

臺中市南區

家庭就醫習慣研究

陳志山

前言

人食五穀雜糧，怎能無疾。有了疾病，自然產生就醫的醫療行為。但是疾病有器質性及心理性之分，即使在今日之醫療觀點來看，仍是以兩種不同的方式進行治療。自古以來，世界各地因其不同之文化背景產生其獨特的醫療行為，有以宗教信仰為主之巫蠱神醫，有以經驗累積而來的傳統醫療。西方自文藝復興以來，科學昌明，一種著重理論、實驗與證據的醫學逐漸抬頭，終於發展成現代醫學，也就是國人所稱之西方醫學。西醫自十八世紀以來，經由傳教士傳入東方。民國肇建，民智漸開，這種隨著西方科學文明而來的醫療方式，終於在中國一向封閉的社會中得到更廣泛的接受。

台灣是中國的一省，島上的居民絕大多數來自大陸諸省。但是因其特殊之地理位置及歷史背景，台灣在醫學的發展上異於內地。

西元1625年，荷蘭人佔領台灣之前，島上只住了為數約五萬人之高山族，他們也有所謂的原始醫學，亦即巫醫加上青草生藥的醫療型態。隨著荷人進佔台灣的三十六年間，首度的傳入歐洲文化及西洋醫學。荷人更在安平及台南建立醫院。鄭成功於1661年登陸台灣，驅走荷蘭人，也帶來了大陸文化及漢方漢藥。鄭氏治台22年，隨後台灣由滿清統治了約212年。這段時期，大陸移民日增，中國醫學包括黃帝內經、傷寒論、陰陽五行說、本草等中醫

的真髓源源而入，同時也搬進了迷信、巫術、占卜等。但是中國的醫學對瘧疾和傳染病並不能控制，因此當時台灣瘴癘之氣盛行。直到滿清統治末期（1865年），基督教長老教派的傳教士陸續來台傳教，並在台南設新樓醫館，1871年在淡水設馬偕醫院，1896年在彰化設彰化基督教醫院，並傳授西方醫術，自此在台灣奠定了西醫的基礎。日本人從1895年起佔領台灣，凡50年。日本人除了實施日本醫師法，即西醫之外，又禁止漢醫的登陸。因此在50年間，漢醫逐漸凋零，幾乎全被淘汰。固然，日本人的作用在抹殺台灣同胞的中華文化，但是他們在台灣醫療體系的現代化卻有不可磨滅的功績。日本人一方面設立醫學校，積極培養醫事人才，一方面在全島各地設立總督府病院，使醫療普及，建立了文明國家醫療網的雛形。另外日本人在疾病控制方面也有很大的貢獻。（1）（2）

民國三十四年，台灣重回祖國懷抱。雖然我們在公共衛生的推行及傳染病的防治上獲得卓越的成就，但是在醫療法令方面卻漏洞百出。於是，一夕之間產生了許多來路不明的中醫師、藥酒、仙丹、生藥充斥市面。寺廟林立、巫醫、藥籤、占卜、八卦盛行。據估計全省約有近萬名密醫、齒模工人充當牙科密醫的也不計其數。藥房、檢驗所為人看病、打針、施藥也是時有所聞。其對國民健康為害甚劇（3）。幸好政府也體認出事態之嚴重，除了健全法令，加強取締密醫、偽醫之外，一方面也督促大眾傳播界對正確醫療觀念的宣導，此外補充醫事人力不足，健全基層醫療網等都是政府近年來努力的方向。

研究動機

政府近年來極為重視國民的醫療保健問題。所謂基層醫療，已經成為醫藥衛生中的一項熱門話題。隨著醫療服務的推廣普及，民衆的醫療常識教育也應密切配合進行。雖然政府盡力在推行，但似乎未達理想之效果。顯示社會中仍存在一些阻力。這些阻力包括民衆根深蒂固的傳統觀念，江湖術士、成藥商誇大不實的廣告以及深植社會各個角落的密醫和迷信等。

我們想要了解的是，社會上尚存有正確醫療觀念的民衆有多少？跟知識水準有沒有關係？和社會經濟地位有關嗎？跟年齡、宗教信仰、跟居住環境、家庭組成、跟大眾傳播工具的醫藥廣告是不是都有很大的關係呢？因此，我們從72年5月開始收集相關資料，訪問專家前輩，並著手設計問卷。

研究目的

(一)本院位於台中市南區，基於地緣的理由和醫學生對社會醫療行爲的關心。我們希望能獲得本區民衆就醫習慣的初步資料。

(二)經由本項調查，分析就醫行爲與各因素之關係，以期發現某些醫療問題。

(三)調查民衆對醫療設施之利用情況，以供給政府對醫療建設之參考。

(四)希望本研究能提供各單位專家做為推廣國民衛生教育之參考。

研究方法

本研究係採用問卷方式，以台中市南區的所有家庭為對象，經抽樣選出代表，以家庭訪視來取得初步資料。

問卷的設計，採用半封閉式。為配合電腦統計，預留了Code number 的空格，待訪視歸來再重新填過。問卷內容包括：(一)家戶基本資料；年齡、籍貫、社經地位 (Social Economic Status) (4)、宗教信仰、文化程度、家庭型態等。

(二)就醫習慣，包括今年內(72年元月至9月)是否採用過民俗療法(乩童、命相、風水、卜籤、拜廟、收驚、香灰符水)、漢醫(中醫、接骨師、針灸、秘方、草藥、按摩、補藥、江湖郎中)、西醫(大醫院~200床以上、小醫院~200床以下、診所~不住院、衛生所、精神科、無牌西醫、西藥房、檢驗所)等，多久以前用過，誰採用的，因何原因採用，有沒有效果，誰決定此種療法的，是如何知道用此療法的。

(三)有無固定醫院或醫師及其理由；喜歡上大醫院或私

人診所及其理由。

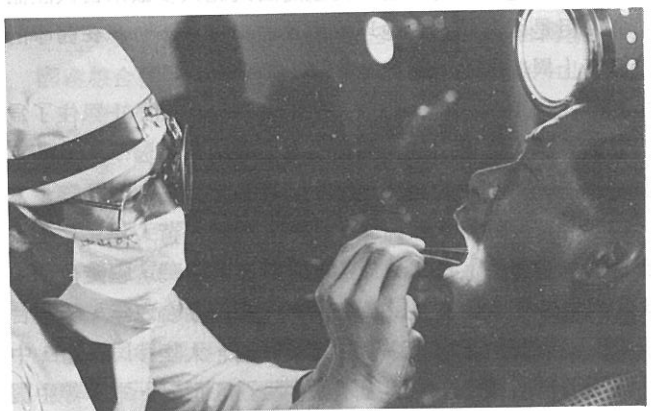
樣本與抽樣根據台中市南區戶政事務所之資料，南區一共有22個里，449鄰，14843戶。由於本研究係家庭疾病行爲研究(Household illness behavior study)，所以以家庭為單位。我們採用分段取樣(Multiple Stage Sampling)；先從22個里中，以隨機亂數表取出5個里，再由這五里中各抽出5個鄰，每鄰各抽10戶。總計250戶做為我們進行訪視的對象。

家庭訪視除了將訪視對象的地址抄妥，並將問卷印好之外，我們於訪視的前一週便寄發通知信函予受訪家庭說明來意。行前，我們並對所有的訪視員做了一天的集訓工作。家訪的時間從72年9月10日起至72年9月14日止，訪視的對象以家庭主婦為優先，其次是家中20歲至60歲的成人。以聊天、問卷的方式進行，由訪視員將答案填在問卷上。

資料整理與統計：家訪歸來，訪視員將資料整理後，按Code Book將code number填上，很幸運的，承蒙台大公共衛生研究所的老師們大力協助，利用該所之電腦統計，使我們在資料統計上節省了不少時間也減少了許多的錯誤。

結果

南區有6.8579平方公里，佔台中市總面積的4.2%(5)。人口64,156人，佔台中市全人口之10.6%，可算是本市人口集中的地區之一。區內有三所大學，但是卻沒有一座超過一百床的醫院，南區迄民國70年為止，西醫師僅有31人，佔全市之4.9%，牙醫師17人佔11.5%，中醫師18人佔12%，藥房藥舖有138家，佔全市12%(6)。由以上資料可知，牙醫、中醫和藥房都很符合人口之比例，唯獨西醫較少。原因大概是本市之大型醫院都不在本區，在本區的西醫幾乎全為開業醫。本區民衆如欲前往大醫院就醫，最多僅須半小時車程，近則3、5分鐘，所以應該不算醫療缺乏。



●問卷回收率●

從72年9月10日起至9月14日止，我們共訪問了台中市南區的復興、永興、信義、南門、城隍等五個里中的250戶人家。除了空戶、拒訪以及資料零亂不全者，總共回收194份。回收率為77.6%。

●家戶基本資料●

194戶受訪家庭中，戶長為大陸出生，外省籍的有19戶，佔9.79%。台灣出生外省籍有7戶，佔3.61%。本省閩南人佔大多數，為159戶，佔81.96%。本省客家人有8戶，佔4.12%。其他的1戶。

在家庭社會經濟地位方面，我們依照其主要養家者之職業及教育程度來判定其所屬之社會階層。判定的準則係根據台大公衛研究所吳育琪老師所編列之社會經濟地位表。本表將社會階層區分為I~V（第一到第五；上、上中、中、中下、下）五等級。例如第一級所屬的有建築師、律師、醫師、大企業董事、大學教師……等等。第二級為教員、次級主管、次級專業……等等。第三級為中小企業、行政人員……等等。第四級如小店主、職員等。第五級為熟練、半熟練與不熟練工員等等。在判定的過程中，不可否認的，將存在一些主觀的偏差，因此我們將所有的問卷由兩組人員分兩次進行判定，而且每人僅負責一部份，以免因個人之主觀因素而使整體偏差過大。

在回收到194份問卷中，除一份資料欠明外，其餘的193份中屬於上階層的有10戶，佔5.18%，中上階層的有20戶，佔10.36%，中階層的有55戶，佔28.50%，中下階層的有72戶，佔37.31%，而下階層有36戶，佔18.65%。

在宗教信仰方面，天主教家庭有4戶，佔2.06%，基督徒有6戶，佔3.09%，純佛教的有10戶，佔5.15%，而信奉佛道混合的民間信仰者有159戶，佔81.96%。15戶人家沒有宗教信仰，佔7.73%。

為了解受訪家戶的文化水平，我們設計了一個評定的標準。即府上訂有報紙幾份，雜誌幾份以及每週收聽（看）新聞廣播幾次？將三者的點數相加，0分者為低水平，1至6分為中等，7分以上為高水平。

結果有36戶（18.56%）屬高文化水平的，140戶（72.16%）屬中等文化水平，而僅有18戶（9.28%）為低水平的。

至於每一戶的家庭組成，過半數—103戶（53.09%）的家庭是父母和子女的小家庭，另外12戶（6.19%）有其他成員一起居住（旁系親屬或朋友）。祖孫三代以上同堂的有53戶，佔27.32%，另12戶（6.19%）有其他親友一起居住。只有夫妻兩人的有9戶，佔4.64%，單身的有5戶，佔2.58%。

除了一戶資料欠明外，有183戶（94.82%）居住已達一年以上。另10戶居住不滿一年。

●就醫行為●

從72年元月1日起至受訪當日為止，家庭中成員是否有人身體不適，是否尋求過下列何種醫療方式？結果如下表所示：

表1 受訪家戶就醫行為

醫 療 類 別		採用者 No	%	Total (100%)	Blank
民 俗 療 法	乩 童	2	1.03	194	0
	算命看相	0	0	193	1
	風 水	1	0.52	194	0
	卜卦抽籤拜廟	7	3.61	194	0
	收 驚	24	12.37	194	0
	香灰符水	6	3.09	194	0
漢	中醫師	63	32.47	194	0
	接骨師跌打損傷	35	18.04	194	0
	針 灸	7	3.61	194	0
	秘方草藥	8	4.12	194	0
	按 摩	3	1.55	194	0
	中式補藥或成藥	30	15.46	194	0
醫	江湖賣藥郎中	2	1.03	194	0
	西	大型醫院	71	36.60	193
醫	小醫院、私人診所	141	72.68	193	1
	衛生所	5	2.58	194	0
	精神科	3	1.55	194	0
	無牌西醫(包括牙科密醫)	2	1.03	194	0
	西藥房	76	39.18	194	0
	檢驗所	1	0.52	193	1

註1：本表係自72年元月至9月間，受訪家戶曾經採用過那些醫療方式，但不計次數。如果採用次數超過一次者，以最近的一次為準。

註2：Total（總數）係以資料明確者為準。

註3：Blank係指資料不明者。

由上表，我們可看出西醫是醫療行為的主流，中醫也有不可忽視之影響力。採用民俗醫療者顯著地少於漢醫和

西醫，但是其中的收驚，採用的人數也不少。

在民俗療法方面，乩童、風水、卜卦、香灰等採用者人數太少，若分析起來，沒有什麼統計學上的意義。因此我們僅就採用較多的收驚一項來繼續分析。

採用漢醫療法者，也顯著偏重於中醫師、接骨師及中式補藥成藥之使用。我們也以這幾項較常見者來分析。

西醫方面，顯然大醫院、私人診所及西藥房都有舉足輕重的地位，我們也就這三者採用者之特性加以分析。

由表2，我們可以發現，接受收驚治療的都是家中的子女。父母除了收驚之外，其他各種醫療方式的使用率都很高。特別的是中式補藥及成藥，父母輩的使用率佔全部使用率的72.41%。在小醫院及私立診所的利用方面，子女輩佔了63.31%。

配合表2的病人輩份，我們再看看病人的年齡分布（表3）。收驚的病人都集中在嬰兒至學齡兒童，尤其是學齡前兒童佔3.87%，中年人（31歲到50歲）對漢醫的使用率有明顯高於其他年齡群的比例。高年齡群（66歲以上）在本表中使用醫療的方式較為單純，以看中醫師及上大醫院求診的比例較高。

表3 病人之年齡

醫療方式	0~1		2~6		7~12		13~18		19~30		31~50		51~66		67~80		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
收驚	9	39.13	11	47.83	3	13.04	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	23	100.00
中醫師	1	1.59	4	6.35	7	11.11	7	6.35	7	11.11	22	34.92	11	17.46	7	11.11	63	100.00
接骨師	0	0.00	1	2.94	1	2.94	5	20.59	5	14.71	13	38.24	6	17.65	1	2.94	34	100.00
中式補藥成藥	1	3.70	1	3.70	1	3.70	6	3.70	6	22.22	10	37.04	6	22.22	1	3.70	27	100.00
大醫院	4	5.63	7	9.86	4	5.63	10	1.41	10	14.08	20	28.17	17	23.94	8	11.27	71	100.00
小醫院及診所	9	6.43	29	20.71	22	15.71	18	12.86	18	12.86	18	12.86	21	15.00	5	3.57	140	100.00
西藥房	3	4.11	7	9.59	8	10.96	20	8.22	20	27.40	19	26.03	8	10.96	2	2.74	73	100.00

註：收驚有一份、接骨有一份、中藥三份、診所一份、西藥房三份之病人年齡不詳。

表2 病人在家庭中的輩份

醫療方式	祖父輩		父母輩		子女輩		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
收驚	0	0.00	0	0.00	24	100.00	24	100.00
中醫師	16	25.40	30	47.62	17	26.98	63	100.00
接骨師	6	17.14	18	51.43	11	31.43	35	100.00
中式補藥成藥	4	13.79	21	72.41	4	13.79	29	100.00
大醫院	16	22.54	32	45.07	23	32.39	71	100.00
小醫院及診所	10	7.19	41	29.50	88	63.31	139	100.00
西藥房	4	5.41	40	54.05	30	40.54	74	100.00

註：中藥有一份、診所、西藥房各有兩份資料不明。

表4 治療效果

醫療方式	有效		無效		不確定		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
收驚	17	70.83	2	8.33	5	20.83	24	100.00
中醫師	33	54.10	8	13.11	20	32.79	61	100.00
接骨師	28	80.00	4	11.43	3	8.57	35	100.00
中式補藥成藥	13	46.43	0	0.00	15	53.57	28	100.00
大醫院	48	68.57	7	10.00	15	21.43	70	100.00
小醫院及診所	109	77.86	14	10.90	17	12.14	140	100.00
西藥房	57	75.00	7	9.21	12	15.79	76	100.00

註：中醫師有二份、中藥二份、大醫院一份、診所一份，本項欠明。

由表4，我們可清楚的看出受訪民衆對上述各項療法的評價。超過七成的使用者對收驚抱持著肯定的觀點。只有不到一成認為無效。另外，我們也調查了民衆是因何故而去求治的。有34.78%的家庭是因小病（如感冒、鼻塞、出疹、腹痛……），而56.52%是因其他原因（大部份是小兒啼哭不止或不易餵養等）而去求助於收驚。

受訪家庭對中醫師及中式補藥成藥的評價可沒那麼高了，分別是54.10%及46.43%認為有效。但是卻沒有一個人敢肯定的說中式補藥成藥沒有效果，有53.57%服用者仍對它的效果存疑。去看中醫師的民衆有44.44%是因小病而去的。婦科方面的問題有6.35%、精神科1.59%、慢性疾病佔26.98%、急性內科疾病佔1.59%，外科及其他問題佔19.05%。接骨師處理的都是一些骨折、筋骨扭傷或慢性病引起的酸痛等。有採用中式補藥成藥的家庭，因為小病而服用者佔29.63%，婦科佔14.81%，急、慢性內科病及外科病各佔3.70%，其他原因（大多數只是為了強身補體）佔了44.44%。

大醫院治療的有效評價反而不若私人診所，但無效的認定比率則相等。不過整體看來，民衆對西醫的信心度在七成以上。因為小病而上大醫院的佔30.14%，婦科的僅1.37%。而慢性內科疾病佔30.14%、急性內科疾病佔12.33%、外科佔9.59%，其他問題佔16.44%。上小醫院及私人診所的有63.12%都是因為小病，婦科佔2.84%、精神科佔0.71%、慢性內科病佔10.64%、急性內科病佔8.51%、外科佔4.96%，其他佔9.22%。

至於西藥房，民衆對它的評價也不錯，有75%認為

有效。分析到西藥房求診的疾病種類如下：小病佔83.33%，慢性內科疾病佔5.13%、急性內科疾病佔1.28%、外科病佔6.41%，其他佔3.85%。很明顯的，西藥房是以看小病為主的。



表5 醫療方式之決定者

醫療方式	祖父母		父母		子女		病人自己		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
收驚	3	12.50	21	87.50	0	0.00	0	0.00	24	100.00
中醫師	9	14.52	22	35.48	3	4.84	28	45.16	62	100.00
接骨師	2	5.71	18	51.43	0	0.00	15	42.86	35	100.00
中式補藥成藥	2	7.14	10	35.71	1	3.57	15	53.57	28	100.00
大醫院	3	4.29	30	42.86	5	7.14	32	45.71	70	100.00
小醫院及診所	4	2.86	87	62.14	11	7.86	38	27.14	140	100.00
西藥房	6	7.89	34	44.74	4	5.26	32	42.11	76	100.00

註：中醫師有一份、中藥二份、大醫院及診所各一份，資料本項不全。

由表5，收驚的治療方式有87.50%是由父母所決定的，如表2、表3知收驚的病人都是兒童，而且大部份都是尚須父母隨時照顧的幼童。

同時，我們也發現醫療方式的決定者大部份是父母輩或病人自己。除了看中醫師，祖父母決定的比率稍高（14.52%）。

表 6 醫療方式決定者之年齡

醫療方式	專 上		高 中 (職)		初 中		小 學、識 字		不 識 字		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
收 驚	2	8.33	6	25.00	58	20.83	9	37.50	2	8.33	24	100.00
中 醫 師	4	6.90	12	20.69	9	15.52	20	34.48	13	22.41	58	100.00
接 骨 師	3	9.09	7	21.21	7	21.21	12	36.36	4	12.12	33	100.00
中 式 補 藥 成 藥	2	7.69	6	23.08	2	7.69	13	50.00	3	11.54	26	100.00
大 醫 院	16	23.19	25	36.23	8	11.59	14	20.29	6	8.70	69	100.00
小 醫 院 及 診 所	22	16.18	34	25.00	18	13.24	48	35.29	14	10.29	136	100.00
西 藥 房	12	16.67	19	26.39	12	16.67	20	27.78	9	12.50	72	100.00

註：中醫師有四份、接骨師二份、中藥三份、大醫院四份、診所六份、西藥房四份之醫療方式決定者年齡不詳。

表 7 醫療方式決定者之教育程度

醫療方式	13 ~ 18 (歲)		19 ~ 30		31 ~ 50		51 ~ 65		66 ~ 80		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
收 驚	0	0.00	10	41.67	11	45.83	3	12.50	0	0.00	24	100.00
中 醫 師	2	3.39	12	20.34	30	50.85	9	15.25	6	10.17	59	100.00
接 骨 師	2	6.06	5	15.15	20	60.61	6	18.18	0	0.00	33	100.00
中 式 補 藥 成 藥	0	0.00	5	18.52	14	51.85	8	29.63	0	0.00	27	100.00
大 醫 院	0	0.00	17	25.37	33	49.25	11	16.42	6	8.96	67	100.00
小 醫 院 及 診 所	2	1.48	34	25.19	71	52.59	27	20.00	1	0.74	135	100.00
西 藥 房	2	2.78	18	25.00	39	54.17	11	15.28	2	2.78	72	100.00

註：中醫師有五份、中藥四份、大醫院二份、診所五份、西藥房四份之決定者教育程度欠明。

我們再由表 6 來看決定者的年齡分布，發現在 31 歲到 50 歲之間是一個高峯期。但是收驚的決定者，因子女年齡尚小，因此年齡分布也較年輕一點。

由表 7，概略看來採用西醫（大醫院、診所及西藥房

）之民衆，教育水準平均要比採用民俗醫療（收驚等）及漢醫（中醫師、接骨師、中藥）的高。其中，採用中式補藥成藥的民衆有 61.54 % 的教育程度是小學以下。而去大醫院看病的決定者有 23.19 % 是專科學校以上的程度。

表 8 如何知道使用此種療法(指醫療方式決定者對某種療法之知識來源)

醫療方式	大之告		大之識		學校教育		坊間醫藥書刊		親朋鄰居長輩傳授		治病經驗而來		衛生所品		其他		不知道		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
收 驚	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	14	58.33	9	37.50	0	0.00	0	0.00	1	4.17	24	100.00
中 醫 師	1	1.69	1	1.69	0	0.00	1	1.69	29	49.15	17	28.81	0	0.00	10	16.95	0	0.00	59	100.00
接 骨 師	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	19	54.29	13	37.14	0	0.00	3	8.57	0	0.00	35	100.00
中 式 補 藥 成 藥	1	3.57	0	0.00	0	0.00	1	3.57	13	46.43	11	39.29	0	0.00	2	7.14	0	0.00	28	100.00
大 醫 院	1	1.43	4	5.71	1	1.43	0	0.00	17	24.29	20	28.57	0	0.00	25	35.71	2	2.86	70	100.00
小 醫 院 及 診 所	1	0.72	0	0.00	2	1.45	1	0.72	51	36.96	46	33.33	0	0.00	33	23.91	4	2.90	138	100.00
西 藥 房	0	8.11	2	2.70	0	0.00	0	0.00	18	24.32	25	33.78	0	0.00	19	25.68	4	5.41	74	100.00

註：中醫師有四份、中藥二份、大醫院一份、診所三份、西藥房二份之資料欠明。

由表 8，我們可以看出，在民俗醫療及漢醫療法的選擇上，幾乎大部份的民衆都是受了親朋鄰居及長輩的影響，或是治病的經驗而來的。在西醫方面，固然前面兩項因素也很重要，但影響的比例並不如民俗或漢醫高。反而有相當的比例填了其他的因素，分析這個因素，大多數的民衆認為既然生病了，就應看醫生，而附近正好有家醫院或診所，甚至藥房，就近便去求治，並未受任何因素影響。

● 受訪家戶之醫療型態 ●

我們將所有的醫療行為區分為民俗醫療、漢醫以及西醫三大類。若只採用其中一大類者，我們稱為採用單一療法；採用二類或三類療法者，我們稱為複向求醫療法。

除了三份資料不全外，其餘 191 戶的醫療型態經統計得到，單一療法有 81 戶，佔 42.41%。而複向求醫療法有 110 戶，佔 57.59%。詳細的統計結果如表 9 所示。



表 9 醫療型態分類統計

民俗療法		漢 醫		西 醫		民俗+漢醫		民俗+西醫		漢醫+西醫		民俗+漢醫+西醫		Total	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0.00	7	3.66	74	38.74	0	0.00	9	4.71	78	40.84	23	12.04	191	100.00

除了漢醫和西醫的複向求醫行為外，單純向西醫求診的家庭也佔了相當的比例。

表10 受訪家戶之籍貫與醫療型態

籍貫 \ 醫療型態	單一療法		複向求醫療法		Total	
	N	%	N	%	N	%
大陸出生外省籍	13	68.42	6	31.58	19	100.00
本省出生外省籍	5	71.43	2	28.57	7	100.00
本省籍閩南人	60	38.46	96	61.54	156	100.00
本省籍客家人	3	37.50	5	62.50	8	100.00
其他	0	0.00	1	100.00	1	100.00
Total	81	42.41	110	57.59	191	100.00

註：受訪家戶的籍貫以主要撫養人之籍貫為準

表11 受訪家戶之社會經濟地位與醫療型態

社會經濟地位 \ 醫療型態	單一療法		複向求醫療法		Total	
	N	%	N	%	N	%
上	7	70.00	3	30.00	10	100.00
中上	10	50.00	10	50.00	20	100.00
中	25	46.30	29	53.70	54	100.00
中下	27	38.03	44	61.97	71	100.00
下	12	33.33	24	66.67	36	100.00
Total	81	42.41	110	57.59	191	100.00

表12 家戶文化程度與醫療型態

文化水平 \ 醫療型態	單一療法		複向求醫療法		Total	
	N	%	N	%	N	%
高	23	63.89	13	36.11	36	100.00
中	52	37.96	85	62.04	137	100.00
低	6	33.33	12	66.67	18	100.00
Total	81	42.41	110	57.59	191	100.00

由上表，我們可以看出，高文化水平的家庭是偏向單一療法的，而中低程度的家庭則偏向複向求醫療法。

表13 家戶人口組成型態與醫療型態

家戶人口組成 \ 醫療型態	單一療法		複向求醫療法		Total	
	N	%	N	%	N	%
父母+子女	44	42.72	59	57.28	103	100.00
父母+子女+其他成員	4	40.00	6	60.00	10	100.00
祖孫三代同堂	17	32.69	35	67.31	52	100.00
祖孫三代+其他成員	5	41.67	7	58.33	12	100.00
夫妻二人	6	66.67	3	33.33	9	100.00
單身	5	100.00	0	0.00	5	100.00
Total	81	42.41	110	57.59	191	100.00

由表10，很明顯地可以看出本省籍與外省籍家庭在醫療型態的選擇上有所不同，外省籍的家庭約有七成採用單一療法，而本省籍則不到四成。有趣的是，大陸出生與本省出生的外省籍在求醫行為上差別不大，而閩南人和客家人的差別也不大。

由表11，社會階層愈高的家庭，其醫療型態愈偏向單一療法。

由表13，我們可以看出，家庭組成簡單的如只有夫妻二人或單身者，其就醫行為往往較偏向單一療法。

●對醫院或醫師的一些觀念●

問卷最後，我們請受訪者就他與家人對醫院或醫師的看法回答一些問題。

有固定之醫院或固定之醫師的家戶有142戶，佔76.34%。有固定的醫院或醫師之理由順序如下：①看習慣了一佔25.53%②有完整的病歷，能幫助醫師正確診斷一佔24.82%③只信任這一家一佔19.15%④就在附近，較方便一佔15.60%⑤醫師態度親切一佔4.96%⑥收費便宜只佔0.71%⑦其他佔9.22%。

無固定醫院、醫師的最大理由依序為①看不好、藥無效，所以換一家一佔55.56%②多問、多看幾家比較保險一佔8.89%③其他佔35.56%。而多看幾家以比較價錢的這個答案卻沒有人選。

接著問到家人就醫，是上大醫院的機會多還是到私人診所求診的機會多？結果認為常上大醫院的家庭只有23戶佔12.37%，而上私人診所機會多的家庭有150戶，佔了80.65%，機會差不多的佔6.99%。

上私人診所的理由：依序為①方便、省時一佔55.56

%②醫師親切客氣一佔 7.02 %③便宜一佔 5.26 %④公勞保藥差，寧可自費到私人診所看病一佔 3.51 %⑤開業醫師並不差一佔 2.34 %⑥其他原因佔 26.31 %，其中有部份人認為給開業醫師看已經習慣了，也有人認為小病用不著跑大醫院。

上大醫院的理由：依序是①診所治不好，而大醫院治癒了一佔 31.18 %②有公勞保的緣故一佔 27.96 %③設備好、醫師多、醫術好一佔 19.35 %④態度親切一佔 1.08 %⑤便宜一佔 1.08 %⑥其他原因一佔 19.36 %，包括重病佔了 3.23 %。

表 14 社會經濟地位與就醫之固定性

社會經濟地位	有固定之醫院與醫師		無固定之醫院與醫師		Total	
	N	%	N	%	N	%
上	9	90.00	1	10.00	10	100.00
中上	17	85.00	3	15.00	20	100.00
中	41	80.39	10	19.61	51	100.00
中下	52	76.47	16	23.53	68	100.00
下	23	63.89	13	36.11	36	100.00
Total	142	76.76	43	23.24	185	100.00

由上表，社會階層愈高則就醫之固定性就愈高。

我們再看看文化水平就醫固定性之關係：

表 15 家庭文化水平與就醫之固定性

文化水平	有固定之醫院與醫師		無固定之醫院與醫師		Total	
	N	%	N	%	N	%
高	32	88.89	4	11.11	36	100.00
中	104	78.20	29	21.80	133	100.00
低	6	35.29	11	64.71	17	100.00
Total	142	76.34	44	23.66	186	100.00

由表15，我們也可看出文化程度愈高的家庭，其就醫之固定性愈高，而且高水平與低水平之間有很明顯的差別比率。

討論

一、就醫行為分析

(一)雖然在各種求醫行為中，本次調查所統計出的結果以西醫為主流，漢醫次之，而民俗療法最少。吳就君(7)、王國裕(8)、張博雅等(9)、衛生署(10)、阮玉梅(11)均曾提出報告指出西醫是民衆求醫的主要對象。但是我們切不可忽視漢醫與民俗醫療在醫療市場上所佔的一席之地。尤其是民俗醫療，向來為正統醫界所排斥，為正史所忌諱。但事實上民俗醫療應該是最初步、最原始、最基本的人類醫療信仰與行為，應是一切醫學思想的起源(12)。而且在現代的社會中，仍有一群為數不少的人支持它。

基本上看來，西醫、漢醫及民俗醫可說各有各的群眾基礎，各有各的擅長領域(13)。但實際上，民俗醫療與西醫仍有衝突之處(14)。一些自癒性的疾病(Self-limited Diseases)，即我們最常見的一些小病，如發燒、腹瀉、感冒等由濾過性病毒造成的毛病。西醫的藥對於疾病的效果不大，但是疾病卻會在幾天內自行好轉，相同地，接受民俗醫療也可在幾天之內痊癒。看起來，似乎效果相當，因此決定接受那一種治療，就要看病人對疾病病因的認為，對醫療方式的觀念、教育、社經地位、信仰、居住環境、家人親友等意見團體的影響力了。

對於一些容易治癒的疾病，如肺炎、梅毒、闌尾炎...等。民衆倒是會選擇西醫(13)。一般民衆常有一些錯誤的醫療觀念，對西醫的要求太高，認為必須藥到病除(14)。事上很多疾病的病程是很緩慢的，因此就有一些缺乏耐性的民衆轉而求助於神明。尤其是很多西醫無法治癒的慢性病或癌症，有些西醫也會建議病人嘗試中藥。所以許多絕望的病人就轉而求治於民俗醫。

有些民衆對於本身的微恙，認為病因並不如此單純，因此他們不願給西醫看。因為那些從小接受科學教育，不懂民間信仰的醫生並無法找出他的真正病因。所以，他們跑到神前、卜卦抽籤，由神來下診斷，看他的病是單純身體引起，亦或沖犯到那個煞星。神明不只會指點他如何治醫，還會指點他服用那種草藥(13)。民俗醫不僅在精神方面治療，同時還使用草藥(12)。事實上就是一些生藥。

西醫與漢醫往往不能和病人做完全的心理溝通，最起碼的解釋病因，診斷與藥方都無法完全做到。其中尤以西醫為甚。據Kleinman的調查(15)；西醫與病人的溝通時間最短，平均不到一分鐘，漢醫為一到三分鐘，而乩童與病人溝通時間可由五分鐘長達一小時。因此民俗醫的特點在於解釋、安撫病人的心理，給予病人一個容易接受的發病原因，著重病人社會人際關係，權利義務之協調(12)。

除了卜卦抽籤外，神明是不言語的，因此就有了人與神之間的傳訊者，也就是一般所謂的法師、道士、乩童與乩姨等四類(1)。乩童的歷史可回溯到魏晉南北朝(12)，

以現代精神醫學眼光來看乩童，認為他們是屬於精神狀況不成熟，易於受暗示、戲劇化歇斯底里及妄想型人格(16)。

不可否認的，乩童對於傳統農村社會中，因人際關係所引起的種種心理疾病，甚至於若干普通疾病，在某一程度內確能產生效果，即使在現代都市中，對於知識程度較低的人，乩童對他們的若干疾病仍然有些許效果(17)。同時，乩童也多能分辨疾病的型態輕重，只願意醫治一些較輕的精神病，不太願意接受一些暴亂型的或智能不足的病人(18)。宋維村醫師也說過，現在有一些乩童將他們不瞭解的病全轉介給醫師(19)。

隨著社會的變遷，乩童的數目有增無減，許多假藉神明騙財、騙色、欺詐的乩童也隨之出現。這也是我們應該關切的問題所在。

過去醫藥衛生常識貧乏且不普遍，一般人只好依賴民間信仰或求助於長年有經驗的人，因此前往收驚的人自然多而普遍。今天，醫藥衛生常識已進步而且普遍了，然而古老的民俗觀念依然根深蒂固，收驚的行業依然盛行。由本研究發現，收驚是所有民俗醫療中使用最多的，由家長的教育程度來看，不乏專上程度者。主要原因，大概是父母（尤其年輕的父母）不瞭解小兒之生理狀況，稍有病情或夜啼即緊張得四處求助，因此也難免受到長輩鄰居之意見影響而前去收驚。

(二)據 Katherine Gould Martin 的一項報告指出(13)；一般民衆對中、西醫的評價分別是：①中醫藥效慢、西醫藥效快②中藥較緩和，西藥會傷胃③只要有有效，中、西醫都好④各有好處⑤中醫對婦女雜症及骨折較有效，西醫對急病較有效，姑且不論這些觀念是否正確，最常聽到的評語卻是“中醫治本、西醫治標”，這就是一般民衆對中、西醫的概念。然而一般民衆在身體不適時，總希望儘快解除症狀，因此大部份還是會先找西醫，儘管他們認為西醫只是“治標”而已。萬一症狀並未按照預定之日期解除，那麼他們可能會尋求其他方式的醫療，也就造成所謂的複向求醫。

除了小病之外，去看中醫師的人最主要的就是慢性內科疾病（佔了 26.98%）。但是對中醫師的滿意程度（有效感）卻不很高（只有 54.10%），與張博雅等(9)之報告近似（59.65%），對於中醫的時效問題我們無法評估，但是與目前社會上中醫素質之參差不齊絕對有關。

中醫與西醫還有一些差異，亦即他們的生活方式與經營方式，大大的影響了醫生與病人之人際關係。正如 Gould Martin(13)所述，西醫通常將自己隔絕於街頭之外，不只在社交上，連診療場所的格局亦然。西醫診所比較重視病人之隱私權，因此醫師診病都在一個房間內，連休息室也都是隱秘的(20)。除了看病的時間外，醫生有自己

的生活圈，他們大都來自高層社會，接受高層的教育，與大多數病人是無法打成一片的。相反地，中醫師很多是出身街頭的，他們通常所受的教育也不算很高，而且他們每天都要花上幾個小時的時間外出採買藥材，與人閒聊、喝茶、抽煙。中醫診所通常是一整個開放的空間，有一長排的藥櫃，中醫就坐在最裏面為人診病，幾乎隨時都可看到他的人(13)。最重要的一點，中醫都是本地人開設的，而西醫經常是由外地來的。

看中醫的人不若西醫多，但是中醫診所卻一再增加，每年的中醫特考也是各種考試中最熱門的。可見中醫的市場還是頗有前途的。然而在充斥市面的中醫中，真正博覽醫書，習得中醫精髓者能有幾人，大多還是學徒出身或補習班造就出來的，僅僅得一點皮毛，其中也不乏一些租借牌照執業的密醫。中醫是我國國粹，應該要加以發揚，但是若不痛下針砭，將目前混亂的局面好好整頓一番，並且認真培育科學的中醫師的話，中醫真是前途堪慮。

(三)接受西醫治療最常見的三種模式是大醫院、小醫院及診所、西藥房。因為小病而到大醫院求診的比率只有 30.14%，慢性病則佔 30.14%。但是診所及西藥房看小病的比例則高達 63.12% 及 83.33%。尤其是西藥房，我們可以看出，來西藥房求診的病人多是因為小毛病而來的。最主要的理由可為方便、便宜。大部份西藥房老板對於登門求診的病人多不會拒絕，而且以其醫藥知識，配一些症狀治療的藥給病人服用或注射，往往使其生意興隆。由本期研究結果顯示，民衆對西藥房療效的滿意度高達 75%，張博雅(9)的研究亦達 73.89%，可以看出。

很明顯的，西藥房為病人診病並施藥打針，已構成密醫行為，只是大部份西藥房都如此做，已是不爭的事實，民衆也視為當然，在此狀況下，如何能修言醫藥分業呢？相同地，有些檢驗所也私下為人診治，只是並不若藥房普遍。由本研究看來，本區的密醫（無牌西醫）並不嚴重，也許是本區位於市區，醫療資源充足，民衆知識水準較高，密醫難以生存，亦或是民衆無法分辨有牌或無牌西醫，同時訪視員的訪視技巧也很有關。

(四)在這次調查中，我們發現因為精神問題而到私人診所求治的僅有一例，到精神科門診的有二人，但是因精神科疾病而接受中醫治療的卻有三人，另外還有三人接受民俗醫療治療（其中二人去卜卦抽籤，一人喝香灰符水）。一般民衆，對精神病仍有忌諱的心理，認為是家門不幸，因此在訪問時特別困難，我們相信有更多的例子曾經接受過民俗醫療。

以人文社會學觀點來看，精神問題與病人的環境、信仰、知識……等諸多因素有關，因此民俗醫療並不能完全將它否定。文榮光醫師(18)曾在他的一篇報告中指出民

俗醫療和專業醫療服務（中醫和西醫）已日漸趨向妥協，並討論了專業醫療與民俗醫療互相協調的關係意義與價值。認為民俗醫療的配合可使西醫療法的理念（尤其在精神醫學）更趨向本土化。

(四)對於決定就醫的方向時，由表5、表6，我們可以看出決定權在31歲到50歲這個年齡群內較多，這個屬於壯年的年紀，正是家庭中經濟的主要來源。

由教育程度來看，學歷愈高，愈偏向西醫療法，這個結果與張博雅等(9)、衛生署(10)，所做的報告相同。

另一項有趣的現象是，中年人對中醫的偏向。原因則有待進一步分析。

Kleinman(15)的研究顯示：90%的台灣家庭在發現疾病徵兆時，最先採用自我療法，治療方式的選擇往往傾向於病家之主觀評價或其他病家之宣導，極少接受專家的推介、建議。在他做決定時，常常受中國的傳統觀念所左右。由我們研究的結果，病人決定就醫方向，主要是受到親朋鄰居或長輩的影響，以及他自己治病的經驗，這點和Kleinman的論點相當一致。

二、醫療型態

分析民衆採行複向求醫療法的因素，最主要的是急於痊癒的心理，缺乏信心及以受了其他意見團體的影響。

(一)在單向求醫方面，僅採行民俗療法者，本研究未出現，在吳就君(7)的研究裏比例極低(0.3%~0.2%)。僅採用漢醫者，我們的結果是3.66%，吳的結果是2.1%~0.4%，只看西醫者，在本研究中比例很高，佔38.74%，而吳則不到8%。至於複向求醫方面，最多的是漢醫+西醫，佔40.84%，與吳的40.2%~23.9%近似。三種皆用過的，本研究僅佔12.04%與吳的48.9%~63.6%相去甚遠。

(二)在籍貫影響就醫型態方面，我們發現外省人(大陸生或本地生)偏向單一療法，由表9與表10，不難看出外省人多偏向單一使用西醫。這點與衛生署(10)所做的報告相同。而本省人(河洛人及客家人)則偏向複向求醫。分析其因素，地緣關係、民俗信仰、方言等有很大關係。但是我們也要考慮到，大陸出生之外省籍多屬軍公教人員，享有醫療服務。而台灣出生之外省籍人口組成較年輕且平均教育程度較高。

(三)早期的醫療社會學家曾經強調社會階層(Social Class)與疾病行為(illness behavior)的關係~包括對疾病的知識與態度以及有效利用醫療措施資源的程度。最早期的研究為Koos於Regionville所做之按戶選樣調查法(household Sampling)比較不同社會階層對疾病的反應(Koos, 1954)(21)。

因此我們再就社會經濟地位、文化程度等方面來看就

醫型態。很明顯地，我們都發現了社經地位愈高，文化程度愈高，則愈偏向單一療法(即偏向西醫療法)。這點與衛生署(10)之報告相同。張博雅之調查結果(9)；職業層次或教育程度愈高者看西醫的愈多，王國裕(8)亦有相同的報告。

(四)家庭組成也會影響就醫行為的模式，但基本上我們得到一個概念，就是家庭人口組成愈少(意見來源愈少)，愈年輕者，愈偏向單一療法(西醫)。據陳朝蕾(22)的一篇文章指出，親族、家庭間的義務，形成傳統的社會力量，常是推動公共衛生的阻力。因此額外的意見經常也是造成複向求醫的主要原因。

三、就醫之固定性，大醫院與診所之選擇

(一)我們很樂意見到，有76.34%的家庭有固定求診醫院和醫師，而且其中有四分之一的民衆有幫助建立完整病歷的正確認識，由於前來接受西醫治療的病人，多已有了較高花費的準備，因此收費便宜並不成為主要理由。

在沒有固定醫院及醫師的民衆中，有55.56%的人認為更換醫院醫師的理由是病況未改善，事實上可能有許多人是犯了急於痊癒的錯誤觀念。

同樣地，社經地位和文化水平愈高者，其就醫對象也就愈加固定。

(二)我們的調查結果發現有80.65%的家庭求診於西醫師時，首先考慮私人診所。吳就君的研究(7)則有72.3%(鄉村)與86.40%(都市)的比例。可見私人診所或專科醫院仍是醫療的主體，仍然佔第一線基層醫療大多數。

考慮私人診所的最大理由是方便，佔了55.56%，其次是親切和便宜，各佔7.02%及5.26%。這點與王國裕(8)的報告指出一半左右的民衆選擇就醫地點是以醫術高明做為最大理由有所出入，但其次的理由則一樣地是方便、親切與便宜。張博雅(9)的報告亦指出最大理由為交通方便，其次才是親友介紹、習慣、醫術高明……等。陳拱化(23)的研究也顯示交通方便、名氣大、便宜及個人關係等為重要因素。最近趙陸男的研究則顯示前三個重要理由，依序是近方便、技術好及習慣(24)。綜合以上，方便、醫術與便宜是決定就醫對象的主要理由。以大醫院為首先考慮者，分析其原因，最主要的還是大醫院的醫術較佳，設備完善，其次是醫療保險的理由。

結論和建議

一依照我國的社會人文條件以及現有的醫療結構來看，三種醫療系統(西醫、中醫、民俗醫)將持續並存。在此之前，已經有人類學家(李奕園教授)，公共衛生學家(Kleinman M.D.及吳就君教授)精神醫學家(文榮光醫師)等做過這三種醫療的研究，皆肯定了民俗醫療的價

值。因此我們應該做的，不是消極的排斥民俗醫療，而是積極的輔導與配合。尤其應注意民俗醫療不夠理性與迷信的部份，要用教育的方式逐步改善。

二、強化基層醫療服務，強化衛生所的功能。醫生應儘量參與社會（社區）服務工作，提升醫生與病人的關係。衛生所的診療工作雖然已被衆多的醫院診所取代，但應努力的方向還很多，社區衛教應列為重點，加強執行。

三、加強醫學生社會人文訓練。有過半數的醫學生將來會走入基層醫療，太過強調理性與科學的訓練以及來自不同的社會背景，將使醫學生在步入基層後，發現與病人的觀念、習慣格格不入，減少了與病人溝通的機會。所以應加強人文社會科學包括民間宗教、民俗文化等課程，另外還要有中醫概論等，使西方醫學能深植於本土。除了課程的加強外，應鼓勵學生多參與社會服務的活動，或藉由醫院社會工作部門安排提早接觸病人及病人的環境（非醫師的身份）。

四、加強取締密醫，嚴刑重罰，不再應付了事，才能保障全民的健康。唯有嚴格的管理藥物販售，重視醫師處方，才能談到醫藥分業。若是空有條文，而缺乏行政機構的努力執行，則我國將永難成為醫療現代化的國家。

誌謝

必須感謝的人太多了，且讓我從頭謝起。謝謝高療鄭泰安醫師，沒有您的啓蒙與鼓勵，這項調查將永遠沒有起點。謝謝台大社工系廖榮利教授，您在百忙中接見我，並提供寶貴的資料給我。謝謝師大衛教系吳就君教授，您提供的抽印本及問卷使我們在草擬問卷時有了依據，感謝台大公衛系楊志良教授、本院護理系劉桂霞教授及公衛科高宛珍講師，您們的指導使我獲益匪淺。高老師更於公務繁忙中為我們做家訪前指導並打氣。最後要感謝的是台大公衛研究所吳肖琪及吳美蓉兩位老師，您們從資料收集、問卷草擬就一直鼓勵我並提供意見，一直到所有資料的處理。尤其要向吳肖琪老師致十二萬分謝意，因為您為了幫助我們統計資料，竟然連假日都耗在電腦房內。

呂宗學，謝謝你長期以來的精神支持。

楊學儒，我會永遠記得那些在戶政事務所，和你併肩揮汗抄錄名冊的日子。

本次調查所有訪視員：楊博勝、藍麗蓉、吳永隆、黃淑惠、丁金聰、白辛果、呂宗學、林秀櫻、王世奇、黃韻琴、王文卿、胡慧芳、蕭維鈞、陳倩如、蔣文琳。

謝謝您們！

參考資料

1. 陳勝崑：近代醫學在中國 當代醫學雜誌社 1978。
2. 陳勝崑：中國疾病史 1981。
3. 吳基福：中國醫政史上的大革命 1980。
4. 吳肖琪、季璋珠：社會經濟地位表 台大醫學院公共衛生研究所。
5. 台灣省政府民政廳：台灣省民政統計第11期 民國 71.6。
6. 台中市政府：中華民國70年度台中市統計要覽。
7. 吳就君：台灣地區居民社會醫療行為研究 台灣衛生第8卷第1期，36~49，1981。
8. 王國裕：社區衛生需要調查研究報告 社區衛生服務台灣省公共衛生研究所，69~103。
9. 張博雅等：高雄市苓雅區居民健康狀況疾病認識及醫療態度之調查 高雄醫學院。
10. 行政院衛生署：國民健康先驅調查報告。
11. 阮玉梅：台中市北屯區護理需要調查~對保健之知識、態度與實行及慢性病之認識 公共衛生第九卷第三期，311~332。
12. 張珣：台灣民俗醫療研究 綠杏37期，75~83 台北醫學院 72.9。
13. Katherine Gould Martin: Medical System in A Taiwan Village, Medicine in Chinese Cultures, Ch. 9, 115~141。
14. 今日醫療所面對的問題 健康世界。
15. Arthur M. Kleinman: Medical and Psychiatric Anthropology and the Study of Traditional Forms of Medical in Modern Chinese Culture, 中央研究院民族研究所季刊, 第39期。
16. 王溢嘉：神喻與童乩 心理學及醫學上的探討 健康世界。
17. 李奕園：信仰與文化 巨流圖書公司 67.8。
18. 文榮光：「要神也要人」—精神疾病與民俗醫療。
19. 張永青：民俗醫，傳統醫與現代醫 醫學會訊革新號第一期 台大醫學院 72.12.27。
20. Emily M. Ahern: Chinese-Style and Western-Style Doctors in Northern Taiwan, Medicine in Chinese Cultures, Ch.13, 209~218。
21. 藍采風、廖榮利：醫療社會學的領域。
22. 陳朝蕾：影響個人衛生行為的社會因素 台灣衛生月刊第226、227期 省衛生處。
23. 陳拱北等：關於門診患者對本身疾病醫師與醫院之態度與觀念之調查報告，台灣區誌，64年12月號。
24. 趙陸男：台灣地區成人之醫療疾病傷殘狀況調查研究報告，公共衛生第十一卷第二期，227~240，1984。