

計畫編號：DOH97-TD-M-113-95001

行政院衛生署九十七年度委託科技研究計畫

台灣社會另類療法風險管理之專家系統

研究報告

(全程報告)

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：盧葦艷

研究人員：陳威麗、李政諦、吳肖琪

全程計畫：自 95 年 1 月 1 日至 97 年 12 月 31 日止

本年度計畫：自 97 年 1 月 1 日至 97 年 12 月 31 日止

*本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如對

媒體發布研究成果應事先徵求本署同意*

	目錄	頁數
摘要	中文	1
	英文	3
本文		
1.	前言	5
2.	材料與方法	7
3.	結果	28
4.	結論與建議	103
	九十七年度計畫執行成果報告表	104
5.	九十七年度計畫重要研究成果及對本署之 具體建議	105
6.	參考文獻	106
7.	圖表	116
附錄		133
1	焦點團體訪談同意書	
2	個案基本資料表格	
3	焦點團體訪談工作手冊	
4	空白問卷（台灣中老年退化性關節炎另類 療法使用調查問卷）	
5	指引手冊訪談同意書	

- 6 使用輔助及另類療法民眾指引手冊
 - 7 指引手冊訪談工作手冊
 - 8 成員反應分析老人名單
 - 9 聯合國傳統醫學負責人聯絡平台
- 文章 研討會文章 (Risk and Drug Regulation: The Transforming Osteoarthritis in Taiwan)
- 研討會文章 (The Risk Construction of Osteoarthritis in the Taiwanese Society)
- 研討會文章 (The Illness Narratives of Taiwanese Women with Osteoarthritis)
- 研討會文章 (Risk and Drug Regulation: the Transforming Osteoarthritis in Taiwan)

摘要

多元醫療資源運用是台灣社會民眾求醫過程之特色。中老年人因身體機能退化，且求助正規醫療不易有明顯療效，更易轉而求助補充及另類療法。本研究以中老年人罹患率高達 8.3% 之退化性關節炎為主，第一年論述分析發現，退化性關節炎隨著醫療主流論述而有轉變，1950 年代開始有關節炎名稱出現，主要以職業為其罹病原因如農人及礦工，1960 年代轉而以生活型態為主例如女性蹲跪於溪邊洗衣，至 1980 年代才與老化結合而成為退化性慢性病的一部份，至今進入 2000 年代，以遺傳成為主流，因此罹患之群體其年齡可能降低，藥商更發展簡易「關節年齡問卷」，鼓勵自我監測，退化性關節炎的預防論述因而生成。臺灣民間另類療法使用率高達 75.5%，經由傳統市集、旅遊、收音機、社會網絡關係前往特定場所而取得，越來越多經由直銷之推銷員而使用健康食品或養生食品，這是全球化風潮下引發，值得特別注意。比較各國及世界衛生組織所訂管理機制，應當關注在四個面向：(1) 制定國家政策、(2) 確保安全性、有效性與品質、(3) 強化另類療法的可及性包括價格及取得管道、(4) 確保另類療法提供者品質、提昇研究結果。台灣目前對於另類療法之管理屬於“容忍(Tolerant)”模式，觸犯法律前都屬於可接受之範疇，發展完整管理機制將面臨許多挑戰，由民眾使用經驗為基礎將是最好的開始，參

考世界衛生組織、美國及歐盟發展的指引手冊，本研究第三年發展的民眾指引手冊，經由使用另類療法民眾、公共衛生護士、醫師、藥師、及產官學專家，提供修訂意見。也建議衛生署初步先與民間另類療法組織合作，由民間組織設定自我管理之標準與規範，篩選符合該標準的另類療法供應者，而後由國家認證制度授與其執業合法權源。

中文關鍵詞(至少三個)：另類療法、管理機制、指引手冊、退化性關節炎轉化

Abstract

Health care pluralism has become a norm in the health-seeking process among Taiwanese. With 8.3% prevalence rate of osteoarthritis, the middle aged dissatisfied with biomedicine and resorted to Complementary and Alternative Medicine (CAM). Numerous supplement and alternative therapies have emerged in recent years and the popularity comes with the image of naturalness. Through diverse paths including traditional markets, travel buses, radio talks and commercials, as well as gathering tour to specific practitioner through social and community networks, the public gain access to CAM. Direct selling of health foods and dietary supplements such as Glucosamine products has infiltrated into even very rural areas due to globalization. The phenomena need further investigation in the future. Based on the results of comparing and contrasting various regulation systems in the EU and the US as well as WHO, four domains should be included, (1) national policy, (2) ensuring safety, efficacy and quality, (3) accessibility, and (4) ensuring legitimacy of products and practitioners. Although four types of regulatory systems exist, including Monopolistics, Tolerant, Integrated, and Inclusive, Taiwan currently applies tolerant manner. This study explores the user experiences and opinions of related persons in order to develop a consumer guideline for proper use of CAM. Referenced to the guidelines developed by the NCCAM in the US, WHO, and Department of Health in UK, the Guideline developed also invites comments from medical professionals, including physicians, public health nurses, pharmacists, the academia, producers, and consumers themselves. In order to take the challenges to establish a better localized regulatory

system, we suggest DOH initially establishes the collaboration with NGO of CAM such as Chiropractic. The collaboration facilitates the establishment of setting criteria and standards for self-regulation CAM regimen, proper training and certification of CAM practitioners.

Keyword: Complementary & Alternative Medicine, regulatory system, Guidelines for proper use of CAM, transformation of osteoarthritis

前言

多元醫療資源運用是台灣社會民眾求醫過程之特色。近年來，在全球化擴張下，人口移動與訊息傳遞加速，使得各種補充與另類療法(CAM)充斥民眾求醫市場。中老年人因身體機能退化，且求助正規醫療不易有明顯療效，更易轉而求助另類療法。但另類療法的治療措施與副作用並不明確，因此消費者也面臨如何選擇適合與安全性醫療措施的挑戰。由於另類療法屬於醫學知識的新概念，且常因歸類困難、定義不清，造成管理上的困擾，目前並無明確的相關條例為依據，也未列入醫療管理之範疇，對民眾之健康安全無法提供確切的保障。

本研究的設計兼顧文化及社會結構面向，由使用者角度探討另類療法文化脈絡意涵且分析社會結構與另類療法之生產與再生產之關係，同時將消費者及供給面兩者之視野發展管理制度。擬以中老年人（55歲以上，並患有退化性關節炎之相關性疼痛）為樣本進行發展另類療法專家導引系統。

研究方法為質性研究法，根據理論性抽樣之原則，採持續性的比較分析法分析資料。第一年藉由論述分析(Discourse analysis)為主軸，蒐集與分析平面媒體與大眾健康保健書籍對於另類療法之論述，同時訪談不同角色—醫療專家、使用者、政策執行者等所接收到的另類療法風險資訊以及相關研究進行的論述基礎；並將所蒐集報章雜誌有關

另類療法之資料，與不同角色專家對於另類療法之論述，並進行比較其異同，初步建構在台灣適用的另類療法專家導引系統。

第二年，以焦點團體法了解中老年人另類療法於身體實踐的敘述故事 (narratives)，同時蒐集與分析歐美先進國家有關另類療法之相關資料與管理機制，並以以上二者資料為基礎，修正第一年所發展之另類療法專家導引系統。

第三年，以成員反應分析(member check)測試另類療法專家導引系統之信效度，測試之對象包括相關領域之專家與使用者。測試結果將發展另類療法導引手冊，同時將發展與建立適用於本土性另類療法模組，建構完整之老人群組專家導引系統管理模式。

本研究結果將建立另類療法專家導引系統，提供本土中老年人使用另類療法之指引，同時也提供臨床實務者—老人醫學科、家醫科、骨科、公共衛生等醫護人員醫療資源及另類療法照護服務之參考，其最終目標係提供政府單位發展與建立有效與安全的全面性管理機制，作為擬定另類療法相關政策之依據，進而提供民眾安全性與適用性。

材料與方法

第一年度

本研究設計兼顧文化及社會結構面向，不僅由使用者角度探討另類療法文化脈絡意涵且分析社會結構與另類療法之生產與再生產之關係，也由消費者及供給面兩者之視野發展合理的論述，並嘗試建立可行的管理制度。研究共分三年進行，第一年之研究分為二部份進行(1)另類療法風險論述分析與(2)AMES 可行性評估。研究設計以論述分析 (Discourse analysis) 為主軸，包括文本分析及深度訪談。分析平面媒體與大眾健康保健書籍對另類療法之論述是如何建構身體與老化等議題。研究方法與研究進行步驟分別敘述如下。

一、另類療法風險論述

調查目的：分析平面媒體與大眾健康保健書籍對另類療法之論述是如何建構身體老化等議題。論述之分析指引為身體如何被建構？老化如何被建構？退化性關節炎之知識如何被建構？處理中老年期退化性關節炎與相關性疼痛之建議為何？發言者之專業背景？另類療法建議之比率及種類？

研究方法：論述分析 (Discourse Analysis) 則是一種後結構式的分析取向 (Apoststructural Approach)。論述不只在反應或呈現出社會

真實與社會關係，論述建構 (construct) 並且「組成」(constitute) 這些真實以及關係。不同的論述以不同的方法組成其主要的真實 (例如，他們是慢性病、他們有公民資格、他們是有教養的人等)，論述並且以不同的方式擺放人們使之成為社會主體 (如醫師與病患)。這些都是論述的社會作用，也是論述分析的焦點所在。因此，論述分析的目的在于於瞭解某些想法、感受與行為如何透過論述成為可能。此外，論述分析不只可用來研究常規的社會脈絡，以及對社會實體及社會關係發生的方式作探究，更可透過常規社會背後「真理」的揭露，而發覺一些可能性。論述分析在運作上，不只包含對真實生活情境中說或寫的溝通的研究，並且將注意力集中在透過說與寫，社會功能實現的方式，其研究焦點集中在人本與社會脈絡的關係上。

因此，本研究除了試圖透過持續比較分析的方法，對退化性關節炎中老年病患的生活世界及其經驗背後的文化主題 (culture theme) 有所瞭解及發現外，更試圖透過論述分析的方式來瞭解，平面媒體作者他們如何使用不同的論述來發言？以及是什麼樣的社會關係使得這樣的發言成為可能？並且，從平面媒體作者的發言中觀看他的主體性建構。

資料收集是採立意取樣，以漢珍圖書縮影公司的報紙 / 期刊檢索系統作資料網路檢索，計有報紙類：聯合報、聯合晚報、民生報、

經濟日報、中國時報、中時晚報、工商日報、自由時報、以及蘋果日報。檢索設定關鍵字為：退化性關節炎、關節疼痛、另類療法、民俗療法、偏方、中老年等。

選擇樣本條件有三項：1. 嘗試解釋、定義與介紹退化性關節炎，2. 說明患者出現疾病的症狀，以及 3. 提及可能的治療對策(至少須包括傳統中醫、民俗、另類療法、與西醫等其中兩種以上療法)；本文之正文議題符合上述三項條件中之一，才選入作為研究樣本。此外，包括純淨新聞、專欄／評論／特稿／專家邀稿、特寫／系列或專題介紹、讀者投書／民意論壇，與方劑、祕笈、偏方有關的小方塊等都列為分析樣本，副刊之文藝作品與各版面的廣告則不計入。設定日期範圍由 1951 年 1 月 1 日至 2006 年 10 月 31 日止。研究搜尋到的篇數共計 198 篇相關報導，包括聯合報 44 篇，聯合晚報 13 篇，民生報 55 篇，經濟日報 17 篇，自由時報 11 篇，中國時報 30 篇，工商日報 15 篇、中時晚報 7 篇以及蘋果日報 6 篇。(見表一)

資料分析：本研究將利用持續比較分析法 (constant comparative method) 作資料的分析。依據 Strauss & Corbin (1998) 所提的持續比較分析法，先將報紙文本資料作逐句的編碼為譯碼 (code)。在初步編碼建立的同時需記下任何有關研究者對編碼分類的想法及意念，以及在收集資料過程中，資料收集技巧的缺失等等，如此將有助

將來分析。接著將相類似的譯碼分析歸類為概念類歸 (category)，將相同概念類歸的文本資料比較，也比較不同概念類歸間譯碼的異同，亦即譯碼和譯碼之間、譯碼和概念類歸之間的持續比較。即在隨著資料的分析與比較，研究範疇呈現出的概念逐漸豐富，而內容也因尚未釐清的概念越來越少而漸具深度 (depth of focus)。經過持續比較之後，漸漸對部分資料能清楚的描述且意義也逐步清晰，此時便可進行對概念類歸的命名。透過繼續對譯碼間比較及譯碼和概念類歸的比較，形成對各個概念類歸之間思考意義聯結及關係的初步看法，並對概念類歸中重疊的部份重新釐清，將各個概念類歸的分野定義的更明確。同時將資料間的關連、譯碼、概念類歸間複雜的網路，歸納演繹出輪廓。

持續比較的過程中，運用資料還原、資料顯露、檢定發現來維持研究品質。資料還原是指運用研究策略，幫助研究者在自然情境中切題的收集資料。資料顯露是將所收集的訪談及觀察資料組織起來並加以配置以產生結論。所謂檢定發現是不斷的重複循環資料還原、資料顯露過程以維持結論和原始訪談資料意義一致。繼續對譯碼間比較、譯碼和概念類歸及概念類歸間的比較，於是主題 (theme) 漸漸形成，此時比較間的層次又加上概念類歸與主題、主題和主題的比較。隨著比較的持續，各個主題和概念類歸的關係及連結則漸漸定

案。

二、AMES 可行性評估-深度訪談與角色分析

研究目的：利用訪談不同角色(actors)對另類療法管理的看法，分析不同管理方向的優缺點，並了解另類療法在市場供應面的特性。最後，依照另類療法療效與風險論述加上參與角色的網絡，評估實施 AMES 的可行性。

調查方法：深度訪談(interviews)與文件分析(documentary analysis)。深度訪談程序採半結構式設計(semi-structure)，即每次訪談只設定 3-5 主題，餘容許由被訪者自由發展，時間約 20-90 分鐘。在被訪者同意下，須同時錄音。樣本主要依照滾雪球採樣法(snow-ball)取得。即在不同角色群找出種子被訪者，再逐次請被訪者列出最須被訪的對象，交叉設定樣本。文件分析包括相關政府機關公文告、學者研究報告、非政府組織論述、媒體報導等。

調查對象：政府相關單位、相關學者、不同類另類療法的供給者、醫護人員、相關非政府與非營利機構、老人照養機構、電子與平面媒體與設定之北中南部老人族群。

分析比較：針對不同基本管理策略分析比對：

(1) 管理對象主體性。即不同策略所認定的管理對象是屬於公

部門、私部門、還是混合的情況。

- (2) 每一策略角色互動抗衡的方式、程度與網絡。包括描述主導議題的角色、參與議題論述的角色與角色間互動的模式。
- (3) 每一策略中，另類療法管理論述的角色路徑與決策架構。
- (4) 優點與缺點(包括定義與實例)。
- (5) 成本估算論述、社會正義與正當性分析。
- (6) 已有配套制度與被接受度。主要著重於現況，但分析距將來可行時間之評估。

第二年度

第二年研究分為兩部份：(1)另類療法使用經驗與使用者療效評估(2)國外另類療法管理機制實例。第一部分「另類療法使用經驗與使用者療效評估」，採用焦點團體法；第二部份「歐美另類療法管理機制比較」則以文獻分析為主。以下將詳細描述研究過程與材料。

一、另類療法使用經驗與使用者療效評估

研究方法以焦點團體法收集資料，了解退化性關節炎中老年人使用另類療法之身體經驗。焦點團體 (focus interview) 強調研究者與受訪者之間的語言互動與對話；由於互動能引發「即興的」反應，有助於針對認知與態度的相關研究。其研究上的優點如下所列：(一)

利於探索新的研究領域和方向，(二)可以根據受訪成員的經驗，發展出具體的研究假設，(三)收集不同角度之看法及經驗，(四)有效的焦點團體方法可使研究者在研究過程中擴大探討範圍，除了探觸十分具體的面向之外，亦能深入情感，理解受訪者如何認知、評價意義，以及過往的經驗如何影響與形塑現有意義的理解[1, 2]。近年來已有越來越多的研究學者採用此一研究方式執行相關研究[2, 3]。

藉由焦點團體法，我們想要了解退化性關節炎中老年人使用另類療法之身體經驗。研究目的分別是(一)選擇另類療法之因素，(二)使用另類療法之情形與型態，(三)使用另類療法之城鄉差異，以及(四)使用另類療法之性別差異。

(一) 焦點團體訪談工作說明

焦點團體訪談工作說明進行訪談的社區、訪談人員背景與培訓介紹、訪談指引。詳細內容如下：

訪談社區：本研究分為北、中、東三個區域。在社區選擇上以兩個條件為準，首先是社區凝聚力較強的鄰里。在凝聚力較強的社區內，其成員彼此熟識，平日往來互動密切，有利於受訪者在焦點訪談中以較輕鬆的方式進行討論。其次是選擇公共空間被當地居民充分運用的社區，例如廟宇、社區活動中心等，是當地居民時常前往聚會並參加活動的處所。同時我們也力求在北、中、東三個區域中，能兼顧

城鎮與鄉村的平衡。

地區	縣市	社區名稱
中部	台中市	北區樂英里、中區大敦里、西區昇平里
	彰化	芬園鄉寶藏寺、彰化市石牌里、彰化市三村里
北部	板橋市	忠誠新村、龍安里、廣新里
	桃園縣	觀音鄉富源村、中壢市區普忠里、新屋鄉頭洲村
東部	宜蘭縣	五結鄉；羅東鎮賢文里、信義里、仁和里

訪談員培訓與背景簡介：訪談員主要由中國醫藥大學護理系碩士班、醫學研究所以及陽明大學社區護理研究所師生所組成。訪談員培訓與陽明大學社區護理研究所開設之「民族誌與質性研究」課程結合(九十五學年度)，課程為每週五，下午 1:30~5:00，並有訪談實習。訪談名單如下：

序號	姓名	職稱
1	盧萼艷	陽明大學社區護理研究所教授/本計劃主持人
2	陳威麗	中國醫藥大學護理系副教授/本計劃協同主持人
3	歐美	陽明大學護理系講師
4	許金惠	中國醫藥大學護理系碩士班研究生
5	黃春霖	中國醫藥大學醫學研究所基礎醫學組研究生
6	陳孟冠	陽明大學社區護理研究所碩士班研究生

7	黃宛瑜	本計劃研究助理
---	-----	---------

訪談指引：本計劃第二年的研究目的主要是了解中老年退化性關節炎患者（一）選擇另類療法之因素，（二）使用另類療法之情形與型態，（三）使用另類療法之城鄉差異與性別差異，以及（四）使用另類療法之身體經驗。針對上述目的，訪談指引分別為焦點團體訪談與個人訪談設計敘述性問題。

進行完六個焦點團體訪談及十二位個人訪談後，把訪談的原始資料轉譯成文本，再配合訪談筆記以及第一年所進行的論述分析結果，整理出某些重複的概念。在逐漸釐清概念與概念之間的關連性，據此發展結構性問題；結構性問題將焦點放在下列幾個面向：（一）人們如何建構主流療法與另類療法的副作用、（二）另類療法的資訊來源與管道、（三）人們採取哪些措施處理另類療法可能的風險、（四）風險資訊的傳遞網絡。

焦點團體訪談指引

描述性問題
目的：調查目前最普遍的幾種另類療法、另類療法的資訊來源與管道、另類療法與主流療法的關係
1. 面對關節炎，除了去醫院接受治療外，您們自己還用過哪些治療方式？

2. 是什麼原因讓您們使用這些治療方式？
3. 您們從什麼地方得知這些治療方式的？
4. 使用這些治療，您最滿意的是哪一方面？最擔心的是什麼？您通常如何處理這些困擾之處？
5. 您曾經告訴醫生正在使用這些治療方式嗎？醫生的回應是什麼？您對醫生的說法有什麼看法？
6. 除了這些治療方式外，您平常如何保養關節？

結構性問題

目的：人們如何建構 biomedicine 與另類療法的副作用、人們採取哪些措施處理另類療法可能的風險、風險資訊的傳遞網絡。

1. 除了醫生的治療方式外，很多人自己使用其他治療方法減輕膝蓋疼痛，因為他們覺得吃西藥會傷胃，請問您的看法是什麼？
2. 不過在使用其他治療方式的時候，有的人卻發生皮膚灼傷的情形，而報紙上也曾報導民眾自己吃藥導致腎衰竭的新聞，請問您的看法是什麼？
3. 如果西醫跟其他治療方式都會發生副作用，你覺得二者的差別是什麼？
4. 在使用其他治療方式，因為怕傷身體，有的人就停止使用、有的人就把劑量減少，請問您的看法是什麼？
5. 在使用其他治療方式，除了擔心身體產生不適外，請問您有其他的擔憂跟困擾嗎？
6. 在使用其他治療方式的時候，其他親朋好友通常會給您什麼建議？

個人訪談指引

描述性問題

目的：個人使用另類療法的身體感受、另類療法的選擇與療效評估

1. 除了醫生的治療方式外，請問您自己還用什麼方法處理關節疼痛？請您談一談這些治療方式的經過。
2. 請你分享，你聽過哪些處理關節疼痛的方法？從哪裡得到訊息的呢？
3. 在這麼多種方法當中，您如何決定採納某一種(多種)療法？您對於這種療法的期待是什麼？
4. 當使用這種治療方式時，身體有什麼樣的反應或改變？哪些過程讓您印象最深刻？
5. 這個療法使用多長期間？請問在什麼情況下，您考慮停用這種療法（或轉用其他處理方式）？為什麼？
6. 關於這些療法，還有其他相關的事情要告訴我們嗎？

結構性問題

目的：個人經歷 biomedicine 與另類療法副作用的身體感受、個人如何評估與回應另類療法的（副作用與社會性）風險。

1. 除了醫生的治療方式外，很多人自己使用其他治療方法減輕膝蓋疼痛，因為他們擔心吃西藥會傷身體，請您談一談吃西藥的經驗，以及你認為西藥對身體影響是什麼？
2. 不過在使用其他治療方式的時候，有的人還是發生皮膚過敏的情形，報紙上也報導說吃草藥可能會導致腎衰竭，請問您的看法是什麼？請您談一談自己或親朋好友過去的經驗，說明身體發生什麼變化跟反應。
3. 有的人在看醫生的同時，自己也會進行一些處理，例如去中藥店抓藥、針灸或是買膏藥。您認為雙管齊下對身體有什麼影響？請問您談一談自己過去的經驗。
4. 在使用其他治療方式，有的人因為怕傷身體就停止使用，或是把劑量減少，請問您的看法是什麼？請您談一談過去自己是如何處理的，後來身體又發生什麼轉變？
5. 在使用其他治療方式，除了擔心身體產生不適外，請問您有其他的擔憂跟困擾嗎？您是如何處理這些擔憂跟困擾？

6. 在使用其他治療方式的時候，您通常都跟哪些人或是親朋好友討論？他們怎麼說？您覺得他們建議如何？

(二) 研究對象

研究對象，分為焦點團體訪談與個人訪談，條件如下：

- 一、被醫生診斷為退化性關節炎者。
- 二、五十五歲以上。
- 三、罹患退化性關節炎達一年以上者。
- 四、願意填寫參與研究同意書，並同意在訪談時接受錄音者。

初期焦點團體訪談設定每組 8~10 人，男女各半。但在進行六組焦點團體訪談後，決定將訪談人數大幅縮減，以每組五人為上限。之所以調整人數在於，人數多的團體雖有利於廣泛蒐集中老年退化性關節炎患者使用另類療法的種類，但卻無法讓每個人就更針對性的問題，例如使用另類療法之身體經驗以及風險評估等，進行充分描述。因此在完成六組焦點團體訪談，而我們已經充分掌握另類療法種類與模式後，決定將每組焦點團體人數以五人為上限。

本研究也在年齡層設限上進行調整。我們原本設定，每組焦點團體必須包括不同年齡層（55-65、66-75、76 以上）的受訪者，但後來發現有實際執行的困難，主要是因為不同社區的居民傾向集中在特定年齡層。例如，台中市北區樂英里是個眷村，居民多

是民國 38 年從大陸移居來台的軍眷，這些人如今多已老邁，子女也大量外移，五十、六十歲以下的住戶相當少。因此在招募訪談對象時，很難符合我們原本預設的目標。此外我們也考量到，年齡層如果太過分歧，團體內部反而不容易產生對話，往往某一年齡層主導談話方向，而掩蓋過另一年齡層的聲音。因此我們決定將年齡層設限取消，讓團體自然反映出該社區特有的人群性格與組成。

受訪者男女比例亦是我們在招募受訪者時遇到的另一項困難。原本預設男女各半，然而，符合條件、同時願意參加訪談活動並完成訪談者，卻以女性為大宗，因此本研究受訪者男女比率相當懸殊。性別比例懸殊的可能因素在 29 頁中有簡短討論。

接受本研究訪談者共八十四位，平均年齡在 69 歲，男女比例為

19:65。研究對象詳細基本資料如下：

代號	年紀	性別	居住地	患退化性關節炎的部位	人工關節置換術
F101	76	女	彰化縣芬園鄉	左右膝	無
F102	70	女	彰化縣芬園鄉	左膝	無
F103	57	女	彰化縣芬園鄉	左右膝	無
F104	64	女	彰化縣芬園鄉	右膝	無
F105	66	女	彰化縣芬園鄉	左右膝	無
F106	63	女	彰化縣芬園鄉	左右膝	右膝
F107	81	男	彰化縣芬園鄉	左右膝	無
F108	73	男	彰化縣芬園鄉	筋骨酸痛	無
F109	59	女	彰化縣芬園鄉	左右膝	無
F110	72	女	彰化縣芬園鄉	髌部	左髌
F111	67	女	彰化縣芬園鄉	左右膝腳掌	無
F112	79	女	彰化縣芬園鄉	左膝	無
F201	72	女	彰化市三村里三村莊	左右膝	無
F202	77	女	彰化市三村里三村莊	右膝	無
F203	75	女	彰化市三村里三村莊	左膝、髌關節	髌關節
F204	83	女	彰化市三村里三村莊	左右膝	左右膝
F205	51	男	彰化市三村里三村莊	左右膝	無
F206	69	男	彰化市三村里三村莊	左膝	無
F207	71	女	彰化市三村里三村莊	右膝	無
F208	75	女	彰化市三村里三村莊	左右膝	無
F301	77	女	彰化市石牌里	左右膝	無
F302	69	女	彰化市石牌里	左右膝	無
F303	70	男	彰化市石牌里	右膝	無
F304	69	女	彰化市石牌里	左膝	無
F305	71	女	彰化市石牌里	左膝	無
F306	68	男	彰化市石牌里	左膝	無
F307	80	女	彰化市石牌里	左右膝	無
P301	81	女	彰化市石牌里	左右膝、左髌部	無
P302	78	女	彰化市石牌里	左右膝	無
F401	83	女	台中市樂英里	右膝	無

F402	68	女	台中市樂英里	左右膝	無
F403	82	女	台中市樂英里	左右膝	無
F404	77	男	台中市樂英里	左膝	無
F405	80	女	台中市樂英里	左右膝	無
F406	87	男	台中市樂英里	左膝	無
F407	80	女	台中市樂英里	左右膝	無
F408	90	男	台中市樂英里	左膝	無
F409	60	女	台中市樂英里	左右膝	無
F410	83	女	台中市樂英里	左右膝	無
P501	67	女	台中市昇平里	右膝	無
P502	60	女	台中市昇平里	左右膝	無
P503	62	女	台中市昇平里	左右膝腳踝	無
P504	70	女	台中市昇平里	左右膝	無
P505	71	女	台中市昇平里	左右膝	無
P506	57	女	台中市昇平里	左右膝	無
P507	72	女	台中市昇平里	左右膝	無
P508	77	女	台中市昇平里	左右膝	無
P509	68	女	台中市昇平里	左膝	無
P510	62	女	台中市昇平里	左右膝	無
P511	91	男	台中市昇平里	左右膝	無
P601	79	女	台中市大敦里	左膝	無
P602	70	男	台中市大敦里	左右膝	無
P603	73	女	台中市大敦里	左右膝	無
P604	57	女	台中市大敦里	左右膝	無
P605	78	男	台中市大敦里	左膝	無
P606	60	女	台中市大敦里	左右膝	無
P607	79	女	台中市大敦里	左右膝	無
P608	62	女	台中市大敦里	左右膝	無
P609	65	男	台中市大敦里	右膝	無
P610	57	男	台中市大敦里	左右膝	無
P611	57	女	台中市大敦里	左右膝	無
P612	62	女	台中市大敦里	左右膝	無
P613	56	女	台中市大敦里	左右膝	無
P614	57	女	台中市大敦里	腳底	無
F801	66	男	台北縣板橋市廣新里	右膝	無
F802	62	女	台北縣板橋市廣新里	左右膝	無
F803	60	女	台北縣板橋市廣新里	左右膝	無

F804	65	男	台北縣板橋市廣新里	左右膝	無
F805	59	女	台北縣板橋市廣新里	髌部、左膝	無
F901	68	女	桃園縣觀音鄉富源村	左膝	無
F902	69	女	桃園縣觀音鄉富源村	右膝	無
F903	77	女	桃園縣新屋鄉頭洲村	右膝	無
F904	81	女	桃園縣觀音鄉富源村	左右膝	無
F905	59	男	桃園縣觀音鄉富源村	右膝	無
F906	78	男	桃園縣觀音鄉富源村	左右膝	無
F907	85	女	桃園縣中壢市普忠里	左右膝	無
F1001	63	女	宜蘭縣五結鄉	左右膝，合併退化星關節炎	無
F1002	66	女	宜蘭縣羅東鎮賢文里	左膝	左膝
F1003	68	女	宜蘭縣羅東鎮信義里	左右膝	無
F1004	60	女	宜蘭縣羅東鎮仁和里	左右膝	無
F1005	62	女	宜蘭縣羅東鎮竹林里	左右膝	無
P1101	75	男	台北縣板橋市忠誠新村	左右膝	無
P1102	56	女	台北縣板橋市忠誠新村	左右膝	無
P1103	62	女	台北縣板橋市龍安里	左右膝	無

二、國外另類療法管理機制實例

「歐美另類療法管理機制比較」以文獻分析為主。已檢索的資料庫有 MEDLINE (OVID)、The Cochrane Database of Systematic Reviews、Science Direct、SDOS、ProQuest、EBSCO host 等。檢索設定關鍵字為：alternative therapies、alternative medicine、alternative treatment、osteoarthritis、arthritis。時間範圍是由 1960 至 2000 年。

檢索結果，共計 166 篇，每個資料庫所得篇數表列如下：

資料庫名稱	篇數
MEDLINE (OVID)	37
The Cochrane Database of Systematic Reviews	5

Science Direct	2
SDOS	7
ProQuest	42
EBSCO host	14
OVID full text	59
總和	166

經審視與篩選後，共計三十篇為適合本計劃參考文獻。西方醫療體系對於另類療法之研究，可分為三大類：一、另類療法在特定國家（或區域）的概況介紹；二、另類療法療效與副作用的 RCT 實驗報告；三、另類療法管理系統與法案。

第三年度

研究設計以資料之信效度分析為主軸，包括導引手冊之評估及 AMES 管理模式之修正，分析專家與使用者對於老人另類療法導引手冊之適用性與可行性。

研究標的：建立以風險管理論述為主軸之 AMES 雛型，並發展完成初步的老人另類療法導引手冊。進行手冊的適用性研究。

調查方法與進行步驟：

1. 依照第一、二年的 AMES 可行性評估與比對歐美實例之結果，建立 AMES 初步的模型。並與老人另類療法風險與療效的論述進行交叉辨證(triangulations)，以檢驗(test)AMES 的完整度與正當性。

並進行專家座談會檢驗 AMES 的缺點、改善方法與初步成本估算。

2. 專家團體(expert groups): 將邀請國內外專家數位，成員須涵蓋政府主管官員、國內外相關研究機構與大學資深研究人員、另類療法供給者團體、媒體與公平交易委員會代表等。專家座談並將檢驗老人另類療法導引手冊的內容、優缺點與其實施建議。
3. 以成員反應分析法(member check)檢定導引手冊之實行成效，以做為再版與再實施時修訂的標準。成員反應分析法是將導引手冊隨機分發到原前二年訪查的老人對象，由老人實地使用一個月。調查人員將於期間訪談受調老人使用情況，並回收老人使用的結果。因為 AMES 模型下的導引手冊是一準評分系統，即老人依導引手冊進行選擇另類療法的決策計點。如能正確選擇則得分較高。
4. 風險溝通 (Risk Communication)：依成員反應分析與專家座談結果，重新提出老人另類療法風險管理的新論述，以座談會方式與媒體、官員及消費者進行對另類療法論述、管理決策、成本及社會正義的溝通。

資料收集步驟:

1. 導引手冊對象選擇：

專家 - 另類療法相關領域之專家。

使用者 - 由第二年研究所得使用另類療法之中老年人為對

象，招募自願參與討論者，由台北縣、桃園縣、台中市、彰化縣市、及宜蘭縣，各招募二到五個人。

2. 使用者之信效度評估：自台北縣、桃園縣、台中市、彰化縣市、及宜蘭縣之里長、村長或衛生所公共衛生護理人員處協助邀請 55 歲以上之中老年人，共計 32 名(見附錄 8)，配合其作息時間安排參與 1.5~2 小時之訪談，填寫同意書後，選擇一個較安靜之場所，里(村)民活動中心，圍成一圈，輕鬆自然的交談，由研究者及研究助理擔任促進者角色，參加者皆會收到一本”另類療法導引手冊”，多鼓勵參與者分享閱讀這本衛教手冊的經驗、想法，以二台錄音機錄下全程之內容，再轉譯成逐字稿，以修正導引手冊中之文字敘述與語意。
3. 評估手冊指引：有關”另類療法導引手冊”之評估參考
 - (1) 是否可以了解導引手冊內的語意？
 - (2) 內容的敘述是否正確而合適？
 - (3) 內容是否切合消費者的需求？
 - (4) 語句敘述的項目是否含糊不清？
 - (5) 語句敘述是否涉及社會禁忌與愛好？
 - (6) 語意是否產生暗示作用？
 - (7) 語意是否超出受事者的知識與理解能力？

(8)是否可以了解導引手冊內的步驟？

是否可以按照導引手冊內的步驟執行？是否有哪些內容需要修正的？

依據第二年成果審查意見，加入問卷調查，研究材料與方法如下：

研究設計：以橫斷面問卷調查法，以結構式問卷(空白問卷附錄 4)，面對面訪談方式進行資料收集，研究對象以立意取樣方式，在台灣北、中、南、東四地區之社區民眾選取 55 歲以上中老年慢性退化性關節炎患者有使用另類療法者。

問卷設計，由研究者參考文獻及 96 年質性訪談研究成果與考量變項之相關因素而擬定台灣中老年人退化性關節炎另類療法使用調查問卷。問卷包括：人口學特性、疾病史與尋求醫療方式、另類療法使用種類與經驗、使用效能與風險管理等四個主要部份。內容部份(一) 人口學特性：包括性別、年齡、停經史、婚姻狀況、居住地點、居住狀況、教育狀況、宗教信仰、家庭月平均收入、職業等(二) 疾病史與尋求醫療方式：包括疼痛部位、時間、看醫生、手術經驗、藥物使用、近三十天內疼痛現象、疼痛次數、尋求醫療方式等(三) 另類療法使用種類與經驗：另類療法依使用方法之不同分為保健食品與非保健食品兩大類，分別包括其使用目的、種類、資訊來源、使用療法來源、副作用認識、花費等(四) 另類療法使用效能評估：由使用者依最有幫助的療法自行評估改善關節疼痛情形，採四分量表分數越高表效果

越好，分數越低表效果越差。研究工具之信效度，在信度方面採用 Cronbach' s α 係數來檢定，Cronbach' s α 值介於 .75-.80 之間，在效度方面，採專家效度檢定(骨科醫生、復健科醫師、護理師、中醫師、藥師等五人)。資料收集於 97 年 1 月 15 日至 97 年 11 月 15 日之間，在執行第三年研究計劃發展與測試另類療法專家導引手冊之同時，同步以立意取樣與滾雪球方式邀請合於選樣條件之受訪者，由研究主持人與七位參與研究之研究人員進行問卷資料收集，所有資料收集者，訪視前皆接受過訪談訓練，各訪談員向個案說明研究目的與取得參予研究同意書後，由訪談員以一對一方式收集資料完成問卷。

五、資料處理與統計分析方法

將問卷所得資料編碼後鍵入資料庫，採用 SPSS 13.0 中文套裝軟體來進行統計分析，主要分析與比較另類療法使用情形及其相關因素。描述性統計以百分率、平均值、次數分佈、標準差來描述社會人口學、另類療法使用現況、風險管理與成效。

結果

第一年度

一、另類療法風險論述

本研究對於所蒐集到的新聞（或文章）是以則數（或篇數）作為分析單位，每一則新聞（或每一篇文章）視為一個分析的單位。經閱讀 198 篇蒐集之媒體文本資料，分兩部分呈現：

一、 內容分析：

（一）新聞的消息來源：

報導中主要消息的來源是以醫師、醫事專業相關人員、學術單位為主，大多數是媒體記者邀請醫療或健康相關的專業人士執筆或發表意見，提供與退化性關節炎相關的養生保健、或與疾病治療的相關知識與訊息，以增加可看性。每則新聞之發言人會呈現由一人至多人，例如針對同一主題可能會有一人提出相關性知識，亦可能會有不同或相關領域的人士（如醫師、業者與民眾等）發表其個人意見、看法、經驗或提問。

就整體而言，醫師是佔最主要的消息來源（62.90%），其中西醫師(52.36%)，中醫師(10.54%)，其次是醫療相關人員（8.72%），然後依次為新聞媒體(7.27%)、業者(6.18%)、專家學者(4.72%)、政府官員(2.54%)與病人(2.18%)。(見表二)

表二 新聞發言人背景資料

(N=275)

類別	人數 (N)	百分比 (%)
西醫師	144	52.36
中醫師	29	10.54
醫療相關人員 ¹	24	8.72
專家學者 ²	13	4.72
政府官員	7	2.54
業者 ³	17	6.18
新聞媒體	20	7.27
病人	6	2.18
其他 ⁴	15	5.45

附註：¹表示藥師、營養師、護理師、物理治療師、預防醫學、運動醫學、職業醫學、醫療部、中醫院衛教指導員

²表示教授、研究機構

³表示行銷公司、貿易公司

⁴表示職業棒球選手、身分不明者

(二) 主要消息來源人之背景

就表二新聞發言人的背景資料，醫師與醫療相關人員是最主要提供消息來源的人。依其背景資料，發言最多的依序為西醫骨科(31.98%)、復健科(17.79%)、免疫風濕科(9.14%)醫師、與營養師(5.07%)。(見表三)

表三 主要消息來源人之專業背景

(N=197)

科別	人數 (N)	百分比 (%)
西醫		
骨科	63	31.98%
復健科	39	19.79%
風濕免疫科	18	9.14%
家庭醫學科	8	4.05%
神經外科	2	1.02%
婦產科	1	0.51%
腎臟科	0	0.00%
心臟科	2	1.02%
老年科	2	1.02%
外科	1	0.51%
社區醫學	1	0.51%
其他 (未註明醫師的科別)	7	3.54%
中醫		
中西醫療	1	0.51%
中醫傷科	5	2.53%
中醫內科	2	1.02%
中醫婦科	1	0.51%
針灸科	1	0.51%
其他 (未註明醫師的科別)	19	9.63%
醫療專業人員		
藥師	6	3.05%
營養師	10	5.07%
預防醫學	2	1.02%
運動醫學	1	0.51%
職業醫學	0	0.00%
護理師	1	0.51%
物理治療師	2	1.02%
醫療部	1	0.51%
中醫院衛教指導員	1	0.51%

(三) 議題內容

各新聞文本討論的主題分別依序為治療方式 (41.41%)、療效 (26.76%)、預防保健(17.76%)、疾病介紹(10.60%)、與健保給付 (3.53%)。(見表四)

表四 文本主題取向 (N =198)

項目	篇數 (N)	百分比 (%)
疾病介紹	21	10.60
預防保健	35	17.67
治療方式	82	41.41
療效	53	26.76
健保給付	7	3.53

二、 論述分析: 退化性關節炎相關知識之建構

由新聞文本建構社會現實的論述，經分析歸納得到有關退化性關節炎的四個主題包括：(一)身體老化的概念 (二)退化性關節炎與相關性疼痛 (三)建議治療措施與療效 (四)健保給付

(一) 身體老化的概念

身體老化是一種自然現象，是不可避免的，老化可能因身體其他因素加速老化現象，老化是會影響身體生理功能的正常運作，進而影響身體活動的功能。老化是可以透過一些保養方式延緩的，如運動、

服用維骨力等。

例如:年紀大時，蛋白質的”再生”功能亦會受限，進而影響維持健康軟骨結構，引起身體活動的功能性改變，”身體的老化是不可避免的。”(中國時報，2005.3.4：C2)。“張翠珍表示，老化的過程是由於基因與環境的交互影響，導致細胞無法修復的傷害，逐漸累積，如此將造成全面性功能喪失，並失去外來壓力得適當反應，進而導致慢性疾病及死亡的率增加。”(民生報，1999.12.2：39)。“人老了，身體無可避免退化，但若注意保養，仍可延後退化性關節炎的發生”(民生，2005.3.2：A14)；“關節上的軟骨經過不斷的磨擦，「年限」到了一定程度，軟骨被磨耗殆盡，而維骨力就是促進軟骨新陳代謝的中間產物，退化性關節炎愈早服用維骨力效果愈好，最好在早期症狀服用效果較好，等到軟骨完全磨光，吃再多維骨力也沒有用，若是到了「骨頭磨骨頭」的階段，只好換上人工關節一途了。”(經濟日報，2005.11.25：A15)。

(二) 退化性關節炎與相關性疼痛

依流行病學的報導，退化性關節炎的導因不明，但可能與年齡(80%中老年居多，20% 年輕人)、性別、職業、肥胖、季節、職業、不當與過度使用、運動傷害、姿勢不良、個人體質、遺傳等相關。

例如：

”導致退化性關節炎的可能原因，人體關節就像機器一樣，用久了會磨損或使用不當 會減少使用年限一樣，關節用久了，也會照成不同程度的損壞及退化”。(中國時報，2006.4.1：E2)。

”桃園敏盛醫院骨科吳明峰表示，老化是退化性關節炎最重要的危險因子，因為關節用久了，軟骨無可必點會磨損，但軟骨細胞無法再生，所以年紀大，越難逃此劫。據國外研究，30歲以上的人6%有退化性關節炎，過了65歲，11%的罹患此疾，而75歲以後，七成到九成的人都未其所擾。吳明峰說，人無法不變老，但這部表示我們對退化性關節炎就完全無計可施。像肥胖會增加關節壓力，若以體重(公斤)除以身高平方(公尺)的「身體質量指數(BMI)」來看，18~25是理想範圍，而每增加五單位，退化性關節炎的發生率，就增加六成，相反地，若能減少兩單位，則其發生率可降低一半。此外，過度運動或運動量不足，都會影響關節的健康；所以，強烈衝撞、過度負重、或膝蓋要旋轉得運動，都應少做為宜。吳明峰建議，有益關節的運動包括柔軟度(關節伸展)、肌力訓練、有氧運動等。以肌力訓練為例，若要加強大腿四頭肌的耐力，可以平躺下來，單腳伸直、上台，持續幾秒鐘，再換另一隻腳；若採坐姿，則可將膝蓋伸直、腿前舉，持續幾秒，再換腳；站姿的訓練則是手扶椅背，膝蓋微彎30度，如此反

覆 8~12 次。至於有益關節的有氧運動，醫師最推薦的是騎腳踏車、游泳、和太極拳，如果體力不好，走路、遛狗、除草也不錯，但運動時最好達到最大心跳（即 220 減去年齡的 50% 到 75% ），舉例來說，40 歲的人最大心跳是每分鐘 180 下，運動後應達到 135 下的水準才有效果，且每週至少運動三次，每次 30 分鐘。此外，穿鞋時，若能使用墊高 5~10 度的外側鞋墊，或是少穿高跟鞋，都有助減少關節內側的壓力，避免軟骨磨損。飲食上，若能採取地中海飲食，也就是以魚肉為主、多吃橄欖油、蔬果均衡，或是多攝取抗氧化食物，如維他命 C、E、貝他胡蘿蔔素等，都可能有助減少關節發炎)。”(民生報，2005.9.15：A12)。

(三) 病程與症狀

整體來說，疼痛是退化性關節炎最主要的症狀，中西醫有不同的醫學觀論述，但是大多的文本以生物醫學觀描述，例如主要是與“覆蓋於骨頭滑動面的關節軟骨的損傷有關(中國時報，2006.4.1：E2)，疾病的病程是“緩慢發生的”，其主要症狀是疼痛，如早期的症狀是疼痛或酸痛，關節活動時會有“疼痛”或“不舒服”，活動後的“酸痛”會維持幾個小時，不活動時關節會變的“僵硬”，晚期會喪失活動的能力進而變成殘廢。長時間的“不活動”是增加關節疼痛的主要原因(中國時

報，2006.3.27：B1)。

有少數中醫文本描述退化性關節炎，以陰陽醫學描述，與氣血失調有關，著重在疼痛症狀的描述，例如”中醫將各類型疼痛都歸納在「痹證範圍」，痹的含意就是「閉阻不通」。中醫認為疼痛的原因主要是「氣滯血瘀」，氣血循環瘀阻不通，必須祛瘀、活血、通絡，氣血通暢則不痛，疼痛酸楚也就自然解除。(聯合報，2006.10.17：E4)

(四) 建議的治療措施與療效

”保存骨本”、”延緩關節老化”、”減輕疼痛”、”促進血液循環”與”維持骨關節功能性”是建議治療措施的最主要目的。文本中所推薦的治療方式會以不同的語言陳述治療方式的優缺點，治療方式大多採保守療法，手術治療次之。所建議的保守療法著重在日常的養生保健與緩解疼痛，所推薦的治療方式包括運動、食物療法(如抗氧化的食物、維生素D、蝦蟹素等)、健康食品(如維骨力等)、中醫養生食物的攝取(如龜鹿二仙膠、強膝壯骨湯)、膝部保暖、推拿與按摩等。針對建議治療措施的療效，發言人持兩種不同的語言表示其意見：

1. 介紹治療的方式與強調療效:所介紹的治療方式包括了運動、健康食品(維骨力與潑尿酸)

例如：

“對付退化性關節炎最好的處方就是「運動」。許多人誤認運動過量會造成關節磨損，導致骨關節炎而反對運動。但研究顯示，即使活力充沛的運動，並不會引發關節炎；運動可增加軟骨中關節滑液的進出，更可以加強關節周圍肌肉、肌腱和韌帶的結構，而幫助關節承受重量，支撐身體。”（民生報，2005.3.4：A11）

“退化性關節炎患者平日應該多攝取抗氧化蔬菜水果，另外在日常生活上，也要避免做出腿部膝蓋彎曲的動作，盡量減少爬樓梯的次數，甚至做出跪姿，若老人要做跪姿，可以以「青蛙蹲」的姿勢代替，可減緩因關節軟骨退化。日常生活中應該避免吃太多牛、豬、羊等肉類，以免加重關節炎症狀，建議攝取量為，肉類與蔬果的比例為1比2，也就是吃1份肉類，同時要攝取2份蔬果”（蘋果日報，2005.2.21：北部版）

玻尿酸為目前推薦最安全、最無副作用的治療措施：

“如果患者經過休息、復健物理治療、復健運動治療、口服藥物治療、關節內類固醇注射等保守療法都無法減輕疼痛時，傳統上只考慮手術治療。過去手術治療，特別是膝關節置換術，是退化關節炎的最後選擇，現在可以選擇玻尿酸關節內注射法，相對安全很多”（民生報，2005.5.20：CR3）

“根據美、日醫學界大規模研究顯示，每年接受 2 至 4 個療程的「玻尿酸關節內注射」，有 7~9 成患者的關節疼痛明顯降低或幾乎消失。除極少數患者會有過敏現象外，做常見的併發症治是短暫得注射部位疼痛。許多先進國家臨床上早已經採用，例如日本、美國、加拿大、瑞典、芬蘭等”(民生報，2005.5.20：CR3)

“蘇治原說，治療膝關節疼痛，可以口服非類固醇止痛藥，但會有腸胃道出血、潰瘍的併發症，關節內注射類固醇也有緩解效果，只是長期使用有副作用，玻尿酸注射是安全療法。蘇治原說，適當的體重可以減慢關節退化，民眾在日常生活中，也可以多做一些保健膝關節的運動，例如游泳、騎固定式腳踏車、慢速行走等，平時抬腿拉筋，再用雙手按摩膝蓋也有效用。”(聯合報，2004.4.17：B4)

“遠紅外線保溫護膝是一種保暖保溫的護膝，可以減輕膝蓋退化性關節炎的疼痛、僵硬，他們使用一種保暖保溫的遠紅外線反射護膝或是棉質護膝”(民生報，2005.1. “銀髮族常見的關節痠痛、退化性關節炎，常令老人家苦不堪言，有人天天吞維骨力。但何一成說，導人家可以多吃軟殼蝦蟹，當中富含的甲殼素是螃蟹或蝦殼中類似纖維的物質、也是關節軟骨的潤滑物質，與葡萄糖胺的成分相似，對關節的活動功能有幫助。”(聯合晚報，2006.8.10：7)

“依中醫理論，筋喜柔，不喜剛，喜溫而惡寒，故對於關節炎患者，除生活起居應多注意保暖並服用中藥調理外，接受針灸治療或局部熱敷、按摩，等均有利於關節功能之恢復。”（民生報，1999.12.3：11）

“中醫治療退化性膝關節炎也有不錯的成效，邱世宗說，除了可以用中藥和熱敷來替患者減輕症狀外，還可以推筋理筋的「易筋正骨術」調整膝關節附近的肌腱、韌帶，回復正常的張力，再以正骨手法矯正半月軟骨和髌骨，回到關節的正常位置，可立即減輕疼痛，加大關節的活動功能。”（民生報，2002.9.28：A14）

“葡萄糖胺、軟骨素都是預防退化性關節炎的營養素，挑選時盡量以複方為主，兩種一起是最理想的，特別是罹患關節炎的人，可以挑選複合醫師建議 5：4 比例的葡萄糖胺和軟骨素。”（民生報，2006.1.4：C7）“

2. 介紹治療方式與健康風險

但也有文本指出活動會造成關節的負擔，“退化性關節炎患者應避免繼續造成關節負擔，過度活動和錯誤的運動方法皆不宜。因此，關節炎患者應慎選運動方式，避免因運動而引起更嚴重的

關節傷害，推拿按摩也應適度。”（聯合報，1998.2.2：43）

“各類的有氧運動之中，打太極醉宜推廣，除了有嚴重的退化性關節炎不宜外，它引起的運動傷害極少”（民生報，2005.6.20：A7）

“不少關節炎患者冬天時特別喜歡「泡湯」，一方面享受，一方面治療關節痛，林伯威提醒患者，泡溫泉對關節炎患者的確有助益，不過，關節炎在紅、腫、熱、痛的「急性期」時可不能泡熱水，以免病情加劇。”（民生報，1999.12.30：10）

“中藥薰蒸、推拿整復加上外敷寧痛膏對於疼痛、膝關節活動度、僵硬與生活品質等項，均有不錯的療效。邱世宗進一步解釋，中藥薰蒸具有熱效應及中藥活血化瘀作用，可增加血液循環；推拿整復可增加病患股四頭肌的肌力，有助於增加膝關節活動度並緩解疼痛；至於外敷中藥具有消炎止痛作用，可減輕退化性膝關節炎的症狀。不過他強調，退化性膝關節炎造成的長短腿患者，若被診斷有移位現象，一定要經中醫整復手法處理，才能明顯緩解疼痛。”（民生報，2003.3.1：AS10）

“中醫院醫師游志勤則提醒，關節炎患者平日飲食要少吃辛辣刺激食物，尤其在病情急性發作時更不宜吃，以免火上加油，胃腸不好或皮

胃虛寒、大便稀者不宜吃生冷瓜果。依中醫辨證分型，平常疼痛感覺會跑來跑去的「行痹型」，可多吃豆豉、絲瓜、蟬蛹等；痛感固定再某一部位的「寒痹型」，可常食茴香桂皮花椒；紅腫熱痛的「著痹型」，可常服薏苡仁、扁豆、赤小豆。偏濕性體質的「寒濕痹型」可以酒、醴、梁等做食物，如五加皮梁、薏苡仁梁等。”（民生報，1999.3.21：22）

“中老年人女性因關節退化，常會出現腰酸背痛的毛病，雖然老了，本身就會出現退化性關節炎，但還是可以利用一些保健產品延緩退化的速度，例如葡萄糖胺(也有人稱之微軟骨素、膠原蛋白、維骨力等)，便有助於改善退化性關節炎的不適，若有添加鈣的配方，還可以順便加強骨質。鈣質的種類相當多，有碳酸鈣、乳酸鈣，但無太大差別，主要攝取的劑量；使用者應是需要選擇適合的劑量”(民生報，2005.5.6：C 6)

“關節上的軟骨經過不斷的磨擦，「年限」到了一定程度，軟骨被磨耗殆盡，而維骨力就是促進軟骨新陳代謝的中間產物，退化性關節炎愈早服用維骨力效果愈好，最好在早期症狀服用效果較好，等到軟骨完全磨光，吃再多維骨力也沒有用，若是到了「骨頭磨骨頭」的階段，只好換上人工關節一途了。”（經濟日報，2005.11.25：A15）

“最近葡萄糖胺非常熱門，研究認為服用有助於保養軟骨，但效果因人而異，並非每個人服用都有效，若持續運動，也不一定要吃。”（聯合報，2006.8.26：E4）“葡萄糖胺（glu-cosamine）和軟骨素（chon-droitin sulfate），是老年人常用來緩解退化性關節炎疼痛的保健食品，但美國一項最新大型研究發現，這兩種成分對患者膝蓋疼痛的改善，效果並不比安慰劑好。不過，研究也發現，服用葡萄糖胺 加軟骨素，對於膝蓋疼痛在中到重度的關節炎患者，則有較明顯的改善效果；但因這群受試者數量不多，還須更大規模研究來驗證其成效。葡萄糖胺和軟骨素在全球一年的銷售額達 17 億美元，光在美國即有 7 億 3000 萬美元市場，使用者至少 500 萬人，包括美國總統小布希都曾是其愛用者；但這兩種成分對退化性關節炎的效用，一直備受爭議，儘管有研究說它有效，但也有許多研究證明其無效。”（民生報，2006.2.24：A14）

相關研究證實葡萄糖胺硫酸鹽對延緩膝骨關節炎的病程和改善症狀，可能是有效且安全的。雖然副作用少，但想要使用這種成分的退化性關節炎患者，仍應先與主治醫師討論，並在醫事人員的監督及指導下服用，同時要搭配運動、放鬆和止痛劑等治療方式，作為整體治療計畫中的一部分。”（聯合報，2005.8.16：E4）

“坊間有許多「顧筋骨」的保健食品，像是葡萄糖胺(glucosamine，也就是「維骨力」的成分)，國內有分為食品、藥品兩種，藥品管制嚴格，療效明確，食品品質良莠不齊，效果較無保障，所以使用前最好先諮詢醫師”(民生報，2005.3.2：A14)

“玻尿酸是直接注入退化的關節內，具有高度的保水性、黏彈性潤滑作用，對於關節有親合作用，可覆蓋於軟骨表面軟骨，防止磨損及退化，更可以藉由此特性，來抑制發炎反應，改善關節鑿縮，增加關節活動，除了少數有紅腫的反應外，沒有太大的作用。除了打玻尿酸以外對付退化性關節炎就是運動”(民生報，2005.3.4：A11)

(五) 健保給付:

此外，少數一些發言人不但會介紹療效而且也提到健保給付的現況。例如:

“劉文俊表示，有些研究顯示，足夠劑量的葡萄糖胺，可以讓關節內的軟組織增生、修復，可能有助改善退化性關節炎的疼痛；但高念慈強調，這必須長期使用才有效，屬於預防性的關節保養，無法緩解急性期症狀，所以目前健保一次只給付3個月用藥，之後就得先停藥3個月，經評估有必要才可再用藥。”(民生報，2005.3.2：A14)。“玻尿酸關節內注射依健保局規定每年分2個療程注射10劑，有6至7

成患者滿意療效，效果可以持續 3 到 6 個月。”（民生報，2005.5.20：CR3）。

“中央健保局說，維骨力現為健保給付的處方用藥，未來如改列為指示用藥，原有的品項仍會給付，但若有新申請的品項則不給付。去年健保給付此藥約兩億三千萬元。健保局說，健保承襲公、勞保時代的給付用藥，不論處方或指示用藥，健保繼續給付；不過健保八十四年開辦後才申請通過的指示用藥，基於資源有限，健保法明訂不給付。目前健保給付硫酸鹽葡萄糖胺條件很嚴格，患者必須六十歲以上，且關節退化度為較早期的第一、二期，但因國內人口日益老化，退化性關節炎患者愈來愈多，藥量年年增加，現已高居用藥排行前一百名內。”中央健保局說，維骨力現為健保給付的處方用藥，未來如改列為指示用藥，原有的品項仍會給付，但若有新申請的品項則不給付。去年健保給付此藥約兩億三千萬元。健保局說，健保承襲公、勞保時代的給付用藥，不論處方或指示用藥，健保繼續給付；不過健保八十四年開辦後才申請通過的指示用藥，基於資源有限，健保法明訂不給付。目前健保給付硫酸鹽葡萄糖胺條件很嚴格，患者必須六十歲以上，且關節退化度為較早期的第一、二期，但因國內人口日益老化，退化性關節炎患者愈來愈多，藥量年年增加，現已高居用藥排行前一

百名內。”(聯合報，2004.11.30：A3)

“中老年退化性關節炎患者普遍熟知的藥物葡萄糖胺 (Glu-cosamine Sulfate 或 Glucosamine HCL)，衛生署最近研議從處方藥改列指示藥品，且容許業者在不宣稱療效的情況下，以食品方式販售；此舉將使廣大的患者不必再持醫師處方箋即可購買，但相對而言，健保也可能不再給付，民眾必須自費購買。”(民生報，2004.1.19：A7)。

三、 建議治療方式之種類與比率

發言人所建議的治療處理方式種類繁多，依文本中所敘述的內容，將其歸納共計有 58 種之多，依發言人所建議之頻率，依序為維骨力 (11.27%)、特別運動治療 (11.02%)、手術 (9.77%)、止痛藥 (8.02%)、玻尿酸 (5.51%) 與食療 (5.01%)。(見表五)

表五 退化性關節炎之建議治療方式

(N=399)

項目	類別	次數 (N)	百分比 (%)
1	手術	39	9.77
2	止痛藥	32	8.02
3	特別運動治療 ¹	44	11.02
4	上下樓梯方法	1	0.25
5	適度(規律)運動	17	4.26
6	黑藥丸仔	1	0.25
7	外用貼布 ²	8	2.00
8	防溫護膝	2	0.50
9	遠紅外線	1	0.25
10	冷熱敷	15	3.75

11	短波	1	0.25
12	藥草治療 ³	14	3.50
13	整脊、整骨	8	2.00
14	穴位按摩	7	1.75
15	針灸	9	2.25
16	小針刀	1	0.25
17	推拿	5	1.25
18	拔罐	2	0.50
19	香灰	1	0.25
20	符水	2	0.50
21	太極拳	5	1.25
22	瑜珈	2	0.50
23	氣功	1	0.25
24	水療 ⁴	13	3.25
25	薰洗	4	1.00
26	火療	1	0.25
27	熱療	2	0.50
28	刀療	1	0.25
29	芳香精油療法	3	0.75
30	能量療法	1	0.25
31	順勢療法	1	0.25
32	針刺治療	1	0.25
33	電療	4	1.00
34	催眠	1	0.25
35	磁場	1	0.25
36	再生治療	1	0.25
37	操作治療	1	0.25
38	靜坐冥想	1	0.25
39	喝尿	1	0.25
40	局部激痛點注射	1	0.25
41	減重	17	4.26
42	鈣質 ⁵	10	2.50
43	抗氧化藥劑(維生素)	3	0.75
44	綜合維他命	1	0.25
45	維骨力	45	11.27
46	軟骨素	10	2.50
47	玻尿酸	22	5.51
48	大豆異黃酮	1	0.25

49	甲殼素	2	0.50
50	魚油	1	0.25
51	軟骨膠	1	0.25
52	軟骨硫酸鹽	1	0.25
53	膠原蛋白	2	0.50
54	利筋諾	1	0.25
55	龜鹿二仙膠	4	1.00
56	海參精	1	0.25
57	RK 豆元	1	0.25
58	食療 ⁶	20	5.01

附註：¹表示伸展運動、肌力訓練、高爾夫運動、有氧運動、健身腳踏車、游泳、健走、健康操

²表示中藥外敷、酸痛貼布

³表示中藥、內服草藥、中草藥

⁴表示泡溫泉、藥浴

⁵表示鈣片、阿鈣

⁶表示地中海食物、抗氧化食物、抗氧化蔬果、GSH、薑、櫻桃汁

二、AMES 可行性評估-深度訪談與角色分析

研究目的：利用訪談不同角色(actors)對另類療法管理的看法，分析不同管理方向的優缺點，並了解另類療法在市場供應面的特性。最後，依照另類療法療效與風險論述加上參與角色的網絡，評估實施 AMES 的可行性。

調查方法：深度訪談(interviews)與文件分析(documentary analysis)。深度訪談程序採半結構式設計(semi-structure)，即每次訪談只設定 3-5 主題，餘容許由被訪者自由發展，時間約 20-90 分鐘。在被訪者同意下，須同時錄音。樣本主要依照滾雪球採樣法(snow-ball)取得。即在不同角色群找出種子被訪者，再逐次請被訪者

列出最須被訪的對象，交叉設定樣本。文件分析包括相關政府機關公文告、學者研究報告、非政府組織論述、媒體報導等。Snow-ball 採樣法是人類學訪談調查中常用的方法。當研究調查人員對的調查對象背景與相互不了解或過於複雜，採用此方法有立即展開調查與邊調查邊修正採訪對象的優點。採樣對象的效度與準度，以種子被訪者推薦的名單交叉比對進行校正。一開始的的種子被訪者並不限定對象。主要以研究者已有的關係網絡為主。本採樣法的樣本數並無限制。但視研究題目進行多回的推薦名單交叉比對，以盡可能找出被訪者。一般進行三回交叉比對。

調查對象：政府相關單位、相關學者、不同類另類療法的供給者、醫護人員、相關非政府與非營利機構、老人照養機構、電子與平面媒體與設定之北中南部老人族群。

結果：

訪談網絡

以滾雪球之方式，先由已知的中國醫藥大學附設醫院徐中和醫師開始為種子。緊接著，共訪談其推薦腎臟科醫師 2 名與泌尿科醫師 1 名。另以本校病人出院關懷計畫已有的追蹤名單為基礎，分析其電話訪談資料共 10 次份。另訪談親屬朋友與藥房從事人員 20 人次，平面

媒體記者 3 人。訪談仍繼續進行中，機關團體的部份將於隔年進行。

訪談要點與滾雪球推薦提問如下：

1. 是否了解另類療法用於治療退化性關節炎的情形？
2. 覺得目前如退化性關節炎一般人尋求治療的管道？
3. 那些人或事物(含機構)提出的求醫藥建議最有影響力？
4. 那些人或事物(含機構)最了解另類療法的效用？
5. 那些人或事物(含機構)是不了解另類療法效用的？
6. 覺得是不是要選擇一新管理機制，如專家導引系統或認證制度(訪談中解釋差別)，來替代現有放任的情況？

經由初步訪談的結果，架構之角色關聯網絡表如下：

提問 1: 是否了解另類療法用於治療退化性關節炎的情形？

角色	推薦情形	推薦者 提問關聯度	被推薦者 提問關聯度
種子徐醫師	2 位腎臟科醫師	不了解	了解
腎臟科李醫師	1 位泌尿科醫師	了解	了解
腎臟科李醫師	無	了解	
泌尿科吳醫師	無	不了解	
非醫護人員 (共 12 人)	8 人	30% 了解	了解
種子媒體楊記者	2 位醫藥記者	了解	了解

提問 2: 覺得目前如退化性關節炎一般人尋求治療的管道?

角色	推薦情形	推薦者 提問關聯度	被推薦者 提問關聯度
種子徐醫師	無	了解	
腎臟科李醫師	無	了解	了解
腎臟科李醫師	無	了解	
泌尿科吳醫師	無	了解	
非醫護人員 (共 20 人)	無	了解	了解
媒體記者 (共 3 人)	無	了解	

提問 3: 那些人或事物(含機構)提出的求醫藥建議最有影響力?

角色	推薦情形	推薦者 提問關聯度	被推薦者 提問關聯度
種子徐醫師	2 位腎臟科醫師	不了解	了解
腎臟科李醫師	1 位泌尿科醫師	了解	了解
腎臟科李醫師	無	了解	
泌尿科吳醫師	無	不了解	
非醫護人員 (共 12 人)	8 人	30%了解	了解
媒體記者 (共 3 人)	無	了解	

提問 4: 那些人或事物(含機構)最了解另類療法的效用?

角色	推薦情形	推薦者 提問關聯度	被推薦者 提問關聯度
種子徐醫師	2 位腎臟科醫師	不了解	了解
腎臟科李醫師	1 位泌尿科醫師	了解	了解
腎臟科李醫師	無	了解	
泌尿科吳醫師	無	不了解	
非醫護人員 (共 10 人)	2 人	不了解	不了解

媒體記者 無 了解
(共 3 人)

提問 5: 那些人或事物(含機構)是不了解另類療法效用的?

角色	推薦情形	推薦者 提問關聯度	被推薦者 提問關聯度
種子徐醫師	無	了解	
腎臟科李醫師	1 位泌尿科醫師	了解	了解
腎臟科李醫師	無	了解	
泌尿科吳醫師	無	了解	
非醫護人員 (共 20 人)		10% 了解	
媒體記者 (共 3 人)	無	10% 了解	

提問 6: 覺得是不是要選擇一新管理機制, 如專家導引系統或認證制度(訪談中解釋差)

角色	推薦情形	推薦者 提問關聯度	被推薦者 提問關聯度
種子徐醫師	2 位腎臟科醫師	了解	了解
腎臟科李醫師	1 位泌尿科醫師	了解	了解
腎臟科李醫師	無	了解	
泌尿科吳醫師	無	了解	
非醫護人員 (共 12 人)	8 人	了解	了解
種子媒體楊記者	2 為醫藥記者	了解	了解

由以上報表, 可知醫護人員, 非醫護人員與媒體對以另類醫療治療退化性關節炎的認知關聯度與網絡。其中各提問的答案, 因為樣本

數人太小，將於次年擴大收集與分析。而機構與學者角色也尚未收集。但在最後提問有關制度的部份，全部受訪者皆回答須要管制，但不清楚專家導引系統或認證制度何者較佳。本部份文件分析部份，今年與計畫第一部份的媒體文件分析同。

第二年度

第二年研究結果分兩部份，(1)另類療法使用經驗與使用者療效評估、(2)國外另類療法管理機制實例，分別描述。

一、另類療法使用經驗與使用者療效評估

退化關節炎是老年人常見的慢性疾病，其盛行率高達 8.3%[4, 5]。典型臨床症狀包括受損關節疼痛、僵硬與腫脹，因而造成活動上的障礙[6]。在西醫臨床上主要以解除疼痛為目標，第一階段先採口服藥物治療，以非類固醇(NSAIDs, nonsteroidal anti-inflammatory drug)最為普遍，然而許多患者服用傳統型 NSAIDs 卻產生程度不等的腸胃道副作用[7]。除了口服藥物之外，通常還會輔以復健治療，藉由肌力訓練增加關節周邊肌肉之支撐力，減輕對於關節之負擔。關節內注射玻尿酸自從在 1999 年在台灣臨床上使用後，也成為相當普遍治療方式[8]。嚴重者則必須考慮關節清創，甚至置換人工關節

因此不滿意主流醫學（生物醫學）的治療成效、另類療法的管道容易接觸，以及另類療法「不傷身體」的意象是受訪者選擇另類療法最主要的原因。中老年退化性關節炎患者普遍使用另類療法，本研究調查所得主要分成四大項，分別是物質的攝入與吸收；以外力操弄身體部位、物理療法；外敷的物質；體能動作及身心靈的修持與調和。人際網絡是傳遞另類療法知識、以及獲取另類療法服務最主要的途徑，然而城鎮與鄉下地區在人際網絡組成上有著顯著差異。這些差異初步推斷應該與城鄉交通條件不同，以及人口教育程度的落差有相當大的關係。在使用另類療法的性別差異上，女性將退化性關節炎與骨質酥鬆連結，因而影響選擇另類療法的種類；購買保健食品與醫療設備時，男性患者片偏好以技術及精密儀器為訴求的產品。

（一）、使用另類療法之因素

本研究當中，使用另類療法之因素主要為三大點：不滿意主流醫學（生物醫學）的治療成效；另類療法的管道容易接觸；另類療法「比較不傷身體」的意象。

不滿意主流醫學（生物醫學）的治療成效

在不滿意主流醫學的治療成效上，主要是針對療效與副作用而言。主流生物醫學處理退化性關節炎，著重在症狀處理(symptom

-modifying)，以藥品止痛藥、類固醇、非類固醇（NSAIDs, nonsteroidal anti-inflammatory drug）等有效達到消炎止痛的效果[4, 5]。然而已經有許多報告指出，服用消炎止痛所可能產生的副作用；最常見的就是程度不一的腸胃道不適，由最輕微的胃炎到嚴重的上腸胃道潰瘍、出血等[6, 7]。

在本研究中，部分受訪者提及，服用醫療院所開出的藥品後，身體產生的種種不良反應。

「算是說，在那邊吃，吃了會茫茫，茫茫每天睡醒就要去那邊拿藥，拿到厭煩，人也吃到後來....(旁人插話：西藥不敢吃啦)，算作說吃多了臉會浮腫，人也會呆呆的。我啦，我吃一吃臉都會浮腫，哈哈。」
(F110-11)

「去就再開，開了就再吃，吃一吃胃又不好了阿。」(F101-11)

「藥我也不是沒拿，吃一包就腳抽筋了，腳抽筋，就不敢吃了。頭先都用一顆白的藥，還有那個胃藥，這樣可以，後來用這樣給我吃，就不行了，我就腳抽筋了。我女兒就要我拿去換拿來吃，我不要。我如果一包下去受不了我就不敢吃了。」(P302-31)

治療未達預期則是另一個對主流醫學不滿的主要原因。雖然主流醫學能夠有效抑制腫脹與疼痛，不過在關節軟骨復元與修補上（結構修補 structure-modifying）卻面臨嚴重瓶頸。

「就是在那醫院吃藥，(R: 醫院？醫院的醫師開的藥)，對對對，那個.....

省立也吃，好像吃了半年，好像吃那個，沒有什麼效果，所以我吃那麼久沒有效果，又還會痛，睡覺都不能夠睡，我叫我太太說你打電話去八十一台買買看，吃看看。我自己不敢打叫我太太打去，哈哈大笑，買吃了，吃了三天就知道，有好很多。」(F906-3)

退化性關節炎治療選擇上的侷限，也促使部分醫生鼓勵病患選擇另類療法。最常見是鼓勵患者自行選購軟骨治療劑(Chondroprotective Agent)——可以提供軟骨細胞製造軟骨基質的物質——相關產品包括軟骨素、玻尿酸、葡萄糖胺等[8]。而在本研究之中，一位受訪者也在醫生鼓勵下採行針灸。

「針灸是這樣啦，我小兒子跟我說喔，前年就對啦，很痛啦，去統一診所，去給他按摩啦，有一個....那針灸很好，我去針灸，(R：誰說？誰說?)醫師，一樣醫師阿，(R：也是醫師)楊梅，楊梅韓醫師，自己來楊梅開的，(R：喔，醫師介紹你去針灸的)，嘿，醫師叫我....那是韓醫師，很有名的。針灸不錯.....。」(F904-6)

另類療法的管道容易接觸

在本研究當中，部分退化性關節炎患者在醫生診斷前，就已經尋求另類療法。這些受訪者大多長年感覺肌肉骨骼的不適，筋骨酸痛是病患最常使用的用語；或是當進行需要倚賴膝關節的日常動作時，例如上下樓梯等，感覺關節無法支撐。受訪者認為這些身體上不適或改變，已經在日常生活中帶來困擾與不便，但又沒有嚴重到須要前往醫

療院所求診的程度，因此就在居住社區附近，或是友人推薦下，尋求諮詢或處理。主要是患者生活範圍不遠處的藥草店或國術館。

「剛開始痛的時候就是我抱著孫子尿尿，尿尿這樣子，在馬桶那裏抱這樣子尿尿，尿尿起來的時候，一拐上去，嘖，這一隻啦，怎麼就痛起來...痛了，我那時候沒感覺怎麼痛吶，就去那個，去給什麼，那個接骨的那個，看啦，扭傷啊，一看，看看他就捏啊捏啊捏啊，又敷草藥啊，愈捏愈痛，草藥愈塗愈痛，痛到以後...就這一隻也痛啦，我就開始痛的時候，人家就給我介紹，朋友介紹，介紹說你去那個...ㄟ...三民骨科那裡看。」(F507-2)

另類療法「比較不傷身體」的意象

此一因素是跟「不滿西醫治療」是一體兩面的。受訪者大多長期服用藥物，一方面擔心長期服用藥品，毒性累積在體內；另一方面又相信，另類療法比較溫和。因此轉而尋求另類療法。

「(R1:歐巴桑有在吃中藥?)有，我有，我的那些兒子不讓我吃西藥。
(R2:他為什麼不讓您吃西藥呢?您有吃過嗎?)吃過啦!他說不能常常吃西藥啦!兒子說健保卡拿去拿漢藥比較好，基本治療這樣，西藥吃到最後腎臟會吃壞損掉(另一位受訪者F312插嘴道：吃到最後，死就死了呀!)怕沒死變洗腎比較糟了，阿如果可以死才沒關係，死就死了還擔心什麼三七二十一，對吧!」(F301-7)

在退化性關節炎的醫療論述中，退化性關節炎的病因來自於軟骨長期磨損。同時根據第一年論述分析的結果，本研究指出：兩千年之

後，無論是媒體或是主流醫學醫療論述，都鼓吹藉由日常生活的調整，預防退化性關節炎，或作為保養關節最重要的策略。這些措施包括減輕體重，避免軟骨承受過多壓力；飲食均衡，以維持軟骨健康；甚至額外補充軟骨元素，如葡萄糖胺、軟骨素、Omega 3 等，供給軟骨修補的元素。近幾年，攝取葡萄糖胺與軟骨素的知識，在廠商與醫療專業人員推廣下，已經普遍為老年人所知。

在本研究中，受訪者普遍有保養的想法，並傾向認為另類療法比較溫和，較適合作為日常保養的策略。人們以「維骨力」來指稱的葡萄糖胺，幾乎已成為退化性關節炎患者最主流的日常保養策略；部分受訪者認為其萃取自天然物質，適合長期服用，對身體不會造成傷害。

「以前我生病，去過一兩次，知道病症後，以後我就買維骨力吃了，台灣的，我有吃，中國製藥的藥廠我有吃過。（R：妳剛才不是有在說你在吃.....你去看醫生，對不對？為什麼你不吃他的藥？為什麼？）他開的藥是消炎藥，跟止痛藥，那不能吃太多。你若吃那個好了、比較好了之後，我就會自己停起來，不要吃了。（R：那你覺得維骨力跟那種不一樣嗎？）但是維骨力吃起來比較平平的啦，它也不會止痛，又好像.....吃完有一點好啦。但是也不是很好啦。但是我聽說維骨力是要長期吃，保養是很好啦，可是我台灣的那個....吃這個膝蓋也是兩三瓶，是沒有什麼效果。」（F901-7）

然而並非受訪者對於另類療法所可能產生的風險是全然無知的。有關退化性關節炎中老年人如何在另類療法療效與風險之間進行

決策，將在後文中討論。

(二)、使用另類療法之情形與型態

從字義上，另類及補充是相對性的指標，是指主體或主流、共識與規範之『外』的[9]。另類療法此一概念下的類別跟型態分歧之至，也是各國衛生機構至今無法對另類療法的定義與分類有共識最主要原因。

參考美國國家衛生組織(National Institution of Health, 簡稱 NIH) 之下的「國家輔助醫療及另類醫療中心」(National Center for Complementary and Alternative Medicine, 簡稱 NCCAM) 之分類[10]，以及丁志音對於臺灣另類療法使用種類的分類[9]，將本研究所調查所得的另類療法分類如下：

種類	使用人數
物質的攝入與吸收	
中藥	36
草藥	17
健康食品	72
特殊飲食	62

以外力操弄身體部位、物理療法	
針灸	26
鹽水療法	1
推拿	22
整脊	1
外敷物質	
貼布	49
敷料	48
蜂針	1
體能動作及身心靈的修持與調和	
氣功	9
運動	3

混合使用顯然是相當普遍的現象。在焦點團體訪談中，本研究團隊請受訪者說明她／他現在正在或曾經使用過之另類療法。因此另類療法混合使用並非必然是同一時間使用多種類別。

同時使用之數目	人口數	比例
使用五種	26	30%
使用四種	48	57%

使用三種	6	7%
使用兩種	3	7%
使用一種	1	1%

(三)、另類療法之城鄉差距

在丁志音的研究當中，企圖從四個社會人口特質—性別、年齡、教育程度、居住地區—與 CAM 使用種類的關係[9]。研究結果顯示，個人的四項特質與 CAM 使用的相關甚弱，無法明顯區隔出 CAM 的使用形態。本研究採取質性研究取向，經由團體成員密集性地對話，以及個人另類療法使用經驗與生命歷程的回溯，卻呈現與上述研究結果不同的面貌。不可否認的，在另類療法使用種類上，台灣各地區並未出現明顯差異，然而使用者在獲得另類療法的管道，以及另類療法知識傳遞網絡上，卻呈現出都會與鄉下之間的明顯不同，這些差異可能是來自於城鄉兩地交通、教育程度所顯現的落差。

本研究發現，中老年退化性關節炎患者有關另類療法的消息與知識，主要是透過平日的人際網絡中獲取而來的。然而，在網絡組成上卻呈現明顯的城鄉差異。鄉下地區的消息網絡主要由居住在同一社區的鄰人、親戚以及子女所組成，而子女尤其是鄉下地區的患者取得另類療法資源與知識的最主要的來源。

仰賴子女獲得另類療法及相關資訊，可以初步歸納成幾項原因。首先在另類療法知識方面，年紀越長者，多半不識字，囿於無法直接閱讀療法或產品之說明文字，阻卻其主動尋求另類療法之可能。

交通亦是鄉下地區退化性關節炎患者仰賴子女取得另類療法治療的重要因素。公共運輸在鄉下地區並不頻繁，鄉下地區年紀較長的退化性關節炎患者大多得依靠子女帶他們去主流醫療院所，或提供特定另類療法的執業場所，尤其當求診的院所是在居住地以外的縣市。

「那次針灸，他(轉譯者註記：兒子)也上班阿，看針灸.....看針灸的時候一個禮拜是三次(R：去三次?) 恩，(R：都是他帶你去的?) 他帶我去，晚上去，你會不會累，他說"媽，怎麼這樣跟我講?" 這樣.....現在沒有，針灸，然後差不多，韓醫師還要不要針灸?我一個禮拜來一次，現在我就放掉兩個多月。」(F904-7)

此位受訪者與兩個已婚兒子同住在桃園縣新屋鄉頭洲村，在醫生推薦下，她前往楊梅尋求針灸的治療。整個療程，她必須仰賴兒子利用下班之餘載她前往。一開始療程每週三回，後來顧慮到可能為兒子添加麻煩，主動詢問執業者是否能夠減少每周看診的次數，而後改為每週一次，如今則已經不再前往。不再前往的原因有數個，但體恤兒子奔波的辛勞是其中很重要的因素。

鄉下地區退化性關節炎患者對於子女的倚賴有時候並非全然只是

被動的另類療法知識與治療的接收者。許多退化性關節炎中老年人把子女是否能夠持續供給另類療法知識與產品視為道德上的評價—兒女是否孝順的具體表現。

相較之下，都會地區另類療法使用者的人際網絡，則與社區活動以及國家積極推動的社區總體營造緊密結合。都會地區的人際網絡已不限於住在鄰近地區、有親屬關係的人群，取而代之的是因為共同興趣與志業所組成的團體，例如老人會、日語課程。近幾年，隨著社區總體營造深入各都會社區的篩檢活動與公衛講座，主流醫學的身體知識，以及預防保健的概念，普遍為都會地區年長者所接受。

在都會地區，子女在中老年退化性關節炎患者取得另類療法知識與資源上所扮演的角色則不若鄉下地區來得重要。而且不同於鄉下地區將子女的倚賴轉化為道德評價，都會地區的退化性關節炎中老年患者則追求獨立自主的理想。

「我其實這樣子喔，我自己也是打扮漂漂亮亮，我不給人家看出說，『阿你有病』，所以人家...有的人...不知道的人說，我沒有病，你一天到晚打扮漂漂亮亮的，你有什麼病」，(F507-7)

「頭一次(意指第一次急性退化性關節炎發作時)我先生都還在，他會陪伴我去看，去針灸他都陪伴我去看，第二次是三年差不多要四年前，第二次痛是我自己一個人(R：你自己一個人而已)對啊，自己一個人，就自己去看，人家兒子就去上班他們很忙碌阿，哪有時間載我們？像

去針灸啦、去復健啦，一次時間那麼長，他們哪裡有空？我就自己去，坐車又不用錢，我就自己去。我就自己走。」(F507-12)

都會地區退化性關節炎患者同時也顯現更高的健康關注與決策自主性。對於身體健康的關注可在兩方面呈現出來：一、關注電子與平面媒體當中的保健資訊，二、購買保健或監測醫療器材。台中市現年七十七歲的F404個案，自述喜歡看「家庭版的醫學常識醫療版」，身體知識很大一部分來自於此。有時候，電子媒體的報導更影響他與配偶的醫療選擇的決策：

「她（意指同樣也有退化性關節炎的配偶）到那個大林慈濟醫院開過刀嘛！做內視鏡開刀，她是鑽三個洞嘛！（R：你為什麼會到大林慈濟？）因為就是在報紙家庭版看到，不是，電視，電視介紹那個什麼大愛電台？大愛電台，那個介紹那個慈濟跟那個嘉義呂醫師。呂醫師雙口呂，他有個專門的膝蓋科。他的號很難掛，掛號要排很後面，人很多，名聲很旺。結果我們掛號就去，約好了就去。這裡坐車到嘉義，過了地下道，走過去坐計程車一百塊，你看走路沒多少時間。」

(F404-16)

此外F404個案把儀器視為監測身體的最重要的工具之一。例如購買電子血壓計檢測血壓，訪談當日他更因為考慮接受要價四萬八千元的身體檢查——能達到更精密檢查的核磁共振檢查——而與配偶起了短暫爭執。

然而都會地區退化性關節炎中老年人患者之所以有較高的健康關

注與決策自主性，是有其社會條件的，都會地區密集的公共運輸系統，個人閱讀能力。

(三)、使用另類療法的性別差異

在醫學文獻中，退化性關節炎患者在性別比例上，女性高於男性 [11]。而我們所招募的受訪者也顯示懸殊的性別比例（女：男=65:19）。如此懸殊的差異，究竟是反應出退化性關節炎患者女性人數高於男性，抑或是年長女性比男性更活躍於公共場域，參加各種社團與社區活動？此一問題由於已超出本研究的研究範圍，再此不深入討論。然而在使用另類療法的性別差異上，本研究初步歸納兩點：（一）女性將退化性關節炎與骨質疏鬆連結，因而影響選擇另類療法的種類。（二）購買保健食品與醫療設備時，男性患者片偏好以技術及精密儀器為訴求的產品。

女性將退化性關節炎與骨質疏鬆連結

在訪談過程中，五十、六十歲之間女性退化性關節炎患者傾向把退化性關節炎與骨質酥鬆連結，認為退化性關節炎的病因來自於骨骼結構的不健全。提出這項觀點的受訪者大多接受過骨質酥鬆的篩檢。

「我吃維骨力跟福善美。我們全家都有退化性關節炎，可能是體質關係，像我測量值為-3.7，骨質酥鬆啦，所以關節就很容易磨損」。(F1004-I)

此一疾病認知，影響其選擇另類療法的種類。鈣片與葡萄糖胺成為他們日常保養的一部分，同時也強調在日常飲食中多攝取小魚乾、肋仔魚，以補充鈣質。

男性選購以技術及精密儀器為訴求的保健食品或器材

上文提及現年七十七歲男性個案 F404 以及現年六十五歲、居住在板橋地區的女性個案 F804 對於以技術及精密儀器為訴求的保健食品或器材顯出高度興趣。

個案 F804 談及參加旅遊活動時，遊覽車上或是旅行途中所販售針對骨骼肌肉痠痛的藥品。他對這些產品多持保留態度，不過卻購買了一個以奈米技術為訴求的鈣的產品。吸引他的理由在於：一、現場實驗確實展現產品的特點。生技公司的銷售人員在現場採用對照組的方式比較該公司鈣片產品與其他公司之鈣片產品在水中融化的速度。這個實驗的訴求是，該公司採用奈米科技，讓鈣片容易為人體所吸收。其次是該公司的形象及奈米技術具備科技的特質：個案 F804 表示，該公司看起來窗明几淨、看起來很高科技的樣子，這兩個原因是他願意購買這項產品最主要原因（F804-29~31）。

本研究針對另類療法之風險評估與管理，也有了具體結果：

另類療法的知識與取得管道

旅遊場合：

本研究發現，中老年退化性關節炎患者經常在集體旅遊的場合中接觸另類療法資訊與產品。受訪者表示，參加社區所舉行的旅遊活動時，遊覽車上都會有兜售各種針對常見老人慢性疾病的藥品，這包括筋骨酸痛外敷用的藥膏、藥水或貼布。在焦點團體訪談中，受訪者彼此之間討論起產品的數量、價格與外包裝。

除了車上兜售之外，部份旅遊行程也包括參訪藥廠。在前文中提到，個案 F804 購買以奈米為訴求的鈣的補充品；而其接觸該產品的方式是參加旅遊活動時，參觀生技公司乃是旅遊行程的一部分。

收音機與電視管道

地區性電台與有線電視節目是人們接觸另類療法訊息的主要管道。這些地方性的廣播與電視台有很強的針對性，以特定語言及分佈區域的收聽群與收視群為對象。節目當中往往結合娛樂（主要是點歌、唱歌）及社會事件的報導。中間再穿插藥品的推銷。這些主持人往往以地方性的語彙促銷產品。

這些地區性電台與有線電視節目普遍為特定社區的居民所知道。在桃園縣觀音鄉富源村進行訪談時，當個案 F906 在焦點團體訪

談中談及他向某一有線電視頻道購買產品後，其他受訪者馬上意會他所指的是哪個電台。同時這個個案也說到，他之所以敢向電視台購買藥品是因為他碰巧有一天看到社區內的鄰人打電話進去點歌，並購買產品，所以才促使他想要買來試一試（有關使用者如何進行選擇另類療法的決策請參見「決策基礎」）。

集體診療

進行訪談時也發現彰化縣維新社區居民集體包車前往特定地方接受診療。通常該社區有一位召集人，由該位召集人負責交通與旅途當中的餐飲。欲前往的民眾安排求診的地方距離該社區相當遙遠，

療效與風險的評估

雖然另類療法（主要是藉由攝入與吸收的物質，如藥丸、健康食品等）比較溫和、天然的意象（image）普遍存於受訪者。但並非對於另類療法所可能產生的副作用是毫無疑慮進而全盤接受的。在本研究第一年的論述分析中便指出，平面媒體呈現出主流醫學觀點之下的另類療法面貌——干擾主流醫學治療、造成腎衰竭。而受訪者對於另類療法也表達上述的疑慮：

「我曾經聽電視、收音機在報，說一種藥膏抹下去骨頭會疏鬆，有沒有可能這樣？說藥不要胡亂抹，說什麼噴下去會傷害...。」(F106-22)

面對樣類繁多的另類療法，民眾究竟是如何評估另類療法的風險，進而採取風險控管的策略呢？

信任西醫醫生的另類療法專家知識

信任西醫醫生對於另類療法副作用的知識，選擇使用西醫醫生所指定或建議的另類療法。

「(R:除了醫生那裡拿藥吃,有試過其他方法或秘方嗎?)人家有報,可是我們不信那個,維骨力有吃很多年了,我只聽醫師的話,多年前醫師叫我吃,我就一直買來吃,我都到公園路對面那家中化大藥房買藥,那邊貨色很齊全,我一天吃4顆,早晚各2顆,不能減的。」(P1101-3)

部分受訪者因為對主流醫療院所開出的藥品產生不良反應，轉而尋求中醫或中醫之外的另類療法。不過受訪者往往將副作用的產生歸因於自己體質無法適應，而非醫生專業知識不足以信賴；故選擇另類療法時，依然信任醫生的專業知識，認為醫生是另類療法副作用的把關者。

「西藥我去林XX醫師那裡吃，吃得不合適，他那是吃止痛的，哦我之前一直走一直走，走到(痛)沒辦法了，我大姊介紹我去林XX醫師那，我去一次拿藥回來吃，也才吃幾包而已，哦不行了!足趾間腫腫了，我那些藥也沒敢吃完，我不曾去林XX那兒看，他的藥太強，咱吃不合適，吃完足趾頭腫腫的!(F305:那開錯藥啦!)我自己不合適，我就不去了(R:您吃維骨力，會擔心它會傷腎臟嗎?)維骨力吃比較沒關係，我有問過醫師，這是醫師開給我吃的，我都去鹿港的診所，老

人家有在吃長期的，都在那兒拿對啦！一年到頭都在那兒拿，一個月一次，我說我就拿藥盒給他看，我說：醫師阿我要來吃這維骨力，你看如何？你看好嗎？他說：好呀！您如果要吃，我開給您吃也可以呀！」(F301-7)

然而這並非就表示，受訪者就會把他所使用的另類療法請主流醫學的醫生進行評估。中英文研究文獻中已經顯示，大部份病人不會主動跟醫生討論他們現在所使用的另類療法[12,13]。

以他人使用經驗作為風險評估的基礎

評估是否採用特定另類療法時，使用者以他人的經驗作為決策基礎。然而其信任的基礎卻隨著他人與受訪者本身連結性高低而有不同。

「那在高雄縣的田寮，人很多呢！這星期四去哦！我女兒去到那兒，早上9:00自用車已經20輛，一台遊覽車還沒數結束，緊接著又一輛來了，也是烏日鄉的，我說給你聽啦(對同在場的另一位受訪者說)！xxx(人名)在那兒醫好了，就做一塊很大塊的匾額去答謝，就興盛起來，否則我們這邊的人也不知道！xxx(人名)得到肝炎，割掉後又發作，他兒子聽人報去那數，後來去了幾趟就好了，他就做一塊匾額，上面寫著台中縣烏日鄉恆百村，連名字也寫出來，那天我去第3趟時，也看到又有人要送匾額去謝。(R：醫師是誰？是中醫師？有牌照嗎？)不知道捏，是台灣人，聽說去大陸學的，位置在山頂間，一間矮房屋，他在屋外看病。(R：他沒牌照？)可能沒牌！(R：沒牌照您不害怕嗎？)不會啦！有千百萬人去給他看，還有醫院診所去那兒抗議呢！人很多呢！」(F301-20)

個案 F301 從不知名他人的數量，以及具名、居住在鄰近村落的他人，建立對該另類療法執業者的信任。不知名的他人與個案連結性低，故以人數作為判斷基礎；而後面的這個他人，不再是個模糊的「人家」，而是具名、與個案生活圈部分交集的他人，連結性相對較高，信任度則建立在這個具體的個人經驗上。

身體經驗是中老年退化性關節炎患者權衡使用另類療法的重要因素

(一) 對於療效顯著的另類療法產生不信任

對另類療法在短時間內產生效果的不信任，其實是與「另類療法較溫和的意像」是相關的。以下所舉的例子是個案 F903 針對 F906 自述服用在有線電視臺購買的產品的身體經驗後，所進行的評論。

「F906：對對對對對，（有線電視臺）介紹很久了，那....一年了。一年多，快一年了。（R：那他有介紹什麼是可以治療退化性關節炎的藥物？）那....我也不大曉得。但是我就聽了很久，聽了很久又不敢吃，都在那醫院吃吃吃沒有效，阿，（F903 中途插話：我也不敢亂吃），那他的價錢是很高啦，所以我去....吃吃看啦，喔吃下去，吃三天下去，嘞~有效，我就買來吃。（F903：沒有那麼快啦！那種藥.....）。

F903：其實我覺得太快也不行。太快，三天就有效，太快。齁？實在太快。他們兩個..... 不是，我感覺那種藥不要吃那麼快，要慢慢保養。」

（F906、F903-9）

療效與副作用權衡

接受另類療法，即便身體出現不良反應，但權衡療效與副作用之後，依然持續使用。

「婦女現搽現敷，我們有時候要敷，還沒有藥丸呢！還得等，搽來及。(R：敷多久後，就有效果了?) 他會告訴你敷多久要拆下!我這雙手，差不多去第2趟後，我就有辦法往後伸去扣扣子，不然手都無法舉到這個高度，只能舉到這邊而已!我就感覺我只去2趟，我穿衣服就能去鉤後面的鉤，本來不可以的!還有什麼呢?我流眼油(分泌物)，第2趟去敷，就覺得流眼油情況改善。(R：您有曾聽說人家敷完後，灼傷又發紅發炎?) 不會!它這不會發炎，他說如果燙傷就用衛生紙擦一擦，把湯(分泌物)吸一吸就好，要經常擦一擦，讓它變乾，千萬不需要再去塗藥膏。別人也打電話去問醫師，他(醫師)說：『沒關係，你那湯流一流就好了』，我這兒也是這樣，我用衛生紙吸一吸就好了。只有敷的，吃的比較有害處，敷的沒有壞處，敷的比較沒有影響，若有影響也沒那麼快，比較沒關係啦!你如果敷得太久只是會燙傷而已，破皮流湯(分泌物)，會紅紅的!我兒子勸我說：『不要再去敷啦!敷到痛成這樣!』」(F301-7)

歐美另類療法管理機制比較

本計畫第二部份「歐美另類療法管理機制比較」之研究目標主為：(一) 理解歐美另類療法管理機制，並針對各國運作模式做簡要

的整理與比較(二)歐美各國另類療法民眾與專家指引系統的整理與比較。

另類療法管理之目標與政策

隨著越來越多人口使用傳統療法或另類療法(TM/CAM)[13,14,15,16],WHO認為各國公眾健康管理機構應當關注在四個面向:(1)制定政策、(2)確保安全性、有效性與品質、(3)強化民眾接觸另類療法的管道、(4)確保民眾合理使用傳統療法/另類療法[13,17]。但為了達成這四個面向,國家或地方政府實際上該如何制定具體政策呢?WHO傳統醫藥(Traditional Medicine)部門指出,該部門設立之目的便是為了協助各國發展下列五個管理機制[18]:

- 一、 建立法規,以確立傳統與另類療法操作的評價標準(TM/CAM practices)。這部份最重要的當屬傳統與另類療法提供者的專業認證制度,認證制度包括專業訓練時間、訓練內容;認證機構;認證的等級;臨床經驗等規定。
- 二、 建立評估傳統/另類療法操作與產品之安全與效力、品質的證據基礎。當前評估產品與治療操作之基礎主要來自於隨機臨床實驗(Randomized clinical Trial)的科學證據;而產品品質則有賴國家制定藥品或食品標準生產流程,以達到控制產品品質、防止藥品與食品受到污染之目的。

- 三、 確保民眾負擔得起傳統／另類療法診療的花費。達成此一目標之策略意旨將傳統／另類療法納入國家健康照護體系，或成為保險制度的一環。
- 四、 確保民眾合理使用傳統／另類療法。合理使用必須建立在正確的傳統／另類療法訊息與理解上，因此國家或地方政府應（1）透過各種管道，例如文宣、媒體或在主流醫療體系之機構與醫療院所設立傳統與另類療法訊息中心，加強民眾傳統與另類療法的相關知識；（2）制定使用指引手冊或準則，協助民眾獲得安全、可靠的傳統／另類療法資訊。
- 五、 記錄傳統藥物與處方。雖然另類療法使用人口日漸增加，但隨著全球話與人口擴增，西方醫學成為大部分發展中國家的主流醫療體系，結果這些國家以當地文化為基礎的草藥知識面臨斷絕的危機；同時，急劇擴張的人口與居住面積，使得原始林地與自然資源大幅縮減，許多珍貴藥用植物正快速滅絕。為此，聯合國以及非政府組織 World Wildlife Fund、International Union for the Conservation of Nature，共同制定保護藥用植物的指南[19]。

歐美另類療法管理機制之介紹與比較

面對另類療法為個人所帶來的利益與風險[20]，許多國家已經在既有健康與衛生部門或另外成立專責機構，負責制定與管理另類療法

相關政策。前文 WHO 列出另類療法五大管理機制，在不同國家有不同的發展進度，甚至在同一個國家之內，某一個管理機制比其他機制更早發展，例如英國針對一般民眾使用的另類療法指引系統（隸屬於 WHO 第四類管理機制）至今尚未發展，但西醫醫療專業者所參考的另類療法指引手冊卻是英語系國家當中第一個發展出來的指引準則 [21,22]。而本研究目前所瀏覽的文獻當中，也尚未見到任何政府針對藥用植物保護上發展管理機制。

下先就英、美兩國另類療法之管理機構進行簡略介紹；事實上，英美在另類療法管理機制發展，正是兩種管理模式的最佳例證。

美國另類療法管理機制：聯邦、州、民間組織—分散型管理

美國另類療法管理機制，主要由聯邦、州、民間組織分別管轄五大管理機制。在聯邦層級方面，美國於 1991 年，在 National Institution of Health 之下設立 Office of Alternative Medicine，該部門於 1998 年改制為之今日之 National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)，成為 NIH 轄下第二十五個獨立分支機構。該機構設立目標是進行另類療法之科學研究，因此其工作內容主要有三項：(1) 從科學視野開探索與研究另類療法，(2) 培訓補充與另類療法，(3) 對一般大眾發佈權威訊息 (authoritative information) [23]。換言之，本研究最關注的政策與法規面向並非 NCCAM 的管轄範圍。

然而，作為一個權威訊息的核心，該機構依然為有意使用另類療法的消費者，設計一份詳細的指引資訊，這份指引能夠作為本計畫發展民眾另類療法指引系統的參考依據[24]。

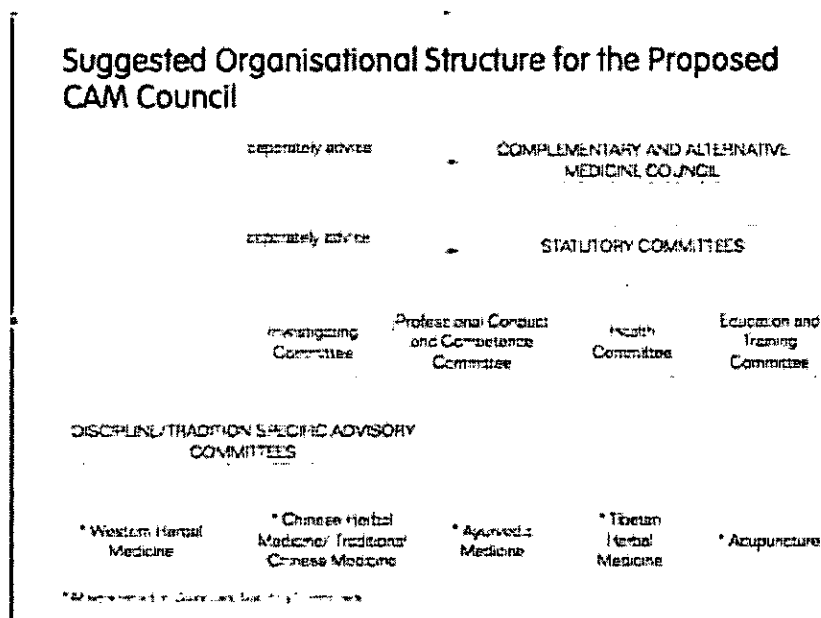
另一個聯邦層級的單位是 Food and Drug Administration，另類療法藥品(上市前)或健康食品(上市後)安全性主要由該機構所執掌。而另類療法執業者的相關規定，則分屬州政府與民間組織所管轄[25]。另類療法執業者的能力主要由各個民間組織認證制度進行考核與評估；而執業執照則依據各州州政府之規定而取得。

因此如果我們以順勢療法為例，美國分散行管理機制將可一覽無疑。美國順勢療法實施者的能力是由民間組織，如 Council for Homeopathic Certification (CHC)、Homeopathic Academy of Naturopathic Physicians (HANP)、North American Society of Homeopaths (NASH)，以考試的方式考核其能力，通過後由這些機構發出認證[26]。然而，取得認證並不代表就等同於能夠執業，事實上美國順勢療法實施者執業執照主要由各州政府自行規定[26,27]。至於順勢療法之藥品是否能夠上市或開立，必須依循 Federal Food, Drug, and Cosmetic Act 之規定，由 Food and Drug Administration 管轄[28]。

英國另類療法管理機制：集中型管理

相較於美國另類療法管理機制分屬不同部門，英國則傾向在單一部門下，發展另類療法各方面的管理機制。英國另類療法之政策，統一由 Department of Health 所管轄；隨著英國使用另類療法人口的大幅增加[16]，該國未來也計畫在 Department of Health 之下發展 Complementary and Alternative Medicine Council 設立，由圖一架構圖可知，此一部門未來也將循著現有集中管理的模式來發展[29]。

圖 1



另類療法指引系統

如何引導民眾合理使用 CAM 是當前國家衛生機構面臨最大的挑戰，正如 WHO 在 2000~2005 傳統醫學戰略中指出，很多國家都尚未

將 CAM 納入管理[17]。事實上，有效管理牽涉多方人員與管理系統之間相互配合；人員包括國家或地方政府、研究人員、訓練機構、CAM 提供者、主流醫學體系之內的醫療專業人士、藥商等；在管理體制上則有賴專業認證制度、CAM 副作用與不當診療通報系統等機制的完備。另類療法管理機制之複雜，後續規劃與發展都不是短時間內可以完備的，因此許多國家與非政府組織都已經意識到，當前更迫切需要的反而是消費者與專家另類療法指引系統[20]。雖然消費者與專家指引系統無法消除不良的 CAM 產品或治療，卻能引導消費者(或經由主流醫療專業人員指引)獲得可靠的資訊，藉此判斷產品與療程所可能存在的益處與風險。

本研究第三年之工作內容乃是發展另類療法管理專家系統制度，其最終的目標是製作一般民眾(消費者)與醫療專業人員所使用的另類療法指引手冊。因此第二年「歐美另類療法管理機制」另一個研究焦點，就是蒐集歐美國家或非政府組織制定的另類療法指南，並進行初步的分析與比較，作為第三年台灣另類療法資訊指引制度的基礎。

現今許多國家、非政府組織或民間團體，根據其目的、政策與需求，制定不同導向的另類療法指引系統(詳細清單請參閱附錄中，「類別」欄位標示為「consumer information」、「guidelines for professional」

者)。例如：WHO 2004 年出版 Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine，其目的是為了協助政府機關以及其他相關組織發展各自的指引系統，因此該手冊著重在一個完整指引手冊所需具備的基本原則。反觀英國 DOH 下的 Medicines and Healthcare products Regulatory Agency(MHRA)，就特別針對草藥制定了消費者指引[25]；美國 FDA 則依對象——老人與一般大眾——分別制定了健康食品指引準則[26,27]。而為數眾多的另類療法之民間團體，更以特定另類療法為主，例如順勢療法、針灸、中醫，發展了專家與民眾指引手冊[28]。

消費者另類療法指引手冊

本文先就 WHO 之 Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine 與 NCCAM 之 Health Information: Be an Informed Consumer 所發展出來的兩份另類療法使用指引手冊進行比較與分析。之所以把焦點放在這兩份文件主要原因是：(1) 這兩份指引手冊屬於概括性指引準則，適合用來評估所有另類療法與產品，其使用對象也沒有限定在特定年齡層或特殊身體情況（如孕婦或老人）的人。(2) 這兩份指引完整性比較高，包括選擇另類療法之前的決策過程、訊息與另類療法專業者的評估、治療期間、診療花費等面向都有討論。有鑑於本計畫第三年

預定目標是發展全民皆可使用的另類療法指引手冊，這兩份指引準則更適合作為參考資料。

這兩份指引主要分成五個區塊(section):(1)治療的決策(Decision Making)(2)訊息(Information)(3)執業者(practitioner)(4)診療花費(pricing)。本計畫將兩份指引手冊所提供的評估標準(criteria)分列於下表，可清楚呈現出兩份指引的異同。

Sections	WHO	NCCAM
Considering	<ul style="list-style-type: none"> ● 當個聰明的 (informed) 消費者 ● 讓你的 (醫生) 醫生與 TMCAM 提供者知道你正在使用的所有治療 ● 確認 TMCAM 提供者的能力足以勝任一定品質的服務與產品 ● 確認 TMCAM 產品的標準價格 	<ul style="list-style-type: none"> ● 當個聰明的消費者 ● 在下任何決定之前，與你的 (西醫) 醫生討論 CAM 的相關訊息 ● 告訴你的醫生正在使用的所有另類療法 ● 小心選擇 CAM 提供者；向你的保險公司確認是否給付 CAM 的診療費用
	<p>我要從哪裡獲得可靠的訊息呢？</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 西醫與 TMCAM 相關機構或管理部門 ● 西醫醫療專業人員、合格或登記的 TMCAM 提供者 ● 出版品與網路 	<p>要如何獲得特定 CAM 的可靠訊息呢？</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 跟你的醫生討論。 ● 透過網路，搜尋醫療圖書館或資料庫 (例如 CAM on PubMed) ● 若無法使用網路，請電洽 NCCAM Clearinghouse ● 去鄰近圖書館找尋相關書籍或出版品
Information	<p>我要如何辨別這些訊息是可靠的呢？</p>	<p>如何評估網路訊息？</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 誰是網站經營者或出資者？ (政府、大學、知名醫療

		<ul style="list-style-type: none"> ● 目的 ● 相關性／正確性 ● 訊息來源 ● 訊息更新的時間 ● 客觀性 	<p>或健康協會，或是產品與藥品的製造商？)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 網站設置的目的 (是大眾教育，還是銷售產品?) ● 訊息來源 (有清楚標示訊息來自於科學證據嗎? 個人意見與科學證據並不相同，應該要清楚區別) ● 訊息更新速度
Practitioner		<ul style="list-style-type: none"> ● 要怎麼分辨合格的開業者 ● 開業者的認證 ● 不當診療通報系統 	<p>選擇 CAM 開業者</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 如果你正在尋找 CAM 開業者，跟你的醫生討論，請他們推薦適當的人選。 ● 看診之前，先條列出幾個人選，並收集每個人的相關資料。幾個基本訊息必須具備： <ul style="list-style-type: none"> ■ 他們在哪裡接受訓練? ■ 他們取得哪些執照或證照? ● 問你的保險公司是否給付 CAM 治療的費用 ● 選定某個 CAM 開業者之後，初次看診前請先條列出你想要問的問題 ● 初次看診應準備有關於你的病史，以及正在接受或

		<p>服用的各種治療與藥物的資料。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 評估初次看診的經驗。 <ul style="list-style-type: none"> ■ 跟這為實施者相處還愉快嗎？ ■ 實施者是否回答您的問題？ ■ 他的回應方式（談話與態度）是否讓你滿意？ ■ 他的治療計畫是否對合理？你能夠接受嗎？
Pricing/Health Insurance Coverage	去哪裡得知診療的標準收費，以及是否納入健保體系	

除了內涵方面的分析之外，在指引手冊的形式上有幾項要求，(1) 以問答的形式來呈現；(2) 使用簡單、平實的文字[20]；圖樣的可看性

專家另類療法指引手冊

英國 Department of Health (DOH) 是制定該國另類療法政策與指引的機構。在 2000，DOH 結合非政府組織，Foundation for Integrated Medicine、NHS Alliance、National Association of Primary Care 等機構，擬定兩份由醫師與照護人員使用的另類療法指引手冊，

「Complementary medicine: information pack for primary care groups」以及「Complementary medicine: information for primary care clinicians」[29,30]。

正如這兩本指引手冊所言，一般民眾雖然不會到主流醫療體系（依上、下文章脈絡指的是當代生物醫學）尋求另類療法的治療，但卻可能期待從主流醫療體系的醫生、照護人員與藥師，得知另類療法相關訊息。因此這兩本指引手冊發展的目的就是，當患者詢問醫療專業人員另類療法的相關問題，或醫療專業人員得知病患現階段正考慮或正在使用另類療法，醫療人員能夠協助、指引患者獲得適當而安全的另類療法。

這兩份指引手冊主要由六個部份組成。在另類療法個別資訊：分別就英國最普遍的六種另類療法，針灸、芳香療法 (aromatherapy)、脊椎按摩療法 (Chiropractic)、順勢療法 (Homeopathy)、自然療法 (Hypnotherapy)、整骨療法 (Osteopathy) 提供知識背景、認證體系，以及各個另類療法特別針對的疾病與效果：

序號	類別	內容說明
1	醫療體系的介紹	說明該療法之下還有哪些分類；療法所使用的工具等。
2	什麼樣的病人、或什麼樣的情況採用這種療法最有利？	瀏覽該療法所有醫療文獻後，歸納出某一療法針對特定疾病或症狀的效果。
3	合格的提供者需要怎樣的條件？	說明另類療法提供者的認證等級；每一認證等級都有特定的要求：如訓練時數、特定訓練內涵等。認證等級有助於評估另類療法提供者之醫療品質與安全。
4	要怎麼在鄰近地區找到合格的提供者？	提供認證機構的連絡訊息以供查證。

第三年度

依據第二年成果審查意見，加入問卷調查(空白問卷附錄4)，於台北、桃園、宜蘭、台中、台南、高雄等地進行，共回收 272 份問卷，研究結果分述如下：

一、受訪者基本資料

由基本資料顯示共有 272 位受訪者，以女性為多數有 201 人 (73.9%)；女性已停經者居多有 179 人(94.71%)；所有受訪者年齡平均為 69.51 ± 10.58 歲，年齡分佈以 65-75 歲為多數有 102 人 (37.92%)，其次為 75 歲以上有 90 人(33.46%)；已婚者佔多數有 200 人(77.22%)；居住地區以縣市地區為最多有 171 人(63.1%)；並與子女同住者佔大部份有 189 人(70.79%)；教育程度以國小者為最多有 103 人(38.01%)，次之為未受教育者有 86 人(31.73%)；宗教信仰以佛教者居多有 98 人(37.55%)，次之為道教者有 91 人(34.77%)；家庭平均收入以 4 萬元以上者為最多有 88 人(36.21%)，職業以目前無工作(或退休)為多數有 131 人(38.7%)，其次是家管有 98 人 (36.43%)(表一)。

二、使用者疾病史之分佈

由受訪者疾病史與尋求治療之分布:疼痛部位以膝關節疼痛佔大數有 190 人(94.53%)，其中以雙膝疼痛有 138 人(74.59%)，疼痛時間平均為 7.25 ± 7.7 年，有三分之二以上之受訪者自覺關節最疼痛(0-10 分量表)達 4 分以上，疼痛分數平均為 6.13 ± 2.63 分。近一年內有 159 人(80.3%) 以上看醫生，有 163 人(81.5%)未接受手術，有 167 人 (83.08%)使用藥物，且以口服止痛藥為最多 101 人(60.47%)。其中有

142人(77.59%)感覺最近三十天會疼痛，而疼痛頻率為每天發生有63人(38.65%)。受訪者認為引起關節疼痛的因素以老化身體為多數有202人(74.26%)，其次為過度操勞有129人(47.43%)(表2-1)。

三、使用另類療法之型態

保健食品使用方面，有近九成以上的受訪者因關節疼痛選擇使用保健食品，有216人(86.4%)(表3-1)。受訪者因關節疼痛選擇使用保健食品以維骨力最多有187人(77.92%)、次之為維他命(包含善存或銀寶)有112人(46.67%)(表3-2)。受訪者目前定時服用保健食品種類以維骨力最多有151人(63.98%)、維他命(包含善存或銀寶)次之有95人(40.48%)(表3-3)

非保健食品使用方面，有近九成以上的受訪者239人因關節疼痛選擇使用非保健食品有209人(87.45%)，僅有少數30人(12.55%)未使用(表3-4)。受訪者因關節疼痛選擇使用非保健食品種類以貼膏藥布、敷料有163人(67.08%)最多，規律運動有123人(50.62%)次之，第三為塗抹軟膏有75人(30.86%)(表3-5)。受訪者目前定時使用非保健食品種類以規律運動最多有116人(47.74%)、貼膏藥布、敷料次之有104人(42.8%)(表3-6)。

四、使用目的

保健食品方面：241名受訪者服用保健食品之目的以強化骨質168人

(69.71%)居多，其次改善身體酸痛不適 141 人(58.51%)，第三為補充營養 67 人(27.8%)者(表 4-1)。非保健食品方面：243 名受訪者使用非保健食品之目的以可治酸痛 128 人(52.67%)人為最多，可活絡筋骨 96 人(39.51%)人次之，第三為治療方式溫和 65 人(26.75%)者(表 4-2)。

五、保健食品資訊來源與花費

242 名受訪者之資訊來源以家人 107 人(44.21%)居多，西醫師 99 人(40.71%)次之，親友 80 人(33.05%)居三(表 5-1)。240 名受訪者其保健食品購買地點以藥房 117 人(48.75%)居多，其次西醫院或診所 73 人(30.42%)，第三為國外帶回 40 人(16.39%)(表 5-2)。238 名受訪者其保健食品來源以家人購買 126 人(52.94%)居多，次之為自行購買 117 人(49.16%)，親戚、朋友購買 33 人(13.87%)居三(表 5-3)。214 名受訪者其選購保健食品最關心事項之排序以保健食品之效果 168 人(78.5%)為重要，其他病人使用經驗 53 人(24.77%)為次之，傷害 33 人(15.42%)居三(表 5-4)。230 名受訪者其選購保健食品花費排序為 4000 元以上 93 人(40.43%)為多數，3001-4000 元 38 人(16.52%)次之，第三為 500 元以下 11 人(4.78%)(表 5-5)。

六、非保健食品資訊來源與花費

近半數的受訪者其非保健食品相關資訊來源大多是以個人的保健常

識和使用經驗為主有 109 人(44.49%)居多，其次親友有 67 人(27.35%)，家人 62 人(25.31%)居三(表 6-1)。八成以上的受訪者其選購非保健食品最關心事項之排序以非保健食品之效果認為最重要有 200 人(81.97%)佔多數，其他病人使用經驗 53 人(21.72%)次之，非保健食品之傷害 34 人(13.93%)居三(表 6-2)。236 名受訪者其選購非保健食品花費排序以 500 元以下有 89 人(37.71%)最多，1001-1500 元有 40 人(16.95%)次之，501-1000 元有 36 人(15.95%)居三(表 6-3)。

七、對副作用之認識

保健食品方面:受訪者有 227 人(93.42%)服用保健食品後無副作用(表 7-1)。受訪者使用前，對保健食品副作用之認識表示不清楚 118 人(52.68%)最多，不知道 68 人(30.36%)次之，僅有少數者知道佔 38 人(16.96%)人(表 7-2)。

非保健食品方面:受訪者有 105 人(84.71%)使用非保健食品後無副作用(表 7-3)。234 名受訪者使用前，對非保健食品副作用之認識表示不知道有 108 人(46.15%)為多，不清楚 75 人(32.05%)次之，僅有少數者知道 51 人(21.79%)(表 7-4)。

八、保健食品使用效能評估

受訪者自認對改善關節疼痛最有幫助的保健食品種類以維骨力最多

有 146 人(67.28%)、次之為維他命(包含善存或銀寶)有 20 人(9.22%)(表 8-1)。受訪者自認對改善關節疼痛最有幫助的保健食品使用時間平均為 2.74 ± 3.11 年(表 8-2)。自認對最有幫助的保健食品改善關節疼痛情形(1-4 分量表)平均為 2.84 ± 0.62 分(表 8-3)。受訪者自認對最有幫助的保健食品改善關節疼痛程度分佈以有點幫助為多(3 分)有 137 人(59.31%)，其次為沒改變的有 65 人(28.14%)(表 8-4)。

九、非保健食品使用效能評估

229 名受訪者自認對改善關節疼痛最有幫助的非保健食品種類，以規律運動有 64 人(27.98%)為多數，貼膏藥布、敷料有 59 人(25.76%)次之，第三分別為針灸與冷熱敷各佔 16 人(6.99%)(表 9-1)。受訪者自認對改善關節疼痛最有幫助的非保健食品使用時間平均為 4.93 ± 6.95 年(表 9-2)。受訪者自認對最有幫助的非保健食品改善關節疼痛情形(1-4 分量表)平均為 3.06 ± 0.54 年(表 9-3)。235 名受訪者，自認對最有幫助的非保健食品改善關節疼痛程度分佈以有點幫助(3 分)為最多有 166 人(70.64%)，很有幫助(4 分)有 41 人(17.45%)次之(表 9-4)。

十、最有幫助保健食品效能評估

依性別來看，受訪者自覺維骨力是最有幫助的保健食品，其中以女性

患者居多有 109 人，其使用時間平均為 2.43 ± 2.5 年，女性受訪者自覺維骨力對疾病症狀改善有點幫助有 69 人(63.30%)，自覺症狀沒改變有 30 人(27.52%) (表 10-1)。依受訪者年齡來看，自覺維骨力是最有幫助的保健食品，其中受訪者以 ≥ 65 歲患者居多有 109 人，其使用時間平均為 3.02 ± 3.01 年，其自覺維骨力對疾病症狀改善有點幫助有 59 人(60.82%)最多，自覺症狀沒改變有 29 人(29.90%)(表 10-2)。依受訪者居住地區看，自覺維骨力是最有幫助的保健食品，其中受訪者以居住縣市者為多有 99 人，其使用時間平均為 2.56 ± 2.78 年，其自覺維骨力對疾病症狀改善有點幫助有 52 人(53.61%)居多，自覺症狀沒改變有 36 人(37.11%)(表 10-3)。依使用時間來看，自覺維骨力是最有幫助的保健食品，其中受訪者以超過一年者居多有 103 人，其使用時間平均為 3.47 ± 2.86 年，其自覺維骨力對疾病症狀改善有點幫助有 67 人(66.34%)居多，自覺症狀沒改變有 24 人(23.76%)(表 10-4)。服用保健食品與症狀改善之關係由表 10-5 看出是否服用維骨力對症狀改善有相關性($P \leq 0.05$)，但是否服用維他命與鈣片對症狀改善未呈相關性。

十一、 最有幫助非保健食品效能評估

依性別來看，受訪者自覺規律性運動是最有幫助的非保健食品，其中以女性患者居多有 43 人，其使用時間平均為 43 ± 6.58 年，女性受

訪者自覺規律性運動對疾病症狀改善有點幫助 31 人(70.45%)，相當有幫助者 10 人(22.73%) (表 11-1)。依年齡來看，受訪者亦自覺規律運動是最有幫助的非保健食品，其中受訪者以 ≥ 65 歲患者居多有 51 人，其使用時間平均為 7.74 ± 6.95 年，其自覺規律運動對疾病症狀改善有點幫助有 36 人(69.23%)居多，自覺症狀相當有幫助者有 29 人(29.90%)(表 11-2)。依受訪者居住地區看，自覺規律運動是最有幫助的非保健食品，其中以居住都市者居多有 44 人，其使用時間平均為 7.4 ± 7.51 年，其自覺規律運動對疾病症狀改善有點幫助有 32 人(68.09%)居多，自覺症狀沒改變有 11 人(23.4%)(表 11-3)。依使用時間來看，受訪者自覺規律運動是最有幫助的非保健食品，其使用時間以 < 5 年者居多有 34 人，其平均使用時間為 11.37 ± 6.31 年，其自覺規律運動對疾病症狀改善有點幫助有 24 人(70.59%)居多，自覺改善症狀相當有幫助者佔 8 人(23.53%)次之(表 11-4)。使用非保健食品與症狀改善之關係由表 11-5 看出是否規律運動與使用貼膏藥與敷料者對症狀改善未呈相關性。

2006/10/16 衛生署發出新聞稿指出其對民俗療法管理之說明如下，「按所謂醫療行為，係指以治療或預防人體疾病、傷害或殘缺為目的，所為之診察、診斷及治療；或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為之處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部之總稱。這些行為均係具有學理基礎，經過多年反覆實施，藉由科學驗證結果，對多數人具有普遍性可達到治療效果。所以該等行為需由透過專業養成訓練、並經國家考試取得證照之醫事人員始得執行。故舉凡任何民俗療法，如涉及診斷、處置與治療等行為，未取得合法醫事人員資格之執行民俗療法人員，則構成違反醫師法第 28 條規定（即密醫），本署及各直轄市、縣（市）衛生主管機關，均會積極稽查，依法移送司法機關刑事追訴，可處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣 30 萬元以上 150 萬元以下罰金。

坊間所謂民俗療法，舉凡刮痧、拔罐、神符、香灰等，民眾大多基於經由口耳相傳之經驗與文化上之原因而採用。整體而言，這些行為所依據的學理基礎、針對的適應症、施行之方法與施行後之療效等，目前並無任何科學性之研究證實有臨床療效。在尊重文化及實證不足之情形下，本署並未將該等所謂民俗療法比照一般醫療行為加以管理，即未要求必須由透過專業養成訓練、並經國家考試取得證照之醫事人

員才可執行。但執行民俗療法之人員與機構，如以廣告方式宣稱其行為具有療效或引用不相關之醫學報告附會佐證、誇大渲染以招徠病人，則本署仍將依違反醫療法第 84 條「非醫療機構不得為醫療廣告」之規定，按醫療法第 103 條第 1 項規定，處新臺幣 5 萬元以上 25 萬元以上罰鍰；廣告內容如涉及欺罔不實或妨礙交易秩序，並得依照其他相關法律處罰。

此外，坊間執行所謂民俗療法之人員，如果於執行之過程因學識技能不足，而造成施治民眾之傷害或死亡，除應負民事上之賠償責任外，並可能承擔刑事上業務過失之刑事責任。」

此段文字顯示台灣目前管理制度為”Tolerant”模式，並未有國家政策整體規劃進行積極管理，當然積極管理的必要性似乎尚未得到肯定，然而全球化風潮，促使更多非本土的另類療法參雜進入本土另類療法中，例如許多直銷之健康食品及養生食品，更增加管理困難的挑戰。

分析文獻以及個案使用各類另類療法之效益與風險比較表如下：

比較分析各國管理制度及法令制定如下表：

歐盟委員會(Council of Europe)在1999年通過非傳統療法議案，並指出

- 順勢療法(Homeopathy)是與其他四種另類療法同樣有效。
- 不同種類的醫療方法應並存且互補。

1997年歐洲議會(The European Parliament)決議歐盟在經過必要的研究後承認非傳統醫療方法並且研究非傳統療法的安全性以及療效。

世界衛生組織於2002年五月發表CAM療法政策建議各會員國必須：

- 建立規範以及 T/CAM 醫療人員的執照
- 承認 T/CAM 人員在醫療上的地位
- 提升 T/CAM 人員的技能
- 建立常用 T/CAM 療法的指導方針
- 增加或加強 T/CAM 組織的能效
- 加強 T/CAM 人員與其他療法人員之間的合作

葡萄牙

葡萄牙議會於 2003 年 7 月 16 日推過法案承認針灸、順勢療法 (Homeopathy)、整骨(osteopathy)、自然療法(naturopathy)、植物療法(phytotherapy) 與脊椎按摩療法(chiropractice)。葡萄牙國民可以自由選擇療法並開始制定法規管理執業人員。

挪威

挪威的順勢醫療協會已向挪威的衛生單位(Norwegian Ministry of Health)申請法律上的認可。挪威政府和議會於 2004 開放另類療法人員的登記註冊，並由另類療法人員自治管理。

愛爾蘭

Irish Society for Homeopaths (ISH)正致力於取得在愛爾蘭的合法地位，愛爾蘭的衛生單位在 2002 的報告中指出可能開放某些 CAM 療法註冊，報告中也註明 CAM 療法應盡快發展取得註冊。

荷蘭

自 1993 年荷蘭開放由不是由醫師執行的 CAM 療法，現在荷蘭政府正準備制定 CAM 規範，在 2003 年 Nederlandse Vereniging van klassiek Homeopathen (NVKH) 向荷蘭政府申請法律上的認可。

德國

德國政府於 1939 年開放並規範由非醫師所從事的 CAM 醫療行為。

比利時

最近比利時正立法使包括順勢療法等四種另類療法取得法律上的認可。

丹麥

丹麥議會在 2003 決議通過設立非醫師的 CAM 人員註冊規範。並於 2004 年 6 月開始實施

瑞典

瑞典政府已決定建立 CAM 人員的註冊，在 2004 年給予 3 百萬瑞典克朗(超過€300000)，2005 與 2006 給予 2 佰萬瑞典克朗作為建立 CAM 人員登記之用。

英國

在 2000 年英國上議院建議在針灸與藥草療法(herbal medicine)人員取得法律上的認可之後，順勢療法也應獲得法律上的認可。而英國 University of Westminster 與 University of Central Lancashire 在大學課程中有順勢療法的實習課程。


各國管理另類療法之機制整理與比較


國家	管理制度	優	缺
中國	傳統與輔助及另類療法整合型管理 1949 年該國憲法中包含傳統醫學政策，設有國家中醫藥管理局，並有傳統醫學中心，因此在 WHO 中，並列為整合管理。法律承認傳統醫學的地位，有傳統醫學高等教育、專門的傳統	由中央統一制法、設局、教學、醫療等全面管理，有助於統傳醫學的發展。	


	醫學管理部門、有明確的傳統醫藥產業和法規，健康保險包括傳統醫學的治療和藥品，並有專門的傳統醫學醫院、研究所及大學		
美國	<p>聯邦、州、民間組織—分散型管理</p> <p>1. 聯邦級單位負責：</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 白宮輔助與替代醫學醫政委員會（White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy），負責補充替代醫學的政策方針，提供立法和行政管理上的建議和提案； ➢ NIH 下成立國立輔助及替代醫療中心（NCCAM）進行另類療法科學研究； ➢ 食品醫藥管理處（Food and Drug Administration）負責另類療法藥品（上市前）或健康食品（上市後）安全性主要由該機構所執掌。 ➢ 另類療法執業者的相關規定，制度包含建立教育體系、證照制度、實施專業訓練及保險支付制度等方式； <p>2. 州、民間組織級層面負責：</p> <p>主要由各個民間組織認證制度進行考核與評估另類療法執業者之能力，執業執照則依據各州州政府之規定取得。</p>	美國各州民情不同，採分散型管理輔助及另類療法，由聯邦制定另類療法政策及相關研究與管理辦法有其原則性指引。再由各州或民間組織視民情文化決定管理辦法，對幅員遼闊的國家而言有其長處。	另類療法種類繁多，交由各州自訂之管理辦法均不同，可能良莠不齊。
英國	<p>Department of Health 集中型管理</p> <p>1982 年，Department of Health 成立英國輔助醫療研究委員會（The British Research Council of Complementary Medicines）負責促進 CAM 使用效益。</p> <p>目前設有輔助及另類醫療健康醫學中心提供 CAM 的服務，允許不具醫師資格者執行輔助及另類療法，但是只有服務於公立醫療照護機構（National Health Service Hospitals）的醫師，才可申請給付 NHS（National Health Service）所規定的服務項目（含輔助及另類療法），一般而言，社會保險並不給付另類療法治療，除另外部份 homeopathy, osteopathy, herbalism, acupuncture, and naturopathy 例外。</p>	由統一單位下制定管理制度，包含管理教育、研究調查、保險等，對於另類療法的合法途徑取得較有成效。	另類療法種類繁多，若要取得合法途徑勢必需調整其中央標準的依據，如實證證據等，此與眾多另類療法的長調有衝突，可能造成部份另類療法因而地下化；另一方面，中央對於民情的瞭解途徑單一化，對於另類療法的發展有其限制。
德國	德國聯邦政府研究與科技部門（Federal German	由中間與學術合作	除研發、證照核發


	Ministry of Research and Technology) 自 1992 年起，與 University of Witten/Herdecke 共同合作關於 CAM 之研究。管理另類療法的制度採領有醫師執照 (licensed medical practitioners) 者均可執行輔助及另類療法，在其醫學院校設有輔助及另類療法的相關課程。	的模式是一個值得參考的辦法。	之外，其他對於另類療法的管理制度尚不完整。
法國	僅允許取得另類療法資格 (doctors with a particular type of practice, MEP) 之醫師執行，其他均不允許。坊間仍有不少未具執照的另類療法執行者及對抗療法醫師佐以使用另類療法，因此該國考量放鬆職業標準。	以證照制度管理另類療法之職業，有其合法性的管理。	標準的制定與該國國民情尚有一段差距，反而有許多地下化的另類療法，管理不易。
日本	僅具醫師資格能執行醫療兼漢醫 (Kampo medicine)，採證照制度、每五年需更新；藥劑法規定有資格的藥師能提供傳統醫療 (TM) 的服務，未具醫師資格而從事按摩、指壓或針灸業務者，必須參加相關的國家考試，取得厚生省 (the Minister of Health and Welfare) 發給的執照，應考資格必須在厚生省認可的訓練機構或文部省 (the Minister of Education, Science and Culture) 認可之學校修習三年以上的課程	該國國情與本國民情相似，其對於另類療法的教育與職業的辦法可以參考。採教育及國家考試的辦法，對於另類療法的維護與執行有其可行性。	對於另類療法的管理與研發、保險給付尚未見相關規定。
<p>1. 由以上各國的情況，對照國內發展輔助及另類療法的機制，因為國內已設有中醫藥管理委員會，或是中醫與輔助及另類療法整合管理，或許是一個可以考慮的方向。國內正在討論對於中醫藥管理委員會的組織改造，是否可以建議納入輔助及另類療法管理架構。</p> <p>2. 另一方面，若由中央單位輔導，結合民間組織資源協助辦理專業認證，能有效結合現有資源，但此方面仍需進一步研究此可行性。</p> <p>3. 先行發展輔助及另類療法民眾指引及專家指引，將試行結果作為是否將輔助及另類療法與中醫藥合併管理之參考。</p>			

現今民眾服用或者外用物品之管理，已有藥事法，健康食品管理法，食品管理法，及醫療器材管理法等保障，下面列出管理規範之標識內涵，以作為民眾分辨合法產品之依據。以上國際相關資料收集與聯絡訊息請見聯合國傳統醫學與負責人聯絡平台(附錄 9)

分類	法源	定義	標示的規定	許可證字號標示 (民眾可藉由藥品許可證字號辨識藥品種類)	查詢系統	相關標章
醫藥類	藥事法	<p>第 6 條：藥品，係指左列各款之一之原料藥及製劑：</p> <p>一、載於中華藥典或經中央衛生主管機關認定之其他各國藥典、公定之國家處方集，或各該補充典籍之藥品。</p> <p>二、未載於前款，但使用於診斷、治療、減輕或預防人類疾病之藥品。</p> <p>三、其他足以影響人類身體結構及生理機能之藥品。</p> <p>四、用以配製前三款所列之藥品。</p>	<p>第 75 條：</p> <p>藥物之標籤、仿單或包裝，應依核准，分別刊載左列事項：</p> <p>一、廠商名稱及地址。</p> <p>二、品名及許可證字號。</p> <p>三、批號。</p> <p>四、製造日期及有效期間或保存期限。</p> <p>五、主要成分含量、用量及用法。</p> <p>六、主治效能、性能或適應症。</p> <p>七、副作用、禁忌及其他注意事項。</p> <p>八、其他依規定應刊載事項。</p> <p>前項第四款經中央衛生主管機關明令公告免予刊載者，不在此限。</p>	<p>1) 衛生署核准製造的成藥：「衛署成製字第○○○○○號」及「內衛成製字第○○○○○號」</p> <p>2) 衛生署核准輸入的成藥：「衛署成輸字第○○○○○號」及「內衛成輸字第○○○○○號」</p> <p>3) 衛生署核准於國內製造的藥品：「衛署藥製字第○○○○○號」及「內衛藥製字第○○○○○號」</p> <p>4) 衛生署核准由國外輸入的藥品：「衛署藥輸字第○○○○○號」及「內衛藥輸字第○○○○○號」</p>	<p>1、藥物辨識資料查詢 (http://203.65.100.151/DO81E0.asp)</p> <p>2、西藥、醫療器材、含藥化妝品許可證查詢 (http://203.65.100.151/DO8180.asp)</p> <p>3、衛生署諮詢及檢舉專線 0800625748</p>	<p>G M P</p>  <p>【推動認證】</p>

健康食品類	健康食品管理法		<p>第2條：健康食品，指具有保健功效，並標示或廣告其具該功效之食品。</p> <p>第13條： 健康食品應以中文及通用符號顯著標示下列事項於容器、包裝或說明書上： 一、品名。 二、內容物名稱及其重量或容量；其為兩種以上混合物時，應分別標明。 三、食品添加物之名稱。 四、有效日期、保存方法及條件。 五、廠商名稱、地址。輸入者應註明國內負責廠商名稱、地址。 六、核准之功效。 七、許可證字號、「健康食品」字樣及標準圖樣。</p>	<p>○○○○○○號」</p> <p>5) 衛生署核准由中國大陸輸入的藥品：「衛生藥陸輸字第○○○○○○號」</p> <p>註：由於衛生署組織沿革變遷之故，早年核准之許可證號為「內衛」開頭。</p>	
健康食品類	健康食品管理法		<p>衛生健食字第○○○○○○號</p>	<p>1、行政院衛生署消費者資訊網 (http://consumer.doh.gov.tw/fdaciv/pages/queiy_list_cm_14.jsp)</p> <p>2、衛生署諮詢及檢舉專線 0800625748</p>	

食品類	食品衛生管理法	<p>八、攝取量、食用時應注意事項及其他必要之警語。</p> <p>九、營養成分及含量。</p> <p>一〇、其他經中央主管機關公告指定之標示事項。</p> <p>第九款之標示方式和內容，由中央主管機關定之。</p> <p>第 17 條： 有容器或包裝之食品、食品添加物，應以中文及通用符號顯著標示下列事項於容器或包裝之上： 一、品名。 二、內容物名稱及重量、容量或數量；其為二種以上混合物時，應分別標明。 三、食品添加物名稱。 四、廠商名稱、電話號碼及地址。 輸入者，應註明國內負責廠商名稱、電話號碼及地址。 五、有效日期。經中央主管機關公告指定須標示製造日期、保存期限或保存條件者，應一併標示之。</p>		<p>台灣食品良好作業規範發展協會網站 (http://www.gmp.org.tw/search.asp)</p> <p>方法： <ul style="list-style-type: none"> ➤ 直接輸入廠商名稱 ➤ 直接輸入產品名稱 ➤ 按照廠商類別 </p>	 <p>【推動認證】</p>
-----	---------	--	--	---	---

			<p>六、其他經中央主管機關公告指定之標示事項。</p> <p>經中央主管機關公告指定之食品，應以中文及通用符號顯著標示營養成分及含量；其標示方式及內容之標準，由中央主管機關定之。</p>		
<p>1. 藥事法</p> <p>2. 醫療器材管理辦法</p>	<p>藥事法第13條：醫療器材，係包括診斷、治療、減輕或直接預防人類疾病，或足以影響人類身體結構及機能之儀器、器械、用具及其附件、配件、零件。</p>	<p>藥事法第75條：</p> <p>藥物之標籤、仿單或包裝，應依核准，分別刊載左列事項：</p> <p>一、廠商名稱及地址。</p> <p>二、品名及許可證字號。</p> <p>三、批號。</p> <p>四、製造日期及有效期間或保存期限。</p> <p>五、主要成分含量、用量及用法。</p> <p>六、主治效能、性能或適應症。</p> <p>七、副作用、禁忌及其他注意事項。</p> <p>八、其他依規定應刊載事項。</p>	<p>衛生署核准製造：「衛署醫器製字第○○○○○○號」</p> <p>衛生署核准輸入：「衛署醫器輸字第○○○○○○號」</p> <p>衛生署核准由中國大陸輸入：「衛署醫器陸輸字第○○○○○○號」</p>	<p>1、西藥、醫療器材、含化妝品許可證查詢 (http://203.65.100.151/DO8180.asp)</p> <p>2、衛生署諮詢及檢舉專線 0800625748</p>	

依據以上資訊，完成之民眾使用輔助及另類療法指引手冊(附件)，經由使用民眾，醫療專家，公共衛生護士，藥師，藥商，產官學界專家之焦點座談或者個別提供修正意見。

結論與建議

結論：各國對於輔助及另類療法之內涵因其社會文化差異而有顯著不同，因此管理機制與法令也會因地制宜，WHO 持續提供整理分析及建議，全球化之風潮下，台灣本土之管理系統也須符合社會脈絡，本研究之特色在於以民眾經驗為主軸，並發展指引手冊為優先，以安全使用為民眾健康把關。

建議：

- a. 鼓勵並協助健康食品生產之生技公司，進行產品安全性及有效性之研究，並組成相關健康食品協會等組織。
- b. 鼓勵並協助健康食品協會或養生食品協會等組織，發展安全管理標準與規範，以及從業人員之培訓與認證制度。
- c. 建議衛生署初步先與民間另類療法組織合作，例如選擇推拿整脊協會等，由民間組織設定自我管理之標準與規範，篩選符合該標準的另類療法供應者，俟更多團體之標準與規範皆成形後，再由國家認證制度授與其執業合法權源。

九十七年度計畫執行成果報告表

計畫名稱	台灣社會另類療法風險管理之專家系統初探		
計畫編號	DOH97-TD-M-113-003-(3/3)	填寫日期	2/10
執行機構	中國醫藥大學	計畫主持人	盧華艷
計畫期程	<input type="checkbox"/> 一年期計畫； <input checked="" type="checkbox"/> 多年期計畫，共 3 年，本年度為第 3 年		
原計畫書擬達成目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 了解平面媒體與大眾保健讀物有關退化性關節炎與老化相關之另類療法之論述，特別是有關身體、老化、退化性關節炎、發言者之專業背景、另類療法建議之比率及種類。 2. 了解 55 歲以上中老年退化性關節炎者選擇使用另類療法之型態、影響因素，並分析使用者如何建構另類療法之效能與風險。 3. 分析比對另類療法三種管理機制可行性之優缺點，即(a)認證制度(verification or assessment system)、(b) 另類療法專家導引系統 AMES (Alternative Medicine Expert System)與(c)放任管理(laissez-faire)。 4. 比較國內外另類療法發展環境差異，深度回顧(review)與實地訪查 歐美先進國家發展實例。 5. 發展一適於台灣的另類療法專家導引系統(AMES)雛型，進行初步的測試其效能。 		
已達成目標及其他成果	<ol style="list-style-type: none"> 1. 平面媒體及大眾讀物對於另類療法之發言者包括醫師、營養師、藥師、藥商、學者及研究者等選出各 2-3 人成為指引手冊的焦點團體及提供修正意見者 2. 台北,桃園,宜蘭,台中,台南,高雄等地問卷調查共 272 份，另類療法使用以外敷如藥布及雪蓮膏及外力如按摩,推拿為主,健康食品如維骨力也非常廣泛使用 3. 比較及分析各國包括歐盟,美國及世界衛生組織等另類療法管理制度，共分四種型態包括 Monopolistics, Tolerant, Integrated, and Inclusive,台灣目前為 Tolerant 4. 已發展完成指引手冊，並於台中,彰化,宜蘭等地請使用者測試並提供修正意見。 		

九十七年度計畫重要研究成果及對本署之具體建議

(本資料須另附乙份於成果報告中)

計畫名稱：台灣社會另類療法風險管理之專家系統

主持人：盧莖艷 計畫編號：DOH97-TD-M-113-95001

1. 本計畫之新發現或新發明

- a. 退化性關節炎在台灣社會脈絡之轉化及預防論述之生成。
- b. 「維骨力」等葡萄糖胺產品如何於台灣社會成為家喻戶曉之產品。

2. 本計畫對民眾具教育宣導之成果

- a. 完成「民眾使用輔助及另類療法指引手冊」一份及安心使用另類療法自我檢測表。
- b. 各種輔助及另類療法之效果及注意事項圖表
- c. 輔助及另類療法管理諮詢機構之完整資訊。
- d. 藥事法、健康食品管理法、食品衛生管理法、醫療器材管理辦法等相關標示及許可規範表

3. 本計畫對醫藥衛生政策之具體建議

- a. 鼓勵並協助健康食品生產之生技公司，進行產品安全性及有效性之研究，並組成相關健康食品協會等組織。
- b. 鼓勵並協助健康食品協會或養生食品協會等組織，發展安全管理標準與規範，以及從業人員之培訓與認證制度。
- c. 建議衛生署初步先與民間另類療法組織合作，例如選擇推拿整脊協會等，由民間組織設定自我管理之標準與規範，篩選符合該標準的另類療法供應者，俟更多團體之標準與規範皆成形後，再由國家認證制度授與其執業合法權源。

參考文獻（正文引用文獻）

1. Merton R, Fiske M, Kendall PL. *The focused interview: a manual of problems and procedures*. New York: Free Press; London: Collier Macmillan, c1990.
2. 胡幼慧編 質性研究. 巨流:台北, 1996:223-237.
3. Willkinson S. How useful are focus groups in feminist research? In: Barbour RS, Kitzinger J eds. *Developing focus group research: politics, theory, and practice*. London; Thousand Oaks: SAGE Publications, 1999.
4. Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA et al Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Annals of Internal Medicine* 2000;133(8), 635-646.
5. Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA et al Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Annals of Internal Medicine* 2000;133(9), 726-737.
6. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guideline. *Arthritis Rheumatology* 2000;43(9), 1905-15.
7. Griffin MR, Piper JM, Daugherty JR et al Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and increased risk for peptic ulcer disease in elderly persons. *Annals of Internal Medicine* 1991;114(4): 257-63.
8. Chen PC, Chen CK, Chen JL et al The Improvement of Pain Symptoms and Activities of Daily Living in People with Knee Osteoarthritis After Intra-articular Hyaluronic Acid Injection. *Tw J Phys Med Rehabil* 2004;32(3):111-116.
9. 黃育文 關節炎止痛藥與其安全性. *藥物食品簡訊* 2006;301:3-10。

10. Griffin MR, Piper JM, Daugherty JR et al Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and increased risk for peptic ulcer disease in elderly persons. *Annals of Internal Medicine* 1991; 114(4):257-63
11. 陳昭姿 Glucosamine：爭議中與探討中的骨關節炎用藥。當代醫學 2003;30(10)49-52。
12. 丁志音 誰使用了非西醫的補充與另類療法?社會人口的無區隔性與健康需求的作用.臺灣公共衛生雜誌 2003;22:155-66.
13. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Available from <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>
14. Felson DT, Zhang Y. An update of the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis Rheumatism* 1998;41(8):1343-1355.
15. 辛隆士,邱泰源,胡文郁等 癌末病人之另類治療行為. 中華民國家庭醫學雜誌 1996;6:127-37.
16. Bodeker G, Burford G eds. *Traditional, complementary and alternative medicine: policy and public health perspectives*. London: Imperial College Press, 2007.
17. Astin, JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA* 1998;279:1548-53.
18. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL. et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998;280:1569-75.
19. Royal Pharmaceutical Society of Great British. *Report on Complementary*

- and Alternative Medicine: Responses to the House, Science and Technology Committee Sub-Committee III.* Available from <http://www.rpsgb.org/pdfs/scireportcompmed.pdf>
20. World Health Organization. *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva, World Health Organization, 2002
 21. World Health Organization. WHO Fact Sheet. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>
 22. WHO/IUCN/WWF. *Guidelines for the Conservation of Medicinal Plants*. Gland, Switzerland, International Union for the Conservation of Nature, 1993. <http://www.wwf.org.uk/filelibrary/pdf/guidesonmedplants.pdf>
 23. World Health Organization. *WHO Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*. Geneva, World Health Organization, 2004.
 24. Department of Health, U.K. *Complementary Medicine: Information Pack for Primary Care Groups*. London: Department of Health, UK, 2000.
 25. Department of Health U. K. *Complementary medicine: information for primary care clinicians*. London: Department of Health, UK, 2000.
 26. National Center for Complementary and Alternative Medicine. About NCCA: Mission and History. Available from <http://www.nih.gov/about/almanac/organization/NCCAM.htm>
 27. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Health Information: Be an Informed Consumer*. Available from <http://nccam.nih.gov/health/>
 28. White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy. *White House Commission on Complementary and Alternative*

Medicine Policy (U.S.). Washington, DC: U.S. Dept. of Health and Human Services, 2002:35-46.

29. Council for Homeopathic Certification. Certification vs. Licensure. Available from <http://www.homeopathicdirectory.com/vslicensing.php>
30. Acupuncture.com. State Certification Requirements. Available from <http://www.acupuncture.com/statelaws/statelaw.htm#28>
31. Borneman P, Field I. Regulation of homeopathic drug products. *American Society of Health-System Pharmacist* 2006;63: 86-91.
32. Herbal Medicine Regulation Working Group. *Key Recommendations on the Regulation of Herbal Practitioners in the UK*. London: The Prince of Wales's Foundation for Integrated Health, 2003.
33. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA). Using herbal medicines: Advice to consumers. Available from http://www.mhra.gov.uk/home/idcplg?IdcService=SS_GET_PAGE&useSecondary=true&ssDocName=CON019609
34. Food and Drug Administration (FDA). Tips for Older Dietary Supplement Users. Available from <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/ds-savv2.html>
35. Food and Drug Administration (FDA). Tips For The Savvy Supplement User: Making Informed Decisions And Evaluating Information. Available from <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/ds-savvy.html>
36. National Center for Homeopathy. Finding and Choosing a Qualified Homeopath. Available from http://nationalcenterforhomeopathy.org/resources/find_homeopath.jsp
37. Irwin A, Wynne B. Introduction. In: Irwin A, Wynne B eds. *Misunderstanding Science?: The Public Reconstruction of Science and*

Technology. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1996:1-18.

參考文獻 (本研究參考文獻)

- Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA* 1998;279:1548-53.
- Baber RJ, Templeman C, Morton T. et al. Randomized placebo-controlled trial of an isoflavone supplement and menopausal symptoms in women. *Climacteric: The Journal of the International Menopause Society* 1999; 2:85-92.
- Bland J. Alternative therapies: a moving target. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2005;11:20-2.
- Caspi O, Sechrest L, Pitluk HC et al. On the definition of complementary, alternative, and integrative medicine: social mega-stereotypes vs. the patients' perspectives. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2003;9:58-62.
- Douglas M. *Risk acceptability according to the social sciences*. New York: Russell Sage Foundation, 1985.
- Eisenberg DM. The institute of medicine report on complementary and alternative medicine in the United States: personal reflections on its content and implications. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2005;11:10-5.
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL. et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998;280:1569-75.
- Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C et al. Unconventional medicine in the

- United States: prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med* 1993;328:246-52.
- Gordon JS. The white house commission on complementary and alternative medicine policy and the future of healthcare. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2004;10:20-3.
- Hanssen B, Grimsgaard S, Launso L et al. Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2005;23:57-62.
- Hawley D. Pain, disability, and pain/disability relationships in severe rheumatic disorders: a study of 1522 patients. *J Rheumatol* 1991;18: 1552-1557.
- Hofgard MW, Zipin ML. Complementary and alternative medicine: a business opportunity? *Medical Group Management Journal* 1999;46:16-24.
- Horrigan B. The Arizona consortium of complementary healing organizations: the work and rewards of collaboration. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2003;9:92-3.
- Horrigan B, Block B, Edelblute J. ABC codes approved for testing. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2003;9:28-34.
- Horrigan B, Tourneau ML. New law expands access to natural medicine in California. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2003;9:20-6.
- Irwin A, Wynne B. *Misunderstanding science? : the public reconstruction of science and technology*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 1996.
- Jacobs JJ. Building bridges between two worlds: the NIH's Office of alternative medicine. *AM. Med.* 1995;70:40-1.
- Jezewski MA, Poss J. Mexican Americans' explanatory model of type 2 diabetes.

- Western Journal of Nursing Research* 2002;24: 858-67.
- Kang HJ, Ansbacher R, Hammoud MM. Use of alternative and complementary medicine in menopause. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the international federation of gynaecology and obstetrics* 2002;79:195-207.
- Kitchin R, Tate NJ. *Conducting research in an human geography: theory, methodology, and practice*, Harlow: New York : Prentice Hall, 2000.
- Kaufert P, Boggs P, Ettinger B et al. Women and menopause: beliefs, attitudes and behaviors. The North American Menopause Society 1997 Survey. *Menopause* 1997;5:197-202.
- Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press, 1980.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine* 1978;88:251-8.
- Lock M, Nichter M. Introduction: from documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies, and practices. *New horizons in medical anthropology: essays in honour of Charles Leslie*. London; New York: Routledge, 2002:1-34.
- Liu J, MacLehose, HG. Cochrane for CAM providers: evidence for action. *Alternative therapies in health and medicine* 2004;10:78-81.
- Lu ZY. Self-care activities of Chinese women. Master thesis, University of Arizona., Tucson, AZ, 1984.
- MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *The Lancet* 1996;347:569-73.

- Merton R, Fiske M, Kendall PL. *The focused interview: a manual of problems and procedures*. New York: Free Press; London: Collier Macmillan, c1990.
- Millar WJ. Use of alternative health care practitioners by Canadians. *Canadian journal of public health. Revue Canadienne De sante publique* 1997;88:154-8.
- Murkies AL, Lombard C, Strauss BJ et al Dietary flour supplementation decreases post-menopausal hot flushes: effect of soy and wheat. *Maturitas* 1995;21:189-95.
- Niggemann B, Griiber C. Side-effects of complementary and alternative medicine. *Allergy* 2003;58:707-16.
- Ting W, Scrivani S, Korkein E et al. Survey on the use of complementary and alternative medicine among patients with headache syndromes. *Cephalalgia* 2002;22:395-400.
- Rasmussen NK, Morgall JM. The use of alternative treatments in the Danish adult population. *Complementary Med Res* 1990;4:16-22.
- Ritenbaugh C, Verhoef M, Fleishman S et al Whole systems research: a discipline for studying complementary and alternative medicine. *Alternative therapies in health and medicine* 2003;9:32-6.
- Scambler G, Higgs P. *Modernity, medicine, and health: medical sociology towards 2000*. New York: Routledge, 1998.
- Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage: California, 1998.
- Tindle HA, Davis RB, Phillips RS et al. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Alternative therapies in health and medicine* 2005;11:42-9.

- Vaskilampi T, Merilainen P, Sinkkonen S. The use of alternative treatments in the Finnish adult population. In: Barbour RS, Kitzinger J eds. *Clinical research methodology for complementary therapies*. London: Hodder & Stoughton 1993:204-9.
- Wiklund IK, Mattsson LA, Lindgren R et al. Effects of a standardized ginseng extract on quality of life and physiological parameters in symptomatic postmenopausal women: a double-blind, placebo-controlled trial. *International journal of clinical pharmacology research* 1999;19:89-99.
- Willkinson S. How useful are focus groups in feminist research. In: *Developing focus group research: politics, theory, and practice*. London; Thousand Oaks: SAGE Publications, 1999.
- Yeh CH, Tsai JL, Li W et al. Use of alternative therapy among pediatric oncology patients in Taiwan. *Pediatric Hematology and Oncology* 2000;17:55-65.
- 丁志音 誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口的無區隔性與健康需求的作用。 *臺灣公共衛生雜誌* 2003;22:155-66.
- 胡幼慧 質性研究。 *巨流*:台北, 1996:223-237.
- 胡幼慧 另類療法的社會空間。 *醫望* 1997;20:90-94.
- 徐美苓,胡紹苓 醫療保健新聞報導的科學 Vs.非科學建構。 *政治大學學報* 1998;343-385。
- 陳恆德 如何評估另類療法之臨床療效。 *中兒雜誌* 1998;39(A):23-4.
- 謝炎堯 癌症的非正統療法(上)。 *癌症關懷季刊* 1998;1:4-7.

謝炎堯 癌症的非正統療法(下). 癌症關懷季刊 1999;1:8-10.

孫懿英, 高碧霞, 趙詩瑾. 癌症病童家長為其子女尋求另類療法之調查. 護理雜誌 2005;52:29-38.

盧華艷, 陳海焦, 阮月清 荷爾蒙補充療法的風險論述. 護理雜誌 2006; 53(1):59-63.

一、受訪者基本資料

表 1、基本資料(N=272)

類別	數目(N)	平均值(Mean)	標準差(SD)	百分比(%)
地區 *				
縣市	171			63.1
鄉鎮	100			36.9
性別				
男性	71			26.1
女性	201			73.9
年齡	269	69.51	10.58	
<65 歲	77			28.62
65 ~ 75 歲	102			37.92
>=75 歲	90			33.46
女性是否停經	159	50.79	7.02	
否	10			5.29
是	179			94.71
婚姻狀況				
其他	59			22.78
已婚/同居	200			77.22
居住狀況				
不與子女同住	78			29.21
與子女同住	189			70.79
教育程度				
無	86			31.73
國小	103			38.01
國中	27			9.96
高中、高職	37			13.65
專科、大學以上	18			6.64
宗教信仰				
無	53			20.31
佛教	98			37.55
道教	91			34.87
基督教、天主教或其他	19			7.28
家庭平均收入				
2 萬以下	78			32.1
2~4 萬	77			31.69
4 萬以上	88			36.21
職業				
非技術性工作	14			5.2
技術性工作	26			9.67
家管	98			36.43
無工作(含退休)	131			48.7

*楊梅鎮、員林鎮、芬園鄉、新屋鄉、龜山鄉、礁溪鄉、觀音鄉被歸到 "鄉鎮"

*其他不屬於以上所列之鄉鎮被歸到 "縣市"

二、使用者疾病史

表 2-1、使用者疾病史與尋求治療之分佈(N=201)

類別	數目(N)	百分比(%)	平均值(M)	標準差(SD)	最小值	最大值
疼痛部位(複選)						
腕關節	35	17.41				
膝關節	190	94.53				
左膝	29	15.68				
右膝	18	9.73				
雙膝	138	74.59				
疼痛時間(以年計)	201		7.25	7.70	0.08	46
關節最疼痛分數(0-10)	263		6.13	2.63	0	10
0-3	58	22.05				
4-7	102	38.78				
8-10	103	39.16				
接受手術	200	100				
有	37	18.5				
無	163	81.5				
使用藥物	201	100.00				
有	167	83.08				
口服止痛藥	101	60.47				
膝關節注射消炎藥	49	29.34				
其他藥物	17	10.17				
無	34	16.91				
最近三十天疼痛頻率	183	100				
有	142	77.59				
每天發生	63	38.65				
2-3 天一次	38	26.57				
4-5 天一次	21	14.68				
7 天一次	20	11.9				
無	41	22.4				

表 2-2、使用者認為引起關節疼痛的因素 (複選)(N=263)

類別	數目(N)	百分比(%)
老化	202	74.26
身體過度操勞	129	47.43
骨質疏鬆	93	34.19
外傷	57	20.96
體內鈣缺乏	45	16.54
停經	41	15.07
姿勢不好	34	12.5
肥胖	27	9.93
身體缺乏活動	24	8.82
飲食攝取	19	6.99
氣候環境	12	4.4
遺傳	8	2.94
疾病引起	7	2.56
婦女懷孕生產引起	5	1.83
其他	1	0.37

三、另類療法使用形態

保健食品

表 3-1、因關節疼痛選擇使用保健食品現況(N=250)

類別	數目(N)	百分比(%)
無	34	13.6
有	216	86.4

表 3-2、因關節疼痛選擇使用保健食品種類分佈(複選)(N=240)

類別	數目(N)	百分比(%)
維骨力	187	77.92
維他命(包含善存或銀寶)	112	46.67
鈣片	99	41.25
傳統中藥補品	66	27.38
高蛋白食品	28	11.67
深海魚油	24	10.00
雞精	24	10.00
魚肝油	19	7.92
銀杏	17	7.08
含膠質食品	13	5.44
蜂膠	11	4.58
卵磷脂	10	4.17
人參(包括洋蔘)	10	4.17
靈芝	9	3.77
生機飲食	6	2.51
特殊飲食	3	1.25
乳酸菌	3	1.26
花粉	2	0.83
其他	1	0.42

表 3-3 目前定時服用保健食品種類分佈(複選)(N=236)

類別	數目(N)	百分比(%)
維骨力	151	63.98
維他命(包含善存或銀寶)	95	40.08
鈣片	75	31.65
傳統中藥補品	31	13.08
高蛋白食品	19	8.02
深海魚油	12	5.06
魚肝油	10	4.22
銀杏	7	2.95
含膠質食品	6	2.53
雞精	4	1.69
生機飲食	4	1.69
特殊飲食	3	1.27
靈芝	3	1.27
其他	2	0.84
蜂膠	2	0.84
卵磷脂	2	0.84
人參(包括洋蔘)	2	0.84
乳酸菌	1	0.42
花粉	1	0.42

非保健食品

表 3-4、因關節疼痛選擇使用非保健食品現況(N=239)

類別	數目(N)	百分比(%)
無	30	12.55
有	209	87.45

表 3-5、因關節疼痛選擇使用非保健食品種類(複選)(N=243)

類別	數目(N)	百分比(%)
貼膏藥布、敷料	163	67.08
規律運動	123	50.62
塗抹軟膏	75	30.86
冷熱敷	67	27.57
針灸	60	24.69
推拿	60	24.69
氣功	28	11.52
其它	19	7.82
拔罐	18	7.41
穴位按摩	18	7.41
水療	16	6.58
含玻尿酸藥物	16	6.58
減重	14	5.76
刮痧	12	4.94
護膝	12	4.94
太極拳	11	4.53
磁性項鍊	5	2.06
整脊	4	1.65
禪坐	2	0.82

表 3-6、目前定時服用非保健食品種類(複選)(N=243)

類別	數目(N)	百分比(%)
規律運動	116	47.74
貼膏藥布、敷料	104	42.80
塗抹軟膏	41	16.87
冷熱敷	41	16.87
針灸	19	7.85
推拿	19	7.82
氣功	17	7.00
護膝	13	5.29
穴位按摩	12	4.94
含玻尿酸藥物	12	4.94
水療	11	4.53
減重	10	4.12
太極拳	10	4.12
其它	9	3.70
拔罐	2	0.82
磁性項鍊	2	0.82
刮痧	1	0.41
禪坐	1	0.41

四、使用目的

表 4-1、服用保健食品之目的(複選)(N=241)

類別	數目(N)	百分比(%)
強化骨質	168	69.71
改善身體酸痛不適	141	58.51
補充營養	67	27.80
增強體力	65	26.97
延緩老化	56	23.24
預防疾病	29	12.03
增進免疫力	24	9.96
改善睡眠	9	3.73
降低膽固醇	8	3.32
其他	6	2.49
養顏美容	3	1.24
保肝/排毒	2	0.83
穩定情緒	2	0.83
整腸健胃	2	0.83
增強記憶力	1	0.41
增強性功能	1	0.41
增強肺功能	1	0.41
好奇心	1	0.41

表 4-2、服用非保健食品之目的分佈(複選)(N=243)

類別	數目(N)	百分比(%)
可治酸痛	128	52.67
可活絡筋骨	96	39.51
治療方式溫和	65	26.75
個人喜好	58	23.87
促進局部血液循環	40	16.46
治療副作用少	34	13.99
療效快	28	11.57
能根本治療疾病	19	7.82
醫療人員能詳細解釋病情與健康諮詢	19	7.82
科學化	1	0.41

五、保健食品資訊來源與花費

表 5-1、保健食品資訊來源(複選)(N=242)

類別	數目(N)	百分比(%)
家人	107	44.21
西醫師	99	40.91
親友	80	33.05
自己的保健常識和經驗	52	21.49
電視及購物台廣告	45	18.60
中醫師	38	15.70
電台廣告	27	11.16
藥師	19	7.85
書報雜誌	14	5.79
護士	14	5.78
藥品廣告	10	4.13
藥物直銷說明會	8	3.31
健康食品專賣店	7	2.89
網路資源	3	1.24
生機飲食店	3	1.24
營養師	3	1.24
其他	2	0.83

表 5-2、保健食品購買地點(複選)(N=240)

類別	數目(N)	百分比(%)
藥房	117	48.75
西醫院與診所	73	30.42
國外帶回	40	16.39
中醫院與診所	28	11.67
大賣場	15	6.25
直銷說明會	7	2.92
電視廣告購物台	6	2.50
電台購物頻道	5	2.08
網路資源	1	0.42
其他	1	0.42

表 5-3、目前服用保健食品來源(複選)(N=238)

類別	數目(N)	百分比(%)
家人購買	126	52.94
自行購買	117	49.16
親戚、朋友購買	33	13.87
醫師開立	8	3.35
廠商或說明會試用品	6	2.52
其他	2	0.84

表 5-4、選購保健食品最關心事項(複選)(N=214)

類別	數目(N)	百分比(%)
效果	168	78.50
其他病人使用經驗	53	24.77
傷害	33	15.42
廠牌	22	10.28
價錢	20	9.35
廠商的解說	1	0.47

表 5-5、一年內，購買保健食品花費(N=230)

類別	數目(N)	百分比(%)
500 元以下	11	4.78
501-1000 元	11	4.78
1001-1500 元	27	11.74
1501-2000 元	25	10.87
2001-3000 元	25	10.87
3001-4000 元	38	16.52
4000 元以上	93	40.43

六、非保健食品資訊來源與花費

表 6-1、非保健食品資訊來源(複選)(N=245)

類別	數目(N)	百分比(%)
自己的保健常識和經驗	109	44.49
親友	67	27.35
家人	62	25.31
西醫師	53	21.63
中醫師	50	20.41
電視廣告及購物台	14	5.71
書報雜誌	12	4.90
護理師	11	4.49
電台廣告	7	2.86
遊覽車上介紹	7	2.86
藥師	5	2.04
藥品直銷說明會	3	1.22
藥品說明書	2	0.82
網路資源	1	0.41

表 6-2、選購非保健食品最關心事項(複選)(N=244)

類別	數目(N)	百分比(%)
效果	200	81.97
其他病人使用經驗	53	21.72
傷害	34	13.93
操作是否容易	29	11.89
價錢	22	9.02
廠牌	10	4.10
現代科技產品	1	0.41

七、對副作用之認識

保健食品

表 7-1、服用保健食品後之副作用(N=243)

類別	數目(N)	百分比(%)
無	227	93.42
有	16	6.58

表 7-2、使用前，對保健食品副作用之認識(N=224)

類別	數目(N)	百分比(%)
不清楚	118	52.68
不知道	68	30.36
知道	38	16.96

非保健食品

表 7-3、服用非保健食品後副作用之分佈(N=242)

類別	數目(N)	百分比(%)
無	205	84.71
有	37	15.29

表 7-4、使用前，對非保健食品副作用之認識(N=234)

類別	數目(N)	百分比(%)
不知道	108	46.15
不清楚	75	32.05
知道	51	21.79

八、保健食品使用效能評估

表 8-1、自認對改善關節疼痛最有幫助的保健食品種類?(N=217)

類別	數目(N)	百分比(%)	總計(Total)	百分比(%)
維骨力	146	67.28	146	67.28
維他命	20	9.22	166	76.50
鈣片	17	7.83	183	84.33
其他	13	5.99	196	90.32
提高免疫力食品	9	4.15	205	94.51
高蛋白食品	5	2.30	210	96.81
魚肝油	2	0.92	212	97.73
補充膠原蛋白食品	2	0.92	214	98.65
預防骨質疏鬆食品	2	0.92	216	99.57
深海魚油	1	0.46	217	100.00

表 8-2、自認對改善關節疼痛最有幫助的保健食品使用時間?(N=217)

變項	數目(N)	平均值(M)	標準差(SD)	最小值	最大值
使用時間(以年計)	217	2.74	3.11	0.00	22

表 8-3、自認對最有幫助的保健食品改善關節疼痛情形?(1-4 分量表)(N=231)

變項	數目(N)	平均值(M)	標準差(SD)	最小值	最大值
改善疼痛情形(1-4分)	231	2.84	0.62	2.00	4.00

表 8-4、自認對最有幫助的保健食品改善關節疼痛程度分佈(N=231)

變項	數目(N)	百分比(%)
更壞(1分)	0	0.00
沒改變(2分)	65	28.14
有點幫助(3分)	137	59.31
相當有幫助(4分)	29	12.55

九、非保健食品使用效能評估

表 9-1、自認對改善關節疼痛最有幫助的非保健食品種類?(N=229)

類別	數目(N)	百分比(%)
規律運動	64	27.95
貼膏藥布、敷料	59	25.76
針灸	16	6.99
冷熱敷	16	6.99
塗抹軟膏	13	5.68
穴位按摩	9	3.93
含玻尿酸藥物	9	3.93
其它	9	3.93
推拿	8	3.49
護膝	6	2.62
氣功	5	2.18
水療	5	2.18
太極拳	4	1.75
無	3	1.31
減重	3	1.31

表 9-2、自認對改善關節疼痛最有幫助的非保健食品使用時間?(N=203)

類別	數目(N)	平均值(M)	標準差(SD)	最小值	最大值
使用時間(以年計)	203	4.93	6.95	0	56.00

表 9-3、自認對最有幫助的非保健食品改善關節疼痛情形?(1-4 分量表)

類別	數目(N)	平均值(M)	標準差(SD)	最小值	最大值
關節疼痛改善量表 (1-4 分)	235	3.06	0.54	2	4.00

表 9-4、自認對最有幫助的非保健食品改善關節疼痛程度分佈(N=235)

類別	數目(N)	百分比(%)
變壞(1 分)	0	0.00
沒改變(2 分)	28	11.91
有點幫助(3 分)	166	70.64
很有幫助(4 分)	41	17.45

十、保健食品使用情形與效能評估

表 10-1 最有幫助保健食品及其效能--依性別分

類別	性別	數目(N)	使用時間(年)	改善情形		
			平均值±標準差 (M±SD)	沒改變 N(%)	有點幫助 N(%)	相當有幫助 N(%)
維骨力	男	36	2.93 ± 3.57	14(41.18)	17(50)	3(8.82)
	女	109	2.43 ± 2.5	30(27.52)	69(63.3)	10(9.17)
維他命	男	8	4.97 ± 6.98	2(25.00)	6(75)	0(.00)
	女	9	4.18 ± 2.84	3(25.00)	9(75)	0(.00)
鈣片	男	5	1.22 ± 0.73	1(20.00)	4(80)	0(.00)
	女	11	5.06 ± 4.41	3(25.00)	9(75)	0(.00)

表 10-2 最有幫助保健食品及其效能--依年齡層分

類別	年齡	數目(N)	使用時間	改善情形		
			平均值±標準差 (M±SD)	沒改變 N(%)	有點幫助 N(%)	相當有幫助 N(%)
維骨力	65歲以下	45	1.28 ± 1.28	15(34.88)	24(55.81)	4(9.3)
	≥65歲	97	3.02 ± 3.01	29(29.90)	59(60.82)	9(9.28)
維他命	65歲以下	4	2.81 ± 2.82	1(16.67)	5(83.33)	0(.00)
	≥65歲	13	5.08 ± 5.54	4(28.57)	10(71.43)	0(.00)
鈣片	65歲以下	4	1.4 ± 1.22	1(25.00)	3(75.00)	0(.00)
	≥65歲	12	4.68 ± 4.37	2(15.38)	11(84.62)	0(.00)

表 10-4 最有幫助保健食品及其效能--依使用時間分

類別	使用時間	數目(N)	使用時間	改善情形		
			平均值±標準差 (M±SD)	沒改變 N(%)	有點幫助 N(%)	相當有幫助 N(%)
維骨力	大於1年	103	3.47 ± 2.86	24(23.76)	67(66.34)	10(9.90)
	小於1年	42	0.32 ± 0.19	20(48.78)	18(43.90)	3(7.32)
維他命	大於1年	15	5.13 ± 5.1	4(26.67)	11(73.33)	0(.00)
	小於1年	2	0.17 ± 0.12	0(0.00)	2(100.00)	0(.00)
鈣片	大於1年	14	4.39 ± 4.07	3(21.43)	11(78.57)	0(.00)
	小於1年	2	0.12 ± 0.06	0(0.00)	2(100.00)	0(.00)

表 10-5 最有幫助保健食品改善情形

類別	沒改善		有改善		全部		P 值
	數目(N)	百分比(%)	數目(N)	百分比(%)	數目(N)	百分比(%)	
維骨力							
未服用	13	22.81	58	36.94	71	33.18	0.0522*
有服用	44	77.19	99	63.06	143	66.82	
維它命							
未服用	52	91.23	142	90.45	194	90.65	0.862
有服用	5	8.77	15	9.55	20	9.35	
鈣片							
未服用	54	94.74	143	91.08	197	92.06	0.5687
有服用	3	5.26	14	8.92	17	9.94	

*P≤0.05

十一、非保健食品使用情形與效能評估

表 11-1、最有幫助非保健食品及其效能--依性別分

類別	性別	數目(N)	使用時間	改善情形		
			平均值±標準差 (M±SD)	沒改變 N(%)	有點幫助 N(%)	相當有幫助 N(%)
規律運動	男	22	22 ± 7.55	3(12.5)	17(70.83)	4(16.67)
	女	43	43 ± 6.58	3(6.82)	31(70.45)	10(22.73)
貼膏藥	男	6	6 ± 2.18	1(14.29)	6(85.71)	0(0.00)
	女	44	44 ± 4.19	8(15.38)	40(76.92)	4(7.69)

表 11-2、最有幫助非保健食品及其效能--依年齡層分

類別	年齡	數目(N)	使用時間	改善情形		
			平均值±標準差 (M±SD)	沒改變 N(%)	有點幫助 N(%)	相當有幫助 N(%)
規律運動	65歲以下	13	4.17 ± 3.98	0(0.00)	11(73.33)	4(26.67)
	≥65歲	51	7.74 ± 6.95	6(11.54)	36(69.23)	10(19.23)
貼膏藥	65歲以下	10	3.31 ± 3.86	6(23.08)	37(69.23)	3(7.69)
	≥65歲	40	4.11 ± 6.01	9(13.04)	46(80.43)	4(6.52)

表 11-3、最有幫助非保健食品及其效能--依居住地區別分

類別	居住地區	數目(N)	使用時間	改善情形		
			平均值±標準差 (M±SD)	沒改變 N(%)	有點幫助 N(%)	相當有幫助 N(%)
規律運動	縣市	44	7.4 ± 7.51	4(8.51)	32(68.09)	11(23.4)
	鄉鎮	21	5.86 ± 4.02	2(9.52)	16(76.19)	3(14.29)
貼膏藥	縣市	26	4.57 ± 5.99	5(15.15)	25(75.76)	3(9.09)
	鄉鎮	24	3.28 ± 5.22	4(15.38)	21(80.77)	1(3.85)

表 11-4、最有幫助非保健食品及其效能--依使用時間分

類別	使用時間	數目(N)	使用時間	改善情形		
			平均值±標準差 (M±SD)	沒改變 N(%)	有點幫助 N(%)	相當有幫助 N(%)
規律運動	< 5 年	34	11.37 ± 6.31	2(5.88)	24(70.59)	8(23.53)
	>= 5 年	31	2.01 ± 1.32	4(12.9)	21(67.74)	6(19.35)
貼膏藥	< 5 年	12	11.54 ± 7.26	8(8.33)	29(75.00)	1(16.67)
	>= 5 年	38	1.55 ± 1.22	9(21.05)	38(76.32)	3(2.63)

表 11-5 最有幫助非保健食品改善情形

類別	沒改善		有改善		全部		P 值
	數目(N)	百分比(%)	數目(N)	百分比(%)	數目(N)	百分比(%)	
規律運動							
無	18	75	142	69.27	169	69.87	0.5626
有	6	25	63	30.73	69	30.13	
貼膏藥							
無	15	62.5	155	75.61	170	74.24	0.1647
有	9	37.5	50	24.39	59	25.76	

*P≤0.05

退化性關節炎中老年患者使用另類療法之經驗

焦點團體訪談同意書

親愛的長輩：

感謝您撥冗參加「退化性關節炎中老年患者使用另類療法之經驗」團體訪談活動。關於此次調查，您應該有很多的疑問，我們一一回答如下，希望能讓您明白活動的目的：

研究名稱——我受邀參加什麼研究呢？

這是由行政院衛生署委託中國醫藥大學執行的「台灣社會另類療法風險管理之專家系統制度初探」之研究，總負責人是盧華豔教授。

研究目的——這個研究是做什麼的呢？

隨著人口老化，有越來越多的人深受退化性關節炎之苦。面對關節疼痛，大部分病患先尋求西醫診治，不過治療效果並不顯著，許多人轉而尋求其他治療方式，例如草藥、健康食品、按摩、氣功等等，然而這些療法的效果與副作用並不明確，政府部門也缺乏相關管理辦法，因此，如何在西醫之外選擇其他有效、安全的療法已成為一般大眾最關心的問題。我們期待透過這個活動，請您分享自身處理疼痛的經驗，這些經驗將讓醫護人員更加理解退化性關節炎患者實際的需求與感受，未來也將成為政府制定管理政策的重要依據。

參加過程——我要做什麼呢？

您將參加由 8-10 人組成的團體訪談活動。您可以用輕鬆聊天的方式，與其他人討論退化性關節炎的病痛，並分享您過去處理疼痛的經驗與方法。訪談時間約一個小時，訪談地點將安排在您住家或鄰近的社區活動中心。您的經驗分享是相當寶貴的，因此我們會採用錄音的方式將所有重要資訊保留下來。

受訪者有什麼益處呢？——這個研究對我有何幫助呢？

您會發現，與同樣為關節炎所苦的人共同討論，可以交換彼此的疾病資訊與實際體驗，加強個人面對疾病的信心。此外您的經驗也在無形中幫助其他人，這些包括：

(一) 您提供的資料將讓醫護人員瞭解到，除了西醫治療之外，民眾還採用哪些治療方式。日後當醫護人員提供診療照護服務時，也必須考量其他療法對於病患本身的作用。

(二) 這些資料將幫助政府規劃更適合台灣國情的相關管理政策。

隱私權——誰會知道我說什麼呢？

訪談的錄音與筆記將絕對保密，不對外公開。資料經過整理、分析、歸納後，僅供學術研究之用，絕不公開個案姓名。您有權利查閱您的錄音資料，並決定是否進行全部或部分的刪除與修正。

參加與退出——如果我不想繼續，可不可以退出呢？

您的參與完全是自願的，在訪談的過程中，如果在情緒上有任何不舒服，隨時可以終止訪談。面對您不願回覆的問題，您可以選擇不回答。

問題與追蹤——我還想要知道更多關於本研究的消息，我要跟誰聯繫？

您可以致電給國立陽明大學 社區護理研究所 盧孳豔教授，電話是 02-28267226，地址：台北市北投區立農街二段 155 號。我們會回答您有關這項研究的所有問題。

我已經明白以上的訊息，我的問題也得到滿意的回答。

我 不同意 參加這項訪談。

同意 參加這項訪談，並得到一份同意書的副本。

姓名：_____

日期：民國 96 年 _____ 月 _____ 日

地址：_____

電話：_____

個案基本資料

編號：_____

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
年齡		出生年月日	民國 年 月 日
電話		職業	
出生地		居住地	
宗教信仰	<input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 一般信仰 <input type="checkbox"/> 無	教育	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 (五、二、三) <input type="checkbox"/> 大學
罹患退化性關節炎的年齡			
患退化性關節炎的部位	<input type="checkbox"/> 左膝 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 髖部 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 其他_____		
人工關節置換術	<input type="checkbox"/> 左膝 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 雙腳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他_____		
醫生處方之外的治療方式	<input type="checkbox"/> 曾經 <input type="checkbox"/> 現階段還在使用 _____		
備註			

【台灣社會另類療法風險管理之專家系統制度初探】

焦點團體訪談工作手冊
(中部地區)

計畫委託單位：行政院衛生署

計畫主辦單位：中國醫藥大學

中華民國九十六年

焦點團體訪談日程表

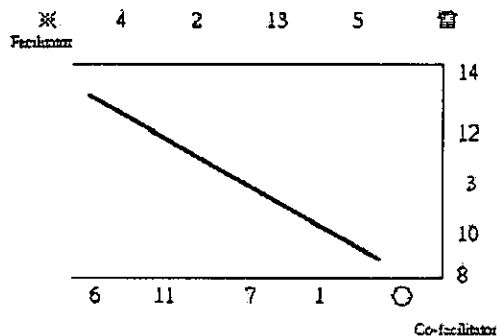
	7/14 (六)	7/15 (日)	7/16 (一)	7/17 (二)
	彰化地區			
	芬園鄉、田中里	維新莊溪尾寮	北區樂英里、西區昇平里	台中市區 中區大敦里
8:00~9:00	寶藏寺會議室	震維宮會議室	莒光新村社區	9:00~10:00 會場準備工作 武德宮活動中心二樓
9:00~11:00	團體訪談	團體訪談	團體訪談	10:00~12:00 團體訪談
11:00~12:00	反思討論會	反思討論會	反思討論會	12:00~13:00 反思討論會
12:00~13:30	午餐		12:00~13:15 午餐	13:00~14:30 午餐
	芬園鄉街上		莒光新村社區	
14:00~15:00	會場準備工作		13:15~14:00 會場準備工作	14:30~15:00 會場準備工作
	村民黃淑娥家	震維宮會議室	昇平里老人活動中心一樓	受訪者家中
15:00~17:00	團體訪談	個人訪談	14:00~16:00 團體訪談	15:00~16:30 個人訪談
17:00~18:30	「反思討論會」既「工作匯報」		16:30~18:00 「反思討論會」既「工作匯報」	16:30~18:00 「反思討論會」既「總檢討會議」
18:30~	晚餐		18:00~ 晚餐	
	金惠家	金惠家	青青小館	活動聚餐

會場準備工作

一、佈置訪談地點

- 選擇一個不受到外界干擾的地方作為訪談地點。場地必須淨空，椅子圍成一圈，中間不要擺放任何桌子或物品。Facilitator 與 Co-Facilitator 坐在團體訪談成員當中，二者就坐位置必須成對角線，方便 Facilitator 與 Co-Facilitator 看到對方的表情與動作，以相互配合引導團體討論進行（參見圖一）：

圖 2



- 設置簽到處：在入口處設置簽到處，引導受訪者進入會場。

二、工作人員討論時間

進行團體焦點訪談前，所有研究人員需針對當次訪談所要討論的主題與內涵，進行 10-15 分鐘的討論，以達成共識。

焦點訪談團體

一、角色分配

- Facilitator (促進者)：是引導受訪者分享經驗、讓整個團體參與討論的領導者 (leader)。Facilitator 要營造團體分享的氣氛，隨時注意受訪者的表現，適時引導較少發言的受訪者分享其經驗。訪談前，Facilitator 需充分理解訪談指引，掌握訪談的方向與主題，然而對受訪者分享的經驗不做價值判斷，或糾正與批評。

- Co-Facilitator：在團體訪談中，與 Facilitator 具有互補的功能，必須留意團體訪談的動向，協助 Facilitator 營造團體討論的氣氛。每次進行團體訪談前，Co-Facilitator 與 Facilitator 需針對當次訪談所要討論的主題與內涵，進行 10-15 分鐘的討論，以達成共識。
- Observer：觀察整個團體的運作過程。繪製團體訪談位置圖，紀錄受訪者談話順序。「團體訪談位置圖」與「發言順序」，請參考附錄二 林雪貴「婦女更年期成長團體」範本。
- 角色分配

	7/14(六)上午	7/14(六)下午	7/15(日)上午	7/16(一)上午	7/16(一)下午	7/17(二)上午
	寶藏寺	田中里	溪尾寮	榮英里	昇平里	大墩里
Facilitator	盧老師	黃宛瑜	黃宛瑜	許金惠	許金惠	盧老師
Co-Facilitator	黃宛瑜	盧老師	許金惠	盧老師	陳老師	歐美
Observer	陳老師	許金惠	歐美	黃春霖	黃宛瑜	陳老師
	許金惠	歐美	黃春霖	陳老師	歐美	黃春霖
	歐美	陳老師	盧老師	歐美	黃春霖	許金惠
	黃春霖	黃春霖	陳老師	黃宛瑜	盧老師	黃宛瑜

二、受訪者填寫個人資料與同意書

- 歐美負責簽到處：讓受訪者簽到，發給同意書、個人資料表、筆與杯水，引導受訪者由某位工作人員協助填寫資料。填寫完畢，工作人員引導受訪者就坐。
- 黃宛瑜、許金惠、黃春霖、歐美四位工作人員協助受訪者填寫個人資料與同意書

三、焦點團體訪談開始

- 訪談指引：請參考附錄一。

四、訪談結束

- 工作人員引導受訪者到簽到處，領取小禮物，並發給訪談說明書與同意書影本。

反思討論會

反思討論會緊接在團體訪談結束後舉行。主要針對團體訪談進行的過程、受訪者分享的內容與情境、研究人員在團體訪談中所扮演的角色三項進行討論。每位研究者藉由討論團體的互動過程，並提出個人看法與感受，可以進一步修正團體訪談的方向與執行，同時也讓每位研究者反思自己在團體中的學習與獲得。

工作匯報

針對個人所負責的工作進行簡單報告，舉凡執行期間遇到的問題、困難，或需要他人協助等等，皆可在工作匯報當中提出來。

個人訪談分組

	7/15(日)下午	7/17(二)下午
第一組	盧老師、許金惠、黃春霖	盧老師、歐美、黃宛瑜
第二組	陳老師、歐美、黃宛瑜	陳老師、許金惠、黃春霖

雜務分配

黃宛瑜 許金惠	<ul style="list-style-type: none"> ■ 採購物資。 ■ 準備錄音筆錄音資料的備份。 ■ 聯繫 key person，確認受訪者。
歐美	<ul style="list-style-type: none"> ■ 負責簽到處 <ul style="list-style-type: none"> ➢ (訪談前)讓受訪者簽到，發給同意書、個人資料表、筆與杯水，引導受訪者由某位工作人員協助填寫資料。 ➢ 向每個接待的工作人員回收同意書、個人資料、文具等等，並馬上影印同意書。 ➢ (訪談後)發贈小禮物、並讓受訪者帶回本計劃說明書與同意書影本。
黃春霖	<ul style="list-style-type: none"> ■ 安排四日工作人員的餐點（午餐）與 17 號聚餐的地點（彰化地區的餐點安排若有問題，可以詢問金惠或她的家人）。 ■ 物資運送、清點與保管。 ■ 人員載送。
下列工作由四位工作人員共同進行： <ul style="list-style-type: none"> ■ 佈置與收拾訪談地點 ■ 協助受訪者填寫個人資料與同意書 	

全體工作人員注意事項

■ 報到時間與地點

- ✚ 報到時間：7月13日(星期五)，15:30。
- ✚ 報到地點：彰化市石牌里維新路24號(金惠的家)。
- ✚ 領取工作手冊，參加「焦點團體訪談工作會議」，進行工作分配，並討論相關事項。

■ 工作人員聯絡資訊：

姓名	聯絡方式	
盧老師	0928718776	zyhu@ym.edu.tw
陳老師	0963292072	wlchen@mail.cmu.edu.tw
歐美	0958203316	oumcei@ym.edu.tw
許金惠	0918846508	ger2345@ms57.hinet.net
黃春霖	0910668780	mcguyver0520@hotmail.com
	0939658780	
黃宛瑜	0960532831	g886007@gmail.com

■ 住宿資訊：

7/13~14	彰化地區	金惠家 彰化市石牌里維新路24號, TEL: 047-382711	盧老師、陳老師、歐美、許金惠、黃宛瑜
7/15~16	台中地區	富士比 台中市學士路181, TEL: 04-22058811	盧老師、歐美、許金惠、黃宛瑜

訪談指引

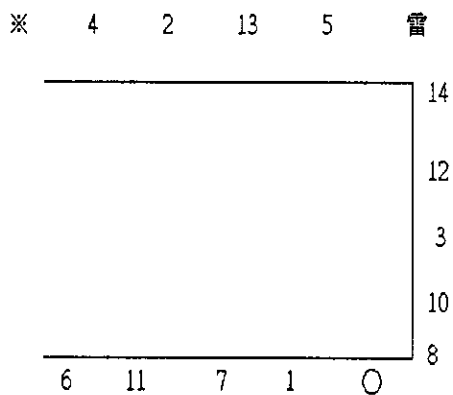
最後修訂日期：2007年7月10日

焦點團體訪談	個別訪談
<p>目的：調查目前最普遍的幾種另類療法、另類療法的資訊來源與管道、另類療法與主流療法的關係</p>	<p>目的：個人使用另類療法的身體感受、另類療法的選擇與療效評估</p>
<ol style="list-style-type: none"> 7. 面對關節炎，除了去醫院接受治療外，您們自己還用過哪些治療方式？ 8. 是什麼原因讓您們使用這些治療方式？ 9. 您們從什麼地方得知這些治療方式的？ 10. 使用這些治療，您最滿意的是哪一方面？最擔心的是什麼？您通常如何處理這些困擾之處？ 11. 您曾經告訴醫生正在使用這些治療方式嗎？醫生的回應是什麼？您對醫生的說法有什麼看法？ 12. 除了這些治療方式外，您平常如何保養關節？ 	<ol style="list-style-type: none"> 7. 除了醫生的治療方式外，請問您自己還用什麼方法處理關節疼痛？請您談一談這些治療方式的經過。 8. 請你分享，你聽過哪些處理關節疼痛的方法？從哪裡得到訊息的呢？ 9. 在這麼多種方法當中，您如何決定採納某一種(多種)療法？您對於這種療法的期待是什麼？ 10. 當使用這種治療方式時，身體有什麼樣的反應或改變？哪些過程讓您印象最深刻？ 11. 這個療法使用多長期間？請問在什麼情況下，您考慮停用這種療法（或轉用其他處理方式）？為什麼？ 12. 關於這些療法，還有其他相關的事情要告訴我們嗎？

暖暖區更年期成長團體

日期/時間：89.3.2 下午 1 點 30 分至 3 點 30 分

地點：博愛社區服務中心二樓教室



編號	姓名
1	王美雲
2	陳秀夏
3	簡淑華
4	陳阮阿珠
5	楊吳寶鳳
6	鄭招治
7	胡雪
8	張月霜
9	劉葉素真
10	李翠雲
11	凌李淑卿
12	李春暖
13	陳賢惠
14	楊月嬌
○	盧孳艷
※	林雪貴

發言順序：

10→2→10→1→11→14→7→雷→14→7→14→雷→14→1→14→2→○
 →14→雷 10→7→8→7→10→7→2→7→10→7→1→2→7→1→7→1→10→1→
 雷→7→14→10→2→7→2→7→14→7

雷：雷淑貞 代9 劉葉素真

三、治療經驗

9. 當您覺得關節疼痛(筋骨酸痛身體不適)通常會選擇何種方式處理?

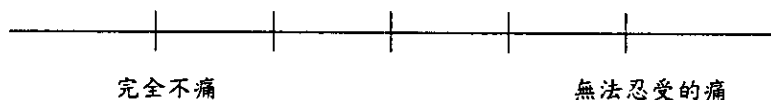
(請依序排列, 選出前五項, 在□內用 1、2、3、4、5 表示)

- 看西醫 看中醫(包括針灸) 做復健治療 自行熱敷 到西藥局買成藥
到中藥店或青草店抓藥 其他輔助療法(如推拿、貼布、氣功、泡溫泉等)
求助國術館師傅 其他(請說明_____)

10. 以下三題評估您目前的關節活動情況:

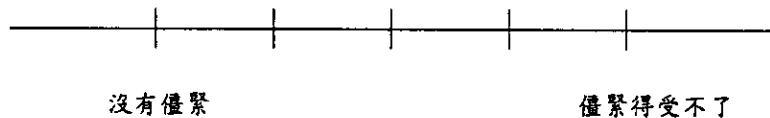
10-1. 您這星期關節活動時疼痛、不適的程度如何?

(請下面線上, 畫下您感覺疼痛、不適的程度)



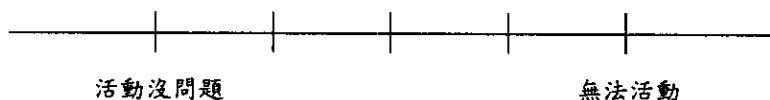
10-2. 您這星期關節的僵緊程度如何?

(請下面線上, 畫下您感覺僵緊程度如何)



10-3. 您這星期關節活動困難程度如何?

(請下面線上, 畫下您感覺活動困難的程度)



四、另類療法使用

保健食品

11. 您曾經因關節疼痛，服用過保健食品：無 有(請選出下列食品，可複選)

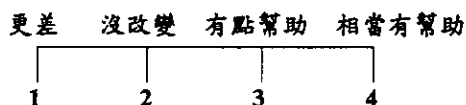
- 傳統中藥補品(例：四物、當歸、枸杞) 雞精 維他命(包含善存或銀寶) 卵磷脂 靈芝
維骨力 鈣片 人蔘(包含洋蔘) 魚肝油 銀杏 蜂膠 花粉 乳酸菌 大蒜精
冬蟲夏草 深海魚油 生機飲食 特殊飲食(請說明_____)其他(請說明_____)

12. 以上所選出之項目有哪幾項是你目前需定時服用的?(可複選)

- 傳統中藥補品(例：四物、當歸、枸杞) 雞精 維他命(包含善存或銀寶) 卵磷脂
維骨力 鈣片 人蔘(包含洋蔘) 魚肝油 靈芝 銀杏 蜂膠 花粉 乳酸菌
大蒜精 冬蟲夏草 深海魚油 生機飲食 特殊飲食(請說明_____)
其他(請說明_____)

13. 使用的保健食品中，您覺得哪一種對改善關節疼痛症狀最有幫助?

保健食品名稱_____，使用多久?_____改善情形如何?



14. 服用保健食品後，你曾有不舒服(副作用)的情況發生嗎?(可複選)

沒有

有，曾有發生下列症狀?(可複選，請圈選)

- (A) 1.頭痛 2.頭暈 3.嗜睡 4.出血 5.心跳加快 6.血壓增高 7.會喘 8.胸悶 9.胃痛
10.噁心 11.嘔吐 12.拉肚子 13.肝臟功能異常 14.皮膚變黃 15.水腫 16.頻尿 17.尿不出來
18.血糖變化 19.紅疹 20.癢 21.局部腫脹 22.發燒 23.過敏性休克 24.肌肉酸痛 25.無力
26.疲勞 27.其他(請說明)_____

(B) 上述所圈選的症狀曾經由醫師或藥師確認為是保健食品的副作用嗎?

無 有(若有，您曾被確認的副作用是哪些呢?_____)

15. 使用前，您是否知道會有這些副作用?知道 不知道 不清楚

16. 您服用保健食品的目的為何?(請選出前三項，在內用1、2、3表示)

- 補充營養 增強體力 強化骨質 延緩老化 預防疾病 增進免疫力 保肝/排毒
養顏美容 穩定情緒 改善身體酸痛不適 改善睡眠 降低膽固醇 增強記憶力
抗腫瘤 健胃整腸 增強性功能 增強肺功能 好奇心 其他(請說明)_____

17.您從哪裡獲得保健食品的資訊?(可複選)

- 西醫師 中醫師 藥師 護士 營養師 家人(何人_____) 親友(何人_____)
電台廣告 電視及購物台廣告 自己的保健常識和經驗 書報雜誌 藥品廣告
網路資源 藥品直銷說明會 健康食品專賣店 生機飲食店 其他(請說明)_____

18.保健食品是在何處選購的?(可複選,請依序排列)

- 西醫院與診所 中醫院與診所 藥房 電台購物頻道 電視廣告購物台 直銷說明會
大賣場 網路資源 其他(請說明)_____

19.目前所服用保健食品的來源是?(可複選,請依序排列)

- 自行購買 家人購買(請註明何人_____) 親戚、朋友購買(請註明何人_____)
廠商或說明會試用品 其他(請說明)_____

20.選擇保健食品時,您最關心的是:廠牌價錢效果傷害其他病人使用經驗廠商的解說

21.這一年來,您購買保健食品的花費約?

- 500元以下 501-1000元 1001-1500元 1501-2000元 2001-3000元
3001-4000元 4000元以上,大約是多少_____

非保健食品

22.關節酸痛時,您是否使用過下列的治療方式?無 有(請選出,可複選)

- 針灸 推拿 整脊 刮痧 拔罐 氣功 規律運動 貼膏藥布、敷料
塗抹軟膏 穴位按摩 芳香療法 水療 冷熱敷 含玻尿酸用物 減重 太極拳
禪坐 磁性項鍊 其他(請說明)_____

23.所選出之項目,有哪幾項是你目前需定時使用的?(可複選)

- 針灸 推拿 整脊 刮痧 拔罐 氣功 規律運動 貼膏藥布、敷料
塗抹軟膏 穴位按摩 芳香療法 水療 冷熱敷 含玻尿酸用物 減重 太極拳
禪坐 磁鏈 其他(請說明)_____

24.以上所使用的療法,您覺得有哪一種對改善關節疼痛症狀最有幫助?改善情形如何?

療法名稱_____,使用多久?_____改善情形如何?

更差 沒改變 有點幫助 相當有幫助
1 2 3 4

25.使用這些療法後，你曾有不舒服（副作用）的情況發生嗎？（可複選）

沒有

有，曾有發生下列症狀？（可複選，請圈選）

A：1.頭痛 2.頭暈 3.嗜睡 4.出血 5.心跳加快 6.血壓增高 7.會喘 8.胸悶 9.胃痛
10.噁心 11.嘔吐 12.拉肚子 13.皮膚變黃 14.水腫 15.頻尿 16.尿不出來 17.血糖變化
18.紅疹 19.癢 20.局部腫脹 21.發燒 22.過敏性休克 23.肌肉酸痛 24.無力 25.疲勞
26.其他（請說明）_____

B：上述所圈選的症狀曾經由醫師或藥師確認為是上述療法的副作用嗎？

無 有（若有，您曾被確認的副作用是哪些呢？_____）

26.使用前，你對於這些療法副作用的了解程度是？知道 不知道 不清楚

27.這些療法資訊來源？

西醫師 中醫師 藥師 護理師 家人（請註明何人_____） 親友 電台廣告

電視廣告及購物台 自己的保健常識和經驗 書報雜誌 藥品說明書 網路資源

藥品直銷說明會 其他（請說明）_____

28.您使用上述療法的目的有哪些？（可複選）

治療方式溫和 治療副作用少 能根本治療疾病 個人喜好 科學化 療效快

醫療人員能詳細解釋病情與健康諮詢 可治酸痛 可活絡筋骨 促進局部血液循環

其他（請說明）_____

29.選用治療方式時，您最關心的是：廠牌價錢效果傷害操作是否容易現代科技產品其他病人使用經驗廠商的解說

30.這一年來，您大約花費多少錢在非保健食品（其他療法）？

500元以下 501-1000元 1001-1500元 1501-2000元 2001-3000元

3001-4000元 4000元以上，大約是多少_____

退化性關節炎中老年患者使用另類療法之經驗

指引手冊訪談同意書

親愛的長輩：

感謝您撥冗接受訪談關於「退化性關節炎中老年患者使用另類療法之經驗」指引手冊之意見與想法。關於此次調查，您應該有很多的疑問，我們一一回答如下，希望能讓您明白活動的目的：

研究名稱——我受邀參加什麼研究呢？

這是由行政院衛生署委託中國醫藥大學執行的「台灣社會另類療法風險管理之專家系統制度初探」之研究，總負責人是盧萃艷教授。

研究目的——這個研究是做什麼的呢？

隨著人口老化，有越來越多的人深受退化性關節炎之苦。面對關節疼痛，大部分病患先尋求西醫診治，不過治療效果並不顯著，許多人轉而尋求其他治療方式，例如草藥、健康食品、按摩、氣功等等，然而這些療法的效果與副作用並不明確，政府部門也缺乏相關管理辦法，因此，如何在西醫之外選擇其他有效、安全的療法已成為一般大眾最關心的問題。我們期待透過這個活動，請您分享自身因退化性關節炎使用非西醫的另類療法經驗，這些經驗以指引手冊方式可以讓您使用的更安心，未來也將成為政府制定管理政策的重要依據。

參加過程——我要做什麼呢？

您將協助填寫指引手冊。您可以在工作人員的協助下填寫指引手冊，時間約一個小時，地點將安排在您的住家或鄰近的社區活動中心。您的經驗分享是相當寶貴的，我們會記下來您的意見。

受訪者有什麼益處呢？——這個研究對我有何幫助呢？

您會發現，藉由分享罹病經驗，將幫助自己更加理解病症轉變的過程。除此之外，您的個人經驗也在無形中幫助其他人，這些包括：

(一) 讓醫護人員瞭解到，除了西醫治療之外，民眾還採用哪些治療方式。日後當醫護人員提供診療照護服務時，也必須考量其他療法對於病患本身的

作用。

(二) 這些資料將幫助政府規劃更適合台灣國情的相關管理政策。

隱私權——誰會知道我說什麼呢？

填寫的內容將絕對保密，不對外公開。資料經過整理、分析、歸納後，僅供學術研究之用，絕不公開個案姓名。您有權利查閱您填寫的資料，並決定是否進行全部或部分的刪除與修正。

參與與退出——如果我不想繼續，可不可以退出呢？

您的參與完全是自願的，在訪談的過程中，如果在任何不舒服，隨時可以終止訪談。面對您不願回覆的問題，您可以選擇不回答。

問題與追蹤——我還想要知道更多關於本研究的消息，我要跟誰聯繫？

您可以致電給國立陽明大學 社區護理研究所 盧孳艷教授，電話是 02-28267226，地址：台北市北投區立農街二段 155 號。我們會回答您有關這項研究的所有問題。

我已經明白以上的訊息，我的問題也得到滿意的回答。

我 不同意 接受指引手冊之訪談。

同意 接受指引手冊之訪談，並得到一份同意書的副本。

姓名：_____

日期：民國 97 年 _____ 月 _____ 日

地址：_____

電話：_____

退化性關節炎民眾使用
輔助及另類療法指引手冊

行政院衛生署製

退化性關節炎適當使用非西醫治療， 你應該知道的事情



目錄

- ★ 編者的話
 - ★ 輔助及另類療法是什麼？
 - ★ 如何安全地使用另類療法？
 1. 消息一大堆，我要怎麼判斷呢？
 2. 街坊的師傅滿滿是，我要怎麼選擇？
 3. 如何安全地找到適合自己的另類療法？
 - ★ 為什麼使用輔助及另類療法要特別注意？
 - ★ 選擇適當輔助及另類療法有撇步
 - ★ 常用另類療法注意事項
 - ★ 如何安全使用網路資訊？
 - ★ 哪些單位或機構可以找到更多資訊？
 - ★ 資料來源
-

★ 編者的話

為了保障消費大眾身體健康權益，製作此手冊——「民眾使用輔助及另類療法指引手冊」，希望以通俗易懂的文字，提供消費大眾所期待的訊息，瞭解選擇另類療法與中西醫合併使用時需要注意的事項，衷心希望本手冊能提供大眾適當使用輔助及另類療法時的參考。

所以本手冊的目標，在協助您如何選擇合適、安全、與品質可靠之輔助及另類療法，並非要告訴您退化性關節炎要選擇何種輔助及另類療法是最有效的。

編者 98 年 01 月 謹上

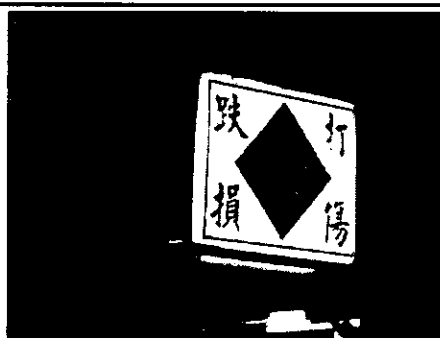
★ 輔助及另類療法是什麼？

您一定聽過、接觸過、或親身使用過市面上的許多種養生及保健食品及器材，例如草藥、藥布貼、整脊、蜂針、氣功、芳香療法等，這些是我們所謂輔助及另類療法，它不屬於台灣醫療較有制度的西醫或中醫。目前我們認為所謂輔助及另類療法是指一種民間習俗或傳統信仰用來保養或治療生病不舒服情形的方式，往往是以前的人經驗或文化習俗及傳統醫療觀念累積下來的智慧結晶。



輔助及另類療法種類

- 吃或喝進體內的方式：如草藥、健康食品、養生食品
- 以外力操弄身體部位、物理療法：如按摩、整脊、推拿
- 外敷物質：如貼布、藥膏(霜)、蜂針
- 體能動作及身心靈的修持與調和：如氣功、瑜珈、靜坐、元極舞、放鬆技巧、太極拳



★ 如何安全地使用另類療法？

1. 消息一大堆，我要怎麼判斷呢？

當我從廣播上聽到，或我的朋友告訴我一種藥品或治療的訊息，我要跟親友（賣方或消息提供者除外）共同討論，針對自己的健康情況的需求來決定，因此我要問以下問題來幫助判斷這樣的另類療法適不適合自己。

對於宣稱有神奇功效者，更應該謹慎提防，因個人體質及病況的不同，別人使用有效的另類療法，並不見得適合您，當您同時看西醫時，為了避免另類療法會與西醫治療相剋，請務必讓醫師知道。

瞭解及判斷以下問題是重要的

- ✓ 這個藥品／治療目的是什麼？
- ✓ 藥品的成分或治療的過程有哪些？
- ✓ 這個藥品或治療是我所需要的嗎？
- ✓ 證明藥品或治療有效的消息是什麼？
- ✓ 這個藥品或治療的訊息是否足夠？
- ✓ 藥品或治療適合使用的人或適合的疾病是什麼？
- ✓ 藥品或治療是如何發生效用？
- ✓ 治療可能的益處是什麼？
- ✓ 治療可能的風險是什麼？
- ✓ 如果我有進一步的問題，諮詢的管道是否存在並且容易取得？

2. 街坊的師傅滿滿是，我要怎麼選擇？

當我要選擇坊間另類療法從業人員時，也可以先列出幾個合適人選，接著收集這些人選的相關資料，包含他們是否受到良好的訓練、是否有執照或證照比較有保障。若需選擇相關的健康食品，建議優先由合法藥局選購經過健康食品認證的產品，在選擇及使用上多一層保障。

3.如何安全地找到適合自己的另類療法？

當我準備要使用某一種另類療法前，我應該試著問自己以下幾個問題，並且詳細記錄幾點問題的答案，我記錄下的內容，是否與我準備使用另類療法之功能及目的相符合，再決定是否使用此種另類療法。

寫下自己的問題

- ✓ 記錄關於我的病史，以及正在接受或服用的各種治療與治療或過敏藥物的資料。內容包括：
 1. 我這次哪裡不舒服？怎樣的不舒服？
 2. 我作過什麼事情後開始不舒服，不舒服多久？有沒有特定時間下才會不舒服？曾經如何處理這不舒服的症狀？
 3. 我之前有生過的疾病與接受過的治療是哪些？
 4. 其他與我相關的健康問題，例如：是否有過敏體質、對某些食物、藥材過敏？

★ 為什麼使用輔助及另類療法要特別注意？

➤ 藥事法規定，對於合法使用的藥品有嚴謹的規範，都需合法申請取得「許可證字號」，但輔助及另類療法所使用之藥物，尚未有完整的規範，所以應該更加小心使用。

➤ 以下羅列對於宣稱有「治療效果」藥物之管理規範以供參考，應依規定申請許可，依據其藥物種類及製作場所之不同有以下5種「許可證字號」，包括：

1)申請製造的成藥就應有以下字號：「衛署成製字第○○○○○○號」及「內衛成製字第○○○○○○號」。

2)國外輸入而申請衛生署核准的成藥就應有以下字號：「衛署成輸字第○○○○○○號」及「內衛成輸字第○○○○○○號」

3)衛生署核准於國內製造的藥品：「衛署藥製字第○○○○○○號」及「內衛藥製字第

○○○○○○號」

4)衛生署核准由國外輸入在台灣販售的藥品就

應有以下字號：「衛署藥輸字第○○○○○○

號」及「內衛藥輸字第○○○○○○號」

5)衛生署核准由中國大陸輸入的藥材原料：「衛

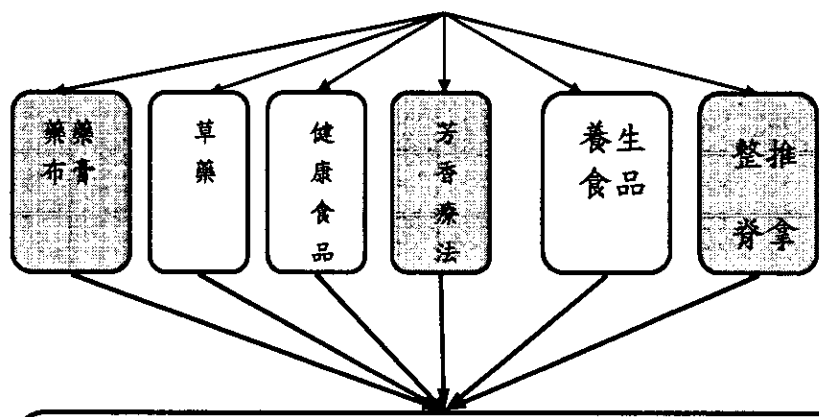
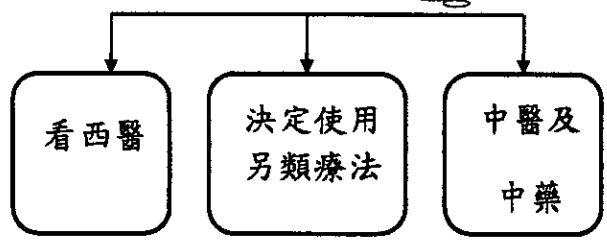
署藥陸輸字第○○○○○○號」。

您一定經常聽到有誇大或渲染輔助及另類療法效果，或偽製品的情況，造成受騙、身體不舒服、甚至出現危及生命的案例；加上政府投入證明輔助及另類療法有效的資源太少；目前也沒有完善「輔助及另類療法」的管理辦法，所以此手冊才要提醒您使用輔助及另類療法時需要注意的事情。

★ 選擇適當輔助及另類療法有撇步

常常聽鄰居說：「XX 方法對於退化性關節炎很有效……」，聽了我也想來試一試，但最好還是多探聽才不會吃虧，才不會影響到自己的健康，不仿參考以下八幾點小撇步，教您如何正確選擇安全的另類療法：

身體不舒服



有

1. 判斷「我的不舒服症狀」與「我要選用的療法」相符合嗎？
首先應更仔細了解我發生不舒服症狀的次數、時間、部位、範圍等，並決定我要選用的療法是否可以對症下藥。

有

2 我購買另類療法的地方或藥局是合法登記的嗎？
另類療法的物品及器材可以在合法藥局購買，合法藥局應請領藥局執照，藥局是指藥師或藥劑生親自主持的調劑及零售藥物場所。

有

3. 提供產品或藥物的從業人員有證照或適當訓練嗎？
如果在非藥局購買的物品，我需要注意執行另類療法的執行者有沒有受過適當時間訓練並取得證照，例如，做芳香療法及整脊推拿從業人員就必須取得相關團體認證才較可靠。

有

4. 服用產品或使用器材上，有清楚明顯標示與產品相關的資訊嗎？

服用草藥、健康食品或營養食品，宣稱有保健功效的，產品上需要有健康食品法規範標示在明顯地方，而且以「中文」標示。

有

5. 服用產品或使用器材合法審查通過嗎？

健康食品管理法規定，產品須經過申請登記後，標有「申請登記許可證」才有保障，每次許可以五年為期限。我可以到衛生署網站查詢其許可證的正確或真假，並且詳細閱讀原廠產品說明書及其詳細中文翻譯稿（包括使用方法、功能及工作原理）。

有

6. 怎麼用，怎麼吃，吃多少，我有知道嗎？

當我選用內服產品(草藥、健康食品、養生食補)，我要看清楚怎麼吃？每次吃多少？我選用外用或器材(貼藥布、芳香療法、整脊)，我知道使用方法與步驟嗎？

有

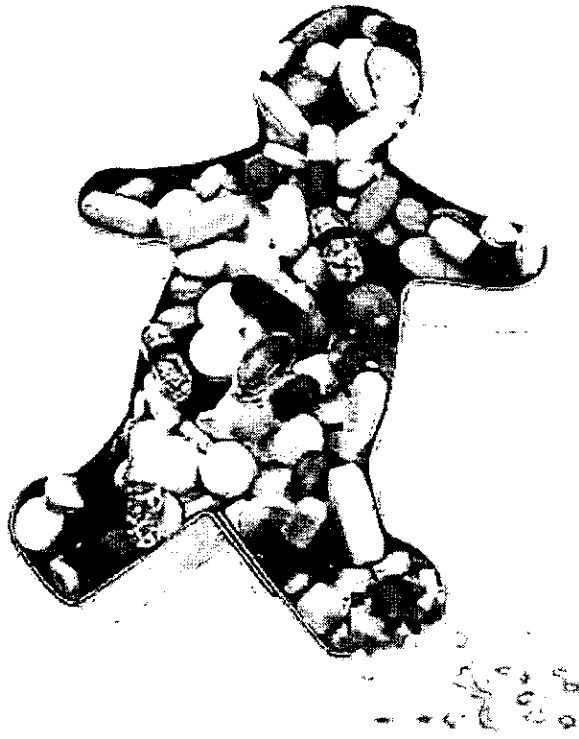
7. 同時服用西藥可能造成藥物相剋產生不良反應，我有知道嗎？

如果因為其他慢性病如心臟病而吃西藥，這些藥成分往往與我吃草藥或健康食品的成分，有加重成分或者相結合變成有害身體，我可以告訴醫師我吃的草藥或健康食品，或詢問藥師後再決定可不可以一起吃。

有

8. 使用輔助及另類療法時，有經過專業合格的人幫我把關嗎？

衛生署網站資訊、衛生署的食品衛生處、藥政處及中醫藥委員會有相關的法規可以遵循，而且住家附近衛生所有稽查員可以查驗產品。



★常用另類療法的注意事項

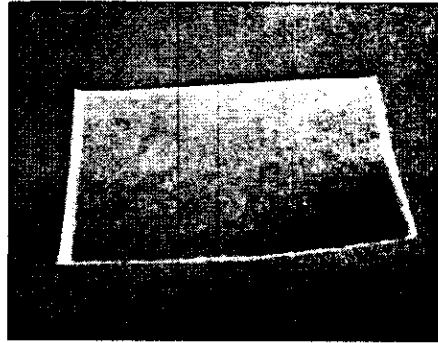
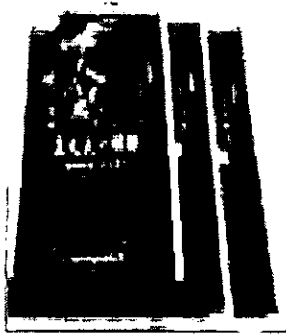
藥布貼及藥膏

被退化性關節炎患者廣泛使用的痠痛貼布通常除了西藥房可購買到的含非類固醇消炎止痛成分外，還常見市面上有各種含草藥成份及具有釋放負離子與遠紅外線功能的貼布，來達到舒緩酸痛不適的功效。

貼布依照內含成份之不同可分為二類型：一種貼布其成份具有療效；另一種並未具療效，但能使患者產生皮膚涼涼的感覺

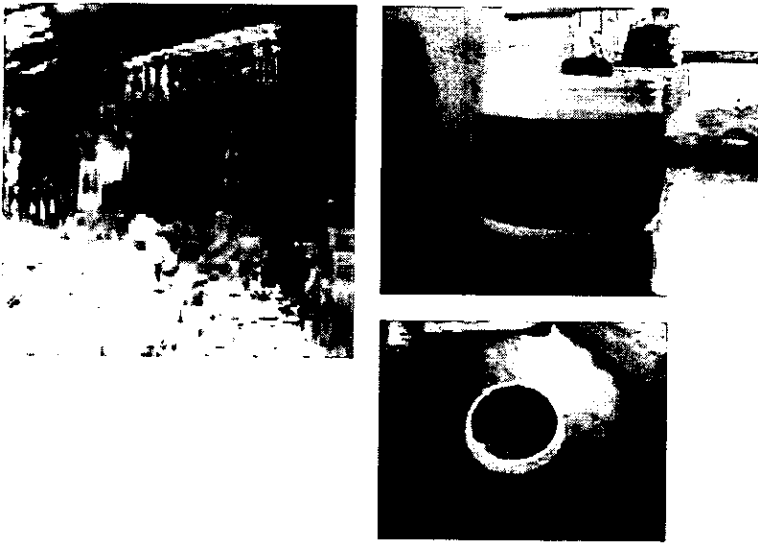
建議注意事項

1. 購買貼布時，貼布應該有清楚的成份內容標示，勿購買來路不明、標示不清的貼布。
2. 請勿直接貼於潰瘍性、化膿性皮膚及擦傷等部位。
3. 每片貼布不應貼超過8小時，時間太長可能造成不透氣，而引起皮膚起水泡或潰爛。
4. 撕除貼布後，讓皮膚休息二至三小時後再換新貼布。
5. 過敏體質者應留意貼布成份，若有不適應即撕下。
6. 洗澡後身體血液循環較好，是最適合貼布時機。



草藥治療 Herbal Medicine

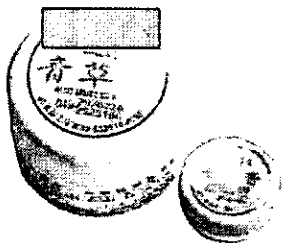
來自大自然的植物，經由熬、煎煮等提煉或濃縮方式，做為藥物、食療、養生及營養保健之用途。其形狀包括膠囊、液狀、粉末等。若是藥物用途的藥材就屬於中醫藥委員會或西醫系統管理範圍，不在此手冊討論贅述。



建議注意事項

- 老年人使用時需更小心注意。
- 若是產品上標示有「治療效果」這些字樣，通常是不實且違法的，應避免服用
- 台灣的草藥種類繁多，選用安全的草藥可分為

- 下面兩部份：一、草藥來自於前人的經驗，已經相傳數代，一般祖傳的青草藥舖，則它的安全性較有保障。二、中醫藥界使用之「台灣藥典」，內容清楚記載安全療效之草藥的外貌、治療用途、使用方式、禁忌等等，若非藥典記錄的外貌、治療用途、使用方式，應特別小心使用，避免自行摘取及服用外形相似的草藥。
- 當您患有血液性疾病、糖尿病、高血壓、心臟病、肝腎疾病與免疫功能的疾病，在使用草藥時要更小心，它往往會造成藥物相沖、或疾病惡化。



健康食品 Health Foods

健康食品是宣稱吃了某項食品後，可補充身體內缺乏之營養素，該食品具有預防或改善與該營養素相關疾病之功效，衛生署要求申請健康食品許可時提出科學研究證據，來證明該健康食品維持或改善身體生理結構上或生理功能之主張。

建議注意事項

- 合格健康食品都需要有下面的標章，標章上面是「健康食品」字樣，中間的圖樣及顏色也需仔細檢查，「衛署健食字第 0000 號」。



- 健康食品不可以宣稱有「治療」效果，目前衛生署通過的健康食品許可證明，可到衛生署核發健康食品許可證一覽表查看。

(<http://60.251.103.218/big5/hfa/ae10/200>)

71219231930.pdf)

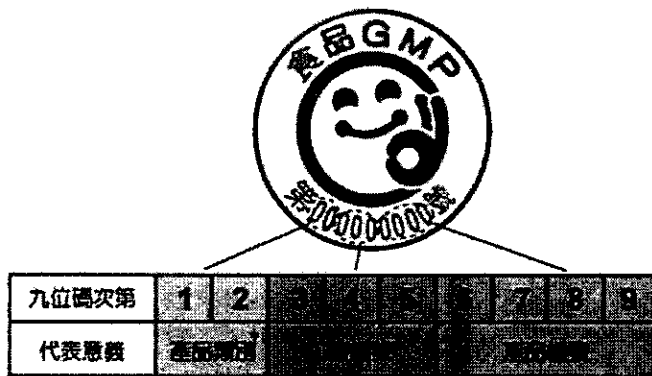
➤ 除了標章，產品包裝上需以中文完整標示下面內容：



- 品名
- 內容物、名稱及其重量或容量
- 食品添加物
- 有效日期、保存方法
- 核准之功效
- 廠商名稱
- 許可證字號「健康食品」字樣及標準圖樣。
- 攝取量、食用時應注意事項及其他必要之警語

營養(養生)食品 Dietary Supplements

養生營養食品，可能是濃縮的、粉狀、液狀、丸狀、膠囊、錠劑等形式，內容可能是維生素、礦物質、藥草等用來補充或添加於日常食物之外的東西。有些醫生開維他命處方作為補充病人身體需要的治療。

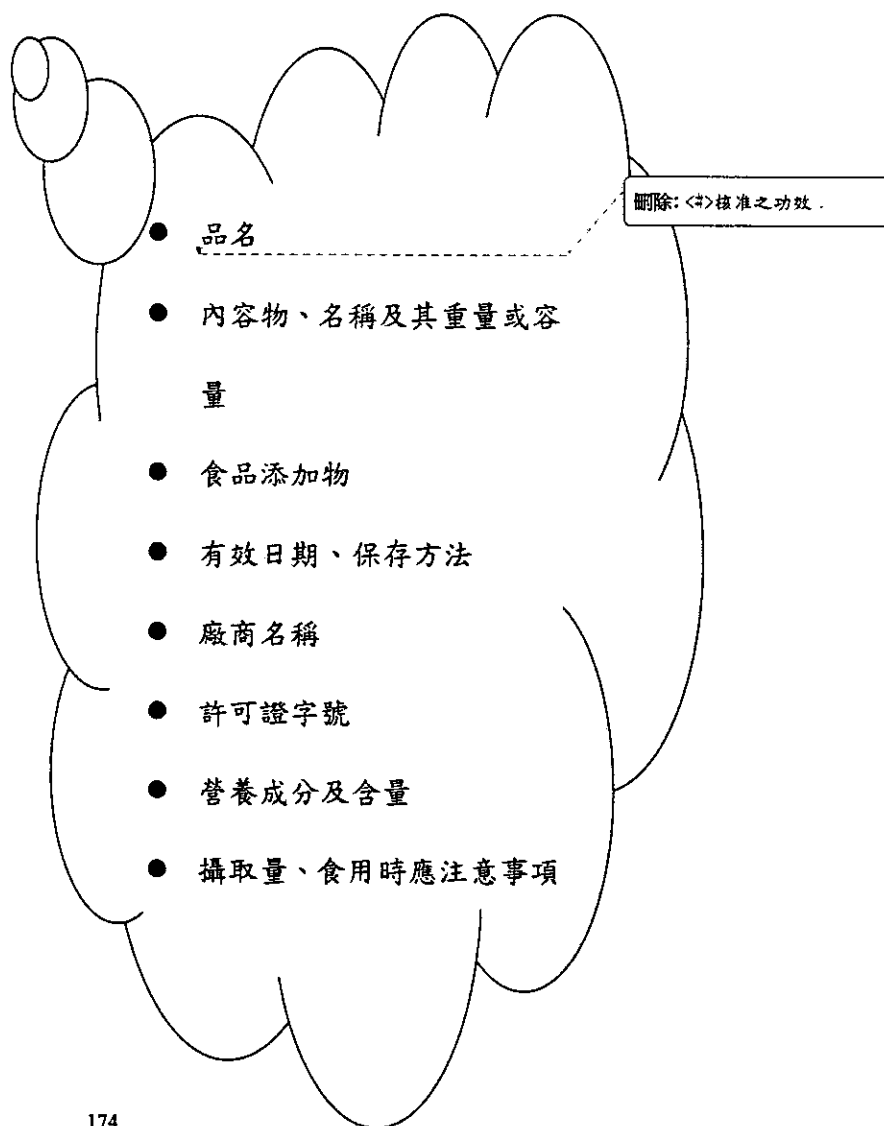


建議注意事項

- 營養(養生)食品只能當做補充品，而不是代替品。
- 使用購買產品需要特別注意標示，製造過程需要有好品質，就以「GMP」許可標準為證明，有此標記表示產品申請認可生產過程都合乎安全衛生的管理。不僅可以知道產品屬於哪一類食品，還可以知道產品是哪一家工廠生產出

來的。

- 與其他藥物一起服用時，需要注意會不會有相加或者相衝的情形。



經絡推拿與整脊

整脊是用手矯正的方式將脊椎拉直，以舒緩緊繃壓縮的神經，正確排列的脊椎可以刺激全身，並且讓身體恢復自然的節奏。經絡推拿是在病人身上作節律性的動作，有多種不同的手法；例如推、拿、按、摩等，而加入中醫理論之經絡穴位為主。

建議注意事項

- ▶ 建議若要考慮使用經絡推拿與整脊時，需要了解整脊治療人員的專業訓練及認證。
- ▶ 正在出血部位、皮膚病病變處、傳染病、骨折、骨質疏鬆、急性發炎及脫臼皆不宜推拿。



芳香療法 Aromatherapy

主要以植物精油按摩身體的方式、泡浴、或冷壓皮膚，或直接吸入的方式達成效果。近年來非常流行，宣稱可以舒緩緊張壓力與焦慮，目前研究結果不多，所以效果也許隨個人感覺而有一些差異；需特別注意精油可能會造成皮膚不適。



建議注意事項

- 使用芳香療法時，需要了解芳香療法從業人員的專業訓練及認證。
- 芳香療法由皮膚按摩接觸，注意使用時皮膚是否過敏，皮膚過敏的人需要更加小心先以非常小的劑量試一試，再決定是否接受按摩。

氣功療法 Qi Gong 或太極拳法

氣功療法或太極拳法是配合運動、冥想、調整呼吸來促進體內氣血的運行，並強化免疫功能。



建議注意事項

強調動作的柔和與姿勢的平衡，勿操之過急。

★ 如何安全使用網路資訊？

相關的醫療諮詢可以透過搜尋網路上的資源來瞭解，可以跟家人一起來關心瞭解目前醫療相關資訊，當然網頁資源訊息眾多，如何判斷資料的正確性，我可以藉由瞭解誰是網站經營者或出資者？網站設置的目的？訊息來源為何？訊息是否經由一群專家審查？訊息是否定期更新？來判斷所搜尋資料的正確性。

★ 哪些單位或機構可以找到更多資訊？

如果我對補充及另類療法有疑問，或想更加了解補充及另類療法的訊息時，以下單位可以提供我所需的資訊。

單位及機構名稱	地址	電話	網址
行政院衛生署中醫藥委員會（中醫藥相關訊息與諮詢）	10453 台北市雙城街 6 號	(02)2587-2828	http://www.ccmp.gov.tw/index.asp
行政院衛生署藥政處	100 台北市中正區愛國東路 100 號	(02) 23969265	
行政院衛生署食品衛生處	100 台北市中正區愛國東路 100 號 12 樓	(02)23947141	
行政院衛生署中央健康保險局台北分局（就醫申訴專線）	100 台北市中正區許昌街 17 號 8 樓	(02)21912006 (02)23486753	
行政院衛生署國民健康局（醫療與健康相關業務與訊息） 台中一辦公室 台中二辦公室	(40873)台中市黎明路二段 503 號 5 樓 (40843)台中市干城街 95 號	(04)22591999 總機	

台北辦公室	3-4 樓 (24250)台北縣新莊市長青街 2 號	(04)22550177 總機 (02)29978616 總機	
行政院衛生署藥物辨識資料查詢			http://203.65.100.151/DO81E0.asp
行政院衛生署藥物、醫療器材、化妝品許可證查詢作業			http://203.65.100.151/DO8180.asp
行政院衛生署消費者資訊網			http://consumer.doh.gov.tw/fdaciw/pages/index.jsp
台灣食品良好作業規範發展協會			http://www.gmp.org.tw/search.asp

行政院衛生署衛生法規資料檢索系統

法案名稱	網址
藥事法	http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL013783
藥事法施行細則	http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL013784
藥品查驗登記審查準則	http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL033516
醫療器材管理辦法	http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL033467
醫療器材查驗登記審查準則	http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL033468
健康食品管理法	http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL013901
健康食品管理法施行細則	http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL013902
食品衛生管理法	http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL013890
食品衛生管理法施行細則	http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL013892

★ 資料來源

1. 行政院衛生署 (2006)。民眾就醫指引手冊。台北：行政院衛生署。
2. 行政院衛生署 (2007)。台灣社會另類療法風險管理之專家系統計畫成果。
3. Department of Health, U.K. Complementary Medicine: Information Pack for Primary Care Groups.
London: Department of Health, UK, 2000.
4. Department of Health U. K. Complementary medicine: information for primary care clinicians.
London: Department of Health, UK, 2000.

【台灣社會另類療法風險管理之專家系統制度初探】

**工作手冊
(中部地區)**

計畫委託單位：行政院衛生署

計畫主辦單位：中國醫藥大學

中國民國九十七年

另類療法訪談日程表

	10/30 (四)	10/31 (五)	11/1 (六)	11/2 (日)
		彰化地區		
6:30~7:30	/	環保公園/張總幹事引 團體訪談：手冊/問卷		
8:00~9:00		準備工作 (怡青、佩甄、佩涵會合)		
9:00~11:00		福田社區/阿珠引 團體訪談：手冊/問卷	竹林社區/陳翠蓮、莊素琴引 團體訪談：手冊/問卷	莒光新城/梁成、顧媽媽引 團體訪談：手冊/問卷
11:00~12:00		討論會	德興社區/楊黃美卷引 團體訪談：手冊/問卷	討論會
12:00~13:30		午餐 (麵攤)	午餐 (芬園鄉)	午餐
14:00~15:00	行前確認	準備工作		
15:00~17:00	金惠、聖雯前進彰化	14:30~ 伏宮社區/老人會長太 太引 團體訪談：手冊/問 卷	竹巷社區/張秀球引 團體訪談：手冊/問 卷	莒光新城/梁成、顧媽媽引 團體訪談：手冊/問卷 15:00~18:00 光大社區公園/金惠引 團體訪談：手冊/問卷
	17:00~18:30	「討論會」暨「工作匯報」		
18:30~	金惠、聖雯確認訪談行程	「討論會」暨「工作匯報」		
	盧老師等三人抵達	晚餐	晚餐	19:00~ 晚餐 20:30~ 賦歸

工作匯報

針對個人所負責的工作進行簡單報告，舉凡執行期間遇到的問題、困難，或需要他人協助等等，皆可在工作匯報當中提出來。

雜務分配

許金惠	■ 聯繫 key person，確認受訪者。
邱聖受	■ 準備錄音筆錄音資料的備份。 ■ 採購物資（提醒開收據，勿壓日期）
邱聖受 許金惠	■ 安排三日工作人員的餐點（午餐）與 11/2 聚餐的地點（彰化地區的餐點安排若有問題，可以詢問金惠或她的家人）。 ■ 物資運送、清點與保管。 ■ 人員載送。
下列工作由工作人員共同進行：	
■ 每次訪談前清點所需之同意書、衛教單、個人資料表、禮物、錄音設備	
■ 協助受訪者填寫個人資料與同意書	

全體工作人員注意事項

■ 報到時間與地點

- ↓ 報到時間：10月30日（四），22：30。
- ↓ 報到地點：彰化縣芬園鄉彰南路五段451巷36號。
- ↓ 攜帶物品：拖鞋、毛巾、禦寒衣物、傘、遮陽帽、個人藥品、防蚊液。
- ↓ 怡青、佩甄、媿涵請於每日8：30在下表住宿處會合。

■ 問卷及手冊職前訓練

- ↓ 時間：10月29日（三），18：00。
- ↓ 地點：護理館608室
- ↓ 目標：1. 說明研究計畫之目的與目前研究結果
2. 領取手冊及問卷
3. 熟悉工作流程

■ 工作人員聯絡資訊：

姓名	聯絡方式	
盧老師	0928718776	zylu@ym.edu.tw
陳老師	0963292072	wlchen@mail.cmu.edu.tw
許金惠	0918846508	ger2345@ms57.hinet.net
吳桂華	0919636486	i24881271@yahoo.com.tw
賴皓屏	0921060682	pinglife@hotmail.com
陳怡青	0920765877	
許佩甄	0935673307	
陳媿涵	0912713079	
邱聖雯	0920658687	swchiu@ym.edu.tw

■ 住宿資訊：

10/30-31 (2晚)	彰化地區	金惠家附近的民宿，楊黃美春 049-2522215 彰化縣芬園鄉彰南路五段451巷36號	盧老師、許金惠、吳桂華、賴皓屏、邱聖雯
11/1-2 (1晚)	台中地區	窩比世 台中市學士路181號，TEL:04-22058811	盧老師、許金惠、吳桂華、賴皓屏、邱聖雯

指引手冊訪談之主軸問題

1. 手冊內容是否涵蓋必要範疇？
2. 手冊內容編列順序恰當性？
3. 手冊閱讀難易度？
4. 手冊用詞清晰度？
5. 手冊編排美觀？

【台灣社會另類療法風險管理之專家系統制度初探】

工作手冊
(宜蘭地區)

計畫委託單位：行政院衛生署
計劃主辦單位：中國醫藥大學

中國民國九十七年

另類療法訪談日程表

		11/10 (一)	11/11 (二)
			宜蘭地區
6:30~7:30 (?)			忠民橋休息區/雪貴婆婆引 (暫定) 團體訪談：問卷
8:00~9:00			準備工作
9:00~11:00		行前確認 出發前往宜蘭	太子廟/雪貴爸爸引 手冊*1
11:00~12:00		會合 (怡菁、佩甄、嫻涵、佳蓉、聖雯)	
12:00~13:50		抵達飯店 check in	「討論會」 午餐
14:00~15:00		準備工作	準備工作
15:00~17:00		雪貴家附近涼亭/雪貴婆婆引 團體訪談：問卷	安安托兒所/雪貴婆婆引 手冊*1 (愛珠舅媽)
17:00~18:30		「討論會」暨「工作匯報」	「討論會」暨「工作匯報」
18:30~		晚餐	18:30~ 晚餐 19:30~ 賦歸

工作匯報

針對個人所負責的工作進行簡單報告，舉凡執行期間遇到的問題、困難，或需要他人協助等等，皆可在工作匯報當中提出來。

雜務分配

林雪貴	■ 聯繫 key person，確認受訪者。
邱聖雯	■ 準備錄音筆錄音資料的備份。 ■ 採購物資（提醒開收據，勿壓日期）
邱聖雯	■ 安排二日工作人員的餐點（早、午、晚餐）。 ■ 物資運送、清點與保管。
下列工作由工作人員共同進行：	
■ 每次訪談前清點所需之同意書、衛教單、個人資料表、禮物、錄音設備	
■ 協助受訪者填寫個人資料與同意書	

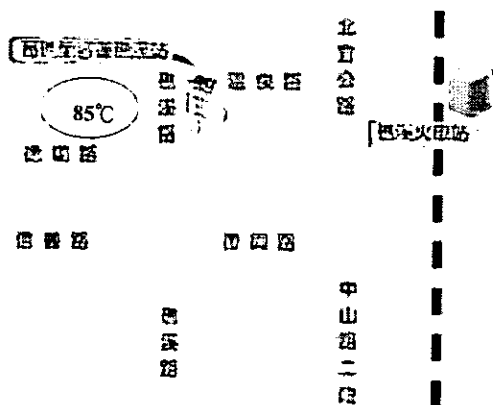
全體工作人員注意事項

■ 報到時間與地點

✦ 報到時間：11月10日（一），13：00。

11月11日（二），9：00。

（桂華等人請搭乘 AM7：30 葛瑪蘭客運至礁溪，85°C 會合）



✦ 報到地點：宜蘭礁溪紫藤蘆溫泉民宿。

✦ 攜帶物品：禦寒衣物、傘、遮陽帽、個人藥品。

■ 工作人員聯絡資訊：

姓名	聯絡方式	
盧老師	0928718776	zylu@ym.edu.tw
吳桂華	0919636486	i24881271@yahoo.com.tw
郭貞君	0933395615	kuosc.kuocc@msa.hinet.net
賴皓屏	0921060682	pinglife@hotmail.com
陳怡青	0920765877	
許佩甄	0935673307	
陳媿涵	0912713079	pahan1018@hotmail.com
佳蓉		
邱聖雯	0920658687	swchiu@ym.edu.tw

■ 住宿資訊：

11/10~11 (1晚)	宜蘭地區	紫藤蘆溫泉民宿，陳熾峯，0928639962 宜蘭縣礁溪鄉中山路一段 334 號	陳怡青、許佩甄、陳媿涵、佳蓉、邱聖雯
------------------	------	---	--------------------

附錄8：參與成員反應分析”之老人名單

共計32人(男:女=13:19)

代號	年紀	性別	居住地	患退化性關節炎的 部位	人工關節 置換術
F101	76	女	彰化縣芬園鄉	左右膝	無
F103	57	女	彰化縣芬園鄉	左右膝	無
F105	66	女	彰化縣芬園鄉	左右膝	無
F107	81	男	彰化縣芬園鄉	左右膝	無
F205	51	男	彰化市三村里三村莊	左右膝	無
F301	77	女	彰化市石牌里	左右膝	無
F307	80	女	彰化市石牌里	左右膝	無
F404	77	男	台中市樂英里	左膝	無
F406	87	男	台中市樂英里	左膝	無
F407	67	女	台中市樂英里	左右膝	無
F408	80	女	台中市樂英里	左膝	無
P506	57	女	台中市昇平里	左右膝	無
P508	77	女	台中市昇平里	左右膝	無
P509	68	女	台中市昇平里	左膝	無
P511	91	男	台中市昇平里	左右膝	無
P602	70	男	台中市大敦里	左右膝	無

P603	73	女	台中市大敦里	左右膝	無
P604	57	女	台中市大敦里	左右膝	無
P607	79	女	台中市大敦里	左右膝	無
P609	65	男	台中市大敦里	右膝	無
P610	57	男	台中市大敦里	左右膝	無
F801	66	男	台北縣板橋市廣新里	右膝	無
F802	62	女	台北縣板橋市廣新里	左右膝	無
F804	65	男	台北縣板橋市廣新里	左右膝	無
F805	59	女	台北縣板橋市廣新里	髖部、左膝	無
F904	81	女	桃園縣觀音鄉富源村	左右膝	無
F905	59	男	桃園縣觀音鄉富源村	右膝	無
F906	78	男	桃園縣觀音鄉富源村	左右膝	無
F1002	66	女	宜蘭縣羅東鎮賢文里	左膝	左膝
F1003	68	女	宜蘭縣羅東鎮信義里	左右膝	無
P1101	75	男	台北縣板橋市忠誠新村	左右膝	無
P1102	56	女	台北縣板橋市忠誠新村	左右膝	無

附錄 9: 國際相關資料收集與聯絡訊息如下:

聯合國傳統醫學與負責人聯絡平台

Dr. Xiaouri Zhang
Acting Coordinator, Traditional Medicine
Essential Drugs and Other Medicine Program
World Health Organization
20 Avenue Appia 1211
Geneva 27, Switzerland
zhang@who.ch; zhang@who.int

http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/

Risk and Drug Regulation: The Transforming Osteoarthritis in Taiwan

Zxy-Yann Jane Lu¹, Wil-Lie Chen², Jeng-Di Lee³,
Shiao-Chi Wu⁴, Wan-Yu Huang⁵

¹ Institute of Community Health Nursing, National
Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

² School of Nursing, China Medical University,
Taichung, Taiwan

³ School of Medicine, China Medical University,
Taichung, Taiwan

⁴ Institute of Health & Welfare Policy, National
Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

⁵ School of Nursing, China Medical University,
Taichung, Taiwan

Introduction

Risk has been widely used to study medical controversy. Osteoarthritis with estimated prevalence between 10 to 20% in people over 60 years of age was believed as part of aging. This paper examines the transformation of osteoarthritis through the dynamics of fact-making by the state, pharmaceutical industries, and medical professionals in the regulation of drug for osteoarthritis in Taiwan.

Methods

Discourse analysis was applied and data were drawn from major newspapers and four popular health-related magazines dated from 1951 to 2006, as well as the official documents from the health department in Taiwan.

Results

Transformation of causes of osteoarthritis is evident from occupational hazards to organic

degeneration in aging to lifestyle factors (e.g. obesity, malnutrition). The attribution of lifestyle factors based on the preventive discourse had led to the fast increase in the consumption of glucosamine. The investigation of the new drug regulation in 2002 to categorize glucosamine as health food rather than prescription drug has indicated that the successful leveling the expenditure of glucosamine by the state has been achieved through challenging its efficacy. However, the pharmaceutical company produced drug namely "Viartril-S" transformed the controversy into its advantage by advocating its preventative use. The claims by "Viartril-S" call on risk factors of individuals who are younger and at earlier stage of osteoarthritis. The multiplication of the pathways to the establishment of credibility provides the space in the constructions of "scientific" knowledge by various interest groups. Furthermore, the scientific knowledge constructed by the government justified the shift of state responsibility of risk management to the individuals.

Conclusion

The study on regulatory practices of glucosamine among the state, the pharmaceutical industry, as well as medical professionals has demonstrated the negotiation of scientific credibility and risk in Taiwan. Privatized risk strategies relief from state intervention has instigated the commodification of glucosamine in Taiwan.

Keywords: *osteoarthritis, risk, medical controversy, drug regulation*

Introduction

Osteoarthritis (OA), the most common arthritis, is the major cause of disability in an individual later life. With the dramatic increase of aging population all over the world, OA has been recognized as a public health problem by WHO by designating the years of 2000-2010 as the Bone and Joint Decade (Woolf & Pfleger, 2003). Recently, OA is also one of the top twenty chronic diseases among the aged in Taiwan (Bureau of National Health Insurance, 2007). Since it was not life threatening, osteoarthritis, even with significant high prevalence, had never attracted much attention from the media and medical professionals until 2000. Media reports about OA had significantly increased 120% since 2004, while the expenditure of glucosamine, which has been considered to be the effective medication for OA, had reached 230 million dollars in 2003 based on the National Health Insurance (NHI) data (Huang, 2005). In November, 2004, The United Daily News, one of the major newspapers in Taiwan, reported that Department of Health (DOH) announced the new regulation over glucosamine. The news sparked a series of debates about the efficacy of glucosamine for OA among various groups such as medical physicians, public policy makers, pharmaceutical companies as well as consumers. The government had referred to the results of two clinical randomized control trials published by Lancet in 2001 (Reginster et al) and The Archive of Internal Medicine in 2002 (Pavelka et al) funded by the Italian pharmaceutical company-Rotta to be the scientific basis for new regulation. Researchers claim that glucosamine sulphate has modifying effects for OA in joint structure and symptoms. However, the officials in Taiwan indicated that the efficacy of glucosamine remains uncertain and decided to classify glucosamine into three sub-categories, including glucosamine, glucosamine hydrochloride and glucosamine sulfate and change categories of the first two

compounds from drugs to supplements and change glucosamine sulfate to non-prescription drug. The debates over efficacy controversy of glucosamine continue for several years and resulted in its increase consumption til present day.

This paper attempts to explore the politics of scientific knowledge involved in the processes of amendment of drug regulation on glucosamine in the Taiwanese society. The research questions are as follows: (1) What are the responses from the society for the regulatory amendment over glucosamine? (2) How were the relevant social groups recruited in controversies over scientific knowledge used for drug regulation on glucosamine? (3) How has the scientific truth being interpreted and mobilized differently by various relevant groups?

Methods

The research is based on the STS approach (Science, Technology & Society) in which how social, political, and cultural values affect scientific research are examined and places scientific controversies in their social context (MacKenzie and Wajcman, 1985). Specifically, Irvin and Wynne (1996) have postulated that the constructions of society are embedded within, and shape, scientific constructs. In other words, how different social groups recruit scientific arguments in order to support their case. What counts as science may be shaped by social relations and institutional structures so that the very constitutions of science will reflect wider social interests. The examination of controversy about efficacy of glucosamine based on the STS approach is to raise issues of trust and credibility of scientific knowledge and truth claim.

Research Design

Discourse analysis has applied to examine the textual data about the OA. For Foucault, a discourse is considered to be an institutionalized way of thinking, a social boundary defining what can be said about a specific topic. Foucault also explores the knowledge/power link through the concept of discourse (Foucault, 1972). Check

(2000) emphasizes that discourses create discursive frameworks which order reality in a certain way. The specific frameworks both enable and constrain the production of knowledge in that they allow for certain ways of thinking about reality while excluding others.

Data collection

Data sources include Taiwan newspapers, popular health-related magazines, official documents from the Department of Health, and the advertisements of pharmaceutical companies. Specifically, the media texts are mainly drawn from the most influential newspapers industry, United Daily News Group (16 September 1951 to 31 December 2006) and China Times Group (1 January 1994 and 31 December 2006), which published seven newspapers and covered most of readership in Taiwan area. The study also examines four popular health-related magazines, Health World, Evergreen, Common Health and The Public Magazine, to which the professionals such as physicians and pharmacists have contributed articles for the purpose of public health education. The advertisements of pharmaceutical companies are collected from the two commercial agents, Great Union Trading Co., LTD. and Rainbow Health Care Co., LTD. Pamphlets and brochures on OA in the drug stores in Taipei area were also collected. The study also examines the official documents on the glucosamine regulatory issue, and the medical literatures on glucosamine efficacy which were cited by the regulatory authority and pharmaceutical industry to support their arguments.

Results

I. The Rise of Glucosamine Consumption in Taiwan

Recently glicosamine has been advocated, especially in the lay media, as safe and effective options for the management of osteoarthritis (Clegg et al, 2006; Felson et al., 2000 b; McAlindon, LaValley, Gulin & Felson, 2000). Glucosamine have been

available as a prescription drug for osteoarthritis in Italy and a non-prescription drug in Germany (Huang, 2005; Theodosakis, Adderly & Fox, 1997); however it is categorized as a nutritional supplement in the United State..

The products of glucosamine were introduced into Taiwan by drug trade companies during early-1980s, but it was not well-known among the lay people or even within the circle of physicians (Lin, 2006). Glucosamine was categorized as a prescription drug which reimbursed in 1995 since the NHI was initiated in Taiwan (Huang, 2005). General public has not paid much attention to glucosamine at this time, but only a few articles written by health professionals (e.g. physicians, pharmacist), and few conferences papers.

The discussions of glucosamine had proliferated in the media press or health professional journals since 2000 due to the failure of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). NSAIDs had been the most commonly prescribed agents for osteoarthritis but disappointment brought about by its adverse effects (Griffin, Piper, Daugherty, Snowden & Ray, 1991; Hungin & Kean, 2001). Physicians began to include glucosamine as a part of regular OA clinical treatments.

With the recommendation and supports from Taiwanese physicians, lay people express their widespread enthusiasm for glucosamine especially among the aging population. The patients actively request their physicians to prescribe glucosamine. Its widespread popularity can be seen by gift-giving of glucosamine by friends and relatives who travel to United States and Canada (Lin, 2006; Song & Wei, 2004, November 30). The dramatically increased consumption of glucosamine also reported by the drug trade companies indicating that the Taiwanese have consumed more than 80 millions glucosamine pills every year (Lin, 2006).

With enthusiasm of the public for glucosamine, health professionals especially physicians voiced their skepticism and stated that insufficient scientific evidences

support the efficacy of glucosamine as treatment drug (Wang, 2000, December 8). Inconsistent results may be due to methodological flaws in these studies, such as inadequate allocation concealment and absence of intent- to-treat analyses.

Skeptical physicians continued to emphasize that glucosamine has been categorized as supplement by U.S. Food and Drug Administration (FDA), and oppose the application of glucosamine as treatment drug (Han, 2000, June 28).

The growing skepticism toward glucosamine among the physicians did not influence the popularity of this compound. The increased expenditure on glucosamine posed significant financial burden on NHI. In 1999, NHI attempted to constraint the expenditure of glucosamine by restricting reimbursement to only those who are over 60 years old, higher than 7 points with the Lequesne's severity index for knee OA as well as those who diagnosed with radiograph below stage III. Furthermore, NHI cut the reimbursement of glucosamine from NT\$ 9/pill to NT\$6/pill in 2003. The general public who relied on glucosamine for the relief from OA problems has generated enormous pressure for the NHI in their attempt to amend reimbursement regulation. However, NHI finally announced the change of drug regulation in February, 2004.

II. Drug Regulation and Glucosamine Controversy

The announcement of new drug regulation not only drew much attention of the general public and mass media, but also generated debates about the efficacy of glucosamine. The new regulation seems to increase the access of lay people for glucosamine without physicians' prescriptions. The pharmaceutical companies were also allowed to advertise their products. However, contrary to what had been expected, the pharmaceutical companies strongly opposed the new regulation, and called for administrative review.

Efficacy Issue as the Legitimacy of Amendment

New regulation on glucosamine implicitly challenged the efficacy of glucosamine sulfate. The controversy over effectiveness of the compound instigated a series of debates among the state, pharmaceutical industries and medical professions. The state claimed the uncertainty of glucosamine's efficacy as grounds for the amendment. The Director of National Bureau of Controlled Drugs referred to contradictory results from six medical researches conducted in the US. . Three of them showed that glucosamine (solely or combined with chondroitin) has effect for structure- and symptom- modifying, while the other half concluded that glucosamine is no better than placebo in reducing pain.

Furthermore, the government undermined the efficacy of glucosamine by challenging the legitimacy of the outcome measure of two well cited clinical trials, granted as milestones of glucosamine study. These two 3-year randomized clinical controlled trials were funded by the Italian pharmaceutical company-Rotta and claim that glucosamine sulphate has modifying effects for OA in joint structure and symptoms (J. Y. Reginster etc. 2001, K. Pavelka etc. 2002).

However, the regulatory authority disagreed with the research results and argued that glucosamine is only effective for relieving pain, instead of promoting structural repairment.

Pharmaceutical companies are the first group to voice their opposition to the new regulation by arguing that the two RCTs confirm the efficacy of glucosamine by emphasizing the accuracy (reliability & validity) of the outcome measure. Moreover, pharmaceutical companies cited one more RCT study published by American College of Rheumatology in 2004 to support their argument. The claims of scientific knowledge based on the RCTs have been interpreted differently by the state and pharmaceutical companies. However, what was not being challenged was RCTs as the "sole" standardized procedure for scientific knowledge production and truth

claiming.

Reactions for the Amendment

Issues raised regarding regulation by DOH have driven and recruited the media, physicians and the public to focus on the debates over efficacy of glucosamine. The media joined the discussion on the efficacy of glucosamine and reported the contradictory statements of diverse practice physicians regarding glucosamine. The media quoted physicians, reporting that previous RCTs had funded by pharmaceutical companies with commercial interests. The reports implicitly challenged and diminished the credibility of these two RCTs. Physicians groups continued their influence on the media and indicated that the study results from GAIT (Glucosamine/ chondroitin Arthritis Intervention) sponsored by NIH in the U.S. should be credible since it is free from commercial interests.

Silenced Glucosamine Safety

Continuous media reports, thus, kept issues of efficacy on glucosamine alive. Whatever was silenced had been the key issue of safety while a compound being categorized as non-prescription drug. Wang, the director of National Bureau of Controlled Drugs, explained in The Legislative Yuan that the distinction between prescription drugs and non-prescription drugs is the safety.

Wang clearly emphasized that safety as the basic crucial requirement for a drug to be able to be categorized as non-prescription drugs. However, rather than focus on drugs' safety, the government deliberately highlights glucosamine efficacy issue in order to legitimate the amendment as well as to minimize the impact of the new regulation to the general public. The safety issue has been taken for granted as "scientific truth", which no need for further examination. Thus, the safe image of glucosamine has been reinforced by its absence from the public discussions.

Widespread acceptance of glucosamine as a safe product facilitates pharmaceutical companies to develop even better strategies to advertise this compound. Pharmaceutical companies claim that glucosamine as the natural product of human body. Moreover, the emphasis on its natural derivatives from shrimp shell convinced the public to purchase products out of pocket.

III. Co-construction of Preventive Discourse and Transforming of OA Risk

The results of RCTs used by pharmaceutical companies failed to persuade the government and the decision on the new regulation was unchanged. Since then the use of glucosamine moved to the period of commodification.

Based on the new regulation, pharmaceutical companies attempt to clearly differentiate various types of glucosamine in order to identify their own potential clients. The pharmaceutical companies produced glucosamine sulfate emphasized its effects in cartilage strengthening, while those manufactured glucosamine sulfate and chondroitin sulfate pointed out that the combination of these two compounds is the most effective regimen for OA prevention. In contrast to aging, the imbalance between rates of synthesis and degradation of the hyaline-cartilage has been now postulated to be the cause of OA. Moreover, the imbalance may occur in very early age. Thus, the consumption of glucosamine may provide significant basic substance for cartilage synthesis in maintaining healthy joint. In general, discussions on glucosamine as a natural component of cartilage and its balance as the way to maintain the health of knee joints became widespread.

As a result, the state, health professionals, pharmaceutical companies and media press were enrolled to the framing of risk and preventive discourse. Physicians stated that osteoarthritis can be prevented by proper exercise and reducing body weight, while pharmaceutical companies advertised that malnutrition may lead to unhealthy cartilage, which is the potential cause for OA. Risk factor of OA has been

transformed from age to life style factors, such as obesity, malnutrition and lack of exercise. The transformation of risk factors for OA thus included younger people into population at risk. Statements on the media, with the irony title of “Osteoarthritis is not the elder’s privilege anymore”, were not uncommon (Wei, 2006). By advocating the life style factors for OA, pharmaceutical companies successfully expand their clients to healthy (at-risk) and younger population.

The preventive discourse of osteoarthritis proliferates the strategies of risk management which were advocated by physicians and pharmaceutical companies. In order to assist in detecting risks early for OA, the pharmaceutical companies developed the instrument such as “Questionnaire for Joint Age” consisted of life style questions. The general public is encouraged to assess their joint health status or “joint age” on their own.

This new regulation launched the commodification of glucosamine as well as the preventive discourse of osteoarthritis, which evidently shift the state responsibility of risk management to the individuals.

IV. Conclusion

In glucosamine controversy, while the efficacy has been debated, RCTs have kept its status as the golden standard to establish credibility of scientific truth. The results based on RCTs was interpreted and negotiated among the state, the pharmaceutical industry as well as medical professionals. The regulatory amendment over glucosamine and preventive discourse of OA have co-constructed that resulted in the transformation of OA.

References

- Bureau of National Health Insurance (2007). An Analysis of Diseases in the National Health Insurance in 2005.
http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_8327_2_94%A6-CCS%B2%CE%ADp.pdf
- Chen, S. K. (2006). The introduction of osteoarthritis. *The Voice of Sheng-Yang Cancer Prevention* 113, 22-28.
- Clegg, D. O., Reda, D. J., Harris, C. L., Klein, M. A., O'dell, J. R., Hooper, M.M. et al (2006). Glucosamine, chondroitin sulfate and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *The New England Journal of Medicine* 354(8), 795-808.
- Datong Trade Ltd. (n. d.). The introduction of osteoarthritis [the health educative manual]. Unpublished raw data.
- Ehrlich, G. E. (2003). The rise of osteoarthritis. *Bulletin of the World Organization* 2003 81(9), 630.
- Epstein, S. (1997). Activism, drug regulation, and the politics of therapeutic evaluation in the AIDS era: a case study of ddC and the surrogate markers debate. *Social Studies of Science* 27(5), 691-726.
- Felson, D.T., Lawrence, R. C., Dieppe, P. A., Hirsch, R., Helmick, C. G., Jordan, J. M. et al (2000 a). Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Annals of Internal Medicine* 133(8), 635-646.
- Felson, D.T., Lawrence, R. C., Dieppe, P. A., Hirsch, R., Helmick, C. G., Jordan, J. M. et al. (2000 b) Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Annals of Internal Medicine* 133(9), 726-737.
- Felson, D. T. & Zhang Y. (1998) An update of the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis Rheumatism* 41(8):1343-1355.
- Griffin, M. R., Piper, J. M., Daugherty, J. R., Snowden, M. & Ray, W. A. (1991). Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and increased risk for peptic ulcer disease in elderly persons. *Annals of Internal Medicine* 114(4), 257-63.
- Han, Y. X. (2000, June 28). Osteoarthritis and joint replacement. *The United Daily News*, p. 34.
- Huang, Y. F. (2006, July 11). A twenty-year-old person has osteoarthritis because of her long time standing. *The United Evening News*, p. 10.
- Huang, Y. T. (2004, November 30). Is Viartril-S really effective? DOH planned to degrade. *The China Times*, p. A6.
- Huang, Y. W. (2005). Glucosamine and osteoarthritis. *Drug and Food News Flash* 297, 1-4.
- Hungin, A. P. S. & Kean, W. F. (2001). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: overused or underused in osteoarthritis? *The American Journal of Medicine* 110(1), 8-11.
- Jasanoff, S. (2004). Ordering knowledge, ordering society. In Sheila Jasanoff (Ed.),

States of knowledge: the co-production of science and social order (pp. 13-45). London: Routledge.

Lin, Z. L. (2006). The magical pills which transcend Panadol. *The Journal of Today* 510, 56-64.

Marks, H. (1977). *The progress of experiment: science and therapeutic reform in the United States, 1900-1990*. Cambridge: Cambridge University Press.

McAlindon, T. E., LaValley, M. P., Gulin, J. P. & Felson, D. T. (2000) Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and meta-analysis. *The journal of American Medical Association* 283, 1469-1475.

Pavelka, K., Gatterova, J., Olejarova, M., Machacek, S., Giacovelli, G. & Rovati, L. C. (2002). Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis: a 3-year, randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Archives of Internal Medicine* 162(18):2113-23.

Song, H.L. & Wei, Y.Y. (2004, November 30). The trend which people return from United States with glucosamine as gifts. *The United Daily News*, p. A3.

The Legislative Yuan of Republic of China (2004)_Meeting records of Sanitation and Environment, as well as Social Welfare Committee
http://tornado.ly.gov.tw/tornado/draft/final/pdf/05/04/80/LCIDP_05048001_00002.pdf

Theodosakis, J., Adderly, B. & Fox, B. (1997). *The arthritis cure*. New York, NY: St. Martin's Press.

Towheed, T & Anastassiades, T (2000). Glucosamine and chondroitin for treating symptoms of osteoarthritis: evidence is widely touted but incomplete. *The Journal of the American Medical Association* Volume 283(11):1483-1484.

Wang, C. L. (2000, December 8). Osteoarthritis. *The United Daily News*, p. 34.

Woolf, A. D. & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal condition. *Bulletin of the World Organization* 2003, 81(9), 646.

Wu, Y. X. (1999). The introduction of glucosamine sulfate. *Pharmacy Forum of Cheng Kung University Hospital* 9(9),1-2.

Wei, Y.Y. (2006, November 7). The young people with the joints having click sounds. *The United Daily News*, p. EA.

THE RISK CONSTRUCTION OF OSTEOARTHRITIS IN THE TAIWANESE SOCIETY

Zxy-Yann Jane Lu RN, PhD¹, Wil-Lie Chen RN, PhD², Jeng-Di Lee PhD³, Shiao-Chi Wu PhD⁴, Wan-Yu Huang MA⁵

¹Institute of Community Health Nursing, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

² Department of Nursing, China Medical University, Taichung, Taiwan

³School of Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

⁴Institute of Health & Welfare Policy, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

⁵ Department of Nursing, China Medical University, Taichung, Taiwan

Statement of study purpose: Osteoarthritis, with estimated prevalence between 10 to 20% in Taiwanese over 60 years of age, has been recognized as a significant public health problem by WHO by her designating the years of 2000-2010 as the Bone and Joint Decade. The purpose of this article is to ascertain the construction of public images of osteoarthritis in Taiwan from 1950 to 2006, and to demonstrate how actors such as health professionals, pharmaceutical companies and media press were enrolled into networks to the framing of risk and preventive discourse.

Methods: Discourse analysis was applied and text data were drawn from major newspapers, popular health-related magazines, advertisements by pharmaceutical companies and health professional journals dated from 1951 to 2006.

Results: The results show that causes of osteoarthritis have been shifted from occupational hazards in the early 50s, to organic degeneration attributed to aging in subsequent decades, to lifestyle factors (e.g. obesity, malnutrition) during mid-1980s to mid-1990s, and finally to instability of molecular and biochemical materials such as cartilage tissue in the body. The transformation have been produced and reproduced by the interplay of government drug regulation policy, commodification of pharmaceutical companies, and various causes attributed in the process of biomedicalization. With few effective therapies for osteoarthritis, self-management of risk is highly advocated by medical professionals. New regulation by changing glucosamine to non-prescription drug in 2004 further instigated the privatization of risk and recruitment of younger clients for self-surveillance strategies by pharmaceutical companies. Osteoarthritis, rather than the disease of “the elderly” or “improper lifestyles”, is now standardized as “cellular inactivation disease” in the frame of preventive discourse.

Conclusions: The exploration on the context of social construction of medical knowledge in Taiwan, which is essential to effective nursing practices since the macro-view influences how people perceive and interpret their symptoms.

THE RISK CONSTRUCTION OF OSTEOARTHRITIS IN THE TAIWANESE SOCIETY

Introduction

Osteoarthritis (OA), the most common arthritis, is the major cause of disability in an individual later life. With the dramatic increase of aging population all over the world, OA has been recognized as a public health problem by WHO by her designating the years of 2000-2010 as the Bone and Joint Decade (Woolf & Pfleger, 2003). Recently, OA is also one of the top twenty chronic diseases among the aged in Taiwan (Bureau of National Health Insurance, 2007) and estimated that about 15% of the elder population experienced OA (健康雜誌??). Since it was not life threatening, OA, even with significant high prevalence, had never attracted much attention from the media and medical professionals until 2000. Media reports about OA had more than tripled by the year of 2005. Interestingly, during this period the expenditure of glucosamine, which has been considered to be the effective remedy for OA, had reached 230 million dollars in 2003 based on the data from National Health Insurance (NHI) (Huang, 2005). Its widespread popularity has been demonstrated by gift-giving of glucosamine by friends and relatives who travel to United States and Canada. Thus, this study attempts to explore the forces and actors involved in the commodification of glucosamine for OA. It is important for community health nurses to understand the beliefs in OA and health practices of aged individuals in order to facilitate appropriate care to manage OA.

The purposes of the study are as follows:

1. To ascertain the construction of public images of osteoarthritis in Taiwan from 1950 to 2006
2. To demonstrate how actors such as health professionals, pharmaceutical companies and media press were enrolled into networks to the framing of risk and preventive discourse

Research Design

Discourse analysis was applied to ascertain systematic links between texts, discourse practices and sociocultural practices. From a genealogical perspective, Powers (2002) emphasized that a discourse arose in a social context using both surfaces of emergence and conditions of possibility that were acknowledged and appropriated, and made visible by the emerging discourse. Cheek (2000) pointed out that discourses create discursive frameworks which order reality in a certain way that both enable and constrain the production of knowledge. Thus, discursive frames determine who can speak, when and with what authority and conversely who can not. In analyzing the effect of such discursive frames, Foucault stresses the questions to be asked are, "what rules permit certain statements to be made; what rules order these statements; what rules permit us to identify some statements as true and some false; what rules allow for construction of a model or classification system?" Three axes in the discursive processes that have been extrapolated through structural analysis are knowledge, authority and value (justification) (Powers, 2002). The axis of knowledge addresses the objects and subjects of concern including rules of justification, defining characteristics and in this study, the object of concern is knee problems among middle age population and the subject of discourse focuses on the discussions of the transformation of causality and effective management of OA. The

axis of authority addresses who are legitimately involved in the management of knee problems. The axis of justification addresses the norms of prevention and self-surveillance of OA.

Data collection

Data sources include Taiwan newspapers, popular health-related magazines, official documents from the Department of Health, and the advertisements of pharmaceutical companies. Specifically, the media texts are mainly drawn from the most influential newspapers industry, United Daily News Group (16 September 1951 to 31 December 2006) and China Times Group (1 January 1994 and 31 December 2006), which published seven newspapers and covered most of readership in Taiwan area. The study also examines four popular health-related magazines, Health World, Evergreen, Common Health and The Public Magazine, to which the professionals such as physicians and pharmacists have contributed articles for the purpose of public health education. The advertisements of pharmaceutical companies are collected from the two commercial agents, Great Union Trading Co., LTD. and Rainbow Health Care Co., LTD. Pamphlets and brochures on OA in the drug stores in Taipei area were also collected. The keywords used to conduct the text search include osteoarthritis, arthritis, aging, pain, treatment of osteoarthritis, alternative therapies, and glucosamine.

Results

I. Transforming of OA Risk

The term of 「arthritis」 first appeared on the newspaper in 1952 (UDN) and mixed use with rheumatoid arthritis or bone arthritis were common, not until 1974

the term 「osteoarthritis」 was found. The occurrence of arthritis was linked to occupation and social class. Although no statistical data were available to document the prevalence of arthritis in Taiwan at this time, cited the US data, physicians pointed out that farmers or miners were prevalent to arthritis due to their “hard work (or tiredness)” and recommended the bedrest to especially lay down flat as the best remedy in order to relax all joints. In the 1960’s with the emergence of scientific medicine, the discussions about hopes brought by the new drug treatment, steroids, were emphasized. Hot spring bath, acupuncture and vibration with TENS were also resorted.

With the decrease of infectious diseases and augmentation of life expectancy by 1958 to 61.3 years (thereafter steadily climbing over 60 years), the acceptance of arthritis as a chronic and degenerative disease had been surfaced. Although over work such as kneeling for washing clothes along the river during younger age had been consistently referred to the cause of osteoarthritis, the close association of aging with OA transpired in the 1980s while the population aged over 65 reached 7% by 1993 in Taiwan. A news excerpt on Sep.2,1989 stated that estimated 90% of elders over 70 years old had OA.

The interest in OA among the public has increased dramatically by 1990s with the numbers of news excerpts rises from 38 in 1980s to 173 in 1990s and

mushroomed in 2000s to 583 only in 8 years.

II. Commodification of glucosamine

Along with the widespread interest in OA, the discussions of glucosamine had proliferated in the media press or health professional journals since 2000 due to the failure of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). NSAIDs had been the most commonly prescribed agents for OA but disappointment was brought about by its adverse effects. Physicians began to include glucosamine as a part of regular OA clinical treatments.

The products of glucosamine were introduced into Taiwan by the Great Union drug trade company during early-1980s, but it was not well-known among the lay people or even within the circle of physicians (Lin, 2006). Glucosamine was categorized as a prescription drug which reimbursed in 1995 since the NHI was initiated in Taiwan (Huang, 2005). General public has not paid much attention to glucosamine at that time, but only a few articles were written by health professionals (e.g. physicians, pharmacist), and also few conferences papers.

Glucosamine have been available as a prescription drug for OA in Italy and a non-prescription drug in Germany; however it is categorized as a nutritional supplement in the United States. Recently glucosamine has been advocated,

especially in the lay media, as safe and effective options for the management of OA. The strong support for the use of glucosamine by a few physicians in 1990s resulted in widespread enthusiasm among general public especially those aging population. One of the physicians even was named “glucosamine physician”. The patients actively request their physicians to prescribe glucosamine. The dramatically increased consumption of glucosamine also reported by the Great Union drug trade company indicated that the Taiwanese have consumed more than 80 millions glucosamine pills every year and saved the company from the edge of bankruptcy (Lin, 2006).

The increased expenditure on glucosamine posed significant financial burden on NHI. In 1999, NHI attempted to cut down the expenditure of glucosamine by restricting reimbursement to only those who were over 60 years old, higher than 7 points with the Lequesne’s severity index for knee OA as well as those who were diagnosed with radiograph below stage III. Furthermore, NHI reduced the reimbursement of glucosamine from NT\$ 9/pill to NT\$6/pill in 2003. Further amendment of regulation was attempted while the Great Union drug trade company had requested the re-evaluation of the decision. The regulatory authority maintained the decision on the policy which categorized glucosamine sulfate as non-prescription drugs while glucosamine and glucosamine hydrochloride as

supplements in February, 2004.

Despite the changes in regulation of glucosamine, Great Union drug trade company eventually devoted about 90% of the investment into “Viartrial-S” (the commercial name of glucosamine), while many other competing brands of glucosamine are also sold on the market. The report indicated that the market reached NT\$ 1 billion each year.

III. **Co-construction of Preventive Discourse: Measuring “Joint age” by yourself**

In addition to the significant role of physicians to the successful commodification of glucosamine in Taiwan, the endorsement of academia such as scholars in the fields of nutrition & health sciences was sought by drug trade companies. Moreover, reacting to the new regulation, the attempt to clearly differentiate various types of glucosamine in order to identify its own potential clients had been one of the major strategies for the Great Union drug trade company. The pharmaceutical companies producing glucosamine sulfate emphasized its effects in cartilage strengthening, while those manufactured glucosamine sulfate and chondroitin sulfate pointed out that the combination of these two compounds is the most effective regimen for OA prevention.

New marketing strategies have emphasized the necessity to restore the

depletion of bodily substance in aging joints since the amendment of glucosamine regulation. In contrast to aging, the imbalance between rates of synthesis and degradation of the hyaline-cartilage has been now postulated to be the cause of OA. Moreover, the imbalance may occur in very early age. Thus, the consumption of glucosamine may provide significant basic substance for cartilage synthesis in maintaining healthy joint. In general, discussions on glucosamine as a natural component of cartilage and its balance as the way to maintain the health of knee joints became widespread. In order to live a free and independent life, preventive, accurate type as well as sufficient amount of glucosamine consumption has been the essential information on the website of Great Union drug trade company.

As the result, the state, health professionals, pharmaceutical companies and media press were enrolled to the framing of risk and preventive discourse. Physicians stated that OA can be preventive by proper exercising and reducing body weight. In addition, the advertisements of pharmaceutical companies indicated that malnutrition may lead to unhealthy cartilage, which is the potential cause of OA. Risk factor of OA has been transformed from age to life style factors, such as obesity, malnutrition and lack of exercise. The transformation of risks factors for OA thus included younger people into population at risk. Significant statement on the media press, with the irony title of “Osteoarthritis is not the elder’s privilege anymore” was not uncommon (Wei, 2006). The article continued with such claim that high-risk populations are not restricted to the elderly but also middle age population or even much younger people, such as athletes or obese people, whose occupation or daily life

practices make them susceptible to OA. By advocating the life style factors for OA, drug companies successfully expand their clients to healthy (at-risk) population and younger population.

The preventive discourse of OA proliferates as the strategies of risk management. In order to detect risks early for OA, the pharmaceutical companies, that deliberately recruit more potential patients, developed the “Detecting Joint Age Questionnaire” consisting of life style questions. The general public is encouraged to assess “joint age”, health status of their joints, on their own. The new regulation launched the commodification of glucosamine as well as the preventive discourse of OA, which evidently shift the state responsibility of risk management to the individuals.

Conclusion

The results show that causes of OA have been shifted from occupational hazards in the early 50s, to organic degeneration attributed to aging in following decades, to lifestyle factors (e.g. obesity, malnutrition) during mid-1980s to mid-1990s, and finally to instability of molecular and biochemical materials such as cartilage tissue in the body. The transformation have been produced and reproduced by the interplay of government drug regulation policy, commodification of pharmaceutical companies, and various causes attributed in the process of biomedicalization. With few effective therapies for OA, self-management of risk is highly advocated by medical professionals. Regulating glucosamine as non-prescription drug or supplement in 2004 further instigated the privatization of risk and recruitment of younger clients for self-surveillance. Osteoarthritis, rather

than the disease of “the elderly” or “improper lifestyles”, is now standardized as “cellular inactivation disease” in the frame of preventive discourse.

References

Cheek, J. (2000). *Postmodern and poststructural approaches to nursing research*.

Thousand Oaks, CA: Sage Pub. Pp.17-36.

Powers, P. (2002). A discourse analysis of nursing diagnosis. *Qualitative Health*

Research, 12(7), 945-965.

The illness narratives of Taiwanese women with osteoarthritis

Zxy-yann Jane Lu, PhD, RN¹²; Chin-Hui Hsu, BS, RN²³; Wil-Lie Chen PhD, RN²,
Shiao-Chi Wu PhD⁴; Meei Ou, MS, RN⁵

¹Institute of Community Health Nursing, National Yang-Ming University, Taipei,
Taiwan

²Department of Nursing, China Medical University, Taichung, Taiwan

³Banciao City Health Center Taipei County, Community Health Nurse

⁴Institute of Health & Welfare Policy, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

⁵Faculty of Nursing, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

Osteoarthritis (OA), with estimated prevalence between 10 to 20% in Taiwanese over 60 years of age and women outnumbered men by 2:1, has been recognized as a significant public health problem by WHO by designating the years of 2000-2010 as the Bone and Joint Decade. Story-telling has been a significant approach to unfold individual experience of everyday life with chronic illnesses. Illness narratives from the lay view have been recognized to assist biomedical professionals providing the holistic care to enhance the quality of life of OA sufferers, while both lay and professionals have been frustrated with ineffective treatments. The purpose of this study was to ascertain the meanings of OA and the strategic management among Taiwanese OA women through their life course narratives. The life history approach was used to conduct in-depth interviews with women with OA of knee. Participants, were women of 55 years of age diagnosed with OA without joint replacement and without life-threatening illnesses, who were recruited from the community elder groups or through public health nurses. The majority of interviews were conducted at participants' homes and few conducted at places designated by participants. The dataset was transcribed verbatim. Narrative analysis was applied to discern various "genres" and the meanings of the account in the context by identifying stories organized around a specific time and consequential events in a life world of an OA sufferer and also compare the entities of accounts within each individual. The results showed that the autobiographical narration attributed the cause of OA to women's hardship while unfolding women's contributions to sustain their families. Physical discomforts and increased limitations as biographical disruption gradually led to women's re-examination of personal, family or work conditions and viewed as the integral part of aging. Acceptance of aging as one type of strategic management is represented by the story of gratitude from children, while the resistance may be represented by the active search for ways of maintaining youth with considerable costs. Expression of worries being others burden reflected in telling stories of engaging in healthy lifestyle in order to be carer rather than cared for.

Eagerly pursuing new “effective treatments” connoted women’s beliefs in the progression as the essence of modernity in contrast to their past lives with sparse resources and primitive. Biographical reflection revealed that the narration of wearing and tearing of OA simultaneously brings out the threatened or already injured women’s self and in turn opens up the chances for self reconstitution with new surrounding and resources. In summary, the illness narratives of OA sufferers in the Taiwanese society can be categorized into three types as Bury (2001) suggested namely, contingent, moral, and core. While contingent narratives describe life events, illness causes and unfolding effects in relation to the performative in everyday life, moral narratives introduce an evaluative dimension into the links between the personal and social. Core narratives represent various genres that were constructed by women’s cultural linguistic resources to present their everyday experience and themselves.

The illness narratives of Taiwanese women with osteoarthritis

Introduction

Osteoarthritis (OA), the most common arthritis, is the major cause of disability in an individual later life. With the dramatic increase of aging population all over the world, OA has been recognized as a public health problem by WHO by designating the years of 2000-2010 as the Bone and Joint Decade (Woolf & Pfleger, 2003). Recently, OA is also one of the top twenty chronic diseases with estimated prevalence between 10 to 20% among the aged in Taiwan and women outnumbered men by 2:1 (Bureau of National Health Insurance, 2007). With the lack of effective biomedical treatment and its significant side effects, the chronic and irreversible damage of OA has driven patients to resort to alternative therapies with the prevalent use up to 60-90% in the US (Hunter, 2006; Rao et al., 1998). Story-telling has been a significant approach to unfold individual experience of everyday life with chronic illnesses. Illness narratives from the lay view have been recognized to assist biomedical professionals providing the holistic care to enhance the quality of life of OA sufferers, while both lay and professionals have been frustrated with ineffective treatments. Instead of adopting biomedical tendency to see the problem of illness as one of breakdown in an objective machine, the narrative inquiry approaches chronic illness as an individual struggling to maintain control over the defining images of self

and over one's life. Interviewed with osteoarthritis individuals aged 55 and older in Boston area, Rosenfeld and Faircloth (2004) uncovered facing the daily challenge of displaying their understanding of embodied fluidity-the timely and fluid movement through time and space-as a virtuous practice. Media reports about OA in Taiwan had significantly increased 120% since 2004 mostly focusing on the symptom management and effective medication, such as the reports on expenditure of glucosamine had reached 230 million dollars in 2003 based on the National Health Insurance (NHI) data (Huang, 2005). Little is known how osteoarthritis pain and physical limitations with invisible disability were experienced from Taiwanese women's perspective. Thus, the purpose of this study was to ascertain the meanings of OA and the strategic management among Taiwanese OA women through their life course narratives.

The research questions are as follows:

1. To explore the embodied experience of women with OA.
2. To discern how OA women relate their embodied experience to social identities through life course narratives.
3. To ascertain women's experiences in managing pain and physical disability from OA.

Method

Research design

The life history approach was used to address women's stories of experiencing chronic illness such as osteoarthritis and their relationship to the construction of self. The story metaphor emphasizes that we create order, construct text in particular contexts. The approach examines how the informants' story is put together, the linguistic and cultural resources it draws on. Narrative analysis was applied to discern various "genres" and the meanings of the account in the context by identifying stories organized around a specific time and consequential events in a life world of an OA sufferer and also compare the entities of accounts within each individual. The study was conducted after the approval of the institutional human subject committee.

Participants and data collection

Women, who were diagnosed with OA without joint replacement and without life-threatening illnesses and willing to be interviewed, were recruited from the community elder groups or through public health nurses. The demographics showed in Table I indicated that 15 participants had the mean age of 71 years with the average of 4 children and the average of 16 years of illness. The majority of participants had been educated up to middle school (67%), while 13% with high school education and 20% without any formal education. About 87% of women were not working, while 13% reportedly needed to work and about 53% lived with their family, 7% lived with

their husbands, 20% lived with their children and 20% lived alone. The majority of interviews were conducted at participants' homes and few conducted at places designated by participants. Interview guide included questions such as "Please describe how and when you realized something was wrong and bothering you. How the problem affected your daily life? What have you done to deal with the problems?" Each interview lasted for about 1-2 hours and was audiotape recorded and transcribed verbatim. Analysis was conducted based on the principles suggested by Riessman (1993) & Silverman (2001) in which the real-time sequential ordering of actions were examined for the rules, patterns and structures in the relations between consecutive actions. Analysis focuses on the examination of the narration and interaction as a site where intersubjective understanding about the participants' intentions is created and maintained.

Results

The results showed that the autobiographical narration of Taiwanese women with osteoarthritis explicated the dialogue between embodied experiences and life events. Illness narratives granted meanings to women's lives integrating past, present and future self and telling stories of suffering and performances of strength and resilience.

Four themes were generated including (1) Recognition of aging with acceptance

or resistance (2) Maintaining independence through diverse resources (3) Stories of suffering reflect self reconstitution (4) Faith in progress.

I. Recognition of aging with acceptance or resistance

Women linked aging with their OA, but with difference attitudes. Acceptance of aging was represented to recognize OA as part of their future lives and discontinued their jobs based on the decision either by themselves or children. Mrs. Wu stated that “My children ask me not to work anymore when they knew I was suffering with joint pain.” The other group of women faced OA with resistance which may be represented by the active search for ways of maintaining youth with considerable costs.

II. Maintaining independence through diverse resources

Great motivation to prevent physical limitations has been significant. Expression of worries being others burden reflected in telling stories of engaging in healthy lifestyle in order to continue their role as carer rather than cared for. Various strategies such as the injection of hyalobiuronic acid (玻尿酸), health food supplements, exercises, etc. Women carefully evaluated their financial, social network resources as well as living environment to select the most appropriate management practices.

III. Stories of suffering reflect self reconstitution

Attribution to the cause of OA to women's hardship unfolded women's contributions to sustain their families. Telling stories about the essential role women played in their families, women demanded their contribution to be confirmed. Physical discomforts and increased limitations as biographical disruption gradually led to women's re-examination of personal, family or work conditions and viewed as the integral part of aging. Suffering from the chronic condition of OA poses existential problems of identity and continuity of self. Life events such as severe disability or widowhood breakdown women's selves, while daily life experiences in managing suffering of OA facilitate the reconstitution of integral self through available resources. Biographical reflection revealed that the narration of wearing and tearing of OA simultaneously brings out the threatened or already injured women's self and in turn opens up the chances for self reconstitution with new surrounding and resources.

(IV). Faith in progress

Women put their better life condition in parallel with scientific medical progress. Eagerly pursuing new "effective treatments" connoted women's beliefs in the progression as the essence of modernity in contrast to their past lives with sparse resources and primitive condition. While women had little chances to be educated with restricted status, they strived for learning new things including being modern

women with current knowledge especially caring for their OA.

In summary, the illness narratives of OA sufferers in the Taiwanese society can be categorized into three types as Bury (2001) suggested namely, contingent, moral, and core. While contingent narratives describe life events, illness causes and unfolding effects in relation to the performative in everyday life, moral narratives introduce an evaluative dimension into the links between the personal and social. Core narratives represent various genres that were constructed by women's cultural linguistic resources to present their everyday experience and themselves.

References

- Bureau of National Health Insurance (2007). An Analysis of Diseases in the National Health Insurance in 2005. http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_8327_2_94%A6~CCS%B2%CE%ADp.pdf
- Bury, M. (2001). Illness narratives: Fact or fiction? *Sociology of health and illness*, 23(3), 263-285.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 165-182.
- Charmaz, K. (1999). Stories of Suffering: Subjective Tales and Research Narratives. *Qualitative Health Research*, 9(3), 362-382.
- Chase, S. E. (2005). Narrative inquiry: Multiple lenses, approaches, voices. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (3rd ed.). (eds.). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Pub. Pp. 641-650.
- Rosenfeld, D. & Faircloth, C. (2004). Embodied Fluidity and the Commitment to Movement: Constructing the Mora'self through Arthritis Narratives. *Symbolic Interaction*, 27(4), 504-529.
- Huang, Y. W. (2005). Glucosamine and osteoarthritis. *Drug and Food News Flash* 297, 1-4.
- Hunter, D. J. & Felson, D.T. (2006). Clinical review Osteoarthritis. *BMJ*, 3(2), 639-642.
- Rao, J. k., Arick, R., Mihaliak, K., & Weinberger, M. (1998). Using focus groups to understand arthritis patients' perceptions about unconventional therapy. *Arthritis*

- Care&Research*, 11(4), 253-260.
- Reissman, C. K. (1993). Narrative analysis. Newbury Park, CA: Sage Pub.
- Sanders, C., Donovan, J. & Dieppe, P.(2002). The significance and consequence of having painful and disabled joints in older age: co-existing accounts of normal and disrupted biographies. *Sociology of Health&Illness*, 24(2), 227-253.
- Williams, S.J. (2000). Chronic illness as biographic disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept. *Sociology of Health and Illness*, 22(1), 40-67.
- Williams, G.(1984). The genesis of chronic illness: narrative re-construction. *Sociology of Health and Illness*, 6(2), 175-200.
- Woolf, A. D. & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal condition. *Bulletin of the World Organization* 2003, 81(9), 646.

Risk and Drug Regulation: The Transforming Osteoarthritis in Taiwan

Zxy-yann Jane Lu, PhD, RN

Introduction

Osteoarthritis (OA), the most common arthritis, is the major cause of disability in an individual later life. With the dramatic increase of aging population all over the world, OA has been recognized as a public health problem by WHO by designating the years of 2000-2010 as the Bone and Joint Decade (Woolf & Pfleger, 2003). Recently, OA is also one of the top twenty chronic diseases among the aged in Taiwan (Bureau of National Health Insurance, 2007). Since it was not life threatening, osteoarthritis, even with significant high prevalence, had never attracted much attention from the media and medical professionals until 2000. Media reports about OA had significantly increased to 120% since 2004, while the expenditure of glucosamine, which has been considered to be the effective medication for OA, had reached 230 million dollars in 2003 based on the National Health Insurance (NHI) data (Huang, 2005). In November, 2004, The United Daily News, one of the major newspapers in Taiwan, reported that Department of Health (DOH) announced the new regulation over glucosamine. The news sparked a series of debates about the efficacy of glucosamine for OA among various groups such as medical physicians, public policy makers, pharmaceutical companies as well as consumers. The Department of Health in Taiwan had referred to the results of two clinical randomized control trial studies published by Lancet in 2001 (Reginster et al) and The Archive of Internal Medicine in 2002 (Pavelka et al) funded by the Italian pharmaceutical company-Rotta to be the scientific basis for new regulation. Researchers claim that glucosamine sulphate has modifying effects for OA in joint structure and symptoms. However, DOH officials in Taiwan indicated that the efficacy of glucosamine remains

uncertain and decided to classify glucosamine into three sub-categories, including glucosamine, glucosamine hydrochloride and glucosamine sulfate and change categories of the first two compounds from drugs to supplements and change glucosamine sulfate to non-prescription drug. The debates over efficacy controversy of glucosamine continue for several years and interestingly resulted in its continuous increase consumption till present day.

This paper attempts to explore the politics of scientific knowledge involved in the processes of amendment of drug regulation on glucosamine in the Taiwanese society. The research questions are the follows: (1) How were the relevant social groups recruited in controversies over scientific knowledge used for drug regulation on glucosamine? (2) How has the scientific truth being interpreted and mobilized differently by various relevant groups? (3) How has the regulatory amendment over glucosamine and preventive discourse of OA co-constructed that resulted in the transformation of OA risk?

Methods

The research is based on the STS approach (Science, Technology & Society) in which how social, political, and cultural values affect scientific research are examined and places scientific controversies in their social context (MacKenzie and Wajcman, 1985). Specifically, Irvin and Wynne (1996) have postulated that the constructions of society are embedded within, and shape, scientific constructs. In other words, how different social groups recruit scientific arguments in order to support their case. What counts as science may be shaped by social relations and institutional structures so that the very constitutions of science will reflect wider social interests. The examination of controversy about efficacy of glucosamine based on the STS approach is to raise issues of trust and credibility of scientific knowledge and truth claim.

Research Design

Discourse analysis has applied to examine the textual data about the OA. For Foucault, a discourse is considered to be an institutionalized way of thinking, a social boundary defining what can be said about a specific topic. Foucault also explores the knowledge/power link through the concept of discourse (Foucault, 1972). Cheek (2000) emphasizes that discourses create discursive frameworks which order reality in a certain way. The specific frameworks both enable and constrain the production of knowledge in that they allow for certain ways of thinking about reality while excluding others.

Data collection

Data sources include Taiwan newspapers, popular health-related magazines, official documents from the Department of Health, and the advertisements of pharmaceutical companies. Specifically, the media texts are mainly drawn from the most influential newspapers industry, United Daily News Group (16 September 1951 to 31 December 2006) and China Times Group (1 January 1994 and 31 December 2006), which published seven newspapers and covered most of readership in Taiwan area. The study also examines four popular health-related magazines, Health World, Evergreen, Common Health and The Public Magazine, to which the professionals such as physicians and pharmacists have contributed articles for the purpose of public health education. The advertisements of pharmaceutical companies are collected from the two commercial agents, Great Union Trading Co., LTD. and Rainbow Health Care Co., LTD. Pamphlets and brochures on OA in the drug stores in Taipei area were also collected. The study also examines the official documents on the glucosamine regulatory issue, and the medical literatures on glucosamine efficacy which were cited by the regulatory authority and pharmaceutical industry to support their arguments.

Results

V. The Rise of Glucosamine Consumption in Taiwan

Glucosamine, natural compounds found in healthy cartilage, can favorably affect cartilage metabolism *in vitro*. Recently glucosamine has been advocated, especially in the lay media, as safe and effective options for the management of symptoms of osteoarthritis (Clegg et al, 2006; Felson et al., 2000 b; McAlindon, LaValley, Gulin & Felson, 2000). Glucosamine have been available as a prescription drug for osteoarthritis in Italy and a non-prescription drug in Germany (Huang, 2005; Theodosakis, Adderly & Fox, 1997); however it is categorized as a nutritional supplement in the United State..

The products of glucosamine were introduced into Taiwan by drug trade companies during early-1980s, but it was not well-known among the lay people or even within the circle of physicians (Lin, 2006). Glucosamine was categorized as a prescription drug which reimbursed since 1995 since the NHI was initiated in Taiwan (Huang, 2005). General public has not paid much attention to glucosamine at this time, but only a few articles written by health professionals (e.g. physicians, pharmacist), and few conferences papers. The knowledge about glucosamine was disseminated as drugs and monopolized by the professionals (Wu, 1999; Chen, 2006).

The discussions of glucosamine had proliferated in the media press or health professional journals since 2000 due to the failure of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), the most commonly prescribed agents for osteoarthritis, especially its adverse effects (Griffin, Piper, Daugherty, Snowden & Ray, 1991; Hungin & Kean, 2001). Physicians began to include glucosamine as a part of regular OA clinical treatments.

With the recommendation and supports from Taiwanese physicians, lay people express their widespread enthusiasm for glucosamine. The glucosamine gains much popularity among the aging. The patients actively request their physicians to

prescribe glucosamine. Its widespread popularity can be traced by gift-giving of glucosamine by friends and relatives who travel to United States and Canada (Lin, 2006; Song & Wei, 2004, November 30). The dramatically increased consumption of glucosamine reflects on several statistical data. The reimbursement of glucosamine is expanding every year and reached 230 millions dollars in 2003(Huang, 2005). The drug trade companies also asserted that the Taiwanese have consumed more than 80 millions glucosamine pills every year (Lin, 2006).

With enthusiasm of the public for glucosamine, health professionals especially physicians voiced their skepticism and stated that insufficient scientific evidences support the efficacy of glucosamine as treatment drug (Wang, 2000, December 8). It is believed that scientific research has shown contradictory results, although increasing numbers of clinical studies have attempted to demonstrate the efficacy of glucosamine. Inconsistent results may be due to methodological flaws in these studies, such as inadequate allocation concealment and absence of intent- to-treat analyses (McAlindon, LaValley, Gulin& Felson, 2000; Towheed & Anastassiades, 2000). Thus, the American Medical Association recommended “further high-quality independent studies to determine the actual efficacy and utility of this preparation” were needed (McAlindon et al., 2000).

Skeptical physicians continued to emphasize that glucosamine has been categorized as supplement by U.S. Food and Drug Administration (FDA), and oppose the application of glucosamine as treatment drug (Han, 2000, June 28).

The growing skepticism toward glucosamine among the physicians did not influence the popularity of this compound. The increased expenditure on glucosamine posed significant financial burden on NHI. In 1999, NHI attempted to constraint the expenditure of glucosamine by restricting reimbursement to only these who are over 60 years old, higher than 7 points with the Lequesne’s severity index for

knee OA as well as those who diagnosed with radiograph below stage III. Furthermore, NHI cut the reimbursement of glucosamine from NT\$ 9/pill to NT\$6/pill in 2003. Relying on glucosamine for the relief from OA problems by the general public has generated enormous pressure for the NHI in their attempt to amend reimbursement regulation. However, NHI finally announced the change of drug regulation in February, 2004. In the protocol of amendment over glucosamine, the DOH identified glucosamine as three sub-categories, including glucosamine, glucosamine hydrochloride and glucosamine sulfate. The amendment change categories of glucosamine and glucosamine hydrochloride from prescription drugs to supplements, while glucosamine sulfate is categorized from a prescription drug to a non-prescription drug.

VI. Drug Regulation and Glucosamine Controversy

The announcement of new drug regulation not only drew much attention of the general public and mass media, but also generated debates about the efficacy of glucosamine. The new regulation seems to increase the access of lay people for glucosamine without physicians' prescriptions. The pharmaceutical companies were also allowed to advertise their products. However, contrary to what had been expected, the pharmaceutical companies strongly opposed the new regulation, and called for administrative review.

Efficacy Issue as the Legitimacy of Amendment

Amending regulation on glucosamine implicitly challenged the efficacy of glucosamine sulfate. The controversy over effectiveness of the compound instigated a series of debates among regulatory authority, pharmaceutical industries and medical professions. The DOH claimed the uncertainty of glucosamine's efficacy as grounds for the amendment. In the official document, Yu-Wen Huang, an official of National Bureau of Controlled Drugs, DOH, came straight to the point in

the beginning, with the question that “does glucosamine have effect on symptoms of osteoarthritis?” Then Huang referred to contradictory results from six medical researches. Three of them showed that glucosamine (solely or combined with chondroitin) has effect for structure- and symptom- modifying, while the other half concluded that glucosamine is no better than placebo in reducing pain.

Furthermore, regulatory authority undermined the efficacy of glucosamine by challenging the legitimacy of the outcome measure of two well cited clinical trials. The two clinical trials, one led by Reginster and published in *Lancet* in 2001, and the other by Pavelka and published in *Archive of Internal Medicine* in 2002, has been granted by milestones of glucosamine study. These two 3-year randomized clinical controlled trials were funded by the Italian pharmaceutical company-Rotta and claim that glucosamine sulphate has modifying effects for OA in joint structure and symptoms (J. Y. Reginster etc. 2001, K. Pavelka etc. 2002).

In those two RCTs, the outcome measure has been the mean changes in the width of joint-space. It is believed that cartilage thickness should be reflected on radiographic joint space, indicating the severity of osteoarthritis. The result of the clinical trial led by Reginster shown that patients consuming glucosamine sulfate for three years have no joint space loss while patients with placebo have moderate joint-space narrowing. However, the regulatory authority disagreed with the research results and argued that glucosamine is only effective for relieving pain, instead of promoting structural repairment.

Pharmaceutical companies are the first group to voice their opposition to the new regulation by arguing that the two RCTs confirm the efficacy of glucosamine by emphasizing the accuracy of the outcome measure. Moreover, pharmaceutical companies use another RCT study published by American College of Rheumatology in 2004 to support their argument. This study showed that patients treated with

placebo had an average higher percentage of joint replacement than the patients who accepted the glucosamine sulfate. The claims of scientific knowledge based on the RCTs have been interpreted differently by regulatory authority and pharmaceutical companies. However, what was not being challenged was RCTs as the “sole” standardized procedure for scientific knowledge production and truth claiming.

Reactions for the Amendment

Issues raised regarding regulation by the regulatory authority have driven and recruited the media, physicians and the public to focus on the debates over efficacy of glucosamine. The media joined the discussion on the efficacy of glucosamine and reported contradictory statements of diverse practice physicians. The media quoted physicians, reporting that previous RCTs had funded by pharmaceutical companies with commercial interests. The reports implicitly challenged and diminished the credibility of these two RCTs. Physicians groups continued their influence on the media and indicated that the study known as GAIT (Glucosamine/ chondroitin Arthritis Intervention) sponsored by NIH in the U.S. has been under way since 2004. GAIT, a 23 week, randomized, double blind, placebo- and celecoxib- controlled multicenter trial, was conducted to evaluate the efficacy and safety of glucosamine hydrochloride, sodium chondroitin sulfate, and the two in combination for treatment of knee osteoarthritis. Scientist and physicians held high expectations toward GAIT since they claim that GAIT is the first large-scale, no-methodological-flaw trial, free from commercial interests in glucosamine study. The results of GAIT were later published in the February 23, 2006, and showed that looking at the group of participants as a whole, glucosamine and chondroitin sulfate alone or together did not provide significant relief compared with placebo. But the trial still left the room for negotiation of glucosamine efficacy since it showed that for a small group of participants with moderate to sever pain, glucosamine combined with chondroitin

sulfate provided significant pain relief compared with placebo.

Silenced Glucosamine Safety

Continuous media reports, thus, kept issues of efficacy on glucosamine alive. Whatever was silenced had been the key issue of safety while a compound being categorized as non-prescription drug. Buo-Hei Wang, the major of National Bureau of Controlled Drugs, explained the distinction between prescription drugs and non-prescription drugs in the meeting of The Legislative Yuan:

Prescription drugs need to be prescribed by physicians and then dispensed by pharmacists, while non-prescription drug can be given to patients directly from pharmacists without any physicians' prescription. The distinction between the two categories is based on the safety (The Legislative Yuan of Republic of China, 2004).

Wang clearly placed drugs's safety as the crucial role for differentiating prescription drugs from non-prescription drugs. However, rather than focus on drugs' safety, the government deliberately highlights glucosamine efficacy issue in order to legitimate the amendment as well as to minimize the impact of the new regulation to the general public.

The safety issue has been taken for granted as "scientific truth", which no need for further examination. The safe image of glucosamine has been reinforced by its absence from the public discussions.

Widespread acceptance of glucosamine as a safe product facilitates pharmaceutical companies to develop even better strategies to advertise this compound. Pharmaceutical companies claim that glucosamine as the natural product of human body. Moreover, the emphasis on its natural derivative from shrimp shell convinced the public to purchase products out of pocket.

VII. Co-construction of Preventive Discourse and Transforming of OA Risk

In the end of 2004, the regulatory authority held the committee to re-evaluate the data. The results of RCTs used by pharmaceutical companies failed to persuade the government. The regulatory authority maintained the decision on the policy which categorized glucosamine sulfate as non-prescription drugs while glucosamine and glucosamine hydrochloride as supplements. Since then the use of glucosamine moved to the period of commodification.

Based on government's new regulation, pharmaceutical companies attempt to clearly differentiate various types of glucosamine in order to identify their own potential clients. The pharmaceutical companies produced glucosamine sulfate emphasizing its effects in cartilage strengthening. Those pharmaceutical companies manufactured glucosamine sulfate and chondroitin sulfate pointed out that the combination of these two compounds is the most effective regimen for OA prevention. It is currently believed that osteoarthritis is caused by imbalance between rates of synthesis and degradation of the hyaline-cartilage. Moreover, the imbalance may occur in very early age. Thus, the consumption of glucosamine may provide significant basic substance for cartilage synthesis in maintaining healthy cartilage. In general, discussions on glucosamine as a natural component of cartilage and its balance as the way to maintain the health of knee joints became widespread.

As the result, the state, health professionals, pharmaceutical companies and media press were enrolled to the framing of risk and preventive discourse. Physicians stated that osteoarthritis can be preventive by proper exercise and reducing body weight. In addition, the advertisement of pharmaceutical companies indicated that malnutrition may lead to unhealthy cartilage, which is the potential cause for OA. Risk factor of OA has been transformed from age to life style factors, such as obesity, malnutrition and lack of exercise. The transformation of risks factors for OA thus

included younger people into population at risk. Significant statement on the media press, with the irony title of “Osteoarthritis is not the elder’s privilege anymore” was not uncommon (Wei, 2006). The article continued with such claim that high-risk populations are not restricted to the elderly but also middle age population or even much younger people, such as athletes or obese people, whose occupation or daily life practices make them susceptible to osteoarthritis. By advocating the life style factors for OA, pharmaceutical successfully expand their clients to healthy (at-risk) population and younger population.

The preventive discourse of osteoarthritis proliferates as the strategies of risk management. In order to assist in detect risks early for OA, the pharmaceutical companies, who deliberately excavate more potential patients, developed the questionnaire such as “Detecting Questionnaire for Joint Age” consisted of life style questions. The general public is encouraged to assess their joint health status or “joint age” on their own.

This new regulation launched the commodification of glucosamine as well as the preventive discourse of osteoarthritis, which evidently shift the state responsibility of risk management to the individuals.

VIII. Conclusion

In glucosamine controversy, while the efficacy has been debated, RCTs have kept its status as the golden standard to establish credibility of scientific truth. The results based on RCTs was interpreted and negotiated among the state, the pharmaceutical industry as well as medical professionals. The preventive discourse and the transformation of risk factors of OA have co-constructed in the regulatory amendment over glucosamine.

References

- Bureau of National Health Insurance (2007). An Analysis of Diseases in the National Health Insurance in 2005.
http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_8327_2_94%A6-CCS%B2%CE%ADp.pdf
- Chen, S. K. (2006). The introduction of osteoarthritis. *The Voice of Sheng-Yang Cancer Prevention* 113, 22-28.
- Clegg, D. O., Reda, D. J., Harris, C. L., Klein, M. A., O'dell, J. R., Hooper, M.M. et al (2006). Glucosamine, chondroitin sulfate and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *The New England Journal of Medicine* 354(8), 795-808.
- Datong Trade Ltd. (n. d.). The introduction of osteoarthritis [the health educative manual]. Unpublished raw data.
- Ehrlich, G. E. (2003). The rise of osteoarthritis. *Bulletin of the World Organization* 2003 81(9), 630.
- Epstein, S. (1997). Activism, drug regulation, and the politics of therapeutic evaluation in the AIDS era: a case study of ddC and the surrogate markers debate. *Social Studies of Science* 27(5), 691-726.
- Felson, D.T., Lawrence, R. C., Dieppe, P. A., Hirsch, R., Helmick, C. G., Jordon, J. M. et al (2000 a). Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors. *Annals of Internal Medicine* 133(8), 635-646.
- Felson, D.T., Lawrence, R. C., Dieppe, P. A., Hirsch, R., Helmick, C. G., Jordon, J. M. et al. (2000 b) Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Annals of Internal Medicine* 133(9), 726-737.
- Felson, D. T. & Zhang Y. (1998) An update of the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. *Arthritis Rheumatism* 41(8):1343-1355.
- Griffin, M. R., Piper, J. M., Daugherty, J. R., Snowden, M. & Ray, W. A. (1991). Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and increased risk for peptic ulcer disease in elderly persons. *Annals of Internal Medicine* 114(4), 257-63.
- Han, Y. X. (2000, June 28). Osteoarthritis and joint replacement. *The United Daily News*, p. 34.
- Huang, Y. F. (2006, July 11). A twenty-year-old person has osteoarthritis because of her long time standing. *The United Evening News*, p. 10.
- Huang, Y. T. (2004, November 30). Is Viartiril-S really effective? DOH planed to degrade. *The China Times*, p. A6.
- Huang, Y. W. (2005). Glucosamine and osteoarthritis. *Drug and Food News Flash* 297, 1-4.
- Hungin, A. P. S. & Kean, W. F. (2001). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: overused or underused in osteoarthritis? *The American Journal of Medicine* 110(1), 8-11.
- Jasanoff, S. (2004). Ordering knowledge, ordering society. In Sheila Jasanoff (Ed.), *States of knowledge: the co-production of science and social order* (pp. 13-45).

London: Routledge.

Lin, Z. L. (2006). The magical pills which transcend Panadol. *The Journal of Today* 510, 56-64.

Marks, H. (1977). *The progress of experiment: science and therapeutic reform in the United States, 1900-1990*. Cambridge: Cambridge University Press.

McAlindon, T. E., LaValley, M. P., Gulin, J. P. & Felson, D. T. (2000) Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and meta-analysis. *The Journal of American Medical Association* 283, 1469-1475.

Pavelka, K., Gatterova, J., Olejarova, M., Machacek, S., Giacovelli, G. & Rovati, L. C. (2002). Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis: a 3-year, randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Archives of Internal Medicine* 162(18):2113-23.

Song, H.L. & Wei, Y.Y. (2004, November 30). The trend which people return from United States with glucosamine as gifts. *The United Daily News*, p. A3.

The Legislative Yuan of Republic of China (2004)_Meeting records of Sanitation and Environment, as well as Social Welfare Committee
http://tornado.ly.gov.tw/tornado/draft/final/pdf/05/04/80/LCIDP_05048001_00002.pdf.

Theodosakis, J., Adderly, B. & Fox, B. (1997). *The arthritis cure*. New York, NY: St. Martin's Press.

Towheed, T & Anastassiades, T (2000). Glucosamine and chondroitin for treating symptoms of osteoarthritis: evidence is widely touted but incomplete. *The Journal of the American Medical Association* Volume 283(11):1483-1484.

Wang, C. L. (2000, December 8). Osteoarthritis. *The United Daily News*, p. 34.

Woolf, A. D. & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal condition. *Bulletin of the World Organization* 2003, 81(9), 646.

Wu, Y. X. (1999). The introduction of glucosamine sulfate. *Pharmacy Forum of Cheng Kung University Hospital* 9(9),1-2.

Wei, Y.Y. (2006, November 7). The young people with the joints having click sounds. *The United Daily News*, p. EA.