

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

糖尿病患者使用另類醫學的情況
和血糖控制的相關性研究

The Association Between the Use of Complementary and
Alternative Medicine and Glycemic Control in Patients
with Diabetes

指導教授：辜美安 博士

研究生：郭祖仁

中華民國九十六年六月

南 華 大 學

自然醫學研究所

碩 士 學 位 論 文

糖尿病患者使用另類醫學的情況和糖尿病控制的相關性研究

研究生： 郭祖仁

經考試合格特此證明

口試委員：
曾慶芳
林群智
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 96 年 6 月 11 日

誌謝

常看到期刊或論文附上一長串的感謝名單，心中總覺得無聊，又沒有人想看，甚至有的寫得真肉麻！直到自己開始作研究，趕寫論文，必須仰賴很多人的幫助，才恍然大悟，寫誌謝，是不得不然。因為真的需要感謝的人實在太多，只有藉著誌謝的文章，來公開表示感激，也算是為自己留下這個歷程的記錄，供未來回憶之用。雖然可能只有自己看！

首先應該感謝我的病人，由於他們的配合，使我的研究得以完成。再來要感謝兩年來辜所長的指導和其他師長教導。雖然相處時間不長，但同學不時的幫忙鼓勵，點滴在心頭。還要感謝糖尿病衛教師陳嘉惠小姐、黃幼蓉小姐辛苦的當訪談員及謄寫資料，專科護理師詹秀娥小姐幫忙登錄資料及編碼，醫務部專員林瑞芬小姐幫忙統計，行政助理黃晴容小姐及衛教室其他同仁的協助，圖書館龔雅萍小姐協助找文獻。最後要大大地感謝老婆大人羅雪芳，看著鬼畫符般的草稿，辛苦地盯著電腦打字。

中文摘要

研究目的：探討糖尿病患者為了治療糖尿病而使用輔助及另類醫學（以下簡稱另類醫學）的人口社會學，罹病情況和盛行率及其使用另類醫學的關聯性，以及影響使用另類醫學的因素與使用另類醫學是否影響血糖的控制。

研究方法：採立意取樣和結構性問卷，面對面方式訪談，以南部某區域教學醫院新陳代謝科門診之糖尿病患者為樣本。

研究結果：在收集的 221 份問卷中，47.5%的受訪者曾使用另類醫學，從未使用的人，占 52.5%。過去一年內有使用的人，有 24.4%，過去一年內沒有使用的人，有 75.6 %。使用多元羅吉斯逐步反向迴歸分析，結果為(1)得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的情形下：罹病期(>10 ， ≤ 15 年, odds ratio=2.56, 95%CI=1.17-5.57)；罹病期(>15 ， ≤ 20 年, odds ratio=2.98, 95%CI=1.18-7.53)；罹病期(>20 年, odds ratio=3.12, 95%CI=1.26-7.69)比罹病期(>1 ， ≤ 5 年)傾向使用另類醫學。(2)過去一年內是否使用另類醫學的情形下：同時使用飲食控制、運動和藥物的治療方式(odds ratio=2.01, CI= 1.05-3.87)比缺少其中 1 至 2 種治療方式，傾向使用另類醫學。(3)過去一年內是

否使用另類醫學情形下(曾經使用另類醫學，過去一年內是否仍繼續使用和過去一年內是否才開始使用另類醫學)：沒有完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教(odds ratio=7.58, 95%CI= 1.88-30.67)比完整接受過三種人的衛教，傾向使用另類醫學。(4)在人口社會學、糖尿病類型、併發症數目、是否加入醫療改善方案，與是否使用另類醫學的研究結果，皆無統計上的顯著差異。使用卡方檢定和 t-檢定的結果為：不論將糖化血色素分成 2 組、3 組、5 組和平均值來分析，顯示出糖化血色素(HbA1c)的改變，與使用另類醫學都沒有統計上的顯著差異。

結論：糖尿病患者，為了糖尿病而使用另類醫學的比例，比國外的研究報告高(24.4%)。是否使用另類醫學，不影響血糖控制。罹病期>10 年，傾向使用另類醫學。同時使用飲食控制、運動和藥物的治療方式，較傾向使用另類醫學。沒有完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教，較傾向使用另類醫學。

關鍵字：糖尿病、血糖控制、糖化血色素、輔助及另類醫學、

自我照顧

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the use of complementary and alternative medicine (CAM) for glycemic control in patients with diabetes. Demography, conditions and duration of morbidity, prevalence and factors associated with the use of CAM, and glycemic control were studied.

Methods: Convenient sampling method was used to recruit participants from outpatients with diabetes in the department of endocrinology and metabolism in a regional teaching hospital in south Taiwan. Structured questionnaires were administered to the participants using face-to-face interview.

Results: Of the 221 participants, 47.5% had used CAM and 52.5% had never used it. For use of CAM over the past year, 24.4% of the participants used CAM over the past year and 75.6% of them did not use it over the past year. Results from backward stepwise multiple logistic regression indicated that (1) duration of diabetes was directly associated with the use of CAM (duration >10 & ≤15 years, odds ratio=2.56, 95% CI=1.17-5.57; duration > 15 & ≤20 years, odds ratio=2.98, 95% CI=1.18-7.53; and duration >20 years, odds ratio=3.12, 95% CI=1.26-7.69; compared to duration >1 & ≤5 years); (2) using all three diet control, exercise, and medications treatment modalities was directly associated with the use of CAM in participants who used CAM in the past year (odds ratio=2.01, 95% CI= 1.05-3.87) compared to those who used only one or two of the three modalities; (3) receiving diabetes education from only one or two of the three information sources of diabetes educators (nurses, dietitians, and physicians) was directly associated with the use of CAM in participants who had ever used CAM and still used CAM in the past year and those who first used CAM in the past year (odds ratio=7.58, 95% CI=1.88-30.67) compared to those who received diabetes education from all three sources. (4) none of the other factors including

demography, type of diabetes, the number of complications, participation in the medical improvement project were significantly associated with the use of CAM. Results from chi-square test and t-test indicated that change in HbA1c was not associated with the use of CAM regardless whether HbA1c was categorized into two, three, five groups, and mean values.

Conclusion: The prevalence of CAM use for diabetes management was high (24.4%) in this study compared with those reported in international studies. The use of CAM was not associated with glycemic control in patients with diabetes. The use of CAM was significantly associated with the duration of diabetes over 10 years, using all three modalities of treatment for diabetes (diet control, exercise, and medications), and not receiving all three information sources of diabetes educators (nurses, dieticians, and physicians).

Key words: Diabetes mellitus, Glycemic control, HbA1c, Complementary and alternative medicine, Self-management

目次

誌謝	i
中文摘要	ii
英文摘要	iv
目次	vi
表目次.....	ix
第一章 緒論	1
第二章 文獻探討	5
第一節 糖尿病的流行病學、致病機轉及治療	5
第二節 糖尿病的控制及標準	11
第三節 輔助及另類醫學	15
第四節 使用另類醫學與糖尿病的控制	23
第三章 研究方法	26
第一節 研究目的	26
第二節 研究對象	26
第三節 研究工具	26
第四節 資料收集	31
第五節 統計方法	32

第四章 研究結果	35
第一節 基本資料	36
第二節 前後測結果分析	38
第三節 使用另類醫學的情形及關聯性	39
第四節 過去一年內有使用另類醫學的其他問題	41
第五節 使用另類醫學與血糖控制	42
第六節 影響使用另類醫學的相關因素	42
第五章 討論	66
第一節 基本資料、罹病情況	66
第二節 使用另類醫學的情形	68
第三節 使用另類醫學的其他情形	70
第四節 使用另類醫學與血糖控制	73
第五節 影響使用另類醫學的相關因素	74
第六節 研究限制	76
第六章 結論	79
參考文獻	81
中文部分.....	81
英文部分.....	86

附錄

附錄一	受訪者同意書.....	93
附錄二	人體試驗計畫審查通過證明書.....	94
附錄三	問卷全文.....	95

表目次

表 2	各研究問卷另類醫學的種類.....	25
表 4-1	研究對象的基本資料及得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的比較(n=221)	46
表 4-2	研究對象的檢驗數據.....	48
表 4-3	前後測答案相似比(proportional agreement)及 Cramer's V coefficient 的 p 值(單選題)	50
表 4-4	前後測答案相似比(proportional agreement)及 Cramer's V coefficient 的 p 值(複選題)	50
表 4-5	得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的人數...	51
表 4-6	研究對象的基本資料及過去一年內是否使用另類醫學的比較(n=221)	52
表 4-7	研究對象的基本資料及過去一年內是否使用另類醫學的比較(n=105)	54
表 4-8	過去一年內不使用另類醫學的理由(n=167)	56
表 4-9	過去一年內使用另類醫學的理由(n=54).....	56
表 4-10	全部受訪者認為同時使用另類醫學和西醫療法好不好...	56
表 4-11	過去一年內有使用另類醫學的情形(n=54).....	57
表 4-12	HbA1c(分 2 組)控制好壞與得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的比較(n=216)	59

表 4-13	HbA1c(分 2 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較(n=216)	59
表 4-14	HbA1c(分 2 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較(n=103)	59
表 4-15	HbA1c(分 3 組)控制好壞與得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的比較(n=216)	60
表 4-16	HbA1c(分 3 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較(n=216)	60
表 4-17	HbA1c(分 3 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較(n=103)	60
表 4-18	HbA1c(分 5 組)控制好壞與得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的比較(n=216)	61
表 4-19	HbA1c(分 5 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較(n=216)	61
表 4-20	HbA1c(分 5 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較(n=103)	61
表 4-21	HbA1c 的 Mean±SD 與得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的比較(n=216)	62
表 4-22	HbA1c 的 Mean±SD 與過去一年內是否使用另類醫學的比較(n=216)	62
表 4-23	HbA1c 的 Mean±SD 與過去一年內是否使用另類醫學的比較(n=103)	62
表 4-24	得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學中，影響使用另類醫學的多元羅吉斯強迫輸入迴歸分析結果(n=216)	63

表 4-25	得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學中，影響使用另類醫學的多元羅吉斯逐步反向迴歸分析結果 (n=216)	64
表 4-26	過去一年內是否使用另類醫學中，影響使用另類醫學的多元羅吉斯逐步反向迴歸分析結果(n=216)	64
表 4-27	過去一年內是否使用另類醫學中，影響使用另類醫學的多元羅吉斯逐步反向迴歸分析結果(n=103)	65

第一章 緒論

根據行政院衛生署(2006a)的統計資料顯示，糖尿病自 2003 年起躍升為全國十大死亡原因之第四位，一直到 2005 年的統計，糖尿病仍然維持為全國第四大死亡原因。而第二位的腦血管病變，第三位的心臟病，第八位的腎病變，以及第十位的高血壓，更是糖尿病常見的併發症或是合併發生，彼此交叉影響而惡化。因此糖尿病的防治，益發顯得重要。

據估計 2003 年全球有一億九千四百萬人患有糖尿病，推估至 2025 年將達三億三千三百萬人(Sicree et al., 2003)。林正清(2002)根據 2000 年中央健康保險局資料推估台灣的糖尿病盛行率為 2.84%，40 歲以上成年人糖尿病盛行率為 7.6%。糖尿病主要分為第一型及第二型，目前全世界 97% 糖尿病患者屬於第二型糖尿病。根據中華民國糖尿病衛教學會的統計(游能俊，2006)，台灣的糖尿病患者有 97.3% 屬於第二型。第二型糖尿病在台灣的盛行率，在 20 歲以上成年人約為 5-9%，而 40 歲以上成年人約占 11-13%，而且隨著年齡的增加而升高(周碧瑟等人，2002)。另外近年發現糖尿病的盛行率越來越高，而且第二型糖尿病的發生率在大部分年齡層都有升高的傾向(魏榮男等人，2002； Tseng et al., 2006)，並且以年輕族群升高最為顯

著，肥胖的比例也被發現隨著糖尿病發生率升高而增加(Tseng et al., 2006)。

糖尿病是慢性的新陳代謝異常的疾病，長期控制不好會導致以下的慢性併發症：（一）大血管疾病，如腦中風、心血管疾病、周邊血管病變；（二）小血管疾病，如視網膜病變、腎病變、神經病變。如果糖尿病控制良好，就可以減少併發症的產生。

影響糖尿病控制的因素，除了病患本身的自我照顧，對糖尿病的認知、處理態度及表現行為，也包括醫護團隊的照護及衛教。因此衛生署於 1991 年推廣「糖尿病保健機構」，推行糖尿病患者的衛教；1996 年推廣「糖尿病共同照護網」。中央健康保險局另於 2001 年 11 月推出「全民健康保險醫療給付改善方案」以加強各醫療院所加入照護網的誘因。期許以病人為中心，提升糖尿病患者的自我照顧及醫護團隊的整合性照護，以提升糖尿病患者的照顧品質(林瑞祥，2002；賴美淑和邱淑媿，2002；翁瑞亨等人，2002；劉見祥等人，2002)。

由於感到正統醫學（西醫）在某些方面有所不足，有不少人尋求輔助及另類醫學的協助（Complementary and Alternative Medicine，CAM，以下簡稱為另類醫學）。根據美國輔助及另類醫學中心(National Center for Complementary and Alternative Medicine)(NCCAM, 2007)的定義：輔助及另類醫學，是指一群各不相同的醫療及健康照

護系統、技能及產品，而且目前不被認為是西方傳統醫學 (conventional medicine) 的一部分。美國約有 1/3 人口使用另類醫學 (Eisenberg et al., 1998)，共花費 212 億美元，其中 122 億美元是自費的。台灣並沒有這方面全國性的統計，但因為中醫有健保給付的關係，有關中醫的研究比較多。根據行政院衛生署中央健康保險局 (2006b) 的資料顯示，台灣有 1/4 人口使用過中醫治療，可以推測另類醫學(包括中醫)的使用者，應該超過這個數字。至於糖尿病患者使用另類醫學的盛行率，Yeh 等人 (2002) 的研究，認為與一般人差不多，反而其他慢性病患者比糖尿病患者更常使用另類醫學。而 Egede 等人 (2002) 的研究則有 8% 的糖尿病患者尋求專業另類治療師或醫師的幫助。Bell 等人(2006)引用 2002 年美國全國性的隨機電話問卷調查資料(National Health Interview Survey, NHIS)分析，發現另類醫學使用率在糖尿病患者組為 72.8%，非糖尿病患者組為 61.2%，排除祈禱則分別為 37.4%與 33.7%。因此糖尿病患者與非糖尿病患者相比，較常使用另類醫學。

台灣另類醫學的調查研究大多針對一般人，而且是使用中醫的調查。調查糖尿病患者使用另類醫學的情況，目前則還沒有。另外使用另類醫學會不會影響血糖控制的研究，甚至國外的報告也很少。因此本研究希望探討糖尿病患者，為了治療糖尿病而使用另類醫學的人口

社會學、罹病情況和盛行率及其與使用另類醫學的關聯性；探討那些因素會影響另類醫學的使用；並試圖瞭解使用另類醫學，是否影響血糖的控制。

第二章 文獻探討

第一節 糖尿病的流行病學、致病機轉及治療

一. 糖尿病的流行病學

糖尿病為一個非常常見的慢性疾病，2003 年全球 1.94 億人有糖尿病，預估 2025 年將到達 3.33 億人，約增加 72%(Sicree et al., 2003)。而且從 1993 年到現在，糖尿病一直為全國第四大死亡原因(行政院衛生署，2006a)。

1. 第一型糖尿病

第一型糖尿病在不同種族、不同國家，有不同的年發生率。從最低的亞洲、拉丁美洲每十萬人口 0.1-3.5 人，到最高的北歐國家、英國每十萬人口 21.6-36.8 人，美國約每十萬人口 11.7-16.4 人(Warram & Krolewski, 2005)。台灣則為每十萬人口 1.5 人(Chuang et al., 2000)。第一型糖尿病最常發生於 12-14 歲，世界各地第一型糖尿病發生率有逐年升高的趨勢，但國內則未見有此現象。第一型糖尿病似乎容易在冬天發生。

2. 第二型糖尿病

年齡大於 30 歲的成人中，第二型糖尿病盛行率有很大的差異，從最少的越南(1%)，到最高的諾魯(30.2%)，可能跟種族、遺傳基因

及環境有很大的關係(Warram & Krolewski, 2005；何橈通，2006)。世界衛生組織依盛行率，將第二型糖尿病分為低盛行率(<3%)、中盛行率(3-10%)、高盛行率(10-20%)和極高盛行率(>20%)。

台灣地區 40 歲以上盛行率為 11-13%，20 歲以上盛行率為 5-9%，屬於中高盛行率區域(周碧瑟等人，2002)。林正清(2002)根據 2000 年中央健康保險局資料，推估 40 歲以上盛行率為 7.6%，20 歲以上盛行率為 2.84%。國民健康局 2001 年調查糖尿病的盛行率，15 歲以上為 7.47%。

Tseng 等人(2006)的研究顯示台灣在 1990 至 1996 年間，糖尿病的發生率由每十萬人口 187.1 人增加至 218.4 人，而且男性所有年齡層和女性大部分年齡層都有增加，其中以年輕族群增加最明顯。肥胖的比例也有升高的傾向(39.3% vs 47.6%, $p<0.001$)。魏榮男等人(2002)以 1996 至 2000 年的健保局資料研究，發現台灣的糖尿病盛行率隨著年齡的增加而升高而且逐年增高。

糖尿病主要分為第一型和第二型，全世界約有 97% 糖尿病患者為第二型；台灣糖尿病患者 97.3% 屬於第二型，第一型只占 1.7% (游能俊，2006)。

3. 糖尿病的診斷率

依據 1998 年中央健康保險局統計，只有 54 萬糖尿病患者接受治

療，有將近一半糖尿病患者尋求其他另類醫學治療或未被診斷出。而中央健康保險局 2005 年統計資料顯示，病歷登錄為糖尿病而就診的人，有將近 111 萬。台灣人口至 2007 年 4 月為止為 2243 萬，2006 年全民健康保險總投保人數為 2237 萬，涵蓋率至少 99%，因此全國人民的就醫資料算是相當完整。依據國民健康局 2001 年調查，顯示樣本中有 2.4% 的人不知道自己患有糖尿病。Wong & Wang (2006) 的研究引用 1994 至 2002 年的文獻，認為中國大陸有 68.6% 的糖尿病患者未被診斷出；並引用 1985 至 1996 年的文獻認為台灣和香港有 52.6% 的糖尿病患者未被診斷出。比較台灣在 1998 年 54 萬和 2005 年 111 萬糖尿病患者的就診人數，顯示糖尿病患者就診人數增加，主要應該歸功於衛生署推動許多糖尿病篩檢、成人健康檢查及醫療改善方案而達成的，但是應該仍有不少人未被診斷出來。

4. 醫療花費

根據 1998 年中央健康保險局的統計資料，糖尿病患者就醫人數占有所有被保險人的 2.62%，花費醫療費用約 350 億元，占醫療總費用 1.5%，照護成本為非糖尿病患者的 4.3 倍。其中 3/4 的費用用於治療糖尿病的相關疾病和併發症，而非直接治療糖尿病本身 (Chuang et. al., 2001)。因此只要將糖尿病控制好，減少併發症的產生，就可以大幅降低醫療費用。

5. 糖尿病慢性併發症的盛行率

糖尿病的併發症可以分為急性和慢性兩種，急性併發症包括糖尿病酮酸症、高血糖高滲透壓昏迷及低血糖。影響最大的是慢性併發症，包括小血管病變如視網膜病變(嚴重者會導致失明)、腎病變(嚴重者會形成尿毒症，需洗腎)、神經病變(運動、感覺及自主神經病變)。大血管病變如腦血管病變(嚴重者中風)、冠狀動脈疾病(嚴重者心肌梗塞)、周邊血管病變(嚴重者糖尿病足需截肢)(ADA, 2006)。

中華民國糖尿病衛教學會 2006 年調查 6869 位糖尿病患者，平均病史 8.7 年，32.1%有腎病變、26.3%有視網膜病變；嚴重的併發症有失明 0.7%、末期腎病變 1.5%、截肢 0.7%、腦中風 3.4%和冠狀動脈疾病 9.8%(游能俊，2006)。

二. 糖尿病的致病機轉

人體胰臟的胰島細胞(β -cell)分泌胰島素，調節葡萄糖、脂肪和蛋白質的代謝。胰島素主要作用在肌肉細胞、脂肪細胞和肝臟細胞。在肌肉細胞的作用為，增加葡萄糖的吸收與利用、增加肝糖的合成、增加胺基酸的吸收、增加蛋白質的合成。在脂肪細胞的作用為，增加葡萄糖的吸收與利用、增加三酸甘油酯的合成。在肝臟細胞的作用為，增加葡萄糖的吸收與利用、增加肝糖及三酸甘油酯的合成。簡單而言，胰島素可以減少葡萄糖的產生、增加三酸甘油酯的合成、增加

肝糖的合成及增加蛋白質的合成。而糖尿病是因為胰島素分泌不足或胰島素阻抗造成的慢性代謝紊亂的疾病，主要表現為血中葡萄糖的升高伴隨脂肪、蛋白質的代謝異常。糖尿病為一群疾病的組合而非單一的病因，糖尿病最重要的兩大類為第一型糖尿病及第二型糖尿病 (Widmaier et al., 2003/2005; ADA, 2006)。

第一型糖尿病是因為胰島細胞(β -cell)遭受破壞，無法分泌胰島素。破壞原因可能為自體免疫作用或是不明原因，這些可能是遺傳基因及環境因素共同造成的。

第二型糖尿病則是由於胰島素阻抗及胰島素缺乏。胰島素阻抗的意義是胰島素在正常濃度下，對肌肉細胞、脂肪細胞和肝臟細胞的作用減少，為了維持正常的作用，導致代償性胰島素分泌過多。胰島素阻抗的原因為肥胖(尤其是腹部肥胖)、缺乏運動、老化及基因遺傳，造成胰島素分泌過多。長期的胰島素分泌過多，造成胰島細胞衰竭甚至死亡。另外胰島細胞衰竭或死亡，除了胰島素阻抗的因素外，也可能由於長期高血糖造成的葡萄糖毒性作用(glucose toxicity)、脂肪毒性作用(lipotoxicity)、老化、基因遺傳及其他因素共同造成(DeFronzo et al., 2004; Rizvi, 2004; Boden & Laakso, 2004; Donath et al., 2005; Salsali & Nathan, 2006)。

三. 糖尿病的診斷、篩檢及治療

1. 診斷：

1997年美國糖尿病協會(American Diabetes Association)公佈新的診斷標準一直沿用到 2006年。只要符合以下任一項標準即可診斷為糖尿病(ADA, 2006)：

(1)空腹(禁食八小時以上)血漿葡萄糖(fasting plasma glucose)

≥ 126 mg/dL。

(2)隨機血漿葡萄糖 ≥ 200 mg/dL，且有糖尿病典型症狀（口

渴、尿多、不明原因的體重減輕）。

(3)口服耐糖試驗（oral glucose tolerance test, OGTT）：口服

75公克葡萄糖二小時後，血漿葡萄糖 ≥ 200 mg/dL。

以上任一項異常者，需再檢驗一次以確定診斷。

至於正常人和糖尿病之間的血糖值，世界衛生組織(World Health Organization, WHO)訂定空腹血漿葡萄糖正常值為 < 110 mg/dL，而空腹血漿葡萄糖 $110-125$ mg/dL為空腹血糖異常。但2003年美國糖尿病協會(ADA, 2006)重新修定為：

(1)正常人：空腹血漿葡萄糖由 < 110 mg/dL改為 < 100 mg/dL。

(2)空腹血糖異常(impaired fasting glucose, IFG)：空腹血漿葡萄糖 $100-125$ mg/dL且OGTT血漿葡萄糖 < 140 mg/dL。

(3)葡萄糖耐受不良(impaired glucose tolerance, IGT)：空腹血漿

葡萄糖 < 100 mg/dL 且 OGTT 血漿葡萄糖為 140-199 mg/dL。

空腹血糖異常及葡萄糖耐受不良統稱為糖尿病前期(pre-diabetes)。

2. 篩檢：依美國糖尿病協會的建議，以下各項屬於糖尿病的高危險群，必須定期檢查(ADA, 2006)。(1)年齡大於45歲，(2)身體質量指數 $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ (亞洲標準 23 kg/m^2)，(3)一等親內有糖尿病病史，(4)平常缺乏運動，(5)屬於高危險種族(如亞非裔美國人)，(6)糖尿病前期，(7)有妊娠糖尿病病史或曾生過體重大於4.1公斤嬰兒的母親，(8)高血脂(高密度脂蛋白 < 35 mg/dL 或三酸甘油酯 > 250 mg/dL)，(9)高血壓($\geq 140/90 \text{ mmHg}$)，(10)多囊性卵巢囊腫，(11)血管疾病個人史。

3. 糖尿病的治療：

糖尿病的治療主要是(1)生活方式的改變：飲食控制、運動、戒煙、減重。(2)藥物治療：口服降血糖藥物、胰島素注射。

另外糖尿病的治療成效，除了靠病患本身的自我照顧，也需要醫護人員整合性的照護，兩者相互合作才能達到治療的最佳效果。

第二節 糖尿病的控制及標準

根據「糖尿病控制與併發症試驗」(Diabetes Control and Complications Trial)(DCCT, 1993)，證實了嚴格控制血糖，可以減少

第一型糖尿病患者小血管病變：減少視網膜病變 76%，減少微量蛋白尿 39%，減少臨床可見的神經病變 60%。大血管病變減少 41%，但未達統計上的顯著差異。根據「英國前瞻性糖尿病研究」(United Kingdom Prospective Diabetes Study)(UKPDS, 2000)，也證實血糖控制良好，每降低 1% HbA1c 可以分別減少第二型糖尿病患者罹患以下疾病的相對風險：小血管病變 37%、糖尿病相關死亡 21%、心肌梗塞 14%。

不同的學術團體，各有不同的糖尿病控制標準，列舉如下：

1. 美國糖尿病學會(ADA, 2006)的標準：

- (1) 糖化血色素(HbA1c) < 7%。
- (2) 飯前血糖介於 90-130 mg/dL。
- (3) 飯後 2 小時血糖 < 180 mg/dL。
- (4) 血壓：收縮壓 < 130 mmHg、舒張壓 < 80 mmHg。
- (5) 低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C) < 130 mg/dL。
- (6) 高密度脂蛋白膽固醇(HDL-C) > 40 mg/dL。
- (7) 三酸甘油酯(Triglyceride) < 150 mg/dL。

國內目前均採用美國糖尿病學會的標準。

2. 國際糖尿病聯盟(International Diabetes Federation)(IDF, 2007)

與美國內分泌學院的標準(American Association of Clinical

Endocrinologists)(AACE, 2002)：

糖化血色素 < 6.5%。

3. 國際糖尿病教育計劃(National Diabetes Education Program, (NDEP, 2007) 2001 年起推動的糖尿病控制標準：

(1) 糖化血色素 < 7%。

(2) 血壓：收縮壓 < 130 mmHg、舒張壓 < 80 mmHg。

(3) 低密度脂蛋白膽固醇 < 100 mg/dL，高密度脂蛋白膽固醇 > 40 mg/dL。

中華民國糖尿病衛教協會於 2002 年也跟進推廣，並以此為糖尿病的控制基本目標(傅振宗和楊文琴，2003)。

4. 美國糖尿病醫師認證計畫(Diabetes Physician Recognition Program)(DPRP, 2007)：

以糖化血色素 < 7% 為控制良好，> 9% 則為控制不好，當作醫生或醫療機構的品質監測指標。

糖尿病的控制良窳，除了醫療團隊的整合照護外，病人本身的因素也很重要。因此從最初以醫師為中心(doctor-centered)的治療方式，要求病人順從醫囑(compliance)，發展到後來病人比較主動合作，及自主的固持醫囑(adherence)，再轉變為以病人為中心(patient-centered)的醫療照護，從而進展到自我照顧(self-care or self-

management)(Roter & Kinmonth, 2002)，並且證明對血糖控制是有效的。所以美國及不列顛糖尿病學會(American and British Diabetes Associations)，和美國糖尿病衛教學會(American Academy of Diabetes Educators)(Roter & Kinmonth, 2002)，美國糖尿病學會(American Diabetes Association)(ADA, 2006)把糖尿病自我照顧的教育(Diabetes Self-Management Education, DSME)視為糖尿病衛教最重要的一部分。甚至因為糖尿病自我照顧教育，有設計良好的世代研究支持(Norris et al., 2002)，除了可以增進病人知識、改善自我照顧行為、改善臨床的控制結果(如糖化血色素降低)，也可以改善病人的生活品質，因此美國糖尿病學會把糖尿病自我照顧教育評為證據 B 級(level B，美國糖尿病學會的證據分級系統，表示支持證據來自於執行良好的世代研究或個案控制研究)。

中央健康保險局為了提升醫療團隊的照護品質，於 2001 年提出「全民健康保險醫療給付改善方案」，重點是一年內 3 至 5 次糖尿病衛教(包括糖尿病自我照顧教育)、身體檢查及定期抽血檢驗(包括糖化血色素、血糖、血脂肪、腎功能等)。根據中華民國糖尿病衛教學會在 2006 年的統計，已有 68% 糖尿病患者加入該方案。而且根據 2004 年的調查，加入該方案與未加入者比較，糖化血色素的改善有統計上顯著的差異。2006 年的調查，糖化血色素一樣有改善，但未做統計

學上的差異檢定(游能俊, 2006)。李佩儒等人(2004)研究, 加入「全民健康保險醫療給付方案」執行一年後發現, 醫療費用有減少, 但糖尿病的控制指標(糖化血色素, HbA1c), 卻未有顯著改善。鍾遠芳和林宏達(2000), 黃秋玲等人(2006)針對糖尿病衛教的研究, 顯示糖化血色素並未因為糖尿病衛教而有顯著改善。國外研究報告皆傾向糖尿病衛教有助於降低糖化血色素(Norris et al., 2002; Jones et al., 2003; Ellis et al., 2004; Hartz et al., 2006)。因此除了衛教的形式之外, 衛教的品質也是很重要。

第三節 輔助及另類醫學

一. 定義及分類

因為本研究中會牽涉到所使用的另類醫學, 因此我們先探討另類醫學的定義及分類。另類醫學又被稱為非傳統(unconventional, non-conventional)、未證實(unproven)、非正統的(unorthodox)、非常規醫療或健康照護(irregular medicine or health care)。西方傳統醫學(以下簡稱正統醫學)又被稱為對抗療法(allopathic medicine)、西方的(western)、主流的(mainstream)、正統的(orthodox)、常規的(regular)及生物醫學(biomedicine)(Snyder & Mirr, 1999/2002)。

1. 美國輔助及另類醫學中心的定義及分類

根據美國輔助及另類醫學中心(National Center for Complementary and Alternative Medicine)(NCCAM, 2007)的定義：輔助及另類醫學，是指一群各不相同的醫療及健康照護系統、技能及產品，而且目前不被認為是西方傳統醫學(conventional medicine)的一部分。西方傳統醫學是由擁有醫師(medical doctor)或整骨醫師(doctor of osteopathy)學位的人和其他相關的專業人士，如物理治療師、心理學家、註冊的護士來執行的醫療方式。另類醫學種類不斷地增加，另外有些則因為被證實有效而納入正統醫學，因此兩者互有交通。

美國輔助及另類醫學中心(NCCAM, 2007)將另類醫學劃分為四個範疇，其中有部分重疊，而「完整醫學系統」則橫跨這四個範疇。

(1)完整醫學系統(whole medical systems)：有完整的理論基礎和治療技術，通常比現行的正統醫學更早出現，包括西方的順勢療法(homeopathic medicine)、自然醫學(naturopathic medicine)、東方的傳統中醫學(traditional Chinese medicine)與印度醫學(Ayurveda)等。

(2)心身醫學(mind-body medicine)：經由設計適當的技巧，來提升心靈的能力，進而影響身體的功能和症狀。有些心身醫學已經被納入正統醫學，例如病人支持團體(patient support groups)、認知行為療法(cognitive-behavioral therapy)。目前仍屬於另類醫學的，包括靜坐冥想(meditation)、心靈療癒(mental healing)、祈禱(prayer)、以及藉

由藝術、音樂、舞蹈來治療。

(3)生物療法(biologically-based practices)：即利用天然的物質，例如草藥、天然食品和維他命來進行治療。

(4)操作及身體療法(manipulative and body-based practices)：利用操作移動身體的一部分或更多部分的方法來治療，例如整脊(chiropractic)、整骨(osteopathic manipulation)和按摩(massage)。

(5)能量療法(energy medicine)：運用能量場(energy fields)的觀念來治療，分為兩種：1)生物場療法(biofield therapy)，生物場目前尚無法以科學方法證實，治療方式如氣功、治療性觸摸(therapeutic touch)、靈氣療法(Reiki)。2)生物電磁能療法(bioelectromagnetic-based therapy)，係利用交流電或直流電、磁場以施行治療。

2. 依研究者自訂的分類

個別的另類醫學定義出入不大，但是要把另類醫學分為幾類，就依研究者的認知而有不同。目前大部分的研究都根據美國輔助及另類醫學中心的分類，但有些研究者就自行分類，例如 Garrow 等人(2006a)分為八大類如下：(1)特殊飲食(special diets)，(2)草藥，(3)整脊，(4)瑜伽(yoga)，(5)放鬆(relaxation)，(6)維他命，(7)祈禱和(8)其他；丁志音(2003)則分為以下四類：(1)物質攝入及吸收，(2)以外來力量操作身體部位，(3)體能活動及身心靈的修持與調和，及(4)超自

然調控。又因每個國家的另類醫學各有不同，例如台灣有特殊民俗療法如收驚、乩童、符水等的另類醫學(楊翎，2002)，使得另類醫學的分類更為困難。

由於另類醫學範圍太廣泛，種類太多，因此研究實務上有其限制。如果詳細列舉，會造成問卷太長，填完問卷所需的時間也變長，受訪者會不耐煩。問卷內容也會太複雜，訪談員和受訪者對另類醫學的認知差異會更大，這些都可能使問卷的準確性減低。所以問卷調查研究無法、也不必要詳細列舉另類醫學的種類。因此研究者採用的問卷調查，所列舉的項目也不完全一樣，如美國的 Eisenberg 等人(1998)的研究列舉了 17 種，Yeh 等人(2002)的研究列舉了 21 種及其他，Garrow 等人(2006a)則引用美國全國性的隨機電話問卷調查資料(National Health Interview Survey, NHIS)只列舉其中 17 種，而 NHIS 的資料原有 27 種(Barnes, 2004)。在台灣如曾月霞等人(2005)的調查研究列入 20 種另類醫學，Chen(2005)列入 6 種以上，侯毓昌等人(2006)的調查分 8 種及其他(表 2)。因此研究所列舉的項目多寡和種類，都會影響調查的結果，可見問卷調查有列舉的實務上困難。丁志音(2003)引用 Wardwell(1994)的看法，採用殘餘式定義(residual definition)，即除了西醫以外均稱為另類醫學，雖然稍嫌簡略，但不失為另一種符合現狀的好方法，本研究亦是採用此種定義。

二. 另類醫學的使用率

1. 一般人的另類醫學的使用率

Eisenberg 等人(1998)，使用美國全國性的家戶隨機電話問卷調查，報告 1990 年及 1997 年美國另類醫學的使用傾向。1990 年調查 1539 人，1997 年調查 2055 人，調查受訪者一年內使用另類醫學的情形。結論為 1990 年至 1997 年，另類醫學使用率增加，花費大增，使用率由 1990 年的 33.8%增加至 1997 年 42.1%(排除祈禱)。

Bell 等人(2006)引用大規模的 2002 年美國全國性的隨機電話問卷調查資料(National Health Interview Survey, NHIS)分析，而且是隨機取樣本 31005 人，其中糖尿病患者有 2479 人，調查其一年內使用另類醫學的情形。發現另類醫學使用率在糖尿病患者為 72.8%，非糖尿病患者為 61.2%，排除祈禱則分別為 37.4%與 33.7%。

台灣因為實施「全民健康保險」的關係，中醫的使用調查比較多。依行政院衛生署(2006b)之中央健康保險局統計，台灣約有 1/4 的人使用中醫。丁志音(2003)使用全國性隨機的電話問卷調查，共收集 1517 人，有 75.5%的受訪者一年內至少使用一種或一種以上另類醫學。曾月霞等人(2005)調查台中地區社區成人使用另類醫學的情況，利用隨機的電話問卷調查方式，回收率只有 33.6%，共回收 505 份問卷。其中 95.8%使用一種或一種以上另類醫學，而使用中醫者占

49.4%，使用民俗偏方占 58.9%。Chen(2005)調查台北市北投某基層醫療門診病人共 129 人，有 67.4%曾使用過另類醫學。

由以上報告看來，似乎台灣另類醫學的使用率高於美國。但如果包括祈禱的話，則另類醫學的使用率差不多。這些可能是文化結構、保險制度(台灣的全民健康保險包括中醫)(丁志音, 2003)及定義不同，不可能比較，最多只能下結論為尋求「西醫以外療法」的使用率。

2. 糖尿病患者的另類醫學使用率

Garrow 等人(2006a)引用 2002 年美國全國性的隨機電話問卷調查資料(NHIS)分析，發現另類醫學的使用率(排除祈禱與維他命使用者)，在糖尿病患者為 46.7%，非糖尿病患者為 47.9%。Bell 等人(2006)引用相同資料，發現另類醫學的使用率(排除祈禱)在糖尿病患者與非糖尿病患者則分別為 37.4%與 33.7%。

使用另類醫學的目的可分為兩種：(1)為了疾病本身，(2)促進健康或預防疾病(Grzywacz, 2005)。因此調查研究中使用另類醫學的目的不同，盛行率也不同。Eisenberg 等人(1998)調查 1997 年使用另類醫學的人，因為疾病或症狀本身而使用另類醫學者占 33.7%，而其中多數為慢性症狀，如頭痛、背痛、焦慮、憂鬱。其他 66.3%可能是為了促進健康或是預防疾病而使用另類醫學。丁志音(2003)的研究，則有 75.5%為了治療疾病而使用另類醫學，但其治療的疾病以各種肌肉

疼痛為最多數，而沒有針對糖尿病做調查。至於針對特殊疾病的另類醫學的使用率，台灣以癌症的研究為最多。侯毓昌等人(2006)以外科癌症患者為樣本的研究，發現另類醫學的使用率為 50.9%。

至於針對糖尿病本身而使用另類醫學的研究，如 Yeh 等人(2002)使用 1997 年美國全國性調查的資料分析，其中有 95 人為糖尿病患者，結果有 57%糖尿病患者使用過另類醫學，排除祈禱，則為 35%。其中只有 20%是針對治療糖尿病而使用另類醫學，80%是因為其他原因而使用另類醫學。Egede 等人(2002)的研究，發現只有 8%為了糖尿病而使用另類醫學。Bell 等人(2006)利用 2002 年美國全國性的調查資料(NHIS)分析，樣本 31005 人，其中糖尿病患者有 2479 人，發現 72.8%糖尿病患者使用另類醫學，非糖尿病患者則為 61.2%，排除祈禱則分別為 37.4%和 33.7%。其中有 80.1%的糖尿病患者使用另類醫學並非因為治療糖尿病而使用，只有 19.9%為了治療糖尿病而使用另類醫學。

洪秀吉(1995)調查某醫學中心新陳代謝科門診病人，122 位第二型糖尿病患者，其中 42.6%病人曾經尋求中醫治療但沒有說明就診的目的。行政院衛生署(2006b)之中央健康保險局公佈 2005 年健保就醫資料顯示，病歷登錄為糖尿病，中醫的就診人數約 4 萬人，同時期西醫的就診人數約 111 萬人，兩者相差懸殊。假設糖尿病患者總

數 115 萬人(中醫的就診人數 4 萬人加上同時期西醫的就診人數 111 萬人)，則約有 3.5% 糖尿病患者求診於中醫(筆者以中醫的就診人數 4 萬人除以糖尿病患者總數 115 萬人換算得出)，與西醫求診人數相差懸殊。可能是針對糖尿病而選擇中醫治療者偏低，與 Egede 等人(2002) 發現只有 8% 為了糖尿病而使用另類醫學，比例偏低相似。若尋求中醫治療的目的是為了預防疾病、促進健康或治療其他疾病，則使用另類醫學的人數應該更多。

3. 糖尿病患者使用另類醫學的傾向

一般國外研究使用另類醫學的傾向，以女性、高學歷、年輕族群及慢性病患者為多，而且有統計上顯著意義(Eisenberg et al., 1998; Garrow et al., 2006b; Bell et al., 2006)。而糖尿病患者使用另類醫學的傾向，也與此類似。糖尿病雖然是慢性病，但本身並非獨立的預測因數(Garrow, 2006b)。美國一般人使用另類醫學的種類，大多為放鬆技巧、草藥、按摩、整脊(Eisenberg et al., 1998)。糖尿病患者使用另類醫學，大部分並非為了治療糖尿病本身，而是為了促進健康；而使用另類醫學的種類，大多為心身醫學中的祈禱、草藥及商業飲食配方(Bell et al., 2006)。至於台灣糖尿病患者為了治療糖尿病而使用另類醫學的傾向及種類，則到目前尚無這方面的研究。

第四節 使用另類醫學與糖尿病的控制

使用另類醫學與糖尿病的控制，研究報告並不多。在研究盛行率與人口社會學調查之後，研究者開始將目光轉向使用另類醫學是否影響糖尿病的控制。一般人使用另類醫學，一半以上為自我照顧行為 (self-care) (Eisenberg et al., 1998)，而不管是一般人或糖尿病患者，使用另類醫學的傾向，以女性、高學歷、高收入、年輕族群居多 (Eisenberg et al., 1998; Garrow et al., 2006b; Bells et al., 2006)。代表有經濟基礎、有自主能力的族群、敢於嘗試新的另類醫學，但也不排斥西醫治療。因此另類醫學的使用可以視為一種健康的自我照顧行為 (Eisenberg et al., 1998; Thorne et al., 2002; Grzywacz et al., 2005; Arcury et al., 2006)，但是否因此影響血糖的控制，則值得探討。

Gillespie 等人(2002)經由廣告募集 138 個第二型糖尿病患者，其中 88%使用另類醫學，而且當做輔助醫療，但是未能有效控制糖化血色素。考慮性別和年齡之後，使用另類醫學與控制糖化血色素在統計上並無顯著差異，並且認為病人遵行醫囑的順從性與是否使用另類醫學無關。

Remli 和 Chan (2003)隨機取樣醫院一般科門診糖尿病患者 53 人，其中 56%使用另類醫學，不管是單獨使用另類醫學，或併用西醫治療，空腹血糖都控制不佳。

台灣對糖尿病患者使用另類醫學的研究，只有中醫的資料。黃益祥(2000)以中醫醫院門診糖尿病患者為對象，比較中西醫的治療，結論為中醫和西醫合併治療比只用西醫治療，在糖化血色素的改善有統計上顯著差異。洪瑞葉(2005)也以中醫醫院門診糖尿病患者為對象，比較中西醫的治療，結果為中醫和西醫合併治療比只用中醫治療有較佳的血糖控制。

除了考慮另類醫學本身的療效，可能會影響血糖的控制外，使用另類醫學的自我照顧行為，是不是只有積極參與治療疾病而已，但反而遵從醫囑性變差呢(余文彬, 2004; Gillespie et al., 2002)? 還是自我照顧行為也有好壞之分呢(Busato et al., 2006)? 好的如飲食控制、運動、定時服藥、自我監測血糖、戒煙。比較不好的如自行使用另類醫學又不遵從西醫醫囑，到處求醫(doctor-shopping)。所以不能只將使用另類醫學單純地視為健康的自我照顧行為。

表 2：各研究問卷另類醫學的種類

研究者	種類
丁志音(2003)	4 大類：物質攝入及吸收、以外來力量操作身體部位、體能活動及身心靈的修持與調和、超自然調控。 16 種：中藥、草藥、生機飲食/有機飲食、健康食品、芳香精油、腳底按摩/按摩、推拿、整脊、刮痧、拔罐、針灸、大腸水療、風水、乩童、收驚、道士儀式。
曾月霞等人 (2005)	20 種：民俗偏方、中醫、營養劑、運動、溫泉、音樂、花草茶、針灸、按摩、芳香療法、磁場、脊椎按摩、氣功、禱告、冥想、瑜伽、諮商、整骨療法、陰離子、大腸水療。
侯毓昌等人 (2006)	9 種：中草藥、針灸、推拿、氣功、保健食品、靈療、芳香療法、自然飲食、其他。
Eisenberg 等人 (1998)	17 種：祈禱、放鬆、草藥、按摩、整脊、心靈療法(spiritual healing)、高量維他命、自助團體、心像(imagery)、商業配方飲食、民俗療法、生活型態飲食、能量療法、順勢療法(homeopathy)、催眠、生物回饋(biofeedback)、針灸。
Yeh 等人(2002)	21 種：針灸、整脊、順勢療法、草藥、高量維他命、獨自祈禱(solitary prayer or spiritual practices)、調停祈禱(intercessory prayer or spiritual healing by others)、商業配方飲食、自助團體、放鬆/靜坐、生活型態飲食、心靈療法(spiritual healing)、引導心像(guide imagery)、按摩、能量療法、民俗療法、生物回饋、自然醫學、瑜伽(yoga)、催眠、整骨醫學、芳香療法。
Chen(2005)	中醫、草藥、針灸、民俗療法、高量維他命、飲食補充劑…等。
Garrow 等人 (2006a)	8 大類：特殊飲食(special diets)、草藥、整脊、瑜伽、放鬆(relaxation)、高量維他命、祈禱和其他(針灸、印度醫學、生物回饋、整合療法、能量療法、靈氣(Reiki)、催眠、按摩、自然醫學) 17 種：針灸、印度醫學、生物回饋、整合療法(chelation)、整脊、能量療法、靈氣(Reiki)、民俗療法、催眠、按摩、自然醫學、草藥、順勢療法、特殊飲食、高量維他命、瑜伽、太極拳、氣功、放鬆技巧、祈禱/心靈療法。
本研究(2007)	3 大類：(1)中醫(中藥、針灸)(2)台灣民俗療法(接骨、草藥、推拿、氣功、刮痧、刀療、風水、乩童、符水、收驚、拜廟、香灰、藥籤、卜卦、扶鸞、觀落陰、蜂針…等)(3)其他另類醫學療法(健康食品、整脊醫學、按摩、催眠、順勢療法、能量醫學、祈禱、芳香療法、自然醫學、尿療法、靜坐冥想、瑜伽…等)。

第三章 研究方法

第一節 研究目的

希望探討糖尿病患者，為了治療糖尿病而使用另類醫學的人口社會學、罹病情況和盛行率及其與使用另類醫學的關聯性；探討那些因素會影響另類醫學的使用；並試圖瞭解使用另類醫學，是否影響血糖的控制。

第二節 研究對象

採立意取樣的方式，選擇南部某區域教學醫院新陳代謝科門診病人，且經醫師診斷為糖尿病，患病一年以上，年齡 18 歲以上，意識清楚，並可用國語或台語溝通。由研究者或訪談員向受訪者或家屬說明研究目的之後，請受訪者或家屬填寫同意書(附錄一)，同意參與本研究。本研究先經過醫院醫療倫理委員會的同意，並核發許可證明書(附錄二)之後，才進行所有訪談。

第三節 研究工具

一. 問卷調查

使用研究者自擬的結構性問卷(structured questionnaire)，並與兩

位由中華民國糖尿病衛教學會認證合格的糖尿病衛教師共同討論確定。應用面對面的訪談方式，由訪談者說明本研究的目的，徵求受訪者的同意並簽下同意書。再由訪談者逐題說明題意，請受訪者回答，並代為填寫。研究問卷共有 25 個問題，回答時間約 10-15 分鐘。

本問卷另類醫學的定義採殘餘式定義，即除了西醫以外，均稱為另類醫學。而根據美國輔助及另類醫學中心(NCCAM, 2007)的定義：輔助及另類醫學，是指一群各不相同的醫療及健康照護系統、技能及產品，而且目前不被認為是西方傳統醫學(conventional medicine)的一部分。西方傳統醫學是由擁有醫師(medical doctor)或整脊醫師(doctor of osteopathy)學位的人、和其他相關的專業人士，如物理治療師、心理學家、註冊的護士來執行的醫療方式。美國輔助及另類醫學中心(NCCAM, 2007)將另類醫學劃分為四個範疇，有部分重疊，而「完整醫學系統」則橫跨這四個範疇：(1)完整醫學系統(whole medical systems)：有完整的理論基礎和治療技術，通常比現行的正統醫學更早出現，包括西方的順勢療法(homeopathic medicine)、自然醫學(naturopathic medicine)、東方的傳統中醫學(traditional Chinese medicine)與印度醫學(Ayurveda)等。(2)心身醫學(mind-body medicine)：經由設計適當的技巧，來提升心靈的能力，進而影響身體的功能和症狀。有些心身醫學已經被納入正統醫學，例如病人支持團

體 (patient support groups)、認知行為療法 (cognitive-behavioral therapy)。目前仍屬於另類醫學的，包括靜坐冥想 (meditation)、心靈療癒 (mental healing)、祈禱 (prayer)、以及藉由藝術、音樂、舞蹈來治療。(3) 生物療法 (biologically-based practices)：即利用天然的物質，例如草藥、天然食品和維他命來進行治療。(4) 操作及身體療法 (manipulative and body-based practices)：利用操作移動身體的一部分或更多部位的方法來治療，例如整脊 (chiropractic)、整骨 (osteopathic manipulation) 和按摩 (massage)。(5) 能量療法 (energy medicine)：運用能量場 (energy fields) 的觀念來治療，分為兩種：1) 生物場療法 (biofield therapy)，生物場目前尚無法以科學方法證實，治療方式如氣功、治療性觸摸。目前大部分的研究都根據美國輔助及另類醫學中心的分類，有些研究者依需要而自訂分類，如丁志音 (2003) 分為四大類：(1) 物質攝入及吸收，(2) 以外來力量操作身體部位，(3) 體能活動及身心靈的修持與調和，及 (4) 超自然調控。又因每個國家的另類醫學各有不同，例如台灣有特殊民俗療法如收驚、乩童、符水等的另類醫學。丁志音 (2003) 引用 Wardwell (1994) 的看法，採用殘餘式定義 (residual definition)，即除了西醫以外均稱為另類醫學，本研究亦是採用此種定義，即除了西醫以外均稱為另類醫學。

本問卷另類醫學分三大類並盡量詳細列舉：(一) 中醫 (中藥、針

灸)。(二)台灣民俗療法(接骨、草藥、推拿、氣功、刮痧、刀療、風水、乩童、符水、收驚、拜廟、香灰、藥籤、卜卦、扶鸞、觀落陰、蜂針…等)(楊翎, 2002)。(三)其他另類醫學療法(健康食品、整脊醫學、按摩、催眠、順勢療法、能量醫學、祈禱、芳香療法、自然醫學、尿療法、靜坐冥想、瑜珈…等)(NCCAM, 2007)。

問卷題目分為以下二部分(見附錄三)：

1. 另類醫學使用的情況：包括從得糖尿病開始至受訪為止，有沒有使用過除了西醫以外(另類醫學)的療法。過去一年內有沒有因為糖尿病使用另類醫學療法，若回答沒有，則再問理由；若回答有，則再回答下列問題：使用三大類另類醫學的那一種，再用開放式問題，確認詳細種類。使用另類醫學療法的方式。找另類醫學治療(醫)師的次數。使用另類醫學療法的時間、頻率。使用另類醫學療法的理由，再用開放式問題，列舉最重要的三個理由。對另類醫學療法治療糖尿病的療效滿不滿意。使用另類醫學療法，有沒有使得經濟負擔變重。使用另類醫學療法的資訊來源。有沒有同時使用另類醫學和西醫療法。同時使用另類醫學和西醫療法，有沒有告訴那些醫護人員。認為同時使用另類醫學與西醫療法好不好。

2. 基本資料：姓名、年齡、教育程度、居住情況、身高、體重、身體質量指數(Body mass index, BMI)。罹病情況：糖尿病類型、罹

病期、併發症的有無及種類、西醫治療的方式、是否接受過糖尿病的衛教、是否加入醫療改善方案。併發症的有無及種類的確認主要依據病人的主訴、病歷記載和臨床身體檢查。性別則由病歷查證登入。

二. 檢查、檢驗的數據：

根據醫院的病歷，找出過去一年內最近的檢查檢驗數據，包括收縮壓、舒張壓、飯前血糖、飯後血糖、糖化血色素(HbA1c)、膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇(high density lipoprotein-cholesterol, HDL-C)、低密度脂蛋白膽固醇(low density lipoprotein-cholesterol, LDL-C)、肌酸酐(creatinine)、尿蛋白(urine protein)、尿中微量白蛋白(microalbumin)。

所有檢查檢驗的數據，根據美國糖尿病學會(ADA, 2006)的糖尿病控制標準來分層列表和統計，而非採用平均值。身體質量指數(BMI)以 ≥ 25 和 < 25 分2組(Tseng, 2006)。

糖化血色素(HbA1c)是血中成熟紅血球中的血色素(HbA)與葡萄糖經非酵素性反應形成的結合物。在正常人中，約3~6%的成熟紅血球被糖基化(Glycation)。紅血球的壽命為120天，因此可以反映這段時間的血糖的濃度，但是實際上並不是平均值，而是代表抽血前3至4個月的血糖的加權平均值(前一個月的比重占50%，再前一個月的比重占25%，前三到前四個月的比重占25%)。在糖尿病患者的糖化

血色素與血漿血糖值有相當的關係，數值愈大血糖愈高，因此被用來代表血糖的控制情況(林瑞祥，2004; Rohlfing et al., 2002)。本研究 HbA1c 的測定，使用通過美國糖化血色素標準化協會(National Glycohemoglobin Standardization Program, NGSP)認證的儀器，Tosoh HLC-723 G7，其採用的檢驗方法為離子交換層析法(cation exchange HPLC)。檢驗單位並通過美國病理家學院(College of American Pathologists)的熟練度測試(proficiency testing)合格。因此本研究的 HbA1c 的檢驗品質符合國際上的統一標準。

本研究把 HbA1c 分別分為 2 組($<7\%$; $\geq 7\%$)，3 組($<7\%$; $\geq 7\%$ and $\leq 9\%$; $> 9\%$)和 5 組($<7\%$; $\geq 7\%$ and $<8\%$; $\geq 8\%$ and $<9\%$; $\geq 9\%$ and $<10\%$; $\geq 10\%$)，及平均值來個別做統計。試圖由不同的層面瞭解血糖控制的情況。

第四節 資料收集

訪談員由兩位合格的糖尿病衛教師負責，訪談前的訓練包括由研究者說明另類醫學的概論及研究目的、方法和詢問方式，同時練習台語的用詞。並於 2006 年 10 月 26 日到 2006 年 10 月 28 日預先試問 24 個受訪者，之後並據以修改題意不清的題目和建立共同的訪談方式。

正式訪談調查於 2006 年 10 月 31 日至 2006 年 12 月 21 日期間實施，每次訪談結束後，由訪談者確認問卷的完整回答，並贈送價值約 30 元的小禮物，最後由研究者確認所有問卷的完整回答。本研究有 11 人因為沒時間而拒絕回答問卷。共回收 223 份問卷，扣除 2 份重複的問卷，實收 221 份有效問卷。問卷中 2 份由受訪者自填，1 份家屬代填，11 份研究者代填，207 份由訪談員代填。同時於三週到一個月內重測 30 位受訪者。

第五節 統計方法

有效問卷之各項資料，用統計軟體 SPSS V12.0 for Windows 中文版，請專人進行編碼簿的建立及資料的鍵入，並由研究者和鍵入資料者做第二次核對及第三次挑選一些資料核對後，再進行後續的統計分析。

前後測的信度檢定，用前後測答案的相似比和 Cramer's V coefficient 分析。其他統計分析方法及變項主要參考丁志音(2003)和李佩端(2002)的文獻。本研究利用三種是否使用另類醫學的情形來計算人數：

第一種：得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學(ever used)。

第二種：過去一年內是否使用另類醫學(used in the past year，包括得糖尿病開始至受訪為止，從未使用另類醫學和曾經使用另類醫學的人，一般研究只分析這一種)。

第三種：過去一年內是否使用另類醫學(不包括得糖尿病開始至受訪為止，從未使用另類醫學的人。有使用：包括曾經使用另類醫學，過去一年內仍繼續使用和過去一年內才開始使用另類醫學。沒有使用：曾經使用另類醫學，過去一年內不再使用)。

詳細統計方法如下：

1. 用三種是否使用另類醫學的情形與性別、年齡、教育程度、居住情況、糖尿病類型、罹病期、併發症數目、西醫治療的方式、是否接受過糖尿病的衛教、是否加入醫療改善方案、檢驗數據等自變項，個別做次數分配百分比，說明各獨立變項分佈情形。另外除了檢驗數據及複選題外，個別做卡方檢定(Chi-square test)探討和是否使用另類醫學(三種計算人數方式)有沒有統計上的差異。其他使用另類醫學的情況(使用種類、方式、找治療師次數、使用頻率、經濟負擔、資訊來源、滿意度、是否同時使用另類醫學與西醫療法、是否告知醫護人員、使用與不使用另類醫學的理由、認為同時使用另類醫學與西醫療法好不好)個別只做次數分配百分比，說明各獨立變項分佈情形。

2. 用三種是否使用另類醫學的情形與HbA1c(分別分為2組、3

組、5 組)各做一次卡方檢定及各做一次 t-test。探討是否使用另類醫學(三種計算人數方式)與血糖控制有沒有統計上的差異。

3. 用三種是否使用另類醫學的情形當依變項與性別、年齡、教育程度、居住情況、糖尿病類型、罹病期(分 5 組)、併發症數目、是否加入醫療改善方案、HbA1c、西醫治療方式、是否接受過糖尿病衛教當自變項，各做一次多元羅吉斯逐步反向迴歸分析(multiple logistic regression using backward stepwise method)探討這 11 種因素是否影響另類醫學的使用(三種是否使用另類醫學的情形)。

第四章 研究結果

本問卷共回收 221 份，本章依以下五部分說明：

1. 受訪者的基本資料、罹病情況、是否接受過糖尿病衛教、是否加入醫療改善方案、西醫治療的方式、檢查檢驗數據。

2. 前後測的結果分析

3. 使用另類醫學的情形及關聯性

在三種計算人數方式情形下：基本資料、罹病情況、是否接受過糖尿病衛教、是否加入醫療改善方案、西醫治療的方式的卡方檢定的結果。使不使用另類醫學的理由，認為同時使用另類醫學和西醫療法好不好。

4. 過去一年內有使用另類醫學的其他問題

有沒有找專業的另類醫學治療(醫)師，找另類醫學治療(醫)師的次數，使用另類醫學的種類、時間、頻率，有沒有使得經濟負擔變重，資訊來源。使用另類醫學的理由。有沒有告訴那些醫護人員同時使用另類醫學。

5. 使用另類醫學與糖尿病控制的關係。

6. 影響使用另類醫學的相關因素。

第一節 基本資料

受訪者的基本資料、罹病情況、是否接受過糖尿病衛教、是否加入醫療改善方案、檢查檢驗數據(表 4-1)。

1. 基本資料

- (1)性別：男性與女性分別為 48.9%與 51.1%。
- (2)年齡：以 30-65 歲居多，占 64.3%；大於 65 歲，占 33.9%；小於 30 歲，只占 1.8% (mean±SD=61.2±12.3, median=61 歲)。
- (3)教育程度：國小加上不識字者占 53.4%；國中、高中職及大專畢業者分別為 14.9%，17.6%，14.0%。
- (4)居住情況：與家人同住有 93.7%。

2. 罹病情況

- (1)糖尿病類型：第二型占 96.8%，第一型有 2.7%。
- (2)罹病期：10 年以下占 52.9%，10 年以上占 47.1%。
- (3)併發症：66.1%有一種或一種以上併發症。
- (4)西醫治療方式：飲食控制、運動、口服藥物分別為 71.5%，60.0%，87.3%，胰島素占 17.2%。若將同時使用飲食控制、運動和藥物分為一組，缺少其中 1 至 2 種治療方式分為另一組，則各占 52.5% 和 47.5%。

(5) 糖尿病的衛教：全部受訪者都接受過糖尿病的衛教，其衛教來自護理衛教師、營養師和醫師分別為 88.2%，88.2%，94.6%；來自其他醫護人員只占 13.1%。若將完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教且或有接受其他醫護人員的衛教為一組，缺少其中 1 至 2 種人的衛教且或有接受其他醫護人員的衛教為另一組，則各占 79.6% 和 20.4%。

(6) 加入醫療改善方案：有加入者占 58.8%，沒有加入者占 41.2%。

3. 相關檢查檢驗數據(表 4-2)

(1) 身體質量指數(BMI)：50.2%屬於過重或肥胖($BMI \geq 25$)。

(2) 血壓：正常的血壓為 $< 130/80$ mmHg；收縮壓 < 130 mmHg 占 42.5%，舒張壓 < 80 mmHg 占 52.9%。

(3) 血糖：飯前血糖 ≥ 130 mg/dL 占 64.0%，飯後血糖 ≥ 180 mg/dL 占 77.4%，控制不甚理想。

(4) 糖化血色素(HbA1c)：HbA1c $< 7\%$ (控制良好)占 15.3%；HbA1c $\geq 9\%$ 占 38.8%，只算 HbA1c $> 9\%$ (控制不好)則占 35.2%。顯示本樣本族群血糖控制不甚理想。

(5) 血脂肪：膽固醇 < 200 mg/dL 占 67.1%；三酸甘油酯 < 150

mg/dL 占 69.9%；高密度脂蛋白膽固醇(HDL-C) > 40 mg/dL 占 48.7%；低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C) < 100 mg/dL 占 24.4%。

(6) 腎功能：肌酸酐 (creatinine) ≤ 1.3 mg/dL 為正常，占 83.1%。受訪者中 162 位有驗尿蛋白 (urine protein)，異常者(+ - +++) 占 26.5%。103 位有驗尿中微量白蛋白(以白蛋白/肌酸酐比值, albumin / creatinine ratio 測 ACR)，其中 ACR < 30 mg/g(正常) 占 72.4%，ACR ≥ 30 mg/g 占 27.6%。有驗尿蛋白或微量白蛋白者共有 195 人，如果以 ACR ≥ 30 mg/g 或尿蛋白(+ - +++)，代表有腎病變，則 32.8% 有腎病變，正常者占 67.2%。

第二節 前後測結果分析

前後測的信度檢定，在問卷的單選題前後測的答案相同的，大多介於 25 人至 28 人(83.3%-93.3%)，用 Cramer's V coefficient 分析，顯示問卷答案前後測一致性有顯著意義。複選題的各題前後測的每一個答案相同的，大多介於 25 人至 30 人(83.3%-100.0%)，只有第 24 題的第 2 個答案有 23 人相同(76.7%)，複選題每一個答案前後測用 Cramer's V coefficient 分析(張樑治和蔡志堅，2005；Bowers et al.,

2001/2005)，顯示前後測一致性有顯著意義，顯示問卷有足夠的再測信度(表 4-3，表 4-4)。

第三節 使用另類醫學的情形及關聯性

受訪者中從得糖尿病開始至受訪為止，沒有使用過另類醫學(除了西醫以外)的人，占 52.5%。從得糖尿病開始至受訪為止，使用過另類醫學的人，占 47.5%，過去一年內使用另類醫學有 54 人，占全部受訪者 24.4%；曾經使用另類醫學，過去一年內不再使用有 51 人，占全部受訪者 23.1%(表 4-5)。因此過去一年內沒有因為糖尿病而使用另類醫學療法，有 75.6%(52.5%加上 23.1%)。

性別、年齡、教育程度、居住情況、糖尿病類型、罹病期、併發症數目、是否加入醫療改善方案、西醫治療方式、是否接受過糖尿病衛教，用三種是否使用另類醫學的情形(三種計算人數方式)個別做卡方檢定。結果在使用另類醫學上，大多未達統計上的顯著差異(表 4-1，表 4-6，表 4-7)。只有罹病期與得糖尿病開始至受訪為止曾使用另類醫學有統計上的顯著差異 ($p=0.003$)，和是否接受過糖尿病的衛教與過去一年內是否使用另類醫學的情形(第三種計算人數方式)，有統計上的顯著差異 ($p=0.040$)。有使用另類醫學的人，其罹病期較沒有使用另類醫學的人為久。其中罹病期(>1 ， ≤ 5 年)有

63.8%及罹病期(>5, ≤10年)有66.7%，傾向不使用另類醫學。罹病期(>10, ≤15年)有58.7%，罹病期(>15, ≤20年)有64.3%及罹病期(>20年)有63.3%，傾向使用另類醫學。簡單的說在「得糖尿病開始至受訪為止」的情形下：罹病期≤10年傾向不使用另類醫學；罹病期>10年傾向使用另類醫學(表4-1)。沒有完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教(缺少其中1至2種人的衛教)且或有接受其他醫護人員的衛教這一組，占71.4%，傾向過去一年內使用另類醫學(第三種計算人數方式)(表4-7)。

過去一年內沒有因為糖尿病使用另類醫學療法的理由(表4-8)，認為「西醫比較有根據」，占67.1%為最多數，其次是認為「效果有限或無效」，「習慣和經驗」，都是31.1%。過去一年內因為糖尿病使用另類醫學療法的理由(表4-9)，74.1%是以「試試看」的心態嘗試，46.3%認為「有效」，37.0%認為「副作用少或沒有」。選擇另類醫學療法最重要的三個理由，只有33人回答，因為沒有排序，以及其中6人有4個以上理由，顯得問題有點重覆。不過答案仍然以「試試看」(有20人)，「有效」(有20人)，「副作用少或沒有」(有18人)占最多。所有受訪者對於同時使用另類醫學和西醫療法認為不好者占56.6%(表4-10)。

第四節 過去一年內有使用另類醫學的其他問題(表 4-11)

過去一年內因為糖尿病使用另類醫學療法共有 54 人，使用「中醫」、「台灣民俗療法」及「其他另類醫學療法」，分別為 42.6%，42.6%，35.2%。其中有 49 人有特別回答確切的種類：使用中醫 1 人，中藥 18 人，氣功 3 人，靜坐 1 人。口服方式使用(包括中藥、草藥、健康食品、天然食物、特殊飲食)有 46 人(85.2%)為最多。過去一年內因為糖尿病使用另類醫學療法的方式中，44.4%自己治療，55.6%找非專業人士或專業的另類醫學治療(醫)師治療。過去一年內，因為糖尿病找另類醫學治療(醫)師治療的次數 1 至 5 次占 27.8%，沒有占 63.0%。過去一年內，因為糖尿病使用另類醫學療法的時間大於一個月以上有 72.2%，使用時間大於六個月以上有 48.1%。過去一年內，因為糖尿病使用另類醫學療法，每星期使用頻率，以 5 至 7 次為最多，占 55.6%。認為完全沒有使經濟負擔變重者占 74.1%。資訊來源主要來自親友，占 68.5%。

對於使用另類醫學療法治療糖尿病的療效，中等程度滿意者占 44.4%，如果加入滿意和極滿意者，則滿意度高達 81.4%。

54 位回答過去一年內有使用另類醫學療法者，全部都同時使用西醫療法，其中 42 人占 77.8%，不會告訴醫護人員。會告訴醫護人員有 12 人，占 22.2%，其中 75%的人會告訴醫師。

第五節 使用另類醫學與血糖控制

糖化血色素(HbA1c)可以代表抽血前3至4個月的血糖的加權平均值(前一個月的比重占50%，再前一個月的比重占25%，前三至四個月的比重占25%)，被用來代表糖尿病的控制情況。HbA1c用美國糖尿病學會的嚴格標準分2組，以HbA1c<7%表示控制良好；HbA1c \geq 7%表示控制不好。用美國糖尿病醫師認證計畫分3組，以HbA1c<7%表示控制良好；>9%則表示控制不好。再以HbA1c每增加1%分為1組，共分5組更進一步瞭解HbA1c的準確分配。由於HbA1c為一連續變項，不同的分組或許會影響判讀結果，故再由平均值做一次t-test來分析比較。因此本研究將HbA1c分別分成2組(<7%； \geq 7%)，3組(<7%， \geq 7% and \leq 9%，>9%)和5組(<7%， \geq 7% and <8%， \geq 8% and <9%， \geq 9% and <10%， \geq 10%)。並計算平均值來做統計，由不同的標準來瞭解糖尿病的控制情況。結果不管是用卡方檢定或t-test皆顯示HbA1c與是否使用另類醫學並無統計上的顯著差異(表4-12至4-23)。唯分五組時有使用另類醫學者，HbA1c呈較高的趨勢(p=0.068)。

第六節 影響使用另類醫學的相關因素

把性別、年齡、教育程度、居住情況、糖尿病類型、罹病期(分

5 組)、併發症數目、是否加入醫療改善方案、血糖控制情形(用 HbA1c 代表)、西醫治療方式、及是否接受過糖尿病衛教當自變項，把是否使用另類醫學(三種是否使用另類醫學的情形，各做一次統計)當依變項，用多元羅吉斯逐步反向迴歸分析(multiple logistic regression using backward stepwise method)作統計。並先使用強迫輸入法(enter)，在得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的情形下，來得出完整模式(full model)以做參考(表 4-24)。

在得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的情形(ever used)下：由此迴歸統計所建立的模型，只有罹病期和西醫治療方式沒有被刪除，結果顯示西醫治療方式中，同時使用飲食控制、運動和藥物這一組(odds ratio=1.62, 95%CI=0.92-2.84)(參考組別：缺少其中 1 至 2 種治療方式)不具統計上的意義。只有罹病期(>10, ≤15 年)(odds ratio=2.56, 95%CI=1.17-5.57)；罹病期(>15, ≤20 年)(odds ratio=2.98, 95%CI=1.18-7.53)；罹病期(>20 年)(odds ratio=3.12, 95%CI=1.26-7.69)(參考組別：>1, ≤5 年)，具統計上的意義，傾向使用另類醫學(表 4-25)。

過去一年內是否使用另類醫學(used in the past year)的情形下：由此迴歸統計所建立的模型，只有西醫治療方式和是否接受過糖尿病衛教沒有被刪除，結果顯示是否接受過糖尿病衛教中，沒有完整接受過

護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教(缺少其中 1 至 2 種人的衛教)且或有接受其他醫護人員的衛教這一組(odds ratio=1.95, 95%CI=0.92-4.15)(參考組別：完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教且或有接受其他醫護人員的衛教)，不具統計上的意義。只有西醫治療方式中，同時使用飲食控制、運動和藥物這一組(odds ratio=2.01, 95%CI=1.05-3.87) (參考組別：缺少其中 1 至 2 種治療方式)，具統計上的意義，傾向使用另類醫學(表 4-26)。

過去一年內是否使用另類醫學(第三種計算人數方式。有使用：包括曾經使用另類醫學，過去一年內仍繼續使用和過去一年內才開始使用另類醫學。沒有使用：曾經使用另類醫學，過去一年內不再使用)的情形下：由此迴歸統計所建立的模型，只有罹病期、是否加入醫療改善方案和是否接受過糖尿病衛教沒有被刪除，結果為罹病期(>5, ≤10 年, odds ratio=0.30, 95%CI= 0.07-1.21)；罹病期(>10, ≤15 年, odds ratio=0.14, 95%CI= 0.04-0.52)；罹病期(>15, ≤20 年, odds ratio=0.45, 95%CI=0.11- 1.80)；罹病期(>20 年, odds ratio=0.25, 95%CI=0.07-0.94)(參考組別：>1, ≤5 年)，不具統計上的意義。沒有加入醫療改善方案(odds ratio=0.38, 95%CI=0.14-1.01)(參考組別：有加入醫療改善方案)，不具統計上的意義。是否接受過糖尿病衛教中，沒有完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教(缺

少其中 1 至 2 種人的衛教)且或有接受其他醫護人員的衛教這一組 (odds ratio=7.58, 95%CI= 1.88-30.67)(參考組別:完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教且或有接受其他醫護人員的衛教), 具統計上的意義, 傾向使用另類醫學(表 4-27)。

三種是否使用另類醫學的情形, 在調整性別和年齡下, 再各做一次迴歸統計, 結果顯示結論一樣。總結以上的結果如下:

(1)在得糖尿病開始至受訪為止, 是否使用另類醫學(ever used)

的情形下: 罹病期 > 10 年, 具統計上的意義, 傾向使用另類醫學。

(2)過去一年內是否使用另類醫學(used in the past year)的情形

下: 西醫治療方式中同時使用飲食控制、運動和藥物這一組, 具統計上的意義, 傾向使用另類醫學。

(3)過去一年內是否使用另類醫學的情形下(第三種計算人數方

式): 是否接受過糖尿病衛教中, 沒有完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種的衛教(缺少其中 1 至 2 種人的衛教)且或有接受其他醫護人員的衛教這一組, 傾向使用另類醫學。

表 4-1：研究對象的基本資料及得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的比較 (n = 221)

項目	人數(%)	有使用 另類醫學	沒有使用 另類醫學	p value*
全部人數	221	105(47.5%)	116(52.5%)	
性別				0.933
男性	108(48.9%)	51(48.6%)	57(49.1%)	
女性	113(51.1%)	54(51.4%)	59(50.9%)	
年齡				0.538
< 30 歲	4(1.8%)	3(2.9%)	1(0.9%)	
30– 65 歲	142(64.3%)	67(63.8%)	75(64.7%)	
> 65 歲	75(33.9%)	35(33.3%)	40(34.5%)	
教育程度				0.748
不識字	48(21.7%)	26(24.8%)	22(19.0%)	
國小	70(31.7%)	34(32.4%)	36(31.0%)	
國中	33(14.9%)	15(14.3%)	18(15.5%)	
高中職	39(17.6%)	18(17.1%)	21(18.1%)	
專科大學	31(14.0%)	12(11.4%)	19(16.4%)	
居住情況				0.847
獨居	14(6.3%)	7(6.7%)	7(6.0%)	
與家人同住	207(93.7%)	98(93.3%)	109(94.0%)	
糖尿病類型				0.361
第一型	6(2.7%)	4(3.8%)	2(1.7%)	
第二型	214(96.8%)	100(95.2%)	114(98.3%)	
其他特異型	1(0.5%)	1(1.0%)	0(0%)	
罹病期				0.003
> 1 and ≤ 5 年	69(31.2%)	25(23.8%)	44(37.9%)	
> 5 and ≤ 10 年	48(21.7%)	16(15.2%)	32(27.6%)	
> 10 and ≤ 15 年	46(20.8%)	27(25.7%)	19(16.4%)	
> 15 and ≤ 20 年	28(12.7%)	18(17.1%)	10(8.6%)	
> 20 年	30(13.6%)	19(18.1%)	11(9.5%)	
併發症				0.540
有	146(66.1%)	70(66.7%)	76(65.5%)	
1 種	88(39.8%)	41(39.0%)	47(40.5%)	
2 種	39(17.6%)	17(16.2%)	22(19.0%)	
3 種以上	19(8.6%)	12(11.5%)	7(6.0%)	
沒有	75(33.9%)	35(33.3%)	40(34.5%)	

表 4-1(續)：研究對象的基本資料及得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的比較 (n = 221)

項目	人數(%)	有使用 另類醫學	沒有使用 另類醫學	p value*
治療方式				0.063
飲食控制+運動+藥物	116(52.5%)	62(59.0%)	54(46.6%)	
缺少其中 1-2 種**	105(47.5%)	43(41.0%)	62(53.4%)	
接受糖尿病衛教				0.899
有	221(100%)	105(47.5%)	116(52.5%)	
護理衛教師+營養師+ 醫師±其他醫護人員	176(79.6%)	84(80.0%)	92(79.3%)	
缺少其中 1-2 種 ± 其他醫護人員***	45(20.4%)	21(20.0%)	24(20.7%)	
沒有	0(0%)	0(0%)	0(0%)	
加入醫療改善方案				0.449
有	130(58.8%)	59(56.2%)	71(61.2%)	
沒有	91(41.2%)	46(43.8%)	45(38.8%)	

註：* p-value 為得糖尿病至受訪為止，有使用另類醫學與沒有使用另類醫學的卡方檢定

** (飲食控制、運動、藥物) 缺少其中 1 至 2 種治療方式

*** 沒有完整接受過護理衛教師、營養師、醫師的衛教(缺少其中 1 至 2 種人的衛教) ± 其他醫護人員的衛教

表 4-2：研究對象的檢驗數據

項目	人數	百分比(%)
身體質量指數(BMI) (kg/m ²)	221	
< 25	110	49.8
≥ 25	111	50.2
收縮血壓 SBP (mmHg)	221	
< 130	94	42.5
≥ 130	127	57.5
舒張血壓 DBP (mmHg)	221	
< 80	117	52.9
≥ 80	104	47.1
飯前血糖 AC sugar (mg/dL)	213	
< 130	52	36.0
≥ 130	161	64.0
飯後血糖 PC sugar (mg/dL)	139	
< 180	50	22.6
≥ 180	89	77.4
糖化血色素 HbA1c (%)	216	
< 7	33	15.3
≥ 7 and < 8	43	19.9
≥ 8 and < 9	56	25.9
≥ 9 and < 10	42	19.4
≥ 10	42	19.4
膽固醇 Cholesterol (mg/dL)	216	
< 200	145	67.1
≥ 200	71	32.9
三酸甘油酯 Triglyceride (mg/dL)	216	
< 150	151	69.9
≥ 150	65	30.1
高密度脂蛋白膽固醇 HDL-C(mg/dL)	156	
≤ 40	80	51.3
> 40	76	48.7
低密度脂蛋白膽固醇 LDL-C(mg/dL)	156	
< 100	38	24.4
≥ 100	118	75.6

表 4-2(續)：研究對象的檢驗數據

項目	人數	百分比(%)
肌酸酐 creatinine (mg/dL)	219	
≤ 1.3	182	83.1
> 1.3	37	16.9
尿蛋白 urine protein	162	
-	102	63.0
- ~ +/-	17	10.5
+ ~ +++	43	26.5
微量白蛋白 (ACR, mg/g)	105	
< 30	76	72.4
≥ 30	29	27.6
有驗尿蛋白或微量白蛋白	195	
微量白蛋白 ≥ 30 或尿蛋白 + ~ +++	64	32.8
微量白蛋白 < 30 或尿蛋白 - ~ +/-	131	67.2

表 4-3：前後測答案相似比(proportional agreement)及 Cramer's V coefficient 的 p 值(單選題)

題號	答案相同人數	相似比	p
1, 2, 5, 6, 11, 13, 18, 22	28	93.3%	0.001
7, 8, 19	27	90.0%	0.001
10	26	86.7%	0.001
15	25	83.3%	0.001

註：前後測 30 人

表 4-4：前後測答案相似比(proportional agreement)及 Cramer's V coefficient 的 p 值(複選題)

題號	答案相同人數	相似比	p
3-2, 3-4, 3-7, 4-3, 9-2, 9-3, 9-6 12-1, 12-2, 12-3, 12-6, 12-7, 12-8 12-9, 14-1,14-2, 24-3, 24-4, 25-1, 25-3	30	100%	0.001
4-1, 4-2, 9-1, 9-5, 12-4, 12-5, 14-3, 14-4, 23-3, 23-5, 25-2	29	96.7%	0.001
9-4, 9-7, 9-8, 23-4, 25-4	28	93.3%	0.001
3-27, 24-1	27	90.0%	0.001
3-3, 3-5, 3-6	26	86.7%	0.001
23-1, 23-2, 23-6, 25-5	25	83.3%	0.001
24-2	23	76.7%	0.003

註：前後測 30 人

表 4-5：得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的人數 (n=221)

項目	人數	百分比(%)
沒有	116	52.5
有	105	47.5
過去一年內沒有*	51	23.1
過去一年內有**	54	24.4

註：*曾經使用另類醫學，過去一年內沒有繼續使用

**曾經使用另類醫學，過去一年內仍繼續使用和
過去一年內才開始使用另類醫學

表 4-6：研究對象的基本資料及過去一年內是否使用另類醫學的比較* (n = 221)

項目	人數(%)	一年內有使用另類醫學	一年內沒有使用另類醫學	p value**
全部人數	221	54(24.4%)	167(75.6%)	
性別				0.903
男性	108(48.9%)	26(48.1%)	82(49.1%)	
女性	113(51.1%)	28(51.9%)	85(50.9%)	
年齡				0.908
< 30 歲	4(1.8%)	1(1.9%)	3(1.8%)	
30 - 65 歲	142(64.3%)	36(66.7%)	106(63.5%)	
> 65 歲	75(33.9%)	17(31.5%)	58(34.7%)	
教育程度				0.851
不識字	48(21.7%)	11(20.4%)	37(22.2%)	
國小	70(31.7%)	20(37.0%)	50(29.9%)	
國中	33(14.9%)	7(13.0%)	26(15.6%)	
高中職	39(17.6%)	10(18.5%)	29(17.4%)	
專科大學	31(14.0%)	6(11.0%)	25(15.0%)	
居住情況				0.787
獨居	14(6.3%)	3(5.6%)	11(6.6%)	
與家人同住	207(93.7%)	51(94.4%)	156(93.4%)	
糖尿病類型				0.766
第一型	6(2.7%)	1(1.9%)	5(3.0%)	
第二型	214(96.8%)	53(98.1%)	161(96.4%)	
其他特異型	1(0.5%)	0(0%)	1(0.6%)	
罹病期				0.270
>1 and ≤ 5 年	69(31.2%)	17(31.5%)	52(31.1%)	
>5 and ≤ 10 年	48(21.7%)	8(14.8%)	40(24.0%)	
>10 and ≤ 15 年	46(20.8%)	10(18.5%)	36(21.6%)	
>15 and ≤ 20 年	28(12.7%)	11(20.4%)	17(10.2%)	
>20 年	30(13.6%)	8(14.8%)	22(13.2%)	
併發症				0.299
有	146(66.1%)	31(57.4%)	115(68.9%)	
1 種	88(39.8%)	17(31.5%)	71(42.5%)	
2 種	39(17.6%)	8(14.8%)	31(18.6%)	
3 種以上	19(8.6%)	6(11.1%)	13(7.8%)	
沒有	75(33.9%)	23(42.6%)	52(31.1%)	

表 4-6(續):研究對象的基本資料及過去一年內是否使用另類醫學的比較* (n = 221)

項目	人數(%)	一年內有使用另類醫學	一年內沒有使用另類醫學	p value**
治療方式				0.076
飲食控制+運動+藥物	116(52.5%)	34(63.0%)	82(49.1%)	
缺少其中 1-2 種***	105(47.5%)	20(37.0%)	85(50.9%)	
接受糖尿病衛教				0.120
有	221(100%)			
護理衛教師+營養師+醫師±其他醫護人員	176(79.6%)	39(72.2%)	137(82.0%)	
缺少其中 1-2 種±其他醫護人員****	45(20.4%)	15(27.8%)	30(18.0%)	
沒有	0(0%)	0(0%)	0(0%)	
加入醫療改善方案				0.808
有	130(58.8%)	31(57.4%)	99(59.3%)	
沒有	91(41.2%)	23(42.6%)	68(40.7%)	

註：*第二種計算人數方式：包括得糖尿病開始至受訪為止，從未使用另類醫學和曾經使用另類醫學的人

** p value 為過去一年內有使用另類醫學與過去一年內沒有使用另類醫學的卡方檢定

*** (飲食控制、運動、藥物)缺少其中 1 至 2 種治療方式

**** 沒有完整接受過護理衛教師、營養師、醫師的衛教(缺少其中 1 至 2 種人的衛教) ± 其他醫護人員的衛教

表 4-7：研究對象的基本資料及過去一年內是否使用另類醫學的比較* (n=105)

項目	人數(%)	得糖尿病開始至受訪為止 曾使用另類醫學		p value**
		一年內有用	一年內沒用	
全部人數	105	54(51.4%)	51(48.6%)	
性別				0.929
男性	51(48.6%)	26(48.1%)	25(49.0%)	
女性	54(51.4%)	28(51.9%)	26(51.0%)	
年齡				0.723
< 30 歲	3(2.9%)	1(1.9%)	2(3.9%)	
30 - 65 歲	67(63.8%)	36(66.7%)	31(60.8%)	
> 65 歲	35(33.3%)	17(31.5%)	18(35.3%)	
教育程度				0.758
不識字	26(24.8%)	11(20.4%)	15(29.4%)	
國小	34(32.4%)	20(37.0%)	14(27.5%)	
國中	15(14.3%)	7(13.0%)	8(15.7%)	
高中職	18(17.1%)	10(18.5%)	8(15.7%)	
專科大學	12(11.4%)	6(11.1%)	6(11.8%)	
居住情況				0.639
獨居	7(6.7%)	3(5.6%)	4(7.8%)	
與家人同住	98(93.3%)	51(94.4%)	47(92.2%)	
糖尿病類型				0.320
第一型	4(3.8%)	1(1.9%)	3(5.9%)	
第二型	100(95.2%)	53(98.1%)	47(92.2%)	
其他特異型	1(1.0%)	0(0%)	1(2.0%)	
罹病期				0.175
> 1 and ≤ 5 年	25(23.8%)	17(31.5%)	8(15.7%)	
> 5 and ≤ 10 年	16(15.2%)	8(14.8%)	8(15.7%)	
> 10 and ≤ 15 年	27(25.7%)	10(18.5%)	17(33.3%)	
> 15 and ≤ 20 年	18(17.1%)	11(20.4%)	7(13.7%)	
> 20 年	19(18.1%)	8(14.8%)	11(21.6%)	
併發症				0.201
有	80(66.7%)	31(57.4%)	39(76.5%)	
1 種	12(11.4%)	17(31.5%)	24(47.1%)	
2 種	17(16.2%)	8(14.8%)	9(17.6%)	
3 種以上	41(39.0%)	6(11.1%)	6(11.8%)	
沒有	35(33.3%)	23(42.6%)	12(23.5%)	

表 4-7(續)：研究對象的基本資料及過去一年內是否使用另類醫學的比較* (n=105)

項目	人數(%)	得糖尿病開始至受訪為止 曾使用另類醫學		p value**
		一年內有用	一年內沒用	
治療方式				0.401
飲食控制+運動+藥物	62(59.0%)	34(63.0%)	28(54.9%)	
缺少其中 1-2 種***	43(41.0%)	20(37.0%)	23(45.1%)	
接受糖尿病衛教				0.040
有	105(100%)			
護理衛教師+營養師+ 醫師 ±其他醫護人員	84(80.0%)	39(72.2%)	45(88.2%)	
缺少其中 1-2 種 ± 其他醫護人員****	21(20.0%)	15(27.8%)	6(11.8%)	
沒有	0(0%)	0(0%)	0(0%)	
加入醫療改善方案				0.796
有	59(56.2%)	31(57.4%)	28(54.9%)	
沒有	46(43.8%)	23(42.6%)	23(45.1%)	

註：*第三種計算人數方式：不包括從未使用另類醫學。有使用：包括曾經使用另類醫學，過去一年內仍繼續使用和過去一年內才開始使用另類醫學。沒有使用：曾經使用另類醫學，過去一年內不再使用

**p-value 為過去一年內有使用另類醫學與過去一年內沒有使用另類醫學的卡方檢定

*** (飲食控制、運動、藥物)缺少其中 1 至 2 種治療方式

****沒有完整接受過護理衛教師、營養師、醫師的衛教(缺少其中 1 至 2 種人的衛教) ± 其他醫護人員的衛教

表 4-8：過去一年內不使用另類醫學的理由 (n=167)

項目	人數	百分比(%)
西醫比較有根據	112	67.1
另類醫學效果有限或無效	52	31.1
習慣和經驗	52	31.1
不方便	12	7.2
無理由	9	5.4
價錢貴	4	2.4
保險不給付	2	1.2

表 4-9：過去一年內使用另類醫學的理由 (n=54)

項目	人數	百分比(%)
試試看	40	74.1
有效	25	46.3
副作用少或沒有	20	37.0
方便	13	24.1
價錢便宜	9	16.7
習慣和經驗	5	9.3
西醫療效不好	2	3.7
無理由	2	3.7

表 4-10：全部受訪者認為同時使用另類醫學和西醫療法好不好
(n=221)

項目	人數	百分比(%)
極不好	13	5.9
不好	112	50.7
中等程度好	49	22.2
好	24	10.9
極好	3	1.4
不知道	20	9

表 4-11：過去一年內有使用另類醫學的情形 (n=54)

項目	人數	百分比(%)
種類		
中醫	23	42.6
台灣民俗療法	23	42.6
其他另類醫學療法	19	35.2
方式		
自己治療	24	44.4
找非專業人士	18	33.3
找專業的另類醫學治療(醫師)	12	22.2
找治療師(醫師)治療		
沒有	34	63.0
1-5 次	15	27.8
6-10 次	2	3.7
11-20 次	1	1.9
>20 次	2	3.7
使用時間		
沒有	1	1.9
≤1 星期	5	9.3
>1 星期 and ≤1 個月	9	16.7
>1 個月 and ≤6 個月	13	24.1
>6 個月	26	48.1
每星期使用頻率		
≤ 1 次	3	5.6
2-4 次	6	11.1
5-7 次	30	55.6
不一定	15	27.8
經濟負擔		
完全沒有	40	74.1
有一點有	8	14.8
中等程度有	4	7.4
很有	2	3.7
極有	0	0
資訊來源		
自己的經驗	9	16.7
親友	37	68.5
電台	4	7.4
電視	6	11.1

表 4-11(續)：過去一年內有使用另類醫學的情形* (n=54)

項目	人數	百分比(%)
傳單廣告	4	7.4
網路	0	0
一般書報雜誌	4	7.4
醫學保健書報雜誌	2	3.7
其他	1	1.9
滿意度		
極不滿意	0	0
不滿意	10	18.5
中等程度滿意	24	44.4
滿意	16	29.6
極滿意	4	7.4
同時使用另類醫學與西醫療法		
有	54	100.0
沒有	0	0
告知醫護人員	12	22.2
醫師	9	16.7
護理衛教師	2	3.7
營養師	4	7.4
沒有	42	77.8

表 4-12：HbA1c(分 2 組)控制好壞與得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的比較 (n=216)

使用另類醫學	HbA1c		p value
	<7%	≥7%	
有用	14(13.6%)	89(86.4%)	0.511
沒有用	19(16.8%)	94(83.2%)	

表 4-13：HbA1c(分 2 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較* (n=216)

使用另類醫學	HbA1c		p value
	<7%	≥7%	
一年內有用	8(15.1%)	45(84.9%)	0.996
一年內沒有用	25(15.3%)	138(84.7%)	

註：*包括未曾使用另類醫學和曾用過但過去一年內沒有用

表 4-14：HbA1c(分 2 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較* (n=103)

使用另類醫學	HbA1c		p value
	<7%	≥7%	
一年內有用	8(15.1%)	45(84.9%)	0.647
一年內沒有用*	6(12.0%)	44(88.0%)	

註：*第三種計算人數方式：不包括從未使用另類醫學。有使用：包括曾經使用另類醫學，過去一年內仍繼續使用和過去一年內才開始使用另類醫學。沒有使用：曾經使用另類醫學，過去一年內不再使用

表 4-15：HbA1c(分 3 組)控制好壞與得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的比較 (n=216)

使用另類醫學	HbA1c			p value
	<7% (控制好)	≥7% and ≤9%	>9% (控制不好)	
有	14(13.6%)	49(47.6%)	40(38.8%)	0.531
沒有	19(16.8%)	58(51.3%)	36(31.9%)	

表 4-16：HbA1c(分 3 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較* (n=216)

使用另類醫學	HbA1c			p value
	<7% (控制好)	≥7% and ≤9%	>9% (控制不好)	
一年內有	8(15.1%)	24(45.3%)	21(39.6%)	0.722
一年內沒有	25(15.3%)	83(50.9%)	55(33.7%)	

註：*第二種計算人數方式：包括得糖尿病開始至受訪為止，從未使用另類醫學和曾經使用另類醫學的人

表 4-17：HbA1c(分 3 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較* (n=103)

使用另類醫學	HbA1c			p value
	<7% (控制好)	≥7% and ≤9%	>9% (控制不好)	
一年內有	8(15.1%)	24(45.3%)	21(39.6%)	0.853
一年內沒有	6(12.0%)	25(50.0%)	19(38.0%)	

註：*第三種計算人數方式：不包括從未使用另類醫學。有使用：包括曾經使用另類醫學，過去一年內仍繼續使用和過去一年內才開始使用另類醫學。沒有使用：曾經使用另類醫學，過去一年內不再使用

表 4-18：HbA1c(分 5 組)控制好壞與得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的比較 (n=216)

使用另類醫學	HbA1c					p value
	<7%	≥7% and <8%	≥8% and <9%	≥9% and <10%	≥10%	
有	14(13.6%)	16(15.5%)	27(26.2%)	28(27.2%)	18(17.5%)	0.068
沒有	19(16.8%)	27(23.9%)	29(25.7%)	14(12.4%)	24(21.2%)	

表 4-19：HbA1c(分 5 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較* (n=216)

使用另類醫學	HbA1c					p value
	<7%	≥7% and <8%	≥8% and <9%	≥9% and <10%	≥10%	
1 年內有	8(15.1%)	10(18.9%)	11(20.8%)	15(28.3%)	9(17.0%)	0.431
1 年內沒有	25(15.3%)	33(20.2%)	45(27.6%)	27(16.6%)	33(20.2%)	

註：*第二種計算人數方式：包括得糖尿病開始至受訪為止，從未使用另類醫學和曾經使用另類醫學的人

表 4-20：HbA1c(分 5 組)控制好壞與過去一年內是否使用另類醫學的比較* (n=103)

使用另類醫學	HbA1c					p value
	<7%	≥7% an <8%	≥8% and <9%	≥9% and <10%	≥10%	
1 年內有	8(15.1%)	10(18.9%)	11(20.8%)	15(28.3%)	9(17.0%)	0.686
1 年內沒有	6(12.0%)	6(12.0%)	16(32.0%)	13(26.0%)	9(18.0%)	

註：*第三種計算人數方式：不包括從未使用另類醫學。有使用：包括曾經使用另類醫學，過去一年內仍繼續使用和過去一年內才開始使用另類醫學。沒有使用：曾經使用另類醫學，過去一年內不再使用

表 4-21：HbA1c 的 mean±SD*與得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學的比較 (n=216)

使用另類醫學	人數	Mean±SD	t 值	p value
有	103	8.7±1.7	0.494	0.622
沒有	113	8.6±2.0		

註：*全部有驗 HbA1c (n=216)的 mean±SD = 8.7±1.8, median = 8.5

表 4-22：HbA1c 的 Mean±SD*與過去一年內是否使用另類醫學的比較** (n=216)

使用另類醫學	人數	Mean±SD	t 值	p value
一年內有	53	8.7±1.7	-0.064	0.949
一年內沒有	163	8.7±1.9		

註：*全部有驗 HbA1c(n=216)的 mean±SD = 8.7±1.8, median = 8.5

**第二種計算人數方式：包括得糖尿病開始至受訪為止，從未使用另類醫學和曾經使用另類醫學的人

表 4-23：HbA1c 的 Mean±SD*與過去一年內是否使用另類醫學的比較** (n=103)

使用另類醫學	人數	Mean±SD	t 值	p value
一年內有	53	8.7±1.7	-0.482	0.631
一年內沒有	50	8.8±1.7		

註：*全部有驗 HbA1c(n=216)的 mean±SD = 8.7±1.8, median = 8.5

**第三種計算人數方式：不包括從未使用另類醫學。有使用：包括曾經使用另類醫學，過去一年內仍繼續使用和過去一年內才開始使用另類醫學。沒有使用：曾經使用另類醫學，過去一年內不再使用

表4-24：得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學中，影響使用另類醫學的多元羅吉斯強迫輸入迴歸分析結果 (n=216)

自變數	odds ratio	95% CI*
性別	1.13	0.60-2.11
年齡	0.98	0.95-1.01
教育程度		
專科、大學	1	
不識字	1.52	0.48-4.87
國小	1.42	0.51-3.93
國中	1.40	0.47-4.12
高中職	1.29	0.46-3.64
居住情況		
與家人同住	1	
獨居	0.98	0.31-3.13
罹病期		
>1 and ≤ 5 年	1	
>5 and ≤ 10 年	0.91	0.40-2.10
>10 and ≤ 15 年	2.86	1.23-6.65
>15 and ≤ 20 年	3.31	1.20-9.09
>20 年	3.62	1.28-10.10
併發症數目	1.00	0.72-1.40
是否加入醫療改善方案		
有	1	
沒有	1.45	0.72-2.93
HbA1c	1.03	0.87-1.21
西醫治療方式		
缺少其中 1 至 2 種	1	
飲食控制+運動+藥物	1.75	0.96-3.18
糖尿病衛教		
缺少其中 1 至 2 種人	1	
±其他醫護人員		
護理衛教師+營養師		
+醫師±其他醫護人員	1.30	0.54-3.13

註：* CI: confidence interval

表4-25：得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學中，影響使用另類醫學的多元羅吉斯逐步反向迴歸分析結果* (n=216)

罹病期	odds ratio	95% CI*
> 1 and ≤ 5年**	1	
> 5 and ≤ 10年	0.87	0.39-1.93
> 10 and ≤ 15年	2.56	1.17-5.57
> 15 and ≤ 20年	2.98	1.18-7.53
> 20年	3.12	1.26-7.69

註：* CI: confidence interval

**參考組別：> 1 and ≤ 5年

***11種自變數：性別、年齡、教育程度、居住情況、糖尿病類型、罹病期(分5組)、併發症數目、是否加入醫療改善方案、HbA1c、西醫治療方式、及是否接受過糖尿病衛教

表4-26：過去一年內是否使用另類醫學中，影響使用另類醫學的多元羅吉斯逐步反向迴歸分析結果* (n=216)

治療方式	odds ratio	95% CI
缺少其中1至2種**	1	
飲食控制+運動+藥物	2.01	1.05-3.87

註：*第二種計算人數方式：包括得糖尿病開始至受訪為止，從未使用另類醫學和曾經使用另類醫學的人

**參考組別：(飲食控制、運動、藥物)缺少其中1至2種治療方式

***11種自變數：性別、年齡、教育程度、居住情況、糖尿病類型、罹病期(分5組)、併發症數目、是否加入醫療改善方案、HbA1c、西醫治療方式、及是否接受過糖尿病衛教

表4-27：過去一年內是否使用另類醫學中，影響使用另類醫學的
多元羅吉斯逐步反向迴歸分析結果* (n=103)

糖尿病衛教來源	odds ratio	95% CI
接受護理衛教師+營養師+ 醫師的衛教 ±其他醫護人 員的衛教**	1	
缺少其中1至2種人的衛教 ± 其他醫護人員的衛教	7.58	1.88-30.68

註：*第三種計算人數方式：不包括從未使用另類醫學。有使用：包
括曾經使用另類醫學，過去一年內仍繼續使用和過去一年內才
開始使用另類醫學。沒有使用：曾經使用另類醫學，過去一年
內不再使用

**參考組別：接受護理衛教師+營養師+醫師的衛教
±其他醫護人員的衛教

***11種自變數：性別、年齡、教育程度、居住情況、糖尿病類
型、罹病期(分5組)、併發症數目、是否加入醫療改善方案、
HbA1c、西醫治療方式、及是否接受過糖尿病衛教

第五章 討論

第一節 基本資料、罹病情況

一. 基本資料

本研究男女比例相近，年齡區分為三級，以 30-65 歲居多，真正屬於老年人(大於 65 歲)，也占 1/3。教育程度國小畢業以下者約占一半，因為調查地區位於南部，教育程度較低，年齡較大，讓糖尿病控制及衛教有很大的挑戰。不過與家人同住有 93.7%，因此可推測家庭支持系統不差。

二. 罹病情況

糖尿病類型以第二型占 96.8%為大多數，與台灣現行糖尿病流行情況符合，但相對的本研究的限制便變成只研究第二型糖尿病。罹病期 10 年以上約占一半。併發症方面，有 2/3 受訪者自訴有一種或一種以上併發症，1/3 沒有併發症。併發症的確認取決於定義、醫師有沒有做篩選、及病人的自訴準確性，因此併發症的確認極為困難。一般可能低估其盛行率，而本研究樣本因為取自糖尿病專科醫師的門診病人，故確認本身有併發症的受訪者較多。

西醫治療的方式上，使用飲食控制、運動、口服藥物的比例相當，但胰島素的使用偏低(17.2%)，表示有不少口服藥物無效而拒打胰島

素的病人，因此可能造成本研究樣本的血糖控制較差。

受訪者全部接受過醫護人員的糖尿病的衛教，應該是因為受訪者全部來自新陳代謝科的門診。另外有 58.8%的受訪者加入醫療改善方案，與糖尿病衛教學會統計，全國有 68%糖尿病患者加入醫療改善方案相比偏低(游能俊，2006)，可能是因為受訪者教育程度較低、年齡較大，造成配合度較低有關。

研究樣本的 HbA1c 平均值為 8.7%，只有 15.3%的患者其 HbA1c <7%，HbA1c >9%占 35.2%，與中華民國糖尿病學會於 2006 年的全國統計資料比較，顯示本樣本族群血糖控制較全國統計資料為差(游能俊，2006)。加入糖尿病醫療改善方案的 HbA1c 平均值為 $8.6 \pm 1.7\%$ ，不加入的 HbA1c 平均值為 $8.8 \pm 2.0\%$ ，p 值為 0.241，無統計上顯著差異，而且只降低 0.2%，沒有臨床上意義。雖然糖尿病醫療改善方案給予病人完善的醫療照顧計劃，但最重要的仍須靠病人的積極配合及自我照顧，否則血糖仍然會控制不好，當然整個醫療團隊的照護品質也要提升(廖倩誼，2004；阮理英，2005)。

另外 Gillespie 等人(2002)的樣本，HbA1c >10%占 38%，比本研究的樣本之糖尿病控制還差，而且研究結果為不好的 HbA1c 與使用另類醫學有相關；但是在以多元羅吉斯迴歸控制年齡與性別後，則無統計上的顯著差異。

綜合本樣本族群的特點為年齡較大，教育程度較低，與家人同住較多，第二型糖尿病最多，罹病期長，併發症多，使用胰島素較少，全部接受過糖尿病衛教，加入醫療改善方案比例較少，HbA1c 較高，糖尿病控制較差。

第二節 使用另類醫學的情形

一. 另類醫學的使用與人口社會學、罹病期的關係

用卡方檢定檢視各個單選題的變項包括性別、年齡、教育程度、居住情況、糖尿病類型、併發症數目、是否加入醫療改善方案、治療方式與是否因為糖尿病而使用另類醫學療法，統計上並無顯著差異。但是罹病期與得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學，有統計上的顯著差異 ($p=0.003$)。其中罹病期(≤ 10 年)傾向不使用另類醫學；罹病期(> 10 年)傾向使用另類醫學(表 4-1)。而國外研究以女性、高學歷、高收入和年輕族群使用另類醫學比較多(Eisenberg et al., 1998; Bell et al., 2006)。還有接受過糖尿病的衛教與得糖尿病開始至受訪為止，過去一年內是否使用的情形下(第三種計算人數的方式)，有統計上的顯著差異($p=0.040$)。沒有完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教且或有接受其他醫護人員的衛教(缺少其中 1 至 2 種人的衛教)這一組，傾向使用另類醫學(表 4-7)。可以解

釋為沒有完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教(衛教人員傾向西醫)，部分曾經使用另類醫學的人，過去一年內仍繼續使用，甚至有些人過去一年內才開始使用另類醫學。

被問到過去一年內是否因為糖尿病使用另類醫學療法，則受訪者的性別、年齡、教育程度、居住情況、糖尿病類型、併發症數目、是否加入醫療改善方案、罹病期全部無統計上顯著差異。社會人口學的無差異性與丁志音(2003)的研究類似，但加入糖尿病醫療改善方案應該會得到較好的糖尿病控制，本研究在統計上卻無顯著差異，糖化血色素的平均值也一樣無顯著差異。與中華民國糖尿病衛教學會 2004 年的調查，加入醫療改善方案與未加入者的比較，糖化血色素的改善有統計上顯著的差異，結果不一(蔡世澤等人，2004)。推測可能跟糖尿病衛教的品質、實施方式或是內容有關，最重要的可能是糖尿病患者自我照顧的意願及對糖尿病的認知(黃瀞儀等人，1998；郭錦松等人，2000；廖倩誼和陳正誠，2004；郭淑娟等人，2005；Hartz et al., 2006)。

二. 過去一年內使用另類醫學的情形

過去一年內，因為糖尿病使用另類醫學療法的人，占全部受訪者 24.4%。與國外報告相比，似乎偏高。Yeh 等人(2000)，糖尿病患者最近一年內使用另類醫學為 35%(排除祈禱)，其中有 20%是為了糖尿

病而使用。Bell 等人(2006)的研究中，糖尿病患者最近一年內使用另類醫學者有 37.4%，其中有 19.9%是為了糖尿病而使用。實際計算分別為 Yeh 等人的 7% 和 Bell 等人的 7.4%是為了糖尿病而使用另類醫學。顯然本研究中針對糖尿病而使用另類醫學者的比例偏高。但分析其中約 1/3 使用中醫，可能是中醫有健保給付的方便性，但依然有 2/3 願意自付費用使用其他另類醫學。

曾經使用過另類醫學，但過去一年內不再使用者約占一半，可能因為病人的認知態度改變，或是認為另類醫學無效，或是醫護人員的衛教造成的轉變。

第三節 使用另類醫學的其他情形

過去一年內不因為糖尿病使用另類醫學療法的種類，約 1/3 使用中醫，1/3 使用台灣民俗療法，1/3 使用其他另類醫學療法。將近有 2/3 使用屬於中國人的另類醫學，與國外的使用種類不相同(Eisenberg et al., 1998; Bell et al., 2006)。以口服方式使用(包括中藥、草藥、健康食品、天然食物、特殊飲食)占 85.2%，可能口服方式使用比較簡單，丁志音(2003)的研究則為 64.2%。本研究與台灣的報告較為類似(曾月霞等人，2005)，應該是台灣的健保情形及風俗習慣使然。

此外，自己治療占 44.4%，找非專業人士或專業的另類醫學治療

(醫)師有 55.6%。至於過去一年內找另類醫學治療(醫)師的次數,63% 回答沒有,其次以 1-5 次為最多。但此數據與自己治療的數據有所衝突。本題目是特別針對找專業的另類醫學治療(醫)師而問,可能是訪談員沒有將題意解釋清楚,所以找非專業人士治療的受訪者有些回答有,有些回答沒有。

使用另類醫學的時間大部分超過 1 個月,大於 6 個月也有 48.1%, 所以使用時間也不算短。每星期使用的頻率以 5-7 次最多,占 55.6%。本研究樣本罹病期約 10 年左右,但依然有如此多病人堅持使用另類醫學,而且頻率也不低。

有高達 74.1% 回答完全沒有使得經濟負擔變重,如果排除有健保給付的中醫,則可能有 70.4% 是自費使用台灣民俗療法或其他另類醫學。不認為經濟負擔變重,可能是本身經濟能力尚可,或家人的支援(本研究樣本有 93.7% 與家人同住),也可能自己治療,不必另外花錢找醫師。資訊來源以親友 68.5% 占最多數。對使用另類醫學療法治療糖尿病的療效滿意度有 81.4%, 滿意度算是相當高。

同時使用另類醫學和西醫療法,有沒有告訴那些醫護人員,本研究樣本有 77.8% 沒有告訴醫護人員,只有 22.2% 有告訴醫護人員;與一些國外的研究相比較高,如 Eisenberg 等人(1998)的報告有 38.5% 會告訴醫師,Greenfell 等人(1998)的報告則有一半的人會告訴醫護人

員。如果只計算沒有告知醫師的比例，則更高達 83.3%。沒有告知醫護人員或醫師，代表醫護人員與病人的溝通不甚理想，也可能造成血糖控制不好。而且病人可能擔心如果醫師知悉其使用另類醫學，可能會影響醫療品質，故部份病人可能隱瞞使用另類醫學的行為，而實際使用另類醫學的比例，可能較調查所發現更高。

本研究樣本過去一年內有使用另類醫學的人，全部都有同時使用西醫治療。因為受訪者皆為新陳代謝科門診病人，必然持續使用西醫治療，使用另類醫學只是輔助治療。但在整個樣本中，只有 24.4%同時使用另類醫學與西醫療法。Eisenberg 等人(1998)的調查，有 31.8%同時使用另類醫學與傳統醫學。鄭瑞英(2004)的研究，一般人口中，中西醫療併用占 24.3%。Chen(2005)則發現一般人口中，合併使用另類醫學和西醫治療者占 25.6%。李佩端(2002)調查一般人口中，32.5%有中西藥併用情形。Garrow 等人(2006b)的研究，認為使用另類醫學並不會排斥正統醫學，而之前的研究，認為使用另類醫學會排斥正統醫學。Remli 和 Chan (2003)的研究顯示，56%有合併使用另類醫學的情形，所以合併使用另類醫學的情形約介於 25-50%，可謂不少。

過去一年內，沒有因為糖尿病使用另類醫學療法的理由，以「西醫比較有根據」，或「效果有限或無效」，或「個人習慣和經驗」為最多。過去一年內，因為糖尿病使用另類醫學療法的理由，以「試試看」

的心態嘗試，或認為「有效」，或「副作用少或沒有」為最多。與洪秀吉(1995)的報告類似，可以推斷一般民眾心理比較相信西醫有效，但如果有西醫不足之處，也願意嘗試使用另類醫學，而且相信可能使用另類醫學副作用少，或許也有效果。

至於同時使用另類醫學和西醫療法的看法，34.5%認為可以同時使用，但在行為表現上就稍微保守，因為過去一年內同時使用的情形只有 24.4%，所以認知、態度與行為是稍有落差的。

第四節 使用另類醫學與血糖控制

使用另類醫學與血糖的控制，雖然目前研究不多，但應會是未來研究的趨勢。西醫一般認為，使用另類醫學，血糖的控制會不好。Gillespie 等人(2002)的研究顯示糖尿病患者使用另類醫學，是當做輔助醫療，而且糖化血色素無顯著差異。Remli 和 Chan(2003)的研究有 56%有合併使用另類醫學，不管是單獨使用另類醫學，或併用西醫治療，空腹血糖都控制不佳。但是黃益祥(2000)以中醫醫院門診糖尿病患者為對象，研究中醫和西醫對糖尿病的治療效果，結論為中醫和西醫合併治療比只用西醫治療，糖化血色素的改善有統計上顯著差異。洪瑞葉(2005)也以中醫醫院門診糖尿病患者為對象，結果為中醫和西醫合併治療比只用中醫治療有較佳的血糖控制。本研究結果則發

現使用另類醫學的糖尿病患者，與沒有使用另類醫學的人比較，血糖的控制並無顯著差異。有研究認為另類醫學的使用者，反而是一群需要改變為以醫師為中心(physician-based)的醫療服務，而不是現行以病人為中心(patient-centered)的主流思想(Busato et al., 2006)。雖然視另類醫學為自我照顧行為，但另類醫學的療效及與西醫的交互作用未證實，仍須醫護人員提供必要的諮詢與建議。另類醫學的使用行為是否影響血糖的控制，仍然值得繼續研究，另外一個重要而基本的問題是治療糖尿病的效果，另類醫學與西醫治療的交互作用(尤其是口服的治療)，那幾種另類醫學有療效，這些應該會影響血糖的控制，也需要進一步研究。

第五節 影響使用另類醫學的相關因素

本研究人口社會學、罹病情況與另類醫學的使用並無顯著差異。利用多元羅吉斯逐步反向迴歸分析作統計，在得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學(ever used)的情形下，統計有顯著差異。結果顯示罹病期(>10, ≤15 年, odds ratio=2.56, 95%CI=1.17-5.57)；罹病期(>15, ≤20 年, odds ratio=2.98, 95%CI=1.18-7.53)；罹病期(>20 年, odds ratio=3.12, 95%CI=1.26-7.69) (參考組別：>1, ≤5 年)，傾向使用另類醫學(表 4-22 至 4-24)。簡而言之：罹病期較長

者，才傾向使用另類醫學。可能因為糖尿病相較於其他疾病有較完善的治療，糖尿病初期比較不會有不適的症狀，也可能剛患病沒有機會嘗試另類醫學，以及西醫系統的優勢及宣傳，造成罹病初期傾向不使用另類醫學。多數研究則認為慢性病比較傾向使用另類醫學 (Eiserberg et al., 1998 ; Bell et al., 2006)。

過去一年內是否使用另類醫學(used in the past year)的情形下：只有西醫治療方式中同時使用飲食控制、運動和藥物這一組(odds ratio=2.01, 95%CI=1.05-3.87) (參考組別：缺少其中 1 至 2 種治療方式)，具統計上的意義，傾向使用另類醫學。隨著罹病期增長，病人嘗試另類醫學的機會變大，而且病情較重，併發症也逐漸顯現出來，也因此逐漸重視飲食控制、運動和藥物治療，也可能因為逐漸對病情的無奈，而更想嘗試另類醫學。

過去一年內是否使用另類醫學的情形下(第三種計算人數方式。有使用：包括曾經使用另類醫學，過去一年內仍繼續使用和過去一年內才開始使用另類醫學。沒有使用：曾經使用另類醫學，過去一年內不再使用)，是否接受過糖尿病衛教中，缺少其中 1 至 2 種人的衛教且或有接受其他醫護人員的衛教這一組(odds ratio=7.58, 95%CI=1.88-30.67)(參考組別：完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教且或有接受其他醫護人員的衛教)，具統計上的意義，傾向

使用另類醫學。可以解釋為沒有完整接受過護理衛教師、營養師和醫師(衛教人員傾向西醫)三種人的衛教，使得部分曾經使用另類醫學的人，過去一年內會繼續使用，甚至有些人過去一年內才開始使用另類醫學。

可以試著總結為糖尿病患者，隨著罹病期增長，傾向嘗試使用另類醫學，直到過去一年病情逐漸加重，併發症也變多，因此飲食控制、運動和藥物治療不得不認真執行，但仍然傾向試圖使用另類醫學，改善逐漸加重的病情。沒有接受過完整的護理衛教師、營養師和醫師(衛教人員傾向西醫)三種人的衛教，有些人過去一年內才開始使用另類醫學，部分曾經使用另類醫學的人，過去一年內會繼續使用。

第六節 研究限制

本研究的限制主要有下列幾種：

一. 問卷調查研究方法的偏差，最重要的是受訪者的回憶偏差和受訪者怕誠實回答使用另類醫學，會引起醫師的不悅及訪談者(西醫背景)立場的偏差。改善的方法可考慮問卷設計的改良如試問、開放式問卷，及加強訪談員訓練或找非醫院員工當訪談員，減低病患的焦慮和隱瞞。

二. 本研究的樣本是南部地區某區域教學醫院新陳代謝科門診的糖

尿病患者，所以才有可能全部接受過糖尿病衛教。因此本研究的結果，可能比較適用於相似族群。如果在環境許可下，可考慮隨機抽樣，對剛診斷的病人做前瞻性世代研究，或調查家醫科或基層醫療院所的病人。

三. 一般使用另類醫學的目的有兩種：促進健康或預防疾病和治療疾病。本研究只侷限於為了糖尿病本身而使用另類醫學，未能細分是為了促進健康或預防疾病而使用另類醫學的情形。因此可考慮調查其他使用目的的情形。

四. 本研究的樣本是新陳代謝科門診患者，因此樣本並不包含那些只使用另類醫學而完全不使用西醫療法的人，本研究並不探討只使用另類醫學來控制糖尿病的情形。

五. 本研究幾乎全為第二型糖尿病患者，無法瞭解第一型糖尿病患者使用另類醫學的情形。因為第一型糖尿病患者屬於非常年輕的族群，沒有經濟能力，沒有自主決定治療方式的能力(由照顧者決定)，患病的過程與第二型糖尿病患者不同，且初期疾病通常較嚴重及症狀較明顯。或許有些因素可能傾向使用另類醫學，有些因素可能傾向不使用另類醫學，因此第一型糖尿病患者應該獨立研究。

六. 另類醫學的定義不夠明確，範圍太廣泛，問卷調查要詳加列舉其種類，有實務上的困難。因此可以考慮只做 1 至 2 種另類醫學的調

查或是使用開放式問卷。

七. 本研究只評估血糖控制的良窳，而且用糖化血色素來代表，而糖尿病的控制指標很多，如身體質量指數、血壓、膽固醇、三酸甘油酯、蛋白尿等，也包括明確的併發症有無及嚴重度，甚至生活品質，但血糖的控制仍是最重要而且是最基本的目標(林瑞祥，2002；何橈通，2006；Rubin & Peyrot, 1999; ADA, 2006)。

第六章 結論

本研究以糖尿病患者為樣本，得到糖尿病患者過去一年內，因為糖尿病使用另類醫學的盛行率為 24.4%，曾使用另類醫學的人有 47.5%，從未使用另類醫學的人，占 52.5%。本研究的糖尿病患者，因為糖尿病使用另類醫學的比例，比國外的研究報告高。使用另類醫學與人口社會學的因素包括性別、年齡、教育程度及居住情況，無統計上的顯著差異。與糖尿病類型、併發症數目、是否加入醫療改善方案，也無統計上的顯著差異。利用多元羅吉斯逐步反向迴歸分析作統計，(1)得糖尿病開始至受訪為止，是否使用另類醫學(ever used)的情形下：罹病期(>10, ≤15 年, odds ratio=2.56, 5%CI=1.17-5.57)；罹病期(>15, ≤20 年, odds ratio=2.98, 95%CI=1.18-7.53)；罹病期(>20 年, odds ratio=3.12, 95%CI=1.26-7.69) (參考組別：>1, ≤5 年)，具統計上的意義，傾向使用另類醫學。簡而言之：罹病期較長者，才傾向使用另類醫學。與一般研究報告高學歷、女性、年輕族群使用另類醫學者較多，不相符合。(2)過去一年內是否使用另類醫學(used in the past year)的情形下：西醫治療方式中同時使用飲食控制、運動和藥物這一組(odds ratio=2.01, 95%CI=1.05-3.87) (參考組別：缺少其中 1 至 2 種治療方式)，具統計上的意義，傾向使用另類

醫學。(3) 過去一年內是否使用另類醫學的情形下(第三種計算人數方式。曾經使用另類醫學，過去一年內是否仍繼續使用和過去一年內是否才開始使用另類醫學)：是否接受糖尿病衛中，缺少其中 1 至 2 種人的衛教且或有接受其他醫護人員的衛教這一組(odds ratio=7.58, 95%CI= 1.88-30.67)(參考組別：完整接受過護理衛教師、營養師和醫師三種人的衛教且或有接受其他醫護人員的衛教)，具統計上的意義，傾向使用另類醫學。使用另類醫學雖是病人主動的自我照顧行為，但是本研究不論將糖化血色素分成 2 組、3 組、5 組或平均值來分析、顯示出糖化血色素(HbA1c)的改變、都沒有統計上的顯著差異。

由於另類醫學的範圍太大，定義不清楚及沒有統一的標準問卷，各個研究結果也無法完全參考比較，因此與其廣泛地討論另類醫學的全部盛行率，不如只針對一種另類醫學做調查，定義明確，較易研究。

另類醫學的盛行，或是由於民眾需求所驅策，或是商業組織看準這個商機，為了營利，逐漸推波助瀾，正統醫學人士也不得不正視這個現象。因此不管是為了改善醫病關係，或是給病人更好的建議、更多的選擇，或是真的能從另類醫學得到不同的治療方式，或是輔助正統醫學，或只是安慰劑的效果，只要能改善病人的病痛或是促進生活品質，這些問題都值得好好深思及進一步研究。

參考文獻

中文部分

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。台灣衛誌，22(3)，155-166。

行政院衛生署(2006a)。衛生署民國 94 年衛生統計動向-民國 94 年台

灣地區主要死亡原因。2007 年 1 月 10 日。檢自

<http://www.doh.gov.tw/statistic>

行政院衛生署(2006b)。衛生署民國 94 年全民健康保險醫療統計年

報。檢索日期：2007 年 1 月 10 日。檢自

<http://www.doh.gov.tw/statistic/醫療統計年報/94.htm>

余文彬(2004)。糖尿病患者的血糖控制、自我效能、自我照顧和生活

品質之探討。國立台北護理學院護理研究所碩士論文，未出版，

台北市。

李佩儒、翁慧卿、徐慧君、劉姝妮、李集美、方淑音等人(2004)。「全

民健保糖尿病醫療服務改善方案」—某區域教學醫院執行一年之

成果報告。台灣醫界，47(4)，44-47。

李佩端(2002)。台灣中部地區中西藥物併用之概況調查。行政院衛生

署專題研究成果報告(編號：CCMP91-RD-007)，未出版。

- 阮理英、林小玲、陳品汎、林宏達(2005)。台北榮民總醫院糖尿病衛教困難度之調查。內科學誌，16(5)，216-224。
- 何橈通主編(2006)。2006 第二型糖尿病照護指引(第2版)。台北市：中華民國糖尿病學會。
- 林正清(2002)。台灣全民健康保險糖尿病資料庫有關之研究。國立台灣大學預防醫學研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 林瑞祥(2002)。糖尿病照護品質監測。台灣醫學，6(4)，574-580。
- 林瑞祥主編(2004)。糖尿病衛教課程教材。台北市：中華民國糖尿病衛教協會。
- 邱淑媿、林宏達、游能俊、薛秀圭、林鈴華、林莉代等人(2001)。整合式慢性病共同照護模式—「蘭陽糖尿病照護網」經驗簡介。台灣醫界，44(3)，45-48。
- 周碧瑟、董道興、李佳琳、莊紹源、林敬恆、楊南屏等人(2002)。台灣地區糖尿病流行病學。台灣公共衛生雜誌，21(2)，83-96。
- 洪秀吉(1995)。非胰島素依賴型糖尿病患者之健康信念與社會支持對自我照顧與糖尿病控制之研究。國立台灣大學護理研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 洪瑞葉(2005)。門診糖尿病患之醫療信念、醫療行為與血糖控制之相關性研究。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文，未出版，高

雄市。

侯毓昌、丁漢祥、曾韻潔、謝一紅、黃仲諄(2006)。一般外科癌症患者對另類療法使用情況之研究——以某區域醫院外科門診患者為例。Journal of Chinese Medicine, 17(1-2), 25-33。

翁瑞亨、徐瑞祥、謝玉娟(2002)。台灣地區糖尿病共同照護現況。台灣醫學, 6(4), 569-573。

傅振宗和楊文琴(2003)。糖尿病患的護心運動。基層醫學, 18(5), 124-127。

郭淑娟、陳重榮、梁深維、楊素伴、許美月、祝春紅等人(2005)。門診糖尿病病患個案管理照護之成效。北市醫學雜誌, 2(2), 37-45。

郭錦松、胡啟民、林琇瑩、陳涵栩、郭清輝、何橈通等人(2000)。單次團體衛教對輔助第二型糖尿病控制之成效評價。彰化醫學, 6(1), 31-36。

張樑治、蔡志堅(2005)。SPSS for 生物統計。台北縣：啟英文化。

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。

游能俊(2006年11月)。2006年糖尿病健康促進機構品質狀況調查報告。許惠恒(主持), 行政院衛生署國民健康局95年糖尿病健康促進機構觀摩會, 國立台灣大學公衛學院, 台灣。

- 黃益祥(2000)。以 SF-36 為工具評估中醫治療對糖尿病患者健康狀態之影響。長庚大學醫務管理學研究所碩士論文，未出版，台北縣。
- 黃瀨儀、沈德昌、鄭惠美(1998)。門診糖尿病患者對糖尿病知識、態度、行為與糖尿病衛教需求之研究。健康促進暨衛生教育雜誌，18，25-35。
- 楊翎(2002)。台灣民俗醫療：漢人信仰篇。台中市：國立自然科學博物館。
- 廖倩誼、陳正誠(2004)。糖尿病認知、治療模式與防治計畫有關研究之文獻回顧。北市醫學雜誌，1(3)，20-29。
- 蔡世澤、蘇景傑、董道興、王朝弘、陳秀熙、林瑞祥代表調查小組(2004)。糖尿病保健推廣機構品管制度計劃成果報告。行政院衛生署國民健康局委託專案研究報告，未出版。
- 劉見祥、曲同光、陳玉敏(2002)。糖尿病共同照護與健保給付。台灣醫學，6(4)，581-584。
- 賴美淑、邱淑媿(2002)。糖尿病共同照護之概念與內涵。台灣醫學，6(4)，560-568。
- 鍾遠芳、林宏達(2000)。糖尿病衛教對病患知識、態度、行為及代謝指標的影響。中華民國內分泌暨糖尿病學會會訊，13(3)，1-17。
- 魏榮男、莊立民、林瑞雄、趙嘉玲、宋鴻樟(2002)。1996~2000 年台

灣地區糖尿病盛行率與住院率。台灣公共衛生雜誌，21(3)，
173-180。

Bowers, D., House, A., & Owens, D. (2005)。臨床論文解析
(Understanding Clinical Papers)(楊宗翰、黃慧真編譯)。台北市：
合記。(原作 2001 年出版)。

Snyder, M., & Mirr, M. P. (2002)。進階臨床護理(二版)(Advanced
Practice Nursing: A Guide to Professional Development, 2nd ed.)(蕭
淑貞等譯)。台北市：華杏。(原作 1999 年出版)。

Widmaier, E. P., Raff, H., & Strang, K. T. (2005)。人體生理學(三版)
(Vander, Sherman, & Luciano's Human Physiology: The
Mechanisms of Body Function, 9th ed.)(潘震澤等編譯)。台北市：
合記。(原作 2003 年出版)。

英文部分

- AACE (American Association of Clinical Endocrinologists). (2002). Medical guidelines for the management of diabetes mellitus: The AACE system of intensive diabetes self-management—2002 update. *Endocrine Practice*, 8 (Suppl. 1), 40-82.
- ADA (American Diabetes Association). (2006). Standards of medical care in diabetes- 2006. *Diabetes Care*, 29(suppl. 1), S4-S42.
- Arcury, T. A., Bell, R. A., Snively, B. M., Smith, S. L., Skelly, A. H., & Wetmore, L. K. (2006). Complementary and alternative medicine use as health self-management: rural older adults with diabetes. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(2), S62-S70.
- Barnes, P. M., Powell-Griner, E., McFann, K., & Nahin, R. L. (2004). Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Advance Data*, 343, 1-19.
- Bell, R. A., Suerken, C. K ., Grzywacz, J. G., Lang, W., Quandt, S. A., & Arcury, T. A. (2006). Complementary and alternative medicine use among adults with diabetes in the United States. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12(5), 16-22.
- Boden, G. & Laakso, M. (2004). Lipids and glucose in type 2 diabetes: What is the cause and effect? *Diabetes Care*, 27(9), 2253-2259.
- Busato, A., Donges, A., Herren, S., Widmer, M., & Marian, F. (2006). Health status and health care utilisation of patients in complementary and conventional primary care in Switzerland—an observational study. *Family Practice*, 23(1), 116-124.

- Chacko, E. (2003). Culture and therapy: complementary strategies for the treatment of type-2 diabetes in an urban setting in Kerala, India. *Social Science & Medicine*, 56(5), 1087-1098.
- Chen, H. M. (2005). Characteristics of patients using complementary and alternative medicine combined with conventional medicine in primary care. *Taipei City Medical Journal*, 2(3), 278-285.
- Chou, P., Li, C. L., & Tsai, S. T. (2001). Epidemiology of type 2 diabetes in Taiwan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 54(suppl. 1), S29-S35.
- Chuang, L. M., Tsai, S. T., Huang, B. Y., Tai, T. Y. & DIABCARE (Taiwan) Study Group. (2001). The current state of diabetes management in Taiwan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 54(suppl. 1), S55-S65.
- Chuang, L. M., Tsai, S. T., Juang, J. H., Tsai, W. Y., & Tai, T. Y. (2000). Genetic epidemiology of type I diabetes mellitus in Taiwan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 50(suppl. 2), S41-S47.
- DCCT (The Diabetes Control and Complications Trial research group). (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, 329(14), 977-986.
- DeFronzo, R. A., Mandarino, L., & Ferrannini, E. (2004). Metabolic and molecular and pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. In R. A. DeFronzo, E. Ferrannini, H. Keen, & P. Zimmet (Eds.), *International textbook of diabetes mellitus* (pp. 389-438). Chichester: John Wiley & Sons.

- Donath, M. Y., Ehse, J. A., Maedler, K., Schumann, D. M., Ellingsgaard, H., Eppler, E., & Reinecke, M. (2005). Mechanisms of β -cell death in type 2 diabetes. *Diabetes*, 54(suppl. 2), S108-S113.
- DPRP (Diabetes Physician Recognition Program) program brochure. Retrieved April 1, 2007, from <http://web.ncqa.org/tabid/139/Default.aspx>
- Egede, L. E., Ye, X., Zheng, D., & Silverstein, M. D. (2002). The prevalence and pattern of complementary and alternative medicine use in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 25(2), 324-329.
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., & Van Rompay, M. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *Journal of American Medical Association*, 280(18), 1569-1575.
- Ellis, S. E., Sperof, T., Dittus, R. S., Brown, A., Pichert, J. W., & Elasy, T. A. (2004). Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Education Counseling*, 52, 97-105.
- Garrow, D., & Egede, L. E. (2006a). National patterns and correlates of complementary and alternative medicine use in adults with diabetes. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(9), 895-902.
- Garrow, D., & Egede, L. E. (2006b). Association between complementary and alternative medicine use, preventive care practices, and use of conventional medical services among adults with diabetes. *Diabetes Care*, 29(1), 15-19.
- Gillespie, E. A., Warber, S. L., Gillespie, B. W., Stevens, M. J., & Ann Arbor, M. I. (2002). Complementary and alternative medicine (CAM)

usage in patients with type II diabetes and relationship to medical compliance. *Diabetes*, 51(suppl. 2), A555-A556.

Greenfell, A., Patel, N., & Robinson, N. (1998). Complementary therapy: general practitioners' referral and patients' use in an urban multi-ethnic area. *Complementary Therapies in Medicine*, 6(3), 127-132.

Grzywacz, J. G., Lang, W., Suerken, C. K., Quandt, S. A., Bell, R. A., & Arcury, T. A. (2005). Age, race, and ethnicity in the use of complementary and alternative medicine for health self-management. *Journal of Aging and Health*, 17(5), 547-572.

Hartz, A., Kent, S., James, P., Xu, Y., Kelly, M., & Daly, J. (2006). Factors that influence improvement for patients with poorly controlled type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 74(3), 227-232.

IDF (International Diabetes Federation): Global guideline for type 2 diabetes. Retrieved May 19, 2007, from <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=1449>

Jones, J., Edward, L., Vallis, T. M., Ruggiero, L., Rossi, S. R., Rossi, J. S., Greene, G., Prochaska, J. O., & Zinman, B. (2003). Managements in diabetes self-care behaviors make a difference in glycemic control. *Diabetes Care*, 26(3), 732-737.

NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine): What is CAM ? Retrieved March 10, 2007, from <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>

NDEP (National Diabetes Education Program): 4 steps to control your diabetes for life. Retrieved May 19, 2007, from <http://ndep.nih.gov/>

diabetes/pubs/4_Steps.pdf

- Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H., & Engelgau, M. M. (2002). Self-management education for adults with Type 2 diabetes. A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*, 25(7), 1159-1171.
- Remli, R., & Chan, S. C. (2003). Use of complementary medicine amongst diabetic patients in a public primary care clinic in Ipoh. *The Medical Journal of Malaysia*, 58(5), 688-693.
- Rizvi, A. A. (2004). Type 2 diabetes: epidemiologic trends, evolving pathogenic concepts and recent changes in therapeutic approach. *Southern Medical Journal*, 97(11), 1079-1087.
- Rohlfing, C. L., Wiedmeyer, H. M., Little, R. R., England, J. D., Tennill, A., & Goldstein, D. E. (2002). Defining the relationship between plasma glucose and HbA1c : analysis of glucose profiles and HbA1c in the Diabetes Control and Complication Trial. *Diabetes Care*, 25(2), 275-278.
- Roter, D., & Kinmonth, A. L. (2002). What is the evidence that increasing participation of individuals in self-management improves the processes and outcomes of care ? In R. Williams, W. Herman, A. L. Kinmonth, & N. J. Wareham (Eds.), *The Evidence Base for Diabetes Care* (pp. 681-700) Chichester: John Wiley & Sons.
- Rubin, R. R. & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes /Metabolism Research and Reviews*, 15, 205-218.
- Salsali, A., & Nathan, M. (2006). A review of type 1 and 2 diabetes mellitus and their treatment with insulin. *American Journal of Therapeutics*, 13(4), 349-361.

- Sicree, R., Shaw, J. E., & Zimmet, P. Z. (2003). The global burden of diabetes. In Gan D (Ed.), *Diabetes Atlas* (pp. 15-71). Brussels: International Diabetes Federation.
- Thorne, S., Paterson, B., Russel, C., & Schultz, A. (2002). Complementary/alternative medicine in chronic illness as informed self-care decision making. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 671-683.
- Tseng, C. H. (2006). Body mass index and waist circumference as determinants of coronary artery disease in Taiwanese adults with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Obesity*, 30(5), 816-821.
- Tseng, C. H., Tseng, C. K., Chong, C. K., Huang, T. P., Song, Y. M., & Chou, C. W. (2006). Increasing incidence of diagnosed type 2 diabetes in Taiwan: analysis of data from a national cohort. *Diabetologia*, 49(8), 1755-1760.
- UKPDS (The United Kingdom Prospective Diabetes Study group). (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35). *British Medical Journal*, 321, 405-412.
- Wardwell, W. I. (1994). Alternative medicine in the United States. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1061-1068.
- Warram, J. H. & Krolewski, A. S. (2005). Epidemiology of diabetes mellitus. In C. R. Kahn, G. C. Weir, A. M. Jacobson, A. C. Moses, & R. J. Smith (Eds.), *Jolin's Diabetes Mellitus* (pp. 341-354). Boston: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wolsko, P. M., Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., & Phillips, R.

- S. (2002). Insurance coverage, medical conditions, and visits to alternative medicine providers: results of a national survey. *Archives of Internal Medicine*, 162(3), 281-287.
- Wong, K. C., & Wang, Z. (2006). Prevalence of type 2 diabetes mellitus of Chinese population in Mainland China, Hong Kong, and Taiwan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 73(2), 126-134.
- Yeh, G. Y., Eisenberg, D. M., Davis, R. B., & Phillips, R. S. (2002). Use of complementary and alternative medicine among persons with diabetes mellitus: results of a national survey. *American Journal of Public Health*, 92(10), 1648-1652.

糖尿病患者使用另類醫學和糖尿病控制之研究

您好：

這是新陳代謝科糖尿病保健中心所做的問卷調查，目的是希望瞭解糖尿病患者使用另類療法(除了西醫以外的任何治療方式)的情形。希望藉此研究，可以改善我們醫療團隊對患者的衛教方式和內容。本研究結果僅供學術用途，敬請安心作答，謝謝您的支持與協助！

聖馬爾定醫院 糖尿病保健中心 敬上

同意書

本人同意填寫本問卷，並且瞭解其內容僅供學術研究，研究單位不得任意洩露個人資料。

受訪者簽名： _____

日期： _____

說明：這份問卷所謂的另類醫學療法，是廣義地認為除了西醫以外的療法，都視為另類醫學療法。更正式的稱呼為「輔助和替代醫學」

新醫療技術人體試驗計畫教學醫院審議委員會審查通過證明書

查本院新陳代謝科 郭祖仁醫師為調查「糖尿病患使用另類醫學的情況和糖尿病控制的相關性研究」以南部某區域醫院新陳代謝科門診病患為例」乙案，已經本院醫療倫理委員會審查通過，特此證明。

財團法人天主教聖馬爾定醫院

醫療倫理委員會



中華民國 九十五年 九 月 一 日

附錄 三

第一部分 使用另類醫學的情形

1. 從得糖尿病開始，您有沒有使用過，除了西醫以外(另類醫學)的療法？
 1.有 2.沒有
2. 過去一年內，您有沒有因為糖尿病，使用另類醫學療法？
 1.有 2.沒有
3. 過去一年內，您沒有因為糖尿病，使用另類醫學療法，理由是？(可複選)
 1.不方便 2.價錢貴 3.效果有限或無效 4.保險不給付(健保或自費保險)
 5.西醫比較有根據 6.習慣和經驗 7.無理由

如果過去一年內，有因為糖尿病而使用另類醫學療法，請回答框內的題目

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">4. 過去一年內，請問您因為糖尿病，使用那些另類醫學療法？(可複選)
<input type="checkbox"/> 1. 中醫(中藥、針灸)
<input type="checkbox"/> 2. 臺灣民俗療法(接骨、草藥、推拿、氣功、刮痧、刀療、風水、乩童、符水、收驚、拜廟、香灰、藥籤、卜卦、扶鸞、觀落陰、蜂針...等)
<input type="checkbox"/> 3. 其他另類醫學療法(健康食品、整脊醫學、按摩、催眠、順勢療法、能量醫學、祈禱、芳香療法、自然醫學、尿療法、靜坐冥想、瑜珈...等)

4-1. 請列舉您過去一年內，因為糖尿病而使用的另類醫學療法

_____5. 過去一年內，請問您因為糖尿病，使用另類醫學療法的方式？
<input type="checkbox"/> 1.自己治療 <input type="checkbox"/> 2.找非專業人士 <input type="checkbox"/> 3.找專業的另類醫學治療(醫師)6. 過去一年內，您因為糖尿病，找另類醫學治療(醫師)的次數？
<input type="checkbox"/> 1. 沒有 <input type="checkbox"/> 2. 1次-5次 <input type="checkbox"/> 3. 6次-10次 <input type="checkbox"/> 4. 11次-20次
<input type="checkbox"/> 5. 大於20次以上7. 過去一年內，您因為糖尿病，使用另類醫學療法的時間有多久？
<input type="checkbox"/> 1.沒有 <input type="checkbox"/> 2.1星期及以內 <input type="checkbox"/> 3.大於1星期,最多1個月
<input type="checkbox"/> 4.大於1個月,最多6個月 <input type="checkbox"/> 5.大於6個月8. 過去一年內，您因為糖尿病，有使用另類醫學療法，請問每星期使用的頻率？
<input type="checkbox"/> 1. ≤1次(1個月 1-4次) <input type="checkbox"/> 2. 2次-4次 <input type="checkbox"/> 3. 5次-7次 <input type="checkbox"/> 4. 不一定 |
|--|

9. 過去一年內，您因為糖尿病，選擇另類醫學療法的理由是什麼？(可複選)

- 1.方便 2.價錢便宜 3.有效 4.副作用少或沒有
 5.西醫療效不好 6.習慣和經驗 7.試試看 8.無理由

9-1. 請列舉最重要的三個理由

10. 您對另類醫學療法治療糖尿病的療效滿不滿意？

- 1.極不滿意 2.不滿意 3.中等程度滿意 4.滿意 5.極滿意

11. 如果您有因為糖尿病而使用另類醫學療法，有沒有使得您經濟負擔變重？

- 1.完全沒有 2.有一點有 3.中等程度有 4.很有 5.極有

12. 您因為糖尿病，找另類醫學療法的資訊來源？(可複選)

- 1.自己的經驗 2.親友 3.電台 4.電視 5.傳單廣告 6.網路
 7.一般書報雜誌 8.醫學保健書報雜誌 9. 其他 _____

13. 過去一年內，您有沒有同時使用另類醫學和西醫療法？

- 1.有 2.沒有

14. 過去一年內，如果您同時使用另類醫學和西醫療法，有沒有告訴那些醫護人員？
(可複選)

- 1.醫師 2.護理衛教師 3.營養師 4. 沒有

15. 您認為同時使用另類醫學和西醫療法好不好？

- 1.極不好 2.不好 3.中等程度好 4.好 5.極好

第二部分 基本資料

16. 姓名：_____

17. 生日：__年__月__日(__歲)

18. 教育程度： 1.不識字 2.國小 3.國中 4.高中(職) 5.專科、大學以上

19. 居住情況： 1.獨居 2.與家人同住

20. 身高：_____公分

體重：_____公斤

體質量指數 (BMI)：_____

21. 糖尿病的類型 1.第一型 2.第二型 3.其他

22. 得糖尿病有多少年？
 1.1年及以內 2.大於1年，5年以內 3.大於5年，10年以內
 4.大於10年，15年以內 5.大於15年，20年以內 6.大於20年
23. 得糖尿病，已有的併發症 (可複選)
 1.眼睛病變 2.心血管病變 3.腎病變 4.神經病變
 5.其他 6.沒有
24. 目前使用西醫治療的方式 (可複選)
 1.飲食控制 2.運動 3.口服藥物 4.胰島素
25. 曾接受過醫護人員有關糖尿病的衛教？ (可複選)
 1.護理衛教師 2.營養師 3.醫師 4.其他醫護人員 5.沒有

< 問卷到此結束，謝謝您 >