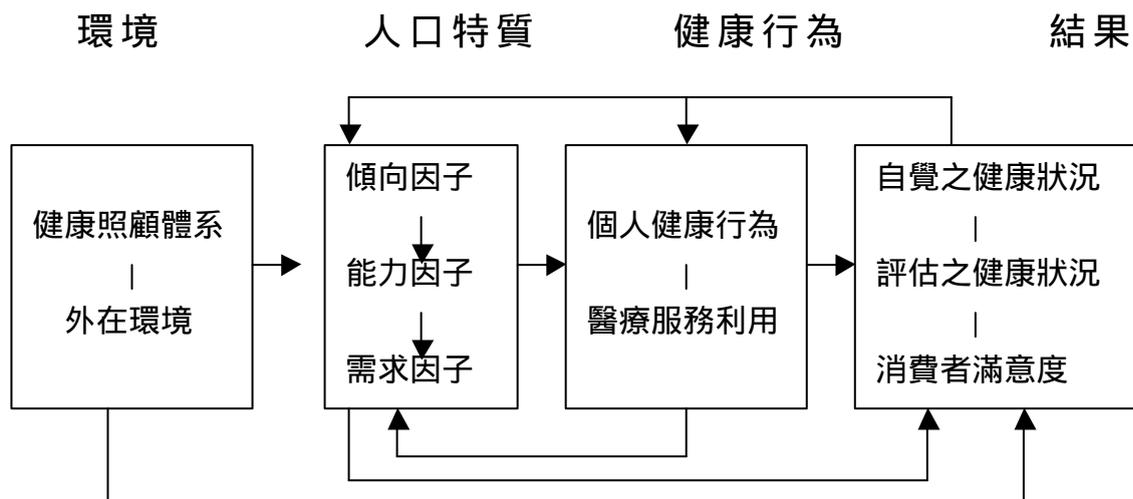


圖 2-3 第四階段健康行為模式

資料來源：Andersen, 1995

綜觀文獻可知：替代醫學之盛行乃世界潮流，大部分使用替代醫學者亦會同時使用西方醫學(Simile et al., 2002)，單獨使用替代醫學者不及 1% (Sommer et.al., 1999)，民眾複式就醫或自行服用草藥製品之行為，使中西藥物併用之機率大幅提高，而民眾認為草藥是天然的必然也安全，不會主動告知醫師，醫師也不主動詢問(Eisenberg et al., 1998；Larkin et al., 1999；Astin et.al., 2000)，致使醫師、民眾對草藥可能引發之不良反應與中西藥物交互作用疏於防範。且國內外有關「服藥行為」之相關研究甚少，因此，本研究希望藉由探討民眾對中西藥物之基本認知、相關之用藥行為、民眾基本特性之差異以瞭解影響民眾用藥行為之相關因素。

# 第三章、研究設計與方法

## 第一節 研究架構

本研究以 Andersen 之健康行為模式為主要研究架構，參酌過去相關研究，建構本研究之架構，以分析影響民眾服藥行為之相關因素。

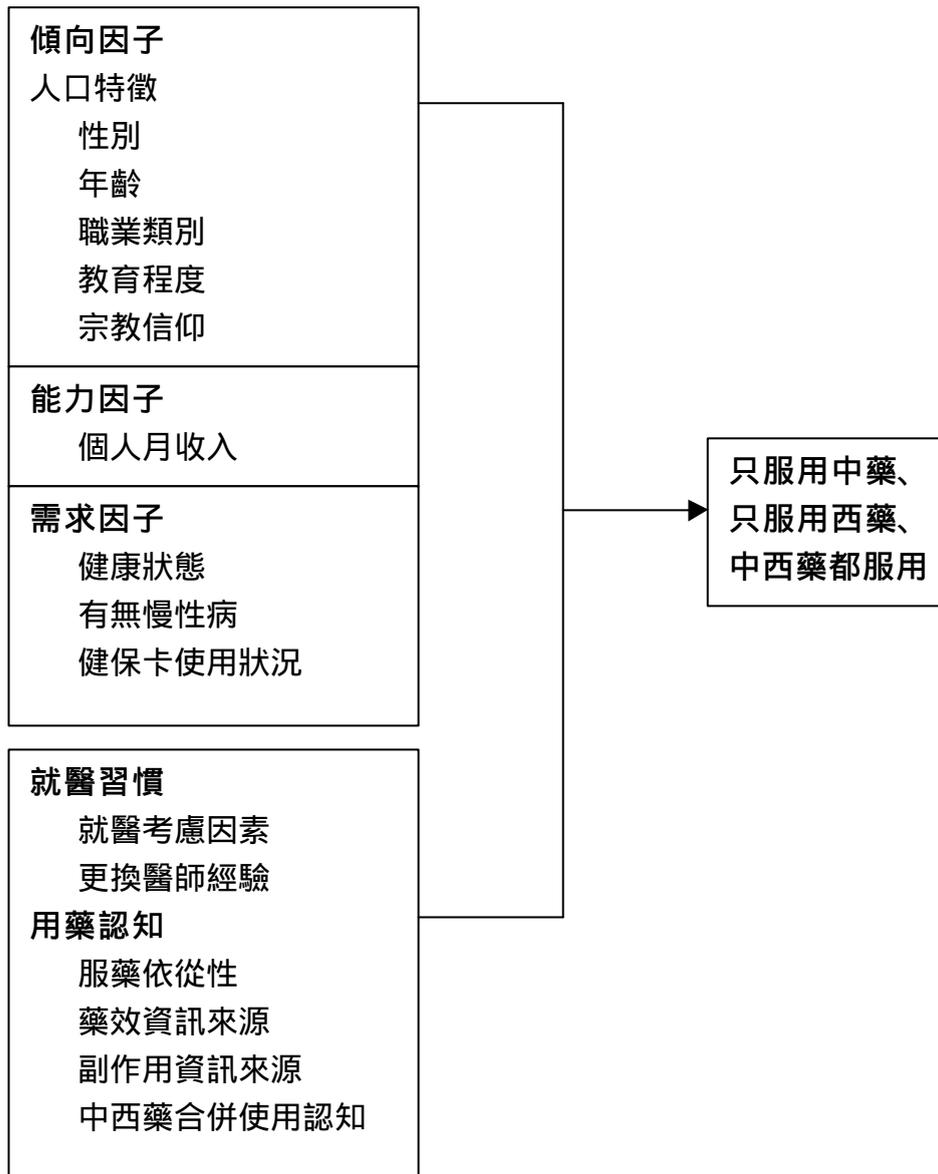


圖 3-1 研究架構

## 第二節 研究方法

### 一、問卷設計：

本研究依研究架構建構設計問卷，問卷內容包括以下資訊：

- (一) 傾向因子：人口特徵：性別、年齡、職業種類、教育程度、宗教信仰等因素。
- (二) 能力因子：個人月收入。
- (三) 需求因子：有無慢性病、健保卡使用狀況。
- (四) 就醫習慣：就醫考慮之因素、選擇中西醫學考慮之因素、是否曾因同一種疾病未治癒而更換醫師。
- (五) 用藥認知：服藥依從性，對藥品療效、副作用知道之程度，中西藥物併用對療效、副作用影響之認知。

### 二、問卷效度

本研究之問卷效度乃邀請具行政經驗之臨床西醫師、中醫師、中藥臨床藥師、西藥臨床藥師、臨床護理師以及編製問卷專家、生物統計學家共十四位(如附錄二)提供意見，並依據專家學者所提之建議修訂問卷。

### 三、問卷信度

修正後之問卷邀請十五位不同背景之民眾，進行第一次測試，

並於二週後再邀相同之民眾做第二次測試，由問卷中選取八題以 t 檢定，檢定前後二次測試結果是否有顯著差異，以瞭解問卷之信度，結果顯示前後測試並無顯著差異( $p > 0.05$ ) (附錄三)。

#### 四、研究對象

本研究之研究對象為中部某醫學中心之門診病患，事先以隨機取樣方式，依樣本醫院門診領藥號，隨機抽取中醫門診與西醫門診領藥號各一千二百個。於民國九十一年七月十五日至七月十九日，展開問卷訪談，透過藥局人員協助，將邀請函釘在被抽中領藥號的藥袋上，由藥局外的訪談員引領有邀請函之患者，到問卷填寫處，由受過訓練之訪談員進行一對一面訪。

#### 四、問卷回收

本研究於樣本醫學中心中醫門診發出問卷 1,132 份，西醫門診發出問卷 1,044 份，共發出問卷 2,176 份，回收 2,061 份，剔除年齡未滿十八歲與無效問卷，有效問卷共 1,994 份，有效問卷回收率為 91.6%。

### 第三節 分析方法

本研究依問卷第一題：過去一年的就醫習慣，當受訪者覺得身體不適時，通常選擇之處理方式，依其所選之處理方式，將受訪者分為三類：一、只服用西藥：選擇看西醫或到西藥局買成藥且未圈選其他選項者。二、只服用中藥：選擇看中醫或到中藥店抓藥或選擇買青草藥、刮痧拔罐、氣功、求神問卜、國術館等另類療法且未圈選其他選項者。三、中西藥都服用：多重圈選中醫、西醫、中藥、西藥、另類療法者。由於視情況決定之受訪者係依其疾病、心情決定處理方式；圈選「其他」之受訪者表示急病看西醫、慢性病看中醫，因此本研究將填答「視情況決定」與「其他」者，亦歸類於中西藥都服用。

本研究有時為易於區別「只服用中藥」、「只服用西藥」，而將「中西藥物都服用」行為簡稱「中西藥併用」，此處之「藥物併用」係指只服用中藥也只服用西藥之行為，而非同一時間服用兩種以上藥物之一般定義。

本研究為分析之方便性，將部分選項合併，合併之選項如下：

教育程度方面，將無與小學畢業合併為「小學以下」；大專與研究所以上合併為「大專以上」。宗教信仰方面將佛教、道教與一貫道合併為「東方宗教」；基督教與天主教合併為「西方宗教」。個人

每月收入方面，將 20,000 以下與 20,001~50,000 合併為「五萬元(含)以下」。將醫師告知、藥師告知、藥品說明書與藥袋合併為「醫療專業」；親友告知與自己的保健常識合併為「保健常識」；電台廣告、電視廣告、書報雜誌合併為「媒體廣告」；網路資源與其它合併為「其它」。

將腦血管疾病、心臟病與高血壓合併為「心臟血管疾病」；氣喘、慢性支氣管炎、慢性阻塞性肺炎與肺結核合併為「胸腔內科疾病」；胃腸功能障礙、消化性潰瘍、慢性肝炎與肝硬化合併為「胃腸肝膽疾病」；甲狀腺疾病、高血脂、停經症候群、婦科疾病、性功能障礙與糖尿病合併為「內分泌系統疾病」；過敏性疾病、痛風與關節炎合併為「免疫風濕疾病」。其餘合併項目詳見操作型定義。

本研究以描述性分析、變異數分析、雙變項分析、羅吉斯迴歸分析，探討服藥行為與傾向因子、能力因子、需求因子、就醫習慣以及用藥認知之相關性。

## 一、 描述性分析

以個數及百分比描述研究樣本之個人基本資料、過去一年就醫習慣、過去一年罹患慢性病情況、服藥習慣、服用保健品習慣、藥物資訊來源及對藥物之認知等變項基本資料，與服藥行為之關係。

## 二、 雙變項分析

以卡方檢定針對二項或多項類別變項之自變項，分析樣本之傾向因子、能力因子、需求因子、就醫習慣以及用藥認知，對藥物使用之行為是否有顯著差異。

## 三、 羅吉斯迴歸分析 (Logistic regression)

藉羅吉斯迴歸模式，在控制其它變項之情況下，投入經卡方檢定具有統計顯著水準之自變項。本研究將受訪者區分為：「只服用西藥」、「只服用中藥」與「中西藥都服用」三類，故使用 Polytomous logistic regression 以中西藥都服用為參考組，模型一為中西藥都服用與只服用西藥、模型二為中西藥都服用與只服用中藥，分別進行羅吉斯迴歸分析。

## 第四節 變項名稱與操作型定義

表 3-1、研究變項名稱與定義

變項名稱	變項操作型定義	變項種類
<b>個人基本資料</b>		
性別	男、女。	類別
年齡	病患實際年齡。	連續
教育程度	小學以下、國中、高中、大專以上等四項。	類別
婚姻狀況	未婚、已婚。	類別
職業類別	無、軍公教、工、商、農、其他等六項。	類別
宗教信仰	無、東方宗教、西方宗教、其他等四項。	類別
個人收入	無、五萬(含)以下、五萬以上等三項。	序位
每月保健品之花費	不願意花錢、少於一千(含)、一千至五千(含)、五千元以上等四項。	序位
健保卡使用狀況	沒有健保、A-B 卡、C-D 卡、E 卡以上共四項。	類別
<b>過去一年之就醫習慣</b>		
選擇就醫考慮因素	醫院規模、距離遠近、醫師名氣、醫師態度、醫院的服務品質、其他等六項。	類別
選擇中西醫學之原因	習慣問題、比較科學、醫師熟識、藥效快慢、有無副作用、個人喜好、看診方便、體質適當、其他等九項。	類別
更換醫師	曾因同一種疾病看不到而更換醫師：是、否 更換醫師之時間間隔：一天內、三天內、一週左右、兩週、一個月以上、其他等六項。	類別
<b>過去一年是否被診斷為慢性病</b>		
是否罹患慢性病	過去一年是否經醫師診斷為慢性病：是、否 被診斷之慢性病類別：心臟血管疾病、失眠、胸腔疾病、胃腸肝膽疾病、慢性腎臟炎、內分泌疾病、免疫性疾病、惡性腫瘤與其他等九項。	類別

表 3-1、研究變項名稱與定義（續）

變項名稱	變項操作型定義	變項種類
<b>用藥認知</b>		
服藥依從性	醫師開立藥品服用方式為：依醫囑指示服用、依自己病情加減、常常忘記但想到時會吃、不舒服才吃等四項。	類別
服藥搭配飲料	服藥品搭配之飲料：白開水、茶、其他等三項。	類別
對藥物作用之認知	自覺對藥物療效、副作用知道的程度：由不知道(1)至知道(5)分為五個等級	等距
對中、西藥物併用之認知	認為中、西藥物併用對療效、副作用是否有影響，分為不知道、無影響、有影響三類。有影響又分為會增加、會減少二類。	類別
<b>藥物資訊來源</b>		
有用藥疑慮時請教之人員	醫師、藥師、護理人員、其他人員、不知道等五項。	類別
藥物資訊來源	藥物療效、副作用之資訊來源：醫學專業、保健常識、媒體廣告、其它等四項	類別
<b>服用保健品之習慣</b>		
服保健品習慣	有、無	類別
西式保健品	有服用下列西式保健品之習慣：銀杏、大蒜精	類別
中式保健品	有服用下列中式保健品之習慣：四物湯、十全大補、補中益氣湯、人參	類別
用藥行為	只服用中藥、只服用西藥、中西藥都服用	類別

## 第四章 研究結果

### 第一節 描述性統計分析

本研究將描述性統計之各變項人數與百分比，與雙變項分析結果併列於表 4-1 至表 4-6，以方便閱覽。

#### 一、受訪者基本特性之統計分析

有效樣本共 1,994 份，由表 4-1 可知受訪之女性較多，共 1,143 位佔總受訪者之 57.5%；男性 845 位，佔 42.5%。年齡分佈以四十一至六十四歲佔最多數共 873 人(佔 44.5%)；其次為十八歲至四十歲。就教育程度而言大專、研究所以上最多共 675 人，佔 34.2%；其次為高中畢業 581 人，佔 29.5%。婚姻狀況已婚者共 1,572 人，佔 79.9%；未婚者為 396 人，佔 20.1%。職業分佈以無工作之 719 人為最多，佔 37.0%。

宗教信仰方面，信仰佛教、道教、一貫道等東方宗教者最多共 1,128 人，佔 58.6%，其次為無宗教信仰者為 641 人(33.3%)。個人收入以月收入五萬元(含)以下最多共 756 人，佔 44.2%；其次是無收入之 731 人(42.7%)。至於每個月願意花費在保健品的費用，有接近四成五的民眾(809 人)表示不願花錢購買者保健品；願意花一千元以下購買保健品有 555 人(30.7%)。問卷訪談時間為九十一年七月中旬，當時受訪者之健保卡使用情況為：使用「C-D 卡」最

多共 778 人, 佔 39.7%; 其次是使用「A-B 卡」共 708 人, 佔 36.1%; 無健保卡者共 7 人, 佔 0.4%。

## 二、過去一年之就醫習慣

過去一年就醫考慮的因素為複選題, 其結果如表 4-2 所示: 將「醫院服務品質」列入考慮者最多共 814 位, 佔 40.8%; 考慮「距離遠近」者居次共 802 位, 佔 40.2%; 考慮「醫師名氣」者共 718 位, 佔 36.0%。就醫時選擇中醫或西醫之原因, 以選擇「藥效快慢」者最多共 703 位(35.3%); 其次是「習慣問題」共 564 位(28.3%); 第三為「體質適合」者共 369 人(18.5%)。當問及是否曾因「同一種疾病看不到而更換醫師」經驗時, 有 1,212 位(60.8%)受訪者表示曾有此經驗, 更換醫師間隔時間以「一個月以上」之 329 人(27.5%)為最多; 其次是「一週左右」共 304 人(25.4%)。

## 三、用藥基本認知

問卷以服藥的依從性以及吞服藥品時搭配的飲料來測試受訪者用藥的基本認知, 由表 4-3 發現有 85.7% 民眾表示「依照醫師指示」服用藥品; 以「白開水」吞服藥品的受訪者也高達 98.7%, 顯示本研究受訪者幾乎都能正確服藥。當問及中西藥併用對療效是否有影響時, 有 761 位表示「不知道」是否有影響, 恰巧亦有 761 位表示

會「有影響」；認為有影響中 43.3%認為療效「會增加」，56.7%認為療效「會減少」。關於中西藥併用對副作用影響，表示會有影響者較多佔 42.8%；不知道是否有影響者較少有 39.9%；其中認為會增加副作用者共 390 位，認為會減少副作用者共 86 位。此結果顯示民眾對藥物併用之看法，比較傾向於會增加副作用而對療效影響之意見分歧。

#### 四、藥物資訊來源

受訪者有關藥物資訊來源之結果如表 4-4 所示：當受訪者懷疑藥物發生副作用時，有 1,602 位會「請教醫師」為最多，佔 80.3%；其次有 534 位(26.8%)「請教藥師」。當遇有藥物併用問題時，有 1,377 位「會」請教醫師，佔 82.7%；有 337 位受訪者「不會」針對此問題請教別人，佔總受訪者之 16.9%。至於受訪者藥效與副作用相關資訊來源，都以「醫療專業」為主。

#### 五、過去一年曾被醫師診斷為慢性病

由表 4-5 可知過去一年共有 1,269 位受訪者被醫師診斷有慢性病，佔總受訪人數之 63.6%。依受訪者罹患之慢性病之種類分析：「胃腸肝膽疾病」居第一共有 433 位，佔罹患慢性病受訪人數之 34.0%；「心臟血管疾病」居次共有 402 位(31.5%)；「內分泌疾病」

第三共有 344 位(27.0%)。

## 六、 過去三年服用保健品的習慣或經驗

表 4-6 顯示有 1,125 位受訪者於過去三年有服用保健品的習慣，佔總受訪者之 56.4%。保健品其來源分為「西式」和「中式」兩類，問卷列舉西式保健品如維他命、銀杏、大蒜精等；中式保健品如四物湯、十全大補湯、補中益氣湯或人蔘等。請受訪者依實際服用情況可重複選擇西式或中式保健品。服用西式保健品者較多，共 956 位佔服用保健品受訪者的 84.9%；服用中式保健品共 664 位，佔服用保健品之受訪者的 59.2%。

## 第二節 雙變項分析

### 一、受訪者基本特性之統計分析

由表 4-1 可知受訪者中，中西藥都服用者最多共 1,450 人，佔總受訪人數之 72.7%；只服用西藥之受訪者居次共 423 人，佔總受訪人數之 21.2%；只服用中藥之受訪者最少共 121 人，佔總受訪人數之 6.1%；三類受訪者基本資料在性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、職業類別、個人月收入、每月購買保健品之花費、健保卡使用狀況等變項，都達統計顯著水準( $P < 0.05$ )。茲將達統計顯著水準之變項分述於下：

在性別方面，只服用中藥之女性比例最高共 73 人，佔只服用中藥總人數之 60.3%；中西藥都服用的女性共 853 人，佔使用中西藥總人數之 59.0%；只服用西藥的女性共 217 人，佔只服用西藥之 51.4%。在年齡方面，受訪者之年齡以四十一歲至六十四歲為最多，此年齡層只服用中藥者共 62 人，佔只服用中藥之 52.1%；中西藥都服用者共 636 人(44.6%)；只服用西藥者為 175 人(41.8%)，性別、年齡變項在用藥行為上都具有統計學顯著意義( $P < 0.05$ )。

教育程度方面，中西藥都服用以大專以上為最多共 532 位，佔 37.1%；高中畢業居次共 451 位(31.4%)。只服用中藥亦以大專以上為最多共 40 位，佔 33.6%；高中畢業居次共 28 位(23.5%)。但只服

用西藥卻以小學以下為最多共 158 位，佔只服用西藥總人數之 37.9%；其次才是大專以上共 103 位(24.7%)。婚姻狀況以已婚者較多，已婚且只服用西藥者共 360 人；佔只服用西藥之 86.5%；只服用中藥者共 99 人(82.5%)；中西藥都服用者共 1,113 人(77.7%)。職業方面三類受訪者皆以無職業者為最多，只服用西藥者為 190 人；佔只服用西藥之 46.6%，只服用中藥者居次共 49 人(41.2%)；中西藥都服用者最少共 480 人(33.9%)，教育程度、婚姻狀態與職業類別在用藥行為上都有統計學顯著意義( $P < 0.05$ )。

受訪者個人月收入方面：只服用西藥和只服用中藥皆以無收入之受訪者最多，只服用西藥且無收入者共 180 人；佔只服用西藥之 50.0%，只服用中藥者且無收入者共 48 人，佔只服用中藥者之 48.5%；中西藥都服用以月收入五萬以下為最多共 589 人，佔中西藥都服用者之 47.0%。每個月購買保健品費用方面，三組都以選擇不願花錢購買為最多。

健保卡使用狀況因訪談時間在七月中旬，因此各組都以使用 C-D 卡為最多，只服用西藥組共 163 人，佔只服用西藥之 39.8%；只服用中藥者共 61 人，佔只服用中藥者之 50.8%；中西藥都服用共 554 人，佔中西藥都服用者之 38.7%，健保卡使用狀況於用藥行為上具有統計學顯著意義( $P < 0.05$ )。

## 二、 過去一年的就醫習慣

選擇就醫時考慮之因素為複選(表 4-2), 三類受訪者選擇前三項之變項分別為：只服用西藥者考慮「距離遠近」者最多共 148 位, 佔 35.0%；其次是「醫院規模」者為 140 位(33.1%)；第三為「醫院服務品質」。只服用中藥者考慮「醫師名氣」者最多共 45 人, 佔 37.2%；其次是「醫院服務品質」者共 38 位, 佔 31.4%；第三為「距離遠近」。中西藥都服用者第一考慮「醫院服務品質」共 645 位, 佔 44.5%；其次「就醫距離」共 621 位(42.8%)；第三考慮因素為「醫師態度」, 三類受訪者共同考慮因素為「醫院服務品質」與「就醫距離」。

選擇就診中醫或西醫之因素亦為複選,「習慣問題」是三類使用者共同考慮因素：最重視此因素者為只服用西藥者共 162 人, 佔 38.3%；其次是中西藥都服用共 373 人(25.7%)；只服用中藥者有 29 人(24.0%)。只服用西藥者考慮「藥效快慢」之因素者共 157 人, 佔 37.1%；覺得西藥比較科學者共 92 人(21.7%)。只服用中藥與中西藥都服用者選擇的因素較為接近, 只服用中藥者選擇最多的因素為藥品「有無副作用」共 37 人, 佔 30.6%；其次是由於「體質適合」者共 30 人(24.8%)。中西藥都服用者選擇最多的是「藥效快慢」共 522 人(36.0%)；「體質適合」者共 300 人(20.7%)。

表示曾有因「同一種疾病看不到而更換醫師」之受訪者，有此經驗最多的是中西藥都服用者共 951 位，佔 65.6%；其次只服用中藥有 62 位(51.2%)有此經驗；只服用西藥者有 199 位(47.0%)曾更換醫師，此變項對用藥行為達統計顯著水準，至於更換醫師之間隔時間皆未達統計顯著水準。

### 三、 用藥基本認知

服藥依從性方面(表 4-3)，三類受訪者幾無差異，都有 85%表示「遵從醫師指示」服用藥品。吞服藥品搭配之飲料雖為複選，但三組都有 98%以上受訪者表示以「白開水搭配藥品」服用，選擇「茶」或「其他飲料」者約在 5%左右。服藥依從性與吞服藥品搭配之飲料皆未達統計顯著水準。

關於中西藥物併用對藥品療效之影響，三組認為「有影響」之比例差異不大：中西藥都服用有 567 位，佔 39.1%；只服用中藥有 46 位(38.0%)；只服用西藥者有 148 位(35.0%)。三組選擇最多的分別是：只服用西藥者以「不知道」最多共 211 位，佔 50.0%。只服用中藥和中西藥都用者認為「有影響」最多。只服用中藥者有 17 位認為會「增加療效」，佔 60.7%；只服用西藥和中西藥都用者則認為會「減少療效」，且二組差異不大，約在 57%左右。中西藥物併用對藥品療效之影響，具有統計顯著水準。

認為中西藥物併用對副作用「有影響」者，以中西藥都服用之 642 位為最多，佔 44.3%；其次只服用中藥有 50 位，佔 41.3%；只服用西藥者認為影響副作用者共 160 位，佔 37.9%。認為「會增加」副作用以只服用西藥之 83 位為最多，佔只服用西藥且認為有影響之 92.2%；其次是中西藥都服用之 288 位，佔中西藥都服用且認為有影響 80.0%；只服用中藥亦有 19 位認為會增加副作用，佔 73.1%。中西藥物併用對副作用之影響具有統計顯著水準。

#### 四、 藥物資訊來源

當懷疑藥物可能發生副作用時，三類受訪者首先會「請教醫師」大約都有 80%左右，請教醫師差異未達統計顯著水準。三類受訪者第二會「請教藥師」：中西藥都服用者有 442 位，佔 30.5%；只服用西藥有 81 位，佔 19.2%；只服用中藥有 11 位，佔 9.1%；三類受訪者之差異具統計顯著水準。當遇有藥物併用問題時，中西藥都服用者有 1,232 位「會請教」專業人員，佔 85.0%；只服用中藥或只服用西藥大約都有 78%會請教，此差異具統計顯著水準(表 4-4)。

至於藥效與副作用資訊來源為複選，藥效資訊由「醫療專業」提供，三類受訪者都在六成左右，其差異不具統計顯著水準。藥效資訊來自非醫學專業之「保健常識」與「媒體廣告」，只服用西藥者約有 28.3%接受這兩種資訊；只服用中藥者約有 42.6%，中西藥

都服用者約有 46.5% 接受非醫療專業提供之藥效資訊。保健常識與媒體廣告之差異都具統計顯著水準。副作用資訊來源三類受訪者亦以「醫療專業」提供之資訊為最多，中西藥都用者共 868 位，佔 59.9%；只服用西藥共 218 位，佔 51.5%；只服用中藥共 52 位，佔 43.0%，三組資訊來自醫療專業之差異具有統計顯著水準。選擇保健常識與媒體廣告都以中西藥都用者為最多；只服用中藥者居次；只服用西藥者此種非醫療專業之資訊來源最少。副作用資訊來源之變項差異都具統計顯著水準。

## 五、過去一年曾被醫師診斷為慢性病之情況

由表 4-5 可知過去一年被醫師診斷為慢性病共 1,269 位，其中罹患心臟病、高血壓等「心臟血管疾病」之受訪者，只服用西藥共 138 位，佔只服用西藥又有慢性病受訪者 49.8%；中西藥都服用有 250 位，佔 26.9%；只服用中藥者最少共 14 位，佔 20.3%。罹患「胃腸肝膽疾病」且只服用中藥之比例最高共 32 位，佔只服用中藥且有慢性疾病受訪者之 46.4%；中西藥都服用共 341 位，佔 36.7%；只服用西藥共 60 為最少，佔 21.7%。

糖尿病、甲狀腺等內分泌疾病只服用西藥者最多共 87 位，佔只服用西藥且有慢性病受訪者的 31.4%；中西藥都服用共 240 位，佔 25.8%；只服用中藥最少共 17 位，佔 24.6%。罹患惡性腫瘤之受訪

者，中西藥都服用者最多共 48 位，佔 5.2%；只服用西藥共 6 位，佔 2.2%；只服用中藥共 1 位，佔 1.5%。三類受訪者罹患胃腸肝膽疾病、心臟血管疾病與惡性腫瘤等慢性病之差異具統計顯著水準；內分泌疾病不具統計顯著水準。

## 六、過去三年服用保健品的習慣或經驗

由表 4-6 可知只服用中藥與中西藥都服用者，約 59.1% 有服用保健品之習慣；只服用西藥且有服用保健品習慣者為 45.4%，此差異具統計顯著水準。服用中式保健品以只服用中藥之 47 位為最多，佔只服用中藥受訪者之 67.1%；中西藥都服用者共 528 位(61.2%)；只服用西藥者共 89 位(46.8%)，此差異具統計顯著水準。將四物湯、十全大補湯、補中益氣湯或人蔘等中藥湯劑或藥材當作保健品服用，三類受訪者之差異並無統計學上顯著。

## 七、變異數分析

三類受訪者平均年齡如表 4-7 所示：只服用西藥之受訪者年齡最大，平均 53.74 歲；只服用中藥之受訪者年齡居次，平均 49.78 歲；中西藥都服用之年齡最輕，平均 45.21 歲。中西藥都服用者之平均年齡比只服用西藥之平均年齡少 8.53 歲。三類受訪者平均年齡之差異達統計顯著水準，且事後檢定結果亦顯示中西藥都服用者，

比只服用西藥或只服用中藥者年輕。

藥品療效、副作用瞭解程度分為一至五分，將「不知道」設為一分，「知道」設為五分，請受訪者依其瞭解程度圈選。由表 4-7 可知只服用西藥者對藥品療效知道程度最高，其平均數為 3.15，標準差為 1.69；中西藥都服用者居次，平均數為 2.88，標準差為 1.55；只服用中藥之平均數最低為 2.84，標準差為 1.63，且經事後檢定發現只服用西藥之受訪者對藥物療效之瞭解程度，比中西藥都服用者瞭解多，其差異具統計顯著水準 ( $p < 0.05$ )。對藥品副作用知道程度，三類受訪者差異未達統計顯著水準。

### 第三節 羅吉斯迴歸分析

由於本研究將受訪者分為只服用中藥、只服用西藥與中西藥都服用三大類，故使用 Polytomous Logistic Regression。迴歸模式之建立原則，係以中西藥都服用為參考組，設定模型一為西藥與中西藥都服用，模型二為中藥與中西藥都服用，將雙變項分析中具有統計顯著水準意義的依變項放進模型。

根據描述性分析結果顯示，受訪者人口特徵(性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、職業類別)；過去一年就醫習慣(就醫考慮因素、選擇就診中醫或西醫之因素、同一種疾病是否更換醫師)；用藥基本認知(中西藥併用對療效與副作用之影響、藥物資訊來源)；個人月收入、每月購買保健品費用、有沒有服用保健品習慣以及健保卡使用狀況與藥物服用行為有關。本節以羅吉斯迴歸分析(Logistic Regression)將前述特質設為自變項，只服用中藥、只服用西藥或中西藥都服用為依變項，觀察不同自變項對藥物服用行為之影響。

#### 一、影響民眾只服用西藥或中西藥都服用之因素

表 4-8 顯示個人基本特質，年齡方面在控制其他變項後，年齡每增加一歲「只服用西藥」的機率增加 1.02 倍，表示年紀愈大只服用西藥之機率愈大，此差異達統計顯著水準( $p < 0.05$ )；而性別、教

育程度、健保卡使用情況、個人月收入等變項並未達統計顯著水準。就醫時會考慮「習慣問題」者，比未考慮習慣問題者「只服用西藥」機率大，預期勝算比為 2.03；考慮「藥品有無副作用」者，比未考慮副作用者只服用西藥機率小，預期勝算比為 0.42；考慮「體質適當」與否者，只服用西藥機率比未將體質納入考慮者小，預期勝算比為 0.33，以上三項因素皆具統計顯著水準( $p < 0.05$ )。

藥品效用資訊來源在控制其他變項後，將「保健常識」列為資訊來源者，比未將「保健常識」列為資訊來源者，只服用西藥的機率低，預期勝算比為 0.58，達統計顯著水準( $p < 0.05$ )。對藥品效用瞭解程度，在控制其他變項後，對藥效瞭解程度較高之民眾，比對藥效瞭解程度較低之民眾，傾向於只服用西藥，預期勝算比為 1.19，達統計顯著水準( $p < 0.05$ )。

過去一年被醫師診斷罹患心臟血管疾病者，比無心臟血管疾病者，只服用西藥之機率高，預期勝算比為 1.71，達統計學上顯著水準。罹患內分泌疾病比無內分泌疾病者，只服西藥之機率高，預期勝算比為 1.60，達統計學上顯著水準。至於服用保健品習慣，不論服用西式或中式保健品，只要有服用保健品習慣，都比無服用保健品習慣者，只服用西藥的機率低，服西式保健品之預期勝算比為 0.65；服中式保健品之預期勝算比為 0.62，且都達統計顯著水準。

## 二、 影響民眾只服用中藥或中西藥都服用之因素

個人基本特質對只服用中藥或中西藥都服用行為之影響，僅健保卡使用達統計上顯著水準。健保卡使用在「E卡以上」比未用到E卡者，只服用中藥之機率低，預期勝算比為 0.31，其差異達統計顯著水準。其他自變項如性別、年齡、婚姻狀況、職業類別、教育程度、個人月收入等，對只服用中藥或中西藥都服用之行為，都不具有統計學上顯著水準。

就診時考慮因素，在控制其他變項後，會考慮藥品「有無副作用」比不考慮「有無副作用」者，只服用中藥之機率較大，預期勝算比為 2.51，具統計顯著水準( $p < 0.05$ )。其他考慮因素如習慣問題、比較科學、藥效快慢、個人喜好、體質問題，差異皆未達統計顯著水準。當問及中西藥併用會不會影響副作用，認為「不知道」比認為「會」影響副作用之受訪者，只服用中藥之機率較大，預期勝算比為 2.91，具統計學上顯著差異( $p < 0.05$ )。

藥品副作用資訊來源只有「保健常識」具統計顯著水準( $p < 0.05$ )，藥品副作用資訊來源為「保健常識」之民眾，只服用中藥機率小，預期勝算比為 0.40。有藥物併用疑慮會請教專業人員者，比不會請教只服用中藥的機率較低，預期勝算比亦為 0.40，達統計顯著水準( $p < 0.05$ )。有關藥物副作用瞭解程度，在控制其他變項後，

對副作用瞭解程度愈高之民眾，比對副作用瞭解程度低之民眾，傾向於只服用中藥，預期勝算比為 1.33，達統計顯著水準。

表 4-1、受訪者基本資料分布表

	只服西藥		只服中藥		中西藥都服		總人數		$\chi^2$ 檢定值
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>總人數</b>	<b>423</b>	<b>21.2</b>	<b>121</b>	<b>6.1</b>	<b>1450</b>	<b>72.7</b>	<b>1994</b>	<b>100.0</b>	
<b>性別</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>	<b>1445</b>	<b>100.0</b>	<b>1988</b>	<b>100.0</b>	8.16
男	205	48.6	48	39.7	592	41.0	845	42.5	
女	217	51.4	73	60.3	853	59.0	1143	57.5	
<b>年齡</b>	<b>419</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>1425</b>	<b>100.0</b>	<b>1963</b>	<b>100.0</b>	95.68
18 至 40 歲	104	24.8	33	27.7	590	41.4	727	37.0	
41 至 64 歲	175	41.8	62	52.1	636	44.6	873	44.5	
65 歲以上	140	33.4	24	20.2	199	14.0	363	18.5	
<b>教育程度</b>	<b>417</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>1436</b>	<b>100.0</b>	<b>1972</b>	<b>100.0</b>	75.51
小學以下	158	37.9	25	21.0	283	19.7	466	23.6	
國中	54	12.9	26	21.9	170	11.8	250	12.7	
高中	102	24.5	28	23.5	451	31.4	581	29.5	
大專以上	103	24.7	40	33.6	532	37.1	675	34.2	
<b>婚姻狀況</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>1432</b>	<b>100.0</b>	<b>1968</b>	<b>100.0</b>	16.13
未婚	56	13.5	21	17.5	319	22.3	396	20.1	
已婚	360	86.5	99	82.5	1113	77.7	1572	79.9	
<b>職業類別</b>	<b>408</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>1417</b>	<b>100.0</b>	<b>1944</b>	<b>100.0</b>	41.02 <sup>a</sup>
無	190	46.6	49	41.2	480	33.9	719	37.0	
軍公教	27	6.6	15	12.5	145	10.2	187	9.6	
工	34	8.3	12	10.1	135	9.5	181	9.3	
商	72	17.7	19	16.0	254	17.9	345	17.8	
農	20	4.9	4	3.4	38	2.7	62	3.2	
其他	65	15.9	20	16.8	365	25.8	450	23.1	

註： 表示  $p < 0.05$

表示  $p < 0.01$

a 表示 Fisher's exact test

表 4-1、受訪者基本資料分布表(續)

	只服西藥		只服中藥		中西藥都用		總人數		$\chi^2$ 檢定值
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>宗教信仰</b>	<b>409</b>	<b>100.0</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>	<b>1398</b>	<b>100.0</b>	<b>1925</b>	<b>100.0</b>	5.25 a
無	137	33.5	35	29.7	469	33.5	641	33.3	
東方宗教	244	59.7	75	63.6	809	57.9	1128	58.6	
西方宗教	25	6.1	6	5.1	89	6.4	120	6.2	
其他	3	0.7	2	1.6	31	2.2	36	1.9	
<b>個人月收入</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>	<b>99</b>	<b>100.0</b>	<b>1253</b>	<b>100.0</b>	<b>1712</b>	<b>100.0</b>	17.31
無	180	50.0	48	48.5	503	40.1	731	42.7	
五萬(含)以下	127	35.3	40	40.4	589	47.0	756	44.2	
五萬以上	53	14.7	11	11.1	161	12.9	225	13.1	
<b>買保健品花費</b>	<b>388</b>	<b>100.0</b>	<b>106</b>	<b>100.0</b>	<b>1316</b>	<b>100.0</b>	<b>1810</b>	<b>100.0</b>	48.93 a
不願花錢買	228	58.8	53	50.0	528	40.1	809	44.7	
一千元(含)以下	80	20.6	29	27.4	446	33.9	555	30.7	
一千至五千(含)	64	16.5	22	20.7	301	22.9	387	21.4	
五千元以上	16	4.1	2	1.9	41	3.1	59	3.3	
<b>健保卡使用狀況</b>	<b>410</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>1431</b>	<b>100.0</b>	<b>1961</b>	<b>100.0</b>	15.54 a
無健保	1	0.2	1	0.8	5	0.4	7	0.4	
A-B 卡	145	35.4	41	34.2	522	36.4	708	36.0	
C-D 卡	163	39.8	61	50.8	554	38.7	778	39.7	
E 卡以上	101	24.6	17	14.2	350	24.5	468	23.9	

註： 表示  $p < 0.05$

表示  $p < 0.01$

a 表示 Fisher's exact test

表 4-2、過去一年之就醫習慣

	只服西藥		只服中藥		中西藥都用		總人數		$\chi^2$ 檢定值
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>就醫考慮因素(複選)</b>									
醫院規模	140	33.1	31	25.6	526	36.3	697	35.0	6.39
距離遠近	148	35.0	33	27.3	621	42.8	802	40.2	17.35
醫師名氣	130	30.7	45	37.2	543	37.5	718	36.0	6.49
醫師態度	107	25.3	24	19.8	548	37.8	679	34.1	34.37
醫院服務品質	131	31.0	38	31.4	645	44.5	814	40.8	29.48
其他	84	19.9	23	19.0	209	14.4	316	15.9	8.21
<b>選擇中西醫之因素(複選)</b>									
習慣問題	162	38.3	29	24.0	373	25.7	564	28.3	26.70
比較科學	92	21.7	8	6.6	205	14.1	305	15.3	22.14
熟識醫師	38	9.0	10	8.3	168	11.6	216	10.8	3.18
藥效快慢	157	37.1	24	19.8	522	36.0	703	35.3	13.60
有無副作用	22	5.2	37	30.6	283	19.5	342	17.2	63.58
個人喜好	31	7.3	23	19.0	144	9.9	198	9.9	14.35
看診方便	59	13.9	7	5.8	179	12.3	245	12.3	5.83
體質適合	39	9.2	30	24.8	300	20.7	369	18.5	31.94
其他	53	12.5	20	16.5	267	18.4	340	17.1	8.04
<b>同疾病換醫師</b>	<b>423</b>	<b>100.0</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>	<b>1450</b>	<b>100.0</b>	<b>1994</b>	<b>100.0</b>	<b>52.15</b>
無	224	53.0	59	48.8	499	34.4	782	39.2	
有	199	47.0	62	51.2	951	65.6	1212	60.8	
<b>更換醫師間隔時間</b>	<b>196</b>	<b>100.0</b>	<b>61</b>	<b>100.0</b>	<b>938</b>	<b>100.0</b>	<b>1195</b>	<b>100.0</b>	<b>8.96 a</b>
一天內	4	2.0	0	0.0	26	2.8	30	2.5	
三天內	26	13.3	5	8.2	88	9.4	119	10.0	
一週左右	49	25.0	13	21.3	242	25.8	304	25.4	
兩週	35	17.9	13	21.3	185	19.7	233	19.5	
一個月以上	47	24.0	18	29.5	264	28.1	329	27.5	
其他	35	17.8	12	19.7	133	14.1	180	15.1	

註： 表示  $p < 0.05$

表示  $p < 0.01$

a 表示 Fisher's exact test

表 4-3、用藥基本認知

	只服西藥		只服中藥		中西藥都用		總人數		$\chi^2$ 檢定值
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>服藥依從性</b>	<b>418</b>	<b>100.0</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>	<b>1440</b>	<b>100.0</b>	<b>1977</b>	<b>100.0</b>	5.55 a
依醫囑指示服用	358	85.6	101	84.9	1236	85.8	1695	85.7	
依自己病情加減	29	6.9	12	10.1	116	8.1	157	7.9	
常忘記想到才服	21	5.1	5	4.2	72	5.0	98	5.0	
不舒服才吃	10	2.4	1	0.8	16	1.1	27	1.4	
<b>服藥搭配飲料(複選)</b>									
白開水	414	98.1	120	99.2	1434	98.9	1968	98.8	1.85
茶	18	4.3	1	0.8	33	2.3	52	2.6	6.66 a
其他	14	3.3	2	1.7	44	3.0	60	3.0	0.90 a
<b>中西藥併用對療效之影響</b>	<b>423</b>	<b>100.0</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>	<b>1450</b>	<b>100.0</b>	<b>1994</b>	<b>100.0</b>	
不知道	211	50.0	41	33.9	509	35.1	761	38.2	37.6
無影響	64	15.0	34	28.1	374	25.8	472	23.6	
有影響	148	35.0	46	38.0	567	39.1	761	38.2	
1.會增加	28	42.4	17	60.7	133	42.0	178	43.3	3.71
2.會減少	38	57.6	11	39.3	184	58.0	233	56.7	
<b>中西藥併用對副作用之影響</b>	<b>422</b>	<b>100.0</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>	<b>1450</b>	<b>100.0</b>	<b>1994</b>	<b>100.0</b>	
不知道	208	49.3	40	33.1	547	37.7	795	39.9	25.78
無影響	54	12.8	31	25.6	261	18.0	346	17.3	
有影響	160	37.9	50	41.3	642	44.3	852	42.8	
1.會增加	83	92.2	19	73.1	288	80.0	390	81.9	8.72
2.會減少	7	7.8	7	26.9	72	20.0	86	18.1	

註： 表示  $p < 0.05$

表示  $p < 0.01$

a 表示 Fisher's exact test

表 4-4、藥物資訊來源

	只服西藥		只服中藥		中西藥都用		總人數		$\chi^2$ 檢定值
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>請教藥品副作用(複選)</b>									
醫師	323	76.4	97	80.2	1182	81.5	1602	80.3	5.52
藥師	81	19.2	11	9.1	442	30.5	534	26.8	42.01
護理師	29	6.9	3	2.5	124	8.6	156	7.8	6.41 a
其他人員	12	2.8	5	4.1	55	3.8	72	3.6	0.96
不知道	43	10.2	11	9.1	89	6.1	143	7.2	8.69
<b>請教藥物併用問題</b>	<b>423</b>	<b>100.0</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>	<b>1450</b>	<b>100.0</b>	<b>1994</b>	<b>100.0</b>	13.20
不會請教	92	21.8	27	22.3	218	15.0	337	16.9	
會請教(複選)	331	78.2	94	77.7	1232	85.0	1657	83.1	
1.醫師	272	81.7	77	81.1	1028	83.1	1377	82.7	0.56
2.藥師	65	19.6	19	20.0	353	28.5	437	26.3	12.89
3.護理人員	18	5.4	2	2.1	75	6.1	95	5.7	2.63 a
4.其他人員	26	7.8	12	12.6	65	5.3	103	6.2	10.16
<b>藥效資訊來源(複選)</b>									
醫學專業	280	66.2	72	59.5	942	65.0	1294	64.9	1.86
保健常識	116	27.4	53	43.8	675	46.6	844	42.3	49.20
媒體廣告	124	29.3	49	40.5	673	46.4	846	42.4	39.40
其他	43	10.2	9	7.4	106	7.3	158	7.9	3.70
<b>副作用資訊來源(複選)</b>									
醫學專業	218	51.5	52	43.0	868	59.9	1138	57.1	19.71
保健常識	103	24.3	34	28.1	537	37.0	674	33.8	25.42
媒體廣告	115	27.2	38	31.4	519	35.8	672	33.7	11.16
其他	94	22.2	23	19.0	197	13.6	314	15.7	19.44

註： 表示  $p < 0.05$

表示  $p < 0.01$

a 表示 Fisher's exact test

表 4-5、過去一年罹患慢性病之情況

	只服西藥		只服中藥		中西藥都用		總人數		$\chi^2$ 檢定值
	N	%	N	%	N	%	N	%	
慢性病	<b>423</b>	<b>100.0</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>	<b>1450</b>	<b>100.0</b>	<b>1994</b>	<b>100.0</b>	2.49
無	150	35.5	52	43.0	523	36.1	725	36.4	
有	273	64.5	69	57.0	927	63.9	1269	63.6	
慢性病類別(複選)									
心臟血管疾病	138	49.8	14	20.3	250	26.9	402	31.5	56.14
失眠	17	6.1	2	2.9	73	7.9	92	7.2	2.97 a
胸腔疾病	15	5.4	5	7.2	82	8.8	102	8.0	3.43
胃腸肝膽疾病	60	21.7	32	46.4	341	36.7	433	34.0	26.55
慢性腎臟炎	9	3.2	3	4.3	39	4.2	51	4.0	0.52 a
內分泌疾病	87	31.4	17	24.6	240	25.8	344	27.0	3.57
免疫性疾病	28	9.7	7	10.1	150	15.2	185	14.5	7.92
惡性腫瘤	6	2.2	1	1.4	48	5.2	55	4.3	6.11 a
其他	47	11.1	8	6.6	148	10.2	203	15.9	1.19

註： 表示  $p < 0.05$

表示  $p < 0.01$

a 表示 Fisher's exact test



**表 4-8 羅吉斯迴歸分析 (Polytomous Logistic Regression)**

變項名稱	只服西藥/中西藥都服用			只服中藥/中西藥都服用		
	迴歸係數	標準誤	預期 勝算比	迴歸係數	標準誤	預期 勝算比
常數	-2.00	0.73		-1.20	1.22	
性別						
女性 <sup>a</sup>						
男性	0.22	0.20	1.24	-0.31	0.37	0.73
年齡	0.02	0.01	1.02	0.03	0.02	1.03
婚姻狀況						
未婚 <sup>a</sup>						
已婚	-0.22	0.33	0.80	-0.45	0.56	0.64
職業類別						
無 <sup>a</sup>						
軍公教	-0.24	0.42	0.78	0.82	0.63	2.28
工	0.10	0.41	1.11	0.22	0.74	1.24
商	0.21	0.35	1.24	-0.05	0.65	0.96
農	0.20	0.49	1.22	0.82	0.90	2.27
其它	-0.68	0.33	0.51	-1.65	0.82	0.19
教育程度						
小學(含)以下 <sup>a</sup>						
國中	0.09	0.28	1.10	0.52	0.52	1.69
高中	-0.46	0.28	0.63	0.47	0.50	1.60
大專(含)以上	-0.03	0.32	0.97	0.33	0.58	1.40
健保卡使用情況						
A-B <sup>a</sup>						
C-D 卡	-0.22	0.22	0.80	-0.01	0.36	0.99
E 卡(含)以上	-0.33	0.24	0.72	-1.17	0.50	0.31
個人月收入						
無收入 <sup>a</sup>						
五萬元以下	0.15	0.28	1.16	-0.22	0.55	0.80
五萬元以上	0.47	0.36	1.60	-0.27	0.73	0.76

註：a 為參考組      表示  $p < 0.05$       表示  $p < 0.01$

中西藥都服用 coding 為 0；只服用西藥 coding 為 1；只服用中藥 coding 為 2

表 4-8、羅吉斯迴歸分析 (續)

變項名稱	只服西藥/中西藥都服用			只服中藥/中西藥都服用		
	迴歸係數	標準誤	預期 勝算比	迴歸係數	標準誤	預期 勝算比
<b>選擇就診考慮因素</b>						
習慣問題						
無 <sup>a</sup>						
有	0.71	0.21	2.03	-0.37	0.42	0.69
比較科學						
無 <sup>a</sup>						
有	0.35	0.24	1.42	-1.24	0.77	0.29
藥效快慢						
無 <sup>a</sup>						
有	-0.02	0.21	0.98	-0.67	0.40	0.51
有無副作用						
無 <sup>a</sup>						
有	-0.86	0.36	0.42	0.92	0.37	2.51
個人喜好						
無 <sup>a</sup>						
有	-0.13	0.32	0.88	0.77	0.45	2.17
體質適當						
無 <sup>a</sup>						
有	-1.10	0.33	0.33	0.12	0.39	1.13
其它						
無 <sup>a</sup>						
會 <sup>a</sup>				-0.53	0.49	0.59
不會	-0.36	0.24				
不知道	-0.23	0.32				
<b>若疾病醫不好時會不會更換醫師</b>						
不會 <sup>a</sup>						
會	-0.31	0.19	0.73	-0.44	0.35	0.65
<b>認為中西藥併用會不會影響療效</b>						
會 <sup>a</sup>						
不會	0.46	0.26	1.58	-0.38	0.48	0.68
不知道	-0.10	0.30	0.91	-0.48	0.49	0.62
<b>認為中西藥併用會不會影響副作用</b>						
會 <sup>a</sup>						
不會	-0.36	0.24	0.70	-0.05	0.47	0.96
不知道	-0.23	0.32	0.79	1.07	0.51	2.91

註： a 為參考組      表示  $p < 0.05$       表示  $p < 0.01$

中西藥都服用 coding 為 0；只服用西藥 coding 為 1；只服用中藥 coding 為 2

表 4-8、羅吉斯迴歸分析(續)

變項名稱	只服西藥/中西藥都服用			只服中藥/中西藥都服用		
	迴歸係數	標準誤	預期勝算比	迴歸係數	標準誤	預期勝算比
<b>藥品效用資訊來源</b>						
保健常識						
無 <sup>a</sup>						
有	-0.54	0.21	0.58	0.42	0.34	1.52
媒體廣告						
無 <sup>a</sup>						
有	-0.39	0.23	0.68	-0.22	0.38	0.80
<b>藥品副作用資訊來源</b>						
醫學專業						
無 <sup>a</sup>						
有	-0.24	0.22	0.79	-0.76	0.40	0.47
保健常識						
無 <sup>a</sup>						
有	-0.16	0.26	0.86	-0.91	0.45	0.40
媒體廣告						
無 <sup>a</sup>						
有	0.01	0.24	1.01	-0.13	0.42	0.88
其它						
無 <sup>a</sup>						
有	0.32	0.28	1.38	0.04	0.50	1.04

註： a 為參考組      表示  $p < 0.05$       表示  $p < 0.01$

中西藥都服用 coding 為 0；只服用西藥 coding 為 1；只服用中藥 coding 為 2

表 4-8、羅吉斯迴歸分析 (續)

變項名稱	只服西藥/中西藥都服用			只服中藥/中西藥都服用		
	迴歸係數	標準誤	預期 勝算比	迴歸係數	標準誤	預期 勝算比
<b>有藥物併用問題會不會請教專業人員</b>						
不會 <sup>a</sup>						
會	0.16	0.24	1.18	-0.92	0.38	0.40
對藥物效用知道程度	0.17	0.06	1.19	-0.09	0.11	0.91
藥物副作用知道程度	0.05	0.07	1.05	0.29	0.13	1.33
<b>罹患之慢性病種類</b>						
心臟血管疾病						
無 <sup>a</sup>						
有	0.54	0.20	1.71	-0.21	0.41	0.81
胃腸肝膽疾病						
無 <sup>a</sup>						
有	-0.23	0.21	0.79	0.57	0.35	1.77
內分泌疾病						
無 <sup>a</sup>						
有	0.47	0.20	1.60	-0.34	0.38	0.71
<b>服用西式保健習慣</b>						
無 <sup>a</sup>						
有	-0.43	0.21	0.65	-0.49	0.37	0.61
<b>服用中式保健習慣</b>						
無 <sup>a</sup>						
有	-0.47	0.23	0.62	0.19	0.37	1.21

註： a 為參考組      表示  $p < 0.05$       表示  $p < 0.01$

中西藥都服用 coding 為 0；只服用西藥 coding 為 1；只服用中藥 coding 為 2

## 第五章 討論

本研究之有效樣本共 1,994 個，其中有 1,450 位受訪者中西藥都服用，佔總受訪人數之 72.7%。與國內就醫行為相關研究比較發現：1992 年林芸芸的研究樣本中「中西醫療併用」者佔 8.4%；1998 年康翠秀等研究樣本，有「中西醫療併用」行為者佔 29.1%。「中西藥物併用」者比「中西醫療併用」者多，可能因為部分民眾並未經由醫師診斷而自行服藥。

醫療行為容易辨別，就診中醫或就診西醫翻閱健保卡就一目了然，而服藥行為因為太簡單而不經意，受訪者被問及服藥習慣時，往往單純地反射只服用中藥或西藥；由於國人有「藥食同源」的觀念，中藥早已融入我們的飲食生活，因此我們設計「保健品服用習慣」，以檢測受試者服藥行為，是否真如他自己想像的單純。結果顯示：「只服用西藥」者有 89 位服用四物湯等中式補品，佔只服用西藥人數之 22.0%；「只服用中藥」者有 56 位服用維他命等西式保健品，佔只服用中藥人數之 46.3%，本研究為了忠實呈現此一現象，未將此 155 人加入中西藥併用之行列。

本研究有許多複選題，若每圈選一次算一人次，分別將三類受訪者圈選總次數除以該類受訪人數，得到每組平均圈選人次，結果顯示：複選題都是「中西藥都服用」者圈選人次最高。其中「就醫

考慮因素」中西藥都服用者平均圈選 2.15 次，其次是只服用西藥者平均圈選 1.75 次；「請教藥品副作用」中西藥都服用者平均圈選 1.30 次，其次是只服用西藥者平均圈選 1.15 次；「藥效資訊來源」中西藥都服用者平均圈選 1.65 次，其次是只服用中藥者平均圈選 1.51 次。顯示本研究樣本之「中西藥都服用」者考慮因素較多，接受資訊較多元。

由於專門研究民眾服用中、西藥物行為之文獻較少，國外文獻顯示替代醫學係附加於西方傳統醫學(Sommer et al., 1999)，且大部分使用替代醫學者亦會同時使用西方傳統醫學(Simile et al., 2002)，故假設國外文獻中服用「草藥製品」或「替代醫學藥品」，類似本研究「中西藥都服用」行為；未服用「草藥製品」或「替代醫學藥品」，類似本研究「只服用西藥」行為，以便粗略探討國外影響是否服用「替代醫學藥品」因素與本研究影響民眾只服用西藥或中西藥都服用因素之異同。

國外的研究結果顯示：澳洲使用替代醫學藥品者教育程度較高、有職業且收入較高 (MacLennan et al., 2002)；美國年長者若教育程度較高，傾向於使用替代醫學(Astin et.al., 2000)。國內之研究亦顯示中西醫併用組較只用西醫組之教育程度高(林芸芸, 1992)。但本研究基本資料中性別、教育程度、職業類別、個人月收入對於只服用

西藥或中西藥都服用之行為，雖在雙變項分析具有統計顯著水準，羅吉斯迴歸分析之差異未達統計顯著水準。

受訪者就醫時考慮「藥物副作用」是本研究唯一在模型一(只服用西藥與中西藥都服用)與模型二(只服用中藥與中西藥都服用)皆達統計顯著水準之自變項。康健壽等學者於 1994 年發表之研究結果顯示：受訪之中醫門診病患中有 78.7% 同意「西藥的副作用大，而中藥的藥性溫和，不會有副作用」。當只服用西藥與中西藥都服用二者比較時，「中西藥都服用」者較會考慮藥物副作用；當只服用中藥與中西藥都服用二者比較時，單純只服用中藥比混合西藥服用之「中西藥都服用」，更會考慮藥物副作用，顯示本研究受訪者之用藥行為，亦深受「中藥溫和沒有副作用」信念影響。

本研究顯示年齡愈輕愈傾向於中西藥都服用，此結果與美國對年長者之研究：年紀較輕傾向於使用替代醫學(Astin et.al., 2000) 結果一致。國內學者康翠秀(1998)之研究結果「年紀越輕，對中醫醫療的認知越高，且其行為意向越偏向中醫醫療」，但該研究受訪者只用中醫者佔 2.9%，中西醫合併佔 29.1%，顯示「行為意向偏向中醫醫療」比較傾向中西醫療合併，較不傾向單獨使用中醫，此結果與本研究年紀愈輕愈傾向中西藥都服用結果類似。

考慮「體質適當」者可能因為中醫將身體分為寒熱虛實，中藥藥性亦分溫涼熱寒配合之；而西藥除了劑量的調整，未將個人身體狀況納入用藥考量，例如發燒、疼痛以普拿疼治療幾乎都有療效，因此中西藥物都服用者與只服用西藥相較，考慮「體質適當」問題時會比較傾向中西藥物都服用。西藥藥袋依規定須列印藥品效用，因此只服用西藥者，對藥物療效知道程度較高，來自藥袋及醫療專業人員的資訊也許已能充分了解，故無需外求；而中西藥都服用者，也許因為中藥的資訊來源不足，或是自己或親友對於藥品已有見地，致使保健常識亦為其資訊來源之一。

有服用保健品習慣之受訪者，在模型一(西藥與中西藥)中，不論服用中式保健品或西式保健品，都傾向於中西藥都服用，可能中西藥都服用者，比較受到「吃中藥，有病可以治病，沒病可以補身」認知影響(康健壽等，1994)。而模型二(中藥與中西藥)由於只服用中藥與中西藥都服用者，對此觀念認知相似，致使「服用保健品習慣」行為模式差異未達統計顯著水準。

本研究之受訪者罹患心臟血管疾病或罹患糖尿病等內分泌疾病，較傾向只服用西藥，可能由於西藥的心臟血管藥物、降血糖藥物，對於心臟血管或糖尿病的預防與治療，都有立竿見影之效果，且血壓、血糖都可經由儀器或生化檢驗值證實其療效。瑞典對心臟

血管疾病患者服用草藥之研究，結果亦顯示有嚴重心血管疾病、糖尿病之病史與服用草藥並無顯著相關(Nilsson et al., 2001)，美國年長者之高血壓患者亦較少使用替代醫學(Astin et al., 2000)。

只服用中藥與中西藥都服用組，在雙變項分析具有統計顯著水準，且迴歸分析亦達顯著水準之自變項不多，顯示只服用中藥與中西藥都服用者，行為差異不大。傾向於中西藥都服用者，看診次數較多；也較相信自己或親友提供有關藥物副作用的資訊；當遇到可能發生藥物併用問題時，也比較會去請教專業或其他人員。

傾向於只服用中藥之受訪者，特別重視藥物的副作用，不但於選擇就診中醫或西醫時會將藥物「有無副作用」納入考量，且對副作用知道程度愈高者，愈傾向只服用中藥；即使「不知道」中西藥併用會不會影響副作用，但是還是選擇只服用中藥。此結果與康健壽等學者於 1994 年發表之研究結果：有 78.7% 同意「西藥的副作用大，而中藥的藥性溫和，不會有副作用」一致。

中西藥都服用者健保卡使用方面，使用 E 卡以上的受訪者比只服用中藥多，其差異達統計顯著水準，日本問卷調查結果顯示：23% 受訪者符合試醫行為(doctor-shopping)行為特質，使用替代醫學者佔 7.9%。多變項分析結果顯示試醫行為者之行為特質與使用替代醫學者在性別、年齡、居住地點、職業、教育程度或婚姻狀況並無顯著不同(Sato et al.,

1995), 本研究中西藥都服用者使用健保卡較多的原因, 是由於試醫行為抑或健康狀況較差尚須深入研究。

茲將本研究有關「中西藥物都服用」行為之傾向分析彙整如下：

**表 5-1、中西藥物都服用行為傾向分析表**

增加併用傾向	降低併用傾向
傾向因子	傾向因子
	年齡
需求因子	需求因子
健保資源使用多者	有心臟疾病
	有內分泌疾病
就醫習慣	就醫習慣
將體質列入考慮因素	將習慣問題列入考慮因素
將藥品副作用列入考慮因素	
用藥認知	用藥認知
具有諮詢習慣者	自覺對藥品副作用具認知程度
具有保健常識	自覺對藥效具認知程度
尋求專業評估	併用對藥品副作用影響無概念者
具有服用保健品習慣	

## 第六章 結論與建議

### 第一節 結論

世界上有三分之一的人尋求非西方傳統醫學(Reilly, 2001), 且因草藥製品標榜天然, 服用人口持續增加(Larkin, 1999), 中草藥的流行趨勢, 使「中西藥物交互作用」問題迫在眉睫。由於中西藥物交互作用之臨床研究仍在起步階段, 相關資訊不足, 本研究希望藉著對民眾中西藥都服用之行為分析, 了解民眾發生「中西藥物併用」行為特質, 提供評估用藥安全之參考。

研究結果顯示：傾向於中西藥併用之受訪者年齡較輕, 使用醫療資源較多, 就醫時會考慮本身的體質及藥物有無副作用, 決定就診西醫或中醫。對於藥物療效之資訊則傾向於多方諮詢, 不但本身具有保健常識, 且易於接受親友的用藥建議, 當遇有用藥問題時也會尋求專業或其他人員的評估。

比較「只服用西藥」與「中西藥都服用」二組, 發現民眾之年齡每增加一歲「只服用西藥」的機率增加 1.02 倍; 對藥物療效瞭解程度較高或罹患心臟血管、內分泌等慢性疾病之民眾, 較傾向於只服用西藥。「只服用中藥」者最重視「副作用」, 不但選擇就診時會將副作用納入考量, 且對副作用知道程度愈高之民眾, 愈傾向只服用中藥。

## 第二節 建議

本研究顯示約有七成民眾中西藥物都服用，且有將當歸、人蔘等中藥材或方劑當作保健品服用之習慣，由於常規服用中藥易導致中西藥物交互作用，因此建議加強宣導「藥即是毒」的觀念，勸導民眾除了醫師開立的處方，最好不要擅自服用保健或其他藥品，對於已常規服用之保健品，亦請告知醫師或藥師，以便評估是否已發生交互作用。

當醫療人員遇有疑似藥物不良反應之個案時，請主動詢問患者是否有中西藥併用情況，將可能發生交互作用之病例與相關資訊，彙集通報「中藥不良反應通報中心」。建議衛生主管機關鼓勵各醫療院所，積極通報中西藥物併用之交互作用與不良反應，並有系統地規劃臨床研究，建立本土之中西藥物交互作用資料庫，將臨床證實有交互作用之藥品資訊，藉由媒體、報章雜誌宣導，讓民眾提高警覺，避免不良反應再度發生，以確保國民健康。

### 第三節 研究限制

本研究之樣本醫院位於中部地區，因投保地區為台中市及台中縣之各項中醫門診利用情形，皆高於其他投保地區(翁瑞宏，民 89)，若由本調查推估全國中西醫併用情況，可能有所偏差；且個案醫院為中醫與西醫並重之醫學院附設醫院，除中醫門診外亦有中西醫合診，這也可能使本研究「中西藥都服用」之行為比例偏高，降低本研究之外推性。

國人「藥食同源」的觀念，使中藥融入國人的飲食習慣，每個國民多少都有服用中藥而不自覺，當問卷複選題較多、選項分類較細，易發生前後不一致情況，使本研究之分析困難。且每種疾病好發的季節不同，問卷調查時間為七月，取樣可能偏向夏季好發之疾病，而使得春季、秋季或冬季好發疾病取樣較少，無法平均抽取代表各類疾病樣本。

## 參考文獻

1. Adriane FB. Herb-drug interactions. *The Lancet*. 2000; 355: 134-138.
2. Allen R, Cushman LF, Morris S, Feldman J, Wade C, McMahon D, Moses M, Kronenberg F. Use of complementary and alternative medicine among Dominican emergency department patients. *American Journal of emergency medicine*. 2000; 18: 51-54.
3. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995; 36:1-10.
4. Ang-Lee MK, Moss J, Yuan CS. Herbal Medicines and Perioperative Care. *JAMA*. 2001; 286: 208-216.
5. Anon. *Herbal Therapy, Medicinal Plants, and Natural Products: An IPA Compilation*. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists, Inc., 1999.
6. Astin JA, Pelletier KR, Marie A, Haskell WL. Complementary and alternative medicine use among elderly persons: one-year analysis of a Blue Shield Medicare supplement. *Journals of gerontology*. 2000; 55: M4-9.
7. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *The Journal of the American Medical Association*. 1998; 20: 1548-1553.
8. *Drug Interaction Facts*. St. Louis, Missouri: Facts and Comparisons, A wolters Kluwer Company, 2002.
9. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. Trends in alternative medicine use in the United States 1990-1997. *JAMA*. 1998; 280: 1569-1575.
10. Ernst E. Herb-drug interactions potentially important but woefully under-researched. *Journal of Clinical Pharmacology* 2000; 56: 523-524.
11. Gruffub JP, D'arcy PF. *A Manual of Adverse Drug Interactions*.. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier Science B. V., 1997. 5th ed
12. Hong CD. Complementary and alternative medicine in Korea: current status and future prospects. *Journal of alternative and complementary medicine*. 2001; 7: 33-40.
13. Izzo AA, Ernst E, Interactions Between Herbal Medicines and Prescribed Drugs. *Drugs*.2001;61 : 2163-2175.
14. Lankin M. Surgery patients at risk for herb-anaesthesia interactions. *The Lancet*. 1999; 354: 1362.
15. MacLennn AH, Wilson DH, Taylor AW. The escalating cost and prevalence of alternative medicine. *Preventive medicine*. 2002; 35: 166-173.

16. Ni H, Simile C, Hardy AM. Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: results from the 1999 national health interview survey. *Medical care*. 2002; 40:353-358.
17. Nilsson M, Trehn G, Asplund K. Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. *Multinational Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease. Journal of internal medicine*. 2001; 250: 225-33.
18. O'Hara MA, Keifer D, Farrell K, Kemper. A review of 12 commonly used medicinal herbs. *Archives of Family Medicine*, 1998; Nov/Dec.
19. Reilly D. Comment on complementary and alternative medicine in Europe. *Journal of alternative and complementary medicine*. 2001:23-31.
20. Risberg T, Kolstad A, Johansen A, Vingerhagen K. Opinions on and use of alternative medicine among physicians, nurses and clerks in northern Norway. *In vivo*. 1999; 13: 493-498.
21. Rogers EA, Gough JE, Brewer KL. Are emergency department patients at risk for herb-drug. *Academic Emergency Medicine*. 2001; 8: 932-934.
22. Rotblatt M., Ziment I. *Evidence-based Herbal Medicine*. 1999. 5th ed.
23. Sato T, Takeichi M, Shirahama M, Fukui T, Gude, JK. Doctor-shopping patients and users of alternative medicine among Japanese primary care patients. *General hospital psychiatry*. 1995; 17:115-125.
24. Schepers RM, Hermans HE. The medical profession and alternative medicine in The Netherlands: its History and recent developments. *Social science and medicine*. 1999; 48: 343-51.
25. Sommer JH, Brugi M, Theiss R. A randomized experiment of the effects of including alternative medicine in the mandatory benefit package of health insurance funds in Switzerland. *Complementary therapies in medicine*. 1999; 7:54-61.
26. Tsen LC, Segal S, PothierM, Bader AM. Alternative Medicine Use in Presurgical Patients. *Anesthesiology*. 2000; 93:148-151.
27. Weideman RA, Mckinney WP, Bernstein IH. Predictors of Potential Drug Interactions. *Hospital Pharmacy*. 1998; 33: 835-840.
28. Yu CM, Chan CN, Sanderson JE. Chinese herbs and warfarin potentiation by Danshen. *Journal of Internal Medicine*. 1997; 241: 337-339.

## 中文部分：

1. 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄：時間、所得與中西醫學價格對中醫門診利用之影響。中華衛誌，民84年；14：470-476。
2. 李珮端：中藥西藥交互作用之隱憂與開發前景。生物醫學報導 民90年；7：16-17。
3. 李漢修：全民健康保險中醫利用概況簡介。Hospital 民88年；32：15-22
4. 林芸芸：中、西醫醫學利用型態的文獻回顧與實證研析。中華家醫誌民國81年；2：1-22。
5. 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 民81年；2：115-129。
6. 翁瑞宏：全民健康保險中醫門診醫學利用之研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，民89年。
7. 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 民83年；13：432-441。
8. 康翠秀、陳介甫、周碧瑟：台北市北投區居民對中醫醫學的知識、信念與行為意向及其對醫學利用型態之影響。中華衛誌 民87年；17：80-92。
9. 張念慈：台北市社區領袖醫學資源利用及其相湍因素探討。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文，民89年。
10. 張恒鴻：中藥不良反應通報中心。中醫藥委員會九十年度報告，編號CCMP90-CT-27。
11. 陳立奇：中西藥物併用之交互作用研究-芍藥對抗癲癇藥物動力學性質之影響。台北醫學院藥學研究所博士論文，民89年。
12. 陳淑賢：氣喘學童氣喘知識與藥物吸入技巧之相關因素探討。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文，民88年。
13. 陳綾穗：外籍勞工醫學可近性與醫學利用分析。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，民89年。
14. 湯啟煜、王純娟、張峰鳴：中醫藥與全民健保-其療效之舉證。秀傳醫學雜誌。民88年；2：93-96。

## 附錄一 問卷

您好：

這是行政院衛生署委託中國醫藥學院進行的研究計劃，希望藉此研究了解中部地區中、西藥併用的現況，您的寶貴意見是本研究的重要參考依據，敬請惠予作答。

### 一、我們想了解您過去一年的就醫習慣：

- (1).當您覺得身體不適時，通常會選擇何種方式處理？(可複選)  
看西醫      看中醫(包括針灸)      看中西合診      到西藥局買成藥  
到中藥店抓藥      買青草藥      刮痧拔罐、氣功      卜卦問神  
自我療法      國術館      視情況決定(看疾病，看心情..等)  
其他 \_\_\_\_\_
- (2).當您選擇就醫時，您考慮下列哪些因素呢？  
醫院規模大小      距離      醫師名氣      醫師態度      醫院的服務品質      其他
- (3).您曾經有同一種病看不到，就更換醫師的經驗嗎？  
無  
有，通常您會多久才更換醫師？  
一天內就找別的醫師      三天內      一週左右      兩週      一個月以上  
其他 \_\_\_\_\_

### 二、我們想了解您的用藥基本認知：

- (1) 您平常服藥時，您通常選擇什麼配藥：(可複選)  
白開水      茶      果汁      汽水      牛奶      蜜(糖)水      其他 \_\_\_\_\_
- (2) 假若您懷疑發生藥物副作用時，您會請教哪些人？  
醫師      藥師      護理人員      其他人員 \_\_\_\_\_      不知道
- (3) 您認為中西藥併用會影響療效嗎？      不知道；      不會；      會  
若會      增加      減少
- (4) 您認為中西藥併用會有副作用效嗎？      不知道；      不會；      會  
若會      增加      減少
- (5) 假若您有中西藥、保健食品併用問題時，您會請教誰嗎？      不會  
會，請教哪些對象？      中醫師      西醫師      藥師      護理人員      其他 \_\_\_\_\_

### 三、您過去一年曾經被醫師診斷有下列慢性病嗎？

(1) 無慢性病

有下列慢性病：(可複選)

失眠 氣喘 心臟病 高血壓 高血脂 糖尿病 肺結核 關節炎 痛風 消化性潰瘍 運動傷害 婦科疾病 停經症候群 慢性腎臟炎 腦血管病變 甲狀腺疾病 慢性支氣管炎 慢性阻塞性肺炎 過敏性疾病 性功能障礙 惡性腫瘤 胃腸功能障礙(便秘、腹瀉、腸炎、胰臟炎) 慢性肝炎、肝硬化 其他\_\_\_\_\_

### 四、過去三年中，您有服用下列保健品的習慣或經驗嗎？

(1) 無服用保健品之習慣(請跳答第五題)

(2) 有，服用下列西式保健品：(可複選)

維他命 卵磷脂 補骨素 鈣片 大蒜精 蜂膠 銀杏 魚油 鐵劑 葡萄子 仙人掌 麥苗汁 蘆薈 其他\_\_\_\_\_

(3) 有，服用下列中式保健品：(可複選，請圈選)

靈芝 人參 花粉 四物湯 養生茶 保肝茶 青草茶 白鳳豆 雞精 山藥 苦茶 桑葚 明日葉 金線連 七葉膽 十全大補 冬蟲夏草 補中益氣湯 六味地黃丸 提神 增進體力(如康貝特等) 其他\_\_\_\_\_

(4) 保健品資訊來源：

醫師推薦 藥師推薦 親友推薦 電台廣告 電視廣告 直銷 網路 自己的保健常識 書報雜誌 其他 \_\_\_\_\_

### 五、過去三年您生病時：

(1) 過去三年您生病時，看中醫或看西醫的原因有哪些？

習慣問題 比較科學 醫師熟識 藥效快慢 有無副作用 個人喜好 看診方便 體質適當 其他 \_\_\_\_\_

(2) 您主要從哪裡獲得『效用』的資訊呢？

醫師告知 藥師告知 親友告知 電台廣告 電視廣告 自己的保健常識 書報雜誌 藥品說明書 藥袋 其他\_\_\_\_\_

(3) 對您所吃的藥物，您知道每個藥物的效用(作用)嗎？(請依程度圈選)

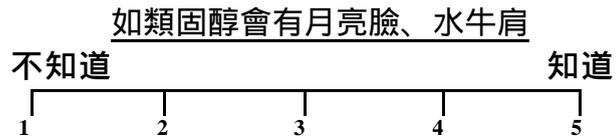
如：普拿疼為止痛作用

不知道 知道  
1 2 3 4 5

(4) 您主要從哪裡獲得副作用資訊呢？

醫師告知 藥師告知 親友告知 電台廣告 電視廣告 自己的保健常識 書報雜誌 藥品說明書 藥袋 網路資源 其他\_\_\_\_\_

(5).對您所吃的藥物，您知道藥物的副作用嗎？(請依程度圈選)



(6) 醫師開給您的藥物，您主要的服用方式？

依醫囑指示服用    依自己病情加減    常常忘記但想到時會吃    不舒服才吃

## 六、基本資料

(1) 性別： 男    女

(2) 年齡： \_\_\_\_\_

(3) 教育程度： 無    小學    國中    高中    大專    研究所以上

(4) 婚姻狀況： 未婚    已婚

(5) 家庭成員共幾人：\_\_\_\_\_

(6) 職業： 無    軍    公    教    工    商    農    醫學業    自由業    其他

\_\_\_\_\_

(7) 宗教： 佛教    道教    基督教    天主教    一貫道    其他\_\_\_\_\_

(8) 個人每月收入： 無    20,000 以下    20,001~50,000    50,001~100,000  
100,001~150,000    150,001~200,000    200,000 以上

(9) 以您的情況，您願意以每月多少的花費購買各類保健品：

不願意花錢購買    1000 元以內    1001~5000 元    5001~10000 元  
10001~30000 元    30001 以上

(10) 此次就醫種類： 西醫    中醫    中西醫合診

(11) 健保卡使用狀況： A-B 卡    C-D 卡    E-F 卡    G 卡以上    沒有健保

## 附錄二 問卷效度審查專家名單

編號	姓名	單位	職稱	專業領域
1	蔡文正	中國醫藥學院醫院管理研究所	助理教授	統計、問卷設計、醫學經濟
2	王煌輝	中國醫藥學院附設醫院西醫部	內視鏡科主任 (中西醫師)	中西醫學
3	張東迪	中國醫藥學院附設醫院中醫部	兒科主治醫師 (中醫師、藥師)	中醫學、藥學
4	謝雲忠	中國醫藥學院附設醫院中藥局	中藥局主任(藥師)	中藥學
5	姚淑惠	中國醫藥學院附設醫院藥劑部	總藥師(藥師)	西藥臨床藥學
6	賴振榕	中國醫藥學院附設醫院藥劑部	臨床藥學科主任 (藥師)	西藥臨床藥學
7	蔡佩凌	彰化基督教醫院藥劑部	臨床藥師(藥師)	西藥臨床藥學
8	吳培基	台中榮民總醫院藥劑部	總藥師(藥師)	西藥臨床藥學
9	楊榮季	林口長庚醫院中藥局	中藥局主任(藥師)	中藥學
10	謝右文	林口長庚醫院藥劑部	調劑科主任(藥師)	西藥臨床藥學
11	陳麗麗	中國醫藥學院護理系	副教授(護理師)	護理學
12	白淑芬	中國醫藥學院附設醫院	護理長(護理師)	護理學
13	陳秋瑩	中國醫藥學院公衛系	副教授	生物統計、公衛
14	賀孝銘	彰化師範大學	副教授	問卷設計

## 附錄三 問卷信度

	t 值	P 值
更換醫師經驗	-0.56	0.58
換醫師間隔時間	0.00	1.00
請教副作用	1.00	0.33
請教併用問題	1.87	0.08
罹患慢性病	1.00	0.33
服用保健品習慣	1.00	0.33
服藥方式	-1.47	0.16