

中國醫藥大學護理學系碩士班
碩士論文

慢性精神分裂症患者健康生活型態之探討

The exploration of health promotion
lifestyle in patients with chronic
schizophrenia

指導教授：馬維芬助理教授

研究生：孟繁莉

中華民國九十九年七月十五日

誌 謝

本研究得以順利完成，最要感謝指導教授馬維芬老師二年多來的費心教導，馬老師雖課務繁忙、席不暇暖，但仍能對學生不憚其煩地循循善誘，大師風範真令人尊敬；同時，論文口試期間，顏老師及教授采娟在百忙之中撥冗細心審勘、賜予許多指正與寶貴的意見，使本研究的成果更為精確並增加價值，這些都是沒齒難忘的。

研究進行期間謝謝維新醫院的護理同仁幫忙，美麗境界周主任的一旁協助，讓我能順利進行。

求學期間多虧中榮精神科同事的鼓勵及支持，讓我能於工作之餘，完成學業，當然給我最多幫助的是，先生、孩子及父母於一旁的陪伴，才能堅持下去。

謹此，再次向各位幫助我成長的師長、同學、朋友，以及我親愛的家人致上由衷的感謝。

孟繁莉 謹識 中華民國九十九年七月二十九日

論文摘要

碩士班名稱：中國醫藥大學護理學系碩士班

研究生姓名：孟繁莉

畢業時間： 99 學年度 第 二 學期

指導教授：馬維芬(中國醫藥大學護理學系、助理教授)

慢性精神分裂症患者之心血管疾病發病率和死亡率較一般人高出 2 倍，外加患者的用藥副作用更增添生理代謝危險因子，然而實證資料對此類患者的生理代謝表現與生活型態的相關性仍較少被探討。因此，本研究目的在於調查中部慢性精神病患之健康生活型態，分析慢性精神病患的生活型態、生理代謝表現、個人屬性，以及健康狀態四者間之相關性，並進一步以個人屬性、生活型態以及生理代謝值來預測個人健康的狀態。

研究方法採橫斷性研究法，以中部 3 家精神科醫院住院慢性精神病患為研究對象，共收案 120 人。資料經由病歷收集、問卷訪查、血壓、身高及體重測量等方法蒐集個案的社會人口學變項、疾病史與服用藥物、吸菸、血壓值及心律變異性，外加健康生活型態問卷，以及 SF36 台灣版健康量表問卷。研究結果發現女性患者之 BMI 平均值為 26.02，腰圍 85.24 cm，男性患者為 27.09，腰圍 94.33 cm，皆超過衛生署規定之標準。以 *t-test* 及 *ANOVA* 分析研究對象生理代謝表現、健康生活型態、自覺健康狀態，分別在性別、婚姻狀態、發病年數、服用抗精神藥物種類之變項達顯著差異。腰圍與發病長短成正相關 ($r=.182, p<.05$)，膽固醇和用藥長短亦正相關 ($r=.349, p<.001$)。生活型態問卷結果呈現運動分量得分最低($M=8.87, SD=2.79$)，生理代謝表現與健康生活型態

之營養分量表 ($r=-0.193, p<.05$) 間有負相關，生活型態與健康狀態之間多呈現顯著性相關，此研究發現得以預測病患之健康狀態時可藉由生活型態來呈現。

本研究結果對臨床病患的健康提供實證性文獻資料，亦突顯護理於慢性精神分裂症患者之良好生活型態的建立與生理健康指標的監測的重要性。

關鍵詞：慢性精神分裂症、健康生活型態、生理代謝表現



Abstract

Title of Thesis: The exploration of health promotion lifestyle in patients with chronic schizophrenia

Institution: Graduate Institute of Nursing

China Medical University

Author: Fan-Li Meng.

Thesis directed by : We-Fen Ma & RN, PhD, Assistant Professor, School of Nursing, China Medical University.

The incidence of cardiovascular disorder and mortality rate in chronic schizophrenia is two fold higher than general population. Besides, the medication they take may further increase the risk factor of metabolism. However, evidence based information had limited discussion about the relationship between physiological and metabolic condition and life style.

Hence, this study investigated the individual demographic, physiological and metabolic condition, and their associated health promotion lifestyle in chronic schizophrenic patients in central Taiwan, This cross-sectional study included 120 inpatients in 3 psychiatric hospitals in Taichung. Data were collected from medical records, questionnaire of health lifestyle and SF36, and measurement of participants' blood pressure, waistline, height and weight. The

study results showed the average BMI of female patients was 26.02; waistline was 85.24cm and BMI 27.09, waistline 94.33cm for male patients. All of the results were over the standard set by department of health, Executive Yuan.

Using *t-test* and *ANOVA* to analyses their physiological and metabolic condition , health lifestyle , self-awareness of physical condition , we found prominent difference in gender 、 marital status 、 duration of their illness 、 and the kinds of antipsychotics they used. The waistline was positive correlated with the duration of their illness ($r=.182, p<.05$) , and their cholesterol was also positive correlated with the duration of taking medication ($r=.349, p<.001$) . The life style questionnaire showed they had lowest score over sub-scale of exercise ($M=8.87, SD=2.79$) , and their bio-metabolism expression was negative correlated with their scores over nutrition sub-scale in life style questionnaires ($r=-0.193, p<.05$) , The life styles of study participants were significantly associated with their health status.

This study showed evidence based information for evaluation health in clinical patients and also emphasize the importance of nursing care in establishing sound life style and monitoring their physical health in chronic schizophrenic patients.

Key words: Chronic schizophrenia, health promotion lifestyle, Physiological and Metabolic Condition



碩士論文目錄編列順序

目錄		頁數
致謝		
中文摘要		i
英文摘要		iii
目錄		vi
圖表目次		viii
第一章 緒論		1
第一節 研究背景與動機		1
第二節 研究目的		3
第三節 研究理論架構		4
第四節 研究問題		5
第五節 名詞解釋		6
第二章 文獻查證		8
第一節 自覺健康狀態		8
第二節 健康生活型態		14
第三節 精神分裂症患者之健康生活型態		19
第三章 研究方法		21
第一節 研究設計		21
第二節 研究對象		21
第三節 研究步驟		22
第四節 研究工具		25
第五節 研究倫理考量		32
第六節 研究分析		33
第四章 分析與結果		38
第一節 慢性精神分裂症之人口學與研究變項屬性		38
第二節 變項間之相關性		47
第三節 變項間之差異性		54
第四節 預測影響自覺健康狀態之變項		82
第五章 討論		89
第一節 研究樣本患者之人口學屬性與生理代謝表現、健康 生活型態、自覺健康狀態結果之探討		89
第二節 慢性精神分裂症住院患者之研究變項間之相關性 及差異性探討		94
第三節 自覺健康狀態之預測		99

第六章 結論與建議	100
第一節 結論	100
第二節 應用與建議	101
第三節 研究限制	102
參考資料	105
中文部份	105
英文部分	112
附錄	122
附錄一 人體試驗委員會通過同意函	122
附錄二 研究問卷---個人基本資料	124
附錄三 「健康促進生活型態」簡式量表	125
附錄四 SF-36 台灣版健康量表問卷	126
附錄五 生理監測單	130
附錄六 「健康促進生活型態」簡式量表使用同意函	131
附錄七 SF-36 台灣版健康量表問卷使用同意函	132



圖表目錄	頁數
表一 非典型藥物對身體之影響	18
表 3-6-1 研究變項與測量方法	34
表 3-6-2 研究問題與統計方法	35
表 4-1-1 精神分裂症患者個人屬性資料	39
表 4-1-2 精神分裂症個人屬性	40
表 4-1-3 精神分裂症患者之過去病史	41
表 4-1-4 生理代謝表現	43
表 4-1-5 健康生活型態	44
表 4-1-6 自覺健康狀態	45
表 4-1-7 自覺健康狀態與常模之比較	46
表 4-2-1 生理代謝表現與個人屬性變項之相關性	48
表 4-2-2 精神分裂症患者個人屬性與健康生活型態、自覺健康狀態之相關性	49
表 4-2-3 生理代謝表現之變項與健康生活型態及分量表之相關性	50
表 4-2-4 生理代謝表現與自覺健康狀態及其分量表間之相關性	51
表 4-2-5 健康生活型態及子項與自覺健康狀態及其分量表間之相關性	53
表 4-3-1 性別與生理代謝表現、健康生活型態及自覺健康狀態之差異	55
表 4-3-2 信仰與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性	58
表 4-3-3 吸煙習慣與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性	61
表 4-3-4 收入足夠性與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性	64
表 4-3-5 婚姻與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性	67
表 4-3-6 收入與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性	71
表 4-3-7 日間睡眠與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性	75
表 4-3-8 夜間睡眠與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性	79
表 4-4-1 預測影響精神分裂症患者之自覺健康狀態(生理面向)之預測因子	83
表 4-4-2 預測影響精神分裂症患者之自覺健康狀態(心理面向)之預測因子	83
表 4-4-3 預測影響精神分裂症患者之自覺健康狀態(生理功能)之預測因子	84
表 4-4-4 預測影響精神分裂症患者之自覺健康狀態(角色生理)之預測因子	85
表 4-4-5 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態(身體疼痛)之預測因子	85
表 4-4-6 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態(一般健康)之預測因子	86
表 4-4-7 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態(活力)之預測因子	86
表 4-4-8 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態(社會功能)之預測因子	87
表 4-4-9 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態(角色情緒)之預測因子	87
表 4-4-10 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態(心理健康)之預測因子	88

圖表目錄

頁數

圖目錄

圖一 研究理論架構

4



第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

依據行政院衛生署統計指出，96 年度十大死因中之心血管疾病第三名，國外統計中更指出慢性精神分裂症患者比一般民眾之心血管疾病發病率和死亡率高出 2 倍(Koponen et al., 2008b)，因此，慢性精神分裂症患者之健康情形更需醫療從業人員提供更多的注意力。

江與余(1994)表示健康生活型態主要在滿足健康促進的精神。文獻指出健康促進不是針對特定疾病或健康問題之預防，而是以自我實現為導向，指引自我實現和幸福滿足的肯定態度，屬於一種個人積極主動建立正向行為的思維(Pender, 1996)。從國內的文獻中發現，健康生活型態的探討已推向於一般民眾、學生、老師、護理人員與司機等(林、劉，2007；黃、姜、黃、胡，2007；賴、陳，2007；林、黃，2006；郭、丁，2008)。在臨床方面，健康生活型態被廣泛應用在各種預防疾病，如身體活動對第 2 型糖尿病的健康促進效果(吳，2004)、糖尿病(劉，2008)、高血壓(林，2008)與氣喘(陳，2006)等，以增進其健康。目前，國外文獻可歸納出促進健康的生活方式與體重，血糖，三酸甘油脂值之關係(Van Gaal, 2006a)，但對於慢性精神分裂症患者之健康促進研究仍然缺乏，因而引發研究者進一步深入了解慢性精神疾病患者的健康生活型態。

「健康生活型態」除了到醫療體系做定期健康檢查與預防性照顧外，與健康有關的行為多實踐於日常生活中，包括日常之清潔，如：刷牙、個人衛生、均衡飲食、規律運動、高危險健康行為，如吸煙、喝酒、對壓力的處理及其他健康相關活動等

(Cockerham, 2000)。除此之外，對慢性疾病的病患，更需要特別注意能正確地服用藥物行為的養成(邱、劉，2003；陳、陳、顏，2006)。

慢性精神分裂症則屬於一種慢性疾病，患者所服用的非典型抗精神病藥物，卻易導致體重增加、腹部肥胖、三酸甘油脂異常、血壓升高與空腹血糖升高等(Christoph U. Correll, Frederickson, Kane, & Manu, 2008; C. U. Correll, Kane, & Manu, 2008; Kiraly, Gunning, & Leiser, 2008)，若加上不健康的生活方式、行為習慣，如吸煙、缺乏運動和不均衡的飲食習慣等(Van Gaal, 2006a)，無疑使健康更形惡化，使得健康生活型態的探討，對慢性精神分裂症患者的健康維護，成為精神科護理的首要任務之一。因此，本研究結果將可瞭解健康生活型態對慢性精神分裂症患者之健康的重要性。



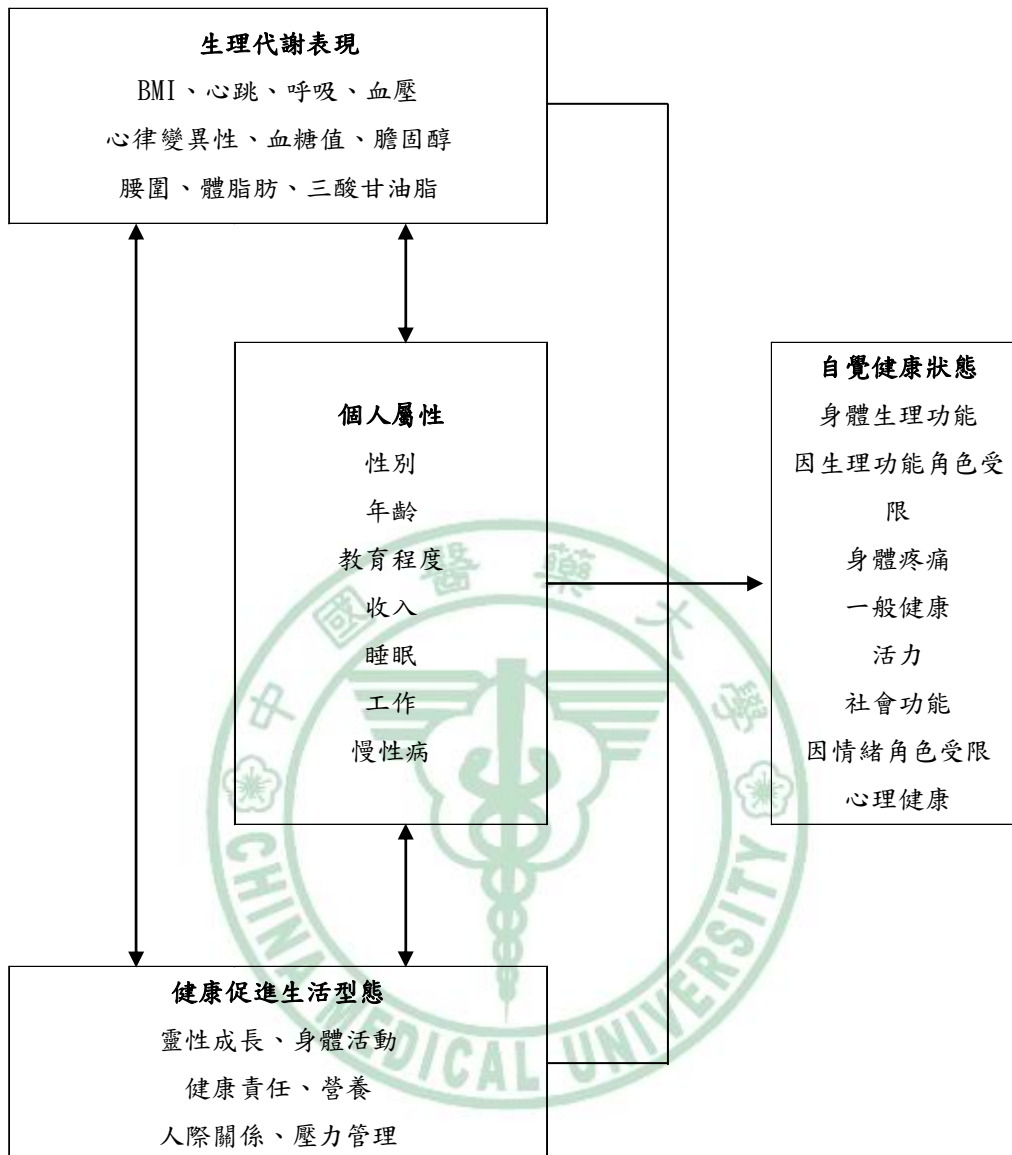
第二節 研究目的

本研究目的，在於探討慢性精神分裂症患者之人口學屬性、生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態的表現，並瞭解四者間的相關性。研究目的可歸納如下：

1. 了解慢性精神分裂症患者的人口學屬性、生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態的表現。
2. 探討慢性精神分裂症患者之人口學屬性、生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之間的關係。
3. 探討慢性精神分裂症患者之人口學屬性的不同，其生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之間的差異。
4. 探討人口學屬性、生理代謝表現、健康生活型態對慢性精神分裂症患者之自覺健康狀態的預測性？

因此，本研究期望藉由對精神分裂症患者之生理代謝表現及生活型態的探討，來了解對慢性精神病患之自覺健康狀態的影響性，以提供臨床護理人員於照顧此類病患時，有更明確的實證基礎來著重改善健康生活型態的行為，使個案達到預防疾病與促進健康之目標。

第三節 研究理論架構



第四節 研究問題

1. 慢性精神分裂症患者的人口學屬性分佈為何？
2. 慢性精神分裂症患者的生理代謝表現表現為何？
3. 慢性精神分裂症患者的對健康生活型態分佈為何？
4. 慢性精神分裂症患者的自覺健康狀態分布為何？
5. 慢性精神分裂症患者的人口學屬性與生理代謝表現的關係為何？
6. 慢性精神分裂症患者的人口學屬性與生活型態之相關性為何？
7. 慢性精神分裂症患者的人口學屬性與自覺健康狀態之相關性為何？
8. 針對慢性精神分裂症患者生理代謝表現、生活型態之相關性為何？
9. 針對慢性精神分裂症患者生理代謝表現、自覺健康狀態之相關性為何？
10. 針對慢性精神分裂症患者生活型態、自覺健康狀態之相關性為何？
11. 慢性精神分裂症患者的自覺健康狀態之預測因子為何？

第五節 名詞解釋

一、個人屬性

指慢性精神分裂症患者之個人基本描述，本研究包括有年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、社經地位、慢性病史、工作、吸煙史、飲酒史等 10 項。

二、生理代謝表現

指身體層面健康的生理測量訊號。生理代謝值採 MBI、腰圍、血壓、血糖、膽固醇、三酸甘油酯、體脂肪、心跳、呼吸、心率變異性、睡眠共 11 項來監測。

三、健康生活型態

本研究之健康生活型態指個人平日的維護或促進健康的規律生活習慣，包含自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持和壓力管理，等共六類健康行為。自我實現指生活有目的、朝目標努力、對生命具備樂觀、正向、成長與改變的感覺等。健康責任指能注意自己的健康、向健康專業人員討論健康保健、參加有關保健活動等。運動指從事運動與休閒的活動等。營養指日常飲食型態、食物的選擇等。人際支持指能發展社會支持系統。壓力管理指能放鬆自己、有減輕壓力方法等。本研究以「健康促進生活型態」簡式量表來測量（魏、呂，2005）。

四、自覺健康狀態

本研究的自覺健康狀態，指自我評估身體及心理之健康狀態，包含了身體生理功能、因身體生體功能問題角色受限、身體疼痛、一般健康狀況、活力、社會功能、因情緒問題角色受限及心理健康等 8 方面，以「SF-36 台灣版健康量表問卷」來評估自覺健康狀態(盧、曾、蔡，2003)。



第二章 文獻查證

第一節 自覺健康狀態

個人自覺健康狀態可從生理、心理等層面來考量，對慢性精神疾病患者，更需要考量心理、情緒等部份。因此，針對其慢性精神疾病特質做一說明，就健康的定義、慢性病患者之健康概念、健康促進之定義與方法、慢性精神疾病與健康促進的關係等四層面做一文獻探討。

健康的定義

有關健康的說法很多，可謂眾說紛紜。從文獻中可找出四個不同的角度，包括：傳統醫學、心理學、健康促進者或預測者、衛生政策制定，因有時代的不同，對健康的定義也各有不相同(Meleis, 1989)。其中最常被提到的定義是在世界衛生組織憲章中所提的：健康是由身體、心理及社會來共同達到一個完全安適的狀態，而不僅僅是沒有疾病或沒有身體虛弱而已(WHO, 1948)。『(Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.)』由此可見，健康並非是指沒有生病。而健康和疾病是一個動態的關係(Tripp-Reimer, 1984)，疾病又相當於一個健康的催化劑，如在乳癌的患者身上可發現，疾病的存在有利提升自我存在的意義，並且能有增進與他人有意義的溝通(Susan, 1998)。

因此，健康為一多層面、複雜、及多元的概念。王(2005)曾使用 Walker 與 Avent(1995)的概念分析法，給健康下一個定義性特徵，表示健康是一個具有主觀性、個別性、客觀

性、文化性、多面向性、動態性、主控性、他控性、調整性與發展性的過程與結果。國內的健康醫療同仁也同意健康概念是一個整體、多元面向且具正向性的概念(劉、呂, 2006)。就文化而言, 中國人對健康的看法是強調和諧, 其中包含身體內外與環境之間的統整, 並且個人於生理、心理、情緒、智能、靈性的平衡(Ma,1999; Wang & Pang,2000)。

所以個人自覺健康狀態可區分 3 大項, 即是身、心、靈三方面之協調, 即若身體有疾病亦需注意心、靈部份, 更何況是慢性精神病患之身、心、靈三部份的自覺健康狀態更需注意。

慢性病患者之健康概念

Freitas, & Mendes (2007) 定義慢性病為: 在生命當中時間上是長期(至少 3 個月)且無法被治癒的, 病情是嚴重或是不可逆的, 其可以為一組的疾病亦可為單一疾病, 常好發於老人和不健康之生活型態的人身上。健康—罹病連續線的健康定義不適用於慢性病患者, 因為有愈來愈多的研究顯示沒有罹病並非就是健康(胡, 2002)。胡(2002)亦指出台灣慢性病患者所認為的健康概念含身體、社會心理與靈性三大層面所組成。慢性疾病不只影響經濟層面, 其治療與病程, 亦引發患者負向的效應, 諸如疲累與活動受限等等(Husbaum, Hamilton, & Lenahan, 2003)。因此, 研究發現慢性病患者在執行健康行為所持的態度是決定因子; 影響健康行為執行的重要他人通常為家人、社會網絡、及健康專業人士(胡、游, 2006)。所以為了因應慢性疾病所引發的衝擊, 應鼓勵與協助患者採取各種健康行為與慢性病共存, 其中包括日常活動的積極安排, 尋求問題的解決

策略，爭取對自我生活具有更滿足的控制力(胡、林, 2005; Michi, Yamashita, Imai, Suzuki, & Yoshida, 1993)。精神分裂症患者，亦為一種慢性病，但少有文獻探討慢性精神分裂症患者之健康概念。

健康促進之定義與方法

世界衛生組織在 1978 年 Alma-Ata 所發表的「全民均健」宣言中，健康促進被視為是護理的重要功能。WHO 對健康促進之範圍包含：鼓勵健康的生活型態，創造健康的支持環境，強化溝通，重新將健康服務定位，取代原先之焦點的促進健康及預防疾病，建立健康的公共政策。(Turner, 1986)。促進健康不只限於個人方面，也包含家庭及所居住的社區，因此促進健康也涵蓋改變健康行為規範及提供健康環境的政策(Jamner & Stokos, 2000; Kumanyika, 2001; Turner, 1986)。所以 Tnes 等(1990)定義健康促進是教育和相關之立法、財政、經濟、環境和政府組之間互動以達到健康和預防疾病。Dennis 等(1982)定義健康促進包含了健康教育，包含所有企圖去產生良好的健康環境和藉由立法改變來達到良好的健康環境，也就是健康促進是要讓健康選擇者能容易下決定(Balgrosky, Strum, & Bradley, 1982)。

早期促進健康行為發展包含，照顧個人內在的關係，社區民眾服務，性別責任的減少，社會問題，如暴力、自殺、性傳染病增加預防健康行為需要所有家庭及社區的共同支持(Wallack, 2000)。Pender(1987)認為促進健康行為引導個人體認自我健康的潛能，使人生感到生活滿足及愉快，而非僅僅希望避免疾病的發生(王、陳, 2003)。就護理觀點

來看，健康促進是一個雨傘，包含是以邏輯設計的活動去培育健康，是個寬廣的範圍，與健康預防或健康教育相輔相成，並對個人內在以及生活型態之改變(Tones, 1985)。

慢性病與健康促進的關係

依據衛生署 96 年國人十大死因的統計，其中慢性病死亡人數依序為：心臟疾病占 9.3%；腦血管疾病占 9.2%；糖尿病占 7.3%；慢性肝病及肝硬化占 3.7%；高血壓性疾病占 1.4%，總共 29.9%（行政院衛生署十大死因，2008），所以慢性疾病的健康更值得國人注意，相對於精神分裂症，其疾病特徵亦屬於慢性化的疾病，病患之健康需專業人員提供相對地重視。

健康促進在精神心理層面，主要是強化個人溝通和控制其生活的一種能力，以改善精神健康，其策略為支持性環境、個人的復原力，著眼點於文化、法律的公平、社會的正義和人性尊嚴間的互動(Joubert & Raeburn 1998, p.16)。因此，健康促進在精神健康方面，不僅侷限於醫療觀點，也就是不僅僅是缺乏精神疾病而已，而是探討更多與精神狀態相關的主題(Nazilla, Khanlou, 2003)。

健康促進和促進精神面的健康有許多相似的部份，其中包含人民每日生活之處境、識別能力、和對健康所採取之因應策略(Nazilla, Khanlou, 2003) 對不同健康促進的需求，其觀點亦指生活型態或行為修正，(Willinsky, Pape, 1997)，對於精神健康之表達是指精神的一種狀態強調的是自我概念、自我認同、自尊、人與人及人與環境間之互動的美好狀態，亦須考慮文化因素，對於人種的移居對社會環境之影響，例如:斯佩克特

(1991) 描述在美國的亞裔人社區，發現中國裔人民仍然使用中國藥品，治療或治癒他們的疾病。

健康促進也廣泛應用在各種慢性疾病患者身上，如：罹患前列腺癌病患之親人，身體活動對第 II 型糖尿病的健康促進效果(吳，2004)，或於一般健康民眾，如抽菸從 Pender 的健康促進模式理論探討青少年避二手菸行為之研究(王、王、董、彭，2007)。所以，從健康促進的概念中，護理的重點不應僅止於恢復健康及預防疾病，更應提昇至促進健康。

精神分裂症由於本身的慢性化、復發性的病程(APA, 2000)，在程度上造成患者的失能最為嚴重，不僅對照顧者來說是負擔；同樣的對醫療及社會福利機構也是重荷，精神分裂症患者通常飽受症狀的干擾且有明顯地功能受損的情形(APA, 2000)。精神分裂症的盛行率為千分之四（此發生率高的原因是因精神分裂症是一種慢性病），終身盛行率為千分之十，社經條件差的地區和無家可歸人口，盛行率更高達千分之一百（吳、何，2001）。1982 年台灣地區精神疾病流行病學研究報告，精神分裂症終生盛行率在大都市、鎮與鄉居民分別為 0.3%、0.2%與 0.2%估計全國成人人口(18 歲以上)之精神分裂症終身盛行率為約為 0.3%（胡等，1987；胡，2002）。其疾病產生的原因不外乎與遺傳因子、環境因素與相關之病理生理學，如抗精神病之藥物效力端賴其抗阻多巴胺的神經傳導作用大小而定。安非他命會增加多巴胺，使用安非他命會造成類似精神分裂症的症狀，因此，精神分裂症的病態可能和多巴胺有關(APA, 2000)。

對於精神分裂症之慢性化，經由研究發現台灣首次住院病人僅有五分之一得以恢復

正常，近五分之四的病人會朝向慢性化的過程發展(胡，1997)。病人需持續忍受殘餘症狀影響，儘管已經使用全劑量(Full dose)的藥物，並且給予周全的治療，仍有不良的結果，至少有 2 年慢性化特質(邱，2004)，使得各層面如:妄想、幻覺、認知障礙、情感表露不當。然而這些慢性化之症狀，常伴隨長時間的治療，亦無法完全改善，而形成許多殘留症狀以及慢性化現象(吳、何，2001)。

慢性化會使病人出現絕望、無助、自卑與憂鬱的感覺。社會其文化層面上也出現人際關係、成就表現、時間分配、家庭生活、性格調適，中等不同程度之障礙。慢性化會使病人成為家庭社會的負擔，對病人本身的生活功能、社交及人際互動具有長期以及嚴重的影響(黃，2002；胡，1997)。

目前對於慢性精神分裂症患者之健康促進卻缺乏相關之研究，陸(1998)整理近 20 年國內發表與健康相關的生活型態研究論文，這些論文大都將生活型態視為多面向的概念，對象也以慢性病病患為主(王、李、鄭、高、楊、蔡等，2006)。近年的研究也多在探討病患因疾病或接受治療對生活型態的改變，如鄭、賴、張與吳(2002)探討乳癌病患的生活型態；蔡與徐(2002)探討髖關節骨折老年病患的生活型態；鄭、吳與黃(2008)探討慢性病患者之死亡威脅、慢性病威脅與憂鬱等。國外的研究文獻也多在探討慢性病或慢性病患其與健康相關的生活型態(Badia, 2004; Sola & Bostwick, 2005)。但是，健康促進卻未應用於精神分裂症患者身上，而慢性精神分裂症患者亦應是心理衛生護理人員應該聚焦的主題。

第二節 健康生活型態

林武雄(1991)指出「生活型態」一詞首先由 Weber 及 Wiken 兩位學者提出，應用在社經階層的分類上，後來由奧地利心理學家 Adler 應用它在精神醫學上做為個人生活特質的表徵。Alan(1974)於慢性病流行病學分析模式中，指出影響健康狀態的因素有四項，包括生活型態、人類生物學因素、環境和醫療體制。除此之外，Lalonde (1974)提出報告亦指出影響人類健康的四個因素，醫療體制、遺傳、環境與生活型態，其中「生活型態」(life style) 取決於個人採行之行為，對健康影響最大。因此，生活型態是人們執行日常活動的方法或方式，與行為習慣有關，是能夠反應個人價值與態度的一種生活方式，是對健康會造成正負面影響(黃，2007)，故健康促進的目標即是追求健康的生活型態(江、余，1994)。

「健康生活型態」是指一種與健康有關的行為共同型式，這些與健康有關的行為，是以人們生活機會當中，可獲得選項為根據而產生的選擇性基礎(Cockerham,1997)。「健康生活型態」除了到醫療體系做定期健康檢查與預防性照顧外，大部分與健康有關的行為是實踐於日常生活中，例如：刷牙、飲食、運動、吸煙、喝酒、藥物的濫用、對壓力的處理、開車使用安全帶、個人衛生及其他健康相關活動等(Cockerham,2000)。Walker (1987) 研究項目包括：健康均衡營養的攝取與每日的早餐、正常體重維持與控制、規律運動習慣的養成、定期接受健康檢查監控個人的健康狀態、每日睡眠 7 至 8 小時等以及減少不良或不安全的行為，例如吸煙、喝酒、開車不繫安全帶、性行為不用保險套等。

Fowler (1996)亦指出，80%的美國老年人至少有一種慢性疾病，實行健康的生活方

式雖不能治療慢性病，但能減輕症狀，並可強化身體功能，並緩和和心理壓力。健康促進是能達到此目標的方法，它可以協助人們改變生活方式，朝向整體個體的健康。文獻中對於有疾病的個人需求，則有邱、劉(2003)；陳、陳、顏(2006)提出之正確的飲用與服用藥物、服藥遵從行為。總而言之，Travis(1977)指出健康生活型態包括有自我責任、營養、身體覺察、壓力控制等四個層面。Ardell(1979)則增擴二個層面健康體能與環境的敏感性。另外，Walker 等人的研究中，對人之健康生活促進型態統合為靈性成長、身體活動、健康責任、營養、人際關係和壓力管理等六個方面。

就精神分裂症而言，為一種慢性化的疾病，其症狀包含正性、負性兩種，若處於急性期間，經常可出現外觀與行為之改變，如愁苦、怯縮、被動、不活動、不安、發出吵鬧聲、持續力不佳。情緒上亦受影響，如情緒改變、淡漠、遲鈍、不適切等，並伴隨幻覺與妄想，以及缺乏相對之病識感。

精神分裂症之治療，涵蓋有肌體治療並伴隨社會心理方面等療法。肌體治療包括抗精神藥物治療(典型及非典型之藥物)以及電氣痙攣療法。心理社會方面之協助治療包括心理治療(如支持性療法、問題解決諮商)、行為治療、環境治療、團體治療、家庭治療、社交技巧訓練以及其他許多另類療法等。

藥物治療是主要以抗精神病藥(antipsychotics)治療精神分裂症之精神症狀，是治療精神分裂症最常用的方法。抗精神病藥可依發展次序分為典型抗精神病藥(typical antipsychotics)，與非典型抗精神病藥(atypical antipsychotics)，典型抗精神病藥包括 chlorpromazine, haloperidol, fluphenazine... 等;非典型抗精神病藥包括 clozapine、

risperidone、olanzapine、quetiapine...等。典型抗精神病藥以治療正性症狀為主；非典型抗精神病藥的問世則提升精神分裂症治療的有效性，它不但可以有效控制正性症狀與減緩負性症狀，而且可以不易產生錐體外症狀(extrapyramidal motor symptom)副作用(張，2005)。但是目前藥物治療僅能控制或改善病情，而無法根治疾病。

許多非典型抗精神病藥之藥物治療，多有一個嚴重的副作用，就是嚴重的體重增加(Archie et al., 2007; Gary, 2006; Wu, Wang, Bai, Huang, & Lee, 2007)，但成功顯著減輕體重戰略卻是缺乏的。(Archie et al., 2007)，加上精神分裂症合併其他慢性疾病時，其平均壽命比一班大眾少 20%，且發現以下幾個方面：體重增加和肥胖(BMI 的測量)、糖尿病(血糖值)、高脂血症(三酸甘油酯值)、延長 QT 間期(心電圖)、催乳素升高及相關性副作用(泌乳激素濃度)、錐體外副作用，靜坐不能，與遲發性運動障礙、白內障、心肌炎(Marder, 2004; 張，2005)的身體問題。精神分裂症之治療以藥物為主，藥物副作用的監測可藉由生理代謝表現來協助，以達到治療疾病及減少身體問題的目的。

相對精神分裂症患者比一般人群增加了發病率和死亡率達 2 倍(Koponen et al., 2008)，其主要原因是由於心血管疾病，以及精神分裂症的一些非典型抗精神病藥物使用結果，導致體重增加、腹部肥胖、三酸甘油酯異常、血壓升高、空腹血糖升高(Correll, Frederickson, Kane, & Manu, 2008; Kiraly, Gunning, & Leiser, 2008; 林等，2005; 張，2005)，外加上不健康之生活方式或因素如：吸煙，缺乏運動和不良的飲食習慣等，此乃是慢性精神病患的三大高危險健康行為(Van Gaal, 2006)，無疑將使慢性精神分裂症患者的健康更形惡化，可見健康之生活型態對慢性精神分裂症患者的重要性，所以慢性精

精神分裂症患者確實是需要醫療專業人員好好努力注意的一群人。見表一



表一非典型藥物對身體之影響

作者	Medicine	Finding
Wieck & Haddad 2003; Copolov et al 2000; Emsley et al 2000; Olanzapine Prescribing Information 2005;	Olanzapine Quetiapine Risperidone	對 prolactin 有部份影響 無 對 prolactin 有顯著影響(上升)
Henderson, 2000	Clozapine	體重增加
Basson BR, 2001	Olanzapine Risperidone	體重增加 體重增加
Chen CH, 2008	Olanzapine Perphenazine Quetiapine Risperidone Ziprasidone	對體重及代謝症候群有顯著影響 無 無 無 無
Tadger & Melamed, 2008	Risperidone Olanzapine Clozapine	均體重有顯著影響，上升
Yevtushenko et al., 2008	Risperidone Haloperidol Iloperidone	對體重及三酸甘油脂有顯著影響
Weiden, Cutler, Polymeropoulos, & Wolfgang, 2008	Risperidone Haloperidol Iloperidone	Risperidone 對 prolactin 有顯著影 響(上升) Iloperidone 對 prolactin 有顯著影響(下降)
van Winkel et al., 2008	Risperidone Olanzapine Amisulpride	Amisulpride 對快速血糖有影響
Swartz et al., 2008	Olanzapine Perphenazine Quetiapine Risperidone Ziprasidone	Olanzapine 對體重及代謝症候群 有影響

第三節 精神分裂症患者之健康生活型態

醫院中、社區中或急診治療中的慢性精神病患雖然有許多相似點，但罹病的個人經驗經驗對精神分裂症患者而言，卻面臨同樣大之壓力與威脅(Elspeth, Simone, Shelley, Robynl, & Anthony, 1998; Wiedl, 1992)。患者於急性期住院治療後回到社區，多數仍具有殘存之精神症狀，會直接影響患者的生活型態(Addington & Addington, 1999)，所以，病患在面對疾病及生活事件的雙重壓力下，其健康生活型態的維持即相對更為重要。

雖然精神分裂症患者具有嚴重的精神心理疾病障礙，但往往外觀看似具有健康的身體，因此，常對臨床工作人員相對忽視其身體健康的維護(Lambert *et al*, 2003)。罹患精神分裂症的人更容易受到身體健康的威脅，如非胰島素依賴型糖尿病（NIDDM）和心血管疾病，而且更可能得到代謝異常的疾病(Ryan & Thakore 2002)。有些生活方式，如不良的飲食習慣，吸煙，酗酒和坐著不活動的生活方式(Brown *et al* . 1999)明顯地對健康的精神分裂症患者有害。毫無疑問，精神分裂症本身就是一種健康的危險因子(Ryan & Thakore 2002, Thakore 2004)。

然而由於服用藥物種類之特殊性，使得病患因為藥物之副作用而導致相關健康問題(邱、劉，2003；石、陸、張，2008)，外加不利健康生活型態之吸菸(李、張，1999；郭、丁，2008；陳、陳、顏，2006)、飲酒(李、張，1999；郭、丁，2008；陳、陳、顏，2006)，使得精神分裂症患者的健康維護雪上加霜。Van Gaal 曾提出減少風險的策略(2006)建議對策，包括對健康生活型態與行為的養成，密切監測體重，血糖，三酸甘油酯值之控制。所以，無論如何，健康生活型態之促進對精神分裂症患者有加成的重要性。

慢性精神分裂症患者的健康需考慮生理、心理、情緒等層面，期望慢性精神分裂症
患者健康可藉由健康生活型態的促進、生理代謝表現之監測與自覺健康狀態的表現來呈
現出來，以提供醫療專業人員參考並給予優質之照護品質。



第三章 研究方法

本章主要說明本研究所使用的方法及過程，共分為六節，包括研究設計、研究對象、研究步驟、研究工具、研究倫理考量、研究分析等，加以詳細說明。

第一節 研究設計

本研究設計採橫斷式描述相關性研究設計(cross-sectional correlational research design)，探討慢性精神分裂症患者的個人屬性、生理代謝表現、健康促進生活型態與自覺健康狀態間之關係。

第二節 研究對象

本研究以中部某醫學中心日間病房、區域教學醫院精神科日間病房及慢性病房之住院精神分裂症患者及社區復建中心之患者為研究樣本，研究對象須符合下列收案標準：

(1) 診斷為慢性精神分裂症之患者；(2) 年滿 20 至 75 歲；(3) 意識清楚，能以國台與溝通；(4) 有意願參加；(5) 無失智症或智能不足之診斷者。前趨研究設計收案 30 人，以此 30 個個案之資料整理，使用計算軟體 power nQuary 並以健康生活型態的總量表及六個分量表與 SF36 的八個分向分量表做相關性做檢力估算，以 $\alpha=0.05$ ，雙尾的情況下， $power=0.80$ ，需要的量表樣本數從 42 至 34084，主要的是以活力部份需要 42 個樣本數，生理角色部份需要 110 樣本數以及心理健康需要 101 個樣本數，可以達到 $power=0.80$ ，由於時間的限制，所以研究預估收樣本數為 110 至 150 之間，本研究共收

案為 120 人。

第三節 研究步驟

研究步驟分為預測及正式測試，第一階段為預測，目的在(1)對研究現象了解(2)對研究收案過程的流暢性測試(3)以及對研究參與者人數之計算，第二階段則正式測試進行研究收案。

前趨勢研究(Pilot study)

1. 受試者標準及數目：

本研究之研究對象，由精神專科醫院的慢性病房篩選符合研究條件。針對慢性病房，將收具有慢性精神分裂症診斷之患者共 30 名。參與本研究主要因為符合研究對象上述之條件之一外，也必滿足年齡介於 20 至 75 歲，無失智、智能不足，以及肢體殘障之現象，並且同意參予本研究之成年患者。

2. 施測過程及方法

(1)經由中國醫藥大學附設醫院之人體試驗委員會審核通過(編號：

DMR97-IRB-225)才開始進行研究，見(附錄一)。

(2)研究者將會先行知會可能參與本研究之病患醫師，向其解釋研究目的以及參與

本研究之條件，以獲得工作人員之協助下，一一與病患接觸。

(3)研究者一一與滿足條件之患者接觸，向其說明研究目的、過程及參與研究之權

利，並徵求參與本研究之意願。

- (4)研究者與患者約時間，徵求患者同意並簽妥同意書之後才開始進行研究，填寫問卷包含同意函及基本資料問卷(附錄二)、「健康促進生活型態」簡式量表(附錄三)、SF-36 量表(附錄四)，每位受測的精神分裂症患者，採自填式作答，若遇患者不瞭解問卷意思，則由研究者說明問卷內容再行填寫內容。
- (5)接著一一完成身體測量值(附錄五)，其中某些要抽血檢查之生理測量，則由病歷中獲得(最近資料)，由研究者與精神病患者進行生理監測之身體測量，項目包含身高、體重、體脂肪、腹圍、血壓、體溫、呼吸、脈搏、心率變異性，而血糖值、膽固醇之濃度及正在服用之精神科用藥由病歷中查閱，所有評估測量由研究者親自完成，以求資料之完整與一致。若參與者能完成量表填寫及身體生理值測量則可獲得參與研究回饋金，每個人 100 元整之 7-11 禮卷。
- (6)研究者會詳細說明所有本研究計畫之細節，研究參與者隨時可退出研究不受任何影響。
- (7) 試驗期限及進度：本研究將於 98 月 2 月 1 日至 98 年 2 月 15 日進行。

正式收案

預計施測時間

於民國九十八年 3 月 1 日至 6 月 30 日進行正式研究。

收案過程及方式

- (1)研究者於進行研究前先向精神科復健病房之護理長、護理人員及精神科醫師，向其解釋研究目的以及參與本研究之條件，以獲得工作人員之協助下，一一與病患接觸。
- (2)研究者一一與滿足條件之患者接觸，向其說明說明研究目的、過程及參與研究之權利，並徵求參與本研究之意願。
- (3)研究者與患者約時間，徵求患者同意並簽妥同意書之後才開始進行研究，填寫問卷包含同意函及基本資料（附錄二）、「健康促進生活型態」簡式量表（附錄三）、SF-36 量表（附錄四），每位受測的精神分裂症患者，採自填式作答，若遇患者不瞭解問卷意思，則由研究者說明問卷內容再行填寫內容。
- (4)接著一一完成身體測量值（附錄五），其中某些要抽血檢查之生理測量，則由病歷中獲得（最近資料），由研究者與精神病患者進行生理監測之身體測量，項目包含身高、體重、體脂肪、腹圍、血壓、體溫、呼吸、脈搏、心率變異性，而血糖值、膽固醇、三酸甘油脂之濃度及正在服用之精神科用藥由病歷中查閱，所有評估測量由研究者親自完成，以求資料之完整與一致。
- (5)若參與者能完成量表填寫及身體生理值測量則可獲得參與研究回饋金，每個人 100 元整之 7-11 禮卷。
- (6)研究者會詳細說明所有本研究計畫之細節，研究參與者隨時可退出研究不受任何影響。

第四節 研究工具

本研究採結構式問卷收集資料，問卷設計為參考國內外研究文獻，配合研究架構之變項編撰而成。

個人基本屬性表：

在健康促進模式的五個修正因素當中，人口學特性是最常被選用的變項，其中年齡、性別、教育程度、收入和婚姻等是經常被探討的項目(Gillis, 1993 ; Pender,1996)。包含慢性精神分裂症患者性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、內外科病史、經濟收入、飲酒史、吸煙史（附錄二）

「健康促進生活型態」簡式量表（附錄三）：

「健康促進生活型態」簡式量表為魏米秀、呂昌明（2005）修改「健康促進生活型態量表」100題成為24題簡式版本。此版本原由學者Walker等(1987)所發展的健康促進生活型態量表(Health-Promotion Lifestyle Profile, 以下簡稱HPLP)，是相當廣為學術界使用的測量工具之一(Coulson, Strang, Marino & Minichiello, 2004;林、陳、丁，2002；楊、蘇、黃，2001)，HPLP原始量表的發展是起始於Pender在1982所發展的「生活型態與健康習慣評量表」(Lifestyle and Health Habits Assessment)，發展成6個因素包含自我實現（13題）、健康責任（10題）、運動（5題）、營養（6題）、人際支持（7題）及壓力處理（7題），共48題。得分愈高，代表在該分量表或總量表的行為表現愈強。在

Walker 等 (1987) 的報告中，具有良好的信效度支持。此份「健康促進生活型態」簡式量表(HPLP-S)，由六個分量表組成，分別為自我實現 (4 題)、健康責任 (4 題)、運動 (4 題)、營養 (4 題)、人際支持 (4 題) 及壓力處理 (4 題)。題目採 4 點量表記分，反應項目為從未如此 1 分，偶而如此 2 分，時常如此 3 分，總是如此 4 分，反向題計分方式相反。得分越高，代表在該分量表或總量表的行為表現越強。魏與呂(2005)的檢測中發現，HPLP-S 總量表的內部一致性信度係數為.90，HPLP 各分量表的 Cronbach's α 營養為.69，其他.70~.87，總量表為.93；HPLP-S 各分量表則自我實現、健康責任、人際支持為.70~.79，營養、運動、壓力處理為.63~.69，總量表為.90。HPLP 與 HPLP-S 相對應分量表分數間的相關為.90~.96 ($p < .001$)，總量表分數的相關達.97 ($p < .001$)，具有相當強之關聯性也足以支持 HPLP-S 之效度，研究結果亦支持原始量表中六個分量表的結構，以及 Walker 等 (1987) 對於健康促進生活形態定義中的「多面向的行動及知覺」。本研究之前測個案 30 人及全部個案 120 人，測得量表之信度 Cronbach's α 分別為 .91 及 .93。

SF-36 台灣版健康量表問卷 (附錄四)：

本研究量表係採用經 Dr. John Warae 授權盧瑞芬博士翻譯台灣版 SF-36 健康量表問卷為測量工具 (盧、曾、蔡，2000)。SF-36 健康評估量表共 36 項問題，歸類為兩個健康層面及八個健康功能面向。一為生理健康層面，包含身體生理功能(Physical functioning, PF)、因生理功能角色受限(Role limitation due to physical problems,

RP)、身體疼痛 (Bodily Pain, BP)、一般健康 (General health, GH) 四個健康功能面向；另一為心理健康層面，包含活力(Vitality, VT)、社會功能 (Social function, SF)、因情緒角色受限 (Role limitation due to emotional problems, RP)、心理健康(mental health, MH)，四個健康功能面向，36 個問題進行評估，每一面向最低分為 0 分最差狀況、最高分 100 分最佳狀況 (邱，2002；蔡、徐，2002)。量表結構方面，各子題與所屬量表的相關係數在 0.40 到 0.83 範圍內。同時除心理健康量表外，各量表皆通過區分效度的檢測。在信度檢測方面，則發現內部一致性，除社會功能量表外均達到可接受的信度水準 ($\alpha > 0.70$)，以年齡作為效標，比較 25-34 歲與 55-64 歲兩組年齡層在 SF-36 的表現，其測試結果亦符合原始版本的假設 (邱，2002；蔡、徐，2002)。常模資料立基於具有全國代表性的樣本，結果顯示，SF-36 台灣版具有良好的心理計量特質 (盧、曾、蔡，2003)。本研究測得身體生理功能量表之信度 Cronbach's $\alpha = .73$ 、生理功能角色受限量表之信度 Cronbach's $\alpha = .76$ 、身體疼痛量表之信度 Cronbach's $\alpha = .73$ 、一般健康量表之信度 Cronbach's $\alpha = .76$ 、活力量表之信度 Cronbach's $\alpha = .66$ 、社會功能量表之信度 Cronbach's $\alpha = .45$ 、因情緒角色受限量表之信度 Cronbach's $\alpha = .69$ 、心理健康量表之信度 Cronbach's $\alpha = .78$ 。計算方式為

構面		最後題目值的加總	最低和最高可能 原始分數	可能原始 分數範圍
生理功能	PF	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g +3h+3i+3j	10,30	20
角色—生理	RP	4a+4b+4c+4d	4,8	4
身體疼痛	BP	7+8	2,12	10
一般健康	GH	1+11a+11b+11c+11d	5,25	20
活力狀況	VT	9a+9e+9g+9i	4,24	20
社會功能	SF	6+10	2,10	8
角色—情緒	RE	5a+5b+5c	3,6	3
心理健康	MH	9b+9c+9d+9f+9h	5,30	25

資料來源：Ware JE., Snow KK., Kosinski M. (1993) *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*(p.6:18), Boston, The Health Institute, New England Medical Hospital.

$$\text{轉換分數} = \left(\frac{\text{實際原始分數} - \text{最低可能原始分數}}{\text{可能的原始分數範圍}} \right) \times 100$$

SF-36 量表的生理面向和心理面向計分為，標準化構面得分乘以因素得分係數

$$\text{即生理面向加總分數} = \sum (\text{標準化構面得分} \times \text{PCS 因素得分係數})$$

$$\text{心理面向加總分數} = \sum (\text{標準化構面得分} \times \text{MCS 因素得分係數})$$

生理監測單 (附錄五)

自編，內容包含身高、體重、體脂肪、腹圍、血壓、心率變異性、呼吸、脈搏，由測量得知，而血糖值、膽固醇、三酸甘油脂之濃度及正在服用之精神科用藥，則由病歷中獲得，時間以最近一個月為限。

身高：

1. 受測者衣著輕便站在身高計上，兩腳踵密接直立，使枕股、背部、臀部及腳踵等

四部份均緊貼量尺。

2. 受測者兩眼向前平視，身高計的橫板輕微碰觸到頭頂並和身高計的尺呈直角，眼和耳線和橫板平行。

3. 檢測的結果以公分為單位，計至小數點一位，以下四捨五入。

體重：

1. 受測者最好早餐畢兩小時後測量並著輕便服裝，脫去身上厚重衣物。

2. 受測者站立於體重計上，待指針指數穩定後，紀錄此時的體重。

3. 測量結果以公斤為單位，取至小數點一位，以下四捨五入。

體脂肪：

本研究在體脂肪的測定上是採用 ASIA 型號 UM0158021 之體脂肪測量器，是以體內的電阻來預估體內脂肪所佔的百分比，此方法為「生物電阻分析法」。因此，只要測量體內電阻量，體內脂肪其他組織的百分比即可測量出來，而測量時，通過身體的電流非常微弱，不會有觸電的感覺，對身體也絕對安全。

測量過程為：

(1) 首先先輸入身高、體重、性別、年齡。

(2) 需脫襪赤腳測量（雙腳保持清潔，測量結果才會正確）

(3) 雙腳自然開立與肩同寬，站於儀器上。

(4)以上動作完成開始測試。

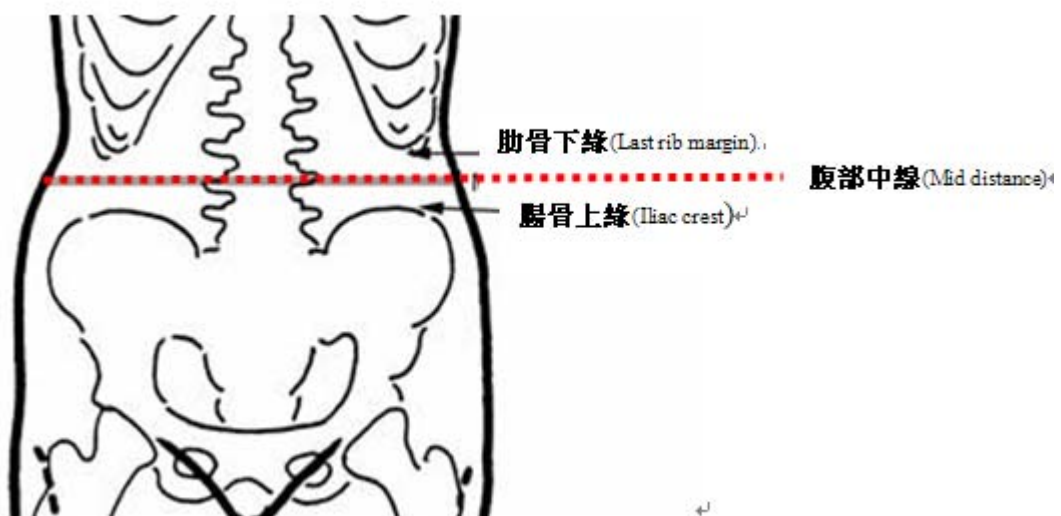
本研究實驗儀器因在使用上具有裝備簡便、實驗快速、攜帶方便上之效能，其適用年齡層亦廣，因此，本研究在考量受試者之樣本數及研究性質後，採用此儀器之測定作為本研究受試者體脂肪百分比判定之標準。

腹圍：

測量方法：

1. 除去腰部覆蓋衣物，輕鬆站立，雙手自然下垂。
2. 以皮尺繞過腰部，調整高度使能通過左右兩側腸骨上緣至肋骨下緣之中間點（如圖），同時注意皮尺與地面保持水平，並緊貼而不擠壓皮膚。
3. 維持正常呼吸，於吐氣結束時，量取腰圍。

圖示：（皮尺置放於虛線處）



腹部肥胖：（腰圍：男性 $\geq 90\text{cm}$ 、女性 $\geq 80\text{cm}$ ）。（國民健康局：代謝症候群，2009）

血壓、心率變異性、呼吸、脈搏之測量

本研究在血壓、心率變異性、呼吸、脈搏的測定上是採用 NeXus-10 型號之 10 頻道無線藍芽生理回饋儀，其中心率變異性指正常生理狀態下，人的心率 (heart rate, HR) 並非恒定不變，而是存在著不規則的輕微變化。這種逐次心搏周期之間的微小波動變化，即為心率變異性 (王、黃，2007；徐、黃，2008)

測量方法：

(1)於運動、沐浴、吸煙等活動後 30 分鐘且情緒平穩時測量

(2)使用儀器貼片或直接接觸肢體末端監測

高血壓：收縮血壓(SBP) $\geq 130\text{mmHg}$ /舒張血壓(DBP) $\geq 85\text{mmHg}$ 。

血糖值、膽固醇之濃度及正在服用之精神科用藥，則由病歷中獲得，時間以最近一個月為限。

高血糖：空腹血糖值(FG) $\geq 100\text{mg/dl}$ 。

高密度酯蛋白膽固醇(HDL-C)男性 $< 40\text{mg/dl}$ 、女性 $< 50\text{mg/dl}$ 。

高三酸甘油脂(TG) $\geq 150\text{mg/dl}$ 。

其中血壓(BP)、空腹血糖值(FG)等因子之判定，包括依醫師處方使用降血壓或降血糖等藥品(中、草藥除外)，導致血壓或血糖檢驗值正常者。(國民健康局:代謝症候群,2009)

第五節 研究倫理考量

研究者將研究計畫送至中國醫藥大學附設醫院之人體試驗委員會，經過通過之臨床試驗同意書（證書編號為 DMR-97-IRB-255，附錄一）。為保護研究者之權益與隱私，向病患告知研究目的、施測方式及樣本資料的保護，研究完後資料的銷毀等，並說明所收集之資料僅供研究之用途，不會將資料對外公開，病患可自行決定是否接受問卷調查，具有終止參與研究的權利，再徵求病患同一病填寫同意書後，才進行資料收集。



第六節 研究分析

一、資料建檔

將問卷回收時即先檢視其完整性，若發現遺漏或填寫錯誤時，立即澄清並將資料補齊，將有笑問卷編碼 (coding)，再將個人屬性、生理代謝表現、健康促進檢視量表、SF36 量表，以 SPSS 12.0 for Windows 中文版統計軟體，進行資料建檔及統計分析處理。

二、統計方法

依據研究目的及研究架構，進行描述性統計和推論統計分析，見表 3-6-1 研究變項與測量方法、表 3-6-2 研究問題與統計方法。

- (一) 描述性統計：類別變項以次數、百分比；連續變項以平均值、標準差、最大值、最小值、偏態、峰度等，進行分析。
- (二) 相關及預測性分析：
 1. 以 t 檢定、皮爾森積差相關檢定 (Pearson's Correlation)、單因子變異數分析 (One-way ANOVA) 及薛費氏事後檢定 (Scheffe's method) 等檢定研究對象的人口學屬性、生理代謝表現、自覺健康狀態、自覺健康狀態之間的差異。
 2. 研究對象之人口學屬性、生理代謝表現、自覺健康狀態，以逐步回歸分析 (stepwise regression) 進行自覺健康狀態的預測因子。

表 3-6-1 研究變項與測量方法

變項	測量工具	項目數	工具類型	來源
健康生活型態	HPLP-S 之			HPLP-S
自我實現	自我實現分量表	4	Likert Scale	
健康責任	健康責任分量表	4	Likert Scale	
運動	運動分量表	4	Likert Scale	
營養	營養分量表	4	Likert Scale	
人際支持	人際支持分量表	4	Likert Scale	
壓力處理	壓力處理分量表	4	Likert Scale	
吸煙史	基本資料之吸煙史	1		自編
飲酒史	基本資料之飲酒史	1		自編
自覺健康狀態	台灣版 SF36 之			台灣版 SF-36
身體生理功能	身體生理功能分量表	10	Likert Scale	
因生理功能角色受限	因生理功能角色受限分量表	4	Likert scale	
身體疼痛	身體疼痛分量表	2	Likert Scale	
一般健康	一般健康分量表	5	Likert Scale	
活力	活力分量表	4	Likert Scale	
社會功能	社會功能分量表	2	Likert Scale	
因情緒角色受限	因情緒角色受限分量表	3	Likert scale	
心理健康	心理健康分量表	5	Likert Scale	
個人屬性	基本資料之			自編
性別	性別	1		
年齡	年齡	1		
教育程度	教育程度	1		
婚姻	婚姻	1		
宗教	宗教	1		
收入	收入	1		
工作性質	工作性質	1		
慢性病	慢性病	1		
睡眠	睡眠	2		
生理測量	生理測量			自編
BMI	BMI	2		
心跳	心跳	1		
呼吸	呼吸	1		
血壓	血壓	1		
心率變異性	心率變異性	1		
腰圍	腰圍	1		
體脂肪	體脂肪	1		
血糖值	血糖值	1		
膽固醇	膽固醇	1		
三酸甘油脂	三酸甘油脂	1		

表 3-6-2: 研究問題與統計方法

研究問題	自變項	變項性質	依變項	變項性質	統計方法
1. 慢性精神分裂症患者的人口學屬性分佈為何			性別 收入 足夠用 工作 慢性病 婚姻狀況 社經地位	類別	描述性統計(次數、百分比、平均值、標準差、最大值、最小值範圍)
			年齡 教育程度 睡眠	序位	
2. 慢性精神分裂症患者的生理代謝表現為何			BMI 心跳、呼吸、血壓 腰圍、體脂肪 血糖值、膽固醇 三酸甘油脂 HRV	連續	描述性統計(平均值、標準差、最大值、最小值範圍)
3. 慢性精神分裂症患者的自覺健康狀態分布為何			身體生理功能 因生理功能角色受限 身體疼痛、一般健康 活力、社會功能 因情緒角色受限 心理健康	連續	描述性統計(平均值、標準差、最大值、最小值範圍)
4. 慢性精神分裂症患者的健康生活型態分佈為何			靈性成長 身體活動 健康責任 營養 人際關係 壓力管理	連續	描述性統計(次數、百分比、平均值、標準差、最大值、最小值範圍)

研究問題	自變項	變項性質	依變項	變項性質	統計方法
5. 慢性精神分裂症患者的人口學屬性與生理代謝值的關係為何	教育程度 性別 收入 足夠用工作 慢性病 婚姻狀況 社經地位 睡眠	類別	BMI 心跳、呼吸、血壓 腰圍、體脂肪 血糖值、膽固醇 三酸甘油脂 HRV	連續	單因子變異數分析 (ANOVA) 獨立樣本 t 檢定 (Independent t Test) 薛費氏多重事後比較法 (Scheffe' s Post Hoc Multiple Comparison)
	年齡	連續			皮爾森積差相關 (Pearson Correlation)
6. 慢性精神分裂症患者的人口學屬性與自覺健康狀態之相關性為何	教育程度 性別 收入 足夠用工作 慢性病 婚姻狀況 社經地位 睡眠	類別	身體生理功能 因生理功能角色受限 身體疼痛、一般健康 活力、社會功能 因情緒角色受限 心理健康	連續	單因子變異數分析 (ANOVA) 獨立樣本 t 檢定 (Independent t Test) 薛費氏多重事後比較法 (Scheffe' s Post Hoc Multiple Comparison) Multiple Regression
	年齡	連續	身體生理功能 因生理功能角色受限 身體疼痛、一般健康 活力、社會功能 因情緒角色受限 心理健康	連續	皮爾森積差相關 (Pearson Correlation)

研究問題	自變項	變項性質	依變項	變項性質	統計方法
7. 慢性精神分裂症患者的人口學屬性與生活型態之相關性為何	年齡 教育程度 性別 收入 足夠用 工作 慢性病 婚姻狀況 睡眠	類別	靈性成長 身體活動 健康責任 營養 人際關係 壓力管理	連續	單因子變異數分析 (ANOVA) 獨立樣本 t 檢定 (Independent t Test) 薛費氏多重事後比較法 (Scheffe's Post Hoc Multiple Comparison)
8. 針對慢性精神分裂症患者生理代謝值、自覺健康狀態之相關性為何	身體生理功能 因生理功能角色受限 身體疼痛、一般健康 活力、社會功能 因情緒角色受限 心理健康	連續	BMI 心跳、呼吸、血壓 腰圍、體脂肪 血糖值、膽固醇 三酸甘油脂 HRV	連續	皮爾森積差相關 (Pearson Correlation) Multiple Regression
9. 針對慢性精神分裂症患者生理代謝值、生活型態之相關性為何	BMI 心跳、呼吸、血壓 腰圍、體脂肪 血糖值、膽固醇 三酸甘油脂 HRV	連續	靈性成長 身體活動 健康責任 營養 人際關係 壓力管理	連續	皮爾森積差相關 (Pearson Correlation)
10. 針對慢性精神分裂症患者自覺健康狀態、生活型態之相關性為何	身體生理功能 因生理功能角色受限 身體疼痛、一般健康 活力、社會功能 因情緒角色受限 心理健康	連續	靈性成長 身體活動 健康責任 營養 人際關係 壓力管理	連續	皮爾森積差相關 (Pearson Correlation) Multiple Regression
11. 慢性精神分裂症患者的自覺健康狀態之預測因子為何?	身體生理功能 因生理功能角色受限 身體疼痛、一般健康 活力、社會功能 因情緒角色受限 心理健康	連續	人口學變項 生理代謝表現 健康生活型態 之有顯著性差異者		Multiple Regression

第四章 研究結果

本章內容呈現資料統計分析後的結果，共分四節呈現，第一節為慢性精神分裂症之人口學與研究變項屬性，第二節為變項間之相關性，第三節為變項間之差異性以及第四節預測變項間之關係。

第一節 慢性精神分裂症之人口學與研究變項屬性

1. 人口學屬性

本研究對象為台中地區之慢性精神分裂症之患者，共有 120 人，年齡在 18.6-75.4 歲之間，平均年齡 38.01 歲，標準差為 10.47。性別分佈各為男性 63 人 (52.5%)，女性 57 人 (47.5%)。婚姻狀況以未婚 90 人居多 (75.0%)。有宗教信仰者共 89 人 (74.2) 以及教育程度以高中 59 人居多 (49.2%)。

個人近半年之收入，平均個人月收入以 4999 元以下佔多數，共 97 人 (80.8%)，覺得收入夠支付生活的需要者為 64 人 (46.7%)。能知道自己的疾病名稱為精神分裂症為 90 人 (75.0%)，發病時間平均 13.98 年 (SD=8.99)，使用同樣藥物平均 1.92 年 (SD=2.70)。

精神分裂症病患之吸煙、飲酒情形，其中不吸煙者 75 人 (62.5%)，仍吸煙者 35 人 (29.2%)，已戒菸 10 人 (8.3%)。目前沒有飲酒者 109 人 (90.8%)，有飲酒者僅 3 人 (2.5%)，已戒酒者 8 人 (6.7%)。個人屬性相關細項結果見表 4-1-1 精神分裂症患者個人屬性資料、4-1-2 精神分裂症個人屬性。

精神分裂症病患之過去病史中有高血壓病史為 3 人，糖尿病史 10 人，其餘細項之過去病史，如表 4-1-3 精神分裂症患者之過去病史。

表 4-1-1 精神分裂症患者個人屬性資料 (N=120)

變項	人數 (n)	百分率 (%)
性別		
男性	63	52.5
女性	57	47.5
婚姻		
未婚	90	75.0
已婚	15	12.5
離婚	15	12.5
宗教信仰		
無	31	25.8
有	89	74.2
知道自己病名		
精神分裂症	90	75.0
躁鬱症	13	10.8
無	17	14.2
平均月收入		
<4999	97	80.8
5000~9999	13	10.8
10000~19999	6	5.0
20000~29999	3	2.5
30000~39999	0	.0
>40000	1	0.8
支付生活所需		
夠	64	53.3
不夠	56	46.7
吸煙習慣		
沒有	75	62.5
有	35	29.2
已戒菸	10	8.3
喝酒習慣		
沒有	109	90.8
有	3	2.5
已戒酒	8	6.7

表 4-1-2 精神分裂症個人屬性 (N=120)

變項	平均數	標準差	最小值	最大值	偏態	峰度
至收問卷時之實際年齡(歲)	38.01	10.47	18.6	75.4	0.79	1.12
受教育(年)	12.21	2.30	6	16	-0.29	0.12
發病長短(年)	13.53	8.23	1	39	0.84	0.65
用藥長短(年)	1.92	2.70	0	18.34	4.14	21.46



表 4-1-3 精神分裂症患者之過去病史

疾病名稱	人次 (n)	百分比 (%)
高血壓	3	2.50
糖尿病	10	8.33
椎間盤凸出	2	1.67
心律不整	1	0.83
胃病	1	0.83
氣喘	1	0.83
痛風	2	1.67
B 肝	2	1.67
鼻竇炎	1	0.83
2 種疾病者	3	2.50



2. 研究變項屬性

研究變項共包涵了(1)生理代謝表現、(2)健康生活型態及(3)自覺健康狀態等三部份。

(1) 生理代謝表現

生理代謝表現中包含：生理基本測量值、血液檢驗值、心律變異性以及個案睡眠時數四大部份。

生理基本測量值：身體質量指數(BMI)介於17.67-42.56，平均為26.58(SD=4.78)。腰圍介於60-123公分之間，平均90.01公分，(SD=12.83)。體脂肪介於14.20-68.30之間，平均為32.83(SD=10.45)。收縮壓介於84-153mmHg，平均111.97mmHg(SD=14.60)。舒張壓介於53-99mmHg，平均12.62mmHg(SD=9.52)。呼吸次數介於16-22下/分，平均為17.64下/分(SD=1.01)。心跳介於64-120下/分，平均為89.85下/分(SD=11.59)。

血液檢驗值，因以收案前一個月之抽血資料為主，故多有遺漏值。血值介於58-385mg/dl，平均為94.10 mg/dl(SD=33.76)。三酸甘油酯介於45-339ug/dl，平均為138.05 ug/dl(SD=71.39)。膽固醇介於71-254 ug/dl，平均為169.93 ug/dl(SD=35.44)。尿酸介於0.7-40.10mg/dl，平均為6.26mg/dl(SD=4.33)。

心律變異性之項目共14項，其中有SDNN(ms)指全部正常心跳間期的標準差，介於9.18-280.60，平均值為51.88(SD=41.06)。RMSSD(ms)指全部相鄰兩心跳間期差異的均方根，介於7.71-367.41，平均值為40.59(SD=38.46)。

個案睡眠時數於白天睡眠2小時以內最多為91人（75.8%）。睡眠時數於夜

間睡眠達6-8小時47人（39.2%），達8小時以上53人（44.2%）。見表4-1-4

表 4-1-4 生理代謝表現

變項	平均數	標準差	最小值	最大值	次	百分	個
BMI	26.58	4.78	17.67	42.56			120
腰圍	90.01	12.83	60.00	123.00			120
體脂肪	32.83	10.45	14.20	68.30			120
收縮壓	111.97	14.60	84.00	153.00			120
舒張壓	72.62	9.52	53.00	99.00			120
呼吸	17.64	1.01	16.00	22.00			120
心跳	89.85	11.59	64.00	120.00			120
血糖	94.10	33.762	58.00	385.00			120
三酸甘油脂	138.05	71.39	45.00	339.00			84
膽固醇	169.93	35.44	71.00	254.00			89
尿酸	6.26	4.33	0.70	40.10			85
NN50 (count)	49.07	71.77	0.00	390.00			120
pNN50	10.32	14.65	0.00	70.14			120
VLF power	4054.73	8456.16	20.40	62971.20			120
VLF % (%)	43.31	56.01	7.97	610.00			120
LF power	2846.04	5941.35	10.50	61086.80			120
LF % (%)	39.32	15.03	10.89	73.68			120
HF power	1442.93	2881.60	4.20	24456.90			120
HF % (%)	21.75	15.46	1.88	64.10			120
LF/HF	8.30	58.30	0.30	641.00			120
NNMin (ms)	534.90	109.01	360.00	1250.00			120
NNMax (ms)	962.39	303.84	485.00	1500.00			120
NNMean (ms)	663.17	141.27	434.02	1308.56			120
SDNN (ms)	51.88	41.06	9.18	280.60			120
RMSSD (ms)	40.59	38.46	7.71	367.41			120
這星期平均每天白天約睡幾小時？							120
0~2					91	75.8	
2~4					19	15.8	
4~6					3	2.5	
6~8					5	4.2	
8~					2	1.7	
這星期平均每天晚上約睡幾小時？（扣除白天睡眠）							120
0~2					2	1.7	
2~4					7	5.8	
4~6					11	9.2	
6~8					47	39.2	
8~					53	44.2	

(2) 健康生活型態 (見表4-1-5)

健康生活型態統計資料方面，主要針對研究對象目前的生活方式或習慣為探討內容，共有二十四題，選項有4個，「沒有做到」得分1分、「偶爾做到」得2分、「時常做到」得分3分、「總是做到」得分4分，得分愈高表示健康促進生活型態執行率愈高，此部份健康促進生活型態量表總分為96分，最小值為26，最大值為96，平均得分為60.19，標準差為14.72，分量表又分為自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持、壓力管理等六方面。詳細列於表4-1-5

表4-1-5 健康生活型態 (N=120)

變項	平均數	標準差	最小值	最大值	偏態	峰度
自我實現	10.86	3.24	4	16	-0.18	-0.54
健康責任	9.70	3.01	4	16	0.31	-0.23
運動	8.87	2.79	4	16	0.55	-0.42
營養	10.49	2.65	4	16	-0.15	-0.05
人際支持	10.05	3.16	4	16	0.12	-0.64
壓力管理	10.23	2.92	4	16	0.33	-0.28
總分	60.19	14.72	26	96	0.42	0.06

(3)自覺健康狀態 (見表4-1-6)

自覺健康狀態統計資料方面，主要針對研究對象以SF-36健康量表為探討內容，共有三十六題，分為八個分量表表現，得分愈高表示自覺健康狀態愈好，此部份SF-36健康量表總分為100分，最小值為23，最大值為100，平均得分為62.63，標準差為18.53。分量表又分為生理功能、角色生理、身體疼痛、一般健康、活力狀況、社會功能、角色情緒、心理健康等八方面。詳細列於表4-1-6。

與台灣一般民眾相比，見表4-1-7，顯示本研究之個案與常模為不相同之族群。

表4-1-6自覺健康狀態 (N=120)

變項	平均數	標準差	最小值	最大值	偏態	峰度
生理功能	79.58	21.17	0	100	-1.34	1.78
角色生理	51.67	38.31	0	100	0.01	-1.47
身體疼痛	71.34	25.33	10	100	-0.44	-0.74
一般健康	59.35	24.72	1	100	-0.08	-0.90
活力狀況	58.63	21.58	10	100	0.04	-0.62
社會功能	65.83	24.83	0	100	-0.44	-0.29
角色情緒	55.00	39.05	0	100	-0.18	-1.46
心理健康	59.60	23.41	8	100	-0.14	-0.70

表 4-1-7 自覺健康狀態與常模之比較

變項	n=120		N=1345		df	Sp2	T	P-Value
	mean	s	mean	s				
生理功能	79.58	21.17	88	14.72	1463	235.51	5.759	0.0000
角色生理	51.67	38.31	77.88	34.01	1463	1181.97	8.002	0.0000
身體疼痛	71.34	25.33	77.86	19.04	1463	385.22	3.487	0.0005
一般健康	59.35	24.72	64.02	18.73	1463	371.98	2.541	0.0111
活力狀況	58.63	21.58	62.16	16.85	1463	298.71	2.144	0.0322
社會功能	65.83	24.83	79.11	16.77	1463	308.51	7.936	0.0000
角色情緒	55	39.05	74.74	36.79	1463	1367.45	5.603	0.0000
心理健康	59.6	23.41	66.81	15.53	1463	266.14	4.639	0.0000



第二節變項間之相關性

本節將針對研究目的 2：探討研究慢性精神分裂症患者之人口學屬性、生理代謝值、自覺健康狀態、健康生活型態之間的關係，分別報告。研究結果之變項間相關性包括，人口學屬性與生理代謝表現、健康生活型態及自覺健康狀態分別之相關性，生理代謝表現分別與健康生活型態及自覺健康狀態分別之相關性，以及健康生活型態與自覺健康狀態之相關性檢定，分敘述下：

人口學屬性中，連續變項有年齡、受教育年、發病長短、用藥長短四項，因此就年齡、受教育年、發病長短、用藥長短分別與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之細項做相關性檢定。研究結果顯示，精神分裂症患者的年齡與血糖值、尿酸兩項生理代謝表現具有正相關。年齡與血糖值具有正相關 ($r=.290, p<.05$)，表示年齡越大，血糖值越高。與尿酸有負相關 ($r=-0.243, p<.05$)，表示年齡增加，尿酸值下降。除了年齡外，發病長短與腰圍與發病長短有正相關 ($r=.182, p<.05$)，表示患者患病時間越久，腰圍的寬度越大；用藥長短與血糖值與年齡正相關 ($r=.290, p<.05$)，表示年齡越大，血糖值控制越差（血糖值增加）；尿酸與年齡負相關 ($r=-0.243, p<.05$)，表示年齡增加，尿酸值控制較好；膽固醇具有和用藥長短正相關 ($r=.349, p<.001$)，表示服用精神科藥物時間越久，膽固醇值越容易偏高。其餘個人屬性變項與生理代謝表現無相關，詳見表 4-2-1 個人屬性與生理代謝表現變項之相關性。

人口學屬性中此四項與健康生活型態細項做相關性檢定，結果發現兩變項間

均無統計上的相關性；此外，人口學屬性中此四項與自覺健康狀態之細項作相關性檢定，結果發現發病時間的長短與生理功能 ($r=-0.242, p<.001$)、社會功能 ($r=-0.196, p<.05$) 兩項具有負相關，與其餘變項均無相關性。詳見表 4-2-2 精神分裂症患者個人屬性與健康生活型態、自覺健康狀態之相關性。

表 4-2-1 生理代謝表現與個人屬性變項之相關性

變項	個數	實際年齡	受教育年數	發病長短	用藥長短
BMI	120	-0.177	-0.121	0.064	-0.003
腰圍	120	-0.030	-0.170	0.182*	-0.060
體脂肪	120	-0.150	-0.131	0.112	0.070
三酸甘油脂	89	0.058	0.033	0.113	0.199
血糖	119	0.209*	-0.092	0.076	-0.041
膽固醇	84	0.032	-0.043	0.054	0.349**
尿酸	84	-0.243*	-0.009	-0.134	0.079
收縮壓	120	-0.057	0.054	-0.023	-0.068
舒張壓	120	-0.060	0.088	0.069	0.062
呼吸	120	-0.159	0.003	0.070	-0.106
心跳	120	-0.052	-0.019	0.110	-0.017
NNMin (ms)	119	0.027	0.024	-0.013	-0.089
NNMax (ms)	120	0.128	-0.101	0.062	0.064
NNMean (ms)	120	0.078	-0.042	-0.048	-0.075
SDNN (ms)	115	0.093	-0.124	0.147	0.150
RMSSD (ms)	117	0.162	-0.123	0.121	0.079
NN50 (count)	110	0.103	-0.043	0.126	-0.011
pNN50	100	0.014	-0.044	-0.028	-0.042
VLF power(ms ²)	105	-0.006	0.013	0.013	0.033
VLF % (%)	119	-0.007	0.086	-0.082	0.156
LF power (ms ²)	113	0.127	-0.076	0.079	-0.054
LF % (%)	120	-0.105	0.021	-0.020	-0.025
HF power (ms ²)	111	-0.005	-0.052	0.086	-0.027
HF % (%)	120	0.094	-0.131	0.123	-0.164
LF/HF	115	-0.055	-0.001	-0.071	0.104

** 在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著。

* 在顯著水準為 0.05 時 (雙尾)，相關顯著。

表 4-2-2 精神分裂症患者個人屬性與健康生活型態、自覺健康狀態之相關性 N=120

變項	實際年齡	受教育年	發病長短	用藥長短
自我實現	-0.125	0.042	-0.107	0.058
健康責任	-0.085	0.150	-0.122	0.031
運動	-0.144	0.106	-0.161	0.042
營養	-0.068	0.154	-0.079	0.149
人際支持	-0.049	0.054	-0.174	0.140
壓力管理	-0.050	0.067	-0.176	0.027
健康生活型態總分	-0.105	0.113	-0.165	0.089
生裡面向	-0.047	-0.010	-0.164	0.069
生理功能	-0.155	0.089	-0.242**	0.045
角色生理	0.001	-0.040	-0.099	0.105
身體疼痛	0.100	-0.003	-0.036	0.057
一般健康	-0.004	-0.097	-0.062	0.072
活力狀況	-0.099	0.078	-0.095	0.018
心理面向	0.007	-0.006	-0.066	0.108
社會功能	-0.035	-0.075	-0.196*	0.162
角色情緒	0.035	-0.085	0.004	0.174
心理健康	0.049	0.041	-0.088	0.121

**。在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著。

*。在顯著水準為 0.05 時 (雙尾)，相關顯著。

生理代謝表現中，連續變項有測量值 (BMI、腰圍、體脂肪、收縮壓、舒張壓、呼吸、心跳)、抽血檢驗值 (血糖、三酸甘油酯、膽固醇、尿酸)、心律變異性質 (SDNN (ms)、RMSSD (ms)) 等，因此就測量值、抽血檢驗值、心律變異性分別與健康生活型態與自覺健康狀態之細項做相關性檢定。

結果發現生理代謝表現之變項與健康生活型態及其細項上之相關性僅心跳與營養分量表 ($r=-0.193, p<.05$) 間有負相關，其餘均無統計上顯著性相關，詳見表 4-2-3 生理代謝表現之變項與健康生活型態及其細項間之相關性；生理代

謝表現之變項與自覺健康狀態及其量表間有多項顯著之負相關，包含體脂肪與身體疼痛 ($r=-0.245, p<.001$)、一般健康 ($r=-0.209, p<.001$)、活力狀況 ($r=-0.209, p<.05$) 為負相關；血糖值與生理功能 ($r=-0.241, p<.001$) 負相關；呼吸與角色生理間($r=-.245, p< 0.001$)，與社會功能間($r=-.182, p< 0.05$)。心跳與角色生理間($r=-.185, p< 0.05$) 有顯著性負相關。其餘無顯著之差異相關性，詳見表 4-2-4 生理代謝表現與自覺健康狀態及其分量表之相關性。

表 4-2-3 生理代謝表現之變項與健康生活型態及分量表之相關性

變項	個數	自我實現	健康責任	運動	營養	人際支持	壓力管理	健康生活型態總分
BMI	120	0.052	-0.019	0.012	0.122	-0.020	0.020	0.032
腰圍	120	0.041	-0.010	-0.028	0.035	-0.026	0.034	0.009
體脂肪	120	-0.103	-0.078	-0.065	-0.044	-0.099	-0.150	-0.110
三酸甘油脂	89	0.145	0.084	0.068	0.020	0.200	0.026	0.112
血糖	119	0.000	-0.021	-0.058	-0.073	-0.092	-0.046	-0.057
膽固醇	84	0.067	0.049	0.083	0.090	0.049	0.009	0.069
尿酸	84	0.055	0.115	0.160	0.109	0.053	0.119	0.118
收縮壓	120	0.135	0.125	0.152	0.074	0.035	0.171	0.139
舒張壓	120	0.088	0.097	0.112	0.017	0.029	0.066	0.083
呼吸	120	-0.085	-0.049	-0.086	-0.125	-0.150	-0.172	-0.134
心跳	120	-0.016	-0.064	-0.024	-0.193*	-0.121	-0.147	-0.111
SDNN (ms)	115	0.012	-0.078	-0.006	0.030	0.034	0.034	0.005
RMSSD (ms)	117	-0.113	-0.047	0.007	-0.013	-0.029	0.038	-0.034

**在顯著水準為 0.01 時 (雙尾)，相關顯著。

*在顯著水準為 0.05 時 (雙尾)，相關顯著。

表 4-2-4 生理代謝表現與自覺健康狀態及其分量表之相關性

	個數	生理面向	心理面向	生理功能	角色生理	身體疼痛	一般健康	活力	社會功能	角色情緒	心理健康
BMI	120	-0.039	0.021	-0.014	0.112	-0.128	-0.087	-0.037	0.033	0.014	0.082
腰圍	120	-0.082	0.054	-0.091	0.067	-0.088	-0.012	-0.035	0.025	0.034	0.083
體脂肪	120	-0.101	-0.142	-0.090	0.001	-0.245**	-0.250**	-0.209*	-0.034	-0.033	-0.102
三酸甘油酯	89	-0.108	0.076	-0.025	-0.148	0.036	-0.105	-0.031	0.047	0.051	0.125
血糖	119	-0.198	0.159	-0.241**	-0.010	-0.069	0.124	0.050	0.076	0.059	0.078
膽固醇	84	0.039	-0.059	0.016	0.041	0.059	-0.090	-0.061	-0.072	-0.069	0.036
尿酸	84	-0.003	-0.125	-0.100	0.086	-0.079	-0.068	-0.103	-0.043	-0.136	-0.117
收縮壓	120	-0.019	0.120	-0.054	0.134	-0.014	0.064	0.142	0.078	0.093	0.071
舒張壓	120	-0.036	0.017	-0.063	0.092	-0.065	-0.007	0.029	-0.046	0.029	0.017
呼吸	120	-0.084	-0.134	-0.031	-0.245**	-0.041	-0.095	-0.081	-0.182*	-0.043	-0.172
心跳	120	-0.091	-0.073	-0.080	-0.185*	-0.065	0.014	-0.079	-0.125	0.057	-0.146
SDNN (ms)	115	0.000	0.017	-0.014	0.178	-0.101	-0.079	-0.013	0.015	0.055	0.077
RMSSD (ms)	117	-0.023	-0.057	-0.088	0.169	-0.132	-0.188*	-0.129	0.003	0.080	0.011

**. 在顯著水準為 0.01 時(雙尾)，相關顯著。

*. 在顯著水準為 0.05 時 (雙尾)，相關顯著。

健康生活型態中之測量變項包含自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持、壓力管理及總分，皆屬於連續變項，因此此六子項與總分分別與自覺健康狀態之兩大面向（生理、心理）及八個細項做相關性檢定。研究結果發現，健康生活型態與自覺健康狀態($r=.331, p < 0.001$) 有顯著之正相關($r=.331, p < 0.001$)。而兩個量表中之子項間有多具有統計上之和其他分量表間也多為正相關性。詳見表 4-2-5 健康生活型態及子項與自覺健康狀態及其分量表間之相關性。



表 4-2-5 健康生活型態及子項與自覺健康狀態及其分量表間之相關性

N=120

變項	生理面向	心理面相	生理功能	角色生理	身體疼痛	一般健康	活力狀況	社會功能	角色情緒	心理健康
自我實現	-0.005	0.481**	0.236**	0.108	0.097	0.389**	0.539**	0.156	0.115	0.477**
健康責任	0.006	0.211*	0.101	0.010	0.103	0.221*	0.301**	0.021	0.018	0.174
運動	0.024	0.342**	0.154	0.130	0.060	0.329**	0.376**	0.082	0.199*	0.319**
營養	0.110	0.304**	0.250*	0.168	0.109	0.295**	0.407**	0.079	0.132	0.308**
人際支持	-0.045	0.317**	0.069	0.031	0.099	0.224*	0.344**	0.100	0.116	0.284**
壓力管理	0.079	0.378**	0.192*	0.179	0.153	0.355**	0.465**	0.147	0.114	0.354**
健康生活 型態總分	0.031	0.412**	0.200*	0.123	0.125	0.365**	0.491**	0.119	0.138	0.388**

**. 在顯著水準為 0.01 時 (雙尾), 相關顯著。

*. 在顯著水準為 0.05 時 (雙尾), 相關顯著。

第三節變項間之差異性

本節將針對研究目的 3：探討個人屬性之不同，其生理代謝表現、健康生活型態、自覺健康狀態之間的差異。研究結果呈現：人口學屬性中，類別變項有性別、宗教信仰之有無、目前有無吸煙習慣、收入夠不夠花用、婚姻狀態、收入、日間睡眠時數、夜間睡眠時數等八項，分別與生理代謝表現中之 BMI、體脂肪、三酸甘油酯、膽固醇、血壓、血糖、呼吸、心跳、心律變異性、尿酸等十二項、健康生活型態與自覺健康狀態及其細項以獨立 t 檢定或單因子變異數分析來呈現其差異性。

3.1 性別於生理代謝表現、健康生活型態、自覺健康狀態之間的差異

研究結果顯示，男性的 BMI、腰圍、膽固醇、尿酸較女性高，其中腰圍 ($t=4.126, p < .001$)、尿酸 ($t=2.146, p < .05$) 具有統計上的差異；而女性體脂肪較男性為高 ($t=4.627, p < .001$)，具有統計上的差異。性別；於健康生活型態的評估上，不分總分或分量表之得分上，男性均高於女性之得分，其中自我實現之分量表 ($t=2.191, p < .05$) 具有統計上的差異。於自覺健康狀態中，不分總分或分量表之得分上，男性得分高於女性，其中一般健康 ($t=3.259, p < .001$)、活力狀況 ($t=2.165, p < .05$) 之分量表具有統計上的差異。詳見表 4-3-1 精神分裂症患者之性別與生理代謝表現、健康生活型態及自覺健康狀態之差異。

表 4-3-1 性別與生理代謝表現、健康生活型態及自覺健康狀態之差異

變項		個數	平均數	標準差	t 值	p 值
BMI	男	63	27.09	4.69	1.221	0.224
	女	57	26.02	4.85		
腰圍	男	63	94.33	11.82	4.127	0.000
	女	57	85.24	12.29		
體脂肪	男	63	28.92	8.61	-4.672	0.000
	女	57	37.15	10.66		
三酸甘油酯	男	49	168.63	37.60	-0.381	0.704
	女	40	171.53	33.00		
血糖	男	62	88.73	17.02	-1.625	0.107
	女	57	94.84	23.73		
膽固醇	男	47	139.55	75.51	0.217	0.829
	女	37	136.14	66.77		
尿酸	男	45	6.33	2.04	2.146	0.035
	女	39	5.31	2.35		
收縮壓	男	63	113.56	15.77	1.256	0.212
	女	57	110.21	13.11		
舒張壓	男	63	72.86	10.48	0.280	0.780
	女	57	72.37	8.42		
呼吸	男	63	17.76	0.89	1.375	0.172
	女	57	17.51	1.12		
心跳	男	63	91.46	13.09	1.637	0.104
	女	57	88.07	9.45		
SDNN (ms)	男	63	49.57	39.62	-0.644	0.521
	女	57	54.42	42.79		
RMSSD (ms)	男	63	40.67	47.08	0.023	0.982
	女	57	40.51	26.25		
自我實現	男	63	11.46	3.47	2.191	0.030
	女	57	10.19	2.86		
健康責任	男	63	9.86	2.95	0.600	0.550
	女	57	9.53	3.09		
運動	男	63	9.21	2.97	1.410	0.161
	女	57	8.49	2.54		
營養	男	63	10.75	2.72	1.105	0.271
	女	57	10.21	2.57		

表 4-3-1 性別與生理代謝表現、健康生活型態及自覺健康狀態之差異(續)

變項		個數	平均數	標準差	t 值	p 值
人際支持	男	63	10.43	3.09	1.385	0.169
	女	57	9.63	3.21		
壓力管理	男	63	10.70	3.02	1.885	0.062
	女	57	9.70	2.74		
健康生活 型態總分	男	63	62.40	15.22	1.740	0.085
	女	57	57.75	13.88		
生理面向	男	63	43.34	11.57	-0.013	0.989
	女	57	43.37	12.24		
生理功能	男	63	80.00	20.75	0.226	0.822
	女	57	79.12	21.80		
心理面向	男	63	49.80	14.66	2.489	0.014
	女	57	43.38	13.43		
角色生理	男	63	52.38	38.55	0.214	0.831
	女	57	50.88	38.37		
身體疼痛	男	63	74.30	25.33	1.351	0.179
	女	57	68.07	25.14		
一般健康	男	63	66.08	24.85	3.259	0.001
	女	57	51.91	22.54		
活力狀況	男	63	62.62	22.01	2.165	0.032
	女	57	54.21	20.37		
社會功能	男	63	67.66	24.86	0.846	0.399
	女	57	63.82	24.85		
角色情緒	男	63	58.20	36.40	0.937	0.351
	女	57	51.46	41.82		
心理健康	男	63	63.68	24.12	2.035	0.044
	女	57	55.09	21.94		

3.2 宗教信仰於生理代謝表現、自覺健康狀態、健康生活型態之間的差異

研究結果顯示，有宗教信仰的患者，於健康生活型態得分均高於無宗教信仰的精神分裂症患者，其中於自我實現 ($t=-2.888, p<.001$)、運動 ($t=-2.734, p<.001$)、營養 ($t=-3.202, p<.001$)、人際支持 ($t=-2.323, p<.001$) 4 個分量表與健康生活型態總分 ($t=-2.874, p<.001$)，結果均達統計上之差異。而宗教信仰之有無對生理代謝表現和自覺健康狀態之評量無統計上顯著之差異性，詳見表 4-3-2 信仰與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性。



表 4-3-2 信仰與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性

變項		個數	平均數	標準差	<i>t</i> 值	<i>P</i>
BMI	無	31	25.37	3.90	-1.861	0.067
	有	89	27.00	5.00		
腰圍	無	31	86.90	12.27	-1.574	0.118
	有	89	91.09	12.91		
體脂肪	無	31	32.25	10.35	-0.354	0.724
	有	89	33.03	10.53		
三酸甘油脂	無	21	168.14	30.98	-0.263	0.793
	有	68	170.49	36.90		
血糖	無	31	95.90	25.02	1.336	0.184
	有	88	90.16	18.81		
膽固醇	無	18	132.89	60.58	-0.344	0.732
	有	66	139.45	74.42		
尿酸	無	21	6.07	2.87	0.426	0.674
	有	63	5.78	2.01		
收縮壓	無	31	107.84	11.47	-1.846	0.067
	有	89	113.40	15.34		
舒張壓	無	31	71.84	9.14	-0.532	0.595
	有	89	72.90	9.68		
呼吸	無	31	17.71	1.07	0.433	0.665
	有	89	17.62	0.99		
心跳	無	31	91.71	11.91	1.038	0.301
	有	89	89.20	11.47		
SDNN (ms)	無	29	47.06	28.17	-0.122	0.903
	有	86	47.77	26.41		
RMSSD (ms)	無	29	38.71	28.31	0.556	0.582
	有	88	35.58	18.63		
自我實現	無	31	9.45	3.24	-2.888	0.005
	有	89	11.35	3.12		

表 4-3-2 信仰與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性(續)

變項	個數	平均數	標準差	t 值	P	
健康責任	無	31	8.81	2.75	-1.942	0.054
	有	89	10.01	3.05		
運動	無	31	7.87	2.13	-2.734	0.008
	有	89	9.21	2.91		
營養	無	31	9.23	2.42	-3.202	0.002
	有	89	10.93	2.60		
人際支持	無	31	8.94	2.83	-2.323	0.022
	有	89	10.44	3.19		
壓力管理	無	31	9.55	2.66	-1.504	0.135
	有	89	10.46	2.99		
健康生活 型態總分	無	31	53.84	13.07	-2.874	0.005
	有	89	62.40	14.69		
生理面向	無	31	44.34	14.10	0.473	0.639
	有	89	43.02	11.02		
心理面向	無	31	45.15	11.90	-0.718	0.474
	有	89	47.31	15.19		
生理功能	無	31	76.13	25.52	-1.055	0.293
	有	89	80.79	19.45		
角色生理	無	31	54.03	40.87	0.398	0.692
	有	89	50.84	37.59		
身體疼痛	無	31	74.97	23.89	0.925	0.357
	有	89	70.08	25.82		
一般健康	無	31	57.97	19.50	-0.416	0.679
	有	89	59.83	26.39		
活力狀況	無	31	54.68	18.88	-1.185	0.238
	有	89	60.00	22.37		
心理面相	無	31	45.15	11.90	-0.718	0.474
	有	89	47.31	15.19		
社會功能	無	31	70.16	20.07	1.128	0.261
	有	89	64.33	26.22		
角色情緒	無	31	52.69	41.96	-0.381	0.704
	有	89	55.81	38.20		
心理健康	無	31	56.00	20.00	-0.994	0.322
	有	89	60.85	24.47		

3.3 吸菸習慣於生理代謝表現、自覺健康狀態、健康生活型態之間的差異

研究結果顯示，目前仍有吸煙習慣的患者，較無吸菸者腰圍寬 ($t=3.445, p < .001$)，以及全部正常心跳間期的標準差 SDNN (ms) 低 ($t=2.038, p < .05$)，表示沒有吸煙者較吸煙者更接近正常值。目前仍有吸煙習慣的精神分裂症患者於自覺健康狀態中營養 ($t=2.088, p < .05$) 之分量表，比沒有吸煙者得分低，達統計上顯著性，表示未吸煙者較吸煙者於個人營養狀態得分高。其餘均於統計上無顯著之差異性。詳見表 4-3-3 吸煙習慣與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性。



表 4-3-3 吸煙習慣與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性

變項		個數	平均數	標準差	<i>t</i> 值	<i>p</i>
BMI	沒有	85	26.24	4.94	-1.239	0.218
	有	35	27.42	4.30		
腰圍	沒有	85	87.53	11.88	-3.445	0.001
	有	35	96.03	13.24		
體脂肪	沒有	85	33.81	10.85	1.614	0.109
	有	35	30.44	9.11		
三酸甘油脂	沒有	59	170.07	33.16	0.050	0.960
	有	30	169.67	40.15		
血糖	沒有	85	93.13	21.75	1.234	0.220
	有	34	87.97	17.34		
膽固醇	沒有	55	139.16	76.09	0.196	0.845
	有	29	135.93	62.72		
尿酸	沒有	56	5.85	2.38	-0.045	0.965
	有	28	5.87	1.97		
收縮壓	沒有	85	111.34	13.71	-0.730	0.467
	有	35	113.49	16.69		
舒張壓	沒有	85	71.98	8.25	-0.999	0.323
	有	35	74.20	12.06		
呼吸	沒有	85	17.55	1.04	-1.506	0.135
	有	35	17.86	0.91		
心跳	沒有	85	88.79	11.42	-1.574	0.118
	有	35	92.43	11.75		
SDNN (ms)	沒有	81	50.84	27.00	2.038	0.044
	有	34	39.85	24.82		
RMSSD (ms)	沒有	82	38.21	23.18	1.679	0.097
	有	35	32.02	15.73		
自我實現	沒有	85	10.87	3.24	0.064	0.949
	有	35	10.83	3.29		
健康責任	沒有	85	9.81	3.11	0.633	0.528
	有	35	9.43	2.77		
運動	沒有	85	9.01	2.81	0.888	0.376
	有	35	8.51	2.75		

表 4-3-3 吸煙習慣與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性(續)

變項		個數	平均數	標準差	<i>t</i> 值	<i>p</i>
營養	沒有	85	10.81	2.54	2.088	0.039
	有	35	9.71	2.79		
人際支持	沒有	85	10.13	3.26	0.428	0.670
	有	35	9.86	2.93		
壓力管理	沒有	85	10.28	3.08	0.334	0.739
	有	35	10.09	2.52		
健康生活 型態總分	沒有	85	60.92	15.15	0.841	0.402
	有	35	58.43	13.68		
生理面向	沒有	85	44.10	11.65	1.068	0.288
	有	35	41.56	12.27		
心理面向	沒有	85	46.08	13.84	-0.793	0.429
	有	35	48.38	15.76		
生理功能	沒有	85	80.76	20.69	0.952	0.343
	有	35	76.71	22.33		
角色生理	沒有	85	53.82	38.48	0.961	0.339
	有	35	46.43	37.94		
身體疼痛	沒有	85	69.99	24.67	-0.912	0.364
	有	35	74.63	26.94		
一般健康	沒有	85	57.73	24.31	-1.120	0.265
	有	35	63.29	25.63		
活力狀況	沒有	85	57.41	21.14	-0.960	0.339
	有	35	61.57	22.65		
社會功能	沒有	85	67.35	24.56	1.045	0.298
	有	35	62.14	25.45		
角色情緒	沒有	85	58.04	38.20	1.333	0.185
	有	35	47.62	40.65		
心理健康	沒有	85	58.54	22.85	-0.771	0.442
	有	35	62.17	24.87		

3.4 收入的足夠性於生理代謝值、健康生活型態、自覺健康狀態之間的差異

研究結果顯示，目前收入夠支付生活需要的精神分裂症患者，僅於自覺健康狀態中一般健康 ($t=2.365, p<.05$) 之分量表得分高於不夠支付者，達統計上之差異性，其餘均無顯著之差異性，表示收入夠支付生活需求者較收入不夠支付生活需求者的健康表現為佳。詳見表表 4-3-4 收入夠支付生活需要與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性。



表 4-3-4 收入足夠性與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性

變項		個數	平均數	標準差	<i>t</i>	<i>p</i>
BMI	夠	64	26.50	4.67	-0.195	0.845
	不夠	56	26.67	4.93		
腰圍	夠	64	89.90	11.32	-0.100	0.921
	不夠	56	90.13	14.47		
體脂肪	夠	64	32.88	9.82	0.057	0.955
	不夠	56	32.77	11.21		
三酸甘油脂	夠	48	164.02	36.89	-1.722	0.089
	不夠	41	176.85	32.75		
血糖	夠	63	90.10	20.33	-0.873	0.384
	不夠	56	93.41	21.04		
膽固醇	夠	44	125.07	70.77	-1.770	0.080
	不夠	40	152.33	70.18		
尿酸	夠	44	5.90	2.15	0.188	0.851
	不夠	40	5.81	2.36		
收縮壓	夠	64	109.72	14.39	-1.820	0.071
	不夠	56	114.54	14.55		
舒張壓	夠	64	71.92	9.09	-0.864	0.389
	不夠	56	73.43	10.00		
呼吸	夠	64	17.80	1.12	1.815	0.072
	不夠	56	17.46	0.85		
心跳	夠	64	91.03	11.66	1.196	0.234
	不夠	56	88.50	11.47		
SDNN (ms)	夠	60	46.61	26.25	-0.410	0.683
	不夠	55	48.66	27.48		
RMSSD (ms)	夠	62	37.27	25.62	0.505	0.615
	不夠	55	35.33	15.34		
自我實現	夠	64	10.86	3.35	0.004	0.997
	不夠	56	10.86	3.15		
健康責任	夠	64	9.88	3.30	0.680	0.498
	不夠	56	9.50	2.65		
運動	夠	64	8.86	2.86	-0.031	0.976
	不夠	56	8.88	2.72		

表 4-3-4 收入足夠性與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性 (續)

變項		個數	平均數	標準差	<i>t</i>	<i>p</i>
營養	夠	64	10.84	2.66	1.563	0.121
	不夠	56	10.09	2.62		
人際支持	夠	64	10.06	3.25	0.046	0.963
	不夠	56	10.04	3.08		
壓力管理	夠	64	10.31	3.03	0.349	0.728
	不夠	56	10.13	2.82		
健康生活 型態總分	夠	64	60.81	15.29	0.492	0.623
	不夠	56	59.48	14.14		
生理面向	夠	64	44.25	11.06	0.882	0.379
	不夠	56	42.34	12.70		
心理面向	夠	64	48.55	15.56	1.474	0.143
	不夠	56	44.69	12.76		
生理功能	夠	64	81.72	18.59	1.183	0.239
	不夠	56	77.14	23.72		
角色生理	夠	64	54.30	39.48	0.803	0.424
	不夠	56	48.66	37.06		
身體疼痛	夠	64	72.42	26.02	0.498	0.620
	不夠	56	70.11	24.69		
一般健康	夠	64	64.25	23.94	2.365	0.020
	不夠	56	53.75	24.62		
活力狀況	夠	64	61.95	21.34	1.824	0.071
	不夠	56	54.82	21.40		
社會功能	夠	64	67.97	24.99	1.007	0.316
	不夠	56	63.39	24.64		
角色情緒	夠	64	59.38	40.92	1.316	0.191
	不夠	56	50.00	36.51		
心理健康	夠	64	61.31	25.62	0.856	0.394
	不夠	56	57.64	20.66		

3.5 婚姻於生理代謝值、健康生活型態、自覺健康狀態之間的差異

研究結果顯示，離婚的 BMI、腰圍、體脂肪、血糖值平均數高於已婚、未婚者，且三種婚姻狀態患者於體脂肪 ($F=3.445, p<.05$) 與血糖值 ($F=4.582, p<.05$) 均達統計上顯著之差異性。進一步以 Post hoc 分析發現，精神分裂症患者中離婚者之體脂肪顯著高於未婚者，有統計上顯著性差異 ($p=.039$)，其餘組間無顯著性差異，血糖值則無顯著性差異。

已婚者膽固醇平均值較高，未婚之尿酸平均值較高，但未達統計上之差異性。已婚者於健康生活型態及其六個分量表中均得分較高，但未達統計上之顯著差異性。婚姻狀態與自覺健康狀態間無顯著性差異，詳見表 4-3-5 婚姻與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性。



表 4-3-5 婚姻與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性

變項		個數	平均數	標準差	最小值	最大值	F 值	P
BMI	未婚	90	26.29	4.72	17.67	42.56	0.688	0.505
	已婚	15	27.25	4.35	19.78	35.49		
	離婚	15	27.66	5.58	19.17	36.17		
腰圍	未婚	90	88.94	12.04	60.0	115.0	1.377	0.256
	已婚	15	92.00	12.04	72.0	115.0		
	離婚	15	94.40	17.35	71.0	123.0		
體脂肪	①未婚	90	31.94	9.48	14.20	58.10	3.445	0.035
	②已婚	15	31.67	11.34	14.20	53.00		
	③離婚	15	39.31	13.30	19.30	68.30		
							# ③ > ①, p=.039	
三酸甘油酯	未婚	66	166.73	35.40	71	245	1.363	0.261
	已婚	11	185.18	37.11	129	254		
	離婚	12	173.58	32.85	117	229		
血糖	未婚	89	88.43	17.84	58	187	4.582	0.012
	已婚	15	100.87	19.06	79	142		
	離婚	15	101.60	31.09	63	174		
膽固醇	未婚	61	133.70	71.54	45	314	0.532	0.589
	已婚	11	157.36	84.13	73	339		
	離婚	12	142.42	60.03	56	219		
尿酸	未婚	62	5.87	2.43	0.7	11.7	0.004	0.996
	已婚	10	5.80	1.45	2.7	7.8		
	離婚	12	5.85	1.79	3.2	9.2		
收縮壓	未婚	90	111.48	14.29	84	153	0.227	0.797
	已婚	15	114.07	14.86	90	140		
	離婚	15	112.80	16.90	90	145		
舒張壓	未婚	90	72.52	9.42	53	99	0.342	0.711
	已婚	15	74.33	10.22	60	98		
	離婚	15	71.53	9.86	60	91		
呼吸	未婚	90	17.71	0.97	16	22	0.864	0.424
	已婚	15	17.47	1.06	16	19		
	離婚	15	17.40	1.18	16	20		
心跳	未婚	90	90.26	11.31	64	118	0.620	0.540
	已婚	15	86.73	14.40	68	120		
	離婚	15	90.53	10.43	72	112		

表 4-3-5 婚姻與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性 (續) (N=120)

變項	個數	平均數	標準差	最小值	最大值	F 值	P
SDNN (ms)	未婚	85	48.55	26.69	12.37	0.510	0.602
	已婚	15	48.66	29.61	12.65		
	離婚	15	41.06	24.91	12.75		
RMSSD (ms)	未婚	87	35.44	20.44	9.89	0.341	0.712
	已婚	15	40.02	24.89	14.30		
	離婚	15	38.00	23.80	7.71		
自我實現	未婚	90	10.80	3.22	4	0.512	0.601
	已婚	15	11.60	3.09	5		
	離婚	15	10.47	3.62	4		
健康責任	未婚	90	9.56	3.01	4	0.528	0.591
	已婚	15	10.40	2.95	4		
	離婚	15	9.87	3.18	6		
運動	未婚	90	8.86	2.75	4	0.775	0.463
	已婚	15	9.53	3.00	5		
	離婚	15	8.27	2.87	5		
營養	未婚	90	10.52	2.65	4	0.107	0.898
	已婚	15	10.60	2.85	7		
	離婚	15	10.20	2.65	6		
人際支持	未婚	90	9.82	3.09	4	1.927	0.150
	已婚	15	11.53	3.04	6		
	離婚	15	9.93	3.49	5		
壓力管理	未婚	90	10.08	3.00	4	0.460	0.632
	已婚	15	10.73	2.69	7		
	離婚	15	10.60	2.77	6		
健康生活型態總分	未婚	90	59.63	14.73	26	0.699	0.499
	已婚	15	64.40	14.24	44		
	離婚	15	59.33	15.43	39		
生理面向	未婚	90	43.66	11.62	4.14	0.112	0.894
	已婚	15	42.50	13.35	18.24		
	離婚	15	42.43	12.35	18.84		
心理面向	未婚	90	45.88	14.07	11.44	0.885	0.415
	已婚	15	51.13	18.10	13.41		
	離婚	15	47.63	12.20	25.61		
生理功能	未婚	90	80.33	22.14	0	0.227	0.798
	已婚	15	77.67	19.90	35		
	離婚	15	77.00	16.78	40		

表 4-3-5 婚姻與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性(續) (N=120)

變項		個數	平均數	標準差	最小值	最大值	F 值	P
角色生理	未婚	90	51.11	38.93	0	100	0.037	0.963
	已婚	15	53.33	37.64	0	100		
	離婚	15	53.33	37.64	0	100		
身體疼痛	未婚	90	70.74	26.13	10	100	0.903	0.408
	已婚	15	79.00	20.02	42	100		
	離婚	15	67.27	25.10	22	100		
一般健康	未婚	90	59.98	23.51	11	100	0.121	0.886
	已婚	15	58.00	32.32	1	95		
	離婚	15	56.93	25.08	21	97		
活力狀況	未婚	90	58.67	20.89	10	100	0.150	0.861
	已婚	15	60.67	25.63	15	95		
	離婚	15	56.33	22.71	25	95		
社會功能	未婚	90	62.92	25.99	0	100	2.589	0.079
	已婚	15	73.33	19.40	50	100		
	離婚	15	75.83	18.58	38	100		
角色情緒	未婚	90	54.44	39.49	0	100	0.048	0.953
	已婚	15	55.56	43.03	0	100		
	離婚	15	57.78	34.43	0	100		
心理健康	未婚	90	58.00	23.39	8	100	1.677	0.191
	已婚	15	69.87	25.61	16	96		
	離婚	15	58.93	19.91	28	88		

為經 Scheffe 事後檢定

3.6 經濟收入於生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性

經濟收入因有變項個案數較少，最後合併為 3 個變項，分別與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態做差異性比較，結果於近 6 個月之經濟收入上均無統計上之差異性，表示不論患者的過去六個月平均經濟月收入狀況為何，其生理代謝表現、健康生活型態以及自覺健康狀態，皆無明顯的不同。詳見表 4-3-6 收入與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性。



表 4-3-6 收入與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性

變項	個數	平均數	標準差	最小值	最大值	F 值	p
BMI	<4999	97	26.28	4.92	17.67	42.56	1.025 0.362
	5000~9999	13	27.96	3.81	20.71	34.2	
	10000~	10	27.74	4.38	20.99	35.19	
腰圍	<4999	97	89.03	12.53	60	120	1.617 0.203
	5000~9999	13	92.92	12.71	72	115	
	10000~	10	95.70	15.17	71	123	
體脂肪	<4999	97	32.21	10.90	14.2	68.3	1.122 0.329
	5000~9999	13	36.76	7.44	23	52.3	
	10000~	10	33.65	8.65	20.3	44.5	
三酸甘油脂	<4999	70	170.71	32.16	103	245	1.070 0.347
	5000~9999	10	177.90	45.28	117	254	
	10000~	9	155.00	47.48	71	226	
血糖	<4999	97	91.85	21.64	58	187	0.331 0.719
	5000~9999	13	87.92	9.77	72	105	
	10000~	9	95.00	22.17	61	133	
膽固醇	<4999	66	142.64	76.14	45	339	0.639 0.530
	5000~9999	9	123.44	51.05	50	226	
	10000~	9	119.00	48.41	52	209	
尿酸	<4999	66	5.75	2.33	0.7	11.7	0.387 0.681
	5000~9999	9	6.02	1.60	3.2	8.3	
	10000~	9	6.43	2.15	3.4	10.7	
收縮壓	<4999	97	111.36	14.83	84	153	0.666 0.515
	5000~9999	13	112.69	11.91	92	138	
	10000~	10	116.90	15.94	93	145	
舒張壓	<4999	97	72.19	9.48	53	99	0.536 0.587
	5000~9999	13	74.54	9.38	60	93	
	10000~	10	74.40	10.50	60	91	
呼吸	<4999	97	17.61	1.03	16	22	0.276 0.759
	5000~9999	13	17.77	1.01	16	19	
	10000~	10	17.80	0.92	17	19	
心跳	<4999	97	88.99	11.48	64	112	2.360 0.099
	5000~9999	13	90.62	12.01	78	118	
	10000~	10	97.20	10.46	82	120	

表 4-3-6 收入與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性 (續)

變項		個數	平均數	標準差	最小值	最大值	F 值	p
SDNN (ms)	<4999	93	47.81	23.44	12.44	118.62	0.073	0.930
	5000~9999	13	48.24	40.79	12.37	171.56		
	10000~	9	44.32	36.95	16.93	137.49		
SDNN (ms)	<4999	93	47.81	23.44	12.44	118.62	0.073	0.930
	5000~9999	13	48.24	40.79	12.37	171.56		
	10000~	9	44.32	36.95	16.93	137.49		
RMSSD (ms)	<4999	94	37.20	20.90	7.71	104.35	0.740	0.479
	5000~9999	13	36.29	27.01	10.33	106.38		
	10000~	10	28.54	17.60	9.89	63.16		
自我實現	<4999	97	10.74	3.30	4	16	0.424	0.655
	5000~9999	13	11.08	3.09	4	16		
	10000~	10	11.70	3.06	6	16		
健康責任	<4999	97	9.67	3.03	4	16	0.292	0.747
	5000~9999	13	10.23	2.77	6	16		
	10000~	10	9.30	3.27	5	15		
運動	<4999	97	8.90	2.82	4	16	0.159	0.854
	5000~9999	13	9.00	3.29	5	16		
	10000~	10	8.40	1.78	6	11		
營養	<4999	97	10.60	2.70	4	16	0.484	0.617
	5000~9999	13	9.85	2.94	5	16		
	10000~	10	10.30	1.77	8	13		
人際支持	<4999	97	10.04	3.18	4	16	0.041	0.959
	5000~9999	13	9.92	3.43	5	16		
	10000~	10	10.30	2.83	5	14		
壓力管理	<4999	97	10.18	3.06	4	16	0.486	0.616
	5000~9999	13	10.92	2.56	8	16		
	10000~	10	9.80	1.81	6	12		
健康生活 型態總分	<4999	97	60.12	15.20	26	96	0.024	0.977
	5000~9999	13	61.00	15.59	42	96		
	10000~	10	59.80	8.66	50	72		
生理面向	<4999	97	44.33	11.78	4.14	67.00	1.973	0.144
	5000~9999	13	37.77	11.51	18.34	56.77		
	10000~	10	41.19	11.68	25.18	57.62		

表 4-3-6 收入與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性 (續)

變項		個數	平均數	標準差	最小值	最大值	F 值	p
心理面向	<4999	97	47.27	14.68	11.44	73.88	0.588	0.557
	5000~9999	13	46.50	12.13	31.86	72.65		
	10000~	10	42.07	14.82	21.36	65.50		
生理功能	<4999	97	81.29	20.82	0	100	1.752	0.178
	5000~9999	13	70.77	19.98	35	100		
	10000~	10	74.50	24.43	40	100		
角色生理	<4999	97	53.09	38.06	0	100	0.539	0.585
	5000~9999	13	50.00	44.49	0	100		
	10000~	10	40.00	33.75	0	100		
身體疼痛	<4999	97	73.39	24.94	10	100	2.368	0.098
	5000~9999	13	57.38	25.35	10	100		
	10000~	10	69.60	25.70	32	100		
一般健康	<4999	97	60.43	24.66	1	100	0.483	0.618
	5000~9999	13	54.54	26.36	20	100		
	10000~	10	55.10	24.62	11	82		
活力狀況	<4999	97	59.38	22.13	10	100	0.531	0.589
	5000~9999	13	58.08	18.43	35	90		
	10000~	10	52.00	20.58	25	85		
社會功能	<4999	97	67.78	24.73	0	100	1.967	0.144
	5000~9999	13	61.54	24.19	25	100		
	10000~	10	52.50	24.15	25	87.5		
角色情緒	<4999	97	56.01	39.54	0	100	0.171	0.843
	5000~9999	13	51.28	32.25	0	100		
	10000~	10	50.00	45.13	0	100		
心理健康	<4999	97	60.70	23.52	8	100	0.631	0.534
	5000~9999	13	56.62	19.59	32	100		
	10000~	10	52.80	27.51	16	92		

3.7 日間睡眠於生理代謝表現、自覺健康狀態、健康生活型態之間的差異

日間睡眠時數因有變項個案數較少，最後合併為 3 個變項，分別與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態做差異性比較，結果不論患者的日間睡眠狀況為何，其生理代謝表現、健康生活型態以及自覺健康狀態，皆無明顯的不同。詳見表 4-3-7 日間睡眠與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性。



表 4-3-7 日間睡眠與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性

變項		個數	平均數	標準差	最小值	最大值	<i>F</i>	<i>p</i>
BMI	0~2	91	26.49	4.67	17.67	42.56	0.142	0.868
	2~4	19	26.62	5.50	18.07	36.17		
	>4	10	27.35	4.69	20.99	35.33		
腰圍	0~2	91	89.92	12.51	65	123	0.956	0.387
	2~4	19	87.89	14.40	60	120		
	>4	10	94.80	12.76	71	116		
體脂肪	0~2	91	32.41	9.54	14.2	58.1	0.391	0.677
	2~4	19	33.52	14.87	19.1	68.3		
	>4	10	35.30	9.04	20.1	51.5		
三酸甘油脂	0~2	67	169.67	33.19	103	245	0.327	0.722
	2~4	16	167.00	47.69	71	254		
	>4	6	180.67	23.85	160	222		
血糖	0~2	90	91.30	19.90	60	187	0.488	0.615
	2~4	19	90.16	20.29	58	144		
	>4	10	97.70	28.36	82	174		
膽固醇	0~2	64	132.91	70.71	45	339	1.967	0.147
	2~4	14	138.14	71.98	52	279		
	>4	6	192.67	64.81	130	314		
尿酸	0~2	62	5.77	2.24	0.7	11.7	1.492	0.231
	2~4	16	5.61	2.26	1.5	9.2		
	>4	6	7.35	1.89	5.7	10.7		
收縮壓	0~2	91	112.05	14.72	87	148	0.030	0.971
	2~4	19	111.26	13.04	84	134		
	>4	10	112.50	17.63	91	153		
舒張壓	0~2	91	72.81	9.72	53	99	0.277	0.759
	2~4	19	71.21	8.48	60	84		
	>4	10	73.60	10.16	60	90		
呼吸	0~2	91	17.62	1.01	16	22	0.354	0.702
	2~4	19	17.63	1.12	16	20		
	>4	10	17.90	0.88	17	19		
心跳	0~2	91	89.40	12.23	64	120	0.496	0.610
	2~4	19	90.26	9.37	69	104		
	>4	10	93.20	9.44	80	108		

表 4-3-7 日間睡眠與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性(續)

變項		個數	平均數	標準差	最小值	最大值	<i>F</i>	<i>p</i>
SDNN (ms)	0~2	87	48.82	27.79	12.37	171.56	0.486	0.616
	2~4	19	45.42	23.46	12.75	99.84		
	>4	9	40.28	23.76	12.44	93.04		
RMSSD (ms)	0~2	89	38.31	22.54	10.33	106.38	1.798	0.170
	2~4	18	32.18	17.35	7.71	72.87		
	>4	10	26.54	12.49	9.89	45.63		
自我實現	0~2	91	10.90	3.37	4	16	0.043	0.958
	2~4	19	10.79	3.46	4	16		
	>4	10	10.60	1.26	9	13		
健康責任	0~2	91	9.91	2.99	4	16	0.982	0.378
	2~4	19	9.16	3.58	4	16		
	>4	10	8.80	1.62	6	11		
運動	0~2	91	8.95	2.77	4	16	0.161	0.851
	2~4	19	8.68	3.45	5	16		
	>4	10	8.50	1.43	6	11		
營養	0~2	91	10.57	2.69	4	16	0.189	0.828
	2~4	19	10.32	3.04	4	16		
	>4	10	10.10	1.37	8	12		
人際支持	0~2	91	10.24	3.19	4	16	1.249	0.291
	2~4	19	9.89	3.51	5	16		
	>4	10	8.60	1.58	6	12		
壓力管理	0~2	91	10.27	2.83	4	16	0.725	0.486
	2~4	19	10.53	3.72	4	16		
	>4	10	9.20	1.93	6	12		
健康生活 型態總分	0~2	91	60.85	14.73	26	96	0.560	0.573
	2~4	19	59.37	18.00	28	96		
	>4	10	55.80	4.54	50	66		
生理面向	0~2	91	43.66	11.99	4.135	67.002	0.210	0.811
	2~4	19	43.12	12.90	18.835	61.017		
	>4	10	41.11	8.79	25.789	49.803		
心理面向	0~2	91	46.25	14.61	11.441	72.646	0.311	0.733
	2~4	19	49.14	16.33	24.884	73.884		
	>4	10	46.74	7.54	32.394	55.941		

表 4-3-7 日間睡眠與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性(續)

變項	個數	平均數	標準差	最小值	最大值	<i>F</i>	<i>p</i>
生理功能	0~2	91	79.51	21.90	0	0.318	0.728
	2~4	19	82.11	19.03	30		
	>4	10	75.50	19.36	45		
角色生理	0~2	91	51.65	39.05	0	0.015	0.985
	2~4	19	52.63	39.87	0		
	>4	10	50.00	31.18	25		
身體疼痛	0~2	91	71.87	25.39	10	0.374	0.689
	2~4	19	72.32	27.72	22		
	>4	10	64.70	21.15	32		
一般健康	0~2	91	59.16	24.28	11	0.257	0.774
	2~4	19	57.58	28.55	1		
	>4	10	64.40	22.84	37		
活力狀況	0~2	91	57.97	21.62	10	0.290	0.749
	2~4	19	62.11	25.13	25		
	>4	10	58.00	13.78	45		
社會功能	0~2	91	65.25	26.41	0	0.128	0.880
	2~4	19	68.42	20.57	25		
	>4	10	66.25	17.73	37.5		
角色情緒	0~2	91	56.04	38.45	0	0.483	0.618
	2~4	19	56.14	45.88	0		
	>4	10	43.33	31.62	0		
心理健康	0~2	91	58.73	23.76	8	0.687	0.505
	2~4	19	65.26	25.72	28		
	>4	10	56.80	13.96	32		

3.8 夜間睡眠於生理代謝值、自覺健康狀態、健康生活型態之間的差異

夜間睡眠時數因有變項個案數較少，最後合併為 3 個變項，分別與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態做差異性比較，結果夜間睡眠以 6~8 小時與生理代謝值之 BMI、腰圍、體脂肪、血糖、膽固醇最少，但無統計上之差異，與體脂肪有統計上之差異性 ($F=4.065, p<.05$)，進一步以 Post hoc 分析發現，於體脂肪變項中夜眠 8 小時以上者較夜眠 6~8 小時為多，達到統計上有顯著性差異($p=.034$)。雖然，夜間睡眠與健康生活型態上均無統計上之差異性，但是夜間睡眠的時數與自覺健康狀態的表現卻有不同。以 6~8 小時的夜間睡眠與自覺健康狀態 ($F=3.355, p<.05$) 及分量表活力狀況 ($F=3.808, p<.05$) 分數最高，且達統計上之性差異，但進一步以 Post hoc 分析，組間均無差異性，詳見表 4-3-8 夜間睡眠與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性。

表 4-3-8 夜間睡眠與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性

變項	個數	平均數	標準差	最小值	最大值	<i>F</i>	<i>p</i>
BMI	<6	20	27.14	4.38	18.07	1.819	0.167
	6~8	47	25.55	4.18	19.17		
	>8	53	27.28	5.31	17.67		
腰圍	<6	20	89.45	13.14	60	0.520	0.596
	6~8	47	88.76	11.80	71		
	>8	53	91.33	13.69	68		
體脂肪	①<6	20	35.08	9.36	19.8	4.065	0.020
	②6~8	47	29.52	8.91	14.2		
	③>8	53	34.91	11.46	14.2		
							# ③>②, p=.034
三酸甘油脂	<6	12	171.67	38.93	114	3.006	0.055
	6~8	40	160.38	34.80	71		
	>8	37	179.70	33.08	117		
血糖	<6	19	94.00	17.64	65	1.266	0.286
	6~8	47	87.94	17.42	60		
	>8	53	94.11	23.89	58		
膽固醇	<6	10	136.30	68.36	89	1.608	0.207
	6~8	38	123.92	70.72	45		
	>8	36	153.44	71.66	48		
尿酸	<6	10	5.47	1.66	3	1.370	0.260
	6~8	39	5.53	2.27	0.7		
	>8	35	6.33	2.30	2		
收縮壓	<6	20	110.30	11.90	90	1.196	0.306
	6~8	47	114.53	15.65	87		
	>8	53	110.32	14.49	84		
舒張壓	<6	20	70.65	7.13	60	0.602	0.550
	6~8	47	73.45	9.38	53		
	>8	53	72.64	10.43	55		

表 4-3-8 夜間睡眠與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性(續)

變項	個數	平均數	標準差	最小值	最大值	<i>F</i>	<i>p</i>
呼吸	<6	20	17.55	0.76	17	19	0.173
	6~8	47	17.70	0.93	16		
	>8	53	17.62	1.16	16		
心跳	<6	20	89.65	9.18	69	104	0.505
	6~8	47	91.13	12.22	69		
	>8	53	88.79	11.90	64		
SDNN (ms)	<6	20	43.96	20.11	16.93	93.04	0.598
	6~8	45	45.84	26.72	12.65		
	>8	50	50.62	29.13	12.37		
RMSSD (ms)	<6	19	34.66	16.78	18.27	83.26	0.797
	6~8	46	33.92	20.68	7.71		
	>8	52	39.13	23.35	9.89		
自我實現	<6	20	10.05	2.93	5	16	0.838
	6~8	47	11.17	3.19	4		
	>8	53	10.89	3.41	4		
健康責任	<6	20	10.35	2.72	5	16	1.302
	6~8	47	9.96	2.84	4		
	>8	53	9.23	3.23	4		
運動	<6	20	8.55	2.67	5	14	0.541
	6~8	47	9.19	2.82	5		
	>8	53	8.70	2.83	4		
營養	<6	20	10.50	2.46	5	16	0.071
	6~8	47	10.38	2.64	4		
	>8	53	10.58	2.78	4		
人際支持	<6	20	10.15	2.94	5	16	0.318
	6~8	47	9.77	2.86	5		
	>8	53	10.26	3.51	4		
壓力管理	<6	20	9.80	2.28	7	16	0.347
	6~8	47	10.45	2.95	4		
	>8	53	10.19	3.14	4		
健康生活 型態總分	<6	20	59.40	12.84	41	94	0.098
	6~8	47	60.91	14.81	28		
	>8	53	59.85	15.52	26		

表 4-3-8 夜間睡眠與生理代謝表現、健康生活型態與自覺健康狀態之差異性 (續)

變項	個數	平均數	標準差	最小值	最大值	<i>F</i>	<i>p</i>	
生理面向	<6	20	41.00	14.02	4.14	67.00	1.295	0.278
	6~8	47	45.43	10.30	24.07	61.93		
	>8	53	42.41	12.18	13.67	61.67		
心理面向	<6	20	41.14	13.94	13.41	66.43	1.950	0.147
	6~8	47	48.54	13.47	18.64	73.88		
	>8	53	47.29	15.08	11.44	72.65		
生理功能	<6	20	75.25	27.65	5	100	1.440	0.241
	6~8	47	83.51	16.25	40	100		
	>8	53	77.74	22.09	0	100		
角色生理	<6	20	38.75	37.59	0	100	1.943	0.148
	6~8	47	58.51	35.84	0	100		
	>8	53	50.47	39.98	0	100		
身體疼痛	<6	20	63.40	22.12	10	100	1.583	0.210
	6~8	47	75.30	24.44	12	100		
	>8	53	70.83	26.87	10	100		
一般健康	<6	20	52.55	20.93	21	90	1.745	0.179
	6~8	47	64.06	23.59	11	100		
	>8	53	57.74	26.58	1	100		
活力狀況	<6	20	50.25	21.85	10	95	3.808	0.025
	6~8	47	64.68	18.89	30	100		
	>8	53	56.42	22.58	15	100		
社會功能	<6	20	62.50	22.58	25	100	0.260	0.771
	6~8	47	65.69	23.95	0	100		
	>8	53	67.22	26.66	0	100		
角色情緒	<6	20	40.00	35.21	0	100	1.804	0.169
	6~8	47	57.45	37.88	0	100		
	>8	53	58.49	40.78	0	100		
心理健康	<6	20	48.40	23.21	12	88	2.856	0.061
	6~8	47	62.38	22.17	8	100		
	>8	53	61.36	23.75	12	100		

第四節預測影響自覺健康狀態之變項

針對研究問題:慢性精神分裂症患者的自覺健康狀態是否可藉由人口學屬性、生理代謝值、健康生活型態來預測。研究針對自覺健康狀態的預測因子做分析，將前面3節使用 t 檢定、單因子變異數分析及相關之統計方法，具有統計上有顯著意義的變項投入進行逐步迴歸，包括人口學特質有：性別、婚姻狀況、發病長短等因素，生理監測值有：體脂肪、血糖、呼吸、心跳、RMSSD、夜間睡眠等因素，及健康生活型態中所有子項：自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持、壓力管理等，並將上述影響因素做資料處理，包括婚姻狀況、夜間睡眠變項處理為二分法。

以自覺健康狀態之生理面向為被預測之結果來分析，將前面3節使用 t 檢定、單因子變異數分析及相關之統計方法，具有統計上有顯著意義的變項投入進行逐步迴歸，包括人口學特質有：包括人口學特質有：性別、發病長短等因素，生理監測值有：體脂肪、血糖、呼吸、心跳及健康生活型態中所有子項：自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持、壓力管理等，並將上述影響因素做資料處理，且因生理監測值中多有遺漏值，故於統計中遺漏值採用平均值代替。結果發現，針對生理健康的可解釋變異量為3.1%，僅有1項血糖值可來預測生理面向之變項。見表4-4-1預測影響精神分裂症患者之生理健康面向之預測因子。得到最佳迴歸公式如下：

$$\hat{Y}_a = 53.837 - 0.113X_a \quad (\hat{Y}_a = \text{生理面向}; X_a = \text{血糖值})$$

表 4-4-1 預測影響精神分裂症患者之自覺健康狀態(生理面向)之預測因子

模式係數	生理健康面向			t	p	R平方
	未標準化 B	標準誤	標準化 B			
(常數)	53.837	4.891		11.006	0.000	0.398
血糖值	-0.113	0.52	-0.198	-2.179	0.031	

*. p 在顯著水準為 0.05 時

如以自覺健康狀態之心理面向為被預測之結果來分析，將前面 3 節使用 t 檢定、單因子變異數分析及相關之統計方法，具有統計上有顯著意義的變項投入進行逐步迴歸，包括人口學特質有：性別、婚姻、發病長短等因素，心跳等因素，及健康生活型態中所有子項：自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持、壓力管理等，並將上述影響因素做資料處理，包括婚姻狀況變項處理為二分法（未婚為參考值，等於 0）。

結果發現，針對心理健康的可解釋變異量為 22.5%，共有 1 項自我實現是可以預測心理健康面向的變項。見表 4-4-2 預測影響精神分裂症患者之心理面向之預測因子。得到最佳迴歸公式如下：

$$\hat{Y}_b = 25.948 + 2.090X_b \quad (\hat{Y}_b = \text{自覺健康狀態之心理面向}; X_b = \text{自我實現})$$

表 4-4-2 預測影響精神分裂症患者之自覺健康狀態(心理面向)之預測因子

模式係數	心理健康面向			t	p	R平方
	未標準化 B	標準誤	標準化 B			
(常數)	23.554	4.065		5.807	0.000	0.225
自我實現	2.136	0.358	0.481	5.967	0.000	

*. p 在顯著水準為 0.05 時

如以自覺健康狀態之八個構面（生理功能、角色生理、身體疼痛、一般健康、活力狀況、社會功能、角色情緒、心理健康）為被預測之結果來分析，將前面 3 節使用 *t* 檢定、單因子變異數分析及相關之統計方法，具有統計上有顯著意義的變項投入進行逐步迴歸，包括人口學特質有：性別、婚姻、發病長短等因素，心跳等因素，及健康生活型態中所有子項：自我實現、健康責任、運動、營養、人際支持、壓力管理等，並將上述影響因素做資料處理，包括婚姻狀況變項處理為二分法（未婚為參考值，等於 0）。

結果發現，針對生理功能的可解釋變異量為 8.6%，共有自我實現、腰圍 2 項是可以預測心理健康面向的變項。見表 4-4-3 預測影響精神分裂症患者之生理功能的預測因子。得到最佳迴歸公式如下：

$$\text{自覺健康狀態之生理功能} = 98.997 + 1.882 \text{ 自我實現} - 0.458 \text{ 腰圍}$$

表 4-4-3 預測影響精神分裂症患者之自覺健康狀態(生理功能)之預測因子

生理功能							
模式	係數	未標準化 <i>B</i>	標準誤	標準化 <i>B</i>	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>R</i> 平方
(常數)		98.997	16.266		6.086	.000	
自我實現		1.882	.657	.301	2.866	.005	.080
腰圍		-.458	.164	-.294	-2.799	.006	.086

*. *p* 在顯著水準為 0.05 時

結果發現，針對角色生理的可解釋變異量為 7.1%，共有 2 項壓力管理、夜眠（以 <6 小時為參考組）是預測因子的變項。見表 4-4-4 預測影響精神分裂症患者之自覺健康狀態（角色生理）預測因子。得到最佳迴歸公式如下：

$$\text{自覺健康狀態之角色生理} = (-17.475) + 3.492 \text{ 壓力管理} + 33.860 \text{ 夜眠}$$

表 4-4-4 預測影響精神分裂症患者之自覺健康狀態（角色生理）之預測因子

模式 係數	角色生理			t	P	R平方
	未標準化 B	標準誤	標準化 B			
(常數)	-17.475	19.002		-0.920	0.361	
壓力管理	3.492	1.354	0.273	2.580	0.012	.077
夜眠 (<6 小時為參考組)	33.860	13.504	0.266	2.507	0.014	.071

*. p 在顯著水準為 0.05 時

結果發現，針對身體疼痛的可解釋變異量為 6.3%，共有 1 項壓力管理是可以預測的變項。見表 4-4-5 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態（身體疼痛）之預測因子。得到最佳迴歸公式如下：

$$\text{自覺健康狀態之身體疼痛} = 51.089 + 2.141 \text{ 壓力管理}$$

表 4-4-5 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態（身體疼痛）之預測因子

模式 係數	身體疼痛			t	P	R平方
	未標準化 B	標準誤	標準化 B			
(常數)	51.089	10.214		5.002	0.000	
壓力管理	2.141	0.934	0.251	2.272	0.026	.063

*. p 在顯著水準為 0.05 時

結果發現，針對一般健康的可解釋變異量為 30.75%，共有 3 項健康生活型態、三酸甘油酯與健康責任是可以預測一般健康的變項。見表 4-4-6 預測影響精神分裂症患者之一般健康的預測因子。得到最佳迴歸公式如下：

$$\text{自覺健康狀態之一般健康} = 42.020 + 1.342 \text{ 健康生活型態} - 0.172 \text{ 三酸甘油酯} - 3.393 \text{ 健康責任}$$

表 4-4-6 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態（一般健康）之預測因子

模式 係數	一般健康			t	P	R平方
	未標準化 B	標準誤	標準化 B			
(常數)	42.020	14.422		2.914	0.005	
健康生活型態	1.342	.280	.839	4.792	0.000	.212
三酸甘油酯	-.172	.068	-.243	-2.521	0.014	.051
健康責任	-3.393	1.395	-.424	-2.433	0.017	.054

結果發現，針對活力狀況的可解釋變異量為 49.3%，共有 3 項自我實現、營養、體重是可以預測心理健康面向的變項。見表 4-4-7 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態（活力）之預測因子。得到最佳迴歸公式如下：

$$\text{自覺健康狀態之(活力)狀況} = 16.716 + 3.251 \text{ 自我實現} + 2.394 \text{ 營養} - .234 \text{ 體重}$$

表 4-4-7 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態（活力）之預測因子

模式 係數	活力狀況			t	P	R平方
	未標準化 B	標準誤	標準化 B			
(常數)	16.716	10.347		1.616	.110	
自我實現	3.251	.599	.516	5.432	.000	.392
營養	2.394	.731	.306	3.275	.002	.074
體重	-.234	.113	-.174	-2.074	.041	.029

結果發現，針對社會功能的可解釋變異量為 13.1%，共有 2 項未吸煙、自我實現是可以預測影響精神分裂症患者之社會功能的預測因子。見表 4-4-8 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態（社會功能）之預測因子。得到最佳迴歸公式如下：

$$\text{精神分裂症患者之社會功能的預測因子} = 50.627 - 14.148 \text{ 未吸煙} + 1.886 \text{ 自我實現}$$

表 4-4-8 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態（社會功能）之預測因子

模式 係數	社會功能			<i>t</i>	<i>P</i>	<i>R</i> 平方
	未標準化 B	標準誤	標準化 B			
(常數)	50.627	9.440		5.363	.000	
吸煙(未吸煙=0)	-14.148	5.571	-.272	-2.540	.013	.067
自我實現	1.886	.795	.254	2.372	.020	.064

結果發現，針對角色情緒的可解釋變異量為 16.4%，共有 2 項運動、未吸煙是可以預測角色情緒的變項。見表 4-4-9 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態（角色情緒）之預測因子。得到最佳迴歸公式如下：

$$\text{自覺健康狀態之角色情緒的預測因子} = 27.747 + 3.849 \text{ 運動} - 21.703 \text{ 未吸煙}$$

表 4-4-9 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態（角色情緒）之預測因子

模式 係數	角色情緒			<i>t</i>	<i>P</i>	<i>R</i> 平方
	未標準化 B	標準誤	標準化 B			
(常數)	27.747	13.954		1.988	.050	
運動	3.849	1.423	.285	2.705	.008	.099
吸煙(未吸煙=0)	-21.703	8.919	-.257	-2.433	.017	.065

結果發現，針對心理健康的可解釋變異量為 22.5%，共有 1 項自我實現是可以預測心理健康面向的變項。見表 4-4-10 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態（心理健康）之預測因子。得到最佳迴歸公式如下：

$$\text{自覺健康狀態之心理健康} = 17.731 + 3.600 \text{ 自我實現} + 14.223 \text{ 已婚} + 1.376 \text{ 用藥長短}$$

藥長短

表 4-4-10 預測影響精神分裂症患者自覺健康狀態（心理健康）之預測因子

模式 係數	心理健康			<i>t</i>	<i>P</i>	<i>R</i> 平方
	未標準化 B	標準誤	標準化 B			
(常數)	17.731	7.299		2.429	.018	
自我實現	3.600	.624	.520	5.765	.000	.317
未婚(已婚=0)	14.223	6.260	.208	2.272	.026	.055
用藥長短	1.376	.688	.181	1.999	.049	.032

第五章 研究討論

本章節將針對研究收集資料的分析結果作探討，將包含有 3 節：第一節研究樣本患者之人口學屬性與生理代謝表現、健康生活型態、自覺健康狀態結果之探討，第二節研究樣本患者之人口學屬性與生理代謝表現、健康生活型態、自覺健康狀態間之相關性及差異性探討，第三節自覺健康狀態預測之討論。

第一節 慢性精神分裂症患者之屬性、生理代謝表現、生活型態與自覺健康之討論

1. 慢性精神分裂症住院患者之人口學屬性結果之討論

本研究對象取自台中市某家地區精神科專科醫院、社區復建中心之慢性精神分裂症患者，包含住院及日間病房和社區復健之慢性精神分裂症患者。個人近半年之收入，平均個人月收入以 4999 元以下佔多數，此部份和患者均住院治療，收入多來自家人提供或政府之殘障津貼每月 3000 元，與行政院主計處 98 年所作之國民所得統計(行政院主計處，2009)，個人平均年所得為 27.3 萬(平均 22750 元/月)，相距甚遠，故本研究族群其社經地位較一般民眾低。雖然收入如此，但是研究結果發現，仍有近半數患者表示覺得自己的收入夠支付生活的需要。

本研究之個案吸煙者達 29.2%，與 96 年台灣吸煙人口百分比 22.99% 為高(國民健康局 96 年年報)，但是與國外研究資料呈現出精神疾病患者具有 40%~60% 之吸煙比率或國內研究資料呈現出精神疾病患者具有 60%~80% 之吸煙比率相較則相對較低(Brown, Birtwistle, Roe, & Thompson, 1999; de Leon & Diaz, 2005; Pack, 2009; 孔，2006；楊，2004)，此結果或許與目前政府推行醫院全面禁菸有關。目前沒有飲酒者

117 人 (97.5%)，有飲酒者僅 3 人 (2.5%)，此三位為非住院病患，因病房中絕對禁止含酒精之飲料，所以飲酒患者較少之故。

2. 慢性精神分裂症住院患者之生理代謝表現結果之討論

本研究之慢性精神分裂症患者之生理監測值表現，以 BMI>27 為肥胖切點(財團法人台灣癌症基金會，2009)，其 BMI 之平均值與台灣或亞洲一般民眾(Chu, 2005)相比，女性患者屬於過重，男性患者則為肥胖 BMI。但研究結果男性 BMI 值高於女性，此結果與其他一般民眾及門診精神分裂症患者之研究結果相同(Hsiao, Ree, Chiang, Yeh, & Chen, 2004; Yurinosuke, Jin, Masaki, & Kenji Fukui, 2006; 李等，2005；陳、賴、林、劉、陳，2003；楊、楊、謝、簡，2006)。其中肥胖盛行率更高達 70.83%，比東台灣某醫院慢性精神分裂症患者的研究 66.1%為高(藍、徐、劉、曾、平，2006)，兩性於本研究之統計比較上無差異性。

同時，本研究之患者之腰圍平均值均屬於肥胖範圍，男性腰圍超過 90cm，女性腰圍超過 80cm 為肥胖(台灣健康減重推廣協會，2009)和國內研究一般民眾之結果相同(李等，2005)，且研究發現患者的腰圍與發病長短有正相關 ($r=.182, p<.05$)，表示發病時間越久，腰圍值越大，腰圍越大，體脂肪越多，心血管疾病產生之危險性越高(Welborn & Dhaliwal, 2007; Whitlock et al., 2009)，此現象可能的原因來自疾病病程中負性症狀導致個人活動性減少(蔣，2009)，以及不排除長期服用第二代抗精神疾病藥物的副作用引起(Bell, Farmer, Ries, & Srebnik, 2009; Saarni et al., 2009；江、李，2008；張，2006)。故針對慢性精神疾病患者的護理，更需注意患者之腰圍

監測及控制。

本研究之精神分裂症患者心律變異度 (HRV) 的表現結果和建議標準值(王、黃, 2007; 陳、郭、駱, 2000; 陳、蔡、羅、蔡、鄭, 2005)相差較大, 其中全部正常心跳間期的標準差 SDNN(ms)、全部相鄰兩心跳間期之差的均方根 RMSSD(ms), 較一般建議值高出許多, 表示本研究之精神分裂症患者的 HRV 與一般民眾之建議值不相同。但是, 由於心律變異度的測量受多個因素影響如: 年齡、性別、藥物(陳等, 2000; 陳等, 2005), 因此, 如要更了解 HRV 於慢性精神疾病患者的測量值代表意義, 還需未來的研究將多重因素干擾控制, 使得提供更明確的比較與討論。

綜合以上之生理代謝表現, 雖然本研究樣本之患者的三酸甘油脂、血壓、血糖的平均值在正常範圍內, 但其中 10 位為糖尿病患者, 加上其他生理代謝表現之體重、腰圍均高於一般人, 表示研究樣本中慢性精神分裂症住院患者為代謝症候群的高危險族群, 此結果和國內外之研究結果推論一致(C. U. Correll, Frederickson, Kane, & Manu, 2007; M, Schreurs, Vancampfort, & R, 2009; Tschoner, et al., 2009; von Hausswolff-Juhlin, Bjartveit, Lindstrom, & Jones, 2009; 林、何、林, 2004; 曾、楊、林、陸, 2005; 蘇、許、林、曾, 2007)。

3. 慢性精神分裂症住院患者之健康生活型態結果之討論

本研究精神分裂症患者之健康促進型態, 平均得分為 60.19, 以「健康促進生活型態」之分量表: 營養、健康責任、自我實現、人際、運動與壓力管理等六項因素之各項的單題的平均來比較民眾的健康生活型態的情況, 排序發現以自我實現得

分最高，運動得分最低。低運動量之表現與國外研究指出患者之少運動的健康生活型態中結果一致(Brown et al., 1999; Koponen et al., 2008a; Van Gaal, 2006b; von Hausswolff-Juhlin et al., 2009)。

在國內不論是健康照護者(林、黃，2006；林等，2003)，教育工作者(林、黃，2006；賴、陳，2007)，或台灣東南亞籍婦女(李、王，2005)，門診中紅斑性狼瘡患者、糖尿病患者(陳、黃，2005；黃，2007)之相關研究結果皆相似，顯示不管是一般民眾、醫療工作者、教育者、甚至慢性病患者，普遍不重視運動。此與台灣文化中對運動之信念有關，Ma 等(2010) 指出台灣文化的信念普遍影響民眾的運動參與度，雖然文化中視運動為健康的維護行為，但是仍然不敵文化中於學齡階段重視課業的重要優先順序，然而成人的運動行為的養成相當仰賴孩童時期的運動習慣，因此造成國人的運動量不足(Ma, Lane, & Laffrey, 2008; Ma et al., 2010)。對慢性精神分裂症患者而言，低運動量之表現及精神疾病之負性症狀的影響，使得精神分裂症患者的少動生活型態更有害健康，需要精神專業人員更多的注意力。

本研究之精神分裂症患者健康生活型態的表現結果，於自我實現分量表得分最高和賴(2007) 北市國小教師、李(2007) 台灣東南亞籍婦女、陳(2007)，和門診紅斑性狼瘡患者(黃，2007)之研究結果一致。表示不管是否生病、何種職業或是國籍，對於自我實現之部份均抱持正向之想法，此外，患者能對自我時現有正向積極之想法，若能加上正確之健康生活型態的衛教，對患者之健康會有正面且積極的幫助。

4. 慢性精神分裂症住院患者之自覺健康狀態結果之討論

本研究精神分裂症患者之自覺健康狀態，平均得分為 62.63 ± 18.53 ，得分比本國一般民眾為低(鍾、張、石、溫，2003)和國外退伍老兵且罹患精神分裂症患者之研究結果相同(Teh, Kilbourne, McCarthy, Welsh, & Blow, 2008)。以「自覺健康狀態」之分量表：分為生理面向得分為 48.36 ± 11.84 ，和黃（2007）研究門診之紅斑性狼瘡患者整體生理面向得分為 45.3 ± 9.1 。心理面向得分為 46.75 ± 14.40 ，和黃（2007）研究門診之紅斑性狼瘡患者整體心理面向得分為 43.8 ± 9.7 之結果相似，顯示精神分裂症患者之自覺健康狀態和其他慢性疾病一樣，更需受醫療人員之注意。



第二節慢性精神分裂症住院患者之研究變項間之相關性及差異性探討

1. 慢性精神分裂症住院患者之屬性與其他變項之相關性及差異性探討

研究結果顯示，精神分裂症患者的年齡與血糖值、尿酸兩項生理代謝表現具有相關性。年齡與血糖值具有正相關 ($r=.290, p<.05$)，表示年齡越大，血糖值越高，此結果和多位國內外學者研究結果一致(Rothbard et al., 2009; 吳等，2009; 李等，2005; 張等，2008)。此外，血糖值在婚姻類別上呈現有差異 ($F=4.582, p<.05$)，離婚的平均數高於已婚、未婚者高，從有婚姻關係的病患其規律運動習慣之生活型態項目的表現比沒有婚姻關係的病患佳，也許可以解釋血糖值的差異性。在尿酸值結果中，精神分裂症患者的年齡與尿酸有負相關 ($r=-0.243, p<.05$)，這和國內(蔡、林，2008)之結果不相同，本研究表示年齡增加，尿酸值控制較好，此可能與病患住院當時之尿酸值控制於正常範圍內，但因缺乏長期追蹤資料，無法與其他研究做一比較。除此之外，男性的尿酸較女性高 ($t=2.146, p<.05$) 和國內一般民眾之結果類似(李等，2005)。

腰圍與發病長短有正相關 ($r=.182, p<.05$)，表示患者患病時間越久，腰圍的寬度越大(Brunero & Lamont, 2010; Saarni et al., 2009)；除此之外，男性的腰圍較女性高 ($t=4.126, p<.001$) 和國內一般民眾之結果類似(李等，2005)。而目前仍有吸煙習慣的患者，較無吸菸者腰圍寬 ($t=-3.445, p<.001$)，以及全部正常心跳間期的標準差 SDNN (ms) 低 ($t=2.038, p<.05$) (de Leon & Diaz, 2005)，表示沒有吸煙者較吸煙者更接近正常值。此呈現出男性慢性精神分裂症患者比女性更具有較高罹患代謝症

候群之風險，可能與吸菸等生活型態有關，需要未來研究再加以確認。

夜間睡眠時數分析發現，病患在體脂肪的表現上有差異性 ($F=4.065, p<.05$)，夜眠 8 小時以上者較夜眠 6~8 小時為多 ($p=.034$)。此外，體脂肪亦與病患婚姻狀態有關 ($F=3.445, p<.05$)，發現精神分裂症患者中僅離婚者之體脂肪顯著高於未婚者 ($p=.039$)，表示慢性精神分裂症患者若為離婚狀態，更需要注意夜間睡眠時數不超過 8 小時，以免過多體脂肪之堆積。而女性體脂肪較男性為高 ($t=-4.627, p<.001$)。但因腰圍為代謝症候群之監測指標，故男性肥胖多集中於腹部，此體型對身體健康較不利(徐、曹，2008)，故整體而言需加強男性病患腰圍、尿酸及女性病患體脂肪之監測。

膽固醇和用藥長短正相關 ($r=.349, p<.001$)，表示服用精神科藥物時間越久，膽固醇值越容易偏高(Cohen, 2004; Cordes et al., 2008; Rothbard et al., 2009; 江、李，2008；楊等，2006；鄭，2007；藍等，2006)，這些和第二代精神科藥物作用機轉相關，因為藥物會引起代謝異常易導致膽固醇增加、腹部肥胖、血糖值越高(Bell et al., 2009; Saarni et al., 2009)研究結果一致。

精神分裂症患者之人口學屬性與健康生活型態變項之間的比較，在年齡、受教育長短、性別、婚姻等之人口學屬性分析下皆無統計上之相關性，此結果與黃(2007)門診紅斑性狼瘡患者的研究相比顯示一致，僅疾病不同，好發之性別有差異性，紅斑性狼瘡患者好發於女性，精神分裂症患者無性別差異。其餘變項間不同，婚姻部份本研究對象多未婚，黃之門診患者多已婚且有工作，是較不相同之部份，

所以即便性別不同、是否結婚、受教育長短，其健康生活型態均不受上述變項之影響，和本研究結果一致。

但於健康生活型態不分總分或分量表之得分上，男性均高於女性之得分，和李等（2008）國內 368 位大專運動員相同，但與蕭（2000）所做之國立大學 492 位學生的研究不同。男性自我實現之分量表（ $t=2.191, p<.05$ ）高於女性，此結果不同於李等（2008）於國內 368 位大專運動員之研究結果，其研究結果於自我實現部份無性別差異存在。但人際關係之分量表上李等（2008）於國內 368 位大專運動員之研究結果發現男性得分高於女性情形，但唐（2007）於國內 1278 位大學生之研究結果為女性得分高於男性情形，且達顯著差異，和本研究不同。因此，不同性別的健康生活型態中，慢性精神分裂症患者與一般民眾的表現需求有別，需納入女性病患建立良好之健康生活型態的必要性。

有宗教信仰的患者，於健康生活型態得分均高於無宗教信仰的精神分裂症患者，此結果和陳（2006）做醫院員工 594 人之結果一致，其中於自我實現（ $t=-2.888, p<.001$ ）、運動（ $t=-2.734, p<.001$ ）、營養（ $t=-3.202, p<.001$ ）、人際支持（ $t=-2.323, p<.001$ ）4 個分量表（ $t=-2.874, p<.001$ ），結果均達統計上之差異，本研究和廖（2008）之大學僑生共 447 位的結果，於運動、營養、人際支持三部份一致，所以有信仰對精神分裂症患者於健康生活型態是有幫助的。

人口學屬性中年齡、受教育年、發病長短、用藥長短等，此四項與自覺健康狀態之細項作相關性檢定，結果發現發病時間的長短與生理功能（ $r=-0.242, p$

<.001)、社會功能 ($r=-0.196, p<.05$) 兩項具有負相關，與其餘變項均無相關性，此為精神分裂症患者之病程變化一致 (黃, 2002; 胡, 1997)，和國內研究結果相同 (蔣, 2009)。顯示精神疾病發病越久，病患之生理與社會功能皆明顯下降，因此，護理人員更應從維護與促進生理與社會功能上之健康來為病患把關。

自覺健康狀態中，總分或分量表之得分上，男性得分皆高於女性，和鍾等(鍾等, 2003)於國內 2001 年調查 14582 位，或曾等 (2003) 於 2001 年調查 18142 位一般民眾，或是國外 18017 位精神疾病患者之研究結果一致(Teh et al., 2008; 曾、盧、蔡, 2003)。其中一般健康 ($t=3.259, p<.001$)、活力狀況 ($t=2.165, p<.05$) 之分量表更具有統計上的差異，顯示男性於一般健康、活力狀況明顯優於女性患者。此外，病患呈現 6~8 小時的夜間睡眠，其自覺健康狀態 ($F=3.355, p<.05$) 及活力狀況 ($F=3.808, p<.05$) 最高，因此，醫療人員需要特別注意女性精神分裂症患者之整體健康表現的需要，並且提醒維持夜間睡眠時數 6-8 小時，以達到最佳活力狀態。

2. 慢性精神分裂症住院患者之生理代謝表現與其他變項間之相關性及差異性

探討

慢性精神分裂症住院患者之生理代謝表現之變項與自覺健康狀態及其量表間有多項顯著之負相關，包含體脂肪與身體疼痛 ($r=-0.245, p<.001$)、一般健康 ($r=-0.209, p<.001$)、活力狀況 ($r=-0.209, p<.05$) 為負相關，即體脂肪越多，身體肥胖，相對於身體疼痛不適越易發生，和國外研究疼痛與肥胖之關係一致

(Wachholtz, Binks, Eisenson, Kolotkin, & Suzuki, 2010)。其可能原因為體脂肪堆積越多，相對一般健康較差，身體疾病越易發生(朱，2007；詹，2008)，活力狀況下降(James, 2004)，使得身體越容易出現疼痛現象。另外，血糖值與生理功能($r=-0.241, p<.001$)呈現負相關，亦表示血糖值越高，則生理功能相對變差。

3. 慢性精神分裂症住院患者之健康生活型態與自覺健康狀態間之相關性探討

從慢性精神分裂症住院患者之健康生活型態研究結果發現，健康生活型態與自覺健康狀態有顯著之正相關($r=.331, p<0.001$)，此和唐(2007)做 1278 位大學生研究結果一致，其中尤其以健康生活型態與整體健康中心理面向($r=.412, p<0.001$)有顯著正相關。此可能和本研究之患者多住於機構內，其社會功能、情緒角色部份無法完全發揮有關，建議未來研究可以針對此假設做澄清與實證。另外，患者健康生活型態與整體健康多呈正相關，意思是健康生活型態越佳者，其自覺健康狀態中之生理功能、一般健康、活力狀況、心理健康分量表部份表現越好，此於其他研究之結論相近，提昇慢性精神分裂症患者之健康狀態，有益於整體健康之表現(王等，2006；黃，2007；黃，2006)。

第三節自覺健康狀態之預測

本研究之生理層面影響因素，進行複迴歸分析，結果發現血糖值可解釋變異量為 3.1%，心理層面影響因素，進行複迴歸分析，結果發現自我實現可解釋變異量為 22.5%，可見仍以「自我實現」為最具預測力。

研究結果發現和(廖，2008)對大學僑生所作研究結果不同，其健康促進行為、健康概念、自覺健康狀況及性別（男生）為大學僑生整體健康之重要預測因子，其可解釋 34.7%的總變異量，所以不同研究族群其預測因子會有不同。

所以本研究之慢性精神分裂症患者而言，若需提昇自覺健康狀態得分時，就需要有較好的自我實現，較多之睡眠(夜眠需超過 6 小時)(Hofstetter, Lysaker, & Mayeda, 2005; Xiang et al., 2009)，較佳之壓力管理(Raune, Bebbington, Dunn, & Kuipers, 2006)。

第六章結論與建議

本研究主要在探討精神疾病患者之生理監測值、健康生活型態及自覺健康狀態之研究。本章摘要研究結果，並提出研究結果於護理實務、教育及行政上的應用及研究限制，對未來提出建議。

第一節 結論

本研究主要瞭解精神疾病患者的生理代謝表現、健康生活型態及自覺健康狀態之間的相關性，樣本取自台中地區之慢性精神分裂症之患者，共有 120 人，整體研究結果摘要如下：

一、慢性精神分裂症之患者之生理代謝表現會受到性別、發病時間長短、用藥時間而有影響。其中 BMI 及腰圍表現上男性均明顯高於女性，且生理監測值的結果，於代謝症候群診斷標準中已達一項診斷標準，加上發病時間越久及用藥時間越長，其膽固醇血中濃度越高，故對於男性精神分裂症患者而言，更需注意監測生理代謝表現值。

二、精神分裂症患者之健康促進型態，平均得分為 60.19，其中分量表的表現以自我實現得分最高，運動得分最低，和其他人口學變項間無明顯之差異性，顯示患者的生活型態中不重視運動部份，使得精神分裂症患者的生活型態更趨於有害健康的情形。

三、精神分裂症患者之自覺健康狀態，平均得分為 62.63 ± 18.53 ，得分偏低，顯示患者對自覺之健康表現無特別滿意，但發現患者的健康生活型態與自覺健康狀

態多呈正相關，意思是健康生活型態越佳者其自覺健康狀態中表現越好，故提昇慢性精神分裂症患者之健康生活型態，有益於自覺健康之表現。

第二節 應用與建議

隨著醫療科技的進步，精神分裂症患者受疾病症狀之苦雖有減少，但身體健康之維護卻需較以往更受重視，減少患者未蒙其利先受其害之情形，以下針對促進精神分裂症患者之健康生活型態，提出護理實務、教育與行政之建議。

一、護理實務方面：

(一) 患者：可藉由個別衛教方式、團體治療方式，增進對疾病、藥物之認知部份、促進對疾病適應、增加運動意願、體重控制成效。雖然使用精神科第二代藥物對體重增加是不能避免的副作用，但患者對藥物認知清楚，對健康之生活型態越願意配合，發生代謝症候群的機會相對減少。本研究結果發現，男性患者較女性患者更易發生代謝症候群，且臨床實務中未普遍監測腰圍及體脂肪，故建議積極方面定期監測患者之腰圍變化，多增加男性患者喜愛之運動項目，消極面限制飲食熱量之測取，配合營養師之介入，以提供患者均衡之飲食。

(二) 護理人員：加強在職教育部份，增進護理人員對代謝症候群之危機意識，及早發現，及早使用，或防範於未然，使用行為治療、認知治療方式，鼓勵患者提昇自我實現部份、增加運動動機、減少過多熱量攝取，使患者減少發生代謝症候群之機率，增進良好之健康狀態。

二、護理教育部份

加強護生對於精神疾病治療與代謝症候群之相關性認知，如何引發患者有學習動機、願意學習、願意參與所提供之活動，使護生進入職場後對照護病患具有多種方式，才能提供患者適合及個別化之整體性護理。

三、護理行政方面：

目前病房中於硬體設備方面，因多考慮病情嚴重度的需求，運動設施及場所多有不足，加上臨床護理人力多集中於照護急性期的患者，對於慢性患者之照護，其白班護理人員需照護 25~35 位，在如此龐大工作量下，臨床護理人員除完成常規工作外，對於個別化、被動、退縮之患者的整體健康需求，多無法再提供關注。雖然目前測量腰圍仍未列入常規之護理活動，本研究仍建議慢性精神分裂症患者，於第二代藥物治療時，需定期監測患者腰圍，以提供患者更好之醫療照護品質。

第三節 研究限制

本研究由於人力及時間上考量，以致研究結果於推論上受到限制，以下就收案取樣、生理監測值、研究問卷角度與統計方法提出本研究之限制，以提供未來有興趣進行相關研究之學者參考。

一、收案取樣

本研究只以台中地區之機構內慢性精神分裂症之患者為主，故在研究結果的解釋推論上，只限於台中地區之機構內慢性精神分裂症之患者，無法推論至全國機構內慢性精神分裂症之患者。此外本研究採立意方式取樣，排除不識字患者，及無意願、無法配合測量生理監測值之患者，因此無法得知不識字患者，及無意願、無法

配合測量生理監測值患者的健康生活型態，或許與識字患者即可配合完成測量患者之健康生活型態具有差異性，仍待日後的研究加以驗證；且收案過程中，若遇到病患病情嚴重而無法配合時則予以排除收案，然而，此時期病患之健康生活型態仍無法得知，此乃本研就之限制。

二、生理監測反應

生理監測值部份，因患者多為慢性患者，且多為住院超過一個月以上，其中之膽固醇、尿酸、三酸甘油酯之抽血結果無法使用，或因重複住院而未抽血再次檢查，致使資料多無法取得，此乃本研究之限制。

三、研究問卷

本研究採魏米秀、呂昌明(2005)「健康促進生活型態」簡式量表及經 Dr. John Warae 授權盧瑞芬博士翻譯台灣版 SF-36 健康量表問卷為測量工具，此二種量表達高度穩定之信、效度檢定，但於「健康促進生活型態」簡式量表於國內精神分裂症患者之使用上，仍為第一次使用，故是否能有效代表精神分裂症患者之健康生活型態，為本研究之限制。

四、統計方法

本研究採立意選樣，共收案 120 人，已達統計檢力，但於統計過程中發現依變項多有過高或過低值，需予刪除處理，故建議未來之研究可使用隨機取樣方式或增加樣本數。

五、未來研究建議

(一)、由於本研究採橫斷式相關性研究設計，無法追蹤精神分裂症患者長期的生理代謝表現、健康生活型態及自覺健康狀態等的變化，建議未來研究可採縱貫式研究設計，以測得精神分裂症患者的生理代謝表現、健康生活型態及自覺健康狀態之相關性。

(二)、本研究對象為台中地區之慢性精神分裂症之患者，無法推論至所有精神分裂症患者，建議未來可朝向中部門診、居家之精神分裂症患者，增加樣本數及代表性，或與北部或南部之慢性患者做比較，以瞭解之間是否有差異性。

(三)、本研究結果發現，精神分裂症患者之健康生活型態與個人屬性間無差異性，推翻研究假設，可能是患者多為長期住院生活型態固定之因素，故建議未來的研究，可比較住院天數長短對生活型態間，是否會有差異性。



參考文獻

中文部份

- 林武雄 (1991)·臺北市國小學生健康生活型態研究·臺北:師大書苑。
- 孔繁錦 (2005)·精神分裂症患者戒菸過程對其心臟神經功能調控之影響·未發表的碩士論文，花蓮：慈濟大學神經科學研究所碩士論文。
- 王月伶 (2005)·健康概念分析·護理雜誌，52 (1)，40-43。
- 王佳慧、李碧霞、鄭綺、高靖秋、楊勤熒、蔡仁貞 (2006)·護理人員疲倦／活力度、健康促進生活型態與健康相關生活品質之研究·新臺北護理期刊，8(1)，7-16。
- 王瑞霞、陳彭惠 (2003)·由文獻回顧檢視潘得健康促進模式·護理雜誌，50 (6)，62-68。
- 王顯智、黃美雲 (2007)·心率變異度的發展與臨床應用·中華體育季刊，21 (3)，1-9。
- 石欣蓓、陸秀芳、張幸齡 (2008)·一位精神分裂症個案服用非典型抗精神病藥物之護理經驗·慈濟護理雜誌，7 (1)，116-125。
- 江東亮、余玉眉 (1994)·健康促進：國民健康的新方向·中華公共衛生雜誌，13 (5)，381-387。
- 江惠綾、李明濱 (2008)·抗精神病藥物與代謝症候群·台北市醫師工會會刊，52 (7)，16-19。
- 吳益佳 (2004)·身體活動對第二型糖尿病的健康促進效果，大專體育，71，177-182。

- 吳香錡、李世強、趙泰宏、吳文智、葉慶輝、葉淑娟 (2009) · 台灣南部健檢成人代謝症候群之盛行率與危險因子探討，*中華職業醫學雜誌* 16 (2)，127-139。
- 李芳欣、王秀紅 (2005) · 台灣東南亞籍婦女健康促進生活方式初探，*高雄醫學科學雜誌*，21 (3)，114-120。
- 李信謙、林信男 (2001) · 抗精神病藥物引起之體重增加 · *當代醫學*，28(12)，34-36。
- 李雅慧、陳榮福、凌美貝、張玉珍、王慧卿、王麗雲 (2005) · 健康檢查民衆新陳代謝症候群之相關性探討，*長庚護理*，16 (1)，44-52。
- 李燕鳴、張慈桂 (1999) · 嚼檳榔計程車司機的健康生活型態：社會脈絡觀點的初探 · *臺灣公共衛生雜誌*，27 (1)，67-80。
- 周元華、蘇東平 (2005) · 抗精神病藥物之最近發展 · *臨床醫學*，55 (4)，247-252。
- 邱靜如、劉貴雲 (2003) · 職場員工對健康促進活動認知、態度、需求、參與情形與健康生活型態之現況及相關因素探討 · *健康促進暨衛生教育雜誌*，23，29-42。
- 林立寧、何曉旭、林信男 (2004) · 第二代抗精神病藥物對體重的影響 · *台灣醫學*，8 (5)，722 -726。
- 林立寧、何曉旭、謝明憲 (2004) · 第二代抗精神病藥物對精神分裂症患者病識感的影響 · *台灣醫學*，8 (3)，411-415。
- 林如錚、黃素珍 (2008) · 自發性腦出血病人及其主要照顧者之護理經驗 · *北市醫學雜誌*，5 (1)，128-136。
- 林志強、夏一新、譚立中、楊延壽 (2005) · Clozapine 引起糖尿病和高血脂症 · *臺*

灣精神醫學，19 (3)，244-249。

林宗賢、劉佳旻 (2007)·溫泉遊客健康生活型態對其心理幸福感的影響，*觀光研究學報*·13 (3)，213-233。

林思嫻、陳政友 (2006)·宜蘭縣高中 (職) 教師健康促進生活型態及相關因素之研究，*衛生教育學報*，26，33-53。

林美聲、黃松元 (2006)·中小學學校護理人員健康促進生活型態之研究—以宜蘭縣中小學學校護理人員為例·*學校衛生*，48，1-17。

林雅雯、游琇茜、翁政玉、黃于晏、楊琇惠、劉智綱 (2003)·醫院員工健康促進生活型態及其決定因素之探討--以新竹某區域教學醫院為例·*醫務管理期刊*，4 (4)，77-90。

邱靜如、劉貴雲 (2003)·職場員工對健康促進活動認知、態度、需求、參與情形與健康生活型態之現況及相關因素探討·*健康促進暨衛生教育雜誌*，23，29-42。

胡月娟 (2002)·慢性病患者的健康概念·*醫護科技學刊*，4 (1)，31-48。

胡月娟、林豐裕 (2004)·台灣慢性病患者健康行為量表的擬訂·*長期照護雜誌*，8 (2)，178-194。

胡月娟、林豐裕 (2005)·慢性病患之疾病衝擊、健康行為與因應結果之模式檢定·*實證護理*，1 (2)，140-148。

胡月娟、游金靖 (2006)·從計劃行為理論建構探討慢性病患者執行健康行為的決定因子·*護理研究*，14 (4)，261-270。

徐櫻鳳、黃新作 (2008) · 心率變異度在臨床與運動科學上的應用 · 大專體育, 99, 56-64。

馬維芬、施富金 (1999) · 照顧邊緣性人格特質住院患者之經驗對精神科護理人員的影響 · 高雄醫學科學雜誌, 15 (6), 372-381。

張文和 (2005) · 精神分裂症治療之選藥原則 · 臺灣精神醫學, 19 (4), 264-282。

張昌堯、郭雅音、陳佑寧、洪錦墩、陳榕生、廖朝財 (2008) · 南投地區中老年人代謝症候群盛行率 · 生物醫學暨檢驗科學雜誌, 20 (3~4), 40-46。

郭淑珍、丁志音 (2008) · 嚼檳榔計程車司機的健康生活型態：社會脈絡觀點的初探 · 臺灣公共衛生雜誌, 27 (1), 67-80。

陳宗林、賴世偉、林文元、劉秋松、陳維恭 (2003) · 健檢民眾體位之描述性分析：以某醫學中心為例 · 中臺灣醫學科學雜誌, 8 (2), 114-119。

陳明惠、陳清惠、顏妙芬 (2006) · 接受經皮冠狀動脈血管成型術之出院病患健康生活型態之探討 · 實證護理, 2 (3), 210-218。

陳高揚、郭正典、駱惠銘 (2000) · 心率變異度：原理與應用 · 中華民國急救加護醫學會雜誌, 11 (2), 47-58。

陳敏麗、黃松元 (2005) · 某社區民眾糖尿病篩檢中血糖值與糖尿病高危險因子及健康促進生活型態之探討 · 衛生教育學報, 24, 1-23。

陳淑如、蔡月霞、羅映琪、蔡宜珊、鄭綺 (2005) · 心率變異度的簡介及護理上的應用 · 新臺北護理期刊, 7 (1), 1-11。

陳寶如 (2006)·影響氣喘青少年健康促進行為因素之初探·未發表的碩士論文，台

北：國防醫學院護理研究所碩士論文。

曾旭民、盧瑞芬、蔡益堅 (2003)·「國人生活品質評量 (II)：SF-36 台灣版的常

模與效度檢測」，*台灣公共衛生雜誌*，22 (6)，512-518。

曾雯琦、楊政議、林彥如、陸汝斌 (2005)·第二代抗精神病藥物誘發體重增加之非

藥物處理·*台灣醫華*，9 (4)，536-539。

黃春太、姜逸群、黃雅文、胡益進 (2007)·國中生的社會資本與健康促進生活型態

之研究·*健康促進與衛生教育學報*，28，105-126。

黃惠娟 (2003)·門診全身性紅斑狼瘡患者失能狀況、生活型態與生活品質之相關性

探討·未發表的碩士論文，台北：國立台北護理學院護理研究所。

黃惠娟 (2007)·門診紅斑性狼瘡患者失能狀況、健康促進生活型態與生活品質之相

關性探討·*護理研究*，15 (1)，21-32。

黃錫美 (2006)·潘德氏健康促進模式之介紹·*北市醫學雜誌*，3 (9)，853-858。

楊若梅 (2004)·精神分裂症住院病患吸菸行為之相關因素探討。

楊淑惠、楊蕙、謝明哲、簡怡雯 (2006)·成年人體脂肪測量方法的比較及體脂肪與

體位相關性的探討·*臺灣營養學會雜誌*，31 (2)，32-39。

楊聰財、李宇宙、林喬祥、丘彥南、胡海國 (2006)·台灣精神健康指數調查·*臺灣*

精神醫學，20 (2)，104-115。

劉定明、張永賢、林昭庚、邱創乾、紀美智、李燦銘 (2002)·以心率變異性分析探

- 討針刺非穴位與自律神經的關係· *中醫藥雜誌* ,13 (1) , 1-9。
- 劉美媛、呂昌明 (2006)· 大一學生健康行為現況及其相關因素之研究—以北部某大學學生為例· *學校衛生* ,48, 19-37。
- 蔡東華、林世鐸 (2008)· 中臺灣地區高尿酸血症個體之代謝症候群盛行率· *內科學誌* ,19 (1) , 325-330.
- 鄭沁綺 (2007)· *精神分裂症患者代謝性症候群危險因子之相關性研究*· 未發表的碩士論文，高雄：高學醫學大學行為科學研究所碩士。
- 鄭逸如、吳治勳、黃芸新 (2008)· 慢性病患者之死亡威脅、慢性病威脅與憂鬱：個人建構理論的觀點· *中華心理衛生學刊* ,2 (1) , 51-73。
- 盧瑞芬、曾旭民、蔡益堅 (2003)· 「國人生活品質評量 (I) : SF-36 台灣版的發展及心理計量特質分析」· *台灣公共衛生雜誌* ,22 (6) , 501-511。
- 鄭逸如、吳治勳、黃芸新 (2008)· 慢性病患者之死亡威脅、慢性病威脅與憂鬱：個人建構理論的觀點· *中華心理衛生學刊* 21 (1), 23.
- 賴貞嬌、陳漢瑛 (2007)· 臺北市國民小學教師健康促進生活型態與幸福感之關係研究· *學校衛生* ,51, 37-52。
- 藍毓莉、徐祥明、劉文健、曾洙荔、平烈勇 (2006)· 長期住院慢性精神病患之體重過重問題· *臺灣精神醫學* ,20 (4) , 305-315。
- 魏米秀、呂昌明 (2005)「健康促進生活型態」中文簡式量表之發展研究· *衛生教育學報* ,24, 25-46。

蘇妙秋、許禎娟、林彥如、曾雯琦 (2007)·照護一位服用抗精神病藥物致體重過重患者之護理經驗·護理雜誌, 54 (1), 90-96。

台灣健康減重推廣協會·(2009)·你超重了嗎?·2010年5月10日取自

http://www.bmi-22.org.tw/papers/papers_detail.asp?id=63

行政院主計處·(2009)·國民所得統計及國內經濟情勢展望·2010年5月10日取自

<http://www.dgbas.gov.tw/public/data/dgbas03/bs4/ninews/9905/newtotal9905.pdf>

行政院衛生署 (2007, 12月15日)·代謝症候群成人(20歲以上)代謝症候群之判定標準(2006台灣)·2008年10月5日取自

http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPNET/Portal/Them_Show.aspx?Subject=200712250

023&Class=2&No=200712250123

財團法人台灣癌症基金會 (2009) BMI值與癌症風險·2009年10月5日取自

http://www.canceraway.org.tw/PreventCancer_Show.asp?AppCode=SITEPAGES&I

D=371

英文部分

Pende, N. J., (1987). Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Norwalk, CT:

Appleton & Lange.

Pende, N. J., (2006). Health promotion in nursing practice. (5th ed.). Norwalk, CT:

Appleton & Lange.

Travis. J. W. (1977). Wellness workbook for health professionals. Mill Valley, CA:

Wellness Resource Center.

Wallack, L.,(2000). Strategies for reducing youth violence: Media, community, and policy.

In M. S. Jamner & D. Stokols(Eds.), Promoting human wellness: New frontiers
for research, practice and policy. (pp.507-540). Berkely: University of California
Press.

Ardell, D. B. (1979). The nature and implications of high level weilness. or why “normal
health” is a rather sorry state of existence. Health Values, 3(1), 17-24.

Archie, S. M., Goldberg, J. O., Akhtar-Danesh, N., Landeen, J., McColl, L., & McNiven,

J. (2007). Psychotic disorders, eating habits, and physical activity: who is ready
for lifestyle changes? Psychiatr Serv, 58(2), 233-239.

Badia, X., Podzamczer, D, Moral, I., Roset, M., Amaiz, J. A., Lonca, M., Casiro, A.,

Roson, B., Gatell, J. M., & BestQol Study Group. (2004). Health-related quality
of life in HIV patients switching to twice-daily indinavir/ritonavir regimen or

- continuing with three-times-daily indinavir-based therapy. *Antiviral Therapy*,9(6), 979-985.
- Balgrosky, J. A., Strum, D. W., & Bradley, E. (1982). Evaluation ensures performance. *Hospitals*, 56, p. 82.
- Bell, R. J. M., Farmer, S. M., Ries, R. M., & Srebnik, D. P. (2009) . Metabolic Risk Factors Among Medicaid Outpatients With Schizophrenia Receiving Second-Generation Antipsychotics. *Psychiatric Services*, 60 (12) , 1686.
- Brown, P. A., & Piper, S. M. (1997) . Nursing and the health of the nation: schism or symbiosis? *Journal of Advanced Nursing*, 25 (2) , 297-301 .
- Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L., & Thompson, C. (1999) . The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med*, 29 (3) , 697-701.
- Brunero, S., & Lamont, S. (2010) . Health behaviour beliefs and physical health risk factors for cardiovascular disease in an outpatient sample of consumers with a severe mental illness: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (6) , 753-760.
- Chen, C. H., Chiu, C. C., Huang, M. C., Wu, T. H., Liu, H. C., & Lu, M. L. (2008) . Metformin for metabolic dysregulation in schizophrenic patients treated with olanzapine. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 32 (4) , 925-931
- Chu, N. F. (2005) . Prevalence of obesity in Taiwan. *Obes Rev*, 6 (4) , 271-274.

Cockerham WC, Rutten A, Abel T. (1997) . Conceptualizing contemporary health

lifestyles: moving beyond Weber. *Sociol Q*, 38, 321-342.

Cockerham WC. (2000) The sociology of health behavior and health lifestyles. In: Bird

C, Conrad P, Fremont AM eds. *Handbook of Medical Sociology*. 5th ed. New

Jersey: Prentice-Hall,;159-172.

Cohen, D. (2004) . Atypical antipsychotics and new onset diabetes mellitus. An

overview of the literature. *Pharmacopsychiatry*, 37 (1) , 1-11.

Cordes, J., Sinha-Roder, A., Kahl, K. G., Malevani, J., Thuenker, J., Lange-Asschenfeldt,

C., et al. (2008) . [Therapeutic options for weight management in schizophrenic

patients treated with atypical antipsychotics]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 76 (12) ,

703-714.

Correll, C. U. (2008) . Assessing and maximizing the safety and tolerability of

antipsychotics used in the treatment of children and adolescents. *Journal of*

Clinical Psychiatry, 69 Suppl 4, 26-36.

Correll, C. U., Frederickson, A. M., Kane, J. M., & Manu, P. (2007). Does antipsychotic

polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? *Schizophr Research*, 89

(1-3) , 91-100.

Correll, C. U., Kane, J. M., & Manu, P. (2008) . Identification of high-risk coronary

heart disease patients receiving atypical antipsychotics: single low-density

lipoprotein cholesterol threshold or complex national standard? *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (4) , 578-583.

Correll, Christoph U.; Frederickson, Anne M.; Kane, John M.; Manu, Peter. , (2008) .
Equally increased risk for metabolic syndrome in patients with bipolar disorder and schizophrenia treated with second-generation antipsychotics. *Bipolar Disorders*, 10 (7) ,788-797.

de Freitas, M. C., & Mendes, M. M. (2007). Chronic health conditions in adults: concept analysis. *Rev Lat Am Enfermagem*, 15(4), 590-597.

de Leon, J., & Diaz, F. J. (2005) . A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. [doi: DOI: 10.1016/j.schres.2005.02.010]. *Schizophrenia Research*, 76 (2-3) , 135-157.

Fowler, S. B. ((1996). ,1997). Health promotion in chronically ill older adults. *Journal of Neuroscience Nursing*, 28, 29((5) ,(1)), 39-43.

Freitas , M.C., & Mendes, M. M. R. (2007) . Chronic health conditions in adults: concept analysis. *Julho-agosto*, 15 (4) , 590-597.

Gary, R. (2006). Schizophrenia, Antipsychotics, and the Metabolic Syndrome: Is There a Silver Lining? *The American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1132.

Gillis, A. J. (1993). Determinants of a health-promoting lifestyle: an integrative review. *J Adv Nurs*, 18(3), 345-353.

- Hsiao, C.-C., Ree, S.-C., Chiang, Y.-L., Yeh, S.-S., & Chen, C.-K. (2004). Obesity in schizophrenic outpatients receiving antipsychotics in Taiwan. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 58 (4), 403-409.
- Khanlou, N. (2003). Mental health promotion education in multicultural settings. *Nurse Educ Today*, 23(2), 96-103.
- Kiraly, B., Gunning, K., & Leiser, J. (2008). Primary care issues in patients with mental illness. *American Family Physician*, 78 (3), 355-362.
- Koponen, H., Alaraisanen, A., Saari, K., Pelkonen, O., Huikuri, H., Raatikainen, M. J. P., et al. (Writer). (2008). Schizophrenia and sudden cardiac death? A review [Article], *Nordic Journal of Psychiatry*.
- Kumanyika SK.(2001) Minisymposium on obesity: overview and some strategic considerations. *Ann Rev Public Health*, 22,293–308
- Lalonde,M.(1974). A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document.Retrieved from Government of Canada, web site:<http://www.hc-sc.ca/hppb/healthpromotiondevelopment/pdf/perspective.pdf>
- Lamberti, J. S., Olson, D., Crilly, J. F., Olivares, T., Williams, G. C., Tu, X., et al. (2006). Prevalence of the metabolic syndrome among patients receiving clozapine. *Am Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1273-1276.
- Lawrence, W. (2000). Good intentions gone wrong? *British Medical Journal*, 320(7235),

656.

Luc F. Van Gaal. (2006) . Long-term health considerations in schizophrenia: metabolic effects and the role of abdominal adiposity. † European Neuropsychopharmacology, 16, 142-148.

Ma GX (1999) The Culture of Health:Asian Communities in the United State. Connecticut, USA, Bergin & Garvey.

M, D. E. H., Schreurs, V., Vancampfort, D., & R, V. A. N. W. (2009) . Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. World Psychiatry, 8 (1) , 15-22.

Mh, H. (1991) . Perspectives on health. Nursing science quarterly, 4 (1) , p. 33-40.

Michi, K.-i., Yamashita, Y., Imai, S., Suzuki, N., & Yoshida, H. (1993). Role of visual feedback treatment for defective /s/ sounds in patients with cleft palate. Journal of Speech and Hearing Research, 36(2), 277.

Nazilla, K.,(2003). Mental health promotion education in multicultural. Nurse ducation Today settings, 23 , 96–103

Pack, S. (2009) . Poor physical health and mortality in patients with schizophrenia. Nursing Standard, 23 (21) , 41.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006) . Health Promotion in Nursing Practice (5th ed., pp15-73) . New Jersey: Pearson.

Ryan, M. C., & Thakore, J. H. (2002). Physical consequences of schizophrenia and its

treatment: the metabolic syndrome. *Life Sci*, 71(3), 239-257.

Rothbard, A. S., Blank, M. P., Staab, J. M. M., TenHave, T. P. M. P. H., Young, D. M. D.

P., Berry, S. A., et al. (2009). Previously Undetected Metabolic Syndromes and Infectious Diseases Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Services*, 60 (4), 534.

Rothbard, A. S., Blank, M. P., Staab, J. M. M., TenHave, T. P. M. P. H., Young, D. M. D.

P., Berry, S. A., et al. (2009). Previously Undetected Metabolic Syndromes and Infectious Diseases Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Services*, 60 (4), 534.

Saarni, S., Fogelholm, M., Heliövaara, M., Perälä, J., Suvisaari, J., & Lönnqvist, J.

(2009). Body composition in psychotic disorders: a general population survey. *Psychological Medicine*, 39 (5), 801.

Simpson, G. M., Glick, I. D., Weiden, P. J., Romano, S. J., & Siu, C. O. (2004).

Randomized, controlled, double-blind multicenter comparison of the efficacy and tolerability of ziprasidone and olanzapine in acutely ill inpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am Journal of Psychiatry*, 161 (10), 1837-1847.

Sola, C. L., & Bostwick, J. M. (2005). Implantable cardioverter-defibrillators, induced anxiety, and quality of life. *Mayo Clinic Proceeding*. 80(2),232-237.

- Susan, D. (1998). Health-within-illness: concept development through research and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2), 305-310.
- Susan, J. S. (1989) Health: a concept analysis. *Int. J. Nurs. Stud.*, 26(2), 155-161.
- Swartz, M. S., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Davis, S. M., Rosenheck, R. A., Keefe, R. S., et al. (2008). What CATIE found: results from the schizophrenia trial. *Psychiatr Serv*, 59 (5), 500-506.
- Tadger, S., & Melamed, Y. (2008). Weight gain due to long term antipsychotic treatment of persistent mental disorders. *Psychiatr Danub*, 20(1), 37-41.
- Turner, J. (1986). World Health Organization-Charter for health promotion. *Lancet*, 2, 1407.
- Thakore, J. H. (2004). Metabolic disturbance in first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*, 47, S76-79.
- Tripp-Reimer, T. (1984). Research in cultural diversity. *Western journal of nursing research*. 6 (1). 130-132.
- Tschoner, A., Engl, J., Rettenbacher, M., Edlinger, M., Kaser, S., Tatarczyk, T., et al. (2009). Effects of six second generation antipsychotics on body weight and metabolism - risk assessment and results from a prospective study. *Pharmacopsychiatry*, 42 (1), 29-34.
- Tunner, J. (1986). World Health Organization-Charter for health promotion. *Lancet*, 2,

4107.

Van Gaal, L. F. (2006). Long-term health considerations in schizophrenia: metabolic effects and the role of abdominal adiposity. *European Neuropsychopharmacol*, 16 Suppl 3, S142-148.

Van Winkel, R., De Hert, M., Wampers, M., Van Eyck, D., Hanssens, L., Scheen, A., et al. (2008). Major changes in glucose metabolism, including new-onset diabetes, within 3 months after initiation of or switch to atypical antipsychotic medication in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (3), 472-479.

von Hausswolff-Juhlin, Y., Bjartveit, M., Lindstrom, E., & Jones, P. (2009). Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatr Scand Suppl* (438), 15-21.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76—81

Weiden, P. J., Cutler, A. J., Polymeropoulos, M. H., & Wolfgang, C. D. (2008). Safety profile of iloperidone: a pooled analysis of 6-week acute-phase pivotal trials. *Journal of Clinical Psychopharmacol*, 28 (2 Suppl 1), S12-19.

Wong TKS & Pang SMC(2000) Holism and caring: nursing in Chinese health care

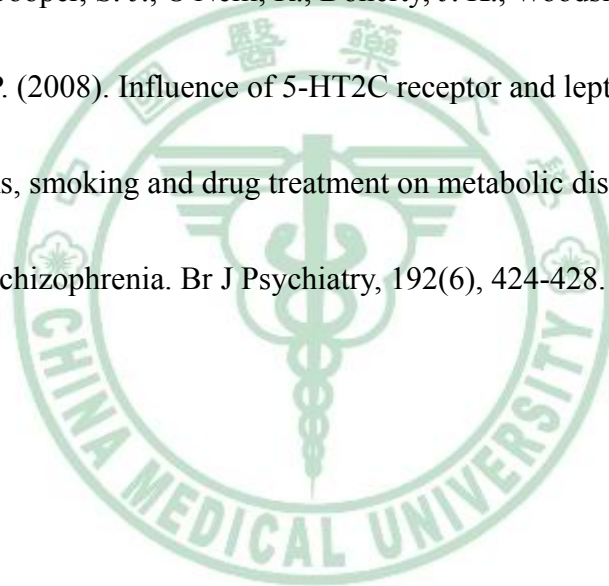
culture. *Holistic Nursing Practice* 15, 12-21.

World Health Organization. (1984). Report of the working group on concepts and principles of health promotion. Copenhagen, Denmark: WHO.

Wu, M. K., Wang, C. K., Bai, Y. M., Huang, C. Y., & Lee, S. D. (2007). Outcomes of obese, clozapine-treated inpatients with schizophrenia placed on a six-month diet and physical activity program. *Psychiatry Serv*, 58 (4), 544-550.

Yevtushenko, O. O., Cooper, S. J., O'Neill, R., Doherty, J. K., Woodside, J. V., &

Reynolds, G. P. (2008). Influence of 5-HT_{2C} receptor and leptin gene polymorphisms, smoking and drug treatment on metabolic disturbances in patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 192(6), 424-428.



附錄一人體試驗委員會通過同意函



中國醫藥大學附設醫院

CHINA MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

台灣省台中市北區育德路 2 號

No.2 Yuh Der Road Taichung Taiwan R.O.C.

TEL:(04)22052121

人體試驗委員會人體試驗計劃同意書

Tel: 886-4-22052121 ext: 1925 Fax: 886-4-2207-1478

中國醫藥大學附設醫院 台中市北區育德路 2 號

中國醫藥大學護理系馬維芬助理教授所提臨床試驗「探討運動介入方案對社區焦慮症患者降低焦慮與提昇整體健康狀態之成效」之研究案已獲同意。

本院編號：DMR97-IRB-255; Informed Consent Form Version Date: Dec. 24, 2008。

中國醫藥大學附設醫院人體試驗委員會已審查通過上述為期十二個月的研究案。

計劃有效期限從 2009 年 02 月 11 日至 2010 年 02 月 10 日為止。在有效期屆滿之前，研究計劃主持人應向人體試驗委員會報告研究計劃的進行狀況。若屆時尚未完成，應重新申請。

該計劃任何部分若欲更改，需向人體試驗委員會重新提出申請。計劃主持人對受試者任何具有危險而且未能預期之問題，例如：對藥物、放射性元素或對醫療器材產生不良反應等，需立即向人體試驗委員會主任委員提出書面報告。



主任委員

傅成祿

中華民國九十八年二月十三日



中國醫藥大學附設醫院

CHINA MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

台灣省台中市北區育德路 2 號

No.2 Yuh Der Road Taichung Taiwan R.O.C.

TEL:(04)22052121

The Institutional Review Board
China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan

Tel: 886-4-22052121 ext: 1925 Fax: 886-4-2207-1478

Date : Feb. 13, 2009

To : Wei-Fen Ma, Assistant Professor of Nursing Department,
China Medical University

From : Martin M-T Fuh MD,DMSci.
Chairman, Institutional Review Board

Subject : The Effects of Physical Activity Program on Anxiety Reducing and General Health
Status for Patients with Anxiety Disorders in Community.

The Institutional Review Board has recommended the approval of the protocol number:
DMR97-IRB-255; Informed Consent Form Version Date: Dec. 24, 2008, date Feb. 11, 2009,
for the protocol identified above, for a period of 12 months, and has determined that human
subjects will be at risk.

Approval of your research project is, therefore, granted from Feb. 11, 2009 to Feb. 10,
2010. You are reminded that a change in protocol in this project requires its resubmission to
the Board. By the end of this period you may be asked to inform the Board on the status of
your project. If this has not been completed, you may request renewed approval at that time.

Also, the principal investigator must report to the Chairman of the Institutional Review
Board promptly, and in writing, any unanticipated problems involving risks to the subjects of
others, such as adverse reactions to biological drugs, radio-isotopes or to medical devices.




Martin M-T Fuh MD,DMSci.
Chairman, Institutional Review Board
China Medical University Hospital

附錄二 研究問卷---個人基本資料

編號：_____

填表日期： 年 月 日

1. 性別：1 男 女
2. 出生：_____年_____月_____日
3. 教育程度：不識字 國小或未上國小但是識字 國中 高中 專科
大學 研究所
4. 婚姻狀況：未婚 已婚 同居 分居 離婚 喪偶
5. 宗教信仰：無 有
6. 請問您知道自己的病名嗎？
精神分裂症 躁鬱症 其他：_____ 無
7. 請問您除了精神科疾病外，您有其他醫師診斷之疾病嗎？
無 高血壓 糖尿病 其他：_____
8. 請問您過去 6 個月，平均個人月收入為：4999 元以下 5000~9999 元
10000~19999 元 20000~29999 元 30000~39999 元 40000 元以上
9. 您覺得您的收入夠支付您生活的需要嗎？夠 不夠
10. 請問您這星期平均每天白天約睡幾小時？
0~2 小時 2~4 小時 4~6 小時 6~8 小時 8 小時以上
11. 請問您這星期平均每天晚上約睡幾小時？（扣除白天睡眠）
0~2 小時 2~4 小時 4~6 小時 6~8 小時 8 小時以上

附錄三 研究問卷——「健康促進生活型態」簡式量表

健康促進生活型態中文量表

※說明：以下題目並無一定答案，請按照你的實際狀況，**圈選**出符合你的選項

	如 此	如 此	如 此	如 此
		時 常	總 是	
1. 每週做伸展運動至少三次-----	1	2	3	4
2. 選用不含防腐劑或其它添加物的食物-----	1	2	3	4
3. 每日三餐規律-----	1	2	3	4
4. 朝生命中長遠的目標努力-----	1	2	3	4
5. 對未來充滿希望-----	1	2	3	4
6. 參加有人指導的運動課程或活動-----	1	2	3	4
7. 維持有意義的人際關係（指深層的、非泛泛之交）-----	1	2	3	4
8. 食用富含纖維質的食物（如全穀類、天然的蔬果）-----	1	2	3	4
9. 與專業的醫護人員討論關於自己保健方面的事情-----	1	2	3	4
10. 運動時測量自己的脈搏-----	1	2	3	4
11. 花時間與親密的朋友相處-----	1	2	3	4
12. 測量自己的血壓，並知道自己的血壓-----	1	2	3	4
13. 發覺每天都是充滿樂趣及挑戰-----	1	2	3	4
14. 每日攝取六大類食物-----	1	2	3	4
15. 睡前使自己全身肌肉放鬆-----	1	2	3	4
16. 從事休閒性的體能活動（如散步、游泳、足球、騎腳踏車）--	1	2	3	4
17. 對他人表達關懷、愛及溫暖-----	1	2	3	4
18. 就寢前，讓自己想些愉快的事物-----	1	2	3	4
19. 以建設性的方式（指非批評、漫罵，而能提出建設性意見） 表達自己的感受-----	1	2	3	4
20. 向健康專業人員詢問如何好好照顧自己-----	1	2	3	4
21. 每個月至少一次觀察自己的身體有無異狀或病徵-----	1	2	3	4
22. 採用某些方法來減輕自己所面臨的壓力-----	1	2	3	4
23. 和我關心的人相互有身體的接觸-----	1	2	3	4
24. 確信我的生命是有目的的-----	1	2	3	4

SF-36

本調查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圈選一適當答案。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。

1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是

(請僅圈選一項答案)

- | | |
|----------|---|
| 極好的..... | 1 |
| 很好..... | 2 |
| 好..... | 3 |
| 普通..... | 4 |
| 不好..... | 5 |

2. 和一年前比較，您認為您目前的健康狀況是？

(請僅圈選一項答案)

- | | |
|--------------|---|
| 比一年前好很多..... | 1 |
| 比一年前好一些..... | 2 |
| 和一年前差不多..... | 3 |
| 比一年前差一些..... | 4 |
| 比一年前差很多..... | 5 |

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？

(每行請僅圈選一項答案)

活 動	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	1	2	3
b. 中等程度活動，例如搬 桌子、拖地板、打保齡 球、或打太極拳	1	2	3
c. 提起或攜帶食品雜貨	1	2	3
d. 爬數層樓樓梯	1	2	3
e. 爬一層樓樓梯	1	2	3
f. 彎腰、跪下或蹲下	1	2	3
g. 走路超過1公里	1	2	3
h. 走過數個街口	1	2	3
i. 走過一個街口	1	2	3
j. 自己洗澡或穿衣	1	2	3

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？

(每行請僅圈選一項答案)

	是	否
a. 做工作或其它活動的時間減少	1	2
b. 完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c. 可以做的工作或其他活動的種類受到限制	1	2
d. 做工作或其他活動有困難 (例如，須更吃力)	1	2

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?

(每行請僅圈選一項答案)

	是	否
a. 做工作或其它活動的時間減少	1	2
b. 完成的工作量比您想要完成的較少	1	2
c. 做工作或其它活動時不如以往小心	1	2

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?

(請僅圈選一項答案)

- 完全沒有妨礙..... 1
 有一點妨礙..... 2
 中度妨礙..... 3
 相當多妨礙..... 4
 妨礙到極點..... 5

7. 在過去一個月內，您身體疼痛程度有多嚴重?

(請僅圈選一項答案)

- 完全不痛..... 1
 非常輕微的痛..... 2
 輕微的痛..... 3
 中度的痛..... 4
 嚴重的痛..... 5
 非常嚴重的痛..... 6

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?

(請僅圈選一項答案)

- 完全沒有妨礙..... 1
 有一點妨礙..... 2
 中度妨礙..... 3
 相當多妨礙..... 4
 妨礙到極點..... 5

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.....

(每行請僅圈選一項答

案)

	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？	1	2	3	4	5	6
b. 您是一個非常緊張的人？	1	2	3	4	5	6
c. 您覺得非常沮喪，沒有任何事情可以讓您高興起來？	1	2	3	4	5	6
d. 您覺得心情平靜？	1	2	3	4	5	6
e. 您精力充沛？	1	2	3	4	5	6
f. 您覺得悶悶不樂和憂鬱？	1	2	3	4	5	6
g. 您覺得筋疲力竭？	1	2	3	4	5	6
h. 您是一個快樂的人？	1	2	3	4	5	6
i. 您覺得累？	1	2	3	4	5	6

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）？

(請僅圈選一項答案)

- 一直都會..... 1
 大部分時間會..... 2
 有時候會..... 3
 很少會..... 4
 從不會..... 5

11. 下列各個陳述對您來說有多正確？

(每行請僅圈選一項答案)

	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	1	2	3	4	5
b. 和任何一個我認識的人來比, 我和他們一樣健康。	1	2	3	4	5
c. 我想我的健康會越來越壞	1	2	3	4	5
d. 我的健康狀況好得很	1	2	3	4	5

附錄五、生理監測單

此次住院日期：_____年_____月_____日

第一次診斷(發病)

時間：_____年_____月

項目		日期
身高	cm	
體重	Kg	
腰圍	cm	
體脂肪		
膽固醇	高	
	低	
	總	
血壓	收縮壓	mmHg
	舒張壓	mmHg
血糖	mg/dl	
血脂		
呼吸	次/分	
心跳	次/分	
HRV		
尿酸		
目前使用藥物名稱	(屬於典型或非典型)	開始用此藥時間
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月
		年 月

附錄六

健康促進生活型態中文簡式量表

健康促進生活型態中文簡式量表 健康促進生活型態中文簡式量表

使用說明

一、健康促進生活型態中文簡式量表(24 題)出處：

魏米秀、呂昌明(2005)。「健康促進生活型態中文簡式量表」之發展研究。衛生教育學報，24，25-46。

二、為方便使用者參照上文之研究結果，本說明附上原版(48 題)與簡式量表(24 題)的題號對照，各題目所屬次量表及計分方式請參閱表一。

三、請於研究發表時正確註明引用來源作者及出處。

五、研究完成後，請寄送研究結果一份予原作者，以便對此量表之適用性進行長期之觀察。寄送地址如下：

97004 花蓮市中央路三段 701 號 慈濟大學傳播學系 魏米秀老師收
或 e-mail 至下列信箱：

michelle@mail.tcu.edu.tw

六、感謝您對此量表的支持，如有任何關於此量表使用上的問題或反應，歡迎您與我們討論，謝謝！

慈濟大學傳播學系副教授 魏米秀

國立台灣師範大學衛生教育學系教授 呂昌明

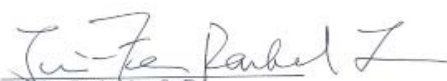
敬啟

同意書

IQOLA 台灣研究主持人同意申請人 孟繁莉 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：Exploration of health promotion lifestyle in patients with chronic schizophrenia

台灣版授權者（簽名）：



Jui-Fen Rachel Lu, Sc.D.
National Principal Investigator

日期：2009 / 1 / 12