

行政院國家科學委員會專題研究計劃成果報告

肌肉骨骼疾患病人的複向求醫行為：過程的探索與型態的分類

Pluralistic treatment-seeking among patients with musculoskeletal disorders:

exploring the processes and classifying the patterns

計畫編號：NSC 89-2412-H002-026

執行期限：自民國八十九年八月一日至民國九十年七月三十一日

主持人：丁志音副教授 執行機構：台灣大學公共衛生學系

E-MAIL：CHIHYIN@ha.mc.ntu.edu.tw

一、中文摘要

本研究以觀察肌肉骨骼疾患的求醫行為，尤其是輾轉於不同醫療次體系內的求助為主。在研究視野上，本研究期望能突破以往本土學者在「另類療法」的概念下，對「非西醫」的求診做一個交代而已，而是真正的由「複向」著手，也就是將西醫診療當成眾多選擇中的一個。本研究共收集對 x 名患者的深入訪談資料，資料內容包括病因論、疾病史、對不同療法的認知及信念、對多重醫療者之求助過程與選擇原則、社會網路及訊息來源，以及自我處理方式等。本研究重要發現如下：(1) 非西醫對軟組織的治療較具效果，(2) 病症開始時多尋求西醫次體系，以確定診斷，其後的診療卻趨向多樣化，(3) 診斷確定後，伴隨而來的是階層式的求醫（嘗試），然而經過較長的時間後則出現同時性的複向就醫（選擇後的穩定），(4) 治療的不連續性是常見的求醫型態，關鍵在於「效果顯現所需的時程」以及「維持日常生活正常步調的方便性」。本研究的結論是，病患非「亂投醫」、「逛醫師」或「沒耐心」，而是根據自己在不同時間下的需求，依自己的邏輯進行醫療資源的整合。

二、緣由與目的

本研究旨在瞭解骨骼肌肉疾患病人的求醫情形。骨骼肌肉病患的求醫過程呈現多重意義。雖然西方生物醫學迅速精進的科技在骨骼肌肉的診療上已有相當的成就，然而以往的研究卻顯示出，在複向（多元）的求診現象中，民眾最常因骨骼肌肉疾患尋求非西醫的療法；同樣的，在所有的複向就醫原因中，以骨骼肌肉疾患佔絕大多數，且中外皆然（Buske, 1999；Chandola et al, 1999；邱清華，1990；康健壽，1990；康翠秀，1996；梁繼權，1993；李金鳳，1990；簡美玲，1994）。

由於骨骼肌肉病痛患者尋求另類療法之普遍，因此對病患選擇另類療法的研究也愈趨精緻化。尤其關節炎患者使用另類療法的信念、知覺、自覺療效（Rao et al, 1998；Busby et al, 1997）及使用意義（Arcury et al, 1999）的質性分析，顯示出除了利用率、療法種類之外，病患與另類療法間的互動與主觀經驗也逐漸受到學者甚至醫療專業人員的重視。

不過在台灣，特別鎖定骨骼肌肉疾患病人為研究對象的實證研究並不

多見。而且就研究的水準（state-of-the-art）而言，現有大部分對複向就醫行為的探討，通常只是以「順帶一提」的方式呈現，是研究西醫利用的副產品。換言之，本土學術界對複向就醫的關切比較是由「另類療法」的概念著眼，而非由「醫療多元化」的角度切入，更遑論在理論的引導下進行有系統的觀察了。

本文的目的為：(1) 從疾病理論、診療方式及醫病互動等方面，瞭解具有骨骼肌肉疾患民眾所發展出複向就醫行為的特色，(2) 瞭解複向就醫形成的因素。

本研究主要以深入訪談收集資料，自 2000 年 10 月至 2001 年 10 月止共訪談 40 名骨骼肌肉疾患之病人。研究對象主要來自於某醫學中心某復健科醫師的門診病患、某中醫診所之門診病患、某復健科診所之門診病患，以及以滾雪球方式所獲得之個案。訪談時間自 15 分至 70 分鐘不等，平均約 30 分。訪談地點除門診候診區之外，還包括研究者的辦公室，有一部分則以電話訪談為之。

訪談內容包括疾病史、病因論、求醫過程及型態、選擇特定療者或療法之動機及促成因素，對特定療法之認知及療效評價，醫療花費及患者之日常生活活動與該病之互動情形。

三、結果與討論

求醫的型態

本研究的受訪者當中，沒有任何一位只停留在某一次體系內進行診療，所有的人皆輾轉於不同的次體系中，在醫療人員未參與的情況之下，自行安排交錯性的處理，不過多數具

有先西(醫)後中(醫)或民俗醫的順序傾向。先西醫的最主要原因，是借重西醫的儀器如 X 光及核磁共振（MRI）透視肌肉及骨骼組織，以便確認傷害的狀況。一旦得到一個確切的診斷，而西醫的骨科或復健科醫師所提供的治療方案又無法使病情有所改善之時，病人便帶著這個診斷，開始尋訪其他次體系的醫師或治療者。即使少數先求助於非西醫師，也被要求（尤其是中醫師）先至檢驗所照 X 光，求得一個初步的病情梗概，以利於非西醫的醫師或治療者下處置。

隨著診斷的被確認，當事人的求醫方式開始多樣化，反映出病患及其社會網絡整合資源的方式。大致而言，先是採階層性(hierarchical)，而後則為同時性(simultaneous)的型態。而無論上述的時序型態如何，其對不同次體系療法的選擇，則仍有一定的趨勢。凡因老化或長期姿勢不良所引發之漸進式病變，或因以往運動傷害未能徹底治癒而成為痼疾者，較多仰賴非西醫療法，或間歇的復健處理，特別是當骨科醫師建議以手術方式處理，然病患又不敢貿然試之時。手術建議最常見於退化性（膝）關節炎及骨刺（椎間盤突出），但是基於對風險的考量，絕大多數病患會轉而嘗試能紓緩疼痛及不適且使病情不繼續惡化的療法。同樣的，民眾也認為，凡屬於軟組織的傷害（俗稱筋）則絕大多數求諸民俗或中醫療法。

西醫經常是病患自知覺到異樣起（尤其是漸進式，無特定外因或事件所造成的）的第一個求助對象，而且往往以大醫院為主。不過由於相關的科別不只一個(復健、骨科、神經科)，

常令求助者徬徨，不知該由哪一科進入。光是單一的次體系內，就呈現如此複雜的分工，要讓一般民眾掌握如此多樣的醫療照護體系，並非易事。

選擇的過程與原則

就受訪者的詮釋而言，中醫或民俗療法與西醫（骨科、復健科或神經科皆然）的不同處在於：西醫療法中，醫療者本身較少涉入診斷及治療的過程中。例如在診斷上，如同一位受訪者所言：希望他們（指西醫）能夠少「看」（X光片或MRI片）多「聽」（病人的主訴及抱怨），顯示西醫診斷的過程較少仰賴人際互動；而在治療上，也更是以科技（儀器、針劑、藥物）為主。相較之下，多數民俗及中醫療法的診斷及治療，是完全靠著治療者的雙手循著不同的手法直接碰觸病患的肢體或疾病部位為主。這種「貼身」的「肌膚」接觸，對患者而言，無論在實質的效果或象徵的意義上，都明顯地讓他們祛除不確定性，感受到慰藉及保障。

所謂選擇指的不僅是醫療者（療法）的選擇，而更常見的是對「處置」（treatment）的選擇。特定類型的醫療者所提供的療法中通常不僅包含一種處置。例如西醫復健科對特定病患所提供的療法可能包括三種物理治療、兩種藥，甚至加上針劑等處置，但患者通常會自作主張，不會照單全收。同樣的，求助於中醫或民俗療法的民眾最常做的選擇是：接受其徒手式的物理治療（俗稱推拿），但卻拒絕內服藥物。

由於骨骼肌肉的疾患與五臟六腑的內部深層生理系統無關，因此病患對「藥物」的服用多認為非必要。但

若已引起紅腫痛之炎性反應，則消炎及抗生素則不可避免。對絕大多數受訪者而言，西醫的抗生素及肌肉鬆弛劑儼如「健素糖」，「反正就是那些，好像不開說不過去，但事實上我也不覺得有什麼幫助，也很少去吃它」。但是在另一方面，受訪者對中醫及民俗療法所提供的內服藥則更抱持謹慎的態度了。「去推拿啊，給它ㄟ一ㄠ 啊我都可以接受，甚至外敷也可以。但要我吃藥我可不幹」。絕大多數患者將非西醫療法中已調製好的粉末、錠/丸劑視為禁忌，煎藥也許還可接受。患者對非西式「成藥」最大的關切在於他們認為雖名為中藥，但事實上可能滲入西藥成分，特別是抗生素、類固醇之類「形象」差的藥物。

(2) 無論是以儀器復健或以雙手治療，度亦有其判斷的方式。一般而言，急性期有紅腫痛的拉傷、扭傷是相當忌諱過度的操弄，無論是以儀器或以雙手為之皆然。有時治療的中斷往往因病患與治療者對「力道」的共識不足所造成。

治療的不連續性

「選擇」一詞其實隱含的是變換。本人前一年度的研究計畫是以肌肉骨骼疾患的治療者為主，多數的治療者無論是西醫各科醫師、中醫師或國術館拳頭師傅，皆對病患「愛逛」、「沒有耐心」有所微詞。究竟病患是如何愛逛又無耐心呢？

首先當然是效果的問題。然而事實上這個問題的關鍵點在於效果出現所需的時間。本研究發現，病患對療程的長短是相當在意的，當他在初訪一位醫療者且已對診斷有明確定義並已獲知療法後，通常希望對治療的時

程有所掌握，「要花多久的時間」是所有病患在初次接觸一位新的醫療者必問的問題。在治療者所宣稱的時間過後(甚至在此之前)，若結果仍不甚理想，患者是不太可能再留在原處。本研究的受訪者通常在經過一兩次或是一週、兩週的時間仍無感覺到「起色」時，則會提早中止該療程。而在「起色」的定義中，疼痛的減弱是一個最重要的關鍵。大致而言，病患對「急性期」的治療效果抱著較高的期望，而對於宿疾治療效果的進度，則有著較大的包容。

治療的不連續性有時源於治療中途介入的其他訊息，尤其是周遭社會網路中的成員所提供的其他選擇。在社會網路成員扮演主要「治療管理」(therapeutic management)角色的台灣社會(Kleinman, 1980)，醫療資源的整合非僅仰賴病患本身，要不要中斷正在進行的療程、或嘗試其他療法似乎也非全然出於患者的個人意願。

另一個造成不連續性的因素則是副作用。例如數位受訪者提到，雖然他們對西醫最具信心，也具有最佳的遵醫行為，但是服藥造成的副作用，特別是胃痛(甚至胃出血)常令病患卻步、謀求它法。同樣的，以雙手操弄作為主要治療方法的醫療者，也會造成疼痛加劇，甚至紅腫，而讓病人不願持續，這樣的情形當然也發生在復健的治療中，引起病患對「力道」的關切。雖然有些醫療者會在事先指出某些症狀的發生是療效顯現之初的自然現象，但是即便有這樣的說明，卻無法使經歷這種經驗的人釋懷，有的受訪者稱此為「二度傷害」。

訊息的片段化

如果說，患者在輾轉求醫的過程中，皆能將之前的求醫歷程、病情的變化告知所有的醫療者，則也許可避免一些無謂的嘗試，或類似二度傷害的雪上加霜，特別是告知居於健康照護體系中主流地位的西醫師。諷刺的是，病患通常傾向於對非西醫醫療者告知之前或正在進行的求醫經驗，但卻極少以同樣的方式對待西醫師。此種「選擇性的告知」幾乎已成了普同的現象。究其原因，無非是因為病患聽說、認為或真的親身經歷過西醫師對非西醫療法的排斥，或對求助於非西醫療法者不假辭色。為了不損及醫病關係，許多的患者便選擇部分的披露。

本研究發現，醫病資訊不對等的現象更凸顯於骨骼肌肉疾患的求醫過程中。此處特別指病人病情資訊在醫病間的不對等，特別指西醫師，指病患相當不願與其分享過往的求醫經驗。治療的不連續性加上告知的片段化，使得自行整合醫療資源的病患也必須自行承受一切可能的不利後果。

生活與治療互動下的無奈

若將患者的病痛置於其日常生活的情境中檢視，會發現病痛及社會角色及生活步調互動下所產生的無奈。病痛常來源於日常生活角色，例如工作(背痛、電腦手)、育兒(媽媽手)、持家(擦地板、買菜提重物)。而角色往往更進一步延誤了求醫的時效，以及造成不連續的治療(永遠不在就緒的狀態)。更矛盾的是，當患者在緊迫的步調中擠出一些時間來進行治療時，這個多出來的「工作」(task)卻往往成了另一個讓病情更惡化的壓力。有些病患其實也能了解其間的微妙關聯，

然而生活中卻沒有多少讓他們自主的空間。難怪一些患者表示，這整個求醫的過程，讓他們覺得身心俱疲。也因此，方便性成為需長期治療下最重要的選擇原則，患者甚至會稍微遷就自己所持的醫療信念而使用原先非能全然接受的療法。

結語

總體而言，對所有罹患骨骼肌肉疾病的民眾，充斥在醫療照護體系中五花八門的療法代表的是「機會」-- 選擇的機會與復原或祛除疼痛的機會。在政府衛生政策（健保）的支持下，若正統或主流的療法真的能發揮預期的效果，那麼那些未納入政府所認定之範疇的療法便極少有存續的空間。當多數的醫師，尤其是西醫體系內的醫師埋怨病患沒有耐心、無知之時，我們應該進一步思考這個次體系在結構、醫病互動及效果上的缺憾。病人捨健保給付的服務不用，而踏上更艱辛的歷程，付更龐大的費用去嘗試非經政府合法化的療法，怎可能只用沒有耐性及無知來解釋。

「病急亂投醫」似乎無法概括本研究患者的求醫歷程。反倒是病急多向投醫，造就出每位求醫個體發展出特有的求醫邏輯。「先到西醫那兒拿個診斷，再到非西醫那裡讓他們慢慢處理」、「我同時在復健科用超音波止痛，也在中醫這兒用針灸處理氣血不順」。比較起來，時下受到矚目的另類或輔助療法概念似乎不適用於本研究的例子。無論是另類或輔助，皆是站在西醫的角度出發，但在肌肉骨骼疾患求醫的例子，所有的療法似乎並無絕對的主客之分。最主要的原因是，內服藥物並非這類疾病的主要治療策

略。從侵入性最強的手術，以至於仰賴儀器、針灸、蒸氣、拔罐介入甚至徒手治療，都是屬外顯式的外用療法，靠的是物理性力量。這些方式背後的理論並不難掌握，而且經常在治療的當下，其效果便分真章。很少有醫療院所能將坊間所有的療法集大成，放在同一個場域內（有些大型的私人中醫院的確開始如此，提供除手術之外的所有物理性療法），民眾在嘗試過各類療法之後，多能因應自身的狀況及需求，自行配菜，但在奔波之餘卻也賠上了時間、金錢及身心的健康。針對這樣的現象，也許我們該期盼的是，各家醫者能相互「輔助」發展出一個最佳的服務提供模式出來。

四、計劃成果自評

- (1) 病患尋得不易，未能在個人特質及疾患特質方面讓樣本具最大異質性。
- (2) 訪談場所中若有醫療人員在場，往往無法讓受訪者暢所欲言。但此缺憾卻往往囿於現實的考量（研究者與醫者的關係、受訪者的時間、方便性等）而較難克服。
- (3) 本研究提供研究者複向求醫極多的啟發。若與上一年度之研究結果一同檢視，則相當具理論建構之潛力。

五、參考文獻

- 邱清華：台灣地區中醫醫療狀況及需求之調查研究行政院經濟建設委員會委託計畫，1990。
- 康健壽：中醫門診病人求診教學醫院中醫師或一般中醫診所的相關因素之探討。國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1990。
- 康翠秀：台北市北投區居民對傳統醫療的知識、信念行為意向與其醫療服

- 務利用之相關研究。陽明醫學院公共衛生研究所碩士論文，1996。
- 梁繼權：花蓮縣秀林鄉民眾對中醫的態度需求及利用之研究。行政院衛生署委託計畫研究，1993。
- 簡美玲：疾病行為的文化詮釋-阿美族的醫療體系與家庭健康文化。國立清華大學社會人類學研究所碩士論文，1994。
- 李金鳳：中西醫門診病患對傳統醫療認知情亦與行為意向之調查研究。陽明醫學院公共衛生研究所碩士論文，1990。
- Arcury TA, Gesler WM, Cook HL. Meaning in the use of unconventional arthritis therapies. Am J Health Promotion 1999;14:7-15.
- Buske L. Looking for an alternative. Can Med Assoc J 1999;161:363.
- Chandola A, Young Y, McAlister J, Axford JS. Use of complementary therapies by patients attending musculoskeletal clinics. J R Soc of Med 1999;92:13-6.
- Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.
- Rao JK, Arick R, Mihaliak K, Weinberger M. Using focus groups to understand arthritis patients perceptions about unconventional therapy. Arthritis Care and Res 1998;11:253-60.