

國立政治大學心理學系碩士論文

指導教授：許文耀 博士

台灣血液透析患者的個人化生活品質：

以 SEIQoL-DW 為測量工具

Taiwan Hemodialysis Patients'

Individual Quality of Life : Assessed by

SEIQoL-DW

研究生：羅一哲 撰

中華民國 一 百 年 六 月

論文考試委員簽名單
國立政治大學心理系碩士班

羅一哲君所撰之碩士學位論文

台灣血液透析患者的個人化生活品質：

以 SEIQoL-DW 為測量工具

業經本委員會審議通過

論文考試委員會委員 牙不好

姚開屏
許文耀

指導教授 許文耀

系主任 顏乃欣

口試日期：中華民國 100 年 6 月 25 日

致 謝 辭

《碩途苦行磨心性，良師引道照明燈》

《友伴砥礪共此時，坐看雲起感觸深》

對我而言，論文之路宛若攀登一座崎嶇難行的高山，幸得文耀老師將我收入門下，授予臨床學識、邏輯思考的內功心法，並埋下論文的種子，澆養灌溉，指點我如何辨識群峰脈絡、闢荒斬棘，在我怠惰逃避時不間斷的鞭策我、在我徬徨困頓時，又給予我無條件的和煦包容與鼓勵，同時扮演嚴師、導師雙重角色，委實煞費苦心；在路程中，並要感謝乃誌學長如同嚮導一般，除了提供我賴以維生的登山器具，尚且不吝與我分享其學識結晶與巧思，並在我理智線斷裂的時候點出我的盲點，重新指引我往前的路程；而基存醫師與開屏老師，更好似旅程中不可或缺的驛站主人，無私的安排資源，協助我尋找受試，引領我修補自身登山技能的不足、指點我旅程必須注意的事項，以及山巒間不同路徑的明媚風光，滿腔的感懷，不知從何說起。此外，亦須感謝吳醫師、邱督導在收案上的熱心協助，以及每一位萍水相逢，願意駐足、撥空接受訪問的受試，讓這篇論文得以完成。

在論文的旅程中，為了因應壓力而持續的自我對話與探索，促進了旅人對自身特質、優缺點的認識與覺察，期間不免遭逢困頓與自我懷疑的低谷，若是缺乏社會支持則將踽踽難行，這一路上要感謝至恆、麗芬、高野、昀蓁、瓊文、華妮、小蓉、林克等許式同門的關懷，以及師姊韋婷數次居中傳達老師殷切的關心，還有睡眠門下晏瑄、鈺宸、佳琇、明潔、與雅雯學姊的打氣，臨床心理之路箇中甘苦，實唯堅毅苦行的同修能同理。

另外，亦須感謝睿智的心綿老師在收案與論文苦行的開示，雅琪、凱俐、子長點滴的關心，晉龍與柏儻學長、佩鈴、晏姊及百忙力睿在研究與

統計學識上的協助，以及瓊如、老古、糗哥、囍感、睿杰、弘達、東勝、一琦、津儷等心理之友的鼓勵，謝謝融亭、庭君兩位理院美女的包容與支持，台客皓、肥揚的幽默相挺，還有人儀、淳仔、孟珊無條件的正向關懷，讓疲憊的旅人有持續前行的動力，我的論文多虧了你/妳們。

像頒獎典禮一樣，最後要壓軸感謝的，是一直以來給予我物質與精神支持，讓我無後顧之憂、專注於學識道路的老爸、老媽、姊姊、還有關心我的家人，謝謝你們，我終於出運了，這篇論文要獻給你們。

《願你們都擁有良好的生活品質，一切順心、安康》

一哲

2011.7.6



摘要

本研究目的為使用個人化生活品質評量表直接權重版(SEIQoL-DW)，評估國內血液透析患者的個人化生活品質，探討對其特別重要的生活品質向度與相關影響因素，此外，並以 Locke(1969, 1976)(引自 Wu & Yao, 2006b)的「情感間距假設」、Calman(1984)的期望理論與 Wu(2009)提出的移轉傾向指標為基礎，探討 SEIQoL-DW 重要性評估程序的應用價值與潛在臨床應用指標。研究對象以立意取樣，自台北市松山區某私人洗腎中心募集 57 名血液透析患者、以及台北市文山區一般社區成人 60 名，研究工具包含 SEIQoL-DW、生活滿意度量表、焦慮與憂鬱評量表、自編人口背景/疾病變項問卷，統計方法含描述性統計、卡方檢定、相關分析、平均數差異檢定與迴歸分析。研究結果發現，血液透析患者最常列舉的重要生活向度為健康(77%)，其次依序為家庭(72%)、經濟(65%)、人際關係(53%)、休閒活動(49%)、因應/正向態度(23%)、工作/學業(21%)、心理健康(16%)、生活條件(16%)、靈性/信仰(9%)、角色功能(9%)、其他(9%)，血液透析患者在各向度提名百分比與一般成人組未有顯著差異，但血液透析患者對健康向度的現況評比顯著較低，對健康的現況-期望落差也顯著較高，共病數與血液透析患者個人化生活品質指標有顯著負相關；而 SEIQoL-DW 項目重要性對項目現況分數與整體滿意度之間的關係不具調節效果，SEIQoL-DW 的權重程序未能提升對整體滿意度的解釋力，此外，自項目重要性與現況-期望落差所得移轉傾向指標，和整體生活滿意度、SEIQoL-DW 現況平均數亦未有一致的相關性或獨特解釋力。儘管本研究不支持 SEIQoL-DW 權重程序或衍生指標的助益，但若從個人脈絡來看，向度重要性仍可協助探索個案生活目標重要順序，有其臨床醫療應用價值；最後，SEIQoL-DW 個人現況-期望落差分數、現況平均數、以及整體生活滿意度、負向情緒彼此有顯著關聯性與解釋力，在個案生活滿意度、負向情緒評估或介入方案中，具有成為臨床應用指標的潛力。

關鍵詞：血液透析、個人化生活品質、權重程序

Abstract

The primary purpose of this thesis was using the Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting (SEIQoL-DW) to explore hemodialysis patients' Individual Quality of Life and relative determinants. And further using affect-range hypothesis (Locke, 1969, 1976), expectation theory (Calman, 1984) and shifting tendency Index (Wu, 2009) as framework to evaluate SEIQoL-DW weighting procedure's efficiency and potential clinical application variables. 57 hemodialysis patients and 60 counterparts was recruited from Taipei city, IQoL was assessed by SEIQoL-DW, the general life satisfaction and anxiety /depression statement was chosen as criterion variables. In the analysis, twelve quality of life domains were identified. Health(77%), family(72%), finance(65%), relations(53%) and leisure time(49%) were the most prominent quality of life domains of hemodialysis patients, although the domains nominated percentage and importance rating didn't differ between groups, hemodialysis patients' health domain status and have-want discrepancy were worse than the counterparts. Among the investigated variables, only the comorbidity had negative correlation with hemodialysis patients' IQoL. The result didn't support the SEIQoL-DW's weighting procedure and shifting tendency Index had significant efficiency, but the weighing information could still be useful in personal profile context. Finally, the personal have-want discrepancy, satus average, general life satisfaction and anxiety/depression statement have significant relations with each other, thus could be the potential clinical application variables in negative emotion or life satisfaction intervention programs.

Key word : Hemodialysis, Individual Quality of life, Weighting procedure

目次

第一章 緒論.....	8
第一節 研究動機.....	8
第二章 文獻探討.....	13
第一節 生活品質的概念流變.....	13
第二節 生活品質的測量取徑.....	22
第三節 個人化生活品質評量表：直接權重版.....	27
第四節 重要性評估程序的應用價值.....	42
第五節 SEIQoL-DW 的潛在臨床應用指標.....	49
第六節 研究問題與研究假設.....	51
第三章 研究方法.....	54
第一節 研究對象與程序.....	54
第二節 研究工具.....	56
第三節 資料分析.....	62
第四章 研究結果.....	64
第一節 基本資料.....	64
第二節 血液透析患者的個人化生活品質.....	69
第三節 SEIQoL-DW 權重程序的效益.....	77
第四節 SEIQoL-DW 的潛在臨床應用指標.....	81
第五章 綜合討論.....	89
第一節 血液透析患者的個人化生活品質.....	89
第二節 SEIQoL-DW 重要性權重程序的應用價值.....	92
第三節 SEIQoL-DW 的潛在臨床指標.....	96
第四節 研究限制與建議.....	99
第五節 未來研究方向.....	101
參考文獻.....	102
附錄一 研究問卷.....	111
附錄二 個人化生活品質向度分類統整表.....	114

表 目 錄

表 1	SEIQoL-DW 指標計算範例	30
表 2	SEIQoL-DW 相關研究生活向度摘要表	38
表 3	國外腎臟病患 SEIQoL-DW 相關研究生活品質向度摘要表	41
表 4	HADS-D 因素分析及信度檢定表	57
表 5	向度分類參考架構	62
表 6	受試人口變項統整表	65
表 7	受試臨床生理/疾病變項統整表	66
表 8	各量表得分組間平均數 ANCOVA 差異考驗統整表	67
表 9	個人化生活品質、整體生活滿意度、與焦慮憂鬱狀態相關分析表	68
表 10	SEIQoL-DW 向度百分比、現況、重要性、期望落差組間差異檢定表	70
表 11	人口背景變項與 SEIQOL-DW Index 的關聯分析表	73
表 12	臨床生理/疾病相關變項與 SEIQOL-DW Index 的關聯分析表	74
表 13	SEIQOL-DW Index 相關影響變項逐步複迴歸統整表	76
表 14	SEIQoL-DW 權重/未權重 Index 相關矩陣分析表	77
表 15	項目「現況分數」與「權重現況分數」、「重要性」相關分析表	78
表 16	項目「權重/未權重現況分數」與「SWLS、HADS-A、HADS-D」相關分析表	79
表 17	SEIQOL-DW 權重程序效益調節迴歸分析表	80
表 18	個人「現況-期望落差平均數」與「效標變項」相關分析表	81
表 19	高低現況-期望落差平均數組間生活品質、負向情緒平均數考驗表	82
表 20	項目現況-期望落差與項目現況、重要性相關分析表	83
表 21	SEIQOL-DW 項目現況-期望落差、重要性與現況分數調節迴歸分析表	84
表 22	移轉傾向指標與生活滿意度、焦慮、憂鬱狀態相關分析表	85
表 23	血液透析組移轉傾向指標階層迴歸分析表	86
表 24	一般對照組移轉傾向指標階層迴歸分析表	86
表 25	SWLS 預測變項逐步複迴歸統整表	88
表 26	負向情緒預測變項逐步複迴歸統整表	88

圖目錄

圖 1	SEIQoL-DW 權重操作圓盤	28
圖 2	SEIQoL-DW 現況評估視覺類比量表圖例	30
圖 3	SEIQoL-DW 個人化側面圖範例	31
圖 4	SEIQoL-DW 步驟一：列舉向度電腦操作介面圖	59
圖 5	SEIQoL-DW 步驟二：現況評估電腦操作介面圖	59
圖 6	SEIQoL-DW 步驟三：重要性權重程序電腦操作介面圖	60
圖 7	「現況-想望落差」評估程序電腦介面圖	61
圖 8	個案 A 個人化生活品質側面圖	95
圖 9	個案 B 個人化生活品質側面圖	95



第一章 緒論

第一節 研究動機

美國腎臟病資料系統年度報告指出，2006年台灣末期腎臟疾病(End-stage Renal Disease, ESRD)總患者數達50,920人，發生率為每百萬人口418人、盛行率為每百萬人口2,226人，皆高居世界第一(US Renal Data System, 2009)；在國內，行政院衛生署(2008)統計資料顯示，腎炎、腎徵候群及腎性病變自2002年即蟬連國人十大死因第八位，2007年國人因腎臟疾病死亡人數高達5,099人。依國際腎臟醫學會標準，當腎臟功能(glomerular filtration rate, GFR)嚴重下降、持續惡化，達到第四期分期標準($GFR = 15 \sim 29 \text{ml/min/1.73m}^2$)，腎衰竭患者即需準備接受腎臟替代治療(李文欽、張舜智、黃忠餘，2006)，由於末期腎臟疾病是一威脅生命的疾患，隨著腎臟功能衰敗退化，成千上萬的腎衰竭患者目前需仰賴長期血液透析(hemodialysis)、腹膜透析(peritoneal dialysis)療法清洗體內毒素、或是接受腎臟移植手術等三種主要方法來延續生命。多年來台灣治療現況均以血液透析為主，2007年台灣透析患者總數為50,075人，其中血液透析患者占91.6%(中華民國腎臟基金會，2009)，健保每年在洗腎花費約350億，佔健保總預算7.9%，是健保單一給付金額最高疾病(行政院衛生署，2010)，讓台灣素有「洗腎之島」的稱號。

其中血液透析法自1945年開始做為急性腎衰竭的治療方式後，逐漸成為慢性腎衰竭患者的維生選項，血液透析可在醫院、洗腎中心、居家等場域施行，在醫院、洗腎中心進行者，患者必須一週往返醫院三次，每次進行3~5小時的透析治療，使血液透析患者的日常生活安排受到限制、缺乏時間彈性；此外，患者尚需服用特定藥物、遵從嚴格的飲食計畫以維持血液中水分、電解質之平衡，並需嚴密監控血壓、血糖、血色素量、鈣磷代

謝狀況，其治療程序也包含放置動靜脈瘻管等可能令人不適、疼痛的程序；透析過程亦可能引起低血壓、血管通路感染、不平衡症候群等症狀(Tovbin, Gidron, Jean, Granovsky, Schnieder, 2003)；透析腎友並容易受高血壓、貧血、皮膚搔癢、骨病變、消化道潰瘍、營養不良等併發症所苦；在日常自我照護上，腎友亦投注心力於人工血管、心血管健康與營養狀況的維護，使部分腎友視血液透析為畏途(林杰樑，2002；李文欽等，2006)。由於漸進且不可逆的病程，以及治療本身加諸患者的身心壓力，關於血液透析患者的生活品質便吸引了國內外許多研究者、臨床實務工作者與健康照護單位的注意。

國、內外均有相關研究顯示，血液透析的治療程序、副作用、併發症或常伴左右的死亡威脅，皆對洗腎患者的生活福祉與身心健康帶來劇烈的改變與衝擊，血液透析患者在一般性健康相關生活品質量表各層面之得分(如 SF-36、WHOQoL-BREF)常顯著低於一般群體(Molsted, Aadahl, Schou, Eidemak, 2004；鈕淑芬，2004；楊樹昌、王榮德、吳麥斯、郭佩雯、蘇喜，2007)，相關醫療照護機構若能將生活品質(Quality of life, QoL)納入日常評估項目，將有助於了解患者的照護需求、治療目標與偏好、促進醫護溝通、篩檢潛在的身心問題、規畫後續適切的心理社會介入措施、或作為療效指標、醫療人員訓練媒介、與照護品質、介入有效性、醫療效益分析的參考依據(Carr & Higginson, 2001；Higginson & Carr, 2001；Phillips, Davies, White, 2001)。

然而所謂生活品質實為一多元向度構念，隨著測量目的與評估角色不同，測量取徑亦將隨之改變，建構相關研究所需面臨的問題之一，就是缺乏單一共識的概念定義，以及所謂單一「黃金標準」的測量程序(O'Boyle et al., 1993)；在醫療與健康照護領域中，常聚焦於健康狀態與疾病症狀對生活帶來的衝擊，因此大多使用不同生活向度、層面，與事先訂定項目的標

準化測量工具來評估生活品質，此類生活品質問卷大多奠基於「標準需求取徑」(Standard need Approach)，其理念為生活品質的良莠端賴一個人的基本需求(needs)如：良好的健康，是否獲得滿足，其前提假設為生活品質的構成元素存在一致性，是所有人共有的，並能藉由研究得到揭櫫(Moons et al., 2005)，但已經有越來越多的證據指出標準需求模型的假設是有缺陷的，不適合在個人層次用來解釋所有人的生活品質，除了某些特定的生活標準，同一特定的生活條件並不會對所有人引起相同的反應，因為每個人對於好、壞生活品質的構成都有自己的一套定義；換句話說，人們會以不同方式定義生活向度，使用不同的標準來評估這些向度，並且認為不同向度對整體生活品質具有不同的重要性(Browne, O'Boyle, McGee, McDonald, Joyce, 1997)。傳統生活品質問卷偏好使用獨立於受試個人價值觀的外在價值系統，大多提供受試從團體資料發展衍生而來、事先決定好的項目清單，對問卷各成分皆給予標準化的固定重要性權重，這些工具雖然具有信度，卻可能與受試當前的生活情境沒有關連性，變得過於冗長，卻不一定能捕捉患者真實的生活品質樣貌，無法囊括與個體有切身重要性的生活層面(Browne et al., 1997; Hickey et al., 1996)，此外，許多關於末期腎臟疾病的生活品質研究所評估的多半是患者的整體功能水準以及健康狀態，而非腎臟功能衰退帶給患者的生活衝擊，或測量對患者而言相對重要的事物(Phillips et al., 2001)。

目前已有許多新工具經發展用以辨識個體所知覺的主觀生活品質成份(Campbell & Whyte, 1999)，個人化生活品質評量表：直接權重版(the schedule for evaluation of individual quality of life: Direct Weighting, SEIQoL-DW)即為其中之一，它使用半結構式訪談施測，允許個體列舉自己認為最重要的生活品質向度，並使用自身的價值系統來描述各向度的現況水準與相對重要性，以個案角度為出發點進行個人化生活品

質的評估(Browne et al., 1997; Hickey et al., 1996)。若能了解血液透析患者所重視的生活品質向度類別、以及各向度的品質現況與相對重要性，即可協助醫療人員針對其真正重視且品質較差的生活向度擬定照護計畫。然而在忙碌的臨床實務中，往往需要面臨繁重的生理檢驗與治療程序，一線醫療照護人員有時很難在例行檢查中顧及患者心理社會層面的照護需求，加上以研究為基礎發展的工具具有時會因題目過長、施測程序繁雜，而難以適用在臨床情境，考量人物力成本以及測量結果對臨床治療的助益性，皆造成了在醫療場域測量生活品質的障礙。故良好的生活品質測量工具除了應具備適切的心理計量本質，在臨床上亦應對受測者具備可接受性，對施測者具備簡潔、便利、容易計分與詮釋等實用性，以及實際的治療應用價值(Fallowfield, 2009; Higginson & Carr, 2001; Lohr & Zebrack, 2008)。

由 O'Boyle 等(1993)發展的個人化生活品質評量表：直接權重版(SEIQoL-DW)，將設立、回答測驗項目的權利回歸受試，內含向度現況與重要性的評估程序，試圖捕捉個人化生活品質的經驗脈絡，業已應用於多種慢、長期疾患及一般群體，經研究支持具有相當程度的穩定性與建構效度，但在中文化後仍未曾應用於臨床樣本，此外，關於生活品質工具權重程序的適用性仍存在理論與實徵證據上的爭議(Trauer & Mackinnon, 2001)，Wu & Yao(2006b; 2006c; 2007)曾以 Locke(1969, 1976)的「情感間距假設」(range-of-affect hypothesis)為基礎，進行了一系列的研究，試圖探討權重程序的必要性，依據 Locke 的架構：(1)個體所知覺的「現況-想望落差」(have-want discrepancy)是項目滿意度的顯著預測因素、(2)項目重要性會調節個體所知覺的「現況-想望落差」與項目滿意度之間的關係、(3)項目重要性不會調節項目滿意度與整體滿意度之間的關係。Wu & Yao 使用調節迴歸分析的系列研究發現，項目重要性對項目滿意度與整體生活滿意

度之間的關係沒有調節效果，不支持將滿意度與重要性相乘，但若計算個人「現況-想望落差」與項目重要性之相關所獲得的「移轉傾向」(shifting tendency)指標，卻對整體生活滿意度有獨特解釋力，具有成為臨床篩檢指標的應用潛力。重要性評估程序的存續與否，值得從多方角度探討其損益與應用價值，在 SEIQoL-DW 的相關文獻中，雖曾有檢驗其權重分數效果的相關研究，但皆未曾使用迴歸分析，因此尚無較可靠的結論。

據此本研究目的有三：

1. 以 SEIQoL-DW 為研究工具，探討血液透析患者的個人化生活品質，試圖辨認對其特別重要的生活品質向度與相關影響因素。
2. 以 Locke(1969, 1976)的「情感間距假設」為基礎，探討 SEIQoL-DW 重要性評估程序的應用價值。
3. 以「現況-想望落差」與 Wu (2009) 提出的「移轉傾向」指標為架構，檢驗 SEIQoL-DW 的潛在臨床應用指標。

第二章 文獻探討

第一節 生活品質的概念流變

「什麼叫做良好的生活？我們會去思考這件事並不令人訝異…但是對於究竟是什麼組成了良好的生活，我們經常不同意彼此的看法…我們不僅無法對其本質取得共識，我們也經常發現，我們對自己的答案其實也不滿意…但我們並未就此停步，長久以來我們都在關注如何改善生活品質，當我們詢問良好的生活究竟是什麼？從許多角度來說我們所問的，其實是生命中最重要議題。」

Smith(1980)，引自 Sirgy et al. (2006, p355)

凡人仰息於天地之間，不免會試圖想探索、追求良好的生活，要研究生活品質(Quality of Life, QoL)，首先即須釐清其概念定義，所謂生活品質是一個抽象的構念，在理論背後是否真的存在實體，從古至今吸引了許多哲學論證，隨著歷史的演進，亦出現了不同的定義及測量方法(Macduff, 2000)。它並非一個新穎的概念，遠在古希臘時期，亞里斯底帕斯(西元前435~356年)即提出「享樂主義」(hedonic view)，把追求愉悅(pleasure)視為人生的目標與生活快樂的來源，亞里斯多德(西元前384~322年)亦提出「幸福論」(eudaimonic view)，認為生活品質是指良好的生活(good life)與具良善本質的快樂(being happy)，古希臘的健康照護系統亦曾將提升生活品質視為醫療目標之一(Kaasa & Loge, 2003; Sirgy et al., 2006; 羅淑芬，胡文郁，2008)。自1970年代開始，現代西方學術與臨床實務領域對生活品質的興趣有了顯著的增長，它曾因不同領域的研究目的被賦予不同的操作型定義，如：社會學家關注國民所得、犯罪率、教育普及率等社會統計指標與大眾生活的影響；Bentham (1789)試圖讓整體網絡中大多數個體快樂最大化、痛苦最小化的「幸福計算式」(felicific calculus)，啟發經濟學家發展效用理論，以生活品質比較不同藥物或健康照護的介入

效果與成本效益分析，並廣泛的應用於廣告、公共政策、資源分配、衝突解決等領域(引自 Sirgy et al., 2006)。在心理學脈絡中，自 20 世紀人本論萌芽後，亦開始將研究能量投注於了解快樂、主觀幸福感等人類正向經驗，1969 年 Bradburn 指出除了具備正向情緒，缺乏負向情緒亦為幸福感的要素，1970 年代後，心理學界體認到認知評估的重要性，開始請受試評估自己整體生活或特定生活向度的滿意度，因此滿足感、士氣、正/負向情感等指標都曾被用來當作指陳此抽象現象的重要成份(Kaasa & Loge, 2003; Sirgy et al., 2006)，這些指標都有其自身的特性，但在更高的構念層次往往又存在著關聯性，指標上的分化反映了不同研究取向的學者們對此構念抱持著不同的定義與理解(邢占軍，2005)。

壹、健康相關生活品質(Health-related Quality of life, HRQoL)

在健康照護領域，隨著醫藥知識與科技的進步，當代醫學已逐漸將焦點由治癒急性患者轉移到慢、長期患者的照護管理，當中涉及了對藥物、病程的監控、對照顧者的社會支持、對患者的心理衛生照護等任務，需要醫師、社工、護理師、心理師的共同參與，這些角色間共同關注的議題之一，就是患者生活品質的維持(Hickey et al., 1996)，以生活品質訊息為基礎的個人化照護與追蹤計畫，富有更多訊息，可能會導致較好的治療結果，讓患者進行自我評估也成為了使其參與治療決策，掌握醫療自主權的前提(Lindblad, Ring, Glimelius, Hansson, 2002)，健康照護領域中的相關研究也因爭取有限資源，以及實證研究(evidence-based)取向運動而蓬勃發展，Moons 等人(2006)以 Pubmed 資料庫搜尋發現，1966 年至 2005 年共有 76,698 篇標題、摘要或關鍵字內含生活品質一詞的文獻，這反映了醫療機構對更具意義的照護結果變項之需求正持續增長，以及醫療人員使用全人觀取代疾病本位的趨勢(Macduff, 2000)。

Kaasa & Loge(2003)指出，健康照護領域關注的生活品質多半聚焦於症狀影響與患者的功能狀態，以及被健康照護介入措施影響的生活面向，這是起源於Parsons(1951)將功能理論引進健康概念，認為健康意指「一個人能夠有效執行有價值任務(活動)的最佳能力狀態」，他將疾病視為一個人偏離社會預期其社會角色所能執行功能的偏差值，這種觀點曾經為健康狀態評估的基石(引自Sirgy et al., 2006)，因此對許多醫療照護研究的學者來說，生活品質的同義詞即為許多健康相關向度的功能現況(Macduff, 2000)，必須注意的是，聚焦於健康狀態，有可能讓評估者高估健康相關因素對生活品質的影響，反之，也可能低估非醫療因素的效應(Gill & Feinstein, 1994)(引自Moons et al., 2006)。但近幾年來，大多數健康照護研究者與臨床工作者亦同意，生活品質在某種程度上與生命意義、自我實現等存在、靈性議題有關，世界衛生組織(WHO)於1947年將健康定義為：「整體生理、心理、與社會幸福感狀態，而不僅是免於疾患或傷害」(Lindblad et al., 2002)，這種多元向度並聚焦於健康的取向概念，被泛指為健康相關生活品質(Health-related Quality of life, HRQoL)，WHO並將它定義為「個人在所生活的文化價值體系中的感受程度，這種感受與個人的目標、期望、標準、關心等方面有關。它包括一個人在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念以及環境六大方面」(台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組，2000)。目前健康相關生活品質的評鑑焦點，已經由疾患本身轉向患者的健康與心理福祉，因此其相關測量工具多半包含了：生理、心理、社會、幸福感、以及活動能力等向度，自SF-36的應用普及後，更推廣了此一信念(Phillips, Davies, White, 2001)。

貳、個人化生活品質(Individual Quality of Life, IQoL)

自1990年代起，健康照護機構與研究領域對於人們如何評估他們的生活越來越有興趣，開始強調將個人主觀經驗與價值系統納入評估的重要性

(Macduff, 2000)，學界對於生活品質是一種主觀經驗的共識也越來越高 (Moons et al., 2006)，但是大多數一般性健康相關生活品質問卷，係由專家學者以外在價值系統為發展基礎，使用既定測量項目與向度，來評估個人生活品質的良莠，可能無法完全反映每個人對自己生活品質獨特的見解與感受，如何將個人價值觀點納入評估當中，促進了個人化生活品質的發展。普同性研究(nomothetic)期望藉由探索重複的事件與歷程，發掘、建立人類行為與心理歷程背後共同的普遍法則，異質性(idiographic)研究則致力於了解個體行為與心理歷程的獨特性與非重複性(Joyce, Hickey, McGee & O'Boyle, 2003)，普同性生活品質觀點的前提假設，是生活品質存在共同的組成元素，能經由調查而獲得“揭瘡”(Browne et al., 1997)，使用普同性生活品質定義的好處是能夠在相同的理論架構下進行比較與分析(Lindblad et al., 2002)，但已有許多研究挑戰了普同觀的假設，例如「失能矛盾」(disability paradox)的研究指出，許多生理功能與生活受限的重症患者，卻自陳有相當高的生活品質，因為具有功能性侷限的人可能經由環境支持，或藉由個人的生命觀點來評估自己的需求與想望，而享有相當高的生活品質，這表示客觀的生理特徵可能並非適切的主觀生活品質指標(Carr & Higginson, 2001; Kaasa & Loge, 2003)，Diener (1984) (引自 Sirgy et al., 2006)曾指出，幸福感是個體基於對世界的獨特經驗所產生的主觀個人內在體驗，儘管客觀條件或事件，可能是影響幸福感的來源，卻非幸福感的必要條件。此外，除了某些特定的生活標準，單一特定的生活條件並不會對所有人引起相同的反應，相似行為與事件對所有人也不一定具有相同的重要性(Hickey et al., 1996)，因為每個人對世界都有不同的哲學觀，對於好、壞生活品質的構成也有自己的一套定義，我們的價值觀與重要生活目標的順序也不一定會維持穩定，亞里士多德(西元前 335~323 年)曾提到「當我們談到快樂的成分，意見可能相左紛歧…同一個人也可能經常改變他的看法，當他感到身體不適，他就會說，健康是我快

樂的來源，當他感到貧困，他就會說金錢才是我快樂的來源。」，生活品質決定因素的重要性也會受到個人期望、信念系統、文化價值、以及社會人口因素如：年齡、性別、社經地位、教育程度、居住環境、婚姻狀態所影響，或隨生活境遇如：遭逢威脅生命的疾病、失業、或結婚生子而改變，Carr & Higginson(2001)認為要能真正的測量個人所感知的生活品質，就必須將每個人自己對生活中各向度的個人化重要性權重納入考量，舉例來說，假設有兩位具有相同生理失能程度與殘存功能的患者，對其中一位患者而言，生活中最重要的事莫過於尋求心靈的平靜，但是對另外一位來說，設法找到工作維持經濟才是生活的關鍵，很顯然的，這兩位患者對生活品質的重要成分有著不同的觀點，許多實徵資料亦顯示生活品質的定義是具有高度特定性的，不同生活向度對不同個體的相對價值存在個別差異(Ring Mcgee, Hickey, O'Boyle, 2007)。

換句話說，人們會以不同方式定義生活向度，使用不同的標準來評估這些向度，並且認為不同向度對整體生活品質具有不同的重要性，這些個人價值觀與標準也可能隨時空轉換而改變(Browne et al., 1997)，一個人對自己目前的存在經驗、希望與期待的觀點只能由自己來描述，生活品質應是由自身對客觀生活條件的主觀評價所決定，因此每個人皆為評估自身生活品質的最佳人選(Carr & Higginson, 2001; Waldron et al., 1999)。這種個人化的生活品質概念取徑特別受到現象學者的讚賞，他們認為生活品質不能藉由幾種有限的既定生活品質向度清單所測量，如果為了囊括每個人的價值觀，而試圖要把所有真正重要的向度都納入同一份問卷也是不切實際的(Lintern, Beaumont, Kenealy & Murrell, 2001)。Carr & Higginson(2001)指出，既然生活品質是一種個人化的構念，其測量本位應該以患者為中心(patient-centred)，唯有確實的捕捉到個案的觀點，我們才能在有效的結論之下，嚐試了解個人化生活品質會如何受到影響，乃至探討如何介入提升，如果醫療機構嚐試改善的生活品質向度對個案來說沒

有切身重要性，可想而知個案對此介入就不會有多大興趣，也將缺乏改變的動機(Lintern et al., 2001)。強調個人化的觀點，激發了關於個人化生活品質各種定義、理論模型與測量工具之發展，但目前尚未有一致的定論(Joyce et al., 2003)。

參、以哲學觀點看待生活品質的百家爭鳴

由於不同領域在概念之間各踞山頭，如：經濟學家秉持效益觀，醫藥護理學者觀照健康狀態與症狀影響，關於生活品質概念與操作型定義的議題缺乏跨領域間的討論(Dijkers, 2007)，因此儘管生活品質一詞在臨床醫療實務與各種研究文獻當中是如此廣泛，但實際上其定義仍缺乏普遍一致的共識，快速增長的文獻與新問卷，更彰顯了生活品質概念的模糊性，同一種現象在不同問卷有不同的用語，如：「心理功能」(psychological functioning)與「心智健康」(mental health)，而「生活品質」(Quality of life)、「生活滿意度」(life satisfaction)、「幸福感」(well-being)、「健康狀態」(health status)與「功能狀態」(functional status)在許多過往文獻也經常被視為可替換的同義詞(Moons et al., 2006; 胡文郁, 2004)。在單一項目與整體工具層次都缺乏精確一致性，造成了研究間的溝通障礙(Kaasa & Loge, 2003)，但生活品質研究領域百家爭鳴的局面，並未隨時間出現競爭淘汰、或另改稱號以區辨彼此的現象，這是因為幾乎所有概念都具備發展性，且沒有人願意捨棄生活品質此一標籤所帶來的諸多好處(Dijkers, 2007)，Greer(1989)曾悲觀表示：「生活品質全盤性的廣泛定義或許最好留給哲學家。」(引自 Joyce et al., 2003)，Bergner(1989)則表示所謂生活品質的定義是「調查者說了算」(what the investigators mean it to be)(引自 Macduff, 2000)。然而，藉由哲學的論述或許正可幫助我們掌握目前各領域學科對生活品質定義的立足點。

Sirgy et al. (2006)曾回顧生活品質在各領域的相關研究，並指出可從三方面剖析生活品質背後的哲學觀點：(1)從本體論(ontology)來看，研究者如何看待生活品質的本質？(2)從價值論(axiology)來看，研究者對生活品質本質所蘊含的價值持何種觀點？如多元論者(pluralists)認同事物存在不同種類的價值，不同的活動、事物之間難以比較價值高低；一元論者(monists)則認定事物間存在單一價值系統，不同事物或活動可能產生不同程度的相同價值，彼此可以進行比較，但不同一元論者，可能採用或認同不同的標準，如快樂、滿意度、道德良善等等，前述經濟學家的效用理論便是奠基於單一論的哲學觀；(3)從認識論(epistemology)來看，研究者採用何種知識系統來了解、評估生活品質？Moons 等人(2006)曾以 Ferrans(1996)的理論為架構，彙整生活品質常見的認識論觀點如下：

1. 一般正常生活觀(Normal life)：常態觀關注一個人在職能、學業、家務或照顧個人基本需求之功能表現，是否因疾病、失能而影響了獲得正常生活的能力，所謂良好的生活品質是以團體常模、平均數為依歸，一個人如果能符合這些個人角色預期行為的標準，則被視為擁有較高的生活品質，若功能表現落於偏差值，則被視為失能的指標。
2. 社會效益觀(Social utility)：意指一個人是否有能力過著對社會有益的生活，對社會做出有意義的貢獻，例如就業或扮演有社會價值的角色，因此職業與生產力即為其關注焦點。
3. 效益觀(Utility)：以受試的偏好為基礎，對特定健康狀態進行的量化衡鑑，得到分布於 0~1 分的偏好數值，0 代表死亡，1 代表完美的健康狀態，此估計法常見於健康照護機構的損益評估。
4. 快樂/情感觀(Happiness/affect)：關注個體當下正負向的情緒經驗。
5. 整體生活滿意度(Satisfaction with life)：個體對其整體生活品質的評價，關注個體對生活進行認知評價後的滿足與享受感。

6. 特定生活向度之滿意度(Satisfaction with specific domains)：關注個體對數個特定生活品質向度的認知評價。
7. 個人目標達成觀(Achievement of personal goals)：把焦點放在目標的理論，有時又被稱為目的論(telic)，強調個人想望(want)是否已達成、需求(need)是否被滿足，生活品質的良莠取決於真實狀況與個人目標之間的落差，是個人認知判斷的功能性產物。
8. 自然能力觀(Natural capacity)：它衍生自醫療道德議題，關注一個人基礎的生理、心理需求是否能夠維持，誰能決定患者是否應依靠呼吸器存活？患者是否能自痛苦中緩解？此觀點經常由被認為能夠體認患者感受的醫療照護者或親友對其生活品質進行代理評估。

除了此八種認識論，以及前述的普同性、異質性取徑(Joyce et al., 2003)，Diener(1984)亦曾指出可以「top-down」or「bottom-up」取徑來區辨生活品質的理論哲學，「top-down」取徑反映了康德(Kantian)的觀點，他假設一個人的愉悅是來自與快樂感受有關的性格傾向，故既定的特質或人格，會影響一個人對特定生活向度的評價，生活滿意度可以說映射了一個人的特質，該取徑因此聚焦於個體以個人化觀點詮釋生活、環境事件的內在成分，強調個人經驗與價值觀；「bottom-up」取徑則起源於洛克(Lockean)的化約論(reductionistic)或原子論(atomistic)觀點，他認為快樂是所有微小愉悅的總和，故整體生活品質為許多向度生活品質的集合產物，目前當代對於該使用何種取徑看待生活品質仍未有定論(引自 Hsieh, 2003; 2004; Sirgy et al., 2006)。從前文梳理，可知生活品質的定義會受研究者、調查者本身先備知識所影響，在進行生活品質相關研究時，勢必會面臨哲學概念與定義上的分歧議題(Waldron et al., 1999)，研究者必須體認單一詞彙當中可能包含諸多定義，並在自身的研究脈絡下，澄清自己所指陳的概念內涵(Dijkers, 2007)。

肆、本研究採用的觀點：現況－期望理論

上述個人目標達成觀，強調個人想望(want)是否已達成、需求(need)是否被滿足，Calman(1984)曾提出現況－期望理論，他認為生活品質是「個體在某段特定時間內，自身希望(hopes)、預期(expectations)與現況經驗的落差」，因此好的生活品質通常都以滿意、滿足、快樂、實現、與因應能力等詞彙來表達，此定義也強調了個人成長的重要性，如果一個人的希望與經驗相符，我們就可以說他擁有良好的生活品質。從此觀點，也可解釋失能矛盾的現象，儘管具有相似的生理限制，卻因個人對健康狀態或生活品質的期望不同，所陳述的個人感受便有高低之別(Carr et al., 2001)。由於每個人對不同事物的經驗與期望存在個別差異，既定项目的多向度生活品質測量工具不一定對受試有切身重要性，Calman 認同生活品質只能被個體自己描述與評估，患者應該同時是自己生活品質重要成份的內容定義者、現況與重要性評估者(Lindblad et al., 2002)，旁人無從為其生活品質做出價值判斷，那是每個人自己的獨特觀點，並會受其生活現況、過去經驗、對未來的期許、夢想以及抱負所影響，因此，除了疾病與治療的衝擊，生活品質測量工具也需要將非健康相關的生活領域與經驗納入考量。

從哲學觀來看，Calman(1984)的理論認為生活品質的本體是「個人認知評估的功能性產物」，並採用一元論的價值觀點，不同向度、不同內容的生活事件、活動的價值，可以轉換為「個人現況-期望的落差」來進行比較，但在評估或測量生活品質時，應將定義生活品質項目的自由交予受試，以反映個人對生活品質成分的獨特觀點，研究者亦認同生活品質本質內含認知成分與現象學特質，故以此現況-期望理論為基底，探討血液透析患者的個人化生活品質。

第二節 生活品質的測量取徑

用來測量生活品質的工具種類與內涵，與其背後的生活品質理論觀點有很大的關連，當研究者對於生活品質關鍵成份的態度與信念發生改變，其關注的焦點與用來評估的方法也會隨之改變(Lintern et al., 2001)，評估生活品質的測量工具多半以患者報告(patient reported outcomes, PROs)形式為基礎(Ring et al., 2007)，不同量表可能包含大同小異的向度組合，但任何生活品質量表都存在三必要元素，它們是：(1)生活被分割的向度(domains)，例如：生理健康、社交關係或家庭生活，(2)用以評估不同生活向度品質良莠的標準，如滿意度或功能現況，以及(3)不同向度各自被賦予的重要性權重。Browne 等人(1994)(引自 Campbell & Whyte, 1999)回顧相關文獻發現，關於生活品質評量向度、評估標準、以及權重的一致性低的嚇人，這反映了生活品質概念定義不一致的現象。如果使用包含不同評估項目、生活向度、或不同向度重要性的測量工具，對同一種治療介入進行結果評估，可能會得到顯著不同的分數，因而造成決策參考上的困擾(Carr & Higginson, 2001)。

傳統生活品質量表大多是以普同觀的標準需求模型為基礎，其中隱含的假設，是不同的個體會以相同方式知覺同樣的情境，所有生活品質測量項目對所有人來說，都具有相同的標準與重要性，這些工具的題項一般都奠基於對特定母群具有代表性的團體反應平均數，或是以健康領域專家意見做為校對準則，利用事先決定好的項目與分類進行測量，因此皆獨立於受試的主觀個人觀點，(Hickey et al., 1996)，透過標準化的模型與事先選定的向度濾鏡來看待個體所知覺的個人化生活品質，將無法反映個人的獨特性，並且有違以患者為中心的治療觀點(Browne et al., 1997; Carr & Higginson, 2000; Echteld, Zuylen, Bannink, Witkamp, Rijt, 2007; Moons et al., 2005; Patel, Veenstra, Patrick, 2003)。

許多研究證據已指出，即便是相同的生活品質成份對不同的人也會有個別差異、具有個人化的權重值，但是對個人相當重要的生活品質成份可能無法盡善盡美的包含在評量的向度當中，例如某個以門診癌症患者為受試的研究，發現影響其生活品質最重要的因素之一，是每次回診的時候都找不到停車位(Carr & Higginson, 2001)，Morris 等(2006)亦曾訪談 52 名即將接受不同外科手術的患者、以及 33 名健康照護工作者，請他們舉出值得關注的 HRQoL 相關向度，並與 SF-36、WHOQoL 等七種健康相關生活品質問卷進行比對，結果發現這些工具所涵蓋的向度比例相當有限，涵蓋率僅 7%~45%。當生活品質量表、問卷以及相對應的評估、分析方法不停的被發展用以評估個體的生活品質，其中的項目或分類向度卻不能代表個體的自由意志，最終結果只能代表團體統計數，並且只有少量、甚至沒有提供患者的個人化訊息，將使測量失去意義(O'Boyle et al., 1993)，儘管爭議不斷，大部份的用來測量生活品質的工具依然使用外部價值系統，並且經常將健康擺在最重要的順序(Waldron et al., 1999)。

由於傳統測量工具會予人某種假性印象，好似生活品質成分在不同文化具有相似性，學者們可能會因過度尋求相似性，忽略了生活品質的個人化本質，讓傳統工具與測量方法學在個人化生活品質的評估失去效度(Joyce et al., 2003)，因此過去十多年來，測量生活品質的領域已出現典範(paradigm)移轉的現象，從使用標準化問卷，試圖往捕捉個人化觀點的方向前進(Moons et al., 2005)，個人化生活品質測量工具的發展動力正是對現存工具上述缺陷如：專家導向(expert-driven)之反動，讓個人化生活品質成為近代測量生活品質的新興取徑之一(Ring et al., 2007)。與傳統標準工具的常態取徑相比，個人化測量則以異質取徑為基底，前者強調關於生理與人類行為的通則定律，後者則強調觀照個體，以瞭解與詮釋個人在時空與社會脈絡情境下的獨特性，但兩取徑不必然彼此對立，它們可能在研究與實務上做為互補的選項(Wettergren, Lindblad, Sprangers, Ring, 2009)。

壹、生活品質測量工具的取徑分類

自 1970 年代開始，許多標準化測量工具被陸續發展，用以捕捉主觀健康狀態(Kaasa & Loge., 2003)，相關衡鑑工具可以被概分為「一般性」(generic)、「特定疾病」(disease specific)、與「特定生活向度」(domain specific)等類別，Phillips 等(2001)曾彙整相關問卷之類別如下：

1. 特定生活向度、症狀量表

特定生活向度量表是聚焦於單一特定生活向度如生理、心理或社會領域之生活品質，症狀量表則是評估特定疾患症狀如疼痛、疲憊、焦慮的測量工具，以作為治療介入的療效檢驗指標，傳統上它們多被合併成套裝測驗進行生活品質的衡鑑，相關問卷如：Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)(Zigmond & Snaitth, 1983)。

2. 多元向度量表

多元向度量表包含廣泛的生活向度，每個項目都從屬於生理、心理、社會、職業等可能會影響個體生活的因素，這些量表並可再區分為一般性、疾患特定、與個人化量表。

3. 一般性量表

一般性量表被設計使用在廣範圍的多樣化群體，並使用可適用於所有個體的項目，提供對健康的廣泛測量，因此也便於比較不同群體的狀況，除了生理功能，通常也會考量心理、社會功能，相關問卷如：SF-36 與 WHOQoL，它們的缺點在於不能指認特定疾患的特殊狀況對生活造成的影響。

4. 疾患特定量表

疾患特定量表之主要用意在於測量不同疾患特有症狀與治療程序所帶來的影響，如腎臟疾病或多發性硬化症等，當我們需要瞭解某種醫藥狀況下，治療介入措施對健康狀態所造成影響的資訊時，這種量表就非常有用。

5. 個人化量表

在發現標準需求理論的缺陷後，已有許多學者致力於發展捕捉生活品質所包含個人化因素的評量工具，它們多聚焦於個體在建構、評價其生活品質的心理歷程(Wettergren et al., 2009)，Dijkers(2007)認為所有工具的個人化特性可以用連續光譜的概念予以檢視，其中一端既沒有選擇重要生活向度的自由，也不能指示各向度的相對重要性，如一般傳統問卷，另一端則允許受試自行提名或選擇重要向度，評估各向度的功能/滿意度，並決定各向度的相對重要性(Ring et al., 2007)，相關工具包含了對語言行為的內容分析、對個人目標的評估、對人格成分的衡鑑、以及以效用/偏好為基礎的測量工具，被泛稱為個人化或患者創答(patient-generated)工具(McGee et al., 1991)(引自 Sirgy et al., 2006)。這些工具有相同的前提假設，即生活品質在本質上是現象學的(phenomenological)，具有個殊性(Browne et al., 1997)，個人化生活品質測量工具便是以現象學為理念，嘗試去理解個體是如何知覺與決定其生活品質(Joyce et al., 2003)，它們被設計用來增加受試選擇重要生活領域(area)/向度(domain)的自主權，讓受試決定這些向度的相對重要性。

Wettergren 等人(2009)回顧文獻指出，其中被使用得最廣泛的相關工具是 Patient Generated Index (PGI)(Ruta, Garratt, Leng, Russell and MacDonald, 1994)(引自 Wettergren et al., 2009)與個人化生活品質評量表直接權重版(Schedule for The Evaluation of Individual Quality of Life—Direct Weighting, SEIQoL-DW)(Hickey et al., 1996)，兩工具都能讓受試列舉重要的個人化生活品質向度、並進行評估與重要性的排序，不同之處在於 PGI 著重疾病對生活品質的衝擊，SEIQoL-DW 則未侷限於特定生活範疇。這些測量工具都同時解決、卻又製造了一系列概念與方法學的議題，並展現了想要調和量化、質化訊息的創新嚐試(Macduff, 2000)。

雖然取徑與分類不同，Moons et al. (2006)認為當前 QoL 評估工具必須面對許多共同的挑戰，包含：工具本身是否能同時涵蓋非醫藥與健康因素、是否對改變具有足夠敏感度，能彰顯生活品質隨時間的動態改變，以及是否能同時關注正/負向生活品質相關影響因素。綜述之，生活品質測量工具的選用，端視研究目的而異，例如滿意度評估可以由整體，或許多不同向度進行分析，兩者皆可獲致豐富的訊息，端視研究者的目的而定，在使用時研究者尚須注意工具構念與計量本質的良莠，並將施測程序對患者所造成的負擔納入考量。

貳、本研究採用的測量取徑

延續本研究以 Calman(1984)現況-期望理論為生活品質定義，為了捕捉血液患者對生活品質重要成分的個人化觀點，故選擇個人化生活品質評量表直接權重版(SEIQoL-DW) (Hickey et al., 1996)為評估工具，探討血液透析患者的個人化生活品質，下節即簡介其發展背景、施測程序、與相關應用結果。

第三節 個人化生活品質評量表：直接權重版

個人化生活品質評量表(The Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life, SEIQoL)(Browne et al., 1997)是以個案角度為出發點測量生活品質的工具(Hickey et al., 1996)，它被設計用來引發受試的個人價值系統，並用此個人系統量化其生活品質(Macduff, 2000)，它以半結構式的訪談方式施測，過程中允許個體列舉自己認為生活品質當中最重要的向度，並使用自身的價值系統來描述各向度的現況水準與相對重要性，SEIQoL 背後所蘊含的生活品質定義，就是「一個人的生活品質，是由他/她自己說了算」(a person's QoL is what he or she determines it to be)(Waldron et al., 1999)。

此工具一開始是愛爾蘭皇家醫學院 O'Boyle 教授的友人基於對生活品質的一般常識，試圖發展一個評估快樂經驗的測量工具，在因緣際會下由 O'Boyle 教授進行籌畫，他發現相關領域所應用的測量工具，幾乎都是以客觀的團體統計數為基礎，且大多著重於負面經驗，O'Boyle 教授與該學院的健康醫療管理團隊便著手進行 SEIQoL 的設計，其初始概念受到 Brunswik (1943) (引述自 Joyce et al., 2003) 對異質觀、普同觀的論證所啟發，Brunswik 強調心理學研究必須同時著重人類在知覺過程的主動角色與環境的脈絡，在技術層面，該團隊並使用了認知心理學中社會判斷理論(Social Judgment Theory, SJT)的決策分析技巧，計算個體在不同生活向度的相對重要性(Joyce et al., 2003)，由於判斷分析法的施測程序過於複雜，對受試解釋以及施測的所需時間太長，對部分認知受損患者、老人或精神患者的認知負荷量可能過高(Browne et al., 1997)，且施測之後尚須從專用軟體才能抽取權重，若在過程中有遺漏值，還可能影響權重指標的計算，限制了判斷分析法成為臨床情境例常測量工具的實用性(Patel et al., 2003)，該團隊續而發展更簡單的版本 - 個人化生活品質評量表：直接權重版(SEIQoL-direct weighting, SEIQoL-DW)取代繁複的分析技術；與原版相同，SEIQoL-DW 須在標準化的半結構式晤談中施測，同時包含了

量化與質化衡鑑，它允許受試者自行提名、列舉最重要的五個生活向度，並評估自己在每個向度的功能水準或滿意度，但在評估重要性時，則改為使用一直觀操作的工具來得到權重，如圖 1 所示：

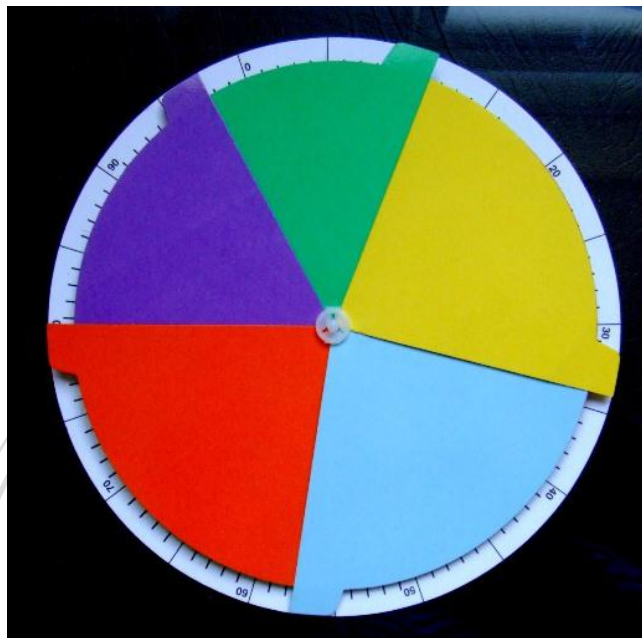


圖 1 SEIQoL-DW 權重操作圓盤

該裝置由五個大小相同、顏色相異、環繞相同中心點、彼此連鎖的圓形薄紙片所組成，圓盤可以旋轉蓋過彼此，形成一動態圓餅圖，紙片下又有一附有 0~100 刻度之圓盤，讓不同顏色切片的相對比例一目瞭然，每個紙片可分別依照個體所列舉的五個向度賦予標籤，紙片面積/總面積的相對大小即代表了該生活品質向度的重要性權重，應答者能依據相對重要性持續調整彩色紙片的比例直到滿意為止，如果應答者所提向度少於五個，該裝置也允許使用相對應數量的彩色紙片，與原版相較，此權重裝置具有操作快速、色彩豐富、具有手動觸覺與直觀易懂等優點(Hickey et al., 1996)，在施行上更簡便，不需要電腦軟體分析、且被預期在認知上的要求比判斷分析法來的少(Browne et al., 1997)，其施測程序共含三步驟如下：

步驟一 列舉重要生活品質向度線索 (cues)

步驟一的目標在於澄清受試對生活品質的定義，請受試區辨對自身生活品質有所貢獻的成分線索(Joyce et al., 2003)，受試被要求在沒有參考刺激的情況下反思自己的生活，並且列舉五個他們認為對自身整體生活品質來說最重要的生活向度，藉由詢問受試「此刻對你而言，生活中最重要的五個向度為何？」要求受試列舉五個生活向度，來得到其生活品質重要向度的線索，每個被列舉的生活向度，也請受試進行更詳細與精確的陳述解釋，讓評估者洞察受試列舉生活向度之意義，並給予相對應的向度標籤(Moons et al., 2005)。

一般而言，受試對於列舉五個重要生活向度都沒什麼困難，若有，則可以出示標準提示清單供受試參考，此名單是設計團隊自一般群體抽取而來，代表最常被提名的項目，且頻率隨排序遞減，包含：家庭、人際關係、健康、經濟、生活條件、工作、社交生活、休閒活動、宗教/靈性生活等九個向度 (O'Boyle et al., 1993)。如果可能的話，應盡量避免給予提示清單，以維護受試選擇的自由度(Frick, Borasio, Zehentner, Fischer and Bumedel, 2004)，儘管使用此提示清單可能對受試組織生活品質定義時有某種程度的影響，但是當受試在形成線索遇到困難時，它依然是一個相當有價值的工具 (Lindblad et al., 2002)，此外，受試被允許可以枚舉數個相同種類的線索，舉例來說，受試可以同時舉出：運動、爬山、聽音樂等線索，三者都可以被歸為「休閒活動」類別，並在最後統整類別頻率時納入計算(Frick et al., 2004)。

步驟二 決定各向度的近期狀態 (status)

藉由詢問受試「此刻你會怎麼為你自己在各向度的狀況評分？」，請受試在一個含五長條圖的垂直視覺類比量表上，以長度反映每個向度的近況水準(如圖 2)，評比尺度為 0~100，上下兩極端值的用語分別是「對你來說最好的情況」(best possible)、「對你來說最差的情況」(worst possible)，SEIQoL 不把焦點放在特定的評估標準，如功能狀態或滿意度，因此該量表的定錨尺度是設計用來幫助受試自己決定使用哪一種標準 (Browne et al., 1997)。

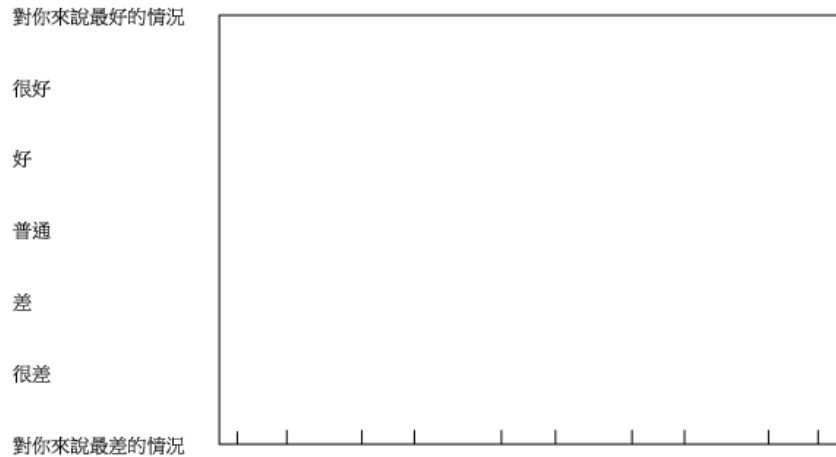


圖 2 SEIQoL-DW 現況評估視覺類比量表圖例(取自：劉乃誌、羅一哲，2011)

步驟三 為各向度賦予量化的相對性權重

藉由詢問「我希望你可以藉由這個圓盤讓我知道，你所列舉的五個生活向度彼此之間互相比較的相對重要性」請受試直接應用上述權重裝置，持續調整圓盤紙片面積，決定其各個生活向度的相對重要性，並將每個列舉出來的線索權重換算為百分比，所有領域權重的總和為 100。

為了將訊息以團體資料的形式呈現進行團體間的比較，最後並能自資料中抽取單一分數：整體生活品質指標，該分數是將受試於某向度的狀態評估與權重相乘後，計算所有向度的總分而得，全距剛好為 0~100，其量尺為連續變項，可以進行參數統計分析(Hickey et al., 1996)，範例如表 1：

計算公式為 $\Sigma (\text{levels} \times \text{weights})$

表 1 SEIQoL-DW 指標計算範例

生活領域	現況水準	x	重要性/100	=	
健康	70	x	0.26	=	18.2
家庭	60	x	0.26	=	15.6
休閒活動	70	x	0.12	=	8.4
經濟	70	x	0.13	=	9.1
宗教/靈性	45	x	0.23	=	10.35
生活品質指標					61.65

如此一來，此工具不僅能提供單一指標滿足團體比較的需求，也能用來偵測次團體間生活品質關注議題、現況與權重的差異，由於此工具具備實用性與簡潔性，對於需要收集個案生活品質資料的臨床實務情境來說，應能提供相當程度的助益(Hickey et al., 1996)。與傳統 QoL 問卷相較，SEIQoL-DW 反映了更加全面性的觀點，因為它考量了與非健康/疾患相關的生活層面之影響 (Macduff, 2000)，並同時提供了受試重要生活品質的相關細節與輪廓訊息，這對健康照護機構整合方案中的個案管理非常重要(Moons et al., 2005)，藉由組織生活品質的優先順序，亦可能有助於重病患者發展適切的因應策略，使其在生命最後的階段活得更有意義(Neudert, Wasner, Borasio, 2001)，醫療人員也可以使用個人化生活品質的結果，做為醫療計畫決策指引、或做為溝通媒介與個案及家屬討論醫療方針(Waldron et al., 1999)，SEIQoL-DW 並克服了大多生活品質測量工具僅關注限制與阻礙，沒有將正向成份對生活品質的貢獻納入考量的內生性缺陷(Moons et al., 2005)。儘管 SEIQoL 指標分數可以用來進行團體比較，但此測量工具的主要目標仍然是在提供個人化價值與狀態的側面圖(如圖 3)，以協助醫療工作者與患者間的溝通(Campbell & Whyte, 1999)，因此整體指標最好在受試的生活品質評估水準與權重型組的脈絡下進行個人化詮釋(O'Boyle et al., 1993)。

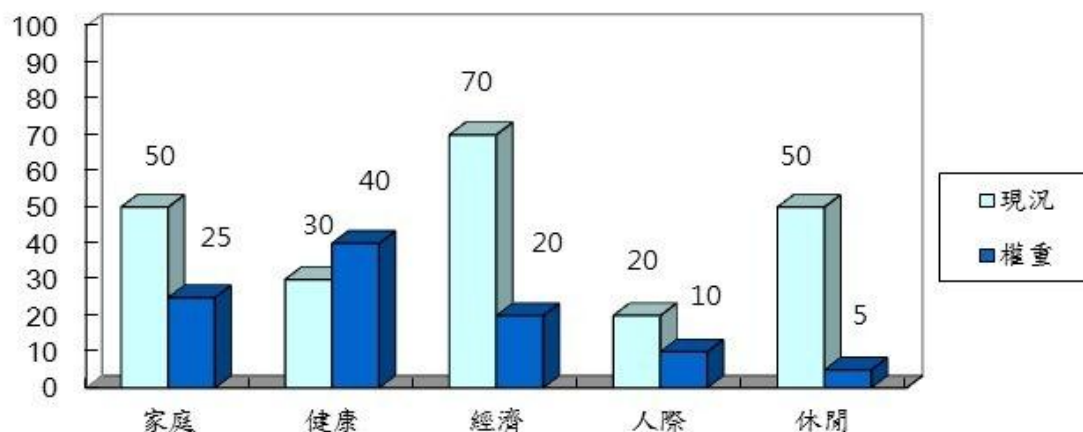


圖 3 SEIQoL-DW 個人化側面圖範例

此外，原作者團隊也建議評估時應記錄以下細節，納入分析參考：

- ①、受試完成作業所花費的時間
- ②、晤談者針對受試的測驗理解度進行評分
- ③、晤談者評估受試是否覺得疲憊或無趣
- ④、晤談者評估所得訊息的整體效度

Browne 等人(1997)曾以健康成人為受試發現，直接權重程序對受試而言是可接受的，所得信度、效度皆比判斷分析法高；儘管直接權重裝置與判斷分析程序得到的結果相似，兩者仍有些許差異存在，SEIQoL-DW 測量的較偏向應答者可意識的「外顯」權重，而原版 SEIQoL 的測量結果則同時包含外顯與應答者無法有意識覺察的「內隱」權重；且 Waldron 等人的(1999)研究指出，雖然 SEIQoL 與 SEIQoL-DW 兩版本指標具有顯著高相關($r=0.92$)，但兩版本的一致性檢驗顯示兩者不全然相等；在應用上，PubMed 資料庫顯示，近五年來原版 SEIQoL 的使用頻率已逐漸下降，而直接權重版的使用頻率則持續上升(Wettergren et al., 2009)。

壹、SEIQoL-DW 的心理計量特質

由於 SEIQoL-DW 的設計理念是以捕捉個人觀點為基底，加上允許受試提出個人項目的特殊施測程序，使其與傳統心理計量概念的測量方式具有某種原生性的扞格，受試創答型測量工具在接受傳統心理計量特質的檢驗需面臨許多挑戰，因為它們將生活品質的動力歷程視為一種個人化的建構，具有釐清受試價值系統的定義並予以操作化的企圖，卻同時想以標準化的形式進行測量，在尋求施測實用性、平衡工具概念效度與心理計量本質之間便存在張力與拉扯 (Macduff, 2000)，Joyce 等人(2003)甚至認為，每份 IQoL 評估結果都是獨特的，沒有所謂的黃金心理計量準則，故不一定要套用傳統的心理測量指標。

Lindblad 等(2002)表示，個人化測量工具通常具有很高的效度，反應性通常也不錯，能夠偵測生活品質隨時間的改變，但信度通常偏低，因為個人化觀點具有隨時空而異的動態特質，在不同時間點很可能出現不同的反應，且

SEIQoL-DW 的整體權重總合為 100%，使其權重分數之間具有連鎖效應，部分向度權重的改變，勢必會影響其他向度的比重，就算是短時間內生活環境微小的變化都可能影響權重，予人再測信度很低的印象(Browne et al., 1997)，考量反映真實改變(代表性)以及尋求穩定性之間的衝突關係，也產生了是否應該讓受試在不同時間點接受測量時選擇新向度、或給予固定向度清單的程序爭議(Macduff, 2000)，Wettergren 等(2009)曾回顧了 39 篇探討 SEIQoL-DW 心理計量特質的相關文獻，嘗試對其使用狀況進行系統性的回顧，相關信、效度與代表性的研究統整分述如下：

一、信度

由於上述設計理念與特殊施測程序等工具內在結構的影響，評估 SEIQoL-DW 的內部一致性是不合邏輯的，因為由受試列舉的項目本來就不追求一定要有內在相關性，此外，尋求評分者間信度也缺乏意義，因為 SEIQoL-DW 是一個自創自評的工具，故大多數 SEIQoL-DW 的信度檢驗都是以評估跨時間穩定性的再測信度為主，Neudert, Wasner, Borasio(2004)以 42 位肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS)患者為受試，同時填寫肌萎縮性脊髓側索硬化症功能評鑑量表(ALSFRS)、Sickness Impact Profile (SIP)，並隨機接受 SF-36 與 SEIQOL-DW 的測量，患者接受至少三次，間隔兩個月的評估，結果 SIP、SF-36、ALSFRS 皆隨時間有漸進式下降，但 IQoL 指標卻保持穩定。Echteld, Deliens, Ooms, Ribbe, Wal(2005)曾以 20 位接受安寧照護的癌末患者為受試，結果顯示受試住院後 1、3、5 周的 IQoL 皆維持穩定，無顯著改變。

Wettergren et al. (2009)回顧了兩篇控制相關生活條件的 SEIQoL-DW 再測信度研究，其中 Browne et al. (1997)以 40 名健康成人為受試，7~10 天為再測間距，發現平均權重改變值為 4.5(全距經轉換為 0~100 分)，89%的受試在生活品質各向度權重值的改變皆小於 10；Moons, Marquet, Budts, Geest (2004)以一年為時距，發現心理與生理狀態維持穩定之心臟病患者(T0 n=638, T1 n=130)，其 SEIQoL-DW 整體指標沒有顯著改變。

二、效度

Neudert et al. (2001)以 42 位肌萎縮性脊髓側索硬化症患者為受試，利用視覺類比量尺，比較患者對 the Sickness Impact Profile (SIP)、SF-36、與 SEIQoL-DW 等三種生活品質測量工具的主觀知覺效度 (subjectively perceived validity)，結果顯示 SEIQoL-DW 的效度評比最高。

Prince & Gerber (2001)發現 35 名心智疾患復健患者的 SEIQoL-DW 整體指標和主觀幸福感測量問卷 satisfaction with life scale (SWLS, $r=.707$)、以及 quality of life inventory (QOLI, $r=.696$)有顯著相關，由此推論 SEIQoL-DW 具有相當的建構效度。

Neudert 等人 (2004)以 42 位肌萎縮性脊髓側索硬化症 (ALS) 患者為受試，發現 SF-36, 與 SIP, The Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale (ALSFRS) 之間有顯著相關，但 SEIQoL-DW 與後兩者著重生理功能的工具沒有相關。

Levack, Graham, Kidd (2004)研究 180 名惡性脊柱壓迫患者的個人化生活品質與其失能程度、情緒幸福感之關連，發現個人化生活品質與生理行動能力無顯著相關，在具有相同行動能力的組別中，IQoL 分數的分佈亦相當廣泛，且負向情緒 (HADS) 與 SEIQoL-DW 指標有顯著負相關，此外，儘管有些線索比較常見，但沒有任何受試有完全相同的向度組合，且受試的向度組合通常都包含健康與非健康因素，顯見 SEIQoL-DW 具有捕捉個人化觀點的功能，具有建構效度，影響患者生活品質的因素可能與傳統健康領域專家的意見不一致。

Carlson, Bultz, Morris (2005)以 16 名末期轉移性癌症患者為受試，發現 SEIQoL-DW 的分數與 EORTC QLQ C-30 的整體 QoL 指標有顯著相關 ($r = .53$)，與 BDI 總分有顯著負相關 ($r = -.69$)，推論 SEIQoL-DW 具有相當的建構效度。

LeVasseur, Green & Talman (2005)以 45 位中風倖存者為受試，發現 SEIQoL-DW 與主觀知覺健康狀態 ($r=0.35$)，主觀心情狀態 ($r=0.419$)，以及 HADS anxiety 分量表 ($r=-0.546$)、depression 分量表 ($r=-0.701$) 有顯著相關，與測

量失能程度的巴氏量表沒有關連，支持 SEIQoL-DW 在該樣本具有合理的建構效度，它所測量的是與功能狀態不同的構念。

但相關文獻對其效度亦有反面證據，Moons 等人(2004) 以 629 位心臟病患者為受試，發現 SEIQoL-DW 整體指標與整體生活品質視覺類比量尺(VAS)的相關雖達顯著，但強度比預期低($r=0.48$)，且從施測內容來看，SEIQoL-DW 所測量的可能並非「生活品質本體」，而只是探索「影響個體生活品質決定因素」的良好工具。

Wettergren 等人(2009)的系統性回顧指出，SEIQoL 整體指標與其他測量整體生活品質、生活滿意度、心理健康與社會功能的相關測驗有中到高相關，顯示 SEIQoL-DW 具有相當程度的輻合效度，在區辨效度，大多數 SEIQoL-DW 與功能狀況、健康狀態、人口統計變項、與臨床生理指標則只有微弱或缺乏相關，因此整體而言，SEIQoL-DW 具有相當程度的構念效度，但未來需要針對其他心理計量檢驗工具如結構方程模式(SEM)、以及利用不同群體的大樣本研究，持續進行相關心理計量特質的檢驗，此外，SEIQoL-DW 的質化分析，如向度線索的內容分析、指導語用詞的影響亦是未來值得探索的議題。

三、小結

綜合前述文獻，研究支持 SEIQoL-DW 具有可接受的建構效度，SEIQoL-DW 指標分數測量的構念有別於生理健康與功能狀態，支持了它做為個人化工具的原意，本研究採現況-期望差距理論為生活品質定義觀點，而 SEIQoL-DW 正是基於 Calman(1984)理論發展的測量工具之一(Mountain, Campbell, Seymour, Primrose & Whyte, 2004)。

貳、SEIQoL-DW 在不同群體的應用結果

SEIQoL-DW 已經被許多研究支持可以應用在健康受試與諸多不同疾病患者群體，大多數群體都可以接受該工具、完成率亦相當高(Wettergren et al., 2009)，許多研究都顯示個人所知覺的 IQoL 似乎大部分取決於健康及身體功能之外的領域，其中家庭扮演了顯著的角色，對大多數群體而言家庭都比健康重要(相關研究的向度線索描述統計資料彙整如表 2)。

在其初步臨床應用上 Hickey et al. (1996) 發現 HIV 患者可以接受 SEIQoL-DW 的施測程序，測量時間約 5~10 分鐘，在忙碌的臨床情境中具有實用性，並推論該工具所具有的彈性以及以患者為中心的取向，讓它可適用於其他常見的慢性疾患，應能成為測量健康狀態的有利附屬工具。

Campbell & Whyte (1999) 指出 SEIQoL-DW 對 15 名參與 phase I 臨床試驗的癌症患者而言是可接受的，且具有實用性。Waldron 等 (1999) 以癌症患者為受試的研究發現，家庭 (93%) 顯著的被認為比健康 (70%) 重要，Neudert 等人 (2001) 在 40 名肌萎縮性脊髓側索硬化症患者的研究結果也顯示家庭顯著的比健康更重要，其中約 30% 癌症患者與 50% 肌萎縮性脊髓側索硬化症患者沒有提及任何健康相關項目，Carlson 等人 (2005) 發現 16 名末期轉移性癌症患者可以接受 SEIQoL-DW 的施測程序，LeVasseur 等 (2005) 發現一般老年組與慢性阻塞性肺病組所提名的生活向度頻率、權重順序完全相同，因此認為兩群體的健康狀態不必然會影響他們怎麼定義其生活品質。

Wettergren, Sprangers, Björkholm & Langius-Eklöf (2008) 以 22 名惡性血液疾患幹細胞移植患者為受試，發現在移植前與移植一年後，他們最常提名的向度都是家庭 (皆為 81%)，其次才是健康 (60% 與 68%)，Moons 等人 (2005) 以先天性心臟病成人患者 (n=514) 為受試、健康成人為對照組 (n=446)，發現只有 59% 的先天性心臟病患者指認健康為重要的生活品質向度，此外，兩組認為健康是重要向度的百分比幾乎相等，該作者群因此推論若把焦點放在健康相關生活品質，調查者可能會高估健康相關因素所帶來的衝擊，且嚴重低估非醫藥因素

的影響，許多針對重病患者生活品質之調查工具的首要考量都是健康向度，可能是錯誤的方向。

在不同年齡層的適用性，Moons 等人(2004)以 629 位先天性心臟病患者為受試，結果顯示在應用上，只有 8%受試可能因低教育程度無法完成施測程序，而整體列舉項目當中，有 94.7%是正面的，只有 5.3%列舉的生活品質定義包含負向內容，顯見 SEIQoL-DW 能偵測正向因素，此外，SEIQoL-DW 在測量上也未有明顯的地板與天花板效應。Mountain 等人(2004) 發現 51 名平均 81 歲的高齡住院患者多少都需要主試者手動示範協助才能完成權重評估，雖然醫師們認為個體生活品質訊息，對於出院與追蹤的規劃具有潛在助益，但對於高齡患者的標準臨床醫藥紀錄而言，SEIQoL-DW 需要的操作時間可能太長(平均 37.7min)。Wagner(2004)指出，SEIQoL-DW 的施測不需要太複雜的閱讀能力，因此相當適用於兒童，雖然不需要受試對每個項目做詮釋，但仍需抽象思考能力與維持性注意力、以及部分的語文能力，其研究顯示，10 位平均年齡 9.25 歲的兒童(約佔該研究同年齡層受試 1/3)在理解測驗需求時可能會有問題。故過往研究顯示，若受試太年幼、過於年長、或有嚴重的認知損害情況，便可能會影響個人化生活品質的衡鑑(Joyce et al., 2003)，Wettergren 等人(2009)的回顧指出其施測時間平均分佈為 5~50 分鐘，因為無法理解、壓力過大、疲憊、混淆測驗要求等原因而無法完成測驗的受試比例分佈為 8~83%，其中以安養院虛弱老人為受試的研究之完成率最低。

在衍生版本方面，Wettergren, Björkholm & Langius-Eklöf(2005)曾提出 SEIQoL-DW 瑞典版，使用疾病特定架構 (disease-specific module)，聚焦於被疾病影響的生活向度，他們以 117 位霍奇金淋巴瘤患者為受試，結果支持 SEIQoL-DW 疾病特定版本具有建構效度與足夠的測量敏感度，可以區辨不同團體間的主觀健康狀態，捕捉被疾病影響的正、負向生活向度。

表 2 SEIQoL-DW 相關研究生活向度摘要表

年代/研究者	受試	線索描述統計 / Index 總分
1996 Hickey et al.	HIV 患者, n=52 健康成人, n=52	頻率: 健康 71%, 家庭 69%, 金錢, 59%, 毒品 41%, 孩子 35% 頻率: 家庭 88%, 健康 63%, 工作, 62%, 社交 48%, 金錢 46% Index: 未提及
1997 Browne et al.	健康成人, n=40, 平均: 31 歲	頻率: 未提及 Index: 77.4 ± 9.5
1999 Campbell et al.	癌症患者, n=15	頻率: 家庭 87%, 健康 73%, 休閒活動 73%, 社交 53%, 關係 40% 權重: 獨立性 31%, 家庭 28%, 健康 28%, 婚姻 28%, 孩子 25% Index: 58.4 ± 21.59
1999 Waldron et al.	癌症患者, n=80 中數: 62 歲	頻率: 家庭 93%, 健康 70%, 社交/活動 45%, 宗教 38%, 友誼 38% Index: 59
2001 Lintern et al.	多發性硬化症 患者, n=30	頻率: 未提及 Index: 61 ± 16.95
2001 Neudert et al.	肌萎縮性脊髓 側索硬化症患者, n=40, 平均: 59 歲	頻率: 家庭 100%, 健康 53%, 職業 50%, 權重: 家庭 68%, 健康 22%, 職業 3% Index: 未提及
2001 Prince et al.	心智復健患者, n=35, 平均: 40 歲	權重: 孩子 35%, 家庭 29%, 健康 29%, 社交支持 28%, 經濟 27% Index: 69 ± 24.58
2002 Montgomery et al.	白血病與淋巴瘤 患者, n=51, 平均 54 歲	頻率: 家庭 82%, 朋友 68%, 健康 53%, 休閒 42%, 居家生活 38% 權重: 家庭 58%, 健康 38%, 婚姻 36%, 朋友 22% Index: 依診斷不同分佈為 64.9~85.3
2004 Frick et al.	自體周邊血液 幹細胞移植患者 n=79	頻率: 家庭 89%, 喜好/娛樂消遣 74%, 健康 (生理, 包含移動性) 70%, 職業/工作 51%, 社交生活/友誼 47%, 婚姻 33% Index: 63.21 ± 17.55
2004 Levack et al.	惡性脊柱壓迫 患者, n=180	頻率: 家庭 91%, 休閒活動 50%, 健康 44%, 婚姻 39%, 社交 38% 權重: 家庭 30%, 婚姻 30%, 健康 20%, 活動能力 20%, 朋友 18% Index: 66 (中數)
2004 Moons et al.	先天心臟病患者 T0 n=638, 平均 23 歲, T1 n=130, 平均 24 歲	頻率: 未提及 Index: T0=74.1、T1=80.8
2004 Mountain et al.	住院年長患者 n=51, 平均: 81 歲	頻率: 家庭 90%, 健康 58%, 休閒 53%, 家 43%, 金錢 42% Index: 未提及
2004 Neudert et al.	肌萎縮性脊髓 側索硬化症患者, n=42, 平均 53.5 歲	頻率: 家庭 100%, 朋友/社交生活 54%, 健康 51%, 職業 49%, 經濟 22%, 娛樂 22% 權重: 家庭 68%, 健康 28%, 朋友/社交生活 5%, 專業 2% Index: T1=72.4、T2=72.3、T3=72.3

2004 Wagner.	第一型糖尿病患者, n=67, 平均 12.4 歲	頻率: 家庭 19%, 朋友 15%, 糖尿病 13%, 學校 11%, 嗜好 7% Index: 78.6
2005 Carlson et al.	末期轉移性癌症患者, n=16, 平均: 53 歲	頻率: 家庭關係 93.8%, 活動能力 75%, 友誼 43.8%, 健康, 信仰, 工作皆為 38% Index: 69
2005 Echteld et al.	安寧照護患者, n=20 平均: 72.7 歲	頻率: 與家庭維持良好接觸 24%, 與友人維持良好接觸 18%, 健康 12%, 休閒 9%, 宗教 7% T1 權重: 與家庭維持良好接觸 39%, 與友人維持良好接觸 29%, 家人的良好照護 28%, 照護的品質與注意 28%, 從疾病復原 25% T2 權重: 照護的品質與注意 50%, 與家庭維持良好接觸 43%, 內在和諧經驗 35%, 宗教 33%, 從疾病復原 27% Index: T1=75.3、T2=78.5、T3=79.8
2005 LeVasseur et al.	中風倖存者, n=45, 平均: 61.2 歲	頻率: 與親友的關係 26%, 社交與休閒活動 21%, 健康 13%, 經濟 9%, 獨立性 8% 權重: 健康 31%, 與親友的關係 25%, 生理功能 20%, 心理/靈性 19%, 工作 18% Index: 71.08
2005 Lhussier et al.	老年人, n=168 平均 80.6 歲 慢性阻塞性肺病患者, n=187 平均 68.3 歲	頻率: 老年組: 社會網絡 36.4%, 嗜好 20.7%, 獨立性 14.8%, 健康 9.9%, 家 5.9% COPD 組: 社會網絡 42.8%, 嗜好 20.1%, 獨立性 10.2%, 健康 8.6%, 其他 5.8% 權重: 老年組: 健康 26.1%, 社會網絡 24.5%, 內在自我 19.8%, 家 18.8%, 其他% COPD 組: 健康 27.4%, 社會網絡 25.5%, 獨立性 18.8%, 內在自我 17.3%, 工作/學業 15.3% Index: 老年組 82, COPD 組 74.6
2005 Moons et al.	先天性心臟病成人患者, 年齡中數=23 歲, n=514,	頻率: 家庭 79%, 職業/教育 73%, 朋友 62%, 健康 59%, 休閒 49% 權重: 家庭 25%, 健康 22%, 朋友 21%, 未來 19%, 個人重要價值觀、收入與物質滿足皆為 18% Index: 79

	健康成人, 年齡中數=24 歲 n=446	頻率:家庭 79%, 職業/教育 63%, 健康 54%, 朋友 51% , 收入與物質滿足 49% 權重:健康 25%, 家庭 24%, 朋友 22%, 職業/教育, 休閒時間, 自我實現, 收入與物質滿足, 未來, 寵物, 環境皆為 17% Index: 未提及
2008 Wettergren et al.	惡性血液疾患 幹細胞移植患者, 年齡中數=50 歲 n=22	頻率 T0:家庭 81%, 整體健康 60%, 人際關係 41%, 疾患問題 27% 工作 23% 頻率 T1(1 年後):家庭 81%, 整體健康 68%, 人際關係 60%, 疾患問題 32%, 工作 36%

註 1：部分研究僅列出頻率、權重前五高的生活品質向度類別

註 2：向度頻率百分比計算方式為「曾列舉特定向度的受試人數/總人數」

註 3：向度權重計算方式為「特定向度的權重平均值」，並以百分比方式呈現

參、國外腎臟病患者的 SEIQoL-DW 相關研究

在國外關於腎臟疾患的 SEIQoL-DW 研究中，Tovbin et al. (2003) 曾於以色列以 48 名慢長期血液透析患者為受試（平均 56.6 歲，ESRD 平均診斷 44.2 個月），探討心理社會變項，如：知覺控制感、社會支持與敵意，以及人口統計變項與疾病相關變項，如：年齡、性別、治療持續時間、心血管疾病、糖尿病、血比容、血清白蛋白、C-反應蛋白，與 IQoL 的關連。結果顯示 SEIQoL-DW 指標顯著的與知覺控制感 ($r=0.65$)、社會支持有正相關 ($r=0.38$)，和敵意 ($r=-0.31$) 有負相關，與年齡、透析持續時間、血比容、血清白蛋白無顯著相關，在分組差異方面，女性、有糖尿病、低白蛋白 ($<3.6 \text{ g}/100 \text{ ml}$) 患者的 IQoL 顯著較低，血液透析患者最常舉出的生活品質向度依序為健康 (92%)、家庭 (88%)、經濟 (63%)、休閒 (31%)、工作/學業 (28%)，其中健康的整體滿意度最低，而家庭的整體滿意度最高，該群受試的整體生活品質指標平均分數為 93.8（該研究重新修訂施測程序，要求患者以 1~10 進行滿意度排序，以 1~5 進行重要性排序，經轉換後指標全距為 15~150），由於該研究顯示健康為最常列舉、重要性最高的生活向度，家庭則次之，因此該作者群認為除了提升患者的健康，傳統醫療機構若能致力於提升對家庭支持不滿意之患者的家庭相關社會支持網絡，可能有助於增進其個人化生活品質。

另外，Abdel-Kader 等人(2009)以美國賓州共 151 位接受腹膜、血液透析、腎功能由第四期逐漸惡化至第五期等各組慢性腎衰竭(CKD)患者為受試，評估三組受試在 HRQoL(SF-36)、心理社會因素與 IQoL 之差異與關連，結果發現三組的 IQoL(全距:68~74)、HRQoL(心理、生理總指標)、心理社會變項(因應風格、憂鬱程度)皆無顯著差異，各組最常列舉的個人化生活品質向度皆為家庭、其次為健康，但腹膜透析組比血液透析與第四期惡化組更常列舉與腎臟疾病相關的生活向度(31% vs 14%, 5%)，在相關影響因素，以年齡分組(53 歲為切截點)發現年長組的 IQoL 較高，但性別、種族間則無差異，IQoL 與 SF-36 的情緒、心理幸福感指標有顯著中度相關，與長期心理壓力($r=-0.3$)、逃避型因應($r=-0.2$)、憂鬱($r=-0.2$)則有顯著負相關，與透析症狀困擾程度無顯著相關，儘管腎衰竭患者列舉健康的比例較其他以癌症患者為受試的研究高、卻比一般成人低，仔細探究並可發現仍有約 1/3 的患者並未提名健康做為重要向度，患者多元的向度組合，亦反映了傳統健康相關生活品質問卷的項目可能有所侷限，兩研究所得腎臟病患者個人化生活品質之向度頻率、指標彙整如表 3。

表 3 國外腎臟病患 SEIQoL-DW 相關研究生活品質向度摘要表

年代/研究者	受試	線索描述統計 / Index 總分
2003 Tovbin et al.	血液透析患者， n=48, 平均:56 歲	頻率:健康 92%, 家庭 88%, 經濟 63%, 休閒 31%, 工作/教育 28% 滿意度:健康 4.7, 家庭 8, 工作/教育 6.5, 經濟 6.2, 休閒 5.4 註:(滿意度改以 1~10 分計, 10 最滿意, 1 最不满意) 權重:健康 1.6、家庭 2.2, 經濟 3.6, 休閒 3.6, 工作/教育 3.1 註:(重要性改以 1~5 分計, 1 最重要, 5 最不重要) Index:93.8(此研究指標經轉換後全距為 15~150)
2009 Abdel-Kader et al.	血液透析患者， n=70, 平均:55.1 歲	血液透析患者 頻率:家庭 87%, 健康 73%, 經濟 39%, 靈性 30%, 休閒 27% Index : 69 (±16)
	腹膜透析患者， n=16, 平均:44.6 歲	腹膜透析患者 頻率:家庭 81%, 健康 63%, 經濟 44%, 靈性, 人際, 工作/學業 38% Index : 68 (±18)
	CKD 4 to 5 患者， n=65, 平均:51.8 歲	CKD 4 to 5 患者 頻率:家庭 97%, 健康 68%, 工作/學業 43%, 休閒 37%, 人際 29%, Index : 74 (±15)

第四節 重要性評估程序的應用價值

在生活品質研究領域中，學界已普遍同意生活品質是一種個人化感受，並非所有生活向度對每個人都有相等的重要性，只把各向度的滿意度分數加總 (summed-up approach) 可能無法正確反映個體的生活品質 (Carr & Higginson, 2001)，例如許多研究皆發現整體生活品質 (Global Quality of Life, GQoL) 與多向度生活品質的相關經常未竟完美 (Hsieh, 2003; Wettergren et al., 2009)，這可能是因為包含在工具中的生活向度不夠詳盡 (Morris et al., 2006)，也可能是各向度對每個人的重要性存在個別差異所致，向度重要性可能在個人整體生活滿意度扮演了權重機制的影響角色。儘管學界認可向度重要性的價值，對其作用的功能機制仍未有定論，對權重程序亦缺乏一致的共識，但仍有許多工具嘗試在程序中包含項目重要性的評估程序，有些工具使用迴歸係數、因素負荷量等統計分析，設立既定的重要性權重值來反映生活向度潛在的獨特貢獻，另一些則讓受試直接對項目進行個人化的重要性評估，以反映受試的內在感覺，因此亦被稱為主觀項目權重，而大多數工具都把滿意度分數乘上重要性分數，來獲得權重後的加權滿意度，其主要假設是這樣做可以增加工具的敏感性，然而，實徵證據往往不支持權重分數在預測整體生活品質具有獨特貢獻 (Hsieh, 2003; 2004; Russell, Hubley, Palepu, Zumbo, 2006)。

壹、以項目重要性為依據進行滿意度權重化之理論爭議

究竟該不該使用重要性進行權重程序並不是一項新議題，Campbell 等在 1976 年便使用了不同的計分系統與分析技術進行相關研究，結果發現權重化的滿意分數在統計上對整體生活品質變異量的解釋力沒有顯著的提升效果 (引自 Hsieh, 2003)，Trauer & Mackinnon (2001) 曾撰文闡述，把滿意度分數乘上重要性分數的邏輯看似直觀與合理，但基於下列概念、心理計量或實徵證據的爭議，相乘性的權重程序其實有待商榷：

1. 一般 QoL 問卷的項目篩選程序，已奠基於項目內含的重要性，工具項目是因為對大多數人都很重要才會被採用，額外乘上重要性是多餘的。
2. 滿意度分數已包含了對重要性的判斷，因為研究發現，越極端的滿意度分數，重要性往往也越高。
3. 權重化的分數產物有詮釋上的困難，當某個低滿意高重要性的合成分數，剛好與某個高滿意低重要性的分數相等時(如： 2×5 、 5×2)，可以說這兩個數值真的代表相等程度的生活品質嗎？由於缺乏理論基礎，得到 0 分評比的向度真的對整體生活品質毫無貢獻嗎？在 7 點量尺增加 1 分，又該怎麼解釋重要性的增幅？
4. 相乘的合成分數具有不被偏好的心理計量本質，在古典測驗理論中，與單純加總分數相比，相乘分數可獲得的最高內部一致性信度可能較低；為了得到有意義的結果，把分數相乘需要變項具有比率量尺，但一般工具尺度多半不具比率本質；此外，把相乘元素其中之一進行簡單線性轉換，最後得到的相乘產物並無法保持恆定，相乘分數與第三變項的相關會隨原始滿意度、重要性分數的平均或標準差的變動而改變，故僅是將原評估量尺由 0~6 分改為 1~7 分就有可能影響結果，藉由不同尺度所得分數產物之可比較性必須受到質疑。

因此，除了表面效度與直覺，Trauer & Mackinnon (2001)認為沒有什麼好的理由把重要性分數與滿意度分數相乘，但 Trauer & Mackinnon 強調他們並非指證項目重要性是缺乏效度的無用概念，或者說各生活向度事實上存在均等的重要性，生活品質向度本身的重要性也許具有解釋的價值，例如某些個人化生活品質工具，可以讓施測者辨識受試覺得重要的向度為何，儘管在分數的處理上有一些問題，這些問題似乎沒有充分到必須完全捨棄生活品質工具中的重要性的評估程序，但是以相乘的方式來處理重要性分數是需要被質疑的。

貳、該不該權重 v.s 該如何權重

Hsieh(2003)認為以重要性加權後的權重分數效用，或許與評估重要性的方式以及採用的加權公式有關，故檢驗了 7 種可能的權重法(在重要性評估分獨立評估、整體排序，在加權程序採線性、非線性公式)是否能增進個別向度滿意度與整體生活滿意度的相關，結果發現以向度獨立評估法獲得的重要性分數，無法增進與整體生活滿意度之間的相關，使用向度相對排序法得到的權重分數，則可以增進與單一項目整體生活滿意度的相關，由於排序法獲得的分數在多項目整體滿意度之相關並沒有明顯提升的趨勢，加上 Hsieh 僅使用相關分析，無法獲得可靠的結果，因此也不能遽下定論說以排序法評估重要性確實比較好。Hsieh(2003; 2004)認為此爭議須面對的問題在於權重方法的適切性(如何權重)，而非權重概念(為何要權重)，雖然目前仍缺乏生活品質測量工具中向度重要性所扮演角色的概念或理論，因權重方式的疑問而放棄權重概念有過早蓋棺論定之嫌，關注如何權重依然相當重要。

國內學者 Wu & Yao(2006b, 2006c, 2007)曾以 Locke(1969, 1976)在工作滿意領域提出的「情感間距假設」(range-of-affect hypothesis)為理論架構，進行一系列的相關研究，試圖探討以項目重要性進行權重化的必要性。Locke 認為滿意度的評估涉及兩價值判斷歷程：

1. 個體對自身想望(want)與現況(have) 之間所知覺的落差
2. 個體想望目標的重要性

此外，滿意度的高低會受「現況-想望落差」(Have-want discrepancy)與重要性之交互作用所影響，亦即，如果「現況-想望落差」的差距是固定的，對個體來說較重要的項目，可能會導致個體對該項目產生更廣範圍的情感反應(滿不滿意)，而較不重要的項目，只會激起個體較輕微的情感反應。

據此可以推演三項假設：

1. 個體所知覺的「現況-想望落差」是項目滿意度的顯著預測因素。
2. 項目重要性會調節個體所知覺的「現況-想望落差」與項目滿意度之間的關係。
3. 項目重要性不會調節項目滿意度與整體滿意度之間的關係，使用權重程序無助於提升對整體滿意度的解釋力。

Locke 的假設為前述項目重要性權重程序的爭議提供了一個可供驗證的理論架構，Wu & Yao(2006b)的第一篇系列研究，試圖檢驗第 3 項假設，他們採用了四種使用不同重要性評估方式與權重程序之生活品質工具，並增採調節迴歸分析 (Moderated Regression Analysis) 檢定權重程序的效用，調節迴歸分析是在自變項 (滿意度)對依變項(整體生活品質)之迴歸分析中，以階層方式加入調節變數(重要性分數)與原自變數的交互項(滿意度 x 重要性)，若迴歸方程式中交互項的 β 值達顯著水準，即表示調節變數的交互作用效果成立，調節變項(重要性)確實會影響獨變項(滿意度)與依變項(整體滿意度)之間的關係 (Kleinbaum, Kupper, Muller and Nizam, 1998)，其結果發現四種測量工具的權重程序所得分數，在 15 個項目上與未權重分數的相關都很高(均高於 0.80)，與整體生活滿意度的相關亦無顯著差異，相關分析並不支持四種權重程序的助益，而調節迴歸分析也一致的發現，項目重要性對項目滿意度與整體生活滿意度之間的關係沒有調節效果，支持 Locke 的觀點，項目重要性不會調節項目滿意度與整體滿意度之間的關係，使用權重程序無助於提升對整體滿意度的解釋力。

Wu & Yao(2006c) 接著在第二篇研究中檢驗了第 1、2 項假設，結果顯示，12 個項目的「現況-想望落差」皆與項目滿意度達顯著負相關(分佈為 $-.45$ ~ $-.73$)，調節迴歸分析亦顯示，所有的「現況-想望落差」皆為項目滿意度的顯著解釋因素，支持 Locke 的假設 1：個體所知覺的「現況-想望落差」是項目滿意度的顯著預測因素，此外，「現況-想望落差」與項目重要性的交互作用在 8 個項目達顯著，結果支持 Locke 的假設 2：項目重要性對「現況-想望落差」與項目滿意度之間的關係具有調節作用。

為了驗證 Locke 的假設在受試者內的脈絡下是否依然成立，Wu & Yao(2007) 使用實驗法進行了第三篇系列研究，藉由操弄「現況-想望落差」的大小，檢驗項目重要性與項目滿意度之間的關係，結果顯示，在重要性評比較高的項目中，「現況-想望落差」與滿意度的相關越高，亦即，當我們越重視某項事物，我們對其「現況-想望」的落差就越敏感，並進而影響我們對該事物的滿意度，換句話說，滿意度與重要性的評估並非彼此獨立，一個人對滿意度進行評估時，已經同時包含了重要性的影響。

相似的，Russell et al. (2006) 使用 Injection Drug User Quality of Life Scale(IDUQOL)，該量表的權重特徵在於使用既定數目的塑膠片($n=63$)讓受試自由分派給 21 個項目來評估重要性，並允許受試在分配時排除不重要的向度，項目重要性為所得塑膠片數除以使用的塑膠片總數，其結果發現，無論是在整體或各向度的相關分析，權重/未權重 QoL 分數與整體生活滿意度的相關皆無顯著差異，且整體權重/非權重的相關高達 $.90$ ，而在其調節迴歸分析中，所有項目之滿意度對整體生活滿意度皆有顯著預測力，但重要性以及滿意-重要性交互作用皆未有顯著貢獻，其研究並不支持該工具的權重程序的效益。

上述研究皆顯示，將項目滿意度乘上由不同權重方式得到的項目重要性，無法提升對整體生活品質的解釋力，故權重程序的必要性必須受到質疑。但 Wu & Yao(2006c)指出，Locke 的理論架構雖然顯示一般生活品質測量工具將項目滿意度與項目重要性相乘，以獲得權重化滿意分數可能是多餘的做法，但同時也肯定了項目重要性在概念上的價值，因為相同的滿意度分數，有可能是低「現況-想望落差」與高重要性、或高「現況-想望落差」與低重要性之背景脈絡下的產物，僅以滿意度為基礎評估的生活品質訊息，不足以讓我們了解受試生活的個人知覺與感受，結合「現況-想望落差」與向度重要性的資料，可以幫助研究者從更富訊息的背景來探討個人的生活品質。

參、SEIQoL-DW 權重程序的相關研究

在 SEIQoL-DW 的相關研究中，亦有學者曾致力於探討其權重程序的助益，Wettergren et al.(2005)曾比較權重/非權重 Index 與 SF-12 量表中，生理成分分數(Physical Component Summary, PCS)、心理成分分數(Mental Component Summary, MCS)之間的相關，結果顯示權重/非權重 Index 與 PCS 的相關分別為 .39 與 .35，與 MCS 的相關分別為 .50 與 .49，SEIQoL-DW 的重要性權重程序對整體 Index 似乎無明顯的影響，他們推論這可能是因 SEIQoL-DW 允許個案列舉與個人有切身相關的向度，故向度隱含的重要性已包含在其中。

另外，Stiggelbout, Vogel-Voogt, Noordijk & Vlieland (2008)曾試圖檢驗適應性聯合分析(adaptive conjoint analysis, ACA)的權重效果是否可以代替 SEIQoL-DW 的重要性評估程序，其結果顯示兩種重要性評估方式所得 Index 彼此的相關非常高(.95)，且與未權重 Index 之間皆存在顯著高相關 (ACA： $r=.89$ 、SEIQoL-DW： $r=.92$)，與視覺類比量尺所得整體生活滿意度之相關強度亦相當接近(ACA： $r=.36$ 、SEIQoL-DW： $r=.40$)，無論 Index 分數是得自 DW 版或 ACA 版，似乎無法增進 Index 和整體生活滿意度之間的相關，使用未權重的 Index 分數，或許就足以反映受試的生活品質。

Wettergren et al.(2005)與 Stiggelbout et al.(2008)皆不支持 SEIQoL-DW 權重程序對整體 Index 有顯著影響，捨棄權重程序或許能簡化 SEIQoL-DW 的施測步驟，然而此兩研究在檢驗權重助益時，僅以相關分析進行推論，具有前述相乘分數與第三變項的相關會隨原始分數尺度轉換而產生系統性改變的缺點，故 SEIQoL-DW 的重要性權重裝置是否能提升個別向度滿意度對整體生活滿意度的解釋力，值得以調節迴歸分析做進一步的檢驗。



第五節 SEIQoL-DW 的潛在臨床應用指標

若因使用項目重要性進行權重無法獲得預期效益，而推論必須捨棄在工具中納入重要性測量程序可能言之過早，除了從權重合成分數的角度檢視重要性的功用，尚能自其他角度看待重要性評估程序的價值，例如是否能自重要性評估分數獲得其他臨床應用指標。

從經驗-期望的生活品質觀點來看(Calman, 1984)，生活品質是個體所知覺近期生活狀態與想望之間的差距，差距越大，生活品質越低，因此我們可以藉由提升一個人的現況或降低想望的標準，來縮小彼此之間的差距，進而提升生活品質，Diener et al. (1999)並指出，一個人若正朝目標前進或達成目標便會產生正向情緒，而缺乏進展或無法達成目標則會產生負向情緒(Sirgy et al., 2006)，此觀點亦呼應生活品質研究中反應移轉(Response shift)的概念(Carr et al., 2001)，反應移轉係指當一個人面臨生活的重大改變，會調整自己對特定生活目標意義的內在評價，其調整來源有三：

1. 判斷特定目標現況良莠的內在量尺標準(standards)發生了改變
2. 對特定生活目標的內在價值觀(values)發生了改變
3. 對特定目標產生了再概念化(conceptualization)

換句話說，個體可以藉由以下方式進行調適：

1. 降低心目中達到何謂良好生活品質的內在標準
2. 降低特定生活目標的重要性
3. 改變特定生活目標的內容，如重新調整目標的組成成分或種類

反應移轉可用以解釋生活品質隨時間產生的變動，或生理具嚴重缺陷者為何自陳有良好生活品質的失能矛盾現象，其他相關理論如自我調節理論(Carver & Scheier, 1998)與壓力-因應理論(Folkman, 1997)(引自 Echteld et al., 2005)

亦強調對目標的調整或再評價有助於成功的適應，故調整生活向度的類別、重要性、預期均為提升生活品質的可能選項。

以其系列研究為基礎，Wu(2009)認為既然 Locke 的假設獲得支持，當一個人越重視某項事物，對其「現況-想望」的落差就越敏感，並進而影響對該事物的滿意度評估(Wu & Yao, 2006c, 2007)，故我們也可以藉由調整一個人對特定事物的知覺重要性，例如將注意力與重心從「現況-想望落差」較大的生活向度，轉移到「現況-想望落差」較小的生活向度，來提升生活品質感受。Wu 並以反應移轉概念為基礎，推論若一個人對「現況-想望」差距較小的向度，有提升重要性的傾向，對「現況-想望」落差較大的向度，有降低重要性的傾向，將有較佳的整體生活滿意度。Wu 據此提出了「移轉傾向」(shifting tendency)指標，Wu 以現況-想望落差分數(五點量尺：0~4 分，分數越高代表差距越小)及重要性分數(五點量尺：1~5 分，分數越高代表項目越重要)的相關係數代表移轉傾向，指標分數越高代表一個人在較重要的項目落差較小，在較不重要的項目落差較大，故指標反映了一個人提升「現況-想望」落差較小的向度重要性，以及降低「現況-想望」落差較大的向度重要性，以提升或維持整體生活品質感受的傾向。其迴歸分析結果顯示，該指標對各向度平均滿意度、整體滿意度都有獨特預測力，移轉傾向指標對提升整體生活品質具有特殊貢獻，具有成為臨床應用指標的潛力。

肆、研究方向

綜合上述研究，除了生活向度的現況評估，若能將向度重要性與「現況-想望」落差納入生活品質分析脈絡，將能獲致更豐富的訊息，作為設計生活品質提升介入方案的參考依據，且 SEIQoL-DW 權重方式的效益，值得以調節迴歸分析做進一步的檢驗，因此本研究即欲以情感間距假設為架構，檢驗 SEIQoL-DW 權重分數的效益，並以「現況-想望」落差、Wu(2009)的移轉傾向指標為基礎，探討 SEIQoL-DW 的潛在臨床應用指標。

第六節 研究問題與研究假設

壹、研究問題

國、內外均有研究顯示，血液透析患者在一般性健康相關生活品質各層面之得分常低於一般群體(Molsted et al., 2004; 鈕淑芬, 2004; 楊樹昌等, 2007)，這些工具的前提假設為研究對象或專家學者對於什麼是「生活品質」、什麼是「好壞」標準皆有所共識(姚開屏, 2000)，由於生活品質是一個複雜的抽象概念，涉及個人主觀經驗 (Calman, 1984; Moons et al., 2006; 胡文郁, 2004)，即便是相同的生活品質成份對不同的人也會有不同的意義與重要性 (Carr & Higginson, 2001)，使用既定生活向度、權重設定的測量工具，不一定能夠完全反映個體對生活品質的主觀個人詮釋。由 O'Boyle 等(1993)發展的個人化生活品質評量表：直接權重版(SEIQoL-DW)，將設立、回答測驗項目的權利回歸受試，試圖捕捉個人化生活品質的經驗脈絡，可用以比較血液透析患者與一般群體對生活品質關注的焦點、現況水準有何異同，從中探索血液透析對洗腎患者生活各層面的影響。

此外，在臨床實務上有時很難將 QoL 的測量納入例行醫療程序，其中的障礙包含需要花費額外的時間、有限的資源、缺乏適切的工具、以及認為測量生活品質無助於提升治療效益(Lindblad et al., 2002)，故好的工具必須能簡潔易使，並提供有用的治療參考指標，許多 QoL 工具皆以相乘方式獲得權重後的滿意分數，但此程序可能是多餘的(Trauer & Mackinnon, 2001)，本研究期望以 Locke(1969, 1976)的「情感間距假設」，檢驗 SEIQoL-DW 的權重程序是否有助於提升對整體生活品質的解釋力，以及「現況-想望」落差、移轉傾向指標，是否為提升整體生活品質的潛在臨床應用指標。

據此本研究欲探討的問題有三：

一、血液透析患者的個人化生活品質

血液透析患者與一般社區成人所重視的生活向度在類別、現況、重要性、與整體指標有何異同？那些因素會影響透析患者的個人化生活品質？

二、SEIQoL-DW 權重程序的效益

以 Locke(1969, 1976)的「情感間距假設」為架構，檢驗 SEIQoL-DW 的權重程序是否能夠提升對整體生活品質的解釋力？

三、SEIQoL-DW 的潛在臨床應用指標

以整體生活滿意度、各生活向度現況平均數、負向情緒分數為校標，檢驗「現況-想望」落差、移轉傾向指標，是否為提升整體生活品質的潛在臨床應用指標。

貳、研究假設

根據文獻回顧與研究問題，擬定本研究假設如下：

一、血液透析患者的個人化生活品質

- 1-1. 血液透析患者與對照群體列舉的各生活向度百分比存在顯著差異。
- 1-2. 血液透析患者與對照群體列舉的各生活向度現況平均值存在顯著差異。
- 1-3. 血液透析患者與對照群體列舉的各生活向度權重平均值存在顯著差異。
- 1-4. 血液透析患者與對照群體列舉的各生活向度現況-想望落差平均值存在顯著差異。
- 1-5. 血液透析患者與對照群體的個人化生活品質指標存在顯著差異。
- 1-6. 人口背景、臨床生理/疾病相關變項與焦慮憂鬱狀態對個人化生活品質指標有顯著解釋力。

二、SEIQoL-DW 權重程序的效益

- 2-1. SEIQoL-DW 權重/未權重 Index 彼此有顯著相關。
- 2-2. 項目現況與項目權重分數有顯著相關。
- 2-3. 項目重要性對項目現況與整體滿意度之間的關係有顯著調節作用。

三、SEIQoL-DW 的潛在臨床應用指標

- 3-1. 現況-想望落差平均數與個人整體生活滿意度、各向度生活現況平均數有負相關、與負向情緒分數有正相關。
- 3-2. 高現況-想望落差組有較低的生活品質、較高的負向情緒，低現況-想望落差組有較高的生活品質、較低的負向情緒。
- 3-3. 項目現況-想望落差對項目現況有顯著解釋力。
- 3-4. 項目重要性會調節項目現況-想望落差與項目現況之間的關係。
- 3-5. 移轉傾向指標與個人整體生活滿意度、各向度生活現況平均數有正相關、與負向情緒分數有負相關。
- 3-6. 在控制現況-想望落差的影響後，移轉傾向指標對個人整體生活滿意度、各向度生活現況平均數、負向情緒分數有顯著解釋力。

第三章 研究方法

本研究設計為橫斷性調查法(cross-section survey)，研究對象、研究工具、變項定義、以及採用的資料分析方式分述如下：

第一節 研究對象與程序

本研究先自台北市松山區某私人洗腎中心，以立意取樣募集血液透析患者，取樣時間為民國 100 年 4 月 8 日至 4 月 20 日，接著自台北市文山區的老人服務中心、運動中心、公園、社區與國立政治大學等場域招募一般成人做為對照組，取樣時間為民國 100 年 4 月 26 日至 5 月 8 日。

壹、招募與排除標準

本研究的招募條件如下：

- 一、 年滿 18 歲以上，80 歲以下。
- 二、 意識清晰，可使用國語、台語進行一般對談。
- 三、 其生理與認知功能可充分了解研究目的、完成程序要求。
- 四、 了解研究目的後，具備接受評估之意願，並簽署事前同意書。
- 五、 血液透析患者需固定每周接受 2~3 次血液透析達三個月以上時間。

若符合以下條款則排除於研究、資料分析之外：

- 一、 具有精神疾患或器質性腦缺損病史
- 二、 視力、聽力存在感覺與生理限制而無法完成測驗程序者。
- 三、 經研究者評估在過程中無法有效理解測驗、或因疲憊、缺乏動機影響作答程序，影響資料效度者。
- 四、 成人對照組曾有接受腎臟替代療法之經驗。

貳、研究程序

血液透析組先由洗腎中心三位醫師協助，邀詢符合招募標準的潛在受試，在其透析過程中使用平板電腦於床榻進行評估，結果共有 61 位符合標準的血液透析患者志願接受訪問，其中有一位女性在過程中出現激動落淚情緒反應故中止施測，在安撫其情緒後，並知會護理人員持續追蹤，必要時提供適當心理衛生轉介資源，一位女性因理解有誤，無法列舉 SEIQoL-DW 重要生活向度，一位女性認為難以評估整體生活品質問卷，一位男性認為難以評估 SEIQoL-DW 生活品質現況，無法完成評估，故最後共有 57 位血液透析患者納入資料分析。

在一般對照組，則由研究者攜帶摺疊桌椅至前述場域募集受試，並以血液透析組每十歲為分層單位，依各層次受試的年齡、性別比例，募集落於該年齡層的對照受試，結果共有 60 位符合招募標準的一般社區成人願意接受並完成訪問，研究有效樣本共 117 人。

在施測程序方面，所有參與研究的受試，在了解研究目的並填完知情同意書後，皆依序完成電腦版 SEIQoL-DW 與「現況-想望落差」的評估，接著再填寫包含整體生活滿意度、焦慮憂鬱情緒狀態、人口基本屬性/疾病相關資料之紙本問卷，一般對照組完成所有評估的平均施測時間為 13.9 分鐘，血液透析組平均為 21.8 分鐘。

在 SEIQoL-DW，血液透析組的平均完成時間為 10.36 ± 5.25 分鐘，全距為 5.73~35.78 分鐘，一般對照組的平均完成時間則為 6.99 ± 2.41 分鐘，全距為 4.08~14.68 分鐘。由於研究者主要在血液透析患者治療過程中與床側進行施測評估，受試須將手部人工血管連接人工腎臟透析儀器，並需額外花費部分時間輾轉傳遞觸碰式平板筆電供受試評估，故其施測時間較長，並有 23 位(38%)血液透析受試表示不方便以手調控平板電腦，繼而以口頭指示，委由研究者代理操作 SEIQoL-DW 現況、重要性、與現況-想望落差的評估。最後，血液透析組的臨床生理/透析相關變項，皆在徵得個案同意後，自其病歷摘取最近一次檢測紀錄，完成調查後，並贈送受試一份日常生活或文具用品小禮物，以表謝意。

第二節 研究工具

本研究測量變項共分(一)人口基本屬性變項、(二)臨床生理/疾病相關變項、(三)焦慮/憂鬱狀態、(四)生活品質變項等四類，分別敘述如下：

一、人口基本屬性變項

以自編問卷調查性別、年齡、教育程度、就業狀態、經濟收入、主觀經濟感受、婚姻狀態、宗教信仰等背景變項。

二、臨床生理/疾病相關變項

在徵得患者同意後，由患者自填或自病歷資料收集洗腎病史、共病種類等
疾病相關變項，與最近一次生理檢驗之尿素清除指數(kt/v)、白蛋白
(albumin)、血比容(Hematocrit, Hct)、副甲狀腺素(iPTH)、膽固醇(T-Chol)
等相關臨床生理指標。

三、焦慮/憂鬱狀態

本研究使用醫院焦慮與憂鬱量表(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)(Zigmond & Snaitth, 1983)評估受試的焦慮、憂鬱狀態，並作為檢驗權重分數、臨床應用指標的效標，HADS 是一個簡單並且對受試相當友善的工具，其施測時間約 2~5 分鐘，能夠辨識、篩檢具生理或精神疾病患者以及一般社區群體的焦慮、憂鬱狀態，該問卷包含 14 個項目，7 題單數題評估焦慮(HADS-A)、7 題雙數題評估憂鬱(HADS-D)，每題依照受試的同意程度給予 0~3 分，焦慮、憂鬱分量表之全距各為 0~21 分，受試依過去一周的狀態填答，分數越高，代表焦慮、憂鬱程度越高，0~7 分代表其焦慮、憂鬱狀態落於正常範圍，8~10 分代表疑似有焦慮/憂鬱問題，11 分以上代表個案具有焦慮/憂鬱問題(Snaitth, 2003)，在整合 747 篇文獻的回顧研究中(Bjellanda, Dahlb, Haugc, Neckelmann, 2002)，大部分的因素分析皆顯示它具有適配焦慮、憂鬱兩分量表的因素結構，兩分量表的相關分佈為.40~.74，HADS-A 的 Cronbach's α 分佈為.68~.93，HADS-D 的 Cronbach's α 分佈為.67~.90。

本研究使用同儕編譯版本，整體受試所得 HADS-A 的 Cronbach's α 為 .81 (HD 組為 .84、一般組為 .78)，但 HADS-D 的 Cronbach's α = .54 則偏低 (HD 組為 .41、一般組為 .62)，僅為可接受範圍，因此進一步以整體受試資料做憂鬱分量表項目間的相關分析，檢驗題項的一致性程度，並採主軸因素法、直接斜交轉軸法，進行因素分析探討量表是否正確測量單一構面。結果發現，共有 2 個特徵值大於 1 的因素，累積解釋量為 46.6%，不甚理想且與原量表構念不符，若設定只萃取 1 個成分，檢視每個項目的因素負荷量、刪題後的 Cronbach's α 、與項目-總分相關(表 4)，可以發現第 8 題「我覺得自己好像鈍鈍的」、第 2 題「我仍喜歡我過去所喜歡的事物」之負荷量與總分的相關偏低，此外，由於施測環境為透析中心與公園、社區等開放場域，故有可能是測驗當下的情境干擾受試的作答，或題項語意影響受試對題目的理解，降低了項目間的內部一致性。

表 4 HADS-D 因素分析及信度檢定表 (n=117)

題 項	因素 負荷量	刪題後的 Cronbach's α	項目-總分 相關
04 我可以大笑並感受到事物有趣的一面	.758	.408	.68**
06 我覺得開心或愉快	.572	.455	.60**
14 我可以享受一好本書或廣播/電視節目	.497	.462	.60**
12 我對一些事物感到滿心期待	.391	.486	.57**
10 我不再關心自己的外表	.270	.530	.50**
08 我覺得自己好像鈍鈍的	.170	.548	.37**
02 我仍喜歡我過去所喜歡的事物	.076	.584	.27**

* $p < .05$, ** $p < .01$

四、生活品質變項

1、整體生活滿意度

本研究使用生活滿意度量表(Satisfaction with Life Scale, SWLS) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985)來評估整體生活滿意度，SWLS可適用於廣泛的年齡層與不同群體，在健康心理領域中，也經常被用以檢驗具有嚴重健康困擾群體的主觀生活品質感受。此量表含五個項目，使用李克特式7點量表，每題依個人狀況給予1~7分，故分數全距為5~35分，總分若為5~9分代表非常不滿意，15~19分代表稍微不滿意，21~25分代表稍微滿意，20分代表中性分數，31~35分代非常滿意。SWLS經廣泛研究證實其信效度良好(Pavot and Diener, 2008)，Vassar(2008)使用62篇文獻的整合分析，顯示其平均Cronbach's α 值為.78。在國內，Wu and Yao(2006a)曾將其翻譯為中文，且該版本在跨性別樣本具有單一因素，內部一致性佳(Cronbach's α = .89)(Wu and Yao, 2006b)，於是研究者在徵得作者同意後採用此版本。在本研究中，整體受試Cronbach's α 為.89，血液透析組為.87，一般對照組為.91，顯示具有良好的內部一致性。

2、個人化生活品質(IQoL)

本研究使用個人化生活品質評量表：直接權重版(SEIQoL-direct weighting, SEIQoL-DW)(O'Boyle et al., 1993)進行IQoL的測量，在取得O'Boyle教授的同意後，由研究者與一位旅英取得碩士學位歸國的臨床心理學博士生共同翻譯為中文，並請一位臨床心理學者檢閱以具備專家效度，在程式化後可使用觸碰式平板電腦紀錄施測，之後並以49位台灣北部大學生進行前驅研究，探討其IQoL與憂鬱狀態之關聯，結果顯示該群受試最常舉出的向度為人際關係(88%)、家庭(82%)、學業成就(71%)、休閒活動(39%)、與健康(37%)，可呼應國外相關文獻所得向度類別，且整體個人化生活品質指標與憂鬱狀態具顯著負相關($r=-0.40$)，顯示此工具相當的建構效度，可用以評估個人化生活品質。

該量表以半結構式晤談法，分三步驟施測(Browne et al., 1997)：

步驟一：列舉重要生活品質向度線索

在介紹指導語後，請受試列舉五個重要的生活品質向度，並具體描述定義，由研究者逐字記錄後，並給予相對應的向度標籤，若受試對列舉向度感到困難，則由主試者念出由設計團隊經一般群體抽取而來的標準提示清單供受試參考，其頻率隨排序遞減，包含：家庭、人際關係、健康、經濟、生活條件、工作、社交生活、休閒活動、宗教/靈性生活等九個向度(O'Boyle et al., 1993)，此標準清單並未包含詳述內容定義，係由受試自行詮釋其中的內涵，但受試在參考後亦可列舉非清單上的個人化向度(電腦介面如圖 4)。



圖 4 SEIQoL-DW 步驟一：列舉向度電腦操作介面圖

步驟二：決定各向度的近期狀態 (status)

接著請受試在一個含五長條圖的垂直視覺類比量表上，以觸碰筆或滑鼠拉動長條圖，反映每個向度的近況水準，其長度經轉換後全距為 0~100(如圖 5)。

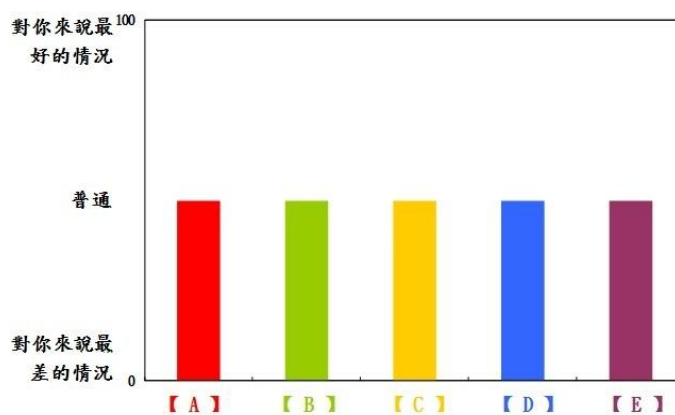


圖 5 SEIQoL-DW 步驟二：現況評估電腦操作介面圖

步驟三：為各向度賦予量化的相對性權重

請受試拉動彩色標籤小方框，持續調整圓盤各色塊面積，以決定各個生活向度之相對重要性(該色塊面積/總面積) (圖 6)，經程式計算轉換後，全距為 0~1，若受試所舉向度少於五項，亦可覆蓋相對應的色塊數目。

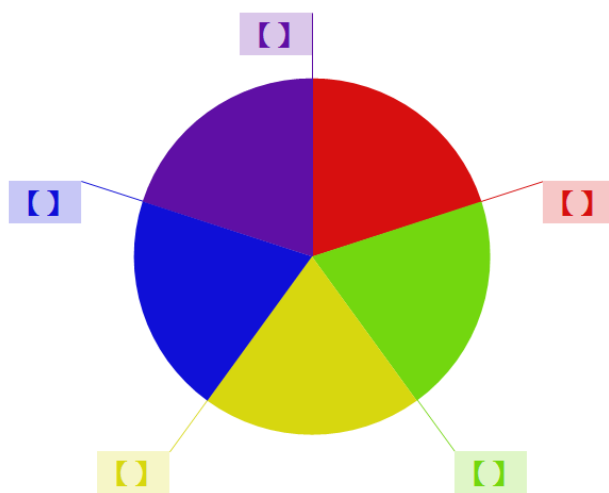


圖 6 SEIQoL-DW 步驟三：重要性權重程序電腦操作介面圖

最後，並將受試各向度的現況評估與權重分數相乘後加總，抽取整體生活品質指標，其全距為 0~100 為連續變項，可進行參數統計分析，範例如表 1(p24)。

3、「現況-想望落差」

儘管 SEIQoL-DW 的設計原意，反映了現況-預期理論(Calman, 1984)生活品質個人化的精神，但並未包含評估「現況-想望落差」的測量程序，劉乃誌(2011)根據現況-預期理論，結合 SEIQoL-DW 的圖表調整特性，在中文電腦版程式中增設一評估步驟，請受試在一垂直視覺類比量表，依照步驟二所評向度現況之高度為參考依據，拉動另一條代表該向度預期/希望的長條圖，將希望長條圖高度減去現況長條圖高度，即為個人在該向度的「現況-想望落差」分數(如圖 7)(分數全距為 0~100)，分數越高，代表現況-想望落差越大。

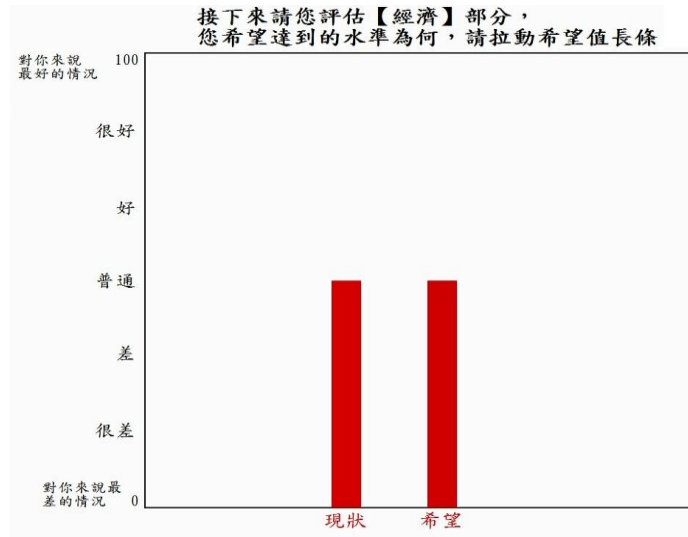


圖 7 「現況-想望落差」評估程序電腦介面圖

4、移轉指標

參考 Wu(2009)所提出的移轉指標概念，本研究將每個人在 SEIQoL-DW 五個向度的「現況-想望落差」(連續量尺:0~100)與重要性分數(連續量尺:0~100)，之間的 Pearson 相關係數，轉換為 Fisher's Z 分數後，乘上負號，得到與 Wu 相對應的移轉傾向指標，分數越高代表調整生活向度重要性以維持或提升個人生活品質感受的傾向越高。

5、資料效度

在其他資料，方面除了施測時間由電腦程式直接紀錄每個步驟頁面的停留秒數，每位受試並由研究者在：

- (1)測驗理解度(不了解、不甚了解/無法確定、了解)
- (2)受試是否覺得疲憊或無趣(無、有一點、非常)
- (3)訊息的整體效度(完全無效、不確定、有效)

進行主觀評估，以決定是否納入資料分析。

第三節 資料分析

本研究資料分析共分質化與量化兩部分，分述如下：

壹、質化資料

受試列舉的五個生活向度，包含向度內容，還有它們更具體的描述都被逐字記錄，接著參照 Taminiau-Bloem et al. (2010) 以 27 篇使用 SEIQoL-DW 與 9 篇使用晤談法所得，不同患者所重視生活品質向度的分類結果(表 5)，將受試的個人化陳述依據內容進行分類與群集化。為了增加詮釋的客觀度以及控管群集化的程序，資料分別由研究者與一位臨床心理學博士學位研究生獨立進行向度分類，再共同進行比對彙整，若遇有爭議則請一位具臨床心理學術與實務專業的學者協助參與討論，以達到群集標籤的一致性。

表 5 向度分類參考架構

向度名稱	向度內涵
健康	生理健康、體能/精力、疼痛、睡眠、飲食限制、疾患症狀、治療副作用、治療程序、活動能力
家庭	家庭生活、家人關係、家庭的支持、與家人有關的事物、家人的狀況
經濟	財務狀況、收支、經濟安全感、金錢
休閒活動	嗜好/興趣、消遣、飲食、運動、旅遊、娛樂
人際關係	朋友、與周遭他人的相處、社交活動、良好的人際關係、人際支持
工作/學業	職務/課業、工作/課業能力、工作與學習表現/滿意度
心理健康	幸福感、正負向情緒、自由、快樂、安全感、壓力
因應/正向態度	生活的要求、適應、控制感、時間規劃、認知與行為因應策略、希望感、享受生活、未來規劃
角色功能	自我實踐、被需要感、成就感、達成目標、自尊、自我知覺、身體形象
生活環境	住所、居住環境、交通
靈性/信仰	宗教活動、信仰、靈性、存在意義、面對死亡
其他	無法歸類於上述類別的資料

貳、量化資料

量化資料以套裝統計軟體 PASW Statistics 18.0 中文視窗版為分析工具，並選擇以 5% 的第一類型錯誤率作為統計顯著性水準，進行以下統計分析：

一、描述統計

使用百分比、平均數、標準差、全距描述人口背景變項、臨床生理與疾病相關變項、焦慮憂鬱指標分數、以及 SWLS 總分與 SEIQoL-DW 各生活向度提名百分比、現況、重要性、現況-想望落差與整體指數的集中、分散趨勢。

二、比例分析

以卡方(χ^2)檢定血液透析組與一般對照組在人口背景變項，以及各生活向度之提名頻率百分比是否有顯著差異。

三、差異分析

以獨立樣本 t-test、one-way ANOVA、ANCOVA 檢驗平均數間的差異，並以 Scheff 法進行事後比較。

四、關連分析

以 Pearson 相關係數檢驗各等距、尺度變項間的相關。

五、迴歸分析

各人口學類別、順序變項以虛擬變項方式處理後，以逐步複迴歸分析檢驗相關人口基本屬性變項、臨床生理/疾病相關變項與焦慮/憂鬱狀態對血液透析患者 IQoL 指標的預測力；以調節迴歸分析，檢驗向度重要性對向度現況與整體滿意度之間的關係是否存在調節作用、向度重要性對「現況-想望落差」與項目現況之間的關係是否存在調節作用；以階層迴歸分析，控制相關變項後，檢驗「現況-想望落差」、移轉指標的臨床應用潛力。

第四章 研究結果

第一節 基本資料

壹、受試人口變項

本研究共有 117 位有效樣本，血液透析組(n=57)與一般對照組(n=60)在人口變項之描述性資料如表 6 所示。在性別方面，血液透析組有 29 名男性(51%)、28 名女性(49%)，一般對照組有 28 名男性(47%)、32 名女性(53%)，兩組性別比例大略各半，無顯著差異；在年齡方面，血液透析組平均年齡為 52.04 ± 13.30 歲，一般對照組平均年齡為 50.86 ± 15.05 歲，兩組平均年齡亦無顯著差異。

在教育程度，全體樣本有 90% 曾受高中職以上教育，血液透析組大多為高中/高職(40%)與大專以上(49%)學歷，一般對照組則以大專以上畢業為主(78%)；在職業狀態，血液透析組近半數仍維持全職或兼職工作(44%、11%)、退休人士佔 19%，而一般對照組約四成維持全職或兼職工作(28%、13%)、退休人士比例較多，佔 32%；在過去一年平均月收入，兩組皆以高於四萬為最大宗(血液透析組 40%、一般對照組 45%)，兩組皆有七成以上受試主觀認為經濟狀況剛好夠用或尚有盈餘，在婚姻狀況，過半受試已婚(血液透析組 60%、一般對照組 67%)，過半數具有宗教信仰(血液透析組 63%、一般對照組 55%)。

表 6 受試人口變項統整表

人口變項	血液透析組(n=57)		一般對照組(n=60)		全部樣本(n=117)		統計量
	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	
性別							
男	29	51%	28	47%	57	49%	$\chi^2=0.21$
女	28	49%	32	53%	60	51%	
年齡(歲)	52.04 ± 13.30 range=19.85~79.73		50.86 ± 15.05 range=21.28~79.25		51.43 ± 14.18 range=19.85~79.73		t=0.45
教育程度							
國小以下	2	4%	4	7%	6	5%	$\chi^2=14.61^{**}$
國中	4	7%	2	3%	6	5%	
高中/高職	23	40%	7	12%	30	26%	
大專以上	28	49%	47	78%	75	64%	
職業狀態							
學生	1	2%	4	7%	5	4%	$\chi^2=11.06^*$
家管	7	12%	11	18%	18	15%	
待業中	7	12%	1	2%	8	7%	
退休	11	19%	19	32%	30	26%	
兼職工作	6	11%	8	13%	14	12%	
全職工作	25	44%	17	28%	42	36%	
平均月收入							
無	17	30%	12	20%	29	25%	$\chi^2=11.06^*$
未滿 2 萬元	5	9%	15	25%	20	17%	
2 萬以上未滿 4 萬	12	21%	6	10%	18	15%	
4 萬以上	23	40%	27	45%	50	43%	
經濟感受							
收入不夠用	13	23%	13	22%	26	22%	$\chi^2=2.08$
恰好夠用	29	51%	24	40%	53	45%	
尚有盈餘	15	26%	23	38%	38	33%	
婚姻狀態							
單身	17	30%	12	20%	29	25%	$\chi^2=12.61^*$
喪偶	0	0%	6	10%	6	5%	
分居	0	0%	1	2%	1	1%	
離婚	4	7%	0	0%	4	3%	
同居	2	4%	1	2%	3	3%	
已婚	34	60%	40	67%	74	63%	
宗教信仰							
無	21	37%	27	45%	48	41.0%	$\chi^2=0.80$
有	36	63%	33	55%	69	59.0%	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

貳、受試臨床生理/疾病相關變項

在臨床生理與疾病相關變項(表 7)，血液透析組在早、中、晚班的受試比例分別為 32%(18 人)、32%(18 人)、37%(21 人)，平均接受透析治療時間為 140.44 ± 95.60 個月(11.7 ± 7.97 年)，其中約半數(49%)受試的治療史長達十年以上，在透析指標，其尿素清除指數 kt/v 平均值為 2.10 ± 0.50，顯示具有充足的透析量，而整體白蛋白平均值為 4.00 ± 0.32 g/dl、血比容為 33.00 ± 4.64%，並無顯著營養、貧血問題，平均膽固醇亦位於參考值內(166.25 ± 34.29 mg/dL)，唯整體副甲狀腺素值偏高(192.33 ± 173.31pg/mL)，表示可能有次發性副甲狀腺機能亢進之問題，在共病數，血液透析組有 53%、一般對照組有 43%具慢長期疾病，但組間共病人數比例無顯著差異。

表 7 受試臨床生理/疾病變項統整表

血液透析組(n=57)臨床生理/疾病相關變項							
透析時間	人數，%		透析班別	人數，%			
1 年以下	0，0%		早	18，32%			
1 年以上，未滿 5 年	14，25%		中	18，32%			
5 年以上，未滿 10 年	15，26%		晚	21，37%			
10 年以上	28，49%						
平均值(標準差)	140.44 ± 95.60(月)						
臨床生理指標	平均值(標準差)			參考值 ^a			
白蛋白	4.00 ± 0.32			>4 g/dl			
尿素清除指數 kt/v	2.10 ± 0.50			>1.3			
血比容 Hct	33.00 ± 4.64			>33%			
副甲狀腺素 iPTH	192.33 ± 173.31			10~60 pg/mL			
膽固醇 T-Chol	166.25 ± 34.29			125~240 mg/dL			
		血液透析組(n=57)		一般對照組(n=60)		全部樣本(n=117)	
共病有無	人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比	統計量
無	27	47%	34	57%	60	52%	$\chi^2=1.01$
有	30	53%	26	43%	56	48%	
高血壓	8	14%	11	18%	19	33%	
心臟病	7	12%	3	5%	10	9%	
糖尿病	5	9%	6	10%	11	9%	

a 參考值取自：台灣腎臟醫學會(2005)。血液透析臨床診療指引。

*p<.05，**p<.01，***p<.001

參、生活品質、負向情緒相關變項組間差異

由於本研究無法隨機分派，受限於人物力亦無進行組間受試精準配對，故血液透析組與一般對照組在教育程度、職業狀態、平均月收入、婚姻狀態等人口背景變項存在顯著差異，因此本研究將此四變項轉換為虛擬變項(教育程度：高中職以下/大專以上、職業狀態：有/無、平均月收入：未滿兩萬/兩萬以上、婚姻：有/無)，進行共變量分析。結果顯示(表 8)，在生活品質方面，假設 1-5 並不被支持，血液透析患者與對照群體的個人化生活品質指標並無顯著差異。在整體生活滿意度與各向度現況-想望落差平均數，兩組亦無顯著差異，本研究血液透析組並未有顯著較差的個人化生活品質或整體生活滿意度。

表 8 各量表得分組間平均數 ANCOVA 差異考驗統整表

量表名稱	HD 組(校正後平均值)	對照組(校正後平均值)	校正後 平均數差距	F 值
	原始全距	原始全距		
SEIQoL-DW Index	59.39 range : 23.32~89.00	62.53 range : 33.93~99.11	-3.14	1.037
SWLS	20.72 range : 5~35	23.18 range : 7~35	-2.46	3.784
現況-想望 落差平均數	17.11 Range : 0~71.60	15.28 0~47.20	1.84	0.549
HADS-A	5.82 range : 0~18	6.40 range : 0~14	-0.58	0.676
HADS-D	3.88 range : 0~10	4.35 range : 0~14	-0.47	0.773

共變量：教育程度、職業狀態、月收入、婚姻狀態

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

在醫院焦慮憂鬱量表，兩組不管是在焦慮或憂鬱分量表皆無顯著差異，且平均值皆落於正常範圍，進一步檢視組內分布情形，在憂鬱分量表，血液透析組有 4 人(7%)、一般對照組有 8 人(13%)高於 8 分，疑似有憂鬱問題，在焦慮分量表，血液透析組有 15 人(26%)、一般對照組有 21 人(35%)高於 8 分，疑似有焦慮問題。胡智荼等(2007)研究曾發現在 30 名台灣北部血液透析病患中，有 11 名(40%)達嚴重憂鬱症診斷，Kao et al.(2009)調查 352 位台灣血液透析患者，發現 60.5%具輕度以上憂鬱傾向，馬麗卿、孫嘉玲、謝湘俐等(2010)研究指出 146 位北部血液透析患者中，45.9%的血液透析患者有憂鬱狀態，盧素真、陳世宜、黃淑珍、蘇玲華等(2010)亦發現 114 位中部血液透析患者有 60%符合憂鬱狀態，與前人研究比例相較，本研究多數(93%)血液透析受試俱無顯著憂鬱傾向。

肆、個人化生活品質、整體生活滿意度、與焦慮憂鬱狀態之關聯

各量表總分相關分析結果顯示(表 9)，SEIQoL-DW Index 與 SWLS 有顯著正相關($r=.38$ 、 $r=.63$)，HADS 焦慮、憂鬱量表彼此之間有顯著正相關，($r=.59$ 、 $r=.52$)，但焦慮、憂鬱狀態僅在一般對照組與 SWLS、SEIQoL-DW Index 同時有顯著負相關。整體而言，所有變項組合在一般對照組之相關矩陣皆達顯著，且方向皆如預期，而血液透析組的生活品質變項與負向情緒則未有明顯關聯強度。

表 9 個人化生活品質、整體生活滿意度、與焦慮憂鬱狀態相關分析表

血液透析組	SEIQoL-DW Index	SWLS	HADS-A
SWLS	.38**	—	—
HADS-A	-.07	-.22	—
HADS-D	-.04	-.26*	.59***
一般對照組	SEIQoL-DW Index	SWLS	HADS-A
SWLS	.63***	—	—
HADS-A	-.35**	-.55***	—
HADS-D	-.26*	-.42**	.52***

* $p<.05$ ，** $p<.01$ ，*** $p<.001$

第二節 血液透析患者的個人化生活品質

壹、SEIQOL-DW 向度提名百分比

在向度提名，血液透析組(n=57)中，有 33 人(55%)要求參考向度提示清單，有 9 位在參考提示清單後，認為其重視的生活向度少於五項，因此共獲得 269 筆個人化生活品質向度線索，在一般對照組(n=60)，亦有 16 人(27%)要求參考提示清單，其中有 4 位受試認為其重視的生活向度少於五項，故最後共獲得 293 筆個人化生活品質向度線索。

在分類程序，經研究者與協同分類者依照每筆資料的具體描述，參照 Taminiu-Bloem et al. (2010)的架構各自分類群集化後，再進行比對彙整，最後一致性的類別包含 12 個向度(原始資料彙整如附錄一)。向度提名百分比顯示(表 10)，兩組最常列舉的前五項重要向度均為：健康(HD 組 77%、對照組 72%)、家庭(HD 組 72%、對照組 73%)、經濟(HD 組 65%、對照組 62%)、人際關係(HD 組 53%、對照組 48%)、與休閒活動(HD 組 49%、對照組 53%)。從類別來看，除了健康，尚有許多其他非生理相關向度受透析患者所重視，且兩組受試在所有向度的提名百分比皆無顯著差異，故假設 1-1 不被支持，血液透析患者與對照群體列舉的各生活向度百分比並無顯著差異，在談到何為重要的生活向度時，血液透析患者與一般社區成人存在高度一致性。

表 10 SEIQoL-DW 向度百分比、現況、重要性、期望落差組間差異檢定表

向度名稱	提名百分比 %(人數)			向度現況平均數			向度重要性平均數			向度期望落差平均數		
	HD組	一般組	χ^2 值	HD組	一般組	t 值/z 值	HD組	一般組	t 值/z 值	HD組	一般組	t 值/z 值
健康	77% (44)	72% (43)	0.47	49.87	62.09	-3.07**	.25	.27	-1.06	24.65	16.45	2.24*
家庭	72% (41)	73% (44)	0.03	68.66	72.62	-0.99	.23	.23	-0.02	9.89	10.25	-0.13
經濟	65% (37)	62% (37)	0.13	53.68	57.51	-0.96	.22	.21	0.60	22.30	18.30	0.95
人際關係	53% (30)	48% (29)	0.22	64.53	70.78	-1.24	.18	.16	0.92	9.44	7.25	0.59
休閒活動	49% (28)	53% (32)	0.21	66.73	66.83	-0.02	.17	.17	0.16	12.77	9.03	1.11
因應/正向態度	23% (13)	12% (7)	2.56	51.00	47.38	0.36	.17	.18	-0.44	28.00	25.88	0.18
工作/學業	21% (12)	35% (21)	2.81	61.42	50.77	1.52*	.26	.18	2.98**	11.33	29.32	-2.54*
心理健康	16% (9)	22% (13)	0.66	60.67	67.43	-0.59**	.21	.17	1.40	29.89	14.86	1.36
生活條件	16% (9)	30% (18)	3.33	65.90	57.38	1.16	.17	.16	0.15	10.00	14.67	-0.81
靈性/信仰	9% (5)	13% (8)	0.62	69.80	61.00	0.80	.18	.22	-0.50	11.60	10.63	0.12
角色功能	9% (5)	10% (6)	0.05	49.17	75.17	-2.39*	.14	.20	-2.82*	31.33	14.17	1.17
其他	9% (5)	13% (8)	0.62	47.25	43.62	N/A	.21	.21	N/A	16.25	29.00	N/A

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, 未分析：N/A

貳、SEIQOL-DW 向度現況評比

血液透析患者在「健康」、「角色功能」、「其他」等三向度的現況平均皆低於 50，顯示在這些向度的主觀現況感受偏低，假設 1-2 推論，血液透析患者與對照群體列舉的各生活向度現況平均值存在顯著差異，由於「其他」向度所包含的內容未有概念上的一致性，故僅以 11 個具內容相關性的向度進行現況平均數組間考驗。結果顯示，在 11 個向度中(表 9)，僅「健康」、「角色功能」兩向度達顯著差異，血液透析組對自身在健康相關生活向度的現況評比顯著較低，但在其餘非生理健康相關向度，血液透析患者的生活品質現況並未有低於一般對照組的趨勢，此外，考量各向度的提名比率，僅 9%血液透析患者、10%一般對照受試列舉角色功能生活向度，關於血液透析患者在角色功能相關生活現況較低的結論，可能缺乏類推性。

參、SEIQOL-DW 向度重要性

本研究假設 1-3 為血液透析患者與對照群體列舉的各生活向度重要性平均值存在顯著差異，結果顯示，11 個向度的重要性評比，僅「工作/學業」、「角色功能」向度達組間顯著差異，若考量各向度的提名比率，有 21%血液透析、35%一般對照組受試列舉「工作/學業」為重要向度，而列舉「角色功能」向度者之比率則更低，因此對於此兩組間差異較不宜過度詮釋。

肆、SEIQOL-DW 各向度現況-想望落差

本研究假設 1-4 為血液透析患者與對照群體列舉的各生活向度現況-想望落差平均值存在顯著差異。結果顯示，兩組在 11 個向度中，除了「健康」與「工作/學業」，大部分的現況-想望落差平均值皆未有顯著差異，血液透析組除了在健康向度的現況顯著低於一般對照組，其相對應的現況-想望落差亦高於一般對照組，而「工作/學業」向度現況-想望落差的組間差異，則因前述提名比率的緣故，不宜過度詮釋。

伍、SEIQOL-DW Index 的相關影響因素

一、人口背景變項與 SEIQOL-DW Index 的關聯

將血液透析組、一般對照組依照人口背景變項分組，檢驗 SEIQOL-DW Index 平均值在不同變項間是否存在差異，或者具有顯著相關。結果發現(表 11)，在一般對照組，除了年齡與 SEIQOL-DW Index 有顯著正相關($r=.28$, $p=.03$)，主觀經濟感受亦達組間差異，進一步做事後比較，發現「尚有盈餘」組的 SEIQOL-DW Index 顯著高於「收入不夠用」組(平均差異=18.59, $p=.002$)，經濟感受較寬裕者，個人生活品質指標也可能較高，但於血液透析組，則沒有任何人口背景變項與 SEIQOL-DW Index 有顯著關聯。

二、臨床生理/疾病相關變項與 SEIQOL-DW Index 的關聯

在臨床生理/疾病相關變項與 SEIQOL-DW Index 的相關性探討(表 12)，不同透析時間、班別血液透析患者的 SEIQOL-DW Index 皆無顯著差異，與各項生理檢驗指標如白蛋白、 kt/v 值、血比容、副甲狀腺素、總膽固醇等亦無顯著相關，唯共病數與血液透析患者 SEIQOL-DW Index 具有顯著負相關($r=-.46$)，同時受越多慢、長期疾病困擾的血液透析患者，其個人化生活品質也較低，但共病數在一般對照組則無顯著相關。

表 11 人口背景變項與 SEIQOL-DW Index 的關聯分析表

人口變項	血液透析組(n=57)		一般對照組(n=60)			
	M±SD	統計量	M±SD	統計量		
性別						
男	58.88 ± 16.27	t=0.30	67.78 ± 14.76	t=1.98		
女	57.61 ± 15.34		59.96 ± 15.67			
年齡(歲)	r=-.16		r=.28*			
教育程度						
國小以下	57.58 ± 4.65	F=0.99	58.48 ± 13.11	F=0.74		
國中	58.82 ± 26.18		52.07 ± 10.66			
高中/高職	54.06 ± 14.57		60.22 ± 12.25			
大專以上	61.67 ± 15.28		65.04 ± 16.37			
職業狀態						
學生	80.5	F=0.94	63.33 ± 9.65	F=0.96		
家管	56.33 ± 14.21		58.80 ± 17.27			
待業中	61.29 ± 16.45		55.13			
退休	51.46 ± 14.92		69.72 ± 18.09			
兼職工作	60.53 ± 5.58		60.02 ± 12.39			
全職工作	59.50 ± 17.31		62.15 ± 13.71			
平均月收入						
無	59.11 ± 15.45		F=0.33		58.28 ± 13.25	F=1.10
未滿 2 萬元	52.24 ± 18.20	62.02 ± 10.69				
2 萬以上未滿 4 萬	57.04 ± 17.35	61.14 ± 17.01				
4 萬以上	59.57 ± 15.21	67.41 ± 18.22				
經濟感受						
收入不夠用	55.37 ± 18.67	F=0.90	51.63 ± 13.00	F=7.09*		
恰好夠用	57.23 ± 12.57		63.77 ± 11.87			
尚有盈餘	62.76 ± 18.40		70.21 ± 16.89			
婚姻狀態						
單身	56.13 ± 20.57	F=0.34	58.80 ± 10.48	F=1.73		
喪偶	—		61.44 ± 14.05			
分居	63.96 ± 18.49		92.03			
離婚	63.75 ± 11.69		—			
同居	—		43.61			
已婚	58.34 ± 13.49		65.17 ± 16.49			
宗教信仰						
無	56.78 ± 15.94	t=0.54	65.28 ± 15.17	t=-0.75		
有	59.12 ± 15.71		62.24 ± 16.09			

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

表 12 臨床生理/疾病相關變項與 SEIQOL-DW Index 的關聯分析表

血液透析組(n=57)					
透析時間	M±SD	統計量	透析班別	M±SD	統計量
1 年以上，未滿 5 年	50.99 ± 16.94	F=2.677	早	54.01 ± 14.58	F=1.071
5 年以上，未滿 10 年	57.25 ± 17.66		中	58.98 ± 12.56	
10 年以上	62.43 ± 12.83		晚	61.28 ± 16.67	

透析時間與 SEIQOL-DW Index 的相關： r=-.16

臨床生理指標	平均值(標準差)	相關係數
白蛋白	4.00 ± 0.32	r= .13
尿素清除指數 kt/v	2.10 ± 0.50	r= .16
血比容 Hct	33.00 ± 4.64	r= .06
副甲狀腺素 iPTH	192.33 ± 173.31	r=-.03
膽固醇 T-Chol	166.25 ± 34.29	r= .20

	血液透析組(n=57)	一般對照組(n=60)
共病數	r=-.46***	r=.05

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

三、迴歸分析

為了解影響個人化生活品質指標的因素與其影響力，並檢驗假設 1-6：人口背景、臨床生理與疾病相關變項與焦慮憂鬱狀態對個人化生活品質指標有顯著解釋力，分別以整體受試、不同組別受試，將 SEIQOL-DW Index 為依變項，將類別性的自變項轉為虛擬變項後，使用逐步迴歸法進行分析：

(1) 整體受試：

投入的自變項包含「組別變項」：血液透析、一般成人；「人口背景變項」：性別、年齡、教育程度(高中職以下/大專以上)、職業狀態(有/無)、平均月收入(未滿兩萬/兩萬以上)、主觀經濟感受(不足/剛好或富裕)、婚姻(有/無)、宗教信仰(有/無)；「臨床生理與疾病相關變項」：共病數；與「心理社會變項」：焦慮、憂鬱程度。

(2)血液透析組

投入的自變項包含「人口背景變項」：性別、年齡、教育程度(高中職以下/大專以上)、職業狀態(有/無)、平均月收入(未滿兩萬/兩萬以上)、主觀經濟感受(不足/剛好或富裕)、婚姻(有/無)、宗教信仰(有/無)；「臨床生理與疾病相關變項」：透析時間、班別(早/中/晚)、白蛋白、尿素清除指數、血比容、副甲狀腺素、膽固醇、共病數；以及「心理社會變項」：焦慮、憂鬱程度。

(3)一般對照組

投入的自變項包含「人口背景變項」：性別、年齡、教育程度(高中職以下/大專以上)、職業狀態(有/無)、平均月收入(未滿兩萬/兩萬以上)、主觀經濟感受(不足/剛好或尚有盈餘)、婚姻(有/無)、宗教信仰(有/無)；「臨床生理與疾病相關變項」：共病數；以及「心理社會變項」：焦慮、憂鬱程度。

結果顯示(表 13)，以整體受試(n=117)進行分析，進入迴歸方程式的變項為經濟感受(剛好或尚有盈餘)， R^2 改變量為 6.5%，以及教育程度(大專以上)， R^2 改變量為 3.9%，兩者標準化迴歸係數皆為正值，代表經濟感受越佳、教育程度越高，對 SEIQoL-DW Index 有正向影響，兩者整體解釋變異量為 10.4%。

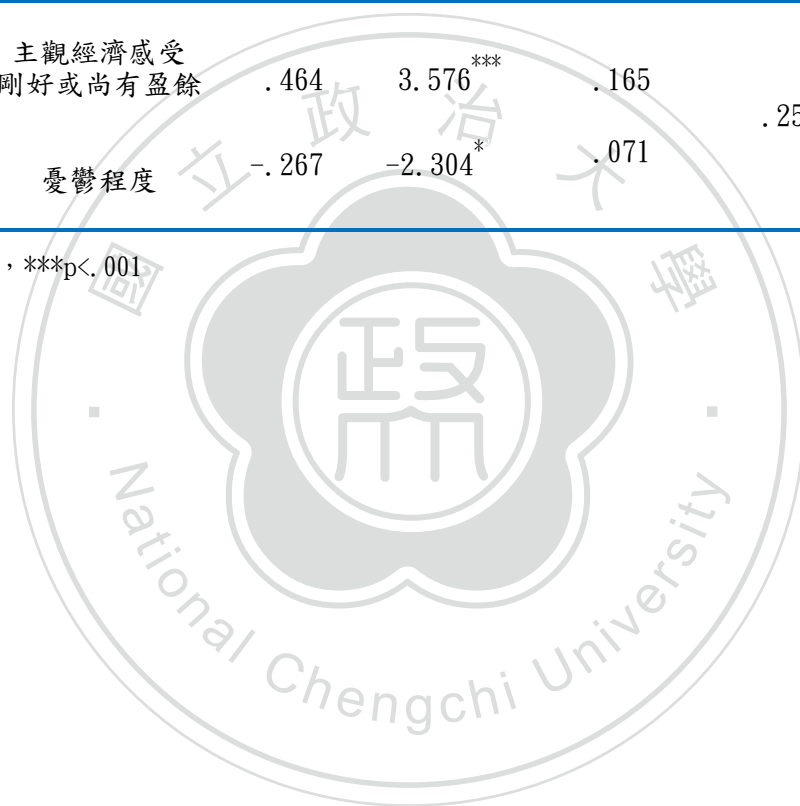
若以血液透析組進行分析(n=57)，則僅有共病數進入最後的迴歸方程式，其標準化迴歸係數為-.445，代表共病數越多 SEIQoL-DW Index 越差，可解釋變異量為 20.7%。

在一般對照組(n=60)，進入迴歸方程式的顯著變項有二，第一為主觀經濟感受(剛好或尚有盈餘)，其標準化迴歸係數為.464，代表經濟水準越高，對 SEIQoL-DW Index 有正向影響， R^2 改變量為 16.5%，第二為憂鬱程度，其標準化迴歸係數為-.267， R^2 改變量為 7.1%，代表憂鬱程度越高，對 SEIQoL-DW Index 有負向影響，兩者可解釋總變異量為 25.4%。

表 13 SEIQOL-DW Index 相關影響變項逐步複迴歸統整表

依變項： SEIQOL-DW Index	選入變數	標準化 迴歸係數	t 值	R ² 改變量	總 R ²	F 值
整體受試	主觀經濟感受 剛好或尚有盈餘	.223	2.485 [*]	.065	.104	6.634 ^{**}
	教育程度 大專以上	.201	2.239 [*]	.039		
血液透析組	共病數	-.445	-3.723 ^{***}	.207	.207	13.864 ^{***}
對照組	主觀經濟感受 剛好或尚有盈餘	.464	3.576 ^{***}	.165	.254	8.827 ^{***}
	憂鬱程度	-.267	-2.304 [*]	.071		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001



第三節 SEIQoL-DW 權重程序的效益

壹、個人層次分析

一、相關分析

儘管使用相關分析來評估相乘加權分數的效益，可能無法獲得穩定的結果 (Trauer & Mackinnon, 2001)，但先前與 SEIQoL-DW 權重效益有關的研究 (Stigglebout et al., 2008; Wettergren et al., 2005)，仍以相關分析為檢驗程序，故本研究依然同時採用相關分析與前人研究進行對照，並增採調節迴歸分析，檢驗 SEIQoL-DW 的權重分數是否具有提升整體生活滿意度解釋力的獨特貢獻。

本研究假設 2-1 為 SEIQoL-DW 權重/未權重 Index 彼此有顯著相關，首先依不同組別，比較個人 SEIQoL-DW 權重/未權重指標分數(未權重分數=各向度現況的平均值)之關聯強度，以及 SEIQoL-DW 權重/未權重指標分數與整體生活滿意度、焦慮、憂鬱程度等效標變項的相關性。結果顯示(表 14)，與先前研究一致 (Stigglebout et al., 2008; Wettergren et al., 2005)，SEIQoL-DW 權重/未權重分數彼此在血液透析、一般對照兩組別都有顯著高相關($r=.96$ 、 $r=.98$)，顯示兩者具有相當高的重疊性，此外，權重/未權重分數在兩個組別與各效標的相關強度亦非常接近，權重分數與各效標變項間未有較明顯的關聯強度。

表 14 SEIQoL-DW 權重/未權重 Index 相關矩陣分析表

組別	權重/未權重分數	SEIQoL-DW Index	SWLS	HADS-A	HADS-D
血液透析組 (n=57)	SEIQoL-DW Index	—	.38**	-.04	-.07
	SEIQoL-DW 未權重 Index	.96***	.39**	.02	.02
一般對照組 (=60)	SEIQoL-DW Index	—	.63***	-.36**	-.26*
	SEIQoL-DW 未權重 Index	.98***	.62***	-.33**	-.26*

* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$

貳、項目層次分析

一、相關分析

由於 SEIQoL-DW Index 是不同向度的組合產物，以整體 Index 分析可能有混淆效果，最好進一步以項目層次檢驗權重程序的效益，而 SEIQoL-DW 是由受試自由列舉重要向度的個人化工具，因此所彙整的 12 個向度所含資料數目並不相等，為取得足夠的分析資料，研究者以血液透析組、一般對照組，在健康、家庭、經濟、休閒活動、人際關係等資料數目相對較多的向度進行項目層次的相關分析，本研究假設 2-2：項目現況與項目權重分數有顯著相關。

將兩組別整體項目與五個向度的項目現況分數，分別與權重後的項目現況分數(現況 X 重要性)以及項目重要性進行相關分析，結果顯示(表 15)，兩組別不管在整體項目或五個向度之現況分數與權重後的現況分數大部分皆有 .50 以上的顯著相關，與重要性分數皆無顯著相關，與先前研究一致(Russell et al., 2006; Wu & Yao, 2006a)，權重/未權重現況分數在項目層次依然有高相關性，但現況分數與重要性分數則缺乏關聯性，兩者測量的並非同一構念。

表 15 項目「現況分數」與「權重現況分數」、「重要性」相關分析表

血液透析組	類別(項目數)	現況 X 重要性	重要性
項目 現況分數	所有項目(n=269)	.66 ^{***}	-.07
	健康(n=62)	.78 ^{***}	-.13
	家庭(n=44)	.69 ^{***}	.19
	經濟(n=37)	.67 ^{***}	-.17
	休閒活動(n=32)	.71 ^{***}	.17
	人際關係(n=30)	.64 ^{***}	.10
一般對照組	類別(項目數)		
項目 現況分數	所有項目(n=293)	.56 ^{***}	.07
	健康(n=47)	.59 ^{***}	.14
	家庭(n=52)	.56 ^{***}	.17
	經濟(n=37)	.35 [*]	-.25
	休閒活動(n=36)	.52 ^{***}	.07
	人際關係(n=29)	.63 ^{***}	.08

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

同樣的，在項目層次以 SWLS、HADS-A、HADS-D 為效標，結果發現(表 16)，兩組不管是在整體項目或五個向度，權重/未權重項目現況分數與各校標變項間並未有一致性的關聯強度趨勢。

綜合個人與項目層次的相關分析結果，權重程序所得分數皆並未與其他效標有更明顯的關聯強度，且權重/未權重分數彼此具有顯著相關，故相關分析不支持 SEIQoL-DW 權重程序的效果。

表 16 項目「權重/未權重現況分數」與「SWLS、HADS-A、HADS-D」相關分析表

	SWLS		HADS-A		HADS-D	
	未權重 現況分數	權重 現況分數	未權重 現況分數	權重 現況分數	未權重 現況分數	權重 現況分數
血液透析組(項目數)						
所有項目(n=269)	.26 ^{***}	.15 ^{**}	.01	-.04	.03	.05
健康(n=62)	.14	.09 ^{***}	-.21	-.14	-.09	-.01
家庭(n=44)	.37 [*]	-.01 ^{***}	-.17 [*]	-.04 [*]	-.19	-.20
經濟(n=37)	.38 ^{**}	.28 ^{***}	-.04 [*]	.11	.03	.03
休閒活動(n=32)	.14	.18 ^{***}	.30 [*]	.37 [*]	.25	.23
人際關係(n=30)	.15	-.01	.39 [*]	.12	.22	.14
一般對照組(項目數)						
所有項目(n=293)	.48 ^{***}	.24 ^{***}	-.22 ^{***}	-.12 [*]	-.16 ^{**}	-.09
健康(n=47)	.47 ^{***}	.46 ^{***}	-.23	-.37 ^{**}	-.02	-.06
家庭(n=52)	.32 [*]	.07	-.02	-.08	-.17	-.15
經濟(n=37)	.55 ^{***}	-.01	-.35	-.06	-.13	-.03
休閒活動(n=36)	.50 ^{**}	.01	-.02	-.02	.02	.16
人際關係(n=29)	.16	-.05	.02	.25	-.03	.26

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

二、調節迴歸分析

本研究假設 2-3：項目重要性對項目現況與整體滿意度之間的關係有顯著調節作用。

以兩個組別各自在整體項目及五個向度之項目層次進行調節迴歸分析，將項目現況分數做為自變項，將「SWLS 總分」作為依變項，並以階層方式加入項目重要性分數(調節變數)，以及項目重要性與現況分數的交乘積(交互項)，項目現況與重要性分數皆減去各自的平均數進行集中化，以避免多元共線性，若交互項的 β 值達顯著水準，即表示調節變數的交互作用效果成立。

結果顯示(表 17)，在十二個迴歸方程式中，有八個項目現況分數對 SWLS 有顯著解釋力，另一方面，僅有兩個方程式的重要性分數具顯著解釋力，且所有方程式的交互作用項皆未達顯著水準，故調節迴歸分析支持 Locke(1969, 1976)的間距-情感假說，重要性對項目滿意度與整體滿意度之間的關係不具調節效果，使用 SEIQoL-DW 權重程序獲得的滿意度分數，無助於提升對整體滿意度的解釋力。

表 17 SEIQOL-DW 權重程序效益調節迴歸分析表

依變項：SWLS 分析向度(項目數)	標準化 β 係數			R ²	F 值
	現況	重要性	現況 X 重要性		
血液透析組					
整體(n=269)	0.267 ^{***}	-.025	-.040	.071	6.761 ^{***}
健康(n=62)	0.134	-.032	.020	.022	0.427
家庭(n=44)	0.438 ^{***}	-.382 ^{**}	-.028	.269	4.889 ^{**}
經濟(n=37)	0.399 [*]	.037	-.079	.152	1.978
休閒活動(n=32)	0.062	-.033	-.428	.181	2.064
人際關係(n=30)	0.168	-.229	.249	.123	1.212
一般對照組					
整體(n=293)	0.477 ^{***}	-.038	.001	.227	28.254 ^{***}
健康(n=47)	0.447 ^{**}	.272	-.042	.289	12.968 ^{**}
家庭(n=52)	0.393 ^{**}	-.239	.155	.153	2.888 [*]
經濟(n=37)	0.564 ^{***}	-.275	.195	.407	7.549 ^{***}
休閒活動(n=36)	0.519 ^{***}	-.381 [*]	.121	.376	6.417 ^{**}
人際關係(n=29)	0.190	.043	-.458	.223	2.397

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

第四節 SEIQoL-DW 的潛在臨床應用指標

依據 Calman(1984) 的期望理論，個人整體生活滿意度是由各個向度現況 - 期望之間的落差總和所決定，落差越小，個人的生活品質就越高；Locke(1969, 1976)的情感間距假說，則認為個體對滿意度的評估，涉及「現況-想望落差」與目標的重要性，且項目重要性會調節個體所知覺的「現況-想望落差」與項目滿意度之間的關係，現況想望落差與重要性即為提升生活品質現況的兩可能取徑，Wu(2009)並據此提出移轉傾向指標，本研究以上述理論為基礎，檢驗 SEIQoL-DW 的潛在臨床應用指標。

壹、現況-想望落差

一、個人層次分析

(1)相關分析

本研究假設 3-1：現況-想望落差平均數與個人整體生活滿意度、各向度生活現況平均數有負相關、與負向情緒分數有正相關。

以組別受試為分析單位(表 18)，發現兩組的現況-想望落差平均數皆與 SEIQoL-DW 未權重 Index、SWLS 兩生活品質指標達顯著中度負相關，亦即一個人在重要生活向度的現況-想望落差越大，生活品質便可能越低，此外，在一般對照組，現況-想望差距平均數與焦慮、憂鬱程度有顯著正相關，一個人在生活重要向度的想望落差越大，便可能有有較高的負向情緒。

表 18 個人「現況-想望落差平均數」與「效標變項」相關分析表

組別	SEIQoL-DW 未權重 Index	SWLS	HADS-A	HADS-D
血液透析組(n=57)				
現況想望落差平均數	-.45 ^{***}	-.53 ^{***}	.16	.16
一般對照組(n=60)				
現況想望落差平均數	-.66 ^{***}	-.64 ^{***}	.44 ^{***}	.26 ^{**}

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

(2) 高低落差組平均數分析

本研究假設 3-2: 高現況-想望落差組有較低的生活品質、較高的負向情緒，低現況-想望落差組有較高的生活品質、較低的負向情緒。

以兩組各自的現況-想望落差平均數為分組切截點，比較高落差組(高於平均數)、低落差組(低於平均數)在 SEIQoL-DW 未權重 Index、SWLS、負向情緒(HADS 總分)的組間差異，結果發現(表 19)，不管是血液透析組或一般對照組，高落差組皆有較低的生活品質、較高的負向情緒，反之，低落差組則有較高的生活品質、較低的負向情緒。

表 19 高低現況-想望落差平均數組間生活品質、負向情緒平均數考驗表

血液透析組	高落差組(M±SD)	低落差組(M±SD)	平均數差距	t 值
	n=24	n=33		
SEIQoL-DW 未權重 Index	53.78 ± 15.71	61.84 ± 13.14	-8.07	-2.11*
SWLS	16.04 ± 6.62	23.64 ± 5.44	-7.59	-4.75***
負向情緒	11.83 ± 6.03	8.03 ± 4.72	3.80	2.67***
一般對照組	高落差組(M±SD)	低落差組(M±SD)	平均數差距	t 值
	n=28	n=32		
SEIQoL-DW 未權重 Index	53.63 ± 9.00	71.00 ± 14.93	-17.37	-5.53***
SWLS	19.25 ± 5.65	27.13 ± 4.53	-7.88	-5.98***
負向情緒	12.82 ± 5.65	9.06 ± 4.45	3.76	2.88***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

二、項目層次分析

(1)相關分析

若以項目層次為分析單位，檢驗項目現況-想望落差與項目現況分數、重要性分數之關聯，結果(表 20)與 Wu & Yao(2006b)的研究一致，兩組整體項目的現況-想望落差分數皆與現況分數達顯著負相關，在十個向度中，亦有九個達顯著負相關，顯示一個人在特定項目的現況-想望落差越大，對該項目現況的評比便可能較低，另一方面，項目現況想望落差與項目重要性則皆未有顯著關聯。

表 20 項目現況-想望落差與項目現況、重要性相關分析表

血液透析組	類別(項目數)	項目現況	項目重要性
項目現況-想望 落差	所有項目(n=269)	-.64 ^{***}	.10
	健康(n=62)	-.61 ^{***}	.13
	家庭(n=44)	-.61 ^{***}	.00
	經濟(n=37)	-.53 ^{***}	.32
	休閒活動(n=32)	-.59 ^{***}	-.13
	人際關係(n=30)	-.61 ^{***}	.12
一般對照組	類別(項目數)		
項目現況-想望 落差	所有項目(n=293)	-.67 ^{***}	.09
	健康(n=47)	-.63 ^{***}	.00
	家庭(n=52)	-.58 ^{***}	.08
	經濟(n=37)	-.72 ^{***}	.28
	休閒活動(n=36)	-.50 ^{**}	.04
	人際關係(n=29)	-.25	.21

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

(2)迴歸分析

依照 Locke(1969, 1976)的間距-情感假說，本研究假設

3-4：項目「現況-想望落差」對項目現況有顯著解釋力。

3-5：向度重要性會調節「現況-想望落差」與項目現況之間的關係。

以兩組受試在整體項目及五個向度為檢驗單位，使用調節迴歸分析，以項目現況-想望落差分數為自變項，以項目現況分數為依變項，並以階層方式加入項目重要性分數(調節變數)與項目現況-想望落差分數的交互項，其中各項目的現況-想望落差、重要性分數皆減去各自的平均數以避免多元共線性，若交互項的 β 值達顯著水準，即表示調節變數的交互作用效果成立。

結果顯示(表 21)，在 12 個迴歸方程式中，有 11 個項目現況-想望落差分數對項目現況有顯著解釋力，而僅有 1 個項目重要性對項目現況具顯著解釋力，最後，所有方程式只有 1 個交互作用項達顯著水準。

綜合相關與調節迴歸分析結果，僅支持項目「現況-想望落差」對項目現況有顯著解釋力，但不支持項目重要性對項目「現況-想望落差」與項目現況之間的關係具有調節作用。

表 21 SEIQOL-DW 項目現況-想望落差、重要性與現況分數調節迴歸分析表

依變項：項目現況					
分析向度(項目數)	標準化 β 係數			R ²	F 值
	落差	重要性	落差 x 重要性		
血液透析組					
整體(n=269)	-.639 ^{***}	-.002	-.004	.402	61.159 ^{***}
健康(n=62)	-.600 ^{***}	-.046	.005	.369	11.283 ^{***}
家庭(n=44)	-.609 ^{***}	.191	-.026	.408	9.191 ^{***}
經濟(n=37)	-.578 ^{***}	.106	-.191	.312	4.999 ^{**}
休閒活動(n=32)	-.589 ^{***}	.167	.273	.425	6.898 ^{***}
人際關係(n=30)	-.632 ^{***}	.188	-.118	.417	6.211 ^{**}
一般對照組					
整體(n=293)	-.683 ^{***}	.166 ^{**}	-.058	.468	86.671 ^{***}
健康(n=47)	-.626 ^{***}	.042	-.249 [*]	.471	12.762 ^{***}
家庭(n=52)	-.610 ^{***}	.260	.077	.391	10.276 ^{***}
經濟(n=37)	-.728 ^{***}	-.066	.197	.552	13.555 ^{***}
休閒活動(n=36)	-.462 ^{**}	.014	-.203	.291	4.376 ^{**}
人際關係(n=29)	-.262	.147	-.083	.088	0.806

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

貳、移轉傾向指標

Wu(2009)提出的移轉傾向指標，係奠基於 Locke(1969, 1976)的情感間距假說，認為項目滿意度的高低會受「現況-想望落差」與重要性之交互作用所影響。在本研究中，血液透析組、一般對照組各有 13 人所舉向度少於五個，或因各向度的重要性分數、現況-想望落差分數呈現均等的狀態，無法計算移轉傾向指標，故最後血液透析組有 44 筆、一般對照組有 47 筆有效資料可供分析。

(1)相關分析

在 Wu(2009)的研究中，發現移轉傾向指標與個人平均滿意度相關達.23 ($P < 0.01$)，和 SWLS 相關達.25 ($P < 0.01$)，故本研究假設 3-6：移轉傾向指標與個人整體生活滿意度、各向度生活現況平均數(SEIQoL-DW 未權重 Index)有正相關、與負向情緒分數有負相關。結果顯示(表 22)，移轉傾向指標僅在血液透析組與 SEIQoL-DW 未權重 Index 達顯著正相關($r = .31$)，與 SWLS 達邊緣性正相關($r = .29$, $p = .059$)，與負向情緒則皆未達顯著相關。

表 22 移轉傾向指標與生活滿意度、焦慮、憂鬱狀態相關分析表

組別	SEIQoL-DW 未權重 Index	SWLS	HADS-A	HADS-D
血液透析組(n=44) 移轉傾向指標	.31*	.29	-.22	-.10
一般對照組(n=47) 移轉傾向指標	.08	-.07	.06	.03

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

(2)階層迴歸分析

依循 Wu(2009)的研究結果，本研究 3-7 假設：在控制現況-想望落差的影響後，移轉傾向指標對個人整體生活滿意度、各向度生活現況平均數、負向情緒分數有顯著解釋力。在血液透析與一般成人兩組別中，分別以 SWLS、SEIQoL-DW 未權重 Index、負向情緒(HADS 總分)為依變項，依序投入個人現況-想望落差平

均數、移轉傾向指標，進行階層迴歸分析，其中血液透析組的現況-想望落差平均數與共病數有顯著相關($r=.26$, $p=.047$)，一般對照組的現況-想望落差平均數與年齡($r=-.370$, $p=.004$)、主觀經濟感受($\rho=-.443$, $p=000$)有顯著負相關，故將尺度變項轉換為虛擬變項後，共同納入成為控制變項。

分析結果發現(表 23、24)，在六組階層迴歸分析當中，有 5 組的現況-想望落差平均數對依變項具獨特解釋力，但所有移轉傾向指標皆未達顯著。

表 23 血液透析組移轉傾向指標階層迴歸分析表

DV:SWLS	模式一	模式二	模式三
投入變項	β 係數	β 係數	β 係數
共病數	-.290	-.162	-.109
現況想望落差		-.483 ^{***}	-.446 ^{***}
移轉傾向指標			.136
模式摘要			
F 值	$F_{(1,42)}=3.845^{**}$	$F_{(2,41)}=8.823^{***}$	$F_{(3,40)}=6.157^{**}$
R ² 值	.084	.301	.316
ΔR^2 值		.217 ^{***}	.015
DV:SEIQoL-DW 未權重 Index	模式一	模式二	模式三
投入變項	β 係數	β 係數	β 係數
共病數	-.440 ^{**}	-.345 ^{**}	-.304 [*]
現況想望落差		-.358 ^{**}	-.345 [*]
移轉傾向指標			.105
模式摘要			
F 值	$F_{(1,42)}=10.082^{**}$	$F_{(2,41)}=9.337^{***}$	$F_{(3,40)}=6.328^{***}$
R ² 值	.194	.313	.322
ΔR^2 值		.119 ^{**}	.009
DV:負向情緒	模式一	模式二	模式三
投入變項	β 係數	β 係數	β 係數
共病數	.291	.262	.234
現況想望落差		.109	.101
移轉傾向指標			-.072
模式摘要			
F 值	$F_{(1,42)}=3.889$	$F_{(2,41)}=2.174$	$F_{(3,40)}=1.481$
R ² 值	.085	.096	.100
ΔR^2 值		.011	.004

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

表 24 一般對照組移轉傾向指標階層迴歸分析表

DV:SWLS	模式一	模式二	模式三
投入變項	β 係數	β 係數	β 係數
年齡	.404 ^{**}	.274 [*]	.275 [*]
經濟感受(剛好-不足)	.303	.078	.078
經濟感受(盈餘-不足)	.425 [*]	.137	.135
現況想望落差		-.487 ^{***}	-.489 ^{***}
移轉傾向指標			.015
模式摘要			
F 值	F _(3, 43) =7.005 ^{***}	F _(4, 42) =9.891 ^{***}	F _(5, 41) =7.731 ^{***}
R ² 值	.328	.485	.423
ΔR^2 值		.157 ^{***}	.000
DV:SEIQoL-DW 未權重 Index	模式一	模式二	模式三
投入變項	β 係數	β 係數	β 係數
年齡	.221	.072	.078
經濟感受(剛好-不足)	.312	.054	.057
經濟感受(盈餘-不足)	.559 ^{**}	.229	.208
現況想望落差		-.557 ^{***}	-.583 ^{***}
移轉傾向指標			.157
模式摘要			
F 值	F _(3, 43) =5.374 ^{**}	F _(4, 42) =9.609 ^{***}	F _(5, 41) =8.250 ^{***}
R ² 值	.273	.478	.502
ΔR^2 值		.205 ^{***}	.024
DV:負向情緒	模式一	模式二	模式三
投入變項	β 係數	β 係數	β 係數
年齡	-.196	-.088	-.091
經濟感受(剛好-不足)	-.061	.127	.125
經濟感受(盈餘-不足)	-.166	.074	.085
現況想望落差		.405 [*]	.417 [*]
移轉傾向指標			-.074
模式摘要			
F 值	F _(3, 43) =1.008	F _(4, 42) =2.217	F _(5, 41) =1.794
R ² 值	.066	.174	.180
ΔR^2 值		.109 [*]	.005

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

參、綜合比較

為了解 SEIQoL-DW 現況平均數、重要性平均數、現況-想望落差分數、移轉傾向指標、以及整體生活滿意度、負向情緒等變項，何者在臨床上具應用潛力，故以 SWLS、負向情緒為依變項，分別進行逐步複迴歸分析。

結果發現，若以 SWLS 為依變項(表 25)，現況-想望落差平均數在兩組別皆有顯著解釋力，解釋變異量為 27.6%~41.1%，此外，在一般對照組，負向情緒有 10.8%解釋力，現況平均數則有 5.2%解釋力。若以負向情緒為依變項(表 26)，則僅有 SWLS 在一般對照組有顯著解釋力，可解釋 31.2%變異量。

表 25 SWLS 預測變項逐步複迴歸統整表

DV: SWLS	選入變數	β 係數	t 值	R ² 改變量	總 R ²	F 值
血液透析組	現況-想望落差	-.52611	-4.006 ^{***}	.276 ^{***}	.276	16.051 ^{***}
	平均數					
一般對照組	現況-想望落差	-.304	-2.208 [*]	.411 ^{***}	.571	19.094 ^{***}
	平均數					
	負向情緒	-.332	-3.028 ^{**}	.108 ^{**}		
	現況平均數	.3071	2.286 ^{*1}	.052 [*]		

預測變項：SEIQoL-DW 各向度現況、重要性、現況想望差距平均數、移轉傾向指標、負向情緒分數

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

表 26 負向情緒預測變項逐步複迴歸統整表

DV: 負向情緒	選入變數	β 係數	t 值	R ² 改變量	總 R ²	F 值
血液透析組	無					
一般對照組	SWLS	-.558	-4.517 ^{***}	.312 ^{***}	.312	20.399 ^{***}

預測變項：SEIQoL-DW 各向度現況、重要性、現況想望差距平均數、移轉傾向指標、SWLS 總分

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

第五章 綜合討論

第一節 血液透析患者的個人化生活品質

除了生理治療效果，目前健康醫療社群也越來越重視患者的個人經驗，除了生存的「量」，也重視生存的「質」(Campbell & Whyte, 1999)，強調個人化生活品質測量取徑的學者認為，治療不僅應從生理觀點進行評估，也應該省思治療對個人生活、生命藍圖的影響(Lindblad et al., 2002)。SEIQoL 是世界衛生組織列舉的 10 項生活品質測量工具之一，也是其中唯一測量個人化生活品質(IQoL)的工具(Joyce et al., 2003)，本研究主要研究目的之一，即使用其直接權重版(SEIQoL-DW)，以一般社區成人為對照組，探討國內血液透析患者的個人化生活品質，試圖辨認對其特別重要的生活議題或向度為何，以增進對血液透析患者生活品質需求的認識與覺察。

一、血液患者患者的個人化生活品質

研究結果發現，血液透析患者最常列舉的向度為健康(77%)，其次依序為家庭(72%)、經濟(65%)、人際關係(53%)、休閒活動(49%)、因應/正向態度(23%)、工作/學業(21%)、心理健康(16%)、生活條件(16%)、靈性/信仰(9%)、角色功能(9%)、其他(9%)，且各向度的提名百分比並未有顯著組間差異，在談到何為生活品質的重要成分時，一般對照組與血液透析患者有高度的一致性。與先前研究相似(Abdel-Kader et al., 2009; Tovbin et al., 2003)，絕大多數血液透析患者咸認為健康是重要的生活向度，有高比例的血液透析患者將健康列為重要生活向度並不令人訝異，周學智(2002)研究發現，長期血液透析病患覺得最具影響力的壓力源依序為飲水限制、睡眠困擾、開刀接動靜脈瘻管、疲倦及食物限制，在本研究中，許多血液透析受試在描述向度定義時都曾描述洗腎對健康、體能、睡眠的影響，如：「因為我們在洗腎所以覺得健康重要」、「因為洗腎有時候會很累」、「洗腎容易體力差，記憶有下降，對很多事物都沒興趣」、「在

這裡睡了回家就沒辦法睡，洗腎不睡又像活受罪」，或是必須遵守飲食限制以及併發症的困擾：「吃東西一定要很正常，量要控制水份要控制」、「人工血管好好的話心情就會好，要是出狀況會很煩躁」、「洗腎順不順利，會不會抽筋阿，很討厭手會痛，末梢神經會麻會痛吃藥才能睡」，這些內容皆反映了末期腎臟病與透析程序對個人生活的影響，但另一方面，一般社區對照組亦有高比例者認同健康是重要的生活向度，如：「健康是幸福生活的基礎」、「健康不好什麼都不用談」、「有了健康以後其他的生活加上去才有意義」，儘管兩組對健康向度的重視程度(重要性評比)並未有顯著差異，但從內容上仍可區辨兩者對健康向度關注的內涵有所不同。此外，雖然兩組別對健康向度關注的比例、重視的程度無顯著差異，但兩者在健康向度生活品質的良莠差異則反映於現況評比與現況-期望落差，血液透析患者對自身健康向度的現況評比顯著較低，對健康現況與期望的落差也顯著較大。

先前研究顯示，社會支持是重要的生活品質相關因素(Maasoumeh & Forough, 2010; Tovbin et al., 2003; 陳美玲、顧乃平, 1998)，因此家庭此一主要的社會支持來源是第二常被提名的重要生活向度並不令人意外。Moons et al.(2004)指出，整體生活滿意度會因個體對重要特定生活向度之知覺感受，而有正向或負向影響，其中同時包含與健康相關，或不相關的事物，從向度類別來看，血液透析患者所認為重要的生活成分，亦包含了如經濟、人際關係、家庭、角色功能、心理健康等多元成分，Joyce et al.(2003)曾提到當一個人在身處慢長期性疾病或嚴重傷害之後，被預期會出現生活品質的衰退惡化，但事實上並非總是如此，SEIQoL-DW 的相關研究並指出，與健康相關的線索甚至可能隨時間從個案的線索側面圖中消失。在本研究的前五個向度中，除了健康以外，兩組別在其他常見的四個向度之現況、重要性評比、與現況-期望落差皆未有顯著差異，且兩者在 SEIQoL-DW Index、現況-期望落差平均值、整體生活滿意度皆無顯著差異，可見儘管身受慢性腎臟病的困擾，在血液透析患者的生活

中，依然有其他許多重要的向度現況平均並未有嚴重缺損，有鑑於健康相關因素對生活品質只佔了一部分的影響，生活品質的測量工具需要同時把非醫藥、健康的相關因素納入考量(Joyce et al., 2003)，先前研究指出 SEIQoL-DW Index 與以功能狀態為主的傳統健康生活品質問卷僅存在低相關(Wettergren et al., 2009)，本研究亦支持 SEIQoL-DW 的評估同時涵蓋與健康狀態不同的生活向度。

二、SEIQoL-DW Index 的相關影響因素

除了個人化生活品質的內容，本研究亦同時探討了 SEIQoL-DW Index 的相關影響因素，在先前慢性腎臟病患者的研究中，Tovbin et al.(2003)發現與 SEIQoL-DW Index 有關的人口統計與醫學相關因素為性別、白蛋白與糖尿病，Abdel-Kader et al.(2009)則發現年長者的 IQoL 較高、IQoL 與憂鬱($r=-0.2$)有顯著負相關，在本研究中，整體受試的經濟感受(剛好或尚有盈餘)以及教育程度(大專以上)，對 SEIQoL-DW Index 有正向影響，兩者的整體解釋變異量為 10.4%；在一般對照組除了年齡與 SEIQOL-DW Index 有顯著正相關($r=.28$, $p=.03$)，主觀經濟感受尚有盈餘組的 IQoL 亦高於收入不夠用組，但於血液透析組，則沒有任何人口背景變項與 SEIQOL-DW Index 有顯著關聯；在疾病相關變項，則僅共病數與血液透析患者 SEIQOL-DW Index 具顯著負相關($r=-.46$)，共病數並可解釋血液透析組 SEIQOL-DW Index 20.7%的變異量。而在一般對照組，主觀經濟感受(剛好或尚有盈餘)、憂鬱程度，可解釋 SEIQOL-DW Index 25.4%的變異量。隨著研究背景或受試特性不同，似乎並未有一致的影響因素。在心理社會變項，則與先前研究一致(Wettergren et al., 2009)，SEIQoL-DW Index 與整體生活滿意度(SWLS)有中度正相關($r=.38\sim.63$)，但在負向情緒，SEIQoL-DW Index 和焦慮($r=-.55$)、憂鬱狀態($-.42$)僅在一般對照組有顯著負相關。

第二節 SEIQoL-DW 重要性權重程序的應用價值

在 SEIQoL-DW 工具中包含了一直觀權重裝置，讓受試評估各向度的相對重要性，並與向度現況分數相乘後加總，以獲得權重後的整體指標。持個人化生活品質觀的學者，認為必須在測量工具中納入重要性評估程序，以反映受試對各向度價值的重視順序，如此即可進行較有意義的詮釋(Carr & Higginson, 2000; Hickey et al., 1996; Phillips et al., 2001)，但此種相乘性的權重分數存在理論與實徵證據上的爭議(Hsieh, 2003; 2004; Russell et al., 2006; Trauer & Mackinnon, 2001; Wu & Yao 2006b, 2006c, 2007)，也由此衍生出是否需要重要性評估程序的疑問。由於在臨床情境中並不常進行生活品質的評估，其中的障礙包含需要花費額外的時間、有限的資源、缺乏適切的工具、以及認為測量生活品質對醫療的助益不高(Lindblad et al., 2002)，故好的生活品質工具必須具有臨床實用性，提供有用的訊息，本研究的另一研究目的，即試圖檢驗 SEIQoL-DW 的權重分數是否具有提升整體生活滿意度解釋力的獨特貢獻，以及自重要性分數獲得的移轉傾向指標是否具有成為臨床指標的潛力，來探討 SEIQoL-DW 重要性權重程序的應用價值。

一、SEIQoL-DW 權重分數的效益

研究結果顯示，在個人層次，兩組別 SEIQoL-DW 權重/未權重指標彼此具有高相關，與 SWLS、焦慮、憂鬱程度的關聯強度亦相當接近，在項目層次，現況分數與權重後現況分數大部分皆有顯著中度相關，且權重後的項目現況分數與 SWLS、焦慮、憂鬱程度並未有更顯著的關聯強度型組，故相關分析不支持 SEIQoL-DW 權重程序的效果。在調節迴歸分析，12 個迴歸方程式中，8 個項目現況分數對整體生活滿意度皆有顯著解釋力，但僅有兩個重要性分數具顯著解釋力，且所有方程式的交互作用項皆未達顯著水準，故本研究結果支持 Locke(1969, 1976)的間距-情感假說，項目重要性對項目滿意度與整體滿意度之間的關係不具調節效果，由 SEIQoL-DW 權重程序獲得的滿意度分數，無助於提升對整體滿意度的解釋力。

二、移轉傾向指標

Locke(1969, 1976)的情感間距假說，認為個體對滿意度的評估，涉及「現況-想望落差」與目標的重要性，且項目重要性會調節個體所知覺的「現況-想望落差」與項目滿意度之間的關係，現況想望落差與重要性即為提升生活品質現況的兩可能取徑，Wu(2009)並據此提出移轉傾向指標，本研究據此檢驗自 SEIQoL-DW 移轉傾向指標與生活品質之間的關聯。

調節迴歸分析顯示，在 12 個迴歸方程式中，有 11 個現況-想望差距分數對項目現況有顯著解釋力，僅一個方程式的重要性分數對項目分析具顯著解釋力，此外，所有方程式只有一個交互作用達顯著水準，故研究結果不支持 Locke 的假設，向度重要性對「現況-想望落差」與項目現況之間的關係不具調節作用。

在移轉指標的效果檢驗，相關分析顯示移轉傾向指標僅在血液透析組與 SEIQoL-DW 現況平均數達顯著正相關($r=.45$)，與 SWLS 達邊緣性正相關($r=.29$, $p=.059$)，六組階層迴歸分析中，所有移轉傾向指標亦未達顯著水準，故本研究無法支持自 SEIQoL-DW 重要性評估程序獲得的移轉傾向指標具有成為臨床應用指標的潛力。

Hsieh(2003; 2004)曾表示，權重分數的效益可能與重要性的評估方式，以及使用的權重方式有關，由於 SEIQoL-DW 的重要性評估裝置並非各個向度彼此獨立，一個向度的權重大小會影響其他四個向度的面積，加上移轉傾向係由項目重要性與現況-想望落差之間的相關計算而來，但 SEIQoL-DW 的程序最多只允許列舉五個向度，現象學派的學者可能會質疑，在短時間內產生五個生活向度過於化約，一組數量稀少的關鍵向度之權重滿意度總合，無法確保等同所謂的生活品質(Browne et al., 1997a, p. 742)(引自 Macduff, 2000)，而權重分數以及移轉傾向的效果也可能受工具內生性的既定架構而有所影響。此外，由於使用半結構式晤談法進行重要性的評估，過程中也可能會受到受試本身社會讚

許、尋求注意等個人需求影響評估結果，在詢問受試向度線索、或事後分類時，也可能受限於研究者主觀偏誤的混淆(Joyce et al., 2003)，無法確保各向度的內容構念具有一致性，影響了以項目層次進行分析的結果。

儘管本研究並不支持 SEIQoL-DW 權重分數的效益，但 Russell et al. (2006) 曾發現重要的/非重要向度之項目滿意度平均數與整體生活滿意度的相關達顯著差異，越重要的向度，其項目滿意度與整體滿意度的相關更高，顯示重要性依然有其研究價值，或許問題在於結合滿意度、重要性的權重方式。更基本的議題，諸如向度重要性真正的意義是什麼？該怎麼測量？也尚待解答，隨著向度重要性所扮演角色的理論架構逐漸發展，以及應用不同權重法的實徵證據逐漸累積，讓我們增進對重要性本質的理解後，或許將能幫助我們試著去決定該不該、或如何使用主觀重要性評估程序(Hsieh, 2003; 2004)。

三、以個人脈絡應用 SEIQoL-DW 的重要性分數

儘管本研究不支持應用 SEIQoL-DW 的重要性分數獲得權重化指標與移轉傾向指標的效益，但就此放棄重要性評估程序可能言之過早，因為 SEIQoL-DW 的設計原意之一，即為藉由個人化現況與重要性的側面圖，協助辨識個案對生活品質的個人觀點(O'Boyle et al., 1993)，如此不僅能讓醫療照護人員在形成治療計畫時，站在更好的設計觀點洞察個案的感受與體驗，將個案在意的事物(如生子、維持運動)納入醫療決策參考，以個案本身生活各向度現況與重要性的型組，作為治療目標順序、焦點的設定基礎，亦有助於醫療工作者與患者間的醫病溝通，提升個案的治療滿意度，最終提升其對治療的接受度與醫囑遵從性。此外，權重程序也可能具有諮商效益，因為這些資訊可以提升個案的自我覺察，有助於讓個案了解自己的生命目標與順序，並發展因應策略以尋求個人的生命意義(Campbell & Whyte, 1999; Hickey et al., 1996; Higginson & Carr, 2001; Macduff, 2000; Neudert et al., 2004; Waldron et al., 1999)。誠

如 Patel et al. (2003) 所述，個人化測量工具最重要的角色可能不在於臨床試驗情境，而在與患者進行治療計畫、目標諮詢的過程。

例如在本研究中，血液透析個案 A (男性，64 歲) 的個人化生活品質側面圖 (圖 8) 顯示，其生活向度現均普遍低落，但其中以健康 (身體的狀況)、收入 (現在與太太都沒收入) 兩向度的重要性最高，故醫療目標或許便可設法提升此兩向度的現況。

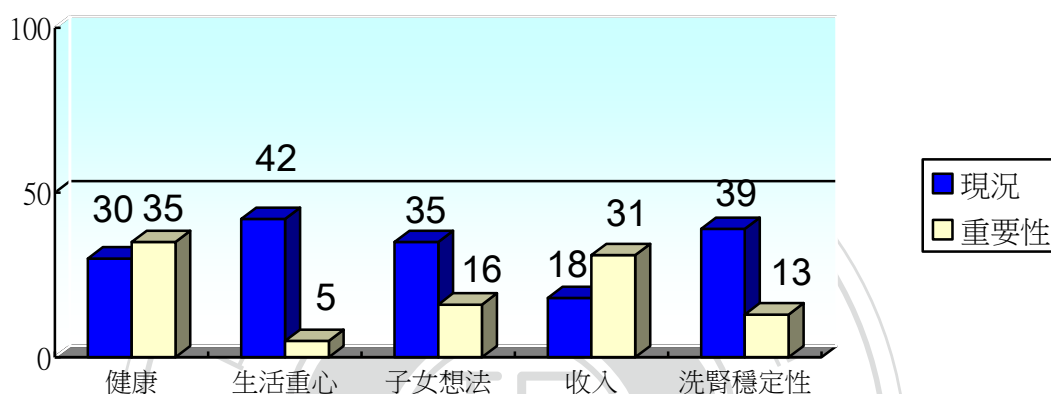


圖 8 個案 A 個人化生活品質側面圖

又如血液透析個案 B (女性，59 歲)，其個人化生活品質側面圖 (圖 9) 顯示，儘管她認為洗腎現況良好，但其他生活向度現況均普遍低落，其中以經濟向度 (有負債保費繳不出來) 的重要性最高，故醫療目標或許便在於提供社福系統的轉介資源。

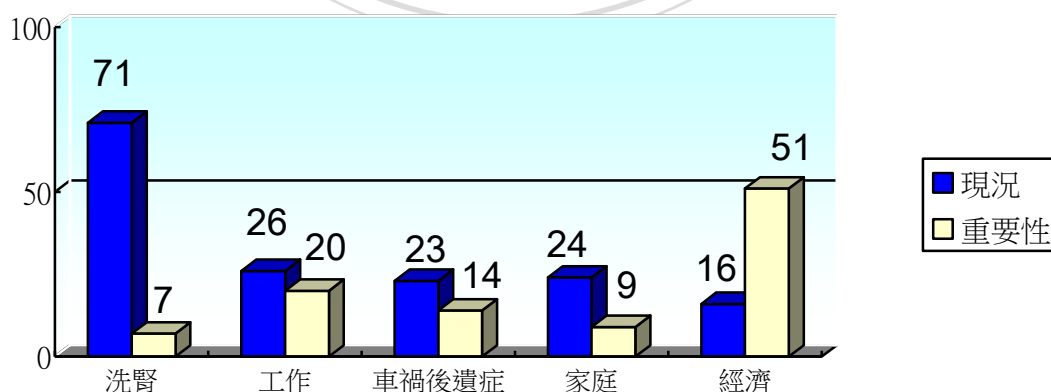


圖 9 個案 B 個人化生活品質側面圖

第三節 SEIQoL-DW 的潛在臨床指標

如上所述，SEIQoL-DW 的設立原意為捕捉個人化觀點，但 Hunt(1997) (引自 Macduff, 2000)指出，如果生活品質真的是一種個人化的概念，把不同群體的生活品質平均數拿來比較是不合理的，此外，不同個體受外在與內在環境影響的敏感度水準不同，因而所舉出的線索也會有不同的概念層次或深度(Joyce et al., 2003)，以不同種類、向度所得現況分數總和的單一指標分數必須受到質疑，因此 SEIQoL-DW 的缺點在於無法將個人化生活向度組成的生活品質總指標，在相同項目的基礎之下，進行個體間的比較，亦無法提供常模提供對照，造成詮釋上的困難(Lindblad et al., 2002; Patel et al., 2003)，原工具設計團隊亦認為，整體指標最好在受試的生活品質評估水準與權重型組的脈絡下進行個人化詮釋(O'Boyle et al., 1993)。

依據 Calman(1984) 的期望理論，生活品質是個體期盼/預期與真實經驗之間的落差；標準化的問卷如 SF-36，大多是在測量「經驗」，對個體「預期」的測量則有所侷限，若只有上述兩訊息的其中之一，將無法真正評估兩者間的落差（生活品質）(Mountain et al., 2004)，儘管 SEIQoL-DW 是基於期望理論建立的測量工具之一，但其測量程序並未將預期/希望的評估納入考量，本研究依據劉乃誌(2011)提出的測量方式，評估受試的現況-想望落差。在個人層次的分析顯示，現況-想望落差平均數與 SEIQoL-DW 未權重 Index、SWLS 兩生活品質指標皆達顯著中度負相關($r=-.45\sim-.66$)，亦即一個人在重要生活向度的現況-想望落差越大，生活品質便可能越低，此外，在一般對照組，現況-想望差距平均數與焦慮、憂鬱程度有顯著正相關($r=.26\sim.44$)，顯示一個人在生活重要向度的想望落差越大，便可能有有較高的負向情緒，且平均數檢定指出，高落差組具有較低的生活品質、較高的負向情緒，反之，低落差組則有較高的生活品質、較低的負向情緒。

在項目層次，兩組受試大部分的项目現況-想望落差分數，對項目滿意度皆有顯著負相關($r=-.50\sim-.72$)，一個人在特定項目的現況-想望落差越大，對該項目現況的評比便可能較低，在迴歸分析，12 個迴歸方程式中，有 11 個項目現況-想望落差分數對項目現況有顯著解釋力，此外，現況-想望落差平均數可解釋整體生活滿意度 27.6%~41.1%的變異量，故現況-想望落差無論是對項目滿意度、或是整體生活滿意度皆有負相關與顯著解釋力。

除了現況-想望落差分數，本研究亦發現 SEIQoL-DW 的未權重指標與整體生活滿意度有 .39~.62 的正相關，並可解釋整體生活滿意度 5.2%的變異量；而負向情緒除了在一般對照組與整體生活滿意度有 $-.26\sim-.33$ 的負相關，並可解釋整體生活滿意度 10.8%的變異量，反之，整體生活滿意度亦可解釋一般對照組負向情緒 31.2%的變異量。儘管目前學界對於憂鬱和生活品質概念之間的因果關係尚未有定論(Moore, Höfer, McGee & Ring, 2005)，但整體而言，本研究的相關與迴歸分析顯示，自 SEIQoL-DW 所得的現況-想望落差、現況平均數、以及負向情緒指標、整體生活滿意度，俱為彼此的相關影響因素，可以做為在臨床上針對個案整體生活滿意度、負向情感的評估、或設計相關介入方案的潛在臨床應用指標。

其中在現況-想望落差的臨床應用，Calman(1984)認為，依據期望理論有兩種可能增進生活品質的途徑，首先，醫療人員可以嘗試提升個案在目標向度的現況，減少個人希望、抱負、預期與現實的差距，然而，由於整體生活品質涉及許多個案所看重的生活層面，當某些層面的生活品質因不可抗力因素產生不可逆的衰退下降，一個人尚能夠從其他層面設法獲得成長與提升來降低整體落差，因此治療目標可以嘗試去幫助個案達成他們設定的個人目標，其次，個人目標的優先順序必須實際可行，若能藉由調整個人期望，讓期望更貼近現實，亦可降低現況-想望之間的落差，而 SEIQoL-DW 正可用以幫助醫療團隊，確認對個案有切身重要性的向度，以及患者面臨的問題與生活目標之優先順序，如此

即可用來協助患者發展更可行的目標，或作為評估特定介入方案縮減差距的成效依據，例如 Calman(1984)曾提出介入程序的參考架構如下：

1. 評估個案自己的問題與目標清單，然後評估現實與想望的落差
2. 發展調整生活品質的計畫，且讓個案高度的融入其中。
3. 執行對應特定需求的治療活動
4. 評估介入的成效，回顧目標與計劃

國內翁嘉英，吳振能，吳英璋（2003）曾以質性訪談法，探究血液透析治療患者由抗拒疾病轉變至接受疾病的心理調適歷程，亦指出可以在認知行為療法中，增強、教導患者使用正向認知調適策略，來加速其內在調適歷程，例如醫療人員可以引導受試使用向下比較法維護自我價值感(如：與其他嚴重的疾患相比，洗腎可以幫助我穩定維持生命 - 改變對生活現況評估的內在標準)、或以製作衛教材料為由，請患者提供正向調適經驗，引導患者將注意力放在成功經驗(選擇性注意正向訊息)、或引導個案賦予生病經驗正向意義(生病讓我更珍惜家人，專注於靈修 - 改變生活品質成分，進行再概念化)；抑或能組織病友團體，請調適良好者傳遞個人正向因應經驗給新進患者；並持續以行為療法增強其正向認知調適策略的練習應用。相似的治療架構，已經被應用在一些心理介入方案、自我管理或患者衛教團體中(Carr, Gibson, Robinson, 2001)。

第四節 研究限制與建議

本研究在研究結果與推論存在若干限制，首先，受限於時間與人力因素，本研究採立意取樣，故樣本的數量較小，研究結果有外在效度類推性的疑慮(如不同醫院、洗腎中心透析患者)，並有樣本選擇性的偏誤，如自願參與研究訪問者與缺乏受訪意願者，可能存在個人特質或相關測量變項的差異。其次，在研究架構上，本研究採橫斷式研究法、描述相關性研究設計，無法從資料中推論變項間的因果，若能採縱貫性研究，則能更進一步探討現況-想望落差與負向情緒、整體生活滿意度之間可能的因果關係，第三，SEIQoL-DW 的設計原意是個人化的測量工具，可以被用來當作探討特定個體生活品質的導引地圖，以及用來觀察其中變化的架構(Campbell & Whyte, 1999)，單一時間點的評估，並無法進行個人內的比較。由於個人經驗會持續改變個人預期，心理、社會、與健康照護研究都指出，生活品質是一個動態的構念，人們總是處於持續變動的平衡狀態中，評估生活品質的內在機制會隨時間改變，且會受許多因素影響(Carr, Gibson, Robinson, 2001)，隨著時間推移，新的向度線索可能會出現，舊的線索可能會消失，相同向度的重要性亦可能有所波動，此亦為前述反應移轉現象(Joyce et al., 2003)，SEIQoL-DW 已被證實在測量反應移轉中的價值改變與再概念化，是一有用的工具(Echteld et al., 2005; 2007)，SEIQoL-DW 跨時間點所獲得的資料非常具有潛力幫助健康照護專業工作者執行有助於反應移轉的介入措施，由於目前對於可能發生在無法逃避死亡之患者身上的心理適應、與反應移轉機制所知不多(Waldron et al., 1999)，建議後續相關研究可採縱貫性設計，進行反應移轉的相關研究。

最後，本研究顯示 SEIQoL-DW 可同時適用於血液透析患者與一般群體，其使用時間平均只要 6~10 分鐘即可完成，SEIQoL-DW 的個人化本質提供了血液透析患者生活品質個人觀點的詳細訊息，但 SEIQoL-DW 讓受試自行列舉生活向度的施測程序，亦使不同向度的項目內容不盡一致、數目不盡相等，在進行組間

比較時有其侷限性，此外，在評估醫療機構與治療效益的脈絡下，使用既定項目了解健康狀態或對醫療照護品質的滿意度依然是相當實用的概念(Sirgy et al., 2006)，因此未來不管是在研究或臨床使用上，建議可以同時使用 SEIQoL-DW 與既定項目的生活品質測量工具，使其成為互補的工具選項(Wettergren et al., 2009)，如此即可獲得醫療人員所欲了解的特定生活向度訊息，或是在對治療或病程中標準生活品質工具的分數改變來源與缺乏改變的原因有更多了解(Lindblad et al., 2002)。



第五節 未來研究方向

國內慢性腎臟病患者，大多選擇以血液透析作為腎臟替代療法(中華民國腎臟基金會，2009)，而目前世界各國選擇腹膜透析之比例存在不小的差異，例如2006年香港選用腹膜透析的患者比例高達81%、墨西哥為70%、紐西蘭有39%，但同年美國僅有7%、台灣為8%、日本僅3%(USRDS, 2009)，影響末期腎病患者選擇透析模式的可能因素包含：(1)禁忌症之限制、(2)對原先生活型態的改變程度、(3)患者的自主性、(4)可否維持自我照顧、(5)治療的安全性、(6)身體心像的威脅、(7)自我價值感的威脅、(8)先前的透析經驗、(9)他人的透析經驗、(10)治療的可近性、(11)醫護人員的治療決策安排、(12)家庭成員的支持等(王麗玲、楊麗芬，2004)，若能對不同透析模式患者的生活品質有更多了解，將能作為末期腎衰竭患者選擇醫療照護決策之參考。在國內，鈕淑芬(2004)曾調查血液、腹膜透析患者的一般性健康相關生活品質與相關影響因素，結果發現兩者的生活品質得分並無顯著差異；在國外，Abdel-Kader 等人(2009)以美國賓州共151位接受腹膜、血液透析、腎功能由第四期逐漸惡化至第五期等各組慢性腎衰竭(CKD)患者為受試，評估三組受試在HRQoL(SF-36)、心理社會因素與IQoL(SEIQoL-DW)之差異與關連，結果發現三組的SEIQoL-DW Index、HRQoL、因應風格、憂鬱程度皆無顯著差異。

由於在Abdel-Kader et al.(2009)的研究中，腹膜透析患者受試人數為16人，僅佔所有受試的14%，且並未分析不同組別在不同生活品質向度的現況與重要性是否存在組間差異，為了解國內選擇不同透析模式之慢性腎臟病患者在個人化生活品質所著重的內涵、現況、以及現況-期望落差是否有所不同，研究者原擬同時納入腹膜透析患者為研究對象，惟因研究時間的限制，未能及時進行腹膜透析患者的評估，目前研究者已通過桃園某財團法人醫院人體試驗倫理委員會的核准，預定募集60位腹膜透析患者進行調查訪問，預定在收案完成後，進行更進一步的比較分析。

參考文獻

中文部分

- 王麗玲、楊麗芬(2004)。末期腎病患者選擇透析模式的影響因素。《腎臟與透析》，第16卷，第4期，241-246。
- 中華民國腎臟基金會(2009)。台灣地區2007洗腎人口統計圖。2009年5月14日，取自 <http://www.kidney.org.tw/a96.gif>
- 台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組(2000)。台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展簡介。《中華衛誌》，19(4)，315-324。
- 台灣腎臟醫學會(2005)。血液透析臨床診療指引。台北市：台灣腎臟醫學會。
- 邢占軍(2005)。對主觀幸福感測量的反思。《本土心理學研究》，第24期，第301~323頁。
- 李文欽、張舜智、黃忠餘(2006)。慢性腎臟病防治的共識與準則。《腎臟與透析》，第18卷，第2期，93-98。
- 行政院衛生署(2008)。民國96年衛生統計系列(一)死因統計。2009年3月22日，取自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/english/2/2007/2007.rar>。
- 行政院衛生署(2010)。積極掌控造成糖尿病患腎病變危險因子有效降低台灣洗腎人口。2009年3月22日，取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&now_fod_list_no=10978&level_no=2&doc_no=75620
- 周學智(2002)。長期血液透析病患壓力源與調適方法之探討。未發表碩士的論文。高雄：國立中山大學人力資源管理研究所。
- 林杰樑(2002)。透析治療患者保健手冊。宏欣文化，台北市。
- 胡文郁(2004)。台灣文化脈絡下癌末患者之生活品質。《台灣醫學》，第8卷，第5期，688-697。
- 胡智堃、陳志剛、朱柏齡、林石化、曹殿萍、洪國峻、葉啟斌(2007)。冠心病患與慢性腎臟衰竭病患的憂鬱、焦慮程度及生活品質。《台灣精神醫學》Vol. 21, No. 1, 53-61。
- 姚開屏(2000)。簡介與評論常用的一般性健康相關生活品質量表兼談未來研究的建議。《中國測驗學會測驗年刊》，47(2)，111-138。

- 姚開屏 (2002)。台灣版世界衛生組織生品質問卷之發展與應用。 *台灣醫學*，6 (3)，193-200。
- 陳美玲、顧乃平 (1998)。血液透析病患生活品質及其相關因素之探討。 *護理研究*，6 卷5 期，393-404。
- 陳佩英，史麗珠，王正旭，賴裕和，張獻崑，陳美伶 (1999)。疼痛對癌症病患焦慮與憂鬱之影響。 *台灣醫學 Vol. 3*，No. 4，373-382。
- 陳佩英、郭素青、張惠甄、劉亞君、徐子英 (2007)。血液透析病患其控握信念、心理困擾與健康促進行為之初探。 *臺灣腎臟護理學會雜誌*，第 6 卷，第 2 期，27-41。
- 翁嘉英，吳振能，吳英璋 (2003)。『病人角色』的抗拒與接受：接受血液透析。治療患者的心理調適歷程。 *中華心理衛生學刊*，第十六卷，第四期，頁 49-82。
- 馬麗卿、孫嘉玲、謝湘俐 (2010)。血液透析病患之憂鬱狀態及生活品質滿意度相關性研究。 *臺灣腎臟護理學會雜誌*，第 9 卷，第 1 期，1-16 頁。
- 程淑媛 (2009)。血液透析患者生活品質相關因素探討。 *澄清醫護管理雜誌*，第五卷，第二期，31-40。
- 鈕淑芬 (2002)。不同腎臟替代療法之生活品質及其相關因素探討。未發表碩士論文，台北：國立陽明大學。
- 鈕淑芬 (2004)。透析病患之生活品質及其相關因素探討。 *臺灣腎臟護理學會雜誌*，3 (2)，88-101。
- 楊樹昌、王榮德、吳麥斯、郭佩雯、蘇喜 (2007)。長期血液透析病患的生活品質。 *台灣醫學*，11，140-152。
- 劉乃誌 (2011)。SEIQoL_cancer_version 時間修正版.exe。台北：未出版。
- 劉乃誌、羅一哲 (2011)。個人化生活品質評量表：直接權重版(SEIQoL-DW)中文指導手冊。台北：未出版。
- 盧素真、陳世宜、黃淑珍、蘇玲華 (2010)。血液透析病患睡眠障礙、憂鬱程度及其生活品質的分析探討。 *護理暨健康照護研究*，6 卷，1 期，33-43 頁。
- 羅淑芬、胡文郁 (2008)。癌症病人健康相關生活品質之概念與測量工具之評析。 *安寧療護雜誌*，第 13 卷，第 1 期，42-57。

英文部分

- Abdel-Kader K., Myaskovsky, L., Karpov, I., Shah, J., Hess, R., Dew, M. A., and Unruh, M. (2009). Individual Quality of Life in Chronic Kidney Disease: Influence of Age and Dialysis Modality. *Clin J Am Soc Nephrol*, 4, 711 - 718.
- Browne, J. P., O' Boyle, C. A., McGee, H.M., McDonald, N.J., Joyce, C. R. B. (1997). Development of a direct weighting procedure for quality of life domains. *Quality of Life Research*, 6, pp.301 - 309.
- Calman, K. C (1984). Quality of life in cancer patients—an hypothesis. *Journal of medical ethics*, 10, 124-127.
- Campbell, S. & Whyte, F. (1999). The quality of life of cancer patients participating in phase I clinical trials using SEIQoL-DW. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 335-343.
- Carr, A. J., Gibson, B., Robinson, P. G. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*. 322, 1240 - 1243.
- Carr, A. J., Higginson, I. J (2001). Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centred?. *BMJ*, 322, 1357-1360.
- Carlson, L. E., Bultz, B. D., and Morris, D. G. (2005). Individualized quality of life, standardized quality of life, and distress in patients undergoing a phase I trial of the novel therapeutic Reolysin (reovirus). *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 7-17.
- Dijkers, M. (2007). “What’ s in a name?” The indiscriminate use of the “Quality of life” label, and the need to bring about clarity in conceptualizations. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 153 - 155.
- Echteld, M. A., Deliëns, L., Ooms, M. E., Ribbe, M. W., Wal, G. van der. (2005). Quality of life change and response shift in patients admitted to palliative care units: a pilot study. *Palliative Medicine*, 19, 381-388.
- Echteld, M. A., Zuylen, L. van., Bannink, M., Witkamp, E., Rijt C. CD. V. (2007). Changes in and correlates of individual quality of

- life in advanced cancer patients admitted to an academic unit for palliative care. *Palliative Medicine*, 21, 199 – 205.
- Fallowfield, L. (2009). What is quality of life? What is...? series. Hayward Medical Communications: UK.
- Frick, E., Borasio, G.D., Zehentner, H., Fischer, N. and Bumeder, I. (2004). Individual Quality of Life of Patients Undergoing Autologous Peripheral Blood Stem Cell Transplantation. *Psycho-Oncology*, 13, 116 – 124.
- Hickey, A.M., Bury, G., O' Boyle, C.A., Bradley, F., O' Kelly, F.D., Shannon, W. (1996). A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *BMJ*; 313: 29 – 33.
- Higginson, I. J., Carr, A. J. (2001). Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, 322, 1297–1300.
- Hsieh, C. M. (2003). Counting Importance: The Case of Life Satisfaction and Relative Domain Importance. *Social Indicators Research*, 61, 227 – 240.
- Hsieh, C. M. (2004). To Weight or Not to Weight: The Role of Domain Importance in Quality of Life Measurement. *Social Indicators Research*, 68, 163 – 174.
- Joyce, C.R.B., Hickey, A., McGee, H.M. & O' Boyle, C.A. (2003). A theory-based method for the evaluation of individual quality of life : The SEIQoL. *Quality of Life Research*, 12, 275–280.
- Kaasa, S. and Loge, J. H. (2003). Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliative Medicine*, 17, 11–20.
- Kao, Tze-Wah., Lai, Mei-Shu., Tsai, Tun-Jun., Jan, Chyi-Feng., Chie, Wei-Chu., Chen, Wan-Yu. (2009). Economic, Social, and Psychological Factors Associated With Health-Related Quality of Life of Chronic Hemodialysis Patients in Northern Taiwan: A Multicenter Study. *Artificial Organs*, Vol. 33 Issue 1, p61-68.
- Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L., Muller, K.E., and Nizam, A. (1998) . Applied

Regression Analysis and Other Multivariable Methods. Pacific Grove, CA: Duxberry Press.

- Levack, P., Graham, J., Kidd J. (2004). Listen to the patient: quality of life of patients with recently diagnosed malignant cord compression in relation to their disability. *Palliative Medicine*, 18, 594-601.
- LeVasseur, S. A., Green, S., & Talman, P. (2005). The SEIQoL-DW is a valid method for measuring individual quality of life in stroke survivors attending a secondary prevention clinic. *Quality of Life Research*, 14, 779 - 788.
- Lhussier, M., Watson, B., Reed, Jan., and Clarke, C. L. (2005). The SEIQoL and functional status: how do they relate? *Scand J Caring Sci*, 19, 403 - 409.
- Lindblad A. K., Ring, L., Glimelius, B., and Hansson, M. G. (2002). Focus on the Individual Quality of Life Assessments in Oncology. *Oncologica Vol. 41*, No. 6, pp.507 - 516.
- Lintern, T. C., Beaumont, J. G., Kenealy, P. M. & Murrell R. C. (2001). Quality of Life (QoL) in severely disabled multiple sclerosis patients: Comparison of three QoL measures using multidimensional scaling. *Quality of Life Research*, 10, 371-378.
- Lohr, K. N. & Zebrack B. J. (2008). Using patient-reported outcomes in clinical practice: challenges and opportunities. *Quality of Life Research*, 18, 99 - 107.
- Maasoumeh, R., Forough R. (2010). Perceived Social Support and Quality of Life in Iranian Hemodialysis Patients. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol.42, Issue 3, p242-249.
- Macduff, C. (2000). Respondent-generated quality of life measures: useful tools for nursing or more fool's gold?. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 375-382.
- Molsted S, Aadahl M, Schou L, Eidemak I. (2004). Self-rated health and employment status in chronic hemodialysis patients. *Scand J Urol Nephrol*, 38, 174 - 178.

- Montgomery, C., Pocock, M., Titley, K., and Lloyd, K. (2002). Individual Quality Of Life In Patients With Leukaemia And Lymphoma. *Psycho-Oncology*, *11*, 239-243.
- Moons, P., Marquet, K., Budts, W. and Geest S. De. (2004). Validity, reliability and responsiveness of the "Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Direct Weighting" (SEIQoL-DW) in congenital heart disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, *2*, 27-34.
- Moons, P., Deyk, K. V., Marquet, K., Raes, E., Bleser, L. D., Budts, W. and Geest S. De. (2005). Individual quality of life in adults with congenital heart disease: a paradigm shift. *European Heart Journal*, *26*, 298 - 307.
- Moons, P., Budts, W., Geest, S. D. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, *43*, 891 - 901.
- Moore, M. Höfer, S. McGee, H. and Ring, L. (2005). Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? *Health and Quality of Life Outcomes*, *3:1*, Page 1 - 10.
- Morris, D. B., Wilson, K. G., Clinch, J. J., Ammerman, D. J., Fergusson, D., Graham, I. D. (2006). Identification of domains relevant to health-related quality of life in patients undergoing major surgery. *Quality of Life Research*, *15*, 841 - 854.
- Mountain, L. A., Campbell, S. E., Seymour, D. G., Primrose, W. R. and Whyte, M. I. (2004). Assessment of individual quality of life using the SEIQoL-DW in older medical patients. *Q J Med*, *97*, 519 - 524.
- Neudert, C., Wasner, M., Borasio, G. D. (2001). Patients' assessment of quality of life instruments: a randomised study of SIP, SF-36 and SEIQoL-DW in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, *191*, 103-109.
- Neudert, C., Wasner, M., Borasio, G. D. (2004). Individual Quality of Life is not Correlated with Health-Related Quality of Life or Physical Function in Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis.

Journal of Palliative Medicine, Volume 7, Number 4, 551-557.

- O' Boyle, C. A., McGee, H. M., Hickey, A., Joyce, C. R. B., Browne, J. P., O' Malley, K. (1993). The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): Administration Manual. *Dublin:Royal College of Surgeons in Ireland.*
- Patel, K.K., Veenstra, D.L., Patrick, D.L. (2003). A Review of Selected Patient-Generated Outcome Measures and Their Application in Clinical Trials. *Value in Health, Volume 6, 595-603.*
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction, *Journal of Positive Psychology, Vol.3 Issue 2, p137-152.*
- Prince, P. N., Gerber, G. J. (2001). Measuring subjective quality of life in people with serious mental illness using the SEIQoL-DW. *Quality of Life Research, 10, 117-122.*
- Phillips, L., Davies, S. J., and White, E. (2001). Health-related quality of life assessment in end-stage renal failure. *Nursing Times Research. Vol.6, No.3, 658-670.*
- Ring, L., Hofer, S., Mcgee, H., Hickey, A. and O' Boyle, C. A. (2007). Individual Quality of Life: Can It be Accounted for by Psychological or Subjective well-being? *Social Indicators Research, 82, 443 - 461.*
- Russell, L. B., Hubley, A. M., Palepu, A., Zumbo, B. D. (2006). Does Weighting Capture What's Important? Revisiting Subjective Importance Weighting with a Quality of Life Measure. *Social Indicators Research, 75, 141 - 167.*
- Sirgy, M. J., Michalos, A. C., Ferriss, A. L., Easterlin, R. A., Patrick, D., & Pavot, W. (2006). The quality of life research movement: Past, present, and future. *Social Indicators Research, 76, 343 - 466.*
- Snaithe R.P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health and Quality of Life Outcomes. *Health and Quality of Life Outcomes, 1:29* .
- Stiggelbout, A. M., Vogel-Voogt, E. de., Noordijk, E. M., Vlieland, T.

- P. M. V. (2008). Individual quality of life: adaptive conjoint analysis as an alternative for direct weighting? *Quality of Life Research*, 17, 641 - 649.
- Taminiau-Bloem, E. F., Visser, M. R., Tishelman, C., Koeneman, M. A., van Zuuren, F. J., Sprangers, M. A. (2010). Somatically ill persons' self-nominated quality of life domains: review of the literature and guidelines for future studies. *Quality of Life Research*, 19(2), 253-91.
- Tovbin, D., Gidron, Y., Jean, T., Granovsky, R. & Schnieder, Alla. (2003). Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Quality of Life Research*, 12, 709-717.
- Trauer, T., & Mackinnon, A. (2001). Why are we weighting? The role of importance ratings in quality of life measurement. *Quality of Life Research*, 10, 579 - 585.
- US Renal Data System. (2009). USRDS 2008 Annual Data Report : CH12 International Comparisons. Retrieved March 10, 2009, from http://www.usrds.org/2008/exe/V2_12_2008.exe
- Vassar, M. (2008). A note on the score reliability for the Satisfaction With Life Scale: an RG study. *Social Indicator Research*, 86, 47 - 57.
- Wagner, J. (2004). Acceptability of the Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weight (SEIQoL-DW) in youth with type 1 diabetes. *Quality of Life Research*, 13, 1279 - 1285.
- Waldron D., O' Boyle, C. A., Kearney M., Moriarty M., and Carney D. (1999). Quality-of-Life Measurement in Advanced Cancer : Assessing the Individual. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 17, No 11, pp 3603-3611.
- Wettergren, L., Bjo"rkholm, M., and Langius-Eklo"ff, A. (2005). Validation of an extended version of the SEIQoL-DW in a cohort of Hodgkin lymphoma' survivors. *Quality of Life Research*, 14: 2329 - 2333.

- Wettergren, L., Sprangers, M., Bjoörkholm, M., and Langius-Eklof, A. (2008). Quality of life before and one year following stem cell transplantation using an individualized and a standardized instrument. *Psycho-Oncology*, 17: 338 - 346.
- Wettergren, L., Lindblad, A. K., Sprangers, M., Ring, L. (2009). The use, feasibility and psychometric properties of an individualised quality-of-life instrument: a systematic review of the SEIQoL-DW. *Quality of Life Research*, 18, 737 - 746.
- Wu, C.H. and Yao, G. (2006a). Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the Satisfaction with Life Scale. *Personality and Individual Differences*, 40, 1259 - 1268.
- Wu, C.H. and Yao, G. (2006b). Do We Need to Weight Satisfaction Scores with Importance Ratings in Measuring Quality of Life? *Social Indicators Research*, 78, 305 - 326.
- Wu, C.H. and Yao, G. (2006c). Do We Need to Weight Item Satisfaction By Item Importance? A Perspective From Locke's Range-of-Affect Hypothesis. *Social Indicators Research*, 79, 485 - 502.
- Wu, C.H. and Yao, G. (2007). Importance has been considered in satisfaction evaluation: an experimental examination of locke's range-of-affect hypothesis. *Social Indicators Research*, 81, 521 - 541.
- Wu, C.H. (2009). Enhancing quality of life by shifting importance perception among life domains. *Journal of Happiness Study*, 10, 37 - 47.

附錄一 研究問卷

受訪同意書

親愛的受試者您好

這是一份關於血液透析患者個人化生活品質的研究，若能邀請您自願參與，將能幫助我們了解、比較血液透析患者重視生活哪些部分，過得好不好，可以作為提升血液透析患者生活品質的學術參考資料。

本研究的進行可能需 10~25 分鐘，過程中將由研究人員使用電腦、紙本問卷，紀錄您的基本資料、透析相關指標，以及您的生活品質現況、情緒感受。本研究採志願性受訪，您有權拒絕或隨時中斷受訪，這不會影響您原有的治療權益，在資料分析時，我們將以代碼取代您的個人訊息，您的姓名、病歷號絕不會出現在最後的研究報告中。

本人同意參加『台灣血液透析患者的個人化生活品質：以 SEIQoL-DW 為測量工具』研究計畫，並同意該計畫基於研究之需要，使用病歷相關資料進行分析，本人瞭解上述資料僅供學術研究，不作其他用途；絕不會有本人的姓名、病歷號出現在最後報告中。

受訪日期：_____年____月____日

受訪者簽名：_____

聯絡方式：手機 0963-087161

信箱：96752020@nccu.edu.tw

對研究若有任何疑問，歡迎您與研究人員聯繫

國立政治大學心理學研究所

指導教授：許文耀 博士

研究生：羅一哲 敬上

第一部份 生活品質評量

請針對下列問題選擇一個最適合描述你自己的數字

非常
不符合

非常
符合

1. 大致上，我目前的生活跟我理想的生活狀態相當接近	1	2	3	4	5	6	7
2. 我的生活狀態非常理想。	1	2	3	4	5	6	7
3. 我對生活感到滿意。	1	2	3	4	5	6	7
4. 到目前為止，我能夠在生活中獲得我所想要的事物。	1	2	3	4	5	6	7
5. 如果生活可以重頭來過，我不會做大幅度的改變。	1	2	3	4	5	6	7

請根據你過去一個禮拜的感受來勾選最符合您的答案

1 我覺得緊張或神經緊繃

- 總是如此
- 經常如此
- 偶爾如此
- 完全不會

2 我仍喜歡我過去所喜歡的事物

- 當然是如此
- 並不完全是如此
- 偶爾如此
- 不會如此

3 我有一種可怕的感覺，好像有什麼不好的事即將發生

- 確實是如此，而且是非常糟糕的感覺
- 是的，但不是那麼糟糕的感覺
- 有點這樣的感覺，但不會困擾我
- 一點也沒有這樣的感覺

4 我可以大笑並感受到事物有趣的一面

- 如同過去一樣
- 比過去少，但仍經常如此
- 確實比過去少很多
- 一點也沒辦法

5 我心裡有些擔憂的想法

- 總是如此
- 經常如此
- 偶爾如此
- 極少如此

6 我覺得開心或愉快

- 完全不是這樣
- 很少是這樣
- 有時候是這樣
- 大部分時間是這樣

7 我可以舒服的坐著且覺得很放鬆

- 的確是這樣
- 通常是這樣
- 不常是這樣
- 完全不是這樣

8 我覺得自己好像鈍鈍的

- 總是如此
- 經常如此
- 有時如此
- 完全不是這樣

9 我有種害怕的感覺

- 一點也不會
- 偶爾覺得
- 經常覺得
- 這樣的感覺非常頻繁

10 我不再關心自己的外表

- 的確是這樣
- 我極少關心自己的外表
- 我比較少關心自己的外表
- 我和過去一樣關心自己的外表

11 我覺得坐立不安，好像我非得不動的動

- 的確是這樣
- 經常這樣
- 不常這樣
- 完全不是這樣

12 我對一些事物感到滿心期待

- 和過去一樣
- 比過去少些
- 比過去少很多
- 幾乎沒有這種期待

13 我會突然覺得恐慌

- 確實如此
- 經常如此
- 不常如此
- 未曾如此

14 我可以享受一本好書或廣播/電視節目

- 確實如此
- 經常如此
- 不常如此
- 極少如此

第三部份 個人基本資料

- 〔1〕性別：男 女
- 〔2〕年齡：_____歲
- 〔3〕居住地：_____縣/市_____鄉/鎮/市/區
- 〔4〕教育程度：國小以下 國中 高中/高職 大專/大學以上
- 〔5〕工作狀態：待業中 退休 家管 全職工作 兼職工作
- 〔6〕平均收入：請問您過去一年的個人平均月收入為？
無 未滿2萬元 2萬元以上,未滿4萬元 4萬元以上
- 〔7〕經濟狀況：您對自己目前的經濟狀況感受為？
收入不夠用 恰好夠用 尚有盈餘
- 〔8〕婚姻狀況：已婚 同居 單身 離婚 分居 喪偶
- 〔9〕宗教信仰：無 有_____

第四部份 疾病與透析指標資料

- 〔1〕請問您持續接受透析治療的時間為？
自民國_____年_____月至今,共_____個月
- 〔2〕請問您是否具有其他慢、長期疾病？
無
有，請勾選：
高血壓 糖尿病 高血脂 心臟病 中風 癌症
呼吸道疾病(如：支氣管炎、肺炎、氣喘) 關節炎或風濕症 痛風
胃潰瘍或胃病 肝膽疾病 脊椎骨骨刺 其他：_____

以下指標將由研究人員經您同意後自病歷獲得最近一次的紀錄

- 〔3〕白蛋白(Albumin)：_____ 〔4〕尿素清除指數kt/v：_____
- 〔5〕血比容(Hct)：_____ 〔6〕副甲狀腺素(iPTH)：_____
- 〔7〕膽固醇(T-chol)：_____

本問卷到此結束，感謝您的參與😊

敬祝您 平安、順心

附錄二 個人化生活品質向度分類統整表

血液透析組

ID	分類	線索	定義
001	健康	健康	以前沒洗腎時要做什麼活動都 ok，現在每次洗完都會累，私人時間受限
002	健康	健康	身體的狀況
002	健康	洗腎穩定度	現在不能運動，東西不能隨便吃，病情有時不穩定
003	健康	體能	因為要工作養家所以體能很重要
003	健康	睡眠	因為洗腎後還要工作，所以睡的時間不多，覺得睡不夠惡性循環
004	健康	身體健康	身體就要健康，每件事就沒事了，健康是首要的
005	健康	睡眠	會不會有睡眠問題
006	健康	洗腎的順利	會不會抽筋阿，很討厭手會痛，有併發症，末梢神經會麻會痛吃藥才能睡
007	健康	洗腎	洗腎的品質，不要有些併發症要常跑醫院
008	健康	洗腎	洗腎現在不是負擔，身體已經是這樣，再排斥也沒有用
009	健康	身體的舒服	就是身體狀況，希望自己雖然在洗腎但是要很平穩
010	健康	車禍後遺症	肢體痛走路痛，要起床很吃力，四肢痛、神經痛會一跛一跛
013	健康	生活習慣	我以前都比較晚起來，現在不敢了，以前不太動 85 公斤，洗腎後覺得很重要
013	健康	健康	像我沒有洗腎都會去郊外泡溫泉走山來促進健康，要活就要動
014	健康	健康	糖尿病引起的左眼失明，必須洗腎
014	健康	行動不方便	跌倒兩次行動不便，但因住的環境太舒適捨不得換有電梯的房子，上下樓很困擾
014	健康	飲食限制	牙齒不好，加上洗腎有很多限制
015	健康	健康	健康很重要，生病很重要
016	健康	身體狀況	我有紅斑性狼瘡，且我的體質洗完活動性還是很強，一年會突然住院一次，還會有不能曬太陽等活動限制
016	健康	人工血管	人工血管好好的話，心情就會好要是出狀況會很煩躁
017	健康	健康	維持基本的健康，避免併發症，維持基本的生活品質即可
018	健康	透析的品質	透析的品質會影響到身體狀況
019	健康	洗腎	有時候洗完腎會比較累一點
020	健康	身體	生病了常常看醫生，常常去醫院要開刀，生病會影響心

			情，洗腎則已習慣
021	健康	健康	健康是最重要的，洗腎要想得開
022	健康	洗腎	洗腎讓我行動體力都變好，心情變好
022	健康	活動能力	能夠活動自如，不用有其他輔助工具
022	健康	飲食	吃東西一定要很正常，量要控制水份要控制
023	健康	健康	身體上的健康，生理會也會影響心理
025	健康	健康	身體不好做事都不方便
026	健康	睡眠	要睡得好
026	健康	排泄	拉的好
028	健康	副作用	洗得越久很多毛病都出來，跑醫院的次數會變多
028	健康	睡眠	在這裡睡了，回家就沒辦法睡，洗腎不睡又像活受罪
028	健康	飲食限制	吃飯喝酒要限制
029	健康	身體	洗腎身體不好
030	健康	健康	當然要不生病最好，就可以去做後面那些事情，想出國就出國
031	健康	健康	身體的狀況
033	健康	健康	健康最要緊了
033	健康	活動能力	我的腳不太方便，要照三小時紅外線，每天鍛鍊自己要活就要動
034	健康	健康	因為我已經生病了，常常跑醫院覺得很麻煩
035	健康	洗腎的不方便	洗腎容易體力差，記憶有下降，對很多事物都沒興趣
036	健康	健康	全部的身體健康有一樣不行就完了，我前陣子有急性肝炎，健康比錢更重要
037	健康	疾病	現在透析的治療有一些併發症
039	健康	健康	洗腎狀況好不好
040	健康	健康	身體方面的狀況
041	健康	健康	譬如我這兩周感冒就沒有體力去做其他事情
042	健康	身體	因為洗腎有時候會很累
043	健康	健康	因為我在洗腎會不自由有壓力
044	健康	健康	沒有健康的本錢就不行
045	健康	健康	身體要健康
047	健康	健康	不要生病盡量不要有重大疾病
049	健康	身體健康	各方面包含心理要健康
050	健康	飲食	飲食什麼可以吃要注意
051	健康	健康	因為我們在洗腎所以覺得健康重要且開始接觸生老病死會開始重視
052	健康	健康	沒有健康的身体哪來工作賺錢

053	健康	健康	健康與錢是人最重要的兩樣東西
054	健康	健康	身體的健康
055	健康	健康	最基本的需求
056	健康	身體的健康	不要有病痛
056	健康	洗腎的品質	關係到我的身體，沒有好的身體洗的不舒服也無法工作
057	健康	健康	要是臥病在床就什麼事都不能做
ID	分類	線索	定義
001	家庭	家庭和諧	希望小孩上進
002	家庭	生活重心	目前子女都不再身邊，只有太太陪在身邊
002	家庭	子女想法	子女不想生小孩
003	家庭	孩子	因為要洗腎和工作，所以相處時間比較少
004	家庭	夫妻關係	和丈夫快快樂樂
004	家庭	孩子乖乖	孫子孩子要乖乖讀書上進
005	家庭	家人	家人的相處
006	家庭	家庭和諧	跟生病有關，會容易爭吵
007	家庭	親朋好友	家庭和樂和諧
008	家庭	家庭	兒女的工作順不順遂
010	家庭	家庭	哥哥有負債與躁鬱症，和女兒感情差她結婚也不讓我拜訪，父親很早就去世了
011	家庭	家庭	我是單親媽媽但兒子還未有固定工作，希望跟他有時間相處
015	家庭	家庭	家裡的人，先生工作好各方面好就 ok
018	家庭	親人	我例假日都會回家抽空與家人相處
019	家庭	家庭	兩個兒子都在上班，妻子都在家很平順
020	家庭	家人	如果身體不好家人又離開，沒有人就會很難過，家人的扶持很重要
021	家庭	家人	跟兒子夫妻兄弟姊妹的關係
024	家庭	回家	跟家人相處休息
025	家庭	家庭	孩子的就業狀況，生了就要管
027	家庭	家庭	照顧家庭，幫忙帶孫子
033	家庭	家庭	我們都和樂融融
034	家庭	親情	家人爸爸媽媽兄弟姊妹
036	家庭	好老伴	一個男人需要有個老伴，不然誰幫你收屍
037	家庭	家人	老婆小孩父母，是我最常接觸的人，會互相影響情緒
038	家庭	家人	因為每天會相處
039	家庭	家庭	沒有特別內容，因為是自己的親人阿
040	家庭	家庭	可以自己照顧自己，不要拖累別人

041	家庭	家人	有家人的支持
042	家庭	家人	因為媽媽年紀大所以會擔心她的身體
043	家庭	家人互動	氣氛不好會不快樂，還有跟子女的溝通，因為他們在成長所以思想和我難免有些不同
044	家庭	家裡	家裡的人
045	家庭	家庭	家庭要和樂
046	家庭	家庭	吃老要顧我們
047	家庭	家人的相處	家人互相關心
048	家庭	家人	與家人的相處關懷，還有生活上的了解等等
050	家庭	家人	太太孩子要顧好
051	家庭	家人	在生活中最親的還是家人，不管怎樣都在你身邊
052	家庭	家庭	家庭是我們受挫折之後的避風塘
053	家庭	家人	因為是生活一定每天會相處的人，如果不愉快怎麼品質會好
053	家庭	親戚	比朋友親近一點
054	家庭	家庭	家庭的全部
055	家庭	孩子	甜蜜的負擔
056	家庭	家人	當然家人就是很重要
057	家庭	家人	因為現在生病會需要別人的照顧，比較在乎家人的感受
ID	分類	線索	定義
001	經濟	有錢	景氣不好難免會收入不穩定
002	經濟	收入	現在與太太都沒收入
006	經濟	三餐沒問題	沒有經濟來源會很痛苦
008	經濟	收入來源	我年齡大了半退休狀態所以收入比較少
010	經濟	經濟	有負債保費繳不出來
012	經濟	金錢	身體不好會想說要揮霍一下，都需要金錢，有金錢也才能保養身體
015	經濟	經濟	當然要有錢才可以花
016	經濟	經濟	我在家裡工作洗腎佔用我一半的時間，我又很懶神經大條會被爸爸念，讓我心情鬱卒
018	經濟	工作	因為我需要收入，透析也需要收入
019	經濟	經濟	我沒有經濟壓力，收入蠻高的
020	經濟	錢	沒有錢又要洗腎會是個痛苦的事情
021	經濟	經濟	手頭上可以運用的資金
027	經濟	經濟	因為我先生在國外做生意，我都在國內幫忙弄，沒有什麼壓力
029	經濟	金錢	洗腎限制，收入就會少

030	經濟	收入	因為有穩定的收入才能做很多事，像是出國聽音樂吃美食
031	經濟	收入	有錢，沒錢做什麼都不行
035	經濟	經濟	因為小孩還小，薪水有重要性
036	經濟	有錢	因為我這輩子窮怕了，我是先苦後甘，希望老闆多加薪
037	經濟	工作	工作跟經濟有關是經濟的來源
038	經濟	工作	因為沒有工作就沒有錢
039	經濟	經濟	當然阿，因為我們有時候身體不好花費比較多，經濟要夠才能照顧身體
040	經濟	經濟	希望自己不要跟家人像是兒子或老公麻煩
041	經濟	經濟	就不用去很忙碌的工作，也可以有自己的時間
042	經濟	錢	因為我沒有工作就是靠先生，但也還好啦，希望可以給我多一點
043	經濟	經濟	當然經濟要過的過去生活品質才會好
044	經濟	經濟	有些開銷沒有經濟怎麼養活家庭
045	經濟	經濟	快快樂樂過日子不愁吃穿
046	經濟	經濟	有錢才能做想做的事啊
047	經濟	金錢	因為沒錢就不能有好的東西
049	經濟	經濟	要在差不多的水平，有自己的住所，收入穩定夠生活就好，不要太物質主義
051	經濟	工作	要有工作才有錢
052	經濟	金錢	沒有錢什麼事都不能做生活什麼都要錢
053	經濟	財務	對任何人都很重要，沒有錢絕對沒有幸福
054	經濟	經濟	錢也很重要
055	經濟	金錢	有金錢才有生活品質
056	經濟	經濟	要有穩定的經濟才能維持正常的生活運作
057	經濟	金錢	有錢好辦事
ID	分類	線索	定義
001	休閒活動	休閒	僅能參加一日遊生活受限
003	休閒活動	旅行	因為洗腎所以想去的地方被限制了，行程形式樂趣都會被壓縮
004	休閒活動	運動	要運動才會健康，要走身體才不會濫
005	休閒活動	飲食	有沒有時間吃好吃的
005	休閒活動	休閒活動	有沒有常常出去旅遊
008	休閒活動	休閒活動	散步打羽毛球爬小山
009	休閒活動	食物	希望自己可以吃又健康又喜歡吃的東西
011	休閒活動	旅遊	我這禮拜要去韓國，我喜歡出去玩，現在雖然有限制我還是會出去玩

011	休閒活動	運動	像爬爬山騎車，身體不好就要用運動來強健自己
012	休閒活動	飲食	飲食的自由被受限了
012	休閒活動	旅遊	出外旅遊的自由
013	休閒活動	補校	晚上會去動動腦，怕跟我先生一樣老人痴呆
014	休閒活動	休閒活動	下棋旅遊散步
017	休閒活動	休閒娛樂	我都是透過電腦獲得知識，不要跟社會世界太脫節或變的失智
018	休閒活動	休閒活動	工作有壓力要適時放鬆
019	休閒活動	飲食	我蠻喜歡吃美食的精緻的好的東西
022	休閒活動	合適的運動	要在體力範圍內鍛鍊一下，但不可過分，像我從爬山改成散步
023	休閒活動	運動	打球的時候會很開心
026	休閒活動	飲食	要吃得飽
027	休閒活動	休閒活動	有空就周日就出去走一走
030	休閒活動	娛樂	去聽聽音樂會，看表演
031	休閒活動	做有興趣的事	可以做自己有興趣的事，如休閒活動我喜歡釣魚
032	休閒活動	飲食	吃東西吃得少，所以我想吃好吃的，但體重身體都有限制，量要控制
032	休閒活動	享受的能力	想要玩的，沒體力了，想要吃的也有限制了
033	休閒活動	飲食	因為我從小喜歡吃，就因為這樣糖尿病
035	休閒活動	身心放鬆的活動	能夠有時間去旅遊
038	休閒活動	休閒活動	可以出去玩
043	休閒活動	娛樂	因為我的身體狀況出去比較不方便
045	休閒活動	休閒活動	一天到晚待在家裡也不行，要去外面走走吸吸好的空氣
046	休閒活動	旅遊	要旅遊阿，待在家裡不行，還有打牌
050	休閒活動	休閒活動	運動，我很喜歡爬山唱歌打太極拳打坐，可以穩定情緒
054	休閒活動	休閒活動	戶外運動
ID	分類	線索	定義
001	人際關係	社交活動	僅能與一日遊的同遊覽車，志同道合的朋友認識
004	人際關係	和鄰居和樂	和鄰居相處和樂
005	人際關係	工作	同事之間的相處
009	人際關係	家人朋友	需要家人或朋友的支持與了解，有人可以讓你開心
011	人際關係	朋友	我有很多朋友可以互相聊天，不要把事情憋在心裡
013	人際關係	人際關係	接觸的人不一樣會有不同的相處方法
016	人際關係	人際關係	與家人朋友男朋友的相處狀況
017	人際關係	人際關係	包含親情等有密切關係的人
021	人際關係	朋友	可以聊天的朋友

023	人際關係	人際關係	跟人有關的關係，親情友情
027	人際關係	人際關係	跟人家的互動，不會說關在家裡，有跟朋友連絡
028	人際關係	社交活動	不能跟著喝酒，也不能跟著交際出遊
029	人際關係	交友	你的時間跟別人的時間就不同
030	人際關係	社交活動	就比較不會孤單寂寞，例如之前一個人去爬山很無聊，要有朋友才好
033	人際關係	朋友	我每天都會去找朋友聊天
035	人際關係	人際關係	人跟人的關係很重要，經營的好才有傾聽者
038	人際關係	朋友	就會跟他們聊天或聯絡
039	人際關係	社交	是人際關係，好的話生活品質比較好
042	人際關係	朋友	我有六七個比較要好有聯絡的朋友會一起吃飯唱歌
044	人際關係	朋友的關係	萬一有困難有幾個好朋友可以幫忙，所謂出外靠朋友
045	人際關係	朋友關係	朋友也是要交
046	人際關係	朋友	是牌咖
048	人際關係	人際關係	在現在社會人際關係相當重要，因為我們會處於交叉網絡中，是社會上的一份子
050	人際關係	朋友	知心的朋友沒幾個，我會參加登山社有山友一起活動
051	人際關係	人際關係	因為要有好的人際關係才會開朗快樂
052	人際關係	人際關係	沒有朋友會很孤單
053	人際關係	朋友	雖然不是天天相處，但也是一種親密關係
054	人際關係	人際關係	朋友親戚
055	人際關係	人際關係	是潤滑劑，可以幫助我得到上述的需求
057	人際關係	朋友	因為我一直不希望自己把自己看成病人，所以會維持一定的社交活動
ID	分類	線索	定義
007	工作/學業	工作	有一個工作可以做才不會胡思亂想
010	工作/學業	工作	現在與妹妹經營小餐廳蠻辛苦的，以前在金融業被裁退，現在蠻有壓力的
011	工作/學業	工作	一三五中午要回公司上班，我還蠻能勝任工作的
019	工作/學業	工作	目前還蠻平順的
020	工作/學業	工作	還好我洗得還不錯可以繼續工作，也是個寄託表示我還活著
024	工作/學業	工作	因為每天都上班，是該做的事情
029	工作/學業	工作	洗腎會限制能做的工作內容
030	工作/學業	工作	才不會無聊有一個目標
039	工作/學業	工作	工作本來就很重要
052	工作/學業	工作	沒有工作哪來的錢

055	工作/學業	工作	是我自信的來源
056	工作/學業	工作	沒有工作沒有目標，經濟來源也不定就很困擾
ID	分類	線索	定義
007	心理健康	心情	不要胡思亂想鑽牛角尖
009	心理健康	快樂	心情好
012	心理健康	情緒	情緒會比較躁，因為很多不方便
016	心理健康	諸事順心	不要想太多
020	心理健康	快樂	想開一點，以前會怨天尤人但還是要過日子
026	心理健康	安適	走的自然安適沒有牽掛
037	心理健康	情緒	自己本身身體不舒服，或工作的起伏引起的沮喪感，是自己隨時隨地都會面對的
041	心理健康	自己樂觀的心情	就是用樂觀的態度去看這些事，有些人洗腎會怨天尤人
050	心理健康	情緒	因為已經洗腎了，沒有悲哀的權利，但有時候又很無奈沮喪
ID	分類	線索	定義
003	因應/正向態度	時間	洗腎要六小時，但前後準備交通與休息約 10 小時
010	因應/正向態度	洗腎	時間被占據了無法做其他事情
014	因應/正向態度	時間限制	因為洗腎所以時間牽絆住
022	因應/正向態度	時間限制	洗腎一周三天，如果未來進步應該要縮短
024	因應/正向態度	洗腎	會占用時間
026	因應/正向態度	學習放下	人生不管榮華富貴帶不走的
028	因應/正向態度	生活限制	出國要考慮時間點，洗腎的接續等等
029	因應/正向態度	時間	洗腎要很多時間
032	因應/正向態度	時間限制	一周來三天不能離開太久
036	因應/正向態度	洗腎	我這樣子等於耽誤工作，影響經濟就會影響生活
036	因應/正向態度	生活愉快	每天為自己生活的安排，早上去公園走一走，不要鑽牛角尖，快樂也是一天
038	因應/正向態度	洗腎	占了很多時間
040	因應/正向態度	自己的想法	自己身體這樣了就不要一直想自己是個病人，要調適
051	因應/正向態度	時間分配	洗腎會耽誤自己的時間，雖然我是責任制但還是很趕
ID	分類	線索	定義
008	生活條件	住宅	房子比較小住起來感覺比較差
017	生活條件	衣食住行	沒有足夠經濟能力維持這些需求會間接影響尊嚴，還有要吃得健康住的舒適
018	生活條件	生活環境	我居住的住所的品質
021	生活條件	住的环境	住的地方不要吵鬧
042	生活條件	環境	我不喜歡人多的地方或是很吵，會去走一走做自己想做的

			事
044	生活條件	生活環境	在家裡過的舒適，不要說周圍環境很髒亂
047	生活條件	住的環境	要有方便性
047	生活條件	交通	要方便
048	生活條件	生活環境	我們所處的環境要給你安全感，能讓你向上提升的慾望
049	生活條件	交通方便	生病的人去就醫等等交通方便才有保障
ID	分類	線索	定義
027	靈性/信仰	宗教信仰	我有去上課靈修班增加知識，不迷信
040	靈性/信仰	宗教信仰	是精神上的寄託，可以讓自己不要想不開
041	靈性/信仰	宗教信仰	因為有時候遇到不愉快或挫折，像洗腎若有宗教信仰帶領就會看得開
046	靈性/信仰	宗教	保庇我們每件事順心
057	靈性/信仰	宗教	因為生病有時候會讓想法比較負面悲觀，有時會難免想不開鑽在死胡同，有時候要藉由宗教讓自己心靈較平靜可以接受
ID	分類	線索	定義
009	角色功能	作喜歡做的事情	譬如說在工作上做喜歡的工作，休閒時可以有時間出去散心
012	角色功能	美觀	打針手都不漂亮
013	角色功能	關心別人	我是慈濟會員，關心別人不是只有我們自己
023	角色功能	讀書	有一部分是自我滿足有一部分是為了以後
023	角色功能	自我的成就	可以把每一件事情做得符合自己的期待
035	角色功能	自己的看法	在乎別人對自己的眼光看法
ID	分類	線索	定義
007	其他	對洗腎室的滿意度	會影響心情
017	其他	社會和諧	如果看到好人得到好報會很覺得祥和，看到社會亂象會影響心情
025	其他	經濟	台灣政府都很爛誰執政都一樣，空頭喊話房價太不應該，影響生育率
025	其他	社會的安定	政府教育失敗，每一個執政者上台都亂搞
048	其他	社會的穩定	一般是說國家政治社會關係的穩定
048	其他	經濟發展	國家的領導者讓國家經濟發展可以慢慢往上發展，保持水準
049	其他	社會安定	現在社會越來越亂，常常抗議，立委勾心鬥角自私自利，要從教育著手
049	其他	人民和善	要有一定的倫理道德水準

一般對照組

ID	分類	線索	定義
001	健康	自己的健康	因為到這時候機器(身體)用久,已經出問題所以需要修理一下,身體不好什麼都不行
002	健康	健康	是我們的老本
003	健康	健康	有健康,所有的都包括在裡面
004	健康	健康	有健康才有其他的東西
005	健康	健康	我就是出來就是出來參加活動,運動散步去政大阿,是我的後花園
007	健康	健康	有健康的身體才能去做其他事情
008	健康	健康	因為我們是老年人沒有健康都不能動,才可以生活自理出去玩
009	健康	健康	因為如果身體不健康帶給兒女麻煩就很大
010	健康	健康	不健康什麼事都不能做
011	健康	健康	沒有健康就沒有辦法做任何事
012	健康	健康	健康是一切的基礎,有了以後其他的生活加上去才有意義
014	健康	健康	沒有健康有錢也跑不遠,做想做的事也要健康支撐
016	健康	健康	生病的話會影響各方面,不管是家人時間或品質有健康的身體當然一切都好
017	健康	健康	健康關係我們的身體
019	健康	健康	有健康的身體才可以隨心所欲的做自己想做的事
022	健康	健康	因為有健康就可以做很多自己真正想做的事
023	健康	健康	不健康就沒辦法賺錢
025	健康	健康	自己跟家人的健康因為不健康就會花時間去治療對未來沒安全感
027	健康	健康	因為身體不好就不會有動力好好享受生活
028	健康	健康	有健康身體才有一切
030	健康	健康	身體機能的完善
031	健康	健康	健康是幸福生活的基礎
032	健康	健康	一個家裡有人跑醫院多痛苦,對家影響多大
034	健康	健康	沒有健康再好的品質也沒用
036	健康	健康平安	全家大家健康不要有病痛,我去年有開刀真的感覺差很多
037	健康	身體健康	到這種年紀健康等於是財富
038	健康	健康	因為面臨小三高
041	健康	健康	健康是最重要的,沒健康什麼事都不用談
042	健康	健康平安	一家大小健康平安就少多少麻煩
043	健康	身體健康	身體有病痛也會影響很多關係層面

044	健康	健康	身體不健康很多事情就做不來
045	健康	健康	有健康的身體一切都可以解決
046	健康	健康	沒有健康就一切免談
048	健康	健康	把自己照顧好
049	健康	健康	沒有健康的身體就走不出來，參加什麼都沒辦法，心情就 不好
051	健康	健康	有健康的身心才能完成想做的事
052	健康	健康	家人與自己的健康
054	健康	健康	我目前已經有高血壓
055	健康	健康	健康不好什麼都不用談
056	健康	健康	因為周遭看到生病的太多了，覺得應該有健康的身體，避 免自己的煩惱
057	健康	健康	有朋友健康出現問題，會影響人的人生
058	健康	健康	不健康就免談拉，每天看病住院
060	健康	健康	因為男生到 45 感覺會急遽下降，所以覺得很重要，像體力 阿精神阿
019	健康	睡眠品質	因為睡眠和健康有關
004	健康	飲食	年紀大不能跟年輕一樣，要以健康養生為主
008	健康	飲食	如果飲食不好對健康就有影響，我不是很講究但是基本的 有就好
045	健康	飲食	我這種年齡新陳代謝慢了所以飲食上要營養
ID	分類	線索	定義
001	家庭	家庭	人就是，中國的觀念就是家庭為重，家人不好其他就搞不 好
003	家庭	親情	希望全家都團圓
006	家庭	家庭	孫子回來看奶奶很快樂
009	家庭	家人	跟兒子住總是家裡要和睦
010	家庭	家人	因為家人是從出生到老死都在一起的人，會無條件的支持 不求回報
013	家庭	家庭	每天都必須要回家，若家人健康一切按照秩序就很好
015	家庭	家人	家人是養育我長大的人所以有種回報的心態
016	家庭	家庭	家裡的成員的關係
017	家庭	家庭	兒女婆媳相處
018	家庭	家人	家人的相處
019	家庭	家庭	原生家庭
020	家庭	家庭	跟精神生活差不多
021	家庭	家庭	家庭圓滿的話，與心靈是相輔相成的

021	家庭	親情	指原生家庭親情，相處的若不融洽或沒有一個交集心靈會蠻空的
024	家庭	家庭	也是佔人生當中大部分的時間
025	家庭	家庭	跟爸媽兄弟姊妹的互動無法避免，不好就會影響心情
027	家庭	家人	跟父母先生的意見或觀念
027	家庭	小孩的課業	因為小孩常常不愛做功課要幫忙煩惱
028	家庭	家庭	家庭是每一個人發展的源頭，也是維繫親人最重要的所在
029	家庭	家人關係	一起上進心靈提升的配偶還有孩子
031	家庭	親友關係	親友關係要良好，跟家裡關係最密切，關係不好每天都不快樂
032	家庭	家庭	小孩不用煩惱讀書工作等等
033	家庭	小孩	小孩的喜怒哀樂
033	家庭	家人	因為我是家庭主婦
034	家庭	家庭	家庭要和樂所有的事都是為了家庭
036	家庭	家庭	長輩相繼過往會覺得很落寞，小孩也長大有自己的生活圈
037	家庭	家庭	小孩子要是有成就，父母也會有成就感
038	家庭	家庭	從結婚就是小孩先生為主
039	家庭	家庭	親子關係
040	家庭	家人都健康平安	過年前先生住院讓我覺得家人的健康平安最重要，還有女兒生產順利
040	家庭	兒子的升學	父母都對孩子有期望
042	家庭	家庭	兄弟姊妹可以聚在一起
043	家庭	家庭	因為現在社會變化太快無常，家人的相處是最重要的
044	家庭	孩子	剛好小孩在快速成長
045	家庭	家庭	家庭美滿融洽，夫妻孩子親友相處得好
046	家庭	家庭	家庭是一個生活的重心
047	家庭	家人	家人過得快不快樂好不好
048	家庭	小孩	因為我只有她相依為命，如果她平順我就沒煩惱
052	家庭	家人	一個人結了婚最重要的就是家人
053	家庭	家人	因為生活也離不開
054	家庭	家人平安	如果有問題會擾亂我們的情緒
055	家庭	家庭	因為年紀大了只剩一個人蠻可憐的
056	家庭	家庭	家裡的太太小孩都順利健康，無後顧之憂
057	家庭	小孩的教育	因為是我自己關心的事情
057	家庭	父母的相處	父母的健康狀況等等
058	家庭	家庭	家庭和諧就不會吵架
059	家庭	家庭	家庭的和諧也會影響到我們的目標

018	家庭	婚姻	與先生的相處
022	家庭	親密關係	那是身心都很重要的支柱
025	家庭	婚姻	因為跟另一半常相處再一起。有摩擦就會影響其他時間
035	家庭	婚姻	每個人成人必經的過程，組成的過程對個人、社會都蠻必須的
040	家庭	夫妻相處	跟丈夫之間的支持與相處
ID	分類	線索	定義
001	經濟	經濟	錢，出門通通都要錢
002	經濟	經濟	也是我們的老本跟健康同樣重要
003	經濟	經濟	老了就是要有經濟
007	經濟	經濟	不一定要很多，剛好夠用能滿足基本需求即可
009	經濟	錢	現代人都很現實沒有錢什麼都不能做，甚至被看不起，但太有錢也沒用
013	經濟	經濟	經濟沒有前面那麼重要，但是因為生活還是會有物慾
014	經濟	錢	因為沒有錢沒有辦法做很多事，我想打開不同的視野很重要
016	經濟	收入	家庭的支柱，是最重要的
017	經濟	經濟收入	基本的柴米油鹽
020	經濟	金錢	是一種資源
021	經濟	金錢	因為要養家
022	經濟	平衡的開支	很多有錢人都很奢侈，但我只想要平常的生活基本需求達到即可
023	經濟	經濟	有很多東西都要用錢才能解決
024	經濟	金錢	維持開銷也是生活品質的基本
026	經濟	經濟	當然有錢，生活品質就會改善
027	經濟	經濟	有經濟基礎或能力才可以享受生活
031	經濟	經濟	要衣食無虞，巧婦也難為無米之炊
032	經濟	工作收入	家裡沒錢怎麼過日子
035	經濟	薪水	薪水不單單為了自己，未來也要扛起家庭責任
036	經濟	經濟	每天開門吃飯什麼都要錢
037	經濟	經濟	沒有錢萬萬不能，有錢很多事都可以做
038	經濟	金錢	其實不是說物質要多好，但要維持基本
039	經濟	經濟	溫飽即可不用和別人借錢，沒有經濟家裡會一天到晚爭吵
042	經濟	經濟條件	要小康，沒有錢貧窮夫妻百事哀
043	經濟	工作	工作要有錢才能生活
044	經濟	生活穩定度	經濟上無變動不用太去花太多腦筋去想這些事，可以去做其他事

045	經濟	經濟	如果一天到晚愁錢，收入不夠怎麼會好哩
046	經濟	物質	麵包還是很重要
049	經濟	經濟	住在台北出來都要用到錢
051	經濟	經濟	和健康一樣要有經濟的能力才能完成想做的事
052	經濟	收入	收入高生活的比較好
055	經濟	財富	覺得經濟好一點生活可以過好一點
056	經濟	經濟	因為退休了沒收入所以經濟也很重要
057	經濟	工作	工作代表收入，每天生活一半在家裡一半在工作，有收入才能做很多事
058	經濟	經濟水準	好的話生活品質自然就好，飯吃不飽怎麼談生活，也不能旅遊
059	經濟	錢	沒錢花壓力就大
060	經濟	收支	因為生活離不開錢，沒有錢萬萬不能，自我價值低落
ID	分類	線索	定義
001	休閒活動	休閒	看報紙看書，因為不休閒一天 24 小時怎麼過，但天天禮拜天也不行
002	休閒活動	嗜好	要有正當的嗜好
003	休閒活動	興趣	有興趣生活就過得快樂
004	休閒活動	娛樂	像來這邊上課，強迫自己運動也可以抒發情緒
005	休閒活動	飲食	吃的文山這裡很豐富，吃當季，便宜就好
005	休閒活動	衣	我也不求名牌一件一百就好
006	休閒活動	社團活動	開婦女會很快樂，偶爾去拍電影很快樂，還可以看大明星，去老人劇團演演戲很快樂
006	休閒活動	飲食	跟娘家的姊妹聚一聚吃好吃的
006	休閒活動	旅遊	跟教會的朋友去旅遊
007	休閒活動	休閒	像這樣來這裡上課，或者去運動運動心情才會快樂
008	休閒活動	休閒	如果沒有休閒育樂生活太枯燥
009	休閒活動	飲食	總是希望吃到可口的不要太淡
010	休閒活動	休閒娛樂	因為生活很多事都是壓力，休閒娛樂可以讓自己放空有快樂的感覺
011	休閒活動	休閒活動	可以讓我忘記生活的壓力
012	休閒活動	休閒活動	要安排活動排遣時間，不然會覺得身體沒有依靠我會爬山旅遊種菜
016	休閒活動	休閒	沒有休閒會很慘吧
018	休閒活動	旅行	工作之餘需要身心的放鬆
024	休閒活動	休閒	工作辛苦，要滿足自己，心情要快樂
028	休閒活動	娛樂運動	身體健康的源頭，包括身心健康

029	休閒活動	休閒活動	閱讀是另外一種朋友還有音樂園藝
030	休閒活動	運動	紓壓的管道
030	休閒活動	休閒	生活的調劑
031	休閒活動	興趣	打球等等，才不會覺得無聊
032	休閒活動	運動	運動才是身體健康的關鍵
039	休閒活動	休閒	我愛爬山騎車健身
040	休閒活動	休閒活動	可以跟老朋友出去走走
041	休閒活動	休閒活動	每天都要來運動或者看電視
042	休閒活動	休閒生活	有錢有閒可以旅遊啊，或到運動中心運動一下
044	休閒活動	興趣	因為會比較快樂，做自己想做的事
051	休閒活動	娛樂	人生就是有很多來享樂的，是我的目標
053	休閒活動	運動	都需要，對身體很重要
054	休閒活動	運動	為了健康來鍛鍊還有打發時間
055	休閒活動	休閒	才不用那麼緊繃
056	休閒活動	休閒	退休了每天要安排時間做自己喜歡做的事
058	休閒活動	休閒	有休閒就可以調劑品質，每天加班打拼自然就沒有品質
060	休閒活動	休閒生活	人活著不是穿衣吃飯，總是有有些愉悅的東西，就像是必要的，像美食
ID	分類	線索	定義
001	人際關係	朋友	沒朋友的話就沒人可以說話
002	人際關係	朋友	才不會孤單，多也不好太少也不好
004	人際關係	朋友	人難免有低潮可以有出口互相分享安慰
008	人際關係	朋友	如果沒有朋友孤獨生活太無聊，有朋友可以聊天一起出去玩
010	人際關係	朋友	出門在外除了家人就是朋友，有些無法跟家人講的事可以跟朋友說
011	人際關係	朋友	可以一起吃喝玩樂聊天談心事放鬆心情
012	人際關係	人際關係	我有山友牌友歌友，人是群體動物如果不跟人交往會覺得太孤獨
013	人際關係	朋友	不論何時一定會有朋友若無朋友會失去動力來學校
014	人際關係	人際關係	每個人脫離不了群體生活，也會影響我們的心情也包含親情
015	人際關係	朋友	朋友可以互相扶持幫忙
017	人際關係	人際關係	朋友同事之間的相處
018	人際關係	人際關係	朋友之間的相處
019	人際關係	人際關係	因為社會支持很重要
021	人際關係	朋友	發洩情緒最好的管道，是外圍的支持

022	人際關係	親友關係	平常可能不會刻意經營，希望當有想談的時候就有人可以談
025	人際關係	朋友	因為你的人際除了家人，還會跟同事朋友扮演心情抒發的對象
029	人際關係	朋友	社群關係很重要
030	人際關係	社交	獲得支持的管道
031	人際關係	社會生活	為了得到人家的肯定，還有同輩的尊敬
033	人際關係	朋友	平時傾吐心事的朋友，他不高興我也會不高興
035	人際關係	人際關係	在社會上沒有人際關係很難生存，不是光靠家人
036	人際關係	朋友	因為開店有時很忙沒空陪朋友，會不好意思請朋友來，就漸漸疏遠了
041	人際關係	社交活動	每個禮拜最少跟朋友出去一次心情就會很快樂
044	人際關係	親友關係	跟人的關係和諧，日子就平順不會煩憂
046	人際關係	朋友	人是合群的才會在群體裏生存
047	人際關係	人際關係	有時也要在乎別人的看法
051	人際關係	人際關係	人活著就是需要朋友親人，很多事沒法獨立完成
053	人際關係	朋友	因為生活也離不開
058	人際關係	人際關係	人際關係好朋友多
ID	分類	線索	定義
010	工作/學業	工作	工作有點像是確保自己的價值，在這個社會上的立足點在哪裡
011	工作/學業	課業	它會決定我什麼時候畢業
013	工作/學業	課業	因為我在二修心統，每次上完課就會心情不好
015	工作/學業	課業	沒念完報告就會覺得很丟臉
015	工作/學業	工作	現在有兼國科會助理想做好有成就感沒做好會被罵
016	工作/學業	工作	佔了一整天大部分的時間快不快樂很重要
018	工作/學業	工作	因為生活比較有寄託可以自我肯定
020	工作/學業	事業	跟金錢有關
023	工作/學業	事業	是我的夢想
024	工作/學業	工作	生活有沒有自我實現很重要，如果是快樂的工作就很開心，也是經濟來源
025	工作/學業	工作	一半時間在工作，在金錢上沒顧慮，若經濟或同事相處有問題就會有影響
027	工作/學業	工作	有時跟同事或老闆之間也會在意自己的表現
028	工作/學業	職業	牽涉到勝不勝任，有無樂趣回饋，還有收入報酬
030	工作/學業	工作	維持生活的重要的條件
033	工作/學業	工作	工作環境也要跟同事相處還有面對客人

035	工作/學業	工作	沒有工作就沒得生活，其他生活就不用過了
047	工作/學業	事業	事業好不好是所有生活品質的來源，自信心與家人互動都會比較好
051	工作/學業	工作	大部分時間都在工作，是穩定的基礎來源以及成就感
052	工作/學業	工作	每天有三分之一時間都在工作上，若遇到豬頭就很難過
055	工作/學業	工作	不然不曉得人活著幹什麼
059	工作/學業	職場	同事之間和不和諧會影響自己的情緒，還有對工作的發展性
060	工作/學業	工作	一個人與社會很重要的連接，沒工作會覺得是脫節的，無貢獻感
ID	分類	線索	定義
007	因應/正向態度	規律的生活	都跟前面這些有關這樣才能有時間休閒、健康
014	因應/正向態度	時間	因為現在人花太多時間工作，沒有想清楚自己想做什麼可以去做
019	因應/正向態度	空閒時間	因為可以自己運用自己想做的事
023	因應/正向態度	時間	現在時間都很緊湊時間不夠用
035	因應/正向態度	未來	我比較沒有做規劃，但慢慢會開始想未來要怎麼妥善規劃
038	因應/正向態度	充實的生活	我上禮拜剛去職，要填滿這八個鐘頭
038	因應/正向態度	適應	女兒在捷克上班半年才碰面一次，現在要去捷克幫忙當奶媽怕適應問題
059	因應/正向態度	精神	個人內在自我情緒的控制
ID	分類	線索	定義
012	心理健康	沒壓力	小孩家庭不用煩惱，不用工作了錢也不要煩惱，規律生活持續運動
012	心理健康	想做什麼都可以做	想吃什麼玩什麼就可以做，想去南部去國外就可以去不受約束
014	心理健康	自由	可以選擇自己想做什麼，不受限於環境，還有心靈上的自由
015	心理健康	天氣	天氣好可以出去玩天氣不好悶悶的就哪裡都不能去
021	心理健康	心靈	心靈上沒有一定的抒發依靠，其他就不用談了
022	心理健康	身心靈的自由	如果長官能夠比較信任有相對空間工作情緒就會比較好
029	心理健康	小感動	不注意這些小感動會少很多快樂，包含對別人的幫助與付出
041	心理健康	心情愉快	心情愉快自然就會覺得很好
042	心理健康	心情平靜	日子過得很愜意，不一定要很富有很舒服
043	心理健康	心靈健康	現在社會太無常，心靈要找到如公益或宗教得到穩定
045	心理健康	心情	如果心情開朗若是環境不好我也覺得很美好

046	心理健康	快樂	快樂日子才會好過
049	心理健康	氣候	氣候跟心情或日常生活的感覺都有影響
059	心理健康	情緒	壓力會產生不良的情緒
ID	分類	線索	定義
003	生活條件	環境	住的環境品質
004	生活條件	生活環境	整個社區案看來髒亂就會不快樂也會影響健康
005	生活條件	交通便利性	交通，我們很多選擇，我去那裡都很方便
005	生活條件	住	住的在文山區很安靜，是文教區
008	生活條件	周遭環境	因為環境好的話晚上睡覺、做事都會覺得很快樂
023	生活條件	生活環境	周遭乾不乾淨吵不炒
026	生活條件	環境	環境的整潔跟老百姓素質有關，素質好就不會亂丟垃圾
032	生活條件	住的環境	對每個家庭都很重要環境不好品質就差
033	生活條件	鄰居的相處	遇到不講道理的鄰居養十幾隻狗很吵
034	生活條件	居住環境	居住社區的品質，住到好的社區安全的話比較安心，鄰居也較少衝突
034	生活條件	交通	塞車會發怒整天心情就不好
037	生活條件	環境	住的環境品質會影響
037	生活條件	交通	住的偏僻如果交通方便進出，生活品質也會改變
039	生活條件	環境	居住的環境空間大小，不要太吵能好好睡
047	生活條件	住的品質	我的窗口剛好對著安養院，很多呻吟、打老人的叫罵聲等等
049	生活條件	空氣	空氣對人的心情感覺都會影響
050	生活條件	環境	空氣品質交通便利居家社區文化等等
057	生活條件	房子	大部分除了工作，另一部分就是房子，我現在沒有房子，是現階段最重要的
020	生活條件	食衣住行	基本需求
028	生活條件	食衣住行	飽暖健康舒適與否，還涉及身分地位
053	生活條件	食衣住行	因為生活離不開
ID	分類	線索	定義
002	靈性/信仰	信仰	才不會到那一天才心慌慌
006	靈性/信仰	信仰	去讚美上帝
009	靈性/信仰	信仰	因為一個心靈的寄託
017	靈性/信仰	宗教信仰	因為接觸好的宗教，對生活與家人相處、人的相處有改善
029	靈性/信仰	信仰	信仰是 24 小時不打烊的
041	靈性/信仰	宗教信仰	我自己是基督徒，主給我很多恩典，會讓我心情平靜不亂想
043	靈性/信仰	宗教信仰	我最近在研究佛教阿等等，它們的共通都是覺得人世無常

			不要太執著
049	靈性/信仰	宗教信仰	一個精神寄託，無助時可以求助
ID	分類	線索	定義
007	角色功能	學習	活到老學到老要跟得上時代了解社會的脈動
024	角色功能	理想	人生的自我實現從 Maslow 的需求理論來看，能達到就最快樂或至少能讓自己有一個目標
040	角色功能	自我充實	讓自己能幫助別人有用感
052	角色功能	別人的眼光	有時會跟周遭互動，包含親友同事同學等等，若有肯定自信比較好
056	角色功能	閱讀	活到老學到老
060	角色功能	學習	因為人都會有一種追求自我的實現，可以不斷吸收讓人覺得有趣
ID	分類	線索	定義
011	其他	感情	男女之間的關係
013	其他	愛情	是因為正在談戀愛所以很重要，一件小事就會牽動你的情緒
020	其他	感情生活	因為是精神生活
026	其他	政府政策	政府政策的決定會影響整個大環境
026	其他	百姓素質	大家的素養
026	其他	教育	因為教育不只是知識的豐富也是品格的修養，成功的話素養就會提高
034	其他	物價水準	東西貴了，買什麼都變貴，物質生活會影響精神生活
047	其他	國家前途	國家的政策會影響所有人的事業與社會互動
050	其他	價值觀	人跟人之間的彼此之間關心的程度
050	其他	經濟	這也是大環境價值觀的影響，目前什麼都要用錢，人情淡薄講求功利
050	其他	文化	牽扯到價值觀如網路普及、看書的人就變少，但是閱讀對人民身心靈有幫助
050	其他	社會的支援系統	無環環相扣的夠緊密的政策，如教育方面霸凌的現象
053	其他	大環境	會影響快樂指數，像是政治經濟