

退化性膝關節炎中老年人之疾病認知與因應

陳毓璟*

摘要

退化性膝關節炎不僅是中老年人常見的疾病，與失智、中風和冠狀心臟病並列為造成老人失能的四大疾病。其所帶來的疼痛與腿部關節活動的限制，嚴重影響病人的生活品質。本研究以台灣南部某教學醫院104位平均年齡約65歲的病人為對象，參考疾病常識模式設計半結構式問卷，訪談病人對退化性膝關節炎的認知及其因應方式。

研究結果發現病人認為疼痛是主要疾病徵候，也是判斷疾病嚴重度的重要指標。多數病人認為退化性膝關節炎是長期勞動工作磨損結果或老化的自然現象，常先自行採行多種方法來減輕膝蓋疼痛所帶來的不適，無法緩解時才考慮就醫；部份老人因為缺乏陪伴就醫、經濟問題、交通不便或害怕手術的不良後果而有拖延就醫的情形；有些病人則過分樂觀手術療效而疏於自我照顧；有關退化性膝關節炎之資訊，大部分從醫生或親友得知；年齡高與低教育程度，會影響病人收集醫療資訊與理解的能力。

*國立中正大學成人及繼續教育學系暨高齡者教育碩士班副教授

通訊作者：陳毓璟

聯絡地址：嘉義縣民雄鄉大學路168號

聯絡電話：05-2720411 #36106

傳真機：05-2721192

E-mail: eduycc@ccu.edu.tw

建議多注意病人因擔心自己失能成為子女的負擔所產生的憂鬱，以及自行用藥與接受民俗療法和延遲就醫的情形，並且發展針對疼痛緩解與預防失能之自我照顧教育方案。以及發展適合篩檢低識字老人的簡易評估問卷，來協助社區老人及早就醫與自我照顧。

關鍵字：中老年病人、因應、退化性膝關節炎、疾病認知

壹、前言

台灣地區人口逐漸老化，程度雖不若其他國家嚴重，惟人口老化速度卻較各國為快。我國從1993年開始進入人口高齡化國家，行政院經建會預估 2018年65 歲以上人口比例超過14%，達到聯合國及其他國際機構所稱的高齡社會；至2026年65 歲以上人口比例超過20%，達到超高齡社會（行政院內政部，2008）。65歲人口比率自7%增加至14%的時間，預估僅需25年左右，老化速度與日本相似，卻遠快於歐美早已高齡化之國家。人口快速老化所衍生的社會負擔與照護問題，瞬時成為各界關注的重要議題。

老年人常深受許多慢性疾病所困擾，其中退化性關節炎不僅是老年常見的疾病，更是一種嚴重危害老年人生活品質的慢性進行性疾病，尤其是五十歲以上的人，其與失智、中風和冠狀心臟病並列為造成老人失能的四大疾病（Wanless, 2006），世界衛生組織更預測在2020年退化性關節炎將是導致失能排名第四位之疾病（Woolf & Pfleger, 2003）。退化性關節炎易發生於膝關節、髖關節、脊椎、手指及足部等富含軟骨構造的關節，其中以「膝關節」退化最為常見。依據台灣全民健康保險醫療統計年報顯示，關節病變及有關疾患之總患者約佔2007年全國人口數12.1%，其中65歲以上佔30%，盛行率為35.8 % 並且門診就醫總醫療費用約佔總門診之2.7%（行政院衛生署，2008），所耗用的國家醫療的預算十分龐大。依據Yelin（1998）的研究，預估美國每年要花費150.5億美元在骨關節炎，其經費是風濕性關節炎的三倍，而且其中一半的經費主要在骨關節炎所造成的工作損失上。而根據韓幸紋與鄭清霞（2011）分析全民健保資料庫研究結果顯示，台灣2008年全體國民因退化性膝關節炎就醫，門診費用就花了約30.6億新台幣，住院費用更高達50.5億元，造成台灣重大的醫療費用負擔。目前台灣缺乏全國性退化性膝關節炎流行病學調查，李丞華（2009）以健保醫療申報資料進行退化性膝關節炎分析，台灣全人口2005-2007 年退化性膝關節炎，50歲以上對象盛行率約為7%，60歲以上為10-11%。盛行率與發生率，女性皆約為男性的2倍。韓幸紋與鄭清霞（2011）的研究結果，2008年因退化性膝關節炎的就醫病患共計52.8萬人，45歲以下盛行率為0.34%、45-64歲為3.55%、65歲以上為11.2%。而且受到人口老化影響，2004至2008年期間整體盛行率逐年上升。但是上述僅是健保資料庫中有接受醫療的病人統計，尚有許多老人可能礙於交通不便、乏人陪伴就醫或缺乏疾病嚴重性認知等因素而沒有就醫，可能低估此疾病的盛行率。

退化性膝關節炎的導因為膝關節間的軟骨被破壞及溶解而造成，致病因子包括年齡、性別、遺傳、體重、外傷或過度使用，與其他影響關節之疾病的共病影響等

(Creamer & Hochberg, 1997; Felson et al, 1997; Felson & Zhang, 1998; Osborne, Buchbinder, & Ackerman, 2006; 田維哲, 2006; 林柳池, 2006)。主要有感到疼痛、關節僵硬、關節活動受限、關節活動時有異常聲響、關節變形及關節發炎腫大幾項症狀 (Hochberg et al., 1995)。由於目前醫療尚無法根治此慢性疾病，部分研究著重在減少關節早期創傷所帶來的後續影響，治療的目標以減輕關節疼痛與僵硬、增進活動功能、減少心理壓力及維持病患獨立性為主。常見的治療方法，早期治療多以調整生活作息為主，如避免蹲、跪及減輕體重，減少爬山或爬樓梯以減少關節負擔。復健治療或物理治療消除肌肉痙攣及關節疼痛或僵硬，使用止痛或抗發炎藥，復健以增強腿部肌肉力量，並增加膝關節柔軟度，肥胖的病人須減輕體重。口服或外用藥物療效差者，於關節內注射玻尿酸或類固醇，有氧運動延長關節的使用年限與減輕關節疼痛，不少病患最後還是得接受人工關節置換手術 (Ryan, 2001; 邱煥民, 2004; 謝霖芬、陳文珊、莊志誠, 2004; 侯勝茂, 2009)。但是如果不積極治療，膝關節會彎屈攣縮，內或外翻變形，腿肌肉萎縮等都越來越嚴重，且膝關節活動範圍越來越小，膝關節疼痛及僵硬越來越嚴重，甚至無法走路。

根據美國的統計，高達七到九成的老年人因退化性膝關節炎引起的疼痛和不適所苦 (Oliveria, Felson, Reed, Cirillo & Walker, 1995)。其所帶來的疼痛與腿部關節活動的限制，嚴重影響病人的活動力與生活品質。林芷伊 (2007) 研究在機構的老人，罹患關節炎的慢性疼痛與相關因素時，發現慢性疼痛對日常生活的影響甚大，最疼痛的部位為膝關節佔 54.4%，故機構老人有一半以上因膝關節炎疼痛而造成行動不便。美國老年病學會 (American Geriatrics Society, 1998) 指出退化性關節炎所造成的疼痛是慢性且循環性的，並常導致老人睡眠困擾、社交互動降低及心理功能的缺損。而且長期處於慢性疼痛及活動功能受限，易導致低自尊，不願外出與人互動，造成社交隔離與依賴。而且教育程度較低、年紀愈長者其社會互動情形也愈差。Kim 等 (2010) 對韓國平均年齡 50 歲以上的老人，研究結果發現女性在疼痛、情緒上產生負面影響與身體功能受損也明顯較男性高，故退化性關節炎對女性的日常生活影響較嚴重。當病人感到的疼痛指數越高時，進而衍生憂鬱的情形也會相對降低病人的自尊，影響病人的社會關係 (何郁宣、洪麗珍、郭憲文, 2008)。長時間罹患退化性關節炎的病人，若缺乏社會支持的病人會產生較多的悲觀、憂鬱情緒及較低的幸福感，而憂鬱情形會導致病人在自我的照顧能力降低 (Tsai, Yeh, & Tsai, 2005; Luger, Cotter, & Sherman, 2009)。

相當多的骨膝關節炎病人，缺乏有關的知識。許多退化性關節炎老年病患，保守治療常規的藥物等手段也往往效果不佳 (湯敏生等, 2007)。Laborde and Powers

(1985) 在其研究中指出，退化性關節炎患者目前生活的滿意度建立在對健康有較佳的認知，以及本身關節疼痛較輕之上。Ibrahim, Siminoff, Burant and Kwoh (2001) 也認為病人透過衛生教育了解正確知識以後，不但可以較能接受病情的診斷與了解行為改變的必要性，甚至在處置時因為有更充分的了解，而能做出更適當的決定。因此需要在保守藥物治療以外，加上更多人性化的服務，包括電話諮詢、衛生教育、居家照護等，以增加病患對退化性膝關節炎的了解與自我照顧的信心，讓醫護人員更能了解病患病情的發展，提供即時的治療措施。讓治療效果維持，避免病情繼續惡化。

為避免退化性關節炎快速惡化，有效的規劃病人衛教策略或提升治療品質，需要先對退化性關節炎病人之疾病的認知、心理的需求與疾病處理的經驗有更清楚的認識。但是回顧近十年來國內關於退化性關節炎之研究，大多傾向於治療的方法、輔具研製、職能復健，以及運動復健相關研究，較少深究病人對疾病的認知、感受、適應，以及在就醫過程中所面臨的阻礙，使得醫療服務的提供與病人的需求之間無法做有效連結。Felson and Zhang (1998) 強調退化性關節炎的預防應該受到重視，即便醫學的發展可以改善治療的方法，但是如果不清楚的了解病人的需求、對疾病的認知與其調適行為，將無法讓醫療科技的成果有效的應用與發揮。但因為目前的退化性關節炎的病因和治療方法都不十分明確，病情又是慢性惡化，不會立即的造成死亡，加上病患大多為中老年人，常將關節炎視為一種老化、磨損及痛苦的過程，造成老化與疾病不易區別，因此容易被忽略（李世代，2002；Cadbury, 1997），病人如果沒有獲得早期診斷及治療，最後將導致殘障及其合併症發生，影響生命安全。此外，醫療專業人員和老年病人的溝通品質更是受限，也影響病人積極遵醫囑的行為。加上病因多元且長期發展，健康促進的策略難以立即見效。雖然中高齡退化性關節炎病人的衛生教育十分重要，但具有挑戰性。

目前探討老人對於退化性膝關節炎的認知與因應的相關研究，在疾病的描繪中，老人大多數都認為疼痛或活動受限等症狀感到最不舒服。引起疾病的原因為退化、磨損、冷、外傷、基因與肥胖。疾病所造成的結果使個人的日常生活、工作、休閒及情緒受到影響之外，連家庭成員都受影響。老人會採取許多不同的方法來因應退化性關節所帶來的生理舒適改變與行動的受限。包括口服用藥、熱敷、運動、輔具、減重、中醫、民俗療法、復健及物理治療、營養保健及宗教，來減輕退化性膝關節炎帶來的不舒服（林尹霈，2005；Baird, Schmeiser, & Yehle, 2003；Kee, 1998）。老人認為退化性關節炎是一種嚴重而慢性的疾病，無法被治癒但可以靠醫藥處置來控制（Hampson, Glasgow, & Zeiss, 1994）。陳郁馨（2009）研究發現，研究對象對於退化性膝關節炎相

關知識認知不足，受訪者對於泡熱水的時機、鈣片的服用知識及關節炎病程的進展有較多的錯誤觀念，年齡較大的病人對退化性膝關節炎的認知與健康素養明顯不足。

因此本研究從預防角度著手，以教學醫院為研究場域，先了解中高齡病人對退化性膝關節炎的認知與因應方法，期待將研究結果做為後續發展退化性膝關節炎衛生教育與健康促進介入方案之依據。

貳、材料與方法

一、理論依據

本研究參考Leventhal和其夥伴（Diefenbach, & Leventhal, 1996；Leventhal, Idler, & Leventhal, 1999；Leventhal, Leventhal, & Cameron, 1999）所發展的疾病常識模式“common-sense model of illness”及其他相關文獻來發展問卷。這個理論是以病人中心的思考為出發點，分析病人如何看待疾病與產生因應行為。此理論乃將訊息理解與概念產生的過程分為描繪、因應及評價三個階段。在描繪階段主要探討病人對疾病的認知，從五個面向來探究罹患疾病對病患的意義，包括症狀確認、引起疾病的導因、疾病持續的時間、疾病所造成的結果、以及疾病是否可被控制或治療等。接著進入因應階段，病患依據對疾病的描繪結果發展因應的策略。並且經由評價的階段改變本身對疾病的認知，以及修正因應的策略（Leventhal, Leventhal & Cameron, 1999）。由於個人對於所罹患疾病的認知，將會影響其應付健康及疾病問題的行為，Diefenbach and Leventhal（1996）認為以這個理論架構來收集罹病過程中認知和情緒因素對健康與行為的影響，可以獲得更豐富與有力的訊息，對於測試健康與行為理論是很有價值的。後續許多學者將常識模式應用於了解慢性疾病的病人對疾病的認知後，進行衛教工作的介入與促進病人對疾病的自我照顧（Barsevick, Whitmer & Walker, 2001；Baird, Schmeiser, & Yehle, 2003；Shifren, 2003；McAndrew et al., 2008；Wearden & Peters, 2008）。本研究應用此理論設計訪談架構，以瞭解中老年人對於退化性膝關節炎疾病威脅的描繪與因應策略，及罹病與就醫經驗如何影響其觀念與因應。

二、研究對象

基於Oliveria等（1995）研究，五十歲開始，退化性關節炎罹患率快速增加。再考量嘉義縣是台灣地區老年人口比例最高的縣市，老年人口高達15%以上，許多老人正

深受退化性關節炎所苦，而嘉義縣某一教學醫院層級的宗教醫院從事許多醫療援助的工作，也是世界衛生組織認證的健康促進與高齡友善醫院，重視社區中老人健康服務工作，故立意選擇此醫院為實地研究的場域，選擇以50歲以上的退化性關節炎門診病人為研究對象，以利後續衛生教育工作的推動。

三、訪談工具

鑒於常識模式大多採用質性的研究，深入瞭解病患對疾病的認知及應因策略（林尹霈，2005；Barsevick, Whitmer & Walker, 2001；Baird, Schmeiser, & Yehle, 2003；Shifren, 2003）。而且本研究對象較多來自於農業縣市之高齡者，教育程度較低，有很高的比例為老年人、不識字或是國小程度以下之低功能性識能（low functional literacy），可能影響紙本問卷之理解與回答，因此本研究亦採用質性方法，設計半結構式問卷進行訪談，並且利用退化性膝關節炎門診病人候診時間進行訪談。

訪談大綱包括病徵描述；疾病認知：症狀確認、引起疾病之導因、疾病持續的時間、疾病所造成的結果及疾病是否可被控制或治療、生病就醫歷程與經驗。另外加上手術的認知與態度、對生活的影響、因應策略、資訊來源與學習障礙（見附錄一），及其他相關的危險因子與人口變項等。為提升效度，訪談大綱先經過參與本研究之關節中心、骨科、風濕免疫科、家庭醫學科與復健科等五位醫師的修正以後，先以關節中心和風濕免疫科五位病人進行預試，並且邀請一位健康促進專業背景的學者擔任觀察員，提供訪談態度與訪談用詞溝通之建議，最後據以修改整體問卷內容與用詞。

四、資料收集

為了解此家教學醫院門診病人的分布狀況，先針對2008年間醫院退化性膝關節炎病人的就診情形加以分析。發現2,817位門診病人中，就診人數依序以關節中心、一般外科、骨科、風濕免疫科、家庭醫學科、復健科和神經科最多，其中關節中心就佔了七成以上，其餘科別都在7%以下。平均年齡63歲，女性佔76.3%，男性23.7%。居住地區來自台灣全省，但以嘉義縣、雲林縣、台南縣與嘉義市等鄰近縣市最多。鑒於病人選擇就醫科別可能有其對疾病描繪與疾病歸因不同的考量，因此本研究於每科別徵詢其中一位醫師的同意後，最後以關節中心、風濕免疫科、骨科、家醫科與復建科等科別，五位醫師的門診50歲以上退化性膝關節炎複診病患以及主訴膝關節問題之初診病人為對象。並且考量下列因素來預估訪談人數，包括：能大致符合2008年門診各科別人次分布、每個科別訪談到5-30人、以半天為一個時段每個時段預估可訪談2-6人（視

訪談當日每個科別合於50歲以上確診為退化性膝關節炎或有knee OA症狀主訴條件，且願意接受訪談的就診人數而定）。綜合上述考量因素，除關節中心先安排七個時段，復健科三個時段以外，其餘各科別大約先安排五個時段進行訪談。利用合作醫師門診時間，透過醫師或隨班護理人員的協助篩選合乎條件的病人，並且徵求病人同意下，研究者於候診時間進行訪談。從2009年11月初至2010年3月底，共計訪談104位50歲以上的門診病人，每位民衆受訪時間從十幾分鐘至二十幾分鐘不等。訪談後隨即記錄針對每位受訪者的訪談心得，以及受訪期間隨同家屬影響訪談的情形，作為後續文本分析的參考。

五、研究倫理考量

本研究研究計畫先通過被研究醫院醫學倫理試驗委員會之審查（IRB審核同意編號：B09804018），再透過門診醫師或隨班護理人員的協助，先告知病人本研究的目的是與研究者的身分。再進一步經過研究者逐一詳細解釋本研究目的與訪談錄音的狀況，經過病人或陪同家屬同意並簽署IRB表條件下才進行訪談。

六、資料分析

先將錄音檔轉譯成逐字稿，再進行文本分析。逐字稿成為本研究討論、分析、比較、解讀相關概念的主要素材。先選擇五篇不同受訪單位的文本，由研究者與另一位大學任教的健康促進學者分別將逐字稿反覆閱讀、探究，共同討論與建構出文本分析的概念層次結構與分類項目（見附錄二），再由研究者本身依此架構進行其他受訪者的文本分析。病人所描述的病情或是就診歷程不清楚者，進一步與其主治醫師確認，此外也同步參考研究者的訪談心得紀錄，作為交叉檢視的依據。並且透過ATLAS.ti質性分析軟體的協助，將所有訪談的文本，依此分析架構逐一標註、分類與建檔。文本摘錄的語句編碼原則範例：例如（A0025 P5, 30-31）代表意思為，取自於關節中心(A)、第25位受訪者文本的第5頁30-31行。並且也同步將研究者對於該位受訪者的訪談心得紀錄，編號為（A0025-研究者訪談心得），一併納入分析。此外，為使本研究結果，得以應用於後續衛教介入方案教育主題的選擇與策略發展的依據，進一步針對104位受訪者經常出現的敘說，計算出現較多之各細分類概念人數佔104位受訪者之百分比。

參、研究結果

一、受訪者特性

104位50歲以上的門診病人，複診75人，初診29人，分佈科別見表1。平均年齡65.3歲，其中女性77位，男性27位，女性佔74%；受訪者平均年齡與性別比例與該院2008年看診病人的特性大致相符。受訪者大多居住在醫院所在地嘉義縣的鄰近雲嘉縣市；教育程度在國小及以下者高居68.7%，不識字或國小未畢業者就佔了33.4%；退休前或目前職業以農工、商三者居多；90%以上合併罹患其他疾病；90%以上有親友陪伴居住；94.7%有宗教信仰；58.6%有人陪伴就醫。合併其他疾病以高血壓、骨質疏鬆和糖尿病居多（見表2），其中有33人接受過關節鏡或人工關節置換術手術。

表1、受訪者就診科別統計

單位別	小計	診別	
		初診	複診
關節中心	42	22	20
風濕免疫	27	2	25
骨科	13	0	13
家醫科	18	3	15
復健科	4	2	2
合計	104	29	75

表2、受訪者基本資料

類別	次類別	人數	百分比(%)
性別	女性	77	74.00
	男性	27	26.00
年齡	50~59歲	29	27.9
	60~69歲	33	31.7
	70~79歲	31	29.8
	80~89歲	11	10.6

類別	次類別	人數	百分比 (%)
教育程度	不識字	21	20.6
	國小未畢業	13	12.8
	國小	36	35.3
	國中	13	12.8
	高中	11	10.7
	大學及以上	8	7.8
居住情況	有人陪伴	92	91.1
	獨居	9	8.9
	總人數	101	100.0
宗教	有	90	94.7
	無	5	5.3
居住地點	雲嘉地區(嘉義、雲林)	57	56.4
	南部地區(台南、高雄、屏東)	22	21.8
	中部地區(彰化、台中、南投)	14	13.9
	北部地區(新竹及以北)	6	5.9
	其他(包括海外)	2	2.0
職業	農	31	31.4
	工	22	22.2
	商	20	20.2
	公教	12	12.1
	家管	11	11.1
	服務業	3	3.0
	其他	2	2.0
合併其他疾病(複選)	高血壓	40	41.7
	骨質疏鬆	23	24.0
	糖尿病	21	21.9
	痛風	8	8.3
	心臟病	7	7.3
	無	9	9.4
	其他	2	2.0
有人陪伴就醫	有	58	58.6
	沒有	41	41.4

二、退化性關節病人對疾病的認知

本部分包括病徵描述、引起疾病之原因、疾病持續的時間、疾病所造成的結果及疾病是否可被控制或治療，和對手術治療的看法與態度等。

（一）病徵描述

受訪者對退化性膝關節炎的病徵描述，最主要是疼痛與行動受限。104位受訪者中約有85%的人訪談過程中提到感覺疼痛、77%的人感到行動受限，其次是關節僵直、腫脹、無力、關節發出異常聲音、變形和麻痹的感覺。

「一開始痛就很痛，痛到沒有辦法能走路（A0004 P1,37）」、「就這樣緊緊的難走，不太能走（A0031 P4,11）」、「下午的時候腳就會腫腫的（A0004 P1,27）」、「下樓梯要扶著，不然忽然間就跪下去了（A0009 P1,24）」、「這隻腳就沒有力（A0014 P4,31）」、「我的腳會腫、會劈啪叫（A0013 P1,23）」、「都快要變形了，這隻腳凸過去，這隻腳凸過來（A0031 P3,4）」、「站久會覺得酸到會麻（C0007 P1,26）」。

（二）罹病時間

由於病人大部分為老人，對於開始罹病的正確時間部分病人表示不太記得，較多記得最近嚴重疼痛或就醫的時間。研究者試著從開始有明顯症狀或第一次就醫時間來提示，依據病人的回答大致分類，病人記憶中開始有明顯症狀十年以上者大約佔二成、五年到十年之間者佔三成、五年以下者佔五成。

「我這個應該算很久了，算十年以上有了哦！（A0012 P1,34）」、「5、6年前的時候，我覺得我的關節好像會痛（A0003 p2,11）」、「痛了2年多了（A0006 P2,37）」。

（三）罹病的原因

有一半以上的病人提到退化性膝關節炎是因為需要負重的工作長期磨損膝蓋所引起，約一半的病人認為是年紀大退化所造成，約二成的病人認為可能是過去膝蓋受傷或罹患其他關節相關疾病所造成，約一成的病人認為可能與肥胖有關、但也有約一成的病人表示不知道病因。

「就是過度使用，不注意的（A0007 P6,1）」、「因為我們做工的人，比較有在爬高爬低，不知道骨頭都在退化了（A0014 P1,31）」、「我可能走太多，年輕時候開鐵牛走運動太多（D0019 P4,2）」、「磨了太過，沒有漿水可以磨就是了

(B0007 P2,28)」、「說是都說老了，退化了(D0017 P4,15)」、「就骨輪退化，對啊！想說老人是風濕吧(D0011 P31,32)」、「可能是骨頭萎縮(A0002 P2,15)」。

少部份有錯誤認知，例如吹到風、泡水太久、姿勢不正確或缺少鈣質等，也發現老年病人對於骨質疏鬆、痛風、風濕性關節炎和退化性關節炎致病原因分不清楚。

「以前曾經年輕熱天時吹電風扇，因為天氣熱晚上都只穿短褲而已，會覺得礙又礙又，我覺得這一定是吹電風扇吹來的(C0004 P8,29-30)」。

「塌塌米我們古早的時候是用腳踩，一直踩……因為我們是住在台南後壁鄉，要下去高雄再回台南，每一天每一夜，還要去擔(針車)的水，那個很冷，所以變成風濕，都會腫會紅……恩，這個算風濕，現在年紀大又退化。(C0006 P1,34-P2,2)」

「我們在山上是種水果的……要擔東西……擔太多，變腳風腳風(痠痛)……腳動一動會有聲音，就是說缺鈣質……痛風啦，天氣變，像氣象台這樣(D0024 P2,4-15；P3,26)」

病人會從疼痛的程度與出現頻率，以及影響行動的程度來判斷疾病的嚴重性；此外病人往往會從親朋好友罹患此病的症狀、疾病控制與發展情形，來認識這個疾病，並且從朋友的治療成效與採行的保健方法，來決定自己的就醫與保健方法。

(四) 疾病是否會被治癒或被控制

因為大部分的老年病人認為退化性膝關節炎是退化所引起，加上長期罹病就醫吃藥也無法完全消除疼痛的經驗，所以認為這個疾病是無法完全治癒的。因為有些事情，隨著年齡，你不可能回復到……有些病是你開刀以後可以完全恢復的，有些不行阿！所以我也不冀望說，就等於是用一天過一天。(A0025 P5,30-31)」、「會不會好，我是不敢去評斷啦，但是以我現在的情形是說，只要不要說提早一直惡化下去，能夠維持現在這樣就好，因為畢竟是我們自己不注意，已經到了惡化的程度才去找醫生，所以你現在要他說要多好... 要說到多好，不敢奢望啦…！(B0009 P8,3-8)」、「我就知道這個退化就沒有藥醫啊！藥沒有辦法治療的啊！(C0008 P2,31-34)」、「一直吃藥也沒有辦法改善，因為不會好阿！(A0044 p5,4)」。

但是關節中心慕名接受關節鏡手術的病人、年紀較輕、教育程度較高或病情較輕的病人，對於疾病可以被治癒的期待較高。「我有聽說×醫師一方面有一種很強的部分可以讓軟骨重生，我有聽說他有這方面的專長……我就想說參考一下再，資

訊再了解看看，確認看看，如果有機會我們當然要做，因為是困擾到我了。（A0012 P4,18,31）

「關節鏡手術聽說開刀不久後，有的人就能走了啊！……我還是決定來開刀，因為我怕60歲就換人工關節，所以有可能會好的，我都來試看看啦！……我剛決定好要開刀時候，我是想說開完刀後就……至少說也會恢復到我還沒有開刀的那個（狀況）A0022 P3,3,28）」

約有六成的病人認為這個疾病是可以被控制的，主要是透過藥物或運動來緩解疼痛或關節僵硬的症狀，其次是接受關節鏡手術來延緩退化的速度，或是注射玻尿酸來潤滑關節的活動性。

（五）手術的認知與態度

手術的治療包括關節鏡手術與人工關節全部置換兩種，年齡愈大或低識字的老人，部分不信任西醫治療，也擔心手術的成功率，唯恐手術後反而無法行動，失去獨立性，或手術期間成為家人的負擔。因此除非膝關節退化的程度已經嚴重影響行動，不然大部分老人不願意接受手術。

「對阿，沒有~我就不想要，開刀……就最不想要開刀。（A0028 P2,25）」、「開刀哦！開刀我也是會很怕耶！不知道會成功還是不會成功？我也是會怕。（B0007 P5,32）」

「病人七十幾歲，完全不太照顧自己身體的病人，忍受疼痛二十幾年，直到膝關節完全損壞無法行動時，才來就診，自己胡亂購買成藥，包括止痛、消炎藥。病人本身十分排斥西醫治療，過去忙於做生意養雞賣，生病時胡亂至西藥房買成藥服用。其觀念讓女兒十分苦惱。訪問過程中，不時主導與打斷病人的話。病人的情緒不穩有術後憂鬱傾向，不時哭泣。有漏尿情況，又很擔心自己成為女兒的負擔(包括金錢與時間)。病人術後退化很快，不愛出門也不復健運動，怕痛，有哭泣情況。女兒十分耽心母親退化的情形，母親的醫藥費用似乎也是女兒在負擔，病人怕開刀後會無法走路，所以一直延誤就醫。（A0005-研究者訪談心得）」

「病人不識字，過去曾因其他疾病動過多次手術，加上看到鄰居接受退化性膝關節人工置換手術傷口很大，更加害怕與畏懼手術。病人似乎有長期服用安眠藥與注射止痛針的習慣。病人分別輪流在台中與民雄兩地兒子家住，還要照顧中風的老公。似乎很擔心自己也成為兒子的負擔，對於長期吃藥打止痛針都無效的

情形有點沮喪與失望。(A0011-研究者訪談心得)」

但是年紀較輕或教育程度高的病人，因為擔心疾病影響後續工作或生活品質，對疾病癒後期待較高，會主動收集相關醫療與手術的資訊，較相信愈早接受關節鏡手術可以延緩退化的說法，對手術的接受度較高。

「那我是有在網站上有稍微的先去了解他是怎麼樣子做的，包括他的軟骨怎麼會發生這種磨損，大部分的原因阿然後，×醫師是怎麼樣子去處理這個，我有先看一下。……所以我看到說，這種關節鏡（手術），把那個清一清，軟骨還會復生，我第一次聽到軟骨可以復生，我知道那個是你只能維持，我不知道還可以（復生），我就覺得抱著很大的希望！（A0026 P2,33-35；P4,17-19）」；「我還是決定來開刀，因為我怕60歲就換人工關節，所以有可能會好的，我都來試看看啦！所以是這個原因！（A0062 P3,29-30）」

訪談結果中也發現部分低識字老人，對於手術療效有錯誤認知，加上過去長期就醫吃藥的無效經驗，過於樂觀全膝關節置換術的療效，以為全關節置換手術可以一勞永逸的解決關節退化的疼痛，也疏於對膝關節的繼續自我照護。

「膝蓋就手術才會好啊，吃藥好像都不會好耶。……對，換人工的就不痛了。(B0010 P11,8-10)」

「阿公：看腳有什麼效？說我們自己也知道，就是要開刀了啊！算說沒有開刀再看也沒有效啊！我的腎又不好，打針吃藥現在我也很少在吃。……他也沒有說一天要做幾次，幾次有在做？」

「研究者：你回去有照這個樣子做嗎？」

「阿公：有啦！有時候啦！（E0003 P4,36-37）」

「受訪者因為認為吃藥會傷胃故很少吃藥，退化就應該要開刀。也是一位很會忍耐及很會拖延的病人，直到痛得不行才決定來開刀，認為開刀才會好，故對事前的保養很不重視。現在二腳皆開完刀，雙膝都換人工關節，開刀之前腳都變形，已痛了幾十年了。現在開完刀覺得復原良好。認為看醫生吃藥沒有什麼效果，而且吃藥打針會傷腎，最後還是得開刀。手術後對於醫生所教導的復健方法也不是完全清楚，也不是規矩的遵從醫囑做復健（E0003-研究者訪談心得）」

三、疾病對生活的影響

本研究發現高達八成五的病人對此疾病最大的抱怨是膝關節的疼痛，使得病人行動受限、影響走路、上下樓梯與運動。「站也沒有辦法站，這兩腳的(膝蓋)縫會痛，

有時候蹲不下去，有時候爬不起來。」（A0030 P1,26）、「走路會歪……走一陣子就往路邊一直走了，很痛苦（A0033 P2,17）」；三成表示影響到工作「現在已經影響到生活作息了，痛啊！很多就像洗衣服、刷的那個動作都沒有辦法做（A0044 P10,31-32）」，約二成的病人表示睡眠受到干擾「在睡覺的時候就很痛，睡不著（A0030 P4,10）」，約一成的病人出現負面情緒「都沒有辦法睡，都吃鎮靜劑……可以說我活到70多歲了，吃了50年的鎮靜劑（A0011 P9,2-3）」。部分受訪者在受訪期間有憂鬱和哭泣的現象，尤其是合併類風濕性關節炎的病人，疼痛所帶來的憂鬱現象更是明顯。另外本研究結果也發現，約二成的病人擔心自己失去獨立性或者成為家人的負擔，包括需要家人照顧與提供醫療費用等，「病人長期服用安眠藥與止痛藥，有二個兒子，但是老大的丈人也中風，自己父、母雙方都中風，是一種難以負荷的重擔。病人還要照顧中風的先生，很害怕開刀會成為兒子的負擔（A0011-研究者訪談心得）」有這種擔心加上家庭支持度較少的病人，其受訪時沮喪的情緒更是明顯。

四、疾病因應策略

本研究老人為因應退化性關節炎所帶來的影響，104位病人受訪時提到採取的因應策略依序為購買保健食品（71.6%）、減少活動範圍或次數（50.5%）、使用內服或外用藥物（37.6%）、運動（34.9%）、使用輔具與護膝（21.1%）、接受家人協助（16.5%）、改變工作方式（16.5%）、熱敷、尋求宗教支持或認命等。

其中保健食品常是家人所購買，最常提到的是維骨力（葡萄糖胺）或者鈣片等。以及所謂的「顧筋骨」的食品或中藥，例如黑木耳、中藥頭燉豬腳或是龜鹿二仙膠等。內服藥物以服用止痛藥為主，或注射玻尿酸，外用藥物則是止痛消炎的貼布。不論是保健食品或是止痛藥，長期使用下來許多受訪者都無奈的表示仍然無法解除疾病的疼痛，因此才会有病人轉而尋求宗教支持或是消極的認命。

「研究者：你有吃維骨力哦？」

阿嬤：有啊！吃一半了，一罐4、5千，一罐很大罐的，但是也沒有效啊！

研究者：沒效哦？

阿嬤：一直沒有效啊！我女兒買給我吃的！已經沒效了，久了還是這個樣子。

女兒：還是痛啊！」（A0006 P5,23-27）

大多數的老人會使用止痛藥物，並且認為有快速減輕疼痛的療效。但長期反覆使用，病人也很擔心藥物所產生的副作用。對於止痛藥病人是又恨又愛，有著矛盾的心情。

「吃消炎的，吃那種我就不怎麼敢吃，……自己就痛到……沒辦法，才想說要吃止痛，吃一下才不會痛……昨天要來怕不能走，趕快吃，不然昨天也不能走。（D0016 P 8,4-8）、「有啊！我吃到最後我怕腎都會不好，吃西藥就怕傷腎。（B0005 P4,33）」、「嗯……電視在報哪個就吃那個啦！現在是……如果有疼痛喔，就去打一下針，然後拿兩包藥吃一吃，如果沒吃又痛這樣啦！（C00012 P3,34-35）」

平日原本有運動習慣者，會因為疼痛而減少活動範圍或次數，或者改變運動項目，例如從登山改以走路、甩甩手腳或拉拉筋等輕緩運動。「我每天都會出去運動，腳再怎麼痛我都會出去運動」（A0003 P4,2）；「我們就是有拉筋，拉筋完有比較好」（A0002 P2,22）。部份病人行走或運動時使用護膝保護膝蓋與減輕不適，有些疼痛較嚴重者可能因此辭去工作，有些則需要家人的協助才能維持正常生活。

五、就醫的原因與就醫的選擇

訪談結果發現，除了因為低教育程度所帶來的疾病錯誤認知而延誤就醫，病人常先採行多種方法來控制或減輕膝蓋疼痛所帶來的不適與不便，直到病情無法緩解時才會考慮就醫。病人表示就醫的原因，主要是因為疾病嚴重影響生活（67.0%）、痛到受不了（58.7%）、想確定病情（33.0%）或是家人主動送醫；不想就醫的原因則是因為還能忍受（38.5%）、交通不方便（25.7%）、就醫時間太長、害怕動手術、擔心金錢不足、擔心無人照顧自己、尚未符合健保給付條件、還需要照顧家人無暇就醫、不願意接受西醫治療等。例如下面兩位病人都是因為交通不便與經濟問題，不願意或延遲就醫：

「病人認為膝蓋疼痛是因為「痛風」，像氣象台，風到哪就痛到哪。不認為自己需要就醫，是陪家人下山燙頭髮，被哄騙過來就醫。病人對西醫排斥（曾吃西藥過敏），最近疼痛曾找進密醫打止痛針。因為居住在山上，下山就醫不方便，不僅要麻煩別人也要花錢，平時就自己抓草藥或自行打止痛針，吃到不行再找醫生。（D0024-研究者訪談心得）」

「一位因為忙著工作，全家重擔都在身上的勞工階級婦女，為了賺錢擔任粗重工作，無暇顧及自己的健康，直到身體耗損嚴重。樂觀外表之下，除了認命以對，夜晚疼痛萬分之餘的心境就無法在短時間訪問中得知，有些許無奈。婆家住澎湖，娘家在台南，因為本身是XX會員，加上對澎湖醫療不信任，每個月省吃儉用，存機票旅館費前來XX就醫，因為是一家經濟的支柱，所以忍痛從事在

營建工地搬重物的工作，痛時就近拿止痛藥，有胃痛的毛病。（B0001-研究者訪談心得）」

而且許多年紀大的老人，認為人老了膝關節就會退化，加上從過去他人或自己就醫經驗，也告訴他這個病看醫生也不會好，所以不需要積極就醫。

「研究者：妳那邊沒有再給醫生看？

阿嬤：沒有，我就想說老人了，能走就走，不能走就註定的。」（C0001 P3,3-4）

更有位受訪者全身是病，已經吃了十幾種藥，認為這個病看醫生也沒用，所以不願再因膝蓋問題看醫生，要等到不能走路時才看醫生。

「阿公：退化是一定有的也不用說了，老人也一定會退化，我走路走到會蹲下，怎麼可能沒有退化？

研究者：對啊！那你要等到什麼時候才要來看？

阿公：等到都不能走，

研究者：我想說如果早一點治療，就會早一點治癒好嘛！

阿公：有可能嗎？

研究者：你看就是一直退化下去是不是？

阿公：是啊！我看這個骨頭就沒效啦！」（C0002 P12, 30-36）

就醫醫院、科別或是醫師的選擇，受訪者表示主要是親友的推薦（40.4%）或是就近看病（29.4%）。全部的病人都曾經看過西醫，部份人接受過復健治療、民俗醫療，少部分人表示看過中醫。

六、資訊來源及學習障礙

研究結果也發現，教育程度影響病人對醫療資訊的搜尋與理解。由於大部分受訪的病人之教育程度較低、年紀較大，有關退化性膝關節炎之資訊，六成從醫生或是親朋好友得知。「病人因為年輕時務農都要工作，所以在痛的時候就吃止痛藥，拖延了病情，在鄉里間也會互相流告知許多藥方，有人說那裡好就會去買，故吃了好一段時間不知內容的藥……，在鄉村中主要的知識來源為親友的口耳相傳，只要有人說哪裡的藥好就會去買，哪裡的醫生好就會去看（E0001-研究者訪談心得）」。約有二成的病人，為國小以下之低教育程度的老人，對自己的病情一知半解。對於醫護人員的交代也不是很了解，若就診時醫護人員太忙無暇講解，或是加上病人不懂得主動詢問醫師時，更是影響病人對疾病的認知與後續的自我照顧。

「研究者：那醫生有說這是怎麼樣嗎？

阿嬤：年紀比較大了。

研究者：年紀比較大了。

阿嬤：骨輪（膝蓋）比較糟了，先吃藥看一看，不行要開刀啦！

研究者：那吃什麼藥？

阿嬤：吃醫生開的。

研究者：開什麼藥你知道嗎？

阿嬤：開什麼不知道，三顆而已！

.....

研究者：醫生有上次有交代回去要做什麼嗎？

阿嬤：他說盡量敷，用熱的，將毛巾弄熱用敷的。

研究者：熱的嗎？

阿嬤：熱的！

研究者：他說用熱的？

阿嬤：是！但是我自己不對，我把它包起來。

研究者：你把它弄太熱了？

阿嬤：太熱了，熱得現在燙到肉也不知道。」（A0001 P3,22-29；P4,30-37）

更有低教育程度的病人以逛醫院方式就診，不僅從購物電台自行買藥，並且以自己似是而非的認知來自行亂服藥。擔心同時吃很多種藥對身體不好，因此針對不同疾病，自行調整每餐的藥量。例如下面一位小學程度57歲的女性病人和其先生爲了身體的病痛常逛醫院，只要有朋友介紹，就去那裡看病，一個月要看十幾次醫院。爲了治療不同的疾病，同時要吃好多種藥。不僅看電視買藥，也從一般藥房亂買成藥自行服用，每種藥還十分昂貴。此外病人耽心同時吃很多藥對腎臟不好，因此選擇每餐只吃一種藥。

「阿嬤：我腳痛會去用那罐電視在報的那個……藥丸在吃，電視台藥啦！

研究者：電視報的藥丸喔！

阿嬤：「陳明正」介紹的。

研究者：什麼，你說什麼？

阿嬤：電視（布袋戲）在介紹的那個啦！吃一吃有效。

阿嬤：電視在報的就說「陳明正」，吃一兩天有差了，不然痛到很痛苦。

研究者：是一罐多少錢？

阿嬤：兩千五耶！

研究者：裡面幾顆藥丸？

阿嬤：六十（顆）。

研究者：60（顆）兩千五（百元），那個要怎麼買？

阿嬤：就去藥房買呀！

.....

研究者：你怎麼會記得要吃什麼藥？很多樣耶！

阿嬤：很多病啊！

老師：對啊！

阿嬤：膀胱炎也是在我那邊看，也去拿藥，我都……中午的時候吃這樣，一餐吃一種啦……我就怕……不敢混在一起吃啦！

.....

研究者：那你怎麼知道跑去崙背看，別人告訴妳的喔？

阿嬤：別人說崙背那個不錯！

研究者：反正人家說哪裡好你就……

阿嬤：我們鄰居說吃什麼骨頭好，我們就探聽好就去，差不多去四、五遍了。」

（C0012 P1,21-36；P6,28-31；P9,16-19）

相反的，教育程度較高的病人，則會自行上網查詢相關資訊。或者透過家屬上網或者而後轉知的方式，來了解病情或治療方法。訪談中也發現病人期待醫護人員能清楚解釋病情，以及提供緩解疼痛症狀與自我照顧的方法。

肆、討論

一、疾病的認知與因應

本研究結果與其他研究同樣發現疼痛與失能是最常見的主訴，病人常從疾病的疼痛與失能程度來評斷疾病的嚴重程度。此疾病對病人最大的影響是因為膝關節疼痛，使得病人行動受限，影響走路、上下樓梯與運動、工作、睡眠，甚至出現憂鬱的負面情緒，病人採取多元策略來因應退化性關節炎所帶來的影響（Hopman-Rock, Odding, Rejeski & Shumaker, 1994；林笑，1994；林尹霈，2005）。

病人的因應行為從較為正面的是維持過去的運動習慣，但是改變為較輕緩的運動項目或是減少活動次數，行進期間使用輔具或護膝。習慣性的服用保健食品或是不得

不然的使用止痛藥，一直到無奈的接受家人協助以維持日常生活，或者辭去原本的工作或改變工作方式。其中最值得關切的是高達七成以上的病人皆服用的葡萄糖胺類藥品或保健食品，以及三成以上反覆使用止痛藥物的病人。依據陳素蜜、陳俊宏、賴慧貞與林克成（2010）針對南投縣中興新村退休獨居老人所進行的研究發現，大部分個案除了針對慢性病至醫療院所看診服用處方藥品以外，多數老人約63%皆有服用健康食品之習慣，其中又以綜合維他命、葡萄糖胺等為多，但大部分個案對於健康食品的作用及保存方式並不了解，常見有不知道服用劑量、使用過期健康食品等狀況。從本研究發現的病人使用行為，雖然部分來自於醫師處方，但其錯誤認知與使用習慣，值得加以關切。

二、過分樂觀手術的成效與不太注重膝關節的自我照顧

在疾病療效面向，老年病人認為退化性膝關節炎是永久性的與慢性的疾病本質。但是年紀較輕、教育程度較高或是病情較輕的病人對手術可以治癒這個疾病的期待較高，而且部分病人認為手術可以控制疾病的發展，此結果與Hampson, Glasgow and Zeiss（1994）與林尹霽（2005）的研究結果認為這個疾病無法治癒的結果不完全相同，但都同樣相信可靠醫藥來控制。一般人工膝關節的十年壽命均可達90%，而且台灣健保也完全給付此類手術，人工膝關節置換已經是骨科最常見的手術之一，每年約有1萬5千個膝置換手術（侯勝茂，2009），台灣民眾對膝關節置換手術的接受度高。此外受訪病人所在之醫院近幾年陸續研究推動「膝關節健康促進方案」，認為在病程尚未達到不可逆期時，積極的以「膝關節軟骨再生促進手術」去除導致軟骨退化的病因，徹底改善膝關節的內部環境，輔以術後療程，可以達到阻止膝關節繼續退化，甚至軟骨再生的療效（呂紹睿，2009），許多病人慕名前來就診，年輕病患對手術療效的期望也高，都可能提高對手術治癒疾病的期待。Hampson（1997）研究結果發現病人對於症狀和疾病結果嚴重度的信念，是最佳預測病人自我照顧的指標。本研究訪談中也發現部分病人因為過分樂觀手術的成效，以及相信自然老化的病因，而有不太注重膝關節自我照顧的現象。

三、低教育程度老人之資訊不足與理解錯誤和低估疾病嚴重程度

受訪者對於關節炎相關知識的來源，除了家人或朋友（陳郁馨，2009）以外，本研究發現醫護人員對於老年病人而言是另一個重要的訊息來源。自己過去或他人的就醫與用藥經驗，會影響病人就醫選擇與自我照顧。其中重要的發現與值得討論的是低

教育程度與年紀大會影響病人對醫療資訊的搜尋與理解程度，也會低估疾病的嚴重程度，並且有許多錯誤的認知與因應行為。蔡蕙馨（2009）的研究結果也發現健康素養、退化性關節炎疾病知識與退化性關節炎自我照顧行為三者之間呈高度正相關。加上許多研究也發現低健康素養會導致較差的身心健康狀況、較高的住院率、較不會使用預防保健服務，以及較高的死亡率等（Baker, Wolf, Feinglass & Thompson, 2007；Wolf, Gazmararian, Baker, 2005；Sudore et al., 2006）。因此針對不識字或低識字能力的老人的衛生教育方案，需要特別加以重視與設計。

四、疼痛與擔心失能所衍生的憂鬱情緒

許多研究發現疼痛是退化性膝關節炎帶來的最主要的痛苦，進而會影響情緒（李孟仰，2004；林笑，1994；Baird, 2003），本研究也發現疼痛的確影響病人生活甚鉅。為了緩解疼痛，多數的老人會使用消炎與止痛藥物，並且認為有快速減輕疼痛的療效。但是老人很擔心長期使用所產生的副作用，部分病人有過度使用的情形。少部份則不理會或者消極的順從天命。此外，研究結果發現約二成以上的老人擔心自己失去獨立性或成為家人的負擔，需要家人照顧與提供醫療費用等。有這種擔心加上家庭支持度較少的病人，其受訪時沮喪的情緒更是明顯。由此可見，紓解疼痛的方法、失能的預防和憂慮情緒的調適是退化性關節炎病人教育中值得納入的主題。美國疾病管制局（Centres for Disease Control and Prevention, CDC）和關節炎基金會（Arthritis Foundation, AF）自2008年起，將關節炎列為全國公共衛生重要議題，並且邀集各方菁英共同研商對策，其中的自我管理教育（self management education (SME)）項目，就是針對病人疼痛和失能的預防與情緒壓力紓解加以設計（CDC & AF, 2011）。此外美國退役軍人事務部（U.S. Department of Veterans Affairs, DVA）也自2011年開始，於基層診所推動為期三年的退化性關節炎介入實驗計畫中，將疼痛認知行為管理納為介入項目（DVA, 2011）。

五、病人的因應超乎常識模式的解釋

疾病常識模式認為透過個人對疾病的認知影響病人對疾病的威脅感，進而影響其疾病因應行為。但是本研究發現約一半的病人過去的職業為農人或勞工，經濟狀況不富裕。為了謀生，雖然在認知上知道膝關節因工作長期負重而受傷或磨損而產生退化，也無法停止工作。或者因為交通不方便、擔心金錢不足，或者因無人照顧自己而延遲就醫，改選擇民俗療法，或者繼續忍受疼痛直到無法忍耐為止。病人對於疾病的

因應，非僅受到認知層面的影響。還受到病人所處的環境與其他社會因素所影響。因此若要進一步設計健康促進方案時，需將整體社區照顧系統納入考量，無法單從教育介入改變認知著手。

六、研究限制

因為受訪病人平均年齡在65歲以上，往往受到記憶退化所影響，而且一半以上的病人受訪時都由家屬或朋友陪伴就醫，尤其是病弱的老年病人，訪談過程部分受到陪同就醫家屬的干擾，而影響到訪談結果與文本描述的統計。此外雖然其他研究發現大多數的老年病人對於退化性膝關節炎持有正確認知，只有少數老人有一些錯誤的想法（林尹霈，2005），但是本研究對象僅來自於一家醫學中心，而且70%的受訪者是複診的病人，32%的病人接受過關節鏡或人工關節置換手術，病人接受教育的機會較多，影響本研究所調查出來的病人對於退化性膝關節炎的認知程度，因此較難外推到其他醫院病人或社區中尚未就診的病人。

伍、結論與建議

一、結論

綜合許多研究而知，退化性膝關節炎的導因為膝關節間的軟骨被破壞及融解而造成，致病因子包括年齡、性別、遺傳、體重、外傷或過度使用，與其他影響關節之疾病的共病影響等。主要有感到疼痛、關節僵硬、關節活動受限、關節活動時有異常聲響、關節變形及關節發炎腫大幾項症狀。由於目前醫療尚無法根治此慢性疾病，常見的治療方法，早期治療多以調整生活作息為主，復健治療或物理治療消除肌肉痙攣及關節疼痛或僵硬，使用止痛或抗發炎藥，肥胖的病人須減輕體重。口服或外用藥物療效差者，於關節內注射玻尿酸或類固醇，不少病患最後還是得接受人工關節置換手術。

受訪者對退化性膝關節炎的病徵描述，主要是疼痛問題、其次是行動受限、關節僵硬、關節聲音與腫脹。多數老年病人認為退化性膝關節炎是長期勞動工作磨損結果或老化的自然現象，認為退化性膝關節炎是一種慢性、無法被完全治癒，但可靠藥物、運動紓緩疼痛症狀，或是手術延緩病情發展的疾病。而年紀輕、教育程度較高或是病情較輕的病人，對疾病可以被治癒的期待較高。此疾病對病人最大的影響是因為

膝關節疼痛，使得病人行動受限、影響走路、上下樓梯與運動、工作、睡眠，甚至出現憂鬱的負面情緒，部分病人有過度使用止痛藥的情形。

病人為因應退化性關節炎所帶來的影響，採取的因應策略依序為：購買保健食品、減少活動範圍或次數、使用內服或外用藥物、運動、使用輔具與護膝、接受家人協助、改變工作方式等。病人常先採行多種方法來控制或減輕膝蓋疼痛所帶來的不適與不便，疼痛無法忍受時才會考慮就醫。大部分老人不願意接受手術。但是愈年輕或教育程度高的病人，因為相信愈早接受關節鏡手術可以延緩退化的說法，對手術的接受度較高，部分病人過分樂觀手術的療效而疏於膝關節的自我照顧。

病人常仰賴他人的介紹來選擇就醫的醫院、就診科別與醫師。有關退化性膝關節炎之資訊，大部分從醫生或親友得知。年齡高與低教育程度會影響老人搜尋醫療資訊與理解的程度。

二、建議

由於有關退化性膝關節炎之資訊大部分從醫生得知，病人也期待醫護人員能清楚解釋病情，以及提供緩解疼痛症狀與自我照顧的方法。因此可以增加個案管理師或者衛教人員，或者增加衛生教育的時間，尤其教導退化性膝關節炎的疼痛控制、失能的預防，以及術後保養的方法。此外由於病人以高齡且低識字者居多，建立良好溝通管道與提升醫病溝通品質，增加衛生教育教材的圖示與影像的解說，來提高退化性膝關節炎自我照顧的正確認知，以免病人因為過分樂觀相信手術可以治癒疾病，而疏於關節的自我保護，導致膝關節快速退化。

此外需要提醒家屬多注意老人因擔心自己失能成為子女的負擔所產生的憂鬱或延遲就醫的情形；注意老人的自行用藥與採用民俗療法；並且透過社區志工協助獨居老人就醫，減少因交通不便或無人陪伴就醫而拖延就醫。

由於本研究對象僅限於醫院病人，這些人已有疾病意識與就醫意願。但有更多未就醫的社區民衆，其疾病認知與未就醫原因值得進一步的關切。鑒於退化性膝關節炎病人大多為老人且低識字，建議發展適合低識字老人的簡易篩檢與評估問卷，進行社區民衆篩檢以協助老人及早就醫。

致謝

本計畫經費來自國科會「由慢性疾病微創手術之科技創新探討高齡化社會之全面健康照護策略模式-以退化性膝關節炎為例」(計畫編號：NSC98-3111-Y-194-001)。研究的完成要感謝蘇富美講師、呂紹睿、林名男、黃光永、林敬興與丁瑜萱醫師的協助，以及羅文忤與陸冠全兩位同學的幫忙。

參考文獻

一、中文部份

- 田維哲（2006）。初次全人工髖與膝關節置換術的盛行率與病人的醫療費用分析－1996年－2004年。未出版碩士論文，高雄醫學大學，高雄市。
- 行政院內政部（2008）。人口政策白皮書。台北市：作者。
- 行政院衛生署（2008）。全民健康保險醫療統計年報。行政院衛生署，台北市。
- 何郁宣、洪麗珍、郭憲文（2008）。退化性關節炎病患憂鬱程度與自我照顧能力之相關性研究。長期照護雜誌，12(2)，12。
- 李世代（2002）。長期照護之概說。當代醫學，29(1)，60-69。
- 李丞華（2009，10月）。退化性膝關節炎健康照護之現況-健保局觀點〔摘要〕。2009台灣國際奈米週：奈米科技產學研究合作推動論壇-奈米技術現況與未來趨勢系列論壇口頭發表，台北市。
- 李孟仰（2004）。退化性關節炎之概況與治療。藥學雜誌，78(1)，119-129。
- 呂紹睿（2009，10月）。膝關節健康促進方案-源起及架構〔摘要〕。2009台灣國際奈米週：奈米科技產學研究合作推動論壇-奈米技術現況與未來趨勢系列論壇口頭發表，台北市。
- 邱煥民（2004）。膝關節退化性關節炎。聲洋防癌之聲，冬季號，26-29。
- 何郁宣、洪麗珍、郭憲文（2008）。退化性關節炎病患憂鬱程度與自我照顧能力之相關性研究。長期照護雜誌，12(2)，12。
- 林尹霈（2005）。應用常識模式探討罹患退化性關節炎老人的疾病認知及其因應策略。未出版碩士論文，中國醫藥大學，台中市。
- 林芷伊（2007）。機構關節炎老人之慢性疼痛及其相關因素探討。未出版碩士論文，輔英科技大學，高雄市。

- 林柳池（2006）。認識退化性關節炎。*聲洋防癌之聲*，115，24-27。
- 林笑（1994）。骨性關節炎病患生活品質及其相關因素之探討。*護理研究*，2(4)，371-378。
- 侯勝茂（2009）。半膝人工關節微創手術。*台灣醫學*，13(2)，167-169。
- 陳素蜜、陳俊宏、賴慧貞、林克成（2010）。獨居老人用藥安全訪視成果專案報告。*中南盟臨床專刊*，3(2)，133-144。
- 陳郁馨（2009）。退化性膝關節炎老人生活品質及其相關因素探討—以台北市萬華區某醫院為例。未出版碩士論文，國立台北護理學院，台北市。
- 湯敏生、彭偉雄、江笑娥、何劍鴻、鍾志剛、彭榮春等（2007）。老年膝骨關節炎社區保守綜合防治研究。*中國社區醫學*，13(3,4)，14-15。
- 蔡蕙馨（2009）。健康素養對退化性關節炎的知識與自我照護行為之影響-以花蓮市某社區居民為例。未出版碩士論文，慈濟大學，花蓮市。
- 韓幸紋、鄭清霞（2011）。退化性膝關節炎病患特性與相關健保費用變化趨勢。初稿。（國科會計畫編號：NSC98-3111-Y-194-001）
- 謝霖芬、陳文珊、莊志誠（2004）。關節炎之復健。*輔仁醫學期刊*，2(1)，17-43。

二、英文部分

- American Geriatrics Society (1998). The management of chronic pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 635-651.
- Baird, C. L., Schmeiser, D., & Yehle, K. T. (2003). Self-caring of women with osteoarthritis living at different levels of independence. *Health Care for Women International*, 24(7), 617-634.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J.A.(2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503.
- Barsevick, A. M., Whitmer, K., & Walker, L. (2001). In their own words: Using the Common Sense Model to analyze patient descriptions of cancer-related fatigue. *Oncology Nursing Forum*, 28(9), 1363-1369.
- Cadbury, H. (1997). Self-care in osteoarthritis. *Community Nurse*, 3(10), 28-31.
- Centre for Disease Control and Prevention & Arthritis Foundation (2011). *A National Public Health Agenda for osteoarthritis*. Retrieved July 12, 2011, from Centre for Disease Control and Prevention. Web site: <http://www.cdc.gov/arthritis/docs/OAagenda.pdf>.
- Creamer, P., & Hochberg, M. C.(1997). Epidemiology of osteoarthritis. *The Journal of American Medical Association*, 280, 1569-1575.
- Department of Veterans Affairs (2011). *Patient and Provider Interventions for Managing*

- Osteoarthritis in Primary Care*. Retrieved July 12, 2011, from Department of Veterans Affairs Web site: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01130740>.
- Diefenbach, M., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38.
- Felson, D. T., Zhang, Y., Hannan, M. T., Naimark, A., Weissman, B., & Aliabadi, P. (1997). Risk factors for incident radiographic knee osteoarthritis in the elderly. *The Framingham study. The Journal of Arthritis Rheumatic*, 40(4), 728-733.
- Felson, D. T. & Zhang, Y. (1998). An update on the Epidemiology of Knee and Hip osteoarthritis With a View to Prevention. *Arthritis & Rheumatism*, 41(8), 1343-1355.
- Hampson, S. E. (1997). Personal models and the management of chronic illness: a comparison of diabetes and osteoarthritis. *European Journal of Personality*, 11(5), 401-414.
- Hampson, S. E., Glasgow, R. E., & Zeiss, A. M. (1994). Personal models of osteoarthritis and their relation to self-management activities and quality of life. *Journal of Behavior Medicine*, 17(2), 143-158.
- Hochberg, M. C., Altman, R. D., Brandt, K. D., Clark, B. M., Dieppe, P. A., Griffin, M. R., Moskowitz, R. W., & Schnitzer, T. J. (1995). Guidelines for the medical management of osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 38(11), 88, 1541-1546.
- Hopman-Rock, M., Odding, E., Hofman, A., Kraaimatt, F. W., & Bijlsma, J. W. (1996). Physical and psychosocial disability in elderly subjects in relation to pain in the hip and/or knee. *The Journal of Rheumatology*, 23(4), 1037-1044.
- Ibrahim, S. A., Siminoff, L. A., Burant, C. J., & Kwok, C. K. (2001). Variation on perceptions of treatment and self-care practices in elderly with osteoarthritis: A comparison between African American and white patients. *Arthritis Care & Research*, 45(3), 340-345.
- Kee, C. C. (1998). Living with osteoarthritis: Insiders, view. *Applied Nursing Research*, 11(1), 19-26.
- Kim, I., Kim, H. A., Seo, Y. I., Song, Y. W., Hunter, D. J., Jeong, J. Y., & Kim, D. H. (2010). Tibiofemoral osteoarthritis affects quality of life and function in elderly Koreans, with women more adversely affected than men. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 129-129.
- Laborde J. M. & Powers M. J. (1985). Life satisfaction, health control orientation and illness-related factors in persons with osteoarthritis. *Research in Nursing and Health*, 8(2), 183-190.
- Leventhal, E. A., Leventhal, H., Robitaille, C., & Brownlee, S. (1999). Psychosocial factors in medication adherence: A model of the modeler. In D. C. Park, R. W. Morrell, & K. Shifren

- (Eds.), *Processing of medical information in aging patients: Cognitive and human factors perspectives*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Leventhal, H., Idler, E., & Leventhal, E. A. (1999). The impact of chronic illness on the self system. In R. J. Contrada & R. D. Ashmore (Eds.). *Self, social identity, and physical health: Interdisciplinary explorations. Second Rutgers symposium on self and social identity*. New York: Oxford University Press.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (1999). Representation, procedures and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology*. London: Lawrence Erlbaum.
- Luger, T., Cotter, K. A., & Sherman, A. M. (2009). It's all in how you view it: pessimism, social relations, and life satisfaction in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, 13(5), 635-647.
- McAndrew, L. M., Musumeci-Szabó, T. J., Mora, P. A., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E. A., Leventhal, H. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 195-204.
- Oliveria, S.A., Felson, D.T., Reed, J.I., Cirillo, P.A. & Walker, A.M. (1995) . Incidence of symptomatic hand, hip, and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis& Rheum*;38, 1134-1141.
- Osborne, R. H., Buchbinder, R., & Ackerman, I. N. (2006). Can a disease-specific education program augment self-management skills and improve health-related quality of life in people with hip or knee osteoarthritis. *Musculoskeletal Disorders*, 7(90), 1471-1487.
- Rejeski, W. J., & Shumaker, S. (1994). Knee osteoarthritis and health related quality of life. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26(12), 1441-1445.
- Ryan, S. (2001). Osteoarthritis: Symptoms and nursing management. *Nursing Times*, 97(32), 34-35.
- Shifren, K. (2003). Women with heart disease: can the common-sense model of illness help? *Health Care for Women International*, 24(4), 355-368.
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., et al. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly: The health, aging, and body composition study. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 806-812.
- Tsai, Y.F., Yeh, S.H., & Tsai, H.H. (2005). Prevalence and risk factors for depressive symptoms among community-dwelling elders in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11),

1097-1102.

- Wanless, D. (2006). *Securing good care for older people: Taking a long-term view*. London: King's Fund.
- Wearden, A., & Peters, S. (2008). Therapeutic techniques for interventions based on Leventhal's common sense model. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 189-193.
- Woolf, A. D., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of The World Health Organization*, 81(9), 646-656.
- Wolf, M. S., Gazmararian, P. J., Baker, D.W.(2005).Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1946-1947.
- Yelin, E. (1998). The economics of osteoarthritis. In: Brandt, K; Doherty, M.& Lohmander, L.S. (Eds.). *Osteoarthritis*. New York: Oxford University Press, 23-30.

投稿日期：100年7月18日

修改日期：100年12月5日

接受日期：101年1月5日

Perceptions and Coping Strategies of Elderly Patients with Knee Osteoarthritis

Stephanie Yu-Ching Chen*

Abstract

Knee osteoarthritis (OA) is a common disease that affects elderly people. It is listed as one of the top four diseases, along with dementia, stroke, and coronary heart disease, leading to disabilities in elderly people. The pain and restrictions in leg joint activity caused by knee OA seriously impact quality of life. The participants of this study comprised 104 patients with an average age of 65, who were recruited from a teaching hospital in southern Taiwan. The perceptions and coping strategies of patients diagnosed with knee OA were assessed by a semistructured questionnaire, which was designed according to the common sense model.

The findings revealed that the study patients considered pain to be the primary symptom of knee OA; therefore, pain is an important indicator of severity. Most patients believed that knee OA was caused by wearing out the joint from manual labor or that it was a part of the natural aging process. Medical treatment was considered only after various other measures had failed to control or relieve the pain. A number of elderly patients often delayed medical treatment because of no accompanying family, financial issue, transport inconvenience, or fear of surgery. Most of their knowledge on knee OA was based on information provided by physicians, family, or friends. Certain patients

* Associate Professor, Department of Adult and Continuing Education & Graduate Institute of Elder Education, National Chung Cheng University, Taiwan.

Correspondence: Stephanie Yu-Ching Chen

Phone: 05-2720411#36106 Fax: 05- 2721192

E-mail: eduycc@ccu.edu.tw

neglected self-care because of over optimism in the curative effects of surgery. Older age and lower educational background influenced the degree to which patients sought or understood medical information.

We recommend that the patients suffering from OA must be monitored for their depression status and delay managing because of direct or indirect burdens and inadequate alternative treatments, respectively. We also suggest that disease surveys should be simplified for early diagnosis of knee OA, and that self-care educational programs may be developed to reduce pain and prevent knee OA among elderly people with low literacy.

Keywords: coping, elderly patients, knee osteoarthritis, perceptions

附錄一、訪談大綱

一、疾病認知

1. 你知道你現在得的是什麼病嗎？得多久了？
2. 你知不知道為什麼你會得這個病？
3. 你知道怎樣的人比較會得這個病？
4. 你知道這個病有什麼症狀？
5. 你覺得如果按時吃藥這個病是不是就會痊癒？
6. 你認為這個病會不會被有效的控制或治癒？應該如何治療？
7. 你知道換人工關節或關節鏡手術嗎？你會接受嗎？

二、疾病對生活的影響

1. 你的膝蓋不舒服的情形如何？
2. 最近大概什麼時候痛？每天痛多久？
3. 這樣會不會影響你的生活（例如行動、睡眠、情緒、工作……）？
4. 會不會影響家人生活？

三、疾病因應策略

1. 你有沒有做什麼事情讓自己舒服一些？
2. 你現在有沒有做什麼來保護你的膝蓋（例如運動、復健、藥物、護膝、保健食品……）？

四、就醫原因與就醫過程

1. 你今天為什麼來看病？
2. 你的膝蓋什麼時候開始覺得不舒服？
3. 你的膝蓋既然不舒服，過去為什麼沒有想到要看醫生？
4. 你膝蓋以前有受傷嗎？還是發炎過？
5. 你這次為何來XX看病？
6. 在你來XX看膝蓋以前，你有沒有到過其他家醫院或診所看病？
7. 從你的膝蓋不舒服看過醫生以後，你還接受過其他哪些治療？
8. 平常你怎麼來XX看病？是誰帶你來？花多少時間？會不會覺得不方便？

五、資訊來源與學習障礙

1. 你從哪裡知道這個病的資訊？
2. 看病時醫生對你的病怎麼說？
3. 他有沒有交待你回家要注意些什麼？
4. 你聽懂醫生交待的話嗎？
5. 你回家後有按照醫生說的話去做嗎？

附錄二、本文分析類目

主要概念	次類目	細類目
1. 病徵描述	1-1 疾病描述	疼痛、行動受限、關節僵硬、腫脹、無力、關節發出聲音、變形、麻
2. 疾病的認知	2-2 引起疾病之導因	工作磨損、退化、外傷、關節相關疾病、不知道、肥胖、遺傳、其他
	2-3 疾病持續的時間	一年以下、五年以下、五至十年、十年以上
	2-4 疾病所造成的結果	會好（手術、吃藥、打針、自行照護）、不會好
	2-5 疾病是否可被控制或治療	可控制或治療（手術、吃藥、打針、玻尿酸、運動、自行照護）、不可控制或治療
3. 就醫歷程	3-1 就醫原因	3-1-1 就醫的原因（痛到受不了、影響生活、想確定病情、家人堅持）
		3-1-2 影響就醫意願的原因（還能忍受、經費、交通、害怕動手術、看病花費時間太多、需要照顧家人、擔心無人照顧自己、無法接受西醫治療、健保給付條件）
		3-2-1 就醫紀錄（西醫、中醫、復健、民俗）
		3-2-2 接受過的治療（吃藥、打針、玻尿酸、關節鏡手術、人工膝蓋置換、復健、抽膝積水）
	3-2 就醫選擇	3-2-3 就醫的選擇（就近、親友推薦、本身是慈濟志工）

退化性膝關節炎中老年病人之疾病認知與因應

主要概念	次類目	細類目
4. 生活影響	4-1 行動受限	活動範圍、上下樓梯、運動項目
	4-2 日常活動	家務、工作
	4-3 睡眠	影響睡眠程度
	4-4 負面情緒	憂鬱
	4-5 他人照護	擔心成為家人負擔、擔心失去獨立性
5. 因應策略	5-1 自我照顧	保健食品、輔具與護膝使用、運動、使用內服或外用藥物
	5-2 情緒調適	宗教支持、認命、忽略
	5-3 生活方式調整	減少活動範圍或次數、家人協助、居住改變、工作改善
6. 資訊來源及學習障礙	6-1 資訊來源	親朋好友、醫護人員、自行尋找相關資訊
	6-2 學習障礙	醫護人員太忙無暇講解、一知半解、不識字
7. 其他	7-1 人口變項	性別、年齡、教育程度、職業、疾病史、居住情形、信仰、居住地、合併其他疾病