

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

社區糖尿病自我照顧行為及相關因素探討：

以嘉義縣梅山鄉為例

Factors Associated with Self-Care Behaviors
among Individuals with Diabetes Mellitus in
Meishan Township of Chiayi County

指導教授：辜美安博士

研究生：張怡雅

中華民國九十七年十二月

南 華 大 學

自然醫學研究所

碩 士 學 位 論 文

社區糖尿病自我照顧行為及相關因素探討:

以嘉義縣梅山鄉為例

研究生：張 怡 雅

經考試合格特此證明

口試委員：陳 淑 麗

林 俊 志

陳 子 均

指導教授：陳 子 均

系主任(所長)：陳 子 均

口試日期：中華民國 99 年 12 月 25 日

謝誌

重事公職十多年，因感學識能力遇到瓶頸所以選擇進修。在重當學生的學習生涯，是思維及思考邏輯的一大訓練，不僅提升工作研究能力，領略宏觀的視野來看人事物的不同角度，更有信心於專業工作的執行。

整份論文的完成，過程中苦思的琢磨訓練，及多位老師的指導，才能如期完成。其中感恩余哲仁老師精闢的指正、陳敏麗老師在護理專業的指導、王昱海老師獨特的建議看法，以及林俊宏老師的編輯校對使閱讀更加流暢。最辛苦的指導教授辜美安老師，對研究的嚴謹態度要求，雖常感到被磨的快沒耐心，但老師好脾氣仍有耐性的解釋不懂之處，且提供寬廣的思維及精闢的建議，這是我研究學習中的福氣。

謹將此份喜悅成果獻給我的家人，因您們的支持，讓我無後顧之憂且順意來完成研究所學業。

摘要

本研究目的為探討社區糖尿病個案自我照顧行為現況，並從社會人口學、疾病狀況、生活型態、疾病監測認知及醫療使用五個部份探討與自我照顧行為之關係。研究對象以健康檢查篩檢出禁食血漿血糖值 $\geq 126\text{mg/dL}$ ，並經專科醫師診斷出之第 2 型糖尿病個案，以進行面對面問卷訪談收集資料，計完成 97 名；平均年齡為 67.1 歲。

本研究發現：一、在社會人口學方面，自我照顧行為女性較好($p=0.011$)；中、高社經地位較低社經地位好($p=0.023$)；無宗教信仰者較有宗教信仰者好($p=0.049$)；經濟來源由家人資助與老農津貼者較自己薪水所得與靠退休金者好($p=0.053$)。二、在疾病狀況方面，沒服藥者之自我照顧行為較差($p<0.001$)。三、在生活型態方面，有喝酒($p<0.001$)、有吸菸($p=0.002$)和有嚼檳榔者($p=0.041$)之自我照顧行為較沒有者為差。有運動行為者($p<0.001$)及有參與團體運動者($p=0.012$)之自我照顧行為較好。四、在疾病監測認知方面，知道正確空腹血糖控制值($p=0.057$)及總膽固醇控制值($p=0.052$)、有量血壓($p=0.001$)、有抽血做血糖檢查($p<0.001$)和有蒐集健康資訊者($p<0.001$)在自我照顧行為上的表現較好。五、在醫療使用方面，有就醫者自我照顧行為較好($p<0.001$)，而拿慢性病處方籤者($p<0.001$)比其他就醫行為者自我照顧行為好。六、複迴歸顯示自我照顧行為的預測因子為就醫狀況、運

動行為、蒐集健康資訊、吸菸行為、遵囑服藥、性別及社經地位，可解釋自我照顧行為總變異量的 74.4%。

建議基層健康單位應增進與社區糖尿個案的互動關係和評估照護需求，並提升個案疾病知識與自我照護技能。

關鍵字：糖尿病、自我照顧行為、健康行為、健康促進生活型態

Abstract

The main objective of the present study is to investigate the self-care behaviors of individuals with diabetes mellitus. The association between self-care behavior and socio-demographic characteristic, disease status, lifestyle, knowledge of disease self-monitoring, and the utilization of medical facilities were evaluated. Participants whose fasting blood glucose level were greater than 126mg/dL and diagnosed to have type 2 diabetes by medical specialists were recruited from health screenings. Face-to-face interviews using structured questionnaire were conducted and completed on 97 individuals. The average age of the participants was 67.1 years.

Results indicated that in terms of socio-demographic characteristic, females had better self-care behavior ($p=0.011$); those who were in the middle to high socioeconomic status had better self-care behavior than those who were in the low socioeconomic status ($p=0.023$); those with no religious affiliation had better self-care behavior than those who had religious affiliation ($p=0.049$); and those with source of income from other family members or from subsidization for farmers had better self-care behavior than those who received wages from work or those

who were depending on retirement pension ($p=0.053$). In terms of disease status, those who did not take medication had worse self-care behavior than those who did ($p<0.001$). In terms of lifestyle, those who had the habits of drinking alcohol ($p<0.001$), smoking ($p=0.002$), or chewing betel nut ($p=0.041$) had worse self-care behavior than those who did not. Those who exercised ($p<0.001$) and participated in group exercise ($p=0.012$) had better self-care behavior. In terms of knowledge of disease self-monitoring, those who understood fasting blood glucose level ($p=0.057$) and total cholesterol level ($p=0.052$), monitored their blood pressure ($p=0.001$), went for blood glucose test ($p<0.001$), or collected health information ($p<0.001$) had better self-care behavior. In terms of utilization of medical facilities, those who sought medical treatment ($p<0.001$) and those who obtained three-month prescription for their disease had better self-care behavior ($p<0.001$)

Results from multiple stepwise regression indicated that medical utilization behavior, physical activity, health information seeking behavior, smoking, sex, and socioeconomic status were important predictors for self-care behavior. These factors could explain 74.4% of the variances in self-care behavior.

It is suggested that the health units should increase interaction with the people in the community and should evaluate their needs for health care. Health units should also help the people in the community to increase the knowledge about their health and to improve their self-care skills.

Keyword: diabetes mellitus, self-care behaviors, health behavior, health promotion lifestyle

目次

中文摘要	i
英文摘要	iii
目次	vi
表目次	xi
圖目次	xiii
第一章 緒論	1
1.1 研究背景及重要性	1
1.2 研就動機	3
1.3 研究目的	4
第二章 文獻探討	5
2.1 台灣地區糖尿病流行病學及併發症、診斷、篩檢	5
2.1.1 台灣地區糖尿病流行病學	5
2.1.2 糖尿病併發症	7
2.1.3 糖尿病的診斷	8
2.1.4 糖尿病篩檢	9
2.2 糖尿病的生活型態	12
2.3 糖尿病的疾病監測認知	14
2.4 糖尿病的醫療使用	15

2.4.1 糖尿病其他療法使用	16
2.5 自我照顧行為	18
2.5.1 自我照顧行為概念定義	19
2.5.2 糖尿病與自我照顧行為國內相關研究	21
2.5.3 服藥堅持度行為及影響因素	23
第三章 研究方法	25
3.1 研究架構	25
3.2 研究假設	27
3.3 名詞界定	28
3.3.1 糖尿病	28
3.3.2 自我照顧行為	28
3.4 研究對象及實施時間及地點	29
3.5 研究工具	31
3.6 研究工具之信度與效度測定	33
3.7 資料收集步驟	34
3.8 資料處理及統計分析	36
第四章 研究結果	41
4.1 社會人口學、疾病狀況、生活型態、疾病監測認知、 醫療使用	41

4.1.1 社會人口學	41
4.1.2 疾病狀況特性	45
4.1.3 生活型態	48
4.1.4 疾病監測認知	51
4.1.5 醫療使用	54
4.2 自我照顧行為分析	57
4.3 糖尿病個案社會人口學、疾病狀況特性、生活型態、 疾病監測認知、醫療使用與自我照顧行為分析	59
4.3.1 社會人口學與自我照顧行為	59
4.3.2 疾病狀況特性與自我照顧為	62
4.3.3 生活型態與自我照顧行為	64
4.3.4 疾病監測認知與自我照顧行為	67
4.3.5 醫療使用與自我照顧行為	70
4.4 糖尿病個案自我照顧行為重要預測因子	72
4.4.1 自我照顧行為在社會人口學的預測因子	72
4.4.2 自我照顧行為在疾病狀況的預測因子	74
4.4.3 自我照顧行為在生活型態的預測因子	76
4.4.4 自我照顧行為在疾病監測認知的預測因子	78
4.4.5 自我照顧行為在醫療使用的預測因子	80

4.4.6 自我照顧行為的重要預測因子	82
第五章 討論	84
5.1 社會人口學	84
5.2 疾病狀況特性	85
5.3 生活型態	87
5.4 疾病監測認知	88
5.5 醫療使用	90
5.6 自我照顧行為量表	91
5.7 社會人口學、疾病狀況特性、生活型態、疾病監測 認知、醫療使用與自我照顧行為之關係	92
5.7.1 社會人口學與自我照顧行為之關係	92
5.7.2 疾病狀況與自我照顧行為之關係	93
5.7.3 生活型態與自我照顧行為之關係	94
5.7.4 疾病監測認知與自我照顧行為之關係	95
5.7.5 醫療使用與自我照顧行為之關係	96
5.8 自我照顧行為的重要預測因子	97
第六章 結論	99
6.1 結論	99
第七章 建議與研究限制	102

7.1 建議	102
7.2 研究限制	105
參考文獻	106
附錄 A 研究問卷	117
附錄 B 個人社經地位指數計算方式	123
附錄 C 家庭類型	125
附錄 D 2007 年梅山鄉年中人口數	126

表目次

表 1 第二型糖尿病的主要危險因子	11
表 4.1 研究對象之社會人口學分佈情形	43
表 4.2 研究對象疾病狀況分佈情形	46
表 4.3 研究對象生活型態分佈情形	49
表 4.4 研究對象對疾病監測認知分佈情形	52
表 4.5 研究對象醫療使用分布情形	55
表 4.6 研究對象自我照顧行為量表各題得分排序情形	58
表 4.7 社會人口學在自我照顧量表得分的差異分析	60
表 4.8 疾病狀況在自我照顧量表得分的差異分析	63
表 4.9 生活型態在自我照顧量表得分的差異分析	65
表 4.10 疾病認知在自我照顧量表得分的差異分析	68
表 4.11 醫療使用在自我照顧量表得分的差異分析	71
表 4.12 社會人口學與自我照顧行為之複回歸分析表	73
表 4.13 疾病狀況與自我照顧行為之複回歸分析表	75
表 4.14 生活型態與自我照顧行為之複回歸分析表	77
表 4.15 疾病監測認知與自我照顧行為之複回歸分析表	79
表 4.16 醫療使用與自我照顧行為之複回歸分析表	81
表 4.17 預測自我照顧行為之複迴歸分析表	83

圖目次

圖 3.1 問卷研究架構	26
圖 3.2 收集問卷流程	35

第一章 緒論

1.1 研究背景及重要性

隨著人口結構老化、國人飲食及生活型態的改變及工業化，台灣現今的疾病型態已轉變為慢性疾病，其中糖尿病近幾十年來的增加已成為國家重要的的健康問題(Chou, Li, & Tsai, 2001)。

綜合分析台灣地區近年來死因統計，台灣地區糖尿病自 1983 年列入十大死因內，2002 年起糖尿病就一直排名台灣十大死因第四位並持續至今。

2007 年台灣地區糖尿病死亡人數為 10,231 人，占總死亡人數的 7.3%，標準化死亡率為每十萬人口 35.5 人。死因當中的腦血管疾病、心臟疾病、高血壓、腎臟病也是十大重要的死因，而這些與糖尿病併發症有相關的疾病死因就佔 23.6%。有鑑於此，衛生署將糖尿病列為國民保健計畫-中老年病防治計劃的重要工作（行政院衛生署衛生統計資訊網，2007; 行政院衛生署國民健康局〔國健局〕，2003）。

糖尿病是國人很常見之中老年主要慢性病之一，根據國健局委託台灣公共衛生學會，於 2001 至 2002 年調查「台灣地區高血壓、高血糖、高血脂盛行率調查報告」即三高調查，15 歲以上民眾糖尿病盛行率為 7.5%，男性為 8.2%、女性為 6.8%。另調查結果得知糖尿病之盛

行率與發生率，均隨著年齡增加而有上升的趨勢（國健局，2003）。若依此數據推估，台灣地區有超過 134 萬以上的糖尿病病人。

同時，糖尿病是一種持續進展複雜的慢性疾病，會引起全身許多器官不可逆的病變，如大、小血管及神經等病變，產生腦血管疾病、冠狀動脈心臟病、腎臟病、視網脈病變、足部壞死等併發症，造成健保醫療沉重的負擔(翁瑞亨、徐瑞祥、謝玉娟，2002)。

根據全民健保估算，糖尿病一年的醫療照護支出約占全年健保支出的 12%（賴美淑、邱淑媿，2002）。值得注意的是，從 1996 至 2000 年這五年全國性資料分析，每年有將近 20% 糖尿病患者在一年中曾經住院，以住院人次計算的住院盛行率更高達約 30%（魏榮男、莊立民、林瑞雄、趙嘉玲、宋鴻樟，2002）。從 1998 年健保局資料得知，住院糖尿病患者的原因有 23.4%是因有關的疾病而住院。有 62.7% 是用在不甚相關的疾病及併發症，其住院天數也是非糖尿病患者的二倍（Lin, Chou, Lai, Tsai, & Tai, 2001; 潘文涵、傅茂祖，2003）。其實糖尿病如果控制得宜，不僅可以降低或延緩併發症的發生，也可如同正常人一般的生活，但如果沒有妥善治療或控制，則可能惡化甚至併發嚴重併發症（劉見祥、曲同光、陳玉敏，2002）。

由以上可見，糖尿病是一種盛行率高、發病率高、且影響國人健康且耗費健保資源的慢性疾病，也會縮短個人生命年數，導致病

痛、失能、和疾病上龐大負擔，以致在個人、家庭、社會和健保資源的經濟影響。如果能在有知的預防措施控制疾病的發展，它所引起的病變是可延遲或可以避免的。故如何透過疾病管理控制病情預防併發症亦顯重要。

1.2 研究動機

1989 年國家衛生政策在推動中老年防治計劃，把高血壓、糖尿病列為重點之個案管理，並於 1995 年推行全民健保成人預防保健服務，其中包括血壓、血糖、血脂之檢查（國健局資訊網，2006）。

依 2002 年國健局的調查研究發現，仍有 3 至 4 成的國人並不知道自己罹患糖尿病（國健局，2003），且糖尿病控制率僅 18% 左右，仍有大幅改善的空間。另一國內研究發現，多數糖尿病患者自我照顧行為欠佳，僅有三成左右病人曾經自行偵檢血糖或尿糖（蔡世澤，2002）。根據醫療經濟模式推測、若將控制欠佳、病情嚴重的個案比例，調降三分之一左右，便可減少 20% 糖尿病總支出（國健局，2002）。

雖現今衛生主管機關設有慢性病照護，如糖尿病護照、糖尿病共同照護網計畫等，但疾病的盛行率及醫療成本仍不斷攀升。慢性疾病個案必須長期耐心接受治療、改變舊有生活型態以及持續維持有效的自我照顧行為，以延緩疾病的進展及併發症的傷害，所以個案執行自

我照顧行為就益顯重要。此外亦應應強調病人持續性的自我照顧，這也是醫療團隊應有的共識（賴美淑、邱淑媿，2002）。

若要成功地管理長期慢性病，自我照顧是一個重要的因素。對慢性病患者而言，因疾病的特性及治療，患者需要特殊自我照顧，而有效的自我照顧不但可以成功控制疾病，且可避免症狀進行及惡化。公衛護理人員若能在糖尿病個案疾病的初期，瞭解到底哪些因素會影響自我照顧行為。並協助其執行，幫助個案早日建立良好的居家照顧模式，進而達到良好的血糖控制及預防併發症的發生。

本研究探討個人體認疾病對健康之影響，藉由學習自我照顧行為來控制疾病的現況，並探討在醫療尋求行為使用輔助及另類療法樣式及動機。期藉由本研究探討糖尿病個案自我照顧行為的現況及其相關因素，日後提供社區公衛護士管理個案衛生教育介入之參考。

1.3 研究目的

本研究主要目的為：

- <1> 探討糖尿病個案之社會人口學、疾病狀況、生活型態、疾病監測認知及醫療使用與自我照顧行為之關係。
- <2> 了解社區糖尿病個案自我照顧行為的預測因子。

第二章 文獻探討

本研究文獻查證共分為四節：第一節為台灣地區糖尿病流行病學及併發症、診斷、篩檢；第二節為糖尿病的生活型態；第三節為糖尿病的疾病監測認知；第四節為糖尿病的醫療使用；第五節為糖尿病的自我照顧行為。

2.1 台灣地區糖尿病流行病學及併發症、診斷、篩檢

2.1.1 台灣地區糖尿病流行病學

糖尿病在二十一世紀為全世界最重要的公共衛生課題之一，它的發生率(incidence)及盛行率(prevalence)在快速增加。據估計 1995 年全球糖尿病病人數為 1 億 3 千 5 百萬人(佔全球人口 4.0%)，預計至 2025 年將上升至 3 億人 (5.4%) (周碧瑟，2002)。

以台灣地區而言，糖尿病患者其中絕大多數為第 2 型糖尿病 (Type 2 diabetes) 亦稱「非胰島素依賴型糖尿病」(non-insulin-dependent diabetes mellitus, NIDDM)。1998 年中華民國糖尿病學會 (DiabCare) 針對 25 家大型醫院調查發現，其中第二型糖尿病佔 97.1%；2002 年中華民國糖尿病衛教學會 (Taiwanese Association of Diabetes Educator, TADE) 調查發現其 96.7% 為第二型糖尿病 (蔡世澤，2002)。

隨著老年人口增加及健保醫療的方便，也加速糖尿病盛行率增

長。依調查發現台灣糖尿病每年發生率約 1.0 至 4.0% (Tseng, Chong, Heng, Tseng, & Tai, 2000)。而另一研究其成人盛行率大約為 6%至 12%，每年發生率大約 1.8%；未被診斷出的盛行率大約為 4.0%；未被診斷出的民眾，也較易造成相關併發症的發生(Chou et al., 2001)。

根據台灣地區相關社區性流行病學研究顯示，1985 至 1996 年這十年間的盛行率介於 4.9%至 9.2%之間，葡萄糖耐受不良盛行率 (impaired glucose tolerance, IGT) 為 15.5% (男性為 15%，女性為 15.9%) (Chang et al., 2000)。從 2001 至 2002 年國健局調查顯示，國人 15 歲以上人口的高血糖盛行率為 7.5% (男性為 8.2%，女性為 6.8%)；且男女性之高血糖盛行狀況隨著年齡增加而增加，65 歲以上的男性就達 18.8%，女性為 22.8%，顯示老年女性罹患高血糖的盛行率較男性高；在年齡層的盛行狀況以 60 至 69 歲最高，各地區間的高血糖盛行率在 6%至 10% 之間。且愈往南部糖尿病之情形愈嚴重(國健局，2003)。

從糖尿病病史、空腹血漿糖及葡萄糖耐性試驗進行篩檢顯示，台灣地區 40 歲以上民眾糖尿病盛行率約為 11%至 13%，而 20 歲以上成年人盛行率則在 5%至 9%之間(周碧瑟，2002)。若以世界衛生組織依盛行率將糖尿病分為低盛行 (< 3%)、中盛行 (3—10%)、高盛行 (11-20%)、極高盛行 (> 20%) 之四類描述各地區糖尿病的流

行狀況，所以目前台灣 20 歲以上糖尿病盛行率屬中盛行率區域。

2.1.2 糖尿病併發症

糖尿病是相當錯綜複雜的全身性代謝疾病，所引起的慢性併發症除血糖過高外，亦加速血管硬化引起大血管病變，如中風及心臟冠狀動脈疾病，或者引起小血管病變，如腎功能衰退、視網脈病變甚至失明(Chang et al., 2000)。這些慢性併發症一但發生，常是不可逆性，而且會逐漸進行，終致完全器官功能喪失導致死亡。

其中的心血管疾病也是造成第二型糖尿病病患最常見的死亡原因，其所佔比率高達 66%（陳筱筠、鍾嫻嫻，2006）。此外第 2 型糖尿病病人罹患心臟血管疾病的風險較常人高出 2 至 4 倍，一旦發生心肌梗塞時，其 5 年存活率也較非糖尿病人為低。約 60~65% 糖尿病患者同時有高血壓情形，並有血脂異常流行率增加的現象。最常見之血脂異常為三酸甘油脂 (triglycerides, TG) 升高，而造成更高的心血管疾病風險（郝立智、楊純宜、吳達仁，2005）。

中華民國糖尿病衛教學會於 2002 年初的本土性調查。回收 5,055 名的個案顯示，其中有 64.9% 得糖尿病患者罹患高血壓、有 52.6% 糖尿病病患併發高脂血症。在所有病患中，尿酸偏高者有 40.7%；在各種嚴重併發症中以冠狀動脈病變 6.8% 最高、腦中風 3.9%、失明 1.5%、截肢 1.0%、末期腎病變 0.8%（蔡世澤，2002），

所以，糖尿病也是目前國人失明、截肢和尿毒症最重要的原因之一。

2.1.3 糖尿病的診斷

糖尿病的診斷標準，主要依據血糖值高低判斷。根據 1997 年美國糖尿病學會(American Diabetes Association, ADA)訂定的標準，符合以下任何一個條件，並經過再確定一次的檢查，即可診斷為糖尿病 (ADA, 2006)。

- <1> 出現糖尿病典型症狀（三多一少）多吃、喝多、多尿及體重減輕典型症狀（但是部份的患者在發病時並無典型症狀）。加上隨機血糖值(無論空腹與否，測得的血糖值即為隨機血漿糖值) $\geq 200\text{mg/dL}$ 。
- <2> 空腹血糖異常(impaired fasting glucose , IFG)，診斷標準為空腹血糖(fasting plasma glucose, FPG)至少 8 小時靜脈血糖值 $\geq 126\text{mg/dL}$ 。
- <3> 葡萄糖耐量異常(impaired glucose tolerance, IGT)，即口服葡萄糖耐量試驗 (oral glucose tolerance test, OGTT)，診斷方法為口服 75 公克葡萄糖 2 小時後的靜脈血糖值 $\geq 200\text{mg/dL}$ 。

美國糖尿病學會並於 2003 年修正糖尿病診斷標準(ADA, 2006):

- <1> 正常人:空腹血漿葡萄糖由 $< 110\text{mg/dL}$ 改為 $< 100\text{mg/dL}$ 。
- <2> 糖尿病前期個案(Pre-diabetes)：空腹血糖(FPG) 100-

125mg/dL，或葡萄糖耐量異常(IGT) \geq 140-199mg/dL。

<3> 糖尿病:空腹血糖值 \geq 126mg/dL，或葡萄糖耐量異常 (\geq 200mg/dL)。

2.1.4 糖尿病篩檢

糖尿病患在初次診斷有糖尿病時，有 20% 已發展為視網膜病變，5%至 10%已有神經病變或腎病變，因此有必要藉由篩檢前期糖尿病，以預防及治療。

早期診斷糖尿病的方法除了空腹血糖(fasting plasma glucose, FPG)篩檢之外，以隨機測的血糖 \geq 100mg/dL 時，加上 75 公克葡萄糖耐受測試，可積極早期診斷出糖尿病。另研究結果得知對於年紀超過 40 歲，收縮壓 \geq 130mmHg 或舒張壓 \geq 80mmHg，身體質量指數 \geq 27 是罹患糖尿病的高危險群(黃怡璵、陳建全、蔡綵景、郭啟文，2007)。

美國糖尿病學會建議篩檢方法最好使用檢測空腹血糖值，測量空腹血糖的好處是容易操作、快速執行、方便、經費花費少、病人接受度高(戴東原、莊立民，2003)。而葡萄糖耐量試驗可作為確定糖尿病的診斷(潘文涵、傅茂祖，2003)。針對於有高危險群或有糖尿病危險因子的族群(表 1) 進行篩檢計劃(ADA, 2006)。

目前研究顯示對糖尿病篩檢是低效益，故不建議做糖尿病篩檢。

根據專家建議：
<1> 40歲以上的人，應每三年做一次血糖篩檢。
<2> 若有一個或多個的主要危險因子時，則應於更年輕時且更頻繁的做血糖篩檢。
<3> 大於10歲的小孩，若 BMI > 85th percentile 同年齡性別（或體重 > 120% ideal body weight, IBW），且含二項或三項危險因子（一等親及二等親友第2型糖尿病家族史。為特定種族/民族有胰島素阻抗性相關証後，如黑棘皮症 (acanthosis nigricans)，高血壓、血脂異常、多囊性卵巢症候群）時，每2年做一次篩檢（戴東原、莊立民，2003）。

依2002年國健局調查得知，全人口中仍有三成至四成自己並不知自己有高血糖的問題。顯示許多糖尿病人不知自己有病，目前國內糖尿病初級的預防保健可從成人健康檢查及辦理社區整合性健康篩檢得知。如果空腹血糖值大於126mg/dL，就直接轉介相關的專科醫師治療（2003，國健局）。

表 1 第 2 型糖尿病的主要危險因子

糖尿病一等親家族史（父母、兄弟姐妹罹患糖尿病）

年齡超過 45 歲

體重過重（身體質量指數 $\geq 25\text{kg/m}^2$ ，亞洲標準為 23kg/m^2 ）

平常缺乏運動

種族/人種（如亞洲南方、加勒比海非洲人...等）

曾有空腹血糖異常或葡萄糖耐量異常

高血壓（成人 $\geq 140/90\text{mmHg}$ ）

高密度脂蛋白膽固醇 $\leq 35\text{mg/dL}$ 及三酸甘油酯 $\geq 250\text{mg/dL}$

曾有妊娠糖尿病或嬰兒體重超過 4.1 公斤

曾有心血管疾病史

多囊性卵巢症候群 (polycystic ovary syndrome, PCOS)

資料來源：American Diabetes Association, 2006.

2.2 糖尿病的生活型態

糖尿病是一種嚴重的健康問題，早期診斷出糖尿病前期個案，建立積極的生活行為改變策略，可以延緩或降低糖尿病之發生。

健康行為的執行可以促進慢性病患者的適應，且有助於減輕病人所承受的慢性病衝擊（胡月娟、林豐裕，2005）。此外，糖尿病是可藉由飲食、運動、體重控制及藥物等多管旗下獲得改善，是適合採行疾病管理照護之一種慢性疾病（劉見祥等，2002）。所以糖尿病患者日常生活中必須學會控制血糖及相關自我照顧行為，包括遵囑服藥、注意飲食控制、體重控制、增加身體活動量、足部照護等等照護工作（張媚，2003）。

根據美國糖尿病學會的實証醫學分級系統，將過去相關文獻一系列技術性評論，在分類為 A 級為有利的支持證據，顯示生活型態的調整專注在減低飽和脂肪和膽固醇的攝食、減重、增加運動，在糖尿病患者已顯示可以改善血脂質（郝立智等，2005）。健康相關的飲食行為與運動行為自我效能較佳者，較有正向的自覺健康狀況和較正向的健康生活型態（邱啟潤、柯任桂，2000）。所以健康生活型態介入則可能比藥物治療效果更好、無副作用、而且可以同時減少心血管疾病的危險因子（陳筱筠、鍾嫻嫻，2007）。

研究證實，運動可增加胰島素敏感度、改善血糖控制、幫助減輕

體重及降低死亡率（鄭綺，1999）。短期有氧的規律運動介入，對於糖尿病患者之血糖控制、血液生理指標及體適能都有顯著得改善（趙明玲、林伶利、余秋霖、方郁文，2007）。另一學者研究發現國內糖尿病患者的運動量仍是不足（鄭綺，1999），所以平時養成規律運動的習慣，每週至少三次以上（最好每天）的中等強度有氧運動 5.5MET (Metabolic Equivalent)，每日運動時間應累積達 30 至 60 分鐘，每週消耗能量應達 500 Kcal 以上（張瑞泰、林健民，2007）。

依國健局 2002 年調查國內糖尿病患者，有習慣運動者為 24.4%，多數糖尿病患者並未執行運動行為。如何增加執行運動行為，找出家人或病友的社會支持力量，促使個案行為的改變，建立一諮詢管道，讓個案隨時可找到真正有幫助的資源，有助永續執行規律運動的生活型態（黃秋玲、唐善美，2007）。

體重控制得當並減少飲酒，可使血糖獲得控制，可改善第二型糖尿病的狀況（王理、蘭久娜、吳唯雅、陳智凱、汪淑娟，2007）。而糖尿病的死因中，有 75% 是與動脈粥狀硬化有關，戒菸可預防發生心臟血管疾病，因糖尿病病人的心臟血管疾病死亡中有 65% 歸因於糖尿病與吸菸的交互作用，吸菸的糖尿病病人比未吸菸的糖尿病病人有較高的心臟血管疾病發生率、再發率及死亡率（曾慶孝，1999）。所以要控制疾病避免併發症就是要改變生活習慣，包括體重的控制、規律

的運動、戒菸、限制酒精攝取、避免高碳水化合物食物攝取。

2.3 糖尿病的疾病監測認知

一個人判斷自己愈有能力去執行某種行為時，就愈會去執行該項行為。藉此，可促進病患發展自我管理技能，進而達成自我照顧目標，亦更接近對病人賦權充能(patient empowerment)之觀念與作用（吳淑芳、李玉嬋、張嘉容，2007）。

期使患者能獲得充足的資訊後就可對自己的糖尿病照護做決定。因為大多數患者有責任為其糖尿病日常照護做決定，個人同時經歷疾病及承受治療結果，所以他有權利也有義務成為日常照護的決定者，同時也要對治療成效負責（張媚，2003）。糖尿病患者擁有賦權充能及疾病的知識，儘管疾病的進展但仍可以維持血糖控制(Adolfsson, Walker-Engstrom, Smide, & Wikblad, 2007)。專業人員的互動關係也會影響自我照顧行為，個案如果接受更多有關糖尿病知識，較能將醫療建議與生活型態配合（林冠品，2004）。

對於糖尿病患者除教授知識外，也需學會控制血糖及相關自我照顧行為，包括遵醫囑按時服藥、注意飲食控制、體重控制、增加身體的活動量、足部護理之照護工作（劉淑娟，1999）。糖尿病個案對飲食運動的認知越好，有助於空腹血糖、糖化血色素、總膽固醇及高密度脂蛋白膽固醇的控制。飲食控制及運動態度越正向，其總固醇及低

密度脂蛋白膽固醇越能下降，且遵從行為愈好，則平均動脈壓越能下降（黃秋玲、陳淑芬、唐善美、戴研光，2006）。所以有效控制疾病的發展，則個人擁有疾病的知識及技能越多，就愈有能力去執行疾病監測的自我照顧能力。

2.4 糖尿病的醫療使用

從多元醫療體系來看，老年人的求醫行為在決定中西醫療法時，雖然中西醫均信者很多，但求醫時仍大多以西醫為主（劉淑娟，1998）。

根據調查，台灣地區約有 4% 的人口罹患糖尿病，推算目前全台應有將近一百萬名以上的糖尿病萬者。但是健保資料顯示，用藥患者約有七十餘萬人，扣除一成左右病情輕微不需用藥者後，尚約有兩、三成病人不知自己有糖尿病，所以未就醫（蔡世澤，2002）。以 2001 年國健調查(National Health Interview Survey, NHIS)顯示，有 86% 的女性和 77% 的男性都知道有糖尿病，但有 24% 的女性和 28% 的男性並未服用藥物治療(Chang, Chiou, Lin, Lin, & Tai, 2004)。故須加強國民健康預防保健，早期發現糖尿病並給予適當治療及介入照護，不但能減少日後併發症發生，及維持糖尿病病人日常生活品質，及降低健保醫療的支出。

根據健保局 1998 年資料統計，一年的健保醫療總支出佔當年全國

醫療總支出的 11.5%，其中 60.8%用於門診，糖尿病病患門診次數(2.2 倍)、住院機會(4.4 倍)及住院天數(2.2 倍)較多且較長。換算每位糖尿病病人的健保醫療花費，是無糖尿病者的 4.3 倍。從健保資料分析糖尿病患者醫療照護人數佔所有被保險人的 2.62 倍。門診病人中，有 6.2%為糖尿病，其就醫次數只有住院病人的四份之一，而有四份之三的糖尿病病人是因併發症就醫(Lin et al., 2001)。

以台灣地區從 1996 到 2000 年糖尿病就診人數，就增加 35.8%，男女性的粗盛行率分別增加 34.6%與 28.6%，主要增加的糖尿病人口年齡層分布是在 40 歲以上。另分析統計得知，男性住院率為 18.6%至 20.0%，女性住院率 16.5%至 17.8%，在住院率與住院盛行率女性都比男性低(魏榮男等，2002)。

2.4.1 糖尿病其他療法使用

目前台灣地區的醫學服務仍以西方醫學為主流，但民眾尋求治療時，可能會因健康與疾病採用多種方式。當人們經驗到症狀時，通常會先評定是否為疾病，而採取行動開始求醫接受治療，且個人會評值自我照顧與專業治療的效果。

自我照顧時自己買藥草、補品或以冷熱的觀念來調整飲食；專業的部份包括中、西醫師及護理人員與藥師等，民俗的部份包括俗世與神聖兩種，前者指藥草師，後者指童乩或道士(蔣欣欣、盧孳艷，1996)。

丁志音指出在使用補充與另類療法(Complementary and Alternative Medicine, CAM)則因個人的健康狀況及健康關切有極強的關係，包含為了預防、治療疾病或促進寧適而使用，並分有四類範疇

- <1> 物質攝入及吸收:中藥、草藥、生機飲食、健康食品、特殊飲食、芳香療法；
- <2> 以外來力量操弄身體部位，屬物理性治療:包括按摩、推拿、整脊、刮痧、拔罐、針灸、水療；
- <3> 體能活動及身心靈的修持與調和（簡稱身心靈活動）:包括與宗教無關的太極拳、內外丹功、氣（運）、瑜伽、靜坐、冥想、或其他運動；或與宗教有關的祈求、唸佛經、看聖經；
- <4> 超自然調控:與宗教有關，但此類療法須通常需透過一位媒介者與超自然溝通，包括風水、算命、乩童、收驚、道士儀式（丁志音，2003）。

從 1990 至 2006 的文獻可知糖尿病患者在使用 CAM 的盛行使用率為 17% 到 72.8%之間，而最常使用的方法為保健食品攝取、營養攝取、草藥、心靈療育和放鬆技巧。而會影響 CAM 的使用與年齡、糖尿病的罹患期間及合併症與自我血糖的監控有關(Chang, Wallis, & Tiralongo, 2007)。

近幾十年來人蔘是很常見的藥用植物，在亞洲地區與美國對於人蔘製品的根莖、葉及果實在治療糖尿病是有潛在的療效，它不僅可以增強 β 細胞的功能與胰島素的敏感而延緩疾病(Xie, Mehendale, &

Yuan, 2005)。在改善糖尿病的治療也往往忽略心理方面，有研究指出催眠在糖尿病可以控制血糖及減少周圍血管合併症，但這仍需更多的探討(Xu & Carden, 2008)。另一項臨床研究對糖尿病患者攝取補充鉻、鎂、抗氧化劑的保健食品，可以增強胰島素的活性及新陳代謝且沒副作用，不過疾病控制在均衡營養飲食的攝取還是比較重要(Guerrero-Romero & Rodriguez-moran, 2005)。營養師與藥師也應提供健康食品安全有效的衛教資訊，並阻止無效的產品及潛在危險性與藥物的交互作用，而缺乏療效的製品除了金錢的花費也會延遲疾病的治療(Geil & Shane-McWhorter, 2008)。

透過良好的醫療及照護，可有效預防及延緩糖尿病人併發症的發生，醫療服務對於糖尿病的防治非常重要，定期監控血糖與藥物治療，並可防止糖尿病惡化及併發症的發生（王理等，2007）。

2.5 自我照顧行為

糖尿病患者因其個人的生活習慣、特質、家庭背景及支持系統的不同，往往有很大的個別差異。老年患者平均罹患三種慢性疾病，有多重用藥情形且遵囑醫療性較差，種種這些因素常皆會影響到患者的自我照護行為（劉棻，2006）。另研究發現自我照顧行為可預測第二型糖尿病生活品質之重要因素(Huang & Hung, 2007)。研究指出自我效力的信念與自我照顧行為有關，擁有自我效力較高者，較能

妥善處理糖尿病的自我照顧活動（張峰紫、林秋菊，1997；陳滋茨、張媚、林艷君，1998；王璟璇、王瑞霞、林秋菊，1998a）。

2.5.1 自我照顧行為概念定義

世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 於 1983 年指出自我照顧為個體基於對健康的定義，如何促進健康、了解健康的危害因素，以及當健康受損時應如何處理，個體對於健康的維持是主動的，自我照顧也是自己的責任與義務。

自我照顧的概念在許多專業領域有不同的定義，自 1976 年此概念在各學門如醫療、護理、心理學、社會學、健康教育學等之重視與發展(Gantz, 1990)。社會學領域的(Dean, 1986)定義為決定對症狀不做任何處理，自我決定症狀的治療方式，或是對有關治療尋求建議等之個人行為。所以包含通俗的、專業的以及另類的照顧網路諮詢以及根據諮詢過程的建議所採取的行為評價或決策。

護理領域中，Orem 將自我照顧定義:成熟的個人為了維護自己的生命、健康以及幸福安適，在其生活環境的情境中發展能力，以從事照顧自己的活動。在治療性自我照顧需求，使用有效得自我照顧行動，以達到自我照顧需要，例如當個人被診斷有糖尿病時，則個人就有控制飲食、檢視其血糖等特別的自我照顧需要（杜友蘭，2004）。

在護理專業自我照顧的概念中，強調的是健康促進，是其健康照

顧的主流，個人被視為主動的個體(active beings)，專業照顧乃在補足自我照顧不足的部分；而非自我照顧要補足專業照顧的不足（王秀紅，2000）。

自我照顧行為不僅是個人的行為，也擴及到團體的健康活動，而活動包括個人和環境的照護、營養、運動、藥物、預防措施、治療(Lipson & Steiger, 1996)。國內護理學者，對自我照顧概念之定義整理有四點：
<1> 是有意識且為深思熟慮的行為； <2> 始於個體本身主動之自我決策的過程； <3> 運用內、外在資源； <4> 其目標是為了加強目前及未來之整體性健康及安適（劉惠瑚、陳玉敏，2004）。

王秀紅（2000）整理對自我照顧的概念及其在國內護理研究之應用。可知自我照顧是一種從醫學(medicine)轉移到健康(health)，從治療(cure)到預防(prevention)，以及從醫療照顧(medical care)到自我照顧(self-care)的健康照顧模式。並歸納有六點：<1> 自我照顧是一種學習的過程。<2> 個人的自我照顧歷經其整個生命過程； <3> 自我照顧是有目的的行為； <4> 自我照顧是達到高度健康的一種方法與技巧； <5> 自我照顧融合了健康促進的觀點； <6> 個案與健康專業人員在自我照顧的活動中維持一種平行的關係。

綜合以上可發現自我照顧是個體的責任與義務，是採主動的角色，個人在歷經疾病過程中體認其行為對健康有影響力，願意學習相

關的照護以達控制疾病恢復健康。

2.5.2 糖尿病與自我照顧行為國內相關研究

陳滋茨等(1998)研究某醫學中心糖尿病患者 66 名，探討自我效能、社會支持與糖尿病病人居家自我照顧行為之相關行為，結果顯示在總自我照顧行為以「用藥自我照顧行為」得分最高，其次是「定期檢驗血糖」，而「飲食自我照顧」得分最低。結果能預測及解釋自我照顧行為的重要變相包括：總自我效能、規律用藥自我效能、規律運動自我效能、定期檢驗血糖自我效能，罹患糖尿病年數、年齡及教育程度。

林冠品(2004)探討與公衛護士互動關係感受、疾病知識、疾病態度與糖尿病自我照顧行為的關係，以高雄市八區衛生所列管之非胰島素依賴型糖尿病 143 名為研究對象。研究結果顯示在自我照顧行為之中，以飲食自我照顧行為最高，而足部護理自我照顧行為最低。結果也發現性別、教育程度、社經地位在自我照顧行為有顯著差異，而婚姻、職業、有無其它疾病在自我照顧行為沒有顯著差異，而糖尿病個案疾病知識越高其自我照顧行為越好，顯見疾病知識是影響自我照顧行為的重要預測因子之一。

另一研究探討第 2 型糖尿病患者血糖控制之自我管理模式，選取 31 未控制不良和 35 位控制良好之第 2 型糖尿病患為對象，以半結

構性深度訪談方式，研究發現：血糖控制良好與體重和教育程度以及患者自我管理行為有關，血糖控制良好與不良病患在執行口服藥物治療及飲食控制上有顯著不同（莊嬌榮、鄭綺、林佳靜、林宏達，1999）。

蔡世澤等(1994)探討胰島素依賴型糖尿病病患之自我照顧，發現自我照顧較好者其糖化血色素較低，而有關糖尿病知識越多者，其糖化血色素值越低。研究也顯示，即使自我照顧遵從行為良好的糖化血色素平均值亦達 10.0%，而遵從行為不佳者亦達 13.7%，但在正常的糖化血色素平均值為 4%至 6%，顯示疾病控制管理還是要加強，研究中得知自我照顧與較高的知識可以控制糖尿病。

章淑娟與傅振宗(2004)針對花蓮縣糖尿病照護品質病患成果評估及其預測因子，在自我照顧行為中其用藥最好，其次是特殊飲食，以自我監測血糖行為最差，且大部分病患未獲相關足部自我照護和自我監測血糖的衛教。

探討社區非胰島素依賴型糖尿病患者之家庭功能與自我照顧行為，以台北市北投區衛生所建卡的糖尿病個案 60 人為研究對象，採結構式問卷採家庭訪談方式收集資料，研究結果得知，藥物與血糖監測做得最好，運動自我照顧行為得分最低，其次為飲食自我照顧行為。研究也發現，家庭型態對自我照顧行為亦有影響，其中飲食、藥物與血糖監測及高、低血糖的預防及處理等自我照顧行為，核心家庭

比折衷家庭好。其罹病年數越久的個案，在自我照顧行為方面越好，尤其在足部自我照顧、高低血糖的預防及處理方面亦呈顯著差異。整體的家庭功能對自我照顧行為具有重大影響，可解釋自我照顧行為變異量的 24.6%（樓美玲、李怡娟、葉明珍、張彩秀，2004）。

王璟璇等(1998a)研究高雄某一醫學中心 130 位糖尿病患者以結構式問卷調查，研究結果高、低血糖的預防及處理自我照顧及足部自我照顧得執行最差。飲食控制與血糖值有相當的影響關係，病患的社會支持愈好則糖化血色素質越低，無宗教信仰者的糖化血色素值較有宗教信仰者為低。在宗教信仰、飲食自我照顧行為可解釋 13.6%糖化血色素質的變異量。

綜合上述文獻，糖尿病自我照顧預測因子有：總自我效能、規律用藥自我效能、規律運動自我效能、定期檢驗血糖自我效能、罹患糖尿病年數、年齡、教育程度、疾病知識、家庭功能、宗教信仰、飲食皆為自我照顧重要預測因子。

2.5.3 服藥堅持度行為及影響因素

慢性病的特徵是罹病永久性的，會不斷復發，有不可逆性的病理變化，需要持續性醫療治療。規則性服藥是最需要遵從的醫療行為，但慢性病患者不遵從的情形卻普遍存在（胡文郁、曾春典、戴玉慈、余玉眉，1996）。劉淑娟(1996)提出，當個人感受罹患某疾病的可能性

及疾病可能造成的傷害或干擾越高時，採取的健康行動動機越高，個人遵從醫療的行為越高，個人遵從醫療的行為越高，同時個人在採取健康行為時會評估遵從此項行為的利益與障礙，利益越多、障礙越小，遵從性越高。

另研究指出高血壓患者最常發生的不遵從服藥行為是更改時間、停止或間斷服藥及減少服藥次數，其發生頻率平均一星期約 2 至 3 天，而加強患者服藥後副作用衛教及觀念澄清，以及親友的支持對老年人服藥都是具有正向且直接的影響（胡文郁、戴玉慈、于博芮、于玉眉、曾春典，1999）。

劉淑娟(1996)訪談 631 位慢性病老人，瞭解慢性病老人服藥遵從行為，研究發現罹患慢性病老人的生命態度對服藥遵從行為最具預策力，老人覺得人生越有意義，越遵從服藥，對人生越絕望，越不可能遵從服藥。另研究指出健康信念、服藥次數、教育程度、經濟狀況、用藥的便利性、可近性、效果、社會支持性等等與服藥遵從行為有密切關係。

第三章 研究方法

3.1 研究架構

本研究主要探討研究對象社會人口學、疾病狀況、生活型態、疾病監測認知、醫療使用與自我照顧行為之相關，以及探討各變項在自我照顧行為重要之預測因子（圖 3.1）。自我照顧行為量表包括服藥堅持行為、血壓、血糖值監測紀錄、運動行為、健康資訊資源及飲食行為。

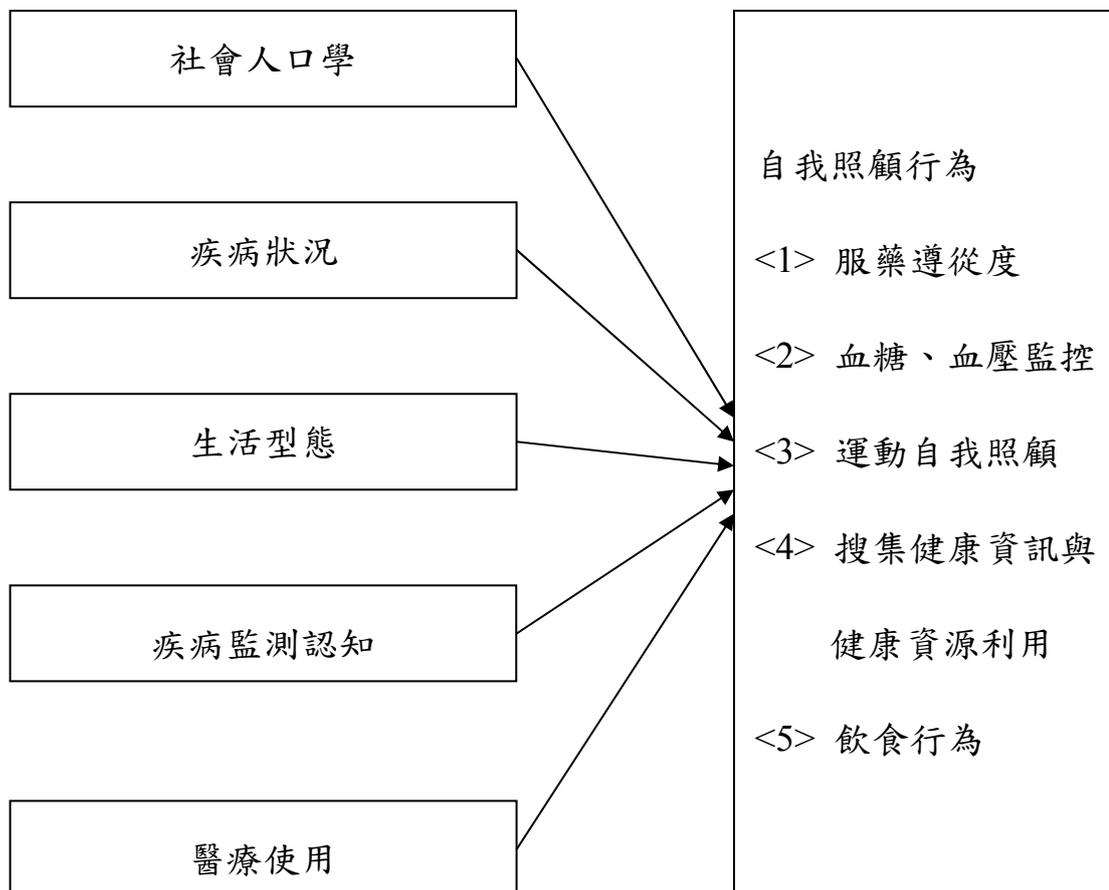


圖 3.1 問卷研究架構

3.2 研究假設

依據研究目的及研究架構，提出研究假設如下：

- <1> 糖尿病個案的社會人口學（性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、家庭型態、社經地位、宗教信仰）、疾病狀況（罹病期、其他慢性疾病、家族疾病史、遵囑服藥）生活型態（喝酒、吸菸、嚼檳榔、服用中藥、養寵物、參與社區團體活動、運動行為、參與社區運動團體）、對疾病監測認知及健康影響（血壓、血糖、血脂認知、定期量血壓、抽血測血糖、搜集健康資訊、疾病對生活影響程度、自認健康狀況）、醫療利用及其他療法利用（就醫狀況、住院狀況、另類療法、購買藥品或健康食品），在自我照顧行為會有顯著差異。
- <2> 社會人口學、疾病狀況、生活型態、疾病監測認知及健康影響、醫療使用為預測自我照顧行之因子。

3.3 名詞界定

3.3.1 糖尿病

本研究所指的糖尿病個案依據美國糖尿病學會 1997 年發表之糖尿病診斷標準，禁食血漿血糖值大於或等於 126mg/dL 或服用降血糖藥物來定義高血糖。以禁食血漿血糖值在 110 至 126mg/dL 之間，且未服藥的人，定義為葡萄糖耐量異常(impaired glucose tolerance, IGT)，而禁食血漿血糖值在 110mg/dL 以下者，則為正常血糖者。而另以糖化血紅素 ≥ 6 為不正常組，而以糖化血色素 < 6 為正常組。

由於糖尿病個案於罹病初期在血糖控制及學習各種糖尿病日常生活照顧方面，需經一段時間才能趨於穩定及熟悉（王璟璇等，1998b）。故本研究納入糖尿病個案的罹病期需大於六個月以上者。

3.3.2 自我照顧行為

- <1> 操作性定義：指個案日常生活中其執行健康生活型態、規律運動、收集健康資訊或參加相關健康講座、飲食節制、遵囑用藥、醫療使用、定期檢驗血糖及測量血壓的行為。其目的在於維持與促進健康所採取的自我照顧活動。
- <2> 概念性定義：Orem 於 1991 年提出的自我照顧理論(self-care theory)，為個人照顧自己的活動，包括維持生命、健康及

祥和安寧的狀態。個人的年齡、性別、生長、發育、健康狀況、社會文化背景、家庭系統及生活系統等。這些因素會影響到自我照顧的能力。對於治療性自我照顧需要，有效的自我照顧行動，可以達到維持生命和健康（杜友蘭，2004）。

3.4 研究對象及實施時間及地點

本研究採橫斷式調查研究法，研究群體為嘉義縣梅山鄉糖尿病個案，梅山鄉土地總面積約 120 平方公里，全鄉共 18 個村，因地形特殊可分涵蓋了丘陵區、淺山區和深山區的三種不同地形。丘陵區 6 村人口稠密為主要行政地區，淺山區 5 村於半山腰海拔約 6 百至 1 千公尺（鄉鎮發展綱要計畫資訊網，2008）。梅山鄉 96 年的年中男性人數為 11,923 人（53.17%），女性為 10,500 人（46.83%），總人口數為 22,423 人（附錄 D）。

糖尿病個案來源：

來源一：參加 2005、2007 年嘉義縣梅山鄉複合式健康篩檢民眾有 1465 人，篩選出禁食血漿血糖值 $\geq 126\text{mg/dL}$ 者有 129 人，通知前往社區巡迴醫療或門診醫療做成人健康檢查；如是糖尿病確診個案並進行問卷調查。

來源二：參加 2007 年 10 月至 2008 年 1 月成人健康檢查者有 290

人，篩檢確診糖尿病個案有 41 人。進行一次面對面問卷

訪談以收集資料。

問卷糖尿病個案須符合下列條件：

<1> 禁食血漿血糖值 $\geq 126\text{mg/dL}$ 之個案並經專科醫師診出

患有糖尿病。

<2> 經診斷糖尿病時間大於六個月以上。

<3> 年齡為 40 歲以上。

<4> 意識清楚者，可用言詞表達溝通無礙。

<5> 能自行自我照顧者。

<6> 未參與糖尿病共同照護網與衛生所管理者。

問卷收集時間從 2007 年 10 月至 2008 年 1 月。訪談地點依個案

方便性選擇衛生所醫療門診、社區巡迴醫療、家庭訪問。

3.5 研究工具

本研究以結構式問卷收集資料，依據研究目的及相關文獻擬定問卷內容（附錄 A）。問卷內容包括：

- <1> 個人基本資料：此部分收集個案社會人口學資料包括性別、年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、同住狀況、家庭型態、社經地位、就業狀態、主要經濟來源。社經地位指標，依據職業及教育程度二因素換算成社經地位，職業類別細目如附錄 B。家庭型態定義依據行政院主計處如附錄 C。
- <2> 疾病概況：包括罹病期、有無其他慢性疾病、家族疾病史、疾病史家屬身分、服藥狀況。罹病期間是以個案經由醫師診斷出的糖尿病至受訪日止之罹病年數。慢性疾病是經由醫師診斷出的慢性疾病。服藥行為定義是以這半年來服藥狀況。
- <3> 生活型態：包括最近半年喝酒、吸菸、嚼檳榔情形；是否完全素食；過去 3 個月內是否服用中藥；最近半年是否飼養寵物；平時是否有參與社區團體活動；執行運動的方式；參與社區團體運動。
- <4> 對糖尿病的監測認知：收集對血壓、血糖、血脂控制值的認知。認知標準控制值是依據 2005 年 Diabetes Care 血壓為收縮壓 <130mmHg 且舒張壓 <80mmHg，血糖控制值為禁食血漿血糖值在 80 至 120mg/dL 者，總膽固醇為禁食血清膽固醇 <

200mg/dL。收集監測定期量血壓行為、至醫療院所抽血做血糖檢查、蒐集健康資訊行為、疾病對生活狀況影響程度以及自評健康狀況。

<5> 醫療利用及其他療法利用情形:包括身體不舒服時最常去就醫場所,最近半年內是否因糖尿病至醫療院所看診、最近半年內是否因糖尿病住院治療情形及半年內曾以另類療法來改善疾病,與半年內是否購買藥品或健康食品。本研究定義之使用另類療法指的是除西醫外的治療。

<6> 自我照顧行為量表:自我照顧量表部分參考(王璟璇、王瑞霞、林秋菊,1998b)翻譯整理 Hurley 與 Shea (1992)所發展的量表(Diabetes Self-Care scale, DSC)、參考相關疾病防治手冊及工作實務經驗擬定內容。引用王璟璇等(1998b)的題目:運動自我照顧第8題:(即使再忙,都會抽出時間運動);藥物與血糖監測第2、3、6題(會按照指定劑量、時間服藥、出門在外會按時服用藥物、每次測量的血壓或血糖結果記錄下來)。量表採五點計分,依執行各項行為情形勾選,17題為正向計分,1題為反向計分;事後必須採以反轉計分。計分由從來沒有(1分)、不常有(2分)、一半有一半沒有(3分)、很常有(4分)、一直都有(5分)。此量表為18題之結構性自填式量表,得分範圍從18

分到 90 分，分數愈高，表示自我照顧行為愈好。其內容包括：

- (1) 服藥遵從行為:遵囑服藥行為 (第 1、2、3、4、5 題)。
- (2) 血糖、血壓監控:執行監測血糖、血壓值並紀錄行為(第 6 題)。
- (3) 運動自我照顧:執行及維持規律的運動習慣行為(第 7、8 題)。
- (4) 搜集健康資訊與健康資源利用:蒐集病情相關資訊及參與健康講座 (第 9、10 題)。
- (5) 飲食行為:遵守飲食原則及用餐注意事項(第 11、12、13、14、15、16、17、18 題)。

3.6 研究工具之信度與效度測定

由研究者參考文獻及實地訪談個案結果擬定初稿問卷，本研究結構式問卷在進行實際訪談前，經兩名家醫科醫師、一名護理教師及一名衛生單位公衛背景檢視後修訂。預試(pre-test)於醫療門診抽樣 14 名個案進行，目的為修正問卷之字體及版面、問卷結構、順序及題目之清晰度，進一步了解訪談過程中可能遭遇之境問題與花費時間。本研究問卷之信度採用內在一致性檢定，以總量表與各分項對總項(item total)相關係數之信度及變相間聚集的效果。使用 Cronbach α 值驗證表的內在一致性，以正式收案 97 名糖尿病個案，檢測自我照顧行為總量表 Cronbach α 值為 0.82。

3.7 資料收集步驟

本研究採用橫斷式設計，正式收案時，通知複合式健康篩檢出禁食血漿血糖值 $\geq 126\text{mg/dL}$ 者；於社區巡迴醫療或醫療門診複檢，另於醫療門診成人健康檢查篩檢出糖尿病個案。經取得個案同意後，每位個案訪談時間 30 至 40 分鐘，訪談結束後皆贈毛巾一條(圖 3.2)。問卷回收整理後將資料編碼輸入電腦。

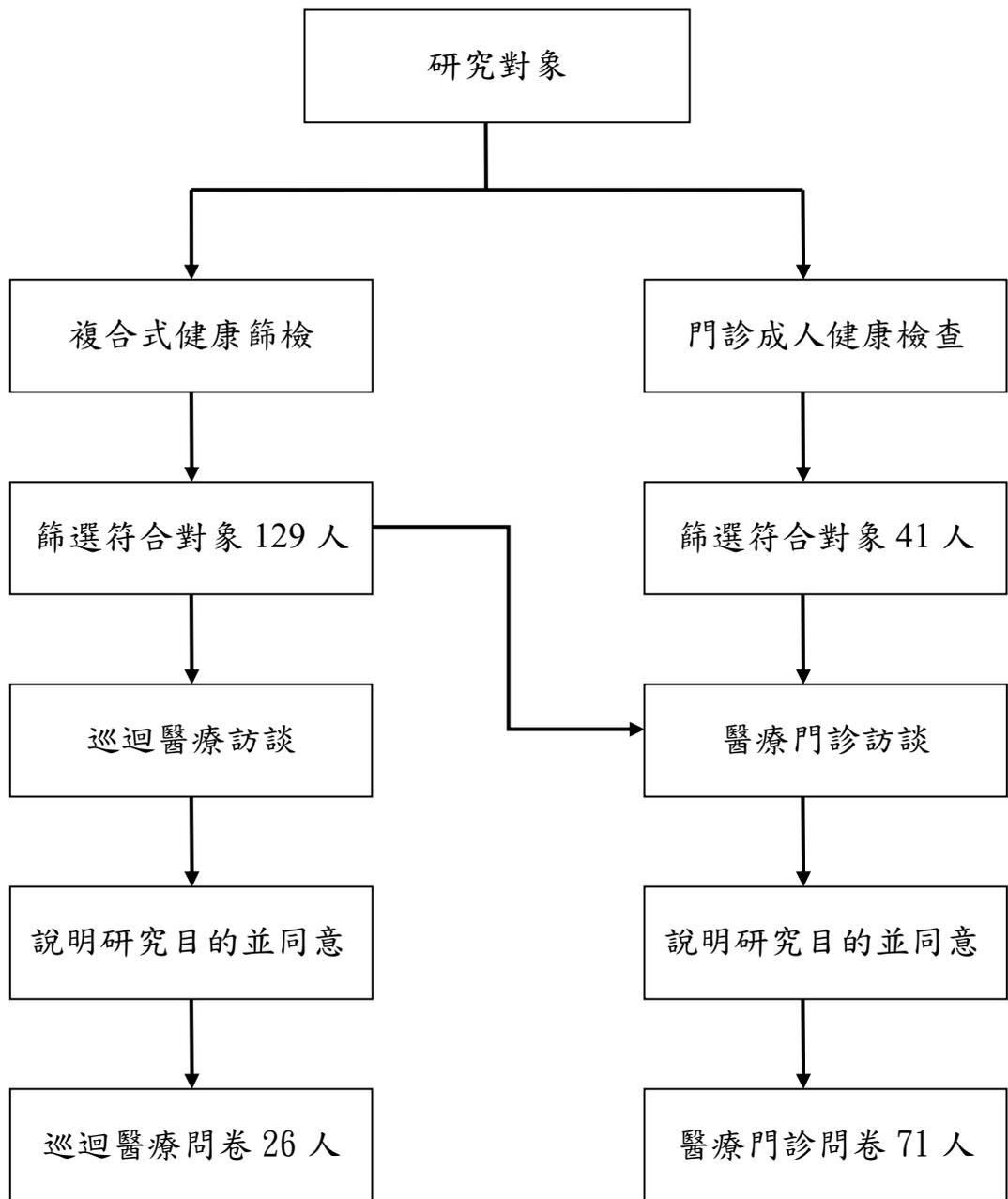


圖 3.2 收集問卷流程

3.8 資料處理及統計分析

本研究所收集資料以 SPSS for Windows version 12.0 (Statistical Products and Service Solutions Inc., Chicago, IL, USA) 中文版套裝統計軟體進行資料分析。主要統計方法包括描述性統計、t 檢定、單因子變異數分析(one way ANOVA)、逐步複回歸分析(stepwise multiple regression)分析法，分析過程內容為下：

<1> 描述性統計

- (1) 社會人口學、疾病狀況、生活型態、對疾病監測認知、醫療使用類別變項以次數分配、百分比來描述。等距資料以平均值、標準差、最小值、最大值描述。
- (2) 自我照顧行為量表及其各項得分，以平均值、標準差、最小值、最大值、指標分數描述自我照顧程度。指標分數為量表得分平均值乘以 100，再除以最高可能得分。

<2> 推論性統計

- (1) 以自我照顧量表總分為依變項，以單因子變異數分析(ANOVA)有無顯著性，若 ANOVA 之結果是顯著差異則再以薛氏(Scheffé's Method)做進一步分析組間之差異。比較變項超過二組時採用 ANOVA 分析，否則使用 t 檢定分析。

1. 比較社會人口學特徵：年齡分兩組；40 至 64 歲及 65 歲

以上。教育程度分為兩組；小學以下及國中以上。婚姻狀況分為兩組：有配偶及無配偶。主要經濟來源分兩組：為自己薪水所得與退休金及家人資助或補助津貼。宗教信仰分為兩組；無與有宗教信仰。將社經地位第 I、II 組歸類為高社經地位，第 III 組歸類為中社經地位，將第 IV、V 組歸類為低社經地位。

2. 疾病狀況：罹病期間歸類為 5 年以下、6 至 10 年、大於 10 年以上與不清楚。服藥情形歸類為按時服藥、未按時服藥及沒服藥。
3. 生活型態：喝酒、吸菸、嚼檳榔，歸類有與沒有。
4. 疾病的監測認知：血壓、血糖、總膽固醇歸類二組：不知道及不正確，與正確組。疾病對生活影響程度歸類兩組：沒任何及很少影響為一組、偶爾及經常有影響為一組。健康狀況歸類為三組：很差與差、普通、良好與非常好。定期量血壓的行為歸類三組：沒有量、很少量每月少於一次與每月少 1-3 次、每週 1-2 次與每天量。抽血做血糖檢查歸類四組：沒有、一年一次與半年一次、三個月與二個月一次、至少每月一次。
5. 醫療使用：就醫次數歸類三組：沒就醫、就醫 1 至 2 次、

就醫 3 至 4 次與 5 至 6 次與 7 次以上為一組，其他自變項歸類為沒有與有。

(2) 逐步複回歸分析：檢定影響糖尿病個案自我照顧行為得分的預測因子，以自我照顧行為量表總分為依變項，分別置入統計上達顯著性的自變項，變項為類別變項的部份，轉換為虛擬變項(dummy variable)。進行逐步複迴歸分析以前，將所有變項進行相關矩陣與共線性之獨立判斷。選擇方法以向前選擇法(forward selection)。

1. 將檢定變項性別以 0 代表女性，1 代表男性。年齡以 0 代表 40 至 64 歲，1 代表 65 歲以上。婚姻狀況以 0 代表無配偶，1 代表有配偶。主要經濟來源以 0 代表工作所得及退休金，1 代表家人資助與老農津貼。社經地位以 0 代表低社經地位，1 代表中高社經地位。宗教信仰以 0 代表無宗教信仰、1 代表有宗教信仰。家庭型態轉換為虛擬變項，家庭型態 1 以 1 代表獨居，0 代表 3 代家庭；家庭型態 2 以 1 代表夫婦 2 人家庭，0 代表 3 代家庭；家庭型態 3 以 1 代表單親家庭及核心家庭以及祖孫 2 代家庭，0 代表 3 代家庭。

2. 檢定變項有無慢性疾病、家族疾病史皆以 0 代表無，1 代

表有。服藥狀況與罹病期皆轉換為虛擬變項。服藥狀況 1 以 1 代表按時服藥，0 代表沒服藥；服藥狀況 2 以 1 代表未按時服藥，0 代表沒服藥。罹病期 1 以 1 代表 10 年以下，0 代表不清楚；罹病期 2 以 1 代表 11 年以上，0 代表不清楚。

3. 檢定變項的喝酒、吸菸、嚼檳榔、完全素食、服用中藥、養寵物、參與社區活動、運動行為、參與運動團體皆以 0 代表無，1 代表有。
4. 檢定變項中的血壓、血糖、血脂正確控制值認知，以 0 代表不知道及不正確、1 代表正確。主動搜集健康資訊以 0 代表從不如此、1 代表會搜集健康資訊。疾病對生活影響程度以 0 代表沒任何影響與很少影響，1 代表偶爾與經常有影響。變項中的血壓監測方式與抽血檢查血糖、健康狀況皆以轉換為虛擬變項。血壓監測方式 1 以 1 代表沒有量，0 代表每個禮拜 1 次與每天量；血壓監測 2 方式以 1 代表每月少於 1 次及每月 1-3 次，0 代表每個禮拜 1 次與每天量。檢查血糖 方式 1 以 1 代表沒有檢查血糖，0 代表至少每月 1 次；檢查血糖方式 2 以 1 代表一年 1 次與半年 1 次，0 代表至少每月 1 次；檢查血糖方式 3 以 1 代表 3 個月 1

次與 2 個月 1 次，0 代表至少每月 1 次。健康狀況 1 以 1 代表很差與差，0 代表良好與非常好；健康狀況 2 以 1 代表普通，0 代表良好與非常好。

5. 檢定變項中的就醫狀況、住院情形、另類療法、購買藥品及健康食品皆以 0 代表無，1 代表有。



第四章 研究結果

本研究皆以面對面一次訪談完成問卷。統計完成訪談有效問卷為 97 份。其中糖尿病個案 31 名、糖尿病合併高血壓個案 32 名、糖尿病合併高血脂個案 19 名、糖尿病合併高血壓合併高血脂個案 15 名。問卷地點於醫療門診完成問卷 71 案(73.2%)，偏遠山區完訪問卷 26 案(26.8%)。

研究結果依據研究目的、架構、假設及個別資料性質共分為四節。第一節探討糖尿病個案社會人口學、疾病狀況、生活型態、疾病監測認知及醫療使用。第二節糖尿病個案之自我照顧行為分析。第三節糖尿病個案社會人口學、疾病狀況特性、生活型態、疾病監測認知、醫療使用與自我照顧行為分析。第四節糖尿病個案自我照顧行為重要預測因子。

4.1 社會人口學、疾病狀況、生活型態、疾病監測認知、醫療使用

4.1.1 社會人口學

本研究 97 名全為第二型糖尿病個案，其中男性 36 名 (37.1%)、女性 61 名 (62.9%)。平均 (\pm 標準差) 年齡 67.06 歲(\pm 9.22)，最小年齡 41 歲，最大年齡 81 歲。以 70 至 79 歲者 (49.5%) 占最多，其次

為 60 至 69 歲者 (25.8%)。教育程度以不識字者最多 (46.4%)，其次為小學者 (39.2%)。婚姻狀況大多為已婚且共同居住者 (77.3%)，其次為鰥寡者 (19.6%)。家庭類型以夫婦 2 人最多 (36.1%)，其次為 3 代家庭 (26.8%)。在主要經濟來源以工作所得 (40.2%) 與家人資助 (40.2%) 者最多。本研究群體 94.8% 都屬低社經地位。宗教信仰以民間信仰最多 (68.0%)，其次為無信仰者 (15.5%) (表 4.1)。

表 4.1 研究對象之社會人口學分佈情形 (N=97)

項目	人數(人)	百分比(%)
性別		
男	36	37.1
女	61	62.9
年齡(歲)		
40—49	5	5.2
50—59	16	16.5
60—69	25	25.8
70—79	48	49.5
80 以上	3	3.1
教育程度		
不識字	45	46.4
小學	38	39.2
國中	8	8.2
高中	2	2.1
專科	4	4.1
婚姻狀況		
未婚	1	1.0
已婚且共同居住	75	77.3
分居或離婚	2	2.1
鰥寡	19	19.6

表 4.1(續) 研究對象之社會人口學分佈情形 (N=97)

項目	人數(人)	百分比(%)
家庭類型		
獨居	11	11.3
夫婦 2 人家庭	35	36.1
單親家庭	2	2.1
核心家庭	19	19.6
祖孫 2 代家庭	4	4.1
3 代家庭	26	26.8
主要經濟來源		
工作所得	39	40.2
退休金	7	7.2
老農津貼	12	12.4
家人資助	39	40.2
社經地位		
低社經地位	92	94.8
中社經地位	3	3.1
高社經地位	2	2.1
宗教信仰		
無	15	15.5
佛教	13	13.4
天主教	2	2.1
民間信仰	66	68.0
一貫道	1	1.0

4.1.2 疾病狀況特性

本研究之對象罹病期間為 0.5 至 30 年之間，罹病平均(\pm 標準差)年數為 4.49 年 (\pm 6.36 年)，以罹病期間 5 年以下者最多 (44.3%)，但不清楚者有 28.9%。有無被診斷出其他慢性疾病者，有 70.1% 的糖尿病個案個案自訴除糖尿病外有被診斷出其他慢性疾病，其中以合併高血壓者最多 (41.2%)，其次為高血脂症 (12.4%)，「其他」的 7 人是氣喘 2 人及肺氣腫、肺結核、肺癌、舌癌、痛風各 1 人。自報有家族疾病史者占 70.1%，而家族疾病史中以糖尿病者最多 (45.4%)，其次為高血壓 (18.6%)。自報有家族疾病史者其家屬身分，以父母占最多 (46.4%)。在服藥行為結果 10.3% 的個案目前未服藥，有 55.7% 個案按時服藥，有 34.0% 個案有時未按時服藥，未按時服藥者原因以忘記服藥者最多 (23.7%)，「其他」有 1 人未按時服藥原因是沒有藥物 (表 4.2)。

表 4.2 研究對象疾病狀況分佈情形 (N=97)

項目	人數(人)	百分比(%)
罹病期間(年)		
5 以下	43	44.3
6-10	15	15.5
>10	11	11.3
不清楚	28	28.9
診斷出其他慢性疾病		
無	28	28.9
有(複選)	69	71.1
高血壓	40	41.2
心臟血管疾病	11	11.3
高血脂症	12	12.4
腦中風	5	5.2
腎臟病	11	11.3
慢性肝炎或肝硬化	4	4.1
關節炎或風濕病	8	8.2
泌尿道疾病	5	5.2
白內障	9	9.3
椎間盤脫出症	4	4.1
其他	7	7.2
家族疾病史		
無	29	29.9
有(複選)	68	70.1
高血壓	18	18.6
糖尿病	44	45.4

表 4.2(續) 研究對象疾病狀況分佈情形 (N=97)

項目	人數(人)	百分比(%)
腦中風	7	7.2
冠狀動脈心臟病	1	1.0
不清楚	10	10.3
家族疾病史家屬身分(複選)		
父母	45	46.4
兄弟姐妹	25	25.8
子女	1	1.0
服藥情形		
未服藥	10	10.3
按時服藥	54	55.7
未按時服藥原因(複選)	33	34.0
忘記服藥	23	23.7
沒有不舒服症狀	2	2.1
藥吃多會傷身	1	1.0
疾病控制較好	1	1.0
服用其他藥物	3	3.1
自行調整藥物	4	4.1
其他	1	1.0

4.1.3 生活型態

有喝酒與嚼檳榔者都為 14.4%，有吸菸情形者佔 11.4%。3 個月內有服用中藥處方或自行購買中藥者佔 38.1%。完全素食者有 3.1%。半年內家裡有飼養寵物者佔 23.7%，其中以養狗為最多（20.6%）。

糖尿病個案，平時有參與社區團體活動者佔 20.6%，其中以參加社區運動團體方式最多。研究對象在運動方式，有 54.6%的糖尿病個案未執行運動。有 45.4%的個案執行運動，其中方式以散步最多（29.9%），再其次為外丹功及氣功，「其他」6 人的運動方式為跑步機、身體拍打、宇宙健康操、拜功、體操、香功的方式。研究對象中有 14.4%糖尿病個案有參加團體的運動（表 4.3）。

表 4.3 研究對象生活型態分佈情形 (N=97)

項目	人數(人)	百分比(%)
喝酒		
沒有	83	85.6
有	14	14.4
吸菸		
沒有	86	88.7
有	11	11.4
嚼檳榔		
沒有	83	85.6
有	14	14.4
服用中藥		
沒有	60	61.9
有	37	38.1
完全素食		
沒有	94	96.9
有	3	3.1
飼養寵物種類		
沒有	74	76.3
有；種類(複選)	23	23.7
狗	20	20.6
貓	2	2.1
鳥	2	2.1
其他	1	1.0

表 4.3(續) 研究對象生活型態分佈情形 (N=97)

項目	人數(人)	百分比(%)
參與社區團體活動類型		
沒有	77	79.4
有；方式(複選)	20	20.6
擔任志工	5	5.2
運動團體	7	7.2
老人會學習班	5	5.2
集會所聊天下棋等	4	4.1
運動方式		
沒運動	53	54.6
有；方式(複選)	44	45.4
健走	2	2.1
外丹功	3	3.1
氣功	3	3.1
爬樓梯	2	2.1
散步	29	29.9
其他	6	6.2
參與團體運動		
沒有	83	85.6
有	14	14.4

4.1.4 疾病監測認知

知道血壓控制值的正確率為 13.4%。空腹血糖正確率為 28.9%，而總膽固醇認知正確率最低只有 2.1%。

定期量血壓以沒有量者占最多 (49.5%)，其次為很少量每月少於一次 (25.8%)，幾乎每天量者有 13.4%。定期至醫療院所抽血做血糖檢查者，以至少三個月一次者占最多 (47.4%)，其次為至少每月一次 (13.4%)，但有 21.6%的個案都沒有抽血做血糖檢查，「其他」5 人為每 2 個月就抽血檢查。

平時蒐集健康資訊來源，有 79.4%糖尿病個案不會蒐集相關的健康訊息，有 20.6%之健康資訊來源以從請教醫療人員最多 (10.3%)，其次為從親朋好友得知 (6.2%)；「其他」的 4 人為報章雜誌、廣播電台、書籍。

疾病對生活狀況影響程度，最多人認為很少有影響 (51.5%)，偶爾有影響者者為 (34.0%)。自認自己的健康狀況以普通最多 (48.5%)，其次有 23.7%的個案自認健康狀況差 (表 4.4)。

表 4.4 研究對象對疾病的認知及態度分佈情形 (N=97)

項目	人數(人)	百分比(%)
血壓控制值		
知道	68	70.1
正確	13	13.4
不正確	16	16.5
空腹血糖控制值		
不知道	67	69.1
正確	28	28.9
不正確	2	2.1
總膽固醇控制值		
不知道	95	97.9
正確	2	2.1
定期量血壓		
沒有量	48	49.5
每月少於一次	25	25.8
每月 1—3 次	3	3.1
每週 1—2 次	8	8.2
幾乎每天量	13	13.4
醫療院所血糖檢查		
沒有	21	21.6
至少一年一次	6	6.2
至少半年一次	6	6.2

表 4.4(續) 研究對象對疾病的認知及態度分佈情形 (N=97)

項目	人數(人)	百分比(%)
醫療院所血糖檢查(續)		
至少三個月一次	46	47.4
至少每月一次	13	13.4
其他	5	5.2
搜集健康資訊		
從不如此	77	79.4
有；方式(複選)	20	20.6
報章雜誌	2	2.1
電視節目	3	3.1
親朋好友	6	6.2
請教醫療人員	10	10.3
其他	4	4.1
疾病對生活影響程度		
沒有任何影響	7	7.2
很少有影響	50	51.5
偶爾有影響	33	34.0
經常有影響	7	7.2
總是有影響	0	0
自認健康狀況		
很差	4	4.1
差	23	23.7
普通	47	48.5
良好	22	22.7
非常好	1	1.0

4.1.5 醫療使用

平時研究對象選擇就醫場所以大型醫療院所最多 (51.5%)，其次為衛生所 (48.5%)。有 89.7% 的個案因糖尿病至醫療院所看診，未就醫者有 10 人 (10.3%)，其原因為不嚴重不需治療的 4 人及沒有不舒服的 3 人；「其他」未就醫者自訴服藥後不舒服及無效所以未就醫。

另最近半年來的就醫次數以 5 至 6 次占最多 (46.4%)，而有 10 人 (10.3%) 因糖尿病相關問題住院治療。

研究對象有 32% 的個案曾經使用另類療法來改善糖尿病，其中的方式以服中藥占最多 (18.6%)，其次為購買健康食品 (16.5%)。而會使用另類療法原因，以親朋好友介紹最多 (14.4%)，其次為多一種治療選擇 (7.2%)，「其他」1 人為電視台節目介紹。

自訴半年內有購買過藥品或健康食品者占 42.3%，而有購買者來源最多從藥局 (19.6%)，其次為家屬或親友購買 (16.5%) (表 4.5)。

表 4.5 研究對象醫療使用分布情形 (N=97)

項目	人數(人)	百分比(%)
最常去的就醫場所(複選)		
不常到醫院或診所	5	5.2
藥局拿藥未就醫	2	2.1
大型醫療院所	50	51.5
衛生所	47	48.5
私人診所	28	28.9
因疾病就醫看診		
有就醫(次)	87	89.7
1-2	11	11.3
3-4	14	14.4
5-6	45	46.4
7 以上	17	17.5
未就醫(原因)	10	10.3
以另類療法	1	1.0
沒有不舒服	3	3.1
不嚴重不需治療	4	4.1
其他	2	2.1
住院治療		
無	87	89.7
曾經治療	10	10.3
使用另類療法		
無	66	68.0

表 4.5(續) 研究對象醫療與其他療法利用分布情形 (N=97)

項目	人數(人)	百分比(%)
使用另類療法		
有；方式(複選)	31	32.0
青草藥	4	4.1
中藥	18	18.6
維他命	2	2.1
健康食品	16	16.5
使用另類療法原因(複選)		
副作用少	1	1.0
親朋好友介紹	14	14.4
保養身體	5	5.2
使用後狀況有改善	2	2.1
改善體質	3	3.1
多一種治療選擇	7	7.2
習慣和經驗	2	2.1
其他	1	1.0
購買藥品或健康食品		
沒有	56	57.7
有；來源(複選)	41	42.3
賣藥廣播電台	1	1.0
電視台	1	1.0
藥局	19	19.6
報紙、雜誌	1	1.0
家屬或親友	16	16.5
直銷	4	4.1
其他	1	1.0

4.2 自我照顧行為分析

糖尿病自我照顧行為量表共計 18 題，各題得分為 1 至 5 分，分數越高表示自我照顧行為越好。本研究群體在自我照顧行為量表的最高得分為 88 分，最低得分為 25 分，平均得分為 57.47 分，因此，換算為百分比的分數為 65.3%，顯見在自我照顧行為屬較差等的程度（表 4.6）。

分析各題得分情形，平均得分最高前三項依序為「每天會按時用餐」(4.71±0.69)、「定時到門診就醫拿藥」(4.45±1.27)、「按照指定時間服藥」(4.04±1.21)。平均得分最低的三項依序為最低的「參加有關病友會、健康講座等活動」(1.33±0.83)、其次「平時蒐集有關的健康資訊」(1.40±0.71)、再其次為「平時會添加糙米、五穀米或雜糧麵包等」(1.98±1.28)。

表 4.6 研究對象自我照顧行為量表各題得分排序情形 (N=97)

題號及題目內容	平均 值	標準差	排序
11. 每天會按時用餐	4.71	0.69	1
1. 定時到門診就醫拿藥。	4.45	1.27	2
2. 會按照指定劑量來服藥	4.04	1.25	3
3. 會按照指定時間來服藥	4.04	1.21	3
18. 會注意少吃零食、點心、汽水、飲料	3.91	0.50	4
17. 會注意少吃油炸食物	3.80	0.64	5
5. 出門在外時，會按時服用藥物	3.75	1.07	6
16. 會注意少吃加工食品罐頭、醃製食品	3.62	0.73	7
13. 每天吃到 3 碟蔬菜（含）以上	3.47	0.88	8
4. 會因為某些因素而減少服藥次數	3.43	1.15	9
15. 會注意少吃糖、鹽、味素	3.29	0.92	10
12. 每天都吃 2 份水果（含）以上	3.15	0.89	11
7. 每週三次或三次以上超過 30 分鐘的運動	2.69	1.34	12
8. 即使再忙，都會抽出時間去做運動	2.31	1.10	13
6. 每次測量的血壓或血糖結果記錄下來	2.10	1.47	14
14. 平時會添加糙米、五穀米或雜糧麵包	1.98	1.28	15
9. 平時會蒐集有關的健康資訊?	1.40	0.71	16
10. 參加有關病友會、健康講座的活動	1.33	0.83	17
總量表平均值±標準差：57.47±17.93			
最大值：88			
最小值：25			
指標分數：65.3% (57.47x100/88)			

4.3 糖尿病個案社會人口學、疾病狀況特性、生活型態、疾病的監測認知、醫療使用與自我照顧行為之分析

4.3.1 社會人口學與自我照顧行為

由表 4.7 可知在性別、主要經濟來源、社經地位、宗教信仰的不同，在自我照顧行為有顯著不同。

性別在自我照顧行為得分達統計上顯著性差異($p=0.011$)，女性之自我照顧行為得分高於男性。

此外，主要經濟來源之自我照顧行為，達統計顯著性差異($p=0.053$)，由家人資助及領老農津貼者之自我照顧行為之得分，高於自己薪水所得及靠退休金者。

社經地位在照顧行為得分，統計達顯著差異($p=0.023$)，中高社經地位得分高於低社經地位，所以中高社經地位者自我照顧行為較好。

宗教信仰在自我照顧行為，得分亦達統計顯著性差異($p=0.049$)，無宗教信仰者之自我照顧行為較有宗教信仰者自我照顧行為好。

其他變項年齡、教育程度、婚姻狀況、家庭類型、有無共同居住者均未達統計上顯著性差異。

表 4.7 社會人口學在自我照顧量表得分的差異分析 (N=97)

項目	人數	平均值±標準差	p 值
性別			0.011
男	36	54.42±9.15	
女	61	59.31±8.85	
年齡			0.533
40—64 歲	32	56.66±8.81	
65 歲以上	65	57.91±9.47	
教育程度			0.707
小學以下	83	57.35±8.89	
國中以上	14	58.36±11.33	
婚姻狀況			0.837
有配偶	75	57.60±9.84	
無配偶	22	57.14±6.92	
家庭類型			0.288
獨居	11	57.45±7.82	
夫婦兩人家庭	35	59.77±11.04	
單親家庭	2	55.50±0.71	
核心家庭	19	57.21±5.44	
祖孫 2 代家庭	4	49.00±12.46	
3 代家庭	26	56.12±8.69	
共同居住			0.988
獨居	11	57.45±7.82	
與家人同住	86	57.50±9.43	

表 4.7(續) 社會人口學在自我照顧量表得分的差異分析 (N=97)

項目	人數	平均值±標準差	p 值
主要經濟來源			0.053
自己所得	46	55.59±9.55	
家人資助或老農津貼	51	59.22±8.67	
社經地位			0.023
低社經地位	92	57.00±8.99	
中高社經地位	5	66.60±9.63	
宗教信仰			0.049
無	15	61.80±9.92	
有	82	56.71±8.93	

4.3.2 疾病狀況特性與自我照顧行為

由表 4.8 得知研究個案自訴糖尿病罹病期與是否罹患慢性病在自我照顧行為未達顯著性差異。而在服藥情形的不同之自我照顧行為達統計顯著性差異($p < 0.001$)，經 Scheffé 法為事後比較得知，沒服藥者比按時服藥者及未按時服藥者在自我照顧行為差。

表 4.8 疾病狀況在自我照顧量表得分的差異分析 (N=97)

項目	人數	平均值±標準差	p 值	Scheffé 檢定
罹病期間 (年)				
5 以下	43	56.16±9.89	0.643	
6-10	15	58.87±10.73		
>10	11	57.82±5.42		
不清楚	28	58.68±8.62		
慢性疾病				
無	28	56.64±10.07	0.565	
有	69	57.84±8.92		
服藥情形				
1. 按時服藥	54	61.00±6.91	<0.001	1 > 3
2. 未按時服藥	33	55.52±9.21		2 > 3
3. 沒服藥	10	45.10±8.16		

4.3.3 生活型態與自我照顧行為

由表 4.9 得知，服用中藥、完全素食、飼養寵物、參與社區活動在自我照顧行為統計上均未達顯著性差異。

另喝酒、吸菸、嚼檳榔情形以及有無參與社區活動、有無運動行為以及參與社區運動團體的不同在自我照顧行為上得分統計均達顯著性差異。

喝酒在自我照顧行為得分達顯著性差異($p < 0.001$)，沒喝酒者自我照顧行為得分高於有喝酒者，所以沒喝酒者之自我照顧行為比有喝酒者好。吸菸行為不同在自我照顧行為得分亦達顯著性差異($p = 0.002$)。經比較其平均值大小得知，沒吸菸者自我照顧行為得分高於有吸菸者，所以沒吸菸者之自我照顧行為比有吸菸者好。嚼檳榔行為之不同在自我照顧行為得分亦達顯著性差異($p = 0.041$)，經比較其平均值大小得知，沒嚼檳榔者在自我照顧行為得分高於有嚼檳榔者，故沒嚼檳榔者比有嚼檳榔者之自我照顧行為好。

有無運動行為者在自我照顧行為得分達顯著性差異($p < 0.001$)。有運動的個案比沒運動個案在自我照顧行為較好。

另參與團體的運動方式在自我照顧行為得分亦達統計上顯著性差異($p = 0.012$)，經比較其平均值大小得知，有參與團體運動者在自我照顧行為較好。

表 4.9 生活型態在自我照顧量表得分的差異分析 (N=97)

項目	人數	平均值±標準差	p 值
喝酒			< 0.001
沒有	83	58.83±8.76	
有	14	49.57±8.06	
吸菸			0.002
沒有	86	58.50±8.84	
有	11	49.64±8.74	
嚼檳榔			0.041
沒有	83	58.28±9.29	
有	14	52.86±7.59	
服用中藥			0.828
沒有	60	57.33±9.15	
有	37	57.76±9.47	
完全素食			0.728
沒有	94	57.44±9.06	
有	3	59.33±16.26	
飼養寵物			0.544
沒有	74	57.18±9.96	
有	23	58.52±6.39	

表 4.9 (續) 生活型態在自我照顧量表得分的差異分析 (N=97)

項目	人數	平均值±標準差	p 值
參與社區活動			0.060
沒有	77	56.60±8.78	
有	20	60.95±10.29	
有無運動			<0.001
沒有	53	53.40±8.10	
有	44	62.43±8.06	
參與團體運動			0.012
沒有	83	56.54±9.03	
有	14	63.14±8.57	

4.3.4 疾病監測認知與自我照顧行為

由表 4.10 得知，對血壓控制值的認知與自我照顧行為未達顯著性差異，在血糖與總膽固醇的認知在得分達統計達顯著性差異 ($p=0.052$)，知道正確血糖與總膽固醇者控制值之自我照顧行為較好。

定期量血壓與醫療院所抽血作血糖檢查者，在自我照顧行為得分均達統計顯著性差異。定期量血壓與自我照顧行為具顯著性差異 ($p=0.001$)，定期量血壓行為經 Scheffé 檢定法做事後比較結果得知，沒有量血壓者比任何一組自我照顧行為差，而每月少於 1 次及 1 至 3 次與每週 1 至 2 次及每天量者在自我照顧行為並無差異。

而抽血做血糖檢查與自我照顧行為顯著性差異為 ($p<0.001$)，抽血做血糖檢查者經 Scheffé 法做事後比較結果得知，沒有抽血者做血糖檢查者比任何一組自我照顧行為差，而一年一次與半年一次、三個月一次與二個月一次、至少每月一次者這三組在自我照顧行為無顯著差異。

得知搜集健康資訊行為之不同，與自我照顧行為得分達顯著性差異 ($p<0.001$)，從不如此的個案比會去蒐集健康資訊者在自我照顧行為差。

研究結果得知疾病對生活影響程度及健康狀況對自我照顧行為均未達統計上顯著性差異。

表 4.10 疾病監測認知在自我照顧量表得分的差異分析 (N=97)

項目	人數	平均值±標準差	p 值	Scheffé 檢定
血壓控制值認知			0.711	
不知道與不正確	84	57.36±8.92		
正確	13	58.38±11.38		
血糖控制值認知			0.057	
不知道與不正確	69	56.36±8.76		
正確	28	60.29±9.89		
總膽固醇控制值認知			0.052	
不知道與不正確	95	57.23±9.08		
正確	2	70.00±9.89		
定期量血壓			0.001	3 > 1
1.沒有量	48	54.21±8.06		
2.每月少於一次與 1-3 次	28	59.11±10.13		
3.每週 1-2 次與每天量	21	62.86±7.58		
抽血做血糖檢查			<0.001	2 > 1
1.沒有	21	49.86±10.11		3 > 1
2.一年一次與半年一次	12	59.08±11.28		4 > 1
3.三個月與二個月一次	51	59.71±6.31		
4.至少每月一次	13	59.69±9.89		
搜集健康資訊			<0.001	
從不如此	77	55.31±8.27		
有	20	65.90±7.95		

表 4.10 (續) 疾病監測認知在自我照顧量表得分的差異分析(N=97)

項目	人數	平均值±標準差	p 值	Scheffé 檢定
疾病對生活影響程度			0.629	
沒任何與很少	57	57.88±9.82		
偶爾與經常有	40	56.95±8.40		
健康狀況			0.072	
很差與差	27	54.37±9.38		
普通	47	57.96±7.67		
良好與非常好	23	60.22±11.14		

4.3.5 醫療使用與自我照顧行為

由表 4.11 可知有無就醫看診及就醫次數與自我照顧行為得分均達統計顯著性差異($p < 0.001$)，經比較其平均值大小得知，有就醫者之自我照顧行為較沒就醫者好。就醫次數經 Scheffé 檢定法進行事後比較得知，沒就醫者，比就醫 3 次以上者及就醫 1 至 2 次者，在自我照顧行為表現較差；就醫 1 至 2 次者比就醫 3 次以上及沒就醫者在自我照顧行為較好，經查原始問卷資料得知，就醫 1 至 2 次者都為拿 3 個月慢性病處方籤之個案。

另外，住院治療與使用另類療法及有無購買藥品或健康食品在自我照顧行為均未達顯著性差異。

表 4.11 醫療使用在自我照顧量表得分的差異分析(N=97)

項目	人數	平均值±標準差	p 值	Scheffé 檢定
因疾病就醫看診			<0.001	
沒有	10	42.70±7.07		
有	87	59.20±7.84		
就醫次數				3 > 1
1. 0 次	10	42.70±7.07	<0.001	2 > 3
2. 1 至 2 次	11	68.45±7.82		2 > 1
3. 3 次以上	76	57.86±6.92		
住院治療			0.519	
沒有	87	57.70±8.94		
有	10	55.70±11.87		
使用另類療法			0.956	
沒有	66	57.53±8.90		
有	31	57.42±10.03		
購買藥品或健康食品			0.270	
沒有	56	56.61±8.94		
有	41	58.71±9.58		

4.4 糖尿病個案自我照顧行為重要預測因子

在進行複迴歸預測自我照顧行為重要因素之前，檢視標準化後殘差值(Standardized Residuals; ZRESID) 和變異數膨脹係數(Variance Inflation Factor; VIF)。變異數膨脹係數值均少於 4，表示自變項間無線性重合問題（吳明隆、涂金堂，2008）。

4.4.1 自我照顧行為在社會人口學的預測因子

由表 4.12 所估計係數得知，變項中的性別為反向影響，主要經濟來源位及社經地位皆為正向影響，這三個自變項可以解釋自我照顧行為 20.6%的總變異數，迴歸模式達顯著性($p < 0.001$)，顯示在性別女性較佳、主要經濟來源、社經地位為自我照顧的預測因子。

表 4.12 社會人口學與自我照顧行為之複回歸分析表 (N=97)

變項	β	p 值	R ² 值
常數	37.838	<0.001	0.206
性別	-5.948	0.002	
社經地位	15.548	<0.001	
經濟來源	3.615	0.048	

註: β =原始回歸係數

4.4.2 自我照顧行為在疾病狀況的預測因子

由表 4.13 結果顯示，變項中的服藥狀況 1 與服藥狀況 2 皆為正向影響，模式中對服藥狀況變項可解釋變異量有 28.5%，達顯著性水準($p < 0.001$)，顯示服藥狀況 1（按時服藥比沒服藥）、服藥狀況 2（未按時服藥比沒服藥）是自我照顧行為的預測因子。

表 4.13 疾病狀況與自我照顧行為之複回歸分析表 (N=97)

變項	β	p 值	R ² 值
常數	45.100	<0.001	0.285
服藥狀況 1	15.900	<0.001	
服藥狀況 2	10.415	<0.001	

註: β =原始回歸係數

4.4.3 自我照顧行為在生活型態的預測因子

由表 4.14 結果顯示，運動行為對自我照顧行為是正向影響，而吸菸行為是負向影響，此二變項可以解釋自我照顧行為有 28.6%的總變異數，迴歸模式均達顯著性水準($p < 0.001$)，顯示運動行為、吸菸行為是自我照顧行為的預測因子。

表 4.14 生活型態與自我照顧行為之複回歸分析表 (N=97)

變項	β	p 值	R ² 值
常數	54.472	<0.001	0.286
運動行為	8.248	<0.001	
吸菸行為	-6.335	0.016	

註: β =原始回歸係數

4.4.4 自我照顧行為在疾病監測認知的預測因子

由表 4.15 結果顯示，搜集健康資訊對自我照顧行為是正向影響，而血糖檢查方式 1（沒有抽血檢查比至少每月 1 次）與血壓監測方式 1（沒有量比一週 1 次與每天量）是負向影響。此三個變項可以解釋自我照顧行為有 39.4% 的總變異數，迴歸模式達顯著性水準 ($p < 0.001$)，顯示搜集健康資訊、血糖檢查方式 1、血壓監測方式 1 是自我照顧行為的預測因子。

表 4.15 疾病監測認知與自我照顧行為之複回歸分析表 (N=97)

變項	β	p 值	R ² 值
常數	59.278	<0.001	0.394
搜集健康資訊	8.316	<0.001	
血糖檢查 1	-7.765	<0.001	
血壓監測 1	-3.671	<0.001	

註: β =原始回歸係數

4.4.5 自我照顧行為在醫療使用的預測因子

由表 4.16 所估計之係數結果，就醫看診與就醫次數 1 至 2 次（拿慢性病處方籤）為正向影響，可以解釋自我照顧行為 43.1% 的總變異數，回歸模式達顯著性 ($p < 0.001$)。顯示就醫看診與就醫次數 1 至 2 次是自我照顧的預測因子。



表 4.16 醫療與其他療法利用與自我照顧行為之複回歸分析表(N=97)

變項	β	p 值	R ² 值
常數	42.700	<0.001	0.431
就醫看診	15.155	<0.001	
就醫次數 1 至 2 次	10.599	<0.001	

註: β =原始回歸係數

4.4.6 自我照顧行為的重要預測因子

綜合以上，社會人口學可以解釋 20.6%依變項的總變異數（性別、主要經濟來源、社經地位）；疾病狀況可以解釋 28.5%依變項的總變異數（服藥行為 1：按時服藥比沒服藥、服藥行為 2：未按時服藥比沒服藥）；生活型態，可以解釋 28.6%依變項的總變異數（運動行為、吸菸行為）；疾病監測認知，可以解釋 39.4%依變項的總變異數（蒐集健康資訊；血壓監測方法 1；沒有量比一週 1 次與每天量、抽血檢查血糖方法 1；沒有抽血檢查比至少每月 1 次）以及醫療利用可以解釋 43.1%的總變異數（就醫看診、拿慢性病處方籤）。

對於以上之預測因子結果，置入複迴歸分析所估計係數得知，顯示自我照顧行為預測變項依序為就醫看診、運動行為、蒐集健康資訊、吸菸行為、按時服藥、性別、社經地位可以解釋自我照顧行為 74.4%的總變異數（表 4.17）。

因此可得出複迴歸方程式：

$$\begin{aligned} \text{自我照顧行為} = & 41.26 + 12.96 \text{ 就醫看診} + 5.95 \text{ 運動行為} + 5.99 \text{ 蒐集} \\ & \text{資訊} - 4.98 \text{ 吸菸行為} + 3.93 \text{ 按時服藥} - 3.47 \text{ 性別} + 6.53 \text{ 社經地} \\ & \text{位} \end{aligned}$$

表 4.17 預測自我照顧行為之複迴歸分析表 (N=97)

變項	β	p 值	R ² 值
常數	41.259	<0.001	0.744
就醫看診	12.963	<0.001	
運動行為	5.953	<0.001	
蒐集資訊	5.991	<0.001	
吸菸行為	-4.974	0.005	
按時服藥	3.933	0.001	
性別	-3.473	0.005	
社經地位	6.533	0.009	

註: β =原始回歸係數

第五章 討論

本章依據研究目的、研究假設、研究結果進行討論，茲分為以下七節，第一節社會人口學特徵之分析。第二節疾病狀況特性之分析。第三節生活型態分析。第四節疾病監測認知及健康影響之分析。第五節醫療及其他療法利用之分析。第六節自我照顧行為之分析。第七節社會人口學、疾病狀況特性、生活型態、疾病監測認知、醫療使用與自我照顧行為之關係。第八節自我照顧行為的預測因子。

5.1 社會人口學

本研究對象中 97 人全為第 2 型糖尿病，女性研究對象比男性多（男性 36 人，女性 61 人）。這與原始樣本中，女性參與社區辦理複合式健康篩檢活動比男性較多有關。研究對象之平均年齡為 67.1 歲，比同樣針對社區糖尿病自我照顧行為研究的樓美玲等（2004）研究發現的 60.7 歲為高，但與林冠品（2004）所發表的 67.8 歲接近。教育程度方面以不識字（46.4%）與小學程度的（39.2%）最多，顯示本研究群體老年糖尿病個案教育程度普遍較低。

婚姻狀況方面以已婚且共同居住者較多（77.3%），其次為鰥寡的（19.6%），這與林冠品（2004）研究結果的 77.6% 已婚，21% 鰥寡的類似。本研究群體個案大多屬 65 歲以上的老人，年齡高也造成配偶

死亡而為鰥寡的身份。家庭型態方面以夫婦 2 人家庭最多 (36.1%)，其次為 3 代家庭 (26.8%)，與樓美玲等人 (2004) 研究結果核心家庭最多不同。隨著社經環境的變遷，夫婦 2 人家庭亦隨晚產、少子及國人壽命延長而擴增，而 65 歲以上老人仍偏好夫妻 2 人自主的生活方式 (行政院主計處資訊網，2006)。對於社區糖尿病老人照護政策，也需考量到家庭照護資源的運用。

主要經濟來源方面，以工作所得的薪水及家人資助都為最多，其中有 40.2% 的研究個案都有工作能力，這與本社區型態是為生產高經濟農產物品產業有關。所以擁有較好的收入，大多不需靠家人小孩資助生活所需。

社經地位方面 94.8% 大多屬低社經地位個案，比林冠品 (2004) 的研究群體 80% 及王璟璇等 (1998) 的 70.8% 為低社經地位者都較高。此不同研究結果與本研究群體教育程度有 85.6% 為小學以下與社經地位分類不同有關。有宗教信仰者為 84.5%，這與王璟璇等 (1998) 有宗教信仰者的 86.2% 很接近，但比另一研究莊嬌榮等 (1999) 的有宗教信仰者的 48.6% 高，可能與該研究對象多為榮民、將官身份有關。

5.2 疾病狀況特性

本研究群體罹病平均為 4.5 年，以 5 年以下者為最多 (44.3%)，這與同樣研究社區糖尿病的林冠品 (2004) 平均為 8.1 年、樓美玲等

(2004)平均為 7.5 年罹病時間不同，可能與收案的研究群體地點(社區、醫療院所)的不同、個案年紀太大記憶力的偏差及服藥的不規則性都可能影響到個案自訴罹病期的正確性。另 28.9%的研究個案並不清楚罹病期，如果排除記憶力的偏差，是值得進一步深入探究原因。

研究得知，在有無診斷出其他慢性疾病，其中有 71.1%的個案診斷出有其他慢性疾病，與陳滋茨等(1998)研究發現的 68.2%接近，但比白玉玲(2004)研究對象中 78.8%有其他慢性疾病較低。可能問卷搜集資料是由個案主訴，所以記不清楚罹病時間，且慢性病種類很多在問卷定義的標準要明確清楚，才不至於有遺漏或遺漏某些訊息的情形。本研究經診斷出的慢性疾病中以合併高血壓最高(41.2%)，這比國健局(2003)調查高血糖患者之高血壓盛行率為 36.5%略高，但比中華民國糖尿病衛教學會於 2002 年調查糖尿病患者有 64.9%罹患高血壓還低(蔡世澤，2002)。

家族疾病史方面，本研究發現 70.1%個案有家族疾病史，而有糖尿病家族史為 45.4%，這與陳敏麗等(2005)研究結果 41.9%接近，但比國健局(2003)調查結果的 38%為高。疾病史中家屬身分以父母親最多，可能有其他家屬仍未被檢查出，年輕的一代還未發病。本研究發現未按時服藥者有 34.0%，與高雄縣調查未按時服藥者三至四成接近(國健局，2005)，但比屏東縣調查未按時服藥者 91.9%還要

低國健局 (2005)。此不一樣的研究結果，可能與取樣的研究群體社區不同所致。本研究得知，未按時服藥原因以忘記服藥最多，經訪談得知老年個案常會有記憶力減退，而出現忘記未遵囑服藥情況。

5.3 生活型態

研究結果得知在有喝酒 (14.4%)、有吸菸 (11.4%)、有嚼檳榔 (14.4%) 行為者。比陳敏麗等 (2005) 研究結果有喝酒 (33.9%)、有吸菸 (35.8%) 與王理等人 (2007) 研究結果有喝酒 (18.5%)、有吸菸 (21.7%) 者都低。但與國內 1998 年針對 25 個糖尿病病人保健推廣機構就診患者調查糖尿病患者有 15.7% 有吸菸者結果較接近 (張媚, 2003)。但基隆市糖尿病調查得知，糖尿病患者之戒菸比率顯著較高，吸菸率顯著較低 (國健局, 2005)。本研究個案喝酒、吸菸、較其他研究者低，此不同的研究結果須探究其是否因疾病使自己行為改變之因素存在需進一步探討。

研究結果顯示，服用中藥者有 38.1%，深入訪談結果大多個案是為保養身體。完全素食者個案較少 (3.1%)，而素食行為者與宗教信仰有關。在研究個案中有 23.7% 養寵物，且以養狗者最多。羅淑芬等 (2003) 指出與寵物接觸的機會可以增加患者生理性功能，如身體活動及運動、改善心臟血管功能、促進自我照護能力。在深入訪談得知

鄉下社區型態養狗「顧家」功能多於寵物的意義。

本研究發現個案在執行運動行為有 45.4%的人，另一項研究 764 位 40 歲以上診斷有糖尿病患者自我照顧行為有運動者為 40%略高 (Chang et al., 2004)。所以有近一半的個案未執行運動的習慣，訪談得知個案認為平時的勞力工作即是運動，就不需額外的運動。在運動方式以散步走路者最多，黃滄儀等 (1998) 研究得知許多人認為從事來回走動性質的工作，就不需額外的運動，對於運動條件與注意事項的態度也不夠正向。鄭綺等 (1999) 研究發現第二型糖尿病以極低的運動強度的慢走來代替所謂的運動。但莊嬌榮等 (1999) 研究結果走路的運動方式在血糖的控制良好與否都不具影響。本研究根據深入訪談糖尿病老人家大多有關節炎的問題，所以在運動的強度的執行上有困難。

5.4 疾病監測認知

研究結果顯示，空腹血糖控制值之正確認知率為 28.9%，但對於血壓與總膽固醇控制值的認知正確率都不到二成，且仍有近七成的個案並不知道血壓、血糖正常值，對於總膽固醇控制值不知道的比率更高 (97.9%)。糖尿病個案對疾病監測認知並不會特別關心，主要原因糖尿病不像癌症會直接影響威脅到健康，即使罹病後也沒有特別感覺，導致一般人忽略慢行疾病的威脅性 (劉潔心等，

2002)。血壓、血糖的檢查意義在於發現及檢測高血壓，瞭解血糖控制情形及學習調整方法，檢查時間愈常檢查愈好（國健局，2005）。

本研究得知，仍有 49.5% 平時沒在量血壓。至醫療院所抽血檢查血糖者（不包含血糖機）有 21.6% 個案沒有抽血做血糖檢查，最多個案為至少三個月一次檢查的有 47.4%。比調查基隆市糖尿病至少三個月一次的 34.4% 抽血驗血糖檢查者還高（國健局，2005）。而醫療就醫的便利性、疾病狀況以及醫護人員積極追蹤，都可能影響抽血檢查意願。

研究發現大多糖尿病個案（79.4%）平時並不會蒐集相關的健康訊息，健康資訊的來源以請教醫療人員最多。林冠品（2004）研究發現疾病知識越高之糖尿病個案，其自我照顧行為也會比較好。大多糖尿病個案健康資訊的需求低，可能是年齡大及大多為低社經的研究個案，學習意願比較低。

在疾病對生活影響程度，沒有及很少有影響者為 58.7%，而健康狀況以自覺普通、良好及非常好者有 72.2%，此結果與本研究對象糖尿病罹病期較短有關。所以疾病在生活影響程度輕微及健康狀況自覺都算不錯。這與(Chang et al., 2004)的研究超過 1/3 都為罹病期 2 至 5 年的糖尿病患者，且有超過半數的患者健康感覺還好研究結果相同。

5.5 醫療使用

本研究結果，個案就醫場所以大型醫療院所最多，可能是因疾病狀況因素須較多的檢查而選擇大型醫療院所，這與劉潔心（2002）探討糖尿病傾向往大型醫院求診結果相同。而大多糖尿病個案半年內都有就醫治療（89.7%），這與雲林縣超過 8 成的糖尿病病患有固定接受治療類似（國健局，2005）。比較後可見，大多個案都能定期就醫，而未就醫者以不嚴重不需治療最多。研究得知，在半年以內有 10.3% 糖尿病個案住院，而魏榮男等（2002）研究一年內有將近 20% 糖尿病患者曾經住院，每年的標準化住院率與住院盛行率的變動在 7% 以下。

研究個案半年內有使用另類療法改善糖尿病為 32.0%，比郭祖仁（2007）之研究結果一年內會使用另類療法的 24.4% 為高，另在使用方法以中草藥最多，會使用的原因是親朋好友介紹最多之結果相同。可見另類療法中食用中草藥，在基層糖尿病個案是很常利用的療法，且受親朋好友影響。糖尿病個案有 42.3%，在半年內曾經自行購買過藥品或健康食品，且從藥局購買來源最多。經深入探訪得知，研究群體身體狀況大多有骨骼酸痛的問題，所以會購買相關的補鈣藥品或保健食品，家屬親友也會購買給個案使用。

5.6 自我照顧行為量表

本研究結果，自我照顧行為量表經轉換百分比分數為 65%。這與王璟璇等 (1998b) 研究結果得分指標 64.69% 類似。與林冠品 (2004) 得分指標 62.4% 相近，但與白玉玲 (2004) 得分指標 73% 不同，此研究結果差異可能與本研究對象罹病期多為 5 年以下有關。在量表平均得分比較排序，最高為每天會按時用餐，因本研究個案大多為老人，顯見吃飯對老人家是生活中是很重要的事。在糖尿病控制方法中，許多研究發現用藥行為最好 (陳茲茨等，1998；黃瀨儀等，1998；王璟璇等，1998b；樓美玲等，2004；白玉玲，2004)。可見糖尿病就醫拿藥是較容易達到的行為，藥物治療也是控制疾病最重要的方式。

在自我照顧行為最低之前三項，最低為參加有關病友會、健康講座的活動，其次低的為蒐集有關的健康資訊，再其次低的為平時會添加糙米、五穀米或雜糧麵包等。部分個案因居住點為偏遠山區與低教育因素，以致健康知識資源利用率低。而且老人家牙齒功能差對於較硬質的食物接受度較低。

5.7 社會人口學、疾病狀況特性、生活型態、疾病監測認知、醫療使用與自我照顧行為之關係

5.7.1 社會人口學與自我照顧行為之關係

本研究發現，性別會造成個人自我照顧行為得分差異，女性自我照顧行為比男性好，不同於林冠品（2004）、白玉玲（2004）研究結果男性自我照顧行為優於女性，另王璟璇（1998b）、Toljamo 與 Hentinen（2001）的研究性別並無差異，是否因抽樣的群體不同或女性較少喝酒、吸菸、嚼檳榔之不良健康行為，但國健局調查結果女性是比男性有較好的服藥率及控制率（國健局，2003）。

本研究分析年齡、教育程度、婚姻狀況與自我照顧行為均未達顯著性差異，但黃瀟儀等人（1998）研究糖尿病人對糖尿病的知識、態度會影響其糖尿病衛教需求，且年齡、社經地位、婚姻狀況亦會影響其需求。本研究在社經地位得分有顯著差異且呈顯著正相關。

可能社經地位較高者有較多的知識可以判斷影響自我照顧行為因素。另，林冠品（2004）研究結果在教育程度、社經地位在自我照顧行為得分也有顯著性差異，但在年齡、婚姻狀況在自我照顧行為得分並沒有顯著性差異這與本研究相同。但章叔娟與傅振宗（2004）的研究結果顯示，教育程度高者在自我照顧之堅持未必較好。主要經濟

來源由家人資助與領有老農津貼者之自我照顧行為，比自己薪水所得或靠退休金者較好，此結果是否與與家庭支持性較好有關需進一步探究。綜合以上各研究都有其不同結果，但在社經地位有較好的照顧行為是相同的研究結果。

宗教信仰方面，本研究得知無宗教者自我照顧得分較高，與白玉玲（2004）研究一致。另王璟璇（1998a）的研究得知有無宗教信仰在自我照顧行為總量表得分並無差異，但無宗教信仰者的糖化血色素值較有宗教信仰者為低，是否有宗教信仰者較想試試看民俗療法，因而造成糖化血色素值較差，這仍有待進一步研究探討。家庭類型的不同對於自我照顧行為得分並無顯著性差異，這與樓美玲等（2004）家庭型態的核心家庭優於折衷家庭的自我照顧行為的研究不同。另有無共同居住者在自我照顧行為得分亦無顯著性差異，這與白玉玲（2004）研究結果相同，但與 Toljamo 與 Hentinen（2001）研究糖尿病患者獨居者比較會忽略自我照顧。

5.7.2 疾病狀況與自我照顧行為之關係

本研究結果顯示，罹病期間與有無慢性疾病在自我照顧行為表現，均無顯著性相關，此與林冠品（2004）研究相同。但白玉玲（2004）的研究結果其罹病期的長短會影響到自我照顧行為，

因患者可以從過去疾病過程中獲取自我照顧經驗，另陳滋茨等(1998)研究發現有其他慢性疾病在自我照顧行為是較好；這些不同的結果可能與本研究群體罹病期以 5 年以下最多 (44.3%)，故有不同的結果。但另 Toljamo 與 Hentinen (2001) 的研究結果顯示，有無其他慢性疾病在自我照顧行為並無顯著性相關；另發現服藥狀況與自我照顧有顯著性相關且呈正相關性，未服藥者自我照顧行為較差。莊嬌榮等 (1999) 的研究結果顯示血糖控制良好與病患執行口服藥物的自我管理模式有相關。

糖尿病是一種需要長期執行規律服藥，最終目標在維持血糖的正常及穩定，所以遵囑行為越正向對於自我照顧行為也會較佳。

5.7.3 生活型態與自我照顧行為之關係

本研究發現，喝酒、吸菸、嚼檳榔者自我照顧行為較差，而 Chang 等 (2004) 的研究發現喝酒、吸菸、嚼檳榔者在規則服藥行為較差。陳敏麗與黃松元 (2005) 研究結果顯示，吸菸與糖尿病有顯著性相關，故慢性病的原因與不健康的生活方式有關。

另研究發現，服用中藥、完全素食、飼養寵物、參與社區活動與自我照顧均無顯著性相關。經訪談得知，糖尿病患者服用中藥只在於感冒治療、保養身體而並非在改善疾病；素食習慣，與宗教信仰有關；飼養狗隻只是為增加居家安全，並非為寵物伴侶。

本研究結果發現，有運動行為與參與團體的運動個案在自我照顧行為較好，且呈正相關性。王璟璇等（1998b）以替代性經驗介紹和個案有相似特點的病友與其分享因運動而獲益的經驗，進而鼓勵個案親自去體驗運動的好處強化行為表現等，可以增進個案在執行運動自我照顧行為的信心。

綜合上述，對於糖尿病個案喝酒、吸菸、嚼檳榔行為者需介入衛教或醫療照護，雖參與社區活動能增加社會支持，但本研究發現以參加健康促進相關的團體對自我照顧行為較有助益。

5.7.4 疾病監測認知與自我照顧行為之關係

研究發現，血壓、總膽固醇控制值之認知與自我照顧行為並無顯著性差異，研究群體並不清楚也不重視監測血壓與總膽固醇對疾病的影響。

空腹血糖正確控制值認知與自我照顧行為有顯著性差異。個案就醫時，醫護人員衛教此監測數值可增強此疾病監控認知。而個案的疾病知識蒐集行為不同，亦會影響自我照顧行為的差異。會蒐集健康資訊者自我照顧行為較好，這與林冠品（2004）研究結果疾病知識愈高自我照顧行為愈好有相同的結果。而蔡世澤等（1994）研究發現有關糖尿病知識越多，其糖化血色素值則越低。

另疾病對生活的影響程度及健康狀況對自我照顧行為皆無顯著性差異，此與本研究群體的疾病影響程度少及健康狀況大都不錯，所以與自我照顧行為相關性不高。

研究得知定期量血壓與至醫療院所抽血做血糖檢查者，在自我照顧行為有顯著性差異且呈正相關性，血壓、血糖的監測在於得知疾病控制情形，與陳茲茨等（1998）研究發現，定期檢驗血糖自我照顧行為在血糖控制成顯著性正相關相同。可見血壓及血糖的監測對疾病管理之自我照顧行為的重要。

5.7.5 醫療使用與自我照顧行為之關係

研究結果，得知糖尿病個案就醫看診且拿慢性病處方籤，在自我照顧有顯著性之相關，對糖尿病個案而言；拿慢性病處方籤的個案本身病情控制是比較好，定期門診治療也是協助個案控制疾病的一個方法，因為病人對其健康問題結果也是自己的責任。

另曾住院治療及使用另類療法在自我照顧行為並無顯著性差異。可能個案曾住院者治療天數大多為 10 天內所以影響不大。但 Huang 與 Hung（2007）的研究沒住過院之糖尿病患者生活品質感覺較好。而會使用另類療法的使用大多為親朋好友介紹，且以試試看效用的因素較多，反應出個人除西醫外，也會選擇其他療法來改

善疾病症狀。

另在自行購買藥品或健康食品對自我照顧行為皆無顯著性差異，可能研究群體在購買藥品或健康食品非在改善糖尿病，經訪談得知個案大多有身體痠痛及骨質疏鬆問題，所以購買維骨力者最多。

5.8 自我照顧行為重要預測因子

從複迴歸分析所得的方程式結果得知，自我照顧行為顯著預測因子為就醫看診、運動行為、搜集健康資訊、服藥堅持度、社經地位、吸煙、性別。在有就醫看診、有運動行為、有搜集健康資訊、服藥堅持度較好者、社經地位較高者其自我照顧行為比無此行為者好，而無吸菸行為者比有吸菸者自我照顧行為好，女性比男性的自我照顧行為好，可以解釋自我照顧行為 74.4%的總變異數。

而陳滋茨等（1998）研究結果，能預測及解釋自我照顧行為的重要變項包括：總自我效能可解釋總自我照顧總變異量的 76.3%，規律用藥自我效能、罹患糖尿病年數與年齡三變項，可解釋自我照顧行為總變異量的 53.1%，規律運動自我效能與年齡二變項可解釋自我照顧行為總變異量的 84.5%，定期檢驗血糖自我效能、教育程度與規律用藥的自我效能，三個變項可共解釋定期檢驗血糖行為總變異量的 62.5%。

而最能預測及解釋自我照顧行為的重要變項包括：總自我效能、

飲食節制自我效能、規律用藥自我效能、規律運動自我效能、定期檢驗血糖自我效能，罹患糖尿病年數、年齡、教育程度。而王璟璇等（1998a）研究病患的社會支持愈好則糖化血色素質越低，且宗教信仰、飲食也是自我照顧行為的重要預測因子，宗教信仰在自我照顧行為可解釋 10.9%糖化血色素值的變異量。王璟璇等（1998b）研究分析，自我照顧行為最佳預測因子為自我效能（飲食、運動、藥物與血糖監測、足部、高、低血糖的預防及處理自我效能），可解釋變異量為 74.0%。另外，林冠品（2004）研究得知疾病知識增加是自我照顧行為重要預測因素，有達顯著水準，可解釋自我照顧行為變異量 5%。

綜合以上研究，有多項之變項都為自我照顧預測因子，但相同的研究結果是遵從用藥、運動、飲食、疾病知識、監測血糖、宗教信仰皆為重要的預測自我照顧因子。

第六章 結論

6.1 結論

本研究針對社區健康檢查篩檢出的第 2 型糖尿病為研究對象，以結構式問卷進行面對面訪談；以了解個案的社會人口學、疾病狀況、生活型態、疾病監測認知及醫療使用與自我照顧行為之關係，以及預測影響自我照顧行為因子，藉此在公共衛生護理衛教有此依循的方向，進而提升糖尿病個案的照護品質。根據本研究結果及討論作出以下結論：

- <1> 本研究群體個案自我照顧行為的分數為 65%，在自我照顧行為執行並不理想。
- <2> 研究結果發現，社會人口學在自我照顧行為之中，女性顯著高於男性；經濟來源由家人資助與領老農補助津貼者自我照顧行為，比薪水所得與靠退休金為好；中高社經地位者自我照顧行為比低社經地位為好；無宗教信仰自我照顧行比有宗教信仰者為好。而年齡、教育程度、婚姻狀況、家庭型態並無統計上顯著性差異。
- <3> 研究對象中的疾病狀況，在自我照顧行為服藥情形達顯著性差異：沒服藥者，皆比按時服藥與未按時服藥者自我照顧行

為差。而罹病期、家族史與有無其他慢性疾病者，無統計上顯著性差異。

<4> 生活型態研究結果得知：喝酒、吸菸、嚼檳榔的不同，皆與自我照顧行為有顯著性差異。沒喝酒、沒吸菸、沒嚼檳榔的行為者自我照顧行為得分高於有喝酒、吸菸、嚼檳榔的行為者。此外，有運動行為者及有參與團體的運動者之自我照顧行為得分，高於沒運動行為與沒參與團體運動者。而另在服用中藥、完全素食者、有無飼養寵物、有無參與社區團體活動並無統計上顯著性差異。

<5> 研究得知疾病監測認知及健康影響，在空腹血糖正確控制值認知有達統計上顯著性差異，但疾病對生活影響程度、自認健康狀況對自我照顧行為並無統計上顯著性差異。但有無定期量血壓、抽血做血糖檢查者統計上達顯著性差異；沒有量血壓與抽血驗血糖者，在自我照顧行皆低於其他者。另有蒐集健康資訊者在自我照顧行為得分也高於從不如此者。

<6> 研究結果得知在醫療及其他療法利用的就醫狀況達統計上顯著性差異；有就醫者與拿慢性病處方籤在自我照顧行為較好。但在住院狀況或使用另類療法之不同，或購買藥品或健康食品在自我照顧行為統計上無顯著性差異。

<7> 社會人口學可以解釋自我照顧行為 20.6%的總變異數，疾病狀況可以解釋 28.5%的總變異數，生活型態可以解釋 28.6%的總變異數，疾病監測認知可以解釋 39.4%的總變異數，以及醫療利用可以解釋 43.1%的總變異數，而醫療利用行為對自我照顧解釋力最強。在就醫狀況、運動行為、蒐集健康資訊、吸菸行為、服藥行為、性別、社經地位可以解釋自我照顧行為 74.4%的總變異數。

第七章 建議與研究限制

7.1 建議

綜合本研究結果，對社區公共衛生護理衛教提出以下建議：

- <1> 了解社會人口學之差異，如性別、低社經狀態、宗教信仰、主要經濟來源對自我照顧行為的影響，並依個案狀況不同給予衛教並轉介相關資源。本研究發現罹病期會影響糖尿病個案自我照顧行為，所以應掌握初期糖尿病個案，加強個案確實執行各項自我照顧能力。
- <2> 研究發現大多的糖尿病個案並不會蒐集相關控制疾病的健康知識，且參與醫療院所辦理相關的健康講座意願也很低，如何提升個案疾病知識以及自我照護技能。對於高年齡層、低社經地位個案之學習障礙，了解他們的公共衛生教育需求，可從公共衛生護理人員主動出擊家庭訪視衛教、或增加電訪次數增進與個案的互動關係、或轉介個案利用糖尿病照護門診來加強。
- <3> 增進糖尿病管理疾病的知識提升，例如飲食、血糖、血壓值控制之重要性，相關的醫療人員應耐心給予解說，不要解釋

太多的學理，而能理解相關的照顧訊息，鑑於現在資訊科技發達，可運用視聽多媒體來進行衛生教育。

<4> 糖尿病個案定期至醫療院所抽血檢查血糖評估的觀念尚不足。根據本研究發現，定期至醫療院所抽血血糖檢查是自我照顧行為預測因子之一。但有近一半的糖尿病個案未抽血檢查，所以相關的醫護人員能在個案就醫時就預約下次複檢抽血，並追蹤回診抽血檢查。

<5> 糖尿病個案合併高血壓比例佔最多，但研究結果仍有近一半的個案平時未量血壓，所以應加強個案量血壓重要性的認知，並將測量的血壓值記錄，做好疾病照護管理。家屬能適時提醒督促個案量血壓，公衛護理人員在追蹤訪視時確認此行為的執行。

<6> 糖尿病個案常有就醫行為斷續，只要不影響工作，他們就認為不需要就醫，這也是我們研擬衛生保健政策必須考量應適時以電話關心服藥狀況、就醫回診複檢及加強衛教疾病控制。

<7> 本研究發現有喝酒、有吸菸、有嚼檳榔的不良生活型態皆會影響自我照顧行為，可以介紹戒菸門診資源及衛生教育減少飲酒、轉介定期口腔癌篩檢。

- <8> 服藥狀況亦會影響自我照顧行為，而糖尿病個案服藥順從性行為以忘記最多，加強衛教藥物應放置固定的點且方便看得到的地方，以及衛生教育主要照顧者家屬對個案的提醒用藥。
- <9> 影響糖尿病自我照顧行為因素很多，而這些因素錯綜複雜，可能交互作用而影響個案自我照顧之行為，未來研究可將自我效力、家庭支持、社會支持，探討這些變項對自我照顧行為的影響。
- <10> 本研究發現運動行為、蒐集資訊、吸菸行為、遵囑的服藥狀況、性別、社經地位皆是影響自我照顧行為的重要因子，公共衛生護理人員在衛教方面應強調此行為確實的執行，並評估需求或介入相關資源，以提升個案自我疾病控制照護。

7.2 研究限制

- <1> 本研究僅限於某社區隨機取樣的糖尿病個案。研究對象來源為辦理社區健康檢查篩選得知的糖尿病個案，故可能會遺漏有服藥控制而血糖值正常者，對於不會利用健康檢查之民眾也無法得知，也不知其他醫療院所糖尿病個案，所以在統計外推性有所限制。
- <2> 蒐集研究對象的疾病狀況之罹病期間、有無慢性疾病的乃是由個案主訴，部份個案並不清楚罹病時間及有無慢性疾病，以致可能遺漏某些訊息。
- <3> 本研究採橫斷式研究，無法深入瞭解及觀察影響自我照顧行為之複雜因素，相信長期追蹤更能了解各種因素對糖尿病自我照顧行為之不同影響。
- <4> 「自我照顧行為量表」的題數較少，是否會造成測量上的偏差，期望未來仍需更多研究以增進此量表之效度。

參考文獻

中文文獻：

丁志音 (2003)。誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用。 *台灣衛誌*，22 (3)，155—166。

王理、籃久娜、吳唯雅、陳智凱、汪淑娟 (2007)。台灣地區中老年人第二型糖尿病與其生活型態之探討。 *中山醫學科學雜誌*，18，15—24。

王璟璇、王瑞霞、林秋菊 (1998a)。自我照顧行為、自我效能和社會支持對初期非胰島素依賴型糖尿病患者血糖控制之影響。 *高雄醫學科學雜誌*，14，807—815。

王璟璇、王瑞霞、林秋菊 (1998b)。門診診斷初期非胰島素依賴型糖尿病患者的自我照顧行為及其相關因素之探討。 *護理雜誌*，45 (2)，60—74。

王秀紅 (2000)。自我照顧的概念及其在國內護理研究應用之評析。 *護理雜誌*，47 (2)，64—70。

白玉玲 (2004)。老年第二型糖尿病患者憂鬱、自我照顧行為及其相關因素之探討。未出版之碩士論文，輔英科技大學護理研究所，高雄縣。上網日期：2008年10月20日。網址：
http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/ft_result.jsp?FT=Y&id=093FY005563001

行政院衛生署衛生統計資訊網 (2007)。最新發布統計資料—民國 96

年縣市別死因統計結果。2008 年 10 月 20 日，取自：

<http://www.doh.gov.tw/CHT2006>

行政院衛生署國民健康局 (2003)。台灣地區高血壓、高血糖、高血

脂盛行率調查報告。台中市：行政院衛生署國民健康局。

行政院衛生署國民健康局中老年保健資訊網 (2006)。台灣地區糖尿

病防治推動現況與展望。2008 年 10 月 20 日，取

自：<http://www.bhp.gov.tw/BPHnet/portal>

行政院衛生署國民健康局 (2002)。台灣地區糖尿病流行病學。周碧

瑟，*糖尿病共同照護工作指引手冊* (一版，16—32 頁)。台中市：

行政院衛生署國民健康局。

行政院衛生署國民健康局 (2002)。台灣糖尿病照護現況。蔡世澤，

糖尿病共同照護工作指引手冊 (一版，43—50 頁)。台中市：行政

院衛生署國民健康局。

行政院衛生署國民健康局 (2002)。台灣地區糖尿病共同照護現況。

國民健康局，*糖尿病共同照護工作指引手冊* (一版，33—42 頁)。

台中市：行政院衛生署國民健康局。

行政院衛生署國民健康局 (2003)。糖尿病之流行病學及病因、診斷、

分類。潘文涵、傅茂祖，*糖尿病防治手冊* (二版，1—12 頁)。台

- 中市：行政院衛生署國民健康局。
- 行政院衛生署國民健康局（2003）。糖尿病與戒菸。張媚，*糖尿病防治手冊*（二版，73—78頁），台中市：行政院衛生署國民健康局。
- 行政院衛生署國民健康局（2005）。糖尿病與我。台中市：行政院衛生署國民健康局。
- 行政院主計處（2006，6月27日）。*家庭組成型態變遷*。2008年10月20日取自 <http://www.dgbas.gov.tw/public/Data/662814133871.pdf>
- 吳明隆、涂金堂（2008）。*SPSS 與統計應用分析*。台北：五南。
- 杜友蘭（2004）。*護理理論與實務應用*。台北：華杏。
- 何佩珊主持（2005）。*屏東縣衛生保健議題資料分析研究計劃*（民國九十一年台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查）。台中市：行政院衛生署國民健康局。
- 吳淑芳、Courtney, M.、Edwards, H.、McDowell, J.、Shortridge-Baggett, L. M.、張嘉容、洪心慈（2006）。糖尿病個案自我效能增進訓練及應用。*台灣醫學*，10（1），115—122。
- 邱啟潤、柯任桂（2000）。健康相關的飲食與運動行為自我效能量表信度效度之評估。*護理研究*，8（3），301—312。
- 林冠品（2004）。與公衛護士互動關係感受、疾病知識、疾病態度與糖尿病自我照顧行為的關係。*台灣衛誌*，23（6），479—486。

- 胡月娟、林豐裕 (2005)。慢性病患之疾病衝擊、健康行為與因應結果之模式檢定。 *實證護理*，1 (2)，140—148。
- 胡文郁、曾春典、戴玉慈、余玉眉 (1996)。高血壓患者服藥遵從行為及其相關因素之探討。 *中華衛誌*，15 (4)，319—332。
- 胡文郁、戴玉辭、余博芮、余玉眉、曾春典 (1999)。老年高血壓患者服藥遵從行為及其影響因素之研究。 *慈濟醫學*，11 (3)，227—235。
- 翁瑞亨、徐瑞祥、謝玉娟 (2002)。台灣地區糖尿病共同照護現況。 *台灣醫學*，6 (4)，569—573。
- 郝立智、楊純宜、吳達仁 (2005)。美國糖尿病學會針對糖尿病合併高血脂之標準治療建議。 *內科學誌*，16，169—174。
- 黃秋玲、陳淑芬、唐善美、戴研光 (2006)。探討糖尿病患者衛生教育介入措施前後之成效。 *福爾摩莎醫管雜誌*，2，28—35。
- 黃秋玲、唐善美 (2007)。運用行為改變跨理論模式協助一位第 2 型糖尿病患者運動促進之護理經驗。 *護理雜誌*，54 (5)，99—103。
- 黃怡瓔、陳建全、蔡綵景、郭啟文 (2007)。隨機血糖與糖尿病發病之關係。 *內分泌暨糖尿病學會會刊*，20 (3)，13—18。
- 黃靜儀、鄭惠美、沈德昌 (1998)。門診糖尿病患者對糖尿病知識、態度、行為與糖尿病衛教需求之研究。 *健康促進暨衛生教育雜誌*，

18, 25—35。

陳筱筠、鍾嫻嫻 (2006)。糖尿前期。《基層醫學》，21 (7)，172—176。

陳滋慈、張媚、林豔君 (1998)。自我效能、社會支持與糖尿病病人居家自我照顧行為相關之探討。《護理研究》，6 (1)，31—43。

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

郭祖仁 (2007)。《糖尿病患者使用另類醫學的情況和血糖控制的相關性》。未出版之碩士論文，南華大學自然醫學研究所，嘉義縣。上網日期：97年10月20日。網址：
http://etds.ncl.edu.tw/theabs/service/ft_result.jsp?FT=Y&id=095NHU05067006

陸勺玲 (2005)。《民國九十一年台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查 (基隆市衛生保健議題資料分析研究計劃)》。台中市：行政院衛生署國民健康局。

莊嬌榮、鄭綺、林佳靜、林宏達 (1999)。第二型糖尿病患者血糖控制自我管理模式之探討。《新台北護理期刊》，1 (1)，11—20。

章淑娟、傅振宗 (2004)。花蓮縣糖尿病照護品質並換成果評估及其預測因子。《慈濟護理雜誌》，3 (4)，38—48。

張瑞泰、林健民 (2007)。癌症、心血管疾病和糖尿病的預防。《學校

衛生，51，89—102。

張菊惠（2005）。民國九十一年台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查（高雄縣衛生保健議題資料分析研究計劃）。台中市：行政院衛生署國民健康局。

張峰紫、林秋菊（1997）。以自我效能評估胰島素依賴型糖尿病患者知自我照顧情形。高雄醫學科學雜誌，13，351—359。

鄉鎮市發展綱要計畫資訊網（2008）。梅山鄉發展綱要計畫。2008年12月31日，取自：
http://gisapsrv01.cpami.gov.tw/CPIS/cprpts/chiayi_county/county/town14.htm

曾慶孝（1999）。綜論吸菸與戒菸對糖尿病患者發生心臟血管疾病的影響。中華衛誌，18（4），241—246。

趙明玲、林伶利、余秋霖、方郁文（2007）。有氧運動訓練對台灣第2型糖尿病中老年患者的血液生理指標及體適能之影響。實證護理，3（1），27—34。

樓美玲、李怡娟、葉明珍、張彩秀（2004）。社區非胰島素依賴型糖尿病患者家庭功能與自我照顧行為。長期照護雜誌，8（2），195—212。

劉棻（2006）。台灣糖尿病共同照護網推行現況與挑戰。護理導航，7（2），28—34。

- 劉淑娟 (1998)。台灣地區老人的健康觀念與健康行為。護理雜誌，45 (6)，22—28。
- 劉淑娟 (1996)。罹患慢性病老人服藥遵從行為及其相關因素之探討。護理研究，7 (6)，581—593。
- 劉惠瑚、陳玉敏 (2004)。自我照顧之概念分析。慈濟護理雜誌，3 (1)，8—13。
- 劉潔心、郭鐘隆、陳合如、劉貴雲、賴妙芬、楊智琳 (2002)。社區糖尿防治之需求評估-以石牌地區為例。健康促進暨衛生教育雜誌，22，29—42。
- 劉見祥、曲同光、陳玉敏 (2002)。糖尿病共同照護與健保給付。台灣醫學，6 (4)，581—584。
- 楊奕馨 (2005)。民國九十一年台灣地區國民健康促進知識、態度與行為調查 (屏東縣衛生保健議題資料分析研究計劃)。台中市：行政院衛生署國民健康局。
- 鄭綺 (1999)。第二型糖尿病患者執行有氧運動之血糖立即反應和長期成效—前驅研究。護理研究，7 (1)，29—40。
- 蔣欣欣、盧孳艷 (1996)。健康與疾病的文化觀及現象分析。護理雜誌，43 (4)，42—48。
- 賴美淑、邱淑媿 (2002)。糖尿病共同照護之概念與內涵。台灣醫誌，

6 (4), 560—568。

蕭淑貞、陳月枝、蔡世澤、林瑞祥、李燕晉、宣立人 (1994)。

胰島素依賴型糖尿病病患自我照顧之情形及對糖尿病控制之影

響。中華衛誌，13 (3)，276—284。

魏榮男、莊立民、林瑞雄、趙嘉伶、宋鴻樟 (2002)。1996~2000 年

台灣地區糖尿病盛行率與住院率。中華衛誌，21 (3)，173—180。

羅淑芬、孔秀美、曾美蓮、林淑娟、張秀香 (2003)。寵物治療在護

理專業領域之臨床應用。護理雜誌，50 (1)，93—97。

英文文獻

- ADA (American Diabetes Association). (2006). Standards of medical care in diabetes-2006. *Diabetes Care*, 29 (suppl.1), S4-S42.
- Adolfsson, E. T., Walker-Engstrom, M. L., Smide, B., & Wikblad, K., (2007). Patient education in type 2 diabetes: A randomized controlled 1-year follow-up study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 76(3), 341-350.
- Chang, C. J., Lu, F. H., Yang, Y. C., Wu, J. S., Wu, T. J., Chen, M. S., Chunag, L. M., & Tai, T. Y. (2000). Epidemiologic study of type 2 diabetes in Taiwan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 50, (Suppl.2), S49-S59.
- Chang, H. Y., Chiou, C. C., Lin, M. C., Lin, S. H., & Tai, T. Y. (2004). A population study of the self-care behavior and their associated factors of diabetes in Taiwan: Result from the 2001 National Health Interview Survey in Taiwan. *Preventive Medicine*, 40, 344-348.
- Chang, H. Y., Wallis, W., & Tiralongo, E. (2007). Use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 307-319.
- Chou, P., Li, C. L. & Tsai, S. T. (2001). Epidemiology of type 2 diabetes in Taiwan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 54(Suppl.1),

S29-S35.

Dean, K. J. (1986). Lay care in illness. *Social Science and Medicine*, 22(2), 275-284.

Gantz, S. B. (1990). Self-care: Perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*, 4(2), 1-12.

Geil, P. & Shane-McWhorter, L. (2008). Dietary supplements in the management of diabetes: Potential risks and benefits. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(4 Suppl 1), S59-65.

Guerrero-Romero, F. & Rodriguez-moran, M. (2005). Complementary therapies for diabetes: The case for chromium, magnesium, and antioxidants. *Archives of Medical Research*, 36(3), 250-257.

Hung, C. H. & Huang, M. C. (2007). Quality of life and its predictors for middle-aged and elderly patients with Type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing Research*, 15(3), 193-201.

Lin, T., Chou, P., Lai, M. S., Tsai, S. T., & Tai, T. Y. (2001). Direct cost-of-illness of patients with diabetes mellitus in Taiwan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 54(Suppl), S43-S46.

Lipson, J. G. & Steiger, N. J., (1996). *History and philosophy of self-care*. In J. G. Lipson (Ed.), *Self-care nursing in a multicultural context* (pp. 3-20). London: Sage.

- Toljamo, M. & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and Glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 780-786.
- Tseng, C. H., Chong, C. K., Heng, L. T., Tseng, C. P., & Tai, T. Y. (2000). The incidence of type 2 diabetes mellitus in Taiwan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 50 (Suppl.2), S61-S64.
- Xu, Y. & Cardena, E, (2008) Hypnosis as an adjunct therapy in the management of diabetes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 63-72.
- Xie, J. T., Mchendale, S., & Yuan, C. S., (2005). Ginseng and diabetes. *Americian Journal of Chinese Medicine*, 33(3), 397-404.
- Xin, L., Miller, Y. D., & Brown, W. J. (2007). A qualitative review of the role of qigong in the management of diabetes. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(4), 427-433.

附錄 A 研究問卷

編碼：□□□ 社區糖尿病自我照顧行為調查研究問卷

A、個人基本資料

姓名：_____	身分證字號：□□□□□□□□□□	A1.性別：□ ₁ 男 □ ₂ 女
A2.年齡：__歲 (民國__年__月__日)	聯絡電話：_____	
現住址 (通訊地址)：梅山鄉_____村_____鄰_____路_____號		
A3.疾病類別為：		
□ ₁ 高血壓 □ ₂ 高血糖 □ ₃ 高血脂		

A4.您目前何時得知糖尿病？

□₁ 約_____年前 □₂ 不清楚

A5.您目前經由醫師診斷出其他的慢性疾病有？(可複選)

□₀ 無 □₁ 高血壓 □₂ 心臟血管疾病 □₃ 高血脂症 □₄ 腦中風 □₅ 腎臟病
□₆ 慢性肝炎或肝硬化 □₇ 消化性潰瘍 □₈ 關節炎或風濕病 □₉ 泌尿
道疾病 □₁₀ 肺氣腫或慢性支氣管炎 □₁₁ 氣喘 □₁₂ 痛風 □₁₃ 白內障
□₁₄ 青光眼 □₁₅ 椎間盤脫出症(骨刺) □₉₈ 不清楚 □₉₉ 其他_____

A6.您目前服用藥物有按時服藥嗎？(未服藥者跳填答 A7)

□₀ 按時服藥
□₁ 沒有；原因為何？(可複選)
□₁₋₁ 忘記服藥 □₁₋₂ 沒有不舒服症狀 □₁₋₃ 藥吃多會傷身 □₁₋₄ 疾病控
制較好 □₁₋₅ 服用其他藥物 □₁₋₆ 依測量血壓值或血糖值自行調整
□₉₉ 其他(請註明)_____

A7.家族疾病史：(可複選)

□₀ 無 □₁ 高血壓 □₂ 糖尿病 □₃ 高血脂症 □₄ 洗腎
□₅ 腦中風 □₆ 冠狀動脈心臟病 □₇ 高尿酸血症 □₉₈ 不清楚

A7-1 家屬身分為 _____(指直系血親如 1 父母、2 兄弟姐妹、3 子女)

A8.宗教信仰：

□₀ 無 □₁ 佛教 □₂ 道教 □₃ 基督教 □₄ 天主教 □₅ 民間信仰
□₆ 一貫道 □₉₉ 其他(請註明)_____

A9.婚姻狀況：

- ₀ 未婚 ₁ 已婚且共同居住 ₂ 分居或離婚 (民國____年____月)
₃ 鰥寡 ₉₉ 其他 (請註明) _____

A10.目前是否有同住者：

- ₀ 沒有 (跳填答 A12) ₁ 有, 共__人

A11.同住者身分 (可複選)

- ₀ 配偶 ₁ 未婚兒子 ₂ 未婚女兒 ₃ 已婚兒子 ₄ 媳婦 ₅ 孫子
₆ 孫女 ₇ 其他親戚 ₈ 其他非親戚 ₉₉ 其他 (請註明) _____

A12.教育程度：

- ₀ 不識字 ₁ 識字 (未就學) ₂ 小學 ₃ 國中 ₄ 高中 (職)
₅ 專科 ₆ 大學 ₇ 研究所以上

A13.就業狀況 (退休前或失業前主要職業):

行業_____ ; 工作內容_____

A14-1.目前仍就業中嗎? ₀ 否 ₁ 是

A14.您主要的經濟來源：

- ₁ 薪水 ₂ 退休金 ₃ 老農津貼 ₄ 家人資助 ₉₉ 其他_____

B、生活型態

B1.最近半年來，您喝酒的情形是：

- ₀ 不喝酒 ₁ 偶爾喝酒或應酬才喝 ₂ 經常喝酒

B2.最近半年來您吸菸的情形是：

- ₀ 不吸菸 ₁ 朋友敬菸或應酬才吸煙 ₂ 平均一天吸約一包菸 (含以下)
₃ 平均一天吸約一包菸以上

B3.最近半年來，您嚼檳榔的情形是：

- ₀ 不嚼檳榔 ₁ 偶爾會嚼或應酬才嚼 ₂ 經常嚼或習慣在嚼

B4.您現在是否為完全素食者?

- ₀ 否 ₁ 是

B5.在過去 3 個月內，您是否曾服用中藥處方或服用自行購買之中藥?

- ₀ 否 ₁ 是

B6.您最近半年內，家中是否飼養寵物嗎？（可複選）

0 沒有

1 有→ 1-1 狗 1-2 貓 1-3 鳥 1-4 魚 99 其他（請註明）_____

B7.您平時有參與社區的活動嗎？（可複選）

0 沒有

1 有→

1-1 擔任志工 1-2 運動團體 1-3 老人會辦理學習班

1-4 進香團 1-5 集會場所聊天交際或下棋等

99 其他（請註明）_____

B8.您目前執行的運動方式為？（可複選）

0 無運動習慣 【跳填答 C1】

1 跳舞 2 健走 3 爬山 4 太極拳 5 騎腳踏車 6 外丹功 7 氣功

8 球類 9 游泳 10 瑜伽 11 槌球 12 法輪功 13 爬樓梯 14 散步

15 桌球 99 其他（請註明）_____

B9.您目前有參與團體的運動嗎？（可複選）

0 沒有

1 有→

1 元極舞 2 健走 3 爬山 4 太極拳 5 騎腳踏車

6 外丹功 7 氣功 8 球類 9 游泳 10 瑜伽

11 槌球 12 法輪功 13 散步 14 桌球 15 土風舞

99 其他 _____

C、疾病監測認知及健康影響

C1.您會定期量血壓？多久量一次？

0 沒有在量 1 很少量或每月少於一次 2 每月 1~3 次 3 每週 1~2 次

4 幾乎每天量 99 其他（請註明）_____

C2.您平均多久於醫療院所抽血做血糖檢查(不包含血糖機)？

0 沒有 1 至少一年一次 2 至少半年一次 3 至少三個月一次

4 至少每月一次 5 其他（請註明）_____

C3.請問您所知的血壓控制值是多少？

₀ 不知道 _____ → ₁ 正確 ₂ 不正確

C4.請問您所知空腹血糖的控制值是多少？

₀ 不知道 _____ → ₁ 正確 ₂ 不正確

C5.請問您所知總膽固醇(血油)的控制值是多少？

₀ 不知道 _____ → ₁ 正確 ₂ 不正確

C6.您平時蒐集健康資訊來源多從？(可複選)

₀ 從不如此

₁ 報章雜誌 ₂ 電視節目 ₃ 廣播電台 ₄ 親朋好友 ₅ 產品推廣會

₆ 醫療院所的健康講座 ₇ 網路 ₈ 看診時請教專業醫護人員

₉ 書籍 ₉₉ 其他(請註明) _____

C7.您覺得糖尿病對您的生活狀況影響程度如何呢？

₁ 沒有任何影響 ₂ 很少有影響 ₃ 偶爾有影響 ₄ 經常有影響

₅ 總是有影響

C8.整體來說，你認為自己的健康狀況如何？

₁ 很差 ₂ 差 ₃ 普通 ₄ 良好 ₅ 非常好

D、醫療及其他療法利用

D1.請問您身體不舒服較常於哪裡就醫呢？(可複選)

₁ 身體狀況可，不常到醫院或診所就醫

₂ 一般藥局拿藥未就醫

₃ 民俗療法(青草藥、推拿、氣功治療...等)

₄ 大型醫療院所

₅ 衛生所

₆ 私人診所

₇ 中醫診所

₉₉ 其他(請註明) _____

D2.您最近半年來是否因糖尿病相關問題於醫療院所看診嗎？

₀ 未就醫；原因為何？

₁ 複檢正常 ₂ 以另類療法 ₃ 交通不方便 ₄ 沒有不舒服

₅ 不嚴重不需治療 ₉₉ 其他(請註明) _____

1 有就醫看診；一般門診 1 1-2 次 2 3-4 次 3 5-6 次 4 7 次以上

D3. 您這半年來是否因為糖尿病相關問題在醫療院所住院治療嗎？

0 無

1 曾經治療 → 急診 1-1；1 1 次 2 2 次 3 3 次 4 4 次以上

住院 1-2；1 1 次 2 2 次 3 3 次 4 4 次以上

↪ 住院天數 1-2-1：1 5 天內 2 6-10 天 3 11-15 天

4 16 天以上

D4. 過去半年內您曾經以除健保西醫外的療法來改善糖尿病嗎？

0 無【跳答 D6】

1 有（可複選）

→

1 靜脈放血 2 青草藥 3 問神明 4 中藥 5 符水

6 芳香療法 7 維他命 8 健康食品 99 其他（請註明）_____

D5. 您會使用除健保西醫外的療法是因？（可複選）

1 副作用較少 2 親朋好友介紹 3 保養身體 4 使用後疾病狀況有改善

5 改善體質 6 多一種治療選擇 7 價格便宜 8 習慣和經驗

9 中西醫療效不好 99 其他（請註明）_____

D6. 過去半年內您曾購買過藥品或健康食品嗎？

0 沒有

1 有 →

a. 您曾購買為何種藥品或產品呢？（請註明）_____

b. 購買來源從？（可複選）

1 賣藥廣播電台 2 社區王祿仙推銷 3 電視台 4 藥局

5 報紙、雜誌 6 家屬或親友購買 7 直銷 8 網路

99 其他（請註明）_____

E 自我照顧行為量表

以下敘述是針對您平時自我照護的看法，請就您同意的程度於數字上圈選，
答案沒有對與錯。

項 目	從 來 沒 有	不 常 有	一 半 有 一 半 沒 有	很 常 有	一 直 都 有
1.您目前有服藥控制嗎? <input type="checkbox"/> 否;(請跳填答 6.) <input type="checkbox"/> 是;您會定時到門診就醫拿藥嗎?	1	2	3	4	5
2.您會按照指定劑量來服藥?	1	2	3	4	5
3.您會按照指定時間來服藥?	1	2	3	4	5
4.您會因為某些因素而減少服藥次數?	1	2	3	4	5
5.您出門在外時,會按時服用藥物?	1	2	3	4	5
6.您會將每次測量的血壓或血糖結果記錄下來嗎?	1	2	3	4	5
7.您平時每週三次或三次以上超過 30 分鐘的運動嗎?	1	2	3	4	5
8.您即使再忙,您都會特別抽出時間去做運動?	1	2	3	4	5
9.您平時會蒐集有關的健康資訊?	1	2	3	4	5
10.您會參加有關如病友會、健康講座等的活動嗎?	1	2	3	4	5
11.您每天會按時用餐?	1	2	3	4	5
12.您每天都吃 2 份水果(含)以上?	1	2	3	4	5
13.您每天吃到 3 碟蔬菜(含)以上?	1	2	3	4	5
14.平時會添加糙米、五穀米或雜糧麵包?	1	2	3	4	5
15.您會注意少吃糖、鹽、味素?	1	2	3	4	5
16.您平時會注意少吃加工食品罐頭、醃製食品?	1	2	3	4	5
17.您平時會注意少吃油炸食物?	1	2	3	4	5
18.您平時會注意少吃零食、點心、汽水、飲料?	1	2	3	4	5

附錄 B 個人社經地位指數計算方式

附表 1-1 教育程度分級表

級別	學歷
I	研究所
II	大學或專科學校
III	高中（職）、國（初）中
IV	小學及識字（未就學）
V	不識字

附表 1-2 職業分級表

級別	職業類別
I	高級專業人員、高級行政人員
II	專業人員、中級行政人員
III	半專業人員、一般性公務人員
IV	技術工人
V	半技術及非技術工人

附表 1-3 個人社經地位指數計算方式

教育 等級	教育 指數	職業 等級	職業 指數	社經地位指數	區分界線	社經地位等級
I	5	I	5	$5 \times 4 + 5 \times 7 = 55$	I (52-55)	高社經地位
II	4	II	4	$4 \times 4 + 4 \times 7 = 44$	II (41-51)	
III	3	III	3	$3 \times 4 + 3 \times 7 = 33$	III(30-40)	中社經地位
IV	2	IV	2	$2 \times 4 + 2 \times 7 = 22$	IV (19-29)	低社經地位
V	1	V	1	$1 \times 4 + 1 \times 7 = 11$	V (11-18)	

附表 1-4 職業類別及等級區分表

等級	類別	職業項目
I	高級專業人員 高級行政人員	大專校長、大專教授、醫師、律師、工程師、建築師、會計師、大法官、特任或簡任級公務員、國大代表、立法委員、監察委員、考試委員、董事長、總經理、將級軍官、外交官、資產階級
II	專業人員 中級行政人員	中小學校長、中小學教師、大專副教授、大專助理教、授法官、推事、律師、工程師、建築師、薦任級公務員、公司行號科長、院轄市議員、經理、襄理、協理、副理、校級軍官、警官、作家、畫家、音樂家、新聞或電視記者、一般企業負責人、經理階級
III	半專業人員、 一般性公務人員	大專講師、技術員、技佐、委任級公務員、科員、金融機構行員、出納員、縣市議員、鄉鎮市民代表、批發商、代理商、包商、尉級軍官、警察、消防隊員、秘書、代書、電影或電視演員、小資產階級
IV	技術性工人	技工、水電工、店員、小店主、零售員、推銷員、自耕農、司機、裁縫、廚師、美容師、美髮師、士(官)兵、打字員、領班、監工、勞工階級
V	半技術性、 非技術性工人	工廠工人、小販、農夫、漁夫、建築工、清潔工、雜工、臨時工、工友、建築物看管人、僱工、服務生、家庭主婦(夫)、家管

附錄 C 家庭類型

資料來源：行政院主計處

名詞解釋：

- ◎ 單人家戶：指該戶僅 1 人居住。
- ◎ 夫婦 2 人家庭：指該戶只有夫婦 2 人居住。
- ◎ 單親家庭：指該戶成員為父或母其中 1 人，以及至少有 1 位未婚子女所組成，但可能含有同住之已婚子女，或其他非直系親屬，如兄弟姊妹。
- ◎ 核心家庭：指該戶由父母親，以及至少有 1 位未婚子女所組成，但可能含有同住之已婚子女或其他非直系親屬。
- ◎ 祖孫 2 代家庭：指該戶成員為祖父(母)輩及至少 1 位未婚孫子(女)輩，且第 2 代直系親屬(父母輩)不為戶內人口，但可能含有同住之第 2 代非直系親屬。
- ◎ 3 代家庭：指該戶成員為祖父(母)輩、父(母)輩及至少一位未婚孫(子)女輩，但可能還含有其他非直系親屬。

附錄 D 2007 年梅山鄉年中人口數

年 齡 別	總 計		
	計	男	女
總 計	22,423	11,923	10,500
0~4 歲	1,005	507	498
5~9 歲	1,174	614	560
10~14 歲	1,258	647	611
15~19 歲	1,478	799	679
20~24 歲	1,644	874	770
25~29 歲	1,700	888	812
30~34 歲	1,502	827	675
35~39 歲	1,639	902	737
40~44 歲	1,666	980	686
45~49 歲	1,738	1,030	708
50~54 歲	1,509	870	639
55~59 歲	1,334	716	618
60~64 歲	1,029	541	488
65~69 歲	1,181	603	578
70~74 歲	1,039	496	543
75~79 歲	785	332	453
80~84 歲	477	214	263
85~89 歲	193	67	126
90 歲以上	72	16	56

資料來源：嘉義縣梅山鄉戶政