

南臺灣偏遠地區中醫醫療服務滿意度及病患就診特性之研究

黃博裕¹、吳清源²、洪裕強¹、黃升騰¹、鄧雪妹³、高照為¹、蔡明諺^{1,4,*}

¹長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院暨長庚大學中醫科系，高雄，台灣

²長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院暨長庚大學中醫科系，嘉義，台灣

³長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院中醫病房，高雄，台灣

⁴中國醫藥大學中西醫結合研究所，台中，台灣

(103年12月31日受理，104年1月26日接受刊載)

目的：探討南部某醫學中心在南臺灣的偏遠地區設置的醫療照護服務中心，中醫就醫民眾的罹患疾病趨向，醫療的運用狀況，以及對治療的滿意和接受度。

方法：本研究以南部某醫學中心長照計畫之結案報告資料為主體，為二次資料分析。選取民國101年1月至12月於南臺灣的某一偏遠地區定點，在提供每週兩診的中醫針灸治療下，中醫門診就醫民眾的病歷資料和問卷滿意度調查進行分析。

結果：研究地區中醫使用的男女性別比為4:6，就診人次每月每診平均約27.3人；病患的年紀則多分佈於50-80歲，60歲以上的人次佔初診人數的52.3%。就醫的疾病種類以「骨關節和軟組織疾患」所造成的慢性疼痛為主，病痛部位以腰背和肩關節佔多數。一年的中醫針灸治療中，回診人次以1-10次最多，回診的男女性別比則為3:7。病患對治療的手法和醫師的滿意度皆有9成以上，對治療前後身體的滿意度則有74.8%。

結論：中醫在南臺灣偏遠地區民眾的利用率和治療滿意度頗高，尤其是對於飽受慢性疼痛所困擾的老人。若能強化服務效能、治療的多元性和成效，則中醫在偏鄉醫療照護的推廣和運用將更值得期待。

關鍵字：偏遠地區、醫療照護、中醫、針灸

前 言

全民健康保險實施後，民眾在就醫可近性和利用度已改善了許多，然而醫療資源分佈不均的現象一直是健康政策與醫師人力規劃上最重要的議題，尤其這些地區因年輕人口的外移，造成老人比例偏多。老年人所伴隨的慢性疾病如糖尿病、腎臟病、

或腦（心）血管疾病，甚至衍生失智、失能、殘障等問題，更需要更多醫療資源的挹注¹。根據民國100年衛福部資料顯示，台灣平均每萬人口可分配到17.2位醫師和42.8張病床²。醫療資源看似豐富，但若考慮各縣市的土地面積與人口密度所造成的離散情形，以及在中大型醫院服務的醫師數，城鄉的資源分佈將更顯不均。比較城鄉間的醫療需求

* 聯絡人：蔡明諺，長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院，高雄市鳥松區(83342)大埤路123號兒童醫院3F中醫辦公室，電話：07-7317123分機2332，傳真：07-7317123分機2335，電子郵件信箱：missuriae@yahoo.com.tw

而言，有研究指出在偏遠地區的民眾其就醫時機與次數比都市的民眾要少，另外在醫療資源缺乏地區其就醫比率也偏低，皆說明住民在該區域的就醫可近性會影響其就醫利用³⁻⁴。

依據行政院院研究發展考核委員會將「偏遠地區」定義為人口密度低於全國人口密度 1/5 的鄉鎮市；或距離直轄市、縣市政府所在地 7.5 公里以上的離島。這些區域除了行政、環衛、和公共建設條件較為弱勢外，醫療資源也相對不足。以高雄縣市為例，高雄市總人數約 278 萬，但旗美 9 個行政區（美濃、旗山、內門、甲仙、茂林、杉林、六龜、桃源和那瑪夏等區）的人口僅占全市人口的 5.0%，其中內門、甲仙、茂林、杉林、六龜、桃源和那瑪夏區即為偏遠地區。就醫師人力的地理分佈而言，高雄市每萬人口醫師數雖為 19.3 人，病床數約為 44.1 床；但大旗山地區每萬人口則只有 5 位醫師和 9.1 張病床，醫師的執業地點明顯地位在人口密集的都會區⁵⁻⁶。而這些地區人口老化的比例 (17.6%)，也較全市的 10.9% 嚴重許多⁷。因此近幾年來健保支付制度的改革、醫療資源的分佈均衡、與分配的

公平性被投以更多的關注。為促進醫療資源分佈之均衡及落實在地老化的概念，西醫及牙醫已經紛紛推動獎勵醫師人力進入偏遠地區服務，也有不錯的成效⁸。

在醫療資源相對匱乏之偏遠地區，中醫醫療有特殊的便利性與機動性，所以中醫師公會全聯會自民國 92 年起，開始以專案鼓勵偏遠地區執業之中醫師長期駐診，以提高醫療照護品質，均衡中醫醫療資源分佈。施純全在 93 年透過結構式問卷電話抽樣訪查無中醫鄉巡迴醫療之就醫民眾的研究顯示，偏遠地區民眾對中醫接受度頗高，門診量則顯示每診為 25.6 人，回診率為 1.82 至 2.08 人次⁹。此研究雖能了解病患人口特性、服務內容和服務滿意度，但因為全國性資料，對單一地區中醫就診民眾的疾病別和就醫型態卻無法得知。另外，偏遠地區的醫療照護雖施行至今，中醫城鄉的資源不均依舊存在，以民國 100 年全聯會的資料顯示，旗美九區每萬人口的中醫師數僅 0.79 人，遠低於大高雄中醫師數的比率（表一）。

南部某醫學中心於民國 100 年 10 月至 102 年

表一 民國 100 年高雄市與大旗山區中醫院所和中醫師數（部分資料由全聯會與大高雄中醫師公會提供）

地 區	中醫院所數	中醫師數	總人口數	每萬人口中醫師數
高雄都	372	637	2,778,659	2.30
高雄市	227	389	1,525,793	2.83
高雄縣	145	248	1,247,045	1.98
旗山	7	7	39,038	1.73
美濃	2	2	42,157	0.49
杉林	1	1	12,577	0.79
六龜	1	1	14,203	0.70
甲仙				
茂林				
桃源	0	0	31,703	0
那瑪夏				
內門				

註：偏鄉定義為每萬人口中醫師數 < 1.5 人且中醫師數 ≤ 9 人。

2月間，承接高雄市政府衛生局之「莫拉克風災民間捐款補助辦理莫拉克風災重災區復健、營養、中醫、護理服務」計畫，辦理大旗山九區的住民長期照護服務及相關健康促進活動¹⁰。提升民眾對長期照顧服務的認識及使用意願，也獲得許多當地健康照護的資料。本研究除了分析大高雄中醫師人力資源狀態，並透過此計畫成果，整理並分析此區域民眾中醫就診之疾病別、就醫特性、與服務滿意度，以作為日後中醫辦理偏遠地區醫療或長期照護之參考。

研究方法

本研究以南部某醫學中心於大旗山區長期照護服務計畫之就診民眾的資料與問卷調查進行回溯型資料分析，為一個橫斷性調查。研究對象為甲仙區定點的中醫就診病患，研究選取民國101年全年度之民眾就診資料以呈現其代表意義，並進一步分析病患之就醫型態和滿意度調查。

I、資料來源

本研究整理與分析本院「莫拉克風災重災區復健、營養、中醫、護理服務計畫」結案報告的中醫於甲仙定點的數據，以及病患診療的病歷資料。根據原計畫，中醫於大旗山九區的服務始於民國100年10月，為期17個月，服務方式為定點門診與居家照護服務，免費提供針灸治療，包含體針、耳針與艾灸為主。其中，定點服務區包括甲仙區長期照護服務中心、杉林區大愛村與原鄉地區（桃源區、那瑪夏區和茂林區）。中醫於這些定點共開立260診次，服務計5938人。甲仙門診定點設置在高雄市甲仙區大田里，診療時間為每週一和週三上午的9-12點。該區幅員廣大，面積為119.84平方公里，然而西醫的醫療院所僅有衛生所與1間基層診所；雖有3間中藥行會提供抓藥服務，但卻無中醫診所。為增加定點門診

的服務量和民眾對偏遠醫療的利用率，所以於民國100年12月起提供鄰近鄉里（含大田、東安、西安、和安、寶隆、關山和小林里等共七里）的交通短程接送。因為甲仙區的地理位置為此區域之樞紐，服務時間較為固定，且平均就診人次皆有超過10人，所以本研究以選取民國101年度甲仙區的中醫就醫民眾資料為主。

II、資料處理分析方法

採用回溯性研究，從結案報告中擷取民國101年1-12月甲仙區住民的中醫就醫人數、年齡分布、與回診次數作頻度分佈呈現。原計畫中亦利用問卷調查方式，鑑於部分老年人訪談上的困難（可能不識字或視聽不良），故採用面對面的訪談，調查民眾對第一次和每季中醫治療後之評價（包含醫師問診態度、針灸技術、主要症狀改善程度、和醫師整體滿意度等四個項次），其中滿意度部分以「非常滿意」、「滿意」、「尚可」、和「不滿意」四等分法衡量。另外，從就診資料中整理民眾就診前十大疾病診斷碼（ICD-9-CM），以百分比描述病患常見就診原因。

結 果

民國101年甲仙地區定點民眾就診中醫常見十大疾病與佔率比較（表二），發現以疾病種類以「骨關節和軟組織疾患」所造成的慢性疼痛為主（ICD-9-CM:724、726、729）。骨關節疾患的部位，主要為腰背和肩關節佔大多數。季節轉變時也可以看出關節的病變部位有所不同：冬春之際以脊椎狹窄，纖維組織炎/風濕症等痺症較常見，暑秋反以肩關節的病變較常見。其次為血壓控制不佳引發的症狀、腦血管疾患（包含腦血管阻塞、腦內出血、腦血管疾病後遺症）、睡眠障礙、和肥胖或過重等。其中肥胖或過重乃是因為當地許多BMI超標的中老年人（女性居多），因

表二 民國 101 年甲仙區定點就診之中醫病患十大疾病別與人數計百分比

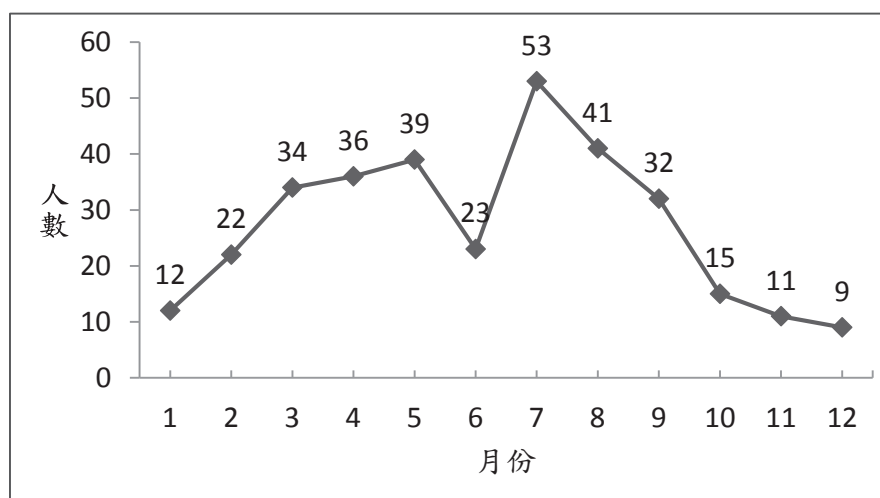
ICD 9	中文診斷名	1-3 月	4-6 月	7-9 月	10-12 月
724	脊椎狹窄	40%(1)	14.6%(2)	21.3%(1)	23%(1)
726	肩部粘連囊炎；冰凍肩；五十肩	8.9%(3)	19.8%(1)	11.8%(2)	7.7%(5)
729	纖維組織炎 / 風濕症	13.4%(2)	7.3%(4)	7.9%(4)	15.4%(2)
715	關節病變	7.4%(4)	9.3%(3)	3.1%(8)	7.7%(5)
401	本態性高血壓；自發性高血壓	2.9%(7)	3.1%(7)	11%(3)	12.8%(3)
722	椎間盤移位	5.9%(5)	2.0%(9)	4.7%(7)	5.1%(7)
438	中風後遺症；腦血管疾病後遺症； 陳舊性腦血關意外	1.4%(9)	4.2%(5)	2.4%(9)	2.6%(8)
780	睡眠障礙	4.4%(6)	4.2%(5)	6.3%(6)	10.3%(4)
723	頸部脊椎狹窄	2.9%(7)	3.1%(7)	1.0%(10)	2.6%(8)
278	肥胖或過重症	0.4(10)	1.0%(10)	8.7%(5)	0.8(10)
	其他	20.2%	30.3%	21.8%	12.8%

註：括號內為當季的排名。

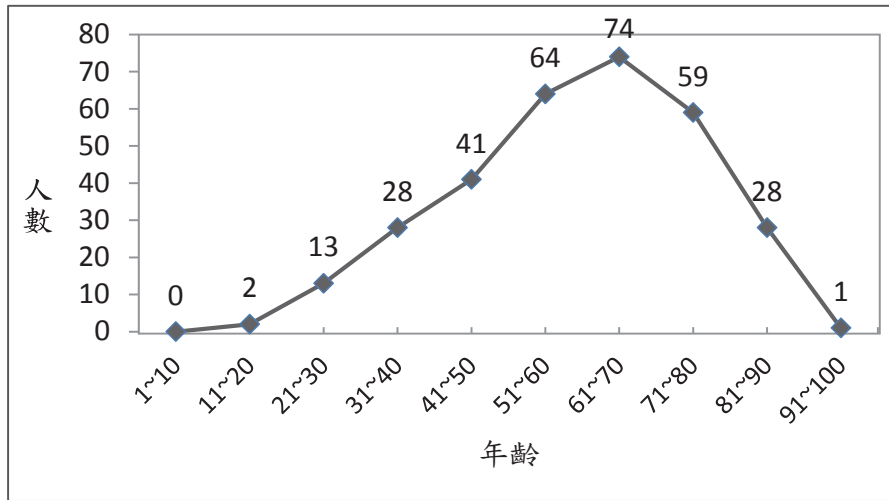
配合社區健康減重的活動，亦會利用耳針來達到減重的效果。

民國 101 年每月每診就診人數及中醫初診人數之年齡分布比率如圖一之 A 與 B，就診人次每月每診平均約 27.3 人，在 7-8 月期間甚至可達到

40-50 人次。中醫初診病患的男女性別比為 4:6，年紀則多分佈於 50-80 歲，60 歲以上的人次佔初診人數的 52.3% 左右，顯示當地居民對中醫的利用度還是以老年人口居多。



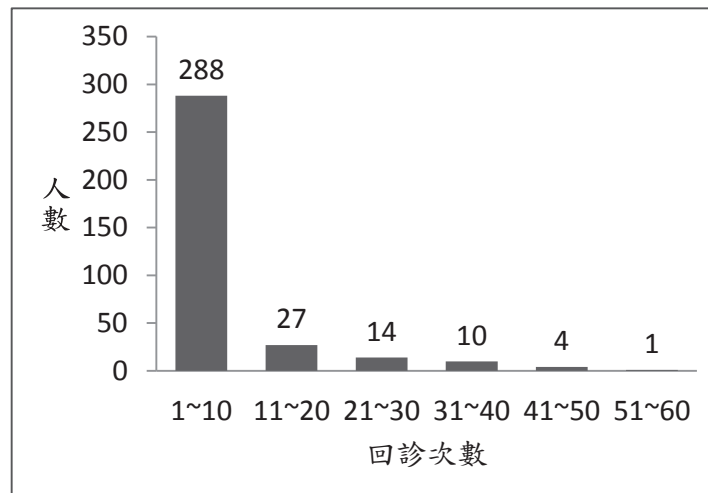
圖一之 A 每月份平均每診就診病人數統計



圖一之 B 中醫初診的病患人數與年紀分布圖

中醫服務回診率之分析如圖二，為期一年的中醫針灸治療，每人回診約 7.94 次，回診人次以 1-10 次最多，代表病患大多接受一個月內的針灸連續療程，隨後回診人次逐漸遞減。原因中有 45% 的病患表示隨著治療次數增加，症狀已改善

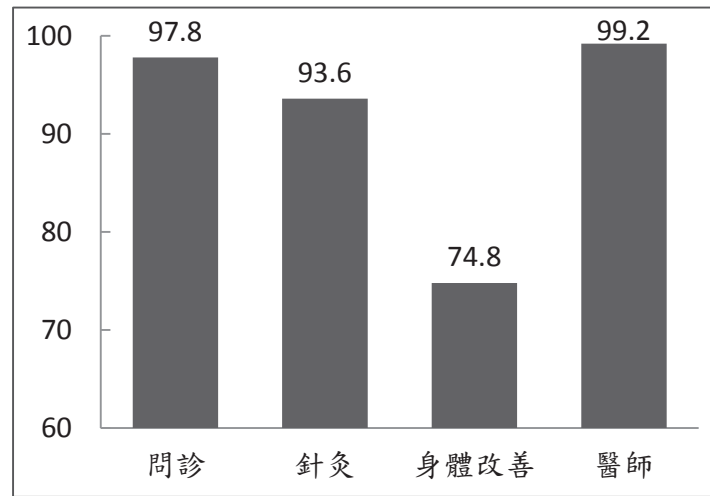
後就毋需回診；再者有 32% 的病患仍然害怕針刺所造成的疼痛；另外有 21% 認為治療成效不彰；第四則為其他（8%）：如聽信謠傳說重複使用針具、覺得路途仍然遙遠且往返車輛載送不安全等。另外，回診超過 10 次以上的病患男女比約 3：7。



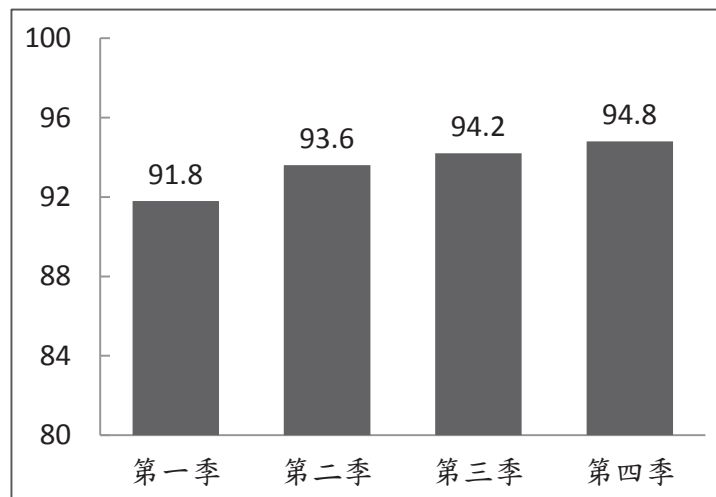
圖二 回診次數統計圖

如圖三之 A 與 B 的調查結果顯示，甲仙中醫門診初診滿意度有 9 成以上的民眾對醫師和其問診的內容、態度以及針灸治療，表達「滿意」和「非常滿意」。每季對中醫定點治療的滿意度皆

在 9 成以上。至於治療後身體狀況改善之滿意度 74.8%，多是因當地民眾多脊椎狹窄或纖維組織炎 / 風濕症等慢性疾病，症狀經治療後症狀有改善卻無法痊癒，遂影響滿意度。



圖三之 A 各項滿意度調查 (以百分比為單位)



圖三之 B 季滿意度調查 (以百分比為單位)

討 論

本研究收集資料以為南部某醫學中心在甲仙醫療站之就診患者為主。由於大旗山其他四個定點設置醫療站的規畫，因地形限制、交通便利度、車程長短、及病患民眾醫療的利用習慣等因素，服務量只佔了整體的 1/3，遠不及甲仙醫療站。初期甲仙站的就醫人數寥寥無幾，自 100 年底增加鄰近鄉里的免費巴士接送後，病患才穩定成長與

增加，可見交通問題仍是提供偏鄉地區醫療服務的一大考驗。莊碧真¹¹曾提到偏遠地區居民年齡結構普遍高齡化、獨居可能性頗高，如果本身又欠缺資源，特別是缺少基本交通運輸工具，加上身體健康狀況欠佳，雖然在當地提供醫療資源，但是他們依然無能力往返定點門診就醫。因此有學者建議以裝備具有小型行動醫院能力的加護車作為前進醫療站深入住家，並部署於接近偏遠地區的鄉鎮核心地區¹²。本院當初亦有提供居家的

中醫治療，但僅由中醫師隻身前往，除地理環境陌生需耗時找路外，醫療器材的應用不足，治療環境的髒亂，以及訪查醫師的時間和成員不固定而降低醫病的信賴度等，皆是導致服務的品質無法如定點般的完備和延續的原因。因此，偏遠地區民眾就醫考量的因素不僅為「可近性」，「可用性」因素的考量也極為重要¹³⁻¹⁴。牙醫對於資源不足地區的經營模式也面臨此問題，范銘顯¹⁵建議仍需以醫療站為主，仔細評估定點的交通位置與設置，再逐次進行巡迴醫療的評估。所以，常態性的定點門診服務，並具備完善的醫療藥品與器材，是中醫後續經營偏遠地區的方向。

因工商業發達，社會經濟結構改變，農業勞動人口都向都市集中，導致甲仙人口大量外流，加上民國 98 年莫拉克風災重創當地農業與觀光產業，至 102 年底人口共外移了 1/3 的人口，僅剩約 6,400 人左右，其中老年人口就佔 17.4%¹⁶⁻¹⁷。來甲仙定點就診的民眾，65 歲以上的老年人口為 44.2%，跟臺灣地區 65 歲以上老年人健保中醫利用比率差不多，治療的疾病種類也和全國針灸門診中常見的就診十大疾病別類似。全國的研究中，民眾中醫就診的原因依序為：下背痛、肌痛（炎）、肩頸肌肉痛、坐骨神經痛和踝扭傷等，其中老人以下背和下肢的關節痛居多¹⁸。而我們的資料中，就診的原因也多為軟組織與肌肉疾病或是關節痛，也就是「慢性疼痛」為主。或許與民眾對針灸的認知僅在於治療疼痛症有較迅速且無害之療效，或是認為中醫無法提供急重症的照護有關¹⁹。但是疼痛問題會影響老人的生活品質，導致跌倒、憂鬱焦慮、失眠、並影響日常活動與社交功能，導致身心的退化，進而影響醫療的使用頻率和費用支出²⁰。中醫的定點治療因藥物的攜帶和保存不易，故以針灸為主。所幸針灸治療的範圍很廣，目前依據聯合國世界衛生組織（WHO）認定針灸可以治療消化系統疾病，內分泌代謝性疾病、婦科病、神經精神系統疾病、運動系統疾病

等 64 種適應症。尤其是針灸會引起自律神經系統的一連串反應：如加速血液循環、促進免疫系統分泌、增加身體強壯與對抗疾病或痛苦的各種內分泌如 Endorphins、Substance P 等，來達到止痛的功效²¹。另外也可以藉由增加大腦的「預設模式網絡」(Default Mode Network)，調節慢性疼痛者的痛苦指數和情感²²。可見針灸是中醫在偏鄉地區值得發展和推廣的治療模式。

筋骨肌肉組織的病變的季節發作頻率與位置的不同，似乎在甲仙地區的十大疾病別也可以看出端倪。季節轉換 10 月至 3 月冬春之際，脊椎狹窄，纖維組織炎 / 風濕症等痺症較常見，痺症多因風寒濕等加重病情，所以除了治則可採溫寒祛濕逐風的治療，衛教時建議患者生活起居宜保暖避風少濕。4 月至 9 月天氣較炎熱時，則以肩部粘連囊炎 / 冰凍肩 / 五十肩較常見，炎字由上下火字疊成，季節氣候天氣炎熱時會使炎症反應更劇烈，患者肩關節發炎疼痛也許就更明顯，所以清熱宣痺治療的同時，宜建議病患肩關節多休息，減少過度使用加重發炎反應。

我們資料中有四成的甲仙病患至少罹患一種以上的慢性疾病，疾病分布以高血壓和腦血管疾病的後遺症較多，分別佔 7.5% 和 2.7%，遠少於呂源三在雲林縣調查的結果：八成具 1 種以上的慢性病，其中高血壓和腦中風佔 20.2% 與 7.6%²³。但其資料是以居家訪查的老人為主，病患疾病的嚴重度和多樣性，或許比能至門診就醫的民眾複雜許多。此外，甲仙定點的十大疾病別亦有別於我們之前針對本院中醫門診部發表的資料：在高雄都會區的民眾就診中醫仍多以軟組織之其他疾患和過敏性鼻炎為主，但這是以有較多元的中醫治療（如內科用藥）為前提²⁴。另外，一般族群已知肥胖可能導致一些不良影響，包括糖尿病、癌症、肝臟疾病及心血管因子。肥胖在老人除了增加心血管危險因子外，也會增加老年常見疾病（例如失能、骨折、關節炎、慢性疼痛）

的發生²⁵⁻²⁷。偏遠地區的就醫民眾 BMI 超標者不在少數，因此針對中老年人進行計畫性的減重，本院除以營養師為主導來加強民眾的飲食衛教與運動訓練外，更結合耳針來達到減肥的效果，以增加活動功能，減輕衰弱。耳針減肥主要針刺在飢點、胃點、神門和內分泌等特定穴位，研究指出的確可以透過調節免疫系統來減少 anti-Hsp antibodies，達到減重的效果²⁸⁻²⁹。至於耳針對於偏遠地區中老年人減重的效果和其臨床益處，或許可以做為未來的研究重點之一。

中醫目前偏鄉計畫的執行多是根據施純全-無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之研究為主⁹。偏遠地區是醫療資源相對匱乏之地區，中醫資源相較西醫更加貧乏。然而本研究的資料分析反而發掘了中醫醫療仍具備可近性、便利性與機動性之特質。其中特別是針灸治療，中醫師可以在自行診斷後給予治療，或是配合復健醫師開立的課目進行整合治療。只需要輕便的針灸及消毒器具，針對不同的疾病，確切掌握治療的穴性、迎隨補瀉、開闔與飛經走氣的四大原則，就能處理大多數民眾的疼痛症及部分內科問題³⁰。並用中、西醫治療是臺灣民眾醫療利用的常態，估計約有 17% 以上的民眾會兩者並用或單獨用中醫治療。特別是在慢性病的治療上，高達約 30% 的民眾會尋求中醫治療³¹。甲仙定點除設有中醫門診區外，亦有復健團隊包含醫師、職能師、和復健師以及部份的復健輔具與器材，民眾能接受的治療也較多元且完善。因此當地民眾的診療的參與度極高，也獲得不錯的回應與評價。民眾來定點單獨接受針灸治療的佔整體門診率的 33%，平均回診次數也高達 7.9 次，可見中醫治療在偏遠地區的民眾仍具備醫療號召力和療效。另外，甲仙中醫不論就診或是回診的病患，女性比例還是比男性要來得高，這除了先天生理結構不同所導致的差異外，女性勞動參與率低，就醫時間成本低，亦是造成女性比男性有較多醫療需求的原因³²。

後續中醫甲仙定點駐診也一直延續到民國 102 年 2 月底。期間再配合本院大旗山的醫療團隊進行居家訪查，所到之處包含偏遠山區、原住民部落，針對臥床、個人行動緩慢、不便之民眾提供中醫的醫療服務，除立即處理病痛外，亦提供中醫保健的觀念和中草藥的諮詢。避免民眾因錯誤的醫療資訊而購買來路不明的成藥或台灣民俗草藥，導致腎臟的慢性損傷或延誤其他慢性病的診治。過去在偏鄉地區藥物濫用的情況頗為嚴重，尤其是為求速效解決慢性疼痛而施打止痛藥。再加上老人的多重慢性疾病引發的重複用藥問題，以及農業耕種長期曝露在化學肥料和殺蟲劑，不免造成肝腎負擔³³⁻³⁵。藉由中醫師當面與民眾灌輸中醫的正確就醫觀念與使用中藥，一起為民眾的用藥安全把關。

我國從民國 96 年起開始推動長照十年計畫，希望能結合急性醫療、居家和社區，藉著資源整合與相互支援，以及通暢的個案轉介系統，妥善解決慢性病患與失能老人的照護問題，並避免醫療資源的不均，以建構完整的長照體系。因服務需求極大，需要各領域如醫學、護理、社工職能、與物理治療等專業人士的合作，唯獨沒有提及中醫的部分。全聯會早就於 92 年利用專案進行全國無中醫鄉的巡迴醫療服務，深受當地民眾肯定。中醫護理界也嘗試利用藥膳、護理及推拿等方法，進入長照機構以期改善病患失能狀況與節省醫療成本³⁶。但直到 103 年中醫藥司才開始針對中醫醫療及中醫保健服務納入長期照護制度進行評估，希望藉由文獻蒐集和專家會議討論提供中醫介入長期照護之可行性模式。

本研究為未來長期照護的中醫政策提供了可行的設置模式，並了解偏遠地區民眾對中醫的使用需求、診療情況和後續改善的空間。利用定點駐診與巡迴醫療互相配合，為當地住民提升對中醫長期照顧服務的認識及使用意願，和促進住民健康觀念及行為。當然本研究採取回溯性與橫斷

研究的方法，仍有以下幾點限制必須要克服：(1) 對於其他大旗山地區的定點資料，因就醫資源較為分散，並未進行相關數據的比對參考，或許不同地區亦有不同的中醫就醫模式。(2) 中醫於全國各偏遠地區的治療資料應予以整合，這可透過健保資料庫來加以分析，以制定更完備的長照政策。(3) 本研究是在市政府補助且醫療費用全減免所呈現的資料，若啟用健保收費，是否會影響當地民眾就醫意願仍待觀察。(4) 結果中僅呈現病患對就醫環境和治療滿意度的資料，並無針對治療前後作出生活品質改善程度和療效評估。既然偏遠地區以老人和失能者為主，後續研究可鎖定在單一疾病如「骨關節與軟組織疾病」，或者對病患的健康狀態和生活品質（如生活品質量表（WHOQOL-BREF 台灣版）、日常生活活動功能（ADL）、或工具性日常生活活動功能（IADL）等）進行較客觀的評估，為中醫的療效與實證做出較精確的定量。

結 論

本研究之族群為醫療資源匱乏之偏遠地區，所提供之中醫的醫療照護以社區定點為主。藉由描述分析定點門診病患的中醫就診疾病別，再進一步分析民眾對中醫的利用率、治療滿意度與回診率。結果發現中醫醫療在長期照護體系中是可行的，尤其是提供慢性疾病，如疼痛症之醫療，進而改善或維持病患的剩餘功能，並維繫其生命的尊嚴與生活的品質。後續研究的重點在整理相關傳統針灸在偏遠地區疾病治療之成效，以鼓勵更多中醫照護服務人力投入偏遠地區。另外，希望本院在當地能建立中醫的長期照護需求，以及介入前後民眾健康狀態與生活品質的改善程度，可供衛生主管機關據以規劃更完備的公共衛生政策。

誌 謝

本研究計畫承蒙高雄市衛生局長期照護科-莫拉克風災重災區復健、營養、中醫、護理服務計畫，以及「高雄長庚研究計畫審核評估委員會」計畫編號 GMRP-G-8A0161 提供經費贊助，並感謝統籌本計畫之主持人張明永副院長、執行秘書張谷州醫師，和健康促進組、護理組、營養組、中醫針灸組和復健組等專業團隊的協助，以及所有同仁的參與和配合，使本計畫得以順利完成，特此致謝。

參考文獻

1. 行政院衛生署國民健康局，老人健康促進計畫：
[http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Portal/File/ThemeDocFile/201110210145126095/980327%E8%80%81%E4%BA%BA%E8%A8%88%E7%95%AB\(%E6%A0%B8%E5%AE%9A%E7%89%88\).pdf](http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Portal/File/ThemeDocFile/201110210145126095/980327%E8%80%81%E4%BA%BA%E8%A8%88%E7%95%AB(%E6%A0%B8%E5%AE%9A%E7%89%88).pdf)。
2. 衛生福利部統計處，醫療院所每萬人口病床數；每萬人口執業醫事人員數：http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2630。
3. Van Dis J. Where we live: health care in rural vs urban America. *JAMA*, 287:108, 2002.
4. Farmer J, Iversen L, Campbell NC, Guest C, Chesson R, Deans G, MacDonald J. Rural/urban differences in accounts of patients' initial decisions to consult primary care. *Health Place*, 12:210-221, 2006.
5. 高雄市政府民政局，102 年各區人口比率之計算：<http://cabu.kcg.gov.tw/Report/ReportTypeFile.aspx?id=3986&menuid=183>。
6. 衛生福利部統計處，醫療院所每萬人口病床數；每萬人口執業醫事人員數（依照縣市分別）：
<http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx>

- ?f_list_no=312&fod_list_no=2633。
7. 行政院衛生署，偏遠地區長期照顧人力之配套及獎勵措施：http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/09_%E8%AD%B0%E9%A1%8C%E4%B8%89_%E9%99%84%E4%BB%B61%E5%81%8F%E9%81%A0%E5%9C%B0%E5%8D%80%E9%95%B7%E7%85%A7%E6%9C%8D%E5%8B%99%E4%BA%BA%E5%8A%9B%E7%8F%BE%E6%B3%81_0001758004.pdf。
 8. 蔡文正、龔佩珍、楊志良、李亞欣、林思甄，偏遠地區民眾就醫可近性及滿意度調查，*台灣衛誌*，25:394-404，2006。
 9. 施純全，實施無中醫鄉巡迴醫療服務計畫之探討，中國醫藥大學環境醫學研究所碩士論文，2004。
 10. 林宏聰，人間有情-偏鄉設長照中心 高雄長庚千里送愛，*中國時報*：http://asia-e-medical.com/news_view_2613.html。
 11. 莊碧真，偏遠地區居民醫療需求及醫療利用之探討-以屏東縣滿州鄉為例，高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文，2004。
 12. 陳全裕、楊宜青，提昇高齡化無醫鄉之醫療照護水準-以田寮模式巡迴醫療為例，*台灣老年醫學雜誌*，2:209-224，2007。
 13. 洪錦墩、葛梅貞、李卓倫、梁亞文，影響原住民對巡迴醫療及保健服務利用之因素探討—以仁愛鄉為例，*台灣衛誌*，23:324-333，2004。
 14. 胡杏佳、徐素萍、洪百薰、吳盛良、姚克明，山地離島地區民眾健康狀況調查與醫療需求研究，*台灣省政府衛生處委託研究報告*，1995。
 15. 范銘顯，口腔醫療資源缺乏地區經營模式之研究，*中山大學高階經營碩士班碩士論文*，2011。
 16. 李佳晏，社區溫泉產業脆弱度與回復力關係之研究—以莫拉克風災後高雄市六龜區新開部落不老溫泉為例，*銘傳大學建築學系碩士班碩士論文*，2013。
 17. 高雄市甲仙區戶政事務所，人口統計；各里人口統計：http://jiasian-hr.kcg.gov.tw/item05/sub05_item01.aspx。
 18. 許維宏、何宗融、馬作鏹，中醫健保十大針灸疾病臨床運用之探討，*中南盟研究年刊*，4:23-34，2011。
 19. 李卓倫，中醫醫療利用率及其影響因素探討，*中醫藥學報*，22:1-82，2004。
 20. Herr K. Pain in the older adult: an imperative across all health care settings. *Pain Manag. Nurs.*, 11:S1-10, 2010.
 21. Lee HJ, Lee JH, Lee EO, Lee HJ, Kim KH, Lee KS, Lee CH, Nam DW, Kim SH, Lee HJ, Ahn KS. Substance P and beta endorphin mediate electroacupuncture induced analgesic activity in mouse cancer pain model. *Acupunct. Electrother. Res.*, 34:27-40, 2009.
 22. Li J, Zhang JH, Yi T, Tang WJ, Wang SW, Dong JC. Acupuncture treatment of chronic low back pain reverses an abnormal brain default mode network in correlation with clinical pain relief. *Acupunct. Med.*, 32:102-108, 2014.
 23. 呂源三、莊玉嬪、詹德欽、莊家銘、洪弘昌，老人健康需求與長期照護觀點，*台灣老人醫學雜誌*，2:1-11，2006。
 24. 鄭宇真、胡文龍、蔡明諺、黃升騰、陳志文、洪裕強，南部某醫學中心中醫常見疾病與處方用藥探討，*中醫藥雜誌*，25:83-96，2014。
 25. Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, Klein S; American Society for Nutrition; NAASO, The Obesity Society. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American

- Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. *Am. J. Clin. Nutr.*, 82:923-934, 2005.
26. Vincent HK, Vincent KR, Lamb KM. Obesity and mobility disability in the older adult. *Obes. Rev.*, 11:568-579, 2010.
27. McCarthy LH, Bigal ME, Katz M, Derby C, Lipton RB. Chronic pain and obesity in elderly people: results from the Einstein aging study. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 57:115-119, 2009.
28. Yeo S, Kim KS, Lim S. Randomised clinical trial of five ear acupuncture points for the treatment of overweight people. *Acupunct. Med.*, 32:132-138, 2014.
29. Abdi H, Abbasi-Parizad P, Zhao B, Ghayour-Mobarhan M, Tavallaie S, Rahsepar AA, Parizadeh SM, Safariyan M, Nemati M, Mohammadi M, Darbandi M, Darbandi S, Ferns GA. Effects of auricular acupuncture on anthropometric, lipid profile, inflammatory, and immunologic markers: a randomized controlled trial study. Effects of auricular acupuncture on anthropometric, lipid profile, inflammatory, and immunologic markers: a randomized controlled trial study. *J. Altern. Complement. Med.*, 18:668-677, 2012.
30. 許淑雯，針灸處方模式之探討，中國醫藥大學中醫系碩士班碩士論文，2010。
31. 鄧振華，台灣地區中醫醫療資源及民眾特質對中醫醫療服務之研究，中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文，2002。
32. Sindelar JL. Behaviorally caused loss of health and the use of medical care. *Econ. Inq.*, 20:458-471, 1982.
33. 張之妍，老人用藥、保健食品使用與生活滿意度相關性研究，亞洲大學長期照護研究所碩士論文，2008。
34. 楊俊毓、蔡尚學、邱慧芬，《台灣地區腎臟病病人藥物流行病學研究》，行政院衛生署九十六年度委託科技研究計畫，2008。
35. 王榮德、陳保中，《全國透析病人透析前腎毒性中西藥處方之分析研究》，行政院衛生署中醫委員會九十六年度委辦研究計畫成果報告，2007。
36. 林麗味、蕭秋月、葉淑惠、賀天蕙，中醫護理於長期照護之應用，長庚照護雜誌，9:373-382，2005。

Exploration on the Healthcare Status and Satisfaction of a Fixed Traditional Chinese Medical Service at Rural Areas in Southern Taiwan

Po-Yui Huang¹, Ching-Yuan Wu², Yu-Chiang Hung¹, Sheng-Teng Huang¹,
Hsueh-Mei Deng³, Chao-Wei Kao¹, Ming-Yen Tsai^{1,4,*}

¹*Department of Chinese Medicine, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital and Chang Gung University College of Medicine, Kaohsiung, Taiwan*

²*Department of Chinese Medicine, Chiayi Chang Gung Memorial Hospital and Chang Gung University College of Medicine, Chiayi, Taiwan*

³*Wards of Chinese Medicine, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, Kaohsiung, Taiwan*

⁴*Graduate Institute of Integrated Medicine, Chinese Medicine University, Taichung, Taiwan*

(Received 31th December 2014, accepted 26th January 2015)

Background: To explore the acceptance of traditional Chinese medicine (TCM) in rural areas, we have explored the commonly encountered diseases, the use of healthcare resource, and the satisfaction at a fixed Chinese medical service by rural area residents.

Methods: This study investigated service utilization patterns in usage of TCM among rural residents in AD 2012. It was analyzed secondary from a healthcare project of Medical Center Hospital in rural areas.

Results: There was average 27.3 patients visit TCM service monthly, gender (male and female) ratio 4:6 and the age was 67 to 74 years old. There were 52.3% of the residents who elder than 60 years old. The most common diseases that residents had been managed were chronic pain related to osteoarthopathy and soft tissue diseases, especially located around back and shoulder. The frequency of every resident back to TCM service was 7.94 in one year. The satisfaction of TCM practitioners and their skills were up to nine-tenths. 74.8% of patients felt their physical condition was improving after seeking the TCM care.

Conclusion: Most rural residents felt the TCM was convenient, especially for elder with chronic pain. Therefore, how TCM might be used to care for the future aging population will be an important topic for health policy planning and health services research in Taiwan.

Key words: Rural area, healthcare, traditional Chinese medicine, acupuncture

*Correspondence to: Ming-Yen Tsai, Department of Chinese Medicine, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, No. 123, Dapi Rd., Niasong Dist., Kaohsiung City 833, Taiwan, Tel: +886-7-7317123 ext. 2332, Fax: +886-7-7317123 ext. 2335, E-mail: missuriae@yahoo.com.tw