

長榮大學護理學系碩士班

碩士論文

社區民眾用藥知識、態度和行為之相關因素探討

The Related Factors of Knowledge, Attitudes and Behavioral About Medicines
Used by People in Communities



研究 生：許麗燕

指 導 教 授：莊昭華

中華民國一百零一年七月十六日

長榮大學

護理學系碩士班 碩士學位論文

研究生：許麗燕

題 目：社區民眾用藥知識、態度和行為之相關因素探討

The Related Factors of Knowledge, Attitudes and Behavioral About Medicines Used by People in Communities

經考試合格特此證明

口試委員：莊昭華
謝佳容
謝蕙宜

指導教授：莊昭華

系所主任：吳秀華

口 試 日 期：中華民國 101 年 7 月 16 日

中文摘要

背景：國人使用西藥、中草藥或保健食品的盛行率高。

研究目的：本研究目的為探討社區民眾用藥知識、態度和行為之相關因素。

研究方法：本研究為橫斷式研究設計。民國 100 年 10 月~101 年 1 月，利用結構式問卷進行資料收集。研究對象為南部地區參與社區健康促進活動的民眾，經邀請並填寫同意書共 458 人。

研究結果：最後收回有效問卷 421 份，完整率為 91.92 %。研究對象在過去半年內使用西藥、中草藥和保健食品的盛行率分別為 67.2%、24.2% 和 54.4%。60% 以上的中、西藥都是由醫師開立處方，主要目的為治病，而保健食品九成以上都非醫師處方，使用目的是為了養身。用藥知識、態度及行為的平均分數分別為 15.12 (滿分 19 分)、16.16 (滿分 23 分) 和 50.31 分 (滿分 64 分)。用藥知識會影響態度，而態度會影響行為。年齡越輕、教育程度越高、有職業、經濟狀況佳，則用藥知識越好；年齡越年輕、無規律運動、有使用中草藥及用藥知識較佳者，用藥態度越好；年紀越年輕、無規律運動、有使用中草藥、睡眠品質好及用藥態度較正向者，用藥行為越好。

結論：本研究結果發現，雖然社區民眾有正確的用藥知識，但用藥態度及行為不佳，且藥物知識獲得的管道堪憂。因此未來醫護及公共衛生相

關人員應加強社區民眾用藥安全的衛教及建置提供正確資訊的管道，讓
民眾擁有正確的用藥態度，進而避免不當的用藥行為產生。

關鍵字： 社區民眾、用藥、知識、態度、行為



Abstract

Background: Western medicine, Chinese herbal medicines, and health food are widely used in Taiwan.

Objective: The purpose of this study is to explore the related factors of knowledge, attitudes and behavioral about medicines used by people in community.

Method: This is a cross-sectional study design. We used a structural questionnaire to collect the detail information during October, 2011 and January, 2012. 458 people attending a community health promotion activity in the southern area were recruited and provided the informed consent.

Result:

Finally, 421 participants completed the questionnaires, the completed rate was 91.92%. The prevalence rate of western medicine, Chinese herbal medicines and health food used in the past 6 months were 67.2%, 24.2% and 54.4%, respectively. More than 60% of western and Chinese herbal medicines were used by prescriptions, and major purpose was for diseases. On the contrary, over 90% participants used health food for health without prescriptions. The average score of knowledge, attitude, and behavior of medication is 15.12 (19 for full), 16.16 (23 for full) and 50.31 (64 for full). The results showed that there was relationship between knowledge and attitude. It was similar between attitude and behavior.

Participants with less age, higher education level, employment, and good financial status had good knowledge of using medications. Younger age, lack of regular exercise, usage of Chinese herbal medicines, and better knowledge were the related factors to the attitude of using medicines. Factors related to the participants' behavior of medication used are age, exercise, usage of Chinese herb, and quality of sleep.

Conclusion:

This current study showed that most of people had the correct knowledge about medication's usage, but did not have appropriate attitude and behavior. Furthermore, people in the community without resources to get the appropriate information about the safety of using medicines. Thus, it is urgent for medical or public health staff to provide health education about medication safety, and to set up the available channel for people to get the correct information.

Key words: attitude, behavior, knowledge, medicine usage, people in communities

致 謝

本論文能順利完成，要感謝上帝安排許多天使來到當中。特別感謝恩師莊昭華教授，以嚴謹的態度指導論文，當我遇到學習挫折時，不斷的給予鼓勵及支持，備感溫馨。亦感謝兩位口試委員謝蕙宜及謝佳容教授，謝謝您們的諄諄教誨，並提供寶貴的意見，讓我受益良多，使研究內容能更臻完善。承蒙許靖岱副部長的厚愛、桂香、玲瑜督導及秀香姐在工作上的協助，謝謝您們。還要謝謝支持我的家人、好友，老公振賢貼心的支持我將學業、工作擺在第一位，及敬愛的父母親、家人麗蘭、益銘、茜怡、佳琪、韋鈞、庭嘉、雅雲、好友燕雀等全力的支持協助。感激所有在學習過程中給予支持的家人、老師及同事，還有社區民眾辛苦的填答問卷，因為有你們，我才能順利畢業，由衷的祝福每一個人，謹以此論文成果獻給您們。

目 錄

中文摘要.....	I
英文摘要.....	III
致 謝.....	IV
圖表目錄.....	VII
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機與重要性.....	1
第二節 研究目的.....	2
第二章 文獻探討.....	3
第一節 用藥盛行率.....	3
西藥.....	4
中草藥.....	5
保健食品.....	5
第二節 藥物危害與安全重要性.....	6
第三節 用藥知識及影響因素.....	8
第四節 用藥態度及影響因素.....	9
第五節 用藥行為及影響因素.....	10
第三章 研究方法.....	12
第一節 研究設計.....	12
第二節 研究對象.....	12
第三節 研究工具及信效度.....	12
第四節 研究倫理.....	16
第五節 研究過程.....	16
第六節 資料分析.....	17
第四章 研究結果.....	19

第一節 人口學特徵	19
第二節 生活型態及用藥資訊來源	19
第三節 藥品使用現況	19
第四節 藥品處理方式及用藥困擾	20
第五節 用藥知識、態度、行為現況分析	21
第六節 用藥知識、態度、行為相關性分析	22
第五章 討論	25
參考資料	30
中文部分	30
英文部分	33
附錄一 人體試驗審查委員會人體試驗審查通過證明函	68



圖表目錄

表 1 民眾基本資料	46
表 2 慢性病種類	47
表 3 民眾生活型態	47
表 4 民眾用藥相關資訊來源	47
表 5 西藥使用現況	48
表 6 中草藥使用現況	49
表 7 保健食品使用現況	50
表 8 藥品處理方式	51
表 9 用藥困擾	51
表 10 服藥顆數造成困擾	52
表 11 用藥知識、態度、行為題組高低分	52
表 12 用藥知識得分	53
表 13 用藥知識細項分佈情形	54
表 14 用藥態度得分	55
表 15 用藥態度細項分佈情形	57
表 16 用藥行為得分	59
表 17 用藥行為細項分佈情形	60
表 18 民眾用藥知識、態度與行為間的相關矩陣表	61
表 19 人口學變項與用藥知識差異檢定	62
表 20 人口學變項與用藥態度差異檢定	63
表 21 人口學變項與用藥行為差異檢定	64
表 22 用藥知識相關因素迴歸分析	65
表 23 用藥態度相關因素迴歸分析	66
表 24 用藥行為相關因素迴歸分析	67

第一章 緒論

第一節 研究動機與重要性

國人每人每年平均使用藥品約美金 317 元，佔總醫療申報給付之 25.0% (吳，2011)，且依行政院衛生署資料顯示，每年每人看病 14 次，每年開出約一億七千萬張處方籤，每次處方平均含 3.9 項藥品。不管是看病次數、藥品使用項目、使用總量或藥品佔醫療費用比例皆比美國高 (行政院衛生署中央健康保險局，2011a)。

除了處方藥的使用外，國內、外更有研究顯示三成到九成的民眾有自行購買或服用非處方藥的行為 (陳等，2008；白、陳、黃、鄧，2008；Huang, 1996; Hanlon, Fillenbaum, Ruby, Gray, & Bohannon, 2001; Kaufman, Kelly, Rosenberg, Anderson, & Mitchell, 2002; Amoako, & Kennedy-Malone, 2003; Roehl, Talati, & Parks, 2006; Qato et al., 2008; Nahin et al., 2009)，自行購買藥物的行為更常見於健康食品的使用上 (Nahin et al., 2009)。

民眾使用藥物盛行率高 (Lydia, & Michael, 2008; Kaufman et al., 2002; Nahin et al., 2009)，因此正確用藥的知識、態度和行為也相對的重要。國內研究指出 33.8% 民眾不知道藥物正確的保存方法，16.3% 不知道不要服用別人的藥物，或不該自行將藥物給他人服用，由上顯示出民眾用藥安全知識普遍不足 (葉等，2008)。國人受傳統文化影響，用藥觀念仍存留在有病治病、無病強身之不當用藥觀念，若民眾對於處方不清楚、無法

看懂說明書或訊息模糊的情況下，就容易聽從他人，發生不遵從及自行購買藥物的行為 (Nikolaus et al., 1996)，上述這些顯示出民眾用藥安全存在著極大的風險。

民眾用藥安全除了是國人所注意之焦點外、亦為國際病人安全目標的趨勢。為強化民眾用藥安全，加強正確用藥教育，行政院衛生署自 2009 年成立「正確用藥資源中心」和「正確用藥教育的中心學校」，希望透過社區資源與民眾力量，採取適宜的衛教介入模式，加強民眾用藥認知與行為，提升民眾的用藥安全品質 (行政院衛生署，2011b)。因此，本研究希望透過調查民眾用藥知識、態度與行為，提供未來社區民眾有效的藥物安全衛教措施的參考，以避免國人不當使用藥物造成健康危害。

第二節 研究目的

本研究之研究目為：

1. 調查社區民眾用藥現況。
2. 探討影響社區民眾用藥知識、態度和行為相關因素。

第二章 文獻探討

目前國人所使用之醫療種類相當分歧，雖然以西醫為主，但因社會文化傳統之影響，中醫及民俗療法亦常見於台灣民眾之醫療行為中 (Liou et al., 2007; Chang, 2008)。因為醫療行為的複雜化，民眾使用的藥物種類和來源，相對的混亂，加上藥物安全資訊的缺乏，常使得民眾的健康因藥物的不當使用而受損 (Wold, 2005; Guh, Chen, Tsai, & Chuang, 2007; Lydia, & Michael, 2008)。

第一節 用藥盛行率

研究指出，民眾用藥的盛行率高，無論是西藥、中草藥及保健食品。81%民眾至少使用 1 種處方藥，42%至少有 1 種的非處方藥及 49%使用保健食品；使用處方藥的民眾中，有 46%同時使用非處方藥 (Kaufman et al., 2002 ; Qato et al., 2008 ; Nahin et al., 2009)。而 Nahin 等人 (2009) 更指出有高達 74.2%至少使用 1 種處方藥和保健食品。

不同的民眾屬性，其用藥模式不同。依據行政院衛生署資料顯示，門診藥費支出，15-44 歲藥費 24%、45-64 歲藥費 33.3%、65 歲以上藥費 38.9% (行政院衛生署中央健康保險局，2011b)，由此可看出年紀越大藥物使用的比率越高。諸多研究指出，藥物使用率最高的是 65 歲以上的老人 (黃、盧，2003, Kaufman et al., 2002; Kelly et al., 2005; Wilson et al., 2007; Qato et al., 2008; Lydia, & Michael, 2008; Nahin et al., 2009; Cardarelli et al.,

2011），研究指出二到四成的老人使用 5 種以上的藥物（Kaufman et al., 2002 ; Wilson et al., 2007; Qato et al., 2008）。女性使用藥物的機率較男性來的高（Kaufman et al., 2002; Chang et al., 2008）。另外兒童、青少年和孕婦亦普遍存在使用藥物的情形(Schirm, Tobi, & Berg, 2003; Wilson et al., 2006; Chuang et al., 2009; Egen-Lappe, & Hasford, 2004)。以下就西藥中草藥及保健食品使用之國內外現況進行敘述。

西藥：

民眾使用西藥的盛行率高，約 50%~80% (Kaufman et al., 2002; Wilson et al., 2007; Chang et al., 2008; Qato et al., 2008; Nahin et al., 2009)。民眾使用藥物的高危險群為老年人，研究指出高達七到九成 65 歲以上老人至少使用一個處方藥物，另外高達三到六成使用三種(含)以上的處方藥(Qato et al., 2008; Lydia, & Michael, 2008; Nahin et al., 2009; Cardarelli et al., 2011)，佔所有處方藥三分之一 (Kaufman et al., 2002)。65 歲以上老人除處方藥用的較多外，非處方藥的使用盛行率亦高達 40%(Kaufman et al., 2002)。

在性別用藥的研究中，有不同研究指出 65 歲以上的女性比男性使用較多種的藥物婦女有最高的用藥比率 (Chang et al., 2008; Kaufman et al., 2002)。

中草藥：

中草藥對外國人而言是補充與另類醫療(complementary and alternative medicine, CAM) (Eichhorn, Greten, & Efferth, 2011)，但對國人確是傳統醫學，丁（2003）調查國內 20~70 歲民眾，過去一年內使用中草藥的盛行率高達 18.6~44.1%。若是癌症患者，則使用盛行率高達 53% 以上 (Hou, Ting, Tseng, Hsieh, & Huang, 2006)。

國外使用草藥的情形亦有增加的趨勢(Eisenberg et al., 1998)。在德國有 80% 醫生會規則性開立草藥，歐洲 2003 年非處方的草藥銷售額超過 5 億美元，而尼加拉瓜有 78% 的低收入家庭使用草藥 (Ailinger, Molloy, Zamora, & Benavides, 2004; A.G.M, & Smet, 2005; Saper, Fletcher, & Rind, 2012)。另外在國外亦可見草藥、西藥合併使用的情形，Kaufman 等人指出 (2002) 18 歲以上民眾在使用處方藥的同時，有 16% 同時使用一種草藥或補充劑。

保健食品：

國內民眾使用保健食品的盛行率約 30% (丁，2003；張、董，2011)，比美國成年人營養補充劑的使用盛行率約 20% 高 (Kaufman et al., 2002; Kelly et al., 2005)。另有研究指出美國一半的婦女會定期使用膳食補充劑 (Neuhouser, 2003)。

民眾使用的保健食品種類非常多，如葡萄糖胺、維生素、礦物質、減

肥補充劑或中草藥製劑(丁, 2003; Hanlon et al., 2001; Kaufman et al., 2002; Wilson et al., 2006), 有研究指出國人使用綜合維他命、鈣片、魚油等增加, 而維他命 E 的服用比例降低(張、董; 2011)。另外國外研究指出約有一到三成民眾保健食品會與處方藥併用 (Kaufman et al., 2002; Wilson et al., 2006), 其使用原因為增進健康、緩解症狀, 如疲勞、記憶力減退、關節炎 (Kaufman et al., 2002)。

第二節 藥物危害與安全重要性

使用藥物種類愈多者, 引起不良藥物反應的風險愈高 (Lazarou, Pomeranz, & Corey, 1998; Lydia, & Michael, 2008)。台灣從2000年之後在各類型意外中毒死亡率, 藥物意外中毒死亡率成為第一死因 (洪、白、林、高、簡, 2010), 另外藥品不良反應的事件也持續發生, 國內統計2011年上市後藥品不良反應通報共有10,402件, 通報藥品以作用於骨骼肌肉系統的NSAIDs、抗腫瘤藥品、顯影劑、抗生素為主 (Lee, Wang, & Chen, 2010)。藥品不良反應以70-79歲族群最常見, 因使用多種藥物, 其藥品不良反應比20-29歲的族群高出7倍 (Lydia, & Michael, 2008)。可見經醫師開立之處方用藥或已上市藥品在安全性仍有疑慮, 更遑論民眾未依指示使用處方藥, 或自行購買處方藥、成藥使用可能造成用藥極大的危害 (Lee et al., 2010; Yang, Lai, Lee, Wang, & Chen, 2011; Tsan, Lee, Wang, & Chen, 2012)。

在處方用藥部分，國內研究指出有91.24%的慢性病老人至少有一次潛在不適當用藥的經驗（黃、葉、洪、謝、蔡，2011）。

中草藥的使用安全亦有相當大的疑慮，研究指出使用馬兜鈴酸的藥材可能造成快速的腎小管間質纖維化及萎縮，甚至造成泌尿道上皮細胞癌（Vivekanand, 2010; Lai et al., 2009; Lai, Wang, Chen, Chen, & Wang, 2010），此類中草藥的使用是引起國人慢性腎病（Chronic Kidney Disease, CKD）的潛在因子（Lai et al., 2009）。國內民眾平常喜愛補養用藥，且95%以上的藥材是由大陸進口，加上目前國際上還沒有公認的中藥標準，而台灣第一部『中華中藥典』目前收載200種常用中藥材品項，也無法涵蓋所有常用中藥藥材（李，2009），因此藥物安全資料缺乏。研究指出超過300種的草藥已被報告有肝毒性作用（Lee, Wang, & Chen, 2011; Eichhorn et al., 2011），且一些常用的中草藥與西藥已被證明有交互作用（Liao, Ma, Li, Chen, & Chang, 2010）。

某長期調查結果發現，保健食品與藥物可能引起142個交互作用（Wold, 2005）。另外，亦有報告指出，民眾為減重使用膳食補充品，導致甲狀腺毒性低血鉀週期性麻痺症（Akinyemi, Bercovici, Niranjan, Paul, & Hemavathy, 2011），或食用宣稱為天然抗生素的膳食補充品八個月後發生急性銀中毒（Bowden, Royer, Hallman, Lewin-Smith, & Lupton, 2011）。國際上也曾有保健食品因成分標示不實、成分未標示正確或副作用等，

產品上架販售後遭該國國家食品局查檢後發出警訊而致下架 (U.S. Food and Drug Administration, 2012; Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, 2011)。可見保健食品的使用安全上存有很大的隱憂。

第三節 用藥知識及影響因素

民眾的藥物知識若不正確，則可能造成其健康危害 (Liaw et al., 2004; Besharat et al., 2008)。研究指出，近一半的患者無法理解指示用藥的使用方式 (Jenkins, & Vaida, 2007)。近三成民眾不知道藥物正確的保存方法，及藥品是否過期 (白等，2008；葉等，2008)。另外有 22.5% 民眾，尤其是青少年族群及高齡族群，不太瞭解領用藥品前，可向藥師詢問藥物相關須知 (葉等，2008)。另外老年人對藥物、酒精或咖啡因併用，所產生的交互作用風險也無警覺 (Amoako, & Kennedy-Malone, 2003)。

研究指出，民眾對抗生素使用的認知與教育程度有關，國中以下教育程度的抗生素認知最差 (廖等，2006)。雖然教育程度越高似乎用藥知識越好，但針對大學生的研究結果顯示 45.8% 的大學生認為發燒或喉嚨痛之症狀緩解時，停止抗生素的使用是正確的，亦有 26.6% 的人認為，所有處方應添加制酸劑，避免腸胃不適 (Hsiao, Lee, Huang, Chen, & Chen, 2006)。

除一般民眾外，專業人員也須面對藥物知識的衝擊。研究指出，醫療專業人員在母乳哺餵藥物使用及安全性知識貧乏，導致無法正確判定是

否有風險存在，因此婦女往往被要求停止哺餵母乳 (Hussainy, & Dermelle, 2011)。另外研究顯示，護理人員中醫藥(杜、林、廖、林、馬，2002)及保健食品知識 (Koh, Teo, & Ng, 2003; Yom, & Lee, 2008; Smith, & Wu, 2012) 不足，無法提供正確的知識給病人。

文獻指出影響藥物知識的相關因素很多，有年紀、教育程度、社經地位及使用較多藥物者 (Hret, Ismp, & MGMA, 2008; Moding, Kristensson, Ekwall, Hallberg, & Midlöv, 2009; Marvanova et al., 2011)。

而影響專業人員中醫藥知識的相關因素有：年齡、工作科別、生產經驗、曾修過中醫藥學分(杜等，2002)。

第四節 用藥態度及影響因素

不同族群用藥態度也不同，某調查發現大學生有正向的用藥態度 (Hsiao et al., 2006)，但對老年人則非如此。由於社會文化影響，老年人較易接受成藥和偏方(程、劉，2004)，且用藥態度不佳，不認為不應自行調整劑量或停止藥物(劉，1999; Conn, Taylor, & Miller, 1994; Wilson et al., 2007)。

許多研究指出，民眾對中草藥持正向的態度，認為中草藥是天然藥物，溫和有療效且無副作用 (康、陳、周，1994；杜等，2002；Chang, Lin, & Tsai, 2004; Kaptchuk, & Eisenberg, 1998; Ernst, 2006)，殊不知中草藥具有潛在危害 (Ernst, 2006)。對護理人員的研究亦指出，其態度與行為有

顯著正相關(杜等，2002)。

第五節 用藥行為及影響因素

近代與民眾用藥行為相關的議題相對受到重視，因民眾使用藥物的行為會對其健康有直接的影響。

藥物使用的遵從性一直是很困擾民眾或專業人員的議題，國內研究指出近 40% 民眾沒有按時服藥、會自行調整藥物，甚至高達 67% 自行停藥 (白等，2008；葉等，2008)，此情形尤其容易出現在民眾症狀緩和時 (廖等，2006；Hsiao et al., 2006)。除上述原因外，如果不清楚處方、無法看懂仿單，模糊的藥物訊息等情況，也會影響藥物的使用 (Nikolaus et al., 1996)，也就是對藥物的認知程度越高者，服藥行為的遵從性也越高 (Huang, 1996)。

藥物併用的行為，也因為潛在的藥物交互作用影響而受到重視。

Kaufman 等人指出 (2002) 18 歲以上民眾有 16% 在使用處方藥，同時還使用一種草藥或補充劑。國人自行服用中草藥的情形亦普遍存在，尤其年輕肥胖女性使用抗肥胖藥物同時使用中草藥製劑和營養補充劑來減重 (Liou et al., 2007)。另有研究指出民眾在使用高血壓藥的同時，自行購買非處方的止痛藥物來使用，且與咖啡因，酒精等一起使用，殊不知同時使用這些藥物及飲品，會造成不安全的用藥風險 (Amoako, & Kennedy-Malone, 2003)。

國內外研究大多指出，民眾囤積處方藥的行為普遍存在(白等, 2008；葉等，2008; Ellis, Mullan, & Worsley, 2011)，更有研究指出高達 97.7%的家庭有存放藥品。而近一半的民眾會有和他人共同使用藥物的行為（葉等，2008；Yousif, 2002）。

研究指出影響藥物使用的行為主要相關因素包括知識、態度、年齡、性別、教育及經濟。民眾的知識及態度越正向，藥物使用情形越普遍(胡、簡，2011；杜等，2002；黃，2011；Chang et al., 2004)。中年人及教育程度高者，其用藥安全行為較好(杜等，2002；Chang et al., 2004; Al-Windi, 2004; Nahin et al., 2006)，相反的女性和經濟狀況較佳者越傾向購買藥物，但此行為不見得安全（張、董，2011；Al-Windi, 2004; Nahin et al., 2006）。另外民眾本身是否有慢性疾病、及其本身的生活型態也和藥物使用的行為相關（Gardiner, Kemper, Legedza, & Phillips, 2007）。

民眾使用藥物的目的也是影響藥物使用行為的重要因素。研究指出民眾使用中草藥或保健食品，主要目的為增加免疫力、促進健康、補充營養素、緩解症狀和調理身體（Chang et al., 2004; Kaufman et al., 2002），此情況可由老年人使用保健食品逐年增加看出端倪（Kelly et al., 2005）。

綜合上述文獻可知，如何使國人能對藥物的使用有正確的知識、態度及行為，實為重要且緊急的議題，因此希望藉由此研究，獲得社區民眾用藥的流行病學資料，提供醫護人員實施民眾用藥安全衛教之參考依據。

第三章 研究方法

第一節 研究設計

本研究為橫斷式研究設計（cross sectional design）。

第二節 研究對象

研究對象能以國、台語溝通，調查期間並參與臺南市社區健康促進活動的民眾，經邀請後同意參與本研究，並簽署同意書。

第三節 研究工具及信效度

一、 研究工具

本研究採結構式問卷進行資料收集，問卷內容包含人口學基本資料、生活型態、半年來服用西藥、中草藥、保健食品情況、用藥知識、用藥態度、用藥行為及用藥困擾等七個部份。

1. 人口學基本資料

包括年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、居住狀況、職業、經濟、慢性病史及藥物相關訊息來源。

2. 生活型態

內容包括半年來抽煙習慣、喝酒習慣、每週三天以上，每次三十分鐘之規律運動習慣、每天進食5份蔬果情形及睡眠品質。

3. 西藥、中藥、保健食品服用情況

內容包括半年來使用西藥、中藥、保健食品的種類、藥物開立者、用

藥目的、藥物來源和使用頻率。

4.用藥知識

共 19 題，為「對」、「錯」、「不知道」之單選題。用藥知識答「錯」、「不知道」為 0 分，答「對」為 1 分；負向題均轉為正向給分；故分數越高代表用藥知識越正確。

5.用藥態度

共 25 題單選題，由「非常同意」到「非常不同意」。其中 1、2、3、4、6、10、11、14、18、21、25 等 11 題為正向題，其餘 14 題皆為負向題。正向題「非常同意」、「同意」給 1 分；「沒意見」、「不同意」、「非常不同意」給 0 分；負向題「非常同意」、「同意」、「沒意見」給 0 分；「不同意」、「非常不同意」給 1 分；負向題給分已轉換，故分數愈高代表用藥態度越正向。

6.用藥行為

共 19 題，分成第 1 題至第 17 題，第 17 題又細分為 3 小題，且為複選題。除複選題外，其用藥行為由「總是如此」到「從未如此」。其中 2、3、4、11 等 4 題為正向題，其餘 12 題皆為負向題。正向題「從未如此」代表 0 分、「很少如此」代表 1 分、「偶爾如此」代表 2 分、「經常如此」代表 3 分、「總是如此」代表 4 分；負向題已將分數轉為「從未如此」代表 4 分；「很少如此」代表 3 分；「偶爾如此」代表 2 分；「經常如此」

代表 1 分；「總是如此」代表 0 分；故分數越高代表用藥行為越正向。

7. 用藥困擾

共 10 題單選題，以「是」、「否」來填答有否用藥困擾。

二、量表信、效度檢定

(一) 預試

研究者經參考及彙整民眾用藥相關文獻後，擬定問卷初稿。為檢視問卷是否清晰易懂、填答者對文字敘述的了解及接受程度，故先邀請老年、中年、青年代表各 2 位共 6 位民眾進行問卷填答，進行問卷修正。

(二) 量表效度檢定

將預試問卷修正後，邀請 1 位家醫科醫師、1 位中醫科醫師、2 位臨床藥師、主任、1 位護理專家共五位，進行第一次的專家效度審查。針對問卷每一題內容、適切性及文字遣詞進行清晰度等之檢測，並運用 Likert scale 五分法予以評分。

第一次專家效度結果如下：

1. 在人口學基本資料、生活型態、西藥、中藥、保健食品服用情況部份，

依專家建議修訂辭句、增修藥物種類內容及分類。

2. 在「用藥困擾」構面，原有 8 題問題項，經專家建議刪除第 3 題，並新

增 2 題，另原第 6 題問題項因問題中包含 2 個問題構面，故分為 2 題，

題數變為 10 題，其餘依專家建議修訂辭句。

- 3.在「用藥知識」構面：共有 20 題問題項，各題平均分數落在 4 以上，僅第 14 題平均分數 3.8 分較低，有 8 題問題項依專家建議修訂辭句。
- 4.在「用藥態度」構面：共有 20 題問題項，各題平均分數落在 4 以上，僅第 6 題平均分數 3.8 分較低，有 3 題問題項依專家建議修訂辭句，專家建議新增 2 題，經討論後新增 5 題，總題數為 25 題。
- 5.第五位專家建議應增加「用藥行為」之構面項，經與研究團隊討論後擬增加用藥行為之構面。

經五位專家提供專業性意見後，參照專家建議，進行問卷內容修正。將修訂後之問卷進行第二次專家效度審查（附錄四），結果如下：

- 1.在「用藥困擾」：共 10 題。各題平均分數在 4.2 以上，專家皆同意留下。
- 2.在「用藥行為」：各題平均分數在 4.2 以上，僅第 15 題「您會將一般藥品置放於浴室保存」平均分數 3.8 分較低，因仍在 3.5 分以上，故研究團隊討論後保留此題；並依專家建議增加一題「不知道藥品有無過期」，題數變為 19 題。
- 3.在「用藥態度」：共 25 題。各題平均分數在 4.2 以上，僅第 25 題「用藥安全「五不」可以杜絕來路不明或誇大不實的藥品」平均分數 3 分較低，專家建議「五不」應敘述明確，故將「五不」做更明確的詞句敘述後保留此題。
- 4.在「用藥知識」：共 20 題。各題平均分數落在 4.6-5 分之間，僅第 5 題

「保健食品就是健康食品」平均分數 3.8 分較低，經與研究團隊討論後，依據專家意見此題進行刪除，題數變為 19 題。

（三）量表信度檢定

依據第二次專家意見進行問卷修正後，為檢測問卷信度，以收案過程中可能遇到之問題，以作為正式施測時之參考。故以立意取樣，邀請 39 位民眾進行問卷填答。本研究結果顯示「用藥行為」、「用藥態度」、「用藥知識」及「用藥困擾」之內在一致性 Cronbach's α 值分別為 0.688、0.704、0.633、0.886。

第四節 研究倫理

本研究經長榮大學人體試驗審查委員會於民國 100 年 5 月 19 日「人體試驗審查通過」(IRB)，編號為 CJCU-99-013 (附錄一)。

第五節 研究過程

正式研究自 100 年 10 月起至 101 年 1 月止，進行社區民眾用藥調查共八場。

由研究者聯繫社區活動中心或村里關懷中心負責人，辦理社區活動時由研究者向研究對象說明研究目的、進行方式及收得資料將保密僅供研究用途，取得研究對象同意並簽署同意書。

問卷資料由研究對象自行填寫。若研究對象不識字，或因視力不清晰無法自行填寫者，由研究者及已經受過問卷一致性訓練之問卷調查員

共 3 位，由問卷調查員口述問卷內容，將收集之答案代填入問卷中。若填答過程中研究對象不願意繼續填答，可隨時提出終止填答。每份問卷填寫資料的時間約 20 至 30 分鐘。問卷填答完畢，會檢視問卷完整性，並致贈研究對象一份精美小禮品，表示謝意。

第六節 資料分析

本研究根據研究目的，於資料收集後以 SPSS for Windows 12.0 統計套裝軟體進行資料編碼、建檔及統計分析。分析結果以描述性統計進行各變項的分析，再以推論性統計分析變項間的相關性。

一、描述性統計

以人數、百分比、最大／最小值、平均值及標準差，分析社區民眾基本資料及用藥資訊，包括年齡、用藥行為、態度、知識得分。性別、婚姻、教育程度、職業、經濟、居住狀況、慢性病、生活型態（喝酒、抽煙、常規運動、每日蔬果及睡眠品質）、及用藥相關資訊來源，還有西藥、中草藥、保健食品等的使用種類、處方來源、目的、藥物來源及藥品處理方式、用藥困擾則以次數、百分比分析。

二、推論性統計

1. 以 t-test 檢定性別、婚姻、職業、慢性病、生活型態（喝酒、抽煙、運動及蔬果）與用藥行為、態度、知識是否呈現顯著差異。
2. 以單因子變異分析（one way ANOVA）檢視年齡、教育程度、經濟、居

住狀況、睡眠品質之類別變項在用藥態度、行為與知識間的關係，以 Levene 檢定變數同質性，若單因子變異分析檢定結果若有顯著性差異者，則以 Scheffe test 進行事後檢定。

在變異數分析中，有時會發現整體考驗的 F 值達到顯著水準，但經採用「Scheffe」法之事後比較檢定，則沒有出現成對組的平均數差異達到顯著，此種結果乃是「Scheffe」法是各種事後比較方法中最嚴格、統計考驗力最低的一種多重比較方法，比方法較不會違犯第一類型的錯誤，因而平均數差異檢定較為嚴謹。」整體考驗 F 值達到顯著水準，而使用「Scheffe」法之事後比較檢定，沒有出現成對組的平均數差異達到顯著的情形，通常發生整體考驗 F 值的顯著性機率值 p 在.05 附近($p < \alpha$)。



第四章 研究結果

研究結果分為六大部分來說明：(一) 人口學特徵、(二) 生活型態及用藥資訊來源、(三) 西藥、中草藥、保健食品之使用種類、處方來源、目的、藥物來源、(四) 藥品處理方式及用藥困擾、(五) 用藥知識、態度、行為現況分析、(六) 用藥知識、態度、行為相關性分析。

共發出 458 份問卷，回收 433 份，回收率為 94.54 %，去除填答不完整者，完整問卷共 421 份，問卷完整率為 91.92 %。

第一節 人口學特徵

研究對象的人口學特徵，見表 1。研究對象主要為女性(66.0%)；45-64 歲(41.8%)、國、高中畢業(44.4%)居多。91.4%的研究對象為已婚，與配偶及直系親屬同住佔 59.9%，59.6%的人個人月收入在 2 萬以下。47.7 % 的人至少罹患一種慢性疾病，見表 2。

第二節 生活型態及用藥資訊來源

少於 5%的研究對象有抽煙或喝酒的習慣。民眾有常規運動習慣、每日攝取五蔬果及自覺睡眠品質好各佔 65.6%、56.1% 和 42.3%，見表 3。

民眾用藥相關資訊主要來自醫事人員(58.7%)，其次為書報雜誌(41.8 %)，和網路大眾傳播(32.5%)，見表 4。

第三節 藥品使用現況

研究對象在過去半年內曾使用西藥、中草藥和保健食品各佔 67.2%、

24.2%、54.4%，見表 5~7。

西藥使用前三名為降血壓藥、止痛/消炎藥和綜合感冒藥。主要由醫師開立、藥物來自醫院診所；用藥目的都是為了治病，見表 5。

中草藥使用前三名為補氣補血補腎、活血化瘀、清熱解表。一半以上的中草藥處方是由醫師開立的、藥物來自醫院診所；用藥目的為了治病，見表 6。

保健食品使用前三名為綜合維他命、維骨力、魚油。僅有約 10% 左右的保健食品處方由醫師開立、來自醫院診所及用藥目的是為了治病，見表 7。

相較於西藥，保健食品使用幾乎都是為了養身，且大部分來自非醫師開立及非醫院診所來源。

第四節 藥品處理方式及用藥困擾

未過期的剩餘藥品有 45.4% 的民眾會留著有需要時再使用，相較於過期藥品和不知藥品有無過期者，藥品丟棄以丟垃圾桶 (33.5%~61.3%) 、送回藥局或醫院回收佔多數 (29.2%~34.4%)，見表 8。

有 90% 的民眾表示有用藥的困擾，其中以有副作用不知是否停藥 (46.8%) 最高，其次使用無效果不知是否停藥 (46.1%) 、服藥時間不同 (44.9%)，見表 9。在服藥顆數部分，服藥顆數 5~6 顆，有 50% 民眾會感到困擾，見表 10。

第五節 用藥知識、態度、行為現況分析

用藥知識、態度、行為平均得分 15.12 ± 3.14 （滿分為19分）、 16.16 ± 3.29 （滿分為25分）、 50.31 ± 7.4225 （滿分為64分），詳見表11。

用藥知識各題平均得分為 0.80 ± 0.37 ，得分最低前三項以「健康食品可以標示或以廣告方式宣稱保健功效」最低（ 0.28 ± 0.45 ），僅有28%答對，其次是「成藥是指不需要醫藥專業人員指示即可自行使用，但使用前需閱讀藥品說明書與標示」（ 0.65 ± 0.48 ），有65.3%答對、及健康食品若宣稱治病療效或其他特殊奇效就是不實廣告，如抗癌、降血脂、降血糖、改善視力、預防感冒等（ 0.68 ± 0.47 ），答對者有68.4%，見表12、13。

由表14、15得知用藥態度各題正向態度得分總平均為 0.65 ± 0.41 ，用藥態度正向得分最低前三項為：「飯前服藥（空腹）容易傷胃，所以應先吃點東西，然後再服藥」（ 0.19 ± 0.395 ）最低，僅有19.2%的研究對象持正向態度；其次「我認為家中應放置一些退燒藥、消炎藥或止痛藥，以備不時之需可使用」（ 0.23 ± 0.421 ），有22.8%持正向態度；再其次為「若有中藥或西藥可以選擇，我會優先選擇中藥」（ 0.30 ± 0.457 ），有29.2%持正向態度者

由表16、17知用藥行為各題平均得分為 3.14 ± 1.07 ，不適當用藥行為前三項為「會因為服藥後症狀改善，而自行減少藥物劑量或停止用藥」

(2.26 ± 1.41)，有 30.6% 研究對象經常如此或總是如此；「會因為服藥後出現副作用身體不適，而自行減少藥物劑量或停止用藥」 (2.40 ± 1.46)，經常如此或總是如此者佔 29.7%；就醫會主動告知醫師正在服用的藥品或健康食品 (2.42 ± 1.51)，有 55.8% 研究對象經常如此或總是如此；領藥會向藥師詢問藥物名稱、作用、使用方法、用多久及其他注意事項 (2.42 ± 1.43)，經常如此或總是如此者有 53.4%。

第六節 用藥知識、態度、行為相關性分析

用藥知識與用藥態度二個變數呈現顯著正相關，相關係數 $0.351(p < 0.01)$ ，二者關係呈現低度正相關；用藥知識與用藥行為二個變數亦呈現顯著正相關，相關係數 $0.133(p < 0.01)$ ，二者關係呈現低度正相關；用藥態度與用藥行為二個變數呈現顯著正相關，相關係數 $0.453(p < 0.01)$ ，二者關係呈現中度正相關，見表 18。

用藥知識、態度、行為與研究對象之基本特性及生活品質，以 T 檢定與變異數分析進行組別間之差異性檢定，如果變異數分析 p 值達到顯著 ($p < 0.05$)，則進一步以 Scheffe test 進行事後比較，由表 19、20、21 得知，用藥知識與研究對象之基本特性：年齡、婚姻、教育程度、居住、經濟狀況組別之間是有差異性。用藥態度則與年齡、教育程度、睡眠品質、有無規律運動、有無使用中草藥組別之間有顯著差異。用藥行為與年齡、教育程度、睡眠品質、有無規律運動、每日五蔬果、有無使用中草藥組

別之間亦有差異性。

由表 22、23、24 相關因素迴歸分析得知，在用藥知識部分，年齡、教育程度、職業、經濟均達顯著性差異。年齡「44 歲以下」(B 值 1.718, $p = 0.017$)、「45-64 歲」(B 值 1.545, $p = 0.003$)、「65-74 歲」(B 值 1.100, $p = 0.020$) 用藥知識較「75 歲以上」好，愈年輕用藥知識愈佳；教育程度「小學以下」(B 值 -1.104, $p = 0.042$) 之用藥知識較「大專以上」學歷低；而職業以「無職業」者 (B 值 -0.896, $p = 0.013$) 之用藥知識較「有職業」低；在經濟部份，收入「2 萬元以下」(B 值 -1.066, $p = 0.047$) 之用藥知識較收入「4 萬以上」為低。

在用藥態度部分，年齡、規律運動、中草藥使用、用藥知識等變項均達顯著性差異。年齡「45-64 歲」(B 值 1.118, $p = 0.041$) 用藥態度較 75 歲以上好；「無規律運動」者 (B 值 1.062, $p = 0.007$) 用藥態度較「有規律運動」者好；「未使用中草藥」者 (B 值 -0.91, $p = 0.002$) 用藥態度較「有使用中草藥」者差；用藥知識 (B 值 0.348, $p < 0.001$) 越好，用藥態度較正向。

在用藥行為部分，年齡、睡眠品質、規律運動、中草藥使用、用藥態度等變項均達顯著性差異。年齡「45-64 歲」(B 值 3.190, $p = 0.01$) 用藥行為較 75 歲以上好；睡眠品質「普通」(B 值 2.114, $p = 0.044$) 之用藥行為較睡眠品質「不好」者好；「無規律運動」者 (B 值 3.663,

$p < 0.001$) 用藥行為較「有規律運動」者好；「未使用中草藥」者 (B 值-1.801, $p = 0.041$) 用藥行為較「有使用中草藥」者差；用藥態度 (B 值 0.966, $p < 0.001$) 越正向，用藥行為越好。



第五章 討論

本研究結果顯示用藥知識會影響用藥態度，而用藥態度會影響用藥行為。年齡、教育程度、職業、經濟、規律運動、使用中草藥及睡眠品質等因子與民眾用藥知識、態度和行為有關；年齡、教育、職業、經濟與用藥知識有關；與用藥態度有關之因子為：年齡、規律運動、中草藥使用及用藥知識；而與用藥行為有關之因子有：年齡、規律運動、中草藥使用、睡眠品質及用藥態度。

本研究顯示，高達五成民眾使用西藥與保健食品，與國外文獻使用盛行率 50%以上結果相近 (Radimer et al., 2004; West et al., 2005; Nahin et al., 2006; Wilson et al., 2007; Qato et al., 2008; Nahin et al., 2009)。相對的，中草藥盛行率較西藥及保健食品低，與國外研究相似 (West et al., 2005)。本研究使用西藥或中草藥，主要原因都是為了治病，且為醫師開立之處方，相反的使用保健食品幾乎都是為了養身，且來源幾乎都是自行購買或贈與行為，這與 Kaufman 等人 (2002) 研究指出民眾使用保健食品主要的理由一樣。

民眾用藥知識近八成以上擁有正確的用藥知識，但其中仍有部份需要加強。在用藥知識中，以民眾對健康食品的定義得分最低 (行政院衛生署，2006)，顯示民眾對保健食品相關知識缺乏，這和以專業人士為研究對象的研究結果類似 (曾，1999；Koh et al., 2003)。未來在進行民眾

用藥安全教育指導的部份，應納入較多保健食品使用的相關知識，增強正確購買、使用的觀念。在用藥知識影響因子中，研究顯示年齡愈年輕、教育程度越高、有職業、經濟狀況佳，則用藥知識越好，這與國內外研究相同(杜等，2002；張、董，2011)。

民眾用藥的態度研究顯示偏向負向態度，其中以「空腹服藥容易傷胃」最為負向，但不同藥物動力學上並非藥物皆飯後服用，需依照藥物個別吸收特性才能發揮最大藥效（廖、葉、柯、連、張，2010），未來在進行用藥安全教育指導上，需要加強這部分的重點指導。另外有近八成的民眾認為「家中應隨時備藥以備不時之需」，所以民眾在家中普遍會備存藥品，國外研究指出97%的家庭至少存放一種藥品在家裡（Yousif, 2002; Kaushal, Gupta, Jindal, & Verma, 2012）。其次六成的民眾認為「只要是對身體有幫助的保健食品，都可以使用」，雖然保健食品的使用可能對身體有幫助，但使用過量仍可能導致不良後果（Fairfield, & Fletcher, 2002; Hooper et al., 2008; Yashodhara et al., 2009; Stechschue, Kirsner, & Federman, 2009）。相對的，也有研究指出保健食品在治療和預防疾病並沒有顯著影響（Eidelman, Hollar, Hebert, Lamas, & Hennekens, 2004）。影響用藥態度的因子以年紀越輕、無規律運動、有使用中草藥的用藥態度越好。這與國內研究結果雷同（曾，1999；杜等，2002；張、董，2011；胡、簡，2011）。但張、董（2011）的研究指出健康行為越正向，保健食

品服用率越高，但本研究無規律運動者用藥態度較有規律運動者好，這可能與本研究無規律運動者年紀普遍較年輕，而年紀較輕者其用藥態度較佳有關。

民眾仍有不佳的用藥行為。其中以各有約五成民眾會因症狀改善或副作用而自行減少藥物劑量或停止用藥的行為最差，此行為與葉等（2008）研究結果相同。研究顯示害怕有服藥副作用或有藥物副作用發生就會有自行停藥或減少藥物劑量的行為產生(Conn et al., 1994; Nikolaus et al., 1996)，會有如此行為發生，可能與民眾對使用藥物治療疾病的必要性不夠了解，亦有可能為醫師看診時間不足、耐心不夠，而未能詳加解釋用藥之必要性（黃、盧，2003）。另外，本研究顯示有近五成的民眾會將未過期的剩餘藥品留著有需要時再使用，根據學者Yousif (2002) 提出家中存留有藥品者，則家中成員的藥物交流率高。由此顯示這些是一個嚴重的安全用藥問題，未來醫師看診時應加強用藥必要性的告知外，護理師或藥師在進行藥物指導時，應加強遵守醫囑及家中存留剩餘藥品之指導。本研究用藥行為的相關影響因子為年齡、規律運動、使用中草藥、睡眠品質等，年齡越輕、無規律運動、有使用中草藥及睡眠品質普通的民眾用藥行為則越好，這和國內一些研究結果相似（陳、張、林，1998；曾，1999；杜等，2002）。

另外本研究高達90%研究對象表示有用藥的困擾，民眾的用藥困擾

可能導致未依醫囑服藥，間接會影響用藥安全。民眾最困擾前三項為有副作用不知是否停藥、其次使用無效果不知是否停藥，再來為服藥時間不同，顯示民眾遇到此類困擾常無諮詢的管道，所以醫療機構應針對這些困擾項目，在領藥前為民眾做詳細的教育指導，且提供方便的諮詢管道。除此之外，用藥顆數或種類越多，民眾服藥遵從行為就越差(劉, 1999; Pushpangadan & Feely, 1998; Schroeder, Fahey, & Ebrahim, 2004)。有50%的民眾表示服用5~6顆藥物就感到用藥困擾。在現實生活中如何讓民眾能感受到藥物效果，減少用藥顆數，並減少藥物副作用或合併症的產生，亦即如何以民眾用藥安全為著力點，提升民眾正確的用藥行為，這是醫療專業人員需要繼續努力的一個方向。

用藥知識的來源會影響用藥的正確性，本文用藥知識有四成民眾獲得來源來自非醫事人員，這和 Kaushal 等人 (2012) 結果一樣，這是用藥安全很大的隱憂。政府或醫療機構應思考如何提升透過醫療專業人士的教育指導，讓民眾獲得方便性的正確用藥資訊來源，例如增加用藥安全的教育指導場次、講座深入職場或偏遠社區、教育指導時發給用藥安全指導手冊、建構完整的用藥查詢平台供民眾使用、還有便民的用藥諮詢系統等，而政府應加強查緝不合法的販售藥物之傳播平台，避免民眾獲得不正確的用藥知識、態度或行為。

本研究因未採隨機抽樣，且研究對象僅限於南部某市有參與社區健康

促進活動的民眾，特性與一般民眾略有差異，因此研究結果無法外推。

但是本文只收集民眾半年內的用藥相關資訊，期望將調查時的回憶偏差降到最低。

雖然社區民眾有正確的用藥知識，但用藥態度及行為不佳，且藥物知識獲得的管道堪憂。因此未來醫護及公共衛生相關人員應加強社區民眾用藥安全的衛教及建置提供正確資訊的管道，讓民眾有正確的用藥態度，避免不當的用藥行為產生。

本結果可作為臨床護理人員在進行住院病人或門診病人用藥指導方向的參考，加強正確用藥的指導及追蹤，未來需整合醫師、護理師、藥師等專業人員提供民眾用藥的諮詢及追蹤制度，透過各種管道的建立，讓民眾更方便運用隨手可得的用藥安全衛生教育資源，深化用藥安全的觀念，進而提昇民眾用藥安全的自我照護能力、用藥安全態度及行為。

參考資料

中文部分

丁志音 (2003) · 誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無
區隔性與健康需求的作用 · 台灣衛誌 , 22 (3) , 155-166 。

白淑英、陳育傑、黃莉蓉、鄧新棠 (2008) · 基隆市藥師參與社區民眾用
藥行為之調查與分析 · 藥學雜誌 , 24 (4) , 30-38 。

行政院衛生署 (2006年5月17日) · 衛生法規資料檢索系統 · 2012年5月23
日取自 <http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/NewsContent.asp?msgid=866&KeyWord=>

行政院衛生署 (2011b) · 正確用藥互動數位資訊學習網 · 2012年6月16
日取自 http://doh.gov.whatis.com.tw/01_about.asp

行政院衛生署中央健康保險局 (2011a) · 99年第3季西醫基層總額專業醫
療服務品質指標—各區門診平均每張處方箋開藥天數 · 2011年04月26
日取自 http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/Attach_17412_2_99年第3季西醫基層131.pdf

行政院衛生署中央健康保險局 (2011b) · 98 年全民健康保險統計 · 2011
年 04 月 26 日取自 http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/Attach_16083_2_醫療給附-ch_會後修正.pdf

李威著 (2009) · 台灣中草藥產業面臨的困境與契機 · 2009 國際中草藥產

業發展研討會專刊，41-50。

杜素珍、林玉芳、廖美南、林淑瓊、馬素華(2002)・護理人員對中醫藥的

知識、態度和行為意向・臺灣醫學，6（3），320 -331。

吳尹中(2011)・台灣與 OECD 國家醫藥支出之比較・藥學雜誌，27(2)，

9-15。

胡天鐘、簡秋婷（2011）・產品知識、產品通路影響消費者態度及購買意

願之研究－以中草藥保健食品暨科學中藥為例，聯大學報，8(1)，

201-224。

洪宇箴、白璐、林金定、高森永、簡戊鑑（2010）・台灣地區1986-2007

年意外中毒死亡趨勢分析・台灣衛誌，29（2），97-107。

康健壽、陳介甫、周碧瑟（1994）・中醫門診病人對傳統醫學的認知、

態度與行為意向的分析研究・中華公共衛生雜誌，13(5)，432-441。

陳滋茨、張媚、林豔君（1998）・自我效能、社會支持與糖尿病病人居

家自我照顧行為相關之探討・護理研究，6（1），31-43。

陳緋娜、李珮端、謝慶良、林正介、江秀梅、林香汶等（2008）・台灣中

部民眾就醫及用藥概況調查－以某醫學中心門診病患為例・中西整合

醫學雜誌，10（2），1-14。

曾雅玲（1999）・護理人員對中醫藥的知識、態度、行為及其相關因素之

探討・護理雜誌，46(6)，57-69。

程金瀛、劉淑娟(2004)・預防老人用藥錯誤-護理的角色與功能・長期照護雜誌，8(4)，408-414。

黃盈翔、盧豐華(2003)・老年人之用藥原則・台灣醫學，7(3)，385-395。

黃光華、葉玲玲、洪錦墩、謝儀靜、蔡東翰(2011)・慢性病老年人潛在不適當用藥影響因素之研究・臺灣公共衛生雜誌，30(2)，180-190。

張家蓉、董和銳(2011)・台灣地區中老年人保健食品使用相關因素・台灣老人保健學刊，7(1)，33-54。

廖建彰、張祐剛、陳秀熙、呂宗姻、黃鈴雅、宋鴻樟(2006)・台灣地區民眾抗生素認知與用藥行為・台灣衛誌，25(2)，135-142。

廖思嘉、葉宏仁、柯忠旺、連漢仲、張繼森(2010)・胃食道逆流疾病之處置現況・內科學誌，21，381-390。

葉明莉、張英睿、黃莉蓉、馬晟凱、李震亞、王金龍等(2008)・門診民眾用藥安全知識與經驗・亞東學報，(28)，117-124。

劉淑娟(1999)・罹患慢性病老人服藥遵從性行為及其相關因素之探討・護理研究，7(6)，581-593。

英文部分

- A.G.M, P., & Smet, D.(2005) . *Herbal Medicine in Europe - Relaxing Regulatory Standards. The New England Journal of medicine, (352) , 1176-1178.*
- Ailinger, R. L., Molloy, S., Zamora, L., Benavides, C.(2004) . *Herbal Remedies in a Nicaraguan Barrio. Journal of Transcultural Nursing, 15(4) , 278-282.*
- Akinyemi, E., Bercovici, S., Niranjan, S., Paul, N., & Hemavathy, B.(2011) . *Thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis due to dietary weight-loss supplement. American Journal of therapeutics, 18(3), e81-83.*
- Al-Windi, A.(2004) . *Predictors of herbal medicine use in a Swedish health practice. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 13(7), 489-496.*
- Amoako, E. P., & Kennedy-Malone, L.(2003) . *Self-medication with over-the-counter drugs among elderly adults. Journal of Gerontological Nursing, 29 (8), 10-15.*
- Bowden, L. P., Royer, M. C., Hallman, J. R., Lewin-Smith, M., & Lupton, G. P.(2011) . *Rapid onset of argyria induced by a silver-containing dietary supplement. Journal of cutaneous pathology, 38(10), 832-835.*
- Cardarelli, R., Mann, C., Fulda, K. G., Balyakina, E., Espinoza, A., & Lurie,

S.(2011) . Improving accuracy of medication identification in an older population using a medication bottle color symbol label system. *BMC Family Practice* , 12:142 doi:10.1186/1471-2296-12-142

<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/142>

Chang, L. C., Huang, N., Chou, Y. J., Lee, C. H., Kao, F. Y., & Huang, Y. T. (2008) . Utilization patterns of Chinese medicine and Western medicine under the National Health Insurance Program in Taiwan, a population-based study from 1997 to 2003. *BMC Health Services Research*, 8, 170.

Chang, M.Y., Lin, H. S., & Tsai, C. F.(2004). Student Nurses' Knowledge, Attitude, and Behavior Toward Chinese Medicine and Related Factors. *The Journal of Nursing Research*, 12(2) ,103-118.

Chuang, C. H., Chang, P. J., Hsieh, W. S., Tsai, Y. J., Lin, S. J., & Chen, P. C. (2009) . Chinese herbal medicine use in Taiwan during pregnancy and the postpartum period: a population based cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 787-795.

Conn, V., Taylor, S., & Miller, R.(1994). Cognitive impairment and medication adherence. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(7), 41-47.

Egen-Lappe, V., & Hasford, J.(2004) . Drug prescription in pregnancy: analysis of a large statutory sickness fund population. *European journal*

of clinical pharmacology, 60, 659-666.

Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., & Rompay, M. V., et al. (1998) . Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997 : Results of a Follow-up National Survey. *The Journal of the American Medical Association, 280(18), 1569-1575.*

Eidelman, R. S., Hollar, D., Hebert, P. R., Lamas, G. A., & Hennekens, C. H. (2004) . Randomized Trials of Vitamin E in the Treatment and Prevention of Cardiovascular Disease. *Archives of Internal Medicine, 164(14), 1552-1556.*

Eichhorn, T., Greten, H. J., & Efferth, T.(2011). Self-medication with nutritional supplements and herbal over-the counter products. *Natural Products and Bioprospecting , 1(2) , 62-70.*

Ellis, J. C., Mullan, J., & Worsley, T.(2011) . Prescription medication hoarding and borrowing or sharing behaviours in older residents in the Illawarra, New South Wales, Australia. *Australas Journal Ageing, 30(3), 119-23.*

Ernst, E.(2006) . Herbal medicines- they are popular, but are they also safe? *European Journal of Clinical Pharmacology , 62(1) , 1-2.*

Fairfield, K. M., & Fletcher, R. H.(2002) . Vitamins for Chronic Disease

Prevention in Adults. *The Journal of the American Medical Association*, 287(23), 3116-3126.

Gardiner, P., Kemper, K. J., Legedza, A., & Phillips, R. S. (2007). Factors associated with herb and dietary supplement use by young adults in the United States. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7, 39.

Guh, J. Y., Chen, H. C., Tsai, J. F., & Chuang, L. Y. (2007). Herbal Therapy Is Associated With the Risk of CKD in Adults Not Using Analgesics in Taiwan. *American Journal of Kidney Diseases*, 49(5), 626-633.

Hanlon, J. T., Fillenbaum, G. G., Ruby, C. M., Gray, S., & Bohannon, A. (2001). Epidemiology of over-the-counter drug use in community dwelling elderly: A United States perspective. *Drugs & Aging*, 18(2), 123-131.

Health Research & Educational Trust, Institute for Safe Medication Practices, and Medical Group Management Association. (2008). *Creating medication safety*. Retrieved May 29, 2011, from http://www.hret.org/quality/projects/resources/creating_medication_safety.pdf

Hooper, L., Kroon, P. A., Rimm, E. B., Cohn, J. S., Harvey, I., & Le Cornu, K. A., et al. (2008). Flavonoids, flavonoid-rich foods, and cardiovascular risk: a meta-analysis of randomized controlled trials. *The American*

Journal of Clinical Nutrition, 88(1), 38-50.

Hou, Y. C., Ting, H. H., Tseng, Y. C., Hsieh, Y. H., & Huang, C. C.(2006) .

Study of Application of Alternative Medicine in Cancer Patients-Survey of Aregional Hospital Surgery Outpatient Department. *Journal of the Chinese Medical Association, 17(1-2), 25-33.*

Hsiao, F. Y., Lee, J. A., Huang, W. F., Chen, S. M., & Chen, H. Y.(2006) .

Survey of Medication Knowledge and Behaviors Among College Students in Taiwan. *The American Journal of Pharmaceutical Education, 70(2), 30.*

Huang, L. H. (1996). Medication-taking behavior of the elderly. *The*

Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 12(7), 423-33.

Hussainy, S. Y., & Dermele, N.(2011) . Knowledge, attitudes and practices of health professionals and women towards medication use in breastfeeding: A review. *International Breastfeeding Journal, 6(1), 11.*

Jenkins, R. H., & Vaida, A. J. (2007). Simple strategies to avoid medication errors. *Family Practice Management.* Retrieved October 1, 2009, from www.aafp.org/fpm/2007/0200/p41.html

Kaptchuk, T. J., & Eisenberg, D. M.(1998) . The persuasive appeal of alternative medicine. *Annals of Internal Medicine, 129(12) , 1061-1065.*

Kaufman, D. W., Kelly, J. P., Rosenberg, L., Anderson, T. E., & Mitchell, A.

A.(2002) . Recent Patterns of Medication Use in the Ambulatory Adult Population of the United States : The Sloane Survey. *The Journal of the American Medical Association*, 287(3), 337-344.

Kaushal, J., Gupta, M. C., Jindal, P., & Verma, S.(2012) . Self-Medication Patterns and Drug Use Behavior in Housewives Belonging to the Middle Income Group in a City in Northern India. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(1) , 16-19.

Kelly, J. P., Kaufman, D. W., Kelley, K., Rosenberg, L., Anderson, T. E., & Mitchell, A. A.(2005) . Recent trends in use of herbal and other natural products. *Archives of Internal Medicine*, 165(3), 281-286.

Koh, H. L., Teo, H. H., & Ng, H. L.(2003) . Pharmacists' Patterns of Use, Knowledge, and Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(1), 51-63.

Lai, M. N., Lai, J. N., Chen, P. C., Tseng, W. L., Chen, Y. Y., & Hwang, J. S., et al.(2009) . Increased risks of chronic kidney disease associated with prescribed Chinese herbal products suspected to contain aristolochic acid. *Nephrology*, 14(2) , 227-234.

Lai, M. N., Wang, S. M., Chen, P. C., Chen, Y. Y., & Wang, J. D. (2010).

Population- Based Case–Control Study of Chinese Herbal Products Containing Aristolochic Acid and Urinary Tract Cancer Risk. *Journal of the National Cancer Institute*, 102(3) , 179-186.

Lazarou, J., Pomeranz, B. H., & Corey, P. N. (1998). Incidence of adverse

drug reactions in hospitalized patients: A metaanalysis of prospective studies. *Journal of the American Medical Association*, 279(15), 1200–1205.

Lee, C. H., Wang, J. D., & Chen, P. C. (2010). Increased risk of

hospitalization for acute hepatitis in patients with previous exposure to NSAIDs. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 19(7), 708-714.

Lee, C. H., Wang, J. D., & Chen, P. C. (2011). Risk of liver injury associated

with Chinese herbal products containing Radix bupleuri in 639,779 patients with hepatitis B virus infection. *PLoS ONE*, 6(1), e16064.

Liao, H. L., Ma, T. C., Li, Y. C., Chen, J. T., & Chang, Y. S. (2010) .

Concurrent Use of Corticosteroids with Licorice-Containing TCM Preparations in Taiwan: A National Health Insurance Database Study.

The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 16(5), 539–544.

- Liaw, Y.S., Hsueh, P.R., Yu, C.J., Wang, S. K., Yang, P. C., & Luh, K. T. (2004) . Drug resistance pattern of *Mycobacterium tuberculosis* in a university hospital in Taiwan, 1998-2002. *Journal of the Formosan Medical Association*, 103(9), 671–677.
- Liou, T. H., Wu, C. H., Chien, H. C., Lin, W. Y., Lee, W. J., & Chou, P. (2007) . Anti-obesity drug use before professional treatment in Taiwan. *Asia Pacific Journal Clinical Nutrition*, 16 (3), 580-586.
- Lydia, R., & Michael, F.(2008) . Over-the-counter medication use in older adults.*Journal of Gerontological Nursing*, 34 (4), 8-17.
- Marvanova, M., Roumie, C.L., Eden S.K., Cawthon, C., Schnipper, J.L., & Kripalani, S.(2011). Health literacy and medication understanding among hospitalized adults. *Journal Hospital Medicine*, 6 (9), 488-493.
- Medicines and Healthcare products Regulatory Agency(2011, December 9) . *UK regulator warns of the importance of using registered herbal medicines after discovering super- strength menopause remedy*. Retrieved May 9, 2012, from <http://www.mhra.gov.uk/NewsCentre/Pressreleases/CON137768>
- Moding, S., Kristensson, J., Ekwall, A. K., Hallberg, I. R., & Midlöv, P. (2009). Frail elderly patients in primary care—their medication

knowledge and beliefs about prescribed medicines. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 65(2) , 151-155.

Nahin, R. L., Fitzpatrick, A. L., Williamson, J. D., Burke, G. L., Dekosky, S. T., & Furberg, C.(2006) . Use of herbal medicine and other dietary supplements in community-dwelling older people: Baseline data from the ginkgo evaluation of memory study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(11), 1725-1735.

Nahin, R. L., Pecha, M., Welmerink, D. B., Sink, K., DeKosky, S. T., & Fitzpatrick, A. L. (2009). Concomitant Use of Prescription Drugs and Dietary Supplements in Ambulatory Elderly People. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1197-1205.

Neuhouser, M. L.(2003) . Dietary Supplement Use by American Women: Challenges in Assessing Patterns of Use, Motives and Costs. *The Journal of Nutrition*, 133(6), 1992S-1996S.

Nikolaus, T., Kruse, W., Bach, M., Specht-Leible, N., Oster, P., & Schlierf, G. (1996). Elderly patients' problems with medication: An in-hospital and follow-up study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 49(4), 255-259.

Pushpangadan, M., & Feely, M. (1998). Once a day is best: Evidence or

- assumption? The relationship between compliance and dosage frequency in older people. *Drugs & Aging*, 13(3), 223-227.
- Qato, D.M., Alexander, G.C., Conti, R.M., Johnson, M., Schumm, P., & Lindau, S.T.(2008) .Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 300(24), 2867-2878.
- Radimer, K., Bindewald, B., Hughes, J., Ervin, B., Swanson, C., & Picciano, M. F.(2004). Dietary supplement use by US adults: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000. *American Journal of Epidemiology*, 160(4), 339-349.
- Roehl, B., Talati, A., & Parks, S.(2006) . Medication Prescribing for Older Adults. *Annals of Long-Term Care*, 14(6) , 33-39.
- Saper, R. B., Fletcher, S. W., Rind, D. M.(2012, May) . *Overview of herbal medicine and dietary supplements*. Retrieved June 25, 2012, from Up To Date http://140.116.207.66:9797/MuseSessionID=a946d202957aaf7a0854d78738d6835/MuseHost=www.uptodate.com/MusePath/contents/overview-of-herbal-medicine-and-dietary-supplements?source=search_result&search=Aeromedical+specialists+caution+against+side+effects+of+herbs+used+for+medicinal+purposes&selectedTitle=2%7E150

Schirm, E., Tobi, H., & Berg, L. T.W.(2003) . Risk Factors for Unlicensed and Off-Label Drug Use in Children Outside the Hospital.

Pediatrics ,111(2) , 291 -295.

Schroeder, K., Fahey, T., & Ebrahim, S.(2004). Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004804.

Smith, G. D., & Wu, S. C. (2012). Nurses' beliefs, experiences and practice regarding complementary and alternative medicine in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04008.x

Stechschue, S. A., Kirsner, R. S., & Federman, D. G.(2009) . Vitamin D: Bone and Beyond, Rationale and Recommendations for Supplementation. *The American Journal of Medicine*, 122(9), 793-802.

Tsan, Y. T., Lee, C. H., Wang, J. D., & Chen, P. C.(2012) . Statins and the risk of hepatocellular carcinoma in patients with hepatitis B virus infection. *Journal of Clinical Oncology*, 30(6), 623-630.

U.S. Food and Drug Administration(2012, January 16) . *Rexall Issues Allergy Alert on Undeclared Shellfish in Calcium 1200mg plus Vitamin D 1000 IU Softgels*. Retrieved May 9, 2012, from <http://www.fda.gov/Safety/Recalls/ucm287838.htm>

Vivekanand, J.(2010) . Herbal medicines and chronic kidney disease.

Nephrology Journal , 15(supplement s2) , 10-17.

West, A. L., Fetters, M. D., Hemmila, M. R., Gorenflo, D. W., Kiyota, A., &

Moroi-Fetters, S.(2005) . Herb and vitamin supplementation use among a general ophthalmology practice population. *American Journal of Ophthalmology, 139(3) , 522-529.*

Wilson, K. M., Klein, J. D., Sesselberg, T. S., Yussman, S. M., Markow, D. B.,

& Green, A. E., et al.(2006) . Use of complementary medicine and dietary supplements among U.S. adolescents. *Journal of Adolescent Health, 38(4), 385-394.*

Wilson, I. B., Schoen, C., Neuman, P., Strollo, M. K., Rogers, W. H., &

Chang, H., et al.(2007) Physician- patient communication about prescription medication nonadherence:a 50-state study of America's seniors *Journal of General Internal Medicine, 22 (1), 6-12.*

Wold, R. S., Lopez, S. T., Yau, C. L., Butler, L. M., Pareo-Tubbeh, S. L., &

Waters, D. L., et al.(2005) . Increasing trends in elderly persons' use of nonvitamin, nonmineral dietary supplements and concurrent use of medications. *Journal of the American Dietetic Association, 105(1), 54-63.*

Yousif, M. A.(2002) . In-home drug storage and utilization habits: a Sudanese

study. *East Mediterr Health Journal*, 8(2-3), 422-431.

Yang, Y. H., Lai, J. N., Lee, C. H., Wang, J. D., & Chen, P. C.(2011) .

Increased risk of hospitalization related to motor vehicle accidents among people taking zolpidem: a case-crossover study. *Journal of Epidemiology*, 21(1), 37-43.

Yashodhara, B. M., Umakanth, S., Pappachan, J. M., Bhat, S. K., Kamath, R.,

& Choo, B. H.(2009). Omega-3 fatty acids: a comprehensive review of

their role in health and disease. *Postgraduate Medical Journal*, 85(1000) ,

84-90.

Yom, Y. H., & Lee, K. E.(2008) . A comparison of the knowledge of,

experience with and attitudes towards complementary and alternative

medicine between nurses and patients in Korea. *Journal of Clinical*

Nursing, 17(19), 2565-2572.

表 1 民眾基本資料(n = 421)

變項名稱	人數	百分比(%)
年齡		
44歲以下	59	14.0
45-64歲	176	41.8
65-74歲	116	27.6
75歲以上	70	16.6
性別		
男	143	34.0
女	278	66.0
婚姻		
未婚	36	8.6
已婚	385	91.4
教育程度		
小學以下	130	30.9
國、高中	187	44.4
大學以上	104	24.7
職業		
有	183	43.5
無	238	56.5
收入		
2萬以下	251	59.6
2-4萬	107	25.4
4萬以上	63	15.0
居住狀況		
獨居	51	12.1
與配偶同住	112	26.6
與配偶及直系親屬同住	252	59.9
機構或其他	6	1.4

說明：平均年齡60.43 ± 14.63，最小19歲、最大91歲

表2 慢性病種類(n = 421)

慢性病種類	人數	百分比(%)
無	220	52.3
有	201	47.7
高血壓	104	51.7
糖尿病	55	27.4
心臟病	40	19.9
關節炎	30	14.9
氣喘	9	4.5
癌症	8	4.0
腦中風	7	3.5
其他	31	15.4

註 本題有慢性病為複選題，故百分比總和不為100%

表3 民眾生活型態(n = 421)

變項名稱	人數	百分比(%)	變項名稱	人數	百分比(%)
抽煙			每日五蔬果		
無	401	95.2	無	185	43.9
有	20	4.8	有	236	56.1
喝酒			睡眠品質		
無	400	95.0	好	178	42.3
有	21	5.0	普通	173	41.1
常規運動			不好	70	16.6
無	145	34.4			
有	276	65.6			

表4 民眾用藥相關資訊來源(n = 421)

資訊來源	人數	百分比(%)
醫事人員	247	58.7
書報雜誌	176	41.8
網路大眾傳播	137	32.5
親友同事	98	23.3
自己的保健常識	97	23

註 本題為複選題，故百分比總和不為100%

表5 西藥使用現況(n = 421)

西藥種類	人數(%)	處方來源		用藥目的		藥物來源		
		醫師	非醫師	治病	養身	醫院診所	藥局	其他 ^a
無	138(32.8)							
有	283(67.2)							
降血壓藥	121	121	0	120	1	120	0	1
止痛/消炎藥	57	51	6	55	2	48	9	0
綜合感冒藥	54	52	2	54	0	51	2	1
降血糖藥	52	52	0	52	0	52	0	0
腸胃藥	44	39	5	41	3	38	4	2
心臟用藥	43	43	0	42	1	43	0	0
降血脂藥	28	28	0	28	0	28	0	0
抗生素/制菌劑	9	9	0	9	0	9	0	0
退燒藥	7	7	0	7	0	7	0	0
其他	27	25	2	25	2	26	1	0

註 本題為複選題，故百分比總和不為100%

a：其他指藥物來源為電視/電台/網路、直銷、市場/廟宇/夜市、家人贈予、親友贈予、國外帶回

表6 中草藥使用現況(n = 421)

中草藥種類	人數(%)	處方來源		用藥目的		藥物來源		
		醫師	非醫師	治病	養身	醫院診所	藥局	其他 ^a
無	319(75.8)							
有	102(24.2)							
補氣/補血/補腎	37	22	15	18	19	23	3	11
活血化瘀(通血路)	17	10	7	11	6	11	2	4
清熱解表(感冒)	16	13	3	16	0	12	0	4
安神寧心(失眠)	14	5	9	11	3	10	0	4
健脾/胃	12	9	3	6	6	8	1	3
青草藥	10	2	8	4	6	2	0	8
經產帶下之劑	2	1	1	0	2	1	0	1
潤燥通便	1	1	0	1	0	1	0	0
其他	15	5	10	7	8	5	3	7

註 本題為複選題，故百分比總和不為100%

a：其他指藥物來源為電視/電台/網路、直銷、市場/廟宇/夜市、家人贈予、親友贈予、國外帶回

表7 保健食品使用現況(n=421)

保健食品種類	人數(%)	處方來源		用藥目的		藥物來源		
		醫師	非醫師	治病	養身	醫院診所	藥局	其他 ^a
無	192(45.6)							
有	229(54.4)							
綜合維他命	112	13	99	4	108	11	44	57
維骨力	92	15	77	10	82	15	29	48
魚油	27	0	27	2	25	0	9	18
膠原蛋白	18	2	16	3	15	0	5	13
納豆	17	2	15	1	16	3	4	10
益生菌	14	1	13	0	14	0	4	10
酵素	12	1	11	2	10	1	1	10
銀杏	12	3	9	1	11	1	7	4
紅麴	11	0	11	10	1	0	4	7
大豆卵磷脂	10	1	9	1	9	0	5	5
蜂膠	6	0	6	0	6	0	1	5
其他	25	2	23	1	24	2	8	15

註 本題為複選題，故百分比總和不為100%

a：其他指藥物來源為電視/電台/網路、直銷、市場/廟宇/夜市、家人贈予、親友贈予、國外帶回

表8 藥品處理方式(n = 421)

變項名稱	剩餘藥品		過期藥品		不知藥品有無過期	
	是	否	是	否	是	否
留著需要時可以再用	191(45.4)	230(54.6)	25(5.9)	396(94.1)	60(14.3)	361(85.7)
丟垃圾桶	141(33.5)	280(66.5)	258(61.3)	163(38.7)	200(47.5)	221(52.5)
送回藥局或醫院回收	123(29.2)	298(70.8)	143(34.0)	278(66.0)	145(34.4)	276(65.6)
丟馬桶	5(1.2)	416(98.8)	5(1.2)	416(98.8)	7(1.7)	414(98.3)
轉送給相同症狀的親友	3(0.7)	418(99.3)	3(0.7)	418(99.3)	1(0.2)	420(99.8)

表9 用藥困擾(n = 421)

困擾項目	人數(%)
無	42(10.0)
有	379(90.0)
有副作用不知是否停藥	197(46.8)
使用無效果不知是否停藥	194(46.1)
服藥時間不同	189(44.9)
服藥顆數太多	182(43.2)
服用藥物需撥半	171(40.6)
忘記服藥不知如何處理	165(39.2)
用藥相關問題不知該向誰詢問	155(36.8)
不知使用注意事項	154(36.6)
不知藥物使用方式	140(33.3)
不知保存方式	129(30.6)

表10 服藥顆數造成困擾(n = 421)

服藥顆數	人數	百分比(%)
無	300(71.3)	
有	121(28.7)	
2顆(含)以下	11	9.1
3~4顆	32	26.4
5~6顆	61	50.5
7顆以上	17	14.0

表 11 用藥知識、態度、行為題組高低分(n = 421)

變項名稱	總題數	題組最低與	最小值	最大值	平均值	標準差
		最高分數				
用藥知識	19	0~19	0	19	15.12	3.14
用藥態度	25	0~25	2	23	16.16	3.29
用藥行為	16	0~64	22	64	50.31	7.42

轉換分數計算：

用藥知識：答「錯」及答「不知道」為0分，答「對」為1分。

用藥態度：正向題-「非常同意」、「同意」給1分，「沒意見」、「不同意」、「非常不同意」給0分。

負向題-「非常同意」、「同意」、「沒意見」給0分，「不同意」、「非常不同意」給1分。

用藥行為：「從未如此」代表0分、「很少如此」代表1分、「偶爾如此」代表2分、「經常如此」代表3分、「總是如此」代表4分。

表12 用藥知識得分(n=421)

用藥知識項目	平均值	標準差
藥效作用有時間性，所以必須遵守服藥時間	0.95	0.21
用藥「五不」是指：不信神奇療效、不聽別人推薦、不買地攤夜市賣的藥、不吃別人送的藥、不要推薦藥給別人	0.92	0.28
忘了服藥，可於下一次正常時間服藥時間服用雙倍劑量	0.92	0.28
處方藥是指必須經由醫師處方，才能由藥事人員調劑供應	0.92	0.27
藥品應避免存放在潮濕或陽光曝曬的地方	0.88	0.32
保留藥物的說明書、有效日期、用法及用量資料，有利於辨識藥物與使用參考	0.87	0.34
用藥五問是指：問藥名、藥效、用法、用多久、注意事項	0.87	0.34
家中藥品應定期檢查，有過期的藥品，不宜保存應丟棄	0.86	0.35
指示藥是指需要醫師或藥師的指示才能購買使用	0.86	0.35
同時一次服用各類中西藥或健康食品，彼此間藥效可能會相互影響	0.84	0.37
同一種藥物作用都是相同的，所以適合每個人使用	0.82	0.39
辨別「健康食品」的方式，是看產品包裝上是否有健康食品標章及衛生署核發許可證字號，如：衛署健食字號或衛署健食規字號	0.82	0.38
「健康食品」經由濃縮、萃取等程序製作，濃度含量已不同於直接食用一般食品，對於不同的人，還是可能發生不適，並非百分之百安全	0.78	0.42
藥品可分為：處方藥、指示藥與成藥	0.77	0.42
藥品可能與葡萄柚汁、牛奶、茶、咖啡、香煙或酒類產生交互作用	0.73	0.44
藥物需要飯前或空腹服用，表示應在飯前1小時或飯後2小時服用	0.69	0.46
健康食品若宣稱治病療效或其他特殊奇效就是不實廣告，如抗癌、降血脂、降血糖、改善視力、預防感冒等	0.68	0.47
成藥是指不需要醫藥專業人員指示即可自行使用，但使用前需閱讀藥品說明書與標示	0.65	0.48
健康食品可以標示或以廣告方式宣稱保健功效	0.28	0.45
總平均	0.80	0.37

註：用藥知識答「錯」、「不知道」為0分，答「對」為1分；負向題均轉為正向給分；故分數越高代表用藥知識越正確。

表13 用藥知識細項分佈情形(n = 421)

用藥知識項目	對		錯		不知道	
	人數	%	人數	%	人數	%
藥效作用有時間性，所以必須遵守服藥時間	401	95.2	12	2.9	8	1.9
用藥「五不」是指：不信神奇療效、不聽別人推薦、不買地攤夜市賣的藥、不吃別人送的藥、不要推薦藥給別人	386	91.7	12	2.8	23	5.5
處方藥是指必須經由醫師處方，才能由藥事人員調劑供應	387	91.9	3	0.7	31	7.4
忘了服藥，可於下一次正常時間服藥時間服用雙倍劑量	386	91.7	18	4.3	17	4.0
藥品應避免存放在潮濕或陽光曝曬的地方	372	88.3	42	10.0	7	1.7
用藥五問是指：問藥名、藥效、用法、用多久、注意事項	367	87.2	6	1.4	48	11.4
保留藥物的說明書、有效日期、用法及用量資料，有利於辨識藥物與使用參考	367	87.2	30	7.1	24	5.7
指示藥是指需要醫師或藥師的指示才能購買使用	362	86.0	9	2.1	50	11.9
家中藥品應定期檢查，有過期的藥品，不宜保存應丟棄	361	85.8	41	9.7	19	4.5
同時一次服用各類中西藥或健康食品，彼此間藥效可能會相互影響	352	83.6	31	7.4	38	9.0
辨別「健康食品」的方式，是看產品包裝上是否有健康食品標章及衛生署核發許可證字號，如：衛署健食字號或衛署健食規字號	347	82.4	13	3.1	61	14.5
同一種藥物作用都是相同的，所以適合每個人使用	345	81.9	44	10.5	32	7.6
「健康食品」經由濃縮、萃取等程序製作，濃度含量已不同於直接食用一般食品，對於不同的人，還是可能發生不適，並非百分之百安全	328	77.9	31	7.4	62	14.7
藥品可分為：處方藥、指示藥與成藥	326	77.4	13	3.1	82	19.5
藥品可能與葡萄柚汁、牛奶、茶、咖啡、香煙或酒類產生交互作用	308	73.2	83	19.7	30	7.1
藥物需要飯前或空腹服用，表示應在飯前1小時或飯後2小時服用	290	68.9	82	19.5	49	11.6
健康食品若宣稱治病療效或其他特殊奇效就是不實廣告，如抗癌、降血脂、降血糖、改善視力、預防感冒等	288	68.4	74	17.6	59	14.0
成藥是指不需要醫藥專業人員指示即可自行使用，但使用前需閱讀藥品說明書與標示	275	65.3	99	23.5	47	11.2
健康食品可以標示或以廣告方式宣稱保健功效	118	28.0	206	48.9	97	23.1

註：用藥知識負向題均轉為正向；故答對代表用藥知識正確。

表14 用藥態度得分(n = 421)

用藥態度項目	平均值	標準差
1.治療血壓、血糖藥物或抗生素等處方藥，要醫師開立的才可以服用	0.97	0.180
2.看病主動告知醫師自己正在服用的藥品或健康食品，才能確保用藥安全	0.90	0.298
3.為了方便，可以在地攤、廟口、夜市、電台、網路等非醫院或藥局購買藥品或健康食品	0.90	0.306
4.雖然處方藥由醫師開立，藥師也核對過，領藥時若有不清楚，仍需要再問藥名、藥效、用法、用多久及其他注意事項	0.89	0.311
5.藥品分級可以保護我們用藥的安全性	0.89	0.312
6.正確的存放藥品，才能確保藥品的療效不受影響	0.89	0.313
7.別人贈送的藥品，可以服用	0.86	0.343
8.有神奇療效的藥物應該買來使用	0.84	0.362
9.購買健康食品一定要看產品包裝外觀上是否有健康食品標章或健康食品字樣以及衛生署核發許可證號碼(例如：衛署健食字第 000000 號)	0.84	0.364
10.不信神奇療效、不聽別人推薦、不買地攤夜市賣的藥、不吃別人送的藥、不要推薦藥給別人，可以杜絕來路不明或誇大不實的藥品	0.83	0.373
11.使用「健康食品」應該依照建議食用劑量食用，但為了快速達到某種效用，可以自行增加劑量	0.83	0.377
12.服用藥物不應以果汁、牛奶、茶、咖啡或酒來代替白開水	0.75	0.431
13.別人推薦不錯的藥物或健康食品，可以購買使用	0.66	0.475
14.服藥須遵守服藥時間，若時間上沒辦法配合，可以自行隨意調整	0.63	0.484
15.我會將領回的藥袋做保留，以便日後使用參考	0.60	0.490
16.自己有使用效果很不錯的藥物或健康食品，應該推薦給親朋好友使用	0.56	0.497
17.如果症狀已經改善，可以自行停藥或減少用藥次數	0.52	0.500
18.如果感冒、腸胃不適，可自行到藥局，經藥師指示使用方式後購買	0.52	0.500
19.我認為中藥為天然性植物，無副作用，故可以放心使用中藥	0.48	0.500
20.我認為西藥副作用大，儘可能避免服用西藥	0.41	0.492
21.不管是保健食品還是健康食品，只要是對身體有幫助的都可以使用	0.39	0.488
22.成藥可以自行購買，只要在使用前閱讀藥品說明書，了解使用方法即可	0.33	0.472

23.若有中藥或西藥可以選擇，我會優先選擇中藥	0.30	0.457
24.我認為家中應放置一些退燒藥、消炎藥或止痛藥，以備不時之需可使用	0.23	0.421
25.飯前服藥(空腹)容易傷胃，所以應先吃點東西，然後再服藥	0.19	0.395
總平均	0.65	0.41

註：1.用藥態度：正向題「非常同意」、「同意」給1分；「沒意見」、「不同意」、「非常不同意」給0分；

負向題「非常同意」、「同意」、「沒意見」給0分；「不同意」、「非常不同意」給1分；

2.負向題給分已轉換，故分數愈高代表用藥態度越正向。



表15 用藥態度細項分佈情形(n = 421)

用藥態度項目	正向態度		負向態度	
	人數	%	人數	%
治療血壓、血糖藥物或抗生素等處方藥，要醫師開立的才可以服用	407	96.7	14	3.3
看病主動告知醫師自己正在服用的藥品或健康食品，才能確保用藥安全	380	90.3	41	9.7
為了方便，可以在地攤、廟口、夜市、電台、網路等非醫院或藥局購買藥品或健康食品	377	89.6	44	10.4
雖然處方藥由醫師開立，藥師也核對過，領藥時若有不清楚，仍需要再問藥名、藥效、用法、用多久及其他注意事項	376	89.3	45	10.7
藥品分級可以保護我們用藥的安全性	375	89.1	46	10.9
正確的存放藥品，才能確保藥品的療效不受影響	375	89.1	46	10.9
別人贈送的藥品，可以服用	364	86.5	57	13.5
有神奇療效的藥物應該買來使用	356	84.6	65	15.4
購買健康食品一定要看產品包裝外觀上是否有健康食品標章或健康食品字樣以及衛生署核發許可證號碼(例如：衛署健食字第 000000 號)	355	84.3	66	15.7
不信神奇療效、不聽別人推薦、不買地攤夜市賣的藥、不吃別人送的藥、不要推薦藥給別人，可以杜絕來路不明或誇大不實的藥品	351	83.4	70	16.6
使用「健康食品」應該依照建議食用劑量食用，但為了快速達到某種效用，可以自行增加劑量	349	82.9	72	17.1
服用藥物不應以果汁、牛奶、茶、咖啡或酒來代替白開水	318	75.5	103	24.5
別人推薦不錯的藥物或健康食品，可以購買使用	278	66.0	143	34.0
服藥須遵守服藥時間，若時間上沒辦法配合，可以自行隨意調整	266	63.2	155	36.8
我會將領回的藥袋做保留，以便日後使用參考	256	60.8	165	39.2
自己有使用效果很不錯的藥物或健康食品，應該推薦給親朋好友使用	239	56.8	182	43.2
如果症狀已經改善，可以自行停藥或減少用藥次數	222	52.7	199	47.3
如果感冒、腸胃不適，可自行到藥局，經藥師指示使用方式後購買	220	52.3	201	47.7
我認為中藥為天然性植物，無副作用，故可以放心使用中藥	200	47.5	221	52.5
我認為西藥副作用大，儘可能避免服用西藥	170	40.4	251	59.6

不管是保健食品還是健康食品，只要是對身體有幫助的都可以使用	164	39.0	257	61.0
成藥可以自行購買，只要在使用前閱讀藥品說明書，了解使用方法即可	140	33.3	281	66.7
若有中藥或西藥可以選擇，我會優先選擇中藥	123	29.2	298	70.8
我認為家中應放置一些退燒藥、消炎藥或止痛藥，以備不時之需可使用	96	22.8	325	77.2
飯前服藥(空腹)容易傷胃，所以應先吃點東西，然後再服藥	81	19.2	339	80.8

註：1.用藥態度：正向題「非常同意」、「同意」給1分；「沒意見」、「不同意」、「非常不同意」給0分；

負向題「非常同意」、「同意」、「沒意見」給0分；「不同意」、「非常不同意」給1分；

2.負向題給分已轉換，故分數愈高代表用藥態度越正向。



表16 用藥行為得分(n = 421)

用藥行為項目	平均值	標準差
會因為服藥後症狀改善，而自行減少藥物劑量或停止用藥	2.26	1.41
會因為服藥後出現副作用身體不適，而自行減少藥物劑量或停止用藥	2.40	1.46
就醫會主動告知醫師正在服用的藥品或健康食品	2.42	1.51
領藥會向藥師詢問藥物名稱、作用、使用方法、用多久及其他注意事項	2.42	1.43
購買健康食品一定會看產品包裝外觀上是否有健康食品標章或衛生署核發許可證號碼	2.79	1.50
身體不適，會到藥局購買藥品	3.15	1.00
曾經推薦藥物或健康食品給親朋好友使用	3.26	0.92
別人推薦使用效果不錯的藥物會購買來用	3.29	0.96
會因為服藥後症狀未改善，而自行增加藥物劑量或停用用藥	3.32	1.08
會將一般藥品置放於廚房保存	3.34	1.18
會依照醫師所開立的服藥時間來服藥	3.46	0.90
會相信別人所說的特殊神奇療效藥物	3.48	0.79
會服用他人贈送的藥物	3.54	0.81
服用藥物時會以果汁、牛奶、茶或其他飲料來代替白開水	3.58	0.92
會在夜市、電台、廟口、遊覽車、網路等非醫院或藥局購買藥品或健康食品	3.71	0.72
會將一般藥品置放於浴室保存	3.89	0.48
總平均	3.14	1.07

註：1.用藥行為：「從未如此」代表0分、「很少如此」代表1分、「偶爾如此」代表2分、「經常如此」代表3分、「總是如此」代表4分；

2.負向題已將分數轉為「從未如此」代表4分；「很少如此」代表3分；「偶爾如此」代表2分；「經常如此」代表1分；「總是如此」代表0分；故分數越高代表用藥行為越正向。

表17 用藥行為細項分佈情形(n=421)

用藥行為項目	從未如此		很少如此		偶爾如此		經常如此		總是如此	
	人數	%								
會因為服藥後症狀改善，而自行減少藥物劑量或停止用藥	113	26.8	79	18.8	100	23.8	62	14.7	67	15.9
會因為服藥後出現副作用身體不適，而自行減少藥物劑量或停止用藥	142	33.7	75	17.8	79	18.8	60	14.3	65	15.4
就醫會主動告知醫師正在服用的藥品或健康食品	74	17.6	59	14.0	53	12.6	87	20.7	148	35.1
領藥會向藥師詢問藥物名稱、作用、使用方法、用多久及其他注意事項	64	15.2	52	12.4	80	19.0	93	22.1	132	31.3
購買健康食品一定會看產品包裝外觀上是否有健康食品標章或衛生署核發許可證號碼	70	16.6	22	5.2	38	9.1	86	20.4	205	48.7
身體不適，會到藥局購買藥品	192	45.6	141	33.5	59	14.0	17	4.0	12	2.9
曾經推薦藥物或健康食品給親朋好友使用	222	52.7	107	25.4	76	18.1	11	2.6	5	1.2
別人推薦使用效果不錯的藥物會購買來用	235	55.8	105	24.9	57	13.6	17	4.0	7	1.7
會因為服藥後症狀未改善，而自行增加藥物劑量或停用用藥	270	64.1	64	15.2	52	12.3	20	4.8	15	3.6
會將一般藥品置放於廚房保存	296	70.3	40	9.5	41	9.7	20	4.8	24	5.7
會依照醫師所開立的服藥時間來服藥	12	2.9	9	2.1	17	4.0	120	28.5	263	62.5
會相信別人所說的特殊神奇療效藥物	268	63.6	100	23.7	44	10.5	7	1.7	2	0.5
會服用他人贈送的藥物	296	70.3	72	17.1	40	9.5	11	2.6	2	0.5
服用藥物時會以果汁、牛奶、茶或其他飲料來代替白開水	324	77.0	52	12.4	23	5.5	9	2.1	13	3.0
會在夜市、電台、廟口、遊覽車、網路等非醫院或藥局購買藥品或健康食品	344	81.7	46	10.9	20	4.7	7	1.7	4	1.0
會將一般藥品置放於浴室保存	393	93.4	16	3.8	6	1.4	5	1.2	1	0.2

表18 民眾用藥知識、態度與行為間的相關矩陣表

檢定變項	用藥知識	用藥態度	用藥行為
用藥知識	1	0.351(**)	0.133(**)
用藥態度	0.351(**)	1	0.453(**)
用藥行為	0.133(**)	0.453(**)	1

** 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。



表19 人口學變項與用藥知識差異檢定

用藥知識	平均值±標準差		t-test P 值	用藥知識	平均值±標準差		ANOVA P 值	事後比較 Scheffe test
性別	男	15.08 ± 2.83	0.836	年齡			< 0.001	A > D , B > D
	女	15.14 ± 3.29		44歲以下(A)		16.07 ± 2.39		
婚姻	有	15.04 ± 3.21	0.017	45-64歲 (B)		15.60 ± 2.78		
	無	15.97 ± 2.04		65-74歲 (C)		14.83 ± 3.02		
職業	有	15.22 ± 2.99	0.610	75歲以上(D)		13.60 ± 4.05		
	無	15.06 ± 3.25		教育程度				
慢性病	有	14.85 ± 14.85	0.067	小學以下(A)		14.02 ± 3.63		
	無	15.40 ± 3.09		國、高中(B)		15.34 ± 2.94		
抽煙	有	14.85 ± 2.25	0.659	大專及研究所以上(C)		16.11 ± 2.32		
	無	15.17 ± 3.16		居住狀況				
喝酒	有	14.95 ± 3.19	0.777	獨居(A)		14.20 ± 4.07		
	無	15.15 ± 3.12		與配偶同住(B)		14.82 ± 0.32		
運動	有	15.03 ± 2.98	0.425	與配偶及直系親屬住(C)		15.44 ± 2.76		
	無	15.29 ± 3.41		機構與其他(D)		16.00 ± 1.63		
蔬果	有	15.00 ± 3.09	0.394	經濟狀況			< 0.001	B > A , C > A
	無	15.26 ± 3.21		2萬以下(A)		14.61 ± 3.46		
西藥	有	15.02 ± 3.08	0.350	2-4萬 (B)		15.66 ± 2.46		
	無	15.33 ± 3.24		4萬以上(C)		16.22 ± 2.32		
中草藥	有	15.28 ± 2.87	0.547	睡眠品質			0.777	
	無	15.07 ± 3.21		好(A)		15.22 ± 2.70		
保健食品	有	15.33 ± 3.11	0.141	普通(B)		14.99 ± 3.54		
	無	14.88 ± 3.15		不好(C)		15.21 ± 3.16		

表20 人口學變項與用藥態度差異檢定

用藥態度	平均值±標準差	t-test		用藥態度	平均值±標準差	ANOVA		事後比較 Scheffe test
		P 值				P 值		
性別	男	16.45 ± 3.11	0.194	年齡	44歲以下(A) 45-64歲 (B) 65-74歲 (C) 75歲以上(D)	15.76 ± 3.53 16.76 ± 3.14 16.00 ± 3.13 15.24 ± 3.49	0.006	B > D
	女	16.01 ± 3.38						
婚姻	有	16.14 ± 3.29	0.737	教育程度	小學以下(A) 國、高中(B) 大專及研究所以上(C)	15.41 ± 3.27 16.35 ± 3.20 16.74 ± 3.33	0.005	B > A 、 C > A
	無	16.33 ± 3.36						
職業	有	16.38 ± 3.28	0.273	居住狀況	獨居(A) 與配偶同住(B) 與配偶及直系親屬住(C) 機構與其他(D)	15.53 ± 3.10 15.88 ± 3.35 16.37 ± 3.29 18.00 ± 1.15	0.173	
	無	16.03 ± 3.29						
慢性病	有	16.17 ± 3.26	0.979	經濟狀況	2萬以下(A) 2-4萬 (B) 4萬以上(C)	15.88 ± 3.21 16.50 ± 3.60 16.67 ± 2.98	0.107	
	無	16.16 ± 3.33						
抽煙	有	16.05 ± 3.70	0.879	睡眠品質	好(A) 普通(B) 不好(C)	16.54 ± 3.06 16.05 ± 3.23 15.36 ± 3.82	0.0361	A > C
	無	16.17 ± 3.28						
喝酒	有	15.33 ± 3.82	0.233					
	無	16.21 ± 3.26						
運動	有	16.43 ± 3.00	0.028					
	無	15.63 ± 3.74						
蔬果	有	16.36 ± 3.02	0.169					
	無	15.90 ± 3.59						
西藥	有	16.05 ± 3.36	0.350					
	無	16.37 ± 3.14						
中草藥	有	15.17 ± 3.13	< 0.001					
	無	16.47 ± 3.28						
保健食品	有	15.93 ± 3.29	0.116					
	無	16.43 ± 3.27						

表21 人口學變項與用藥行為差異檢定

用藥行為	平均值±標準差	t-test		用藥行為	平均值±標準差	ANOVA		事後比較 Scheffe test
		P 值				P 值		
性別	男	50.63 ± 7.57	0.529	年齡	44歲以下(A) 45-64歲 (B) 65-74歲 (C) 75歲以上(D)	48.36 ± 6.74 51.65 ± 6.02 50.60 ± 7.99 48.10 ± 9.26	0.001	B > A、D
	女	50.15 ± 7.35						
婚姻	有	50.31 ± 7.51	0.996	教育程度	小學以下(A) 國、高中(B) 大專及研究所以上(C)	48.82 ± 8.55 51.55 ± 6.67 49.94 ± 6.86	0.005	B > A
	無	50.31 ± 6.51						
職業	有	50.27 ± 6.70	0.871	居住狀況	獨居(A) 與配偶同住(B) 與配偶及直系親屬住(C) 機構與其他(D)	50.18 ± 8.12 49.83 ± 8.18 50.50 ± 6.98 51.25 ± 5.74	0.872	
	無	50.39 ± 8.00						
慢性病	有	50.55 ± 7.90	0.546	經濟狀況	2萬以下(A) 2-4萬 (B) 4萬以上(C)	50.10 ± 8.00 50.64 ± 6.52 50.62 ± 6.47	0.770	
	無	50.11 ± 6.91						
抽煙	有	50.75 ± 5.05	0.779	睡眠品質	好(A) 普通(B) 不好(C)	50.74 ± 7.76 50.84 ± 6.38 47.83 ± 8.58	0.009	A > C , B > C
	無	50.27 ± 7.55						
喝酒	有	49.90 ± 4.71	0.710					
	無	50.32 ± 7.56						
運動	有	51.49 ± 7.49	< 0.001					
	無	48.08 ± 6.78						
蔬果	有	51.22 ± 7.24	0.005				0.770	
	無	49.18 ± 7.45						
西藥	有	50.19 ± 7.72	0.634					
	無	50.56 ± 6.78						
中草藥	有	48.58 ± 7.84	0.007				0.009	A > C , B > C
	無	50.87 ± 7.20						
保健食品	有	50.17 ± 7.44	0.671					
	無	50.48 ± 7.41						

表 22 用藥知識相關因素迴歸分析

	原始迴歸係數 (B)	標準誤 (stand error)	P
年齡			
44歲以下	1.718	.715	.017
45-64歲	1.545	.516	.003
65-74歲	1.100	.470	.020
75歲以上(參照組)			
教育程度			
小學以下	-1.104	.541	.042
國、高中	-.322	.436	.460
大專及研究所以上(參照組)			
職業			
無	-.896	.361	.013
有(參照組)			
經濟			
2萬以下	-1.066	.535	.047
2-4萬	-.496	.520	.340
4萬以上(參照組)			

註：年齡、性別、婚姻、教育程度、居住狀況、職業、經濟、慢性病、睡眠品質、抽煙、喝酒、規律運動、每日五蔬果、西藥、中草藥、保健食品變項放入模式中分析，僅呈現顯著性變項

表 23 用藥態度相關因素迴歸分析

	原始迴歸係數 (B)	標準誤 (stand error)	P
年齡			
44歲以下	-0.111	0.757	0.883
45-64歲	1.118	0.546	0.041
65-74歲	0.547	0.497	0.272
75歲以上(參照組)			
規律運動			
無	1.062	0.393	0.007
有(參照組)			
中草藥使用			
無	-0.910	0.392	0.021
有(參照組)			
用藥知識	0.348	0.51	< 0.001

註：年齡、性別、婚姻、教育程度、居住狀況、職業、經濟、慢性病、睡眠品質、抽煙、喝酒、規律運動、每日五蔬果、西藥、中草藥、保健食品、用藥知識變項放入模式中分析，僅呈現顯著性變項。

表 24 用藥行為相關因素迴歸分析

	原始迴歸係數 (B)	標準誤 (stand error)	P
年齡			
44歲以下	.472	1.695	.781
45-64歲	3.190	1.224	.010
65-74歲	1.984	1.114	.076
75歲以上(參照組)			
睡眠品質			
好	1.531	1.084	.159
普通	2.114	1.048	.044
不好(參照組)			
規律運動			
無	3.663	.882	< 0.001
有(參照組)			
中草藥使用			
無	-1.801	.877	.041
有(參照組)			
用藥態度			
	0.966	0.110	< 0.001

註：年齡、性別、婚姻、教育程度、居住狀況、職業、經濟、慢性病、睡眠品質、抽煙、喝酒、規律運動、每日五蔬果、西藥、中草藥、保健食品、用藥知識、用藥態度等變項放入模式中分析，僅呈現顯著性變項

附錄一 人體試驗審查委員會人體試驗審查通過證明函



長榮大學人體試驗審查委員會

人體試驗審查通過證明函

計畫申請表暨同意書編號：CJCU-99-013

計畫申請人莊昭華申請之計畫名稱社區民眾用藥現況調查
於使用人類受試者部份，業經本委員會於 100 年 5 月
19 日審查通過，執行期限自 100 年 08 月 1 日至 101 年 07
月 31 日止，特此證明。

人體試驗審查委員會主任委員

張文正

中華民國 100 年 5 月 19 日

