

中醫藥發展基金

中醫藥應用調研及研究資助計劃 (B2)

研究報告

2021年9月

項目名稱：

香港市民中醫藥使用情況：社經背景、選擇過程與政策面向
Utilization of Chinese Medicine among Hong Kong Citizens: Socio-Economic
Background, Decision-Making Process and Policy Dimension

負責機構：

香港教育大學香港研究學院

項目統籌：

趙永佳教授

目錄

研究團隊	3
鳴謝	3
摘要	4
1 引言	6
2 研究目的	6
3 研究方法	7
4 報告一：香港市民電話問卷調查研究結果	8
5 報告二：中醫使用者診所問卷調查及深入訪談研究結果	39
6 政策建議	105
7 總結	112
8 參考資料	115
9 附錄	121

研究團隊

趙永佳教授（首席研究員及項目統籌）
香港研究學院聯席總監、香港教育大學社會學講座教授

施德安博士（研究執行）
香港研究學院高級研究助理

雷恩小姐（研究執行）
香港教育大學社會科學系研究助理

張懿松先生（研究顧問）
註冊中醫師

鳴謝

本研究項目由香港特別行政區政府中醫藥發展基金資助，研究團隊深表謝意。同時，我們感謝新華中醫中藥促進會作為本研究的合作夥伴，以及香港中醫中藥界聯合總會、香港中醫學會、港九中醫師公會、國際中醫中藥總會、香港浸會大學中醫藥學院全日制課程校友會、香港中文大學中醫學院校友會、香港大學中醫全科學士(全日制)校友會、廣州中醫藥大學香港校友會、現代化中醫藥國際協會等作為合作機構，在研究過程裏的不同階段都給予許多協助，也感謝上述機構的多位業界領袖不吝抽空，分享寶貴意見及建議。

研究團隊亦在此衷心致謝香港教育大學香港研究學院全人，在研究進行期間提供協助及支持，使本研究得以順利完成。

摘要

香港中醫藥專業化發展歷時二十餘年，在業界推動及政府支持下，中醫藥越來越得到市民的認同。不少研究都發現，香港中醫就診率在1997年後有很大的提升，但是在過去十年卻有停滯不前的現象。香港關於中醫使用者使用中醫的行為及態度研究也屈指可數，故此研究團隊希望以三個不同層級的研究，包括電話問卷調查（1500個樣本）、中醫診所使用者問卷調查（500個樣本），以及深度訪談（40個樣本），從宏觀到微觀層面，完整且深入地瞭解香港市民以至中醫使用者的求診行為，以及他們對不同醫療方法的態度。

從電話調查結果可見，受訪者向香港西醫求診的比例比中醫更高。然而在中醫和西醫使用者裏，認為該類療法治療有效的比例相若，可見中西醫都得到它們的使用者的認可。在處理嚴重病方面，大部分受訪者認為西醫比較有效，在一般病方面，認為西醫有效者與中西醫差不多者的比例相差不大，可見中醫在治療一般病方面取得受訪者的信任。受訪者普遍認為西醫副作用較大，而在整體信心與「幫助瞭解自身病情」的問題上，認為「中西醫差不多」和「西醫較優」的比例相若。在「對病人身體以外因素有更多關顧」方面，認為「中西醫差不多」和「中醫較優」者所佔的比例相若，「西醫較優」的比例最少，可見受訪者對中醫在整全治療方面的優勢頗為認同。

受訪者普遍希望公營醫療可以提供中醫服務，如果提供的話將會增加他們跟中醫求診的可能性。受訪者自評對中醫藥有一定知識，也有興趣進一步認識，然而他們實際的認識和他們的自評有差距。他們對中醫認知主要來自親友，其次是社交媒體，少數來自私家診所及醫院，政府診所及醫院則更少。

從中醫診所調查結果可見，中醫診所受訪者向中醫求診的目的，治病和調理身體的比例各約一半，可見除了治療疾病，中醫調理或預防在受訪者心中也是很重要。儘管中西醫並用在受訪者裏非常普遍，但是他們對中醫療效的滿意程度和使用頻率遠比西醫高。他們對中醫也有頗強的認同，大部分受訪者有固定求診的中醫師，也會推薦親友使用中醫。從親友取得的中醫藥資訊也是最影響受訪者的因素，由此可見熟悉的社交網絡對受訪者選擇中醫非常重要。此外受訪者對中醫師的學歷有要求，認為更高學歷會增加他們求診的可能。不少受訪者把中醫師的學歷視為他們考慮選擇中醫師的最重要因素，重要程度僅次於「中醫師診所和受訪者住所或工作地點的距離」這個因素。

受訪者認為中醫中藥及西醫西藥預防及治療新型冠狀病毒病的效果相若，但較傾向認為中醫中藥更有效於預防，而西醫西藥更有效於治療。此外絕大部分受訪者也對中醫介入長期病及危重病的治療有信心。在公營醫療方面，大部分受訪者認為政府對中醫發展資源投放不足；他們大多數也認為公立醫院應該為新型冠狀病毒病患者提供

中醫治療的選擇。此外，大部分受訪者也認為中醫醫院的服務應該涵蓋嚴重疾病及一般疾病。

我們建議政府可以從五個層面支持中醫藥進一步發展，包括：

1. 優化長者醫療券計劃，鼓勵長者求診中醫；
2. 成立中醫專業學院，設立中醫專業資格架構；
3. 推動中醫藥普及教育，促進中醫求診及保證市民用藥安全；
4. 持續優化教研中心，在公營醫院診所提供中醫服務；
5. 中醫醫院涵蓋不同病種，提供多元醫療服務。

研究團隊相信政府持續優化中醫服務，支持中醫藥業發展，可以滿足香港市民所需，進一步促進市民健康。

1. 引言

香港中醫藥專業化發展已經超過二十年，中醫除了得到政府的支持，以公帑資助大學全日制學位，並資助中醫教研中心的經營，為市民服務及培訓中醫師。中醫師的社會地位比回歸前有更大的提升，中醫服務也更加專業，讓更多市民開始相信中醫的療效；與此同時，西醫的發展開始遇到瓶頸，除了許多慢性病都無法根治，西藥的副作用也為病人增加痛苦。中醫的專業化發展正好可以補充這些缺陷，市民對中醫的信任也有助中醫繼續其專業化歷程。

不少研究都發現香港市民的中醫就診率比回歸前高，可見香港中醫越來越受到市民的認同。然而在過去十年，中醫就診率出現了停滯不前的狀況，研究指出除了是公營醫療資助不足，也是因為市民對中醫的信任仍未足夠。市民為何使用中醫或為何不使用，他們選擇中醫服務時考慮的因素是什麼？是中醫師的學歷還是名氣？不同階層對何謂合理的中醫診金有何看法？他們對中醫的信任和認知情況如何？對即將興建的中醫院的需求如何？對中醫專科發展的認識和需求又如何？

上述這些關於市民或病人的求醫習慣及態度，以及他們對政策的理解均與中醫專業化發展息息相關。中醫進一步專業化的領域包括了中醫醫院的興建，市民對中醫醫院的需求如何？他們更需要全方位的中醫服務如嚴重病或輕微病治療，還是慢性病，還是急性病的診療？中醫專業又可如何調整專業發展方向來回應市民的需求呢？此外，中醫業界也對專業發展開始有討論，但市民對中醫服務的要求和需要是否跟西醫一般？此外，病人對中醫的基礎認識是否足夠？他們又是否需要更多的公眾教育？

市民的具體需求對業界發展有重要的影響，回答這些問題有助政策制定者及業界了解市民對中醫的確實需要與態度。然而過往許多研究鮮有觸及上述問題，由於缺乏對消費者及病患的深入了解，政府和業界對中醫發展的討論，往往只重視「供給面向」缺乏「需求面向」的觀察。本研究希望用兩種研究方法對這些問題進行廣度和深度兼備的探討，藉此希望幫助政府和業界在認識市民的需求以後，可以訂定更適切的政策，以進一步推動中醫專業化的進程。

2. 研究目的

本研究旨在透過調查瞭解香港市民使用中醫的最新情況，並會因應中醫醫院建設而設計相關的研究方向，為政策制定者及業界提供市民需求的全貌及政策建議，希望藉此促進中醫業未來的發展。

1. 瞭解香港市民中醫藥的使用現狀，藉此對香港市民最新的中醫求診情況及背景特徵有較完整的理解，包括：
 - a. 市民的基本資料及其醫學價值觀，如性別、年齡、教育水平、收入、對不同醫學的接受程度等；
 - b. 市民接觸中醫的途徑；
 - c. 市民的常見病情及對應的醫療需求。
2. 瞭解香港市民對一些中醫醫院相關的議題及醫療政策的看法，包括：
 - a. 中醫醫院的營運模式及服務需求；

- b. 中西醫未來的合作模式；
 - c. 中醫未來在公營醫療系統的角色。
3. 中醫使用者決定看中醫的選擇過程。
 4. 瞭解市民及中醫使用者的背景特徵、看中醫的選擇過程和他們對上述議題及政策的態度的關係。
 5. 根據研究結果提出醫療政策的建議。

3 研究方法

本研究希望了解一般香港市民的中醫使用情況，以及中醫使用者選擇服務的過程，故此我們會透過1) 電話訪問 (telephone interview)，2) 對中醫使用者進行問卷調查 (survey)，從而對收集到的數據進行量性分析。此外也會透過深度訪談來深化上述的量性分析。

方法一：電話訪問

第一個方法是採取全港隨機抽樣的電話問卷調查，意即抽選約1500名香港市民作為樣本調查。這個方法的目的是了解市民對中醫及中成藥的看法及了解、最新的中醫求診及購買中成藥的情況以及對中醫醫療政策的意見，透過大範圍的調查，廣泛瞭解不同背景的香港市民對上述議題的看法。

方法二：診所問卷調查

第二個方法是會針對中醫的使用者，採取類聚抽樣 (cluster sampling) 的普查式詳細問卷調查，意即會根據在香港目前以三大形式執業的中醫診所為類聚 (cluster)：私人獨立中醫診所、私人連鎖中醫診所、非私人中醫診所 (包括三方合作中醫診所、大學中醫診所及非牟利機構營運中醫診所)，並從三個類聚中按全例進行平均的樣本抽樣，成功完成的樣本數量為532個。這個方法的目的是瞭解中醫使用者的基本資料如性別、年齡、教育水平、收入、對不同醫學的接受程度等及他們決定看中醫的選擇過程以作分析。

方法三 深入訪談

第三個方法是邀請40名中醫使用者採取為時間一到兩個小時的深度訪談，瞭解他們如何因應自己的病情選擇中醫服務，並瞭解他們如何比較不同醫療方法對處理病症的優劣。

抽樣方面，我們根據從診所問卷調查發現的三種特定病種以及性別來進行抽樣框架的設計。這是因為我們想以此深入瞭解他們使用中醫的具體原因，另外由於男性在一般中醫使用者研究裏較被忽略，我們也希望抽取男性作為特定群體進行研究。

4. 研究報告一：香港市民電話問卷調查研究結果

4.1 簡介

本研究委託香港中文大學香港亞太研究所於2020年11月25日至2021年1月19日期間進行了本項名為「市民對香港傳統中醫藥應用態度意見調查2020」的電話問卷調查。調查透過隨機抽樣，成功訪問1502名18歲或以上的香港居民。

在此研究報告裏，我們會以1) 香港市民使用中西醫的習慣與對其醫藥的信心、2) 自我藥療的習慣、3) 影響市民看中醫的因素、4) 對中醫相關政策的態度、5) 對中醫藥與醫療服務的認知，以及6) 價值觀六個部分進行分析。

關於分析的自變量，我們選擇性別、年齡及收入三個社會人口變量進行分析。在年齡變量上，我們合併18-29歲兩個年齡組別作「30歲以下」的年輕群組，組合30-59歲三個年齡組別作「30-59歲」的中年群組，並合併60-70歲或以上兩個年齡組別作「60歲或以上」的年長群組；如此分類可更清晰聚焦來自不同年齡層香港市民的醫療使用習慣特點。在收入變量上，我們取用家庭每月收入而非個人每月收入作分析，重新合併為「一萬以下」的低收入群組、「一萬至三萬以下」的中等收入群組及「三萬或以上」的高收入群組。取用家庭每月收入的原因是為了更準確判斷受訪者所屬的階層。尤其是佔有一定百分比的非在職人士如學生、主婦及退休人士，因為他們不一定有固定的每月收入，為家人所供養及支付其醫療需要，故此其經濟狀況取決於家庭整體的每月收入。政府統計處有關香港居民就醫情況的報告（政府統計處，2009；2010；2013；2015；2017；2019）亦以「住戶每月入息」為分析變量，可見個人每月收入並非最能代表受訪者階層的指標。

選取此三個自變量的原因是過往關於醫療使用的研究多以這三個變量作為分析，以便日後可以和香港過往研究及海外相關研究進行比較。團隊成員曾經參與過往三個由1993年開始分析香港市民求診中醫人口特徵的研究（Lee and Cheung, 1995；Cheung, C hui and Lee, 2005；趙永佳、施德安，2017），選擇這三個變量有助日後進行香港中醫求診者人口特徵比例變化的比較。本次問卷調查期間也是香港社會深受新冠疫情影響的時間，我們在此間瞭解香港市民對不同醫療服務的使用情況及態度，可用作疫情前後香港市民醫療服務使用模式改變的比較數據。

4.2 受訪者的基本社經背景資料

在此部分，我們會展示受訪者的基本背景資料，也會抽出表示在過往一年曾求診中醫的400位受訪者，分析中醫使用者的社經背景特徵。同時，我們以整體受訪者的分布作為中醫使用者的對照群組，以比較中醫使用者和整體受訪者的異同。因為問卷調

查整體受訪者的基本社經背景分布經過加權處理，即以香港政府統計處公布的2020年年中18歲或以上人口數字（扣除外籍家庭傭工）為基礎作計算得出，可作為香港現時實質人口分布的參考。

從受訪者的背景資料可見，中醫使用者的性別分布以女性為主，佔62.9%，比整體受訪女性的53%高出近10%。年齡方面，雖然30-59歲的中年群組佔中醫使用者的最大多數（48%），但60歲或以上的年長群組明顯較多使用中醫，其使用者比例（39.4%）比該年齡組別的整體受訪者比例(31.9%)高出7.5%。中醫使用者的教育程度比整體受訪者高，以具有大學學歷的群組為最大多數，佔31.8%，高於整體受訪者的25.6%；同時，具有大專或以上學歷的中醫使用者比例（47%）亦比整體受訪者裏同類群組的44.1%略高。至於婚姻狀況方面，中醫使用者以已婚（64.8%）為主，高於未婚者（27.7%）。以出生地而言，中醫使用者中以香港出生為主（64%），出生自中國大陸的比例（32.6%）稍高於整體受訪者的同類組別（29.6%）。中醫使用者具有宗教信仰（34.3%）的比例高於整體受訪者（28%），其中以基督教（14.2%）及佛教（9.8%）為最大多數。

表 1. 整體受訪者比對中醫使用者的基本社經背景資料

	整體受訪者 %	中醫使用者 %
<i>性別</i>		
男	47	37.1
女	53	62.9
(N)	(1502)	(400)
<i>年齡</i>		
18 - 29歲	15.1	12.6
18 - 19歲	1.9	0.5
20 - 29歲	13.2	12.1
30 - 39歲	16.4	16.6
40 - 49歲	17.3	16.0
50 - 59歲	19.2	15.4
60 - 69歲	17	20.4
70歲或以上	14.9	18.9
(N)	(1502)	(400)
<i>年齡（經合併）</i>		
30歲以下	15.1	12.6
30 - 59歲	52.9	48.0
60歲或以上	31.9	39.4
(N)	(1502)	(400)
<i>教育程度</i>		

沒有受正式教育或不識字	2.9	3.2
小學	11.9	9.6
初中（中一至中三）	15.5	17.4
高中（中四至中七／工業學院）	25.6	22.8
大專：非學位（包括副學士等）	12.2	9.0
大學：學位	25.6	31.8
研究院或以上（碩士／博士）	6.3	6.2
(N)	(1488)	(395)
<i>婚姻狀況</i>		
未婚	28.1	27.7
已婚	66.1	64.8
其他：同居、分居或離婚、配偶死亡等	5.8	7.5
(N)	(1478)	(390)
<i>出生地</i>		
香港	67.4	64
中國大陸	29.6	32.6
其他：澳門、台灣、印尼等	3	3.4
(N)	(1485)	(395)
<i>宗教信仰</i>		
沒有宗教信仰	72	65.7
道教	1.3	1.9
佛教	8.2	9.8
基督教	11.3	14.2
天主教	4	4.8
傳統中國民間信仰（例如：拜神、天后）	2.9	3.3
其他：儒教、後期聖徒等	0.3	0.3
(N)	(1481)	(391)

有關中醫使用者的經濟狀況，中醫使用者的在職比例（50%）比整體在職受訪者（54%）為低，非在職的中醫使用者又以退休人士為主（27.8%），高於整體受訪的退休人士比例（24%）。中醫使用者的個人每月收入，在一萬至三萬以下、三萬至五萬以下及五萬至十萬以下的三個群組中較相應的整體受訪者高，當中又以月入一萬至三

萬以下的群組佔最大多數（56.9%），而每月收入一萬以下的中醫使用者（12.9%）則比該組別的整體受訪者的20.1%低，但觀乎合併後的家庭每月收入比例，一萬以下的中醫使用者比例（21.9%）又比該組別的整體受訪者（17.7%）高，顯示中醫使用者的家庭每月收入平均比整體受訪者的低。（為方便分析，合併後的家庭每月收入數據刪除了「不定」或「不知道」。）

表 2. 整體受訪者比對中醫使用者的基本社經背景資料（續）

	整體受訪者 %	中醫使用者 %
<i>經濟活動狀況</i>		
在職人士	54	50
非在職：學生	4.5	3
非在職：主理家務	12.4	15.1
非在職：退休	24	27.8
非在職：正找工作／待業／失業	5	4
非在職：其他（患病／休息）	0.1	0.0
(N)	(1497)	(397)
<i>個人每月收入</i>		
一萬以下	20.1	12.9
一萬至三萬以下	50.4	56.9
三萬至五萬以下	21.4	22.9
五萬至十萬以下	5.1	6.0
十萬或以上	1.4	0.7
不定／不知道	1.7	0.4
(N)	(785)	(193)
<i>家庭每月收入</i>		
一萬以下	11.4	13.5
一萬至三萬以下	30.3	29.9
三萬至五萬以下	24.5	25.0
五萬至十萬以下	15.9	14.4
十萬或以上	7.8	8.1
不定／不知道	10	9.1
(N)	(1317)	(340)
<i>家庭每月收入（經合併）</i>		
一萬以下	17.7	21.9
一萬至三萬以下	31.7	30.2
三萬或以上	50.6	48.0
(N)	(1258)	(337)

4.3 香港市民使用中西醫的習慣與對其醫藥的信心

4.3.1 生活及醫療滿意度

整體上，受訪者對生活大致滿意(43.2%)，相反不滿意的只有15.9%。健康滿意度上，受訪者對自己現時的健康狀態大致滿意(43.6%)，不滿意的只有14.7%。

從表3可見，性別與生活及醫療滿意度皆呈顯著的關係。女性較男性滿意現時的生活，反之，男性則較女性滿意自己現時的健康狀態。此外，年齡對生活及醫療滿意度亦呈顯著的關係。30歲以下的年輕群組是三個年齡群組中最不滿意現時生活狀態的，而年長群組則是三個群組中對健康最為不滿意的。另外，家庭月入分別對生活及醫療滿意度皆呈顯著的關係，高收入群組相比其他兩個群組都更為滿意自身現時生活及健康的狀態。

表 3. 生活及醫療滿意度與社會人口變量的關係，2020 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬	三萬或以上
生活滿意度			*				***		***
不滿意	15.9	18.7	13.5	24.8	13.8	15.1	19.3	18.6	16.3
一般	40.9	39.7	42	45.1	39.9	40.6	46.9	46.2	35.1
滿意	43.2	41.6	44.5	30.1	46.3	44.3	33.8	35.2	48.6
(N)	(1486)	(702)	(784)	(226)	(789)	(470)	(145)	(398)	(630)
健康滿意度			**				***		***
不滿意	14.7	13.5	15.8	15.4	9.9	22.2	24.3	16.3	10
一般	41.7	38.5	44.5	44.5	44.2	36.5	41.4	44.7	41.1
滿意	43.6	48	39.6	40.1	45.9	41.3	34.2	38.9	48.8
(N)	(1500)	(706)	(795)	(227)	(795)	(477)	(222)	(398)	(637)

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。

4.3.2 使用中西醫的習慣

整體而言，受訪者主要求診類別以西醫為主，高達71.8%受訪者表示過去一年曾經求診；其次是中醫全科，佔26.6%；跌打（7.9%）及針灸（9.6%）。另外我們亦以一個月為單位，計算各個治療方法曾求診者數量。27.8%西醫使用者表示過去一個月曾經求診；其次是中醫全科（9.5%）、針灸（2.5%）及跌打（0.5%），故西醫仍然是大部分受訪者主要求診的醫療類別，其次為中醫全科，兩者較針灸與跌打兩類手法治療有更多人曾經求診。

表 4a. 求診類別：受訪者的中西醫求診習慣及主觀療效評估（%）

	西醫	中醫		
		跌打	針灸	中醫全科
過去一年曾求診*	71.8	7.9	9.6	26.6
過去一個月曾求診*	27.8	0.5	2.5	9.5
治療有效（基數為有跟該類療法求診的受訪者）	65.1	67.4	59.4	60.5

注：*數字為佔受訪總人數的百分比。由於受訪者可在受訪前一年求診多種醫療類別，列百分比加起來可能不等於 100%。

儘管中西醫是香港主要的醫療方法，但我們仍希望探索香港人在中西醫以外是否仍有其他醫療方法。故此我們也問及受訪者曾經求診的其他治療方法。絕大部份受訪者（93.9%）沒有求診其他治療方法，僅6.1%受訪者曾經跟其他療法求診。

表 4b. 求診類別：受訪者曾求診其他種類的治療方法

	%
脊醫	2.6
其他：推拿、氣功等	2
自然療法	0.9
順勢療法	0.4
香薰或芳香療法	0.3
整體療法	0.1

受訪者曾經求診的其他治療方法中，以脊醫較多，佔總回應人數的2.6%；其次是自然療法（0.9%）、順勢療法（0.4%）、香薰或芳香療法（0.3%）及整體療法（0.1%）。2%的受訪者選擇選項以外的其他治療方法，例如推拿、氣功等。

我們亦分析受訪者使用中西醫習慣與社會人口變量的關係，以了解哪些群組較常向西醫及中醫求診。從表5可見性別分別與過去一年或一個月曾求診中醫全科、使用中西醫以外治療，及跌打有效性均呈顯著關係。女性較男性傾向求診中醫全科，女性亦傾向認為跌打有效，也傾向使用中西醫以外的治療。此外，年齡分別與過去一年或一個月曾求診西醫、西醫有效性、過去一年曾求診跌打或中醫全科、過去一個月曾求診

中醫全科以及中醫全科的有效性皆呈顯著關係。年長群組較其他群組傾向求診西醫及中醫全科，年輕群組則較其他群組略為傾向認為西醫有效，而中年群組最傾向使用跌打及認為中醫有效。另外，家庭月入分別與過去一個月曾求診西醫、西醫有效性、過去一年曾求診針灸、針灸有效性及使用中西醫以外的治療均呈顯著關係，低收入群組較中等和高收入群組更傾向求診西醫，也比其他群組略為傾向認為西醫有效及使用針灸。

表5. 使用中西醫的習慣與社會人口變量的關係，2020 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
過去一年曾求診西醫							***		
沒有	28.2	28.8	27.7	35.7	30.3	21.3	21.5	30.1	26.3
有	71.8	71.2	72.3	64.3	69.7	78.8	78.5	69.9	73.7
(N)	(1502)	(706)	(795)	(227)	(795)	(480)	(223)	(399)	(636)
過去一個月曾求診西醫							***		
沒有	72.2	71.8	72.5	77.5	76.3	62.9	59.5	75.4	74.3
有	27.8	28.2	27.5	22.5	23.7	37.1	40.5	24.6	25.7
(N)	(1502)	(706)	(796)	(227)	(796)	(480)	(222)	(399)	(637)
西醫的有效性							*		
有效	65.1	67.4	63.1	72	62.4	66.4	66.5	61.3	64.8
一半半	29.3	27.5	30.9	22.4	33.3	26	25.7	31.2	31.9
無效	5.6	5.1	6	5.6	4.2	7.6	7.8	7.4	3.3
(N)	(1041)	(491)	(550)	(143)	(543)	(354)	(167)	(269)	(457)
過去一年曾求診跌打							*		
沒有	92.1	93.2	71.1	94.3	90.3	94	91.9	90.8	92.5
有	7.9	6.8	8.9	5.7	9.7	6	8.1	9.3	7.5
(N)	(1502)	(706)	(795)	(227)	(795)	(480)	(222)	(400)	(636)
過去一個月曾求診跌打									
沒有	99.5	99.7	99.2	100	99.4	99.6	99.1	99.5	99.5

有	0.5	0.3	0.8	0	0.6	0.4	0.9	0.5	0.5		
(N)	(1502)	(706)	(796)	(227)	(795)	(480)	(222)	(399)	(637)		
跌打的有效性				**							
有效	67.4	47.7	79.7	-	75	68.9	63	-	55.6	69.7	69.6
一半半	25.6	40.9	15.9	-	16.7	27	25.9	-	33.3	24.2	26.1
無效	7.1	11.4	4.3	-	8.3	4.1	11.1	-	11.1	6.1	4.3
(N)	(114)	(44)	(69)	-	(12)	(74)	(27)	-	(18)	(33)	(46)
過去一年曾求診針灸				-							*
沒有	90.4	91.9	89.1	-	91.6	90.4	89.8	-	86.9	93.7	89.6
有	9.6	8.1	10.9	-	8.4	9.6	10.2	-	13.1	6.3	10.4
(N)	(1502)	(706)	(795)	-	(227)	(795)	(479)	-	(222)	(399)	(637)
過去一個月曾求診針灸				-							
沒有	97.5	97.9	97.1	-	98.2	97	97.9	-	96.4	98.5	96.9
有	2.5	2.1	2.9	-	1.8	3	2.1	-	3.6	1.5	3.1
(N)	(1502)	(707)	(795)	-	(227)	(795)	(480)	-	(222)	(399)	(637)
針灸有效性				-							*
有效	59.4	57.1	61.2	-	68.4	57.1	58.7	-	57.1	52	56.9
一半半	30.9	35.7	27.1	-	26.3	35.1	26.1	-	21.4	28	41.5
無效	9.7	7.1	11.8	-	5.3	7.8	15.2	-	21.4	20	1.5
(N)	(141)	(56)	(85)	-	(19)	(77)	(46)	-	(28)	(25)	(65)
過去一年曾求診中醫全科				***				**			
沒有	73.4	79	68.4		78	75.8	67.2		66.8	74.4	74.6
有	26.6	21	31.6		22	24.2	32.8		33.2	25.6	25.4
(N)	(1501)	(706)	(706)		(227)	(795)	(479)		(223)	(399)	(637)
過去一個月曾求診中醫全科				***				*			
沒有	90.5	94.2	87.2		94.3	90.8	88.1		87.4	90.5	90.7
有	9.5	5.8	12.8		5.7	9.2	11.9		12.6	9.5	9.3
(N)	(1502)	(707)	(796)		(227)	(795)	(480)		(223)	(399)	(636)

中醫全科有效性							**		
有效	60.6	56.7	62.9	58.8	65.6	54.4	53.5	57.6	63.3
一半半	32	36.2	29.4	37.3	30.7	32	33.8	37.4	29.7
無效	7.5	7.1	7.8	3.9	3.7	13.6	12.7	5.1	7
(N)	(387)	(141)	(245)	(51)	(189)	(147)	(71)	(99)	(158)
過去一年使用其他治療方法（中西醫除外）				**					**
沒有	93.9	95.7	92.3	92.9	94.3	93.8	89.2	94.5	95.1
有	6.1	4.3	7.7	7.1	5.7	6.3	10.8	5.5	4.9
(N)	(1499)	(704)	(796)	(226)	(793)	(480)	(222)	(397)	(636)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

4.3.3 對中西醫療效及其整體醫療服務的看法

為了解香港市民決定選擇某一特定醫療方法時的考慮因素，我們首先問及受訪者患病時傾向選用的醫療方法。整體而言，西醫作為主流醫學以及香港公營醫療體系的核心，仍然是受訪者患病時的醫療首選，佔78.9%。其次，受訪者在患病時傾向同時選用中醫及西醫的亦佔12.2%，這可能因為中醫經過一系列的專業化過程以後，包括三間大學中醫學院及中醫學位課程的設立、業界推動中醫發展、政府支持中醫發展，以至近年香港首間中醫院計劃的規劃，讓香港市民對中醫的了解及信心有所增強；另外，政府近年亦推出中西醫協作計劃，提升市民對中西醫合作治療的接觸面，了解到中西醫在合作治療中可各自發揮的優勢及互補亦是另一個可能原因。8.2%受訪者在患病時傾向選用中醫，表示視乎病情的只佔0.6%。

患病時傾向選用西醫的受訪者不傾向選用中醫的最主要原因為：「中醫治病復原速度較慢」（52.6%）。疾病會在一定程度上減低患者的行動力，對工作及生活造成阻礙；香港人生活節奏緊張，治病講求效率，以求盡快重新投入日常生活；中醫治療效果較慢是一般市民根深蒂固的印象，不符合市民盡快復原的目標，因此中醫未能夠成為他們患病時的首選。其次是「中醫診所地點不便」（14.3%）、「中醫無法治療自己的病」（7.7%）、「中醫不科學」（7.6%）及「中醫診金及藥費比較貴」（2.7%）。15.1%選擇「其他」的受訪者主要因為習慣了看西醫、中藥太苦及病情不嚴重等其他原因而不傾向選用中醫。

我們亦從療效、信心及整體醫療服務三方面分析香港市民對中西醫的印象。在中西醫處理病情的療效比較方面，有82.5%認為西醫處理病情較快見效，遠高於認為中醫

快見效的1.7%。至於嚴重病如肝炎、胃潰瘍，或心臟毛病等問題，認為西醫較有效的（76%）亦遠高於認為中醫較有效的5.4%。一般病上，如治療頭痛、經常失眠，或者感冒等病症，認為西醫較有效的（43.5%）與認為中醫較有效的（24.9%）差距則有所收窄；認為兩者療效差不多的也有31.5%，可見受訪者普遍相信中醫在治療一般病上具備優勢。關於副作用，受訪者大比數認為西醫副作用（83.5%）比中醫（1.5%）更大，可見副作用較少是中醫另一個優勢。

其次，在整體信心上，表示對中西醫信心相若的受訪者高達44.2%，對西醫信心較大的佔43.3%，對中醫較有信心的則佔12.6%，可見中醫已在不少受訪者心中建立起與西醫相差無幾的信心水平。

在整體醫療服務方面，受訪者普遍認為西醫（47.2%）較能幫助他們瞭解自身病情，比認為中醫較能幫助的（19.1%）高。在醫患關係上，受訪者普遍認為中西醫對病人身體以外因素的關顧差不多（41.6%），認為中醫較關顧的（39.8%），比認為西醫對病人有更多關顧的（18.6%）高，這與中醫的整體治療觀相關，他們對病人身體以外的因素如情志情緒或環境亦有所關顧。在醫療服務收費方面，認為西醫價錢較貴的受訪者（47.4%）比認為中醫較貴的（16.5%）高，但認為兩者收費相若的也有36.1%，可見中醫專業化使得中醫診金提升，對使用者也帶來一定負擔。

表 6. 受訪者對中西醫的比較（%）

	西醫	差唔多	中醫
病情較快見效	82.6	15.8	1.6
嚴重疾病較有效	75.9	18.7	5.4
一般疾病較有效	43.5	31.5	24.9
副作用較大	83.6	15	1.5
較有信心	43.3	44.2	12.5
較有助瞭解病情	47.2	33.7	19.1
對生活方式或情緒等更多關顧	18.6	41.6	39.7
價錢較貴	47.4	36.1	16.5

我們分析有關對中西醫療效及其整體醫療服務的看法與社會人口變量的關係，從表7可見，性別分別與「患病時傾向選用的醫療」、「哪種醫藥處理一般病較有效」、「哪種醫藥副作用較大」、「對哪種醫藥較有信心」、「哪種醫藥較能幫助瞭解自身病情」均呈顯著關係。整體信心上，女性較男性更傾向對中醫有信心，略為相信中醫比西醫更有效處理一般病及較能幫助她們瞭解自身病情。在診療上，男性較女性更傾向於在患病時選用西醫；雖然患病時傾向選用中醫及中西醫並用的整體比例遠低於西醫，但傾向這兩個醫療選擇的女性百分比仍高於男性。男性則略為傾向認為西醫西藥的副作用較大。此外，年齡分別與「哪種醫藥較能幫助瞭解自身病情」及「哪種醫藥價錢較貴」呈顯著關係。年長群組較其他兩個群組傾向認為西醫較能幫助他們瞭解自身病情，中年群組較其他兩個群組傾向認為西醫價錢較貴。另外，家庭月入分別與較

有信心、較能幫助瞭解自身病情、對病人身體以外因素有更多關顧均呈顯著關係。低收入群組較中等和高收入群組略為傾向對西醫較有信心，高收入群組則較其他兩個群組傾向認為中醫較能幫助瞭解自身病情及認為中醫對病人身體以外因素有更多關顧。

表 7. 對中西醫療效及其整體醫療服務的看法與社會人口變量的關係，2020 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入 (港元)		
		男性	女性	30歲以下	30 - 59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
患病時傾向選用的醫療									

西醫	78.9	83.9	74.5	83.2	79.5	77.7	83.5	81.3	78.9
中醫	8.2	4.7	11.5	7.9	8.7	7.6	5	8.4	8.4
中醫及西醫	12.2	10.5	13.6	8.9	11.8	14.7	11.5	10.3	12.7
其他：視乎病情	0.6	0.9	0.4	0	0	0	0	0	0
(N)	(1379)	(658)	(721)	(214)	(721)	(435)	(200)	(358)	(592)
不傾向選用中醫的主要原因									
中醫診金及藥費比較貴	2.7	2.8	2.6	2.4	2.4	3.4	3.6	3.3	2.5
中醫治病復元速度較慢	52.6	55	50	57.6	49.9	54.5	48.5	49.8	56.1
中醫不科學	7.6	7.9	7.2	8.5	8.1	6.2	5.3	5.9	10.2
中醫無法治療自己的病	7.7	7.8	7.6	7.9	7.5	7.8	10.1	9.5	6.1
中醫診所地點不便	14.3	13.4	15.2	10.9	17.6	10.6	13.6	16.1	13.6
其他	15.1	13	17.4	12.7	14.5	17.4	18.9	15.4	11.5
(N)	(1031)	(529)	(500)	(165)	(545)	(321)	(169)	(273)	(442)
處理病情較快見效									
西醫	82.6	83.9	81.2	82	81	85.7	80.3	82.7	82.6
差不多	15.8	14.1	17.5	17.1	17.1	13.1	18	16.2	15.3
中醫	1.6	2	1.3	0.9	2	1.3	1.6	1.1	2.1
(N)	(1329)	(638)	(692)	(217)	(714)	(398)	(183)	(364)	(574)

處理嚴重病更有效										
西醫	75.9	76.2	75.8	77	75.5	76.2	76.8	73.7	76.4	
差不多	18.7	18.5	18.7	18	18.3	19.4	18.1	20.3	18.2	
中醫	5.4	5.3	5.5	5	6.1	4.5	5.1	6	5.4	
(N)	(1267)	(589)	(678)	(200)	(687)	(382)	(177)	(335)	(560)	
處理一般病更有效				***						
西醫	43.5	48.7	39	42.6	44.7	42	47.1	42.9	45.3	
差不多	31.5	32.2	30.9	38.3	30.3	30.2	27.7	31.2	32	
中醫	24.9	19	30.1	19.1	25	27.8	25.1	25.9	22.7	
(N)	(1348)	(630)	(718)	(209)	(732)	(407)	(191)	(359)	(581)	
副作用較大				*						
西醫	83.5	84.7	82.4	81.4	85.4	81.5	78.3	84.9	84.5	
差不多	15	14.7	15.3	15.9	13.5	17.1	19.7	13.7	13.4	
中醫	1.5	0.6	2.3	2.7	1.1	1.4	2	1.3	2	
(N)	(1381)	(648)	(734)	(220)	(740)	(421)	(203)	(371)	(588)	
較有信心				***						*
西醫	43.3	47.5	39.4	40	43.8	44.2	50.8	37.2	46.3	
差不多	44.2	43.2	45	45.7	43.4	44.9	38.5	48.1	42.2	
中醫	12.5	9.3	15.5	14.3	12.8	11	10.8	14.7	11.4	
(N)	(1369)	(655)	(715)	(210)	(740)	(410)	(195)	(368)	(587)	
較能幫助瞭解自身病情				*			**			***
西醫	47.2	51.4	43.6	42.5	44	55.3	59.1	46.7	43.9	
差不多	33.7	31	36.1	38.1	35.8	27.9	24.7	38	34.1	
中醫	19.1	17.6	20.4	19.5	20.3	16.8	16.2	15.2	22	
(N)	(1404)	(658)	(658)	(226)	(744)	(434)	(198)	(368)	(615)	
對病人身體以外因素有更多關顧										**
西醫	18.6	19.2	18.1	15.3	17.9	22.2	15	22.6	17.3	
差不多	41.6	43.5	39.9	45.1	40.9	40.8	45.7	44.6	38.9	
中醫	39.7	37.4	42	39.5	41.2	37	39.3	32.7	43.7	

(N)	(1288)	(621)	(667)	(215)	(709)	(365)	(173)	(336)	(583)
價錢較貴							**		
西醫	47.4	49	45.9	42.1	49.2	46.8	48	50.3	45.1
差不多	36.1	35.4	36.8	37.3	37.7	32.4	35.8	31.3	38.7
中醫	16.5	15.6	17.3	20.6	13.1	20.8	16.2	18.4	16.2
(N)	(1273)	(596)	(677)	(209)	(701)	(361)	(173)	(332)	(563)

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。

4.3.4 新型冠狀病毒病的預防及治療

新型冠狀病毒疫情截至調查進行期間已肆虐將近一年，生物醫學在抗疫工作中擔當主導角色，包括執行檢測、疫苗接種以至治療患者。儘管內地中醫藥在抗疫過程中取得成績，但香港中醫的參與程度始終不如西醫。香港中醫藥界主動籌組「香港中醫藥界抗疫聯盟」、「香港中醫流行疫病應變小組」等，向政府爭取及商討讓本港中醫師加入前線抗疫工作的機會，政府才開始於三方合作中醫診所為接受新型冠狀病毒病治療後出院的人士提供中醫內科門診復康服務，後來更於亞博設立中醫治療服務，但始終未能在公立醫院為市民提供以中醫治療新冠病症服務的選擇。中醫抗疫工作受到限制，大大影響市民對中醫防治疫病信心的建立。整體上，同意中醫中藥可有效預防及治療新型冠狀病毒病的受訪者只佔21.2%，遠低於同意西醫西藥可有效預防及治療新型冠狀病毒病的78.4%。

分析受訪者對中西醫藥預防及治療新冠病毒病的信心與社會人口變量的關係，從表8可見，「性別」分別與中醫中藥及西醫西藥可有效預防及治療新型冠狀病毒病呈顯著關係，女性較男性傾向對中醫中藥的抗疫效果有信心，相反，男性則較女性略為傾向相信西醫西藥。此外，年齡也與中醫中藥可有效預防及治療新型冠狀病毒病呈顯著關係，年長群組對中醫中藥的抗疫效果較有信心。

4.4 香港市民自我藥療的習慣

4.4.1 自購成藥的習慣

香港市民自我藥療 (self-medication) 的習慣是醫療使用的重要一環。世界衛生組織 (2000) 定義自我藥療為個體就自我辨識 (self-recognized) 到輕微症狀時自行購買非處方藥的選擇及使用。現時不少國家已將自我藥療列入衛生政策，鼓勵民眾在身體開始出現不適時先到附近藥房，徵詢藥房工作人員建議並購買所需藥物。如此不但可分流病人至不同社區藥房減低傳染病高峰期時診所的負擔，建立以民眾自主性為本的基層醫療服務網絡，也更有效分配醫療資源。我們透過本部分三個問題了解市民自購

藥物治病的模式及偏好，讓醫療人員及藥物供應生產商更清晰掌握香港市民對中西成藥的需求，長期也可作為政府規劃基層醫療服務分配的初步參考。整體而言，受訪者因病自購西藥服用的比例（42.7%）比自購中成藥服用（22.1%）為多。至於自購中成藥的服用方法上則以內服為主（71.3%），外用的只有3.3%。

表8. 對中醫中藥與西醫西藥預防及治療新型冠狀病毒病信心與社會人口變量的關係，2020（%）

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
中醫中藥可有效預防及治療 新型冠狀病毒病									
			***				***		
不同意	35.4	43	28.4	46.6	34.3	29.8	34.5	35.4	36
一半一半	43.4	39.2	47.1	43	44.4	41.8	41.7	41.5	44.9
同意	21.2	17.7	24.4	10.4	21.3	28.3	23.8	23.1	19.1
(N)	(1233)	(586)	(647)	(221)	(685)	(325)	(168)	(316)	(566)
西醫西藥可有效預防及治療 新型冠狀病毒病									
			*						
不同意	5.1	6	4.2	5.8	5.2	4.8	2	6.2	5.6
一半一半	16.6	13.7	19	19.3	16.6	14.8	15.3	17.3	17.2
同意	78.3	80.2	76.7	74.9	78.2	80.4	82.8	76.5	77.3
(N)	(1399)	(662)	(735)	(223)	(757)	(419)	(203)	(371)	(612)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

分析自購成藥的習慣與社會人口變量的關係，有助以了解不同群組自我療效的習慣。表9可見，年齡與自購西藥、中成藥及自購中成藥服用方法的習慣呈顯著關係，年輕群組較其他兩個群組傾向自購西藥服用，而年長群組則略為傾向自購中成藥服用，亦更傾向於以內服方法服用。此外，家庭月入與自購中成藥服用方法的習慣呈顯著關係，低收入群組略為傾向於以內服方法服用中成藥。

表 9. 自購成藥的習慣與社會人口變量的關係，2020 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬	三萬或以上
過去一年因病自購西藥服用									
							**		
沒有	57.3	55.6	58.7	49.1	56.4	62.6	64.1	57	54.2
有	42.7	44.4	41.3	50.9	43.6	37.4	35.9	43	42.8
(N)	(1495)	(703)	(792)	(226)	(794)	(476)	(223)	(395)	(636)
過去一年因病自購中成藥服用									
							*		
沒有	77.9	76.6	79.1	85	77.1	75.8	77	76.8	79.2
有	22.1	23.4	20.9	15	22.9	24.2	23	23.2	20.8
(N)	(1497)	(704)	(793)	(226)	(791)	(479)	(222)	(396)	(636)
自購中成藥的服用方法									
							**		*
內服	71.3	72	71.5	61.8	65.2	85.1	84	73.6	63.8
外用	3.3	3	3.6	5.9	2.8	3.5	4	3.3	2.3
差不多	24.6	25	24.8	32.4	32	11.4	12	23.1	33.8
(N)	(331)	(164)	(165)	(34)	(181)	(114)	(50)	(91)	(130)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

4.4.2 中醫藥飲食的習慣

傳統中醫藥扎根香港市民的日常生活文化裏，早於1989年中醫藥工作小組調查中藥使用的報告已指出，香港市民有以飲用藥材湯、涼茶及服食補藥以達保健效果的習慣，其中以藥材湯（66%）和涼茶（58%）的使用最普遍，經常服用的各超過整體受訪者的一半，服食補藥的則只有17%（衛生署中醫藥事務部，2007）。除自購成藥外，服用藥材湯、涼茶及保健產品亦是市民自我藥療的方式。這次調查結果顯示在過去一年曾經食用或飲用含有中藥材的食物或飲品，例如湯水、藥膳、涼茶等的受訪者高達88.1%，同時也有超過一半受訪者曾經食用保健產品（54.6%），比中醫藥工作小組回歸前收集到關於飲用藥材湯、涼茶的比例更高。

我們亦分析中醫藥飲食習慣與社會人口變量的關係，以了解不同群組在服用成藥以外的其他日常保健習慣。從表10可見性別分別與「曾食用或飲用中藥材」及「曾食用保健產品」呈顯著關係，女性較男性傾向曾經食用或飲用中藥材和食用保健產品。此外，年齡分別與「曾食用或飲用中藥材」及「曾食用保健產品」均呈顯著關係，中年群組較傾向曾食用或飲用中藥材，而年輕群組則較傾向曾食用保健產品。另外，家庭月入與曾食用或飲用中藥材呈顯著關係，低收入群組較其他兩個群組略為少曾食用或飲用中藥材。

表10. 飲食習慣與社會人口變量的關係，2020 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入 (港元)		
		男性	女性	30歲以下	30 - 59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
過去一年曾食用或飲用中藥材食物或飲品			**				***		*
沒有	11.9	14.3	9.8	10.1	9	17.6	16.4	12.9	9.6
有	88.1	85.7	90.2	89.9	91	82.4	83.6	87.1	90.4
(N)	(1493)	(701)	(792)	(227)	(790)	(447)	(219)	(395)	(634)
過去一年曾食用保健產品			**				**		
沒有	45.4	49.4	41.8	37.4	43.8	51.8	47.3	42.5	43
有	54.6	50.6	58.2	62.6	56.2	48.2	52.7	57.5	57
(N)	(1495)	(706)	(790)	(227)	(790)	(479)	(222)	(398)	(532)

* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

4.5 影響市民看中醫的因素

4.5.1 不同資訊渠道對使用醫療服務的影響

我們嘗試透過瞭解現時市民接觸中醫中藥的資訊渠道，分析影響市民看中醫的因素，也為日後加強中醫藥推廣及實行中醫藥知識普及教育，選用較有效的資訊平台提供重要參考。整體而言，受訪者最主要透過親戚朋友得知關於中醫藥的資訊（44.9%），其次是大眾傳媒（22.2%）、網上社交媒體或群組（11.5%）、私家診所及醫院（11.1%），最少的是政府診所及醫院（5.1%）。除了親友，大眾傳媒以及網上社交媒體或群組在中醫藥的資訊傳播過程裏擔當重要的角色，政府診所及醫院在中醫藥推廣的角色上則比較被動。我們亦問及受訪者十五歲或以前，自己或家人曾否有求診中醫的經驗。整體而言，73.7%受訪者表示自己或家人自小已有求診中醫的經驗。

表11. 最主要接觸中醫中藥的資訊渠道

	整體 %
大眾傳媒（即電視、電台、報紙等）	22.2
網上社交媒體或群體	11.5
親戚（家人）朋友	44.9
政府診所及醫院	5.1
私家診所及醫院	11.1
沒有接觸	5.1
總數 (N)	100.0 (1303)

表12. 受訪者或其家人自小有求診中醫的習慣

	整體 %
沒有	26.3
有	73.7
總數 (N)	100.0 (1233)

我們分析不同接觸中醫中藥的資訊渠道與社會人口變量的關係，以了解不同資訊渠道對不同群組使用醫療服務的影響。從表13可見，性別與受訪者或其家人「自小有求診中醫的習慣」呈明顯關係，男性較女性更傾向自小有求診中醫的習慣。此外，年齡與「最主要接觸中醫中藥的資訊渠道」呈明顯關係，年輕群組較其他兩個群組較少使用大眾傳媒接觸中醫中藥的資訊，年長群組則較其他兩個群組較少使用網上社交媒體或群組。另外，家庭月入分別與「最主要接觸中醫中藥的資訊渠道」及受訪者或其家人「自小有求診中醫的習慣」呈明顯的關係。低收入群組較其他兩個群組傾向經大眾傳媒接觸中醫中藥的資訊，而中收入群組較傾向經網上社交媒體或群組，高收入群組則較傾向親戚朋友。另外，較高的兩個收入群組亦略傾向自小有求診中醫的習慣。

4.5.2 醫療保障

隨市民求診中醫的需求上升，近年越來越多醫療保險開始把中醫納入保障範圍內。統計處有關僱主或機構提供醫療福利予僱員及受個人購買的醫療保險保障的情況的報告顯示，享有僱主或機構提供醫療福利、醫療保險保障的市民比例由2007年的15.2%，升接近兩倍至2019年的33.1%（政府統計處，2007:136；2019:92）。根據是次調查，有34.6%受訪者表示公司有提供醫療保障，當中涵蓋中醫及跌打服務的比例偏高，佔68.2%。此外，比起公司提供醫療福利，較多受訪者有自行購買個人或家庭保險，佔

45.2%，但是其中涵蓋中醫及跌打服務的比例卻比有提供有關服務的公司醫療保障為低，只有47.8%。

表13. 不同資訊渠道對使用醫療服務的影響與社會人口變量的關係，2020 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
最主要接觸中醫中藥的資訊渠道							***		***
大眾傳媒	22.2	23.1	21.5	16.6	20.9	27.5	30.1	18.1	21.3
網上社交媒體或群組	11.5	11.7	11.2	13.7	12.2	9.1	9.3	14	11.1
親戚朋友	44.9	43.4	46.4	51.7	50	33.2	34.4	46.4	48.8
政府診所及醫院	5.1	4.9	5.4	4.4	2.8	9.6	12	3.5	4.5
私家診所及醫院	11.1	11	11.1	12.2	9.6	13	11.5	11.1	10.7
沒有接觸	5.1	6	4.4	1.5	4.6	7.6	2.7	7	3.6
(N)	(1303)	(618)	(685)	(205)	(690)	(407)	(183)	(343)	(559)
受訪者或其家人自小有求診中醫的習慣				**					*
沒有	26.3	22.4	29.8	22.6	25.4	29.9	34.7	24.9	24.5
有	73.7	77.6	70.2	77.4	74.6	70.1	65.3	75.1	75.5
(N)	(1233)	(588)	(645)	(208)	(661)	(364)	(167)	(334)	(547)

* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

分析醫療保障與社會人口變量的關係，可以了解哪個群組更傾向擁有醫療保障，以及該保障是否包含中醫服務。從表14可見，性別與「公司有提供醫療保險」呈顯著關係，男性較女性略為擁有公司提供的醫療保險。此外，年齡分別與「公司有提供醫療保險」及「有購買個人或家庭保險」均呈顯著關係，年長群組較其他兩個群組傾向沒有公司所提供的醫療保險，也更傾向沒有個人或家庭保險。另外，家庭月入分別與公司有提供醫療保險及有購買個人或家庭保險均呈顯著關係，高收入群組較其他兩個群組更傾向擁有公司提供的醫療保險，也更傾向擁有個人或家庭保險。

表14. 醫療保障與社會人口變量的關係，2020 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30 - 59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
公司有提供醫療保險									
沒有	65.4	62.6	67.8	62.4	53.5	87.8	88.5	67.2	54
有	34.6	37.4	32.2	37.6	46.5	12.2	11.5	32.8	46
(N)	(1440)	(682)	(758)	(218)	(781)	(441)	(209)	(378)	(624)
公司醫療保險有包括中醫及跌打(基數為公司有提供醫療保險的受訪者)									
沒有	31.8	30.2	33.6	30.7	30.1	45.8	17.4	42.6	26.1
有	68.2	69.8	66.4	59.3	69.9	54.2	82.6	57.4	73.9
(N)	(455)	(232)	(223)	(75)	(332)	(48)	(23)	(115)	(264)
有購買個人或家庭保險									
沒有	54.8	56.1	53.6	57.8	45.4	69.4	69.6	56.7	48.1
有	45.2	43.9	46.4	42.2	54.6	30.6	30.4	43.3	51.9
(N)	(1477)	(700)	(776)	(223)	(791)	(464)	(217)	(393)	(628)
個人或家庭保險有包括中醫及跌打(基數為有購買個人或家庭保險的受訪者)									
沒有	52.2	51.1	53	53.4	51.1	55.2	50.8	53.3	51.7
有	47.8	48.9	47	46.6	48.9	44.8	49.2	46.7	48.3
(N)	(577)	(264)	(313)	(73)	(380)	(125)	(100)	(150)	(286)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

4.6 香港市民對中醫相關政策的態度

4.6.1 公營中醫服務

2001年，時任特首提出要「把中醫藥納入公營醫護系統之內」（香港特別行政區政府，2001）；時隔近二十年，本屆特首亦在2018年的《施政報告》中提出將落實透過政府資助特定的中醫藥服務，將中醫藥正式納入本港醫療系統（香港特別行政區政府，2018），具體工作分別為資助未來中醫院的門診和住院服務、資助18間中醫診所暨教研中心的門診服務，以及資助公立醫院的中西醫協作治療住院服務。值得注意的是，現時公立醫院唯一提供的中醫服務只限中西醫協作治療的住院服務，只涵蓋8間醫院及4個病種，但政府轄下的公立醫院及診所仍然未有提供中醫全科的門診服務。本研究希望透過了解市民對公營中醫門診服務的需求以及其提供可否有效提升市民求診中醫的意欲。整體而言，大部份受訪者同意公營醫院或診所應加入中醫門診服務（87.4%），而逾一半受訪者亦表示會因公營醫療提供中醫服務而多看中醫（60%），可見市民樂見政府擴大於公營醫療體系中提供中醫服務的範圍至門診服務，這類提升也會促進市民對中醫的求診意願。

分析受訪者對公營中醫服務的看法與社會人口變量的關係，從表15可見性別與「若公營醫療提供中醫服務，會多看中醫」呈顯著關係，女性較男性略為傾向於認為若公營醫療提供中醫服務，會增加她們對中醫的求診意欲。

表15. 對公營中醫服務的看法與社會人口變量的關係，2020（%）

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
公營醫院或診所應加入中醫門診服務									
不同意	4.7	5.8	3.5	5.3	4	5.6	3.3	4.9	4.5
一半一半	8	8.3	7.7	8	8.9	6.3	8.5	7.8	7.5
同意	87.4	85.8	88.8	86.7	87.2	88.2	88.2	87.3	88
(N)	(1453)	(685)	(767)	(225)	(779)	(448)	(211)	(385)	(626)
若公營醫療提供中醫服務，會多看中醫									
			*						
不同意	14.1	15.6	12.7	16.2	13.5	14	12.1	12.9	15.8
一半一半	25.9	27.8	24.3	31.5	25.9	23.1	27.3	22.8	24.8
同意	60	56.6	63	52.3	60.6	62.9	60.6	64.3	59.4
(N)	(1405)	(666)	(740)	(222)	(764)	(420)	(198)	(373)	(613)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

4.6.2 中西醫合作

研究團隊（趙永佳等，2020:44-45），早前完成的香港註冊中醫師對中醫專業發展意見的問卷調查發現，絕大部份本港中醫師希望與西醫進一步合作，足見在醫療服務供應方面實行中西醫合作治療的可行性，如此亦正好契合香港未來首間中醫院發展中西醫協作服務的方針。有別於中國內地中西醫結合的臨床環境，香港現時供中醫和西醫合作的平臺不多：公立醫院只有前文所述的中西醫協作計劃，民間亦只有少數提供中西醫合作治療的私營或非政府組織診所，因此市民對醫療機構提供中西醫合作治療的接觸較少。我們希望初探市民對中西合作治療的接受程度，為未來發展此類服務的公營、私營醫療機構提供有關市民需要的參考。整體而言，近一半受訪者表示願意接受中西醫合作治療（48.7%），若不同醫療機構持續提供中西醫合作治療服務，提升其優勢的認知及接受程度，香港市民對中西醫合作的服務的接受程度將會更高。

另外，表16的題目並沒有與任何一個社會人口變量呈顯著相關，可見不同群組對中西醫合作治療的接受程度非常一致。

表 16 對中西醫合作的看法與社會人口變量的關係，2020（%）

	整體	性別		年齡			家庭月入 (港元)		
		男性	女性	30歲以下	30 - 59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬	三萬或以上
若醫療機構中西醫合作治療，會願意接受治療									
不同意	20.6	22.8	18.7	17.7	19.6	23.9	23.9	20.7	19.3
一半一半	30.7	30.4	31	33.2	31.5	28.2	32.1	33.3	29.3
同意	48.7	46.8	50.3	49.1	48.9	47.9	44	46	51.4
(N)	(1457)	(684)	(774)	(226)	(775)	(457)	(209)	(387)	(628)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

4.6.3 中藥師

1999年通過的《中醫藥條例》落實規管中藥業者的領牌、中成藥的註冊及中藥的製造、管有及銷售，為香港中藥規管制定法律基礎。但隨着中醫藥專業化過程的推進

以及市民對中醫藥服務需求的增長，政府有必要重新檢視目前中成藥及中藥保健食品的監管，保障市民正確服用中藥，減低對市民健康造成損害的風險。申訴專員公署2018年就《政府對未註冊中成藥產品的規管》主動發布調查報告，促請食物及衛生局就現時中成藥產品的規管漏洞，考慮設立中藥師註冊制度。有關中藥師的職能，香港中藥師協會副主席魏柏儒指出：「中藥師發揮功用大，能監督中藥房的運作，保證用藥安全。中藥師亦可指導病人如何安全地用藥、服用方法及注意事項。中藥師亦是中醫的夥伴，可向醫師建議治療上使用的中藥，並審核中醫師開出的處方」

（《HK01》，2018），可見中藥師認證制度的建立有效為中藥品的安全及品質的管理、配發及市民用藥把關。故此，我們在問卷問及政府應否設立中藥師註冊制度，希望收集市民對有關建議的意向。整體上，受訪者非常支持設立中藥師註冊制度，高達86.9%有受訪者同意。

表 17. 政府應設立中藥師註冊制度，為市民監管中藥材質素，幫助市民選擇合適的中成藥

	整體 %
不同意	4.8
一半一半	8.3
同意	86.9
總數	100.0
(N)	(1427)

從表18可見性別與「政府應設立中藥師註冊制度」呈顯著關係，女性較男性略為支持政府應設立中藥師註冊制度。此外，家庭月入亦與題目呈顯著關係，低收入群組較中等和高收入群組略為傾向支持政府設立中藥師註冊制度。

4.6.4 中醫藥普及教育

國家一直致力推動中醫藥普及教育，透過於國家課程標準加入中醫內容、開設中醫藥的校本及地方課程、編寫中小學中醫藥科普課程教材、鼓勵家庭及社會共同參與中醫主題教育活動等工作（中華人民共和國教育部，2020），提升青少年及公眾對中醫藥的認知，養成健康生活習慣。反觀香港的中醫藥教育並不普及，除了在正規教育課程缺乏中醫藥教育，本研究也發現受訪者透過政府醫院及診所認識中醫藥的比例非常低。本研究希望了解市民對於政府於中小學課程及大眾媒體進行中醫藥普及教育的支持程度。整體上，近六成（59.5%）受訪者同意政府應在中小學課程中加入中醫藥內容，更有高達80.7%受訪者同意政府應在大眾媒體推廣中醫藥知識。儘管衛生署與中醫及中藥團體一直有合作，透過展覽、講座、宣傳小冊子等，進行中醫中藥安全的宣傳教育（香港特別行政區政府，2019），中醫藥發展基金也支持中醫業界申請中醫藥教育的資金，但政府也可參考內地政府，扮演更主動的角色，就中醫藥普及教育進行長

遠的中小學課程及公眾宣傳規劃，增加市民對中醫藥的認識，進一步擴大中醫藥的使用率，促進市民的整體健康。

表 18. 對中藥師註冊制度的看法與社會人口變量的關係，2020 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入 (港元)		
		男性	女性	30歲以下	30 - 59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
政府應設立中藥師註冊制度			*						*
不同意	4.8	6.3	3.5	5	5.1	4.3	2.9	3.1	6.7
一半一半	8.3	7.7	8.8	9.5	9	6.3	6.8	9.9	8.3
同意	86.9	86	87.7	85.5	85.8	89.4	90.2	87	85
(N)	(1427)	(664)	(763)	(221)	(763)	(443)	(205)	(385)	(612)

* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

我們亦分析受訪者對中醫藥普及教育的看法與社會人口變量的關係，以了解哪個群組傾向支持中醫藥普及教育。從表19可見年齡與「政府應在大眾媒體推廣中醫藥知識」呈顯著關係，在表示同意及不同意的選項裏，年輕群組皆較另外兩個群組的比例高，但表示同意的比例差異比不同意的較多。另外，家庭月入與「政府應在中小學課程中加入中醫藥內容」呈顯著關係，中等收入群組較低收入及高收入群組傾向認為政府應在中小學加入中醫藥內容。

4.7 香港市民對中醫藥與其醫療服務的認知

本研究也希望了解市民對中醫藥的認識及興趣的自我評估。整體而言，在認識程度方面，高達73.4%的受訪者自評對中醫藥有認識，反之表示自己完全沒有認識的有26.6%。值得注意的是，當中絕大部份受訪者表示自己對中醫藥「有一點認識」（65.2%），表示「頗有認識」（6.8%）及「非常有認識」（1.4%）的各佔低於一成。另外，在興趣方面，絕大多數受訪者表示自己有興趣認識關於中醫藥的知識（85.7%），當中又以「有一點興趣」的佔大多數（42%），表示沒有興趣的只有14.3%。由此可見，受訪者自我評估對中醫藥知識的認識和興趣都頗高。

其後，我們分別透過四條題目評估市民對中醫藥及其制度的實際認知。首先，在有關中醫藥的知識方面，我們問及「安宮牛黃丸可以日常食用作保健用途」，根據合作夥伴的專業建議，正確答案為不可以，僅51.1%受訪者回答正確，回答錯誤或不知道

的卻高達48.9%。市面上安宮牛黃丸的種類眾多，當中不少聲稱有清熱解毒，開竅醒神的功用，主治中風昏迷，小兒驚厥或腦血管意外、中毒性痢疾等症狀。安宮牛黃丸易於市面上購買獲得，是不少市民家中的必備藥，更有市民會誤以為可以服用安宮牛黃丸以調理身體和預防中風（晴報，2017）。但其實安宮牛黃丸類產品的成份中可能含有朱砂、雄黃等毒性高的中藥材，根據《中醫藥條例》必須經過註冊中醫處方才可購買（申訴專員公署，2018），市民若將之當作保健產品或預防用藥長期服用會嚴重影響身體健康。相對低的答對比例可作為理解市民缺乏中醫藥知識，可能構成健康隱患的指標。

表 19. 對中醫藥普及教育的看法與社會人口變量的關係，2020（%）

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
政府應在中小學課程中加入中醫藥內容									
不同意	19.5	21	18.2	20.6	20.6	17.1	17.7	17	21.5
一半一半	21	20.7	21.2	25.6	21.3	18.1	26.3	17.3	22.3
同意	59.5	58.3	60.6	53.8	58.1	64.8	56.1	65.7	56.2
(N)	(1414)	(671)	(742)	(223)	(757)	(432)	(198)	(382)	(609)
政府應在大眾媒體推廣中醫藥知識									
不同意	7.3	8.4	6.3	10.8	7.3	5.5	4.7	6.5	8.8
一半一半	12	10.9	13.1	4.9	13.9	12.3	11.2	12.7	12.2
同意	80.7	80.8	80.6	84.3	78.9	82.3	84.1	80.9	79.1
(N)	(1454)	(682)	(773)	(223)	(772)	(457)	(214)	(387)	(617)

* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

其次，第二條有關中醫藥知識的問題為「食用紅棗會令人身體受寒」，正確答案為不會，多於一半受訪者回答正確（62.3%），但也仍然有11.5%及26.3%受訪者回答錯誤或不知道。紅棗常見於在香港的生活中，可入藥或入饌。根據中醫理論，紅棗偏向溫熱，不會令人體受寒，反而可達健脾益胃的效果。相對低的正確回答比例顯示市民對中醫藥知識的實質認知仍有待提升。

另外，在對中醫藥制度的認知方面，我們問及「醫療券可以用於中醫」，正確答案為可以，回答正確的受訪者多於一半（63.6%），市民對政府資助長者使用中醫的政策有一定理解。

在另外一個有關中醫藥制度的認知問題上，我們問及「香港現時有本地培訓的大學學位中醫師」，正確答案為有，回答正確的受訪者近八成（79.8%）。香港浸會大學自1998年起開辦香港首個全日制中醫本科生課程，其後香港中文大學及香港大學陸續開辦中醫本科生課程，每年培訓約80名中醫本科畢業生投入行業，為市民提供中醫服務，相對高的正確回答比例亦反映市民對本地中醫培訓的制度有準確的基本認知。

我們分析中醫藥知識及醫療服務認知與社會人口變量的關係，以了解不同群組對中醫藥知識及醫療服務的認識。

從表20可見性別分別與「對中醫藥的認識」、「認識中醫藥的興趣」及「醫療券可否用於中醫」呈顯著關係，在個人認知層面上，女性較男性傾向認為自己具備一定的中醫藥認知，也對認識中醫藥展現較大興趣。同時，在實際對中醫藥知識的掌握上，女性答對食用紅棗不會令人身體受寒及醫療券可以用於中醫的比例亦較男性高。

此外，年齡與「對中醫藥的認識」、「認識中醫藥的興趣」、「安宮牛黃丸可否日常食用作保健」、「食用紅棗會令人身體受寒」、「醫療券可否用於中醫」及「香港現時有沒有本地培訓的大學學位中醫師」呈顯著關係，在個人認知層面上，年長群組較另外兩個群組傾向認為自己具備一定的中醫藥認知，年輕群組則對認識中醫藥展現較大興趣。在實際對中醫藥知識的掌握上，年輕群組答對「安宮牛黃丸不可日常食用作保健」及「香港現時有本地培訓的大學學位中醫師」的比例最高，年長群組答對「食用紅棗不會令人身體受寒」及「醫療券可以用於中醫」的比例最高。

另外，家庭月入與「食用紅棗會令人身體受寒」、「醫療券可否用於中醫」及「香港現時有沒有本地培訓的大學學位中醫師」呈顯著關係，低收入群組答對「食用紅棗不會令人身體受寒」、「醫療券可以用於中醫」及「香港現時有本地培訓的大學學位中醫師」的比例高於另外兩個群組。

表 20. 中醫藥知識及醫療服務認知與社會人口變量的關係，2020 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
對中醫藥的認識			***				***		
沒有認識	26.6	28	25.4	30.1	30.5	18.5	23.2	26.7	27.4
有一點認識	65.2	66.4	64.1	60.2	61.7	73.6	69.1	64.1	63.1
頗有認識	6.8	3.9	9.4	8.8	7.1	5.2	4.1	8.2	8.1
非常有認識	1.4	1.7	1.1	0.9	0.6	2.8	3.6	1	1.4
(N)	(1480)	(696)	(785)	(226)	(786)	(466)	(220)	(390)	(632)
認識中醫藥的興趣			*				***		
沒有興趣	14.3	15.7	13.1	11.1	12.6	19	17.3	13	12.2
有一點興趣	42	43.8	40.5	48.2	43.8	35.9	42.3	44.8	43.6
頗有興趣	32.1	31.1	33.1	31.4	33.8	29.7	29.5	30.8	33.2
非常有興趣	11.5	9.4	13.4	9.3	9.9	15.4	10.9	11.4	11
(N)	(1468)	(681)	(786)	(226)	(779)	(462)	(220)	(385)	(629)
安宮牛黃丸可以日常食用作 保健用途【正確：不可以】							***		
可以	14.5	13.9	14.9	11.5	18.2	9.8	11.7	15.9	16.7
不可以	51.1	49.4	52.6	57.7	52.8	45	50.9	47.9	53.5
不知道	34.4	36.7	32.4	30.8	29	45.2	37.4	36.3	29.8
(N)	1498	703	796	(157)	(563)	(263)	222	397	635
食用紅棗會令人身體 受寒【正確：不會】			***				***		*
會	11.5	12.1	10.8	20.7	11.9	6.3	7.2	13.9	11.7
不會	62.3	55.6	68.3	49.8	61.1	70.4	71.2	59.6	61.3
不知道	26.2	32.3	20.9	29.5	27.1	23.3	21.6	26.5	27.1
(N)	(1496)	(700)	(795)	(227)	(791)	(477)	(222)	(396)	(635)
醫療券可以用於中醫【正 確：可以】			*				***		**

可以	63.6	62.2	64.7	70.9	57.5	70.3	69.8	60.8	64.7
不可以	9.7	11.8	8	13.2	11.6	4.7	2.7	11.5	10.1
不知道	26.7	26	27.3	15.9	30.9	25.1	27.5	27.7	25.2
(N)	(1488)	(696)	(791)	(227)	(790)	(471)	(222)	(393)	(632)
香港現時有本地培訓的大學 學位中醫師【正確：有】							***		**
有	79.8	80	79.6	89.9	82.3	70.7	73.5	77.2	84.2
沒有	3.4	4.3	2.7	4	3.2	3.6	3.6	3.1	3.5
不知道	16.8	15.7	17.7	6.2	14.5	25.7	22.9	19.7	12.3
(N)	(1485)	(694)	(791)	(227)	(787)	(471)	(223)	(390)	(632)

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。

4.8價值觀

我們希望瞭解受訪者的價值觀，也以價值觀的分析角度來理解受訪者對中西醫的看法。關於中醫使用者的價值觀，我們則會在中醫使用者研究報告裏詳述。過往不少研究發現輔助與另類療法（complementary and alternative medicine）在外國地區如澳洲、紐西蘭等的興起，與使用者的後現代價值觀（postmodern value）有關（Dodds, Bulmer and Murphy, 2014; Callaghan and Jordan; Siahpush, 1999; Easthope and Rayner, 2001）。現代發展過於急促，導致不同的社會問題，造就人們對現代制度（institution）產生質疑而出現後現代價值觀（Bakx, 1991）。西醫作為現代醫學的代表成為被質疑的對象之一，因為人們開始注意到西醫並不能完全解決健康問題，尤其是老化及長期病的問題，也不能提供一個解釋人生病原因及痛苦的完整世界觀，同時其醫藥亦會對人體造成巨大副作用（Easthope, 1988; Sharma, 1996）。因此人們求診的類別開始出現轉向，更傾向可以提供較自然療程和疾病哲學觀的輔助與另類療法，如針灸、順勢療法、中醫等（Furnham and Kirkcaldy, 1996; Sugimoto and Furnham, 1999）。根據Siahpush（1999）的框架，後現代價值觀可透過六個主題理解，一是對權威的拒絕（rejection of authority），二是對個人責任（individual responsibility）的重視，三是對自然療法（natural remedies）的追求，四是對整體論（Holism）的相信，五是反科學（anti-science）的情緒以及六是消費主義（Consumerism）。我們希望了解香港市民是否具有相同的價值觀傾向。

首先，在對權威的拒絕方面，我們問及受訪者是否同意「中醫及西醫皆應向病人詳細解釋症狀成因及治療方法」。西醫的權威來源於其科學知識和專業資格，因此他們在診療過程中一般扮演主導角色，病人以往會因為知識量的不對等，相信和尊重權威而較少過問醫生的決策（Riessman, 1994）。但具有後現代價值觀的病人則會拒絕過

分依賴權威，會更積極主動參與診症過程，了解自己病情，甚至會進一步與醫生討論其他可能的治療方案（Taylor, 1985）。整體而言，絕大部份受訪者同意中醫及西醫皆應向病人詳細解釋症狀成因及治療方法，佔逾九成（93.2%）；不同意的只有0.5%。可見大多受訪者擁有拒絕權威的傾向，希望醫療者可以與他們分享更多治療資訊，令他們可以擁有一定知識量參與病情和治療方法的討論，掌握自己在醫療中的主導權。

其二，在對個人責任的重視方面，我們問及受訪者是否同意自己會在「求醫前自行上網搜尋與病症相關資訊」。後現代的浪潮高舉個人責任，個人的健康是建基於個體自身的努力以及對良好生活習慣的堅持（Coward, 1989）。整體而言，同意自己會在求醫前自行上網搜尋與病症相關資訊的受訪者佔多於一半（53.1%），不同意的有27.7%。可見，受訪者有一定傾向相信健康是個人責任，需要自己主動學習及了解有關醫療和維持健康的方法。

其三，對自然療法的追求上，我們問及受訪者是否同意「人的身體有自我治療能力」。由於現代人越來越了解西醫西藥如手術、類固醇等方法和藥物會對人體造成的長遠損害和副作用，擁有後現代價值觀的人們會轉向尋找對人體較少影響的醫療方法。他們會更傾向選擇沒有化學成份的天然藥物和不具有侵入性的手法治療；相比用藥，患病時更希望倚靠自己身體的自癒力和增強抵抗力康復（Bakx, 1991）。反觀香港受訪者，同意人的身體有自我治療能力的高達73.1%。可見大部份受訪者擁有追求自然療法的基礎，相信自己的疾病可以倚靠自身復原。

其四，對整體論的相信方面，我們問及市民是否同意「精神生活和物質生活平衡才能令人健康」。整體論講求身、心、靈的平衡才能達致健康，具備後現代價值觀的人們普遍相信健康是立體的，擁有不同方面，追求真正的健康不能只注重身體的調理，而是整存的全人發展（Anyinam, 1990）。整體上，高達85.2%受訪者同意精神生活和物質生活平衡才能令人健康，不同意的只有4%，可見絕大部份香港市民相信身心靈合一的整體健康。

其五，在關於反科學的情緒方面，我們問及受訪者是否同意「進食有添加劑的食物對人的健康沒有傷害」以及「世界上有很多東西無法用科學解釋」。後現代主義主張科學為自然帶來過大的破壞，人們質疑科技發展提升醫學水平的有效性（Kerz, 1994）。整體而言，不同意「進食有添加劑的食物對人的健康沒有傷害」的受訪者高達7.2%，而大部份受訪者亦同意「世界上有很多東西無法用科學解釋」（70.7%），可見大部份市民有輕微反科學的情緒，普遍相信人造的化學物質對人體會有傷害，同時亦認為科學具有一定限制，無法將科學觀應用在所有事情上，對科學帶有一定質疑。

其六，消費主義，由於篇幅所限，我們未有就這個主題設立問題，此主題將會在報告二作更深入的討論。

除後現代價值觀，我們亦嘗試探究市民的傳統價值觀（traditional value）以及實用價值觀（Pragmatic value）。

我們透過身份認同及在「最適合自己對中醫的看法」兩條問題中嘗試了解傳統價值觀在香港市民當中的普及程度。中醫在香港有悠久歷史，是傳承中國傳統文化，廣受華人使用的傳統醫療方法。整體上，認為自己的身份是香港人較多的佔多於一半（59.7%），認為自己是中國人較多的佔21.4%，認為自己兩者皆是的佔18.7%，認為自己兩者皆非的只佔0.2%。在「最適合自己對中醫的看法」的問題上，31.8%受訪者認為中醫是傳統中華文化，可見一定比例的受訪者視中醫為中華文化及身份的象徵。

最能代表受訪者對中醫的看法中，認為中醫是有效的醫療方法比例最高，佔41.2%；認為中醫是傳統中華文化的比例佔31.8%，中醫是一種自然的健康態度的比例佔26.9%。可見香港市民多以實用性質的現代主義價值觀去看待中醫，甚於傳統主義及後現代主義。

我們分析價值觀和身份認同與社會人口變量的關係，以了解各群組的價值觀傾向。

從表21可見，性別分別與「精神生活和物質生活平衡才能令人健康」、「進食有添加劑的食物對人的健康沒有傷害」及「世界上有很多東西無法用科學解釋」呈顯著關係，男性比女性更傾向注重精神生活和物質生活的平衡及相信世界上有無法用科學解釋的事，女性比男性則更傾向注重食物添加劑對人體的傷害。

此外，年齡分別與「求醫前會先自行上網搜尋與症狀相關資料」、「人的身體有自我治療能力」、「進食有添加劑的食物對人的健康沒有傷害」、「世界上有很多東西無法用科學解釋」及「身份認同」呈顯著關係，年輕群組較另外兩個群組傾向在求醫前作症狀的資料搜集，也較同意人的身體有自我治療能力。另外，年長群組則較傾向注重食物添加劑對人體的傷害，也較相信世界上有無法用科學解釋的事，並有較多人最傾向認同自己是中國人。

另外，家庭月入分別與「求醫前會先自行上網搜尋與症狀相關資料」、「人的身體有自我治療能力」、及「身份認同」呈顯著關係，高收入群組較另外兩個群組傾向在求醫前作症狀的資料搜集，也較同意人的身體有自我治療能力。低收入群組則較多人較傾向認同自己是中國人。

表21：不同價值觀與社會人口變量的關係，2020（%）

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30 - 59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
中醫及西醫皆應向病人詳細解釋症狀成因及治療方法									
不同意	0.5	0.7	0.4	0	0.8	0.4	0.5	0.5	0.8
一半一半	6.2	7.4	5.1	7.5	6.2	5.6	6.9	7.7	5.7
同意	93.2	91.9	94.5	82.5	93.1	94	92.7	91.8	93.5
(N)	(1471)	(692)	(779)	(227)	(777)	(467)	(218)	(392)	(627)
求醫前會先自行上網搜尋與症狀相關資料									
							***		***
不同意	27.7	27.4	28	9.3	23.4	45.8	46.1	27.7	19.9
一半一半	19.2	19.8	18.7	23	19.4	16.7	15.2	21	21.1
同意	53.1	52.8	53.3	67.7	57.2	37.5	38.7	51.3	59
(N)	(1394)	(661)	(733)	(226)	(761)	(408)	(191)	(372)	(607)
人的身體有自我治療能力									
							***		**
不同意	5.8	5.1	6.3	4.4	3.3	10.6	10	5.1	4.1
一半一半	21.1	20.3	21.8	14.2	22.6	21.9	26.8	20.7	19.3
同意	73.1	74.6	71.8	81.3	74.1	67.4	63.2	74.2	76.6
(N)	(1421)	(661)	(760)	(225)	(761)	(433)	(209)	(376)	(610)
精神生活和物質生活平衡才能令人健康									
									**
不同意	4	3.3	4.6	3.6	3.1	5.8	3.4	4.1	3.5
一半一半	10.8	8.4	13	8	12.2	10	12.6	10.9	9.6
同意	85.2	88.2	82.4	88.4	84.8	84.3	84.1	85	86.8
(N)	(1457)	(688)	(769)	(225)	(781)	(452)	(207)	(393)	(623)
進食有添加劑的食物對人的健康沒有傷害									
							**		***
不同意	72.2	68	76	58.7	72.9	78.2	77.5	72.9	70

一半一半	18	19.7	16.5	29.8	17.3	13.6	16.7	17.4	20.1
同意	9.7	12.3	7.5	11.6	9.9	8.3	5.7	9.7	9.9
(N)	(1420)	(669)	(750)	(225)	(759)	(435)	(209)	(380)	(607)
世界上有很多東西無法用科學解釋				*			***		
不同意	13	13	12.9	18.6	13	10.1	11.9	10.9	15.7
一半一半	16.3	13.3	19	23.2	15.3	14.4	16.8	17.8	14.5
同意	70.7	73.7	68.2	58.2	71.7	75.5	71.3	71.4	69.9
(N)	(1415)	(676)	(738)	(220)	(771)	(424)	(202)	(377)	(607)
身份認同							***		***
香港人較多	59.7	61.8	57.9	88	59.4	46.4	44.5	57.8	68.6
中國人較多	21.4	19	23.6	4.1	22.3	28.4	29.2	25.3	15.9
兩者皆是/一半半	18.7	19.3	18.1	7.4	18.2	25	25.8	16.9	15.3
兩者皆非	0.2	0	0.4	0.5	0.1	0.2	0.5	0	0.2
(N)	(1390)	(654)	(736)	(217)	(731)	(440)	(209)	(367)	(596)
最適合自己對中醫的看法									
中醫是傳統中華文化	31.8	33.2	30.7	28.4	31.3	34.8	32.8	31.7	32.3
中醫是有效的醫療方法	41.2	38.7	43.4	37.9	43.4	38.8	39	39.7	41.8
中醫是一種自然的健康態度	26.9	28.1	26	33.6	25.3	26.4	28.2	28.6	25.9
(N)	(1307)	(623)	(685)	(211)	(716)	(379)	(177)	(350)	(576)

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。

5. 報告二：中醫使用者問卷調查及深入訪談研究結果

5.1 簡介

5.1.1 中醫使用者問卷調查

研究團隊與本港69間以三類形式執業的中醫診所合作，進行針對診所病人的問卷調查，三類中醫診所分別為私人獨立中醫診所、私人連鎖中醫診所、非公營中醫診所（包括三方合作中醫診所、大學中醫診所及非牟利機構營運中醫診所等）。我們在對香港中醫診所的分佈深入調查以後，發現香港現有的非私營診所的比例非常少，故此我們嘗試把各種非私營診所合併成一類，以方便抽樣、訪談及分析。本項名為「香港中醫使用者對傳統中醫藥應用及態度調查2021」的問卷調查於2021年3月上旬至2021年8月下旬期間進行，於五類中醫診所成功採樣532名18歲或以上，在過去一個月內曾經或正接受香港中醫診所的治療的中醫使用者，以進一步加入於香港不同診所類別的求診情況，深入了解中醫使用者決定求診中醫的選擇過程、求診習慣、對中醫服務的體驗與他們相應的價值觀。

我們會以1) 香港中醫使用者對中醫西醫的一般使用情況、2) 對現時所使用的中醫服務的看法、3) 對中醫西醫的看法、4) 對中醫發展方向的看法，及5) 健康行為和價值觀五個部分進行分析。必須注意的是，中醫診所問卷調查的對象是中醫使用者，儘管他們同時跟中西醫求診，但是他們對中西醫的比較意見可能會偏好中醫，請讀者閱讀及詮釋時注意。

分析內容上，如同報告一，我們會分別就題目進行回應頻率及卡方檢定（chi-square test）的分析，卡方檢定中選定的三個分析變量為性別、年齡及收入，以推論來自不同社經群組的中醫使用者與他們對題目的看法的相關是否具有統計學上的顯著性。我們同樣會展示 $p < 0.05$ 、 $p < 0.01$ 及 $p < 0.001$ 的檢定結果以呈現所有顯著的變量關係。

三類診所的採樣比例上，我們選擇參考2017年由衛生署進行的《有關中醫師的醫療衛生服務人力統計調查》（下稱《人力統計調查》）記錄最新有關全港6951名註冊中醫師任職的診所類別（衛生署，2017）。這是因為香港同類研究中，《人力統計調查》是具有最高回應率的調查，其對診所類別的分類也與本研究最為契合（Chung et al., 2011；香港中西醫結合醫學會，2017；趙永佳等，2020）。儘管衛生署的調查無法代表香港中醫診所的真實比例，但因為其回應率較高，故此我們仍以《人力統計調查》的數據作為全港三大類診所平均採樣比例的參考，以求達到相若的採樣診所比例，盡量確保可以在每一類診所收集到足夠的代表樣本。我們分別向不同類型的診所發出邀請，但由於疫情緣故，大部份中醫診所收緊管理措施，一般會拒絕非緊急及非臨床研究調查的申請，研究團隊經過多番洽商，幸得多個診所管理方通融配合，才能

取得以下較為貼近全港實際三類診所分布的採樣比例。該採樣比例是根據不同類型的診所的回應比例而作調整，無法保證和其他參考資料一致。

表22. 《有關中醫師的醫療衛生服務人力統計調查》醫師於三類型診所工作比例與採樣診所數目比例比較

診所類別	有回應的中醫師於該類型診所工作比例 (%)	採樣診所數目比例 (%)	採樣診所數目
私人獨立中醫診所	85.3%	78.3%	54
私人連鎖中醫診所		14.5%	10
非私營中醫診所 (包括三方合作中醫診所、大學中醫診所及非牟利機構營運中醫診所)	14.7%	7.2%	5

*

(《人力統計調查》的診所類別分類雖與本研究的分類最為貼近，但也有幾處差異，請注意閱讀。一，《人力統計調查》合併「政府」及「學術機構」兩個工作機構類型作統計，根據我們的合作夥伴反映：於政府工作的中醫師數目微乎其微，而在《人力統計調查》中該類別的比例為0.8%亦證明此觀點，並不會對於「學術機構」工作的中醫師比例造成關鍵的增長，因此本研究將其數字用作「大學中醫診所」的參考；二，《人力統計調查》將由醫管局、非政府機構和本地大學三方伙伴協作管理的中醫診所暨教研中心歸類為「醫院管理局」，為達到可比性，本研究將其數字用作「三方合作中醫診所」的參考；三，同理，《人力統計調查》將由非牟利機構營運的診所歸類為「資助機構」，本研究將其數字用作「非牟利機構營運中醫診所」的參考；四，《人力統計調查》未有細緻分類私營診所的組織規模為個人和連鎖，與本研究不一致，但仍可合併本研究「私人獨立中醫診所」及「私人連鎖中醫診所」兩個數字作為數據可比性的參照。)

5.1.2 深入訪談

深入訪談於2021年6月至8月進行，研究團隊根據診所問卷調查中期所收集到的中醫使用者數據分佈，挑選了三種主要病類及一個特定性別群體進行深入訪談，各成功訪問10名中醫使用者，合共完成40個訪問。三個主要病類為骨、關節和肌肉系統病類、皮膚粘膜系統病類及女性生殖系統病類，而男性則為特定性別群體。深入訪談旨在瞭解患有三種主要病類，病情各自有不同嚴重程度，具有不同性別背景的中醫使用

者接受中醫治療的經歷及感受，透過加入他們的主觀描述，呈現一個更全面、立體的中醫使用者求診群像予業界及政策制定者參考。

分析內容上，我們將對照中醫使用者問卷調查的五個重點關注部分：1) 香港中醫使用者對中醫西醫的一般使用情況、2) 對現時所使用的中醫服務的看法、3) 對中醫西醫的看法、4) 對中醫發展方向的看法，及5) 健康行為和價值觀，從深度訪談數據中抽取相應的訪談段落作輔加資料分析，透過質性結合量性研究的雙重分析方法，嘗試勾勒出中醫使用者根據自身客觀及主觀對療效、中西醫療方法對處理病症優劣的評估，在接受治療前、中、後期，所作不同的醫療選擇的路徑。

在訪問類別的選擇原因上，首先，有關選定病類，根據國際疾病分類第十一次修訂本對傳統醫學疾病 (TM1) 的分類 (世界衛生組織, 2019)，三個中醫診所受訪者求診中醫的主要病類可分為1) 骨、關節和肌肉系統病類 (包括痺病、痛痺、腰痛、轉筋、痿證等)、2) 皮膚粘膜系統病類 (包括濕瘡、疔瘡、蛇皮癬、內痔等) 及3) 女性生殖系統病類 (包括月經過多、崩漏、痛經、胎動不安、不孕產後風等)。選定的三個病類，亦對應香港中文大學中醫學院副院長林志秀博士在《推廣認知中醫優勢病種》一文中指出的中醫優勢病種 (林志秀, 2021)：骨關節疾病、各類皮膚病及婦科病。透過三個病類裏中醫使用者的深入訪談，我們希望呈現香港市民在中醫未有設立如西醫專科制度的前提下，在私營獨立中醫診所、私人連鎖中醫診所、非私營中醫診所如大學中醫診所及非牟利機構營運中醫診所等芸芸選擇下，如何尋找適合自己的中醫服務，並包括他們求診不同中醫師的選擇路徑，其中有關平衡醫療費用、時間成本、治療效果、醫患關係的考慮以及於不同中醫診所類別中的求診的具體經歷，將為業界及政策制定者提供豐富的質性資料，以了解市民大眾對中醫治病優勢的認識及如何作出選擇，以制定更切合香港市民需求的中醫服務。

另外，研究團隊亦選定男性中醫使用者作為特定性別群體，深入了解男性中醫使用者的求醫契機與經歷。無論於東南亞抑或歐洲地區，使用中醫或其他輔助及另類療法的男性比例一般遠低於女性 (Huang et al., 2018; Bishop and Lewith, 2010)，香港也不為例外 (趙永佳、施德安, 2017)。因此過往以男士作為主要訪問對象，了解他們求診其他輔助及另類療法的質性研究亦少於女性 (Balneaves et al., 1999; Canales & Geller, 2003; Evans et al., 2007)。而且，亦有研究指出患有嚴重疾病，如癌症的男病人普遍比女病人更少主動在診療過程或以其他途徑尋求有關他們病情狀況的資訊 (Boudioni et al., 2001)，或會因而錯過能為他們提供更適切治療的其他選擇。故此，了解男性中醫使用者求診中醫的契機與過程，將為業界及政策制定者提供重要的參考，有助制定更方便男士接收中醫資訊的途徑及診療服務，讓更多潛在的男性中醫使用者能獲得適當的服務。

5.2 受訪者的基本社經背景資料

我們透過電話調查中獲得的中醫使用者的性別和年齡組別的人口估計，對診所調查的數據進行加權，以呈現更貼近全港人口中實質的中醫使用者分佈比例。以下為經加權後診所調查受訪者的基本社經背景資料。

本部分有關中醫使用者的社經背景資料比電話調查所收集到同性質的資料更具參考價值的原因有二：一是診所調查的樣本總數（532）比電話調查中收集到的中醫使用者樣本總數（400）更大；二是在診所調查的方法論中加入三類中醫診所的類聚抽樣，比起電話調查的隨機抽樣更有效收集求診不同類別中醫診所的中醫使用者，樣本更多元化，也更為貼近香港市民的中醫實際使用情況。因此可以作為另一個統計中醫使用者社經背景的重要參考數據。

診所調查中，受訪者的女性比例（62.7%）高於男性（37.3%）。年齡方面，受訪者偏向年長，經合併的年齡群組中，以30-59歲的中年群組（48.1%）及60歲或以上的年長群組（39.3%）佔超過八成，相反，30歲以下的年輕群組則只佔12.5%。受訪者的教育程度偏高，以高中群組為最大多數（28.8%），其次為佔24.8%的大學學歷群組及佔17.2%具有研究院或以上學歷的群組。宗教信仰方面，絕大多數受訪者沒有宗教信仰（49%）；但在有信仰者中，又以基督教（19.2%）及佛教（15.1%）為最多。

表 23. 診所調查受訪者的基本社經背景資料

	%
<i>性別</i>	
男	37.3
女	62.7
(N)	(532)
<i>年齡</i>	
18 - 29歲	12.5
30 - 39歲	16.5
40 - 49歲	16.0
50 - 59歲	15.5
60 - 69歲	20.6
70歲或以上	18.8
(N)	(532)
<i>年齡（經合併）</i>	
30 歲以下	12.5
30 - 59 歲	48.1
60 歲或以上	39.3
(N)	(532)

<i>教育程度</i>	
沒有受正式教育或不識字	3
小學	5.8
初中（中一至中三）	10.6
高中（中四至中七／工業學院）	28.8
大專：非學位（包括副學士等）	9.8
大學：學位	24.8
研究院或以上（碩士／博士）	17.2
(N)	(532)

<i>宗教信仰</i>	
沒有宗教信仰	49
道教	1.2
佛教	15.1
基督教	19.2
天主教	7.8
傳統中國民間信仰（例如：拜神、天后）	7.5
其他：儒教、後期聖徒等	0.3
(N)	(532)

至於受訪者的經濟狀況方面，一半受訪者為在職人士（50.7%），其次則為退休的非在職人士（30.9%）。個人方面，受訪者的個人每月收入偏低，月入一萬至三萬以下的中收入群組佔25%，而報稱沒有收入的受訪者亦佔高達23.1%，其次為月入一萬以下的低收入群組（18.5%）。家庭方面則為相反，經合併的家庭每月收入佔最大多數的是家庭每月收入三萬或以上的高收入群組（57.8%），其次為一萬至三萬以下的中收入群組（25.3%）。

表24. 診所調查受訪者的基本社經背景資料（續）

	%
<i>經濟活動狀況</i>	
在職人士	50.7
非在職：學生	4.9
非在職：主理家務	7.9
非在職：退休	30.9
非在職：正找工作／待業／失業	4.1
非在職：其他（患病／休息）	1.5
(N)	(532)
<i>個人每月收入</i>	
一萬以下	18.5
一萬至三萬以下	25.0
三萬至五萬以下	17.7

五萬至十萬以下	7.7
十萬或以上	1.7
不定／不知道	6.3
沒有收入	23.1
(N)	(532)
<i>家庭每月收入</i>	
一萬以下	7.1
一萬至三萬以下	21.7
三萬至五萬以下	21.4
五萬至十萬以下	20.2
十萬或以上	8.1
不定／不知道	14.0
沒有收入	7.5
(N)	(532)
<i>家庭每月收入（經合併）</i>	
一萬以下	17.0
一萬至三萬以下	25.3
三萬或以上	57.8
(N)	(457)

5.3 香港中醫使用者對中醫西醫的一般使用情況

5.3.1 使用中醫的習慣

求診中醫的目的與疾病對生活的影響

首先，我們問及中醫使用者現時求診中醫的目的。整體而言，受訪者因治病而求診中醫（55.9%）的比例與調理身體（44.1%）的相約，各佔約一半，治病的比例稍高於調理身體。可見，治病及調理身體為受訪者兩個主要的求診模式。

以治病為求診目的的受訪者均患有特定病症，有明顯病徵。深度訪談中的受訪者反映為達到一定的治療效果，覆診的頻率會較為密集。

「其實最近十年八年我都以看中醫為主，最近比較頻密，我想就是剛好在四月份就非常有規律地去看（中醫），差不多持續每天都有吃中藥，一路吃到現在，因為最近有濕疹。」

（皮膚粘膜系統病類受訪者4）

與之不同的是以調理身體為求診目的的受訪者，他們通常並未有出現明顯的病徵，但感受到身體有輕微不適，因此希望透過調節生活習慣或飲用調理的中藥來維持健康狀態；另外部分調理身體者也有以病後休養為目標的情況，覆診的頻率會較疏落。

「調理不用每天都去，其實當你平日覺得沒有什麼病痛，但又會感覺到經常口乾，或者半夜容易醒……都可以去調理……我通常會三個月（調理）一次，但之前幾個月就多了調理，因為如果我月經不準時的話，我就會急着要調理一下。」

（女性生殖系統病類受訪者2）

我們進一步了解以治病為主要求診中醫目的的受訪者這次求診什麼病症，由於現時香港中醫業界就中醫專科的分類仍然未有共識，因此我們選用國際疾病分類第十一次修訂本（ICD-11）中的傳統醫學疾病分類模塊對所收集到的受訪者自填答案進行重新編碼（coding）（世界衛生組織，2019），整理出以下十個病類。整體而言，最多受訪者求診的病類為骨、關節和肌肉系統病類，具體病症如背痛、腰痛、肌肉痛等，佔32.1%。其次為皮膚粘膜系統病類如風癩、濕疹和暗瘡（14.4%）；臟腑系統疾病如腹痛、心悸和胃炎（12.3%）；女性生殖系統病類如月經失調（9.4%）；眼、耳、鼻和喉系統病類如鼻敏感、耳鳴和咳嗽（8.3%）；腦系病類如中風及頭痛（6.1%）；外感病類如感冒（5.8%）；氣血津液病類如糖尿病及高血壓（3.6%）；癌症類如鼻咽癌及前列腺癌（3.6%）；精神情志病類如肝鬱（2.2%）及其他如陰虛及上火（2.2%）。可見痛症、皮膚病、臟腑病以及婦科病均為香港中醫求診者最常見的求診病種。

表 25. 求診中醫病類

	整體 %
骨、關節和肌肉系統病類	32.1
皮膚粘膜系統病類	14.4
臟腑系統疾病	12.3
女性生殖系統病類	9.4
眼、耳、鼻和喉系統病類	8.3
腦系病類	6.1
外感病	5.8
氣血津液病類	3.6
癌症類	3.6
精神情志病類	2.2
其他	2.2
總數	100.0
(N)	(277)

患病會對病人的活動能力造成一定障礙，因此疾病對日常生活的影響，是決定是否求診的重要考慮因素。較多中醫求診者認為他們的疾病對日常工作，包括上班和家務有一些影響（46.3%），其次為有較大影響（30.1%）及有極大影響（14.9%）。

以下抽出四位受訪者對他們現在患病對生活造成的影響的描述，闡述中醫使用者的常見病類對他們日常生活所造成的具體阻礙。

普遍女性生殖系統病類的求診者的病狀都與經期不調有關，影響病人的心情和精神，會比較容易情緒暴躁，也會令她們提不起勁工作。一位受訪者特別提到這個病類的時間不確定性，會打亂她們的日常生活規劃。

「第一個是它（月經不調）時間不確定，我也不知道該什麼時候準備，就會擔心會不會有。其他的影響就穿衣服什麼的這種。然後還有會使我焦慮，希望那幾天千萬不要有什麼事情。因為如果有事情的話，我真的是分身乏力，真的是我感覺我沒有足夠的精力和力氣去處理好。」

（女性生殖系統病類受訪者4）

至於皮膚粘膜系統病類受訪者則多受身體長期沒法控制及停止的痕癢所影響，患者往往即使正接受治療，也要忍耐不能抓癢，否則病情可能會因為抓癢的傷口而加劇。因為痕癢而失眠是多位受訪者共同的困擾，會令他們長期處於精神不振的狀態，影響工作效率。

「十分中有八分級別的困擾，每天都非常痕癢，睡不到覺，會經常失眠，是一個惡性循環。」

（皮膚粘膜系統病類受訪者2）

另外，與月經不調不同的是，皮膚粘膜系統病類的病狀是外在的，意思是可以被患者以外的人用肉眼可觀察到的，非只是關乎身體內部機能的疾病，因此亦有不少受訪者表示外人的異樣目光也是令他們心情困擾而影響日常生活的原因之一。

「因為這種病是一種好奇怪的紅色，皮膚會不停掉皮，走到街上會有很多奇怪的目光。這個會影響到所有範疇的生活。」

（皮膚粘膜系統病類受訪者5）

骨、關節和肌肉系統病類的受訪者多受長期的痛楚所折磨，多數病人都會在忍耐痛楚到一定的臨界點才求診中醫。痛楚的持續性是普遍受訪者反映最令他們困擾的地方，難以被根治，只能在嚴重的時候才會尋求舒緩的治療方法。部份病人亦反映痛楚

是有連帶性的，一個身體部份的痛症病發會牽連周邊的身體部份，大大降低病人的活動能力。

「影響已經好幾年了，少做了家務。我也絕對不可以拿過重的東西，因為拿重東西的時候，基本上我的背肌都會崩緊，即時會拉緊，呼吸都會困難，也會影響胃口。最嚴重的時候頸會痛，頭也會痛，會沒有精神。」

(骨、關節和肌肉系統病類受訪者 7)

我們亦訪問到疾病對受訪者的生活有嚴重影響的個案。糖尿病被認為是中醫其中擅長治療的一類病種(林志秀, 2017)，但治療的效果因人而異，要完全治癒很困難，受訪者們多反映多數情況下能夠控制病情不再惡化已經不錯。糖尿病的病情反覆不定，而且會降低病人的手腳關節的伸展及活動能力。其中一位受訪者表示糖尿病大大影響他的工作能力，會有跌倒受傷的情況出現，而經常求診的需要對公司造成更大的經濟負擔，他甚至因此而丟失工作。

「(因為這個病)我被解僱了……因為我不良於行，我以前的工作需要外出見客人，而且我上班下班都會比較麻煩，會常常跌倒，需要入醫院，很麻煩……而且有病，要看醫生，也是一個cost(成本)來的。」

(男士受訪者 1)

求診中醫的頻率與滿意度

我們問及受訪者過去一個月共求診多少次中醫，大部份受訪者過去一個月求診中醫2-5次(61.5%)，其次的是1次(29.8%)和超過5次(8.7%)。可見，受訪者的求診率頗為頻密，可推斷大部份受訪者有持續覆診或調理的習慣。

深入訪談中亦有不少受訪者表示他們有持續按照對自己身體狀況如經期、睡眠、胃口、皮膚等的觀察來決定求診中醫的習慣。頻率通常以星期或月為單位計算，頻率高的一星期幾次，也有一個月求診一次的情況。

「因為我現在差不多是快要到更年期了。我就是覺得有時候月經顏色啊，或者是身體有點不適的時候，我就會在經期前後的時候回去看。看幾次。吃幾服藥調理一下。」

(女性生殖系統病類受訪者 7)

滿意度方面，受訪者對上一次中醫提供的治療普遍滿意，佔高達86.3%；不滿意的只有1.7%。

我們在深入訪談中亦收集到不少對中醫的正面評價，尤其在療效方面。不少受訪者表示比起一般人對中醫見效比較慢的認知，他們經過實質的中醫治療會發現手法治療的見效速度甚至可以媲美西醫藥物，效果亦十分顯著。

「(醫師)是幫到(改善病情)的！因為我最初嘗試的時候已經覺得『真的好work(奏效)！』。最近有段時間睡不了覺，失眠，然後這位醫師開藥，為我做針灸、耳穴(療法)，即係貼『粒粒』。之後真的好work(奏效)！這一次我記得我很頭痛，頭痛得很厲害去看，碰巧那天約了做針灸，醫師幫我針灸頭痛，然後真的比Panadol(止痛藥)還要快，我就不痛了，所以我覺得自己都非常喜歡看中醫。」

(骨、關節和肌肉系統病類受訪者 10)

求診中醫的契機與接觸途徑

我們問及受訪者第一次看中醫的時間，大部份受訪者第一次看中醫是在11年或以上之前，佔41.9%；其次為2-5年內的26.3%，1年內的19.3%及6-10年內的12.4%。可見，大部份受訪者自小已有求診中醫的經驗。

在選擇求診中醫的原因上，較大部份受訪者認為「中醫觀點和我的價值觀更吻合，例如五臟六腑互相影響、陰陽調和的整體觀等」較為重要(63.2%)，比「中醫比西醫更能治療我的病症」的原因(36.8%)高約一倍。可見價值觀一致對大部份受訪者而言，比起中醫的實際治療效果更重要。

求診中醫的契機上，受訪者多是由親戚推薦的，佔37.7%；其次是沒有人推薦(31%)、朋友(28.7%)、其他醫療專業人士如護士(2%)及其他人如同事、運動教練(0.6%)。由此可見受訪者求診中醫的過程裏，親戚朋友等社會網絡是非常重要的因素，而自發求診中醫的受訪者也佔有一定比例，但從其他醫療專業的推薦則非常少，由此側面可見中醫專業和其他醫療專業的互動仍是非常少。

我們亦問及受訪者會否跟親戚朋友推薦中醫，97.1%受訪者表示會，只有2.9%表示不會，可見他們樂於在自己求診中醫以後願意進一步推廣中醫治療予身邊的人，亦再間接證實他們對中醫服務的滿意度。

在受訪者接觸中醫中藥資訊途徑上，大部份受訪者表示親戚朋友比較影響他們是否看中醫的選擇(70.5%)，其次是自己上網搜尋(29.2%)、大眾媒體如電視、電台、報紙等(17%)、政府診所及醫院(12.5%)、私家診所及醫院(8.7%)、其他醫療專業如中醫課程導師(2.7%)。可見受訪者重視親戚朋友所提供關於中醫中藥的資訊，亦會自己主動尋找相關資訊，卻較少受到診所及醫院影響看中醫的選擇。

不少受訪者在深入訪談中談及，家人和朋友的推薦或勸說會成為他們求診中醫的推動力，部份家人和朋友甚至會與受訪者一同求診或陪診，而期間親人朋友的療效反饋也可增強受訪者對中醫治療的信心及持續性。

「有一個很大的原因是我有一個朋友，他是從上年開始突然有濕疹，他就去看中醫，然後就積極慫恿我，不斷跟我說：『你那個西醫其實一直都醫不好你，你倒不如跟我一起看中醫』這樣。所以就是因為他，我也踏上了中醫之路。後來他已經康復，對我而言也是一個很大的信心。」

(皮膚粘膜系統病類受訪者3)

另外，亦有不少深入訪談受訪者表示會自發搜尋有關适合自己中醫師的資訊，並透過討論平台上不同的用家反饋進行資料篩選再前往求診。現時網上有不少醫療服務搜尋網站，除了提供中醫師學歷背景、診所位置及聯絡資訊外，更設有評價及留言功能，讓瀏覽者可以更全面得知醫師擅長的病種、過往病人的診療過程及感受。同樣，不少討論平台，均有介紹中醫服務和相關評價的帖文供瀏覽者參考。網上豐富的資訊賦權大眾自行判斷醫療選擇，在受訪者的群體當中亦觀察到相同的情況。

「(現在看的醫師)是我自己上網search(搜尋)的，是random(隨機)輸入『濕疹中醫』這樣，我看到discussion forum(論壇)比較多人推介這位中醫師，所以我就試一試，試完之後覺得我自己都頗『夾』(投契)，到現在已經看了兩個月。」

(皮膚粘膜系統病類受訪者4)

表26. 比較影響是否看中醫的中醫中藥資訊途徑(可多選)

	整體 %
親戚朋友	70.5
自己上網搜尋	29.2
網上社交媒體或群組	20.6
大眾傳媒(電視、電台、報紙等)	17
政府診所及醫院	12.5
私家診所及醫院	8.7
其他醫療專業	2.7
總數	100.0
(N)	(532)

最後，我們亦了解受訪者聽得懂多少中醫師對患病原因及治療方法的講解，表示聽得懂多於一半的最多，佔39.6%；其次為一半一半的26.3%、完全聽懂的25.5%、少過

一半的7.4%及完全不懂的1.3%。中醫理論、治療、病名及用藥均與香港市民一直接觸的主流西醫不一樣，例如中醫多以氣血運行的概念是否暢通形容及判斷病人的健康狀態，相反西醫則多以血壓、心跳等數字量化病人的身體情況。在這種落差之下，或會出現難以理解中醫診斷的情況。然而根據研究收集到的數據，受訪者普遍表示能夠明白中醫師的講解，或意味着中醫師與病人有著的良好溝通，讓病人瞭解關於他們病情及治療方法的解釋。

我們分析使用中醫習慣與社會人口變量的關係，以了解哪個群組有使用中醫的傾向。

從表 27 可以見到性別與「病對日常工作的影響」、「對上一次中醫提供的治療的滿意度」、「第一次看中醫的時距」及「選擇中醫的原因」均呈顯著相關。相比起男性，女性認為她們的病情對日常生活有較大影響，對中醫治療的滿意度也較高，第一次看中醫的年距則較遠；相反，男性則比女性更認為中醫觀點與其價值觀吻合。

此外，年齡對「看中醫的主要目的」、「病對日常工作的影響」、「過去一個月看中醫的次數」、「對上一次中醫提供的治療的滿意度」、「第一次看中醫的年距」、「第一次看中醫的推薦人」及「理解中醫師講解患病原因及治療方法的程度」有顯著關係。年輕群組看中醫偏向為調理身體，而年長群組則主要為治病。對比年輕群組，年長群組的病對日常生活有較大影響，過去一個月看中醫的次數較多、對中醫師的滿意度較低。中年群組在第一次看中醫的年距比較多的比例是在11年或以上，而年輕群組則較有平均的分佈。年輕群組第一次看中醫的推薦人大多為親戚，年長群組較多沒有人推薦，也相對較能聽懂中醫師對患病原因及治療方法的講解。

至於家庭月入，與「看中醫的主要目的」、「病情對生活的影響」、「過去一個月看中醫的次數」、「對上一次中醫提供的治療的滿意度」、「第一次看中醫的年距」、「選擇中醫的原因」、「第一次看中醫的推薦人」及「中醫師講解患病原因和治療方法的理解程度」均有顯著相關。低收入群組有中，較大比例的人看中醫是為了治病，病情對日常生活的影響亦較大，過去一個月看中醫的次數較高。高收入群組比其他較滿意上一次中醫提供的治療，低收入群組則較為感到一般，只有中等收入群組有不滿意的情況。對於第一次看中醫的年距，高收入群組於1年內及6-10年內較其他組別多，中等收入群組於11年或以上較多，低收入群組於2-5年內較多。低收入群組看中醫的主要原因是中醫比西醫更能治療其病症，而中等收入群組及高收入群組則主要因為中醫觀點和其價值觀更吻合。至於第一次看中醫的推薦人，中等收入群組及高收入群組均多由親戚推薦，而低收入群組則以沒有人推薦為多。對於理解中醫師講解患病原因及治療方法的程度，低收入群組的理解程度整體較其他收入群組低。

表 27. 使用中醫的習慣與社會人口變量的關係，2021

	性別		年齡			家庭月入(港元)			
	整體	男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
看中醫的主要目的							**		*
治病	55.9	51.5	58.6	36.9	57	60.4	73	58	54.2
調理身體	44.1	48.5	41.4	63.1	43	39.6	27	42	45.8
(N)	(517)	(196)	(321)	(65)	(251)	(202)	(74)	(112)	(260)
病對日常工作(包括上班和家務)的影響			**				**		***
毫無影響	1.6	2	1.6	8.3	2.1	0	0	1.5	2.1
有很少影響	7.2	7.8	6.9	4.2	10.6	3.3	3.7	6.1	10
有一些影響	46.3	56.9	40.4	37.5	49.3	44.3	14.8	45.5	61.4
有較大影響	30.1	15.7	37.8	45.8	24.6	33.6	61.1	19.7	19.3
有極大影響	14.9	17.6	13.3	4.2	13.4	18.9	20.4	27.3	7.1
(N)	(289)	(102)	(188)	(24)	(142)	(122)	(54)	(66)	(140)
過去一個月看中醫的次數							**		***
1次	29.8	29.6	30	41.8	34	20.6	20.8	35.7	33.3
2-5次	61.5	63.8	60.1	52.2	58.2	68.1	54.5	58.3	60.6
超過5次	8.7	6.5	9.9	6	7.8	11	24.7	6.1	6.1
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(209)	(77)	(115)	(264)
對上一次中醫提供的治療的滿意度			*				***		***
滿意	86.3	81.9	88.6	94	91.4	77.5	80.5	75.7	91.3
一般	12	16.6	9.3	6	8.6	18.2	19.5	18.3	8.7
不滿意	1.7	1.5	2.1	0	0	4.3	0	6.1	0
(N)	(532)	(199)	(334)	(67)	(256)	(209)	(77)	(115)	(264)
第一次看中醫的年距			**				**		***
1年內	19.3	17.6	20.5	27	16.6	20.6	17.5	18.3	22
2-5年內	26.3	34.2	20.9	28.6	19.7	33.7	47.4	17.3	19.9
6-10年內	12.4	14.4	11.2	15.9	14.4	8.6	8.8	4.8	14.1
11年或以上	41.9	33.7	47.5	28.6	49.3	37.1	26.3	59.6	44
(N)	(465)	(187)	(278)	(63)	(229)	(175)	(57)	(104)	(241)
對選擇看中醫較重要的原因			***						**
中醫比西醫更能治療我的病症	36.8	24.2	44.1	43.5	35.7	36	53.2	31.5	36.8
中醫觀點和我的價值觀更吻合	63.2	75.8	55.9	56.5	64.3	64	46.8	68.5	63.2
(N)	(489)	(178)	(311)	(62)	(241)	(186)	(77)	(89)	(250)
第一次看中醫的推薦人							***		**
親戚	37.7	35.9	38.7	53	43.5	25.8	29.9	37.6	42.4
朋友	28.7	28.3	29.1	25.8	27.1	31.6	28.6	23.1	33

沒有人推薦	31	31.8	30.6	21.2	27.1	39.2	35.1	35	23.5
其他醫療專業人士	2	3	1.2	0	1.2	3.3	6.5	3.4	0.4
其他人	0.6	1	0.3	0	2.7	0	0	0.9	0.8
(N)	(532)	(198)	(333)	(66)	(255)	(209)	(77)	(117)	(265)
跟親戚朋友推薦中醫									
會	97.1	96.5	97.3	95.5	98.8	95.7	96.2	99.1	98.5
不會	2.9	3.5	2.7	4.5	1.2	4.3	3.8	0.9	1.5
(N)	(532)	(199)	(334)	(66)	(256)	(209)	(78)	(115)	(264)
理解中醫師講解患病原因及治療方法的程度							***		*
完全不懂	1.3	2	0.6	0	2.7	0	3.8	1.7	0.4
少於一半	7.4	9.6	6	7.6	6.6	8.6	3.8	7	5.7
一半半	26.3	27.8	25.5	36.4	22.2	28.1	32.1	19.1	31.2
多於一半	39.6	37.9	40.8	48.5	43.2	32.4	30.8	41.7	41.8
完全聽懂	25.5	22.7	27	7.6	25.3	31	29.5	30.4	20.9
(N)	(532)	(198)	(333)	(66)	(257)	(210)	(78)	(115)	(263)

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。

5.3.2 使用西醫的習慣

求診西醫的病類

關於受訪者同時求診西醫的習慣，81.6%受訪者表示過去一年曾看過西醫，18.4%則表示沒有。

我們進一步問及過去一年有看過西醫的受訪者是否和最近一次看中醫是同一種病，53.6%受訪者表示不是，46.4%表示是。可見，近半受訪者有同時就同一種病求診中西醫的習慣。

而病類方面，我們同樣選用國際疾病分類第十一次修訂本（ICD-11）裏西醫疾病分類模塊對所收集到的受訪者自填答案進行重新編碼（世界衛生組織，2019），並以下列十個病類分析受訪者若不是就同一種病向中醫求診，那過去一年主要求診西醫的病症為何。大部份受訪者主要求診西醫的病症為呼吸系統疾病如感冒和喉嚨不適，佔39.1%；其次為消化系統疾病如腸胃炎和肚瀉（10.3%）、其他如牙痛和耳痛（9.5%）、泌尿生殖系統疾病如尿道炎及乳腺阻塞（8.2%）、肌肉骨骼系統或結締組織疾病如肩痛和類風濕關節炎（7.4%）、循環系統疾病如高血壓及心律不正（7%）、視覺系統病如眼瘡及乾眼症（6.6%）、皮膚疾病如帶狀泡疹和皮膚敏感（5.3%）、內分泌、營養或代謝疾病如糖尿病和甲狀腺病（3.3%）、精神、行為或神經發育障礙如抑鬱（1.6%）及腫瘤如肺癌和纖維瘤（1.6%）。

表 28. 過去一年求診西醫病類

	整體 %
循環系統疾病	7
內分泌、營養或代謝疾病	3.3
精神、行為或神經發育障礙	1.6
消化系統疾病	10.3
皮膚疾病	5.3
泌尿生殖系統疾病	8.2
肌肉骨骼系統或結締組織疾病	7.4
呼吸系統疾病	39.1
視覺系統疾病	6.6
腫瘤	1.6
其他	9.5
總數	100.0
(N)	(243)

我們亦問及在過去一年內曾經求診西醫的受訪者在過往一個月曾否求診西醫，42.2%受訪者表示曾求診，57.8%則表示沒有。在過去一個月曾跟西醫求診的受訪者中，59.8%是跟最近一次求診中醫看同一種病，40.2%則不是。

病類上，如受訪者表示他們過去一個月與最近一次求診中醫並非同一種病，我們會沿用上述一年求診西醫的病類分類來分析他們的自填答案。結果顯示，大部份受訪者主要求診西醫的病種屬其他病類，如牙科和敏感發炎，佔18.6%；其次為循環系統疾（14.3%）、肌肉骨骼系統或結締組織疾病（14.3%）、呼吸系統疾病（14.3%）、消化系統疾病（12.9%）、泌尿生殖系統疾病（10%）、視覺系統疾病（5.7%）、皮膚疾病（4.3%）、精神、行為或神經發育障礙（2.9%）、內分泌、營養或代謝疾病（1.4%）及腫瘤（1.5%）。

表29. 過去一個月求診西醫病類

	整體 %
循環系統疾病	14.3
內分泌、營養或代謝疾病	1.4
精神、行為或神經發育障礙	2.9
消化系統疾病	12.9
皮膚疾病	4.3
泌尿生殖系統疾病	10

肌肉骨骼系統或結締組織疾病	14.3
呼吸系統疾病	14.3
視覺系統疾病	5.7
腫瘤	1.4
其他	18.6
總數	100.0
(N)	(70)

我們在深入訪談當中觀察到受訪者普遍在三種不同情況下會同時使用中西醫：1) 主要求診中醫但需定期跟西醫覆診、2) 中西醫治療可作互補的部分病種，以及3) 把中西醫治療的分工定性，治療不同病種：中醫治慢性病和西醫治急病。

關於情況一，訪談中不少受訪者，尤其是較年長的，均為長期病如高血壓、中風、糖尿病等患者，除了跟中醫求診，也需要定期到西醫門診覆診或取藥。他們的醫藥習慣多以中醫為主，並以西醫為輔作定期檢查，原因是西醫無法為他們的長期痛症提供根治的治療。

「會看甲狀腺低的問題，要定期覆診，有時候覆診就會順道告訴醫生（足跟筋膜炎的問題）。我也知道西藥沒有什麼方法，（醫生）都是如果你痛就處方止痛藥…如果沒有不舒服就停藥。」

（骨、關節和肌肉系統病類受訪者 4）

情況二，在皮膚粘膜系統病類和女性生殖系統病類兩個病類中，有部份受訪者表示他們同時使用中西醫有助他們改善和監察病情，兩種醫療可以達到互補的作用。例如曾跟中醫求診關於治療皮膚粘膜系統病類的受訪者，在難以忍受痕癢時會轉向西醫，透過打針、藥物或藥膏止痕，有效防止病情持續惡化；然後再去跟一直求診的中醫治療，達到「斷尾」（完全痊癒）的效果。

「我最初都只是看中醫，但過了一段時間就停了。後來又開始痕癢得很厲害，過敏也是，所以就忍不住再去看多一次西醫，打了針止了痕然後就『謝了』（痊癒），就再回去看中醫。」

（皮膚粘膜系統病類受訪者 10）

至於女性生殖系統病類受訪者則反映中西醫的同時使用有效協調中西藥的效果及減低對身體造成的副作用，也可以透過西醫檢查及其提供具體關於身體狀況的數字，有助於監察身體復原的進度及治療的有效性。

「同時間，婦科西醫那一邊說原來我有multiple（多發性）的子宮肌瘤，那size（大小）也不小的。我也有跟中醫師說，因為我對他有信心，於是就開始自然地喝中藥，說這樣可以抵銷西醫副作用……之後神奇的事就發生了，四個星期後我再去西醫覆診，原來我的子宮肌瘤也縮小了。」

（女性生殖系統病類受訪者5）

情況三，亦有部份受訪者對中醫及西醫有特定的求診分工定型，最常見的分工是急性及嚴重病求診西醫，而慢性和普通病則求診中醫。因此當他們有兩個病症同時出現時，就會同時使用中西醫。

「（看中醫或西醫的決定）看症狀是否嚴重。比較嚴重的病徵會先找西醫，因為比較快，而且很快可以告訴你到底是什麼問題，然後要用什麼藥去處理。中醫比較慢一點，但如果是普通傷風感冒，我就覺得不一定要看西醫。」

（女性生殖系統病類受訪者8）

「平時如果是急症會去看西醫，例如嘔吐得很厲害或者肚瀉。而慢性病例如皮膚病或者女性婦科病例如月經便會看中醫。」

（皮膚粘膜系統病類受訪者1）

求診西醫的頻率與滿意度

關於受訪者跟西醫求診的頻率，大部份過去一個月曾經求診西醫的受訪者表示他們看了1次的佔65%；其次為佔33.1%的2-5次，1.9%表示他們看了超過5次，可見受訪者求診西醫的頻率不高。

在深入訪談中，不少受訪者主要求診中醫，而且會恆常覆診。對他們而言，西醫是一個輔助康復的醫療方法，故此求診頻率相對減少，或者需要功能性的使用目的如要取得病假紙。

「為了要工作和休息，所以我一定會看西醫去拿病假紙……然後就去看中醫拿藥，時間上會浪費了一點。」

（男士受訪者7）

在治療滿意度上，只有一半受訪者表示對西醫上一次提供的治療滿意（53.6%），不滿意的有5.8%，而認為一般的佔40.6%，可見他們對西醫治療的滿意度較低。

三個病類的受訪者亦在訪問中提到他們對西醫治療不滿意的原因。女性生殖系統病類的受訪者普遍認為西醫未能為她們的症狀提供一個深入的解釋，解釋過於籠統，

以至於她們未能準確了解致病的原因及應該如何解決。因而她們轉向中醫，尋求一個對自己病情更全面的解釋。

「(西醫)通常會說很多人都是這樣的，沒有什麼可以做到。幫助到我的又不是太多，又不是太能夠解釋得到，大多數的解釋都是工作太忙、自己緊張，讓我放鬆一下心情這樣。如果中醫角度看這些，就可以解釋有很多身體不同狀況，導致月經失調。」

(女性生殖系統病類受訪者 10)

至於另外兩個病類(骨、關節和肌肉系統病類及皮膚粘膜系統病類)的受訪者對西醫的不滿則多與西藥的有效性以及副作用有關。他們均表示西藥「治標不治本」，只是有助於抑制病情，而無法根治，使他們完全痊癒，因而認為西醫對他們的病沒有很大的幫助。

「本身有嘗試過看西醫塗抹和吃消炎藥，都只是一直抑壓着那種痛楚，藥效一散就會再痛。就覺得西醫沒有作用，就轉了看中醫，針灸完之後就覺得舒緩了很多。」

(骨、關節和肌肉系統病類受訪者 9)

「其實在四年前開始已經有看西醫，那時候他處方類固醇給我，但是給我的感覺就是一直都是治標不治本。」

(皮膚粘膜系統病類受訪者 3)

最後，我們亦了解受訪者聽得懂多少西醫對患病原因及治療方法的講解，表示聽得懂多於一半的佔最多(35.1%)，其次為完全聽懂(27.3%)、一半半(26.6%)、少於一半(10.2%)及完全不懂(0.8%)。

我們分析使用西醫習慣與社會人口變量的關係，以了解哪個群組有使用西醫的傾向。

從表 30 看到性別對「過去一年及過去一個月看西醫和中醫是否同一種病呈顯著相關，男性傾向看西醫，也更傾向看西醫和最近一次看中醫為同一種病。

年齡對過去一年及過去一個月有否看過西醫以及理解西醫講解患病原因及治療方法的程度呈現顯著相關。年長群組於過去一年及過去一個月看過西醫的比例均最高，中年群組則最理解西醫講解患病原因及治療方法。

家庭月入對「過去一年有沒有看過西醫」及「過去一個月看西醫的次數呈現顯著相關」。對比不同收入群組，低收入群組與高收入群組比中收入群組更傾向於看西醫。其次，高收入群組過去一個月看西醫的次數亦是三個群組中的最高。

表30. 使用西醫的習慣與社會人口變量的關係，2021

	性別		年齡			家庭月入 (港元)			
	整體	男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
過去一年有沒有看過西醫									
有	81.6	85.4	79.3	68.2	78.1	90	83.1	72.4	83
沒有	18.4	14.6	20.7	31.8	21.9	10	16.9	27.6	17
(N)	(532)	(199)	(333)	(66)	(256)	(209)	(77)	(116)	(264)
過去一年看西醫，是不是和最近一次看中醫同一種病嗎									
是	46.4	52.9	42	40	42	52.1	50	47.6	37.9
不是	53.6	47.1	58	60	58	47.9	50	52.4	62.1
(N)	(434)	(170)	(264)	(45)	(200)	(188)	(64)	(84)	(219)
過去一個月有沒有看過西醫									
有	42.2	45.9	39.8	26.7	37	51.3	45.3	41.7	37.9
沒有	57.8	54.1	60.2	73.3	63	48.7	54.7	58.3	62.1
(N)	(434)	(170)	(264)	(45)	(200)	(189)	(64)	(84)	(219)
過去一個月看西醫，是不是和最近一次看中醫同一種病									
是	59.8	70.5	52.4	41.7	60	61.5	56.7	73.5	50.6
不是	40.2	29.5	47.6	58.3	40	38.5	43.3	26.5	49.4
(N)	(183)	(78)	(105)	(12)	(75)	(96)	(30)	(34)	(83)
過去一個月看西醫的次數									
1次	65	62.8	66.7	75	69.3	59.8	70	85.7	65.5
2-5次	33.2	37.2	30.5	25	28	38.1	20	11.4	34.5
超過5次	1.9	0	2.9	0	2.7	2.1	10	2.9	0
(N)	(183)	(78)	(105)	(12)	(75)	(97)	(30)	(35)	(84)
對上一次西醫提供的治療的滿意度									
滿意	53.6	55	52.7	60.9	56	48.9	50	46.4	57.8
一般	40.6	42.6	39.4	34.8	37.5	45.2	40.6	47.6	39
不滿意	5.8	2.4	8	4.3	6.5	5.9	9.4	6	3.2
(N)	(434)	(169)	(264)	(46)	(200)	(188)	(64)	(84)	(218)
理解西醫講解患病原因及治療方法的程度									
完全不懂	0.8	1.2	0.8	2.2	1.5	0	1.5	0	0.9
少於一半	10.2	10	10.2	6.7	6.5	14.8	1.5	10.7	7.8
一半半	26.6	25.9	27.3	24.4	19	34.9	36.9	35.7	24.2
多於一半	35.1	36.5	34.1	48.9	41	25.9	38.5	27.4	38.8
完全聽懂	27.3	26.5	27.7	17.8	32	24.3	21.5	26.2	28.3
(N)	(434)	(170)	(264)	(45)	(200)	(189)	(65)	(84)	(219)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

5.3.3 同時使用中西醫的習慣

同時使用中西醫的模式及原因

我們問及受訪者以哪種同時看中西醫的模式為主，三種模式的比例平均，各佔約三成：「兩者並重」模式佔38.6%、「中醫為主，西醫為輔」模式佔 33.2%、「西醫為主，中醫為輔」模式則佔28.1%。（見表32）

關於過去一年曾經求診西醫的受訪者同時看中醫和西醫的原因，比例佔多的原因是「單靠西醫無法使他們痊癒」（22.1%），11.6%表示「西藥比較多副作用」，10.1%認為「單靠中醫無法使他們痊癒」，7.5%是因為「中藥比較慢」，最後4.5%是其他原因如需要西醫檢測報告。以「推拉因素」（push and pull）看來，受訪者更傾向因西醫西藥未能有效治療所有病癥以及副作用多的「推因素」，而非中醫中藥本身較吸引的拉因素而選擇同時看中西醫。

表31. 同時看中醫和西醫的原因（可多選）

	整體 %
單靠西醫無法讓我痊癒	22.1
西藥比較多副作用	11.6
單靠中醫無法讓我痊癒	10.1
中藥比較慢	7.5
其他	4.5
總數	100.0
(N)	(434)

跟中醫師及西醫交代同時使用中西醫藥的情況及中西醫雙方的態度

病人若同時求診中醫及西醫，並同時進食中藥西藥有可能導致交互作用，輕則互相抵消藥性，重則對身體造成不良影響。為免以上情況發生，不少同時求診中西醫的病人都會事先徵詢醫療專業人士的意見，並主動向中醫師和西醫交代另一方的處方和治療細節。我們希望了解受訪者會否主動告知中西醫雙方關於他們的同時使用習慣，及中西醫雙方對病人同時求診中西醫的態度。

在西醫方面，我們首先問受訪者有否跟西醫說過他們使用中醫中藥的情況，表示有（49.8%）和沒有（50.2%）的受訪者各約佔一半。

我們繼而問及有向西醫交代使用中醫中藥情況的受訪者，其西醫的反應。大部份受訪者表示西醫對他們使用中醫中藥沒意見，佔60.7%，正面的佔31.2%，負面的只佔8.1%。可見大部份西醫並不會抗拒病人使用中醫中藥。

但在醫療建議上，雖然大部份受訪者表示西醫不會希望他們不要使用中醫中藥（75.6%），但仍有24.4%受訪者表示西醫會希望他們停止使用中醫中藥。

在中醫方面，較多受訪者表示有跟中醫師說過他們使用西醫西藥的情況，高達近八成（78.9%），沒有的只有21.1%。可見，受訪者較傾向跟中醫師交代他們使用西醫西藥的情況。

關於中醫師的反應，跟中醫師說過他們使用西醫西藥的情況的受訪者普遍表示中醫的對其使用沒意見（50.5%），反應正面的高達43.1%，負面的只有6.4%。可見中醫師較西醫醫生對病人求診另一種醫療的反應較為正面。

在醫療建議上，高達近九成（87.4%）受訪者表示其中醫沒有希望他們不要使用西醫西藥，只有12.6%表示其中醫有此期望。可見，中醫師較西醫更為傾向包容病人同時跟中西醫求診的醫療選擇。

在深入訪談中，大部份有跟中醫師交代他們同時使用西醫西藥的受訪者都會反映他們的中醫師並不會排斥他們使用西醫西藥，他們甚至可以透過把脈得知病人服用西藥之後的身體變化，也會提醒病人要注意不可以同時服用中西藥，並提出相隔兩小時服用的建議。

「我平時也會跟醫師說我有看西醫，他知道的。比如我加了藥或者轉了一種抗生素，本來我也沒有打算說，但他把脈象時就感覺到我身體狀況有轉變，他也有問一問我最近會不會覺得身體燥熱了，或者口乾等等，他問得出那個病癥是因為我吃多了西藥令身體狀況有變……他會特別提醒我如果我吃西藥的話要記得相隔兩小時才可以吃中藥……診所也很好，姑娘都會提醒，他們的藥袋會說明如果病人在吃西藥要相隔兩個小時才可以吃中藥。」

（皮膚粘膜系統病類受訪者4）

純中醫使用者不看西醫的原因

另外我們亦問及純中醫使用者不看西醫的原因，了解他們為何作出只使用中醫的醫療決定。高達82.6%受訪者表示不看西醫的原因是西藥比較多副作用，其次是因為西醫沒辦法使他們痊癒（17%），非常少數是感覺西醫對病人不友善（0.4%）。可見純中醫使用者較傾向因為擔心西藥對身體造成的影響而非西醫療效不佳或不友善而選擇不看西醫。

深入訪談中其中一位純中醫使用者反映目睹父母吃西藥後造成的不良反應，是她決定尋求西醫醫療方法以外的選擇，轉向中醫這類較天然的療法的契機。

「我是由很小時候大概10歲開始，見到我的父母當他們有病的時候，第一時間看西醫，但吃完藥以後就會渾渾噩噩，或者很疲倦，我就對這件事非常抗拒。然後我自己就到處去看，發現其實我不吃西藥，去用一些草藥都可以幫到自己。始終

我們是中國人，而草藥和中醫都有很多年的歷史，為何我們不去試一下呢？意思是我很小時候開始覺得可以用第二個方法去幫自己，不用每次都吃西藥，所以由10歲開始我就看中醫……到現在都一直堅持。」

（女性生殖系統病類受訪者1）

表32. 中西醫共同使用的模式與社會人口變量的關係，2021

	性別			年齡			家庭月入(港元)				
	整體	男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上		
同時看中醫和西醫的模式										**	***
中醫為主，西醫為輔	33.2	21.1	42.9	36.8	40	27.3	51.5	25	31.3		
西醫為主，中醫為輔	28.1	37.8	20.5	21.1	29.4	28.3	9.1	10	43.4		
兩者並重	38.6	41.1	36.6	42.1	30.6	44.4	39.4	65	25.3		
(N)	(201)	(90)	(112)	(19)	(85)	(99)	(33)	(40)	(83)		
有沒有跟西醫說過你使用中醫中藥的情況											***
有	49.8	55.3	46.2	26.7	43	62.4	45.3	51.8	44		
沒有	50.2	44.7	53.8	73.3	57	37.6	54.7	48.2	56		
(N)	(434)	(170)	(264)	(45)	(200)	(189)	(64)	(83)	(218)		
西醫對你使用中醫中藥的反應										*	**
正面	31.2	40.4	24.4	23.1	34.9	29.7	24.1	15.9	40.2		
沒意見	60.7	53.2	65.9	69.2	55.8	62.7	58.6	70.5	56.7		
負面	8.1	6.4	9.8	7.7	9.3	7.6	17.2	13.6	3.1		
(N)	(216)	(94)	(123)	(13)	(86)	(118)	(29)	(44)	(97)		
西醫會否希望你不要使用中醫中藥嗎											
會	24.4	26.6	23	8.3	24.4	26.3	31	20.5	32		
不會	75.6	73.4	77	91.7	75.6	73.7	69	79.5	68		
(N)	(216)	(94)	(122)	(12)	(86)	(118)	(29)	(44)	(97)		
有沒有跟你的中醫說過你使用西醫西藥的情況											***
有	78.9	77.6	79.9	57.8	75.1	87.8	93.8	82.1	74.4		**
沒有	21.1	22.4	20.1	42.2	24.9	12.2	6.3	17.9	25.6		
(N)	(434)	(170)	(264)	(45)	(201)	(189)	(64)	(84)	(219)		
中醫對你使用西醫西藥的反應										**	
正面	43.1	53.4	36.8	33.3	41.7	45.8	40	25	41.7		
沒意見	50.5	40.5	56.6	59.3	48.3	50.6	56.7	64.7	51.5		

負面	6.4	6.1	6.6	7.4	9.9	3.6	3.3	10.3	6.7
(N)	(343)	(131)	(212)	(27)	(151)	(166)	(60)	(68)	(163)
中醫會否希望你不要 使用西醫西藥嗎									
會	12.6	18.3	9	11.5	14.6	10.8	6.7	7.4	12.3
不會	87.4	81.7	91	88.5	85.4	89.2	93.3	92.6	87.7
(N)	(343)	(131)	(211)	(26)	(151)	(166)	(60)	(68)	(163)
不看西醫的原因									
西醫沒辦法讓我痊癒	17	20	15	35.3	16.3	0	7.7	10.7	23.7
感覺西醫對病人不友善	0.4	0	0	0	0	0	0	0	0
西藥比較多副作用	82.6	80	85	64.7	83.7	100	92.3	89.3	76.3
(N)	(86)	(25)	(60)	(17)	(49)	(18)	(13)	(28)	(38)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

我們分析同時使用中西醫的習慣與社會人口變量的關係，以了解哪個群組有同時使用中西醫的傾向。

從表32 可見性別對於同時看中西醫的模式、西醫對受訪者使用中醫中藥的反應及中醫對受訪者使用西醫西藥的反應呈現顯著相關。男性以「西醫為主，中醫為輔」及「兩者並重」的比例較女性高，女性則較多以「中醫為主，西醫為輔」，可見兩個性別的使用者在同時使用中西醫的過程裏，在中西醫比重上有明顯差別。至於西醫對受訪者使用中醫中藥的反應及中醫師對受訪者使用西醫西藥的反應，男性受訪者較女性更傾向認為自己得到正面的反應，女性認為自己得到負面反應及沒有意見的比例也都比較高，這可能是因為女性較男性更希望得到醫療專業對自己同時求診中西醫的正面回應。

年齡則與有否跟其西醫提及其使用中醫中藥的情況，及跟其中醫說過其使用西醫西藥的情況呈顯著相關。年長群組在這兩個情況中有向其中醫師及西醫提及的比例均較高，而年輕群組則較低。

家庭月入對同時看中西醫的模式、西醫對受訪者使用中醫中藥的反應及有否跟其中醫說過其使用西醫西藥的情況呈顯著相關。對比不同收入群組，低收入群組以「中醫為主，西醫為輔」的比例較高，中收入群組以「兩者並重」模式求診的比例較高，而高收入群組以「西醫為主，中醫為輔」的比例較高。高收入群組從西醫得到其使用中醫中藥的正面反應的比例較其他收入群組高，而中收入群組的沒意見較高，低收入

群組的得到負面意見較高。低收入群組有跟其中醫說過其使用西醫西藥的情況的比例較高，而高收入群組沒有提及的比例相對較高。

5.3.4 對中西醫擅長處理病症認知的比較及首先處理不適的方法

對中西醫擅長處理病症認知的比較

我們選取5個市民經常向中醫求診的特定病症，分別為鼻敏感、濕疹、關節痛症、失眠以及亞健康狀態，希望了解中醫使用者認為中醫抑或西醫比較擅長治療處理的相應病症。

鼻敏感方面，大部分受訪者認為中醫較擅長治療（55.6%），其次是差不多（26.6%），認為西醫較擅長處理的有17.8%。濕疹方面，高達68.6%受訪者認為中醫較擅長治療，其次是兩者差不多（20.8%），認為西醫較擅長的只有10.7%。關節痛症方面，大部分受訪者認為中醫較擅長治療（49.6%），其次是兩者差不多（23.2%），認為西醫較擅長的有27.2%。失眠方面，62.4%受訪者認為中醫較擅長治療，其次是兩者差不多（23.9%），認為西醫較擅長的只有13.7%。亞健康狀態指病人未發現異常疾病，但感覺身體不舒服的情況。高達74.2%受訪者認為中醫較擅長治療亞健康狀態，差不多的佔17%，認為西醫較擅長的只有8.8%。可見，中醫使用者普遍認為中醫較西醫擅長處理一般病，其中較傾向相信中醫治療亞健康狀態的效果，可能與他們認知中醫擅長調理及治未病的原因有關。在這五類病種裏，得到病人認同最高的依次是亞健康狀態、失眠、濕疹、鼻敏感及關節痛症。

我們分析對中西醫治療特定病種療效與社會人口變量的關係，以了解不同群組對中西醫治療優勢認知的傾向比較。

從表 33可見，性別對於中西醫治療濕疹、關節痛症、失眠及亞健康狀態的療效呈顯著相關。對於以上4種疾病，女性認為中醫比較能治療的比例較高，男性認為西醫或差不多的比例較高。

年齡對於中西醫治療鼻敏感、濕疹、關節痛症、失眠及亞健康狀態的療效呈顯著相關。對於鼻敏感，中年群組認為中醫較擅長的的比例較高，年輕群組認為西醫較擅長的的比例較高。關於濕疹，中年群組認為中醫較擅長的的比例較高。至於關節痛症方面，中年群組認為中醫較擅長的的比例較高，年長群組認為西醫較擅長的的比例較高。有關失眠，中年群組認為中醫較擅長的的比例較高，年長群組認為西醫較擅長的的比例較高。對於亞健康狀態，年輕群組認為中醫較擅長的的比例較高，年長群組認為西醫較擅長的的比例較高。另外，關於上述5種疾病，年長群組認為中西醫差不多的比例均較其他年齡組別高。

收入對於中西醫治療鼻敏感、濕疹及失眠的療效呈顯著相關。對比不同收入群組，就鼻敏感而言，高收入群組認為中醫較擅長的較多，而低收入群組認為西醫或差不多的較多。濕疹方面，認為中醫較擅長的的比例最高者為高收入群組，認為西醫較擅長的的比例最高者為中收入群組，認為差不多的比例最高者為低收入群組。而在失眠方面，認為中醫較擅長的的比例者最高為低收入群組，認為西醫較擅長的的比例最高者為高收入群組，認為差不多的比例最高為中收入群組。

表33. 對中西醫擅長處理病症認知的比較與社會人口變量的關係，2021

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
中西醫比較，較擅長治療鼻敏感							***		***
中醫	55.6	51.8	57.7	54.5	63.3	46.9	39	48.7	67
西醫	17.8	18.1	17.7	22.7	17.6	16.3	20.8	18.3	17.8
差不多	26.6	30.2	24.6	22.7	19.1	36.8	40.3	33	15.2
(N)	(532)	(199)	(333)	(66)	(256)	(209)	(77)	(115)	(264)
中西醫比較，較擅長治療濕疹							***		***
中醫	68.6	56.8	75.7	71.6	76.6	57.9	48.7	75.9	76.5
西醫	10.7	18.1	6.3	9	11.3	10	9	4.3	11.4
差不多	20.8	25.1	18	19.4	12.1	32.1	42.3	19.8	12.1
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(209)	(78)	(116)	(264)
中西醫比較，較擅長治療關節痛症							***		**
中醫	49.6	39.4	55.9	51.5	58.6	38.3	57.1	47.4	51.5
西醫	27.2	30.8	24.9	25.8	25	30.1	23.4	25	28
差不多	23.2	29.8	19.2	22.7	16.4	31.6	19.5	27.6	20.5
(N)	(532)	(198)	(333)	(66)	(256)	(209)	(77)	(116)	(264)
中西醫比較，較擅長治療失眠							***		***
中醫	62.4	50.5	69.4	65.7	69.9	51.9	65.4	61.7	67
西醫	13.7	18.7	10.8	14.9	11.7	15.7	9	6.1	19.3
差不多	23.9	30.8	19.8	19.4	18.4	32.4	25.6	32.2	13.6
(N)	(532)	(198)	(333)	(67)	(256)	(210)	(78)	(115)	(264)
中西醫比較，較擅長治療亞健康狀態							***		***
中醫	74.2	59.3	82.9	89.4	80.9	61.7	70.5	80.2	19.5
西醫	8.8	16.1	4.5	0	3.1	18.2	7.7	0.9	4.5
差不多	17	24.6	12.6	10.6	16	20.1	21.8	19	15.9
(N)	(532)	(199)	(333)	(66)	(256)	(209)	(78)	(116)	(264)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

首先處理不適的方法

關於受訪者會首先採用處理不適的方法，53.4%受訪者表示當開始覺得有點不舒服例如感冒或腸胃不適時，會首先嘗試使用非藥物方式，例如多休息、多喝水或自己按摩的方法處理不適；其次是服用中成藥（28.3%）、立即求醫（21.1%）、服用西藥（17.7%）及其他方法如（4%）精油治療和順勢療法。

表34. 首先處理不適的方法（可多選）

	整體 %
非藥物方式，例如多休息、多喝水、自己按摩	53.4
服用中成藥	28.3
立即求醫	21.1
服用西藥	17.7
其他	4
總數	100
(N)	(532)

5.3.5 購買中藥相關產品的支出

有關受訪者向中西醫專業求診為以外的行為，我們亦希望了解受訪者自我藥療（self-medication）習慣——即未出現明顯病徵但開始感受到身體不適或希望進行保健的花費——可為中成藥產業及保健產品產業的從業者提供參考。

中成藥方面，許多受訪者過去一年花費多於\$1000購買，佔28.6%；其次為\$0-\$50佔22.2%、\$501-\$1000佔15.5%、\$101-\$300佔14.8%、\$301-\$500佔14%及\$51-\$100佔4.9%。

至於保健產品（包括中式保健產品和現代保健產品）方面，大部份受訪者過去一年花費\$0-\$50購買，佔27.7%；其次為多於\$1000佔25.5%、\$101-\$300佔14.8%、\$301-\$500佔13.6%、\$501-\$1000佔13.5%及\$51-\$100佔4.8%。

可見，受訪者在中成藥以及保健產品上的消費模式相若，但較傾向花費於中成藥甚於保健產品。

我們分析購買中成藥產品的支出與社會人口變量的關係，以了解不同群組對中藥相關產品的消費傾向。

從表35 可見，性別與過去一年購買中成藥及保健產品的花費呈顯著相關，女性較男性花費更多於中成藥及保健產品，較多女性花費多於\$1000於購買中成藥及保健產品；相反，較多男性則花費\$0 - \$50於購買中成藥及保健產品。

年齡也與過去一年購買中成藥及保健產品的花費呈顯著相關，年長群組花費最少，最大比例的年長人士只花費\$0 - \$50於購買中成藥及保健產品。中年群組花費最多，其中最大比例花費多於\$1000於購買中成藥及保健產品。年輕群組在中成藥的花費較為平均，年輕人更傾向在保健產品花費少，年輕群組裏只花費\$0 - \$50佔最大比例。

收入亦與過去一年購買中成藥及保健產品的花費呈顯著相關，高收入群組與中等收入群組花費最多，佔最大比例的高收入及中等收入人士花費多於\$1000於購買中成藥及保健產品。相反低收入群組花費最少，低收入人士花費\$0 - \$50於購買中成藥及保健產品佔最大比例。

表35. 購買中藥相關產品的支出與社會人口變量的關係，2021

	性別		年齡			家庭月入 (港元)			
	整體	男性	女性	30 歲以下	30 - 59 歲	60 歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
過去一年購買中成藥的花費									
\$0 - \$50	22.2	29.8	17.7	15.2	15.7	32.4	26	24.1	13.6
\$51 - \$100	4.9	3	6	10.6	5.9	1.9	3.9	4.3	6.1
\$101 - \$300	14.8	12.6	15.9	21.2	14.1	13.3	26	11.2	12.5
\$301 - \$500	14	19.2	10.8	16.7	14.1	13.3	2.6	16.4	17
\$501 - \$1000	15.5	12.6	17.4	15.2	12.9	18.6	15.6	11.2	18.6
多於\$1000	28.6	22.7	32.3	21.2	37.3	20.5	26	32.8	32.2
(N)	(532)	(198)	(334)	(66)	(255)	(210)	(77)	(116)	(264)
過去一年購買保健產品的花費									
\$0 - \$50	27.7	36.9	22.2	34.3	16.4	39.3	34.6	33.9	18.9
\$51 - \$100	4.8	4.5	5.1	6	3.1	6.6	7.7	1.7	6.1
\$101 - \$300	14.8	13.6	15.6	17.9	11.3	18	28.2	4.3	12.5
\$301 - \$500	13.6	12.6	14.1	17.9	14.8	10.9	16.7	10.4	15.9
\$501 - \$1000	13.5	11.6	14.4	9	17.6	10	2.6	19.1	15.2
多於\$1000	25.5	20.7	28.5	14.9	36.7	15.2	10.3	30.4	31.4
(N)	(532)	(198)	(333)	(67)	(256)	(211)	(78)	(115)	(264)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

5.3.6 選擇中醫師的偏好

中醫講求個體化治療，不同醫師就同一個病人或同一個病症，可能會有不同的診斷或治療方法。坊間常流傳各種關於如何選擇適合自己中醫師的意見，例如女中醫師可能比男中醫師更擅長治療婦科疾病、年長中醫師比年輕醫師有較豐富的醫療經驗，更擅長處理奇難雜症。本地畢業的中醫師較為了解香港人南方體質的醫藥需要，或者學歷更高代表醫療水平較高等等。我們希望透過排序及傾向題目瞭解中醫使用者選擇中醫師的偏好，也透過深入訪談的內容補充了解其偏好背後的原因。

從表36可見，有33.3%受訪者把中醫師的診所和住所或工作地點的距離排在第一位（優次1），有32.8%把中醫師學歷排在第一位，其餘依次是性別（17.6%）、畢業地區（9%）及年齡（7.4%）。較多的受訪者最重視和中醫師的空間距離，其次且重要程度相若的是中醫師學歷，反而性別、畢業地區及年齡對他們而言不是特別重要。可見，中醫師的診所和住所或工作地點的距離及中醫師學歷為受訪者選擇中醫師時的最重要考慮因素，其次為中醫師畢業地區、年齡以及性別。

從另外一個分析角度，即每個因素裏受訪者比例最高的選擇次序來看，中醫師性別裏最多受訪者列為為5即最不重要，佔高達48.2%；中醫師年齡方面，最多受訪者排列其為4即不重要，佔38%；關於中醫師學歷，最多受訪者選擇1即最重要，佔32.8%；中醫師畢業地區上，最多受訪者排列其為3即一半一半，佔29.6%；中醫師的診所和住所或工作地點的距離的方面，最多受訪者選擇為1 即最重要，佔33.3%。

表36. 中醫使用者選擇中醫師時的考慮因素優次（%）

優次	中醫師性別	中醫師年齡	中醫師學歷	中醫師畢業地區	中醫師的診所和住所或工作地點的距離
1	17.6	7.4	32.8	9.0	33.3
2	7.5	26.6	21.1	25.2	19.5
3	11.6	22.5	20.5	29.6	15.7
4	15.1	38	11	23.6	12.3
5	48.2	5.5	14.5	12.7	19.1
總數	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	532	532	532	532	532

我們再具體瞭解受訪者對各個考慮因素的偏好。

在中醫師性別方面，大部份受訪者表示無所謂（74.8%），15.1%受訪者傾向選擇女性中醫師，11.1%受訪者傾向選擇男性中醫師。

深入訪談的結果顯示，即使是婦科病類的病人也不會認為中醫師的性別會影響治療效果，即使有女性患者認為跟男醫師說有關女性特有的經期或其他身體狀況會有尷尬的感覺，但普遍病人仍然會相信中醫師的專業性，醫患關係並不會因性別差異而有任何影響。由此可見性別在中醫使用者選擇中醫師時是一個較次要的考慮。

「恰巧我看的醫師好像都是男的……會有一點尷尬的。但是後來我就覺得我就是一個病人，他就是醫師，他就是治療我的。我就想成這個樣子，其實就完全沒問題，有什麼我就告訴他。然後他如果說是有哪些情況的話，我有這個心理準備，然後也表達出來的話，其實醫師他也會根據我本身的這種反應來直接的告訴我怎樣做是最好的，我覺得這個挺好的。感覺比較自由。我感覺就是他是醫師，我是病人啊，我得病了，他要幫我治療一下這種，不會想太多。」

（女性生殖系統病類受訪者4）

中醫師年齡上，我們問及受訪者傾向選擇較年長（約40歲或以上）還是較年輕（約40歲以下）的中醫師，較多受訪者表示傾向選擇較年長的中醫師，佔約一半（49.1%），其次為無所謂（44.3%），僅6.6%受訪者傾向選擇較年輕的中醫師。

雖然診所問卷調查中的受訪者都表示傾向選擇較年長的中醫師，但深入訪談卻有不一樣的結果。幾位受訪者均談及他們對年輕中醫師的信任及偏好，其中更有受訪者作出了年長和年輕中醫師的比較：年長中醫師因為沒有統一的學院訓練，所以診症多憑經驗，水準會較為參差；相反新一代的年輕中醫師經過有系統的學院訓練，在分析病情、梳理引起疾病的生活習慣及解釋診療方法或斷症時都會較清晰和詳盡，有助於病人的理解和醫患溝通的有效性。

「早期上了年紀50幾60歲那些中醫師，即是二十幾年前那些，比較傳統但是覺得他們不是太好，好像常常怕別人質疑他不明白這個病背後的原理，就會常常請病人下次再看過，有點拖延病症。常常吞吞吐吐，又答不到問題，即是純粹靠經驗，水準會有點參差。經過學院訓練這方面的資訊會比較容易取得，的確如此我認為他們對疾病和對人的看法也不同……（年輕醫師）通常會有系統地去問問題……通常有疾病出現，就會問你到底是什麼生活習慣影響……你突然之間燥熱喉嚨痛，會不會是因為太晚睡之類。不會像以前那些中醫師只說很籠統的內容，又不精準，尤其字眼那些。」

（男士受訪者7）

關於中醫師畢業地區，我們問及受訪者比較傾向選擇香港畢業還是內地畢業的中醫師，多數受訪者表示無所謂（58.7%），29.6%受訪者傾向選擇香港畢業的，11.7%則傾向選擇內地畢業的中醫師。

深入訪談中，受訪者則反映中港兩地畢業的中醫師的分別，有受訪者認為香港本地畢業的中醫師比較關顧病人，交代病情及生活習慣需要注意的事項都會比較細心，令病人更放心求診。

「香港本地的醫師（比起內地的中醫師）都很好很細心，看診時間會比較長，甚至會告訴你飲食方面有什麼需要注意，都會清楚交代給你知道。」

（女性生殖系統病類受訪者2）

中醫師的學歷方面，我們問及受訪者若中醫師的學歷越高，例如擁有碩士或博士學歷，會否增加他們選擇的可能性。67.7%受訪者表示會，只有32.3%表示不會。

訪談中，受訪者亦提到學歷對醫師診療及處方準確性的影響，在其經驗中，學歷較低的醫師可能會因為缺乏臨床經驗及知識理論而無法處理比較特殊的脈象，於是受訪者傾向相信學歷較高的中醫師。

「如果是關於中藥我一定要選擇教授級的。因為比較年輕的中醫師，把不到我的脈。而且我試過他們開的藥，很大一堆，但教授級的醫師開藥的份量就不會很大，亦不需要很多。」

（骨、關節和肌肉系統病類受訪者2）

我們分析對選擇中醫師的偏好與社會人口變量的關係，以了解不同群組對選擇中醫師的傾向。

從表37 看到，性別與選擇中醫師的性別、年齡及學歷高低的偏好呈現相關。男性較女性更傾向於選擇男性中醫師；女性則較傾向於選擇女性中醫師。男性較女性更傾向於選擇較年長的中醫師，女性亦較傾向對中醫師年齡無所謂。男性亦較女性更傾向於會受中醫師學歷高低影響而選擇求診。

年齡則與選擇中醫師的性別、年齡及學歷的偏好呈現相關。年輕群組及年長群組對中醫師的性別較無所謂，而年長群組則最為偏好年長中醫師，中年及年輕群組對中醫師較無所謂。中醫師畢業地區上，年輕群組較偏好香港畢業的中醫師，中年及年長群組對畢業地區較無所謂。

收入與選擇中醫師性別的偏好呈現相關，低收入群組在三個收入群組中對於中醫師性別最為無所謂。

表37. 選擇中醫師的偏好與社會人口變量的關係，2021

	性別			年齡			家庭月入 (港元)		
	整體	男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
中醫師性別				***			*		**
男性	11.1	24	3.6	11.9	12.5	9.1	3.9	4.3	14
女性	15.1	5	21.3	13.4	19.9	9.6	7.8	14.7	16.6
無所謂	73.8	71	75.1	74.6	67.6	81.3	88.3	81	69.4
(N)	(393)	(200)	(334)	(67)	(256)	(209)	(77)	(116)	(265)
中醫師年齡				**			***		
較年長	49.1	55.8	45	31.3	44	61.2	43.6	46.6	46.2
較年輕	6.6	8.5	5.4	13.4	6.6	4.3	7.7	8.6	6.8
無所謂	44.3	35.7	49.5	55.2	49.4	34.4	48.7	44.8	47
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(257)	(209)	(78)	(116)	(264)
中醫師畢業地區							***		
香港	29.6	32.3	27.8	55.2	32.4	18.1	27.3	26.7	35.6
內地	11.7	9.6	13.2	3	11.7	14.8	5.2	12.9	12.9
無所謂	58.7	58.1	59	41.8	55.9	67.1	67.5	60.3	51.5
(N)	(532)	(198)	(334)	(67)	(256)	(210)	(77)	(116)	(264)
中醫師學歷越高會否增加受訪者選擇的可能性				*					
會	67.7	72.9	64.6	69.7	66.8	67.9	70.5	66.4	71.6
不會	32.3	27.1	35.4	30.3	33.2	32.1	29.5	33.6	28.4
(N)	(532)	(199)	(333)	(66)	(256)	(209)	(78)	(116)	(264)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

5.4 對現時所使用的中醫服務的看法

5.4.1 對中藥種類的偏好

首先，我們問及受訪者現時所求診的中醫診所通常處方的中藥種類。中藥材煎煮是中醫較為傳統的處方方法，不少中醫診所沿用至今。近年亦開始流行顆粒中藥的處方，可免卻煎煮步驟，加水吞服即可；顆粒中藥不僅方便病人服用，也更加易於中醫診所進行長期存放，故此我們希望得知中醫使用者較常接觸何者。大部份受訪者反映現時求診的中醫診所通常處方顆粒中藥（79.3%），其次為佔26.3%的中藥材煎煮、3.5%為從來沒有開藥及0.6%為其他如湯包加熱。由此可見，顆粒中藥處方為受訪者求診的診所最多使用的中藥種類。

表38. 現時求診中醫診所通常處方的中藥種類（可多選）

	整體 %
顆粒中藥	79.3
中藥材煎煮	26.3
從來沒有開藥	3.5
其他	0.6
總數 (N)	100.0 (532)

此外我們亦希望進一步了解受訪者比較偏好使用中藥材煎煮抑或顆粒中藥。大部份受訪者表示比較希望使用顆粒中藥，佔53.5%，其次為中藥材煎煮佔24.6%，也有21.8%受訪者表示沒有特別偏好。可見受訪者對處方中藥的偏好和他們常用的處方中藥種類有一定程度的落差。

療效方面，大部份受訪者認為中藥材煎煮的療效較好（48.9%），認為顆粒中藥療效較好的只有13.6%，認為療效差不多的也有37.5%。可見，即使受訪者較多希望使用顆粒中藥，但卻普遍認為顆粒中藥的療效不如中藥材煎煮好。

我們再分析對處方中藥種類的偏好與社會人口變量的關係，以了解不同群組對中藥種類的傾向。

表39：對中藥種類的偏好與社會人口變量的關係，2021

	整體	性別		年齡			家庭月入 (港元)		
		男性	女性	30歲 以下	30 - 59歲	60歲 或以 上	一萬 以下	一萬 至三 萬以 下	三萬 或以 上
對顆粒中藥及中藥材 煎煮的偏好							*		**
顆粒中藥	53.5	49.2	56.2	62.7	55.5	47.8	43.6	59.5	51.5
中藥材煎煮	24.6	26.1	23.7	16.4	27.3	23.9	15.4	19	26.9
差不多	21.8	24.6	20.1	20.9	17.2	28.2	41	21.6	21.6
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(209)	(78)	(116)	(264)
顆粒中藥及中藥材煎 煮療效較好的									*
顆粒中藥	13.6	18.6	10.5	13.4	10.9	16.7	15.6	15.5	9.1
中藥材煎煮	48.9	42.7	52.7	43.3	54.3	44.5	41.6	48.3	49.4
差不多	37.5	38.7	36.8	43.3	34.8	38.8	42.9	36.2	41.5
(N)	(532)	(199)	(334)	(67)	(256)	(209)	(77)	(116)	(265)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

從表39 可見性別與對療效的看法呈現相關。男性比女性較傾向認為顆粒中藥療效好，而女性較傾向認為中藥材煎煮較好。

年齡與使用偏好呈現相關。年輕群組較傾向偏好使用顆粒中藥，而中年群組則較傾向偏好中藥材煎煮。

收入與使用偏好呈現相關。低收入群組對使用哪種處方中藥較沒有偏好，中等收入群組最為傾向偏好使用顆粒中藥，高收入群組則較傾向偏好中藥材煎煮。

5.4.2 對中醫診所輪候及診療時間的看法

香港人生活節奏急促，為減低疾病對生活及工作時間的影響，輪候及診療的時間成本是醫療使用者決定使用何種醫療方法的重要的考慮。輪候時間上，大部份受訪者認為現時求診的中醫診所輪候時間適中（68%），認為較長的為22.6%，認為較短的為9.4%。診療時間上，絕大部份受訪者認為現時求診的中醫診所診療時間適中（84.5%），認為太短的有10.2%，認為太長的為5.3%。

我們分析對中醫診所輪候及診療時間的看法與社會人口變量的關係，以了解不同群組對中藥診所輪候及診療時間評價的傾向。

年齡與輪候及診療時間均呈現相關。中年群組較其他群組傾向認為現時求診的中醫診所輪候時間適中，年長群組則較其他群組傾向認為現時求診的中醫診所輪候時間較長，年輕群組比其他群組偏向認為現時輪候時間較短。診療時間上，中年群組比其他群組略為傾向認為時間適中，年輕及年長群組則較中年群組略為傾向認為太短。

收入與現時求診的中醫診所的輪候均呈現相關。高收入群組較傾向認為現時求診的中醫診所輪候時間適中，低收入群組較傾向認為輪候時間較長。

表40. 對中醫診所輪候及診療時間的看法與社會人口變量的關係，2021

	整體	性別		年齡			家庭月入 (港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
輪候時間							***		***
較長	22.6	21.1	23.4	13.6	17.6	31.6	39.7	26.7	13.6
較短	9.4	11.1	8.4	18.2	9.4	6.2	9	6.9	12.1
適中	68	67.8	68.2	68.2	73	62.2	51.3	66.4	74.3
(N)	(532)	(199)	(333)	(66)	(256)	(209)	(78)	(116)	(265)
診療時間				*			**		*
太長	5.3	8.5	3.3	0	5.1	7.2	6.4	9.6	3
太短	10.2	11.1	9.9	13.4	6.3	13.9	3.8	13	11.7
適中	84.5	80.4	86.8	86.6	88.7	78.9	89.7	77.4	85.3
(N)	(450)	(199)	(334)	(67)	(256)	(209)	(78)	(115)	(265)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

5.4.3 對中醫收費的看法與醫療券的使用

私營、由非牟利機構營運及受政府資助的中醫診所收費不一。若以政府資助的18區三方協作中醫診所暨教研中心收費為參考標準，一般中醫內科門診服務的收費為120元（香港特別行政區政府，2021d），遠高於公營西醫的普通科門診服務的50元收費（醫院管理局，2020）。高昂的收費可能會為中醫使用者造成財政負擔，減低他們使用中醫服務的意欲。因此我們希望了解香港中醫使用者現時所使用中醫服務的收費，作為政策制定者及市場考慮調整中醫服務收費的參考。

我們首先問及受訪者現時所使用中醫服務的每次治療診金，最多受訪者（25%）的每次治療診金為\$301-\$500，其次為24.9%的\$101-\$300、18.8%的免診金、16.8%的\$51-\$100、8.6%的\$501-\$1000、3.1%的多於\$1000，及2.9%的\$50或以下。可見，大部份受訪者的診金遠高於我們的參考標準\$120，中醫是一個需要有一定經濟能力才能負擔的醫療服務。

在受訪者的主觀評價方面，較多受訪者表示每次治療診金適中，佔近六成（58.3%）；21.6%表示昂貴，20.1%表示便宜。

關於免診金方面，我們透過深入訪談亦接觸到一部份接受義診的中醫使用者，他們反映是透過病友或議員介紹，又或是在街上碰巧遇上義診服務隊、醫療車或看到一些中醫診所張貼義診的時間表而開始尋求義診治療。使用義診的中醫使用者為低收入及高齡人士，這些診所會以每日限額派籌的形式為他們提供義診服務，因此如果當天拿不到籌就會或是義診計劃結束便沒法跟中醫求診，他們的中醫服務使用習慣亦較不穩定。不同中醫組織及中醫師的義診服務可減輕低收入人士及長者在醫藥方面的經濟

負擔，為他們提供適切的醫療服務，保障他們的健康。然而這並非是中醫發展的可持續發展方向，政府應考慮增加低收入人士及長者的醫療資助。

「我再去議員辦事處，亦即區議員那裏，他幫我安排在外面排隊看（中文大學）中醫畢業的義診……我對這方面的知識不多，我也不知道如何取得這些知識，病友見到我的情況，他們介紹我去現在的醫師……他很幫到我，他一天看10個病人，他說10個裏面的名額，有一個給你……因為他是義診……對我幫助很大。」
(男士受訪者1)

另外，在藥費方面，大部份受訪者現時所使用的中醫服務平均單日藥費為\$51-\$100，佔44.3%；其次為26.3%的\$101-\$300、17.5%的免藥費、5.7%的\$301-\$500、4.9%的\$50或以下、1.1%的\$501-\$1000及0.1%的多於\$1000。

在受訪者的主觀評價方面，較多受訪者反映平均單日藥費適中（57.9%），亦有23.1%認為昂貴，19%認為便宜。可見，受訪者認為中醫服務的診金及藥費價錢適中。

另外，政府近年亦一直優化醫療券計劃支援長者基層醫療服務的使用，為65歲及以上長者提供每年2000元的醫療券金額，用於不同的醫療服務其中包括中醫服務。我們希望透過以下題目了解醫療券在中醫使用者群體中的覆蓋率。

我們問及受訪者有否使用醫療券求診中醫，大部份受訪者（高達52.4%）表示因為未滿65歲，即非合資格醫療券使用者而沒有使用；其次為合資格但沒有使用的，佔32%，有使用的只有15.7%。若扣除不符合資格使用醫療券的受訪者，合資格但沒有使用的比例仍然較高，佔多於一半（67.1%）；有使用的只有32.9%。由此可見，受訪者對醫療券的使用率仍然偏低。

我們在深入訪談中收集中醫使用者對醫療券的使用狀況和看法，以探討政府可如何優化為長者提供的醫療券計劃。

關於醫療券的金額，絕大部份受訪者均表示\$2,000一年的醫療券金額不足以支援長者的醫療服務需求。其中一位受訪者是合資格的醫療券使用者，患有長期痛症，表示在年初的時候已經耗盡全數醫療券，對減輕她長期痛症使用醫療服務所造成的財政負擔的幫助有限。

「\$2,000醫療券一年頭我就已經差不多用光……之後那些（醫療服務費用）都是自己自費。」
(骨、關節和肌肉系統病類受訪者5)

其次，亦有受訪者引用家中合資格醫療券使用者家屬過去的經驗，展示長者實際在求診時所需要的費用分布，並表示由於醫療券金額不夠，長者會為了節省使用醫療券，而留在公營醫療體系排期等待治療或檢測，以痛症為例，檢測需要的排期時間高達兩年，治療的方案也是單一地處方止痛藥，難以根治症狀。如此不但會拖延長者病情的治理，更會令他們在期間飽受被疾病折磨的痛楚。但另一邊廂，私營醫療服務的費用高昂，一次已消耗一半醫療券，並不能支援長者作超過兩次的覆診。

「我會這樣評價醫療券：『到喉不到肺』，為何這樣說呢？第一，它不是醫生想出來的，以我所知它應該是社會福利署想出來的，社會福利署其實只是止渴，不會真的解渴。為何我這樣說呢？\$2,000其實是很少的，對於現在整體上來說，要在香港獲取一個有質素的醫療服務所應該要付的開支，我給一個很實際的例子：當我父親下背痛得要死的時候，在政府醫院照MRI（磁力共振掃描）要排期兩年，而我們選擇排私人的……最後我父親去一間私營醫院照，要\$5,000，但醫院是不收醫療券的……很多老人家都有長期病患，若果按照香港政府醫療系統，\$2,000可能是有用的，因為只是幫他們吊命。就像我父親這樣說，不斷看GP（全科醫生），吃止痛藥……\$2,000可以看6次，通常三日藥，半個月就會用完……看一次專科，已經消耗\$1,000，如果是看譬如痛症中心、類風濕、骨科之類，或者只是開止痛藥給你的醫生，也至少需要\$1,000。」

（皮膚粘膜系統病類受訪者8）

年齡門檻上，不少受訪者亦反映應該調低65歲的發放門檻，較年輕的受訪者從自己父母的經驗發現他們罹患長期疾病的發病年紀多在65歲以前。若可及早為他們提供經濟支援，則可鼓勵他們盡早開始接受治療，有助於病情的控制，長遠減輕日後惡化所造成的經濟負擔。

「醫療券也應該要資助65歲以下的人士看中醫，譬如經濟上有困難或者是長期病患，因為醫療開支對他們來說是一個負擔。」

（女性生殖系統病類受訪者8）

在優化方向上，也有受訪者建議應該優化全民同額的醫療券，應根據申請者的入息及所患的疾病進行評估以決定他們所獲得的醫療券金額，為更有經濟需要的長者提供更多資助。

「我認為應該要看入息，也要看疾病的性質。至於入息的門檻我認為要再研究一下，我不敢亂答。至於疾病種類，假設有人平時工作正常拿香港人一般的人工中位數，\$15,000已經算挺好。但生活到中間，如果有病，碰巧他需要的藥物其實很貴，其實政府也可以擴闊藥物名單，可能這樣已經可以幫到好多。也許未必純粹看入息……但我也覺得\$20門診是有幫助的，但是可能只是醫傷風感冒，如果有大

病，也可能支援不到，所以我自己個人認為很難劃一個入息。我反而覺得要看疾病的情況相對個人的負擔能力，雙向的條件作衡量。即是難聽講我就算月入\$30,000，但是我要吃某種藥物，譬如鏢靶藥，它不是政府資助的範圍內其實也負擔不到。」

(男性受訪者8)

「香港有些老人家自問也不窮，所以醫療券我覺得應該要在有審查的情況下發放。坦白說，『身光頸靚』有醫療券，『窮到孃』的又是同一個金額，好不公平，好不平均。」

(女性生殖系統病類受訪者5)

此外，我們也分析使用者對中醫收費的看法與社會人口變量的關係，以了解群組使用中醫服務的消費模式。

從表41可見性別分別與「每次治療診金」、「對每次治療診金價錢的觀感」、「平均單日藥費」、「對平均單日藥費的觀感」、「使用醫療券看中醫及扣除不合資格者使用醫療券看中醫」均呈顯著關係。女性較男性傾向在使用中醫的診金及藥費上有較大消費，女性亦較傾向認為每次治療診金及平均單日藥費是昂貴的，亦較傾向有使用醫療券看中醫的習慣。

此外，年齡分別與「每次治療診金」、「對每次治療診金價錢的觀感」、「平均單日藥費」、「對平均單日藥費的觀感」、「使用醫療券看中醫及扣除不合資格者使用醫療券看中醫」均呈顯著關係。治療診金上，中年群組較另外兩個群組傾向消費較多，而年長群組則較傾向認為治療診金便宜，年輕群組較另外兩個群組傾向認為治療診金適中。藥費上，中年群組較另外兩個群組傾向有較大消費，年長群組則較傾向認為治療診金便宜。在回應是合資格的醫療券使用者的受訪者裏，60歲以上群組裏，們沒有使用醫療券看中醫的比例比回應有的略高。

另外，家庭月入分別與「每次治療診金」、「對每次治療診金價錢的觀感」、「平均單日藥費」、「對平均單日藥費的觀感」、「使用醫療券看中醫」及「扣除不合資格者使用醫療券看中醫」均呈顯著關係。中等收入群組傾向在治療診金及藥費上消費較多，中等收入群組較低和高收入群組傾向認為治療診金及藥費是昂貴的。低收入群組最傾向有使用醫療券看中醫的習慣。

(N)	(530)	(199)	(332)	(67)	(256)	(207)	(78)	(114)	(264)	
使用醫療券看中醫				**			***		***	
沒有	32	39.9	27.2		16.4	26.2	43.8	36.4	33.9	27.3
沒有，因為我未滿六十五歲，不是合資格的醫療券使用者	52.4	47.5	55.4		83.6	72.7	17.6	22.1	52.2	65.5
有	15.7	12.6	17.4		0	18.2	38.6	41.6	13.9	7.2
(N)	(532)	(198)	(334)	(67)	(256)	(210)	(77)	(115)	(264)	
使用醫療券看中醫 (扣除不合資格者)				*			***		***	
沒有	67.1	76	61.1		100	95.7	53.2	46.7	70.9	79.1
有	32.9	24	38.9		0	4.3	46.8	53.3	29.1	20.9
(N)	279	104	149		11	70	173	60	55	91

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。

5.4.3 與中醫師的穩定關係

在接受中醫治療的過程中，中醫師與病人之間的相互了解會隨着覆診的次數而增加，中醫師會更清楚病人病情的變化、體質等，另一方面病人也更能熟悉並配合中醫師的治療方案。中醫使用者對診療效果改善的感覺，會對他們所選用的中醫服務及常看中醫師逐漸產生信任及建立穩定關係，進而產生求診同一位中醫師的慣性。

我們希望透過以下題目了解中醫使用者對他們所選用的中醫服務及和他們常求診中醫師的關係是否穩定。

首先我們先問及受訪者由住所到現時求診診所的交通時間，多數受訪者的交通時間為半小時以內（49%），其次為半小時到1小時（40.3%），一小時或以上的只佔10.6%。可見，受訪者較傾向選擇住所附近的中醫診所求診，而交通時間是他們決定是否求診的重要考慮因素。

其次，在向特定中醫師求診的習慣上，高達68% 受訪者表示他們有固定求診的中醫師，表示沒有的只佔32%。

中醫使用者能否有固定求診的中醫師取決於他們求診的診所類別。我們在深入訪談中發現，私營個體中醫診所的病人較為傾向固定地向他們現時的中醫師求診。相反，在私營連鎖中醫診所、由非牟利機構及大學營運的中醫診所求診的病人則難有固定的中醫師。這是因為在於這幾類診所通常有不少於一位中醫師駐診，病人如果沒有

特定要求或預約，則會每次被隨機派至不同的醫師進行診療，難以讓病人建立對單一中醫師的了解及穩定關係。因此，中醫使用者和中醫師是否有穩定的關係需要基於中醫診所營運結構的差別，作更進一步的分析。

「其實中醫診所是沒有一個固定中醫師的，我是到了診所，在方便的時間，排到哪一位中醫師，就會看。」

(女性生殖系統病類受訪者 7)

最後我們亦問及交通距離這個變數對中醫使用者是否和中醫師有穩定關係的影響。在「中醫師轉去其他區」或「受訪者自己搬遷」這兩個情況下，高達77.8%受訪者表示會跨區繼續跟原來的醫師求診，表示會轉跟另一位就近醫師的只佔22.2%。可見，一旦中醫使用者對中醫師建立一定的穩定關係，診所距離的轉變就難以影響中醫使用者繼續求診的決定。

深入訪談中，有看固定中醫師的受訪者普遍都會以與中醫師「夾得來」以解釋他們為何能建立對單一中醫師的穩定關係，不會嘗試轉換中醫師。

有些受訪者會定義「夾」為中醫師的治病專長能配合受訪者自己的病即所謂的「醫緣」（李沛良，1982）。現時香港中醫專業並未有設立專科制度及發展中醫專科認證，因此除了針灸及骨傷，其他香港中醫師都在進行全科治療。市民難以得知每位中醫師的治病專長和比較擅長處理什麼病種，所以很多時候都要透過親身體驗才能作出是否繼續求診的選擇。

「我認為中醫只要『夾』的，因為中醫其實不是每一科都看到的。意思是每個中醫都有自己的強項，譬如這個醫師是專門看某某病的，是我的個人經驗告訴我這個道理的。」

(女性生殖系統病類受訪者 8)

對受訪者而言，「夾」也是關於藥物處方及治療效果的。由於中醫講求個體化治療，所以不同的中醫師或會有不同的診斷及用藥的進取程度。若果病人與醫師能夠就治療方案達到一定協調及共識，從而取得滿意的治療效果，也是一個病人認為「夾」的標準。

「可能這樣說很玄妙，但我覺得要看那位中醫師和你自己，和你的病『夾不來』。例如我免疫系統或者婦科病看另外的醫師，但可能也未有明顯的改善，或者斷不到尾。但是我這一次的這位醫師，就讓我覺得改善的幅度很大，所以我會繼續找他。」

(皮膚粘膜系統病類受訪者 1)

最後，「夾」也可被理解為中醫師和病人能夠進行有效溝通。診療過程不只需要中醫師的參與，病人交代身體狀況及病情進展也是至關重要，當中雙向的溝通才能發揮醫患彼此的角色。如果病人能夠信任中醫師，能夠清晰地表達自己的需要，而另一方面中醫師又能夠細心地理解病人的需求及提出細緻的分析，則可合力制定更適合病人的治療方案，推進病症的痊癒。

「我相信看中醫是『人夾人』的，可能和醫師『夾得來』，大家就可以談得更多，而且他（醫師）開的藥亦會比較適合自己，所以要去嘗試的！很多時都有辦法從醫師的資歷和年紀看到，意思是要自己去嘗試一次，才會知道。」

（骨、關節和肌肉系統病類受訪者 10）

我們分析使用對中醫師的忠誠度與社會人口變量的關係，以了解哪個群組較傾向求診固定的中醫師。

從表42 可見性別分別與「由住所到現時求診的診所的交通時間」及有「固定求診的中醫師」均呈顯著關係，女性較男性傾向使用更少時間前往求診，女性亦較傾向有固定求診的中醫師。

此外，年齡與有否「固定求診的中醫師」呈顯著關係，中年群組較其他兩個群組傾向有固定求診的中醫師。家庭月入分別與「固定求診的中醫師」均呈顯著關係，高收入群組較低和中等收入群組傾向有固定求診的中醫師。

表42. 與中醫師的穩定關係與社會人口變量的關係，2021（%）

	整體	性別		年齡			家庭月入(港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
由住所到現時求診的診所的交通時間									

半小時以內	49	39.7	54.7	49.3	50.8	46.9	54.5	38.8	53.6
半小時到一小時	40.3	51.3	33.6	37.3	38.3	43.5	36.4	51.7	37.4
一小時以上	10.6	9	11.7	13.4	10.9	9.6	9.1	9.5	9.1
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(209)	(77)	(116)	(265)
固定求診的中醫師			*				**		***
有	68	61.8	71.8	70.1	74.6	59.3	53.2	54.8	77.7
沒有	32	38.2	28.2	29.9	25.4	40.7	46.8	45.2	22.3

(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(209)	(77)	(115)	(264)		
如果醫師轉去其他區 或受訪者搬遷會否轉 診											
跨區繼續跟他/她求診	77.8	81.3	76.2	-	78.7	73.3	84	-	80.5	76.2	75.2
轉跟另一位就近的醫 師求診	22.2	18.7	23.8	-	21.3	26.7	16	-	19.5	23.8	24.8
(N)	(362)	(123)	(239)	(47)	(191)	(125)	(41)	(63)	(206)		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 。

5.5 對中醫西醫的看法

5.5.1 對中醫防治新型冠狀病毒病的信心

新冠肺炎疫情自2019年開始肆虐至今已經將近兩年，雖然中醫爭取加入公營醫療體系與西醫共同於前線抗疫，但一直進度緩慢。2021年1月政府回應中醫業界的訴求，在亞洲國際博覽館社區治療設施內為新冠肺炎患者提供免費的中醫診療服務，更把服務拓展至三方協作中醫診所暨教研中心，使更多患者可以接觸並使用中醫治療疫病的方案（香港特別行政區政府，2021a）。另一邊廂，政府亦在2021年2月啟動疫苗接種計劃，為市民提供疫苗預防方案（香港特別行政區政府，2021b）。診所調查進行的時間段為亞博館中醫診療服務及疫苗接種計劃啟動後的3月，我們希望呈現在一系列中西醫預防及治療措施實施過後，中醫使用者對中醫中藥及西醫西藥治療新冠病毒病信心的比較。

先論中醫中藥，在預防方面有37.8%受訪者同意中醫中藥可有效預防新型冠狀病毒病，只有16.4%表示不同意，表示一半一半的佔37.8%。在治病方面，39.4%受訪者表示同意中醫中藥可有效治療新型冠狀病毒病，12.6%反映不同意，48%表示一半一半。

至於西醫西藥，在預防方面，33.9%受訪者同意西醫西藥可有效預防新型冠狀病毒病（比同意中醫中藥的比例略低），不同意的佔16.1%，一半一半的佔50%。在治病方面，45.6%受訪者表示同意西醫西藥可有效治療新型冠狀病毒病（比同意中醫中藥的比例略高），不同意的只佔5.5%，表示一半一半的佔48.9%。

整體而言，受訪者認為中醫中藥及西醫西藥預防及治療新型冠狀病毒病的效果相若，但較傾向認為中醫中藥更有效於預防，而西醫西藥更有效於治療。

我們亦問及新冠肺炎會否影響受訪者到診所求醫的意願，同意的佔38.8%，稍高於不同意的35.2%，表示一半一半佔26%。

深入訪談中，我們亦嘗試了解受訪者會否因新冠肺炎疫情而影響到中醫診所求醫習慣及其原因。

對於認為自己不會受疫情影響求醫習慣的受訪者而言，他們通常是基於自己本身有定期覆診的需要，所以即使有疫情也會照樣到中醫診所求醫。另外受訪者亦表示中醫診所的防疫措施充足，足以保障醫師和病人雙方的健康和 safety 也是繼續求診的原因。也有受訪者認為中醫診所較少接受上呼吸道疾病病人求診，故可減低他們在中醫診所求診染病的風險，因此不會影響他們的求診習慣。

「因為我真的要定期去針灸，所以相信就沒有怎樣影響到我。」

(骨、關節和肌肉系統病類受訪者 7)

「中醫診所那一邊其實很嚴謹，他們會有探熱，會比起西醫再嚴謹一些。他們不會讓你用手探熱，他們要探額頭，因為會比較準。而且我去的診所在大堂進去的時候，已經有很多酒精搓手液。醫師全部都會戴上口罩……我覺得他們都會很盡力去確保無論醫師抑或病人的安全。」

(皮膚粘膜系統病類受訪者 1)

「我沒有減少去看中醫，因為通常中醫診所不會接受任何呼吸道疾病的人去看。」

(女性生殖系統病類受訪者 9)

至於會受影響的受訪者普遍表示會因為害怕中醫診所有人群聚集所以會減少前往，或者選擇比較少人的時段求診以減低染病風險。

「都有影響的，我會選擇一些比較少人的時段，或者假期才去看，就不希望平日又或者放工的時候見到診所密密麻麻有一堆人求診，其實心裏都會有些害怕。」

(男士受訪者 9)

由於疫情緣故，研究團隊的中醫業界研究合作夥伴觀察到不少診所都會提供網上視像診症的服務，既減少病人因要外出到診所求診的染病風險，也可以跟舊病人的覆診。整體而言，較多受訪者表示不願意使用網上視像診症服務，佔41.9%；願意的只佔25.1%，一半一半的則佔33%。可見受訪者對網上視像診症的使用有保留，這可能是因為中醫以四診即望、聞、問、切為診斷方法，而網上視像診症不能確保視像質素，未

必能夠準確反映病人的面色，加上病人未能親身前往診所讓中醫師把脈作切診亦會對醫師的診症有所限制，中醫網上視像診症仍有待發展。

我們分析受訪者對中醫防治新型冠狀病毒病的信心與社會人口變量的關係，以了解哪個群組較傾向對中醫中藥及西醫西藥抗疫的成效有信心。

從表43可見性別分別與「中醫中藥可有效預防新型冠狀病毒病」、「影響到診所求醫的意願」及「使用網上視像診症服務的意願」均呈顯著關係。女性較男性傾向同意「中醫中藥可有效預防新型冠狀病毒病」，男性則較傾向不同意認為「疫情影響求醫意願」及「使用網上視像診症服務」。

此外，年齡分別與「中醫中藥可有效治療新型冠狀病毒病」、「西醫西藥可有效治療新型冠狀病毒病」以及「使用網上視像診症服務的意願」皆呈顯著關係，年長群組較其他兩個群組傾向同意「中醫中藥可有效治療新型冠狀病毒病」，年輕群組則較另外兩個群組傾向同意「西醫西藥可有效治療新型冠狀病毒病」及不願意「使用網上視像診症服務」。

另外，家庭月入與「使用網上視像診症服務的意願」呈顯著關係，低收入和高收入群組較中等收入群組傾向不願意使用網上視像診症服務。

表43. 對中醫防治新型冠狀病毒病的信心與社會人口變量的關係，2021 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入 (港元)		
		男性	女性	30歲以下	30 - 59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
中醫中藥可有效預防新型冠狀病毒病			*						
不同意	16.4	21.1	13.5	22.4	16.7	14.3	54.5	38.8	53.6
一半一半	45.8	45.7	45.8	52.2	45.5	43.8	36.4	51.7	37.4
同意	37.8	33.2	40.7	25.4	37.7	41.9	9.1	9.5	9.1
(N)	(532)	(199)	(334)	(67)	(256)	(209)	(77)	(116)	(265)
中醫中藥可有效治療新型冠狀病毒病									**
不同意	12.6	13.1	12.3	22.4	14.5	7.2	10.3	7.8	17.4
一半一半	48	47.2	48.5	49.3	50.6	44.5	46.2	46.1	45.3
同意	39.4	39.7	39.2	28.4	34.9	48.3	43.6	46.1	37.4

(N)	(532)	(199)	(334)	(67)	(255)	(209)	(78)	(115)	(264)
西醫西藥可有效預防新型冠狀病毒病									
不同意	16.1	16.1	16.2	22.4	16	14.8	20.5	14.8	18.2
一半一半	50	44.7	53	49.3	48.4	51.9	46.2	59.1	42.8
同意	33.9	39.2	30.8	28.4	35.5	33.3	33.3	26.1	39
(N)	(532)	(199)	(334)	(67)	(256)	(210)	(78)	(115)	(264)
西醫西藥可有效治療新型冠狀病毒病									
不同意	5.5	4	6.3	10.6	6.6	1.9	3.8	6.1	6.4
一半一半	48.9	43.7	52	39.4	49.2	51.7	57.7	51.3	43.9
同意	45.6	52.3	41.7	50	44.1	46.4	38.5	42.6	49.6
(N)	(532)	(199)	(333)	(66)	(256)	(209)	(78)	(115)	(264)
影響到診所求醫的意願									
不同意	35.2	42.7	30.6	35.8	30.5	40.5	26	31.3	35.8
一半一半	26	20.1	29.4	31.3	27	23.3	22.1	33.9	26.4
同意	38.8	37.2	39.9	32.8	42.6	36.2	51.9	34.8	37.7
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(210)	(77)	(115)	(265)
使用網上視像診症服務的意願									
不同意	41.9	49.2	37.4	53	35.8	45.9	43.6	30.4	43.2
一半一半	33	27.6	36.2	28.8	38.5	27.3	39.7	29.6	32.6
同意	25.1	23.1	26.3	18.2	25.7	26.8	16.7	40	24.2
(N)	(532)	(199)	(334)	(66)	(257)	(209)	(78)	(115)	(264)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

5.5.2 對中醫介入治療長期及危重病有信心

自2014年起，醫院管理局開始於三間公立醫院開展中西醫協助先導計劃，至今已拓展至八間醫院及七間中醫診所暨教研中心，進行中風治療、癌症舒緩治療、下腰痛及肩頸痛治療四類病種的中西醫協作治療。香港中醫業界亦反映除了以上四類病種之外，一些長期病如高血壓及糖尿病，或者是嚴重病如末期癌症，過往一直有不少病人同時跟中西醫求診作治療，這些病種亦適合作中西醫協作項目的進一步探索。

故此，我們就一些西醫治療中需要長期用藥的病患，如高血壓、糖尿病等，問中醫使用者認為加入中醫藥是否可以幫助減藥或解決長期用藥的意見，同意的受訪者高

達77.4%，不同意的只有4%，表示一半一半的佔18.6%。可見市民對中醫介入長期病的治療有信心。

在危重病方面，我們亦問及受訪者是否同意危重病如末期癌症，中醫藥介入可以減少病人疼痛，改善生活質素或延長壽命，大部份受訪者表示同意，佔75.2%；不同意的只佔4.3%，表示一半一半的佔20.5%。可見市民對中醫介入危重病的治療有信心。

我們在深入訪談中亦問及中醫介入治療的優勢，受訪者認為危重病是長期的鬥爭，中醫有效於在西醫手術後的復康，而中醫治療方法較為溫和的性質亦有助保持病人的生活素質，提升存活率。

「譬如癌症，西醫其實是不能醫的，但中醫就可以舒緩到後期西醫猛烈的醫治方法，如果有中醫加入的話會舒服很多，我見過有很多成功例子。因為癌症很多時候其實是破壞了身體，西醫採取的方法其實是破壞性的方法，會影響到病人的存活率，因為這些病都不是幾年可以痊癒，生活素質就會比較低。但我見過病人如果採取中醫的方向，在接受完西醫的切除手術後，他的生活素質真的比較好，死亡率也低一點。」

（女性生殖系統病類受訪者 10）

我們分析使用者對中醫介入治療長期及危重病的信心與社會人口變量的關係，以了解哪個群組傾向對使用中醫藥治療長期病患有信心。

從表 44可見性別分別與「中醫藥介入可以幫助減藥或解決長期用藥的問題」及「中醫藥介入可以幫助減少病人疼痛，改善生活質素或延長壽命」均呈顯著關係。女性較男性傾向同意中醫藥介入可以幫助減藥或解決長期用藥的問題，以及可以幫助減少病人疼痛，改善生活質素或延長壽命。

此外，年齡及家庭月入都分別與這兩個問題呈顯著關係。年輕群組和中年群組較年長群組傾向同意這兩個問題。另外，高收入群組較低收入和中等收入群組傾向同意「中醫藥介入可以幫助減藥或解決長期用藥的問題」，中等收入群組則比低收入和高收入群組傾向同意「中醫藥介入可以幫助減少病人疼痛，改善生活質素或延長壽命」。

表44. 對中醫界入治療長期及危重病的信心與社會人口變量的關係，2021 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入 (港元)		
		男性	女性	30歲以下	30 - 59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
中醫藥介入可以幫助減藥或解決長期用藥的問題			*				***		**
不同意	4	7	2.4	0	2.3	7.1	5.1	10.4	1.5
一半一半	18.6	21.1	17.1	18.2	13.7	24.8	19.2	11.3	16.6
同意	77.4	71.9	80.5	81.8	84	68.1	75.6	78.3	81.9
(N)	(532)	(199)	(334)	(66)	(256)	(210)	(78)	(115)	(265)
中醫藥介入可以幫助減少病人疼痛，改善生活質素或延長壽命			***				**		*
不同意	4.3	9	1.5	3	3.1	6.2	3.9	1.7	1.9
一半一半	20.5	30.2	14.7	16.4	15.3	28.1	15.6	9.5	23.9
同意	75.2	60.8	83.8	80.6	81.6	65.7	80.5	88.8	74.2
(N)	(532)	(199)	(334)	(67)	(255)	(210)	(77)	(116)	(264)

* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

5.6 對中醫發展方向的想法

在政府和中醫藥業界的推動下，香港中醫在回歸後得到越來越多的公眾認同，市民對中醫服務的需求也日益增長。中醫使用者群體的意見能為日後擴大中醫服務範圍及推動中醫專業發展的政策制定，提供有關需求的重要資訊。我們的診所問卷進一步涵蓋中醫使用者對公營中醫服務、中醫專科及中醫醫院發展方向的想法，以作政府調整及制定相關政策的參考。

首先，我們問及政府現在投放於中醫發展的資源是否足夠，74% 受訪者認為不足夠，只有3.9%認為足夠，表示一半一半的為22%。一個醫療專業的健康發展，需要政府多方面的部門配合及資源投入，包括對服務的資助、對醫療從業人員薪酬架構的規管、專業權限認證等等。儘管政府在2018年宣佈將中醫藥納入香港醫療系統，承諾加強對中醫教研中心、公立醫院的中西醫協作治療及未來中醫醫院的中醫服務資助（香港特別行政區政府，2018），但現階段政府資助18區中醫診所的門診服務收費仍然比西醫普通科門診收費高一倍以上，受聘於18區中醫診所的中醫師起薪點\$22,000依然遠低

於西醫醫生的起薪點\$70,465（社會福利署，2021）。診所問卷的數據反映，中醫使用者亦感受到政府對中醫發展資源投放的不足。

深入訪談中我們也觀察到不少病人會主動提及中醫師的薪酬過低的問題，為中醫使用者關於政府對中醫發展投入不足感受較深的議題。兩位病人皆透過自己一直看的中醫師得知中醫的薪酬低於註冊護士及西醫，也表示中醫同為一個醫療專業，接受專業培訓及經過執業考試，同樣得到病人信賴，薪酬比例不均並不合理。其中一位病人更反映中醫師薪酬過低是一個宏觀的制度問題，需要從註冊制度入手，並需要政府有相應的投入推動。

「我看了現在的中醫以後，一來更重視自己的健康，二來也更尊重中醫，我覺得中醫同樣受到尊重……我也曾經和醫師談論過薪酬的問題，他也說他們的薪酬和西醫差很遠。」

（女性生殖系統病類受訪者 1）

「很明顯中醫師的薪酬與西醫差很遠，所以我也覺得很奇怪。因為我認為兩者都有各自的專業培訓，亦一樣要經歷很多事和考試，為何一個中醫師的薪酬和一個註冊護士也差那麼遠？有時候我也是和中醫師傾談才知道。……我覺得香港來說，中醫的地位可以與西醫再拉近一點，起碼在薪酬上。因為我去看中醫師，我很相信他的決定。但原來我談天才知道中醫師的人工竟然比註冊護士還要低，所以我覺得是一個制度問題。如果要拉近，可能是註冊制度要跟西醫拍齊一點。但作為病人，我覺得兩者都有優勝的地方，不會說要一個不要一個。」

（皮膚粘膜系統病類受訪者 1）

關於中醫在新冠肺炎的中抗疫的參與度，自疫情爆發以來中醫業界向政府積極爭取及磋商與西醫在公營醫療系統內攜手抗疫的機會。政府亦循序漸進讓業界在抗疫的工作上發揮更大作用，由在18區中醫診所提供康復服務，到在亞洲國際博覽館社區治療設施為新冠肺炎病人提供中醫特別診療服務、在中醫藥發展基金加入「新冠肺炎病毒疫情相關項目」為優先考慮主題及資助中醫診所添置感染控制設備（香港特別行政區政府，2021c）。唯至今中醫業界的抗疫參與仍然停留於社區治療設施的層面，仍未開展醫院層面的中西醫合作治療。

我們希望透過題目得知中醫使用者對在公立醫院提供中醫治療選擇的支持度，探索未來加強中醫師參與抗疫工作的可行性。75.9%受訪者表示同意公立醫院應該為新型冠狀病毒病患者提供中醫治療的選擇，只有6.6%表示不同意，17.5%表示一半一半，可見中醫使用者支持進一步拓展中醫在抗疫工作的參與度至醫院的治療服務。

中醫專科化發展方面，目前香港仍然未有設立中醫專科資格的認證制度，所有中醫師均以全科形式註冊，《中醫藥條例》第549章第74條指明，現時註冊中醫師雖然可以在「中醫師」的名銜以外加稱「全科」、「針灸」和「骨傷」，但這些稱謂均不是中醫專科資格。可見中醫專業需要進一步的專業資格認證系統發展推進，不但有助於病人尋找合適的醫師治療，也利於提升普羅市民對中醫的認受性。

我們希望透過以下題目收集中醫使用者對中醫設立專科的意向。高達84%受訪者同意中醫設立專科會提升他們對中醫的信心，只有2.9%表示不認同，13.2%反映一半一半。可見，受訪者普遍支持中醫設立專科。

在深入訪談中，受訪者亦談及在眾多全科中醫師選擇中，尋找適合中醫師治病的困難。中醫專科化有效為有特殊病種的中醫使用者縮窄搜索中醫師的範圍至某特定專科，讓他們能更有針對性地了解有關該中醫師治療特定病種的資訊，有助病人與中醫師的配對。

「我現在看的中醫師年紀比我大，他有機會不再在行醫。如果要在出面再找一個中醫師，我也不知道到哪裏找……要多做一點（中醫設立專科），主要讓病人有更多資訊，讓病人知道可以怎樣找中醫師。」

（男士受訪者1）

有關中醫師的專業權限，現時中醫師並沒有轉介病人進行化學檢驗及放射檢驗的權限，限制他們進一步了解病人病情的主動性，也會繼而影響他們斷症的準確性。

我們問及中醫使用者是否同意中醫師應該被賦予此兩個權限，絕大部份受訪者表示同意（85.3%），只有1.8%不同意，12.9%表示一半一半。

關於香港首間中醫醫院的營運模式，食物及衛生局剛於本年6月正式委托香港浸會大學成為承辦機構，承諾除了為市民提供優質的中醫服務以外，亦會與中醫診所暨教研中心、大學和中醫藥業界合作發展醫療服務、教學及培訓與科研等，進一步推動中醫藥專業發展。我們希望透過以下題目了解中醫使用者對未來中醫醫院的需求。

在中醫院服務疾病種類的涵蓋上，高達85.3% 受訪者認為應該兼備嚴重疾病如肝炎、胃潰瘍，或者心臟病等，以及一般疾病如頭痛、經常失眠，或感冒等，8.6%表示只應該涵蓋一般疾病，6.1%表示只應該涵蓋嚴重疾病。可見，中醫使用者對中醫治療嚴重疾病及一般疾病有一定信心，希望長遠來說中醫醫院的病種服務範圍可以有平衡及全面的發展。

在服務方向上，多數受訪者認為中醫醫院應該提供「中西醫並重的服務」

(50.6%)，其次為佔36.4%的「中醫為主，西醫輔助的服務」及佔13%的「純中醫服務」。中醫使用者的意向亦與現時中醫院所規劃的服務方向頗為一致：除了提供中醫住院及門診服務以外，亦會按照特定類型的疾病而採用中西醫協作的醫療護理方案（香港特別行政區政府，2021d）。

在服務種類上，92.6% 受訪者認為中醫院應該提供門診服務，其次是佔70.7%的治未病或預防保健，70.2% 的復康療養及善終紓緩服務，69.4% 的住院服務，57.1% 的現代醫療診斷服務如化驗、放射科、超聲波和內窺鏡檢查等，31.3%的急症室服務，25.3% 的深切治療服務，20.7%的分娩服務，16.9%的全身麻醉手術服務及1.3%的其他服務如精神或情緒病治療服務。

深入訪談中，大部份中醫使用者對未來中醫院的建立亦相當正面，並表示會嘗試使用其服務。其中有受訪者表示中醫院的優勢是其規模比一般診所龐大，可以囊括中西醫專業配合作會診，為病人提供來自兩個醫療專業的治療意見，加強治療效果。對不同病種的應對亦可進行分類及分科，更有效分流病人。而且更可添置化學檢驗及放射檢驗的科室以即時得檢驗結果，提升病情的有效判斷及治病流程的順暢度。

「其實如果有一間大中醫院的話，會有會診，有分科，已經（和診所）差很遠。對於很多人來說，是方便的。另外如果有中西醫會診，那就更加好，例如在一間醫院可以即時做到中西醫會診，或者有很多化驗室可以即時檢驗，這個我覺得很重要。」

（女性生殖系統病類受訪者3）

亦有受訪者提及對中醫院的中醫師認證系統及劃一收費的信任，她相信中醫院會對院內中醫師進行較坊間嚴格篩選的專業篩選，對中醫師的質素有所保證。

「會有興趣使用，因為這樣比在街上不知道找那一間中醫診所好，最起碼在中醫院裏面的都是註冊了而且有認證……因為其實現在有時病人不知道中醫師的背景，他說他有什麼培訓其實你也確認不到……而且在收費或者各樣事情上都會比較穩妥一點。」

（女性生殖系統病類受訪者8）

但亦有不少受訪者表示中醫院的選址偏遠，或會減低持續前往的意欲，較為偏向求診現時的中醫師，交通距離是一個決定中醫使用者是否使用中醫院的重要因素。

「如果中醫院有送藥服務，可能可以送到我的家，而且價錢真的吸引，我才會有機會嘗試。但地點對我來說實在太遠，所以我認為使用的可能性不高。」

（皮膚粘膜系統病類受訪者3）

表 45. 中醫醫院應該提供的服務種類（可多選）

	整體 %
門診服務	92.6
治未病或預防保健	70.7
復康療養及善終紓緩服務	70.2
住院服務	69.4
現代醫療診斷服務（如化驗、放射科、超聲波和內窺鏡檢查等）	57.1
急症室服務	31.3
深切治療服務	25.3
分娩服務	20.7
全身麻醉手術服務	16.9
其他	1.3
總數	100.0
(N)	(532)

我們分析對中醫發展方向的想法與社會人口變量的關係，以了解不同群組對未來中醫發展的看法。

從表46可見，性別分別與認為政府投放在中醫發展的資源是否足夠、中醫醫院的服務涵蓋範圍的看法及中醫醫院服務方向均呈顯著關係，女性較男性傾向不同意「政府投放在中醫發展的資源已經足夠」，女性亦傾向認為「中醫醫院的服務應涵蓋嚴重疾病和一般疾病」。男性亦較傾向認為「中醫醫院服務方向應該中西醫並重」。

此外，年齡分別與「公立醫院應該為新型冠狀病毒病患者提供中醫治療的選擇」及「中醫醫院的服務涵蓋」皆呈顯著關係，年長群組較其他兩個群組傾向同意「公立醫院應該為新型冠狀病毒病患者提供中醫治療的選擇」，年長群組也傾向認為「中醫醫院的服務應涵蓋嚴重疾病和一般疾病」。

另外，家庭月入分別與中醫醫院的服務涵蓋及中醫醫院服務方向均呈顯著關係，中等收入群組較低和高收入群組傾向認為「中醫醫院服務方向應該中西醫並重」，低和中等收入群組較高收入群組傾向認為「中醫醫院的服務應涵蓋嚴重疾病和一般疾病」。

表46. 對中醫發展方向的看法與社會人口變量的關係，2021 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入 (港元)		
		男性	女性	30歲以下	30 - 59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
政府投放在中醫發展的資源已經足夠			*						
不同意	74	67.8	77.5	70.1	75	74.2	79.5	81.9	72.7
一半一半	22	27.6	18.9	25.4	19.5	23.9	12.8	14.7	23.5
同意	3.9	4.5	3.6	4.5	5.5	1.9	7.7	3.4	3.8
(N)	(532)	(199)	(334)	(67)	(256)	(209)	(78)	(116)	(264)
公立醫院應該為新型冠狀病毒病患者提供中醫治療的選擇							**		
不同意	6.6	9.6	4.8	10.6	5.9	6.2	2.6	13	6.4
一半一半	17.5	18.2	17.1	27.3	20.3	11	19.2	14.8	19.3
同意	75.9	72.2	78.1	62.1	73.8	82.9	78.2	72.2	74.2
(N)	(532)	(198)	(333)	(66)	(256)	(210)	(78)	(115)	(264)
中醫設立專科會提升對中醫的信心									
不同意	2.9	1	4.2	3	3.1	2.4	2.6	13	6.4
一半一半	13.2	15.1	12	16.4	11	14.8	19.2	14.8	19.3
同意	84	83.9	83.8	80.6	85.9	82.8	78.2	72.2	74.2
(N)	(532)	(199)	(334)	(67)	(255)	(209)	(78)	(115)	(264)
中醫應可轉介病人進行化學檢驗及放射檢驗。									
不同意	1.8	0.5	2.7	1.5	2	1.9	2.6	1.7	1.9
一半一半	12.9	12.1	13.2	14.9	13.3	11.9	15.4	13.8	12.5
同意	85.3	87.4	84.1	83.6	84.8	86.2	82.1	84.5	85.6
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(210)	(78)	(116)	(264)
中醫醫院的服務涵蓋嚴重疾病 (如肝炎、胃潰瘍，或者心臟有事等)			**				**		*
不同意	6.1	7.5	5.4	1.5	9.8	2.9	9	2.6	8

一般疾病（如治療頭痛、經常失眠，或者感冒等）	8.6	14.1	5.1	13.4	7.4	8.6	0	6.1	9.1
兩者兼備	85.3	78.4	89.5	85.1	82.8	88.5	91	91.3	83
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(209)	(78)	(115)	(264)
中醫醫院服務方向				**					*
純中醫服務	13	7.5	16.5	16.7	14.5	10	23.1	12.2	13.3
中西醫並重的服務	50.6	55	47.7	45.5	50.8	52.2	39.7	56.5	45.5
中醫為主，西醫輔助的服務	36.4	37.5	35.7	37.9	34.8	37.8	37.2	31.3	41.3
(N)	(532)	(200)	(333)	(66)	(256)	(209)	(78)	(116)	(264)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001。

5.7 價值觀及健康行為

價值觀

在報告一，我們對市民整體價值觀取向進行過探索，於診所問卷更深入透過分析中醫使用者健康行為固有習慣的傾向，了解中醫使用者群體對後現代、傳統及實用價值觀的傾向。

關於中醫使用者的後現代價值觀傾向。首先，在對權威的拒絕上，我們問及受訪者求診時會否要求醫療提供者（無論中醫或西醫）詳細解釋症狀的成因及治療方法，以觀察他們會否拒絕來自中西醫學權威的主導地位，主動爭取了解自身病情並積極參與於診療過程。大多數受訪者表示求診時會要求醫療提供者對病因及治療方法作出詳細解釋，佔高達74.7%；不同意的只有8.7%，表示一半一半的佔16.6%。可見，中醫使用者具有拒絕權威的傾向，尋求更平等的醫患關係。

在深入訪談中我們觀察到不少中醫使用者會形容西醫為權威的代表，在醫患關係中會扮演一個上位者的角色。但他們認為醫療服務提供者應該放下權威身份，向病人解釋醫療方案，拉近與病人的關係，達致相互的理解。

「以我們香港人來說，我們有個普遍看法是西醫是『高大上』的，好像高人一等，像是他在幫我。但我認為醫生應該要有『醫者父母心』，他們應該以一位長輩或老師的身份，去講解給患者知道正在發生什麼事，應該如何去處理。病人也希望知道醫生在用什麼方法，去達致怎樣的醫療效果去處理他們的病情，如果能夠做到這樣就很好了。」

(男士受訪者2)

其二，在對個人責任的重視上，我們問及中醫使用者會否在求診前先尋找資料以瞭解症狀及最合適自己的治療方法。重視個人責任的病人不會把康復的全部責任交付於醫療服務提供者，相反，他們亦會積極透過自身努力維持健康。多數受訪者會在求診前尋找資料，佔61.9%；不同意的有14.3%，表示一半一半的有23.8%。可見，中醫使用者會傾向採取個人行動為自己的健康付出努力。

深入訪談中，不少中醫使用者亦表示自己會在閒餘時間透過不同媒介和參與不同的講座，了解醫療相關資訊，自行尋找不同醫療方法的可行性。

「我自己都會看關於中醫的書、雜誌和文章，讓自己知道得更多，我也非常喜歡看某位中醫博士的博客。」

(女性生殖系統病類受訪者1)

其三，對自然生活方式的追求上，我們問及中醫使用者會否盡量選擇不包含添加劑，例如防腐劑或人造色素的包裝食品，及購物時會否傾向選擇對環境友好，例如節省能源或減少環境污染的產品。添加劑如防腐劑或人造色素對人體的負面影響越來越受到現代人的重視，儘量選擇不包含添加劑的習慣意味中醫使用者意識到人工產品的壞處並作出一定行動以減少吸收。他們同時亦更傾向以副作用較少，在生產過程及使用上都對環境較友善的天然產品作首選。大多數受訪者表示同意會儘量選擇不包含添加劑的包裝食品，佔74%；不同意的有3.9%，表示一半一半的有22%。另外，大部分受訪者亦同意購物時會傾向選擇對環境友好的產品，佔71.9%；不同意的有2.7%，表示一半一半的佔25.4%。

深入訪談中，受訪者提到他們對自然生活方式及治療方法的崇尚。中醫的醫學觀比較接近大自然的邏輯，講求個人身體健康與大自然環境達成平衡。除了會因應四季的轉變利用草藥調節身體，更會以「氣」的流動理解人的身體和大自然的關係，以及個體應該如何於大環境自處，這種與大自然的聯繫亦是受訪者強調他們傾向使用中醫的原因及價值觀。

「我好鍾意大自然，覺得中醫同大自然嘅關係同邏輯會比較近。我認為中醫的世界觀是一個holistic（整體觀的）實現，能夠處理和世界以及自然的關係，是與一個大環境的關係。例如中醫的講法是『氣』的流動和流通，和你即時的環境關係。」

(女性生殖系統病類受訪者3)

其四，對整體論的相信方面，我們問及中醫使用者平日會否進行靜觀、禪修、打坐或冥想等的心靈活動。整體論促成一種身、心、靈多方面協和及平衡以達至全人健康的思潮，擁有後現代價值觀傾向的人會較注重身心發展。38.4%受訪者平日不會進行心靈活動，會的只佔32.6%，表示一半一半的佔29.1%。

深入訪談受訪者亦會強調他們對整體觀的重視，會較為傾向相信中醫的整體治療觀。受訪者提到中醫可以根據身體整體的狀況及不同器官的相互影響，梳理身體出現毛病的原因，從而能夠對同樣的病癥作出不同的診斷，並配以最適切的治療方法。

「中醫療法最好的地方是因為中醫是整體的，人應該要講求陰陽平衡，尤其是五臟六腑要平衡，大家要好好運作就要互相合作。即是如果其中一方有問題，其他的器官都會受到影響。所以我很認同中醫的理念就是整體，整體幫病人去調理，不是頭痛醫頭就罷了，會分析是什麼原因導致頭痛。究竟是因經期流失得太多血而頭痛，抑或是感冒而頭痛，是完全兩個不同的醫療方法來的。」

(女性生殖系統病類受訪者2)

其五，在關於反科學的情緒方面，我們問及中醫使用者是否認為現今科技過度發展，對自然環境造成過度破壞。後現代價值觀的興起，源於人們對現代發展過於急促，對生物基因工程、生物醫學等會改造自然的現代科學技術的懷疑。高達82.4%受訪者同意現今科技過度發展，對自然環境造成過度破壞，不同意的只有1.4%，反映一半一半的佔16.2%。中醫使用者有一定反對科學的傾向。

深入訪談受訪者亦會對科學和其化學產品表達一定的抗拒，會認為服用現代科學技術製造的人工化學產品會對人體造成一定的負面影響，可見反科學的情緒是構成他們價值觀的其中一部份。

「中醫是自然的健康態度，因為用藥方面都是選用天然的草藥，感覺會自然一點，而不是把化學的物質放入身體裏面。」

(皮膚粘膜系統病類受訪者6)

其六，消費主義的影響上，我們問及中醫使用者會否嘗試不同的新方法以處理不適或促進健康。消費主義為後現代社會的產物，隨著市場上不同類型的醫療服務的提供有所增長，人們愈來愈有能力，亦更傾向透過轉換消費習慣去尋求更適合自己和更滿意的選擇 (Esthope, 1993)。較多受訪者同意會嘗試不同的新方法以處理不適或促進健康，佔68.7%；不同意的佔10.9%，表示一半一半的有20.4%。可見，中醫使用者具有一定的消費主義價值觀。

不少深入訪談受訪者都會提及他們轉換醫師的習慣，一位受訪者提到當中涉及「消費」的考慮。「消費」所指的不止是金錢成本，亦是時間成本，部份中醫使用者會視自己為消費者，會根據所付出的成本與得到的醫療成效評估決定是否繼續求診，顯示他們有一定的消費者價值觀。

「我也轉了好幾位中醫師，一來因為之前的距離屋企太遠，二來就是因為消費，我消費的意思不只是指金錢，而是消費兩至三小時，我認為真的太長了，沒可能這樣看醫生，有時候真的要有空閒才去看。」

(皮膚粘膜系統病類受訪者 2)

此外則是關於中醫使用者的傳統價值觀。我們首先問及中醫使用者是否同意結婚就一定要生兒育女。家庭觀念為傳統文化的重要指標，強調子女開枝散葉，留存血脈的責任。因此我們以受訪者對傳統生育觀的服從程度釐定他們對傳統價值觀的傾向。不同意結婚一定要生兒育女的比例（46%）較同意的（22.7%）高一倍，表示一半一半的有31.4%。我們亦問及中醫使用者是否同意「中華傳統文化對我來說很重要」。同意的受訪者佔約六成（59.9%），不同意的佔11.3%，表示一半一半的有28.8%。可見，中醫使用者傳統家庭文化價值傾向並不強，但對中華傳統文化有一定的重視。

亦有部份的中醫使用者在深入訪談中提及他們認為中醫有獨特的國家背景，是中國文化的一部份及由中國人發展而成的醫學觀，其文化和歷史是他們重視的元素。

「我會覺得中醫是傳統中華文化，因為中醫是中國獨有的醫學，是一個文化，只有這個社會才有這個文化底蘊和相應的歷史。」

(女性生殖系統病類受訪者 5)

至於中醫使用者的實用價值觀，是以醫療結果為首要評估的態度及行為取向。我們以「最適合自己對中醫的看法」的題目了解中醫使用者自我認知最受傳統價值觀（即回答「中醫是傳統中華文化」最適合自己的比例）、實用價值觀（即回答「中醫是有效的醫療方法」最適合自己的比例）及後現代價值觀（即回答「中醫是一種自然的健康態度」最適合自己的比例）主導其醫療選擇的分布。實用價值觀主導的比例最高，佔50.9%；後現代價值觀主導的受訪者佔29.1%，傳統價值觀主導的受訪者佔20%。

在深入訪談中大部份中醫受訪者亦表示療效對於他們選用中醫的決定至關重要，並透過自身的看病經歷以及其他人看中醫後康復的經歷，評價中醫的醫療效果，並認為對治療西醫難於處理的病症更為有效。可見，他們選用中醫的抉擇也有一定的實用考慮。

「中醫是有效的醫療方法，因為自己有看過其他人或聽過有人治療一些病徵，雖然看了一段長時間，但真的可以完全康復，調理到西醫都會認為是棘手的症狀。」

(女性生殖系統病類受訪者6)

最後，我們亦加入一個美國選舉研究調查常用以了解大眾世界觀傾向的題目(Hetherington and Weiler, 2018)，以分析香港中醫使用者會傾向遵從主流醫學選擇抑或自由探索其他另類療法的可能性。這道關於養育孩子的題目，根據回應答案可把受訪者分類為具「固定世界觀」及「流動世界觀」兩個基本類型；擁有「固定世界觀」的答案為敬老尊賢、聽命服從、言行有禮及行為穩重；至於擁有「流動世界觀」的答案則為獨立自主、自立自強、好奇探索及體貼周到。固定派會偏向採用一般既定的規則應對生活，避免一切因不確定而構成的危險，會傾向使用大眾認可的主流醫學方法，不會嘗試其他新療法，以確保醫療結果的可預測性及可控性。反之，流動派的人傾向相信醫療不同的可能性，不會認為嘗試另類療法會造成過大的風險及危險，重視自己有探索及選擇主流醫學以外的權利和自由度。由於中醫使用者選用主流西醫以外的治療方法，擁抱其他療法的可能性，所以我們預想他們會較為傾向「流動世界觀」，會在四道題目中選取大多數「流動」的答案。

在第一道題目「獨立自主」對比起「敬老尊賢」方面，較多中醫使用者選擇「流動」的答案亦即「獨立自主」，佔56.4%；反之選擇「固定」的答案亦即「敬老尊賢」的受訪者較少，佔43.6%。

中醫使用者在第二道題目流動派的傾向則更加明顯，大比數受訪者選擇「流動」的答案亦即「自立自強」，佔高達84.8%；反之選擇「固定」的答案亦即「聽命服從」的受訪者只佔15.2%。

但是，在第三道題目中，則較多中醫使用者選擇「固定」的答案亦即「言行有禮」，佔56.8%；反之選擇「流動」的答案亦即「好奇探索」的受訪者則佔43.2%。

在第四道題目中亦然，受訪者固定派的傾向則更為明顯，大部份受訪者選擇「固定」的答案亦即「行為穩重」，佔73.4%；反之選擇「流動」的答案亦即「體貼周到」的受訪者則佔26.6%。

可見，受訪者同時具有「固定世界觀」和「流動世界觀」的傾向，一方面會跟隨主流大眾使用的醫療方法，另一方面也會開放探索並嘗試其他非主流治療途徑，也可作為他們同時使用中西醫的佐證。

健康行為

除價值觀外，對主流醫學的醫療結果（medical outcome）及醫療遭遇（medical encounter）不滿亦是另一個促使醫療使用者作出轉向輔助及另類療法（complementary and alternative medicine）如中醫等健康行為的原因（Cal, Wu and Zhou, 2020; Siahpush, 1999）。在醫療結果方面，外國不少早期研究指出主流醫學並未能有效治療退化及長期病患以及無法舒緩痛楚（Anyinam, 1990; Ingliss, 1983）。而在醫療遭遇上，不少患者亦傾向認為醫生過於權威，診症時間短，關於病人患病的性質、病情及斷症解釋闡述過少，令患者難以了解自己的狀況，在治療過程中處於被動角色（Easthope, 1993; Taylor, 1984）。

醫療結果上，我們問及受訪者是否同意西醫對很多疾病都未能解釋病因，以了解他們會否同意西醫的診療存在限制，並未能處理所有疾病。過半受訪者同意，佔 56.1%；不同意的佔 10.1%，表示一半一半的佔 33.8%。我們進一步問及受訪者是否同意「許多西醫都沒法根治病人的病」，了解他們使用西醫服務的治療成效。超過一半受訪者同意許多西醫都沒法根治病人的病，佔 53.5%；12.3% 表示不同意，認為一半一半的佔 34.2%。可見，不少中醫使用者認為西醫治療不能達致令人滿意的醫療結果，是不治本的。

深入訪談中的受訪者亦會提及西醫不能幫助「斷尾」— 即令長期病症完全康復的問題，這也是他們不滿以及轉向中醫的原因。因為他們認為中醫即使需要更長時間的治療，但藥效長遠，可以完全根治，可見中醫使用者較為滿意中醫的醫療效果。

「西醫的好處是可以即時舒緩，但不是長期或者固本培元，看西醫的時候我會覺得其實我的濕疹是一輩子都不能斷尾的。所以中醫都可以說是我的最後出路，因為中醫會指示我要調整生活，比如要吃得清淡。所以中西醫相比之下，我會認為中醫對我的病情比較有效。因為西醫的藥效比較短暫，但我的目標是需要長期有效，所以中醫才幫到我。」

（皮膚粘膜系統病類受訪者 3）

醫療遭遇上，我們問及中醫使用者是否同意大部分西醫都很尊重病人，以了解他們對西醫的印象是否過於權威。過半受訪者同意大部分西醫都很尊重病人（52.9%），不同意的只有 7%，表示一半一半的有 40.1%。可見，中醫使用者對西醫態度的評價大致正面，但亦有一定部分受訪者有所保留。

深入訪談中亦有不少中醫使用者反映他們曾經遇到不尊重病人的西醫，雖然理解西醫醫院的病症眾多，病症很多時都重重複複，但基於病人的需要及對醫護的信任，這樣的態度並不可取。不良的醫療遭遇也會成為他們求診中醫的推因素，以尋求更平等及感到受尊重的醫患關係。

「可以坦白說，我預過最差的醫生是西醫來的，有很多年的經驗，但那種求其和敷衍的態度真的令人髮指。我認為無論他一日要接觸多少個一樣類型的個案也好，也不至於在他的工作枱上面挨着，斜着身，對着病人。有時候家人也會陪我去看診，我的家人也見到他這樣。我覺得無論他有多權威也好，但病人是因為相信你，又因為是轉介所以出去看他，也不應該如此。」

(骨、關節和肌肉系統病類受訪者 6)

其次，在診症方面，我們問及中醫使用者是否同意許多西醫會對病人詳細解釋症狀的成因及治療方法，以了解他們對西醫醫患溝通的整體評價。表示西醫會對病人作詳細解釋為一半一半的佔最多（42.6%）；只有39.7%受訪者表示同意，17.7%反映不同意。可見，一定部分的中醫使用者認為西醫診症解釋不詳細。

中醫使用者也在深入訪談中提及西醫在診症方面並不會與患者有太多的交流，只會簡單交代病情及檢測結果，以求以最短的時間完成整個流程。因此部份受訪者亦會更傾向與中醫的診症模式，在過程中可以進行更深入的交流和溝通，了解更多關於治療方案的細節。

「那麼公立的話，那就是那種很流程的，就沒有什麼跟你交流。只是你比如說，驗個血，他會告訴你什麼樣，然後你就會什麼結果。告訴你結果是正常還是不正常，然後就去直接給你開藥。然後或者是約你下一次的時間。就是沒有太多的交流，不會教你一些東西。中醫的話那他問你的一些病情。比如說，你為什麼來，看你哪裡不舒服啊，你有什麼樣的症狀啊。因為他畢竟不像西醫，有一些檢測的儀器給你進行檢測嘛。那就只能聽，聽你說然後看你自己的症狀，他去判斷。然後看你的舌苔，把你的脈，根據這些來判斷，那他的交流肯定就比西醫要多。你問的也比較多。那麼我們就有很多事情可以跟醫師進行溝通和交流。」

(女性生殖系統病類受訪者 7)

最後，在整體關顧上，我們問及中醫使用者是否同意普遍中醫師比西醫更關心病人的需要，以了解他們較傾向認為中醫師抑或西醫能夠為他們提供較全面的關顧。過半受訪者同意普遍中醫師比西醫更關心病人，佔53.8%；不同意的只有7%，39.2%表示一半一半。可見，中醫使用者較傾向認為中醫師更關顧病人。

深入訪談中，不少受訪者亦會表示中醫不止關顧到病人的身體變化，亦會主動了解病人的生活習慣改變以及心理健康狀況。在診療過程中會透過寒暄、把脈全面了解病人的需要，並為他們提供意見改善令他們身體不適的狀況。中醫使用者亦會在過程中漸漸與中醫師建立關係，並建立主動分享的習慣，有助於更準確的斷症以及全面關顧。

「我平時也會跟中醫師分享我的心情，醫師也會問我現在狀態怎樣、睡得好不好、是不是有事情令我很煩惱或者令我很擔心，這些他都能夠把脈得出來，也會主動問我。看得越來越多的時候，我也會主動告訴他。」

(女性生殖系統病類受訪者 10)

我們分析醫療價值觀與社會人口變量的關係，以了解不同群組對醫療價值觀及健康行為的傾向。

從表47可見性別分別與「盡量選擇不包含添加劑的包裝食品」、「平日會進行靜觀、禪修、打坐或冥想等的心靈活動」、「求診時會要求醫療提供者詳細解釋症狀的成因及治療方法」、「會經常嘗試不同的新方法以處理不適或促進健康」、「結婚一定要生兒育女」、「中華傳統文化很重要」、「西醫都未能解釋很多疾病的病因」、「許多西醫都沒法根治病人的病」及對孩子更重要的因素均呈顯著關係。

價值觀上，女性較男性傾向後現代價值觀，因她們更傾向選擇不包含添加劑的包裝食品、求診時會要求醫療提供者詳細解釋症狀的成因及治療方法。男性平日亦傾向不會進行靜觀、禪修、打坐或冥想等的心靈活動。同時，男性亦更傾向傳統價值觀，因他們更傾向認為結婚一定要生兒育女和中華傳統文化很重要。對孩子更重要的特質當中，男性和女性對「固定世界觀」及「流動世界觀」在不同題目上，有不同程度的傾向。在第一題，男性較女性更傾向於流動派；第二題女性較男性更傾向於流動派；第三題女性較男性更傾向於固定派；第四題男性較女性更傾向於固定派。

健康行為上，女性較男性更不滿意西醫的醫療結果，因她們更傾向認為西醫都未能解釋很多疾病的病因和許多西醫都沒法根治病人的病。

此外，年齡分別與「盡量選擇不包含添加劑的包裝食品」、「求診前會先尋找資料以瞭解症狀以及最合適自己的治療方法」、「求診時會要求醫療提供者詳細解釋症狀的成因及治療方法」、「購物時會傾向選擇對環境友好的產品」、「結婚一定要生兒育女」、「中華傳統文化很重要」、對中醫的看法、「西醫都很尊重病人」以及對孩子更重要的特質皆呈顯著關係。

價值觀上，中年群組和年長群組較青年群組傾向後現代價值觀，因他們更傾向選擇不包含添加劑的包裝食品、求診時會要求醫療提供者詳細解釋症狀的成因及治療方法，以及購物時會傾向選擇對環境友好的產品。青年群組和中年群組較年長群組傾向求診前會先尋找資料以瞭解症狀以及最合適自己的治療方法。同時，年長群組亦較其他兩個群組更傾向傳統價值觀及實用價值觀，因他們更傾向同意結婚一定要生兒育

女、中華傳統文化很重要，最多年長群組受訪者認為中醫是有效的醫療方法。年輕群組最傾向「流動世界觀」。

健康行為上，年長群組較另外兩個群組更滿意西醫的醫療遭遇，較認同西醫都很尊重病人。

另外，家庭月入分別與「儘量選擇不包含添加劑的包裝食品」、「求診前會先尋找資料以瞭解症狀以及最合適自己的治療方法」、「求診時會要求醫療提供者詳細解釋症狀的成因及治療方法」、「購物時會傾向選擇對環境友好的產品」、「結婚一定要生兒育女」、對中醫的看法、「許多西醫會對病人詳細解釋症狀的成因及治療方法」、「中醫師比西醫更關心病人的需要」、「西醫都未能解釋很多疾病的病因」、「許多西醫都沒法根治病人的病」及對孩子更重要的特質均呈顯著關係。

價值觀上，低收入群組較中等和高收入群組傾向後現代價值觀，因他們更傾向選擇「不包含添加劑的包裝食品」和「購物時會傾向選擇對環境友好的產品」，「求診前會先尋找資料以瞭解症狀以及最合適自己的治療方法」和「求診時會要求醫療提供者詳細解釋症狀的成因及治療方法」。高收入群組亦較不傾向傳統價值觀，因他們傾向不同意「結婚一定要生兒育女」。中等收入群組較低和高收入群組則較傾向實用價值觀，因他們傾向同意「中醫是有效的醫療方法」。對孩子更重要的特質當中，三個不同收入群組對「固定世界觀」及「流動世界觀」在不同題目上，有不同程度的傾向。在第二題，高收入群組最傾向於流動派；第三題低收入群組最傾向於固定派；第四題中等收入群組最傾向於固定派。

健康行為上，高收入群組最不满意西醫的醫療結果，因他們最傾向認為「西醫都未能解釋很多疾病的病因」及「許多西醫都沒法根治病人的病」。他們也最不满意西醫的診症，因他們最傾向反對「許多西醫會對病人詳細解釋症狀的成因及治療方法」。低收入群組則最不满意西醫的整體關顧，因他們最傾向認為「中醫師比西醫更關心病人的需要」。

表47. 醫療價值觀與社會人口變量的關係，2021 (%)

	整體	性別		年齡			家庭月入 (港元)		
		男性	女性	30歲以下	30-59歲	60歲或以上	一萬以下	一萬至三萬以下	三萬或以上
儘量選擇不包含添加劑的包裝食品			*				***		**
不同意	3.9	4.5	3.6	11.9	3.1	2.4	0	7	3.4
一半一半	22	27.8	18.6	35.8	18	22.9	9.1	22.6	22
同意	74	67.7	77.8	52.2	78.9	74.8	90.9	70.4	74.6
(N)	(532)	(198)	(333)	(67)	(256)	(210)	(77)	(115)	(264)
現今科技過度發展，對自然環境造成過度破壞									
不同意	1.4	1.5	1.2	0	1.6	1.9	3.8	1.7	0.8
一半一半	16.2	19.2	14.4	17.9	13.3	19.1	20.5	11.3	14.3
同意	82.4	79.3	84.4	82.1	85.2	78.9	75.6	87	84.9
(N)	(532)	(198)	(333)	(67)	(256)	(209)	(78)	(115)	(265)
平日會進行靜觀、禪修、打坐或冥想等的心靈活動			**						
不同意	38.4	44.7	34.5	44.8	35.9	39	41	40.5	37.1
一半一半	29.1	21.1	33.9	29.9	31.6	25.7	19.2	35.3	29.9
同意	32.6	34.2	31.5	25.4	32.4	35.2	39.7	24.1	33
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(210)	(78)	(116)	(264)
求診前會先尋找資料以瞭解症狀以及最合適自己的治療方法							***		**
不同意	14.3	17.6	12.3	7.6	8.6	23.3	17.9	20	8.7
一半一半	23.8	23.1	24.3	27.3	26.6	19.5	14.1	28.7	28.8
同意	61.9	59.3	63.5	65.2	64.8	57.1	67.9	51.3	62.5
(N)	(532)	(199)	(334)	(66)	(256)	(210)	(78)	(115)	(264)
求診時會要求醫療提供者詳細解釋症狀的成因及治療方法			**				***		***
不同意	8.7	12.1	6.9	4.5	2	23.3	6.5	17.4	1.5
一半一半	16.6	21.6	13.8	35.8	21.9	4.3	13	15.7	21.2

同意	74.7	66.3	79.3	59.7	76.2	77.6	80.5	67	77.3
(N)	(532)	(199)	(334)	(67)	(256)	(210)	(77)	(115)	(264)
會經常嘗試不同的新方法以處理不適或促進健康				***					
不同意	10.9	18.1	6.6	4.5	9.4	14.8	10.4	8.7	6.8
一半一半	20.4	15.1	23.4	27.3	21.1	17.1	14.3	22.6	21.6
同意	68.7	66.8	70	68.2	69.5	68.1	75.3	68.7	71.6
(N)	(532)	(199)	(333)	(66)	(256)	(210)	(77)	(115)	(264)
購物時會傾向選擇對環境友好的產品							*		**
不同意	2.7	4.5	1.8	6	4.3	0	2.6	3.4	3.4
一半一半	25.4	24.6	25.8	29.9	23	26.7	19.2	25.9	24.2
同意	71.9	70.9	72.4	64.2	72.7	73.3	78.2	70.7	72.5
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(210)	(78)	(116)	(265)
結婚一定要生兒育女				***			**		*
不同意	46	41.7	48.5	53.7	50	38.3	35.1	44	54
一半一半	31.4	25.1	35	34.3	30.9	31.1	45.5	34.5	25.7
同意	22.7	33.2	16.5	11.9	19.1	30.6	19.5	21.6	20.4
(N)	(532)	(199)	(334)	(66)	(256)	(209)	(77)	(116)	(265)
中華傳統文化很重要				*			***		
不同意	11.3	13.1	10.2	19.4	14.5	4.8	6.5	10.4	14.8
一半一半	28.8	20.6	33.8	47.8	30.6	20.6	28.6	28.7	29.9
同意	59.9	66.3	56	32.8	54.9	74.6	64.9	60.9	55.3
(N)	(532)	(199)	(334)	(67)	(255)	(209)	(77)	(115)	(264)
對中醫的看法							**		**
中醫是傳統中華文化	19.2	20	18.8	11.5	18.2	23.4	23.7	12.4	16.1
中醫是有效的醫療方法	55	50.9	57.4	47.5	52.5	59.9	59.2	66	50.8
中醫是一種自然的健康態度	25.8	29.1	23.8	41	29.3	16.7	17.1	21.6	33.1
(N)	(494)	(175)	(319)	(61)	(242)	(192)	(76)	(97)	(248)
許多西醫會對病人詳細解釋症狀的成因及治療方法									***
不同意	17.7	22.1	15.3	18.2	18	17.2	2.6	18.3	40.2
一半一半	42.6	39.2	44.6	42.4	43	42.1	36.4	54.8	39.4

同意	39.7	38.7	40.1	39.4	39.1	40.7	61	27	40.2
(N)	(532)	(199)	(334)	(66)	(256)	(209)	(77)	(115)	(264)
中醫師比西醫更關心病人的需要									**
不同意	6.8	7	6.6	10.4	6.3	6.7	1.3	13	6.8
一半一半	38	39.2	37.5	32.8	40.6	36.2	36.4	29.6	42.4
同意	55.2	53.8	55.9	56.7	53.1	57.1	62.3	57.4	50.8
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(210)	(77)	(115)	(264)
西醫都很尊重病人							***		
不同意	7	4.5	8.4	4.5	10.2	3.8	2.6	11.2	8
一半一半	40.1	39.7	40.2	49.3	46.7	29.2	32.5	37.9	40.2
同意	52.9	55.8	51.4	46.3	43.1	67	64.9	50.9	51.9
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(255)	(209)	(77)	(116)	(264)
西醫都未能解釋很多疾病的病因				**					*
不同意	6.2	10.1	3.9	9	6.3	5.2	1.3	0.9	5.7
一半一半	30.9	33.8	29	34.3	27	34.8	31.2	39.7	26.8
同意	62.9	56.1	67.1	56.7	66.8	60	67.5	59.5	67.5
(N)	(532)	(198)	(334)	(67)	(256)	(210)	(77)	(116)	(265)
許多西醫都沒法根治病人的病				**					**
不同意	12.3	19.1	8.1	9.1	11.3	14.4	2.6	5.2	14.3
一半一半	34.2	33.2	34.8	39.4	30.5	37.3	42.3	33.6	29.4
同意	53.5	47.7	57.1	51.5	58.2	48.3	55.1	61.2	56.2
(N)	(532)	(199)	(333)	(66)	(256)	(209)	(78)	(116)	(265)
對孩子更重要的特質				*			**		
獨立自主	56.4	62.8	52.6	74.6	52.7	54.8	53.8	45.7	58.7
敬老尊賢	43.6	37.2	47.4	25.4	47.3	45.2	46.2	54.3	41.3
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(210)	(78)	(116)	(264)
對孩子更重要的特質				**			***		***
聽命服從	15.2	21.6	11.4	7.5	9.8	24.4	28.6	17.4	9.5
自立自強	84.8	78.4	88.6	92.5	90.2	75.6	71.4	82.6	90.5
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(209)	(77)	(115)	(264)
對孩子更重要的特質				*			***		**
好奇探索	43.2	49.7	39.2	59.7	48	32.1	27.3	34.8	48.9

言行有禮	56.8	50.3	60.8	40.3	52	67.9	72.7	65.2	51.1
(N)	(532)	(199)	(334)	(67)	(256)	(209)	(77)	(115)	(264)
對孩子更重要的特質			*						*
體貼周到	26.6	21.1	30	34.3	27.7	22.9	35.9	17.4	28.8
行為穩重	73.4	78.9	70	65.7	72.3	77.1	64.1	82.6	71.2
(N)	(532)	(199)	(333)	(67)	(256)	(210)	(78)	(115)	(264)

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

6. 政策建議

根據我們的研究結果和合作夥伴的建議，我們提出以下政策建議，希望政府和業界一起推動中醫藥發展，讓更多市民可以享有優質的中醫藥服務。

6.1 老有所醫：優化長者醫療券計劃，鼓勵長者求診中醫

我們的電話調查研究發現，年齡較高（60歲或以上）的受訪者群組，比其他群組更傾向使用中醫。他們對目前健康的滿意度較其他群組低，故此對無論是中醫或西醫的醫療需求也會較大，他們也比其他群組較傾向自行購買西藥和中成藥服用。當問及人的身體有自我治療的能力時，高齡群組回答同意的比例也較低，可見他們也較為依賴外在的醫療專業服務。關於自己或家庭為他們購買的醫療保險的比例中，年齡較高的群組也比其它群組較低，可見他們的醫療負擔能力相對較低。雖然政府為長者提供醫療券，但仍有25.1%的高齡群組表示不知道醫療券可用於中醫服務。根據我們的中醫診所調查研究，高齡群組沒有使用醫療券的比例比有使用的略低，估計也和1/4長者不知道可以使用醫療券看中醫有關。中醫診所調查研究結果也發現，高齡群組看中醫的原因以治病為主，調理其次，治病的比例比其他群組高，他們看中醫的頻率也比其它群組更高。由此可見，高齡群組比其他群組對醫療有更高需求，但是他們的醫療保障仍然不足夠。

我們從統計處的數據進一步分析高齡群組的中醫使用需求。從統計處2000年到2019年的研究數據可以看到，65歲或以上群組的受訪者在統計前十四天內曾跟中醫求診的比例，從2000年的11.6%上升到2019年的27.9%，而55-64歲群組的受訪者的比例則從2000年的11.1%上升到2019年的19.7%，反觀其他群組都有不同程度的下降趨勢。統計處資料裏，中醫使用者的年齡中位數，從2000年的41歲上升到2019年的53歲。從這兩項資料可以發現，香港中醫使用者有著年齡增加的跡象。從正面來說，我們相信這是因為政府自從長者醫療券計劃推出以來，多次優化醫療券的政策，而且中醫業界參與

日增，鼓勵長者選擇中醫作為自己喜歡的治療方法；但從另外一方面來說，長者對中醫使用的要求日益增加，政府也應該進一步優化醫療券政策。

我們認為政府可透過以下三個方法來進一步優化醫療券：

1)降低醫療券申請年齡，從現有的65歲調低到60歲。政府曾於2017年7月1日起將醫療券計劃的合資格年齡由70歲降低至65歲，根據食物及衛生局（2019）的《長者醫療券計劃檢討報告》，合資格長者曾使用醫療券的比率從2017年的78%劇增到2018年的94%。我們從統計處數據可見2017年到2019年中醫求診的比例激增，跟中醫求診的使用者的年齡中位數也從2013年到2017年的49歲，增至2019年的53歲，故此可以推斷2017年調低申請年齡的優化政策有助促進高齡群組向中醫求診的意願。

2)根據年齡遞增或收入遞減來調整醫療券的資助金額。根據研究，市民的年齡越高對醫療服務的需求也越多，跟中醫求診的頻率也越高。我們的合作夥伴根據他們的臨床經驗也發現到這個情況，而且高齡使用者求診的病症也較嚴重，需要更多醫療開支。此外，也有受訪者反映應該根據資產水平來調整醫療券的金額，如向收入越少者適當增加金額。故此我們建議政府也可以根據長者年齡及資產水平來增加醫療券面額，較高年齡及資產較少的申請者可以申請更多資助，以滿足長者的醫療需求，保證他們的健康。

3)促進醫療券的宣傳。根據我們的調查，仍有1/4受訪的高齡群組受訪者不知醫療券可以用來看中醫，政府也可以再加強宣傳醫療券的應用，讓長者更瞭解自己擁有的醫療選擇。根據食衛局調查(2019)，從電視廣告得知計劃的比例從2010年的58%下降到2016年的42%，報章、雜誌和電台廣告的比例也都有所下降，反而從醫護人員、親友及長者中心的比例都有所增加。故此政府可在大眾媒體進一步推動對醫療券的宣傳，尤其是在中醫藥方面的使用。

6.2 更上層樓：成立中醫專業學院，設立中醫專業資歷架構

現時香港中醫未有統一的專業資歷架構，中醫師在本科畢業以後可以進一步進修深造文憑、碩士或博士。我們的中醫診所研究發現，中醫使用者對中醫師的學歷及專業資格有一定的要求。大部分中醫使用者都認為中醫設立專科會提升他們對中醫的信心，而且中醫師的學歷越高，例如擁有碩士或博士學歷，也會增加他們選擇中醫師的可能性，此外不少人把中醫師的學歷視為他們考慮選擇中醫師的重要因素，重要程度僅次於「中醫師診所和受訪者住所或工作地點的距離」這個因素。由此可見，市民非常重視他們求診的中醫師是否有進一步的專業培訓以提升專業服務水平。

目前香港中醫教育界提供不同的中醫學士後課程以讓中醫師提升專業知識及醫療服務水平，部分香港中醫師也會往內地深造，然而不同院校開展的課程有所不同，市民無法辨別中醫師所持有的學歷所代表的專業程度，業界一直有聲音應成立中醫專業或專科學院以評核中醫師的專業資格。香港西醫有著嚴謹的專業制度，由香港醫學專科學院來評核西醫醫生的醫學專業資格。關於中醫業界如何成立中醫專科或專業學院，業界有著不同的意見。前醫院管理局行政總裁黃譚智媛醫生提出，中醫專科培訓需構建香港中醫藥專科學院，「把這個醫院（中醫醫院）建設為一個高水平的專科學院。對於從事專科中醫服務的中醫師，應對他們進行高水平的專科培訓...應計劃有系統的專科分類、培訓要求、學習內容和考核機制等，向西醫的香港醫學專科學院（Hong Kong Academy of Medicine）借鑒。」（黃譚智媛，2019）中醫領袖李凱平博士則認為中醫和西醫有著本質上的差異，應該「設立『香港中醫專業學院』（Hong Kong Academy of Chinese Medicine），並仿照西醫，由政府免費撥地、撥出基金資助及進行相關立法工作。基於『中醫』與『西醫』兩門醫學本質上的差異，『香港中醫藥專業學院』，是以『中醫思維與理論』為核心，着重於『中醫理論』的掌握與發揮，乃至於在高度思維下整合中醫各門技術、各學科乃至於各範疇（醫、教、研、行政等），故以『專業』命名，而有別於西醫『醫學專科學院』的『專科』。」（李凱平，2019）

在成立中醫專業或專科學院以後，業界可透過該學院建立中醫專業資歷架構，制定中醫學士後進修及職業晉升階梯。中醫設立專科雖然是市民的期望，但是我們於2020年完成的香港中醫師調查發現，不同背景的中醫師對中醫專科的設立都存在意見分歧，有部分中醫師基於中西醫的差異，認為中醫不能參考西醫的專科發展模式，並擔憂中醫專科化和中醫整體觀有違背，也有部分中醫師認為專科化並無法提升中醫專業水準。二零一六年一月十四日的立法會關於註冊中醫的持續進修和中醫專業發展的文件（香港特別行政區立法會，2016a）也提及：「在香港設立中醫專科，除了可以考慮參考本港醫生專科發展的模式外，也須考慮中醫本身獨特的醫療理論及模式、中醫服務的人力和基本設施的實際情況、所需資源及市民的接受程度等因素，以作全面的討論。」中醫專科是中醫專業資歷架構制定的其中一個方向，市民更需要的是中醫師可以透過持續教育提升專業知識及醫療水平。故此我們認為政府可協助業界設立專業發展的對話平臺，讓業界探討基於中醫理論為原則下如何為中醫師構建專業資歷架構。這個對話平臺可以透過廣邀中醫師參與，透過討論不同的專業資格制定議題，釐清分歧，從而逐漸在一些議題上達成共識，再作為業界專業發展的方向。政府也可以透過這個計劃設立中醫師晉升階梯架構，制定相關的職稱及薪金水平，先在十八間中醫教研中心作為實踐，讓其他中醫服務機構作為參考。如此一方面可進一步促進中醫專業化，另一方面也可以更有助保障市民健康。

6.3 明醫識藥：推動中醫藥普及教育，促進中醫求診及保證市民用藥安全

我們的研究發現，市民對中醫藥知識的認識仍不足夠，有機會影響他們的健康及使用中醫的意願。然而不少受訪者都表示有興趣進一步認識中醫藥知識，故此我們認為應該着手積極推動中醫藥普及教育。

根據研究，在自我評估的層面上，研究發現大部分受訪者認為自己對中醫藥知識有認識，亦對中醫藥制度有一定了解，但在問及實際有關中醫藥知識的問題時則有所偏差：有一半受訪者認為安宮牛黃丸不適合用作日常保健，其他則是回答不知道或答錯。中醫藥業界有聲音認為，目前中成藥及中藥保健食品監管存在漏洞，市民對中醫藥的認知不足可能導致相關產品的誤用，進而影響自身健康。申訴專員公署於2018年發布的調查報告指出，「中藥保健食品市場泛濫，對市民健康構成威脅」，建議衛生署不止要加強監管，亦應該積極推動宣傳及公眾教育。

此外，市民對中醫藥知識了解的不足，也會影響他們對中醫的使用。研究發現，香港市民對中醫治療一般疾病有一定信心。不過，在處理嚴重疾病方面，認為西醫比較有效的比例遠高於中醫。業界的看法則有所不同。我們於2020年中的中醫師調查研究結果顯示，有近六成受訪中醫師認為中醫和西醫同樣擅長治療急性病。業界和市民對中醫治療範圍的認知有落差，故此政府應在網絡平台提供更多資訊，增加市民對中醫治療不同疾病的知識。

雖然目前衛生署網站有提供中醫資訊，但中西醫內容比例明顯失衡。以中風為例，預防或治療中風是中醫擅長的範疇，醫院管理局的中西醫協作先導計劃也把中風列為治療病種之一，然而一般人在衛生署或醫管局的網站裏難以找到關於中醫如何治療中風的資訊，反而西醫治療的資訊卻非常豐富。根據《基本法》，中西醫在香港理應擁有同等法定地位，但在政府網站上的中西醫資訊比例，可見政府在教育資源分配的差異。

中醫藥教育應該普及到不同地區的市民生活裏。中醫藥文化本來就已融合香港市民的日常生活，他們對中醫藥的認知主要來自親戚朋友，只有極少數是來自醫療專業，尤其是政府資助的醫療場所。可見在政府醫療機構提供予市民的中醫藥資訊嚴重不足。親戚朋友可以增加市民了解中醫藥知識的意願，但透過這些途徑獲得的中醫藥知識未必全然正確。

我們的研究發現大部分受訪者有興趣認識中醫藥知識。掌握正確的醫療知識仍需中醫專業人員的指導，故此政府應該和業界合作，結合民間生活智慧，進行中醫藥普及教育，才能更有效促進市民健康。研究發現大部分受訪者認為「政府應該在大眾媒體推廣中醫藥知識，以增加市民大眾對中醫藥的認知」，也有近六成受訪者認為「政府應該在中小學課程中加入中醫藥內容」。儘管中醫藥發展基金支持業界申請資金進行中醫藥教育，政府仍然應主動帶領承擔更多推動工作。

政府可從3個層面入手，進行中醫藥普及教育：

1) 透過政府場所或公營機構，如各區民政事務處、衛生署及醫院管理局的醫院或診所，以提供單張、短片或講座，進行中醫藥普及教育。

2) 更積極在大眾媒體上推廣中醫藥知識，如同政府推廣醫療券一般，以廣告形式在互聯網、電視、報章雜誌介紹中醫藥知識或服務。由於大眾媒體是市民認識中醫藥的第二個重要途徑，政府透過此途徑推廣中醫藥知識，應可獲得不錯的效果。

3) 在中小學課程裏加入適當的中醫藥健康知識，除了讓學生從小認識傳統中華醫學文化，也可促進他們和家中長輩的代際溝通。原因是長者除了較年輕群組更多看中醫外，他們也經常把中醫藥知識應用在日常生活，如調整起居作息或飲食習慣。

6.4 納入公營：持續優化教研中心，公營醫院診所提供中醫服務

儘管近年來政府對中醫發展越來越支持，但是目前政府尚未把中醫完全納入公營醫療服務裏，對許多市民和業界而言，公營中醫服務仍是有所欠缺，政府對中醫發展的支持也仍不足夠。根據我們關於中醫師的調查研究結果（趙 2020）顯示，絕大部分受訪中醫師認同公立醫院或診所應該提供中醫服務，而且提供中醫服務也有助紓緩公營醫療系統的壓力。我們關於香港市民的調查結果也顯示，大部分受訪者認為政府應該在公立醫院或診所加入中醫門診服務，許多受訪者也表示如果政府公立醫院或診所提供中醫服務，他們會更多去看中醫。我們的中醫診所使用者研究結果也顯示，大部分受訪者認為目前政府投放在中醫發展的資源並不足夠。此外，中醫診所的受訪者也對中醫預防及治療新冠病毒病充滿信心，在預防方面的比例比西醫略高，在治療方面則比西醫略低。大部分受訪者也認為公立醫院應該為新型冠狀病毒病患者提供中醫治療的選擇。

雖然政府和大學及非政府組織合作設立18間中醫診所暨教研中心，為市民提供中醫服務及為中醫畢業生提供在職培訓，然而業界有聲音認為政府應該直接管理這18間三方合作診所，為市民提供更好的中醫服務。業界領袖李凱平博士曾於2017年撰文寫道：「透過公營醫療體系的管理與資助，更好地規範目前的公營中醫診所，令其更專注於中醫專業，而不是以『商業運作』為原則，並有效地解決當前這些診所出現的問題，以提高其醫、教、研三方面的質量與效率。」（李凱平，2017）香港中文大學中醫學院陳皓天等則認為：「政府應取消現時十八區教研中心的三方合作制度，轉為隸屬於中醫藥管理局；亦應將其常規撥款增至開支約九成（包括行政、研究、治療及聘請醫護人員的資助額），紓緩醫、教、研的沉重壓力，為市民提供便宜的醫療選項。由此，政府便可統一管理中醫人力架構，以幫助基層市民及提升診症、教學及研究質

素。日後亦可根據教研中心的經驗逐漸建立完善公營中醫診所網絡，加強社區中醫服務。」（陳皓天、周艷秀、梁焯琦、謝智勇、王淑芬，2019）

此外，中醫診所暨教研中心的中醫師薪酬問題也長期受到業界批評。香港大學中醫全科學士（全日制）校友會曾在2014年立法會會議上表示：「現時中醫師的薪酬待遇在公營醫療系統中的醫療人員中是最低的，第三年工作的進修中醫師連初入職的護士薪酬也不及，薪酬待遇低的結果是人才不斷流失，現時經過三年培訓以後的中醫師，甚至是曾往國內作專科培訓的中醫師於合約結束後都未必選擇繼續在公營中醫診所留任，一般都選擇往私營市場繼續執業，原因是薪酬待遇并未能根據年資及表現而提升，如果中醫院所提供的薪酬待遇未能改善，未必能吸引人才。」（香港特別行政區立法會，2014）根據2020年的衛生事務委員會中醫藥發展事宜小組委員會報告，委員關注：「與在醫管局工作的醫生不同，在教研中心工作の中醫師並無劃一的薪級表，他們的聘用條款及薪酬待遇是由營辦所屬中醫診所的非政府機構釐訂。委員察悉，在2019-2020財政年度，在中醫診所工作而擁有超過3年臨牀執業經驗的中醫師的月薪不低於35,000元，而擁有不多於3年臨牀執業經驗的進修中醫師的薪酬則不少於22,000元。進修中醫師的薪酬與醫管局駐院受訓醫生的入職薪酬相差逾3倍。」（香港特別行政區立法會，2020）

我們認為政府可從以下三個方法對中醫診所暨教研中心的營運模式及現有中醫治療新冠病毒病的資助服務進行優化，從而逐步完全把中醫納入公營醫療服務：

1) 增加對病人的資助：目前政府為中醫診所暨教研中心的病人提供資助中醫服務，根據2020年（香港特別行政區政府）資料，政府在18間地區中醫診所每年提供約62萬政府資助門診配額，服務涵蓋中醫內科、針灸及骨傷推拿服務。該類服務每次收費120元，內科收費包括不多於五劑中藥。我們認為政府應該逐步增加中醫服務的資助，以衛生署及醫院管理局轄下的普通科門診的每次診症50元作為參考，調低中醫門診的費用。

2) 中醫診所暨教研中心的中醫師的薪酬由非政府機構釐定，而薪酬一直被業界批評為過低，影響中醫服務。2017年的施政報告提出：「為吸引優秀人才加入中醫藥界發展，政府亦會檢視18區中醫教研中心各級僱員的薪酬待遇和晉升機會。」（香港特別行政區政府，2017）如果政府可以參考醫管局醫生及護士的薪酬，為中醫診所暨教研中心的中醫師制定薪酬架構，相信能把優秀的中醫師留在診所為病人提供優質的資助中醫服務。

3) 此外，政府也應該進一步加強公營醫療裏中醫治療新冠病毒病的服務。過去一年來，我們看到政府逐步加強中醫治療相關疾病的服務，從一開始由中醫診所暨教研中心提供康復服務，到後來在亞博臨時醫院加入中醫服務。業界對此表示支持之餘，

也希望可以讓中醫進一步參與疫情控制。我們認為政府可考慮加強現有的中西醫協作服務，納入嚴重傳染病作為主要的治療方向之一，邀請三所大學中醫學院的學者、中醫診所暨教研中心的中醫師及私營中醫界別的專家，一起為公立醫院裏的新冠患者提供中醫服務，一方面是滿足中醫使用者的需求，另一方面也是配合國家鼓勵以中醫中藥控制疫情的政策，也可為日後中醫醫院的營運及長遠中醫納入公營醫療系統提前作準備。

4) 香港中醫業界一直呼籲政府參考國家中醫藥管理局的設立經驗及職能，在香港成立一個中醫藥管理局，統籌香港的中醫藥政策制定、醫療服務管理、監督、發展、人才培訓、推廣等工作。長遠而言，我們認為這是香港中醫發展的一個重要方向，可以作為全面推動「香港中醫納入公營醫療體系」的基礎。研究發現大部分中醫使用者都認為政府投放在中醫藥發展的資源不足，我們相信中醫藥管理局的成立可以幫助協調中醫藥發展資源的投放和運用。政府近年在食物及衛生局體制內設立中醫藥處，負責監督中醫藥業整體發展，是中醫發展的一個良好方向。然而除了中醫藥處，現時香港仍有四個關於中醫藥的服務提供、管理及發展事宜的組織，包括中醫藥管理委員會、中醫中藥發展委員會、醫院管理局中醫部、衛生署下的中醫藥規管辦公室及食物及衛生局下的中醫藥處，或有疊床架屋的情況。政府可考慮強化中醫藥處，進一步整合不同的中醫藥部門的中醫藥資源，長遠成立中醫藥管理局。

6.5 輕重兼備：中醫醫院涵蓋不同病種，提供多元醫療服務

中醫醫院將於2025年第二季啟用，政府目前正和營運機構積極籌備中醫醫院的興建。由於中醫醫院是香港中醫發展的重要標誌，故此我們也訪問中醫使用者對中醫醫院的意見。大部分的診所受訪者表示，中醫醫院的服務應該涵蓋嚴重疾病（如肝炎、胃潰瘍，或者心臟毛病等）及一般疾病（如頭痛、經常失眠，或者感冒等），顯示他們對中醫醫院提供的服務範疇有一定的要求。在一般疾病方面，受訪者認為中醫比西醫更擅長治療鼻敏感、濕疹、關節痛症、失眠、亞健康狀況。在慢性病方面，西醫治療需要長期用藥，大部分受訪者認為中醫藥介入可以幫助減藥或解決長期用藥的問題，在嚴重病方面，大部分受訪者認為中醫介入也可以減少病人疼痛，改善生活質素或延長壽命。此外，許多受訪者也希望中醫醫院提供以下服務：門診服務、住院服務、治未病或預防保健、復康療養及善終紓緩服務。

根據上述研究結果，我們認為中醫醫院應該具備治療不同病種的能力，根據病人需求發展全方位的治療服務。除了上述的病種，醫院也可考慮發展一些中醫擅長治療，但現時仍未普及的服務類型，例如情志病為中醫擅長的病種，在西醫系統裏為情緒病，是香港常見的病種。近年有不少研究（食物及衛生局2017，政府統計處2021，香港心理衛生會2021）都指出香港人在經歷社會矛盾及疫情下，患情緒病的患者比例

都有增加。現時中醫診所暨教研中心都有各自擅長的病種治療經驗，政府可以整合兩者的經驗，為中醫醫院發展多元化病種治療服務作為基礎。

7 總結

從電話調查結果可見，香港西醫比中醫有更高的求診比例，受訪市民患病時會傾向選擇西醫，受訪者不傾向看中醫的主要原因是認為中醫治病復元速度較慢。在處理嚴重病方面，大部分受訪者認為西醫比較有效。在一般病方面，認為西醫有效的和中西醫相若的比例相近，可見中醫在治療一般病方面取得受訪者的信任。受訪者普遍認為西醫副作用較大，而在較有信心、較能幫助瞭解自身病情和價錢較貴的問題上，認為中西醫相若的和西醫較優的比例相差不大。在對病人身體以外因素有更多關顧方面，則認為中西醫相若和中醫較優的比例相近。

中醫西醫、中醫全科、針灸及跌打的使用者對該類療法的有效程度的評價相若。與整體受訪者相比，女性及年紀較高的受訪者較傾向看中醫。受訪者擁有家庭醫療保險的比例比公司保險略高，然而擁有這兩類保險的受訪者回應其保險涵蓋中醫服務的比例不足一半。受訪者自購西藥的比例也遠高於自購中藥，越年輕的群組較其他群組傾向會自購西藥，反之，越年長的則較傾向自購中藥。受訪者應用中醫藥食療的比例非常高，遠高於一般保健品。

受訪市民普遍希望公營醫療可以提供中醫服務，此舉會增加他們跟中醫求診的可能。受訪市民自評對中醫藥知識有一定認識，也有興趣進一步認識，然而他們實際的認識和他們的自評有差距。他們對中醫的認知主要來自親友，其次是社交媒體，少數來自私家診所及醫院，政府診所及醫院則更少。

從中醫診所調查結果可見，中醫診所使用者跟中醫求診的目的，在治病和調理身體的比例各約一半，可見除了治療疾病，中醫預防或調理在使用者心中也很重要。儘管中西醫並用在中醫使用者裏非常普遍，但是他們對中醫療效的滿意程度和使用頻率遠比西醫高。他們對中醫也有頗強的認同，除了自己求診，也會推薦親友使用；來自親友的中醫藥資訊也是最影響受訪者的因素，由此可見熟悉的社交網絡對中醫使用者選擇中醫非常重要。同時會看西醫的受訪者中，「兩者並重」、「中醫為主，西醫為輔」和「西醫為主，中醫為輔」各約三成。他們同時看西醫的原因，最主要是單靠西醫無法使他們痊癒。受訪者較傾向跟中醫師交代他們使用西醫藥的情況，甚於跟西醫醫生交代他們使用中醫藥的情況。根據受訪者反映，雖然大部份西醫並不會抗拒病人使用中醫中藥，然而和中醫師相比，在面對病人同時求診另一種醫療的反應上，中醫則較西醫正面及包容。純中醫使用者不看西醫的原因，最多是西藥比較多副作用，少數是因為西醫沒辦法使他們痊癒；他們較傾向因為擔心西藥對身體造成的影響，而非西醫療效不佳或不友善而選擇不看西醫。

研究也發現，中醫使用者在感覺不適時，最大比例會先嘗試使用非藥物方式，例如多休息、多喝水或自己按摩的方法處理；其次是服用中成藥、立即求醫或服用西藥。在中成藥及保健品的消費方面，每年花費超過一千元的受訪者比例分別是28.6%及25.5%，花費\$0-\$50的分各佔22.2%及27.7%。可見中醫使用者在中成藥以及保健產品上的消費模式相若，但較傾向花費於中成藥甚於保健產品。關於受訪者對現時求診時所用的中藥種類，79.3%反映中醫診所通常處方顆粒中藥，可見顆粒中藥在現時診所使用的中藥種類佔很大的比例，然而只有53.5%受訪者表示比較希望使用顆粒中藥，可見受訪者對處方中藥的偏好和他們常用的處方中藥種類有一定程度的落差。療效方面，大部份受訪者認為中藥材煎煮的療效較好（48.9%），認為顆粒中藥療效較好的只有13.6%，可見即使中醫使用者較多使用顆粒中藥，但卻普遍認為顆粒中藥的療效不如煎煮中藥材好。

受訪者選擇中醫師最重要的因素方面，根據比例多寡依次是1. 中醫師的診所和住所或工作地點的距離，2. 中醫師學歷，3. 中醫師性別，4. 中醫師畢業地區，5. 中醫師年齡。受訪者較傾向選擇往住所附近的中醫診所求診，而交通時間是他們決定是否求診的重要考慮因素。大部分受訪者擁有固定求診的中醫師，而有固定求診中醫師的受訪者裏，如果中醫師或自己搬遷而導致距離變遠，大部分受訪者仍願意跨區向原本的中醫師求診。對中醫診所的輪候時間及診療時間，大部份受訪者都認為適中。在診金方面，最多受訪者（25%）表示每次治療診金為\$301-\$500的，其次為24.9%的\$101-\$300，遠高於現時三方協作中醫診所暨教研中心的收費。在藥費方面，大部份受訪者現時所使用中醫服務平均單日藥費為\$51-\$100，佔44.3%；其次為26.3%的\$101-\$300。另外在醫療券方面，合資格但沒有使用的比例仍然較高，佔多於一半，為67.1%；有使用的只有32.9%。由此可見，受訪者對醫療券的使用率仍然偏低。

受訪者認為中醫中藥及西醫西藥預防及治療新型冠狀病毒病的效果相若，但較傾向認為中醫中藥更有效於預防，而西醫西藥更有效於治療。此外絕大部分受訪者也對中醫介入長期病及危重病的治疗有信心。在公營醫療方面，大部分受訪者認為政府對中醫發展資源投放不足；他們大多數也認為公立醫院應該為新型冠狀病毒病患者提供中醫治療的選擇。此外，大部分受訪者也認為中醫醫院的服務應該涵蓋嚴重疾病及一般疾病。

政府可以從五個層面支持中醫藥進一步發展，包括：

1. 優化長者醫療券計劃，增加長者醫療選擇；政府可透過以下三個方法來進一步優化醫療券：一是降低醫療券申請年齡，從現有的65歲調低到60歲，為更多長者提供醫療選擇。二是根據年齡遞增或收入遞減來調整醫療券的資助金額。三是促進醫療券的宣傳。

2. 成立中醫專業學院，設立中醫專業資格架構；由於中醫使用者對中醫專業資格有一定要求，政府可協助業界成立中醫專業學院，業界可透過該學院建立中醫專業資格架構，制定中醫學士後進修及職業晉升階梯。由於業界對中醫專科分科有爭議，政府可協助業界設立專業發展的對話平臺，讓業界探討基於中醫理論為原則下如何為中醫師構建專業資格的架構。政府也可以透過這個計劃設立中醫師晉升階梯架構，制定相關的職稱及薪金水平，先在十八間中醫教研中心作為實踐，讓其他中醫服務機構作為參考。

3. 推動中醫藥普及教育，促進中醫求診及保證市民用藥安全。政府可從三個層面入手，進行中醫藥普及教育：一是透過政府場所或公營機構，如各區民政事務處、衛生署及醫院管理局的醫院或診所，以提供單張、短片或講座，進行中醫藥普及教育。二是更積極在大眾媒體上推廣中醫藥知識，如同政府推廣醫療券一般，以廣告形式在互聯網、電視、報章雜誌介紹中醫藥知識或服務。三是在中小學課程裏加入適當的中醫藥健康知識，除了讓學生從小認識傳統中華醫學文化，也可促進他們和家中長輩的代際溝通。

4. 持續優化教研中心，進而在公營醫院診所提供中醫服務；政府可從以下三個方法優化現有服務，從而逐步完全把中醫納入公營醫療服務：一是增加對病人的資助，逐步增加中醫服務的資助，以衛生署及醫院管理局轄下的普通科門診的每次診症50元作為參考，調低中醫門診的費用。二是參考醫管局醫生及護士的薪酬，為中醫診所暨教研中心的中醫師制定薪酬架構，相信能把優秀的中醫師留在診所為病人提供優質的資助中醫服務。三是加強現有的中西醫協作服務，納入嚴重傳染病作為主要的治療方向之一，邀請三所大學中醫學院的學者、中醫診所暨教研中心的中醫師及私營中醫界別的專家，一起為公立醫院裏的新冠患者提供中醫服務。

5. 中醫醫院涵蓋不同病種，提供多元醫療服務；中醫醫院應該具備治療不同病種的能力，根據病人需求發展全方位的治療服務。除了上述的病種，醫院也可考慮發展一些中醫擅長治療但現時仍未普及的服務類型。舉例如情志病為中醫擅長的病種，在西醫系統裏為情緒病，是香港常見的病種。現時中醫診所暨教研中心都有各自擅長的病種治療的經驗，政府可以整合中醫診所暨教研中心的經驗，為中醫醫院發展不多元化病種治療服務作為基礎。

參考資料

- Anyinam C. 1990. "Alternative medicine in western industrialised countries: and agenda for medical geography." *Can Geographer*, 34, 69-76.
- Bakx K. 1999. The 'eclipse' of folk medicine in Western society. *Sociology of Health and Illness*, 13:20-38.
- Balneaves L.G., Kristjanson L.J. & Tataryn D. 1999. "Beyond convention: describing complementary therapy use by women living with breast cancer." *Patient Education and Counselling*, 38, 143 - 153.
- Bishop, F. L., & Lewith, G. T. 2010. "Who uses CAM? A narrative review of demographic characteristics and health factors associated with CAM use." *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 7(1), 11-28.
- Boudioni, M., McPherson, K., Moynihan, C., Melia, J., Boulton, M., Leydon, G., & Mossman, J. 2001. "Do men with prostate or colorectal cancer seek different information and support from women with cancer?" *British Journal of Cancer*, 85(5), 641-648.
- Cai, Q., Wu, L., & Zhou, Y. 2020. "Experiences With Traditional Chinese Medicine Among Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Qualitative Study." *Gastroenterology Nursing*, 43 (2), 135-145.
- Canales M.K. & Geller B.M. 2003. "Surviving breast cancer: the role of complementary therapies." *Family and Community Health*, 26, 11 - 24.
- Chan, M. F., Mok, E., Wong, Y. S., Tong, T. F., Day, M. C., Tang, C. K. Y., & Wong, D. H. C. 2003. "Attitudes of Hong Kong Chinese to traditional Chinese medicine and Western medicine: survey and cluster analysis." *Complementary therapies in medicine*, 11(2), 103-109.
- Cheung, Y. W., Chiu, S. W. K., and Lee, R. P. L. 2005. "Health: perceptions and practices." Pp. 57-97 in S. K. Lau, M. K. Lee, P. S. Wan, & S. L. Wong (eds.), *Indicators of social development: Hong Kong 2004*. Hong Kong: Hong Kong Institute of Asia-Pacific Studies.
- Chung V., S. Hillier, C.H. Lau, S.Y. Wong, E.K. Yeoh, S.M. Griffiths. 2011. "Referral to and attitude towards traditional Chinese medicine amongst western medical doctors in postcolonial Hong Kong." *Social Science & Medicine* 72 (2): 247-255.

- Coward R. 1989. *The whole truth: the myth of alternative medicine*. London: Faber and Faber.
- Easthope, G. 1993. "The response of orthodox medicine to the challenge of alternative medicine in Australia." *The Australian and New Zealand journal of sociology*, 29(3), 289-301.
- Easthope G.1988. "alternative medicine." Pp. 281-301 in: Germov J (ed.) *Second opinion*. Melbourne: Oxford University press.
- Evans, M., Shaw, A. R. G., Sharp, D. J., Thompson, E. A., Falk, S., Turton, P., & Thompson, T. 2007. "Men with cancer: is their use of complementary and alternative medicine a response to needs unmet by conventional care?" *European Journal of Cancer Care*, 16(6), 517-525.
- Furnham A, Kirkcaldy B. The health beliefs and behaviours of orthodox and complementary medicine clients. *Br J Clin Psychol* 1996; 35: 49 – 61.
- Hetherington, M., & Weiler, J. 2018. *Prius or pickup?: How the answers to four simple questions explain America's great divide*. Houghton: Mifflin.
- Huang, C. W., Hwang, I. H., Lee, Y. S., Hwang, S. J., Ko, S. G., Chen, F. P., & Jang, B. H. 2018. "Utilization patterns of traditional medicine in Taiwan and South Korea by using national health insurance data in 2011." *PLoS One*, 13(12), e0208569.
- Ingliss B & West R. 1983. *The Alternative Health Guide*. London: Michael Joseph.
- Kurz P. The growth of anti-science. *Sceptical Inquirer* 1994; 18: 225-263.
- Lee, R. P. L., and Cheung, Y. W. 1995. "Health and health care." Pp. 59-112 in S. K. Lau, M. K. Lee, P. S. Wan, & S. L. Wong (eds.), *Indicators of social development: Hong Kong 1993*. Hong Kong: Hong Kong Institute of Asia-Pacific Studies.
- Riessman E Alternative health movements. *Social Policy* 1994; 24(3): 53-57.
- Sharma U. 1996. "Using complementary therapies: a challenge to orthodox medicine?" Pp. 230-225 in Abbot P, Payne G (eds) *Modern medicine: lay perspectives and experiences*. London: The Falmer Press.
- Siahpush, M. 1999. "Why do people favour alternative medicine? Australian and New Zealand." *Journal of Public Health*, 23(3), 266 – 271.
- Sugimoto A, Furnham A. The health beliefs experiences and personality of Japanese patients

seeking orthodox vs complementary medicine. *Complement Ther Med* 1999; 7: 175 – 182.

Taylor, R. C. 1984. “Alternative medicine and the medical encounter in Britain and the United States.” *Alternative medicines: Popular and policy perspectives*, 191-228.

World Health Organization. 2000. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. Geneva: World Health Organization.

《HK01》。2018。「中藥有學位課程香港卻無『中藥師』」。8月23日。<https://www.hk01.com/周報/193902/中藥有學位課程-香港卻無-中藥師>

林志秀。2017。「中醫院能治哪些病？」明報，3月27日。檢自：<http://www.scm.cuhk.edu.hk/en-gb/articles-redirect/238-ming-pao/606-2017-03-27-2>

林志秀。2021。「推廣認知中醫優勢病種」中醫藥新天地，7月13日。檢自：https://mc.mia.org/new_era/120713.pdf

世界衛生組織。2019。「國際疾病分類第十一次修訂本對傳統醫學疾病（TM1）」。
檢自：<https://icd.who.int/zh>

香港特別行政區政府。2001。「新聞公報:立法會十七題:中醫診治服務廣告的規管。」1月10日。檢自：<https://www.info.gov.hk/gia/general/200101/10/0110200.htm>

香港特別行政區政府。2018。「行政長官施政報告。」檢自：<https://www.policyaddress.gov.hk/2018/chi/policy.html>

香港特別行政區政府。2019。「新聞公報：立法會十題：中藥師及中藥從業員認證制度」。2月20日。檢自：<https://www.info.gov.hk/gia/general/201902/20/P2019022000412.htm>

香港特別行政區政府。2020。立法會十七題：中醫服務。檢自：<https://www.info.gov.hk/gia/general/202012/02/P2020120200343.htm>

香港特別行政區政府。2021a。「新聞公報：亞博館治療設施提供中醫診療服務。」1月25日。檢自：
https://www.news.gov.hk/chi/2021/01/20210125/20210125_173657_966.html

香港特別行政區政府。2021b。「新聞公報：2019冠狀病毒病疫苗接種計劃預約接種數字。」2月23日。檢自：

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202102/23/P2021022300534.htm>

香港特別行政區政府。2021c。「新聞公報：中醫藥進一步參與抗疫治療（附圖）。」2月11日。檢自：

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202102/11/P2021021100499.htm>

香港特別行政區政府。2021d。「新聞公報：醫管局推出預約中醫門診服務流動應用程式。」6月28日。檢自：<https://www.info.gov.hk/gia/general/202106/28/P2021062800733.htm>

香港特別行政區立法會。2014。立法會CB(2)1501/13-14(12)號文件。檢自：<https://www.legco.gov.hk/yr13-14/chinese/panels/hs/papers/hs0519cb2-1501-12-c.pdf>

香港特別行政區立法會。2016。註冊中醫的持續進修和中醫專業發展。檢自：

https://www.legco.gov.hk/yr15-16/chinese/panels/hs/hs_dcm/papers/hs_dcm20160114cb2-628-1-c.pdf

香港特別行政區立法會。2020。中醫藥發展事宜小組委員會報告。檢自：https://www.legco.gov.hk/yr19-20/chinese/panels/hs/hs_dcm/reports/hs_dcmcb2-1377-1-c.pdf

香港申訴專員公署。2018。「主動調查報告：政府對未註冊中成藥產品的規管。」

檢自：http://ofomb.ombudsman.hk/abc/files/2018_12_FR_3.pdf

香港中西醫結合醫學會。2017。「中西醫醫學平台及中西醫協作路向調查 (IJOP)。」

檢自：https://www.ijopmed.org/uploads/1/2/5/1/125113427/ijop_booklet_small_kb_compressed.pdf

香港心理衛生會。2021。全港抑鬱指數調查2020 新聞發佈會。檢自：

<https://www.mhahk.org.hk/index.php/20210121depressionsscreening/>

醫院管理局。2020。「醫院管理局條例(第113章)收費表修訂公眾收費 - 符合資格人士。」檢自：https://www.ha.org.hk/haho/ho/cs/238766_tc.pdf

李沛良。1982。「社會科學與本土概念：以醫緣為例」，載楊國樞、文崇一編，《社會及行為科學研究的中國化》。臺北：中央研究院民族學研究所，專刊乙種第十號。

李凱平。2017。「公營中醫診所納公營體系踏出中醫公營化的第一步。」明報，3月7日。檢自：[https://news.mingpao.com/ins/文摘/article/20170307/s00022/1488858580454/公營中醫診所納公營體系-踏出中醫公營化的第一步\(文-李凱平\)](https://news.mingpao.com/ins/文摘/article/20170307/s00022/1488858580454/公營中醫診所納公營體系-踏出中醫公營化的第一步(文-李凱平))

李凱平。2019。「香港中醫人才培訓計劃及資歷架構重建。」香港中醫雜誌14(3)。

社會福利署。2021。「非政府機構一般職位之薪級 以二零二一年四月一日之薪級表計算。」檢自：https://www.swd.gov.hk/storage/asset/section/728/en/Salary_Scales_of_Common_Posts_w.e.f._01.04.2021.pdf

張保亭。2017。「安宮牛黃丸是萬靈藥嗎？」晴報，5月25日。檢自：<https://skypost.ulifestyle.com.hk/article/1820532/安宮牛黃丸是萬靈藥嗎？>

陳皓天、周艷秀、梁煒琦、謝智勇、王淑芬。2019。「紓緩公營醫療壓力。」信報，3月15日。檢自：<https://www1.hkej.com/dailynews/culture/article/2081735/紓緩公營醫療壓力>

黃譚智媛。2019。「香港成立中醫院的前瞻。」灼見名家，1月10日。檢自：<https://www.master-insight.com/香港成立中醫院的前瞻/>

趙永佳。2020。《專業化的長征：香港中醫師對專業發展的態度研究報告》。檢自：[https://www.pico.gov.hk/doc/tc/research_report\(PDF\)/2019.A5.052.19A_Final%20Report_Prof%20Chiu.pdf](https://www.pico.gov.hk/doc/tc/research_report(PDF)/2019.A5.052.19A_Final%20Report_Prof%20Chiu.pdf)

趙永佳、施德安。2017。《香港人求診中醫的變化》。香港：香港中文大學香港亞太研究所。

中華人民共和國教育部。2020。《普通高中課程方案和語文等學科課程標準（2017年版2020年修訂）》。檢自：http://www.moe.gov.cn/srcsite/A26/s8001/202006/t20200603_462199.html

中華人民共和國教育部。2020。《關於政協十三屆全國委員會第三次會議第3418號（教育類358號）提案答復的函》。檢自：http://www.moe.gov.cn/jyb_xxgk/xxgk_jyta/jyta_gaojiaosi/202101/t20210125_511017.html

衛生署，2017。「有關中醫師的醫療衛生服務人力統計調查。」檢自：https://www.dh.gov.hk/tc_chi/statistics/statistics_hms/files/sumcmp17c.pdf

衛生署中醫藥事務部。2007。「邁進新紀元的香港中醫藥。」檢自：[http://www.cmd.gov.hk/html/b5/health_info/doc/A_New_Era_of_Chinese_Medicine_in_Hong_Kong_\(2007\).pdf](http://www.cmd.gov.hk/html/b5/health_info/doc/A_New_Era_of_Chinese_Medicine_in_Hong_Kong_(2007).pdf)

食物及衛生局。2017。精神健康檢討報告。檢自：a

https://www.fhb.gov.hk/download/press_and_publications/otherinfo/180500_mhr/c_mhr_full_report.pdf

政府統計處。2021。從綜合住戶統計調查搜集所得的社會資料：專題報告書 - 第63號報告書。檢自：https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat_report/product/C0000055/att/B11301632021XXXXB0100.pdf

政府統計處。歷年。「主題性住戶統計調查報告書。」香港政府統計處。

附錄

表 1. 女性生殖系統病類受訪者基本資料 (N=10)

受訪者	性別	年齡	家庭月入	職業狀態	教育水平	病症	同時使用中西醫
1	女	41 - 50歲	五萬至十萬以下	在職	高中（中四至中七／工業學院）	內分泌	否
2	女	41 - 50歲	一萬至三萬以下	在職	高中（中四至中七／工業學院）	調理身體	否
3	女	41 - 50歲	十萬或以上	在職	研究院或以上（碩士/博士）	調理身體	是
4	女	31 - 40歲	一萬至三萬以下	在職	研究院或以上（碩士/博士）	月經不調	是
5	女	31 - 40歲	五萬至十萬以下	在職	大學學位	婦科	是
6	女	18 - 30歲	一萬至三萬以下	在職	大學學位	經血過多	是
7	女	41 - 50歲	五萬至十萬以下	在職	大專非學位（包括副學士等）	調經	是
8	女	41 - 50歲	十萬或以上	在職	研究院或以上（碩士/博士）	婦科	是
9	女	18 - 30歲	三萬至五萬以下	在職	大學學位	經痛	是
10	女	41 - 50歲	一萬至三萬以下	在職	大學學位	月經失調	是

表 2. 皮膚粘膜系統病類受訪者基本資料 (N=10)

受訪者	性別	年齡	家庭月入	職業狀態	教育水平	病症	同時使用中西醫
1	女	41 - 50 歲	不定/不知道	在職	研究院或以上 (碩士/博士)	免疫 - 濕疹重重、睡眠	是
2	女	31 - 40 歲	五萬至十萬以下	在職	大學學位	濕疹	否
3	女	18 - 30 歲	一萬至三萬以下	非在職：學生	研究院或以上 (碩士/博士)	濕疹	否
4	女	31 - 40 歲	十萬或以上	在職	大學學位	燥熱、濕疹	否
5	女	41 - 50 歲	三萬至五萬以下	在職	大學學位	紅皮症	否
6	女	31 - 40 歲	五萬至十萬以下	在職	研究院或以上 (碩士/博士)	皮膚疹	否
7	女	18 - 30 歲	三萬至五萬以下	在職	大專非學位 (包括副學士)	皮膚	否
8	男	31 - 40 歲	一萬至三萬以下	在職	研究院或以上 (碩士/博士)	風癩	是
9	女	18 - 30 歲	十萬或以上	在職	研究院或以上 (碩士/博士)	敏感皮膚	否
10	女	61 - 70 歲	一萬至三萬以下	非在職：退休	高中 (中四至中七 / 工業學院)	皮膚病	是

表 3. 骨、關節和肌肉系統病類受訪者基本資料 (N=10)

受訪者	性別	年齡	家庭月入	職業狀態	教育水平	病症	同時使用中西醫
1	女	31 - 40 歲	十萬或以上	在職	大學學位	免疫系統問題	是
2	女	51 - 60 歲	一萬至三萬以下	在職	高中 (中四至中七 / 工業學院)	骨痛	是
3	女	41 - 50 歲	不定 / 不知道	在職	研究院或以上 (碩士 / 博士)	腰痛	否
4	女	61 - 70 歲	一萬以下	在職	高中 (中四至中七 / 工業學院)	足跟筋膜炎	否
5	女	61 - 70 歲	不定 / 不知道	非在職 : 退休	初中 (中一至中三)	腰痛	是
6	女	18 - 30 歲	三萬至五萬以下	在職	高中 (中四至中七 / 工業學院)	傷筋病	否
7	女	41 - 50 歲	十萬或以上	在職	高中 (中四至中七 / 工業學院)	經期差不多三個月沒有、腰頸背痛	否
8	女	31 - 40 歲	三萬至五萬以下	在職	大學學位	痛症	否
9	女	51 - 60 歲	五萬至十萬以下	非在職 : 主理家務	高中 (中四至中七 / 工業學院)	痹症	否
10	女	31 - 40 歲	五萬至十萬以下	在職	大學學位	胃及頭痛	否

表 4. 男士受訪者基本資料 (N=10)

受訪者	性別	年齡	家庭月入	職業狀態	教育水平	病症	同時使用中西醫
1	男	61 - 70 歲	一萬以下	非在職：退休	大專非學位（包括副學士）	糖尿病	是
2	男	51 - 60 歲	不定/不知道	在職	大學學位	腰疼	否
3	男	61 - 70 歲	不定/不知道	非在職：退休	大學學位	失眠	否
4	男	18 - 30 歲	五萬至十萬以下	非在職：學生	大學學位	肌肉痛	否
5	男	51 - 60 歲	三萬至五萬以下	非在職：退休	高中（中四至中七/工業學院）	手痛	否
6	男	41 - 50 歲	一萬至三萬以下	在職	研究院或以上（碩士/博士）	濕疹	是
7	男	61 - 70 歲	一萬至三萬以下	非在職：退休	高中（中四至中七/工業學院）	皮膚濕疹	否
8	男	31 - 40 歲	一萬至三萬以下	在職	大學學位	腳部傷患	否
9	男	31 - 40 歲	三萬至五萬以下	在職	大學學位	風疹	否
10	男	31 - 40 歲	十萬以上	在職	大學學位	腰疼	是

本資料／活動（或由獲資助機構）所表達的任何意見、研究、結果、結論或建議，並不代表香港特別行政區政府、食物及衛生局、中醫藥發展基金諮詢委員會、中醫藥發展基金執行機構或香港生產力促進局的觀點或意見。