

# 國人使用輔助與替代醫療現況及其相關因素： 2011年全國性調查分析

章美英<sup>1</sup> 劉介宇<sup>2</sup> 朱美綺<sup>1</sup> 吳宗懋<sup>3</sup>  
陳美麗<sup>4</sup> 朱梅綾<sup>1,\*</sup>

**目標：**瞭解台灣民眾在過去一年內使用輔助與替代醫療(complementary and alternative medicine, CAM)之現況、健康資訊來源、使用原因及使用CAM與人口學特徵、健康狀態的相關性。**方法：**研究對象為18歲以上台灣地區民眾，採用分層隨機抽樣法，並且使用中選機率與人數等比例(probability proportional to size, PPS)方式抽樣，並以電腦輔助電話訪問系統(Computer Assisted Telephone Interview, CATI)進行問卷調查，有效樣本數為2,266位。**結果：**台灣民眾在過去一年內使用CAM用以促進健康或治療疾病的使用率為37.6%。使用CAM的樣式以中藥最多，並用來治療腰酸背痛、肩頸僵硬/痠痛之肌肉骨骼系統與結締組織問題居多。CAM之健康資訊來源以親朋好友最多，而主要的使用原因是民眾認為西醫常有副作用或誤診。CAM的使用率以女性、青年及中壯年人(20-59歲)、高教育程度、具醫療相關教育背景、有工作、高收入、居住高度都市化程度地區及健康狀態較差者居多。**結論：**台灣民眾使用CAM以促進健康或治療疾病的經驗相當多元，建議政府衛生主管機構應將CAM的相關議題納入健康政策，學校及醫療院所亦須將CAM納入必要之教育訓練，進而加強CAM之實證研究，以確保障國人使用CAM之有效性與安全性。(台灣衛誌 2013；32(1)：85-99)

**關鍵詞：**輔助與另類醫療、全國性調查、盛行率、健康資訊來源、使用原因

## 前 言

近年來，輔助與替代醫療(Complementary and Alternative Medicine, CAM)相關議題無論在歐美及亞洲國家皆愈來愈受到重視。世界衛生組織(World Health Organization, WHO)在2002-2005年呼籲各會員國應將傳統療法和藥

品納入醫療保險體系及發展CAM相關管理機制[1]，以提昇全人照護(Holistic care)的品質。美國國家輔助與替代醫療中心(National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM)定義CAM為一群各式各樣的醫療與健康照顧系統(medical and health care systems)、操作(practices)和產品(products)，通常不被視為傳統醫學(conventional medicine)的一部分。傳統醫學(也稱為西方或對抗療醫學(Western or allopathic medicine))，是由具有學位的健康專業人員，如物理治療師，心理學家和註冊護理師執行，但CAM與西方醫學之間的界線仍不是有絕對。NCCAM並進一步闡釋輔助醫療(complementary medicine)是指能與西

<sup>1</sup> 國立台北護理健康大學中西醫結合護理研究所

<sup>2</sup> 國立台北護理健康大學護理助產研究所

<sup>3</sup> 美國東華盛頓大學心理系

<sup>4</sup> 國立台北護理健康大學護理系暨研究所

\* 通訊作者：朱梅綾

聯絡地址：台北市北投區明德路365號

E-mail: meilingtunhs@gmail.com

投稿日期：101年7月18日

接受日期：101年11月20日

醫一起使用的療法，則替代醫療(Alternative Medicine)則指可以取代西醫的療法[2]。

國內丁[3]與林等人[4]分別針對20-70歲及18歲以上民眾進行全國民調顯示，有75.5%與85.63%民眾在過去一年內曾經使用過CAM。而國外研究調查結果則顯示民眾使用CAM的盛行率差異極大(5%至76.0%)[5-12]，但多數國家CAM的使用皆屬非常普遍且多元。民眾的求醫行為，除受外在環境因素，如文化、經濟景氣及相關福利政策等因素影響外，亦會因個人特質如性別、教育及收入及一般健康狀態等差異而有所不同[13]。國內丁[3]指出性別、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，但個人的健康需求(包括健康狀況與健康關切)等，卻與CAM的使用有極強的關係。林等人[4]則指出，國人使用CAM的相關因子方面，在社會人口特質(性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、家庭收入)以及地理區域上，已逐漸出現差異性與區隔性。國外Barnes等人[5,6]在2002年、2007年研究指出性別、年齡、教育程度及家庭收入皆與CAM的使用有相關性。Frass等人[9]彙整1990年至2006年各國(包括義大利、英國、澳洲、南韓及加拿大和美國)使用CAM的研究報告中亦指出性別、教育程度與家庭月收入具相關性。此外，部分國外研究曾指出CAM的使用機率與個人的健康需求有極高的相關性[4,9]，且受文化、經濟及相關福利政策等因素影響[9]。

另一值得注意的議題是，雖西醫或CAM都是以解除病人病痛，促進健康為出發點，然而目前大多數的CAM，仍缺乏科學性的驗證，也衍生出許多醫療倫理和安全等方面的問題。隨著大眾傳播的普及與行銷機制的發展，各種CAM的取得也越來越容易，民眾的醫療信念及價值判斷極易受CAM相關產品的多元行銷活動影響，而造成民眾與醫護人員在健康及醫療觀念的差異，而導致發生溝通不和諧的情況[14]，民眾甚而發生採取「直接換醫師看」行為，不但造成民眾健康安全的極大的隱憂，亦產生

醫療資源的浪費與國家醫療費用增加[15]。

基於民眾對於CAM的使用需求與經驗可能會隨著民眾的健康價值觀、行銷市場的多元化及經濟環境等因素影響，故本研究使用最新的具全國母群體代表性的調查資料，針對2011年台灣民眾於一年內因身體健康問題所採用CAM的樣式、使用CAM處理的症狀與系統疾病、健康資訊來源及使用CAM的原因進行調查，進而探討台灣民眾使用CAM與人口學特徵、健康狀態之相關性。

## 材料與方法

### 資料收集

本研究為橫斷式研究設計，研究對象為18歲以上台灣地區民眾，採用電腦輔助電話訪問系統(Computer-Aid Telephone Interview, CATI)進行資料收集。在樣本分配上，採用中選機率與人數等比例(probability proportion to size, PPS)方法，依內政部99年12月底的368個鄉鎮市區的人口分佈比例，來決定各縣市地區所需要抽出的電話號碼數，再依採用隨機撥號抽樣方法(Random-Digit-Dialing, RDD)抽取一般家戶，對家戶內第一位接聽者(年齡滿18歲者)進行訪談。為避免進行資料分析時造成推論之偏差，本研究針對每一個樣本，以多變數重複加權(raking)方式進行成功樣本統計加權。經過加權處理後，顯示成功樣本在性別、年齡、教育程度及居住地區的分佈上，與台灣22個縣市別的人口分佈比例(內政部中華民國台閩地區人口統計99年12月資料為依據)，經卡方檢定後，確使有效樣本與母體結構一致( $p>0.05$ )，顯示本次研究樣本分佈可代表母群體。

本研究計畫首先經過國立台北護理健康大學研究倫理審議委員會審核通過(IRB: S2011-06-0010)後，再進行訪員的訓練，過程中特別加強訪談員於對CAM的定義、內涵與種類歸類的共識及國台語說明、用詞的一致性。本研究依據行政院衛生署令函(衛署醫字第0990207052號)規定「推拿」為醫療行為，需由有執照之醫師執行；「按摩」

為民俗調理手法，為非醫療行為；中藥則是指由醫生開處方之製劑及藥房所購買之中藥配方，中草藥則指於坊間及市場所販售之生草藥等。台灣民間長久以來，即有「藥食同源」之飲食習慣[16]，喜歡用草藥為料理食材或為各式調味香料，如四神湯、當歸鴨及燒酒雞等料理，認為既可吃得好料理，亦可以促進身體健康；近年來更有許多民眾是好此飲食風味，並非為健康而食用，行政院衛生署亦曾六次公告「可同時提供食品使用之中藥材」共兩百十五種，故依管理者之認定，藥膳食補係屬食品[17]。然此又與一般民眾之認知、傳統膳食養生觀念，甚至專業中醫師之論述有所差異。此外，為避免其他CAM亦有相似的現象，如有些民眾雖有拜拜、禱告等儀式，但卻非因健康因素而有的行為。故而本研究特別定義「民眾使用CAM的行為」：是指民眾本身主觀認定其使用CAM的行為是與健康有關，而排除一般生活習慣或本身主觀認定其使用CAM的行為與健康無關的項目。在完成前驅測試(pilot study)後，隨後即於100年11月1日至11月10日進行正式家戶電話調查。

### 研究工具

研究工具係採用鍾等人[18]於2007年所發展出之問卷內容，同時整合Cheng和Williams[19]所設計的中國人健康量表(Chinese Health Questionnaire-12, CHQ-12)。問卷涵蓋三大部分：(一)人口特質：包括性別、年齡、教育程度(含詢問醫療相關教育背景)、工作狀態、都市化程度地區、個人每月收入。(二)中國人健康問卷(CHQ-12)：本研究採12題版本，生理健康有5題，心理有7題，得分越高表示個人生理健康與心理健康欠佳，其累積解釋變異量為45.22%，整體內在一致性Cronbach's  $\alpha$ 係數為0.81，生理健康與心理健康各構面之Cronbach's  $\alpha$ 係數分別為0.67、0.76。(三)國人輔助與替代醫療之就醫行為問卷量表：內容包括國人使用CAM樣式、使用CAM處理的症狀與系統疾病、CAM健康資訊來源及使用CAM的原因

四大項面，問卷經由三位護理與公共衛生領域學者，針對問卷內容之適用性、相關性及需要性等三方面提出建議，並綜合各方面專家意見後針對問卷內容進行修改或刪除，專家效度CVI值為0.95。

本文以SPSS for window 20.0版套裝軟體進行統計資料分析與處理。先就台灣民眾使用CAM的樣式、常使用CAM處理的症狀與系統疾病、健康資訊來源及使用CAM的原因進行描述性統計，再就人口學特徵、健康狀況與CAM的使用進行相關性的分析，採用卡方檢定、t檢定分析及邏輯斯迴歸分析。

## 結 果

### 一、台灣民眾使用輔助與替代醫療盛行率及使用樣式

本研究經加權處理後，共完成有效樣本數共2,266人，在95%信心水準下，抽樣誤差為 $\pm 2.04\%$ ，男性1,158人(48.9%)，女性1,158人(51.1%)，平均年齡44.7歲(標準差15.8歲)，教育程度以專科以上學歷居多佔39.4%(詳見表一)。其中有59.7%的受訪者有曾使用過CAM的經驗，而自訴在過去一年內有使用CAM的民眾則佔37.6%。受訪民眾使用CAM樣式中，以中藥最多(25.4%)，其次是健康食品(含保健食品,16.0%)、推拿(13.4%)、針灸(8.3%)與運動(4.5%)(詳見表二)。

### 二、台灣民眾使用輔助與替代醫療之症狀與系統疾病

最常使用CAM來處理的不適症狀，主要為腰酸背痛(16.9%)及肩頸僵硬/痠痛(14.0%)，而最常使用CAM來處理的系統疾病是肌肉骨骼系統/結締組織疾病(37.2%)、傷害/中毒與外因造成的其他影響的疾病(如：扭傷或拉傷、中暑、脫臼、骨折)(21.0%)、呼吸系統疾病(16.3%)和症狀、徵候與臨床和實驗室異常發現，他處未歸類者(如：頭痛、疲倦、咳嗽、鼻塞、喉嚨不

表一 研究樣本的社會人口特質(N=2,266)

變項	類別	人數	百分比
性別	男性	1,108	48.9
	女性	1,158	51.1
年齡	18至19歲	52	2.3
	20至29歲	419	18.5
	30至39歲	462	20.4
	40至49歲	496	21.9
	50至59歲	408	18.0
	60歲以上	429	18.9
教育程度	小學以下	397	17.5
	國、初中	300	13.2
	高中、職	653	28.8
	專科以上	892	39.4
具醫療相關教育背景	有	144	6.4
	沒有	2,105	92.9
就業狀態	有	1,404	62.0
	沒有	848	37.4
都市化程度地區 <sup>1</sup>	低度	333	14.7
	中度	852	37.6
	高度	1,080	47.7
個人每月平均收入	小於\$20,000元	960	42.4
	\$20,000-39,999元	706	31.2
	\$40,000-59,999元	227	10.0
	大於\$60,000元	122	5.4

<sup>1</sup>將台灣368個鄉鎮市區之人口密度值(人口數/每平方公里)由小到大排序,以三分位數的概念將其平均分為三等份,人口密度值分布在第一、第二及第三分位數分別被定義為低度、中度及高度都市化程度之行政區[47,49-51]。

適、壓力、脹氣)(12.5%)(詳見表三)。

### 三、台灣民眾使用輔助與替代醫療之健康資訊來源與原因

在民眾使用CAM之資訊來源方面,主要為親朋好友(84.4%),其次為平面媒體(13.7%)、網際網路(5.6%)及電視廣播媒體(5.2%),而由醫護專業人員獲得CAM相關資訊者僅佔4.1%(詳見表四)。民眾使用CAM之原因,主要為「西醫常有副作用或誤診(19.6%)」,其次為「輔助與替代醫療比較西醫有效(19.4%)」、「輔助與替代醫療及中藥比較溫和(18.8%)」、「輔助與替代醫療可促進健康(14.2%)」、「平常的習慣及觀念(14.1%)」、「西醫治療無效(14.0%)」

及「有使用經驗者推薦使用(12.0%)」(詳見表四)。

### 四、影響台灣民眾使用輔助與替代醫療之因素

表五顯示影響民眾使用CAM經驗之相關因素包括:性別、年齡、教育程度與背景、工作狀態、個人每月平均收入、都市化程度地區與健康狀態。影響民眾使用CAM相關變項之勝算比在人口學特質方面為:女性使用CAM之可能性為男性的1.79倍(odds ratio, OR=1.79; 95% CI=1.50-2.12; p<0.001);在年齡方面,以60歲以上當作參考組,隨著年齡層增長,使用的可能性遞減(20-29歲, OR=2.09; 95% CI=1.56-2.81; p<0.001, 50-59歲, OR=1.85; 95%

表二 民眾使用輔助與替代醫療的型態(N=2,266)

樣式	人次 <sup>1</sup> (%)	等第
中藥	575 (25.4)	1
健康食品(含保健食品)	362 (16.0)	2
推拿	304 (13.4)	3
針灸	187 (8.3)	4
運動	101 (4.5)	5
按摩	69 (2.9)	6
拔罐	57 (2.4)	7
腳底按摩	47 (2.0)	8
刮痧	46 (1.9)	9
電療 <sup>2</sup>	24 (1.1)	10
傳統整復	21 (0.9)	11
生機飲食/有機飲食	11 (0.5)	12
紅外線照射	11 (0.5)	12
芳香療法	10 (0.4)	13
瑜珈	10 (0.4)	13
草藥	10 (0.4)	13
穴位敷貼	9 (0.4)	13
水療	7 (0.3)	14
宗教儀式	5 (0.2)	15

<sup>1</sup>使用CAM樣式為複選題。

<sup>2</sup>電療指受訪者自行以市面販售的中頻電療等產品。

CI=1.37-2.49； $p<0.001$ )。其中，以30至39歲民眾使用CAM之勝算比最高(OR=2.47；95% CI=1.85-3.29； $p<0.001$ )。在教育程度方面，以小學級以下當作參考組，以專科以上之民眾OR值最高(OR=2.40；95% CI=1.84-3.13； $p<0.001$ )，另外國/初中及高中/職的民眾亦皆達統計學上的差異。此外，具醫護教育背景之民眾對CAM之使用高於非醫護教育背景民眾的(OR=1.39；95% CI=0.99-1.96)。在就業狀態方面，有就業民眾的勝算比是沒有就業民眾的1.49倍(95% CI=1.24-1.78； $p<0.001$ )。居住都市化程度地區方面，以低度都市化程度組當作參考組，則居住高度都市化程度地區之台灣民眾使用CAM之勝算比最高(OR=1.50；95% CI=1.16-1.96； $p<0.01$ )。在收入方面之比較，以月收入20,000-39,999元的民眾勝算比最高(OR=1.38；95% CI=1.13-1.69； $p<0.01$ )，另外以月收入40,000-59,999元的民眾亦達統計學上的差異。最後，生理健康愈差、心理

健康愈差之台灣民眾，使用CAM之可能性愈高(詳見表五)。

## 討 論

### 一、民眾使用輔助與替代醫療盛行率及使用樣式

本研究結果發現民眾最近一年使用CAM的盛行率為37.8%，與國內丁[3]及林等人[4]分別於2002年、2006年的研究結果差異極大，然卻與美國Barnes等人[5,6]在2002年及2007年的研究報告36%及38.3%，及澳洲Spinks及和Hollingsworth[12]於2007年至2008年研究報告38.4%近似。Frass等人[9]研究報告曾指出各國使用CAM的盛行率差異極大(5%至74.8%)，可能因各研究對CAM名詞定義及歸類的不一致、當地民眾對CAM服務的價格及西醫醫療的滿意程度及文化差異[9]等諸多因素有相關。

本研究結果與丁[3]及林等人[4]使用比

表三 民眾使用輔助與替代醫療的症狀與系統疾病(N=851)

變項	人次(%)	等第
<b>症狀<sup>1</sup></b>		
腰酸背痛	144 (16.9)	1
肩頸僵硬／痠痛	119 (14.0)	2
頭痛	28 (3.3)	3
疲勞	24 (2.8)	4
腳麻	24 (2.8)	4
關節方面之不適症狀	19 (2.2)	5
咳嗽	15 (1.8)	6
骨頭痠痛、受傷	11 (1.3)	7
手腳冰冷	10 (1.2)	8
發炎	9 (1.1)	9
鼻塞	9 (1.1)	9
脹氣	9 (1.1)	9
壓力	8 (0.9)	10
喉嚨不適	6 (0.7)	11
<b>系統疾病<sup>2</sup></b>		
肌肉骨骼系統與結締組織疾病	317 (37.2)	1
傷害、中毒與外因造成的其他影響 <sup>3</sup>	179 (21.0)	2
呼吸系統疾病	138 (16.3)	3
症狀、徵候與臨床和實驗室異常發現，他處未歸類者 <sup>4</sup>	106 (12.5)	4
泌尿生殖系統疾病	47 (5.5)	5
消化系統疾病	37 (4.4)	6
神經系統疾病	32 (3.7)	7
內分泌、營養與(新陳)代謝疾病	22 (2.5)	8

<sup>1</sup>症狀為複選題。

<sup>2</sup>系統疾病為複選題。本表的疾病系統分類是依據世界衛生組織的「國際疾病分類第十版-中文版」所歸類。

<sup>3</sup>傷害、中毒與外因造成的其他影響的疾病，包括：扭傷或拉傷、中暑、脫臼、骨折。

<sup>4</sup>症狀、徵候與臨床和實驗室異常發現，他處未歸類者，包括咳嗽、頭痛、鼻塞、喉嚨不適、疲勞、壓力、脹氣和胸悶。

率差異大，其原因可能為兩次研究由使用者角度將CAM分類，為較廣義的定義，而本研究則依據NCCAM對CAM定義及行政院衛生署對中醫及民俗療法特定樣式的定義進行分類，相較起來較為嚴謹，故可能得到較低的盛行率。此外，本研究特別定義民眾使用CAM的行為於上述材料與方法提過，如一般民眾習慣將中藥當調味料、食材，但只是生活飲食習慣所需，並非所謂的「藥膳食補」；或一般燒香拜拜、禱告等宗教儀式亦純為祈福生意興榮或求財運等，並非因健康因素而有的行為。故此亦可能減少許多因台灣生活飲食習慣、文化差異與健康認知差異等因素，而呈現出台灣民眾高度普遍使用

CAM的現象。

其次可能是因台灣經濟在2011年正逢全球金融危機，2011年全年經濟成長率僅為4.03%，較2002年和2006年經濟成長率(5.26%和5.44%)下降，且國人平均所得年增率(-0.57%)也比2002年及2006年下降(4.50%和3.28%)，而相對消費者物價指數成長率卻大幅上漲，加上失業率相較2006年提升等諸多因素，造成民眾處於高度不確定的經濟環境中，導致消費行為變得更加謹慎[20]。其在許多研究亦指出使用CAM的盛行率的多寡，亦於民眾之收入或消費有關聯性[9]。

民眾在過去一年內使用CAM的主要樣式為中藥、健康食品、推拿、針灸與運動，

表四 民眾使用輔助與替代醫療的健康資訊來源與原因(N=851)

變項	人次(%)	等第
健康信息來源 <sup>1</sup>		
親朋好友	718 (84.4)	1
平面媒體(報章雜誌、傳單廣告看板)	117 (13.7)	2
網際網路	48 (5.6)	3
電視廣播	44 (5.2)	4
醫事人員	35 (4.1)	5
原因 <sup>2</sup>		
西醫常有副作用或誤診	167 (19.6)	1
CAM比較西醫有效	165 (19.4)	2
CAM及中藥比較溫和	160 (18.8)	3
CAM可促進健康	121 (14.2)	4
平常的習慣及觀念	120 (14.1)	4
西醫治療無效	119 (14.0)	5
有使用經驗者推薦使用	102 (12.0)	6
有興趣想試試看	42 (4.9)	7
服務地點離家近	20 (2.4)	8
合併使用西醫與CAM可增加治療效果	18 (2.1)	9
醫護人員建議使用	12 (1.4)	10

<sup>1</sup>健康資訊來源為複選題。

<sup>2</sup>原因為複選題。

與丁[3]研究結果前三項中藥、推拿與健康食品相同，但與林等人[4]研究指出台灣民眾使用CAM以身心靈的調和最多、其次是中草藥、健康食品、指壓推拿或按摩以及刮痧為等略有不同。主要的原因可能是因各研究者對CAM的樣式定義與歸納範疇不一，如林等人[4]將身心靈調和(包括：祈求、唸經、讀經、祈禱、靜坐、催眠)與體能活動樣式(如氣功、瑜珈)合一，故顯示其使用率高居第一位(55.3%)，丁[3]則將其分為體能動作(太極、瑜珈、氣功、運動、內丹功)(1.1%)及身心靈修持(祈求、念佛經、靜坐、讀聖經)(0.5%)兩大類，而本研究則依衛生署已公告類型定義或民眾通用類型名稱，進行單一分類統計。再如林等人[4]將推拿、按摩等涵蓋一起計算其使用率，而丁[3]及本次研究則分門別類將其區隔為不同的類別，故而難以做相對比較。但三次全國民調結果皆顯示中藥、推拿、針灸等中醫相關療法，皆為台灣民眾使用CAM之重要類別。其原因可能為自十六世紀起，大量中國移民至台灣定居時，同時傳入中醫、中藥治療方

法或養生的觀念，而漸漸地融入一般民眾日常生活中[21]，故台灣民眾對中醫的各種治療皆有相當高的認同與肯定，且台灣自1995年實施全民健保以來，即將中醫針灸及中藥等治療納入「全民健康保險」[22]。Chen等人[23]研究指出在全民健保下，2001年底止有28.4%民眾使用過中醫，其中以中藥(85.9%)最為常見，其次為針灸(11.0%)；再者，民眾「藥食同源」的觀念深入於日常生活中[16]，蔡[22]報告指出台灣約有22.55%的民眾有服用中藥當作保健食品的習慣，故可知中醫療法文化已深植於民眾生活，並深深影響民眾選取CAM的決策行為。

此外，本研究亦發現台灣民眾使用健康食品高居第二位，丁[3]與林等人[4]研究亦指出健康食品使用皆高居第三位。美國Barnes等人[6]在2007年研究指出美國民眾健康食品的使用率皆高居第一位。陳[24]指出2008年台灣保健食品整體市場規模約有新台幣677億元，超過七成的台灣民眾認同攝取保健食品可加強身體能量與耐力、維持整體身體健康和改善心血管功能、消化系統等問

表五 民眾人口特質與使用輔助與替代醫療經驗的差異(N=2,266)

變項	有(37.8%) %	無(62.2%) %	卡方檢定	勝算比(95% CI)
性別			43.44***	
女性	44.4	55.6		1.79 (1.50, 2.12)***
男性	30.9	69.1		1.00
年齡			42.32***	
18至19歲	38.5	61.5		1.93 (1.06, 3.51)*
20至29歲	40.8	59.2		2.09 (1.56, 2.81)***
30至39歲	44.9	55.1		2.47 (1.85, 3.29)***
40至49歲	39.3	60.7		1.96 (1.47, 2.61)***
50至59歲	37.9	62.1		1.85 (1.37, 2.49)***
60歲以上	24.8	75.2		1.00
教育程度			47.87***	
小學以下	25.0	75.0		1.00
國、初中	32.4	67.6		1.44 (1.03, 2.01)*
高中、職	38.7	61.3		1.89 (1.43, 2.50)***
專科以上	44.5	55.5		2.40 (1.84, 3.13)***
具醫療相關教育背景			3.64	
有	45.4	54.6		1.39 (0.99, 1.96)
沒有	37.3	62.7		1.00
就業狀態			18.84***	
有	41.2	58.8		1.49 (1.24, 1.78)***
沒有	32.0	68.0		1.00
都市化程度地區			9.35**	
低度	30.5	69.5		1.00
中度	38.1	61.9		1.40 (1.07, 1.84)*
高度	39.8	60.2		1.50 (1.16, 1.96)**
個人每月平均收入			11.86**	
小於\$20,000元	34.1	65.9		1.00
\$20,000-39,999元	41.7	58.3		1.38 (1.13, 1.69)**
\$40,000-59,999元	41.4	58.6		1.38 (1.02, 1.85)*
大於\$60,000元	41.5	58.5		1.38 (0.94, 2.02)
健康狀態 <sup>§</sup>				
生理健康	1.5(2.0)	0.9(1.6)	-7.20***	1.20 (1.15, 1.27)***
心理健康	1.9(2.4)	1.4(2.2)	-5.89***	1.12 (1.08, 1.16)***

\*p&lt;0.05; \*\*p&lt;0.01; \*\*\*p&lt;0.001

§平均值±標準差。

題[25]，故而此市場需求與市場規模亦不斷提高當中。當食用「保健食品」或「輔助食品」來養生保健，已經成為全世界和台灣民眾的潮流和趨勢，然坊間銷售的健康食品五花八門，該如何協助民眾選擇才能吃出健康，實值得醫護專業人員深思。

本研究民眾使用推拿(13.4%)、針灸(8.3%)位居第三及第四位，而丁[3]研究結果則指出推拿及針灸使用率分居第二及第八位；而林等人[4]因將指壓、推拿、經絡按摩或腳底按摩等歸為一類，故無法與之進行比較。亦有兩篇針對中部地區民眾的研究發

現，成人使用推拿、針灸位居第七(18.0%)與第八位(15.5%)[26,27]，而國外研究則顯示出較低的使用率[5,6]。主要原因可能是推拿與針灸皆屬健保醫療給付範圍[28]，故民眾使用率相較國外高。其次推拿及針灸是台灣傳統醫學，早已融合為民眾的生活文化，故而兩者皆為台灣民眾選擇CAM的重要類別。

值得注意的是運動在此次研究結果高居第五位(4.5%)，而在丁[3]研究結果僅佔1.1%；而林等人[4]因將身心靈調和與體能活動等歸為一類，故無法與之進行比較；國外Barnes等人[6]研究結果指出，顯示運動在2007年使用率分別為1.5%。近年來台灣大力推行運動與健康，行政院體育委員會從過去推行之「陽光健身計劃」、「333」計劃、「運動人口倍增計劃」到近期之「打造運動島計畫」[29]。根據行政院體育委員會調查2007年及2011年國人運動統計結果國人進行規律運動比率亦從2007年18.8%成長至2011年26.1%[30,31]，國人運動已蔚為風尚，可見台灣近年來推動運動以促進健康之成果是顯而可見，故如何成功的推動健康策略，深值得醫護專業人員借鏡與探討。

## 二、民眾使用輔助與替代醫療之症狀與系統疾病

多數民眾表達使用CAM主要是為處理腰酸背痛、肩頸僵硬/痠痛之肌肉骨骼系統與結締組織疾病相關的問題。本研究結果與丁[3]研究結果指出使用CAM以骨骼肌肉疾患最多，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、網球肘等相似。根據台灣衛生署統計資料發現在2010年高達690萬人次國人因肌肉骨骼系統疾病至門診就醫[32]，丁[33]在2001年研究亦提到國內民眾在複向求診中，以骨骼肌肉疾患佔絕大多數且最常尋求非西醫的療法，故顯示出骨骼肌肉病痛患者尋求CAM之普遍性；而Barnes等人[6]研究結果則顯示美國民眾使用CAM處理背部疼痛、頸部疼痛、關節疼痛或僵硬、

關節炎等相關問題居前四名，Frass等人[9]整理1990年至2006年系統性文獻提到澳洲、美國研究結果中亦背部疼痛問題居多。故民眾除慣用中醫以治療骨骼肌肉相關的酸痛問題，亦常以傳統民俗療法處理健康相關的問題，然諸多的民俗療法皆缺乏相關的實證研究以確知其治療效果，故衛生主管單位應重視CAM相關法規、管理等議題，並積極培育CAM之實證人才，並提供必要的研究資源。

## 三、台灣民眾使用輔助與替代醫療之健康資訊來源與原因

台灣民眾主要使用CAM的資訊來源是經由親朋好友獲得的比例高達84.4%，其次為平面媒體(13.7%)、網際網路(5.6%)和電視廣播(5.2%)。其可能原因為由於台灣西醫醫師看診時間短，醫師對病情解釋簡短且匆促，故民眾經常私底下尋找其他醫療資源[18]，且民眾會經常與親朋好友討論健康或治病的事情，其次才收聽或看醫藥衛生報導[5]。而國內尚欠缺此全國性方面之相關研究，僅曾等人[27]曾針對中部地區民眾進行調查民眾使用CAM的資訊來源最多來自親朋好友；國外Ock等人[34]指出使用CAM的資訊來源最多來自親朋好友；Lie和Boker[35]指出學院教職員及學生獲取CAM來源以網路資訊為主。值得特別注意的是民眾使用CAM的資訊來源高達八成來自親朋好友，以網際網路為次要資訊管道。

此外，在訪談台灣民眾『為什麼選擇CAM來促進健康或治療疾病』結果指出，民眾主要認為CAM比較西醫有效，其次為西醫常有副作用或誤診、輔助與替代醫療及中藥比較溫和等。國內尚無此方面全國性的相關研究，但黃等人[26]曾針對中部地區居民調查結果亦發現，民眾使用CAM的主要原因為輔助療法比較沒有副作用(54.6%)、比西醫有效(24.1%)。美國Barnes等人[5]調查全美國使用CAM的原因結果顯示亦與本研究結果亦指出，民眾認為合併使用西醫與CAM可增加治療效果(54.9%)，

50.1%民眾有興趣想試試看CAM相關療法，且有27.7%的受訪民眾認為西醫治療無效。

#### 四、影響民眾使用輔助與替代醫療之因素

研究結果指出，女性、青年及中壯年人、高學歷者、具醫療相關教育背景、有工作、高收入、居住高度都市化程度、生理健康及心理健康較差之民眾，顯示有較高使用CAM的機會。本研究結果與林等人[4]顯示女性、高家庭月收入、高教育程度、自覺健康狀況差之民眾為使用CAM最多族群之結果相似，且與國外Barnes等人[5,6]2002年、2007年顯示女性、30-69歲、教育程度與家庭月收入越高者使用CAM更為普遍之結果相似，另與Spinks及和Hollingsworth[12]於2007年至2008年調查澳洲研究及Frass等人[9]整理1990年至2006年系統性文獻研究結果在女性、教育程度與家庭月收入有較高使用CAM的機會之結果相似。

台灣女性使用CAM的機會高於男性，可能因女性多為家中健康照顧者，故固有較多的機會接觸CAM相關資訊並使用。此外，女性因生理期、坐月子，改善停經後的症狀而使用中藥食材及各類健康食品，皆為傳統的醫療文化及習俗[36]。台灣20-59歲年齡層普遍使用CAM的機率高於15-19及60歲以上的兩個年齡層，與國內林等人[4]、國外Barnes等人[5,6]、Frass等人[9]所發表系統性文獻研究結果相似。其原因可能是台灣青年及中壯年期需同時照顧家人，並負責家中經濟而面臨極大壓力[37]，而臨界於退休年紀的人，則遭遇生理功能漸漸衰退[38]，皆會較積極尋求CAM相關資源及服務。另一項關於台灣人民退休金準備的民調中顯示82%的民眾認為將來所能領到的退休金，只夠支應七成以下的退休生活所需[39]，可能較無法負荷非健保制度下的其他CAM的支出；加上老年人較信賴醫療專業人士，且對養生防老資訊較不注重，對於老化保持著順其自然的態度[40]，即有部分老年人對慢性疾病採取較消極的心態，認為不需要、症狀輕、看了沒用…，以致沒有接受定期的治療

[41]，則可能導致60歲以上使用CAM的機率較低的原因。

研究結果亦指出高學歷(高中及專科以上的學歷)民眾使用CAM的機會較高，可能因較高學歷的民眾比較會運用資源從網路、電視和報紙得知CAM的知識[42]。本研究結果亦顯示具有醫護專業背景的受訪者，使用CAM的機率較高，然國內尚無全國性的相關研究，故在未來之研究可進一步探討此相關議題。而結果亦指出有就業之民眾較未就業的民眾在CAM的使用率較高，與國內黃氏、國外Erci結果顯示一致[43,44]；此外，高收入者CAM的使用率較高，此研究結果與國內Shih等人[45]、Wu等人[46]、林等人[4]及國外Frass等人[9]所發表系統性文獻研究結果相似；居住於高度都市化地區(高人口密度)民眾的使用率較高，與國內Shih等人[45]及國外Frass等人[9]所發表系統性文獻研究結果相似，且指出民眾生活在高度都市化地區(高人口密度)有更多接觸不同的西醫(conventional)和非西醫(non-conventional)的機會[47]。研究結果亦發現民眾生理健康、心理健康情況較差者使用CAM的機率相對也較高，可能因多數有健康問題之民眾，皆會希望獲得更多的醫學保健知識，較容易接受多元醫療[3]，且大多數有慢性病的民眾，也皆會希望使用輔助療法以增強或輔助正規療法效果，幫助改善生活品質[48]。

#### 結論與建議

近年來由於台灣民眾預防保健觀念提升，CAM相關的健康服務和產品已成為民眾在生病或日常保健養生時的另一項選擇。目前CAM的樣式及行銷管道的多元化，已成為民眾垂手可得的服務及產品。然除中醫相關療法(如中藥、推拿和針灸)由有證照的專業人員提供服務外，其他CAM的相關服務、產品及執業模式仍存在許多問題及弊端，諸如大多數之執業人員缺乏CAM相關的正規教育、多數CAM的服務與產品缺乏足夠的實證研究以證實其醫療效能及安全性，故更彰顯建構標準及合法化的CAM相

關資源與環境的重要與迫切性。希冀本研究結果可作為衛生主管機構建置管理及認證機制的參考，及教育界及醫療院所培育CAM相關專業人員教育訓練計劃之依據，進而推動CAM之實證研究，方能提昇全人照護的服務品質。

### 研究限制

由於，本研究主要研究對象為全台灣地區之台灣民眾，採電話訪問取得資料，所以問題之設計無法深入民眾心理層面影響使用CAM經驗之因素。因此，建議往後研究可採面對面訪談等質性研究方式，能夠深入瞭解民眾使用CAM經驗之心理層面

### 致 謝

本研究經費來自衛生署委託科技研究計畫「民俗調理之按摩效能與安全性驗證評估」(計畫編號DOH100-TD-M-113-100003)，謹此誌謝。

### 參考文獻

1. WHO. WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002; 1-59.
2. National Center for Complementary and Alternative Medicine. What is complementary and alternative medicine? Available at: <http://nccam.nih.gov/health/whaticam/D347.pdf>. Accessed July 17, 2012.
3. 丁志音：誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用。台灣衛誌 2003；22：155-66。  
Lew-Ting CY. Who uses non-biomedical, complementary and alternative health care? Sociodemographic undifferentiation and the effects of health needs. Taiwan J Public Health 2003;22:155-66. [In Chinese: English abstract]
4. 林寬佳、陳美麗、葉美玲、許中華、陳逸倫、周碧瑟：輔助與替代療法之使用及其相關因素之全國性調查。台灣衛誌 2009；28：53-68。  
Lin KC, Chen ML, Yeh ML, Hsu CH, Chen YL, Chou P. Prevalence, pattern, and predictors of use of complementary and alternative medicine in Taiwan. Taiwan J Public Health 2009;28:53-68. [In Chinese:

English abstract]

5. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. Semin Integr Med 2004;2:54-71.
6. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. Natl Health Stat Report 2008;12:1-24.
7. Xue CC, Zhang AL, Lin V, da Costa C, Story DF. Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. J Altern Complement Med 2007;13:643-50.
8. Hunt KJ, Coelho HF, Wider B, et al. Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey. Int J Clin Pract 2010;64:1496-502.
9. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. Ochsner J 2012;12:45-56.
10. Yamashita H, Tsukayama H, Sugishita C. Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. Complement Ther Med 2002;10:84-93.
11. Lim MK, Sadarangani P, Chan HL, Heng JY. Complementary and alternative medicine use in multiracial Singapore. Complement Ther Med 2005;13:16-24.
12. Spinks J, Hollingsworth B. Policy implications of complementary and alternative medicine use in Australia: data from the national health survey. J Altern Complement Med 2012;18:371-8.
13. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995;36:1-10.
14. 成令方：醫「用」關係的知識與權力。台灣社會學 2002；(3)：11-71。  
Cheng LF. Knowledge and power in professional-user relationship. Taiwanese Sociol 2002;(3):11-71. [In Chinese: English abstract]
15. 吳嘉苓、黃于玲：順從、偷渡、發聲與出走：「病患」的行動分析。台灣社會學 2002；(3)：73-117。  
Wu CL, Huang YL. Acceptance, stealth, voice and exit: responses to dissatisfaction in health care in Taiwan. Taiwanese Sociol 2002;(3):73-117. [In Chinese: English abstract]
16. 蘇三稜：進補養生因人而異。傳統醫學雜誌 2005；16：41-53。

- Su SL. Traditional Chinese medicine dietary supplementation varies from person to person. *J Tradit Med* 2005;**16**:41-53. [In Chinese]
17. 行政院衛生署中醫藥委員會：可同時提供食品使用之中藥材。http://www.ccmp.gov.tw/download.asp?File=File\_114.pdf。引用2012/07/17。  
Committee on Chinese Medicine and Pharmacy, Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). The following 215 plants have been announced, in keeping with the principle of use in moderate amount and in installation, to be foods as well as medicines. Available at: http://www.ccmp.gov.tw/download.asp?File=File\_114.pdf. Accessed July 17, 2012. [In Chinese]
  18. 鍾聿琳、章美英、孫茂峰、莊輝、陳素秋：國內輔助及替代醫療態樣分析與證照管理模式之建置。行政院衛生署委託研究計畫，計畫編號DOH96-TD-M-113-021。台北：行政院衛生署，2008。  
Chung UL, Chang MY, Sun MF, Nimit Y, Chen SC. An Analysis of the Patterns of Complementary and Alternative Medicine Use in Taiwan and the Establishment of a Licensing and Management Model. The Commission Research Plan from Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). Project Number DOH96-TD-M-113-021. Taipei: Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan), 2008. [In Chinese: English abstract]
  19. Cheng TA, Williams P. The design and development of a screening questionnaire (CHQ) for use in community studies of mental disorders in Taiwan. *Psychol Med* 1986;**16**:415-22.
  20. 行政院主計總處：國民所得統計常用資料。http://www.stat.gov.tw/public/Attachment/24301615571.xls。引用2012/07/17。  
Directorate General of Budget, Accounting and Statistics, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). National income statistics. Available at: http://www.stat.gov.tw/public/Attachment/24301615571.xls. Accessed July 17, 2012. [In Chinese]
  21. 葉永文：台灣日治時期的中醫發展與困境。台灣中醫醫學雜誌 2007；**5**：69-81。  
Yeh YW. The development and the dilemma of Chinese medicine during the Japanese governance of Taiwan. *Taiwan J Chinese Med* 2007;**5**:69-81. [In Chinese: English abstract]
  22. 蔡文正：民眾對中醫藥的認知度、信賴度、使用度及其相關因素之探討。中醫藥年報 2007；**27**：153-224。  
Tsai WC. People's perception, reliability and utilization of Chinese medicine and its associated factors. *Yearbook Chinese Med Pharmacy* 2007;**27**:153-224. [In Chinese: English abstract]
  23. Chen FP, Chen TJ, Kung YY, et al. Use frequency of traditional Chinese medicine in Taiwan. *BMC Health Serv Res* 2007;**7**:1-11.
  24. 陳淑芳：台灣保健食品產業現況分析與趨勢。農業生技產業季刊 2009；**(18)**：9-13。  
Chen SF. Current status of the health food industry analysis and trends. *Agricultural Biotechnology Industry Quarterly* 2009;**(18)**:9-13. [In Chinese]
  25. 劉翠玲：全球保健食品產業發展現況與展望。農業生技產業季刊 2009；**(18)**：1-8。  
Liu CL. Current status and prospects of the global health food industry development. *Agricultural Biotechnology Industry Quarterly* 2009;**(18)**:1-8. [In Chinese]
  26. 黃惠美、陳玉敏、曾月霞：中部地區居家成人輔助療法使用現況。護理暨健康照護研究 2010；**6**：289-98。  
Huang HM, Chen YM, Tseng YH. Use of complementary therapies in community-dwelling adults in Central Taiwan. *J Nurs Healthc Res* 2010;**6**:289-98. [In Chinese: English abstract]
  27. 曾月霞、林岱樺、洪昭安：台中地區社區成人輔助療法使用現況。中山醫學雜誌 2005；**16**：59-68。  
Tseng YH, Lin TH, Hung CA. Use of complementary therapies in community-dwelling adults in Taichung area. *Chung Shan Med J* 2005;**16**:59-68. [In Chinese: English abstract]
  28. 行政院衛生署中央健康保險局：全民健康保險醫療費用審查注意事項。http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu\_id=710&WD\_ID=813&webdata\_id=1787。引用2012/07/17。  
Bureau of National Health Insurance, Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). Notices for the review of medical payments by the National Health Insurance. Available at: http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu\_id=710&WD\_ID=813&webdata\_id=1787. Accessed July 17, 2012. [In Chinese]
  29. 馮麗聰、蔡長陵：學校推廣社區休閒運動促進全民健康之探討。運動休閒產業管理學術研討會論文集。彰化：中華運動休閒產業管理學會，2008；46-57。  
Feng HT, Tsai CL. A Research on the School Popularizing Community Leisure and Exercise to Promote the Country People's Health. The Collection of the Sport and Recreation Industry Management

- Conference. Changhua: Chinese Association of Management for Sport and Recreation Industry, 2008; 246-57. [In Chinese: English abstract]
30. 行政院體育委員會：96年運動統計。http://www.sac.gov.tw/resource/publication/2008\_3\_7\_96%e5%b9%b4%e9%81%8b%e5%8b%95%e7%b5%b1%e8%a8%88(word).zip。引用2012/07/17。Sports Affairs Council, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). Sport statistics (2007). Available at: http://www.sac.gov.tw/resource/publication/2008\_3\_7\_96%e5%b9%b4%e9%81%8b%e5%8b%95%e7%b5%b1%e8%a8%88(word).zip. Accessed July 17, 2012. [In Chinese]
  31. 行政院體育委員會：100年運動統計。http://www.sac.gov.tw/resource/publication/540\_2012\_2\_15\_100%e5%b9%b4%e9%81%8b%e5%8b%95%e7%b5%b1%e8%a8%88.pdf。引用2012/07/17。Sports Affairs Council, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). Sport statistics (2011). Available at: http://www.sac.gov.tw/resource/publication/540\_2012\_2\_15\_100%e5%b9%b4%e9%81%8b%e5%8b%95%e7%b5%b1%e8%a8%88.pdf. Accessed July 17, 2012. [In Chinese]
  32. 行政院衛生署：民國99年全民健康保險醫療統計年報。http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=81948&s=1。引用2012/07/17。Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). 2010 Statistical annual report of medical care, National Health Insurance. Available at: http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=81948&s=1. Accessed July 17, 2012. [In Chinese]
  33. 丁志音：肌肉骨骼疾患病人的複向求醫行為：過程的探索與型態的分類。行政院國家科學委員會專題研究計畫，計畫編號NSC 89-2412-H002-026。台北：行政院國家科學委員會，2001。Lew-Ting CY. Pluralistic Treatment-Seeking among Patients with Musculoskeletal Disorders: Exploring the Processes and Classifying the Patterns. National Science Council Research Report. Project Number NSC89-2412-H002-026. Taipei: National Science Council, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan), 2001. [In Chinese: English abstract]
  34. Ock SM, Choi JY, Cha YS, et al. The use of complementary and alternative medicine in a general population in South Korea: results from a national survey in 2006. *J Korean Med Sci* 2009;24:1-6.
  35. Lie DA, Boker J. Comparative survey of complementary and alternative medicine attitudes, use, and information-seeking behavior among medical students, residents & faculty. *BMC Med Educ* 2006; 6:1-6.
  36. 張珣：民間寺廟的醫療儀式與象徵資源－以台北市保安宮為例。新世紀宗教研究 2007；6：1-27。Chang H. Healing rituals and symbolic resources of folk religion-a case study of Baoan temple in Taipei City. *New Century Relig Stud* 2007;6:1-27. [In Chinese: English abstract]
  37. 蔡英美、王俊明：中年人運動參與動機、自我效能、知覺運動障礙及運動行為之關係。台灣運動心理學報 2006；(9)：109-31。Tsai YM, Wang JM. Relationship among participation motivation, self-efficacy, perceived exercise barrier and exercise behavior. *Bulletin for Sport and Experience Psychology of Taiwan* 2006;(9):109-31. [In Chinese: English abstract]
  38. 曾月霞：中年人健康行為之探討。護理雜誌 2004；51：20-4。Tseng YH. Health behaviors of middle-aged adults. *J Nurs* 2004;51:20-4. [In Chinese: English abstract]
  39. 田習如：退休？錢要夠用。財訊雙周刊 2012；(374)：82-7。Tian XR. Retirement? Money enough. *Wealth Magazine* 2012;(374):82-7. [In Chinese]
  40. 廖韋淳、邱立安、岳修平：鄉村地區老年人健康資訊需求與尋求行為之研究。圖書資訊學刊 2011；10：155-204。Liao WC, Chiu LA, Yueh HP. A study of rural elderly's health information needs and seeking behavior. *JLIS* 2011;10:155-204. [In Chinese: English abstract]
  41. 呂源三、莊玉嬪、詹德欽、莊家銘、洪弘昌：老人健康需求與長期照護觀點。台灣老年醫學暨老年學雜誌 2006；2：1-11。Lu YS, Juang YP, Jan DC, Chuang CM, Hung HC. A study on elderly health-care demands and their perspectives on long-term care. *Taiwan Geriatr Gerontol* 2006;2:1-11. [In Chinese:English abstract]
  42. 汪淑娟、劉邦立、施予婷：大學生的求醫經驗與對病人權利態度之初探。澄清醫護管理雜誌 2008；4：10-5。Wang SC, Liu PL, Shih YT. Care-seeking experience and attitudes toward patient rights among college students in Central Taiwan. *Cheng Ching Med J* 2008;4:10-5. [In Chinese: English abstract]
  43. 黃俊仁：精神疾病對於糖尿病患者醫療資源利用影響評估。高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班碩士論文，2005。Huang CJ. Evaluation of mental illness effects on medical utilization of diabetic patients [Dissertation]. Kaohsiung: Serving Special Class Graduate, Department of Public Health, Kaohsiung Medical

- University, 2005. [In Chinese: English abstract]
44. Erci B. Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey. *J Clin Nurs* 2007;**16**:761-8.
45. Shih SF, Lew-Ting CY, Chang HY, Kuo KN. Insurance covered and non-covered complementary and alternative medicine utilisation among adults in Taiwan. *Soc Sci Med* 2008;**67**:1183-9.
46. Wu SL, Chou P, Chen ML, Chen JH, Yeh ML, Lin KC. Multiple interacting factors corresponding to repetitive use of complementary and alternative medicine. *Complement Ther Med* 2012;**20**:190-8.
47. Shih CC, Su YC, Liao CC, Lin JG. Patterns of medical pluralism among adults results from the 2001 National Health Interview Survey in Taiwan. *BMC Health Serv Res* 2010;**10**:191.
48. Cheung CK, Wyman JF, Halcon LL. Use of complementary and alternative therapies in community-dwelling older adults. *J Altern Complement Med* 2007;**13**:997-1006.
49. 施純全：台灣中醫醫療利用之研究：醫療資源、人口地理社經因子及健康行為之影響。台中：中國醫藥大學中國醫學研究所博士論文，2011。
- Shih CC. The study on the utilization of traditional Chinese medicine among people in Taiwan: the effects of medical resources, sociodemographic factors and health behaviors [Dissertation]. Taichung: School of Chinese Medicine, China Medical University, 2011. [In Chinese:English abstract]
50. Shih CC, Liao CC, Su YC, Tsai CC, Lin JG. Gender differences in traditional Chinese medicine use among adults in Taiwan. *PLoS One* 2012;**7**:e32540.
51. 內政部統計處：鄉鎮市區戶口數。http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/m1-07.xls。引用2012/07/17。
- Department of Statistics, Ministry of the Interior, R.O.C. (Taiwan). Population for township and district. Available at: <http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/m1-07.xls>. Accessed July 17, 2012. [In Chinese]

## Conditions for the use of complementary and alternative medicine in Taiwan: a nationwide survey analysis for 2011

MEI-YING CHANG<sup>1</sup>, CHIEH-YU LIU<sup>2</sup>, MEI-CHI CHU<sup>1</sup>, TSUNG-MAO WU<sup>3</sup>,  
MEI-LI CHEN<sup>4</sup>, MEI-LING CHU<sup>1,\*</sup>

**Objectives:** The purposes of this study were to determine the use of complementary and alternative medicine (CAM), sources of health information, and reasons for using CAM among people in Taiwan in the previous year. The relationships between CAM use, demographic characteristics, and health status were examined. **Methods:** The participants in this study were people 18 years old or older in Taiwan. Stratified random sampling and probability proportional to size methods were employed for sampling. The Computer Assisted Telephone Interview system was used to conduct a questionnaire-based survey with a total of 2,266 valid samples. **Results:** The rate of CAM use for health promotion or treatment of diseases during 2011 was 37.6%. Taking Chinese herbal medicine was the most common type of CAM use and people typically utilized CAM to manage musculoskeletal and connective tissue conditions such as waist or back pain or stiff or painful neck and shoulders. Relatives and friends were the primary sources of health information for CAM use, and the primary reasons for using CAM were the beliefs that conventional medical treatments were based on misdiagnoses or often had side effects. Women, adults between 20 and 59 years of age, people with a high level of education, those with a medicine-related educational background, and those who were employed, had a high income level, lived in highly-urbanized areas, or had poor health were more likely to use CAM. **Conclusions:** When using CAM for health promotion or treatment of disease, people in Taiwan cited diverse experiences. We recommend that health authorities and agencies incorporate CAM-related issues as part of health policy, and schools and healthcare institutions consider CAM as required education and training. Moreover, empirical studies on CAM should be emphasized in order to ensure the effectiveness and safety of CAM use in Taiwan. (*Taiwan J Public Health. 2013;32(1):85-99*)

**Key Words:** *Complementary and alternative medicine, Nationwide Survey, prevalence, source of health information, reason for using*

<sup>1</sup> Graduate Institute of Integration of Traditional Chinese Medicine with Western Nursing, National Taipei University Nursing and Health Sciences, No. 365, Ming-Te Rd., Peitou Dist., Taipei, Taiwan, R.O.C.

<sup>2</sup> Graduate Institute of Nurse-Midwifery, National Taipei University Nursing and Health Sciences, Taipei, Taiwan, R.O.C.

<sup>3</sup> Department of Psychology, Eastern Washington University, Cheney, Washington, U.S.A.

<sup>4</sup> School of Nursing, National Taipei University Nursing and Health Sciences, Taipei, Taiwan, R.O.C.

\*Correspondence author. E-mail: meilingtunhs@gmail.com

Received: Jul 18, 2012 Accepted: Nov 20, 2012