

編號：CCMP93-RD-014

長短期治療成效評值：以中醫哮喘 (即西醫氣喘) 接受中醫治療後 之生活品質變化

劉雪娥

長庚大學護理系

摘要

哮喘就是西醫認定的氣喘。其常發生於國內兒童與成人身上。國人經常選擇中醫來治療此一病症。因此，本研究以此類接受中醫治療之哮喘病患（含兒童與成人）為對象，以生活品質為療效指標之一，藉定期追蹤訪談，了解哮喘病患接受中醫治療期間的生活品質變化狀況並分析其影響因素。訪談問卷包括 Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)，哮喘之症狀困擾量表，與 Verran and Snyder-Halper Sleep Scale (VSHSS)。研究期間共收得 101 位樣本，完成 341 訪談人次。初次訪談之有效問卷為 95 份，完成第十次訪談者僅 5 位。

統計分析結果發現前三次評估中，兒童組之生活品質明顯高於成人組。多次重複測量之自我比較發現僅初次評量與第二次評量間，「生活品質總量表」「症狀」次量表，與「活動限制」次量表達顯著差異。各次評估時，樣本的生活品質與症狀困擾、睡眠、暨健康狀態間呈顯著相關。個人基本變項對生活品質之影響分析中發現，就業者之生活品質三個次量表「症狀」、「活動限制」、「情緒功能」與整體量表得分優於未就業者。已婚者之生活品質四個次量表「症狀」、「活動限制」、「情緒功能」、「環境刺激」與整體量表得分優於未婚者。若將分成「兒童組」與「成人組」各自檢定各次評估結果時，僅發現「成人組」在第三次評估時男性的睡眠優於女性病患，閩南籍者之「情緒功能」次量表得分優於其他省籍者，且國小以下教育程度者的睡眠優於國中以上者。

此結果顯示不同評估時間點會影響各變項間的關係，故宜慎選切入點，以確實了解接受中醫治療患者的生活品質變化狀況。進而思索改善之策略。

關鍵詞：中醫哮喘（即西醫氣喘）、生活品質變化

Number : CCMP93-RD-014

Long (short)-term Outcome Measures: an Example of the Changed Patterns of Quality of Life of Xiao (asthma) Patients during the Treatment of Chinese Medicine

Hsueh-Erh Liu

Chang Gung University

ABSTRACT

Xiao means asthma in western medicine. It is a popular illness in both adult and children. Some Taiwanese chose Chinese medicine as treatment modality for this specific disease. Therefore, the major purposes of this longitudinal study were to identify the changes of quality of life and to identify the associated factors.

Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), symptom distress scale, and Verran and Snyder-Halper Sleep Scale (VSHSS) were selected as instrument for data collection. A total of 101 subjects were approached and 341 interviews were conducted. 95 valid questionnaires were obtained for the first time assessment but only 5 subjects completed the tenth interview.

The results showed that children group reported higher AQLQ than the adult group during the first three assessments. A significant relationship existed between the first and second assessment of AQLQ, symptom subscale, and activity limitation subscale of AQLQ. During each assessment, AQLQ was significantly related to symptom distress, sleep and health status of the individual. While the sample treated as a group, those employed subjects reported less symptom distress, activity limitation and higher emotional function and AQLQ than the unemployed ones. The

married reported higher AQLQ and each subscale than the unmarried ones. When classified the subjects into children and adult groups, the only significant relationships found in the third assessment. These were: the male and lower educated ones reported better sleep than the female and the higher educated subjects, and the Mi-Na reported higher emotional function than the other nationality.

These results indicated that timing of assessment might change the relationships between each variable. Precisely timing of assessment can help us to understand the pattern of changes of AQLQ, that in turn, help us to search for strategies to improve the AQLQ of the Xiao patients.

Keywords: Xiao, changes of quality of life

壹、前言

氣喘是全球性疾病，全世界有 30 億人口直接和間接受到氣喘影響，而造成個人、家庭、醫療照護系統的負擔。台灣氣喘盛行率為 2.6%~8.5%，而 2001 年氣喘患者平均就醫狀況為 3.42 次，住院 1.28 次，急診 1.34 次，算是使用醫療資源頻率較高的疾病。衛生署 91 年年齡別氣喘死亡人數顯示，近 1 千例的死亡患者中，56 歲以上高達 813 例，25~44 歲也有 62 例。不論是個別家庭或整體社會的潛在損失是不容忽略的。

中西醫療對氣喘之病因見解甚至治療方式均由其獨特的看法，相對的其評估療效的重點也略有異。在西醫極力將病患生活品質納入療效評估之際，開始評估接受中醫治療患者的生活品質也是個嘗試用共同語言溝通的起端。因此，研究者分別以「中醫對氣喘的論述」與「療效評估」兩主軸進一步詮釋這個想法。

一、中醫對氣喘的論述

中國醫學是我國人民在與自然和疾病進行長期反覆的抗爭中，不斷實踐、總結而形成並發展起來的醫學。它具有一整套獨特的醫學理論體系，辨證論治就是其中的重要組成部分。其類似西醫的評估診斷與治療的步驟。現代西方醫學所探討的氣喘，是針對反覆發生的慢性呼吸道發炎，其發作時，支氣管壁水腫、呼吸道平滑肌收縮、呼吸道分泌增加液導致氣道阻塞。導致呼吸短促、哮喘及咳嗽、胸悶、痰液。中醫對此相關症狀早有論述。西元 3 世紀時，被歷代中醫奉為臨床治療圭臬的《金匱要略》，曾以「咳而上氣」、「喉中水雞聲」等字句傳神地描述氣喘發作的典型症狀。其同時指出此類症候為痰飲潛伏體內所致，並提出治療方藥。元代名醫朱丹溪進一步分析認為「喘者，促之氣急，喝喝喘息，甚者張口抬肩，……若喘促喉中如水雞聲，謂之哮。」，其闡明此一病證的病理因素是以痰為主。所以，中醫認為「哮」與「喘」實際上是不同的病證。「哮證」主要表現為喉中有痰音、呼吸急促、困難，甚至不能躺平。「喘證」則以呼吸急促，張口、出現使用呼吸輔助肌之抬肩等動作為特徵。由於哮兼喘，故名曰“哮喘”。因此，西方醫學所提及的氣喘疾病應屬於中醫“哮喘”的範疇。

朱丹溪於《脈因證治》中指出「哮病之因，痰飲留伏，結成窠臼，潛伏於內，偶有七情之犯，飲食之傷或外有時令之風寒束其肌表，則哮喘之症作矣。」所以哮證與“痰飲”、情緒失調、以及“感受外邪”等因素有關。痰飲是人體內液體代謝障礙形成的產物，除呼吸道分泌的痰液與滯留組織器官間的液體之

外，不明的腫塊或淋巴結腫大等則是無形的痰聚集而成的。所以有形或無形的液體對於滯留部位的影響實為痰飲對人體影響。此液體滯留於經絡時，其呈現氣血運行與經絡功能受阻的症狀。液體若滯留於臟腑則出現該臟腑功能失調的現象。哮喘的根本原因是痰飲滯留於呼吸道，即『肺』幫助氣體宣發肅降功能受到影響，因而出現哮喘症候。

根據朱氏的看法，風寒、風熱致病因素侵襲人體肌表或從口鼻進入，與堆積肺內的痰飲相互搏結，使得哮喘發作。不同的致病因素也賦予哮喘不同風貌。因此，中醫將發作期的哮喘分為寒哮與熱哮，兩者皆有咳嗽、呼吸急促、喉間痰多、有哮鳴聲等症狀。兩者間仍有所差異。「寒哮」之患者會出現怕冷、沒有流汗、面色蒼白、口不渴或渴喜熱飲、舌苔白薄或白膩、痰少不易咳出等症狀。劉、劉、吳(2001)發現50%以上冷哮型患者血液檢體中嗜伊紅性白血球與IgE濃度明顯增加。「熱哮」患者會出現發熱、面色紅，胸悶有漲滿感，感到口渴、喜冷飲、小便顏色深黃、便秘、舌苔黃薄或黃膩、痰較黏稠色白或黃等症狀。50%以上熱哮型患者的白血球、中性球、前列腺素濃度明顯增加，且超過1/3患者的血栓素濃度顯著增加。此外，如果呼吸道阻塞問題無法盡快獲得緩解，嚴重時患者可能出現低血氧、發紺等現象，甚至因高碳酸血症而導致急性呼吸衰竭。清初名醫葉桂『久病入絡』的觀點認為患者因病程長，氣血運行受阻，致使體內出現病理產物「瘀」時，其外顯表現為患者面色暗沉、口唇與指甲發紺、舌色青或有瘀點等(張，2001)。因此長期氣喘患者也會出現「久病成瘀」的症狀。

要能確實改善哮喘對人體的影響，除減輕呼吸困難、哮鳴等症狀外，還需要考慮其基本致病因素—痰飲。就中醫的解剖生理觀點而言，人體五臟六腑中：肺主宣降，通調水道，脾負責水液運化，腎陽可以蒸騰水液，水液則透過三焦的通道流灌全身。由於先天的體質問題、感染病源、飲食失節、情志失調或是勞累過度(黃，2001)。所以患者脾、肺、腎等臟腑『虛損』，導致人體的體液代謝異常。出現虛損問題的臟腑不同，症狀也有些差異。所以，要能確實改善哮喘，還必須考慮肺脾腎三焦的問題。元代朱丹溪早以提醒「未發以扶正氣為主、既發以攻邪氣為急。」因此中醫臨床上，在緩解期或非發作階段，以針對肺、脾、腎三臟之陰陽氣虛為主要治療目標，並稱為虛哮，其外顯表現可分為：

- 肺虛：自汗、怕風、說話聲音小、經常有輕微的哮鳴音、痰稀白、易感冒，感冒症狀為打噴嚏、流鼻水。
- 脾虛：平時食量少、易腹脹不適、大便鬆軟，或是進食油膩食物後易腹瀉。
- 腎虛：平時常呼吸短促、且活動後或疲倦時加劇，自覺心悸、眩暈、腰腿

酸軟。

哮喘集誘因、病因和體質等多重因素於一身（張、羅，2001），透過持續觀察與適時提供適當調理，有利於維持患者氣血陰陽於平衡狀態，降低再次發病的機會，並能有效地減輕患者身心痛苦。

二、療效評估

有效的療效表示病患的不適症狀會獲得改善外，也表示病患不會因為其他的疾病而使原來的病情變得更複雜或更加惡化。生活品質是近來最常被用來評估療效的指標之一。其相關的定義與測量標準甚多，且各家說法不一。目前尚無針對中醫之特質而設計的生活品質內涵。因此需要由此一名詞所代表的意義並考慮中醫特質來加以闡釋才可能明確的評量中醫處置對患者的成效。

由字典來看，「生活（Life）」與「品質（Quality）」常是分開的字眼。韋氏字典第三版（1993）認為生活（Life）是指（1）有活力的生存，指生物能執行其最佳功能，具有行動思想與表達能力的一種狀況；（2）生存的過程，指影響個體存在之心理及生理的經驗；（3）過活的型式或方法；及（4）維持生計的必備事物。而「品質（Quality）」是指優良的程度或特殊的性質。社會工作辭典裡它認為「生活品質」是每個人在他們的重要生活層面所感受到的快樂或滿足程度。

就西方的文化來看，生活品質的概念可追溯到希臘哲學之父亞里斯多德。他認為這是一種幸福（Happiness），是靈魂得到滿足的狀態。他強調一個幸福的人，凡事順利且生活良好，也就是說他有較好的生活品質。現今，各個不同學派紛紛以不同的角度來闡述此一概念。例如，經濟學家以國民生產毛額高低來表示生活品質的程度；流行病學專家以此來研究疾病的過程並評估治療的效果；在計劃評估與政策分析方面，「生活品質」被用來決定政策的優先順序。就醫療界之經驗來說，1976 年生活品質此一名詞首度出現在醫學文獻索引〈Medicus Index〉之中。爾後，相關的研究報告就不斷出爐。「生活品質」也漸被醫護人員掛在嘴邊。促進或維持病患生活品質也成整個醫療界追求的目標之一。

Campbell, Converse 與 Rodgers（1976）認為生活品質是個人對其婚姻、家庭生活、朋友關係、生活水準、財務、宗教等各方面的滿意度。Schipper, Clinch & Powell（1990）認為生活品質較具體的定義是世界衛生組織對健康的定義，即一種生理心理社會的安寧狀態，不僅是沒有疾病而已。Ferrans（1990）認為生活品質是個人對幸福的感受，與個人對生活中自覺重要部份的滿意程度有

關。Ferrans and Powers (1992) 認為除了各方面的滿意度外，個人安適 (well-being) 的感覺也是生活品質的要素。Belec (1992) 認為生活品質是個人對目前生活情境的滿意程度，其包括心理、社會、經濟、健康等，並受目前生活型態、過去經驗及未來期望所影響。Zhan (1992) 也有類似的看法。他認為生活品質是指個人生活經驗的滿意程度，即反應個人的需求、期望的滿足程度，其與個人的過去經驗有關，是多方面的、複雜的、動態的、與個人背景、社會地位、文化、環境、年齡、個人的健康狀況有關。除滿意度外，部份學者認為負面的經驗也需包括在生活品質之內。例如：Osoba (1994) 指出生活品質是多方向所構成的，必須包括：身體，情緒，社會，和認知功能的正負向看法，以及因治療產生身體不適症狀的負向觀點。除個人自己的看法外，他人或家屬的認定也漸被列入考量的範圍。Meeberg (1993) 認為生活品質除了包括個人對自己生活各方面的滿意外，也包括他人外在的評估與認定。Jassak & Knafl (1990) 認為生活品質應是個人目前生活的感受，除了個人自己的看法外，也應注意到家庭成員的看法。

傳統的中華民族文詞中並無「生活品質」此一名詞，但窺究上述字典與西方學者的定義，且考量中國傳統一向強調陰陽之說，因此我們也可以「陰陽調和狀態」來代表生活品質。若個人的陰陽調和則表示其生活的各個方面均呈現完滿的狀況。傳統上中國人強調精氣養神，他們認為保持心靈平和及生活和諧是傳統中國人重要的健康之道 (Yang, 1989)。一般民眾則認為健康就是身體與精神和諧，會吃會睡，精神好，且身體爽快的狀況 (張，民 78)。然而針對社區老人所分析的健康觀念則發現其認為健康包括：精氣神調和；心理幸福快樂；心靈平和寧靜；掌控與展望感；身體無不適等五大範疇。其所謂的「精氣神調和」強調老人在各方面都要很和諧 (comprehensive harmony)。「心理幸福快樂」則著重在心理層面，類似西方所謂「健康就是幸福感」的想法。「心靈平和寧靜」就是傳統中華文化中所強調個人在面對人生迷思時，能肯定生命意義的無窮力量。至於「掌控與展望感」則指老人以家庭和諧順心，子女孝順聽話且有成就感來論斷自己一生的成敗得失。「身體無不適」則強調健康的可貴 (劉，民 87)。因此台灣老人認為的健康不是只有身體無病痛不適而已，他們還期望能維持心理與靈性的健康，甚至還要家和子孝，含飴弄孫。因此，以個人對其自覺重要的生活範圍的滿意程度這種說法來當作中國人對生活品質的定義應該是最恰當的。也難怪在文獻上我們可以發現：婚姻美滿；與家人同住；社經地位好；自覺健康狀況良好；與日常生活能力強的老人都覺得自己的生活品質較佳。甚至住在社區的老人的生活滿意度也高過住在安養院的老人 (Decker & Schulz, 1985；王，民 88；劉，民 88)。

關於生活品質之分類也是各家說法不一。Ferrans (1990) 認為文獻提及的生活品質可劃分成：正常生活 (normal life)；快樂/滿意 (happiness/satisfaction)；達成個人目標 (achievement of personal goals)；社會可用性 (social utility)；及天生本能 (natural capacity) 五大類。其分別以不同的角度來探究生活品質此一主題。相對的也就各有其利弊，諸如：是誰來決定？何謂正常等問題，值得進一步採用時深思。Spilker (1996) 則將生活品質分類成健康相關生活品質 (Health-related Quality of Life, HRQL) 與非健康相關生活品質 (Non-health-related Quality of Life, NHRQL) 兩大類。其所謂健康相關者 (HRQL) 是指個人的身體與功能狀態，心理狀態與幸福感，社交互動，經濟與就業狀態，暨宗教與靈性狀態等五大範疇。而「非健康相關生活品質 (NHRQL)」則是指個人內在的價值與信念，個人與社會的網絡或家庭結構，外在與自然環境間的空氣或水，外在與社會環境的文化宗教等事項。很顯然的我們可以看到個人本身的範圍較偏向 Spilker 所謂的健康相關生活品質，而個人與外在環境間的互動則屬於非健康相關生活品質的範圍。Patrick & Erickson (1993) 認為健康相關的生活品質是指生命存在狀態下的價值，此價值會因損傷，功能狀況，知覺與社會機能的影響而改變，也會因疾病，傷害，治療，或政策而改變。其所強調的是一種價值判斷。因此，他們把健康相關生活品質分為機會，健康知覺，損害，死亡，與生命長度五種概念。

Spitzer (1981) 將生活品質分為活動，日常生活，健康，支持，與展望五個範圍。Aronson (1988) 認為生活品質的要素可歸納成身體功能狀態；與疾病及治療有關的症狀；心理功能；及社會功能。Ferrans (1990) 認為生活品質層面應包括健康與功能因素 (health and functioning)，社會經濟因素 (socioeconomic)，心理/靈性因素 (psychological/spiritual)，與家庭因素 (family) 等範圍。Powell (1990) 認為生活品質應涵蓋生理功能，心理狀態，社會互動，和本體感覺四個層面。Lin (1992) 認為生活滿意度，自我概念，健康功能，與社經地位因素等四個向度組成了生活品質。劉 (1993) 發現中國人的生活品質可劃分成心理社會因素，健康因素，環境因素，親密因素，及家庭因素五大範圍。McMillan & Mahon (1994) 認為個人的生活品質應由身體，心理，社會，和經濟等四方面來看。Courtens 等人 (1996) 認為生活品質可由個案的身體症狀，心理症狀，和一般感受三方面來評估。熊澤義宣 (1998) 認為生活品質可以劃分為：機能方面 (impairment)，能力障礙方面 (disability)，與殘障方面 (handicap) 的生活品質。不論是哪一種說法，總括來說，生活品質含括個人對其生理，心理，社會，與靈性的各個層面的感受。

最近盛行於醫療界的分類是將生活品質歸類成：整體性生活品質 (Global/

Generic QL)；健康相關的 (Health-related QL)；與特定疾病相關的生活品質 (Disease-Specific QL) 三大類。整體性生活品質強調廣汎的評估某特定群體個人的內在心理層次至外在生活世界的生活內涵。健康相關的生活品質 (Health-related QL) 則集中在個人受健康問題所影響的健康層面。而特定疾病相關的生活品質 (Disease-Specific QL) 集中在特定疾病的具體影響。簡言之，這個分類是由整體的縱觀再逐步深究疾病特質對個人健康層面的影響。世界衛生組織認為生活品質是個人在其所生存的文化與價值體系中，個人所感受其生活所處的情境。其所含括的範圍包括：身體的 (physical)；心理的 (Psychological)；獨立的 (Level of Independence)；社交關係 (Social relationship)；環境 (Environment)；及心靈/個人信仰或信念六種。這也是最近在台灣頗流行的一種說法。當然根據此定義所設計出的 Short Form - 36 (SF-36) 有各國翻譯本及美國的常模可供參考使用。其中文版中增加一題“面子”來凸顯中國人的特質。就生活品質之本質來看，整體性生活品質是採宏觀的角度，由整體來看個案的生活品質較適宜。但由醫療的角度來看，具體改善個案各個生活層面的狀況，我們確實有無能為力之處。因此諸多醫護相關的學者常以健康相關的生活品質來評量個案的反應。

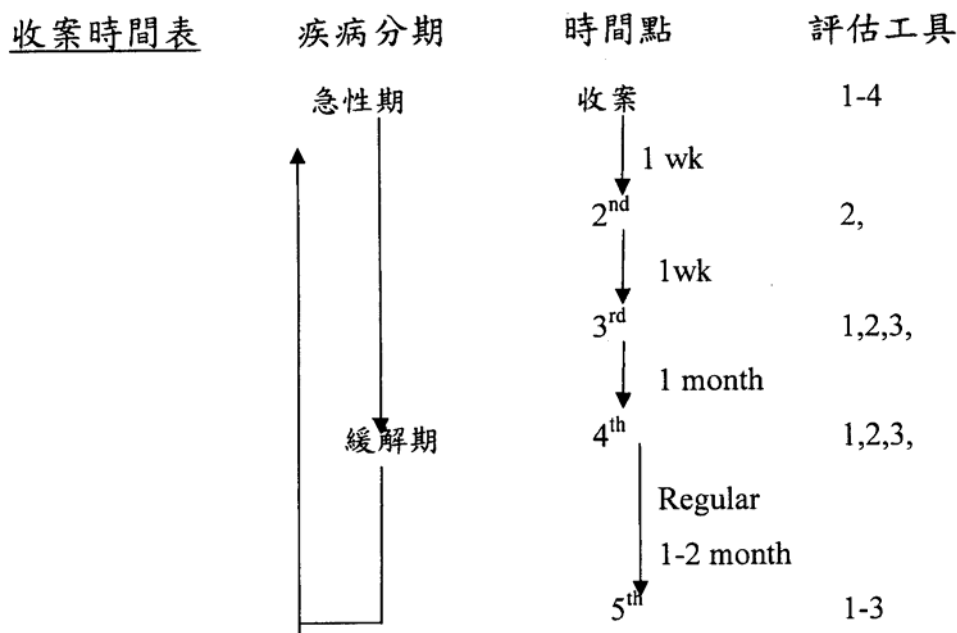
一般療效的評估除「生活品質」外，尚包括「副作用」，「醫療資源使用率」，「成本與效益」與「病患滿意度」等變項。國人尋求中醫療法的習慣加上中醫逐漸產生療效與療效持續較久的特質來看，單次的評估只能獲知評估當時個案對中醫療效的反應，卻不能很精準的測得中醫治療後的持續效果。因此，本研究選擇生活品質與症狀困擾的變項，以探究哮喘病患 (含兒童與成人) 接受中醫治療期間的諸多變化與其影響因素。細分之則包括 (1) 評估哮喘病患 (含兒童與成人) 接受中醫治療後的生活品質變化狀況，(2) 評估哮喘病患 (含兒童與成人) 接受中醫治療後的副作用變化狀況，及 (3) 識別影響這些變化的因素。

貳、材料與方法

本研究採單組連續長期追蹤的研究設計來收集資料。本研究選擇北部某醫學中心台北桃園院區某特定中醫之門診為收案場所。以立意取樣方式選取符合下列選樣條件者。其分別為(1)經西醫確定為氣喘之診斷者，(2)經中醫師診斷為哮喘，(3)精神意識正常，(4)年齡不限，(5)識字或能以國台與溝通，不識字者由訪談員逐題訪問之，而幼童之主要照顧者願意回答其觀察所得時，(6)願意參加本研究並接受定期訪談填寫問卷者。原計畫書中預定收集 50 名樣本。研究進行期間共收集 101 位樣本，完成 341 訪談人次。其中完成初次訪談者 95 位，第二次訪談者 76 位，但完成十次訪談者僅 5 位（詳見表一）。

二、樣本收集過程

研究計劃經該醫學中心 IRB 與護理部審核獲准後才開始收案。研究群先篩選中醫門診病患之中醫診斷或接受中醫師轉介後，向其說明研究相關事宜。獲首肯或填寫之同意書後，即行收案。研究者向其解釋問卷內容與填寫方式，再請病患自行填答。若病患看不清楚、不識字或身體虛弱視力不佳之患者，由研究者以訪談方式評估其反應而代填寫。填答過程中若病患身體不適時，請其稍做休息至體力許可下，再完成填答工作。自行填答者於回收問卷時再查驗是否有未填答者，請其補齊以減少廢卷。此時所收集到的資料就是各項評估指標的基準點。爾後即依照個案返診之時間表，定期於病患治療期與緩解期返診時收集其長期的反應。換言之，當個案進入中醫門診確定是哮喘且願意接受中醫治療與本問卷調查時，研究者就收集其當時的狀況為基準點。再依據其返回門診時間，逐次請其填寫問卷，以收集其當時的狀況。



Note: 1-4 詳見三、研究工具

圖一、收案流程

三、研究工具

1. 生活品質量表

原先預定採行中醫藥委員會委託發展的「中醫治療下生活品質評估量表」，但因執行本計劃時，該量表仍在測試階段。研究者轉而尋求現有以氣喘為對象之生活品質量表。目前以胸腔科特定疾病為題所設計的生活品質評估工具包括 The Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)，The St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)，與 Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)。CRQ 是針對 COPD 患者所設計，其包括：情緒 (emotion)，控制 (mastery)，疲憊 (fatigue)，及呼吸困難 (dyspnea) 四個範圍。SGRQ 之主要功能是在比較不同治療方式對 COPD 與氣喘病患的療效。其包括：症狀 (symptom)，活動 (activity)，與衝擊 (impact) 三個範圍。AQLQ 則針對氣喘病患所設計的疾病別量表，其包括症狀 (symptom)，活動 (activity)，情緒功能 (emotion)，與環境刺激 (environmental stimulus) 四個範圍。此量表已有台灣版。故選擇 AQLQ 來評量哮喘病患的生活品質狀況。在本研究中，其 Cronbach alpha 為.92，顯示內在一致性佳。

2. 哮喘之症狀困擾量表

研究群擬根據文獻查證、專家意見與臨床觀察建構一量表以評估哮喘之不

適與個案接受中醫治療後的不適反應。其包括呼吸急促，哮鳴，咳嗽，發熱/怕熱，食慾不振等十九項不適症狀。本量表以 10 點計分之視覺量表來評估個案自覺對這十五項症狀的不適程度。得分越高者表示不適程度越嚴重。此量表延請 10 位臨床中醫師檢定量表內容之「正確性」、「相關性」、與「措辭合適性」，以評定其專家效度。根據專家們的建議，研究者將「發熱」與「怕熱」分為兩項，另加上一開放性問題以探討量表內容未列出的症狀。在本研究中，樣本並未增列任何開放性不適症狀。其內在一致性為 $\text{Alpha}=.76$ 。因此專家效度與內在一致性顯示本量表具有信度與效度，可資採用。

3. 睡眠量表 Verran and Snyder-Halper Sleep Scale (VSHSS)

VSHSS 是 Verran 與 Snyder-Halper (1987) 發展用來測量個體感受睡眠的長度和品質的視覺類比量表。其測量的項目包括睡眠中醒來，活動，總時數，睡眠品質與醒來的感覺等。計分方式為 0~100 分。得分越高表示睡眠越好。本量表已由研究群翻譯成中文並驗證得其具信度與效度。

4. 個人基本人口學變項

其包括年齡、性別、籍貫、婚姻、教育程度、職業狀況、宗教信仰、保險、等因素。

四、預試

6 月 8-12 日間，選擇 8 位健康青少年進行試訪，以預估實際施測可能面臨的問題、難易度與施測所需時間。預試結果樣本無理解與填答之問題，隨即進行收集本研究所需要的研究樣本。

五、統計分析

資料收集完畢並經檢視其完整性後，以視窗中文版「SPSS 10.0」套裝軟體進行資料統計分析。其使用的統計方法如下：

1. 以描述性統計進行樣本各變項的基本狀況。
2. 由 Cronbach's α 值統計法檢驗本研究所採行之新建構之工具的信度。
3. 由 t 檢定、ANOVA、卡分檢定與 Pearson 相關係數分析樣本各項基本資料、生活品質、與症狀困擾的關係。
4. 以 repeated measure 來分析接受中醫治療前後之病患生活品質與症狀困擾的變化狀況。

參、結果與討論

一、樣本基本資料

樣本基本資料以完成初次收案之 95 位樣本來加以說明（詳見表二）。樣本男女各半。其平均年齡為 22.04 (SD= 21.098, range=2~74)，其中年齡小於 18 歲者占 65.3% (5-8 歲為主)。其他特徵以本省人 (74.7%)、未婚 (69.5%)、小學以下教育程度 (56.8%)、佛教信仰 (50.5%) 為主。職業別以未就業者居多 (44.2%)，就學者以幼稚園與小學居多 (各占 30.4%)。論及健康狀況時，樣本自覺健康狀況普通者居多 (63.2%)。但和他人比較時，58.9% 樣本認為自己的健康比一般人差。

二、Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) 各次評估之得分狀況

1. 總量表與各次量表之得分

研究樣本在各次評估中對總量表與各次量表的反應詳見表三至表六。其中因為前三次成人與兒童組之得分有顯著差異，故將其得分以分組方式呈現（詳見表三）。其顯示不論是總量表或各次量表，兒童組之得分顯著高於成人組，亦即同時接受中醫治療的前三次返診時，蹠證兒童的生活品質或症狀、活動限制、情緒功能、與環境刺激等範圍較蹠證成人佳。第四次評估時，此種現象不再出現。

各次評估中，總量表的得分範圍為 5.58~6.60。其得分有逐漸上升的趨勢，詳見圖二。以 AQLQ 次量表來看，每次評估時得分最高的次量表不一。其中「環境刺激」出現的頻率最高，而「活動限制」得分未曾居冠（詳見表四、五、六）。類似的狀況也出現在得分最低的次量表。

2. 各子題之得分

研究樣本在各次評估中對各子題的反應詳見表三。AQLQ 初次評估時，得分最高的子題依序為：工作相關的活動 (X=6.42, SD=1.208)；社交活動 (X=6.41, SD=1.198)；中度活動 (X=6.28, SD=1.136)；覺得害怕而無法呼吸 (X=6.22, SD=1.460)，早上醒來時有氣喘的症狀 (X=6.01, SD=1.477)。得分最低的子題依序為：必須清喉嚨 (X=4.76, SD=1.966)，香菸味而覺必須避免某種情況 (X=4.91, 2.402) 因灰塵覺必須避免某種情況 (X=4.82, SD=2.159)。

第二次評估時，得分最高的子題依序為：社交活動 (X=6.49, SD=.792)，

工作相關活動 ($X=6.47, SD=.840$)，中度活動 ($X=6.38, SD=.952$)，一週內因氣喘而活動受限程度 ($X=6.321, SD=.023$)，一週內因氣喘限制活動的程度 ($X=6.30, SD=1.033$)，覺得害怕而無法呼吸 ($X=6.17, SD=1.124$)，睡眠 ($X=6.12, SD=1.306$)，感到喘不過氣來 ($X=6.01, SD=1.172$)。得分最低的子題依序為：覺得必須清喉嚨 ($X=4.84, SD=.697$)，因灰塵覺必須避免某種情況 ($X=4.84, SD=1.884$)。無論是最高或最低得分子題，各次評估的結果不一，可見治療與評估的時間點可能會影響樣本的反應。

三、哮喘症狀困擾量表各次評估之得分狀況

1. 總量表之得分

研究樣本在各次評估中對哮喘症狀困擾量表的反應詳見表三至表六。其中因為前三次成人與兒童組之得分有顯著差異，故將其得分以分組方式呈現（詳見表三）。其顯示兒童組之得分顯著高於成人組，亦即同時接受中醫治療的前三次返診時，哮喘兒童的症狀困擾明顯較哮喘成人低。第四次評估時，此種現象不再出現。各次評估中，總量表的得分範圍為 16.43~32.50。其得分有高有低不易預估其趨勢，詳見圖二。

2. 各子題之得分

研究樣本在各次評估中對各子題的反應詳見表七、表八與圖三。哮喘症狀困擾初次評估時，得分最高的子題依序為：咳嗽 ($X=3.11, SD=2.116$)，怕熱 ($X=2.93, SD=2.256$)。得分最低的子題依序為：心悸 ($X=1.01, SD=1.765$)，發熱 ($X=0.91, SD=1.689$)。第二次評估時，得分最高的子題依序為：咳嗽 ($X=2.88, SD=1.743$)，痰的黏稠度 ($X=2.73, SD=2.735$)，痰的顏色 ($X=2.69, SD=1.716$)。得分最低的子題依序為：眩暈 ($X=1.04, SD=1.390$)，發熱 ($X=1.03, SD=1.641$)，心悸 ($X=0.86, SD=1.272$)。各次評估中，症狀困擾得分不一，其趨勢詳見圖三。表八中詳列前三次評估時各症狀困擾的程度。整體看來，樣本較常出現咳嗽、有痰、痰液黏稠、與白天不自覺出汗等症狀。

四、睡眠量表各次評估之得分狀況

1. 總量表之得分

研究樣本在各次評估中對睡眠量表的反應詳見表八。其中因為前三次成人與兒童組之得分有顯著差異，故將其得分以分組方式呈現（詳見表三）。其顯示兒童組之得分顯著低於成人組，亦即同時接受中醫治療的前三次返診時，哮喘兒童的睡眠狀況明顯優於哮喘成人。第四次評估時，此種現象不再出現。各次

評估中，總量表的得分範圍為 26.96~30.18。其得分有高有低不易預估其趨勢，詳見圖二。

2. 各子題之得分

研究樣本在各次評估中對各子題的反應詳見表九與圖三。初次評估睡眠狀態時，得分最高的子題依序為：沒有睡 ($X=3.350, SD=1.47$)，有個很糟的睡眠 ($X=3.212, SD=1.61$)，睡得很淺 ($X=3.135, SD=1.8410$)。得分最低的子題依序為：昨天白天沒有睡 ($X=0.90, SD=1.13$)，昨天上午沒有睡 ($X=0.61, SD=1.02$)。

第二次評估時，得分最高的子題依序為：沒有睡 ($X=3.483, SD=1.32$)，有個很糟的睡眠 ($X=3.274, SD=1.4912$)，睡得很淺 ($X=3.004, SD=1.62$)。

得分最低的子題依序為：昨天白天沒有睡 ($X=1.213, SD=1.3986$)，昨天上午沒有睡 ($X=0.837, SD=1.37$)。各次評估中，睡眠的得分不一，其趨勢詳見圖三。

四、各次評估間各樣本各變項之自我比較

以初次評量之結果為基準點，各樣本自我比較的結果中僅初次評量與第二次評量間，「生活品質總量表」「症狀」次量表，與「活動限制」次量表達顯著差異 (paired-t: -2.17, 12.14, -2.03, $p<.05$ ，詳見表十至十六)。其表示第二次評估時，樣本的生活品質較第一次時差，症狀較嚴重且活動限制較多。

五、影響生活品質之因素

1. 症狀困擾，睡眠，與健康狀態對生活品質之影響

Pearson correlation 之結果顯示各次評估時，樣本的生活品質與症狀困擾、睡眠、暨健康狀態間有顯著的相關 (詳見表十七)。也就是說當樣本的生活品質越好時，症狀地困擾程度越低，睡眠也越好，且健康狀態越佳。

2. 個人基本資料對各次評估之生活品質的影響

把所有樣本視為同一群體時，就業者之生活品質三個次量表「症狀」、「活動限制」、「情緒功能」與整體量表得分優於未就業者。已婚者之生活品質四個次量表「症狀」、「活動限制」、「情緒功能」、「環境刺激」與整體量表得分優於未婚者。把樣本分成「兒童組」與「成人組」各自檢定時，「兒童組」發現個人變項不會影響其生活品質。「成人組」在第三次評估時發現：男性的睡眠優於女性病患，閩南籍者之「情緒功能」次量表得分優於其他省籍者，與國小以下教育程度者的睡眠優於國中以上教育程度者。

肆、結論與建議

本研究以接受中醫治療之跽症患者為收案對象，連續追蹤其生活品質、症狀困擾、與睡眠的變化。結果發現兒童組之生活品質在前三次評估中明顯高於成人組。整體來說，「生活品質」、「症狀困擾」，與「活動限制」間的相關僅存在於初次評量與第二次評量之間。各次評估時，樣本的生活品質與症狀困擾、睡眠、暨健康狀態間有關。此外，是否就業，婚姻狀況，會影響樣本的生活品質。在第三次評估時，年滿十八歲以上男性的睡眠較佳，國小以下教育程度者的睡眠較佳，且閩南籍者之「情緒功能」得分較高。

僅收集一所醫院之樣本缺乏類推性。缺乏對照組難以確認病患之變化不會受到治療以外的因素所影響。重覆多次收案的樣本較少宜繼續追蹤其狀況，以確認時間因素的影響。

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 CCMP93-RD-014 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

五、參考文獻

- 劉建博、劉小虹、吳秀美 (2001) 冷、熱哮證微觀指標的對比研究。新中醫 33 (1) :25-26
- 張紹文 (2001) . 支氣管哮喘的中醫辨治要點.湖北中醫雜誌 23 (2) :17-18
- 黃禮明 (2001) .關於'宿痰伏肺'為哮病'夙根'的不同看法。四川中醫,19(2.13-14)
- 朱震亨 (元)。脈因證治。台北：啟業。
- 任應秋主編 (2002) .中醫各家學說。台北：知音。
- 黃禮明 (2001)。關於“宿痰伏肺”為哮病“夙根”的不同看法。四川中醫,19 (2): 13-14。
- 張宏偉、羅侃 (2001)。哮喘的中醫藥防治研究之我見。陝西中醫學院學報,24 (3) :17。
- 張紹文 (2001)。支氣管哮喘的中醫辨治要點。湖北中醫雜誌,23 (2) :17-18。
- 張伯臾主編 (1983)。中醫內科學。上海：上海科學技術。
- 劉建博、劉小虹、吳秀美 (2001)。冷、熱哮證微觀指標的對比研究。新中醫,33 (1) :25-26。
- 林信男、蔡茂堂、林憲民 (民 73) 中華民國神經精神醫學會會刊第一號,65-77.
- 林憲、陳瑞、何珠金,林信男 (民 72) 老年人的生活滿足程度之研究:(I) 影響人生滿足程度之因素. 中華民國神經精神醫學會會刊 7 (2) ,53-61.
- 林憲 (民 72) 老年人之生活滿足程度. 中華民國神經精神醫學會會刊 9 (1) ,89-91.
- 林憲、林信男、蔡茂堂 (民 73) 老年人的生活滿足程度之研究:(III) 農村老年人之人生滿足程度. 中華民國神經精神醫學會會刊專刊,第一號,97-107.
- 廖榮利 (民 72) 老年人的社會福利需求中華民國神經精神醫學會會刊 9 (1) ,98-100.
- 朱坤連 (1995) 退休人員生活需求及滿意度相關因素之研究以高雄市公教退休人員為例。國立高雄師範大學 (台灣) 成人教育研究所碩士論文何麗芳 (1992) 臺北市老人休閒活動與生活滿意度研究。東吳大學 (台灣) 社會工作研究所碩士論文

顧燕玲 (1990) 台北市市民對老人福利的認知與需求之研究中國文化大學 (台灣) 家政學研究所碩士論文

黃璉華 (1992) 老人生活滿意度相關因素之因徑分析研究, 護理雜誌, 39 (4), 37-47。

黃國彥, 鍾思嘉 (1986) 老人健康自評、生活改變及生命意義及其生活滿意度核死亡焦慮之關係。行政院國科會專題研究成果報告。

鍾思嘉 (1998) 影響我國老人生活滿意度的相關因素之研究。台北: 正昇教育科學社。

劉淑娟 (1998) 罹患慢性病老人生命態度及生活滿意度之探討, 護理研究, 7 (4), 294305。

Chang P.Y. (1993) Social and economic development in Taiwan: health policy implications. Research in human capital & development. 7(3): 3-27.

[\(3-04 圖表\)--CCMP93-RD-014.doc](#)