

南 華 大 學
生 死 學 研 究 所 碩 士 論 文

醫 師 本 身 求 醫 行 為 之 探 討

Research on Doctors' Personal Medical-Care Seeking Behaviors



研 究 生：林 萬 壹 撰

指 導 教 授：呂 建 德 博 士

中 華 民 國 九 十 二 年 六 月

南 華 大 學

碩 士 學 位 論 文

生 死 學 研 究 所

醫 師 本 身 求 醫 行 為 之 探 討

研 究 生：林 萬 良

經 考 試 合 格 特 此 證 明

口 試 委 員：蔡 明 昌，
魏 書 娥

呂 建 德

指 導 教 授：呂 建 德

所 長：釋 慧 開 (陳 開 宇)

口 試 日 期：中 華 民 國 九 十 二 年 六 月 十 三 日

誌 謝

以前是不大看論文的，尤其是誌謝的部分總覺得和論文無啥相關，文中所述及的人物也無一認識，故總是略過不看，直到自己寫論文時才發現，誌謝的內容是除了論文之外的另一重點部份，它描述了催生這整本論文的全部心路歷程，雖不至於字字血淚，卻也能直搗作者內心深處，窺出兩年來內在世界的一點端倪。

魏書娥老師可說是我的啟蒙恩師，從論文寫作方向的討論到指導教授的推薦，受惠於魏老師者頗多；而蔡明昌恩師在量化研究上的傾力相助，則是我在調查研究過程中的一盞明燈，每當有問題出現時蔡老師總能予我最適時的幫助，助我渡過難關；當然，這本論文能完成首功是指導教授呂建德老師，若沒有呂老師一年來的諄諄教導與從旁指導，個人是無法完成此份工作的，呂老師在指導學生上的熱誠與盡責，對我而言是經師亦是人師。同時，對於中正大學社福所王德睦教授在調查研究過程中之義務教導，也是令我衷心感謝的。

在整個研究過程中受益於助理惠淳及嘉麗之幫忙甚多，尤其是惠淳在資料整理及輸入的盡心，方能使我在分析資料上能收事半功倍之效；同時更要感謝阿芳隨時幫我排除有關電腦方面的各種疑難雜症；而在煩人的問卷印刷及郵寄資料處理上亦有賴於雪紅的奔波，才能及時的完成；問卷回收時，學弟妹王方、進益、麗華、建壬、？婷的居間協助、尚在蜜月中殷慈的鼎力幫助，以及許多現任或大學同學及週遭好友的義務幫忙，都足以讓我銘感腑內，難以忘懷。更謝謝兩年來相知相遇的同學、老師、朋友，因為有你們的陪伴才讓我得以成長。謝謝！

最後僅以此篇論文與我摯愛的女兒—荷鎧一起分享。

萬壹 筆於草屯 2003/ 5/18

摘 要

求醫行為是生而為人所必經的歷程，本研究的目的乃是希望從醫師的角度出發探討其相關之求醫行為模式。研究者以 PPS 及系統抽樣方式對全國醫師、牙醫師作問卷調查，共回收 242 份有效問卷，有效回收率為 34.6 %，並將所得資料以次數分析、卡方考驗作交叉比較後得出以下主要結論。

整體而言，醫師在相關求醫資訊來源部分，大部分醫師不論在打聽任何科系醫師，或查詢任何相關醫療資訊上均算容易，當醫師本身求醫時，並不在意看診醫師的性別、年齡，「是否認識該醫師」才是主要的考慮因素，但若合併考慮該看診醫師「醫術是否精湛」時，則以後者為優先選擇。在醫病溝通上，身為「醫師病人」的角色比身為「醫師」的角色，比較少出現醫病之間的溝通問題。

研究顯示，西醫師對不同醫療體系的信任程度，依次為西醫、中醫、民俗療法。在利用率上，不論是本身或是認識的西醫朋友均以西醫的處置方式為首選，其次則是選擇中醫藥，選擇的原因是「因該疾病西醫無有效的治療方法」及「試試無妨」的態度。基本上，醫師對不同醫療體系的信任度與利用率呈現正相關的關係。

研究指出，西醫師在從事臨床工作後對於西醫以外的醫療利用率有明顯降低的趨勢。但是若特別強調針對惡性腫瘤的治療，則西醫師對中醫的利用率增加近兩倍；而對民俗療法的利用率則增加至三倍強。而且，服務場所的醫療環境會影響西醫師對中醫的利用率，在服務場所中有提供中醫服務者，西醫師對中醫的利用率相對地比沒提供中醫服務場所中的西醫師，有較高的中醫利用率。

Abstract

Medical-care seeking behavior is one of the inevitable life processes for human beings. A random sample of 700 doctors (dentists included) in Taiwan received a mailed, anonymous questionnaire focusing on their personal medical-care seeking behaviors. Probing the related behavior patterns from the perspective of doctors themselves is the main purpose of this research.

The effective response rate was 34.6 % (242 copies). Data were analyzed by using SPSS for Windows (version 8.0). Bivariate associations were evaluated by performing frequency table and Chi-square tests. Level of significance was set in $P = 0.05$ (95 % confidence level). The conclusions are listed below :

In general, it's not difficult for doctors to acquire any medicament-related information or ask any other department doctors' help. Instead of the doctors' gender or age, "recognize the doctor or not" is the principal issue considered by doctors seeking medical help. But, if it is compared with "the doctor's medical skill", the latter is definitely more important. In the doctor-patient relationship, being a sick doctor rather than a therapeutic doctor was found to cause fewer communication problems.

The results unveiled western medical doctors' viewpoints on three different medical systems as well. They trust western medicine most, Chinese medicine second and alternative therapy lastly. The same utilization order among these different systems can also be seen in sick doctors.

The attitude of sick doctors making use of Chinese medicine is based on “the lack of an effective therapy in western medicine” and “give it a try, there’s nothing to lose”. Basically, there is a positive correlation between faith and utilization of three different medical systems by sick doctors.

The medical environment where doctors serve also plays an important role in the utilization of Chinese medicine by western medical doctors. This means that in fields that offer Chinese medical services, western medical doctors have a higher utilization of Chinese medicine than in fields that do not offer this service.

The research points out that there is an obviously declining trend among Taiwanese doctors to utilize Chinese medicine and alternative therapy after practicing a clinical job. On the other hand, focusing on the treatment of malignant tumors, the utilization of Chinese medicine by sick doctors is going to double, and a triple rise is expected in the utilization of alternative therapy.

內容目次

第一章 緒論 -----	1
第一節 研究背景與重要性-----	1
第二節 研究動機-----	4
第三節 研究目的-----	7
第四節 待答問題-----	8
第五節 名詞定義-----	9
第六節 研究範圍與限制-----	12
第二章 相關文獻探討 -----	13
第一節 一般民眾的求醫資訊來源-----	13
第二節 一般民眾的求醫行為-----	16
第三節 一般民眾的求醫障礙-----	19
第四節 對現代醫學的信任度-----	23
第五節 精神支持度來源-----	27
第三章 研究設計 -----	30
第一節 研究工具-----	30
第二節 研究對象-----	30
第三節 研究程序-----	37
第四節 研究方法-----	40

第四章 研究結果與討論 -----	52
第一節 研究對象基本資料分佈結果與討論-----	52
第二節 研究對象態度量表分析結果與討論-----	60
第三節 研究結果之逐題分析與討論-----	70
第四節 待答問題之結果驗證與討論-----	92
第五節 特殊議題之研究結果與討論-----	117
第五章 結論與建議 -----	139
第一節 研究發現-----	139
第二節 結論-----	142
第三節 建議-----	144
參考文獻 -----	146
一、中文部分-----	146
二、翻譯著作-----	149
三、英文部分-----	150
四、網路資料-----	153
附表 -----	154
附表 3-2-4 台北縣研究對象抽樣架構醫師人數統計-----	154
附表 3-2-5 桃園縣研究對象抽樣架構醫師人數統計-----	155
附表 3-2-6 台中縣研究對象抽樣架構醫師人數統計-----	156
附表 3-2-7 台南縣研究對象抽樣架構醫師人數統計-----	157

附錄	-----	158
附錄一 預試問卷調查表	-----	158
附錄二 正式問卷調查表	-----	165
附錄三 明信片催收內文	-----	172
附錄四 補填問卷通知函	-----	173

圖目次

圖 3-3-1 研究架構圖	-----	37
---------------	-------	----

表目次

表 3-2-1	研究母群體 (Study population) 醫師總人數統計-----	31
表 3-2-2	研究對象抽樣架構 (Sampling frame) 醫師人數統計-----	35
表 3-2-3	研究對象全部抽樣樣本 (Study sample) 醫師人數統計---	36
表 3-4-1	遺漏值與描述性統計-----	42
表 3-4-2	獨立樣本 T 檢定-----	43
表 3-4-3	項目與總分的相關-----	44
表 3-4-4	因素之成份矩陣-----	45
表 3-4-5	五種項目分析結果總表-----	46
表 3-4-6	共同性-----	47
表 3-4-7	成份結構矩陣-----	48
表 3-4-8	成份相關矩陣-----	48
表 3-4-9	「醫療體系接受度」態度量表及分量表之信度分析-----	49
表 4-1-1	研究對象基本資料次數分配表-----	54
表 4-1-2	研究對象環境經驗資料次數分配表-----	56
表 4-1-3	研究對象健康資料次數分配表-----	58
表 4-2-1	態度量表各分量表之層面名稱細目-----	60
表 4-2-2	研究對象「環境經驗」分量表之資料分佈-----	62
表 4-2-3	研究對象「宗教信仰」分量表之資料分佈-----	63
表 4-2-4	研究對象「民俗療法」分量表之資料分佈-----	65
表 4-2-5	研究對象「中醫治療」分量表之資料分佈-----	66
表 4-2-6	研究對象態度量表分量表統計資料-----	68
表 4-2-7	研究對象態度量表之次數分配資料-----	69
表 4-3-1	研究對象「醫療資訊來源」選項分配比例表-----	72

表 4-3-2	研究對象「求醫行為」選項分配比例表-----	76
表 4-3-3	研究對象「醫療體系選擇」選項分配比例表-----	79
表 4-3-4	研究對象「醫療體系利用率」選項分配比例表-----	84
表 4-4-1	年齡與課程內容 (Q2) 交叉表-----	92
表 4-4-2	服務場所與上課時數 (Q1) 交叉表-----	93
表 4-4-3	性別與求醫行為 (Q14) 交叉表-----	94
表 4-4-4	實際年齡與求醫行為 (Q20) 交叉表-----	94
表 4-4-5	服務場所與求醫行為 (Q11) 交叉表-----	95
表 4-4-6	服務場所與求醫行為 (Q14) 交叉表-----	96
表 4-4-7	服務科別與求醫行為 (Q12) 交叉表-----	97
表 4-4-8	有否中醫服務與求醫行為 (Q20) 交叉表-----	98
表 4-4-9	性別、年齡與求醫障礙 (Q22、Q23、Q24) P 值表-----	98
表 4-4-10	服務場所與求醫障礙 (Q22) 交叉表-----	99
表 4-4-11	服務場所與求醫障礙 (Q23) 交叉表-----	100
表 4-4-12	服務科別與求醫障礙 (Q23) 交叉表-----	101
表 4-4-13	服務場所與求醫障礙 (Q24) 交叉表-----	102
表 4-4-14	門診疾病 (Q29) 與醫療信任度 (Q27、Q28) P 值表----	103
表 4-4-15	惡性腫瘤 (Q30) 與醫療信任度 (Q26) P 值表-----	103
表 4-4-16	惡性腫瘤 (Q30) 與中醫信任度 (Q27) 交叉表-----	104
表 4-4-17	惡性腫瘤 (Q30) 與民俗醫療信任度 (Q28) 交叉表-----	105
表 4-4-18	門診疾病 (Q29) 與惡性腫瘤 (Q30) 醫療利用率比較表	106
表 4-4-19	中醫環境與中醫利用率 (Q32) 交叉表-----	107
表 4-4-20	資訊來源 (Q4) 與求醫行為 (Q13) 交叉表-----	108
表 4-4-21	資訊來源 (Q5) 與求醫行為 (Q13) 交叉表-----	109
表 4-4-22	西醫信任度 (Q26) 與利用率 (Q31) 交叉表-----	110
表 4-4-23	中醫信任度 (Q27) 與利用率 (Q32) 交叉表-----	111

表 4-4-24	民俗療法信任度 (Q28) 與利用率 (Q33) 交叉表-----	112
表 4-5-1	性別、年齡與人際網絡 (Q4、Q5、Q9) P 值表-----	117
表 4-5-2	服務場所、科別與人際網絡 (Q4、Q5、Q9) P 值表-----	118
表 4-5-3	服務科別與人際網絡 (Q5) 交叉表-----	119
表 4-5-4	年齡與性別要求 (Q7) 交叉表-----	120
表 4-5-5	年齡與年齡要求 (Q8) 交叉表-----	121
表 4-5-6	年齡與待遇要求 (Q37) 交叉表-----	122
表 4-5-7	服務場所與待遇要求 (Q37) 交叉表-----	123
表 4-5-8	服務科別與性別要求 (Q7) 交叉表-----	124
表 4-5-9	年齡、服務場所與看診態度 (Q16) P 值表-----	125
表 4-5-10	性別與生病壓力 (Q38) 交叉表-----	126
表 4-5-11	年齡與服藥種類 (Q10) 交叉表-----	126
表 4-5-12	服務場所與生病壓力 (Q38) 交叉表-----	127
表 4-5-13	自覺狀況與服藥種類 (Q10) 交叉表-----	128
表 4-5-14	自覺狀況與運動次數交叉表-----	129
表 4-5-15	年齡與西醫體系 (Q34) 交叉表-----	130
表 4-5-16	年齡與民俗療法 (Q36) 交叉表-----	131
表 4-5-17	服務場所與中醫體系 (Q35) 交叉表-----	132
表 4-5-18	有否中醫服務與中醫體系 (Q35) 交叉表-----	133
表 4-5-19	性別、年齡與宗教信仰 (A11、A12) -----	134
表 4-5-20	年齡與宗教信仰 (A12) 交叉表-----	135
表 4-5-21	服務場所、科別與宗教信仰 (A11、A12) -----	135

第一章 緒 論

第一節 研究背景與重要性

在整個醫療行為上，我國民眾對近代醫療體系的認知與患病時的就醫習慣，除了接受現代西方醫療方式的洗禮外，基本觀念上，還一直深受流傳中國數千年的冷熱、陰陽之傳統中國醫學（Foster & Anderson, 1978/1992），與盛行於民間的另類治療法所影響著（張珣，2000；楊翎，2002）。在整個求醫行為歷程中，「人們時常尋求不同來源的建議以及幫助，直到狀況被解決」（Cockerham, 2001/2002：154），而罹病患者本身要尋求何種醫療照護模式，往往也感受到來自親朋好友與家人之間的相互影響（黃郁雅，2002），在彼此妥協認可的情形下，整個求醫行為才算圓滿，不負眾人的關心（張荳雲，1998a）。

另一方面，因著傳統社會文化的制約，一般民眾的求醫行為也常常呈現出多元化的選擇方式，民眾會因本身的生長背景、教育環境、對疾病症狀的認知、對治療方式的信任度等諸多因素，而選擇其自認最適合的醫療體系。根據以往的研究顯示，國內一般民眾就醫時較多考慮的因素有：醫師本身的醫德、醫術、對待病人是否親切、醫院的醫療設備、就醫是否便利、是否為親友介紹---等等（王乃弘，1999；林芸芸，1992a；侯毓昌、黃文鴻，1999）。

以這幾年醫學的發展情形來看，雖然已進入到分子醫學、基因工程甚至器官複製的前所未有階段，近代的西方醫學和數十年前相比，已有長足的進步，可謂是一日千里，但是在臨床診療上，我們也常看到許多住院的患者，除了接受現代西醫的治療方式外，也會偷偷的自行服用中、草藥，甚至在病床邊懸掛或燃燒符咒，這些行為模式，尤其常見於重大傷病的患者中，姑且不論這些舉動是出自患者本身的意願，或者是其週遭親人的授意，在在顯示出罹病患者求醫模式的不確定性與不安定感。

就中、西醫及民俗醫療而言，其對疾病的認知、病因的解釋、治療的方式以及治療人員的養成訓練方面，幾乎是完全不相同的三種醫療體系，各自擁有一套不同的運作理論依據（張珣，2000），而在台灣都市中有 63.6% 的民眾，在鄉鎮地區約有 48.9% 的民眾，以上這三種方式都有曾經接觸過的經驗（楊翎，2002）。甚至於在一項針對未來準醫師的求醫行為研究中，史麗珠等人（2000）的研究結果指出，北部某大學醫學系的學生中尋求中、西醫複向醫療的人數即佔了 39.62%，而中醫系的學生部份，可能因必修中、西醫醫學學分的緣故，複向醫療的比例更高達 95.65%。

尤其在罹患危及生命的重大疾病方面，依丁先玲、王榮德、許文林（1993）之分析研究，發現從西元 1971 到 1990 年間，二十年來國人罹患惡性腫瘤和意外災害的累積死亡率有微幅上揚的趨勢。再從行政院衛生署（2002）公佈的統計資料指出，西元 2001 年國內年度十大死亡原因中，因罹患惡性腫瘤而死亡的人數為 32993 人，即每十萬人口的死亡率為 147.68，死亡百分比為 26.05%，高居國人十大死因的第一位，與前一年相比，年增率為 4.56%，其中壯年（25-44 歲）人口的死亡率，惡性腫瘤已經取代事故傷害，居壯年十大死因之首，而此一年齡層正是人生的黃金階段，更是一個家庭的草創時期，事業也才剛在起步階段，若在此階段罹患惡性腫瘤，除非在非常早期發現，否則以目前的醫療水準而言幾乎是無法治癒，無異於宣告患者死刑，令人聞之色變，無不希望敬鬼神而遠之。

對為數眾多的重症疾病的患者及其親人來說，因罹患疾病後所造成的潛在工作年數損失值（work years of potential life lost）及潛在生命損失值（years of potential life lost）甚為可觀（丁先玲等，1993）。何況對於生存的渴望是人之常情，罹病之後要如何求醫治療，卻往往令人無所適從，常常是人云亦云，不知所措，諱疾忌醫者有之（Lau, 2000），逛醫院如市場者有之（張荳雲，1998b），尋求各種秘方、偏方甚或轉而尋求宗教驅邪儀式，以求治癒者有之（張珣，2000），其對患者家庭所造成的身心壓力及所耗損的社會成本，國家生產力的降低等等，整體有形、無形的損失甚為龐大。

至於罹病之後的對治方式，以墨西哥某一村落為例，罹病後第一及最多數的選擇

均是採取傳統草藥或是使用市面上的成藥等方式來作自我處置 (self-treatment) , (Young & Garro, 1994) , 再以鄰近的日本為例, 根據 1955 年一篇名為「民間療法與迷信」的調查研究發現, 「在 6373 名日本受訪民眾中, 生病時不藉助醫藥, 而使用祈禱、祭祀等方法來治療疾病者, 居然超過半數以上。而且在信賴醫藥的患者當中, 也有 31% 是一邊吃藥, 一邊向神佛祈禱。---大致說來, ---以老年人居多」(吉元昭治, 1999 : 185) 。國內黃郁雅 (2002) 以質性研究調查不孕婦女的求醫經驗時也發現, 受訪的十一位婦女, 在初始有自覺異樣時, 多以自我診療的方式而非立刻尋求專業醫療的幫助。在正式求醫時, 也有兩位受訪對象從中醫處, 另一位從民俗醫療處開始求診行動, 之後便在各個不同的治療體系中穿梭求診。

促使患者選擇複向就醫的原因, 並不全在於患者是否罹患了現今主流醫療系統所無法治癒的頑疾, 因而才造成所謂「病急亂投醫」的情況; 通常, 醫師和患者之間對於疾病的定義、健康觀念及對應方式等主張會有所出入, 當患者不得不求助於醫師的幫忙時, 除了接受必要的醫療照護之外, 也需求情緒上的支持 (張苙雲, 1998a) , 據學者的研究指出, 在中、西醫處接受到的各類挫折是導致患者轉而尋求民俗醫療的主因之一 (黃郁雅, 2002) 。而實際行為中, 影響患者選擇醫療體系的因素眾多, 諸如社會文化因素、對疾病病因的解釋、對不同醫療體系的信念、對醫療品質的滿意度等等 (林文香, 1992 ; 許木柱, 1992) , 均可左右患者當時的求醫方向。以民間盛行的民俗療法而言, 「其存在的主要原因, 可能是因為人們對於專業醫療不滿意, 以及一種介於生物醫學醫生與某些病人之間的文化鴻溝」(Bakx, 1991 ; Madsen, 1973 ; 引自 Cockerham, 2001/2002 : 189) 。

以澳洲為例, Westbrook, Mcintosh and Talley (2000) 調查 748 位因消化不良問題而求醫的人士, 其中就有 22% 的受訪者是同時選擇醫學和非醫學專業人員的幫助, 其部分的原因是因為不滿意專業醫療的照顧方式。在荷蘭, 一項針對 254 位患有良性慢性疼痛的兒童及青少年健康照護的研究中也發現, 約有 4% 的研究對象會尋求另類醫療提供者的幫助 (Perquin et al., 2001) 。在美國, Ricci et al. (2001) 從事有關於個人膀胱機能狀況的調查結果顯示, 在 1034 位受訪者當中約有 69.6% 的人在出現可疑症狀

時，非專業醫療的處置方式卻是他們採行的主要對策。

姑且不論這些複向求診的行為，對疾病的治療效果及癒後的復原情形整體影響如何，但是若探究此行為模式的背後心理因素，便能稍稍理解眾人一心企盼患者早日康復的心情是不分性別、年齡、種族與國界的，只是其多元化的就醫行為方式，究竟對疾病本身是否真的有所幫助，或者僅僅是對患者和其家人彼此間精神上的一種安慰作用，消極的在心靈上讓患者及其家屬感覺到大家已盡了最大的努力，藉以彼此慰藉，稍覺心安而已（何裕民，2002；黃郁雅，2002）？究竟孰是孰非，此種現象長久以來一直是研究人員所感興趣的議題。

第二節 研究動機

由於醫師所從事的是診斷、照顧與治療疾病的行業，一般人都認為醫師應是最懂得照顧自己，平常就能隨時注意自己健康狀況，也是最能防範疾病於未然的人，因此醫師總被期待有較理性化的應付疾病方式，通常民眾也多先入為主的認為，醫師與疾病為伴的模式應是最正確且是最值得一般大眾參考的標準相處之道。只是，事實是否如大眾之想像？實際的狀況又是如何？以下學者的研究值得作為參考。

在美國，根據一項頗令人訝異的研究結果指出，醫師的自殺率竟然比其他行業的人要高，而且醫師中有藥物和酒精成癮的比例也很高（Foster & Anderson, 1978/1992）。同時雖然也有研究指出，醫師均自覺本身的健康狀況要比一般民眾稍好些（Stavem, Hofoss, Aasland & Loge, 2001），但因醫師在生活上及工作上均時時處於巨大的壓力之下，此時若是自己生病了，醫師本身會如何去面對自己生病的事實，在這過程中又將如何去調適自我的期待與他人的關注，以及要如何尋求幫助與尋求哪些層面的治療，種種的情況均是一令人感興趣的議題。

同樣的問題，再以日本的醫師為例，一項針對生病醫師的訪談結果發現，如果醫師自己生病了，一般都傾向於不易向別人吐露自己的病情，或許是不願意自己的社會形象、地位與自尊心受到生病的影響，以避免在此情況下讓民眾產生質疑，如何能信得過連自己都照顧不好的醫師對我的診療與開出的處方。同時再另一方面，成島香里（2000/2002）在訪談過後卻也不只一次的強調，「生過病的醫師才是名醫」，她認為只有生過病的醫師，才能體會患病的人其內心深處的真實感受，才能由衷地視病猶親，診治病人照顧患者。就像有些醫師會以自己親身和疾病搏鬥的經驗告知其患者，藉以鼓舞患者勇敢地與疾病挑戰，不向現存的惡劣環境低頭（陳清芳、潘彥妃，2002），這種「同病相憐」的表白，對於已經長期困乏於病痛當中的患者而言，是一劑很好的治療良藥。這種將心比心的治療效果就像榮格（Jung）所說的，「只有受傷過的醫生才能療傷」（Hyde, 1992/1995：76）。

但是每一位生病的醫師都能如此豁達與開放嗎？在人類社會裡，醫師的行業通常屬於高社經地位之一環，當其自身罹患疾病時又都是如何看待「生病」這件事？有研究指出，在與一般民眾相較之下，作為一個醫師反倒是不太能接受自己已經生病的事實，縱使生病了也往往會先自我診療，非到逼不得已時才會試圖尋求他人的協助（Rosvold & Bjertness, 2002），因此在北歐挪威，政府為了幫助解決醫師本身的就診問題，還特別開課加以訓練醫師如何來專門診治生病的醫師，甚至特地為生病的醫師開設「醫師對醫師」特別門診。縱然如此，醫師本身就診的比率並不高（ibid），甚且和一般民眾相比，當本身罹患疾病時，醫師的身分反倒容易會延遲就醫（Ingstad & Christie, 2001），錯失了對抗疾病的第一時間。尤其在面對重大疾病如惡性腫瘤的治療過程中，醫師也因清楚瞭解到整個治療程序中，所用藥物對正常組織的相對性危害與伴隨而來的副作用以及復發可能性的高低，種種因素常令醫師主動選擇放棄後續的醫療處置（余德慧、石佳儀，2003；Ingstad & Christie）。

在日本經訪問了五十三位曾患過重病的醫師後發現，或許是本身自尊心的緣故，有些生病的醫師非得要等到正式的訪問結束或者不進行談話錄音之後，才會真情流露偶爾冒出心底深處的一兩句真心話，相對於一般民眾，生病的醫師其實並不太習慣於

向外人表露自己的情感。有些醫師甚至在患病之後，不論心裏面多麼難以接受，顯露在表面上的依然是一副無關緊要，不認為有何大不了的樣子，讓外人絲毫察覺不出其患病後的真實心理感覺，一般都還是要等到訪談者在和他的家人另外聊了幾次之後，才能真正了解到醫師本身生病之後的實際狀況，以及他患病之後的內在真實感受（成島香里，2000/2002）。

事實上，在現實生活中當生病的醫師需要就醫時，不論就其本人或是幫他診療的醫師來說，兩者都會有身分及角色扮演上的困擾（McKevitt & Morgan, 1997）。不提患病醫師的身分特殊性，即使求診病人和看診醫師之間的關係，僅止於「以前是朋友，現在進入醫病關係，對許多醫生已經不是容易的任務」（van den Berg, 1952/2001：120）。何況對當事人而言，還要從醫師的主導性角色轉換成「任人擺佈」的弱勢病人角色，在心理的調適上更不是一件容易的事（Rosvold & Bjertness, 2002）。

畢竟，「在一切社會中，醫治者對自己的職業形象、角色和社會地位都很敏感」（Foster & Anderson, 1978/1992：158），據挪威的研究，約有八成的受訪醫師表示，若本身生病了，縱使是患了傳染性的疾病，他們仍會繼續診治病人的工作（Rosvold & Bjertness, 2001）。為何會有如此情形？若以日本的研究為例發現，在本身的患病經驗上，有些生病的醫師甚至在態度上堅持不願意接受別人訪問，其原因是擔心若「公開我生病的事，會對服務單位的人事造成影響」（成島香里，2000/2002），而所謂的「影響」，則以不好的層面居多。

Rosvold and Bjertness（2002）就針對挪威境內內科醫師患病時的求助行為，及自我治療（self-treatment）行為作一全國性的研究，研究採郵寄無記名的方式，結果發現，在百分之七十的有效問卷回收率中，百分之七十五的醫師在過去三年內曾有過自我治療的情形，僅百分之十三的醫師回答從未如此作；但縱使是如此，當本身生病的醫師需要別的醫師治療時，還是有許多人會尋求朋友或同事的幫忙，而醫師和配偶、朋友及同事間相互求助的治療行為，也是存在於醫師彼此間很常見的就醫方式。

有趣的是，約佔所有研究對象百分之五十六的醫師表示，當他們有身體方面的疾病時，他們會比較傾向於找和本身沒有任何關係的醫師幫忙治療。而約有百分之五十的醫師表示，當他們本身有精神方面的問題要求診時，他們寧可找住家附近以外的任何醫療機構也不願在當地就醫治療（Rosvold & Bjertness, 2002）。以上種種情形是否也是因醫師的特殊身分而來的特殊求醫行為模式？這和一般民眾的求醫行為模式之間有否異同之處？則是吾人感興趣的議題之一。

國內方面，研究者長期以來持續的在探究社會大眾在求醫行為過程中的生、心理需求與障礙，目前已累積了相當多的經驗與數據，使吾人對於一般民眾的求醫行為也有了概略性的了解，但相對的在醫師本身方面的類似研究則為數不多，雖然國外的研究顯示了生病醫師在面對疾病時的窘境及其對應態度，但對於國內醫師在罹病時的心態及因應之道並無相關資料可作比較。因此，本研究希望藉由醫師的角度出發，探討國內醫師本身在求醫時的考慮因素及其思路歷程，以瞭解一受過現代西方醫學訓練的國內醫師，本身在選擇就醫的流程中，其思考方向是否有所特殊之處，藉以評估能否延伸為一般民眾求醫時之參考。

第三節 研究目的

- 一、探討醫師本身在尋求醫療服務時的考量因素。
- 二、探討醫師本身在尋求醫療服務時的優劣勢及選擇取向。
- 三、探討醫師本身在選擇不同醫療體系時的考慮因素。
- 四、探討醫師本身對其他醫療系統（如中醫、另類療法）的看法。

第四節 待答問題

研究者依據研究動機及研究目的將本研究所要探討的方向，提出下列幾點待答問題以為研究重點，如下列所述：

- 一、醫師本身在醫療資訊來源上，是否會因個人基本背景變項而有顯著的差異？
- 二、醫師本身在求醫行為上，是否會因個人基本背景變項而有顯著的差異？
- 三、醫師本身在求醫行為上，是否會因個人環境經驗變項而有顯著的差異？
- 四、醫師本身在求醫障礙上，是否會因個人基本背景變項而有顯著的差異？
- 五、醫師本身在求醫障礙上，是否會因個人環境經驗變項而有顯著的差異？
- 六、醫師本身對主流醫療系統的信任度，是否會因疾病而有顯著的差異？
- 七、醫師本身對主流醫療系統的利用率，是否會因疾病而有顯著的差異？
- 八、醫師本身對非主流醫療系統的信任度，是否會因疾病而有顯著的差異？
- 九、醫師本身對非主流醫療系統的利用率，是否會因疾病而有顯著的差異？
- 十、醫師本身的求醫行為與醫療資訊來源之間是否有顯著相關？
- 十一、醫師本身對主流醫療系統的信任度與利用率之間是否有顯著相關？
- 十二、醫師本身對非主流醫療系統的信任度與利用率之間是否有顯著相關？

第五節 名詞定義

一、 醫師

係指國內外醫學院畢業後，經中華民國考試院專業醫事人員考試及格通過，領有行政院衛生署所頒發的醫師、牙醫師證書者，本次所有的研究對象以民國八十七年版醫師公會發行的全國醫師會員，及民國八十九年版牙醫師公會發行的全國牙醫師會員名冊為本。

二、 診療科別

本研究中所指稱的醫師診療科別，除常見的幾個特定分科之外，其餘的科別大致歸類如下：

- (一) 內科系：係指一般內科、心臟血管內科、胸腔內科、腸胃科、神經內科、精神科、家庭醫學科等等。
- (二) 外科系：係指：一般外科、心臟血管外科、神經外科、胸腔外科、整形外科、燒燙傷中心、骨科、泌尿外科、急診科等等。
- (三) 其他科：係指放射線、實驗診斷、病理、麻醉、復健、法醫等等。

三、 醫療體系 (Medical system)

當人類社會中出現對團體成員有威脅的情況時，在群體中會慢慢地創造出一些新的因應策略，從關心如何預防此威脅的發生，到已發生時的相互支援、支持，以及如何減輕已發生的威脅的嚴重程度，在以對抗疾病侵襲為例，所相對應的發展成種種環環相扣的連貫對策活動，稱之為醫療體系 (楊翎，2002)。

「包含成員衛生知識、信仰、習俗、臨床活動、正式/非正式醫療、群體性對健康所做的一些工作或活動」(楊翎，2002：12)；整體運作模式可描述成「是一套信仰與

行為，包括對疾病的認知、解釋、命名、分類、治療、評價、預防等過程」(張珣，2000：119)。

「簡言之，我們認為醫療體系應包括所有促進健康的信仰、活動、科學知識，和該群體成員對這個體系所貢獻的技能」(Foster & Anderson, 1978/1992：54)。至於本研究中所稱之醫療體系則包含現今社會上之主流醫療系統－西醫，以及目前之非主流醫療系統－中醫及民俗療法。

四、 求醫行為 (Medical-care seeking behavior)

以一般而言，當個人身心出現不適的症狀或自覺身體不舒服時去找醫師，企圖尋求醫師的專業醫療照護，藉以解決身心病痛問題的整個過程，在此定義為求醫行為(張荳雲，1998a)，而所謂「不舒服」是「從個人觀點，去界定自我身體的狀況，即心理對身體狀況的一種感受」(楊翎，2002：11)。雖然「醫師法」並不將另類療法提供者歸屬於「醫師」之列，但本研究中，亦將個人尋求另類療法的各式過程，一併列入求醫行為的定義範疇之中。

而在整個求醫行為過程中個人或家庭所遭遇到的，因尋求醫療幫助而導致的種種不順遂，諸如因疾病而起的身心反應，或醫病雙方對疾病認知與治療的溝通問題等等，在此則定義為求醫障礙 (medical-care seeking barrier)。

五、 另類療法 (Alternative therapy)

「另類療法」或者稱為「民俗療法」，民俗療法以使用「卜卦、抽籤、拜廟」佔大多數(吳就君，1978；引自楊文山，1992)。如民間所盛行的病理按摩、禪坐、瑜珈、氣功治療、芳香療法、催眠療法、符咒驅邪、生機飲食等等(蔡榮茂，2002)。通常，「包含兩方面的醫療：藥物療法與超自然療法。藥物療法指民間所採用的接骨與草藥治療。超自然療法則如乩童、收驚、問神等方式的療法」(許木柱，1992：117)。

民俗醫療一般而言，指的是一個民族應付疾病的普遍方法，尤其是針對一般民眾所使用的各種自然或超自然、經驗的、不成文的以及由當地社群所孕育出來的醫療觀念和行為（張珣，2000；楊翎，2002）。

「醫療人類學（Medical anthropology）則定義民俗醫療為，非西方的、土著（當地人）自行發展出來的一套固定而完整的信仰與行為，包括對疾病的認知、命名、分類、病因、治療、預防等過程」（張珣，2000：191）。

六、 複向求醫（Multiple medical seeking）

本研究中所指的複向求醫行為，主要是描述當患者需要就醫時，除了尋求當今社會主流醫療系統－西醫醫療體系的治療方式之外，再同時或前後時間又求助於各種中醫藥治療方式或採行各類宗教或非宗教的民俗療法之謂。

七、 社會網絡（Social network）

社會網絡，通常「指的是一個人每天的互動當中所擁有的社會關係，這個互動被當成交換意見、資訊，以及疾病等的一般途徑」，研究指出，社會網絡在尋求及獲取醫療照顧上佔了很重要的地位（Cockerham, 2001/2002：154）。

鄭讚源（1999）認為所謂「網絡」，是指一種關係、一種人與人之間的互動類型（patterns of interaction），與團體、組織、及聯盟相似卻不相同。對社會上每一個個人而言，每位成員可能不只一個網絡，而可能會有工作上的「工作網絡」、「溝通與資訊網絡」、人際關係上的「友情網絡」、「親戚網絡」、「資金網絡」---等等。其中資訊或諮詢網絡則是作決策時的重要支柱。

第六節 研究範圍與限制

一、 研究範圍

本研究主要探討國內主流醫療系統下醫師本身的跨領域相關求醫行為，故此次研究的主要受訪對象並不包括中醫師及民俗療法提供者在內，而只針對西醫主流醫療系統下的醫師以其求醫行為作初步性的探討，希望能由結果中得出可供學術研究或一般民眾參考的概括性資訊。

二、 研究限制

由於在醫師的養成訓練期間，各個醫療院所的醫師流動率很高，較不容易掌握其永久住址，通信聯絡地址的正確度受到質疑，即使被抽中為研究樣本，也有可能發生被研究對象本身並未收到調查問卷的情形。

由於名冊取得不易，在研究母群體（Study population）中，僅牙醫師部分包含了民國八十九年以前已取得醫師執照的所有醫師，其他科別的醫師則只計算到民國八十七年，在此年度之後才取得醫師執照的醫師並未列入，因此在抽樣架構名單上少了此部分的醫師名單，但在人數比例上因佔全部的研究母群體的比例很小，故並不影響本研究的推論結果。

第二章 相關文獻探討

國內外探討有關求醫行為的相關理論與研究大多著重在一般民眾方面，由醫師本身的角度出發所作的類似研究，因醫師本身條件的特殊性，相形之下，與此主題有關的論述並不多。本章文獻回顧，研究者仍依一般民眾外顯的求醫歷程及內在的精神支持度來源為順序，共分成以下幾個章節分別進行討論：一、一般民眾的求醫資訊來源。二、一般民眾的求醫行為。三、一般民眾的求醫障礙。四、對現代醫學的信任度。五、精神支持度的來源。

第一節 一般民眾的求醫資訊來源

對於一般民眾的求醫相關資訊來源，林文香（1992）以文獻回顧的方式探討近十年來一般民眾的求醫狀況，整理歸納出影響一般民眾求醫選擇方式的原因有：人口特性與社會文化因素、對病因的解釋、對中西醫的認知、醫療品質與大眾媒體的影響等。若從民眾在就醫選擇方面的需求性來看，宋欣怡（2001）指出，約有七成左右的民眾認為，如果能提供他們有關就醫選擇方面的資訊來源，一般都會在就醫前先去參考已有的資訊，並認為這些資訊對於以後選擇哪位醫師及哪所醫院就醫將會有很大的幫助。

若以婦女常患的乳癌為例，國內的研究認為，患者在疾病的初期即會有病徵相關資訊的需求，其需求內容依次為：與醫療行為相關的訊息、與化學治療相關的訊息以及與生活照顧相關的訊息等，而訊息的來源則是周遭的親友、病友、義工、健康照顧人員以及傳單、各類傳播媒體等（莊玟玲、金繼春，2002）。在英國方面，研究人員並且建議女性應加強有關各種不同乳癌型態的近一步知識，此舉會有助於幫忙確認症狀，及當症狀模糊不明時能增加其就醫時的勇氣，並能從中獲得早期診斷及確保治療

品質的好處 (Burgess, Hunter & Ramirez, 2001)。

再以鄰近的同屬華人居住地區的香港為例，Lau, Yu, Cheung and Leung (2000) 對香港青少年所作之學生對一般疾病的醫療利用率類型研究中也發現，香港的青少年學生普遍缺乏健康資訊的來源，當青少年本身出現任何身心方面的問題時，大多自行買藥解決以代替醫師的診治。加拿大的研究也指出，女性、年輕人以及受過良好教育的人，在相對比較下，較常見到有自我治療的行為，但當他們自覺已達本身能力、知識的限度，或純粹覺得由專業醫療人員來處理會比較好時，還是會去尋求醫師的幫忙 (Cockerham, 2001/2002)。

在探討病患搜尋醫療資訊的相關行為時，研究指出在就醫前會事先打聽醫師之患者，以重大傷病病患與需要住院的病患人數，明顯高於求診於一般門診治療的病患比例；同樣在以探討病患求醫前打聽醫院與醫師資訊之相關訊息研究中也發現，以罹患重大傷病的患者以及平常就有閱讀雜誌中與健康有關資訊習慣的患者，一般比較會在求醫前先打聽和醫院有相關的資訊 (張雅惠，2000)。而且所需要的訊息內容會隨者疾病的進展而有所改變，亦即在罹病初期與疾病進行中或是罹病後期等不同生病階段，對患者而言其所需求的資訊內容並不相同 (莊玟玲、金繼春，2002)。

至於此資訊的來源，宋欣怡 (2001) 的研究認為，在所有各種五花八門的醫療訊息來源中，不論是由報章雜誌或醫療院所自行發出的資訊廣告，民眾最信任的依然是由政府衛生單位所公佈的相關訊息。國外的研究也指出，若由社區 (community) 提供諮詢管道，如健康手冊、電話諮詢專線、網路資源等等，不但能提供使用者資訊應何時就醫，以及提升自我評估健康狀況的能力，且大多數人相信此舉也能讓他們免於碰到不適宜的醫療照護 (Hibbard, Geenlick, Jimison, Capizzi & Kunkel, 2001)。只是在目前國內尚缺乏一般性、公正的醫療評比管道，提供足以讓社會大眾參考的求醫前參考資訊，一般民眾只好大多依賴「口耳相傳」的方式，作為就醫決策時的重要參考資訊來源 (張雅惠，2000)。

楊文山（1992）針對影響求醫行為的社會文化背景因素加以探討分析，研究結果發現，國人的求醫方式往往並不受專家學者意見的影響，大約有百分之九十的台灣家庭在出現疾病症候之初時，其早期的醫療行為都是採行自我療法，而自我治療的方式選擇，則是傾向於患者家人的主觀認定或是其他患者的口頭宣傳，極少會接受專家的建議，但是相對地卻是會受中國古老的傳統觀念所左右。

回顧過去的許多研究指出，一般民眾大部分的健康訊息來源多是由報章雜誌及電視等大眾傳播媒體所提供（莊玟玲、金繼春，2002；黃郁雅，2002），近年來由於網路的使用人口與日俱增，網路的內容更是無所不包，自然其中也包括了醫療資訊部分，其傳輸無障礙的特性更加促使其利用率，疾病徵候的嚴重程度是影響一般民眾求醫的最主要因素大大地增加，從網路獲取知識來源乃普遍性地成為一般民眾的新興求知管道，網路資訊的影響層面既廣且深。

在與醫療網路有關的研究方面，曾淑芬與張良銘（1998）就曾對國內的醫療網站進行調查，發現國內的醫療網站大多會提供醫學常識與醫院診所的介紹，在所有受訪的民眾當中，約有近七成的受訪者表示，曾經使用過醫療網站提供的服務，而他們使用此服務的主要目的是希望從中獲得醫療保健常識；但是另一方面，使用過的民眾也認為，更專業的中文醫療資訊內容和提供線上各類的疾病諮詢服務，則是使用者認為現今線上醫療網站還需要再加強的內涵，也是使用者認為比較迫切需要的部分。

相對地在國外，Millard and Fintak（2002）研究慢性病患使用網路的情形時發現，有百分之四十二的受訪者表示，網際網路對於幫助他們了解自身的健康狀況有重大的影響。由於網際網路無遠弗屆及蘊含大量資訊的特性，與網路醫療資訊有關的研究也指出，越來越多的消費者以透過上網的方式來找尋和健康有關的資訊（Cline & Haynes, 2001），以滿足對醫療資訊的需求。

但是 Millard and Fintak（2002）也指出在他們的研究中，對於較常使用網際網路來幫忙處置自身健康照護的民眾，反倒較少會尋求專業的醫療照顧，同時，其健康狀

況也較一般不常上網找尋醫療資訊的人稍差。這種結果顯示的，到底是因健康狀況較差的人本來就會常常上網尋求就醫資訊，還是常上網尋求健康資訊的民眾，因自認為已經有足夠的醫療常識，才會忽略尋求專業的醫療照顧，兩者之間，孰先孰後，這倒是值得我們深思的地方。

另一方面，Cline and Haynes (2001) 並質疑線上醫療資訊的正確度，因為網路上提供的資料並沒有一公正的網路評估機構來過濾篩選，任何人只要願意都可以上網提供他所認為「好」的資料，而這些資料裡面有否廠商的廣告，或是其立論的正確與否，旁人並不得而知，此種疑慮漸漸的已有研究者注意到，目前也已經有少數的研究報告指出 (Cline & Haynes)，其實網路中存在著很多不正確的資訊，足以誤導社會大眾的正確觀念，反而助長其偏差的行為。

第二節 一般民眾的求醫行為

張荳雲 (1998b) 在以四十三位患有癌症、糖尿病或肺部慢性阻塞性疾病的患者作求醫歷程分析時指出，發現到患者在受訪之前，均經過 1 到 7 家的診所醫師診療過，其求醫歷程可以簡要的以下列三項為主：一、患者選擇性的注意到與警覺身體出現的症狀。二、以地緣和熟識的因素開始尋求就醫。三、當對疾病釋惑的渴求未能滿足時，是尋求轉換醫師的主要原因。

即一般民眾會針對過去的患病經驗、對疾病症狀的瞭解情形，以及對不同醫療體系內涵的了解與認知，先自行評估病症的嚴重性，若自覺症狀很嚴重患者多會儘快尋求專業醫療的協助，一般而言，自覺疾病徵候的嚴重程度，是影響一般民眾求醫的最主要因素 (林芸芸, 1992a; 張荳雲, 1998a; Larkey, Hecht, Miller & Alatorre, 2001; Young & Garro, 1994)，從發現初始症狀到決定求醫的方向，整個過程中並且參雜著家庭因素的影響，經彼此溝通妥協後，最後才決定其就醫的時機與對象，「從初級基層醫

療資源開始，經過一而再，再而三的嘗試、錯誤、錯誤和選擇，反映在轉折的求醫歷程的是企求問題之得以紓解」(張荳雲，1998b：59)，因而發展出因應各種不同疾病的各式求醫行為模式。

至於在求醫方式選擇上，一般台灣地區民眾，不論是急性或慢性病患，皆是以西醫醫療系統為主要的求醫方式與第一優先選擇(王美乃、毛新春、喻永生，1995；崔玖，1994；黃郁雅，2002；楊文山，1992)。另外，康健壽、李金鳳、陳介甫(1995)的研究也指出，在研究對象受訪時求診西醫門診或是剛好第一次發病者，其單向求診的比例較高，且在其單向求診的行為中，佔有效樣本多數的患者(65.3%)均是求診於西醫治療。

證諸黃國晉、梁繼權、李龍騰(1995)的研究，中醫利用率確實比西醫有明顯偏低的現象，在有效樣本中，68.2%的民眾採用西醫，21.8%的民眾採用中醫。大部分的個案仍以西藥及西醫的治療方式為主(梁靜祝，1997)。另林芸芸(1992b)在針對國內公、私立大學及學院學生的研究也顯示，大學生的醫療利用型態，亦以西醫為主體，約佔全體受訪學生的79.9%。此等均顯示出西醫的醫療價值體系在目前的台灣醫療環境中，佔有著主流系統的角色地位。

在性別的差異上，一般民眾的求醫行為在男女兩性之間存有顯著的不同。「女性對於需要求助的症狀有較多的容忍力，較願意承認個人對於協助的需求，也較願意和別人分享一些問題，也較會從朋友處尋求幫助而非陌生人處」(張荳雲，1998a：101)。Thorson, Hoa and Long(2000)的研究也顯示，平常女性比男性較會有尋求健康照護(health-care)的行為。但是在需要住院治療的就醫過程中，女性卻比男性耽擱較長的時間。

丁志音(1995)的報告指出，在求醫(西醫)行為方面，無論已婚、未婚，無工作者很明顯地較會採取求醫的行動，而在有工作之已婚婦女當中，有公婆同住者，求醫的可能性大於不與公婆同住者。且在身心症狀方面，「與公婆二者同住者」，依序比

「不與公婆同住者」及「與公婆之一同住者」身心症狀較輕微。除此之外，女性在家庭當中的人數比例與看醫師的次數之間似乎有很大的關係，研究顯示若家庭成份中女性人員佔較多數，則此家庭對醫療方面的需求也會相對地較多（Wan & Soifer, 1974；引自 Cockerham, 2001/2002）。

Kart, Metress and Metress (1990) 也認為在性別差異上，女性較男性有較高的醫療服務 (physician services) 利用率。也就是說女性對健康照護的使用機率較男性要高 (Cockerham, 2001/2002)。而胡幼慧 (2001) 認為由於傳統對男女角色的刻板認知印象，造成了若男性因心理或生理上問題多次求助醫療人員的幫助，較會被視為缺乏男性應有的強壯氣概。且在尋求健康資訊的行為上，女性也較男性花較多的時間在網路上尋求與健康有關的資訊 (Millard & Fintak, 2002)。這些均成為女性能在早期發現潛在的疾病，及與男性相比之下，得到較佳治療效果的因素 (Cockerham)，當然，相對的也是女性平均壽命高於男性的原因之一。

另外，在單獨針對女性本身的研究而言，陳晶瑩、賴美淑、李龍騰 (1991) 以三芝鄉女性膝部骨關節炎患者的研究結果指出，在求醫行為中，有高達 66.7% 的受訪者第一次利用的醫療資源，是尋求非醫師的醫療資源，找正規醫師者僅佔 33.3%。在尼泊爾的研究方面，Yamasaki-Nakagawa et al. (2001) 也發現，和政府提供的醫療設施相比，女性比較信任當地的傳統治療者，而這些傳統治療者也常常是當地婦女出現健康問題時，首先會想要尋求醫療諮詢的對象。

在社會文化的影響方面，世代之間透過經驗的傳承，台灣社會中存在的是多元化的醫療體系 (翁麗雀, 2001；楊翎, 2002)。種種不同的醫療信仰與行為，均在外來文化及自我傳統的影響下慢慢發展而成一獨立的體系，民眾對於各類疾病症狀的認知、解釋，與自覺疾病本身的嚴重性以及相對應治療方式的選擇與求醫行為等，均是透過社會文化與醫療體系間交互運作而來 (林文香, 1992；張珣, 2000)。實際上，一般民眾的醫療行為模式，即是在整體大文化環境的薰陶下，受到個人、家庭與社會的多重影響，遊走於不同的醫療系統之中 (杜異珍, 1992)。

第三節 一般民眾的求醫障礙

一、 心理障礙

以國外為例，雖然 Burge, Lucero, Rassam and Schade (2000)針對 118 位新篩選出確認罹患糖尿病的新患者所作的調查發現，缺乏健康保險是影響他們沒有尋求醫療協助的最主要因素，在國內則因已實施全民健康保險，目前較沒有這方面的問題產生，但在另一方面依據魏美珠、楊美雪、吳聰慧（1993）針對台南市居民就醫障礙因素的調查資料中，則顯出另外的原因，於其研究中有高達 25.6%的民眾沒有就醫的主要原因是因為存有就醫障礙，其因素依次為「待診及領藥耗時過久」、「醫療人員服務態度不親切」及「與醫院、診所人員不熟識」等，且在其研究對象中，有 57.1%生病而未求診的民眾，只在附近的藥房買藥自行治療。

據研究顯示，每個人患病後都會產生大小不同程度的焦慮感，以及對疾病皆懷抱有能早日治癒的期望，這些自然的心理反應與患者往昔的生活經驗，社會文化背景等相關因素都有很大的牽連（王英偉，1988）。依 Maslow 的心理需求理論而言，人們有被愛與被關懷的需要，對患病的人來說更是如此。何況現代醫學強調的是實驗證明，在實證醫學的主流系統下，醫師常只專注於疾病的是否能被控制，對於人性化的醫療照顧卻往往被有意無意的忽略在一旁（張珣，2000），這點似乎無法滿足罹病後身心均處於脆弱狀態的患者需要。其實患者除了要求專業的醫療照顧之外，最需要的就是心理上的支持了（郭麗馨，2002）

何況諱疾忌醫的心態存在於每人的心裡，當一開始感覺到自己身體不對勁的時候，總是下意識地認為自己只是過度勞累而已，並不是真正的生病。這使得一般民眾在求醫過程中，尤其是屬於重大傷病方面，往往會延誤就醫，失去控制頑疾的第一線機會。「特別是癌症病人，可能延遲看醫生的時間，因為他們害怕自己的感覺成真」（Cockerham, 2001/2002：175）。在英國，Burgess et al（2001）研究發現，約有 20%到 30%的疑似乳癌症狀患者，至少都耽誤了三個月以上的時間，才去尋求開業醫師的

醫療諮詢與幫助。

而且，在疾病初期徵候的判斷上，就算是醫師本身對自己的病情，有時也會有錯誤診斷的情形發生（Rosvold & Bjertness, 2001），甚至在生病期間一樣會試著採行非主流的醫療照護模式，如中醫或另類療法來幫助治療本身所患的疾病（陳清芳、潘彥妃，2002）。更何況一般人對疾病進展的過程、疾病本身的嚴重性、及後續的發展等病理特性的了解程度，與專業醫師相較之下，對疾病更是無法清楚掌握。

以癌症為例，民眾通常對此疾病的知識普遍不足甚至會有錯誤資訊產生（Matthews, Sellergren, Manfredi & Williams, 2002），造成有些民眾有過度頻繁的就醫頻率發生，或者因對醫療方式的不盡滿意，而自行相互採用中西醫等不同型態的醫療方法，甚至同時合併尋求另類療法的輔助，形成了在求醫歷程中不是複向就醫就是諱疾忌醫的兩極化求醫行為，在這曲折的求醫過程中患者心理的惶恐與不安，自是如人飲水，冷暖自知非外人所能體會。只是，由於兩極化求醫行為的緣故，往往也拉長了整個求醫治療的過程，常會因此而延誤了治療疾病的最佳時機（翁麗雀，2001）。

另一方面，現今主流醫療體系較為人所詬病的是，醫師注重的是病人身上的疾病（disease），以治癒率作決定選擇之要素，但患者及其家屬看到的是親人承受的苦痛（illness），在意的是治療過程的品質（郭麗馨，2002）。相對於一般民間盛行的民俗療法在醫療行為上所引用的醫療觀念，多以自然界的因果關係及超自然的神鬼力量來說明疾病的起因變化，雖然這種說法並不被現代主流醫學所接受，但在整個治療的過程中，著重在「人」而非「病」的因素上，給予患者易懂能接受的解釋，反倒較容易為一般民眾所接受，而能減緩其患病後的焦慮與無助感（張珣，2000）。而且研究顯示，「病人會採用另類療法主要是因其為非侵入性、具有身心靈整體的觀點、較便宜、亦具有某些效果」（Keegan, 1998；引自翁麗雀，2001：72）。因而，現存民間社會的各種求醫行為過程中，「在使用機會、使用次數上，民俗醫療卻是不亞於中醫或西醫」（張珣，2000：94）。

Reilly (2001) 在對歐洲民眾使用另類療法的研究後也指出，民眾會選擇使用另類醫療的方式，其實並不在於其使用的藥物是否有效，強調的卻是民俗醫療的整個過程比較具備人性化，而且並不同於主流醫療體系般冰冷的照顧方式，相較之下，喜歡採用民俗醫療的人士均表示，民俗療法對他們而言，比較能照顧到他們的心理層面，是屬於比較廣泛的全人 (whole-person) 關懷模式。

二、醫病關係

醫病之間的關係是民眾就醫時必需面對到的另一問題，從以前農業社會的醫病雙方互信互諒類似朋友的關係，轉變到現代工業社會中彼此互不信任的緊張對立關係，其中部份原因，宋欣怡 (2001) 認為乃由於醫療具有高度的專業性，醫療供給者所擁有的醫療專業知識遠多於病人，因此醫病之間存在著資訊不對等的關係。而以目前的醫療環境，幾乎所有的醫療資訊都掌握在醫師手中，病人無從參與任何與治療本身疾病有關的決策，只能作為被動的配合者 (張荳雲, 1998a)。醫病雙方的權利地位其實是不平等的，在此極端不對等的關係下，往往「醫生的角色是以一種只對醫生本身有利的不均衡狀態之權利以及技術專長為基礎」(Cockerham, 2001/2002: 211)。相形之下，患者所擁有的相對力量，也僅能表現在於不遵從醫師的醫囑，或是不斷的逛醫院換醫師等消極對抗行為上 (胡幼慧, 2001)。

Lau 等人 (2000) 在香港的研究也顯示，許多香港青少年學生不信任他們求診的醫師，並且希望能有一讓人較信任的健康照護環境。在日本，常見民眾會自行轉診到另一家醫院或診所，其原因並不是原醫療院所的醫療環境、等候時間或醫療設備等週遭因素使然，而是民眾對其原就診處的醫護人員不滿意，尤其是針對醫師本身，因此研究人員建議當患者第一次來求診時，不應只關心其身體狀況，也應顧及患者情緒上的反應，以更開放的醫病溝通關係來減低患者的不滿情況，因為有些病人的不順從也僅僅是因醫病之間彼此溝通不良而已 (張荳雲, 1998a; Cockerham, 2001/2002; Guo, Kuroki, Yamashiro & Koizumi, 2002)。

相對的，在以罹患肝硬化或癌末的患者為對象的研究顯示，患者在罹病前後最強、最重要的支持度來源是其配偶，其次為子女，除此之外，患者的支持度來源就屬來自醫護人員的體貼與關心了（胡文郁、邱泰源、釋慧敏、陳慶餘、陳月枝，2000；陳美倫、郭憲文、陳滋彥，1994）。當患者面對治療時，因對於醫學專業知識的一無所知，其實最迫切需要的是醫護人員的耐心引導而不是責難，否則只是讓患者或其家屬更顯得徬徨無助而已（郭麗馨，2002）。通常的情況是，患者均希望能遇到一位關心病人及了解病人的醫護人員，幫他們細心解釋健康方面的相關疑問（Tsao, 2002）。

林文香等人（1993）更直接點出了，醫病之間的互動關係，會直接影響個人的健康信念與對疾病的態度，間接地則會影響患者的求醫行為與服藥的遵從性。甚至於家屬本身也一樣需要有朋友及醫護人員的關懷，以作為緩和其負面情緒的支撐系統（何怡儒，2002）。一位多年照顧罹患癌症幼兒的母親，因感受到醫護人員對她持續的關懷，在受訪時也說到：「---其實給我很多支持的是醫療人員」（郭麗馨，2002：65）。事實上，介於醫護人員與患者及家屬之間的「醫療關係的詭譎就在，它兼具了最大的信任感與最小的熟悉感」（van den Berg, 1952/2001：121）。以癌症患者為例，「在癌患診斷初期及治療期間，家屬們對醫護人員的『信』『賴』，也會形成相當程度的壓力或困境」（何怡儒，2002：63）。

一般而言，雖說醫師和患者之間的良好關係應該是建立在相互的期待之中，但實際上，醫師的權威性遠勝於病人（張苙雲，1998a），因此而存在於醫病雙方間的不平等關係通常是患者在求醫治療時的壓力來源之一；但王英偉研究（1988）認為，有些患者其實並不在意醫師與他們之間的互動狀況，大部分的患者比較重視疾病本身的發展過程，擔心生病所造成日後的影響，相對的對於生病造成的個人痛苦，以及醫病之間的關係並不是很在意。有時候，「病人對醫生的要求不在個人關係，而在技術和知識。尤其在懷疑病情嚴重的時候，---醫生必須要技術高超」（van den Berg, 1952/2001：117）。

Stein and Bonuck（2001）針對 575 位男女同性戀者的研究結果指出，約有百分之

十七的同性戀者會延誤或盡量避免就醫，只因為擔心會因性傾向的不同而受到醫護人員的歧視，Stein and Bonuck 並在其研究結論中建議，應加強訓練醫學院學生以及臨床開業醫師，在和病人溝通時應採用更好的溝通技巧，以減少患者的焦慮不安。

以上的研究顯示出，患者於就診期間若存有良好的醫病溝通模式，一般均有助於患者克服在面對疾病時的痛苦經驗，並能稍微緩和患者就醫時的壓力，而且醫病之間的良好互動關係，也能使患者對醫師的信任度提高，相對地更能積極配合醫師的治療（胡幼慧，2001），這不論對患者在罹病時的心理支持度，或是在治療疾病時對醫囑的配合度而言，都能顯現出很好的正向效果。

第四節 對現代醫學的信任度

目前在台灣各科醫師的養成教育中，不論是學校課程的安排或是民眾就醫的流程上，相較於傳統中醫，西方醫學的標準雖然是國內各醫學院及其教學醫院所採行的主要醫療系統。但是在傳統中醫治療的使用上並不因此而遭受民眾冷落，且由於整個社會文化因素的影響，中醫藥仍普遍為現今民眾所樂於採用（崔玖，1994）。

畢竟中國傳統經驗醫學至今已經歷數千年的考驗，一般民眾從小在中醫傳統醫療方式的耳濡目染之下，多少能影響其就醫行為的選擇，尤其在臨床上，常會有很多患者有根深蒂固的觀念認為，長期服用西藥對腎臟及腸胃系統會有不良的影響，而拒絕服用西醫的處方，國外的情形亦然，根據 Reilley, Abeyasinghe and Pakianathar (2002) 在北斯里蘭卡 (Sri Lanka) 所作的瘧疾研究發現，有 57.6% 的受訪者主要因為藥物的副作用而中途停止服藥，國內林文香等人 (1993) 的研究中同樣發現，患者採用中醫治療的主要動機為經由他人介紹 (50.4%)、嘗試心理 (33.4%) 及無法忍受西藥副作用 (28.6%)。可看出一般民眾在求醫時自有其本身的考量因素。

同時在以社會文化背景因素探討一般民眾的求醫行為時，我們發現「一個民族的健康觀念與醫療行為，常與他們的基本價值觀有關」(楊翎, 2002:6) 林文香等人(1993)認為本土文化因素會影響患者求醫方式的選擇，甚而會影響患者對服藥的遵從性。張珣(2000)也認為疾病的產生、健康的觀念與治療的方法都是屬於社會文化的一部份，因此也必須要從文化的觀點來了解。Matthews et al(2002)對罹患癌症的非裔美人以質性研究方法，調查患者的求醫行為時也發現，文化及社經因素在其行為上佔很重要的角色。

胡幼慧(1988)則提出「文化---壓力---身心疾病」的觀念架構，他將文化對於健康的影響分成六個層面來探討，包括(1)生活習慣，(2)疾病的認知與溝通，(3)人際關係的機轉，(4)對疾病的求醫行為，(5)疾病的社會反應，以及(6)醫療照顧體系。指出在本土文化的培育薰陶下，民眾對疾病的觀念及後續的求醫行為，會自成一多元化的醫療照顧體系特性。依據資料顯示，類似的情形也可見於美國社會中對民俗治療師的研究結果，「他們所提供的服務，與那些尋求他們幫助的人們之文化信仰具有一致性」(Cockerham, 2001/2002:200)。

國內，從康健壽等人(1994)的研究看出，在40至59歲之間的患者，職業上從事農林漁牧或工商業的患者，求診於中醫的比例較高。在疾病的分類上，以罹患肌肉骨骼神經疾病與五官皮膚疾病的患者，較偏向求診於中醫醫療。另外黃國晉等人(1995)在對山地鄉民眾使用中西醫醫療的評價研究上，也認為身心症狀為影響醫療資源使用的主要因素，一般民眾多因骨折、脫臼(45.3%)及慢性病(20.8%)等因素而求助於中醫治療。

另外，王美乃等人(1995)認為在疾病的急性症狀已被控制，且當患者獲知此疾病為一需要終身治療之慢性病後，常會因生病時間的拉長，而產生想試試看其他不同醫療體系的不同處置方式是否會比較有效之嘗試心態。因而常會同時尋求中、西醫甚或另類醫療等不同的處置方式，希冀藉此複向行為能更有效的改善其原有病情。因此在個人的生病經驗上，當「過去一年曾經因病臥床休息或此次患病超過半個月以上者，

其複向求診的比例較高」(康健壽等, 1995)。

蔡景仁(1994)亦從社會文化因素的角度研究癩癩患者醫療抉擇的影響面,於其結果中指出,不管疾病的性質如何,在初發症狀時大部分的患者還是會先選擇西醫治療,然而當問題轉變成長期慢性疾病時,也不管疾病本身的特性如何,研究對象中大約會有一半的患者會同時去尋求中醫和民俗療法。

林文香等人(1993)研究全身性紅斑狼瘡患者之求醫行為,於其研究結果中發現,中醫、西醫、民俗醫療、養生療法均被其研究對象使用過。在患者得病之初約有72.0%的人會尋求西醫的治療方式,但在往後的整體發病療程中,會單單採取西醫治療者僅佔22.6%。又如在研究更年期婦女的求醫過程中也發現,受研究婦女會有一段長時間的徘徊於中醫、西醫、另類療法(草藥、食補)及自我保健療法的循環中(曹麗英,1999)。可見複向就醫的情形在民眾之間依然是相當普遍。

何怡儒(2002:68)在對癌患照顧家屬的質性研究中訪談其中一位家屬,提到「沒多久我就沒太太了!不可能,不斷地找醫生,中、西密醫藥方都找-----」。癌症患者通常「除了嘗試中藥外,食療與民俗療法也是少不了的」(郭麗馨,2002:74)。很顯然地,親人生命的維持是眾人一致的期盼,當病患與家屬遇到目前主流醫療體系無法有效治療的疾病時,多數人仍會對其他任何可能有效的方法懷抱著一絲希望,而轉向尋求傳統的中醫治療方法,或其他可能的中草藥及民間秘方等(許木柱,1992)。黃國晉等人(1995)也指出,國內一般民眾的就醫模式仍是以採用西醫治療方式為主,而中醫或民俗療法則是作為輔助醫療之用。

此種寄望於尋求另類治療來治癒疾病的行為,存在於人類社會中也許已達數百年甚至有上千年之久(Jonas, 2001),而且並不只見於亞洲華人地區,這種情況在世界各地均有例可循。在歐洲的情形也類似,當主流醫療體系對治療疾病無法達到顯著或預期的效果,或者是當患者對主流醫療系統的治療方式有所疑慮時,人們一樣會轉而尋求另類醫療(alternative medicine)的幫忙,希望能從中獲得主流醫療系統所無法達成

的幫助 (Reilly, 2001 ; Jonas, 2001)。

Wiles and Rosenberg (2001) 對已開發國家加拿大的研究發現，就算是受過高等教育，有高收入的族群，尤其是女性，一樣會傾向於使用另類醫療的方式。在歐洲則更有將近三分之一的人口尋求非主流的健康照顧，另類醫學在歐洲已是目前第二大成長的工業 (Reilly, 2001)。如在西班牙，一項針對如何處理疼痛的研究指出，受訪的 1964 位民眾中，首選的處置方式是尋求醫師的治療，次之是自行處置，佔第三位的就是尋求另類醫療的幫忙了 (Bassols, Bosch & Banos, 2002)。

同樣地，在俄羅斯地區，Brown and Rusinova (2002) 研究後蘇聯時代俄羅斯民眾的求醫行為時也發現，雖然俄羅斯政府以處罰及污名化 (stigmatizing and punishing) 的中央集權方式限制傳統民俗醫療者的醫療行為，然而對一般民眾而言，並未停止他們尋求民俗醫療的實際行動，甚至在 1980 年代末期，民俗醫療提供者的數目比自 1917 年大革命後還更顯著的增加。

以上的研究顯示出當一般民眾逐漸對主流醫療體系失去信心時，非屬主流的另類療法，私下卻仍常受一般民眾所採用 (Reilly, 2001)，究其原因，似乎以不放棄任何治癒可能性的心態居多，而在臨床上，此種現象亦多見於長期為慢性疾病所苦或罹患惡性腫瘤的患者或其家屬身上，通常對另類療法的使用時機上，一般當「親人的病情沒有進展或變差了，只要還有『希望』在，家屬仍會寄望於任何醫療的協助」(何怡儒，2002：64)。

若從另一角度來看，此類不妨一試並期待著奇蹟出現的心情，雖不符合當今所認為的科學化的醫療方式，但亦有臨床醫師指出，只要不因此耽誤病情，不妨試著以開放、謙虛的心態接納患者的這類行為 (陳清芳、潘彥妃，2002；蔡榮茂，2002)，畢竟除了治療「人」本身的身體疾病之外，還需考慮到精神層面的需求，這樣對家屬或患者本身來說，不論是生理或心理上，也是接受到某些程度的治療，有時確也能達到預期外的治療效果，且對個案而言，其療效有時也是不容忽視 (黃郁雅，2002)。

第五節 精神支持度來源

在臨床醫療行為中，有很多疾病在目前醫學的對治方法上，除了施予消極的症狀治療外，對疾病的「成功治癒」幾乎是無能為力的，此時不只是對患者本身或是家屬，甚至對負責領軍對抗頑疾的主治醫師而言，都只能在病魔面前低頭而束手無策。一位臨床醫師指出「有很多事情幫助我了解到醫學的侷限----我越來越相信，要了解健康，不能把研究自限於肉體，還必須了解心靈與精神」(Moyers, 1993/1999 : 418-419)。國內，亦有臨床醫師指出「自從生病後，我認為還要加上靈性這一項，因為人生了病，在醫療之外，信仰是種很強的力量，可以支持患者和家屬面對疾病」(陳清芳、潘彥妃，2002 : 98) 此即是現代醫療的「有限性」問題，縱然在現代醫學技術十分發達的今天，當代醫學所能解決的問題仍舊有其極限，這卻與一般民眾對於現今醫學的期望相差甚遠，有時甚至是處於一種無奈的境地 (何權瀛，2002)。

更何況現代醫學把「疾病」從「人」本身抽離出來看待，在疾病的診斷上從病人進入診療室到開單給藥，往往不到幾分鐘即完成一個病人的「治療」程序，臨床上也認為所謂治病就是把疾病治療好即算完成，並沒有照顧、考慮到「人」本身對疾病的深層感受 (Moyers, 1993/1999 ; 張珣，2000)。整個治療過程中往往只知道他生了什麼病，但並不知道是誰生了這個病。在此荒謬狀況下，中國大陸現今也有學者為文呼籲醫界應回歸屬於「人性的醫學」，以對治長久以來存在於臨床醫療中的「人性淡漠」(何裕民，2002)。同時更期待重新塑造醫學本身的人文內涵，讓醫學從以人為本出發，培養醫者尊重人性的尊嚴，並重視生命本身的唯一性與無可取代性 (劉典恩，2002)。

因此，縱然現代醫學在遺傳基因科技上，獲得了前所未有的成就，但不可否認的，對於許多疾病的致病原因至今仍然不知其所以然。一般大眾會放棄醫療乃肇因於對所患疾病的治療方式缺乏信心所致 (Reilley et al, 2002)。以人人談之色變的惡性腫瘤為例，目前尚無法掌握其發病機轉，此時民眾認為醫護人員所能提供的主要方式是心理的支持度方面 (陳美倫等，1994)，但一般民眾卻仍然普遍希望能以透過種種其他的可

能方式，來佐助其對現代醫學的期望與加強治癒疾病的信心，藉此來減輕家人及患者身、心方面的壓力。對於未可知的超自然力量，有時卻是無助的患者或其家屬在飽受精神上重大創傷與頑強病魔的多重折騰下，唯一的宣洩活口（郭麗馨，2002；黃郁雅，2002）。在此情況下，宗教信仰是則人們另一個最常藉助，以為慰藉的方式（Stuckey, 2001）。其實，「只要是正統信仰，都可以成為內心支持力量，幫助人面對生老病死」（陳清芳、潘彥妃，2002：98）。

Stuckey (2001) 試圖勾畫出宗教信仰與人們之間的關係，他以 20 位新教及天主教的老人為訪談對象（其中半數的配偶為愛茲海默症 Alzheimer's disease 患者），將其研究對象分成愛茲海默症照顧者及非照顧者兩組，以質性研究的方式進一步證實宗教、靈性在人類生活經驗中，確實佔了很重要的積極性角色。一般而言，在具高密度宗教信仰地區的疾病發生率及死亡率確實較其他地區較低，其原因與篤信宗教信仰者的生活型態，如減少吸煙、強調身心衛生觀念、經常從事健康活動等現今所謂的預防醫學條件相符合（Cockerham, 2001/2002）。而且虔誠的信仰者，一般都會在發現有不舒服的症狀時立刻就醫（Larkey, Hecht, Miller & Alatorre, 2001），因而也較容易得到對疾病早期的預防與治療。

在宗教及靈性行為上，有宗教信仰者多用禱告的方式來克服困厄，尤其是在老年人口中，更是常用禱告伴隨著醫療照護來進行（吉元昭治，1999），也許他們並不期待上帝能對健康或疾病扮演一積極性的角色，但是，「如果醫療照顧僅關注身體層面，那麼人的生命內涵很顯然是被誤解了」（van den Berg, 1952/2001：63）。而是藉此積極作為當作心靈力量的重要來源，使生理治療的不安透過心理信念的轉化過程舒緩情緒，以幫助壓力的釋放，加強對抗疾病的支持力量（Cockerham, 2001/2002），求助者對於宗教的肯定，主要著重在心理而非生理層面（黃郁雅，2002），且對某些照顧患者的人而言，他們的宗教信仰並能帶來生活的意義，相信上帝如此安排必有其特殊的目的，而比較能自在的渡過生命的低潮期，並提供了他們克服生命困頓的挑戰勇氣（Stuckey, 2001）。

Tillich (1956/1994 : 3) 則認為「信仰就是一種終極關懷 (ultimate concern) 的態度，因此，信仰的動力也就是終極關懷的動力」。Tillich 同時指出，信仰既是觀念，也是事實，要了解信仰很難，要描述信仰也不簡單。但是「信仰很深的人，必定能從信仰中得到力量」(陳清芳、潘彥妃，2002 : 65)。縱然是生病臥床，也能讓人領略到，即使外在的身體有病痛心靈卻可以是健康的，而不是生病之後就一無所有，身心靈的全然失去 (van den Berg, 1952/2001)。

Stuckey (2001) 也在其研究中提出，宗教的潛在力量在於能予人樂觀、自信及充當心靈導師，足以使人能快速“越過”而非“避免”人生的低潮，達到生命面像的調和 (Reconciled Life Perspective) 狀態，正向的影響其幸福感。而且，對生命有重大失落的當事人而言，宗教信仰的確能為其指引生命的意義，提供了對未來“幸福的保證”，重燃生命的新希望，也許「你認為你所受的痛苦是生命中的障礙，但它卻是讓你達到更高目標的媒介」(Orsborn, 1997/1999 : 184)。

Stuckey (2001) 在研究宗教信仰對愛茲海默症照顧者的影響時，於其文獻回顧中也指出，前人的研究指明了宗教信仰對眾生在整體的幸福感上，扮演了兩個重要的角色，一是替痛苦和不幸找到解釋基礎，另一是因為相信死後的永恆，而將現在的苦痛視為有意義的暫時性的負擔。重要的是，在心靈向度上不論是患者或是家屬，都能為其往後際遇找到持續下去的支持力量 (郭麗馨，2002)。

第三章 研究設計

本研究根據研究目的及待答問題之方向，採用郵寄無記名問卷調查的方式以獲得研究所需資料，回收後再以分析後的結果來詮釋本研究所欲探討的問題，茲將本研究的研究工具、研究對象、研究程序、研究方法與資料處理過程分述如下：

第一節 研究工具

本研究中所使用的研究樣本，乃是依照“機率隨樣本大小成比例抽樣（Probability Proportionate to Size, PPS）”及系統隨機抽樣的方式，由研究架構中隨機取得（Babbie, 1998/1998；Kumar, 2000/2001；Mangione, 1995/1999）；而調查問卷的回收方式，乃先採取郵寄問卷法，未獲回應時再輔佐以郵寄催收信函方式，最後若仍未獲回復，則採直接面訪的方式收集調查問卷。最後將所收集的無記名問卷調查結果，排除無效問卷後，以統計分析軟體 SPSS for windows 中文第八版作量化比較分析，求得所需統計資料（邱皓政，2002；Babbie）。

第二節 研究對象

一、研究母群體（Study population）

本研究係以臺灣省醫師公會全國聯合會民國八十七年版，及台灣省牙醫師公會全國聯合會民國八十九年版，所寄發之會員名冊中的全部醫師為對象，其對象涵蓋全台及外島之所有當年度以前已取得醫師證書資格的所有醫師會員在內，得全部研究計畫母群體總共 34878 人，其中包括一般科醫師共 26546 人，牙醫師共 8332 人，表 3-2-1 顯示出各縣市詳細的人數分配。

表 3-2-1 研究母群體 (Study population) 醫師總人數統計

縣市別	醫師人數	牙醫師人數	人數總計
基隆市	478	135	613
台北縣	2449	1199	3648
宜蘭縣	465	99	564
桃園縣	2285	564	2849
新竹市	387	157	544
新竹縣	317	82	399
苗栗縣	414	102	516
台中市	1882	754	2636
台中縣	1274	466	1740
彰化縣	1182	362	1544
南投縣	470	126	596
雲林縣	495	127	622
嘉義市	582	139	721
嘉義縣	261	60	321
台南市	1156	356	1512
台南縣	858	218	1076
高雄縣	1257	284	1541
屏東縣	820	160	980
台東縣	210	44	254
花蓮縣	509	93	602
澎湖縣	88	24	112
台北市	6332	2018	8350
高雄市	2375	763	3138
全部總計	26546	8332	34878

二、 抽樣架構 (Sampling Frame)

本研究將已取得的全國醫師、牙醫師會員名冊兩本各自從 1 號開始加以編號，且考慮到醫師是否已經退休的因素，在編號時若遇有民國二十年（含）以前出生者則略過不予編入，總共扣除 3148 人不列入抽樣架構名單中，其中含一般科醫師 3014 人，牙醫師 134 人。

三、 分層化 (Stratified)

本研究所取得的醫師會員名冊，原先均已依台灣省各縣、市、鄉、鎮別及醫師的姓名筆劃順序分層編排，在扣除民國二十年（含）以前出生的醫師名單後，共得抽樣架構 (Sampling frame) 總人數為 31730 人，其中包括醫師 23532 人，牙醫師 8198 人，各縣市詳細抽樣架構人數分佈，如表 3-2-2 所示。

四、 研究樣本 (Study sample) 的選擇

所需研究樣本採取“機率隨樣本大小成比例抽樣 (Probability Proportionate to Size, PPS)”及系統隨機抽樣的方式選出，其抽樣設計 (Sampling design) 詳述如下：

第一階段：縣市之抽樣 (PPS 法)

1. 依研究母群體中兩份醫師名冊的全體醫師的人數比例，加以每一研究變項約需 30 份問卷的基本統計量為基準，研究者從一般不分科醫師名冊中抽出 525 位醫師，從另一份名冊中抽出 175 位牙醫師，預估共需從十縣市中抽出 700 位受訪醫師。
2. 在抽樣架構名冊上總人數為 31730 人，依 PPS 的原則先以 3173 (31730 除以 10) 為抽樣間距 (Sampling interval)，從全省及外島之抽樣架構縣市中，抽選出台北縣、桃園縣、台中市、台中縣、雲林縣、台南縣、台北市、高雄市等八個縣市。

3. 其方法為先由亂數表中隨意點取一處得 477 三個數字，再取亂數表中第 47 列的第 7 個數字開始的四位數，此數為 6278 超出 3173 的範圍，故放棄此數，依序選其下個四位數，以此類推，得一所需的隨機四位數為 1990。因此，數目 1990 就是本研究縣市抽樣的隨機起始點 (Random start point)，再以此數 1990 為基準，選取抽樣架構名冊中編號 1990 所在的縣市為本研究中的第一個樣本縣市。
4. 接著依名冊順序向下選取第 5163 號 (1990 加 3173) 醫師所在縣市為第二個抽樣縣市，依此類推，完成抽樣縣市的挑選工作，其中台北市因醫師人數比例較多，共被抽中三次為樣本縣市。

第二階段：鄉鎮之抽樣 (PPS 法)

1. 台北縣同樣地以 PPS 的選取方式，縣內醫師總人數為 3232 人，取亂數表中第 47 列的第 7 個數字開始的三位數 627，為鄉鎮抽樣的隨機起始點，抽樣間距為 646 (3232 除以 5)，總共在台北縣抽出新莊市、板橋市、三峽鎮、新店市、淡水鎮五處為樣本鄉鎮。各鄉鎮醫師人數詳細分佈請參考附表 3-2-4。
2. 桃園縣同樣地以 PPS 的選取方式，縣內醫師總人數為 2577 人，同樣由隨機起始點 627 開始，抽樣間距為 644 (2577 除以 4)，總共在桃園縣抽出桃園市、龜山鄉、中壢市、龍潭鄉等四處鄉鎮。各鄉鎮醫師人數詳細分佈請參考附表 3-2-5。
3. 台中縣同樣地以 PPS 的選取方式，縣內醫師總人數為 1604 人，由隨機起始點 084 開始 (先由亂數表中隨意點取一處得 477 三個數字，再取亂數表中第 47 列的第 7 個數字開始的三位數，此數為 627 超出抽樣間距的範圍，故放棄此數，依序選其下個三位數，以此類推得出 084)，抽樣間距為 320 (1604 除以 5)，抽出豐原市、大雅鄉、沙鹿鎮、大肚鄉、大里市等五處鄉鎮。各鄉鎮醫師人數詳細分佈請參考附表 3-2-6。

4. 台南縣同樣地以 PPS 的選取方式，縣內醫師總人數為 946 人，同樣由隨機起始點 084 開始，抽樣間距為 189 (946 除以 5)，抽出新營市、佳里鎮、新市鄉、永康市等四處，其中因永康市醫師人數所佔比例較多，被抽中兩次。各鄉鎮醫師人數詳細分佈請參考附表 3-2-7。

第三階段：樣本醫師之抽樣（系統隨機法）

1. 將所抽得的所有鄉鎮依醫師的人數比例，以鄉鎮為單位作系統抽樣，抽出各鄉鎮的所有的研究樣本。
2. 雲林縣因醫師人數不多且平均分散於縣內各鄉鎮，故直接以縣為單位，作全縣系統抽樣，抽出所有的研究樣本。
3. 台中市、台北市、高雄市亦直接以市為單位，以系統抽樣方式，抽出全市所有研究樣本，但台北市因之前在做縣市抽樣時被抽中三次，故其研究樣本醫師數為其他縣市的三倍。
4. 本階段系統抽樣的隨機起始點均為 2 (由亂數表中隨意點取一處得 477 三個數字，再取亂數表中第 47 列的第 7 個數字，此數為 6 超出鄉鎮最小抽樣間距 2 的範圍，故放棄此數，依序選其下個數字為 2)。
5. 以此隨機起始點為基準，依各縣市鄉鎮不同的抽樣間距，抽選出全部的所需研究樣本，其中從一般不分科醫師名冊中抽出 525 位，從牙醫師名冊中抽出 125 位，共 700 位受訪醫師。全省所抽出的所有研究樣本人數及所在的縣市鄉鎮分佈請參考表 3-2-3。

表 3-2-2 研究對象抽樣架構 (Sampling frame) 醫師人數統計

縣市別	醫師人數	累進人數	牙醫師人數	累進人數	累進人數總計
基隆市	412	412	132	132	544
台北縣	2054	2466	1178	1310	3776
宜蘭縣	394	2860	97	1407	4267
桃園縣	2021	4881	556	1963	6844
新竹市	344	5225	153	2116	7341
新竹縣	264	5489	81	2197	7686
苗栗縣	344	5833	100	2297	8130
台中市	1769	7602	751	3048	10650
台中縣	1150	8752	454	3502	12254
彰化縣	1046	9798	357	3859	13657
南投縣	403	10201	126	3985	14186
雲林縣	396	10597	123	4108	14705
嘉義市	524	11121	138	4246	15367
嘉義縣	219	11340	59	4305	15645
台南市	1038	12378	351	4656	17034
台南縣	732	13110	214	4870	17980
高雄縣	1046	14156	281	5151	19307
屏東縣	671	14827	160	5311	20138
台東縣	186	15013	41	5352	20365
花蓮縣	460	15473	90	5442	20915
澎湖縣	74	15547	24	5466	21013
台北市	5822	21369	1979	7445	28814
高雄市	2163	23532	753	8198	31730

表 3-2-3 研究對象全部抽樣樣本 (Study sample) 醫師人數統計

縣市鄉鎮	醫師人數	牙醫師人數	縣市人數總計
新莊市	10	4	14
台 板橋市	11	3	14
北 三峽鎮	10	4	14
縣 新店市	10	4	14
淡水鎮	11	3	14
桃 桃園市	13	5	18
園 龜山鄉	14	4	18
縣 中壢市	13	4	17
龍潭鄉	13	4	17
台 中 市	53	17	70
豐原市	11	3	14
台 大雅鄉	10	4	14
中 沙鹿鎮	11	3	14
縣 大肚鄉	10	4	14
大里市	10	4	14
雲 林 縣	52	18	70
台 新營市	11	3	14
南 佳里鎮	10	4	14
縣 新市鄉	11	3	14
永康市	21	7	28
台 北 市	158	52	210
高 雄 市	52	18	70
全 部 總 計	525	175	700

第三節 研究程序

一、 研究架構：

根據研究目的及待答問題的內容，研究者擬定一如下的研究架構圖：

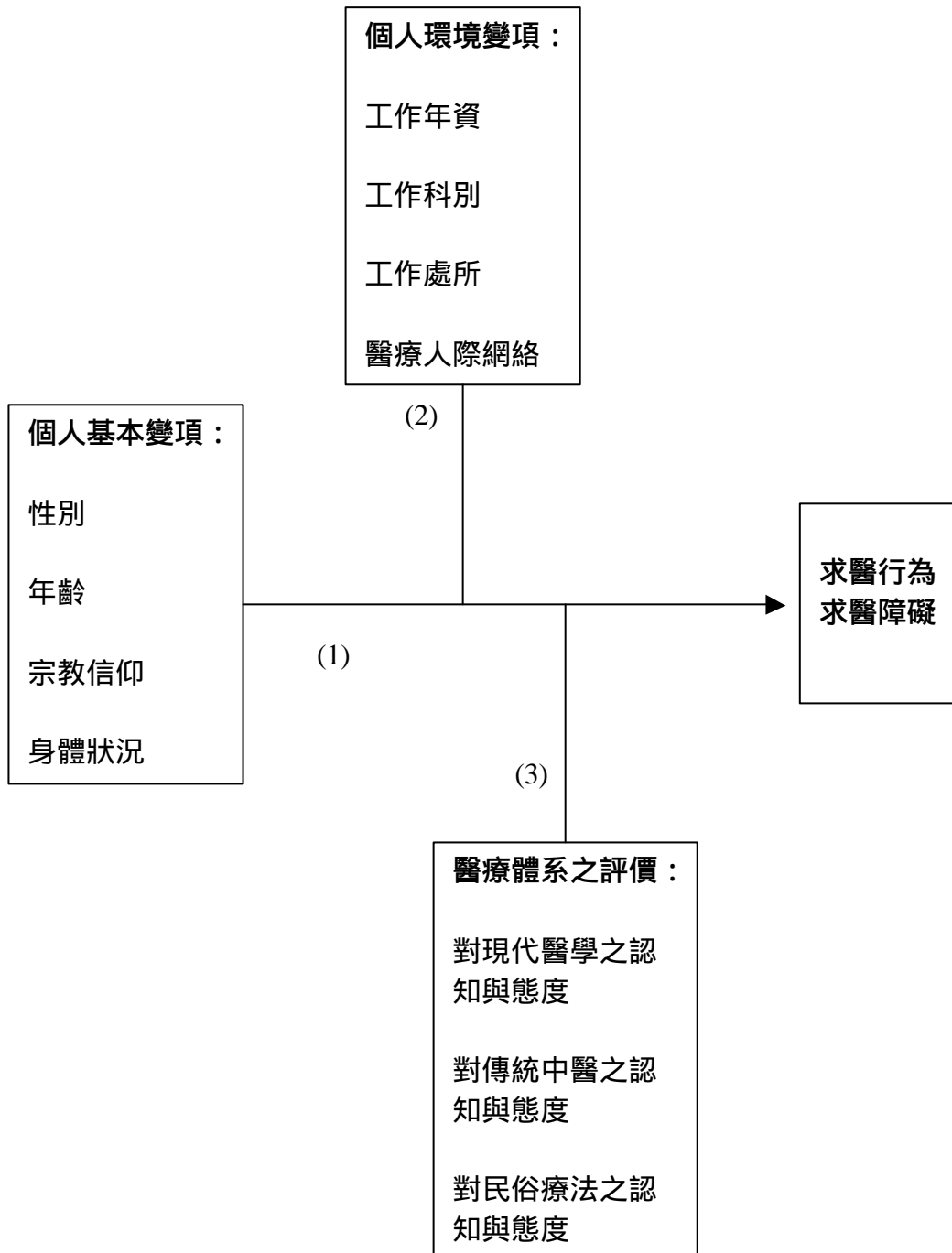
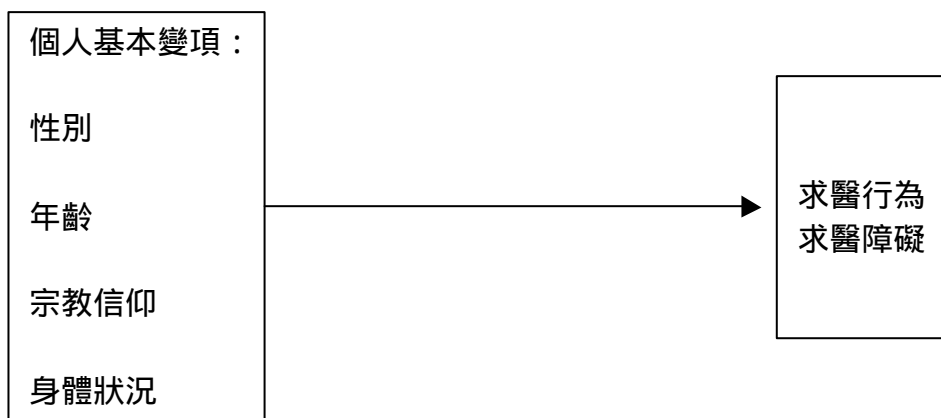


圖 3-3-1 研究架構圖

關於研究架構中之個別研究路徑分述如下：

(一) 研究路徑(1)



本路徑主要在探討求醫行為之客觀面向：

1. 探討醫師本身在醫療資訊來源上和個人基本背景變項之間的關係。
2. 探討醫師本身在個人基本背景變項與求醫行為及障礙之間的關係。
3. 探討醫師本身對於宗教信仰與求醫行為間的相關態度。
4. 探討醫師本身的個人健康狀況與求醫行為間的關係。

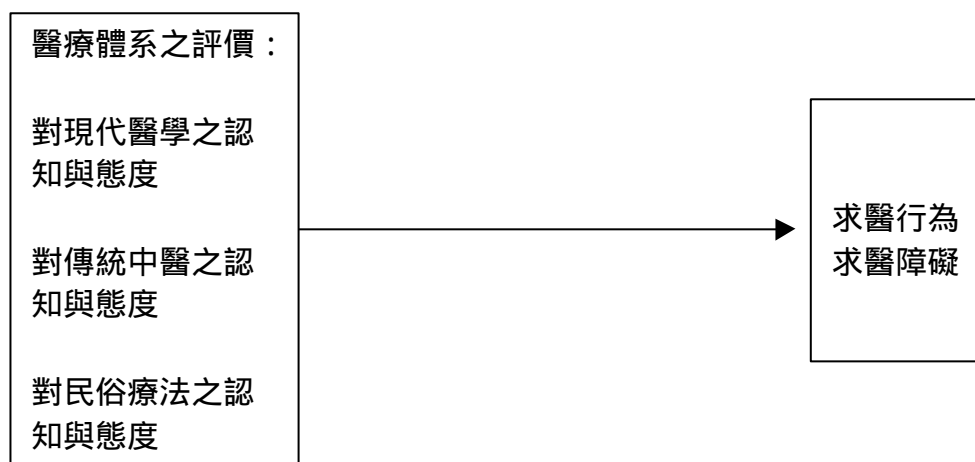
(二) 研究路徑(2)



本路徑主要在探討求醫行為之客觀面向：

1. 探討醫師本身在個人環境變項與求醫行為之間的關係。
2. 探討醫師本身在個人環境變項與求醫障礙之間的關係。
3. 探討醫師本身對於不同醫療體系的選擇與個人環境變項之間的關係。
4. 探討醫師本身的醫療人際網絡與求醫行為之間的關係。

(三) 研究路徑(3)



本路徑主要在探討求醫行為之主觀面向：

1. 探討醫師本身對於現存社會三類醫療體系的主觀評價。
2. 探討醫師本身對於現存社會三類醫療體系的選擇取向與疾病的關係。
3. 探討醫師本身對於現存社會三類醫療體系的觀念及行為上的差異性。
4. 探討醫師本身對於現存社會三類醫療體系的認知與環境變項間的關係。

第四節 研究方法

本研究所用的無記名郵寄調查問卷，其設計流程包括：文獻資料整理 問卷初稿的擬定 效度檢驗 實施預測 項目分析 因素分析 信度考驗 問卷修改 正式定稿 問卷施測 完成問卷整理分析。

一、 擬定問卷初稿

研究者依循待答問題的需求，設計初稿問卷，共分成六大部分：

- (一) 醫療資訊來源：本部分希望探討醫師本身在醫療資訊來源相關問題上是否會因基本變項不同而存在有差異性，進而影響其求醫行為。
- (二) 求醫行為：本部分希望探討醫師本身的求醫行為是否會因其基本變項或環境變項不同而有所差異。
- (三) 醫療體系選擇：本部分希望探討醫師本身對不同醫療體系的信任度及其選擇取向的考慮因素。
- (四) 醫療體系利用率：本部分希望探討醫師對不同醫療體系的利用率，是否會因環境變項的不同而改變其本身的行為模式。
- (五) 醫療體系接受度：本部分問卷以態度量表 (Likert Scale) 的方式呈現，希望將所得的結果和前幾部分的結果作一比較分析，盡量釐清有任何自衛反應的填答結果，以反映出較接近真實情況的求醫態度。
- (六) 基本資料：本部分希望了解醫師本身的基本變項及環境變項，以此兩變項作基礎，探討醫師求醫行為的相關問題。

二、 效度考驗

研究者擬妥的問卷，經指導教授校正修改後，再徵詢一位醫學院副教授，及三位不同科別的臨床醫師意見，其中兩位具碩士學位，為醫學院之臨床講師，另一位為醫學中心的總醫師，綜合整理之後方定稿為預試問卷。詳細預試問卷內容請參考附錄一。

三、問卷預測的施行

本研究因所有醫師會員名冊原先已採用縣市鄉鎮別及姓名筆劃順序分層編排，且問卷預測樣本的取樣數，為達到約 300 人的學者建議量（Ghiselli, Campbell & Zedeck, 1981；引自邱皓政，2002：3-5），故抽樣時仍然是採系統隨機抽樣的方式取得，且在系統抽樣時同樣並不計入民國二十年（含）以前出生的醫師，總共得到預測人數 548 人，其中含醫師 297 人、牙醫師 251 人。

問卷預測樣本（Sample）醫師，同樣採取系統隨機抽樣方式選出，其抽樣設計（Sampling design）詳述如下：

1. 將已依各縣市鄉鎮分層編排的全國醫師、牙醫師會員名冊以系統隨機抽樣方式，由亂數表中隨意點取一處得 461 三個數字，再取亂數表中第 46 列的第 1 個數字開始的兩位數，此數字為 37。
2. 依名冊所排列的全省各鄉鎮名單中（不包括台中市、台南市、台北市、高雄市），以各縣市鄉鎮為一個單位，再選取每個鄉鎮中排序第 37 位的醫師（各鄉鎮若醫師人數不足 37 位者，則選取該鄉鎮編號最後一位的醫師）為預測的樣本醫師，兩份母群體名冊中共選出 526 位醫師為問卷預測施行的對象。
3. 另外因應醫師實際分佈的比例關係，在台中市、台南市部分，選出兩位預測醫師，高雄市選出三位，台北市選出四位，其方式為依名冊順序向下選取 37 的倍數，即第 37、74、111、148 順位的醫師為預測對象，此部分共選出 22 位醫師，其中醫師、牙醫師各 11 人。
4. 抽樣時，若剛好選中正式施測名單中的醫師時，則予以略過續選下一位醫師為預測對象，以維護正式施測調查的公正性。依此類推，完成兩份樣本名冊的挑選工作，共得研究對象預測樣本醫師總共 548 人，其中醫師 297 人、牙醫師 251 人。

四、預測問卷的回收

問卷預測從 2002 年 11 月 17 日統一寄發至 2002 年 12 月 01 日止兩星期中，一共回收七十份問卷，回收率為 12.8%，扣除三份填答不完整的問卷，此次預測共回收有效問卷六十七份。

五、預試問卷分析

(一) 預試題目之項目分析

將全部之有效預試問卷填答結果輸入 SPSS 統計軟體後，進行問卷內容中‘醫療體系接受度’態度量表部分的項目分析工作，此部分是在考驗測驗量表個別题目的可靠程度（邱皓政，2002：14-24），總共進行：遺漏值檢驗、描述統計檢測、內部一致性效標法（極端組比較）同質性檢驗（包括相關係數、因素負荷值）等四類五項分析參考指標。

1. 在遺漏值檢驗部份，由表 3-4-1 得知，在第十三題有一遺漏值存在，經查原始預試問卷得知，是屬於未作答情形。描述性檢測部分由表 3-4-1 亦可知所獲得之問卷答案極值均涵蓋在合理範圍之內。

表 3-4-1 遺漏值與描述性統計

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14
個數	有效的	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	66	67
	遺漏值	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
最小值		1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
最大值		5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5

2. 在題目的鑑別度檢驗部份，經內部一致性效標檢驗結果，除了第十一題之 P 值為 0.023 外，其餘所有題目的 P 值均 < 0.01，達到（雙尾）顯著水準，反映出題目具有鑑別力。詳細之分析結果請參考表 3-4-2。

表 3-4-2 獨立樣本 T 檢定

		變異數相等的 Levene 檢定		平均數相等的 t 檢定				
		F 檢定	顯著性	t	自由 度	顯著性 (雙尾)	平均 差異	標準誤 差異
A1	假設變異數 相等	20.019	.000	-8.822	41	.000	-1.46	.17
A2	假設變異數 相等	4.972	.031	-5.156	41	.000	-1.16	.23
A3	假設變異數 相等	.203	.655	-4.449	41	.000	-1.04	.23
A4	假設變異數 相等	1.874	.178	-3.579	41	.001	-.95	.26
A5	假設變異數 相等	.000	.992	-6.284	41	.000	-1.51	.24
A6	假設變異數 相等	8.980	.005	-4.985	41	.000	-1.33	.27
A7	假設變異數 相等	1.216	.277	-7.521	41	.000	-1.73	.23
A8	假設變異數 相等	6.525	.014	-5.434	41	.000	-1.45	.27
A9	假設變異數 相等	18.148	.000	-5.185	41	.000	-1.29	.25
A10	假設變異數 相等	10.276	.003	-3.215	41	.003	-.77	.24
A11	假設變異數 相等	9.291	.004	-2.371	41	.023	-.74	.31
A12	假設變異數 相等	2.075	.157	-3.025	41	.004	-.93	.31
A13	假設變異數 相等	1.048	.312	-3.524	41	.001	-1.03	.29
A14	假設變異數 相等	2.450	.125	-3.112	41	.003	-.92	.29

3. 在各題目之間的相關性檢驗上，由表 3-4-3 項目與總分的相關評估結果可看出，第十一題僅達到 0.05 的顯著水準，並未達到 0.01 (雙尾) 的相關顯著水準，表示此題目與全量表的相關性較差。

表 3-4-3 項目與總分的相關

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14
A1 Pearson 相關														
顯著性 (雙尾)														
個數														
A2 Pearson 相關	.604**													
顯著性 (雙尾)	.000													
個數	67													
A3 Pearson 相關	.507**	.435**												
顯著性 (雙尾)	.000	.000												
個數	67	67												
A4 Pearson 相關	.356**	.423**	.731**											
顯著性 (雙尾)	.003	.000	.000											
個數	67	67	67											
A5 Pearson 相關	.477**	.284*	.384**	.149										
顯著性 (雙尾)	.000	.020	.001	.230										
個數	67	67	67	67										
A6 Pearson 相關	.439**	.447**	.179	.261*	.520**									
顯著性 (雙尾)	.000	.000	.148	.033	.000									
個數	67	67	67	67	67									
A7 Pearson 相關	.489**	.397**	.399**	.275*	.784**	.504**								
顯著性 (雙尾)	.000	.001	.001	.024	.000	.000								
個數	67	67	67	67	67	67								
A8 Pearson 相關	.405**	.447**	.149	.146	.498**	.817**	.584**							
顯著性 (雙尾)	.001	.000	.228	.240	.000	.000	.000							
個數	67	67	67	67	67	67	67							
A9 Pearson 相關	.368**	.228	.234	.160	.572**	.382**	.444**	.273*						
顯著性 (雙尾)	.002	.063	.056	.196	.000	.001	.000	.025						
個數	67	67	67	67	67	67	67	67						
A10 Pearson 相關	.261*	.359**	.084	.269*	.109	.520**	.172	.439**	.476**					
顯著性 (雙尾)	.033	.003	.499	.028	.380	.000	.165	.000	.00					
個數	67	67	67	67	67	67	67	67	67					
A11 Pearson 相關	.232	.073	.248*	.172	.056	-.07	-.01	-.09	.330**	.307*				
顯著性 (雙尾)	.059	.557	.043	.164	.651	.560	.915	.486	.01	.012				
個數	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67				
A12 Pearson 相關	.237	.135	.238	.307*	.183	.142	.129	.097	.319**	.106	.289*			
顯著性 (雙尾)	.054	.275	.052	.012	.138	.251	.300	.433	.01	.392	.018			
個數	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67			
A13 Pearson 相關	.250*	.154	-.01	-.01	.203	.218	.374**	.492**	-.1	.051	-.13	-.1		
顯著性 (雙尾)	.043	.217	.923	.908	.102	.079	.002	.000	.62	.681	.298	.67		
個數	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66		
A14 Pearson 相關	.251*	.050	.014	.093	.246*	.159	.414**	.347**	.11	-.02	-.08	.15	.633**	
顯著性 (雙尾)	.041	.690	.909	.456	.045	.200	.000	.004	.36	.884	.537	.23	.000	
個數	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	66	
Pearson 相關	.726**	.603**	.553**	.518**	.697**	.691**	.757**	.713**	.613**	.504**	.303*	.424**	.415**	.456**
顯著性 (雙尾)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.00	.000	.014	.00	.001	.000
個數	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66

**在顯著水準為0.01時(雙尾)，相關顯著。

*在顯著水準為0.05時(雙尾)，相關顯著。

4. 在因素負荷值檢驗上，將所有態度量表題目以主成份萃取法分析相關矩陣，當因子個數僅設定為1時，觀察各個題目之間的相關性情形，其結果如表3-4-4所示，可看出第十一題的因素負荷量僅為0.192，未達0.3的標準，顯示此題目與全量表之間存有不同性質的關係。

表 3-4-4 因素之成份矩陣

	成份
	1
A1	.749
A2	.657
A3	.562
A4	.510
A5	.734
A6	.754
A7	.789
A8	.750
A9	.600
A10	.504
A11	.192
A12	.338
A13	.369
A14	.384

萃取方法：主成分分析。

5. 項目分析之綜合判斷

項目分析結果之最終決定，乃是根據上述五項指標數據來加以整體研判，所有五項指標中有任一項未達理想者，均以`*`號為標記標示在表 3-4-5 中。觀察所有五項指標檢驗，其中第十一題有三項指標不理想，為「我在醫學院畢業前後的就醫模式有改變」，另外第十三題有一項指標不理想，為「依臨床經驗，您認為宗教信仰在對抗疾病上有否實際上的療效」，其情況為作答者漏答。

因此，綜合以上判斷的結果，項目分析的部分，僅需刪除原預試問卷態度量表的第十一題，其餘的十三題均可保留，以進行下一階段的因素分析及信度分析，項目分析之結果如表 3-4-5。

表 3-4-5 五種項目分析結果總表

題號	題 目 內 容	遺漏	觀察	極端	相關	因素	累計
		值	值	檢定	負荷	總數	
1	我的親友曾經試過中醫治療						
2	我的親友曾經試過民俗治療						
3	我的病人曾經試過中醫治療						
4	我的病人曾經試過民俗治療						
5	若有需要我可以接受我的親友以中醫治療						
6	若有需要我可以接受我的親友以民俗治療						
7	若有需要我可以接受我的病人以中醫治療						
8	若有需要我可以接受我的病人以民俗治療						
9	若有需要我可以接受我自己以中醫治療						
10	若有需要我可以接受我自己以民俗治療						
11	我在醫學院畢業前後的就醫模式有改變		*	*	*		3
12	當自己需要就醫時會希望有特別的待遇						
13	依臨床經驗，您認為宗教信仰在對抗疾病上有否實際上的療效	*					1
14	依臨床經驗，您認為宗教信仰在對抗疾病上有否精神上的療效						

(二) 預試量表的因素分析

依邱皓政 (2002: 15-2) 所述,「為了要證實研究者所設計的測驗的確在測某一潛在特質, 並釐清潛在特質的內在結構, 能夠將一群具有共同特性的測量分數, 抽離出背後潛在構念的統計分析技術, 便是因素分析 (factor analysis)。」

因此, 本份量表效度的驗證工作, 乃是以接受項目分析過濾後的所有題目進行因素分析, 試圖從分析後抽取出的共同元素中, 驗證與研究者當初的設計概念是否相符合。由項目分析中已知本量表題目之間具有相關性, 故因素分析的方式乃採取斜交轉軸法 (Oblique rotation) 來分析所有的題目 (林清山, 2001; 邱皓政, 2002)。

1. 題目之共同性比較

所謂共同性乃是顯示各題目的變異量被共同因素解釋的比例, 共同性越高, 表示該變項與其他變項可測量的共同特質越多 (邱皓政, 2002: 15-16), 也才能抽取出的共同因素出來。由表 3-4-6 中可看出第十二題的值僅有 0.36, 表示此題與其他題目之間較沒有共同的因素存在。

表 3-4-6 共同性

	初始	萃取
A1	1.000	.608
A2	1.000	.669
A3	1.000	.827
A4	1.000	.770
A5	1.000	.792
A6	1.000	.792
A7	1.000	.761
A8	1.000	.835
A9	1.000	.792
A10	1.000	.725
A12	1.000	.360
A13	1.000	.807
A14	1.000	.689

萃取法：主成份分析。

2. 因素的抽取

研究者採主成份分析法，特徵值為 1，經斜交轉軸方式，共萃取出四個成份，其累積解說總變異量為 72.515%。各成份的分類及相關情形，請參表 3-4-7 及表 3-4-8。

表 3-4-7 成份結構矩陣

	成份			
	1	2	3	4
A3	.890			-.391
A4	.871		-.167	-.213
A2	.674	-.205	-.574	-.171
A1	.653	-.380	-.411	-.445
A13		-.872	-.216	
A14		-.811		-.192
A6	.292	-.331	-.848	-.400
A10	.203		-.813	-.200
A8	.225	-.597	-.790	-.300
A9	.205		-.415	-.832
A5	.302	-.440	-.327	-.823
A7	.401	-.619	-.378	-.662
A12	.357			-.530

萃取方法：主成分分析。

旋轉方法：旋轉方法：含 Kaiser 常態化的 Oblimin 法。。

表 3-4-8 成分相關矩陣

成份	1	2	3	4
1	1.000	-.109	-.210	-.324
2	-.109	1.000	.196	.146
3	-.210	.196	1.000	.216
4	-.324	.146	.216	1.000

萃取方法：主成分分析。

旋轉方法：旋轉方法：含 Kaiser 常態化的 Oblimin 法。。

3. 因素分析之結果與命名

由表 3-4-6 共同性比較上得知，第十二題題目「當自己需要就醫時會希望有特別的待遇」雖通過第一階段項目分析的檢驗，但在因素分析的共同性比較上因與其他題目之間較沒有共同性，且其題意方向與其他三題間也有所不同，同時再由表 3-4-7 成份結構矩陣中看出，其因素負荷值為-0.53，和第 4 組之其他成份存有稍許的差距，故將此題目由態度量表中抽出，歸入施測問卷的其他題組中，而改以選擇題的方式來收集所需的分析資料。

因此，「醫療體系接受度」態度量表在經因素分析後，已篩選出的十二個測驗題目共可以抽取出四個主要因素，今將所萃取出的成份命名如下：

- A. 「環境經驗」：指除了自己以外，自己的親友及病人所曾經嘗試過的西醫以外的治療體系。主要包括第 1、2、3、4 題
- B. 「宗教信仰」：指宗教信仰在疾病治療上的療效經驗，可分成實際上及精神上兩個子層面討論。主要包括第 13、14 題
- C. 「民俗療法」：指對於民俗療法的接受度，可分成本身、親友及病人三個子層面來討論。主要包括第 6、8、10 題
- D. 「中醫治療」：指對於中醫醫療體系的接受度，亦可分成本身、親友及病人三個子層面來討論。主要包括第 5、7、9 題

(三) 預試量表的信度分析

此部分的分析工作是在評估整份量表的整體可靠程度 (邱皓政, 2002: 14-24), 其方式是將已通過項目分析及因素分析檢驗篩檢後所定稿的十二題態度量表題目, 再進行 Cronbach's 係數的整套量表及各個分量表之信度估計, 以確定量表本身的穩定可靠性, 其數值如表 3-4-9 所示, 由結果可知不論是分量表或是整套量表均呈現出大於 0.7 的高信度係數 (邱皓政, 2002: 3-5), 反應出本態度量表之穩定與可靠性。

表 3-4-9 「醫療體系接受度」態度量表及分量表之信度分析

量表名稱	題數	Cronbach's 係數值
1. 環境經驗	4	0.8055
2. 宗教信仰	2	0.7748
3. 民俗療法	3	0.8169
4. 中醫治療	3	0.8188
5. 整體態度量表	12	0.8509

(四) 預試量表的最終定稿

總結以上所施行的預試量表統計分析流程為：量表初稿擬定 進行預測 問卷回收 項目分析（選擇題目） 因素分析（建構效度） 信度分析（建構信度） 正式量表定稿施測。

因此，在預試問卷共十四題之態度量表部分，經信、效度分析檢驗後，共刪除一題不適用，另更動一題至問卷的其他部分中，總共保留十二題作為正式問卷施測之用。

至於除了態度量表之其他問卷題型部分，乃參考已回收之預測問卷實際作答情形及初次口考教授之建議加以修訂，並同時參酌回收問卷填答者之開放性填答反應，對於題目中語意有模糊混淆或答案內容有所疏漏之處亦已加以適度修正，以獲得正式施測時之更佳題目內容。

至此完成所有預測問卷題目之修正檢驗工作，最終定稿後正式施測所使用之詳細問卷內容請參考附錄二。

六、正式問卷的施測與回收

在正式問卷施測前為求精確起見，乃再將已抽查到的研究對象醫師名單，重新比對部分縣市 2003 年最新出版的醫師名冊，作地址電話姓名的再確認工作，若有新舊版間不合之情況，均以新版之名冊為準，倘若遇有在新版中已退會或離職之問卷抽查醫師，則重新依照前述之 PPS 抽樣方式，再依序補足一名新的研究對象醫師。

正式問卷的施測從 2003 年 1 月 9 日開始統一寄發，兩週後進行第一次之明信片催收，至 2003 年 2 月上旬止，總共收回問卷調查表 111 份，且在郵寄回收問卷方式之後段期間，為求能提高回收問卷之比例，從二月初開始在各縣市，分別另請一位工讀生負責問卷之面訪催收，約經一個半月後，因效果亦不如預期，從三月底開始，再委託

於各大醫院服務的學弟妹幫忙催收問卷，至 4 月 18 日整個回收過程終止，一共再回收問卷 163 份。詳細之催收明信片內容請參考附錄三。

而在問卷回收過程中，若遇有抽樣醫師已離職（多見於任職醫院或診所中之服務醫師），或因搬遷住址已遷移（多為基層診所之負責醫師）的情形發生時，則以同質性高（同性別、同年齡層、同科別、同區域---）的其他醫師代替，作為問卷調查訪問之對象（總數為 84 份）。此情形多見於位在北部的醫師。

另外在已回收的問卷部分，若遇有醫師因疏忽而漏填一整頁以上的問卷資料時，則重新寄回給該醫師，請其補填後再度寄回（總共為 9 份，回收 8 份）。此部分的通知函內容，請參考附錄四。

在所有已回收的問卷中，有 14 份的問卷為原抽樣醫師拒答，但負責回收的工讀生卻另找具同質性的其他醫師代答；其他則為填答不完整的問卷，如漏填一整頁以上、護士代答、答案全部選填同一號碼等共 17 份；另外還有 1 份為同一受訪醫師重複填答。這幾部分的回收問卷因不符合抽樣調查的原則，因此以上問卷均不列入正式統計的分析資料中。

而在回收之過程中，明確表示拒答的醫師至少約有 25 位。有更多的醫師則以工作繁忙為由而「忘記」填答。

總結此次正式問卷調查總共回收 274 份問卷，扣除 32 份填答不完整或不合適的問卷，此次正式施測總共回收有效問卷 242 份，有效回收率為 34.6%。

第四章 研究結果與討論

本研究主要探討醫師本身的求醫行為模式，本章將問卷調查所得之資料以統計軟體 SPSS for windows 中文第八版作統計分析後，將其結果分成以下幾節依次說明，包括：一、研究對象基本資料分佈結果與討論。二、研究對象態度量表分析結果與討論。三、研究結果之逐題分析與討論。四、待答問題之結果驗證與討論。五、特殊議題之研究結果與討論。詳細內容請參考以下之分節說明與討論：

第一節 研究對象基本資料分佈結果與討論

本節主要顯示出研究對象本身的基本資料分佈情形，將所回收之有效問卷，先經敘述分析及次數分配表檢查無誤後，再作統計整理，經分析後作為與態度量表及其他問卷資料之基礎討論材料。

一、個人基本背景變項部分

在個人基本資料部分，共包括性別、畢業學校、年齡、學歷、宗教信仰及婚姻狀況等六個子項目。

(一) 性別：

在全部 242 份有效回收問卷中，男醫師有 202 位，佔 83.5 %；女醫師有 39 位，佔 16.1 %；另有 1 份問卷的性別欄因未勾選，因而無法確知其性別。

(二) 畢業學校：

畢業學校的分佈情形，在所有 242 位研究對象中，國內台大畢業的醫師有 27 位，佔總數之 11.2 %；陽明畢業的醫師有 33 位，佔 13.6 %；北醫畢業的醫師有 24 位，佔

9.9 %；中國醫藥學院畢業的醫師有 39 位，佔 16.1 %；中山畢業的醫師有 35 位，佔 14.5 %；高醫畢業的醫師有 41 位，佔 16.9 %；國防醫學院畢業的醫師有 21 位，佔 8.7 %；成大醫學院畢業的醫師有 1 位，佔 0.4 %；國外部份，有 1 位醫師為以色列醫學院畢業；1 位哈佛醫學院畢業；4 位從菲律賓醫學院畢業；另外有 15 份問卷該欄位空白未填寫，因而無法確知其畢業學校，佔總數之 6.2 %。

（三）年齡：

所有 242 位研究對象醫師的年齡層分佈，在 23-29 歲階段者有 20 人，佔全部研究對象之 8.3 %；在 30-39 歲之間者有 71 人，佔全部之 29.3 %；在 40-49 歲之間者有 92 人，佔 38 %；在 50-59 歲間者有 41 人，佔 16.9 %；在 60-69 歲之間者有 15 人，佔 6.2 %；高於 70 歲以上的醫師則僅有 3 人，僅佔所有研究醫師的 1.2 %。

以上資料顯示出本研究對象的年齡層分佈，以 40-49 歲之間的醫師佔最多數，其次為 30-39 歲之間，之後隨著年齡層的增加，抽樣醫師的人數所佔的比例則逐漸依次遞減。

（四）學歷：

所有醫師中佔最多數者為具有大學學位，共 199 位，佔所有研究對象的 82.2 %；其次為具有碩士學位者，共 21 位，佔全數之 8.7 %；具有大專學位者有 11 人，佔 4.5 %；具博士學位者也有 11 人，佔總數之 4.5 %。

（五）宗教信仰：

宗教信仰項目中，以不具有任何宗教信仰者為最多數，共有 113 位，佔全部之 46.7 %；其次為有佛教信仰者，有 63 位，佔 26 %；再次之為信仰基督教者有 23 位，佔 9.5 %；信仰道教者有 15 位，佔 6.2 %；信仰天主教者有 11 位，佔 4.5 %；勾選「其他」者也有 11 位，佔 4.5 %；另有 6 位醫師未填寫宗教信仰，佔總數之 2.5 %。

以上資料顯示出本研究約佔半數（46.7 %）的研究對象，並不具有任何宗教信仰。

(六) 婚姻狀況：

在所有有效問卷中，勾選「未婚」者有 38 位，佔全部研究對象的 15.7 %；勾選「有配偶、同居」者有 198 位，佔 81.8 %；勾選「離婚、分居」者有 2 位，佔 0.8 %；而「喪偶」者有 1 位，佔總數的 0.4 %；而有 3 位醫師未勾選婚姻狀況。

全部研究對象之基本背景資料詳細分佈情形，請參考表 4-1-1 所示。

表 4-1-1 研究對象基本資料次數分配表

變項名稱	人數	百分比 (%)	變項名稱	人數	百分比 (%)
性別 男	202	83.5	教育 大專	11	4.5
女	39	16.1	程度 大學	199	82.2
遺漏值 99	1	.4	碩士	21	8.7
總和	242	100.0	博士	11	4.5
			其他		
畢業 陽明	33	13.6	總和	242	100.0
學校 台大	27	11.2	宗教 無	113	46.7
中國	39	16.1	信仰 佛教	63	26.0
中山	35	14.5	道教	15	6.2
北醫	24	9.9	基督教	23	9.5
國防	21	8.7	天主教	11	4.5
哈佛	1	.4	回教		
高醫	41	16.9	其他	11	4.5
菲律賓	4	1.7	遺漏值 99	6	2.5
成大	1	.4	總和	242	100.0
以色列	1	.4	婚姻 未婚	38	15.7
遺漏值 99	15	6.2	狀況 有配偶、同居	198	81.8
總和	242	100.0	離婚、分居	2	.8
			喪偶	1	.4
年齡 23 - 29 歲	20	8.3	遺漏值 99	3	1.2
30 - 39 歲	71	29.3	總和	242	100.0
40 - 49 歲	92	38.0			
50 - 59 歲	41	16.9			
60 - 69 歲	15	6.2			
70 歲以上	3	1.2			
總和	242	100.0			

二、個人環境經驗變項部分

在個人環境經驗的相關資料部份，總共包括服務年資、服務場所、服務科別以及有否提供中醫服務等四個子項目。

（一）服務年資：

所有研究對象醫師，計算由畢業至接受問卷調查時的服務年資，在 1-10 年間者有 71 位，佔全數之 29.3 %；服務年資在 11-20 年間者有 90 位，佔有 37.2 %；服務年資在 21-30 年間者有 59 位，佔了 24.4 %；服務 31-40 年者有 15 位，佔 6.2 %；而服務超過 40 年以上者有 6 位，佔所有研究對象的 2.5 %。另外有 1 位受訪醫師其欄位空白，並未勾選服務年資。

以上資料顯示出本研究對象的服務年資，以畢業後至今服務在 11-20 年間者佔最多人數比例。

（二）服務場所：

在醫師的主要服務場所部份，以在「基層診所」服務的醫師佔最多數，共有 119 人，佔全部研究對象的 49.2 %；其次為在「醫學中心」服務者，共有 73 人約佔 30.2 %；再次之者為在「地區醫院」服務者，有 26 人，佔全部研究對象的 10.7 %；在「區域醫院」服務者，有 17 人約佔全部研究對象的 7.0 %；最少者為在「衛生所服務」者，僅有 3 人約只佔 1.2 %；此外，並沒有人勾選「退休、轉業」之選項。

（三）服務科別：

至於服務科別部份，內科系的醫師有 59 位約佔全部之 24.4 %；外科系之醫師有 18 位約佔 7.4 %；婦產科醫師有 16 位，佔 6.6 %；小兒科醫師有 33 位，佔 13.6 %；皮膚科醫師有 5 位，佔 2.1 %；牙科醫師有 66 位，佔 27.3 %；眼科醫師有 5 位，佔 2.1 %；耳鼻喉科醫師有 13 位，佔 5.4 %；精神科醫師有 3 位，佔 1.2 %；而勾選「其他科」的醫師則有 24 位約佔總數之 9.9 %。

(四) 服務場所中有否另外提供屬於中醫的服務項目：

在此項目中，勾選「有」提供中醫服務者有 54 位約佔全部人數之 22.3 %；而勾選「無」此服務項目的醫師則有 187 位約佔總數之 77.3 %，另有 1 位醫師欄位空白未表示意見。

全部研究對象之環境經驗資料詳細分佈情形，請參考表 4-1-2 所示。

表 4-1-2 研究對象環境經驗資料次數分配表

變項名稱		人數	百分比 (%)	遺漏值	總和
畢業距今	1 - 10 年	71	29.3		
	11 - 20 年	90	37.2		
	21 - 30 年	59	24.4		
	31 - 40 年	15	6.2		
	40 年以上	6	2.5		
				1	242
主要服務場所	診所	119	49.2		
	地區醫院	26	10.7		
	區域醫院	17	7.0		
	醫學中心	73	30.2		
	衛生所	3	1.2		
	退休、轉業				
	其他				
				4	242
主要服務科別	內科系	59	24.4		
	外科系	18	7.4		
	婦產科	16	6.6		
	小兒科	33	13.6		
	皮膚科	5	2.1		
	牙科	66	27.3		
	眼科	5	2.1		
	耳鼻喉科	13	5.4		
	精神科	3	1.2		
	其他	24	9.9		
				0	242
服務場所中有否中醫部門	有	54	22.3		
	無	187	77.3		
				1	242

三、其他

在此部分所得到的研究資料包括，醫師本身自覺目前的健康狀況、平均每週的運動次數（每次至少三十分鐘），以及為自己作健檢（如驗血、口檢、超音波---）的平均間隔時間等三個子項目。

（一）自覺目前健康狀況：

在所有受訪的 242 位醫師中，自覺目前狀況「非常好」者有 27 位約佔總數之 11.2 %；自覺「很好」者有 113 位，佔 46.7 %；自認「普通」者有 97 位，佔 40.1 %；自認「不好」者有 3 位，佔 1.2 %；而也有 1 位醫師表示目前健康狀況「很差」。另外有 1 位醫師並未表示意見。

以上資料顯示出本研究對象以自覺目前狀況「很好」或「普通」者佔最多數，共佔全部研究對象之 86.8 %。

（二）每週平均運動次數（每次至少三十分鐘）：

在每週運動次數上，平均每週運動一次的醫師有 80 位，佔全部有效受訪醫師的 33.1 %；每週運動二次的醫師有 61 位，佔全部的 25.2 %；每週運動三次的醫師有 24 位，佔 9.9 %；每週運動四次的醫師有 9 位，佔 3.7 %；每週運動超過四次以上的醫師則有 22 位，佔 9.1 %；而回答從不運動的醫師也有 45 位，佔全數的 18.6 %。另外有 1 位醫師並未表示意見。

以上資料顯示出本研究對象以每星期運動一次佔最多數。

（三）為自己作健檢（如驗血、口檢、超音波---）的平均間隔時間：

在「為自己作健檢的平均間隔時間」的填答上，回答「從來沒有過」的醫師有 26 位約佔全數的 10.7 %；回答「每半年一次」的醫師有 22 位，佔 9.1 %；回答「每年一次」的醫師有 87 位，佔 36.0 %；回答「每二年一次」的醫師有 41 位，佔 16.9 %；回

答「每三年一次」的醫師有 22 位，佔 9.1 %；而回答「想到才做」的醫師也有 43 位，佔總數之 17.8 %；另外有 1 位醫師並未表示意見。

以上資料顯示出本研究對象以平均每年為自己做一次健檢（如驗血、口檢、超音波---）的醫師佔最多人數比例。

全部研究對象之健康資料詳細分佈情形，請參考表 4-1-3 所示。

表 4-1-3 研究對象健康資料次數分配表

變項名稱		人數	百分比 (%)	遺漏值	總和
健康狀況	非常好	27	11.2		
	很好	113	46.7		
	普通	97	40.1		
	不好	3	1.2		
	很差	1	.4		
				1	242
平均每週運動	無	45	18.6		
	一次	80	33.1		
	二次	61	25.2		
	三次	24	9.9		
	四次	9	3.7		
	四次以上	22	9.1		
				1	242
近五年來平均健檢次數	從來沒有過	26	10.7		
	每半年一次	22	9.1		
	每年一次	87	36.0		
	每兩年一次	41	16.9		
	每三年一次	22	9.1		
	想到才做	43	17.8		
				1	242

四、綜合討論

經由前述基本資料的分析結果，研究者歸納出比較顯著的發現予以討論如下：

一、個人基本背景變項部分

本研究之受訪對象，在性別上，男醫師約佔全數的 83.5 %，女醫師僅佔 16.1 %。學校方面，以畢業於國內醫學院者佔最多數，約佔全數受訪對象的 91.3 %。年齡層的分佈以 40-49 歲之間的醫師最多，約佔全數的 38 %。學歷上，則以具有大學學位者最多約佔所有研究對象的 82.2 %。

在宗教信仰方面，有（任何）宗教信仰的受訪醫師約佔總數的 47.2 %，不具有宗教信仰的醫師約佔全部的 46.7 %；大致而言，有宗教信仰及無宗教信仰的醫師人數比例約各佔一半。

二、個人環境經驗變項部分

本研究對象畢業後的服務年資以在 11-20 年間者最多，佔了全數的 37.2 %。醫師的主要服務場所，以在「基層診所」服務的醫師最多，共佔全部研究對象的 49.2 %。而在服務場所中「有」提供中醫服務者約佔全數之 22.3 %，工作場所「無」此服務項目的醫師則約佔總數之 77.3 %。

三、其他部份

在受訪醫師的健康狀況方面，以自覺目前狀況「很好」或「普通」者最多，共佔全部研究對象之 86.8 %。平均運動量方面，受訪醫師以每星期運動一次最多，佔有效受訪對象的 33.1 %，其次則為每週運動二次的醫師，約佔全部的 25.2 %。

而健康檢查方面，約有 36.0 %的醫師平均每年為自己做一次健檢（如驗血、口檢、超音波---），這點應該與醫師有較豐富的醫療保健常識，以及在工作環境上比一般民眾有較方便、較多的就醫機會有關。

第二節 研究對象態度量表分析結果與討論

本節主要呈現出在各個不同主因素之分量表下，研究對象本身對於以環境經驗、宗教信仰、民俗療法、中醫治療等各個成份為主軸時的求醫態度與行為方式，研究資料先經敘述分析及次數分配表檢查無誤後再作統計整理，經分析後復將其結果作整體討論。各分量表下的詳細層面名稱、代號、題號及題目數，請參考表 4-2-1。

表 4-2-1 態度量表各分量表之層面名稱細目

量表/層面名稱	代號	包含的題項	題項數
一、環境經驗分量表			
1. 親友	rel	a1+a2	2
2. 病人	pat	a3+a4	2
二、宗教信仰分量表			
1. 實際療效	pra	a11	1
2. 精神療效	spi	a12	1
三、民俗療法分量表			
1. 親友	rel	a6	1
2. 病人	pat	a8	1
3. 本身	sel	a10	1
四、中醫治療分量表			
1. 親友	rel	a5	1
2. 病人	pat	a7	1
3. 本身	sel	a9	1

一、「環境經驗」分量表

本分量表主要探討除了研究對象本人以外，自己的親友及病人所曾經嘗試過的，西醫以外的醫療體系之態度，是以醫師本身的經驗回顧其親友或患者為主的求醫行為，乃屬於經驗追蹤的部份。

(一)「我的親友曾經試過中醫治療」：

此題中，回答「從來沒有」的醫師有 3 位，佔 1.2 %；回答「偶而有」的醫師有 98 位，佔 40.5 %；回答「中等程度」的醫師有 88 位，佔 36.4 %；回答「常常」的醫師有 44 位，佔 18.2 %；回答「每次」的醫師有 8 位，佔 3.3 %；另外有 1 位醫師並未表示意見。

(二)「我的親友曾經試過民俗治療」：

此題回答「從來沒有」的醫師有 33 位，佔 13.6 %；回答「偶而有」的醫師有 131 位，佔 54.1 %；回答「中等程度」的醫師有 56 位，佔 23.1 %；回答「常常」的醫師有 21 位，佔 8.7 %；並沒有醫師勾選「每次」的選項；另外有 1 位醫師並未表示意見。

(三)「我的病人曾經試過中醫治療」：

這一題，回答「從來沒有」的醫師有 2 位，佔 0.8 %；回答「偶而有」的醫師有 76 位，佔 31.4 %；回答「中等程度」的醫師有 106 位，佔 43.8 %；回答「常常」的醫師有 53 位，佔 21.9 %；回答「每次」的醫師有 4 位，佔 1.7 %；另外有 1 位醫師並未表示意見。

(四)「我的病人曾經試過民俗治療」：

此題回答「從來沒有」的醫師有 17 位，佔 7.0 %；回答「偶而有」的醫師有 115 位，佔 47.5 %；回答「中等程度」的醫師有 80 位，佔 33.1 %；回答「常常」的醫師有 28 位，佔 11.6 %；並沒有醫師勾選「每次」的選項；另外有 2 位醫師並未表示意見。

全部研究對象之「環境經驗」分量表詳細資料，請參考表 4-2-2 所示。

表 4-2-2 研究對象「環境經驗」分量表之資料分佈

題號內容	選項	人數	百分比 (%)	遺漏值	總和
1. 我的親友曾經 試過中醫治療	1 從來沒有	3	1.2		
	2 偶而有	98	40.5		
	3 中等程度	88	36.4		
	4 常常	44	18.2		
	5 每次	8	3.3		
				1	242
2 我的親友曾經 試過民俗療法	1 從來沒有	33	13.6		
	2 偶而有	131	54.1		
	3 中等程度	56	23.1		
	4 常常	21	9.6		
	5 每次				
				1	242
3 我的病人曾經 試過中醫治療	1 從來沒有	2	.8		
	2 偶而有	76	31.4		
	3 中等程度	106	43.8		
	4 常常	53	21.9		
	5 每次	4	1.7		
				1	242
4 我的病人曾經 試過民俗療法	1 從來沒有	17	7.0		
	2 偶而有	115	47.5		
	3 中等程度	80	33.1		
	4 常常	28	11.6		
	5 每次				
				2	242

二、「宗教信仰」分量表

本分量表主要探討研究對象對於宗教信仰在治療疾病上的主觀療效經驗，分成實際上的療效及精神上的療效兩個子層面來討論。

(一)「依臨床經驗，您認為宗教信仰在對抗疾病上有否實際上的療效」：

本問題中，回答「從來沒有」的醫師有 30 位，佔 12.4 %；回答「偶而有」的醫師有 85 位，佔 35.1 %；回答「中等程度」的醫師有 74 位，佔 30.6 %；回答「常常」的醫師有 40 位，佔 16.5 %；回答「每次」的醫師有 9 位，佔 3.7 %；另外有 4 位醫師並未表示意見，佔總數之 1.7 %。

(二)「依臨床經驗，您認為宗教信仰在對抗疾病上有否精神上的療效」：

本問題中，回答「從來沒有」的醫師有 7 位，佔 2.9 %；回答「偶而有」的醫師有 59 位，佔 24.4 %；回答「中等程度」的醫師有 78 位，佔 32.2 %；回答「常常」的醫師有 72 位，佔 29.8 %；回答「每次」的醫師有 25 位，佔 10.3 %；另外有 1 位醫師並未表示意見，佔總數之 0.4 %。

全部研究對象之「宗教信仰」分量表詳細資料，請參考表 4-2-3 所示。

表 4-2-3 研究對象「宗教信仰」分量表之資料分佈

題號內容	選項	人數	百分比 (%)	遺漏值	總和
11 依臨床經驗，您認為 宗教信仰在對抗疾病 上有否實際上療效	1 從來沒有	30	12.4		
	2 偶而有	85	35.1		
	3 中等程度	74	30.6		
	4 常常	40	16.5		
	5 每次	9	3.7		
				4	242
12 依臨床經驗，您認為 宗教信仰在對抗疾病 上有否精神上的療效	1 從來沒有	7	2.9		
	2 偶而有	59	24.4		
	3 中等程度	78	32.2		
	4 常常	72	29.8		
	5 每次	25	10.3		
				1	242

三、「民俗療法」分量表

本分量表主要在探討研究對象，在不同立場時對於「民俗療法」的接受程度，分成醫師本身、醫師親友及醫師的患者等三個子層面來討論。

(一)「若有需要我可以接受我的親友以民俗治療」:

在所有已回收的問卷中，回答「決不」的醫師有 42 位，佔 17.4 %；回答「偶而可以」的醫師有 111 位，佔 45.9 %；回答「中等程度」的醫師有 61 位，佔 25.2 %；回答「大部份接受」的醫師有 22 位，佔 9.1 %；回答「完全接受」的醫師有 5 位，佔 2.1 %；另外有 1 位醫師並未表示意見。

(二)「若有需要我可以接受我的病人以民俗治療」:

在所有已回收的問卷中，回答「決不」的醫師有 42 位，佔 17.4 %；回答「偶而可以」的醫師有 111 位，佔 45.9 %；回答「中等程度」的醫師有 65 位，佔 26.9 %；回答「大部份接受」的醫師有 18 位，佔 7.4 %；回答「完全接受」的醫師有 5 位，佔 2.1 %；另外有 1 位醫師並未表示意見。

(三)「若有需要我可以接受我自己以民俗治療」:

在所有已回收的問卷中，回答「決不」的醫師有 76 位，佔 31.4 %；回答「偶而可以」的醫師有 94 位，佔 38.8 %；回答「中等程度」的醫師有 51 位，佔 21.1 %；回答「大部份接受」的醫師有 16 位，佔 6.6 %；回答「完全接受」的醫師有 4 位，佔 1.7 %；另外有 1 位醫師並未表示意見。

全部研究對象之「民俗療法」分量表詳細資料，請參考表 4-2-4 所示。

表 4-2-4 研究對象「民俗療法」分量表之資料分佈

題號內容	選項	人數	百分比(%)	遺漏值	總和
6 若有需要我可以接受我的親友以民俗療法	1 決不	42	17.4		
	2 偶而可以	111	45.9		
	3 中等程度	61	25.2		
	4 大部分接受	22	9.1		
	5 完全接受	5	2.1		
				1	242
8 若有需要我可以接受我的病人以民俗治療	1 決不	42	17.4		
	2 偶而可以	111	45.9		
	3 中等程度	65	26.9		
	4 大部分接受	18	7.4		
	5 完全接受	5	2.1		
				1	242
10 若有需要我可以接受我自己以民俗療法	1 決不	76	31.4		
	2 偶而可以	94	38.8		
	3 中等程度	51	21.1		
	4 大部分接受	16	6.6		
	5 完全接受	4	1.7		
				1	242

四、「中醫治療」分量表

本分量表主要探討研究對象，在不同立場時對於中醫醫療體系的接受度，同樣亦分成醫師本身、醫師親友及醫師的患者等三個子層面來討論。

(一)「若有需要我可以接受我的親友以中醫治療」:

在所有已回收的問卷中，回答「決不」的醫師有 8 位，佔 3.3 %；回答「偶而可以」的醫師有 74 位，佔 30.6 %；回答「中等程度」的醫師有 88 位，佔 36.4 %；回答「大部份接受」的醫師有 58 位，佔 24.0 %；回答「完全接受」的醫師有 13 位，佔 5.4 %；另外有 1 位醫師並未表示意見。

(二)「若有需要我可以接受我的病人以中醫治療」:

在所有已回收的問卷中，回答「決不」的醫師有 8 位，佔 3.3 %；回答「偶而可以」的醫師有 81 位，佔 33.5 %；回答「中等程度」的醫師有 89 位，佔 36.8 %；回答「大部份接受」的醫師有 49 位，佔 20.2 %；回答「完全接受」的醫師有 14 位，佔 5.8 %；另外有 1 位醫師並未表示意見。

(三)「若有需要我可以接受我自己以中醫治療」:

在所有已回收的問卷中，回答「決不」的醫師有 29 位，佔 12.0 %；回答「偶而可以」的醫師有 86 位，佔 35.5 %；回答「中等程度」的醫師有 74 位，佔 30.6 %；回答「大部份接受」的醫師有 42 位，佔 17.4 %；回答「完全接受」的醫師有 10 位，佔 4.1 %；另外有 1 位醫師並未表示意見。

全部研究對象之「中醫治療」分量表詳細資料，請參考表 4-2-5 所示。

表 4-2-5 研究對象「中醫治療」分量表之資料分佈

題號內容	選項	人數	百分比 (%)	遺漏值	總和
5 若有需要我可以接受我的親友以中醫治療	1 決不	8	3.3		
	2 偶而可以	74	30.6		
	3 中等程度	88	36.4		
	4 大部分接受	58	24.0		
	5 完全接受	13	5.4		
				1	242
7 若有需要我可以接受我的病人以中醫治療	1 決不	8	3.3		
	2 偶而可以	81	33.5		
	3 中等程度	89	36.8		
	4 大部分接受	49	20.2		
	5 完全接受	14	5.8		
				1	242
9 若有需要我可以接受我自己以中醫治療	1 決不	29	12.0		
	2 偶而可以	86	35.5		
	3 中等程度	74	30.6		
	4 大部分接受	42	17.4		
	5 完全接受	10	4.1		
				1	242

五、綜合討論

經由前述對於各分量表的分析結果，研究者歸納出比較顯著的發現予以討論如下：

一、「環境經驗」分量表部分

此分量表又可分成以下兩個層面：

1. 醫師的親友 (Rel) 層面：由表 4-2-7 之次數分配資料看出，受訪醫師的親友中曾經試過中醫治療的平均數為 2.82，標準差為.86；而其親友中曾經試過民俗治療的平均數為 2.27，標準差為.80。

2. 醫師的病人 (Pat) 層面：由表 4-2-7 之次數分配資料看出，受訪醫師的病人中曾經試過中醫治療的平均數為 2.92，標準差為.79；而其病人中曾經試過民俗治療的平均數為 2.50，標準差為.79。

由次數分配表的得分情形指出，受訪醫師認為其親友、病人曾經試過中醫治療的人數比試過民俗療法的人數在比例上相對的較多。

二、「宗教信仰」分量表部分

由表 4-2-6 之態度量表總表中，「宗教信仰」分量表的平均得分為 2.92 來看，接近中等程度之 3 分，可視為受訪醫師普遍認為「宗教信仰」在臨床經驗上具有中等程度的效用。

而若再以此效用是屬於「實際上」或「精神上」的療效來加以細分，由表 4-2-7 之次數分配資料指出，則因「精神上的療效」得分較高，為 3.20，「實際上的療效」得分僅有 2.63，可知受訪醫師主觀上偏向於認為「宗教信仰」在「精神」層面上較有臨床療效。

三、「民俗療法」分量表部分

在探討受訪醫師對於「民俗療法」在不同層面的接受度上，由表 4-2-7 之次數分配資料得分情形指出，以對於自己的「親友」及「病人」尋求民俗療法的相對接受度較高，平均分數為 2.32 及 2.31，對「自己」使用民俗療法的接受度得分相對的較低，為 2.08。

四、「中醫治療」分量表部分

至於受訪醫師對於「中醫治療」在不同層面的接受度，由表 4-2-7 之次數分配資料得分情形指出，同樣的以對於自己的「親友」及「病人」尋求中醫治療的相對接受度較高，平均分數為 2.98 及 2.92，對「自己」使用中醫治療的接受度得分相對的較低，為 2.66。

五、總表分析

由研究對象在各分量表之平均得分情形指出，在「環境經驗」部分，受訪醫師親友、病人對於非主流醫療體系有中等程度的接觸經驗；而總量表中以「宗教信仰」分量表的平均分數最高，也顯示出醫師相對性的肯定宗教信仰在整個求醫行為過程中的功效；另外由分量表的平均分數也可看出，受訪醫師對於「中醫治療」比「民俗療法」在相對上具有較高的接受度。態度量表總表之詳細統計資料，請參考表 4-2-6 及表 4-2-7 所示。

表 4-2-6 研究對象態度量表分量表統計資料

分量表名稱	題數	最小值	最大值	平均數	標準差	分量表平均數	有效個數
環境經驗	4	1	5	10.52	2.45	2.63	240
宗教信仰	2	1	5	5.84	1.84	2.92	238
民俗療法	3	1	5	6.71	2.58	2.24	241
中醫治療	3	1	5	8.55	2.66	2.85	241

表 4-2-7 研究對象態度量表之次數分配資料

題號	題 目 內 容	最小值	最大值	平均數	標準差	有效個數
1	我的親友曾經試過中醫治療	1	5	2.82	.86	241
2	我的親友曾經試過民俗治療	1	4	2.27	.80	241
3	我的病人曾經試過中醫治療	1	5	2.92	.79	241
4	我的病人曾經試過民俗治療	1	4	2.50	.79	240
5	若有需要我可以接受我的親友以中醫治療	1	5	2.98	.95	241
6	若有需要我可以接受我的親友以民俗治療	1	5	2.32	.94	241
7	若有需要我可以接受我的病人以中醫治療	1	5	2.92	.95	241
8	若有需要我可以接受我的病人以民俗治療	1	5	2.31	.92	241
9	若有需要我可以接受我自己以中醫治療	1	5	2.66	1.03	241
10	若有需要我可以接受我自己以民俗治療	1	5	2.08	.97	241
11	依臨床經驗，您認為宗教信仰在對抗疾病上 有否實際上的療效	1	5	2.63	1.03	238
12	依臨床經驗，您認為宗教信仰在對抗疾病上 有否精神上的療效	1	5	3.20	1.02	241

第三節 研究結果之逐題分析與討論

本節主要在分析調查問卷中之封閉性選擇題部分，研究所得資料先經敘述分析及次數分配表檢查無誤後，再作統計整理，依循問卷題號之先後順序，逐題說明醫師本身在醫療資訊來源、求醫行為、醫療體系選擇及醫療體系利用率之詳細情形，節末並綜合前述之發現作整體討論，並與國內外相關之文獻資料作研究結果的比較。

一、醫療資訊來源

1. 在每月平均參加再教育的課程時數上，勾選「少於 4 小時」的醫師有 84 人，約佔總數的 34.7 %；而勾選「約 5-8 小時」的醫師有 80 人，約佔總人數的 33.1 %。顯示出共有 164 位，約佔全部受訪對象 67.8 % 的醫師，其每月接受再教育的時間平均在 8 小時以內。

2. 至於參加的再教育課程，有 152 人選取「目前從事的專長科系」，佔最多數，約佔所有 242 位受訪醫師人數的 62.8 %；另外複選「目前從事的專長科系」及「其他科系」的醫師有 34 位，佔 14.0 %；複選「目前從事的專長科系」及「醫學以外課程」的醫師有 39 位，佔 16.1 %；而選取「從未參加」任何課程的醫師僅有 3 位，只佔總人數之 1.2 %。

3. 若問及受訪醫師，除了本身專長以外的醫學知識來源，以回答「自行進修」、「參加再教育課程」、「報章雜誌」及「以上皆是」的醫師人數最多，共有 213 人，佔總數之 88.0 %；而以回答「詢問同事同學」的醫師最少，僅有 8 人，只佔總數之 3.3 %；次少的是回答「上網查詢」的醫師有 17 人，佔 7.0 %。

4. 在打聽任何科系醫師或查詢相關醫院的資訊上，在等同五分量表的選項上，回答「還好」、「還算容易」的人數相當，各有 80 及 75 人，兩者共佔總受訪人數的 64.1 %；另外還有 21.9 % 的醫師回答「很容易」。

5. 在醫師的社會網絡上，有 124 人約佔總數 51.2 % 的醫師，自覺和不同科系的醫師，其關係是在「普通」的層次上；若再加上「有點熟」及「非常熟」的醫師人數，則共有 201 人，約佔總受訪醫師的 83.1 %，在社會網絡上算是很好的關係狀況。

6. 生理狀況方面，約有 107 位的醫師平均在「半年至一年內」，會因身體不適需要治療，佔總數的 44.2 %；若再加上次高的「一年至一年半」及「半年以內」的選項，則總共有 205 位，約 84.7 % 的醫師，平均會在一年半之內因為身體不適（含流行性感冒、牙痛）需要接受治療。

7. 當問到若需要就醫時對於看診醫師的性別要求，有 221 位受訪醫師認為「無所謂」，約佔全部的 91.3 %；另有 14 位醫師約佔 5.8 %，就醫時希望「選同性別的醫師」；而僅有 5 位醫師希望「選不同性別的醫師」，只佔總數的 2.1 %。

8. 同樣地，若需要就醫時對於看診醫師的年齡要求，有 92 位受訪醫師認為「無所謂」，約佔全部的 38.0 %；其次有 75 位醫師，約 31.0 %，認為「只要不是 young R」即可；而有 39 位醫師，約 16.1 %，會「選和自己年齡相仿的醫師」；另有 33 位醫師，約 13.6 %，會「選比自己年長的醫師」；而全部研究對象中僅有 3 位醫師，佔 1.2 %，會「選比自己年輕的醫師」。由資料顯示，約 69.0 % 的受訪醫師認為當他們需要就醫時，並不會在乎看診醫師的年齡，或者是只要不是年資淺的住院醫師即可。

9. 同樣屬於醫師社會網絡部分，有 124 位醫師，約佔全部受訪醫師的 51.2 %，並不確定多久和其他醫師聯絡一次；在確定時間的部分中，有 59 位醫師，約佔全部的 24.4 %，平均一星期和其他醫師聯絡一次。

10. 當問及近三個月內是否有服用任何藥物時，有 96 位醫師約佔總數之 39.7 %，回答「沒有」；但也有 51 位醫師約 21.1 %，回答「多於一種以上」；其次為回答「維他命」、「止痛劑」、「心血管藥」者，所佔比例分別為 9.9 %、9.1 %、7.4 %。由以上資料看出，在接受問卷三個月當中，曾服用或正在服用藥物的醫師總比例高達 46.3 %。

全部研究對象「醫療資訊來源」選項分配比例資料，請參考表 4-3-1。

表 4-3-1 研究對象「醫療資訊來源」選項分配比例表

題號	選項	人數	百分比(%)
Q1 您從事臨床工作至今 每月參加再教育 課程的平均時數	1.少 4 小時	84	34.7
	2.約 5-8 小時	80	33.1
	3.約 9-16 小時	33	13.6
	4.約 17-24 小時	17	7.0
	5.約 25-32 小時	9	3.7
	6.多於 33 小時	18	7.4
	遺漏值 99		1
總和		242	100.0
Q2 請問您最常參加 何種再教育的課程	1.從未參加	3	1.2
	2.目前從事的專長科系	152	62.8
	3.其他科系	4	1.7
	4.醫學以外的課程	7	2.9
	5. 2+3	34	14.0
	6. 2+4	39	16.1
	7. 3+4	1	.4
遺漏值 99		2	.8
總和		242	100.0
Q3 除了您本身專長 以外的醫學知識， 您主要是從何處獲得	1.自行進修	30	12.4
	2.參加再教育課程	35	14.5
	3.詢問同事同學	8	3.3
	4.報章雜誌	34	14.0
	5.上網查詢	17	7.0
	6.以上皆是	114	47.1
遺漏值 99		4	1.7
總和		242	100.0
Q4 如果您要打聽任何 科系的醫師或查詢 相關醫院資訊，會	1.很困難	2	.8
	2.有點困難	25	10.3
	3.還好	80	33.1
	4.還算容易	75	31.0
	5.很容易	53	21.9
	6.沒試過	4	1.7
遺漏值 99		3	1.2
總和		242	100.0

表 4-3-1 研究對象「醫療資訊來源」選項分配比例表 (續)

題號	選項	人數	百分比(%)
Q5 您覺得您和不同 科系醫師的關係是	1.非常熟	20	8.3
	2.有點熟	57	23.6
	3.普通	124	51.2
	4.不太熟	29	12.0
	5.很不熟悉	9	3.7
	遺漏值 99		3
總和		242	100.0
Q6 您平均多久會有 一次身體不適， 需要治療(含流行性 感冒、牙痛)：	1.半年以內	44	18.2
	2.半年至一年內	107	44.2
	3.一年至一年半	54	22.3
	4.一年半至二年	13	5.4
	5.二年以上	23	9.5
	遺漏值 99		1
總和		242	100.0
Q7 當您需要就醫時， 對於看診醫師的 性別，您會：	1.選同性別的醫師	14	5.8
	2.選不同性別的醫師	5	2.1
	3.無所謂	221	91.3
	遺漏值 99	2	.8
總和		242	100.0
Q8 當您需要就醫時， 對於看診醫師的 年齡，您通常會	1.選和自己年齡相仿的醫師	39	16.1
	2.選比自己年輕的醫師	3	1.2
	3.選比自己年長的醫師	33	13.6
	4.只要不是 young R 即可	75	31.0
	5.都無所謂	92	38.0
總和		242	100.0

表 4-3-1 研究對象「醫療資訊來源」選項分配比例表（續）

題號	選項	人數	百分比(%)
Q9 您平常平均多久會和其他醫師聯絡一次(不含會診)	1.一星期	59	24.4
	2.二星期	29	12.0
	3.三星期	4	1.7
	4.四星期	16	6.6
	5.二個月	5	2.1
	6.三個月(含)以上	4	1.7
	7.不確定	124	51.2
遺漏值 99		1	.4
總和		242	100.0
Q10 請問您近三個月內是否有服用藥物	1.沒有	96	39.7
	2.抗生素	6	2.5
	3.制酸劑	11	4.5
	4.止痛劑	22	9.1
	5.心血管藥	18	7.4
	6.精神安定劑	4	1.7
	7.維他命	24	9.9
	8.其他	9	3.7
	9.多於一種以上	51	21.1
遺漏值 99		1	.4
總和		242	100.0

二、求醫行為

11. 12. 此兩題是探討若需要就醫時，如果是本身的專長，則有 192 位醫師，約佔全數的 79.3 %，選擇「先自行處置，沒改善再說」。但若不是本身的專長時，則有 112 位，約佔全數 46.3 %的醫師，會選擇「直接找認識的專科醫師治療」。

13. 本題探討當需要求助別的醫師門診治療時，有 151 位醫師，約佔全數的 62.4 %，會「直接找認識的專科醫師」治療；其次有 53 位醫師，約佔全數的 21.9 %，會採行「私下先徵詢認識的專科醫師意見，再自行處置」。

14. 本題探討當需要求助別的醫師住院治療時，有 121 位，約佔全數醫師的 50%，會「直接找認識的專科醫師」治療；其次有 67 位醫師，約佔全數的 27.7%，會採行「不論認不認識，先確定是其專長再去找他」。選項「直接找不認識的醫師」，並沒有任何一位受訪醫師勾選。

15. 當詢問受訪醫師本身求醫時的考慮因素時，有 117 人，約佔全數的 48.3%，在意的是看診醫師的「醫術是否精湛」；其次有 24 人，約佔全數 9.9% 的醫師，勾選「是否認識該醫師」。若再加上「以上皆是」的人數，則有高達 205 位，約佔總受訪醫師的 84.6%，在就醫前最主要的考慮因素是，該醫師「醫術是否精湛」，其次為「是否認識該醫師」。

有趣的是，「收費是否合理」並沒有醫師勾選，而「是否任職於教學醫院」也只有 2 位醫師勾選，只佔總人數之 0.8%。至於「態度是否親切」、「位置近方便」，勾選的醫師各有 11、13 位，佔全數之 4.5%、5.4%。

16. 當自己的患者同樣具有醫師的身分時，有 68 位受訪醫師，約全部受訪醫師的 28.1%，勾選「以上皆是」，亦即「感到比較有壓力」、「語氣會較為親切」、「比較會特別待遇」；而有 62 位受訪者，約佔全部的 25.6%，回答「沒影響，等同一般患者」；其次，有 41 位醫師，佔全部的 16.9%，勾選「感到比較有壓力」。

因此，綜合以上資料顯示，同樣是醫師身分就診時，約有 45.0% 替他看診的醫師，會「感到比較有壓力」，另外約有 25.6% 的看診醫師認為和其他任何患者一樣，沒什麼特別。

17. 18. 此兩題是詢問受訪醫師在認識的西醫朋友中，是否有人曾經尋求西醫以外的醫療方法，回答「有」的受訪醫師，有 131 人，佔全數的 54.1%；回答「沒有」的有 41 人，佔全數的 16.9%；回答「不知道」的有 69 人，佔全數的 28.5%。

在回答「有」的受訪醫師中，認為西醫朋友選擇「中醫藥」方式的有 57 人，佔有效百分比的 43.8 %；認為西醫朋友選擇「民俗療法」方式的有 4 人，佔有效百分比的 3.1 %；但是認為西醫朋友「中醫藥」、「民俗療法」兩種方式都採用的，有 67 人，佔有效百分比的 51.5 %。研究對象「求醫行為」選項分配比例資料，請參考表 4-3-2。

表 4-3-2 研究對象「求醫行為」選項分配比例表

題號	選項	人數	百分比(%)
Q11 當您有任何不適的 症狀需就醫，且 是本身的專長時 ，您通常會：	1.先行處置，沒改善再說	192	79.3
	2.私下先詢問同事、同學再自行處置	14	5.8
	3.直接找認識的專科醫師治療	32	13.2
	4.直接找不認識的專科醫師治療	1	.4
	5.其他	2	.8
	遺漏值 99		1
總和		242	100.0
Q12 當您有任何不適的 症狀需就醫，但非 本身的專長時， 您通常會：	1 先自行處置，沒改善再說	65	26.9
	2.私下先詢問同事、同學再自行處置	55	22.7
	3.直接找認識的專科醫師治療	112	46.3
	4.直接找不認識的專科醫師治療	6	2.5
	5.其他	2	.8
	遺漏值 99		2
總和		242	100.0
Q13 當您身體不適不得 不求助於別的醫師 門診治療時，您都	1.私下先徵詢認識的專科醫師意見， 再自行治療	53	21.9
	2.直接找認識的專科醫師	151	62.4
	3.直接找不認識的專科醫師	13	5.4
	4.先選醫院再選認識的醫師	12	5.0
	5.先選醫院再選不認識的醫師	6	2.5
	6.其他	5	2.1
	遺漏值 99		2
總和		242	100.0
Q14 當您身不適不得 不求助於別的醫師 住院治療時，您都	1.直接找認識的專科醫師	121	50.0
	2.直接找不認識的專科醫師	0	.0
	3.不論認不認識，確定 是其專長再去找他	67	27.7
	4.先選醫院再選認識的醫師	26	10.7
	5.先選醫院再選不認識的醫師	6	2.5
	6.其他	18	7.4
	遺漏值 99		4
總和		242	100.0

表 4-3-2 研究對象「求醫行為」選項分配比例表（續）

題號	選項	人數	百分比(%)	有效百分比(%)	
Q15 當您不得不求助於 別的醫師治療時， 就醫前您考慮的 主要因素是什麼：	1.是否認識該醫師	24	9.9		
	2.醫術是否精湛	117	48.3		
	3.態度是否親切	11	4.5		
	4.位置近方便	13	5.4		
	5.收費是否合理	0	.0		
	6.是否任職於教學醫院	2	.8		
	7.以上皆是	64	26.4		
	8.沒意見	5	2.1		
	遺漏值 99		6	2.5	
總和		242	100.0		
Q16 如果您的患者 之中有醫師， 態度上您會：	1.感到比較有壓力	41	16.9		
	2.語氣會較為親切	18	7.4		
	3.比較會特別待遇	18	7.4		
	4.以上皆是	68	28.1		
	5.沒影響，等同一般患者	62	25.6		
	6.視情況而定	26	10.7		
	7.其他	5	2.1		
	遺漏值 99		4	1.7	
總和		242	100.0		
Q17 請問除了自己以外 ，您知道有任何 西醫朋友曾經尋求 西醫以外的任何 醫療方式嗎？	1.有	131	54.1		
	2.沒有	41	16.9		
	3.不知道	69	28.5		
	遺漏值 99		1	.4	
	總和		242	100.0	
Q18 請問他(她) 選擇方式是	1 中醫藥	57	23.6	43.8	
	2.民俗療法	4	1.7	3.1	
	3.以上皆是	67	27.7	51.5	
	4.其他	2	.8	1.5	
	遺漏值 99		112	46.3	
總和		242	100.0		

三、醫療體系選擇

19. 20. 這兩題在比較受訪醫師本身，在從事臨床醫學工作前後的求醫行為是否有所不同，研究顯示在從事臨床工作以前，到從事臨床工作以後，「從來沒有」試過西醫以外的醫療方式的人數比例從 80 人佔總數的 33.1 %，上升到 110 人佔總數的 45.5 %；試過「中醫」處置的人數從 86 人佔 35.5 %，下降到 65 人佔 26.9 %；試過「民俗療法」的人數從 12 人佔 5.0 %，下降到 11 人佔 4.5 %；「中醫」、「民俗療法」都試過的人數從 62 人佔 25.6 %，下降到 52 人佔 21.5 %。

21. 22. 這兩題在探討醫師本身在扮演不同角色時的醫病溝通關係，當受訪對象本身是醫師的角色時，有 148 人佔 61.2 %的醫師表示，和患者之間「不會」有溝通問題；在受訪對象本身是病人的角色時，也有 163 人佔 67.4 %的醫師表示，和看診醫師之間「不會」有溝通問題。資料顯示，當受訪對象的角色從醫師身分轉成病人身分時，不論先前認為其與病人之間的溝通，是屬於「很困難」、「有點困難」、「很容易」或者是「有點容易」，均有小幅度減少的趨勢，轉而勾選「不會」有溝通上的困難。

23. 24. 當被問及外求醫療資源的容易度時，有 67 位佔總數 27.7 %的受訪醫師，認為自己在何處上班「沒影響」，也就是說有 27.7 %的醫師認為，若需要求助別的醫師幫忙時，自己的上班地點並不會有任何影響；而有 118 位佔 48.8 %的受訪醫師認為，自己若在「醫學中心」上班會比較方便獲得資源。

相對地，當受訪醫師被問及，哪一科別的醫療資源是自己本身較不容易獲得的，有 180 位受訪對象，佔總數 74.4 %的醫師認為任何科別都「沒影響」。

25. 當被問及自己最信任的醫療系統時，有 221 位受訪對象，佔全部 91.3 %的醫師選擇「西醫」。

26. 27. 28. 調查對西醫的信任度上，有 117 位受訪醫師，約佔總受訪人數 48.3 %

的醫師，勾選「會因疾病而有不同的信任度」，及 118 位約 48.8 % 的醫師勾選「不因疾病而有不同的信任度」；

在對中醫的信任度方面，共有 169 位受訪對象，約佔總受訪人數 69.8 % 的醫師，勾選「會因疾病而有不同的信任度」，勾選「完全不信」、「不信」的綜合人數則上升至 34 人，佔總受訪醫師的 14.0 %；而勾選「不確定」的醫師有 30 位，比例約為總數的 12.4 %。

在對民俗療法的信任度方面，有 96 位受訪對象，約佔總受訪人數 39.7 % 的醫師，勾選「會因疾病而有不同的信任度」，但勾選「完全不信」、「不信」的綜合人數則上升至 84 人，佔總受訪醫師的 34.7 %；而勾選「不確定」的醫師有 59 位，比例為總數的 24.4 %。

在比較受訪醫師對不同醫療體系的信任度時，以西醫、中醫、民俗療法的順序作比較，選擇完全不信及不信的比例由 0.4 % 的醫師人數，逐漸上升到 14.0 % 及至民俗療法的 34.7 %；而選擇不確定的人數比例也由 1.7 % 的醫師，逐漸上升到 12.4 % 及至民俗療法的 24.4 %。研究對象「醫療體系選擇」選項分配比例資料，請參考表 4-3-3。

表 4-3-3 研究對象「醫療體系選擇」選項分配比例表

題號	選項	人數	百分比(%)
Q19 請問您自己在從事 臨床工作以前，自己 有否試過西醫之外 的處置方式：	1.從來沒有	80	33.1
	2.中醫	86	35.5
	3.民俗療法	12	5.0
	4.其他	0	.0
	5. 2+3	62	25.6
	6. 2+4	0	.0
	7. 3+4	1	.4
遺漏值 99		1	.4
總和		242	100.0

表 4-3-3 研究對象「醫療體系選擇」選項分配比例表 (續)

題號	選項	人數	百分比(%)
Q20 請問您自己在從事 臨床工作以後，自己 有否試過西醫之外 的處置方式：	1.從來沒有	110	45.5
	2.中醫	65	26.9
	3.民俗療法	11	4.5
	4.其他	3	1.2
	5. 2+3	52	21.5
	6. 2+4	0	.0
	7. 3+4	0	.0
	遺漏值 99		1
總和		242	100.0
Q21 請問您認為您和 您的患者之間的 溝通有否困難：	1.很困難	0	.0
	2.有點困難	13	5.4
	3.不會	148	61.2
	4.容易	47	19.4
	5.很容易	29	12.0
	6.其他	4	1.7
	遺漏值 99		1
總和		242	100.0
Q22 當您本身罹病不得 不求助於別的醫師 治療時，您和您的 醫師間的溝通 是否有困難：	1.很困難	0	.0
	2.有點困難	5	2.1
	3.不會	163	67.4
	4.容易	45	18.6
	5.很容易	25	10.3
	6.其他	2	.8
	遺漏值 99		2
總和		242	100.0
Q23 當您本身罹病不得 不求助於別的醫師 治療時，您認為自己在 何處上班會比較方便：	1.沒影響	67	27.7
	2.自行開業	24	9.9
	3.地區醫院	15	6.2
	4.區域醫院	17	7.0
	5.醫學中心	118	48.8
	遺漏值 99		1
總和		242	100.0

表 4-3-3 研究對象「醫療體系選擇」選項分配比例表 (續)

題號	選項	人數	百分比(%)
Q24 當您本身罹病不得不求助於別的醫師治療時，您認為較不容易獲得哪個科別的醫療資源：	1.沒影響	180	74.4
	2.內科系	7	2.9
	3.外科系	10	4.1
	4.婦產科	10	4.1
	5.小兒科	0	.0
	6.皮膚科	1	.4
	7.牙科	5	2.1
	8.眼科	0	.0
	9.耳鼻喉科	2	.8
	10.精神科	20	8.3
	11.其他	5	2.1
遺漏值 99		2	.8
總和		242	100.0
Q25 請問您最信任的醫療系統是：	1.西醫	221	91.3
	2.中醫	3	1.2
	3.民俗療法	2	.8
	4.其他	7	2.9
遺漏值 99		9	3.7
總和		242	100.0
Q26 我對西醫的信任度：	1.完全不信	1	.4
	2.不信	0	.0
	3.會因疾病而有不同的信任度	117	48.3
	4.不因疾病而有不同的信任度	118	48.8
	5.不確定	4	1.7
遺漏值 99		2	.8
總和		242	100.0
Q27 我對中醫的信任度：	1.完全不信	11	4.5
	2.不信	23	9.5
	3.會因疾病而有不同的信任度	169	69.8
	4.不因疾病而有不同的信任度	8	3.3
	5.不確定	30	12.4
遺漏值 99		1	.4
總和		242	100.0
Q28 我對民俗療法的信任度：	1.完全不信	32	13.2
	2.不信	52	21.5
	3.會因疾病而有不同的信任度	96	39.7
	4.不因疾病而有不同的信任度	3	1.2
	5.不確定	59	24.4
總和		242	100.0

四、醫療體系利用率

29. 在醫療體系利用上，當受訪對象被問及本身以往的經驗，若患有門診就可處理的問題時，有 148 位，約佔總數 61.2 % 的醫師，表示「只以西醫方式治療」；另有 54 位約 22.3 % 的醫師，複選「只以西醫方式治療」及「偶爾看中醫」。

30. 在惡性腫瘤的治療上，以受訪醫師本身為例，有 66 位，約佔總數 27.3 % 的受訪對象，對自己的處置方式是單選「依然是西醫」治療方式；另有 64 位約 26.4 % 的醫師，複選「依然是西醫」及「嘗試中醫」的處置方式。另外有 38 位，約佔總數 15.7 % 的醫師，單選表示會「嘗試中醫」；而有 35 位，約佔總數 14.5 % 的醫師，複選會「嘗試中醫」及「嘗試民俗療法」。

31. 32. 33. 在探討受訪醫師對醫療體系選擇的因素方面，在回答「生病時我選擇西醫治療」的選項上，有 84 位約佔總數 34.7 % 的醫師，勾選「因沒有更好的醫療系統」；而有 97 位約 40.1 % 的醫師，勾選「完全只信任西醫」。

在回答「生病時我選擇中醫治療」的選項上，有 102 位約佔總數 42.1 % 的醫師，勾選「因該疾病西醫無有效治療方法」；而有 56 位約 23.1 % 的醫師，勾選「不會考慮」此治療方式；另外有 32 位約 13.2 % 的醫師，選擇中醫治療的原因是因「試試無妨」。

在回答「生病時我選擇民俗醫療」的選項上，有 120 位約佔總數 49.6 % 的醫師，勾選「不會考慮」；而有 45 位約 18.6 % 的醫師，勾選「因該疾病目前無有效治療方法」；另外有 42 位約 17.4 % 的醫師，勾選的原因是「試試無妨」。

34. 35. 36. 比較三個不同醫療體系對疾病的診斷及治療上，在西醫方面，受訪的醫師中有 115 人，約佔總數的 47.5 % 認為「大部分實証醫學，少部分經驗」；另有 89 人，約佔總數 36.8 % 的醫師認為是「實証醫學與經驗各半」。

對中醫的看法方面有 147 位，約佔總數 60.7 % 的受訪醫師認為「少部分實証醫學，大部分經驗」；另有 53 人，約佔總數 21.9 % 的受訪醫師，則認為中醫是「實証醫學與經驗各半」。

對民俗療法的看法上有 173 位，約佔總數 71.5 % 的醫師認為，民俗療法對疾病的診斷及治療「完全靠經驗」；另有 57 位約佔總數 23.6 % 的醫師則認為是「實証醫學與經驗各半」。

37. 當受訪醫師被問及，若自己就醫是否會希望有特別的待遇時，回答「一定會」的醫師有 60 位，約佔總數的 24.8 %；回答「有點會」的醫師有 89 位，約佔總數的 36.8 %；回答「普通」的醫師有 34 位，約佔總數的 14.0 %；回答「視疾病輕重而定」的醫師則有 24 位，約佔總數的 9.9 %；另外回答「不太會」及「一定不會」的醫師共有 30 位，約只佔總受訪醫師的 12.4 %。

38. 39. 當受訪醫師被問及在自己生病期間，面對自己的病人時，有 133 位，約佔總數 55.0 % 的受訪對象，會覺得「有一點點壓力」；而有 76 位，約佔受訪總數 31.4 % 的醫師認為「無任何影響」。

在認為有影響的原因中，依次是「怕體力不夠」、「怕感染給周遭的人」以及「自己覺得不好意思」。

全部研究對象「醫療體系利用率」選項分配比例資料，請參考表 4-3-4。

表 4-3-4 研究對象「醫療體系利用率」選項分配比例表

題號	選項	人數	百分比(%)
Q29 以自己以往的經驗為例， 若患有門診就可處理的 問題，請問您曾經對 自己嘗試何種方式：	1.只以西醫方式治療	148	61.2
	2.偶爾看中醫	12	5.0
	3.嘗試民俗療法	0	.0
	4.不嘗試任何醫療	1	.4
	5. 1+2	54	22.3
	6. 1+3	6	2.5
	7. 1+4	4	1.7
	8. 2+3	9	3.7
	9. 2+4	0	.0
	10. 3+4	0	.0
	11.其他	7	2.9
遺漏值 99		1	.4
總和		242	100.0
Q30 以惡性腫瘤為例， 在西醫醫療系統 束手無策的疾病中， 請問您自己可能會 嘗試的醫療方式是：	1.依然是西醫	66	27.3
	2.嘗試中醫	38	15.7
	3.嘗試民俗療法	6	2.5
	4.不嘗試任何醫療	11	4.5
	5. 1+2	64	26.4
	6. 1+3	8	3.3
	7. 1+4	3	1.2
	8. 2+3	35	14.5
	9. 2+4	1	.4
	10. 3+4	0	.0
	11.其他	9	3.7
遺漏值 99		1	.4
總和		242	100.0
Q31 生病時我選擇西醫治療：	1.不會考慮	7	2.9
	2.因所患疾病不會致命	13	5.4
	3.因所患疾病會致命	20	8.3
	4.因沒有更好的醫療系統	84	34.7
	5.完全只信任西醫	97	40.1
	6.其他	13	5.4
遺漏值 99		8	3.3
總和		242	100.0

表 4-3-4 研究對象「醫療體系利用率」選項分配比例表 (續)

題號	選項	人數	百分比(%)
Q32 生病時我選擇中醫治療：	1.不會考慮	56	23.1
	2.因所患疾病不會致命	19	7.9
	3.因所患疾病會致命	6	2.5
	4.因該疾病西醫無有效的治療方法	102	42.1
	5.受親友意見影響	16	6.6
	6.試試無妨	32	13.2
	7.完全只信任中醫	1	.4
	8.其他	8	3.3
遺漏值 99		2	.8
總和		242	100.0
Q33 生病時我選擇民俗療法：	1.不會考慮	120	49.6
	2.因所患疾病不會致命	15	6.2
	3.因所患疾病會致命	0	.0
	4.因該疾病目前無有效的治療方法	45	18.6
	5.受親友意見影響	14	5.8
	6.試試無妨	42	17.4
	7.完全只信任民俗醫療	0	.0
	8.其他	6	2.5
總和		242	100.0
Q34 在疾病診斷及治療上 ，我認為西醫：	1.純粹是實証醫學	36	14.9
	2.大部分實証醫學，少部分經驗累積	115	47.5
	3.實証醫學與經驗各半	89	36.8
	4.少部分實証醫學，大部分經驗	2	.8
	5.完全靠經驗	0	.0
總和		242	100.0
Q35 在疾病診斷及治療上 ，我認為中醫：	1.純粹是實証醫學	1	.4
	2.大部分實証醫學，少部分經驗累積	14	5.8
	3.實証醫學與經驗各半	53	21.9
	4.少部分實証醫學，大部分經驗	147	60.7
	5.完全靠經驗	24	9.9
遺漏值 99		3	1.2
總和		242	100.0

表 4-3-4 研究對象「醫療體系利用率」選項分配比例表 (續)

題號	選項	人數	百分比(%)
Q36 在疾病診斷及治療上 ，我認為民俗療法：	1.純粹是實証醫學	1	.4
	2.大部分實証醫學，少部分經驗累積	1	.4
	3.實証醫學與經驗各半	8	3.3
	4.少部分實証醫學，大部分經驗	57	23.6
	5.完全靠經驗	173	71.5
	遺漏值 99		2
總和		242	100.0
Q37 當自己需要就醫時，是否 會希望有特別待遇：	1.一定會	60	24.8
	2.有點會	89	36.8
	3.普通	34	14.0
	4.不大會	21	8.7
	5.一定不會	9	3.7
	6.視疾病的輕重而定	24	9.9
	7.其他	3	1.2
	遺漏值 99		2
總和		242	100.0
Q38 當您生病期間，在面對 自己的病人時：	1.無任何影響	76	31.4
	2.有一點點壓力	133	55.0
	3.有中等壓力	16	6.6
	4.有很大的壓力	7	2.9
	5.有非常大的壓力	4	1.7
	6.其他	4	1.7
	遺漏值 99		2
總和		242	100.0
Q39 承上題，您會有 壓力的原因是：	1.無任何影響	67	27.7
	2.自己覺得不好意思	28	11.6
	3.怕病人認為自己醫術不好	7	2.9
	4.怕同事知道	0	.0
	5.怕感染給週遭的人	40	16.5
	6.怕體力不夠	88	36.4
	7.其他	9	3.7
	遺漏值 99		3
總和		242	100.0

五、綜合討論

一、醫療資訊來源部分

依研究資料顯示，約有 66.6 % 的受訪醫師，其每月平均接受再教育的時間，多在 1 小時以上，8 小時以內；而佔研究總人數約 92.9 % 的醫師，參加繼續教育的課程內容，則是以醫師目前所從事的專長科系佔最多數，這個結果應和衛生署規定醫師，平均每年至少接受繼續教育的基本時數以及專科醫師制度的實施有關。但若與國外的研究比較，在挪威，基層醫師每週接受繼續教育的時間少於 3 小時，醫院中的醫師則多於 4.5 小時 (Nylenna & Gjerlow Aasland, 2000)；可見國內醫師畢業後接受繼續教育的每月平均時數少於挪威的醫師，有關這一部分若想要再進一步提升國內的醫療水準，則有再加強的空間。

至於本身專長以外的醫學知識來源，「參加再教育課程」者佔總人數之 14.5 %、從「報章雜誌」者佔總人數之 14.0 %、「自行進修」者則佔總人數之 12.4 %。挪威的研究發現，其國內醫師醫學知識來源主要是從參加課程、討論會或醫學會議等方式而得 (Nylenna & Gjerlow Aasland, 2000)。

在打聽任何科系醫師或查詢相關醫院的資訊上，約有 86.0 % 的受訪醫師的答案是，「還好」、「還算容易」或「很容易」。這和全部受訪對象約 83.1 % 的醫師自覺和不同科系醫師間的關係是「普通」、「有點熟」及「非常熟」相吻合。同樣的結果也見於 Rosvold and Bjertness (2002) 在挪威的研究結果，指出若有需要時，約有半數的醫師認為他們很容易獲得來自同事間的醫療相關建議。但對比於一般民眾對醫療訊息需求上的不滿足 (莊玟玲、金繼春，2002)，醫師在這方面佔了很大的優勢地位。

雖然 West (1984) 的報告指出，有些病人認為女醫師較男醫師缺乏權威感 (引自 Cockerham, 2001/2002)，但本研究結果顯示，約有 91.3 % 及 69.0 % 的受訪醫師對於為其看診醫師的性別、年齡並不在意，且男女醫師之間並無差異性存在。這點並不同於挪威的研究結果，其結論認為女醫師比較傾向於找同性別的醫師為其診治，而主要著

眼點乃在於因婦科疾病的因素 (Rosvold & Bjertness, 2002)。

約佔全數受訪人數 46.3 % 的醫師表示，在接受問卷的三個月內曾服用或當時正在服用藥物 (已扣除服用維他命的 9.9 %)，此結果與佔 44.2 % 自認平均「半年至一年內」會因身體不適，需要治療的醫師人數比例相當。

二、求醫行為部分

本研究發現，當醫師本身需要就醫時，如果是本身的專長，則有約佔全數 79.3 % 的醫師，會選擇「先自行處置，沒改善再說」，此結果類似於國外的研究，兩者均指出當醫師自覺生病時往往先以自我診療的方式解決 (Rosvold & Bjertness, 2002)。

但若所患的疾病並不是本身的專長範圍時，則有約 46.3 % 的國內醫師會選擇「直接找認識的專科醫師治療」，本研究結果中，並沒有受訪醫師選擇「直接找不認識的醫師」治療，這點則和 Rosvold and Bjertness (2002) 的研究結果不盡相同，其結果指出有「約佔研究對象百分之五十六的醫師，當有身體方面的疾病時，他們會比較傾向於找和本身沒有任何關係的醫師幫忙治療」。

另外，當醫師本身不得不求醫時，有高達約 84.6 % 的受訪醫師在求醫前最主要的考慮因素是該醫師「醫術是否精湛」，其次的考慮因素為「是否認識該醫師」，而並不在乎該醫師「是否任職於教學醫院」。這點印證了國外的研究，van den Berg (1952/2001) 認為通常病人對醫師的要求在於技術和知識是否能解決目前的病情，比較在乎的是醫師的醫術是否高超。

本研究資料同時顯示出，並沒有任何一位受訪醫師會特別考慮「收費是否合理」的問題，部分原因可能和醫師本身是高收入族群有關。這點與國內外對一般民眾所作的研究有些許差異，張苙雲 (1998a) 認為求醫成本往往是民眾求醫時所考量的關鍵因素；黃郁雅 (2002) 對不孕婦女尋求民俗醫療經驗的研究也指出，看病的價格是影響

民眾尋求民俗醫療時的考量因素之一；再如 Young and Garro (1994) 於墨西哥中西部村落的研究發現，當民眾所患之疾病沒有生命威脅性時，村民會因花費考量而改採較便宜的民俗醫療方式。

以同樣是醫師身分就診時，約有 45.0 % 替他看診的醫師會「感到比較有壓力」，這一部分國外有類似的相關研究結果 (McKevitt & Morgan, 1997; Rosvold & Bjertness, 2002)，國外的研究指出「醫師病人」就醫時，因看診醫師難以為此類病人找到定位，不是提供不夠的醫療建議（認為該「醫師病人」已知道），就是作過多的檢查（擔心有嚴重潛在疾病被忽略）；但相對地，本研究結果也同時指出，在國內另外則約有 25.6 % 的看診醫師會同等對待所診治的「醫師病人」，認為和其他的患者之間並沒什麼特別不同。

佔全部受訪對象 54.1 % 的醫師認為，他的西醫朋友曾經尋求過西醫以外的醫療幫助，在這些方式中「中醫藥」、「民俗療法」兩種方式都採用的佔 51.5 %，單獨採取「中醫藥」方式的佔 43.8 %。因此，研究顯示對西醫師而言，若需要尋求西醫以外的醫療資源時，還是以中醫藥為首要考慮的對象。

三、醫療體系選擇部分

在醫師本身求醫行為改變上，或許是工作後資源比較容易獲得，也可能本身自尊心的緣故 (成島香里, 2000/2002)，受訪醫師在從事臨床工作之後，對於西醫以外的醫療方式使用上，有明顯降低的趨勢。

本研究顯示，在醫病溝通關係上，身為「醫師病人」的角色比身為「醫師」的角色，比較少出現醫病之間的溝通問題，其原因應是與在專業醫療上彼此之間擁有共通的語言和相同的醫學背景有關。Waitzkin (1985, 1991) 的研究也顯示出同樣的推論，通常高社經地位或教育者的病人一般都能獲得較多來自醫師方面的訊息，他認為社會階層的差異是影響醫病溝通最重要的因素 (引自 Cockerham, 2001/2002)。

有約佔 48.8 % 的受訪醫師認為，求醫時自己若是在「醫學中心」上班會比較方便獲得所需資源。相對地，當受訪醫師被問及，哪一科別的醫療資源是自己本身較不容易獲得的，有約佔總數 74.4 % 的醫師認為任何科別都「沒影響」。

在比較受訪醫師對不同醫療體系的信任度時，若將「完全不信」、「不信」的綜合人數加上勾選「不確定」的醫師，在中醫部分，總比例達 26.4 % 的受訪對象，對於中醫是持有懷疑的態度。在民俗療法部分，其總比例高達 59.1 % 的受訪對象，對於民俗療法是採取高度懷疑的態度。同樣的統計在西醫本身部分，僅有 2.1 % 的醫師，對於西醫是持有懷疑的態度。

當被問及自己最信任的醫療系統時，有 91.3 % 的受訪醫師選擇「西醫」。而有趣的結果是，也有約總數的 48.3 % 的醫師表示，對於西醫的信任度是「會因疾病而有不同的信任度」。

四、醫療體系利用率部分

在門診即可處理的問題上，若考慮複選「只以西醫方式治療」的人數比例，會有 87.7 % 的受訪醫師採用西醫的醫療方式；若考慮複選「偶爾看中醫」的人數比例，則有 31.0 % 的受訪醫師會採用中醫的醫療方式；若考慮複選「嘗試民俗療法」的人數比例，則僅有 6.6 % 的受訪醫師採用民俗療法的方式。

當特別強調在惡性腫瘤的治療上，若考慮複選「依然是西醫」的人數比例，會有 68.2 % 的受訪醫師採用西醫的醫療方式；若考慮複選「嘗試中醫」的人數比例，則有 57.0 % 的受訪醫師會採用中醫的醫療方式；若考慮複選「嘗試民俗療法」的人數比例，則有 20.7 % 的受訪醫師採用民俗療法的方式。

當研究對象生病時，採用西醫治療的原因主要是「完全只信任西醫」，約佔全數的 40.1 %，其次約有 34.7 % 的受訪醫師則是「因沒有更好的醫療系統」。而採用中醫的原

因主要是「因該疾病西醫無有效治療方法」，人數約佔總受訪醫師的 42.1 %，以同樣原因而選擇民俗療法的醫師，則約略佔總數的 18.6 %。

同時，受訪對象採用民俗療法的原因，主要也是「因該疾病西醫無有效治療方法」，其次為「試試無妨」，約佔總受訪醫師的 17.4 %，而以同樣「試試無妨」的原因選擇中醫治療的醫師，則只佔總數的 13.2 %。另一方面，生病時受訪醫師認為「不會考慮」的醫療方式，其人數比例以西醫、中醫、民俗療法三種依序排列，各有 2.9 %、23.1 %、49.6 %的受訪對象如此表示。

在疾病的診斷及治療上，受訪醫師對三個不同醫療體系的看法是，約佔總數 84.3 % 的受訪對象，認為西醫是「大部分實証醫學，少部分經驗」、「實証醫學與經驗各半」，並且稍微偏向於前者。而約有 82.6 % 的受訪醫師認為中醫是「實証醫學與經驗各半」、「少部分實証醫學，大部分經驗」，並且偏向於後者。而約有 95.1 % 的受訪醫師認為民俗療法的診斷及治療是「少部分實証醫學，大部分經驗」、「完全靠經驗」，並且大幅度的偏向於後者。

當自己需要就醫時，有約 61.6 % 的受訪醫師希望自己會受到特別的待遇，另外還有 9.9 % 的醫師回答「視疾病輕重而定」，所有研究資料中，約只佔 12.4 % 的受訪醫師明確表示不會有受到特別待遇的希望。這部分和福利國家醫師的意識型態有所不同，如在挪威，有些生病的醫師並不會利用他們的醫療人際網絡，來獲得優先的專業醫療服務，因為他們認為這對一般病人而言有失公平（Ingstad & Christie, 2001）。

當醫師自己生病期間，面對自己的病人時，約有 55.0 % 的受訪對象，會覺得「有一點點壓力」，其原因依次是「怕體力不夠」、「怕感染給周遭的人」以及「自己覺得不好意思」。而約佔受訪總數 31.4 % 的醫師則認為「無任何影響」。

第四節 待答問題之結果驗證與討論

本節主要依循待答問題提出之先後順序，將研究結果用卡方考驗 (Chi-square test) 分析相關的變項資料，以探討醫師本身對於不同醫療體系的態度與行為模式，並分別探討醫師本身在醫療資訊來源、求醫行為、求醫障礙與基本背景變項及環境變項之間的關係。本研究顯示之 P 值均為雙尾，顯著水準 () 值均為 0.05。

一、醫師本身醫療資訊來源與個人基本資料間的差異情形

1. 各年齡層參加再教育課程內容的人數比例，均以「目前從事的專長科系」佔大多數。但隨著年齡層的上升，選擇此項內容的人數比例顯著的減少；而 23-29 歲及 50-69 歲的醫師次要複選「其他科系」，在 30-59 歲間的醫師則次要複選「醫學以外的課程」。詳細資料請參考表 4-4-1。

表 4-4-1 年齡與課程內容 (Q2) 交叉表

		從未參加	目前專長	其他	醫學以外	2+3	2+4	3+4	總和	
年齡	1	個數	0	15	0	0	4	1	0	20
23-29 歲	年齡內的 %	.0%	75.0%	.0%	.0%	20.0%	5.0%	.0%	100.0%	
	Q2 內的 %	.0%	9.9%	.0%	.0%	11.8%	2.6%	.0%	8.3%	
	總和的 %	.0%	6.3%	.0%	.0%	1.7%	.4%	.0%	8.3%	
	2	個數	1	46	2	4	5	12	0	70
30-39 歲	年齡內的 %	1.4%	65.7%	2.9%	5.7%	7.1%	17.1%	.0%	100.0%	
	Q2 內的 %	33.3%	30.3%	50.0%	57.1%	14.7%	30.8%	.0%	29.2%	
	總和的 %	.4%	19.2%	.8%	1.7%	2.1%	5.0%	.0%	29.2%	
	3	個數	1	60	1	1	12	16	0	91
40-49 歲	年齡內的 %	1.1%	65.9%	1.1%	1.1%	13.2%	17.6%	.0%	100.0%	
	Q2 內的 %	33.3%	39.5%	25.0%	14.3%	35.3%	41.0%	.0%	37.9%	
	總和的 %	.4%	25.0%	.4%	.4%	5.0%	6.7%	.0%	37.9%	
	4	個數	1	22	1	1	8	8	0	41
50-59 歲	年齡內的 %	2.4%	53.7%	2.4%	2.4%	19.5%	19.5%	.0%	100.0%	
	Q2 內的 %	33.3%	14.5%	25.0%	14.3%	23.5%	20.5%	.0%	17.1%	
	總和的 %	.4%	9.2%	.4%	.4%	3.3%	3.3%	.0%	17.1%	
	5	個數	0	7	0	1	5	2	0	15
60-69 歲	年齡內的 %	.0%	46.7%	.0%	6.7%	33.3%	13.3%	.0%	100.0%	
	Q2 內的 %	.0%	4.6%	.0%	14.3%	14.7%	5.1%	.0%	6.3%	
	總和的 %	.0%	2.9%	.0%	.4%	2.1%	.8%	.0%	6.3%	
	6	個數	0	2	0	0	0	0	1	3
70 歲以上	年齡內的 %	.0%	66.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	33.3%	100.0%	
	Q2 內的 %	.0%	1.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	100%	1.3%	
	總和的 %	.0%	.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%	1.3%	
總和	個數	3	152	4	7	34	39	1	240	
	年齡內的 %	1.3%	63.3%	1.7%	2.9%	14.2%	16.3%	.4%	100.0%	
	Q2 內的 %	100%	100%	100%	100%	100.0%	100%	100%	100.0%	
	總和的 %	1.3%	63.3%	1.7%	2.9%	14.2%	16.3%	.4%	100.0%	

² =98.366, P=.000

2. 在醫師每月平均參加再教育的課程時數上，隨著醫師所在醫院之層級越高，醫師接受再教育的平均時數也越多，診所的醫師多在 4 小時以內，醫學中心的醫師則在 9-16 小時之間。詳細資料請參考表 4-4-2。

表 4-4-2 服務場所與上課時數 (Q1) 交叉表

		Q1						
		0-4 小時	5-8 小時	9-16	17-24	25-32	33 以上	總和
服務場所	1 個數	59	41	6	6	2	5	119
	服務場所內的 %	49.6%	34.5%	5.0%	5.0%	1.7%	4.2%	100.0%
	診所	Q1內的 %	71.1%	53.2%	18.2%	35.3%	22.2%	27.8%
	總和的 %	24.9%	17.3%	2.5%	2.5%	.8%	2.1%	50.2%
地區醫院	2 個數	8	11	7	0	0	0	26
	服務場所內的 %	30.8%	42.3%	26.9%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q1內的 %	9.6%	14.3%	21.2%	.0%	.0%	.0%	11.0%
	總和的 %	3.4%	4.6%	3.0%	.0%	.0%	.0%	11.0%
區域醫院	3 個數	3	9	1	2	1	1	17
	服務場所內的 %	17.6%	52.9%	5.9%	11.8%	5.9%	5.9%	100.0%
	Q1內的 %	3.6%	11.7%	3.0%	11.8%	11.1%	5.6%	7.2%
	總和的 %	1.3%	3.8%	.4%	.8%	.4%	.4%	7.2%
醫學中心	4 個數	13	16	17	9	6	11	72
	服務場所內的 %	18.1%	22.2%	23.6%	12.5%	8.3%	15.3%	100.0%
	Q1內的 %	15.7%	20.8%	51.5%	52.9%	66.7%	61.1%	30.4%
	總和的 %	5.5%	6.8%	7.2%	3.8%	2.5%	4.6%	30.4%
衛生所	5 個數	0	0	2	0	0	1	3
	服務場所內的 %	.0%	.0%	66.7%	.0%	.0%	33.3%	100.0%
	Q1內的 %	.0%	.0%	6.1%	.0%	.0%	5.6%	1.3%
	總和的 %	.0%	.0%	.8%	.0%	.0%	.4%	1.3%
總和	個數	83	77	33	17	9	18	237
	服務場所內的 %	35.0%	32.5%	13.9%	7.2%	3.8%	7.6%	100.0%
	Q1內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	35.0%	32.5%	13.9%	7.2%	3.8%	7.6%	100.0%

² =68.554, P=.000

二、 醫師本身求醫行為與個人基本背景資料間的差異情形

1. 當需要求助別的醫師住院治療時，男女性醫師首選均是「直接找認識的專科醫師」(51.0%及48.7%)，另外約有同等比例(46.2%)的女醫師會選擇「不論認不認識，先確定是其專長再去找他」，男醫師則約只有前者半數比例(24.7%)的人數如此做。詳細資料請參考表 4-4-3。

表 4-4-3 性別與求醫行為 (Q14) 交叉表

		找認識	確定專長	選醫院醫師	選醫院及不熟	其他	總和	
性別	男	個數	101	49	24	6	18	198
		性別內的 %	51.0%	24.7%	12.1%	3.0%	9.1%	100.0%
		Q14內的 %	84.2%	73.1%	92.3%	100.0%	100.0%	83.5%
		總和的 %	42.6%	20.7%	10.1%	2.5%	7.6%	83.5%
	女	個數	19	18	2	0	0	39
		性別內的 %	48.7%	46.2%	5.1%	.0%	.0%	100.0%
		Q14內的 %	15.8%	26.9%	7.7%	.0%	.0%	16.5%
		總和的 %	8.0%	7.6%	.8%	.0%	.0%	16.5%
總和		個數	120	67	26	6	18	237
		性別內的 %	50.6%	28.3%	11.0%	2.5%	7.6%	100.0%
		Q14內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		總和的 %	50.6%	28.3%	11.0%	2.5%	7.6%	100.0%

$$\chi^2 = 11.495, P = .022$$

2. 在從事臨床工作以後，受訪醫師勾選「從來沒有」試過西醫以外醫療方式的人數比例，隨者年齡層上升而顯著增加（從 20.0 % 到 100.0 %），即受訪醫師的實際年齡越高時，有越多比例的醫師勾選「從來沒有」試過西醫以外的醫療方式。詳細資料請參考表 4-4-4。

表 4-4-4 實際年齡與求醫行為 (Q20) 交叉表

		從來沒有	中醫	民俗療法	其他	中醫加民俗	總和	
年齡	1	個數	4	7	1	1	7	20
		年齡內的 %	20.0%	35.0%	5.0%	5.0%	35.0%	100.0%
		Q20內的 %	3.6%	10.8%	9.1%	33.3%	13.5%	8.3%
		總和的 %	1.7%	2.9%	.4%	.4%	2.9%	8.3%
	2	個數	30	15	3	2	21	71
		年齡內的 %	42.3%	21.1%	4.2%	2.8%	29.6%	100.0%
		Q20內的 %	27.3%	23.1%	27.3%	66.7%	40.4%	29.5%
		總和的 %	12.4%	6.2%	1.2%	.8%	8.7%	29.5%
	3	個數	37	34	5	0	15	91
		年齡內的 %	40.7%	37.4%	5.5%	.0%	16.5%	100.0%
		Q20內的 %	33.6%	52.3%	45.5%	.0%	28.8%	37.8%
		總和的 %	15.4%	14.1%	2.1%	.0%	6.2%	37.8%
	4	個數	24	8	2	0	7	41
		年齡內的 %	58.5%	19.5%	4.9%	.0%	17.1%	100.0%
		Q20內的 %	21.8%	12.3%	18.2%	.0%	13.5%	17.0%
		總和的 %	10.0%	3.3%	.8%	.0%	2.9%	17.0%
	5	個數	12	1	0	0	2	15
		年齡內的 %	80.0%	6.7%	.0%	.0%	13.3%	100.0%
		Q20內的 %	10.9%	1.5%	.0%	.0%	3.8%	6.2%
		總和的 %	5.0%	.4%	.0%	.0%	.8%	6.2%
	6	個數	3	0	0	0	0	3
		年齡內的 %	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
		Q20內的 %	2.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.2%
		總和的 %	1.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.2%
總和		個數	110	65	11	3	52	241
		年齡內的 %	45.6%	27.0%	4.6%	1.2%	21.6%	100.0%
		Q20內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		總和的 %	45.6%	27.0%	4.6%	1.2%	21.6%	100.0%

$$\chi^2 = 32.785, P = .036$$

三、 醫師本身求醫行為與個人環境經驗資料間的差異情形

1. 若需要就醫且是本身的專長時，不論醫院等級的醫師首選都是「先自行處置，沒改善再說」，其次則以選擇「直接找認識的專科醫師治療」佔各醫院等級中最多人數比例，僅「地區醫院」醫師的次要選擇是「私下先詢問同事、同學再自行處置」。詳細資料請參考表 4-4-5。

表 4-4-5 服務場所與求醫行為 (Q11) 交叉表

		自行處置	先問同事	找認識醫師	找不認識	其他	總和	
服務場所	1 個數	93	6	19	0	1	119	
	診所	服務場所內的 %	78.2%	5.0%	16.0%	.0%	.8%	100.0%
		Q11內的 %	49.2%	46.2%	59.4%	.0%	50.0%	50.2%
		總和的 %	39.2%	2.5%	8.0%	.0%	.4%	50.2%
地區醫院	2 個數	19	5	1	0	0	25	
		服務場所內的 %	76.0%	20.0%	4.0%	.0%	.0%	100.0%
		Q11內的 %	10.1%	38.5%	3.1%	.0%	.0%	10.5%
		總和的 %	8.0%	2.1%	.4%	.0%	.0%	10.5%
區域醫院	3 個數	12	0	3	1	1	17	
		服務場所內的 %	70.6%	.0%	17.6%	5.9%	5.9%	100.0%
		Q11內的 %	6.3%	.0%	9.4%	100.0%	50.0%	7.2%
		總和的 %	5.1%	.0%	1.3%	.4%	.4%	7.2%
醫學中心	4 個數	62	2	9	0	0	73	
		服務場所內的 %	84.9%	2.7%	12.3%	.0%	.0%	100.0%
		Q11內的 %	32.8%	15.4%	28.1%	.0%	.0%	30.8%
		總和的 %	26.2%	.8%	3.8%	.0%	.0%	30.8%
衛生所	5 個數	3	0	0	0	0	3	
		服務場所內的 %	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
		Q11內的 %	1.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.3%
		總和的 %	1.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.3%
總和	個數	189	13	32	1	2	237	
		服務場所內的 %	79.7%	5.5%	13.5%	.4%	.8%	100.0%
		Q11內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		總和的 %	79.7%	5.5%	13.5%	.4%	.8%	100.0%

² =34.216, P=.005

2. 若需要求助別的醫師住院治療時，不論醫院等級的醫師首選是「直接找認識的專科醫師」，其次則會選擇「不論認不認識，先確定是其專長再去找他」，僅「衛生所」醫師的次要選擇是「先選醫院再選不認識的醫師」。詳細資料請參考表 4-4-6。

表 4-4-6 服務場所與求醫行為 (Q14) 交叉表

		找認識	確定專長	選醫院	選醫院及不熟	其他	總和	
服務場所	1 個數	48	35	19	3	12	117	
	診所	服務場所內的 %	41.0%	29.9%	16.2%	2.6%	10.3%	100.0%
		Q14內的 %	40.7%	53.0%	73.1%	50.0%	66.7%	50.0%
		總和的 %	20.5%	15.0%	8.1%	1.3%	5.1%	50.0%
地區醫院	2 個數	11	10	1	2	2	26	
	服務場所內的 %	42.3%	38.5%	3.8%	7.7%	7.7%	100.0%	
		Q14內的 %	9.3%	15.2%	3.8%	33.3%	11.1%	11.1%
		總和的 %	4.7%	4.3%	.4%	.9%	.9%	11.1%
區域醫院	3 個數	10	5	1	0	1	17	
	服務場所內的 %	58.8%	29.4%	5.9%	.0%	5.9%	100.0%	
		Q14內的 %	8.5%	7.6%	3.8%	.0%	5.6%	7.3%
		總和的 %	4.3%	2.1%	.4%	.0%	.4%	7.3%
醫學中心	4 個數	47	16	5	0	3	71	
	服務場所內的 %	66.2%	22.5%	7.0%	.0%	4.2%	100.0%	
		Q14內的 %	39.8%	24.2%	19.2%	.0%	16.7%	30.3%
		總和的 %	20.1%	6.8%	2.1%	.0%	1.3%	30.3%
衛生所	5 個數	2	0	0	1	0	3	
	服務場所內的 %	66.7%	.0%	.0%	33.3%	.0%	100.0%	
		Q14內的 %	1.7%	.0%	.0%	16.7%	.0%	1.3%
		總和的 %	.9%	.0%	.0%	.4%	.0%	1.3%
總和	6 個數	118	66	26	6	18	234	
	服務場所內的 %	50.4%	28.2%	11.1%	2.6%	7.7%	100.0%	
		Q14內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		總和的 %	50.4%	28.2%	11.1%	2.6%	7.7%	100.0%

² =33.268, P=.007

3. 若需要就醫但不是本身的專長時，大部分科別的醫師，均會選擇「直接找認識的專科醫師治療」；「外科系」醫師的首選是「先自行處置，沒改善再說」；「皮膚科」醫師則是優先選擇「私下先詢問同事、同學再自行處置」。詳細資料請參考表 4-4-7。

表 4-4-7 服務科別與求醫行為 (Q12) 交叉表

		自行處置	問同事	找認識	找不認識	其他	總和
內科系	1 個數	16	15	25	3	0	59
	科別內的 %	27.1%	25.4%	42.4%	5.1%	.0%	100.0%
	Q12內的 %	24.6%	27.3%	22.3%	50.0%	.0%	24.6%
	總和的 %	6.7%	6.3%	10.4%	1.3%	.0%	24.6%
外科系	2 個數	9	3	6	0	0	18
	科別內的 %	50.0%	16.7%	33.3%	.0%	.0%	100.0%
	Q12內的 %	13.8%	5.5%	5.4%	.0%	.0%	7.5%
	總和的 %	3.8%	1.3%	2.5%	.0%	.0%	7.5%
婦產科	3 個數	4	4	7	0	0	15
	科別內的 %	26.7%	26.7%	46.7%	.0%	.0%	100.0%
	Q12內的 %	6.2%	7.3%	6.3%	.0%	.0%	6.3%
	總和的 %	1.7%	1.7%	2.9%	.0%	.0%	6.3%
小兒科	4 個數	8	9	16	0	0	33
	科別內的 %	24.2%	27.3%	48.5%	.0%	.0%	100.0%
	Q12內的 %	12.3%	16.4%	14.3%	.0%	.0%	13.8%
	總和的 %	3.3%	3.8%	6.7%	.0%	.0%	13.8%
皮膚科	5 個數	0	3	2	0	0	5
	科別內的 %	.0%	60.0%	40.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q12內的 %	.0%	5.5%	1.8%	.0%	.0%	2.1%
	總和的 %	.0%	1.3%	.8%	.0%	.0%	2.1%
牙科	6 個數	15	11	36	3	0	65
	科別內的 %	23.1%	16.9%	55.4%	4.6%	.0%	100.0%
	Q12內的 %	23.1%	20.0%	32.1%	50.0%	.0%	27.1%
	總和的 %	6.3%	4.6%	15.0%	1.3%	.0%	27.1%
眼科	7 個數	2	0	3	0	0	5
	科別內的 %	40.0%	.0%	60.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q12內的 %	3.1%	.0%	2.7%	.0%	.0%	2.1%
	總和的 %	.8%	.0%	1.3%	.0%	.0%	2.1%
耳鼻喉	8 個數	4	4	5	0	0	13
	科別內的 %	30.8%	30.8%	38.5%	.0%	.0%	100.0%
	Q12內的 %	6.2%	7.3%	4.5%	.0%	.0%	5.4%
	總和的 %	1.7%	1.7%	2.1%	.0%	.0%	5.4%
精神科	9 個數	0	1	1	0	1	3
	科別內的 %	.0%	33.3%	33.3%	.0%	33.3%	100.0%
	Q12內的 %	.0%	1.8%	.9%	.0%	50.0%	1.3%
	總和的 %	.0%	.4%	.4%	.0%	.4%	1.3%
其他	10 個數	7	5	11	0	1	24
	科別內的 %	29.2%	20.8%	45.8%	.0%	4.2%	100.0%
	Q12內的 %	10.8%	9.1%	9.8%	.0%	50.0%	10.0%
	總和的 %	2.9%	2.1%	4.6%	.0%	.4%	10.0%
總和	個數	65	55	112	6	2	240
	科別內的 %	27.1%	22.9%	46.7%	2.5%	.8%	100.0%
	Q12內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	總和的 %	27.1%	22.9%	46.7%	2.5%	.8%	100.0%

² =64.274, P=.003

4. 另外一個影響醫師求醫行為的是，受訪醫師在從事臨床工作以後對中醫的利用率與其「服務場所中有否另外提供屬於中醫的服務項目」有關，研究發現若在工作場所中有提供中醫服務，則受訪醫師在從事臨床工作以後對中醫的利用率會相對的增加（29.6%比25.8%），若合併計算複選「中醫和民俗療法」的人數，則比例增為57.4%比45.7%。詳細資料請參考表4-4-8。

表 4-4-8 有否中醫服務與求醫行為 (Q20) 交叉表

		從來沒有	中醫	民俗療法	其他	中醫加民俗	總和
中醫服務	有	17	16	3	3	15	54
	中醫服務內的 %	31.5%	29.6%	5.6%	5.6%	27.8%	100.0%
	Q20內的 %	15.5%	25.0%	27.3%	100.0%	28.8%	22.5%
	總和的 %	7.1%	6.7%	1.3%	1.3%	6.3%	22.5%
無	個數	93	48	8	0	37	186
	中醫服務內的 %	50.0%	25.8%	4.3%	.0%	19.9%	100.0%
	Q20內的 %	84.5%	75.0%	72.7%	.0%	71.2%	77.5%
	總和的 %	38.8%	20.0%	3.3%	.0%	15.4%	77.5%
總和	個數	110	64	11	3	52	240
	中醫服務內的 %	45.8%	26.7%	4.6%	1.3%	21.7%	100.0%
	Q20內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	總和的 %	45.8%	26.7%	4.6%	1.3%	21.7%	100.0%

$$\chi^2 = 15.039, P=0.005$$

四、醫師本身求醫障礙與個人基本背景資料的差異情形

研究發現，若以性別、年齡等變項和醫病溝通、求醫處所及科別的難易作交叉比較，可發現其結果P值均大於.05，未達顯著水準，未能拒絕無假設，表示在變項間具有同質性；顯示出醫師本身的求醫障礙和其性別、年齡等個人基本背景變項之間沒有差異性存在。詳細資料請參考表4-4-9。

表 4-4-9 性別、年齡與求醫障礙 (Q22、Q23、Q24) P 值表

交叉類型	Person 卡方	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
性別 * Q22 醫病溝通		5.104	4	.277
性別 * Q23 求醫處所		1.666	4	.797
性別 * Q24 求醫科別		7.330	8	.501
年齡 * Q22 醫病溝通		16.401	20	.691
年齡 * Q23 求醫處所		29.549	20	.078
年齡 * Q24 求醫科別		34.478	40	.717

五、 醫師本身求醫障礙與個人環境經驗資料間的差異情形

1. 當受訪對象本身是病人角色時，由交叉表中看出，診所中的醫師相對於其他層級醫院中的醫師在和看診醫師之間，在人數比例上比較偏向於有溝通困難。詳細資料請參考表 4-4-10。

表 4-4-10 服務場所與求醫障礙 (Q22) 交叉表

		有點困難	不會	容易	很容易	其他	總和
服務場所	1 個數	4	88	18	8	0	118
	服務場所內的 %	3.4%	74.6%	15.3%	6.8%	.0%	100.0%
	診所 Q22內的 %	80.0%	55.3%	40.0%	32.0%	.0%	50.0%
	總和的 %	1.7%	37.3%	7.6%	3.4%	.0%	50.0%
地區醫院	2 個數	1	14	6	4	1	26
	服務場所內的 %	3.8%	53.8%	23.1%	15.4%	3.8%	100.0%
	Q22內的 %	20.0%	8.8%	13.3%	16.0%	50.0%	11.0%
	總和的 %	.4%	5.9%	2.5%	1.7%	.4%	11.0%
區域醫院	3 個數	0	10	4	3	0	17
	服務場所內的 %	.0%	58.8%	23.5%	17.6%	.0%	100.0%
	Q22內的 %	.0%	6.3%	8.9%	12.0%	.0%	7.2%
	總和的 %	.0%	4.2%	1.7%	1.3%	.0%	7.2%
醫學中心	4 個數	0	46	17	9	0	72
	服務場所內的 %	.0%	63.9%	23.6%	12.5%	.0%	100.0%
	Q22內的 %	.0%	28.9%	37.8%	36.0%	.0%	30.5%
	總和的 %	.0%	19.5%	7.2%	3.8%	.0%	30.5%
衛生所	5 個數	0	1	0	1	1	3
	服務場所內的 %	.0%	33.3%	.0%	33.3%	33.3%	100.0%
	Q22內的 %	.0%	.6%	.0%	4.0%	50.0%	1.3%
	總和的 %	.0%	.4%	.0%	.4%	.4%	1.3%
總和	個數	5	159	45	25	2	236
	服務場所內的 %	2.1%	67.4%	19.1%	10.6%	.8%	100.0%
	Q22內的 %	100%	100.0%	100%	00.0%	100.0%	100.0%
	總和的 %	2.1%	67.4%	19.1%	10.6%	.8%	100.0%

² =54.874, P=.000

2. 當被問及外求醫療資源的容易度時，雖然各層級醫院大部分比例的醫師均認為自己若在「醫學中心」上班會比較方便獲得所需資源，但其人數比例明顯的與受訪醫師所處的醫院層級成正比（診所中佔 39.0%，醫學中心佔 72.6%），即醫師所處的醫院層級越高，自認越容易獲得所需的醫療資源。詳細資料請參考表 4-4-11。

表 4-4-11 服務場所與求醫障礙（Q23）交叉表

		沒影響	開業	地區	區域	醫學中心	總和
服務場所	1 個數	42	16	5	9	46	118
	診所						
	服務場所內的 %	35.6%	13.6%	4.2%	7.6%	39.0%	100.0%
	Q23內的 %	62.7%	76.2%	33.3%	52.9%	39.3%	49.8%
	總和的 %	17.7%	6.8%	2.1%	3.8%	19.4%	49.8%
地區醫院	2 個數	7	4	6	2	7	26
	服務場所內的 %	26.9%	15.4%	23.1%	7.7%	26.9%	100.0%
	Q23內的 %	10.4%	19.0%	40.0%	11.8%	6.0%	11.0%
	總和的 %	3.0%	1.7%	2.5%	.8%	3.0%	11.0%
區域醫院	3 個數	4	0	2	2	9	17
	服務場所內的 %	23.5%	.0%	11.8%	11.8%	52.9%	100.0%
	Q23內的 %	6.0%	.0%	13.3%	11.8%	7.7%	7.2%
	總和的 %	1.7%	.0%	.8%	.8%	3.8%	7.2%
醫學中心	4 個數	13	1	2	4	53	73
	服務場所內的 %	17.8%	1.4%	2.7%	5.5%	72.6%	100.0%
	Q23內的 %	19.4%	4.8%	13.3%	23.5%	45.3%	30.8%
	總和的 %	5.5%	.4%	.8%	1.7%	22.4%	30.8%
衛生所	5 個數	1	0	0	0	2	3
	服務場所內的 %	33.3%	.0%	.0%	.0%	66.7%	100.0%
	Q23內的 %	1.5%	.0%	.0%	.0%	1.7%	1.3%
	總和的 %	.4%	.0%	.0%	.0%	.8%	1.3%
總和	個數	67	21	15	17	117	237
	服務場所內的 %	28.3%	8.9%	6.3%	7.2%	49.4%	100.0%
	Q23內的 %	100%	100%	100%	100%	100.0%	100.0%
	總和的 %	28.3%	8.9%	6.3%	7.2%	49.4%	100.0%

² =45.126, P=.000

3. 以受訪醫師的診療科別為自變項比較求醫資源的難易度時，43.8 %的婦產科醫師認為在哪裡上班均「沒影響」；皮膚科醫師中各有 40 %認為「自行開業」及在「地區醫院」同等容易；而其他科別的醫師則大部分認為自己若在「醫學中心」上班，將會比較容易獲得所需的醫療資源。詳細資料請參考表 4-4-12。

表 4-4-12 服務科別與求醫障礙 (Q23) 交叉表

		沒影響	開業	地區醫院	區域醫院	醫學中心	總和
科別	1 個數	10	3	7	3	36	59
內科系	科別內的 %	16.9%	5.1%	11.9%	5.1%	61.0%	100.0%
	Q23內的 %	14.9%	12.5%	46.7%	17.6%	30.5%	24.5%
	總和的 %	4.1%	1.2%	2.9%	1.2%	14.9%	24.5%
	2 個數	6	1	0	4	7	18
外科系	科別內的 %	33.3%	5.6%	.0%	22.2%	38.9%	100.0%
	Q23內的 %	9.0%	4.2%	.0%	23.5%	5.9%	7.5%
	總和的 %	2.5%	.4%	.0%	1.7%	2.9%	7.5%
	3 個數	7	3	0	1	5	16
婦產科	科別內的 %	43.8%	18.8%	.0%	6.3%	31.3%	100.0%
	Q23內的 %	10.4%	12.5%	.0%	5.9%	4.2%	6.6%
	總和的 %	2.9%	1.2%	.0%	.4%	2.1%	6.6%
	4 個數	6	1	1	4	21	33
小兒科	科別內的 %	18.2%	3.0%	3.0%	12.1%	63.6%	100.0%
	Q23內的 %	9.0%	4.2%	6.7%	23.5%	17.8%	13.7%
	總和的 %	2.5%	.4%	.4%	1.7%	8.7%	13.7%
	5 個數	0	2	2	0	1	5
皮膚科	科別內的 %	.0%	40.0%	40.0%	.0%	20.0%	100.0%
	Q23內的 %	.0%	8.3%	13.3%	.0%	.8%	2.1%
	總和的 %	.0%	.8%	.8%	.0%	.4%	2.1%
	6 個數	20	9	4	3	29	65
牙科	科別內的 %	30.8%	13.8%	6.2%	4.6%	44.6%	100.0%
	Q23內的 %	29.9%	37.5%	26.7%	17.6%	24.6%	27.0%
	總和的 %	8.3%	3.7%	1.7%	1.2%	12.0%	27.0%
	7 個數	2	1	0	0	2	5
眼科	科別內的 %	40.0%	20.0%	.0%	.0%	40.0%	100.0%
	Q23內的 %	3.0%	4.2%	.0%	.0%	1.7%	2.1%
	總和的 %	.8%	.4%	.0%	.0%	.8%	2.1%
	8 個數	5	0	1	1	6	13
耳鼻喉	科別內的 %	38.5%	.0%	7.7%	7.7%	46.2%	100.0%
	Q23內的 %	7.5%	.0%	6.7%	5.9%	5.1%	5.4%
	總和的 %	2.1%	.0%	.4%	.4%	2.5%	5.4%
	9 個數	1	0	0	0	2	3
精神科	科別內的 %	33.3%	.0%	.0%	.0%	66.7%	100.0%
	Q23內的 %	1.5%	.0%	.0%	.0%	1.7%	1.2%
	總和的 %	.4%	.0%	.0%	.0%	.8%	1.2%
	10 個數	10	4	0	1	9	24
其他	科別內的 %	41.7%	16.7%	.0%	4.2%	37.5%	100.0%
	Q23內的 %	14.9%	16.7%	.0%	5.9%	7.6%	10.0%
	總和的 %	4.1%	1.7%	.0%	.4%	3.7%	10.0%
總和	個數	67	24	15	17	118	241
	科別內的 %	27.8%	10.0%	6.2%	7.1%	49.0%	100.0%
	Q23內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	總和的 %	27.8%	10.0%	6.2%	7.1%	49.0%	100.0%

² =55.328, P=.021

4. 同樣以受訪醫師的診療科別為自變項，當被問及哪一科別的醫療資源是自己本身較不容易獲得時，大部分科別的醫師都認為「沒影響」；但約有 40.0 % 的皮膚科醫師認為婦產科是較不容易獲得的資源。詳細資料請參考表 4-4-13。

表 4-4-13 服務科別與求醫障礙 (Q24) 交叉表

		沒影響	內科	外科	婦產科	皮膚科	牙科	耳鼻喉	精神	其他	總和
科別	1 個數	46	4	1	2	0	2	0	2	1	58
內科系	科別內的 %	79.3%	6.9%	1.7%	3.4%	.0%	3.4%	.0%	3.4%	1.7%	100.0%
	Q24內的 %	25.6%	57.1%	10.0%	20.0%	.0%	40.0%	.0%	10.0%	20.0%	24.2%
	總和的 %	19.2%	1.7%	.4%	.8%	.0%	.8%	.0%	.8%	.4%	24.2%
科別	2 個數	11	0	1	1	0	0	1	3	1	18
外科系	科別內的 %	61.1%	.0%	5.6%	5.6%	.0%	.0%	5.6%	16.7%	5.6%	100.0%
	Q24內的 %	6.1%	.0%	10.0%	10.0%	.0%	.0%	50.0%	15.0%	20.0%	7.5%
	總和的 %	4.6%	.0%	.4%	.4%	.0%	.0%	.4%	1.3%	.4%	7.5%
科別	3 個數	15	0	0	0	0	0	0	0	0	15
婦產科	科別內的 %	100%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q24內的 %	8.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.3%
	總和的 %	6.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.3%
科別	4 個數	23	1	3	0	0	1	0	4	1	33
小兒科	科別內的 %	69.7%	3.0%	9.1%	.0%	.0%	3.0%	.0%	12.1%	3.0%	100.0%
	Q24內的 %	12.8%	14.3%	30.0%	.0%	.0%	20.0%	.0%	20.0%	20.0%	13.8%
	總和的 %	9.6%	.4%	1.3%	.0%	.0%	.4%	.0%	1.7%	.4%	13.8%
科別	5 個數	1	0	0	2	0	1	0	1	0	5
皮膚科	科別內的 %	20.0%	.0%	.0%	40.0%	.0%	20.0%	.0%	20.0%	.0%	100.0%
	Q24內的 %	.6%	.0%	.0%	20.0%	.0%	20.0%	.0%	5.0%	.0%	2.1%
	總和的 %	.4%	.0%	.0%	.8%	.0%	.4%	.0%	.4%	.0%	2.1%
科別	6 個數	46	1	5	4	0	1	0	7	2	66
牙科	科別內的 %	69.7%	1.5%	7.6%	6.1%	.0%	1.5%	.0%	10.6%	3.0%	100.0%
	Q24內的 %	25.6%	14.3%	50.0%	40.0%	.0%	20.0%	.0%	35.0%	40.0%	27.5%
	總和的 %	19.2%	.4%	2.1%	1.7%	.0%	.4%	.0%	2.9%	.8%	27.5%
科別	7 個數	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5
眼科	科別內的 %	100%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q24內的 %	2.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.1%
	總和的 %	2.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.1%
科別	8 個數	11	0	0	1	1	0	0	0	0	13
耳鼻喉	科別內的 %	84.6%	.0%	.0%	7.7%	7.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q24內的 %	6.1%	.0%	.0%	10.0%	100%	.0%	.0%	.0%	.0%	5.4%
	總和的 %	4.6%	.0%	.0%	.4%	.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	5.4%
科別	9 個數	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3
精神科	科別內的 %	66.7%	33.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q24內的 %	1.1%	14.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.3%
	總和的 %	.8%	.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.3%
科別	10 個數	20	0	0	0	0	0	1	3	0	24
其他	科別內的 %	83.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.2%	12.5%	.0%	100.0%
	Q24內的 %	11.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	50.0%	15.0%	.0%	10.0%
	總和的 %	8.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%	1.3%	.0%	10.0%
總和	個數	180	7	10	10	1	5	2	20	5	240
總和	科別內的 %	75.0%	2.9%	4.2%	4.2%	.4%	2.1%	.8%	8.3%	2.1%	100.0%
	Q24內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	75.0%	2.9%	4.2%	4.2%	.4%	2.1%	.8%	8.3%	2.1%	100.0%

² =96.286, P=.030

六、醫師本身對不同醫療體系的信任度與所患疾病間是否有差異性存在

1. 若調查在門診範圍即可處理的疾病上，受訪醫師對於中醫及民俗療法兩者處理門診疾病的信任度方面，結果指出 P 值均大於.05，未達顯著相關，表示兩兩之間並沒有顯著差異性。詳細資料請參考表 4-4-14。

表 4-4-14 門診疾病 (Q29) 與醫療信任度 (Q27、Q28) P 值表

交叉類型	Person 卡方	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Q29 門診疾病 * Q27 中醫		36.751	28	.124
Q29 門診疾病 * Q28 民俗醫療		33.874	28	.205

2. 若調查惡性腫瘤等西醫無法處理的疾病上，受訪醫師對於西醫處理該類疾病的信任度方面，結果指出 P 值大於.05，未達顯著相關，表示兩者之間並沒有顯著差異性。詳細資料請參考表 4-4-15。

表 4-4-15 惡性腫瘤 (Q30) 與醫療信任度 (Q26) P 值表

交叉類型	Person 卡方	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
Q30 惡性腫瘤 * Q26 西醫		25.588	27	.542

3. 若調查受訪醫師對於中醫處理惡性腫瘤的信任度方面，結果指出各有 81.8 % 及 54.5 % 「完全不信」及 「不信」中醫的受訪醫師，採取的對應方式是「依然是西醫」；而對中醫信任度是「會因疾病而有不同的信任度」及「不確定」的醫師則多數複選「依然是西醫」與「嘗試中醫」。詳細資料請參考表 4-4-16。

4. 至於對民俗醫療處理惡性腫瘤疾病的信任度方面，在「完全不信」、「不信」及「不因疾病而有不同的信任度」民俗療法的受訪醫師中，各有 53.1 %、37.3 % 及 66.7 % 採取的對應方式是「依然是西醫」；而對民俗療法「會因疾病而有不同的信任度」及「不確定」的醫師則多數複選「依然是西醫」與「嘗試中醫」。詳細資料請參考表 4-4-17。

表 4-4-16 惡性腫瘤 (Q30) 與中醫信任度 (Q27) 交叉表

		完全不信	不信	會因疾病	不因疾病	不確定	總和
Q30	1 個數	9	12	38	2	5	66
依然西醫	Q30內的 %	13.6%	18.2%	57.6%	3.0%	7.6%	100.0%
	Q27內的 %	81.8%	54.5%	22.5%	25.0%	16.7%	27.5%
	總和的 %	3.8%	5.0%	15.8%	.8%	2.1%	27.5%
	2 個數	0	2	28	2	5	37
嘗試中醫	Q30內的 %	1.7	3.4	26.1	1.2	4.6	37.0
	Q27內的 %	.0%	9.1%	16.6%	25.0%	16.7%	15.4%
	總和的 %	.0%	.8%	11.7%	.8%	2.1%	15.4%
	3 個數	0	2	2	0	2	6
民俗療法	Q30內的 %	.0%	33.3%	33.3%	.0%	33.3%	100.0%
	Q27內的 %	.0%	9.1%	1.2%	.0%	6.7%	2.5%
	總和的 %	.0%	.8%	.8%	.0%	.8%	2.5%
	4 個數	2	3	6	0	0	11
不處理	Q30內的 %	18.2%	27.3%	54.5%	.0%	.0%	100.0%
	Q27內的 %	18.2%	13.6%	3.6%	.0%	.0%	4.6%
	總和的 %	.8%	1.3%	2.5%	.0%	.0%	4.6%
	5 個數	0	2	49	1	12	64
1+2	Q30內的 %	.0%	3.1%	76.6%	1.6%	18.8%	100.0%
	Q27內的 %	.0%	9.1%	29.0%	12.5%	40.0%	26.7%
	總和的 %	.0%	.8%	20.4%	.4%	5.0%	26.7%
	6 個數	0	0	8	0	0	8
1+3	Q30內的 %	.0%	.0%	100%	.0%	.0%	100.0%
	Q27內的 %	.0%	.0%	4.7%	.0%	.0%	3.3%
	總和的 %	.0%	.0%	3.3%	.0%	.0%	3.3%
	7 個數	0	0	1	0	2	3
1+4	Q30內的 %	.0%	.0%	33.3%	.0%	66.7%	100.0%
	Q27內的 %	.0%	.0%	.6%	.0%	6.7%	1.3%
	總和的 %	.0%	.0%	.4%	.0%	.8%	1.3%
	8 個數	0	1	29	2	3	35
2+3	Q30內的 %	.0%	2.9%	82.9%	5.7%	8.6%	100.0%
	Q27內的 %	.0%	4.5%	17.2%	25.0%	10.0%	14.6%
	總和的 %	.0%	.4%	12.1%	.8%	1.3%	14.6%
	9 個數	0	0	1	0	0	1
2+4	Q30內的 %	.0%	.0%	100%	.0%	.0%	100.0%
	Q27內的 %	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	.4%
	總和的 %	.0%	.0%	.4%	.0%	.0%	.4%
	11 個數	0	0	7	1	1	9
其他	Q30內的 %	.0%	.0%	77.8%	11.1%	11.1%	100.0%
	Q27內的 %	.0%	.0%	4.1%	12.5%	3.3%	3.8%
	總和的 %	.0%	.0%	2.9%	.4%	.4%	3.8%
總和	個數	11	22	169	8	30	240
	Q30內的 %	4.6%	9.2%	70.4%	3.3%	12.5%	100.0%
	Q27內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	4.6%	9.2%	70.4%	3.3%	12.5%	100.0%

² =69.700, P=.001

表 4-4-17 惡性腫瘤 (Q30) 與民俗醫療信任度 (Q28) 交叉表

		完全不信	不信	會因疾病	不因疾病	不確定	總和
Q30	1 個數	17	19	19	2	9	66
依然西醫	Q30內的 %	25.8%	28.8%	28.8%	3.0%	13.6%	100.0%
	Q28內的 %	53.1%	37.3%	19.8%	66.7%	15.3%	27.4%
	總和的 %	7.1%	7.9%	7.9%	.8%	3.7%	27.4%
	2 個數	4	10	12	0	12	38
嘗試中醫	Q30內的 %	10.5%	26.3%	31.6%	.0%	31.6%	100.0%
	Q28內的 %	12.5%	19.6%	12.5%	.0%	20.3%	15.8%
	總和的 %	1.7%	4.1%	5.0%	.0%	5.0%	15.8%
	3 個數	0	0	4	0	2	6
民俗療法	Q30內的 %	.0%	.0%	66.7%	.0%	33.3%	100.0%
	Q28內的 %	.0%	.0%	4.2%	.0%	3.4%	2.5%
	總和的 %	.0%	.0%	1.7%	.0%	.8%	2.5%
	4 個數	3	2	5	0	1	11
不處理	Q30內的 %	27.3%	18.2%	45.5%	.0%	9.1%	100.0%
	Q28內的 %	9.4%	3.9%	5.2%	.0%	1.7%	4.6%
	總和的 %	1.2%	.8%	2.1%	.0%	.4%	4.6%
	5 個數	6	15	26	0	17	64
1+2	Q30內的 %	9.4%	23.4%	40.6%	.0%	26.6%	100.0%
	Q28內的 %	18.8%	29.4%	27.1%	.0%	28.8%	26.6%
	總和的 %	2.5%	6.2%	10.8%	.0%	7.1%	26.6%
	6 個數	0	1	6	0	1	8
1+3	Q30內的 %	.0%	12.5%	75.0%	.0%	12.5%	100.0%
	Q28內的 %	.0%	2.0%	6.3%	.0%	1.7%	3.3%
	總和的 %	.0%	.4%	2.5%	.0%	.4%	3.3%
	7 個數	0	1	0	0	2	3
1+4	Q30內的 %	.0%	33.3%	.0%	.0%	66.7%	100.0%
	Q28內的 %	.0%	2.0%	.0%	.0%	3.4%	1.2%
	總和的 %	.0%	.4%	.0%	.0%	.8%	1.2%
	8 個數	0	3	20	0	12	35
2+3	Q30內的 %	.0%	8.6%	57.1%	.0%	34.3%	100.0%
	Q28內的 %	.0%	5.9%	20.8%	.0%	20.3%	14.5%
	總和的 %	.0%	1.2%	8.3%	.0%	5.0%	14.5%
	9 個數	1	0	0	0	0	1
2+4	Q30內的 %	100%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q28內的 %	3.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%
	總和的 %	.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%
	11 個數	1	0	4	1	3	9
其他	Q30內的 %	11.1%	.0%	44.4%	11.1%	33.3%	100.0%
	Q28內的 %	3.1%	.0%	4.2%	33.3%	5.1%	3.7%
	總和的 %	.4%	.0%	1.7%	.4%	1.2%	3.7%
總和	個數	32	51	96	3	59	241
	Q30內的 %	13.3%	21.2%	39.8%	1.2%	24.5%	100.0%
	Q28內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	13.3%	21.2%	39.8%	1.2%	24.5%	100.0%

² =63.195, P=.003

七、醫師本身對不同醫療體系的利用率與所患疾病間是否有差異性存在

1. 在醫療體系利用上，當受訪對象被問及若以往患有門診可處理的疾病時，約佔總數 61.2 % 的醫師表示，「只以西醫方式治療」；另有約 22.3 % 的醫師，複選「只以西醫方式治療」及「偶爾看中醫」。

在惡性腫瘤的治療上，以受訪醫師本身為例，有約佔總數 27.3 % 的受訪對象，認為對自己的處置方式會單選「依然是西醫」方式；另有約 26.4 % 的醫師，複選「依然是西醫」及「嘗試中醫」的處置方式。另外有約佔總數 15.7 % 的醫師，單選表示會「嘗試中醫」；而有約佔總數 14.5 % 的醫師，複選會「嘗試中醫」及「嘗試民俗療法」。

因此，若強調一般門診疾病相對於惡性腫瘤的治療方式上，受訪醫師本身對非主流醫療體系的利用率會明顯的增高，綜合對中醫的利用率由原本的 31.0 %，提高到 57.0 %，增加近兩倍；而綜合在民俗療法的利用率上則由原本的 6.2 %，提高到 20.3 %，增加至三倍強。詳細資料請參考表 4-4-18

表 4-4-18 門診疾病（Q29）與惡性腫瘤（Q30）醫療利用率比較表

選項	題號	Q29 門診治療	Q30 惡性腫瘤
	人數比例 (%)		
1. 西醫治療		61.2	27.3
2. 中醫治療		5.0	15.7
3. 民俗療法		0.0	2.5
4. 不做治療		0.4	4.5
5. 西醫 + 中醫		22.3	26.4
6. 西醫 + 民俗		2.5	3.3
7. 西醫 + 不處理		1.7	1.2
8. 中醫 + 民俗		3.7	14.5
9. 中醫 + 不處理		0.0	0.4
10. 民俗 + 不處理		0.0	0.0
11. 其他		2.9	3.7
總人數比例		99.6	99.6

2. 另外若考慮環境因素和醫療體系利用率相關性方面，在受訪醫師服務處所中若有提供中醫服務者，生病時選擇不會考慮以中醫治療者僅佔 18.9%，而若服務場所中沒提供中醫服務者，則會有 24.7% 的醫師選擇「不會考慮」以中醫治療。詳細資料請參考表 4-4-19。

表 4-4-19 中醫環境與中醫利用率 (Q32) 交叉表

		不考慮	不致命	會致命	西醫無效	親友	試試無妨	信中醫	其他	總和
中醫 服務 有	個數	10	3	0	18	6	11	1	4	53
	中醫服務內的 %	18.9%	5.7%	.0%	34.0%	11.3%	20.8%	1.9%	7.5%	00.0%
	Q32內的 %	17.9%	15.8%	.0%	17.6%	37.5%	34.4%	100%	50.0%	22.2%
	總和的 %	4.2%	1.3%	.0%	7.5%	2.5%	4.6%	.4%	1.7%	22.2%
無	個數	46	16	5	84	10	21	0	4	186
	中醫服務內的 %	24.7%	8.6%	2.7%	45.2%	5.4%	11.3%	.0%	2.2%	00.0%
	Q32內的 %	82.1%	84.2%	100%	82.4%	62.5%	65.6%	.0%	50.0%	77.8%
	總和的 %	19.2%	6.7%	2.1%	35.1%	4.2%	8.8%	.0%	1.7%	77.8%
總和	個數	56	19	5	102	16	32	1	8	239
	中醫服務內的 %	23.4%	7.9%	2.1%	42.7%	6.7%	13.4%	.4%	3.3%	00.0%
	Q32內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	00.0%
	總和的 %	23.4%	7.9%	2.1%	42.7%	6.7%	13.4%	.4%	3.3%	00.0%

² =15.726, P=.028

八、醫師本身的求醫行為與其資訊來源間的相關性

1. 若以打聽任何科系醫師或查詢相關醫院等資訊來源與醫師的求醫行為作交叉比較，可發現若與最多醫師勾選的「直接找認識的專科醫師」選項作比較時，其求醫行為剛好和醫師的資訊來源容易度成正比例的關係，其比例由 60.0 % 逐漸升高到 64.7 %，亦即認為資訊來源越容易的醫師，勾選「直接找認識的專科醫師」的比例也越高；而勾選資訊來源「很困難」的醫師，其求醫行為 100 % 是「先選醫院再選不認識的醫師」。詳細資料請參考表 4-4-20。

表 4-4-20 資訊來源 (Q4) 與求醫行為 (Q13) 交叉表

		自行治療	找認識	找不認識	選醫院	選醫院及不熟	其他	總和
Q4	1 個數	0	0	0	0	2	0	2
很困難	Q4內的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	100%	.0%	100.0%
	Q13內的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	33.3%	.0%	.8%
	總和的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	.8%	.0%	.8%
	2 個數	6	15	2	2	0	0	25
有點困難	Q4內的 %	24.0%	60.0%	8.0%	8.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q13內的 %	11.5%	10.1%	15.4%	16.7%	.0%	.0%	10.5%
	總和的 %	2.5%	6.3%	.8%	.8%	.0%	.0%	10.5%
	3 個數	20	50	4	4	0	2	80
還好	Q4內的 %	25.0%	62.5%	5.0%	5.0%	.0%	2.5%	100.0%
	Q13內的 %	38.5%	33.6%	30.8%	33.3%	.0%	40.0%	33.8%
	總和的 %	8.4%	21.1%	1.7%	1.7%	.0%	.8%	33.8%
	4 個數	16	48	4	4	3	0	75
還算容易	Q4內的 %	21.3%	64.0%	5.3%	5.3%	4.0%	.0%	100.0%
	Q13內的 %	30.8%	32.2%	30.8%	33.3%	50.0%	.0%	31.6%
	總和的 %	6.8%	20.3%	1.7%	1.7%	1.3%	.0%	31.6%
	5 個數	10	33	3	2	0	3	51
很容易	Q4內的 %	19.6%	64.7%	5.9%	3.9%	.0%	5.9%	100.0%
	Q13內的 %	19.2%	22.1%	23.1%	16.7%	.0%	60.0%	21.5%
	總和的 %	4.2%	13.9%	1.3%	.8%	.0%	1.3%	21.5%
	6 個數	0	3	0	0	1	0	4
沒試過	Q4內的 %	.0%	75.0%	.0%	.0%	25.0%	.0%	100.0%
	Q13內的 %	.0%	2.0%	.0%	.0%	16.7%	.0%	1.7%
	總和的 %	.0%	1.3%	.0%	.0%	.4%	.0%	1.7%
總和	個數	52	149	13	12	6	5	237
	Q4內的 %	21.9%	62.9%	5.5%	5.1%	2.5%	2.1%	100.0%
	Q13內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	21.9%	62.9%	5.5%	5.1%	2.5%	2.1%	100.0%

² =98.165, P=.000

2. 同樣以另一資訊來源的反向題和求醫行為中最多醫師勾選的「直接找認識的專科醫師」選項作比較時，其求醫行為和醫師的資訊來源困難度也成正比例的關係；其比例由 75.0 % 到 44.4 %，亦即自覺和不同科系的醫師越不熟悉者，勾選「直接找認識的專科醫師」的比例也越低；而在自認和不同科系醫師關係「很不熟悉」的醫師中，則各有 22.2 % 及 33.3 % 其求醫行為是「直接找不認識的專科醫師」及「先選醫院再選不認識的醫師」。詳細資料請參考表 4-4-21。

表 4-4-21 資訊來源 (Q5) 與求醫行為 (Q13) 交叉表

		Q13						
		自行治療	找認識	不認識	選醫院	醫院及不熟	其他	總和
Q5	1	個數	4	15	0	1	0	20
非常熟		Q5內的 %	20.0%	75.0%	.0%	5.0%	.0%	100.0%
		Q13內的 %	7.8%	10.0%	.0%	8.3%	.0%	8.4%
		總和的 %	1.7%	6.3%	.0%	.4%	.0%	8.4%
	2	個數	10	40	1	3	0	56
有點熟		Q5內的 %	17.9%	71.4%	1.8%	5.4%	.0%	100.0%
		Q13內的 %	19.6%	26.7%	7.7%	25.0%	.0%	40.0%
		總和的 %	4.2%	16.9%	.4%	1.3%	.0%	23.6%
	3	個數	30	76	10	5	1	123
普通		Q5內的 %	24.4%	61.8%	8.1%	4.1%	.8%	100.0%
		Q13內的 %	58.8%	50.7%	76.9%	41.7%	16.7%	20.0%
		總和的 %	12.7%	32.1%	4.2%	2.1%	.4%	51.9%
	4	個數	7	15	0	3	2	29
不太熟		Q5內的 %	24.1%	51.7%	.0%	10.3%	6.9%	100.0%
		Q13內的 %	13.7%	10.0%	.0%	25.0%	33.3%	40.0%
		總和的 %	3.0%	6.3%	.0%	1.3%	.8%	12.2%
	5	個數	0	4	2	0	3	9
很不熟		Q5內的 %	.0%	44.4%	22.2%	.0%	33.3%	100.0%
		Q13內的 %	.0%	2.7%	15.4%	.0%	50.0%	3.8%
		總和的 %	.0%	1.7%	.8%	.0%	1.3%	3.8%
總和		個數	51	150	13	12	6	237
		Q5內的 %	21.5%	63.3%	5.5%	5.1%	2.5%	100.0%
		Q13內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
		總和的 %	21.5%	63.3%	5.5%	5.1%	2.5%	100.0%

² =62.185, P=.000

九、 醫師本身對不同醫療體系間的信任度與利用率間的相關性

1. 探討受訪醫師對於西醫信任度與利用率的相關上，由交叉表可看出，對西醫信任度選擇「會因疾病而有不同的信任度」的醫師中，有 46.8 % 的人在西醫利用率上選擇的原因是「因沒有更好的醫療系統」；而在西醫信任度選擇「不因疾病而有不同的信任度」的醫師中則有 57.8 % 的人，在西醫利用率上選擇的原因是「完全只信任西醫」。顯示出對西醫醫療體系的信任度與利用率上，呈現正相關的關係。詳細資料請參考表 4-4-22。

表 4-4-22 西醫信任度 (Q26) 與利用率 (Q31) 交叉表

		不考慮 不致命 會致命 無更好醫療 信西醫 其他						總和
Q26	1 個數	0	0	1	0	0	0	1
完全不信	Q26內的 %	.0%	.0%	100%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q31內的 %	.0%	.0%	5.0%	.0%	.0%	.0%	.4%
	總和的 %	.0%	.0%	.4%	.0%	.0%	.0%	.4%
	3 個數	2	10	13	52	26	8	111
不信	Q26內的 %	1.8%	9.0%	11.7%	46.8%	23.4%	7.2%	100.0%
	Q31內的 %	28.6%	76.9%	65.0%	62.7%	27.1%	61.5%	47.8%
	總和的 %	.9%	4.3%	5.6%	22.4%	11.2%	3.4%	47.8%
	4 個數	5	3	6	30	67	5	116
因疾病而定	Q26內的 %	4.3%	2.6%	5.2%	25.9%	57.8%	4.3%	100.0%
	Q31內的 %	71.4%	23.1%	30.0%	36.1%	69.8%	38.5%	50.0%
	總和的 %	2.2%	1.3%	2.6%	12.9%	28.9%	2.2%	50.0%
	5 個數	0	0	0	1	3	0	4
不因疾病	Q26內的 %	.0%	.0%	.0%	25.0%	75.0%	.0%	100.0%
	Q31內的 %	.0%	.0%	.0%	1.2%	3.1%	.0%	1.7%
	總和的 %	.0%	.0%	.0%	.4%	1.3%	.0%	1.7%
總和	個數	7	13	20	83	96	13	232
	Q26內的 %	3.0%	5.6%	8.6%	35.8%	41.4%	5.6%	100.0%
	Q31內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	3.0%	5.6%	8.6%	35.8%	41.4%	5.6%	100.0%

² =44.950, P=.000

2. 探討受訪醫師對於中醫信任度及利用率的相關上，由交叉表可看出，對中醫信任度選擇「完全不信」的醫師，在利用率上 100 % 選擇「不會考慮」以中醫治療；其他不論在中醫信任度上之選項如何，在中醫利用率上選擇的都是「因該疾病西醫無有效的治療方法」，且其相對比例從對中醫的「不信」到「不因疾病而有不同的信任度」，表現在利用率上的比例也從 30.4 % 到 62.5 %，呈現正相關。詳細資料請參考表 4-4-23。

表 4-4-23 中醫信任度 (Q27) 與利用率 (Q32) 交叉表

		不考慮	不致命	會致命	西醫無效	親友	試試無妨	信中醫	其他	總和
Q27	1 個數	11	0	0	0	0	0	0	0	11
完全不信	Q27內的	100%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q32內的	0.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.6%
	總和的	4.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.6%
	2 個數	14	1	0	7	1	0	0	0	23
不信	Q27內的	90.9%	4.3%	.0%	30.4%	4.3%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q32內的	5.5%	5.3%	.0%	6.9%	6.3%	.0%	.0%	.0%	9.6%
	總和的	5.9%	.4%	.0%	2.9%	.4%	.0%	.0%	.0%	9.6%
	3 個數	21	16	6	79	10	28	1	6	167
因疾病而不同	Q27內的	2.6%	9.6%	3.6%	47.3%	6.0%	6.8%	.6%	3.6%	100.0%
	Q32內的	8.2%	34.2%	100%	77.5%	52.5%	17.5%	100%	75.0%	69.9%
	總和的	8.8%	6.7%	2.5%	33.1%	4.2%	1.7%	.4%	2.5%	69.9%
	4 個數	1	1	0	5	0	0	0	1	8
不因疾病而不同	Q27內的	2.5%	12.5%	.0%	52.5%	.0%	.0%	.0%	12.5%	100.0%
	Q32內的	1.8%	5.3%	.0%	4.9%	.0%	.0%	.0%	12.5%	3.3%
	總和的	.4%	.4%	.0%	2.1%	.0%	.0%	.0%	.4%	3.3%
	5 個數	8	1	0	11	5	4	0	1	30
不確定	Q27內的	6.7%	3.3%	.0%	36.7%	16.7%	3.3%	.0%	3.3%	100.0%
	Q32內的	4.5%	5.3%	.0%	10.8%	31.3%	2.5%	.0%	12.5%	12.6%
	總和的	3.3%	.4%	.0%	4.6%	2.1%	1.7%	.0%	.4%	12.6%
總和	個數	55	19	6	102	16	32	1	8	239
	Q27內的	3.0%	7.9%	2.5%	42.7%	6.7%	3.4%	.4%	3.3%	100.0%
	Q32內的	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的	3.0%	7.9%	2.5%	42.7%	6.7%	3.4%	.4%	3.3%	100.0%

² =80.548, P=.000

3. 探討受訪醫師對於民俗療法的信任度及利用率的相關上，由交叉表可看出，對民俗療法信任度選擇「完全不信」或「不信」的醫師中，在利用率上有 81.3 % 及 82.7 % 選擇「不會考慮」以民俗療法治療；選擇「會因疾病而有不同的信任度」的醫師中，在利用率上有 30.2 % 及 27.1 % 選擇的是「因該疾病目前無有效治療方法」及「試試無妨」；而對民俗療法信任度選擇「不確定」的醫師中，則有 47.5 % 及 20.3 % 的醫師在民俗療法利用率上選擇「不會考慮」及「試試無妨」。顯示出受訪醫師在民俗療法的信任度與利用率之間亦有相關。詳細資料請參考表 4-4-24。

表 4-4-24 民俗療法信任度 (Q28) 與利用率 (Q33) 交叉表

		不考慮	不致命	無有效方法	親友	試試無妨	其他	總和
Q28	1 個數	26	1	3	0	2	0	32
完全不信	Q28內的 %	81.3%	3.1%	9.4%	.0%	6.3%	.0%	100.0%
	Q33內的 %	21.7%	6.7%	6.7%	.0%	4.8%	.0%	13.2%
	總和的 %	10.7%	.4%	1.2%	.0%	.8%	.0%	13.2%
	2 個數	43	3	4	0	2	0	52
不信	Q28內的 %	82.7%	5.8%	7.7%	.0%	3.8%	.0%	100.0%
	Q33內的 %	35.8%	20.0%	8.9%	.0%	4.8%	.0%	21.5%
	總和的 %	17.8%	1.2%	1.7%	.0%	.8%	.0%	21.5%
	3 個數	22	8	29	7	26	4	96
因疾病而不同	Q28內的 %	22.9%	8.3%	30.2%	7.3%	27.1%	4.2%	100.0%
	Q33內的 %	18.3%	53.3%	64.4%	50.0%	61.9%	66.7%	39.7%
	總和的 %	9.1%	3.3%	12.0%	2.9%	10.7%	1.7%	39.7%
	4 個數	1	1	0	1	0	0	3
不因疾病而不同	Q28內的 %	33.3%	33.3%	.0%	33.3%	.0%	.0%	100.0%
	Q33內的 %	.8%	6.7%	.0%	7.1%	.0%	.0%	1.2%
	總和的 %	.4%	.4%	.0%	.4%	.0%	.0%	1.2%
	5 個數	28	2	9	6	12	2	59
不確定	Q28內的 %	47.5%	3.4%	15.3%	10.2%	20.3%	3.4%	100.0%
	Q33內的 %	23.3%	13.3%	20.0%	42.9%	28.6%	33.3%	24.4%
	總和的 %	11.6%	.8%	3.7%	2.5%	5.0%	.8%	24.4%
總和	個數	120	15	45	14	42	6	242
	Q28內的 %	49.6%	6.2%	18.6%	5.8%	17.4%	2.5%	100.0%
	Q33內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	49.6%	6.2%	18.6%	5.8%	17.4%	2.5%	100.0%

² =78.521, P=.000

十、綜合討論

一、研究發現，各年齡層受訪醫師參加繼續教育課程內容的人數比例，都是以「目前從事的專長科系」佔最多數。但隨著年齡的增加，選擇此項內容的醫師人數比例則呈現顯著的減少，此現象應與年齡漸大也相對地更熟悉臨床實務工作有關係。

在醫師每月平均參加繼續教育的課程時數上，隨著醫師所在醫院之層級越高，醫師接受繼續教育的平均時數也越多，此現象因醫學中心本身肩負教學工作，使得其服務醫師有較多機會及較便利的環境接受再教育課程有關。這一部分也和國外的研究結果類似，Nylenna and Gjerlow Aasland (2000) 研究挪威醫師接受繼續教育的時間時發現，基層醫師平均每週接受繼續教育的時間少於 3 小時，而在醫院中服務的醫師則每週多於 4.5 小時。

二、當受訪醫師需要求助別的醫師住院治療時，男女性醫師第一選擇均是「直接找認識的專科醫師」，其次約有同等比例的女醫師會選擇「不論認不認識，先確定是其專長再去找他」，男醫師則約只有前者半數比例的人數如此做。

而在從事臨床工作以後，隨者受訪醫師的實際年齡層越高，有越多比例的醫師勾選「從來沒有」試過西醫以外的醫療方式。

三、若需要就醫且是本身的專長時，不論所處醫院的等級，受訪醫師的首選都是「先自行處置，沒改善再說」，其次則以選擇「直接找認識的專科醫師治療」佔最多數。但如果不是本身的專長卻需就醫時，則大部分科別的醫師均會選擇「直接找認識的專科醫師治療」。

而若需要求助別的醫師住院治療時，不論醫院等級的醫師首選是「直接找認識的專科醫師」，其次則會選擇「不論認不認識，先確定是其專長再去找他」。

研究發現，若在工作場所中本身有提供中醫服務，則受訪醫師在從事臨床工作以後對中醫的利用率會相對的增加，比例約為 57.4 % 比 45.7 %。

四、研究發現，若以性別、年齡等變項與醫病溝通、求醫科別及處所的難易度作交叉比較，其結果顯示出醫師本身的求醫障礙與其性別、年齡等個人因素之間沒有差異性存在。而挪威的研究結果顯示出和一般民眾的求醫行為類似，即女性醫師比男性醫師佔有較多比例會尋求醫療上的幫忙，年輕的醫師則因人際網絡較年長的醫師稍微不足，故有較多的人數比例在求醫時，是尋求不認識的醫師作醫療上的建議（Rosvold & Bjertness, 2002）。

五、當受訪對象本身是病人的角色時，以診所中服務的醫師在人數比例上，相對於服務於其他層級醫院的醫師，與其看診醫師之間比較偏向於有溝通困難。此種趨勢，應與在大型醫院中各科醫師的資源比較豐富，在不同科際之間平常即較有機會接觸有關。而此結果也相對應的符合本研究的另一結論，即生病的醫師就醫時都找認識的醫師診治。同時也與 Rosvold and Bjertness（2002）在挪威的研究結果類似，指出服務於醫院的醫師和院外的醫師相比較時，有較少的自我診療的行為，研究人員認為其原因也是因為醫院中存在著許多科別，科際間的資源比較豐富，且不同科別的醫師平常即有較多的接觸機會。

當被問及外求醫療資源的容易度時，不論受訪醫師服務於哪一層級的醫療院所，或是哪一科別的受訪醫師，佔大部分比例的醫師均認為若自己在「醫學中心」上班會比較方便獲得資源，而有 43.8 % 的婦產科醫師認為在哪裡上班均「沒影響」。

同樣以受訪醫師的診療科別為自變項，當被問及哪一科別的醫療資源是自己本身較不容易獲得時，大部分科別的受訪醫師都認為「沒影響」；即表示對任何科別的醫師而言，若需求醫時，求醫對象的科別並不會有任何障礙。

六、若調查受訪醫師對於中醫及民俗療法處理惡性腫瘤時的信任度方面，結果指出不論受訪醫師採取任何對應方式，其對中醫及民俗療法的信任度都是以「會因疾病而有不同的信任度」佔最多比例，次高比例則是對信任度「不確定」。

而若調查受訪醫師對於中醫處理惡性腫瘤的信任度方面，結果指出各有 81.8 % 及 54.5 % 「完全不信」及「不信」中醫的受訪醫師，採取的對應方式是「依然是西醫」；對中醫「會因疾病而有不同的信任度」及「不確定」的醫師各有 29 % 及 40 % 複選「依然是西醫」和「嘗試中醫」。

至於對民俗醫療處理該類疾病的信任度方面，「完全不信」、「不信」及「不因疾病而有不同的信任度」民俗療法的受訪醫師中，各有 53.1 %、37.3 % 及 66.7 % 採取的對應方式是「依然是西醫」；而對民俗療法「會因疾病而有不同的信任度」及「不確定」的醫師則多數複選「依然是西醫」和「嘗試中醫」。

七、若強調一般門診疾病與惡性腫瘤的治療方式選擇上，受訪醫師本身對非主流醫療體系的利用率會明顯的增高，對中醫的綜合利用率由原本的 31.0 %，提高到 57.0 %，增加近兩倍；而在民俗療法的綜合利用率上則由原本的 6.6 %，提高到 20.7 %，增加至三倍強。

另外若考慮環境因素和醫療體系利用率相關性方面，在受訪醫師服務處所中有提供中醫服務者，生病時選擇「不會考慮」中醫治療者佔 18.9 %，而若服務場所中沒提供中醫服務者，則有 24.7 % 的醫師選擇「不會考慮」。可見環境經驗會影響醫師的醫療體系利用率。

八、若以打聽任何科系醫師或查詢相關醫院等資訊來源與醫師的求醫行為作交叉比較，可發現與最多醫師勾選的「直接找認識的專科醫師」選項作比較時，其求醫行為剛好和醫師的資訊來源容易度成正比例的關係，亦即認為資訊來源越容易的醫師，勾選「直接找認識的專科醫師」的比例也越高。

同樣的結論也可在另一個比較結果中看出，研究結果顯示若以另一反向題和求醫行為中最多醫師勾選的「直接找認識的專科醫師」選項作比較時，其求醫行為則和醫師的資訊來源困難度成反比例的關係；亦即自覺和不同科系的醫師越不熟悉者，勾選「直接找認識的專科醫師」的比例也越低。

九、若探討受訪醫師對於西醫信任度與利用率的相關上，顯示出對西醫醫療體系的信任度與利用率上，呈現正相關的關係。

另探討受訪醫師對於中醫信任度及利用率的相關上，對於中醫醫療體系的信任度與利用率間，在相對比例上有呈現正相關的傾向。

受訪醫師對於民俗療法的信任度及利用率的相關上，也顯示出受訪醫師在民俗療法的信任度與利用率之間亦有相關。

第五節 特殊議題之研究結果與討論

本節乃針對待答問題中未納入，但與研究目的有相關的部分問卷資料作一整理，以卡方考驗 (Chi-square test) 分析相關的變項資料，並呈現出其統計分析後之結果，所顯示之 P 值均為雙尾，顯著水準 () 值均為 0.05。而在文獻查證中若發現已有學者作過類似的相關研究，則據以和文獻中現有的研究結果加以相互比較，以瞭解其異同之處。本項特定的求醫行為模式，將分別由醫師本身的基本背景資料及環境經驗資料兩方面來探討，以下為綜合所有的分析資料後所得到的結果並討論之：

一、 醫師間的人際網絡：與同儕間的關係

醫師本身的資訊來源和求醫行為之間已由前一節中得出結論，本節次將再討論醫師與同儕間的關係，以驗證前述之研究結論。同時，從社會網絡 (social network) 層面而言，越有資源的個人或家庭或機構，也會因其網絡的建立而越來越有資源；反之，沒有資源以建立網絡或不懂得運用網絡的個體，將會越來越居弱勢的地位 (鄭讚源，1999)；依此論證，醫師本身的求醫行為也會與人際網絡有所關聯。

(一) 個人基本背景資料

研究發現，若以性別、年齡等變項和求醫資訊、同儕關係、與同儕聯絡頻繁度作交叉比較，可發現其結果 P 值均大於.05，未達顯著水準，未能拒絕需無假設，表示在變項間具有同質性；顯示出醫師本身的人際網絡和其性別、年齡等個人基本背景變項之間沒有存在顯著差異性。詳細資料請參考表 4-5-1。

表 4-5-1 性別、年齡與人際網絡 (Q4、Q5、Q9) P 值表

Person 卡方	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
交叉類型			
性別 * Q4 求醫資訊	7.326	5	.197
性別 * Q5 同儕關係	1.846	4	.764
性別 * Q9 同儕聯絡	4.969	6	.548
年齡 * Q4 求醫資訊	27.837	25	.315
年齡 * Q5 同儕關係	17.844	20	.598
年齡 * Q9 同儕聯絡	26.811	30	.633

(二) 個人環境經驗資料

1. 若以服務場所、科別等變項和求醫資訊、同儕關係、與同儕聯絡頻繁度作交叉比較，可發現其結果 P 值除了「科別 * Q5 同儕關係」交叉表外，其餘 P 值均大於.05，未達顯著水準；顯示出醫師本身的人際網絡和其個人基本環境變項之間只有「科別」有差異性存在。詳細資料請參考表 4-5-2。

表 4-5-2 服務場所、科別與人際網絡 (Q4、Q5、Q9) P 值表

交叉類型	Person 卡方	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
場所 * Q4 求醫資訊		22.796	20	.299
場所 * Q5 同儕關係		20.616	16	.194
場所 * Q9 同儕聯絡		31.672	24	.135
科別 * Q4 求醫資訊		40.641	45	.657
科別 * Q5 同儕關係		51.289	36	.047
科別 * Q9 同儕聯絡		53.810	54	.482

2. 從受訪醫師的服務科別與同儕關係 (Q5) 的交叉比較表發現，自覺和其他不同科系醫師具「普通」關係的選項，在各科醫師中均佔大部分的人數比例；若綜合計算自覺和其他不同科系醫師關係「非常熟」及「有點熟」的選項，以婦產科醫師最多比例共佔 56.3 %；而若綜合計算自覺和其他不同科系醫師關係「不太熟」及「很不熟悉」的選項中，牙科醫師共佔 29.2 %，為各科醫師中比例最多者。因此由研究得知醫師間的同儕關係，相較之下以婦產科醫師有較佳的不同科系醫師之人際關係，牙科醫師則相對的稍許較差。詳細資料請參考表 4-5-3。

表 4-5-3 服務科別與人際網絡 (Q5) 交叉表

		非常熟	有點熟	普通	不太熟	很不熟	總和
科別	1 個數	10	11	27	9	1	58
內科系	科別內的 %	17.2%	19.0%	46.6%	15.5%	1.7%	100.0%
	Q5內的 %	50.0%	19.3%	21.8%	31.0%	11.1%	24.3%
	總和的 %	4.2%	4.6%	11.3%	3.8%	.4%	24.3%
	2 個數	2	4	11	0	1	18
外科系	科別內的 %	11.1%	22.2%	61.1%	.0%	5.6%	100.0%
	Q5內的 %	10.0%	7.0%	8.9%	.0%	11.1%	7.5%
	總和的 %	.8%	1.7%	4.6%	.0%	.4%	7.5%
	3 個數	2	7	6	1	0	16
婦產科	科別內的 %	12.5%	43.8%	37.5%	6.3%	.0%	100.0%
	Q5內的 %	10.0%	12.3%	4.8%	3.4%	.0%	6.7%
	總和的 %	.8%	2.9%	2.5%	.4%	.0%	6.7%
	4 個數	1	6	21	1	3	32
小兒科	科別內的 %	3.1%	18.8%	65.6%	3.1%	9.4%	100.0%
	Q5內的 %	5.0%	10.5%	16.9%	3.4%	33.3%	13.4%
	總和的 %	.4%	2.5%	8.8%	.4%	1.3%	13.4%
	5 個數	0	0	5	0	0	5
皮膚科	科別內的 %	.0%	.0%	100%	.0%	.0%	100.0%
	Q5內的 %	.0%	.0%	4.0%	.0%	.0%	2.1%
	總和的 %	.0%	.0%	2.1%	.0%	.0%	2.1%
	6 個數	3	18	25	16	3	65
牙科	科別內的 %	4.6%	27.7%	38.5%	24.6%	4.6%	100.0%
	Q5內的 %	15.0%	31.6%	20.2%	55.2%	33.3%	27.2%
	總和的 %	1.3%	7.5%	10.5%	6.7%	1.3%	27.2%
	7 個數	0	1	4	0	0	5
眼科	科別內的 %	.0%	20.0%	80.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q5內的 %	.0%	1.8%	3.2%	.0%	.0%	2.1%
	總和的 %	.0%	.4%	1.7%	.0%	.0%	2.1%
	8 個數	0	2	10	1	0	13
耳鼻喉	科別內的 %	.0%	15.4%	76.9%	7.7%	.0%	100.0%
	Q5內的 %	.0%	3.5%	8.1%	3.4%	.0%	5.4%
	總和的 %	.0%	.8%	4.2%	.4%	.0%	5.4%
	9 個數	1	0	2	0	0	3
精神科	科別內的 %	33.3%	.0%	66.7%	.0%	.0%	100.0%
	Q5內的 %	5.0%	.0%	1.6%	.0%	.0%	1.3%
	總和的 %	.4%	.0%	.8%	.0%	.0%	1.3%
	10 個數	1	8	13	1	1	24
其他	科別內的 %	4.2%	33.3%	54.2%	4.2%	4.2%	100.0%
	Q5內的 %	5.0%	14.0%	10.5%	3.4%	11.1%	10.0%
	總和的 %	.4%	3.3%	5.4%	.4%	.4%	10.0%
總和	個數	20	57	124	29	9	239
	科別內的 %	8.4%	23.8%	51.9%	12.1%	3.8%	100.0%
	Q5內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	8.4%	23.8%	51.9%	12.1%	3.8%	100.0%

² =51.289, P=.047

二、特殊之求醫行為：性別、年齡、待遇要求

國外研究發現有些醫師在就醫時，對於為其看診醫師的性別、年齡會有特別的要求，在挪威還特地為生病的醫師另外開設「醫師對醫師」特別門診(Rosvold & Bjertness, 2002) 以應付這方面的需求；本段落乃以國內醫師為例作類似方面的統計分析。

(一) 個人基本背景資料

1. 關於受訪對象就醫時對於看診醫師的性別要求，由交叉表中可看出雖然不論受訪醫師之年齡層為何，均以「無所謂」佔最多比例，但此比例明顯地隨年齡層的升高從 100.0 % 降低到 66.7 % ；亦即醫師的年齡層越低，越不在乎為其看診醫師的性別。詳細資料請參考表 4-5-4。

表 4-5-4 年齡與性別要求 (Q7) 交叉表

		同性別	不同性別	無所謂	總和
年齡	1 個數	0	0	20	20
23-29 歲	年齡內的 %	.0%	.0%	100%	100.0%
	Q7內的 %	.0%	.0%	9.0%	8.3%
	總和的 %	.0%	.0%	8.3%	8.3%
	2 個數	1	2	67	70
30-39 歲	年齡內的 %	1.4%	2.9%	95.7%	100.0%
	Q7內的 %	7.1%	40.0%	30.3%	29.2%
	總和的 %	.4%	.8%	27.9%	29.2%
	3 個數	8	0	84	92
40-49 歲	年齡內的 %	8.7%	.0%	91.3%	100.0%
	Q7內的 %	57.1%	.0%	38.0%	38.3%
	總和的 %	3.3%	.0%	35.0%	38.3%
	4 個數	3	1	37	41
50-59 歲	年齡內的 %	7.3%	2.4%	90.2%	100.0%
	Q7內的 %	21.4%	20.0%	16.7%	17.1%
	總和的 %	1.3%	.4%	15.4%	17.1%
	5 個數	1	2	11	14
60-69 歲	年齡內的 %	7.1%	14.3%	78.6%	100.0%
	Q7內的 %	7.1%	40.0%	5.0%	5.8%
	總和的 %	.4%	.8%	4.6%	5.8%
	6 個數	1	0	2	3
70歲以上	年齡內的 %	33.3%	.0%	66.7%	100.0%
	Q7內的 %	7.1%	.0%	.9%	1.3%
	總和的 %	.4%	.0%	.8%	1.3%
總和	個數	14	5	221	240
	年齡內的 %	5.8%	2.1%	92.1%	100.0%
	Q7內的 %	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	5.8%	2.1%	92.1%	100.0%

² =22.246, P=.014

2. 至於對看診醫師的年齡要求，由交叉表中可看出除了 40-49 歲年齡層的醫師最多選擇「只要不是 young R」，其餘不論受訪醫師之年齡層為何，都以「無所謂」看診醫師之年齡佔最多比例；另外，若單獨考慮對於看診醫師的年齡要求，各年齡層中希望「選和自己年齡相仿的醫師」、「只要不是 young R」及「無所謂」的都是以 40-49 歲年齡層的醫師佔最多比例，而選擇「選比自己年長的醫師」則以 30-39 歲年齡層的醫師佔最多比例。詳細資料請參考表 4-5-5。

表 4-5-5 年齡與年齡要求 (Q8) 交叉表

		相仿	較年輕	較年長	非 young R	無所謂	總和
年齡	1 個數	1	0	8	3	8	20
23-29 歲	年齡內的 %	5.0%	.0%	40.0%	15.0%	40.0%	100.0%
	Q8內的 %	2.6%	.0%	24.2%	4.0%	8.7%	8.3%
	總和的 %	.4%	.0%	3.3%	1.2%	3.3%	8.3%
	2 個數	8	0	14	23	26	71
30-39 歲	年齡內的 %	11.3%	.0%	19.7%	32.4%	36.6%	100.0%
	Q8內的 %	20.5%	.0%	42.4%	30.7%	28.3%	29.3%
	總和的 %	3.3%	.0%	5.8%	9.5%	10.7%	29.3%
	3 個數	21	1	8	34	28	92
40-49 歲	年齡內的 %	22.8%	1.1%	8.7%	37.0%	30.4%	100.0%
	Q8內的 %	53.8%	33.3%	24.2%	45.3%	30.4%	38.0%
	總和的 %	8.7%	.4%	3.3%	14.0%	11.6%	38.0%
	4 個數	6	0	1	13	21	41
50-59 歲	年齡內的 %	14.6%	.0%	2.4%	31.7%	51.2%	100.0%
	Q8內的 %	15.4%	.0%	3.0%	17.3%	22.8%	16.9%
	總和的 %	2.5%	.0%	.4%	5.4%	8.7%	16.9%
	5 個數	3	1	1	2	8	15
60-69 歲	年齡內的 %	20.0%	6.7%	6.7%	13.3%	53.3%	100.0%
	Q8內的 %	7.7%	33.3%	3.0%	2.7%	8.7%	6.2%
	總和的 %	1.2%	.4%	.4%	.8%	3.3%	6.2%
	6 個數	0	1	1	0	1	3
70歲以上	年齡內的 %	.0%	33.3%	33.3%	.0%	33.3%	100.0%
	Q8內的 %	.0%	33.3%	3.0%	.0%	1.1%	1.2%
	總和的 %	.0%	.4%	.4%	.0%	.4%	1.2%
總和	個數	39	3	33	75	92	242
	年齡內的 %	16.1%	1.2%	13.6%	31.0%	38.0%	100.0%
	Q8內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	16.1%	1.2%	13.6%	31.0%	38.0%	100.0%

² =64.356, P=.000

3. 當討論受訪醫師自己就醫時是否會希望有特別的待遇，由交叉表中可看出除了60-69歲年齡層的醫師最多選擇「一定會」外，其餘不論受訪醫師之年齡層為何，都以「有點會」佔最多人數比例。詳細資料請參考表4-5-6。

表 4-5-6 年齡與待遇要求 (Q37) 交叉表

		一定會	有點會	普通	不太會	一定不會	視疾病而定	其他	總和
年齡	1 個數	2	11	3	4	0	0	0	20
23-29 歲	年齡內的 %	10.0%	55.0%	15.0%	20.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q37內的 %	3.3%	12.4%	8.8%	19.0%	.0%	.0%	.0%	8.3%
	總和的 %	.8%	4.6%	1.3%	1.7%	.0%	.0%	.0%	8.3%
	2 個數	16	28	13	5	0	7	1	70
30-39 歲	年齡內的 %	22.9%	40.0%	18.6%	7.1%	.0%	10.0%	1.4%	100.0%
	Q37內的 %	26.7%	31.5%	38.2%	23.8%	.0%	29.2%	33.3%	29.2%
	總和的 %	6.7%	11.7%	5.4%	2.1%	.0%	2.9%	.4%	29.2%
	3 個數	30	35	11	4	1	8	2	91
40-49 歲	年齡內的 %	33.0%	38.5%	12.1%	4.4%	1.1%	8.8%	2.2%	100.0%
	Q37內的 %	50.0%	39.3%	32.4%	19.0%	11.1%	33.3%	66.7%	37.9%
	總和的 %	12.5%	14.6%	4.6%	1.7%	.4%	3.3%	.8%	37.9%
	4 個數	7	11	5	4	6	8	0	41
50-59 歲	年齡內的 %	17.1%	26.8%	12.2%	9.8%	14.6%	19.5%	.0%	100.0%
	Q37內的 %	11.7%	12.4%	14.7%	19.0%	66.7%	33.3%	.0%	17.1%
	總和的 %	2.9%	4.6%	2.1%	1.7%	2.5%	3.3%	.0%	17.1%
	5 個數	5	2	1	4	2	1	0	15
60-69 歲	年齡內的 %	33.3%	13.3%	6.7%	26.7%	13.3%	6.7%	.0%	100.0%
	Q37內的 %	8.3%	2.2%	2.9%	19.0%	22.2%	4.2%	.0%	6.3%
	總和的 %	2.1%	.8%	.4%	1.7%	.8%	.4%	.0%	6.3%
	6 個數	0	2	1	0	0	0	0	3
70歲以上	年齡內的 %	.0%	66.7%	33.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q37內的 %	.0%	2.2%	2.9%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.3%
	總和的 %	.0%	.8%	.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.3%
總和	個數	60	89	34	21	9	24	3	240
	年齡內的 %	25.0%	37.1%	14.2%	8.8%	3.8%	10.0%	1.3%	100.0%
	Q37內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	25.0%	37.1%	14.2%	8.8%	3.8%	10.0%	1.3%	100.0%

² =55.931, P=.003

(二) 個人環境經驗資料

1. 當討論受訪醫師服務場所與就醫時的待遇要求之相關性時，由交叉表中可看出除了在「地區醫院」服務的醫師最多比例選擇「普通」外，其餘不論醫師所屬醫院的層級均以「有點會」佔最多人數比例。詳細資料請參考表 4-5-7。

表 4-5-7 服務場所與待遇要求 (Q37) 交叉表

		一定會	有點會	普通	不太會	一定不會	視疾病而定	其他	總和	
服務場所	1 個數	32	40	14	9	6	16	1	118	
	診所	服務場所內的 %	27.1%	33.9%	11.9%	7.6%	5.1%	13.6%	.8%	100.0%
		Q37內的 %	54.2%	45.5%	42.4%	42.9%	66.7%	69.6%	33.3%	50.0%
		總和的 %	13.6%	16.9%	5.9%	3.8%	2.5%	6.8%	.4%	50.0%
地區醫院	2 個數	5	6	8	2	0	2	2	25	
	服務場所內的 %	20.0%	24.0%	32.0%	8.0%	.0%	8.0%	8.0%	100.0%	
	Q37內的 %	8.5%	6.8%	24.2%	9.5%	.0%	8.7%	66.7%	10.6%	
	總和的 %	2.1%	2.5%	3.4%	.8%	.0%	.8%	.8%	10.6%	
區域醫院	3 個數	4	9	1	1	1	1	0	17	
	服務場所內的 %	23.5%	52.9%	5.9%	5.9%	5.9%	5.9%	.0%	100.0%	
	Q37內的 %	6.8%	10.2%	3.0%	4.8%	11.1%	4.3%	.0%	7.2%	
	總和的 %	1.7%	3.8%	.4%	.4%	.4%	.4%	.0%	7.2%	
醫學中心	4 個數	18	32	10	7	2	4	0	73	
	服務場所內的 %	24.7%	43.8%	13.7%	9.6%	2.7%	5.5%	.0%	100.0%	
	Q37內的 %	30.5%	36.4%	30.3%	33.3%	22.2%	17.4%	.0%	30.9%	
	總和的 %	7.6%	13.6%	4.2%	3.0%	.8%	1.7%	.0%	30.9%	
衛生所	5 個數	0	1	0	2	0	0	0	3	
	服務場所內的 %	.0%	33.3%	.0%	66.7%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
	Q37內的 %	.0%	1.1%	.0%	9.5%	.0%	.0%	.0%	1.3%	
	總和的 %	.0%	.4%	.0%	.8%	.0%	.0%	.0%	1.3%	
總和	個數	59	88	33	21	9	23	3	236	
	服務場所內的 %	25.0%	37.3%	14.0%	8.9%	3.8%	9.7%	1.3%	100.0%	
	Q37內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%	
	總和的 %	25.0%	37.3%	14.0%	8.9%	3.8%	9.7%	1.3%	100.0%	

² =39.839, P=.022

2. 當討論受訪醫師的科別與就醫時對看診醫師性別要求之相關時，由交叉表中看出不論科別如何，佔最多人數比例的依然是「無所謂」；另外，皮膚科醫師中約有同等的 40 % 比例「選同性別的醫師」。詳細資料請參考表 4-5-8。

表 4-5-8 服務科別與性別要求 (Q7) 交叉表

科別	1	同性別 不同性別 無所謂			總和	
		個數	2	1		56
					59	
內科系	科別內的 %		3.4%	1.7%	94.9%	100.0%
	Q7內的 %		14.3%	20.0%	25.3%	24.6%
	總和的 %		.8%	.4%	23.3%	24.6%
2	個數		0	0	18	18
外科系	科別內的 %		.0%	.0%	100%	100.0%
	Q7內的 %		.0%	.0%	8.1%	7.5%
	總和的 %		.0%	.0%	7.5%	7.5%
3	個數		0	0	16	16
婦產科	科別內的 %		.0%	.0%	100%	100.0%
	Q7內的 %		.0%	.0%	7.2%	6.7%
	總和的 %		.0%	.0%	6.7%	6.7%
4	個數		0	0	33	33
小兒科	科別內的 %		.0%	.0%	100%	100.0%
	Q7內的 %		.0%	.0%	14.9%	13.8%
	總和的 %		.0%	.0%	13.8%	13.8%
5	個數		2	1	2	5
皮膚科	科別內的 %		40.0%	20.0%	40.0%	100.0%
	Q7內的 %		14.3%	20.0%	.9%	2.1%
	總和的 %		.8%	.4%	.8%	2.1%
6	個數		4	0	61	65
牙科	科別內的 %		6.2%	.0%	93.8%	100.0%
	Q7內的 %		28.6%	.0%	27.6%	27.1%
	總和的 %		1.7%	.0%	25.4%	27.1%
7	個數		2	0	3	5
眼科	科別內的 %		40.0%	.0%	60.0%	100.0%
	Q7內的 %		14.3%	.0%	1.4%	2.1%
	總和的 %		.8%	.0%	1.3%	2.1%
8	個數		1	0	12	13
耳鼻喉	科別內的 %		7.7%	.0%	92.3%	100.0%
	Q7內的 %		7.1%	.0%	5.4%	5.4%
	總和的 %		.4%	.0%	5.0%	5.4%
9	個數		0	1	2	3
精神科	科別內的 %		.0%	33.3%	66.7%	100.0%
	Q7內的 %		.0%	20.0%	.9%	1.3%
	總和的 %		.0%	.4%	.8%	1.3%
10	個數		3	2	18	23
其他	科別內的 %		13.0%	8.7%	78.3%	100.0%
	Q7內的 %		21.4%	40.0%	8.1%	9.6%
	總和的 %		1.3%	.8%	7.5%	9.6%
總和	個數		14	5	221	240
	科別內的 %		5.8%	2.1%	92.1%	100.0%
	Q7內的 %		100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %		5.8%	2.1%	92.1%	100.0%

² =59.848, P=.000

(三) 特殊對象之對應方式

當受訪對象自己的患者同樣具有醫師身分，研究受訪醫師的年齡、服務場所與他的「醫師病人」之間的相關性時，由交叉表可看出 P 值均大於.05，未達顯著水準，表示不論受訪醫師的年齡或服務場所，與其「醫師病人」之各種態度上具同質性，並沒有顯著差異性存在。詳細資料請參考表 4-5-9。

表 4-5-9 年齡、服務場所與看診態度 (Q16) P 值表

交叉類型	Person 卡方	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
年齡 * Q16 看診態度		34.515	30	.261
場所 * Q16 看診態度		31.656	24	.136

三、 健康狀況：

本段落探討受訪醫師之健康狀況、生病壓力與個人基本背景、環境經驗間的關係，並進一步探討其自覺健康狀況與平均運動量、服用藥物比例之相關性，以了解醫師本身對自己的整體健康照護狀態。

(一) 個人基本背景資料

1. 當被問及在自己生病期間面對自己病人，受訪醫師的壓力感受時，男醫師方面有 30.5 % 回答「無任何影響」，而回答「有一點點壓力」至「有非常大壓力」的總共有 68.0 %；女醫師方面有 38.5 % 回答「無任何影響」，而回答「有一點點壓力」至「有非常大壓力」的總共有 59.0 %。顯示出當醫師自己生病在面對病人時，男醫師較女醫師會感到有較大的壓力。詳細資料請參考表 4-5-10。

表 4-5-10 性別與生病壓力 (Q38) 交叉表

		無壓力	有一點	中等	很大壓力	非常大	其他	總和	
性別	男	個數	61	116	13	6	1	3	200
		性別內的 %	30.5%	58.0%	6.5%	3.0%	.5%	1.5%	100.0%
		Q38內的 %	80.3%	87.9%	81.3%	85.7%	25.0%	75.0%	83.7%
		總和的 %	25.5%	48.5%	5.4%	2.5%	.4%	1.3%	83.7%
	女	個數	15	16	3	1	3	1	39
		性別內的 %	38.5%	41.0%	7.7%	2.6%	7.7%	2.6%	100.0%
		Q38內的 %	19.7%	12.1%	18.8%	14.3%	75.0%	25.0%	16.3%
		總和的 %	6.3%	6.7%	1.3%	.4%	1.3%	.4%	16.3%
總和		個數	76	132	16	7	4	4	239
		性別內的 %	31.8%	55.2%	6.7%	2.9%	1.7%	1.7%	100.0%
		Q38內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
		總和的 %	31.8%	55.2%	6.7%	2.9%	1.7%	1.7%	100.0%

$\chi^2 = 12.752, P = .026$

2. 當問及受訪醫師近三個月內是否有服用任何藥物時，回答「沒有」的人數比例隨年齡層增加而降低，至 60 歲以後比例又再度上升；相對的，回答「多於一種以上」的人數比例則與年齡層成正比，在 40-49 歲間達到最高峰，至 50 歲以後比例才又再度緩慢下降。詳細資料請參考表 4-5-11。

表 4-5-11 年齡與服藥種類 (Q10) 交叉表

		沒有	抗生素	制酸	止痛	心血管	安定劑	維他命	其他	一種以上	總和	
年齡	1	個數	12	1	1	3	0	0	0	1	2	20
		年齡內的 %	60.0%	5.0%	5.0%	15.0%	.0%	.0%	.0%	5.0%	10.0%	100.0%
		Q10內的 %	12.5%	16.7%	9.1%	13.6%	.0%	.0%	.0%	11.1%	3.9%	8.3%
		總和的 %	5.0%	.4%	.4%	1.2%	.0%	.0%	.0%	.4%	.8%	8.3%
	2	個數	33	5	4	7	3	0	7	1	11	71
		年齡內的 %	46.5%	7.0%	5.6%	9.9%	4.2%	.0%	9.9%	1.4%	15.5%	100.0%
		Q10內的 %	34.4%	83.3%	36.4%	31.8%	16.7%	.0%	29.2%	11.1%	21.6%	29.5%
		總和的 %	13.7%	2.1%	1.7%	2.9%	1.2%	.0%	2.9%	.4%	4.6%	29.5%
	3	個數	33	0	4	11	4	0	9	4	26	91
		年齡內的 %	36.3%	.0%	4.4%	12.1%	4.4%	.0%	9.9%	4.4%	28.6%	100.0%
		Q10內的 %	34.4%	.0%	36.4%	50.0%	22.2%	.0%	37.5%	44.4%	51.0%	37.8%
		總和的 %	13.7%	.0%	1.7%	4.6%	1.7%	.0%	3.7%	1.7%	10.8%	37.8%
	4	個數	10	0	1	1	6	3	8	3	9	41
		年齡內的 %	24.4%	.0%	2.4%	2.4%	14.6%	7.3%	19.5%	7.3%	22.0%	100.0%
		Q10內的 %	10.4%	.0%	9.1%	4.5%	33.3%	75.0%	33.3%	33.3%	17.6%	17.0%
		總和的 %	4.1%	.0%	.4%	.4%	2.5%	1.2%	3.3%	1.2%	3.7%	17.0%
	5	個數	6	0	1	0	4	1	0	0	3	15
		年齡內的 %	40.0%	.0%	6.7%	.0%	26.7%	6.7%	.0%	.0%	20.0%	100.0%
		Q10內的 %	6.3%	.0%	9.1%	.0%	22.2%	25.0%	.0%	.0%	5.9%	6.2%
		總和的 %	2.5%	.0%	.4%	.0%	1.7%	.4%	.0%	.0%	1.2%	6.2%
	6	個數	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3
		年齡內的 %	66.7%	.0%	.0%	.0%	33.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
		Q10內的 %	2.1%	.0%	.0%	.0%	5.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.2%
		總和的 %	.8%	.0%	.0%	.0%	.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.2%
總和		個數	96	6	11	22	18	4	24	9	51	241
		年齡內的 %	39.8%	2.5%	4.6%	9.1%	7.5%	1.7%	10.0%	3.7%	21.2%	100.0%
		Q10內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
		總和的 %	39.8%	2.5%	4.6%	9.1%	7.5%	1.7%	10.0%	3.7%	21.2%	100.0%

$\chi^2 = 68.384, P = .003$

(二) 個人環境經驗資料

當受訪醫師被問及自己生病期間在面對自己病人的壓力感受時，不論醫師的服務場所，佔半數比例以上的醫師均回答會感受到「有一點點壓力」；但在「衛生所」服務的受訪醫師則有 66.7 % 認為「無任何影響」。詳細資料請參考表 4-5-12。

表 4-5-12 服務場所與生病壓力 (Q38) 交叉表

		無壓力	有一點	中等	很大壓力	非常大	其他	總和
服務場所	1 個數	45	60	9	3	0	1	118
	服務場所內的 %	38.1%	50.8%	7.6%	2.5%	.0%	.8%	100.0%
	診所 Q38內的 %	50.8%	45.5%	56.3%	50.0%	.0%	25.0%	50.0%
	總和的 %	19.1%	25.4%	3.8%	1.3%	.0%	.4%	50.0%
地區醫院	2 個數	4	15	2	1	0	3	25
	服務場所內的 %	16.0%	60.0%	8.0%	4.0%	.0%	12.0%	100.0%
	Q38內的 %	5.4%	11.4%	12.5%	16.7%	.0%	75.0%	10.6%
	總和的 %	1.7%	6.4%	.8%	.4%	.0%	1.3%	10.6%
區域醫院	3 個數	5	11	1	0	0	0	17
	服務場所內的 %	29.4%	64.7%	5.9%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q38內的 %	6.8%	8.3%	6.3%	.0%	.0%	.0%	7.2%
	總和的 %	2.1%	4.7%	.4%	.0%	.0%	.0%	7.2%
醫學中心	4 個數	18	45	4	2	4	0	73
	服務場所內的 %	24.7%	61.6%	5.5%	2.7%	5.5%	.0%	100.0%
	Q38內的 %	24.3%	34.1%	25.0%	33.3%	100%	.0%	30.9%
	總和的 %	7.6%	19.1%	1.7%	.8%	1.7%	.0%	30.9%
衛生所	5 個數	2	1	0	0	0	0	3
	服務場所內的 %	66.7%	33.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	Q38內的 %	2.7%	.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.3%
	總和的 %	.8%	.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.3%
總和	個數	74	132	16	6	4	4	236
	服務場所內的 %	31.4%	55.9%	6.8%	2.5%	1.7%	1.7%	100.0%
	Q38內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	31.4%	55.9%	6.8%	2.5%	1.7%	1.7%	100.0%

² =35.407, P=.018

(三) 與自覺狀況之比較

1. 由醫師的自覺健康狀況與服用藥物種類之交叉表看出，在自覺健康狀況「非常好」、「很好」、「普通」的醫師中，各有 70.0 %、42.0 %、29.9 % 的醫師在最近三個月內「沒有」服用任何藥物；而服用「多於一種以上」藥物的醫師群中，有 56.9 % 回答自身健康狀況為「普通」，顯示出醫師的自覺健康狀況和服用藥物間呈現反比的關係。詳細資料請參考表 4-5-13。

表 4-5-13 自覺狀況與服藥種類 (Q10) 交叉表

		沒有	抗生素	制酸	止痛	心血管	安定劑	維他命	其他	一種以上	總和
健康狀況	1 個數	19	1	3	2	1	0	0	0	1	27
	健康狀況內的 %	70.4%	3.7%	11.1%	7.4%	3.7%	.0%	.0%	.0%	3.7%	100.0%
	Q10內的 %	20.0%	16.7%	27.3%	9.1%	5.6%	.0%	.0%	.0%	2.0%	11.3%
	總和的 %	7.9%	.4%	1.3%	.8%	.4%	.0%	.0%	.0%	.4%	11.3%
非常好	2 個數	47	4	2	8	9	2	16	4	20	112
	健康狀況內的 %	42.0%	3.6%	1.8%	7.1%	8.0%	1.8%	14.3%	3.6%	17.9%	100.0%
	Q10內的 %	49.5%	66.7%	18.2%	36.4%	50.0%	50.0%	66.7%	44.4%	39.2%	46.7%
	總和的 %	19.6%	1.7%	.8%	3.3%	3.8%	.8%	6.7%	1.7%	8.3%	46.7%
很好	3 個數	29	1	6	12	7	1	7	5	29	97
	健康狀況內的 %	29.9%	1.0%	6.2%	12.4%	7.2%	1.0%	7.2%	5.2%	29.9%	100.0%
	Q10內的 %	30.5%	16.7%	54.5%	54.5%	38.9%	25.0%	29.2%	55.6%	56.9%	40.4%
	總和的 %	12.1%	.4%	2.5%	5.0%	2.9%	.4%	2.9%	2.1%	12.1%	40.4%
普通	4 個數	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3
	健康狀況內的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	33.3%	33.3%	.0%	.0%	33.3%	100.0%
	Q10內的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	5.6%	25.0%	.0%	.0%	2.0%	1.3%
	總和的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%	.4%	.0%	.0%	.4%	1.3%
不好	5 個數	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	健康狀況內的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100%	.0%	.0%	100.0%
	Q10內的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.2%	.0%	.0%	.4%
	總和的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%	.0%	.0%	.4%
很差	總和 個數	95	6	11	22	18	4	24	9	51	240
	健康狀況內的 %	39.6%	2.5%	4.6%	9.2%	7.5%	1.7%	10.0%	3.8%	21.3%	100.0%
	Q10內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	39.6%	2.5%	4.6%	9.2%	7.5%	1.7%	10.0%	3.8%	21.3%	100.0%

² =65.330, P=.000

2. 由交叉表中得知，每週平均運動一次（每次至少三十分鐘）或沒運動的醫師，各佔運動量中 52.5 % 及 51.1 %，其健康狀況均以自覺「普通」佔最多人數比例；而平均每週運動超過二次（含二次）以上的醫師，佔各運動量內最多人數比例的 55.7 %、58.3 %、44.4 % 及 45.5 %，均是自覺健康狀況「很好」。詳細之資料請參考表 4-5-14。

表 4-5-14 自覺狀況與運動次數交叉表

		無	一次	二次	三次	四次	四次以上	總和
健康狀況	1 個數	2	4	7	4	3	7	27
	健康狀況內的 %	7.4%	14.8%	25.9%	14.8%	11.1%	25.9%	100.0%
	運動量內的 %	4.4%	5.0%	11.5%	16.7%	33.3%	31.8%	11.2%
	總和的 %	.8%	1.7%	2.9%	1.7%	1.2%	2.9%	11.2%
非常好	2 個數	17	34	34	14	4	10	113
	健康狀況內的 %	15.0%	30.1%	30.1%	12.4%	3.5%	8.8%	100.0%
	運動量內的 %	37.8%	42.5%	55.7%	58.3%	44.4%	45.5%	46.9%
	總和的 %	7.1%	14.1%	14.1%	5.8%	1.7%	4.1%	46.9%
很好	3 個數	23	42	20	6	2	4	97
	健康狀況內的 %	23.7%	43.3%	20.6%	6.2%	2.1%	4.1%	100.0%
	運動量內的 %	51.1%	52.5%	32.8%	25.0%	22.2%	18.2%	40.2%
	總和的 %	9.5%	17.4%	8.3%	2.5%	.8%	1.7%	40.2%
普通	4 個數	2	0	0	0	0	1	3
	健康狀況內的 %	56.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	33.3%	100.0%
	運動量內的 %	4.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	4.5%	1.2%
	總和的 %	.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%	1.2%
不好	5 個數	1	0	0	0	0	0	1
	健康狀況內的 %	100%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	運動量內的 %	2.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%
	總和的 %	.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.4%
很差	總和 個數	45	80	61	24	9	22	241
	健康狀況內的 %	18.7%	33.2%	25.3%	10.0%	3.7%	9.1%	100.0%
	運動量內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	18.7%	33.2%	25.3%	10.0%	3.7%	9.1%	100.0%

² =42.410, P=.002

四、對三種不同醫療體系的看法

本段落探討受訪醫師在封閉性問卷上，因本身基本背景、環境經驗之不同而對三種不同醫療體系的看法比較，希望能由其結果來了解其差異性。

(一) 個人基本背景資料

1. 由交叉表看出，在 30-69 歲間佔該年齡層最大比例的醫師認為西醫是「大部分實証醫學，少部分經驗」；而在 23-29 歲間的醫師則相對地有 55.0 % 認為西醫是「實証醫學與經驗各半」，另外的 45.0 % 才認為西醫師是「大部分實証醫學，少部分經驗」。詳細資料請參考表 4-5-15。

表 4-5-15 年齡與西醫體系 (Q34) 交叉表

年齡	個數	實証 實証多經驗 各半 經驗多實証				總和
		0	9	11	0	
23-29 歲	年齡內的 %	.0%	45.0%	55.0%	.0%	100.0%
	Q34內的 %	.0%	7.8%	12.4%	.0%	8.3%
	總和的 %	.0%	3.7%	4.5%	.0%	8.3%
2	個數	5	35	30	1	71
30-39 歲	年齡內的 %	7.0%	49.3%	42.3%	1.4%	100.0%
	Q34內的 %	13.9%	30.4%	33.7%	50.0%	29.3%
	總和的 %	2.1%	14.5%	12.4%	.4%	29.3%
3	個數	16	44	32	0	92
40-49 歲	年齡內的 %	17.4%	47.8%	34.8%	.0%	100.0%
	Q34內的 %	44.4%	38.3%	36.0%	.0%	38.0%
	總和的 %	6.6%	18.2%	13.2%	.0%	38.0%
4	個數	8	21	12	0	41
50-59 歲	年齡內的 %	19.5%	51.2%	29.3%	.0%	100.0%
	Q34內的 %	22.2%	18.3%	13.5%	.0%	16.9%
	總和的 %	3.3%	8.7%	5.0%	.0%	16.9%
5	個數	5	6	3	1	15
60-69 歲	年齡內的 %	33.3%	40.0%	20.0%	6.7%	100.0%
	Q34內的 %	13.9%	5.2%	3.4%	50.0%	6.2%
	總和的 %	2.1%	2.5%	1.2%	.4%	6.2%
6	個數	2	0	1	0	3
70歲以上	年齡內的 %	66.7%	.0%	33.3%	.0%	100.0%
	Q34內的 %	5.6%	.0%	1.1%	.0%	1.2%
	總和的 %	.8%	.0%	.4%	.0%	1.2%
總和	個數	36	115	89	2	242
	年齡內的 %	14.9%	47.5%	36.8%	.8%	100.0%
	Q34內的 %	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	14.9%	47.5%	36.8%	.8%	100.0%

² =29.572, P=.014

2. 在受訪醫師不同年齡層對民俗療法的看法上，由交叉表可看出，在各個不同年齡層之間，佔各年齡層半數以上比例的醫師均一致性認為，民俗療法對疾病的診斷及治療「完全靠經驗」；但在「50-59歲」群組中意見比較分歧，其中也有約35.0%該年齡層的醫師認為民俗療法是「少部分實証醫學，大部分經驗」。詳細資料請參考表4-5-16。

表 4-5-16 年齡與民俗療法 (Q36) 交叉表

		實証	實証多經驗	各半	經驗多實証	經驗	總和
		1	2	3	4	5	
年齡	1 個數	0	0	0	3	17	20
23-29 歲	年齡內的 %	.0%	.0%	.0%	15.0%	85.0%	100%
	Q36內的 %	.0%	.0%	.0%	5.3%	9.8%	8.3%
	總和的 %	.0%	.0%	.0%	1.3%	7.1%	8.3%
	2 個數	0	0	2	22	46	70
30-39 歲	年齡內的 %	.0%	.0%	2.9%	31.4%	65.7%	100%
	Q36內的 %	.0%	.0%	25.0%	38.6%	26.6%	29.2%
	總和的 %	.0%	.0%	.8%	9.2%	19.2%	29.2%
	3 個數	0	0	3	16	73	92
40-49 歲	年齡內的 %	.0%	.0%	3.3%	17.4%	79.3%	100%
	Q36內的 %	.0%	.0%	37.5%	28.1%	42.2%	38.3%
	總和的 %	.0%	.0%	1.3%	6.7%	30.4%	38.3%
	4 個數	0	1	2	14	23	40
50-59 歲	年齡內的 %	.0%	2.5%	5.0%	35.0%	57.5%	100%
	Q36內的 %	.0%	100%	25.0%	24.6%	13.3%	16.7%
	總和的 %	.0%	.4%	.8%	5.8%	9.6%	16.7%
	5 個數	1	0	1	2	11	15
60-69 歲	年齡內的 %	6.7%	.0%	6.7%	13.3%	73.3%	100%
	Q36內的 %	100%	.0%	12.5%	3.5%	6.4%	6.3%
	總和的 %	.4%	.0%	.4%	.8%	4.6%	6.3%
	6 個數	0	0	0	0	3	3
70歲以上	年齡內的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	100%	100%
	Q36內的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	1.7%	1.3%
	總和的 %	.0%	.0%	.0%	.0%	1.3%	1.3%
總和	個數	1	1	8	57	173	240
	年齡內的 %	.4%	.4%	3.3%	23.8%	72.1%	100%
	Q36內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	總和的 %	.4%	.4%	3.3%	23.8%	72.1%	100%

² =32.165, P=.042

(二) 個人環境經驗資料

1. 在不同服務場所的受訪醫師對中醫醫療體系的看法上，由交叉表可看出，佔各個不同服務場所中最大比例的受訪醫師均一致性認為，中醫對疾病的診斷及治療是基於「少部分實証醫學，大部分經驗」；但在「地區醫院」群組中意見比較分歧，其中有約 33.30% 該層級的醫師認為中醫是「實証醫學與經驗各半」，佔該看法中各醫院層級之最多人數比例。詳細資料請參考表 4-5-17。

表 4-5-17 服務場所與中醫體系 (Q35) 交叉表

		實証	實証多經驗	各半	經驗多實証	經驗	總和
服務場所	1 個數	0	9	33	64	13	119
	服務場所內的 %	.0%	7.6%	27.7%	53.8%	10.9%	100.0%
	Q35內的 %	.0%	81.8%	62.3%	43.8%	54.2%	50.6%
	總和的 %	.0%	3.8%	14.0%	27.2%	5.5%	50.6%
診所	2 個數	1	2	8	10	3	24
	服務場所內的 %	4.2%	8.3%	33.3%	41.7%	12.5%	100.0%
	Q35內的 %	100%	18.2%	15.1%	6.8%	12.5%	10.2%
	總和的 %	.4%	.9%	3.4%	4.3%	1.3%	10.2%
地區醫院	3 個數	0	0	3	12	2	17
	服務場所內的 %	.0%	.0%	17.6%	70.6%	11.8%	100.0%
	Q35內的 %	.0%	.0%	5.7%	8.2%	8.3%	7.2%
	總和的 %	.0%	.0%	1.3%	5.1%	.9%	7.2%
區域醫院	4 個數	0	0	9	57	6	72
	服務場所內的 %	.0%	.0%	12.5%	79.2%	8.3%	100.0%
	Q35內的 %	.0%	.0%	17.0%	39.0%	25.0%	30.6%
	總和的 %	.0%	.0%	3.8%	24.3%	2.6%	30.6%
醫學中心	5 個數	0	0	0	3	0	3
	服務場所內的 %	.0%	.0%	.0%	100%	.0%	100.0%
	Q35內的 %	.0%	.0%	.0%	2.1%	.0%	1.3%
	總和的 %	.0%	.0%	.0%	1.3%	.0%	1.3%
衛生所	總和	1	11	53	146	24	235
	服務場所內的 %	.4%	4.7%	22.6%	62.1%	10.2%	100.0%
	Q35內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	.4%	4.7%	22.6%	62.1%	10.2%	100.0%

² =30.612, P=.015

2. 若受訪對象工作場所中有提供中醫服務，則其中有 75.9 % 的醫師認為中醫是「少部分實証醫學，大部分經驗」，僅有 16.7 % 認為中醫是「實証醫學與經驗各半」；而若在工作場所中沒有提供中醫服務，則有 57.6 % 的受訪醫師認為中醫是「少部分實証醫學，大部分經驗」，持此觀點的人數比例相對地減少，而有約 23.9 % 的受訪醫師認為中醫是「實証醫學與經驗各半」，持此觀點的人數比例卻相對性地增加。詳細資料請參考表 4-5-18。

表 4-5-18 有否中醫服務與中醫體系 (Q35) 交叉表

		實証多經驗	各半	經驗多實証	經驗	總和
中醫服務	有 個數	0	9	41	4	54
	中醫服務內的 %	.0%	16.7%	75.9%	7.4%	100.0%
	Q35內的 %	.0%	17.0%	27.9%	16.7%	22.7%
	總和的 %	.0%	3.8%	17.2%	1.7%	22.7%
無	個數	14	44	106	20	184
	中醫服務內的 %	7.6%	23.9%	57.6%	10.9%	100.0%
	Q35內的 %	100%	83.0%	72.1%	83.3%	77.3%
	總和的 %	5.9%	18.5%	44.5%	8.4%	77.3%
總和	個數	14	53	147	24	238
	中醫服務內的 %	5.9%	22.3%	61.8%	10.1%	100.0%
	Q35內的 %	100%	100%	100%	100%	100.0%
	總和的 %	5.9%	22.3%	61.8%	10.1%	100.0%

² =7.857, P=.049

五、宗教信仰與疾病對治

本段落在探討受訪醫師對於宗教信仰在臨床上的實質與精神功效，藉研究結果以明瞭臨床醫師對於宗教在疾病對治上的看法，同樣由醫師之個人基本資料及環境經驗分別討論之。

(一) 個人基本背景資料

1. 以受訪醫師性別與宗教信仰在臨床上療效之交叉表看出，其 p 值均大於.05，未達顯著水準，表示不同性別的醫師對於宗教信仰在臨床實質或精神上的療效，看法同質並沒有顯著差異性。詳細資料請參考表 4-5-19。

表 4-5-19 性別、年齡與宗教信仰 (A11、A12)

交叉類型	Person 卡方	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
性別 * A11 實際療效		1.000	4	.910
性別 * A12 精神療效		3.612	4	.461
年齡 * A11 實際療效		15.721	20	.734

2. 由交叉表中顯示，佔 23-39 歲之間佔多數比例的受訪醫師認為宗教信仰在臨床上具有「中等程度」的療效；在 40-49 歲間的醫師認為宗教信仰「常常」具有療效；而在 50-69 歲間的醫師認為宗教信仰「偶而有」療效。整體而言不論醫師的年齡層為何，約佔有 32.4 % 的不同年齡層受訪醫師認為，宗教信仰在臨床上具有「中等程度」的療效，其次則有 29.9 % 的醫師認為「常常」具有療效，24.5 % 認為「偶而有」療效。詳細資料請參考表 4-5-20。

表 4-5-20 年齡與宗教信仰 (A12) 交叉表

		從來沒有	偶而有	中等	常常	每次都有	總和
年齡	1 個數	2	5	7	6	0	20
23-29 歲	年齡內的 %	10.0%	25.0%	35.0%	30.0%	.0%	100%
	A12內的 %	28.6%	8.5%	9.0%	8.3%	.0%	8.3%
	總和的 %	.8%	2.1%	2.9%	2.5%	.0%	8.3%
	2 個數	0	14	28	25	4	71
30-39 歲	年齡內的 %	.0%	19.7%	39.4%	35.2%	5.6%	100%
	A12內的 %	.0%	23.7%	35.9%	34.7%	16.0%	29.5%
	總和的 %	.0%	5.8%	11.6%	10.4%	1.7%	29.5%
	3 個數	1	21	26	29	15	92
40-49 歲	年齡內的 %	1.1%	22.8%	28.3%	31.5%	16.3%	100%
	A12內的 %	14.3%	35.6%	33.3%	40.3%	60.0%	38.2%
	總和的 %	.4%	8.7%	10.8%	12.0%	6.2%	38.2%
	4 個數	3	13	12	9	3	40
50-59 歲	年齡內的 %	7.5%	32.5%	30.0%	22.5%	7.5%	100%
	A12內的 %	42.9%	22.0%	15.4%	12.5%	12.0%	16.6%
	總和的 %	1.2%	5.4%	5.0%	3.7%	1.2%	16.6%
	5 個數	0	6	3	3	3	15
60-69 歲	年齡內的 %	.0%	40.0%	20.0%	20.0%	20.0%	100%
	A12內的 %	.0%	10.2%	3.8%	4.2%	12.0%	6.2%
	總和的 %	.0%	2.5%	1.2%	1.2%	1.2%	6.2%
	6 個數	1	0	2	0	0	3
70 歲以上	年齡內的 %	33.3%	.0%	66.7%	.0%	.0%	100%
	A12內的 %	14.3%	.0%	2.6%	.0%	.0%	1.2%
	總和的 %	.4%	.0%	.8%	.0%	.0%	1.2%
總和	個數	7	59	78	72	25	241
	年齡內的 %	2.9%	24.5%	32.4%	29.9%	10.4%	100%
	A12內的 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	總和的 %	2.9%	24.5%	32.4%	29.9%	10.4%	100%

$\chi^2 = 38.569, P = .008$

(二) 個人環境經驗資料

在探討受訪醫師的環境經驗與宗教信仰的臨床療效上，由交叉表中的 P 值均大於 .05 可看出，不論醫師的服務場所或科別為何，對於宗教信仰在臨床實質或精神上療效的看法，並沒有顯著性的差異。詳細資料請參考表 4-5-21。

表 4-5-21 服務場所、科別與宗教信仰 (A11、A12)

交叉類型	Person 卡方	數值	自由度	漸近顯著性 (雙尾)
場所 * A11 實際療效		23.357	16	.105
場所 * A12 精神療效		25.032	16	.069
科別 * A11 實際療效		31.355	36	.689
科別 * A12 精神療效		41.193	36	.254

六、 綜合討論

一、研究發現，若以性別、年齡等變項和求醫資訊、同儕關係、與同儕聯絡頻繁度作交叉比較，其結果顯示出醫師本身的人際網絡和其性別、年齡等個人基本背景變項之間沒有差異性存在。

研究發現，若以服務場所、科別等變項和求醫資訊、同儕關係、與同儕聯絡頻繁度作交叉比較，其結果顯示出醫師本身的人際網絡和其個人基本環境變項之間只有「科別」有差異性存在。在各科醫師中佔大部分的人數比例，均自覺和其他不同科系醫師具「普通」關係；相較之下，婦產科醫師有較佳的不同科系醫師之人際關係，牙科醫師則相對的稍許較差。

二、關於受訪對象就醫時對於看診醫師的性別要求，可看出不論受訪醫師之年齡層為何，均以「無所謂」佔最多比例，但此情形有隨著年齡層而下降的趨勢，亦即醫師的年齡層越低，越不在乎為其看診醫師的性別，年齡層越往上，不在乎的醫師人數比例則隨之下降。

至於對看診醫師的年齡要求，除了 40-49 歲年齡層的醫師最多選擇只要不是資淺的住院醫師即可，其餘不論受訪醫師之年齡層都是以「無所謂」佔最多比例；而選擇「選比自己年長的醫師」則以 30-39 歲年齡層的醫師佔最多比例。可見受訪對象一般雖無所謂幫他看診醫師的年齡，但也不希望太年輕，應是著眼於醫師的養成教育需要時間，一般認為年輕醫師相對的在經驗上容或有不足之處。

當討論受訪醫師自己就醫是否會希望有特別的待遇時，可看出除了 60-69 歲年齡層的醫師最多選擇「一定會」外，其餘不論受訪醫師之年齡層為何，都以「有點會」佔最多比例。除年齡外，另外探討受訪醫師服務場所與特別待遇之相關性時，可看出除了在「地區醫院」服務的醫師最多比例選擇「普通」外，其餘不論醫師所屬醫院的層級也是以「有點會」佔最多人數比例。

當討論受訪醫師服務科別與就醫時的性別要求之相關性時，由交叉表中可看出不論醫師的科別如何，佔最多人數比例的依然是「無所謂」。

當受訪對象自己的患者同樣具有醫師身分，研究受訪醫師的年齡、服務場所與他的「醫師病人」之間的相關性時，不論受訪醫師的年齡或服務場所，與其「醫師病人」之各種態度上並沒有任何顯著差異存在。

三、研究結果指出，當醫師自己生病在面對病人時，男醫師較女醫師會感到有較大的壓力。且不論醫師的服務場所，佔多數比例的醫師均是回答會感受到「有一點點壓力」。國外對這方面的研究結論是，因服用治酸劑及罹患消化系統疾病的人數比例均以男醫師較女醫師為多，而推論出在職場上男醫師應具有較大的工作壓力（Rosvold & Bjertness, 2002）；另方面的研究則指出，其實男女醫師均具有相似的診斷及治療技術，只是在溝通風格上有所不同，女性醫師傾向於對病人較具有同理心的關係，較能回應病人的反應，亦即女醫師具有較好的醫病溝通技巧（Martin, Arnold & Parker, 1988；引自 Cockerham, 2001/2002）。也許正因為在醫病關係上不若男醫師般的緊張，故相對的有較輕的工作壓力。

當問及受訪醫師近三個月內是否有服用任何藥物時，回答「沒有」的人數比例隨年齡層增加而降低，至 60 歲以後比例又再度上升；相對的，回答「多於一種以上」的人數比例則與年齡層成正比，在 40-49 歲間達到最高峰，直到 50 歲以後比例才又再度緩慢下降。可見對醫師而言，在 40-49 歲之間是一個健康狀況的分界點。

由醫師的自覺健康狀況與服用藥物種類之交叉表看出，在自覺健康狀況「非常好」、「很好」、「普通」的醫師中，各有 70.0 %、42.0 %、29.9 % 的醫師在最近三個月內回答「沒有」服用任何藥物；而服用「多於一種以上」藥物的醫師群中，有 56.9 % 回答自身健康狀況僅為「普通」，顯示出醫師的自覺健康狀況和服用藥物間呈現反比的關係。

每週平均運動一次（每次至少三十分鐘）或沒運動的醫師，其健康狀況均以自覺「普通」佔最多人數比例，而平均每週運動超過二次（含二次）以上的醫師，其健康狀況佔最多人數比例的均是自覺「很好」，顯示出醫師的自覺健康狀況和運動量間呈現正比的關係，也說明了規律的運動可使人更有自信。

四、在不同年齡層的受訪醫師對西醫醫療體系的看法上，在 30-69 歲間，佔該年齡層最大比例的醫師認為西醫是「大部分實証醫學，少部分經驗」；在 23-29 歲間的醫師，認為「實証醫學與經驗各半」的佔該年齡層 55.0%，認為「大部分實証醫學，少部分經驗」的佔該年齡層 45.0%。在對民俗療法的看法上，各年齡層約佔半數以上比例的醫師認為，民俗療法對疾病的診斷及治療「完全靠經驗」。

考慮不同服務場所的受訪醫師對中醫醫療體系的看法上，佔最大比例的受訪醫師均認為，中醫對疾病的診斷及治療是基於「少部分實証醫學，大部分經驗」。

在受訪對象工作場所中有提供中醫服務的醫師中有 75.9%，認為中醫是「少部分實証醫學，大部分經驗」，有 16.7% 認為中醫是「實証醫學與經驗各半」；而在工作場所中沒有提供中醫服務的受訪醫師中有 57.6%，認為中醫是「少部分實証醫學，大部分經驗」，有 23.9% 認為中醫是「實証醫學與經驗各半」。

五、不同性別、不論服務場所或科別的受訪醫師對於宗教信仰在臨床實質或精神上療效的看法，並沒有顯著性的差異。

整體而言不論醫師的年齡層為何，約佔有 32.4% 的不同年齡層受訪醫師認為，宗教信仰在臨床上具有「中等程度」的療效，其次則有 29.9% 的醫師認為「常常」具有療效，24.5% 認為「偶而有」療效。

第五章 結論與建議

本研究主要目的是希望瞭解西醫師本身，在尋求醫療服務時的各相關考慮因素、求醫過程時所佔的優劣勢與選擇取向、選擇醫療提供者的考量因素、以及對不同醫療體系的看法等。研究者以受過目前主流醫療體系訓練的全國醫師為研究母群體，用 PPS 及系統隨機抽樣法選出所需研究對象，以郵寄問卷的方式收集到 242 份有效問卷，並將所得資料予以次數分析 (frequency table) 卡方考驗 (Chi-square test) 分析後得出本研究之發現結果，並據此結果提出整體性之結論與建議，以為後續相關研究之參考。

第一節 研究發現

研究者依據前一章各分節之綜合討論結果，以求醫行為模式的大略順序為本，歸納整理後將重點發現摘要說明如下：

一、研究對象基本資料部分

1. 在受訪醫師本身的宗教信仰方面，有 (任何) 宗教信仰的受訪醫師約佔總數的 47.2 %，不具有宗教信仰的醫師約佔全部的 46.7 %；大致而言，有宗教信仰及無宗教信仰的醫師人數比例約各佔一半。

2. 在受訪醫師的健康狀況方面，以自覺目前狀況「很好」或「普通」者最多，共佔全部之 86.8 %，同時卻也有約 46.3 % 的醫師表示，在受訪當時的三個月內曾服用或正在服用各類治療藥物。

3. 平均運動量方面，受訪醫師以每星期運動一次最多，約佔 33.1 %。而健康檢查方面，以平均每年為自己做一次健檢佔最多人數比例，約有 36.0 %。

二、研究對象態度量表部分

在受訪醫師的經驗中，其親友、病人曾經試過中醫治療的比例相對的比試過民俗療法的比例要多。而在「中醫治療」或「民俗療法」的接受度上，受訪醫師以對「親友」及「病人」尋求中醫或民俗療法的相對接受度較高，而對「自己」使用中醫或民俗療法的相對接受度較低。更進一步的分析則指出，受訪醫師對於「中醫治療」比「民俗療法」在相對上具有較高的接受度。至於宗教信仰在臨床上所扮演的角色，受訪醫師主觀上偏向於認為，宗教信仰在「精神」層面上相對於「實際」層面上較有臨床方面的效用。

三、研究對象求醫資訊來源部分

1. 約有 66.6 % 的受訪醫師，其每月平均接受繼續教育的時間多在一小時以上，八小時以內。而佔總數約 92.9 % 的醫師，參加繼續教育的課程內容則是以目前所從事的專長科系佔最多數。至於專長以外的醫學知識來源依次有「參加再教育課程」、「報章雜誌」、「自行進修」等。

2. 整體而言，約有 86.0 % 的受訪醫師認為求醫時的相關的資訊來源，是「還好」、「還算容易」或「很容易」。另外，有約總數 91.3 % 及 69.0 % 的受訪醫師對於為其看診醫師的性別、年齡並不在意。

四、研究對象求醫行為部分

研究發現，當醫師本身需要就醫時，若是本身的專長則有約佔全數 79.3 % 的醫師，會選擇「先自行處置，沒改善再說」。但若不是本身的專長則約有 46.3 % 的醫師，會選擇「直接找認識的專科醫師治療」。但是國內醫師求醫時並沒有人會選擇「直接找不認識的醫師」治療。

五、研究對象醫療體系選擇部分

對不同醫療體系的信任度比較上，在中醫部分有總比例約 26.4 % 的受訪醫師，對於中醫是持有懷疑的態度。在民俗療法部分有總比例約 59.1 % 的受訪醫師，對於民俗療法是採取高度懷疑的態度。同樣的統計方式在西醫本身部分則僅有 2.1 % 的醫師，對於西醫是持有懷疑的態度。另外當被問及自己最信任的醫療系統時，有 91.3 % 的受訪醫師選擇「西醫」，而另一方面也有約總數的 48.3 % 的醫師表示，對於西醫的信任度是「會因疾病而有不同的信任度」。

六、研究對象醫療體系利用率部分

1. 若強調針對門診疾病與惡性腫瘤的治療方式比較上，受訪醫師對非主流醫療體系的利用度會明顯的增高，對中醫的利用率由 31.0 % 提高到 57.0 %，增加近兩倍；而在民俗療法的利用率上則由 6.6 % 提高到 20.7 %，增加至三倍強。其原因都是「因該疾病西醫無有效治療方法」以及「試試無妨」。

2. 另一方面，生病時受訪醫師認為「不會考慮」的醫療方式，其人數比例以西醫、中醫、民俗療法依序排列，各有 2.9 %、23.1 %、49.6 % 的受訪對象如此表示。

3. 以同樣是醫師的身分就診時，約有 45.0 % 替他看診的醫師，會「感到比較有壓力」，另外約有 25.6 % 的看診醫師認為和其他任何患者一樣，沒什麼特別。而當自己是病人的角色時，約有 61.6 % 的受訪醫師希望自己會受到特別的待遇，另外 9.9 % 的醫師則回答「視疾病輕重而定」。

4. 有 55.0 % 的受訪醫師在生病期間面對自己的病人時會覺得「有一點點壓力」，其中男醫師較女醫師會感到有較大的壓力。醫師有壓力的原因依次是「怕體力不夠」、「怕感染給周遭的人」以及「自己覺得不好意思」。而佔受訪人數 31.4 % 的醫師則認為「無任何影響」。

第二節 結論

本研究指出，處於同樣社會文化薰陶下的醫師本身在一般求醫行為模式上，與一般民眾相比兩者之間並沒有很大的不同，但在求醫過程中的資訊來源與醫療資源，則較一般民眾佔有優勢地位，而且在部分議題上有其特殊考量之處。研究者綜合前述之研究所得資料之分析結果，歸納出本研究的結論如下：

一、醫師本身的醫療資訊來源與個人基本變項間沒有顯著的差異。

在醫師的相關求醫資訊來源部分，大部分醫師不論在打聽任何科系醫師，或查詢任何相關醫療資訊上均算容易，且其求醫行為和醫師的資訊來源容易度成正比例的關係，亦即資訊來源越豐富的醫師勾選「直接找認識的專科醫師」的比例也越高。

而醫師本身專長以外的醫學知識來源有「參加再教育課程」、「報章雜誌」、「自行進修」等。大部分醫師每月平均接受 1 小時至 8 小時的繼續教育課程。而所參加的課程內容，不論醫師所屬的年齡層為何均是選擇「目前所從事的專長科系」佔最多數，而選擇此項課程的醫師人數比例，隨著年齡的增長而減少。

二、醫師本身在尋求醫療服務時有其特殊性與優勢。

當醫師本身求醫時，並不在意看診醫師的性別、年齡，「是否認識該醫師」才是主要的考慮因素，但若合併考慮該看診醫師「醫術是否精湛」時，則以後者為優先選擇。而且大部分的醫師會希望自己就醫時能受到特別的待遇。研究結果顯示並沒有任何一位受訪醫師就醫時會特別考慮「收費是否合理」的問題。

在醫病溝通上，身為「醫師病人」的角色比身為「醫師」的角色，比較少出現醫病之間的溝通問題。研究發現，醫師本身求醫時有關的醫病溝通障礙和其性別、年齡等個人基本背景變項之間沒有差異性存在。同樣地，求醫時求診對象的科別也不會對醫師產生任何障礙。

三、醫師本身對需求的醫療體系有其特殊的考量因素

研究顯示，西醫師對不同醫療體系的信任程度，依次為西醫、中醫、民俗療法。在利用率上，不論是本身或是認識的西醫朋友均以西醫的處置方式為首選，其次則是選擇中醫藥，選擇的原因是「因該疾病西醫無有效的治療方法」及「試試無妨」的態度。基本上，醫師對不同醫療體系的信任度與利用率呈現正相關的關係。

研究指出，西醫師在從事臨床工作後對於西醫以外的醫療利用率有明顯降低的趨勢。但是若特別強調針對惡性腫瘤的治療，則西醫師對中醫的利用率增加近兩倍；而對民俗療法的利用率則增加至三倍強。而且，服務場所的醫療環境會影響西醫師對中醫的利用率，在服務場所中有提供中醫服務者，西醫師對中醫的利用率相對地比沒提供中醫服務場所中的西醫師，有較高的中醫利用率。

四、醫師本身對不同的醫療體系有不同的評價

西醫師對三種不同醫療體系的看法偏向於，西醫是「大部分實証醫學，少部分經驗」；中醫是「少部分實証醫學，大部分經驗」；民俗療法是「完全靠經驗」。

五、與醫師相關的特殊研究議題

在醫師的醫療人際網絡上，各科醫師中佔大部分的人數比例均自覺和其他不同科系醫師具「普通」關係；其中，婦產科醫師有較佳的不同科系間之人際關係，牙科醫師則相對的稍許較差。

宗教信仰上，受訪醫師主觀上偏向於認為宗教信仰在臨床醫學上具有中等程度的療效，而所謂臨床上的療效則是以「精神」層面上，相對於「實際」層面上的效果較佳。

第三節 建議

在國內外的文獻資料中，針對以醫師本身為研究對象的相關研究尚屬不多，對於諸多相關議題還有很多值得更進一步的研究空間，今提出幾點在研究過程中之心得發現，以為相關對象及後續研究者之參考。

一、對醫療相關對象的建議

1. 建議各醫學院校以及衛生主管機關加強醫學倫理課程內容，教導醫學生或畢業的醫師如何增進醫病溝通的技巧，同時增加對不同醫療體系的概論課程，以助益在從事臨床工作時，能以病人認知的角度來解釋必需的醫療行為。

2. 建議各醫療機構除了提供各科醫師的繼續教育課程外，可廣開針對一般民眾的醫學常識教育課程，便利民眾醫療資訊的獲得，以提升一般民眾的基本醫學常識，緩和民眾求醫過程的不安，俾使患者能及早獲得專業的醫療協助。

3. 建議各科醫師增加科際間的交流合作關係，除了可改善各科系醫師間的人際網絡外，同時也保障患者在需要轉診或會診時能受到適當的醫療協助，裨益民眾獲得正確且即時的醫療照顧機會。

二、對後續相關研究的建議

1. 將近半數的受訪醫師在三個月內有服用過藥物，可針對其服用的藥物種類及原因以及服藥後是否會對其工作有所影響之處，加以深入分析研究。

2. 同樣是以醫師身分就診時，約有半數替他看診的醫師，會「感到比較有壓力」，可再針對此壓力的來源及背景原因加以深入研究。

3. 當醫師本身求醫時，並不在意看診醫師的性別、年齡，為何「是否認識該醫師」是主要的考慮因素，其背景因素值得加以近一步研究。

4. 當醫師本身自己需要就醫，身分是病人的角色時，為何有半數的受訪醫師明確表示希望自己會受到特別的待遇，可再加以近一步深入探討其中的考慮因素。

5. 也有約總數約 48.3 % 的醫師表示，對於西醫的信任度是「會因疾病而有不同的信任度」，至於是哪一類型的疾病及信任程度為何，都值得近一步探討。

6. 本研究在有效問卷的回收比例上，受訪對象女性醫師的比例僅佔 16.1 %，對於特定性別的求醫資料，在分析上難免稍嫌不夠均衡，後續研究者或可針對特定性別的求醫行為作研究，以獲得近一步的研究結果。

7. 本研究只針對西醫師的求醫行為作探討，後續研究者可以從中醫師或民俗療法提供者的立場出發，作不同角度求醫行為之探討以為相互比較，以增加相關研究資料之廣度。

8. 本研究採用的是郵寄無記名方式收集所需資料，但因整體醫師名冊取得不易且服務醫師的高流動率，導致所抽樣的受訪對象有很高比例已無法追蹤，在問卷回收過程中不得不以具同質性的醫師代替，此現象值得後續研究者加以事先留意。

9. 本研究在問卷回收過程中，許多受訪對象對填答問卷的意願不高甚且排斥，後續研究者或可對研究對象改採立意取樣方式作深度訪談之質性研究，以增加相關研究資料之深度。

參 考 文 獻

一、 中文部分

- 丁先玲、王榮德、許文林 (1993) 台灣地區居民意外災害及惡性腫瘤、腦血管疾病之累積死亡率與潛在生命損失之長期趨勢(1971-1990)。 *中華衛誌* , 12(1) , 84-91。
- 丁志音 (1995) *台灣地區婦女的社會角色與其健康狀況及就醫行為的關係* (NSC83-0412-B002-028)。台北：台灣大學醫學系公共衛生科。經費來源：行政院國家科學委員會 (NSC)。
- 王乃弘 (1999) 民眾就醫選擇之研究---分析層級程序法之應用。 *中華衛誌* , 18 (2) , 138-151。
- 王美乃、毛新春、喻永生 (1995) 胰島素依賴型糖尿病病童家長為其子女疾病尋求醫療之行為探討。 *公共衛生* , 22 (2) , 75-85。
- 王英偉 (1988) *台灣地區病人求醫行為及對治療之期望*。台北：台灣省立台北醫院。經費來源：台灣省衛生處。
- 史麗珠、彭佩宜、高鳳聲、蘇靖鈞、鄭蕙君、李幸禧 (2000) 北部某大學學生的求醫行為：中西醫之選擇。 *秀傳醫學雜誌* , 2 (4) , 151-159。
- 吉元昭治 (1999) *臺灣寺廟藥籤研究：道教醫方與民間療術*。台北：武陵。
- 何怡儒 (2002) *癌患家屬照顧經驗中壓力之探討*。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 何裕民 (2002) 呼喚人性的醫學 對醫學人性化和人文化回歸的企盼。 *醫學與哲學* , 23 (9) , 12-14。
- 何權瀛 (2002) 現代醫學的有限與無奈。 *醫學與哲學* , 23 (1) , 9-11。
- 余德慧、石佳儀 (2003) *生死學十四講*。台北：心靈工坊。
- 吳明隆 (2003) *SPSS 統計應用實務*。台北：松崗。
- 宋欣怡 (2001) *民眾就醫選擇資訊的潛在需求研究*。台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，未出版，台北。

- 杜異珍 (1992) 文化對女性乳癌病患醫療行為之影響。 *榮總護理*, 9 (2), 127-133。
- 林文香(1992) 為推展護理本土化奠石---認識民間醫療行為 *榮總護理*, 9 (2), 110-116
- 林文香、楊文山、林孝義 (1993) 全身性紅斑狼瘡患者之求醫行為及其影響因素探討。
公共衛生, 20 (3), 265-276。
- 林芸芸 (1992a) 社會保險醫療給付、就醫交通時間和中西醫療利用 以新店居民為例。 *中華民國家庭醫學雜誌*, 2 (3), 115-129。
- 林芸芸 (1992b) 大學生的中、西醫醫療求醫行為。 *中華民國家庭醫學雜誌*, 2 (4), 176-186。
- 林清山 (2001) *心理教育與統計學*。台北：東華書局。
- 邱皓政 (2002) *量化研究與統計分析：SPSS 中文視窗版資料分析範例解析*。台北：五南圖書。
- 侯毓昌、黃文鴻 (1999) 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*, 18 (1), 34-43。
- 胡幼慧 (1988) 文化、行為與健康。 *公共衛生*, 15 (3), 293-301。
- 胡幼慧 (2001) *新醫療社會學：批判與另類的視角*。台北：心理。
- 孫寶良、滕百軍 (2002) 現代醫學存在自身缺陷的依據、原因、現象及其後果。 *醫學與哲學*, 23 (1), 12-15。
- 翁麗雀 (2001) 乳癌病人之就醫行為。 *護理雜誌*, 48 (3), 71-74。
- 崔玖 (1994) *中西醫結合之臨床研究(NRICM-84113)*。台北：圓山診所群。經費來源：教育部。
- 康健壽、李金鳳、陳介甫 (1994) 病患利用中西醫門診相關因素。 *台灣醫誌*, 93 (Suppl.1), S49-S55。
- 康健壽、李金鳳、陳介甫 (1995) 單複項求診行為的相關因素之探討。 *中醫藥雜誌*, 6 (3), 175-186。
- 張念慈 (2000) *台北市社區領袖醫療資源利用及其相關因素探討*。國立陽明大學社區護理研究所碩士論文，未出版，台北。
- 張荳雲 (1998a) *醫療與社會---醫療社會學的探索*。台北：巨流。
- 張荳雲 (1998b) 「逛醫師」的邏輯---求醫歷程的分析。 *臺灣社會學刊*, (21), 59-87。

- 張珣（2000）*疾病與文化---台灣民間醫療人類學研究論集*。台北：稻香出版社。
- 張雅惠（2000）*病患健康資訊來源及其相關因素之研究*。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，未出版，台中。
- 曹麗英（1999）*中西醫門診更年期婦女求醫經驗之探討*（NSC88-2314-B255-004）。台北：長庚護專護理科。經費來源：行政院國家科學委員會。
- 梁靜祝（1997）*影響肝炎病患醫療行為的決定因子*（NSC86-2314-B002-277）。台北：台灣大學護理系。經費來源：行政院國家科學委員會。
- 莊玟玲、金繼春（2002）一位初診斷為乳癌婦女的訊息需求。*醫護科技學刊*，4(2)，1216-135。
- 許木柱（1992）民俗醫療與醫護因應。*榮總護理*，9（2），117-120。
- 郭麗馨（2002）*生病陪伴歷程的體驗—一位兒癌母親的自述*。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 陳美倫、郭憲文、陳滋彥（1994）肝硬化病人支持系統、憂鬱與焦慮反應及其因應行為之相關性研究。*中華公共衛生雜誌*，13（4），330-341。
- 陳清芳、潘彥妃（2002）*良醫抗病全紀錄*。台北：文經社。
- 陳晶瑩、賴美淑、李龍騰（1991）三芝鄉女性膝部骨關節炎患者功能評估及求醫行為之探討。*中華民國家庭醫學雜誌*，1（2），89-99。
- 曾淑芬、張良銘（1998）醫療資訊網站之內容分析及使用者調查。*醫療資訊雜誌*，（8），54-72。
- 黃郁雅（2002）*不孕症婦女民俗醫療經驗與求醫行為之研究*。南華大學生死學研究所碩士論文，未出版，嘉義。
- 黃國晉、梁繼權、李龍騰（1995）某山地鄉民眾中西醫醫療使用及對其評價。*中華民國家庭醫學雜誌*，5（2），64-73。
- 楊文山（1992）台灣地區求醫行為之分析。*榮總護理*，9（2），121-126。
- 楊翎（2002）*台灣民俗醫療，漢人信仰篇*。台中：國立自然科學博物館。
- 劉典恩（2002）論醫學人文精神的重塑。*醫學與哲學*，23（9），15-18。
- 蔡景仁（1994）*社會文化因素對癩癩病患醫療抉擇的影響*（NSC78-0412-B006-36）。台南：成功大學醫學系神經科。經費來源：行政院國家科學委員會。

蔡榮茂 (2002) 另類醫療。南光大道, (4), 56-60。

鄭讚源 (1999) 社會網絡、社會整合與學習型家庭：機會與挑戰。載於教育部 (主辦),
學習型家庭理論與實務研討會資料。台北：台灣師範大學。

魏美珠、楊美雪、吳聰慧 (1993) 台南市居民醫療院所利用率及就醫障礙因素之調查
分析。公共衛生, 19 (4), 345-352。

二、 翻譯著作

成島香里(2000/2002). Isha Wa Jibun No Byouki Wo Naoseruka-Oishasan 15-Nin No
Toubyouki.

章蓓蕾 (譯) 15 位醫師抗病記。台北：天下遠見。

Babbie E. (1998/1998). The practice of social research.

李美華、孔祥明、林嘉娟、王婷玉 (譯) 社會科學研究方法。台北：時英。

Cockerham, W. C. (2001/2002). Medicial Sociology.

朱巧艷、蕭佳華 (譯) 醫療社會學。台北：五南。

Foster, G. M., & Anderson, B. G. (1978/1992). Medical anthropology.

陳華、黃新美 (譯) 醫學人類學。台北：桂冠。

Hyde, M. (1992/1995). Jung fir beginners.

蔡昌雄 (譯) 榮格。台北：立緒。

Kumar R. (2000/2001). Research methodology a step-by-step guide for beginners.

潘中道、黃瑋瑩、胡龍騰 (譯) 研究方法步驟化學習指南。台北：學富文化。

Mangione T. W. (1995/1999). Mail surveys: improving the quality.

王昭正、朱瑞淵 (譯) 郵寄問卷調查。台北：弘智文化。

Moyers, B. (1993/1999). Healing and the mind.

彭淮棟 (譯) 身心桃花源---當洋醫生遇見赤腳仙。台北：張老師文化。

Orsborn, C. (1997/1999). The art of resilience.

郭和杰 (譯) 受傷的心, 總有一天會復原。台北：水瓶世紀。

Tillich, P. (1956/1994). Dynamics of faith.

魯燕萍 (譯) 信仰的動力。台北：桂冠。

van den Berg, J. H. (1952/2001). Psychology of the sickbed.

石世明 (譯) 病床邊的溫柔。台北：心靈工坊。

三、 英文部分

- Bassols, A., Bosch, F., & Banos, J. E. (2002). How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia Spain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(4), 318-328.
- Brown, J. V., & Rusinova, N. L. (2002). "Curing and Crippling" : Biomedical and alternative healing in post-Soviet Russia. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 583(1), 160-172.
- Burge, M. R., Lucero, S., Rassam, A. G., & Schade, D. S. (2000). What are the barriers to medical care for patients with newly diagnosed diabetes mellitus. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2(6), 351-354.
- Burgess, C., Hunter, M. S., & Ramirez, A. J. (2001). A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *British Journal of General Practice*, 51(12), 967-971.
- Cline, R. J. W., & Haynes, K. M. (2001). Consumer health information seeking on the internet: the state of the art. *Health Education Research*, 16(6), 671-692.
- Guo, Y., Kuroki, T., Yamashiro, S., & Koizumi, S. (2002). Health Services Research. Illness behavior and patient satisfaction as correlates of self-referral in Japan. *Family Practice*, 19(4), 326-332.
- Hibbard, J. H., Geenlick, M., Jimison, H., Capizzi, J., & Kunkel, L. (2001). The impact of a community-wide self-care information Project on self-care and medical care utilization. *Evaluation & the Health Professions*, 24(4), 404-423.
- Ingstad, B., & Christie, V. M. (2001). Encounters with illness: the perspective of the sick doctor. *Anthropology & Medicine*, 8(2), 201-210.
- Jonas, W. B. (2001). Advising patients on the use of Complementary and alternative medicine. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(3), 205-214.
- Kart, C. S., Metress, E. S., & Metress, S. P. (1990). What are the result of aging ? In C. S. Kart (Ed.), *The realities of aging : an introduction to gerontology*. (pp. 67-93). Boston :

Allyn and Bacon.

- Larkey, L. K., Hecht, M. L., Miller, K., & Alatorre, C. (2001). Hispanic cultural norms for health-seeking behaviors in the face of symptoms. *Health Education & Behavior, 28*(1), 65-80.
- Lau, J. T. F., Yu, A., Cheung, J. C. K., & Leung, S. S. F. (2000). Studies on common illnesses and medical care utilization patterns of adolescents in Hong Kong. *Journal of Adolescent Health, 27*(6), 443-452.
- Matthews, A. K., Sellergren, S. A., Manfredi, C., & Williams, M. (2002). Factors influencing medical information seeking among African American cancer patients. *Journal of Health Communication, 7*(3), 205-219.
- McKevitt, C., & Morgan, M. (1997). Anomalous patients: the experiences of doctors with an illness. *Sociology of Health & Illness, 19*(5), 644-667.
- Millard, R.W., & Fintak, P. A. (2002). Use of the internet by patients with chronic illness. *Disease Management & Health Outcomes, 10*(3), 187-194.
- Nylenna, M., & Gjerlow Aasland, O. (2000). Primary care physicians and their information-seeking behavior. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 18*(1), 9-13.
- Perquin, C. W., Hunfeld, J A. M., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., van Suijlekom-Smit, L. W. A., Passchier, J., Koes, B W., & van der Wouden, J. C. (2001). Insights in the use of health care services in chronic benign pain in childhood and adolescence. *Pain, 94*(2), 205-213.
- Reilley, B., Abeyasinghe, R., & Pakianathar, M. V. (2002). Barriers to prompt and effective treatment of malaria in northern Sri Lanka. *Tropical Medicine & International Health, 7*(9), 744-749.
- Reilly, D. (2001). Comments on complementary and alternative medicine in Europe. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine, 7*(supplement 1 to issue 1), 23-31.
- Ricci, J. A., Baggish, J. S., Hunt, T. L., Stewart, W. F., Werzog, A. R., & Diokno, A. C. (2001). Coping strategies and health care-seeking behavior in a US national sample of

- adults with symptoms suggestive of overactive bladder. *Clinical Therapeutics*, 23(8), 1245-1259.
- Rosvold, E. O., & Bjertness, E. (2002). Illness behavior among Norwegian physician. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(2), 125-132.
- Rosvold, E.O., & Bjertness, E. (2001). Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(1), 71-75.
- Stavem, K., Hofoss, D., Aasland, O. G., & Loge, J. H. (2001). The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(3), 194-199.
- Stein, G.L., & Bonuck, K.A. (2001). Original research: physician - patient relationships among the lesbian and gay community. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 5(3), 87-93.
- Stuckey, J. C. (2001). Blessed assurance the role of religion and spirituality in Alzheimer's disease care giving and other significant life events. *Journal of Aging Studies*, 15, 69-84.
- Thorson, A., Hoa, N. P., & Long, N. H. (2000). Health-seeking behavior of individuals with a cough of more than 3 weeks. *Lancet*, 356, Issue 9244, p1823, 2p, 2charts.
- Tsao, L-I. (2002). Relieving discomforts: the help-seeking experiences of Chinese perimenopausal women in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 580-588.
- Walker, K. L., Arnold, C. L., Miller-Day, M., & Webb, L. M. (2001). Investigating the physician-patient relationship: Examining emerging themes. *Health Communication*, 14(1), 45-68.
- Westbrook, J. I., McIntosh, J., & Talley, N. J. (2000). Factors associated with consulting medical or non-medical practitioners for dyspepsia: an Australian population-based study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 14(12), 1581-1588.
- Wiles, J., & Rosenberg, M.W. (2001). 'Gentle care experience' – seeking alternative health care in Canada. *Health and Place*, 7(3), 209-224.
- Yamasaki-Nakagawa, M., Ozasa, K., Yamada, N., Osuga, K., Shimouchi, A., Ishikawa, N.,

Bam, D. S., & Mori, T. (2001). Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behavior in a rural area of Nepal. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 5(1), 24-31.

Young, J. C., & Garro, L. C. (Eds.). (1994). *Medical choice in a Mexican village*. Illinois, Waveland press.

四、 網路資料

行政院衛生署。民國 90 年國人主要死因統計資料。2002 年 6 月 22 日，取自
http://www.doh.gov.tw/statistic/data/公佈欄資料檔/90死因/台灣死因_90.xls

行政院衛生署。民國 90 年國人主要死因統計資料。2002 年 6 月 22 日，取自
<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/公佈欄資料檔/90死因/90年死因分析.doc>

胡文郁、邱泰源、釋慧敏、陳慶餘、陳月枝。從醫護人員角度探討癌末病人之靈性需求。2000 年 7 月 13 日，取自
<http://www.humanity.nia.edu.tw/~huimin/paper/spneed/spneed.htm>

附表 3-2-4 台北縣研究對象抽樣架構 (Sampling frame) 醫師人數統計

鄉鎮別	醫師人數	累進人數	牙醫師人數	累進人數	累進人數總計
三重市	222	222	136	136	358
蘆洲市	60	282	45	181	463
八里鄉	18	300	4	185	485
新莊市	268	568	136	321	889
泰山鄉	19	587	17	338	925
五股鄉	10	597	13	351	948
林口鄉	10	607	10	361	968
板橋市	402	1009	217	578	1587
土城市	88	1097	59	637	1734
樹林鎮	47	1144	40	677	1821
鶯歌鎮	23	1167	16	693	1860
三峽鎮	96	1263	24	717	1980
中和市	154	1417	131	848	2265
永和市	163	1580	115	963	2543
新店市	191	1771	95	1058	2829
烏來鄉	1	1772	1	1059	2831
石碇鄉	1	1773	0	1059	2832
深坑鄉	27	1800	7	1066	2866
坪林鄉	1	1801	1	1067	2868
汐止鎮	61	1862	42	1109	2971
萬里鄉	3	1865	1	1110	2975
金山鄉	4	1869	3	1113	2982
瑞芳鎮	19	1888	10	1123	3011
雙溪鄉	2	1890	2	1125	3015
貢寮鄉	2	1892	0	1125	3017
平溪鄉	1	1893	0	1125	3018
淡水鎮	155	2048	47	1172	3220
三芝鄉	4	2052	4	1176	3228
石門鄉	2	2054	0	1176	3230
其他	0	2054	2	1178	3232

附表 3-2-5 桃園縣研究對象抽樣架構 (Sampling frame) 醫師人數統計

鄉鎮別	醫師人數	累進人數	牙醫師人數	累進人數	累進人數總計
桃園市	488	488	143	143	631
龜山鄉	835	1323	68	211	1534
八德市	48	1371	31	242	1613
大溪鎮	30	1401	16	258	1659
復興鄉	3	1404	0	258	1662
蘆竹鄉	28	1432	29	287	1719
大園鄉	28	1460	17	304	1764
中壢市	209	1669	129	433	2102
平鎮市	97	1766	48	481	2247
觀音鄉	13	1779	7	488	2267
新屋鄉	11	1790	4	492	2282
楊梅鎮	78	1868	30	522	2390
龍潭鄉	153	2021	33	555	2576
其他	0	2021	1	556	2577

附表 3-2-6 台中縣研究對象抽樣架構 (Sampling frame) 醫師人數統計

鄉鎮別	醫師人數	累進人數	牙醫師人數	累進人數	累進人數總計
豐原市	194	194	66	66	260
后里鄉	19	213	13	79	292
潭子鄉	37	250	36	115	365
神岡鄉	24	274	13	128	402
大雅鄉	31	305	27	155	460
東勢鎮	38	343	12	167	510
新社鄉	9	352	4	171	523
石岡鄉	1	353	1	172	525
和平鄉	3	356	0	172	528
清水鎮	36	392	22	194	586
大甲鎮	104	496	14	208	704
外埔鄉	6	502	2	210	712
大安鄉	2	504	1	211	715
沙鹿鎮	216	720	25	236	956
梧棲鎮	22	742	6	242	984
龍井鄉	18	760	17	259	1019
大肚鄉	15	775	12	271	1046
烏日鄉	26	801	20	291	1092
霧峰鄉	39	840	15	306	1146
大里市	156	996	84	390	1386
太平市	154	1150	64	454	1604

附表 3-2-7 台南縣研究對象抽樣架構 (Sampling frame) 醫師人數統計

鄉鎮別	醫師人數	累進人數	牙醫師人數	累進人數	累進人數總計
新營市	89	89	29	29	118
鹽水鎮	13	102	5	34	136
白河鎮	17	119	5	39	158
麻豆鎮	47	166	9	48	214
佳里鎮	54	220	14	62	282
新化鎮	32	252	7	69	321
善化鎮	25	277	10	79	356
學甲鎮	12	289	3	82	371
柳營鄉	3	292	1	83	375
後壁鄉	6	298	1	84	382
東山鄉	4	302	1	85	387
下營鄉	11	313	4	89	402
六甲鄉	16	329	3	92	421
官田鄉	5	334	2	94	428
大內鄉	3	337	0	94	431
西港鄉	7	344	3	97	441
七股鄉	3	347	2	99	446
將軍鄉	2	349	0	99	448
北門鄉	2	351	0	99	450
新市鄉	16	367	8	107	474
安定鄉	6	373	0	107	480
山上鄉	2	375	0	107	482
玉井鄉	7	382	2	109	491
楠西鄉	7	389	2	111	500
南化鄉	2	391	0	111	502
左鎮鄉	1	392	0	111	503
仁德鄉	27	419	8	119	538
歸仁鄉	27	446	9	128	574
關廟鄉	12	458	3	131	589
龍崎鄉	1	459	0	131	590
永康市	273	732	82	213	945
新化鄉	0	732	1	214	946

附錄一 預試問卷調查表

醫師您好：

您收到的是針對國內醫師求醫行為的學術問卷調查的預試問卷。您的意見對於我們的正式問卷內容有相當大的助益，希望您能在百忙之中撥出十分鐘時間，協助填答本問卷。

本問卷調查旨在探討醫療主導者—醫師本身的就醫行為。由於醫師所從事的是診斷、照顧與治療病人的行業，一般人直覺地認為醫師應該是最懂得維護自己健康狀況的人。因此，若醫師自己生病了，其就醫模式會是一般民眾所好奇甚或樂於引為借鏡之處。

本研究即是以此為出發點，以全國的醫師為研究對象，期望能了解醫師本身的就醫思考模式，進而能對一般民眾的就醫行為有所啟發與引導。

本問卷乃採電腦抽樣不記名方式，所得內容僅供整體性統計分析之用，個人資料部分亦僅作學術研究之用，不會洩漏他用，敬請安心作答。

懇請您本著鼓勵學術研究與提攜後進的精神，撥冗完成本問卷，並請務必於一週內寄回（已附回郵信封，免貼郵票）。

謹祝安康！

南華大學	生死學研究所
研究生	林萬壹 敬上
聯絡電話	049-2565626
電子郵件	linwanyi@ms6.hinet.net

填寫方式：請依實際狀況在 內打✓

第一部分 醫療資訊來源

1. 您從事臨床工作至今每月參加再教育課程的平均時數： 1.少於 4 小時 2.約 5-8 小時 3.約 9-16 小時 4.約 17-24 小時 5.約 25-32 小時 6.多於 33 小時
2. 請問您最常參加何種再教育的課程： 1.從未參加 2.目前從事的專長科系 3.其他科系 4.醫學以外的課程
3. 除了您本身專長以外的醫學知識，您主要是從何處獲得： 1.自行進修 2.參加再教育課程 3.詢問同事同學 4.報章雜誌 5.上網查詢 6.其他_____
4. 如果您要打聽任何科系的醫師或查詢相關醫院資訊，會： 1.很困難 2.有點困難 3.還好 4.還算容易 5.很容易 6.沒試過
5. 您覺得您和不同科系醫師的關係是： 1.非常熟 2.有點熟 3.普通 4.不太熟 5.很不熟悉
6. 您平均多久會有一次身體不適，需要治療（含流行性感冒、牙痛）： 1.半年以內 2.半年至一年內 3.一年至一年半 4.一年半至二年 5.二年以上
7. 當您需要就醫時，對於看診醫師的性別，您會： 1.選同性別的醫師 2.選不同性別的醫師 3.無所謂
8. 當您需要就醫時，對於看診醫師的年齡，您會： 1.選年齡相仿的醫師 2.選比自己年輕的醫師 3.選比自己年長的醫師 4.只要不是 young R 即可 5.都無所謂
9. 您平常多久會和其他醫師聯絡一次（不含會診）： 1.一星期 2.二星期 3.三星期 4.四星期 5.二個月 6.三個月（含）以上

第二部分 求醫行為

說明：文中的「民俗醫療」指的是草藥治療、病理按摩、氣功治療、芳香療法、秘方、收驚、問神、香灰治療、符咒驅邪等等

10. 當您有任何不適的症狀需就醫，且是本身的專長時，您會： 1.先自行處置，沒改善再說 2.私下先詢問同事、同學再自行處置 3.直接找認識的專科醫師治療 4.直接找不認識的專科醫師治療 5.其他_____
11. 當您有任何不適的症狀需就醫，但非本身的專長時，您會： 1.先自行處置，沒改善再說 2.私下先詢問同事、同學再自行處置 3.直接找認識的專科醫師治療 4.直接找不認識的專科醫師治療 5.其他_____
12. 當您身體不適不得不求助於別的醫師門診治療時，您都： 1.私下先徵詢認識的專科醫師意見，再自行治療 2.直接找認識的專科醫師 3.直接找不認識的專科醫師 4.先選醫院再選認識的醫師 5.先選醫院再選不認識的醫師 6.其他_____
13. 當您身體不適不得不求助於別的醫師住院治療時，您都： 1.直接找認識的專科醫師 2.直接找不認識的專科醫師 3.不論認不認識，確定是其專長再去找他 4.先選醫院再選認識醫師 5.先選醫院再選不認識的醫師 6.其他_____
14. 當您不得不求助於別的醫師治療時，就醫前您考慮的主要因素是什麼：
1.是否認識該醫師 2.醫術是否精湛 3.態度是否親切 4.位置近方便
5.收費是否合理 6.是否任職於教學醫院 7.以上皆是 8.沒意見
15. 如果您的患者之中有醫師，您會： 1.感到比較有壓力 2.語氣會較為親切
3.比較會特別待遇 4.以上皆是 5.沒影響，等同一般患者 6.視情況而定
7.其他_____
16. 請問除了自己以外，您知道有任何西醫師朋友曾經尋求西醫以外的任何醫療方式嗎？ 1.有 2.沒有 3.不知道（選2、3者請跳答第18題）
17. 請問他（她）選擇的醫療系統是： 1.中醫藥 2.民俗療法 3.其他_____

請您翻頁續答 謝謝

第三部分 醫療體系選擇

18. 請問您自己在從事臨床工作**之前**有否試過西醫之外的處置方式（可複選）： 1.從來沒有 2.中醫 3.民俗療法 4.其他_____
19. 請問您自己在從事臨床工作**之後**有否試過西醫之外的處置方式（可複選）： 1.從來沒有 2.中醫 3.民俗療法 4.其他_____
20. 請問您認為您和您的患者之間的溝通有否困難： 1.很困難 2.有點困難 3.不會 4.容易 5.很容易 6.其他_____
21. 當您不得求助於**別的**醫師治療時，您和您的醫師間的**溝通**是否有困難： 1.很困難 2.有點困難 3.不會 4.容易 5.很容易 6.其他_____
22. 當您不得求助於**別的**醫師治療時，您認為自己在何處上班會比較容易：
1.沒影響 2.自行開業 3.地區醫院 4.區域醫院 5.醫學中心
23. 當您不得求助於**別的**醫師治療時，您認為較不容易獲得哪個科別的醫療資源：
1.沒影響 2.內科系 3.外科系 4.婦產科 5.小兒科 6.皮膚科 7.牙科
8.眼科 9.耳鼻喉科 10.精神科 11.其他 _____科
24. 請問您自己最信任的醫療系統是： 1.西醫 2.中醫 3.民俗療法 4.其他

25. 我對西醫的信任度： 1.完全不信 2.會因疾病而有不同的信任度 3.不因疾病而有不同的信任度
26. 我對中醫的信任度： 1.完全不信 2.會因疾病而有不同的信任度 3.不因疾病而有不同的信任度
27. 我對民俗療法的信任度： 1.完全不信 2.會因疾病而有不同的信任度 3.不因疾病而有不同的信任度
28. 請問您近三個月內是否有服用藥物： 1.沒有 2.抗生素 3.制酸劑 4.心血管藥 5.精神安定劑 6.維他命 7.其他_____ 8.多於一種以上

第四部分 醫療體系利用率

29. 以自己的早期經驗為例，若患有門診就可處理的問題，請問您自己**曾經**嘗試過何種解決的方式： 1.只以西醫方式治療 2.偶爾看中醫 3.嘗試民俗療法 4.不嘗試任何醫療 5.其他_____
30. 以惡性腫瘤為例，在西醫醫療系統束手無策的疾病中，請問您自己**可能會**嘗試的醫療方式是： 1.依然是西醫 2.嘗試中醫 3.嘗試民俗療法 4.不嘗試任何醫療 5.其他_____
31. 生病時我選擇西醫治療： 1.不會考慮 2.因所患疾病不會致命 3.因所患疾病會致命 4.因沒有更好的醫療系統 5.完全只信任西醫 6.其他_____
32. 生病時我選擇中醫治療： 1.不會考慮 2.因所患疾病不會致命 3.因所患疾病會致命 4.因該疾病西醫無有效的治療方法 5.試試無妨 6.完全只信任中醫 7.其他_____
33. 生病時我選擇民俗醫療： 1.不會考慮 2.因所患疾病不會致命 3.因所患疾病會致命 4.因該疾病目前無有效的治療方法 5.因親人影響 6.試試無妨 7.其他_____
34. 在疾病診斷及治療上，我認為西醫： 1.純粹是實証醫學 2.大部分實証醫學,少部分經驗累積 3.實証醫學與經驗各半 4.少部分實證醫學,大部分經驗 5.完全靠經驗
35. 在疾病診斷及治療上，我認為中醫： 1.純粹是實証醫學 2.大部分實証醫學,少部分經驗累積 3.實証醫學與經驗各半 4.少部分實證醫學,大部分經驗 5.完全靠經驗
36. 在疾病診斷及治療上，我認為民俗療法： 1.純粹是實証醫學 2.大部分實証醫學,少部分經驗累積 3.實証醫學與經驗各半 4.少部分實證醫學,大部分經驗 5.完全靠經驗

請您翻頁續答 謝謝

37. 當您生病期間，在面對自己的病人時： 1.無任何影響 2.有一點點壓力
3.有中等壓力 4.有很大的壓力 5.有非常大的壓力 6.其他_____
38. 承上題，您會有壓力的原因是： 1.無任何影響 2.自己覺得不好意思
3.怕病人認為自己醫術不好 4.怕同事知道 5.怕感染給週遭的人 6.其他

第五部分 醫療體系接受度

請依程度的輕重依序填答： 1 表示從來沒有、決不； 2 表示偶而有、偶而可以；
3 表示中等程度； 4 表示常常、可以接受； 5 表示每次、完全接受。

1 2 3 4 5

1. 我的親友曾經試過中醫治療
2. 我的親友曾經試過民俗治療
3. 我的病人曾經試過中醫治療
4. 我的病人曾經試過民俗治療
5. 若有需要我可以接受我的親友以中醫治療
6. 若有需要我可以接受我的親友以民俗治療
7. 若有需要我可以接受我的病人以中醫治療
8. 若有需要我可以接受我的病人以民俗治療
9. 若有需要我可以接受我自己以中醫治療
10. 若有需要我可以接受我自己以民俗治療
11. 我在醫學院畢業前後的就醫模式有改變
12. 當自己需要就醫時會希望有特別的待遇
13. 依臨床經驗，您認為宗教信仰在對抗疾病上有否
實際上的療效
14. 依臨床經驗，您認為宗教信仰在對抗疾病上有否
精神上的療效

第六部分 基本資料

1. 您的性別為： 1.男 2.女
2. 您畢業於_____醫學（院、校）大學
3. 您目前的實際年齡為： 1. 23-29 歲 2. 30-39 歲 3. 40-49 歲 4. 50-59 歲
5. 60-69 歲 6. 70 歲以上
4. 您畢業至今約： 1. 1-10 年 2. 11-20 年 3. 21-30 年 4. 31-40 年 5. 40 年以
上
5. 教育程度： 1.大專 2.大學 3.碩士 4.博士 5.其他_____
6. 主要服務處所： 1.診所 2.地區醫院 3.區域醫院 4.醫學中心 5.退休、轉
業 6.其他_____
7. 主要服務科別： 1.內科系 2.外科系 3.婦產科 4.小兒科 5.皮膚科 6.
牙科 7.眼科 8.耳鼻喉科 9.精神科 10.其他 _____科
8. 宗教信仰： 1.無 2.佛教 3.道教 4.基督教 5.天主教 6.回教 7.其他

9. 婚姻狀況： 1.未婚 2.有配偶、同居 3.離婚、分居 4.喪偶
10. 目前健康狀況： 1.非常好 2.很好 3.普通 4.不好 5.很差
11. 請問您平均每週運動（每次至少三十分鐘）： 1.無 2.一次 3.二次 4.三次
5.四次 6.四次以上
12. 請問您近五年來平均多久會替自己做一次健檢（如驗血、口檢、超音波---）：
1.從來沒有過 2.每半年一次 3.每年一次 4.每二年一次 5.每三年一次
6.想到才做

問卷到此全部結束，煩請您即刻摺疊寄回（免貼郵票）

再次謝謝您的幫忙

祝您健康快樂

附錄二 正式問卷調查表

醫師您好：

您收到的是針對國內醫師求醫行為學術問卷調查的正式問卷。您的意見對於我們的研究內容有相當大的助益，希望您能在百忙之中撥出十分鐘時間協助填答本問卷。

本問卷調查旨在探討醫療主導者—醫師本身的求醫行為。由於醫師所從事的是診斷、照顧與治療病人的行業，一般人直覺地認為醫師應該是最懂得維護自己健康狀況的人。因此，若醫師自己生病了，其求醫模式會是一般民眾所好奇甚或樂於引為借鏡之處。

本研究即是以此為出發點，以全國的醫師為研究對象，期望能了解醫師本身的求醫思考模式，進而能對一般民眾的求醫行為有所啟發與引導。

本問卷乃採電腦抽樣不記名方式，所得內容僅供整體性統計分析之用，個人資料部分亦僅作學術研究之用，不會洩漏他用，敬請安心作答。

懇請您本著鼓勵學術研究與提攜後進的精神，撥冗完成本問卷，並請務必於一週內摺疊寄回（已附回函信封，免貼郵票）。

謹祝安康！

中正大學 社會福利研究所 助理教授 呂建德
南華大學 生死學研究所 研究生 林萬壹 敬上
聯絡電話 049-2565626
電子郵件 linwanyi@ms6.hinet.net

填寫方式：請依實際狀況在 內打√（單選）

第一部分 醫療資訊來源

1. 您從事臨床工作至今每月參加再教育課程的平均時數： 1.少於 4 小時 2.約 5-8 小時 3.約 9-16 小時 4.約 17-24 小時 5.約 25-32 小時 6.多於 33 小時
2. 請問您最常參加何種再教育的課程（單選）： 1.從未參加 2.目前從事的專長科系 3.其他科系 4.醫學以外的課程 5.2+3 6.2+4 7.3+4
3. 除了您本身專長以外的醫學知識，您主要是從何處獲得（單選）： 1.自行進修 2.參加再教育課程 3.詢問同事同學 4.報章雜誌 5.上網查詢 6.以上皆是
4. 如果您要打聽任何科系的醫師或查詢相關醫院資訊，會： 1.很困難 2.有點困難 3.還好 4.還算容易 5.很容易 6.沒試過
5. 您覺得您和不同科系醫師的關係是： 1.非常熟 2.有點熟 3.普通 4.不太熟 5.很不熟悉
6. 您平均多久會有一次身體不適，需要治療（含流行性感冒、牙痛）： 1.半年以內 2.半年至一年內 3.一年至一年半 4.一年半至二年 5.二年以上
7. 當您需要就醫時，對於看診醫師的性別，您會： 1.選同性別的醫師 2.選不同性別的醫師 3.無所謂
8. 當您需要就醫時，對於看診醫師的年齡，您通常會： 1.選和自己年齡相仿的醫師 2.選比自己年輕的醫師 3.選比自己年長的醫師 4.只要不是 young R 即可 5.都無所謂
9. 您平常平均多久會和其他醫師聯絡一次（不含會診）： 1.一星期 2.二星期 3.三星期 4.四星期 5.二個月 6.三個月（含）以上 7.不確定
10. 請問您近三個月內是否有服用藥物： 1.沒有 2.抗生素 3.制酸劑 4.止痛劑 5.心血管藥 6.精神安定劑 7.維他命 8.其他_____ 9.多於一種以上

第二部分 求醫行為（單選）

說明：文中的「民俗醫療」泛指草藥治療、病理按摩、氣功治療、芳香療法、秘方、收驚、問神、禪坐、瑜珈、催眠療法、符咒驅邪、生機飲食等等

11. 當您有任何不適的症狀需就醫，且是本身的專長時，您通常會： 1.先自行處置，沒改善再說 2.私下先詢問同事、同學再自行處置 3.直接找認識的專科醫師治療 4.直接找不認識的專科醫師治療 5.其他_____
12. 當您有任何不適的症狀需就醫，但非本身的專長時，您通常會： 1.先自行處置，沒改善再說 2.私下先詢問同事、同學再自行處置 3.直接找認識的專科醫師治療 4.直接找不認識的專科醫師治療 5.其他_____
13. 當您身體不適不得不求助於別的醫師門診治療時，您都： 1.私下先徵詢認識的專科醫師意見，再自行治療 2.直接找認識的專科醫師 3.直接找不認識的專科醫師 4.先選醫院再選認識的醫師 5.先選醫院再選不認識的醫師 6.其他_____
14. 當您身體不適不得不求助於別的醫師住院治療時，您都： 1.直接找認識的專科醫師 2.直接找不認識的專科醫師 3.不論認不認識，確定是其專長再去找他 4.先選醫院再選認識醫師 5.先選醫院再選不認識的醫師 6.其他_____
15. 當您不得不求助於別的醫師治療時，就醫前您考慮的主要因素是什麼（單選）：
1.是否認識該醫師 2.醫術是否精湛 3.態度是否親切 4.位置近方便 5.收費是否合理 6.是否任職於教學醫院 7.以上皆是 8.沒意見
16. 如果您的患者之中有醫師，態度上您會（單選）： 1.感到比較有壓力 2.語氣會較為親切 3.比較會特別待遇 4.以上皆是 5.沒影響，等同一般患者 6.視情況而定 7.其他_____
17. 請問除了自己以外，您知道有任何西醫師朋友曾經尋求西醫以外的任何醫療方式嗎？ 1.有 2.沒有 3.不知道 （選 2、3 者請跳答第 19 題）
18. 請問他（她）選擇的方式是： 1.中醫藥 2.民俗療法 3.以上皆有 4.其他_____

第三部分 醫療體系選擇 (單選)

19. 請問您自己在從事臨床工作**以前**，自己有否試過西醫之外的處置方式： 1.從來沒有 2.中醫 3.民俗療法 4.其他_____ 5. 2+3 6. 2+4 7. 3+4
20. 請問您自己在從事臨床工作**以後**，自己有否試過西醫之外的處置方式： 1.從來沒有 2.中醫 3.民俗療法 4.其他_____ 5. 2+3 6. 2+4 7. 3+4
21. 請問您認為您和您的患者之間的溝通有否困難： 1.很困難 2.有點困難 3.不會 4.容易 5.很容易 6.其他_____
22. 當您本身罹病不得不求助於**別的**醫師治療時，您和您的醫師間的**溝通**是否有困難： 1.很困難 2.有點困難 3.不會 4.容易 5.很容易 6.其他_____
23. 當您本身罹病不得不求助於**別的**醫師治療時，您認為自己在何處上班會比較方便： 1.沒影響 2.自行開業 3.地區醫院 4.區域醫院 5.醫學中心
24. 當您本身罹病不得不求助於**別的**醫師治療時，您認為較不容易獲得哪個科別的醫療資源： 1.沒影響 2.內科系 3.外科系 4.婦產科 5.小兒科 6.皮膚科 7.牙科 8.眼科 9.耳鼻喉科 10.精神科 11.其他 _____科
25. 請問您自己最信任的醫療系統是： 1.西醫 2.中醫 3.民俗療法 4.其他 _____
26. 我對西醫的信任度： 1.完全不信 2.不信 3.會因疾病而有不同的信任度 4.不因疾病而有不同的信任度 5.不確定
27. 我對中醫的信任度： 1.完全不信 2.不信 3.會因疾病而有不同的信任度 4.不因疾病而有不同的信任度 5.不確定
28. 我對民俗療法的信任度： 1.完全不信 2.不信 3.會因疾病而有不同的信任度 4.不因疾病而有不同的信任度 5.不確定

請您翻頁續答 謝謝

第四部分 醫療體系利用率 (單選)

29. 以自己以往的經驗為例，若患有門診就可處理的問題，請問您曾經對自己嘗試何種方式： 1.只以西醫方式治療 2.偶爾看中醫 3.嘗試民俗療法 4.不嘗試任何醫療 5. 1+2 6. 1+3 7. 1+4 8. 2+3 9. 2+4 10. 3+4 11.其他
- _____
30. 以惡性腫瘤為例，在西醫醫療系統束手無策的疾病中，請問您自己可能會嘗試的醫療方式是： 1.依然是西醫 2.嘗試中醫 3.嘗試民俗療法 4.不嘗試任何醫療 5. 1+2 6. 1+3 7. 1+4 8. 2+3 9. 2+4 10. 3+4 11.其他_____
31. 生病時我選擇西醫治療： 1.不會考慮 2.因所患疾病不會致命 3.因所患疾病會致命 4.因沒有更好的醫療系統 5.完全只信任西醫 6.其他_____
32. 生病時我選擇中醫治療： 1.不會考慮 2.因所患疾病不會致命 3.因所患疾病會致命 4.因該疾病西醫無有效的治療方法 5.受親友意見影響 6.試試無妨 7.完全只信任中醫 8.其他_____
33. 生病時我選擇民俗醫療： 1.不會考慮 2.因所患疾病不會致命 3.因所患疾病會致命 4.因該疾病目前無有效的治療方法 5.受親友意見影響 6.試試無妨 7.完全只信任民俗醫療 8.其他_____
34. 在疾病診斷及治療上，我認為西醫： 1.純粹是實証醫學 2.大部分實証醫學, 少部分經驗累積 3.實証醫學與經驗各半 4.少部分實證醫學,大部分經驗 5.完全靠經驗
35. 在疾病診斷及治療上，我認為中醫： 1.純粹是實証醫學 2.大部分實証醫學, 少部分經驗累積 3.實証醫學與經驗各半 4.少部分實證醫學,大部分經驗 5.完全靠經驗
36. 在疾病診斷及治療上，我認為民俗療法： 1.純粹是實証醫學 2.大部分實証醫學, 少部分經驗累積 3.實証醫學與經驗各半 4.少部分實證醫學,大部分經驗 5.完全靠經驗

37. 當自己需要就醫時，是否會希望有特別的待遇： 1.一定會 2.有點會 3.普通
4.不太會 5.一定不會 6.視疾病的輕重而定 7.其他_____
38. 當您生病期間，在面對自己的病人時： 1.無任何影響 2.有一點點壓力
3.有中等壓力 4.有很大的壓力 5.有非常大的壓力 6.其他_____
39. 承上題，您會有壓力的原因是（單選）： 1.無任何影響 2.自己覺得不好意思
3.怕病人認為自己醫術不好 4.怕同事知道 5.怕感染給週遭的人
6.怕體力不夠 7.其他_____

第五部分 醫療體系接受度

請依程度的輕重依序填答： 1（從來沒有、決不） 2（偶而有、偶而可以） 3（中等程度）
4（常常、大部分接受） 5（每次、完全接受）

1 2 3 4 5

1. 我的親友曾經試過中醫治療
2. 我的親友曾經試過民俗治療
3. 我的病人曾經試過中醫治療
4. 我的病人曾經試過民俗治療
5. 若有需要我可以接受我的親友以中醫治療
6. 若有需要我可以接受我的親友以民俗治療
7. 若有需要我可以接受我的病人以中醫治療
8. 若有需要我可以接受我的病人以民俗治療
9. 若有需要我可以接受我自己以中醫治療
10. 若有需要我可以接受我自己以民俗治療
11. 依臨床經驗，您認為宗教信仰在對抗疾病上有否
實際上的療效
12. 依臨床經驗，您認為宗教信仰在對抗疾病上有否
精神上的療效

第六部分 基本資料

1. 您的性別為： 1.男 2.女
2. 您畢業於_____醫學(院、校)大學
3. 您目前的實際年齡為： 1. 23-29 歲 2. 30-39 歲 3. 40-49 歲 4. 50-59 歲
5. 60-69 歲 6. 70 歲以上
4. 您畢業至今約： 1. 1-10 年 2. 11-20 年 3. 21-30 年 4. 31-40 年
5. 40 年以上
5. 教育程度： 1.大專 2.大學 3.碩士 4.博士 5.其他_____
6. 主要服務場所： 1.診所 2.地區醫院 3.區域醫院 4.醫學中心 5.衛生
所 6.退休、轉業 7.其他_____
7. 您主要的服務科別是： 1.內科系 2.外科系 3.婦產科 4.小兒科 5.皮膚科
6.牙科 7.眼科 8.耳鼻喉科 9.精神科 10.其他 _____科
8. 您服務的場所中有否提供中醫服務的部門： 1.有 2.無
9. 宗教信仰： 1.無 2.佛教 3.道教 4.基督教 5.天主教 6.回教 7.其他

10. 婚姻狀況： 1.未婚 2.有配偶、同居 3.離婚、分居 4.喪偶
11. 自覺目前健康狀況： 1.非常好 2.很好 3.普通 4.不好 5.很差
12. 請問您平均每週運動(每次至少三十分鐘)： 1.無 2.一次 3.二次 4.三次
5.四次 6.四次以上
13. 請問您近五年來平均多久會替自己做一次健檢(如驗血、口檢、超音波---):
1.從來沒有過 2.每半年一次 3.每年一次 4.每二年一次 5.每三年一次
6.想到才做

問卷到此全部結束，煩請您即刻摺疊寄回(免貼郵票)

再次謝謝您的幫忙

祝您健康快樂

附錄三 明信片催收內文

醫師 您好：

在此先向您說聲謝謝，並拜個早年，祝您新春愉快。

我們於日前曾寄送一份有關「國內醫師求醫行為」的問卷給您。由於迄今尚未收到您的回覆，我們擔心您已忘記它的存在，故寄此函提醒您，若您在收到本通知前已然回覆，您可忽略本通知。

我們知道您工作繁重，但因為您是我們隨機抽樣抽中的受訪者，我們極為重視您的意見，故在此提醒您撥冗填答問卷，您所填答之內容僅供整體統計分析之用，個人資料部分？對保密，敬請安心作答，感謝您。

謹祝安康！

若您有任何指教之處，歡迎您與我們聯絡：

中正大學 社會福利研究所 呂建德
南華大學 生死學研究所 林萬壹 敬上
聯絡電話 049-2565626
電子郵件 linwanyi@ms6.hinet.net

附錄四 補填問卷通知函

醫師 您好：

在此先向您說聲謝謝，並祝您新春愉快。

日前我們寄出的「國內醫師求醫行為」問卷，承蒙您的回覆提供了我們很多寶貴的意見，謝謝您。

只是當我們在統計資料時，發現您漏填了部份內容，而我們又很珍惜您的意見，不願意因此作廢，因此不得不再次打擾您，麻煩您補填後，以附上的回郵信封再次寄回給我們，感謝您。

打擾您了，請見諒。

敬祝 身體健康 事事如意！

若您有任何指教之處，歡迎您與我們聯絡：

中正大學 社會福利研究所 呂建德
南華大學 生死學研究所 林萬壹 敬上
聯絡電話 049-2565626
電子郵件 linwanyi@ms6.hinet.net