

編號：CCMP92-RD-032

中醫治療下生活品質評估量表之發展

馬素華

長庚大學護理系

摘 要

中醫已經納入國內的正規醫療保健體系，但是卻缺乏實質量化的工具評估病人的療效與花費。本研究目的旨在發展中醫治療下生活品質評估量表與建立該量表之信、效度。本量表以健康生活品質為概念，著重於過敏性鼻炎患者在中醫治療下生活品質各範疇及層面之影響。依國際量表發展流程，以「台灣版世界衛生組織生活品質問卷」題目為核心問卷，以焦點團體（中醫師與病人）確定的題目為新增題目，要求受訪者以最近四個星期為時間參考點（time reference）來評斷自己的生活品質，最後擬定「過敏性鼻炎患者在中醫治療下生活品質評估量表」初稿。

關鍵詞：過敏性鼻炎、中醫治療、生活品質

Number : CCMP92-RD-032

Development of quality of life measurement instrument for quantifying the outcome of Traditional Chinese therapy

Suh-hwa Maa

Chang Gung University

ABSTRACT

The Traditional Chinese Medicine is one of the treatments offered by health care system in Taiwan. For the lacking of the Traditional Chinese Medical care outcome measurement, the purpose of this study was to develop a quality of life measurement instrument for quantifying the effectiveness of Traditional Chinese Medical care and evaluate its validity and reliability. The first draft of "quality of life measurement instrument for quantifying the outcome of Traditional Chinese therapy on patients with allergic rhinitis" was developed by a literature review, the "Taiwan-version of questionnaire of WHO Quality Of Life brief form" as the core questionnaire, the opinions of focus groups (physicians and patients) as new items added and recall patient's quality of life at the last 4 weeks according to the international instrument development process.

Keywords: Allergic rhinitis, Traditional Chinese Medical therapy, Quality of life.

壹、前言

中醫重視「人」而非疾病本身，亦即是重視全人的照顧，中醫醫療專業人員是以整體態度 (holistic approach) 對病患全方位的調整，是看一個人的身、心、精神狀況及與周遭環境間的相互影響，從生活之中達到防病、治病、保健、促健的功能。這種提供全人照顧的治療方式能夠給病人較多正向的治療效果，包括情緒的、生理的安適感 (well-being)，健康的生活型態，和比較滿意的人際關係 (Patel, 1987)。

中醫已經納入國內的正規醫療保健體系，行政院衛生署中醫藥委員會也正在加速推動國內中醫中藥之創新發展 (行政院衛生署中醫藥委員會, 2002)。中醫醫療著重全人的療效，符合世界衛生組織對健康的定義—世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 在 1974 年提出健康不只是沒有生病或虛弱，更包括身體、心理與社會各層面的安適感 (楊淑雅, 2000)—但是卻缺乏實質量化的工具評估病人的醫療照護成效與花費，目前迫切需要發展一個制式化的中醫照護成效指標。因此，如何催生中醫醫療服務品質監測方法，實為國內從事中醫醫療專業人員的當務之急。

從醫療的角度來看，維護人類的健康是醫療專業人員最大的目標。制式化的評估醫療照護成效，對醫療專業人員是很重要的，因為制式化的評估醫療照護成效可以促進醫療專業人員之間的溝通，幫助表彰某項治療型態，確認某項治療的其他效果，以及檢驗對於醫療專業人員來說太複雜或者太稀有的以致於不明顯的問題 (Anthony & Parsons, 1993)。醫療照護成效之制式化評估指標，包括死亡、罹病率、症狀、功能狀態、不適、身體與情緒健康、生活品質與病人滿意度等等 (Ditmyer, Koepsell, Branum, Davis & Lush, 1998)。

近年來由於慢性病盛行、醫療處置的多元化、與醫療給付方式的改變，醫療照護成效制式化評估指標更重視病人主觀的制式化評估指標。病人主觀的制式化評估指標主要以量表為主，包括症狀、功能狀態、身體與情緒的安適、滿意度與生活品質等概念 (Kleinpell, 1997)。對病人而言，疾病與生活是不可分的，故越來越多的研究探討病人的生活品質或不同照護措施對病人生活品質的影響 (Burckhardt, Woods, Schultz, & Ziebarth, 1989; Ferrell et al., 1992a, 1992b)。然而生活品質所包含的層面太廣泛，除了健康外，還包括經濟、政治、自由與環境等層面 (陸玟玲, 1998)，故醫療照護人員多以與健康相關的生活品質為醫療照護成效的制式化評估指標 (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993)。

國外已有的評估西醫療效的生活品質量表非常多，大致上分成兩類：疾病

專一性生活品質量表；與一般性整體健康量表。

(一) 疾病專一性生活品質量表如：聖喬治呼吸問卷 (St. George's Respiratory Questionnaire) (Jones, Quirk & Baveystock, 1995)、健康評值問卷 (Health Assessment Questionnaire, HAQ) (Fries, Spttz, Kraines & Holman, 1980)、關節炎衝擊量表 II (Arthritis Impact Measurement Scale-2, AIMS2) (Meenan, Mason, Anderson, Guccione & Kazis, 1992)、西安大略與麥克馬斯特大學膝部骨性關節炎指標 (The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, WOMAC) (Bellamy & Buchanan, 1986)、膝關節炎嚴重度指標 (Index of Severity for Osteoarthritis of the Knee, ISK) (Lequesne, Mery, Samson & Gerard, 1987)，適用於不同的疾病型態。這類量表的缺點是未完全針對生活品質的概念來設計 (未包含心理與社會層面的測量)，而只是測量疾病或失能所造成的衝擊 (例如身體功能與症狀測量)。

(二) 一般性整體健康量表如：疾病衝擊量表 (Sickness Impact Profile, SIP) (de Bruin, Diederiks, de Witte, Stevens & Philipsen, 1994)、醫療成果調查短表 (Medical Outcome Survey Short Form-36, SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992)、那庭漢健康量表 (Nottingham Health Profile, NHP) (Martini & McDowell, 1976)、世界衛生組織生活品質問卷 (WHO Quality Of Life-100, WHOQOL-100) (姚開屏, 2000) 等。疾病衝擊量表 (SIP) 的缺點是未評估到疼痛情況，而沒勾選的項目不一定代表沒有那種狀況，且著重在負向而不是正向的經驗 (McDowell & Newell, 1996)。醫療成果調查短表 (SF-36) 的缺點是計分方式複雜、不適用於老人自行填寫，且適合以一個月之健康變化為主之測量，無法監測短期之醫療成效 (Dijkers, 1997)。那庭漢健康量表 (NHP) 缺點是對健康相關生活品質的定義不夠完全。「世界衛生組織生活品質問卷」是世界衛生組織 1995 年出版，至 2000 年初，WHO 官員口頭報告已有近 40 種語言版本被發展完成。此量表能反映出健康相關生活品質的多面性及精緻性，編製的過程系統化、科學化及符合心理計量的重要原則。

「台灣版世界衛生組織生活品質問卷」是台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組 1999 年出版的，含 112 題的長篇版及含 28 題的簡明版，包括六大範疇 (domains)：生理、心理、獨立程度、社會關係、環境、心靈 (六大範疇共有二十四個層面)，與一個一般層面：綜合對整體生活品質與一般健康狀態的評值)。這些範疇或層面已經考慮不同地區之工業化程度、醫療提供程度、家庭角色、時間的感受、自我的感受、宗教、以及台灣之文化與民情等。問卷中的每一題皆是採用五點式量尺來計分，量尺標示語詞 (response scale descriptors) 使用到四大類型量尺：能力 (capacity)、頻率 (frequency)、強度 (intensity)、

評估 (evaluation)，從不同角度來問同一概念，內容強調個體對自己生活品質的感受 (perception)，分數越高表示生活品質越好。除了每個題目可計分外，還可將各層面內的題目分數相加，而得各層面分數，並且可將各範疇內的層面分數求平均，而得各範疇分數。本問卷具有良好的信度與效度(姚開屏，2000)。

在台灣，過敏性鼻炎是最常見的過敏性疾病，也是最重要的健康問題之一。台灣屬海島型氣候，高溫潮溼，病菌易滋生，再加上空氣污染，容易引發過敏症候。過敏性鼻炎從小孩至大人均可發生，發生率約為全人口的 5~20%，約佔中小學學生的 22% (黃英傑，2002)；過敏性鼻炎患者中有 38% 曾發生氣喘，而 78% 的氣喘病人有過敏性鼻炎 (吳龍源，2001)。過敏性鼻炎雖然不會致人於死，卻會使人產生極端不舒服的症狀而干擾睡眠、飲食、記憶力不能集中等日常生活作息。西醫治療過敏性鼻炎以抗組織胺類、類固醇製劑、減敏療法為主。藥物能迅速減緩症狀，但是藥效一過症狀又復發，藥物的副作用明顯 (如口乾舌燥、嗜睡乏力…)；而減敏療法要打許多針，耗時至少要一年以上(游隆權，2001)，因此許多患者尋求中醫治療。據中醫師的經驗如果患者對於飲食禁忌的配合良好再加上藥物的治療，約八成患者在三至六個月內的中藥療程中均可獲得良效 (楊賢鴻，2003)。

有鑑於以上這些原因，本研究以過敏性鼻炎患者為研究對象，規劃發展更適當、細緻、客觀量化之中醫治療下生活品質量表，依國際量表發展流程，以「台灣版世界衛生組織生活品質問卷」28 題為核心問卷，以焦點團體確定的題目為新增題目，合併成為「過敏性鼻炎患者在中醫治療下生活品質評估量表」。日後並逐步推行至獲國際認證，成為中醫藥研究、中醫藥療效分析，臨床及衛生決策分析、擬定及評估中醫醫療照護體系的參考工具。

貳、材料與方法

本研究為描述性研究，採橫段式研究設計。取樣方面採立意取樣(purposive sampling)，取得研究對象同意後施測。

研究對象與場所

本研究對象為接受中醫藥治療的門診過敏性鼻炎患者，從台灣地區北中南四家醫院：長庚紀念醫院林口醫學中心、中國醫藥大學附設醫院、台北市立中醫院、高雄市立中醫院招募。選樣條件如下：1.年滿 8 歲。2.接受中醫治療三個月。3.意識清楚、無精神或認知障礙，例如非老人失智症、精神疾病患者。4.能讀寫或能以國、台、客語溝通，並同意參加者。

本研究問卷的設計是以自填的方式為主，因此受訪者的教育程度須達到某個水準。根據學者經驗，國中及以上教育程度者在填寫問卷時通常都沒有問題，而國小教育程度者與一些不常接觸文字的老年人則部份需要在別人協助下來填寫問卷。因此本研究問卷是由各家醫院之中醫門診護理人員發放與收回問卷，當研究對象有需要時，依照問卷各題目的操作型定義協助填寫答案。

研究流程

中醫治療下生活品質評估量表編制過程，分為概念釐清、建立原始題目資料庫、決定初稿題目內容、實地測試等四個步驟。

(一) 概念釐清：邀請 20 位中醫各科專家間回顧文獻，專家包括中醫師內科(8 位)、婦兒科(4 位)、針灸科(4 位)、傷科(4 位)，定義中醫治療下生活品質。對中醫治療下生活品質評估量表的範疇及各層面的定義反覆地討論，期望在文字、概念及語意上能達到適當性、對等性及符合中醫理論的標準。

(二) 建立量表原始題目：進行對 10 位不同疾病及病情程度的過敏性鼻炎病人與其 2 位主要家屬、20 位中醫各科專家的焦點團體(focus groups)質性先期研究，從他們的觀點來找出符合中醫治療特色之下所關注的生活品質議題，編寫中醫治療下生活品質評估量表原始題目。

(三) 決定量表初稿題目內容：首先，根據文獻分析與參考台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷、焦點團體意見擬定量表初稿。擬以「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」作為共通的一般性題目(28 題)，以焦點團體確定的中醫治療下的生活品質範疇與層面作為專一性題目(由本研究結果決定題

數)，成為中醫治療下生活品質評估量表初稿。選項格式、計分方式與台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷相同。然後，選擇異質團體，於台灣地區北中南四家醫院各至少對 20 名滿 8 歲以上之病人，至少 80 人，作量表發展階段預試。本量表採自填 (self-administered) 的方式來進行施測，在必要時才以施測者協助填寫的方式進行。本量表要求受訪者以最近四個星期為時間參考點 (time reference) 來評斷自己的生活品質。

統計方法包括 (1) 用變項 (題目與所屬範疇間、範疇間、範疇與整體生活品質分數間) 的皮爾森相關值，檢驗本量表的內容效度；(2) 用各範疇分數為預測變項，以「整體生活品質與一般健康層面」為效標變項來作多元迴歸，也就是以各範疇分數來預測整體生活品質之解釋變異量，檢驗本量表的預測效度；(3) 用範疇及整份問卷的 Cronbach's α 值，了解此問卷各範疇的內部一致性指標，檢驗本量表的內部一致性信度。

(四) 實地測試：擬使用同質團體--長庚紀念醫院中醫內科門診過敏性鼻炎患者共 240 位—作一連串小型研究。並且使用疾病衝擊量表 (SIP) 與醫療成果調查短表 (SF-36)，以及醫學指標如 ESR、CRP、症狀改善，建立本量表的心理計量特性。

統計方法包括 (1) 用探索性因素分析，主因子法 (principal factor analysis) 抽取因素，再作斜交轉軸 (promax)，找出此問卷之因素組成、因素負荷量及解釋變異量，檢驗本量表的建構效度；(2) 用本量表與 SIP-68、SF-36 得分之間的皮爾森相關值，以及本量表與醫學指標如 ESR、CRP、症狀改善得分之間的皮爾森相關值，檢驗本量表的同時效度。(3) 用受訪者的各題目、範疇及整份問卷於二至四星期間前後測的皮爾森相關值與層內 (Intraclass) 相關係數來判斷，並以配對 t 檢驗樣本受訪者前後測的平均數是否有顯著差別，檢驗本量表的再測信度。

參、結果

研究結果依照量表編制過程：概念釐清、建立原始題目資料庫、決定初稿題目內容、實地測試等四個步驟，列述如下。

一、概念釐清：

邀請 20 位中醫各科專家，專家包括中醫師內科（張恆鴻、沈建忠、陳建仲、鄭振鴻、黃升騰）、婦兒科（黃秋勇、楊淑齡、王人澍、謝佳蓉、程惠政）、針灸科（林昭庚、張永賢、謝慶良、郭嘯天、孫茂峰）、傷科（楊哲彥、黃蕙茶、黃桂彬、郭豐演），定義中醫治療下生活品質。

二、建立量表原始題目：

首先，做焦點團體訪談。自民國 92 年 7 月 1 日開始，在長庚紀念醫院林口醫學中心中醫門診諮詢室，針對罹患過敏性鼻炎的患者共 25 人，做深入訪談。民國 92 年 8 月 4 日起做第二次深入訪談。

第一次訪談指引：我們想知道自從您（孩子）被診斷為過敏性鼻炎以後，這段時間，您（孩子）的生活情形，以及您對所經歷事件的感受。請您用自己的感覺以及關注點來回答問題。（1）談談您（孩子）所經歷的診斷、治療、有哪些症狀？家族史？（2）這些症狀對您（孩子）日常活動及心理上所造成的改變？（3）請問您（孩子）是在什麼情況下開始接受中醫治療的？（4）請問您接受中醫治療後，症狀、日常活動、及心理上有何改變？與接受治療前有何差異？（5）若您曾接受過中西醫治療，您覺得兩者的治療方式對您有何差異？

第二次訪談指引：（1）對您而言，生活品質是什麼？（2）就您自己來說，您對中醫治療有什麼感覺？（3）可否請你談談您這次生病的經驗？（4）請問您是在什麼情況下開始接受中醫治療的？（5）您覺得現在的生活有無意義？（6）就對您的生活品質來說，過敏性鼻炎對您有什麼影響？您是如何處理與調適的？（7）就過敏性鼻炎這一個疾病來說，您對西醫治療的看法為何？對中醫治療的看法又是如何？根據訪談結果擬定問卷的原始題目 47 題。

其次，將問卷的原始題目與 20 位中醫各科專家（焦點團體）討論，從他們的觀點修正量表原始題目。專家中的盧樹森、郭豐演醫師提出無法參與本研究，因此再邀請基隆長庚傷科王國成醫師參加。問卷內容增加至 65 題。增加的原因如下，範疇一：有關其他治療，包括穴位按摩、針灸、導引都需一一分開，這樣才可瞭解不同治療有不同的成效。範疇二：生理部分的症狀，除修正用詞

的通俗性外，還加入有關腹瀉、便秘、磨牙的項目，在季節上的變化，有一份更清楚的描述，包括“溫差變化大”、“冬季”、“季節轉換”…等等。其他的範疇內容皆是詞意上的修正使其通俗化。

此外，製作病人護理衛教本、體質類型與體質變化表隨身小卡，於第二次訪談結束後，贈送給患者。

三、決定量表初稿題目內容：

首先是第三次徵詢專家的意見。不少專家反映『生活品質的定義』為何？好的生活品質需要包含有哪些條件？因此，整理出每一題的操作型定義，以電子郵件的方式寄給專家，以釐清觀念。專家的意見歸納如下：(1) 問卷中，疾病名稱不適合一直出現。(2) 有些題目不夠恰當，『若無可不填答』的題目將會影響到之後的統計結果以及問卷的可信度。(3) 在鼻炎的症狀方面：磨牙、便秘、腹瀉等題目是必須加入的，因為在臨床上這一些問題很常出現。(4) 每一個問題需要先弄清楚各種不同類型的評量語詞為何，譬如說「評估」、「能力」就會有不同的評估量尺。並且各量尺各有不同等級，就拿頻率來說：「從來沒有」代表 0%，「很少有」代表 25%，「一半有一半沒有」代表 50%，「很常有」代表 75%，「一直都有」代表 100%，如此可以很快的從分數中看出結果。(5) 有關舌診、脈診的題目，舌診、脈診其實是相當主觀的東西，沒有經驗的與有經驗的醫師，其評斷的結果將會有一段不小的差距，比較不適合用在自填評估問卷，尤其要讓個案自行填答，實屬不易。

然後為了精修問卷，將過去焦點團體中選出 10 位病人，民國 92 年 11 月 3~9 日再做一次問卷修正後的填答。並且請楊賢鴻醫師、張恆鴻醫師於民國 92 年 11 月 10 日再針對此問卷給予最後修正。量表修正內容歸納如下：(1) 疼痛—為過敏性鼻炎不會出現的症狀。(2) 生理部分中，題目中的“常”可以不放嗎？會限定病人回答。(3) 第 35 題頭昏，要分開『連續』與『頻頻』，『連續』一天可能只有一次；『頻頻』可能會間斷出現。(4) 第 51 題的懶言、懶動最好分開兩題；畏寒與怕冷兩者為同義詞。(5) 第 58 題的『手足心熱』最好用詞可以白話一點。(6) 第 66 題的『小便量少』，其中『少』該如何定義，建議可以用每天早上第一次的尿液來評估，若濃黃則表示量少。(7) 過敏性鼻炎患者的體質多為氣虛，小孩子多為陰虛。其主要症狀少有血虛，但是臨床上仍會出現。(8) 第 65 題的改變居家環境是指搬家或者是有其特殊定義？(9) 評估的重點若是檔案內的重要因素，最好不刪除。(10) 有關過敏原部分，只留花粉、油漆、粉塵即可。(11) 辨證體質會不會與西醫相重複？體質會變，所以可不用擔心。

在重新整理的量表初稿題目內容中，前 28 題是「台灣簡明版世界衛生組

織生活品質問卷」為核心題目，接著 35 題是「焦點團體確定的過敏性鼻炎患者在中醫治療下的生活品質」為新增題目，以及最後 21 題「體質表徵」題目。其中 63-66 題共 4 題為氣虛體質的表徵，63-68 題共 6 題（包括 63-66 題氣虛的題目）為陽虛體質的表徵，69-71，75-81 題共 10 題為陰虛體質的表徵，61-62 和 72-74 題共 5 題為血虛體質的表徵。

最後，於民國 92 年 11 月 11~23 日將問卷郵寄給台灣地區北中南三家醫院、以及到長庚紀念醫院中醫內科楊賢鴻醫師門診收案，各至少 20 名接受中醫治療的過敏性鼻炎門診患者，總共 93 人，作量表發展階段異質團體的預試，並附上收案標準及訪視禮品。於民國 92 年 12 月 9 日收回所有量表，做統計分析。統計分析結果：

（一）基本描述統計

針對 93 位過敏性鼻炎患者的問卷回答做描述性統計，包括人口學資料（表一）、量表原始題目各題目之描述性統計資料（表二）以及量表原始題目各範疇之描述性統計資料（表三）。

（二）篩選各範疇新增題目

統計分析包括：各題的平均數及其標準差、探索性因素分析、各題與所屬範疇總分的 Pearson 相關、各題與第 1 題、第 2 題、量表總分之間的 Pearson 相關、多元迴歸、內在一致性。篩選各範疇新增題目的條件綜合敘述如下：

1. 新增各題目的平均數在 2.0-4.0 時及其標準差（變異數開根號） $>$ 所屬範疇之原核心題目之最低標準差，即保留此題。

2. 若新增題目的因素負荷量 $>$ 所屬範疇之原核心題目之最低因素負荷量，即保留此題。

3. 檢視各範疇內新增題目與範疇總分的 Pearson 相關，若各範疇內新增題目與範疇總分的相關 $>$ 所屬範疇之原核心題目與範疇總分的最低相關，即保留此題。

4. 檢視各範疇內新增題目與第 1 題、第 2 題。量表總分的 Pearson 相關，若新增題目與量表總分的相關 $>$ 所屬範疇之原核心題目與量表總分的最低相關，且與第 1 題、第 2 題的相關 $>$ 所屬範疇之所有題目與第 1 題、第 2 題的最低相關，即保留此題。

5. 各範疇以量表總分為校標做多元迴歸，而以相同範疇內的題目為預測變項作逐步迴歸（stepwise regression），被選入迴歸式且達統計上顯著水準的題目，即較其他題目好，視其標準化迴歸係數（beta）及題目加入迴歸式後能增

加預測力的多寡而定，若達統計上顯著水準且可有效增加預測力，即保留此題。

6.檢視各範疇新增題目之矯正的單項/總項相關係數 (corrected item-total correlation)、刪題後的 alpha 係數 (alpha if item deleted)，若矯正的單項/總項相關係數達 0.3000 以上，表示該題目與總題目的相關性較高，可以包含於總題目內作為測量項目 (Nunnally, 2002)，即先保留此題；再來若刪題後的 alpha 係數 > 所屬範疇之 alpha 係數，即保留此題。

(1) 範疇一「生理」：

1.新增題目的平均數在 2.0-4.0 時且標準差 (變異數開根號) > 所屬範疇之原核心題目之最低標準差，—保留題目 31.33.34.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.57.58.59.60.，見量表原始題目各題目之描述性統計資料 (表二)。

2.新增題目新增題目的因素負荷量 > 所屬範疇之原核心題目之最低因素負荷量—保留題目 29.31.33.34.43.44.45.46.47.48.52.53.54.55.56.57.59.60.，見量表原始題目各範疇之探索性因素分析 (表四)。

3.新增題目與範疇總分的相關 > 所屬範疇之原核心題目與範疇總分的最低相關—保留題目 29.31.33.34.43.44.45.46.47.48.52.53.54.55.56.57.59.60.，見量表原始題目範疇一「生理」的 Pearson 相關係數表 (表五)。

4.新增題目與量表總分的相關 > 所屬範疇之原核心題目與量表總分的最低相關，且與第 1 題、第 2 題的相關 > 所屬範疇之所有題目與第 1 題、第 2 題的最低相關—保留題目 29.31.33.34.43.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.58.59.60.，見量表原始題目範疇一「生理」內題目與範疇總分、第 1 題、第 2 題、量表總分的 Pearson 相關係數 (表六)。

5.檢視以量表總分為校標以相同範疇內的題目為預測變項作逐步迴歸 (stepwise regression) 的多元迴歸，新增題目被選入迴歸式且達統計上顯著水準的題目，可有效增加預測力—保留題目 29.31.34.43.45.51.52.53.58.59.，見量表原始題目範疇一「生理」以量表總分為校標的多元迴歸 (表七)。

6.新增題目之矯正的單項/總項相關係數 (corrected item-total correlation) > 0.3000 且若刪題後的 alpha 係數 (alpha if item deleted) > 所屬範疇之 alpha 係數—保留題目 31.33.34.43.44.45.46.47. 48.52.53.54.55.56.57.59.60.，見量表原始題目範疇一「生理」的內在一致性 (表八)

(2) 範疇二「心理」：

1.新增題目的平均數在 2.0-4.0 時且標準差 (變異數開根號) > 所屬範疇之原核心題目之最低標準差，—保留題目 30.，見量表原始題目各題目之描述性統

計資料（表二）。

2.新增題目新增題目的因素負荷量 $>$ 所屬範疇之原核心題目之最低因素負荷量—保留題目 30.42.，見量表原始題目各範疇之探索性因素分析（表四）。

3.新增題目與範疇總分的相關 $>$ 所屬範疇之原核心題目與範疇總分的最低相關—保留題目 30.42.，見量表原始題目範疇二心理的 Pearson 相關係數表（表九）。

4.新增題目與量表總分的相關 $>$ 所屬範疇之原核心題目與量表總分的最低相關，且與第 1 題、第 2 題的相關 $>$ 所屬範疇之所有題目與第 1 題、第 2 題的最低相關—保留題目 30.，見量表原始題目範疇二心理內題目與範疇總分、第 1 題、第 2 題、量表總分的 Pearson 相關係數（表十）。

5.檢視以量表總分為校標以相同範疇內的題目為預測變項作逐步迴歸（stepwise regression）的多元迴歸，新增題目被選入迴歸式且達統計上顯著水準的題目，可有效增加預測力—保留 0 題，見量表原始題目範疇二「心理」以量表總分為校標的多元迴歸（表十一）。

6.新增題目之矯正的單項/總項相關係數(corrected item-total correlation) $>$ 0.3000 且若刪題後的 alpha 係數(alpha if item deleted) $>$ 所屬範疇之 alpha 係數—保留題目 30.42.，見量表原始題目範疇二心理的內在一致性（表十二）。

（3）範疇三「社會」：

1.新增題目的平均數在 2.0-4.0 時且標準差（變異數開根號） $>$ 所屬範疇之原核心題目之最低標準差，—保留題目 35.82.，見量表原始題目各題目之描述性統計資料（表二）。

2.新增題目新增題目的因素負荷量 $>$ 所屬範疇之原核心題目之最低因素負荷量—保留題目 82.，見量表原始題目各範疇之探索性因素分析（表四）。

3.新增題目與範疇總分的相關 $>$ 所屬範疇之原核心題目與範疇總分的最低相關—保留題目 35.82.，見量表原始題目範疇三社會的 Pearson 相關係數表（表十三）。

4.新增題目與量表總分的相關 $>$ 所屬範疇之原核心題目與量表總分的最低相關，且與第 1 題,第 2 題的相關 $>$ 所屬範疇之所有題目與第 1 題、第 2 題的最低相關—保留 0 題，見量表原始題目範疇三社會內題目與範疇總分、第 1 題、第 2 題、量表總分的 Pearson 相關係數（表十四）。

5.檢視以量表總分為校標以相同範疇內的題目為預測變項作逐步迴歸（stepwise regression）的多元迴歸，新增題目被選入迴歸式且達統計上顯著水

準的題目，可有效增加預測力—保留題目 35.82.，見量表原始題目範疇三「社會」以量表總分為校標的多元迴歸（表十五）。

6.新增題目之矯正的單項/總項相關係數(corrected item-total correlation) > 0.3000 且若刪題後的 alpha 係數(alpha if item deleted) > 所屬範疇之 alpha 係數—保留 0 題，見量表原始題目範疇三社會的內在一致性（表十六）。

(4) 範疇四「環境」：

1.新增題目的平均數在 2.0-4.0 時且標準差（變異數開根號）> 所屬範疇之原核心題目之最低標準差，—保留題目 32.36.37.38.39.40.41.83.84.，見量表原始題目各題目之描述性統計資料（表二）。

2.新增題目新增題目的因素負荷量> 所屬範疇之原核心題目之最低因素負荷量—保留題目 32.36.38.39.40.41.，見量表原始題目各範疇之探索性因素分析（表四）。

3.新增題目與範疇總分的相關> 所屬範疇之原核心題目與範疇總分的最低相關—保留題目 32.36.37.38.39.40.41.83.84.，見量表原始題目範疇四環境的 Pearson 相關係數表（表十七）。

4.新增題目與量表總分的相關> 所屬範疇之原核心題目與量表總分的最低相關，且與第 1 題、第 2 題的相關> 所屬範疇之所有題目與第 1 題、第 2 題的最低相關—保留題目 32.36.37.38.39.40.41.，見量表原始題目範疇四環境內題目與範疇總分、第 1 題、第 2 題、量表總分的 Pearson 相關係數（表十八）。

5.檢視以量表總分為校標以相同範疇內的題目為預測變項作逐步迴歸（stepwise regression）的多元迴歸，新增題目被選入迴歸式且達統計上顯著水準的題目，可有效增加預測力—保留題目 32.37.39.84.，見量表原始題目範疇四「環境」以量表總分為校標的多元迴歸（表十九）。

6.新增題目之矯正的單項/總項相關係數(corrected item-total correlation) > 0.3000 且若刪題後的 alpha 係數(alpha if item deleted) > 所屬範疇之 alpha 係數—保留題目 36.37.38.39.40.41.，見量表原始題目範疇四環境的內在一致性（表二十）。

所選出來的題目是：範疇一、題目 31.「您能調整日常生活習慣嗎？」，34.「您的日常生活受到身體症狀的影響嗎？」，43.「您滿意自己的食慾狀況嗎？」45.「在換季時，您會頭痛嗎？」59.「在夜間睡眠中，您會磨牙嗎？」。範疇二、題目 30.「您能獲得親友（如配偶、父母、兄弟姊妹、男女朋友、同居人）的支持嗎？」。範疇三、82.「在公共場合流鼻水需要擦拭，您會不會覺得很不好意思

思？」。範疇四、題目 37.「與無毛動物接觸(如昆蟲),會加重您身體的症狀嗎?」
39.「打掃、清潔工作會加重您身體的症狀嗎?」。

四、實地測試

由於研究期限到 92 年 12 月 31 日止，故實地測試部份未作，擬提出申請下一次研究計畫實施。

肆、討論

由於本研究結果只是量表編制過程的前面三各階段，概念釐清、建立原始題目資料庫、與決定初稿題目內容，還有「實地測試」第四個步驟未完成，故未有相關討論。

伍、結論與建議

本研究以過敏性鼻炎患者為研究對象，依國際量表發展流程，以「台灣版世界衛生組織生活品質問卷」28 題為核心問卷，以焦點團體確定的題目為新增題目，擬定「過敏性鼻炎患者在中醫治療下生活品質評估量表」初稿。由於量表發展過程的第四個步驟「實地測試」未完成，故沒有具體結論與建議。

誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會，計畫編號 CCMP92-RD-032 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

[\(3-02 圖表\)--CCMP92-RD-032.doc](#)

[\(3-02 圖表-橫\)--CCMP92-RD-032.doc](#)