

誰使用了非西醫的補充與另類療法？ 社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用

丁志音

CHIH-YIN LEW-TING

國立台灣大學公共衛生學系，台北市仁愛路一段一號

Department of Public Health, National Taiwan University, No.1, Sec 1, Jen-Ai Rd, Taipei, Taiwan, R.O.C.

* 通訊作者 Correspondence author. E-mail: chihyin@ha.mc.ntu.edu.tw

目標：對「補充與另類療法」(complementary and alternative medicine, CAM)的使用型態加以描繪並檢視其與社會人口特質及健康需求間的關係。**方法：**本研究資料來自2002年九月所進行的全國性家戶電話調查，共收集1517名20至70歲成人的資料(回應率=87.1%)。**結果：**75.5%於受訪前一年使用了至少一種樣式的CAM，這些CAM所屬的範疇及被使用率分別為：(1)物質攝入及吸收(64.2%)，(2)以外來力量操弄身體部位(50.6%)，(3)體能活動及身心靈的修持與調和(1.6%)，以及(4)超自然調控(14.9%)。整體而言，性別、年齡、教育程度、及居住地區都市化程度等社會人口特質，與CAM的使用關係極微；然而個人的健康需求(包括健康狀況與健康關切)等，卻與CAM的使用有極強的關係。**結論：**民眾對CAM的使用相當普遍，而且並非侷限於特定的人口群。CAM的相關議題應納入衛生計劃的過程中予以考量；而未來的研究則應進一步深入探究價值與信念在CAM的使用中所扮演的角色。(台灣衛誌 2003；22(3)：155-166)

關鍵詞：補充與另類療法、健康狀況、健康需求、社會人口特質

Who uses non-biomedical, complementary and alternative health care? Sociodemographic undifferentiation and the effects of health needs

Objectives: To document the pattern of complementary and alternative medical (CAM) therapy use among the general population and delineate use pattern along socio-demographic characteristics and health needs. **Methods:** A nation-wide household telephone survey was conducted during September 2002. A total of 1517 valid interviews with persons 20 to 70 years of age were accomplished (response rate=87.1%). **Results:** The use of CAM, by being conceptualized as non-biomedical therapy use in the present study, was so prevalent that 75.5% of respondents reported CAM use in the past year. More than 20 CAM modalities were used and the domains to which these CAM modalities belonged and rate of use were: (1) Substance absorption and intake (64.2%), (2) Manipulative and body-based intervention with physical forces (50.6%), (3) Physical activities and body-mind techniques (1.6%), and (4) Regulation of supernatural power (14.9%). Socio-demographic variables such as sex, age, education and urbanization of residential areas were not able to differentiate users versus nonusers. However, strong associations were found between CAM use and health needs (including health status and health concerns). **Conclusion:** CAM use was a commonplace practice and was not limited to specific social groups. It is suggested that CAM related issues should be taken into account in the process of health planning. While health needs played critical roles in CAM use, personal beliefs and values should be addressed in future research. (*Taiwan J Public Health*. 2003;22(3):155-166)

Key words: Complementary and alternative medicine, health status, health concerns, sociodemographic characteristics

前言

以補充與另類醫療(complementary and alternative medicine, CAM)的概念對民眾的生病行為(illness behavior)或求醫(health seeking)過程進行觀察,並非新興的研究視角。然而自從歐美各國於1980年代中之後開始出現較正式且嚴謹的論述與研究[1,2],而至1990年代以來,以下的現象彰顯了這項議題是如何的備受重視。例如,CAM主題陸續以密集的實證論文、評論、甚至專題報導的形式登上了British Medical Journal、Journal of American Medical Association、New England Journal of Medicine、Lancet、Canadian Medical Association Journal、Annals of Internal Medicine等最具權威的英語系生物醫學雜誌;美國國家衛生院於1992年成立的一個專門研究室(Office of Alternative Medicine)快速於1995年擴張為一個研究中心(National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM[3,4]);WHO更於2002提出第一個傳統與另類醫療的全球策略(Global strategy on traditional and alternative medicine)[5]。更特別的是,一向對CAM議題保持緘默的美國公共衛生學會雜誌 American Journal of Public Health 也於2002年以專輯匯集近30篇文章探討之[6]。凡此種種,顯示CAM所吸納的學術與醫界矚目及資源持續高昇,更連帶引發CAM企業或商品化[7,8]、醫療體系改革[9,10]等的關注。本文來自於對一系列CAM相關研究的初步分析結果,這些相關研究的目的不是為了趕時髦,來呼應來自西方的熱潮;而是希望藉著目前CAM研究在國際學術領域與日俱增的合法性,來喚起本土的學術界及官方能開始思考這項議題。

歐美學術界的一致共識為:當今的CAM風潮是民眾或消費者所驅策的[11,12]。針對日漸上升的需求,醫界及學界最常問的問題是:是哪些人在使用那些樣式的CAM?他們為何使用,特別是,他們為何離「正統」(orthodox)的醫療遠去?他們真的完全摒棄了

「正統」醫療了嗎?還是說只是設法填補不滿及缺失?上述的這些問題,除了源於意識型態的影響、及專業優勢及合法性(legitimacy)的考量之外[13-15],更直接關係到醫療市場中所潛藏的CAM相關經濟誘因[16]。

本文的重點是「使用」,是讓西方的學術界及醫界關注CAM的首當其衝現象。生病行為或求醫過程本來就已複雜,「使用」更涉及類別、頻度、持續性、型態(不同類別的搭配及前後順序)等,而其中如類別、型態的範疇、分類原則,更是分歧之至,總之,「使用」是個難度頗高的依變項[17]。

「使用」之於「另類及補充」涉及意識型態或政治意涵的分類問題,限於篇幅,在此不深入探討。從字義上而言,另類及補充是相對性的指標,是指主體或主流、共識或規範之「外」的。這種基本上是殘餘式(residual)的定義,雖已被嚴厲的批判[15](因為帶有濃厚的非我族類色彩,特別是隱含簡化問題的傾向),然而不可諱言的是,這股CAM風潮本就是衝著西方生物醫學而來的,以生物醫學為主體的殘餘式看待,其實頗能忠實反映目前這個現象的時代背景。

更何況,時空的差異也挑戰了CAM的意義。以台灣而言,清末民初之時,中醫是主流,西醫是另類[18];而時至今日,哪方是主流有不同的詮釋。前述美國NCCAM於1995年對CAM所下的定義為[4]:

CAM是指某一社會或文化在特定的歷史時空下不屬於具政治優勢(politically dominant)之健康體系的所有療癒(healing)資源,囊括所有的體系、樣式(modalities)、執業方式(practice)及其所伴隨的理論與信念。CAM包含使用者自己所定義為預防、治療疾病或促進寧適而使用的所有技術及想法。CAM當中或不同範疇(domain)的CAM之間,甚至一些特定範疇的CAM與主流系統間的界線,通常不是分明而固定的。

目前,該中心將所有的CAM略分為以下五類範疇(domain):(1)另類醫療體系(alternative medicine systems):基植於完整的理論及技術系統,通常是指比西方生物醫學更早演進出來的醫療傳統,如西方的同類療

投稿日期:92年3月3日

接受日期:92年6月26日

法(homeopathic medicine)及自然療法(naturopathic medicine)；而源於非西方文化的則有中醫及印度醫學(Ayurveda)。(2)身心介入(mind-body intervention)：利用多樣的技術來增進心靈的能力，以影響身體的功能與症狀。某些在以往被視為CAM的技術如今已納入主流，其他則仍視為CAM，例如冥想、祈禱、心理療法，甚至以藝術、音樂或舞蹈增進創造力者亦屬之。(3)生物療法：對自然物質的採用，例如草藥、食物及維生素。(4)操弄及身體療法：操弄或移動身體的一處或多處部位，例如整脊(chiropractic)或整骨(osteopathic)以及按摩。(5)能量治療(energy therapies)：對能量場域的利用，又包括生物能(biofield)與生物電磁療法。

上述的分類當然有其限制。例如與超自然相關的療癒(healing)便未包括在內(例如Shamanism, 靈媒)，濃厚的醫學中心(medico-centrism)意味仍隱含於其中。

本研究對CAM採用最初步的殘餘式定義，即非西醫療法。其實，若由專業主義(professionalism)的角度[19]及參考學者如Kleinman對台灣健康照護體系的分類[20]，中醫絕對具醫療專業的特質。不過，1980年代的比較研究[18]顯示出，無論就結構優越性(structural superiority)(包括權力、聲望與財富)，或功能強度性(functional strength)(包括分佈及使用)來說，中醫皆處於階層化多元體系的劣勢。時至今日，依舊如是。就上述NCCAM之定義來看，專業性絕非CAM分類的唯一考量，政治優勢才是。這也是為什麼在歐美，其專業化「幾乎」已與生物醫學並駕齊驅的整脊(chiropractic)仍被視為具專業的(professionalized)的CAM[21]。

和CAM同等概念的「使用」研究在台灣其實有著數十年的歷史。早期吳就君[22]對台灣民眾醫療行為所作的調查便是典型的例子。另外也有以「中醫」為主體的研究[23-27]，或只納入中西醫兩者的研究[28]。大致而言，以往台灣的研究者若是從「醫療服務利用」的角度進行求醫行為的檢視時，不是完全排除非西醫療法，就是勉強將中醫納入(這些研究中，有一些甚至將治療骨骼肌肉疾患的

國術館拳頭師傅所提供的醫療視為中醫類別)。對於剩餘的部分，除了極少數的例外(例如[29]是專門針對收驚求助者的研究)，不是未予以正視，就是以「其他」或「自醫」、「自我照護」歸類之。這剩餘的部分，無論在醫界或公共衛生、無論在實務上或學術研究上，似乎被視為不能登大雅之堂。

本文的主要目的，是詳細描述台灣成年民眾於一年內因身體病痛所採用CAM的整體輪廓(profile)，包括樣式、範疇、使用比例、混合使用的情形等，並檢視個人的社會人口、健康狀況、健康關注等特質與CAM使用間的關係。特別強調的是，本文是以CAM本身為主體進行檢視，而不論及與西醫使用間的關係。

材料與方法

資料收集

本研究資料來自於「台灣民眾對另類與補充療法的使用」調查研究，研究對象為全省20-70歲之民眾。資料收集乃委託某大學的民意調查中心採用電腦輔助電話訪問系統(Computer-Aid Telephone Interview, CATI)進行調查，以台灣地區住宅電話簿為抽樣母群體，採電話號碼後兩碼隨機抽樣方式抽取一般家戶，對家戶內第一個符合上述年齡條件的接聽者進行訪問。研究者於2002年8月中旬於該民調中心進行訪員訓練，除例行的解說演練，並特別強調各療法的內涵，甚至民間俗稱(閩南語)。而後隨即展開約兩週的正式調查，完成資料收集工作。

研究工具與研究變項

問卷內容除根據作者以往進行相關研究所累積的知識及經驗外，並參考Eisenberg[2, 30]、McGregor等[31]、Siahpush[32]、Astin[33]、Bauer等[34]的研究工具，以及在一家中醫診所訪談8位就診病患之質性資料而編製，並請三位衛生政策學者審閱而後修改之。而後將此一初版問卷交由前述之民調中心進行電話訪談測試，再就測試所訪問40名

民眾的回答情形，包括題意不明、語詞艱澀、回應困難、題組複雜、可供選擇之題項不完整等加以進一步修改而成。

研究問卷共含29個問題，回答時間約10-15分鐘。主要包括個人基本資料、健康狀況、健康意識、過去一年求醫經驗(主要為CAM的使用)、對西醫療法的觀感及評價、自然與科技觀、病因論、療癒信仰及信念等。

本研究最主要的變項為CAM的使用，此外還包括社會人口特質、健康狀況、及健康關注(health concerns)，以下簡述各變項的測量：

社會人口特質：包括性別、年齡、教育程度及居住地區都市化程度別(院轄市、直轄市、縣轄市、鄉鎮)

健康關注：包括由人際互動及大眾媒體接觸等兩方面所顯示出的健康意識及關切，其操作型定義如下：請問您平時是否經常跟人聊天，談論健康或治病方面的事情；以及您是否經常收聽或收看電視、報章雜誌、廣播或網路上的醫藥衛生報導(經常如此、有時如此、很少如此、從來沒有如此)。

健康狀況：包括自覺健康狀況以及生病求醫狀況，其操作型定義分別為：請問您覺得自己的健康狀況如何？(非常好、好、普通、不是很好、非常不好)；以及過去一年來，您有沒有看病看了很久都沒好的經驗？(有、沒有)。

補充與另類療法的使用：為了能描繪CAM使用的輪廓，必須先將五花八門的CAM樣式予以分類，本研究對CAM之使用是以下列題項測量：「過去一年，您有沒有因為身體不舒服而用以下的方法處理？」所提供的選項包括中藥、草藥、生機飲食／有機飲食、健康食品、芳香精油、腳底按摩／按摩、推拿、整脊、刮痧、拔罐、針灸、大腸水療、風水、童乩、收驚、道士儀式等16項，並詢問除了以上述之外，還有用過那些「非西醫」的治療方法？

資料分析

先就各樣式及範疇之CAM有無被使用的情形加以描述，包括使用比例、混合使用的情形等。而後則就社會人口特質、健康關注、以及健康狀況等個人特質與CAM的使用進行相關性(association)的分析。所使用的統計方法僅止於次數(百分比)分佈及卡方檢定、F(t)檢定等。

結 果

本研究的有效樣本數為1517，完訪成功率為87.1%。其中女性(55.2%)多於男性(44.8%)，平均年齡41.4歲。教育程度方面，大學及以上者佔36.5%，居住地區則以鄉鎮區最多(41.1%)(見表一)。就台澎23個縣市別的人口分佈比例(內政部中華民國台灣地區人口統計89年12月為依據)對成功樣本代表性進行檢定($P=0.893$)，顯示本研究樣本居住地區別分佈可代表母群體。

本研究結果包含以下內容：(1)CAM使用的型態，(2)社會人口特質與CAM使用的關係，以及(3)健康關注及健康狀況與CAM使用間的關係。

使用型態

這部分的結果同時包含「質」與「量」的描述。就「質」而言，除了原先問卷中所列出的16項樣式之外，受訪者還自訴了近20項的樣式，包括電療、水及溫泉療法、身體活動(內、外丹功、太極、氣功、瑜珈等)、冥想、靜坐、心靈訴求(念佛、祈求、看聖經)等。另外，民間秘方食療、吃蒜頭、藥酒屬於特殊飲食。而算命與靈療則與超自然有關。

在參考了美國補充與另類療法中心對CAM的分類後，本文將調查所得之CAM樣式分為以下範疇：(1)物質攝入及吸收：包括中藥、草藥、生機飲食、健康食品、特殊飲食、芳香療法等，(2)以外來力量(force)操弄身體部位，較屬物理性的療法：包括按摩、推拿、整脊、刮痧、拔罐、針灸、水療等，(3)體能活動及身心靈的修持與調和(以下簡稱

表一 研究樣本之社會人口特質 (n=1517)

	n	(%)		n	(%)
性別			教育程度		
男性	680	(44.8)	不識字/小學	214	(14.1)
女性	837	(55.2)	國/初中	215	(14.2)
			高中/職	534	(35.2)
年齡			大學/研究所	554	(36.5)
20-29	380	(25.1)	居住地區		
30-39	332	(21.9)	院轄市	298	(19.6)
40-49	368	(24.3)	直轄市	174	(11.5)
50-59	228	(15.0)	縣轄市	422	(27.8)
60+	437	(28.8)	鎮/鄉	623	(41.1)
Mean (SD)	41.4	(14.7)			

身心靈活動)：包括與宗教無關的太極拳、內外丹功、氣(運)功、瑜珈、靜坐、冥想、或其他運動；或與宗教有關的祈求、念佛經、看聖經等，以及(4)超自然調控：雖然此範疇亦與宗教相關，但與上一類不同的是，此類療法通常需透過一位媒介者與超自然溝通，包括風水、算命、乩童、收驚、道士儀式等。

表二列出各樣式、範疇的使用分佈及混合使用的型態。由於使用身心靈活動範疇的人數極少，因此不再細列樣式。

在本研究的1517名受訪者中，於過去一年內完全未使用任何CAM的有372人(24.5%)，有使用的則為75.5%。在四類範疇中，最廣被使用的是物質攝入及吸收，有64.2%的受訪者於過去一年曾使用該範疇的CAM，其中尤以中藥使用頻率最高(44.1%)，其他如健康食品(24.3%)、生機飲食(19.5%)、草藥(18.6%)等亦佔兩成左右，即使是新興的芳香療法也被15.7%的人所採用。其次，有一半(50.6%)的受訪者曾使用操弄或物理方式的療法。其中推拿(24.8%)、刮痧(24.2%)、按摩(21.1%)等三類被使用的頻度相若，針灸(17.1%)、拔罐(16.4%)次之，而自訴曾接受整脊療法的為7.7%。只有13.9%的受訪者曾使用屬超自然調控範疇的療法，其中由靈媒進行療癒儀式的有三類，使用率最高的為收驚(10.

9%)，而以乩童(3.0%)及道士(2.6%)為媒介的療癒儀式則較不普遍，使用風水或算命的亦僅佔2.8%。最後一個範疇則為體能活動及身心靈的修持及調和，僅被23位受訪者使用，將其中的太極、瑜珈、氣功、運動、內丹功等統合為體能動作樣式(n=16)；而祈求、念佛經、靜坐、讀聖經則歸為身心靈修持樣式(n=7)。

混合使用顯然是普遍的現象，又分為範疇間混用及範疇內混用兩個層面。最常見的使用型態為「物質攝入及吸收」與「操弄物理治療」混合使用(30.6%)，其次為單純的僅使用「物質攝入及吸收」療法(21.1%)。只用「操弄物理治療」的比例(8.7%)及跨越「物質攝入及吸收」、「操弄物理治療」與「超自然調控」三個範疇的比例(8.6%)幾乎相同。

若不論範疇，僅就樣式而言，則樣式混用更為一種普遍的現象。例如使用「物質攝入及吸收」範疇的受訪者平均使用1.91樣式的該範疇療法；而此平均值在「操弄物理治療」為2.25，在「超自然調控」則為1.38。總合而言，全部的樣本平均使用2.58樣式的CAM；而若去除過去一年不曾使用CAM的372名受訪者而言，則此平均則高達3.39，有將近三成(29.1%)的受訪者在過去一年使用至少四種樣式的CAM。

表二 補充與另類療法之使用型態(n=1517)

樣式	範 疇		總 和		組 合	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
物質攝入及吸收			跨範疇之使用型態			
中藥	669	(44.1)	未用	543 (35.8)	皆未使用	372 (24.5)
草藥	282	(18.6)	一種	426 (28.1)	物質+操弄	464 (30.6)
生機飲食	295	(19.5)	二種	306 (20.2)	只用物質	320 (21.1)
健康食品	368	(24.3)	三種以上	242 (16.0)	只用操弄	132 (8.7)
特殊飲食	12	(0.8)	mean(SD) ^a	1.23 (1.23)	物質+操弄+超自然	131 (8.6)
芳香療法	238	(15.7)	mean(SD) ^b	1.91 (1.01)	其他	59 (3.9)
以外力操弄身體部位、物理療法			多重樣式之使用類型 ^c			
按摩	320	(21.1)	未用	758 (50.0)	皆未使用	372 (24.5)
推拿	376	(24.8)	一種	309 (20.4)	使用一種	279 (18.4)
整脊	116	(7.7)	二種	185 (12.2)	使用二種	241 (15.9)
刮痧	367	(24.2)	三種	121 (8.0)	使用三種	184 (12.1)
拔罐	249	(16.4)	四種以上	144 (9.5)	使用四種	132 (8.7)
針灸	260	(17.1)	mean(SD) ^a	1.13 (1.49)	使用五種	109 (7.2)
水療	20	(1.3)	mean(SD) ^b	2.25 (1.38)	使用六種以上	200 (13.2)
體能動作及身心靈的修持與調和			mean(SD) ^a			
體能動作(太極、瑜珈、氣功、運動、內丹功)	16	(1.1)	mean(SD) ^b			
身心靈修持(祈求、念佛經、靜坐、讀聖經)	7	(0.5)				
超自然調控						
風水算命	42	(2.8)	未用	1306 (86.1)		
乩童	45	(3.0)	一種	153 (10.1)		
收驚	165	(10.9)	二種以上	58 (3.8)		
道士儀式	39	(2.6)	mean(SD) ^a	0.19 (0.54)		
			mean(SD) ^b	1.38 (0.70)		

^a包括所有受訪者 ^b僅包括有使用CAM者 ^c體能動作及身心靈修持各視為一個樣式

社會人口特質

當歐美澳等地眾多的CAM使用調查顯示出使用CAM的人口群在教育程度、族群(種族)、性別等方面有其特質時,本研究也希望瞭解台灣地區民眾的特質與CAM使用的關係。

表三以四項社會人口特質(性別、年齡、教育程度、居住地區)分別與三大類範疇中使用率大於10%的CAM樣式,以及總和樣式及範疇進行雙變項分析。由於使用體能動作及

身心靈活動範疇的人數太少,因此未列入表中分析。雖然表三的內容相當龐雜,但顯而易見的是,個人的四項特質其實與CAM的使用相關甚弱。換言之,這四項社會人口特質似乎無法明顯區隔出CAM的使用型態。

雖然表三中絕大多數的分析未達統計顯著水準,不過仍可觀察出一些有趣的趨勢。相較於其他年齡層,40-49歲是高使用群,在外力操弄物理療法範疇特別如此,其中尤以按摩、推拿、整脊最明顯,在使用樣式之平

表三 個人特質及對另類與補充療法的使用

		物質攝入及吸收					外力操弄及物理療法						超自然調控		總合 ^a		
		中藥	草藥	生機飲食	健康食品	芳香療法	按摩	推拿	整脊	刮痧	拔罐	針灸	收驚	其他	樣式	範疇	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	mean	mean	
性別																	
男性	(680)	44.4	20.6	18.4	23.8	13.4*	20.3	25.2	8.2	23.5	15.7	17.4	9.9	5.3	2.52	1.28	
女性	(837)	43.9	21.0	20.3	24.6	17.6	21.7	24.5	7.2	24.7	17.0	17.0	11.7	7.3	2.60	1.31	
年齡																	
20-29	(380)	41.6*	15.5	16.1	21.3	13.2*	17.1	24.0	7.1	24.5	14.2**	15.8	11.6	7.4	2.33	1.25	
30-39	(332)	42.8	18.4	19.9	27.4	20.5	19.6	23.8	5.7	25.9	13.9	16.3	14.5	6.0	2.60	1.35	
40-49	(368)	47.6	19.3	22.6	26.6	17.1	25.5	29.4	10.9	26.6	20.9	19.8	7.6	5.7	2.86	1.33	
50-59	(228)	38.6	18.0	19.3	21.9	14.9	23.3	24.1	7.5	24.1	19.7	15.4	9.2	7.0	2.49	1.26	
60+	(437)	50.7	23.9	19.6	23.0	11.0	20.6	20.6	6.2	16.8	12.9	18.2	11.5	5.7	2.48	1.28	
教育程度																	
小學	(214)	48.1	22.9	19.6	20.1	13.1	19.6	20.6	4.2	18.2	15.4	15.4	13.6	7.5	2.47	1.30	
國/初中	(215)	45.6	20.9	17.2	28.4	15.8	20.0	20.5	7.0	28.8	18.1	19.1	11.6	7.0	2.65	1.32	
高中/職	(534)	41.8	19.3	20.0	22.7	17.4	20.0	25.8	7.7	24.0	17.2	16.3	12.0	6.6	2.56	1.28	
大學	(554)	44.2	15.3	19.7	25.8	15.0	23.1	27.1	9.2	24.9	15.3	17.9	8.5	5.6	2.57	1.31	
居住地區																	
院轄市	(298)	45.0*	13.4*	18.1	23.8	15.4*	22.2	23.8	8.4	21.5	16.4	18.5	6.7	3.7*	2.42	1.28	
直轄市	(174)	47.1	17.8	19.0	25.9	14.9	23.6	27.0	8.6	31.7	18.4	17.8	10.9	4.6	2.70	1.36	
縣轄市	(422)	38.4	18.5	21.8	22.5	19.7	20.1	26.3	6.9	23.7	16.1	16.8	13.0	9.0	2.59	1.35	
鄉/鎮	(625)	46.7	21.4	18.6	25.2	13.3	20.6	23.6	7.5	23.8	16.1	16.5	11.4	6.4	2.57	1.26	

^a總合欄中各數字已加入「體能動作及身心靈的修持與調和」之使用頻度計算；* P<0.05 ** P<0.01

均值(2.86)亦如此。在教育程度方面，高學歷者(尤其大學及以上)對推拿、按摩、整脊等以手操作的療法接受程度高，然對超自然調控者較無法接受。相對的，低教育程度如小學及以下的受訪者對健康食品、芳香療法等使用較少；然對超自然調控的療法使用較多。居住地區的分析則顯示出縣轄市的獨特性，居住於此的受訪者使用超自然調控與芳香療法的比率最高。

健康狀況及健康關注

相較於社會人口學特質對CAM使用預測的不敏感性，健康狀況及健康關注卻能強力的區隔民眾使用CAM的差異。在自述過去一年中曾有看病看不到之經驗的328位受訪者所提出的病症當中，以骨骼肌肉疾患最多(n=

89，包括坐骨神經、扭傷、肌肉、腳痛、脊椎、五十肩、痠痛、腰痠背痛、骨刺、關節、筋骨、網球肘等)，次為感冒(n=45)、過敏性鼻炎(n=25)、消化道疾病(n=32，腸胃病、肝病、潰瘍)、皮膚病(n=14，另有2名灰指甲及2名香港腳)、頭痛(n=13)、高血壓(n=11)、心臟病(n=10)(以上為等於或大於10人次者)。

表四呈現兩個與健康狀況及健康關注相關變項與CAM使用的交叉分析。在健康狀況方面，隨著自覺健康狀況的負向，受訪者幾乎對所有CAM樣式的使用率遞增，使用樣式的平均值及使用範疇的平均值亦遞增，且除了生機飲食及非收驚的超自然調控等兩個樣式外，其餘項目皆達統計顯著水準。以自述健康狀況不是很好及非常不好的156位受訪者

表四 健康狀況、健康關注及補充與另類療法的使用

		物質攝入及吸收					操弄、力量及物理療法						超自然調控		總合 ^a	
		中藥	草藥	生機	健康	芳香	按摩	推拿	整脊	刮痧	拔罐	針灸	收驚	其他	樣式	範疇
		飲食	食品	療法												
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	mean	mean
健康狀況																
自覺健康狀況																
非常好	(206)	28.2‡	10.7‡	17.0	15.5‡	11.7‡	21.4‡	20.4**	3.4‡	18.0**	10.2‡	11.2‡	8.3*	3.9	1.83‡	1.01‡
好	(478)	38.7	18.0	18.4	21.8	12.1	15.5	21.8	5.7	23.9	12.2	14.4	8.0	5.7	2.23	1.16
普通	(666)	49.7	18.6	20.0	27.5	18.2	23.3	26.4	9.0	24.0	18.5	19.7	13.1	7.5	2.82	1.40
不/非常不好	(156)	59.0	30.8	24.4	31.4	21.8	29.5	34.0	14.1	33.3	26.3	23.7	12.8	7.1	3.54	1.56
過去一年看病看不好的經驗																
有	(328)	60.1‡	27.4‡	22.0	27.7	18.6	29.3‡	34.5‡	14.0‡	31.4‡	25.6‡	26.5‡	15.9‡	10.4‡	3.53‡	1.59‡
無	(1176)	39.5	16.0	18.7	23.1	15.0	18.8	21.9	5.7	22.4	13.9	14.5	9.6	5.4	2.29	1.20
健康關注																
平時與人談論健康或治病的事情																
經常如此	(227)	55.5‡	22.0*	30.8‡	34.4‡	18.5‡	33.0‡	33.0‡	14.5‡	32.2‡	24.2‡	24.2‡	9.3	9.3*	3.47‡	1.53‡
有時如此	(526)	48.5	21.3	22.1	31.0	19.2	25.1	28.0	10.7	28.3	19.2	20.7	12.7	6.5	3.01	1.45
很少如此	(476)	40.8	16.2	14.3	19.1	13.5	17.4	22.1	4.2	20.0	13.2	13.2	9.2	6.7	2.14	1.17
從不如此	(285)	33.0	15.1	14.4	12.6	10.5	9.8	16.5	2.5	16.8	10.2	11.6	11.2	3.2	1.70	0.98
收聽看醫藥衛生報導																
經常如此	(374)	51.6‡	18.2	29.1‡	34.5‡	19.5*	31.0‡	33.2‡	10.7**	29.7‡	17.1‡	24.3‡	11.2	8.0	3.26‡	1.50‡
有時如此	(663)	42.8	20.2	20.4	26.4	16.3	19.2	25.5	8.3	24.9	19.8	16.9	10.9	6.6	2.63	1.30
很少如此	(307)	42.7	17.9	11.1	15.3	13.7	16.6	18.2	4.6	19.2	11.4	13.7	9.5	5.2	2.04	1.15
從不如此	(167)	35.3	14.4	10.2	9.6	9.0	14.4	15.6	4.2	17.4	10.8	9.0	12.0	3.0	1.69	1.01

^a總合欄中各數字已加入「體能動作及身心靈的修持與調和」之使用頻度計算；*P<0.05，**P<0.01，‡P<0.005
‡P<0.001

來說，他們在受訪的前一年中，爲了解決身體不舒服或生病，而平均使用了3.54種樣式以及1.56個範疇的CAM。

相較於自述健康狀況，另一個指標：「過去一年有無看病看不好的經驗」則更能反映出CAM的使用懸殊，特別是在超自然調控範疇CAM的使用。總括而言，自述有此經驗的328位受訪者在收驚(15.9%)及其他超自然調控(10.4%)療法的使用上皆相當突出，也因此成爲跨越最多樣式及範疇混合使用的特殊群體。

而在健康關注方面，所納入的兩個自變項也幾乎與所有CAM樣式的使用有顯著相關。如果說經常談論或收聽看醫藥衛生訊息

是一種高健康關注的表徵，則隨著關注的增強，使用各類CAM的比率亦隨之遞增，而使用樣式及範疇的平均值亦是如此。

討 論

使用盛行程度

本研究中CAM的一年使用率爲75.5%，與作者已知的歐美澳各國調查比較[35]，這個數字是相當偏高的，但由於文化、醫療體系結構與保險制度的懸殊，極難進行比較。然而，即使與同樣具有中醫傳統且保險制度相若的南韓(其源自中醫的東方醫療 - Oriental medicine，已部份納入全民健保中[36])所

做的一些全國調查結果相較，仍為偏高[37]，更何況本研究中有57.1%的受訪者在一年內的使用樣式超過一種。

比較各個國家或社會CAM使用比率的最大困擾便是「定義」的問題。多數的研究在對受訪者詢問CAM使用狀況時，會將所涵蓋的CAM範疇及樣式列舉出來，如此一來，將會遺漏一些較罕見、較為地方性或族群性的樣式，這可能是影響調查結果的原因之一。本研究採用「非西醫」這樣最簡化的定義，雖嫌粗略，但卻是一般民眾最能了解的範疇，可以精確掌握而無須贅言解釋。另一個影響結果的原因，為使用目的的限制，本研究特別強調以醫療為目的的使用，若再加上預防保健的目的，則使用比率將更高。

社會人口特質的無區隔性

幾乎每個CAM調查都關懷誰使用了CAM。歐美各國的CAM調查皆顯示，女性、白領階級、高教育程度、以及較年輕者是CAM的高使用族群[38]。使用者還具有下列特質：希望對自身的健康有決定與控制權、對生物醫療持著批判的態度，而且對某些未在保險給付範疇內的療法有購買能力[39]。

但是本研究的初步分析卻顯示，就個人社會人口特質來說，在台灣CAM的使用卻不具有分殊性。換言之，CAM的使用似乎是普同現象，並未集中於特殊的人口群。為何出現如此的差異呢？最主要的關鍵在於，不同社會文化在指涉CAM之時，有其特殊的歷史、文化與政治背景。絕大多數歐美文獻中所關注的「另類」類別當中，相當引人注目的是源自東方文化的中醫（針灸）、印度醫學等，這些皆是近三、四十年來，才在歐美社會逐漸為民眾所知曉。換言之，東方古文明的醫療傳統成為當今歐美另類醫療風潮的焦點，是屬於一種醫療的大傳統，具有專業的屬性，較能被菁英階層所認同，特別是這些古醫療傳統所崇尚的歸依自然、身心靈合一、全貌觀及療癒過程的人性化等，更能吸引對療癒內涵有著高度期許的中產階級及文化創新者[40]。例如，眾多的研究顯示，中

醫，特別是針灸，是最受歐美民眾青睞的外來CAM療癒樣式[30,41]，也一向備受歐美醫界的「關切」[42,43]。雖然文獻中並無理論的延伸，不過筆者認為上述的現象，頗符合「新事物擴散理論」的法則[44]，目前所觀察到的是擴散前期創新者(innovator)所展現的效應。

台灣的情況則不然，本研究中被使用的CAM，多為源自中國文化的專業醫療傳統（針灸、中藥），或屬於小傳統的民俗療法，已長久深植於文化傳統中，與民眾的信念體系已然相容。而類似生機飲食、健康食品、芳香療法等才是少數陸續引進的外來新興療法。值得注意的是，這些新興療法背後的理論基礎，與一般民眾的認知體系符合度亦高（物質的攝入吸收），其使用又與日常生活活動，特別是飲食，緊密結合，相當的瀰散(diffusive)，又無須特定的療癒者(healer)執行療癒，因此不難在人群中擴散開來，較難顯現出使用者特質的分殊性。

健康需求的作用

本研究中的健康關切與健康狀況都可關連到健康需求，前者是個人主觀的將注意力置於健康醫療的事物上；後者是身體狀況的失常引發修正回復的欲求。如預期的，也如文獻所顯示的，健康狀況與另類療法的利用關係極強。特別值得關注的是，自述過去一年中有看病看不好之經驗的328位受訪者，可謂使用CAM「跨範疇」比率最高的一群，且這群人最主要的特色，是對於各類超自然調控療法的最高使用率以及混合多類樣式的使用，反映出這群人的「輾轉求醫」，也間接透露屢試各項療法無效之時，超自然調控療癒總會是最終的去處。不過，須謹慎的是，看病看不好並非僅指看西醫看不好；健康狀況與多元複向求醫之間也無必然的因果關係，可能是健康狀況導致多元求醫，也可能多元求醫使得健康狀況惡化。

另一方面，即便是自述健康狀況很好或好，或在過去一年並無看病看不好之經驗的受訪者，對於各類樣式療法的使用，也多維持在10~25%左右，使用樣式的平均值亦大

於2種，此一結果顯示出CAM的使用並非一定與經年無法控制的纏身病痛有關，無論是扮演取代或補充的角色(本文無法回答此一問題)，對於這些療法的廣泛使用，似乎意味者西醫或生物醫學在民眾心目中的「非萬能」。

至於健康關切又扮演何種角色呢？雖然在資料分析的過程中，可發現健康關切與教育程度關係極強，然而兩者與CAM使用的關係卻強度懸殊，前者強，後者弱，顯見健康關切有超乎教育程度的「特質」。也許對醫療保健資訊的主動尋求接觸，不但反映個人的需求，也暗示個人可經由這樣的過程累積廣博的醫療保健知識，由此產生接受多元醫療的傾向。總之，這兩個並未見於相關文獻中之變項的作用機轉，值得未來進一層的探究。

結語

藉著簡單的分析，本研究描繪在台灣CAM使用型態的初步輪廓。個人社會人口特質與CAM使用關係的微弱，未能顯現特殊性，是相當迥異於中外文獻中的發現。健康狀況的強大作用則與文獻及預期相符；而健康關切的突出表現隱含特殊的意涵及潛力。本研究最大的限制，是未能收集使用特定療法(例如中藥與針灸)的費用是否有健保給付。其實，這部份的問題本來曾納入訪問中，然而在預測後，因考量訪問內容的龐雜引發受訪者抱怨拒答，加上可能的回憶偏差，及研究經費的限制而刪除了。CAM使用的花費向來是政策的焦點，頗具權威的研究皆顯示[30]，這部份「自掏腰包」的花費絕不可小覷，它甚至凌駕了「官方醫療」(official medicine，在此指納入健保的各類醫療照護服務)的花費。

就消費者的立場而言，在全民健保已相當程度去除求醫的經濟障礙後，非健保範疇療法的使用(包括部份的中醫及針灸)，是追求效果、品質加上文化信念的結果。在求助西醫之餘，混合樣式或跨越範疇的CAM使用顯現出民眾自我整合療法的強烈傾向，也算是一種適應，這種常民處理疾病與症狀的邏

輯與法規一直處於極端混沌不明的狀態，除了極少數的創新之作[45]，學術界甚少予以關注。當外來的療癒樣式如水療、芳香療法、生機飲食、健康食品等愈見風行之時，民眾，特別是那些消費能力佳者，總是能超前於政府、學界或主流醫界的規劃及管制的腳步，逕行依照自己的方式採行試用。因此，健保統計資料中，將近15次的平均每人每年就醫次數，是算得出來有記錄的數字，那麼超乎健保之外見不著算不出的又如何呢？我們難道可以無視於處於這廣大邊緣與非官方認定範圍內的種種活動與行為型態嗎？

誌謝

本研究經費來自國科會補助(NSC90-2412-H-002-019)，謹此誌謝。

參考文獻

1. Salman JW, ed. *Alternative Medicines: Popular and Policy Perspectives*. New York: Tavistock, 1984.
2. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med* 1993;**328**:246-52.
3. Jacobs JJ. Building bridges between two worlds: The NIH's Office of Alternative Medicine. *Am Med* 1995;**70**:40-41.
4. NNCAM. Available from: URL: <http://nccam.nih.gov>
5. WHO. WHO launches the first global strategy on traditional and alternative medicine. Available from: URL: <http://www.who.int/inf/en/pr-2002-38.html>
6. Northridge ME, Mack R Jr. Editor's Choice: Integrating ethnomedicine into public health. *Am J Publ Health* 2002;**10**:1561.
7. Hofgard MW, Zipin ML. Complementary and alternative medicine: a business

- opportunity? *Med Group Manag J* 1999;**46**: 16-24.
8. McIntosh P. Government-industry collaborations explored for alternative medicine. *J Natl Cancer Inst* 2001;**93**:1129-31.
 9. Freshley C, Carlson LK. Complementary and alternative medicine: an opportunity for reform. *Front Health Serv Manag* 2000;**17**: 3-14.
 10. Sakes M. Medicine and complementary medicine: Challenge and change. In: Scambler G, Higgs P, eds. *Modernity, Medicine and Health: Medical Sociology towards 2000*. New York: Routledge, 1998;198-215.
 11. Goldstein MS. Victims of Medicine. In *Alternative Health Care -- Medicine, Miracle, or Mirage?* Philadelphia: Temple University Press, 1999;13-39.
 12. Saks M. The alternatives to medicine. In: Gabe J, Kelleher D, Williams G, eds. *Challenging Medicine*. New York: Routledge, 1994.
 13. Cant S, Sharma U. Alternative health practices and systems. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, eds. *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage, 2000;426-39.
 14. Tovey P. Contingent legitimacy: UK alternative practitioners and inter-sectoral acceptance. *Soc Sci Med* 1997;**45**:1129-33.
 15. Wardwell WI. Alternative medicine in the United States. *Soc Sci Med* 1984;**38**:1061-68.
 16. Pelletier KR, Astin JA. Integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care and insurance providers: 2000 update and cohort analysis. *Altern Ther Health M* 2002;**8**:38-43.
 17. Pescosolido BA. Rethinking models of health and illness behavior. In: Kelner M, Wellman B, Pescosolido B, Saks M, eds. *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*. Australia: Harwood Academic, 2000;175-94.
 18. Lee RPL. Comparative studies of health care systems. *Soc Sci Med* 1982;**16**:629-42.
 19. 吳就君：台灣地區居民社會醫療行為研究。公共衛生 1981；**8**：25-49。
 20. 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。
 21. 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。台北：國立台灣大學公共衛生研究所碩士論文，1990。
 22. 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。
 23. 康翠秀、陳介甫、周碧瑟：台北市北投區居民對中醫醫療的知識、信念與行為意向及其對醫療利用型態之影響。中華衛誌 1998；**17**：80-92。
 24. 陳秋瑩、張淑桂、紀駿輝等：台灣地區民眾使用中醫師門診服務的因素之調查。中國醫藥學院雜誌 1999；**8**：77-87。
 25. 林芸芸：中、西醫醫療利用型態的文獻回顧與實證研析。中華家醫誌 1992；**2**：1-13。
 26. 鄧錦惠、汪忠川、吳茂賢、楊明仁：民眾求助收驚治療之動機與需求研究。中華家醫誌 1999；**9**：217-27。
 27. 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.
 28. McGregor KJ, Peay ER. The choice of alternative therapy for health care: testing some propositions. *Soc Sci Med* 1996;**43**: 1317-27.
 29. Siahpush M. Why do people favour alternative medicine? *Aust N Z Publ Health* 1999;**23**:266-71.
 30. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA*

- 1998;**279**:1548-53.
31. Bauer MW, Petkova K, Boyadjieva P. Public knowledge of and attitudes to science: Alternative measures that may end the "science war". *Sci Technol Hum Values* 2000;**25**:30-51.
32. Harris P, Rees R. The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. *Complement Ther Med* 2000;**8**:88-96.
33. Lee S-I, Khang Y-H, Lee M-S, Kang W. Knowledge of, attitudes toward, and experience of complementary and alternative medicine in Western medicine - an oriental medicine - trained physicians in Korea. *Am J Public Health* 2002;**92**:1994-2000.
34. Hong CD. Complementary and alternative medicine in Korea: Current status and future prospects. *J Altern Complement Med* 2001;**7**(Suppl 1):S33-40.
35. Astin JA. The characteristics of CAM users: A complex picture. In: Kelner M, Wellman B, Pescosolido B, Saks M, eds. *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*. Australia: Harwood Academic, 2000:175-94.
36. Astin JA. Why patients use alternative medicine -- Results of a national study. *JAMA* 1998;**279**:1548-53.
37. Ray PH, Anderson SR. *The Cultural Creatives*. New York: Harmony Books, 2000.
38. Lewith GT, Hyland M, Gray SF. Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. *Complement Ther Med* 2001;**9**:167-72.
39. Wolop PR. The maintenance of professional authority: acupuncture and the American physicians. *Soc Probl* 1985;**32**:409-24.
40. Silvert M. Acupuncture wins BMA approval. *BMJ* 2000;**321**:11.
41. Rogers EM. *Diffusion of Innovation*. 3rd ed. New York: The Free Press, 1995.