

中國醫藥大學護理學系碩士班
碩士論文

中文題目

探討慢性腎臟病患者症狀困擾、壓力源、調適方法與
生活品質之相關因素

英文題目

**The exploration of the relationships among symptoms
disturbances , stresses, stress coping and quality of life for
patients with chronic kidney disease**

研究生：陳光慧

指導教授：劉淑娟 教授

中華民國九十八年七月

致 謝

終於畢業了！回想就讀碩士班的生涯裡走走停停，經歷各種煎熬，若背後沒有強大的支持力量定無法堅持到最後，總算讓論文誕生。因此，最要感謝指導教授淑娟教授，她不斷的在我論文學習過程中耐心釜正與指導，讓我的論文內容更加充實；同時還須感謝兩位導師綽娟及欣欣副教授，她們在我學業及工作夾擊下，總是不厭其煩的關心與鼓勵我。另外，還有立琦教授、玉敏、淑月、曼玲副教授等各位師長們的細心講授，讓光慧能順利完成各類學識，以奠定日後我獨立執行研究之能力；還要謝謝兩位口試委員郭憲文教授及龍紀萱助理教授們的細心指導，除讓我概念更清楚外也讓我論文內容更趨臻備，特在此獻上我最誠摯的敬意與感謝。

當然，在研究所修業期間還須感謝我母親、老公榮華、大姊光華、小妹光蓉、兒子瑋逸及女兒宛榕等，有親人們對我工作與生活上的支持、陪伴與體諒，讓我無後顧之憂，全力以赴完成學業；在論文進行過程中經歷了諸多重大事情如職業的異動、醫院新制教學評鑑，及面對慈母辭世的世間最心痛難捨之情，在傷痛之餘曾一度燃起放棄的念頭，所幸在院長徐千剛醫師、徐鈺美執行長、邱淑芬主任及張淑銘督導等好友與同仁、另外還有同學敏玲、芝菁的安慰與鼓勵以及學妹佩芸、芸玫相互砥礪與支持下，讓我收拾傷痛之心，再重新出發才能堅持到最後。

然我最應感謝的是同意我收案的病友們，有他們的參與才能使論文順利完成，特此一併誌謝。最後，願將本論文獻給我最摯愛偉大的母親，同時也希望能與關心我及我所關心的人共同分享之。

光慧謹誌

中國醫藥大學護理研究所碩士班

中華民國九十八年七月



中文摘要

本研究目的旨在探討慢性腎臟病患者的症狀困擾程度、壓力源影響程度、壓力調適方法與生活品質之關係。研究方法採用橫斷面研究設計，研究對象為苗栗市一所地區醫院慢性腎臟病的患者(N=113)。研究工具包括身體症狀困擾量表、壓力源及調適方法量表和 SF-36 台灣版生活品質量表，以描述性統計、皮爾遜相關、獨立樣本 t 檢定、單因子變異數和逐步複迴歸分析。

研究結果顯示慢性腎臟病患者最常見之身體症狀困擾為疲倦、身體搔癢和失眠。身體症狀困擾與壓力源影響程度有顯著的相關性，與壓力調適方法之消極面對、尋求協助有高度之相關性，壓力源影響程度則與壓力調適方法之消極面對、尋求協助和宿命有最顯著的相關性。家庭總收入、有無洗腎和罹患其他疾病總數與生活品質之生理組成層面的關係達到顯著差異性，教育程度、家庭總收入和罹患其他疾病總數則與生活品質之心理組成層面的關係達到顯著差異性。生活品質之生理組成層面可以由壓力源影響程度、罹患多種其他疾病和高家庭總收入預測之，總解釋力為 40%；心理組成層面則可以由壓力源影響程度、罹患多種其他疾病、高家庭總收入和消極面對預測之，總解釋力為 42%。本研究建議護理人員於照顧過程，能提早評估疾病所造成的壓力與不適，以期改善日後的生活品質。

關鍵字：慢性腎臟疾病、身體症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法、生活品質

Abstract

The purpose of this study is to explore the relationships among symptom disturbance, stress level, distress coping, and quality of life (QOL) for the patients with chronic kidney disease. A Cross-sectional study was applied to be the research design. The samples who come from a district hospital in the middle Taiwan (N= 113). The Symptom Disturbances Scale, The Stress Scale, The Distress Coping Scale and The SF-36 Taiwan Version were to be the reliable instruments of research. Descriptive statistics, Pearson correlation, independent t-test, oneway ANOVA, and stepwise regression were used to analyze the data. Result showed: 1. The most disturbances of symptom were “fatigue”, “Physical itch”, and “insomnia”. 2. The Total score of symptom disturbance was significantly correlated with stress level. 3. “Inactive coping” and “search support” were significantly correlated with symptom disturbance. 4. Stress level was significantly correlated with “inactive coping”, “search support” and “fatalism”. 5. The total income of family, hemodialysis and the number of other diseases were significantly different on physical element of QOL. 6. Educational level, the total income of family, and the number of other diseases were significantly different on mental element of QOL. 7. Stress level, the number of other diseases and high income of family can effectively predict the physical element of QOL, the total explained various is 40%. 8. Stress level, the number of other diseases, high income of family, and Inactive coping can effectively predict the mental element of QOL, the total explained various is 42%. This study suggests that nursing staffs can assess symptom disturbance and stress related the disease situation easily during the nursing process, in order to improve the quality of life for patients who has chronic kidney disease.

Key word: chronic kidney disease, symptom disturbances, Stress level, stress coping, quality of life

目 錄

致謝-----	I
中文摘要-----	III
英文摘要-----	IV
目錄-----	V
圖表目次-----	VII
第一章 緒論-----	1
第一節 研究動機與研究背景-----	1
第二節 研究的重要性-----	3
第三節 研究目的-----	5
第四節 研究問題-----	5
第五節 名詞界定-----	6
第二章 文獻查證-----	9
第一節 慢性腎臟病的定義、原因、種類與身心反應-----	9
第二節 慢性腎臟病患者的身體症狀困擾-----	13
第三節 慢性腎臟病患者的壓力源與壓力調適方法-----	17
第四節 慢性腎臟病患者的生活品質-----	23
第三章 研究方法-----	30
第一節 研究設計-----	30
第二節 研究對象與研究場所-----	31
第三節 研究步驟-----	31
第四節 研究工具與信效度-----	35
第五節 資料處理與分析方法-----	40
第四章 研究結果-----	41
第一節 慢性腎臟病患者基本資料分析-----	41
第二節 慢性腎臟病患者之身體症狀困擾量表、壓力源影響程度量表、壓力調適方法量表和 SF-36 台灣版生活品質量表得分分佈情形-----	45
第三節 慢性腎臟病患者症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法及生活品質在基本資料的差異性分析-----	52
第四節 慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源、壓力調適方法和生活品質之相關性分析-----	74

第五節 慢性腎臟病患者之生活品質預測情形-----	77
第五章 討論-----	80
第一節 慢性腎臟病患者基本資料現況之討論-----	80
第二節 慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法 及生活品質得分分佈和於基本資料差異性之討論-----	81
第三節 慢性腎臟病患者生活品質預測情形之探討-----	90
第六章 結論與建議-----	92
第一節 結 論-----	92
第二節 護理上之應用-----	93
第三節 研究限制-----	97
參考資料-----	98
中文資料-----	98
英文資料-----	102
附錄一 受訪者同意書-----	114
附錄二 IRB 通過書-----	115
附錄三 慢性腎臟病患者之身體症狀困擾、壓力源、壓力調適方法與生活品 質問卷-----	116
附錄四 身體症狀困擾量表同意書-----	125
附錄五 壓力源及調適方法量表同意書-----	126
附錄六 SF-36 台灣版生活品質量表同意書-----	127

圖表目錄

圖 3-1	研究架構圖-----	30
圖 3-2	研究步驟流程圖-----	33
表 3-1	資料處理與分析方法-----	40
表 4-1	慢性腎臟病患者人口學特性分佈情形-----	43
表 4-2	慢性腎臟病患者疾病屬性分佈情形-----	44
表 4-3	身體症狀困擾量表得分分佈情形-----	46
表 4-4	壓力源影響程度得分分佈情形-----	48
表 4-5	壓力調適方法得分分佈情形-----	50
表 4-6	SF-36 台灣版生活品質量表得分分佈情形-----	51
表 4-7	慢性腎臟病患者身體症狀困擾在基本資料的差異性分析-----	54
表 4-8	慢性腎臟病患者壓力源影響程度在基本資料的差異性比較-----	57
表 4-9	慢性腎臟病患者壓力源影響程度之生活改變在基本資料的差異性-----	58
表 4-10	慢性腎臟病患者壓力源影響程度之生理不適在基本資料的差異性-----	59
表 4-11	慢性腎臟病患者壓力源影響程度之血管問題在基本資料的差異性-----	60
表 4-12	慢性腎臟病患者壓力源影響程度之獨立衝突在基本資料的差異性-----	61
表 4-13	慢性腎臟病患者壓力源影響程度之基本需要受限在基本資料的差異性分析-----	62
表 4-14	慢性腎臟病患者壓力源影響程度之角色衝突在基本資料的差異性-----	63
表 4-15	慢性腎臟病患者壓力源影響程度之性生殖困擾在基本資料的差異性分析-----	64
表 4-16	慢性腎臟病患者壓力調適方法之接受挑戰在基本資料的差異性-----	66
表 4-17	慢性腎臟病患者壓力調適方法之消極面對在基本資料的差異性-----	67
表 4-18	慢性腎臟病患者壓力調適方法之尋求協助在基本資料的差異性-----	68
表 4-19	慢性腎臟病患者壓力調適方法之逃避行為在基本資料的差異性-----	69
表 4-20	慢性腎臟病患者壓力調適方法之宿命在基本資料的差異性-----	70
表 4-21	慢性腎臟病患者生活品質之生理組成層面在基本資料的差異性-----	72
表 4-22	慢性腎臟病患者生活品質之心理組成層面在基本資料的差異性-----	73

表 4-23	慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源、壓力調適方法及生活品質 之相關矩陣圖-----	75
表 4-24	慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源、壓力調適方法及生活品質 之相關性-----	76
表 4-25	慢性腎臟病患者之生活品質生理層面之迴歸分析模式一 -----	78
表 4-25	慢性腎臟病患者之生活品質生理層面之迴歸分析模式二(續)-----	78
表 4-26	慢性腎臟病患者之生活品質心理層面之迴歸分析模式一 -----	79
表 4-26	慢性腎臟病患者之生活品質心理層面之迴歸分析模式二(續)-----	79



第一章緒論

第一節 研究動機與背景

近年來，文明國家民眾生活水準和物質享受提升，加工改造食品種類亦趨於繁多，使得飲食習慣趨向精緻化，導致生理機能負荷增加。同時，也在醫療科技的進步之下發現慢性腎臟病患者人數有逐年增加的趨勢。根據統計，各國慢性腎臟病人口正以7%年成長率增加中，預估到西元2010年時，全世界的末期腎臟病人口將達200萬人(Lysaght et al., 2002)。美國因罹患慢性腎臟病人口有192萬人，估計至公元2010年腎臟病人口將達65萬壹仟人，每年醫療照護負擔也將達283億美元 (Coresh, Astor, Greene, Eknoyan, & Levey, 2003)，現代的一份研究更指出因末期腎臟病造成死亡的比率更甚於男性的前列腺癌和女性的乳房癌 (Kiberd & Clase, 2002)。此一世界性的公衛問題，已造成全球健康照護支出上的嚴重負擔，

台灣腎臟學會(2006)針對台灣地區各級醫院進行普查的結果顯示，慢性腎臟病患者逐年增加的原因包括人口增加和老化、醫療科技的進步、低死亡率、糖尿病人口的增加、非類固醇抗發炎藥的濫用、以及全民健保的普遍實施有關，我國罹患慢性腎臟病人數正快速增加中。西元1,984年來，台灣地區每年腎臟病變及腎病症候群皆位居十大死因內(行政院衛生署，2009)，每年慢性腎臟病末期患者增加至少有6,000人之多，另因慢性腎臟病接受透析治療病患人數自西元1997年的19,297人，攀升至2004年的39,441人，每年成長率約10%左右，而八年期間的總成長病患人數幾乎

增加一倍（中華民國腎臟基金會，2001；台灣腎臟學會，2006）。更甚的是，美國腎臟資料庫（USRDS）統計各國腎臟疾病比例，西元2006年台灣末期腎臟病的發生率為404人/百萬人口，世界最高，盛行率則居世界第二，為1,830人/百萬人口，該年台灣地區民眾血液透析病患總數為46,232人，占91.6%；而西元2007年因慢性腎臟病接受透析病患更高達50,055人，其中行血液透析病患45,894人，占91.7%（財團法人中華民國腎臟基金會，2007），2008年因慢性腎臟疾病而接受血液透析新增加的個案約有8,525人，較2007年透析人數增加了4.6%。可見台灣地區罹患慢性腎臟病人數幾乎為世界之最，在全球個案年增加率排名僅次於日本，並以接受血液透析治療為最常見的治療方式（台灣腎臟醫學會，2008）。由上列歷年來的數據顯示，慢性腎臟病患者人數不僅沒有因為生活水準提高和醫療科技的進步而有所改善，人數反而日漸攀升，成為重大慢性病的大宗族群，同時也是我國醫療健保給付沉重負擔之一。

由上述與慢性腎臟病相關之盛行率數據發現，慢性腎臟病已經成為威脅國人健康的重大疾病，隨著病情的演進病患體力日漸衰退，及自我照護能力下降，若不接受治療，就會面臨死亡的威脅，尤其，慢性腎臟病末期患者必須長期藉由每星期進行三次血液透析，或者一日進行2-3次腹膜透析的過程來維持生命，透析雖然能作為挽救生命的重要方法，但是其存活率仍比一般民眾來的低，並且會影響透析日後的存活品質（林，2002；楊、吳、蘇、王、鍾，2006；廖、蔣、陳，2006；Levy, Morgan, & Brown,

2004)。慢性腎臟病患者在身體、心理承受很大的壓力和衝擊之下，容易抱持悲觀、憂鬱等負面生活態度，長久下來，在生活適應和社會層面上，多會仰賴家人、朋友等的支持與照顧(馬、謝，2008；陳、顧，1998)。筆者於臨床工作經驗多年，常見慢性腎臟病患者為了病情和治療所衍生的身體症狀困擾、壓力和生活品質問題所苦，雖然國內外已經有部份探討慢性腎臟病患者生理、心理和社會層面的相關研究，但就文化性而言，國內同時探討慢性腎臟病患者的身體症狀困擾、壓力因應以及生活品質的研究仍然有限，故本研究期能透過調查方法瞭解影響慢性腎臟病患者的身體症狀困擾、壓力因應以及生活品質的相關因素，以增加實證的支持，並提供護理人員在照護病患時的參考，協助病患減少壓力與痛苦。

第二節 研究的重要性

慢性腎臟病是指腎臟有功能上或結構上的異常超過三個月以上，此異常乃指病理或腎臟病標記，如血液、尿液、影像上的異常上，不論腎絲球過濾率(glomerular filtration rate; GFR)是否下降(K/DOQI NKF, 2002)。腎臟組織長期受損達數月或數年之久，腎臟無法恢復原有的功能，造成不可恢復的腎絲球過濾率減少，腎絲球過濾率降低，將會導致慢性腎臟病產生。到了末期腎衰竭(end stage renal disease, ESRD)階段，此時的腎臟功能幾乎已喪失95%，因而產生許多的症狀，如貧血、水腫、高血壓等，俗稱尿毒症(uremia) (Levin, 2006; Lederer, & Ouseph, 2007)。長期透析病

患則是指罹患慢性腎臟病至少三個月，並且必須長期接受規則且持續的透析治療病患（腎臟醫學會，2006）。根據統計，加拿大因為慢性腎臟病長期接受透析的病患平均年齡為75~79歲(Jassal, Trpeski. Zhu, & Fenton, 2007)，美國因為慢性腎臟病長期接受透析的患者平均年齡為65~79歲(Kurella, Covinsky, Collins, & Chertow, 2007)，台灣的患者平均年齡則為60歲（財團法人中華民國腎臟基金會，2007），老化趨勢不容忽視。儘管台灣地區長期接受透析病患的年齡比西方國家低，慢性腎臟病的發生率和盛行率分居全世界最高與第二名，導致透析費用佔台灣每年的健康保險的總預算7.21%（張，2006；Hsu, et.al., 2006）。因此，腎臟功能會隨著年齡老化而減退，未來台灣地區罹患慢性腎臟病的人數將有增無減。因此，在慢性腎臟病人數居高不下衍生的後續問題，即是個人、家庭和社會相關之壓力和生活品質問題接踵而至。

慢性腎臟病患者本身受到長期症狀和治療所苦，雖然，現在的治療方法能夠延長病患的生命，例如透析和腎移植，但是無法降低因疾病和治療過程所帶來的身心症狀困擾，疾病復原程度最好的情形也僅能維持現狀。以民眾的認知而言，對疾病症狀和治療上所帶來的不適感，讓病患產生情緒起伏和壓力，嚴重者，擔心無法預期的疾病進展，容易有憂鬱和自殺傾向。另外，長期治療下，除了經濟負擔沉重和照顧人力單薄，其家庭結構會受影響，如果社會支持力不足，病患將造成嚴重的社會問題，整體而言，其生活品質會日趨惡化。因此，若能深入了解慢性腎臟病患者的疾病症狀

嚴重度、壓力的程度和適應的狀況以及生活品質，減輕或避免惡化因素的產生，會更有利於改善慢性腎臟病患者的身心痛苦與煎熬。

第三節 研究目的

經由文獻查證之分析，茲述本研究各項目的如下：

- 1.瞭解慢性腎臟病患者基本資料之分佈情形。
- 2.瞭解慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源、壓力調適方法及生活品質狀況。
- 3.分析慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法及生活品質在基本屬性上的差異性。
- 4.分析慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法及生活品質之相關性。
- 5.探討慢性腎臟病患者生活品質之預測情形。

第四節 研究問題

根據上述研究目的，本研究的研究問題為：

- 1.慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法及生活品質為何？
- 2.慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法及生活品質在基本屬性之差異性為何？

3.慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法及生活品質之間的相關性為何?

4.慢性腎臟病患者生活品質之預測情形為何?

第五節 名詞界定

一、慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease)

概念性定義：慢性腎臟病是指腎臟有功能上或結構上的異常超過三個月以上，此異常乃指病理或腎臟病標記，如血液、尿液、影像上的異常上，不論腎絲球過濾率 (GFR; glomerular filtration rate)是否下降(K/DOQI NKF, 2002)。

操作型定義：本研究依據醫師診斷之慢性腎臟病患者，並依腎絲球過濾率降低的嚴重程度分類為五期，包括腎臟儲備機能減退、慢性腎機能不全、中度慢性腎臟病、重度慢性腎臟病(chronic renal failure)以及末期腎臟病。

二、身體症狀困擾(Symptoms Disturbances)

概念性定義：身體症狀困擾 (symptoms disturbances) 是指病患因疾病的種類和過程感受到身體或功能上的改變，主觀表示身體、心理或社會層面的問題與不舒服，而這些問題不一定會被他人所察覺 (Tishelman, Degener, & Muller, 2000)。

操作型定義：本研究是以陳、顧（1998）所設計之身體症狀困擾量表之得分測量之。得分愈高，代表受試者症狀困擾愈嚴重。

三、壓力源與壓力調適方法(Stress Level & Distress Coping)

概念性定義：壓力源是引起個體的感受、理解力和穩定狀態受到破壞的經驗，可能引發個人傷害、失落、挑戰和悲傷的內心反應（McKinney & Melby, 2002）。壓力調適方法是指個體因應外在環境壓力所用的習慣性行為方式（Lazarus & Folkman, 1984），也就說壓力因應是指慢性腎臟病患者因應外在環境壓力所使用的習慣性行為方式。

操作型定義：本研究以葉淑娟（2005）所修編之壓力源及調適方法量表之得分測量之。壓力源得分愈高，嚴重程度愈大；調適方法得分愈高，表使用頻率愈高。

四、生活品質

概念性定義：生活品質為個人對幸福的感受，與個人自覺生活中各部份的滿意程度有關（Ferrans & Powers, 1985）；世界衛生組織定義為個人在其生活的文化價值體系中，對自己的目標、期望、標準和關心等方面的感受，包括個人在身、心理層面的狀態、社會關係、個人信念、獨立程度和環境等六大層面（World Health Organization, WHO, 1995）。

操作型定義：本研究以盧瑞芬教授（2001）之台灣版 SF-36 生活品質
量表之得分測量之。得分愈高，代表受試者生活品質愈
好



第二章 文獻查證

第一節 慢性腎臟病的定義、原因、種類與身心反應

一、腎臟的生理功能與失常

人類的腎臟位於後腹腔脊椎，第 12 胸椎和第三腰椎間，左右各一顆，左高右低，蠶豆狀。其生理功能包括形成尿液並藉由尿液的排出以釋出食物代謝和肌肉活動與新陳代謝所分解的體內廢物，包括體液、尿素、肌酐酸、尿酸以及電解質，如鈉、鉀、氯、氫等元素，以維持體液和電解質之恆定與平衡，代謝藥物、重金屬、胰島素和甲狀腺素；腎臟也可以幫助骨髓造血、分泌荷爾蒙、調整人體血壓、製造維生素 D 和紅血球生成素，另外並且能活化維生素 D 以促進腸道對鈣離子的吸收，控制鈣、磷離子之間的平衡以促僅骨骼的密度與健康。因此腎臟一旦失去功能之後，不僅無法製造人體所需要的荷爾蒙和重要元素，最重要的是無法代謝和排除人體產生的多餘元素與廢物，結果造成體液和電解質恆定失常，囤積於體內產生中毒（(王、楊、黃，2007；Lederer, & Ouseph, 2007)）。

二、慢性腎臟病的病理變化

慢性腎臟病為腎臟組織長期受損達數月或數年之久，腎臟無法恢復原有的功能，造成不可逆性的腎功能衰竭，所有長期的腎臟疾病損傷，造成可用的腎元減少，腎絲球過濾率降低，將會導致慢性的腎臟病產生，例如慢性腎絲球腎元炎、腎絲球硬化、糖尿病腎病變以及多囊性腎病（Levin, 2006; Lederer, & Ouseph, 2007）。學者指出導致慢性腎臟病形成的危險因

素分為五類：1.慢性疾病，最常見有高血壓、糖尿病、心血管疾病和血脂症，其中高血壓、糖尿病更是佔據透析40%的原因，而心血管疾病也是惡化慢性腎臟病的重要主（Zoccali, Mallamaci, & Tripepi, 2002）。其中最常見主要導致慢性腎臟病必須接受透析治療的原發病因是糖尿病和腎絲球腎炎（台灣腎臟醫學會，2008）。2.生活型態因素，常見在抽菸、飲酒、缺乏運動者和肥胖者，3.家庭病史，曾經罹患慢性腎臟病和相關疾病的家族較容易罹患，4.胎兒階段相關因素，如曾經在胎兒階段罹患母性糖尿病、低體重兒、生長遲滯等現象，5.老化，年齡愈大，器官功能日漸衰退，較容易罹患慢性腎臟病(王、楊、黃，2007; Haroun, Jaar, Hoffman, Comstock, Klag, & Coresh, 2003; Lederer, & Ouseph, 2007; Szromba, Thies, & Ossman, 2002)。這些危險的因素會增加罹患慢性腎臟病和惡化疾病的風險性。

慢性腎臟病依腎絲球過濾率降低的嚴重度分為五期：

第一期：為腎臟儲備機能減退階段，此階段腎絲球過濾率 ≥ 90

ml/min/1.73m²，初期的慢性腎臟病並無明顯的症狀，其他相關

之生化值也正常，因此並不容易發現腎臟功能已經開始衰退。

第二期：又稱慢性腎機能不全(chronic renal insufficiency)，肌酸酐和尿

素氮會輕微上升，而腎絲球過濾率也輕度下降，為 60~89

ml/min/1.73m²。在第一、二期的慢性腎臟病病患的腎臟功能約

已降為正常人之 60%左右，病患無明顯生理症狀，但是排尿型

態可能開始改變，例如夜尿、多尿、血尿以及蛋白尿。

第三期：為中度慢性腎臟病，腎絲球過濾率中度下降為 30~59

ml/min/1.73m²，病態的生理症狀越來越明顯。

第四期：腎絲球過濾率重度下降，範圍為 15~29 ml/min/1.73m²，此時，

開始出現貧血、鈣磷不平衡以及產生代謝性酸中毒。在第三和第四期慢性腎臟病患者的腎臟功能僅約為正常人 15%~59%，腎臟功能已經嚴重受損，出現的症狀明顯，包括 1.因為腎臟製造的紅血球生成素(EPO)缺乏引起貧血，產生頭暈、疲累、虛弱和性功能減退。2.腎臟組織與血管受損，會引起高血壓和血管硬化，嚴重者會有高血脂症。3.水分囤積容易造成肢體水腫和心衰竭的相關症狀，例如體重上升、走路會喘。4.當腎臟無法將體內電解質經由尿液排出時，體內鈣、磷不平衡，導致骨頭關節病變和皮膚搔癢。

第五期：則是末期腎臟病(end-stage renal failure; ESRD)，為慢性腎臟病的最後階段，又稱尿毒症(uremia)。

此階段的腎臟功能幾乎已全部喪失，無法有效的清除體內代謝物和維持體液的酸鹼平衡，腎絲球過濾率僅 < 15 ml/min/1.73m²，此期的慢性腎臟病患者的腎臟功能已低於正常人之 15% 以下，隨著腎臟功能的衰退，慢慢出現尿毒症狀。體內毒素堆積，病患會有許多不適的症狀，包括疲倦、肌肉無力；腸胃症狀如噁心、嘔吐、胃炎和胃潰瘍；電解質異常如高血壓症、高血鉀症、高血磷症和低血鈣症；內分泌系統代謝

異常如貧血、出血傾向、副甲狀腺機能亢進、骨病變、高血脂症；過多水分囤積體內造成末梢肢體水腫、肺水腫和心衰竭。尿毒性腦病變早期有輕微注意力無法集中、情感呆滯、躁動，嚴重時會導致意識不清、妄想、木僵，最後產生昏迷，這時患者就必須接受血液透析、腹膜透析或腎臟移植治療。（Coresh, Astor, Greene, 2003; K/DOQI-NKF, 2002; McClellan, Aronoff, & Bolton, 2004; Tommas, Kanso, & Sedor, 2008；方、鍾，2001；李，2002；曾、洪、彭、馮、楊，2004）。

研究指出早期慢性腎臟病的患者多數無明顯症狀，但對腎臟傷害是緩慢進行的，因此許多罹患慢性腎臟病的患者病情和進展是被低估的（楊，2007）。學者並指出台灣地區第3~5期慢性腎臟病的盛行率高達6.9%（Hsu et al., 2006），目前多數國民或罹患慢性腎臟病的患者，對疾病的預防或治療知識不足，甚至採用不當的治療及行為，是加速其進入末期腎臟病的階段的最重要因素。

三、慢性腎臟病患者的透析治療

透析俗稱洗腎，目的在藉由人工血液交換儀器排除人體內多餘的體液容積和代謝廢物和毒素，是慢性腎臟病患者在病進展中最常利用也是最重要的治療方式（吳，2001）。許多慢性腎臟病患者必須接受透析治療是因為內科性疾病引發腎功能破壞或是合併有其他慢性病所致。透析種類分為血液透析以及腹膜透析，血液透析(hemodialysis)是指利用半滲透膜

(semi-permeable membrane) 的原理進行擴散(diffusion)和超過濾(ultra-filtration)的作用，移除尿毒素和過多的水分，血液透析為俗稱的洗腎，洗腎地點為醫療院所，一週至少必須進行 3 次，每次約 3~5 小時；腹膜透析(peritoneal dialysis)則是利用人體腹膜的毛細血管為半透膜，注入透析液於腹腔中，藉此清除體內過多的體液和代謝廢物及毒素，患者可以於家中進行自我腹膜透析(Automated Peritoneal Dialysis)的居家治療，不需要到醫療院所中，一日則是進行 2~3 次(楊，2007；Levy, Morgan, & Brown, 2004; Tong & Nissenson, 2002)。

第二節 慢性腎臟病患者的身體症狀困擾

一、身體症狀困擾的定義

身體症狀困擾 (symptoms distress) 是指病患因疾病的種類和過程感受到身體或功能上的改變，主觀表示身體、心理或社會層面的問題與不舒服，而這些問題不一定會被他人所察覺。身體症狀困擾發生的因素與罹患的疾病、發病時間、治療過程有關，而症狀困擾的程度則是與年齡、症狀發生總數相關 (Staubøl-Grøn & Overgaard, 1999; Yi, Vitaliano, Smith, Yi, & Weinger, 2008)，另外某些研究則指出慢性病和面臨壓力源的病患，其症狀困擾程度則與精神狀況和身體健康情形有關(Connor, Davidson, & Lee, 2003; Humphreys, 2003)。

二、慢性腎臟病患者常見的的身體症狀困擾與再適應狀況

隨著慢性腎臟病病情階段性的進展和週而復始的接受透析治療，患者承受的身心壓力衝擊是龐大且明顯的。根據研究顯示，慢性腎臟病患者容易出現身體症狀困擾、自我照顧效能偏低、憂鬱的情緒和生活品質偏低的現象（李、王，2001）。雖然透析治療是維持病患生存重要的治療方式，但是卻也無法根除因慢性腎臟病所帶來的生理障礙，而且長期接受治療的過程中，同時也容易產生因為透析治療所帶來不同的生理症狀反應，除了因疾病產生的身體症狀困擾外，透析過程當中或剛透析完後，患者最早被注意到的併發症是不平衡徵候群，包括頭痛、全身無力、反胃、嘔吐，進而發生感覺異常、抽筋、意識障礙、甚至於痙攣（洪，2002; Danesh & Ho, 2001）。研究亦顯示，慢性腎臟病患者的身體困擾症狀，特別容易發生在高齡、高血壓和糖尿病族群，這些個案容易產生透析治療結束後的疲累感、肌肉和筋骨的酸痛、難以入眠、貧血和心血管疾病（洪，2003；Shayamsunder, Patel, Jain, Peterson, & Kimmel, 2005; Tislér, Logan, Akócsi, Tornóci, & Kiss, 2008）。

根據林（1995）探討 123 位慢性腎臟病長期接受血液透析治療患者的疾病反應，發現前五名最困擾的生理症狀為：皮膚搔癢、疲勞、肌肉痙攣、血壓上升和頭暈。李、郭、孫和陳（2003）研究中部某醫學中心慢性腎臟病血液透析患者皮膚搔癢及處置的探討中指出在 88 位參與者中，有皮膚癢者佔 61.4%，透析後 3 個月內才開始發生者有 31 人，其次是血液透析

一年以上者有 10 人，其中 32 人主訴因皮膚搔癢而影響睡眠品質，可見因透析產生的皮膚搔癢為患者最困擾的生理症狀之一，並且在透析初期就有可能發生，不會隨著時間減輕或消除症狀。

綜合其他相關性研究也指出，慢性腎臟病患者長期透析治療之下容易出現的生理症狀包括：1.體液、電解質不平衡；2. 血液生化異常；3.心血管變異，如血壓下降、胸悶；4.腎性骨病變、5.貧血和出血、6.肝臟病變；7.透析血管瘻管的感染和阻塞問題；8.體力變差、疲倦；9.體重喪失；10.失眠、無法集中注意力等（林、李、洪、李，2006；周、葉、黃，2004；洪，2003；劉、黃，2002；Ross & Keamey, 2000）。

除了因為疾病和治療過程所帶來的生理症狀困擾之外，在心理反應方面，病患在長時間痛苦的接受各種治療和檢查、身體的改變、外觀的受損和生理功能減退，容易導致多種負面的情緒反應，出現包括不安、恐懼、哀傷、焦慮、憂鬱、沮喪、生氣等主訴，甚至對於面對慢性腎臟病的進展、必須長期服藥和透析治療方能維持身體功能，無法掌握自我控制能力，感到自尊心降低和挫敗與失落；從其發病到透析起始，就知道疾病本身和透析治療過程的合併症就有可能瞬間面臨生存的威脅，死亡對透析病患而言可能近在咫尺但又不可預期，更容易加深其恐懼和焦慮(孫、徐、楊、廖、林、李，2005；陳、郭、張、劉、許，2007；楊、吳、蘇、王、鍾，2006；Polaschek, 2003; Tyrrel, Paturel, Cadec, Capezzali, & Poussin, 2005)。學者研究末期腎衰竭，並長期使用血液透析維生的病患生活經驗中指出，因為食

物和水分的限制會加重病患內心害怕、焦慮和憂鬱的反應程度（陳、郭、張、劉、許，2007；Tossani, Cassano, & Maurizio Fava, 2005, Wang & Watnick, 2004），疾病和透析治療與末期腎臟病病患的死亡率息息相關（Tossani, Cassano, & Maurizio Fava, 2005; Wuerth, Finkelstein, Kliger, & Finkelstein, 2003）。

在社會層面的衝擊中，研究指出角色功能和自我概念是影響慢性腎臟病患者社會生活的重要因素，而長期透析治療的病患與洗腎機器、工具和藥水是共存亡，但是也因長期必須依賴維生機器之下，造成社交型態的劇烈改變（柯、李、施，2007）。多篇研究中提及因為身體症狀困擾多，造成家庭社會方面的衝擊，包括：家庭生活、工作型態及經濟收入的改變、社交活動減少、成就感和自尊心的降低（李、王，2001；陳、顧，1998）。

由上述國內外的文獻查證中顯示，慢性腎臟病是一種慢性病，其特徵是永久的疾病和必須長時間治療、監測與照顧。從罹患慢性腎臟病到末期腎衰竭階段，長期面對的生理反應和心理反應從未間斷過，病患常因為病情及身體狀況變化，出現壓力性情緒反應，除了必須忍受多樣症狀和透析合併症的困擾、日常生活必須限制液體和飲食、面對死亡的威脅，內心容易有恐懼、哀傷、害怕、焦慮和憂鬱等負面的情緒反應，甚至一直到死亡來臨時，這些痛苦似乎才真正結束。同時家庭和社會的生活型態可能有明顯的改變，這些身、心、社會層面的反應可能是相互影響的，因此護理人

員要有評估和協助病患解決問題的能力，維持慢性腎臟病患者的生活品質。

第三節 慢性腎臟病患者的壓力源與壓力調適方法

一、壓力源的定義與調適策略

壓力源是影響人體身心健康的重要因素，特別是面臨長期或嚴重疾病之時，會影響個體的自尊心、自我認同、個人和社會功能、婚姻和家庭(Mok & Tam, 2001)。McKinney及Melby(2002)說明壓力源是個體的感受、理解力和穩定狀態受到破壞的經驗，可能引發個人傷害、失落、挑戰和悲傷的內心反應。壓力因應策略(Stress Coping Strategy)是指個體因應內在和外在環境壓力問題時所採用的解決方法，以減輕該壓力可能超出其個人資源所能處理之狀況；調適則是由個人所付出的認知與行為的努力所組成應付模式，人類對壓力採用的調適策略因人而異(Lazarus & Folkman, 1984)。認為壓力因應策略分兩種類型因應策略：「問題焦點因應」及「情緒焦點因應」。當採用問題焦點因應時，個體會試著做某事以改善壓力情境或減少壓力的影響。例如個體可能想出某些想法以解決問題。個人執行情緒焦點因應策略，試著管理由壓力事件所引發的困擾，諸如向自己的朋友或是家庭成員，表達出自己的情緒，透析病患經常採取的壓力因應策略便是問題焦點因應法。「情緒焦點因應」則是認為事件是否構成壓力，端視個人是否能對該事件加以控制而定，例如家庭或是工作相關的壓力，可

能會導致個人採取問題焦點因應策略，相反地，個人會使用更多情緒焦點因應策略以管理未可控制的壓力，諸如重大的創傷事件或個人健康問題 (Lazarus & Folkman, 1984; Lok, 1996; Mok & Tam, 2001)。

研究證明慢性病和長期治療常帶給病患不同程度的壓力負荷，並且會對身體、心理及社會支持等造成影響，出現的身心壓力反應通常情緒起伏不定、憂鬱、做事缺乏動機、罪惡感、擔心個案自殺、擔心社會烙印而隔離社交活動 ((Lazarus & Folkman, 1984; Mok & Tam, 2001)。

一、慢性腎臟病病患常見的壓力源與反應

慢性腎臟病的壓力是多層面的，會受身體不適、心理負擔和社會角色三層面因素所影響。在身體不適方面，慢性腎臟病和治療過程所引起的身體症狀不適是常見的壓力反應與行為，當壓力因素持續累積一段長時間後，個人身體忍受度會逐漸耗竭，因應能力下降後可能會引起心身疾病 (Cimete, 2002)。常見的身體不適症狀有搔癢、疲累、腸胃道症狀、失眠、神經性病變、關節症狀等，有些症狀則是在治療過程或之後才表現出來，如頭痛、低血壓和抽筋、失眠。不舒適感尤其容易發生在高年齡層及糖尿病的腎友，例如洗後疲累、貧血、血管疾病、酸痛等狀況，尤其在面對頻繁且日復一日的透析生活 (Liu 2006; Mok & Tam, 2001; Welch & Austin, 2001)。在心理負擔方面，慢性腎臟病病患多半來對於威脅生命合併症、死亡及對無法預期未來產生害怕和無力感。因疾病嚴重程度的變化，個案失去自我控制能力，內心無法承受和面對無法預期的結果，可能

會增加對外界尋求依賴的反應和行為。在社會角色方面，病患因為長期的疾病與治療所擾，出現多重與家庭和社會功能的壓力相關問題，例如角色功能改變，生活、工作和經濟受影響，問題、社交生活減少、不容易有長時間出外旅遊的機會、頻頻住院等（李，1999；洪，2003；林，2002；邱，1988；陳，2006；Welch & Austin, 2001）。

林愛真（2002）探討慢性腎臟病患者其壓力源排序為渡假時間與地點受到限制、水分或液體攝取受限、顯示未來的不確定感、長時間的治療以及經常出入透析單位接受血液透析；Mok 和 Tam（2001）探討香港地區罹患慢性腎臟病，並接受透析治療時間已經六個月以上的患者，發現其重要的壓力源依序為液體限制、食物限制、搔癢、疲憊和經濟因素；周學智、葉淑娟和黃月研（2004）研究慢性腎臟病患者在疾病和長期治療的壓力下，發現最常見壓力源排序為飲水限制、睡眠困擾、接受動靜脈瘻管手術、疲倦和飲食限制。

由上述研究文獻顯示，慢性腎臟病病患的壓力源多來自疾病和透析時身體的不適所導致，這是因為病患身體症狀困擾太多，不間斷且不定時的出現，解決基本身體需求問題是當務之急，故多數研究顯示對慢性腎臟病患者的最重要壓力源為身體不適、其次心理負擔的壓力，最後方是社會角色與功能的壓力。

二、慢性腎臟病病患的壓力調適方法

慢性腎臟病患者倘若因應壓力失當或調適方法不佳，可能更增加疾病的嚴重度和行為偏差，並且不同背景的族群有不同的壓力因應與策略。周、葉、黃、朱（2005）探討慢性腎臟病血液透析患者其壓力調適的方法和成效中指出，慢性腎臟病患者年齡越小，越常使用逃避的行為、宿命論或是接受挑戰的心態因應壓力需求，因為年紀越小，其人生歷練和相關資源越薄弱，處理壓力事件的能力有限，所以容易想要逃避或是認了問題，另外，年紀小者容易有挑戰的心態，無法瞭解自己已經面臨了人生重大的難題；女性患者的消極面對、宿命論、逃避行為和尋求協助等因應方式明顯高於男性患者；另外，有宗教信仰者其尋求協助的頻率高於無宗教信仰者，已婚、高學歷者和有職業者的接受挑戰心態較高。研究中同時探討慢性腎臟病患者使用的壓力調適方法中，最常見的依序為既然無能為力不如接受事實、一切從好處著眼、試圖尋求妥協方法、按步就班處理問題及嘗試瞭解問題所在；最少使用的壓力調適方法為藉喝酒來放鬆，同樣的，病患也會使用不同調適方法，如接受挑戰、消極面對、尋求協助、逃避行為、宿命。壓力反應嚴重度是否會增加患者採用更多不同因應的策略，是研究者希望探討的問題，但此部分的相關研究並不多。

二、慢性腎臟病病患的家庭、社會支持力與壓力調適之相關性

社會支持的概念具有多面向定義及其複雜性，要將其加以定義確有其困難度。儘管如此，社會支持一般都被認為在社會網絡中人與人之間善

意與服務的施與得，此社會網絡中的人包括父母、同儕及朋友等人(Cohen & Syme, 1985; House, Landis, & Umberson, 1988)。所以社會支持力是指社會支持網絡所提供的社會支持功能，包括家人親友和醫護人員，是一種持久連續的與他人和團體間的關係，提供的支持功能包括：1.尊嚴的支持：可被定義為，提供個人他們自己在極度受重視之情況下，被接納的訊息，這也包含了個人用以提供情緒支持或表達性支持的行為，亦即照顧與關注、同理心、愛與信任；2.資訊性支持：藉由提供建議與回饋，所給予他人的建議、評估與協助，亦或是提供他人指引與建議，提供他人可用以解決問題或壓力情境之知識；3.經濟協助或具體的資源與服務：幫助性支持，也就是直接給予他人所需要的經濟協助或具體的資源與服務；4.社會統整或隸屬感，這包含了與他人共同從事愉快事物，以及在社會網絡中與他人共度快樂時光等，藉由社會性的支持可以幫助人類處理生活上的壓力，特別是處在長期壓力的情境下，可給予特別的幫助，例如慢性腎臟病和長期接受透析的患者（陳、顧，1998；Janevic et al., 2004; Uchino, 2004）。社會支持也被描述為個人獲得他人或整體的資源（獲得社會支持），或是僅覺察到某人所能做到的概念（知覺社會支持）(Moren-Cross & Lin, 2006)。

社會支持力對慢性腎臟病患者的壓力調適會有顯著的影響力，部分國內外研究顯示即使在不同的人口學環境、種族和社經地位，發揮社會支持力對健康照護的結果有著一致的正向效果(林、梁、黃、賴，2004；

Krishnasamy, 1996; Kutner, Zhang, McClellan, & Cole, 2002)。社會網絡愈多愈好，即社會網絡愈多，可獲得的支持就愈多，所能獲得所提供的資源就愈多；長時間而言，社會支持會隨著時間拓展開來，以便因應長期的要求，並且大的社會網絡將會減少限制失能病患日常生活活動的發展 (Krause, 2006; Moren-Cross & Lin, 2006)。部份研究顯示，有較多社會資源者，會比較少的社會資源者之壓力調適更好，而健康情況也更好 (Cohen & Wills, 1985; Krause, 2001)。然而更重要的是給予適度的社會支持，將會與健康、幸福感有最強的關連性，部份研究也說明適度的支持是更有益，因為某些類型的社會支持可能是無益或是不適當的，例如尋求他人的協助可能會降低自尊心 (Hyduk, 1996; Uchino, 2004)。李、王 (2001) 研究慢性腎臟病長期透析患者的無助感、社會支持與自我照顧行為的研究結果中便指出，醫護人員的支持高於家人親友的支援。如果長期缺乏家庭、社會人際關係的支持系統者，壓力無法適度的處理之下，其生理和心理的健康狀況、社會功能、解決問題能力和自我照護品質都會受到不同程度的影響，同時也會出現社交隔離的現象 (林, 2005; 黃、陳, 2005)。

第四節 慢性腎臟病患者的生活品質

一、生活品質的概念與定義

「生活品質」概念最早於西元前古希臘哲學家亞里斯多德時代亞里斯多德認為幸福與圓滿是生活品質的重要象徵，認為上帝恩賜給越幸福的人，能夠把事情順利做好，並且生活過的順遂美滿。但是，他並未具體提出或定義「生活品質」的名詞，直到1976年才由Campbell正式提出「生活品質」的名詞(Lawrence, 1993; Zhan, 1992)。生活品質是一種相當程度的主觀抽象概念，因應著研究對象和環境的個人道德與價值觀、生存文化和宗教、以及研究者專業領域，各家學派會有不同的生活品質概念描述、解釋和相關性意義 (Ferrans, 1996; Zhan, 1992)。經濟學家認為生活品質應以每位國民的每年平均生產毛額、經濟所得的相關指標和多層面的生活品質作為指標 (陳, 1998)；社會學家則認為生活品質是個人對其婚姻、財務、宗教信仰、家庭生活、社會關係各方面的滿意度 (Campbell, Converse, & Rodger, 1976)；心理學家認為人類的生活品質是對生活的主觀認定、情緒反應和身心健康狀態的定義 (張、黃, 2000；姚, 2002)；護理學家則以身體健康功能、心靈、家庭、社會經濟等四大層面定義生活品質，認為是個人對生活中重要部份的幸福感 (well-being)，是對生活滿意度之正向和負向特質的某種陳述，除了重視個人所經驗的滿意程度，同時也包含所經驗的範疇對個人的重要意義 (張、黃, 2000；Ferrans & Power, 1985; Grant, 1990)。

生活品質為個人對幸福的感受，與個人自覺生活中各部份的滿意程度有關（Ferrans & Powers, 1985）。生活品質代表個人受自我生理和心理、外在的社會和環境所影響下，對生活經驗方面產生的主觀感受程度，涵蓋範圍廣泛。生活品質分為一般的生活品質(global quality of life)及與健康相關的生活品質(health-related quality of life)。與健康相關的生活品質主要評估病患的健康狀況，除參考臨床生理指標外，更重視病患主觀上對生理、心理和社會三個層面與健康有關的生活品質，被認為是增進健康認知、降低身心症狀、增強身體功能執行的依據，所以是醫療照護重要成果指標，例如因疾病、意外或治療導致個體身體功能改變，心理及社會層面的影響（曾、盧、蔡，2004；姚，2002a）。Patrick & Erickson (1993)認為與人類健康有關的生活品質則是生命存在的意義與價值，疾病、傷害、治療與政策都是改變生活品質的重要因素。此外，部份學者認為生活品質屬於一種動態活動過程，和人類本身的樂觀性、調適力、應付表現、自我概念、不確定的自我控制感有關，同時也受個人身體、心理健康狀態、獨立與依賴程度、人際關係和所處環境的優劣和支持力有關，亦有學者認為生活品質是個人和所存在環境給予的價值評斷，包括個人與生活經驗相關之人類經驗、狀態知覺與想法（林、姚、游、王，1997；Allison, Locker, & Feine, 1997）。

而世界衛生組織（World Health Organization, WHO）則在西元1995年基於跨文化、跨領域和跨疾病比較下，正式將生活品質概念性定義為：

個人在其生活的文化價值體系中，對自己的目標、期望、標準和關心等方面的感受，包括個人在身、心理層面的狀態、社會關係、個人信念、獨立程度和環境等六大層面。

二、慢性腎臟病患者與透析治療的生活品質

慢性腎臟病和透析治療讓病患感受到生活品質明顯改變(Kalender, Ozdemir, Dervisoglu, & Ozdemir, 2006)。慢性腎臟病之長期透析患者認為洗腎機器、工具和藥水是與之共存亡的，透析治療帶給慢性腎臟病患者生活有多層面的影響與衝擊，包括生理、心理、社會和靈性層面（楊、王、吳、郭、蘇，2007；Sesso, Rodrigues-Neto, & Ferraz, 2003）。柯、李、施（2007）三位學者訪談十四位規則接受透析治療至少三個月以上的慢性腎臟病患者的主觀生活品質經驗探討，這些受訪者指出影響其生活品質共有五大事件：1.身體症狀干擾令其感覺虛弱、有氣無力；2.情緒低落、意志消沉，自覺自我形象殘缺不全；3.社交生活受限、角色功能依賴家人；4.工作機會難尋、經濟受困，依賴健保給付；5.整體生活品質欠缺圓滿，但安於現狀、珍惜僅有。可見長期透析對病患的生活品質的影響是多層面時間且是重疊的。紐（2003）進行透析病患生活品質的研究，結果亦顯示中提出生理層面的症狀困擾越大，其主觀感受生活品質越差，同時也會影響疾病經驗和對本身整體生活品質的看法。學者指出，生活品質為預測慢性腎臟病患者死亡率的重要變項(Kalantar-Zadeh, Kopple, Block, & Humphreys, 2001)。陳、顧（1998）研究血液透析患者生活品質及其相關

影響因素中亦指出，研究對象的社會支持力與生活品質呈現顯著的正相關，也就是說透析病患的社會支持度愈高，代表生活品質愈好。另外，社會支持力是具有緩衝負面生活障礙，緩和和生活壓力及挫折的辦法，因此對長期透析患者是非常重要的資源。

由上述的文獻中得知，要延續慢性腎臟病患者的生活品質，透析治療是無法避免的，必須盡量減輕其生理層面的症狀困擾，接受完善的治療，減少合併症發生，給予正向的家庭與社會支持力，方能正常生活與工作，才有肯定自我能力與價值的空間，維持生活品質。

三、生活品質的測量分類與工具

生活品質的測量工具可分為主觀性和客觀性，因為生活品質是一種對生活經驗方面產生的主觀感受。主觀性測量可以較準確獲得生活品質的經驗；客觀性則是評量生活內容的本身，不容易反映在個體的感受上，所以主觀性測量方式是最能反映出個人生活品質的主觀經驗與感受（盧、曾、蔡，2002）。

與健康相關的生活品質測量方法分為三大類：（一）一般型測量（generic measures），測量一般民眾的健康狀態，並適用於各類疾病病患的健康狀況，所以可以用來比較不同族群間的差異，例如不同種族、文化或疾病。因此，一般型測量方法考量的測量範圍很廣，包括身、心、社會等功能狀況；（二）特定疾病型測量（disease-specific measures），主要測量特定疾病所造成特定性影響，會根據該類疾病身心功能的特殊性設計測量工

具；(三)功能評估型測量(functional assessment measures)，評量個體因失能、殘障或疾病影響日常生活功能和角色功能執行的程度 (Bonomi, Patrick, Bushnell, & Martin, 2000; Brooks, 1995; 曾、盧、蔡，2004；張、黃，2000)。

在這些測量方法中，國內外有多種與健康相關的生活品質測量工具，最常使用的一般型測量方法生活品質測量工具有 SF-36 健康狀態調查表 (Short- Form Health Survey, SF-36)和世界衛生組織生活品質量表(The World Health Organization Quality of Life; WHOQOL)。以下簡介這二種測量工具：

(一) SF-36 生活品質量表 (Short- Form Health Survey, SF-36)

SF-36 生活品質量表之最原始的量表是在 1984 年時，由 Dr. Ware 等人發展的 SF-18，在 1986 年經修改和新增為 SF-20，後在逐年的測試和評估研究族群的廣度及量表內容之深度後，於 1992 年完成 SF-36 生活品質量表。SF-36 量表是以病患對疾病進展的觀點監測為主，為多面向而簡短的題型。新的 SF-36 包含四個健康概念和八個次量表，共 36 個題目。四個健康概念為行為功能 (behavioral function)、認知安寧 (perceived well-being)、社會與角色障礙 (social and role disability) 和自我一般健康評估 (personal evaluations of health in general)；八個次量表建構在身、心兩層面，為身體生理功能 (physical functioning, PF)、因生理問題角色受限 (role limitation due to physical problems, RP)、身體疼痛 (bodily pain, BP)、

一般健康狀況 (general health, GH)、活力 (vitality, VT)、社會功能 (social functioning, SF)、因情緒問題角色受限 (role limitation⁴⁵ due to emotional problems, RE)、心理健康 (mental health, MH) 和自評健康變化 (reported health transition, HT)。

台灣版之 SF-36 生活品質量表事由原始作者授權並委託盧瑞芬教授翻譯並負責台灣版之使用版權。盧教授等人所發展的台灣版之 SF-36 將八個次量表依順序分為：前四個次量表屬於生理健康層面，後四個屬於心理健康層面。目前正廣泛的使用於國內的醫學、健康照護、心理、精神、和社會等各領域之研究 (李, 1996; 劉、盧、吳、黃, 1999; 盧、曾、蔡 2002; Mau, Chiu, Chang, Hwang, & Hwang, 2008)。

(二) 世界衛生組織生活品質量表(The World Health Organization Quality of Life; WHOQOL)

世界衛生組織生活品質量表為一般性健康相關之生活品質調查量表，是由世界衛生組織(The World Health Organization; WHO)的精神健康部門 (Mental Health Department) 集合 15 個國家的研究成員，包括醫療、精神醫學和心理專家共同發展出來。1995 年時，原創量表包括生理、心理、獨立程度、社會關係、環境、心靈等六大範疇，共 24 個層面，為長篇版。因考量該量表在臨床實驗和流行病學上的研究所需，將量表簡化為簡明版，將獨立程度置入生理範疇，心靈則納入心理範疇中，共四大範疇，26 題。台灣版的世界衛生組織生活品質量表則是由台灣版之問卷發展小

組（2001）所翻譯及修編而成。除了前 26 題為 WHOQOL 的題目，再加上由 WHOQOL 的台灣長篇版中的「飲食」和「面子」兩題，共 28 題，包含四大範疇：生理健康範疇、心理健康範疇、社會關係範疇和環境範疇，稱為台灣簡明版的世界衛生組織生活品質量表，至今亦廣泛的使用於國內的各專業領域研究。

因此，本研究考慮 SF-36 台灣版是以病患對疾病進展的觀點，評量健康和醫療的成果，並為多面向而簡短的題型，適合用於調查慢性腎臟病病患的生活品質，故採用之。



第三章 研究方法

本章共分為五節，分別為第一節研究設計；第二節研究對象與資料來源；第三節研究步驟；第四節研究工具；第五節資料處理與分析方法。

第一節 研究設計

本研究為描述性橫斷面相關性研究設計（Cross sectional study design），以了解慢性腎臟病患者之症狀困擾、壓力源、壓力調適方法與生活品質之相關性。本研究架構見圖 3-1。

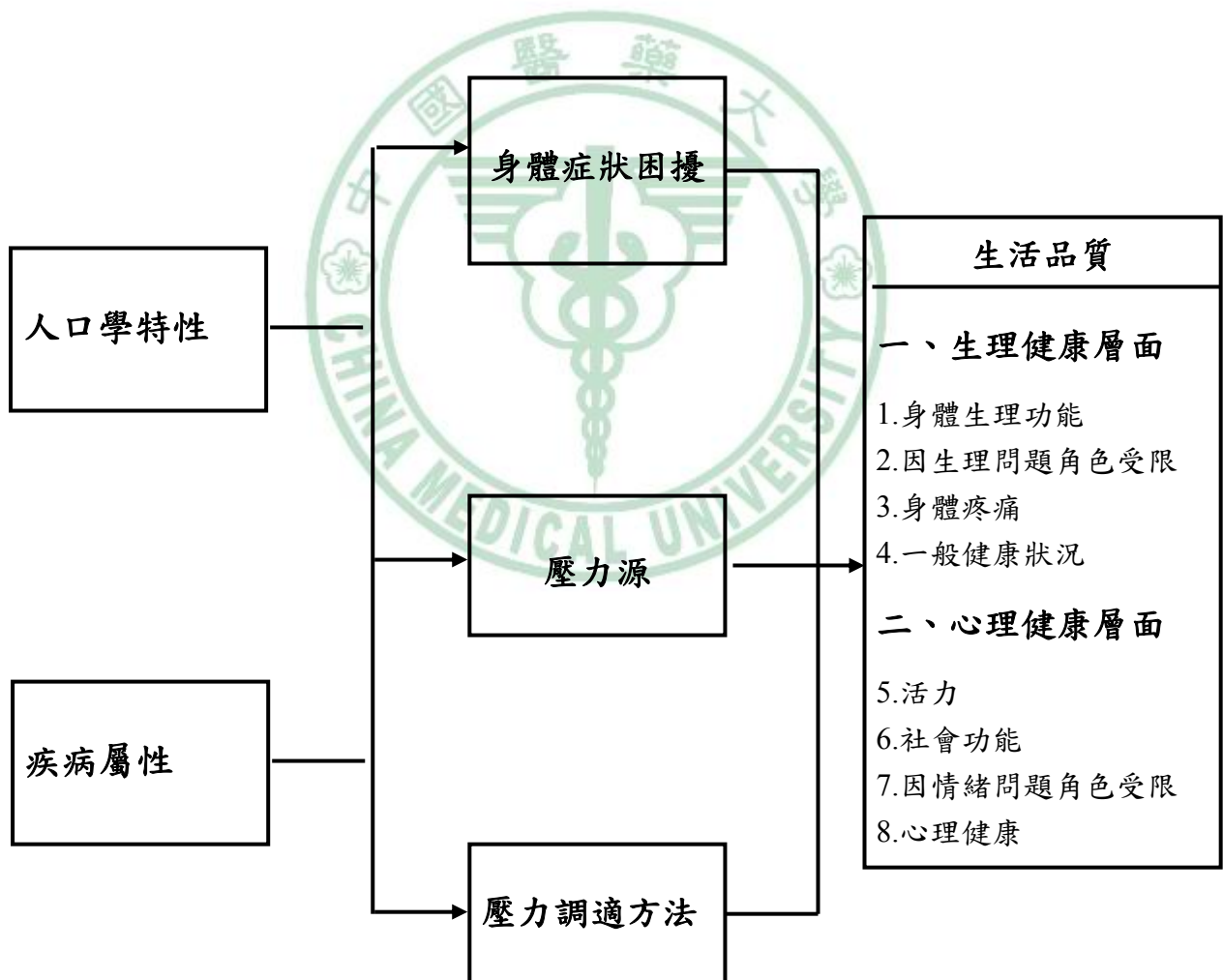


圖 3-1：研究架構圖

第二節 研究對象與研究場所

本研究採立意取樣 (purposive sampling)，以苗栗市一所地區醫院為標的群體(target population)，符合下列取樣原則者方納入研究對象：

- 1.年滿 18 歲。
- 2.經醫師診斷為慢性腎臟病患者。
- 3.熟識國語或台語。
- 4.意識清楚且願意接收測試，並簽署同意書者。

另外，決定樣本數要考慮信心水準(confidence level)和抽樣誤差(confidence interval)。本研究選用 95%的信心水準，抽樣誤差在正負 3 個百分點內，所估算樣本數需 105 位(公式 $n=Npq/I(N-1)D+pq$)，但因母群體無法預測，另再假設其於常態分佈 95%信心水準下，以最大抽樣誤差在 10 以下時，透過 Determin Simple Size 版視窗軟體計算則需 96 位樣本數；為符合統計學者之建議(郭英調，2001)以及樣本流失之顧慮，故本研究樣本取數為 113 人。

第三節 研究步驟

進行研究資料收集前，先取得該醫療機構相關部門主管口頭同意，經 IRB 審查與行文後，予以收案，資料收集期間由研究者本人至現場向患者和家屬解釋問卷內容，並協助完成問卷之填寫。資料收集過程分兩階段進行，分述如下：

一、預試階段

自民國97年12月20日至97年12月31日。此預試階段主要目的在檢定研究工具之內容一致性、預估可能遭遇的問題及了解問卷施測所需時間，共收案30位。

二、正式階段

實際施測時間為98年4月11日至98年5月10日。共收案113位。研究者取得護理部主任和負責單位護理長同意後，先遴選符合選樣標準的名單與以造冊，再會同主護護士向患者自我介紹和解釋研究過程以取得信任。經病患同意後填寫參與研究的同意書（附錄一），接著進行問卷訪談和資料收集。資料收集和訪談選擇於患者。

針對問卷的填答細節部分，訪談前研究者先予詳細解釋問卷作答方式，個案完全明白問卷說明後，才開始填答。鼓勵參與者若有任何不適或不希望作答者可隨時提出終止回答問題。若為不識字者，由研究者逐題念出，僅就字面上意思解釋，不做暗示的動作，以防影響答案正確性。因此，本研究之進行步驟如下（見圖3-2）：

一、擬定研究計畫書，包括設立研究問題、進行研究文獻之蒐集及取得量表同意書。

二、先以電話詢問護理主管是否能至該院腎臟科門診進行收案，主管同意後親訪並向護理主管親自遞交研究計畫書，說明本研究的目的是、研究方法和研究過程，再行文予預收案單位之行政部門及相關單位。

- 三、將研究計畫書送交預收案的醫療場所之人體試驗委員會進行審查，並通過IRB之審查通過後開始進行收案和進行預測。若該機構未設有人體試驗委員會者，則在行文後該醫院同意予以收案後，即進行收案。
- 四、收案的研究對象必須應符合選案標準者，納入收案考慮，並向研究對象說明、解釋研究相關事宜同意後，填寫參與研究同意書及問卷。
- 五、收集資料過程中，在自然的情境（in naturalistic situation）下，由研究者收集問卷資料。
- 六、進行問卷的資料統計和分析。
- 七、最後進行研究成果撰寫。

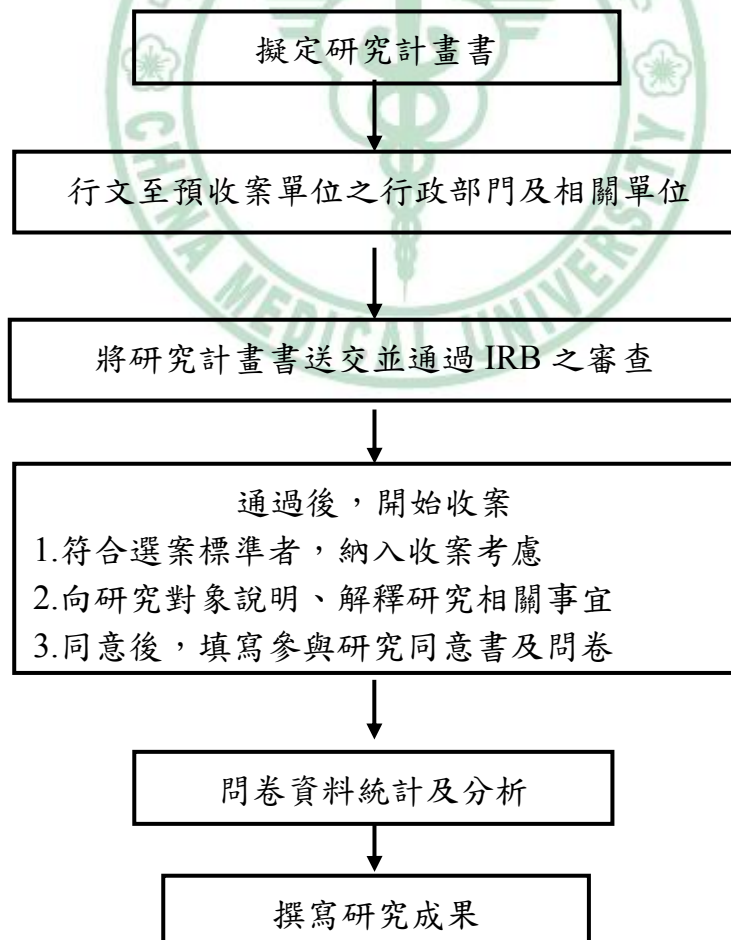


圖 3-2 研究步驟流程圖

因此，本研究過程中，所需注意研究倫理重點包括下列五項：

- 一、本研究為橫斷式研究以結構式問卷方法調查，本研究經通過該醫院醫學倫理暨人體試驗委員會（IRB 編號：09-0311-004-C）（附錄二）審查及行政程序取得收案許可之後，方正式進行資料之收集，IRB 通過證書見附錄五。收案過程從預測開始到執行正式研究。
- 二、凡符合本研究收案條件者，研究者會向其說明研究目的、方法、過程與研究進行之時間，讓參與研究個案均充分了解，並徵得其同意後方進行收案。同意書見附錄六。
- 三、向研究對象說明為求研究資料之保密性，特將所有資料以編碼方式呈現，並保證所得資料僅提供研究者學術研究參考，不會外流或公佈研究者的個人資料。
- 四、告知研究對象參與本研究不會影響其日後在醫院裡之權益，使其能安心作答以確保研究個案之隱私。
- 五、告知研究對象在研究過程中，個案可選擇拒絕或退出本研究，亦不會因此而影響其治療和護理品質。

第四節 研究工具與信效度

研究工具研究者徵得原作者同意後使用之。研究工具擬成一份命名為「慢性腎臟病患者之身體症狀困擾、壓力源、壓力調適方法與生活品質問卷」（附錄三），內容依序介紹如下：

一、基本屬性資料表

基本屬性包括人口學特性和疾病屬性兩部份。共十三題。人口學特性包括性別、年齡、目前婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、職業、每月收入、主要經濟來源、家庭總收入共十題。疾病屬性則包括慢性腎臟病分期、罹患其他疾病總數、有無洗腎、洗腎種類、是否曾經腎移植共五題。

二、身體症狀困擾量表

本量表為研究者參考陳、顧（1998）發展之血液透析病患身體困擾量表和臨床觀察慢性腎臟病患者常見之生理症狀所編修而成。主要目的在測量慢性腎臟病五期中，不同期別的慢性腎臟病患者身體症狀困擾的程度。量表見附錄二。採 Likert scales 3 分法測量，依困擾程度分為沒有困擾、有點困擾、中等困擾、非常困擾。共有二十七題，包括食慾不振、噁心/嘔吐、常便秘或腹瀉、口腔金屬味、臉色蒼白、疲倦、軟弱無力、頭暈/頭痛、血壓高、胸悶/胸痛、走路呼吸喘、四肢或身體水腫、皮膚搔癢、骨頭酸痛、關節僵硬、手腳麻木刺痛、肌肉抽筋、夜尿、多尿、血尿、體重上升、體重下降、經常感冒、失眠、注意力不集中、視力減退、性功能

減退，每題最低分 0 分，最高分為 3 分。總分 0-81 分，分數愈高，困擾程度愈大。

陳、顧（1998）發展之血液透析病患身體困擾量表信度 α 係數為 0.75。紐（2003）測試 160 位透析病患之身體症狀困擾程度與生活品質之探討，其 Cronbach's α 值為 0.87。本研究的內容一致性檢定，Cronbach's α 值為 0.93，顯示此量表適合用於檢視本研究慢性腎臟病患者的身體症狀困擾程度。

三、壓力源及調適方法量表

本研究以葉淑娟（2005）所修編之壓力源及調適方法量表測試慢性腎臟病患者壓力源及調適方法。原始量表為 Mok & Tam（2001）於臨床護理雜誌（Journal of Clinical Nursing）所發表之慢性血液透析病患的壓力源及調適方法中文問卷，使用語言為香港用語，故葉淑娟（2005）參考其量表，並依國情和文化差異作語言加以修編。本量表分二大部分：（一）壓力源量表：原始量表共二十九題，葉淑娟增修為三十二個題目，經因素分析後，區分成七個次量表，包括「生活改變」7題、「生理不適」7題、「血管問題」3題、「獨立衝突」5題、「基本需要受限」5題、「角色衝突」3題和「性生殖困擾」2題。採Likert的3分法測量，依嚴重程度分為毫無影響、偶有影響、常有影響、嚴重影響。每題最低分1分，最高分為3分。總分0-96分，分數愈高，嚴重程度愈大。（二）調適方法量表：區分成五個次概念，包括「接受挑戰」14題、「消極面對」11題、「尋求協助」5題、

「逃避行為」4題、「宿命」5題，共三十九題。採Likert 的3分法測量，依使用頻率分為、從不使用、很少使用、常使用、很常使用。每題最低分0分，最高分為3分。總分0-117分，分數愈高，使用頻率愈高。

Mok 及 Tam (2001) 的壓力源及調適方法量表乃經語文老師和翻譯員縝密的查核與翻譯，並經諮詢臨床心理學家、腎臟顧問專家和資深臨床護理人員後，並請四位病患進行前測，所得信度 α 值為 0.87，其中壓力源量表為 0.89，調適方法量表為 0.86，而葉淑娟 (2005) 修編之壓力源量表為 0.93，調適方法量表為 0.92。本研究的內容一致性檢定，壓力源量表 Cronbach's α 值為 0.95，調適方法量表為 0.94，顯示此量表適合用於檢視本研究之慢性腎臟病病患的壓力源及壓力調適方法。

四、SF-36 台灣版生活品質量表(SF-36 Taiwan version)

本研究以SF-36台灣版生活品質量表測試慢性腎臟病患者的生活品質。原始量表為Ware 和Sherbourne (1992) 所發展之，盧等 (1996) 發展出台灣版，主要測量病患之生活品質。量表分為兩大部份，內容包括：

(一) 生理組成層面(PCS)：分別有身體生理功能 (physical functioning, PF)，有10個子題、因生理問題角色受限 (role limitation due to physical problems, RP)，有4個子題、身體疼痛 (bodily pain, BP)，有2個子題、一般健康狀況 (general health, GH)，有5個子題；(二) 心理組成層面(MCS)：活力(vitality, VT)，有4個子題、社會功能(social functioning, SF)，有2個子題、因情緒問題角色受限 (role limitation due to emotional

problems, RE) 有3個子題、心理健康 (mental health, MH) , 有5個子題。SF-36台灣版生活品質量表依照不同的層面有不同之記分方式：1~5分的「極好的到不好」、「比前一年好很多到差很多」、「一直都是到從不是」、「完全沒有妨礙到妨礙到極點」、「一直都會到從不會」、「完全正確到完全不正確」；1~3分的「會受到很多限制到完全不會收到限制」；1~6分的「完全不痛到非常嚴重的痛」。每層面分開計算，計分步驟為各子題所得分數依各次量表分別加總後，減各次量表可能最低得分，之後再除以各次量表可能得分之間距，再將所得分數乘以100，轉換成1~100之得分，即為生活品質的得分。其轉換公式為：
$$\left[\frac{\text{各層面的實際得分} - \text{各層面的最低得分}}{\text{可能得分之間距}} \right] * 100 = \text{該層面之得分}$$
。總分0~100分，得分愈高，病患自覺該層面的健康狀況越好，生活品質愈佳。SF-36台灣版生活品質量表有正向與反向題，統計時一律換算成正向計分。

量表信效度方面，李(1996)整理原始量表使用在國外已發表的十二篇研究結果顯示，每一篇每一個健康層面的內在一致性都達到0.6以上，其中，以生理功能的信度最高， α 值平均為0.90，社會功能信度最低，平均為0.72。原作者授權予盧瑞芬教授進行台灣版的SF-36翻譯與發展，盧等於1995年起開始遵照IQOAL研究計畫準則進行翻譯、修正、反向翻譯、再修正等步驟，發展出SF-36 1.0版，並於1996年定稿。劉、盧、吳和黃(1999)以慢性病病患和健康檢查民眾為對象，以翻譯和測試台灣版SF-36，結果呈現八個健康層面與各子題間的區辨能力高達100%，八個健康層面

Cronbach's α 值皆大於0.7。盧、曾、蔡（2002）並於2001年人調查12歲以上人口之健康生活品質和檢測SF-36心理計量特質，完訪人數共25,464人，結果顯示台灣版生活品質量表中，其PF 和RP的內部一致性高於0.90，SF略偏低 α 係數為0.65，其餘層面的內部一致性 α 係數皆達可接受的信度水準（ $\alpha > 0.70$ ），顯示台灣版SF-36適用於慢性病患者，同時證實在不同疾病患者身上會有不同的生活品質表現。此外，Mau, Chiu, Chang, Hwang, & Hwang（2008）亦使用台灣版SF-36量表針對244位末期腎衰竭的病患測量其健康生活品質之效應，亦有顯著的結果。至今台灣版SF-36授權超過150項研究計畫使用，可見SF-36台灣版生活品質量表已具有良好之信度和效度。本研究其內部一致性 α 係數為0.60，顯示此量表適合慢性腎臟病病患使用。



第五節 資料處理與分析方法

問卷回收後整理及以編碼處理後，以 SPSS15.0 套裝軟體進行統計分析，依據研究目的統計處理如下(表 3-1)：

分析項目	統計方法
人口學特性、疾病屬性之分佈	類別變項：次數、百分比 連續變項：平均數、標準差
症狀困擾程度、壓力源及壓力調適方法、生活品質狀況	平均值、標準差、得分範圍
症狀困擾程度、壓力源及壓力調適方法、生活品質之相關性	皮爾森相關(Pearson correlation)
症狀困擾程度、壓力源及壓力調適方法、生活品質在基本屬性之差異性	獨立樣本 t 檢定(Independent t-test) 單因子變異數分析(one-way ANOVA)
生活品質之預測情形	逐步迴歸分析(Stepwise regression)

第四章 研究結果

第一節 慢性腎臟病患者基本資料分析

本研究係針對慢性腎臟病患者進行收案，共收案113位，以人數、百分比、平均數和標準差進行統計和分析，探討慢性腎臟病患者基本資料的分佈情形。研究結果詳述如下。

一、人口學特性資料分析

慢性腎臟病患者人口學特質資料在性別方面，以女性較多60人（53.1%），平均年齡為57.3歲（SD = 14.10; range = 22~93歲），其中51~64歲的中年人佔最多，有43人（38.1%）。目前婚姻狀況以已婚者佔最多86人（76.1%）。教育程度方面，以國小者居多，有35人（31.0%），有宗教信仰者有74人（65.6%）。

職業方面，以無職業者佔多數68人（60.2%），罹患慢性腎臟病後，個人每月收入方面，以無收入者居多數，共59人（52.2%），有收入者則以月收入30001~50000元者最多19人（16.8%），而家庭總收入在50,001元以上者有34人（30.1%）。主要經濟來源多數靠子女供養，共40人（35.4%），其次為仰賴個人薪資者25人（22.1%）。統計結果見表4-1。

二、疾病屬性資料分析

慢性腎臟病期數中以第五期佔多數 95 人（84.1%），正接受洗腎治療有 93 人（82.3%），洗腎種類皆為血液透析。研究對象過去曾經接受過腎移植者僅 2 人（1.8%）。另外，多數研究對象同時罹患有其他疾病

96 人 (85.0%)，其中以罹患 1~2 種者居多，有 68 人 (60.2%)，其次為 3~4 種者，佔 24 人 (21.2%)。罹患疾病的種類中，仍以腎臟相關疾病為首 70 人 (61.9%)，其次為高血壓 50 人 (44.2%) 和糖尿病 32 人 (28.3%)，顯示慢性腎臟病患者仍有高比例罹患其他疾病的現象。統計結果見表 4-2。



表 4-1 慢性腎臟病患者人口學特性分佈情形 (N=113)

變項	類別	人數	百分比
性別	男	53	46.9
	女	60	53.1
年齡 ^a		57.3	14.1
	30歲以下	7	6.2
	31~50歲	27	23.9
	51~64歲	43	38.1
	65歲以上	36	31.9
目前婚姻狀況	未婚	18	15.9
	已婚	86	76.1
	喪偶	9	8.0
教育程度	不識字	14	12.4
	國小	35	31.0
	國中	19	16.8
	高中	28	24.8
	專科以上	17	15.0
宗教信仰	有	74	65.6
	無	39	34.5
職業	有	45	39.8
	無	68	60.2
個人每月收入	無	59	52.2
	1萬元以下	16	14.2
	10001~30000元	11	9.7
	30001~50000元	19	16.8
	50001元以上	8	7.1
家庭總收入	無	21	18.6
	1萬元以下	4	3.5
	10001~30000元	30	26.5
	30001~50000元	24	21.2
	50001元以上	34	30.1
主要經濟來源	無	12	10.6
	積蓄	23	20.4
	薪資	25	22.1
	子女	40	35.4
	社會資助	13	11.5

^a: 連續變項以 Mean(SD)呈現

表 4-2 慢性腎臟病患者疾病屬性分佈情形 (N=113)

變項	類別	人數	百分比
慢性腎衰竭期數	1~4 期	18	15.9
	第 5 期	95	84.1
有無洗腎	有	93	82.3
	無	20	17.7
目前有無罹患其他疾病	有	96	85.0
	無	17	15.0
罹患其他疾病總數	0 種	17	15.0
	1~2 種	68	60.2
	3~4 種	24	21.2
	5 種以上	4	3.5
	罹患其他疾病種類	癌症	4
	心臟性疾病	15	13.5
	糖尿病	32	28.3
	高血壓	50	44.2
	中風	3	2.7
	肝臟疾病	12	10.6
	呼吸性疾病	1	0.9
	腎臟相關疾病	70	61.9
	風濕病	2	1.8
	其他	13	11.5

第二節 慢性腎臟病患者之身體症狀困擾量表、壓力源影響程度量表、 壓力調適方法量表和 SF-36 台灣版生活品質量表得分分佈情形

身體症狀困擾量表、壓力源影響程度量表、壓力調適方法量表和 SF-36 台灣版生活品質量表之變項之分佈情形如下。

一、身體症狀困擾量表得分分佈情形

慢性腎臟病患者身體症狀困擾之平均得分為 17.21 分 (SD = 13.31)。其中，身體症狀困擾程度前五名分別為「疲倦」、「皮膚搔癢」、「頭暈/頭痛」、「失眠」和「骨頭酸痛」；症狀困擾程度最後五名分別為「多尿」、「夜尿」、「體重下降」、「口腔金屬味」和「噁心/嘔吐」。統計結果見表 4-3。



表 4-3 身體症狀困擾量表得分分佈情形 (N = 113)

項目	平均值	標準差
身體症狀困擾量表平均得分	17.21	13.31
1. 食慾不振	.62	.85
2. 噁心/嘔吐	.44	.74
3. 常便秘或腹瀉	.80	.86
4. 口腔金屬味	.44	.74
5. 臉色蒼白	.53	.76
6. 疲倦	1.09	.83
7. 軟弱無力	.88	.81
8. 頭暈/頭痛	.92	.94
9. 血壓高	.88	.98
10. 胸悶/胸痛	.59	.84
11. 走路呼吸喘	.72	.92
12. 四肢或身體水腫	.60	.87
13. 皮膚搔癢	.97	1.02
14. 骨頭酸痛	.88	.94
15. 關節僵硬	.70	.89
16. 手腳麻木刺痛	.71	.88
17. 肌肉抽筋	.73	.94
18. 夜尿	.28	.63
19. 多尿	.15	.50
20. 血尿	.84	.44
21. 體重上升	.53	.80
22. 體重下降	.29	.58
23. 經常感冒	.55	.87
24. 失眠	.90	.96
25. 注意力不集中	.58	.79
26. 視力減退	.81	.83
27. 性功能減退	.50	.84

二、壓力源影響程度量表得分分佈情形

慢性腎臟病患者壓力源影響程度之平均得分為 20.35 分 (SD =16.42)。壓力源影響程度排行前五名的是「飲水限制」、「疲倦」、「食物限制」、「睡眠困擾」和「活動受影響」；壓力源影響程度得分最後五名的是「生育能力減退」、「父母角色顛倒」、「外表改變」、「經常入院」和「配偶角色顛倒」。顯示慢性腎臟病患者認為基本的日常生活需要受到限制和影響，以及因疾病、治療產生的生理不適為最主要的的壓力源影響程度。統計結果見表 4-4。



表 4-4 壓力源影響程度得分分佈情形 (N = 113)

項目	平均值	標準差
整體壓力源平均得分	20.35	16.42
生活改變	4.29	4.30
14.工作困擾	.85	1.02
21.對將來沒有把握	.77	.97
22.外表改變	.67	.83
23.改變穿著或打扮	.42	.73
24.金錢問題	.82	.99
25.交通問題	.49	.79
26.假期限制	.76	.94
生理不適	4.80	3.87
4.噁心/嘔吐	.50	.76
5.肌肉抽筋	.60	.75
6.皮膚搔癢	.88	.93
7.洗腎過程不順	.56	.73
8.關節僵硬	.58	.74
9.疲倦	1.02	.77
10.喪失身體功能	.66	.87
血管問題	1.92	2.17
1.開刀接動/靜脈血管	.72	.92
2.血管打針打不上	.73	.91
3.血液流速不夠	.48	.76
獨立衝突	2.59	2.74
27.經常入院	.43	.73
29.倚賴護理人員	.51	.63
30.倚賴醫生	.53	.68
31.害怕孤獨	.54	.80
32.透析工作人員更動	.58	.88
基本需要受限	4.50	3.66
11.減少社交生活	.68	.82
12.食物限制	.95	.92
13.飲水限制	1.04	.95
16.活動受影響	.91	.94
17.睡眠困擾	.91	.92
角色衝突	1.50	2.08
18.家庭角色轉變	.68	.86
19.配偶角色顛倒	.44	.78
20.父母角色顛倒	.38	.67
性生殖困擾	.89	1.38
15.性慾減低	.63	.94
28.生育能力減退	.27	.72

三、壓力調適方法量表得分分佈情形

慢性腎臟病患者最常使用的壓力調適方法前五名是「既然無能為力，不如接受事實」、「客觀地分析問題」、「一切從好處著眼」、「按步就班，處理問題」和「向專業人士傾訴，如醫生、宗教人士、護士、教師、輔導員」。最少使用的壓力調適方法前五名則是「藉喝酒來放鬆」、「暴飲暴食」、「責怪其他人」、「多吸菸」和「喪失理智」（表 4-5）。顯示慢性腎臟病患者遭遇壓力時多採取正向的壓力調適方法，較少使用負向的壓力調適方法。統計結果見表 4-5。



表 4-5 壓力調適方法得分分佈情形 (N = 113)

項目	平均值	標準差
接受挑戰	15.07	9.48
9.客觀地分析問題	1.35	.92
10.幻想美好前景	.77	.83
12.嘗試控制處境	1.05	.87
16.獨處思考如何解決問題	1.06	.88
19.嘗試改變處境	.98	.84
20.嘗試了解問題所在	1.18	.93
23.按步就班，處理問題	1.26	.95
24.回顧昔日解決問題的方法	1.15	.93
25.一切從好處著眼	1.31	.92
26.試圖尋找妥協方法	1.20	.97
29.計劃展開行動	.96	.93
31.學習新事物，以應付問題	1.11	.96
32.嘗試做一些平日不常做的事情	.64	.73
39.嘗試各種解決方法	1.05	.95
消極面對	6.54	5.26
14.逃避當前處境	.51	.71
15.責怪其他人	.29	.51
17.事情看似無望而放棄	.65	.72
21.增加睡眠	1.03	.89
22.乾著急、憂慮	.67	.75
30.自我解嘲	.71	.85
33.自怨自艾	.49	.75
34.服藥舒緩緊張情緒	.57	.80
36.減少社交活動	.72	.73
38.都怪命運不好	.53	.81
40.哭泣	.38	.72
尋求協助	4.34	3.16
7.向別人傾訴	.99	.84
11.向專業人士傾訴，如醫生、宗教人士、護士、 教師、輔導員	1.21	.87
13.祈禱或求神問卜	.79	.93
18.借助別人解除壓力	.77	.80
37.倚賴別人助你脫出困境	.58	.75
逃避行為	1.04	1.49
1.多吸菸	.29	.70
2.暴飲暴食	.24	.54
5.喪失理智	.29	.53
27.藉喝酒來放鬆	.21	.56
宿命	5.12	3.13
4.暫時放下難題	.85	.82
6.拋開困難，思索其他事情	.93	.82
8.既然無能為力，不如接受事實	1.43	.97
28.待時間去解決問題	.81	.83
35.告訴自己問題並非那麼嚴重	1.09	.89

四、SF-36 台灣版生活品質量表得分分佈情形

慢性腎臟病患者之 SF-36 台灣版生活品質量表之「社會功能(SF)」為得分最高之生活品質構面，而「因生理問題角色受限(RP)」則為得分最低的生活品質構面。整體而言，慢性腎臟病患者生理組成層面和心理組成層面之生活品質得分為界於中等得分的生活品質。統計結果見表 4-6。

表 4-6 SF-36 台灣版生活品質量表得分分佈情形 (N = 113)

項目	平均值	標準差	排序
生理組成層面 (PCS)	53.48	22.00	--
身體生理功能 (PF)	59.78	31.61	3
因生理問題角色受限 (RP)	38.94	43.55	8
身體疼痛 (BP)	58.32	21.50	4
一般健康狀況 (GH)	56.88	15.10	5
心理組成層面 (MCS)	60.73	22.58	--
活力 (VT)	54.91	22.64	7
社會功能 (SF)	67.59	21.95	1
因情緒問題角色受限 (RE)	55.46	49.72	6
心理健康 (MH)	64.96	18.36	2

第三節 慢性腎臟病患者症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法及

生活品質在基本資料的差異性分析

本節先將慢性腎臟病患者部分基本資料重新分組，使個案數呈現常態分配後，再分為身體症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法及生活品質等四大部份於基本屬性上之差異性進行分析。詳述如下。

變項	原始類別名稱	新類別名稱
年齡	30 歲以下、31-50 歲、51~64 歲	64歲以下
	65 歲以上	65歲以上
目前婚姻狀況	未婚、喪偶	未婚
	已婚	已婚
教育程度	高中、專科以上	高程度
	不識字、國小、國中	低程度
個人每月收入	無收入	無收入
	1 萬元以下、10001~30000 元、30001~50000 元、50001 元以上	有收入
家庭總收入	30001~50000 元、50001 元以上	高收入
	無、1 萬元以下、10001~30000 元	低收入
主要經濟來源	薪資、積蓄	自己
	無、子女、社會資助	他人
罹患其他疾病總數	無	無(1)
	1~2 種	1~2 種(2)
	3~4 種、5 種以上	3 種以上(3)

一、慢性腎臟病患者身體症狀困擾在基本資料的差異性情形

「有無洗腎」與身體症狀困擾之關係達到顯著差異($t = 2.43, p < .01$)，顯示有洗腎者的身體症狀困擾程度大於無洗腎者；「罹患其他疾病總數」與身體症狀困擾之關係亦達到顯著差異($F = 5.39, p < .01$)，經 Scheffe 事後比較為罹患「3 種以上」疾病者其身體症狀困擾得分大於「無」

與「1~2種」。因此，當慢性腎臟病患者罹患其他疾病總數愈多，其身體症狀困擾程度愈大。其他變項皆未達顯著差異（見表4-7）。



表4-7 慢性腎臟病患者身體症狀困擾在基本資料的差異性分析 (N=113)

變項	n	Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別			-1.24	
男	53	15.57 ± 13.28		
女	60	18.67 ± 13.27		
年齡			-.97	
64歲以下	72	18.13 ± 14.21		
65歲以上	41	15.61 ± 11.55		
目前婚姻狀況			.10	
未婚	27	17.00 ± 13.26		
已婚	86	17.28 ± 13.40		
教育程度			-.51	
高程度	45	16.42 ± 14.70		
低程度	68	17.74 ± 12.39		
宗教信仰			.97	
有	74	18.09 ± 13.63		
無	39	15.54 ± 12.68		
職業			-1.24	
有	45	15.31 ± 11.84		
無	68	18.47 ± 14.14		
個人每月收入			.21	
有收入	54	17.48 ± 13.02		
無收入	59	16.97 ± 13.67		
家庭總收入			-2.52	
高收入	58	14.21 ± 11.17		
低收入	55	20.38 ± 14.69		
主要經濟來源			-.57	
自己	48	16.38 ± 14.39		
他人	65	17.83 ± 12.53		
慢性腎臟病期數			2.11	
1~4 期	18	11.94 ± 11.10		
第 5 期	95	18.21 ± 13.50		
有無洗腎			2.43**	
有	93	18.59 ± 13.58		
無	20	10.80 ± 9.93		
罹患其他疾病總數			5.39**	
無(1)	17	11.59 ± 13.59		(3) > (1)
1~2 種(2)	68	16.00 ± 13.21		(3) > (2)
3 種以上(3)	28	23.57 ± 11.25		

ps: ** p < .01

二、慢性腎臟病患者壓力源影響程度在基本資料的差異性情形

「年齡」與壓力源影響程度的關係達到顯著差異($t = -2.34, p < .05$)，顯示 65 歲以上者之壓力源影響程度大於 64 歲以下者；「家庭總收入」與壓力源影響程度的關係達到顯著差異($t = -2.60, p < .05$)，顯示低家庭總收入者之壓力源影響程度大於高家庭總收入者；「慢性腎臟病期數」與壓力源影響程度的關係達到顯著差異($t = 1.99, p < .05$)，1~4 期慢性腎臟病者之壓力源影響程度大於第 5 期者；「有無洗腎」與壓力源影響程度的關係亦達到顯著差異($t = 2.22, p < .05$)，有洗腎者之壓力源影響程度大於無洗腎者；而「罹患其他疾病總數」與壓力源影響程度的關係亦達到顯著差異($t = 3.55, p < .05$)，經 Scheffe 事後比較為罹患其他疾病總數為 3 種以上者的壓力源影響程度大於無疾病者和罹患 1~2 種者（見表 4-8）。

次構面之生活改變方面，65 歲以上者生活改變的壓力影響程度大於 64 歲以下者($t = -3.30, p < .01$)，低家庭總收入者生活改變的壓力影響程度大於高家庭總收入者($t = -2.89, p < .01$)（見表 4-9）。生理不適方面，低家庭總收入者生理不適壓力影響程度大於高家庭總收入者($t = -2.60, p < .05$)，慢性腎臟病期數 1~4 期者生理不適的壓力源影響程度大於第 5 期者($t = 2.09, p < .05$)，有洗腎者生理不適的壓力源影響程度大於無洗腎者($t = 2.34, p < .05$)（見表 4-10）。血管問題方面，女性血管問題的壓力影響程度大於男性($t = -2.10, p < .05$)，65 歲以上者血管問題的壓力影響程度大於 64 歲

以下者($t = -2.02, p < .05$)，慢性腎臟病期數 1~4 期者血管問題的壓力源影響程度大於第 5 期者($t = 2.12, p < .05$) (見表 4-11)。

在獨立衝突方面，無職業者獨立衝突的壓力影響程度大於有職業者($t = -2.70, p < .01$)，慢性腎臟病期數 1~4 期者獨立衝突的壓力源影響程度大於第 5 期者($t = 2.50, p < .05$)，有洗腎者獨立衝突的壓力源影響程度大於無洗腎者($t = 3.15, p < .05$)，「罹患其他疾病總數」與獨立衝突亦達到顯著差異($F = 6.33, p < .01$)，經 Scheffe 事後比較為罹患其他疾病總數為 3 種以上者的獨立衝突的壓力源影響程度大於無疾病者和罹患 1~2 種其他疾病總數者(見表 4-12)。在基本需要受限方面罹患其他疾病總數與基本需要受限之壓力影響程度亦達到顯著差異($F = 8.87, p < .00$)，經 Scheffe 事後比較為罹患其他疾病總數為 3 種以上者基本需要受限的壓力源影響程度大於無疾病者和罹患 1~2 種其他疾病者(見表 4-13)。在角色衝突方面，未婚者角色衝突的壓力源影響程度大於已婚者($F = 2.72, p < .01$) (見表 4-14)。最後在性生殖困擾方面，低家庭總收入者的性生殖困擾的壓力影響程度大於高家庭總收入者($F = 3.39, p < .01$)，主要經濟來源為他人者之性生殖困擾壓力影響程度大於主要經濟來源為自己者($F = 2.56, p < .05$) (見表 4-15)。

表4-8 慢性腎臟病患者壓力源影響程度在基本資料的差異性比較 (N=113)

變項	n	壓力源影響程度總分		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別			-.95	
男	53	18.79 ± 16.11		
女	59	21.75 ± 16.71		
年齡			-2.34*	
64歲以下	71	22.93 ± 17.11		
65歲以上	41	15.88 ± 14.28		
目前婚姻狀況			.39	
未婚	27	19.30 ± 15.75		
已婚	85	20.68 ± 16.71		
教育程度			-1.19	
高程度	44	18.09 ± 15.78		
低程度	68	21.81 ± 16.78		
宗教信仰			.02	
有	74	20.36 ± 16.33		
無	38	20.32 ± 16.83		
職業			-1.94	
有	44	16.82 ± 13.92		
無	68	22.63 ± 17.58		
個人每月收入			.33	
有收入	53	20.89 ± 17.38		
無收入	59	19.86 ± 15.65		
家庭總收入			-2.60*	
高收入	58	16.57 ± 12.92		
低收入	54	24.41 ± 18.79		
主要經濟來源			-1.83	
自己	47	17.13 ± 14.80		
他人	65	22.68 ± 17.24		
慢性腎臟病期數			1.99*	
1~4 期	18	13.39 ± 17.05		
第 5 期	94	21.68 ± 16.05		
有無洗腎			2.22*	
有	92	21.92 ± 15.96		
無	20	13.10 ± 16.97		
罹患其他疾病總數			3.55*	
無(1)	17	15.65 ± 16.22		(3) > (1)
1~2 種(2)	68	18.78 ± 15.66		(3) > (2)
3 種以上(3)	28	27.26 ± 16.95		

ps: * p < .05

表4-9 慢性腎臟病患者壓力源影響程度之生活改變在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	生活改變		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別				-.68
男	53	4.00 ± 4.33		
女	59	4.55 ± 4.30		
年齡				-3.30**
64歲以下	71	5.22 ± 4.33		
65歲以上	41	2.66 ± 3.78		
目前婚姻狀況				-.11
未婚	27	4.37 ± 4.58		
已婚	85	4.27 ± 4.24		
教育程度				.26
高程度	44	4.42 ± 4.29		
低程度	68	4.21 ± 4.34		
宗教信仰				-.31
有	74	4.20 ± 4.24		
無	38	4.46 ± 4.47		
職業				-1.03
有	44	3.80 ± 3.81		
無	68	4.62 ± 4.60		
個人每月收入				.58
有收入	53	4.54 ± 4.73		
無收入	59	4.07 ± 3.89		
家庭總收入				-2.89**
高收入	58	3.19 ± 3.27		
低收入	54	5.45 ± 4.94		
主要經濟來源				-1.21
自己	47	3.73 ± 4.08		
他人	65	4.71 ± 4.44		
慢性腎臟病期數				1.85
1~4 期	18	2.72 ± 3.85		
第 5 期	94	4.59 ± 4.34		
有無洗腎				1.96
有	92	4.62 ± 4.35		
無	20	2.75 ± 3.78		
罹患其他疾病總數				1.24
無(1)	17	3.18 ± 3.66		
1~2 種(2)	68	4.19 ± 4.17		
3 種以上(3)	28	5.21 ± 4.89		

ps: ** p < .01

表4-10 慢性腎臟病患者壓力源影響程度之生理不適在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	生理不適		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別				-1.29
男	53	4.30 ± 3.54		
女	60	5.23 ± 4.11		
年齡				-1.46
64歲以下	72	5.18 ± 4.03		
65歲以上	41	4.12 ± 3.50		
目前婚姻狀況				.09
未婚	27	4.74 ± 3.94		
已婚	86	4.81 ± 3.87		
教育程度				-1.40
高程度	45	4.18 ± 3.74		
低程度	68	5.21 ± 3.92		
宗教信仰				-.35
有	74	4.70 ± 3.85		
無	39	4.97 ± 3.94		
職業				-1.80
有	45	4.04 ± 3.47		
無	68	5.29 ± 4.06		
個人每月收入				.05
有收入	54	4.81 ± 3.99		
無收入	59	4.78 ± 3.79		
家庭總收入				-2.60*
高收入	58	3.91 ± 3.30		
低收入	55	5.73 ± 4.21		
主要經濟來源				-1.27
自己	48	4.27 ± 3.57		
他人	65	5.18 ± 4.05		
慢性腎臟病期數				2.09*
1~4 期	18	3.17 ± 3.57		
第 5 期	95	5.11 ± 3.86		
有無洗腎				2.34*
有	93	5.18 ± 3.83		
無	20	3.00 ± 3.60		
罹患其他疾病總數				1.51
無(1)	17	3.94 ± 4.45		
1~2 種(2)	68	4.59 ± 3.90		
3 種以上(3)	28	5.82 ± 3.31		

ps: * p < .05

表4-11 慢性腎臟病患者壓力源影響程度之血管問題在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	血管問題		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別				-2.10*
男	53	1.47 ± 2.10		
女	60	2.32 ± 2.17		
年齡				-2.02*
64歲以下	72	2.22 ± 2.19		
65歲以上	41	1.39 ± 2.05		
目前婚姻狀況				.33
未婚	27	1.81 ± 1.78		
已婚	86	1.95 ± 2.29		
教育程度				-1.12
高程度	45	1.64 ± 2.06		
低程度	68	2.10 ± 2.23		
宗教信仰				-.37
有	74	1.86 ± 2.17		
無	39	2.03 ± 2.19		
職業				-1.22
有	45	1.62 ± 2.04		
無	68	2.12 ± 2.24		
個人每月收入				.37
有收入	54	2.00 ± 2.20		
無收入	59	1.85 ± 2.16		
家庭總收入				-1.79
高收入	58	1.57 ± 1.96		
低收入	55	2.29 ± 2.33		
主要經濟來源				-1.46
自己	48	1.58 ± 1.99		
他人	65	2.17 ± 2.27		
慢性腎臟病期數				2.12*
1~4 期	18	.94 ± 2.18		
第 5 期	95	2.11 ± 2.13		
有無洗腎				1.53
有	93	2.06 ± 2.13		
無	20	1.25 ± 2.27		
罹患其他疾病總數				.26
無(1)	17	1.82 ± 2.13		
1~2 種(2)	68	1.84 ± 2.00		
3 種以上(3)	28	2.18 ± 2.60		

ps: * p < .05

表4-12 慢性腎臟病患者壓力源影響程度之獨立衝突在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	獨立衝突		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別			-.29	
男	53	2.51 ± 2.64		
女	60	2.66 ± 2.86		
年齡			-1.09	
64歲以下	72	2.80 ± 2.77		
65歲以上	41	2.22 ± 2.70		
目前婚姻狀況			.32	
未婚	27	2.44 ± 2.68		
已婚	86	2.64 ± 2.78		
教育程度			-1.24	
高程度	45	2.20 ± 2.46		
低程度	68	2.84 ± 2.90		
宗教信仰			.65	
有	74	2.70 ± 2.93		
無	39	2.37 ± 2.36		
職業			-2.70**	
有	45	1.82 ± 1.90		
無	68	3.09 ± 3.08		
個人每月收入			.19	
有收入	54	2.64 ± 2.78		
無收入	59	2.54 ± 2.73		
家庭總收入			-1.33	
高收入	58	2.26 ± 2.27		
低收入	55	2.94 ± 3.16		
主要經濟來源			-1.44	
自己	48	2.17 ± 2.30		
他人	65	2.89 ± 3.01		
慢性腎臟病期數			2.50*	
1~4 期	18	1.39 ± 2.09		
第 5 期	95	2.82 ± 2.80		
有無洗腎			3.15*	
有	93	2.89 ± 2.80		
無	20	1.20 ± 2.02		
罹患其他疾病總數			6.33**	
無(1)	17	2.24 ± 2.44		(3) > (1)
1~2 種(2)	68	2.06 ± 2.22		(3) > (2)
3 種以上(3)	28	4.15 ± 3.53		

ps: * p < .05, ** p < .01

表4-13 慢性腎臟病患者壓力源影響程度之基本需要受限在基本資料的差異性分析 (N=113)

變項	n	基本需要受限		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別			-.84	
男	53	4.19 ± 3.69		
女	60	4.77 ± 3.65		
年齡			-1.98	
64歲以下	72	4.99 ± 3.78		
65歲以上	41	3.63 ± 3.32		
目前婚姻狀況			.39	
未婚	27	4.26 ± 3.59		
已婚	86	4.57 ± 3.70		
教育程度			-1.50	
高程度	45	3.87 ± 3.59		
低程度	68	4.91 ± 3.68		
宗教信仰			-.31	
有	74	4.42 ± 3.65		
無	39	4.64 ± 3.73		
職業			-1.14	
有	45	4.02 ± 3.50		
無	68	4.81 ± 3.76		
個人每月收入			.53	
有收入	54	4.69 ± 3.76		
無收入	59	4.32 ± 3.59		
家庭總收入			-1.75	
高收入	58	3.91 ± 3.24		
低收入	55	5.11 ± 4.00		
主要經濟來源			-1.46	
自己	48	3.92 ± 3.56		
他人	65	4.92 ± 3.71		
慢性腎臟病期數			1.55	
1~4 期	18	3.28 ± 4.20		
第 5 期	95	4.73 ± 3.53		
有無洗腎			1.41	
有	93	4.72 ± 3.47		
無	20	3.45 ± 4.39		
罹患其他疾病總數			8.87***	
無(1)	17	2.47 ± 2.74		(3) > (1)
1~2 種(2)	68	4.12 ± 3.62		(3) > (2)
3 種以上(3)	28	6.64 ± 3.30		

ps: *** p < .00

表4-14 慢性腎臟病患者壓力源影響程度之角色衝突在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	角色衝突		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別				-.52
男	53	1.40 ± 2.25		
女	60	1.60 ± 1.94		
年齡				-1.51
64歲以下	72	1.71 ± 2.29		
65歲以上	41	1.15 ± 1.64		
目前婚姻狀況				2.72**
未婚	27	.81 ± 1.18		
已婚	86	1.72 ± 2.26		
教育程度				-.52
高程度	45	1.38 ± 2.09		
低程度	68	1.59 ± 2.09		
宗教信仰				.17
有	74	1.53 ± 2.18		
無	39	1.46 ± 1.92		
職業				-1.21
有	45	1.22 ± 1.91		
無	68	1.69 ± 2.19		
個人每月收入				1.06
有收入	54	1.72 ± 2.29		
無收入	59	1.31 ± 1.88		
家庭總收入				-1.38
高收入	58	1.24 ± 1.81		
低收入	55	1.78 ± 2.32		
主要經濟來源				-.87
自己	48	1.31 ± 1.81		
他人	65	1.65 ± 2.27		
慢性腎臟病期數				.55
1~4 期	18	1.28 ± 1.87		
第 5 期	95	1.55 ± 2.13		
有無洗腎				1.92
有	93	1.66 ± 2.13		
無	20	.80 ± 1.74		
罹患其他疾病總數				2.91
無(1)	17	1.53 ± 2.67		
1~2 種(2)	68	1.18 ± 1.91		
3 種以上(3)	28	2.29 ± 1.96		

ps: ** p < .01

表4-15 慢性腎臟病患者壓力源影響程度之性生殖困擾在基本資料的差異性分析 (N=113)

變項	n	性生殖困擾		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別			.22	
男	53	.92 ± 1.50s		
女	60	.87 ± 1.28		
年齡			-1.08	
64歲以下	72	1.00 ± 1.35		
65歲以上	41	.71 ± 1.44		
目前婚姻狀況			.18	
未婚	27	.85 ± 1.41		
已婚	86	.91 ± 1.39		
教育程度			-.62	
高程度	45	.80 ± 1.12		
低程度	68	.96 ± 1.54		
宗教信仰			.56	
有	74	.95 ± 1.42		
無	39	.79 ± 1.32		
職業			-1.21	
有	45	.71 ± 1.16		
無	68	1.01 ± 1.51		
個人每月收入			-.86	
有收入	54	.78 ± 1.28		
無收入	59	1.00 ± 1.47		
家庭總收入			-3.39**	
高收入	58	.48 ± .80		
低收入	55	1.33 ± 1.71		
主要經濟來源			-2.56*	
自己	48	.54 ± .92		
他人	65	1.15 ± 1.60		
慢性腎臟病期數			1.10	
1~4 期	18	.61 ± 1.14		
第 5 期	95	.95 ± 1.42		
有無洗腎			.95	
有	93	.95 ± 1.42		
無	20	.65 ± 1.23		
罹患其他疾病總數			2.56	
無(1)	17	.47 ± .87		
1~2 種(2)	68	.81 ± 1.24		
3 種以上(3)	28	1.36 ± 1.83		

ps: ** p < .01

三、慢性腎臟病患者壓力調適方法在基本資料的差異性情形

在接受挑戰方面，低家庭總收入者採用接受挑戰的壓力調適方法大於高家庭總收入者($t = 2.15, p < .05$) (見表 4 -16)。在消極面對方面，女性採用消極面對壓力調適方法大於男性($t = -2.91, p < .01$)，主要經濟來源為他人者採用消極面對壓力調適方法大於為自己者($t = -2.02, p < .05$)，「罹患其他疾病總數」亦達到顯著差異($F = 3.63, p < .01$)，經 Scheffe 事後比較為罹患其他疾病總數為 3 種以上者採用消極面對壓力調適方法大於罹患 1~2 種者(見表 4 -17)；在尋求協助方面，女性採用尋求協助的壓力調適方法大於男性($t = -2.62, p < .05$)，低教育程度者採用尋求協助的壓力調適方法大於高教育程度者($t = -2.30, p < .05$)，有宗教信仰者採用尋求協助的壓力調適方法大於無宗教信仰者($t = 2.19, p < .05$)，無職業者採用尋求協助的壓力調適方法大於有職業者($t = -2.70, p < .01$)，慢性腎臟病期數 1~4 期者採用尋求協助壓力調適方法大於第 5 期者($t = 2.33, p < .05$)，有洗腎者者採用尋求協助壓力調適方法大於無洗腎者($t = 3.69, p < .01$) (見表 4 -18)。在逃避行為方面，男性採用逃避行為的壓力調適方法大於女性($t = 2.07, p < .05$)，65 歲以上者採用逃避行為壓力調適方法大於 64 歲以下者($t = -2.66, p < .01$)，有職業者採用逃避行為的壓力調適方法大於無職業者($t = 2.71, p < .01$)，主要經濟來源為自己者採用逃避行為的壓力調適方法大於主要經濟來源為他人者 ($t = 2.39, p < .05$) (見表 4 -19)；而 65 歲以上者採用宿命論的壓力調適方法大於 64 歲以下者($t = -2.89, p < .01$) (見表 4 -20)。

表4-16 慢性腎臟病患者壓力調適方法之接受挑戰在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	接受挑戰		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別				.06
男	53	14.49 ± 10.16		
女	60	14.38 ± 8.09		
年齡				-1.21
64歲以下	72	15.21 ± 8.39		
65歲以上	41	13.07 ± 10.13		
目前婚姻狀況				.58
未婚	27	13.56 ± 8.95		
已婚	86	14.71 ± 9.15		
教育程度				1.63
高程度	45	16.13 ± 9.39		
低程度	68	13.31 ± 8.75		
宗教信仰				.24
有	74	14.58 ± 8.72		
無	39	14.15 ± 9.83		
職業				1.96
有	45	16.47 ± 9.43		
無	68	13.09 ± 8.64		
個人每月收入				1.08
有收入	54	15.39 ± 8.59		
無收入	59	13.56 ± 9.49		
家庭總收入				2.15*
高收入	58	16.19 ± 8.88		
低收入	55	12.58 ± 8.98		
主要經濟來源				-.59
自己	48	13.85 ± 8.34		
他人	65	14.86 ± 9.62		
慢性腎臟病期數				1.99
1~4 期	18	10.78 ± 8.41		
第 5 期	95	15.13 ± 9.07		
有無洗腎				1.75
有	93	15.12 ± 9.03		
無	20	11.25 ± 8.81		
罹患其他疾病總數				.64
無(1)	17	12.18 ± 9.53		
1~2 種(2)	68	14.71 ± 9.49		
3 種以上(3)	28	15.14 ± 7.78		

ps: p < .05

表4-17 慢性腎臟病患者壓力調適方法之消極面對在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	消極面對		Scheffe 事後比較
		Mean ± SD	t/F 值	
性別			-2.91**	
男	53	5.08 ± 4.49		
女	60	7.83 ± 5.58		
年齡			-1.84	
64歲以下	72	7.19 ± 5.47		
65歲以上	41	5.39 ± 4.72		
目前婚姻狀況			-1.19	
未婚	27	7.59 ± 7.03		
已婚	86	6.21 ± 4.57		
教育程度			-1.88	
高程度	45	5.44 ± 4.65		
低程度	68	7.26 ± 5.54		
宗教信仰			-.94	
有	74	6.20 ± 5.17		
無	39	7.18 ± 5.45		
職業			-1.56	
有	45	5.62 ± 4.84		
無	68	7.15 ± 5.47		
個人每月收入			-1.45	
有收入	54	5.80 ± 4.78		
無收入	59	7.22 ± 5.63		
家庭總收入			-.87	
高收入	58	6.12 ± 4.42		
低收入	55	6.98 ± 6.04		
主要經濟來源			-2.02*	
自己	48	5.44 ± 4.36		
他人	65	7.35 ± 5.74		
慢性腎臟病期數			1.50	
1-4 期	18	5.06 ± 4.41		
第 5 期	95	6.82 ± 5.38		
有無洗腎			2.19	
有	93	6.97 ± 5.38		
無	20	4.55 ± 4.26		
罹患其他疾病總數			3.63*	
無(1)	17	5.35 ± 5.18		(3) > (2)
1~2 種(2)	68	5.91 ± 4.96		
3 種以上(3)	28	8.79 ± 5.55		

ps: * p < .05, ** p < .01

表4-18 慢性腎臟病患者壓力調適方法之尋求協助在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	尋求協助		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別			-2.62*	
男	53	3.53 ± 3.23		
女	60	5.05 ± 2.94		
年齡			-.17	
64歲以下	72	4.38 ± 3.03		
65歲以上	41	4.27 ± 3.41		
目前婚姻狀況			-1.26	
未婚	27	5.00 ± 3.43		
已婚	86	4.13 ± 3.06		
教育程度			-2.30*	
高程度	45	3.53 ± 2.84		
低程度	68	4.87 ± 3.26		
宗教信仰			2.19*	
有	74	4.78 ± 3.23		
無	39	3.49 ± 2.86		
職業			-2.70**	
有	45	3.38 ± 2.97		
無	68	4.97 ± 3.14		
個人每月收入			-.73	
有收入	54	4.11 ± 3.06		
無收入	59	4.54 ± 3.26		
家庭總收入			-.09	
高收入	58	4.31 ± 2.70		
低收入	55	4.36 ± 3.60		
主要經濟來源			-1.47	
自己	48	3.83 ± 3.04		
他人	65	4.71 ± 3.21		
慢性腎臟病期數			2.33*	
1~4期	18	2.78 ± 2.92		
第5期	95	4.63 ± 3.13		
有無洗腎			3.69**	
有	93	4.76 ± 3.13		
無	20	2.35 ± 2.54		
罹患其他疾病總數			1.91	
無(1)	17	4.59 ± 3.43		
1~2種(2)	68	3.90 ± 2.93		
3種以上(3)	28	5.25 ± 3.43		

ps: * p < .05, ** p < .01

表4-19 慢性腎臟病患者壓力調適方法之逃避行為在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	逃避行為		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別			2.07*	
男	53	1.34 ± 1.68		
女	60	.77 ± 1.25		
年齡			-2.66**	
64歲以下	72	1.29 ± 1.57		
65歲以上	41	.59 ± 1.22		
目前婚姻狀況			-.45	
未婚	27	1.15 ± 1.70		
已婚	86	1.00 ± 1.42		
教育程度			1.75	
高程度	45	1.33 ± 1.61		
低程度	68	.84 ± 1.38		
宗教信仰			-1.42	
有	74	.89 ± 1.39		
無	39	1.31 ± 1.64		
職業			2.71**	
有	45	1.49 ± 1.94		
無	68	.74 ± 1.00		
個人每月收入			1.93	
有收入	54	1.31 ± 1.75		
無收入	59	.78 ± 1.16		
家庭總收入			-.26	
高收入	58	1.00 ± 1.65		
低收入	55	1.07 ± 1.30		
主要經濟來源			2.39*	
自己	48	1.42 ± 1.88		
他人	65	.75 ± 1.05		
慢性腎臟病期數			-.75	
1~4 期	18	1.28 ± 1.71		
第 5 期	95	.99 ± 1.45		
有無洗腎			-.88	
有	93	.98 ± 1.42		
無	20	1.30 ± 1.78		
罹患其他疾病總數			1.85	
無(1)	17	.47 ± 1.07		
1~2 種(2)	68	1.22 ± 1.71		
3 種以上(3)	28	.93 ± .98		

ps: * p < .05, ** p < .01

表4-20 慢性腎臟病患者壓力調適方法之宿命在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	宿命		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別				-1.71
男	53	4.58 ± 3.15		
女	60	5.58 ± 3.06		
年齡				-2.89**
64歲以下	72	5.74 ± 2.96		
65歲以上	41	4.02 ± 3.17		
目前婚姻狀況				.41
未婚	27	5.33 ± 3.52		
已婚	86	5.05 ± 3.02		
教育程度				.92
高程度	45	5.44 ± 3.05		
低程度	68	4.90 ± 3.19		
宗教信仰				.60
有	74	5.24 ± 3.02		
無	39	4.87 ± 3.36		
職業				.32
有	45	5.00 ± 3.01		
無	68	5.19 ± 3.23		
個人每月收入				.89
有收入	54	5.39 ± 3.09		
無收入	59	4.86 ± 3.18		
家庭總收入				1.97
高收入	58	5.67 ± 2.94		
低收入	55	4.53 ± 3.24		
主要經濟來源				-1.27
自己	48	4.69 ± 2.96		
他人	65	5.43 ± 3.24		
慢性腎臟病期數				1.58
1~4 期	18	4.06 ± 3.26		
第 5 期	95	5.32 ± 3.08		
有無洗腎				1.61
有	93	5.33 ± 3.07		
無	20	4.10 ± 3.29		
罹患其他疾病總數				.18
無(1)	17	4.76 ± 3.31		
1-2 種(2)	68	5.10 ± 3.32		
3 種以上(3)	28	5.36 ± 2.60		

ps: ** p < .01

四、慢性腎臟病患者生活品質在基本資料的差異性情形

在生理組成層面(PCS)，高家庭總收入者的生理組成層面生活品質高於低家庭總收入者 ($t = 3.40, p < .01$)，無洗腎者的生理組成層面生活品質高於有洗腎者 ($t = -2.34, p < .01$)，「罹患其他疾病總數」亦達到顯著差異 ($F = 11.02, p < .00$)，經 Scheffe 事後比較為無疾病者和 1~2 種疾病者的生理組成層面生活品質高於 3 種疾病以上者(見表 4 - 21)。

在心理組成層面(MCS)，高教育程度者的心理組成層面生活品質高於低教育程度者($t = 2.14, p < .05$)以及高家庭總收入者的心理組成層面生活品質高於低家庭總收入者($t = 3.58, p < .01$)，「罹患其他疾病總數」亦達到顯著差異($F = 8.37, p < .00$)，經 Scheffe 事後比較為無疾病者和 1~2 種疾病者的心理組成層面生活品質高於 3 種疾病以上者(見表 4 - 22)。

表4-21 慢性腎臟病患者生活品質之生理組成層面在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	PCS		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheff 事後比較
性別			1.29	
男	53	56.30 ± 23.30		
女	60	50.98 ± 20.66		
年齡			-.67	
64歲以下	72	54.53 ± 21.57		
65歲以上	41	51.63 ± 22.90		
目前婚姻狀況			-.46	
未婚	27	55.14 ± 21.39		
已婚	86	52.96 ± 22.29		
教育程度			1.90	
高程度	45	58.26 ± 22.29		
低程度	68	50.31 ± 21.39		
宗教信仰			1.17	
有	74	55.14 ± 23.31		
無	39	50.33 ± 19.18		
職業			1.63	
有	45	57.59 ± 22.35		
無	68	50.75 ± 21.50		
個人每月收入			.46	
有收入	54	54.48 ± 22.66		
無收入	59	52.56 ± 21.54		
家庭總收入			3.40**	
高收入	58	60.03 ± 21.77		
低收入	55	46.57 ± 20.23		
主要經濟來源			1.72	
自己	48	57.57 ± 21.65		
他人	65	50.45 ± 21.93		
慢性腎臟病期數			-1.14	
1~4 期	18	58.88 ± 21.79		
第 5 期	95	52.46 ± 22.01		
有無洗腎			-2.34*	
有	93	51.27 ± 21.64		
無	20	63.74 ± 21.26		
罹患其他疾病總數			11.02***	
無(1)	17	63.81 ± 19.91		(1) > (3)
1-2 種(2)	68	57.10 ± 19.86		(2) > (3)
3 種以上(3)	28	38.42 ± 21.43		

ps: * p < .05, ** p < .01, *** p < .00

表4-22 慢性腎臟病患者生活品質之心理組成層面在基本資料的差異性 (N=113)

變項	n	MCS		
		Mean ± SD	t/F 值	Scheffe 事後比較
性別			1.48	
男	53	64.05 ± 23.63		
女	60	57.79 ± 21.38		
年齡			-.49	
64歲以下	72	61.50 ± 23.08		
65歲以上	41	59.38 ± 21.89		
目前婚姻狀況			-.05	
未婚	27	60.92 ± 22.81		
已婚	86	60.67 ± 22.64		
教育程度			2.14*	
高程度	45	66.22 ± 22.50		
低程度	68	57.09 ± 22.05		
宗教信仰			.96	
有	74	62.17 ± 23.04		
無	39	57.98 ± 21.70		
職業			1.96	
有	45	65.77 ± 23.55		
無	68	57.39 ± 21.43		
個人每月收入			.44	
有收入	54	61.71 ± 22.89		
無收入	59	59.83 ± 22.45		
家庭總收入			3.58**	
高收入	58	67.77 ± 20.67		
低收入	55	53.30 ± 22.29		
主要經濟來源			1.96	
自己	48	65.47 ± 21.67		
他人	65	57.23 ± 22.76		
慢性腎臟病期數			-.27	
1~4 期	18	60.50 ± 23.05		
第 5 期	95	61.93 ± 20.46		
有無洗腎			-1.52	
有	93	59.32 ± 22.80		
無	20	67.27 ± 20.82		
罹患其他疾病總數			8.37***	
無(1)	17	69.62 ± 19.85		(1) > (3)
1-2 種(2)	68	64.21 ± 20.45		(2) > (3)
3 種以上(3)	28	46.88 ± 23.75		

ps: * p < .05, ** p < .01, *** p < .00

第四節 慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源、壓力調適方法

和生活品質之相關性分析

身體症狀困擾程度與壓力源影響程度及其七大構面皆有顯著的正相關性 ($r = .91, p < .00$; $r = .36 \sim .70, p < .00$)，相關性依序為生理不適、基本需要受限、生活改變、獨立衝突、血管問題、角色衝突和性生殖困擾；身體症狀困擾程度與壓力調適方法僅消極面對 ($r = .455, p < .00$)、尋求協助 ($r = .32, p < .00$)達最顯著正相關，其次為宿命 ($r = .22, p < .05$)和接受挑戰 ($r = .20, p < .05$)；壓力源影響程度與壓力調適方法之消極面對 ($r = .61, p < .000$)、尋求協助 ($r = .44, p < .00$)和宿命 ($r = .38, p < .00$)達最顯著正相關，其次為接受挑戰 ($r = .30, p < .05$)和逃避方法 ($r = .24, p < .05$) (見表 4-23)。

生活品質生理組成層面與身體症狀困擾程度呈現顯著負相關($r = -.52, p < .000$)，與壓力源影響程度及其七大構面相關界於 $r = -.27 \sim -.56$ ，其中與基本需要受限之相關性最高($r = -.54$)，其次為生活改變($r = -.49$)、獨立衝突($r = -.48$)，與壓力調適方法僅消極面對($r = -.38, p < .000$)和尋求協助($r = -.20, p < .05$)達顯著負相關。心理組成層面則與身體症狀困擾程度呈現顯著負相關($r = -.46, p < .00$)，與壓力源影響程度及其七大構面相關界於 $-.24$ 至 $-.57$ ，其中與基本需要受限的相關性最高($r = -.54$)，其次為生活改變($r = -.52$)、獨立衝突($r = -.52$)，與壓力調適方法僅消極面對($r = -.49, p < .000$)和尋求協助 ($r = -.30, p < .01$)達顯著負相關 (見表 4-24)。

表 4-23 慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源、壓力調適方法及生活品質之相關矩陣圖 (N = 113)

	身體症狀困擾程度	壓力源影響程度	生活改變	生理不適	血管問題	獨立衝突	基本需要受限	角色衝突	性生殖困擾	接受挑戰	消極面對	尋求協助	逃避行為	宿命
身體症狀困擾程度														
壓力源影響程度	.66***													
生活改變	.53***	.91***												
生理不適	.70***	.84***	.67***											
血管問題	.48***	.65***	.49***	.56***										
獨立衝突	.50***	.82***	.70***	.63***	.49***									
基本需要受限	.61***	.88***	.75***	.70***	.50***	.63***								
角色衝突	.39***	.72***	.67***	.47***	.36***	.58***	.57***							
性生殖困擾	.36***	.67***	.68***	.41***	.32**	.46***	.60***	.49***						
接受挑戰	.20*	.30**	.29**	.30**	.16	.23*	.23*	.20*	.12					
消極面對	.45***	.61***	.56***	.58***	.31**	.55***	.49***	.39***	.34***	.44***				
尋求協助	.32***	.44***	.40***	.43***	.23*	.48***	.27**	.32**	.31**	.49***	.70***			
逃避行為	.15	.24*	.24*	.24*	.24*	.21*	.18	.08	.08	.17	.32**	.12		
宿命	.22*	.38***	.38***	.38***	.19*	.31**	.28**	.29**	.14	.70***	.56***	.53***	.27**	

ps : 1.* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表 4-24 慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源、壓力調適方法及生活品質之相關性
(N = 113)

變項	PCS	MCS
身體症狀困擾程度	-.52 ^{***}	-.46 ^{***}
壓力源影響程度	-.56 ^{***}	-.57 ^{***}
生活改變	-.49 ^{***}	-.52 ^{***}
生理不適	-.46 ^{***}	-.45 ^{***}
血管問題	-.27 ^{**}	-.24 ^{**}
獨立衝突	-.48 ^{***}	-.52 ^{***}
基本需要受限	-.54 ^{***}	-.54 ^{***}
角色衝突	-.42 ^{***}	-.47 ^{***}
性生殖困擾	-.40 ^{***}	-.45 ^{***}
接受挑戰	-.01	-.01
消極面對	-.38 ^{***}	-.49 ^{***}
尋求協助	-.20 [*]	-.30 ^{**}
逃避行為	-.02	-.07
宿命	-.13	-.09

ps : 1. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2. PCS: 生活品質之生理組成層面; MCS: 生活品質之心理組成層面

第五節 慢性腎臟病患者之生活品質預測情形

由於各自變項部分變項之間有高度相關，逐步複迴歸恐有互相排擠之效應，因此自變項之間相關係數高於 0.6，則依據所研讀之文獻取研究者認為理論上較合宜之自變項進入迴歸方程式。分析前為了能進行迴歸分析，將基本資料之相關中的家庭總收入（高收入-1，低收入-0）、教育程度（高程度-1，低程度-0）、有無洗腎（有洗腎-1，無洗腎-0）以及罹患其他疾病總數重新分類（罹患少種疾病-0，罹患多種疾病-1）為二項式處理之。

在生活品質之生理組成層面方面，研究對象基本資料中的家庭總收入、有無洗腎、罹患其他疾病總數，以及身體症狀困擾、壓力源影響程度、消極面對和尋求協助與生活品質之生理組成有顯著差異和相關。但身體症狀困擾和壓力源影響程度相關性極大($r = .66, p < .000$)，分開進行迴歸分析，而壓力源影響程度與生理組成之生活品質的 $r = .56$ 大於身體症狀困擾與生理組成之生活品質的 $r = .52$ ，故採用壓力源影響程度之迴歸模式 (Model 2)。總解釋力為 40%（見表 4-25）。

在生活品質之心理組成層面方面，研究對象基本資料中的教育程度、家庭總收入、罹患其他疾病總數，以及身體症狀困擾、壓力源影響程度、消極面對和尋求協助與生活品質之生理組成有顯著差異和相關，但壓力源影響程度與心理組成之生活品質的 $r = .57$ 大於身體症狀困擾與心理組成

之生活品質的 $r = .46$ ，分開進行迴歸分析後，仍採用壓力源影響程度之迴歸模式 (Model 2)。總解釋力為 42% (見表 4-26)。

表 4-25 慢性腎臟病患者之生活品質生理層面之迴歸分析模式一 (N = 113)

Model 1	R	R ²	Adjusted R square	Unstandardized Coefficients		Standardized	t 值	p 值
				B	Std. Error	Coefficients		
						β		
常數				63.08	3.52		17.94	.000
身體症狀困擾	.52	.27	.26	-.64	.13	-.39	-4.77	.000
罹患多種其他疾病	.58	.34	.33	-14.93	3.98	-.29	-3.75	.000
高家庭總收入	.62	.39	.37	9.85	3.40	.23	2.90	.005

表 4-25 慢性腎臟病患者之生活品質生理層面之迴歸分析模式二 (續) (N = 113)

Model 2	R	R ²	Adjusted R square	Unstandardized Coefficients		Standardized	t 值	p 值
				B	Std. Error	Coefficients		
						β		
常數				64.32	3.40		18.94	.000
壓力源影響程度	.56	.31	.30	-.58	.11	-.43	-5.56	.000
罹患多種其他疾病	.62	.38	.37	-15.16	3.90	-.30	-3.89	.000
高家庭總收入	.65	.42	.40	9.28	3.34	.21	2.78	.006

表 4-26 慢性腎臟病患者之生活品質心理層面之迴歸分析模式一 (N = 113)

Model 1	R	R ²	Adjusted R square	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t 值	p 值
				B	Std. Error	β		
常數				72.50	3.74		19.38	.000
消極面對	.48	.24	.23	-1.40	.36	-.33	-3.90	.000
罹患多種其他疾病	.56	.32	.31	11.51	3.44	.26	3.35	.001
家庭總收入	.62	.38	.37	-11.83	4.06	-.23	-2.91	.004
身體症狀困擾	.64	.41	.39	-.33	.15	-.19	-2.22	.028

表 4-26 慢性腎臟病患者之生活品質心理層面之迴歸分析模式二 (續) (N = 113)

Model 2	R	R ²	Adjusted R square	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t 值	p 值
				B	Std. Error	β		
常數				73.83	3.51		21.05	.000
壓力源影響程度	.57	.33	.32	-.47	.13	-.34	-3.60	.000
罹患多種其他疾病	.61	.37	.36	-11.56	3.95	-.22	-2.93	.004
家庭總收入	.65	.42	.40	10.16	3.36	.23	3.02	.003
消極面對	.67	.44	.42	-.90	.39	-.21	-2.31	.023

第五章 討論

本研究的慢性腎臟病患者以51-64歲者居多，平均年齡為57.3歲，與Yeoh, Tiquia, Abcar, Rasgon, Idroos, Daneshvari (2003)探討103位慢性腎臟病患者透析治療前的衛教成效之平均年齡為57.6歲的年齡和財團法人中華民國腎臟基金(2007)所公佈之報告相近，顯示台灣地區罹患慢性腎臟病患者的平均年齡則介於55~60歲之間，趨近老年人族群。

第一節 慢性腎臟病患者基本資料現況之討論

本研究的研究對象以女性、已婚者和低等教育程度者為主，與Liu (2006)研究台灣地區慢性腎臟病患者合併血液透析的疲備因素之人口學特性呈現女性、已婚者和低等教育程度者為多的分佈情形雷同，但是與Stojanovic & Stefanovic (2006)以及Rebollo, et al. (2000)慢性腎臟病生活品質的研究中男性、已婚者和中等教育程度以上者人數居多，有顯著之不同。在經濟狀況方面，本研究之慢性腎臟病患者有半數以上人口的個人收入和家庭總收入狀況屬於低或中收入戶，這與與Rebollo, et al.(2000)研究結果雷同，顯示國內外罹患慢性腎臟病族群容易發生在低社經地位之族群中。

疾病屬性方面，收集資料過程中發現個案以慢性腎臟病期數第五期之患者就佔有95人，佔84.1%，所有收案者中並有93位(82.3%)接受血液透析，其方式皆為血液透析，顯示台灣地區罹患末期慢性腎臟病的個案數居高，呼應Hsu et al. (2006)指出台灣的盛行率高達6.9%的結果。

第二節 慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法及生活品質得分分佈和於基本資料差異性之討論

慢性腎臟病患者的身體症狀困擾程度影響最大者依序為疲倦、身體搔癢、頭暈/頭痛、失眠和骨頭酸痛。此結果與周、葉、黃（2004）所做的研究結果-飲水限制、睡眠困擾、開刀接動靜脈血管、疲倦、食物限制，以及李（2002）的疲倦、失眠和皮膚搔癢和紐（2003）的失眠、疲倦、肌肉無力、頭痛、皮膚搔癢有相似之處，發現疲倦、皮膚搔癢和失眠為影響患者最大程度之身體症狀困擾。

在疲倦方面，Heiwe, Clyne, & Dahlgren (2003)研究慢性腎臟病患者之生活經驗，以質性訪談方式進行，發現造成慢性腎臟病患者疲倦的原因有二：一是患者的身體功能性能力降低，即能力受限和耐受力減低，二是產生暫時性壓力，即個人常態的生活改變；同時慢性腎臟病患者的疲倦影響層面不只是生理變化，還有心理精神層面的壓力。本研究結果與多篇研究顯示疲倦之排行位居慢性腎臟病患者身體症狀困擾之前五名（李，2002；黃，2004；紐，2003；Tislér, Logan, Akócsi, Tornóci, & Kiss, 2008）一致。

在皮膚搔癢方面，本研究並發現因血液透析治療產生的皮膚搔癢不僅是明顯的身體困擾症狀，在血液透析初期就有可能發生。李、郭、孫、陳（2003）並指出皮膚搔癢是不會隨著時間減輕或消除的身體困擾症狀。

在失眠方面，睡眠問題不僅是本研究慢性腎臟病患者常見的身體症狀困擾，根據相關性研究指出，所衍生的後續效應會明顯危害病患的心血管和免疫功能(Benz, Pressmen, Hovick, & Peterson, 2000; Williams, Tell, Zheny, Shumaker, Rocco, & Sevick, 2000; Zoccali, Mallamaci, & Tripepi, 2002)。學者研究發現導致失眠的可能原因則可能來自 BUN 和 creatinine 濃度上升 (Iliescu, Yeates, & Holland, 2004)。Sabbatini 等人 (2002) 研究 694 位慢性腎臟病患者合併透析治療患者時提出，86%有睡眠障礙問題。Iliescu 等人(2003)研究 89 位慢性腎臟病個案中睡眠品質較差者佔 71%。即使醫療技術的日新月異，仍無法免除病患因疾病和治療所帶來的身心症狀和生活型態改變的折磨(McClellan, Aronoff, Bolton, et al., 2004; Welch & Austin, 2001)。

一、慢性腎臟病患者症狀困擾程度於基本資料差異性之討論

本研究結果顯示，慢性腎臟病患者有洗腎、疾病越多，身體症狀困擾越大。本研究身體症狀困擾於基本資料差異性結果也發現有洗腎者的身體症狀困擾程度顯著大於比無洗腎者。事實上，本研究中有95位病患處於第五期慢性腎臟病階段，即俗稱之末期腎衰竭，並且有93位患者正長時間接受血液透析治療，因此，研究對象的病情階段性的進展和週而復始的接受血液透析治療，無法根除身體症狀困擾反應。研究結果與Unruh et al. (2008) 追蹤慢性腎臟病患者三年的生活品質呈現身體症狀困擾程度會隨著有無接受透析治療有所不同的結果雷同。本研究亦發現慢性腎臟病患者罹患其

他疾病種類數目高達3種以上者其身體症狀困擾程度高於無罹患其他疾病或罹患1~2種者，本研究結果驗證（Bisschop, Kriegsman, Beekman & Deeg, 2004）。

二、慢性腎臟病患者壓力源影響程度於基本資料差異性之討論

壓力源影響程度研究結果顯示飲水限制、疲倦、食物限制、睡眠困擾和活動受影響為壓力源影響程度最劇之因素。本研究同時發現慢性腎臟病患者的壓力源影響程度與身體症狀困擾的程度呈現顯著的正相關之外，疲倦和失眠同時存在於為兩者之前五名之中。這是因為慢性腎臟病患者認為因疾病或透析治療引起的身體症狀困擾，造成基本的日常生活與活動受到限制、社交功能不便，也是形成壓力源的影響因素。這與 Hagren, Peppersen, Severinsson, Lutzen, & Clyne (2005)訪談 41 位慢性腎臟病患者的生活經驗有相似的研究結果，該研究提及因為疾病和血液透析治療已經成為生活重心，在感受缺乏自由與空間之下，日常生活與活動受到限制的壓力源也明顯產生，例如疲倦。

（一）女性、年齡愈大、無職業、家庭總收入愈低者，壓力源影響程度愈高

在性別方面，本研究結果可能的原因是女性感受身體差異的壓力敏感度高過於男性所致。有研究學者提到女性有較高的壓力敏感度，男女不同的壓力敏感度可能由於遺傳或環境因素影響，壓力源影響程度傾向於主觀

經驗，因此女性有較多的情感認知和家庭責任的因素，所以顯示女性壓力源感受往往高於男性（周、葉、黃，2004；Cossette, Frasure-Smith, & Lesperance, 2002; Liu 2006; Myin-Germeys, 2004）。

在年齡方面與老年人個人生活改變、因應健康問題能力和支持系統多寡有關，本研究發現有近半數之研究對象無個人月收、主要經濟來源為他人，並且有過半數者目前為無職業狀態，這些包含近全數的老年人。有研究顯示退休老年人容易有自我肯定不足、依賴的心態，社會資源和支持系統若是又比年紀較輕者薄弱，感受壓力源影響程度往往大於其他年齡層的人(Janevic et al., 2004; Uchino, 2004)。

在職業與在家庭總收入方面的結果可能是慢性腎臟病患者除了個人與家庭的生活支出費用之外，必須再支付醫療相關費用外，而低家庭總收入者長期處於收支不平衡的情況下，若是又無職業其面臨多方面的壓力源的影響程度也比高家庭總收入者更甚之（周、葉、黃，2004）。

（二）慢性腎臟病期數愈高、有洗腎和罹患其他疾病總數愈多，壓力源影響程度愈高

研究結果亦呈現末期慢性腎臟病在生理層面的壓力源影響程度明顯高於心理層面，同時也驗證其他研究結果指出的疾病嚴重度愈高，慢性腎臟病患者之壓力源影響程度也愈高（Cimete, 2002, Liu 2006; Mok & Tam, 2001）。

有無洗腎方面的結果應該是洗腎患者病情的進展之外，也和週而復始的接受血液透析治療有關，故壓力源影響程度的感受高於無洗腎者(Tislér, Logan, Akócsi, Tornóci, & Kiss, 2008)。

研究對象罹患其他疾病總數方面，因為合併其他疾病之個案，除了腎功能不良引起之系統性變化，其他的疾病也會增加身體不適之症狀困擾個案(黃，2003)。壓力源與疾病發生有顯著相關，疾病問題愈多，個案的壓力源影響程度會愈高，部份研究證明其有密切的相關性(Bisschop, Kriegsman, Beekman & Deeg, 2004; Lillberget al., 2003)。

三、慢性腎臟病患者壓力調適方法使用情形和於基本資料差異性之討論

本研究結果呈現慢性腎臟病患者最常使用的壓力調適方法為-既然無能為力，不如接受事實、客觀地分析問題、一切從好處著眼、按步就班，處理問題以及向專業人士傾訴，如醫生、宗教人士、護士、教師、輔導員。顯示慢性腎臟病患者傾向使用正向的壓力調適方法來因應壓力源。研究結果與國內外調查慢性腎臟病或透析患者最常採用的壓力調適方法為既然無能為力不如接受事實、一切從好處著眼、試圖尋求妥協方法、按步就班處理問題及嘗試瞭解問題所在的結果相似(周、葉、黃、朱 2005; Lok, 1996, Strandberg, Ström, & Norberg, 2002)。

(一) 女性、年齡愈高、教育程度愈低、無職業、主要經濟來源為他人
與家庭總收入愈低者，愈容易尋求壓力調適方法

在性別方面的研究結果是因為女性對人際間關係的需求大於男性所致，本研究亦發現她們尋求的支援同時也包括醫護人員，這與 Mastin & Sachse (2002)和 Strandberg, Ström, & Norberg (2002)指出女性在因應壓力源時，採用的適應方式比男性更具彈性更容易會尋求協助，同時也會尋求具有醫護背景的人員(Hagren, Peppersen, Severinsson, Lutzen, & Clyne, 2005)一致。但是也發現會有女性會比男性容易採用消極面對方式(周、葉、黃、朱，2005)。相反的，本研究男性採取逃避行為的調適方法卻大於女性，可能原因是以父系為主的台灣社會意義上，男性被期望是堅忍的角色表現所致。

在年齡方面研究結果與其他研究結果相反(周、葉、黃、朱，2005)，可能的原因是 1.老年人本身較負面思考或支援系統較薄弱，2.本研究之年齡族群分類僅為老年人和非老年人，故無法在分類比較之。

在教育程度方面結果可能原因是低教育程度者自我搜尋相關疾病與治療訊息的能力較弱，故多採取向他人尋求協助。這與其他研究有相異之處。相關性研究發現大專以上之教育程度者可能因為受過教育，在學習過程中可以更多透過所學的知識技能來應付問題，因此較常使用接受挑戰的相關調適方法(周、葉、黃、朱，2005)。

在職業方面結果則與其他研究顯示在目前經濟不景氣之下，無職業者較容易尋求負面的壓力調適方法有異（周、葉、黃、朱 2005），可能是研究族群與環就不同所致，日後可再加以探討。在家庭總收入方面，研究結果呈現高家庭總收入者採取接受挑戰之壓力調適方法大於低家庭總收入者。而主要經濟來源為他人者則採用逃避行為和消極面對的之調適方法大於主要經濟來源為自己者。顯示低社經地位者較容易尋求負面的壓力調適方法的結果一致（Cohen & Wills, 1985; Krause, 2001; Janevic et al., 2004; Uchino, 2004）。

（二）慢性腎臟病期數愈高、有洗腎與罹患其他疾病總數愈多，愈容易尋求壓力調適方法

在慢性腎臟病期數結果顯示慢性腎臟病疾病越嚴重者採取尋求協助的調適方式高於疾病較輕者，可能是因為末期腎衰竭者其出現之身心症狀困擾多且明顯，所以多採用尋求協助的調適方法，這與其他研究的結果一致（陳、郭、張、劉、許，2007；Tyrrel, Paturel, Cadec, Capezzali, & Poussin, 2005）。

有無洗腎方面結果可能是洗腎者壓力源大於無洗腎者之故。即本研究和其他研究結果皆顯示慢性腎臟病有洗腎者遭遇壓力源時，會採用尋求協助的調適方法高於無洗腎者（Hagren, Peppersen, Severinsson, Lutzen, & Clyne, 2005; Heiwe, Clyne, & Dahlgren, 2003）。再者，研究對象之罹患其他

疾病總數結果是因為同時罹患有 3 種以上其他疾病數的患者對生命的期望比 1~2 種其他疾病數的患者消極所致。

四、慢性腎臟病患者生活品質情形和於基本資料差異性之討論

本研究之研究結果顯示得分最高之構面為社會功能(SF)，得分最低之構面為生理問題角色受限(RP)，整體而言，慢性腎臟病患者的生理組成層面和心理組成層面之生活品質得分界於中等程度得分。研究結果與Mau, Chiu, Chang, Hwang, & Hwang(2008)探討慢性腎臟病患者之生活品質結果為高程度之生活品質相異，可能原因為不同背景的研究族群。另外與Stojanovic & Stefanovic (2006)研究南斯拉夫共和國之慢性腎臟病透析治療患者的生活品質，呈現低程度的生活品質亦不同，雖然生理問題角色受限同為生活品質之最低得分之構面，但其得分僅25分，與本研究38.94分之得分仍有差異。

(一) 家庭總收入愈高和無洗腎者，生理組成層面的生活品質愈高

在生理組成層面，慢性腎臟病患者中無洗腎者生理層面之生活品質優於有洗腎者。這是因為本研究之血液透析患者與其他接受透析治療的患者一樣，為了要延續生命，必須忍受透析治療所帶來的身體症狀困擾，故其生理層面的生活品質往往會低於無洗腎者。因此要延續慢性腎臟病患者的生活品質，必須盡可能減輕其生理層面的症狀困擾（柯、李、施，2007；紐，2003）。

(三) 教育程度和家庭總收入愈高，心理組成層面的生活品質愈高

在心理組成層面，高教育程度者心理組成層面的生活品質優於低教育程度者，可能的原因為本研究之高教育程度者較低教育程度者重視心理組成層面的生活品質所致。但是無研究顯示相關的結果故無從比較。

另外，研究結果亦顯示高家庭總收入者的生理組成層面和心理組成層面的生活品質皆高於低家庭總收入者，顯示家庭總收入愈好者，其生活品質愈好。換言之，若要維持良好的之生活品質，就必須有足以應付生活所需的家庭總收入。這樣結果與其他研究結果一致（Stojanovic & Stefanovic 2006）。罹患其他疾病總數方面，無疾病者和1~2種疾病者的生理組成層面和心理組成層面的生活品質皆高於3種疾病以上者。與其他研究一樣，慢性腎臟病患者罹患疾病的多寡為決定慢性腎臟病患者生理和心理層面生活品質好壞的主要因素之一，不容忽視（楊、王、吳、郭、蘇，2007）。

第三節 慢性腎臟病患者生活品質預測情形之探討

經逐步複迴歸分析後，生活品質之生理組成層面可以由壓力源影響程度、3種以上其他疾病和高家庭總收入預測。從標準化係數來看，壓力源影響程度是最顯著解釋生活品質之生理組成層面得分之變異因子，其次為3種以上其他疾病和高家庭總收入。其迴歸公式為： $Y_{(PCS)} = 64.32 - .58* \text{壓力源影響程度} - 15.16* \text{3種以上其他疾病} + 9.28* \text{高家庭總收入}$ 。即此模式具有解釋生活品質之生理組成層面 40%的變異量。亦即當壓力源影響程度每增加 1 分時，生理組成層面之生活品質會減少.43 分；罹患 3 種以上其他疾病者比無罹患其他疾病和罹患 1~2 種疾病者，生理組成層面之生活品質會減少.30 分；高家庭總收入者相較於低家庭總收入者，生理組成層面之生活品質會增加.21 分。本研究可見壓力源影響程度為最影響慢性腎臟病患者的生理組成層面的生活品質。

生活品質之心理組成層面可以由壓力源影響程度、3種以上其他疾病、高家庭總收入和消極面對來預測。從標準化係數來看，壓力源影響程度是最顯著解釋生活品質之心理組成層面得分之變異因子，其次為3種以上其他疾病、高家庭總收入和消極面對。其迴歸公式為： $Y_{(MCS)} = 73.83 - .47* \text{壓力源影響程度} - 11.56* \text{3種以上其他疾病} + 10.16* \text{高家庭總收入} - .90* \text{消極面對}$ 。即此模式具有解釋生活品質之心理組成層面 42%的變異量。亦即當壓力源影響程度每增加 1 分時，心理組成層面之生活品質會減少.34 分；罹患 3 種以上其他疾病者比無罹患其他疾病和罹患 1~2 種疾

病者，生理組成層面之生活品質會減少.22 分；高家庭總收入者相較於低家庭總收入者，心理組成層面之生活品質會增加.23 分；消極面對每增加 1 分時，心理組成層面之生活品質會減少.21 分。



第六章 結論與建議

本章根據前述資料的研究的目的、結果與討論，分節陳述研究的結論、護理上之應用與研究限制。

第一節 結論

本研究目的在探討慢性腎臟病患者的身體症狀困擾、壓力源影響程度、壓力調適方法和生活品質之相關性探討。研究方法採橫斷式相關性研究設計，針對中部地區某一地區醫院 113 位慢性腎臟病患者進行問卷訪談。經過資料收集、統計分析後顯示，慢性腎臟病患者最常見之身體症狀困擾為疲倦、皮膚搔癢、頭暈/頭痛、失眠和骨頭酸痛。最常見壓力源影響程度為飲水限制、疲倦、食物限制、睡眠困擾和活動受影響，最常使用之壓力調適方法為既然無能為力，不如接受事實、客觀地分析問題、一切從好處著眼、按步就班，處理問題和向專業人士傾訴，如醫生、宗教人士、護士、教師、輔導員。慢性腎臟病患者顯示有無洗腎、罹患其他疾病總數與身體症狀困擾的關係達到顯著差異性；年齡、家庭總收入、有無洗腎、慢性腎臟病期數和罹患其他疾病總數與壓力源影響程度的關係達到顯著差異性；性別、職業、主要經濟來源、家庭總收入、慢性腎臟病期數、有無洗腎、罹患其他疾病總數與壓力調適方法的關係達到顯著差異性；家庭總收入、有無洗腎和罹患其他疾病總數與生活品質之生理組成層面的關係達到顯著差異性，教育程度、家庭總收入和罹患其他疾病總數則與生活品質之心理組成層面的關係達到顯著差異性。

身體症狀困擾程度與壓力源影響程度及其七大構面皆有顯著的相關性，與壓力調適方法之消極面對、尋求協助有較高之相關性，壓力源影響程度則與壓力調適方法之消極面對、尋求協助和宿命有最顯著的相關性。生活品質之生理組成層面可以由壓力源影響程度、罹患多種其他疾病和高家庭總收入預測之；心理組成層面則可以由壓力源影響程度、罹患多種其他疾病、高家庭總收入和消極面對預測之。

第二節 護理上之應用

針對本研究結果以及研究者在研究過程所獲得之經驗，為提升慢性腎臟病患者的生活品質，針對臨床實務、護理教育和護理研究三方面提出建議，以做為未來護理臨床和學術上之參考。

一、臨床實務方面

(一) 從本研究中的基本資料顯示，慢性腎臟病患者多為老年人、低程度教育、中低收入者，鑒於延緩慢性腎臟病的人數是當務之急，因此醫護人員應為患者進行適當的評估與衛教，並與醫療團隊進行個案討論，尋求老年人和低社經地位族群的與福利，增進病患對個人生理和心理生活品質的提升。

(二) 本研究之慢性腎臟病患者最困擾的的身體症狀困擾程度為疲倦、身體搔癢、和失眠。護理人員應為其監測腎臟功能指標和電解值功能的平衡，並提供減輕症狀之衛教內容，例如每日進行規律性但避免

劇烈的運動、鼓勵在透析治療後先臥床休息 1~2 小時後再活動，依個人膚質每日塗抹可吸收型的乳液，以及依個人習慣鼓勵睡前運用促進睡眠的措施，如保暖和保持安靜的環境。

本研究結果同時也發現慢性腎臟病患者有洗腎和罹患其他的疾病越多，身體症狀困擾越大。因此護理人員必須更專精於有關洗腎患者和常見罹患其他疾病的種類容易為病患所帶來的身體症狀困擾和程度，並針對這些症狀困擾，提供個別性的症狀控制處置和護理，例如骨頭酸痛者之藥物疼痛緩解和膝蓋保暖之物理性緩解。

(三) 本研究結果顯示，慢性腎臟病患者的身體症狀困擾越多，壓力源影響程度就越高，而慢性腎臟病患者有洗腎、罹患其他疾病種類越多，身體症狀困擾越大。因此在臨床護理實務上，本研究提供一實證經驗來了解慢性腎臟病患者容易經歷的身體症狀困擾、壓力源種類以及對其生活影響的程度。使護理人員了解有洗腎和罹患其他疾病患者的個別性，能早日發現患者的問題，提供個別性的護理指導與措施，來減輕身體症狀困擾，以降低壓力源影響之程度。再者，可加強護理人員對於照顧慢性腎臟患者心理層面問題之評估技能的專業訓練，以期能對在長期治療下容易產生的身心壓力的患者進行專業的照護，並進而促進護理品質，以達到整體性照護的目標。

(四) 本研究之慢性腎臟患者最常使用之壓力調適方法為既然無能為力，不如接受事實。而壓力源影響程度愈高，就愈常使用壓力調適方法。因此腎臟科護理人員在照護患者時，應先建立正確且友善的護病信任關係，聆聽其傾訴與需求，熟知患者常用的壓力調適方法，不要強迫患者一昧的配合照護模式，當患者容易使用宿命或負面的之壓力調適方法時，應主動為其尋找合宜的家庭和社會支援，並在患者、家屬和照顧團隊中建立有效之溝通系統，讓患者有信心且自在的接受治療與護理。

研究結果也發現女性、年齡愈大、無職業、家庭總收入愈低者，壓力源影響程度愈高。建議護理人員應針對女性和年老的弱勢族群進行重點性支持，特別是在其支持系統的完整建構，如家庭成員的溝通與照護時間的安排與設計；對社經地位較低者，應協助其尋求社會福利機構在經濟層面的支援，必要時安排照護人員的介入，有效應用正向之壓力調適方法以降低壓力影響程度。

(五) 生活品質之生理和心理組成層面皆可以由壓力源影響程度預測之，慢性腎臟病患者自罹患疾病和接受透析治療過程中，受到多重壓力源的影響，影響其生活品質。在生理方面，病情變化和治療所帶來的身體症狀困擾，產生疲倦、睡眠障礙問題；在心理方面，因為擺脫不了病人的角色和無法執行如往日正常的生活功能，例如賺錢和

持家。因此護理人員應多具備細心與耐心，鼓勵慢性腎臟病患者正向面對生活，以維持良好生活品質。

(六) 經由本研究過程，生活品質可以由罹患多種以上其他疾病預測之，研究者發現慢性腎衰竭患者多數合併有其他疾病。雖然在醫院中醫護人員都知道，針對慢性腎臟病之疾病症狀、評估與處理上，必須注意小心注意照顧慢性腎臟病患者，但鮮少特別針對慢性腎臟病疾病特殊患者設計一些衛教或處置。因此研究者建議應該特別設計針對慢性腎臟病患者並罹患有其他疾病者專用的表單，以進行評量和合宜的處置。亦可建立慢性腎臟病患者照護的作業流程標準書，使其成常規作業。同時本研究結果亦發現合併其他疾病總數越多者的壓力感受越高，因此護理人員須特別注意評估合併其他疾病的患者產生的身心不適症狀的嚴重度以及壓力反應，減輕影響生活品質之因素。

二、護理教育方面

在研究過程中，研究者發現在護生的養成教育中僅編排腎臟病基本課程或多著重在末期衰竭患者之照護，其實慢性腎臟病為進展性的疾病，並且與諸多議題息息相關，例如預防醫學、長期透析與居家照護。因此建議可對相關議題做深入的講解，讓學子們了解慢性腎臟病的預防概念與護理的重要性。

三、護理研究方面

本研究所使用之身體症狀困擾量表、壓力源影響程度量表、壓力調適方法量表和 SF-36 台灣版生活品質量表具有良好之信、效度，Chronba's α 值皆達 0.7 以上，護理人員照顧慢性腎臟病患者可使用此四份量表來評估個案之身體症狀困擾和壓力源影響的來源及程度、所使用的壓力調適方法以及生活品質，藉以能針對護理問題給予護理。

第三節 研究限制

- 一、在研究取樣方面，本研究採橫斷式的研究，為立意取樣方式，對象僅探討中部地區某地區醫院的慢性腎臟病患者，正式納入收案數僅 113 位，因此本研究在因果推論上，僅能推論至與樣本性質相近之群體，無法推論至不同研究人口學背景和不同醫院屬性的族群，未來應增加樣本數，以增加研究結果之可信度。
- 二、在研究設計上，本研究本應針對不同慢性腎臟病期別的患者進行比較性分析，但所收集之研究個案出現集中於第五期的現象，故無法做更進一步的分析與比較。未來將針對不同慢性腎臟病期數的患者之重點執行不同分期別之比較性或介入性措施之研究。
- 三、本研究因人力和經費的考量，研究樣本無法做更進一步推論，建議未來可擴大收案，比較不同地區的個案其壓力感受與生活品質差異性分析。

參考資料

一、中文資料

方華章、鍾孝民（2001）·腎臟疾病的神經系統併發症·*腎臟與透析*，13（3），125-129。

王梅美、林美良（2003）·讓她洗得更舒適-照護一位腹膜透析患者之護理經驗·*新臺北護理期刊*，5（2），103-114。

王舒民、楊雅斐、黃秋錦（2007）·慢性腎臟病與高血壓·*腎臟與透析*，19（2），64-70。

行政院衛生署（2009）·死因統計·2009年6月17日取自http://www.doh.gov.tw/DM/DM2_P01.aspx

台灣腎臟醫學會（2006）·*台灣腎臟醫學會2003透析年度報告*·台北：台灣腎臟醫學會。

台灣腎臟醫學會（2008）·*97年度腎臟病健康促進機構推展成效*·2009年6月17日取自<http://www.tsn.org.tw/UI/H/H002.aspx>

李月卿（2002）·*認知行為團體治療對末期腎疾病患者之成效探討*·未發表的碩士論文，台北：國立台北護理學院護理系研究所。

李麗珠、郭碧照、孫閻範、陳芳真（2003）·中部某醫學中心血液透析患者皮膚搔癢及處置之探討·*中山醫學雜誌*，14（4），523-531。

李瑜弘、王瑞霞（2001）·長期血液透析病患之無助、社會支持與自我照顧行為之相關探討·*護理研究*，9（2），147-155。

- 林秋菊、李瑜弘、洪娟娟、李碧娥 (2006) 。血液透析病患疲憊量表之發展。 *台灣醫學* , 10 (4) , 422-428 。
- 林愛真 (2002) 。因應訓練對末期腎疾病患者之成效探討。未發表的碩士論文，台北：國立台北護理學院護理系研究所。
- 林美玲 (1995) 。血液透析患者之疾病反應、社會支持及其相關因素之探討。未發表的碩士論文，台北：國防醫學大學護理系研究所。
- 林佳靜、梁靜祝；黃芬蘭、賴裕和 (2004) 。血液透析患者之希望與社會支持的相關性探討。 *臺灣腎臟護理學會雜誌* , 3 (1) , 17-31 。
- 周學智、葉淑娟、黃月妍 (2004) 。長期血液透析患者壓力源之探討。 *榮總護理* , 21 (1) , 67-76 。
- 周學智、葉淑娟、黃月妍、朱文洋 (2005) 。長期血液透析病患調適方法之探討。 *臺灣腎臟護理學會雜誌* , 4 (2) , 42-54 。
- 洪永祥 (2002, 12月20日) 。長期洗腎問題面面觀。 *透析通訊* , 44, 取自 <http://www.kidney.org.tw/issue-0.html>
- 洪永祥 (2003, 4月20日) 。更高活力的洗腎生活-洗腎最新三合一療法。 *透析通訊* , 48, 2009年1月19取自 <http://www.kidney.org.tw/issue-0.html>
- 胡海國編著 (1991) 。 *精神醫學診斷手冊* (第二版) 。台北：國立台灣大學醫學院出版委員會。
- 柯豐城、李碧娥、施惠慈 (2007) 。長期洗腎病患的主觀生活品質— 質性研究觀點。 *護理雜誌* , 54(1) , 53-61 。

姚開屏(2002a)·健康相關生活品質概念與測量原理之簡介·*台灣醫學*，
6 (2) ，183-191。

財團法人中華民國腎臟基金會(2007)·九十六年度台灣地區透析總人數統計圖·2008年9月4日取自<http://www.kidney.org.tw/a96.gif>

財團法人中華民國腎臟基金會(2006)·九十五年度台灣地區透析總人數統計圖·2008年9月4日取自<http://www.kidney.org.tw/a95.gif>

馬麗卿、謝湘俐(2008)·照護一位末期腎疾病患者面對血液透析治療之護理經驗·*臺灣腎臟護理學會雜誌*，7 (1) ，60-73。

孫宜孜、徐邦治、楊福麟、廖晉興、林崇舜、李茹萍(2005)·血液透析患者之憂鬱狀態及影響因素探討·*慈濟護理雜誌*，4 (3) ，47-55。

張春興(1989)·*張氏心理學辭典*(初版)·台北：東華。

張甄芳(2006年5月8日)·腎臟病患透析治療、感受深；提升醫療品質、有目共睹·2008年6月20日取自
<http://www.nhi.gov.tw/epaper2/ItemDetail.asp?DataID=122&IsWebData=0&ItemTypeID=7&PapersID=32&PicID=>

張慈惠、黃秀梨(2000)·生活品質評量之臨床應用·*台灣醫學*，4 (1) ，
86-89。

郭英調(2001)·*臨床研究手冊*·台北：合慶。

陳美玲、顧乃平(1998)·血液透析病患生活品質及相關因素之探討·*護理研究*，6 (5) ，393-403。

- 陳一心 (2006, 8月25日) · 透析病人常見的併發症與處理方法 · 透析通訊, 2008年6月20日取自 <http://www.kidney.org.tw/issue-0.html>
- 陳佩英、郭素青、張惠甄、劉亞君、徐子英 (2007) · 血液透析病患其掌握信念、心理困擾與健康促進行為之初探 · 臺灣腎臟護理學會雜誌, 6 (2), 27-41。
- 曾立源、洪崇尹、彭聖曾、馮祥華、楊垂勳 (2004) · 腹膜透析病患疝氣之探討 · *Acta Nephrologica*, 12(6), 57-61。
- 黃秀明 (2002) · 血液透析患者及家屬之壓力與需求之探討-以嘉義某區域教學醫院 · 未發表的碩士論文 · 嘉義 · 華南大學管理研究所。
- 鈕淑芬 (2004) · 透析病患生活品質及其相關因素探討 · 臺灣腎臟護理學會雜誌, 3 (2), 88-104。
- 雷玉華、丘周萍 (2000) · 生活品質概念分析 · *國防醫學*, 31(2), 163-167。
- 楊乃菁 (2007) · 慢性腎臟病危險因子的探討 · *北市醫學雜誌*, 4 (9), 880-889。
- 楊樹昌、王榮德、吳麥斯、郭佩雯、蘇喜 (2007) · 長期血液透析病患的生活品質 · *台灣醫學*, 11 (2), 140-152。
- 楊樹昌、吳麥斯、蘇喜、王榮德、鍾國彪 (2006) · 血液透析病患以存活調整之健康輪廓及預期終生存活期損失 · *血液淨化雜誌*, 11 (1), 1-16。

- 廖秋萍、蔣偉姣、陳淑娟 (2006) 。腹膜透析病患生活品質及其相關因素探討。 *臺灣腎臟護理學會雜誌* , 5 (1) , 22-39 。
- 劉莉香, 黃淑瑛 (2002) 。血液透析病患失眠問題之原因與護理。 *腎臟與透析* , 14 (2) , 111-113 。

二、英文資料

- Aspinwall, L. G. (1997). *Where planning meets coping: Proactive coping and the detection and management of potential stressors*. In S. L. Friedman & E. K. Scholnick (1st ed.). *The developmental psychology of planning: Why, how, and when do we plan?* (pp. 285-320). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121(3), 417-436.
- Baldwin, D. R., Chambliss, L. N., & Towler, K. (2003). Optimism and stress: an African-American college student perspective. Retrieved January 19, 2009, from http://www.findarticles.com/cf_dls/m0FCR/2_37/103563751/print.jhtml
- Benz, R. L., Pressmen, M. R., Hovick, E. T., & Peterson, D. D. (2000). Potential novel predictors of mortality in end-stage renal disease patients with sleep disorders. *American Journal of Kidney Disease*, 35(6), 1052-1060.

- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M. W., Beekman, A. T. F., & Deeg, D. J. H. (2004). Chronic disease and depression : The modifying role of psychosocial resources. *Social Science & Medicine*, 59(4), 721-733.
- Borawski, E.A., Kinney, J. M., & Kahana, E. (1996). The meaning of older adults' health appraisals: Congruence with health status and determinant of mortality. *Journal of Gerontology: Series B: Psychological Science and Social Science*, 51(3), S157-S170.
- Carvajal, S. C., Garner, R. L., & Evans, R. I. (1998). Dispositional optimism as a protective factor in resisting HIV exposure in sexually active inner-city minority adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(23), 2196-2211.
- Carver, C.S., Blaney, P. H., & Scheier, M. F. (1979). Focus of attention, chronic expectancy, and response to a feared stimulus. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(7), 1186-1195.
- Cimete, G. (2002). Stress factors and coping strategies of parents with children treated by hemodialysis : A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(4), 297-306.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Social support and health. *Issues in the study and application of social* (1st ed.). Orlando: Academic.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., & Lee, L. C. (2003). Spirituality, resilience,

and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress, 16*(5), 487–494.

Coresh, J., Astor, B. C., Greene, T., Eknoyan, G., & Levey, A. S. (2003).

Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal Kidney Disease, 41*(1), 1–12.

Cossette, S., Frasure-Smith, N., & Lesperance, F. (2002). Nursing approaches

to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction. *International Journal of Nursing Studies, 39* (5), 479-494.

Danesh, F., & Ho, L. T. (2001). Dialysis-related amyloidosis : History and clinical manifestations. *Seminars in Dialysis, 14* (2) , 80-85.

Haroun, M. K., Jaar, B. G., Hoffman, S. C., Comstock, G. W., Klag, M. J., &

Coresh, J. (2003). Risk factors for chronic kidney disease: A prospective study of 23,534 men and women in Washington County, Maryland. *Journal American Science Nephrol, 14*(11), 2934-41.

Hagren, B., Peppersen, I-M., Severinsson, E., Lutzen, K., & Clyne, N. (2005).

Maintenance haemodialysis: patients' experiences of their life situation. *Journal of Clinical Nursing, 14*(2), 294–300

Heiwe, S., Clyne, N., & Dahlgren, M. A. (2003). Living with chronic renal

failure: Patients' experiences of their physical and functional capacity.

Physiotherapy Research International, 8(4), 167–177.

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540–545.

Hsu, Chih-Cheng, Hwang, Shang-Jyh, Wen, Chi-Pang, Chang, Hsing-Yi, Chen, Ted, Shiu, Ruei-Shiang Horng, Shioh-Shiun, Chang, Yu-Kang & Yang, Wu-Chang. High Prevalence and Low Awareness of CKD in Taiwan: A Study on the Relationship Between Serum Creatinine and Awareness from a Nationally Representative Survey. *American Journal of Kidney Diseases*, 48(5), 727-738.

Humphreys, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 137–152.

Iliescu, E. A., Coo, H., McMurray, M. H., Meers, C. L., Quinn, M. M., Singer, M. A., & Hopman, W. M. (2003). Quality of sleep and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplant*, 18(1), 126-132.

Iliescu, E. A., Yeates, K. E., & Holland, D. C. (2004). Quality of sleep in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dialysis Transplant*, 19(1), 95–99.

Jassal, S. V., Trpeski, L., Zhu, N., Fenton, S., Hemmelgarn, B. (2007).

Changes in survival among elderly patients initiating dialysis from 1990 to 1999. *Canadian Medical Association Journal*, 177(9), 1033-1038.

Kalender, B., Ozdemir, A. C., Dervisoglu, E., & Ozdemir, O. (2006). Quality of life in chronic kidney disease: Effects of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *Clinical Practice*, 61(4), 569–576.

Kutner, N. G., Zhang, R., McClellan, W. M., & Cole, S.A. (2002). Psychosocial predictors of non-compliance in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dialysis Transplantation*. 17(1), 93–99.

Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J. D., Block, G., & Humphreys, M. H. (2001). Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization and mortality in hemodialysis. *Journal American Social Nephrology*, 12(12), 2797–2806.

K/DOQI NKF (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification. *American Journal of Kidney Disease*, 39(supple 1), S1-S266.

Kiberd, B. A., & Clase, C. M. (2002). Cumulative risk for developing end-stage renal disease in the US population. *Journal American Social Nephrology* 13(6), 1635–1644.

- Krishnasamy, M. (1996). Social support and the patient with cancer: A consideration of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 747-756.
- Kurella, M., Covinsky, K. E., Collins, A. J., Chertow, G. M., (2007). Octogenarians and nonagenarians starting dialysis in the United States. *Ann Intern Medicine*, 146(3),177-183.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Lederer, E., Ouseph, R. (2007). Chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 49(1) , 162-171.
- Levin A. (2006). KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for anemia in chronic kidney disease. *American Journal Kidney Disease*, 47(5), 11–15.
- Levy, J., Morgan, J., & Brown, E. (2004). *Oxford handbook of dialysis* (2nd ed.). NY: Oxford.
- Lillberg, K., Verkasalo, P. K., Kaprio, J., Teppo, L., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (2003). Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women : A cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 157(5), 415-423.
- Liu, H. E. (2006). Fatigue and associated factors in hemodialysis patients in

Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 29(1), 40–50.

Lysaght, M. J. (2002). Maintenance dialysis population dynamics: Current trends and long-term implications. *Journal of American Society Nephrol*, 13(Suppl 11), 37-40.

Mau, Lih-Wen, Chiu, Heng-Chia, Chang, Pi-Yu, Hwang, Su-Chen, Hwang, Shang-Jyh (2008). Health-related Quality of Life in Taiwanese Dialysis Patients: Effects of Dialysis Modality. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 24(9), 453-460.

McClellan, W., Aronoff, S. L., Bolton, W. K., et al. (2004). The prevalence of anemia in patients with chronic kidney disease. *Current Medicine Research Opinion*, 20(9), 1501–1510.

McKinney, A. A., & Melby, V. (2002). Relocation stress in critical care : A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 149-157.

Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32-37.

Mok, E., & Tam, B. (2001). Stressors and coping methods among chronic hemodialysis patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 503-511.

- Myin-Germeys, I., Krabbendam, L., Delespaul, P., & Os, J. V. (2004). Sex differences in emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Journal of clinical, 65*(6), 805-809.
- Polaschek, N. (2003). Living on dialysis : Concerns of clients in a renal setting. *Journal of Advanced Nursing, 41*(1), 44-52.
- Ross, C. A., & Keamey, K. (2000). Dialysis disequilibrium syndrome. *American Journal of Nursing, 100*(2), 53-54.
- Sabbatini, M., Minale, B., Crispo, A., Pisani, A., Ragosta, A., Esposito, R., Cesaro, A., Cianciaruso, B., & Andreucci, V. E. (2002). Insomnia in maintenance hemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplant, 17* (5), 852-856.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality, 55*(2), 169-210.
- Sesso, R., Rodrigues-Neto, J. F., & Ferraz, M. B. (2003). Impact of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. *American Journal Kidney Disease, 41*(1), 186–95.
- Shayamsunder, A. K., Patel, S. S., Jain, V., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2005). Sleepiness, sleeplessness, and pain in end-stage renal disease: distressing symptoms for patients. *Seminars in Dialysis, 18*(2), 109–118.

- Stausbøl-Grøn, B., & Overgaard, J. (1999). Relationship between tumour cell in vitro radiosensitivity and clinical outcome after curative radiotherapy for squamous cell carcinoma of the head and neck. *Radiotherapy and Oncology*, 50(1), 47-55.
- Stojanovic, M., & Stefanovic, V. (2007). Assessment of Health-related Quality of Life in Patients Treated With Hemodialysis in Serbia: Influence of Comorbidity, Age, and Income. *International Center for Artificial Organs and Transplantation*, 31(1), 53–60.
- Strandberg, G., Ström, G., & Norberg, A. (2002). Struggling to be/show oneself valuable and worthy to get care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16(1), 43–51.
- Szromba, C., Thies, M. A., & Ossman, S. S. (2002). Advancing chronic kidney disease care: New imperatives for recognition and intervention. *Nephrology Nursing Journal*, 29(6), 547-559.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210.
- Thomas, R., Kanso, A., Sedor, J., R. (2008). Chronic Kidney Disease and Its Complications. *Primary Care Clinical Office Practice*, 35 (2), 329–344.

- Tislér, A., Logan, A., G., Akócsi, K., Tornóci, L., Kiss, I. (2007). Circadian Variation of Death in Hemodialysis Patients. *American Journal Kidney Disease*, 51(1), 53-61.
- Tong, E., M., & Nissenson, A. R. (2002). Dialysis in Nursing Homes. *Seminars in Dialysis*, 15(2) , 103-106.
- Tossani, E., Cassano, P., & Fava M. (2005). Depression and Renal Disease. *Seminars in Dialysis*, 18(2), 73–81.
- Tyrrell, J., Paturel, L., Cadec, B., Capezzali, E., & Poussin, G. (2005). Older patients undergoing dialysis treatment: Cognitive functioning. *Aging & Mental Health*, 9(4), 374-379.
- Turner, R. J., & Noh, S. (1988). Physical disability and depression : A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 29(1), 23-37.
- Unruh, M. L., Newman, A. B., Larive, Dew, M. A., Miskulin, D. C., Greene, T., Beddhu, S., Rocco, M. V., Kusek, J. W., Meyer, K. B., & the Hemodialysis Study Group (2008). The influence of age on changes in health-related quality of life over three years in a cohort undergoing hemodialysis. *The American Geriatrics Society*, 56(9), 1608-1617.

US Renal Data System. USRDS Annual Data Report (2004). *The National Institutes of Health, National Institute of Diabetes, Digestive and Kidney Diseases*, Bethesda, USA.

Wang, P. L., & Watnick, S. G. (2004). Depression : A common but underrecognized condition associated with end-stage renal disease. *Seminars in Dialysis*, 17(3), 237-241.

Welch, J. L., & Austin, J. K. (2001). Stressors, coping and depression in hemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (2), 200-207.

Williams, S. w.; Tell, G. S., Zheny, B., Shumaker, S., Rocco, M. V., & Sevick, M. A. (2000). Correlates of sleep behavior among hemodialysis patients- the kidney outcomes prediction and evaluation (KOPE) study. *American Journal of Nephrology*, 22(1), 18-28.

Wuerth, D., Finkelstein, S. H., Kliger A.S., & Finkelstein, F. O. (2003): Chronic peritoneal dialysis patients diagnosed with clinical depression: Results of pharmacological therapy. *Seminal Dialysis*, 16(4), 424–427.

Yi, J.P., Vitaliano, P.P., Smith, R. E., Yi, J.C., & Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 311–325.

Yeoh, H., Tiquia, H. S. Abcar1, A. C., Rasgon1, S. A., Idroos, M. L., & Daneshvari, S. F. (2003). Impact of pedialysis cre on cinical outcomes.

Hemodial Intensive, 7(4), 338–341.

Zoccali, C., Mallamaci, F., Tripepi, G. (2002). Nocturnal hypoxemia predicts incident cardiovascular complications in dialysis patients. *Journal American Society Nephrology*, 13(10), 729-733.



附錄一

受訪者同意書

計畫名稱：慢性腎臟病患者身體症狀困擾、壓力源、壓力調適方法與生活品質問卷

計畫主持人：陳光慧

職稱：中國醫藥大學護理研究所研究生

聯絡電話：0932952169；0972530167；037-366858 轉 511

一、計畫簡述

針對慢性洗腎病患做調查，預計發出 150 份問卷。期間為 98 年 4/11~5/10。

二、研究目的

瞭解慢性腎臟病患之身體症狀困擾、壓力源、壓力因應與生活品質概況、差異及其相關性。

三、受訪對象之條件

經醫師診斷為國際疾病分類碼(ICD-9-CM)為 585.1~585.5 之慢性腎臟病患至少罹患此病達 6 個月以上，目前正接受治療且同意受測者的選樣標準。

四、受訪程序說明及可能之不便

向病患及家屬解釋，了解本研究目的、方法、過程以及中途退出的權利，並說明有否參與本研究並不會影響其治療或照護品質，當個案同意後，方進行資料收集。

五、研究預期效益

您所提供的寶貴資料將幫助我們更了解實際的情形，做為日後護理專業成長、改善的參考。

六、受訪者權益

(一)保護隱私：研究所得資料可能發表於學術雜誌，但不會公佈您的姓名，同時計畫主持人將謹慎維護您的隱私權。衛生署主管機關、研究委託者與本院研究倫理委員會在不危害您的隱私情況下，依法有權檢視您的資料。

(二)研究過程中如有新資訊可能影響您繼續參與研究意願的任何重大發現，都將即時提供您。

(三)若您對研究有疑問時，您可以和計畫主持人聯絡，計畫主持人陳光慧，電話：0932-952169、0972-530167

七、簽章

(一)計畫主持人簽章：陳光慧

(二)受訪者：經由說明後本人已詳細了解上述研究方法，極可能造成的不便與利益，本人同意並自願參予本研究。

受訪者簽名：_____ 簽署日期：____年____月____日

身分證字號：_____ 聯絡電話：_____

通訊地址：_____

IRB 通過書

計畫編號：09-0311-004-C

大千綜合醫院 醫學倫理暨人體試驗委員會

審查通過證明函

劉淑娟 陳光慧君申請

「慢性腎臟病患症狀困擾、壓力因應與生活品質
相關因素之探討」之研究計畫案，經本院醫學倫
理暨人體試驗委員會審查通過。

特此證明



核定期限：98年03月13日至99年03月12日止

主任委員：陳志宏

中華民國 98 年 3 月 13 日

附錄三

慢性腎臟病患者之身體症狀困擾、壓力源、壓力調適方法 與生活品質問卷

各位先生、小姐您好：

這份問卷的目的是在了解個人的經驗，此問卷的各項答案無所謂對錯，所得資料的分析與研究結果僅作為學術研究之用，不做個別分析，並絕對對個人資料予以保密，請各位放心作答。請先詳細閱讀填答說明，再依據您個人的實際狀況逐題回答。您的意見是相當寶貴的，對本研究的完成將有很大的幫助。謝謝您的協助！

中國醫藥大學護理碩士班研究生 陳光慧敬上

個人基本屬性資料表

編號：_____ 病歷號：_____

第一部份 人口學特性

1. 性別：① 男 ② 女

2. 年齡：_____ 歲（民國（前）_____ 年 _____ 月出生）

3. 婚姻狀況：① 未婚 ② 已婚 ③ 分居 ④ 離婚 ⑤
喪偶 ⑥ 其他 _____

4. 教育程度：① 不識字 ② 國小 ③ 國中 ④ 高中（職） ⑤
專科 ⑥ 大學（二技） ⑦ 研究所以上

5. 宗教信仰：① 無 ② 佛教 ③ 道教 ④ 一貫道 ⑤ 基督教 ⑥ 天主教 ⑦ 其他 _____。

6. 職業：① 無 ② 士 ③ 農 ④ 工 ⑤ 商 ⑥ 其他 _____

7. 如果有職業，每月收入為：

① 1 萬元以下 ② 10001~20000 元以下 ③ 20001~30000 元

④ 30001 元~40000 元 ⑤ 40001~50000 元 ⑥ 50001 元以上。

8.同住者(可複選):①配偶 ②子女 ③女婿/媳婦 ④孫子女 ⑤
親屬 ⑥其他_____。

9.同住人數:共_____人。

10.主要經濟來源(可複選):①無 ②積蓄 ③薪資 ④子女
⑤親友 ⑥社會資助 ⑦其他_____。

11.家庭總收入:①無 ②1萬元以下 ③10001~20000元
④20001元~30000元 ⑤30001元~40000元
⑥40001~50000元 ⑦50001元以上

12.自覺經濟狀況:①極差 ②差 ③尚可 ④好 ⑤佳

第二部份 疾病屬性

1.慢性腎衰竭期數:_____

2.您目前罹患的其他疾病有(可複選):

①無 ①癌症 ②心臟性疾病 ③糖尿病 ④高血壓 ⑤中風 ⑥肝
臟疾病 ⑦呼吸性疾病 ⑧腎臟疾病 ⑨風濕病 ⑩其
他_____。

3.有無洗腎:①無 ②有(血液透析 腹膜透析)

4.是否曾經腎移植:①無 ②有

身體症狀困擾量表

下列是與慢性腎衰竭有關的症狀，請依該症狀對您的困擾程度，✓選出最適切答案。

症狀項目	沒有困擾	有點困擾	中等困擾	非常困擾
1. 食慾不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 噁心/嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 常便秘或腹瀉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 口腔金屬味	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 臉色蒼白	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 軟弱無力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 頭暈/頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 血壓高	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 胸悶/胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 走路呼吸喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 四肢或身體水腫、	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 皮膚搔癢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 骨頭酸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 關節僵硬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 手腳麻木刺痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 肌肉抽筋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 夜尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 多尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 血尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 體重上升	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 體重下降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 經常感冒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 失眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 注意力不集中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 視力減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 性功能減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

壓力源與壓力調適量表

一、壓力源量表

本問卷著重於慢性腎臟病所引發的壓力來源，請依各項壓力來源對您造成影響的程度，✓選出最適切答案。

壓力因素	毫無影響	偶有影響	常有影響	嚴重影響
1. 開刀接動/靜脈血管	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 血管打針打不上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 血液流速不夠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 噁心/嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 肌肉抽筋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 皮膚搔癢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 洗腎過程不順	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 關節僵硬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 喪失身體功能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 減少社交生活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 食物限制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 飲水限制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 工作困擾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 性慾減低	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 活動受影響	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 睡眠困擾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 家庭角色轉變	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 配偶角色顛倒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 父母角色顛倒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 對將來沒有把握	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 外表改變	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 改變穿著或打扮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 金錢問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 交通問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 假期限制	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 經常入院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 生育能力減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 倚賴護理人員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 倚賴醫生	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 害怕孤獨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. 透析工作人員更動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

二、壓力調適方法量表

當您面對壓力時，請依採取處理壓力的方法及使用此方法的頻繁程度，✓選出最適切答案。

處理壓力方式	從不用	很少用	常用	很常用
1. 多抽煙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 暴飲暴食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 運動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 暫時放下難題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 喪失理智	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 拋開困難，思索其他事情	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 向別人傾訴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 既然無能為力，不如接受事實	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 客觀地分析問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 幻想美好前景	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 向專業人士傾訴，如醫生、宗教人士、 護士、教師、輔導員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 嘗試控制處境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 祈禱或求神問卜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 逃避當前處境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 責怪其他人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 獨處思考如何解決問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 事情看似無望而放棄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 借助別人解除壓力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 嘗試改變處境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 嘗試了解問題所在	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 增加睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 乾著急、憂慮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 按步就班，處理問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 回顧昔日解決問題的方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 一切從好處著眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 試圖尋找妥協方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 藉喝酒來放鬆	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 待時間去解決問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 計劃展開行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. 自我解嘲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 學習新事物，以應付問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 嘗試做一些平日不常做的事情	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 自怨自艾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 服藥舒緩緊張情緒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. 告訴自己問題並非那麼嚴重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. 減少社交活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. 倚賴別人助你脫出困境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. 都怪命運不好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. 嘗試各種解決方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. 哭泣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. 其他_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SF-36 台灣版生活品質量表(SF-36 Taiwan version)

此部分目的在探討您對自己健康的看法。這些資訊將能幫助您記錄您的感受，以及您在執行日常生活的能力。敬請回答下列各問題並選一適當答案。如您對某一問題的回答不能確定，還是請您盡可能選一個最適合的答案。在本部份所指過去一個月內，係指從今天往前算三十天內。（請僅選一項答案）

1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是

極好的 很好 好 普通 不好

2. 和一年前比較，您認為您目前的健康狀況是？

比一年前好很多 比一年前好一些 和一年前差不多
比一年前差一些 比一年前差很多

3. 下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？

	會，受到很多限制	會，受到一些限制	不會，完全不受限制
a. 費力活動，例如跑步、提重物、參與劇烈運動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 中等程度活動，例如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打太極拳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 提起或攜帶食品雜貨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 爬數層樓樓梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 爬一層樓樓梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 彎腰、跪下或蹲下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 走路超過 1 公里	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 走過數個街口	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 走過一個街口	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 自己洗澡或穿衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.在過去一個月內，您是否曾因為身體健康問題，而在工作上或其他日常活動方面有下列任何的問題？

是 否

- a.做工作或其它活動的時間減少.....
- b.完成的工作量比您想要完成的較少.....
- c.可以做的工作或其他活動的種類受到限制.....
- d.做工作或其他活動有困難 (例如，須更吃力).....

5.在過去一個月內，您是否曾因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其他日常活動方面有下列的問題？

是 否

- a.做工作或其它活動的時間減少.....
- b.完成的工作量比您想要完成的較少.....
- c.做工作或其它活動時不如以往小心.....

6. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題，對您與家人或朋友、鄰居、社團間的平常活動的妨礙程度如何？

- 完全沒有妨礙 有一點妨礙 中度妨礙 相當多妨礙 妨礙到極點

7. 在過去一個月內，您身體疼痛程度有多嚴重？

- 完全不痛 非常輕微的痛 輕微的痛 中度的痛 嚴重的痛 非常嚴重的痛

8.在過去一個月內，身體疼痛對您的日常工作(包括上班及家務)妨礙程度如何？

- 完全沒有妨礙 有一點妨礙 中度妨礙 相當多妨礙 妨礙到極點

9. 下列各項問題是關於過去一個月內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。在過去一個月中有多少時候.....

	一 直 都 是	大 部 分 時 間	經 常	有 時	很 少	從 不
a.您覺得充滿活力？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.您是一個非常緊張的人？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.您覺得非常沮喪，沒有任何事情可以讓您高興起來？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.您覺得心情平靜？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.您精力充沛？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.您覺得悶悶不樂和憂鬱？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.您覺得筋疲力竭？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.您是一個快樂的人？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.您覺得累？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動（如拜訪親友等）？

一直都會 大部分時間會 有時候會 很少會 從不會

11. 下列各個陳述對您來說有多正確？

	完全正確	大部分正確	不知道	大部分不正確	完全不正確
a. 我好像比別人較容易生病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 和任何一個我認識的人來比，我和他們一樣健康	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 我想我的健康會越來越壞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 我的健康狀況好得很	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



附錄四

身體症狀困擾量表同意書

研究工具使用同意書

作者陳美玲老師同意提供「身體症狀困擾」量表給中國醫藥大學護理系碩士研究生陳光慧，書寫研究論文「慢性腎臟病患症狀困擾壓力因應與生活品質相關因素之探討」時使用，並同意陳光慧修改其所發展之部分量表以符合其研究目的，作為學術研究之工具。

作者簽名：陳美玲

聯絡電話：0939-599-603

E mail：stephen_angela@msa.hinet.net

日期：98.3.2

附錄五

壓力源及調適方法量表同意書

研究工具使用同意書

作者葉淑娟老師同意並提供「壓力源量表」及「調適方法量表」給中國醫藥大學護理系碩士研究生陳光慧，書寫研究論文「慢性腎臟病患症狀困擾、壓力因應與生活品質相關因素之探討」時使用，並同意陳光慧修改其所發展之部分量表以符合其研究目的，作為學術研究之工具。

作者簽名： 葉淑娟

聯絡電話： 07-5252000 ext 4636

E mail: Syehboston@gmail.com

日期： 2009/03/09

附錄六

SF-36 台灣版生活品質量表同意書

同 意 書

IQOLA 台灣研究主持人同意申請人 陳光慧 使用 SF-36 台灣版問卷
於下列研究計劃中，作為學術研究工具。

計劃名稱：Investigation the correlation factors of symptoms distress,
stress coping and quality of life for chronic kidney disease
patients

台灣版授權者 (簽名):



Jui-Fen Rachel Lu, Sc.D.

National Principal Investigator

日期：2009 / 4 / 10