

國立臺灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所

碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

肌肉骨骼疾病之輔助與另類療法的使用：

病患與復健科專業人員的態度與互動經驗

Use of Complementary and Alternative Medicine for
Musculoskeletal Disorders: Attitudes of and Interactions
between Patients and Rehabilitation Professionals

沈佩瑩

Pei-Yin Shen

指導教授：丁志音 博士

Advisor: Chih-Yin Lew-Ting, Ph.D.

中華民國 99 年 7 月

July, 2010

國立臺灣大學碩士學位論文
口試委員會審定書

醫事人員與肌肉骨骼系統疾病患者
對輔助另類療法的使用態度與醫病互動經驗
Use, attitudes and disclosure experiences
for complementary and alternative medicine

本論文係沈佩瑩君 (R97845118) 在國立臺灣大學衛生政策與
管理研究所完成之碩士學位論文，於民國 99 年 6 月 18 日承下列
考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

口試委員：

丁志音

(簽名)

(指導教授)

蕭作仁

曹昭慧

誌謝

兩年的研究所生涯即將告一段落，對我而言，孕育這本論文就像是參加了一場充實的訓練營，首先要感謝總召，也就是我辛苦的指導教授 丁志音老師，這兩年來給了我很多指導與鼓勵，在構思論文方向時也提供我很多建議，培養我獨立研究的態度與精神，然而，我很慚愧自己不是個很認真的學生，在此真的很感謝老師對我付出很大的耐心與包容。此外，感謝口試委員 劉作仁醫師和曹昭懿老師，在口試時給予的寶貴指正及建議，以及對於論文撰寫和修改提供許多建議，使得本論文更臻完整。

接著感謝總務組組長，也就是我最親愛的爸媽，一直無怨無悔的支持我讀研究所，讓我無後顧之憂的完成學業，如今我終於能好好孝敬父母，回報他們的養育之恩。另外感謝總務組副組長，陳正二醫師，給我機會能同時兼顧學業與工作，同時也感謝他協助我進行論文研究。謝謝詩珊學姊在這兩年中扮演秘書組組長的角色，總是溫柔又細心的提醒我、幫助我處理很多行政上的事務。在這裡也要特別感謝所有協助資料收集的活動組成員，包括台大物治所王淑芬教授、台大醫院蕭淑芳治療師與葉坤達治療師、宏恩醫院陳冠宇治療師、萬芳醫院陳弘欣治療師、以及進行問卷調查期間所有被我打擾的治療師們與患者們，當然，還有好幾位不僅幫助我收集問卷資料同時也參與訪談的治療師，為了保持他們的神秘性，在這裡就不一一列名了，但真的非常感謝大家，因為有這麼多人的幫助，我才得以如此順利的完成論文。

當然不能忘記感謝生活組組長兼旅遊達人林阿信，陪我度過這快樂的兩年，還有與我一路相互扶持的石嘎、天真的矮人、貼心的金妮、直率的 UG 和忙碌的駝鳥，謝謝你們豐富了我的研究生活。還有可愛的宸安同事們，和你們共事真的很愉快，也謝謝妳們的包容。同時我也要感謝芳盈、咏臻、佳雯、伶雅以及衛政所的同學們，和你們一起學習讓我成長許多，祝福大家未來都能一帆風順。

最後，我要感謝擔任器材組與資訊組組長的文凱，支援很優的硬體設備以及技術指導，讓我順順利利的寫完論文，而且也要感謝他同時還身兼我的清潔工友，聽我抒發各式各樣的情緒，陪我度過這麼多個日子，謝謝你！結束之前我要衷心感謝兩位資深顧問，文昌君和交大土地公，謝謝你們一直以來的照顧！

摘要

背景：肌肉骨骼系統疾病包含了所有因姿勢不良、過度使用、外力撞擊或退化引起的肌肉骨骼傷害，此類疾病有高比例的醫療需求。在多元的健康照護體系中，相當高比例的肌肉骨骼疼痛患者基於對正統西醫的效果不滿意，轉而使用輔助另類療法以期望達到緩解症狀、治療疾病的功效，然而，只有部分患者會與專業醫事人員討論或諮詢。過去輔助另類療法的研究多著重於分析患者的使用率和使用型態，較少深入探討醫病互動的經驗。

目標：本研究之目的在於：(1)了解肌肉骨骼系統疾病患者使用輔助另類療法的現況與相關影響因素；(2)探討復健科醫事人員對輔助另類療法與患者使用輔助另類療法的態度，以及相關學習經驗；(3)檢視復健科醫事人員與患者針對輔助另類療法的醫病互動情形。

方法：本研究為一橫斷性研究，研究對象為20歲以上肌肉骨骼系統疾病患者，有效樣本共352人，以結構性問卷調查過去一年輔助另類療法之使用經驗與醫病互動經驗。此外，本研究亦針對14位復健科醫師與物理治療師進行深度訪談，以了解醫事人員對於輔助另類療法與患者使用輔助另類療法的看法，以及學習或治療經驗。

結果：研究發現，85.6%的肌肉骨骼系統疾病患者於受訪前一年使用了至少一種樣式的輔助另類療法，使用的樣式以痠痛貼布(54.1%)居多，其次為推拿(39.9%)及針灸(36.0%)等。社會人口特質對於輔助另類療法的使用及醫病互動經驗並無顯著的影響，但疾病種類與求醫偏好則與輔助另類療法的使用經驗有較強的關係，儘管疾病種類與求醫偏好對醫病互動經驗無顯著影響，但在醫病互動的對象上則具有顯著差異。復健科醫事人員對輔助另類療法的態度偏向中立，部分對於輔助另類療法學習及治療經驗較多的醫事人員比較會和患者討論使用經驗，但多數患者於受訪前一年和復健科醫事人員並無討論或諮詢上的互動。

結論：肌肉骨骼系統疾病患者對輔助另類療法的使用相當普遍，然而對於輔助另類療法的使用經驗，醫病雙方卻少有互動。復健科醫事人員應更加注意患者使用輔助另類療法的情形，並了解患者常用之輔助另類療法的療效與安全性，透過主動與患者互動並提供相關的諮詢建議，有助於確保患者的醫療照護安全及品質。

關鍵字：肌肉骨骼系統疾病、復健、輔助另類療法、醫病互動、揭露



Abstract

Background: Musculoskeletal disorders, including injuries caused by faulty posture, overuse, forced impact or degeneration, are in great medical demands. In a pluralistic health care system, a very high proportion of musculoskeletal patients prone to use complementary and alternative medicine (CAM) due to dissatisfaction with orthodox medicine. However, only very limited number of patients would disclose their experiences of CAM use and consult rehabilitation medicine professionals. While previous studies have focused on the prevalence and types of use, very few have considered the experience of physician-patient communication, which is critical to safeguard safety and quality of use.

Objectives: This study aims to (1) investigate patients' use of CAM and its correlates, (2) explore rehabilitation medical professionals' attitudes toward CAM and patients' CAM use, and their own learning of CAM, and (3) examine CAM-related interactions between medical professionals, and patients.

Methods: This study applies a cross-sectional mixed-method design. A structured questionnaire was used to tap adult musculoskeletal patients' (n=352) experiences of CAM use and their communication of which with medical professionals in the past year. In addition, in-depth interviews were conducted to 14 rehabilitation clinicians and physical therapists to explore the perceptions of and the positions they held towards patients' behavior and their own CAM-related practices.

Results: 85.6% of respondents reported ever use of CAM use in the past year. The most popular modalities used by these patients were medicinal patches (54.1%), massage body manipulation (39.9%) and acupuncture (36.0%). Although socio-demographic characteristics associated weakly with CAM use, types and anatomical location of

musculoskeletal diseases and medical care preferences correlated more strongly with the experience of CAM use. While these factors were somewhat irrelevant to patient-physician interactions concerning CAM use in general, which, however, were significantly associated with to whom the patients chose to consult the use of CAM. The results of qualitative data analysis show that most rehabilitation physicians took a neutral stance on CAM. Physicians with more experiences in CAM learning and treatments were more likely to discuss the CAM use with their patients. However, most CAM users failed to communicate with their physicians about their practices.

Conclusion: Despite commonly used and involving a wide range of modalities, CAM use in physical therapy has been a topic far less brought up during patient-physician interactions. It is suggested that professionals in rehabilitation and physician therapy should pay greater attention to this issue, enhance their own understanding of potential benefits and harms inherent in commonly used CAM, and can actively communicate with their patients and provide advice to assure the safety and quality of care.

Keywords: musculoskeletal disorders, rehabilitation, complementary and alternative medicine, physician-patient communication, disclosure

目錄

摘要	ii
目錄	vii
圖目錄	ix
表目錄	ix
第一章 緒論	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究動機	7
第二章 文獻回顧	9
第一節 肌肉骨骼疾病患者的複向求醫行為	9
第二節 患者在使用輔助另類療法上的醫病互動經驗	11
第三節 醫事人員對輔助另類療法的看法	13
第四節 小結	18
第三章 研究方法與材料	19
第一節 研究設計	19
第二節 肌肉骨骼系統疾病患者之量性研究	20
第三節 復健科醫事人員之質性研究	30
第四章 結果	33
第一節 研究樣本特質	33
第二節 輔助另類療法的使用概況	38
第三節 醫事人員對輔助另類療法的看法	51
第四節 醫病互動	84
第五章 討論	107
第一節 肌肉骨骼系統疾病患者的輔助另類療法使用經驗	107

第二節	關於使用輔助另類療法的醫病互動情形	110
第三節	從醫病雙方的角度看整合醫療	113
第四節	研究貢獻與建議	115
第五節	研究限制與後續研究建議	116
參考文獻		117
台北市肌肉骨骼疼痛患者使用非西醫治療的經驗		123



圖目錄

圖 1-1	多元健康照護系統.....	3
圖 4-1	初步概念架構.....	51
圖 4-2	肌肉骨骼系統疾病患者的主動互動經驗.....	84

表目錄

表 2-1	家庭醫師(General practitioners, GPs)對 CAM 的態度及相關經驗.....	16
表 3-1	研究變項定義與測量.....	24
表 4-1	病患樣本之社會人口特質及健康狀況.....	35
表 4-2	專業人員樣本之社會人口與服務特質.....	36
表 4-4	CAM 之使用型態.....	39
表 4-5	復健科醫事人員陳述之肌肉骨骼系統疾病患者常用的 CAM 樣式.....	40
表 4-6	個人特質與 CAM 的使用.....	42
表 4-7	羅吉斯迴歸分析—CAM 的使用與否.....	44
表 4-8	線性迴歸分析—CAM 的使用樣式.....	45
表 4-9	自覺健康狀況、疾病種類及求醫偏好與 CAM 的使用.....	48
表 4-10	個人特質、自覺健康狀況、疾病種類及求醫偏好與 CAM 的使用.....	50
表 4-11	個人特質對主動互動經驗的影響.....	87
表 4-12	疾病種類、求醫偏好、醫病互動感知、使用範疇及頻率對主動互動經驗的影響.....	88
表 4-13	羅吉斯迴歸分析—主動互動的經驗.....	89
表 4-14	個人特質對互動對象的影響.....	98

表 4-15	疾病種類、求醫偏好、醫病互動感知、使用範疇及頻率對互動對象的影響	99
表 4-16	個人特質對專業意見接受的情形	103
表 4-17	疾病種類、求醫偏好、醫病互動感知、使用範疇及頻率對專業意見接受的情形	104



第一章 緒論

為了對於研究主題有充分的了解，本章將逐一闡述國內肌肉骨骼系統疾病的健康照護系統，輔助另類療法的定義、種類，民眾的 CAM 使用經驗與相關影響因素，以及肌肉骨骼系統疾病患者的求醫行為模式，最後歸納出本研究的目的與問題。

第一節 研究背景

肌肉骨骼系統疾病(musculoskeletal disorders)包含了所有因姿勢不良、過度使用、外力撞擊或退化引起的肌肉骨骼傷害，例如：關節炎、軟組織發炎、運動傷害、頸背痛、下背痛、骨折或關節脫位、軟組織或骨關節感染、腫瘤、先天性疾病或畸形、截肢...等等。根據衛生署的統計資料，肌肉骨骼系統疾病的門診利用率為 $28648/10^5$ ，顯示約有近三分之一的國人曾因為肌肉骨骼疼痛到門診就醫；若單從中醫門診利用來看，因關節脫臼或骨骼損傷就醫的比例為 17.46%，另外 16.53% 則是因肌肉關節系統疾病就醫，肌肉骨骼系統疾病即佔了中醫門診疾病種類的三分之一(梁淑勤, 2003)。

在台灣多元的健康照護體系中，肌肉骨骼系統疾病患者經常尋求的照護方式包括西醫治療(如：手術治療、藥物治療、物理治療、運動治療等)、中醫治療、國術館、草藥、食補.....等。

研究台灣醫療體系聞名的 Arthur Kleinman 將多元健康照護系統(local health care system)分成三個次體系—專業部門、民俗部門以及大眾部門 (圖 1-1) (Kleinman, 1981)：

- (1) 專業部門(professional sector)：此部門所指的是醫療服務專業人員，包括中醫醫師、西醫師、護理人員。Kleinman 特別提出在大部分的社會中，是以現

代醫學為主，但是在某些社會哩，如本土醫療體系的中國傳統醫學也是涵括在內。

- (2) 民俗部門(folk sector)：包括一些非專業人士、此部分的範圍相當大，不過通常都沒有專業證照，共包括兩種，其中之一是超自然的，如：童乩、道士等，另一種是世俗的，如：草藥師、國術館拳頭師傅。
- (3) 大眾部門(popular sector)：醫療系統中最普遍為民眾採行的，是任何體系中最大的部分，包括了個人、家庭、社會網絡，群體的信念與活動以及社區等層次，當人們經驗到症狀時，通常先評定此症狀是否為疾病，以保護措施承受病人角色採取行動開始求醫，接受治療，評值自我照顧與專業治療的效果，自我照顧包括自己買草藥食補或以冷熱的觀點調節飲食等。

在這個結構圖像中，不同的醫療次體系擁有不同的角色以及功能（圖1-1）。從Kleinman的分類法來看，台灣的醫療次體系間並無嚴格的劃分與規範，患者可以自由地在次體系間竄流，也正因為如此，患者與醫療專業人員的互動便更加微妙。此外，針對民眾在多元健康照護系統內的求醫行為，Kleinman將它分為並用模式(simultaneous resort)和階層模式(hierarchical resort)：

- (1) 並用模式：這類的求醫行為較常發生在患有嚴重疾病的兒童上，患者及其親人為求有效改善或解決疾病時，通常會同時嘗試使用多種療法，如民間偏方、草藥食補、西醫、中醫及其他民俗療法等。
- (2) 階層模式：又可分為排除型(exclusive type)和混合型(mixed type)。其中混合型的求醫行為較常顯現在患有急性但無生命威脅之疾病的成人上，他們通常會從自我評定疾病、自我治療開始嘗試，當該種療法無法解決疾病問題時便會放棄轉而尋求下一種，如先試西醫、再試中醫……。混合型的求醫行為則較常顯現於罹患慢性或復發疾病的成人上，不同於排除型的地方在於，當他們轉而尋求其他治療時，並不會屏棄原先使用的療法。

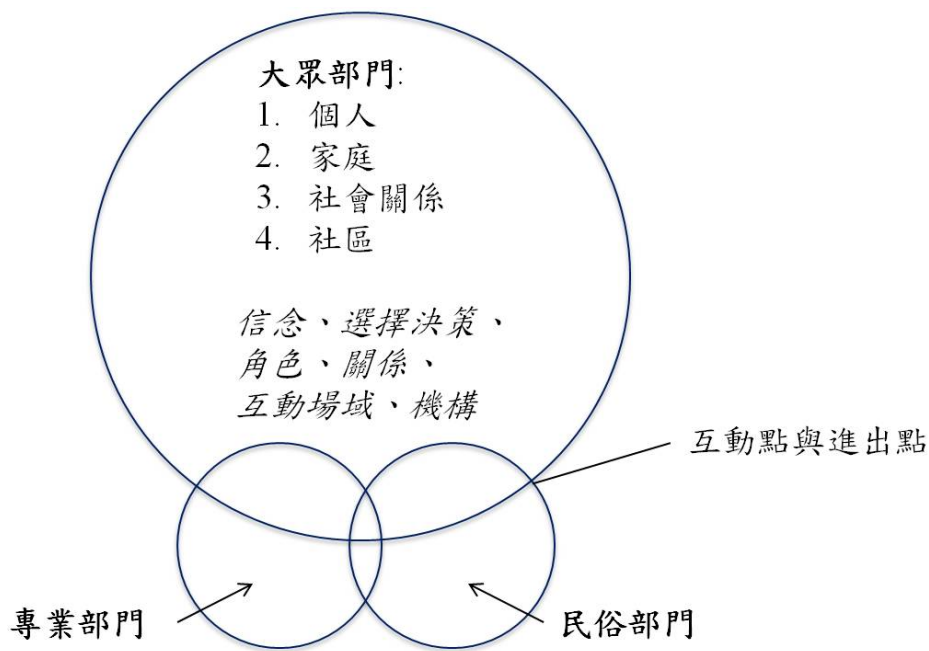


圖 1-1 多元健康照護系統(Kleinman, 1981)

針對民眾在大眾部門及民俗部門使用的各種療癒方法，學者以輔助另類療法 (complementary and alternative medicine, CAM) 予以統稱，美國輔助另類醫學國家中心 (National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM) 將 CAM 定義為：「某一社會或文化在特定的歷史時空下不屬於具政治優勢之健康體系的所有療癒資源，囊括所有的體系、樣式、實務及其所伴隨的理論與信念」，簡單而言即是「現在不被認為是正統醫學的一群各式各樣醫療健康照護系統、實務與產品」(NCCAM)。即使長久以來 CAM 被置於醫學領域中的邊緣位置，得不到具有政治優勢之健康體系的認同，但在慢性病人人口增加且病程逐漸延長的醫療現況中，由於正統醫療無法解決患者生理或心理上所有的問題，造成患者對西醫療效的不滿意，於是多數患者便基於增進身心健康與治療緩解疾病的目的使用 CAM (曾月霞、林岱樺、洪昭安, 2005)。此外，在社會文化的轉變下，民眾的健康自主權日益提升，加上媒體傳播及市場行銷的發展，也提升了 CAM 的使用度，成為醫學領域中無法忽略的角色，而醫界為求達到身心靈全人照護的目標，提出整合醫學的概念，使得 CAM 的使用成為近年來全世界的醫療趨勢之一 (Rees & Weil, 2001)。

目前全世界共有 200 多種 CAM，美國 NCCAM 將其歸納成五大類(NCCAM)：

- (1) 另類醫療系統(alternative medical system)：基植於完整的理論與實務系統，通常是指比美國正統醫療更早演進出來的醫療系統，如：同類療法(homeopathic medicine)、自然療法(naturopathic medicine)以及中醫、印度醫學等。
- (2) 身心介入(mind-body interventions)：藉由多種增進心靈能力的技術，影響身體的功能與症狀，如冥想、祈禱、藝術治療、病人支持團體(patient support group)等。
- (3) 生物基礎療法(biologically based therapy)：使用自然物質進行治療，如：草藥、食物及維生素。
- (4) 手部操作及身體為基礎的療法(manipulative and body-based method)：利用手部操作技巧或身體運動來治療，如：脊骨神經療法(chiropractic therapy)、整骨療法(osteopathic therapy)、按摩、瑜珈等。
- (5) 能量療法(energy therapies)：運用能量場(energy fields)或生物電磁場的治療方式，如：氣功、靈氣(Reiki)等。

由於東西方社會文化不同，因此丁志音參考美國 NCCAM 的分類，將國人使用的 CAM 樣式分為四大類：(一)、物質攝入與吸收：包括中藥、草藥、生機飲食、健康食品、特殊飲食、芳香療法等。(二)、以外來力量操弄身體部位：包括按摩、推拿、整脊、刮痧、拔罐、針灸、水療等。(三)、體能活動及身心靈的修持與調和(簡稱身心靈活動)：包括與宗教無關的太極拳、內外丹功、氣(運)功、瑜珈、靜坐、冥想、或其他運動；或與宗教有關的祈求、念佛經、看聖經等。(四)、超自然調控：亦與宗教相關，但此類療法通常需透過一位媒介者與超自然溝通，包括風水、算命、乩童、收驚、道士儀式等(丁志音, 2003)。中華傳統醫學中，中醫具有重要的文化獨特性，中醫不僅在我國的傳統文化中流傳已久，且早已深植於民眾的醫療保健信念中，因此就其普及程度而言，將中醫納入另類醫療的範疇中可能會引起

許多爭論，然而，儘管中醫已納入我國健保給付範圍內，但不論在醫療或政治上，其勢力仍不若主流西方醫學，因此本研究根據 NCCAM 的定義，以相對性的政治優勢為準則，沿用丁志音對 CAM 的分類。

在了解 CAM 的樣式如此多元豐富後，會讓人不禁好奇，有多少人使用？使用哪些療法？因此過去的文獻研究多著重於探討一般民眾或特定疾病患者對 CAM 的使用情形，由於民眾使用 CAM 的情形與種類會因文化、傳統、社會人口特質與疾病種類...等因素而不同，因此各國的 CAM 使用率在 33.8~67.6%不等(Barnes & Bloom, 2008; Barnes, et al., 2004; Eisenberg, et al., 1998; Eisenberg, et al., 1993; Emslie, et al., 2002; Kessler, et al., 2001)。國內的使用情形方面，2002 年的全國調查顯示有 75.5%的民眾在受訪前一年曾使用過 CAM(丁志音, 2003)，而 2006 年的調查中，民眾以保健預防為目的的 CAM 使用比例則高達 85.65%(林寬佳, 2009)，其中，民眾使用的範疇以物質攝入與吸收(中藥、健康食品)以及操弄性治療(推拿、按摩、刮痧、針灸與拔罐)為最多(丁志音, 2003; 林寬佳, 2009)。

影響民眾使用 CAM 的因素很多，其中最被廣泛討論的包括社會人口特質與健康狀況：在社會人口特質方面，國內研究指出大部分的社會人口特質與 CAM 使用關係極微(丁志音, 2003; 林寬佳, 2009)，但國外研究針對年齡的分析結果不一，Barnes 指出，年齡越大使用 CAM 的比例越高(Barnes, et al., 2004)，Kessler 以世代 (cohort) 所得到的研究結果則顯示，越年輕的世代使用 CAM 的比例越高(Kessler, et al., 2001)；性別及教育程度方面，國內外研究皆顯示，教育程度高的女性使用 CAM 的比例較高(Astin, 1998; Barnes, et al., 2004; Bausell, et al., 2001; Chandola, et al., 1999; Eisenberg, et al., 1998; Oldendick, et al., 2000; Rafferty, et al., 2002; 丁志音, 2003; 林寬佳, 2009)。相較於社會人口特質，健康狀況與 CAM 使用的關係明顯較強，文獻指出，自覺健康狀況較差者，在各類 CAM 的使用率較高(Astin, 1998; Bausell, et al., 2001; Eisenberg, et al., 1998; Oldendick, et al., 2000; Rafferty, et al., 2002; 丁志音, 2003; 林寬佳, 2009)。

民眾使用CAM主要的目的在於治療疾病、緩解疼痛(肌肉骨骼疼痛為大宗)以及輔助西醫治療，其他原因包括：親友推薦、有興趣嘗試、醫事人員建議使用、西醫沒有療效...等等(Astin, 1998; Barnes, et al., 2004; Eisenberg, et al., 1998; Emslie, et al., 2002; Oldendick, et al., 2000; Paramore, 1997; 曾月霞、林岱樺、洪昭安, 2005)，相反的，少數民眾則是因為對於CAM的療效及價格有所顧慮而不想使用(Emslie, et al., 2002)。不論使用目的為何，民眾在決定要不要使用不同的療法之前，會尋求很多建議與資訊，研究指出，民眾獲得CAM的資訊來源主要來自於家人與朋友，此外，患者也會藉由網路搜尋進一步的相關資訊(Chandola, et al., 1999; Zhang, 2002; 曾月霞、林岱樺、洪昭安, 2005)。

民眾的健康狀況影響使用CAM的情形，以慢性肌肉骨骼疾病來說，如：風濕性關節炎(rheumatoid arthritis)、退化性關節炎(osteoarthritis)或筋膜炎疼痛症候群(fibromyalgia)等，因為目前的西醫治療仍無法有效根治，且這些疾病所伴隨的長期疼痛，不僅影響患者的生理活動功能，甚至影響患者的心理健康，因此該類患者較常使用CAM(Barnes, et al., 2004; Bausell, et al., 2001; Caspi, 2004; Emslie, et al., 2002)，使得肌肉骨骼疾病患者的醫療需求別具特殊性。根據2006年台灣復健醫學會委託的調查顯示，57%以上的肌肉骨骼疾病患者在疼痛發生時會先尋求西醫以外的治療，其中以按摩為患者最常選擇的治療方法，其次是藥用貼布、藥膏推拿、國術館...等(謝霖芬, 2006)。針灸、推拿、拔罐等治療普遍被認為具有活血化瘀與舒暢筋絡之功效，因此國內許多肌肉骨骼疼痛患者會在接受西醫治療之餘，自行尋求中醫治療，此外，國術館拳頭師傅、推拿師傅或民俗療法包含的各類草藥等，因其治療方式多與中醫類似，也在我國的醫療文化中扮演相當重要的互補角色。

第二節 研究動機

綜觀近四十年來CAM的研究發展，從早期針對普羅大眾或慢性疾病患者的使用經驗進行的描述性研究調查中(Chandola, et al., 1999; Eisenberg, et al., 1998; Rao, 1999)，發現CAM在不同社會文化中皆普遍存在著極高的使用比例，因此許多學者開始進一步探索個人特質與社會文化背景對CAM求醫行為模式的影響(Astin, 1998; 丁志音, 2003; 林寬佳, 2009)。在實證醫學的主流意識引導下，學者亦同時探討專業醫事人員對CAM的認知、態度與經驗(Astin, et al., 1998; Mak, et al., 2009)，試圖藉由專業醫事人員的看法來釐清CAM在效用與安全性上的科學迷霧，然而，過去從醫事人員或患者單方面的研究發展至今，為了進一步探索雙方的認知與態度差異，針對醫病互動與揭露(disclosure)的研究便成為新的研究趨勢。

近年來，醫學界提出整合醫學(integrative medicine)的理念，根據NCCAM的定義，整合醫學為「合併使用正統主流醫療及一些有安全性與有效性科學實證的輔助另類療法」(NCCAM)。不幸的是，在正統西方醫學主導的環境中，要達到整合醫學的理想境界並不容易。目前CAM在腫瘤醫學的整合較為成功(Frenkel & Cohen, 2008; Richardson, et al., 2000)，除此之外，為了符合我國的文化民情，民國85年林口長庚醫院開辦中醫門診，首開醫學中心級教學醫院設立中醫部之先河。自此，國內各大醫療院所亦紛紛成立中醫藥醫療專科，提供患者另一項求醫選擇，但美中不足的是，中醫藥僅為民眾常使用的CAM其中之一，且目前仍未有醫療體系上實質的整合策略與行動，或者說，醫療體系的整合程度仍不及民眾自行整合的行動力。

從研究者臨床的觀察與經驗中也發現，許多肌肉骨骼系統疾病患者都曾嘗試使用CAM，甚至在復健療程中交替或合併使用，然而卻不一定會主動或坦白告知醫事人員，經常發現患者在使用與適應症不符的CAM後，由於症狀加劇或未見改善，才向醫事人員敘述其坎坷的求醫經歷。而追問後發現大部分患者尋求CAM的原因是由於對主流正統西醫的效果不滿意，所以期望藉由CAM達到緩解症狀、治

療疾病的功效，因此，若能了解患者使用CAM的經驗與原因，不僅能確保患者獲得安全的輔助醫療照護，更有助於提升醫療照護的品質。

復健患者對於整合醫療具有高度需求，目前卻無法獲得CAM的正規醫療諮詢與轉介，造成患者四處尋求或嘗試口耳相傳的CAM，且只有部分患者會主動與專業醫事人員討論或尋求諮詢。但令人好奇的是，醫事人員在面對與專業理念不盡相同的CAM時，是否能容忍患者合併使用？然而，若要從醫療體系開始推動整合醫療，首要面臨的問題便是「整合的定義」，倘若在臨床醫事人員對整合的認知不同的狀況下推動整合醫療，勢必事倍功半。再者，整合醫療除了制度面的醫療體系重整以外，亦需要醫病雙方具有良好的醫病溝通模式，因此，了解復健醫學領域的醫事人員對於CAM與整合醫療的看法、態度與醫病互動經驗便顯得極為重要，但目前極少此方面的研究文獻發表，因此實有必要進一步研究探討。

綜合前述，本研究將分別針對下列研究目的與問題進行分析探討：

一、了解肌肉骨骼系統疾病患者使用CAM的經驗與復健科醫事人員的看法與態度。

(一)、肌肉骨骼系統疾病患者使用CAM的經驗為何？

(二)、復健科醫事人員對CAM的態度與相關經驗為何？

(三)、醫事人員對患者使用與其專業理念不盡相同的CAM時，看法為何？

二、探討復健科醫事人員與患者針對使用CAM的醫病互動經驗。

(一)、復健科患者與醫事人員討論、告知或詢問CAM的經驗為何？

(二)、復健科醫事人員給予患者建議的方式為何？

(三)、目前的醫病互動是否能夠滿足民眾的期待？

三、分析醫病雙方對於CAM的溝通障礙是否存在？

(一)、針對CAM的醫病溝通障礙為何？

(二)、造成此醫病溝通障礙的原因為何？

第二章 文獻回顧

根據研究問題，本章將分別藉由國內外的文獻回顧進一步了解肌肉骨骼系統疾病患者的複向求醫行為、患者使用 CAM 的醫病互動經驗、醫事人員對 CAM 的看法。

第一節 肌肉骨骼疾病患者的複向求醫行為

向求醫行為指的是，在多元健康照護體系之下，患者輾轉求助於不同的醫療次體系的行為(丁志音, 2001)。Eisenberg曾指出，近八成過去一年於西醫就診且使用過CAM的民眾認為，混合使用西醫與CAM比單純使用其中一種要來得好(Eisenberg, et al., 2001)，且多數民眾在尋求CAM之前，會先至西醫就診，或是在使用CAM的同時也在接受西醫治療(Astin, 1998; Druss & Rosenheck, 1999; Eisenberg, et al., 2001; Moore, et al., 1985; Vincent & Furnham, 1996)，但是大部分民眾都是以自行處方、自行用藥的方式使用CAM(Barnes, et al., 2004; Eisenberg, et al., 1998)。國內探討複向求醫行為的實證研究甚少，過去的調查指出，近三成的成人會使用中西醫合併的複向求醫型態，其中，患有肌肉骨骼系統疾病且求醫偏好傾向傳統醫療的人或自覺健康比較差的人其複向求醫的機率較高(徐惠娟, 2002; 康翠秀, 1995)，在丁志音針對肌肉骨骼疾病患者進行的質性研究中，所有受訪者皆輾轉於不同的醫療次體系中，且多在醫療人員未參與的情況之下，自行安排交錯性的處理(丁志音, 2001)。

在複向的求醫行為中，最常見的就是民眾為了治療緩解肌肉骨骼疼痛進而尋求正統西醫體系以外的CAM(Astin, 1998; Barnes, et al., 2004; Eisenberg, et al., 1998; Emslie, et al., 2002; Oldendick, et al., 2000; Paramore, 1997; 曾月霞、林岱樺、洪昭安, 2005)，Saydah 等人的研究指出，罹患慢性關節炎的患者使用 CAM 的可能性

不僅比罹患其他慢性疾病的患者高，甚至是無慢性疾病者的 1.59 倍(Saydah & Eberhardt, 2006)。因此，國內外 CAM 的研究中，許多即是針對退化性關節炎、筋膜疼痛症候群(fibromyalgia)、下背痛(low back pain)...等肌肉骨骼系統疾病患者進行求醫行為的探討。過去一份小型的研究調查指出約 28%的肌肉骨骼系統疾病患者曾使用過 CAM(Chandola, et al., 1999)，以疾病的類型來看，約 40~63%的關節炎患者曾使用過 CAM(Rao, 1999; Zochling, et al., 2004)，其中長期使用的比例甚至高達 90%(Rao, 1999)；除了關節炎以外，近半數的下背痛患者曾接受過脊骨神經療法，少數則使用過按摩與針灸(Sherman, et al., 2004)。在 Chandola 的調查中，肌肉骨骼系統疾病患者使用 CAM 的原因是為了尋求治癒疾病的希望、對西醫的副作用及療效不滿意(Chandola, et al., 1999)。

一個人處理疾病的策略除了受到疾病種類與個人特質的影響外，也深受文化的影響(Caspi, 2004; Zhang, 2002)。在華人的醫療史當中，中醫扮演著深遠且重要的文化角色，因此，華人處理疾病的策略也有別於其他西方人種。文獻指出，在多元的健康照護體系中，多數關節炎患者在意識到疾病發生時，其處理疾病的策略大多從自我照護開始，透過調整飲食、補充營養、或改善生活及運動習慣，以求緩解疾病發作，當自我照護的無法改善疾病或症狀急性惡化的時候，患者就會尋求西醫治療，然而，西藥的副作用以及患者在西醫治療過程中感受到的負向經驗，促使患者中斷西醫療程，轉而尋求中醫治療。除此之外，疾病的嚴重度也會影響患者的決策，症狀較嚴重的患者在中醫治療無效後，會再回到西醫照護系統中，而一般中度症狀的患者則會根據求醫信念與症狀的轉變，在不同的時間點依自己的邏輯進行醫療資源的整合，最常見的就是在中醫和西醫照護系統中遊走(Caspi, 2004; Zhang, 2002; 丁志音, 2001)。

第二節 患者在使用輔助另類療法上的醫病互動經驗

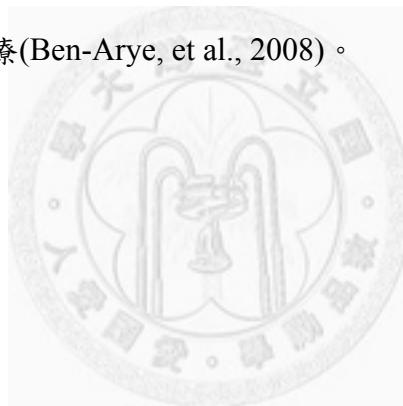
近年來醫界在推動整合醫療的同時也開始強調醫病互動的重要性，因為良好的醫病互動具有「治療的潛能」(田健堯、侍台平, 1993; 蔡世滋, 1991)，因為它幫助患者在醫學迷霧中獲得足以信賴的醫療指引，建立積極性治療的信心，在醫學層面上，亦有助於釐清整合醫學可能產生的治療交互作用，亦有助於訂定符合患者需求的整合醫療計畫，以達到更有效益的全人醫療照護品質。

近年來醫病互動對患者 CAM 使用所扮演的角色相當受到重視，因為患者在與西醫的互動過程中所感受到的負向經驗，不僅會影響患者的就醫選擇，亦不利於建立信任感與發展長期的醫病關係(Hall, 2001; van den Brink-Muinen & Rijken, 2006)。在 Zhang 等人進行的質性研究中，關節炎患者表示他們在接受西醫治療時，醫師多仰賴科學化的診斷工具而忽略了傾聽患者的感受與疾病求醫經歷，除此之外，患者也常抱怨西醫師對於病情與治療的說明過於制式化且不易理解(Zhang, 2002)。學者將西醫師與 CAM 的治療人員相互比較後發現，醫師較不重視患者的醫療偏好(Tilburt, et al., 2009)，而 CAM 的治療人員則較願意花時間傾聽患者的敘述，並與他們做雙向溝通且較了解他們，因此很多患者認為 CAM 比較能夠符合他們的需求，點出了西醫醫事人員與患者之間存在的醫病互動不良問題。

多數探索民眾的 CAM 使用經驗之調查研究指出，約 55~83%的個案未曾告知醫師 (Cauffield, 2000; Druss & Rosenheck, 1999; Eisenberg, et al., 1998; Eisenberg, et al., 1993; Emslie, et al., 2002; Rao, 1999; Robinson, 2004; 曾月霞、林岱樺、洪昭安, 2005; 黃惠美, 2005)，針對這個現象深入探究後發現，醫事人員未主動詢問是主要原因，其他原因包括：患者覺得醫事人員知不知道並不重要、認為醫事人員沒有興趣或沒有必要知道、醫事人員不了解 CAM、擔心或曾經有過負面的告知經驗(如：醫事人員會反對患者使用 CAM、或不願繼續替患者治療)...等(Eisenberg, et al., 2001; Lazar & O'Connor, 1997; Rao, 1999; Shelley, et al., 2009; Sprague, et al., 2007;

Visser, et al., 1992)。然而，在上述眾多患者不願意告知其使用 CAM 的原因之中，患者對於醫事人員抱持反對態度的顧慮遠不及他們認為醫事人員不懂或沒辦法將他們使用的 CAM 與西醫治療計畫相互整合(Eisenberg, et al., 2001)。此外，在醫事人員對 CAM 的認知不足的情況下，可能會因此抱持負面的態度進而影響醫病溝通，因此 Shelley 等人也提出，患者感受到醫師對 CAM 的接受度、專業度以及是否主動與患者討論，都是影響醫病溝通的關鍵因素(Shelley, et al., 2009; 曾月霞、林岱樺、洪昭安, 2005)。

儘管民眾對於 CAM 的需求甚高，然而，目前僅有極少部分的 CAM 經過實證醫學的研究，不禁使得 CAM 在治療疾病的功效上受到強烈質疑，在此方面民眾則認為，醫師需要加強 CAM 的相關知識，以提供適切的諮詢建議，並希望由醫師進行轉介或提供 CAM 的治療(Ben-Arye, et al., 2008)。



第三節 醫事人員對輔助另類療法的看法

當 CAM 逐漸滲透到醫療體系中，且在大部分 CAM 的效用仍具有疑問的狀況下，使得在醫事人員對各類 CAM 的認知與態度，仍存有相當程度的歧異性，因此，探討正統醫學訓練出身的醫事人員對於 CAM 的認知與態度也是學者們近年研究的重點之一。自 1980 年代開始，英國學者便開始探究基層照護的家庭醫生(General practitioner, GP)對 CAM 的認知、態度、學習意向、使用與轉介經驗...等。結果顯示，家庭醫生對於 CAM 多半具有些許程度的了解，並且對於比較廣為接受的療法（如針灸、同類療法、催眠、整骨/整脊療法...等等）抱持正向的態度，12~38%的醫生曾經學習至少一種 CAM，並且大多數的醫生有意願再進一步學習，另外有 26~47%的醫生則曾經親身使用過(表 2-1)(Anderson & Anderson, 1987; Hadley, 1988; Perkin, et al., 1994; Reilly, 1983; Schachter, et al., 1993; Verhoef & Sutherland, 1995; Visser & Peters, 1990; Wharton & Lewith, 1986; White, et al., 1997)。1986 年 Wharton 及 Lewith 指出，科學以外的資訊，如：透過臨床、個人或身旁其他人的經驗所觀察到的 CAM 療效，會為家庭醫生對 CAM 的態度帶來正向的影響，相反的，缺乏臨床療效或科學證據、醫生的 CAM 知識不足、自費治療價格昂貴、具有傷害性...等因素則會造成負向的影響(Wharton & Lewith, 1986)。

儘管早期國外學者以家庭醫師為研究族群做了許多對於 CAM 的態度調查研究，但在 2009 年 Tilburt 等人針對醫師所進行的調查中，結果顯示只有特定專科的醫師會關注 CAM 的相關研究結果(Tilburt, et al., 2009)，造成此差異的可能原因是因為不同專科醫師對其使用的治療方式定位不同，而對 CAM 的接受度有所差異(Shelley, et al., 2009)。然而，過去針對以診治肌肉骨骼系統疾病為主的專科醫師，如：復健科、骨科或風濕免疫科醫師所進行的研究甚少，有限的研究(Berman, et al., 1998)指出，骨科醫師對於 CAM 的態度比一般內科醫師較為開放，而針對復健科醫師所做的調查(Mak, et al., 2009)則顯示，復健科醫師認為 CAM 的效用主要在於

安慰效果(placebo effect)與大眾化(publicity)。

醫事人員對 CAM 的態度也會影響他們轉介或提供患者 CAM 治療的意願，研究顯示，25~93%的家庭醫師會轉介患者使用特定的、具有正式執照、較常用或為人知曉的 CAM (如：針灸、整脊療法或按摩)，且認為這些療法是有效的，但只有 12~31%的家庭醫師會利用 CAM 治療患者(Anderson & Anderson, 1987; Astin, et al., 1998; Hadley, 1988; Kelner, 2004; Perkin, et al., 1994; Reilly, 1983; Schachter, et al., 1993; Verhoef & Sutherland, 1995; Visser & Peters, 1990; Wharton & Lewith, 1986; White, et al., 1997)；Haselen 等人與 Mak 等人近期的研究(Mak, et al., 2009; van Haselen, et al., 2004)亦指出，儘管大部份的原因為應病人要求，但超過八成的基層醫事人員與復健科醫師曾經轉介或建議患者使用 CAM，顯示多數醫事人員並不反對患者合併使用西醫與 CAM，且會根據患者的需求經過其專業的評估之後提供 CAM 的轉介服務，但僅有少數的醫事人員會實際給予 CAM 的治療。

由於大部分的 CAM 都是缺乏科學依據的，當醫事人員以其專業角度來檢視 CAM 的療效與安全性時，多半有所懷疑與顧慮的，因此，在正統醫療體系中整合 CAM 的議題上，醫事人員的態度多有所保留，除了因為 CAM 缺乏足夠的療效與安全性證據之外(Botting & Cook, 2000; Joos, et al., 2008; Kelner, 2004)，醫事人員其他的考量還包括：缺乏相關的法令規範及專業的教育訓練、醫事人員對 CAM 或具有執照的 CAM 治療師的了解不足，而難以給予患者適當的建議等等(Botting & Cook, 2000)。

醫事人員對 CAM 的了解及態度也影響著他們是否會與患者進行相關的討論，學者指出，對 CAM 有較多了解的醫事人員比較會根據患者的情況建議患者使用暫停使用 CAM(Eisenberg, et al., 2001)，此外，對 CAM 抱持著較開放態度的醫事人員而言，儘管他們對效用與安全性同樣保持顧慮，但他們認為此方面的討論溝通是很重要的，原因是能反映出患者的自主權與文化背景，同時也是強化醫病關係的方式之一(Shelley, et al., 2009)。而 Sleath 等人則提出醫師在制定醫療計畫時使

用病人參與式的討論模式，則較容易提高病人告知醫師是否使用其他治療的意願 (Sleath, et al., 2005)。儘管文獻指出多數患者希望醫事人員主動開啟話題，但許多醫事人員由於對 CAM 的了解不足，而沒有足夠的自信心與患者進行討論(White, et al., 1997)，因此反而盡量避免與患者討論到這方面的使用，以免降低其專業形象 (Shelley, et al., 2009)。



表 2-1 家庭醫師(General practitioners, GPs)對 CAM 的態度及相關經驗

作者、年份、地區	樣本數	研究方法	認知	對 CAM 的態度	學習意向/經驗	治療 經驗	轉介 經驗	使用 經驗
Reilly, 1983 (英國)	86 GPs	方便取樣	些許	86%為正向態度	81%想學	21%	36%	26%
Wharton & Lewith, 1986 (英國)	145 GPs	隨機取樣	少	59%認為對患者有幫助 22%認為 CAM 不科學	38%訓練過 15%想學	31%	76%	--
Anderson & Anderson, 1987 (英國)	222 GPs	方便取樣	31%自認 對至少一 種 CAM 有 足夠知識	41%認為 CAM 有根據 54%認為可補充西醫治療 16%認為 CAM 不科學	41%聽過課 12%訓練過，其中 42%想進一步學習	16%	59%	--
Hadley, 1988 (紐西蘭)	173 GPs	方便取樣	--	48%認為 CAM 對西醫有 幫助 28%認為 CAM 不科學	24%訓練過 54%想學	27%	80%	--
Visser & Peters, 1990 (荷蘭)	600 GPs	方便取樣	--	62%認為 CAM 對西醫有 幫助	60%想學	非常少	90%	47%

				45%認為可補充西醫治療				
Schachter et al., 1993 (以色列)	89 家庭醫師	方便取樣	--	54%認為 CAM 對西醫有幫助 56%認為 CAM 不科學	17%訓練過 87%想學	13%	42%	27%
Perkin, 1994 (英國)	87 GPs; 81 醫院醫生; 237 醫學生	隨機取樣; 隨機取樣; 方便取樣	92%以上 知道至少 一種 CAM 的原理	60%以上認為 CAM 應該 納入醫學訓練中	--	20%; 12%; --	93%; 70%; --	--
Verhoef & Sutherland, 1995 (加拿大)	200 GPs	隨機取樣	--	56%認為 CAM 對西醫有幫助 42%認為可補充西醫治療	20%訓練過 50%想學	16%	54%	--
White et al., 1997 (UK)	461 GPs	方便取樣	少	55%曾建議或認可患者使用 CAM 38%認為有負面效果，特別是推拿	--	16%	25%	--

第四節 小結

綜合前述文獻探討可知，多數肌肉骨骼疾病患者具有複向求醫的傾向，且大部分患者皆在沒有醫事人員參與的情況下自行交替或合併使用正統西醫治療與輔助另類療法。然而，目前針對負責治療肌肉骨骼疾病的復健科醫事人員所進行的研究並不常見，無法具體了解復健科醫事人員對於醫事人員對於輔助另類療法以及對於肌肉骨骼疾病患者複向求醫的態度。此外，文獻亦指出，由於大部分輔助另類療法缺乏實證研究的基礎，加上醫療專業人員涉獵輔助另類療法的經驗與認知不足，因此在正統醫學領域中，此方面的醫病互動仍顯貧乏，當雙方的溝通不佳，便會讓民眾對正統醫療體系失去信任感，轉而趨向另類療法系統，實不利於治療計畫的制訂與執行。



第三章 研究方法與材料

第一節 研究設計

本研究為一橫斷型研究(cross-sectional study)，根據文獻探討的結果，研究者認為醫病雙方在揭露 CAM 使用經驗的過程當中，可能存有未知的醫病溝通障礙，因此，為了能探討醫病雙方在 CAM 使用經驗上的互動情形，本研究的對象包含肌肉骨骼系統疾病患者與復健科醫事人員兩類，希望藉由這樣的研究設計能充分的收集醫病雙方的資料，同時從醫病雙方的角度探索 CAM 相關的議題與醫病互動的態度經驗，為了收集患者樣本的便利性並確保能獲得可與患者樣本資料對照比較的醫事人員樣本，本研究便針對兩者採用不同的研究方法收集所需資料。



第二節 肌肉骨骼系統疾病患者之量性研究

一、研究對象

本研究樣本為台北市 20 歲以上罹患肌肉骨骼系統疾病之患者，樣本主要來自求診的病患，其選取同時使用便利取樣與配額取樣。一方面透過在台北市醫療院所執業之臨床物理治療師的協助，尋求有意願的病人接受匿名問卷調查；另一方面則盡可能使樣本的年齡、居住地區及疾病種類具有足夠的變異性。為了確保樣本在居住地區的變異性，本研究將台北市行政區域依相對地理位置分為四組，分別為北區(北投區、士林區、內湖區)、東區(南港區、松山區、信義區、大安區)、西區(大同區、中山區、中正區、萬華區)、南區(文山區)，依此四個區域的人口數配額選取受試者。

二、資料收集

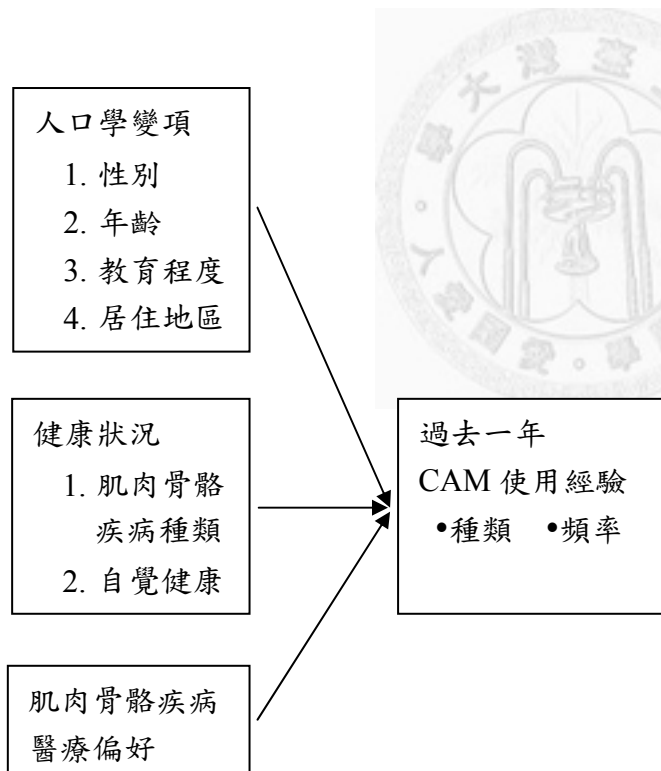
本研究主要以自填問卷的方式進行資料收集，為避免年長的受訪者因不了解研究內容而無法填答，研究者事先皆與協助資料收集之臨床物理治療師充分說明問卷內容，請臨床物理治療師視受訪者的需要以相同的問卷進行口頭訪問調查。研究者與協助資料收集之臨床物理治療師在所有受訪者接受問卷調查之前，皆詳細說明本研究之目的、用途以及研究資料之隱私、保密原則，確定患者了解並予以簽署研究同意書後，再開始填寫問卷。此部分的研究經過「台灣大學公共衛生學院學術研究人權維護審查委員會」及「台灣大學附設醫院研究倫理委員會」審查通過。

三、研究架構

本研究擬同時探索影響肌肉骨骼疾病患者的 CAM 使用經驗以及影響患者與西醫針對 CAM 之醫病互動情形的因素，因此將研究架構分為兩部分：

(一)、CAM 使用經驗：

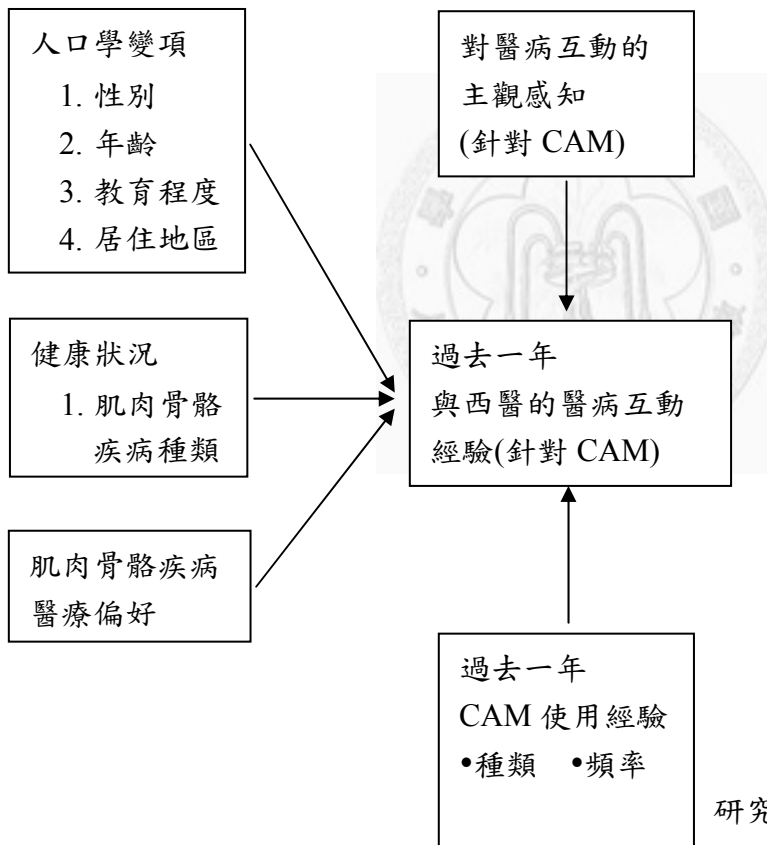
針對患者使用 CAM 的經驗，本研究擬分別探討人口學變項、健康狀況、求醫偏好對 CAM 使用種類與頻率的影響。其中，人口學變項包含性別、年齡、教育程度及居住地區；健康狀況包含患者罹患之肌肉骨骼疾病種類與自覺健康狀況；求醫偏好則是指患者在肌肉骨骼疼痛發生時的求醫類型。根據文獻探討的結果，本研究假設女性、教育程度高、自覺健康差、肌肉骨骼疼痛發生時偏好尋求中醫治療的患者使用 CAM 的頻率高、使用種類多。



研究架構(一)：CAM 使用的影響因素

(二)、與西醫的醫病互動經驗：

在患者與復健科醫事人員就 CAM 的互動方面，首先，在人口學變項、健康狀況、求醫偏好等部分，本研究假設性別、年齡、教育程度、自覺健康、肌肉骨骼疾病醫療偏好與醫病互動經驗有關。此外，研究者認為患者對醫病互動的主觀感知也會影響他們的互動經驗，因此假設對醫病互動有負向感知的患者在過去一年與西醫有 CAM 上的醫病互動較少。最後，患者使用 CAM 的種類與頻率不同，可能也會影響他們與醫事人員互動的情形，因此本研究假設患者的 CAM 使用經驗與其醫病互動經驗有關。



研究架構(二)：醫病互動的影響因素

四、研究工具

本研究使用研究者自擬的結構性問卷進行資料收集，本問卷內容設計係參考相關文獻(丁志音, 2003; 林寬佳, 2009; 曾月霞、林岱樺、洪昭安, 2005)、經過反復與專家討論修正後，尋找不同年齡層的患者進行問卷試測，修正患者在文字理解方面的問題後正式定稿。問卷填答時間約10-15分鐘。問卷內容包括：

- (一)、人口學資料(性別、年齡、教育程度、居住地區)；
- (二)、健康狀況(疾病診斷、自覺健康狀況、求醫情形)；
- (三)、肌肉骨骼疾病求醫偏好；
- (四)、對社會大眾與西醫針對CAM之醫病互動的主觀感知；
- (五)、過去一年CAM之使用經驗(種類、得知管道、使用頻率及原因)；
- (六)、CAM的醫病互動經驗(告知、詢問的經驗及對象)；
- (七)、期望醫療院所或復健科醫事人員提供之CAM相關的協助或服務。

各部分的研究變項操作型定義與測量請見表3-1。

表 3-1 研究變項定義與測量

變項名稱	變項類型	操作型定義	計分方式
自變項			
人口學變項			
性別	類別	研究樣本的性別，選項為：男、女。	1=男；2=女
年齡	類別	研究樣本所屬的年齡群組，選項包括：20-29 歲、30-39 歲、40-49 歲、50-59 歲、60-69 歲、70-79 歲、80 歲以上。	1=20-29 歲；2=30-39 歲； 3=40-49 歲；4=50-59 歲； 5=60 歲以上
教育程度	類別	研究樣本的最高教育程度，選項包括：國中及以下、高中職、大專、研究所及以上。	1=國中及以下；2=高中職； 3=大專；4=研究所及以上
居住地區	類別	研究樣本自填的居住地區，選項包括：中正區、大同區、中山區、松山區、大安區、萬華區、信義區、士林區、北投區、內湖區、南港區、文山區、台北縣、基隆市、桃園縣、其他。	1=北投區、士林區、內湖區； 2=南港區、松山區、信義區、大安區； 3=大同區、中山區、中正區、萬華區； 4=文山區； 5=台北縣、基隆市、桃園縣及其他

健康狀況		
肌肉骨骼	類別	研究樣本自填近一年內曾經經過西醫診斷的肌肉骨骼疼痛問題，選項 1=有；0=無
疾病種類		包括：四肢關節病、背部脊椎病、軟組織疾患、骨病軟骨病。 (複選題，各選項分別計分)
自覺健康	類別	研究樣本的自覺健康，選項包括：非常好、很好、普通、不是很好、非常不好。 1=非常好；2=很好；3=普通；4=不是很好；5=非常不好
肌肉骨骼疾病醫療偏好		
醫療偏好	類別	詢問研究樣本在肌肉骨骼疼痛發生時習慣先到哪裡就醫，選項包括： 1=西醫；2=中醫；3=國術館及其他 西醫、中醫、國術館、其他。
對社會大眾與西醫的醫病互動看法(針對 CAM)		
醫病互動	類別	詢問研究樣本覺得一般民眾告訴西醫的醫事人員他們有使用 CAM 1=有；0=無
主觀看法		時，會有什麼樣的經歷，選項包括：醫護人員的回答很仔細、問題被重視、被特別關注、被鼓勵使用、醫護人員的回答太籠統、問題被忽略、被西醫輕視、被西醫責罵、被西醫勸阻使用、不知道、其他。 (複選題，各選項分別計分)

依變項

CAM 使用經驗

使用種類	類別	研究樣本過去一年內因為肌肉骨骼疼痛使用的 CAM 種類，選項包括：沒用過、針灸、推拿、刮痧、拔罐、整脊、中藥、草藥、氣功、太極、瑜珈、皮拉提斯、健康食品(阿鈣、維骨力等)、芳香療法、腳底/指壓按摩、宗教治療(祈禱、符水、童乩等)。	1=有；0=無 (複選題，各選項分別計分)
得知管道	類別	研究樣本從哪裡得知他們使用的 CAM，選項包括：醫護人員、親朋好友、復健病友、輔助另類療法的師傅或專家、報章媒體、網路。	1=有；0=無 (複選題，各項分別計分)
使用頻率	類別	研究樣本過去一年內因為肌肉骨骼疼痛使用 CAM 的自覺頻率，選項包括：總是、經常、偶爾、很少。	1=總是、經常 (使用頻率高)； 0=偶爾、很少 (使用頻率低)
使用的原因	類別	自覺使用頻率高的研究樣本使用 CAM 的原因，選項包括：西醫沒有成效、治療舒緩疼痛、增進身心健康、增加生活品質、促進西醫療效、其他。	1=是；0=否 (複選題，各選項分別計分)
不想使用的 原因	類別	自覺使用頻率低的研究樣本不想使用 CAM 的原因，選項包括：不太信這一套、有過不好經驗、沒有非常需要、曾被西醫勸阻、安全上有	1=是；0=否 (複選題，各選項分別計分)

顧忌、其他。

與西醫的醫病互動經驗(針對 CAM)

主動告知 使用經驗	類別	研究樣本在復健治療的同時若正在或打算使用 CAM，會告知復健科醫事人員的情形，選項為：是、否。	1=是；0=否
告知的原因	類別	研究樣本會對復健科醫事人員告知使用 CAM 的原因，選項包括：應該要讓醫護人員知道、希望醫護人員可以給一些建議、聊天過程中自然說出來、因為有效、因為沒效忍不住抱怨一下、其他。	1=是；0=否 (複選題，各選項分別計分)
不想告知的原因	類別	研究樣本不想對復健科醫事人員告知使用 CAM 的原因，選項包括：是醫護人員沒有問、醫護人員沒必要知道、醫護人員不懂、擔心醫護人員會罵、曾經被醫護人員罵過、醫護人員應該沒興趣聽、其他。	1=是；0=否 (複選題，各選項分別計分)
告知對象	類別	過去一年內研究樣本較常與何種人員討論 CAM 使用經驗，選項包括：復健科醫師、中醫師、物理治療師、藥師、護士、民俗療法師傅、其他。	1=有；0=無 (複選題，各選項分別計分)
醫事人員 態度	類別	研究樣本自覺復健科醫事人員對於他們正在或打算使用 CAM 的態度，選項包括：支持、不支持也不反對、反對。	1=反對；2=不支持也不反對；3=支持

醫療建議 接受程度	類別	研究樣本對於復健科醫事人員提出的 CAM 建議是否能接受，選項為：是、否。	1=是；0=否
主動詢問	類別	研究樣本是否曾經和復健科醫事人員詢問 CAM，選項為：是、否。	1=是；0=否
被動告知 使用經驗	類別	過去一年內研究樣本是否被復健科醫事人員問過 CAM 的使用經驗，選項為：是、否。	1=是；0=否
被動詢問	類別	過去一年內研究樣本是否從復健科的醫事人員獲得有關使用 CAM 的意見，選項為：是、否。	1=是；0=否
未來期望	類別	研究樣本期望未來醫療院所或復健科醫事人員提供的 CAM 相關的服務，選項包括：輔助另類治療的使用諮詢、實際提供非西醫的治療、輔助另類治療的轉介服務、其他。	1=是；0=否 (複選題，各選項分別計分)

五、資料分析

本研究結果以SPSS 12.0 for windows進行統計分析，資料分析主要根據研究架構來進行，使用的統計方法包括：

(一)、描述性統計：

描述研究樣本之社會人口特質、健康狀況、求醫偏好、CAM的使用與醫病互動經驗的分布情形，分別以頻率、百分比呈現。

(二)、推論性統計：

以卡方檢定檢驗變項與變項間的關係。分別分析CAM的使用經驗和醫病互動經驗在社會人口學、健康狀況等個人特質中是否具有差異；並針對CAM的使用經驗和醫病互動經驗兩部分進行相關性分析。最後並以羅吉斯(Logistic)迴歸各別檢視自變項與CAM的使用經驗和醫病互動經驗之間的關係。



第三節 復健科醫事人員之質性研究

一、研究對象

本研究樣本為立意取樣，為了對醫病互動時間較長以及制定與執行復建計畫的專業醫事人員有充分了解，因此本研究的醫事人員樣本類別包括復健科醫師與物理治療師。樣本來源主要為前述參與研究之患者所屬的就醫區域與醫療機構之專業人員，原先所設定訪談之醫師與物理治療師的比例約為 1:1 或 1:2，最後人數將視訪談樣本提供的內容豐富性及研究分析所需的資料而定。

二、資料收集

在探索性的研究設計中，為了加深受訪者對研究主題的理解並且仔細描述其豐富的經驗，以求全面性深入了解醫事人員對 CAM 的看法以及患者的 CAM 使用與醫病互動型態，因此本研究針對醫事人員採用半結構式(semi-structure)的深入訪談法(in-depth interview)，藉由開放、口語的問題來引出個案取向的敘事內容。在進行正式研究前，研究者先以一些復健科醫事人員為對象，進行小型的先驅研究，總共訪談 5 人，此先驅研究的目的，一方面是為了修正研究問題與訪談大綱，另一方面則是藉以增加研究者的訪談經驗。在正式研究時，研究者於訪談進行前皆會先與受訪者聯絡，以電話說明或以電子郵件、傳真訪談大綱，使受訪者能事先了解研究者的角色及所欲探求的問題，以便在資料蒐集的過程中，能提供更豐富的訊息。

訪談地點以受訪者的方便為主，多選擇在非診療時間，少數因工作時間較長者，如診所開業醫師，則選擇病患較少，較不易受打擾的時段進行訪談。進行訪談前，會充分與受訪者說明研究之目的、用途以及研究資料之隱私、保密原則，確定受訪者了解並予以簽署研究同意書後，才正式進行訪談。訪談過程皆以開放性問題做深度會談，以求完整了解受訪者的態度與經驗，訪談時間則視受訪者提

供的資訊多寡彈性調整，若未能一次訪完，則另約時間再訪。為保持訪談過程的流暢性與資料的正確性，研究者於開始進行訪談前先徵求訪談對象的同意，以錄音筆記錄訪談內容，爾後再將錄音檔轉譯成逐字稿，並保留口語上的贅詞或語氣轉變，以呈現完整的訪談情形。此部分的研究亦經過「台灣大學公共衛生學院學術研究人權維護審查委員會」及「台灣大學附設醫院研究倫理委員會」審查通過。

三、訪談大綱

採用非結構性訪談，訪談內容大致包含：

- (一)、學習與接觸 CAM 的經驗，包含內容、訓練方式、時間長短、動機；
- (二)、對 CAM 的看法，是否隨執業時間、自身與患者的經驗、復健醫學治療趨勢而有所轉變；
- (三)、CAM 的醫病互動經驗，包含患者主動尋求醫事人員的建議、醫事人員是否主動了解、醫病溝通的方式與效果；
- (四)、對整合醫療的經驗與態度，是否曾建議、轉介或提供患者使用 CAM，以及對於民眾自行整合復健醫學與 CAM 的看法。

四、資料分析

質性資料詮釋的過程是複雜且動態的活動，此過程包括五個階段：描述、組織、連結、證實/合法化、再現報導。其中，描述的階段是作為資料分析與資料蒐集過程的連接，組織、連結與證實/合法化是詮釋過程當中實際分析的部分，而再現報導則是在螺旋型的詮釋過程中，用來連接下一個資料分析的階段(Crabtree & Miller, 1999)。

研究者在資料蒐集與詮釋二者之間反復來回，反復的過程中，所有的資料蒐集、編碼與分析皆遵循著實際的研究問題。進行分析時，研究者首先定義研究問題及相關的概念，再藉由反復閱讀逐字稿，咀嚼句子的意涵，組織架構出訪談內

容所包含的面向，予以歸納分類，接著檢視現象發生的頻率及分布情形，反復檢驗資料和解釋，以了解整體的脈絡與意涵，並區分復健科醫事人員對 CAM 的態度與醫病互動表現。分析的同時，研究者也將質性資料與自身視角和經驗相互對照，用以確認資料可信度，最後再將質性資料與前述患者的量性分析結果相互對照驗證，並運用概念架構詮釋研究發現。



第四章 結果

本章共包含四節，分別就量性與質性資料逐一闡述研究結果，內容包括病患與專業人員的研究樣本特質，患者使用 CAM 的種類樣式、頻率及相關影響因素，醫事人員對 CAM 的看法，以及醫病雙方對於 CAM 的互動經驗。

第一節 研究樣本特質

本節主要描述本研究樣本的基本特質，包括接受物理治療的肌肉骨骼疾病患者及提供治療服務的復健科醫事人員。除了社會人口特質以外，亦說明病患的疾病種類、健康狀況及求醫偏好，以及醫事人員接觸CAM的經驗。

一、病患特質

(一)問卷完訪情形

本研究於民國99年1月至5月對於台北市20歲以上肌肉骨骼疼痛患者藉由便利取樣進行問卷調查，共發出問卷387份，回收364份，問卷回收率為94.1%，其中有效問卷共352份，有效問卷回收率91.0%。

(二)研究樣本之社會人口特質及健康狀況

352位研究樣本當中，男性126人(35.8%)、女性218人(61.9%)，年齡多為50-59歲(27.6%)，教育程度以大學/大專最多(51.1%)，高中職次之佔20.5%。將居住之行政區域依照地理區塊合併分類，分為北區(北投區、士林區、內湖區)、東區(松山區、南港區、信義區、大安區)、西區(大同區、中山區、中正區、萬華區)、南區(文山區)、及台北縣以外等五大分區，居住地區以北區(23.9%)及東區(23.0%)偏多。研究樣本罹患之肌肉骨骼系統疾病種類共分為四大類，包括：四肢關節病(退化性關

節炎、關節扭傷...等)、背部脊椎病(退化性脊椎疾病、椎間盤疾病...等)、軟組織疾患(肌腱炎、肌肉韌帶拉傷...等)及骨病軟骨病(骨折、軟骨磨損...等)，其中以軟組織疾患占最高比例(51.7%)，其次為背部脊椎病(48.0%)及四肢關節病(41.2%)，骨病軟骨病僅占 9.9%。自覺健康狀況方面，超過一半的受訪者(53.4%)覺得自己的健康狀況普通。此外，69.3%的受訪者表示在肌肉骨骼疼痛發生時會先尋求西醫治療，而先尋求中醫治療者僅佔 18.2%。(請詳見表 4-1)



表 4-1 病患樣本之社會人口特質及健康狀況 (n=352)

性別		疾病種類	
男	126 (35.8%)	四肢關節病	145 (41.2%)
女	218 (61.9%)	背部脊椎病	169 (48.0%)
不詳	8 (2.3%)	軟組織疾患	182 (51.7%)
		骨病軟骨病	35 (9.9%)
年齡		自覺健康狀況	
20-29歲	48 (13.6%)	非常好	5 (1.4%)
30-39歲	45 (12.8%)	很好	84 (23.9%)
40-49歲	66 (18.8%)	普通	188 (53.4%)
50-59歲	97 (27.6%)	不是很好	68 (19.3%)
60-69歲	60 (17.0%)	非常不好	5 (1.4%)
70-79歲	24 (6.8%)	不詳	2 (0.6%)
80歲以上	12 (3.4%)		
教育程度		求醫偏好	
國中及以下	32 (9.1%)	西醫	244 (69.3%)
高中職	72 (20.5%)	中醫	64 (18.2%)
大專	180 (51.1%)	國術館	16 (4.5%)
研究所及以上	59 (16.8%)	其他	8 (2.3%)
不詳	9 (2.6%)	不詳	20 (5.7%)
居住地區			
北區 ¹	84 (23.9%)		
東區 ²	81 (23.0%)		
西區 ³	55 (15.6%)		
南區 ⁴	55 (15.6%)		
台北縣	64 (18.2%)		
基隆市	3 (0.9%)		
桃園縣	4 (1.1%)		
其他	2 (0.6%)		
不詳	4 (1.1%)		

¹ 北投、士林、內湖

² 松山、信義、南港、大安

³ 大同、中山、中正、萬華

⁴ 文山

二、醫事人員特質

(一) 訪談樣本之社會人口特質

本研究所訪談的醫事人員共 14 人，其中包含復健科醫師(DR) 5 人、物理治療師(PT) 9 人，個別樣本的性別、年齡、服務機構及年資詳列於表 4-2。其中以男性、任職於醫學中心的醫事人員居多，不分性別來看，各年齡層與年資的樣本分布比例相當。

表 4-2 醫事人員樣本之社會人口與服務特質 (n=14)

代碼	性別	年齡	服務機構	年資
DR01	男	45	診所	18
DR02	男	37	區域醫院	10
DR03	女	50	診所	>20
DR04	男	44	醫學中心	15
DR05	男	45	醫學中心	7
PT01	女	62	醫學中心	>30
PT02	男	38	醫學中心	14
PT03	女	29	診所	5
PT04	男	27	診所	2
PT05	男	29	地區醫院	3
PT06	男	55	區域醫院	30
PT07	男	42	醫學中心	18
PT08	女	26	醫學中心	1
PT09	女	37	醫學中心	13

(二) 接觸 CAM 的經驗

為能了解復健科醫事人員接觸 CAM 的經驗，研究者分別就受訪者們學習、提供 CAM 治療兩部份進行訪談，各項的比例如表 4-3。在學習 CAM 的部分，超過七成的受訪者表示曾學習過至少一種 CAM，受訪者學習頻率最高的三項療法分別為：推拿/徒手治療、針灸、皮拉提斯(pilates)，訪談的五位醫師當中有四位曾學習過針灸，而物理治療師則有很高的比例學習推拿/徒手治療與皮拉提斯。超過三分之一的受訪者會以他們所學的 CAM 治療患者，多數為物理治療師。

表 4-3 復健科醫事人員學習與提供 CAM 服務的經驗 (n=14)

	N (%)	附註
學習 CAM 之類別	10 (71.4)	
推拿/徒手治療	7 (50.0)	皆為物理治療師
針灸	5 (35.7)	4/5 為醫生
皮拉提斯	3 (21.4)	皆為物理治療師
提供 CAM 服務	5 (35.7)	4/5 為物理治療師

第二節 輔助另類療法的使用概況

本節主要描述肌肉骨骼系統疾病患者使用 CAM 的型態、頻率，以及復健科醫事人員對肌肉骨骼系統疾病患者使用的 CAM 之看法。

一、肌肉骨骼系統患者使用 CAM 的型態

表 4-4 顯示，本研究樣本中，過去一年內未曾因為肌肉骨骼疼痛使用 CAM 的人數為 47 人(14.1%)，換句話說，有高達 85.9%的受訪者至少使用一種 CAM。以使用的範疇來看，超過七成的受訪者曾使用「物質攝入與吸收」，其次為「外力操弄性治療」，只有少部分的受訪者曾使用「身心靈活動」(15.3%)及「超自然調控」(4.2%)。以各範疇使用的種類來看，在「物質攝入與吸收」中，使用比例最高的為痠痛貼布(54.1%)，其次為健康食品(維骨力、阿鈣、軟骨素...等)(26.1%)、痠痛藥膏(24.9%)及中藥(21.6%)；在「外力操弄性治療」中，患者使用的種類以推拿(39.9%)及針灸(36.0%)為主，拔罐(20.1%)、按摩(18.9%)及刮痧(16.2%)次之；受訪者使用的「身心靈活動」主要為瑜珈(7.8%)，氣功(5.4%)、太極(3.6%)及皮拉提斯(3.0%)則較不普遍；最後一個範疇為「超自然調控」，但本研究僅以宗教概括，並未詳細調查此範疇中各種樣式的使用比例。

從單一範疇個別來看，在使用比例較高的「物質攝入與吸收」及「外力操弄性治療」中，若排除掉過去一年不曾使用 CAM 的受訪者，其餘受訪者大多使用一至二種樣式，平均為 1.59 及 1.65 種；若不分範疇總括來看，則平均使用高達 3.52 種樣式，顯示出受訪者有跨範疇間混合使用的現象。

跨範疇混合使用的型態以「物質攝入與吸收」加「外力操弄性治療」為最多，佔 40.5%，而跨越「物質攝入與吸收」、「外力操弄性治療」及「身心靈活動」三種範疇的使用比例僅佔 9.0%。但有 15.9%及 12.0%的受訪者僅使用「物質攝入與吸收」或僅使用「外力操弄性治療」。

表 4-4 CAM 之使用型態 (n=333)

樣式	範疇				總和				
	N	(%)	總和	N	(%)	組合	N	(%)	
			物質攝入與吸收				跨範疇之使用型態		
中藥	72	(21.6)	未用	94	(28.2)	皆未使用	47	(14.1)	
草藥	13	(3.9)	一種	98	(29.4)	物質+操弄	135	(40.5)	
健康食品	87	(26.1)	二種	86	(25.8)	只用物質	53	(15.9)	
痠痛貼布	180	(54.1)	三種以上	55	(16.5)	只用操弄	40	(12.0)	
痠痛藥膏	83	(24.9)	mean(SD) ^a	1.36	(1.17)	物質+操弄+身心靈	30	(9.0)	
芳香療法	19	(5.7)	mean(SD) ^b	1.59	(1.11)	其他	28	(8.4)	
			外力操弄性治療				多重樣式之使用類型		
針灸	120	(36.0)	未用	113	(33.9)	皆未使用	47	(14.1)	
推拿	133	(39.9)	一種	82	(24.6)	使用一種	59	(17.7)	
刮痧	54	(16.2)	二種	71	(21.3)	使用二種	63	(18.9)	
拔罐	67	(20.1)	三種以上	67	(20.1)	使用三種	39	(11.7)	
整脊	35	(10.5)	mean(SD) ^a	1.42	(1.42)	使用四種	44	(13.2)	
按摩	63	(18.9)	mean(SD) ^b	1.65	(1.40)	使用五種	34	(10.2)	
			身心靈活動				使用六種以上	47	(14.1)
							mean(SD) ^a	3.02	(2.49)
氣功	18	(5.4)	未用	282	(84.7)	mean(SD) ^b	3.52	(2.34)	
太極	12	(3.6)	一種	39	(11.7)				
瑜珈	26	(7.8)	二種	9	(2.7)				
皮拉提斯	10	(3.0)	三種以上	3	(0.9)				
			mean(SD) ^a	0.20	(0.52)				
			mean(SD) ^b	0.23	(0.55)				
			超自然調控						
宗教	14	(4.2)							

^a 包括所有受訪者

^b 僅包括有使用 CAM 者

而從復健科醫事人員的角度來看，肌肉骨骼系統疾病患者較常使用的CAM樣式如表4-5所示，與前述統計的結果幾乎相符，醫事人員提及的CAM多為使用率大於10%的樣式，如：推拿、針灸、健康食品、中藥、按摩、拔罐、刮痧等，顯示出復健科醫事人員對於肌肉骨骼系統疾病患者常使用的CAM樣式有相當程度的了解。

表 4-5 復健科醫事人員陳述之肌肉骨骼系統疾病患者常用的 CAM 樣式

代碼	CAM 樣式
DR01	民俗整脊、按摩、光療法 (中醫)、局部營養注射、電椅
DR02	中藥、推拿、腳底按摩
DR03	中藥、健康食品 (維骨力、軟骨素、維他命、鈣)
DR04	針灸、拔罐
DR05	拔罐、刮痧、草藥、氣功
PT01	--
PT02	--
PT03	針灸、推拿、膏藥、刮痧
PT04	中醫 (推拿、草藥)、整脊
PT05	推拿、指壓、刮痧
PT06	推拿、指壓
PT07	草藥、膏藥、拔罐
PT08	針灸、推拿、皮拉提斯
PT09	針灸、拔罐、推拿

二、社會人口特質與CAM的使用

為了進一步瞭解哪些病患傾向使用CAM，以及偏好哪些CAM，本研究將受訪者的社會人口特質(性別、年齡、教育程度及居住地區)分別與各範疇的CAM樣式、總和樣式及範疇進行卡方檢定，由於「身心靈活動」範疇下的各樣式使用率甚低，所以改以範疇作為分析變項。(請詳見表4-6)

分析結果顯示，在「物質攝入與吸收」範疇中，健康食品的使用具有顯著的性別及年齡差異，女性及年紀越大的肌肉骨骼疼痛患者有較高的比例服用健康食品($P<0.05$ 、 $P<0.005$)。此外，教育程度亦達顯著差異，低教育程度服用健康食品的比例明顯高於高教育程度者($P<0.05$)；而芳香療法則具有顯著的年齡及教育程度差異，30-39歲的高教育程度患者有較高的比例使用芳香療法，雖然此樣式下性別未達顯著差異，但從比例仍可看出芳香療法的使用族群以女性為主。然而，社會人口特質對其他範疇的使用則無明顯的差異存在，除了女性及高教育程度者使用「身心靈活動」的比例較高($P<0.05$ 、 $P<0.01$)及居住在台北市以外地區使用「超自然調控」的比例較高($P<0.05$)有達到統計上顯著的差異外，其餘變項皆未達統計顯著水準，顯示社會人口特質對肌肉骨骼疼痛患者使用CAM的型態無明顯的相關性，假如單就比例來看，相較之下，20-29歲的患者比其他的年齡層而言有較高的比例使用中藥、針灸或身心靈活動；教育程度方面，低教育程度(國中及以下)的族群使用中藥、草藥的比例較高，而高教育程度(研究所及以上)的族群對於整脊以外的外力操弄性治療使用率較高；若以所有使用的CAM樣式與範疇總合來看，女性及高教育程度的族群平均使用的樣式及範疇較多。

為了進一步了解有哪些因素會影響患者CAM的使用經驗，本研究分別以「過去一年是否使用CAM」及「過去一年使用的CAM樣式」進行羅吉斯迴歸分析及線性迴歸(表4-7、4-8)，結果發現，社會人口特質(性別、年齡、教育程度)對患者是否使用CAM及使用CAM樣式多寡的影響微乎其微，但是女性、20-29歲、研究所以上的患者有較高的機會會使用CAM。

表 4-6 個人特質與 CAM 的使用

	物質攝入與吸收							外力操弄性治療						身心靈 ^a	超自然	總合	
	中藥	草藥	健康食品	痠痛貼布	痠痛藥膏	芳香療法	針灸	推拿	刮痧	拔罐	整脊	按摩	身心靈	宗教	樣式	範疇	
	(N)	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	mean	mean	
性別																	
男性	(119)	19.3	4.2	18.5*	52.1	26.9	3.4	31.9	40.3	18.5	25.2	11.8	15.1	8.4*	4.2	2.80	1.46
女性	(208)	23.6	3.4	30.8	55.8	24.0	7.2	38.0	39.9	14.9	17.3	10.1	21.2	19.2	4.3	3.17	1.64
年齡																	
20-29	(48)	27.1	4.2	8.3†	56.3	31.3	2.1**	39.6	39.6	14.6	22.9	12.5	12.5	20.8	4.2	2.98	1.71
30-39	(41)	14.6	7.3	14.6	58.5	34.1	14.6	31.7	46.3	17.1	31.7	4.9	14.6	14.6	4.9	3.12	1.54
40-49	(63)	20.6	1.6	20.6	60.3	28.6	11.1	36.5	41.3	19.0	14.3	9.5	20.6	12.7	6.3	3.06	1.70
50-59	(90)	22.2	1.1	34.4	48.9	20.0	3.3	38.9	41.1	20.0	17.8	14.4	22.2	18.9	4.4	3.16	1.61
60+	(91)	22.0	6.6	36.3	51.6	19.8	2.2	33.0	35.2	11.0	19.8	8.8	19.8	11.0	2.2	2.84	1.40
教育程度																	
國中以下	(30)	30.0	10.0	50.0*	50.0	23.3*	0.0*	33.3	40.0	20.0*	20.0	3.3	13.3	0.0**	3.3	2.97	1.37
高中職	(66)	27.3	4.5	28.8	45.5	15.2	1.5	34.8	37.9	4.5	12.1	15.2	15.2	7.6	3.0	2.58	1.48
大專	(171)	18.1	2.9	23.4	55.0	25.7	5.3	34.5	38.0	19.3	21.6	11.7	21.1	20.5	5.3	3.07	1.61
研究所以上	(58)	22.4	1.7	19.0	65.5	37.9	13.8	46.6	50.0	17.2	25.9	6.9	20.7	17.2	1.7	3.50	1.72

表 4-6 個人特質與 CAM 的使用(續)

	物質攝入與吸收							外力操弄性治療						身心靈 ^a	超自然	總合	
	中藥	草藥	健康食品	痠痛貼布	痠痛藥膏	芳香療法	針灸	推拿	刮痧	拔罐	整脊	按摩	身心靈	宗教	樣式	範疇	
	(N)	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	mean	mean	
居住地區																	
北區	(82)	25.6	0.0	29.3	57.3	31.7	7.3	37.8	40.2	18.3	23.2	11.0	18.3	14.6	2.4*	3.22	1.70
東區	(77)	19.5	5.2	31.2	58.4	23.4	6.5	39.0	42.9	18.2	20.8	10.4	22.1	14.3	2.6	3.19	1.56
西區	(52)	17.3	3.8	13.5	48.1	21.2	3.8	36.5	40.4	17.3	21.2	11.5	17.3	13.5	0.0	2.65	1.38
南區	(49)	24.5	2.0	30.6	59.2	22.4	2.0	30.6	40.8	12.2	22.4	12.2	16.3	14.3	6.1	2.98	1.59
其他	(69)	21.7	8.7	24.6	46.4	24.6	5.8	36.2	37.7	14.5	14.5	8.7	20.3	18.8	10.1	3.00	1.62

^a身心靈活動包括氣功、太極、瑜珈、皮拉提斯

*P<0.05 **P<0.01 †P<0.005

表 4-7 羅吉斯迴歸分析—CAM 的使用與否^a

	係數 (B)	標準誤 (S.E.)	勝算比 (OR)	信賴區間 (95% CI)	顯著性 (P-value)
性別					
男 (參考組)					
女	0.069	0.332	1.071	(0.559, 2.052)	0.835
年齡					
20-29 (參考組)					
30-39	-1.129	0.644	0.323	(0.091, 1.143)	0.080
40-49	-0.318	0.658	0.727	(0.200, 2.643)	0.629
50-59	-0.526	0.607	0.591	(0.180, 1.943)	0.386
60+	-0.775	0.594	0.461	(0.144, 1.475)	0.192
教育程度					
國中以下 (參考組)					
高中職	0.236	0.607	1.267	(0.385, 4.164)	0.697
大專	0.155	0.536	1.168	(0.409, 3.337)	0.772
研究所以上	0.751	0.677	2.120	(0.562, 7.997)	0.267
自覺健康狀況					
非常好/很好 (參考組)					
普通	-0.708	0.422	0.493	(0.216, 1.126)	0.093
不/非常不好	-0.393	0.515	0.675	(0.246, 1.853)	0.446
疾病種類 ^b					
四肢關節病	0.559	0.373	1.748	(0.841, 3.634)	0.134
背部脊椎病	0.682	0.384	1.977	(0.931, 4.198)	0.076
軟組織疾患	0.473	0.380	1.605	(0.762, 3.382)	0.213
骨病軟骨病	0.637	0.643	1.891	(0.536, 6.668)	0.322
疾病種類加總	0.577*	0.276	1.781	(1.036, 3.061)	0.037
求醫偏好					
西醫 (參考組)					
中醫	1.897*	0.739	6.667	(1.567, 28.362)	0.010
國術館及其他	0.799	0.761	2.222	(0.500, 9.875)	0.294

^a 以過去一年沒有使用 CAM 為參考組

^b 疾病種類為複選題，以沒有該類疾病為參考組

*P<0.05

表 4-8 線性迴歸分析—CAM 的使用樣式^a

	係數 (B)	標準誤 (S.E.)	信賴區間 (95% CI)	顯著性 (P-value)	相關係數 (R)
性別					0.081
男 (參考組)					
女	0.396	0.290	(-0.175, 0.967)	0.173	
年齡					0.092
20-29 (參考組)					
30-39	0.750	0.545	(-0.322, 1.822)	0.170	
40-49	0.196	0.472	(-0.733, 1.126)	0.678	
50-59	0.391	0.442	(-0.479, 1.261)	0.377	
60+	0.145	0.444	(-0.729, 1.019)	0.745	
教育程度					0.122
國中以下 (參考組)					
高中職	-0.578	0.554	(-1.668, 0.512)	0.298	
大專	0.036	0.500	(-0.948, 1.019)	0.943	
研究所以上	0.270	0.560	(-0.832, 1.373)	0.630	
自覺健康狀況					0.095
非常好/很好 (參考組)					
普通	0.214	0.326	(-0.428, 0.856)	0.513	
不/非常不好	0.634	0.400	(-0.153, 1.421)	0.114	
疾病種類 ^b					0.186*
四肢關節病	0.507	0.288	(-0.060, 1.074)	0.079	
背部脊椎病	0.653*	0.292	(0.078, 1.229)	0.026	
軟組織疾患	0.698*	0.293	(0.120, 1.275)	0.018	
骨病軟骨病	0.383	0.444	(-0.490, 1.256)	0.388	
疾病種類加總	0.568†	0.183	(0.207, 0.928)	0.002	0.181†
求醫偏好					0.271‡
西醫 (參考組)					
中醫	1.403‡	0.335	(0.744, 2.063)	<0.001	
國術館及其他	1.337*	0.531	(0.290, 2.383)	0.013	

^a 使用樣式範圍為 1~14 種

^b 疾病種類為複選題

*P<0.05 †P<0.005 ‡P<0.001

三、健康狀況及求醫偏好與CAM的使用

本研究之健康狀況包括自覺健康狀況及疾病種類兩部分，自覺健康狀況原為五分類（非常好、很好、普通、不好、非常不好），但由於非常好及非常不好的人數極少，因此最後合併為三類（非常好/好、普通、不/非常不好）進行分析，將健康狀況及求醫偏好分別與各範疇的CAM樣式、總和樣式及範疇進行卡方檢定後，結果如表4-9所示。

分析結果顯示，在自覺健康狀況部分，自覺健康狀況較差的患者使用較多中藥及健康食品，其餘幾乎都未達統計上顯著差異，單就比例來看，在草藥、痠痛貼布、針灸、拔罐、宗教等樣式中呈現自覺健康狀況越差使用率越高的趨勢，但在刮痧、按摩、身心靈活動等部分呈現相反的趨勢，也就是自覺健康狀況越好使用率越高，然而總合來看，自覺健康狀況越差，受訪者的平均使用樣式及範疇越多。

由於疾病種類為可複選的選項，因此分析時將四大類疾病個別進行卡方檢定，結果顯示罹患四肢關節病的受訪者比未罹患此類疾病的受訪者較會使用按摩 ($P<0.05$)；罹患背部脊椎病的受訪者比未罹患此類疾病的受訪者較會使用拔罐 ($P<0.05$)、整脊 ($P<0.001$)；有軟組織疾患的受訪者比沒有此類疾病的受訪者較會使用痠痛貼布 ($P<0.005$) 及痠痛藥膏 ($P<0.05$)；有骨病軟骨病的受訪者比沒有此類疾病的受訪者較會使用中藥治療及健康食品 ($P<0.05$)。

在求醫偏好的部分，呈現出顯著的使用型態差異，肌肉骨骼疼痛發生時習慣先尋求西醫治療的受訪者，有較低的比例會使用中藥、草藥、痠痛藥膏、針灸、推拿或拔罐等樣式，其餘樣式除了健康食品以外，雖然未達統計顯著水準，但亦有相同的趨勢，除此之外，該族群平均使用的樣式及範疇也顯著較少。而結果也發現習慣先看中醫的受訪者，過去一年因為肌肉骨骼疼痛問題平均使用高達4.16種樣式及1.84種範疇的CAM，遠比前述其他族群高出許多。

羅吉斯迴歸分析的結果顯示，多一種肌肉骨骼系統疾病其使用CAM的機率為

1.781倍，而肌肉骨骼疼痛發生時習慣先尋求中醫治療的患者其使用CAM的機率為習慣至西醫就診的患者的6.667倍(表4-7)。線性迴歸分析的結果則顯示，疾病種類、疾病種類多寡及求醫偏好對患者使用CAM的樣式多寡呈現顯著低度正相關($r=0.186$ 、 0.181 、 0.271)(表4-8)，將此三個變項同時放入線性迴歸模式中，該迴歸模式對於使用CAM樣式多寡的解釋力為11.2% ($r=0.334$ ， $P<0.001$)，無法有效的解釋患者使用CAM樣式多寡的變異。



表 4-9 自覺健康狀況、疾病種類及求醫偏好與 CAM 的使用

	(N)	物質攝入與吸收						外力操弄性治療						身心靈	超自然	總合	
		中藥 %	草藥 %	健康 食品 %	痠痛 貼布 %	痠痛 藥膏 %	芳香 療法 %	針灸 %	推拿 %	刮痧 %	拔罐 %	整脊 %	按摩 %	身心 靈 %	宗教 %	樣式 mean	範疇 mean
自覺健康狀況																	
非常好/很好	(87)	21.8†	2.3	23.0*	54.0	28.7	4.6	27.6	40.2	17.2	17.2	11.5	23.0	18.4	1.1	2.97	1.63
普通	(176)	15.3	3.4	22.7	52.3	22.7	7.4	36.9	40.9	15.3	20.5	9.7	17.6	14.8	5.1	2.89	1.53
不/非常不好	(69)	36.2	7.2	39.1	58.0	24.6	2.9	43.5	36.2	15.9	23.2	11.6	17.4	13.0	5.8	3.39	1.61
疾病種類 ^a																	
四肢關節病	(134)	23.9	4.5	30.6	56.0	26.9	3.7	39.6	41.8	17.9	21.6	9.0	26.1*	17.9	3.7	3.30	1.63
背部脊椎病	(159)	20.8	5.0	30.2	58.5	22.0	6.3	37.7	44.0	17.0	25.2*	17.0‡	19.5	16.4	5.1	3.29	1.68
軟組織疾患	(177)	22.6	2.8	23.2	62.1†	32.8†	6.2	35.6	40.7	19.8	19.8	11.9	20.3	16.4	5.7	3.24	1.66
骨病軟骨病	(34)	38.2*	8.8	44.1*	52.9	26.5	5.9	41.2	44.1	8.8	20.6	8.8	14.7	20.6	5.9	3.53	1.76
求醫偏好																	
西醫	(231)	15.6‡	1.7*	28.1	50.6	18.6‡	5.2	27.7‡	28.6‡	13.4	13.0‡	8.2	17.7	14.3	3.5	2.51‡	1.43**
中醫	(62)	37.1	6.5	17.7	59.7	43.5	8.1	61.3	72.6	25.8	38.7	12.9	19.4	19.4	4.8	4.32	1.92
國術館及其他	(22)	31.8	9.1	22.7	63.6	31.8	9.1	45.5	63.6	18.2	27.3	13.6	31.8	18.2	4.5	4.00	1.77

*P<0.05 **P<0.01 †P<0.005 ‡P<0.001

^a疾病種類為複選題

四、CAM的使用頻率

針對過去一年曾使用過CAM的286位受訪者中，僅有102位(35.7%)表示總是或經常使用CAM，其餘有183位(64.0%)則是偶爾或很少使用，以這些受訪者的社會人口特質、健康狀況及求醫偏好分別進行使用頻率的卡方檢定，結果顯示，社會人口特質表現在CAM的使用頻率上並無顯著的差異存在，但從比例上來看，教育程度在國中以下及研究所以上似乎有較高的使用頻率，總是或經常使用的比例接近五成。在健康狀況部分，隨著自覺健康越差，受訪者在總是或經常使用的比例上呈現遞增的趨勢，若以疾病種類個別進行卡方檢定，罹患有四肢關節病的患者會比沒有此類疾病的患者使用CAM的頻率高($P<0.05$)，罹患有背部脊椎病的患者也比沒有此類疾病的患者使用CAM的頻率高($P<0.01$)。最後，在求醫偏好的部分亦有顯著的差異存在($P<0.001$)，肌肉骨骼疼痛發生時習慣先尋求中醫治療的患者有較高比例為總是或經常使用CAM。

進一步了解患者使用CAM頻率較高的原因，總是或經常使用的患者當中，有76.5%的患者是為了治療舒緩疼痛，其次是促進西醫療效(28.4%)、增進身心健康(21.6%)、因為西醫沒有成效(14.7%)及增加生活品質(13.7%)；而偶爾或很少使用的患者則表示，因為沒有非常需要(41.5%)以及安全上有顧忌(32.8%)，所以使用CAM的頻率較低，而有少部份的患者則是因為不太信這一套(9.3%)、有過不好經驗(9.3%)或曾被西醫勸阻(3.8%)。

表 4-10 個人特質、自覺健康狀況、疾病種類及求醫偏好與 CAM 的使用^a

	(N)	總是/經常 %	偶爾/很少 %		(N)	總是/經常 %	偶爾/很少 %
性別				自覺健康狀況			
男	(102)	34.3	65.7	非常好/很好	(79)	29.1	70.9
女	(179)	36.3	63.7	普通	(146)	36.3	63.7
年齡				不/非常不好	(59)	42.4	57.6
20-29	(44)	27.3	72.7	疾病種類			
30-39	(32)	37.5	62.5	四肢關節病	(119)	44.5	55.5*
40-49	(56)	39.3	60.7	背部脊椎病	(140)	27.9	72.1**
50-59	(78)	35.9	64.1	軟組織疾患	(154)	40.3	59.7
60+	(75)	37.3	62.7	骨病軟骨病	(31)	45.2	54.8
教育程度				求醫偏好			
國中以下	(27)	44.0	56.0	西醫	(188)	29.3	70.7‡
高中職	(57)	33.3	66.7	中醫	(60)	58.3	41.7
大專	(146)	30.8	69.2	國術館及其他	(20)	35.0	65.0
研究所以上	(53)	49.1	50.9				
居住地區							
北區	(75)	34.7	65.3				
東區	(67)	37.3	62.7				
西區	(42)	38.1	61.9				
南區	(42)	35.7	64.3				
其他	(57)	33.3	66.7				

^a 僅包括有使用 CAM 者

*P<0.05 **P<0.01 ‡P<0.001

第三節 醫事人員對輔助另類療法的看法

本節主要描述復健科醫事人員從他們的專業視角如何看待 CAM，總共以七個主題呈現訪談結果，分別是：另類之可取與不可取、檢視現況、科學不科學、四不原則、雙管齊下行不行、醫療服務商品化、復健整合醫療。其中，前四個主題用以描述復健科醫事人員對 CAM 的看法，包含認知、態度、經驗等層面，後三個主題用以描述復健科醫事人員對患者合併使用西醫和 CAM 的接受度與看法，以及他們實際施予 CAM 治療時的考量與問題。初步發展的概念架構如圖 4-1，其中，患者的求醫經驗已於本章第二節描述，而醫病互動的結果論述則另於本章第四節詳細說明。

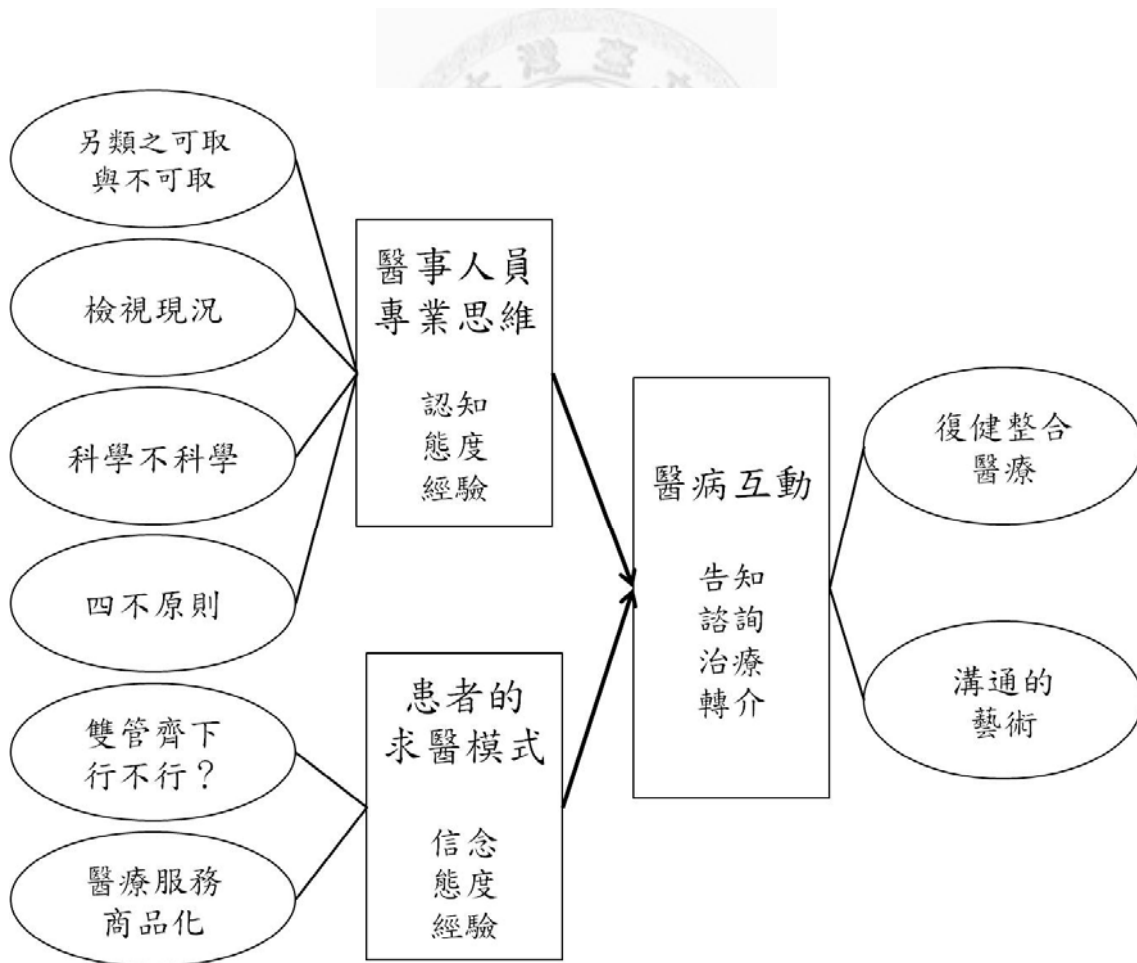


圖 4-1 初步概念架構

一、另類之可取與不可取

針對肌肉骨骼系統疾病患者使用率較高的幾種 CAM，復健科醫事人員各有不同的見解，總括而言，醫事人員以專業的角度來檢視 CAM 時，主要考量的重點為其施行手法及療效。

(一)、針灸

復健科醫事人員普遍認可針灸，因為針灸治療在中國傳統醫學中具有悠久的歷史，其理論與治療方法也隨著臨床醫學經驗的積累漸漸完善，且它的原理機轉以及止痛方面的效果也有越來越多科學研究支持，對於肌肉骨骼疼痛的患者而言，能有效減緩疼痛絕對是首要的治療目標。

針灸就是對止痛方面效果應該很好。(DR03)

針灸它...一樣啊，就是它對骨科是漸漸證實它的止痛的效果很好，因為它會促進部分循環的一個，那你如果在適時的時候給...針灸，其實可能...先把疼痛就是說壓下來的話，其實病人的生活品質會好很多。(PT04)

針灸事實上是...確實是有它的療效，畢竟...中國這麼長久的歷史以來，就是以中醫針灸為主的一個...治療方式。(PT05)

然而雖然針灸對於緩解疼痛有所助益，但從復健科醫師的角度來看，其效果僅是暫時的，因此並非一勞永逸的治療方法。

針灸對疼痛的治療比較有效，但效果還是暫時的，無法維持太長的時間，需要不斷的...長期治療。(DR04)

(二)、推拿

不同於針灸受到復健科醫事人員普遍的認可，醫事人員幾乎都對推拿有所顧忌，由於台灣目前對於推拿師的技能並未有一套嚴格的控管機制，因此經常受到專業醫事人員的質疑。

我們會比較對那個推拿...推拿師會比較覺得...嗯...他是真的很專業嗎？

(PT03)

因此，儘管推拿是肌肉骨骼疼痛患者使用率甚高的 CAM 之一，但多數復健科醫事人員仍不建議患者尋求推拿治療，除了不確定該推拿師是否受過專業訓練以外，其劇烈的治療手法常導致肌肉骨骼傷害，而這是最令醫事人員無法接受的部分。

推拿我平常不會很建議病人去做，可是很多中醫診所他們都會幫病人推拿，他們在外面請一些人專門幫病人推拿，那...那我比較 prefer 的是像 massage 這個可以啊，阿你如果推拿那個太太力的那個其實我不是很建議。(DR03)

有時候他們(力道的)拿捏、推拿的拿捏不是很好，阿可能就會受傷，然後碰過一些就是去推拿受傷。(DR03)

他指壓、推拿它的手法其實滿熟練、滿純練的，我也承認他可能有他的效果在，.....我比較常聽到的都是他們手法特別重，他們可能要求速效，他們要求讓病人有感覺，讓病人滿意一次、兩次就有效果，所以他們比較容易手法比較重，所以我常常聽到那個傷害的。(PT06)

(三)、刮痧

在醫事人員的看法中，刮痧也是較劇烈的治療手法，以其可能造成的生理機轉來看，可能無法有效的達到放鬆肌肉的目的。

刮痧其實...在我自己的解讀它是一種...fascia 的一個 release，效果很好沒錯，可是他是 over dose。(PT04)

一般是不建議刮痧，.....，在刮的過程當中，事實上你會有疼痛的感覺，那我們身體也會有自然的一個...保護機制就是...你疼痛的時候肌肉會繃的更緊，.....，長期習慣性做刮痧這個動作的話，之後你的那個...體表的...皮膚跟...皮膚以下的一些筋膜組織、甚至肌肉組織會變得相當僵硬。(PT05)

(四)、拔罐

儘管拔罐的強度不像推拿和刮痧那樣劇烈，但醫事人員認為其放鬆肌肉的效果只是暫時的，且長期反復施作可能還會導致反效果。

我曾經問過正式的中醫，就是他們並不贊成動不動就拔罐，他說常拔罐那個地區肌肉還是會纖維化，並不好。(PT01)

拔罐事實上...以我們的看法看是一個...就是放鬆肌肉的方式，然後...在真空裝態下把你皮膚吸起來，那...可能是一個...stretch，做一個肌肉的伸展，那放開之後，然後...就是等於是肌肉的放鬆，.....，可是事實上短暫時間會這樣子，阿不久之後問題就會回來。(PT05)

(五)、國術館 (整骨、整脊)

和推拿的問題一樣，復健科醫事人員對國術館拳頭師傅的訓練背景和治療手法抱持著很大的顧慮，因為他們缺乏診斷、判斷適應症及禁忌症的技能，而用單一手法治療所有的疾病。

國術館的問題在於不是說他技巧不好，而是在於他的...不管什麼病他都用同一種方法去弄，問題在這裡。(DR02)

他(拳頭師)可能某些手法他還不錯，因為他常常做，所以他手法有時候比...我自己個人講...有時候比 PT 還好，因為他做很多，但是他最大的問題是他...有的時候不能分析病人的問題。(PT07)

不同於推拿僅作用於軟組織，所造成的傷害有限，整脊與整骨多作用於中樞或周邊關節，施力不當所造成的傷害可能是暫時性的，也可能是永久性的，因此醫事人員幾乎都不建議患者接受國術館提供的治療。

因為在國術館他們訓練出來可能對解剖那個沒什麼概念，那一不小心如果是在脖子那個神經很纖細的地方，可能就會出問題。(DR03)

國術館的力道...他們給的力道非常強，在某種程度來講我們可以把牠解釋成關節鬆動術，可是他們的力道非常強，而且常常作用在急性期，.....，最常聽到做完比較痛、狀況變差的就是國術館。(PT04)

那你去國術館做的時候，就是...那些手法幫你調整回來，那對那種...手法如果...本身醫學背景不強的狀況下，有可能造成撕裂傷更嚴重，對，那它整個

韌帶有可能鬆掉以後，就變成習慣性的扭傷，對，所以...這方面的時候還是不會建議患者去(使用)。(PT05)

一個就是他手...技術不純良，就是做過頭，第二個就是 trial and error，他的手法本身有危險，所以我覺得...他們會有危險最大的問題是在這邊，我自己有常常遇到，包括我自己的病人裡面曾經被橋過骨折、fracture。(PT07)

(六)、脊骨神經療法(Chiropractic therapy)

脊骨神經療法源自於美國，它是徒手脊椎矯正的手法之一，在美國必須經過專門的教育學院訓練，並授予脊骨神經醫師學位(Doctor of Chiropractic, DC)後考取專業執照才能獨立執業，但在美國 NCCAM 的定義中，它屬於 CAM 之一，且該學位在台灣並未獲得認可。

其實最近這一、二十年，chiropractor 跟 PT 做的東西越來越像，幾乎一樣，.....，就是差在名字不一樣，有沒有辦法被認證、有 license、有地位這樣子而已，對啊，其他東西都一樣。(PT02)

復健科醫事人員普遍認同脊骨神經療法在處理急性脊椎問題的療效，但幾乎都不認為應該將脊骨神經療法當作常規治療的手法，主要還是必須藉著訓練脊椎周邊肌肉的功能以維持脊椎的穩定性。

我們知道常做這種的話，就我們的所知其實...有時候很容易韌帶弄鬆，所以我們 chiro 的時候...我們是覺得某些 acute 的時候好像是不错，可是我們不見得會贊同說沒事就去做那個做保養，我們覺得這不太對，我們覺得保養應該是你自己 exercise、你自己維持你自己的 flexibility、維持自己的 muscle

balance、endurance 這些等等。(PT01)

那比如說像整脊療法其實...也有很多 paper 證實說它對一些急性的...呃...比如說椎間盤突出的舒緩很有用，那其實這個...可以把它拿來當一個...某個階段性的工具。(PT04)

他們主要是做一個...呃...脊椎的關節的...甚至小關節的處理，然後把你脊椎就是...周邊的肌肉放鬆之後，讓脊椎能夠復位到正常的狀態，那如果說...周邊的關節可以處理的話，事實上...也是要看症狀，我覺得...周邊關節比較不需要用到這種...chiropractics 那個部份啦。(PT05)

即使脊骨神經療法具備專業的教育訓練課程，但脊骨神經醫師根據其獨特的理論機轉提出脊椎矯正可治百病的說法，此部分並不被復健科醫事人員認同，除了認為是他們的自我膨脹以外，甚至認為是為了專業行銷而過度誇大的說法。

我堅決反對像有些整脊的醫師講說，所有的身體的病，只要我把脊椎整脊好，所有的病都好了。(DR01)

那我講 chiro 的話其實它有很好的效果，但是相對的就是我講的，台灣的訓練不夠，.....，但就像 chiro 大家講的整脊師，他也不能自我放大、自我膨脹得太厲害，認為所有的疾病都是由這個(脊椎)引起的。(DR01)

就我的了解啦，對，它是一個很精緻化的一個 technique，那只是說...它的...它爲了...只爲了生存，它的理論背景是別的，但是他把它過度誇...就我覺得，他把它過度誇大，.....，你如果說要誇張到治百病、還可以治感冒，那我覺

得這是不可信的，在這方面我採保守...保留的態度。(PT04)

(七)、按摩、芳香療法

復健科醫事人員普遍較能接受患者使用按摩或配合芳香、精油療法等的指壓按摩，因為力道輕的按摩手法有助於使軟組織放鬆，亦能稍微緩解疼痛。

病人如果說去外面按摩什麼都 ok 啊，因為它本來就...就可以讓讓讓肌肉放鬆。(DR03)

芳香療法、精油療法對於那個...肌肉跟筋膜組織就是...有它的放鬆的效果，對，那...不要說...太大力的按壓在肌肉上面的話，其實那種療法都是 ok 的。(PT05)

(八)、瑜珈

在肌肉骨骼疼痛患者使用的身心靈療法中，瑜珈的使用率較高，一般來說，由於瑜珈強調肢體的延伸、伸展，所以可當作維持或增進柔軟度的牽拉運動(stretch exercise)之一，但復健科醫師仍強調所有的瑜珈動作應量力而為，以免造成傷害。

他那些...有些那個...那個拉筋的動作都已經超...超過人體的解剖學的程度，那反而病人容易受傷，那如果簡單的拉筋的動作還是有幫忙。(DR03)

(九)、皮拉提斯

儘管肌肉骨骼系統疾病患者使用皮拉提斯的比例甚少，但此一療法是近年來復健醫學新興的運動治療之一，因為它有助於改善用以維持腰椎穩定的肌肉功能，因此復健科醫事人員對皮拉提斯的接受度高。

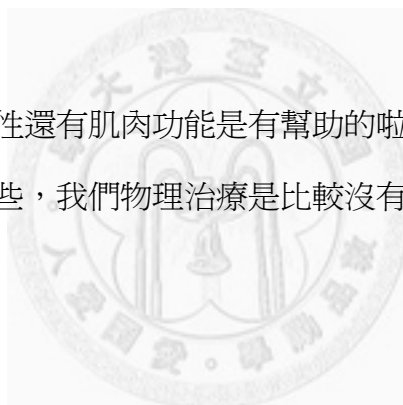
它是一些核心肌群的訓練，那...對他腰椎穩定度有幫助自然疼痛會降低，.....，我希望他找的皮拉提斯老師是有一些醫療背景的。(PT04)

皮拉提斯本身就把它當成在跳有氧舞蹈，類似那種，它本來就可以訓練...訓練一點心肺耐力、跟那個核心肌群那邊訓練啊，它本來...本來類似這種有點在跳舞這種動作本來對病人就是有幫忙的，所以我是覺得 ok。(DR03)

(十)、太極

復健科醫事人員認為在太極緩慢而穩定的過程中有助於肌肉控制與動作協調的訓練。

它是對於身體的協調性還有肌肉功能是有幫助的啦，那它本身可能...(咳)...帶動什麼人體的氣場那些，我們物理治療是比較沒有討論到。(PT05)



二、檢視現況

儘管醫療科技日新月異，但西醫並非攻無不克的治療方法，仍然有許多疾病以目前的西醫治療仍無法有效根治，這也是許多選擇接受保守治療的肌肉骨骼疼痛患者的最大苦惱，因為某些疼痛藉由藥物或非侵入性治療的控制程度有限，且仍有再復發的可能，因此，當復健科醫事人員開始體認到自己的專業技術或西醫的療效有限時，促使他們從自我、同僚、醫療體系、西醫的本質等各個角度檢視CAM。

(一) 專業的瓶頸

身處在醫療專業分工越來越精細的體制內，尤其當面臨的疾病種類或使用的治療方式相似時，延伸而出的是可能逐漸被其他專業取代的危機意識，因此醫事人員除了藉由專業間的互動成長以外，也必須提升自己在專業內的競爭優勢。

說起來也慚愧啊，復健科很多東西要靠PT嘛...那...當然我們會有這種危機意識起來啦。(DR02)

就是說看了這些(中醫)書的時候的演進或是怎樣就是不會排斥，就覺得說有些地方還是值得我們學習的。(PT01)

多學一點就是不一樣的手法，對自己有好沒有壞。(PT03)

其實你會遇到很多，那你就會開始想說，那(另類療法)跟PT有什麼差別，那...怎麼去...看待這些，因為畢竟...可以說是...可以像那種常在講的是專業間的競爭啦，對啊，因為處理的疾病類型相似。(PT04)

「醫者父母心」，復健科醫事人員面對的多為慢性病患者，不論是慢性疼痛或功能障礙，多需要長期復健治療，因此為求提供患者更有效的治療，並提升患者對醫療照護的滿意度，越來越多醫事人員開始將專業觸角外展到 CAM 的領域。

針灸就特別對止痛方面有效果，所以因為復健科也常看到腰酸背痛的病人，所以就想去上上課拿張證書。(DR03)

我發現在臨床上我沒有辦法完全解決病人的問題，那所以...當我原來所學的都已經用上了，那還是沒辦法完全解決的時候，我就開始要想其他的。(PT02)

第二個就是去反省說，是不是我們能夠提供不一樣的服務，.....，那我們如果能夠...有更好的服務，在科學...許可範圍之內提供更親切、更豐富的服務，那是不是病人在我們這邊就能夠得到同樣的效果，阿配合我們有理論基礎的治療項目，其實效果會很好。(PT04)

(二) 同僚的態度

專科內同僚的態度也會潛在的影響醫事人員對 CAM 的接受度，綜觀而言，復健科醫事人員認為同僚們多半抱持較開放的態度，甚至會實際提供患者一些西醫以外的治療。

很多如果說是不了解的話可能就不見得贊同，可是就我所知我們這邊很多復健科醫師他們就有自己再去學針灸嘛，他們甚至認為就是說在住院醫師或什麼時候，他們就自己再去學針灸，然後針灸的時候，他們在門診、執行門診的時候，他們有的就會給病人，尤其疼痛類的病人。(PT01)

他自己也在做電針，他 myofascial pain(肌筋膜疼痛)在做電針，他是用那個針扎到 trigger point(激發點)之後再用電極去治療，他也在做這個，然後他也有在做遠絡，他比較 open mind，就是說他們...覺得可以...對病人好他們都可以嘗試，可是他們覺得比較有 evidence 他們才做，就是有文獻一些比較，大概是這樣。(DR02)

其實我也有同事就是在做什麼...自費的 manual(徒手治療)那種工作室，對啊，其實他們都會講，然後現在...比如說現在他們就會說阿現在什麼什麼又...可能...比較什麼熱門還是什麼的，就是大家會談吧，會不會用在工作上，或是要不要去學。(PT08)

然而，有醫事人員表示，專科內對於 CAM 仍存有排斥的聲浪，特別是在較保守的醫學中心，有一些主張正統西醫學派的教授比較難以接受 CAM。

很多啊，非常多，老一派的醫生都這樣啊，越老的越反對啊，就那個...老一輩教授級的骨科醫師，不要找復健科，復健科還好，復健科就 XX(某醫院)那邊反對的比較嚴重，那邊很保守，但是如果罵得最兇的大概就是骨科了。(DR02)

有的主管是比較保守、守舊派，不知道是因為業績或時間的壓力，還是個人比較不接受那方面的東西，他覺得那大概是旁門左道。(PT08)

(三) 醫療體系

醫療專業對 CAM 的接受度也反映在其專科內的繼續教育及訓練課程中，即使復健科醫師對於 CAM 多持開放的態度，但是正規的復健醫學會仍以正統醫學教育

為主，少有涉及 CAM 的相關議題。

我知道像外面的一些整脊醫學啦，或者是一些對於針灸啦、或者是一些中醫上面的輔助啦，其實都有在接受，所以說應該有在慢慢的改變，只是說現在最大的問題就是說，在訓練的課程之中並沒有加入。(DR01)

繼續教育學分，或是協辦那種，它不可能主辦，因為它必須以正統的為主，那如果真的主辦的話，大概 X 教授那些都會出來講話這樣子。(DR02)

在復健醫學會本身是這些東西，主要還是以正統醫學為主。(DR03)

反觀物理治療學會則積極的將一部分的 CAM 納入繼續教育課程當中，除了學會課程以外，物理治療師也會直接在執業的醫療院所舉辦相關的另類療法研習課程，加強治療的技能。

比如說像公會會開一指刀的課、整脊的課也有，那...甚至皮拉提斯，一些...公會都有漸漸的在開課這樣。(PT04)

目前我們...我們就是...科內有在規劃說...繼續教育的課程之後可能會請一些...就是中醫師、或者是...比較有名然後接受過正規訓練的推拿師，然後過來教我們一些...可能做在穴道方面的一個...治療方式。如果有同事有必要，覺得...這個也...有幫助的，主管有認可就會去請講師過來幫我們上課這樣。(PT05)

(四) 西醫本質

當復健科醫事人員跳脫他們所屬的醫療專科來看西醫的本質，他們認為，近兩百年來西醫快速的進步和發展，使得西醫有時過於自信，而忽視其他那些不屬於正統醫學的療法。

並不是說西醫不好，而是他們對自己太有信心，認為人定勝天，他們的技巧、技術或醫術能夠勝過一切。它(醫學院)根本不會跟你說什麼傳統醫療啦、或是民俗醫療啦、或是其他的有沒有什麼其他的方法，也相對的就是說每個教授每個老師都對他們的工作非常有信心啦，他認為說這個東西...西醫就是這樣子，其實有時候滿故步自封的，那...幾乎是沒有太大的接觸，所以接觸大部分都是到了會...比較到了 intern 或是住院醫師的時候才會去接觸到。(DR01)

但是實際上，CAM 之所以會興起，最根本的原因還是來自於西醫的不足之處，然而，只有少數專科的醫事人員體認到這一點，其他西醫主流專科的醫事人員並不這麼認為。

西醫的療效不足是另類療法會存在的原因，.....，如果西醫可以解決所有的問題，那另類療法就不會存在。一般來說，會接觸到比較多的另類療法的大概是腫瘤、復健，但是說實在的，腫瘤科、復健科在整個醫療體系中的勢力比較小，影響力不是那麼大，那通常其他科的醫生對另類療法都不認同，主要還是因為科學證據的問題。(DR04)

另類療法的盛行反映出西醫的極限，很多病人會去做的原因就是因為覺得西醫沒有效果。(DR05)

三、科學不科學

在西醫的養成訓練中，必須藉由實證醫學客觀的來評斷療效及安全性，目前大部分 CAM 都少有科學化證據支持，此為最讓醫事人員質疑其療效及安全性的問題之一，但復健科醫事人員在考量到 CAM 的療效時，則多半抱持開放接納的態度，甚至反省科學對這些 CAM 的了解與解釋有限，轉而從臨床觀察或實際治療經驗來檢視 CAM 的療效。

(一) 證據第一但不是唯一

對於復健科醫事人員而言，具有說服力的科學化證據無疑是影響他們能否接受 CAM 最重要的關鍵，許多醫事人員(如 DR05)認為，CAM 對於人體的影響機制不明，又經常過於誇大它的效果，因此在缺乏研究證據的情況下他們並不會貿然接受 CAM。

這些學者、這些老師事實上是學科學的，對於有科學的東西他們...只要能說服他們，他們會接受，(要講求證據?) 對，對，他要講求證據。(DR01)

很多另類療法的(作用)機制和療效並不是像他們宣稱的那樣，我認為應該有一分證據說一分話。(DR05)

就是覺得說有科學化的時候，本身是可以接受的。.....，就是自己查不到資料的時候就不會..見得很相信，(就是...會覺得科學化的證據是很...)很重要的。(PT01)

然而，對於一些醫事人員來說，即使缺乏研究實證，他們也不會全盤否定 CAM 的效果，因為臨床經驗的累積也是一種證明 CAM 效果的替代證據。

像這種非傳統性的或是其他輔助醫療方法，你有時候要講求證據就非常薄弱，有時候可以講出證據來，有些是講不出所以然來，但講不出所以然來的東西並不表示說你一定沒有效。(DR01)

其實你慢慢累積經驗以後，有時候一時證據沒有找到的話，可是你 evidence-based...你在病人身上或者怎樣做的時候的確是有效或是怎樣，你還是會去判斷他為什麼有效。(PT01)

從西醫的角度來看另類醫學，在 CAM 的理論機轉與效果方面，科學化的證據以及持續的研究、進步是另類醫學能否被主流醫學接納的關鍵因素。即使另類醫學在能被正統醫學接納之前仍有很長遠的發展空間，但部分醫事人員仍對此抱持觀望與樂觀其成的態度。

醫學在進步當中，所以這些另類醫學現在叫另類，以後說不定就會變正統醫學，所以有時候那個界線就不會那麼明顯。(PT02)

在我的感覺很多 CAM，只要他真的明確證實它有效、廣泛有效的話，自然就會被廣泛接受，那就會變成比較正統的療法啦。(PT06)

(二) 科學的迷思

科學是指藉由充分且客觀的觀察或研究所獲得的有組織體系的知識，非常仰賴邏輯及研究方法的驗證，而我們一路都是接受科學教育長大的，因此經常習慣用科學來檢視存在於生活周遭的事物，然而，面對許多無法用科學解釋的 CAM，有一些醫事人員認為有時候應該拋開科學的思維，以開放的態度看待那些混沌不明的事物。

很多另類療法我們正統西醫會覺得不科學，事實上是還沒有走到那一步。

(PT02)

我們現在都講科學科學科學對不對，就是以科學來論證，但是呢，第一個你現在發展...沒有發展出來並不表示不存在，所以你看不到的並不表示不存在，.....，換句話說你用的東西不一樣，你用你所謂的科學這就不一定站得住腳啦。(PT06)

我事實上是會覺得說有一些東西我不曉得它的 affect，所以我們不能評判它的 effect，那它的作用到底是透過什麼作用，我們目前還不知道，那我們不能夠證明他的 effect，所以一樣的道理，那我就不妄加評論說這個一定好、一定不好，我持比較開放態度。(PT06)

你不能說因為它不科學所以沒效，那也不是說因為你科學就一定最有效。

(PT07)

四、四不原則

由於肌肉骨骼系統疾病的患者常使用許多各式各樣效果不一的 CAM，包括較為大眾接受的中醫治療到技術良莠不齊的民俗療法等等，對於患者使用這些有可能影響西醫療效的另類療法，在詢問受訪者的看法後，結果發現復健科醫事人員幾乎都不反對患者嘗試、交替或合併使用，但是他們有四不原則：不傷害、不延誤、不干擾、不花大錢。

(一) 不傷害原則

對於五花八門的 CAM，假如可能對患者有所幫助，復健科醫事人員都會讓患者多去嘗試，但是他們堅守的底線是以不造成身體傷害為原則，強調患者在選擇使用 CAM 之前應該多注意其安全性。

基本上無害有效的東西都可以試，我想對治療的話也比較好。(DR02)

那我們覺得他並沒有給他做一些額外什麼，病人也覺得說他對他有幫忙這些，我們只是聽或怎樣，不會給任何建議，說這樣不對啊，你這樣浪費或怎麼樣的，因為病人就覺得有效。(PT01)

如果有...有好處的話，我會覺得病人可以多去嘗試，無所謂。(PT03)

你如果說...欸...這個療法要先傷害到你的身體，然後說因為透過傷害才能得到一些治療，我覺得不太妥當。(PT06)

有些東西我就跟他講：ok 你去做，你只要沒傷害都沒關係，但是你...就是...亂做的那種我就會跟他說：不要，別再做了。(PT07)

(二) 不延誤治療

除了不傷害原則以外，不延誤治療也是復健科醫事人員強調的重點，他們認為患者在使用 CAM 時要注意在疾病初期不要延誤就醫的時機，並且就醫後也不應延誤治療計畫的進行。

如果真的覺得這是很荒謬，然後甚至說會影響他健康，當然不只...不是說會...使病情更差，而是說他可能是因為太重視這個療法，導致他延誤他該有的一個...治療過程的話，我會去建議他...放棄...去說服他放棄這個治療。(PT04)

我會建議說比較用正統的醫療選擇，那你如果說正統的醫療選擇認為說效果不好啊、或者他也跟你講說大概就這樣子啊，等等等等之類的，那我們這個時候呢我們其他的就可以去 try，你不要一開始就...就先試另類療法。(PT06)

我個人不會排斥這些東西，但是這種東西你可以當做輔助的使用，但是你不要把它當作 major，也就是說有些東西它不會改變它的事實，但是它也許會改變 symptom。(PT07)

(三) 不干擾西醫療效

每個醫事人員都會根據患者的預後定出階段性的治療計畫，並持續觀察病程的改變適時調整治療方式，倘若病程的改變並非來自疾病本身或治療計畫，而是因為外加的其他療法，有時會模糊醫事人員對病程的掌控，因此，醫事人員一般來說還是會希望患者使用的 CAM 時能不要干擾到西醫的治療。

在合理的狀況下，如果它是不會干擾到原本的西醫療效，基本上都是不反對病人去做。(DR01)(DR04)

不建議，因為這個就是說...第一個增加了解治療進程的困難，.....，(疾病) 它會隨著病程的改變去做變化，那我們(治療)一樣要...隨著這個變化去做調整，那當你同時使用兩種治療方法，會增加你去了解他 progress 的...的一個困難度啦。(PT04)

(四) 不要花大錢

對於坊間許多價格昂貴的藥材、療法，復健科醫事人員也會直接勸患者不要使用那些不符成本效益、甚至療效及安全性尚不明確的治療。

我說你不需要花一兩萬塊去喝那個湯藥，那沒有效，.....，常常有人說他吃了幾萬塊保證一定好的，那個我就建議他們不要去，所以他們如果要花很多錢還是會來問一下，我會跟他說那個錢不值得花這樣子。。(DR03)

基本上病人要去做我是都不反對，但如果要花大錢我就會直接跟他講說不要。(DR05)

我常常碰到有一些人說這個是...藥材是特殊的、我這個方法是祕方、獨門絕技的，所以他的收費特別的高，它的費用特別的高，那我常常會跟病人講說其實不必這樣子，不要因為這個醫療影響到你的生計。(PT06)

但是在患者經濟許可的前提下，有一些醫事人員也認為即使那些療法可能無法對於病情有所幫助，但是讓這些飽受肌肉骨骼疼痛折磨的患者花小錢買希望也並無不可。

我還是會先去判斷，如果說病人他就是穩定了，也...大概就是這樣子了，雖

然有可能再變壞，但是不太可能變得更好的話，那我是覺得不需要去花這個錢，但是他如果不影響他的經濟狀況，他要去用我也不反對。(DR04)

我覺得先了解病人他自己的心態吧，他如果覺得這樣很好、很甘心的話，那我覺得他花這樣的錢，會得到他自己想要的東西，其實也不無可。(PT04)

也許懷抱著一絲希望，懷抱著希望、懷抱著期望，也對病人也好啦，……，那病人只要能力範圍許可，那我覺得就不要阻煞他的希望，反過來講，病人能力並不允許，他只是因為那個希望，然後去傾家蕩產，那我覺得就太殘忍了。(PT06)



五、雙管齊下行不行？

在四不原則的標準之下，進一步探討復健科醫事人員對於肌肉骨骼疼痛的患者同時使用西醫和 CAM 的看法，結果發現受訪的醫事人員並沒有排斥其他專業的現象，而是用包容的態度來面對這樣的跨專業、甚至是跨體系的醫療，但是醫事人員還是比較信任有受過專業訓練的中醫師，至於會不會轉介患者合併使用則是見仁見智。

(一) 包容力

一部分的醫事人員認為，能不能接受患者同時使用 CAM，其實無關乎 CAM 的範疇、種類或他們對 CAM 的了解，最主要的是個人的包容力，相對來說，包容力大的人對於西醫體系以外的各式療法會抱持比較開放的態度，以它們對患者健康的影響為首要考量。

我會不會因為輔助性療法我接觸的多所以我就接受，我倒是覺得這是跟個人的...習慣，跟個人的那種對外界的接受度多與否有關係。(DR01)

基本上我覺得這就是關係到你個人的包容度的問題。(PT02)

主要是病人要恢復健康是最重要的，不管他是嘗試中醫還是西醫都...都可以。(PT03)

我是比較...懷抱比較 open mind 的啦，我...我覺得很多其他的療法，因為人體非常奧秘啦，人體非常複雜，就算現在正統的西醫療法也有一些不足，或者一些不明瞭的地方，或者有一些也是，那我剛才講說比較開放，只要不符合...只要符合這個三個原則有沒有，那我覺得可以去 try。(PT06)

(二) 專業的比較好

對於復健科醫事人員來說，基於在醫療品質或安全性的考量，因此相較於一般師傅傳學徒、非專業訓練出身的拳頭師而言，有經過專業訓練、且具有執照的中醫師、治療師會是患者在尋求其他輔助療法時較好的選擇。

假設它如果沒有什麼害處，我們...病人說做了這些我們不會反對啦，他可能要挑比較合格一點的，比如說中醫師啦，或者說什麼...比較有 license 的去做會比較好。(DR02)

我通常建議說你如果要去你去正統的中醫診所，比較不要去那種國術館，因為那種比較沒有保障。(DR03)

有受過完善教育訓練、有合格的就不反對，否則不建議。(DR04)

可是像現在有的醫院就是有中醫有西醫的話，病人去看中醫我們不會反對啦，因為畢竟以我們醫院為例的話，我們醫院的中醫都是中西醫的醫生嘛，中西醫整合醫學的醫生，所以這種時候我們相信他們會做他們的判斷。(PT01)

我覺得如果是至少是有執照的(皮拉提斯或瑜珈老師)話，他應該是專業知識一定是夠啦，然後...我相信就是...其實我相信像他們應該是也是稍微了解一些 PT 的東西。(PT08)

(三) 明哲保身

對於會不會轉介有需要的患者合併使用 CAM 時，復健科醫事人員則有不同的看法，多數的人並不會給患者建議或介紹，主要的原因是因為醫事人員不了解

CAM，其次，坊間素質參差不齊的各式療法更是醫事人員規避轉介風險的另一個原因。

醫療現在就是這樣，……，沒有發生事情之前大家對你是尊敬的不得了，但是一旦發生事情的時候，如果又是你在做 suggestion、你在做 guarantee 的話，你會吃不完兜著走。(DR01)

如果站在我們 PT 的角度的話，我不會就是說你去做中醫做什麼，是不會，只是有時候病人會...會提(問)到。(PT01)

不會耶，因為畢竟西醫以外的東西我們不了解啊，不懂，不敢...不敢...亂...就是介紹病人。(PT03)

我剛講我不會主動推薦，所以我也不會跟他說你應該去...去做什麼，我只有分析給他聽。(PT06)

然而，也有少數醫事人員在判斷患者的狀況後，如果認為患者有需要的話，他們不僅會提供主流西醫以外的相關治療資訊，也願意介紹他們比較熟悉且認為對症狀有幫助的 CAM 給患者參考、使用。

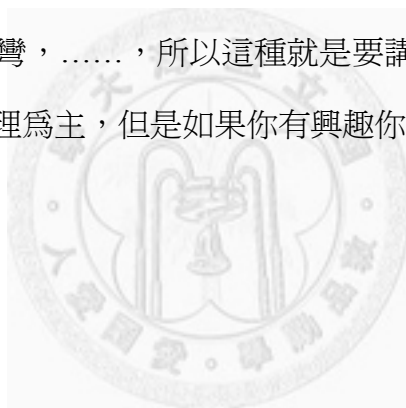
(確認他是合法的、合格的)要轉介是...是不會吝嗇啦，就是患者需要還是會請他們過去做治療。(PT05)

比如說 Low back pain(下背痛)很嚴重，可是應該是嚴重不到開刀啊，因為如果太嚴重的話還是可能最後只能開刀了，我可能就是會建議他會去上那個皮拉

提斯的班，然後...骨科的話，我可能會跟他說有的...美國的啊，有一些專門是整脊醫師啊，然後...我可能會跟他講有這種東西，然後我可能也會推薦一些就是...我比較熟、我知道真的滿厲害的像是 PT 的老師在做整脊的，自費那種，我會跟他講，然後看他自己要不要去評估看看。(PT08)

但就如同 PT02 所提到的，由於正統西醫與 CAM 存在著清楚的分界線，因此在醫療體系中做這樣的轉介時要能拿捏好分寸，以避免不必要的誤會與糾紛。

我會啊，.....，可是這個分寸拿捏就要很好，因為你在一個西醫系統裡面，然後去講這樣的東西，要把 case...算是 refer 掉的話，講白一點這個叫吃裡扒外，這個...胳膊往外彎，.....，所以這種就是要講得很委婉，就是說...你主要還是以現在這個處理為主，但是如果你有興趣你可以去「看看」。(PT02)



(二) 口碑比專業值錢？

口碑的建立來自於專業的價值與行銷，有一些物理治療師認為，CAM 之所以能被患者傳頌推薦，歸功於它們懂得如何行銷包裝，反觀復健治療本身，在仰賴健保給付的醫療體制之下，逐漸喪失專業行銷的能力。

所以很多時候這種另類療法或民俗療法，在外面就不是看資歷而是用口耳相傳的這種口碑，因為有效就可以了，……他的資訊是不透明的，然後它整個的理論架構是不透明的，所以很多時候是…其實這種如果是要行銷包裝的話，我只要成功一個，我可以大肆張揚。(PT02)

其實…物理治療這個專業它本身缺…缺乏很多包括自身行銷，還有人際應對的一些…能力，那相對的外面那些所謂的另類療法，其實他們…因為他們把它當生意來做，他們沒有健保保護著他們，那他們走得這個保護傘，表示說他們這方面的能力是…具備的，是比較…比我們好。(PT04)

因此就如 DR02 提到的，有些患者願意自費尋求坊間有口碑的整脊治療，卻不願意付出同樣的價格接受有醫學專業訓練的醫師所提供的治療，患者經常對於醫師建議的自費治療有較多顧慮，但是相同的治療如果是醫師免費附加的，患者通常都會欣然接受。

因為我沒有另外收費，只是順便幫你脊椎做調整，就這樣跟他說，……，那病人其實很好玩的一個東西就是說，你跟他說要自費他就會考慮半天，可是如果你跟他說這是不用 charge 的，他們都非常樂意的做。(DR02)

(三) 誰才是功臣？

當患者合併使用西醫與 CAM 時，少部分復健科醫事人員除了憂心 CAM 會對復健治療的過程帶來影響以外，同時也會在意患者對治療結果的想法，他們認為由於醫事人員多半缺乏專業行銷與醫病互動的能力，可能因此助長了 CAM 的口碑建立，更有甚者，會引發不必要的醫療糾紛。

當你病人狀況變好的時候，可能是你物理...物理...不是說一定，但是可能就是物理治療的效果，但是因為他們應對能力很好，所以可能會被他們講成...欸...就是妙嘴生花，可能變成是他們的功勞，假如說變好...變差了，假設...假設是另類療法的錯，他也有可能推到物理治療。(PT04)

另外如果有時候病人會說他最近有進步是因為做了什麼有進步，.....，那我通常我會用我的專業給他判斷說，你這種進步是在我的預測範圍之內，所以我不會歸功於你的那種另類療法，因為你就算不接受那個另類療法，我也預期到你會有這樣子的一個進步，.....，那你如果說你這個進步沒有超過我們的預期進步的軌跡，我不會認為那是那個的功勞。(PT06)

七、復健整合醫療

對於未來倘若要在正統的復健醫療體系推動整合醫療，受訪的復健科醫事人員分別從不同的角度表示他們的意見，不僅整合方式是個待釐清的問題以外，醫事人員對於實際提供整合醫療也有許多考量的因素，儘管這還需要很長遠的努力，但若從未來跨專業的合作以及自費市場的推展來看，一些醫事人員仍抱持相當樂觀的看法。

(一) 整合的方式

復健科醫事人員對於整合醫學有狹義也有廣義的看法，狹義的看法就像 DR05 和 PT04 所說的，整合醫學必須建立在科學的基礎上，並且在制度上要以系統性的規劃來整合運用這些具有實證療效的療法。

我覺得政府應該先加強證照、管理，以及這方面的研究，確定有 evidence based 再去做整合。(DR05)

所謂整合醫學我相信它這個 term 它一定是在...欸...一個...有一個 scientific-based，對，有系統的監督之下，那...「認可」，就像我說的有...有科學根據，有療效才納進來，就是你證實它的療效才把它納進來，那納進來你知道怎麼去安排使用，這才是...才稱得上一個正統的整合。(PT04)

但是在推動系統性整合醫學的執行面上，仍存在著許多的難題需要逐步解決，不僅需要建立一套完善的整合制度，還要有充分了解正統及另類醫學的領導者、醫事人員及治療師，以及良善的溝通機制，方能成就有效的整合醫學。

最好的情況就是把一個平台建立，就是...你把最有...最有這樣能力的人組合

在一起是最好，但是這個最大的困難就是說第一個要有一個 leader，就是怎麼樣誰來整合這個東西，然後再來就是，要找到這個平台...都要可以有...有對的人，因為要有足夠的 ability 可以做這件事，那第三個就是大家這個平台上，要有大家可以共通的語言，就是溝通的這個方法。(PT07)

不同於其他的醫事人員，PT02 對於整合醫學採以廣義的看法，他認為整合醫學是有階段性的，而整合的主導者會隨著不同的階段有所改變，他並不強調建立系統性制度的重要性。

跟學校老師講的那種跨領域很像，剛開始的時候是病人主導然後尋找資源，然後第二階段的話就是比較好的另外一種模式是治療師自己去...去找資源，那到最後是怎樣，是可以任何一個人，可以是 family，可以是病人，也可以是治療師，也可以是醫生，去當做一個主導的。(PT02)

(二)、跨專業的合作

成功的整合醫療需要在不同的醫療專業間建立良好的合作機制，儘管宏觀來看，整合醫療在復健醫學領域中的發展仍未臻成熟，但是實際有在推動整合醫療的醫事人員表示，整合醫療最重要的就是溝通，而溝通也是跨專業合作的橋樑。

就是我們跟一個瑜珈教練合作，就是患者發生什麼問題，然後會跟瑜珈的教練...就是做溝通，看適合做哪些處理，那...瑜珈的教練在上課的過程當中，他有什麼樣的問題會立即跟我們反應，就是雙方有充分的溝通，對對對，就是對...就是跟另類療法的整合，事實上我們是很習慣的，就是滿贊成這個的。(PT05)

現在整合當然是說最好是把...因為你自己一個人沒有辦法做全部嘛，就把...比較多的、不同種的人湊在一起，你要做整合...整合最大的那個(障礙)就是說，你要知道...第一個要知道別人在做什麼，第二就是說大家要可以有一個...共同(溝通)的語言。(PT07)

(三) 自費新市場

由於健保的給付規定以及核刪標準，復健科醫事人員只得在健保允許的範圍內提供治療，而健保實施多年來，患者也早已了解醫療院所的限制，而 PT05 觀察到的現象是，北部的患者對於健保以外的自費治療接受度較大，由此可看出醫療自費市場的新契機。

因為患者的觀念就是...健保有給付的項目，我當然都是全力配合健保局，那健保沒有給付的項目，他們爲了身體健康，願意花這筆錢去做治療，接受一個...比較好的療...療程，讓他們的身體恢復得比較快一點，(咳)，那北部的患者比較容易接受。(PT05)

實際上，自費醫療無疑是私人醫療院所的新出路，特別是在醫院體系以外的復健科診所，早已開始提供許多各式各樣的整合復健醫療，舉凡針灸、徒手按摩、瑜珈、皮拉提斯...等等，希望能藉由提供更豐富的治療以拓展私人院所的醫療市場。

現況一般來講，大醫院大概就是很零散，大醫院就是...比如說...中醫中醫、西醫西醫，一個病人它有自己選擇去掛哪一科、去看，那如果是診所的方面就比較...多，因為診所比較競爭嘛，所以有一些醫生爲了他自己的市場，所以我認識的很多醫生其實都有做針灸。(DR02)

診所有在幫病人做那些徒手治療啊，那個...那個...就是徒手治療像 massage 那類的，還有幫病人上皮拉提斯的課啊。(DR03)

這種離開醫院系統，尤其是這種正規的醫院系統，你到外面的診所去其實是五光十色，只是因為我們很少接觸所以我們不知道，因為我們都關在學校、或關在這種醫學中心，所以不知道外面的世界其實大家已經玩得超出我們的想像太多，他們的整合都已經超出我們的想像，很有趣齣。(PT02)

(四) 做與不做的抉擇

大部分受訪的復健科醫事人員都曾學習過至少一種 CAM，但是卻不一定會提供患者 CAM 治療，究竟醫事人員對於是否施行 CAM 治療的考量為何？醫事人員認為，具備兩種以上的專業技術時，必須以有系統的整合方式才能掌控治療的效果，但是在現實醫療環境的限制下，人力、環境、成本等因素也是他們納入考量的重要因素。

部分受訪者(多為物理治療師)會使用所學的 CAM 替患者進行治療，但是在他們的專業思維中，正統西醫與 CAM 不能胡亂整合使用，必須以其中之一為主軸建立系統性治療，對復健科醫事人員而言，較正確的整合方式是以西醫治療為基礎去判斷患者的問題，再選擇性搭配其他的 CAM 來增進西醫療效。

(接受過脊骨神經療法的患者)反應很好，但是我們就是挑 case 做，可能就是有些我們調第一次之後回去還是叫他自己去 regular 做 traction(牽引|治療)這樣子，因為...還是要持續解決它。(DR02)

如果是像我們這種醫療專業在學習(另類療法)的時候你一定要以一套(相關的

概念、理論)為主，這樣才不會亂掉，因為亂掉的時候，你沒有所謂的主要的跟...搭配的時候，當你出問題的時候，你不知道從哪一個脈絡去...回去找問題。(PT02)

可以把它整合起來，那...只是我的 concept 裡面我還是從我們的西醫的 pathology 跟我們的 PT，其實我現在的 concept 就是我們的 PT 加上...西醫的系統、再加上中醫的。.....如果你會用你的...PT 的「主軸」...去分析病人的問題，那這些東西(另類療法)都只是你的...工具、武器而已。(PT07)

至於醫事人員不願意施行 CAM 治療的原因，以針灸為例，雖然針灸是肌肉骨骼系統及病患者使用率甚高的療法之一，且許多復健科醫生都曾學過針灸，但實際提供針灸治療的卻少之又少，透過兩位復健科醫師的解讀後發現，時間、空間、技術、科學證據、成本等等都是他們後來放棄提供針灸治療的因素。

那在這邊你必須花空間，然後...因為做了以後你還要留針在身上，你要留個 20 分鐘，那你還要再...還要等它弄好，然後你在看診的時間又要等...等病人做這些事情就覺得很麻煩(笑)。(DR03)

可能是我的技術不好，再來，當時針灸療效的證據沒有那麼充足也是考量的因素。.....，據我所知很多醫生學了針灸以後也都放棄使用，因為同樣的效果在臨床上有別的可替代。.....，而且醫院也不支援...成本也是一個問題，有些病人甚至還會買針來送醫生。(DR04)

第四節 醫病互動

本節主要從肌肉骨骼系統疾病患者以及復健科醫事人員的經驗對照剖析雙方在 CAM 議題上的醫病互動情形，由於醫病互動所涵蓋的範圍甚廣，本研究主要從患者在使用 CAM 時主動與醫事人員互動的意願、互動的對象、以及互動後的結果來看肌肉骨骼疼痛患者的醫病互動經驗，此部分將以量性結果呈現，而醫事人員的部分則以質性結果呈現臨床上他們對醫病雙方在 CAM 議題上互動的現況，以及如何與患者溝通互動。

一、告知與詢問

本研究中，患者主動向醫事人員產生的互動包括兩個部份：主動告知他們的 CAM 使用經驗以及主動與醫事人員談論到有關 CAM 的相關話題(圖 4-2)，研究者將此兩個部份加總後分為三組：有告知並且有談論過的患者為互動經驗多的，只有告知或只有談論過的患者為互動經驗普通，沒有告知也沒有談論過的患者則是屬於互動經驗少的，爾後再與社會人口特質、疾病種類、使用範疇與使用頻率等自變項分別做卡方檢定分析，結果如表 4-11、4-12 所示。

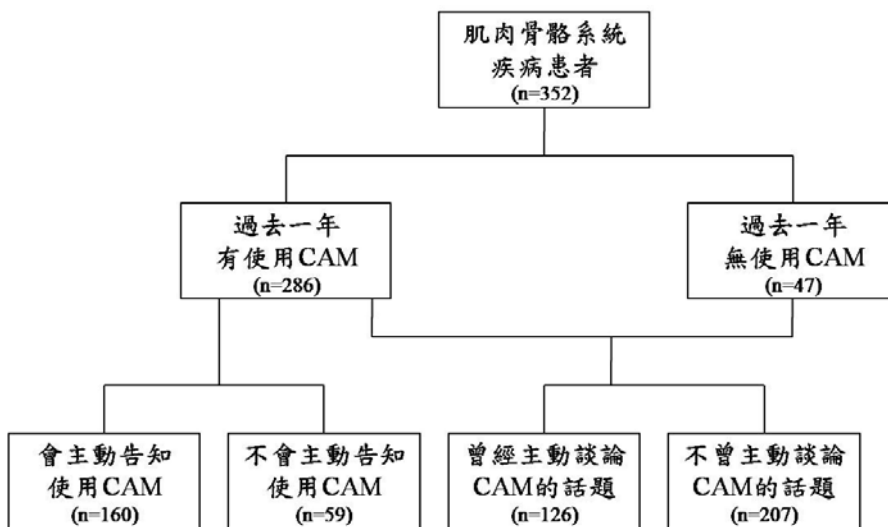


圖 4-2 肌肉骨骼系統疾病患者的主動互動經驗

在社會人口特質方面，教育程度與主動互動經驗具有顯著的差異性($P<0.05$)，教育程度為國中以下的受訪者僅有 18.8%與醫事人員有比較多的互動經驗，但研究所以上的受訪者則有高達 63.4%的比例與醫事人員的互動多。年齡並沒有顯著的差異存在，但從比例上可發現 40-59 歲的患者有互動較多的趨勢。以疾病種類來看，比起罹患其他疾病的患者，軟組織疾患與醫事人員互動多的比例較高($P<0.05$)。求醫偏好與互動多寡的相關性不大，從比例上來看，習慣先尋求中醫治療的患者與復健科醫事人員的互動較多。

本研究假設個人或他人先前的醫病互動經驗會影響患者現在或未來的醫病互動意願，本研究特別調查了患者對於醫病雙方在使用 CAM 議題上的醫病互動感知，並區分為正向、負向、正負向皆有及不知道四類，結果顯示，具有正向醫病互動感知的患者佔 27.4%，負向感知的患者佔 47.9%，正負向皆有佔 8.2%，另外有 16.2%的患者表示不知道，因為他們自己沒有這方面的經驗，也未聽他人談論過。在正向醫病互動感知中，有 23.5%的患者認為在談論到 CAM 的使用時，醫事人員的回答很仔細，有 12.3%的患者覺得他們提出的問題受到重視；在負向的醫病互動感知方面，29.3%的患者認為醫事人員的回答太籠統，甚至 24.9%覺得他們的問題被忽略，而 19.9%的患者曾經或覺得會被醫事人員勸阻使用。儘管醫病互動感知與互動經驗並無顯著的差異，但就比例來看，具有正向醫病互動感知的患者較可能與醫事人員產生較多的互動，而具有負向感知的患者其互動經驗多為普通。

進一步分析 CAM 的使用經驗與互動經驗兩者之間的相關性，在使用範疇上，使用外力操弄性治療的患者與醫事人員的互動較多($P<0.05$)，相較之下，使用物質攝入與吸收的患者則有互動經驗偏少的趨勢，至於超自然調控因人數太少故不列入討論中；在使用頻率上，使用頻率高的患者與醫事人員互動的經驗則顯著的比使用頻率低的患者要高出許多($P<0.005$)。

本研究亦使用羅吉斯迴歸分析社會人口特質、疾病種類、求醫偏好、醫病互動感知、使用範疇及頻率對有無主動與復健科醫事人員互動的影響，結果如表 4-13

所示，儘管所有的迴歸模式都無法顯著的解釋自變項對主動互動經驗的影響，但是在趨勢上，女性比男性、30-59 歲比 20-29 歲、教育程度高比教育程度低的患者有較高的機率在過去一年主動和復健科醫事人員互動；習慣先尋求中醫、國術館及其他治療的患者比習慣先尋求西醫治療的患者有較高的機率在過去一年主動和復健科醫事人員互動；具有負向醫病互動感知的患者比具有正向感知的患者有較高的機率在過去一年主動和復健科醫事人員互動；有使用外力操弄性治療或超自然調控的患者比沒有使用的患者有較高的機率在過去一年主動和復健科醫事人員互動；使用頻率低的患者則比使用頻率高的患者有較高的機率在過去一年主動和復健科醫事人員互動。



表 4-11 個人特質對主動互動經驗的影響 (n=208)

	(N)	互動多 %	互動普通 %	互動少 %
性別				
男	(72)	40.3	37.5	22.2
女	(133)	38.3	39.1	22.6
年齡				
20-29	(32)	34.4	37.5	28.1
30-39	(27)	37.0	51.9	11.1
40-49	(37)	43.2	35.1	21.6
50-59	(61)	45.9	36.1	18.0
60+	(51)	31.4	37.3	31.4
教育程度				
國中以下	(16)	18.8	50.0	31.3*
高中職	(44)	31.8	36.4	31.8
大專	(103)	35.0	42.7	22.3
研究所以上	(41)	63.4	26.8	9.8
居住地區				
北區	(52)	36.5	44.2	19.2
東區	(52)	55.8	28.8	15.4
西區	(35)	42.9	34.3	22.9
南區	(31)	19.4	45.2	35.5
其他	(36)	30.6	41.7	27.8

*P<0.05

表 4-12 疾病種類、求醫偏好、醫病互動感知、使用範疇及頻率對主動互動經驗的影響 (n=208)

	(N)	互動多 %	互動普通 %	互動少 %
疾病種類				
四肢關節病	(87)	39.1	36.8	24.1
背部脊椎病	(100)	33.0	44.0	23.0
軟組織疾患	(112)	48.2	32.1	19.6*
骨病軟骨病	(21)	38.1	42.9	19.0
求醫偏好				
西醫	(136)	36.8	39.0	24.3
中醫	(47)	44.7	36.2	19.1
國術館及其他	(10)	20.0	60.0	20.0
醫病互動感知				
正向	(49)	49.0	30.6	20.4
負向	(110)	39.1	42.7	18.2
正負向皆有	(16)	43.8	31.3	25.0
不知道	(25)	16.0	48.0	36.0
使用範疇				
物質攝入吸收	(168)	38.7	36.3	25.0
外力操弄治療	(151)	45.0	35.1	19.9*
身心靈活動	(37)	43.2	35.1	21.6
超自然調控	(7)	57.1	28.6	14.3
使用頻率				
總是/經常	(94)	47.9	24.5	27.7†
偶爾/很少	(106)	31.1	50.0	18.9

*P<0.05 †P<0.005

表 4-13 羅吉斯迴歸分析—主動互動的經驗^a(n=208)

	係數 (B)	標準誤 (S.E.)	勝算比 (OR)	信賴區間 (95% CI)	顯著性 (P-value)
性別					
男 (參考組)					
女	-0.019	0.351	0.981	(0.493, 1.953)	0.956
年齡					
20-29 (參考組)					
30-39	1.141	0.728	3.130	(0.752, 13.033)	0.117
40-49	0.350	0.560	1.416	(0.473, 4.255)	0.533
50-59	0.576	0.515	1.779	(0.648, 4.883)	0.264
60+	-0.156	0.496	0.856	(0.324, 2.261)	0.754
教育程度					
國中以下 (參考組)					
高中職	-0.026	0.629	0.974	(0.284, 3.342)	0.967
大專	0.458	0.589	1.581	(0.498, 5.015)	0.437
研究所以上	1.436	0.754	4.205	(0.960, 18.416)	0.057
疾病種類 ^b					
四肢關節病	-0.070	0.351	0.932	(0.469, 1.853)	0.841
背部脊椎病	0.080	0.358	1.083	(0.537, 2.185)	0.823
軟組織疾患	0.403	0.353	1.497	(0.749, 2.992)	0.254
骨病軟骨病	0.255	0.586	1.291	(0.410, 4.066)	0.663
求醫偏好					
西醫 (參考組)					
中醫	0.302	0.421	1.353	(0.592, 3.089)	0.473
國術館及其他	0.248	0.815	1.282	(0.259, 6.337)	0.761
醫病互動感知					
正向 (參考組)					
負向	0.143	0.432	1.154	(0.495, 2.691)	0.741
正負向皆有	-0.262	0.677	0.769	(0.204, 2.902)	0.699
不知道	-0.786	0.547	0.456	(0.156, 1.332)	0.151

^a 以過去一年沒有主動互動經驗為參考組

^b 疾病種類為複選題，以沒有該類疾病為參考組

^c 以沒有使用該類範疇為參考組

表 4-13 羅吉斯迴歸分析—主動互動的經驗^a(續)

	係數 (B)	標準誤 (S.E.)	勝算比 (OR)	信賴區間 (95% CI)	顯著性 (P-value)
使用範疇 ^c					
物質攝入吸收	-0.843	0.519	0.431	(0.156, 1.191)	0.105
外力操弄治療	0.643	0.364	1.902	(0.932, 3.880)	0.077
身心靈活動	0.069	0.456	1.071	(0.438, 2.617)	0.880
超自然調控	0.495	1.127	1.640	(0.180, 14.933)	0.661
使用範疇加總	0.093	0.205	1.097	(0.734, 1.640)	0.650
使用樣式加總	0.028	0.068	1.029	(0.900, 1.176)	0.676
使用頻率					
偶爾/很少 (參考組)					
總是/經常	-0.497	0.339	0.608	(0.313, 1.182)	0.142

^a 以過去一年沒有主動互動經驗為參考組

^b 疾病種類為複選題，以沒有該類疾病為參考組

^c 以沒有使用該類範疇為參考組



肌肉骨骼系統疾病的受訪者當中，有 149 位(佔回答該題項的 72.3%)表示當他們在復健治療的同時正在或打算使用 CAM 時，他們會主動告知復健科醫事人員，我們進一步詢問了患者會想要告知醫事人員的原因，結果發現大部分的人希望醫事人員能給他們一些建議(71.1%)或者是覺得應該要讓醫事人員知道(65.8%)，其次是在和醫事人員聊天的過程中說出來的(18.1%)，少部分的人是因為覺得 CAM 有效(8.1%)或因為 CAM 沒效而忍不住跟醫事人員抱怨(2.0%)。相反的，55 位表示不會主動告知醫事人員的受訪者認為，他們之所以沒有講的原因是因為醫事人員沒有問(54.5%)，其次是覺得醫事人員沒必要知道(20.0%)、醫事人員應該沒興趣聽(14.5%)、或擔心醫事人員會罵(14.5%)，曾經被醫事人員罵過或覺得醫事人員不懂 CAM 的人分別各佔 1.8%。

針對肌肉骨骼系統疾病患者的問卷調查結果發現，大部分的患者都表示他們會主動告知醫事人員有關 CAM 的使用經驗，但從復健科醫事人員的角度來看，通常患者必須要和醫事人員建立較密切的醫病關係之後，才會告知他們有關 CAM 的使用經驗。

通常第一次(看診)不會，可是多幾次他們會講。(DR03)

只是病人的確因為跟我們相處時間久以後，有時候或許他會提出來。(PT01)

我有時候 sometimes 跟病人聊一聊的時候，有時候他們就會透露。(PT07)

在復健科醫事人員的臨床經驗中，患者之所以會主動告知他們使用 CAM 的經驗主要的原因也是希望醫事人員提供一些使用上的諮詢，包括其他非復健科醫師處方的藥物、保健食品，或是希望醫事人員推薦其他可以輔助西醫治療或者療效比較快速的治療方法。

他們有時候就是會拿藥罐來給我看說我吃這個可不可以。(DR03)

他在做治療過程...他可能...可能以前做過，但不了解，或是說他在物理治療比較緩和...物理治療比較緩和，所以他...呃...進程比如說比較慢，那在這個部分可能失去了...某些病人的耐心跟信心，那他開始詢問治療師說：那我如果試試看...按摩.....甚至拔罐，會不會有幫助，做爲一個諮詢，大概是這樣的狀況病人會跟你講。(PT04)

其實我們的病人很常問我們第一個有沒有要吃什麼，他常常會問我們要吃什麼，或者是呢...哪些東西需不需要再加上什麼治療。(PT07)

患者之所以會揭露他們使用 CAM 的情形主要是希望醫事人員能夠提供一些建議，然而，本研究藉由問卷針對肌肉骨骼系統疾病的所有受訪者調查他們過去一年在接受西醫治療期間，復健科醫事人員是否曾經給過他們有關 CAM 的建議，結果高達 80.1%的受訪者表示醫事人員不曾給過任何意見。

少數患者會在醫事人員問診時揭露其使用 CAM 的經驗，或是他們在治療的過程中主動的與醫事人員分享過去不好的 CAM 求醫經驗。

第一個就是說我問過他有沒有在別的地方做過治療，那我的治療是指物理治療，可是他們可能以爲是其他的... 第二種就是他去做了推拿，或是一些不是西醫，那反而更不舒服，那才來找物理治療。(PT04)

有的會主動說，有的是...藉由問診的時候他們才會說出來接受過什麼樣...先有接受過什麼樣的治療這樣子。.....，就是他們比較 care 自己的身體健康

狀況，所以就是他們會說...呃...自己先前做過什麼什麼，然後覺得都沒有效，所以現在才來做物理治療的部分。(PT05)

但是對於患者不願意告訴醫事人員的原因，復健科醫事人員的想法各不相同，他們覺得患者是因為在西醫的場域怕會被罵、怕被醫師拒絕、或是因為愛面子等等，和前述患者所表示的結果有些許落差。

怕醫生不幫他看病，特別是遇到一些主任級的、資深的醫生時。(DR04)

因為物理治療跟推拿很像，其實有點互相競爭的(情形)...，所以病人不敢講吧。(DR05)

一般的病人因為在醫學中心，他不會來問這種奇怪的。.....，如果其他一些更玄的那種民俗療法的話，可能一般來醫院他們就比較不敢講因為怕被罵，因為大部分西醫都會罵，說你亂做。(PT02)

有的可能中南部的...長輩啊，可能比較愛面子，所以比較不會講，.....，不好意思講，就是把自己搞得那麼嚴重才過來這樣。(PT05)

前述的調查結果顯示，患者之所以不會告知醫事人員他們使用 CAM 的經驗最主要的原因是因為醫事人員沒有問，而本研究另外也針對肌肉骨骼系統疾病的所有受訪者調查他們過去一年在接受西醫治療期間，復健科醫事人員是否曾經詢問過他們有關 CAM 的使用經驗，結果 75.3% 的受訪者表示醫事人員不曾詢問過，針對這個現象，研究者詢問了復健科醫事人員詢問患者使用 CAM 的經驗，結果也發現在復健科醫師和物理治療師兩者之間並無角色上的差異存在。

有些復健科醫事人員認為，因為患者不一定會主動告知，對於患者較常使用的 CAM 樣式，比如刮痧、針灸、推拿、中藥...等等，他們還是會例行性的詢問患者是否有這方面的治療經驗。

會問他，的確病人不會主動告訴你，可是你看到(痕跡)的時候你還是會去問，那病人吃中藥這些更是不會主動告訴你，所以我們這方面有時候無從得知啊。(PT01)

你要問啊，比較常問的是中醫、推拿這種。(PT02)

對於會例行詢問患者的醫事人員來說，掌握患者的求醫經驗可用以評估患者的疾病進程與治療改善的情況，進而當作開立處方與施行治療時的參考依據。

會，就是說你有沒有去做...就會問啊，就是說除了這個之外，應該照道理講，我們可能...覺得情況在我們 control 之中，可是為什麼沒有比較好，就會問他說你有沒有做其它的治療。(DR02)

主要是要了解病人他們的...情況，.....，如果他說之前去做過很多其他的中醫、物理治療做了兩三個月都沒有好，那我就會開比較強的治療。(DR04)

姑且不論那個人做得好不好，我就可以知道說這個人有處理過，我只要問他說這樣做完你的反應是怎麼樣，如果比較好那我就知道說徒手治療對他是有效的，或者是徒手治療對他是沒有效的，那這樣我就可以當作我的治療參考。

(PT02)

醫事人員 PT05 則認為，詢問患者的 CAM 求醫經驗，不僅可讓醫事人員當作治療參考，也可藉以用來和患者解釋過去治療不當所造成的影響，並說服患者持續配合需要較長時程的復健治療計畫。

有一個依據跟患者說，因為你先前做了哪一種另類療法，所以造成你現在的傷害，所以你需要要花更多的時間來做...復原的一個動作，那可能...你的耐...你要比之前還要更有耐心去做這個(物理)治療。(PT05)

相反的，有一些醫事人員只會針對正規的西醫治療進行問診，但是不會主動詢問患者有關 CAM 的使用經驗，而是等患者自己主動提到的時候才會進行了解。

不會(問)耶，通常只是問他的症狀，他現在有沒有哪裡不舒服，然後我就直接開給他，阿通常都是病人多來幾趟熟了，有時候他才會透露。(DR03)

我不會主動去問說你有沒有做過...就是...有沒有做過其他的這種治療，我會問說在別的地方有沒有做過物理治療，因為要了解知道說他對物理治療的接受度，那...但是不會特別去問說中醫或是什麼，但病人如果有提到的話，我會去...呃...去了解看...使用的狀況。(PT04)

那通常我們也比較少...比較少去問病人說你有沒有去做其他治療。(PT06)

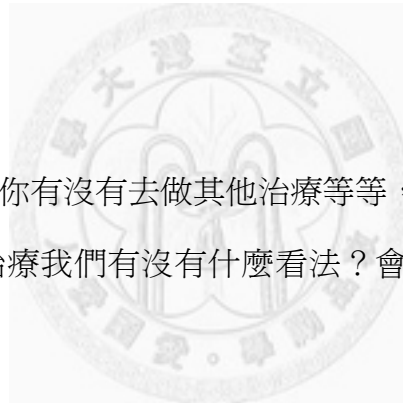
都是他們自己講這樣子，因為太忙了，對，所以就是除非有多餘的時間，或跟他比較熟才會...就是聊到。(PT08)

進一步了解他們不會詢問患者的原因，主要是因為患者常會藉此問題轉而向復健科醫事人員徵詢意見，或誤以為醫事人員想要推薦他使用其他的治療，有醫事人員則認為在西醫系統內談論這個是不太妥當的。

我覺得在西醫診所如果一直去問病人這方面，覺得比較奇怪，那病人就會...因為你如果這樣問他，他反過來問你...會問你說，那你覺得哪個有效？你是不是要建議我去做哪一項？，(就是變成是...)，好像我在 push 他去做這樣。

(DR03)

我們比較少問他：阿你有沒有去做其他治療等等，因為反而有時候病人會問我們說，他做那個治療我們有沒有什麼看法？會不會推薦啊、會不會反對啊...。(PT06)



二、互動的對象

本研究也調查了肌肉骨骼系統疾病患者在過去一年內較常與哪些醫事人員討論 CAM 的使用狀況，結果顯示復健科醫師及物理治療師是患者最常討論的對象，其次是中醫師。然而，究竟有哪些因素可能導致患者選擇不同互動的對象？先從受訪者的社會人口特質來看，20-49 歲的患者較常與物理治療師有所互動，並且教育程度在研究所以上的患者也有較高的比例會與物理治療師互動。疾病種類的部分除了罹患軟組織疾病的患者比沒有此類疾病的患者較會與復健科醫師互動 ($P<0.01$) 之外，其餘則看不出有任何明顯的趨勢。如同常理可推斷的，肌肉骨骼疼痛發生時習慣先至西醫就醫的患者經常討論 CAM 的對象較少是中醫師或民俗治療師傅，且比例上顯著的比習慣去中醫或國術館的患者低 ($P<0.005$)。患者的醫病互動感知也會對其選擇的互動對象有所影響，具有正向感知的患者比較願意和復健科醫師討論，而具有負向感知的患者則較會與中醫師、物理治療師 ($P<0.01$) 及民俗療法師傅 ($P<0.005$) 互動。那麼，CAM 的使用經驗是否又會與互動的對象有所相關？以使用的範疇來看，患者互動的對象顯著的與該範疇主要提供治療的人員有關，舉例來說：使用外力操弄性治療的患者較常與中醫師 ($P<0.005$)、民俗治療師傅 ($P<0.005$) 討論，而使用身心靈活動的患者則有較高的比例與物理治療師、民俗治療師傅 ($P<0.05$) 討論。此外，使用頻率高的患者則有較高的比例會常與中醫師產生互動 ($P<0.01$)。(詳請參見表 4-14、4-15)

表 4-14 個人特質對互動對象的影響 (n=215)

	(N)	復健科 醫師 %	中醫 師 %	物理 治療師 %	藥師 %	護士 %	民俗 師傅 %
性別							
男	(73)	35.6	23.3	30.1	2.7	1.4	12.3
女	(140)	34.3	25.7	37.9	2.9	2.1	9.3
年齡							
20-29	(33)	21.2	21.2	42.4	3.0	3.0	9.1
30-39	(25)	36.0	32.0	52.0	0.0	0.0	16.0
40-49	(42)	35.7	26.2	40.5	2.4	0.0	7.1
50-59	(58)	39.7	32.8	32.8	5.2	5.2	19.0
60+	(57)	35.1	14.0	22.8	1.8	0.0	3.5
教育程度							
國中以下	(18)	27.8	16.7	27.8	0.0	0.0	16.7
高中職	(43)	39.5	27.9	27.9	7.0	2.3	2.3
大專	(109)	34.9	22.0	35.8	2.8	2.8	14.7
研究所以上	(41)	29.3	34.1	46.3	0.0	0.0	7.3
居住地區							
北區	(53)	39.6	32.1	30.2	3.8	0.0	9.4
東區	(53)	35.8	18.9	47.2	3.8	1.9	9.4
西區	(36)	36.1	30.6	41.7	0.0	2.8	11.1
南區	(34)	26.5	17.6	23.5	5.9	2.9	8.8
其他	(37)	32.4	24.3	27.0	0.0	2.7	16.2

表 4-15 疾病種類、求醫偏好、醫病互動感知、使用範疇及頻率對互動對象的影響 (n=215)

	(N)	復健科 醫師 %	中醫 師 %	物理 治療師 %	藥師 %	護士 %	民俗 師傅 %
疾病種類							
四肢關節病	(92)	34.8	19.6	37.0	0.0*	0.0	15.2
背部脊椎病	(104)	30.8	23.1	32.7	2.9	2.9	12.5
軟組織疾患	(113)	42.5**	24.8	38.9	3.5	1.8	9.7
骨病軟骨病	(25)	48.0	24.0	40.0	0.0	0.0	8.0
求醫偏好							
西醫	(136)	32.4	14.0‡	40.4	1.5	1.5	5.1†
中醫	(48)	35.4	52.1	22.9	4.2	2.1	16.7
國術館及其他	(15)	20.0	33.3	33.3	0.0	0.0	33.3
醫病互動感知							
正向	(56)	48.2	16.1	28.6**	5.4	1.8	1.8‡
負向	(113)	31.0	32.7	42.5	2.7	2.7	19.5
正負向皆有	(16)	31.3	25.0	50.0	0.0	0.0	0.0
不知道	(23)	21.7	13.0	8.7	0.0	0.0	0.0
使用範疇							
物質攝入吸收	(171)	34.5	26.9	34.5	2.9	1.8	9.4
外力操弄治療	(158)	36.1	30.4†	36.7	3.8	2.5	13.9†
身心靈活動	(40)	37.5	25.0	47.5	0.0	2.5	20.0*
超自然調控	(9)	55.6	44.4	44.4	22.2*	22.2**	11.1
使用頻率							
總是/經常	(101)	38.6	35.6†	32.7	4.0	0.0	13.9
偶爾/很少	(107)	30.8	15.9	38.3	1.9	3.7	8.4

*P<0.05 **P<0.01 †P<0.005 ‡P<0.001

三、溝通的藝術

由於醫療資訊的不對等，過去的醫師被賦予成為醫療代理人的權力，也就是由醫師來替患者選擇他們必須接受什麼樣的治療，但隨著知識的傳遞管道越來越多元化，民眾的醫療自主權亦逐漸提升，醫師所扮演的醫療代理人角色淡化，甚至轉而以朋友的角色來和患者溝通。

醫療人員的權威性一直被 challenge，...這個坦白講也不是什麼壞現象，起碼民眾的程度比較提升，大家有知道自己身體的權利，那所以目前的話我們就會比較開放性，跟他用討論的方式說，這個方式對你來講如果你覺得如果對你有效你可以嘗試看看。(DR02)

我通常都是像朋友一樣去給他意見。(DR04)

為求與患者建立長期可信任的醫病關係，在給予 CAM 的諮詢建議時，復健科醫事人員多以理性的分析解釋取代權威式諮詢，並且視患者的醫療自主權為優先原則。

就會稍微跟他提醒一下，不會真的強力去跟他說一定不可以做這個事情這樣。(DR03)

因為病人會問我們的意見，那如果我們就說，欸~你都不行，絕對不行，這個很不科學或怎樣，那有的病人會說你們都是西醫排斥中醫阿這些怎麼樣的，可是當你把他解釋清楚的時候，我沒有跟他講說不可以也沒有跟他講說可以，我是覺得說有些是可以相輔相成、有些的確是會有危險。(PT01)

那如果...如果真的影響到他的狀況的話，就會...就會好好的跟他解釋啊，就是中醫跟西醫的不同，對啊，然後希望...請他先暫時先不要去做。(PT03)

通常會...就是...用解剖學跟自己的...就是人體的生理反應去跟他講，對，那患者會比較接受。(PT06)

我會跟他講說哪些東西可以做、哪些東西不能做，哪些東西做了可能對他比較好，我會跟他講、我會跟他分析。(PT07)



四、專業意見的接受度

醫病互動的結果可以表現在很多層面上，不論對醫療品質的滿意度、忠誠度，或是對醫事人員的信賴度...等等，本研究主要以患者對於復健科醫事人員針對CAM所提供之專業意見的接受度來檢視醫病互動。當復健科醫事人員給予肌肉骨骼系統疾病患者有關使用或暫停使用CAM的建議時，有57.6%的受訪者表示他們能接受復健科醫事人員給的建議，有37.6%表示不一定，只有4.8%不會接受。在個人特質與意見接受度的雙變項分析中，年齡與教育程度具有顯著的差異($P < 0.05$)，顯示出患者的教育程度越高，對專業意見的接受度也越高的正向趨勢，由於本研究中患者的年齡與教育程度有高度相關，60歲以上的患者教育程度較低，因此有較高的比例不會接受專業意見(表 4-16)。此外，表 4-17 中還有一些有趣的現象，例如求醫偏好與醫病互動感知對專業意見的接受度竟呈現出與研究假設相反的趨勢，撇開個案數較少的國術館不看，習慣先尋求西醫治療的患者對於復健科醫事人員給的意見接受度要比習慣看中醫的患者要來得低，且具有正向醫病互動感知的患者其對專業意見的接受度也較具有負向醫病互動感知的患者低，推測可能的原因出自於題目本身設計不良，由於研究者將「建議使用」及「建議暫停使用」兩種不同情境放在同一個題目內，可能導致受訪者填答時對於題目涵意的判斷不同而有不同的回答，以致於調查結果與事實有所偏差。

表 4-16 個人特質對專業意見接受的情形 (n=224)

	(N)	接受 %	不接受 %	不一定 %
性別				
男	(76)	51.3	6.6	42.1
女	(144)	60.4	4.2	35.4
年齡				
20-29	(33)	63.6	0.0	36.4*
30-39	(27)	63.0	0.0	37.0
40-49	(43)	65.1	2.3	32.6
50-59	(63)	60.3	3.2	36.5
60+	(58)	43.1	13.8	43.1
教育程度				
國中以下	(17)	41.2	23.5	35.3*
高中職	(48)	56.3	4.2	39.6
大專	(113)	59.3	2.7	38.1
研究所以上	(42)	61.9	2.4	35.7
居住地區				
北區	(55)	52.7	0.0	47.3
東區	(55)	60.0	5.5	34.5
西區	(39)	61.5	2.6	35.9
南區	(34)	58.8	8.8	32.4
其他	(39)	56.4	10.3	33.3

*P<0.05

表 4-17 疾病種類、求醫偏好、醫病互動感知、使用範疇及頻率對專業意見接受的情形 (n=224)

	(N)	接受 %	不接受 %	不一定 %
疾病種類				
四肢關節病	(96)	50.0	9.4	40.6*
背部脊椎病	(105)	60.0	6.7	33.3
軟組織疾患	(119)	58.8	2.5	38.7
骨病軟骨病	(26)	65.4	3.8	30.8
求醫偏好				
西醫	(142)	56.3	6.3	37.3
中醫	(51)	58.8	2.0	39.2
國術館及其他	(15)	73.3	6.7	20.0
醫病互動感知				
正向	(56)	51.8	3.6	44.6
負向	(117)	59.8	3.4	36.8
正負向皆有	(16)	75.0	0.0	25.0
不知道	(26)	53.8	11.5	34.6
使用範疇				
物質攝入吸收	(177)	58.8	5.1	36.2
外力操弄治療	(164)	60.4	3.7	36.0
身心靈活動	(40)	60.0	5.0	35.0
超自然調控	(9)	44.4	11.1	44.4
使用頻率				
總是/經常	(103)	53.4	5.8	40.8
偶爾/很少	(112)	61.6	3.6	34.8

*P<0.05

從復健科醫事人員的角度來看患者對於專業意見的接受度，許多比較資深的醫事人員都提到，與過去相比，病人的自主權已經大幅提升，即使他們會諮詢、徵求專業醫事人員的意見，但通常只是做為參考，會不會接受則是患者自己判斷過後的選擇。

但新一代的其實已經沒有那麼好...好去講什麼，他就是詢問你的意見啦，...你可以分析給他聽嘛，就是說做這個沒有壞處可以試看看，...他自己會參考你的意見。(DR02)

現在不一樣，是因為病人比較有自主權，雖然他們會來問我，但其實他們自己都已經做過判斷了。(DR04)

因為現在的跟從前的病人，自主權不太一樣，從前的病人問你，那醫生就說不行喔，如果你去那種你就不要來我這裡，那可能病人隱瞞你了，你也不知道啊，那與其這樣可能出很大的問題或是怎樣，那在那樣的權益上，我們如果知道的...或者有潛在危險性，...那我們應該是稍微跟他提示一下，然後選擇權是在他那裡。(PT01)

如同前面提到的，醫事人員扮演的已不再是醫療代理人的角色，因此，對於醫事人員來說，遵守告知義務並尊重患者的選擇權利才是建立良好的醫病關係的不二法則。

那當然我們提供我們的建議、專業的意見，那病人怎麼去做取捨，這是他們的一個權利，那我們就是...呃.....當然就是第一個我們盡我們的告知義務，「告知」。(PT04)

我...一直認為說人體非常奧妙，非常那個，不是...嗯...不是你能夠判斷的就對啦，那自己病人「本人」，畢竟他是他的身體的主人，.....，所以我剛講說還是尊重病人。(PT06)



第五章 討論

第一節 肌肉骨骼系統疾病患者的輔助另類療法使用經驗

本研究除了探討肌肉骨骼系統疾病患者使用了哪些 CAM 以外，同時亦探討其使用的頻率與動機，也就是什麼原因驅使肌肉骨骼系統疾病患者較常或不常使用 CAM，有助於更深入的了解肌肉骨骼系統疾病患者使用 CAM 的情形。過去的研究顯示民眾使用 CAM 的原因主要是因為對西醫的療效失望，但在本研究中，CAM 使用頻率高的患者表示他們經常使用的原因主要為了治療舒緩疼痛以及促進西醫療效，僅 14.7% 是因為西醫沒有成效，顯示出多數患者之所以使用 CAM 並不是對西醫的療效不滿意，而是希望藉由 CAM 輔助西醫的復健治療，以求有效的緩解疼痛、改善身體功能，此結果與國內學者近年的研究相同(Chang & Wang, 2009; Shih, et al., 2008)。

研究結果發現，有 85.9% 肌肉骨骼系統疾病患者過去一年曾使用 CAM，使用之範疇以物質攝入與吸收為主，其次為外力操弄性治療。在物質攝入與吸收範疇中，超過一半的肌肉骨骼疼痛患者都使用過痠痛貼布，約四分之一的患者使用過痠痛藥膏，但由於一般復健科門診也會處方痠痛貼布、藥膏給患者，在定義上無法有效與坊間販賣之各式各樣的痠痛貼布、藥膏有所區隔，使得痠痛貼布及藥膏成為本研究中使用率高的 CAM 樣式之一。在外力操弄性治療的部分，使用比例以推拿(39.9%)、針灸(36.0%)兩種為最高，使用比例較國內學者針對全國成人的調查結果要高(丁志音, 2003; 林寬佳, 2009)。綜合來看，根據國內健保資料庫的分析研究結果，國人使用中醫的種類以中藥為最多(85.9%)，其次才是針灸(11.0%)及操弄治療(3.1%)(Chen, et al., 2007)，在全國性的調查中，超過四成的成人在過去一年內曾使用過中藥(丁志音, 2003; 林寬佳, 2009)，儘管過去的研究也指出中藥經常被患有慢性病或神經、肌肉骨骼疾病的患者拿來做為保健治療的方式(Chou, 2001)，但本研究樣本使用中藥的比例僅佔 21.6%，顯示肌肉骨骼系統疾病的患者比較需要其

他藉由外力操弄身體部位的治療，以達到有效緩解疼痛或放鬆筋骨的功效，因此服用中藥的比例較低。

過去的研究對於年齡與 CAM 的使用並無一致的結論，有的研究發現年輕族群較會使用 CAM(Eisenberg, et al., 1993)，但另外有些則指出各年齡層的使用率分布呈現倒 U 字型，也就是中年族群的使用率較高(Barnes, et al., 2004; 林寬佳, 2009)，國內的研究則發現肌肉骨骼系統疾病患者使用中醫的比例隨年齡層遞增(Chen, et al., 2007)，儘管本研究的結果顯示年輕族群有較高的機率使用 CAM，且不同年齡層的樣本使用之 CAM 種類似乎不同，在 20-29 歲的患者有較高的比例使用中藥及針灸，30-39 歲則有較高的比例使用推拿及拔罐，但此部分並未達到顯著的差異，需要透過後續的研究方能釐清。然而，在使用健康食品的比例上，則呈現隨年齡層遞增的現象。除此之外，在性別、教育程度、居住地區等社會人口特質均未發現顯著的差異性，此結果與國內一些學者的研究相同(丁志音, 2003; 曾月霞、林岱樺、洪昭安, 2005)，由於本研究調查的 CAM 樣式多為在中國文化流傳已久的專業醫療傳統，如：針灸、推拿...等，而這些也是最被肌肉骨骼系統疾病患者廣泛使用的 CAM，因此削弱了社會人口特質的差異性。

本研究中，肌肉骨骼系統疾病的患者約有 15.3% 使用身心靈治療，儘管身心靈治療並非一般患者常用的 CAM，但身心靈治療卻常用於焦慮、沮喪及肌肉骨骼疼痛的患者(Bertisch, et al., 2009)。從社會人口特質來看，女性及高教育程度者較常使用身心靈治療，此與過去研究發現的結果相似(Barnes, et al., 2004; Tindle, et al., 2005)，一般認為，因為女性有較多的社會人際網絡得知 CAM，且較願意嘗試正統醫療體系以外的療法(Chandola, et al., 1999; Shih, et al., 2008)，而多數身心靈治療，例如：氣功、瑜珈、冥想...等，需要透過自身的學習訓練方能達到治療效用，因此使用身心靈治療的多為女性患者，而同樣的情形也反應在芳香療法的使用上。

本研究亦發現，肌肉骨骼系統疾病的種類與 CAM 的使用種類有關，顯示患者會根據自身的疾病問題使用不同的療法，而疾病的種類也和使用 CAM 的頻率有

關，推測有可能因為使用不同的療法而影響其使用頻率，舉例來說，研究結果顯示骨病軟骨病的患者使用 CAM 的頻率較高，但由於此類患者比其他疾病種類的患者使用了更多如維骨力、軟骨素...等宣稱可保健修復骨骼的保健食品，而患者通常會定時的長期服用，因此可能導致該類疾病的患者使用 CAM 的頻率較高；相反的，患有背部脊椎病的患者其使用 CAM 的頻率較低，可能是因為相較於其他類型的疾病，背部脊椎病的患者有較高的比例使用整脊治療，但是此類療法的風險性較大，因此導致患者使用的意願及頻率較低。



第二節 關於使用輔助另類療法的醫病互動情形

過去 CAM 的研究多著重於探索患者的使用經驗與醫事人員的認知態度，儘管已有相關的研究描述患者的揭露行為，但本研究除了瞭解肌肉骨骼系統疾病患者的揭露行為以外，亦進一步以質、量性研究方法的探索醫病雙方在使用 CAM 議題上的互動情形，研究結果顯示，約七成的患者願意告知醫事人員其使用 CAM 的情形，但實際上只有 37.2% 的患者曾與醫事人員聊過此方面的話題，顯示國內肌肉骨骼系統疾病患者與復健科醫事人員鮮少在使用 CAM 的相關議題上有所互動。透過與醫事人員的訪談得知，多數患者一開始並不會主動向醫事人員提及其使用 CAM 的使用情形，直到當患者與醫事人員因密切的復健療程建立起信任感後，才會自然的揭露 CAM 的使用經驗，這個現象與 Chang 等人以接受重度復健治療的住院病患為對象的質性研究相同(Chang & Wang, 2009)。

由於感知到復健科醫事人員的反對態度，患者多半暗中使用 CAM，並且謹慎的透露他們的使用情形，患者通常是在與醫事人員建立信任的醫病關係後才會分享他們使用 CAM 的相關資訊(Chang & Wang, 2009)。然而，不同於 Chang 等人的研究結果，本研究超過八成的患者認為復健科醫事人員對使用 CAM 的態度為不支持也不反對，既然如此，那麼究竟是什麼樣的原因導致醫病雙方缺乏互動呢？本研究發現有 75.3% 的患者表示復健科醫事人員不曾詢問過他們使用 CAM 的經驗，此現象亦呼應過去的研究結果，顯示多數民眾不曾告知醫事人員有關 CAM 的使用情形，主要是因為醫事人員沒有問(Shelley, et al., 2009; 曾月霞、林岱樺、洪昭安, 2005)然而，其他研究亦指出，許多患者基於害怕而不敢告知西醫的醫事人員(Chang & Wang, 2009; Stevenson, et al., 2003)，但在本研究中，僅有極少數的患者因為擔心告知後會被醫事人員責罵而不敢告知。然而，本研究訪談的醫事人員中，僅約三分之一表示會詢問患者有關 CAM 的使用經驗，且通常都是他們主動詢問，與 Mak 等人的研究相近(Mak, et al., 2009)，但研究者發現，會主動詢問患者的醫事人員受

訪者對於 CAM 的學習及治療都有一些經驗，而其他不會主動詢問患者的醫事人員則多半認為在西醫的醫療場域中提及此話題不太適當，甚至在患者進一步尋求諮詢建議時感到些許的困擾，顯示出醫事人員對於 CAM 的了解程度也會影響他們與患者互動的意願。

疾病種類亦呈現有趣的現象，研究結果顯示軟組織疾患與復健科醫事人員的互動較好，背部脊椎病的患者互動較差，研究者認為此現象可能和年齡有關，雖然在互動程度上並無顯著的年齡差異，但研究者進一步分析年齡與疾病種類的關係後，發現由於罹患軟組織疾病的患者年齡多介於 40-59 歲，由於軟組織疾病經常起因於肌肉長時間過度使用、不當施力或外力撞擊等因素，雖然本研究並未調查受訪者的職業類別，但臨床上此類患者多為上班族或運動頻率高的族群，常因工作或運動導致肌腱、韌帶...等軟組織受傷，因此推測可能會比較願意主動與復健科醫事人員分享其疾病經驗，並告知或討論 CAM 的使用情形。而罹患背部脊椎病的患者則多為年齡 60 歲以上的老年人，因此較不擅於主動和復健科醫事人員互動。

由於肌肉骨骼疼痛患者在門診及復健治療分別接觸不同的醫事人員，因此本研究亦進一步了解哪一些醫事人員是患者較常互動的對象，結果發現西醫體系中的復健科醫師與物理治療師兩者比例相當，但是年輕的患者較傾向與物理治療師互動，而年長的患者則傾向與醫師互動，造成此現象的原因可能是因為國內物理治療約莫於二十餘年前才開始發展，年長的患者可能較不熟悉物理治療師的專業角色，有問題仍習慣求助於醫師。除此之外，本研究亦發現患者的求醫偏好的確與其經常的互動對象有所關聯性，在偏好使用中醫的患者當中，約有五成經常與中醫師討論 CAM 的使用經驗。值得注意的是，少數患者甚至表示他們不曾與醫療專業人員(不論是中、西醫醫事人員或民俗療法師傅)討論過 CAM 的使用經驗，取而代之的則是較常與親朋好友或有相同症狀的人相互交流分享。

本研究特別分析患者的醫病互動感知對於互動對象的影響，結果發現，具有

正向醫病互動感知的患者比較會與復健科醫生產生較多的互動，而具有負向感知的患者其互動經驗多為普通，且多與物理治療師和民俗療法師傅互動。然而，物理治療師屬於正統西醫的醫事人員，理應是具有正向醫病互動感知的患者較常互動的對象之一，但結果竟然與研究者預期的相反，可能是因為物理治療師除了使用科學化的物理因子(光、電、水、冷、熱)進行治療以外，也會使用徒手治療(Manual Therapy)等專業手法，因此在患者眼中，物理治療師的專業角色介於西醫與 CAM 中間，可能因為如此使得具有負向醫病互動感知的患者比較願意與物理治療師互動。

研究者認為，願意接受研究調查的患者可能本身即具有不排斥與人互動的特質，因此削弱了醫病互動經驗的差異性，雖然社會人口特質、疾病種類、CAM 使用經驗對於醫病互動經驗的影響程度不大，但在互動的對象上卻有顯著的差異存在。舉例來說，教育程度高、軟組織疾病、骨病軟骨病的患者其主動與復健科醫事人員的互動經驗多且對象多為復健科醫師或物理治療師，而教育程度低、四肢關節病、背部脊椎病的患者與復健科醫事人員的互動少並且有較高的比例會與民俗療法師傅互動。而使用的 CAM 範疇不同也會影響患者互動的對象，例如使用身心靈活動的患者多與物理治療師產生互動，原因是物理治療師相當專精於肌肉動作控制訓練，能夠提供患者有關練習瑜珈、皮拉提斯的專業意見。

第三節 從醫病雙方的角度看整合醫療

肌肉骨骼系統疾病的患者具有複向求醫行為(Lew-Ting, 2005)，學者認為，在台灣的文化中，多數患者不會接受單方面的病情解釋，而傾向於尋求多元解釋，充分的從生理、心理、環境、生命歷程等多方面探究疾病的成因(Chang & Wang, 2009)，在研究者蒐集資料的過程當中，少數患者也分享了他們的求醫信念，在他們個人或親朋好友的疾病經驗中，對於同一個問題，西醫、中醫、民俗療法等各方的說法不同、治療不同，經常令患者無所適從，只好在這樣多元的醫療體系內反復流轉，即使綜合身旁周遭親朋好友的求醫經驗，也無法歸納出一套求醫準則，因為某些人、某些疾病是西醫治好的，有一些則是藉由中醫或其他療法治好的，因此，多數患者會依自身的經驗或邏輯發展出一套整合策略，在不告知醫事人員的情形下，合併使用西醫與 CAM(Chang & Wang, 2009)。

本研究調查了肌肉骨骼系統疾病患者對於整合醫療的期望，結果發現，約六成的患者希望復健科醫事人員提供 CAM 的使用諮詢，三分之一的患者希望在復健場域內提供 CAM 的治療，不到四分之一的患者則希望復健科醫事人員能提供 CAM 的轉介服務。另外有超過兩成的患者認為並不需要在西醫的場域內提供這些服務，甚至有少數的患者特別提到復健科或醫療衛生單位應該多進行 CAM 的相關研究。

相對於患者的期望，事實上，本研究約半數的物理治療師實際將 CAM 整合到臨床治療中，他們主要是以實際的臨床經驗做為是否提供輔助治療的判斷依據，且他們多半不認為科學證據是評斷 CAM 療效的唯一根據，不同於過去針對醫師所進行的研究(Joos, et al., 2008)，物理治療師並不是以科學實證和患者醫療偏好來決定使用正統西醫治療或 CAM，而是將某些 CAM 整合到原有的專業技術中，依患者的症狀及病程改變適時提供不同的治療。

根據本研究的資料顯示，在 CAM 的學習經驗上，醫生偏好學習針灸，而物理

治療師則偏好學習非侵入式的操弄性治療(推拿/徒手治療)與體能活動(皮拉提斯)，這樣的差異與雙方的專業訓練背景及臨床治療手法不同有關，由於復健科醫師主要以處方口服或注射藥物治療為主，多數藥物治療的功效在於消炎止痛，而目前的研究結果指出針灸亦具有緩解疼痛的療效，因此復健科醫師多選擇學習針灸為輔助療法，但礙於時間、人力、經費等種種因素，實際於復健場域提供針灸治療的復健科醫師少之又少；相反的，物理治療師主要以光、電、水、冷、熱等物理療法以及溫和的徒手、運動治療為主，不施以侵入式治療，因此多學習可搭配原本治療手法的推拿及皮拉提斯等，並且可實際整合應用於臨床治療中，而研究也發現，為加強物理治療師的專業技術，物理治療繼續教育提供許多相關的課程，使得物理治療師有較多的機會學習 CAM。

多數醫事人員認為 CAM 在醫療照護所扮演的角色主要為輔助西醫治療、提供心靈支持、減輕疼痛，此與過去之研究結果相同(Osborn, et al., 2004)。因為缺乏科學依據，一般醫事人員在檢視 CAM 的療效與安全性時，幾乎都有所懷疑與顧慮(Osborn, et al., 2004; Shelley, et al., 2009)，因此在有關整合 CAM 與正統醫學的議題上，醫事人員的態度亦多有所保留(Joos, et al., 2008; Kelner, 2004)。研究指出，在正統醫療體系中難以實行整合醫學的原因除了缺乏實證研究以外，衛生單位對於 CAM 的照護品質缺乏明確且適當的管控機制則是推動整合醫學的另一個障礙(Osborn, et al., 2004)，而本研究訪談之復健科醫事人員也提出相同的看法，在不傷害患者及不延誤病情的前提下，幾乎所有受訪的醫事人員皆不反對患者合併使用西醫和 CAM，但倘若要實際推動整合醫療，醫事人員則認為應該篩選出有科學實證的療法，並建立一套完善的整合機制，讓跨專業的治療師能充分的討論溝通，才能讓整合醫療持續有效的運作。

第四節 研究貢獻與建議

本研究的貢獻主要包含三個部分，第一，以 CAM 使用比例高的肌肉骨骼系統疾病的患者為對象，了解該族群的 CAM 使用經驗，可做為未來建構符合復健患者需求的全人醫療照護體系所需的背景研究資料；其次，針對 CAM 的使用經驗，同時從醫病雙方的角度來了解醫病互動情形，並探討可能存有的溝通障礙，提出適當的改善建議；最後，本研究亦初步探索醫病雙方對整合醫療的認知，並探討未來在我國復健科的場域內推動整合醫療之可能性。

在肌肉骨骼系統疾病患者中，CAM 的使用相當盛行，但是對於患者 CAM 的使用經驗，復健科醫事人員的了解程度並不如預期，醫事人員多半默許患者使用，少有積極與充分的諮詢，也因此影響了患者與醫事人員互動交流的意願，但是實際上患者仍期望醫事人員能提供更多關於使用 CAM 的諮詢建議，因此，復健科醫事人員應該多去了解患者的 CAM 使用經驗，並加強此部分的醫病互動。

整合醫學是當今的醫療發展趨勢，而國外許多大型醫學中心也紛紛成立相關的整合醫療單位，然而，深入檢視卻發現，為了維護正統醫學的權威與地位，CAM 實際上仍然被邊緣化(Mizrachi, et al., 2005; Shuval, et al., 2002)。儘管國內少數醫療院所已開始推動整合醫療，但實際上僅為體系的整合，醫事人員少有跨專業交流、溝通的機會，如此一來仍然與過去患者複向求醫的情形相同，為求提供患者更有實質效益的整合醫療，研究者認為醫療衛生單位應該規劃完善的整合及轉介機制，以整合醫療團隊的形式針對患者的疾病需求提供治療服務，同時，醫療衛生單位也需要加強 CAM 相關的研究及專業認證，以提升整合醫療的照護品質。

第五節 研究限制與後續研究建議

由於人力、時間與經費的限制，本研究的樣本並非隨機抽樣，皆以便利取樣蒐集資料，肌肉骨骼系統疾病患者的研究樣本中，以女性居多，且教育程度偏高，與該族群實際的社會人口分布比例有所差異，而影響研究結果，且無法推論至母群體，由於本研究多在醫學中心進行資料蒐集，在醫學中心就診的肌肉骨骼系統疾病患者在社經背景或求醫態度上可能過於雷同，減少研究樣本的異質性，使得研究結果不具代表性，無法反應出真實的問題與現象，未來可擴充資料蒐集範圍，加入其他醫療層級與中醫院所的患者樣本，增加研究結果的代表性；在復健科醫事人員樣本的部分，本研究利用質性研究方法探索復健科醫事人員對於 CAM 的看法，即使研究者已盡可能尋求不同社會人口特質的受訪者，但仍可能因為願意接受訪談的復健科醫事人員本身對於 CAM 比較有興趣或具有較豐富的經驗，而造成質性資料結果偏頗，而無法反映復健科醫事人員實際的想法，因此，未來可再進一步根據本研究所得之初步概念架構發展研究問卷，再進行量性調查。

患者之量性研究所使用的問卷中，針對患者對於醫事人員給予之專業意見的接受度所設計的題目，由於研究者將「醫事人員建議使用 CAM」及「醫事人員建議暫停使用 CAM」兩種不同情境放在同一個題目內，可能導致受訪者填答時對於題目涵意的判斷不同而有不同的回答，以致於調查結果與事實有所偏差，而與研究者預期的研究結果不符。

最後，由於考量到問卷的長度與患者的受訪意願，本研究僅針對肌肉骨骼系統疾病患者的 CAM 使用經驗與醫病互動經驗進行概略性的初探，未來可分別進一步深入研究，以了解肌肉骨骼系統疾病患者的求醫信念與策略、醫病互動意向與行為...等，此外，亦可藉由田野研究的方式，實際於復健場域內觀察醫病雙方的互動情形，以獲取更多影響醫病互動的細部資料，並提升研究資料的真實性。

參考文獻

- Anderson E, & Anderson P (1987). General practitioners and alternative medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37(295), 52.
- Astin JA (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*, 279(19), 1548.
- Astin JA, Marie B, Pelletier KR, Hansen E, & Haskell WL (1998). A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Archives of Internal Medicine*, 158(21), 2303-2310.
- Barnes PM, & Bloom B (2008). *Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007* (No. 12).
- Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, & Nahin RL (2004). *Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002*.
- Bausell RB, Lee WL, & Berman BM (2001). Demographic and health-related correlates of visits to complementary and alternative medical providers. *Medical Care*, 39(2), 190-196.
- Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A, & Scharf M (2008). Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: Perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 395-402.
- Berman BM, Singh BB, Hartnoll SM, Singh BK, & Reilly D (1998). Primary care physicians and complementary-alternative medicine: training, attitudes, and practice patterns. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 11(4), 272.
- Bertisch SM, Wee CC, Phillips RS, & McCarthy EP (2009). Alternative mind-body therapies used by adults with medical conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 511-519.
- Botting DA, & Cook R (2000). Complementary medicine: knowledge, use and attitudes of doctors. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 6(1), 41-47.
- Caspi O (2004). Alternative medicine or "alternative" patients: a qualitative study of patient-oriented decision-making processes with respect to complementary and alternative medicine. *Medical Decision Making*, 24(1), 64.
- Cauffield JS (2000). The psychosocial aspects of complementary and alternative medicine. *Pharmacotherapy*, 20(11), 1289.
- Chandola A, Young Y, McAlister J, & Axford JS (1999). Use of complementary therapies by patients attending musculoskeletal clinics. [Article]. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92(1), 13-16.

- Chang LH, & Wang J (2009). Integration of complementary medical treatments with rehabilitation from the perspectives of patients and their caregivers: A qualitative inquiry. *Clinical Rehabilitation*, 23(8), 730.
- Chen FP, Chen TJ, Kung YY, Chen YC, Chou LF, Chen FJ, et al. (2007). Use frequency of traditional Chinese medicine in Taiwan. *BMC Health Services Research*, 7(1), 26.
- Chou P (2001). Factors related to utilization of traditional Chinese medicine in Taiwan. *CHINESE MEDICAL JOURNAL-TAIPEI*, 64(4), 191-202.
- Crabtree BF, & Miller WL (1999). *Doing qualitative research*. (黃惠雯, 童琬芬, 梁文綦 & 林兆衛, Trans.): Newbury Park, Calif.: Sage publications.
- Druss BG, & Rosenheck RA (1999). Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. *JAMA*, 282(7), 651.
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, van Rompay M, et al. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997 - Results of a follow-up national survey. [Article]. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 280(18), 1569-1575.
- Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, & Delbanco TL (1993). Unconventional medicine in the United States--prevalence, costs, and patterns of use. *New England Journal of Medicine*, 328(4), 246.
- Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S, et al. (2001). Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a national survey. *Annals of Internal Medicine*, 135(5), 344.
- Emslie MJ, Campbell MK, & Walker KA (2002). Changes in public awareness of, attitudes to, and use of complementary therapy in North East Scotland: surveys in 1993 and 1999. [Article]. *Complementary Therapies in Medicine*, 10(3), 148-153.
- Frenkel M, & Cohen L (2008). Incorporating complementary and integrative medicine in a comprehensive cancer center. *Hematology-Oncology Clinics of North America*, 22(4), 727-+.
- Hadley CM (1988). Complementary medicine and the general practitioner: a survey of general practitioners in the Wellington area. *The New Zealand medical journal*, 101(857), 766.
- Hall MA (2001). Do patients trust their doctors? Does it matter? *NCMJ*, 62, 188-191.
- Joos S, Berthold M, Antje M, Thomas R, & Joachim S (2008). The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany - a focus group study of GPs. *BMC Health Services Research*, 8.
- Kelner M (2004). Responses of established healthcare to the professionalization of

- complementary and alternative medicine in Ontario. *Social Science and Medicine*, 59(5), 915.
- Kessler RC, Davis RB, Foster DF, Van Rompay MI, Walters EE, Wilkey SA, et al. (2001). Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 135(4), 262.
- Kleinman A (1981). *Patients and Healer in the Context of Culture*: University of California Press.
- Lazar JS, & O'Connor BB (1997). Talking with patients about their use of alternative therapies. *Primary care*, 24(4), 699.
- Lew-Ting CY (2005). Antibiomedicine belief and integrative health seeking in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 60(9), 2111-2116.
- Mak JCS, Mak LYH, Shen Q, & Faux S (2009). Perceptions and attitudes of rehabilitation medicine physicians on complementary and alternative medicine in Australia. *Internal Medicine Journal*, 39(3), 164-169.
- Mizrachi N, Shuval J, & Gross S (2005). Boundary at work: alternative medicine in biomedical settings. *Sociology of Health & Illness*, 27(1), 20-43.
- Moore J, Phipps K, Marcer D, & Lewith G (1985). Why do people seek treatment by alternative medicine? *British Medical Journal*, 290(6461), 28.
- NCCAM. What is complementary and alternative medicine (CAM). Retrieved August 15, 2009, from <http://www.nccam.nih.gov/health/whatisacam>
- Oldendick R, Coker AL, Wieland D, Raymond JI, Probst JC, Schell BJ, et al. (2000). Population-based survey of complementary and alternative medicine usage, patient satisfaction, and physician involvement. *Southern Medical Journal*, 93(4), 375.
- Osborn C, Baxter GD, Barlas P, & Barlow J (2004). Complementary and alternative medicine and rheumatology nurses: A survey of current use and perceptions. *Journal of Research in Nursing*, 9(2), 110.
- Paramore LC (1997). Use of alternative therapies: Estimates from the 1994 Robert Wood Johnson Foundation national access to care survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13(2), 83-89.
- Perkin MR, Percy RM, & Fraser JS (1994). A comparison of the attitudes shown by general practitioners, hospital doctors and medical students towards alternative medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87(9), 523.
- Rafferty AP, McGee HB, Miller CE, & Reyes M (2002). Prevalence of complementary and alternative medicine use: state-specific estimates from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *American Journal of Public Health*, 92(10), 1598.
- Rao JK (1999). Use of complementary therapies for arthritis among patients of

- rheumatologists. *Annals of Internal Medicine*, 131(6), 409.
- Rees L, & Weil A (2001). Integrated medicine. *British Medical Journal*, 322(7279), 119.
- Reilly DT (1983). Young doctors' views on alternative medicine. *British Medical Journal*, 287(6388), 337.
- Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, Greisinger A, & Singletary SE (2000). Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 18(13), 2505-2514.
- Robinson A (2004). Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complementary Therapies in Medicine*, 12(2-3), 90.
- Saydah S, & Eberhardt M (2006). Use of complementary and alternative medicine among adults with chronic diseases: United States 2002. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 12(8), 805-812.
- Schachter L, Weingarten MA, & Kahan EE (1993). Attitudes of family physicians to nonconventional therapies: a challenge to science as the basis of therapeutics. *Archives of Family Medicine*, 2(12), 1268.
- Shelley BM, Sussman AL, Williams RL, Segal AR, Crabtree BF, & Clinicians RN (2009). 'They Don't Ask Me So I Don't Tell Them': Patient-Clinician Communication About Traditional, Complementary, and Alternative Medicine. *Annals of Family Medicine*, 7(2), 139-147.
- Sherman KJ, Cherkin DC, Connelly MT, Erro J, Savetsky JB, Davis RB, et al. (2004). Complementary and alternative medical therapies for chronic low back pain: What treatments are patients willing to try? *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 4(1), 9.
- Shih SF, Lew-Ting CY, Chang HY, & Kuo KN (2008). Insurance covered and non-covered complementary and alternative medicine utilisation among adults in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1183-1189.
- Shuval JT, Mizrachi N, & Smetannikov E (2002). Entering the well-guarded fortress: alternative practitioners in hospital settings. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1745-1755.
- Sleath B, Callahan L, DeVellis RF, & Sloane PD (2005). Patients' perceptions of primary care physicians' participatory decision-making style and communication about complementary and alternative medicine for arthritis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(3), 449-453.
- Sprague S, Lutz K, Bryant D, Farrokhyar F, Zlowodzki M, & Bhandari M (2007). Complementary and alternative medicine use in patients with fractures. *Clinical orthopaedics and related research*, 463, 173.
- Stevenson FA, Britten N, Barry CA, Bradley CP, & Barber N (2003). Self-treatment and

- its discussion in medical consultations: how is medical pluralism managed in practice? *Social Science & Medicine*, 57(3), 513-527.
- Tilburt JC, Curlin FA, Kaptchuk TJ, Clarridge B, Bolcic-Jankovic D, Emanuel EJ, et al. (2009). Alternative Medicine Research in Clinical Practice A US National Survey. *Archives of Internal Medicine*, 169(7), 670-677.
- Tindle HA, Wolsko P, Davis RB, Eisenberg DM, Phillips RS, & McCarthy EP (2005). Factors associated with the use of mind body therapies among United States adults with musculoskeletal pain. *Complementary Therapies in Medicine*, 13(3), 155-164.
- van den Brink-Muinen A, & Rijken PM (2006). Does trust in health care influence the use of complementary and alternative medicine by chronically ill people? *BMC Public Health*, 6.
- van Haselen RA, Reiber U, Nickel I, Jakob A, & Fisher PAG (2004). Providing complementary and alternative medicine in primary care: the primary care workers' perspective. *Complementary Therapies in Medicine*, 12(1), 6-16.
- Verhoef MJ, & Sutherland LR (1995). Alternative medicine and general practitioners. Opinions and behaviour. *Canadian Family Physician*, 41, 1005.
- Vincent C, & Furnham A (1996). Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *The British journal of clinical psychology/the British Psychological Society*, 35, 37.
- Visser GJ, & Peters L (1990). Alternative medicine and general practitioners in The Netherlands: towards acceptance and integration. *Family Practice*, 7(3), 227.
- Visser GJ, Peters L, & Rasker JJ (1992). Rheumatologists and their patients who seek alternative care: an agreement to disagree. *Rheumatology*, 31(7), 485.
- Wharton R, & Lewith G (1986). Complementary medicine and the general practitioner. *British Medical Journal*, 292(6534), 1498.
- White AR, Resch KL, & Ernst E (1997). Complementary medicine: use and attitudes among GPs. *Family Practice*, 14(4), 302.
- Zhang J (2002). Illness management strategies among Chinese immigrants living with arthritis. *Social Science and Medicine*, 55(10), 1795.
- Zochling J, March L, Lapsley H, Cross M, Tribe K, & Brooks P (2004). Use of complementary medicines for osteoarthritis—a prospective study. *Annals of the rheumatic diseases*, 63(5), 549.
- 丁志音. (2001) 肌肉骨骼疾患病人的複向求醫行為：過程的探索與型態的分類. 行政院國家科學委員會專題研究計劃成果報告.
- 丁志音 (2003). 誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用. *台灣衛誌*, 22(3), 155-166.
- 田健堯、侍台平 (1993). 建立和諧的醫病關係. *國防醫學*, 17(1), 438-449.

- 林寬佳 (2009). 輔助與替代療法之使用及其相關因素之全國性調查. *臺灣公共衛生雜誌*, 28(1), 53.
- 徐惠娟 (2002). 台灣中老年人複向求醫之影響因素探討. 台中健康暨管理學院 健康管理研究所 碩士論文.
- 康翠秀 (1995). 臺北市北投區居民對傳統醫療的知識、信念行為意向與其醫療服務利用之相關研究. 國立陽明大學 公共衛生學研究所 碩士論文.
- 梁淑勤 (2003). 全民健保中醫門診利用. 中國醫藥大學 環境醫學研究所 碩士論文.
- 曾月霞、林岱樺、洪昭安 (2005). 台中地區社區成人輔助療法使用現況. *Chung Shan Med J*, 16, 59-68.
- 黃惠美 (2005). 彰化南投地區居家成人輔助療法使用現況. 中山醫學大學 護理研究所 碩士論文.
- 蔡世滋 (1991). 醫病關係. *臨床醫學*, 28(2), 88-93.
- 謝霖芬 (2006). 肌肉骨關節疼痛的治療—另類療法的選擇與評估. Retrieved Oct 11, 2009, from <http://www.pmr.org.tw/>



台北市肌肉骨骼疼痛患者使用非西醫治療的經驗

您好，

這是一份純學術的問卷調查，目的是想了解患有肌肉骨骼疼痛的您，使用非西醫治療以及和醫護人員間溝通的經驗，期望能藉此研究提升復健的照護品質。您在本問卷所填之資料會完全保密，僅供學術研究使用，請放心依您的實際經驗填答。本問卷可能會耽誤您約 10 到 15 分鐘，敬請見諒，並謝謝您的大力協助。若您 同意 參加此研究，請繼續往下填答。

台灣大學衛生政策與管理研究所

研究人員：沈佩瑩

丁志音教授

1. 性別： 男 女 (請在方框內打[√]作答)

2. 年齡： 20-29 歲 30-39 歲 40-49 歲 50-59 歲
 60-69 歲 70-79 歲 80 歲以上

3. 教育程度： 國中及以下 高中職 大專 研究所及以上

4. 居住地區： 中正區 大同區 中山區 松山區
 大安區 萬華區 信義區 士林區
 北投區 內湖區 南港區 文山區
 台北縣 基隆市 桃園縣 其他 _____

5. 請問您覺得自己的健康狀況如何？
 非常好 很好 普通 不是很好 非常不好

6. 在台灣的文化中，民眾經常使用西醫以外的治療來促進健康或對抗疾病，就您的印象來說，當民眾告訴西醫的醫護人員他們有使用**非西醫治療**時，會有什麼樣的經歷？(可複選)
 醫護人員的回答很仔細 問題被重視 被特別關注 被鼓勵使用
 醫護人員的回答太籠統 問題被忽略 被西醫輕視 被西醫責罵
 被西醫勸阻使用 不知道 其他 _____

7. 請問您通常在肌肉骨骼疼痛發生時習慣**先**到哪裡就醫？
 西醫 中醫 國術館 其他 _____

8. 請問您近一年內曾經有下列哪些經過西醫診斷的肌肉骨骼疼痛問題？(可複選)
 四肢關節病 (如：退化性關節炎、五十肩、關節扭傷、痛風、類風濕性關節炎)
 背部脊椎病 (如：骨刺、肩頸/腰痛、退化性脊椎疾病、椎間盤疾病、僵直性脊椎炎)
 軟組織疾患 (如：落枕、閃到腰、肌腱發炎、肌肉韌帶拉傷、挫傷、筋膜炎)
 骨病軟骨病 (如：骨折、軟骨發炎或磨損)
 其他 _____

請翻頁繼續填答

9. 從現在算起的過去一年內您因為肌肉骨骼疼痛使用的非西醫治療有下列哪些？(可複選)

- 我沒用過下述任何一種的非西醫治療(請翻頁跳答第 17 題)
- 針灸 推拿 刮痧 拔罐 整脊 中藥 草藥
- 氣功 太極 瑜珈 皮拉提斯 健康食品(阿鈣、維骨力等)
- 芳香療法 腳底/指壓按摩 宗教治療(祈禱、符水、童乩等)
- 除上述以外，還有用過哪些非西醫的治療方法？ _____

10. 請問您從哪裡得知這些非西醫治療？(可複選)

- 醫護人員 _____ (請註明是哪一些非西醫療法) 親朋好友
- 復健病友 非西醫療法的師傅或專家 報章媒體 網路

11. 從現在算起的過去一年內因為肌肉骨骼疼痛而使用上述非西醫治療的頻率為：

- 總是 經常 偶爾 很少
- (勾選總是/經常的人請回答第 12 題) (勾選偶爾/很少的人請回答第 13 題)

12. 請問您為什麼想使用上述的非西醫治療？
(可複選)

- 西醫沒有成效 治療舒緩疼痛
- 增進身心健康 增加生活品質
- 促進西醫療效 其他 _____

請繼續填答第 14-21 題

13. 請問您為什麼不想使用非西醫治療？
(可複選)

- 不太信這一套 有過不好經驗
- 沒有非常需要 曾被西醫勸阻
- 安全上有顧忌 其他 _____

請翻頁填答第 18-21 題

【以下所描述的醫護人員皆指復健科醫護人員】

14. 若您在復健治療的同時也正在或打算使用非西醫治療，您是否會和醫護人員提起？

- 是(跳答第 14-1 題) 否(跳答第 14-2 題)

14-1. 您為什麼會和醫護人員提起？(可複選)

- 應該要讓醫護人員知道 希望醫護人員可以給一些建議
- 聊天過程中自然說出來 因為有效 因為沒效忍不住抱怨一下
- 其他 _____

14-2. 您為什麼不會和醫護人員提起？(可複選)

- 是醫護人員沒有問 醫護人員沒必要知道 醫護人員不懂
- 擔心醫護人員會罵 曾經被醫護人員罵過 醫護人員應該沒興趣聽
- 其他 _____

15. 在您的經驗中，醫護人員對於您正在或打算使用非西醫治療的態度為何？

- 支持 不支持也不反對 反對

16. 從現在算起的過去一年內您較常與何種人員討論非西醫治療的使用經驗？(可複選)

- 復健科醫師 中醫師 物理治療師 藥師 護士
- 民俗療法師傅 其他 _____

17. 請問當醫護人員建議您可考慮使用或應該暫停使用非西醫療法時，您是否能接受？

- 是 否

請翻頁繼續填答

18. 您是否曾經和**復健科**醫護人員提起其他用來改善肌肉骨骼疼痛的特定療法(如針灸)?
 是 否
19. 從現在算起的**過去一年內**您來看復健科或做復健時，醫護人員是否問過您使用非西醫治療的經驗?
 是 否
20. 從現在算起的**過去一年內**復健科的醫護人員是否給予您有關使用非西醫治療的意見?
 是 否
21. 您會期望醫療院所或復健科醫療人員提供哪些與非西醫治療相關的服務?(可複選)
 非西醫治療的使用諮詢 實際提供非西醫的治療
 非西醫治療的轉介服務 其他 _____

問卷到此結束，感謝您的協助!

