成果報告
封面式樣

PG9502-0386
DOH95-TD-M-113-017
(64頁)

計畫編號：DOH95-TD-M-113-017

行政院衛生署九十五年度科技研究計畫

發展遲緩兒童對另類療法之需求與原因之調查與此相關醫療效能與安全性之實證研究

研 究 報 告

執行機構：台北醫學大學

計畫主持人：曾頌惠

研究人員：曾頌惠、簡金城、康峻宏、陳雅鈴、郭斐然

執行期間：95 年 1 月 1 日至 95 年 12 月 31 日

＊本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：

如對媒體發布研究成果應事先徵求本署同意＊

目錄

目錄 2

中文摘要 4

英文摘要 5

Part I: 發展遲緩兒童對另類療法之需求與原因之調查

前言 7

材料與方法 10

結果 11

討論 17

結論與建議 23

表一：研究樣本基本資料(家長部分) 25

表二：研究樣本基本資料(兒童部分) 27

表三：健保給付治療之利用情形 28

表四：居住地與接受健保有給付的治療之相關性 28

表五：家長對另類治療的認同程度 29

表六：家長希望孩子接受另類治療的態度 30

表七：健保沒有給付之治療使用型態 31

表八：家長特質與 a.另類療法（含健保給付之中醫治療）與 b.無健保給付的另類療法的使用 33

表九：兒童特質與 a.另類療法（含健保給付之中醫治療）與 b.無健保給付的另類療法的使用與 c.健保給付的治療 35

表十：家長對音樂治療的（a）態度與（b）期待 38

表十一：家長對馬術治療的（a）態度與（b）期待 39

表十二：家長對水中治療的（a）態度與（b）期待 40

圖一：家長對另類療法的認知、期待、與實際接受治療的差異 41

Part 2: 各種療法（含另類療法）對促進腦性麻痺兒童發展的有效性與安全性之實證醫學探討 42
前言 43
搜尋步驟 45
結果 47
討論 48
結論與建議 51
表一：研究的證據等級與依據證據等級作成不同等級的建議 52
表二：肌力訓練於腦性麻痺兒童的療效綜論 53
表三：語言治療於腦性麻痺兒童的療效綜論 54
表四：引導式教育對腦性麻痺患者的療效 55
表五：肉毒桿菌注射後治療方式的療效 56
表六： 馬術治療研究摘要 －治療介入方式與參與者 57
表七：馬術治療研究摘要 －研究方法 58
表八：馬術治療研究摘要－結果與測量方式 59
參考文獻（第一部分） 61
參考文獻（第二部分） 63

中文摘要

國外的調查顯示，許多發展上有問題的孩子會接受另類療法。本研究以問卷方式，調查台北、新竹、花蓮等地，共 340 位發展遲緩兒童接受另類治療的狀況以及家長對這些治療的認知與其待。超過 50%的家長同意對孩子的發展有幫助或希望孩子能接受的治療包括：音樂治療、水中治療、馬術治療。57.4%曾接受過上述 21 種治療。使用頻率最多的治療(前三名)分別為音樂治療(24.1%)，其次依序為營養補充品(18.5%)，祈禱(17.4%)。對治療效果滿意度>50%有水中治療(67.3%)、生物能療法(66.7%)、音樂治療(62.1%)、同類療法(50%)、芳香療法(50%)。對西醫復健治療的滿意度皆>50%。接受令類療法的原因似乎並非對健保有給付的醫療效果不滿意，因為令類療法的不滿意度往往高於健保有給付的治療。對治療效果不滿意度最高者為營養補充品(41.3%)。單變項分析顯示，家長性別、子女人數、與使用 CTM 有顯著相關。接受上述治療時有與醫師或治療師討論者共有 97 人（49.7%）。接受上述 21 種治療時曾發生副作用者共 8 人（4.1%）。研究結果顯示有發展問題的孩子的確是另類療法的高使用者。但是有不少的家長對治療效果並不滿意，應此，針對發展遲緩兒童常被施與之另類療法相關醫療效能與安全性與主流復健治療的方式進行實證醫學方法的研究　與比較。經過文獻的搜尋與評讀，即使是主流醫療方式，證據力足夠的研究太少，尚無法得到確切療效的結論。

中文關鍵詞(至少三個)：發展遲緩，實證醫學，另類療法

Abstract:

Children with developmental disability are frequent users of complementary and alternative medicine (CAM). We conducted a questionnair based investigation on 340 children with developmental disability residing in different part of the island. The overall utilization rate of CAM was 57.4%. Over 50% of the parents wish their children could receive music therapy, hippotheray, and aquatheray . the top three CAM therapy used are music therapy (24.1%), nutritional supplement (18.5%), and prayer (17.4%). The users are most satisfied with aquatherapy, bioenegy, music therapy, homeopathy, aromatherapy. Their satisfaction with rehabilitation is also high (>50%). The therapy with the highest dissatisfaction was nutritional supplement (41.3%). Single variate analysis showed that the female sex , number of children and CAM user are related to using CAM in these children. About 4.1% have side effect occurred during using CAM, and 49.7% have discussed the use of CAM with their usual medical providers. The above result showed that these children were really frequent user of CAM. We examined the clinical effect of some of the therapy using evidence based medical method and compared the effect with orthodox rehabilitative intervention. The result of our review s showed that even with the orthodox rehabilitation intervention, good quality research are still very lacking.

Keyword: developmental disability, evidence-based medicine, complementary and alternative medicine

Part I: 發展遲緩兒童對另類療法之需求與原因之調查

前言

人類為了減輕病痛提升健康，自古就有各種因應不同的文化背景與風土民情，發展出各種不同的治療方法。但終究因對向是人，我們不難在各種文化所發展出的醫療方法中看到相似性。逐漸的因科學的進步、交通的日漸便利、頻繁的文化交流，西方醫學逐漸變成各個國家的正統療法，相對的許多負有文化特色的醫療方式則逐漸式微，或被歸類為另類療法。美國「互補及另類醫療中心」於 2005 為另類療法做了以下的定義：「目前還不被認為是屬於正統醫療的多種多樣的醫療或健康照護的體系或方式或產品」(NCCAM, 2005)。NCCAM 將 CAM 醫療歸納至五種類別或領域：一、另類醫療系統，意即在此類醫療系統中已有完整的理論與實施系統，如在西方文化體系的另類醫療系統如自然醫療(naturopathy)，或東方文明的傳統醫療體系如傳統中醫(Traditional Chinese medicine)和印度式草藥療法(Ayurveda)。二、身心導入系統：身心醫療是運用各種方式以提升心靈的潛力來影響身體的功能或減輕症狀，如祈禱、心靈治療、藝術治療。三、以生物為基礎的療法：是利用大自然的生物，例如草藥、食物及維生素，如飲食支持療法、草藥製劑等。四、以手法及身體為基礎的療法：如整脊、整骨、指壓、推拿及按摩等。五、能量治療，包括氣功、生物電磁治療等。

其實現代醫學的前身也正像目前的許多另類療法一樣，是世界各民族固有的原始醫學。但是在這三百年間，結合了全世界各民族的醫學與科學的精粹，變成了全人類共同享有主流或正統醫療。現在的另類醫學若也能經的起「實證醫學」醫學倫理要求，最終也將成為照護人類健康的正統療法。

另類療法的使用者許多是患了慢性的疾病的人。造成這些兒童身

心發展障礙的原因也通常是慢性或無法以目前的醫療方式治癒。但是目前已有許多文獻報告指出讓這些發展遲緩兒童及早接受適當的治療對兒童的整體發展都有正面的意義(Reynolds et al., 2003)。但是許多的治療並非速效，同時限於醫療資源的不均，許多的孩子並沒辦法及時接受治療。因此許多家長在等不及的狀況下轉而選擇坊間常聽到的各種治療方式。過去的文獻資料指出發展遲緩兒童的盛行率約為 5-10% (Raydz et al., 2005)。依此推之，台灣六歲以下之發展遲緩兒童約應有十萬人左右（內政部）。因此他們可能也是台灣另類療法高使用者必定也包括了這一族群的病人。然而面對坊間琳瑯滿目的治療方式，連許多醫療工作者亦無依據判別。這種狀況正如純然不懂中藥的西醫師被病患問及某些中草藥的用法時，不是不予置評，或是一昧勸阻，這對想要病好的病人而言不見得有實質上的幫忙。我們曾針對一百零七位就讀於台北縣市早療機構有發展障礙之兒童做過就醫行為的調查。結果顯示大約 1/4 的身心發展障礙兒童正接受著多種中西醫的治療方式。然而家長仍希望其孩子以後能接受的治療種類中，包括認知治療、中藥、語言治療、感覺統合治療、與音樂治療，多半不含在孩子目前正接受的治療當中。而且根據接受過這些治療的家長的回答統計，結果許多家長希望其孩子能接受的治療項目必須自費進行（60%之認知治療、80%之中藥治療、15.8%語言治療、36.8%之感覺統合治療、88.9%之音樂治療是以自費進行；其他 100%需自費進行的治療包括推拿與氣功；80%以上需自費進行的治療包括中藥、食療、音樂治療)。職能治療、語言治療雖在健保給附範圍內，而家長仍需自費接受治療的原因，可能因目前提供此治療的人員仍屬僧多粥少，等不及的家長則轉而求助於自行開立工作坊的治療師。食療、音樂治療目前並不在健保給付範圍，提供相關治療的人員亦無執照登

記等法規可遵循；針灸與中藥雖是我們傳統的醫藥，但可執行這些治療的人員非常多種，包括通過醫學院養成或自學通過通過國家考試的中醫師、家傳的民俗療法者等。推拿與氣功是100%需家長自費進行的治療，但目前亦缺乏完善的醫療法規來管理提供這些治療的人員。中華民國於九十二年五月二十八日公布了兒童及少年福利法。兒童及少年福利法第三章第二十三條明言「政府對發展遲緩兒童，應按其需要，給予早期療育、醫療、就學方面之特殊照顧」，訂定了政府對發展遲緩兒童之福利措施(內政部兒童局)。從我們上述的調查結果顯示，主流醫學對於有發展障礙的兒童之治療效果與供給往往讓家長心急如焚，因而寧願花錢進行各種另類治療，如氣功、中草藥、推拿、音樂治療、感覺統合治療等。許多家長在花了許多錢才發現接受這些治療並不能讓孩子更好，或因缺乏對此另類治療之相關知識而無法分辨良偽，因而造成孩子身體的損傷或家庭經濟不必要的負擔。為了讓從事兒童治療的臨床作者與家長對另類療法的選擇更有所依據，及讓接受各種治療的兒童之安全有保障，本研究的目的為擴大調查身心發展障礙兒童接受另類療法之需求、認知與利用率等流行病學資料，以能進一步從使用者的角度，針對發展遲緩兒童常被施與之另類療法，運用實証醫學的方法進行療效與安全性的分析與檢討。

材料與方法

研究對象

本研究以就讀於台北新竹與花蓮各發展中心或教養機構的兒童為研究對象，以問卷調查的方式，請其家長或主要照顧者填寫有關另類療法的使用狀況及原因。

研究工具

問卷內容根據作者以及多位在早期療育方面有務實經印的專家之臨床經驗設計而成。並先進行前測試驗，再進行問卷內容的修訂，以提高本研究問卷的可行性。因為台灣為全民健保又是中西醫療體系並存，同時民間療法依然四處林立的特殊醫療環境，故問卷中提供了29種身心發展障礙兒童可能會接觸的治療方式，並將這些治療以健保有無給付區分。健保給付表示施予該治療的人員之訓練與考核已有國家的規範與管理，因此也應視為台灣的主流醫療。為無健保給付的另類療法選項包括水中治療、生物能療法、音樂治療、同類療法、芳香療法、整脊、祈禱、草藥、腳底按摩、馬術治療、氣功、推拿、特殊飲食、生機飲食、營養補充品、外敷藥膏、拔罐、神符、與改名等21項。研究的變項簡述如下：家長為對另類療法的認同與期待，而讓其決定是否接受該治療方式的訊息來源，身心發展障礙兒童使用了哪些健保有給付的治療與哪些無健保給付的另類療法，讓孩子接受另類療法的家長有哪些特質，接受另類療法的孩子有哪些特質等。亦進行另類醫療就醫行為城鄉差異的比較。

資料分析

問卷回收後經檢查後，以 EpiData version 3.1（The EpiData Association, Odense, Denmark）將資料輸入電腦，以 STATA 第 8 版進行統計分析。

結果

填寫問卷的家長或主要照顧者與兒童之基本資料

本研究共計發出 500 份問卷。問卷填寫完整回收共 340 份，回收率為 68%。填寫問卷者的基本資料如表一。問卷填寫者年紀 58%為 30-40 歲。其中由女性填寫的問卷佔 69.7%，男性填寫的佔 27.1%。教育程度方面專科大學以上者佔了 46.1%。月收入在五萬元以下者佔了填寫者的 67.8%。婚姻狀況方面，已婚並與配偶同住者佔了 73.8%。家裡有兩個或一個孩子佔 48.0%，但扶養人口為三人或少於三人為 62.4%。過去一年有接受過另類療法的治療的家長佔 69.7%。居住地為臺北市者佔 37.6%，台北縣者為 37.1%，其他縣市者為 25.3%。將居住地分為台北縣、台北市、與其他縣市，分析家長的基本資料，結果顯示在年齡層分佈方面台北縣市的家長較為年輕、教育程度較高（>50%為專科以上）、婚姻狀態較穩定（>40%為已婚並與配偶同住）、子女數較少（>80%只有二或個小孩）、收入較高者較多、職業別（軍、公、商、金融、服務、家庭主婦較多），在統計學上有顯著差異（$p<0.05$）。

身心發展障礙兒童的基本資料如表二。0-6 歲的孩子佔了 65.2%。男孩有 61.4%，女孩有 35.6%。86.2%的孩子領有殘障手冊者，41.8%領有重大傷病卡，52.9%領有發展遲緩證明。身心障礙等級為輕度者佔 13.8%，中度者佔 33.2%，重度者佔 31.3%，極重度者 12.9%。最多的孩子是因腦性麻痺造成了身心發展障礙（佔 26.8%），但也有 21.8%的家長表明造成孩子身心發展障礙的原因不明。身心障礙類別以多重障礙者最多（34.1%）其次為肢體障礙者（20.3%）。

健保有給付之治療使用型態

近幾年來政府不於餘力的推廣早期療育，使得各種復健治療包或

物理治療、職能治療、語言治療已成為台灣身心發展障礙兒童最常接受的治療方式。其他健保有給付、而身心發展障礙孩子也可能需要接受的治療包括精神科的心理治療與行為治療。此外因為台灣尚有健保中醫體系，也因此台灣民眾就醫型態一直存在著複向就醫行為，也因而使得傳統中醫在台灣的身心發展障礙兒童之治療也一直佔有一席之地。整體而言，身心發展障礙兒童可能會接受、且健保有給付的治療項目已相當多元。表三列出本研究對象接受健保有給付的治療項目的情況。曾接受過各種健保有給付的治療者共 305 人，佔研究對象的 89.7%。其中使用職能治療機率最高 (74.1%)，其次為語言治療 (66.2%)，再其次為物理治療 (61.5%)，其他有 38.8%接受過西藥治療，33.0%接受過針灸治療，22.1%接受過中藥，只有 8.5%接受過心理治療，6.2%接受行為治療。接受上述治療時曾發生副作用者共 19 人，佔曾接受過這些治療總人數 305 人的 6.2%。曾接受過上述治療的家長對治療效果滿意度最高者為職能治療 (70.2%)，其次為物理治療(65.1%)、行為治療(61.9%)、語言治療(52.4%)、心理治療(41.3%)。家長對西藥治療、針灸治療、中藥治療之滿意度則偏低，分別為 39.4%、34.8%、25.3%。高達 95%以上居住在台北縣市的身心障礙孩子曾接受健保有給付的治療，居住餘其他地區的孩子地曾接受健保有給付的治療為 72.1%，居住地與是否曾接受健保有給付的治療有顯著相關(表四)。

家長對另類療法的認同與期待

慢性疾病是促使病人尋求另類醫療的主要因素之一。造成兒童身心發展障礙的原因也多慢性。因此這些兒童不止是高醫療利用者，也是另類療法的常用者。但是身心發展障礙兒童的家長是以何種態度來

面對各式各樣源自東西方不同文化背景的療法。表五列出這些家長對問卷中所列舉出 21 項健保無給付的另類醫療的認同與期待。>50%的家長非常同意或同意對孩子的發展有幫助的治療包括音樂治療 299 人 (87.9%)，水中治療 260 人 (76.5%)，馬術治療 175 人 (51.5%)。少於 10%認同者的治療多為民俗療法如蜂針療法、草藥、尿療法、外敷藥膏、拔罐，以及神符與改名。表六則列出家長希望其身心發展障礙孩子能接受該種治療方式的程度。>50%的家長非常希望或希望孩子能接受的治療包括音樂治療 201 人 (59.1%)、水中治療 261 人 (76.5%)、馬術治療 182 人 (53.5%)。少於 10%希望孩子能接受的治療亦多為民俗療法如蜂針療法、尿療法、外敷藥膏、拔罐，以及神符與改名。另外亦有少於 10%的家長希望能接受特殊飲食、營養補充品、或整脊。

健保沒有給付之治療使用型態

表七列出研究對象實際接受健保沒有給付的治療狀況。接受過這些治療項目共 195 人，佔所有人數的 57.4%。接受上述治療時曾發生副作用者共 8 人，佔曾接受過這些治療總人數 195 人的 4.1%。音樂治療的利用率最高(24.1%)。其他治療方式的利用率分別為營養補充品(18.5%)、祈禱(17.4%)、水中治療(15.3%)、神符(13.8%)、推拿(12.7%)、腳底按摩(8.5%)、改名(8.5%)、氣功(8.0%)、整脊(7.1%)、草藥(5.3%)、生機飲食(5.0%)、特殊飲食(3.7%)、生物能療法(2.7%)、馬術治療(2.4%)、外敷藥膏 (2.1%)、拔罐 (2.1%)、同類療法(1.8%)、芳香療法(0.6%)、鋒針療法 (0.3%)、尿療法 (0.3%)。

對上述治療效果滿意度高於 60%有水中治療(67.3%)、生物能療法(66.7%)、音樂治療(62.1%)；滿意度在 50-60%之間者有同類療法(50%)、芳香療法(50%)；滿意度在 30-50%有整脊(45.8%)、祈禱

(45.7%)、草藥(44.4%)、腳底按摩(37.9%)、馬術治療(37.5%)、氣功(37%)、推拿(34.9%)；滿意度<30%有特殊飲食(23.1%)、生機飲食(28.6%)、營養補充品(11.1%)、外敷藥膏(14.3%)、拔罐(14.3%)、神符(10.6%)、改名(20.7%)。對治療效果不滿意度最高者為營養補充品(41.3%)，其次依序為神符(21.3%)、拔罐(14.3%)、外敷藥膏(14.3%)、生機飲食(14.3%)、改名(13.8%)、氣功(11.1%)、草藥(11.1%)、腳底按摩(6.9%)、推拿(4.6%)、祈禱(1.7%)、音樂治療(1.2%)。接受上述治療時有與醫師或治療師討論者共有 97 人，佔曾接受過這些治療總人數 195 人的 49.7%。

接受另類療法的家長與兒童有哪些特質

研究對象中有 112 人(32.9%)只有接受過西醫的治療，228 人(67.1%)接受健保有給付的中藥或針灸治療或其他無健保給付的另類療法。由此可見這一族群的病人複向醫療的普遍性。會讓孩子接受另類療法（含健保給付之中醫治療）的家長有哪些特質呢? 以卡方檢定家長特質與使用另類療法之間的關係。表八顯示，家長過去一年曾因身體不適接受另類療法者、婚姻狀態、月收入、職業與他的孩子接受另類療法（含健保給付之中醫治療）達統計學上的顯著意義。婚姻狀態較正常穩定者、月收入較高者、公務員及醫事人員傾向於讓孩子接受另類療法（含健保給付之中醫治療）。此外，家長過去一年曾因身體不適接受另類療法者也會顯著的增加孩子接受另類療法(不含健保給付之中醫治療)。

同樣以卡方檢定兒童特質與使用另類療法之間的關係。單變項分析（表九）顯示，年齡、有殘障手冊、性別、屬肢體殘障者、重殘障者、慢性精神疾病者、視障者、殘障等級屬重度者、有重大傷病卡者、

腦性麻痺、智能障礙者與使用另類療法（含健保給付之中醫治療）有顯著相關。此外單變項分析（表九）顯示，年齡、殘障等級屬重度者、有重大傷病卡者、腦性麻痺、先天性原因造成發展障礙與使用另類療法（不含健保給付之中醫治療）有顯著相關。

多變項分析顯示，家長本身過去一年有使用另類治療經驗者、小孩為重度或極重度身心障礙者、月收入大於五萬者最常使用另類療法。

家長對另類療法的認知與希望其身心障礙孩子接受另類療法的程度與實際接受另類療法的相關性。

家長對另類療法的認知與希望，是否影響其身心障礙孩子實際接受另類療法的情況。圖一顯示家長對 21 項另類治療方式的認知與期待的差異 （認知-期待），認知與已做及（認知-已做）期待與已做（期待-已做）的差異。認知與期待的差異值過大不論正負皆可表示認知與期待並不一致。在此，認知與期待的差異值大於 20%的只有音樂治療。「認知與已做」及「期待與已做」的差異若為正數且差異值過大（>20%）可能表示家長覺得實行有困難。在「認知與已做」符合此條件的治療有音樂治療、生機飲食、腳底按摩、馬術治療、水中治療。「期待與已做」符合此條件的治療有音樂治療、生機飲食、馬術治療、水中治療。「認知與已做」及「期待與已做」的差異若為負數且差異值過大（>20%）可能表示家長覺得不妨試試看。在「認知與已做」並無符合此條件的治療，僅有「神符」的值為負數。。「期待與已做」符合此條件的治療亦並無符合此條件的治療，僅有「神符」與「營養補充品」的值為負數。最多家長認同的另類療法是音樂治療、水中治療以及馬術治療。這三種治療也同時是家長最希望孩子能接受的另類治療項目。為了進一步了解家長對音樂治療、馬術治療或水中治療的

認同與否與小孩是否有接受相同治療的關係時進行卡方檢定。結果顯示（表十至表十二），家長對音樂治療、水中治療的認同與否與小孩是否有接受相同治療的關係有顯著的關係。而家長期待孩子能接受音樂治療、馬術治療或水中治療的程度與小孩是否有接受相同治療的關係時，經卡方檢定，在三種治療皆有顯著的關係。

討論

研究對象之基本資料（家長部分）

在這二十一市紀初，很多人都注意到了另類醫療的興起。另類醫療的興起應有很多原因，例如患了現代醫學尚不能根治的慢性疾病的病人基於求生、求治的慾望，常求助於另類療法。再加上病人自主意識的增加，網路資訊的便利性增加等因素，另類醫療的確正在世界各地落蓬勃興起中。美國使用另類醫療的人，佔總人口的比例的35%-44%左右(Tindel et al., 2005, Wolsko et al., 2002)。美國人使用另類醫療的特質如下：除了在祈禱方面，白人使用另類療法較非白人多，同樣的除了在祈禱與產婆方面，教育程度較高者使用另類療法較多，女性較常使用另類療法尤其是與體重控制有關的產品(Conboy et al., 2005)。.台灣民眾項來就有複向就醫習慣，因此另類療法的使用可能會高於歐美國家。曾有研究指出台灣民眾另類療法的一年使用率為75%（Ting et al., 2003）。本研究中家長過去一年曾因身體不適而使用了非西醫的方法處理者也有 69.7%。丁氏的研究指出另類療法的使用與自覺身體健康狀況不佳以及看病看不好的經驗有顯著相關，與性別、年齡、教育程度、都市化程度關係極微。另一篇有關營養補充劑使用者的分析報告指出，女性、中年者、教育程度較高者，與服用營養補充劑有顯著相關（Chen et al., 2001）。本研究尚未對家長本身使用另類醫療的特質做進醫步的分析。但從過去的報導可體認到，另類醫療的使用者，在東西方皆有較高的比例為女性、中年人、收入較高、教育程度也較高的傾向。

慢性病患者與另類療法

患有慢性病者通常是另類療法的高使用。19%患有肢體障礙美國成人使用另類療法（Carson et al., 2006）。韓國 65%糖尿病患者接受另

類療法（Lee et al., 2004）。73%德國肌張力異常患者曾接受另類療法（Junker et al., 2004）。黃嘉玲曾調查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，結果發現：83.2%病患使用另類療法。其訊息來源多由親友介紹，另類療法的選擇，以民俗療法居多，其次為漢醫療法，民俗療法中 96.5%病患使用拜廟求神，漢醫療法中 52.7%病患使用補品。今日雖然科學發達，但是很多造成孩子發展遲緩或發展障礙的病症還是無法獲得有效改善，因此為了改善孩子的病症，家長會再選擇另類療法。英國兒童接受另類療法的盛行率報告為 41%（Crawford et al., 2006）。國外有慢性病的兒童接受另類療法的盛行率分別為，腫瘤兒童患者 42%，類風濕病兒童 70%，發炎性腸道疾病兒童患者 72%（Sinha et al., 2005）。Hurvitz 等人(2003)調查顯示，56%腦性麻痺接受另類療法治療，其中 25%接受按摩治療、25%接受水中治療、18%接受馬術治療。Prussing 等人(2005) 調查 30 個有唐氏症小孩的家庭之另類療法使用狀況顯示，只有 13.3%的家庭沒有讓唐氏症小孩接受另類療法治療，其中最多人使用的是營養補充品。Levy 等人（2003）報告 30%自閉症兒童接受另類療法。注意力欠缺與過動症的孩子接受另類療法的報告從 24%到 67.6%，且有逐年增加的趨勢，使用最多的另類治療依序是食療、營養補充品、芳香療法與整脊（Sinha et al., 2005）。這些報告表示發展遲緩或發展障礙的孩子使用另類療法的機率更高於一般民眾或其他的孩子。我們的研究對象也是屬於另類療法的高使用率者。340 位有發展遲緩或身心障礙的兒童中，67.1%接受過健保有給付的中藥或針灸治療或其他無健保給付的另類療法，但較低於家長曾使用另類治療的比率，進而推測家長多因自身的使用經驗而讓其孩子嘗試另類療法。的確，經多變項分析的結果顯示，家長本身過去一年有使用另類治療經驗者與孩子接受另類療

法有顯著的相關。

健保有給付之治療使用型態

林氏(2004)之研究指出台北市身心障礙兒童的健保利用率明顯高於其他群體，平均每個月使用健保的次數為 3-4 次。本研究中，曾接受過各種健保有給付的治療者共 305 人，佔研究對象的 89.7%，且大部分皆有接受與早期療育相當有關的治療如各種的復健治療，顯示政府推動早期療育的成功。但是若以居住地區來看，其他縣市的兒童接受各種健保有給付的治療顯著低於居住於台北縣市者，此種結果可能還是因醫療資源的不均所致。在美國 NCCAM 的分類中中醫亦屬於另類醫療。中醫是我們的傳統醫療方式，我國之全民健保也提供中醫之健保服務。九十一年全民健保的民眾平均門診利用率為每人 14.43 次，其中西醫的門診利用率為每年每人 11.97 次、牙醫 1.15 次、中醫 1.31 次(健保局網頁資料)。李氏等人(2004)分析台灣民眾的 2000 年全民健保中醫門診利用率，結果顯示 35 歲到 65 歲間呈現利用率高峰（呈現ㄇ曲線），有別於西醫門診年齡別利用率（呈現 J 曲線）。此外女性、非原住民、居住在中度都市化市鎮者、慢性病患者、居住地中醫資源豐富者，其中醫門診的利用率顯著較高。相較於較低比例的兒童接受中藥以及針灸治療，復健治療應為此類兒童的主流醫療，但也已高於其他兒童了。但是家長對各種健保有給付的治療包括西藥治療、針灸治療、中藥治療之滿意度則偏低，分別為 39.4%、34.8%、25.3%。這也顯示上述治療應還有多加以科學探討的必要，包括實証醫學方面的研討，以提升療效。

健保沒有給付之治療使用型態

接受過 21 項健保沒有給付之治療共 195 人，佔所有人數的 57.4%。接受上述治療時曾發生副作用者共 8 人，佔曾接受過這些治

療總人數 195 人的 4.1%。接受上述治療時有與醫師或治療師討論者共有 97 人，佔曾接受過這些治療總人數 195 人的 49.7%。黃嘉玲的調查顯示使用另類療法的 193 位病患中，有 43.5% 表示不願讓醫護人員知道，但有 77.2% 希望醫護或專業人員能提供西醫以外的治療訊息以供參考選擇。然而面對坊間琳瑯滿目的治療方式，連許多醫療工作者亦無依據判別。這種狀況正如純然不懂中藥的西醫師被病患問及某些中草藥的用法時，不是不予置評，或是一昧勸阻，這對想要病好的病人而言不見得有實質上的幫忙。1992 年美國國會立法，在國家衛生院設立「另類療法局」，其目的在評估另類療法的效果，及研討將它納入傳統醫療的可行性，這個辦公廳已於 1998 年升格為全國性的「互補及另類醫療中心」。Archi Cochrane 在西元 1972 就已提出實證醫學（Evidence-based medicine, EBM）的概念，並強調 隨機化的臨床研究 Randomized controlled trials(RCTs)的重要性。他認為所有醫療行為都應依據於嚴謹的研究證據，才能將有效之醫療資源做最有效的應用（Sackett, 2000）。另類醫學若能依遵科學方法，提供根據科學事實得到的有效證據，原來的另類療法亦能被視為正統醫療方式，同時也保障了使用者的權利與安全。接受各種健保有給付的治療時曾發生副作用者共 19 人，佔曾接受過這些治療總人數 305 人的 6.2%。兩者差距不大。但是醫學若能提供一心想促進孩子發展的家長經由實證醫學的精神檢驗各種孩子會接受的治療的療效證據，相信對家長有限的心力與資源是一大助益。

家長對另類療法的認知與希望

本研究中，少於 10%希望孩子能接受的治療亦多為民俗療法如蜂針療法、尿療法、外敷藥膏、拔罐，以及神符與改名。另外亦有少於 10%的家長希望能接受特殊飲食、營養補充品、或整脊。最多家長認

同的另類療法是音樂治療、水中治療以及馬術治療。這三種治療也同時是家長最希望孩子能接受的另類治療項目。音樂治療、水中治療以及馬術治療是國外身心發展障礙孩子常會接受的治療項目之一。這也顯示了研究中的家長們對身心發展遲緩兒童的療育方式有一定程度的認知。家長對音樂治療、水中治療的認同與否與小孩是否有接受相同治療的關係有顯著的關係。家長期待孩子能接受音樂治療、馬術治療或水中治療的程度與小孩是否有接受相同治療的關係時，經卡方檢定，在三種治療皆有顯著的關係。但是音樂治療在家長的認知與期待方面的差異值大於 20%。這可能是因為家長很明白目前這方面的專業人員的缺乏。事實上國內音樂治療、馬術治療或水中治療的專業人員都非常缺乏，場地也非常不足。即便是健保有給付的治療項目如職能治療、語言治療、中藥、針灸，也有家長用自費接受治療。可能的原因包括目前提供此治療的人員仍屬僧多粥少，或因治療規定的限制，或治療人員不願加入健保等，家長因而轉而求助於自行開立工作坊的治療師或開辦自費診療的醫療工作者。另外值得注意的是，對治療效果不滿意度最高者為營養補充品(41.3%)。食補是中國人的特有的健康照護方式之一，什麼樣的營養品可幫助孩子的發展相信也是身為這些孩子的家長引頸期待的答案之一。

依據內政部的統計資料顯示，全國 92 年底領有身心障礙手冊者達 86 萬 1 千餘人，占總人口之比率為 3.8%。身心障礙人口以肢體障礙者占 42.4%最多，聽覺障礙者占 10.7%次之，多重障礙者占 9.5%再次之。二、身心障礙等級分為極重度、重度、中度及輕度等四級，其中以中度障礙者 30 萬 9,623 人占 35.96%最多，輕度障礙者 27 萬 7,977 人占 32.28%次之，重度障礙者 17 萬 4,386 人占 20.25%、極重度障礙者 9 萬 9,044 人占 11.50%再次之。縣市別身心障礙人口之

比率：以臺東縣7.47%最高，雲林縣7.20%次高，花蓮縣6.58%再次之，而以連江縣2.76%最低，桃園縣2.81%次低，臺中市2.83%再次之。

結論與建議

本研究第一部分有幾項重要的結論與建議如下：

研究對象實際接受健保沒有給付的治療項目共 195 人，佔所有人數的 57.4%。228 人(67.1%)接受健保有給付的中藥或針灸治療或其他無健保給付的另類療法。由此可見這一族群的病人複向醫療的普遍性，而且確是另類療法的高使用者。

相較於復健治療的高使用率，包含中藥針灸以及 21 項的另類治療的使用率並不高。因此在台灣，復健治療應可視為此類兒童的主流醫療。但有鑒於兒童復健仍有相當多的手法與理論待更嚴謹的科學證據，相關的治療人員更應致力於有效醫療方式的確定

以居住地區來看，其他縣市的兒童接受各種健保有給付的治療顯著低於居住於台北縣市者，顯示台灣仍有醫療分佈不均的現象。依據內政部的統計資料顯示，縣市別身心障礙人口之比率：以臺東縣 7.47%最高，雲林縣 7.20%次高，花蓮縣 6.58%再次之，而以連江縣 2.76%最低，桃園縣 2.81%次低，臺中市 2.83%再次之。因此如何讓居住於醫療資源較不豐富地區的身心發展障礙兒童也能接受道需要的早期療育，仍是政府該努力的方向之一。

有關使用者的滿意度，治療效果滿意度高於 60%有物理治療(61.5%)、職能治療(74.1%)、行為治療(61.9%)、水中治療(67.3%)、生物能療法(66.7%)、音樂治療(62.1%)；滿意度在 50-60%之間者有語言治療(62.4%)、同類療法(50%)、芳香療法(50%)。滿意度偏低有中藥(25.3%)、特殊飲食(23.1%)、生機飲食(28.6%)、營養補充品(11.1%)、外敷藥膏(14.3%)、拔罐(14.3%)、神符(10.6%)、改名(20.7%)。對治療效果不滿意>20%以上者有營養補充品(41.3%)，神符(21.3%)。針灸與西藥治療的滿意度亦偏低，分別為 34.8%及 30.0%。醫療方面的滿意

度一般是指醫療效果的滿意度。不滿意代表相關的臨床工作人員，尤其是有國家法律規範的醫療人員，應該有很多努力的地方。

最多家長認同的另類療法是音樂治療、水中治療以及馬術治療。這三種治療也同時是家長最希望孩子能接受的另類治療項目。但是「認知與已做」之間的差異過大的有音樂治療、生機飲食、腳底按摩、馬術治療、水中治療，在「期待與已做」方面符合差異過大條件的治療有音樂治療、生機飲食、馬術治療、水中治療。音樂治療、水中治療以及馬術治療接包含在內。差異過大可能因為家長在執行上遇到困難，或他們知道這方面的專業人員仍太少。總而言之，有關音樂治療、水中治療以及馬術治療對身心發展障礙兒童有正面促進作用，政府亦應鼓勵相關人員的訓練。

家長對另類療法的認知與希望其身心障礙孩子接受另類療法的程度與實際接受另類療法有顯著相關性。家長接受另類療法的相關資訊有數種管道。因此藉由不同的媒介宣導安全使用各種另類療法的方式是非常重要。但是更重要的是，隊虞經常被身心發展障礙兒童使用的另類療法，政府更應盡速建立管理法則，以保護這詢身心已非常脆弱的兒童。

圖、表

表一：研究樣本基本資料(家長部分)

	n	(%)		n	(%)
性別			扶養人口		
男	92	27.1	1人	49	14.4
女	237	69.7	2人	81	23.6
未註明	11	3.2	3人	83	24.4
			4人	49	14.4
			>4人	39	11.5
			未註明	39	11.5
年齡			子女數		
20- 30歲	35	10.3	1人	81	26.2
31- 40歲	200	58.8	2人	162	47.7
41- 50歲	81	23.8	3人	58	17.1
>50歲	16	4.7	4人	11	3.2
未註明	8	2.4	>4人	5	1.5
			未註明	15	4.4
學歷			婚姻狀況		
博碩士	12	3.5	已婚並與配偶同住	251	73.8
大學	64	18.8	已婚但未經常與配偶同住	18	5.3
專科	81	23.8	離婚/分居	38	11.2
高中職	127	37.4	未婚	6	1.8
國中	26	7.7	喪偶	15	4.4
國小	10	2.9	同居	1	0.3
未註明	20	5.9	其他	11	3.2
月收入			職業		
<3萬	84	24.7	公務人員	24	7.1
3 - 5萬	112	32.9	軍人	3	0.9
5 - 7萬	52	15.3	商業	27	8.0
7 - 10萬	27	7.9	金融業	14	4.1
10 - 15萬	8	2.4	服務業	66	19.4
>20萬	6	1.8	資訊業	11	3.2
未註明	51	15.0	醫事人員	7	2.1
			家庭主婦	80	15.3
			勞工	45	13.2
			其他	57	16.8
過去一年有接受過另類	237	69.7	居住地		

療法的治療的家長			台北市	128	37.6
			台北縣	126	37.1
			其他縣市	86	25.3

表二：研究樣本基本資料(兒童部分) n=340

項目	n	%	項目	n	%
性別			身心障礙等級		
男	209	61.4	輕度	47	13.8
女	121	35.6	中度	113	33.2
未註明	10	2.9	重度	106	31.3
			極重度	44	12.9
			未註明	30	8.8
年齡			身心障礙類別(可複選)		
< 1 歲	2	0.6	肢體障礙者	69	20.3
1-3 歲	56	16.5	聽覺機能障礙	8	2.4
4-6 歲	164	48.2	多重障礙	116	34.1
7-9 歲	53	15.6	慢性精神疾病	3	0.9
10-12 歲	4	1.2	智能障礙	104	30.6
13-15 歲	31	9.1	視覺障礙	10	2.9
=16 歲	16	4.7	聲音或語言機能障礙	58	17.1
未註明	14	4.1	其他	44	12.9
			未註明	34	10.0
領有殘障手冊者	293	86.2	造成身心發展障礙的原因		
有重大傷病	142	41.8	腦性麻痺	91	26.8
有發展遲緩證明者	180	52.9	自閉症	71	20.9
			智能不足	62	18.2
			意外	11	3.2
			染色體基因異常	22	6.5
			先天性原因	33	9.7
			家族性原因	4	1.2
			其他	35	10.3
			不明原因	74	21.8
			未註明	21	6.2

表三：健保給付治療之利用情形

	使用人數與頻率（%全體）		使用者的滿意度(%使用者)		使用者發生副作用的頻率人數（%使用者）	自費治療狀況人數（%使用者）
		非常滿意或滿意(%)	普通(%)	不滿意或非常不滿意(%)		
西藥	132(38.8)	52(39.4)	40(30.3)	2(1.5)	12(9.1)	9(6.8)
物理治療	209(61.5)	136(65.1)	44(21.1)	4(1.9)	1(0.5)	20(9.6)
職能治療	252(74.1)	177(70.2)	57(22.6)	4(1.6)	2(0.8)	22(8.7)
語言治療	225(66.2)	118(52.4)	53(23.6)	10(4.4)	1(0.4)	33(14.7)
心理治療	29(8.5)	12(41.3)	8(27.5)	-	-	2(6.9)
行為治療	21(6.2)	13(61.9)	2(9.5)	1(4.8)	-	1(4.8)
中藥	75(22.1)	19 (25.3)	14(18.7)	2(2.7)	-	25(33.3)
針灸	112(33.0)	39(34.8)	21(18.8)	5(4.5)	3(2.7)	30(26.8)

表四：居住地與接受健保有給付的治療之相關性

居住地	接受健保有給付的治療	
	有 (%)	無 (%)
其他縣市	62 (72.1)	24 (27.9)
台北市	122 (95.3)	6 (4.7)
台北縣	121 (96.1)	5 (3.9)

$p = 0.00$

表五：家長對另類治療的認同程度

NCCAM歸類	項目	認為此治療對孩子的發展有幫助		
		非常同意或同意(%)	普通(%)	不同意或非常不同意(%)
I	同類療法	79 (23.2)	77 (22.6)	29(8.5)
II	音樂治療	299 (87.9)	22 (6.5)	4 (1.2)
II	祈禱	83 (24.4)	104 (30.6)	65 (19.1)
II	神符	24 (7.1)	80(23.5)	154 (45.3)
II	改名	28 (8.2)	78 (22.9)	143 (42.1)
III	鋒針療法	26 (7.6)	87 (25.6)	105 (30.9)
III	特殊飲食	77 (22.6)	117 (34.4)	54 (15.9)
III	生機飲食	102 (30)	115 (33.8)	47 (13.8)
III	營養補充品	63 (18.5)	7 (2.1)	24 (7.1)
III	草藥	39(5.3)	111 (32.6)	107 (31.4)
III	芳香療法	47 (13.8)	121 (35.6)	83 (24.4)
III	尿療法	8 (2.4)	46 (13.5)	181 (53.2)
III	外敷藥膏	16 (4.7)	78 (22.9)	150 (44.1)
IV	拔罐	12 (3.5)	73(21.4)	161 (47.4)
IV	整脊	39 (11.5)	84 (24.7)	124 (36.5)
IV	推拿	81 (23.8)	99 (29.1)	86 (25.3)
IV	腳底按摩	124(36.5)	108 (31.8)	53 (15.6)
IV	馬術治療	175 (51.5)	48 (14.1)	35(10.3)
IV	水中治療	260 (76.5)	26 (7.6)	9(2.6)
V	生物能治療	64 (18.8)	79 (23.2)	44 (12.9)
V	氣功	59 (17.4)	108 (31.8)	82 (24.1)

表六：家長希望孩子接受另類治療的態度

項目	希望孩子能接受此治療的程度		
	非常希望或希望	普通 (%)	不希望或非常不希望 (%)
同類療法	80 (23.5)	121 (35.6)	73 (21.5)
音樂治療	201 (59.1)	25 (7.4)	4 (1.2)
祈禱	94(27.6)	113 (33.2)	80 (23.5)
神符	30 (8.8)	90(26.5)	166 (48.8)
改名	33 (9.7)	94 (27.6)	158 (46.5)
鋒針療法	34 (10)	90 (26.5)	159 (46.8)
特殊飲食	34 (10)	90 (26.4)	159 (46.8)
生機飲食	116 (34.2)	121 (35.6)	56 (16.5)
營養補充品	26 (7.6)	98 (28.8)	30 (8.8)
草藥	40 (11.8)	115 (33.8)	131 (38.5)
芳香療法	61 (17.9)	122 (35.9)	106 (31.2)
尿療法	4 (1.2)	66 (19.4)	213 (62.6)
外敷藥膏	17 (5.0)	91 (26.8)	172 (50.6)
拔罐	13 (3.8)	84 (24.7)	185 (54.4)
整脊	34 (10)	94 (27.6)	157 (46.2)
推拿	72 (21.2)	104 (30.6)	118 (34.7)
腳底按摩	72 (21.2)	101 (29.7)	84 (24.7)
馬術治療	182 (53.5)	66 (19.4)	52 (15.3)
水中治療	261 (76.5)	37 (10.9)	17 (5.6)
生物能治療	64 (18.8)	131 (38.5)	82 (24.1)
氣功	82 (24.1)	112 (32.9)	96 (28.2)

表七：健保沒有給付之治療使用型態

項目	使用人數與頻率 (%) n=340	使用者滿意度(%使用者)			使用者發生副作用的頻率(%使用者)	使用者使用該項治療有與其醫療人員討論(%使用者)
		非常滿意或滿意	普通	不滿意或非常不滿意		
音樂治療	82 (24.1)	51 (62.1)	17 (20.7)	1 (1.2)	1 (1.2)	25 (30.5)
馬術治療	8 (2.4)	3 (37.5)	2 (25)	-	-	4 (50)
水中治療	52 (15.3)	35 (67.3)	10 (19.2)	-	-	15 (28.8)
同類療法	6 (1.8)	3 (50)	2 (33.3)	-	1 (16.7)	4 (66.7)
生物能治療	9 (2.7)	6 (66.7)	2 (22.2)	-	-	2 (22.2)
鋒針療法	1 (0.3)	-	1 (100)	-	-	1 (100)
特殊飲食	13 (3.7)	3 (23.1)	6 (46.2)	-	1 (7.7)	3 (23.1)
生機飲食	7 (5.0)	2 (28.6)	6 (85.7)	1 (14.3)	-	2 (28.6)
營養補充品	63 (18.5)	7 (11.1)	24 (38.1)	26 (41.3)	-	18 (28.6)
草藥	18 (5.3)	8 (44.4)	7 (38.9)	2 (11.1)		
芳香療法	2 (0.6)	1 (50)	1 (50)	-	-	-
尿療法	1 (0.3)	-	1	-	-	-

推拿	43 (12.7)	15 (34.9)	13 (30.2)	2 (4.6)	-	6 (13.9)
腳底按摩	29 (8.5)	11 (37.9)	12 (41.4)	2 (6.9)	-	6 (20.7)
外敷藥膏	7 (2.1)	1 (14.3)	3 (42.9)	1 (14.3)	1 (14.3)	1 (14.3)
拔罐	7 (2.1)	1 (14.3)	3 (42.9)	1 (14.3)	1 (14.3)	-
整脊	24 (7.1)	11 (45.8)	6 (25)	-	-	3 (12.5)
氣功	27 (8.0)	10 (37.0)	9 (33.3)	3 (11.1)	-	4 (14.8)
祈禱	59 (17.4)	27 (45.7)	16 (27.1)	1 (1.7)	-	-
神符	47 (13.8)	5 (10.6)	13 (27.7)	10 (21.3)	3 (6.4)	1 (2.1)
改名	29 (8.5)	6 (20.7)	6 (20.7)	4 (13.8)	-	-

表八：家長特質與 a. 另類療法（含健保給付之中醫治療）與 b. 無健保給付的另類療法的使用*, $p<0.05$; **, $p<0.01$

		a		b
	人數	(%)	人數	(%)
居住地				
台北市	(84)	65.6	71	55.5
台北縣	(82)	65.1	67	53.2
其他縣市	(62)	72.1	57	66.3
使用另類治療				
有	(116)	80.0 **	(101)	69.7 **
無	(112)	57.4	(94)	48.2
學歷				
博碩士	(9)	75	(9)	75
大學	(44)	68.8	(33)	51.6
專科	(59)	72.8	(50)	61.7
高中職	(87)	68.5	(78)	61.4
國中	(17)	65.4	(14)	53.9
國小	(4)	40.0	(3)	30.0
未註明	(8)	40.0	(8)	40.0
年齡				
20- 30 歲	(22)	62.9	(16)	45.7
31- 40 歲	(131)	65.5	(112)	56.0
41- 50 歲	(57)	70.4	(50)	61.7
>50 歲	(13)	81.3	(13)	81.3
未註明	(5)	62.5	(4)	50.0
性別				
男	(56)	60.9	(49)	53.3
女	(165)	69.6	(139)	58.7
婚姻狀況				
已婚並與配偶同住	(172)	68.5 *	(143)	57.0
已婚但未經常與配偶同住	(14)	77.8	(12)	66.7
離婚/分居	(26)	68.4	(24)	63.2
未婚	(3)	50.0	(3)	50.0
喪偶	(11)	73.3	(11)	73.3
同居	(0)	0	(0)	0.0
其他	(2)	18.2	(2)	18.2
子女數				
1 人	(64)	71.9 **	(55)	61.8

2 人	(112)	69.1	(92)	56.8
3 人	(37)	63.8	(33)	56.9
4 人	(9)	81.8	(9)	81.8
>4 人	(2)	40.0	(2)	40.0
未註明	(4)	26.7	(4)	26.7
月收入				
<3 萬	(45)	53.6 *	(43)	51.2
3-5 萬	(81)	72.3	(67)	59.8
5-7 萬	(40)	76.9	(35)	67.3
7-10 萬	(21)	77.8	(16)	59.3
10-15 萬	(4)	50.0	(4)	50.0
>20 萬	(6)	100.0	(6)	100.0
未註明	(31)	60.8	(24)	47.6
職業				
公務人員	(18)	75 *	(16)	66.7
軍人	(2)	66.7	(1)	33.3
商業	(19)	70.4	(18)	66.7
金融業	(7)	50.0	(6)	42.9
服務業	(48)	72.7	(40)	60.6
資訊業	(10)	90.9	(9)	81.8
醫事人員	(7)	100.0	(6)	85.7
家庭主婦	(61)	70.9	(49)	57.0
勞工	(28)	62.2	(26)	57.8
其他	(28)	49.1	(24)	42.1
扶養人口				
1 人	(36)	73.5	(30)	61.2
2 人	(50)	61.7	(44)	54.3
3 人	(60)	72.3	(52)	62.7
4 人	(33)	67.4	(30)	61.2
>4 人	(23)	59.0	(21)	53.9
未註明	(26)	66.7	(18)	46.2

表九：兒童特質與 a. 另類療法（含健保給付之中醫治療）與 b. 無健保給付的另類療法的使用與 c. 健保給付的治療　*, $p<0.05$; **, $p<0.01$

		a		b		c
	人數	(%)	人數	(%)	人數	(%)
年齡						
＜1 歲	(2)	50 *	(0)	0.0 **		
1-3 歲	(56)	64.3	(16)	28.6		
4-6 歲	(164)	67.1	(37)	22.6		
7-9 歲	(53)	67.9	(13)	24.5		
10-12 歲	(4)	75	(1)	25.0		
13-15 歲	(31)	90.3	(25)	80.7		
16 歲	(16)	37.5	(5)	31.3		
未註明	(14)	57.1	(0)	0.0		
有殘障手冊者						
無	(18)	45. *				
有	(205)	70				
未填	(5)	45.5				
性別						
男	(128)	61.5 **				
女	(96)	80.0				
肢體障礙者						
有	(57)	82.6 *			(67)	97.1 *
無	(171)	63.1			(238)	87.8
聽覺機能障礙						
有	(4)	50			(7)	87.5
無	(224)	67.5			(298)	89.8
多重障礙						
有	(98)	84.5 **			(109)	93.9
無	(130)	58.0			(196)	87.5
慢性精神疾病						
有	(0)	0.0 *			(3)	100.0
無	(228)	67.7			(302)	89.6
智能障礙						
有	(62)	59.6			(81)	77.8
無	(166)	70.3			(224)	**
						94.9
視覺障礙						
有	(10)	100 *			(9)	90.0

無	(218)	66.1			(296)	89.7
聲音或語言機能障礙						
有	(41)	70.7			(56)	96.6
無	(187)	66.3			(249)	88.3
其他						
有	(22)	50 *			(42)	95.5
無	(206)	69.6			(263)	88.9
身心障礙最重等級						
輕度	(20)	42.6 **	(15)	31.9 **		
中度	(66)	58.4	(58)	51.3		
重度	(84)	79.3	(71)	67.0		
極重度	(42)	95.5	(39)	88.6		
未註明	(16)	53.3	(12)	40.0		
重大傷病卡						
有	(118)	83.1 **	(101)	71.1 **		
無	(85)	55.6	(72)	47.1		
遲緩證明						
有	(115)	63.9	(96)	53.3		
無	(68)	70.8	(63)	65.6		
腦性麻痺						
有	(80)	87.9 **	(66)	72.5 **	(90)	98.9 **
無	(148)	59.4	(129)	51.8	(215)	86.4
自閉症						
有	(41)	57.8	(36)	50.7		
無	(187)	69.5	(159)	59.1		
智能不足						
有	(35)	56.5 *	(31)	50.0		
無	(193)	69.4	(164)	58.9		
意外						
有	(10)	90.9	(9)	81.8		
無	(218)	66.3	(186)	56.5		
染色體異常						
有	(17)	77.3	(14)	63.6		
無	(211)	66.4	(181)	56.9		
先天性原因						
有	(27)	81.8	(25)	75.7 *		
無	(201)	65.5	(170)	55.4		
家族性原因						

有	(3)	75	(2)	50.0		
無	(225)	67	(193)	57.4		
其他						
有	(25)	71.4	(21)	60.0		
無	(203)	66.6	(174)	57.1		
不明原因						
有	(53)	71.6	(45)	60.8		
無	(175)	65.8	(150)	56.4		

表十：家長對音樂治療的（a）態度與（b）期待

	認為音樂治療對孩子的發展有幫助			
是否曾接受過音樂治療	非常同意或同意	普通 (%)	不同意或非常不同意 (%)	不知道或未填寫者
是	79 (26.4)	3 (13.7)	0 (0)	0 (0)
否	220 (73.2)	19 (86.4)	4 (100)	15 (100)

$p = 0.042$ *

表十（b）

	希望孩子能接受音樂治療			
是否曾接受過音樂治療	非常希望或希望	普通 (%)	不希望或非常不希望 (%)	不知道或未填寫者
是	80 (26.6)	1 (4.0)	0 (0)	1 (10)
否	221 (73.4)	24 (96.0)	4 (100)	9 (90)

$p = 0.031$ *

表十一：家長對馬術治療的（a）態度與（b）期待

	認為馬術治療對孩子的發展有幫助			
是否曾接受過馬術治療	非常同意或同意	普通 (%)	不同意或非常不同意 (%)	不知道或未填寫者
是	7 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (1.2)
否	168 (96)	48 (100)	35 (100)	81 (98.8)

$p = 0.21$

表十一（b）

	希望孩子能接受馬術治療			
是否曾接受過馬術治療	非常希望或希望	普通 (%)	不希望或非常不希望 (%)	不知道或未填寫者
是	7 (3.9)	0 (0.0)	0 (0)	1 (2.5)
否	175 (96.1)	66 (100.0)	52 (100)	39 (97.5)

$p = 0.202$

表十二：家長對水中治療的（a）態度與（b）期待

	認為水中治療對孩子的發展有幫助			
是否曾接受過治療	非常同意或同意	普通 (%)	不同意或非常不同意 (%)	不知道或未填寫者
是	51 (19.6)	1 (3.9)	0 (0)	0 (0)
否	209 (80.4)	25 (96.2)	9 (100)	45 (100)

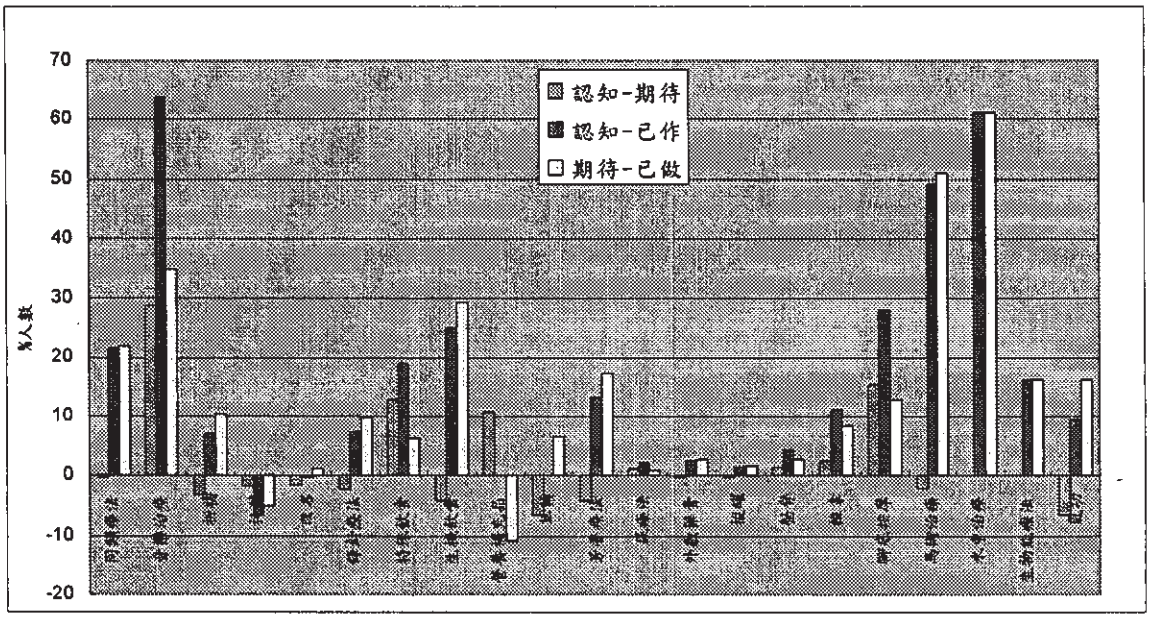
$p = 0.001$ *

表十二（b）

	希望孩子能接受水中治療			
是否曾接受過水中治療	非常希望或希望	普通 (%)	不希望或非常不希望 (%)	不知道或未填寫者
是	50(19.2)	1 (2.7)	0 (0)	1 (4.0)
否	211 (80.8)	36 (97.3)	17 (100)	24 (96.0)

$p = 0.004$ *

圖一：家長對另類療法的認知、期待、與實際接受治療的差異



Part 2: 各種療法（含另類療法）對促進腦性麻痺兒童發展的有效性與安全性之實證醫學探討

前言

腦性麻痺的發生率約為 0.1-0.3%。根據 1964 年 Bax 的所下的定義，腦性麻痺(cerebral palsy)是指因未成熟的大腦受到固定性損壞而引致行動與姿勢控制障礙。腦性麻痺雖然是由固定性的腦損壞引起，但隨者患者年齡的增長，病症的表現可能會有不斷的變化，而常常需要不同的處置。腦性麻痺也常合併感覺、智力、視力、聽力、語言、認知、情緒行為及學習障礙等問題。因此非常需要不同的專業人員的介入與處置。雖然腦性麻痺在目前的醫療技術下仍未能夠根治，但是透過適當的治療，不少患者的功能及生活質素是可得到改善，反之，若沒有適當的照顧與治療，常見病患因肌肉痙攣，關節攣縮等問題使得功能與生活品質便差，其照顧者負擔加重。

從本研究第一部分的問卷調查結果得知，超過 60%的身心發展障礙的兒童接受了主流與非主流的醫療。照顧他們的醫療人員若仍有隔閡，實非病患的福氣。另類療法時常被主流醫療人員拒絕的主要原因之一及另類醫療缺乏科學的證據。為了促健腦性麻痺兒童的整體發展，治療腦性麻痺的主流醫療目前主要是透過團隊（Team）的合作而進行的。團隊的成員可包括醫生（小兒神經科、復健科、小兒精神科、骨科）、物理治療師、職業治療師、語言治療師、心理師、特教老師、輔具師、社工師等。此外病人及其家人的積極參與及合作會增進很多治療的效果。其實，常見的腦性麻痺的物理治療、職能治療或語言治療即有許多不同的手法與理論，不同學派對治療結果也常有所爭議。

但是是否每一種主流治療方式都能有效的促進腦性麻痺兒童的發展? 目前新興、還被歸類於另類療法的治療方法對兒童的整體發展又是如何？以實證醫學的方法，針對腦性麻痺兒童主流與非主流的醫療方式進行探討，即是一種科學的驗證，此驗證可讓主流與非主流的醫療人員在同一平台上，了解彼此的療效與限制。同時也可提供非主流醫療方式使用者較正確可靠的資訊，以利治療方法的抉擇。

實行醫療方法的實證醫學驗證有五個步驟：1. 提出可回答的臨床問題,2.搜尋最佳實證文獻資料。3. 謹慎的文獻評讀, 評估各種醫學報告的可信度、影響程度及臨床可使用性，並作成結論。評讀時會根據實證醫學的證據等級分與建議分級為（表一）。4. 是否適合應用於患者身上。5. 評估執行實證醫學的效用和效率。

就上述的討論，我們先提出兩個臨床問題：(1)目前包含在主流復健醫學的各種治療對因腦性麻痺所造成的身心發展遲緩兒童（population）日後之整體發展是否有益？(2)非主流之馬術治療、水中治療、與音樂治療（exposure and comparison） 對因腦性麻痺所造成的身心發展遲緩兒童（population）之整體發展是否有效（outcome)？ 希望藉由實證醫學的方法與精神，了解主流與非主流治療的證據力。

搜尋步驟

1. (1)第一個臨床問題之關鍵字：腦性麻痺（cerebral palsy）AND 治療（therapy）AND review

   (2)第二個臨床問題之關鍵字：腦性麻痺（cerebral palsy）AND 馬術 （hippotherapy, horse, ）OR 水中治療(hydrotherapy, aquatic) 音樂治療(music therapy or music)

2. 尋找文獻的過程：

   甲、 Cochrane database of systemic reviews

   乙、 MedLINE

   丙、 Pubmed

   丁、 CINAHL

   戊、 SportDiscus

   己、 查詢 American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine (AACPDM)網站 AACPDM Database of Evidence Reports

3. 文獻選擇：第一個臨床問題以系統綜述為主，第二個臨床問題至少為證據等級四級的 Case series。

結果

各種治療與腦性麻痺整體發展

經過搜尋，找到四篇與第一個臨床問題有關的系統綜述，分別是針對腦性麻痺兒童接受肌力訓練或漸進式阻力訓練（表二），語言治療（表三），引導式教學（表四）的療效，以及評估肉毒桿菌注射後治療方式的療效（表五）。

馬術治療與腦性麻痺整體發展

馬術治療，簡單來說，就是以馬作為一種治療工具使用，利用馬行走時在三度空間所產生的律動及在馬上可以設計一些治療計劃，對身心障礙者進行治療。在古典的馬術治療治療中，患者是被動地擺在馬背上，治療的進行完全是藉由馬的動作來影響患者在馬背上的姿勢以及患者對馬的律動(rhythm)所產生的反應。Debuse(2005)對 113 位英國與德國馬術治療師，以問卷調查研究的方式對調查他們對馬術治療的臨床效果。這些治療師平均每周治療 6-19 位患者。結果顯示這些治療師都認為馬術治療最能有效改善腦性麻痺患者的肌肉張力，姿勢控制與心理因素（動機增加）。這些接受調查的德國馬術治療師平均專業年資為 12 年，英國馬術治療師為 4 年。有的治療師認為因為馬的移動特性與人的關係使得馬術療無法由他種方式取代，有的治療師則認為孩子不只在動作技巧上進步，連他們的語言能力、行為也都會有所改變，有的治療師則寫道孩子接受馬術治療時的積極性非常的高，

往往都不覺得是在接受治療。但是遺憾的是，大部分的治療師都沒有使用評量工具來評估治療效果。在討論中作者建議使用 Chailey Levels of Ability (CLA)來評估病人姿態控制能力的改變。Pauw (2000)回顧有關馬術治療效果的文獻，結果亦顯示臨床上馬術治療有其效果，但是卻無統計上顯著意義的改變。他認為造成上述結果的因素並非由於馬術治療於身心障礙者的效果不夠好，而是因為實驗對象太少。因而 Pauw (2000)建議馬術治療應該於多個中心同時進行研究並使用標準化的評量工具，以改進統計學上面臨的問題。在一篇有關馬術治療非系統性綜述（Meregillano G. 2004）的文章指出，大部分已有的有關馬術治療的研究都有研究對象過少的狀況，因而無法確切的肯定馬術治療的效果。因此本研究手先搜尋與腦性麻痺與馬術治療的研究，以期回答「非主流之馬術治療（exposure and comparison）對因腦性麻痺所造成的身心發展遲緩兒童（population）之整體發展是否有效（outcome）？」這個臨床問題。經過於研究方法的搜尋方式搜尋，找到三篇與馬術治療有關的研究報告，並將其研究結果以實證醫學的方式進行評讀，並將其製作為表格（表五-表八）以利查詢。

討論

實證醫學的時代意義包括提供現代的醫師或其他專業的醫療人員新的終身學習方式。此外對醫療人員以及病患本身，擅用實證醫學的
證據結果的建議與推論，還有控制醫療費用於有經濟效益的治療的優點。

上述的文獻評讀結果顯示即使是屬於腦性麻痺兒童的主流醫療-復健治療所運用的治療方式，針對病人的整體發展也無法獲得很確切的證據。其中的因素仍多因實驗的方法上的瑕疵與實驗對象太少。Archie Cochrane（首先提出實證醫學概念），認為所有的醫療行為都應該根據嚴謹的研究證據，才能將醫療資源作有效的應用，並主張各專科醫師應該定期回顧最新的研究證據，摘錄整合其結果，利用臨床流行病學判斷研究的品質及文獻可信度。臨床流行病學對於各種研究有其研究指引，在實証醫學發達以後成為各種 guideline。這些指引不但是檢視研究可信度的標準，也是執行研究單位必須遵照的守則大力提倡『臨床流行病學』的研究方法。醫師必須熟悉臨床流行病學以進行研究。另類療法若要為大眾接受也應遵循這樣的實驗方法。但值得一提的是，問卷上提到的的多種另類療法，並沒有文獻可查。這樣的結果也可表示如此的治療療效多限於個人經驗，因為結果有效的研究比較容易被醫學雜誌接受。

醫療的基本倫理就是不要造成病人不必要的傷害。所有的醫療行為施行者都應有此觀念。另外不論是主流醫療或非主流的另類療法都應有科學的研究，才能拉近兩者的隔閡。雖然部份的另類療法有些科學驗

證，但大多數另類療法所聲稱的療法及安全性卻提不出完整的科學驗證。世界衛生組織認為另類療法是指一個國家所固有或沒有進入國家主要衛生保健體系的範圍很廣的健康實踐。世界衛生組織並認為傳統醫療或另類醫療的國家政策及法規、安全性、有效性及質量、可近性與合理使用等，是目前全球各國需解決的問題。我國憲法明確表示「國家應推行全民健保並促進傳統醫藥之研究發展」。2005 中醫藥年報指出我國的傳統醫學已有明確的政策與完善的檢核制度。這樣的制度也保障了傳統醫療使用者的基本安全。美國於 1998 年國會通過設立國家互補與另類醫療研究中心(National Center for Complementary and Alternatine medicine，NCCAM)。其主要工作是評估互補與另類醫療治療方法並明確其有效性。有關身心發展障礙兒童經常使用的另類療法如音樂治療等，政府亦應先鼓勵相關的研究，確定其療效與有效的族群。同時發布研究結果以幫助大眾選擇有效安全的另類療法治療方法。

臨床指引的發展與應用

傳統的臨床指引是依據專家的意見，以專家會議的方式取得共識。實證醫學臨床指引是以實證醫學的精神回顧相關研究，區分研究的證據等級，並依據證據等級作成不同等級的建議。level 1 的研究證據力最強可做最強的建議。level 2 的研究產生的結果是試驗性的。level 3 或 4 的研究所產生的證據僅能建議其因果關係。限於人力、時間與

經費，本研究目前尚無法完成有關發展遲緩兒童安全使用另類療法的臨床指引。

結論與建議

實證醫學文獻評讀結果顯示即使是屬於腦性麻痺兒童的主流醫療-復健治療所運用的治療方式，針對病人的整體發展也無法獲得很確切的證據。其中的因素仍多因實驗的方法上的瑕疵與實驗對象太少。

有關身心發展障礙兒童經常使用的另類療法如音樂治療等，政府亦應先鼓勵相關的研究，確定其療效與有效的族群。同時發布研究結果以幫助大眾選擇有效安全的另類療法治療方法。

表一：研究的證據等級與依據證據等級作成不同等級的建議

Grade of Recommendation 建議分級 (研究分級)	Level of Evidence 證據等級	Therapy 治療(措施)
[A]	1a	*隨機對照研究的系統綜述* *(Systemic review of RCTs)*
	1b	隨機對照研究 (Single RCT)
	1c	All-or No
[B]	2a	群體研究的系統綜述 (Systemic review of cohort studies)
	2b	群體研究或品質差的隨機對照研究 (Cohort studies or poor RCT)
	2c	'Outcomes' research
	3a	實例對照研究的系統綜述 (Systemic review of case-control studies)
	3b	實例對照研究 (Case-control study)
[C]	4	個案報告 Case series
[D]	5	個人經驗、實驗室研究 (Expert opinion, physiology, bench research)

表二：肌力訓練於腦性麻痺兒童的療效綜論

題目與作者	A systemic review of the effectiveness of strength-training programs for people with cerebral palsy (
文獻來源	Arch Phys Med Rehabil 2002; 83: 1157-1164
目的	確定肌力訓練或漸進式阻力訓練對腦性麻痺患者的療效
納入系統性回顧的文獻條件與篇數	PEDro 分數≧3 分（最高分 10 分）；共 11 篇
結論	肌力訓練或漸進式阻力訓練可增加腦性麻痺患者的肌力，並可能改善患者的動作活動力，且無造成負面效果的報導（如使張力增加或關節活動度降低）
評論	肌力訓練是否能改善腦性麻痺患者的行動能力功能或執行期社會角色的能力仍不清楚 需要更多高品質的研究

表三：語言治療於腦性麻痺兒童的療效綜論

題目與作者	Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy (Pennington et al., 2003)
文獻來源	Cochrane Database Syst rev. 2006; 19(2): CD004381
目的	確定語言治療對腦性麻痺患者溝通能力的療效
納入系統性回顧的文獻條件與篇數	11 篇非隨機實例實驗或案例報告
結果	納入系統性回顧的研究實驗對象差異性很大，且因研究方法上的瑕疵，無法為語言治療的療效做出堅定的結論
結論	語言治療似可增加腦性麻痺患者的溝通能力，但仍需更多的研究(應用該項治療，對病者愈後、治療質素等可能起著正面的作用)。
評論	語言治療是否真能增加腦性麻痺患者的溝通能力，仍需更多的研究加以肯定

表四：引導式教育對腦性麻痺患者的療效

題目與作者	Conductive education intervention for children with cerebral palsy: an AACPDM evidence report. (Darrah et al., 2004)
文獻來源	Developmental Medicine & Child Neurology 2004, 46: 187-203
目的	確定引導式教育對腦性麻痺患者的療效
納入系統性回顧的文獻條件與篇數	以引導式教育為腦性麻痺兒童治療的研究報告，共 14 篇研究報告：1 篇證據等級 I，4 篇證據等級 II，3 篇證據等級 III6 篇證據等級 IV
結果	納入系統性回顧的研究實驗治療介入方式差異性很大，且因研究方法上的瑕疵，無法為腦性麻痺兒童接受引導式教育的療效做出支持或不支持的結論
結論	雖然因研究方法不佳與相關研究過少而無法確立腦性麻痺兒童接受引導式教育的療效，但這樣的結論有兩個正面意義 1.幫助家人以家庭的其他因素來考量腦性麻痺小孩做治療時的依據 2.可指出此議題未來的研究方向與需求。
評論	引導式教育是否真能增加腦性麻痺患者的能力，仍需更多的嚴謹的研究深入探討。

表五：肉毒桿菌注射後治療方式的療效

題目	Effect of therapy for children with CP following botulinum toxin-A injection (Lannin et al.)
文獻來源	AACPDM Database of Evidence Reports
目的	評估肉毒桿菌注射後治療方式的療效
納入系統性回顧的文獻條件與篇數	納入系統性回顧的研究實驗只包括肢體注射肉毒桿菌後接受不同治療（包括物理、職能治療、副木、打石膏、電刺激），共 9 篇研究報告：1 篇證據等級 II，2 篇證據等級 III，4 篇證據等級 IV，1 篇證據等級 V
結果	尚無好的證據支持肉毒桿菌注射後接受治療的療效
結論	雖然好的證據不足而無法確立腦性麻痺兒童接受肉毒桿菌注射後接受治療的療效。針對注射後的每一種的治療的療效評估，尚須有實驗設計良好的研究但這樣的結論有兩個正面意義 1.幫助家人以家庭的其他因素來考量腦性麻痺小孩做治療時的依據 2.可指出此議題未來的研究方向與需求。
評論	目前肉毒桿菌被認為是一種相伴的治療，但是注射後要使用哪一種治療才能達到最大的療效，目前還需要更好品質的臨床研究。

表六： 馬術治療研究摘要 –治療介入方式與參與者

研究來源	治療介入方式	控制組介入方式	研究對象	總人數(n)	年齡
Benda, 2003	馬術治療 8 分鐘	跨坐於靜置的桶子上 8 分鐘	痙攣性腦性麻痺患者，可獨坐，可獨自行走或使用輔具獨自行走，可遵循指令，髖關節外展程度可跨做於馬上或桶子上；有排除條件	15	4-12 歲
Casady, 2004	馬術治療	無	腦性麻痺患者	10	2.3-6.8 歲
McGibbon, 1998			痙攣性腦性麻痺患者，可獨自行走或使用輔具獨自行走至少 4 分鐘，可遵循指令，髖關節外展程度可跨做於馬上；有排除條件	5	9-11 歲

表七：馬術治療研究摘要 –研究方法

研究來源	研究設計	證據等級/品質	治療時間	治療組(n)	對照組(n)
Benda, 2003	等組前後測研究方法 Pretest/posttest control group design	III-M (5/7)	8 分	7	8
Casady, 2004	Time-series, quasiexperimental research design（準實驗設計）	IV-W (4/7)	十周，每週一次，每次 45 分	10	-
McGibbon, 1998	Repeated-measure within-subjects design 前後測研究方法	IV-S (6/7)	8 周，每週 2 次，每次 30 分	5	-

表八：馬術治療研究摘要–結果與測量方式

研究來源	評量目的	評估方法	研究指標影響身心障礙的層次	結果	評論
Benda, 2003	肌肉活動的對稱性	比較站立及行走時 C4、T12、L3-4、hip adductor、abductor 肌電波(MUAP)振幅，錄影	損傷	治療組之不對稱肌肉活動改善較明顯（64.6% vs-12.8%），但統計上無顯著差異（p=0.051）	實驗方法中等，雖無統計學上的顯著差異，但可看到治療組之不對稱肌肉活動改善較明顯。仍需更多的嚴謹的研究才能確定馬術治療對於控制姿勢的肌肉短期與長期的影響，以及對患者功能的影響，以及對馬術治療反應良好的腦性麻痺子群體。
Casady, 2004	功能的改善	PEDI, GMFM	功能與活動限制	PEDI 與 GMFM 分數治療後有顯著差異〈除了 GMFM 中躺與翻身的分數沒有顯著差異〉；平均 GMFM 分數變化，preT1 與 preT2 為 3.6%±2.7%, preT2 與 postT1 為 4.5%±2.8%, post T1 與 postT2 為 3.4% ±1.9%	前後測的結果部分有差異部分無差異，因此仍無法確定馬術治療改善腦性麻痺患者功能的層面。
McGibbon, 1998	步行功能，能量消耗指	心跳、步行功能參數(步數, 步伐長度，步行速度）GMFM-E，能	功能與活動限制	GMFM-E 與能量消耗指數有顯著改善，步行功能參數則只有改善的趨勢	研究方法佳但研究對象太少，且從研究結果無法獲知能量消耗指數的改善與其對應的功能改善為何

	數	量消耗指數			

參考文獻（第一部分）

1. 中華民國內政部人口資料

2. 中華民國內政部兒童局

3. Carlson MJ, Krahn G.. Use of complementary and alternative medicine practitioners by people with physical disabilities: estimates from a National US Survey. *Disabil Rehabil.* 2006 30;28:505-13.
4. Chen YC, Lew-Ting CY, Tseng MS, Pan WH. Pattern and purpose of dietary supplements use in Taiwan. *Nutr Sci J* 2001; 26: 193-202.
5. Conboy L, Patel S, Kaptchuk TJ, Gottlieb B, Eisenberg D, Acevedo-Garcia D. Sociodemographic determinants of the utilization of specific types of complementary and alternative medicine: an analysis based on a nationally representative survey sample. *J Altern Complement Med.* 2005;11:977-94.
6. Crawford NW, Cincotta DR, Lim A, Powell CV. A cross-sectional survey of complementary and alternative medicine use by children and adolescents attending the University Hospital of Wales. *BMC Complement Altern Med.* 2006;6:16
7. David L. Sackett, Sharon E. Straus, W. Scott Richardson, William Rosenberg, R. Brian Haynes. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 2nd edition, Churchill Livingstone, Toronto, 2000.
8. Hurvitz EA, Leonard C, Ayyangar R, Nelson VS. Complementary and alternative medicine use in families of children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2003 Jun;45(6):364-70.
9. Junker J, Oberwittler C, Jackson D, Berger K. Utilization and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in patients with dystonia. *Mov Disord.* 2004 Feb;19(2):158-61.
10. Lee CH, Chou YJ, Chen LS, Chang HJ. Utilization of ambulatory Chinese medical services under the National Health Insurance in Taiwan. *Taiwan J Public Health* 2004; 23: 100-107.
11. Lee MS, Lee MS, Lim HJ, Moon SR. Survey of the use of complementary and alternative medicine among Korean diabetes mellitus patients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2004;13:167-71
12. Levy SE, Mandell DS, Merhar S, Ittenbach RF, Pinto-Martin JA. Use of complementary and alternative medicine among children recently

diagnosed with autistic spectrum disorder. *J Dev Behav Pediatr.* 2003;24:418-23

13. Lew-Ting CY. Who uses non-biomedical, complementary and alternative health care? Sociodemographic undifferentiation and the effects of health needs. *Taiwan J Public Health* 2003; 22: 155-166.
14. Lin JD, Lin YW, Yen CF, Wu JL, Chwo MJ. Health care utilization and barriers assessment for preschool children with disabilities in Taipei. *Taiwan J Public Health* 2004; 23: 412-418.
15. National Center for Complementary and Alternative Medicine. National Institutes of Health. 2005. What is complementary and alternative medicine? [on-line] Availabe: http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#sup1.
16. Prussing E, Sobo EJ, Walker E, Kurtin PS. Between 'desperation' and disability rights: a narrative analysis of complementary/alternative medicine use by parents for children with Down syndrome. *Soc Sci Med.* 2005;60:587-98
17. Reynolds AJ, Temple JA, Ou SR. School-based early intervention and child well-being in the Chicago Longitudinal Study. *Child Welfare* 2003; 82 (5); 633-656.
18. Rydz D, Shevell MI, Majnemer A, Oskoui M. Developmental screening. *J Child Neurol* 2005;20:4-21.
19. Sinha D, Efron D. Complementary and alternative medicine use in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Paediatr Child Health.* 2005;41(1-2):23-6.
20. Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern Ther Health Med.* 2005;11:42-9.
21. Wolsko PM, Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Phillips RS. Insurance coverage, medical conditions, and visits to alternative medicine providers: results of a national survey. *Arch Intern Med.* 2002 Feb 11;162(3):281-7.

參考文獻（第二部分）

1. Lannin N, Scheinberg A, Clark K. AACPDM systemic review of the effectiveness of therapy for children with cerebral palsy following botolinum toxin-A injections. AACPDM Database of systemic review. www.aacpdm.org
2. 張永賢衛生署中醫藥委員會組織定位與組織改造之探討 中醫藥年報 2005 年第 23 期第 1 冊 251-426 頁。
3. Benda W, McGibbon NH, Grant KL. Improvements in muscle symmetry in children with cerebral palsy after equine-assisted therapy. *J Altern Complement Med*. 2003;9:817-25.
4. Casady RL, Nichols-Larsen DS. The effect of hippotherapy on ten children with cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther*. 2004;16:165-72.
5. Darrah J, Watkins B, Chen L, Bonin C; AACPDM. Conductive education intervention for children with cerebral palsy: an AACPDM evidence report. *Dev Med Child Neurol*. 2004 Mar;46(3):187-203. Links
6. Debuse D, Chandler C, Gibb C. An exploration of German and British physiotherapists' views on the effects of hippotherapy and their measurement. *Physiother Theory Pract*. 2005 Oct-Dec;21(4):219-42. McGibbon NH, Andrade CK, Widener G, Cintas HL. Effect of an equine-movement therapy program on gait, energy expenditure, and motor function in children with spastic cerebral palsy: a pilot study.
7. *Dev Med Child Neurol*. 1998;40:754-62.

8. Meregillano G. Hippotherapy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2004;15(4):843-54
9. Pennington L, Goldbart J, Marshall J. Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy.
10. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD003466.