

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

安寧病房醫護人員對病患使用
輔助與替代醫療的態度

**Attitude of Medical Staff towards the Use of
Complementary and Alternative Medicine among
Patients in Hospice Care**

指導教授：辜美安博士

研究生：林育靖

中華民國九十八年十二月

南 華 大 學

自然醫學研究所
碩士學位論文

安寧病房醫護人員對病患使用
輔助與替代醫療的態度

研究生： 林育靖

經考試合格特此證明

口試委員： 翁慶雲

葉月嬌

薛子均

指導教授： 薛子均

系主任(所長)： 薛子均

口試日期：中華民國 98 年 12 月 28 日

誌謝

來到南華自然醫學研究所是行醫途中一條美好的岔路。感謝辜所長三年多來的指導，數十次的研究討論，數百封的 E-mail 請教，點滴感念。余哲仁老師教導參考文獻書寫方式與提供期刊全名縮寫對照檔案，受益良多。自醫所與生死所的老師同學，豐富了我三年多前初嫁到大林時單薄的人際網路，特別謝謝雯琬、育嫻、珍玫.....的友情。

問卷得以順利發放回收，要感謝馬偕醫院安寧中心賴允亮前主任與蘇文浩主任，以及閨華、姿儀、瑞梅姐、秀春與佩怡阿長，花蓮慈濟醫院王英偉主任、王惠苓小姐，大林慈濟醫院林名男主任、護理部鄭督導、黃文蔚醫師、陳世琦醫師、何玉雲護理師，以及百位熱心填寫問卷的醫護人員。此外，為了問卷研究進行請教過方俊凱醫師、黃曉峰醫師，以及尋找文獻時提供協助的安寧基金會嘉芳與怡蓉，在此一併致謝。

謝謝父母公婆常替我照顧小孩，為我們張羅食糧、整頓環境，讓我得以花心思完成研究論文，謝謝丈夫對我研究的協助及家事的分擔，還要謝謝上天賜予的兩個可愛男孩，孩子們純真的笑顏是我讀書、工作與生活的最大動力。

摘要

本研究以橫斷性調查(cross-sectional survey)，探究醫護人員對病患使用輔助與替代醫療(Complementary and Alternative Medicine, CAM)的態度。以自擬結構式問卷發放至國內三所醫院安寧病房的醫師與護理師，回收資料以 SPSS 13.0 for Windows 套裝軟體進行統計，以 ANOVA 統計六項療法組間差異，以 Fisher's exact test 比較醫護間差異。結果發現，安寧病房醫師與護理師間對於不同類型的輔助與替代醫療，所持態度不一，其中以民俗療法顯著異於其餘的五項療法，而對芳香、藝術、心靈療法的態度則相近，可歸為同一類型。醫師認為中醫療法對緩和身體症狀有效($p=0.007$)，也認為討論民俗療法比討論西醫治療更難達到共識($p=0.044$)。此外，醫師認為教育病患認識中醫療法是醫護人員的職責($p=0.003$)，而且醫師在知道病患於西醫治療過程同時接受中醫療法($p=0.037$)與民俗療法($p=0.005$)時，比護理師更主動與多方面進行討論。護理師則比醫師更認為芳香療法對緩和心靈症狀有效($p=0.044$)，較常主動詢問病患是否嘗試民俗療法($p=0.004$)，參加芳香($p=0.017$)、藝術($p=0.012$)與心靈療法($p=0.036$)課程意願較高，對於病患使用芳香療法的態度亦較醫師為正向($p=0.022$)。醫護人員知道病患使用輔助與替代醫療時，多數會主動與團隊、病患或家屬討論，但由醫護人員主動開口詢

問病患使用輔助與替代醫療與否的頻率偏低，此結果顯示安寧病房醫護人員與病患間對輔助與替代醫療的溝通仍有進步空間，醫護人員可朝此方向加強。

關鍵字：輔助及替代醫療、另類醫療、安寧療護、醫護人員、態度

Abstract

The present study was a cross-sectional survey aimed to explore the attitudes of medical staff toward their patients' use of complementary and alternative medicine (CAM). Self-administered structural questionnaires were given to the physicians and nurses in the hospice wards of three hospitals in Taiwan. The differences between the six therapies were analyzed with analysis of variance and the differences between physicians and nurses were analyzed with Fisher's exact test using SPSS version 13.0. Results indicated that the scores in attitudes between physicians and nurses toward CAM were different among the therapies, particularly in folk remedy. Attitudes toward aromatherapy, art therapy, and mind therapy were similar and could be classified as a single group of therapy. Physicians considered Traditional Chinese Medicine (TCM) was effective in alleviating physical symptoms ($p=0.007$). They also thought that it was more difficult to achieve consensus with patients when discussing folk remedy when compared with Western medicine ($p=0.044$). In addition, they

considered that educating patients about TCM was the responsibility of the medical staff ($p=0.003$). Physicians tended to discuss with more parties (patients, family members, and medical team) than nurses when they were aware of their patients using TCM ($p=0.037$) and folk remedy ($p=0.005$). Nurses thought that aromatherapy was effective in alleviating mental-spiritual symptoms ($p=0.044$) more than physicians did. Nurses tended to actively ask patients if they had tried folk remedy ($p=0.004$), and had higher interest in participating in aromatherapy ($p=0.017$), art therapy ($p=0.012$), and mind therapy courses ($p=0.036$). Nurses had more positive attitude than physicians if their patients used aromatherapy ($p=0.022$). Most physicians and nurses would discuss with other medical staff, patients or patients' families when they knew that their patients were using CAM. However, the proportion of staff who actively asked patients about their use of CAM was relatively low. Therefore, there are still room for improvement in the communication between the staff in hospice wards and patients. Physicians and nurses can direct their efforts in this direction.

Keywords: complementary therapies, hospices, palliative care,
medical staff, attitude

目次

中文摘要	i
英文摘要	iii
目次	vi
表次	xi
圖次	xiii
第一章 緒論	1
1.1 研究背景	1
1.2 研究動機	3
1.3 研究目的	4
1.4 名詞定義	4
第二章 文獻回顧	8
2.1 輔助與替代醫療在安寧療護的應用	8
2.1.1 輔助與替代醫療的定義與分類	8
2.1.2 安寧療護的歷史發展與現況	12
2.1.3 癌症與末期病患使用輔助與替代醫療情形	13
2.1.4 輔助與替代醫療運用在癌症治療的研究	16
2.1.5 輔助與替代醫療對症狀緩和效果的研究	18
2.1.6 輔助與替代醫療的可能引起之副作用	22

2.2 醫護人員對輔助與替代醫療的態度	23
2.2.1 醫護人員對輔助與替代醫療的知識	24
2.2.2 醫護人員對輔助與替代醫療的態度	25
2.2.3 醫護人員對輔助與替代醫療的行為	27
2.2.4 醫病間對輔助與替代醫療的溝通方式	29
2.2.5 輔助與替代醫療的醫學教育資源	31
2.3 輔助與替代醫療的倫理與法規	34
2.3.1 使用輔助與替代醫療的倫理考量	34
2.3.2 各國對輔助與替代醫療的法律規範	35
2.3.3 國內對輔助與替代醫療的相關法規	37
第三章 研究方法	41
3.1 研究架構	41
3.2 研究問題	41
3.3 研究對象	43
3.4 研究流程	44
3.4.1 擬定問卷初稿	46
3.4.2 問卷預試及修改	47
3.4.3 進行正式問卷調查	51
3.5 資料處理與分析	52

第四章 研究結果	54
4.1 填答醫護人員特性	54
4.1.1 人口學分布	54
4.1.2 醫護人員自身使用輔助與替代醫療的情形	56
4.2 醫護人員對病患使用輔助與替代醫療的態度	64
4.2.1 對輔助與替代醫療的療效與安全性的態度	64
4.2.2 醫病溝通相關問題	66
4.2.3 綜合性的整體態度	71
4.3 醫護人員對輔助與替代醫療的態度與填答醫護人員特性 之相關性	72
4.3.1 醫護分組結果	72
4.3.2 醫師與護理師比較	81
4.3.3 多重線性迴歸分析	83
4.4 受訪醫護人員對輔助與替代醫療與研究問卷的回饋意見	112
4.4.1 對輔助與替代醫療的其他意見	112
4.4.2 對研究問卷的意見	112
第五章 討論	113
5.1 醫護人員對輔助與替代醫療的態度	113

5.1.1	對病患使用輔助與替代醫療盛行率的推估	113
5.1.2	對療法之療效及安全性的態度	118
5.1.2.1	對照國內癌症病患使用輔助與替代醫療的 研究	118
5.1.2.2	對照醫護人員對病患使用輔助與替代醫療 態度的研究	120
5.1.3	醫護人員與病患間討論輔助與替代醫療	123
5.1.4	醫護人員對輔助與替代醫療課程的參加意願	127
5.1.5	法律在輔助與替代醫療的角色	129
5.2	醫護人員對輔助與替代醫療中各不同療法的態度比較	130
5.3	醫師組與護理師組對輔助與替代醫療的態度比較	134
5.4	醫護人員自身使用輔助與替代醫療的情形	136
5.5	其他討論	138
第六章	結論與建議	140
6.1	結論	140
6.2	研究限制	141
6.3	建議	142
6.3.1	對醫護人員的建議	142
6.3.2	對衛生單位的建議	144

6.3.3 對未來研究者的建議	144
參考文獻	146
附錄	167
附錄 A 預試問卷 (醫師組)	168
附錄 B 預試問卷 (護理師組)	176
附錄 C 正式問卷 (醫師組)	184
附錄 D 正式問卷 (護理師組)	191
附錄 E 問卷受訪同意書	198
附錄 F 馬偕紀念醫院人體試驗委員會同意臨床試驗證明書	199
附錄 G 大林慈濟醫院同意臨床試驗證明書	200
附錄 H 大林慈濟醫院倫理委員會審查結果核准決定書	201

表次

表 2.1	國內文獻對 Complementary and Alternative Medicine 的譯名	11
表 2.2	國內各醫學系課程網址	33
表 2.3	國內輔助及替代醫療民間組織網站	40
表 4.1	研究問卷回收情形	58
表 4.2	人口學分布	59
表 4.3	醫師組與護理師組的人口學分布比較	60
表 4.4	不同宗教醫院的醫護人員其個人宗教信仰比較	61
表 4.5	醫師組的性別分布及專科執照別	62
表 4.6	醫護人員自身使用輔助與替代醫療情形	63
表 4.7	醫護人員認為各療法對緩和病患身體症狀的效果	84
表 4.8	醫護人員認為各療法對緩和病患心靈症狀的效果	86
表 4.9	醫護人員認為各療法是否容易發生副作用	88
表 4.10	醫護人員詢問病患使用各療法的頻率	90
表 4.11	醫護人員與病患討論各療法後對醫病關係的負面影響	92
表 4.12	若醫護人員對各療法持反對態度是否降低病患使用率	94
表 4.13	若醫護人員對各療法持反對態度是否降低病患求生意願	96

表 4.14	醫護人員認為與病患討論各療法是否比討論西醫治療 更難達到共識	98
表 4.15	醫護人員認為教育病患認識各療法是其職責	100
表 4.16	醫護人員知道病患使用各療法時之討論情形	102
表 4.17	醫護人員參加各療法相關課程的意願	103
表 4.18	醫護人員認為各療法可經由法律制定得到適當管理	105
表 4.19	醫護人員以臨床經驗推估安寧病患接受過各療法比例 ..	107
表 4.20	整體而言，醫護人員對病患使用各療法的態度	109
表 4.21	醫護人員知道病患使用各療法時之討論情形 (醫護分組)	111

圖次

圖 3.1	醫護人員對輔助與替代醫療的態度之研究概念架構圖	42
圖 3.2	研究流程進行圖	45
圖 4.1	醫護各項療法比較：各療法對緩和病患身體症狀的效果	85
圖 4.2	醫護各項療法比較：各療法對緩和病患心靈症狀的效果	87
圖 4.3	醫護各項療法比較：各療法是否發生副作用	89
圖 4.4	醫護各項療法比較：平時是否詢問病患使用各療法	91
圖 4.5	醫護各項療法比較：與病患討論各療法是否對醫病關係 有負面影響	93
圖 4.6	醫護各項療法比較：若醫護對各療法持反對態度是否 降低病患使用率	95
圖 4.7	醫護各項療法比較：若醫護對各療法持反對態度是否 降低病患求生意願	97
圖 4.8	醫護各項療法比較：與病患討論各療法是否比討論西醫 治療更難達到共識	99
圖 4.9	醫護各項療法比較：認為教育病患認識各療法是醫護 人員職責	101
圖 4.10	醫護各項療法比較：對各療法相關課程有參加意願	104
圖 4.11	醫護各項療法比較：各療法可經由法律制定得到適當	

管理	106
圖 4.12 醫護各項療法比較：推估安寧病患接受過各療法比例 ..	108
圖 4.13 醫護各項療法比較：整體而言，對病患使用各療法的 態度	110

第一章 緒論

1.1 研究背景

「輔助與替代醫療(Complementary and Alternative Medicine, CAM)」(或統稱「另類療法」)近十多年來在西方國家日漸受到重視。美國在 1998 年成立了「國家輔助及替代醫學中心(National Center of Complementary and Alternative Medicine, NCCAM)」專門研究輔助與替代醫療。根據其定義，CAM 是不屬於目前常規對抗療法(conventional allopathic medicine)的治療方式，包含診斷、治療及預防併發症的方法，其中「輔助(complementary)」的角色在於補充、輔助常規醫療，而「替代(alternative)」療法則用來取代常規治療(NCCAM, 2009a)。

癌症病患使用輔助與替代醫療情形普遍，國外統計平均盛行率為 31.4%(Ernst & Cassileth, 1998)，國內研究也發現癌症病患使用輔助與替代醫療的比率高達八成以上(辛隆士、邱泰源、胡文郁，1996；黃嘉玲、林佳靜、廖美南、黃慈心、張文華，2002)。另有研究顯示，無論是癌症病患或是一般民眾，使用輔助與替代醫療的盛行率，在近年來都有增加的趨勢(Eisenberg et al., 1998; Boon, Olatunde, & Zick, 2007)。

在常規醫療體系中，輔助與替代醫療也逐漸受到重視，尤其在以照顧癌症及末期病人為主的安寧病房更為顯著。2004 年美國調查顯示，60%的安寧病房都提供輔助與替代醫療，其中最多病房採用的為按摩與音樂療法(Demmer, 2004)。目前國內外都有安寧病房將芳香、藝術、音樂療法等輔助與替代醫療納入照護體系，美國聖地牙哥安寧中心(San Diego Hospice)更在 1996 年推行整合性緩和照護方案(Integrative Palliative Care Program)，將能量治療、芳香療法、音樂療法、中醫，落實到安寧照顧上(Lewis, de Vedia, Reuer, Schwan, & Tourin, 2003)。國內以馬偕醫院為例，已採用芳香療法協助癌末病患減輕痛苦(黃玉芬，2009)，藝術治療方面則有台大醫院對癌末病人接受美術療育的前驅性研究(郭育誠等，2001)，以及由吳明富(無日期)藝術治療師與安寧基金會合辦的「『走出寂默』親子悲傷藝術治療團體」，透過輔助療法協助安寧病患與家屬。然而輔助與替代醫療包含種類廣泛，除了教科書上提及的中醫與草藥、藝術治療、接觸治療、音樂療法、芳香療法外(王英偉，2007)，癌症病患常使用的還包括飲食治療、同類療法、催眠、想像、冥想、大量維生素、放鬆及靈性治療(Ernst, 1999)，此外，罹癌患者在醫療院所外尋求治癌方式或是使用偏方的例子也屢見不鮮(黃建華，2005)。

1.2 研究動機

輔助與替代醫療的種類繁多，民眾與病患使用輔助與替代醫療的情形都相當普遍(Eisenberg et al., 1998; Ernst & Cassileth, 1998; Suzuki, 2004; Lim, Sadarangani, Chan, & Heng, 2005)。其目的多半在治病、養生，與醫護人員的職責相當，然而其療法與主流醫療卻有所衝突，因此醫護人員對輔助與替代醫療的態度，也開始受到重視。

過去並無研究探討安寧病房醫護人員對輔助與替代醫療的態度，但有調查發現多數病人使用輔助與替代醫療並未告知醫護人員，他們擔心醫師可能會有負面反應、認為醫師不需要知道、或表示醫師並未詢問(孫懿英、高碧霞、趙詩瑾，2005；曾月霞、林岱樺、洪昭安，2005；Robinson & McGrail, 2004)。儘管在醫護人員專業養成過程當中，並未接受完整的輔助與替代醫療訓練，強調全人照顧與醫病溝通的安寧療護團隊成員，更應對輔助與替代醫療有所認識，才能提供病患與家屬正確的訊息，避免他們因使用替代療法反而受到傷害、或使其疾病治療的效果降低。另一方面，如病房能提供更多症狀緩解的輔助療法，增加病患的選擇性與自主性，能提高服務滿意度，同時也可降低醫療成本。

對於此般盛行率高、病患主動告知度低、又可能會和常規醫療相衝突的輔助與替代醫療，醫護人員對療法抱持的態度以及其與病患間

的溝通問題值得重視，因此本研究動機在了解安寧醫療團隊對輔助與替代醫療的態度，從而思考輔助與替代醫療議題在安寧療護中的研究發展方向與應處方式。

1.3 研究目的

本研究的目的為：

1. 了解安寧病房醫護人員對病患使用輔助與替代醫療的態度。
2. 分析醫護人員對病患使用不同類別的輔助與替代醫療時，其態度是否有所差異。
3. 比較醫師與護理師對病患使用輔助與替代醫療的態度是否有所差異。
4. 探討安寧病房內醫護人員與病患間對輔助與替代醫療的溝通。

1.4 名詞定義

1. 安寧緩和醫療(hospice and palliative care)：根據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)的定義，安寧緩和醫療為當病人所罹患的疾病對於治癒性療法已沒有反應時，提供給病人積極性的全方位照顧，其照顧目的不在勉強延長無意義的生命，而

在於提高生活品質 (陳慶餘，2007)。國內安寧緩和醫療條例定義之安寧緩和醫療則「指為減輕或免除末期病人之痛苦，施予緩解性、支持性之安寧醫療照護，或不施行心肺復甦術」，其中末期病人為罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者 (法務部，2002)。

2. 安寧病房(hospice ward)：由醫師為主導之團隊方式提供服務，設置醫師、護理及社會工作人員，並應置營養、藥事諮詢人員，另得視需要設置臨床心理工作、職能與物理治療及不同宗教靈性等人員。前項人員應受過相關之訓練，並定期接受在職訓練 (財團法人中華民國 (台灣) 安寧照顧基金會，無日期 a)。截至 2008 年 8 月 12 日止，國內設置安寧病房的醫療院所計 40 家 (台灣安寧照顧協會，2008)。
3. 安寧居家照顧(hospice home care)：根據安寧照顧基金會 (無日期 b) 的安寧居家療護設置規範，安寧居家療護需以醫師為主導之團隊方式提供服務，工作人員包括醫師、護理人員、社工及個案管理人員，並應視業務需要請職能、物理治療、臨床心理工作及宗教靈性輔導等人員擔任諮詢工作。服務項目包括病狀控制、病患之身體照護、病患與家屬心理社會諮詢與靈性宗教需求之照護、死亡準備及病患死亡後家屬之哀傷輔導與後續追蹤。

4. 安寧共同照顧(hospice combined care)：為使癌症病人也能在非安寧病房接受安寧緩和醫療的服務，自 2005 年起由行政院衛生署國民健康局推出「安寧緩和醫療共同照護模式計劃」，讓住在一般病房的癌症病人，也能同樣得到安寧緩和醫療持續性的照護。由安寧緩和醫療照護團隊與原診治醫療團隊共同照護癌症病人及提供安寧相關諮詢服務，讓癌症病人住在一般病房時，有較充足的時間接觸安寧緩和醫療的資訊，同時提昇病房中之醫護等相關人員、病人及家屬對安寧緩和醫療有正確的認知。目前全台灣共有 38 家醫院推動安寧共同照護計劃（財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會，無日期 c）。
5. 常規醫療(conventional medicine)：一般定義為目前在醫學院裡廣泛教導、並於醫療院所普遍執行的疾病治療方式。本研究所指的常規醫療則為衛生署核可之西醫治療。
6. 輔助與替代醫療(Complementary and Alternative Medicine, CAM)：或稱另類療法，常規醫療以外的治療方法統稱之。其中「輔助」的角色在於補充、輔助常規醫療，而「替代」療法則用來取代常規治療(NCCAM, 2009a)。本研究所定義的輔助與替代醫療包括芳香療法、藝術療法、心靈療法、飲食療法、中醫療法、民俗療法。

7. 態度(attitude): 本研究對態度的定義為對人、事、物的主觀評價，指個體對人、對事、對周遭所持的一種具有持久性與一致性的傾向，而這種傾向可由個體的外顯行為推測。本研究檢測之態度包含認知（著重在事實、知識層面）、情感（著重在喜好層面）以及行為（著重在外在行動層面）三個層面。

第二章 文獻回顧

2.1 輔助與替代醫療在安寧療護的應用

2.1.1 輔助與替代醫療的定義與分類

NCCAM(2009a)定義 CAM 為一群彼此間互異的醫療健康體系、醫療方式或產品，目前尚未是常規醫療(conventional medicine)的一部分。美國的國家醫學圖書館提到，這些不屬於目前常規對抗療法(conventional allopathic medical practice)的 CAM，可能缺乏生物醫學上的解釋(biomedical explanations)，但在經過更多研究後，有些廣被接受，例如飲食、針灸，也有些銷聲匿跡，如鐳治療(radium therapy)(U.S. National Library of Medicine, n.d.)。CAM 除了這些健康體系及醫療方式外，還包括蘊含其中的理論和信念(accompanying theories and beliefs)(Adams & Jewell, 2007)。而 WHO (n.d.)的定義中，CAM 與「傳統醫學(Traditional Medicine, TM)」相當，是指各文化中存在已久對維持健康與預防、診斷、改善、治療身心疾病的知識、技巧或方式。

我國傳統文化固有的太極、中醫、氣功，都被 NCCAM 歸類在「輔助與替代醫療」中(NCCAM, 2009a)，另坊間開設的國術館、推拿場所，及普遍可見收驚、喝香灰符水等民俗療法，也都是「被排除

在主流醫學外的醫療照護體系」。部分國內期刊論文對「輔助與替代醫療」亦參考美國 NCCAM 的定義與分類(丁志音, 2003), 即「目前被排除在正統醫療之外的一大群醫療健康照護體系, 其中大部分未經良好設計的科學證實」, 可區分為四大範疇: 身心醫學(mind-body medicine), 生物基礎操作(biologically based practices), 身體操作的治療(manipulative and body-based practices), 與能量療法(energy medicine), 另如中醫、印度醫學等具有完整理論的「整體醫療體系(whole medical systems)」, 則跨越這些範疇(NCCAM, 2009a)。

關於 complementary and alternative medicine 的中文名詞, 國內文獻的譯名不一, complementary 譯為「互補」(馬素華, 2002; 虞希堯, 2005)、「補充」(丁志音, 2003; 洪毓珮, 2004)、「輔助」(許煌汶, 2004; 曾月霞等, 2005; 施議強、韓晴芸、曾俊傑、侯承伯, 2005; 朱芳瑩、陳淑玲, 2006; 辜智芬, 2007; 蔡甫昌、黃獻樑、陳彥元, 2007) 或「輔成」(張根湖, 2006); 而 alternative 有「替代」(馬素華, 2002) 及「另類」(丁志音, 2003; 洪毓珮, 2004; 許煌汶, 2004; 曾月霞等, 2005; 施議強、韓晴芸、曾俊傑、侯承伯, 2005; 虞希堯, 2005; 朱芳瑩、陳淑玲, 2006; 張根湖, 2006; 辜智芬, 2007; 蔡甫昌、黃獻樑、陳彥元, 2007) 兩種譯名;

medicine 則包括醫學、醫療、療法等不同用詞。此外，也有單用「另類醫療」(鍾聿琳，2001)、「另類療法」(林淑靜，1999；黃嘉玲等，2002；周昌德，2003；陳玉萍等，2004；曾玉芬，2004；孫懿英等，2005)或「另類醫學」(胡超群、黃柏銘，2006)來表達整個意涵。其他相關的名詞「民俗療法」(林萬壹，2003)、「自然醫學」(洪毓珮，2004)，亦可見於國內文獻(表 2.1)。然而根據 NCCAM(2009a)對 CAM 的定義，其中 complementary medicine 的角色在於補充、輔助常規醫療，alternative medicine 則用以取代常規治療，因此「alternative」的譯名以「替代」比較接近其英文的原意。

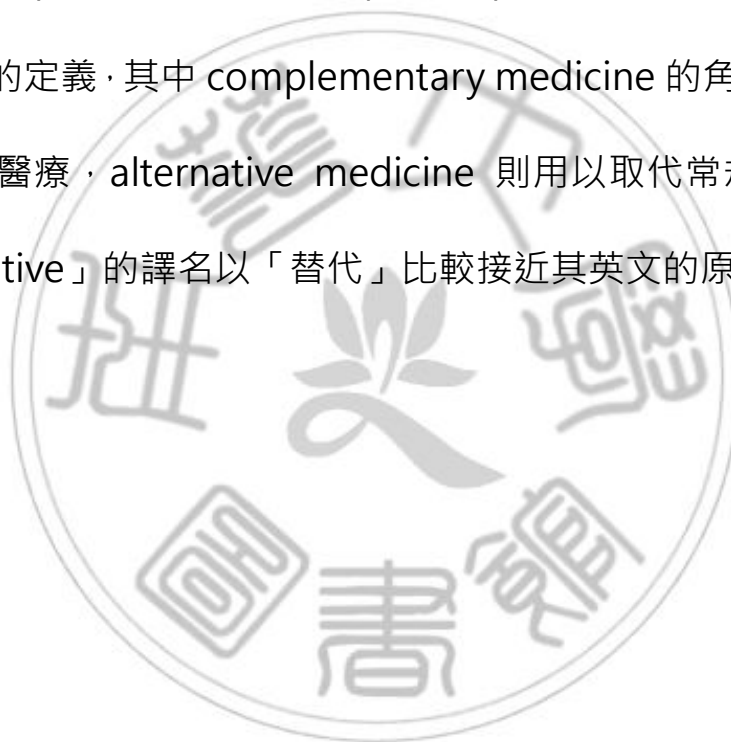


表 2.1 國內文獻對 Complementary and Alternative Medicine

的譯名

發表年份	作者	Complementary and Alternative Medicine 譯名
1999	林淑靜	另類療法
2001	鐘聿琳	另類醫療
2002	馬素華	互補和替代醫學
2002	黃嘉玲等	另類療法
2003	丁志音	補充與另類療法
2003	周昌德	另類療法
2003	林萬壹	民俗療法
2004	洪毓珮	補充另類醫學/自然醫學
2004	許煌汶	輔助與另類醫學
2004	曾玉芬	另類療法
2004	陳玉萍等	另類療法
2005	施議強等	輔助及另類醫療
2005	孫懿英等	另類療法
2005	曾月霞等	輔助療法或另類療法
2005	虞希堯	互補另類療法/整合療法
2006	朱芳瑩等	輔助另類療法
2006	胡超群等	另類醫學
2006	張根湖	輔成治療及另類療法
2007	辜智芬	輔助及另類醫療
2007	蔡甫昌等	輔助及另類療法

2.1.2 安寧療護的歷史發展與現況

1967 年，英國修女 Cicely Saunders 醫師創辦聖克里斯多福安寧醫院(St. Christopher's Hospice, n.d.)，作為照顧癌症臨終病人的設施。其以症狀緩和而不以疾病治癒為目標的臨床照護模式稱為緩和醫療(palliative care)，照顧的重點放在生活品質的提升 (陳慶餘，2007)。

國內則於 1990 年，由馬偕醫院成立第一所安寧病房，同年，安寧照顧基金會創立，協助臨終病人獲得適當醫療，推廣安寧療護及生命教育，辦理相關教育訓練與宣導活動；同時也致力促使「安寧緩和醫療條例」於 2000 年正式立法通過 (法務部，2002)，幫助末期病患在臨終時刻得以合法選擇不急救，維護臨走前最後的尊嚴 (財團法人中華民國 (台灣) 安寧照顧基金會，無日期 d)。至 2009 年 5 月止，安寧基金會的合約醫院共有 62 家，設有安寧病房或提供安寧居家照顧及安寧共同照顧 (財團法人中華民國 (台灣) 安寧照顧基金會，無日期 e)。

中央健康保險局 (2009) 自 2000 年開始支付安寧住院療護，初期以癌症末期病患為收案對象，2003 年新增「漸凍人」可接受安寧照護，直至 2009 年 9 月 1 日起，新增八類疾病病患可接受安寧照護，包括「老年期及初老期器質性精神病態」、「其他大腦變質」、「心臟衰

竭」、「慢性氣道阻塞，他處未歸類者」、「肺部其他疾病」、「慢性肝病及肝硬化」、「急性腎衰竭，未明示者」及「慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者」。漸凍人為運動神經元疾病(Motor Neuron Disease, MND)，在台灣的盛行率大約是每十萬人口有四人左右(邱浩彰，2001；引自周淑琴，2009)，粗略以兩千三百萬人口計算，約為920個案例。而癌症自1982年至今均高居十大死因第一位(行政院衛生署，2009)，以2006年為例，該年度有73293個新申報案例(行政院衛生署國民健康局台灣癌症登記小組，2009)，因而國內有健保給付的安寧病房(本研究所選取的三所醫院安寧病房均包含在內)，在2009年之前的照顧對象皆以癌末患者為主。

2.1.3 癌症與末期病患使用輔助與替代醫療情形

癌症病患使用輔助與替代醫療，因國家、種族、年代、癌症種類與分期，有所差異，而各研究中對輔助與替代醫療的定義，也會影響盛行率調查結果(Ernst, 2003)，因此不同的研究難以互相比較。但大部份研究都指出，癌症病患使用輔助與替代醫療情形相當普遍，國外統計平均盛行率為31.4%(Ernst & Cassileth, 1998)。國內研究方面，台大醫院1996年統計癌症病患使用輔助與替代醫療的比率高達

81.9% (辛隆士等 , 1996) , 2002 年由安寧基金會委託之研究則發現台灣癌末病人有 83.2% 使用另類療法 (黃嘉玲等 , 2002) 。在日本的一項調查發現癌症病患使用輔助與替代醫療的比率為 44.6% , 高於良性腫瘤病患的 25.5% (Hyodo et al., 2005) 。加拿大針對乳癌病患使用輔助與替代醫療的研究顯示 , 患者使用的比率 , 在 1998 年時為 66.7% , 到 2005 年已上升至 81.9% , 其中有 41% 的病患表示他們接受輔助與替代醫療是為了治療癌症 (Boon, Olatunde, & Zick, 2007) 。

綜觀癌症病人使用輔助與替代醫療的原因包括 : 對主流正統療法的效果、副作用等的不滿意 , 相信輔助與替代醫療可提供更佳的功效 , 或認為可輔助常規醫療 , 期望藉此增強免疫力、緩解症狀、改善生活品質 , 甚至治癒疾病或延長生命 , 另一方面也反映病患對生命與醫療的自主權掌握 (許煌汶 , 2004) 。關於輔助與替代醫療的資訊來源 , 較常見的為朋友、家人和媒體 , 另有病患是從醫護人員、輔助與替代醫療提供者、或其他病人處得到相關訊息 (Molassiotis et al., 2005) 。

近年國內也有數個針對癌症與末期病患使用輔助及替代療法的研究 , 黃嘉玲等 (2002) 的問卷研究中 , 癌末病患另類選擇以民俗療法居多 , 漢醫療法次之 (該研究中民俗療法的定義包括拜廟求神、

乩童、算命改運、風水、符水、氣功，而漢醫療法則包括服用補品、草藥偏方、針灸、中醫治療)；民俗療法中以拜廟求神最為普遍，漢醫療法則有半數是補品的使用。病患嘗試不同另類療法的原因略有出入，使用食療法者表示想增加身體免疫或抵抗力，希望藉以控制病情，或認為此療法無副作用；選用心靈療法及民俗療法的病患，是為了使心情平靜，希望有奇蹟出現；用漢醫療法則是希望有奇蹟及認為較無副作用。根據辜智芬(2007)的碩士論文指出，79.3%的癌症病患在化學治療及放射治療中同時使用輔助與替代醫療，使用型態以合併身心療法及營養劑補充最多，動機則以期望得到心理慰藉與增強免疫力為主。另外，近七成癌症病童家長曾為其子女尋求另類療法，種類以民俗及信仰療法居第一位，其次依序為中醫療法、特殊的飲食或飲食方式，草藥秘方，多數家長希望藉此提高治癒率並增加孩子抵抗力(孫懿英等，2005)。

歐洲一跨國研究發現，義大利(73.1%)、捷克(58.8%)、瑞典(48.6%)的癌症病患對輔助與替代醫療使用率較高，希臘僅14.8%，其餘如英國、冰島、西班牙等國使用率則約三成。其中半數病患表示使用輔助與替代醫療是為了加強身體對抗疾病的能力，其次則是想增進身體(40.6%)與情緒(35.2%)的健康舒適(well-being)。此研究中指出大部分國家的癌症病患最常使用的輔助與替代醫療以草藥為主，但常見的

草藥種類則有所不同，舉例來說，瑞士病患較常使用槲寄生(mistletoe)，而希臘病患則常選擇橄欖葉(olive leaf)(Molassiotis et al., 2005)。

研究也指出，居住同一地區的不同種族病患，對輔助與替代醫療選擇略有差異。舊金山的乳癌病患中，白人偏好食療(dietary therapies)，黑人傾向靈性治療(spiritual healing)，拉丁民族嘗試食療與靈性治療者最多，華人則最常用草藥(herbal remedies)。該研究也發現，較年輕、教育水準較高、有較多私人保險、癌症診斷為時較晚的病患，較傾向使用輔助與替代醫療(Lee, Lin, Wrensch, Adler, & Eisenberg, 2000)。

Molassiotis 等(2005)與 Hyodo 等(2005)的研究同樣發現年輕與高知識分子病患與輔助與替代醫療使用有高度相關，而住安寧病房或緩和照顧機構(palliative care facilities)的病患，對輔助與替代醫療的利用情形更甚於其他癌症病患。

2.1.4 輔助與替代醫療運用在癌症治療的研究

美國 NCCAM(2008)對輔助與替代醫療歸類中，非西方主流醫學的整體醫療體系，或稱替代醫療體系(alternative medical system)，如東方的中醫、印度醫學阿育吠陀(Ayurveda)，西方的同類療法

(homeopathy)、自然療法(naturopathy)等，分別有其基礎理論架構，對「癌症」有不同的觀點與治療方式。

中醫視人為小周天，生病是因為「陰陽、表裡、寒熱、虛實」的平衡遭破壞，「氣」運行不通，。印度醫學將人分為三種體質，針對不同體質有不同的保養方式，認為人應經常做身體排毒與淨化，瑜珈和冥想都是常被應用的養生技巧。同類療法的基礎理論是以「相似治療相似」，然而系統性文獻回顧發現同類療法並無任何科學實證支持其效用。自然療法基於相信人有自癒的能力，不用合成的藥物，只用「自然」的方式，如藥草、營養、身體活動等來治療疾病(Cassileth & Deng, 2004)。

食物的攝取與某些癌症的關聯性已被證實(Divisi, Di Tommaso, Salvemini, Garramone, & Crisci, 2006)，因此有人倡導以飲食療法來預防或治療癌症，方式包括整體性的飲食配方——如素食(Chen, Chiang, Lin, Pu, Lai, & Sung, 2005)，飲食內容的調整——如低脂肪飲食(Kobayashi et al., 2008)，與營養品的補充——如抗氧化劑(Dong et al., 2008)的攝取。Ernst 和 Cassileth(1999)的回顧性文獻發現，某些食物可能有預防癌症的功效，然而目前並無任何飲食療法可以真正治癒癌症。Weiger 等(2002)的回顧性研究認為，乳癌與攝護腺癌患者可嘗試低脂肪飲食無妨；大豆可應用在攝護腺癌病患，但乳癌病

人則需避免攝取過量；維生素 E 是癌症患者可考慮的補充品，尤其對攝護腺癌患者的助益更明顯。多量攝取維生素 A 與 C 反而可能有害。鯊魚軟骨、身心療法、延壽飲食法(macrobiotic diet)若在適當的監控下，也是可以接受的輔助與替代醫療。

文獻指出，使用過輔助與替代醫療的癌症病患比率相當高，且所使用的療法種類亦多(Ernst & Cassileth, 1999)，然而根據 Risberg 等(1998)的研究追蹤發現，無論癌症病人是否嘗試過「輔助與替代醫療」，其五年存活率並無明顯差異。

2.1.5 輔助與替代醫療對症狀緩和效果的研究

儘管輔助與替代醫療在癌症治療上無顯著成效，但對癌症病患來說，這些常規醫療以外的療法，在緩解癌症病人治療過程的不適以及輔助與緩和照顧上具有潛力(Ernst & Cassileth, 1999)。以下就安寧病房中末期病患的常見症狀，包括疼痛、疲倦、呼吸困難、便秘、噁心嘔吐、失眠、水腫分述。

疼痛

研究顯示針刺足三里穴(ST36)有止痛效果，尤其對癌症病患的肌肉痙攣疼痛(malignant muscle spasm)、放射治療引起的纖維化

(post-irradiation fibrosis)和缺血性疼痛(ischemic limb pain)特別有效(Pan, Morrison, Ness, Fugh-Berman, & Leipzig, 2000)。部份研究顯示，按摩可緩解癌症病人的疼痛(Corbin, 2005)，另有初步證據顯示足底反射區按摩對癌痛的助益(Stephenson, Weinrich, & Tavakoli, 2000)。Spiegel、Bloom 和 Yalom 於 1981 年發現，乳癌病患參加支持團體，可減少疼痛感受，若配合自我催眠，其成效更為顯著（引自 Pan, Morrison, Ness, Fugh-Berman, & Leipzig, 2000），而催眠本身也有助於緩和癌症引起的疼痛(Vickers & Cassileth, 2001)。引導式冥想進行數週後可緩解末期病人的疼痛(Lafferty, Downey, McCarty, Standish, & Patrick, 2006)；放鬆與想像治療則可改善癌症病患因口腔黏膜發炎引起的疼痛(Pan et al., 2000)。

疲倦

Vickers、Straus、Fearon 和 Cassileth (2004)發現針刺四至六週可改善化療後的疲倦感；Molassiotis、Sylt 和 Diggins(2007)取穴道合谷(LI4)，三陰交(SP6)，足三里(ST36)，以針刺和穴道按壓(acupressure)兩組做實驗，又另選取和傳統中醫認為與能量無關的肘髎(LI12)，陽關(GB33)，僕參(BL61)做穴道按壓的對照組(sham

acupressure) , 結果針刺組在疲倦量表評估追蹤發現有 36% 的改善 , 穴道按壓組則改善 19% , 相較於對照組的 0.6% , 其差異達到統計上的顯著意義。

一些臨床研究顯示 , 按摩和冥想均可減輕末期病患的疲倦感 (Lafferty et al., 2006) 。草藥中的槲寄生萃取物對手術後乳癌患者的疲倦有所幫助。此外 , 芳香療法、冥想、瑜珈、催眠、呼吸運動、支持性團體等方式 , 也分別有研究認為可改善疲倦問題 (Sood, Barton, Bauer, & Loprinzi, 2007) 。

呼吸困難

研究顯示 , 針刺合谷穴可改善與慢性阻塞性肺疾患 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) 與癌症相關的呼吸困難 , 即使對鴉片類藥物、類固醇、噴霧器 (nebulizer) 、氧氣等常規治療效果不佳的呼吸困難病患 , 針刺也可以改善其呼吸問題。呼吸訓練與放鬆練習可緩和慢性阻塞性肺疾患及肺癌患者因呼吸困難造成的不適 (Pan et al., 2000) 。芳香療法也可應用在護理呼吸系統疾病 , 以馬約蘭 (sweet marjoram) 、乳香 (frankincense) 、尤加利 (eucalyptus) 等精油做按摩或吸入性的芳香治療 , 促進呼吸順暢 (Leach, 1999) 。

便秘

番瀉葉(Fanxieye)製成潤腸茶包，對便秘有效(王英偉，2007)。也可選取甜橙(sweet orange)、柑橘(mandarin)、薑(ginger)、黑胡椒(blackpepper)等精油做按摩，以改善便秘症狀(Leach, 1999)。

噁心嘔吐

部份研究發現，催眠、放鬆與針灸對癌症化學治療引起的噁心嘔吐有效(Cassileth & Deng, 2004)。按摩和冥想也可應用在處理末期病患的噁心嘔吐(Lafferty et al., 2006)。在乳癌患者的研究中發現，服用槲寄生萃取物的病患，噁心感與腸胃不適症狀發生的機率較低(Sood et al., 2007)。芳香療法採用薑(ginger)、肉桂(cinnamon)、胡椒薄荷(peppermint)等精油，可緩解噁心嘔吐症狀 (Zappa & Cassileth, 2003；引自孫嘉玲等，2004)。也有研究認為，藥物加上音樂治療的止吐效果比單用止吐藥物來得好(Ezzone, Baker, Rosselet, & Terepka, 1998)。

情緒問題

焦慮與憂鬱是末期病患常見的症狀。Lafferty 等(2006)回顧關於「按摩」和「冥想」在臨終照護的應用，支持此二療法可改善癌症病

人的情緒問題，降低焦慮、憂鬱症狀，提升正向情緒並增進生活品質。Stephenson 等(2000)的研究顯示足底反射區按摩能減輕乳癌及肺癌病患的壓力與焦慮，也有研究認為芳香療法的精油按摩可改善睡眠品質或情緒問題 (孫嘉玲等，2004)。音樂治療常用以協助處理病患及家屬的情緒問題，對緩和焦慮及憂鬱都有成效(Cassileth & Deng, 2004)。草藥中的聖約翰草(St John's wort)對輕中度憂鬱有效，但可能會導致光過敏或與其他藥物產生交互作用(Lawvere & Mahoney, 2005)。

2.1.6 輔助與替代醫療的可能引起之副作用

使用輔助與替代醫療的潛在危險包括：療法本身具毒性或危害性，輔助與替代醫療執行者的專業不足產生的傷害，以及當該種另類療法的治療效果不如常規醫療時，病患因選擇另類療法而延誤治療導致的間接傷害。因此安寧醫療團隊應對輔助與替代醫療有基本認識，並開放地與病患及家屬討論其利弊，以保障病患安全。

在口服性的輔助與替代醫療中，曾有病例報告指出鯊魚軟骨會引發肝炎(Ashar & Vargo, 1996)；作為抗氧化作用、疼痛緩解的小樹樹茶(chaparral tea)，發生引起肝衰竭的案例；麻黃可能會導致高血壓、心悸、中風(Cassileth & Schulman, 2004)；用來治療憂鬱的聖

約翰草(St John's wort)誘發肝臟細胞呼吸酵素(cytochrome) P450 的活性，導致影響某些藥物代謝(Lawvere & Mahoney, 2005)。服用抗凝血劑（如 coumadin, heparin, aspirin）藥物的病患，應避免同時使用有抗凝血作用的草藥，如小白菊、大蒜、薑、銀杏；肝腎功能不佳者，草藥與藥物的交互作用可能性會增加(Cassileth & Deng, 2004)；當歸、胡荽等會造成皮膚對放射線的敏感(Cassileth & Schulman, 2004)；抗氧化劑也可能干擾癌症病患接受化學治療或放射治療的效果(Weiger et al., 2002)。此外，在一個對癌症病患的催眠研究中，有數名患者表示催眠療法反而對他們造成傷害或產生負面影響(Finlay & Jones, 1996)。

2.2 醫護人員對輔助與替代醫療的態度

目前國內的醫療體系以西醫為主，醫護人員養成過程並未接受輔助與替代醫療的教育訓練，然而近十年來，無論是歐美(Eisenberg et al., 1998; Ernst & Cassileth, 1998)，或是臨近的亞洲國家如日本(Suzuki, 2004)、新加坡(Lim, Sadarangani, Chan, & Heng, 2005)，民眾與病患使用輔助與替代醫療的情形都相當普遍，因此醫護人員對病患使用輔助與替代醫療的知識、態度與行為，也開始受到重視。

2.2.1 醫護人員對輔助與替代醫療的知識

輔助與替代醫療包含廣泛，對於不同的療法，醫護人員的熟悉程度也有所差異。Risberg 等(2004)的相關研究中列舉 18 種輔助與替代療法，有 73%的填答醫護人員不了解「阿育吠陀」(Ayurveda)，而僅 1%不知道「針灸」。Wahner-Roedler 等(2006)利用電子郵件對醫學中心醫師所做的調查顯示，75%的醫師了解生物回饋療法(biofeedback)，其中六成以上樂於推薦病患使用；而了解針灸(acupuncture)的醫師佔 66%，卻有近七成持較保守的態度；半數以上醫師對能量治療(energy healing)、自然療法(naturopathy)、及草藥卡瓦胡椒(kava)與小白菊(feverfew)並不熟悉。加拿大一項質性研究指出，受訪的 30 位醫師中僅一名表示從未遇過病患使用另類療法，但近半數醫師自認對另類療法不熟悉，有醫師表明自身的另類療法知識來源與病患相仿，例如得自報章(Bourgeault, 1996)。

東方的相關研究則有 Lee、Khang、Lee 和 Kang(2002)探討韓醫(oriental medicine-trained doctors)與西醫(western medicine-trained doctors)對輔助及替代醫療的知識、態度、行為比較，發現韓醫對輔助與替代醫療的知識與經驗普遍高於西醫師，同時抱持較正向的態度，學習意願也較高。

2.2.2 醫護人員對輔助與替代醫療的態度

O'Beirne、Verhoef、Paluck 和 Herbert(2004)的質性研究發現，家庭醫師對病患使用輔助療法的態度差異頗大，有些醫師全然不支持，有些則主動提供輔助療法給病患。病患的癌症種類、分期、嚴重程度會影響醫師對輔助療法的支持與否；若病患採取該療法來取代常規治療，而非用以輔助常規療法的不足，醫師的態度也會有所不同；醫師自身或周遭親友、甚至病患的使用經驗亦常造成影響。但在強調實證醫學的醫療教育下，醫師認為回溯性隨機控制臨床試驗 (retrospective randomized controlled clinical trials)與治療之生理機轉方面的證據 (evidence demonstrating the treatment's physiologic mechanism)，對其輔助與替代醫療態度的影響，更甚於個人經驗、親友或同事建議、與期刊的個案報告(Wahner-Roedler et al., 2006)。此外，病患對常規治療的效果，以及另類療法是否具傷害性，都會影響醫師對病患使用的反應(Bourgeault, 1996)。

以人口學特徵來看，部份研究認為醫師的性別、年齡及專科別，與對輔助與替代醫療的態度無顯著相關 (Jump, Yarbrough, Kilpatrick, & Cable, 1998; Kurtz, Nolan, & Ritinger, 2003)，然而 Risberg 等(2004)的研究結果則為女性醫護人員對輔助與替代醫療抱持較正向的態度，而醫師的正向度低於護士；研究對象當中，對輔助

療法的態度相較於另類療法更為正向。年資與年齡方面，Jump 等(1998)發現執業 10 年以下較 10 年以上的醫師對輔助與替代醫療接受度高，但使用或轉介的情形則與執業年數無顯著相關。Lewith、Hyland 和 Gray(2001)的研究發現，年輕醫師態度較為正向，而實際利用輔助與替代醫療者，則在 45 至 55 歲族群達最高峰。此外，韓醫對輔助與替代醫療的態度分數也與年齡成負相關(Lee et al., 2002)。有研究發現，腫瘤科醫師(oncologists)較一般科醫師(general physicians)反對病人使用輔助與替代醫療 (Gray, Fitch, & Greenberg, 1997; 引自 Ernst & Cassileth, 1999); Hyodo 等(2003)的調查中，82%的腫瘤科醫師認為輔助與替代醫療對治療癌症並無效果。但在 Lewith 等(2001)的研究中，從事緩和醫療(palliative medicine)與臨床腫瘤科(clinical oncology)的醫師，對輔助與替代醫療的態度較一般醫學(general medicine)更為正向。儘管某些研究顯示，同一國家醫護人員的種族與其對輔助與替代醫療的態度並無影響 (Jump et al., 1998; Kurtz et al., 2003) ，但一針對英國與德國醫師所做的調查卻發現，德國醫師對輔助與替代醫療抱持較正向的態度，而有較多英國醫師轉介病患給輔助治療師 (complementary practitioners)(Schmidt, Jacobs, & Barton, 2002)。

2.2.3 醫護人員對輔助與替代醫療的行為

英國醫師轉介輔助與替代醫療的情形相當普遍·Lewith 等(2001)的研究顯示·六成以上的英國醫師曾轉介病人接受整脊療法(79%)、針灸(67%)、整骨療法(66%)。醫師轉介給另類醫療的原因包括：(1)常規治療無效·(2)病患要求·(3)醫師認為對某些問題有效(Wahner-Roedler et al., 2006)。除了轉介給輔助治療師外·有些醫師本身也提供輔助與替代醫療來治療病患(Jump et al., 1998; Lewith et al., 2001; O'Beirne et al., 2004)·醫師認為結合輔助與替代醫療可以提高病患滿意度·也可吸引更多病患(Wahner-Roedler et al., 2006)。醫師轉介或施用的輔助與替代醫療·較常見者為整脊、針灸、整骨、按摩(Jump et al., 1998; Lee et al., 2002; Schmidt et al., 2002; Wahner-Roedler et al., 2006)·而最常轉介處理的問題為疼痛(Jump et al., 1998)·另多數醫師認為輔助與替代醫療對憂鬱、頭痛、壓力等也可能有效(Schmidt et al., 2002)。有研究顯示·女醫師利用輔助與替代醫療的機會比男醫師高(Lewith et al., 2001; Kurtz et al., 2003; Wahner-Roedler et al., 2006)·但加拿大一研究認為男醫師使用輔助與替代醫療情形較女性多(Verhoef & Sutherland, 1995; 引自 Leach, 2004)·也有調查結果認為轉介意願與性別無關(Wahner-Roedler et al., 2006)。在年齡部分·年齡層低的較年長者

更常轉介輔助與替代醫療(Wahner-Roedler et al., 2006) , 同時本身使用輔助與替代醫療的比率也較高(Kurtz et al., 2003) 。

Jump 等(1998)的研究中 , 三分之一的受訪醫師自身使用過輔助與替代醫療。國內林萬壹 (2003) 的碩士論文探討醫師本身求醫行為 , 發現 31.0%的醫師生病曾看過中醫 , 但假設面臨惡性腫瘤 , 則有 57.0%考慮嘗試中醫 ; 而面臨惡性腫瘤時 , 考慮民俗療法者由一般疾病時的 6.6%增為 20.7% 。

在對護理人員的研究部分 , 土耳其伊斯坦堡的護理系學生 , 最樂於對癌症病患使用的輔助與替代醫療 , 依序為營養療法(nutritional therapy)、呼吸治療(breathing therapies)、按摩推拿(massage and manipulation-Tui Na) ; 而音樂療法(music therapy)與按摩推拿 , 則是他們最常用來自我照顧的療法(Öztekin, Ucuzal, Öztekin & □□sever, 2007) 。國內關於護士對輔助與替代醫療態度的研究 , 以台灣東部一護理學校為例 , 七成以上護士認為按摩、放鬆治療、音樂治療、芳香療法、針灸都對病患有幫助 , 而多數護士認為同類療法(homeopathy)與整骨療法(osteopathy)的療效並不明確(Chu & Wallis, 2007) 。

2.2.4 醫病間對輔助與替代療法的溝通方式

國外研究顯示，癌症病患使用輔助與替代醫療，約有半數未告知醫師(Hann, Baker, & Denniston, 2003)，主要原因包括：(1)考慮醫師可能有負面反應，(2)認為醫師不需要知道/醫師不具備輔助與替代療法相關知識，(3)醫師並未詢問/認為醫師不感興趣(Robinson & McGrail, 2004)。O'Beirne 等(2004)的研究發現，醫師認為病患未告知使用輔助療法的理由則為：(1)擔心被醫師阻止，(2)過去與其他醫師的不良溝通經驗，(3)怕療法無效，(4)認定醫師對輔助療法所知有限，(5)醫病溝通不良或關係不佳，(6)怕信念體制(belief systems)有所衝突。

國內黃嘉玲等(2002)以癌症末期病患為研究對象，使用另類療法的病患中，有56.4%表示會告知醫護人員，而其餘不願讓醫護人員知道者，有38.1%擔心會被拒絕治療。辜智芬(2007)研究癌症病患使用輔助與替代醫療現況，發現近三分之二的使用者並未告知醫護人員，其中78%表示未告知的原因是醫護人員沒問過，33.9%認為沒有必要，也有8.3%認為醫護人員會反對。另一對癌症病童家長所做調查，為其子女尋求另類療法的家長中，61.8%未告知醫師，理由依序是認為不需要說(51.1%)、怕醫師不高興不敢說(31.9%)、不好意思開口(21.3%)、怕醫師阻止(10.6%)、醫師太忙沒機會說(4.3%) (孫

懿英等，2005)。縱觀國內外的癌症病患，在與醫護人員溝通輔助與替代醫療的情形，大致相當。而在國內一般社區民眾的研究中，使用輔助療法者甚至高達八成以上不曾告訴醫護人員(曾月霞等，2005)。

由於輔助與替代醫療可能有副作用，或與常規治療產生交互作用，也有病患因為選擇輔助與替代醫療而延誤常規治療，因此醫師對病患使用的輔助與替代醫療應當有所了解(Verhoef, Boon, & Page, 2008)。但在醫病溝通中，輔助與替代醫療的相關話題較常由病患開啟(Wahner-Roedler et al., 2006)；而女性醫護人員比男性更常主動與病患討論輔助療法，認為如此可加強醫病關係(Hann et al., 2003)。主動與病患討論輔助與替代醫療的醫師是相對少數，推測原因包括：(1)缺乏輔助與替代醫療的訓練，(2)溝通技巧訓練有限，(3)輔助與替代醫療的知識有限，(4)輔助與替代醫療缺乏科學證據，(5)醫師抱持懷疑態度。醫師若對輔助與替代醫療漠不關心或是反對，過分強調科學證據，或當病患預期醫師將有負面反應，都可能成為討論輔助與替代醫療的溝通障礙(Verhoef et al., 2008)。孫懿英等(2005)的研究中，癌童家長告知醫師合併使用另類療法時，醫師的反應以未表示意見最多(58.6%)，也有部分表示贊成(31.0%)或反對(10.3%)。日本對臨床腫瘤醫師的研究中，八成受訪者表示，對於癌症病患使用輔助與替代醫療，他們的態度是既不會鼓勵也不能禁止(Hyodo et al.,

2003)。這樣的結果確實反映了病患認為醫師並不需要知道，或並不關心病患使用另類療法與否。

O'Beirne 等(2004)的研究中，受訪醫師認為「對病患的支持」為家庭醫師對輔助療法應扮演的首要角色，其次則是「教育病患」以及「避免病患受到傷害」，也有醫師認為自己應提供輔助療法給病患。但相關知識與訓練不足，是妨礙醫師與病患討論輔助與替代醫療的一大阻因。

2.2.5 輔助與替代療法的醫學教育資源

1995 年，美國的醫學院有 27 所提供另類療法課程，1997 年增為 67 所，內容包括「醫學與民俗(medicine and folklore)」、「療癒藝術(the healing art)」、「中華氣功(Chinese Qi Gong)」等，另有數十所院校教導針灸、中醫、整脊療法(Milan et al., 1998)，但強調科學、證據的西方醫學教育，仍是目前美國、日本(Hyodo et al., 2003)等醫療先進國家的主流，而台灣的醫學院也承襲這樣的醫療教育系統。以國內各校醫學系為例，除部分提供中醫藥、針灸課程供學生選修外，對於其他輔助與替代醫療，則幾乎無相關教育。關於目前國內醫學教育課程，可參照各校醫學系網頁(表 2.2)。

儘管輔助與替代醫療的醫學教育資源貧乏，隨著病患使用情形的

普及化，醫師遇到病患使用或詢問輔助與替代醫療的問題將更為常見，因此許多醫師或醫學生都表達對學習輔助與替代醫療的興趣。Jump 等(1998)的研究中，29%表示對輔助與替代醫療訓練感興趣，但僅 19.7%醫師曾接受輔助與替代醫療訓練，顯然有些醫師期待能學習輔助與替代醫療，卻未能如願。近年有更高比例的醫師表達興趣，Hamilton(2003)的研究中，七成以上醫師對輔助與替代醫療感到興趣。新加坡一研究，有 86%的醫學生希望更認識輔助與替代醫療，更有九成以上認為輔助與替代醫療將在他們未來醫療執業中扮演重要角色(Yeo et al., 2005)。

除醫師外，護理人員也期望能接受輔助與替代醫療訓練。Öztekın 等(2007)的研究中，八成以上的護生希望將呼吸治療(breathing therapies)、按摩推拿(massage and manipulation/Tui-Na)、放鬆技巧(relaxation techniques)、針灸(acupuncture)、音樂治療(music therapy)等納入學校課程。

表 2.2 國內各醫學系課程網址

學校	課程網址
台北醫學大學	http://academic.tmu.edu.tw/Academic/tmu/b01_97.htm
台灣大學	http://140.112.161.31/NTUVoxCourse/QPService/Pagebrow.aspx?DPRNDPT=40100&QPYEAR=97
成功大學	http://www.ncku.edu.tw/~dep_med/3.php
長庚大學	http://www.med.cgu.edu.tw/v3/course/course.htm
高雄醫學大學	http://wac.kmu.edu.tw/map/index970121/d1.htm
馬偕醫學院	http://www.mmc.edu.tw/ugC_MED_Course02.asp
陽明大學	http://www.ym.edu.tw/md/documents/course.pdf
慈濟大學	http://www.aa.tcu.edu.tw/ot/97year/class/MD.xls
輔仁大學	http://www.med.fju.edu.tw/intro/intro_6.htm

2.3 輔助與替代醫療的倫理與法規

在以西方醫學為主流的台灣社會中，輔助與替代醫療並未因此式微。許多西醫束手無策的疾病，另類療法宣稱有療效，因此吸引許多患者尋求治療；這些另類療法或無科學證據，或有潛在危險性，即使其中某些療法可能確有成效，然也往往與常規醫療從業人員的醫學養成教育相違背，造成醫病溝通的障礙。

2.3.1 使用輔助與替代醫療的倫理考量

對醫護人員而言，面對病患使用輔助與替代醫療時所應扮演的角色，應與使用常規醫療同樣遵循生命倫理四原則：尊重自主，不傷害，行善，正義（蔡甫昌等，2007）。醫護人員應了解到，輔助與替代醫療可能的危害包括：(1)輔助與替代醫療本身具毒性或危害性；(2)輔助與替代醫療執行者的專業不足產生的傷害；(3)輔助與替代醫療效果不如常規醫療時產生的間接傷害。而當輔助與替代醫療可能有益時，假如醫護人員持反對態度、或是缺乏對輔助與替代醫療的知識，產生的問題則有：(1)病患被剝奪使用輔助與替代醫療的機會；(2)病患難以主動參與醫療決策；(3)使用輔助與替代醫療的病患被常規醫療體系排擠。醫護人員在權衡使用輔助與替代醫療的利弊時，應考慮的因素還包括：(1)疾病的緊急及嚴重程度；(2)常規醫療的效果；(3)

常規醫療的侵入性及副作用的嚴重度；(4)想採用的輔助與替代醫療之安全性及有效程度；(5)對該輔助與替代醫療之利弊的瞭解程度；(6)病患對該療法的風險的瞭解及接受度；(7)病患對使用輔助與替代醫療的堅持程度(Adams, Cohen, Eisenberg, & Jonsen, 2002)。

2.3.2 各國對輔助與替代醫療的法律規範

以美國為例，1992年由國家衛生研究院(National Institutes of Health, NIH)創立「另類醫療辦公室(Office of Alternative Medicine, OAM)」，1998年「另類醫療辦公室」升格為「國家輔助與替代醫療中心(NCCAM)」(NCCAM, 2009b)。美國有關輔助與替代醫療的專業認證因州而異，大致而言，符合下述一項以上的醫療行為，都被納入管理：(1)診斷、預防、處理、治癒疾病；(2)公開表示自己有上述能力；(3)以上述能力換取禮物、費用或報酬；(4)使用「醫師」(Medicine Doctor, MD)的稱謂；(5)經營含接待、檢查、治療的診間；(6)動手術；(7)使用或開立藥品/醫療製劑(Cohen, 2002)。

在英國，從1925年起便有人希望將整骨與整脊療法納入主流醫療體系中，但直到1985年，英國政府才開始考慮制定規範。考慮擬定規範的療法必須符合以下原則：(1)成熟；(2)已成立被認可的單一管理組織；(3)有整體性的知識(have a systemic body of

knowledge) ; (4)有被認定的訓練課程 ; (5)能證明其效用。1990 年代，「整合醫療基金會(Foundation for Integrated Medicine, FIM)」成立，作為政府與常規醫學和輔助及替代醫學界的橋樑，其後政府委任愛塞特大學(Exeter University)的「輔助性健康研究中心(Centre for Complementary Health Studies, CCHS)」調查各輔助與替代醫療專業機構。經過長時間的努力，直到 2000 年整骨法案生效，2001 年整脊法案生效(Walker & Budd, 2002)，之後又由衛生署成立「針灸立法小組(Acupuncture Regulation Working Group, ARWG)」(U.K. Department of Health, n.d.a)與「草藥立法小組(Herbal Medicine Regulatory Working Group, HMRWG)」(U.K. Department of Health, n.d.b)。

加拿大的輔助與替代醫療產品是由國家統一管理，但輔助與替代醫療從業者則由各省自訂規矩。例如整脊療法治療師為各省均有規範，草藥的處方全無規範，針灸/中醫、按摩、自然療法的從業人員則是部分省份有所規範(Boon, 2002)。

至於澳洲，以中醫為例，該國在 1995 至 1996 年收集由病患、輔助與替代醫療從業者、法庭、文獻等而來關於中醫的危險性、副作用資訊，隨後於 1997 至 1998 年間開放討論與諮詢對中醫規範的意見，2000 年時通過「中醫註冊法案(Chinese Medicine Registration

Act 2000) 」, 規範對象包含針灸、中草藥以及中草藥調配(Carlton & Bensoussan, 2002)。

除了脊醫註冊條例(Chiropractors Registration Ordinance)與中醫藥條例(Chinese Medicine Ordinance)外, 香港對大多數的另類療法並未特別立法規範, 但涉及醫療行為時, 相關法令包括藥劑業及毒藥條例與危險藥物條例(Pharmacy and Poisons Ordinance & Dangerous Drugs Ordinance)以及消費品安全條例(Consumer Goods Safety Ordinance), 此外, 不良醫藥廣告條例(Undesirable Medical Advertisement Ordinance)也不允許輔助與替代醫療對特定疾病的療效做廣告(Tse, Chang, & Yeung, 2006)。

2.3.3 國內對輔助與替代醫療的相關法規

國內尚無對輔助與替代醫療設定特殊法律, 但國外某些輔助與替代醫療的項目, 例如針灸、中藥, 在台灣屬於中醫師之醫療業務範疇, 納入醫師法管理。其他如中華文化固有的推拿、腳底按摩、拔罐、氣功, 或是自他國傳入的水療、瑜珈、芳香療法等, 則屬於未受規範的輔助與替代醫療。

目前政府不考慮透過證照管理制度管理輔助與替代醫療。根據衛生署公告不列入醫療管理之行為, 包括(1)未涉及接骨或交付內藥品, 而

以傳統之推拿方法，或使用民間習用之外敷膏藥、外敷生草藥與藥洗，對運動跌打損傷所為之處置行為；(2)未使用儀器，未交付或使用藥品，或未有侵入性，而以傳統習用方式，對人體疾病所為之處置行為。如藉指壓、刮痧、腳底按摩、收驚、神符、香灰、拔罐、氣功與內功之功術等方式，對人體疾病所為之處置行為。但民俗療法不得宣稱療效，否則即違反醫療法；相關行為的執行，也不能做出醫療行為，否則即違反醫師法（中華民國監察院，2007）。

醫師法第 28 條規定，未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處 6 個月以上 5 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，其所使用之藥械沒收之。但合於下列情形之一者，不在此限：(1)在中央衛生主管機關認可之醫院，於醫師指導下實習之國內醫學院、校學生或畢業生；(2)在醫療機構於醫師指示下之護士、助產士或其他醫事人員；(3)合於第 11 條第 1 項但書規定者（即於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣(市)主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療）；(4)臨時施行急救者。上述法律所稱「醫療業務」之涵義，指以醫療行為為職業者而言，不問是主要業務或附屬業務，凡職業上予以機會，為非特定多數人之醫療行為均屬之，但不以收取報酬為要件。醫療業務

之行為，係指以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為的診察、診斷及治療；或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為的處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部，均屬之（蔡甫昌等，2007）。在無適當法令管理下，部分輔助與替代醫療自組民間機構，表 2.3 列舉其中數個組織之網站。

目前國內既對這些輔助與替代醫療無適當管理法律，僅依循醫師法及醫療法限制非醫療人員的從業範疇，當病患在常規醫療體系外尋求輔助與替代醫療時，若能與原治療單位醫護人員討論，從中獲取資訊與知識，應能增加其保障。因此，醫病間對輔助與替代醫療的溝通情形，以及醫護人員本身接受輔助與替代醫療的教育訓練是否充足，都是值得重視的議題。

表 2.3 國內輔助及替代醫療民間組織網站

輔助及替代醫療民間組織	網址
中華民國傳統整復推拿師	http://www.ch-cure.org/main/news.php
職業工會全國聯合總會	
台灣脊骨矯治醫學會	http://www.tamm.org.tw
藝術治療學會	http://www.arttherapy.org.tw/about.php
台灣舞蹈治療研究協會	http://blog.yam.com/tdta
德國芳療協會台灣分會	http://forum-essenzia.tw/defang/index.asp



第三章 研究方法

3.1 研究架構

根據研究目的並參考國內外文獻，採立意取樣，以自擬結構式問卷發放選取安寧病房之醫護人員填寫，探討其對輔助與替代醫療的態度。研究概念結構如圖 3.1。

3.2 研究問題

根據研究目的，本研究希望瞭解以下問題：

1. 安寧病房醫護人員對病患使用輔助與替代醫療的態度。
2. 探究醫護人員對病患使用不同類別的輔助與替代醫療時，其態度是否有所差異。
3. 分析醫師與護理師對病患使用輔助與替代醫療的態度是否有所差異。
4. 探討安寧病房內醫護人員與病患間對輔助與替代醫療的溝通。

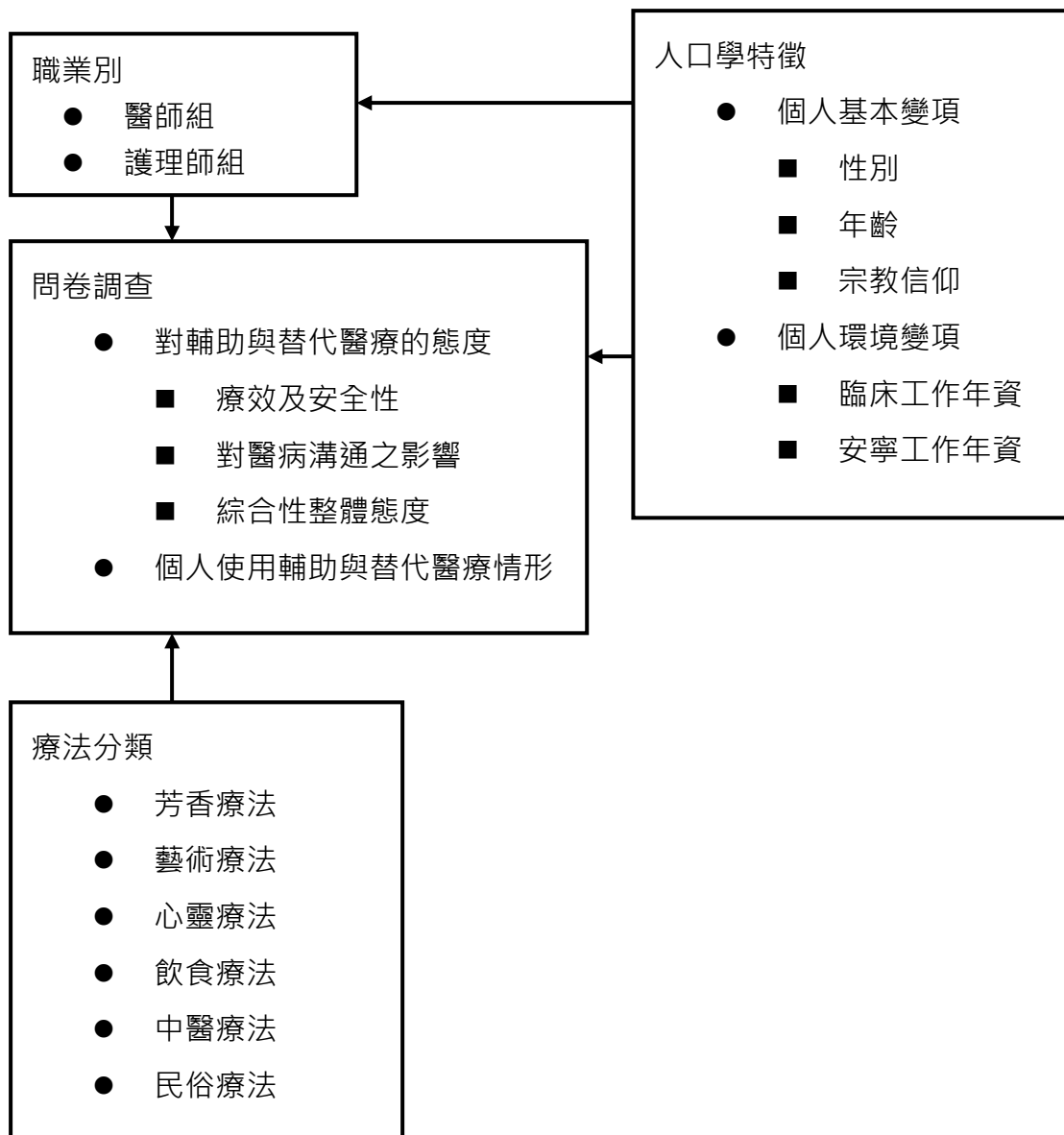


圖 3.1 醫護人員對輔助與替代醫療的態度之研究概念架構圖

3.3 研究對象

本研究以安寧療護從業醫護人員為對象，設定以安寧病房為單位，安寧病房的選取條件為：2000 年（含）之前成立，病房規模 18 床以上，並提供安寧居家及安寧共照服務。國內安寧緩和醫療條例於 2000 年 6 月 7 日公布，其後許多醫院紛紛跟進設立安寧病房，在法令頒布之前成立的病房便更具有歷史意義。而國內第一間安寧病房在 1990 年於馬偕醫院成立，最初規模為 18 張病床，因而以此為本研究對象的選取基準。

截至 2007 年 11 月更新資料，符合條件的病房計有：馬偕紀念醫院「31 病房」及「32 病房」（1990 年成立，病床數分別為 25 及 38），慈濟醫院大林分院「心蓮病房」（2000 年成立，病床數 23），高雄榮民總醫院「崇德病房」（1998 年成立，病床數 20），花蓮佛教慈濟醫院「心蓮病房」（1996 年成立，病床數 18），共計四所醫院、五個病房（台灣安寧照顧協會，2007）。在上述四所醫院中，馬偕、慈濟均為宗教團體創辦的私立醫院，而高雄榮民總醫院為公立醫院，為減少公私立醫院間不同營運方式造成的影響，並為顧及城市與鄉鎮均有取樣，且包含北部、中南部與東部地區的醫院，最後決定選取馬偕紀念醫院 31 病房及 32 病房（北部）、花蓮佛教慈濟醫院心蓮病房（東部）、以及慈濟醫院大林分院心蓮病房（中南部）進行研究。研

究對象為上述病房內從事安寧療護臨床工作的醫護人員。醫師組的設定條件為：2007 年 7 月至問卷發放日為止，曾在安寧病房中收治住院病患、或從事安寧居家與安寧共照的醫師。護理人員組則包括問卷發放期間，於安寧病房、居家、共照擔任臨床護理工作的護理師。

3.4 研究流程

本研究以自擬結構式問卷為資料收集工具 (附錄 A 至 D)，內容主要參考相關文獻 (Schmidt et al., 2002; Kurtz et al., 2003; O'Beirne et al., 2004; Öztekin et al., 2007)，並擷取問卷設計專家及曾從事安寧療護臨床工作醫師意見研擬而成。研究流程進行圖如圖 3.2。

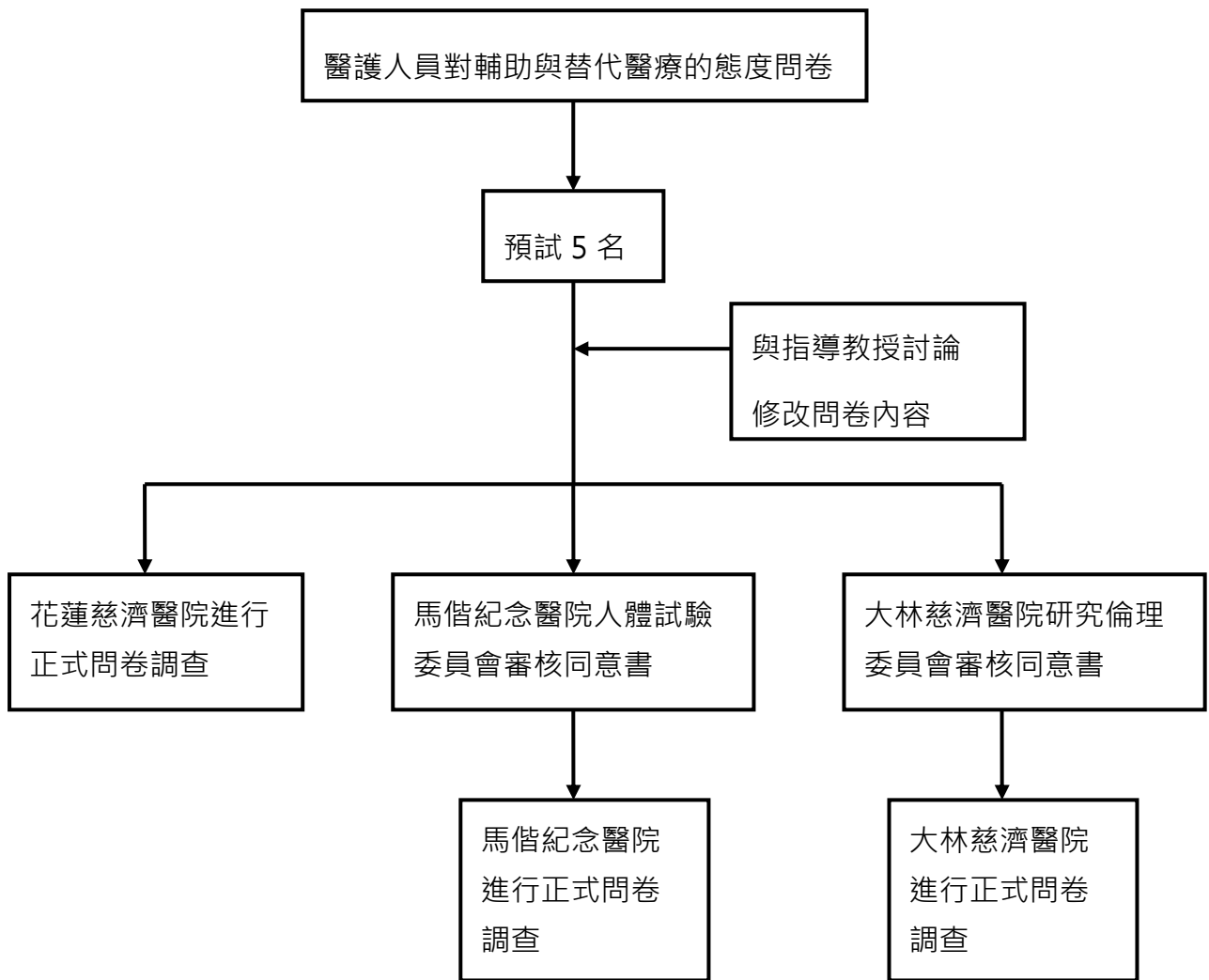


圖 3.2 研究流程進行圖

3.4.1 擬定問卷初稿

關於輔助與替代醫療的分類，參照國內對癌症末期病患使用輔助與替代醫療的研究中最常被使用的飲食療法、心靈療法、民俗療法、漢醫療法四大類(黃嘉玲等，2002)。問題的設計，主要分為三方面，第一部分為醫護人員對使用輔助與替代醫療的療效與安全性的態度(1-4題)，包括受試者認為另類療法對常規治療具有何種影響，對於緩和病患身體症狀效果如何，對於緩和病患心理與靈性症狀效果如何，可否改善病患生活品質等；第二部分為醫病溝通相關問題(5-14題)，包括受試者是否主動詢問病患另類療法的使用，病患使用另類療法是否需主動告訴醫護人員，醫護人員應如何討論另類療法利弊，討論另類療法對醫病關係有何影響，知道病患使用另類療法時討論的對象，認為當醫護人員對另類療法持反對態度時是否降低病患使用率或求生意願，與病患討論另類療法是否比討論常規治療更難複雜，以及認為傾聽、教育病患另類療法、與保護病患使其不因接受另類療法而造成身體、心理、靈性、金錢上的損失是否為醫護人員職責；第三部分則為綜合性的整體態度(16-18題)，包括認為有關單為應否提供另類療法資訊，認為是否能透過法律適當管理另類療法，推估安寧病患使用另類療法的比例。評量方式視題義而定，採四分法(絕對正面、正多於負、負多於正、絕對負面；總是有效、經常有效、偶爾有

效、總是無效；非常同意、同意、不同意、非常不同意；總是詢問、經常詢問、偶爾詢問、從不詢問；著重討論利益、著重討論弊端、利弊皆討論、利弊皆不討論)。另外，第 9 題為類別勾選的複選題(主動與團隊討論、主動與病患討論、主動與家屬討論、不主動討論)，而第 18 題則將百分比區分為五等分(0-20%、21-40%、41-60%、61-80%、81-100%)。

問卷的個人資料部分，因醫師、護理師情況略有不同，設計醫、護二種版本，二版本關於「人口學分布」及「工作經驗」收集的資料項目相同，「人口學分布」包括性別、年齡層、宗教信仰，「工作經驗」包括臨床工作年數及安寧工作年數，而醫師版本的個人資料尚詢問其專科別、以及是否具有安寧緩和專科執照或中醫師執照，護理師版本則詢問其安寧病房外的護理工作經驗及護理師執照有無。另附開放式問答題，詢問受試者本身曾嘗試哪些另類療法來促進身體健康或治療疾病，以及對另類療法及問卷的其他意見。

3.4.2 問卷預試及修改

問卷預試(pretest)請曾於安寧病房工作的醫護人員共五位填寫，預試受訪者的選取條件，醫師組為具備安寧專科執照，並有安寧照顧臨床經驗，護理師組則為曾於安寧病房服務一年以上者，同時為

避免與正式研究對象重疊，本研究對象（即馬偕醫院、花蓮慈濟醫院與大林慈濟醫院安寧單位之醫護人員）不作為預試受訪者。最後選定之五位預試受訪者包括三位醫師及兩位護士，回收預試問卷後，整合其意見加以修改，成為正式問卷。

關於輔助與替代醫療的分類，原參考文獻分為飲食療法、心靈療法、民俗療法、漢醫療法四大類（黃嘉玲等，2002），國內其他對癌症病人使用輔助與替代醫療的研究也發現病人常自行採用的輔助與替代醫療大多不脫離這四類範疇（陳玉萍等，2004；孫懿英等，2005；辜智芬，2007），然而「漢醫療法」一詞較不為大眾所熟悉，因而修改為普遍使用的「中醫療法」，另由於國內部分安寧病房已採用藝術療法與芳香療法做為輔助治療，也將此二療法列入問卷作為比較。故修改後問卷的輔助與替代醫療增添為飲食療法、心靈療法、民俗療法、中醫療法、藝術療法、芳香療法六大類。

（一）飲食療法：

包括攝取特殊營養素或元素、食用生機飲食、使用斷食療法，但不包括藥膳。

（二）心靈療法：

包括寺廟或教堂崇拜、禱告、靜坐冥想、瑜珈。

(三) 民俗療法：

包括抽籤卜卦、草藥偏方、藥膳、補品、算命改運、
尋求乩童、氣功師、風水、符水。

(四) 中醫療法：

包括針灸、服用中藥。

(五) 藝術療法：

包括音樂治療、藝術治療。

(六) 芳香療法：

包括吸入性芳香治療、精油按摩。

問題的設計仍以原定三方面為主，第一部分為醫護人員對輔助與替代醫療的療效與安全性的態度(1-3 題)，將原來較抽象的題目「認為另類療法對常規癌症治療具有何種影響」刪除，增添一題「認為使用此六類療法是否發生副作用」；而原問卷題目「認為另類療法可以改善病患的生活品質」，可由其他兩題(此六種療法之於緩和身體、心靈症狀的效果) 綜合判斷，因而刪去。第二部分為醫病溝通相關問題(4-10 題)，將原題目「認為若病患使用另類療法，需要主動告訴醫護人員」刪去，僅保留積極性的「平時是否主動詢問病患此六類療法的使用」；「認為醫護人員有必要與病患討論另類療法利弊」一題，

幾乎一致同意要利弊皆討論，因而刪除；原題目「認為與病患討論另類療法會對醫病關係有正面影響」，考量到一般病患常未告知醫護人員關於輔助與替代醫療的使用，部分是擔心破壞醫病關係，因此修改為反面用詞「認為會對醫病關係有負面影響」，以得到更明確的答案；原題目「認為與病患討論另類療法比討論西醫治療更複雜」，將「複雜」改為「難達到共識」，使題義更清晰；原題「認為在另類療法方面，傾聽/教育/保護病患是醫護人員職責」，由於傾聽、保護二題，所有預試問卷一致填答同意或非常同意，但教育一題則因不同療法而有不同答案，因此僅保留教育一題。第三部分為綜合性的整體態度（11-14題），原題目「認為有關單位應提供另類療法的資訊」，修定為「對此六類療法相關課程的參加意願」，能更清楚瞭解填答者對輔助與替代醫療的興趣；最後再添加一題「對病患使用此六類療法的整體態度」做為總結。評量方式除第6題為類別勾選的複選題外，其餘皆採十點計分法圈選，依題目內涵，分別將兩端的1分與10分設定為「總是無效/總是有效」、「總是發生/從不發生」、「總是詢問/從不詢問」、「非常不同意/非常同意」、「0%/100%」或「非常不贊成/非常贊成」。另問卷最後的開放式問答題，多增一題「是否遇到病患使用本問卷列舉項目之外的療法」。

3.4.3 進行正式問卷調查

研究進行前，先與選取的三所醫院安寧病房負責人連繫，其中花蓮慈濟心蓮病房同意直接請醫護人員填寫問卷，而馬偕醫院與大林慈濟醫院表示需先通過院內倫理委員會審查方可對醫護人員進行問卷調查。因此備妥資料分別送交馬偕紀念醫院人體試驗委員會及佛教大林慈濟綜合醫院研究倫理委員會審核，審核通過並呈交該院護理部同意後，將問卷發放給合乎選取條件之醫護人員。馬偕紀念醫院人體試驗委員會同意臨床試驗證明書見附錄 F，大林慈濟醫院同意臨床試驗證明書及倫理委員會審查結果核准決定書見附錄 G、H。

問卷發放方式，花蓮慈濟心蓮病房採統一郵寄，由該病房主任醫師的助理代為收發，完成後寄回給研究者。大林慈濟心蓮病房，醫師部分請家庭醫學科總醫師利用科內會議時間請符合條件的醫師填寫，護理師則交由護理部督導協助收發。馬偕醫院安寧中心的臨床照顧醫師包括放射腫瘤科與家庭醫學科，家庭醫學科醫師的問卷採附回函的郵寄方式，放射腫瘤科醫師及病房護理人員，由研究者親自前往該院，利用會議時間請醫護人員填寫，部分當天未上班的醫護人員，則請中心的教育管理師代為回收。

3.5 資料處理與分析

本研究收集所得問卷後進行資料檢查除錯，資料經譯碼及建檔後輸入電腦，以 SPSS 13.0 for Windows 套裝軟體進行統計，再依本研究目的及變項性質，選擇適當統計方法進行資料分析。以次數分配 (frequency) 檢查是否有遺漏資料及輸入錯誤。人口學特徵方面，性別、年齡、宗教信仰、執照有無或專科別，以次數分配及比例呈現，年齡、宗教信仰選項，另以 Fisher's exact test 比較醫護間異同，從事臨床工作與安寧工作年資，計算平均分 \pm 標準差，再以 t 檢定比較醫護間之差異。另有一題目（醫師組第 24 題，護理師組第 23 題）以開放式問答詢問醫護人原本身曾嘗試西醫以外的哪些療法來促進身體健康或治療疾病，將受訪者所填答案依本研究定義的六類療法，填寫使用則輸入「1」，未填寫使用輸入「0」，填寫本研究定義外的療法，則於「其他療法」中註明。以次數分配及比例呈現醫護人員自身使用輔助與替代醫療情形。

主問卷部分，十點計分法的題目以平均分 \pm 標準差呈現，第 6 題複選題（知道病患使用輔助與替代醫療後的主動討論情形）將所有可能的複選組合列出、重新編碼，每份問卷對應勾選答案鍵入所屬代號，以交叉表(crosstabs)檢查輸入正確性，以次數分配與比例表現整體，其後簡化為「不主動討論」、「主動與一方討論」、「主動與兩方討

論」、「主動與三方討論」四種結果，再統計各結果之次數分配與比例，並以 Fisher's exact test 檢定六種療法及醫護間的差異。

將六項療法的平均得分進行組間比較，以 ANOVA 統計組間差異，若 $p < 0.05$ ，再以事後比較分析，選取 Sidak 的 p 值，防止因多重比較而增加統計上的偽陽性(type II error)。此外，本研究將研究對象分為醫師與護理師二組進行比較，分別計算二組之平均分 \pm 標準差，以 t 檢定比較二者是否有顯著差異。醫、護二組並分別以 ANOVA 進行各題六項療法間的比較。

為判別本研究統計結果，醫、護二組對輔助與替代醫療的態度差異，是否受年齡、年資、宗教信仰的因素的影響，將上述變項以多重迴歸分析統計。

第四章 研究結果

4.1 填答醫護人員特性

本研究於 2008 年 12 月至 2009 年 4 月間進行，按各醫院安寧病房回報之醫護人數發給問卷：馬偕醫院醫師 23 份，護士 49 份，專科護理師 8 份；大林慈濟醫院醫師 11 份，護士 17 份，專科護理師 2 份；花蓮慈濟醫院醫師 5 份，護士 12 份。回收問卷共計 95 份，總回收率為 74.8%，包括馬偕醫院 56 份（醫師 14 名，護士 35 名，專科護理師 7 名），大林慈濟醫院 25 份（醫師 9 名，護士 14 名，專科護理師 2 名），花蓮慈濟醫院 14 份（醫師 5 名，護士 9 名），問卷回收情形詳見表 4.1。由於專科護理師組人數偏少，本研究統計將護士與專科護理師二組合併，以「護理師」稱之。

4.1.1 人口學分布

本研究填答醫護人員，包括 28 位醫師(29.5%)及 67 位護理師(70.5%)，其中 22 名男性(23.2%)皆為醫師，73 名女性(76.8%)則包含 6 位醫師及 67 位護理師，年齡層分佈以 26 至 35 歲最多，計 62 人(65.3%)，包括 16 位醫師及 46 位護理師；其次依序為 25 歲及以下 16 人(16.8%)，均為護理師；36 至 45 歲 12 人(12.6%)，包括 8

位醫師及 4 位護理師；46 至 55 歲有 3 人(3.2%)，其中 2 位為醫師；56 至 65 歲 2 人(2.1%)均為醫師，醫師與護理師在年齡分布上有顯著差異($p < 0.001$) (表 4.2 及 4.3)。

宗教信仰方面，無宗教信仰者 31 位 (佔有作答者之 33.7%)，佛教 23 位(25.0%)，基督教 18 位(19.6%)，民間信仰 19 位(20.7%)，無人勾選天主教，有 1 位勾選「其他」項目(1.1%)，但未註明信仰宗教為何，另有三人未作答，醫師組與護理師組在個人宗教信仰上亦有顯著差異($p = 0.019$)，詳見表 4.3。如以醫院的宗教屬性區分，佛教醫院(包括花蓮慈濟醫院及大林慈濟醫院)的 39 位填答醫護人員中，無宗教信仰者 11 位 (佔有作答者之 29.7%)，佛教 14 位(37.8%)，基督教 2 位(5.4%)，民間信仰 9 位(24.3%)，1 位(2.7%)填答「其他」，2 人未作答，基督教醫院 (即馬偕醫院) 則為無宗教信仰者 20 位(36.4%)，佛教 9 位(16.4%)，基督教 16 位(29.1%)，民間信仰 10 位(18.2%)，也有 1 遺漏值，任職於此二種不同宗教醫院的醫護人員，其個人信仰宗教有顯著不同($p = 0.007$) (表 4.4)。

在服務年資部分，平均臨床工作年數為 7.22 ± 5.73 年，平均安寧工作年數則為 4.82 ± 3.96 年，醫師與護理師在平均臨床及安寧工作年數上皆未達統計上顯著差異 (表 4.3)。

醫師方面，有 7 位(25%)屬於放射腫瘤科，20 位(71.4%)屬於家

庭醫學科，1 位(3.6%)二科兼具，醫師當中 32.1%具有安寧專科執照，21.4%具有中醫師執照 (表 4.5)。

4.1.2 醫護人員自身使用輔助與替代醫療的情形

受訪醫護人員中，曾嘗試芳香療法來促進身體健康或治療疾病者有 22 位(23.2%)，嘗試過藝術療法者 10 位(10.5%)，心靈療法 9 位(9.5%)，飲食療法 12 位(12.6%)，中醫療法 38 位(40%)，民俗療法 10 位(10.5%)。另有 21 位(22.1%)提及使用過本研究未列舉的輔助與替代醫療項目，包括靈氣、武術、淋巴循環按摩、刮痧、腳底按摩、運動、經絡理療、寵物、心理諮商、穴位按摩、排毒、放血。總體來說，至少嘗試過一種輔助與替代醫療的醫護人員佔 56.8% (54 人)。

依醫師組與護理師組區分，醫師組方面，嘗試過一種或以上的輔助與替代醫療者佔 57.1% (16 人)，嘗試過芳香療法者有 5 位(17.9%)，藝術療法 3 位(10.7%)，心靈療法 2 位(7.1%)，飲食療法 3 位(10.7%)，中醫療法 12 位(42.9%)，民俗療法 5 位(17.9%)，另有 4 位(14.3%)提及使用過本研究未列舉的輔助與替代醫療項目。護理師組 56.7% (38 人) 嘗試過至少一種輔助與替代醫療，嘗試過芳香療法者有 17 位(25.4%)，藝術療法 7 位(10.4%)，心靈療法 7 位(10.4%)，飲食療法 9 位(13.4%)，中醫療法 26 位(38.8%)，民俗療法 5 位

(7.5%)，其他輔助與替代醫療 17 位(25.4%)，醫師組與護理師組在自身使用輔助與替代醫療的比例上並無顯著差異，詳見表 4.6。

表 4.1 研究問卷回收情形

醫院	組別	問卷發放數	問卷回收數	回收百分比
整體		127	95	74.8%
馬偕	醫師	23	14	60.9%
	護士	49	35	71.4%
	專科護理師	8	7	87.5%
大林慈濟	醫師	11	9	81.8%
	護士	17	14	82.4%
	專科護理師	2	2	100%
花蓮慈濟	醫師	5	5	100%
	護士	12	9	75%

表 4.2 人口學分布

特性	人數 (n)	百分比 (%)
性別		
男	22	23.2
女	73	76.8
年齡 (歲)		
≤25	16	16.8
26-35	62	65.3
36-45	12	12.6
46-55	3	3.2
≥56	2	2.1
職業		
醫師	28	29.5
護理師	67	70.5
醫院		
馬偕	56	58.9
大林慈濟	25	26.3
花蓮慈濟	14	14.7
宗教		
無	31	32.6
佛教	23	24.2
基督教	18	18.9
民間信仰	19	20.0
其他	1	1.1
遺漏值	3	3.2
本身使用過輔助與替代醫療		
飲食療法	12	12.6
心靈療法	9	9.5
民俗療法	10	10.5
中醫療法	38	40
藝術療法	10	10.5
芳香療法	22	23.2
其他	21	22.1

表 4.3 醫師組與護理師組的人口學分布比較

療法類別	整體 N=95	組別		p 值
		醫師 n=28	護理師 n=67	
年齡層(歲)				<0.001 [*]
≤25	16(16.8%)	0	16(23.9%)	
26-35	62(65.3%)	16(57.1%)	46(68.7%)	
36-45	12(12.6%)	8(28.6%)	4(6.0%)	
46-55	3(3.2%)	2(7.1%)	1(1.5%)	
56-65	2(2.1%)	2(7.1%)	0	
臨床工作年數	7.22±5.73	8.95±8.06	6.45±4.17 ¹	0.131 ^{**}
安寧工作年數	4.82±3.96	4.68±5.99	4.87±2.77	0.874 ^{**}
宗教信仰				0.019 [*]
無	31(33.7%)	13(48.1%)	18(27.7%)	
佛教	23(25.0%)	6(2.2%)	17(26.2%)	
基督教	18(19.6)	6(2.2%)	12(18.5%)	
天主教	0(0%)	0(0%)	0(0%)	
民間信仰	19(20.7%)	1(3.7%)	18(27.7)	
其他	1(1.1%)	1(3.7%)	0(0%)	
遺漏值	3	1	2	

^{*} 以 Fisher's exact test 比較「醫師」與「護理師」二組之間的差異

^{**} 以 t 檢定比較「醫師」與「護理師」二組之間的差異

¹ 有 4 個遺漏值

表 4.4 不同宗教醫院的醫護人員其個人宗教信仰比較

個人宗教	整體 N=95	醫院宗教屬性		p 值 [*]
		佛教 n=39	基督教 n=56	
無	31(33.7%)	11(29.7%)	20(36.4%)	0.007
佛教	23(25.0%)	14(37.8%)	9(16.4%)	
基督教	18(19.6%)	2(5.4%)	16(29.1%)	
天主教	0(0%)	0(0%)	0(0%)	
民間信仰	19(20.7)	9(24.3%)	10(18.2%)	
其他	1(1.1%)	1(2.7%)	0(0%)	
遺漏值	3	2	1	

^{*} 以 Fisher's exact test 比較「佛教醫院」與「基督教醫院」二組之間的差異

表 4.5 醫師組的性別分布及專科執照別

變項	人數	百分比(%)
性別		
男	22	78.6
女	6	21.4
中醫執照		
有	6	21.4
無	22	78.6
安寧執照		
有	9	32.1
無	19	67.9
專科別		
家庭醫學科	20	71.4
放射腫瘤科	7	25.0
家庭醫學科+放射腫瘤科	1	3.6

表 4.6 醫護人員自身使用輔助與替代醫療情形

療法類別	整體 N=95	組別		p 值 [*]
		醫師 n=28	護理師 n=67	
芳香療法	22 (23.2%)	5 (17.9%)	17 (25.4%)	0.595
藝術療法	10 (10.5%)	3 (10.7%)	7 (10.4%)	1.000
心靈療法	9 (9.5%)	2 (7.1%)	7 (10.4%)	1.000
飲食療法	12 (12.6%)	3 (10.7%)	9 (13.4%)	1.000
中醫療法	38 (40.0%)	12 (42.9%)	26 (38.8%)	0.819
民俗療法	10 (10.5%)	5 (17.9%)	5 (7.5%)	0.153
其他療法	21 (22.1%)	4 (14.3%)	17 (25.4%)	0.288
上述任一療法	54 (56.8%)	16 (57.1%)	38 (56.7%)	0.981

* 以 Fisher's exact test 比較「醫師」與「護理師」二組之間的差異



4.2 醫護人員對病患使用輔助與替代醫療的態度

4.2.1 對輔助與替代醫療的療效與安全性的態度

回收的 95 份問卷的各題分數平均值及標準差如下：認為輔助與替代醫療對於緩和病患身體症狀的效果如何 (1 分代表總是無效，10 分代表總是有效)，芳香療法 6.24 ± 1.68 ，藝術療法 5.73 ± 1.75 ，心靈療法 6.33 ± 1.68 ，飲食療法 4.85 ± 1.82 ，中醫療法 5.92 ± 1.60 ，民俗療法 4.40 ± 1.87 ，詳見表 4.7。以 ANOVA 比較六項療法，發現組間呈顯著差異 ($p < 0.001$)，再以事後比較分析，芳香療法與飲食 ($p < 0.001$)、民俗療法 ($p < 0.001$) 呈顯著差異。藝術療法同樣與飲食 ($p = 0.008$)、民俗療法 ($p < 0.001$) 呈顯著差異。心靈療法與飲食療法 ($p < 0.001$) 及民俗療法 ($p < 0.001$) 達顯著差異。飲食療法除與芳香、藝術、心靈療法外，尚與中醫療法 ($p < 0.001$) 有顯著差異。中醫療法與民俗療法呈顯著差異 ($p < 0.001$)。歸結統計結果，本題平均分中，飲食療法與民俗療法為同類，其得分低於心靈、中醫、藝術、芳香療法的另一類。

認為輔助與替代醫療對於緩和病患心靈症狀的效果如何 (1 分代表總是無效，10 分代表總是有效)，芳香療法 6.33 ± 1.81 ，藝術療法 6.46 ± 1.70 ，心靈療法 7.01 ± 1.48 ，飲食療法 4.76 ± 1.91 ，中醫療法 5.44 ± 1.71 ，民俗療法 5.48 ± 2.05 ，詳見表 4.8。六項療法間有顯著

差異($p < 0.001$)，其中芳香療法與飲食($p < 0.001$)、中醫($p = 0.010$)、民俗療法($p = 0.018$)呈顯著差異。藝術療法同樣與飲食($p < 0.001$)、中醫($p = 0.001$)、民俗療法($p = 0.003$)呈顯著差異。心靈療法與飲食($p < 0.001$)、民俗($p < 0.001$)及中醫療法($p < 0.001$)達顯著差異。歸結統計結果，本題平均分中，心靈、藝術、芳香療法為同類，平均得分較高，而飲食、民俗、中醫療法則屬另一類。

認為使用輔助與替代醫療是否發生副作用 (1 分代表總是發生，10 分代表從不發生)，芳香療法 7.17 ± 2.37 ，藝術療法 7.12 ± 2.45 ，心靈療法 6.90 ± 2.26 ，飲食療法 6.00 ± 2.16 ，中醫療法 5.57 ± 1.77 ，民俗療法 4.47 ± 2.06 ，詳見表 4.9。六項療法間有顯著差異 ($p < 0.001$)，其中芳香療法與飲食($p = 0.004$)、中醫($p < 0.001$)、民俗療法($p < 0.001$)呈顯著差異。藝術療法同樣與飲食($p = 0.008$)、中醫($p < 0.001$)、民俗療法($p < 0.001$)呈顯著差異。心靈療法與中醫($p = 0.001$)及民俗($p < 0.001$)達顯著差異。飲食療法除與芳香、藝術療法外，與民俗療法亦達顯著差異($p < 0.001$)。中醫療法除與芳香、藝術及心靈療法外，尚與民俗療法呈顯著差異($p = 0.010$)。歸結統計結果，民俗療法平均得分最低，與其他五種療法皆顯著不同。芳香與藝術療法得分顯著高於飲食與中醫療法，心靈療法則與此二分組均未達顯著差異。

4.2.2 醫病溝通相關問題

與醫病溝通相關的問題中，除第 6 題為複選題外，其餘亦為十點計分法單選，其平均值及標準差如下：平時會主動詢問病患是否使用輔助與替代醫療 (1 分代表總是詢問，10 分代表從不詢問)，芳香療法 5.07 ± 2.70 ，藝術療法 5.66 ± 2.50 ，心靈療法 4.96 ± 2.57 ，飲食療法 4.64 ± 2.52 ，中醫療法 4.59 ± 2.64 ，民俗療法 4.95 ± 2.74 。六種療法的平均得分未達顯著差異($p=0.070$)，詳見表 4.10。

認為與病患討論輔助與替代醫療會對醫病關係有負面影響 (1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意)，芳香療法 2.43 ± 1.43 ，藝術療法 2.55 ± 1.60 ，心靈療法 2.82 ± 1.78 ，飲食療法 2.91 ± 1.92 ，中醫療法 3.45 ± 2.11 ，民俗療法 4.35 ± 2.55 ，詳見表 4.11。六項療法間有顯著差異($p < 0.001$)，其中芳香療法與中醫($p=0.005$)、民俗療法($p < 0.001$)呈顯著差異。藝術療法同樣與中醫($p=0.023$)、民俗療法($p < 0.001$)呈顯著差異。心靈療法($p < 0.001$)及飲食療法($p < 0.001$)皆與民俗療法有顯著差異。中醫療法除與藝術、芳香療法外，尚與民俗療法達顯著差異($p=0.023$)。歸結統計結果，民俗療法平均得分最高，中醫療法得分高於藝術及芳香療法。

認為醫護人員若對輔助與替代醫療持反對態度，會降低病患使用率 (1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意)，芳香療法

5.06±2.51，藝術療法 5.15±2.53，心靈療法 4.62±2.52，飲食療法 5.21±2.56，中醫療法 4.54±2.43，民俗療法 4.73±2.49，六種療法的平均得分未達顯著差異($p=0.281$)，詳見表 4.12。

認為醫護人員若對輔助與替代醫療持反對態度，會降低病患求生意願（1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意），芳香療法 3.41±2.23，藝術療法 3.50±2.38，心靈療法 4.03±2.74，飲食療法 3.79±2.54，中醫療法 4.51±2.63，民俗療法 4.40±2.77，詳見表 4.13。以 ANOVA 比較六項療法， p 值為 0.012，再以事後比較分析，各組間均未達顯著差異。

認為與病患討論輔助與替代醫療比與病患討論西醫治療更難達成共識（1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意），芳香療法 4.02±2.15，藝術療法 4.15±2.19，心靈療法 4.54±2.38，飲食療法 4.91±2.28，中醫療法 5.77±2.21，民俗療法 6.16±2.53，詳見表 4.14。六項療法間有顯著差異($p<0.001$)，其中芳香療法、藝術療法及心靈療法的平均分，均顯著低於中醫療法及民俗療法（除心靈 vs. 中醫的 $p=0.004$ ，其餘皆 <0.001 ）。飲食療法平均分則顯著低於中醫療法($p=0.003$)。

認為教育病患認識輔助與替代醫療是醫護人員的職責（1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意），芳香療法 6.21±2.33，藝術療法

5.96±2.40，心靈療法 5.99±2.43，飲食療法 6.41±2.44，中醫療法 5.27±2.49，民俗療法 4.56±2.59，詳見表 4.15。六項療法間有顯著差異($p < 0.001$)，其中芳香療法($p < 0.001$)、藝術療法($p = 0.001$)及心靈療法($p = 0.001$)的平均分，均顯著高於民俗療法。飲食療法則與中醫療法($p = 0.021$)及民俗療法($p < 0.001$)呈顯著差異。

若知道病患使用輔助與替代醫療，醫護人員將如何討論此一情況，在芳香療法部分，10 人(10.8%)僅主動與團隊討論，25 人(26.9%)僅主動與病患討論，3 人(3.2%)僅主動與家屬討論，10 人(10.8%)主動與團隊及病患討論，2 人(2.2%)主動與團隊及家屬討論，10 人(10.5%)主動與病患及家屬討論，28 人(30.1%)同時會與團隊、病患及家屬討論，5 人(5.4%)不主動討論，有一人第 6 大題漏填，另一人漏填本題芳香療法項目，此二漏填者均列為遺漏值。在藝術療法部分，15 人(16.1%)僅主動與團隊討論，20 人(21.5%)僅主動與病患討論，5 人(5.4%)僅主動與家屬討論，8 人(8.6%)主動與團隊及病患討論，2 人(2.2%)主動與團隊及家屬討論，5 人(5.4%)主動與病患及家屬討論，27 人(29.0%)同時會與團隊、病患及家屬討論，11 人(11.8%)不主動討論，也有一人漏填本小題。在心靈療法部分，20 人(21.3%)僅主動與團隊討論，20 人(21.3%)僅主動與病患討論，2 人(2.1%)僅主動與家屬討論，6 人(6.4%)主動與團隊及病患討論，4 人(4.3%)主

動與團隊及家屬討論，7 人(7.4%)主動與病患及家屬討論，30 人(31.9%)同時會與團隊、病患及家屬討論，5 人(5.3%)不會主動討論。在飲食療法部分，有 11 人(佔有效填答之 11.8%)僅主動與團隊討論，15 人(16.1%)僅主動與病患討論，7 人(7.5%)僅主動與家屬討論，3 人(3.2%)主動與團隊及病患討論，2 人(2.2%)主動與團隊及家屬討論，14 人(15.1%)主動與病患及家屬討論，35 人(37.6%)同時會與團隊、病患及家屬討論，有 6 人(6.5%)表示不會主動討論，有一人因勾選「主動與家屬討論」及「不主動討論」，二答案相互矛盾，亦歸為遺漏值。在中醫療法部分，17 人(18.3%)僅主動與團隊討論，12 人(12.9%)僅主動與病患討論，而僅主動與家屬討論、主動與團隊及家屬討論、主動與病患及家屬討論、及不主動討論者，均分別為 5 人(5.4%)，主動與團隊及病患討論者有 3 人(3.2%)，同時與團隊、病患及家屬討論者為 41 人(44.1%)，有一人漏填本小題。在民俗療法部分，19 人(20.4%)僅主動與團隊討論，8 人(8.6%)僅主動與病患討論，6 人(6.5%)僅主動與家屬討論，2 人(2.2%)主動與團隊及病患討論，6 人(6.5%)主動與團隊及家屬討論，9 人(9.7%)主動與病患及家屬討論，33 人(35.5%)同時會與團隊、病患及家屬討論，10 人(10.8%)不主動討論，有一人答案相矛盾。

若依討論對象數區分，歸納成四組，包括(1)未與他人討論(即

原不主動討論一組)。(2)與其中一方討論(包括僅主動與團隊討論、僅主動與病患討論、僅主動與家屬討論)。(3)與其中兩方討論(包括主動與團隊及病患討論、僅主動與團隊及家屬討論、僅主動與病患及家屬討論)。(4)與三方討論(同時與團隊、病患、家屬討論)。而未填寫者以及答案相矛盾者均視為遺漏值。則扣除遺漏值後,在芳香療法部分,有5人(5.4%)未與他人討論,38人(40.9%)與其中一方討論,22人(23.7%)與其中兩方討論,28人(30.1%)與三方討論。在藝術療法部分,有11人(11.8%)未與他人討論,40人(43.0%)與其中一方討論,15人(16.1%)與其中兩方討論,27人(29.0%)與三方討論。心靈療法,有5人(5.3%)未與他人討論,42人(44.7%)與其中一方討論,17人(18.1%)與其中兩方討論,30人(31.9%)與三方討論。飲食療法,有6人(6.5%)未與他人討論,33人(35.5%)與其中一方討論,19人(20.4%)與其中兩方討論,35人(37.6%)與三方討論。中醫療法,有5人(5.4%)未與他人討論,34人(36.6%)與其中一方討論,13人(14.0%)與其中兩方討論,41人(44.1%)與三方討論。民俗療法,有10人(10.8%)未與他人討論,33人(35.5%)與其中一方討論,17人(18.3%)與其中兩方討論,30人(35.5%)與三方討論。六種療法的討論情形並無顯著差異($p=0.268$)。詳見表 4.16。

4.2.3 綜合性的整體態度

若有關單位提供關於輔助與替代醫療的課程，醫護人員是否有意願參加（1分代表非常不同意，10分代表非常同意），受訪者填答平均值及標準差為：芳香療法 8.20 ± 1.77 ，藝術療法 7.97 ± 1.91 ，心靈療法 7.78 ± 2.03 ，飲食療法 7.60 ± 2.08 ，中醫療法 7.58 ± 1.95 ，民俗療法 6.40 ± 2.58 ，詳見表 4.17。療法間有顯著差異($p < 0.001$)，醫護人員參加民俗療法課程的意願，顯著低於其他五種療法($p \leq 0.001$)。

是否認為輔助與替代醫療可經由法律制定得到適當管理（1分代表非常不同意，10分代表非常同意），芳香療法 5.96 ± 2.84 ，藝術療法 5.57 ± 2.80 ，心靈療法 5.32 ± 2.89 ，飲食療法 6.10 ± 2.89 ，中醫療法 6.93 ± 2.73 ，民俗療法 5.58 ± 3.14 ，詳見表 4.18。六項療法間有顯著差異($p = 0.002$)，中醫療法平均得分顯著高於藝術($p = 0.019$)、心靈($p = 0.002$)及民俗療法($p = 0.020$)。

據臨床經驗推估，安寧病房病患在癌症治療過程中接受過輔助與替代醫療的比例（1分代表 0%，10分代表 100%），芳香療法 6.04 ± 2.38 ，藝術療法 4.86 ± 2.35 ，心靈療法 6.20 ± 2.20 ，飲食療法 6.56 ± 2.12 ，中醫療法 6.90 ± 1.86 ，民俗療法 6.32 ± 2.01 ，詳見表 4.19。療法間有顯著差異($p < 0.001$)，醫護人員推估病患接受藝術療法的比例，顯著低於其他五種療法（芳香 $p = 0.003$ ，其餘 $p < 0.001$ ）。

整體而言，對病患使用輔助與替代醫療的態度 (1 分代表非常不贊成，10 分代表非常贊成)，芳香療法 7.97 ± 1.69 ，藝術療法 7.84 ± 1.73 ，心靈療法 7.81 ± 1.91 ，飲食療法 7.04 ± 2.00 ，中醫療法 7.12 ± 1.80 ，民俗療法 5.33 ± 2.26 ，詳見表 4.20。六項療法間有顯著差異 ($p < 0.001$)，芳香療法與飲食 ($p = 0.013$)、中醫 ($p = 0.032$)、民俗療法 ($p < 0.001$) 呈顯著差異。藝術、心靈、飲食、中醫療法亦與民俗療法呈顯著差異 ($p < 0.001$)。

4.3 醫護人員對輔助與替代醫療的態度與填答醫護人員特性之相關性

4.3.1 醫護分組結果

第 1 題，認為輔助與替代醫療對於緩和病患身體症狀的效果如何 (1 分代表總是無效，10 分代表總是有效)，醫師組的芳香療法 6.11 ± 1.47 ，藝術療法 5.43 ± 1.57 ，心靈療法 6.11 ± 1.62 ，飲食療法 5.39 ± 1.71 ，中醫療法 6.50 ± 1.14 ，民俗療法 4.64 ± 1.89 。以 ANOVA 比較六項療法，發現組間呈顯著差異 ($p < 0.001$)，再以事後比較分析結果，民俗療法平均分顯著低於芳香 ($p = 0.010$)、心靈 ($p = 0.010$)、中醫療法 ($p < 0.001$)。護理師組的芳香療法 6.30 ± 1.77 ，藝術療法 5.85 ± 1.81 ，心靈療法 6.42 ± 1.71 ，飲食療法 4.62 ± 1.83 ，中醫療法

5.67±1.70，民俗療法 4.30±1.87。六項療法間呈顯著差異 (p<0.001)，民俗療法及飲食療法的平均分顯著低於芳香、藝術、心靈與中醫療法。詳見表 4.7 及圖 4.1。

第 2 題，認為輔助與替代醫療對於緩和病患心靈症狀的效果如何 (1 分代表總是無效，10 分代表總是有效)，醫師組，芳香療法 5.75±1.73，藝術療法 5.96±1.79，心靈療法 7.11±1.42，飲食療法 4.89±1.55，中醫療法 5.19±1.57，民俗療法 5.39±1.81。六項療法間呈顯著差異(p<0.001)，心靈療法平均分顯著高於芳香(p=0.037)、飲食(p<0.001)、中醫(p<0.001)、民俗療法(p=0.002)。護理師組，芳香療法 6.57±1.79，藝術療法 6.67±1.63，心靈療法 6.97±1.52，飲食療法 4.70±2.05，中醫療法 5.54±1.77，民俗療法 5.52±2.15。六項療法間呈顯著差異(p<0.001)，芳香、藝術、心靈療法的平均分顯著高於飲食、中醫及民俗療法。詳見表 4.8 及圖 4.2。

第 3 題，認為使用輔助與替代醫療是否發生副作用 (1 分代表總是發生，10 分代表從不發生)，醫師組，芳香療法 6.63±2.40，藝術療法 6.96±2.74，心靈療法 6.81±2.13，飲食療法 6.30±2.05，中醫療法 5.77±1.50，民俗療法 4.27±1.46。六項療法間呈顯著差異 (p<0.001)，民俗療法平均分顯著低於芳香 (p=0.001)、藝術 (p<0.001)、心靈(p<0.001)、飲食療法(p=0.009)。護理師組，芳香

療法 7.39 ± 2.34 ，藝術療法 7.18 ± 2.34 ，心靈療法 6.94 ± 2.32 ，飲食療法 5.88 ± 2.20 ，中醫療法 5.49 ± 1.86 ，民俗療法 4.55 ± 2.26 。六項療法間呈顯著差異($p < 0.001$)，其中芳香及藝術療法皆與飲食、中醫($p < 0.001$)、民俗療法($p < 0.001$)呈顯著差異。中醫療法除與芳香及藝術療法外，尚與心靈療法達顯著差異($p = 0.003$)。民俗療法則還與心靈($p < 0.001$)及飲食療法($p = 0.009$)有顯著差異。詳見表 4.9 及圖 4.3。

第 4 題，平時會主動詢問病患是否使用輔助與替代醫療 (1 分代表總是詢問，10 分代表從不詢問)，醫師組，芳香療法 5.85 ± 2.76 ，藝術療法 5.89 ± 2.67 ，心靈療法 5.00 ± 2.62 ，飲食療法 4.89 ± 2.82 ，中醫療法 5.30 ± 2.77 ，民俗療法 6.22 ± 2.65 。護理師組，芳香療法 4.76 ± 2.63 ，藝術療法 5.57 ± 2.44 ，心靈療法 4.94 ± 2.58 ，飲食療法 4.54 ± 2.40 ，中醫療法 4.30 ± 2.55 ，民俗療法 4.43 ± 2.63 。六種療法平均得分在醫($p = 0.380$)、護($p = 0.055$)二組均未達顯著差異。詳見表 4.10 及圖 4.4。

第 5 題，認為與病患討論輔助與替代醫療會對醫病關係有負面影響 (1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意)，醫師組，芳香療法 2.37 ± 1.33 ，藝術療法 2.30 ± 1.32 ，心靈療法 2.63 ± 1.76 ，飲食療法 2.48 ± 1.53 ，中醫療法 2.85 ± 2.03 ，民俗療法 4.00 ± 2.43 。六項療法間呈顯著差異($p = 0.006$)，民俗療法平均分顯著高於芳香($p = 0.014$)、

藝術 ($p=0.008$)、飲食療法 ($p=0.030$)。護理師組，芳香療法 2.45 ± 1.48 ，藝術療法 2.66 ± 1.69 ，心靈療法 2.90 ± 1.80 ，飲食療法 3.09 ± 2.04 ，中醫療法 3.69 ± 2.10 ，民俗療法 4.49 ± 2.60 。六項療法間呈顯著差異($p<0.001$)，其中芳香及藝術療法均與中醫及民俗療法呈顯著差異。而民俗療法尚與心靈($p<0.001$)及飲食療法($p=0.001$)達顯著差異。詳見表 4.11 及圖 4.5。

第 6 題，若知道病患使用輔助與替代醫療，醫護人員將如何討論此一情況，依討論對象數區分，扣除遺漏值後，醫師組在芳香療法部分，有 1 人(3.8%)未與他人討論，10 人(38.5%)與其中一方討論，3 人(11.5%)與其中兩方討論，12 人(46.2%)與三方討論。護理師組在芳香療法部分，有 4 人(6.0%)未與他人討論，28 人(41.8%)與其中一方討論，19 人(28.4%)與其中兩方討論，16 人(23.9%)與三方討論。在藝術療法部分，醫師組有 3 人(11.5%)未與他人討論，9 人(34.6%)與其中一方討論，3 人(11.5%)與其中兩方討論，11 人(42.3%)與三方討論；護理師有 8 人(11.9%)未與他人討論 31 人(46.3%)與其中一方討論，12 人(17.9%)與其中兩方討論，16 人(23.9%)與三方討論。心靈療法，醫師組有 2 人(7.4%)未與他人討論，9 人(33.3%)與其中一方討論，3 人(11.1%)與其中兩方討論，13 人(48.1%)與三方討論；護理師有 3 人(4.5%)未與他人討論，33 人(49.3%)與其中一方討論，

14 人(20.9%)與其中兩方討論，17 人(25.4%)與三方討論。飲食療法，醫師組有 1 人(3.7%)未與他人討論，7 人(25.9%)與其中一方討論，6 人(22.2%)與其中兩方討論，13 人(48.1%)與三方討論；護理組有 5 人(7.6%)未與他人討論，26 人(39.4%)與其中一方討論，13 人(19.7%)與其中兩方討論，22 人(33.3%)與三方討論。中醫療法，醫師組無人表示未與他人討論，6 人(22.2%)與其中一方討論，3 人(11.1%)與其中兩方討論，18 人(66.7%)與三方討論；護理師有 5 人(7.6%)未與他人討論，28 人(42.4%)與其中一方討論，10 人(15.2%)與其中兩方討論，23 人(34.8%)與三方討論。民俗療法，醫師組無人表示未與他人討論，5 人(19.2%)與其中一方討論，6 人(23.1%)與其中兩方討論，15 人(57.7%)與三方討論；護理師有 10 人(14.9%)未與他人討論，28 人(41.8%)與其中一方討論，11 人(16.4%)與其中兩方討論，18 人(26.9%)與三方討論。以 ANOVA 比較六種療法的討論情形，在醫師組($p=0.180$)、護理師組($p=0.558$)均無顯著差異。詳見表 4.21。

第 7 題，認為醫護人員若對輔助與替代醫療持反對態度，會降低病患使用率（1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意），醫師組芳香療法 5.30 ± 2.23 ，藝術療法 5.22 ± 2.29 ，心靈療法 4.78 ± 2.26 ，飲食療法 5.33 ± 2.27 ，中醫療法 4.37 ± 2.32 ，民俗療法 4.85 ± 2.46 ，醫師組六種療法的平均得分未達顯著差異($p=0.608$)。護理師組芳香療

法 4.97 ± 2.62 ，藝術療法 5.12 ± 2.64 ，心靈療法 4.55 ± 2.64 ，飲食療法 5.16 ± 2.69 ，中醫療法 4.61 ± 2.49 ，民俗療法 4.69 ± 2.52 ，護理師組六種療法的平均得分亦未達到顯著差異($p=0.617$)。詳見表 4.12 及圖 4.6。

第 8 題，認為醫護人員若對輔助與替代醫療持反對態度，會降低病患求生意願（1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意），醫師組芳香療法 3.19 ± 1.98 ，藝術療法 3.15 ± 1.94 ，心靈療法 3.89 ± 2.44 ，飲食療法 3.59 ± 2.41 ，中醫療法 4.22 ± 2.42 ，民俗療法 3.78 ± 2.33 ，六種療法的平均得分未達顯著差異($p=0.608$)。護理組芳香療法 3.51 ± 2.33 ，藝術療法 3.64 ± 2.53 ，心靈療法 4.09 ± 2.87 ，飲食療法 3.87 ± 2.60 ，中醫療法 4.64 ± 2.72 ，民俗療法 4.54 ± 2.91 ，以 ANOVA 比較六項療法， p 值為 0.050，再以事後比較分析，各組間均未達顯著差異。詳見表 4.13 及圖 4.7。

第 9 題，認為與病患討論輔助與替代醫療比與病患討論西醫治療更難達成共識（1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意），醫師組芳香療法 4.46 ± 1.93 ，藝術療法 4.68 ± 2.11 ，心靈療法 5.14 ± 2.35 ，飲食療法 5.39 ± 2.15 ，中醫療法 6.39 ± 1.77 ，民俗療法 6.96 ± 2.35 。六項療法間有顯著差異($p < 0.001$)，其中芳香療法及藝術療法的平均分，均顯著低於中醫療法及民俗療法。心靈療法與民俗療法間亦達顯

著差異 ($p=0.024$)。護理組芳香療法 3.84 ± 2.23 ，藝術療法 3.93 ± 2.20 ，心靈療法 4.28 ± 2.36 ，飲食療法 4.70 ± 2.32 ，中醫療法 5.51 ± 2.34 ，民俗療法 5.82 ± 2.55 。六項療法間有顯著差異 ($p<0.001$)，其中芳香療法、藝術療法及心靈療法的平均分，均顯著低於中醫療法及民俗療法。詳見表 4.14 及圖 4.8。

第 10 題，認為教育病患認識輔助與替代醫療是醫護人員的職責 (1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意)，醫師組芳香療法 6.00 ± 1.92 ，藝術療法 5.93 ± 2.12 ，心靈療法 6.21 ± 2.11 ，飲食療法 6.75 ± 2.10 ，中醫療法 6.29 ± 1.82 ，民俗療法 5.21 ± 2.38 。醫師組的六項療法間未達顯著差異 ($p=0.148$)。護理師組芳香療法 6.30 ± 2.49 ，藝術療法 5.97 ± 2.52 ，心靈療法 5.90 ± 2.56 ，飲食療法 6.27 ± 2.57 ，中醫療法 4.85 ± 2.61 ，民俗療法 4.28 ± 2.64 。六項療法間有顯著差異 ($p<0.001$)，其中民俗療法與芳香 ($p<0.001$)、藝術 ($p=0.002$)、心靈 ($p=0.005$) 及飲食療法 ($p<0.001$) 呈顯著差異，中醫療法則與芳香 ($p=0.018$) 及飲食療法 ($p=0.022$) 呈顯著差異。詳見表 4.15 及圖 4.9。

第 11 題，若有關單位提供關於輔助與替代醫療的課程，醫護人員是否有意願參加 (1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意)，醫師組芳香療法 7.54 ± 1.69 ，藝術療法 7.21 ± 1.95 ，心靈療法

7.11±2.06，飲食療法 7.79±1.62，中醫療法 7.36±1.66，民俗療法 6.25±2.46。醫師組的六項療法間未達顯著差異(p=0.069)。護理師組芳香療法 8.48±1.74，藝術療法 8.29±1.82，心靈療法 8.06±1.96，飲食療法 7.52±2.25，中醫療法 7.67±2.07，民俗療法 6.46±2.65。民俗療法與芳香(p<0.001)、藝術(p<0.001)、心靈(p<0.001)療法呈顯著差異。詳見表 4.17 及圖 4.10。

第 12 題，是否認為輔助與替代醫療可經由法律制定得到適當管理 (1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意)，醫師組芳香療法 6.18±2.61，藝術療法 5.79±2.64，心靈療法 5.18±2.76，飲食療法 5.79±2.87，中醫療法 7.14±2.63，民俗療法 5.04±3.17。六項療法間未達顯著差異(p=0.069)。護理師組芳香療法 5.87±2.95，藝術療法 5.48±2.88，心靈療法 5.37±2.96，飲食療法 6.23±2.90，中醫療法 6.84±2.78，民俗療法 5.81±3.12。以 ANOVA 比較護理師組的六項療法平均得分，p 值為 0.049，再以事後比較分析，各組間均未達顯著差異。詳見表 4.18 及圖 4.11。

第 13 題，據臨床經驗推估，安寧病房病患在癌症治療過程中接受過輔助與替代醫療的比例 (1 分代表 0%，10 分代表 100%)，醫師組芳香療法 4.39±1.85，藝術療法 3.75±2.05，心靈療法 5.54±2.08，飲食療法 6.82±2.09，中醫療法 6.59±2.02，民俗療法

6.43±1.81。療法間有顯著差異($p < 0.001$)，芳香療法平均分顯著低於飲食($p < 0.001$)、中醫($p = 0.001$)、民俗療法($p = 0.003$)，藝術療法得分則顯著低於心靈、飲食、中醫、民俗療法(心靈 $p = 0.014$ ，其餘 $p < 0.001$)。護理師組芳香療法 6.73±2.24，藝術療法 5.33±2.33，心靈療法 6.48±2.21，飲食療法 6.45±2.13，中醫療法 7.03±1.79，民俗療法 6.27±2.10。療法間有顯著差異($p < 0.001$)，護理師推估病患使用藝術療法的比例，顯著低於芳香($p = 0.003$)、心靈($p = 0.029$)、飲食($p = 0.039$)、中醫療法($p < 0.001$)。詳見表 4.19 及圖 4.12。

第 14 題，對病患使用輔助與替代醫療的態度 (1 分代表非常不贊成，10 分代表非常贊成)，醫師組芳香療法 7.36±1.59，藝術療法 7.36±1.68，心靈療法 7.54±1.86，飲食療法 7.04±1.88，中醫療法 7.21±1.62，民俗療法 4.96±2.28。療法間有顯著差異($p < 0.001$)，民俗療法平均分顯著低於芳香($p < 0.001$)、藝術($p < 0.001$)、心靈($p < 0.001$)、飲食($p = 0.001$)、中醫療法($p < 0.001$)。護理師組芳香療法 8.22±1.68，藝術療法 8.04±1.72，心靈療法 7.93±1.94，飲食療法 7.04±2.06，中醫療法 7.07±1.88，民俗療法 5.48±2.25。六項療法間有顯著差異($p < 0.001$)，民俗療法平均分顯著最低($p < 0.001$)，此外，芳香療法與飲食($p = 0.007$)、中醫($p = 0.009$)達顯著差異，藝術療法與飲食($p = 0.042$)達顯著差異。詳見表 4.20 及圖 4.13。

4.3.2 醫師與護理師比較

將研究對象分為醫師與護理師兩組，十點記分法的題目以 t 檢定比較其差異，在「認為輔助與替代醫療對於緩和身體症狀的效果如何」一題，中醫療法方面，醫師組的平均分及標準差為 6.50 ± 1.14 ，護理師組為 5.67 ± 1.70 ，醫師較護理師顯著認為中醫療法對緩和身體症狀有效 ($p=0.007$) (表 4.7)；而對於緩和心靈症狀的效果，護理師則顯著較醫師認為芳香療法有效 (6.57 ± 1.79 vs. 5.75 ± 1.73 , $p=0.044$) (表 4.8)。有關醫護人員平時是否詢問病患輔助與替代醫療的使用，結果顯示護理師顯著較醫師更常主動詢問病患是否嘗試民俗療法，護理師組的平均值為 4.43 ± 2.63 ，醫師組則為 6.22 ± 2.65 ($p=0.004$)，而對其他五類療法的詢問情形，醫護兩組並未呈現顯著差異 (表 4.10)。相似的情形出現在「認為與病患討論輔助與替代醫療比與病患討論西醫治療更難達到共識」一題，在民俗療法一項中，醫師顯著較護理師贊同此一論點 (6.96 ± 2.35 vs. 5.82 ± 2.55 , $p=0.044$) (表 4.14)。此外，醫師較護理師顯著認為教育病患認識中醫療法是醫護人員的職責 (6.29 ± 1.82 vs. 4.85 ± 2.61 , $p=0.003$) (表 4.15)。對於輔助與替代醫療課程的參加意願，護理師大致高於醫師，在芳香療法 (8.48 ± 1.74 vs. 7.54 ± 1.69 , $p=0.017$)、藝術療法 (8.29 ± 1.82 vs. 7.21 ± 1.95 , $p=0.012$) 與心靈療法 (8.06 ± 1.96 vs. 7.11 ± 2.06 ,

$p=0.036$)三項，皆達顯著差異(表 4.17)。由臨床經驗評斷病患使用輔助與替代醫療比例，在芳香療法(4.39 ± 1.85 vs. 6.73 ± 2.24 , $p<0.001$)與藝術療法(5.33 ± 2.33 vs. 3.75 ± 2.05 , $p=0.002$)兩項，護理師的推估比例顯著高於醫師(表 4.19)。對於病患使用芳香療法的態度上，護理師顯著較醫師更為正向(8.22 ± 1.68 vs. 7.36 ± 1.59 , $p=0.022$)(表 4.20)。

關於「若知道病患使用輔助與替代醫療，醫護人員將如何討論此一情況」一題的回答，醫師組與護理師組在民俗療法($p=0.005$)與中醫療法($p=0.037$)的討論情形有顯著差異。在中醫療法方面，醫師有一遺漏值，其他有效作答者中，與團隊、病患或家屬其中一方討論者佔 22.2%(6 人)，與其中兩方討論者佔 11.1%(3 人)，與三方皆討論者佔 66.7%(18 人)，無人表示不會主動討論；護理師組則有 7.6%(5 人)不會主動討論，42.4%(28 人)會與其中一方討論，15.2%(10 人)與其中兩方討論，34.8%(23 人)三方皆討論(表 4.16)。在民俗療法方面，醫師與團隊、病患或家屬其中一方討論的佔有效作答者的 19.2%(5 人)，與其中兩方討論者佔 23.1%(6 人)，與三方皆討論者佔 57.7%(15 人)，亦無人表示不會主動討論，另有 2 人未作答；護理師組有 14.9%(10 人)不會主動討論，41.8%(28 人)會與團隊、病患或家屬其中一方討論，16.4%(11 人)會與其中兩

方討論，而三方皆討論者則佔 26.9% (18 人)。當醫師知道病患使用中醫療法及民俗療法時，較護理師顯著傾向與多方討論。

4.3.3 多重線性迴歸分析

本研究對象之醫師與護理師組，在年齡分布、宗教信仰上有顯著差異，而平均臨床工作年資與安寧工作年資則無顯著差別。為判別醫、護二組對輔助與替代醫療態度的差別是與職業和工作性質直接相關，抑或是受到年齡、宗教等因素干擾，將職業別、年齡分布、宗教信仰、平均臨床工作年資及安寧工作年資為變項，做多重線性迴歸分析，發現「認為與病患討論藝術療法比與病患討論西醫治療更難達到共識」一題，原本醫、護二組以 t 檢定未達顯著差異($p=0.127$)，而以多重線性迴歸分析發現醫師顯著較護理師同意此論點($p=0.035$)，以及「參加心靈療法相關課程的意願」，t 檢定結果護理師意願顯著高於醫師($p=0.036$)，但以多重線性迴歸分析時，二組則未達顯著差異($p=0.099$)。除上述二題外，醫、護二組答題的平均得分是否達顯著差異，並未受到年齡分布、宗教信仰、平均臨床工作年資及安寧工作年資影響。

表 4.7 醫護人員認為各療法對緩和病患身體症狀的效果

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=28	護理師分數 n=67	
		芳香療法	6.24±1.68 ^{a2}	
藝術療法	5.73±1.75 ^a	5.43±1.57	5.85±1.81	0.285
心靈療法	6.33±1.68 ^a	6.11±1.62	6.42±1.71	0.414
飲食療法 ³	4.85±1.82 ^b	5.39±1.71	4.62±1.83	0.060
中醫療法	5.92±1.60 ^a	6.50±1.14	5.67±1.70	0.007
民俗療法	4.40±1.87 ^b	4.64±1.89	4.30±1.87	0.416
療法比較之 p 值	<0.001	<0.001	<0.001	

¹ 問卷問題得分，1 分代表總是無效，10 分代表總是有效。

² 上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05。

³ 飲食療法護理師組 n=66。

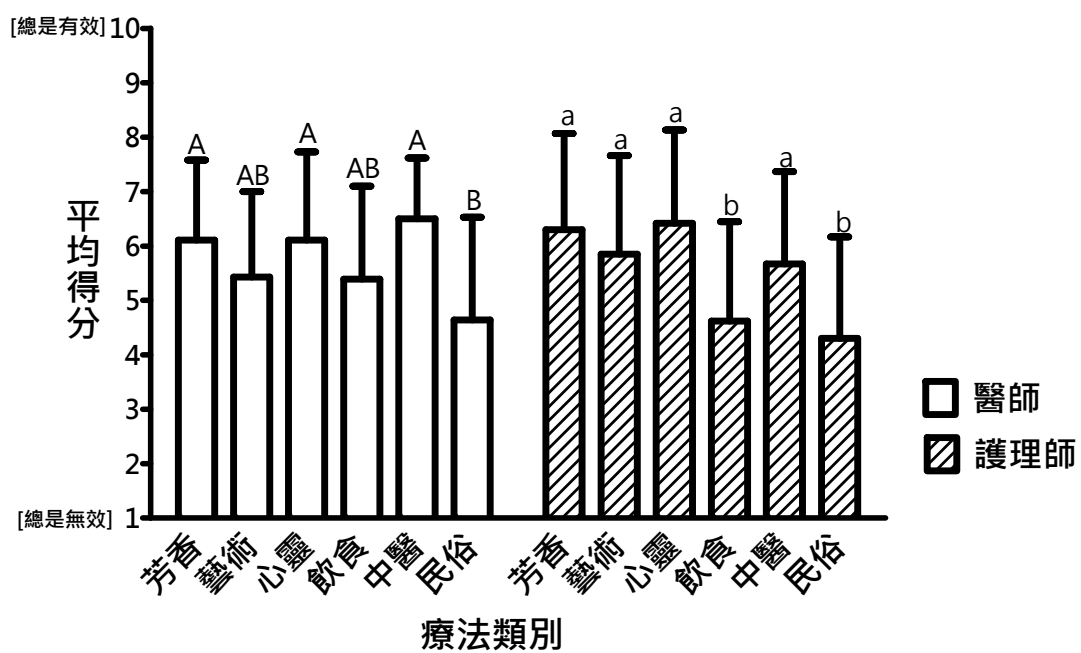


圖 4.1 醫護各項療法比較：各療法對緩和病患身體症狀的效果

註：上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05。

表 4.8 醫護人員認為各療法對緩和病患心靈症狀的效果

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=28	護理師分數 n=67	
		芳香療法	6.33±1.81 ^{a2}	
藝術療法	6.46±1.70 ^a	5.96±1.79	6.67±1.63	0.064
心靈療法	7.01±1.48 ^a	7.11±1.42	6.97±1.52	0.684
飲食療法	4.76±1.91 ^b	4.89±1.55	4.70±2.05	0.658
中醫療法	5.44±1.71 ^b	5.19±1.57	5.54±1.77	0.370
民俗療法	5.48±2.05 ^b	5.39±1.81	5.52±2.15	0.780
療法比較之 p 值	<0.001	<0.001	<0.001	

¹ 問卷問題得分，1 分代表總是無效，10 分代表總是有效。

² 上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05。

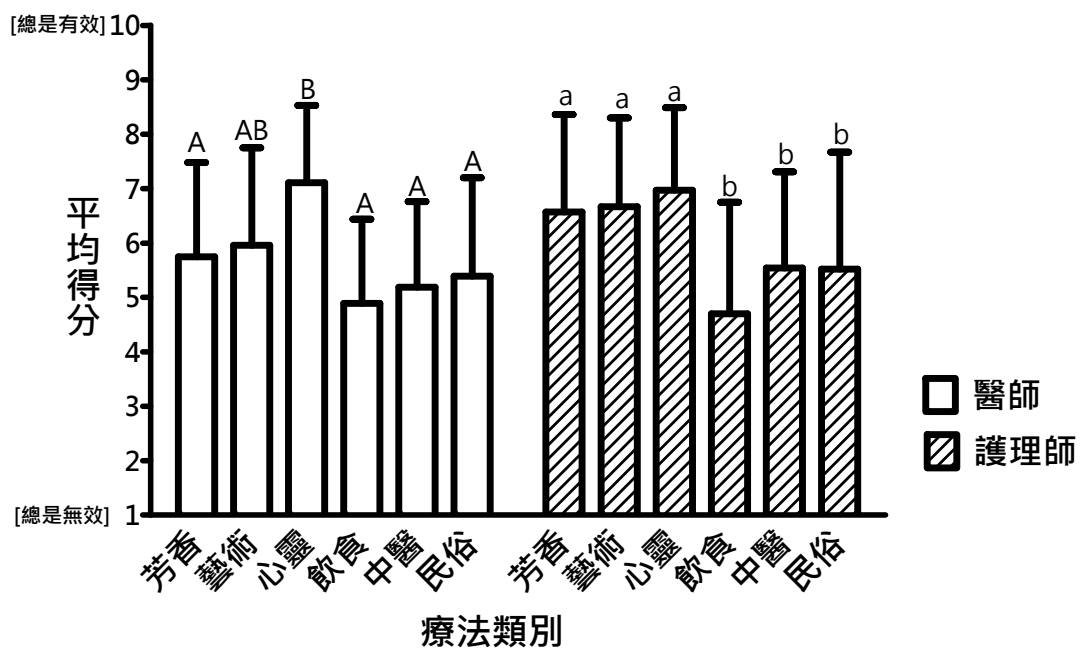


圖 4.2 醫護各項療法比較：各療法對緩和病患心靈症狀的效果

註：上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05 。

表 4.9 醫護人員認為各療法是否容易發生副作用

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=27	護理師分數 n=67	
芳香療法	7.17±2.37 ^{a2}	6.63±2.40	7.39±2.34	0.161
藝術療法	7.12±2.45 ^a	6.96±2.74	7.18±2.34	0.701
心靈療法	6.90±2.26 ^{ab}	6.81±2.13	6.94±2.32	0.809
飲食療法	6.00±2.16 ^b	6.30±2.05	5.88±2.20	0.400
中醫療法	5.57±1.77 ^b	5.77±1.50	5.49±1.86	0.501
民俗療法	4.47±2.06 ^c	4.27±1.46	4.55±2.26	0.479
療法比較之 p 值	<0.001	<0.001	<0.001	

¹ 問卷問題得分，1 分代表總是發生，10 分代表從不發生。

² 上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05。

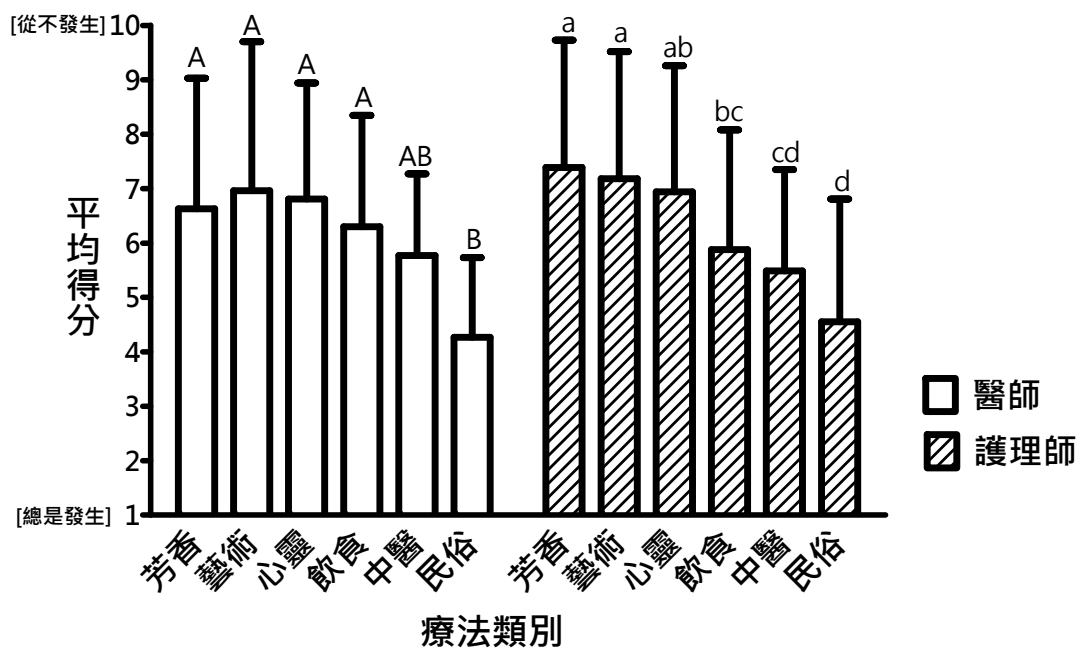


圖 4.3 醫護各項療法比較：各療法是否發生副作用

註：上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05 。

表 4.10 醫護人員詢問病患使用各療法的頻率

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=27	護理師分數 n=67	
芳香療法	5.07±2.70	5.85±2.76	4.76±2.63	0.076
藝術療法	5.66±2.50	5.89±2.67	5.57±2.44	0.575
心靈療法	4.96±2.57	5.00±2.62	4.94±2.58	0.920
飲食療法	4.64±2.52	4.89±2.82	4.54±2.40	0.543
中醫療法	4.59±2.64	5.30±2.77	4.30±2.55	0.098
民俗療法	4.95±2.74	6.22±2.65	4.43±2.63	0.004
療法比較之 p 值	0.070	0.380	0.055	

¹ 問卷問題得分，1 分代表總是詢問，10 分代表從不詢問。

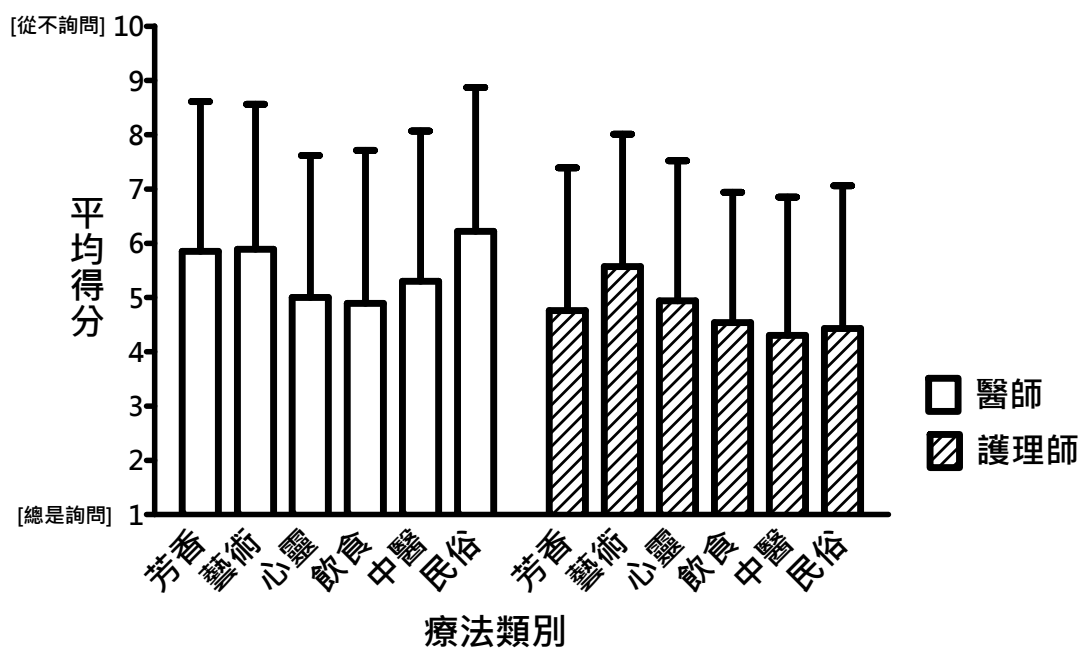


圖 4.4 醫護各項療法比較：平時是否詢問病患使用各療法

表 4.11 醫護人員與病患討論各療法後對醫病關係的負面影響

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=27	護理師分數 n=67	
		芳香療法	2.43±1.43 ^{a2}	
藝術療法	2.55±1.60 ^a	2.30±1.32	2.66±1.69	0.277
心靈療法	2.82±1.78 ^{ab}	2.63±1.76	2.90±1.80	0.516
飲食療法	2.91±1.92 ^{ab}	2.48±1.53	3.09±2.04	0.165
中醫療法	3.45±2.11 ^b	2.85±2.03	3.69±2.10	0.085
民俗療法	4.35±2.55 ^c	4.00±2.43	4.49±2.60	0.400
療法比較之 p 值	<0.001	0.006	<0.001	

¹問卷問題得分，1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意。

²上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值<0.05。

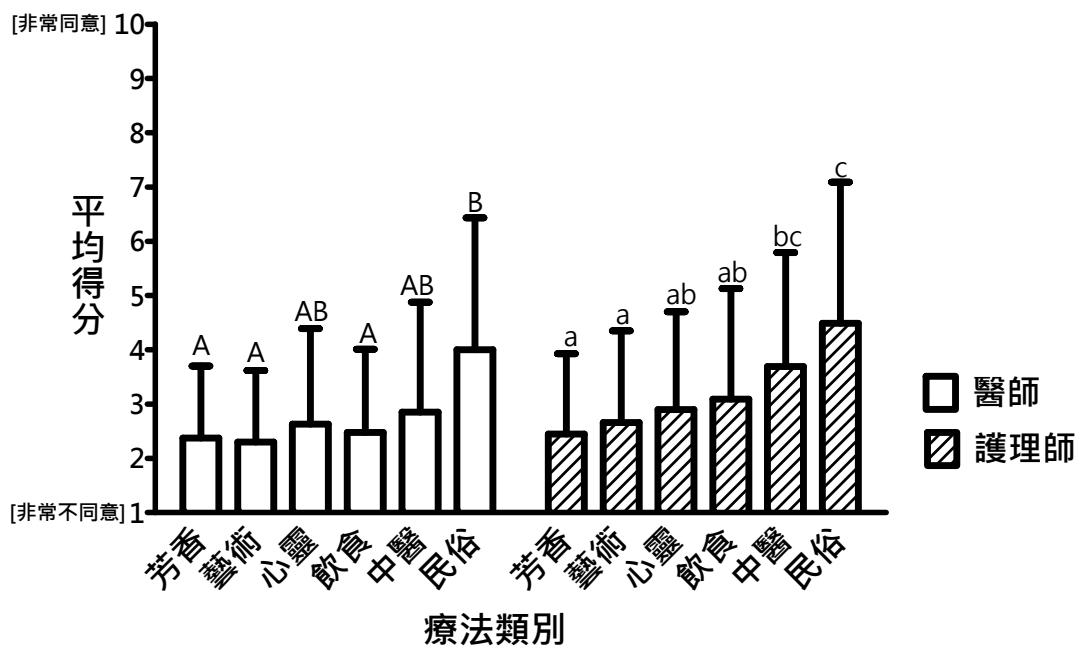


圖 4.5 醫護各項療法比較：與病患討論各療法是否對醫病關係有負面影響

註：上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05。

表 4.12 若醫護人員對各療法持反對態度是否降低病患使用率

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=27	護理師分數 n=67	
		芳香療法	5.06±2.51	
藝術療法	5.15±2.53	5.22±2.29	5.12±2.64 ²	0.862
心靈療法	4.62±2.52	4.78±2.26	4.55±2.64	0.697
飲食療法	5.21±2.56	5.33±2.27	5.16±2.69	0.774
中醫療法	4.54±2.43	4.37±2.32	4.61±2.49	0.665
民俗療法	4.73±2.49	4.85±2.46	4.69±2.52	0.773
療法比較之 p 值	0.281	0.608	0.617	

¹ 問卷問題得分，1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意。

² 藝術療法護理師組 n=66。

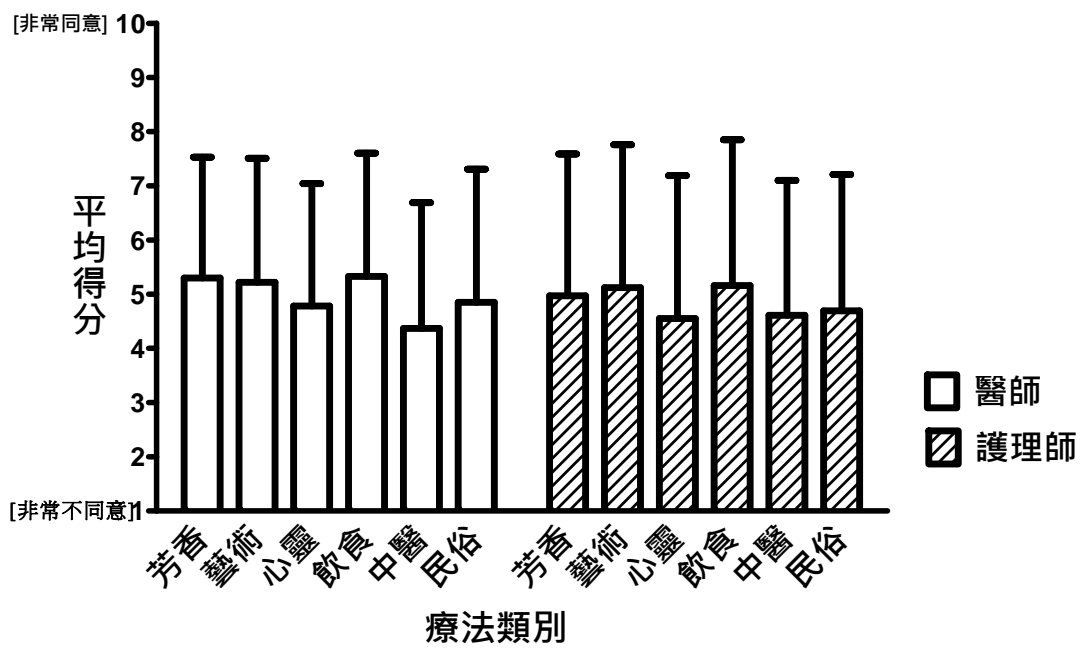


圖 4.6 醫護各項療法比較：若醫護對各療法持反對態度是否降低病患使用率

表 4.13 若醫護人員對各療法持反對態度是否降低病患求生意願

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=27	護理師分數 n=67	
芳香療法	3.41±2.23	3.19±1.98	3.51±2.33	0.529
藝術療法	3.50±2.38	3.15±1.94	3.64±2.53	0.365
心靈療法	4.03±2.74	3.89±2.44	4.09±2.87	0.750
飲食療法	3.79±2.54	3.59±2.41	3.87±2.60	0.639
中醫療法	4.51±2.63	4.22±2.42	4.63±2.72	0.503
民俗療法	4.40±2.77	3.78±2.33	4.65±2.91	0.168
療法比較之 p 值	0.012	0.470	0.050	

¹問卷問題得分，1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意。

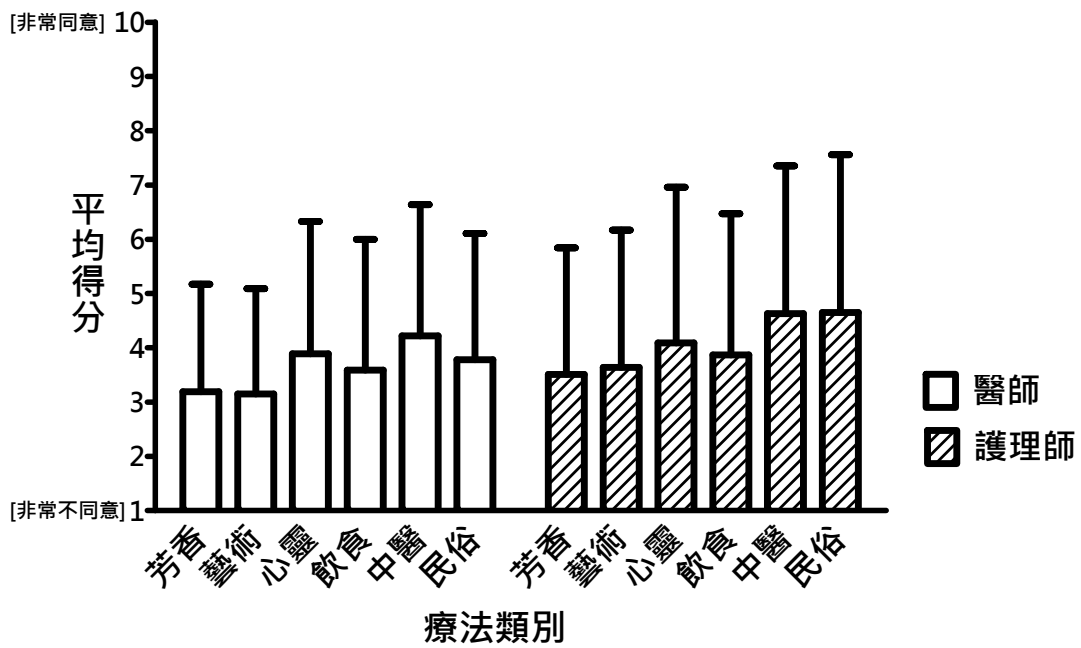


圖 4.7 醫護各項療法比較：若醫護對各療法持反對態度是否降低病患求生意願

表 4.14 醫護人員認為與病患討論各療法是否比討論西醫治療

更難達到共識

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=28	護理師分數 n=67	
芳香療法	4.02±2.15 ^{a2}	4.46±1.93	3.84±2.23	0.196
藝術療法	4.15±2.19 ^a	4.68±2.11	3.93±2.20	0.127
心靈療法	4.54±2.38 ^a	5.14±2.35	4.28±2.36	0.109
飲食療法	4.91±2.28 ^{ab}	5.39±2.15	4.70±2.32	0.180
中醫療法	5.77±2.21 ^{bc}	6.39±1.77	5.51±2.34	0.075
民俗療法	6.16±2.53 ^c	6.96±2.35	5.82±2.55	0.044
療法比較之 p 值	<0.001	<0.001	<0.001	

¹ 問卷問題得分，1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意。

² 上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05。

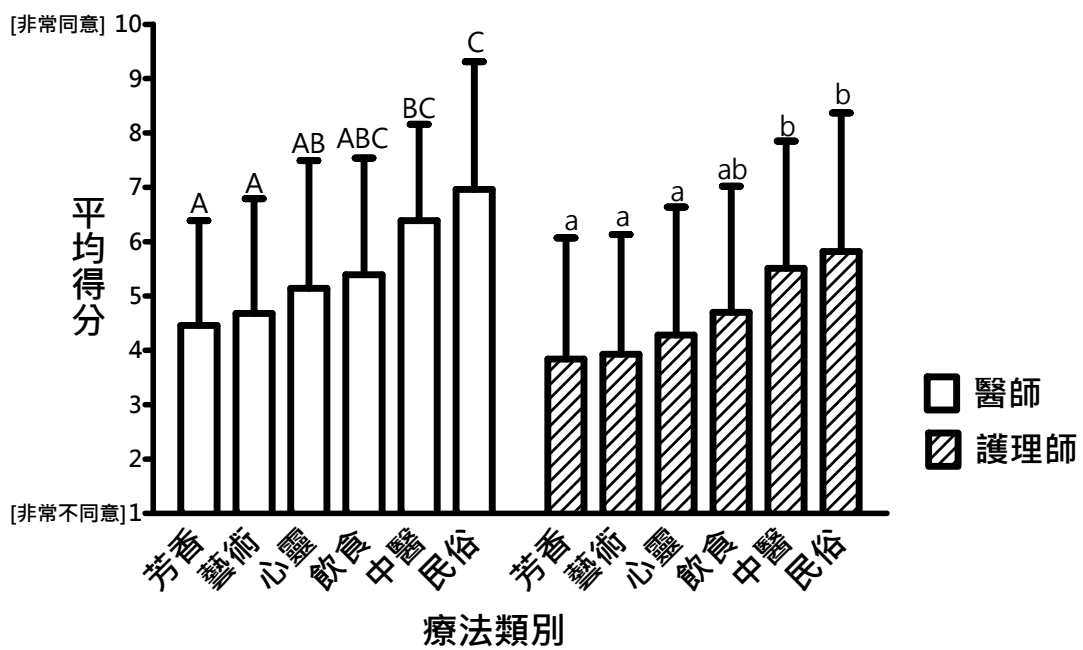


圖 4.8 醫護各項療法比較：與病患討論各療法是否比討論西醫治療更難達到共識

註：上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05 。

表 4.15 醫護人員認為教育病患認識各療法是其職責

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=28	護理師分數 n=67	
		芳香療法	6.21±2.33 ^{ab2}	
藝術療法	5.96±2.40 ^{ab}	5.93±2.12	5.97±2.52	0.939
心靈療法	5.99±2.43 ^{ab}	6.21±2.11	5.90±2.56	0.563
飲食療法	6.41±2.44 ^a	6.75±2.10	6.27±2.57	0.384
中醫療法	5.27±2.49 ^{bc}	6.29±1.82	4.85±2.61	0.003
民俗療法	4.56±2.59 ^c	5.21±2.38	4.28±2.64	0.110
療法比較之 p 值	<0.001	0.148	<0.001	

¹ 問卷問題得分，1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意。

² 上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05。

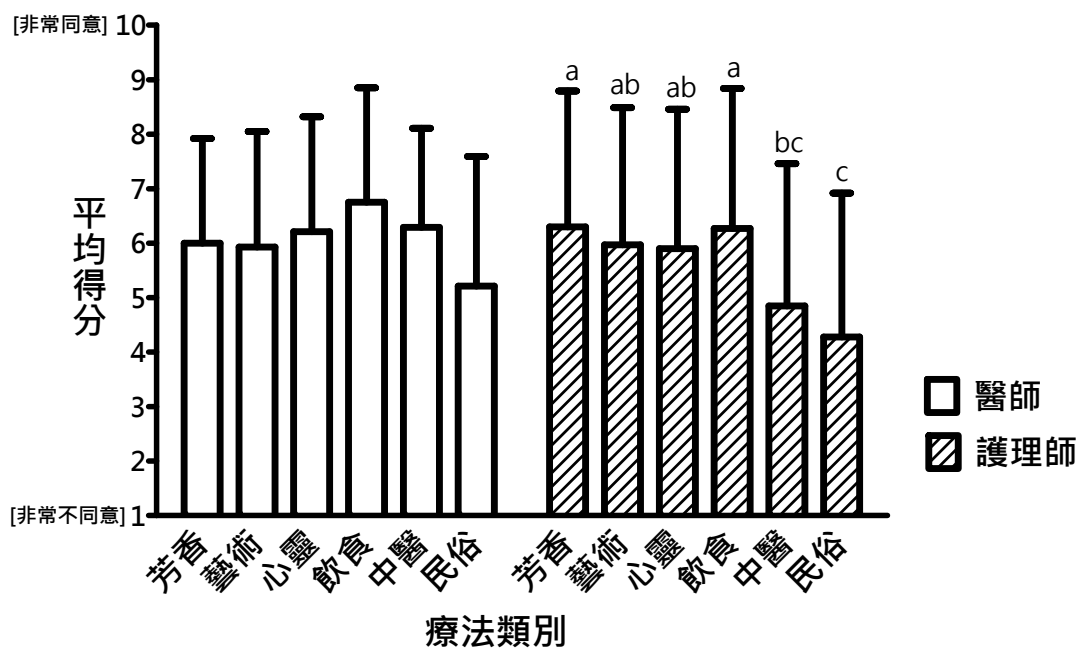


圖 4.9 醫護各項療法比較：認為教育病患認識各療法是醫護人員職責

註：上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05 。

表 4.16 醫護人員知道病患使用各療法時之討論情形

	芳香療法	藝術療法	心靈療法	飲食療法	中醫療法	民俗療法
原始分布						
主動與團隊討論	50 (53.8%)	52 (55.9%)	60 (63.8%)	51 (54.8%)	66 (71.0%)	60 (64.5%)
主動與病患討論	73 (78.5%)	60 (64.5%)	63 (67.0%)	67 (72.0%)	61 (65.6%)	52 (55.9%)
主動與家屬討論	43 (46.2%)	39 (41.9%)	43 (45.7%)	58 (62.4%)	56 (60.2%)	54 (58.1%)
不主動討論	5 (5.4%)	11 (11.8%)	5 (5.3%)	6 (6.5%)	5 (5.4%)	10 (10.8%)
遺漏值	2	2	1	2	2	2
依各組合區分						
主動與團隊討論	10 (10.8%)	15 (16.1%)	20 (21.3%)	11 (11.8%)	17 (18.3%)	19 (20.4%)
主動與病患討論	25 (26.9%)	20 (21.5%)	20 (21.3%)	15 (16.1%)	12 (12.9%)	8 (8.6%)
主動與家屬討論	3 (3.2%)	5 (5.4%)	2 (2.1%)	7 (7.5%)	5 (5.4%)	6 (6.5%)
主動與團隊及病患討論	10 (10.8%)	8 (8.6%)	6 (6.4%)	3 (3.2%)	3 (3.2%)	2 (2.2%)
主動與團隊及家屬討論	2 (2.2%)	2 (2.2%)	4 (4.3%)	2 (2.2%)	5 (5.4%)	6 (6.5%)
主動與病患及家屬討論	10 (10.8%)	5 (5.4%)	7 (7.4%)	14 (15.1%)	5 (5.4%)	9 (9.7%)
主動與團隊、病患及家屬討論	28 (30.1%)	27 (29.0%)	30 (31.9%)	35 (37.6%)	41 (44.1%)	33 (35.5%)
不主動討論	5 (5.4%)	11 (11.8%)	5 (5.3%)	6 (6.5%)	5 (5.4%)	10 (10.8%)
依討論對象數區分						
不主動討論	5 (5.4%)	11 (11.8%)	5 (5.3%)	6 (6.5%)	5 (5.4%)	10 (10.8%)
主動與一方討論	38 (40.9%)	40 (43.0%)	42 (44.7%)	33 (35.5%)	34 (36.6%)	33 (35.5%)
主動與兩方討論	22 (23.7%)	15 (16.1%)	17 (18.1%)	19 (20.4%)	13 (14.0%)	17 (18.3%)
主動與三方討論	28 (30.1%)	27 (29.0%)	30 (31.9%)	35 (37.6%)	41 (44.1%)	33 (35.5%)

表 4.17 醫護人員參加各療法相關課程的意願

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=28	護理師分數 n=67	
芳香療法	8.20±1.77 ^{a2}	7.54±1.69	8.48±1.74	0.017
藝術療法	7.97±1.91 ^a	7.21±1.95	8.29±1.82 ³	0.012
心靈療法	7.78±2.03 ^a	7.11±2.06	8.06±1.96	0.036
飲食療法	7.60±2.08 ^a	7.79±1.62	7.52±2.25	0.524
中醫療法	7.58±1.95 ^a	7.36±1.66	7.67±2.07	0.478
民俗療法	6.40±2.58 ^b	6.25±2.46	6.46±2.65	0.716
療法比較之 p 值	<0.001	0.069	<0.001	

¹ 問卷問題得分，1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意。

² 上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05。

³ 藝術療法護理師組 n=66。

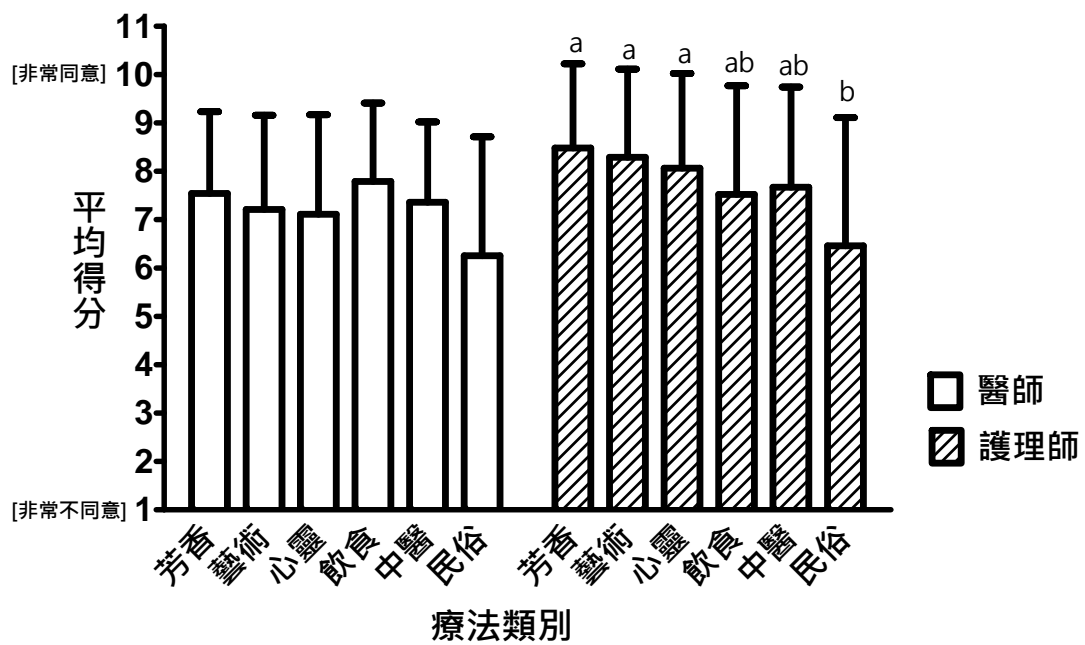


圖 4.10 醫護各項療法比較：對各療法相關課程有參加意願

註：上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05 。

表 4.18 醫護人員認為各療法可經由法律制定得到適當管理

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=28	護理師分數 n=67	
		芳香療法	5.96±2.84 ^{a2}	
藝術療法	5.57±2.80 ^{ab}	5.79±2.64	5.48±2.88	0.628
心靈療法	5.32±2.89 ^{ab}	5.18±2.76	5.37±2.96	0.767
飲食療法	6.10±2.89 ^a	5.79±2.87	6.23±2.90 ³	0.500
中醫療法	6.93±2.73 ^{ac}	7.14±2.62	6.84±2.78	0.619
民俗療法	5.58±3.14 ^{ab}	5.04±3.17	5.81±3.12	0.278
療法比較之 p 值	0.002	0.069	0.049	

¹ 問卷問題得分，1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意。

² 上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05。

³ 飲食療法護理師組 n=66。

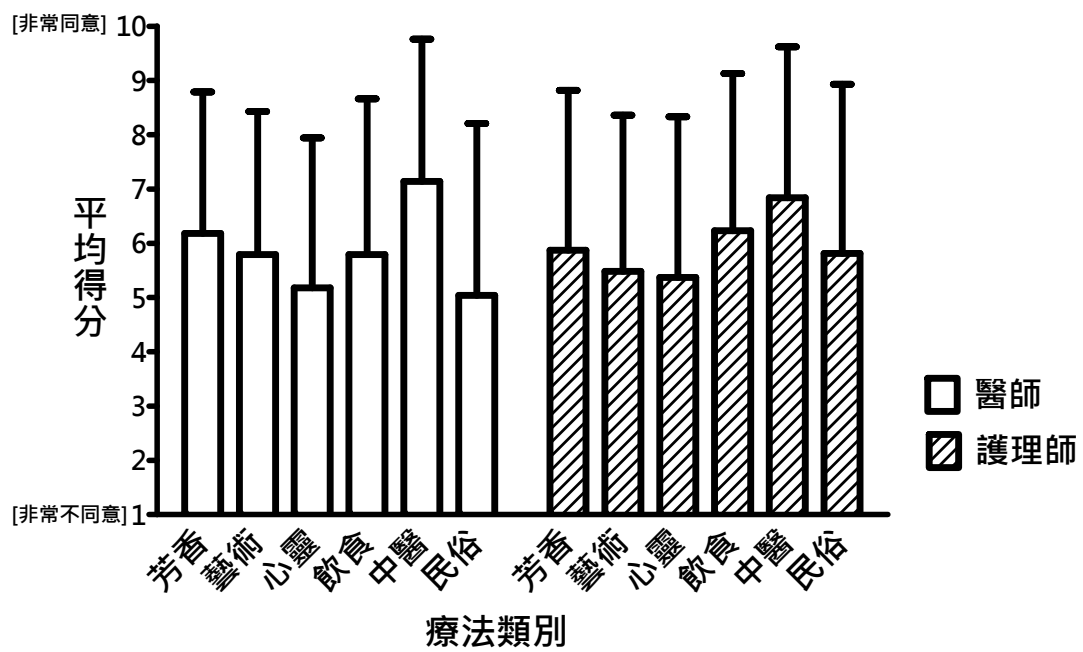


圖 4.11 醫護各項療法比較：各療法可經由法律制定
得到適當管理

表 4.19 醫護人員以臨床經驗推估安寧病患接受過各療法比例

療法類別	整體分數 ¹ N=95	組別		組別比較之 p 值
		醫師分數 n=28	護理師分數 n=67	
		芳香療法	6.04±2.38 ^{a2}	
藝術療法	4.86±2.35 ^b	3.75±2.05	5.33±2.33	0.002
心靈療法	6.20±2.20 ^a	5.54±2.08	6.48±2.21	0.056
飲食療法	6.56±2.12 ^a	6.82±2.09	6.45±2.13	0.436
中醫療法	6.90±1.86 ^a	6.59±2.02	7.03±1.79	0.305
民俗療法	6.32±2.01 ^a	6.43±1.81	6.27±2.10	0.733
療法比較之 p 值	<0.001	<0.001	<0.001	

¹ 問卷問題得分，1 分代表 0%，10 分代表 100%。

² 上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05。

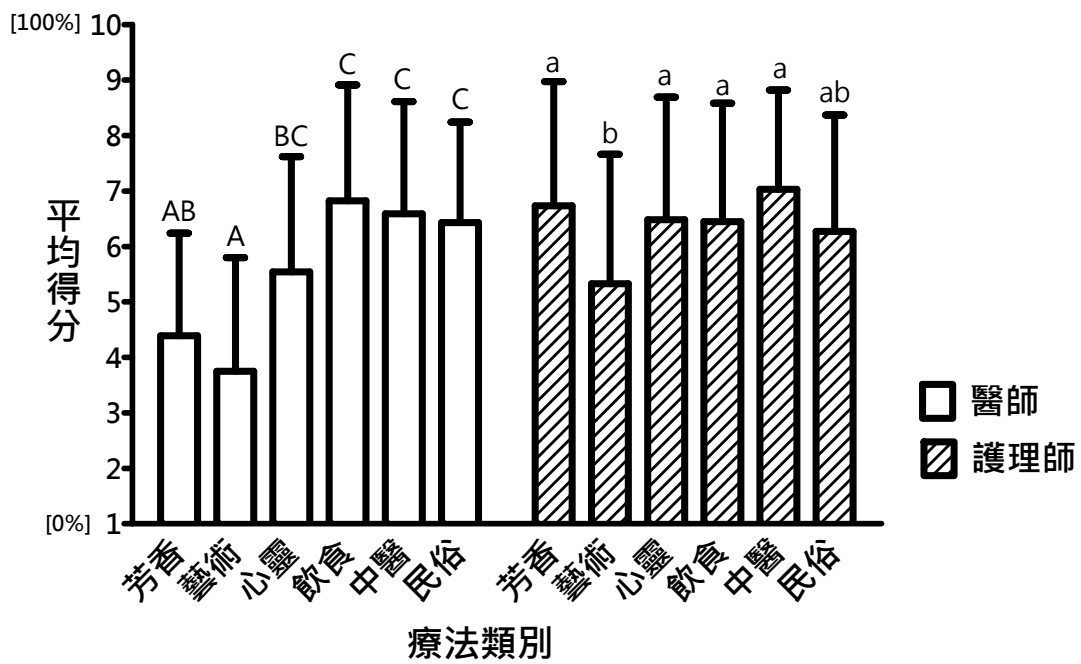


圖 4.12 醫護各項療法比較：推估安寧病患接受過各療法比例

註：上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05 。

表 4.20 整體而言，醫護人員對病患使用各療法的態度

療法類別	整體分數 ¹	組別		組別比較之
	N=95	醫師分數	護理師分數	p 值
		n=28	n=67	
芳香療法	7.97±1.69 ^{a2}	7.36±1.59	8.22±1.68	0.022
藝術療法	7.84±1.73 ^{ab}	7.36±1.68	8.04±1.72	0.077
心靈療法	7.81±1.91 ^{ab}	7.54±1.86	7.93±1.94	0.369
飲食療法	7.04±2.00 ^b	7.04±1.88	7.04±2.06	0.984
中醫療法	7.12±1.80 ^b	7.21±1.62	7.07±1.88	0.732
民俗療法	5.33±2.26 ^c	4.96±2.28	5.48±2.25	0.315
療法比較之 p 值	<0.001	<0.001	<0.001	

¹ 問卷問題得分，1 分代表非常不贊成，10 分代表非常贊成。

² 上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05。

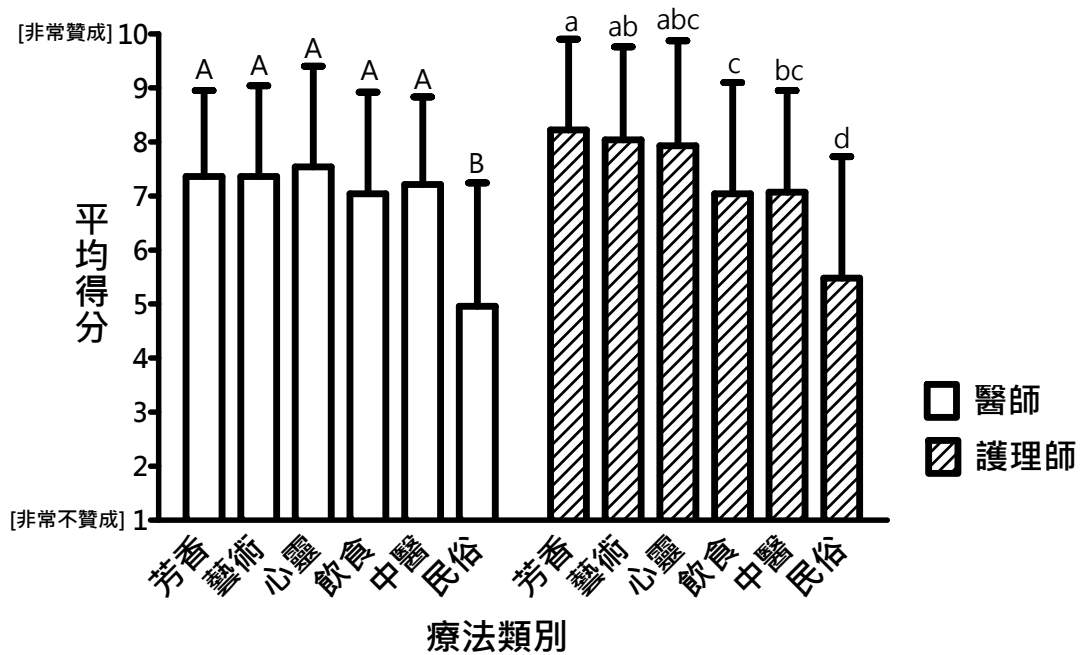


圖 4.13 醫護各項療法比較：整體而言，對病患使用各療法的態度

註：上標英文字母不同者的療法代表事後比較檢定之 p 值 < 0.05 。

表 4.21 醫護人員知道病患使用各療法時之討論情形 (醫護分組)

		不主動討論	主動與一方討論	主動與兩方討論	主動與三方討論	遺漏值	p 值 [*]
芳香療法	醫師	1 (3.8%)	10 (38.5%)	3 (11.5%)	12 (46.2%)	2	0.136
	護理師	4 (6.0%)	28 (41.8%)	19 (28.4%)	16 (23.9%)	0	
藝術療法	醫師	3 (11.5%)	9 (34.6%)	3 (11.5%)	11 (42.3%)	2	0.375
	護理師	8 (11.9%)	31 (46.3%)	12 (17.9%)	16 (23.9%)	0	
心靈療法	醫師	2 (7.4%)	9 (33.3%)	3 (11.1%)	13 (48.1%)	1	0.130
	護理師	3 (4.5%)	33 (49.3%)	14 (20.9%)	17 (25.4%)	0	
飲食療法	醫師	1 (3.7%)	7 (25.9%)	6 (22.2%)	13 (48.1%)	1	0.502
	護理師	5 (7.6%)	26 (39.4%)	13 (19.7%)	22 (33.3%)	1	
中醫療法	醫師	0	6 (22.2%)	3 (11.1%)	18 (66.7%)	1	0.037
	護理師	5 (7.6%)	28 (42.4%)	10 (15.2%)	23 (34.8%)	1	
民俗療法	醫師	0	5 (19.2%)	6 (21.4%)	15 (57.7%)	2	0.005
	護理師	10 (14.9%)	28 (41.8%)	11 (16.4%)	18 (26.9%)	0	

註：ANOVA 比較六種療法之間的差異，醫師組 p=0.180，護理師組 p=0.558

^{*}以 Fisher's Exact Test 比較「醫師」與「護理師」二組之間的差異

4.4 受訪醫護人員對輔助與替代醫療與研究問卷的回饋意見

4.4.1 對輔助與替代醫療的其他意見

不少填答者表示，若輔助與替代醫療對身體無害、不加速死亡，都可接受病患使用，也有些表示會盡力解釋目前已知學理，見不妥會阻止，但自主權仍在於病人。幾名填答者認為，可與團隊或主治醫師討論，互相配合，不希望病患執意使用會產生副作用的另類療法，又回過頭要求西醫替他處理副作用。另有一人表示，安寧病房可多引介各式輔助與替代醫療提供病患選擇，以免病患在外受騙。

4.4.2 對研究問卷的意見

一名填答者認為本研究定義之民俗療法範圍過廣，不好回答，建議區分為能量（氣功等）、靈性（卜、命、風水）、藥物食材（草藥偏方等）。一人表示問卷尺度過寬。一人提出疑問，詢問如花精、順式療法等應歸於哪一類療法。另有一人對第 7 題雙重否定用詞（「反對態度」會「降低」……）無法完全理解。

第五章 討論

5.1 醫護人員對輔助與替代醫療的態度

5.1.1 對病患使用輔助與替代醫療盛行率的推估

美國丹佛(Denver)地區的醫師推估病患使用輔助與替代醫療情形，76%醫師提到有病患使用整脊療法，最為普遍，其次為草藥(68%)、按摩(60%)、針灸(57%)、特殊飲食(44%)、放鬆(43%)，民俗療法佔29%，芳香療法佔16%(Winslow & Shapiro, 2002)。本研究的受訪醫護人員推估安寧病房病患嘗試過輔助與替代醫療的比例，以中醫療法平均得分6.90最高(1分代表0%，10分代表100%)，其次依序為飲食療法6.56，民俗療法6.32，心靈療法6.20，芳香療法6.04，藝術療法4.86，但除藝術療法得分顯著最低外，其餘五項療法間並未達到顯著差異。國內安寧病房醫護人員較Winslow和Shapiro(2002)的研究對象更認為民俗療法與芳香療法是常被病患使用的輔助與替代醫療，此間差異包括國情不同，以及兩研究中醫護人員照顧的病患性質不同有關，Winslow和Shapiro(2002)的研究對象包括一般內科、家庭醫學科、小兒科、婦產科、皮膚科等醫師，而本研究中受訪的安寧病房醫護人員則以照顧癌症末期病患為主。

癌症病患使用輔助與替代醫療情形確實相當普遍，國外一文獻回

顧 1977 年至 1998 年間的 26 個相關研究，統計平均盛行率為 31.4%，但各研究間差異頗大，使用盛行率介於 7%至 64%，除了因時代不同、癌症對象的選取條件相異之外，最主要的原因應是研究者與病患對輔助與替代醫療的定義標準不同，有些以草藥、維生素、飲食療法為主，有些包括想像治療、放鬆、催眠等，也有的未詳加定義 (Ernst & Cassileth, 1998)。Cassileth 和 Vickers(2005)提到，由於許多研究者將靈性(spirituality)、飲食注意(attention to diet)、常規自我照護(routine self-care)等生活層面也納入輔助與替代醫療的定義範圍，關於輔助與替代醫療的使用盛行率經常有誇大的結果。

國內研究方面，台大醫院 1996 年統計癌症病患使用輔助與替代醫療的比率高達 81.9% (辛隆士等，1996)，2002 年由安寧基金會委託之研究則發現台灣癌末病人有 83.2%使用另類療法(黃嘉玲等，2002)，另有一針對癌症病童家長的調查顯示，69.1%的病童家長會為其子女尋求另類療法(孫懿英等，2005)。國內對病患使用輔助與替代醫療的調查中，各研究間亦存在對輔助與替代醫療定義標準不同的情形，而統計的盛行率高於國外研究的原因，推測與使用最普遍的「民俗療法」有關。參照國內對一般民眾使用輔助與替代醫療的研究，丁志音(2003)的研究中，以電話抽查全國 20 至 70 歲民眾，一年內使用過輔助與替代醫療的比率为 75.5%，高於國外統計一般民

眾使用輔助與替代醫療的盛行率(Harris & Rees, 2000)。另一針對台中地區民眾的調查發現，成人使用輔助療法比率高達 95.8% (曾月霞, 2005)。該研究將安太歲、點光明燈等民間信仰的儀式納入定義，而國外的輔助與替代醫療盛行率調查則少見在療法項目中列舉西方基督教或天主教裡的「禱告」(Ernst & Cassileth, 1998; Harris & Rees, 2000)。因而未來研究若要比較國內外使用輔助與替代醫療的盛行率，宜在定義方面多加考量。

綜上所述，國內外的癌症病患使用輔助與替代醫療的盛行率皆不低 (黃嘉玲等, 2002; Ernst & Cassileth, 1998; Hydo et al., 2005; Molassiotis et al., 2005)，但不同國家或不同種族間仍存在差異性。舉例來說，Molassiotis 等(2005)的研究中，以相同的輔助與替代醫療定義標準調查歐洲 14 個國家癌症病患使用情形，各國盛行率相差頗大，最低者為希臘的 14.8%，最高則為義大利的 73.1%，草藥為各國普遍的療法，但常用草藥種類因國而異。日本一研究指出，44.6% 的癌症病患會使用輔助與替代醫療，其中 96.2% 是口服輔助與替代醫療相關產品，包括中藥、蕈類、鯊魚軟骨、維生素等(Hyodo et al., 2005)。Lee 等(2000)發現，同住舊金山地區的乳癌病患，對輔助與替代醫療的選擇，因種族而異，白人有 35% 嘗試食療，21% 嘗試按摩、針灸等身體操作的療法；黑人以使用靈性治療者最多，佔 36%；

拉丁民族有 30%使用食療，26%使用靈性治療；華人則最常使用草藥，佔 22%。基於上述各研究結果，病患使用輔助與替代醫療情形，因國家及種族不同而有相當大的差異性，本研究調查安寧病房醫護人員對病患使用輔助與替代醫療的認知及態度，關於癌症病患使用各療法的盛行率推估結果，仍應對照國內研究為主。

本研究請醫護人員推估安寧病房病患嘗試過輔助與替代醫療的比例，平均得分介於 4.86 (藝術療法) 至 6.90 (中醫療法) 間，因 1 分代表 0%，10 分代表 100%，可粗推算相當於四成至七成，顯示安寧病房醫護人員並未忽略病患使用的普及度。但有研究發現住安寧病房或緩和照顧機構(palliative care facilities)的病患，對輔助與替代醫療的利用情形更甚於其他癌症病患 (Hyodo et al, 2005; Molassiotis et al., 2005)。

黃嘉玲等 (2002) 的問卷研究中，癌末病患另類選擇以民俗療法居多(佔 66.8%)，漢醫療法次之(佔 49.1%)；民俗療法中以拜廟求神最為普遍，漢醫療法則有半數是補品的使用。近七成癌症病童家長曾為其子女尋求另類療法，種類以民俗及信仰療法居第一位 (佔 68.4%)，其次依序為中醫療法 (57.9%)、特殊的飲食或飲食方式 (50.0%)，草藥秘方 (13.2%) (孫懿英等，2005)。本研究的受訪醫護人員對病患使用輔助與替代醫療比例推估，以接受過中醫療法的

平均得分 6.90 最高，其次依序為飲食療法 6.56，民俗療法 6.32，心靈療法 6.20，芳香療法 6.04，藝術療法 4.86，藝術療法顯著低於其他療法($p < 0.001$)，而其餘五種療法間則未達顯著差異。此結果顯示，病患常使用民俗、中醫、飲食療法的情形，安寧病房的醫護人員知情，除此之外，芳香療法也是安寧病患常利用的輔助與替代醫療之一。至於病患對中醫、飲食、民俗、心靈及芳香療法的使用比例，在本研究受訪的醫護人員認知上，並未如前述針對癌症病患的調查般呈現顯著不同比例的原因可能包括：(1)各研究對輔助與替代醫療的定義與分類方式略有差異，例如黃嘉玲等(2002)研究中歸於民俗療法的「拜廟求神」，相似於本研究屬心靈療法的「寺廟或教堂崇拜」；而孫懿英等(2005)研究中獨立出的「草藥秘方」，在本研究則以「草藥偏方」為名併入民俗療法。(2)儘管本研究問卷第 13 題為「據您臨床經驗推估，安寧病房病患在『癌症治療過程中』接受過輔助與替代醫療的比例為何」，因作答醫護人員與病患的互動多半集中在住院時期，所圈選分數可能偏向「安寧病房病患在『住院期間』接受過輔助與替代醫療的比例」，而安寧住院病人受限於所處環境與體力，相對非住院病患，嘗試民俗療法的機會較少。(3)芳香療法雖然在國內其他「癌症病患使用輔助與替代醫療」相關研究未特別受重視，但本研究的醫護人員認為病患接受芳香療法的比例，與中醫、民俗、飲食、心靈等過

去研究認定癌病患者常使用的輔助與替代醫療相當。目前國內已有部分安寧病房定期或不定期安排芳香治療師替病患作精油按摩，或曾開設課程教育醫護人員認識芳香療法（高雄榮民總醫院家庭醫學部，2005），安寧病患接受芳香療法往往經由護理人員轉介芳香治療師，因而醫護人員推估病患使用芳香療法比例較不會產生低估誤差，也更接近實際狀況。

5.1.2 對療法之療效及安全性的態度

5.1.2.1 對照國內癌症病患使用輔助與替代醫療的研究

本研究受訪醫護人員對於芳香療法、藝術療法與心靈療法，皆給予正向分數（即有療效、少副作用），中醫療法於此三題得分亦偏正向，但除緩和身體症狀的平均得分與芳香、藝術、心靈相近外，在緩和心靈症狀及副作用的平均分則低於此三類療法。醫護人員對飲食療法與民俗療法的身心療效持中立態度，得分介於 4.4 至 5.48，但認為民俗療法較飲食療法常發生副作用。對照於孫懿英等（2005）的研究，癌症病童家長為其子女尋求另類療法時，嘗試民俗及信仰療法者，7.7%覺得有效，19.2%覺得好像有效，3.8%認為無效或好像無效，15.4%無法確定，無人表示有副作用產生，另有 53.8%的人表示從中得到一些指引及心靈的慰藉；嘗試中醫療法者，38.6%感覺有

效，25%好像有效，9.1%表無效或好像無效，27.3%無法確定，4.5%認為有副作用；選擇特殊的飲食或飲食方式，28.9%表有效，39.5%好像有效，7.9%好像無效，23.7%無法確定，無人表示有副作用；用草藥秘方療法者，50%表有效，20%好像有效，30%無法確定，也無人認為有副作用。顯見醫護人員對民俗療法副作用的認知與重視更甚於使用療法的病患家屬，此間差異，可能與病患家屬及醫護人員的立場不同及醫學知識有關，嘗試民俗療法的病患及家屬，或許期待放在心靈慰藉上，而醫護人員往往重視實質效果。另一方面，使用民俗療法期間，一旦病患生理上產生醫護預期之外的惡化，醫護人員常認為是療法的副作用，而病患可能歸咎於疾病本身甚或常規醫療疏失。此外，當病患選擇民俗療法而延誤常規治療時，醫護人員也可能視之為民俗療法的副作用。

黃嘉玲等（2002）的研究，使用食療法者，三、四成病患覺得有效（包括成效顯著及部分有效），半數不能確定。使用心靈療法病患當中，禱告者 25%覺得有效，62.5%不確定，靜坐冥想者 66.7%表有效，22.2%不確定，各約一成表示完全無效。民俗療法方面，拜廟求神者，28.1%表有效，7%無效，64.8%不能確定；尋求乩童者，17.3%有效，26.1%無效，56.5%不能確定；算命改運、喝符水、看風水者，不能確定者亦佔半數；使用氣功者有 22.2%認為成效顯著，

33.3%覺部分有效，11.1%認為無效，僅 3.3%表示不確定。至於漢醫療法，服用補品者近半數認為有效，近半數不確定；使用偏方者三成左右覺有效，三成無效，四成不確定；針灸則是四成有效，三成不確定，三成無效；尋求中醫者 42.5%認為有效，35%不確定，22.5%認為無效。所謂「療效」未限定哪一方面效果，因而受訪病患認定的療效，可能包括「治療癌症的效果」、「緩和身體症狀的效果」、「緩和心靈症狀的效果」、「對另類療法預期的效果」，不易與本研究結果做各別對照。在該研究區分的四大類別另類療法中，同一類療法不同細項的療效分布比例上也有相當程度差異，尤其在民俗療法與漢醫療法部分。本研究已將漢醫療法中的補品、偏方歸入民俗療法中，將以針灸、中藥為主的中醫療法獨立出來。由於民俗療法原本即包含廣泛的求醫行為，本研究則暫未再細分其中項目。

5.1.2.2 對照醫護人員對病患使用輔助與替代醫療態度的研究

醫護人員認為不同類別的輔助與替代醫療，療效與安全性亦不相同。Chu 和 Wallis(2007)調查台灣東部一護理學校，發現 93%的護士認為按摩療法對病患有幫助，認為放鬆治療和音樂治療有幫助者均為 87.7%，認為芳香療法有幫助者佔 78.2%，認為針灸有幫助者佔 70.5%，各有 55.3%及 50.6%護士認為草藥及藝術治療對病患有幫

助。本研究問卷請受訪醫護人員以十點計分法圈選對各療法緩和病患身體與心靈症狀的效果，護理師認為芳香、藝術、心靈、中醫療法緩和身體症狀的效果較飲食與民俗療法顯著($p < 0.001$)，該題 1 分代表總是無效，10 分代表總是有效，前四項療法平均得分均大於 5 (芳香 6.30，藝術 5.85，心靈 6.42，中醫 5.67)，後二者均小於 5 (飲食 4.62，民俗 4.30)；而芳香(平均分 6.57)、藝術(6.67)、心靈療法(6.97)緩和心靈症狀的效果較飲食(4.70)、中醫(5.54)與民俗療法(5.52)顯著($p < 0.001$)。對照發現，本研究受訪護理師較 Chu 和 Wallis(2007)研究中的護士，傾向肯定藝術療法的效果，由於本研究尚發現醫護人員推估病患使用藝術療法的盛行率低於其他療法($p < 0.001$)，是否因為藝術療法在國內尚不普及，以致某些醫護人員對藝術療法認識不深而對其療效持較保守態度，有待後續研究證實。

Kurtz 等(2003)以問卷調查美國四百多位整骨醫師對輔助與替代醫療的態度，發現半數以上醫師認為使用針灸、生物回饋、按摩、放鬆、自助團體可能有效，而僅約 21%的受訪者認為芳香療法及手足反射區療法有效，此外，醫師認為輔助與替代醫療的療效及安全性並不成正比，有 49.2%認為草藥可能有效，但只有 22.5%認為服用草藥是安全的，尚有 31.7%認為草藥可能有害。本研究中，醫護人員對芳香療法的身體與心靈症狀療效平均得分均高於 6，較 Kurtz 等(2003)

的研究對象抱持更正向態度，推測部分由於 Kurtz 等的研究中未限定各療法「有效」的範圍，受試者可能認為芳香療法對治療大部分疾病無效，而本研究問卷詢問醫護人員對各療法「緩和身體症狀」及「緩和心靈症狀」的效果，受試者或許曾以精油按摩協助病患處理淋巴水腫的問題，見其成效而給予正面評價。且根據 Winslow 和 Shapiro(2002)的研究指出，接受過輔助與替代醫療教育的醫師，較未接受過教育的醫師，更相信療法效果，國內部分安寧病房提供芳香療法課程給醫護人員進修學習（高雄榮民總醫院家庭醫學部，2005），亦可能是安寧病房醫護人員對芳香療法抱持正向態度的原因之一。

在輔助與替代醫療的副作用方面，Bourgeault(1996)的質性研究訪問的腫瘤科與一般科醫師提到關於癌症病患使用另類療法的可能危害包括：(1)另類療法本身的毒性，(2)因使用另類療法而延誤或影響常規治療，(3)心理層面的傷害，包括錯誤的期待、經濟負擔等。Schmidt 等(2002)的研究發現，英國的一般科醫師(General Physicians, GPs)有 71%認為開立輔助與替代醫療處方大體上是安全的，23%不認為如此，其餘則未表示意見；而德國的一般科醫師則有 76%認為安全，19%不認為安全。Lewith 等(2001)的研究指出，43.2%的醫師同意輔助與替代醫療安全且少副作用（包括 1.6%非常同意

(strongly agree) , 18.2% 同意 (agree) , 23.4% 稍為同意 (mildly agree)) , 而 39.7% 並不同意。Kurtz 等(2003)的研究發現 , 醫師對不同療法的安全性抱持不同態度 , 半數以上醫師認為針灸及按摩療法安全 , 認為芳香療法及維生素療法安全者佔近三成 , 僅 9% 醫師認為螯合療法(chelation therapy)是安全的。本研究也在不同療法項目上得到不同結果 , 醫護人員認為民俗療法發生副作用的機會高於其他療法($p < 0.001$) , 芳香療法與藝術療法則少副作用 , 以 1 分代表總是發生副作用、10 分代表從不發生 , 二療法得分均達 7 分以上。國內安寧病房的醫護人員較 Kurtz 等(2003)研究中的醫師肯定芳香療法的安全性 , 亦可能與前述安寧病房醫護人員接受過芳香療法的教育課程有關。

5.1.3 醫病間討論輔助與替代醫療

病患使用輔助與替代醫療造成對身體的傷害或疾病 , 稱為「『輔助醫源性』疾病(“complementogenic” disease)」, 為減少此類情形發生 , 醫師應例行性詢問病患是否使用輔助與替代醫療(Schmidt et al., 2002)。

Winslow 和 Shapiro 等(2002)的研究中 , 8% 的受訪醫師總是會詢問病患是否使用輔助與替代醫療 , 23% 有超過一半的時候會詢問 ,

52%的詢問頻率少於一半，17%的醫師則不曾詢問過，整體來看，醫師詢問病患使用輔助與替代醫療的頻率低於半數。國內數個針對癌症病人使用輔助與替代醫療的研究中發現，病患未告知醫護人員的比例介於 43.6%至 66.1%(黃嘉玲等，2002；孫懿英等，2005；辜智芬，2007)，辜智芬(2007)研究中「近三分之二的使用者並未告知醫護人員，未告知的原因主要為醫護人員沒問過(78.0%)」，即至少有五成的病人就診時，醫護人員未詢問關於輔助與替代醫療的使用。本研究中受訪醫護人員對輔助與替代醫療的主動詢問情形，平均分(1分為總是詢問，10分為從不詢問)介於 4.59(中醫療法)至 5.66(藝術療法)，顯示安寧病房醫護人員詢問病患使用輔助與替代醫療的頻率大致為中等程度，與 Winslow 和 Shapiro 等(2002)的研究對象同樣有詢問度偏低的現象，也與辜智芬(2007)對癌症病患的研究結果相符。而本研究中醫護人員詢問病患使用輔助與替代醫療的頻率，在六項療法間無顯著差異，推測部分醫護人員詢問病患使用時以「西醫以外的療法」、「另類療法」等統稱，因而六項療法全部勾選同樣分數(95人中有 16 人如此)，或許是造成六項療法無顯著差異的原因之一。

病人未告知的原因尚包括「認為沒有必要」、「認為醫師不感興趣」、「考慮到醫師可能有負面反應」(孫懿英等，2005；辜智芬，2007；Hann et al., 2003; Robinson & McGrail, 2004)。然而本研究發現，

雖然醫護人員主動詢問「病患使用輔助與替代醫療」的情形僅為中等程度，當醫護人員知道病患使用輔助與替代醫療時，大多數的醫護人員會與他人討論。對於病患使用芳香療法，94.6%的醫護人員至少會與醫療團隊、病患、家屬中的任一方討論，而有 30.1%會與三方皆討論；藝術療法，88.2%會與他人討論，29.0%與三方皆討論；心靈療法，94.7%會與他人討論，31.9%與三方皆討論；飲食療法，93.5%會與他人討論，37.6%與三方皆討論；中醫療法，94.6%會與他人討論，44.1%與三方皆討論；民俗療法，89.2%會與他人討論，35.5%與三方皆討論。歸納來說，無論何種療法，當知道病患使用時，都有九成上下的醫護人員會提出討論，顯示他們並非不重視病患對輔助與替代醫療的使用。只是誠如 Wahner-Roedler 等(2006)的研究結果，也許基於醫護人員缺乏輔助與替代醫療的訓練，溝通技巧訓練有限，對輔助與替代醫療的知識有限，以及輔助與替代醫療缺乏科學證據，或醫護人員抱持懷疑態度等原因，在醫病溝通中，輔助與替代醫療的相關話題反而較常由病患開啟。

Hyodo 等(2003)的研究中，日本 93%的腫瘤科醫師都曾被問及輔助與替代醫療相關問題。但當病患告知醫師合併使用另類療法時，醫師以未表示意見者最多(孫懿英等，2005；Hyodo et al., 2003)。相對於本研究中醫護人員對病患使用輔助與替代醫療的態度，除民俗

療法為中等程度 (平均分 5.33) 外，其餘療法得分皆為正向，依序為芳香療法 7.97，藝術療法 7.84，心靈療法 7.81，中醫療法 7.12，飲食療法 7.04。此間差異有三個層面應作考量，其一，過去研究並未將「病患告知醫師合併使用另類療法」中的「另類療法」分別做統計，無從判斷「醫師對病患使用『飲食療法』的反應」及「醫師對病患使用『民俗療法』的反應」是否一致，可能因為使用民俗療法的患者佔多數，呈現的結果有所偏頗，無法一概而論醫師對病患使用輔助與替代醫療的反應如何。其二，進入安寧病房的病患，大多數已不再安排積極治癒性與侵入性的治療，較少出現病患因選擇輔助與替代醫療而捨棄常規醫療建議的情形，醫病間因此產生的衝突也較少。本研究填答醫護人員中即有數人於「其他意見」欄中表示，對安寧病患來說，只要療法不加速死亡、不對病患造成不適，皆可嘗試。其三，醫護人員的「贊成」或「反對」態度，是否明確表達給病患知道，如同病患擔心醫師不高興而不敢告知，醫師亦可能因擔心破壞醫病關係而未表達對輔助與替代醫療的意見。

值得注意的是，醫護人員認為與病患討論不同種類輔助與替代醫療，對醫病關係產生的負面影響的確有所差異。討論芳香、藝術療法時，負面影響小，而討論民俗療法則較高。同樣地，醫護人員認為與病患討論芳香、藝術療法較容易達到共識，而討論民俗療法則不易達

到。另一方面，醫護人員卻不認為他們的反對態度對病患產生的影響，會因療法不同而有所差異。在「醫護人員若對輔助與替代醫療持反對態度時，會降低病患使用率」與「醫護人員若對輔助與替代醫療持反對態度時，會降低病患求生意願」兩題，六項療法間均未達顯著差異。

受訪醫護人員不認為若醫護對輔助與替代醫療持反對態度，會降低病患求生意願（1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意，平均得分 3.41 至 4.51），因而此點應不致造成醫護人員不願主動與病患談論輔助與替代醫療的原因。而「醫護人員若對輔助與替代醫療持反對態度是否降低病患使用率」一題（1 分代表非常不同意，10 分代表非常同意），六項療法的平均分都在 5 分上下（4.54 至 5.21），顯示醫護人員認為其反對態度對阻止病患使用的效果有限，醫護人員是否因此感覺與病患談論輔助與替代醫療的效果不彰，因而減低主動詢問的意願，值得後續研究追蹤探討。

5.1.4 醫護人員對輔助與替代醫療課程的參加意願

O'Beirne 等(2004)的研究中，受訪醫師認為「對病患的支持」為家庭醫師對輔助療法應扮演的首要角色，其次則是「教育病患」以及「避免病患受到傷害」，有醫師認為自己應提供輔助療法給病患，

然而相關知識與訓練不足。本研究中，醫護人員偏向認為教育病患認識飲食、芳香、心靈、藝術療法是醫護人員的職責，而民俗療法則否。至於參與輔助與替代醫療的課程，除民俗療法得分中等外，其餘均有相當高的意願。其平均得分依序為芳香療法 8.20，藝術療法 7.97，心靈療法 7.78，飲食療法 7.60，中醫療法 7.58，民俗療法 6.40。此題的高平均分，一方面顯示醫護人員對輔助與替代醫療的興趣，另一方面也可看出醫護人員目前對輔助與替代醫療的認識不足，希望藉由專業課程學習更多輔助與替代醫療相關知識。

目前國內已有部分安寧病房安排輔助與替代醫療課程供醫護人員研習進修，以芳香療法的介紹最為普遍(高雄榮民總醫院家庭醫學部，2005)，然而口服草藥或偏方有造成藥物交互作用或身體副作用的危險(Ashar & Vargo, 1996; Weiger et al., 2002; Cassileth & Deng, 2004; Cassileth & Schulman, 2004; Lawvere & Mahoney, 2005)，有研究發現醫師對輔助與替代醫療的接受度與知識間有段落差，以草藥為例，60.4%的受訪醫師相信草藥有益身體健康，27.1%曾建議病患服用草藥，然而只有 15.1%的醫師能至少辨識一種草藥與西藥間的交互作用(Clement et al. 2005)，因而醫護人員也亟需適當管道獲取相關知識。

5.1.5 法律在輔助與替代醫療的角色

70%的美國醫師認為目前輔助與替代醫療的執行情況是民眾健康的一大威脅(Wahner-Roedler, 2006)。但國內尚無對輔助與替代醫療設定特殊法律，政府亦不考慮透過證照制度管理輔助與替代醫療，但國外某些輔助與替代醫療的項目，例如針灸、中藥，在台灣屬於中醫師之醫療業務範疇，納入醫師法管理。其他如推拿、腳底按摩、拔罐、氣功、芳香療法等，則屬於未受規範的輔助與替代醫療。然而，根據醫療法與醫師法的規定，民俗療法不得宣稱療效，也不能做出醫療行為（中華民國監察院，2007）。

本研究詢問醫護人員是否認為輔助與替代醫療可經由法律制定得到適當管理，平均得分最高者為中醫療法(6.93)，顯著高於民俗(5.58)、藝術(5.57)、心靈療法(5.32)，芳香療法與飲食療法的平均分則分別為 5.96 及 6.10。

美國、英國、加拿大、澳洲等國現有對輔助與替代醫療的法律規範多半為西方傳統的整骨、整脊醫學，及中醫藥領域，如針灸、中草藥(Boon, 2002; Carlton & Bensoussan; Cohen, 2002; Walker & Budd, 2002)。香港除了脊醫註冊條例(Chiropractors Registration Ordinance)與中醫藥條例(Chinese Medicine Ordinance)外，對大多數的另類療法並未特別立法規範，但涉及醫療行為及療效廣告時，

便依循藥劑業及毒藥條例與危險藥物條例(Pharmacy and Poisons Ordinance & Dangerous Drugs Ordinance)·消費品安全條例(Consumer Goods Safety Ordinance)·不良醫藥廣告條例(Undesirable Medical Advertisement Ordinance)管理(Tse et al., 2006)。依現況來看·目前國內對中醫師的醫療行為·與西醫師同在醫師法管理之下·而整骨·整脊醫學在國內普及度遠不及歐美各國·就法律面向來看·似乎並未落後其他國家太多。本研究結果亦顯示·相較於中醫療法易受法律管理·醫護人員認為民俗療法·藝術療法等困難度則更高。然而·美國有「國家輔助與替代醫療中心(NCCAM)」·英國有「輔助性健康研究中心(CCHS)」·顯示兩國對輔助與替代醫療的研究發展相當重視·期盼國內能由政府主持或委託某些研究單位發展輔助與替代醫療的相關研究·對各療法的療效有科學證據的支持或否定。在足夠的研究基礎下·要對於輔助與替代醫療中的特定療法定法律時也才有充分的根據。

5.2 醫護人員對輔助與替代醫療中各不同療法的態度比較

本研究將安寧病房病患在西醫治療外經常尋求的療法區分為六類·包括芳香療法·藝術療法·心靈療法·飲食療法·中醫療法·民

俗療法。儘管美國 NCCAM(2009a)將輔助及替代醫學區分為身心醫學、生物基礎操作、身體操作的治療、能量療法與整體醫療體系，本研究未依據 NCCAM 分類來設計問卷的原因，一則因輔助與替代醫療本具地域民族性，即使居住同一地區的不同種族病患，對輔助與替代醫療選擇亦有差異(Lee et al., 2000)，故歐美的分類定義不見得適合亞洲國家。二則國內有數篇關於癌症病患使用輔助與替代醫療的研究，發現病人常自行採用的輔助與替代醫療大多不脫離心靈療法、飲食療法、中醫療法、民俗療法這四類範疇 (黃嘉玲等，2002；陳玉萍等，2004；孫懿英等，2005；辜智芬，2007)，另由於國內部分安寧病房已採用芳香療法與藝術療法做為輔助治療 (郭育誠等，2001；黃玉芬，2009；吳明富，無日期)，也將此二療法列入問卷作為比較。

在全部 14 個題目的平均得分中發現，芳香療法、藝術療法、心靈療法三類，除第 13 題請醫護人員推估安寧病患使用輔助與替代醫療的比例上，病患使用藝術療法比例顯著低於芳香與心靈療法外，其餘 13 題均無顯著差異，顯示對醫護人員而言，芳香、藝術與心靈療法，無論在其緩和身心症狀的效果、副作用，對醫病間討論輔助及替代療法的情形，或整體態度上均可歸為同一大類。對照美國 NCCAM(2009a)對輔助與替代醫療的分類，本研究定義的「藝術療

法」，包括音樂治療及藝術治療，及「心靈療法」中的寺廟或教堂崇拜、禱告、靜坐冥想、瑜珈，皆屬「身心醫學」範疇，而「芳香療法」中的吸入性芳香治療屬於「生物基礎操作」，精油按摩則屬「身體操作的治療」。

傳統中華文化及中醫藥內涵中有「醫食同源」的概念，本研究發現飲食療法與中醫療法，在某些題目的平均得分相近(包括第 2、3、4、6、7、8、11、12、13、14 題)，但醫護人員認為中醫療法對於緩和病患身體症狀的效果顯著較飲食療法佳(5.92 vs. 4.85)，認為討論中醫療法較討論飲食療法顯著對醫病關係有負面影響(3.45 vs. 2.91)，亦顯著難達到共識(5.77 vs. 4.91)，此外，相較於中醫療法，醫護人員顯著同意教育病患認識飲食療法是醫護人員的職責(5.27 vs. 6.41)。因而病患使用輔助與替代醫療相關研究上，飲食療法與中醫療法仍以各自獨立為宜。

本研究中，民俗療法的平均得分多半顯著與其他種類療法不同，尤其在「認為療法是否產生副作用」、「認為與病患討論療法會對醫病關係有負面影響」、「對療法課程的參與意願」、「對病患使用療法的整體態度」四題，民俗療法的平均分與其他五類療法都有顯著差異($p < 0.001$)。本研究所定義的民俗療法，其中抽籤卜卦、算命改運、尋求乩童、風水屬 NCCAM 的「身心醫學」，草藥偏方、藥膳、補品、

符水屬「生物基礎操作」，氣功屬「能量療法」，之所以未再將之細分，一方面因國內過去並未有針對民俗療法的分類研究，對於如何區分其中細項，尚無良好依據；另一方面則由於本研究已將輔助與替代醫療分為六大類，再增加項目恐造成受試者填答負擔，故暫以民俗療法統稱。本研究發現醫護人員對民俗療法的態度顯著與對其他輔助與替代醫療不同，然而究竟是對民俗療法中的所有項目皆如此，或是民俗療法範疇內，醫護人員態度也有相當程度的分歧性，則有待後續研究證實。一名填答醫護人員同樣提出此癥結點，認為本研究定義之民俗療法範圍過廣，建議區分為能量（氣功等）、靈性（卜、命、風水）、藥物食材（草藥偏方等），該受訪者的建議與 NCCAM(2009a)的分類方式一致，而本研究的民俗療法範圍確實過廣，此意見值得未來研究者參考。

Risberg 等(2004)發現，醫護人員對輔助療法的態度相較於替代療法更為正向，根據其研究定義，「輔助療法」與「替代療法」皆為非常規醫療行為(unconventional approaches)，前者的目的在於處理身體不適症狀以及增進生活品質，後者則是為了治療癌症本身所採取的未經證實的非常規醫療行為。本研究中的芳香療法、藝術療法與心靈療法，通常病患嘗試的目的在於減輕不適與提高生活品質，至於飲食、中醫、民俗療法，則視療法內容與病患使用目的而定，可能屬

輔助療法亦可能歸於另類療法，本研究中芳香、藝術與心靈療法在多數題目的平均得分較其他療法正向的結果，大致與 Risberg 等(2004)的論點相符。然而實際上，病患使用各式非常規醫療的目的，往往希望同時能夠減輕身體不適並減緩癌症進展，故要明確劃分輔助療法與另類療法並非易事，且本研究對象為醫護人員，而不是直接訪問使用療法的病患，因此未進一步將所列的六項療法區分為輔助療法或另類療法。

5.3 醫師組與護理師組對輔助與替代醫療的態度比較

本研究發現，醫師較護理師顯著認為中醫療法對緩和身體症狀有效，且顯著認為教育病患認識中醫療法是醫護人員的職責。護理師則顯著較醫師認為芳香療法對於緩和心靈症狀有效，對於病患使用芳香療法的態度上，護理師顯著較醫師正向。由臨床經驗評斷病患使用芳香療法比例，護理師的推估比例亦顯著高於醫師。推測以上結果部分導因於醫護工作內容的不同。中醫療法屬於中醫師執業範疇，儘管國內西醫師養成過程不見得接受過中醫訓練，本研究受訪醫師僅二成具備中醫師執照，但一般而言，中醫療法仍偏向「醫療」而非「護理」。至於芳香療法在醫護間呈現的差異性，可能由於安寧病房內許多病患有淋巴水腫問題，需由護理師提供或教導按摩方式，而精油按摩是經

常應用的方式之一，故護理師接受芳香療法的資訊與接觸芳香療法機會較醫師來得高。

對於芳香療法、藝術療法與心靈療法課程的參加意願，護理師顯著高於醫師，此與國外研究發現醫師對輔助與替代醫療的正向度低於護士相吻合(Risberg et al., 2004)，但醫師工作一般較護理師更為繁忙，加上現行各醫學會規定的年限必修學分，亦佔去醫師休假時間，是否因此降低醫師參與課程意願，仍有待進一步瞭解。

Hann 等(2003)以腫瘤科的醫師、護理師及社工師為研究對象，發現社工師較醫師、護理師更常開啟與病患間對輔助與替代醫療的相關話題，而醫護間則無顯著差異。由於國內安寧病房的社工師人數偏少，依安寧病房的設置標準，每張病床需至少配置一位護理師，然而每個病房僅需至少一位社工師(財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會，無日期 c)，因而本研究未將社工師納入研究對象。但研究結果顯示醫師與護理師詢問病患使用輔助與替代醫療情形亦有差異，護理師顯著較醫師更常主動詢問病患是否嘗試民俗療法，而醫師則較護理師顯著認為與病患討論民俗療法比與病患討論西醫治療更難達到共識。推論醫師較護理師顯著認為討論民俗療法難以達到共識的原因，與民俗療法有時會和醫師的常規醫療決策相悖有關，醫師可能因此而較不願主動詢問病患是否使用民俗療法。

關於「若知道病患使用輔助與替代醫療，醫護人員將如何討論此一情況」一題的回答，醫師組與護理師組在中醫療法與民俗療法的討論情形有顯著差異，在中醫療法方面，醫師與團隊、病患或家屬其中一方討論者佔 22.2%，與其中兩方討論者佔 11.1%，與三方皆討論者佔 66.7%；護理師組有 7.6%不會主動討論，42.4%與其中一方討論，15.2%與其中兩方討論，34.8%三方皆討論。在民俗療法方面，醫師與其中一方討論的佔 19.2%，與其中兩方討論者佔 23.1%，與三方皆討論者佔 57.7%；護理師組有 14.9%不會主動討論，41.8%會與團隊、病患或家屬其中一方討論，16.4%會與其中兩方討論，而三方皆討論者則佔 26.9%。顯示醫師在知道病患使用中醫療法與民俗療法時，較護理師顯著主動與多方面討論。前述「醫師較護理師顯著認為教育病患認識中醫療法是醫護人員的職責」及「醫師較護理師顯著認為討論民俗療法難以達到共識」，都是醫師積極討論此二療法的可能原因。

5.4 醫護人員自身使用輔助與替代醫療的情形

Jump 等(1998)的研究中，三分之一的受訪醫師自身使用過輔助與替代醫療。Schmidt 等(2002)的研究對象中，英國醫師自身最常用的療法為整脊療法(chiropractic)(9%)，德國醫師則以針灸 16%的

使用率最高。國內林萬壹 (2003) 的碩士論文探討醫師本身求醫行為，發現 31.0%的醫師生病曾看過中醫。本研究的醫護人員本身嘗試過中醫療法者最多(40%)，芳香療法次之(23.2%)，56.8%的受訪者至少嘗試過一種輔助與替代醫療。

本研究詢問醫護人員自身使用輔助與替代醫療情形，未特別限定針對某些疾病，而是以「請問您本身曾嘗試西醫以外的哪些療法來促進身體健康或治療疾病」為題，採開放式問答，未作答者以「不曾使用」視之，因而結果可能低估使用比例，然而整體 56.8%的使用率，甚至高於過去國內外研究。林萬壹 (2003) 的研究發現，假設面臨惡性腫瘤 (即癌症)，高達 57.0%的受訪醫師考慮嘗試中醫，而考慮民俗療法者由一般疾病時的 6.6%增為 20.7%。安寧病房醫護人員經常接觸癌症末期病患，是否安寧病房的醫護人員使用輔助與替代醫療情形較非安寧從業人員更普遍，未來可朝此方面探究，例如詢問安寧醫護人員在進入安寧領域工作前後，使用輔助與替代醫療的情形，或是以不同醫療單位醫護人員為研究對象，比較其使用輔助與替代醫療的盛行率，此外，亦可將使用輔助與替代醫療的目的加以區分，做進一步分析統計。

5.5 其他討論

有研究發現，腫瘤科醫師(oncologists)較一般科醫師(general physicians)反對病人使用輔助與替代醫療(Ernst & Cassileth, 1999)·Hyodo 等(2003)的調查中，82%的腫瘤科醫師認為輔助與替代醫療對治療癌症並無效果。但在 Lewith 等(2001)的研究中，從事緩和醫療的醫師，對輔助與替代醫療的態度較正向。本研究對象中的腫瘤科醫師也是安寧緩和醫療人員，因而無法評估腫瘤科醫師與安寧病房醫師是否對輔助與替代醫療抱持不同態度。

Risberg 等(2004)的研究結果，女性醫護人員對輔助與替代醫療抱持較正向的態度，而醫師的正向度低於護士。但也有研究認為醫師的性別、年齡及專科別，與對輔助與替代醫療的態度無顯著相關(Jump et al., 1998; Kurtz et al., 2003)。本研究結果顯示，護理師對於芳香、藝術與心靈課程的參加意願顯著高於醫師，對於病患使用芳香療法的態度上，亦顯著較醫師正向。本研究未對性別變項做統計分析，由於填答護理師全為女性，醫師則男多於女，性別因素無法排除受職業別影響。研究對象醫師共計 28 人，個案數偏少，因而也未獨立出醫師組來做性別及專科別(放射腫瘤科或家庭醫學科)的分析。未來的相關研究可嘗試涵括男性護士與更多女性醫師，並增加受訪醫師人數，進一步統計分析。

年資與年齡方面，Jump 等(1998)發現執業 10 年以下較 10 年以上的醫師對輔助與替代醫療接受度高，但使用或轉介的情形則與執業年數無顯著相關。Lewith 等(2001)的研究發現，年輕醫師態度較為正向，而實際利用輔助與替代醫療者，則在 45 至 55 歲族群達最高峰。此外，韓醫對輔助與替代醫療的態度分數與年齡成負相關(Lee et al., 2002)。本研究對象年齡層分布 25 歲及以下佔 16.8%，26 至 35 歲 65.3%，36 至 45 歲 2.6%，46 至 55 歲 3.2%，56 至 65 歲 2.1%，醫師與護理師在年齡分布上有顯著差異($p < 0.001$)。近三分之二受訪者集中在 26 至 35 歲，不易對年齡層變項做出適當分析。但以職業別、年齡分布、平均臨床工作年資及安寧工作年資為變項，做多重線性迴歸分析時，發現年齡與年資並未對職業別比較產生太大影響。故本研究仍著重於討論醫師與護理師間對於輔助與替代醫療態度的異同。

第六章 結論與建議

6.1 結論

輔助與替代醫療雖經常被一概而論，但其中包含的療法種類繁多，本研究發現，醫護人員對各種類療法的態度不盡相同。芳香、藝術、心靈療法雖屬不同分類，但醫護人員對此三種類療法態度相近，認為有部分療效而副作用少，對病患使用抱持正向態度。而民俗療法顯著異於其他療法，其中內涵廣泛，後續研究宜考慮如何將之畫分。

同樣在安寧病房照顧病患的醫師與護理師，在某些不同療法的不同層面上，態度亦有所差異，尤其對中醫療法與芳香療法的態度顯著不同，可能與醫護的工作性質有關。在醫病溝通方面，儘管醫護人員並未忽略病患使用輔助及替代療法的普遍情形，當知道病患使用輔助與替代醫療時，多數醫護人員也會主動與他人討論，但由醫護人員主動開口詢問病患使用輔助與替代醫療與否的頻率仍相對偏低，或許導因於輔助及替代醫學的知識不足、醫病溝通技巧有限，本研究結果顯示，安寧病房醫護人員對輔助與替代醫療課程感高度興趣，建議有關單位可多舉辦此類進修課程，並多發展輔助與替代醫療的研究，對各療法的理論、療效有科學證據，如此對醫病間溝通輔助與替代醫療議題，與未來相關法律制定，才有適當依據。

6.2 研究限制

本研究對象的性別分組與職業分組極為相似，醫師組有 22 名男性，6 名女性，而護理師成員組皆為女性，因此比較醫護二組的異同，並不能排除性別造成的影響。此外，研究族群為馬偕、花蓮慈濟與大林慈濟之安寧病房醫護人員，其對於輔助與替代醫療的態度未能全然代表國內所有醫院之安寧病房醫護人員。但以具歷史與規模的安寧病房而言，國內 2000 年（含）之前創立、同時提供安寧住院、居家及共照服務的 18 床以上病房共計 124 床，以安寧病房設置標準一床至少需一名護理人員推算，應有 124 位護理師，而本研究回收的護理師問卷計 67 份，達 54.0%。至於醫師部分，目前安寧病房的負責醫師科別，包括家庭醫學科、放射腫瘤科、血液腫瘤科、一般內科等（台灣安寧照顧協會，2007），而本研究選取的安寧病房，醫師以家庭醫學科及放射腫瘤科為主，且醫師人數偏少，不易做進一步分析比較。

受制於研究規模，研究者並未同時訪問馬偕、花蓮慈濟與大林慈濟三院之安寧病患。本研究統計結果的對照參考，以「推估病患使用輔助與替代醫療的盛行率」為例，是採用現有國內外文獻做比較，但文獻內研究對象病患，與本研究醫護人員照顧的病患並不一致。而醫病溝通相關問題的探討，也僅限於醫護人員單方面的資訊。

由於目前大部分的教學醫院規定，對院內醫護人員進行問卷調查

前須先申請院內計畫，並經倫理委員會審查通過後方可執行，而安寧醫療從業人員大多服務於具規模的教學醫院，若單純為檢驗問卷信度而申請院內計畫，有執行上的困難，且必須事先告知受試醫護人員要填寫同樣的問卷兩次，也可能影響醫護人員參與問卷調查的意願。一般而言，相對「行為」，有關「態度」的回答，其穩定性較高，故本研究並不進行重測信度(test-retest reliability)的檢測。

6.3 建議

6.3.1 對醫護人員的建議

由本研究結果看來，安寧醫護人員並非忽視病患使用輔助與替代醫療情形，當知道病患使用時也願意主動討論。儘管醫護人員並不認為自己的反對意見能顯著減少病患使用可能無益的輔助與替代醫療，但至少不認為會因此而降低病患求生意願。而是否在醫病討論當中，能給病患適當的指引，或許需要更多的知識與經驗，在目前輔助與替代醫療教育課程仍未普及時，團隊討論、期刊閱讀討論會等都是增加知識的管道。

目前國內安寧病房的護理記錄已有各式統一規範的表單，包括「安寧療護入院記錄(hospice palliative admission note)」、「安寧療護初步疼痛評估表」、「安寧療護團隊個案討論會議記錄」等(台灣安

寧緩和護理學會，無日期)，建議可新增「安寧病患使用輔助與替代醫療記錄」之表格，一來提醒醫護人員詢問病患使用輔助與替代醫療情形，二來在病歷中留下確實記錄，對未來輔助與替代醫療的相關研究與公共衛生的統計上皆有所助益。

本研究顯示醫、護間對病患使用輔助與替代醫療的態度有顯著差異，醫師偏向重視中醫療法，護理師則對芳香療法抱持正向態度，此一差別可能代表醫師相對看重實證醫學的「治療」效果，而護理師傾向「照顧」病人，二者並無對錯區分，但確實是醫、護間存在的相異之處，此不同立場可藉由安寧病房常規的團隊會議提出討論，醫護表達各自立場，互相尊重瞭解，以使醫療團隊中各成員面對病患使用輔助與替代醫療時能有相近的說明方式，避免病患因從不同醫護人員得到迥異的訊息而產生困惑。

一般而言，安寧病房醫護人員與病患、家屬溝通的時間，多於其他病房，醫護人員通常也有較充分的時間陪伴病患、傾聽病患需求，然而輔助與替代醫療的盛行，並不只限於安寧病房，在各種急、慢性病治療過程當中，都可能遇到病患使用輔助與替代醫療，在積極治療時期，或許另類療法對病患的疾病、服用藥物等產生更大影響及交互作用，值得重視。此研究結果也提供安寧以外的醫護人員做為參考。

6.3.2 對衛生單位的建議

國內現行醫學、護理教育，並未對輔助與替代醫療有完善介紹，醫師、護理師普遍缺乏輔助與替代醫療的知識與經驗，學術單位在此領域亦未提供充裕的研究環境，除了少數中醫藥研究院所外，僅南華大學開設「自然醫學研究所」，資源有限。建議政府補助輔助與替代醫療相關研究，或由政府整合、籌畫研究發展方向。在更多的科學證據下，對未來輔助與替代醫療教育、醫病溝通輔助與替代醫療、相關法律制定，都能有所裨益。

而在安寧療護領域中，健保局對安寧住院給付已有詳盡規範(中央健康保險局，無日期)，且自 2009 年 9 月 1 日起，又新增八類非癌症重症末期病患也能接受健保給付的安寧療護服務，增列預算擴大服務對象(中央健康保險局，2009)，未來如有充足經費，可考慮提撥給付安寧病房的輔助療法，並對安寧病房的輔助與替代醫療使用訂定明確規範，提供醫護人員指引，並保障病患安全。

6.3.3 對未來研究者的建議

輔助與替代醫療範圍廣泛，研究的定義與分類至今仍未有一致標準，因而各研究之間的療法盛行率或態度難以互相比較。建議未來研究者可視研究對象、目的，縮小單一研究中「輔助與替代醫療」的設

定範圍，從細部著手，例如限定「飲食療法」，而儘可能列舉出國內民眾或病患可能使用的各種經由口服攝取之非西醫療法，如此較易釐清各項療法的歸屬性與異質或同質性。

本研究發現，對醫護人員而言，民俗療法確實相當不同於其他輔助與替代醫學，然而其內涵過於廣泛，期待後續研究者進行相關探討，將民俗療法內的細項再依 NCCAM 的分類或其他方式加以區分，探討各類別間是否亦存在顯著差異。

在研究對象方面，本研究發現醫師與護理師間對輔助與替代醫療的態度有顯著差異，未來研究者可將醫師與護理師區分開來，各自獨立進行研究。

參考文獻

- 丁志音 (2003)。誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用。 *台灣公共衛生雜誌*，22 (3)，155-166。
- 中央健康保險局 (2009 年，11 月 11 日)。今 (98) 年 9 月 1 日起，新增八類非癌症重症末期病患也能接受安寧療護服務，並正式納入健保給付。2009 年 11 月 25 日，取自：
http://www.nhi.gov.tw/information/news_detail.asp?menu=1&News_ID=808
- 中央健康保險局 (無日期)。住院安寧療護支付方式問答輯。2010 年 1 月 12 日，取自：http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_14203_2_%E4%BD%8F%E9%99%A2%E5%AE%89%E5%AF%A7%E5%95%8F%E7%AD%94%E8%BC%AF.pdf
- 中華民國監察院 (2007)。調查報告 (第 2595 期) 因應社會環境變遷需要改善民俗活動專案調查報告 (一)。2009 年 11 月 7 日，取自：http://tpr.link.net.tw/newPage/MICO/2595/2595_type21_01_p06.htm
- 王英偉 (2007)。安寧緩和醫療的輔助療法。於台灣安寧緩和醫學學

會編著，*安寧緩和醫療—理論與實務*（初版，517-532 頁）。台北：新文京。

台灣安寧照顧協會（2008 年，8 月 12 日）。*全國安寧療護資源完整分佈*。2009 年 12 月 8 日，取自：<http://www.tho.org.tw/xms/>

台灣安寧照顧協會（2007 年，11 月 12 日）。*全國〈安寧病房〉資源一覽表*。2009 年 11 月 7 日，取自：http://www.tho.org.tw/xms/read_attach.php?id=264

台灣安寧緩和護理學會（無日期）。*下載清單*。2010 年 1 月 12 日，取自：<http://www.hospicenurse.org.tw/UI/F1/F101000.aspx>

朱芳瑩、陳淑玲（2006）。護理系學生對輔助另類療法態度與知識之初探。*慈濟技術學院學報*，9，145-158。

行政院衛生署（2009）。*健康六大站*。2009 年 11 月 25 日，取自：http://healthmap2009.doh.gov.tw/see_it.asp

行政院衛生署國民健康局台灣癌症登記小組（2009）。*台灣癌症申報發生人數按原發部位、性別及報告年分類，民國 68 至 95 年*。2009 年 11 月 25 日，取自：http://crs.cph.ntu.edu.tw/uploadimages/Y95-Table_10.pdf

吳明富（無日期）。「走出寂默」悲傷藝術治療。2009 年 11 月 25

日，取自：http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/share_view.php?cate=1&info=2

辛隆士、邱泰源、胡文郁 (1996)。癌末病人之另類治療行為。 *中華民國家庭醫學雜誌*， 6， 127-137。

周昌德 (2003)。風濕病之另類療法及未來的展望。 *中華民國風濕病雜誌*， 17 (3 & 4)， 9-13。

周淑琴 (2009 年， 9 月 4 日)。一位運動神經元病變病患之護理經驗。

2009 年 11 月 25 日，取自：http://www.bhp-gc.tw/index.php?mo=CaseaPaper&action=paper1_show&cate=Set1&csn=35&sn=34&print=true

林淑靜 (1999)。安寧療護的另類療法。 *安寧療護雜誌* (11)， 43-49。

林萬壹 (2002)。 *醫師本身求醫行為之探討*。未出版之碩士論文，南華大學生死學研究所，嘉義縣。

法務部 (2002 年， 12 月 11 日)。 *全國法規資料庫：安寧緩和醫療條例*。2009 年 11 月 25 日，取自：<http://law.moj.gov.tw/Scripts/NewsDetail.asp?no=1L0020066>

施議強、韓晴芸、曾俊傑、侯承伯 (2005)。輔助及另類醫療。 *基層醫學*， 20 (6)， 146-153。

洪毓珮 (2004)。自然醫學在美國的現況。 *中華針灸醫學會雜誌* (7)，

121-123。

胡超群、黃柏銘 (2006)。另類醫學在自然療法之啟迪。 *中華推拿與*

現代康復科學雜誌， 13 (1)， 1-16。

孫嘉玲、張元貞、宋梅生、黃美瑜、王秀香、郭素青 (2004)。芳香

療法於癌症病患之應用。 *安寧療護雜誌*， 9 (3)， 253-263。

孫懿英、高碧霞、趙詩瑾 (2005)。癌症病童家長為其子女尋求另類

療法之調查。 *護理雜誌*， 52 (3)， 29-38。

財團法人中華民國 (台灣) 安寧照顧基金會 (無日期 a)。 *住院安寧*

療護設置基準。 2010 年 1 月 4 日， 取自：

<http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/hospital-3.php>

財團法人中華民國 (台灣) 安寧照顧基金會 (無日期 b)。 *安寧居家*

療護設置規範。 2010 年 1 月 4 日， 取自：

<http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/hospital-4.php>

財團法人中華民國 (台灣) 安寧照顧基金會 (無日期 c)。 *共同照護*。

2010 年 1 月 4 日， 取自：<http://www.hospice.org.tw/>

[2009/chinese/hospital-5.php](http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/hospital-5.php)

財團法人中華民國 (台灣) 安寧照顧基金會 (無日期 d)。 *基金會簡*

介。 2009 年 11 月 7 日， 取自：<http://www.hospice.org.tw/>

[2009/chinese/about-2.php](http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/about-2.php)

財團法人中華民國 (台灣) 安寧照顧基金會 (無日期 e)。現有合約

醫院。2009 年 11 月 7 日，取自：<http://www.hospice.org.tw/>

[2009/chinese/hospital.php](http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/hospital.php)

財團法人中華民國 (台灣) 安寧照顧基金會 (無日期 c)。安寧療護

病房設置基準。2009 年 11 月 30 日，取自：

<http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/hospital-3.php>

馬素華 (2002)。互補和替代醫學於護理實務中的應用。護理雜誌，

49 (5)，10-14。

高雄榮民總醫院家庭醫學部 (2005)。護理人員安寧療護教育訓練。

2009 年 11 月 30 日，取自：<http://www.vghks.gov.tw/fm/>

[album/94/nurse.htm](http://www.vghks.gov.tw/fm/album/94/nurse.htm)

張根湖 (2006)。輔成治療及另類療法於癌症之運用。北市醫學雜誌，

3 (1)，82-91。

許煌汶 (2004)。輔助與另類醫學簡介。安寧療護雜誌，9 (3)，

264-275。

陳玉萍、曾振淦、陳美伶、洪志宏、曾雁明、李弘暉 (2005)。放射

治療之惡性腦瘤患者接受另類療法與食物觀念的調查分析。放

射治療與腫瘤學，12 (1)，59-65。

陳慶餘 (2007)。緣起。於台灣安寧緩和醫學學會編著，安寧緩和醫

療—理論與實務 (初版 , 517-532 頁) 。台北 : 新文京 。

郭育誠、莫淑蘭、陳慶餘、邱泰源、姚建安、胡文郁、釋惠敏(2001) 。

癌末病人接受美術療育之前驅性研究。 *安寧療護雜誌* , 6(1) ,
14-24 。

曾月霞、林岱樺、洪昭安 (2005) 。台中地區社區成人輔助療法使用
現況。 *中山醫學雜誌* , 16(1) , 59-68 。

曾玉芬(2004) 。 *醫師尋求另類療法行為之研究* 。未出版之碩士論文 ,
南華大學生死學研究所 , 嘉義縣 。

辜智芬 (2007) 。 *研究癌症病人使用輔助及另類醫療現況* 。未出版之
碩士論文 , 南華大學自然醫學研究所 , 嘉義縣 。

黃玉芬 (2009 年 8 月 27 日) 。 *失智、洗腎安寧療護 9 月納健保* 。
2009 年 12 月 9 日 , 取自 : [http://mag.udn.com/mag/life/
storypage.jsp?f_ART_ID=209851](http://mag.udn.com/mag/life/storypage.jsp?f_ART_ID=209851)

黃建華 (2005 年 3 月 13 日) 。 *神奇抗癌藥 ? 專詐田僑仔* 。2009 年
12 月 9 日 , 取自 : [http://www.libertytimes.com.tw/2005/
new/mar/13/today-so1.htm](http://www.libertytimes.com.tw/2005/new/mar/13/today-so1.htm)

黃嘉玲、林佳靜、廖美南、黃慈心、張文華 (2002) 。 *台灣癌症末期
病患使用另類療法與症狀困擾相關性之探討 (委託研究案 ,
一)* 。台北市 : 財團法人中華民國安寧照顧基金會 。

- 虞希堯 (2005)。 *血管整合醫學* : (一) 遠紅外光線治療增加組織血流量 ; (二) 高壓氧治療提高肝臟缺血耐受度。未出版之博士論文，國立清華大學分子與細胞生物研究所。
- 蔡甫昌、黃獻樑、陳彥元 (2007)。病患要求施行輔助及另類療法所涉及醫學倫理問題。 *台灣醫學*， 11 (1)， 91-103。
- 鍾聿琳 (2001)。護理人員對另類醫療應有的認識。 *台灣醫學*， 5 (3)， 343-347。
- Leach, W. (1999)。安寧療護機構的芳香治療。 *安寧療護雜誌* (13)， 39-41。

- Adams, K. E., Cohen, M. H., Eisenberg, D., & Jonsen, A. R. (2002). Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings. *Annals of Internal Medicine, 137*(8), 660-664.
- Adams, M., & Jewell, A. P. (2007). The use of Complementary and Alternative Medicine by cancer patients. *International Seminars in Surgical Oncology, 4*, 10.
- Ashar, B., & Vargo, E. (1996). Shark cartilage-induced hepatitis. *Annals of Internal Medicine, 125*(9), 780-781.
- Boon, H. (2002). Regulation of complementary/alternative medicine: a Canadian perspective. *Complementary Therapies in Medicine, 10*(1), 14-19.
- Boon, H. S., Olatunde, F., & Zick, S. M. (2007). Trends in complementary/alternative medicine use by breast cancer survivors: comparing survey data from 1998 and 2005. *BMC Womens Health, 7*, 4.
- Bourgeault, I. L. (1996). Physicians' attitudes toward patients' use of alternative cancer therapies. *Canadian Medical Association Journal, 155*(12), 1679-1685.

- Carlton, A. L., & Bensoussan, A. (2002). Regulation of complementary medicine practitioners in Australia: Chinese medicine as a case example. *Complementary Therapies in Medicine, 10*(1), 20-26.
- Cassileth, B. R., & Deng, G. (2004). Complementary and alternative therapies for cancer. *Oncologist, 9*(1), 80-89.
- Cassileth, B. R., & Schulman, G. (2004). Complementary therapies in palliative medicine. In Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. I., & Calman, K. (Ed.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (chap. 16, pp. 1087-1093). New York: Oxford University.
- Chen, Y. C., Chiang, C. I., Lin, R. S., Pu, Y. S., Lai, M. K., & Sung, F. C. (2005). Diet, vegetarian food and prostate carcinoma among men in Taiwan. *British Journal of Cancer, 93*(9), 1057-1061.
- Chu, F. Y., & Wallis, M. (2007). Taiwanese nurses' attitudes towards and use of complementary and alternative medicine in nursing practice: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 44*(8),

1371-1378.

Clement, Y. N., Williams, A. F., Khan, K., Bernard, T., Bhola, S., Fortuné, M., Medupe, O., Nagee, K., & Seaforth, C. E. (2005). A gap between acceptance and knowledge of herbal remedies by physicians: the need for educational intervention. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 5*, 20.

Cohen, M. H. (2002). CAM regulation in the United States. *Complementary Therapies in Medicine, 10*(1), 3-7.

Corbin, L. (2005). Safety and efficacy of massage therapy for patients with cancer. *Cancer Control, 12*(3), 158-164.

Demmer, C. (2004). A survey of complementary therapy services provided by hospices. *Journal of Palliative Medicine, 7*(4), 510-516.

Divisi, D., Di Tommaso, S., Salvemini, S., Garramone, M., & Crisci, R. (2006). Diet and cancer. *Acta Bio-medica, 77*(2), 118-123.

Dong, L. M., Kristal, A. R., Peters, U., Schenk, J. M., Sanchez, C. A., Rabinovitch, P. S., et al. (2008). Dietary supplement use

and risk of neoplastic progression in esophageal adenocarcinoma: a prospective study. *Nutrition and Cancer*, 60(1), 39-48.

Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., et al. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*, 280(18), 1569-1575.

Ernst, E. (2003). The current position of complementary/alternative medicine in cancer. *European Journal of Cancer*, 39(16), 2273-2277.

Ernst, E., & Cassileth, B. R. (1998). The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review. *Cancer*, 83(4), 777-782.

Ernst, E., & Cassileth, B. R. (1999). How useful are unconventional cancer treatments? *European Journal of Cancer*, 35(11), 1608-1613.

Ezzone, S., Baker, C., Rosselet, R., & Terepka, E. (1998). Music as an adjunct to antiemetic therapy. *Oncology Nursing Forum*, 25(9), 1551-1556.

- Finlay, I. G., & Jones, O. L. (1996). Hypnotherapy in palliative care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *89*(9), 493-496.
- Hamilton, E. (2003). Exploring General Practitioners' attitudes to homeopathy in Dumfries and Galloway. *Homeopathy*, *92*(4), 190-194.
- Hann, D. M., Baker, F., & Denniston, M. M. (2003). Oncology professionals' communication with cancer patients about complementary therapy: a survey. *Complementary Therapies in Medicine*, *11*(3), 184-190.
- Harris, P., Rees, R. (2000). The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systemic review of the literature. *Complementary Therapies in Medicine*, *8*(2), 88-96.
- Hyodo, I., Amano, N., Eguchi, K., Narabayashi, M., Imanishi, J., Hirai, M., et al. (2005). Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(12), 2645-2654.

- Hyodo, I., Eguchi, K., Nishina, T., Endo, H., Tanimizu, M., Mikami, I., et al. (2003). Perceptions and attitudes of clinical oncologists on complementary and alternative medicine: a nationwide survey in Japan. *Cancer, 97*(11), 2861-2868.
- Jump, J., Yarbrough, L., Kilpatrick, S., & Cable, T. (1998). Physicians' attitudes toward complementary and alternative medicine. *Integrative Medicine, 1*(4), 149-153.
- Kobayashi, N., Barnard, R. J., Said, J., Hong-Gonzalez, J., Corman, D. M., Ku, M., et al. (2008). Effect of low-fat diet on development of prostate cancer and Akt phosphorylation in the Hi-Myc transgenic mouse model. *Cancer Research, 68*(8), 3066-3073.
- Kurtz, M. E., Nolan, R. B., & Rittinger, W. J. (2003). Primary care physicians' attitudes and practices regarding complementary and alternative medicine. *Journal of the American Osteopathic Association, 103*(12), 597-602.
- Lafferty, W. E., Downey, L., McCarty, R. L., Standish, L. J., & Patrick, D. L. (2006). Evaluating CAM treatment at the end of life: a review of clinical trials for massage and

meditation. *Complementary Therapies in Medicine*, 14(2), 100-112.

Lawvere, S., & Mahoney, M. C. (2005). St. John's wort. *American Family Physician*, 72(11), 2249-2254.

Lee, M. M., Lin, S. S., Wrensch, M. R., Adler, S. R., & Eisenberg, D. (2000). Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(1), 42-47.

Lee, S. I., Khang, Y. H., Lee, M. S., & Kang, W. (2002). Knowledge of, attitudes toward, and experience of complementary and alternative medicine in Western medicine- and oriental medicine-trained physicians in Korea. *American Journal of Public Health*, 92(12), 1994-2000.

Lewis, C. R., de Vedia, A., Reuer, B., Schwan, R., & Tourin, C. (2003). Integrating complementary and alternative medicine (CAM) into standard hospice and palliative care. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 20(3), 221-228.

Lewith, G. T., Hyland, M., & Gray, S. F. (2001). Attitudes to and

use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. *Complementary Therapies in Medicine*, 9(3), 167-172.

Lim, M. K., Sadarangani, P., Chan, H. L., & Heng, J. Y. (2005). Complementary and alternative medicine use in multiracial Singapore. *Complementary Therapies in Medicine*, 13(1), 16-24.

Milan, F. B., Landau, C., Murphy, D. R., Balletto, J. J., Szytkowski, T., Hart, J. A., et al. (1998). Teaching residents about complementary and alternative medicine in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 13(8), 562-567.

Molassiotis, A., Fernandez-Ortega, P., Pud, D., Ozden, G., Scott, J. A., Panteli, V., et al. (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of Oncology*, 16(4), 655-663.

Molassiotis, A., Sylt, P., & Diggins, H. (2007). The management of cancer-related fatigue after chemotherapy with acupuncture and acupressure: a randomised controlled

trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 15(4), 228-237.

NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine) (2008, Dec 4). *What Is CAM? – Whole Medical Systems*. Retrieved November 7, 2009, from <http://nihseniorhealth.gov/cam/wholemedicalsystems/01.html>

NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine) (2009a, Oct 26). *What Is CAM?* Retrieved November 7, 2009, from <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/overview.htm>

NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine) (2009b, Feb 18). *National Center for Complementary and Alternative Medicine*. Retrieved November 27, 2009, from <http://www.nih.gov/about/almanac/organization/NCCAM.htm>

O'Beirne, M., Verhoef, M., Paluck, E., & Herbert, C. (2004). Complementary therapy use by cancer patients. Physicians' perceptions, attitudes, and ideas. *Canadian*

Family Physician, 50, 882-888.

Öztekin, D. S., Ucuzal, M., Öztekin, I., & Çiğdem, H. (2007).

Nursing students' willingness to use complementary and alternative therapies for cancer patients: Istanbul survey.

Tohoku Journal of Experimental Medicine, 211(1), 49-61.

Pan, C. X., Morrison, R. S., Ness, J., Fugh-Berman, A., & Leipzig, R.

M. (2000). Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review.

Journal of Pain and Symptom Management, 20(5), 374-387.

Risberg, T., Kolstad, A., Bremnes, Y., Holte, H., Wist, E. A., Mella,

O., et al. (2004). Knowledge of and attitudes toward complementary and alternative therapies; a national multicentre study of oncology professionals in Norway.

European Journal of Cancer, 40(4), 529-535.

Risberg, T., Lund, E., Wist, E., Kaasa, S., & Wilsgaard, T. (1998).

Cancer patients use of nonproven therapy: a 5-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology, 16(1), 6-12.*

Robinson, A., & McGrail, M. R. (2004). Disclosure of CAM use to

medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complementary Therapies in Medicine*, 12(2-3), 90-98.

Schmidt, K., Jacobs, P. A., & Barton, A. (2002). Cross-cultural differences in GPs' attitudes towards complementary and alternative medicine: a survey comparing regions of the UK and Germany. *Complementary Therapies in Medicine*, 10(3), 141-147.

Sood, A., Barton, D. L., Bauer, B. A., & Loprinzi, C. L. (2007). A critical review of complementary therapies for cancer-related fatigue. *Integrative Cancer Therapies*, 6(1), 8-13.

Stephenson, N. L., Weinrich, S. P., & Tavakoli, A. S. (2000). The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27(1), 67-72.

Suzuki, N. (2004). Complementary and Alternative Medicine: a Japanese Perspective. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 1(2), 113-118.

- St. Christopher's Hospice (n.d.). *Dame Cicely Saunders*. Retrieved November 27, 2009, from <http://www.stchristophers.org.uk/page.cfm/Link=146>
- Tse, J., Chang, W., & Yeung, C. (2006). Doctors practising alternative medicine--the legal considerations. *Hong Kong Medical Journal, 12*(2), 164-166.
- U.K. Department of Health. (n.d.a). *Acupuncture Regulatory Working Group (ARWG)*. Retrieved November 7, 2009, from <http://www.dh.gov.uk/ab/Archive/ARWG/index.htm>
- U.K. Department of Health. (n.d.b). *Herbal Medicine Regulatory Working Group (HMRWG)*. Retrieved November 7, 2009, from <http://www.dh.gov.uk/ab/Archive/HMRWG/index.htm>
- U. S. National Library of Medicine, MeSH (Medical Subjects Headings). (n.d.). *Complementary Therapies*. Retrieved November 7, 2009, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=mesh&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=68000529&ordinalpos=13&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Mesh.Mesh_ResultsPanel.Mesh_RVFull

Verhoef, M. J., Boon, H. S., & Page, S. A. (2008). Talking to cancer patients about complementary therapies: is it the physician's responsibility? *Current Oncology, 15 Suppl 2*, s88-93.

Vickers, A. J., & Cassileth, B. R. (2001). Unconventional therapies for cancer and cancer-related symptoms. *Lancet Oncology, 2*(4), 226-232.

Vickers, A. J., Straus, D. J., Fearon, B., & Cassileth, B. R. (2004). Acupuncture for postchemotherapy fatigue: a phase II study. *Journal of Clinical Oncology, 22*(9), 1731-1735.

Wahner-Roedler, D. L., Vincent, A., Elkin, P. L., Loehrer, L. L., Cha, S. S., & Bauer, B. A. (2006). Physicians' attitudes toward complementary and alternative medicine and their knowledge of specific therapies: a survey at an academic medical center. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 3*(4), 495-501.

Weiger, W. A., Smith, M., Boon, H., Richardson, M. A., Kaptchuk, T. J., & Eisenberg, D. M. (2002). Advising patients who seek complementary and alternative medical therapies for

cancer. *Annals of Internal Medicine*, 137(11), 889-903.

WHO (World Health Organization). (n.d.). *Traditional Medicine*.

Retrieved November 7, 2009, from http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/

Winslow, L. C., & Shapiro, H. (2002). Physicians want education about complementary and alternative medicine to enhance communication with their patients. *Archives of Internal Medicine*. 162(10), 1176-1181

Yeo, A. S., Yeo, J. C., Yeo, C., Lee, C. H., Lim, L. F., & Lee, T. L. (2005). Perceptions of complementary and alternative medicine amongst medical students in Singapore--a survey. *Acupuncture in Medicine*, 23(1), 19-26.