

醫生對抗菌素耐藥性的認知、 態度及行為調查 2019

— 調查報告 —

衛生署
衛生防護中心感染控制處



CSG is accredited with ISO 9001:2008 certification on its quality management system of marketing research consultancy services in Hong Kong. All research projects are conducted in accordance with the provisions of the ICC/ESOMAR International Code of Marketing and Social Research Practice

5/F., Island Place Tower, 510 King's Rd., Hong Kong Tel: 852 2891 6687 Fax: 852 2833 6771
Email: general@csg-worldwide.com <http://www.csg-worldwide.com/>



目錄

調查摘要	4
第一部分 引言	8
第二部分 調查方法	9
2.1 目標受訪者	9
2.2 抽樣方法及目標樣本數	9
2.3 資料收集方式	9
2.4 問卷設計	10
2.5 測試調查	10
2.6 調查時期	11
2.7 樣本數目和應答率	11
2.8 抽樣誤差的計算	12
2.9 品質控制	12
2.10 統計分析	13
第三部分 調查結果	14
3.1 工作狀況	14
3.2 受訪者特徵	14
3.3 執業背景	16
3.4 對抗生素及抗菌素耐藥性的認知及關注度	19
3.5 抗生素處方	21
3.6 對不同工具的評價	26

第四章	按受訪者特徵資料及相關問題作分組分析.....	30
<u>4.1</u>	<u>變數重組.....</u>	<u>30</u>
<u>4.2</u>	<u>對抗生素及抗菌素耐藥性的認知及關注度.....</u>	<u>32</u>
<u>4.2.3</u>	<u>導致抗菌素耐藥性問題的各種因素之重要性.....</u>	<u>42</u>
<u>4.3</u>	<u>抗生素處方.....</u>	<u>52</u>
<u>4.4</u>	<u>對不同工具的評價.....</u>	<u>107</u>
第 5 章	總結及建議.....	136
<u>5.1.</u>	<u>總結.....</u>	<u>136</u>
<u>5.2.</u>	<u>建議.....</u>	<u>139</u>
<u>5.3.</u>	<u>調查局限.....</u>	<u>139</u>
附錄 A	調查問卷（只提供英文版）.....	141
附錄 B	反饋問卷（只提供英文版）.....	145

調查摘要

背景

在 2017 年推出的《香港抗菌素耐藥性策略及行動計劃（2017-2022）》提出多項建議，當中包括進行調查以評估公眾和特定群組對抗菌素耐藥性和使用抗菌素的認知、態度及行為。當局將以調查結果為指引，制訂針對不同群組（例如公眾和醫護人員）的宣傳重點和渠道，從而提高他們對抗菌素耐藥性的關注，並助其妥善使用抗菌素。

因此，衛生署於 2019 年委託精確市場研究中心進行醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查。

調查方法

是次調查的樣本框涵蓋所有截至 2018 年 7 月 1 日，根據《醫生註冊條例》在香港醫務委員會普通科醫生名單內正式註冊的醫生，透過隨機抽樣方式選出。由於基層醫療是病人在一個持續醫護過程中的首個接觸點，故調查亦針對此群組作進一步的分析。調查的目標被訪人數為 1 067 名註冊醫生，當中包括不少於 350 名基層醫療醫生。是次調查以自行填寫紙本或電子問卷進行，全卷共有 24 條以英文寫成的問題。紙本問卷印有用以登錄電子問卷的個人二維碼及密碼，以郵遞方式寄送予被抽選的醫生。調查於 2019 年 9 月 11 日至 12 月 31 日期間進行，共收到 1 074 份回覆（其中 364 份來自基層醫療醫生），應答率為 12.3%。

調查結果

受訪者特徵

是次調查的結果分析基於 1 043 名截至 2019 年 6 月 30 日在香港執業的醫生。當中近三分二（66.9%）的受訪者為男性，而較多受訪者為 36 至 45 歲（25.7%）及 46 至 55 歲（23.4%），其次是 35 歲或以下（21.0%）及 56 至 65 歲（18.1%）。略多於一成（11.8%）的受訪者年逾 65 歲。

約有四分一的受訪者已執業 11 至 20 年（27.4%）、逾 30 年（26.9%）及 21 至 30 年（25.2%），而另有 20.5% 的受訪者執業不超過 10 年。大部分受訪者在醫院管理局（醫管局）（47.0%）或私營機構（45.3%）工作。少數受訪者任職於政府（4.9%）、學術機構（1.8%）或資助機構（1.0%）。約三分二（66.7%）受訪者在大部分的工作時間，以專科院士或專科見習醫生身份作專科執業，而約三成（31.8%）受訪者大部分時間作普通科執業。

以專科院士或專科見習醫生身份作專科執業的受訪者當中，較多從事內科（22.0%），其次是家庭醫學（15.2%）及外科（10.3%）。其他相對常見的專科包括兒科（9.4%）、急症科（7.2%）、婦產科（7.1%）及麻醉科（5.2%）。

認知及關注度

大多數的受訪者認為抗菌素耐藥性問題在全球（70.1%）及香港（65.1%）均屬嚴重。超過97%的受訪者意識到抗菌素耐藥性會減少治療選項、增加治療成本、增加死亡率及延長住院時間。最多受訪者認為病人自行服用抗生素（83.3%）及抗生素選擇不當（83.0%）是導致抗菌素耐藥性問題的重要因素。

執業年資較短的受訪者較傾向認為香港的抗菌素耐藥性問題「十分嚴重」或「略為嚴重」。眾多年資組別中，執業十年或以下的組別有最多（79.0%）受訪者認為香港的抗菌素耐藥性問題「十分嚴重」或「略為嚴重」。約一成（9.6%）在私營機構任職的受訪者認為香港的抗菌素耐藥性問題「不太嚴重」或「毫不嚴重」，較其他組別高出最少一倍。

抗生素處方

逾八成的受訪者有信心解讀藥敏測試結果（85.6%）和知道何時需要開始抗生素療程（81.4%）。約七成受訪者有信心正確選擇用藥及決定劑量（76.8%）、教育病人正確使用抗生素（74.5%）、決定恰當的療程長度（73.1%）、分辨廣譜抗生素及窄譜抗生素並避免其濫用（71.5%），及根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階（68.6%）。相對較少醫生（尤其是女性、普通科執業和從事非手術相關專科）有信心為抗生素療程降階和分辨廣譜抗生素。

近半（43.9%）受訪者在少於10%的診症中處方抗生素。稍超過半數（56.8%）受訪者向少於5%的傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素。女性、執業年資為11至20年、在政府工作和從事手術相關專科¹的受訪者較少向傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素。

超過一半（59.4%）受訪者「總會」／「經常」／「有時」被病人因傷風／流感／上呼吸道感染而向他們要求處方抗生素，而男性及普通科執業的受訪者較多遇到這類要求。儘管如此，大多數（83.0%）的受訪者「甚少」／「從不」因病人要求而處方抗生素。另一方面，最多（56.0%）受訪者認為非必要地處方抗生素的重要（「十分重要」／「略為重要」）原因是「不確定的臨床診斷」，其次是「病人或其照顧者的期望／要求」（23.8%）和「未能確保病人會回來覆診」（17.7%）。受訪者因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的比率，與他們認為多個導致非必要地處方抗生素的重要原因有顯著關係，包括病人或其照顧者的期望／要求、未能確保病人會回來覆診、沒有時間解釋為何不需要抗生素、及擔心遭病人控告。在「總會」／「經常」／「有時」因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的受訪者當中，認為「病人或其照顧者的期望／要求」和「擔心遭病人控告」是導致非必要地處方抗生素的重要原因分別佔30.9%及26.9%。至於表示「甚少」／「從不」這樣處方的受訪者，則明顯較少認為上述兩個原因重要（分別少於25%及15%）。

為無併發症的上呼吸道感染病人診症時，每五位受訪者中就有一位（21.1%）受訪者「總會」／「經常」進行快速測試以決定是否需要處方抗生素，而在私營機構工作的受訪者（24.5%）

¹ 包括外科、骨科、耳鼻喉科及整形外科

相對較多。

大多數（**86.8%**）的受訪者表示「總會」／「經常」提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程，而略超過半數（**58.1%**）的受訪者「總會」／「經常」向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題。

少於四成（**38.4%**）的受訪者「總會」／「經常」於病人的抗生素療程開始 **48** 至 **72** 小時後覆檢療程，當中以男性、在學術機構工作和專科執業（尤其是手術相關）的受訪者較有此傾向。

多數（**71.9%**）受訪者認為自己在使用抗生素方面已接受充足的培訓。男性、執業年資較長和在學術機構工作的受訪者，較多認為自己在使用抗生素方面已接受充足的培訓。

對不同工具的評價

是次調查所涵蓋的工具中，最多受訪者知悉《效果》指引（**78.7%**），其次是公私營醫院抗菌譜便覽（**68.2%**）及基層醫療或醫院抗生素導向計劃（**64.4%**）。群組分析結果顯示，執業年資較短、在醫院管理局工作和專科執業的受訪者較多留意到《效果》指引；在學術機構或從事行政／教學工作的受訪者則較多留意到抗菌譜便覽；而較多在學術機構工作的受訪者留意到抗生素導向計劃。

在知悉上述工具的受訪者當中，有七至八成表示「總會」／「經常」／「有時」使用《效果》指引（**78.2%**）、公私營醫院抗菌譜便覽（**72.2%**），及基層醫療或醫院抗生素導向計劃（**71.2%**）；而上述的受訪者使用相應工具的比率與其人口特徵（性別、年資、所屬機構類別、主要的工作範疇還是專科）並無顯著關係。上述工具在相關受訪者眼中的成效與其人口特徵亦無顯著關係。約四分三曾使用過上述工具的受訪者認為《效果》指引（**78.5%**）、抗菌譜便覽（**78.1%**）及抗生素導向計劃相關工具（**72.0%**）有助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。

受訪者處方抗生素時「總會」／「經常」參考以下各種指引的比率依次分別如下：

- 實驗室測試／快速測試（**77.9%**）
- 相同專科醫生所提供的建議（**46.8%**）
- 諮詢專科醫生（**44.5%**）
- 外國醫療機構／組織的指引及建議（**43.8%**）

基層醫療醫生

較少基層醫療醫生² 認為抗菌素耐藥性會延長住院時間。較多傾向認為病人不遵從抗生素服用指引、自行服用抗生素及抗生素質素欠佳，是導致抗菌素耐藥性問題的重要成因；而較少

² 在問卷主要工作範疇一題中回答「普通科執業」，或在所屬專科一題中回答「家庭醫學」的受訪者，均會被歸納為基層醫療醫生。

認為抗生素選擇不當為問題的重要因素。

就處方行為而言，稍超過一半（56.9%）的基層醫療醫生在少於 10% 的診症中為病人處方抗生素。基層醫療醫生亦較常向病人解釋處方抗生素的原因、抗生素的副作用、要按照處方完成整個抗生素療程、及不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題。

與非基層醫療醫生相比，相對較少的基層醫療醫生表示「總會」／「經常」被病人因傷風／流感／上呼吸道感染而向他們要求處方抗生素，而較多的基層醫療醫生認為病人或其照顧者的期望／要求是導致非必要地處方抗生素的重要原因。儘管如此，基層醫療醫生處方抗生素的比率仍然較低，亦更常向病人解釋不處方抗生素的原因。然而，較少基層醫療醫生會經常覆檢病人的抗生素療程，或在處方抗生素時參考相同專科醫生的建議、諮詢專科醫生、或進行實驗室測試／快速測試。

雖然較多的基層醫療醫生示有信心教育病人正確使用抗生素，但較少的基層醫療醫生有信心分辨廣譜抗生素，及為抗生素療程降階。此外，較少的基層醫療醫生知悉有提供抗菌譜便覽、《效果》指引及抗生素導向計劃。然而，較多基層醫療醫生認同「延續醫學教育計劃」認可的正規課程，以及網上／電子資源有助醫生進一步了解如何正確使用抗生素，而較少的基層醫療醫生認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢有幫助。

建議

鑑於較少在私營機構工作的受訪者認為全球和本地的抗菌素耐藥性問題嚴重，應該提供更多針對這個組別醫生的抗菌素耐藥性推廣活動。

由於大部分受訪者認為病人自行服用抗生素是導致抗菌素耐藥性問題的重要因素，因此有必要向公眾進一步解釋抗菌素耐藥性問題的嚴重後果，而非只是呼籲他們停止自行服用抗生素。

是次調查發現較少醫生有信心為抗生素療程降階及分辨廣譜抗生素。因此，應該在持續專業培訓、指引工具及參考資料內加強這兩方面的內容。

顯著較多「總會」／「經常」／「有時」因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的受訪者，認為「病人或其照顧者的期望／要求」及「擔心遭病人控告」是導致非必要地處方抗生素的重要原因，加上有一定比率的受訪者時常遇到病人向他們要求處方抗生素醫治傷風／流感／上呼吸道感染，故應該在公眾推廣活動中加強病人教育及期望管理。

雖然超過四分三受訪者都「總會」／「經常」使用實驗室測試或快速測試，但在治療無併發症的上呼吸道感染病人時，受訪者較不常進行快速測試以決定是否需要處方抗生素。有見及此，日後或可與持分者分享此調查結果，並研究藉增加進行這兩種檢測方法，來完善在某些特定環境中使用抗生素的可行性。

可考慮推行更多針對基層醫療醫生的宣傳計劃，以推廣抗菌譜便覽、《效果》指引、及抗生素導向計劃。亦可著力了解和解決醫生不使用這些工具的原因，並改善反映意見的機制，以持續改良相關工具。由於大多數受訪者認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程及網上／電子資源有效，將來可多從這兩個途徑向醫生提供相關培訓。

第一部分 引言

1.1. 調查背景

- 1.1.1 鑑於抗菌素耐藥性對公共衛生構成重大威脅，香港特別行政區政府於 2016 年施政報告中宣佈成立抗菌素耐藥性高層督導委員會（高層督導委員會），與相關界別合作制定策略應對。高層督導委員會之下成立了專家委員會，就行動的緩急輕重，向高層督導委員會提供專家意見。
- 1.1.2 《香港抗菌素耐藥性策略及行動計劃（2017-2022）》（《行動計劃》）自 2017 年 7 月起推行。《行動計劃》共詳列了 6 大範疇及 19 項目標，以控制日益嚴重的抗菌素耐藥問題。《行動計劃》的其中一項建議是進行調查以評估公眾和特定群組對抗菌素耐藥性和使用抗菌素的認知、態度及行為。當局將以調查結果為指引，制訂針對不同群組（例如公眾和醫護人員）的宣傳重點和渠道，從而提高他們對抗菌素耐藥性的關注，並助其妥善使用抗菌素。
- 1.1.3 就此，衛生署委託精確市場研究中心（CSG）進行醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查，以收集他們於這方面的認知、了解及處方藥物的做法。

1.2. 調查目的

1.2.1. 本調查目的如下：

- (a) 了解醫生對使用抗生素的認知;
- (b) 了解醫生對抗菌素耐藥性的認知及關注度;
- (c) 了解醫生的處方習慣; 及
- (d) 收集醫生對控制抗菌素耐藥性的策略之看法。

第二部分 調查方法

2.1 目標受訪者

2.1.1. 調查的目標受訪者為所有截至 2018 年 7 月 1 日，根據《醫生註冊條例》第 161 章在香港醫務委員會普通科醫生名單內正式註冊的醫生（「註冊醫生」）。

2.1.2. 符合此定義的醫生總人數為 13 990 人。

2.2 抽樣方法及目標樣本數

2.2.1. 剔除了在衛生署工作的公共衛生醫生後，調查從第 2.1.1 段提及的樣本框中，以隨機抽樣方式抽選出 9 000 名醫生。

2.2.2. 由於基層醫療是病人在一個持續醫護過程中的首個接觸點，故調查亦針對此群組作進一步的分析。在問卷中回答工作範疇為「普通科執業」或所屬專科為「家庭醫學」的受訪者，均會被歸納為基層醫療醫生。

2.2.3. 調查的目標被訪人數為 1 067 名註冊醫生，而當中不少於 350 名為基層醫療醫生。

2.3 資料收集方式

2.3.1 本調查以自行填寫紙本或電子問卷進行，全卷共有 24 條以英文寫成的問題。（附錄 A）

2.3.2 紙本問卷連同 CSG 的邀請函、衛生署的授權書及致 CSG 的回郵信封，經郵遞方式寄送予所有被抽選的醫生。

2.3.3 紙本問卷及邀請函均印有用以登錄電子問卷的個人二維碼及密碼。

2.3.4 基於保密原則，紙本問卷上不印上被訪醫生的姓名及地址。衛生署為所有被抽選參加調查的醫生提供個別識別碼，並將該識別碼印在紙本問卷上。

2.3.5 所有填妥的紙本問卷均以郵遞方式寄回 CSG。

2.3.6 問卷寄出後兩星期，CSG 向所有未填寫電子問卷或未交回紙本問卷的醫生經郵遞方式寄送催辦函、並附上衛生署的授權書、紙本問卷及回郵信封。紙本問卷及催辦函上均再印有供登錄電子問卷用的個人二維碼及密碼。

2.3.7 寄出不同批次的邀請函／催辦函的日期如下。

周	批次（獲邀受訪者數目）				
	第 1 批 (3 000)	第 2 批 (2 000)	第 3 批 (3 000)	第 4 批 (500)	第 5 批 (500)
09/09-15/09	第 1 次邀請				
30/09-05/10	第 1 次催辦	第 1 次邀請			
14/10-20/10		第 1 次催辦			
21/10-27/10			第 1 次邀請		
28/10-03/11	第 2 次催辦				
11/11-17/11		第 2 次催辦		第 1 次邀請	
18/11-24/11			第 1 次催辦		
02/12-08/12				第 1 次催辦	第 1 次邀請
09/12-15/12			第 2 次催辦		
16/12-22/12				第 2 次催辦	第 1 次催辦

2.3.8 衛生署向完成問卷的受訪者送出電子現金券，以感謝他們參與調查。

2.4 問卷設計

2.4.1 問卷分為 3 個主要部分：

- 第 1 部分：對抗生素及抗菌素耐藥性的認知及關注度
- 第 2 部分：處方抗生素的習慣
- 第 3 部分：受訪者特徵

2.5 測試調查

2.5.1 在開展正式調查前，於 2019 年 8 月 9 日至 20 日期間進行測試調查。

2.5.2 測試調查的目的是為了測試問卷的設計及調查流程，以便在正式調查前作出必要的修訂，改善問卷設計及正式調查的運作。

- 2.5.3 測試調查測試了問卷各部分，包括長度、問題順序及用字，亦測試了電子問卷的運作。
- 2.5.4 衛生署共招募了 5 位受訪者，其中 3 位醫生填寫紙本問卷，另外 2 位填寫電子問卷。
- 2.5.5 5 份問卷均不計算在正式調查樣本數目之內。
- 2.5.6 該 5 名醫生對測試問卷的反饋，以另一問卷收集（**附錄 B**），並根據有關意見對正式調查的問卷設計及調查運作進行修訂及改進。

2.6 調查時期

- 2.6.1 正式調查於 2019 年 9 月 11 日至 12 月 31 日期間進行。

2.7 樣本數目和應答率

- 2.7.1 是次調查共收到 1 074 份回覆（包括 364 份來自基層醫療醫生的回覆）。
- 2.7.2 1 074 名受訪者當中，901 名受訪者以郵遞方式交回紙本問卷，173 名受訪者經網上平台回覆。
- 2.7.3 總完成問卷數目（包括紙本及電子問卷）和有效樣本數目（即獲邀醫生數目減去無效地址數目）相除後，所得的調查應答率為 12.3%。詳細訪問結果列於圖表 A：

圖表 A：詳細訪問結果

a) 獲邀醫生數目	9 000
b) 完成問卷數 (i + ii) :	1 074
i) 以郵遞方式交回問卷	901
- 基層醫療醫生	310
- 以其他專科執業的醫生	583
- 未有提供資料以致未能判斷受訪者是否在基層醫療崗位工作	8
ii) 經網上平台回覆	173
- 基層醫療醫生	54
- 以其他專科執業的醫生	119
c) 未有回覆的醫生數目	7 679
d) 無效個案 (即無效地址)	247
e) 應答率: $(\frac{b}{a-d})$	12.3%

- 2.7.4 1 074 名受訪者中，1 043 名受訪者（包括 354 名基層醫療醫生）表示在香港執業。餘下的 31 名受訪者（包括 10 名基層醫療醫生）中，28 名表示並非在香港執業，3 名未有提供其工作狀況。此 31 名醫生（包括 10 名基層醫療醫生）的回應並不包

括在進一步的調查結果分析中（第 3.1 節的「工作狀況」除外）。

2.8 抽樣誤差的計算

2.8.1 每一個參數的估計值 $\bar{x}$ 等於 $\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$ ，而其變異數的估計值則為 $Var(\bar{x}) = \left(1 - \frac{n}{N}\right) \frac{\bar{x}(1-\bar{x})}{n(n-1)}$ ，

(a) x_i 是每一名醫生 i 的回應；

(b) n 為調查受訪者數目；及

(c) N 為調查目標受訪者總數。

2.8.2 每一個參數的抽樣誤差為 $s.e.(\bar{x}) = \sqrt{Var(\bar{x})}$ 。

2.8.3 因此，調查的 1 074 名樣本的最大抽樣誤差估計為 $\sqrt{\left(1 - \frac{1\,074}{13\,817}\right) \times \frac{0.5(1-0.5)}{1\,074(1\,074-1)}} = 0.045\%$ 。如將估算的置信水平設於 99%，而估算的置信區間則為 $2.576 \times 0.028\% = \pm 0.115\%$ 。

2.8.4 這表示我們有 99% 的置信水平相信總體值會介乎樣本統計值 ± 0.115 百分點之間。

2.8.5 此報告中的分析，假定受訪者與未有回覆的醫生有類似對抗菌素耐藥性的認知及關注度、抗生素處方習慣，及對控制抗菌素耐藥性的策略有相近的看法。

2.9 品質控制

2.9.1 在調查的各個階段均制定並實施了質量控制措施，以確保調查中每項工作達致高水平。

(a) 確保沒有重覆提交問卷

調查採取下列措施，避免同一位受訪者重覆提交問卷：

- (i) 如第 2.3.4 段所述，衛生署為所有獲抽選的醫生提供個別識別碼，以追蹤不同受訪者的提交情況；
- (ii) 在收到填妥的問卷後，均會紀錄相關受訪者的個別識別碼，然後每兩星期將回覆識別碼名單提交予衛生署，以避免將催辦函寄到已提交問卷的受訪者；
- (iii) 回覆紙本或電子問卷的受訪者的個別識別碼經由電腦程式及人手檢查，以確保受訪者未有經多於一個途徑提交問卷；及
- (iv) 如遇有重覆提交問卷的情況（例如同一名受訪者經多於一個途徑提交問卷），只會採用首份收到該受訪者的問卷作為分析。

(b) 數據管理

- (i) 為確保所輸入的數據正確無誤，共隨機抽選 91 份已完成資料輸入的紙本問卷（即所有紙本問卷的 10%）進行重覆數據輸入。
- (ii) 所有電子問卷的數據，皆由受訪者於回答電子問卷時，直接輸入至網上平台。問題的流程及答案的質量均由電子問卷的內置邏輯系統自動檢查。
- (iii) 所有完成的問卷均根據編碼表、檢閱指引及核實守則妥善編碼、檢閱及核實。

2.10 統計分析

- 2.10.1 分類變數以費氏精確檢定（Fisher exact test）、卡方檢定（Chi-squared test）、曼-惠特尼 U 檢定（Mann-Whitney U test）或單因方差檢定（Kruskal-Wallis test）作分析。
- 2.10.2 在受訪者可選取多個答案的問題中，所有答案的百分比的總和或超過 100.0%。
- 2.10.3 在受訪者只可選取一個答案的問題中，因為四捨五入的緣故，所有答案的百分比的總和可能不等於 100.0%或有可能超過 100.0%。
- 2.10.4 由於四捨五入的緣故，個別數字的總和可能與「總數」的數字有少許不相同。
- 2.10.5 本報告的表列和圖表中，「-」表示沒有受訪者選擇該選項。

第三部分 調查結果

除了第 3.1 節所提及的工作狀況外，本章的詳細調查結果均基於 1 043 名目前在香港執業的醫生（亦即在 2019 年 6 月 30 日在香港執業的醫生）的回覆。

3.1 工作狀況

1 074 名回覆調查的醫生當中，絕大部分（97.1%）截至 2019 年 6 月 30 日在香港執業。只有一名（0.1%）及四名（0.4%）醫生分別在內地/澳門/台灣及海外執業。

（Table 1:a.i.1.表 1）

表1 截至 2019 年 6 月 30 日的工作狀況（Q19）

工作狀況	受訪者數目	百分比
在香港執業	1 043	97.1%
在內地/澳門/台灣執業	1	0.1%
在海外執業	4	0.4%
沒有執業	23	2.1%
（沒有作答）	（3）	（0.3%）
總數	1 074	100%

基數：所有受訪者

3.2 受訪者特徵

本部分陳述在香港執業的受訪者的人口特徵及其他背景資料（剔除沒有回覆有關題目的受訪者）。

3.2.1 性別及年齡

- (a) 約三分之二（66.9%）的受訪者為男性，三分之一（33.1%）為女性。（表 2）
- (b) 較多受訪者的年齡為 36 至 45 歲（25.7%）及 46 至 55 歲（23.4%），其次是 35 歲或以下（21.0%）及 56 至 65 歲（18.1%）。略多於一成（11.8%）的受訪者的年齡超過 65 歲。（表 3）

表2 性別分佈 (Q17)

	受訪者數目	百分比
男性	688	66.9%
女性	341	33.1%
總數	1 029	100.0%

基數:所有在香港執業的受訪者 (不包括沒有回覆該題目的受訪者)

表3 年齡分佈 (Q16)

	受訪者數目	百分比
35 歲或以下	214	21.0%
36 – 45	262	25.7%
46 – 55	238	23.4%
56 – 65	184	18.1%
65 以上	120	11.8%
總數	1 018	100.0%

基數: 所有在香港執業的受訪者 (不包括沒有回覆該題目的受訪者)

- (c) 就性別和年齡分佈而言, 男性受訪者的年齡分佈較集中於 36 至 65 歲(67.6%), 而大部分的女性受訪者則為 55 歲或以下 (87.5%)。(表 4)

表4 性別及年齡分佈 (Q16, Q17)

年齡	受訪者數目 (直欄百分比)		
	女性	男性	總數
35 或以下	99 (29.4%)	115 (16.9%)	214 (21.0%)
36 – 45	125 (37.1%)	137 (20.1%)	262 (25.8%)
46 – 55	71 (21.1%)	167 (24.6%)	238 (23.4%)
56 – 65	28 (8.3%)	156 (22.9%)	184 (18.1%)
65 以上	14 (4.2%)	105 (15.4%)	119 (11.7%)
總數	337 (100.0%)	680 (100.0%)	1 017 (100.0%)

基數: 所有在香港執業的受訪者 (不包括沒有回覆該題目的受訪者)

3.2.2 教育程度或專業訓練水平

略超過半數 (53.5%) 的受訪者曾經參加「延續醫學教育計劃」／持續專業發展課程, 另有多過三分之一 (36.7%) 的受訪者已考獲深造文憑。約兩成 (18.9%) 的受訪者持有碩士學位, 而 4.9% 的受訪者持有博士學位。(表 5)

表5 截至 2019 年 6 月 30 日的院士以外深造資格 (Q24)

院士以外的深造資格	受訪者數目	百分比
「延續醫學教育計劃」/持續專業發展課程	538	53.5%
文憑	369	36.7%
碩士學位	190	18.9%
博士學位	49	4.9%
不適用	216	21.5%

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）(N=1 005)

註：部分受訪者或回覆多個學歷

3.3 執業背景

3.3.1 執業年資

約有四分之一的受訪者已執業 11 至 20 年 (27.4%)、超過 30 年 (26.9%) 及 21 至 30 年 (25.2%)，另有 20.5% 的受訪者執業不超過 10 年。(表 6)

表6 截至 2019 年 6 月 30 日的受訪醫生執業年資 (Q18)

執業年資 (年)	受訪者數目	百分比
10 或以下	210	20.5%
11 – 20	281	27.4%
21 - 30	258	25.2%
30 以上	275	26.9%
總數	1 024	100.0%

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

3.3.2 工作的機構類別

大部分的受訪者在醫院管理局（醫管局）(47.0%) 或私營機構 (45.3%) 工作。少數受訪者任職於政府 (4.9%)、學術機構 (1.8%) 或資助機構 (1.0%)。(表 7)

表7 截至 2019 年 6 月 30 日的工作機構類別 (Q20)

機構類別	受訪者數目	百分比
政府	51	4.9%
醫院管理局	490	47.0%
學術機構	19	1.8%
資助機構	10	1.0%
私營機構	473	45.3%
總數	1 043	100.0%

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

3.3.3 主要工作範疇

約三分之二 (66.7%) 的受訪者在大部分的工作時間作專科執業，而約三成 (31.8%) 的受訪者大部分時間作普通科執業。

有小部分 (1.5%) 受訪者現時的主要工作範疇為行政／教學。(表 8)

表8 截至 2019 年 6 月 30 日的主要工作範疇 (Q21)

工作範疇	受訪者數目	百分比
專科執業	693	66.7%
普通科執業	330	31.8%
行政/教學	16	1.5%
總數	1 039	100.0%

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

根據第 2.2.2 段的定義，共 354 名受訪者被歸納為基層醫療醫生。

3.3.4 專科培訓

約三分之二 (66.7%) 的受訪者為專科院士，而 14.1% 的受訪者為專科見習醫生。略少於五分之一 (18.7%) 的受訪者不屬於任何專科。(表 9)

然而，有小部分 (0.6%) 的受訪者在主要工作範疇 (問卷 Q21) 上回答專科執業，但卻在回答專科培訓時表示不屬於任何專科 (問卷 Q22)。

表9 截至 2019 年 6 月 30 日的專科培訓程度 (Q22)

專科培訓程度	受訪者數目	百分比
專科院士	693	66.7%
專科見習醫生	146	14.1%
不屬於任何專科	194	18.7%
作專科執業但不屬於任何專科	6	0.6%
總數	1 039	100.0%

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

3.3.5 所屬專科

以專科院士或專科見習醫生身份作專科執業的受訪者中，較多從事內科（22.0%），其次是家庭醫學（15.2%）及外科（10.3%）。其他較普遍從事的專科包括兒科（9.4%）、急症科（7.2%）、婦產科（7.1%）及麻醉科（5.2%）。（表 10）

表10 截至 2019 年 6 月 30 日的所屬專科 (Q23)

專科	受訪者數目	百分比
內科	185	22.0%
家庭醫學	128	15.2%
外科	87	10.3%
兒科	79	9.4%
急症科	61	7.2%
婦產科	60	7.1%
麻醉科	44	5.2%
骨科	33	3.9%
精神科	32	3.8%
放射科	30	3.6%
眼科	26	3.1%
病理科	22	2.6%
耳鼻喉科	16	1.9%
腫瘤科	16	1.9%
社會醫學	12	1.4%
其他	11	1.3%
總數	842	100.0%

基數：所有在香港執業並以專科院士或專科見習醫生身份作專科執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

3.4 對抗生素及抗菌素耐藥性的認知及關注度

3.4.1 抗菌素耐藥性的影響

大多數的受訪者都知道抗菌素耐藥性可減少治療選項（98.7%）、增加治療成本（98.5%）、增加死亡率（97.5%）及延長住院時間（97.3%）。（表 11）

表11 對抗菌素耐藥性影響的認識（Q1a – Q1d）

抗菌素耐藥性導致.....	受訪者數目（橫列百分比）			
	會	不會	不知道	總數
減少治療選項	1 027 (98.7%)	11 (1.1%)	3 (0.3%)	1 041 (100.0%)
增加治療成本	1024 (98.5%)	9 (0.9%)	7 (0.7%)	1 040 (100.0%)
增加死亡率	1014 (97.5%)	12 (1.2%)	14 (1.3%)	1 040 (100.0%)
延長住院時間	1012 (97.3%)	13 (1.3%)	15 (1.4%)	1 040 (100.0%)

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

3.4.2 抗菌素耐藥性問題的嚴重性

受訪者以 5 分評分方法表示他們對抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法，「5」分代表「十分嚴重」，「1」分代表「毫不嚴重」。

以地域而言，

- (a) 約有七成（70.1%）的受訪者認為全球的抗菌素耐藥性問題嚴重（「十分嚴重」／「略為嚴重」），當中約兩成（18.2%）的受訪者認為問題「十分嚴重」。只有 3.2% 的受訪者認為全球的抗菌素耐藥性問題不嚴重（「不太嚴重」／「毫不嚴重」）。
- (b) 受訪者對香港的抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法亦相約：三分之二（65.1%）的受訪者認為香港整體的抗菌素耐藥性問題嚴重，而 15.0% 受訪者認為問題「十分嚴重」。只有 5.9% 的受訪者不認為香港的抗菌素耐藥性問題嚴重。

以環境而言，

- (c) 絕大多數（84.3%）的受訪者均認為醫院內的抗菌素耐藥性問題嚴重，超過三成（31.1%）的受訪者認為問題「十分嚴重」。
- (d) 受訪者認為社區內的抗菌素耐藥性問題的嚴重程度明顯地較醫院低，只有 44.6% 的受訪者認為社區內的抗菌素耐藥性問題嚴重，而少於一成（8.0%）的受訪者認為問題「十分嚴重」。（表 12）

表12 對抗菌素耐藥性問題在不同地域及環境的嚴重性之看法 (Q2a – Q2d)

	受訪者數目 (橫列百分比)					
	毫不嚴重	不太嚴重	中立	略為嚴重	十分嚴重	總數
	1	2	3	4	5	
全球	5 (0.5%)	28 (2.7%)	278 (26.7%)	540 (51.9%)	189 (18.2%)	1 040 (100.0%)
香港整體	6 (0.6%)	55 (5.3%)	302 (29.1%)	520 (50.0%)	156 (15.0%)	1 039 (100.0%)
醫院	3 (0.3%)	24 (2.3%)	136 (13.1%)	551 (53.1%)	323 (31.1%)	1 037 (100.0%)
社區	8 (0.8%)	112 (10.8%)	456 (43.9%)	380 (36.6%)	83 (8.0%)	1 039 (100.0%)

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

3.4.3 導致抗菌素耐藥性問題的各種因素之重要性

受訪者以 5 分評分方法表示他們對導致抗菌素耐藥性問題的不同因素之重要性的看法，「5」分代表「十分重要」，而「1」分代表「毫不重要」。

最多受訪者認為病人自行服用抗生素（83.3%）及抗生素選擇不當（83.0%）為導致抗菌素耐藥性問題的重要因素（「十分重要」／「略為重要」）；值得注意的是逾四成受訪者認為此兩項因素「十分重要」（分別為 46.0%及 40.2%）。

其他被超過六成受訪者認為導致抗菌素耐藥性問題的重要因素包括不當的抗生素療程長度（79.0%）、病人不遵從抗生素服用指引（77.1%）及感染控制欠佳（62.3%）。

相對而言，較少受訪者認為藥廠的影響（43.9%）是導致抗菌素耐藥性問題的重要因素。最少受訪者認為抗生素質素欠佳是一個重要因素，只有 24.9%受訪者認為此因素「十分重要」／「略為重要」，而 39.4%受訪者認為此因素「不太重要」／「毫不重要」。（表 13）

表13 導致抗菌素耐藥性問題的各種因素之重要性 (Q3a - Q3c)

	受訪者數目 (橫列百分比)					總數
	毫不重要	不太重要	中立	略為重要	十分重要	
	1	2	3	4	5	
感染控制欠佳	15 (1.5%)	109 (10.6%)	262 (25.6%)	380 (37.1%)	258 (25.2%)	1 024 (100.0%)
不當使用抗生素在於...						
療程長度	5 (0.5%)	40 (3.8%)	174 (16.7%)	454 (43.6%)	368 (35.4%)	1 041 (100.0%)
藥物的選擇	1 (0.1%)	30 (2.9%)	146 (14.0%)	446 (42.8%)	419 (40.2%)	1 042 (100.0%)
藥廠的影響	39 (3.7%)	143 (13.7%)	402 (38.6%)	324 (31.1%)	133 (12.8%)	1 041 (100.0%)
病人不遵從抗生素服用指引	5 (0.5%)	46 (4.4%)	188 (18.0%)	427 (41.0%)	376 (36.1%)	1 042 (100.0%)
自行服用抗生素	5 (0.5%)	39 (3.8%)	130 (12.5%)	387 (37.2%)	478 (46.0%)	1 039 (100.0%)
抗生素質素欠佳	89 (8.7%)	315 (30.7%)	367 (35.8%)	190 (18.5%)	65 (6.3%)	1 026 (100.0%)

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的訪者）

3.5 抗生素處方

3.5.1 對處方抗生素的信心

受訪者以 5 分評分方法表示自己對執行各種抗生素處方相關工作的信心，「5」分代表「十分有信心」，「1」分代表「毫無信心」。

大多數受訪者均表示在所有範疇都有信心。最多受訪者有信心（「十分有信心」／「略有信心」）解讀藥敏測試結果（85.6%）及知道何時需要開始抗生素療程（81.4%）；尤其有接近三分之一（32.4%）的受訪者表示「十分有信心」解讀藥敏測試結果。

約七成的受訪者有信心正確選擇用藥及決定劑量（76.8%）、教育病人正確使用抗生素（74.5%）、決定恰當的療程長度（73.1%）、分辨廣譜抗生素及窄譜抗生素並避免其濫用（71.5%），及根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階（68.6%）。（表 14）

表14 對執行抗生素處方相關工作的信心 (Q6a - Q6g)

	受訪者數目 (橫列百分比)					
	毫無信心	不太有信心	中立	略有信心	十分有信心	總數
	1	2	3	4	5	
知道何時需要開始抗生素療程	2 (0.2%)	20 (1.9%)	170 (16.4%)	635 (61.4%)	208 (20.1%)	1 035 (100.0%)
正確選擇用藥及決定劑量	3 (0.3%)	30 (2.9%)	206 (20.0%)	620 (60.1%)	172 (16.7%)	1 031 (100.0%)
決定恰當的療程長度	3 (0.3%)	44 (4.3%)	231 (22.3%)	585 (56.6%)	171 (16.5%)	1 034 (100.0%)
分辨廣譜抗生素及窄譜抗生素並避免其濫用	4 (0.4%)	42 (4.1%)	248 (24.0%)	517 (50.0%)	222 (21.5%)	1 033 (100.0%)
解讀藥敏測試結果	1 (0.1%)	21 (2.0%)	127 (12.3%)	550 (53.2%)	335 (32.4%)	1 034 (100.0%)
根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階	8 (0.8%)	66 (6.4%)	251 (24.3%)	505 (48.8%)	204 (19.7%)	1 034 (100.0%)
教育病人正確使用抗生素	2 (0.2%)	40 (3.9%)	222 (21.5%)	542 (52.4%)	228 (22.1%)	1 034 (100.0%)

基數：所有在香港執業的受訪者 (不包括沒有回覆該題目的受訪者)

3.5.2 處方抗生素的習慣

在所有受訪者當中，22.5%表示在少於 5%的診症中向病人處方抗生素、21.4%在 5%至少於 10%的診症中處方抗生素、17.3%在 10%至少於 15%的診症中處方抗生素，而 12.6%在 15%至少於 20%的診症中處方抗生素。

近兩成(17.7%)的受訪者在不少於四分之一的診症中向病人處方抗生素。(表 15)

表15 在診症中處方抗生素的比率 (Q7)

診症比例	受訪者數目	百分比
0 - <5%	232	22.5%
5 - <10%	221	21.4%
10 - <15%	178	17.3%
15 - <20%	130	12.6%
20 - <25%	87	8.4%
25 - <30%	109	10.6%
≥ 30%	74	7.2%
總數	1 031	100.0%

基數：所有在香港執業的受訪者 (不包括沒有回覆該題目的受訪者)

3.5.3 向傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素的比率

稍超過半數（56.8%）的受訪者向少於 5% 的傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素；另有 19.3% 的受訪者在 5% 至少於 10% 向這類病人處方抗生素。

有 5.1% 的受訪者在不少於四分之一的傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素。（表 16）

表16 向傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素的比率（Q8）

處方比率	受訪者數目	百分比
0 - <5%	586	56.8%
5 - <10%	199	19.3%
10 - <15%	95	9.2%
15 - <20%	65	6.3%
20 - <25%	33	3.2%
25 - <30%	36	3.5%
≥ 30%	17	1.6%
總數	1 031	100.0%

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的訪者）

3.5.4 病人因傷風／流感／上呼吸道感染而要求處方抗生素的比率

受訪者「有時」（50.6%）、「經常」（8.4%）或「總會」（0.3%）被病人因傷風／流感／上呼吸道感染而向他們要求處方抗生素。然而，超過三成（31.9%）的受訪者「甚少」遇到這類要求，而少於一成（8.7%）的受訪者「從不」遇過這類要求。（表 17）

表17 病人因傷風／流感／上呼吸道感染而要求處方抗生素的比率（Q9）

病人要求的比率	受訪者數目	百分比
從不	90	8.7%
甚少	329	31.9%
有時	522	50.6%
經常	87	8.4%
總會	3	0.3%
總數	1 031	100.0%

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

3.5.5 為無併發症的上呼吸道感染病人處方的習慣

受訪者被問及治療無併發症的上呼吸道感染（包括傷風及流感）病人時的下列做法：

(a) 「不處方抗生素並向病人解釋不處方的原因」

大部分（78.6%）的受訪者「總會」或「經常」不處方抗生素並向病人解釋不

處方的原因，只有 7.3% 受訪者「甚少」或「從不」這樣做。

(b) 「進行快速測試以決定是否需要處方抗生素」

受訪者進行快速測試以協助他們決定處方抗生素的比率較低。兩成 (21.1%) 的受訪者「總會」或「經常」以快速測試協助他們決定處方抗生素，另有逾半 (50.9%) 受訪者「甚少」或「從不」採用快速測試，值得注意的是逾四分之一 (26.3%) 的受訪者「從不」這樣做。

(c) 「因病人要求而處方抗生素」

接近四成 (38.3%) 的受訪者「從不」因病人要求而處方抗生素，另有 44.7% 「甚少」這樣做，只有 2.1% 的受訪者「總會」或「經常」作這樣的處方。(表 18)

表18 為無併發症的上呼吸道感染病人處方的習慣 (Q10a – Q10c)

	受訪者數目 (橫列百分比)					
	從不	甚少	有時	經常	總會	總數
不處方抗生素並向病人解釋不處方的原因	44 (4.3%)	31 (3.0%)	145 (14.1%)	475 (46.2%)	334 (32.5%)	1 029 (100.0%)
進行快速測試以決定是否需要處方抗生素	268 (26.3%)	251 (24.6%)	286 (28.0%)	171 (16.8%)	44 (4.3%)	1 020 (100.0%)
因病人要求而處方抗生素	394 (38.3%)	460 (44.7%)	153 (14.9%)	21 (2.0%)	1 (0.1%)	1 029 (100.0%)

基數：所有在香港執業的受訪者 (不包括沒有回覆該題目的受訪者)

3.5.6 非必要地處方抗生素的原因

受訪者被問及以 5 分評分方法表示對非必要地處方抗生素的不同原因的看法，「5」分代表「十分重要」而「1」分代表「毫不重要」。

最多 (56.0%) 受訪者指「不確定的臨床診斷」是非必要地處方抗生素的重要 (「十分重要」或「略為重要」) 原因，遠遠拋離「病人或其照顧者的期望 / 要求」(23.8%) 及「未能確保病人會回來覆診」(17.7%)。

另一方面，只有分別 9.1% 及 16.3% 的受訪者認為「沒有時間解釋為何不需要抗生素」及「擔心遭病人控告」是非必要地處方抗生素的重要 (「十分重要」或「略為重要」) 原因。(表 19)

表19 非必要地處方抗生素的不同原因之重要性 (Q11a - Q11e)

	受訪者數目 (橫列百分比)					總數
	毫不重要	不太重要	中立	略為重要	十分重要	
	1	2	3	4	5	
不確定的臨床診斷	32 (3.1%)	80 (7.8%)	341 (33.1%)	459 (44.6%)	117 (11.4%)	1 029 (100.0%)
病人或其照顧者的期望／要求	155 (15.0%)	296 (28.7%)	334 (32.4%)	204 (19.8%)	41 (4.0%)	1 030 (100.0%)
未能確保病人會回來覆診	249 (24.2%)	300 (29.2%)	298 (29.0%)	158 (15.4%)	24 (2.3%)	1 029 (100.0%)
沒有時間解釋為何不需要抗生素	367 (35.7%)	322 (31.3%)	245 (23.8%)	74 (7.2%)	20 (1.9%)	1 028 (100.0%)
擔心遭病人控告	272 (26.4%)	336 (32.6%)	254 (24.7%)	134 (13.0%)	34 (3.3%)	1 030 (100.0%)

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

3.5.7 處方抗生素時向病人解釋的比率

受訪者被問及在處方抗生素時向病人解釋各事項的比率。

大多數（86.8%）的受訪者「總會」或「經常」向病人解釋「要按照處方完成整個抗生素療程」，其次有 78.6% 的受訪者向病人解釋「處方抗生素的原因」。

略略超過半數（58.1%）的受訪者「總會」或「經常」向病人解釋「不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題」，另有 54.9% 受訪者「總會」或「經常」向病人解釋「抗生素的副作用」。（表 20）

表20 處方抗生素時向病人解釋的比率 (Q12a - Q12d)

	受訪者數目 (橫列百分比)					總數
	從不	甚少	有時	經常	總會	
處方抗生素的原因	10 (1.0%)	29 (2.8%)	182 (17.6%)	495 (48.0%)	316 (30.6%)	1 032 (100.0%)
抗生素的副作用	13 (1.3%)	102 (9.9%)	350 (33.9%)	370 (35.9%)	196 (19.0%)	1 031 (100.0%)
要按照處方完成整個抗生素療程	8 (0.8%)	19 (1.8%)	109 (10.6%)	416 (40.4%)	478 (46.4%)	1 030 (100.0%)
不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題	20 (1.9%)	131 (12.7%)	280 (27.2%)	350 (34.0%)	248 (24.1%)	1 029 (100.0%)

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

3.5.8 覆檢療程的比率

少於四成（38.4%）的受訪者「總會」或「經常」於病人的抗生素療程開始後 48 至 72 小時覆檢療程，多於三分之一（34.1%）的受訪者「有時」也會這樣做。逾四分之一（27.5%）的受訪者則「甚少」或「從不」作出覆檢。（表 21）

表21 覆檢療程的比率（Q13）

覆檢療程的比率	受訪者數目	百分比
從不	56	5.4%
甚少	228	22.1%
有時	352	34.1%
經常	290	28.1%
總會	107	10.4%
總數	1 033	100.0%

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

3.5.9 在抗生素使用方面的培訓之充足性

逾七成（71.9%）的受訪者認為自己在使用抗生素方面已接受了充足的培訓。（表 22）。

表22 在抗生素使用方面的培訓是否充足（Q14）

回覆	受訪者數目	百分比
是	720	71.9%
否	282	28.1%
總數	1 002	100.0%

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

3.6 對不同工具的評價

3.6.1 受訪者是否知悉有提供指定的抗生素處方指引工具

大部分受訪者均知悉三種處方指引工具，其中最多受訪者知悉《效果》指引（78.7%），其次是公私營醫院抗菌譜便覽（68.2%）及基層醫療或醫院抗生素導向計劃（64.4%）。（表 23）

表23 受訪者是否知悉有提供抗生素處方工具 (Q4a – Q4c)

	受訪者數目 (橫列百分比)		
	是	否	總數
公私營醫院抗菌譜便覽	710 (68.2%)	331 (31.8%)	1 041 (100.0%)
《效果》指引	819 (78.7%)	222 (21.3%)	1 041 (100.0%)
基層醫療或醫院抗生素導向計劃	672 (64.4%)	371 (35.6%)	1 043 (100.0%)

基數：所有在香港執業的受訪者 (不包括沒有回覆該題目的受訪者)

3.6.2 處方抗生素時參考各工具的比率

在知悉相關處方指引工具的受訪者中，有超過四分之三 (78.2%) 的受訪者「總會」／「經常」／「有時」使用《效果》指引、其次是抗菌譜便覽 (72.2%) 及抗生素導向計劃 (71.2%)。(表 24)

表24 處方抗生素時參考處方指引工具的比率 (Q5a - Q5c)

	受訪者數目 (橫列百分比)						
	從不	甚少	有時	經常	總會	總有效回應	不適用
公私營醫院抗菌譜便覽	33 (4.9%)	155 (22.9%)	255 (37.7%)	162 (24.0%)	71 (10.5%)	676 (100.0%)	26
《效果》指引	44 (5.6%)	128 (16.2%)	303 (38.5%)	217 (27.5%)	96 (12.2%)	788 (100.0%)	25
基層醫療或醫院抗生素導向計劃	54 (8.5%)	129 (20.3%)	201 (31.6%)	167 (26.3%)	85 (13.4%)	636 (100.0%)	28

基數：所有在香港執業並知悉相關處方指引工具的受訪者 (不包括沒有回覆該題目的受訪者)

最多受訪者使用實驗室測試／快速測試，逾四分之三 (77.9%) 受訪者「總會」或「經常」使用有關測試；只有 5.7% 受訪者在處方抗生素時「甚少」或「從不」使用這些測試。

分別有 46.8%、44.5% 及 43.8% 的受訪者參考相同專科醫生所提供的建議、諮詢專科醫生及外國醫療機構／組織的指引及建議。(表 25)

表25 處方抗生素時參考不同工具的比率 (Q5d - Q5g)

	受訪者數目 (橫列百分比)						
	從不	甚少	有時	經常	總會	總有效回應	不適用
外國醫療機構／組織的指引及建議	70 (7.0%)	160 (16.1%)	329 (33.1%)	335 (33.7%)	101 (10.2%)	995 (100.0%)	35
相同專科醫生所提供的建議	52 (5.2%)	112 (11.2%)	367 (36.7%)	388 (38.8%)	80 (8.0%)	999 (100.0%)	32
諮詢專科醫生	71 (7.2%)	189 (19.1%)	288 (29.1%)	273 (27.6%)	167 (16.9%)	988 (100.0%)	44
實驗室測試／快速測試	19 (1.9%)	38 (3.8%)	163 (16.4%)	373 (37.5%)	401 (40.3%)	994 (100.0%)	36

基數：所有在香港執業的受訪者 (不包括沒有回覆該題目的受訪者)

3.6.3 不同工具／參考資料對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效

在知悉並曾使用相關工具的受訪者中，超過四分之三的受訪者認為《效果》指引 (78.5%) 有用 (「十分有用」或「略為有用」、其次是抗菌譜便覽 (78.1%) 及抗生素導向計劃 (72.0%)。(表 26)

表26 不同處方指引工具對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15b – Q15d)

	受訪者數目（橫列百分比）						
	毫無用處	不太有用	中立	略為有用	十分有用	總有效回應	不適用
	1	2	3	4	5		
公私營醫院抗菌譜便覽	5 (0.8%)	31 (4.9%)	104 (16.3%)	258 (40.4%)	241 (37.7%)	639 (100.0%)	4
《效果》指引	4 (0.5%)	22 (3.0%)	133 (18.0%)	298 (40.3%)	282 (38.2%)	739 (100.0%)	5
基層醫療或醫院抗生素 導向計劃	3 (0.5%)	37 (6.4%)	122 (21.1%)	204 (35.3%)	212 (36.7%)	578 (100.0%)	4

基數：所有在香港執業，並知悉及曾使用相關工具的受訪者 (不包括沒有回覆該題目的受訪者)

分別有 76.2%、76.1%及 75.2%受訪者認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程、網上／電子資源、及傳染病學專家／微生物學家的諮詢有用。

(表 27)

表27 不同資訊渠道對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15a, e 及 f)

	受訪者數目 (橫列百分比)						
	毫無用處	不太有用	中立	略為有用	十分有用	總有效回應	不適用
	1	2	3	4	5		
「延續醫學教育計劃」認可的正規課程	13 (1.3%)	48 (4.7%)	181 (17.8%)	370 (36.4%)	404 (39.8%)	1 016 (100.0%)	18
網上／電子資源	14 (1.4%)	45 (4.4%)	183 (18.0%)	357 (35.2%)	415 (40.9%)	1 014 (100.0%)	17
傳染病學專家／微生物學家的諮詢	14 (1.4%)	70 (7.0%)	163 (16.4%)	291 (29.2%)	458 (46.0%)	996 (100.0%)	36

基數：所有在香港執業的受訪者（不包括沒有回覆該題目的受訪者）

第四章 按受訪者特徵資料及相關問題作分組分析

本章以受訪者的人口特徵及背景資料（包括性別、執業年資、執業機構類別、專科培訓程度及所從事之專科）進行分組分析，從而檢視這些特徵與所調查的項目有沒有顯著的關係。本章亦針對符合第 2.2.2 段所定義的基層醫療醫生作分組分析。

由於本港醫生的執業年資通常反映其年齡，故此報告以代表工作經驗的執業年資代替年齡作分組分析，以避免重覆報告類近的結果。

所有分組分析不包括未有回答個別問題的受訪者。

本章只報告及討論在統計學上有顯著關係（少於 5%顯著水平）的分析結果。

4.1 變數重組

4.1.1 為擴大不同分組的樣本數目讓分析的結果更明顯，部分相近的答案被整合重組為新的分類。（表 28）

表28 重組相近答案後的分組

變數	原本分類	樣本數目	重組後分類	樣本數目
機構類別 (Q20)	政府	51	政府	51
	醫院管理局	490	醫院管理局	490
	學術機構	19	學術機構	19
	資助機構	10	資助機構	10
	私營機構 – 診所	403 [#]	私營機構	473
	私營機構 – 醫院	80 [#]		
	私營機構 – 其他	7 [#]		
主要工作範疇 (Q21)	普通科執業	330	普通科執業	330
	專科執業	693	專科執業	693
	行政/管理	13 [^]	行政/教學	16
	教學/教育	4 [^]		
專科 (Q23)	外科	87	手術相關專科	140
	骨科	33		
	耳鼻喉科	16		
	其他*	4		
	內科	185	非手術相關專科	702
	家庭醫學	128		
	兒科	79		
	急症科	61		
	婦產科	60		
	麻醉科	44		
	精神科	32		
	放射科	30		

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

變數	原本分類	樣本數目	重組後分類	樣本數目
	眼科	26		
	病理科	22		
	腫瘤科	16		
	社會醫學	12		
	其他*	7		
處方抗生素時， 您多常參考公私立 醫院抗菌譜便 覽 (Q5a)	不適用	357	未曾使用	390
	從不	33		
	甚少	155	曾使用	643
	有時	255		
	經常	162		
	總會	71		
處方抗生素時， 您多常參考《效 果》指引 (Q5b)	不適用	247	未曾使用	291
	從不	44		
	甚少	128	曾使用	745
	有時	304		
	經常	217		
	總會	96		
處方抗生素時， 您多常參考基層 醫療或醫院抗生 素導向計劃 (Q5c)	不適用	399	未曾使用	453
	從不	54		
	甚少	129	曾使用	582
	有時	201		
	經常	167		
	總會	85		
您多常因病人要 求而為無併發症 的上呼吸道感染 病人處方抗生 素? (Q10a)	從不	394	從不/甚少	854
	甚少	460		
	有時	153	總會/經常/有時	175
	經常	21		
	總會	1		

註: #: 受訪者或選擇多於一個機構類別

註: ^: 有 1 名受訪者同時選擇了「行政/管理」及「教學/教育」

註: *: 11 名回答了「其他」的受訪者中，4 名受訪者的專科（例如整形外科）被歸納為「手術相關專科」，其他 7 名受訪者的專科（例如皮膚科及腎科）被歸納為「非手術相關專科」。

4.2 對抗生素及抗菌素耐藥性的認知及關注度

4.2.1 抗菌素耐藥性的影響

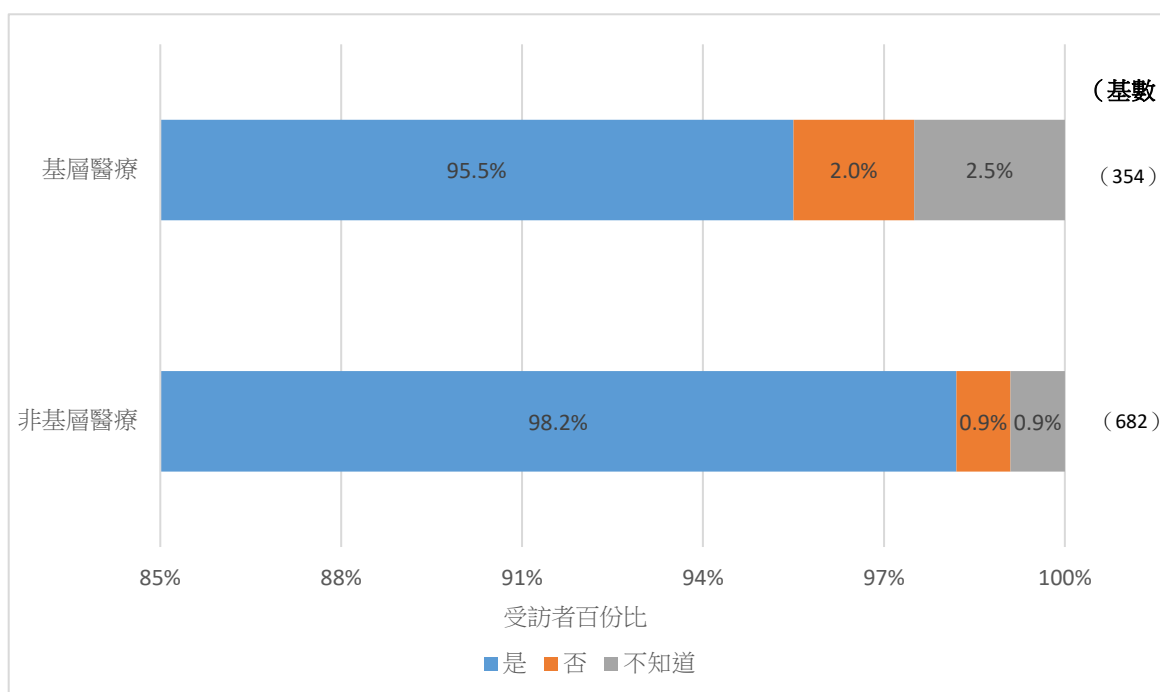
受訪者對抗菌素耐藥性是否會延長住院時間的認知與他們的執業類別有顯著關係。
(表 29)

表29 對抗菌素耐藥性是否會延長住院時間的認知 (Q1b)

		受訪者數目 (橫列百份比)				p 值 費氏精確檢 定
變數	分類	基數	是	否	不知道	
執業類別	基層醫療	354 (100%)	338 (95.5%)	7 (2.0%)	9 (2.5%)	0.04
	非基層醫療	682 (100%)	670 (98.2%)	6 (0.9%)	6 (0.9%)	

相比非基層醫療醫生 (98.2%)，較少基層醫療醫生 (95.5%) 意識到抗菌素耐藥性會延長住院時間。(圖 1)

圖 1. 按執業類別分析對抗菌素耐藥性是否會延長住院時間的認知 (Q1b)



受訪者對抗菌素耐藥性是否會增加死亡率的認知與他們的執業年資及主要工作範疇有顯著關係。(表 30)

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

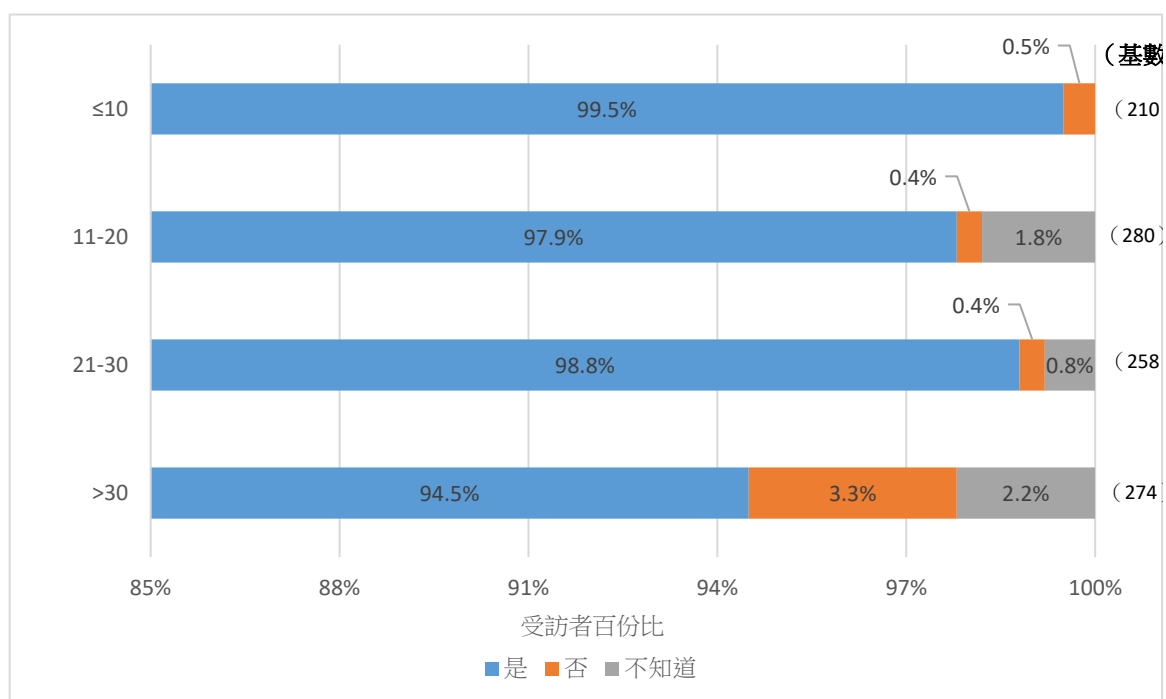
表30 對抗菌素耐藥性是否會增加死亡率的認知 (Q1d)

		受訪者數目 (橫列百份比)				p 值
變數	分類	基數	是	否	不知道	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	209 (99.5%)	1 (0.5%)	(-)	<0.005
	11-20	280 (100.0%)	274 (97.9%)	1 (0.4%)	5 (1.8%)	
	21-30	258 (100.0%)	255 (98.8%)	1 (0.4%)	2 (0.8%)	
	>30	274 (100.0%)	259 (94.5%)	9 (3.3%)	6 (2.2%)	
主要工作範疇	普通科執業	329 (100.0%)	315 (95.7%)	7 (2.1%)	7 (2.1%)	0.01
	專科執業	691 (100.0%)	681 (98.6%)	4 (0.6%)	6 (0.9%)	
	行政/教學	16 ^{##} (100.0%)	14 (87.5%)	1 (6.3%)	1 (6.3%)	

##: 樣本數目非常少 (<30)

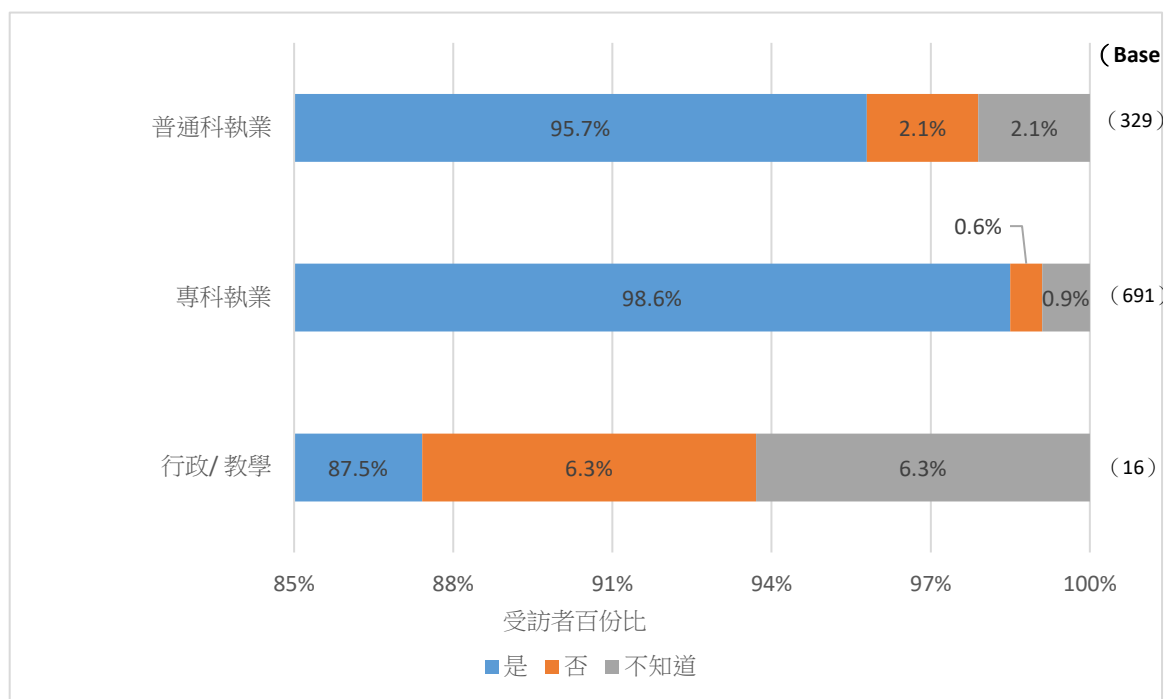
與執業 30 年以上的受訪者 (94.5%) 相比，執業 30 年或以下的受訪者更傾向意識到此威脅 (97.9%至 99.5%)。(圖 2)

圖 2. 按執業年資分析對抗菌素耐藥性是否會增加死亡率的認知 (Q1d)



相比在普通科執業（95.7%）或從事行政／教學工作（87.5%）的受訪者，有更高比例的專科執業受訪者（98.6%）意識到抗菌素耐藥性會增加死亡率。（圖 3）

圖 3. 按主要工作範疇分析對抗菌素耐藥性是否會增加死亡率的認知（Q1d）



4.2.2 對抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法

受訪者對全球抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法與他們的執業年資及機構類別有顯著關係。（表 31）

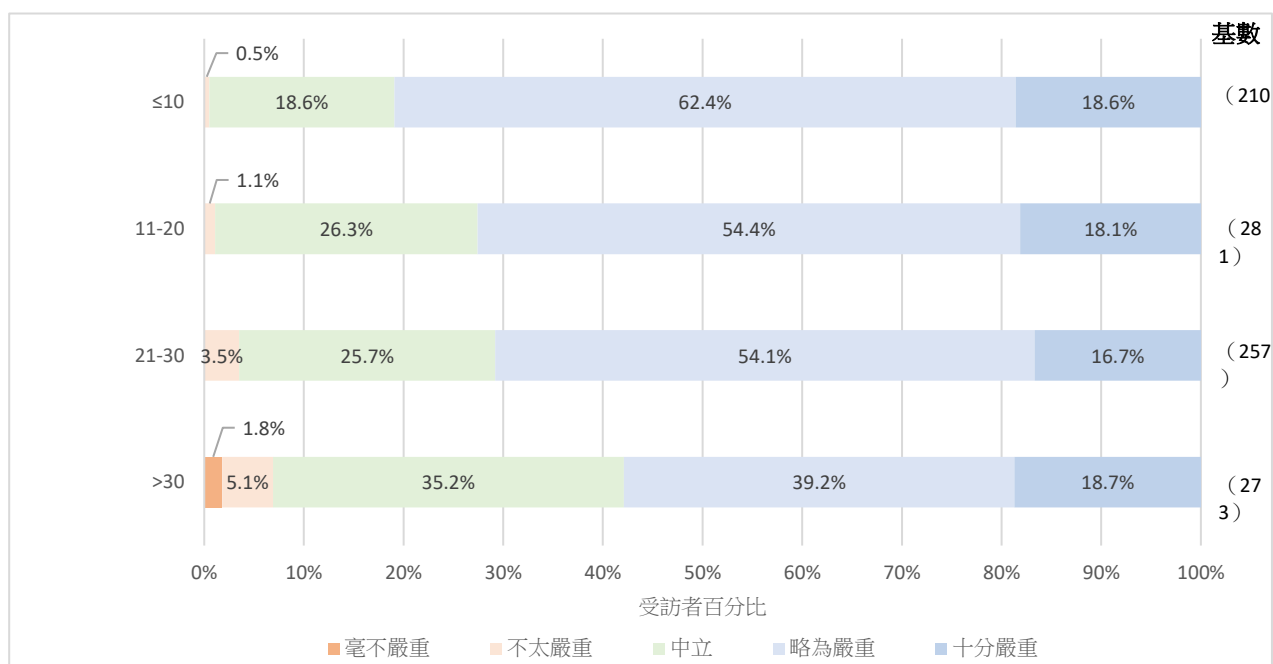
表31 對全球抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法 (Q2a)

		受訪者數目 (橫列百分比)						p 值 單因方差檢定
變數	分類	基數	毫不嚴重	不太嚴重	中立	略為嚴重	十分嚴重	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	(-)	1 (0.5%)	39 (18.6%)	131 (62.4%)	39 (18.6%)	<0.005
	11-20	281 (100.0%)	(-)	3 (1.1%)	74 (26.3%)	153 (54.4%)	51 (18.1%)	
	21-30	257 (100.0%)	(-)	9 (3.5%)	66 (25.7%)	139 (54.1%)	43 (16.7%)	
	>30	273 (100.0%)	5 (1.8%)	14 (5.1%)	96 (35.2%)	107 (39.2%)	51 (18.7%)	
機構類別	政府	50 (100.0%)	(-)	1 (2.0%)	9 (18.0%)	29 (58.0%)	11 (22.0%)	<0.005
	醫院管理局	490 (100.0%)	(-)	5 (1.0%)	101 (20.6%)	289 (59.0%)	95 (19.4%)	
	學術機構	19 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	2 (10.5%)	12 (63.2%)	5 (26.3%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	2 (20.0%)	7 (70.0%)	1 (10.0%)	
	私營機構	471 (100.0%)	5 (1.1%)	22 (4.7%)	164 (34.8%)	203 (43.1%)	77 (16.3%)	

##: 樣本數目非常小 (<30)

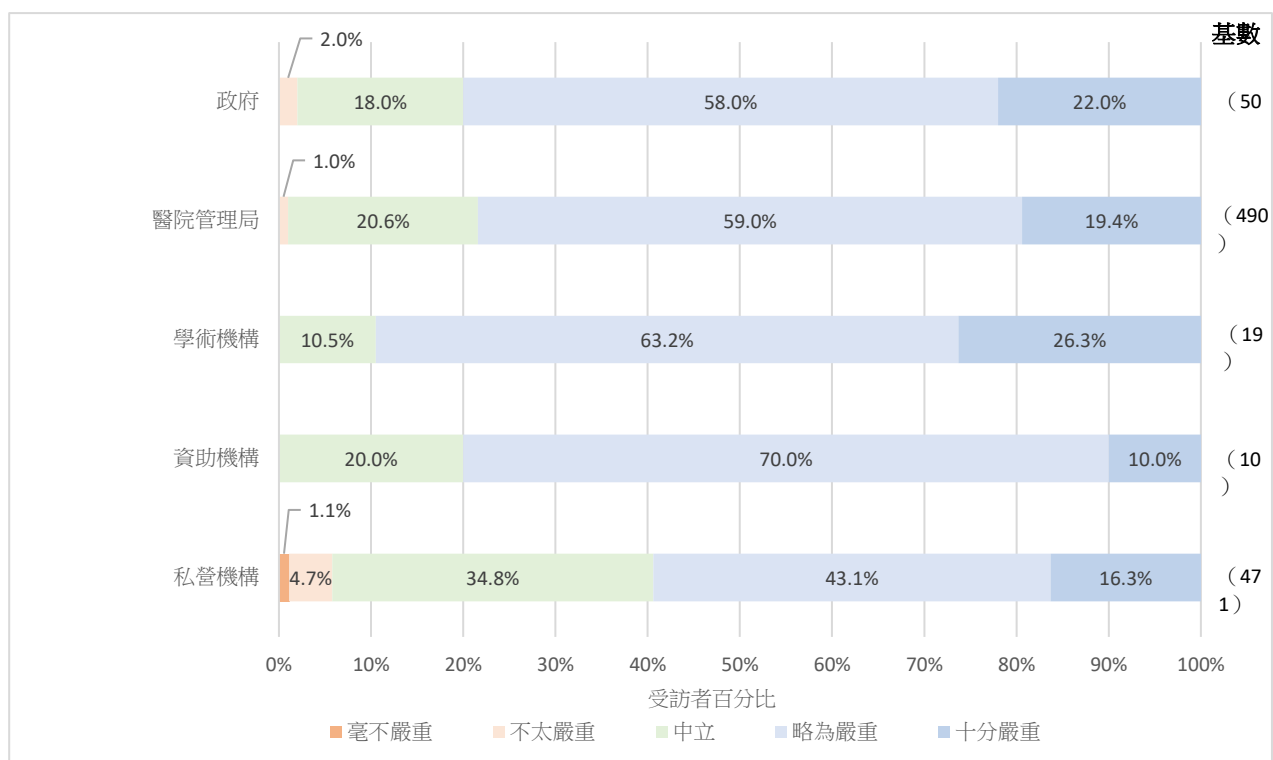
受訪者的執業年資越短，越傾向認為全球抗菌素耐藥性問題嚴重。眾多組別中，執業 10 年或以下的組別有最高比例的受訪者 (81.0%) 認為全球抗菌素耐藥性問題「十分嚴重」／「略為嚴重」。(圖 4)

圖 4. 按執業年資分析對全球抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法 (Q2a)



顯著較少在私營機構工作的受訪者 (59.4%) 認為全球抗菌素耐藥性問題「十分嚴重」／「略為嚴重」。(圖 5)

圖 5. 按機構類別分析對全球抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法 (Q2a)



受訪者對香港抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法與他們的執業年資及機構類別有顯著關係。(表 32)

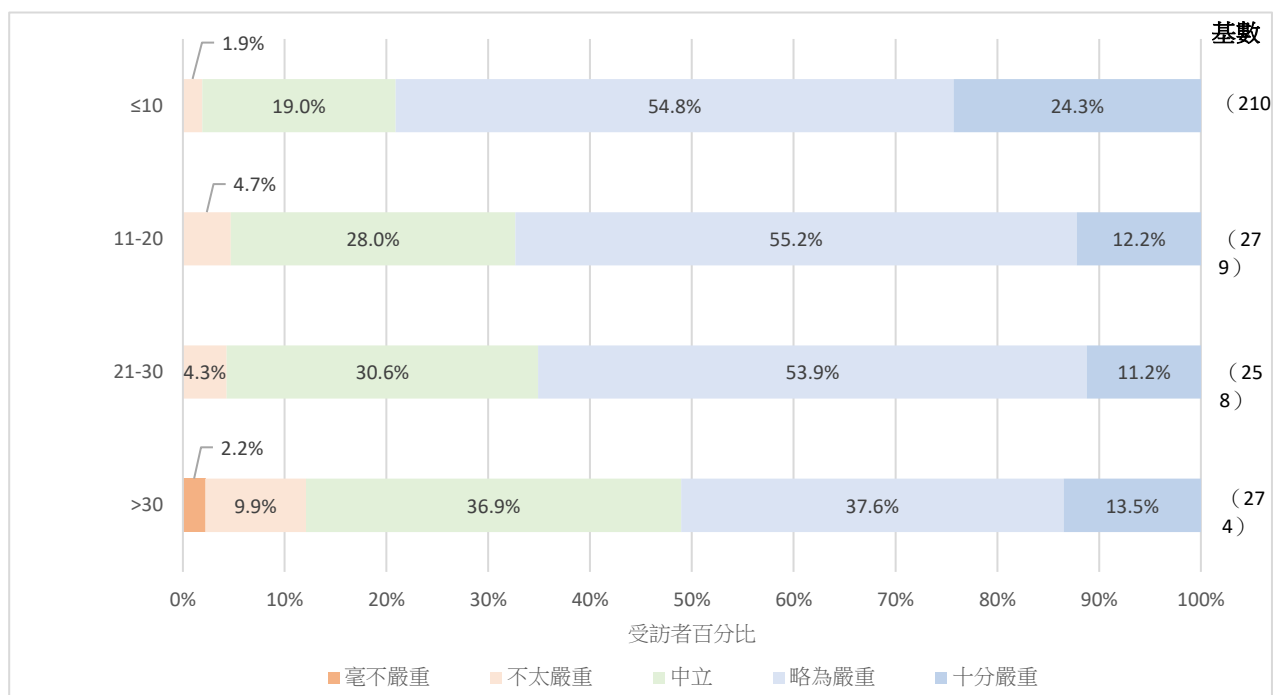
表32 對香港抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法 (Q2b)

		受訪者數目 (橫列百分比)						p 值 單因方差檢 定
變數	分類	基數	毫不嚴重	不太嚴重	中立	略為嚴重	十分嚴重	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	(-)	4 (1.9%)	40 (19.0%)	115 (54.8%)	51 (24.3%)	<0.005
	11-20	279 (100.0%)	(-)	13 (4.7%)	78 (28.0%)	154 (55.2%)	34 (12.2%)	
	21-30	258 (100.0%)	(-)	11 (4.3%)	79 (30.6%)	139 (53.9%)	29 (11.2%)	
	>30	274 (100.0%)	6 (2.2%)	27 (9.9%)	101 (36.9%)	103 (37.6%)	37 (13.5%)	
機構類別	政府	51 (100.0%)	(-)	2 (3.9%)	9 (17.6%)	32 (62.7%)	8 (15.7%)	<0.005
	醫院管理局	488 (100.0%)	(-)	14 (2.9%)	117 (24.0%)	268 (54.9%)	89 (18.2%)	
	學術機構	19 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	4 (21.1%)	12 (63.2%)	3 (15.8%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	3 (30.0%)	7 (70.0%)	(-)	
	私營機構	471 (100.0%)	6 (1.3%)	39 (8.3%)	169 (35.9%)	201 (42.7%)	56 (11.9%)	

樣本數目非常小 (<30)

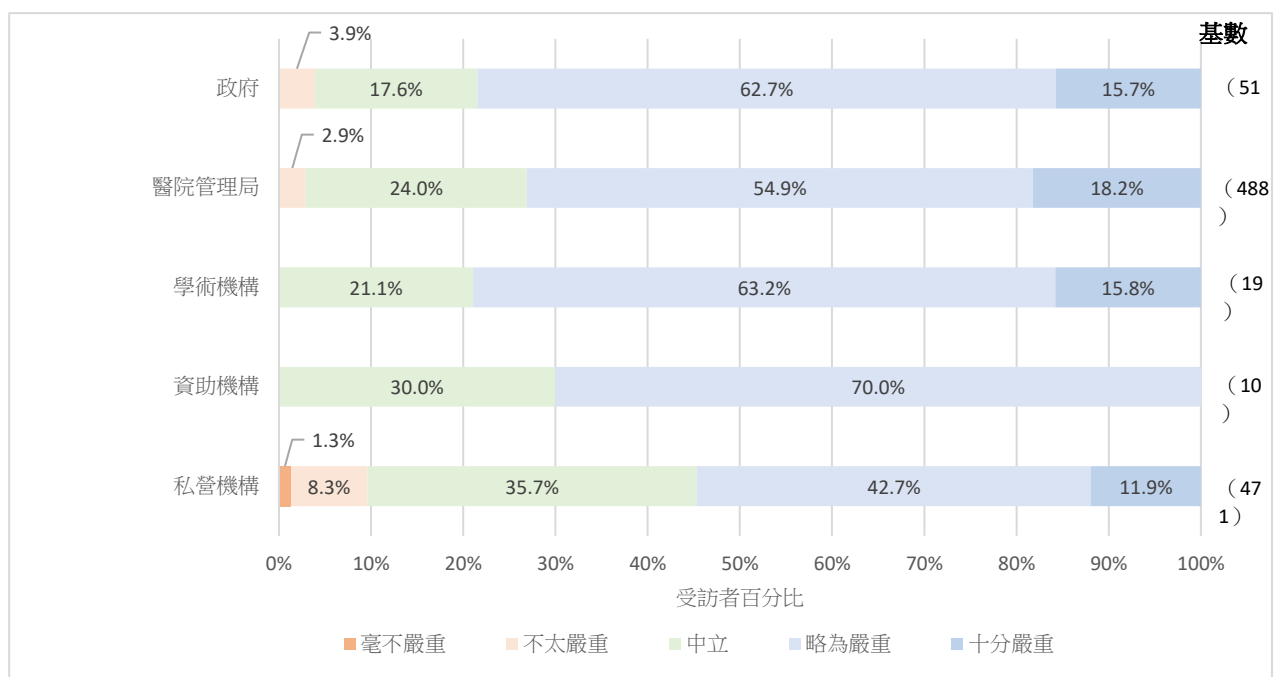
受訪者的執業年資越短，越傾向認為香港抗菌素耐藥性問題「十分嚴重」／「略為嚴重」。眾多組別中，執業 10 年或以下的組別有最高比例的受訪者 (79.0%) 認為香港抗菌素耐藥性問題「十分嚴重」／「略為嚴重」。(圖 6)

圖 6. 按執業年資分析對香港抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法 (Q2b)



顯著較少在私營機構工作的受訪者 (54.6%) 認為香港的抗菌素耐藥性問題「十分嚴重」／「略為嚴重」。(圖 7)

圖 7. 按機構類別分析對香港抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法 (Q2b)



受訪者對醫院內抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法與他們的執業年資及機構類別有顯著關係。(表 33)

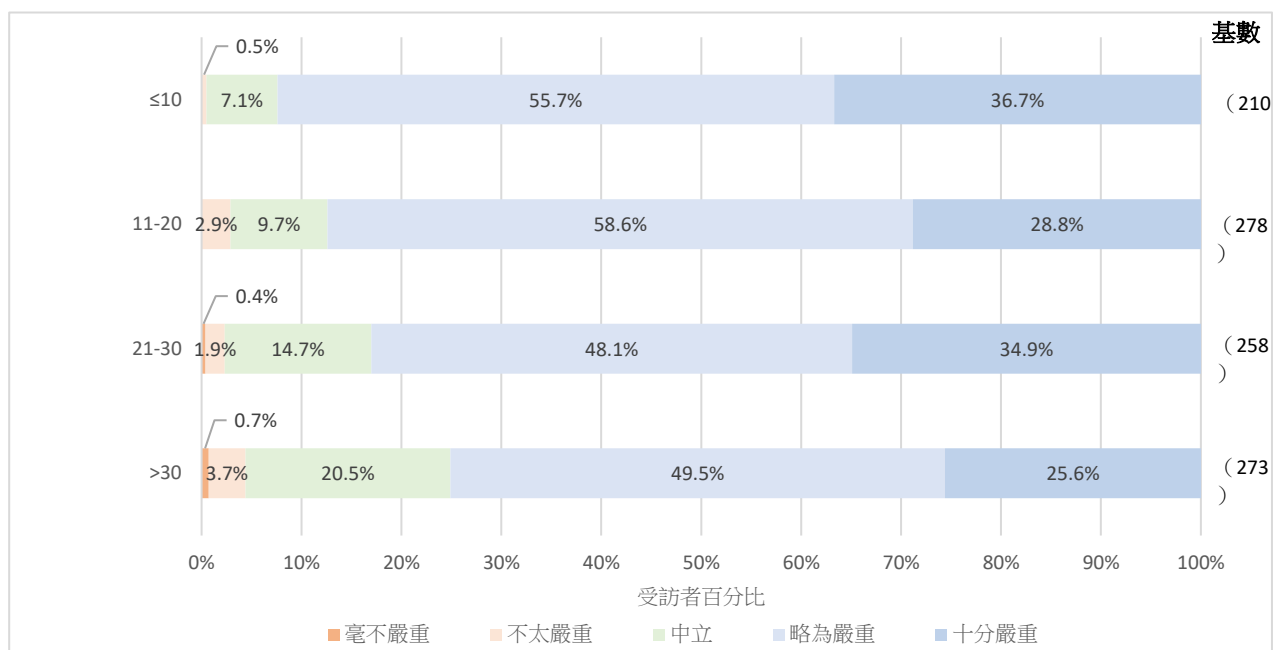
表33 對醫院內抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法 (Q2c)

		受訪者數目 (橫列百分比)						p 值
變數	分類	基數	毫不嚴重	不太嚴重	中立	略為嚴重	十分嚴重	單因方差檢定
執業年資	≤10	210 (100.0%)	(-)	1 (0.5%)	15 (7.1%)	117 (55.7%)	77 (36.7%)	<0.005
	11-20	278 (100.0%)	(-)	8 (2.9%)	27 (9.7%)	163 (58.6%)	80 (28.8%)	
	21-30	258 (100.0%)	1 (0.4%)	5 (1.9%)	38 (14.7%)	124 (48.1%)	90 (34.9%)	
	>30	273 (100.0%)	2 (0.7%)	10 (3.7%)	56 (20.5%)	135 (49.5%)	70 (25.6%)	
機構類別	政府	51 (100.0%)	(-)	1 (2.0%)	8 (15.7%)	19 (37.3%)	23 (45.1%)	<0.005
	醫院管理局	488 (100.0%)	(-)	8 (1.6%)	42 (8.6%)	271 (55.5%)	167 (34.2%)	
	學術機構	19 ^{##} (100.0%)	(-)	1 (5.3%)	1 (5.3%)	10 (52.6%)	7 (36.8%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	1 (10.0%)	5 (50.0%)	4 (40.0%)	
	私營機構	469 (100.0%)	3 (0.6%)	14 (3.0%)	84 (17.9%)	246 (52.5%)	122 (26.0%)	

##: 樣本數目非常少 (<30)

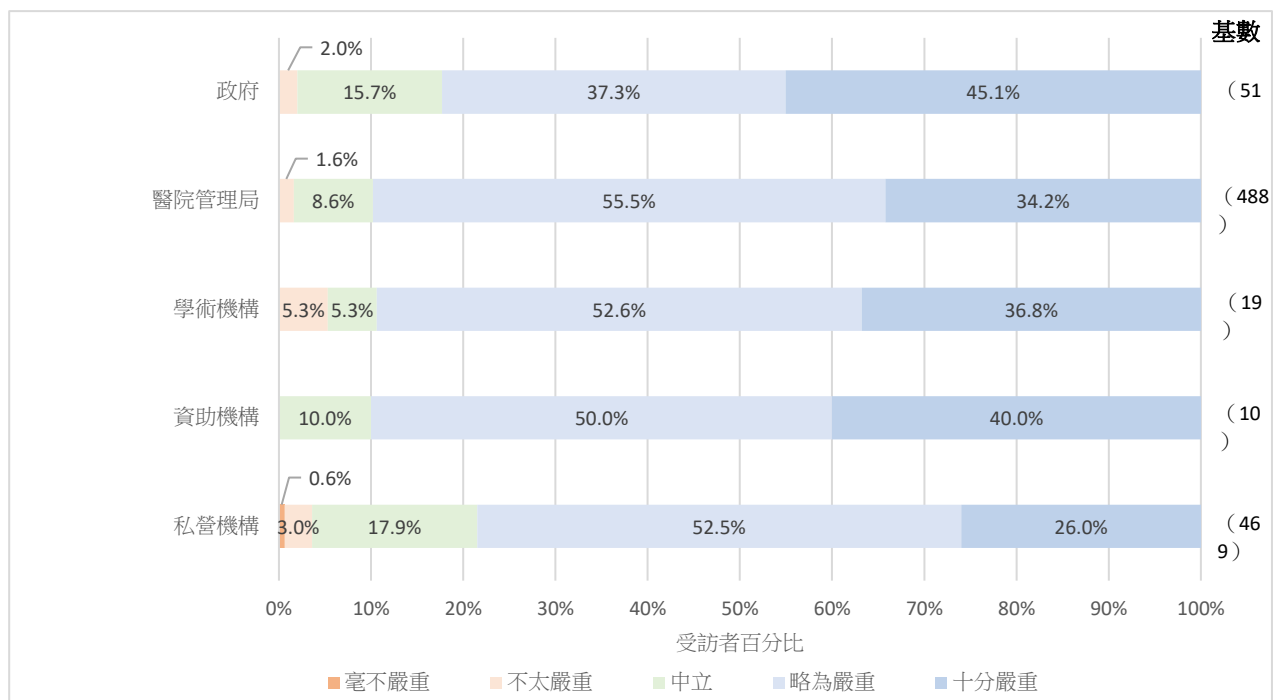
受訪者的執業年資越短，越傾向認為醫院內抗菌素耐藥性問題「十分嚴重」／「略為嚴重」。眾多組別中，執業 10 年或以下的組別有最高比例的受訪者 (92.4%) 認為醫院內抗菌素耐藥性問題「十分嚴重」／「略為嚴重」。(圖 8)

圖 8. 按執業年資分析對醫院內抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法 (Q2c)



顯著較少在私營機構工作的受訪者 (78.5%) 認為醫院內抗菌素耐藥性問題「十分嚴重」／「略為嚴重」。(圖 9)

圖 9. 按機構類別分析對醫院內抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法 (Q2c)



受訪者對社區內抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法與他們的機構類別有顯著關係。
(表 34)

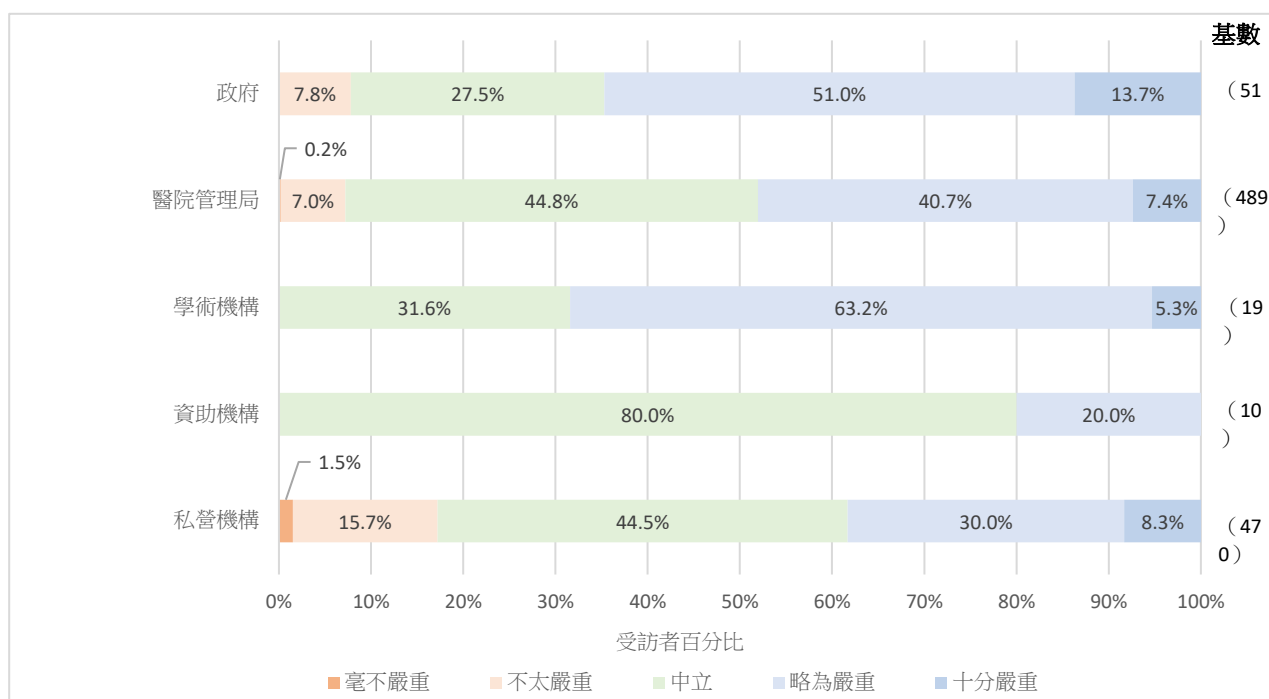
表34 對社區內抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法 (Q2d)

變數	分類	受訪者數目 (橫列百份比)						p 值
		基數	毫不嚴重	不太嚴重	中立	略為嚴重	十分嚴重	單因方差檢定
機構類別	政府	51 (100.0%)	(-)	4 (7.8%)	14 (27.5%)	26 (51.0%)	7 (13.7%)	<0.005
	醫院管理局	489 (100.0%)	1 (0.2%)	34 (7.0%)	219 (44.8%)	199 (40.7%)	36 (7.4%)	
	學術機構	19 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	6 (31.6%)	12 (63.2%)	1 (5.3%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	8 (80.0%)	2 (20.0%)	(-)	
	私營機構	470 (100.0%)	7 (1.5%)	74 (15.7%)	209 (44.5%)	141 (30.0%)	39 (8.3%)	

##: 樣本數目非常小 (<30)

顯著較少在私營機構 (38.3%) 及資助機構 (20.0%) 工作的受訪者認為社區內抗菌素耐藥性問題「十分嚴重」／「略為嚴重」。(圖 10)

圖 10. 按機構類別分析對社區內抗菌素耐藥性問題嚴重程度的看法 (Q2d)



4.2.3 導致抗菌素耐藥性問題的各種因素之重要性

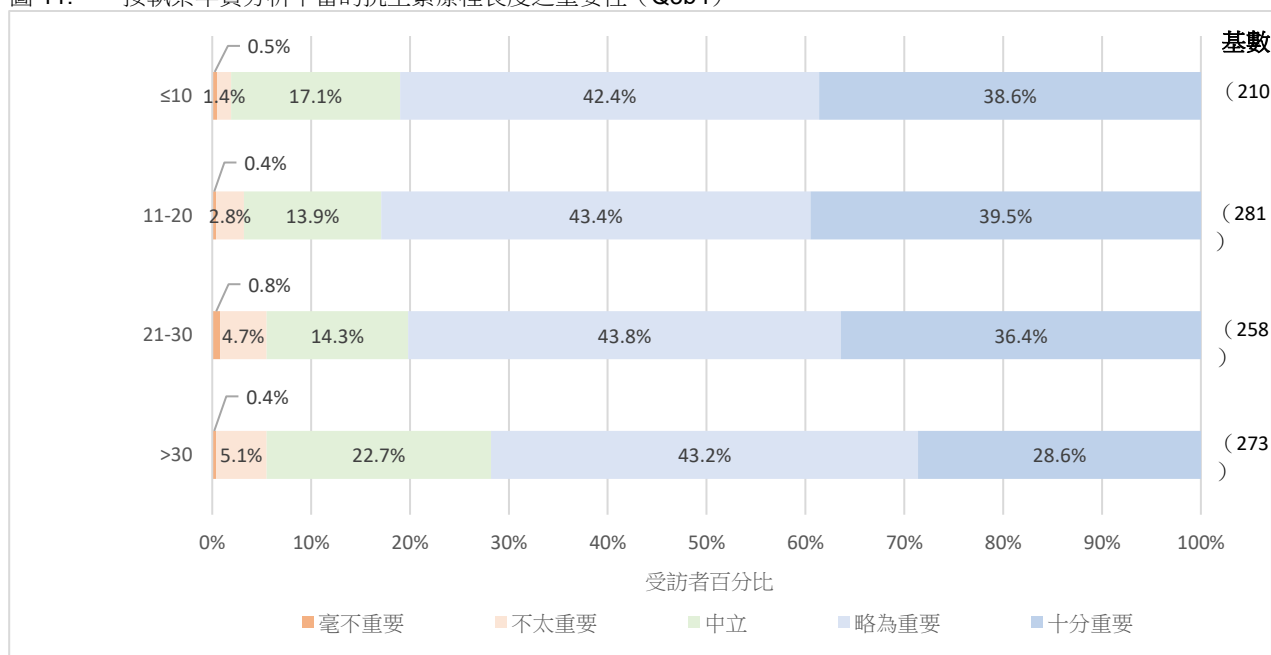
受訪者對不當的抗生素療程長度之重要性的看法，與他們的執業年資有顯著關係。
(表 35)

表35 不當的抗生素療程長度之重要性 (Q3b i)

變數	分類	受訪者數目 (橫列百分比)						p 值
		基數	毫不重要	不太重要	中立	略為重要	十分重要	單因方差檢定
執業年資	≤10	210 (100.0%)	1 (0.5%)	3 (1.4%)	36 (17.1%)	89 (42.4%)	81 (38.6%)	0.01
	11 - 20	281 (100.0%)	1 (0.4%)	8 (2.8%)	39 (13.9%)	122 (43.4%)	111 (39.5%)	
	21 - 30	258 (100.0%)	2 (0.8%)	12 (4.7%)	37 (14.3%)	113 (43.8%)	94 (36.4%)	
	>30	273 (100.0%)	1 (0.4%)	14 (5.1%)	62 (22.7%)	118 (43.2%)	78 (28.6%)	

與其他執業年資的受訪者相比，執業超過 30 年的受訪者有最低的比例 (71.8%) 認為不當的抗生素療程長度是導致抗菌素耐藥性問題的重要 (「十分重要」／「略為重要」) 原因。(圖 11)

圖 11. 按執業年資分析不當的抗生素療程長度之重要性 (Q3b i)



受訪者對抗生素選擇不當之重要性的看法，與他們的執業類別、執業年資、機構類別及主要工作範疇有顯著關係。(表 36)

表36 抗生素選擇不當之重要性 (Q3b ii)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	分類	基數	毫不重要	不太重要	中立	略為重要	十分重要	p 值
執業類別	基層醫療	353 (100.0%)	1 (0.3%)	16 (4.5%)	61 (17.3%)	144 (40.8%)	131 (37.1%)	0.01 ^a
	非基層醫療	685 (100.0%)	(-)	14 (2.0%)	85 (12.4%)	301 (43.9%)	285 (41.6%)	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	(-)	2 (1.0%)	17 (8.1%)	86 (41.0%)	105 (50.0%)	<0.005 ^b
	11 - 20	281 (100.0%)	1 (0.4%)	6 (2.1%)	33 (11.7%)	123 (43.8%)	118 (42.0%)	
	21 - 30	258 (100.0%)	(-)	4 (1.6%)	36 (14.0%)	122 (47.3%)	96 (37.2%)	
	>30	274 (100.0%)	(-)	16 (5.8%)	57 (20.8%)	108 (39.4%)	93 (33.9%)	
機構類別	政府	51 (100.0%)	(-)	1 (2.0%)	4 (7.8%)	19 (37.3%)	27 (52.9%)	<0.005 ^b
	醫院管理局	490 (100.0%)	(-)	6 (1.2%)	46 (9.4%)	209 (42.7%)	229 (46.7%)	
	學術機構	19 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	(-)	9 (47.4%)	10 (52.6%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	2 (20.0%)	6 (60.0%)	2 (20.0%)	
	私營機構	472 (100.0%)	1 (0.2%)	23 (4.9%)	94 (19.9%)	203 (43.0%)	151 (32.0%)	
主要工作範疇	普通科執業	329 (100.0%)	1 (0.3%)	16 (4.9%)	59 (17.9%)	132 (40.1%)	121 (36.8%)	0.04 ^b
	專科執業	693 (100.0%)	(-)	14 (2.0%)	87 (12.6%)	307 (44.3%)	285 (41.1%)	
	行政/教學	16 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	(-)	6 (37.5%)	10 (62.5%)	

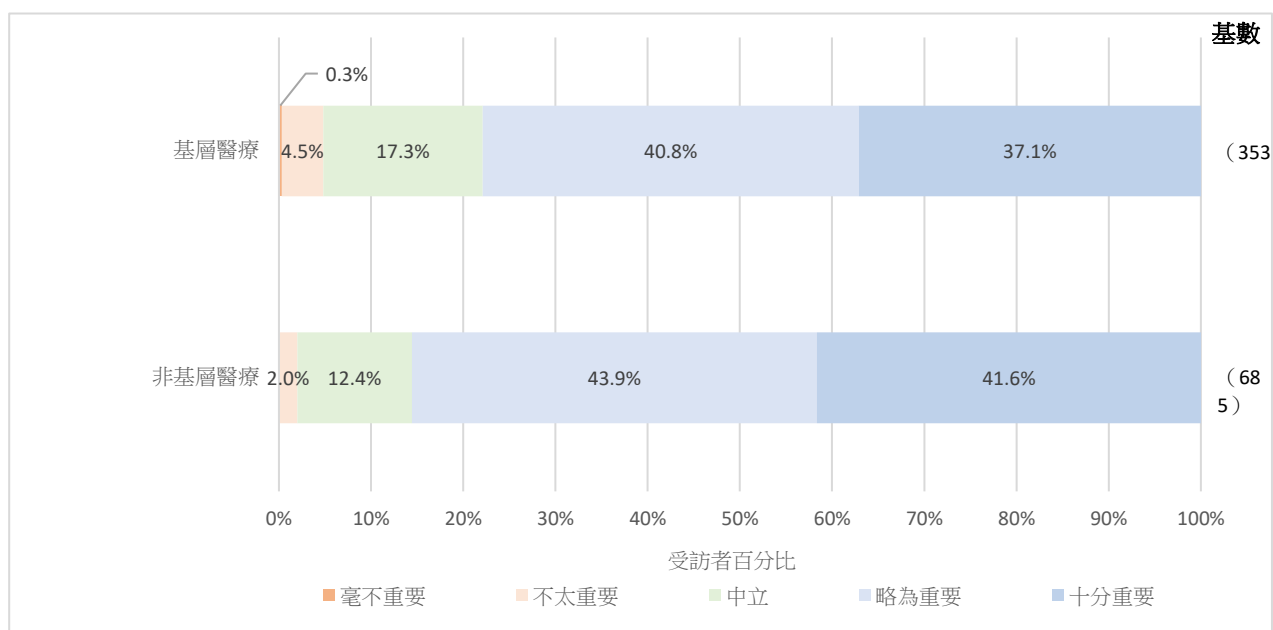
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

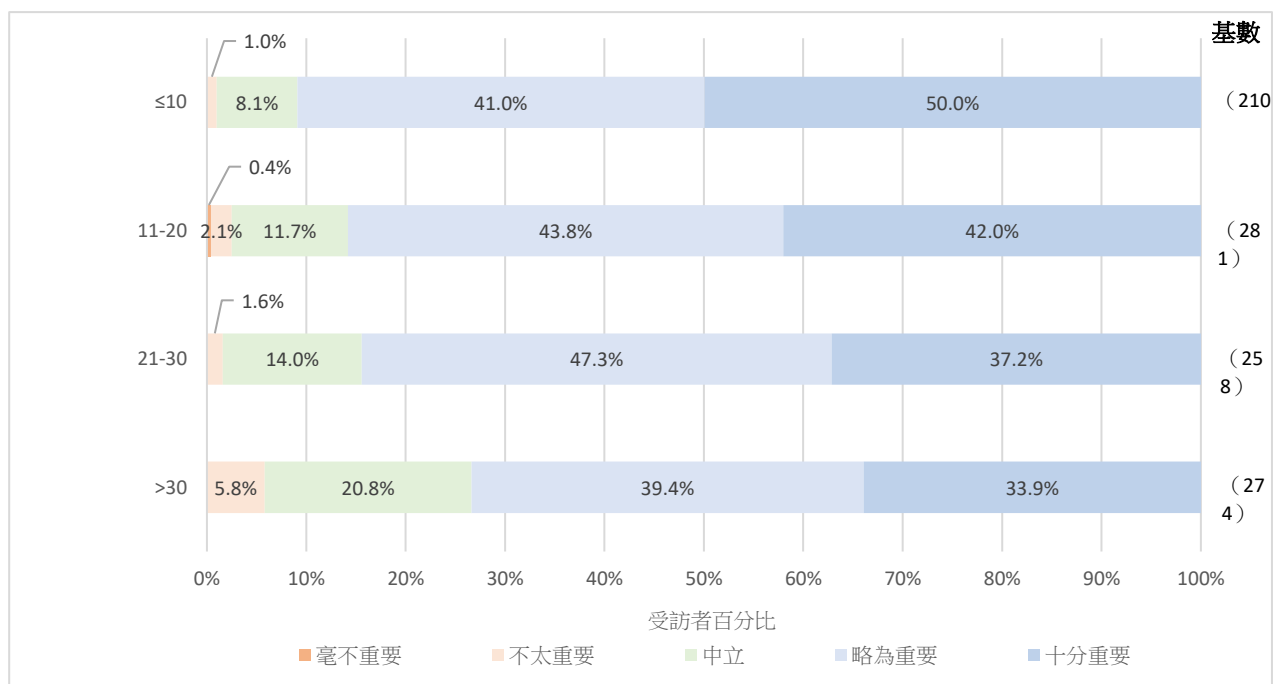
相比從事非基層醫療的受訪者 (85.5%)，較少從事基層醫療的受訪者 (77.9%) 認為抗生素選擇不當是導致抗菌素耐藥性問題的重要 (「十分重要」／「略為重要」) 原因。(圖 12)

圖 12. 按執業類別分析抗生素選擇不當之重要性 (Q3b ii)



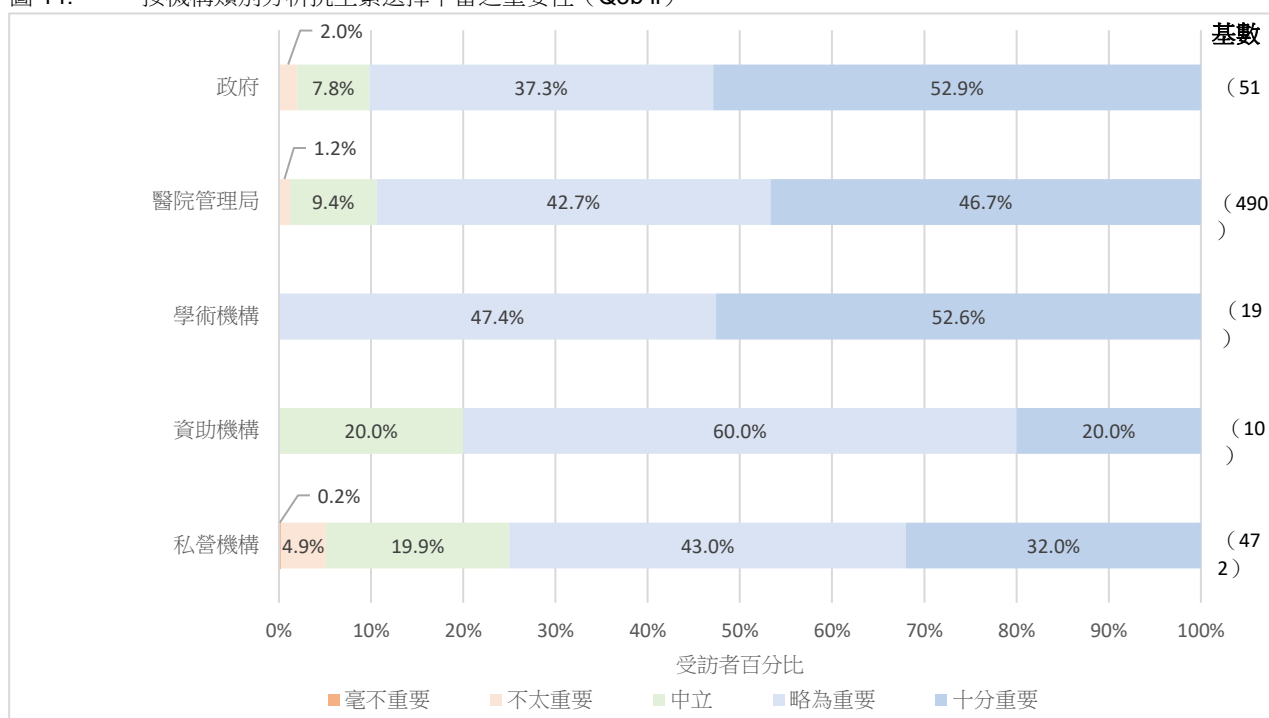
相比執業年資較長的受訪者，執業年資較短的受訪者更傾向認為抗生素選擇不當是導致抗菌素耐藥性問題的重要原因 (≤ 10 年, 91.0%; > 30 年, 73.4%)。(圖 13)

圖 13. 按執業年資分析抗生素選擇不當之重要性 (Q3b ii)



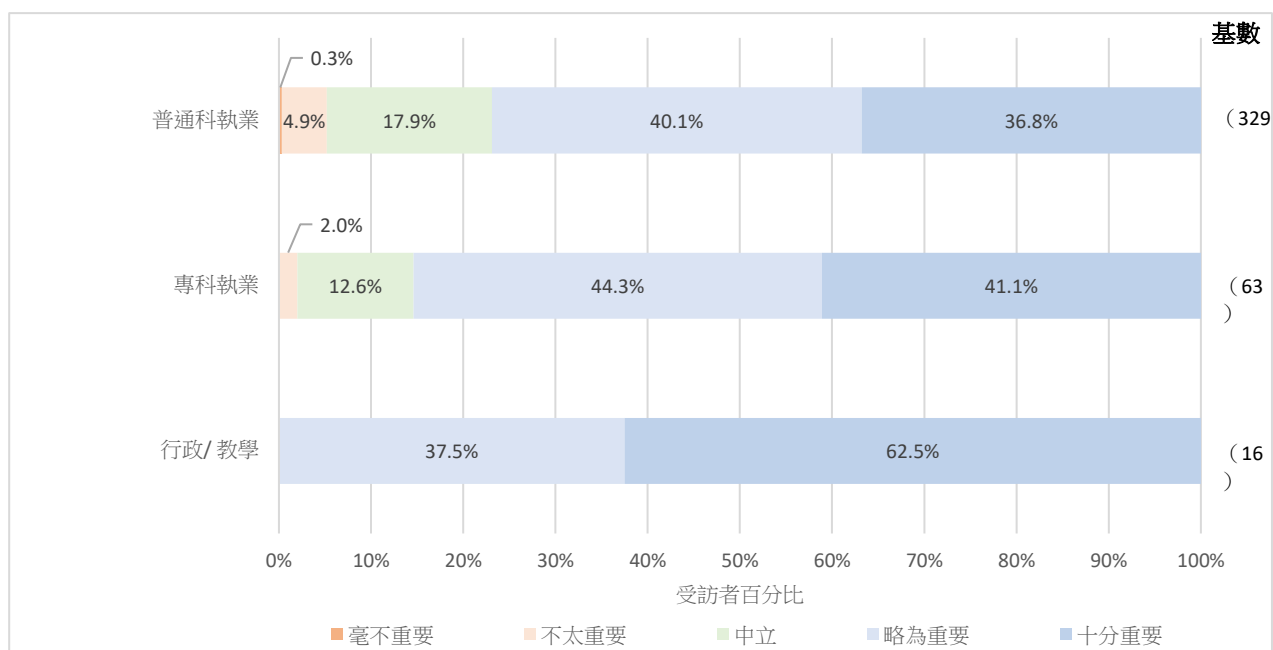
相對較少在私營機構工作的受訪者 (75.0%) 認為抗生素選擇不當是導致抗菌素耐藥性問題的重要原因。(圖 14)

圖 14. 按機構類別分析抗生素選擇不當之重要性 (Q3b ii)



相比普通科執業的受訪者 (76.9%)，較多專科執業的受訪者 (85.4%) 認為抗生素選擇不當是導致抗菌素耐藥性問題的重要原因。(圖 15)

圖 15. 按主要工作範疇分析抗生素選擇不當之重要性 (Q3b ii)



受訪者對病人不遵從抗生素服用指引以致抗菌素耐藥性問題之重要性的看法，與他們的性別、執業類別、主要工作範疇及所屬專科有顯著關係。(表 37)

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

表37 病人不遵從抗生素服用指引之重要性 (Q3b iv)

		受訪者數目 (橫列百分比)						p 值
變數	分類	基數	毫不重要	不太重要	中立	略為重要	十分重要	
性別	男性	687 (100.0%)	4 (0.6%)	43 (6.3%)	127 (18.5%)	282 (41.0%)	231 (33.6%)	<0.005 ^a
	女性	341 (100.0%)	1 (0.3%)	3 (0.9%)	56 (16.4%)	141 (41.3%)	140 (41.1%)	
執業類別	基層醫療	353 (100.0%)	(-)	10 (2.8%)	47 (13.3%)	131 (37.1%)	165 (46.7%)	<0.005 ^a
	非基層醫療	685 (100.0%)	5 (0.7%)	35 (5.1%)	141 (20.6%)	296 (43.2%)	208 (30.4%)	
主要工作範疇	普通科執業	329 (100.0%)	(-)	6 (1.8%)	45 (13.7%)	125 (38.0%)	153 (46.5%)	<0.005 ^b
	專科執業	693 (100.0%)	5 (0.7%)	37 (5.3%)	141 (20.3%)	296 (42.7%)	214 (30.9%)	
	行政/教學	16 ^{##} (100.0%)	(-)	2 (12.5%)	2 (12.5%)	6 (37.5%)	6 (37.5%)	
專科	手術相關	140 (100.0%)	1 (0.7%)	12 (8.6%)	32 (22.9%)	61 (43.6%)	34 (24.3%)	<0.005 ^a
	非手術相關	701 (100.0%)	4 (0.6%)	27 (3.9%)	128 (18.3%)	298 (42.5%)	244 (34.8%)	

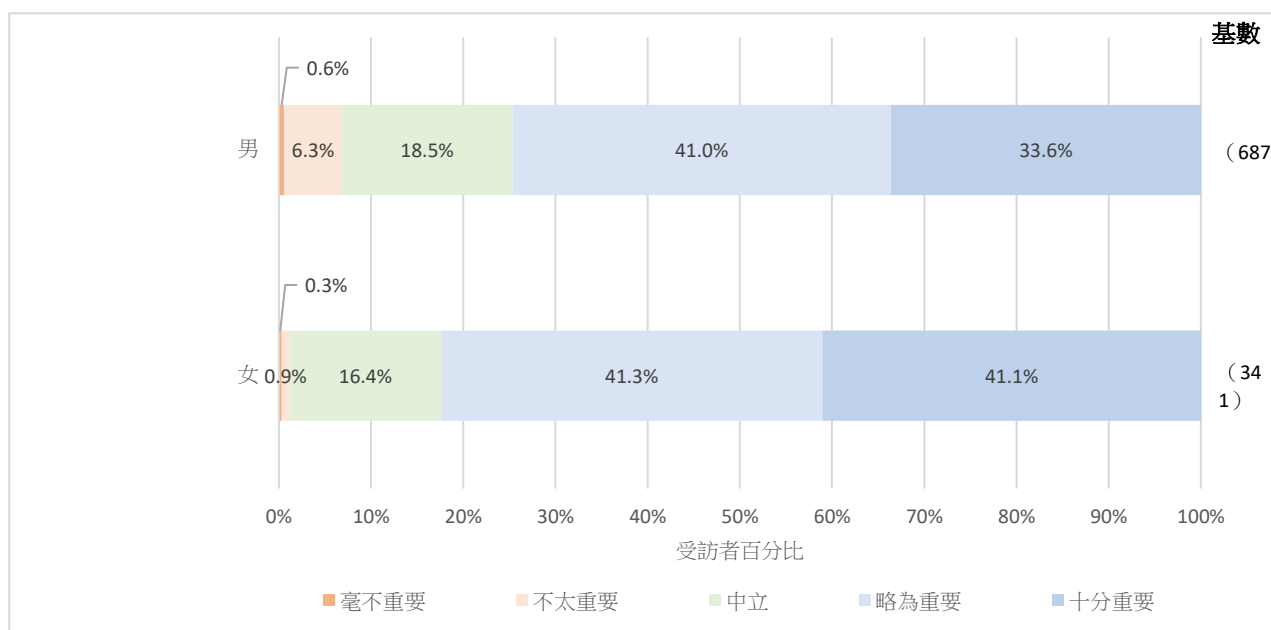
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

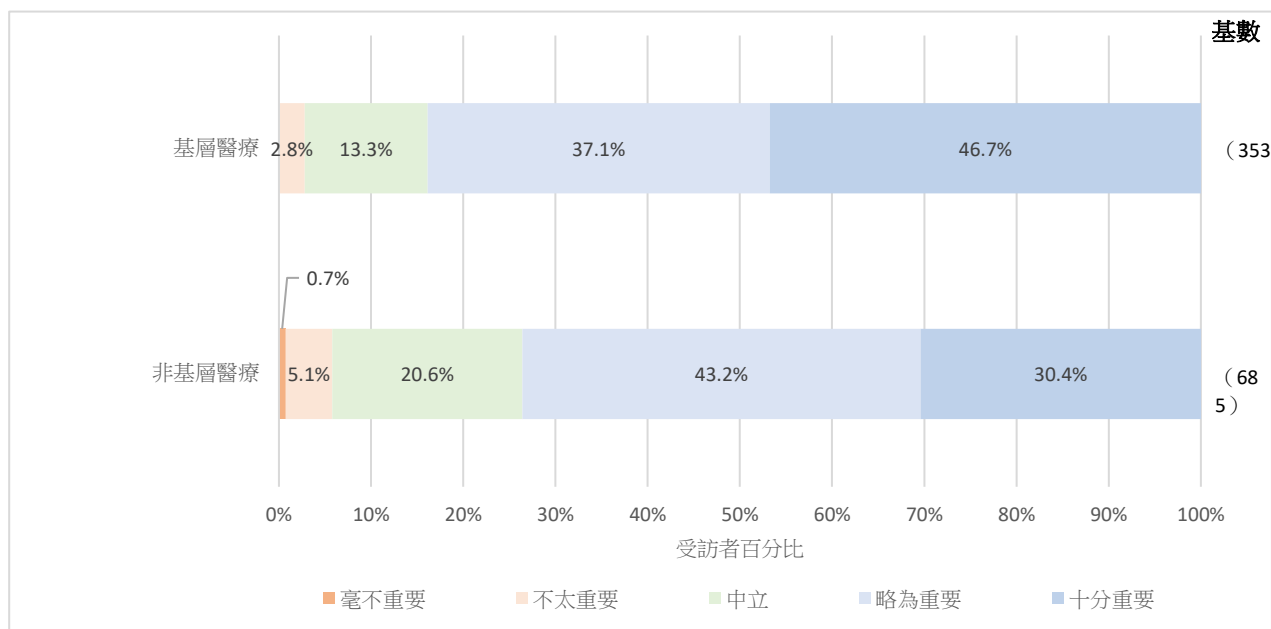
女性受訪者 (82.4%) 較傾向認為病人不遵從抗生素服用指引是導致抗菌素耐藥性問題的重要 (「十分重要」／「略為重要」) 原因。(圖 16)

圖 16. 按性別分析病人不遵從抗生素服用指引之重要性 (Q3b iv)



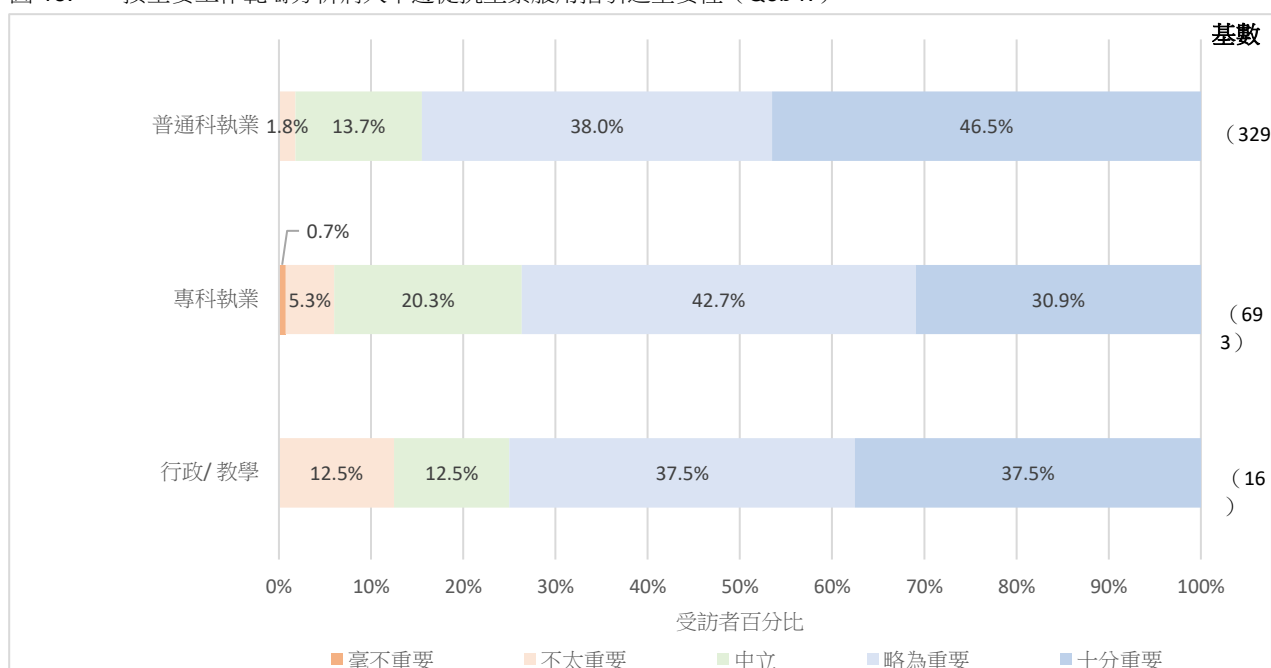
從事基層醫療的受訪者（83.9%）較傾向認為病人不遵從抗生素服用指引是導致抗菌素耐藥性問題的重要原因。（圖 17）

圖 17. 按執業類別分析病人不遵從抗生素服用指引之重要性（Q3b iv）



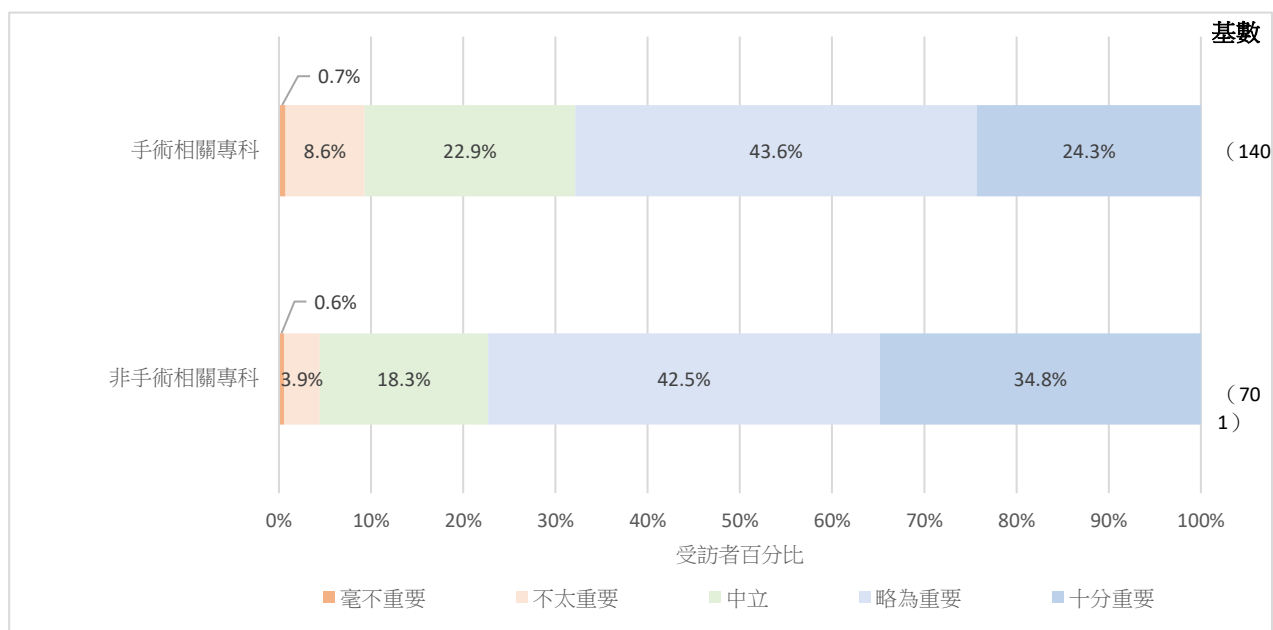
相比普通科執業的受訪者（84.5%），較少專科執業的受訪者（73.6%）認為病人不遵從抗生素服用指引是導致抗菌素耐藥性問題的重要原因。（圖 18）

圖 18. 按主要工作範疇分析病人不遵從抗生素服用指引之重要性（Q3b iv）



相比從事手術相關專科的受訪者(67.9%)，從事非手術相關專科的受訪者(77.3%)有較高比例認為病人不遵從抗生素服用指引是導致抗菌素耐藥性問題的重要原因。(圖 19)

圖 19. 按所屬專科分析病人不遵從抗生素服用指引之重要性 (Q3b iv)



受訪者對病人自行服用抗生素對抗菌素耐藥性問題之重要性的看法，與他們的性別、執業類別及主要工作範疇有顯著關係。(表 38)

表38 病人自行服用抗生素之重要性 (Q3b v)

		受訪者數目 (橫列百分比)						p 值
變數	分類	基數	毫不重要	不太重要	中立	略為重要	十分重要	
性別	男性	684 (100.0%)	5 (0.7%)	33 (4.8%)	96 (14.0%)	254 (37.1%)	296 (43.3%)	<0.005 ^a
	女性	341 (100.0%)	(-)	5 (1.5%)	32 (9.4%)	130 (38.1%)	174 (51.0%)	
執業類別	基層醫療	352 (100.0%)	3 (0.9%)	9 (2.6%)	28 (8.0%)	99 (28.1%)	213 (60.5%)	<0.005 ^a
	非基層醫療	683 (100.0%)	2 (0.3%)	30 (4.4%)	102 (14.9%)	287 (42.0%)	262 (38.4%)	
主要工作範疇	普通科執業	328 (100.0%)	3 (0.9%)	7 (2.1%)	27 (8.2%)	94 (28.7%)	197 (60.1%)	<0.005 ^b
	專科執業	691 (100.0%)	2 (0.3%)	31 (4.5%)	101 (14.6%)	284 (41.1%)	273 (39.5%)	
	行政/教學	16 ^{##} (100.0%)	(-)	1 (6.3%)	2 (12.5%)	8 (50.0%)	5 (31.3%)	

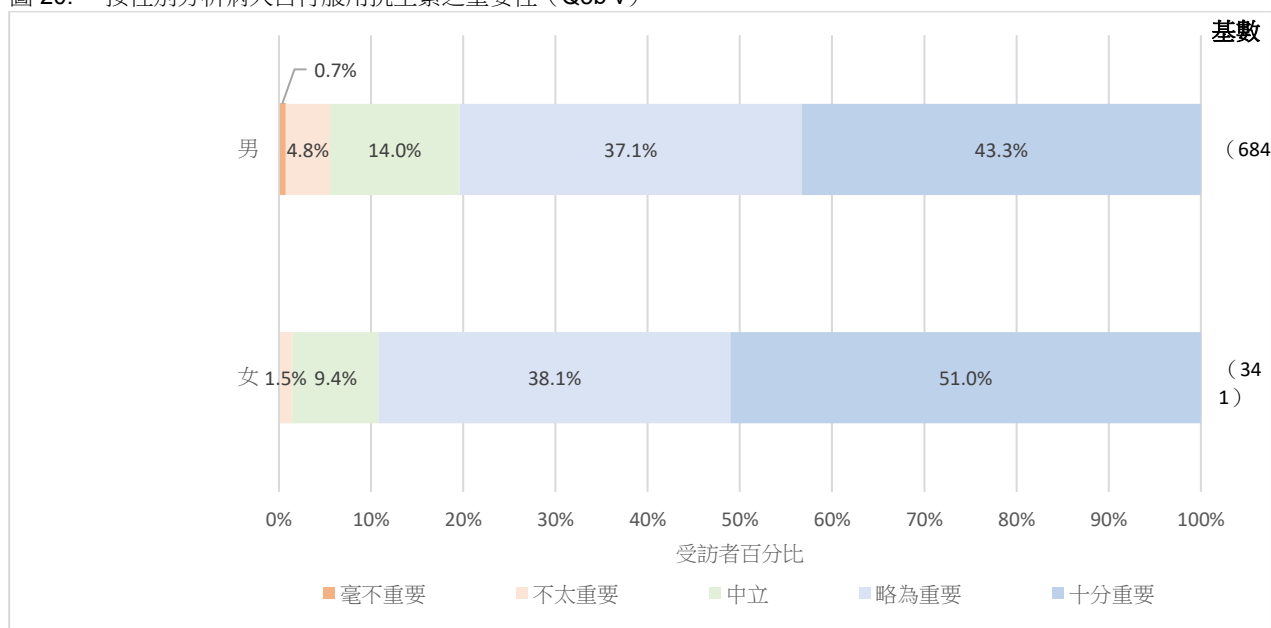
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

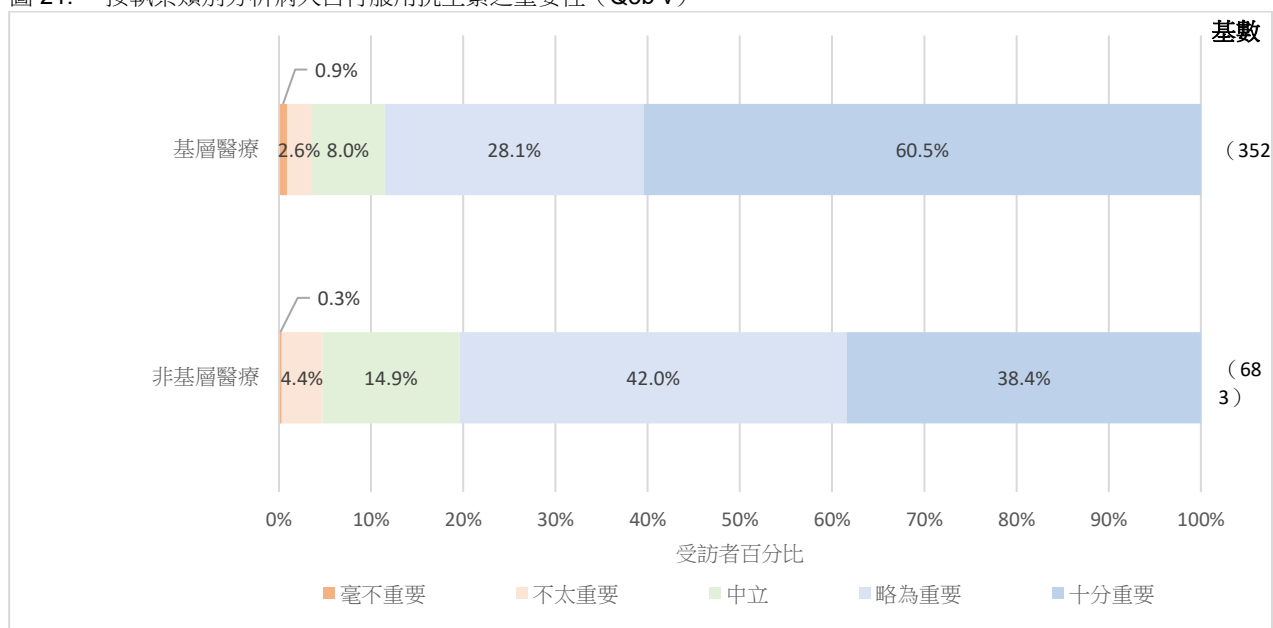
相比女性受訪者（89.1%），較少男性受訪者（80.4%）認為病人自行服用抗生素是導致抗菌素耐藥性問題的重要（「十分重要」／「略為重要」）原因。（圖 20）

圖 20. 按性別分析病人自行服用抗生素之重要性 (Q3b v)



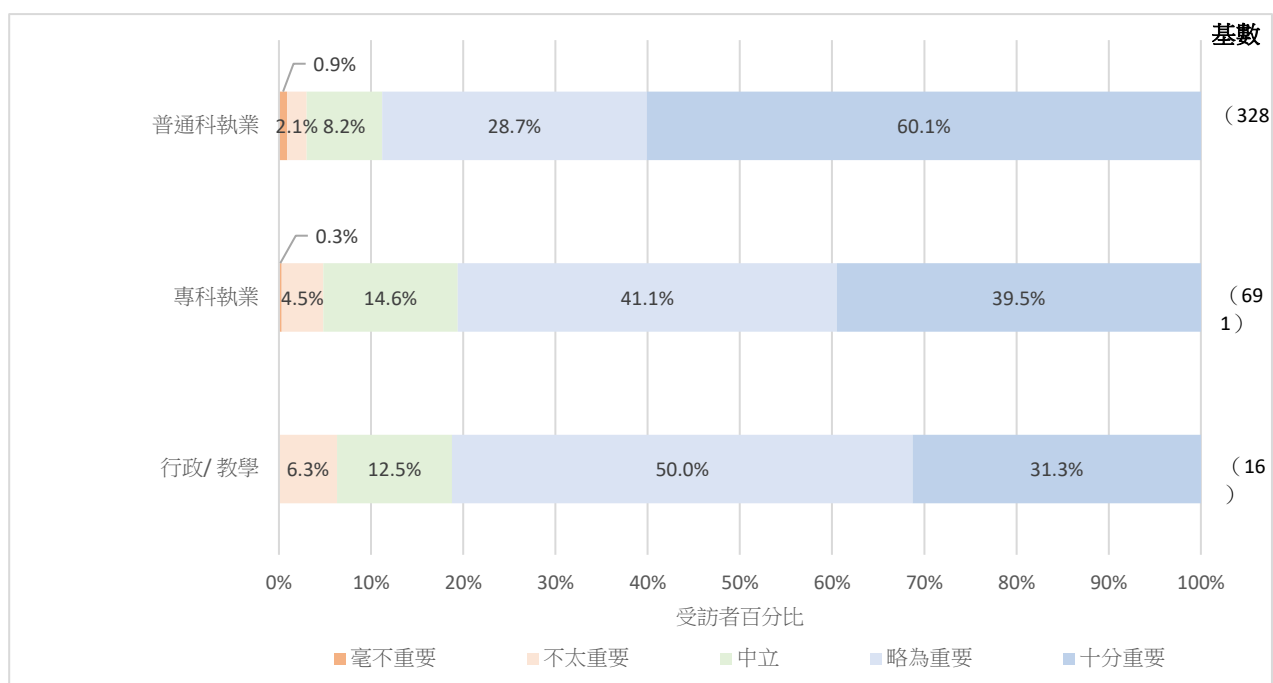
從事基層醫療的受訪者（88.6%）較傾向認為病人自行服用抗生素是導致抗菌素耐藥性問題的重要原因。（圖 21）

圖 21. 按執業類別分析病人自行服用抗生素之重要性 (Q3b v)



相比普通科執業的受訪者 (88.7%)，較少專科執業的受訪者 (80.6%) 認為病人自行服用抗生素是導致抗菌素耐藥性問題的重要原因。(圖 22)

圖 22. 按主要工作範疇分析病人自行服用抗生素之重要性 (Q3b v)



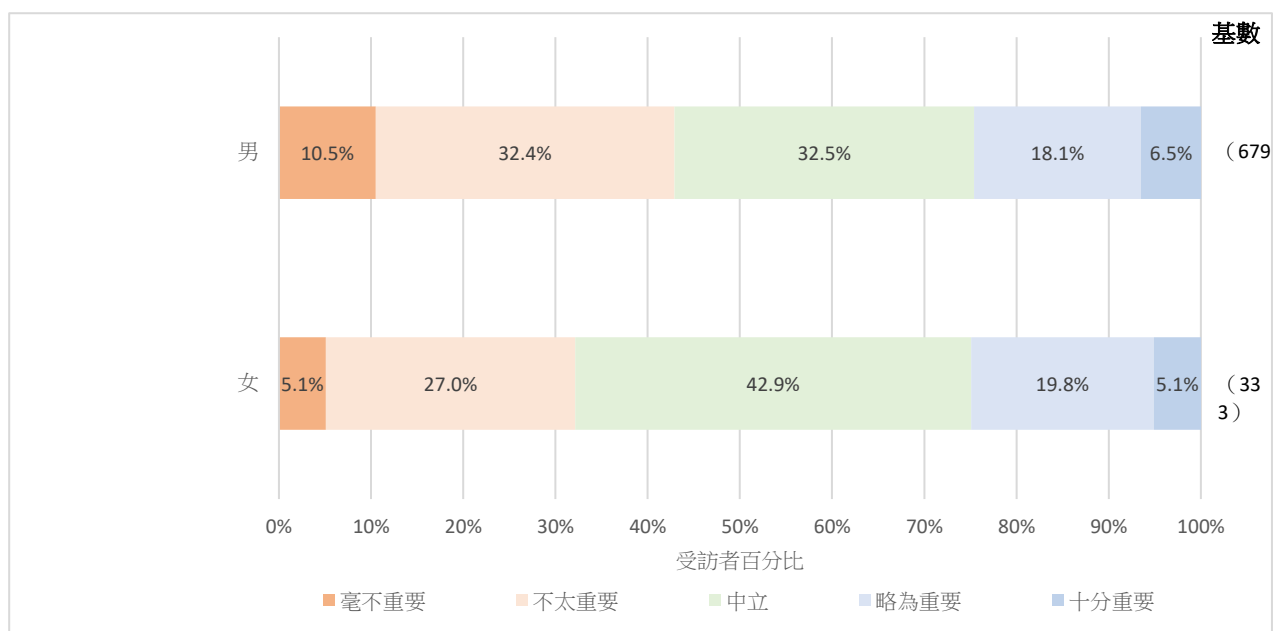
就抗生素质素欠佳對抗菌素耐藥性問題的重要性，受訪者的看法與他們的性別及執業類別有顯著關係。(表 39)

表39 抗生素質素欠佳之重要性 (Q3c)

		受訪者數目 (橫列百分比)						p 值
變數	標籤	基數	毫不重要	不太重要	中立	略為重要	十分重要	曼-惠特尼 U 檢定
性別	男性	679 (100.0%)	71 (10.5%)	220 (32.4%)	221 (32.5%)	123 (18.1%)	44 (6.5%)	0.01
	女性	333 (100.0%)	17 (5.1%)	90 (27.0%)	143 (42.9%)	66 (19.8%)	17 (5.1%)	
執業類別	基層醫療	349 (100.0%)	24 (6.9%)	71 (20.3%)	129 (37.0%)	91 (26.1%)	34 (9.7%)	<0.005
	非基層醫療	673 (100.0%)	65 (9.7%)	243 (36.1%)	238 (35.4%)	98 (14.6%)	29 (4.3%)	

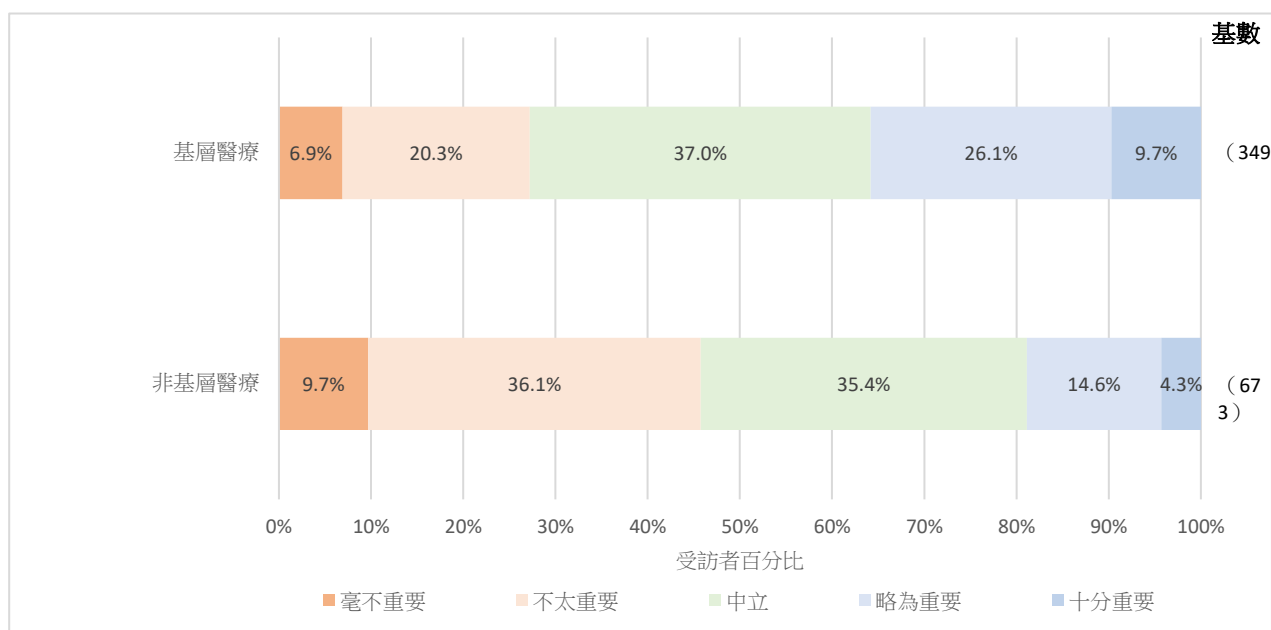
相比女性受訪者 (32.1%)，較多男性受訪者 (42.9%) 認為抗生素質素欠佳對導致抗菌素耐藥性問題「不太重要」／「毫不重要」。(圖 23)

圖 23. 按性別分析抗生素質素欠佳之重要性 (Q3c)



相比從事非基層醫療的受訪者 (18.9%)，較多從事基層醫療的受訪者 (35.8%) 傾向認為抗生素質素欠佳是導致抗菌素耐藥性問題的重要 (「十分重要」／「略為重要」) 原因。(圖 24)

圖 24. 按執業類別分析抗生素質素欠佳之重要性 (Q3c)



4.3 抗生素處方

4.3.1 對處方抗生素相關工作的信心

受訪者對知道何時需要開始抗生素療程的信心，與他們的性別、執業年資、機構類別和所屬專科有顯著關係。(表 40)

表40 對知道何時需要開始抗生素療程的信心 (Q6a)

		受訪者數目 (橫列百份比)						p 值
變數	標籤	基數	毫無信心	不太有信心	中立	略有信心	十分有信心	
性別	男性	682 (100.0%)	2 (0.3%)	12 (1.8%)	96 (14.1%)	414 (60.7%)	158 (23.2%)	<0.005 ^a
	女性	339 (100.0%)	(-)	8 (2.4%)	70 (20.6%)	215 (63.4%)	46 (13.6%)	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	1 (0.5%)	5 (2.4%)	38 (18.1%)	147 (70.0%)	19 (9.0%)	<0.005 ^b
	11-20	281 (100.0%)	(-)	6 (2.1%)	48 (17.1%)	181 (64.4%)	46 (16.4%)	
	21-30	255 (100.0%)	(-)	6 (2.4%)	43 (16.9%)	152 (59.6%)	54 (21.2%)	
	>30	270 (100.0%)	1 (0.4%)	3 (1.1%)	37 (13.7%)	148 (54.8%)	81 (30.0%)	
機構類別	政府	50 (100.0%)	(-)	1 (2.0%)	9 (18.0%)	33 (66.0%)	7 (14.0%)	<0.005 ^b
	醫院管理局	489 (100.0%)	1 (0.2%)	10 (2.0%)	84 (17.2%)	325 (66.5%)	69	

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

							(14.1%)	
	學術機構	18 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	5 (27.8%)	9 (50.0%)	4 (22.2%)	
	資助機構	9 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	3 (33.3%)	5 (55.6%)	1 (11.1%)	
	私營機構	469 (100.0%)	1 (0.2%)	9 (1.9%)	69 (14.7%)	263 (56.1%)	127 (27.1%)	
專科	手術相關	140 (100.0%)	(-)	1 (0.7%)	9 (6.4%)	94 (67.1%)	36 (25.7%)	<0.005 ^a
	非手術相關	695 (100.0%)	2 (0.3%)	11 (1.6%)	116 (16.7%)	428 (61.6%)	138 (19.9%)	

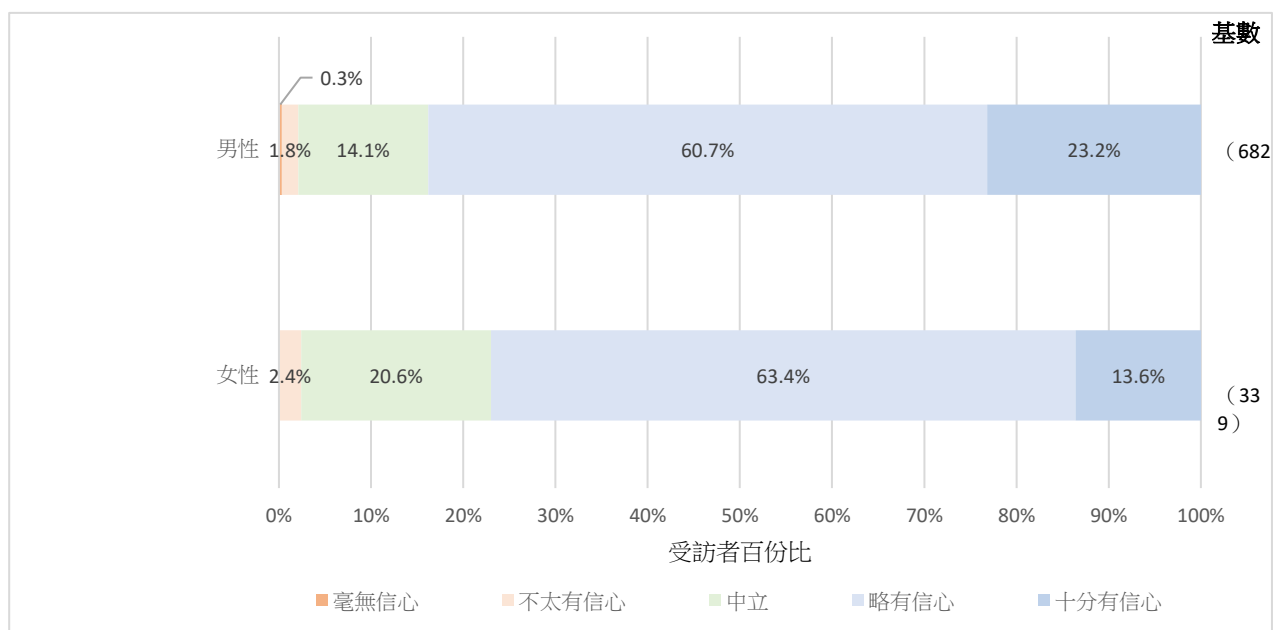
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

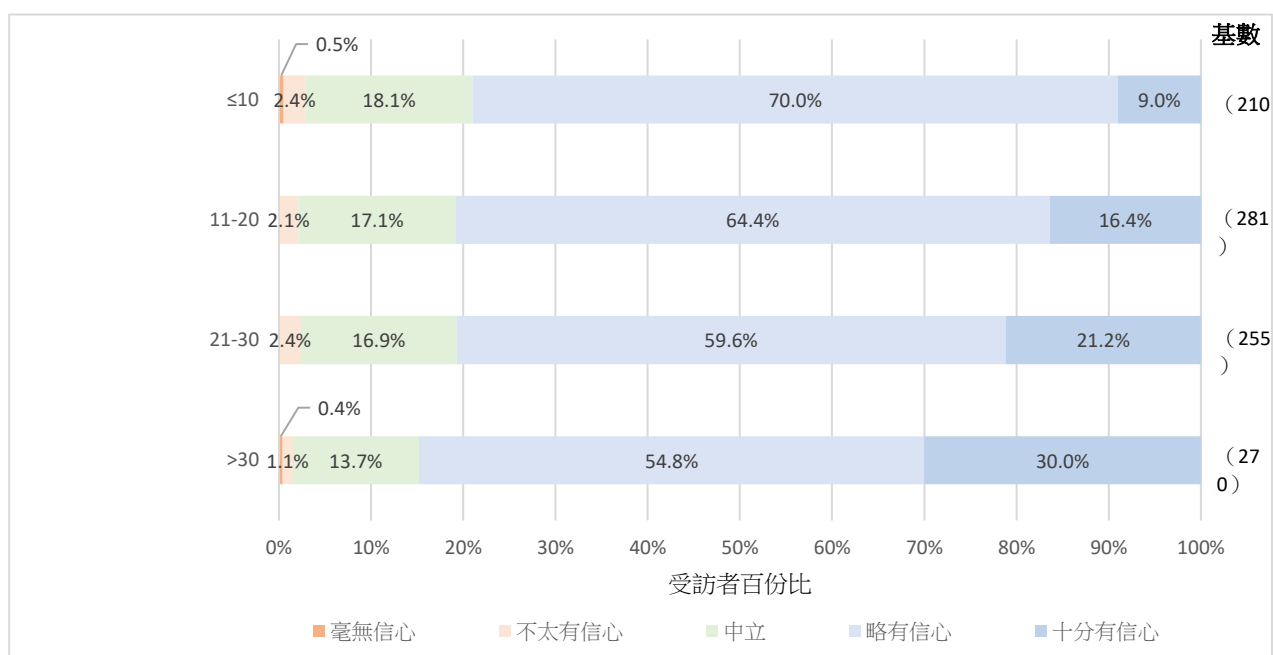
相比女性受訪者 (13.6%)，較多男性受訪者 (23.2%) 認為自己「十分有信心」知道何時需要開始抗生素療程。(圖 25)

圖 25. 按性別分析對知道何時需要開始抗生素療程的信心 (Q6a)



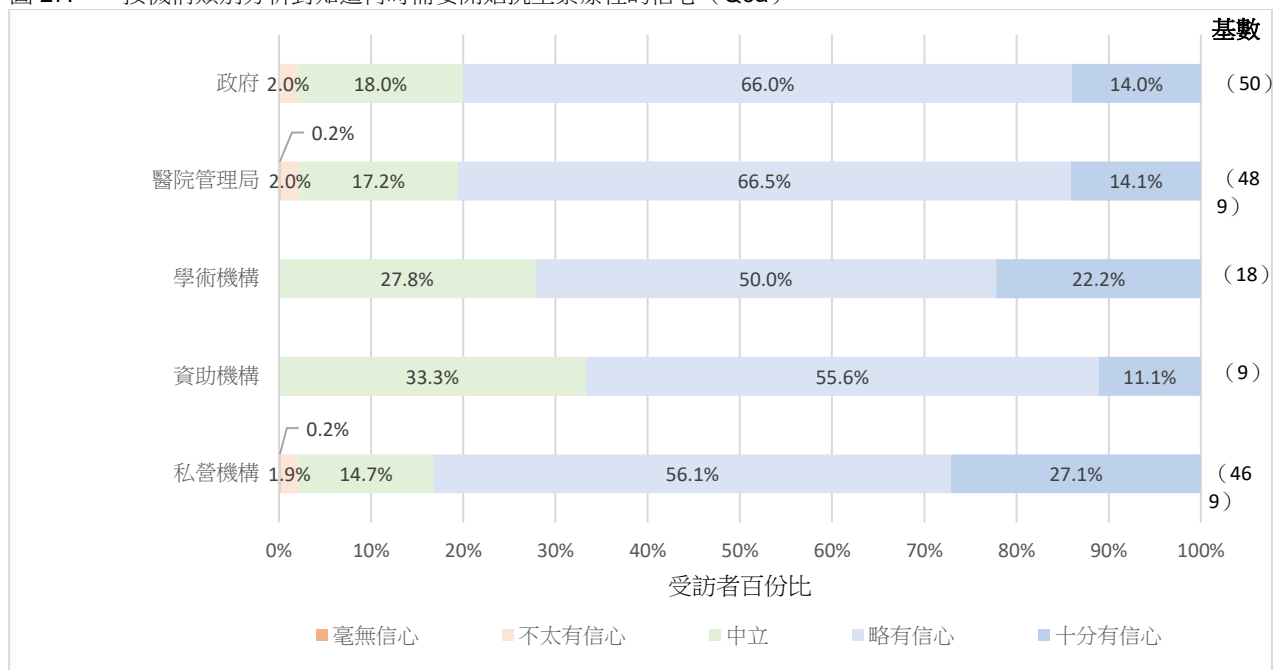
執業年資越長的受訪者，越傾向有信心知道何時需要開始抗生素療程。(圖 26)

圖 26. 按執業年資分析對知道何時需要開始抗生素療程的信心 (Q6a)



相比在其他機構類別工作的受訪者，較多在私營機構(27.1%)或學術機構(22.2%)工作的受訪者表示他們「十分有信心」知道何時需要開始抗生素療程。(圖 27)

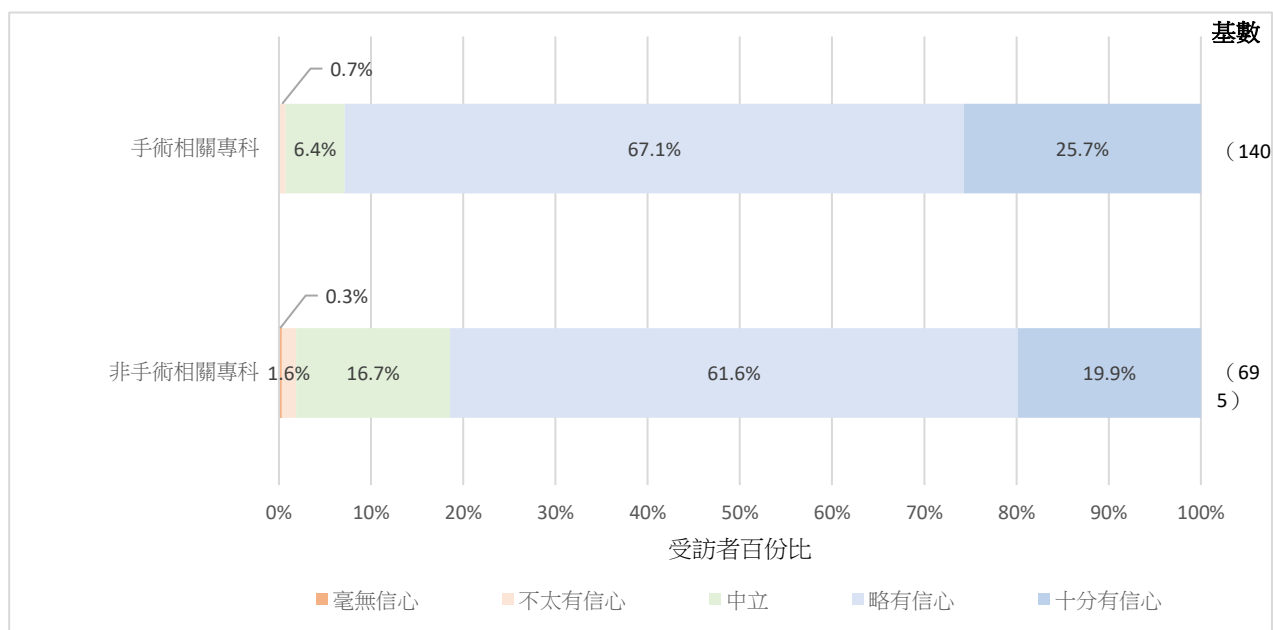
圖 27. 按機構類別分析對知道何時需要開始抗生素療程的信心 (Q6a)



相比非手術相關專科執業的受訪者(81.4%)，手術相關專科執業的受訪者(92.9%)較傾向有信心(「十分有信心」／「略有信心」)知道何時需要開始抗生素療程。

(圖 28)

圖 28. 按所屬專科分析對知道何時需要開始抗生素療程的信心 (Q6a)



受訪者對能夠正確選擇用藥及決定劑量的信心，與他們的性別、執業年資和機構類別有顯著關係。(表 41)

表41 對能夠正確選擇用藥及決定劑量的信心 (Q6b)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	標籤	基數	毫無信心	不太有信心	中立	略有信心	十分有信心	p 值
性別	男性	679 (100.0%)	2 (0.3%)	15 (2.2%)	117 (17.2%)	408 (60.1%)	137 (20.2%)	<0.005 ^a
	女性	338 (100.0%)	1 (0.3%)	15 (4.4%)	83 (24.6%)	209 (61.8%)	30 (8.9%)	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	1 (0.5%)	14 (6.7%)	51 (24.3%)	128 (61.0%)	16 (7.6%)	<0.005 ^b
	11-20	281 (100.0%)	1 (0.4%)	7 (2.5%)	58 (20.6%)	176 (62.6%)	39 (13.9%)	
	21-30	254 (100.0%)	(-)	6 (2.4%)	49 (19.3%)	154 (60.6%)	45 (17.7%)	
	>30	267 (100.0%)	1 (0.4%)	3 (1.1%)	41 (15.4%)	157 (58.8%)	65 (24.3%)	
機構類別	政府	49 [#] (100.0%)	(-)	2 (4.1%)	11 (22.4%)	31 (63.3%)	5 (10.2%)	0.01 ^b
	醫院管理局	487 (100.0%)	2 (0.4%)	18 (3.7%)	107 (22.0%)	303 (62.2%)	57 (11.7%)	

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

	學術機構	18## (100.0%)	(-)	(-)	4 (22.2%)	10 (55.6%)	4 (22.2%)	
	資助機構	9## (100.0%)	(-)	(-)	2 (22.2%)	6 (66.7%)	1 (11.1%)	
	私營機構	468 (100.0%)	1 (0.2%)	10 (2.1%)	82 (17.5%)	270 (57.7%)	105 (22.4%)	

#: 樣本數目少 (<50)

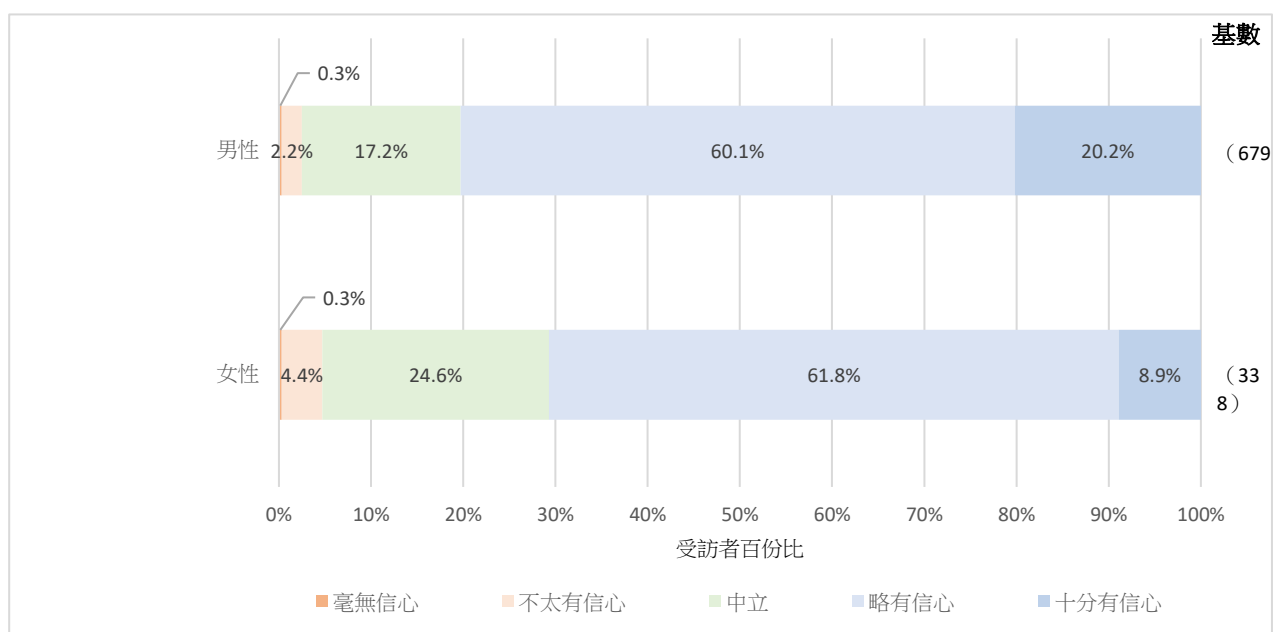
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

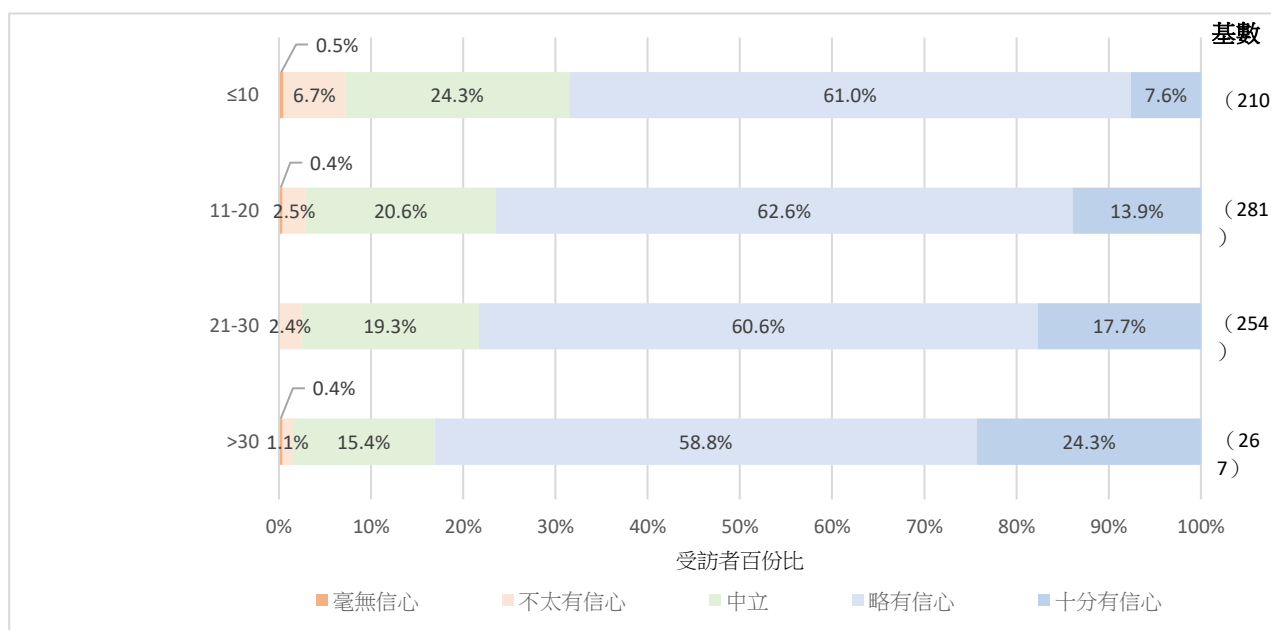
相較女性受訪者 (8.9%)，較多男性受訪者 (20.2%) 認為自己「十分有信心」能夠正確選擇用藥及決定劑量。(圖 29)

圖 29. 按性別分析對能夠正確選擇用藥及決定劑量的信心 (Q6b)



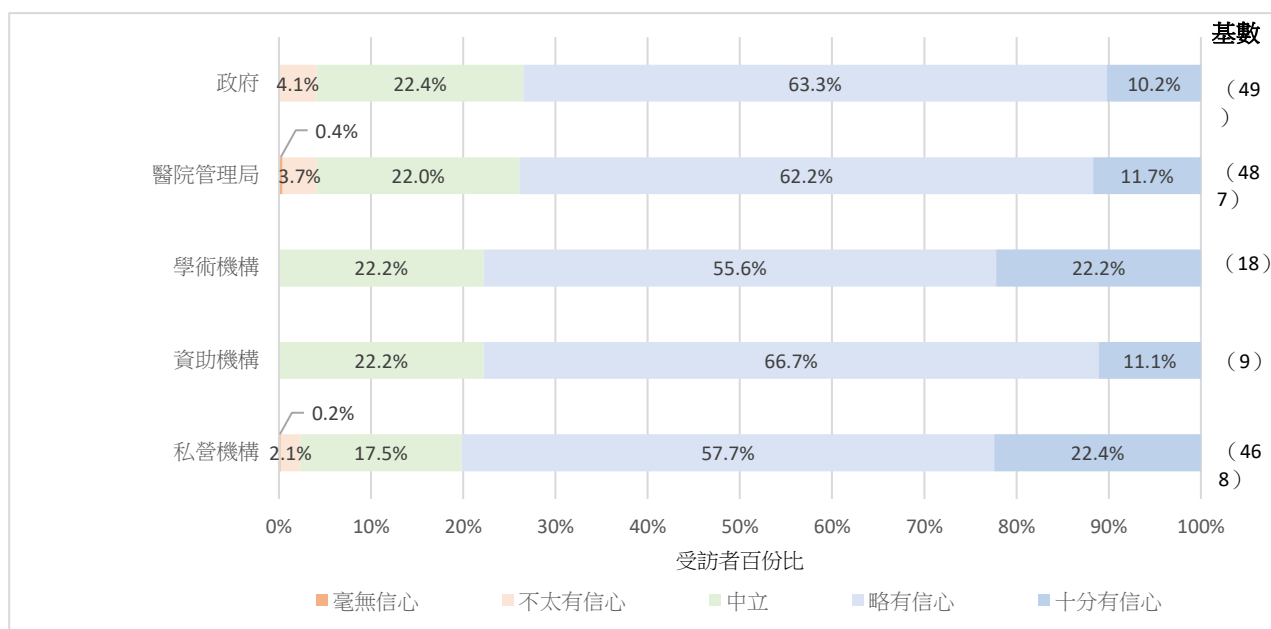
執業年資越長的受訪者，越認為自己「十分有信心」能夠正確選擇用藥及決定劑量。(圖 30)

圖 30. 按執業年資分析對能夠正確選擇用藥及決定劑量的信心 (Q6b)



相比在其他機構類別工作的受訪者，較多在私營機構(22.4%)或學術機構(22.2%)工作的受訪者表示他們「十分有信心」能夠正確選擇用藥及決定劑量。(圖 31)

圖 31. 按機構類別分析對能夠正確選擇用藥及決定劑量的信心 (Q6b)



受訪者對決定恰當的療程長度的信心，與他們的性別、執業年資和機構類別有顯著關係。(表 42)

表42 對決定恰當的療程長度的信心 (Q6c)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	標籤	基數	毫無信心	不太有信心	中立	略有信心	十分有信心	p 值
性別	男性	681 (100.0%)	2 (0.3%)	25 (3.7%)	133 (19.5%)	383 (56.2%)	138 (20.3%)	<0.005 ^a
	女性	339 (100.0%)	1 (0.3%)	18 (5.3%)	94 (27.7%)	197 (58.1%)	29 (8.6%)	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	1 (0.5%)	18 (8.6%)	59 (28.1%)	119 (56.7%)	13 (6.2%)	<0.005 ^b
	11-20	281 (100.0%)	1 (0.4%)	13 (4.6%)	71 (25.3%)	161 (57.3%)	35 (12.5%)	
	21-30	255 (100.0%)	(-)	9 (3.5%)	54 (21.2%)	144 (56.5%)	48 (18.8%)	
	>30	269 (100.0%)	1 (0.4%)	3 (1.1%)	43 (16.0%)	152 (56.5%)	70 (26.0%)	
機構類別	政府	50 (100.0%)	(-)	3 (6.0%)	15 (30.0%)	26 (52.0%)	6 (12.0%)	<0.005 ^b
	醫院管理局	489 (100.0%)	2 (0.4%)	29 (5.9%)	129 (26.4%)	276 (56.4%)	53 (10.8%)	
	學術機構	18 ^{##} (100.0%)	(-)	2 (11.1%)	4 (22.2%)	9 (50.0%)	3 (16.7%)	
	資助機構	9 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	3 (33.3%)	5 (55.6%)	1 (11.1%)	
	私營機構	468 (100.0%)	1 (0.2%)	10 (2.1%)	80 (17.1%)	269 (57.5%)	108 (23.1%)	

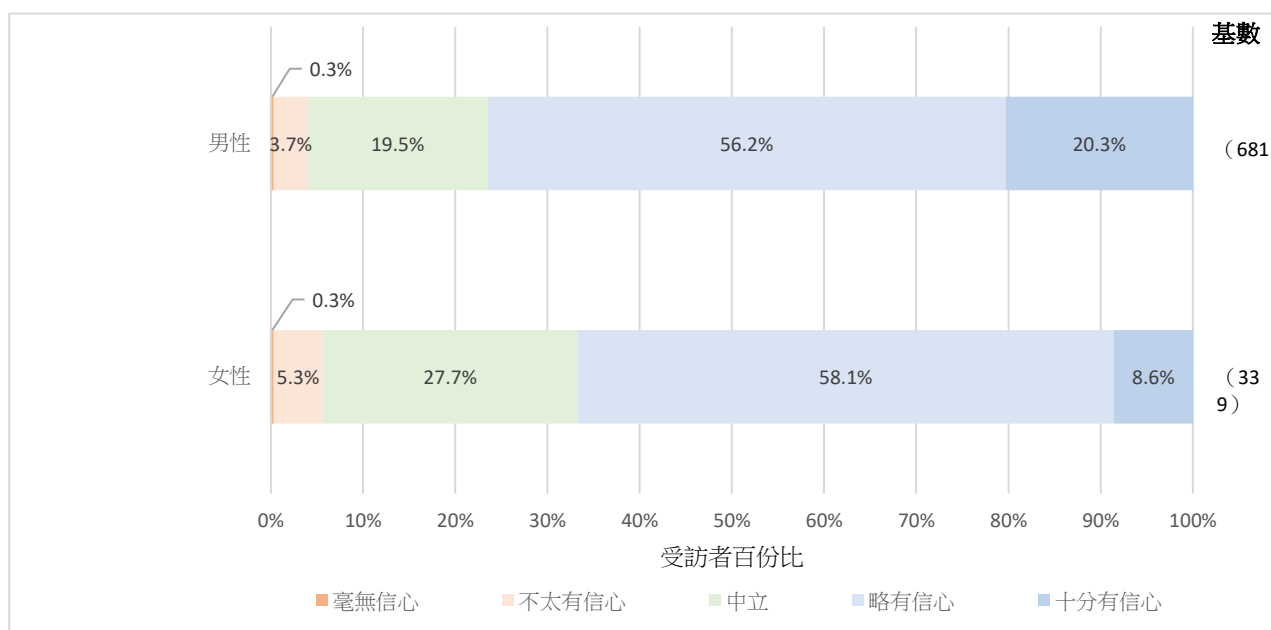
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

相比女性受訪者 (8.6%)，較多男性受訪者 (20.3%) 對自己在決定恰當的療程長度上「十分有信心」。(圖 32)

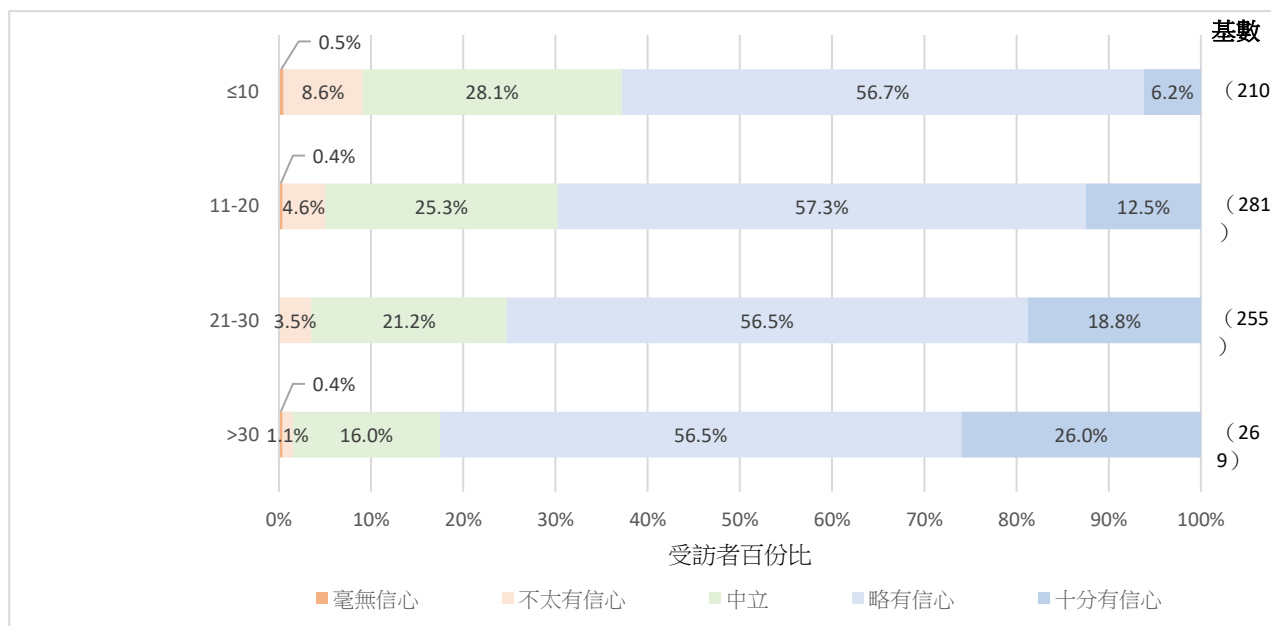
圖 32. 按性別分析對決定恰當的療程長度的信心 (Q6c)



執業年資越長的受訪者，越對自己在決定恰當的療程長度上「十分有信心」。

(圖 33)

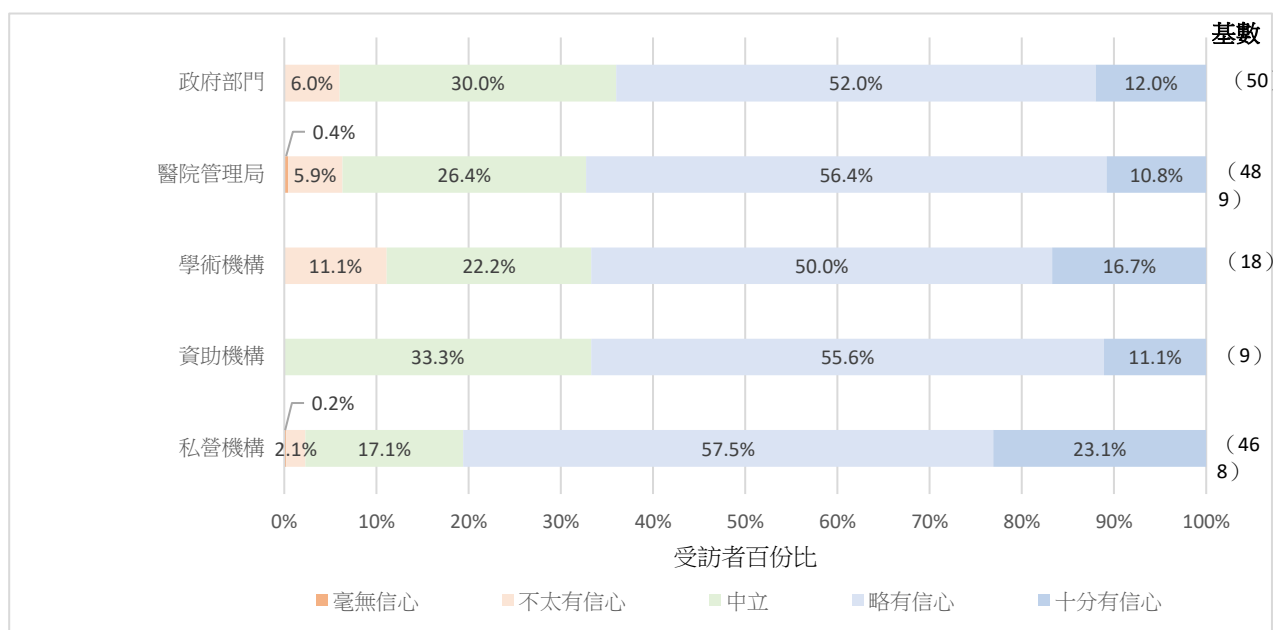
圖 33. 按執業年資分析對決定恰當的療程長度的信心 (Q6c)



相比在其他機構類別工作的受訪者，在私營機構 (23.1%) 或學術機構 (16.7%) 工作的受訪者較傾向表示他們對自己在決定恰當的療程長度上「十分有信心」。(圖 34)

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

圖 34. 按機構類別分析對決定恰當的療程長度的信心 (Q6c)



受訪者對分辨廣譜抗生素及窄譜抗生素並避免其濫用的信心，與他們的執業類別、性別、主要工作範疇和所屬專科有顯著關係。(表 43)

表43 對分辨廣譜抗生素及窄譜抗生素並避免其濫用的信心 (Q6d)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	標籤	基數	毫無信心	不太有信心	中立	略有信心	十分有信心	p 值
執業類別	基層醫療	350 (100.0%)	(-)	9 (2.6%)	106 (30.3%)	169 (48.3%)	66 (18.9%)	0.04 ^a
	非基層醫療	679 (100.0%)	4 (0.6%)	32 (4.7%)	141 (20.8%)	346 (51.0%)	156 (23.0%)	
性別	男性	682 (100.0%)	3 (0.4%)	22 (3.2%)	151 (22.1%)	338 (49.6%)	168 (24.6%)	<0.005 ^a
	女性	337 (100.0%)	1 (0.3%)	18 (5.3%)	93 (27.6%)	174 (51.6%)	51 (15.1%)	
主要工作範疇	普通科執業	326 (100.0%)	(-)	9 (2.8%)	100 (30.7%)	160 (49.1%)	57 (17.5%)	<0.005 ^b
	專科執業	689 (100.0%)	4 (0.6%)	30 (4.4%)	145 (21.0%)	345 (50.1%)	165 (23.9%)	
	行政/教學	14 ^{##} (100.0%)	(-)	2 (14.3%)	2 (14.3%)	10 (71.4%)	(-)	
專科	手術相關	140 (100.0%)	(-)	2 (1.4%)	30 (21.4%)	67 (47.9%)	41 (29.3%)	0.04 ^a
	非手術相關	693 (100.0%)	4 (0.6%)	31 (4.5%)	157 (22.7%)	352 (50.8%)	149 (21.5%)	

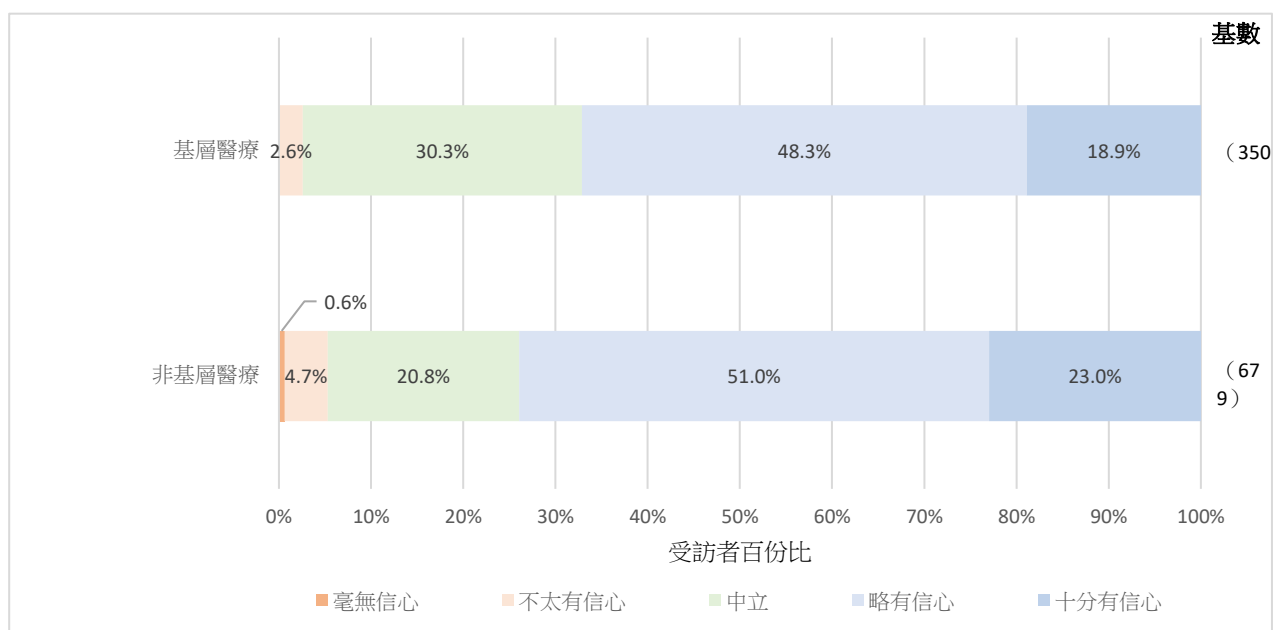
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

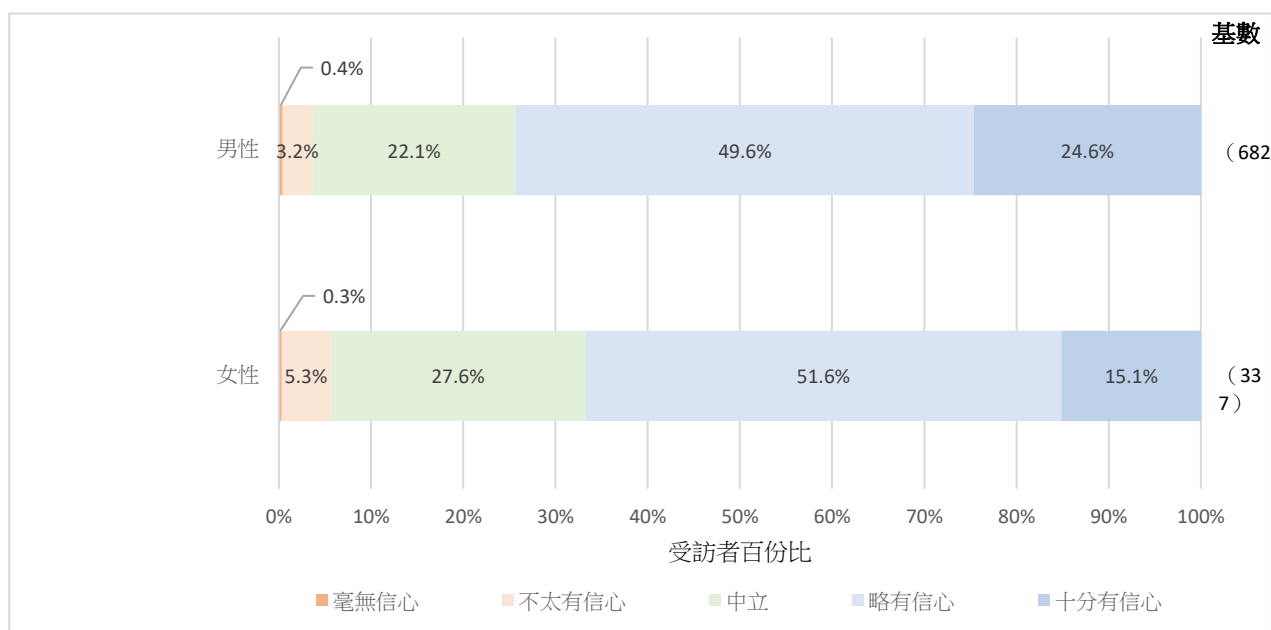
從事非基層醫療 (73.9%) 的受訪者較有信心 (「十分有信心」／「略有信心」) 分辨廣譜抗生素，而從事基層醫療的受訪者 (67.1%) 相應比例則較低。(圖 35)

圖 35. 按執業類別分析對分辨廣譜抗生素及窄譜抗生素並避免其濫用的信心 (Q6d)



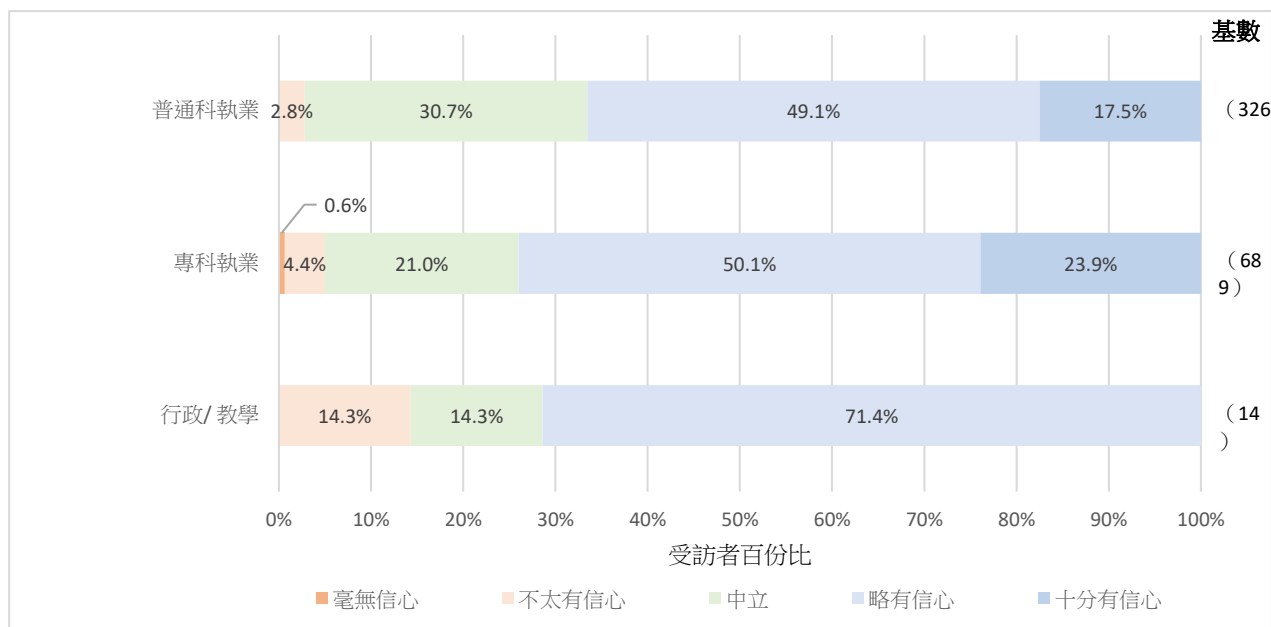
相比女性受訪者 (15.1%)，較多男性受訪者 (24.6%) 對自己能夠分辨廣譜抗生素並避免其濫用「十分有信心」。(圖 36)

圖 36. 按性別分析對分辨廣譜抗生素及窄譜抗生素並避免其濫用的信心 (Q6d)



相比普通科執業的受訪者 (17.5%)，專科執業的受訪者 (23.9%) 稍傾向對自己能夠分辨廣譜抗生素並避免其濫用「十分有信心」。(圖 37)

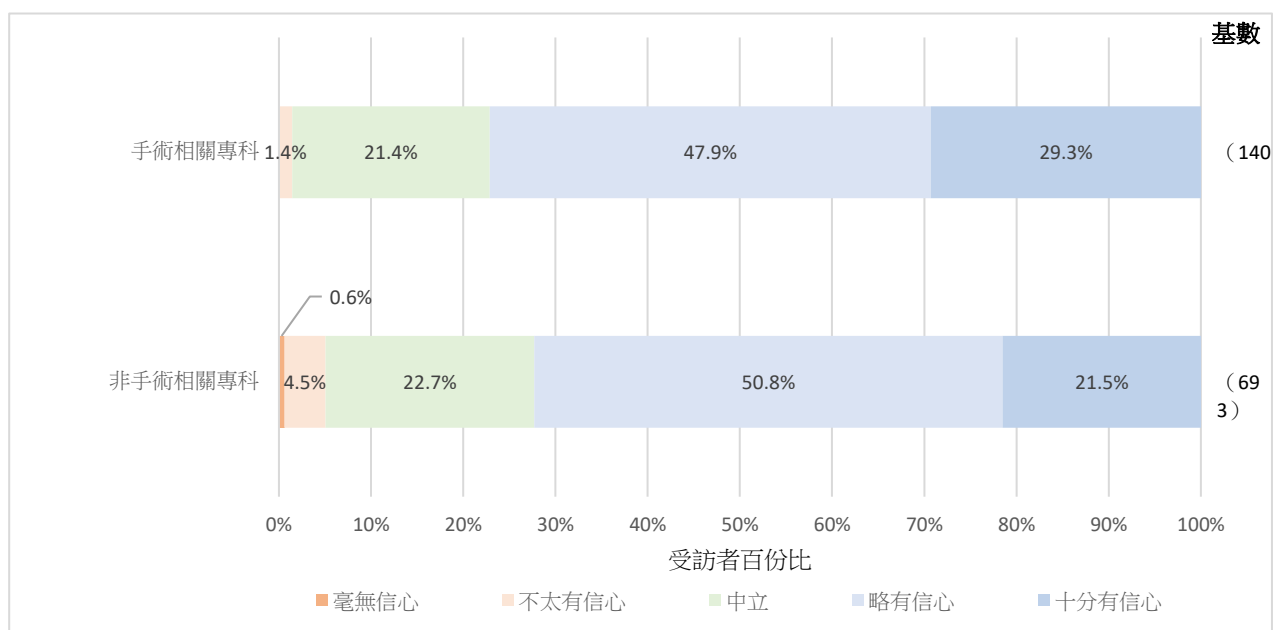
圖 37. 按主要工作範疇分析對分辨廣譜抗生素及窄譜抗生素並避免其濫用的信心 (Q6d)



相比非手術相關專科執業的受訪者 (72.3%)，手術相關專科執業的受訪者 (77.1%) 較有信心 (「十分有信心」／「略有信心」) 分辨並避免濫用廣譜抗生素。(圖 38)

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

圖 38. 按所屬專科分析對分辨廣譜抗生素及窄譜抗生素並避免其濫用的信心 (Q6d)



受訪者對解讀藥敏測試結果的信心，與他們的性別、執業年資和機構類別有顯著關係。(表 44)

表44 對解讀藥敏測試結果的信心 (Q6e)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	標籤	基數	毫無信心	不太有信心	中立	略有信心	十分有信心	p 值
性別	男性	681 (100.0%)	1 (0.1%)	12 (1.8%)	75 (11.0%)	350 (51.4%)	243 (35.7%)	<0.005 ^a
	女性	339 (100.0%)	(-)	9 (2.7%)	50 (14.7%)	192 (56.6%)	88 (26.0%)	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	(-)	4 (1.9%)	31 (14.8%)	116 (55.2%)	59 (28.1%)	0.04 ^b
	11-20	281 (100.0%)	(-)	5 (1.8%)	37 (13.2%)	150 (53.4%)	89 (31.7%)	
	21-30	255 (100.0%)	(-)	7 (2.7%)	28 (11.0%)	147 (57.6%)	73 (28.6%)	
	>30	269 (100.0%)	1 (0.4%)	5 (1.9%)	27 (10.0%)	130 (48.3%)	106 (39.4%)	
機構類別	政府	50 (100.0%)	(-)	1 (2.0%)	6 (12.0%)	31 (62.0%)	12 (24.0%)	<0.005 ^b
	醫院管理局	489 (100.0%)	(-)	8 (1.6%)	70 (14.3%)	272 (55.6%)	139 (28.4%)	
	學術機構	18 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	2 (11.1%)	4 (22.2%)	12 (66.7%)	
	資助機構	9 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	(-)	6 (66.7%)	3 (33.3%)	
	私營機構	468 (100.0%)	1 (0.2%)	12 (2.6%)	49 (10.5%)	237 (50.6%)	169 (36.1%)	

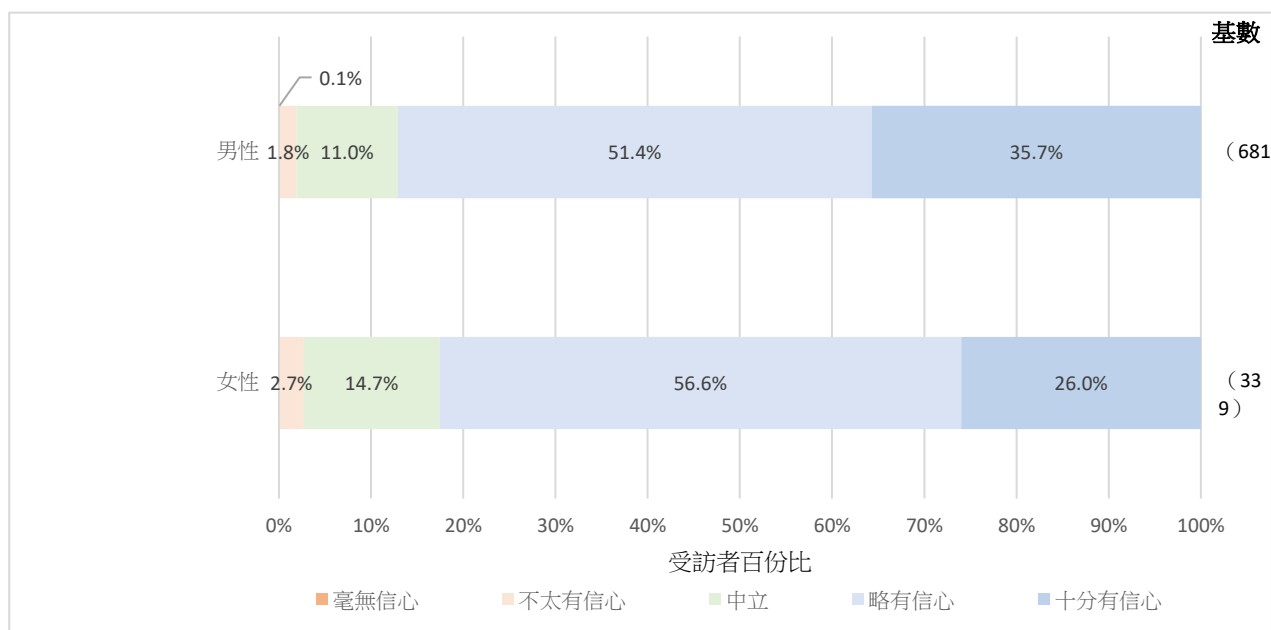
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

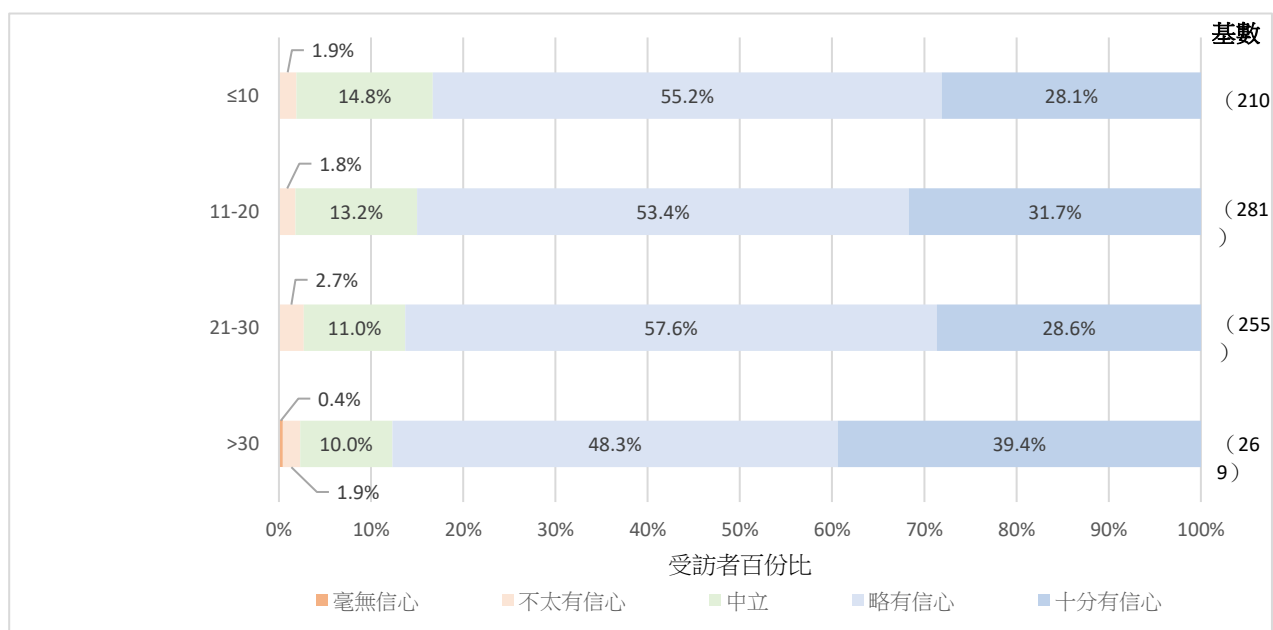
相比女性受訪者（26.0%），較多男性受訪者（35.7%）認為自己對解讀藥敏測試結果「十分有信心」。（圖 39）

圖 39. 按性別分析對解讀藥敏測試結果的信心（Q6e）



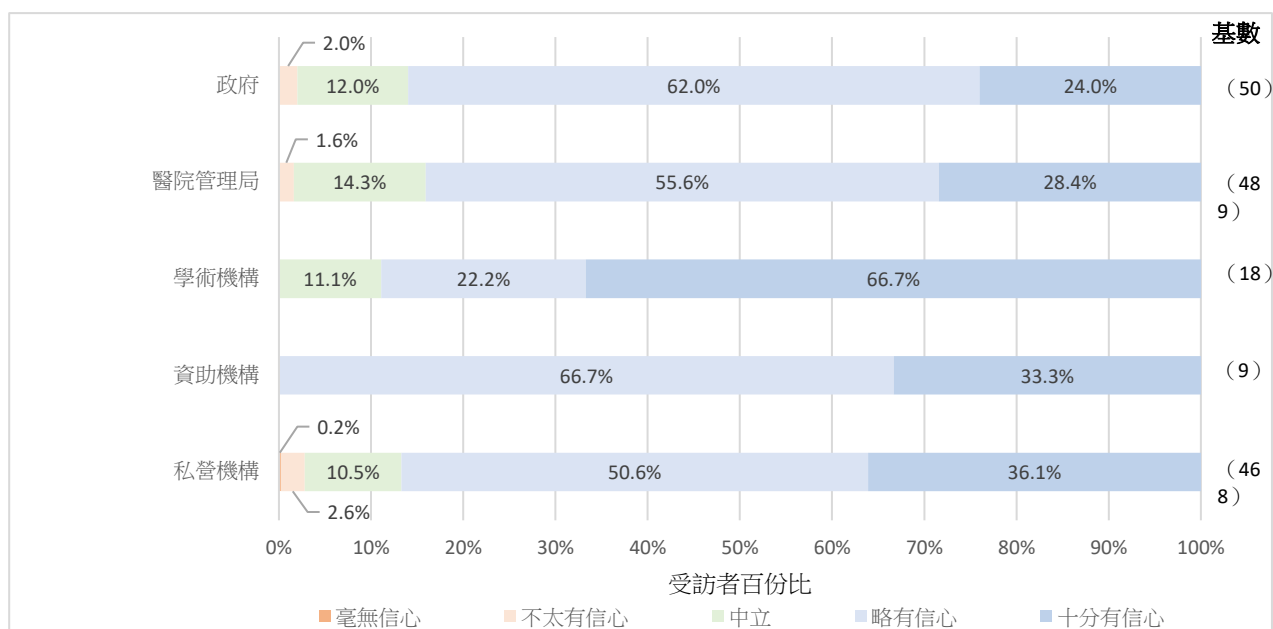
執業年資越長的受訪者，對解讀藥敏測試結果越有信心（「十分有信心」／「略有信心」）。（圖 40）

圖 40. 按執業年資分析對解讀藥敏測試結果的信心 (Q6e)



相比在其他機構類別工作的受訪者，較多在學術機構工作的受訪者（66.7%）表示他們對解讀藥敏測試結果「十分有信心」。（圖 41）

圖 41. 按機構類別分析對解讀藥敏測試結果的信心 (Q6e)



受訪者對根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階的信心，與他們的執業類別、性別、主要工作範疇和所屬專科有顯著關係。（表 45）

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

表45 對根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階的信心 (Q6f)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	標籤	基數	毫無信心	不太有信心	中立	略有信心	十分有信心	p 值
執業類別	基層醫療	350 (100.0%)	2 (0.6%)	21 (6.0%)	101 (28.9%)	168 (48.0%)	58 (16.6%)	0.03 ^a
	非基層醫療	680 (100.0%)	6 (0.9%)	44 (6.5%)	150 (22.1%)	334 (49.1%)	146 (21.5%)	
性別	男性	682 (100.0%)	6 (0.9%)	33 (4.8%)	160 (23.5%)	325 (47.7%)	158 (23.2%)	<0.005 ^a
	女性	338 (100.0%)	2 (0.6%)	33 (9.8%)	86 (25.4%)	175 (51.8%)	42 (12.4%)	
主要工作範疇	普通科執業	326 (100.0%)	2 (0.6%)	19 (5.8%)	96 (29.4%)	155 (47.5%)	54 (16.6%)	0.02 ^b
	專科執業	690 (100.0%)	5 (0.7%)	45 (6.5%)	152 (22.0%)	339 (49.1%)	149 (21.6%)	
	行政/教學	14 ^{##} (100.0%)	1 (7.1%)	1 (7.1%)	3 (21.4%)	8 (57.1%)	1 (7.1%)	
專科	手術相關	140 (100.0%)	(-)	1 (0.7%)	27 (19.3%)	76 (54.3%)	36 (25.7%)	<0.005 ^a
	非手術相關	695 (100.0%)	7 (1.0%)	55 (7.9%)	165 (23.7%)	333 (47.9%)	135 (19.4%)	

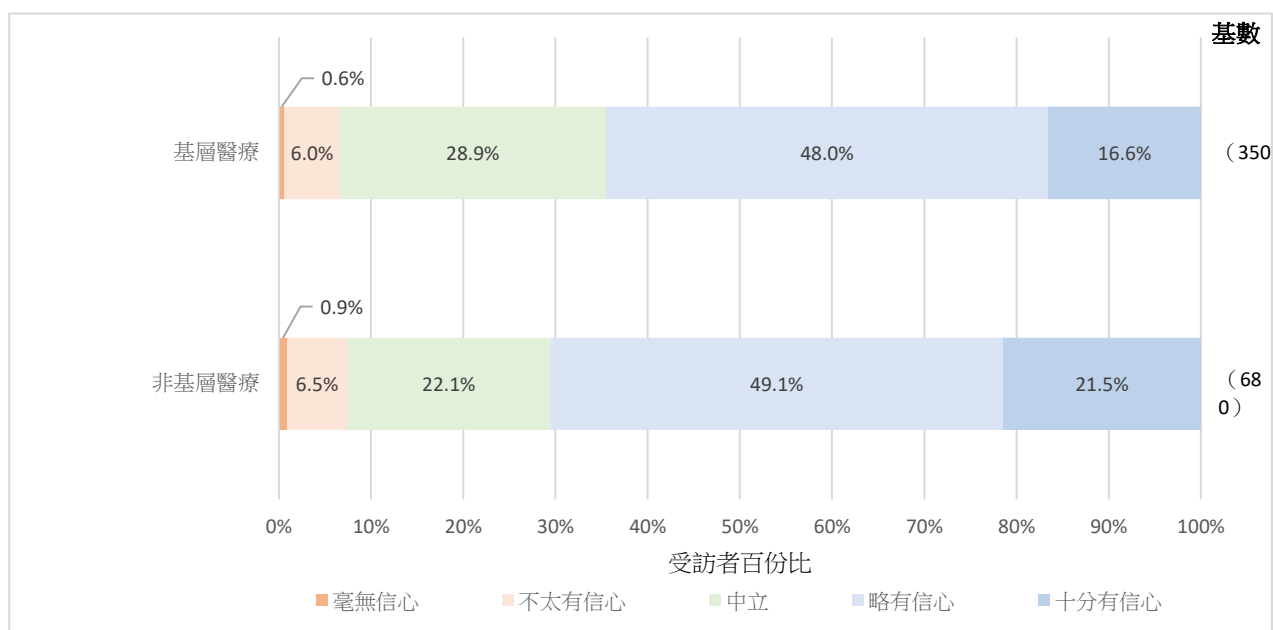
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

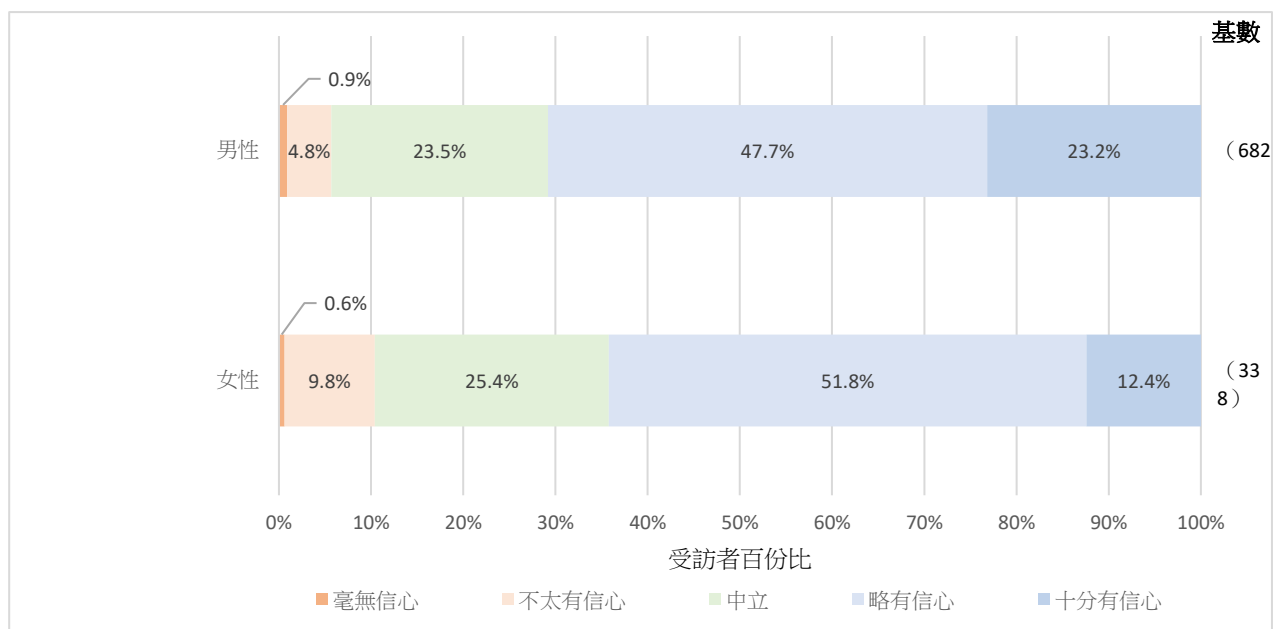
從事非基層醫療的受訪者 (70.6%) 較有信心 (「十分有信心」／「略有信心」) 根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階，而從事基層醫療的受訪者 (64.6%) 相應比例則較低。(圖 42)

圖 42. 按執業類別分析對根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階的信心 (Q6f)



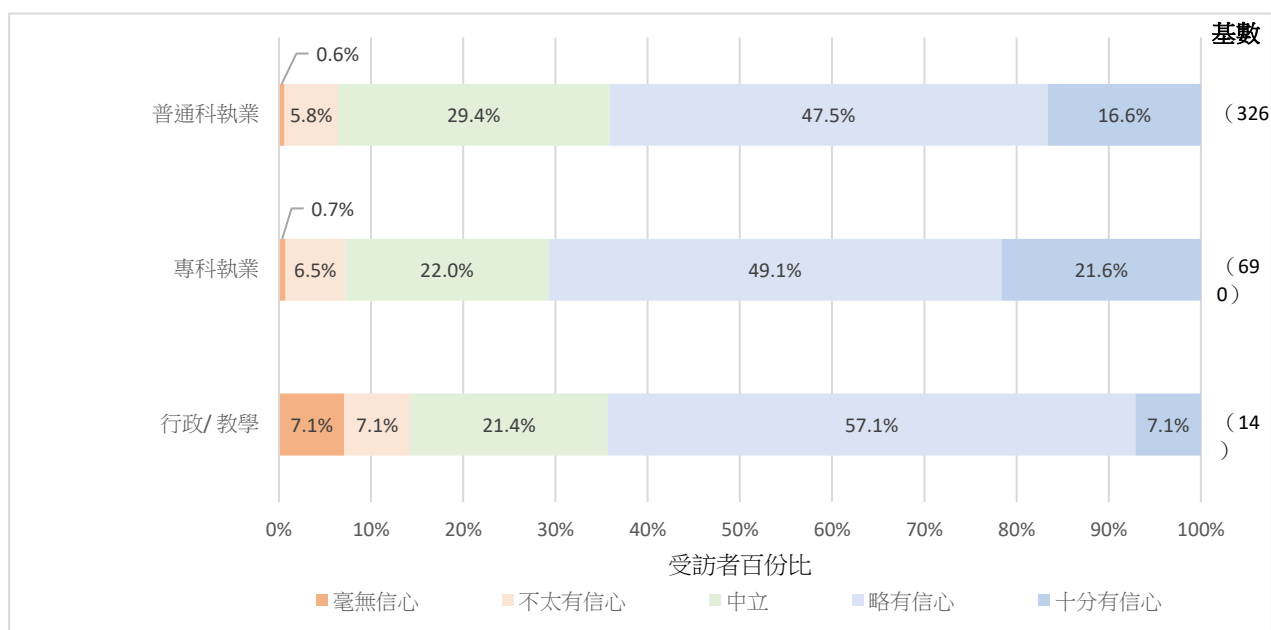
相比女性受訪者 (12.4%)，較多男性受訪者 (23.2%) 認為他們「十分有信心」根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階。(圖 43)

圖 43. 按性別分析對根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階的信心 (Q6f)



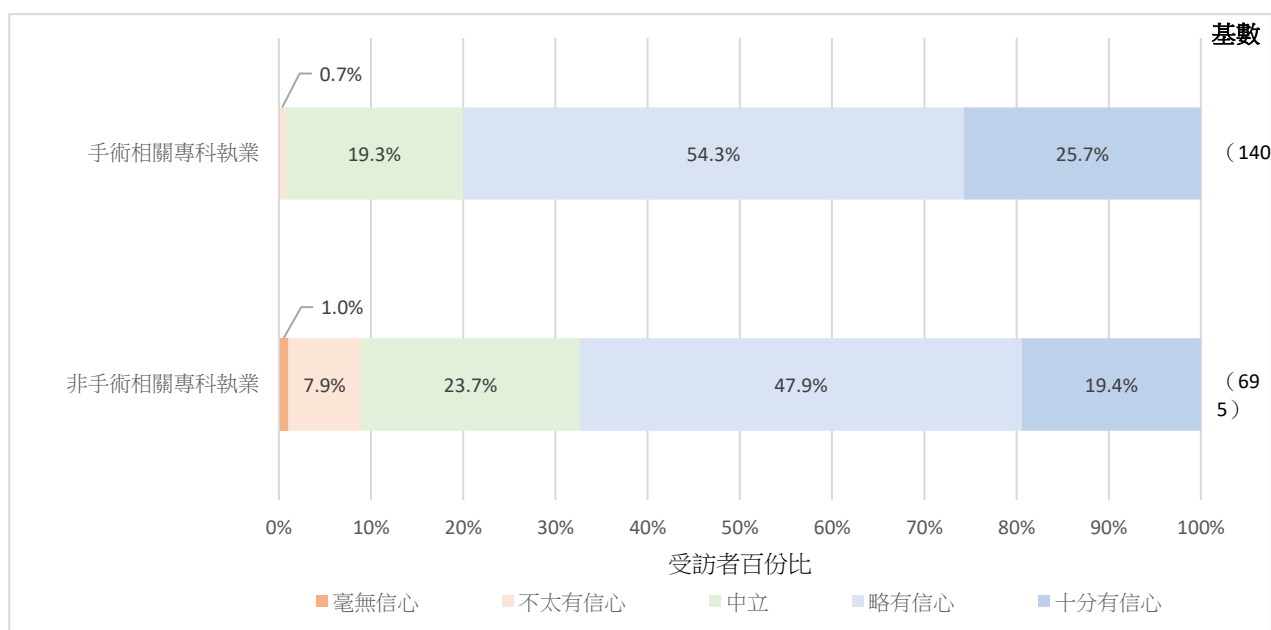
相比普通科執業 (16.6%) 或從事行政／教學工作 (7.1%) 的受訪者，較多專科執業 (21.6%) 的受訪者表示「十分有信心」根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階。(圖 44)

圖 44. 按主要工作範疇分析對根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階的信心 (Q6f)



相比非手術相關專科執業的受訪者 (67.3%)，較高比例的手術相關專科執業受訪者 (80.0%) 對根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階有信心 (「十分有信心」／「略有信心」)。(圖 45)

圖 45. 按所屬專科分析對根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階的信心 (Q6f)



受訪者對教育病人正確使用抗生素的信心，與他們的執業類別、機構類別和主要工作範疇有顯著關係。(表 46)

表46 對教育病人正確使用抗生素的信心 (Q6g)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	標籤	基數	毫無信心	不太有信心	中立	略有信心	十分有信心	p 值
執業類別	基層醫療	350 (100.0%)	(-)	9 (2.6%)	58 (16.6%)	183 (52.3%)	100 (28.6%)	<0.005 ^a
	非基層醫療	680 (100.0%)	2 (0.3%)	31 (4.6%)	162 (23.8%)	357 (52.5%)	128 (18.8%)	
機構類別	政府	50 (100.0%)	(-)	2 (4.0%)	11 (22.0%)	25 (50.0%)	12 (24.0%)	<0.005 ^b
	醫院管理局	488 (100.0%)	1 (0.2%)	23 (4.7%)	118 (24.2%)	276 (56.6%)	70 (14.3%)	
	學術機構	18 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	5 (27.8%)	9 (50.0%)	4 (22.2%)	
	資助機構	9 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	3 (33.3%)	4 (44.4%)	2 (22.2%)	
	私營機構	469 (100.0%)	1 (0.2%)	15 (3.2%)	85 (18.1%)	228 (48.6%)	140 (29.9%)	
主要工作範疇	普通科執業	326 (100.0%)	(-)	9 (2.8%)	57 (17.5%)	167 (51.2%)	93 (28.5%)	0.01 ^b
	專科執業	690 (100.0%)	2 (0.3%)	30 (4.3%)	161 (23.3%)	364 (52.8%)	133 (19.3%)	
	行政/教學	14 ^{##} (100.0%)	(-)	1 (7.1%)	2 (14.3%)	9 (64.3%)	2 (14.3%)	

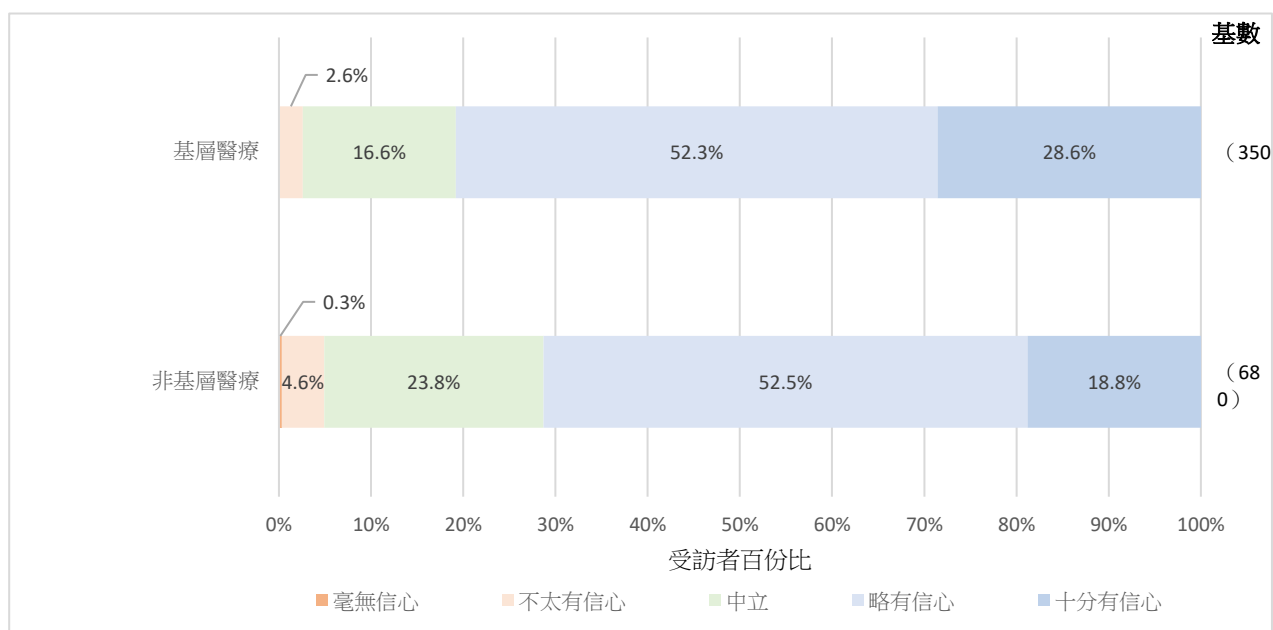
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

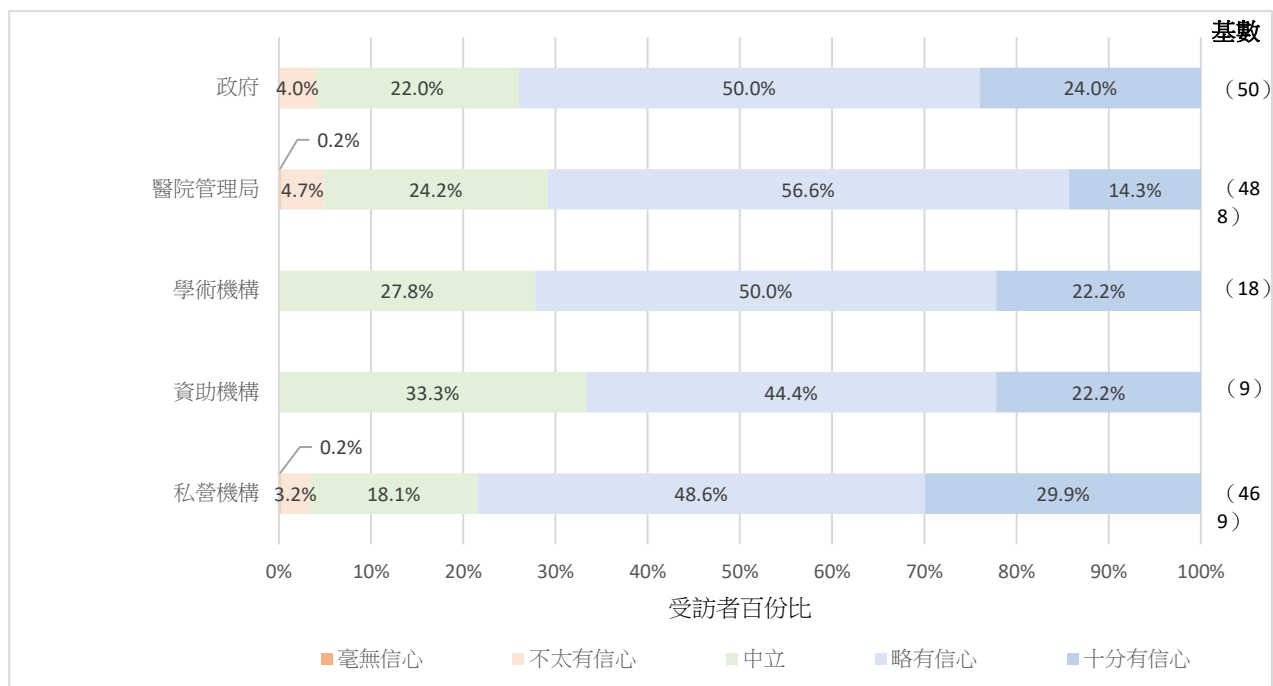
相比從事非基層醫療的受訪者 (18.8%)，較多從事基層醫療的受訪者 (28.6%) 對教育病人正確使用抗生素「十分有信心」。(圖 46)

圖 46. 按執業類別分析對教育病人正確使用抗生素的信心 (Q6g)



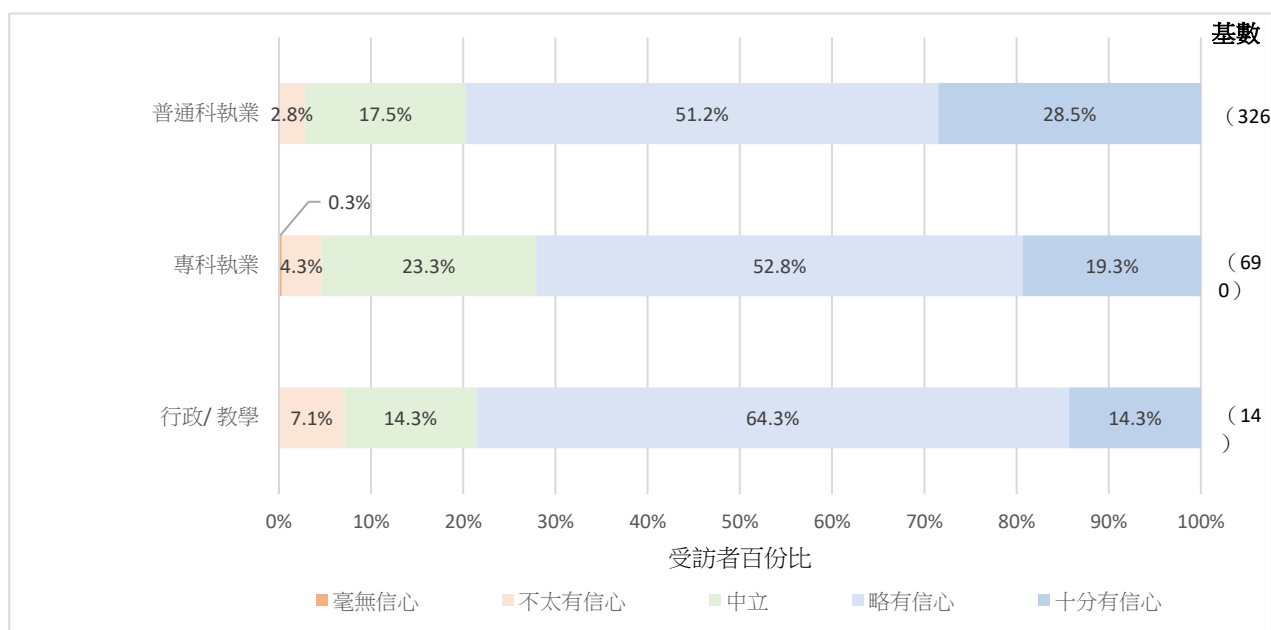
相比在其他機構類別工作的受訪者，在私營機構工作的受訪者 (29.9%) 較傾向表示對教育病人正確使用抗生素「十分有信心」。(圖 47)

圖 47. 按機構類別分析對教育病人正確使用抗生素的信心 (Q6g)



相比專科執業（19.3%）或從事行政／教學工作（14.3%）的受訪者，較多普通科執業（28.5%）的受訪者對教育病人正確使用抗生素「十分有信心」。（圖 48）

圖 48. 按主要工作範疇分析對教育病人正確使用抗生素的信心（Q6g）



4.3.2 在診症中處方抗生素的比率

受訪者在慣常診症中向病人處方抗生素的比率，與他們的執業類別、機構類別和所屬專科有顯著關係。（表 47）

表47 在診症中處方抗生素的比率（Q7）

		受訪者數目（橫列百份比）								p 值
變數	標籤	基數	<5%	5 - <10%	10 - <15%	15 - <20%	20 - <25%	25 - <30%	≥30%	
執業類別	基層醫療	350 (100.0%)	94 (26.9%)	105 (30.0%)	70 (20.0%)	45 (12.9%)	18 (5.1%)	14 (4.0%)	4 (1.1%)	<0.005 ^a
	非基層醫療	677 (100.0%)	134 (19.8%)	116 (17.1%)	108 (16.0%)	85 (12.6%)	69 (10.2%)	95 (14.0%)	70 (10.3%)	
機構類別	政府	50 (100.0%)	29 (58.0%)	10 (20.0%)	5 (10.0%)	4 (8.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	(-)	<0.005 ^b
	醫院管理局	489 (100.0%)	99 (20.2%)	76 (15.5%)	71 (14.5%)	60 (12.3%)	45 (9.2%)	75 (15.3%)	63 (12.9%)	
	學術機構	17 ^{##} (100.0%)	4 (23.5%)	5 (29.4%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	2 (11.8%)	2 (11.8%)	
	資助機構	9 ^{##} (100.0%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)	3 (33.3%)	(-)	2 (22.2%)	-	

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

	私營機構	466 (100.0%)	99 (21.2%)	128 (27.5%)	100 (21.5%)	62 (13.3%)	39 (8.4%)	29 (6.2%)	9 (1.9%)	
專科	手術相關	140 (100.0%)	13 (9.3%)	30 (21.4%)	34 (24.3%)	20 (14.3%)	11 (7.9%)	23 (16.4%)	9 (6.4%)	0.01 ^a
	非手術相關	693 (100.0%)	182 (26.3%)	131 (18.9%)	100 (14.4%)	81 (11.7%)	61 (8.8%)	76 (11.0%)	62 (8.9%)	

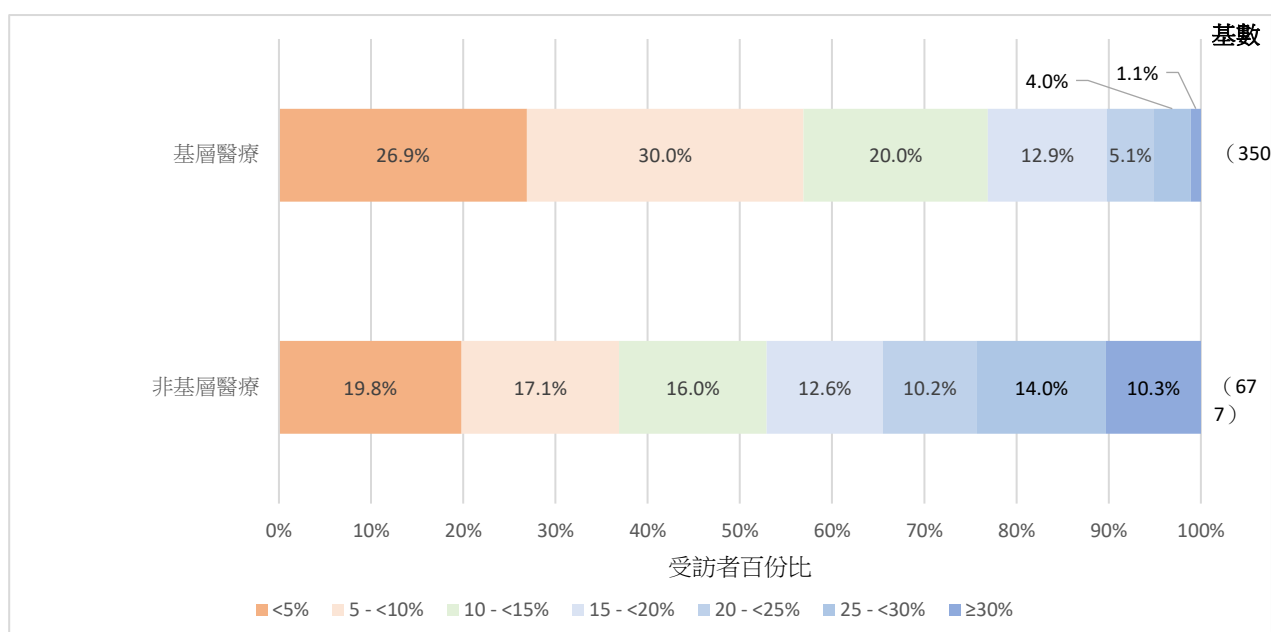
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

相比從事非基層醫療的受訪者，較多從事基層醫療的受訪者在慣常診症中以低比率向病人處方抗生素。稍超過一半（56.9%）從事基層醫療的受訪者只在少於 10% 的診症中處方抗生素，而從事非基層醫療的受訪者的相應比率則約為三分之一（36.9%）。(圖 49)

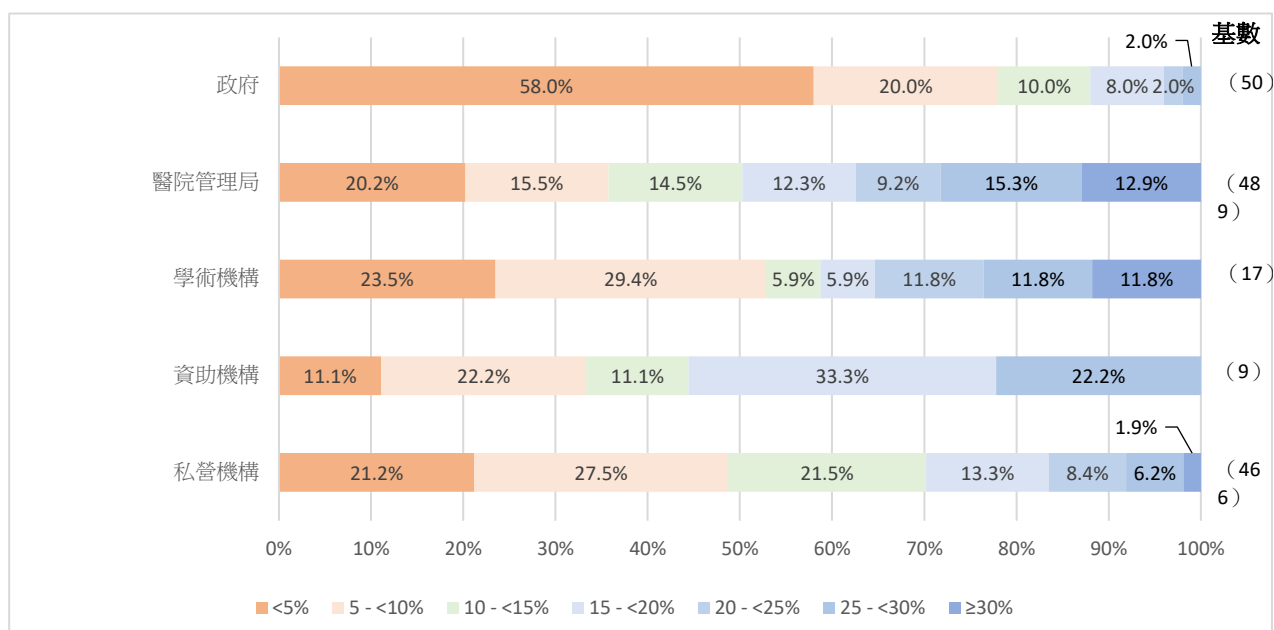
圖 49. 按執業類別分析在診症中處方抗生素的比率 (Q7)



在少於 10% 的慣常診症中處方抗生素的受訪者當中，在政府（78.0%）工作的比例最高，其次分別是在學術機構（52.9%）、私營機構（48.7%）、醫院管理局（35.8%）及資助機構（33.3%）工作。

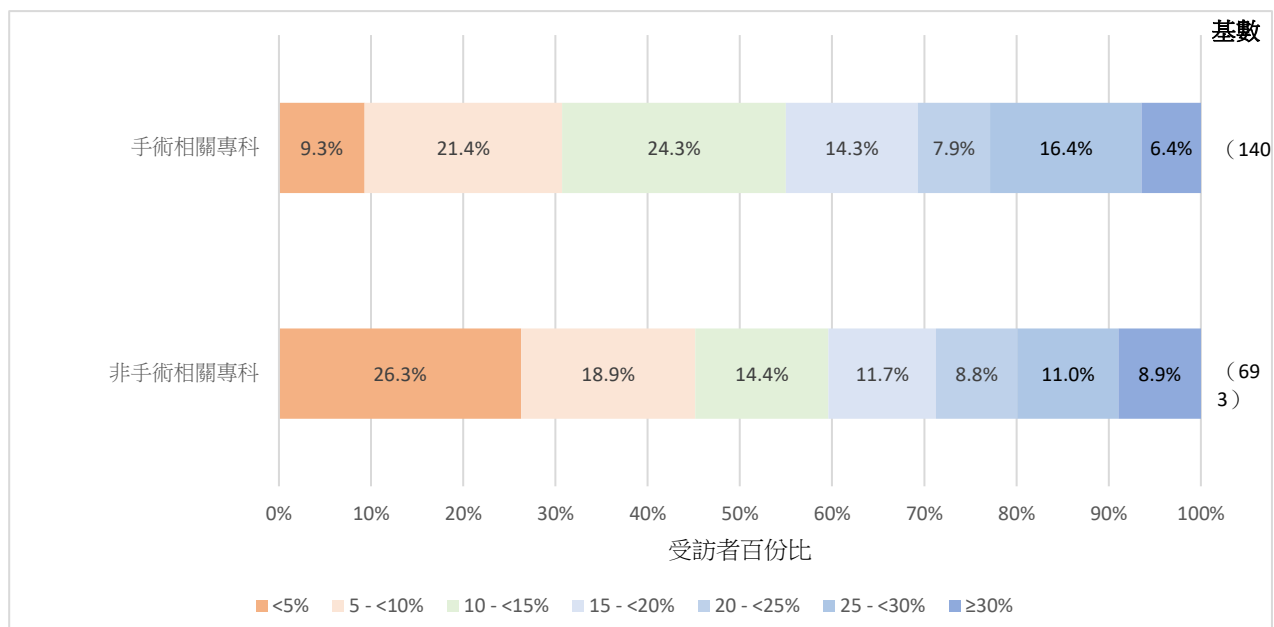
稍超過十分之一在醫院管理局（12.9%）和學術機構（11.8%）工作的受訪者，表示在不少於 30% 的慣常診症中處方抗生素。(圖 50)

圖 50. 按機構類別分析在診症中處方抗生素的比率 (Q7)



相比非手術相關專科執業 (19.9%) 的受訪者，較多手術相關專科執業 (22.9%) 的受訪者在不少於 25% 的診症中處方抗生素。(圖 51)

圖 51. 按所屬專科分析在診症中處方抗生素的比率 (Q7)



4.3.3 向傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素的比率

受訪者向傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素的比率，與他們的性別、執業年資、機構類別和所屬專科有顯著關係。(表 48)

表48 向傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素的比率 (Q8)

		受訪者數目 (橫列百份比)								p 值
變數	標籤	基數	<5%	5 - <10%	10 - <15%	15 - <20%	20 - <25%	25 - <30%	≥30%	
性別	男性	679 (100.0%)	362 (53.3%)	142 (20.9%)	67 (9.9%)	48 (7.1%)	22 (3.2%)	25 (3.7%)	13 (1.9%)	<0.005 ^a
	女性	338 (100.0%)	217 (64.2%)	55 (16.3%)	27 (8.0%)	15 (4.4%)	10 (3.0%)	11 (3.3%)	3 (0.9%)	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	124 (59.0%)	34 (16.2%)	17 (8.1%)	15 (7.1%)	9 (4.3%)	8 (3.8%)	3 (1.4%)	0.02 ^b
	11-20	281 (100.0%)	181 (64.4%)	47 (16.7%)	28 (10.0%)	13 (4.6%)	2 (0.7%)	7 (2.5%)	3 (1.1%)	
	21-30	254 (100.0%)	140 (55.1%)	57 (22.4%)	18 (7.1%)	14 (5.5%)	10 (3.9%)	11 (4.3%)	4 (1.6%)	
	>30	267 (100.0%)	132 (49.4%)	58 (21.7%)	29 (10.9%)	21 (7.9%)	11 (4.1%)	10 (3.7%)	6 (2.2%)	
機構類別	政府	50 (100.0%)	42 (84.0%)	4 (8.0%)	3 (6.0%)	1 (2.0%)	(-)	(-)	(-)	<0.005 ^b
	醫院管理局	489 (100.0%)	296 (60.5%)	81 (16.6%)	40 (8.2%)	28 (5.7%)	14 (2.9%)	20 (4.1%)	10 (2.0%)	
	學術機構	17 ^{##} (100.0%)	12 (70.6%)	3 (17.6%)	1 (5.9%)	(-)	(-)	(-)	1 (5.9%)	
	資助機構	9 ^{##} (100.0%)	5 (55.6%)	(-)	2 (22.2%)	(-)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	(-)	
	私營機構	466 (100.0%)	231 (49.6%)	111 (23.8%)	49 (10.5%)	36 (7.7%)	18 (3.9%)	15 (3.2%)	6 (1.3%)	
專科	手術相關	139 (100.0%)	95 (68.3%)	24 (17.3%)	6 (4.3%)	5 (3.6%)	2 (1.4%)	4 (2.9%)	3 (2.2%)	0.02 ^a
	非手術相關	692 (100.0%)	404 (58.4%)	123 (17.8%)	60 (8.7%)	40 (5.8%)	25 (3.6%)	27 (3.9%)	13 (1.9%)	

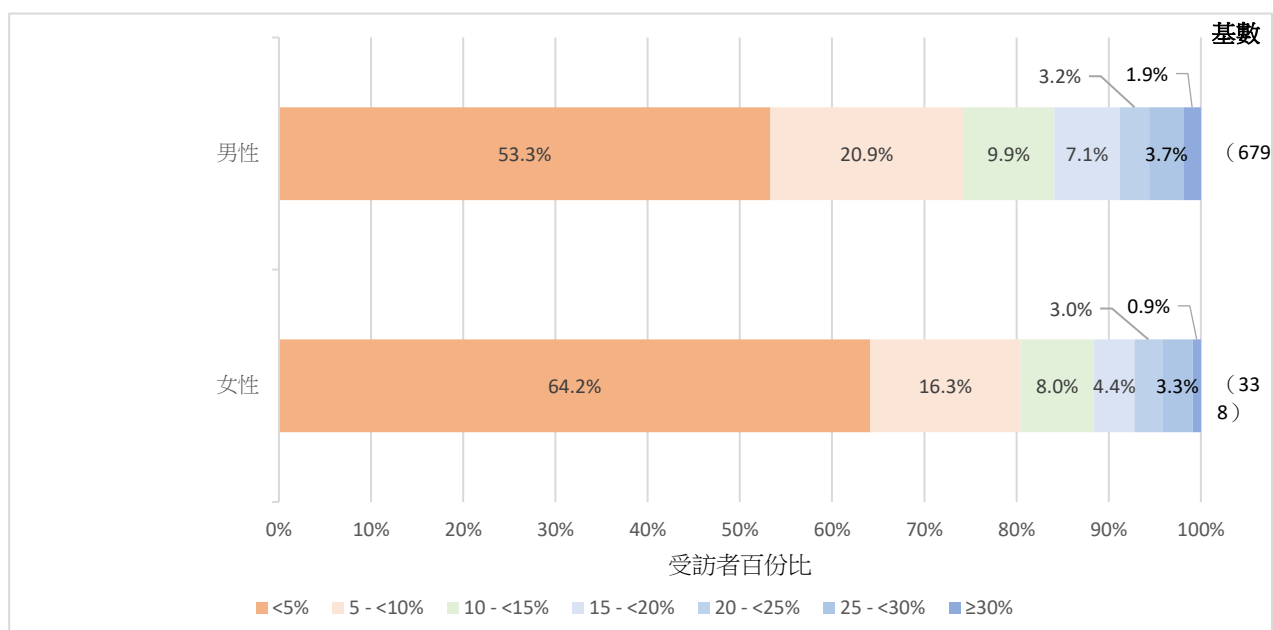
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

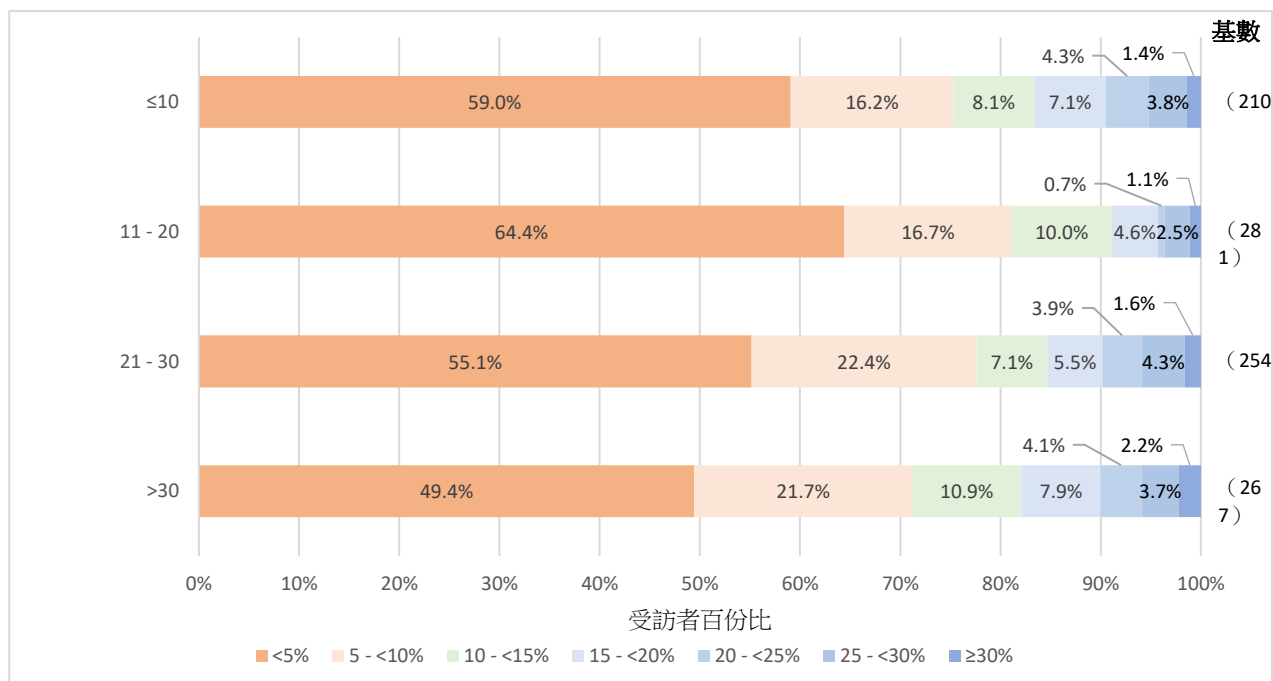
女性受訪者較少為傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素；三分之二(64.2%)的女性受訪者在少於 5%的傷風／流感／上呼吸道感染診症中處方抗生素，而男性受訪者則只有約半數(53.3%)。(圖 52)

圖 52. 按性別分析向傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素的比率 (Q8)



執業年資較長，尤其是執業超過 30 年的受訪者，較傾向為傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素。(圖 53)

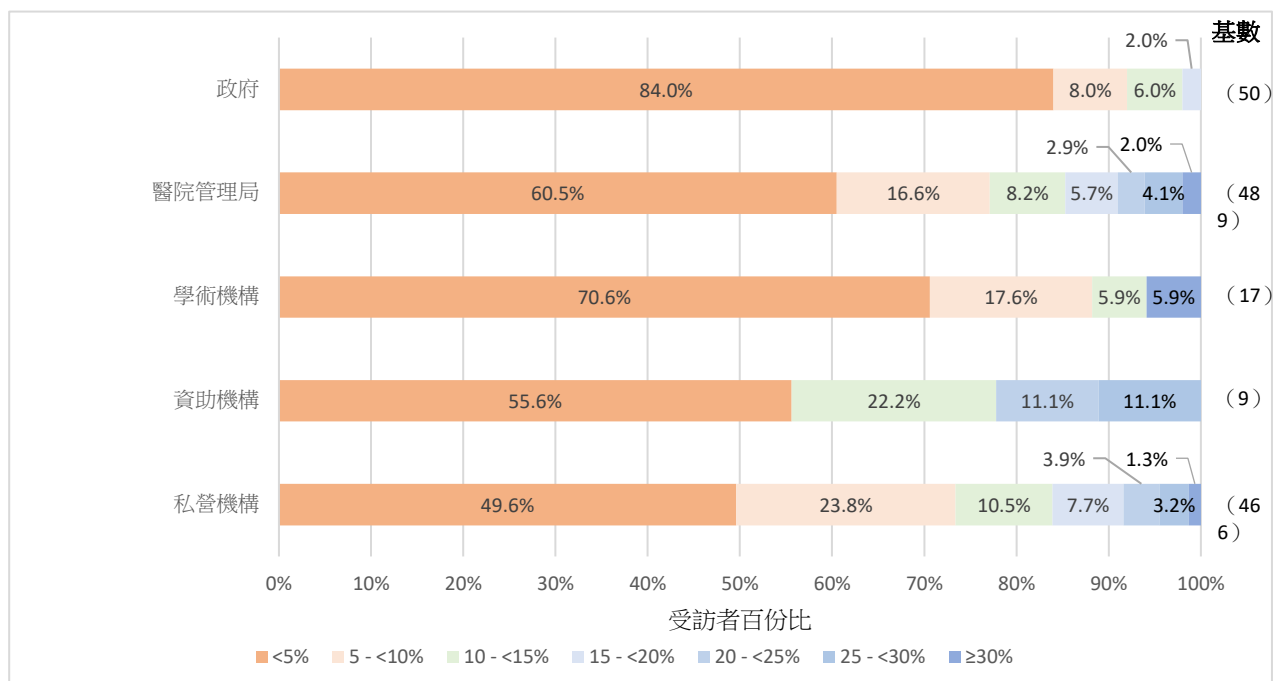
圖 53. 按執業年資分析向傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素的比率 (Q8)



在政府和學術機構工作的受訪者較少為傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素。這兩組別的大部分受訪者（分別為 84.0%和 70.6%）只在少於 5%的傷風／流感／

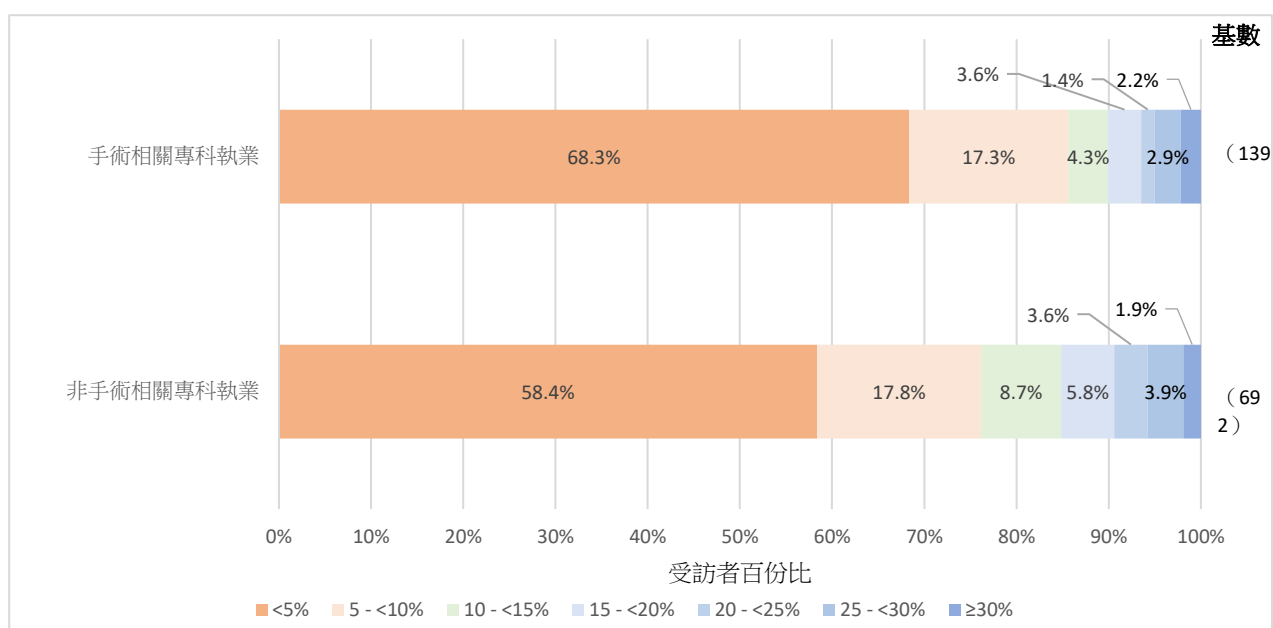
上呼吸道感染診症中處方抗生素，而在私營機構工作的受訪者的相應比例則只有49.6%。(圖 54)

圖 54. 按機構類別分析向傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素的比率 (Q8)



相比非手術相關專科執業 (58.4%) 的受訪者，較多手術相關專科執業 (68.3%) 的受訪者在少於 5% 的傷風／流感／上呼吸道感染診症中處方抗生素。(圖 55)

圖 55. 按所屬專科分析向傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素的比率 (Q8)



4.3.4 病人因傷風／流感／上呼吸道感染而要求處方抗生素的比率

受訪者被病人因傷風／流感／上呼吸道感染而向他們要求處方抗生素的比率，與受訪者的執業類別、性別和主要工作範疇有顯著關係。(表 49)

表49 病人因傷風／流感／上呼吸道感染而要求處方抗生素的比率 (Q9)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	p 值
執業類別	基層醫療	352 (100.0%)	12 (3.4%)	100 (28.4%)	222 (63.1%)	18 (5.1%)	(-)	<0.005 ^a
	非基層醫療	675 (100.0%)	77 (11.4%)	227 (33.6%)	299 (44.3%)	69 (10.2%)	3 (0.4%)	
性別	男性	679 (100.0%)	49 (7.2%)	214 (31.7%)	353 (52.0%)	61 (9.0%)	2 (0.3%)	0.02 ^a
	女性	338 (100.0%)	40 (11.8%)	111 (32.8%)	163 (48.2%)	23 (6.8%)	1 (0.3%)	
主要工作範疇	普通科執業	328 (100%)	8 (2.4%)	93 (28.4%)	209 (63.7%)	18 (5.5%)	(-)	<0.005 ^b
	專科執業	686 (100%)	77 (11.2%)	228 (33.2%)	309 (45.0%)	69 (10.2%)	3 (0.4%)	
	行政/教學	13 ^{##} (100%)	4 (30.8%)	6 (46.2%)	3 (23.1%)	(-)	(-)	

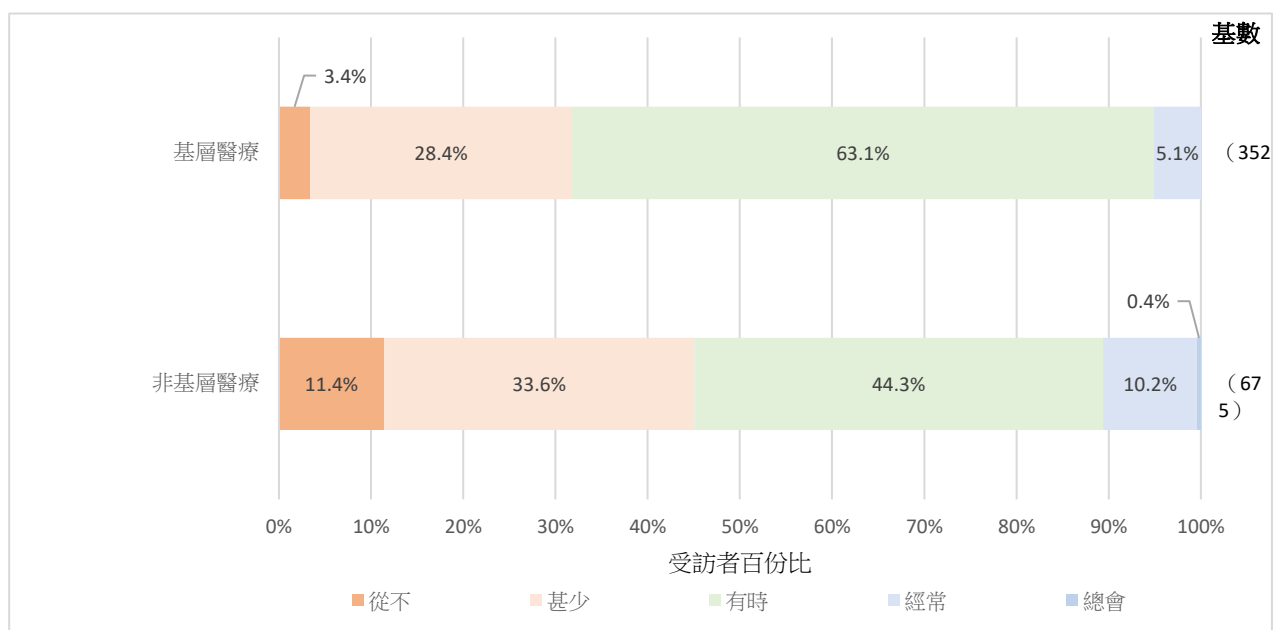
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

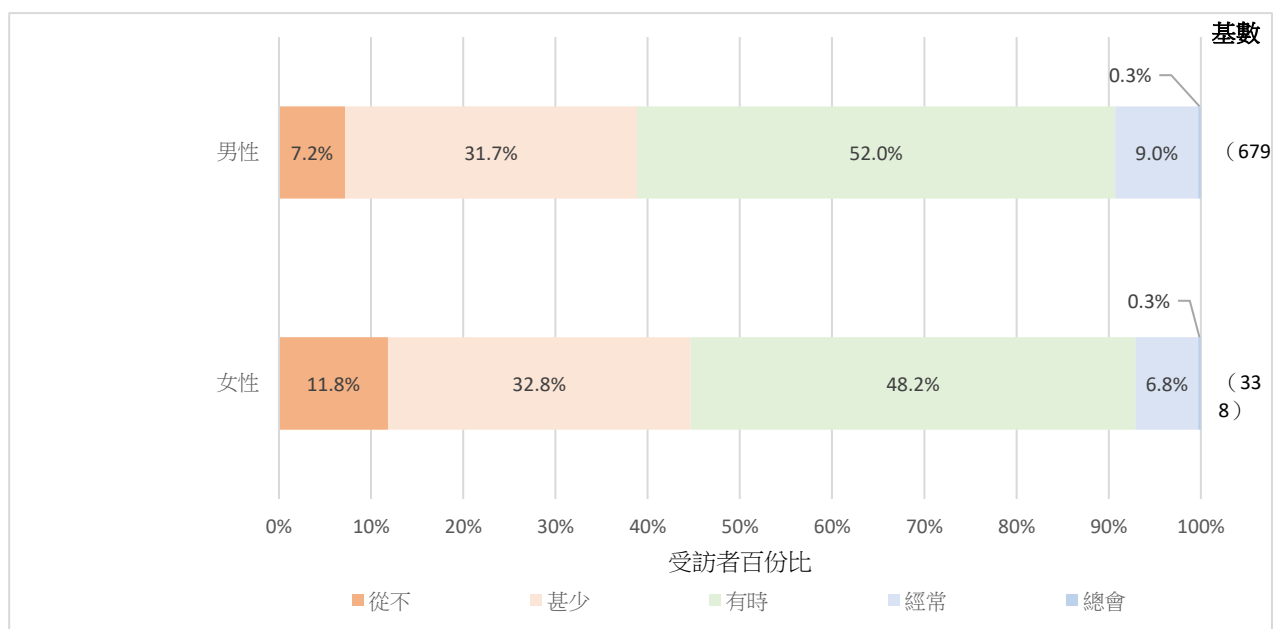
相比從事基層醫療的受訪者 (5.1%)，較多從事非基層醫療的受訪者 (10.7%)「總會」／「經常」被病人因傷風／流感／上呼吸道感染而向他們要求處方抗生素。
(圖 56)

圖 56. 按執業類別分析病人因傷風／流感／上呼吸道感染而要求處方抗生素的比率（Q9）



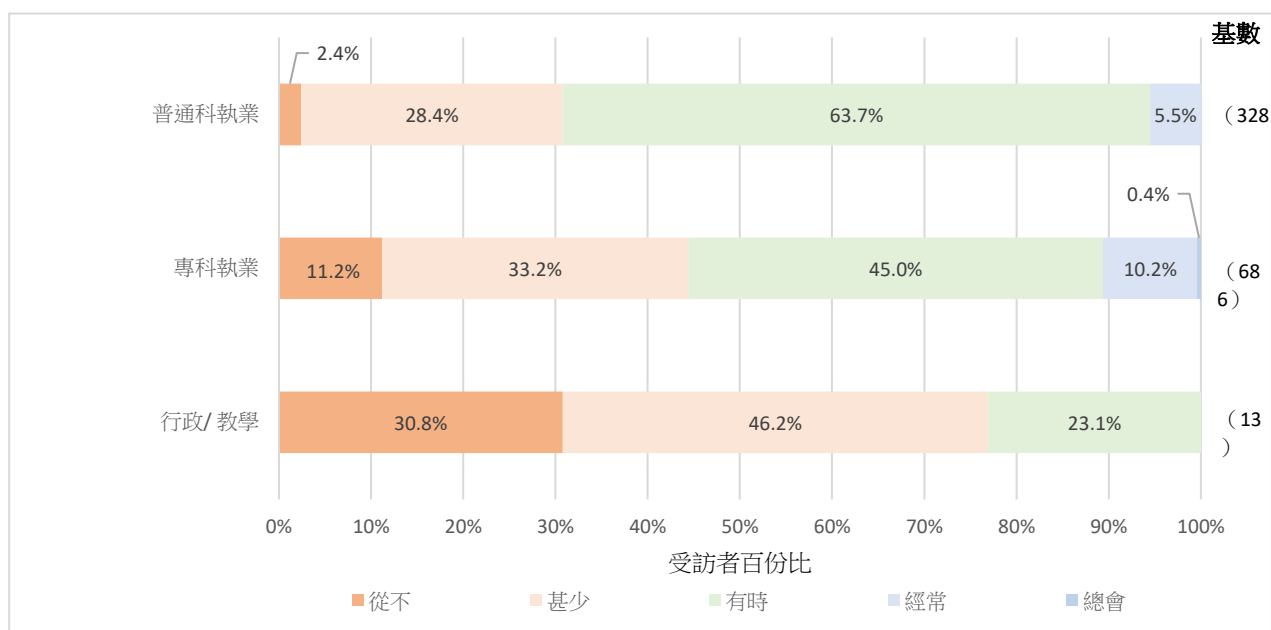
相比女性受訪者（7.1%），較多男性受訪者（9.3%）「總會」／「經常」被病人因傷風／流感／上呼吸道感染而向他們要求處方抗生素。（圖 57）

圖 57. 按性別分析受訪者被病人因傷風／流感／上呼吸道感染而要求處方抗生素的比率（Q9）



相比普通科執業的受訪者（5.5%），較多專科執業的受訪者（10.5%）「總會」／「經常」被病人因傷風／流感／上呼吸道感染而向他們要求處方抗生素。（圖 58）

圖 58. 按主要工作範疇分析受訪者被病人因傷風／流感／上呼吸道感染而要求處方抗生素的比率 (Q9)



4.3.5 對無併發症的上呼吸道感染（包括傷風和流感）病人處方的習慣

因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的做法，與受訪者的性別、執業年資和機構類別有顯著關係。(表 50)

表50 因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的比率 (Q10a)

變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	p 值
性別	男性	679 (100.0%)	241 (35.5%)	309 (45.5%)	112 (16.5%)	16 (2.4%)	1 (0.1%)	<0.005 ^a
	女性	336 (100.0%)	147 (43.8%)	147 (43.8%)	37 (11.0%)	5 (1.5%)	(-)	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	102 (48.6%)	79 (37.6%)	24 (11.4%)	5 (2.4%)	(-)	<0.005 ^b
	11-20	279 (100.0%)	123 (44.1%)	117 (41.9%)	34 (12.2%)	5 (1.8%)	(-)	
	21-30	253 (100.0%)	78 (30.8%)	135 (53.4%)	35 (13.8%)	4 (1.6%)	1 (0.4%)	
	>30	268 (100.0%)	83 (31.0%)	124 (46.3%)	54 (20.1%)	7 (2.6%)	(-)	
機構類別	政府	49 [#] (100.0%)	20 (40.8%)	24 (49.0%)	3 (6.1%)	2 (4.1%)	(-)	<0.005 ^b
	醫院管理局	486 (100.0%)	210 (43.2%)	216 (44.4%)	51 (10.5%)	9 (1.9%)	(-)	
	學術機構	17 ^{##} (100.0%)	10 (58.8%)	3 (17.6%)	4 (23.5%)	(-)	(-)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	5 (50.0%)	4 (40.0%)	1 (10.0%)	(-)	(-)	

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

	私營機構	467 (100.0%)	149 (31.9%)	213 (45.6%)	94 (20.1%)	10 (2.1%)	1 (0.2%)	
--	------	-----------------	----------------	----------------	---------------	--------------	-------------	--

#: 樣本數目少 (<50)

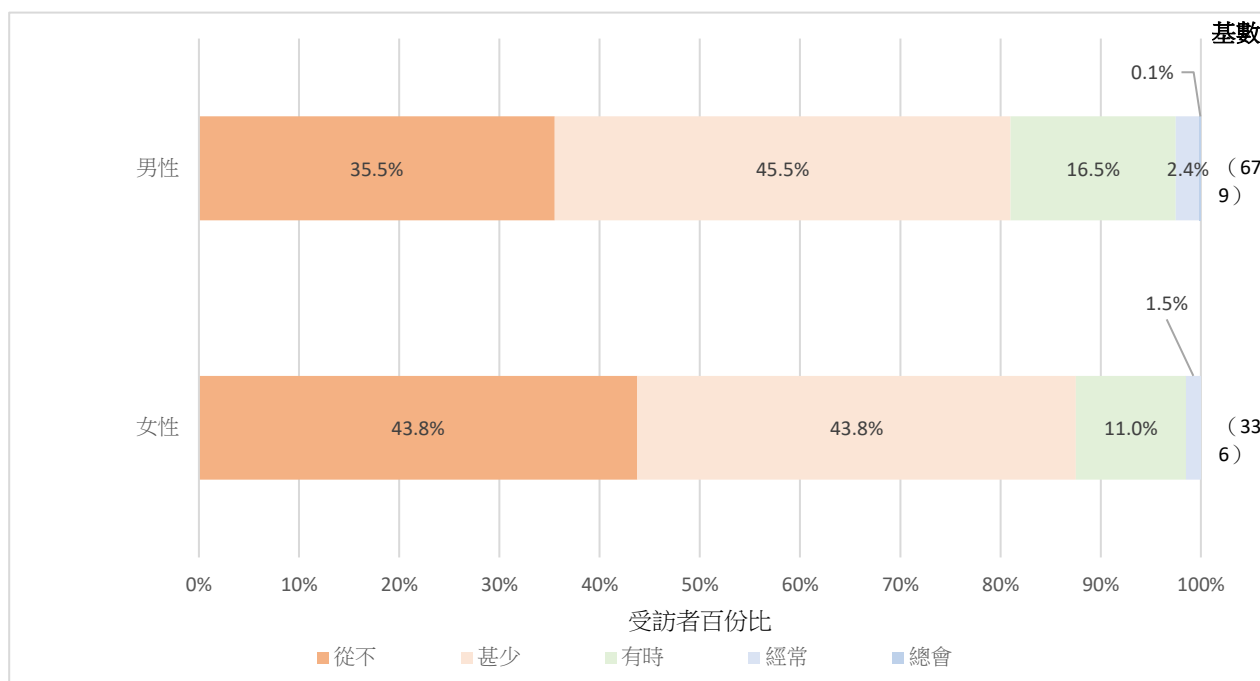
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

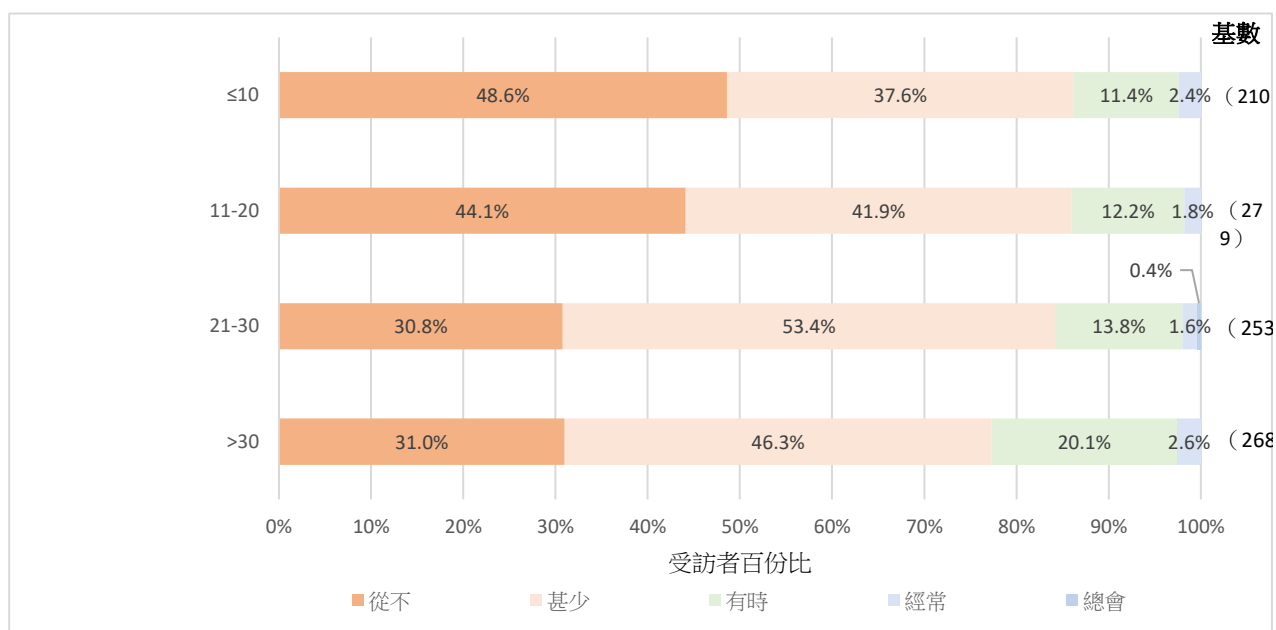
相比男性受訪者(35.5%)，較多女性受訪者(43.8%)「從不」因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素。(圖 59)

圖 59. 按性別分析因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的比率 (Q10a)



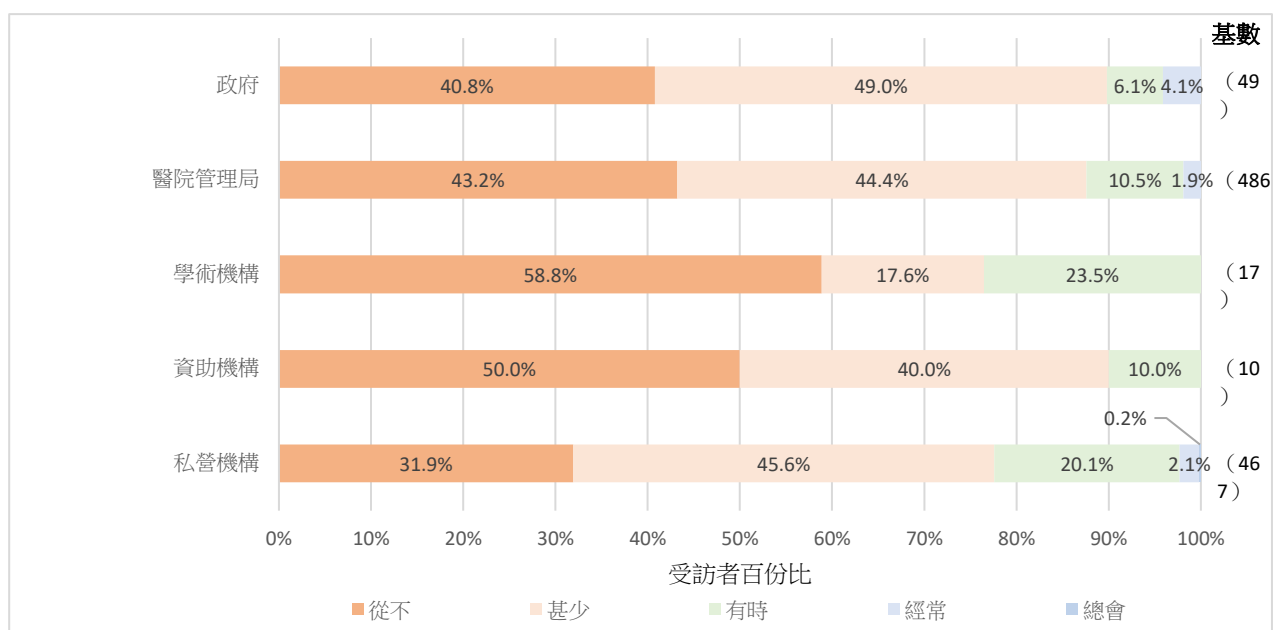
執業年資越短的受訪者，越多人較少(「甚少」／「從不」)因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素。(圖 60)

圖 60. 按執業年資分析因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的比率 (Q10a)



在學術機構工作的受訪者有過半 (58.8%) 「從不」因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素。然而，只有稍少於三分之一在私營機構工作的受訪者 (31.9%) 「從不」這樣做。(圖 61)

圖 61. 按機構類別分析因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的比率 (Q10a)



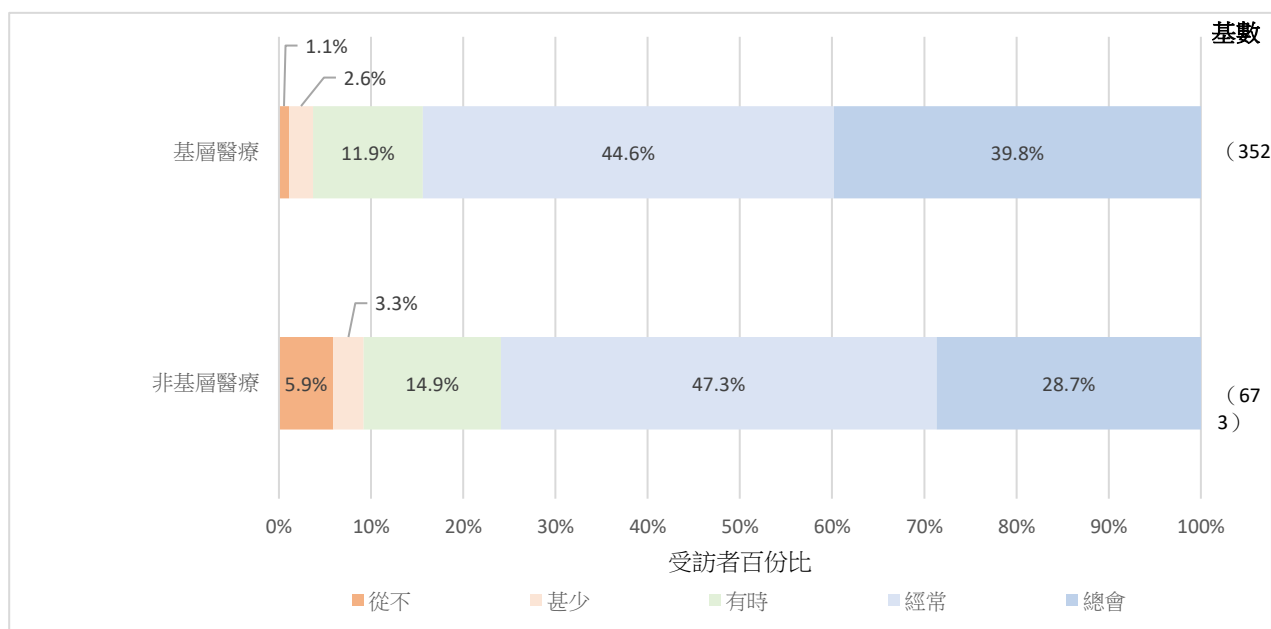
受訪者不向無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素並向病人解釋不處方原因的做法，與受訪者的執業類別有顯著關係。(表 51)

表51 不向無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素並向病人解釋不處方的原因的比率 (Q10b)

		受訪者數目 (橫列百份比)						p 值
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	曼-惠特尼 U 檢定
執業類別	基層醫療	352 (100.0%)	4 (1.1%)	9 (2.6%)	42 (11.9%)	157 (44.6%)	140 (39.8%)	<0.005
	非基層醫療	673 (100.0%)	40 (5.9%)	22 (3.3%)	100 (14.9%)	318 (47.3%)	193 (28.7%)	

相比從事非基層醫療的受訪者 (75.9%)，較多從事基層醫療的受訪者 (84.4%)「總會」／「經常」不向無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素，並向病人解釋不處方的原因。(圖 62)

圖 62. 按執業類別分析不向無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素並向病人解釋不處方的原因 (Q10b)



在治療無併發症的上呼吸道感染病人時，進行快速測試以決定是否需要處方抗生素的做法，與受訪者的機構類別有顯著關係。(表 52)

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

表52 在治療無併發症的上呼吸道感染病人時進行快速測試以決定是否需要處方抗生素的比率 (Q10c)

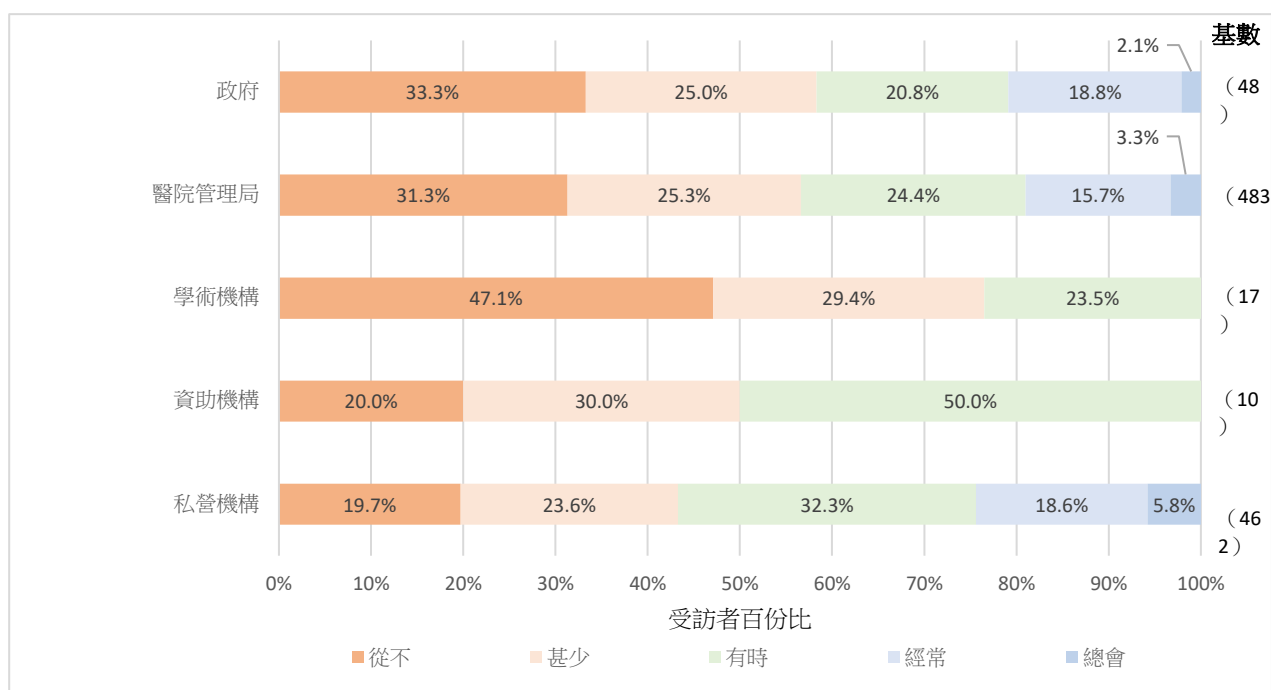
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	p 值
								單因方差檢定
機構類別	政府	48 [#] (100.0%)	16 (33.3%)	12 (25.0%)	10 (20.8%)	9 (18.8%)	1 (2.1%)	0.02
	醫院管理局	483 (100.0%)	151 (31.3%)	122 (25.3%)	118 (24.4%)	76 (15.7%)	16 (3.3%)	
	學術機構	17 ^{##} (100.0%)	8 (47.1%)	5 (29.4%)	4 (23.5%)	(-)	(-)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	2 (20.0%)	3 (30.0%)	5 (50.0%)	(-)	(-)	
	私營機構	462 (100.0%)	91 (19.7%)	109 (23.6%)	149 (32.3%)	86 (18.6%)	27 (5.8%)	

#: 樣本數目少 (<50)

##: 樣本數目非常少 (<30)

在私營機構工作的受訪者使用快速測試以決定是否需要處方抗生素的比例最高。大約四分之一 (24.5%) 在私營機構工作的受訪者「總會」／「經常」進行快速測試，比例其次高的分別是在政府 (20.8%) 和在醫院管理局 (19.0%) 工作的受訪者。(圖 63)

圖 63. 按機構類別分析在治療無併發症的上呼吸道感染病人時進行快速測試的比率 (Q10c)



4.3.6 非必要地處方抗生素的各種原因的重要性

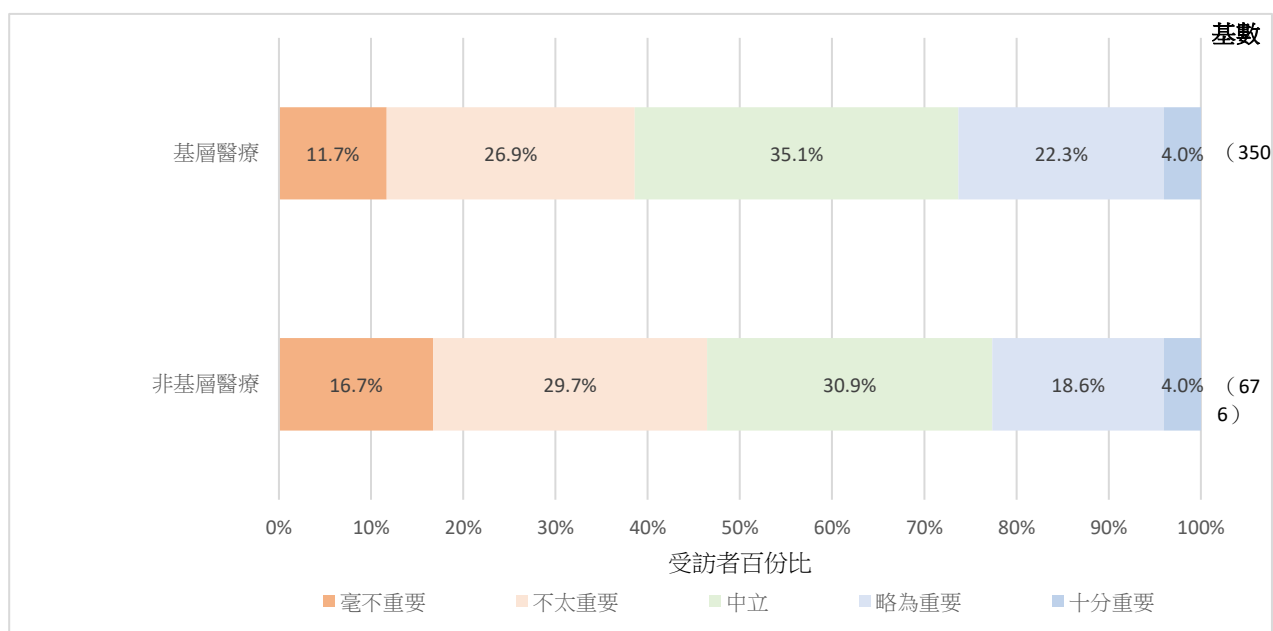
因病人或其照顧者的期望／要求以致受訪者非必要地處方抗生素的重要性，與受訪者的執業類別有顯著關係。(表 53)

表53 「病人或其照顧者的期望／要求」對非必要地處方抗生素的重要性 (Q11b)

		受訪者數目 (橫列百分比)						p 值 曼-惠特尼 U 檢定
變數	標籤	基數	毫不重要	不太重要	中立	略為重要	十分重要	
執業類別	基層醫療	350 (100.0%)	41 (11.7%)	94 (26.9%)	123 (35.1%)	78 (22.3%)	14 (4.0%)	0.02
	非基層醫療	676 (100.0%)	113 (16.7%)	201 (29.7%)	209 (30.9%)	126 (18.6%)	27 (4.0%)	

從事基層醫療的受訪者較傾向認為「病人或其照顧者的期望／要求」為非必要地處方抗生素的一個重要原因。相比從事非基層醫療的受訪者 (22.6%)，較多從事基層醫療的受訪者 (26.3%) 認為此原因「十分重要」／「略為重要」。(圖 64)

圖 64. 按執業類別分析「病人或其照顧者的期望／要求」對非必要地處方抗生素的重要性 (Q11b)



因未能確保病人會回來覆診以致受訪者非必要地處方抗生素的重要性，與受訪者的機構類別有顯著關係。(表 54)

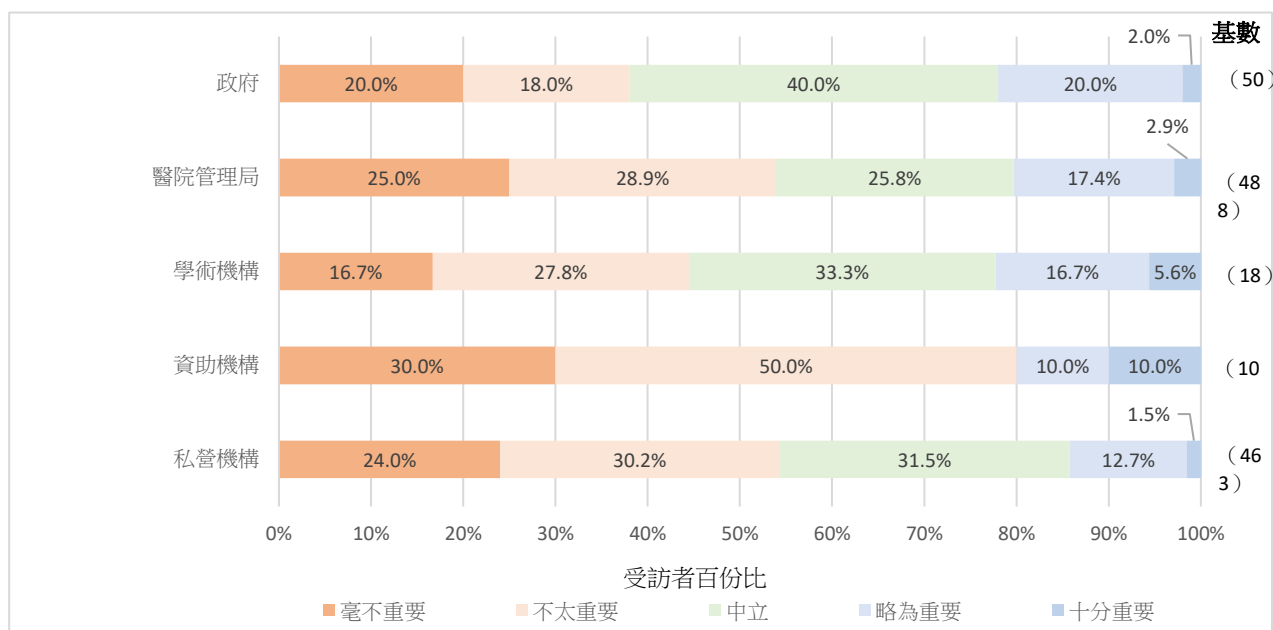
表54 「未能確保病人會回來覆診」對非必要處方抗生素的重要性 (Q11c)

		受訪者數目 (橫列百分比)						p 值
變數	標籤	基數	毫不重要	不太重要	中立	略為重要	十分重要	
機構類別	政府	50 (100.0%)	10 (20.0%)	9 (18.0%)	20 (40.0%)	10 (20.0%)	1 (2.0%)	0.04
	醫院管理局	488 (100.0%)	122 (25.0%)	141 (28.9%)	126 (25.8%)	85 (17.4%)	14 (2.9%)	
	學術機構	18 ^{##} (100.0%)	3 (16.7%)	5 (27.8%)	6 (33.3%)	3 (16.7%)	1 (5.6%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	3 (30.0%)	5 (50.0%)	(-)	1 (10.0%)	1 (10.0%)	
	私營機構	463 (100.0%)	111 (24.0%)	140 (30.2%)	146 (31.5%)	59 (12.7%)	7 (1.5%)	

##: 樣本數目非常少 (<30)

相比在私營機構 (14.3%) 工作的受訪者，在學術機構 (22.2%) 和在政府 (22.0%) 工作的受訪者較傾向認為「未能確保病人會回來覆診」為非必要處方抗生素的重要 (「十分重要」／「略為重要」) 原因。(圖 65)

圖 65. 按機構類別分析「未能確保病人會回來覆診」對非必要處方抗生素的重要性 (Q11c)



受訪者因病人要求而為無併發症上呼吸道感染病人處方抗生素的比率，與以下原因的重要性有顯著關係：病人或其照顧者的期望／要求、未能確保病人會回來覆診、沒有時間解釋為何不需要處方抗生素及擔心遭病人控告。(表 55)

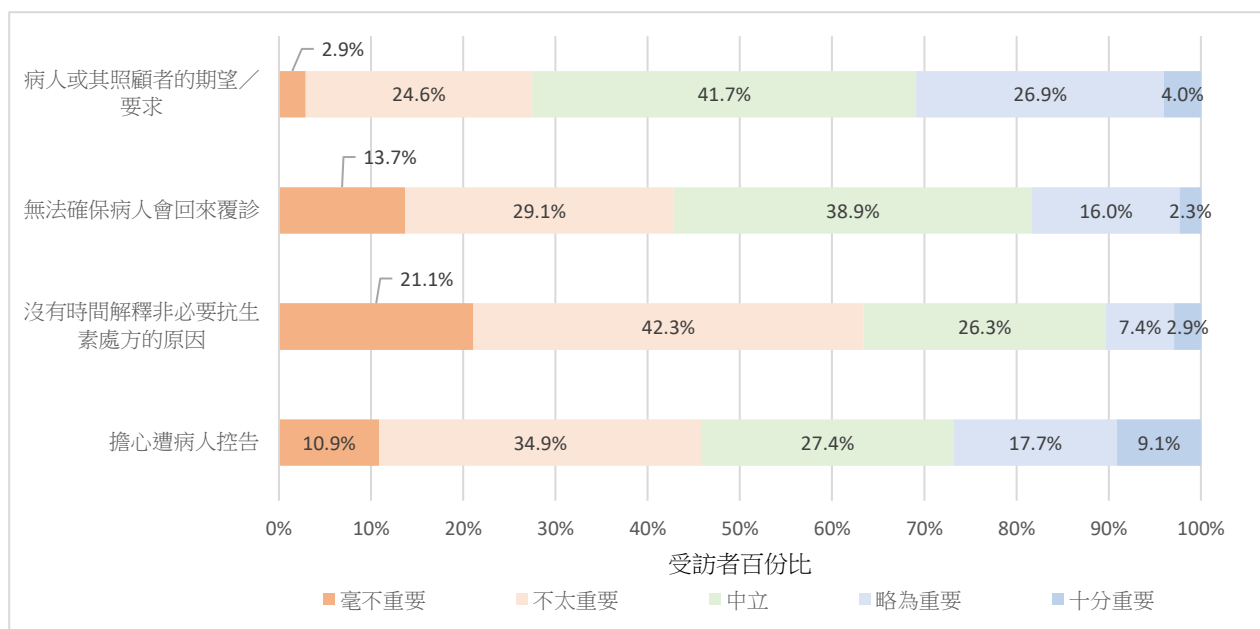
表55 導致受訪者因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素（Q10a）的各種原因的重要性（Q10a）

		受訪者數目（直欄百分比）		
變數	標籤	從不/甚少	有時/經常/總會	p 值
				曼-惠特尼 U 檢定
病人或其照顧者的期望／要求	毫不重要	150 (17.7%)	5 (2.9%)	<0.005
	不太重要	251 (29.6%)	43 (24.6%)	
	中立	260 (30.7%)	73 (41.7%)	
	略為重要	154 (18.2%)	47 (26.9%)	
	十分重要	33 (3.9%)	7 (4.0%)	
	直欄總數	848 (100%)	175 (100%)	
未能確保病人會回來覆診	毫不重要	222 (26.2%)	24 (13.7%)	<0.005
	不太重要	249 (29.4%)	51 (29.1%)	
	中立	229 (27.0%)	68 (38.9%)	
	略為重要	128 (15.1%)	28 (16.0%)	
	十分重要	20 (2.4%)	4 (2.3%)	
	直欄總數	848 (100%)	175 (100%)	
沒有時間解釋為何不需要處方抗生素	毫不重要	326 (38.5%)	37 (21.1%)	<0.005
	不太重要	248 (29.3%)	74 (42.3%)	
	中立	197 (23.3%)	46 (26.3%)	
	略為重要	61 (7.2%)	13 (7.4%)	
	十分重要	15 (1.8%)	5 (2.9%)	
	直欄總數	847 (100%)	175 (100%)	
擔心遭病人控告	毫不重要	251 (29.6%)	19 (10.9%)	<0.005
	不太重要	275 (32.4%)	61 (34.9%)	
	中立	202 (23.8%)	48 (27.4%)	
	略為重要	103 (12.1%)	31 (17.7%)	
	十分重要	18 (2.1%)	16 (9.1%)	
	直欄總數	849 (100%)	175 (100%)	

在以上各種有顯著關係的原因中，較多「總會」／「經常」／「有時」因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的受訪者，認為「病人或其照顧者的期望／要求」是重要（「十分重要」／「略為重要」）（30.9%）原因，其次是「擔心

遭病人控告」(26.9%)、「未能確保病人會回來覆診」(18.3%)及「沒有時間解釋為何不需要處方抗生素」(10.3%)。(圖 66)

圖 66. 「總會」／「經常」／「有時」因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的受訪者認為各種導致非必要地處方抗生素的不同原因之重要性 (Q11b-e)



基數: 在香港執業並「總會」／「經常」／「有時」因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的受訪者 (不包括沒有回覆該題目的受訪者) (n=175)

4.3.7 處方抗生素時向病人解釋的比率

受訪者向病人解釋處方抗生素原因的比率，與他們的執業年資、執業類別、機構類別和主要工作範疇有顯著關係。(表 56)

表56 處方抗生素時向病人解釋處方原因的比率 (Q12a)

		受訪者數目 (橫列百分比)						p 值
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	2 (1.0%)	8 (3.8%)	66 (31.4%)	99 (47.1%)	35 (16.7%)	<0.005 ^a
	11 - 20	279 (100.0%)	5 (1.8%)	9 (3.2%)	50 (17.9%)	123 (44.1%)	92 (33.0%)	
	21 - 30	254 (100.0%)	3 (1.2%)	3 (1.2%)	32 (12.6%)	133 (52.4%)	83 (32.7%)	

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

	>30	270 (100.0%)	(-)	9 (3.3%)	28 (10.4%)	134 (49.6%)	99 (36.7%)	
執業類別	基層醫療	352 (100.0%)	(-)	3 (0.9%)	33 (9.4%)	173 (49.1%)	143 (40.6%)	<0.005 ^b
	非基層醫療	676 (100.0%)	10 (1.5%)	26 (3.8%)	147 (21.7%)	322 (47.6%)	171 (25.3%)	
機構類別	政府	49 [#] (100.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	6 (12.2%)	20 (40.8%)	21 (42.9%)	<0.005 ^a
	醫院管理局	487 (100.0%)	6 (1.2%)	17 (3.5%)	128 (26.3%)	242 (49.7%)	94 (19.3%)	
	學術機構	17 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	4 (23.5%)	7 (41.2%)	6 (35.3%)	
	資助機構	10 [#] (100.0%)	(-)	(-)	1 (10.0%)	6 (60.0%)	3 (30.0%)	
	私營機構	469 (100.0%)	3 (0.6%)	11 (2.3%)	43 (9.2%)	220 (46.9%)	192 (40.9%)	
主要工作範疇	普通科執業	328 (100.0%)	(-)	3 (0.9%)	31 (9.5%)	161 (49.1%)	133 (40.6%)	<0.005 ^a
	專科執業	687 (100.0%)	9 (1.3%)	25 (3.6%)	147 (21.4%)	329 (47.9%)	177 (25.8%)	
	行政/教學	13 ^{##} (100.0%)	1 (7.7%)	1 (7.7%)	2 (15.4%)	5 (38.5%)	4 (30.8%)	

#: 樣本數目少 (<50)

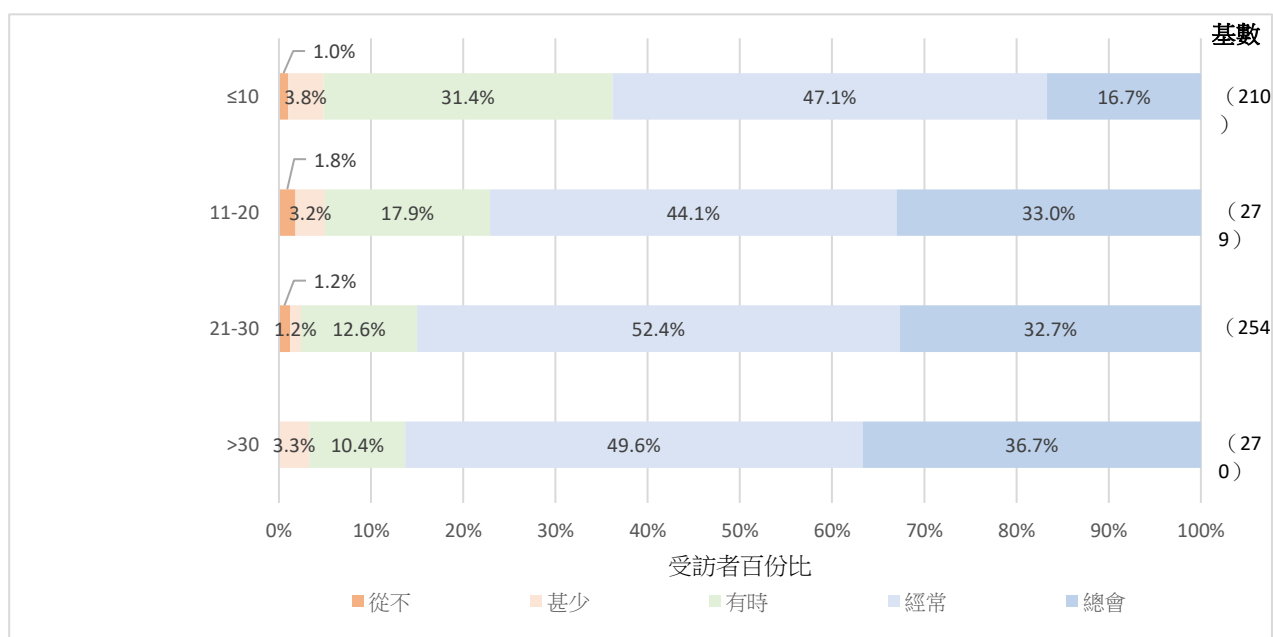
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 單因方差檢定

b: 曼-惠特尼 U 檢定

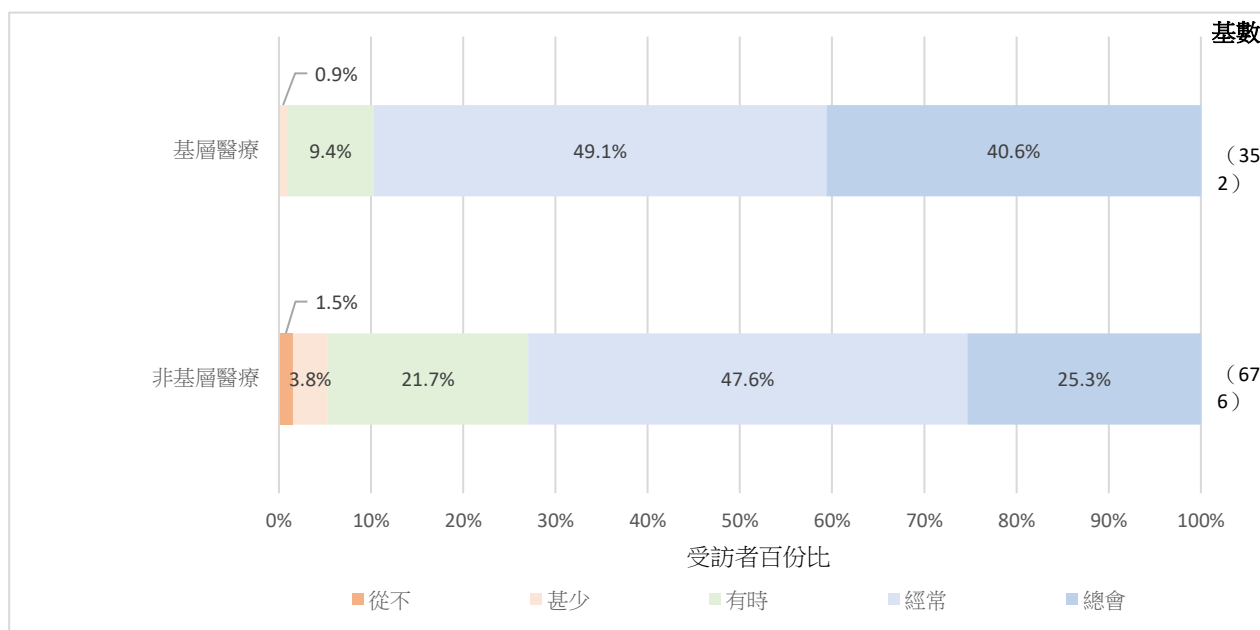
較有經驗的受訪者，尤其是執業 30 年以上的受訪者 (86.3%)，較多傾向「總會」／「經常」向病人解釋處方抗生素的原因。(圖 67)

圖 67. 按執業年資分析向病人解釋處方抗生素原因的比率 (Q12a)



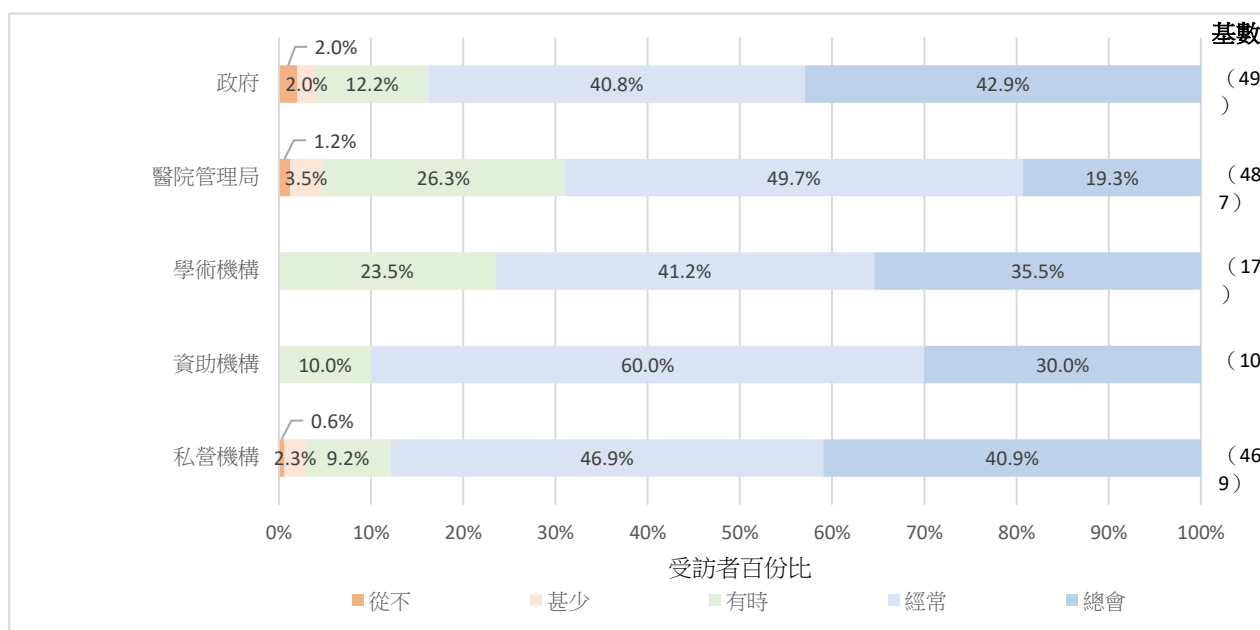
相比從事非基層醫療的受訪者（72.9%），較多基層醫療醫生（89.8%）傾向「總會」／「經常」向病人解釋處方抗生素的原因。（圖 68）

圖 68. 按執業類別分析向病人解釋處方抗生素原因的比率（Q12a）



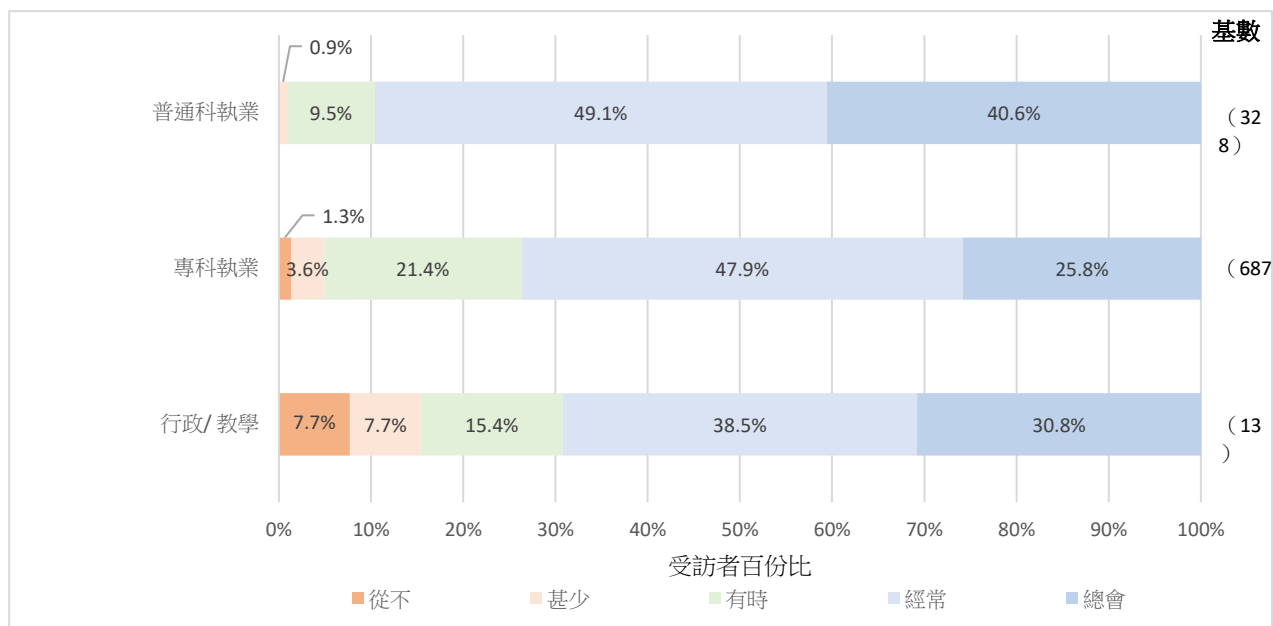
大部分的受訪者「總會」／「經常」向病人解釋處方抗生素的原因，當中以在資助機構工作的受訪者比例最高（90.0%），其次是在私營機構工作（87.8%）和在政府（83.7%）工作的受訪者。（圖 69）

圖 69. 按機構類別分析向病人解釋處方抗生素原因的比率 (Q12a)



相比從事行政／教學工作 (30.8%) 或專科執業 (25.8%) 的受訪者，較多普通科執業的受訪者 (40.6%) 傾向「總會」向病人解釋處方抗生素的原因。(圖 70)

圖 70. 按主要工作範疇分析向病人解釋處方抗生素原因的比率 (Q12a)



受訪者向病人解釋抗生素副作用的比率，與他們的執業年資、執業類別、機構類別和主要工作範疇有顯著關係。(表 57)

表57 受訪者向病人解釋抗生素副作用的比率 (Q12b)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	p 值
執業年資	≤10	210 (100.0%)	5 (2.4%)	43 (20.5%)	88 (41.9%)	58 (27.6%)	16 (7.6%)	<0.005 ^a
	11 - 20	279 (100.0%)	5 (1.8%)	34 (12.2%)	94 (33.7%)	98 (35.1%)	48 (17.2%)	
	21 - 30	254 (100.0%)	3 (1.2%)	16 (6.3%)	85 (33.5%)	92 (36.2%)	58 (22.8%)	
	>30	269 (100.0%)	(-)	9 (3.3%)	76 (28.3%)	117 (43.5%)	67 (24.9%)	
執業類別	基層醫療	351 (100.0%)	1 (0.3%)	19 (5.4%)	121 (34.5%)	129 (36.8%)	81 (23.1%)	<0.005 ^b
	非基層醫療	676 (100.0%)	12 (1.8%)	83 (12.3%)	225 (33.3%)	241 (35.7%)	115 (17.0%)	
機構類別	政府	49 [#] (100.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	16 (32.7%)	18 (36.7%)	13 (26.5%)	<0.005 ^a
	醫院管理局	487 (100.0%)	9 (1.8%)	84 (17.2%)	178 (36.6%)	153 (31.4%)	63 (12.9%)	
	學術機構	17 ^{##} (100.0%)	(-)	1 (5.9%)	6 (35.3%)	7 (41.2%)	3 (17.6%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	6 (60.0%)	4 (40.0%)	(-)	
	私營機構	468 (100.0%)	3 (0.6%)	16 (3.4%)	144 (30.8%)	188 (40.2%)	117 (25.0%)	
主要工作範疇	普通科執業	327 (100.0%)	1 (0.3%)	16 (4.9%)	113 (34.6%)	120 (36.7%)	77 (23.5%)	0.03 ^a
	專科執業	687 (100.0%)	11 (1.6%)	86 (12.5%)	230 (33.5%)	247 (36.0%)	113 (16.4%)	
	行政/教學	13 ^{##} (100.0%)	1 (7.7%)	(-)	3 (23.1%)	3 (23.1%)	6 (46.2%)	

#: 樣本數目少 (<50)

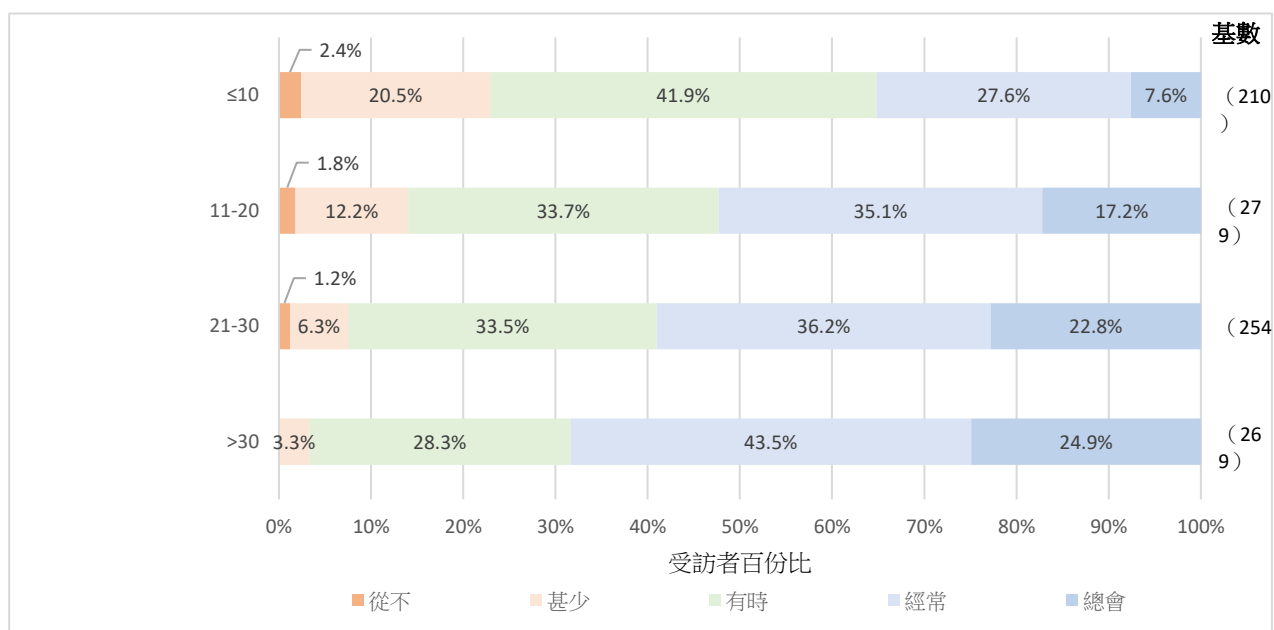
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 單因方差檢定

b: 曼-惠特尼 U 檢定

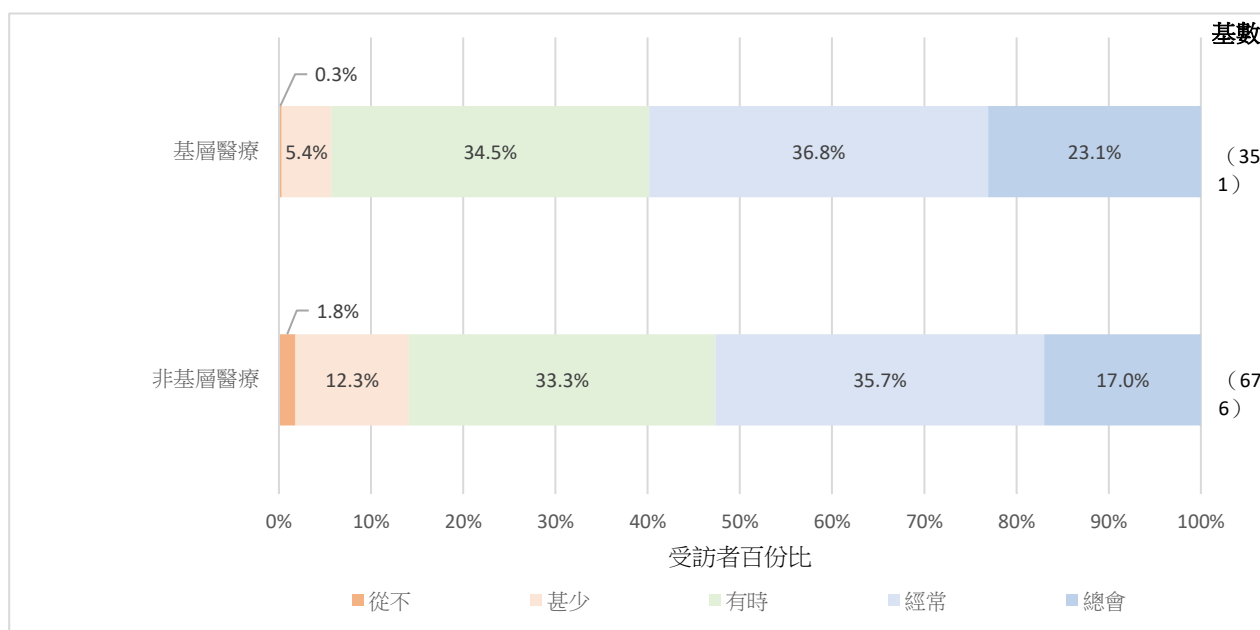
較有經驗的受訪者，尤其是執業 30 年以上的受訪者 (68.4%)，較多傾向「總會」／「經常」向病人解釋抗生素的副作用。(圖 71)

圖 71. 按執業年資分析向病人解釋抗生素副作用的比率 (Q12b)



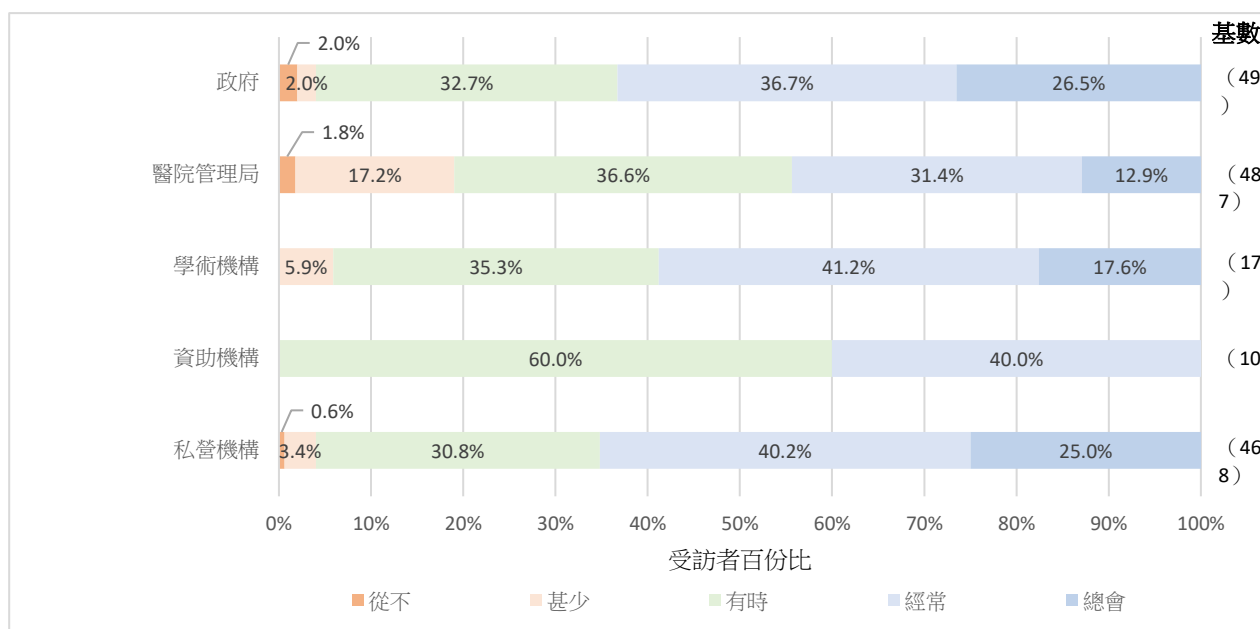
相比從事非基層醫療的受訪者 (52.7%)，較多從事基層醫療的受訪者 (59.8%) 傾向「總會」／「經常」向病人解釋抗生素的副作用。(圖 72)

圖 72. 按執業類別分析向病人解釋抗生素副作用的比率 (Q12b)



較多在私營機構 (65.2%) 和政府 (63.3%) 工作的受訪者「總會」／「經常」向病人解釋抗生素的副作用。(圖 73)

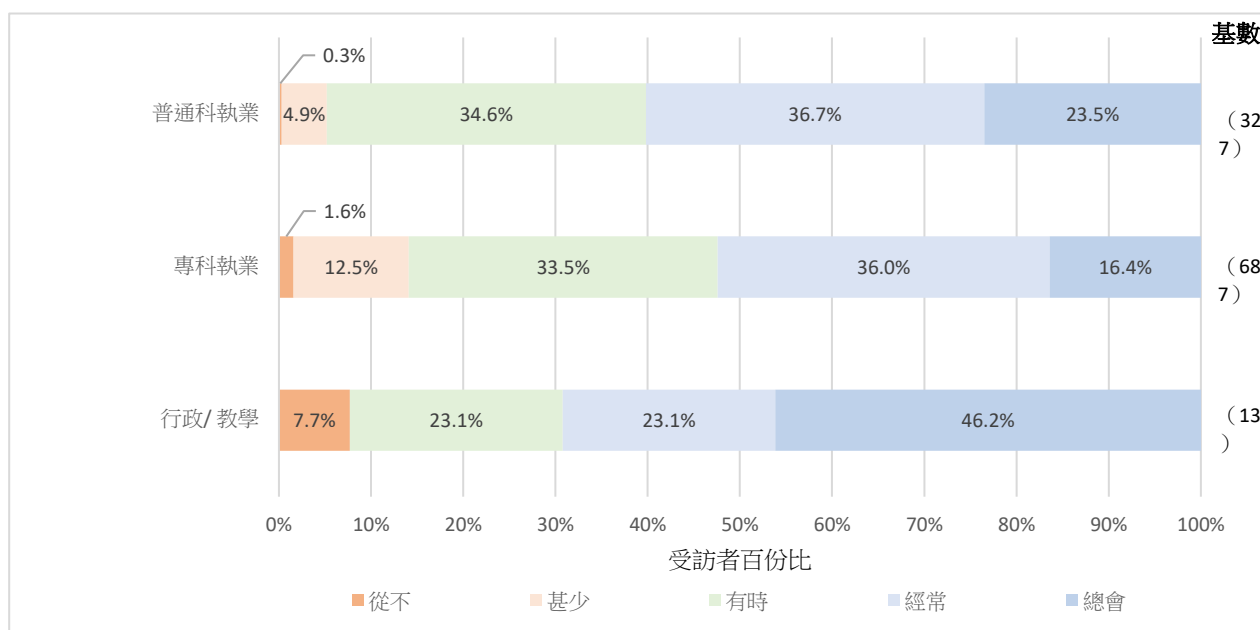
圖 73. 按機構類別分析向病人解釋抗生素副作用的比率 (Q12b)



從事行政／教學工作的受訪者 (46.2%)「總會」向病人解釋抗生素副作用的比例為最高，其次是普通科執業 (23.5%) 和專科執業 (16.4%) 的受訪者。(圖 74)

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

圖 74. 按主要工作範疇分析向病人解釋抗生素副作用的比率 (Q12b)



受訪者提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程的比率，與他們的性別、執業年資、執業類別、機構類別和主要工作範疇有顯著關係。(表 58)

表58 提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程的比率 (Q12c)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	p 值
性別	男性	680 (100.0%)	3 (0.4%)	15 (2.2%)	75 (11.0%)	294 (43.2%)	293 (43.1%)	0.01 ^a
	女性	336 (100.0%)	5 (1.5%)	3 (0.9%)	32 (9.5%)	117 (34.8%)	179 (53.3%)	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	2 (1.0%)	5 (2.4%)	28 (13.3%)	93 (44.3%)	82 (39.0%)	<0.005 ^b
	11 - 20	279 (100.0%)	3 (1.1%)	7 (2.5%)	31 (11.1%)	100 (35.8%)	138 (49.5%)	
	21 - 30	254 (100.0%)	3 (1.2%)	2 (0.8%)	26 (10.2%)	118 (46.5%)	105 (41.3%)	
	>30	268 (100.0%)	(-)	5 (1.9%)	21 (7.8%)	97 (36.2%)	145 (54.1%)	
執業類別	基層醫療	350 (100.0%)	(-)	1 (0.3%)	22 (6.3%)	116 (33.1%)	211 (60.3%)	<0.005 ^a
	非基層醫療	676 (100.0%)	8 (1.2%)	17 (2.5%)	86 (12.7%)	299 (44.2%)	266 (39.3%)	
機構類別	政府	49 [#] (100.0%)	(-)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	21 (42.9%)	26 (53.1%)	<0.005 ^b

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

	醫院管理局	486 (100.0%)	5 (1.0%)	13 (2.7%)	68 (14.0%)	227 (46.7%)	173 (35.6%)	
	學術機構	17 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	1 (5.9%)	6 (35.3%)	10 (58.8%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	1 (10.0%)	4 (40.0%)	5 (50.0%)	
	私營機構	468 (100.0%)	3 (0.6%)	5 (1.1%)	38 (8.1%)	158 (33.8%)	264 (56.4%)	
主要工作範疇	普通科執業	326 (100.0%)	(-)	1 (0.3%)	20 (6.1%)	108 (33.1%)	197 (60.4%)	<0.005 ^b
	專科執業	687 (100.0%)	8 (1.2%)	17 (2.5%)	86 (12.5%)	305 (44.4%)	271 (39.4%)	
	行政/教學	13 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	2 (15.4%)	2 (15.4%)	9 (69.2%)	

#: 樣本數目少 (<50)

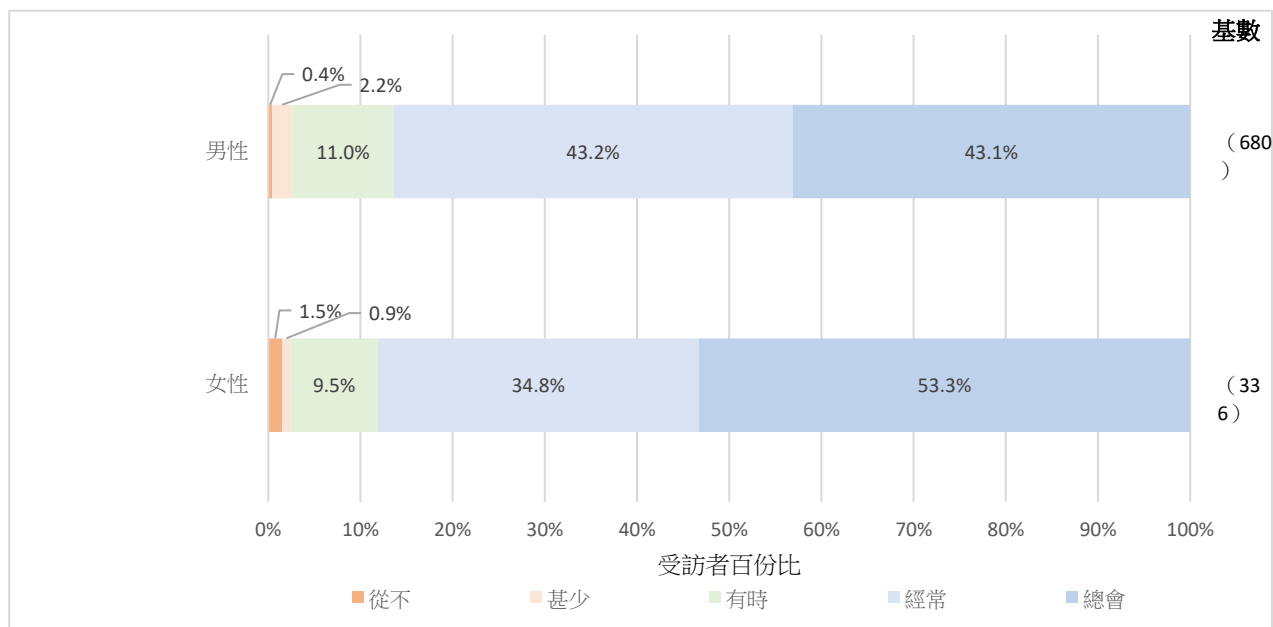
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

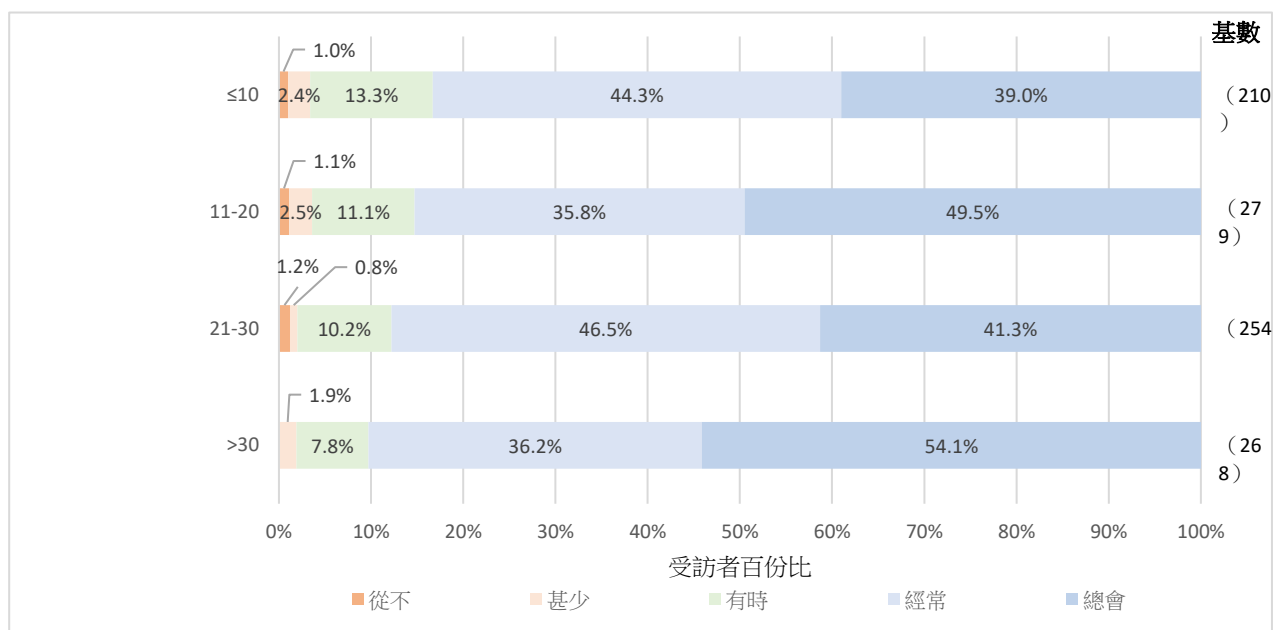
相比男性受訪者 (86.3%)，較多女性受訪者 (88.1%) 傾向「總會」／「經常」提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程。(圖 75)

圖 75. 按性別分析提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程的比率 (Q12c)



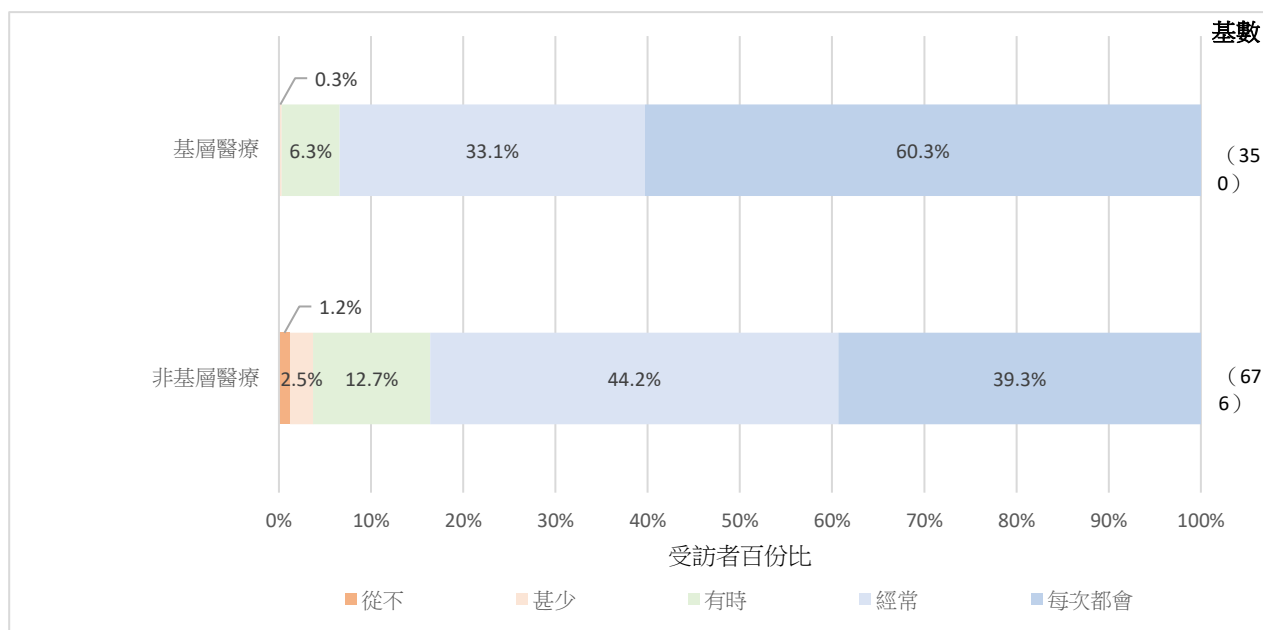
較有經驗的受訪者，尤其是執業 30 年以上的受訪者 (90.3%)，較多傾向「總會」／「經常」提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程。(圖 76)

圖 76. 按執業年資分析提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程的比率 (Q12c)



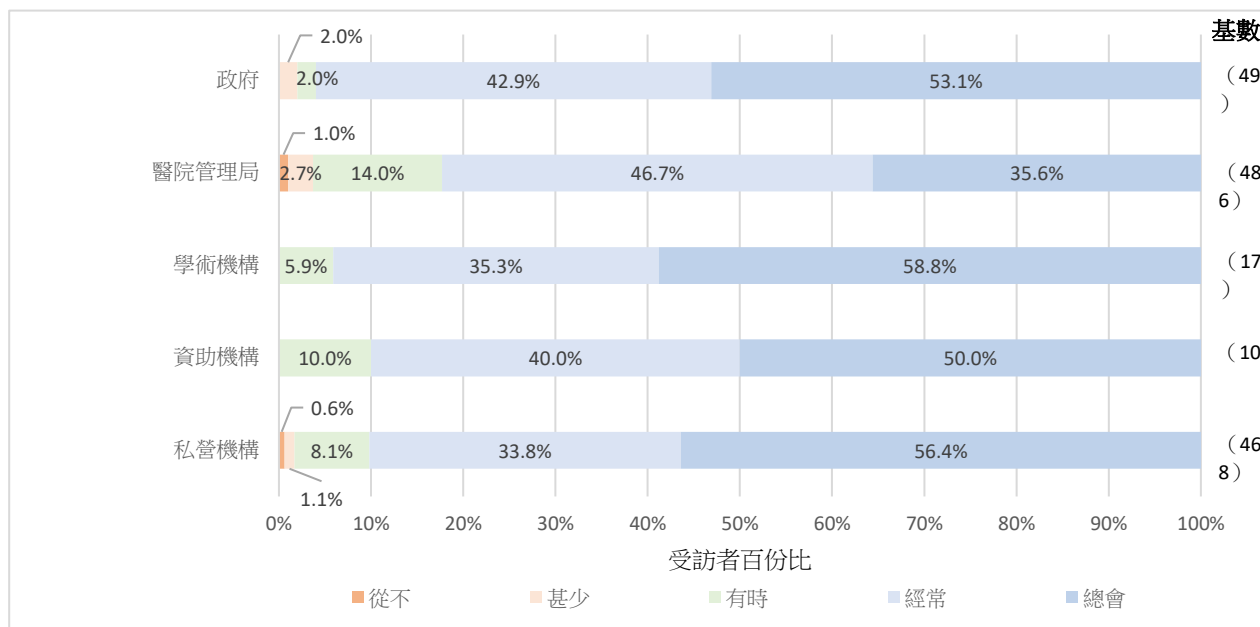
相比從事非基層醫療的受訪者 (83.6%)，較多從事基層醫療的受訪者 (93.4%) 傾向「總會」／「經常」提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程。(圖 77)

圖 77. 按執業類別分析提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程的比率 (Q12c)



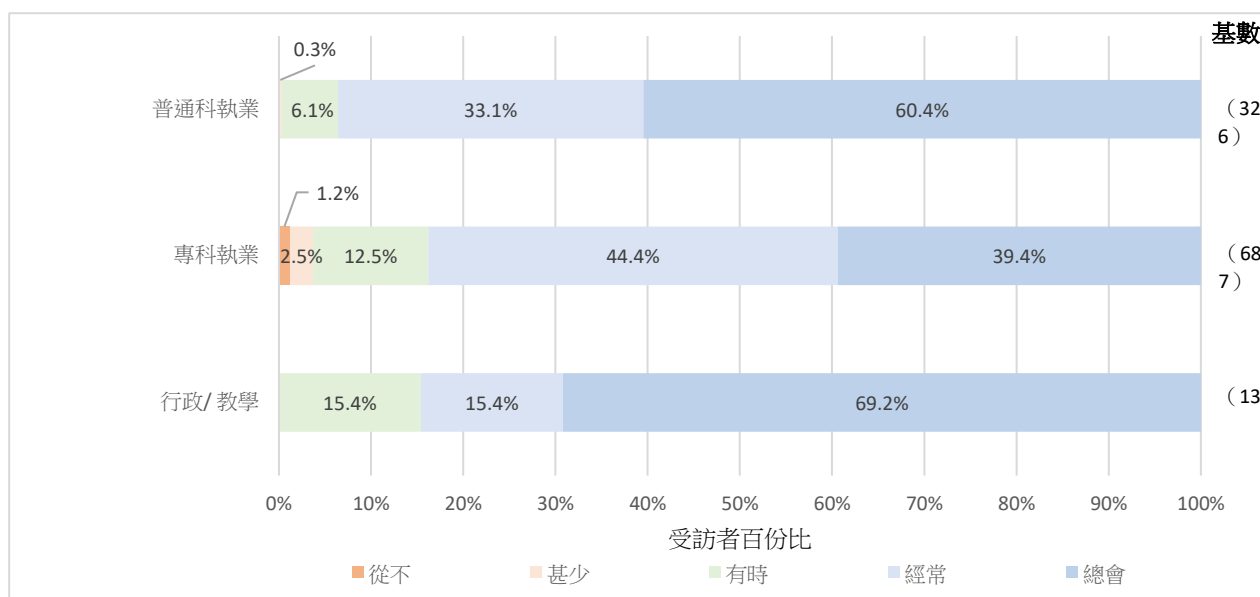
大部分受訪者「總會」／「經常」提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程，當中以在政府工作的受訪者比例為最高（95.9%），其次是在學術機構（94.1%）和私營機構（90.2%）工作的受訪者。（圖 78）

圖 78. 按機構類別分析提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程的比率（Q12c）



相比專科執業的受訪者（39.4%），較多從事行政／教學工作（69.2%）和普通科執業（60.4%）的受訪者傾向「總會」提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程。（圖 79）

圖 79. 按主要工作範疇分析提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程的比率（Q12c）



受訪者向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題的比率，與他們的執業年資、執業類別、機構類別和主要工作範疇有顯著關係。(表 59)

表59 向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題的比率 (Q12d)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	p 值
執業年資	≤10	209 (100.0%)	6 (2.9%)	47 (22.5%)	65 (31.1%)	61 (29.2%)	30 (14.4%)	<0.005 ^a
	11 - 20	279 (100.0%)	8 (2.9%)	33 (11.8%)	91 (32.6%)	89 (31.9%)	58 (20.8%)	
	21 - 30	253 (100.0%)	5 (2.0%)	26 (10.3%)	68 (26.9%)	93 (36.8%)	61 (24.1%)	
	>30	269 (100.0%)	1 (0.4%)	24 (8.9%)	52 (19.3%)	99 (36.8%)	93 (34.6%)	
執業類別	基層醫療	351 (100.0%)	4 (1.1%)	33 (9.4%)	80 (22.8%)	129 (36.8%)	105 (29.9%)	<0.005 ^b
	非基層醫療	674 (100.0%)	16 (2.4%)	96 (14.2%)	198 (29.4%)	221 (32.8%)	143 (21.2%)	
機構類別	政府	49 [#] (100.0%)	2 (4.1%)	6 (12.2%)	13 (26.5%)	16 (32.7%)	12 (24.5%)	<0.005 ^a
	醫院管理局	485 (100.0%)	15 (3.1%)	79 (16.3%)	160 (33.0%)	157 (32.4%)	74 (15.3%)	
	學術機構	17 ^{##} (100.0%)	(-)	3 (17.6%)	8 (47.1%)	3 (17.6%)	3 (17.6%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	(-)	3 (30.0%)	3 (30.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	
	私營機構	468 (100.0%)	3 (0.6%)	40 (8.5%)	96 (20.5%)	171 (36.5%)	158 (33.8%)	
主要工作範疇	普通科執業	327 (100.0%)	4 (1.2%)	30 (9.2%)	75 (22.9%)	119 (36.4%)	99 (30.3%)	<0.005 ^a
	專科執業	685 (100.0%)	15 (2.2%)	97 (14.2%)	201 (29.3%)	228 (33.3%)	144 (21.0%)	
	行政/教學	13 ^{##} (100.0%)	1 (7.7%)	2 (15.4%)	2 (15.4%)	3 (23.1%)	5 (38.5%)	

#: 樣本數目少 (<50)

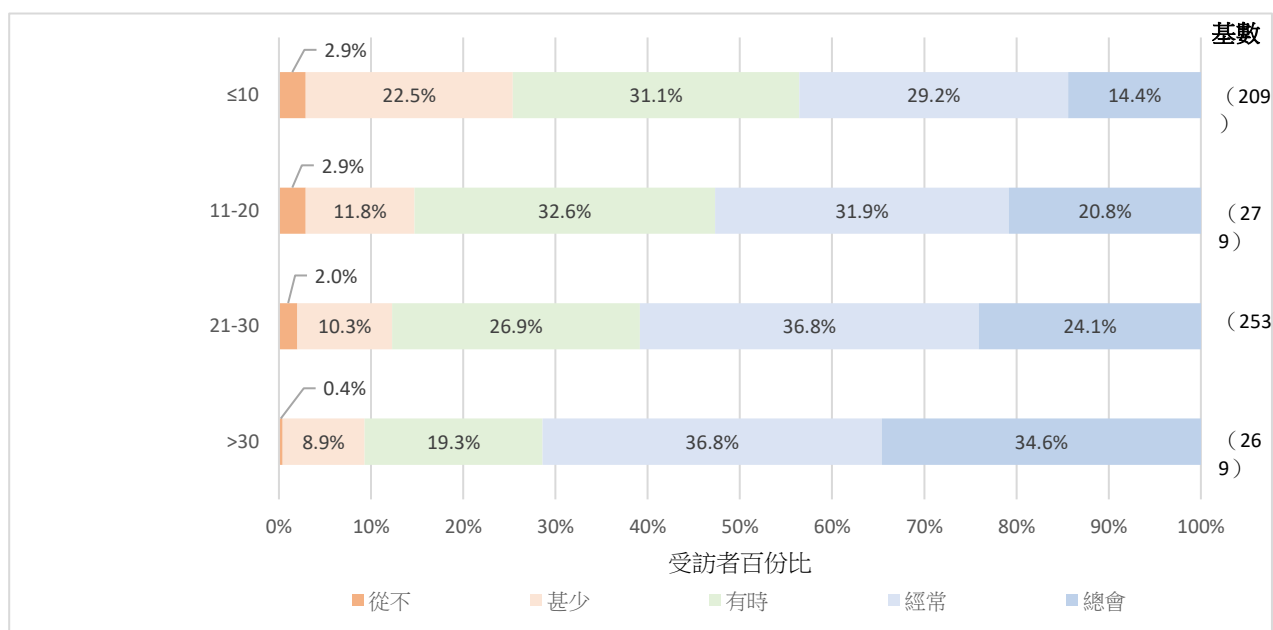
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 單因方差檢定

b: 曼-惠特尼 U 檢定

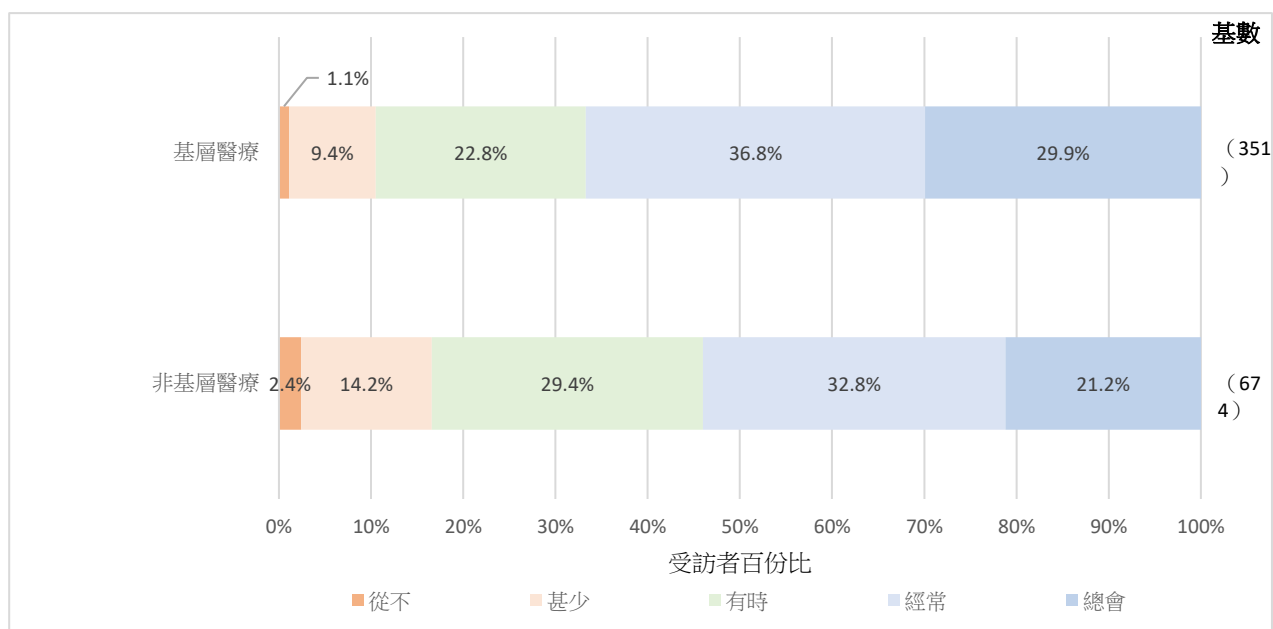
較有經驗的受訪者，尤其是執業 30 年以上的受訪者 (71.4%)，較多傾向「總會」／「經常」向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題。(圖 80)

圖 80. 按執業年資分析向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題的比率 (Q12d)



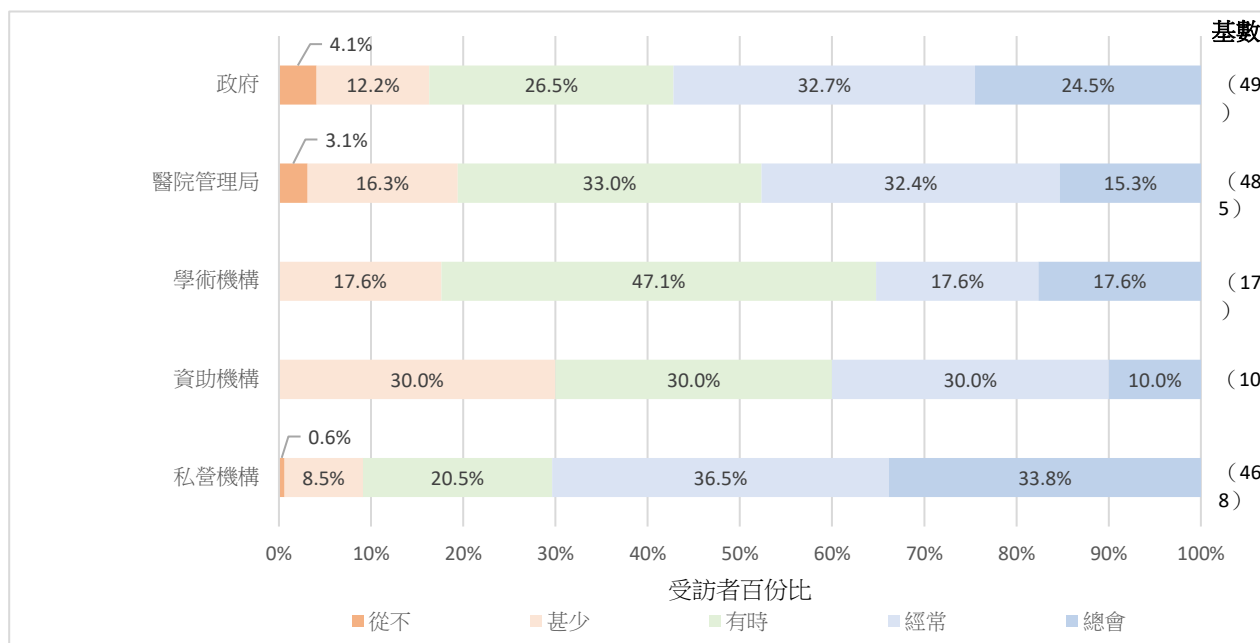
相比從事非基層醫療的受訪者 (54.0%)，較多從事基層醫療的受訪者 (66.7%) 傾向「總會」／「經常」向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題。(圖 81)

圖 81. 按執業類別分析向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題的比率 (Q12d)



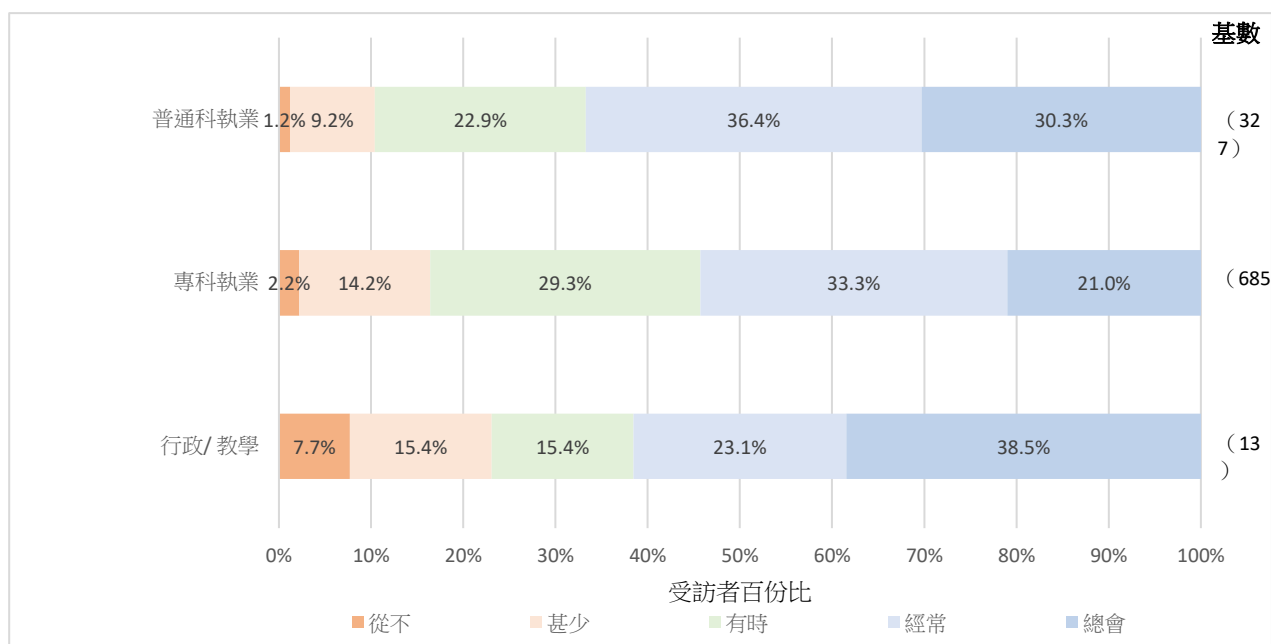
較多在私營機構工作的受訪者 (70.3%) 傾向「總會」／「經常」向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題，其次是在政府 (57.1%) 和在醫院管理局 (47.6%) 工作的受訪者。(圖 82)

圖 82. 按機構類別分析向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題的比率 (Q12d)



相比專科執業的受訪者 (54.3%)，較多普通科執業 (66.7%) 和從事行政／教學工作 (61.5%) 的受訪者傾向「總會」／「經常」向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題。(圖 83)

圖 83. 按主要工作範疇分析向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題的比率 (Q12d)



4.3.8 於病人的抗生素療程開始 48 至 72 小時後覆檢療程的比率

受訪者於病人的抗生素療程開始 48 至 72 小時後覆檢療程的比率，與他們的性別、執業類別、機構類別、主要工作範疇和所屬專科有顯著關係。(表 60)

表60 於病人的抗生素療程開始 48 至 72 小時後覆檢療程的比率 (Q13)

		受訪者數目 (橫列百分比)						
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	p 值
性別	男性	682 (100.0%)	31 (4.5%)	143 (21.0%)	231 (33.9%)	207 (30.4%)	70 (10.3%)	0.02 ^a
	女性	337 (100.0%)	24 (7.1%)	83 (24.6%)	118 (35.0%)	76 (22.6%)	36 (10.7%)	
執業類別	基層醫療	353 (100.0%)	20 (5.7%)	110 (31.2%)	134 (38.0%)	72 (20.4%)	17 (4.8%)	<0.005 ^a
	非基層醫療	676 (100.0%)	34 (5.0%)	116 (17.2%)	218 (32.2%)	218 (32.2%)	90 (13.3%)	
機構類別	政府	50 (100.0%)	3 (6.0%)	20 (40.0%)	18 (36.0%)	8 (16.0%)	1 (2.0%)	<0.005 ^b
	醫院管理局	487 (100.0%)	28 (5.7%)	114 (23.4%)	131 (26.9%)	148 (30.4%)	66 (13.6%)	
	學術機構	17 ^{##} (100.0%)	(-)	4 (23.5%)	5 (29.4%)	6 (35.3%)	2 (11.8%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	2 (20.0%)	3 (30.0%)	2 (20.0%)	1 (10.0%)	2 (20.0%)	
	私營機構	469 (100.0%)	23 (4.9%)	87 (18.6%)	196 (41.8%)	127 (27.1%)	36 (7.7%)	
主要工作範疇	普通科執業	329 (100.0%)	18 (5.5%)	103 (31.3%)	124 (37.7%)	68 (20.7%)	16 (4.9%)	<0.005 ^b
	專科執業	687 (100.0%)	32 (4.7%)	122 (17.8%)	225 (32.8%)	220 (32.0%)	88 (12.8%)	
	行政/教學	13 ^{##} (100.0%)	4 (30.8%)	1 (7.7%)	3 (23.1%)	2 (15.4%)	3 (23.1%)	
專科	手術相關	140 (100.0%)	1 (0.7%)	14 (10.0%)	45 (32.1%)	58 (41.4%)	22 (15.7%)	<0.005 ^a
	非手術相關	692 (100.0%)	45 (6.5%)	163 (23.6%)	228 (32.9%)	183 (26.4%)	73 (10.5%)	

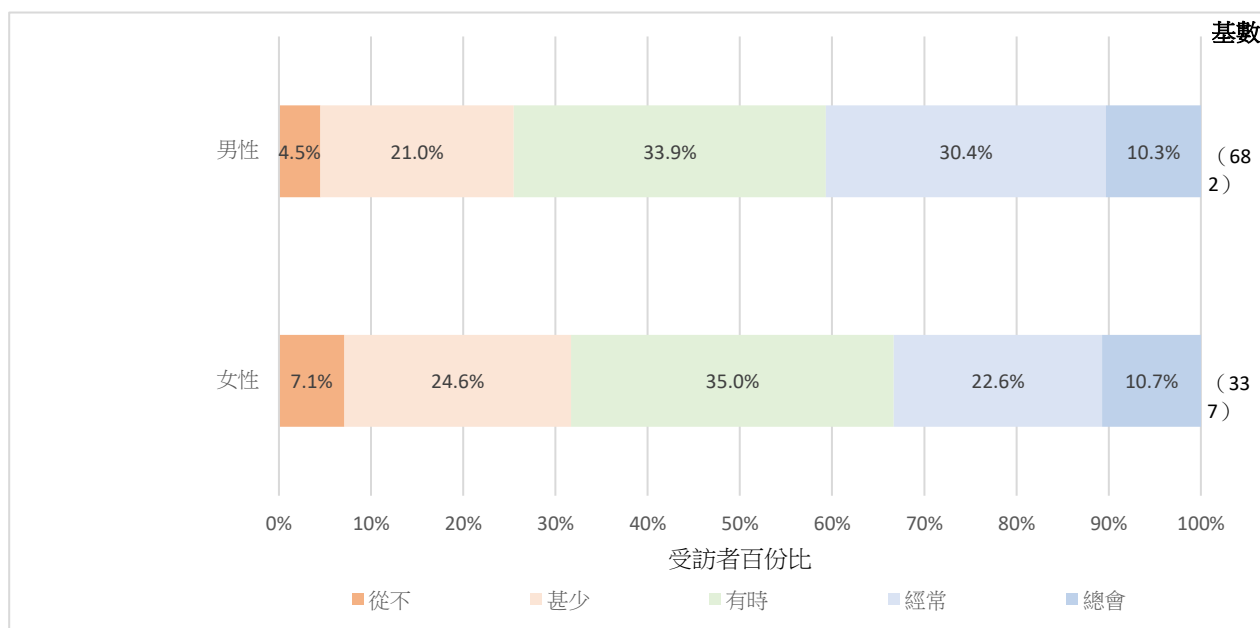
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

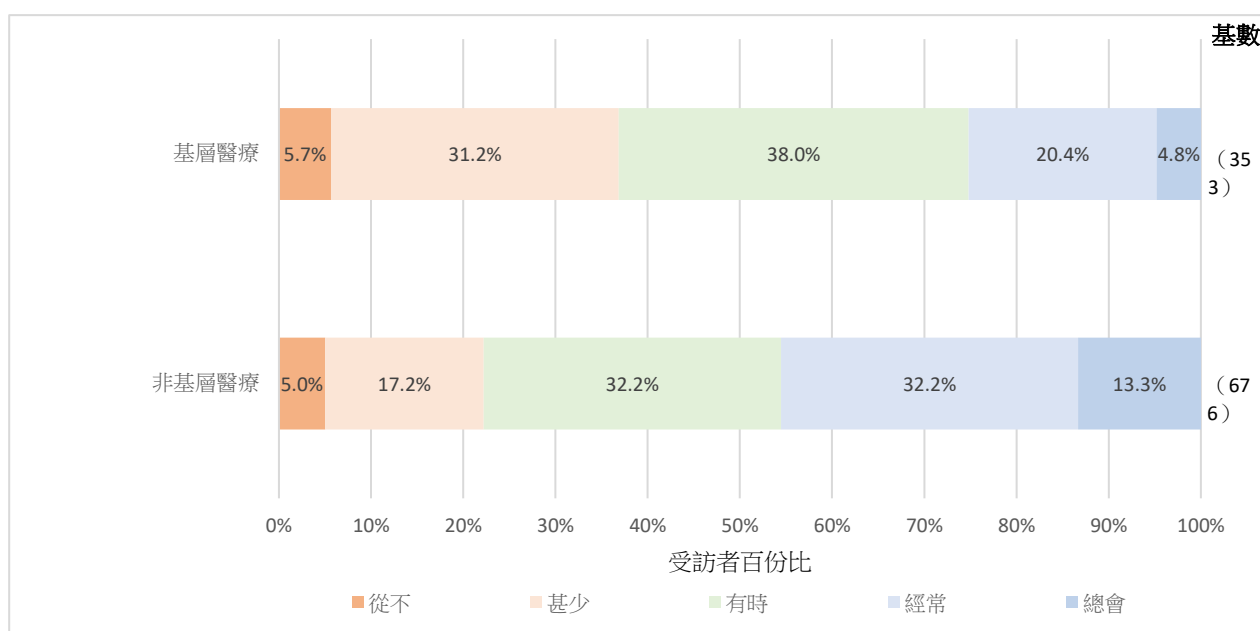
相比女性受訪者 (33.2%)，較多男性受訪者 (40.6%)「總會」／「經常」覆檢病人的抗生素療程。(圖 84)

圖 84. 按性別分析於病人的抗生素療程開始 48 至 72 小時後覆檢療程的比率 (Q13)



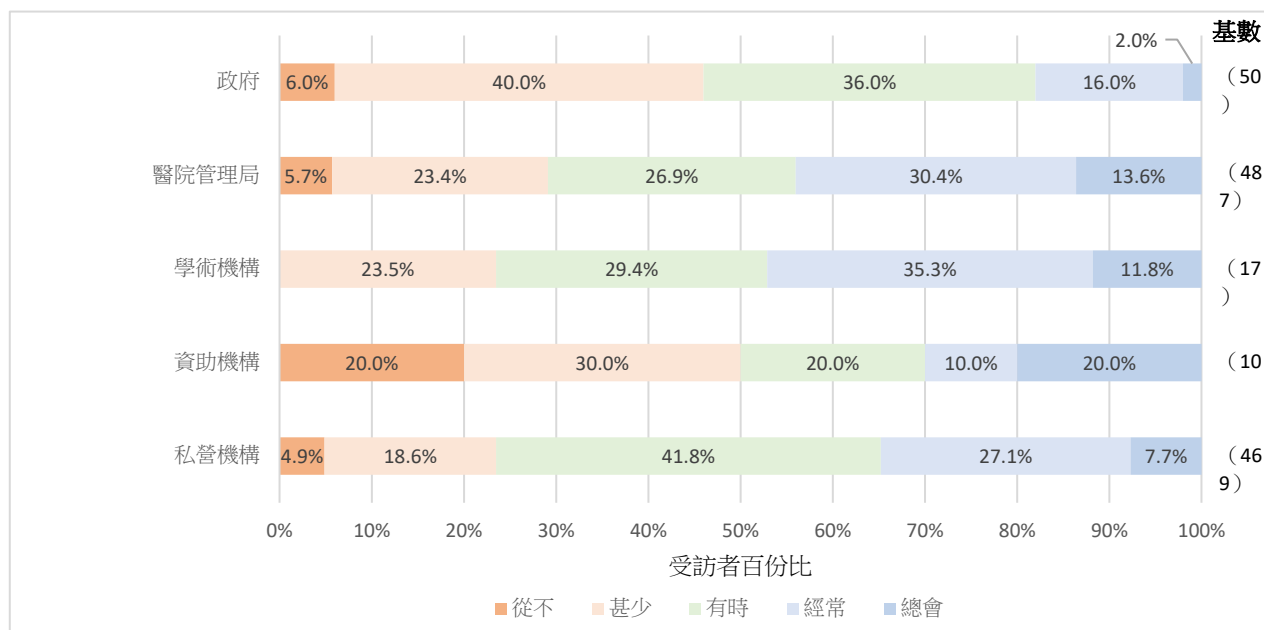
相比從事基層醫療的受訪者 (25.2%)，較多從事非基層醫療的受訪者 (45.6%) 傾向頻繁地 (「總會」／「經常」) 覆檢病人的抗生素療程。(圖 85)

圖 85. 按執業類別分析於病人的抗生素療程開始 48 至 72 小時後覆檢療程的比率 (Q13)



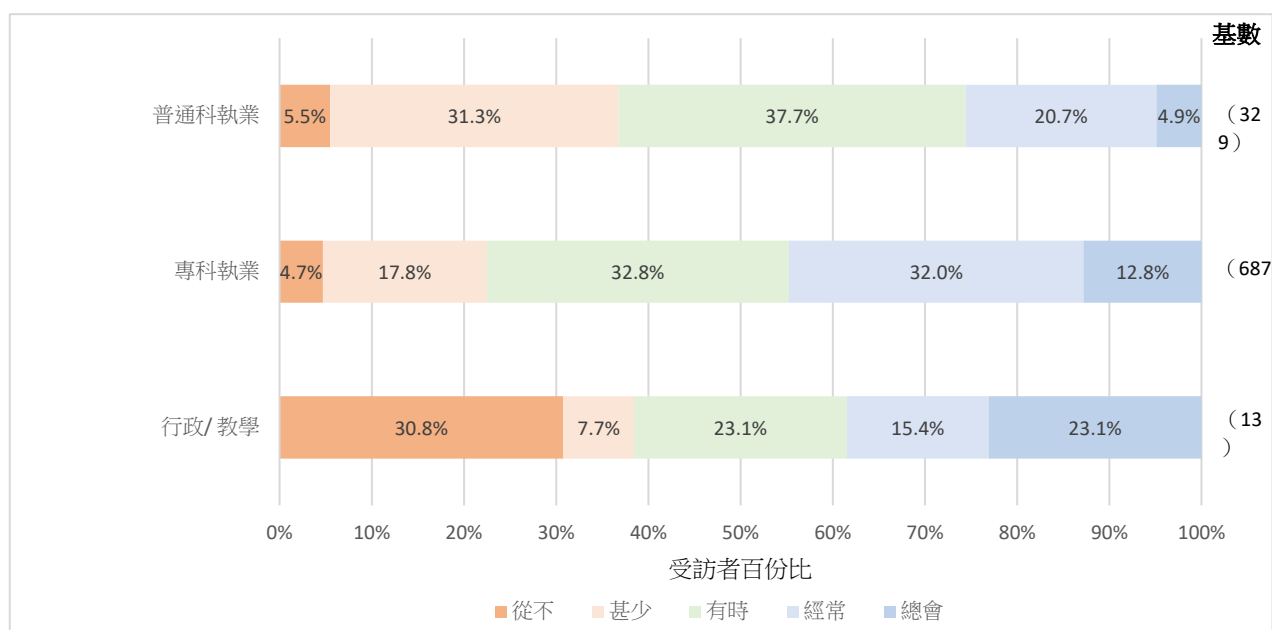
較多在學術機構（47.1%）和在醫院管理局（43.9%）工作的受訪者「總會」／「經常」覆檢病人的抗生素療程，而在政府工作的受訪者則少於五分之一（18.0%）。（圖 86）

圖 86. 按機構類別分析於病人的抗生素療程開始 48 至 72 小時後覆檢療程的比率（Q13）



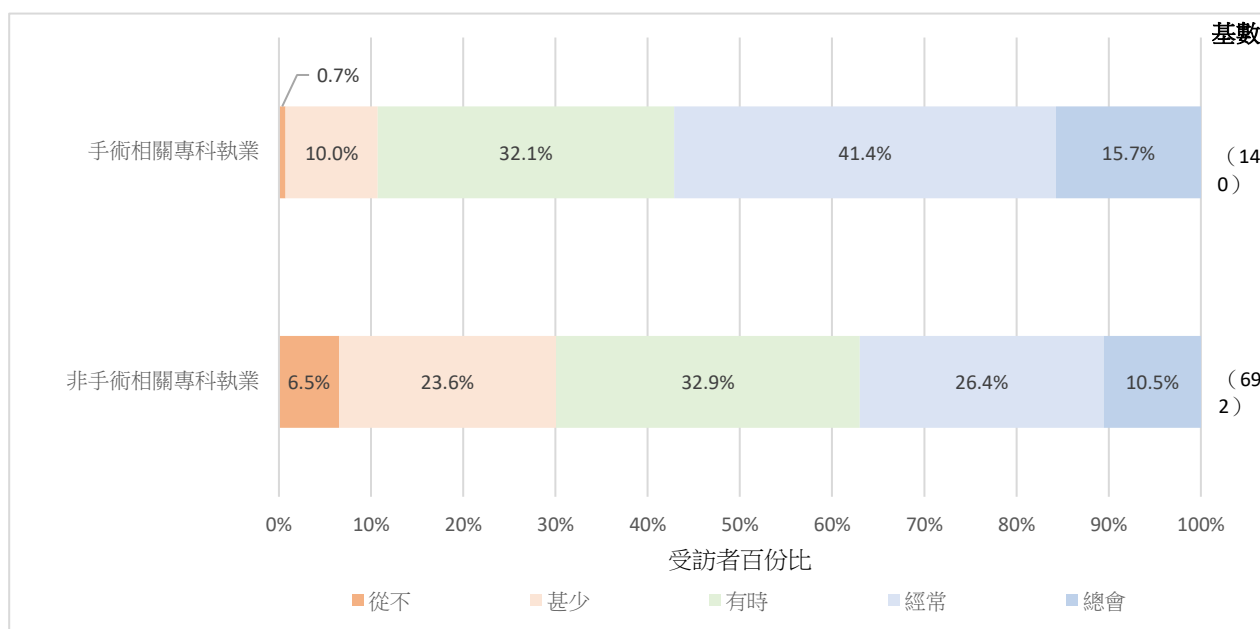
相比從事行政／教學工作（38.5%）和普通科執業的受訪者（25.5%），較多專科執業的受訪者（44.8%）傾向「總會」／「經常」覆檢病人的抗生素療程。（圖 87）

圖 87. 按主要工作範疇分析於病人的抗生素療程開始 48 至 72 小時後覆檢療程的比率（Q13）



相比從事非手術相關專科的受訪者（37.0%），較多從事手術相關專科的受訪者（57.1%）頻繁地（「總會」／「經常」）覆檢病人的抗生素療程。（圖 88）

圖 88. 按專科範圍分析，於病人的抗生素療程開始後 48 至 72 小時覆檢療程的比率（Q13）



4.3.9 受訪者認為自己在抗生素使用方面的培訓之充足性

受訪者認為自己在使用抗生素方面培訓之充足性，與他們的性別、執業年資和機構類別有顯著關係。（表 61）

表61 受訪者認為自己在抗生素使用方面的培訓是否充足（Q14）

		受訪者數目（橫列百分比）			
變數	標籤	基數	是	否	p 值
性別	男性	660 (100.0%)	497 (75.3%)	163 (24.7%)	<0.005 ^a
	女性	331 (100.0%)	217 (65.6%)	114 (34.4%)	
執業年資	≤10	208 (100.0%)	122 (58.7%)	86 (41.3%)	<0.005 ^a
	11-20	275 (100.0%)	182 (66.2%)	93 (33.8%)	
	21-30	247 (100.0%)	189 (76.5%)	58 (23.5%)	
	>30	255 (100.0%)	216 (84.7%)	39 (15.3%)	

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

機構類別	政府	48 [#] (100.0%)	27 (56.3%)	21 (43.8%)	<0.005 ^b
	醫院管理局	479 (100.0%)	307 (64.1%)	172 (35.9%)	
	學術機構	17 ^{##} (100.0%)	14 (82.4%)	3 (17.6%)	
	資助機構	9 ^{##} (100.0%)	7 (77.8%)	2 (22.2%)	
	私營機構	449 (100.0%)	365 (81.3%)	84 (18.7%)	

#: 樣本數目少 (<50)

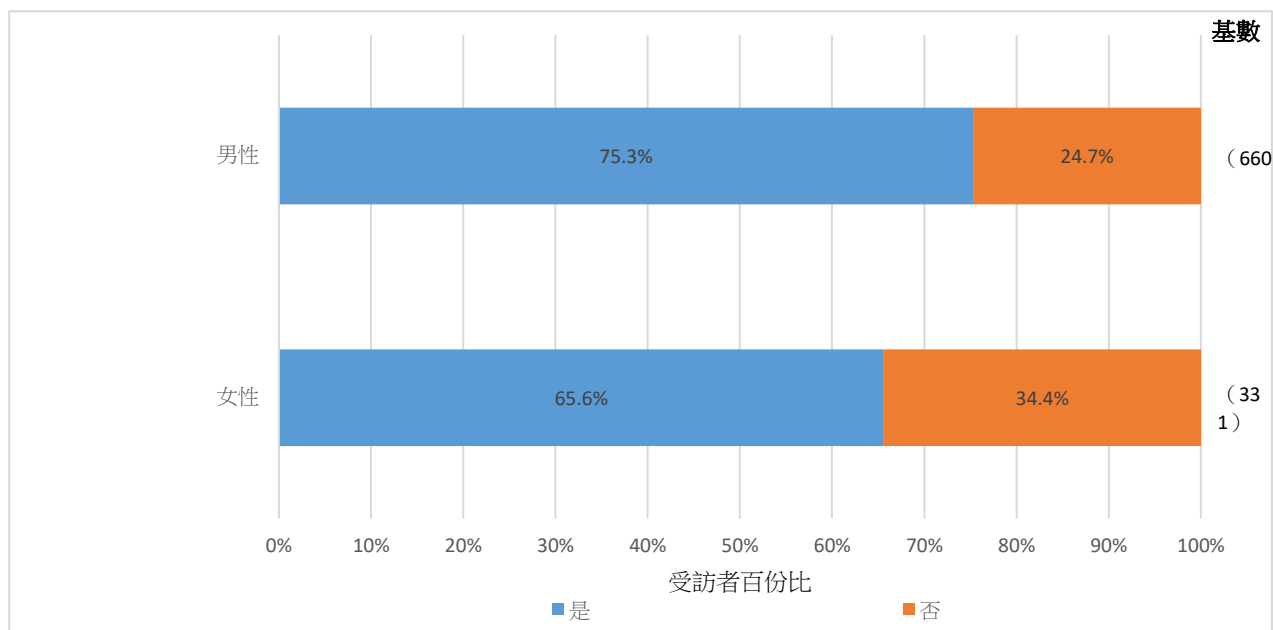
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 卡方檢定

b: 費氏精確檢定

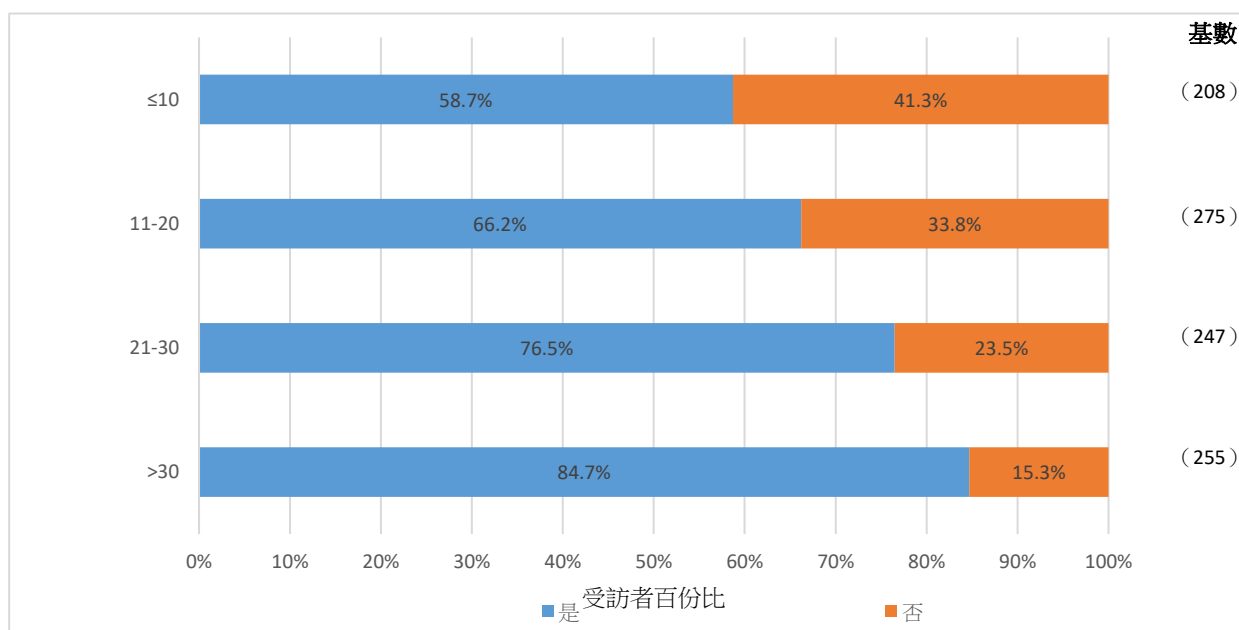
相比女性受訪者 (65.6%)，較多男性受訪者 (75.3%) 認為自己在抗生素使用方面的培訓充足。(圖 89)

圖 89. 按性別分析受訪者認為自己在抗生素使用方面的培訓是否充足 (Q14)



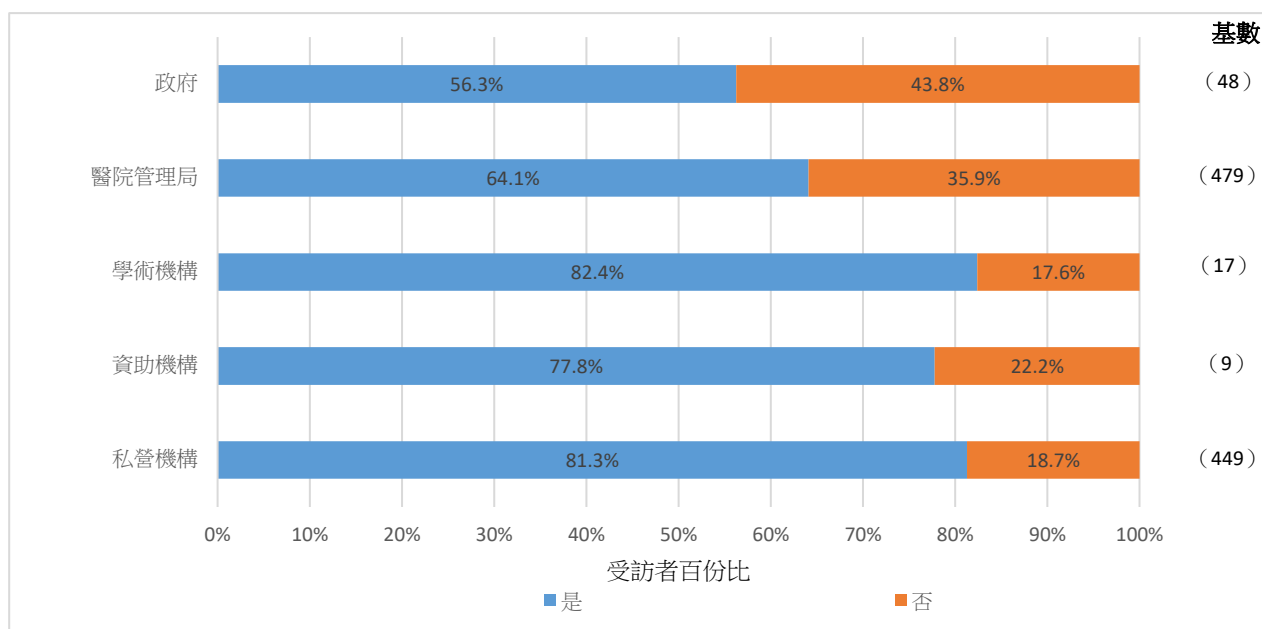
年資越長的受訪者，越多傾向認為自己在抗生素使用方面的培訓充足。(圖 90)

圖 90. 按執業年資分析受訪者認為自己在抗生素使用方面的培訓是否充足 (Q14)



相比在政府工作的受訪者 (56.3%)，較多在學術機構工作的受訪者 (82.4%) 認為自己在抗生素使用方面的培訓充足。(圖 91)

圖 91. 按機構類別分析受訪者認為自己在抗生素使用方面的培訓是否充足 (Q14)



4.4 對不同工具的評價

4.4.1 受訪者是否知悉有提供指定的抗生素處方指引工具

受訪者對公私營醫院抗菌譜便覽的認知程度，與受訪者的執業類別、機構類別和主要工作範疇有顯著關係。(表 62)

表62 受訪者是否知悉有提供公私營醫院抗菌譜便覽 (Q4a)

		受訪者數目 (橫列百份比)			
變數	標籤	基數	知道	不知道	p 值
執業類別	基層醫療	353 (100.0%)	208 (58.9%)	145 (41.1%)	<0.005 ^a
	非基層醫療	684 (100.0%)	499 (73.0%)	185 (27.0%)	
機構類別	政府	51 (100.0%)	29 (56.9%)	22 (43.1%)	<0.005 ^b
	醫院管理局	489 (100.0%)	363 (74.2%)	126 (25.8%)	
	學術機構	19 ^{##} (100.0%)	15 (78.9%)	4 (21.1%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	6 (60.0%)	4 (40.0%)	
	私營機構	472 (100.0%)	297 (62.9%)	175 (37.1%)	
主要工作範疇	普通科執業	329 (100.0%)	190 (57.8%)	139 (42.2%)	<0.005 ^a
	專科執業	692 (100.0%)	505 (73.0%)	187 (27.0%)	
	行政/教學	16 ^{##} (100.0%)	12 (75.0%)	4 (25.0%)	

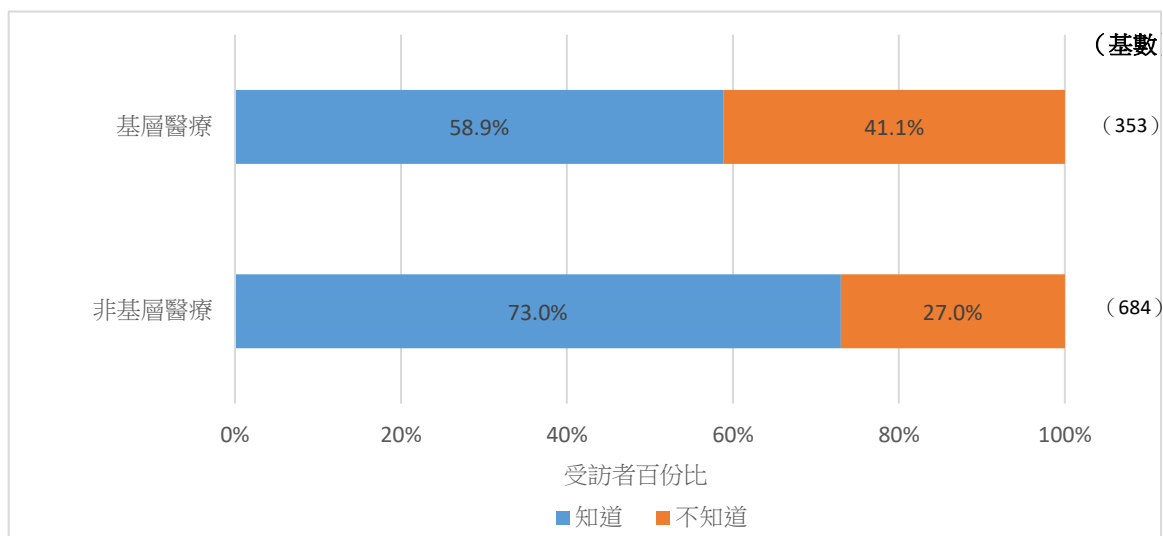
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 卡方檢定

b: 費氏精確檢定

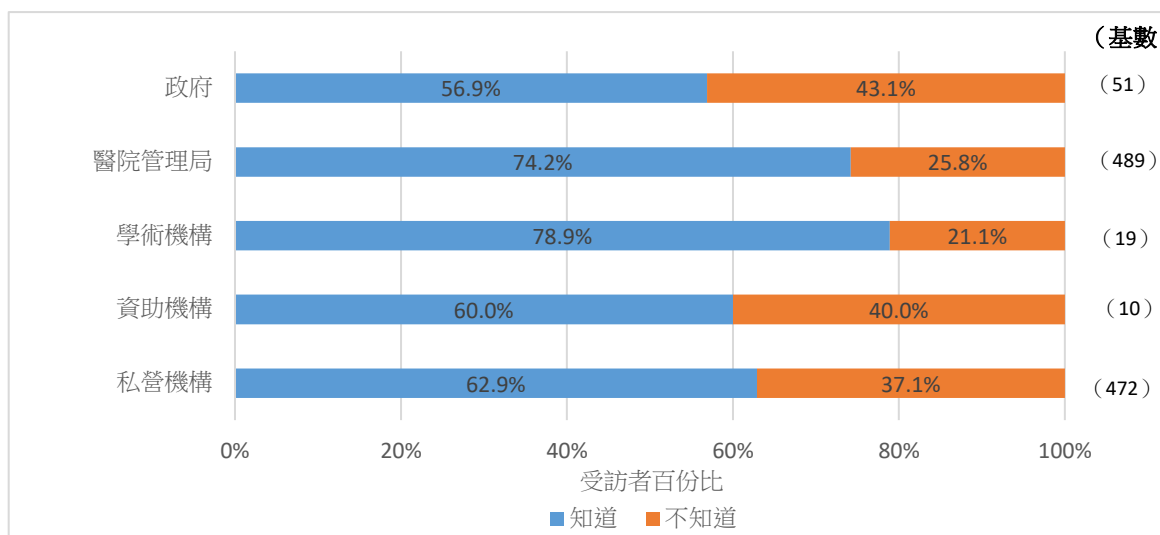
相比從事非基層醫療的受訪者 (73.0%)，較少從事基層醫療的受訪者 (58.9%) 知悉有提供抗菌譜便覽。(圖 92)

圖 92. 按執業類別分析受訪者是否知悉有提供公私營醫院抗菌譜便覽 (Q4a)



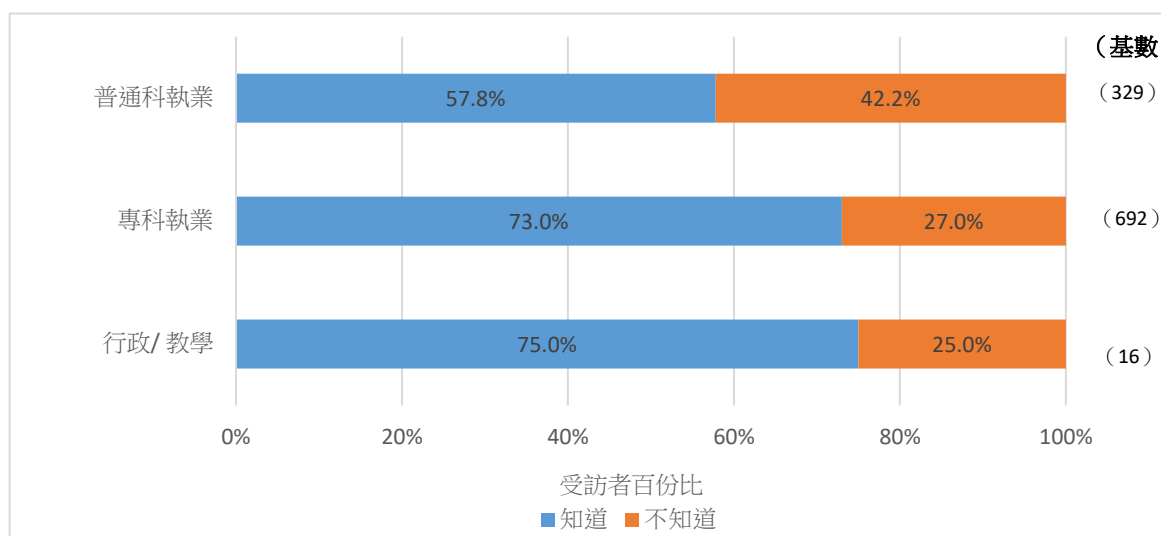
相比在政府工作的受訪者 (56.9%)，更多在學術機構 (78.9%) 和在醫院管理局 (74.2%) 工作的受訪者知悉有提供公私營醫院抗菌譜便覽。(圖 93)

圖 93. 按機構類別分析受訪者是否知悉有提供公私營醫院抗菌譜便覽 (Q4a)



相比普通科執業的受訪者 (57.8%)，較多從事行政／教學領域工作 (75.0%) 和專科執業的受訪者 (73.0%) 知悉有提供公私營醫院抗菌譜便覽。(圖 94)

圖 94. 按主要工作範疇分析受訪者是否知悉有提供公私營醫院抗菌譜便覽 (Q4a)



受訪者對《效果》指引的認知程度，與受訪者的執業類別、執業年資、機構類別和主要工作範疇有顯著關係。(表 63)

表63 受訪者是否知悉有提供《效果》指引 (Q4b)

		受訪者數目 (橫列百分比)			
變數	標籤	基數	知道	不知道	p 值
執業類別	基層醫療	352 (100.0%)	254 (72.2%)	98 (27.8%)	<0.005 ^a
	非基層醫療	685 (100.0%)	561 (81.9%)	124 (18.1%)	
執業年資	≤10	210 (100.0%)	184 (87.6%)	26 (12.4%)	<0.005 ^a
	11 - 20	281 (100.0%)	243 (86.5%)	38 (13.5%)	
	21 - 30	258 (100.0%)	201 (77.9%)	57 (22.1%)	
	>30	273 (100.0%)	179 (65.6%)	94 (34.4%)	
機構類別	政府	51 (100.0%)	43 (84.3%)	8 (15.7%)	<0.005 ^b
	醫院管理局	490 (100.0%)	443 (90.4%)	47 (9.6%)	
	學術機構	19 ^{##} (100.0%)	16 (84.2%)	3 (15.8%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	8 (80.0%)	2 (20.0%)	
	私營機構	471 (100.0%)	309 (65.6%)	162 (34.4%)	

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

主要工作範疇	普通科執業	328 (100.0%)	235 (71.6%)	93 (28.4%)	<0.005 ^b
	專科執業	693 (100.0%)	567 (81.8%)	126 (18.2%)	
	行政/教學	16 ^{##} (100.0%)	13 (81.3%)	3 (18.8%)	

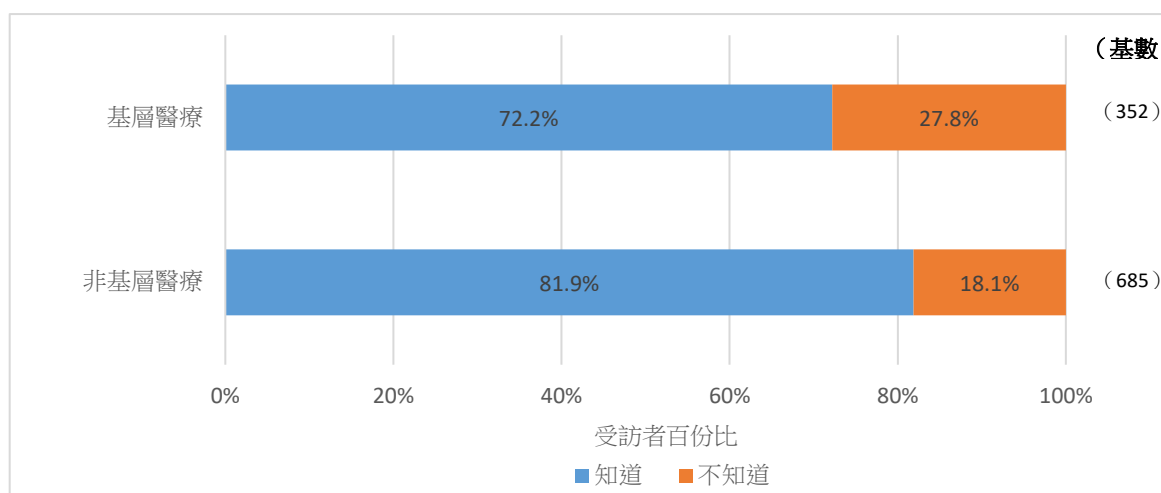
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 卡方檢定

b: 費氏精確檢定

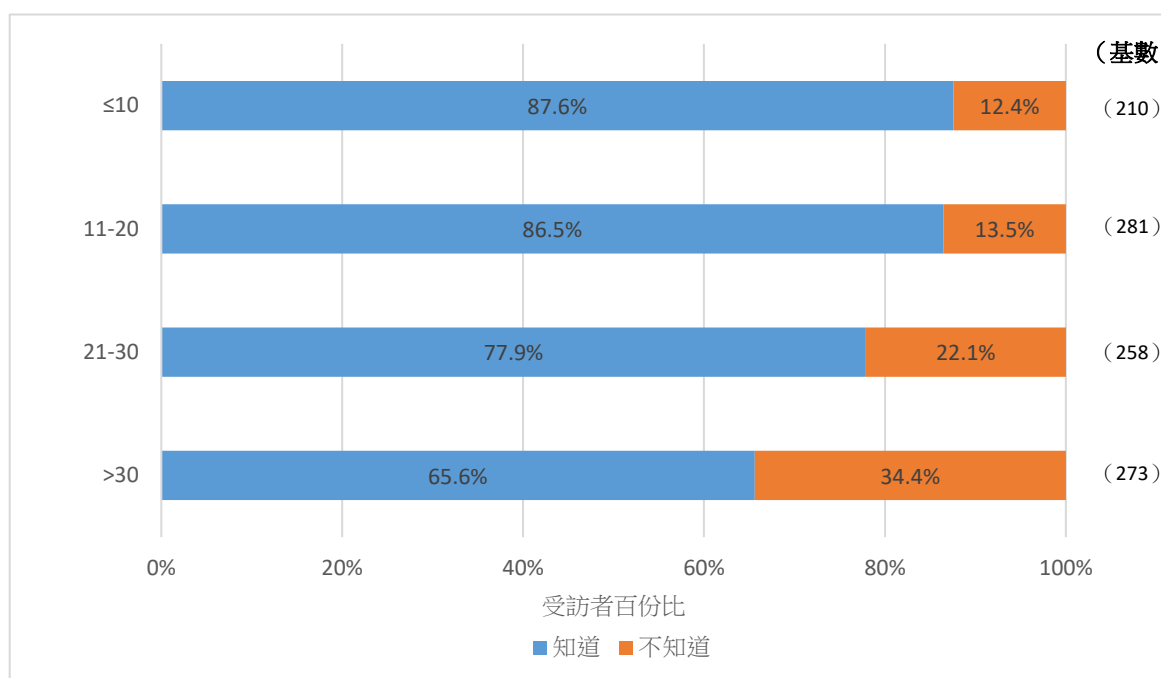
相比從事非基層醫療的受訪者 (81.9%)，較少從事基層醫療的受訪者 (72.2%) 知悉有提供《效果》指引。(圖 95)

圖 95. 按執業類別分析受訪者是否知悉有提供《效果》指引 (Q4b)



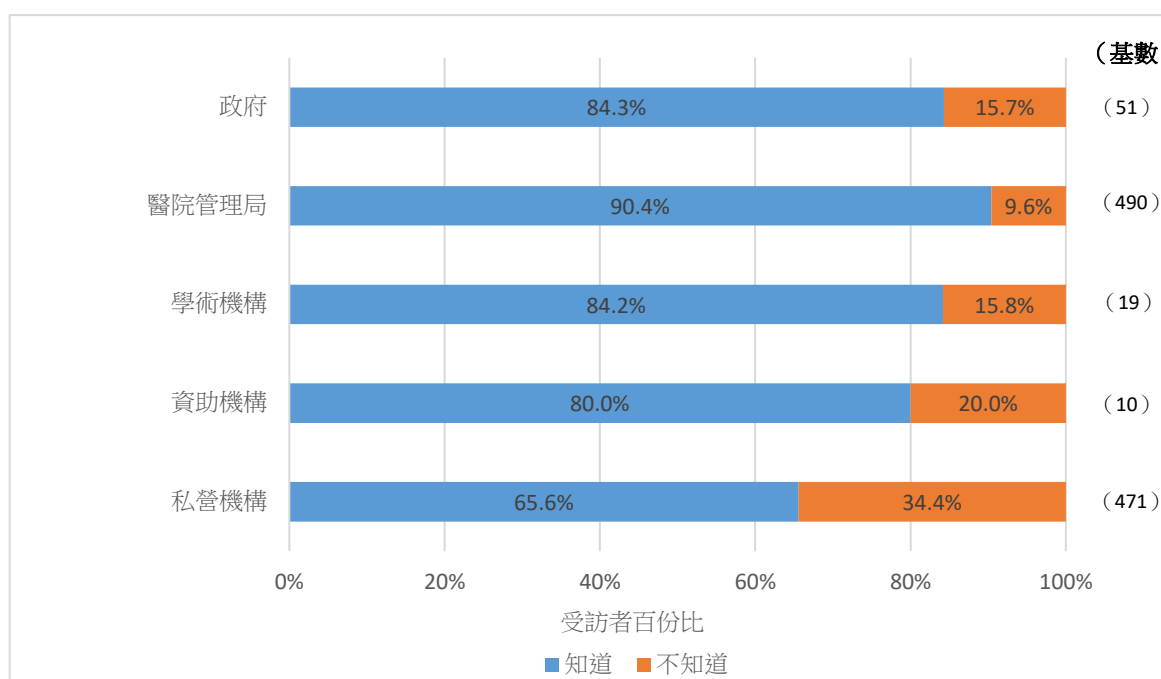
執業年資越長的受訪者，越少知悉有提供《效果》指引。接近九成 (87.6%) 執業 10 年或以下的受訪者知悉《效果》指引，但年資超過 30 年的受訪者的相應比例則只有 65.6%。(圖 96)

圖 96. 按執業年資分析受訪者是否知悉有提供《效果》指引 (Q4b)



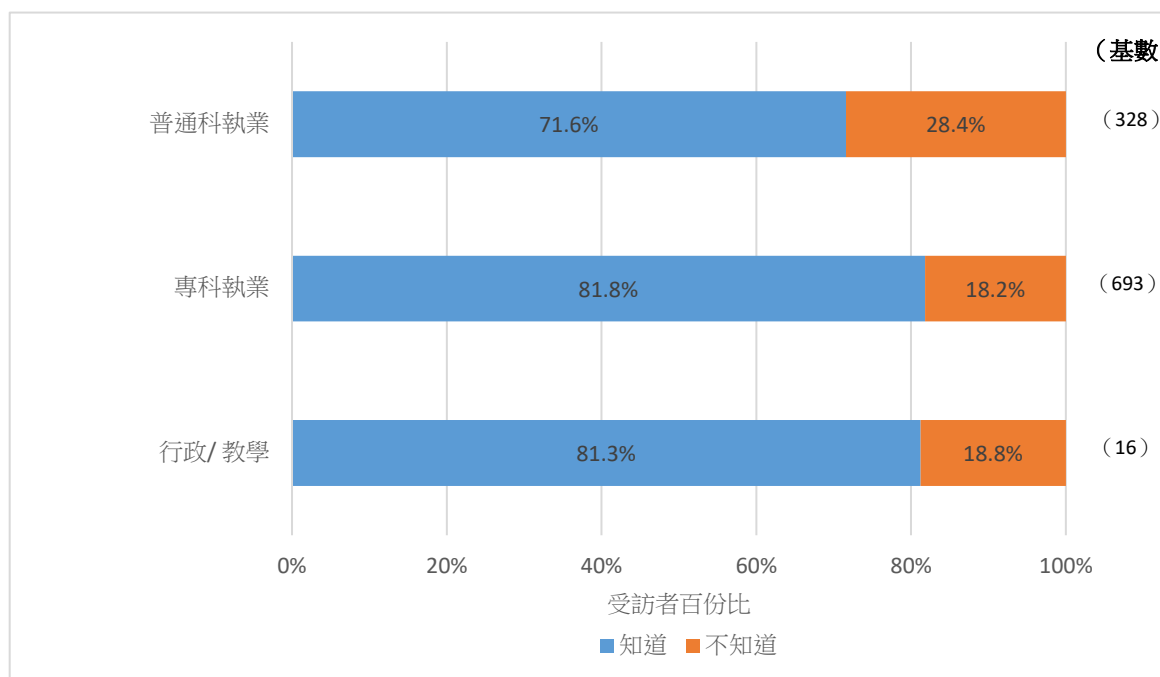
較多在醫院管理局 (90.4%) 和在政府 (84.3%) 工作的受訪者知悉有提供《效果》指引，而在私營機構工作的受訪者的相應比例則只有少於三分之二 (65.6%)。
(圖 97)

圖 97. 按機構類別分析受訪者是否知悉有提供《效果》指引 (Q4b)



相比普通科執業（71.6%）的受訪者，較多專科執業（81.8%）和從事行政／教學工作的受訪者（81.3%）知悉有提供《效果》指引。（圖 98）

圖 98. 按主要工作範疇分析受訪者是否知悉有提供《效果》指引（Q4b）



受訪者對基層醫療或醫院抗生素導向計劃的認知程度，與受訪者的執業類別和機構類別有顯著關係。（表 64）

表64 受訪者是否知悉有提供基層醫療或醫院抗生素導向計劃（Q4c）

		受訪者數目（橫列百分比）			
變數	標籤	基數	知道	不知道	p 值
執業類別	基層醫療	354 (100.0%)	209 (59.0%)	145 (41.0%)	0.01 ^a
	非基層醫療	685 (100.0%)	461 (67.3%)	224 (32.7%)	
機構類別	政府	51 (100.0%)	32 (62.7%)	19 (37.3%)	<0.005 ^b
	醫院管理局	490 (100.0%)	344 (70.2%)	146 (29.8%)	
	學術機構	19 ^{##} (100.0%)	14 (73.7%)	5 (26.3%)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	6 (60.0%)	4 (40.0%)	
	私營機構	473 (100.0%)	276 (58.4%)	197 (41.6%)	

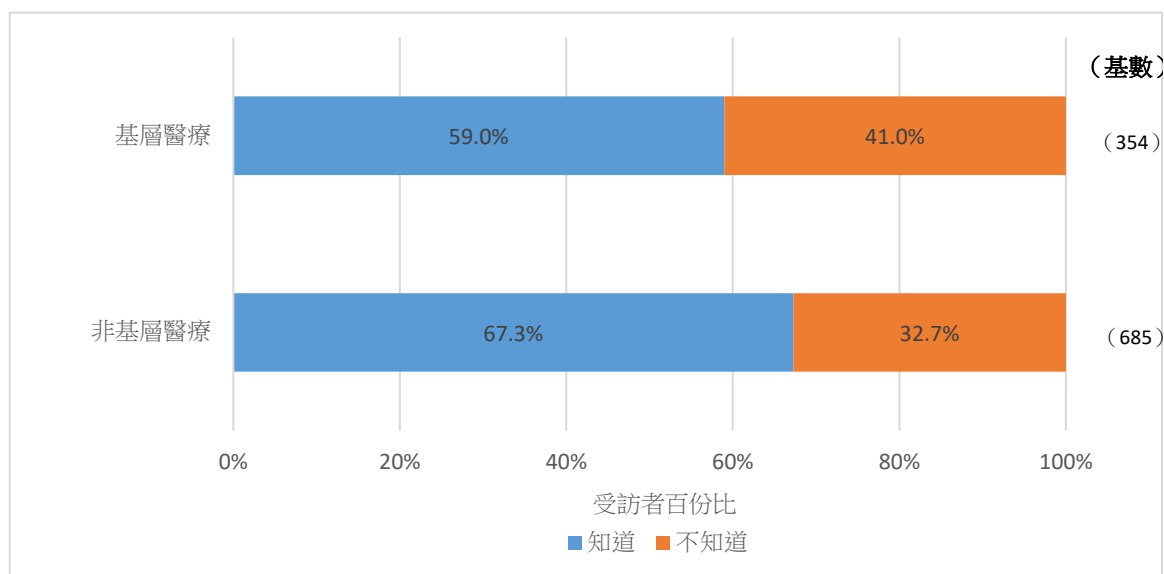
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 卡方檢定

b: 費氏精確檢定

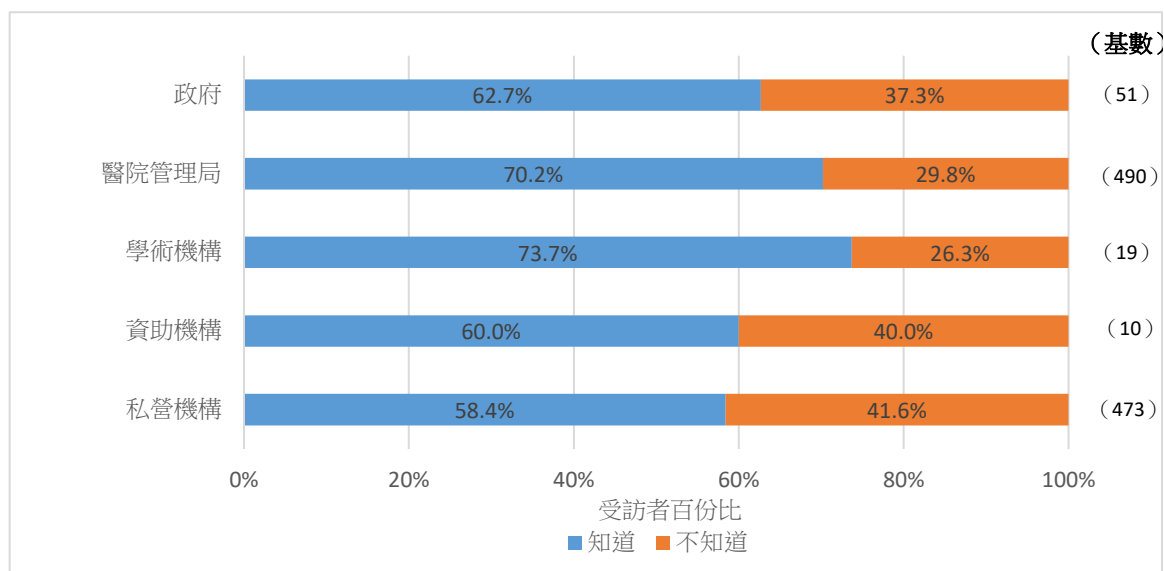
相比從事非基層醫療的受訪者（67.3%），較少從事基層醫療的受訪者（59.0%）知悉有提供基層醫療或醫院抗生素導向計劃。（圖 99）

圖 99. 按執業類別分析受訪者是否知悉有提供基層醫療或醫院抗生素導向計劃（Q4c）



只有約一半在私營機構工作的受訪者（58.4%）知悉有提供基層醫療或醫院抗生素導向計劃。在資助機構（60.0%）和在政府工作（62.7%）的受訪者的相應比例則稍高。（圖 100）

圖 100. 按機構類別分析受訪者是否知悉有提供基層醫療或醫院抗生素導向計劃（Q4c）



4.4.2 抗生素處方指引工具／參考的使用

在知悉有提供相應工具的受訪者當中，他們使用公私營醫院抗菌譜便覽、《效果》指引、和基層醫療或醫院抗生素導向計劃的比率，與他們的人口特徵並沒有任何顯著關係。

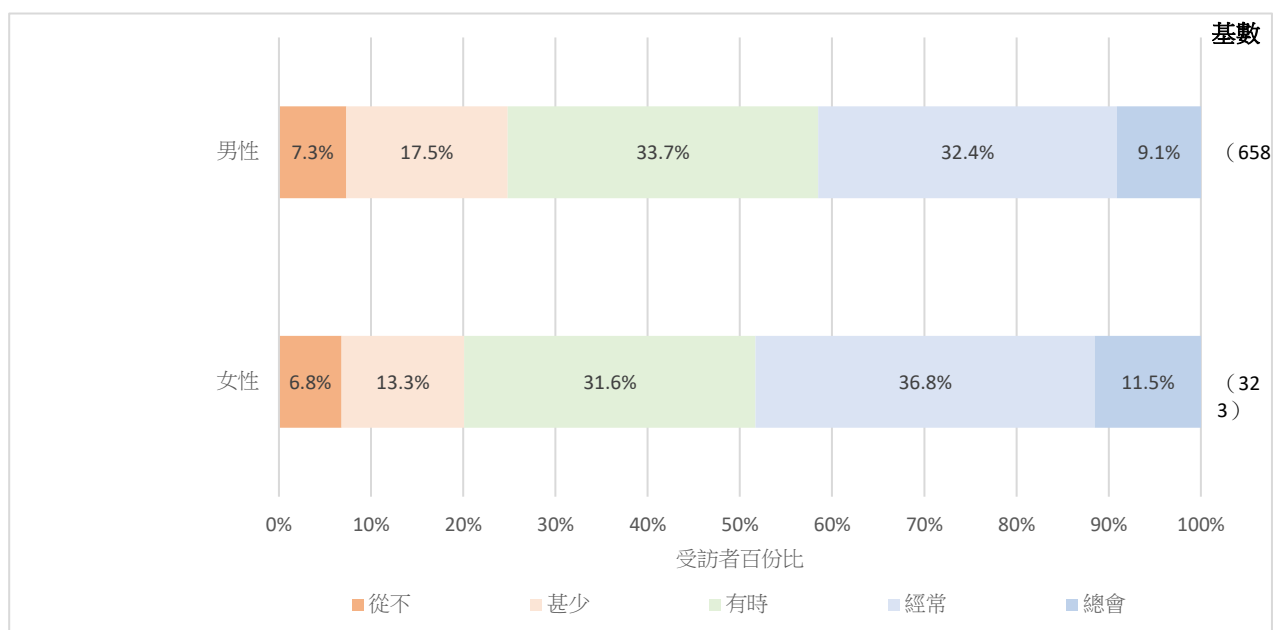
受訪者在處方抗生素時參考外國醫療機構／組織（例如世界衛生組織、美國疾病控制及預防中心）的指引及建議的比率，與他們的性別及所屬專科有顯著關係。（表 65）

表65 受訪者在處方抗生素時參考外國醫療機構／組織的指引及建議的比率（Q5d）

		受訪者數目（橫列百分比）							P 值 曼-惠特尼 U 檢定
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	不適用	
性別	男性	658 (100.0%)	48 (7.3%)	115 (17.5%)	222 (33.7%)	213 (32.4%)	60 (9.1%)	20	0.03
	女性	323 (100.0%)	22 (6.8%)	43 (13.3%)	102 (31.6%)	119 (36.8%)	37 (11.5%)	15	
專科	手術相關	138 (100.0%)	11 (8.0%)	31 (22.5%)	43 (31.2%)	46 (33.3%)	7 (5.1%)	2	0.02
	非手術相關	664 (100.0%)	43 (6.5%)	102 (15.4%)	219 (33.0%)	226 (34.0%)	74 (11.1%)	28	

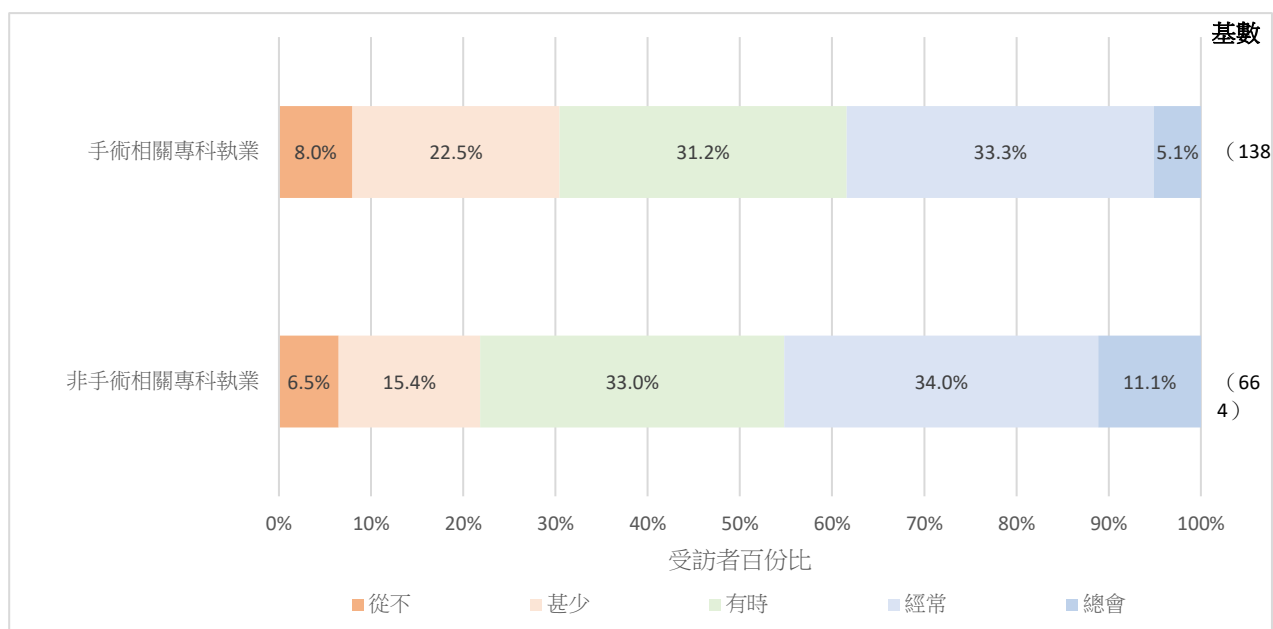
相比男性受訪者（9.1%），較多女性受訪者（11.5%）「總會」在處方抗生素時參考外國醫療機構／組織的指引及建議。（圖 101）

圖 101. 按性別分析受訪者在處方抗生素時參考外國醫療機構／組織的指引及建議的比率 (Q5d)



較多從事非手術相關專科的受訪者 (11.1%) 傾向「總會」參考外國醫療機構／組織的指引及建議。(圖 102)

圖 102. 按專科範圍分析受訪者在處方抗生素時參考外國醫療機構／組織的指引及建議的比率 (Q5d)



受訪者在處方抗生素時，參考相同專科醫生所提供的建議的比率，與他們的執業類別及性別有顯著關係。(表 66)

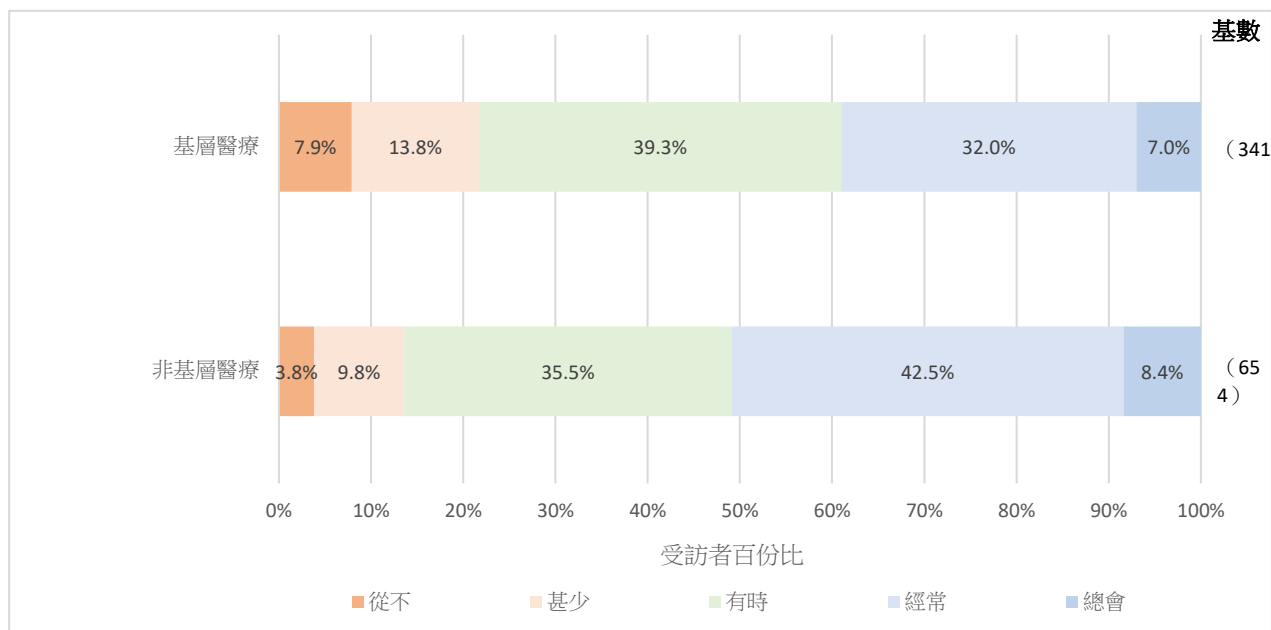
醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

表66 受訪者在處方抗生素時參考相同專科醫生所提供的建議的比率 (Q5e)

		受訪者數目 (橫列百分比)							p 值 曼-惠特尼 U 檢定
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	不適用	
執業類別	基層醫療	341 (100.0%)	27 (7.9%)	47 (13.8%)	134 (39.3%)	109 (32.0%)	24 (7.0%)	8	<0.005
	非基層醫療	654 (100.0%)	25 (3.8%)	64 (9.8%)	232 (35.5%)	278 (42.5%)	55 (8.4%)	24	
性別	男性	662 (100.0%)	35 (5.3%)	83 (12.5%)	253 (38.2%)	245 (37.0%)	46 (6.9%)	17	0.01
	女性	323 (100.0%)	16 (5.0%)	28 (8.7%)	111 (34.4%)	137 (42.4%)	31 (9.6%)	15	

相比從事基層醫療的受訪者 (39.0%)，較多非基層醫療的受訪者 (50.9%) 傾向「總會」／「經常」在處方抗生素時參考相同專科醫生所提供的建議。(圖 103)

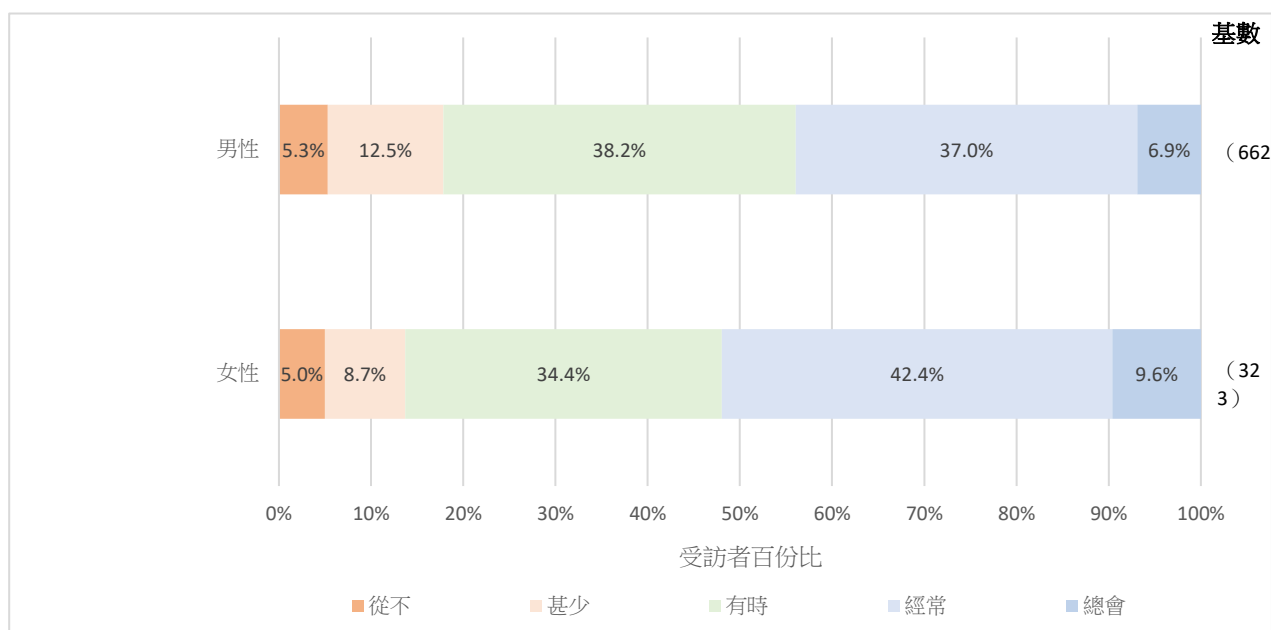
圖 103. 按執業類別分析受訪者在處方抗生素時參考相同專科醫生所提供的建議的比率 (Q5e)



相比男性受訪者 (44.0%)，較多女性受訪者 (52.0%) 「總會」／「經常」在處方抗生素時參考相同專科醫生所提供的建議。(圖 104)

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

圖 104. 按性別分析受訪者在處方抗生素時參考相同專科醫生所提供的建議的比率 (Q5e)



受訪者在處方抗生素時諮詢專科醫生（例如微生物學家、傳染病專家）的比率，與他們的執業類別、性別、執業年資、機構類別和主要工作範疇有顯著關係。（表 67）

表67 受訪者在處方抗生素時諮詢專科醫生的比率 (Q5f)

		受訪者數目（橫列百份比）							p 值
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	不適用	
執業類別	基層醫療	336 (100.0%)	44 (13.1%)	107 (31.8%)	92 (27.4%)	65 (19.3%)	28 (8.3%)	14	<0.005 ^a
	非基層醫療	648 (100.0%)	26 (4.0%)	81 (12.5%)	194 (29.9%)	208 (32.1%)	139 (21.5%)	30	
性別	男性	654 (100.0%)	53 (8.1%)	134 (20.5%)	192 (29.4%)	175 (26.8%)	100 (15.3%)	26	0.02 ^a
	女性	320 (100.0%)	18 (5.6%)	54 (16.9%)	92 (28.8%)	94 (29.4%)	62 (19.4%)	18	
執業年資	≤10	200 (100.0%)	8 (4.0%)	21 (10.5%)	37 (18.5%)	69 (34.5%)	65 (32.5%)	10	<0.005 ^b
	11-20	267 (100.0%)	23 (8.6%)	63 (23.6%)	73 (27.3%)	68 (25.5%)	40 (15.0%)	14	
	21-30	245 (100.0%)	18 (7.3%)	54 (22.0%)	78 (31.8%)	63 (25.7%)	32 (13.1%)	9	
	>30	258 (100.0%)	22 (8.5%)	50 (19.4%)	93 (36.0%)	67 (26.0%)	26 (10.1%)	11	
機構類別	政府	41 [#] (100.0%)	2 (4.9%)	13 (31.7%)	12 (29.3%)	9 (22.0%)	5 (12.2%)	8	<0.005 ^b
	醫院管理局	471 (100.0%)	16 (3.4%)	61 (13.0%)	118 (25.1%)	160 (34.0%)	116 (24.6%)	18	

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

	學術機構	17 ^{##} (100.0%)	1 (5.9%)	6 (35.3%)	3 (17.6%)	3 (17.7%)	4 (23.5%)	1	
	資助機構	8 ^{##} (100.0%)	1 (12.5)	4 (50.0%)	3 (37.5%)	(-)	(-)	1	
	私營機構	451 (100.0%)	51 (11.3%)	105 (23.3%)	152 (33.7%)	101 (22.4%)	42 (9.3%)	16	
主要工作範疇	普通科執業	314 (100.0%)	42 (13.4%)	100 (31.8%)	85 (27.1%)	62 (19.7%)	25 (8.0%)	12	0.01 ^b
	專科執業	660 (100.0%)	27 (4.1%)	86 (13.0%)	200 (30.3%)	207 (31.4%)	140 (21.2%)	28	
	行政/教學	10 ^{##} (100.0%)	1 (10.0%)	2 (20.0%)	1 (10.0%)	4 (40.0%)	2 (20.0%)	4	
專科	手術相關	140 (100.0%)	4 (2.9%)	17 (12.1%)	40 (28.6%)	41 (29.3%)	38 (27.1%)	(-)	<0.005 ^a
	非手術相關	659 (100.0%)	40 (6.1%)	125 (19.0%)	192 (29.1%)	187 (28.4%)	115 (17.5%)	33	

#: 樣本數目少 (<50)

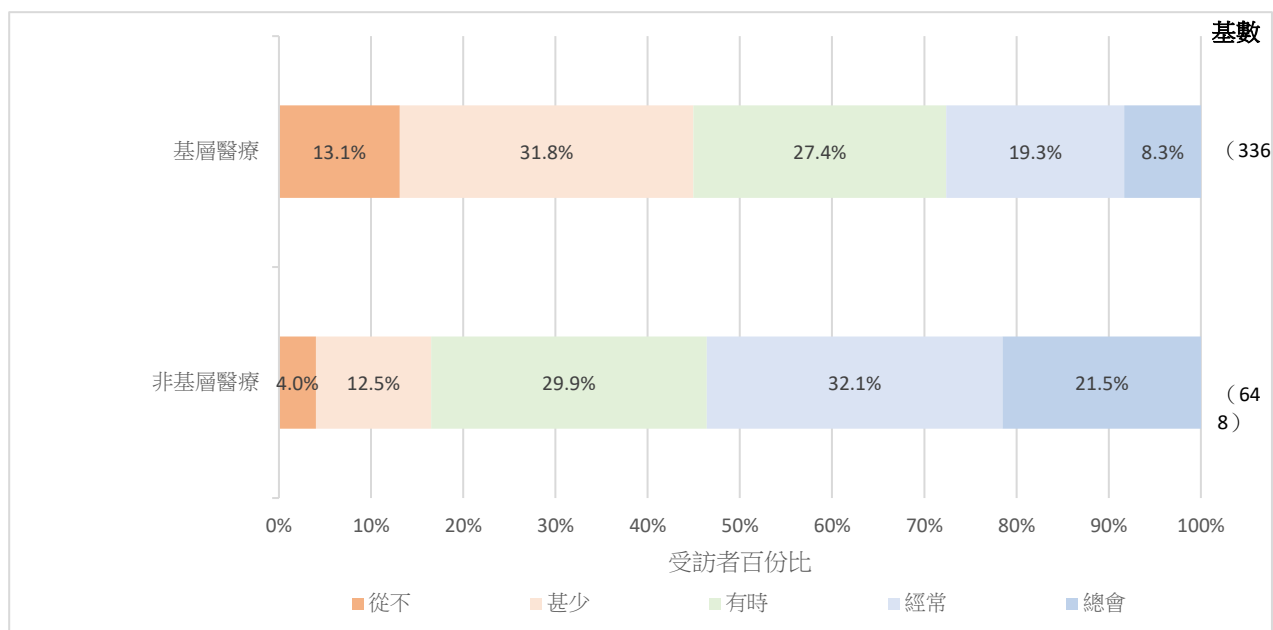
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

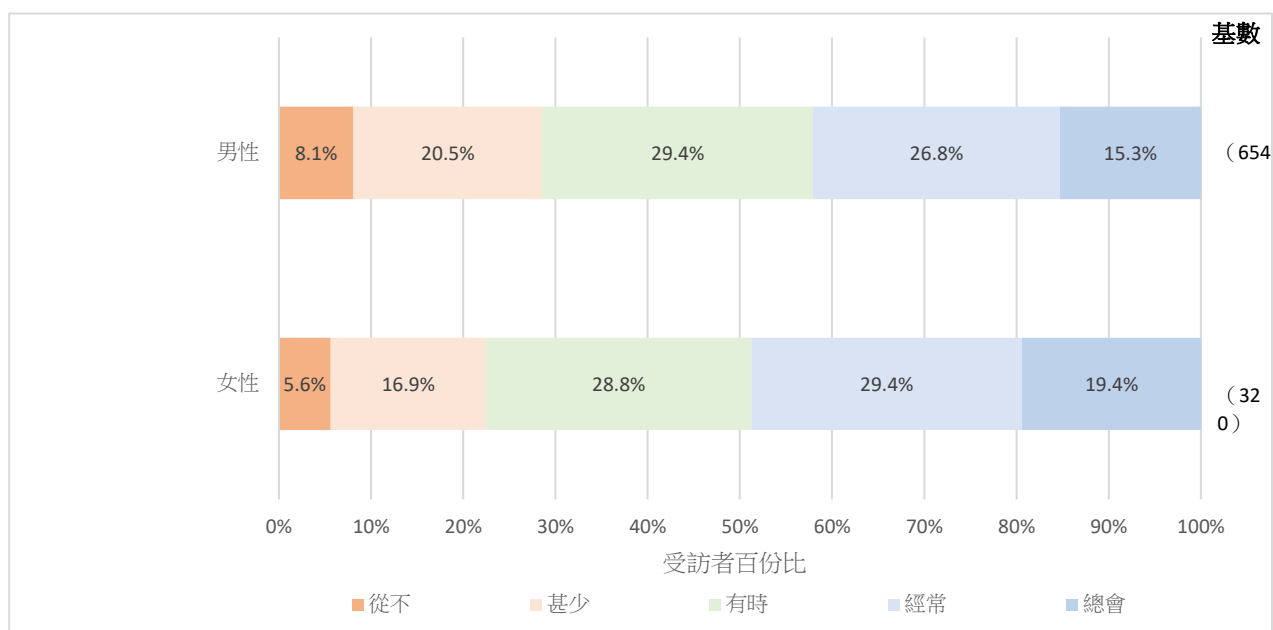
相比從事基層醫療的受訪者 (27.7%)，較多從事非基層醫療的受訪者 (53.5%) 傾向「總會」／「經常」在處方抗生素時諮詢專科醫生。(圖 105)

圖 105. 按執業類別分析受訪者在處方抗生素時諮詢專科醫生的比率 (Q5f)



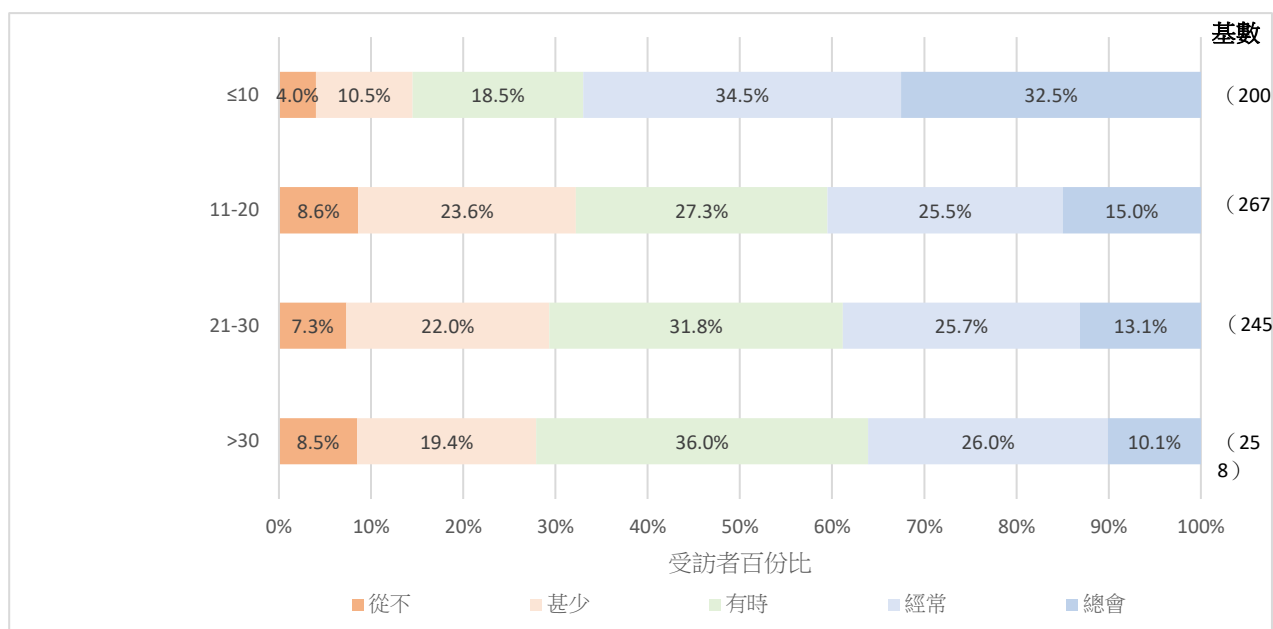
相比男性受訪者 (42.0%)，較多女性受訪者 (48.8%) 「總會」／「經常」在處方抗生素時諮詢專科醫生。(圖 106)

圖 106. 按性別分析受訪者在處方抗生素時諮詢專科醫生的比率 (Q5f)



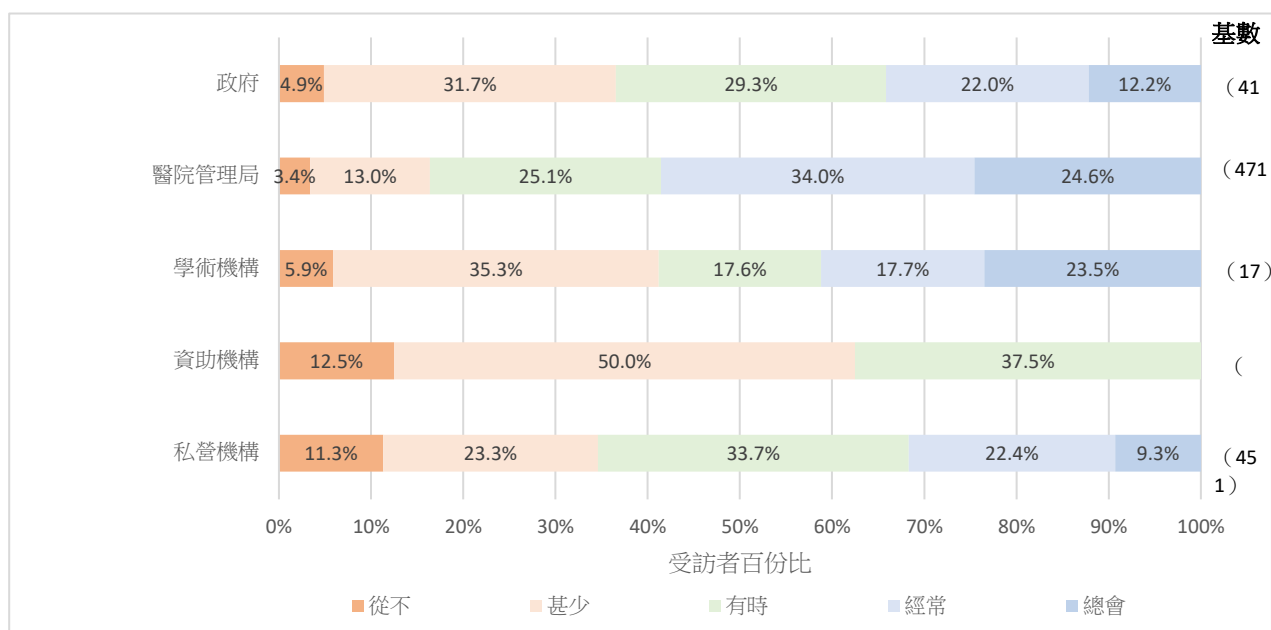
年資較短的受訪者，尤其是執業時間 10 年或以下的受訪者 (67.0%)，較多傾向「總會」／「經常」在處方抗生素時諮詢專科醫生。(圖 107)

圖 107. 按執業年資分析受訪者在處方抗生素時諮詢專科醫生的比率 (Q5f)



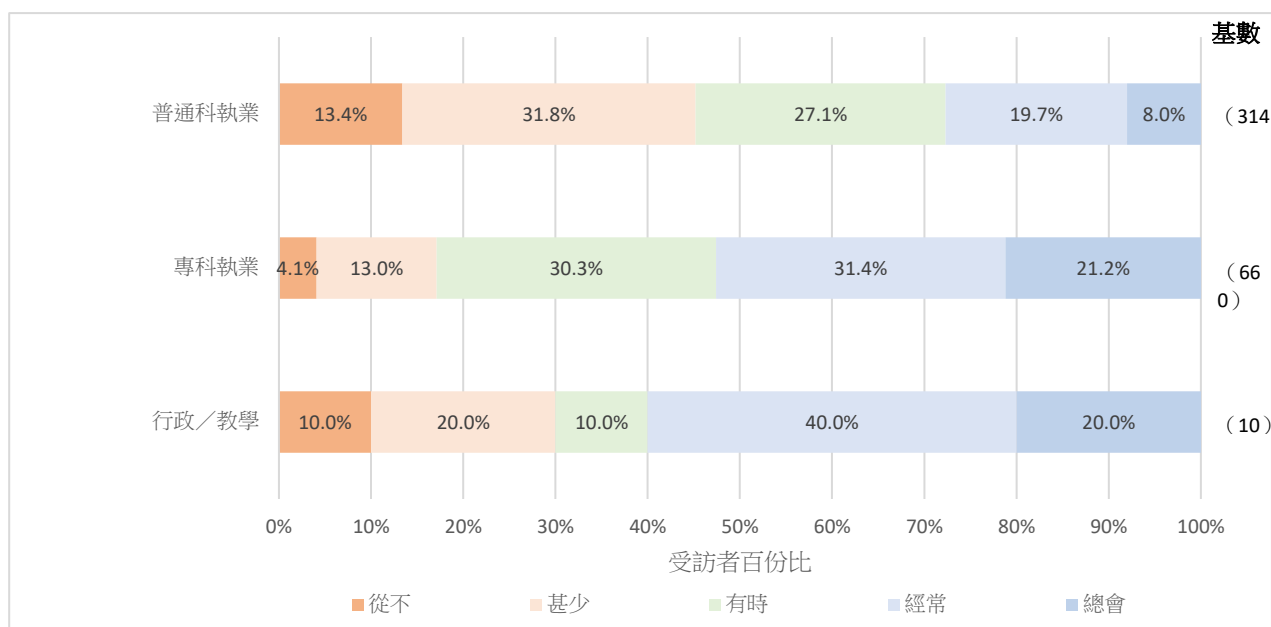
相比在學術機構 (41.2%) 或在政府工作的受訪者 (34.1%)，較多在醫院管理局工作的受訪者 (58.6%) 傾向「總會」／「經常」在處方抗生素時諮詢專科醫生。(圖 108)

圖 108. 按機構類別分析受訪者在處方抗生素時，諮詢專科醫生的比率 (Q5f)



相比普通科執業 (27.7%) 的受訪者，較多從事行政／教學 (60.0%) 和專科執業 (52.6%) 的受訪者傾向「總會」／「經常」在處方抗生素時諮詢專科醫生。(圖 109)

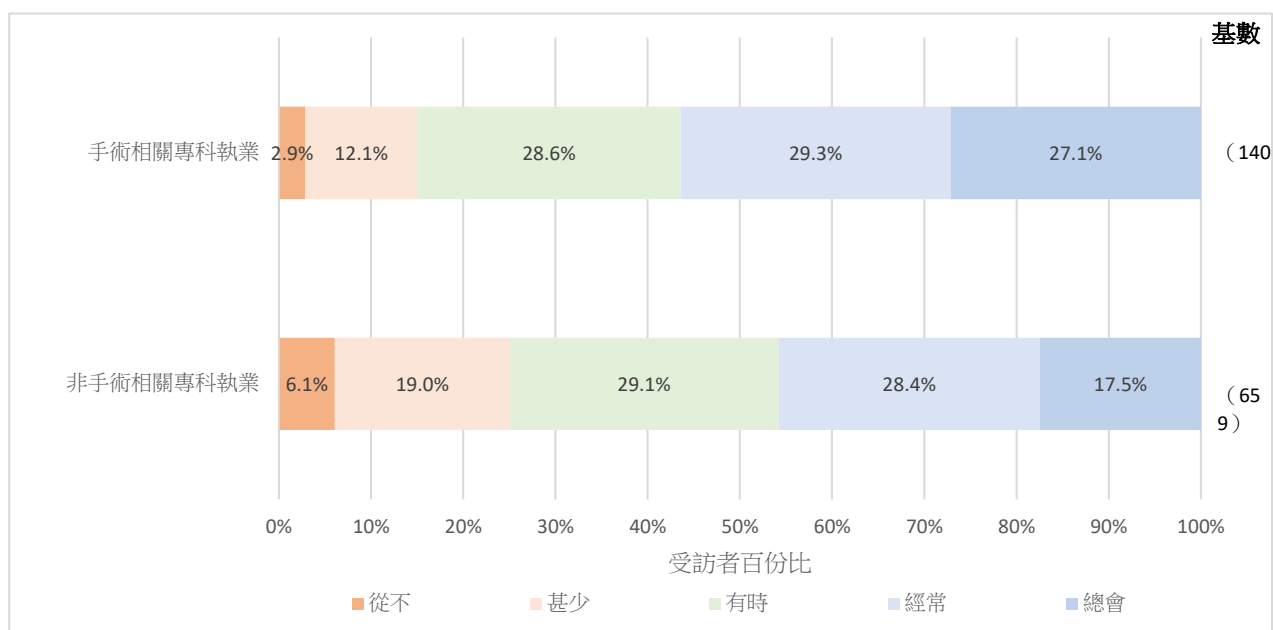
圖 109. 按主要工作範疇分析受訪者在處方抗生素時諮詢專科醫生的比率 (Q5f)



相比從事非手術相關專科的受訪者 (45.8%)，較多從事手術相關專科的受訪者 (56.4%) 傾向「總會」／「經常」在處方抗生素時諮詢專科醫生。(圖 110)

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

圖 110. 按專科範圍分析受訪者在處方抗生素時諮詢專科醫生的比率 (Q5f)



受訪者在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試的比率，與他們的執業類別、性別、執業年資、機構類別和主要工作範疇有顯著關係。(表 68)

表68 受訪者在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試的比率 (Q5g)

		受訪者數目 (橫列百分比)							p 值
變數	標籤	基數	從不	甚少	有時	經常	總會	不適用	
執業類別	基層醫療	343 (100.0%)	8 (2.3%)	17 (5.0%)	86 (25.1%)	138 (40.2%)	94 (27.4%)	6	<0.005 ^a
	非基層醫療	647 (100.0%)	10 (1.5%)	21 (3.2%)	77 (11.9%)	233 (36.0%)	306 (47.3%)	30	
性別	男性	657 (100.0%)	12 (1.8%)	25 (3.8%)	118 (18.0%)	257 (39.1%)	245 (37.3%)	22	0.02 ^a
	女性	323 (100.0%)	7 (2.2%)	12 (3.7%)	43 (13.3%)	114 (35.3%)	147 (45.5%)	14	
執業年資	≤10	199 (100.0%)	4 (2.0%)	9 (4.5%)	20 (10.1%)	63 (31.7%)	103 (51.8%)	9	<0.005 ^b
	11-20	271 (100.0%)	5 (1.8%)	7 (2.6%)	48 (17.7%)	107 (39.5%)	104 (38.4%)	10	
	21-30	246 (100.0%)	7 (2.8%)	10 (4.1%)	40 (16.3%)	95 (38.6%)	94 (38.2%)	8	
	>30	260 (100.0%)	3 (1.2%)	10 (3.8%)	53 (20.4%)	103 (39.6%)	91 (35.0%)	9	
機構類別	政府	43 [#] (100.0%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)	10 (23.3%)	17 (39.5%)	14 (32.6%)	6	<0.005 ^b

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

	醫院管理局	473 (100.0%)	7 (1.5%)	14 (3.0%)	51 (10.8%)	172 (36.4%)	229 (48.4%)	14	
	學術機構	16 ^{##} (100.0%)	1 (6.3%)	1 (6.3%)	2 (12.5%)	7 (43.8%)	5 (31.3%)	2	
	資助機構	9 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	1 (11.1%)	7 (77.8%)	1 (11.1%)	(-)	
	私營機構	453 (100.0%)	10 (2.2%)	22 (4.9%)	99 (21.9%)	170 (37.5%)	152 (33.6%)	14	
主要工作範疇	普通科執業	319 (100.0%)	8 (2.5%)	16 (5.0%)	81 (25.4%)	130 (40.8%)	84 (26.3%)	6	<0.005 ^b
	專科執業	662 (100.0%)	9 (1.4%)	21 (3.2%)	80 (12.1%)	237 (35.8%)	315 (47.6%)	25	
	行政/教學	9 ^{##} (100.0%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	4 (44.4%)	1 (11.1%)	5	
專科	手術相關	138 (100.0%)	1 (0.7%)	2 (1.4%)	12 (8.7%)	52 (37.7%)	71 (51.4%)	2	0.01 ^a
	非手術相關	662 (100.0%)	12 (1.8%)	27 (4.1%)	101 (15.3%)	247 (37.3%)	275 (41.5%)	29	

#: 樣本數目少 (<50)

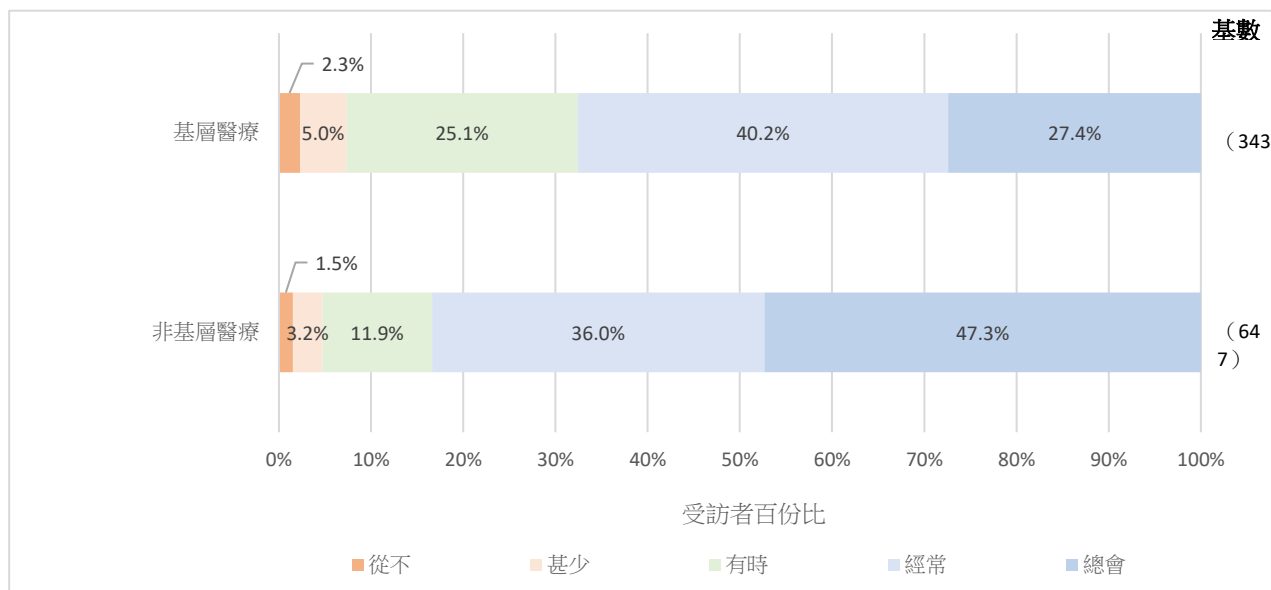
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

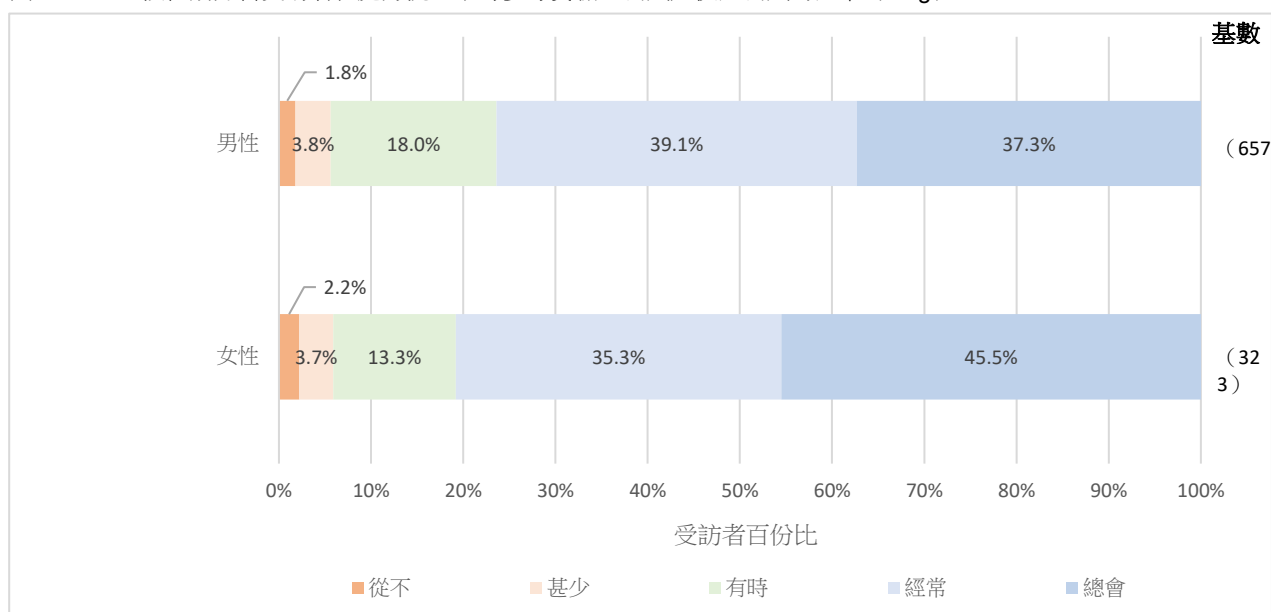
相比從事基層醫療的受訪者(27.4%)，顯著較多從事非基層醫療的受訪者(47.3%)傾向「總會」在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試。(圖 111)

圖 111. 按執業類別分析受訪者在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試的比率 (Q5g)



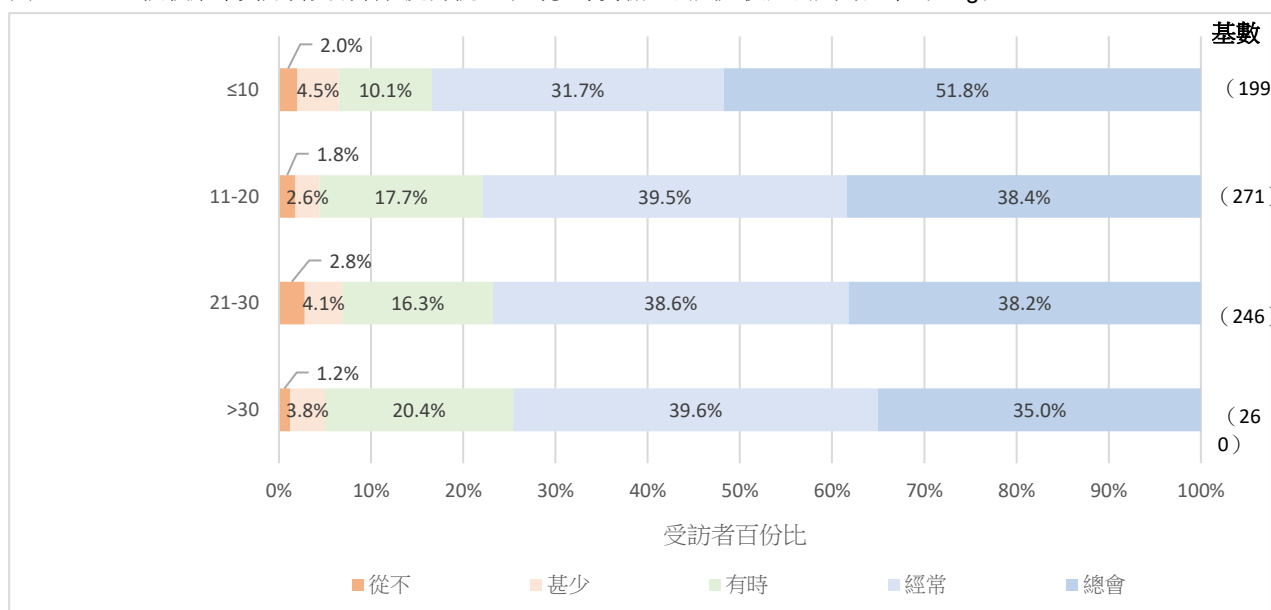
相比男性受訪者（37.3%），較多女性受訪者（45.5%）傾向「總會」在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試。（圖 112）

圖 112. 按性別分析受訪者在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試的比率（Q5g）



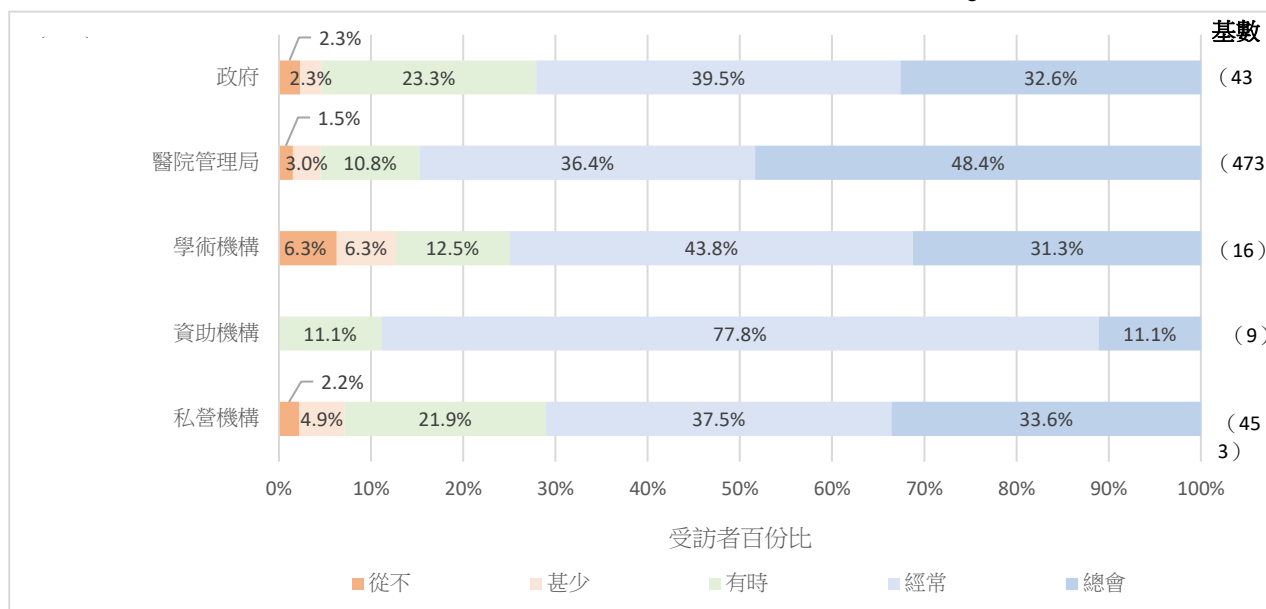
年資較短的受訪者，尤其是執業時間 10 年或以下的受訪者（51.8%），較多傾向「總會」在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試。（圖 113）

圖 113. 按執業年資分析受訪者在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試的比率（Q5g）



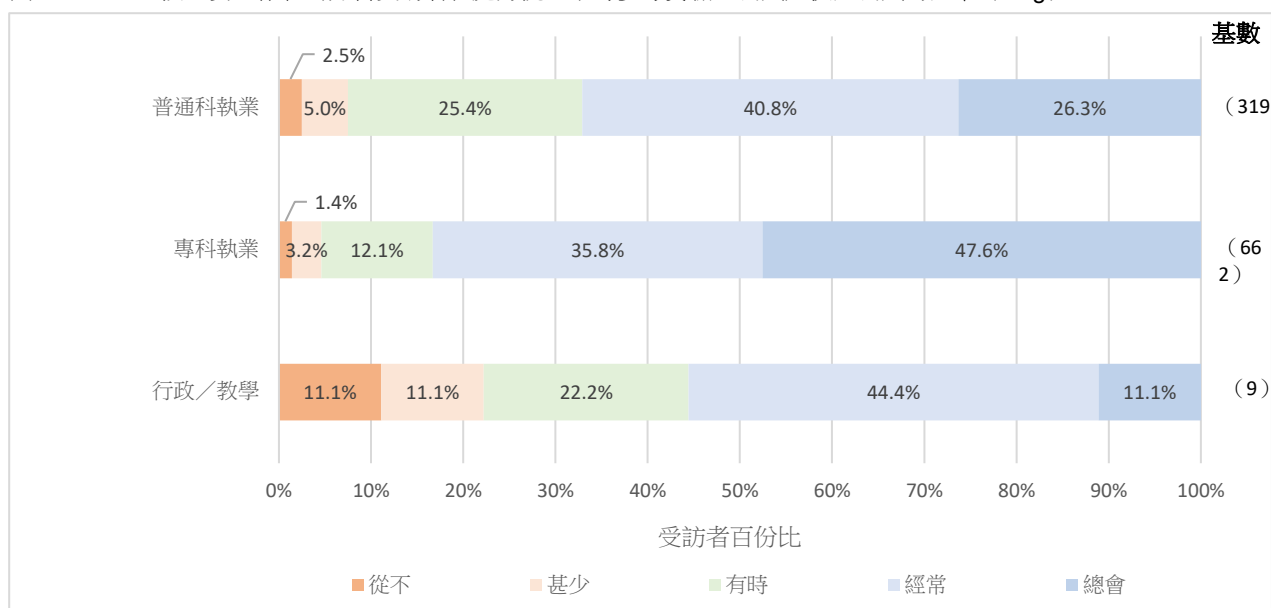
較多在醫院管理局工作的受訪者（48.4%）傾向「總會」在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試，其次是在私營機構工作的受訪者（33.6%）和在政府工作的受訪者（32.6%）。（圖 114）

圖 114. 按機構類別分析受訪者在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試的比率（Q5g）



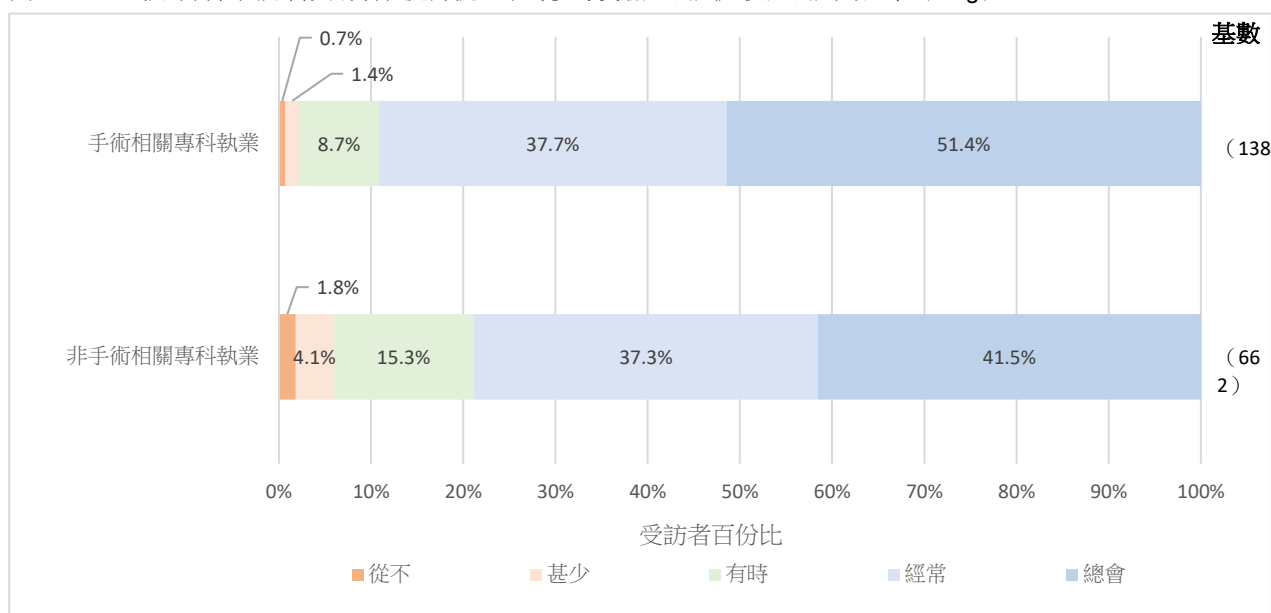
相比普通科執業（26.3%）和從事行政／教學工作（11.1%）的受訪者，較多專科執業的受訪者（47.6%）傾向「總會」在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試。（圖 115）

圖 115. 按主要工作範疇分析受訪者在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試的比率（Q5g）



相比從事非手術相關專科（78.9%）的受訪者，較多從事手術相關專科的受訪者（89.1%）傾向「總會」／「經常」在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試。（圖 116）

圖 116. 按專科範圍分析受訪者在處方抗生素時參考實驗室測試／快速測試的比率（Q5g）



4.4.3 不同工具／參考資料對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效

在知悉有提供並曾使用相應工具的受訪者中，他們認為公私營醫院抗菌譜便覽、《效果》指引、及基層醫療或醫院抗生素導向計劃有成效的看法，與他們的人口特徵並沒有任何顯著關係。

受訪者認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程，對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效，與他們的執業類別、執業年資、機構類別和主要工作範疇有顯著關係。（表 69）

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

表69 「延續醫學教育計劃」認可的正規課程對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15a)

		受訪者數目 (橫列百分比)							
變數	標籤	基數	毫無用處	不太有用	中立	略為有用	十分有用	不適合	p 值
執業類別	基層醫療	347 (100.0%)	2 (0.6%)	11 (3.2%)	41 (11.8%)	110 (31.7%)	183 (52.7%)	5	<0.005 ^a
	非基層醫療	665 (100.0%)	11 (1.7%)	37 (5.6%)	139 (20.9%)	258 (38.8%)	220 (33.1%)	13	
執業年資	≤10	203 (100.0%)	1 (0.5%)	15 (7.4%)	54 (26.6%)	85 (41.9%)	48 (23.6%)	7	<0.005 ^b
	11-20	279 (100.0%)	2 (0.7%)	13 (4.7%)	39 (14.0%)	114 (40.9%)	111 (39.8%)	2	
	21-30	249 (100.0%)	6 (2.4%)	8 (3.2%)	36 (14.5%)	87 (34.9%)	112 (45.0%)	7	
	>30	266 (100.0%)	3 (1.1%)	11 (4.1%)	50 (18.8%)	76 (28.6%)	126 (47.4%)	2	
機構類別	政府	49 [#] (100.0%)	(-)	3 (6.1%)	10 (20.4%)	19 (38.8%)	17 (34.7%)	1	<0.005 ^b
	醫院管理局	477 (100.0%)	4 (0.8%)	27 (5.7%)	103 (21.6%)	193 (40.5%)	150 (31.4%)	12	
	學術機構	18 ^{##} (100.0%)	(-)	1 (5.6%)	4 (22.2%)	4 (22.2%)	9 (50.0%)	(-)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	2 (20.0%)	2 (20.0%)	6 (60.0%)	(-)	
	私營機構	462 (100.0%)	9 (1.9%)	17 (3.7%)	62 (13.4%)	152 (32.9%)	222 (48.1%)	5	
主要工作範疇	普通科執業	323 (100.0%)	2 (0.6%)	10 (3.1%)	40 (12.4%)	101 (31.3%)	170 (52.6%)	5	<0.005 ^b
	專科執業	676 (100.0%)	11 (1.6%)	38 (5.6%)	136 (20.1%)	264 (39.1%)	227 (33.6%)	12	
	行政/教學	13 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	4 (30.8%)	3 (23.1%)	6 (46.2%)	1	

#: 樣本數目少 (<50)

##: 樣本數目非常少 (<30)

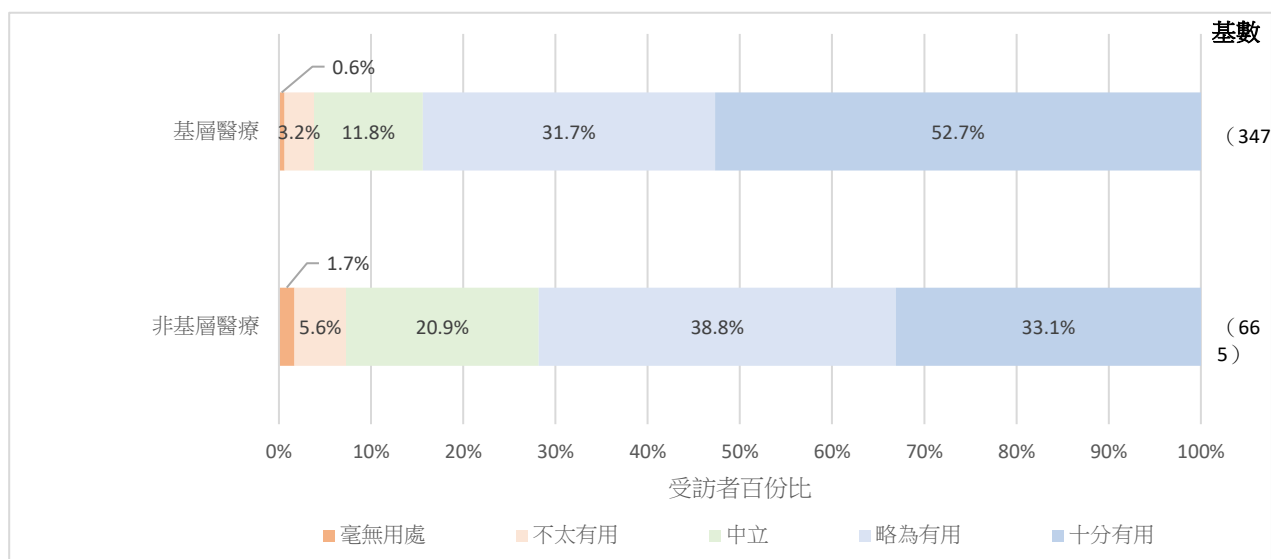
a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

相比從事非基層醫療的受訪者 (71.9%)，較多從事基層醫療的受訪者 (84.4%) 認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程有效 (「十分有用」／「略為有用」) 幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。(圖 117)

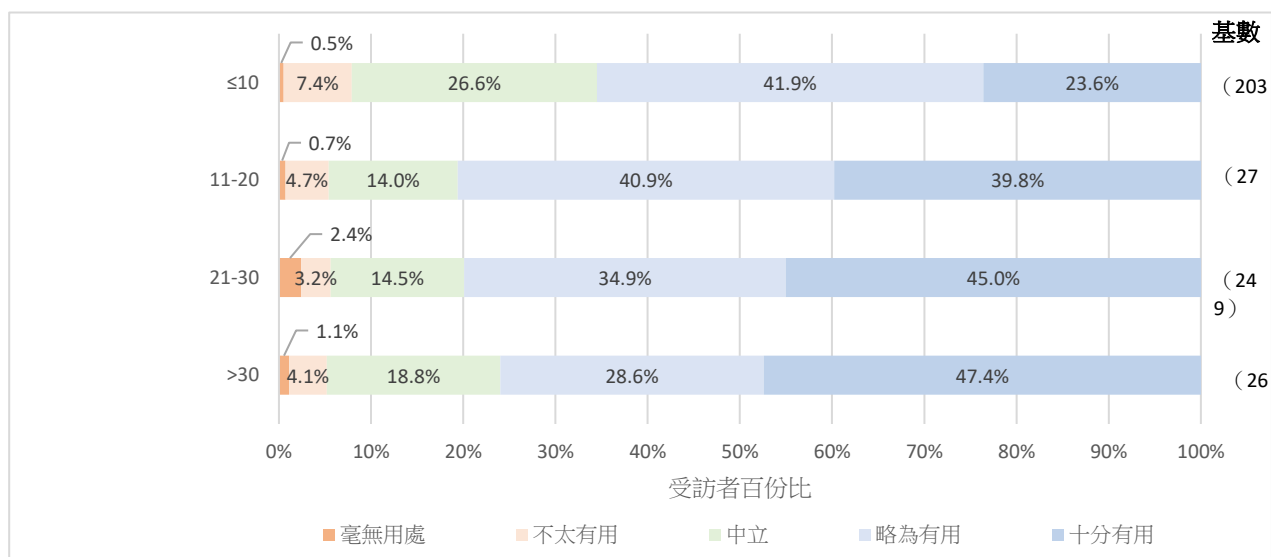
醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

圖 117. 按執業類別分析受訪者認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15a)



較多執業年資為 11 至 20 年的受訪者 (80.6%) 傾向認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程有助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。(圖 118)

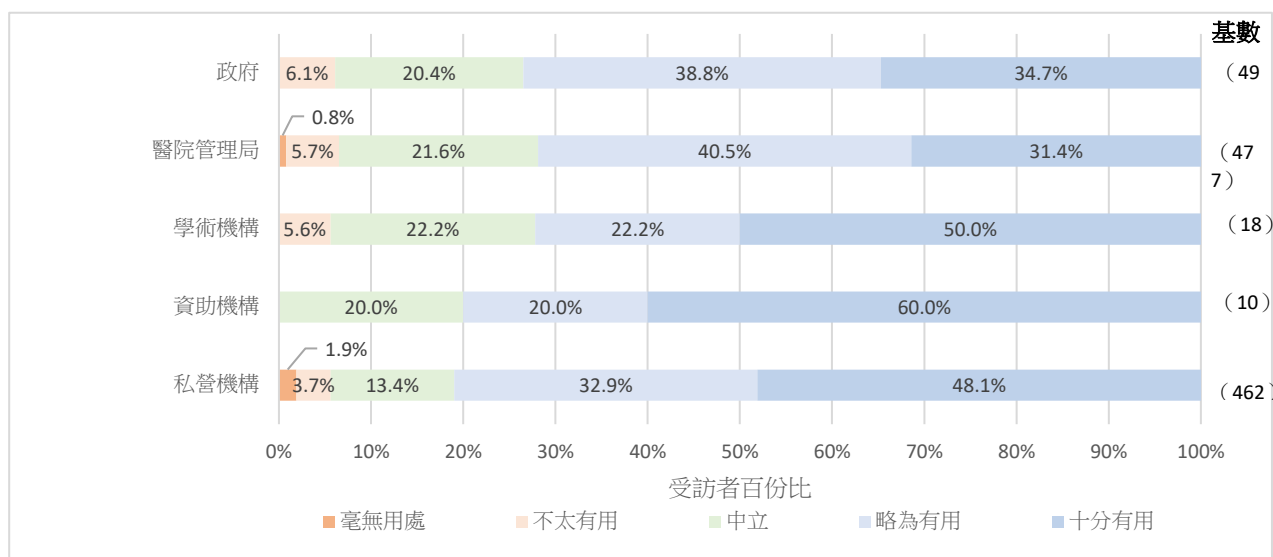
圖 118. 按執業年資分析受訪者認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15a)



較多在私營機構工作的受訪者 (81.0%) 傾向認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程有助醫生進一步了解如何正確使用抗生素，其次是在資助機構工作 (80.0%) 和在政府工作 (73.5%) 的受訪者。(圖 119)

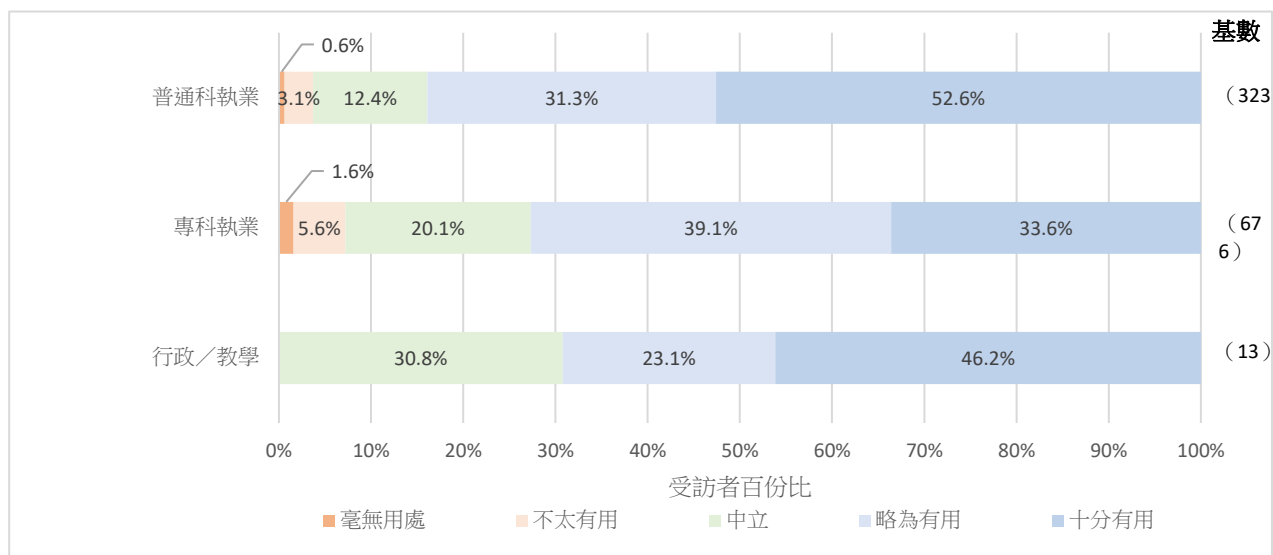
醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

圖 119. 按機構類別分析受訪者認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15a)



相比專科執業 (72.6%) 和從事行政／教學工作 (69.2%) 的受訪者，較多普通科執業的受訪者 (83.9%) 認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程有助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。(圖 120)

圖 120. 按主要工作範疇分析受訪者認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15a)



受訪者認為網上／電子資源對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效，與他們的執業類別、機構類別、主要工作範疇和專科範圍有顯著關係。(表 70)

表70 網上／電子資源對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15e)

		受訪者數目 (橫列百分比)							p 值
變數	標籤	基數	毫無用處	不太有用	中立	略為有用	十分有用	不適合	
執業類別	基層醫療	346 (100.0%)	4 (1.2%)	17 (4.9%)	43 (12.4%)	121 (35.0%)	161 (46.5%)	5	<0.005 ^a
	非基層醫療	664 (100.0%)	10 (1.5%)	27 (4.1%)	139 (20.9%)	235 (35.4%)	253 (38.1%)	12	
機構類別	政府	49 [#] (100.0%)	(-)	(-)	6 (12.2%)	18 (36.7%)	25 (51.0%)	1	<0.005 ^b
	醫院管理局	483 (100.0%)	6 (1.2%)	20 (4.1%)	100 (20.7%)	191 (39.5%)	166 (34.4%)	5	
	學術機構	18 ^{##} (100.0%)	(-)	1 (5.6%)	2 (11.1%)	8 (44.4%)	7 (38.9%)	(-)	
	資助機構	10 ^{##} (100.0%)	(-)	1 (10.0%)	1 (10.0%)	1 (10.0%)	7 (70.0%)	(-)	
	私營機構	454 (100.0%)	8 (1.8%)	23 (5.1%)	74 (16.3%)	139 (30.6%)	210 (46.3%)	11	
主要工作範疇	普通科執業	322 (100.0%)	4 (1.2%)	15 (4.7%)	40 (12.4%)	110 (34.2%)	153 (47.5%)	5	<0.005 ^b
	專科執業	675 (100.0%)	10 (1.5%)	29 (4.3%)	141 (20.9%)	243 (36.0%)	252 (37.3%)	11	
	行政/教學	13 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	1 (7.7%)	3 (23.1%)	9 (69.2%)	1	
專科	手術相關	136 (100.0%)	2 (1.5%)	7 (5.1%)	35 (25.7%)	46 (33.8%)	46 (33.8%)	2	0.03 ^a
	非手術相關	681 (100.0%)	9 (1.3%)	28 (4.1%)	117 (17.2%)	250 (36.7%)	277 (40.7%)	12	

#: 樣本數目少 (<50)

##: 樣本數目非常少 (<30)

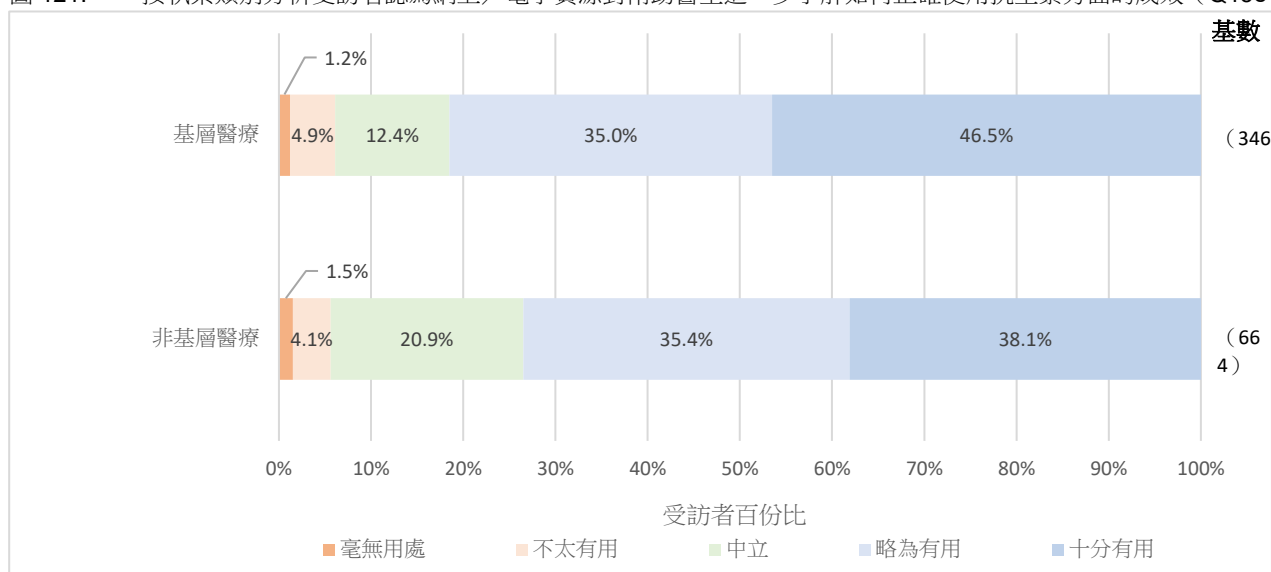
a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

相比從事非基層醫療的受訪者 (73.5%)，較多從事基層醫療的受訪者 (81.5%) 認為網上／電子資源有效 (「十分有用」／「略為有用」) 幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。(圖 121)

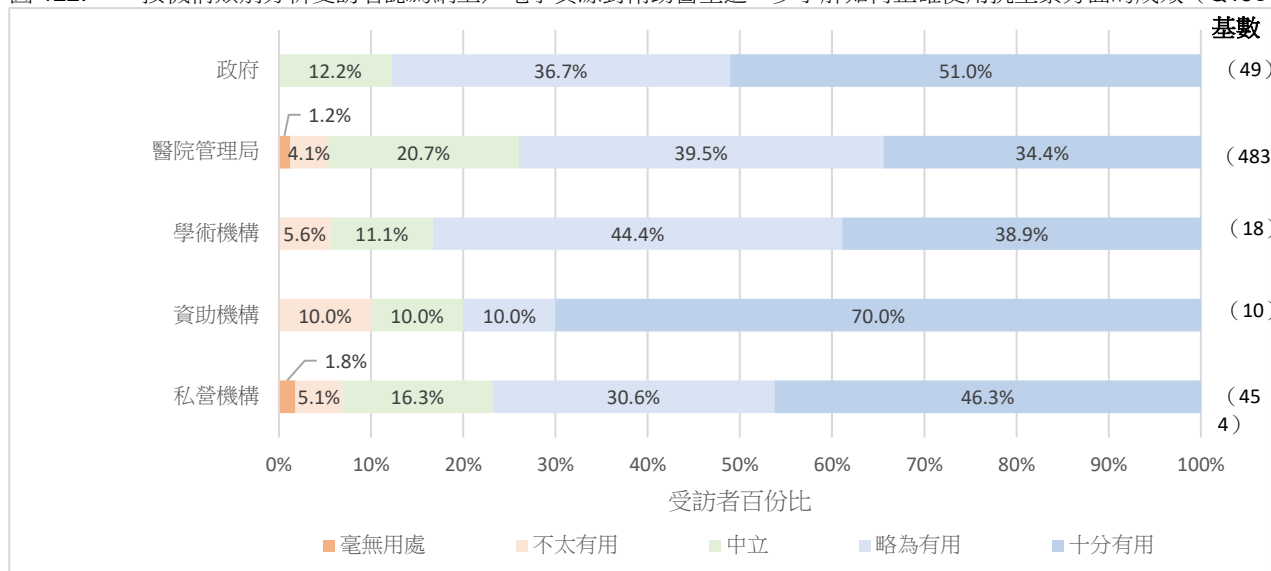
醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

圖 121. 按執業類別分析受訪者認為網上／電子資源對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15e)



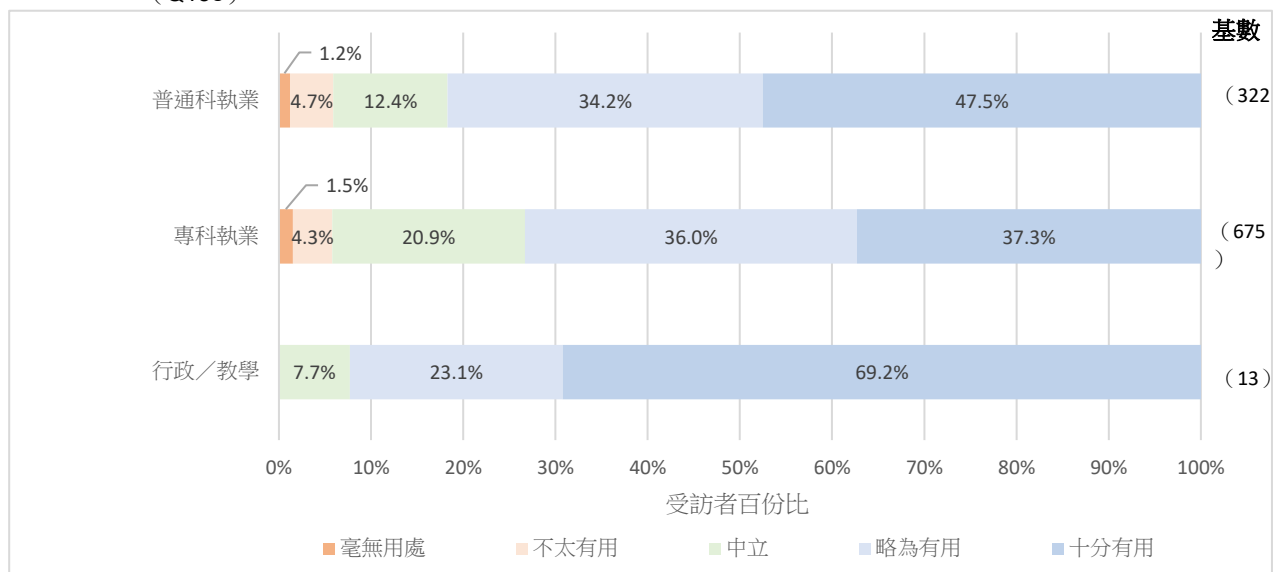
較多在政府工作的受訪者 (87.8%) 傾向認為網上／電子資源有效 (「十分有用」／「略為有用」) 幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素，其次是在學術機構工作 (83.3%) 和資助機構 (80.0%) 工作的受訪者。(圖 122)

圖 122. 按機構類別分析受訪者認為網上／電子資源對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15e)



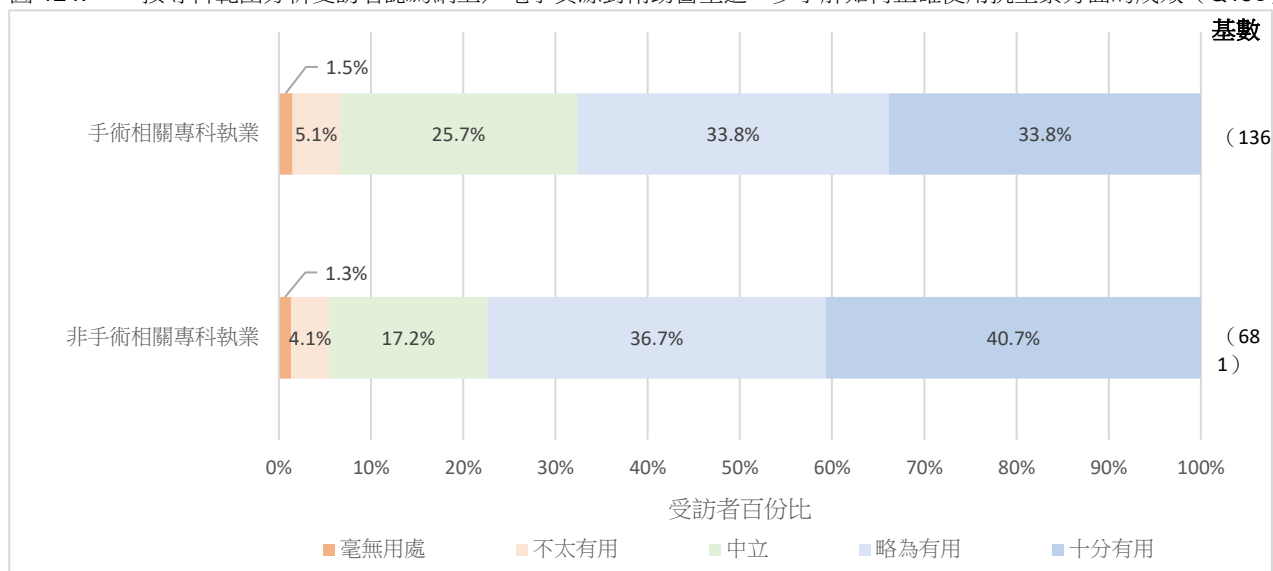
相比專科執業的受訪者 (73.3%)，較多從事行政／教學工作 (92.3%) 和普通科執業的受訪者 (81.7%) 傾向認為網上／電子資源有效 (「十分有用」／「略為有用」) 幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。(圖 123)

圖 123. 按主要工作範疇分析受訪者認為網上／電子資源對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15e)



相比從事手術相關專科的受訪者 (67.6%)，較多從事非手術相關專科的受訪者 (77.4%) 傾向認為網上／電子資源有效 (「十分有用」／「略為有用」) 幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。(圖 124)

圖 124. 按專科範圍分析受訪者認為網上／電子資源對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15e)



受訪者認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素的成效，與受訪者的執業類別、性別、執業年資、機構類別、主要工作範疇和專科有顯著關係。(表 71)

表71 傳染病學專家／微生物學家的諮詢對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效 (Q15f)

		受訪者數目 (橫列百分比)							p 值
變數	標籤	基數	毫無用處	不太有用	中立	略為有用	十分有用	不適合	
執業類別	基層醫療	327 (100.0%)	10 (3.1%)	46 (14.1%)	76 (23.2%)	98 (30.0%)	97 (29.7%)	25	<0.005 ^a
	非基層醫療	665 (100.0%)	4 (0.6%)	23 (3.5%)	87 (13.1%)	191 (28.7%)	360 (54.1%)	11	
性別	男性	663 (100.0%)	12 (1.8%)	54 (8.1%)	119 (17.9%)	188 (28.4%)	290 (43.7%)	15	<0.005 ^a
	女性	319 (100.0%)	1 (0.3%)	16 (5.0%)	43 (13.5%)	98 (30.7%)	161 (50.5%)	21	
執業年資	≤10	202 (100.0%)	1 (0.5%)	9 (4.5%)	19 (9.4%)	57 (28.2%)	116 (57.4%)	8	<0.005 ^b
	11-20	270 (100.0%)	2 (0.7%)	25 (9.3%)	41 (15.2%)	89 (33.0%)	113 (41.9%)	11	
	21-30	248 (100.0%)	7 (2.8%)	20 (8.1%)	42 (16.9%)	68 (27.4%)	111 (44.8%)	8	
	>30	258 (100.0%)	3 (1.2%)	16 (6.2%)	59 (22.9%)	72 (27.9%)	108 (41.9%)	9	
機構類別	政府	48 [#] (100.0%)	(-)	3 (6.3%)	9 (18.8%)	18 (37.5%)	18 (37.5%)	2	<0.005 ^b
	醫院管理局	481 (100.0%)	3 (0.6%)	23 (4.8%)	47 (9.8%)	145 (30.1%)	263 (54.7%)	8	
	學術機構	16 ^{##} (100.0%)	(-)	1 (6.3)	1 (6.3%)	4 (25.0%)	10 (62.5%)	2	
	資助機構	8 ^{##} (100.0%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	4 (50.0%)	2	
	私營機構	443 (100.0%)	10 (2.3%)	42 (9.5%)	105 (23.7%)	123 (27.8%)	163 (36.8%)	22	
主要工作範疇	普通科執業	305 (100.0%)	9 (3.0%)	43 (14.1%)	73 (23.9%)	90 (29.5%)	90 (29.5%)	23	<0.005 ^b
	專科執業	674 (100.0%)	5 (0.7%)	26 (3.9%)	89 (13.2%)	195 (28.9%)	359 (53.3%)	12	
	行政/教學	13 ^{##} (100.0%)	(-)	(-)	1 (7.7%)	4 (30.8%)	8 (61.5%)	1	
專科	手術相關	137 (100.0%)	1 (0.7%)	2 (1.5%)	20 (14.6%)	30 (21.9%)	84 (61.3%)	2	<0.005 ^a
	非手術相	675 (100.0%)	7 (1.0%)	45 (6.7%)	103 (15.3%)	204 (30.2%)	316 (46.8%)	17	

#: 樣本數目少 (<50)

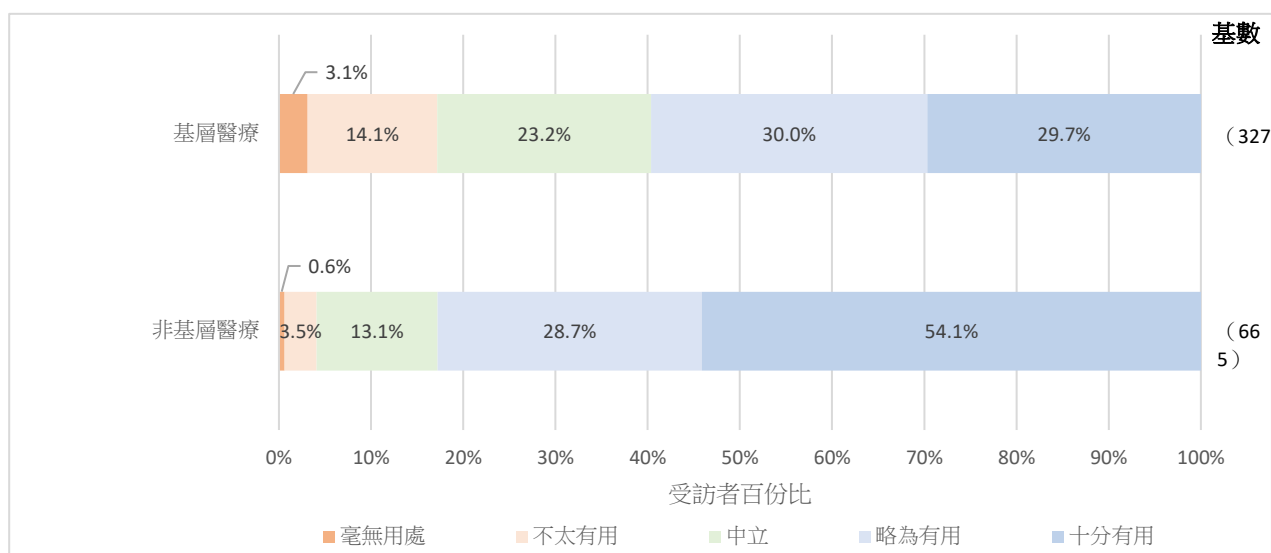
##: 樣本數目非常少 (<30)

a: 曼-惠特尼 U 檢定

b: 單因方差檢定

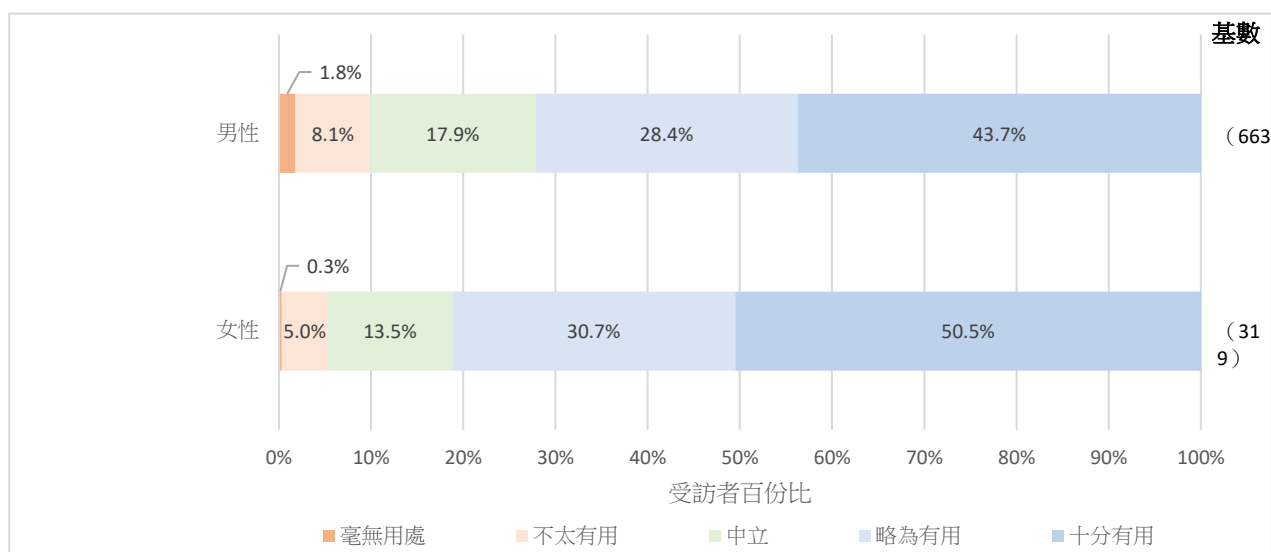
相比從事基層醫療的受訪者（59.6%），較多從事非基層醫療的受訪者（82.9%）認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢有效（「十分有用」／「略為有用」）幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。（圖 125）

圖 125. 按執業類別分析受訪者認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效（Q15f）



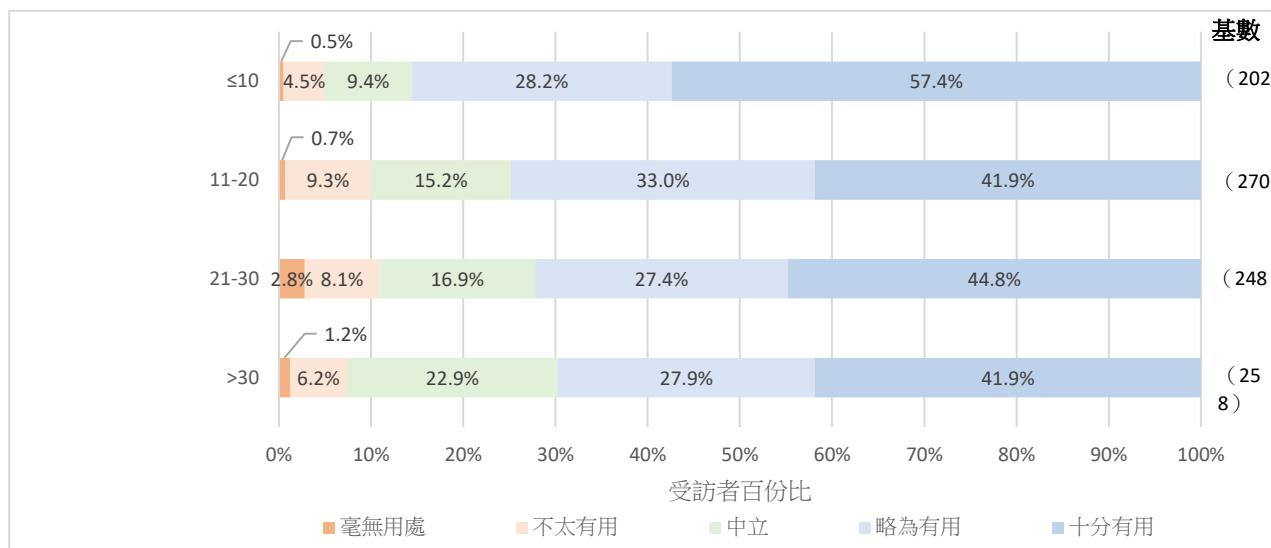
相比男性受訪者（72.1%），較多女性受訪者（81.2%）認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢有效（「十分有用」／「略為有用」）幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。（圖 126）

圖 126. 按性別分析受訪者認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效（Q15f）



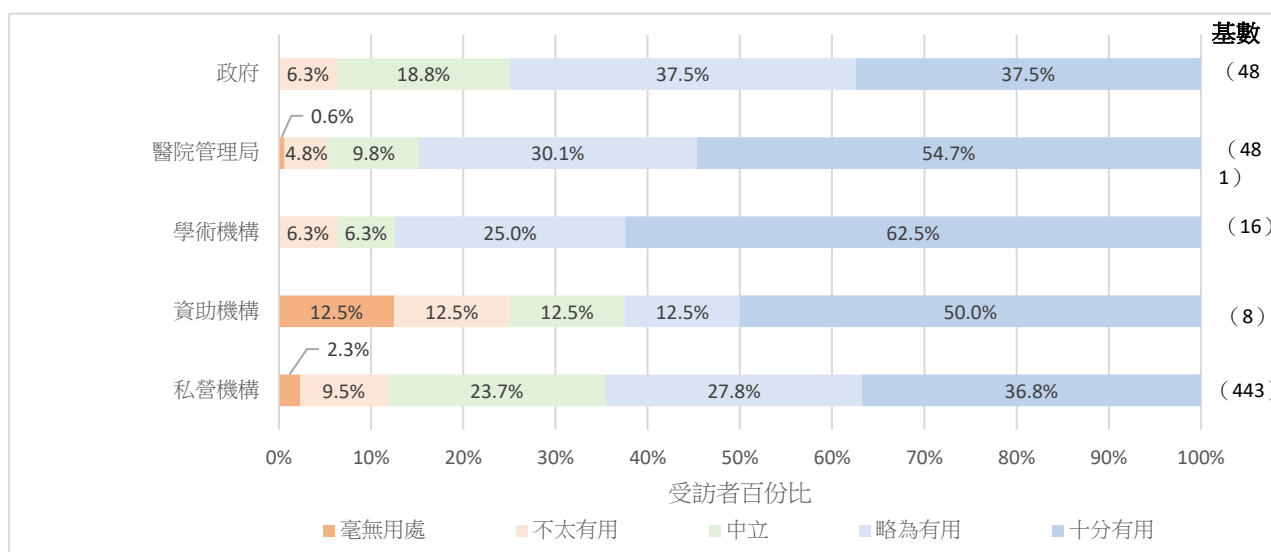
執業年資較短的受訪者，尤其是年資為 10 年或以下的受訪者（85.6%），較傾向認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢有效（「十分有用」／「略為有用」）幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。（圖 127）

圖 127. 按執業年資分析受訪者認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效（Q15f）



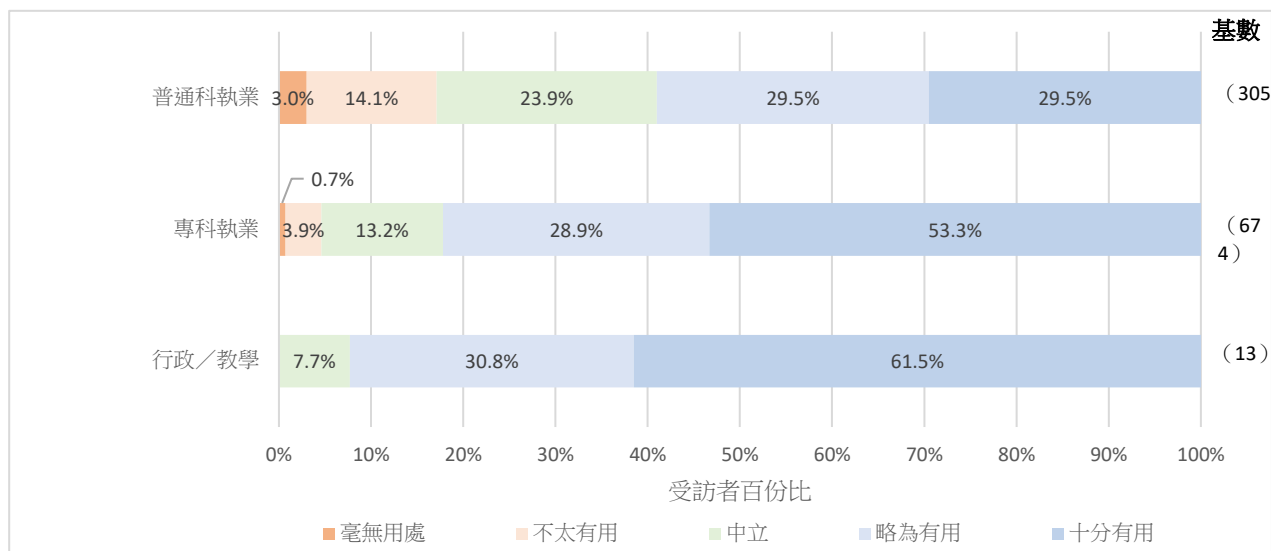
相比大約三分之二在私營機構（64.6%）和在資助機構（62.5%）工作的受訪者，較多在學術機構工作的受訪者（87.5%）認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢有效（「十分有用」／「略為有用」）幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。（圖 128）

圖 128. 按機構類別分析受訪者認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效（Q15f）



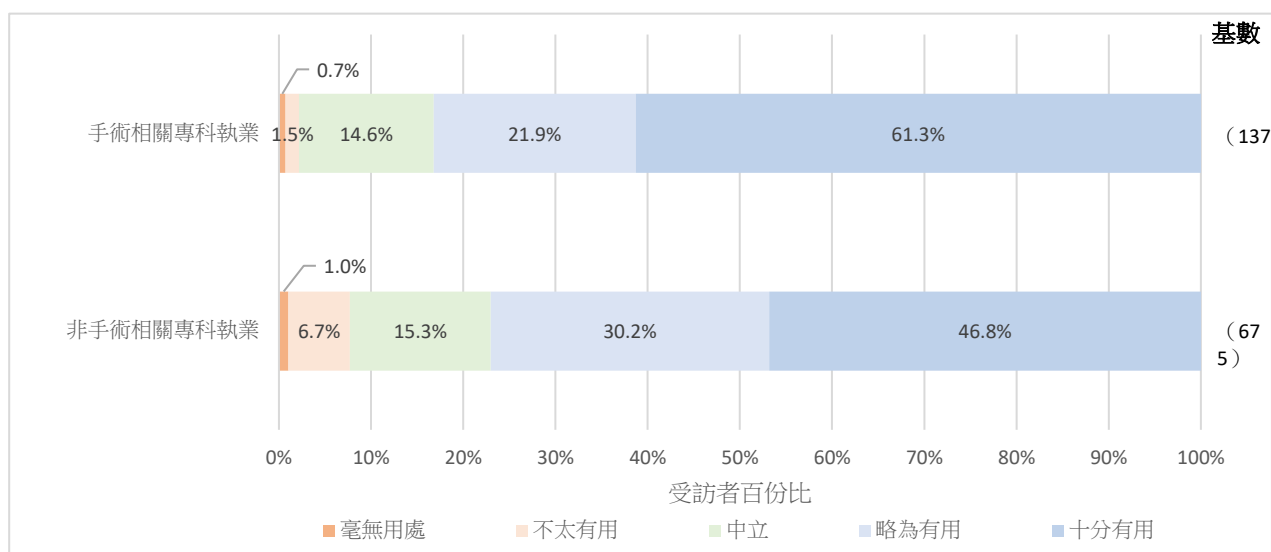
相比普通科執業的受訪者（59.0%），較多從事行政／教學工作的受訪者（92.3%）認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢有效（「十分有用」／「略為有用」）幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。（圖 129）

圖 129. 按主要工作範疇分析受訪者認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效（Q15f）



相比從事非手術相關專科的受訪者（77.0%），較多從事手術相關專科的受訪者（83.2%）傾向認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢有效（「十分有用」／「略為有用」）幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素。（圖 130）

圖 130. 按專科範圍分析受訪者認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢對幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素方面的成效（Q15f）



第 5 章 總結及建議

5.1. 總結

本調查結果顯示：

- (a) 大部分（超過 97%）的受訪醫生意識到抗菌素耐藥性會減少治療選項、增加治療成本、增加死亡率及延長住院時間。然而，相對較少執業超過 30 年的醫生意識到會增加死亡率。
- (b) 大多數的受訪者認為抗菌素耐藥性問題在全球（70.1%）及香港（65.1%）均屬嚴重。然而，相對較少在私營機構工作或執業年資較長的受訪者認為抗菌素耐藥性問題在全球及香港屬於嚴重。
- (c) 大部分的受訪者認為以下為導致抗菌素耐藥性問題的重要（「十分重要」／「略為重要」）因素：
 - 病人自行服用抗生素（83.3%）-- 女性和普通科執業的受訪者的比例尤其高；
 - 抗生素選擇不當（83.0%）-- 執業年資較短、在學術機構工作和從事行政／教學工作的受訪者尤其高。
- (d) 逾八成的受訪者有信心解讀藥敏測試結果（85.6%）和知道何時需要開始使用抗生素療程（81.4%）。約七成受訪者有信心正確選擇用藥及決定劑量（76.8%）、教育病人正確使用抗生素（74.5%）、決定恰當的療程長度（73.1%）、分辨廣譜抗生素及窄譜抗生素並避免其濫用（71.5%），及根據臨床診斷和診斷測試結果為抗生素療程降階（68.6%）。相對較少醫生（尤其是女性、普通科執業和從事非手術相關專科）有信心為抗生素療程降階和分辨廣譜抗生素。
- (e) 近半（43.9%）受訪者在少於 10% 的診症中處方抗生素。稍超過半數（56.8%）的受訪者向少於 5% 的傷風／流感／上呼吸道感染病人處方抗生素。女性、執業年資為 11 至 20 年、在政府工作和從事手術相關專科的受訪者較少為傷風／流感／上呼吸道感染的病人處方抗生素。
- (f) 超過一半（59.4%）受訪者「總會」／「經常」／「有時」被病人因傷風／流感／上呼吸道感染而向他們要求處方抗生素，而男性和普通科執業的受訪者較多遇到這類要求。儘管如此，大多數（83.0%）的受訪者「甚少」／「從不」因病人要求而處方抗生素。
- (g) 最多（56.0%）受訪者認為非必要地處方抗生素的重要（「十分重要」／「略為重要」）原因是「不確定的臨床診斷」，其次是「病人或其照顧者的期望／要求」（23.8%）和「未能確保病人會回來覆診」（17.7%）。

- (h) 受訪者因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的比率，與他們認為多個導致非必要地處方抗生素的重要原因有顯著關係，包括病人或其照顧者的期望／要求、未能確保病人會回來覆診、沒有時間解釋為何不需要抗生素，及擔心遭病人控告。在「總會」／「經常」／「有時」因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的受訪者中，認為「病人或其照顧者的期望／要求」和「擔心遭病人控告」是導致非必要地處方抗生素的重要原因分別佔 30.9%及 26.9%。至於表示「甚少」／「從不」這樣處方的受訪者，則明顯較少認為上述兩個原因重要（分別少於 25%及 15%）。
- (i) 為無併發症的上呼吸道感染病人診症時，每五位受訪者中就有一位（21.1%）受訪者「總會」／「經常」進行快速測試以決定是否需要處方抗生素，而在私營機構工作的受訪者（24.5%）相對較多。
- (j) 大多數（86.8%）的受訪者「總會」／「經常」提醒病人要按照處方完成整個抗生素療程，尤其是女性、執業年資較長、在政府工作和普通科執業的受訪者。略超過半數（58.1%）的受訪者「總會」／「經常」向病人解釋不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題，尤其是執業年資較長、在私營機構工作和普通科執業的受訪者。
- (k) 然而，少於四成（38.4%）的受訪者「總會」／「經常」於病人的抗生素療程開始 48 至 72 小時後覆檢療程，當中以男性、在學術機構工作和專科執業（尤其是手術相關）的受訪者較有此傾向。
- (l) 多數（71.9%）的受訪者認為自己在使用抗生素方面已接受充足的培訓。男性、執業年資較長和在學術機構工作的受訪者，較多認為自己在使用抗生素方面已接受充足的培訓。
- (m) 大部分的受訪者均知悉三種指定的工具：
- 《效果》指引（78.7%），尤其是執業年資較短、在醫院管理局工作和專科執業的受訪者。
 - 公私營醫院抗菌譜便覽（68.2%），尤其是在學術機構和從事行政／教學工作的受訪者。
 - 基層醫療或醫院抗生素導向計劃（64.4%），尤其是在學術機構工作的受訪者。
- (n) 在知悉上述工具的受訪者中，大部分「總會」／「經常」／「有時」使用《效果》指引（78.2%）、其次是公私營醫院抗菌譜便覽（72.2%），及基層醫療或醫院抗生素導向計劃（71.2%）。受訪者使用相應工具的比率與其人口特徵並無顯著關係。
- (o) 大部分知悉並曾使用相應工具的受訪者，最多（78.5%）認為《效果》指引有助醫生進一步了解如何正確使用抗生素，然後是公私營醫院抗菌譜便覽

(78.1%) 和基層醫療或醫院抗生素導向計劃 (72.0%)。受訪者對這些工具效用的看法，與其人口特徵並無顯著關係。

(p) 除使用上述工具外，受訪者「總會」／「經常」在處方抗生素時參考：

- 實驗室測試／快速測試 (77.9%)，尤其是女性、執業年資較短、在資助機構工作、專科執業和從事手術相關專科的受訪者；
- 相同專科醫生所提供的建議 (46.8%)，尤其是女醫生；
- 諮詢專科醫生 (44.5%)，尤其是女性、執業年資較短、在醫院管理局工作、從事行政／教學工作和從事手術相關專科的受訪者；
- 外國醫療機構／組織的指引及建議 (43.8%)，尤其是女性和從事非手術相關專科的受訪者。

(q) 受訪者認為能有效幫助醫生進一步了解如何正確使用抗生素的資訊渠道，按序排列如下：

- 「延續醫學教育計劃」認可的正規課程 (76.2%)，尤其是執業年資為 11 至 20 年、在私營機構工作、和普通科執業的受訪者；
- 網上／電子資源 (76.1%)，尤其是在政府工作、從事行政／教學工作和非手術相關專科的受訪者；
- 傳染病學專家／微生物學家的諮詢 (75.2%)，尤其是女性、執業年資較短、在學術機構工作、從事行政／教學工作和手術相關專科的受訪者。

(r) 較少基層醫療醫生認為抗菌素耐藥性會延長住院時間。較多傾向認為病人不遵從抗生素服用指引、自行服用抗生素及抗生素质素欠佳，是導致抗菌素耐藥性問題的重要成因；而較少認為抗生素選擇不當為問題的重要因素。

(s) 就處方行為而言，稍超過一半 (56.9%) 的基層醫療醫生在少於 10% 的診症中為病人處方抗生素。基層醫療醫生亦較常向病人解釋處方抗生素的原因、抗生素的副作用、要按照處方完成整個抗生素療程、及不當使用抗生素會加劇抗菌素耐藥性問題。

(t) 與非基層醫療醫生相比，相對較少的基層醫療醫生表示「總會」／「經常」被病人因傷風／流感／上呼吸道感染而向他們要求處方抗生素，而較多的基層醫療醫生認為病人或其照顧者的期望／要求是導致非必要地處方抗生素的重要原因。儘管如此，基層醫療醫生處方抗生素的比率仍然較低，亦更常向病人解釋不處方抗生素的原因。然而，較少基層醫療醫生會經常覆檢病人的抗生素療程，或在處方抗生素時參考相同專科醫生的建議、諮詢專科醫生、或進行實驗室測試／快速測試。

- (u) 雖然較多的基層醫療醫生表示有信心教育病人正確使用抗生素，但較少的基層醫療醫生有信心分辨廣譜抗生素，及為抗生素療程降階。此外，較少的基層醫療醫生知悉有提供抗菌譜便覽、《效果》指引及抗生素導向計劃。然而，較多基層醫療醫生認同「延續醫學教育計劃」認可的正規課程，以及網上／電子資源有助醫生進一步了解如何正確使用抗生素，而較少的基層醫療醫生認為傳染病學專家／微生物學家的諮詢有幫助。

5.2. 建議

- 5.2.1. 鑑於較少在私營機構工作的受訪者認為全球和本地的抗菌素耐藥性問題嚴重，應該提供更多針對這個組別醫生的抗菌素耐藥性推廣活動。
- 5.2.2. 由於大部分受訪者認為病人自行服用抗生素是導致抗菌素耐藥性問題的重要因素，因此有必要向公眾進一步解釋抗菌素耐藥性問題的嚴重後果，而非只是呼籲他們停止自行服用抗生素。
- 5.2.3. 是次調查發現較少醫生有信心為抗生素療程降階及分辨廣譜抗生素。因此，應該在持續專業培訓、指引工具及參考資料內加強這兩方面的內容。
- 5.2.4. 顯著較多「總會」／「經常」／「有時」因病人要求而為無併發症的上呼吸道感染病人處方抗生素的受訪者，認為「病人或其照顧者的期望／要求」及「擔心遭病人控告」是導致非必要地處方抗生素的重要原因，加上有一定比率的受訪者時常遇到病人向他們要求處方抗生素醫治傷風／流感／上呼吸道感染，故應該在公眾推廣活動中加強病人教育及期望管理。
- 5.2.5. 雖然超過四分之三的受訪者都「總會」／「經常」使用實驗室測試或快速測試，但在治療無併發症的上呼吸道感染病人時，受訪者較不常進行快速測試以決定是否需要處方抗生素。有見及此，日後或可與持分者分享此調查結果，並研究藉增加進行這兩種檢測方法，來完善在某些特定環境中使用抗生素的可行性。
- 5.2.6. 可考慮推行更多針對基層醫療醫生的宣傳計劃，以推廣抗菌譜便覽、《效果》指引、及抗生素導向計劃，亦可著力了解和解決醫生不使用這些工具的原因，並改善反映意見的機制，以持續改良有關工具。由於大多數受訪者認為「延續醫學教育計劃」認可的正規課程及網上／電子資源有效，將來可多從這兩個途徑向醫生提供相關培訓。

5.3. 調查局限

- 5.3.1 雖然本調查採取了各種措施以提升應答率，包括送出答謝禮物和寄出兩輪催辦函，但仍只有少數醫生答覆問卷，調查結果因此受無反應誤差影響。未有參加本調查的醫生與受訪者可能對抗菌素耐藥性有不同的認知、態度及行為。
- 5.3.2 本調查達到目標樣本數的 97.8%，儘管離達標的樣本數目較少，但發生第二型錯誤的機率仍有可能較預期高。

5.3.3 本調查以受訪者自行填寫方式進行。

- (a) 雖然在進行正式調查前，進行了測試調查以確保問卷的措詞易於理解，但仍有極小可能有一些受訪者因誤解一個或多個問題而提供錯誤答案；及
- (b) 一些受訪者可能因不想回答或不明白意思而跳過問題，以致部份題目的資料有所缺失。

5.3.4 受訪者可能因未能準確記起過去發生的有關情況，以致可能出現回憶偏差和回憶錯誤偏差。**5.3.5** 部份受訪者可能不願意披露不被視為理想的行為（如總會在病人要求時處方抗生素），或刻意提供低於實際情況的答案。另一方面，部份受訪者可能對通常被視為可取的行為言過於實。**5.3.6** 部份分組分析的樣本數目相對較少，讀者須謹慎詮釋基於這些樣本量得出的結果。**5.3.7** 本調查是一項橫斷調查，研究結果僅建立了相關性，並不能確定各因素間的因果或先後關係。

附錄 A 調查問卷（只提供英文版）

RESTRICTED WHEN ENTERED WITH DATA
ACCESSIBLE TO AUTHORIZED PERSONS ONLY



Survey url: chp-amrsurvey.csg-worldwide.com/survey/survey.php?u=5db2bbebd839844832288x36m6e27c7

DEPARTMENT OF HEALTH

2019 KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE SURVEY OF MEDICAL PRACTITIONERS ON ANTIMICROBIAL RESISTANCE (AMR)

To keep the information collected in strict confidence, please put the completed form in the pre-paid “Restricted” envelope and have it properly sealed before mailing to CSG. As an alternative, you may choose to complete the electronic questionnaire of this survey via the QR code and password above.

Part 1. Knowledge and awareness on antibiotics and antimicrobial resistance

1. Antimicrobial resistance (AMR) could lead to:	Yes	No	Don't know
a. Reduced treatment options	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₈
b. Increased length of hospital stay	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₈
c. Increased treatment cost	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₈
d. Increased mortality	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₉₈

2. Please rate the severity of AMR in the following:	Not severe at all				Very severe
	1	2	3	4	5
a. Worldwide	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
b. Hong Kong in general	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
c. Hospital setting	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
d. Community setting	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

3. Please rate the importance of the following factors contributing to AMR:	Not important at all				Very important
	1	2	3	4	5
a. Poor infection control	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
b. Inappropriate use of antibiotics in terms of:					
(i) Duration	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
(ii) Choice of drug	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
(iii) Influence of pharmaceutical industry	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
(iv) Patients' non-compliance to antibiotic treatment	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
(v) Self-medication with antibiotics	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
c. Poor quality of antibiotics	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Part 2. Prescription of antibiotics

4. Are you aware of the following in Hong Kong?	Yes	No
a. Antibigram for public and private hospitals	☐ ₁	☐ ₂
b. IMPACT guideline (Interhospital Multi-disciplinary Programme on Antimicrobial Chemotherapy)	☐ ₁	☐ ₂
c. Antibiotic Stewardship Programme in Primary Care/ Hospital	☐ ₁	☐ ₂

5. How often do you make decision on antibiotic prescription with reference to the following?	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always	Not applicable
a. Antibigram for public and private hospitals	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
b. IMPACT guideline (Interhospital Multi-disciplinary Programme on Antimicrobial Chemotherapy)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
c. Antibiotic Stewardship Programme in Primary Care/ Hospital	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
d. Foreign guidelines/ recommendations for health authorities/ agencies (e.g. WHO, CDC) ³	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
e. Peers' suggestion (of the same specialty)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
f. Specialist consultation (e.g. microbiologist, infectious disease specialist)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
g. Laboratory test/ Point-of-Care test	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉

6. Please rate your level of confidence in the following:	Not confident at all				Very confident
	1	2	3	4	5
a. I know when to start antibiotic therapy	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
b. I can choose the correct drug and dosage	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
c. I can determine the right treatment duration	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
d. I can differentiate broad-spectrum antibiotics from narrow-spectrum antibiotics, and avoid their unnecessary use	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
e. I can interpret antibiotic susceptibility test result	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
f. I can de-escalate antibiotic therapy according to clinical evaluation and diagnostic test result	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
g. I can educate patient on proper use of antibiotics	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

7. In general, what was the percentage of consultations that had led to antibiotic prescription in your usual practice?
☐ ₁ 0 to <5% ☐ ₂ 5 to <10% ☐ ₃ 10 to <15% ☐ ₄ 15 to <20% ☐ ₅ 20 to <25% ☐ ₆ 25 to <30% ☐ ₉₇ ≥ 30% _____% (please specify)

8. How often do you prescribe antibiotics for cold/ flu/ upper respiratory tract infection (URTI)?
☐ ₁ 0 to <5% ☐ ₂ 5 to <10% ☐ ₃ 10 to <15% ☐ ₄ 15 to <20% ☐ ₅ 20 to <25% ☐ ₆ 25 to <30% ☐ ₉₇ ≥ 30% : _____% (please specify)

9. How often do your patient request antibiotics for cold/ flu/ URTI?
☐ ₁ Never ☐ ₂ Rarely ☐ ₃ Sometimes ☐ ₄ Often ☐ ₅ Always

³ WHO: World Health Organization, CDC: Centers for Disease Control and Prevention

醫生對抗菌素耐藥性的認知、態度及行為調查 – 調查報告

10. How often do you practise the following for patients with <u>uncomplicated</u> URTI (including common cold and flu)?	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
a. Prescribe antibiotics whenever patient request	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
b. Do not prescribe antibiotics and explain to patient why they are not indicated	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
c. Use Point-of-Care test to guide antibiotic prescription	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

11. How do you rate the following reasons for unindicated antibiotic prescription?	Not important at all 1	2	3	4	Very important 5
a. Uncertain clinical diagnosis	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
b. Expectation/ request of antibiotics by patients or carers	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
c. Cannot ensure return of patient for follow up	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
d. No time to explain why not indicated	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
e. Fear of patient's litigation	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

12. Upon antibiotic prescription, how often do you explain to patient:	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
a. Indication of antibiotic prescription	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
b. Side effects of antibiotics	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
c. Complete course of antibiotics as prescribed	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
d. Improper use of antibiotics would increase antimicrobial resistance	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

13. Do you reassess your patient's antibiotic regimen after 48-72 hours of starting treatment?
☐ ₁ Never ☐ ₂ Rarely ☐ ₃ Sometimes ☐ ₄ Often ☐ ₅ Always

14. Do you consider yourself adequately trained on antibiotic use?	☐ ₁ Yes ☐ ₂ No
--	--

15. How would you rate the effectiveness of the following on improving doctors' knowledge on proper use of antibiotics?	Not useful at all 1	2	3	4	Very useful 5	Not applicable
a. Formal lecture (CME accredited)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
b. Antibigram for public and private hospitals	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
c. IMPACT guideline (Interhospital Multi-disciplinary Programme on Antimicrobial Chemotherapy)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
d. Antibiotic Stewardship Programme in Primary Care/ Hospital	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
e. Web/ computer-based resources	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
f. Infectious disease specialist/ microbiologist consultation	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉

Part 3. Demographic

16.	Year of birth					17. Gender	☐ ₁ Male	☐ ₂ Female
18.	In which year did you start clinical practice?: _____							

19.	Which of the following best describes your work status as at 30.6.2019? “Practising in the medical professional” includes the practice of medicine, surgery, midwifery, or any branch of medicine or surgery. This includes research, administration and teaching of the field.
	☐ ₁ Practising in the Hong Kong Special Administrative Region in the medical profession
	☐ ₂ Practising in the Mainland, Macao, or Taiwan in the medical profession
	☐ ₃ Practising overseas in the medical profession
	☐ ₄ Not practising in the medical profession

20.	Please indicate the type of <u>institution</u> in which you worked in the medical profession as at 30.6.2019 (or last practice if you are no longer practising). If you have more than one job in the medical profession, please indicate the type of institution of your main job in which you spent most of your working time.	
	☐ ₁ Government	☐ ₅ Private - Clinic-based
	☐ ₂ Hospital Authority	☐ ₆ Private - Hospital-based
	☐ ₃ Academic institution	☐ ₉ Private - Others: _____ (Please specify)
	☐ ₄ Subvented organisation	☐ ₉₇ Others: _____ (Please specify)

21.	Major field of present practice (or last practice if you are no longer practising)		
	☐ ₁ General practice	☐ ₂ Practice in a specialty	☐ ₃ Administration/ Management
	☐ ₄ Teaching/ Education	☐ ₉₇ Others: _____ (Please specify)	

22.	Level of professional training		
	☐ ₁ Specialist/ Fellow	☐ ₂ Specialist trainee	☐ ₃ Not under any specialty (Please jump to Q.24)

23.	Specialty		
	☐ ₁ Anaesthesiology	☐ ₂ Obstetrics & Gynaecology	☐ ₃ Pathology
	☐ ₄ Community Medicine	☐ ₅ Ophthalmology	☐ ₆ Psychiatry
	☐ ₇ Emergency Medicine	☐ ₈ Orthopaedics & Traumatology	☐ ₉ Radiology
	☐ ₁₀ Family Medicine	☐ ₁₁ Otorhinolaryngology	☐ ₁₂ Surgery
	☐ ₁₃ Internal Medicine	☐ ₁₄ Paediatrics	☐ ₉₇ Others: _____ (Please specify)

24.	Other than fellowship qualification(s), please indicate your additional post-graduate qualifications, which is/ are relevant to the medical profession you obtained. (You may ✓ more than one box)				
	☐ ₁ Diploma	☐ ₂ CME/CPD programme	☐ ₃ Master's Degree	☐ ₄ Doctoral Degree	☐ ₉ Not applicable

If you are interested in receiving an electronic coupon as a token of our appreciation, please fill in a valid email address in the space below:

Email address: _____

---- END OF SURVEY, THANK YOU VERY MUCH ----

附錄 B 反饋問卷（只提供英文版）

Section A

For both Paper-based and Web-based Respondents

1. How much time was taken to complete the questionnaire?

_____ minutes

2. Was the length of the questionnaire appropriate?

- ☐ Appropriate
☐ Too long
☐ Too short

Comments (if any): _____

3. Did you find any wording or phrase of any question hard to understand/ confusing/ inappropriate?

- ☐ Yes → Which wording/ phrase(s) in which question(s)? And, in your view, how should it/ they be improved?

Hard to understand: _____

Confusing: _____

Inappropriate: _____

- ☐ No

4. Did you think the sequence of some questions should be changed?

- ☐ Yes → Which question(s)? And, in your view, how should the sequence be improved?

- ☐ No

5. Was there any question you consider too challenging/ sensitive to answer?

- ☐ Yes → Which question(s)? And, in your view, how should the question(s) be improved?

- ☐ No

6. Were the choices of answers for the questions.....

(a) enough?

- ☐ Yes

- ☐ No → Which question(s)? And, in your view, how should the answers be improved?

(b) appropriate?

☐ Yes

☐ No → Which question(s)? And, in your view, how should the answers be improved?

7. Did you find the layout of the questionnaire clear and easy to follow?

☐ Yes

☐ No → In your view, how should the layout be improved?

Section B

For Web-based Respondents Only

8. Were the instructions about completing the web-based questionnaire clear and easy to follow?

☐ Yes

☐ No → Which part was not clear or easy to follow? And, in your view, how should the instructions be improved?

9. Was the time required to load the survey page appropriate?

☐ Appropriate

☐ Too long

Comments (if any): _____

10. If you did not complete the survey in one-go, did you encounter any difficulty when resuming the survey?

☐ Yes → What difficulties?

☐ No

11. Did you find the font size of the survey appropriate?

☐ Appropriate

☐ Too large

☐ Too small

Comments (if any): _____