

成人氣喘患者的壓力、 因應策略與生活品質之關係

鄭幸宜 戴玉慈* 郭壽雄** 姚開屏***

摘要

本研究目的在探討成人氣喘患者壓力、因應策略與生活品質的現況及關係。以台北市某醫學中心胸腔內科及氣喘過敏科門診的成人氣喘患者為對象，經立意取樣（purposive sampling），共選取132位患者為研究樣本，使用結構式問卷，進行資料收集。結果發現成人氣喘患者的平均生活品質得分居中等程度，且在生活品質所涵蓋的五個層面中以「親密因素」的生活品質最佳，「環境因素」最差；而患者因氣喘疾病所感受到的壓力程度總分高低差異相當大，其中以生理壓力帶給患者的壓力程度最大。患者在面對疾病相關壓力時，最常使用「保持樂觀」的因應策略，而最少使用「情緒發洩」。經迴歸分析發現，成人氣喘患者的整體壓力程度愈低，自覺健康狀況愈好，保持樂觀的因應策略使用頻率愈高，順其自然的因應策略使用頻率愈低時，生活品質愈佳。依本研究結果建議促進患者疾病控制，減少氣喘發作及惡化，引導患者使用正向思考、積極面對問題的因應策略是護理人員在提升氣喘病人生活品質的重點。

關鍵詞：氣喘、壓力、因應策略、生活品質。

前 言

氣喘是目前工業國家常見的疾病之一，成人氣喘的盛行率只有兒童的1/2，但是成人患者的死亡率和住院率卻較高（Cambell, Cogman, Holgate, & Johnston, 1997; Chatkin, Barreto, Foneseca, Gutierrez, & Sears, 1999; Harju, Keistinen, Tuupone, & Kivela, 1996），自民國七十九年起氣喘、慢性支氣管炎、肺氣腫即被列入我國十大死因至今，八十七年氣喘粗死亡率為每十萬人口六人，而且氣喘死亡比例中以成人居多為98.9%，成人氣喘死亡率為每十萬人口十人（行政院衛生署，

1998），因此可知氣喘已經嚴重威脅成人患者的生活及健康狀況，氣喘成人的照護更是目前非常重要的健康課題。

氣喘是一種慢性反覆發作的疾病，氣喘症狀雖然是間歇性的，但是疾病的過程持續終生，對病人造成生理、心理和社會各層面的影響（Desmith, 1999; Randolph & Fraser, 1999; Richardson, 1991; Shadden & Brown, 1992），進而降低生活品質（Desmith, 1999; Quick & Jones, 1990）。Lazarus和Folkman（1984）指出成功的因應策略有助於減低壓

長庚護專護理科講師 國立台灣大學護理學系副教授* 國立台灣大學醫學系教授兼台大醫院胸腔內科
主治醫師 ** 國立台灣大學心理學系副教授***

受文日期：88年10月21日 修改日期：89年2月2日 接受刊載：89年5月25日

通訊作者地址：戴玉慈 台北市仁愛路一段1號

電 話：(02)23970800-8437

力並促進生活品質，目前有關成人氣喘患者的因應策略探討多以因應結果如住院天數、焦慮程度及對藥物依賴等，用回溯性的角度來探討患者的因應情形是否適當；然而氣喘患者的疾病壓力與因應策略關係如何？尚無法由文獻中清楚的瞭解，國內有關氣喘護理照護上的研究對象主要為氣喘兒童和患童母親，對於探討因氣喘而帶來對日常生活造成的壓力困擾，及患者如何因應此壓力與生活品質相互關係的研究目前仍缺乏。本研究除探討成人氣喘患者的壓力及因應策略，並藉此瞭解患者在疾病過程中生活品質的影響因素，建立護理知識，提供護理人員處理病人壓力，提升其生活品質的學理依據。故本研究目的有：(一)探討成人氣喘患者的生活品質、壓力及因應策略現況。(二)探討成人氣喘患者壓力、因應策略和生活品質的關係。(三)探討成喘患者生活品質的重要預測變項。

文獻探討

(一)成人氣喘患者的壓力來源

Lazarus 和 Folkman (1984) 定義壓力是個人與環境互動後所產生的不平衡結果，為環境需求超過個體資源所能負荷而使個體感受到安適感受威脅的狀態。Hyland, Ley, Fisher 及 Woodward (1995) 使用其發展的心理困擾量表於研究中，發現氣喘患者壓力最高的前五項壓力源為「咳嗽和感冒的困擾」、「擔心未來的健康狀況會變得更糟」、「休閒及娛樂活動受限制」、「醫療費用增加」及「因為氣喘而造成焦慮、憂鬱和無助」；Richardson (1991) 調查加拿大 40 位 20—45 歲的氣喘病人發現多數人 (60%) 對環境中過敏原及刺激物的控制及預防呼吸道感染 (53%) 感到困難，其次為因夜間呼吸困難而干擾睡眠 (48%) 及對藥物副作用感到擔心 (38%)；在心理方面病人覺得職業生涯受威脅 (58%)、社交受限

及於公共場所服藥有困窘情形 (45%)，個案常會經歷生氣、挫折、害怕、憤怒等不愉快的情緒經驗，並且有 30% 患者無法接受自己是一個慢性病人，因此可知氣喘疾病對病人的影響及壓力源可來自生理、心理、社會及生活型態改變四個層面。

(二)成人氣喘患者的因應策略

因應策略 (coping strategies) 指個人面對壓力情境中超出個人所能負荷的傷害、威脅或挑戰時而採取持續不斷用來改變或適應壓力源的行為。主要目的為減輕個人所感受到的壓力及面對情境威脅可能產生的傷害，促進復元、忍受及調適負向事件，Lazarus 和 Folkman (1984) 依據因應的功能將之分為 (1) 問題取向 (problem oriented coping) 的因應：主要為改變導致困擾的情境，直接、主動的對所存在的問題加以解決處理。(2) 情緒 (情感) 取向 (affective oriented coping) 的因應：減輕及調適伴隨壓力情況所產生的情緒問題，並非針對問題本身做解決，主要是使個人在壓力情境下能感到舒服些。然而文獻對成人氣喘患者對壓力的因應策略之討論並不多，這方面的研究多以氣喘兒童及其家屬 (父母、照顧者) 為探討對象。Desmith (1999) 以質性研究探討 9 名 32—63 歲成人患者日常生活中對氣喘的因應經驗，發現其因應行為和策略包括每天使用藥物、調整藥物、與專業人員討論、尋求他人支持、避免氣喘激發因子、限制某些活動、認識氣喘的特性、保持幽默及不管它等涵蓋問題及情緒取向之因應策略，且成人的因應態度較為主動，並對疾病的治療認真負責，不過文中仍無法看出患者最常用的因應策略為何。其他有關成人患者的因應策略探討多以因應結果如住院天數、焦慮程度 (Maes & Schlosser, 1988) 及對藥物依賴等 (Kisman, Pahlem, Spector, & Staudenmyer, 1977)，用回溯性的角度來探討患者的因應情形適當與否，Campbell

等（1995）在77名曾有幾乎致死的氣喘發作（near fatal attack）個案中發現57%的患者有高度的疾病否認情形；此外Kinsman等（1977）探討氣喘出院病人發作時焦慮程度和因應行為的關係，發現焦慮程度較高者其口服類固醇的需求劑量愈高；Janson-Bjerklie及Sharon（1988）則是探討患者因應氣喘症狀發作當時的策略狀況，然而氣喘患者的疾病壓力與因應策略關係如何？尚無法由文獻中清楚的瞭解，故需進一步探討，而這也是本研究主要目的之一。

（三）壓力、因應策略與生活品質的關係

生活品質是一個多向度（multidimensional）的架構概念，Ferrans和Powers（1985）歸納多位學者的意見，將生活品質劃分為健康與功能、社會經濟、心理／靈性及家庭等四大向度，並且認為生活品質是個人對自己生活經驗各向度的主觀感受及滿意和重視程度。Lazarus和Folkman（1984）指出壓力評價（appraisal）和因應過程中最終且最重要的是因應會影響適應（adaptation）結果，其可由生活滿意度（life satisfaction）加以評值，Downe-Wamboldt（1991）也指出個人在面對壓力時，所選擇的因應方式會影響其生活滿意度。Liesl等（2000）指出氣喘發作頻率及嚴重度與生活品質有關；Gibson和Toneguzzi（1995）用包含症狀限制、情緒功能、活動限制及必須避免環境曝露的程度等四個層面的健康相關性生活品質量表，測得社區氣喘患者及出院後八週內患者之生活品質受影響程度為輕度至中度；而Kim（1999）採用Ferrans與Powers（1985）發展的生活品質指標，以18—87歲的氣喘患者為對象測得的生活品質也是輕度受影響，且以健康與功能的生活品質層面影響最劇，其更進一步指出氣喘症狀嚴重度及困擾程度使患者日常生活功能降低，是進而影響生活品質的主要因素。然而有關探討氣喘成人患者壓力、因應

策略和生活品質關係的研究仍缺乏，目前已有相關研究指出當患者疾病的壓力感受程度愈大時，生活品質愈低（陳，1995；Lok, 1996），且因應策略使用的頻率愈高（Downe-Wamboldt, 1991）。大多數探討因應策略對生活品質影響之研究指出，問題取向因應策略和生活品質呈正相關（Lok, 1996; Parson, 1990）；常使用情緒取向因應方式生活滿意度較低（Downe-Wamboldt, 1991），Grady等（1995）與Downe-Wamboldt（1991）更進一步指出當患者愈常使用情緒性及被動認命的因應策略時，生活品質愈差。

研究架構

依文獻查證的結果研擬本研究架構，認為當患者面臨壓力時會經過認知評價壓力程度，並採取因應策略進而影響生活品質。壓力程度愈高，因應策略使用頻率愈高，當患者使用較多問題取向因應行為時其生活品質較好，亦即壓力、因應策略與生活品質間彼此有關（見Figure 1）。

方 法

一、研究對象

採立意取樣，以台北市某教學醫院胸腔內科及氣喘過敏科中經主治醫師診斷為氣喘病，且年滿十八歲、無其它慢性疾病，能以國、台語溝通，並同意參與本研究的成人氣喘患者為研究對象，共收案132名。

二、研究工具

本研究採用自擬之結構問卷為研究工具，問卷內容分為：

(一)基本資料問卷：基本資料包括性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、宗教信仰、社經階層、自覺健康狀況、患病年數及氣喘嚴重度。

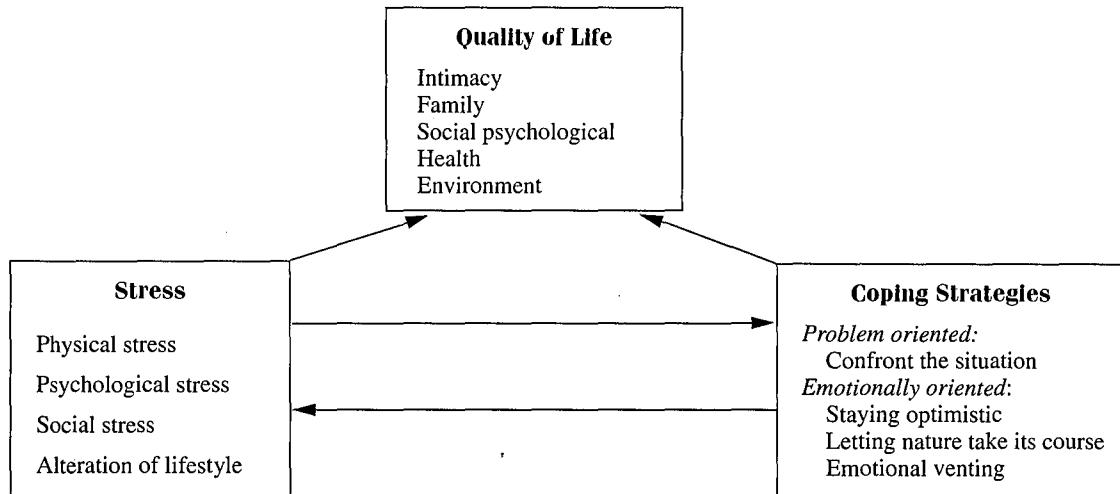


Figure 1. Factors which affect quality of life include stress and coping strategies.

(二)壓力量表：主要探討成人氣喘患者面對疾病過程中所感受到的壓力源與壓力程度，此量表主要參考國內外文獻、專家意見及研究者過去照顧氣喘患者的經驗，並實際以半結構式開放問卷訪談五位氣喘患者後由研究者擬出，共計40題。量表採Likert五點計分法來評量，每一項壓力源的壓力程度得分越高表示此項壓力源的壓力程度越高。

(三)因應策略量表：本量表是參考Jalowiec和Powers所發展的Jalowiec因應策略量表(Jalowiec Coping Scale, JCS), Revised Jalowiec Coping Scale (Jalowiec, 1987)及和患者會談後，擬出包含「問題取向的因應策略」16題；及「情緒取向的因應策略」23題，共計39題。量表採Likert五點計分法來評量，每一項因應策略的使用頻率，得分愈高，表示此項因應行為被患者使用的愈頻繁。

(四)生活品質量表：係參考文獻及專科醫護人員意見，修改劉(1993)翻譯自Ferrans和Powers之中文版「生活品質指標」來測定氣喘患者的生活品質，修正後此量表共38題。「生活品質」包含家庭、親密、健康、心理社會及環境因素等五大向度，每一個向度皆包含兩個概念的評量，分別為個人對生活中

各向度的滿意度及個人對生活中各向度的重要感受度。量表以Likert六點計分法來評量，整體生活品質及各層面生活品質的計分方式如下：將各題滿意程度所得的評量分數減去3.5，然後乘上該題的重要程度得分，即得各題分數，各題分數相加，除以答題數後即得量表的生活品質總分；為使得分不會有負值，故將評量後的總分加上15，則生活品質分數最低為0分，最高為30分，分數愈高表示生活品質愈好。

研究工具採內容效度(content validity)檢定，延請對此研究主題有臨床實務或研究經驗之醫師及護理專家共七位，檢定問卷內容；同時本研究「壓力量表」及「因應策略量表」的資料採用因素分析，首先執行主軸因子分析(principal-axis factoring)，根據特徵值(eigenvalue大於1者)及陡階檢定(scree test)兩者皆選定四個因素進行斜交轉軸(direct oblimin)，轉軸後壓力量表取其因素負荷量大於0.3；因應策略量表取其因素負荷量大於0.4的項目納入各因素中，最後並依據各因素所包含項目的題意予以命名。壓力量表所萃取出的四個因素分別為生理壓力、心理壓力、社會壓力和生活型態改變壓

力，共可解釋45.5%總變異量。因應策略量表所萃取出的四個因素分別為積極面對問題、情緒發洩，順其自然和保持樂觀，共可解釋34.1%總變異量，其中「改變生活習慣以避免氣喘發作」及「配合治療，遵從醫護人員的囑咐去做」因素負荷量雖然小於0.4，但因其為研究對象最常使用的因應策略，因此仍將其保留，並歸入面對問題解決的因素中。至於「壓力量表」、「因應策略量表」及「生活品質量表」之信度檢定，計算其Cronbach's α 值分別為0.95、0.88及0.94，表示該量表具相當之內在一致性。

三、資料收集過程

經由主治醫師轉介選取符合選樣標準的個案，研究者取得個案同意後，於空診間進行問卷填寫，但若個案對題目的理解有困難時則由研究者逐一唸出題目，然後依個案口述答案代為填入適當空格內。最後並將所收集的資料，以SPSS/Windows進行建檔及統計分析。

結果

一、研究對象之基本資料

本研究共收得132位有效樣本，各項基本資料如(Table 1)所示。男女比例為1.5：1；平均年齡46.9歲（標準差=15.6）；大部份的個案已婚（68.2%）、約一半的個案有職業（55.3%）、教育程度則以大專以上畢業者佔大多數（42.4%），此可能是本研究樣本未將不識字者列入收案對象，因此造成研究對象的教育程度平均多在中上程度。有關疾病方面的資料：個案診斷罹患氣喘年數介於1~69年，平均約為17.8年（標準差=15.7），且以20年以上者（31.1%）居多；大部份個案的氣喘嚴重度為中度（45.5%），

多數個案（56.8%）覺得自己的健康狀況為尚可。

二、成人氣喘患者的壓力、因應策略與生活品質現況

Table 1

Demographic Data of Adult Asthma Patients (N=132)

Variables	n	%
Sex		
Male	79	59.8
Female	53	40.2
Age (years)		
18~30	25	18.9
31~40	22	16.7
41~50	28	21.2
51~60	31	23.5
60~80	26	19.7
Marital Status		
Single	36	27.3
Married	90	68.2
Others (divorced, widowed)	6	4.5
Education		
Primary school or below	20	15.2
Junior high school	11	8.3
Senior high school	45	34.1
College or above	56	42.4
Religion		
Yes	94	71.2
None	38	28.8
Job		
Employed	63	55.3
Student	13	9.8
Retired	30	22.0
Housekeeper	16	12.1
Social Status		
I (lowest)	18	13.6
II	60	45.5
III	27	20.5
IV, V (highest)	27	20.5
Severity of Asthma		
Mild	32	24.2
Moderate	60	40.5
Severe	40	30.3
Duration of Disease (years)		
1~5	37	28.3
6~10	18	13.4
11~20	35	26.6
>20	41	31.3
Perceived Health Status		
Bad	34	25.8
Moderate	75	56.8
Good	23	17.4

(一)成人氣喘患者的壓力

研究對象的壓力程度總分得分範圍為18—152分（總分156），平均為74.34分（標準差=25.95），中位數（medium）為61，多數個案的壓力程度總分，即衆數（mode）為

68分；各單項壓力程度之平均值介於0.92—2.47分（標準差=0.9—1.38），顯示研究對象對於各項壓力源所感受的平均壓力程度介於沒有此經驗和中度困擾間，且具有個別差異。由Table 2可知個案感受到壓力程度最

Table 2

Loading Factor and Distribution of Stress Scale Scores in Adult Asthma Patients (N=132)

Item	Loading Factor	Mean Score	Rank
Factor I Psychological Stress			
Worry about drug side effects	0.63	2.13	15
Worry that asthma may worsen	0.66	2.43	6
Worry that children may inherit asthma	0.48	1.99	17
Worry about death from asthma attack	0.61	1.88	20
Unpredictable occurrence of asthma attacks	0.61	2.00	16
Lack of knowledge about asthma	0.51	1.41	33
Difficulty controlling panic during a serious asthma attack	0.59	1.62	30
Can't do what I like to due to the asthma	0.64	1.95	19
I don't feel normal due to the chronic nature of the disease	0.72	1.69	27
Have to comply with long term treatment	0.74	2.50	4
Life without goals and hope due to illness	0.67	1.30	35
Must carry inhaled-medication all the time or will feel insecure	0.54	2.17	13
Can not do my job as competently as before	0.52	1.70	25
Clinic visits are inconvenient, difficult, and time consuming	0.41	1.70	25
Factor II Physical Stress			
Dyspnea during asthma attack	0.72	2.45	5
Chest tightness during asthma attack	0.61	2.54	2
Strenuous coughing during asthma attack	0.56	2.35	9
Alteration of sleep pattern due to asthma attack	0.65	2.41	7
Activity intolerance since developing asthma	0.76	2.36	8
Tired easily since developing asthma	0.68	2.33	10
Physically unwell due to drug side effects	0.40	1.86	21
Catching cold may induce an asthma attack	0.60	2.74	1
Factor III Alteration of Lifestyle			
Unable to take a long journey for fear of asthma attack	0.56	1.82	22
Feel embarrassed using inhaler in public	0.62	1.55	32
Must comply with diet limitation to avoid asthma attack.	0.59	1.59	31
Must avoid exposure to polluted air to prevent asthma attack	0.75	2.31	11
Must avoid dust to prevent asthma attack	0.70	2.15	14
Must avoid perfume, smoke, pollen, and animal's rash to prevent asthma attack	0.75	2.20	12
Must maintain a good mood to avoid asthma attack	0.67	1.76	23
Must pay attention to weather to prevent asthma attack	0.75	2.52	3
Factor IV Social Stress			
Reduced libido due to developing asthma	0.54	1.39	34
Feel lonely and neglected by family members during asthma attack	0.60	1.15	38
Change in spousal intimacy due to developing asthma	0.85	0.92	39
Guilty feeling for trouble and inconvenience caused to family members	0.49	1.73	24
Increased health expenses for household	0.42	1.23	37
Too much folk medicine suggested by relatives	0.31	1.26	36
Unable to share usual housework during asthma attack	0.36	1.99	17
Cut down on social activities due to developing asthma	0.63	1.67	28
Must give up hobbies or pursue fewer interests due to developing asthma	0.40	1.63	29

大的前十項壓力源中生理方面的壓力佔了 70%，進一步就四個層面的壓力源平均得分來看 (Table 3)，也以生理的壓力最大，其次為生活型態改變的壓力，特別是曝露於天氣改變、空氣污染、香水、香菸、花粉等氣喘激發因子時易引發氣喘。心理方面的壓力則是以因為氣喘病必須長期依賴藥物及擔心氣喘疾病會惡化為首，研究中患者表示害怕氣喘會導致合併症，使身體狀況愈來愈差，對於必須長期依賴藥物也覺得很無奈，而且更有 56% 的患者表示擔心類固醇藥物的副作用。四個層面的壓力源平均得分以社會的壓力最低，研究顯示除了氣喘發作時不能像平常一樣分擔家庭工作的壓力接近中度困擾外 (平均值 = 1.99)，氣喘對家庭經濟、社交減少、興趣、嗜好、婚姻的親密關係等造成的困擾程度都在沒有困擾和輕度困擾間。除量表內容外另有 32 位 (24.2%) 患者提出額外的壓力為：「門診時醫師都很忙不敢多問，所以有氣喘方面的問題不知道要問誰」。

(二) 成人氣喘患者的因應策略

研究發現個案因應策略使用頻率總分差距很大為 2—109 分，多數個案的因應策略使

用頻率總分，即眾數 (mode) 為 64 分，而中位數 (medium) 為 72.5；各單項因應策略使用頻率之平均值介於 0.31—3.27 分，標準差 0.55—2.18，表示研究對象對各項因應策略使用的頻率介於從不如此和經常如此間，且個別差異相當大。就個案整體因應策略及其四個因素加以分析 (Table 3) 發現，患者最常用的因應策略為「保持樂觀」，其次為「積極面對問題」，而最少使用「情緒發洩」的因應行為，可見患者面對氣喘疾患時仍多能保持樂觀和積極面對的態度。個案最常使用的前五項因應策略依序為：「配合治療，遵從醫護人員的囑咐去做」、「改變生活習慣以避免氣喘發作」、「接受生病的事實去面對問題」、「運用目前的能力，儘量設法把問題維持在自己能控制的範圍」、「看開一點，儘量往好方面看」，使用頻率介於有時如此與經常如此間；此外個案最少使用的前五項因應策略依序為「哭泣」、「藉吃東西、嚼口香糖等讓自己暫時忘記煩惱」、「埋怨自己、責怪自己」、「感到沒希望，隨他去」及「經由他人介紹或自己探聽去嚐試中藥治療、祕方」。患者額外提

Table 3

The Distribution of Score of Stress, Coping Strategies, and Quality of Life for Adult Asthma Patients (N=132)

Variable	Mean Score of Total Scale	Score Range	Mean Score of Single Item	SD
Total Stress (subscale)	74.34	18—152		
Physical stress	19.02	3—31	2.38	1.06
Alteration of life style	15.89	2—32	1.99	1.16
Psychological stress	26.46	2—55	1.89	1.18
Social stress	12.97	1—36	1.44	1.06
Total Coping Strategies (subscale)	59.44	2—109		
Staying optimistic	20.27	1—36	2.25	1.31
Confronting the situation	25.09	1—46	1.93	1.17
Letting nature take its course	9.18	0—21	1.53	1.31
Emotional venting	4.89	0—19	0.82	1.04
Total Quality of Life (subscale)	18.49	6.69—26.24		
Intimacy	22.22	6.50—30.00	5.09	
Family	21.37	8.13—30.00	4.23	
Social psychological	18.79	4.07—27.46	3.94	
Health subscale	17.46	4.50—26.69	4.42	
Environment	15.33	1.00—25.75	4.32	

Table 4

Standard Multiple Regression Analysis on Predictive Variables in Predicting Quality of Life for Adult Asthma Patients
(N=132)

Predicting Variable	B	Beta	t value	p value
Total stress	- 0.047	- 0.353	- 3.855	.000***
Self-perceived health	1.232	0.232	3.104	.002**
Staying optimistic	0.097	0.198	2.751	.007**
Letting nature take its course	- 0.153	- 0.210	- 2.328	.022**

Note. Adjust R square = 0.389.

***p < .001 **p < .01 *p < 0.05

及的因應策略歸納起來有：「氣喘發作時多休息」、「經常運動」、「以對自己重要的人、事、物鼓勵自己平安活下去」。

(三)成人氣喘患者的生活品質

研究對象的整體生活品質得分範圍介於 6.69—26.24 分，平均為 18.49 分（標準差 = 3.47），顯示個案的整體生活品質得分居中等程度。而就生活品質的五個層面而言，其中以「親密因素」得分最高，得分最低則為「環境因素」(Table 3)。其中各單項生活事件生活品質中得分最低的五項則以「環境因素」和「健康因素」兩層面為主，依序為「生活中空氣污染的情況」、「生活環境中香菸（或刺激性氣體）的控制」、「台灣整體狀況」、「自己的身體健康」及「氣喘對自己生活中造成的壓力和煩惱」。

(四)壓力、因應策略與生活品質的關係

本研究發現患者的整體壓力程度越高時，整體因應策略的使用頻率也越高，呈正相關 ($r=.62, p < .001$)；但是整體生活品質狀況會越差，呈負相關 ($r=-.52, p < .001$)；在因應策略與生活品質的關係中，研究對象整體因應策略、情緒發洩及順其自然的因應策略使用頻率越高，則整體生活品質及各層面的生活品質越差，呈負相關，上述結果與本研究假設相符合。保持樂觀的因應策略雖與整體及各層面生活品質呈正相關，但皆未達統計上的顯著意義。不過研究結果顯示，若患者使用較多積極面對問題的因應策略，

其整體生活品質及健康因素、親密因素和環境因素層面的生活品質越差，呈顯著的負相關，此與研究假設有所差異。

為了建構「生活品質」的預測模式，以 t 檢定、單因子變異數分析及 Pearson 積差相關中，與成人氣喘患者整體及各層面生活品質有相關或顯著差異的各變項為自變項，進一步進行標準複迴歸 (standard multiple regression) 分析，結果顯示當患者的整體壓力愈大及順其自然的因應策略使用頻率愈高時，生活品質愈差；自覺健康狀況愈好及常使用保持樂觀的因應策略時，患者的生活品質愈佳；此四個變項可以解釋整體生活品質全部變異量的 38.9%，可知壓力程度及因應策略方式可預測生活品質，故本研究假設獲驗證，而且「整體壓力」的標準化迴歸係數值最大，是生活品質的主要影響因素 (Table 4)。

討 論

一、成人氣喘患者的壓力、因應策略與生活品質的現況

研究結果顯示個案的整體壓力程度最高與最低者差距相當大，由於本研究是請患者針對最近三個月內的壓力狀況填寫問卷，所以少數患者表示如果氣喘症狀控制良好時會覺得自己和正常人一樣，並不會感到很多來自疾病的壓力，因此填寫出問卷中的壓力程

度也較低。就各層面壓力來看，壓力程度最高的是「生理壓力」，研究對象感受到壓力程度最高的前十項壓力源中，生理方面的壓力源佔了 70%，且以「不小心患上感冒，會引起氣喘發作」的壓力程度最高，其次為「氣喘發作時胸部緊悶不適」、「氣喘發作時呼吸困難不適」(Table 2)。呼吸困難時患者有窒息感及胸部緊悶的不適，在情緒上則會有恐慌、生氣、焦慮、害怕死亡和孤立感等 (Janson-Bjerklie, Carrieri, & Hude, 1986)，本研究有患者表示「氣喘嚴重發作時連走路都沒辦法」、「因為氣喘發作呼吸困難，我只能坐著睡覺，而不能躺著睡」，可見生理上的困擾，確實帶給患者極大的影響。此外患者表示感冒時易造成氣喘惡化，然而卻很難去防範感冒，因此所造成無形的壓力和恐懼更甚於呼吸困難及胸部緊悶所致的不適，Richardson (1991) 的研究指出 53% 的患者對於預防呼吸道感染感到困難，而 Kim (1999) 也發現感冒的預防及相關症狀對患者日常生活功能的影響最大。由本研究結果可知氣喘症狀和難以防範的感冒是患者主要的壓力來源，因此如何減低氣喘發作的頻率及嚴重度是重要的課題。

在生活型態改變的壓力中，主要的壓力來自於曝露在天氣改變、空氣污染、香水、香菸、花粉、貓狗皮屑等氣喘激發因子時易引發氣喘，Richardson (1991) 的研究也指出 60% 的患者對環境中過敏原及刺激物的控制感到困難，本研究中則有 78.3% 的個案對於「必須特別注意天氣突然改變以免引起氣喘發作」感到困擾，74.2% 的個案對於「必須避免曝露於空氣污染中以免引起氣喘發作」感到困擾，少數患者表示出門時必需隨時保持警覺，注意周圍環境中有無氣喘激發因子存在、出外旅遊時因為旅館中毛毯會引起氣喘發作而無法使用等，顯見氣喘疾病的特性確實造成患者生活型態改變及限制，所

以如何增加對過敏原及氣喘激發因子有效的控制相當值得重視。

在心理壓力中，以「擔心氣喘疾病會惡化」的壓力程度最高，與 Hyland 等 (1995) 研究發現相似，許多個案向研究者表示主要是「害怕出現合併症」，如害怕肺部狀況變差及其他器官受影響，可見患者對氣喘疾病的瞭解仍不足，所以給予患者有關氣喘疾病相關的衛教，有助於減少其不必要的疑慮及壓力。而值得一提的是「擔心治療氣喘的藥物副作用對身體不好」雖然在 39 項壓力源的壓力程度中排名第 15 名，但是有 74 位 (56%) 的患者表示擔心類固醇藥物的副作用，並且對此藥物的使用感到不安全，個案的擔心包括「長期使用類固醇藥物會傷害身體其他器官，導致洗腎」、「害怕出現抗藥性導致往後的劑量使用持續增加」、「身體外觀改變、體重增加」、「害怕發育不良」，少數患者表示更因此自行將藥物減量服用，文獻已證明病人對吸入性類固醇藥物的遵從性會受其對此藥物的態度和信念所影響 (Ganse et al., 1997)，因此瞭解患者對藥物副作用的壓力感受程度，解答患者的擔心、疑慮是相當重要的。本研究中社會層面壓力以「氣喘發作時不能像平常一樣分擔家庭工作」的壓力程度最高，而且女性患者的壓力感受稍高於男性，可能因女性患者負擔較多家庭角色的責任，且必須處理大多數的家務工作，所以在這方面的壓力感受高於男性。另外 Ringsberg, Segesten 及 Akerlind (1997) 指出，因為氣喘造成訪友、外出活動變少，導致社交隔離也是患者主要的壓力來源，不過本研究中患者對「因為氣喘病造成社交生活減少」的壓力感受很低，介於沒有困擾和輕度困擾間，多數個案表示「以前就沒有很多社交活動」，以及「目前電話聯絡很方便」，所以困擾並不大。

整體而言，經由標準複迴歸分析以「整體壓力」為解釋生活品質的最主要變項，此與Grady等（1995）的研究結果相似。本研究中個案在過去一年因氣喘至急診求診的人數不少（34.8%），有一位患者急診次數高達10次，38.4%的個案更曾因為氣喘發作無法工作，而必須請假，可見氣喘症狀造成的壓力對患者生活影響之重大。

在因應策略方面，結果顯示整體因應策略使用頻率最低與最高者差距相當大（見Table 3），探究原因發現因應策略使用頻率最低之個案為一氣喘症狀控制良好的患者，其整體壓力程度極低，39項壓力源中壓力程度多為沒有困擾，個案表示因為沒有感受到壓力所以也未執行許多的因應策略。進一步就因應策略型態而言，研究對象最常用的因應策略為「保持樂觀」，就34項因應策略項目觀之，患者最常使用的前五項因應策略亦偏重於「積極面對問題」及「保持樂觀」兩種型態，並以「配合治療，遵從醫護人員的囑咐去做」居首，顯示研究對象對於疾病的壓力常以健康、正向的態度及行為面對；可能是研究對象患病時間平均長達17.8年，故正向的認知態度有助於面對疾病壓力的調適。不過王（1997）指出氣喘患者的服藥遵從性不佳，吸入性藥物及口服藥的服藥不遵從性高達65–67%，因此患者是否為了符合「社會期望」而導致該項因應策略平均值偏高，值得存疑。此外「經由他人介紹或自己探聽去嘗試中藥治療、祕方」為氣喘患者使用頻率最少的五項因應策略之一，但本研究對象患病1–2年內者使用中藥、祕方者高達50%，多數患者表示在罹患氣喘初期，因為期望氣喘病能痊癒，故較會使用此因應方式，因此護理人員對於新近罹病的患者更應仔細評估其因應策略的適當性。

本研究結果顯示氣喘患者整體生活品質之平均得分為18.49分（標準差=3.47），患

者對其生活品質的評價屬於中等程度，較Kim（1999）的22.1分稍低，此可能與研究族群不同，或是該研究對象表示對於氣喘症狀的嚴重度及困擾程度平均為輕度有關，不過兩研究皆以家庭及親蜜因素生活品質層面最好，此是否與家庭支持有關未來可再探討。就生活品質各層面觀之以「環境因素」得分最低，而「健康因素」次之，此結果與Kim（1999）研究發現類似。在環境因素方面，各單題生活事件中得分最低的項目為「生活環境中空氣污染的情況」及「生活環境中香菸或刺激性氣體的控制」，本研究患者認為上述兩項生活事件相當重要，但是滿意程度確為有些不滿意，多數患者表示對於生活中空氣污染及刺激性氣體，如香菸、香水的情形充滿無力感，而且只能以儘量避免曝露在該環境下及隨身攜帶吸入型的支氣管擴張劑因應之，導致個案在環境因素的得分最低。另外值得一提的是三項屬於健康因素方面的項目：「身體健康」、「氣喘對自己生活中造成的壓力和煩惱」及「擁有身體的自主性」，在生活品質各單項生活事件中得分最低的七項中，此結果與本研究中氣喘患者的壓力程度最高的前十個壓力源多偏向於生理方面相呼應，而且研究對象自覺健康狀況良好者僅佔17.4%，多數個案（56.8%）覺得自己的健康狀況只是尚可，更有一半的患者（50.8%）認為自己的健康狀況比同年齡的人差，也有人雖然症狀穩定，但仍不滿意自己的健康狀態，因為覺得氣喘病是慢性病會跟隨自己一輩子都不會好，因此可能造成個案健康因素層面的生活品質偏低的。

整體而言由Table 3中可知，研究對象的整體壓力程度及因應策略使用頻率兩者得分範圍差距相當大，探討原因發現壓力程度的大小與氣喘疾病嚴重度及自覺健康狀況有關，而壓力程度又與因應策略呈正相關，患

者表示如果氣喘疾病控制好時，疾病對生活的影響較小，所以感受到的壓力也相對減少，因此整體壓力程度及因應策略使用頻率得分範圍差距相當大是可以理解的。不過也因為得分差距頗大，平均值又與衆位數仍有些差距，所以在討論全體個案的整體壓力程度和因應策略使用頻率之平均值的意義時應有所保留。

二、壓力、因應策略與生活品質的關係

研究結果顯示，當患者感受到整體壓力程度愈高時，則整體因應策略使用頻率愈高，此結果在許多的研究有類似的發現（陳，1995；Grady et al., 1995；Lok, 1996），也印證當個人面對的壓力情境超出自己所能負荷的程度時，會經由因應行為持續不斷地來改變或適應壓力情境，以維持生理、心理及社會的完整性（Lazarus & Folkman, 1984）。

研究對象的整體壓力感受與整體生活品質、及健康、家庭、親密、環境及心理社會因素等各層面的生活品質之間，呈顯著負相關。換言之，當患者壓力感受愈大時，生活品質愈低，此結果與過去的研究發現相同（陳，1995；Grady et al., 1995；Lok, 1996），顯示壓力會對個人生活造成許多負面的影響，所以如何減少患者因疾病造成的壓力，並進而提升生活品質是醫護人員應該努力的目標。

在因應策略方面發現，情緒發洩及順其自然的因應策略使用頻率愈高時，整體生活品質及各層面的生活品質愈差，此結果與Downe-Wamboldt (1991) 和Grady等 (1995) 的研究發現一致，該研究指出情緒發洩及順其自然的因應行為只能減低調適伴隨壓力情況所產生的情緒問題，使個人在壓力下感到舒服些，但是不能解決問題，長期使用情緒化的因應策略，會影響自我照顧能力及對疾病的適應，導致生活品質受影響。而迴歸分析結果顯示保持樂觀的因應策略可促進生活

品質，Lohr, Essex 和Klein (1988) 指出身體健康功能缺失的程度會經由情緒因應取向中正向的認知因應策略（如：保持樂觀）調適，而增加生活滿意度，可知情緒取向的因應策略中包含正向的認知行為，所以鼓勵病患以正向樂觀的態度面對疾病相當重要。不過，研究發現個案於積極面對問題的因應策略使用頻率愈高，則整體生活品質、健康因素、親密因素及環境因素層面之生活品質愈差，兩者成負相關，與本研究的假設不符，推究原因有三：1.必須考慮因應策略之“有效程度”，Grady等 (1995) 發現當患者因應策略的有效程度愈高，生活品質愈佳，本研究有多位患者表示氣喘的不適只有自己能體會，並且認為「從家人和朋友那兒，尋求意見和協助」、「向親友訴說自己的感覺和煩惱」等因應策略對壓力的因應幫助並不大，故建議未來的研究可加入患者自覺因應策略有效程度的評估。2.本研究因應量表問題取向的因應行為中，可能仍未充分涵蓋對個案而言常用、且能有效促進生活品質的因應策略。3.本研究的假設是因應策略會影響生活品質，但有些患者的因應與生活品質的因果關係可能是相反的，個案可能因為感受到氣喘疾患造成生活品質變差，所以才使得積極面對問題的因應策略使用頻率增高。

結論與建議

本研究旨在探討成人氣喘患者的壓力、因應策略與生活品質的狀況和關係，綜合歸納本研究結果如下：

成人氣喘患者在面對疾病所帶來的壓力源中以生理壓力的壓力程度最大；在面對壓力時患者較常用的因應策略為「保持樂觀」；患者生活品質量表總分得分平均居中等程度；於生活品質所涵蓋的五個層面中，以「親密因素」得分最高，「環境因素」得分最低。壓力及因應策略與生活品質有

關，雖然積極面對問題的因應策略與生活品質成負相關，但是迴歸分析顯示當患者的整體壓力愈低、自覺健康狀況愈好、保持樂觀的因應策略使用頻率愈高及順其自然的因應策略使用頻率愈低時，生活品質愈佳，此四個變項，可以解釋整體生活品質全部變異量的38.9%，其中並以「整體壓力」對生活品質的預測力最高。

根據研究結果針對氣喘患者的照護，建議護理人員在臨床實務上應多與病人溝通，適時解答其對疾病的疑慮，並且提供患者有關氣喘疾病及藥物認知、減少曝露於過敏原和氣喘激發因子，教導患者監測氣喘惡化的早期徵狀等衛教課程，進而促進患者疾病的控制，以期減少各層面壓力。此外護理人員更應評估患者的因應策略，針對個別性差異適時的提供支持，引導使用正面的因應策略，樂觀的面對疾病，減低壓力、促進疾病的調適，避免以順其自然的消極心態因應，進而提高患者的生活品質。而對於罹患氣喘疾病1~2年者更應注意其因應策略的適當性，避免個案採取不當的中藥及祕方。在護理教育方面，由於目前國內對於成人氣喘患者的護理研究相當缺乏，因此本研究結果可提供學校護理教育及臨床在職教育課程設計上的使用，加強護生及護理人員對國內成人氣喘患者壓力及因應策略狀況的瞭解，作為整體性評估及衛教的參考。

於護理研究方面，本研究所運用的評估量表內在一致性皆達0.65以上，具有一定的信度，可供後續相關研究參考，並進一步修改，使這些量表更趨完善。不過由於本研究發現積極面對問題的因應策略與生活品質成負相關，此結果與其他研究發現不同，因此建議：(1)未來可以多數氣喘患者進行量表的預試，以期使因應策略量表涵蓋較多患者常用且重要的因應策略。(2)研究中可加入患者自覺因應策略有效程度評估的資料，以更進

一步瞭解氣喘患者因應策略與生活品質的關係。(3)經由徑路分析進一步瞭解積極面對問題因應策略與生活品質的因果關係。

研究限制

本研究礙於人力與時間所限，而採橫斷式(cross-sectional study)研究，研究中的壓力、因應策略與生活品質等變項的「時序性」無法建立，因此在因果關係的推論上宜做相當的保留，然而壓力、因應策略與生活品質為一種動態的過程，而且可能會因為氣喘發作與否及嚴重程度而有差異，故建議未來的研究採縱貫式(longitudinal study)的研究方法，以更進一步瞭解氣喘患者的壓力、因應策略與生活品質，提供更合適的護理照顧。

誌謝

感謝張媚老師、黃秀梨老師、季瑋珠老師、梁繼權醫師、楊小玉護理長及吳蘭香護理師於問卷內容效度的指導；風濕免疫科莊哲彥教授、李光倫醫師和所有胸腔內科主治醫師在收案過程的大力協助；病歷室同仁在病歷調閱上的幫忙；門診護理人員及助理在收案上的協助，使此篇研究得以順利完成。

參考文獻

王唯聖（1997）・藥師對門診哮喘病患進行藥事照顧之探討・未發表的碩士論文，台北：國防醫學院。

行政院衛生署（1998）・中華民國八十七年衛生統計（二）・台北：作者。

陳綱華（1995）・心臟移植患者的壓力源、因應行為及生活滿意度之關係・未發表的碩士論文，台北：國防醫學院。

劉雪娥（1993）・家屬生活品質量表・護理研究，1(2)，127~135。

- Cambell, M. J., Cogman, G. R., Holgate, S. T., & Johnston, S. L. (1997). Age specific trends in asthma mortality in England and Wales, 1983 – 95: Result of an observational study. *British Medical Journal*, 314(7092), 1439 – 1441.
- Campbell, D. A., Yellowlees, P. M., McLennan, G., Coates, J. R., Frith, P. A., Gluyas, P. A., Latimer, K. M., Luke, C. G., Martin, A. J., & Ruffin, R. E. (1995). Psychiatric and medical features of near fatal asthma. *Thorax*, 50, 254 – 259.
- Chatkin, J. M., Barreto, S. M., Foneseca, N. A., Gutierrez, C. A., & Sears, M. R. (1999). Trends in asthma mortality in young people in Southern Brazil. *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology*, 82(3), 287 – 292.
- Desmith, J. M. (1999). The adult experience of coping with asthma: A phenomenological investigation. Unpublished doctoral dissertation, Graduate School of the Union Institute.
- Downe-Wamboldt, B. (1991). Coping and life satisfaction in elderly women with osteoarthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1328 – 1335.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15 – 24.
- Ganse, E. V., Leufkens, H. G. M., Vincken, W., Hubloue, I., Bartsch, P., Bouckaert, A., & Ernst, P. (1997). Assessing asthma management from interviews of patients and family physicians. *Journal of Asthma*, 34(3), 203 – 209.
- Gibson, P. G., & Toneguzzi, R. C. (1995). Self-management autonomy, and quality of life in asthma. *Chest*, 107(4), 1003 – 1007.
- Grady, K. L., Jalowiec, A., White-William, C., Pifarre, R., Kirklin, J. K., Bougre, R. C., & Costanzo, M. R. (1995). Predictor of quality of life in patients with advanced heart failure awaiting transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 14(1, pt. 1), 2 – 9.
- Harju, T., Keistinen, T., Tuuponen, T., & Kivela, S. L. (1996). Hospital admission of asthmatics by age and sex. *Journal of Allergy*, 51(10), 693 – 696.
- Hyland, M. E., Ley, A., Fisher, D. W., & Woodward, V. (1995). Measurement of psychological distress in asthma and asthma management programs. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 601 – 611.
- Janson-Bjerkie, S., Carrieri, V. K., & Hudes, M. (1986). The sensations of pulmonary dyspnea. *Nursing Research*, 35(3), 154 – 159.
- Janson-Bjerkie, S., & Sharon, S. (1988). Effect of peak flow information on patterns of self-care in adult asthma. *Heart & Lung*, 17(5), 543 – 548.
- Jalowiec, A. (1987). Changes in the 1987 revised version of the Jalowiec Coping Scale. Unpublished supplementary materials. Maywood, IL: Loyola Medical Center.
- Kim, EG. OH. (1999). Symptom experience, functioning, and quality of life in people with asthma. Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois, Chicago.
- Kisman, R. A., Pahlem, N. W., Spector, S., & Staudenmyer, V. (1977). Observations on subjective symptomatology, coping behavior, and medical decisions in asthma. *Psychosomatic Medicine*, 39(2), 102 – 119.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Liesl, M. O., Christine, C., Roma, R., James, A. R., Joaeph, S. I., & Graham, D. (2000). Symptoms, quality of life, and health service contact among young adults with mild asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161, 498 – 503.
- Lohr, M. J., Essex, M. J., & Klein, M. H. (1988). The relationships of coping responses to physical health status and life satisfaction among older women. *Journal of Gerontology*, 43(2), 54 – 60.
- Lok, P. (1996). Stress, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of advanced Nursing*, 23, 873 – 881.

612 Stress and Coping Strategies in Asthmatic Patients

- Maes, S., & Schlosser, M. (1988). Changing health behavior outcomes in asthma patients: A pilot intervention study. *Social Science Medicine*, 3, 359 – 364.
- Parson, E. S. (1990). Coping and well-being strategies in individuals with COPD. *Health Values: Achieving High Level Wellness*, 14(3), 17 – 23.
- Quick, F. H., & Jones, P. W. (1990). Patients' perception of distress due to symptoms and effects of asthma on daily living and investigation of possible influential factors. *Clinical Science*, 79, 17 – 21.
- Randolph, C., & Fraser, B. (1999). Stressors and concerns in teen asthma. *Current Problems in Pediatrics*, 29(3), 82 – 93.
- Richardson, H. M. (1991). The perceptions of Canadian young adults with asthma of their health teaching/learning needs. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 447 – 454.
- Ringsberg, K. C., Segesten, K., & Akerlind, I. (1997). Walking around in circles-the lifesituation of patients with asthma-like symptoms but negative asthma tests. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 11(2), 103 – 112.
- Shadden, D., & Brown, J. B. (1992). The Experience of asthma. *Social Science Medicine*, 34(12), 1351 – 1361.

Relationships Between Stress, Coping Strategies and Quality of Life in Adult Asthma Patients

Hsin-Yi Cheng • Yu-Tzu Dai* • Shou-Hsing Kuo** • Kai-Ping Yao***

ABSTRACT

This study explored the relationships between stress, coping strategies and quality of life in adult asthmatic patients. One hundred and thirty-two patients with asthma were recruited from the Chest division and Asthma & Allergy division of the out-patient department of a medical center by purposive sampling. A structured questionnaire was used to collect data from subjects via structured interviews or self-administration. Statistical analysis of data was performed using the SPSS/PC program. Results of this study showed: (1) Mean score of quality of life was in the middle level. Among the five dimensions of quality of life, "intimacy" ranked the highest, and "environment" the lowest. (2) There was a wide range of levels of stress among adult asthmatic patients. Physical stress was the greatest contributing factor, and social stress the least. (3) "Staying optimistic" was the most frequently employed coping strategy, and "emotional venting" the least. (4) Multiple regression analysis indicated that subjects with lower scores for total stress and better self-perceived health, and who more frequently used the strategy of "staying optimistic", and less frequently used "letting nature take its course" to cope with stress, had a better quality of life. These results explained 38.9% of the variance in quality of life. In conclusion, the findings of this study may help nursing professionals to better understand stress, coping strategies and quality of life in adult asthmatic patients. Thus, it would advance nurses' competence in helping patients to manage stress and coping effectively.

Key words: asthma, stress, coping strategies, quality of life.

MSN, RN, Instructor, Chang Gung Institute of Nursing; *PhD, RN, Associate Professor, School of Nursing, National Taiwan University; **MD, Professor, College of Medicine, National Taiwan University; ***PhD, Associate Professor, College of Psychology, National Taiwan University.

Received: October 21, 1999 Revised: February 2, 2000 Accepted: May 25, 2000

Address correspondence to: Yu-Tzu Dai, No. 1, Jen-Ai Road, 1st section, Taipei 100, Taiwan, ROC.