

慢性阻塞性肺病門診患者生活質量及其相關因素調查

譚錦恩 梁佩琪 吳燕儀 陳月娟 伍慧兒*

摘要 目的：探討慢性阻塞性肺疾病門診患者的生活質量狀況及其相關因素。方法：在澳門某醫院門診便利抽取100例確診為COPD的患者、採用蔡映雲編制的“COPD患者生活質量問卷”進行調查。結果：100名COPD患者總生活質量處於中上水準，較國內其他地區為好；四項領域狀況中，以焦慮心理症狀及日常生活能力較好，抑鬱心理症狀及社會活動較差；研究顯示COPD患者中，男性生活質量狀況高於女性，此外，65歲以上、文化程度較低、無工作、多與家人共同居住、有吸煙史，較為弱。結論：護理人員瞭解患者心理及社會上存在的問題，建立良好的心理狀態和社會關係，對改善患者的生活質量是有意義的。

關鍵詞 慢性阻塞性肺病 門診患者 生活質量

1. 前言

慢性阻塞性肺病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) 是一種常見的慢性呼吸系統疾病，在中國 15 歲以上人群中，COPD 的發病率為 3% (引自崔妙玲等, 2004)。至今，COPD 在美國，甚至全球的致死率居於第四位 (Stahl E. et al, 2003)。而在澳門，呼吸系統疾病居所有疾病死亡率的第三位。呼吸系統疾病死亡率已由 1994 年 155 人上升至 2005 年 267 人 (澳門統計暨普查局, 2006)。因此，無論在急性治療，或慢性復康的階段中，COPD 患者都佔有頗大的醫療服務需要。

COPD 是一組包括慢性支氣管炎、阻塞性肺氣腫等慢性呼吸系統疾病。由於 COPD 病程長，且病情復雜，至今仍無法以任何醫療干預根治，嚴重時會直接影響患者的勞動能力和生活質量。經過查閱近五年澳門醫學護理刊物，尚無相關之調查，籍了解澳門 COPD 患者生活質量及其相關因素內容是有需要的，盼望能提出改善生活質量的建議，輔助臨床開展整體護理。

2. 文獻查證

2.1 COPD 的概況

COPD 是肺部被損壞的一種肺疾病，特徵是空氣無法順暢地流入及流出肺部，導致呼吸困難 (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2006)。

WHO 估計截至 2000 年，全球已有 2 億 7400 萬人死於 COPD，每年 COPD 可能影響多達六億人。世界銀行及 WHO 在 1990 進行的一項全球疾病負擔調查中，COPD 排行第 12；估計到了 2020 年，

作者機構：澳門鏡湖護理學院護理學學士學位補充課程學生

* 指導老師

COPD 的排行將上升至第 5 位 (引自新加坡慢性阻塞性肺病協會, 2005)。

在中國大城市慢性呼吸道疾病 (主要是 COPD) 的死亡率為第四位，農村死亡率的第一位。在我國 15 歲以上人群中 COPD 的發病率為 3%，每年因 COPD 死亡的人數達 100 萬，致殘人數達 500 萬 - 1000 萬 (崔妙玲等, 2004)。

香港在 2004 年慢性下呼吸道疾病致死率，次於惡性腫瘤、心臟病、肺炎、腦血管病及疾病和死亡的外因，居第六位；由 1994 年 1619 人上升至 2004 年 2123 人 (香港特別行政區政府衛生署, 2006)。

澳門近十年呼吸系統疾病死亡率，次於循環系統疾病、腫瘤，排列第三位，據呼吸系統疾病死亡率由 1994 年 155 人上升至 2005 年 267 人，男性佔 156 人，而 2006 年 1 月至 8 月共有 166 人，男性佔 103 人 (澳門統計暨普查局, 2006)。據以上數據資料顯示，反映了全球 COPD 的流行概況，這是不容忽視的社會健康問題。

2.2 生活質量的發展過程

生活質量一詞來源於英文 (Quality of life QOL)，譯作生存質量，生命質量或生活品質。生活質量的研究經歷了三個時期，一個是研究早期，研究起源於三十年代的美國，最先是作為一個社會學指標使用 (方積乾、萬崇華、史明麗、劉風斌, 2000)。社會學指標從宏觀研究人群的生活質量，如世界、國家及地區人口的生活質量，也從微觀層次研究個體，家庭的生活質量 (劉慶武、肖水源、關章順, 2004)。二是成熟期，五、六十年代，此期社會學指標研究領域形成兩大派，其一是客觀社會學指標，其二是主觀生活質量派，強調主觀感受。三是分化期，隨著社會領域生活質量研究及現代醫學的發展和醫學模式的轉變，於七十年代末開展了新的生物—心理—社會醫學模式，醫學工作者提出

了與健康有關的生活質量概念 (health related quality of life)。生活質量評價量表於七十年代主要是引入和探索期，借用一般人群評定量表對病人的生活質量進行評定。八十年代後期則轉向特定的腫瘤與慢性病的測量，並研究大量疾病的特殊量表 (方積乾等, 2000)。

對於生活質量尚無一致公認的概念。而 Levi1987年提出“生活質量是由個人或群體用幸福感，滿意感或滿足感表現出來的所感受到的軀體，心理和社會各方面的良好狀態”。1993年在日內瓦召開的世界衛生組織生活質量研究會上，明確提出“生活質量是指個體在其所在的文化，風俗習慣背景下，由生活的標準、理想、追求的目標所決定的對他目前社會地位，生活狀況的認識和滿意程度”(引自張鵬宇、陳文華、金先橋, 2000)。

2.3 COPD 與生活質量之相關研究

COPD 是一種長期慢性病，其過程發展通常是漸進性，具有反覆發作的特點，是不可逆的氣道阻塞性疾病，此種慢性疾病常因反覆多次住院治療，使患者家庭經濟負擔加重，不但造成社會，醫療龐大的負擔，對患者而言也是漫無止境的壓力，降低了病人的生活質量。因此除了藥物治療及勸導吸煙患者戒煙，以減緩肺功能的下降和減輕疾病症狀之繼續惡化外，更要瞭解患者在生理上，心理，社會關係等因素對生活所造成的限制，因此近年許多探討 COPD 患者與健康相關的生活質量問題備受重視。

資料顯示，COPD 患者的生活質量有不同程度的減退。台灣、哈爾濱及遼寧的學者對健康者和 COPD 患者生活質量進行測試，結果發現 COPD 患者生活質量的評分較健康者為差 (許麗齡, 1988; 閆虹、劉小平、倉孝潔, 2004; 劉曉文、楊愛民、陳爾明, 2004)。李建生、余學慶、李力 (2004) 對 114 例 COPD 患者進行測量發現患者生活質量普遍較低，其中軀體維度的受損程度最大；而性別、年齡、文化程度、職業、居住環境等對 COPD 患者的生活質量都有影響。段勵夫 (2004) 研究顯示 77 例 COPD 患者的抑鬱和焦慮患病率，均高於健康者。劉小虹等 (2005) 對 60 例 COPD 門診患者進行調查發現 COPD 患者生活質量的各個方面都有所下降，其焦慮心理症狀平均分是 1.55、其次是日常生活能力平均分是 1.60、抑鬱心理症狀平均分是 1.61、社會活動平均分是 2.04。閆虹等 (2004) 對 57 例健康者進行調查其生活質量總均分評分 (1.43 ±

0.36)，日常生活能力評分 (1.35 ± 0.29)，社會活動評分 (1.32 ± 0.31)，抑鬱心理症狀評分 (1.46 ± 0.35)，焦慮心理症狀評分 (1.48 ± 0.40)。這些研究可得知不同地區 COPD 患者的生活質量情況，那麼澳門的情況又是如何？經過查閱近幾年澳門醫學及護理刊物，尚無 COPD 患者生活質量及其相關因素之調查，故此了解澳門 COPD 患者生活質量及其相關因素內容是有需要的。

3. 方法

3.1 對象

於 2006 年 6 月至 8 月在澳門鏡湖醫院呼吸內科門診部進行。採用方便抽樣方法選取 100 例 COPD 患者為樣本。取樣入選條件為 COPD 緩解期之患者，無精神障礙、聽力障礙、無嚴重心、肺、腦併發症，且意識清楚，能理解回答問卷及同意接受研究之門診患者。

3.2 研究工具

本研究為描述性量性研究。採用中國上海復旦大學附屬中山醫院蔡映雲教授於 1993 年編制的“COPD 患者生活質量評估表”，以結構式問卷設計進行調查。問卷分兩部分。第一部分為個人基本資料，包括：性別、年齡、教育程度、職業、經濟收入、居住狀況、患病年份、有否合併其他疾病及其數目、吸煙習慣、是否戒煙、用藥情況等。第二部分是“COPD 患者生活質量評估表”，該表共含 35 個項目，分 4 個因子，即日常生活質量能力 13 項、社會活動情況 7 項、抑鬱心理症狀 8 項和焦慮心理症狀 7 項；每項分 4 級評分，各因子的得分按負向記分，即分數越低生活質量越好 (蔡映雲、梁永杰、汪鐘賢、方宗君、陳建榮, 1997)。本量表因國語與粵語的俚語有不同，研究者先對量表作適當的文字表達上的修改，然後進行工具效能測試，包括內容效度及重測信度；量表的内容效度由 3 位有關方面專家進行檢測內容效度指標 (CVI) 得分為 0.93，表示具有良好的效度。在重測信度方面，向 10 名 COPD 患者進行重測信度，Cronbach's Alpha 值為 0.95，表示問卷具有良好的信度。

3.3 資料收集

研究員取得協助機構的同意及配合後，按照資料收集流程，向受訪者自我介紹，解釋本研究的目的是和意義並取得同意。遵守知情同意原則，承諾保

密及保護隱私。問卷需 15 至 20 分鐘完成。收回有效問卷 100 份。

3.4 資料分析方法

採用 SPSS 12.0 統計軟件進行分析，以百分比描述患者個人基本資料分佈，以均數、標準差描述生活質量的總均分及各因子均分；個人基本資料與生活質量的總均分及各因子均分之相關性以獨立樣本 *t* 檢驗、方差分析驗證研究目標。

4. 結果

4.1 基本資料

100 名受訪者中，男性佔 64%；年齡介於 45 至 92 歲，平均年齡為 69.96 歲 (SD=11.18)。教育程度以「沒有接受正規教育」佔 41% 及「小學」佔 44% 為最多。職業狀況以退休為多，佔 41%。經濟狀況「3000 元以下」佔 42%，而「3000 元以上」佔 58%。居住狀況以「與配偶及子女同住」為最多，佔 59%。

受訪者患病時間介乎於 1 至 40 年，平均患病年數為 6.94 年 (SD=6.99)，經醫師確診患 COPD 五年或以下者佔 57%。除了 COPD 外，目前無合併其他疾病的佔 59%，合併 1 種的佔 32%，2 種的佔 9%，其中合併心血管及其他呼吸疾病的佔 28%。有吸煙習慣者的佔 73%，吸煙年份最短 2 年，最長 70 年，吸煙 25 年以上佔 60.3%。已戒煙者佔 63%，戒煙年份最短 1 年，最長 45 年，戒煙 9 年或以下佔 58.7%。用藥情況以按時用藥佔 87%。

4.2. 生活質量狀況

受訪者之生活質量總分範圍介乎於 1.00 - 2.57 分之間，均數為 1.48 ± 0.43；生活質量各領域中，以焦慮症狀最好，均數為 1.36 ± 0.40，其次是日常生活能力，均數是 1.40 ± 0.41、抑鬱症狀的均數是 1.46 ± 0.58、社會活動的均數為 1.80 ± 0.70 (表 1)。

表 1 100 名 COPD 門診患者的生活質量狀況

項目	均數	標準差	得分範圍
生活品質	1.48	0.43	1.00~2.57
焦慮症狀	1.36	0.40	1.00~2.57
日常生活能力	1.40	0.41	1.00~2.85
抑鬱症狀	1.46	0.58	1.00~3.50
社會活動	1.80	0.70	1.00~3.50

註：得分最高分為 4，最低分為 1

4.3 COPD 門診患者之生活質量與個人基本資料的關係

在年齡方面，60 歲或以下的受訪者的生活質量高於 61 至 75 歲及 76 歲或以上 ($F = 15.081, P < 0.001$)。教育程度方面，中學程度的受訪者的生活質量高於小學及沒有接受正規教育 ($F = 4.01, P < 0.05$)。職業方面，有工作及無工作的受訪者的生活質量高於退休 ($F = 11.501, P < 0.001$)。居住狀況方面，與配偶同住及與配偶及子女同住的受訪者的生活品質高於院舍 ($F = 6.056, P < 0.01$)。在患病年份方面，患病 5 年或以下的受訪者的生活質量高於患病 5 年以上 ($t = 5.312, P < 0.001$)。有否合併其他疾病方面，沒有合併其他疾病的受訪者的生活質量高於合併 2 種疾病 ($F = 8.657, P < 0.001$)。在戒煙年份方面，戒煙年份 9 年或以下的受訪者的生活質量高於 9 年以上 ($t = 3.769, P < 0.01$) (表 2)。

表 2 100 名 COPD 門診患者的個人基本資料與其生活質量的比較

項目	均數 ± 標準差	<i>t</i> 值	<i>F</i> 值	<i>P</i> 值	事後比較
年齡組			15.081	0.000***	(1)<(2)(3)
60 歲或以下 (1)	1.29 ± 0.34				
61 至 75 歲 (2)	1.36 ± 0.34				
76 歲或以上 (3)	1.79 ± 0.46				
教育程度			4.01	0.01*	(3)<(2)(1)(4)
沒有接受正規教育 (1)	1.54 ± 0.41				
小學 (2)	1.47 ± 0.43				
中學程度 (3)	1.26 ± 0.37				
大專以上 (4)	2.57 ±				
職業			11.501	0.000***	(1)(2)<(3)
有工作 (1)	1.25 ± 0.23				
無工作 (2)	1.42 ± 0.39				
退休 (3)	1.69 ± 0.47				
居住狀況			6.056	0.001**	(1)(2)<(4)
與配偶同住 (1)	1.35 ± 0.38				
與配偶及子女同住 (2)	1.48 ± 0.41				
獨居 (3)	2.04 ± 0.50				
其他 (院舍) (4)	1.79 ± 0.08				
患病年份		5.312		0.000***	(1)<(2)
5 年或以下 (1)	1.31 ± 0.36				
5 年以上 (2)	1.72 ± 0.41				
合併其他疾病			8.657	0.000***	(1)<(2)(3)
無 (1)	1.38 ± 0.41				
1 種 (2)	1.54 ± 0.38				
2 種 (3)	1.96 ± 0.42				
戒煙年份		3.769		0.001**	(1)<(2)
9 年或以下 (1)	1.37 ± 0.40				
9 年以上 (2)	1.90 ± 0.52				

註：* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ *** $P < 0.001$

5. 討論

5.1 COPD 門診患者的生活質量

研究結果顯示 COPD 受訪者的總生活質量平均是 1.48，處於中上水平，四項領域狀況中，以焦慮心理症狀及日常生活能力較好，抑鬱心理症狀及社會活動較差。反映 COPD 患者之生活質量中以抑鬱心理症狀及社會活動情況較差，可能因疾病影響受訪者長期出現社交障礙，不關心身邊的人和事，導致抑鬱症狀明顯，嚴重時會出現自殺傾向，因抑鬱症狀較焦慮症狀不容易被發現，隱藏的抑鬱症狀有潛在性危險，故此在對 COPD 患者進行護理評估時，心理精神層面的觀察是非常重要的，與其他研究結果一致 (方宗君、蔡映雲, 1997; 邵蘭真, 2003; 段勵夫, 2004; 高德義, 2004; 楊晶、高媛, 2001; 劉曉文等, 2004)。

閔虹等 (2004) 對健康者進行調查其生活質量平均是 (1.43 ± 0.36) ，較本次受訪的 COPD 門診患者的生活質量為好，顯示 COPD 患者的生活質量有不同程度的減退，與其他研究結果一致 (許麗齡, 1988; 劉曉文等, 2004)。而澳門地區 COPD 門診患者的生活質量較國內其他地區的 COPD 患者為好 (胡向東, 2001; 劉小虹等, 2005)，考慮可能與澳門地區在經濟、醫療、居住環境條件較國內的條件為佳有關。

5.2 COPD 生活質量與個人基本資料之關係

5.2.1 COPD 門診患者的年齡及教育程度與其生活質量的關係

本研究結果顯示年齡越大的 COPD 患者其生活質量較差。在調查 100 名 COPD 門診患者中，61 歲以上有 77 人，此階段已進入退休或無工作，經濟收入減少，由中年期進入老年期心理狀態及健康狀況都有一定的改變，再加上長期受疾病影響，肺功能減退，體質下降及營養不良，長期依賴家屬照顧，減少或沒有參與社會活動，導致患者心理狀況出現情緒低落，自暴自棄，自我形象改變，都是導致生活質量下降的原因，與其他研究結果一致 (李建生等, 2004; 許麗齡, 1988)。

本研究結果顯示教育程度越高，對疾病認識的態度越主動、參與日常鍛鍊活動越多，其社會適應和心理承受能力越強，接受新知識及事物都能有一定的理解能力，在健康教育方面也能夠易吸收，與其他研究結果一致 (李建生等, 2004; 邱怡玫、蔡

素華、李選, 1999)。因此，護理人員應特別關注文化程度低的 COPD 患者的日常生活能力的支持。

5.2.2 COPD 門診患者的職業及居住狀況與其生活質量的關係

本研究結果顯示有工作的 COPD 患者比無工作或退休的生活質量較好。此與其他研究結果一致，台灣學者邱怡玫等 (1999) 研究顯示 COPD 患者無工作者的抑鬱程度明顯高於有工作者；中國學者李健生等 (2004) 研究顯示 COPD 患者有工作者的生活質量較好。因有工作者的經濟收入較穩定、社會支持網路較寬廣、增加了與社會接觸，對自我期望及健康訊息提高，使個人的生理和心理兩者達至平衡健康狀態。

本研究結果顯示與配偶或子女同住比獨居及院舍的 COPD 患者其生活質量較好，此與其他研究結果一致 (李建生等, 2004; 許麗齡, 1988)。反映配偶及家人為重要的社會支持者，可影響患者日常生活功能。因此，護理人員應特別關注喪偶、獨居的 COPD 患者的生理、心理需要和社會支持。

5.2.3 COPD 門診患者的患病年份及合併其他疾病與其生活質量的關係

COPD 患者因長期與疾病共處，患病年份越長其生活質量越差，無助感及依賴程度相對增加，患病 5 年以上患者的生活質量較 5 年或以下差，與其他研究結果一致 (曹振英, 2005)。合併有其他疾病愈多的 COPD 患者其生活質量較差，在調查中，患 1 種疾病佔 32%，2 種疾病佔 9%，一個患者可能有 1 種以上的合併症，與其他研究相一致 (王潤章、李妮妮、周雨珊、陳冬香、朱明霞, 2002; 黃志等, 2004)。

5.2.4 COPD 門診患者戒煙年份與其生活質量關係

本研究結果顯示戒煙年份越長的 COPD 患者其生活質量較差。吸煙經已被確認為 COPD 的主要成因之一，吸煙會引致細氣管及肺部物質發炎，長年吸煙會出現慢性支氣管炎及肺氣腫 (香港胸肺基金會, 2006)。戒煙是防止患上 COPD 和減輕此病進一步惡化的最有效措​​施，已有研究結果表明成功的戒煙可顯著地保護肺功能進行性下降，所以即使是已經發生症狀的 COPD，患者認真戒煙對其緩解病情、提高生命質量是有效的、有益的及可延長患者的壽命 (崔妙玲等, 2004; 香港胸肺基金會, 2006)。而本研究結果與其他研究不相同，研究發現受訪者中已戒煙者有 46 人，戒煙 9 年或以下有

27 人，年齡 65 歲以上佔 66.7%，戒煙 9 年以上有 19 人，年齡 65 歲以上佔 79%；本調查中戒煙年份越長的患者年齡愈大，其日常生活能力較差，原因可能與患者年齡大、患病時間長、肺功能差、機體衰弱等因素有關。

6. 結論

本研究目的在了解 COPD 門診患者生活質量的狀況，並探討其生活質量與個人基本資料之關係，此調查只針對一所醫院的來診者進行，雖然不能直接代表澳門地區 COPD 患者的情況，但從一個側面反映了他們生活質量的基本概況。

研究結果顯示 100 名 COPD 門診患者的生活質量中抑鬱心理症狀及社會活動的影響較弱，提示護理人員除使用臨床治療改善患者生理狀況、日常生活自理能力外，心理層面的觀察是非常重要的，護理人員了解患者心理及社會上存在的問題，建立良好的心理狀態和社會關係，對改善患者的生活質量是有意義的。

除此之外，研究亦發現年齡、教育程度、職業狀況、居住狀況、患有其他疾病、患病年份及吸煙習慣與生活質量有顯著關係。因此，針對年齡大於 60 歲、教育程度較低、無工作者、退休者、喪偶者、獨居者、伴有其他疾病、病程較長及有吸煙習慣的患者應特別注意其生活質量的評估。本研究的結果將對 COPD 的臨床護理實踐、健康教育及科研等有一定的參考及指導意義。

參考文獻

- 方宗君、蔡映雲 (1997). COPD 患者營養狀況與生活質量的關係. *中國康復醫學雜誌*, 12 (1), 19-21.
- 方積乾、萬崇華、史明麗、劉風斌 (2000). 生存質量研究概況與測定量表. *現代康復*, 4 (8), 1123-1126.
- 王潤章、李妮妮、周雨珊、陳冬香、朱明霞 (2002). 澳門 200 名老年人生活質量的調查. *澳門護理雜誌*, 1 (1), 22-24.
- 李建生、余學慶、李力 (2004). 慢性阻塞性肺疾病患者生存質量及其影響因素分析. *中國老年學雜誌*, 2 (24), 101-103.
- 邵蘭真 (2003). 行為干預對慢性阻塞性肺疾病緩解期患者生活質量的影響. *中國臨床康復*, 7 (30), 4078-4079.
- 邱怡玫、蔡素華、李選 (1999). 探討慢性阻塞性肺疾病患者之憂鬱狀況與日常生活功能的相關性. *護理研究*, 7 (2), 145-154.
- 段勵夫 (2004). 慢性阻塞性肺疾病緩解期患者抑鬱和焦慮表現與社會支持的相當關性分析. *中國臨床康復*, 8 (6), 1012-1013.
- 胡向東 (2001). 有氧訓練和呼吸訓練對老年慢性阻塞性肺疾病患者的肺功能及生存質量的影響. *現代康復*, 5 (6), 34-35.
- 高德義 (2004). 慢性阻塞性肺疾病患者抑鬱情緒對肺功能和生活質量的影響. *中國臨床康復*, 8 (24), 4974-4975.
- 崔妙玲、鍾小寧、劉劍梅、覃士梅、磨琨、王慧敏、王自秀、黃善三、唐志敏 (2004). 慢性阻塞性肺病患者自我保健狀況及健康需求調查研究. *護士進修雜誌*, 19 (8), 695-697.
- 張鵬宇、陳文華、金先橋 (2000). 生存質量及其相關觀念. *現代康復*, 4 (4), 1142-1143.
- 曹振英 (2005). 影響慢性阻塞性肺病急性加重患者生活質量的危險因素. *上海第二醫科大學學報*, 25 (7), 722-726.
- 許麗齡 (1988). 慢性阻塞性肺疾病患者生活品質及其相關因素之探討. *護理雜誌*, 35 (3), 73-87.
- 閻虹、劉小平、倉孝潔 (2004). 慢性阻塞性肺疾病患者的生活質量調查. *中國臨床康復*, 8 (36), 2865.
- 黃志、江志平、黃碧珍、丘美瑤、鄧菊花、陳偉林、肖立中、方玉玲、潘麗坤 (2004). 老年慢性阻塞性肺疾病患者生存質量及其影響因素分析. *中國臨床保健雜誌*, 7 (5), 353-354.
- 楊晶、高媛 (2001). 慢性阻塞性肺病患者生存質量狀況的調查分析. *現代康復*, 5 (8), 127.
- 劉小虹、房莉萍、魏立平、從鵬、馮璐、沈文斌、廖蔚茜 (2005). 加減鐵肺湯對慢性阻塞性肺疾病穩定期患者生存質量影響的臨床研究. *新中醫*, 37 (1), 30-31.
- 劉曉文、楊愛民、陳爾明 (2004). 慢性阻塞性肺病患者生存質量的對照研究. *中國臨床心理學雜誌*, 12 (4), 396-382.
- 劉慶武、肖水源、關章順 (2004). 一般及特殊人群生活質量研究進展. *郴州醫學高等科學校學報*, 6 (1), 49-54.
- 蔡映雲、梁永杰、汪鐘賢、方宗君、陳建榮 (1997). 慢性阻塞性肺病患者肺功能和生活質量的研究. *中國康復醫學雜誌*, 12 (6), 241-245.
- 香港特別行政區政府衛生署 (2006 年 6 月). 2006 年 11 月 3 日檢索於香港特別行政區政府衛生署網站: http://www.chp.gov.hk/data6b62.html?lang=tc&cat=4&dns_sumID=206&id=27&pid=10&ppid
- 香港胸肺基金會 (2006). 甚麼是慢性阻塞性肺病. 2006 年 11 月 3 日檢索於香港胸肺基金會網站: http://hkif.org/Traditional-Chinese/copdhk_copd_t.php
- 新加坡慢性阻塞性肺病協會: 新加坡 (2005 年 5 月). 2006 年 11 月 3 日檢索於新加坡慢性阻塞性肺病協會網站: http://www.copdas.com/chinese/whatis_copd.asp
- 澳門統計暨普查局 (2006 年 11 月). *統計指標*. 2006 年 11

月 3 日檢索於澳門統計暨普查局網站:<http://www.dsec.gov.mo/search2/chn/search.html?Search=%B7j++%B4M>

Stahl, E., Jansson, S.A., Jonsson, A.C., Svensson, K., Lundback, B., & Andersson, F. (2003). Health-related quality of life, utility, and productivity outcomes instruments: Ease of completion by subjects with COPD. *Health and Quality of Life, 1* (18).

The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2006, January). *What Is COPD*. Retrieved December 7, 2006, from the National Heart Lung and Blood Institute Web site: http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/Copd/Copd_WhatIs.html

Quality of life of COPD patients

Tam Kam Ian Leong Pui Kei

Ng In I Chan Ut Kun NgWai I*

Abstract Objective: To investigate the Quality of Life (QoL) of COPD patients. Methods: Select 100 COPD patients from a hospital in Macau who were visited to participate in a survey using a “The

QoL of the COPD patients questionnaire”. Results: The overall living quality of the 100 COPD carriers lies above the average, better than those in other regions. Among the four categories, psychological symptom of anxiety and daily living ability are of higher scores while psychological symptom of depression and social activity are of lower scores. The survey shows that the living quality of male COPD carriers is higher than that of female carriers. Also, the living quality of 65 year-old carriers who have lower qualifications and no job, live with the family and have a history of smoking is lower. Conclusion: It is of great value to improve the living quality of the patients that medical servants establish a good psychological status and social relationship by understanding their psychology and the problems in society.

Key words COPD Outpatient Quality of life

(接 29 頁)

4. 總結

給予護理對象合適的護理對一年級護士學生來說並不是容易的事情，但如何可以讓她們有效地根據護理對象的情況作出合適的判斷而實施護理，臨床教學起著重要的角色，可透過護理過程從交班、巡視過程中讓學生細緻地從各方面評估護理對象，以收集主客觀資料；再引她們從實際案例中分析資料；結合資料再給予合適的護理。新手的護士學生就是將來的護士，若能引導學生打穩基礎並從中思考，護士學生必能成為專業的護理人員。

參考文獻

王好、王小冰 (2006). 不同層次實習護生對臨床帶教老師帶教行為的意見分析. *護理研究*, 20 (1), 171-172.

陳淑齡、曾雅玲、陳鳳櫻、陳俊一 (2004). 五專護生實習

壓力的生活經驗——現象學研究. *長庚護理*, 15 (3), 282-291.

許麗齡 (2002). 反省思維與批判性思考——以臨床日誌為例. *護理雜誌*, 49 (6), 67-72.

劉榮、鍾芬芳、吳秋燕. (2004). 五年制護生初次內外科護理學臨床實習之經驗. *長庚護理*, 15 (4), 391-401.

蘇麗智、簡淑真、劉波兒、蘇惠珍、林靜娟、呂麗卿、陳明莉、羅筱芬、李淑琍、林淑燕、賴秋絨、邱淑玲、陳淑齡、謝珮琳、林玉惠、黃月芳 (2004). *實用基本護理學(上冊)* (第224-263頁). 台北: 偉華書局有限公司.

蘇惠明、黃瑞美 (2001). 直接教授思考策略的教學設計. *護理雜誌*, 48 (3), 85-89.

Benner, P. (2001). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice (Commemorative Edition)*. New Jersey: Prentice Hall Health.

DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. (2006). *Fundamentals of Nursing: Standards & Practice (3rd Ed)*. New York: Thomson Delmar Learning.