

中文題目：中部地區居家成人輔助療法使用現況

英文題目：Use of Complementary Therapies in Community-Dwelling
Adults in Central Taiwan

中文簡題：輔助療法使用現況

英文簡題 Use of Complementary Therapies

作者中文姓名：黃惠美¹、陳玉敏²、曾月霞^{3*}

作者英文姓名：Hui-Mei Huang¹、Yuh-Min Chen²、Yueh-Hsia Tseng³

最高學歷中文名稱：¹ 中山醫學大學護理研究所

² 美國德州大學奧斯汀分校護理哲學博士

³ 美國明尼蘇達大學護理哲學博士

目前服務機關及職稱中文名稱：

¹ 台中榮民總醫院感染管制室護理長

² 中國醫藥大學護理系副教授

³ 國立臺中護理專科學校護理科助理教授

目前服務機關及職稱英文名稱：

¹ RN, MSN, Head Nurse, Infection Control, Veterans General Hospital

² RN, PhD, Associate Professor, China Medical University, School of
Nursing

^{3*} RN, PhD, Assistant Professor, Department of Nursing, National
Taichung Nursing College

通訊作者：曾月霞

國立臺中護理專科學校護理科助理教授

通訊地址：40343 臺中市三民路一段 193 號

No. 193, Sanmin Rd. Sec. 1, Taichung 40343, Taiwan, ROC.

E-mail：y.tseng@ntnc.edu.tw

通訊電話(機構/手機)：(04) 2229-9711；0926-620-549

中文摘要

背景：輔助療法是指除了當今西醫醫療以外的各種廣泛的療癒資源，其理念是健康提升、疾病預防與整體性照護；隨著健康養生觀念的興起，輔助療法的使用日益增加，因此醫療從業人員需要了解民眾使用輔助療法的相關議題。

目的：本研究的目的是要了解社區成人使用輔助療法的比率、種類、及使用原因。

方法：本研究採橫斷式描述型相關性研究設計，母群體是中部縣市滿 18 歲之成年民眾，以登錄於中華電信公司彰化及南投縣市住宅電話號碼簿的家戶作為可及母群體，採隨機抽樣方式獲得樣本，並以結構性問卷，經由電話訪談來收集資料。資料譯碼後輸入電腦，以 SPSS 12.0 版進行統計分析，統計方法包括次數、百分比、平均數、及卡方檢定，以回答研究問題。

結果：共 289 位民眾參與本研究，年齡介於 18 至 88 歲之間。有 86% 的受訪者在過去一年內至少使用一種輔助療法，而民俗療法、運動及服用營養補充劑是使用最多的前三名，使用原因主要是為了促進健康。使用的民眾中有一半以上不會主動告知醫護人員在使用輔助療法。輔助療法使用情形與年齡、性別、教育程度、宗教信仰、職業及有無固定接受西醫治療有關($p < .05$)。

結論：研究結果可提供醫護專業人員對社區成人使用輔助療法之認

識。醫護人員應重視輔助療法使用之普遍性，並將輔助療法之使用納入健康評估中。

關鍵詞：另類/輔助療法、社區成人、電話訪談。

Abstract

Background: Complementary therapy is a broad domain of healing resources except for the traditional Western medicine. The philosophy of complementary therapy is health promotion, disease prevention and holistic care. As the rise and development of health consciousness, use of complementary therapies has gradually increased. It is needed for health professionals to understand issues related to use of complementary therapies.

Purpose: The purpose of this study was to understand the percentage, types and reasons of use of complementary therapies in community-dwelling adults in central Taiwan.

Methods: A cross-sectional descriptive correlational design was used. The population was community-dwelling adults who lived in Changhua and Nantou areas. The accessible population was those who were listed on the Chunghwa Telecom White Pages of Changhua and Nantou. Random sampling was used to obtain subjects. Structured questionnaire was used to collect data by phone. Data were then coded and analyzed by SPSS 12.0. Statistical methods including frequency, percentage, mean and chi-square tests were used to answer research questions.

Results: A sample of 289 subjects between 18-88 years of age participated in the study. The results of this study revealed that 86% of the subjects used at least one type of complementary therapies in the past one year. The top three of the complementary therapies used were folk therapy, exercise and nutrition supplements. The primary reason for using the therapies was for health promotion. Over a half of the users did not

spontaneously inform health care professionals that they used complementary therapies. Use of complementary therapies was significantly different among age groups, gender groups, educational levels, religion groups, occupational groups and Western medical treatment groups.

Conclusions: The results of the study could provide health professionals information to understand trend of using complementary therapies.

Health professionals should pay much attention to the prevalence of use of complementary therapies and include use of complementary therapies in health assessment.

Key Words: alternative/complementary therapy, community-dwelling adults, telephone survey.

前言

輔助療法源起於十九世紀時少數西方醫學醫師有感生物醫學的極限，而開始探索其他生物醫學以外的治療（陳、毛，2001）。隨著預防醫學的概念興起，強調健康養生的輔助/另類療法（complementary / alternative medicine）亦受到重視。近年來，許多民眾使用輔助療法並與西醫合併使用，主要是希望緩解症狀，提升生活品質（蔡、黃、陳，2007）。人們選擇輔助療法，是因為輔助療法重視人內在和諧及健康的提升，強調以人為中心的全人身、心、靈照顧理念，且與病人有較多元的互動，會注意到根本原因或病人的擔憂（蔡等，2007；張，2006）。在台灣，有七成以上的民眾曾使用另類/輔助療法（丁，2003；曾、林、洪，2005），顯示另類/輔助療法的普及性。然而，有些輔助療法會與醫療處置產生交互作用或負向影響，例如民眾若自行使用含有強心配糖體作用的蟾酥，如又服用 Digoxin 等醫療處方時，則將造成劑量過多的問題。此外，民眾並不會主動告知醫護人員他們正在使用這些療法，而醫護人員也不會主動詢問（丁；曾等），顯示醫護人員對此現象的關注較少。有鑑於此，研究者想要探討工作醫院所在地之中部地區民眾使用輔助療法的情形，包括使用輔助療法的比率、種類、使用原因及使用者的人口學特質等，以增加對輔助療法的了解。

文獻查證

(一) 輔助療法定義及分類

美國國家輔助及另類醫療中心 (National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM) 將輔助療法定義為除了當今西醫醫療以外的各種廣泛的療癒資源，包括各種健康照護體系、治療方式，且與個人信念及文化背景有關，NCCAM (2009) 並將輔助療法分為五類，見表一。

表一 輔助療法的分類及療法範例

項目	定義	範例
另類照護體系 (whole medical Systems)	脫離西方生物醫學照護的方法而發展出來；基於一套完整的理論與實務的醫療系統。	傳統中醫、印度醫學、自然療法、同源療法或同類療法 (homeopathic medicine)
身心療法 (mind-body medicine)	使用多種技巧來增進心理能力以影響生理症狀和身體功能的措施。	意象療法 (imagery)、冥想療法 (meditation)、瑜珈、音樂療法、禱告、日記書寫療法、生物回饋、幽默、太極、藝術療法、靜坐、心理治療
生物療法 (biologically based practices)	自然及生物基礎的操作與產物或使用自然界發現的物質來作治療。	草藥 (從植物提煉的產品)、特殊飲食、營養與飲食補充劑、軟骨精、銀杏、靈芝、鯊魚軟骨等、高劑量維他命
操作性及身體治療方法 (manipulative and body-based practices)	以身體操作和移動為基礎的療法或運用手部操作/或身體部分的運動來作治療。	整脊醫學 (chiropractic medicine)、各種按摩法、身體動作如推壓 (rolfing)、光及色彩療法、水療法、整骨療法
能量療法 (energy medicine)	將能量從身體 (生物場) 內散發出來或是來自外來能量的療法或運用能量場或生物電磁場的治療方式。	療癒性接觸 (healing touch)、治療性接觸 (therapeutic touch)、靈性療法 (Reiki)、氣功、磁石療法

(二) 輔助療法使用之狀況

Eisenberg 等人 (1993, 1998) 在美國以隨機抽樣電話訪查方式進行兩個全國性的調查研究，發現1990年在過去一年有超過34%的人使

用輔助療法，到了1997年使用的比例則增加到42%。NCCAM（2009）針對美國居家成人以電腦輔助系統隨機抽樣進行訪談調查(N=31,044)，發現民眾在過去一年使用輔助療法的比率是62%，使用最多的是放鬆技巧、脊椎按摩（chiropractic）及按摩，使用的原因為（1）輔助療法合併主流療法使用，會有幫助；（2）輔助療法值得一試；（3）正規療法沒有幫助；（4）正規療法的專業人員建議；（5）因為正規醫療太貴，這結果與張(2006)之研究相似。Thomas及Coleman（2004）調查英國16歲以上的居家民眾(N=2716)，研究結果發現過去一年使用輔助療法比率為65%。最常使用的輔助療法是反射療法（reflexology）、芳香療法（aromatherapy）及按摩。而Cheung、Wyman及Halcon (2007) 調查美國65歲以上的居家民眾(N=445)，發現過去一年使用輔助療法比率為62.9%。最常使用的輔助療法是營養補充劑、精神癒合/祈禱及維他命。使用的主要目的為保持健康和治療健康狀況，常用於關節炎與慢性疼痛。

在亞洲，日本約有66%的人使用輔助療法，最常使用的方法為食物療法（42%）、按摩（31%）、放鬆（20%），使用者以慢性病人居多（引自Suzuki, 2004）。在巴基斯坦的農村使用率則高達70-80%，處理的問題包含不孕、癲癇、身心失調、憂鬱和許多其他的病痛（引自Shaikh & Hache, 2005）。而在台灣，丁（2003）報告20-70歲的成人中過去一年曾使用輔助療法的比例為76%，使用最多的是中藥（44

%)、健康食品(24%)及推拿(25%)。曾、林及洪(2005)調查台中地區居家民眾發現使用輔助療法比率為96%，以民俗偏方(59%)、看中醫(49%)以及服用營養劑(48%)的使用居多，使用的原因是以增進身心健康(69%)為最多，其次是治療或緩解疾病(50%)、增加生活品質(40%)等。

(三)使用輔助療法與人口學的關係

在丁(2003)及 Singh, Raidoo, 及 Harries (2004)的研究中發現輔助療法的使用與人口學變項並無統計上的差異。但曾等人(2005)研究發現女性使用輔助療法略高於男性，使用者的年齡以40-49歲者為最多，而自覺健康狀況不好者，使用輔助療法的情形也越多。

MacLennan、Wilson 及 Taylor (2002)研究顯示澳洲民眾使用輔助療法以女性、教育程度偏高、高薪所得，以及有工作者較常使用。儘管輔助療法的使用與人口學變項的關係會因研究對象的特質而有差異，但總括而言，女性及健康狀況不佳者較常使用輔助療法。多數文獻顯示使用輔助療法的訊息最多來自朋友及親戚(曾等，2005；Wilkinson & Simpson, 2001)。

由於民眾自行使用的某些輔助療法可能與正規的治療間產生交互作用，因此，研究人員對民眾是否會告知醫護人員他們在使用的療法感到興趣。Eisenberg 等人(1998)指出使用輔助療法的美國民眾有62%未告知醫師。Suzuki (2004)報告在日本則有79%的人未告

知醫師他們在使用輔助療法。Singh 等人 (2004) 則報告南非印度社區有 54% 未告知醫師，主要原因有覺得不需要告訴醫師、覺得醫師可能會不高興、和醫師沒有詢問。然而，Sternberg、Chandran 及 Sikkaz (2003) 針對非裔美國老人研究中發現有 60% 的老人會與醫師討論使用輔助療法的問題。Smith 等人 (2005) 對澳洲開業醫師的調查中發現有 98% 的開業醫師在其診所內有提供輔助療法，且會指導民眾如何正確及安全使用輔助療法，讓病人更安心使用這些療法。反觀國內，曾等人 (2005) 報告指出有 82% 的人不曾告訴過醫護人員他們在使用輔助療法。可見民眾使用輔助療法多不會告知醫護人員，其中的原因值得進一步探討。

方法

一、研究設計與研究對象

本研究採橫斷式描述型相關性研究設計，依據日內瓦 Lwanga 及 Lemeshow (1991) 的 Sample size determination in health studies : A practical manual 研究中的公式 (見圖一)，而可及母群體 (N) 為登錄於中華電信公司 2004-2005 年彰化及南投縣市住宅電話號碼簿的家戶中滿 18 歲之成年民眾， $N : 409358$ ，接著依據亞洲民眾使用輔助療法情形，設定 $P : 0.80$ ，再評估抽樣結果之代表性及研究者之能力，設定 $\alpha : 0.05$ 、 $d : 0.05$ ，故估算樣本數為 246 人。

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)N}{d^2(N-1) + z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

圖一 計算樣本數之公式

註： α 代表可接受的誤差[Confidence (%)]；P 代表期望母全體使用另類/輔助療法的比率(Anticipated population proportion)；d 代表所要求的絕對精確度(Absolute precision required)；z 代表相對精確度(Relative precision)；N 代表母群體大小(Population size)；n 代表樣本大小(Sample size)。

研究者先抽出電話號碼簿的頁數、再抽出欄數，最後抽出每欄家戶數的方式，進行隨機抽樣，並製成電訪名冊。

二、研究工具

研究者參考曾等（2005）之問卷，並依據相關文獻的內容（丁，2003；Eisenberg et al., 1993, 1998）自擬結構性問卷，問卷共分成二部分，包括(1)受訪者基本資料：如性別、年齡、健康狀況等共 9 題。其中健康狀況分為非常好、好、普通、不太好四個等級勾選。(2)輔助療法的使用：含按摩、穴位指壓按摩、氣功、瑜珈、太極拳、營養補充劑、草藥偏方、民俗療法、催眠等 22 項輔助療法選項，按選項逐一勾選是否使用該療法；接著從 8 個使用這些療法的原因選項中（例如比較無副作用、便宜或是地點方便等）逐一勾選；最後從 44 個使用這些療法的目的選項中（例如促進健康、精神寄託、治療身體酸痛等）逐一勾選。問卷由一位於大學研究所任教、有輔助療法研究經驗之護理博士及一位任教於大學、具電話訪談問卷設計之專長，並擔任國建局電話訪談中心指導專家之公共衛生博士審閱，二位專家建議修改輔助

療法的項目，並將民俗療法定義為口耳相傳之經驗、習俗、或宗教信仰的療法，例如收驚、拜拜問卦、安太歲、算命、點光明燈或風水等，並完成表面效度檢測。問卷完成後，研究者隨機由電話本選出 5 位民眾進行電訪試測以確認問卷有無題意不清、選項不完整的情形，並瞭解訪談過程中可能遭遇的問題，以利正式收案順利進行。試訪後發現一開始詢問基本資料時，受訪者較有戒心，而不願回答，因此在正式收案時，將基本資料移至最後才詢問，並增加生肖年次對照表以利出生年月之收集，其餘問卷內容則未做修改。

三、研究過程

本研究於通過某醫學中心之人體試驗委員會審查後（IRB 編號 CS06022），才進行前測及正式收案，研究者至國健局衛生保健電話調查中心接受電話訪談的訓練。每個家戶只訪談一次，訪談時間約 20-25 分鐘。研究者依抽樣後之電訪名冊，逐一進行電話訪問。因為電訪方式，取得受訪者同意書有困難，故在電訪時，由訪員宣讀受訪同意書，取得口頭同意後，才進行資料收集。研究者先詢問受訪者出生年月以確認符合年滿 18 歲之收案條件後，再依問卷的輔助療法選項、使用理由及使用原因之選項逐一詢問受訪者，並詢問受訪者有無使用其他的療法，或是研究者未提及的其他理由或原因，以取得資料。電訪結束後，重新檢查問卷內容是否有遺漏，最後感謝配合並掛斷電話。若該電話第一次無符合收案條件的成人在家時，研究者詢問接聽者其他

家人可能在家的時間，依告知之時間進行第二次電訪，如三次電訪皆未有符合收案條件的成人在家，或是三次皆無人接聽電話時，則放棄收案。

四、資料分析

問卷資料經編碼後輸入 SPSS 12.0 for Window 套裝軟體進行統計分析。先以次數分配 (frequency) 檢查是否有輸入錯誤或遺漏，再以採描述性統計之次數分配、百分比、平均值呈現研究對象年齡、教育程度、籍貫、宗教信仰、職業、性別等人口學變項，以卡方檢定、*t*-test 及 ANOVA 分析個案使用輔助療法與人口學變項的差異性。

結果

本研究以隨機抽樣得到 1,397 家戶，其中有 265 戶為空號、359 戶無人接聽及 387 戶拒訪等，最後實際完成的問卷是 289 份，回答率為 21%。樣本平均年齡 45.9 歲($SD=17.39$)，最小為 18 歲，最大為 88 歲；依據 Eisenberg 等人(1993)的研究將年齡分為三組 (≤ 24 歲、25-49 歲及 ≥ 50 歲) 後，以 25-49 歲最多。研究對象基本資料請見表二。

表二 全體研究對象基本資料 ($N=289$)

變項	<i>n</i>	%
性別		
男	107	37.0
女	182	63.0
年齡(歲)		
≤ 24	27	9.4
25-49	122	42.2

≥50	100	34.6
拒答	40	13.8
教育程度		
小學或以下	59	20.4
初中、國中	36	12.5
高中、高職	65	22.5
專科	46	15.9
大學	48	16.6
研究所及以上	6	2.1
拒答	29	10.0
籍貫		
本省客家人	8	2.8
本省閩南人	250	86.5
大陸各省市	12	4.2
原住民	1	0.3
拒答	18	6.2
宗教信仰		
沒有	93	32.2
佛教	47	16.3
道教	112	38.8
天主教	3	1.0
基督教	10	3.4
一貫道	6	2.1
拒答	18	6.2
職業		
專業相關工作或主管	36	12.5
服務業	64	22.2
技術性工作	24	8.3
勞動者或農業工作	42	14.5
無業	85	29.4
拒答	38	13.1
每月總收入(元)		
20,000 以下	21	7.3
20,001 至 40,000	14	4.8
40,001 至 60,000	27	9.3
60,001 至 80,000	19	6.6
80,001 至 100,000	18	6.2
>100,001	23	8.0
很難說	71	24.6
拒答	96	33.2
健康狀況		
非常好	28	9.7
好	111	38.4
普通	126	43.6

不太好	15	5.2
拒答	9	3.1
固定接受西醫的治療		
有	44	15.2
沒有	240	83.0
拒答	5	1.8

由表三中得知研究對象在過去一年至少使用一種輔助療法者佔 86% ($n=249$)，平均每人使用輔助療法 3.30 種($SD=1.85$)，最少為 1 種，最多 11 種。使用輔助療法的種類以民俗療法最多($n=160$ ，55%)，其次是運動($n=154$ ，53%)及服用營養補充劑($n=114$ ，39%)，而運動療法中最常用的是散步(48%)及跑步(24%)。

表三 全體研究對象使用各種輔助療法的比例($N=289$) (可複選)

種類	<i>n</i>	%
民俗療法*	160	55.4
運動**	154	53.3
服用營養補充劑	114	39.4
中醫師處方中藥	102	35.3
草藥偏方	78	27.0
按摩	59	20.4
推拿	52	18.0
穴位指壓按摩	35	12.1
艾灸/針灸	33	11.4
瑜珈	23	8.0
拔罐	18	6.2
貼膏藥	13	4.5
氣功	13	4.5
電療(TENS)	12	4.2
太極拳	8	2.8
刮痧	8	2.8
接骨、橋骨頭	8	2.8
整脊療法	5	1.7
芳香療法	4	1.4
蜂療	1	0.3
意向療法	1	0.3
打坐*	1	0.3
未使用者	40	14.0

註：*因國情及文化因素使用輔助療法的項目；**有些研究中調查項目不包含的項目。

為了能與其他相關研究比較使用輔助療法的使用率，因此將因國情及文化因素而使用的輔助療法排除，例如民俗療法(只單獨使用本療法之人數為 11 人)及打坐(只單獨使用本療法之人數為 1 人)，則本研究之民眾在過去一年至少使用一種輔助療法者有占 82%。

在有使用輔助療法者中，也同時使用西醫治療者有 136 人，但是只有 35%($n=48$)會告知醫護人員他們在使用輔助療法，在這 48 人中有 50% ($n=24$)的民眾表示醫護人員會與家屬及病人共同討論輔助療法的優缺點，但也有 44% ($n=21$)的民眾表示告知醫護人員，他們並沒有任何回應。有 52% ($n=70$)的民眾表示沒有主動告知醫護人員。在這 70 人中，他們不告知的原因主要是因為醫護人員沒有詢問過($n=59$, 71%)。當進一步詢問民眾若醫護人員主動詢問是否使用輔助療法時，93% ($n=65$)的民眾則表示就會告知。

針對所有使用輔助療法之研究對象 ($N=249$) 探討其使用目的時，發現為促進健康最多($n=163$, 65%)，其次是精神寄託($n=109$, 44%)及治療身體酸痛($n=53$, 21%)。若將身、心疾病的原因加在一起計算(34%及 7%)，其比率為 41% ($n=241$)。

由表四可得知使用輔助療法者中有 70%以上的民眾認為這些療法是有效的，使用者中有一半以上($n=136$, 54.6%)認為輔助療法比

較沒有副作用，24.1% ($n=60$)認為比西醫有效。當詢問使用者是否知道他們所用的療法之提供者是否有證照，發現使用民俗療法、運動、營養補充劑、草藥偏方、按摩、瑜珈之民眾中有 75%以上表示他們所使用的療法之提供者是無證照的。

表四 研究對象使用輔助療法的原因 ($N=249$) (可複選)

使用輔助療法的原因	<i>n</i>	%
輔助療法比較無副作用	136	54.6
輔助療法比較西醫有效	60	24.1
輔助療法就診或使用地點比較方便	46	18.5
輔助療法較能針對病因治療，而不是只針對症狀治療	45	18.1
輔助療法比較不會使用侵犯性的治療方式	37	14.9
輔助療法比較便宜	27	10.8
輔助療法可以有較多的主控權	22	8.8
輔助療法的治療者較能尊重病人	16	6.4
沒有意見	67	26.9

輔助療法使用與人口學變項之差異分析

以卡方檢定分析研究個案使用輔助療法與人口學特徵之分析結果見表五。使用輔助療法與性別之間具有統計上的差異($\chi^2=6.43$, $p=.011$)，女性使用輔助療法之比例比男性為多。教育程度中，以專科以上學歷者使用輔助療法之比例比其他學歷的民眾為多($\chi^2=20.83$, $p<.001$)。白領階級者使用輔助療法之比例高於其他職業種類的民眾($\chi^2=10.22$, $p=.006$)。而有固定接受西醫治療者使用輔助療法之比例高於無固定接受西醫治療者($\chi^2=4.68$, $p=.030$)。

以 *t-test* 分析有無使用輔助療法者之年齡差異發現使用輔助療法

者的平均年齡是 44.85 ± 17.04 歲，未使用者的平均年齡是 54.69 ± 18.13 歲，達到統計上的顯著差異 ($t = -2.769, p = .006$)。另外，仿 Eisenberg 等人(1993)將年齡分為三組(小於等於 24 歲、25-49 歲及大於等於 50 歲)，結果發現 25-49 歲的民眾使用輔助療法者高於其他年齡分組(91.5%) ($\chi^2 = 8.67, p = .010$)。輔助療法的使用則與健康狀況無關。

表五 卡方檢定檢測輔助療法的使用與人口學變項之結果

變項	有使用		不曾使用		χ^2	p 值
	n	%	n	%		
性別 (n=289)					6.43	.011
男	85	79.4	22	20.6		
女	164	90.1	18	9.9		
年齡 (n=249)					8.67 [#]	.010
≤24	24	88.9	3	11.1		
25-49	116	95.1	6	4.9		
≥50	83	83.0	17	17.0		
教育程度 (n=260)					20.83 [#]	<.001
小學以下	44	74.6	15	25.4		
初中至高中職	90	89.1	11	10.9		
專科以上	98	98.0	2	2.0		
籍貫 (n=271)					0.15 [*]	.703
本省籍	228	88.0	31	12.0		
外省籍	11	91.7	1	8.3		
宗教信仰 (n=271)					9.37 [#]	.007
沒有	74	79.6	19	20.4		
本土性宗教	153	92.7	12	7.3		
天主教/基督教	12	92.3	1	7.7		
職業 (n=251)					10.22	.006
白領階級	118	95.2	6	4.8		
藍領階級	33	78.6	9	21.4		
無	74	87.1	11	12.9		
固定接受西醫的治療 (n=284)					4.68 [*]	.030
有	43	97.7	1	2.3		
沒有	202	84.2	38	15.8		
健康狀況 (n=280)					3.69 [#]	.134
好	116	83.5	23	16.5		
普通	112	88.9	14	11.1		
不太好	0	0.0	15	100.0		

註：每一個變數的總樣本數不同，是因為每一個變數中未回答或回答不知道的人數不同所導致；*表使用 Yate's correction。#表使用 Fisher's exact test。

討論

一、電話調查有效樣本的探討

本研究進行家戶電話調查，有效樣本為 289 人，回答率為 21%，明顯低於丁(2003)的全國性家戶電話調查回答率 87%及曾等人(2005)的台中地區電話調查回答率 34%，也明顯低於 Esienberg 等人(1993，1998)在美國進行兩個全國性的電話調查回答率 67%及 60%，因此本研究雖然使用隨機抽樣方法，但由於回答率偏低，在推論上可能會受限。這可能與近幾年台灣詐騙集團猖獗有關，導致民眾掛斷電話或拒訪。另外因素可能因為樣本選擇偏向農業縣，民眾不習慣這種現代化的電話調查方式，也導致拒訪率增加。因此建議可預先聯絡受訪者、以信函聯絡、藉由電視廣告或公告於公共場所告知電話調查的訊息，讓受訪者先了解研究性質，願意接受訪談。

二、使用輔助療法的狀況

本研究發現彰化及南投地區 18 歲以上社區成人有 86%使用輔助療法，除去台灣國情特有的民俗療法及打坐後，使用率仍有 82%，且其中使用 2 種以上之療法者佔 74%，是因為使用輔助療法的人很少只單獨使用一種療法，在本研究中有民眾使用 11 種療法，故兩種計算方式的結果相差不大。本研究輔助療法使用率與丁(2003)調查全國成人使用為 76%相近，但低於曾等人(2005)調查台中地區社區成人使用輔助療法(96%)的比率，原因可能是研究者對調查輔助療法的項目

不同，例如曾等的輔助療法項目中包含有音樂治療、花草茶、陰離子及禱告等，而本研究的調查項目則不包含。

在年齡方面，本研究發現使用輔助療法的民眾較未使用者年齡為輕(44.85 vs. 54.69)，也發現以 25-49 歲的民眾使用輔助療法機會較多有統計差異，與 Esienberg 等學者(1993)結果相似。主要原因可能因為 25-49 歲的民眾多數已有工作，經濟能力較穩定，有健康需求及健康保健資料相關來源較多，也較容易嘗試新的保健方法，故使用輔助療法的機會高。在性別方面，本研究發現女性使用輔助療法高於男性。但是，也有研究指出輔助療法的使用與性別無關（丁，2003；曾等，2005；Singh, Raidoo, & Harries, 2004）；儘管如此，這些研究中使用比率仍以女性高於男性，原因可能是因為女性民眾在家負責照顧家人的角色，接觸各種醫療體系的機會多於男性民眾，會將經驗到輔助療法的過程，傳播給家庭成員，也會傳給其他婦女(張，2001)。在教育程度方面，本研究發現專科以上使用輔助療法的人數比例較高，具統計差異，與 Esienberg 等學者(1990)的結果相似。但 Singh 等人(2004)及曾等人(2005)和丁(2003)的研究指出是無關。本研究結果教育程度高者輔助療法的比例較高，可能的原因是工商社會的進步，教育程度高者對生活品質的要求開始轉變，強調身心的健康概念增強，且因教育程度高在相關促進健康資料的來源會更多元，更能為自己量身訂做合適的輔助療法。

本研究之民眾使用民俗療法、運動、服用營養補充劑及中醫師處方中藥居多，與國內學者之研究結果類似(丁，2003；曾等，2005)。國內民眾使用民俗療法如拜拜、收驚、安光明燈等，與民間信仰有密切關係。民間信仰包含社會文化及精神文化意義，民眾在生活上遇到疑難雜症都可能求諸於神明的庇佑與指點，得到心靈的支持與撫慰作用(陳、曾、曾、洪，2008；蔡、黃、陳，2007)。

本研究之研究對象使用輔助療法的目的是主要是治療身、心疾病。而曾等人(2005)在台中地區的研究結果以增進身心健康及治療疾病為主要目的，可能是農業縣的民眾從事勞動工作比率較多，比較沒有養生或是健康促進的觀念，多是到健康出現問題時才會尋求協助。故中彰投地區使用輔助療法治療疾病是相當普遍的。丁(2003)指出健康狀況不太好者希望獲得更多的醫學保健知識，較容易接受多元醫療。本研究發現有固定接受西醫治療的民眾大多數有慢性疾病，使用目的可能是希望能增強或輔助正規療法的效果、幫助改善生活品質，或是因為西醫治療無法完全改善身體的狀況，進而尋求輔助療法的協助(Cheung, Wyman, & Halcon, 2007；Suzuki, 2004)，因此民眾會因使用民俗療法而中斷西醫治療或拒絕求醫，值得關心與探討；而且西醫療法與輔助療法如何能安全並存的使用，也是醫護人員需要重視的課題。

在使用輔助療法且合併使用西醫治療者中有 52%不會主動告知

醫護人員，主因是醫護人員沒有詢問。此結果與陳等人（2008）研究結果不同，因個案會主動告知醫師同時使用西醫療法及另類療法，主要原因為該個案已接受全程放射線治療並3年內有定期追蹤，與醫師關係較佳。但低於其他的研究報告(曾等，2005；Eisenberg et al., 1998)，主要原因是因為本研究詢問曾合併西醫治療的使用者，而其他的研究的研究對象中則包含可能都是較健康以及使用的療法種類不同的民眾，因為未求醫，也就不會告知醫護人員，而導致未告知的比例偏高。建議醫療人員能主動關心病人是否有使用輔助及另類療法，並根據醫療專業判斷，分析使用該療法的利弊得失，善盡醫療上說明之義務（蔡等，2007）。

三、使用輔助療法的原因

使用輔助療法的民眾認為輔助療法比較沒有副作用、比較有效。可能因為輔助療法較不使用侵入性的方法，以致民眾認為較無副作用。然而有些療法如使用不當仍具有副作用，如：中藥與西藥合併使用會造成加成或交互作用的機會增加，如當歸、奎寧、麻黃和蘆薈也被證實含有西藥類似的成分(陳、毛，2001)。然而，輔助療法中的民俗療法，使用民眾雖無法明確說明出優點，但56%的民眾認為對生活有幫助或有安定作用。研究者發現在台灣目前有些醫療人員及中醫師會提供輔助療法，美容師也會提供按摩或芳香療法。本研究使用民俗療法、運動、營養補充劑、草藥偏方、按摩、瑜珈之民眾中有75%

以上表示他們所使用的療法之提供者是無證照的，顯示民眾對輔助療法提供者是否具有證照大多不以為意。在國外，氣功、太極拳、瑜珈及整脊提供者需完成相關教育訓練並需具備相關證照，在安全性上較有保障（蔡等，2007）。有鑒於此，政府或是相關團體應開始規劃輔助療法提供者執業能力的認證，以保障使用者的安全。

結論

研究結果顯示中部地區居家成人過去一年輔助療法使用率為86%，最常使用的療法為民俗療法、運動及服用營養補充劑，以25-49歲、女性、專科學歷以上的民眾較常使用輔助療法，這些特質可以協助醫護人員較易辨識使用者，進而進行相關之評估。另外，有固定接受西醫治療者使用輔助療法之比例高於無固定接受西醫治療者，而使用者不會主動告知醫護人員，可能因此使醫護人員未能注意到病人的治療效果是否受到輔助療法的影響。然而，民眾未主動告知醫護人員的主要原因是醫護人員未詢問，此透露醫護人員仍未關注到病人使用輔助療法的情形。為增加醫護人員對此現象的注意，對實務、教育及研究上的建議如下：

(一)護理實務方面：由於民眾使用輔助療法日益增多，建議醫護人員應主動詢問民眾是否使用輔助療法，並提供相關訊息及指導。另外，由於民眾會將草藥偏方、營養補充劑等與西藥併用，因此要教導民眾避免加成或交互作用之發生。

(二)教育方面：建議在醫護教育中加入輔助療法的內容，使醫護人員對輔助療法的適用性、作用及副作用等有所了解，具備相關之知識。

(三)研究方面：建議未來的研究者採用可推論因果關係的實驗設計，採「隨機分派」、「對照」、「雙盲」等方法，以建立輔助療法的實證基礎。

(四)政策方面：美國有鑒於輔助療法之普及，因此成立國家級 NCCAM 來規範並進行輔助療法相關研究，而國內在機關編制及經費投入上仍可再努力。

本研究採電話訪談方式收集資料，雖跨越距離的限制，但卻發現民眾急於結束訪問，導致在收集資料過程缺乏足夠的時間來澄清問題或深入詢問受訪者的感受，這是本研究的限制。

參考文獻

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。

[Le-Ting, C.Y. (2003). Who uses non-biomedical, complementary and alternative health care? Sociodemographic undifferentiation and the effects of health needs. *Taiwan Journal of Public Health*, 22(3), 155-166.]

陳玉萍、曾振淦、曾雁明、洪志宏 (2008) · 放射腫瘤癌患接受西醫、

中醫與另類療法的相關性調查分析・放射治療與腫瘤學，15

(4)，289-300。[Chen, Y. P., Tseng, C. K., Tsang, N. M., & Hong, J. H. (2008). An investigational analysis for correlation of cancer patients in radiation oncology department receiving Western, Chinese and alternative medical treatments. *Therapeutic Radiology and Oncology*, 15(4), 289-300.]

陳德人、毛家舫 (2001)・另類醫療在健康照護體系的興起與趨勢・
台灣醫界，44 (9)，39-41。[Chen, T. J., & Mao, C. L. (2001).
Emergence and trends of alternative medicine in the health care
system. *Taiwan Medical Journal*, 44(9), 39-41.] (自己翻譯)

張 珣 (2001)・婦女與醫療：對本土女療者的另類思考・國家科學
委員會研究彙刊：人文及社會科學，11 (2)，126-134。[Chang,
H. (2001). Women and medicine: Rethinking folk woman healers.
Proceedings of the National Science Council, Republic of China,
Part C: Humanities and Social Sciences, 11(2), 126-134.]

張智雅 (2006)・另類療法醫病關係之初探：從傳統跌打損傷館患者
就診行為之田野觀察談起・嘉南學報 (人文類)，32，334-349。
[Chang, C. Y. (2006). The preliminary research about doctor-patient
relationships of alternative medicine: The field observation of
medical examination behaviors in "The traditional treatment hall of
fracture and injury". *Chia Nan Annual Bulletin: Humanity*, 32,

334-349.]

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。 *中山醫學雜誌* , 16 (1) , 59-68 。 [Tseng, Y. H., Lin, T. H., & Hung, C. A. (2005). Use of complementary therapies in community-dwelling adults in Taichung area. *The Chung Shan Medical Journal*, 16(1), 59-68.]

蔡甫昌、黃獻樑、陳彥元 (2007) 。病患要求施行輔助及另類療法所涉醫學倫理問題。 *台灣醫學* , 11 (1) , 91-103 。

[Tsai, D. F. C., Huang , H. L., & Chan, Y. Y. (2007).The ethical issues arising from patient's requesting complementary and alternative. *Formosan Journal of Medicine*, 11(1), 91-103.]

Cheung, C. K., Wyman, J. F., & Halcon, L. L. (2007). Use of complementary and alternative therapies in community-dwelling older adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(9), 997–1006.

Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Rommaly, V. M., et al. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997 : Results of a follow-up national survey. *The Journal of the American Medical Association*, 280(18), 1569-1575.

Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., & Delbanco, T. L. (1993). Unconventional medicine in the

- United States: Prevalence, costs, and patterns of use. *The New England Journal of Medicine*, 328(4), 246-252.
- Lwanga, S. K., & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies: A practical manual*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- MacLennan, A. H., Wilson, D. H., & Taylor, A. W. (2002). The escalating cost and prevalence of alternative medicine. *Preventive Medicine*, 35(2), 166-173.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2009, November 19). *2002 statistics on CAM use in the United States*. Retrieved March 27, 2010, from <http://nccam.nih.gov/news/camstats/2002>
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2009, October 13). *The use of complementary and alternative medicine in the United States*. Retrieved March 27, 2010, from http://www.nccam.nih.gov/news/camstats/2007/camsurvey_fs1.htm
- Shaikh, B. T., & Hathe, J. (2005). Complementary and alternative medicine in Pakistan: Prospects and limitations. *Evidenced-based Complementary and Alternative Medicine*, 2(2), 139–142.
- Singh, V., Raidoo, D. M., & Harries, C. S. (2004). The prevalence, patterns of usage and people's attitude towards complementary and alternative medicine (CAM) among the Indian community in Chatsworth, South Africa. *BMC Complementary and Alternative*

Medicine, 4(3), 1-7.

Smith, C., Martin, K., Hotham, E., Semple, S., Bloustien, G., & Rao, D.

(2005). Naturopaths practice behaviour: Provision and access to information on complementary and alternative medicines. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 5(15), 1-8.

Sternberg, S. A., Chandran, A., & Sikkaz, M. (2003). Alternative therapy

use by elderly African Americans attending a community clinic.

Journal of American Geriatrics Society, 51(12), 1768–1772.

Suzuki, N. (2004). Complementary and alternative medicine: A Japanese

perspective. *Evidenced-based Complementary and Alternative*

Medicine, 1(2), 113-118.

Thomas, K., & Coleman, P. (2004). Use of complementary or alternative

medicine in a general population in Great Britain: Results from the

national omnibus survey. *Journal of Public Health*, 26(2), 152-157.

Wilkinson, J. M., & Simpson, M. D. (2001). High use of complementary

therapies in a New South Wales rural community. *The Australasian*

Journal of Rural Health, 9(4), 166–171.