RRPG92020085（62.P）

修正本

計畫編號：DOH92-TD-1096

行政院衛生署九十二年度科技研究發展計畫

住院癌症病人營養狀況及飲食內容探討：現況分析及相關因素探討

研 究 報 告

執行機構：台北醫學大學 護理學研究所

計畫主持人：賴裕和教授

研 究 人員：賴裕和教授

執行期間： 92 年 1 月 1 日至 93 年 3 月 31 日

（已通過延期至 93/3/31 結案報告）

＊＊本研究報告僅供參考，不代表本署意見＊＊

目　　錄

	頁　碼
中文摘要	(3)
英文摘要	(4)
一、前言	(5 –8)
二、材料與方法	(9 –12)
三、結果	(13-16)
四、附表	(17-26)
五、討論	(27-28)
六、結論與建議	(29)
七、參考文獻	(30-32)
八、量表附件	(33-43)
九、譯碼簿	(44-57)
十、訪談員手冊	(58-62)
	共（62）頁

中 文 摘 要

關鍵詞：癌症病人、營養評估、營養分析

癌症為威脅台灣民眾的主要健康問題，癌症及其治療造成病人的營養問題為臨床常見影響病人治療成效及生活品質，然而此問題一直未受到足夠的重視，國內對於臨床癌症營養問題的研究相當有限。因此本研究目的為 (1).評估及分析台灣地區住院癌症病人的營養攝取狀況，(2).探討及分析台灣地區住院癌症病人的自覺影響其進食之原因，及(3).相關於飲食攝取之相關因素及預測因素。研究以北、中、南住院癌症病人為收案對象，符案之病人將接受一次的訪談，訪談內容包括 (1)病人營養及飲食評估，(2)目前一週之情緒及身體症狀嚴重程度， (3)病人在罹患癌症中，造成影響進食之原因，與(4) 影響營養狀況之相關及預測因素。本研究共分析北、中、南三區六所醫學中心及區域醫院共 503 位病人，發現住院癌症病人確實有營養較不足之問題，而由病人自述影響其進食之因素中，因為身體症狀的不適、沒胃口、擔心進食後不舒服、情緒低落皆為重要之原因，BMI、Karnofsky 身體功能程度、整體症狀嚴重程度及憂鬱程度為營養狀況之預測因子，研究結果建議，醫護人員在協助病人處理其營養及進食問題時，必須同時考量及改善病人身體之症狀，或預防因治療可能帶來之症狀，以及病人之心理狀況，才能有效的改善病人的營養。

ABSTRACT

Key words: cancer, nutrition, assessment,

Cancer is the major health problem in Taiwan. Malnutrition has been recognized as one of the major problems caused by cancer and its treatments. However, it is lack of sufficient attention on cancer patients' nutrition. Therefore, the purpose of this study were to assess and analyze nutrition status and related factors in hospitalized cancer patients in Taiwan. In total, 503 subjects were recruited from 6 hospitals in Northern, Central, and Southern Taiwan. The Mini Nutrition Assessment Scale (MNA) was used to assess and screen patients' nutritional status. The results found that there were 20% of subjects had malnutrition problem. The BMI, Karnofsky performance status, overall symptom severity and depression could significantly predict patients' nutrition status. The causes of not taking food from patients' self-report were also mostly related to their symptoms. The results strongly suggest that nutrition support in cancer patients should also concern patients' physical symptom severity, performance, and depression mood. A more comprehensive nutrition management program should include these factors and should be further tested to enhance cancer patients' nutrition.

前言

背景與現況

長久以來，國人的營養問題為營養學者及臨床營養師所關切的重點，尤其是近幾年來大型國人營養的研究，包括青少年營養問題，及中老年人肥胖與慢性病相關之研究，或食物與癌症防治之研究皆為最近年來十分被重視之問題。然而對於已經罹患癌症之病人，可能由於臨床病人的病情與治療較為嚴重與複雜，常伴隨有各種嚴重程度不等的疾病症狀或治療副作用，情緒低落、憂鬱、與焦慮，往往使病人進食量大為減低，或沒有動機(如擔心死亡、病情)及不願意進食，這些同時存在的生理心理因素，往往使癌症病人的營養評估及改善，相較於其他族群的病人或健康民眾困難很多，因此癌症雖為威脅臺灣民眾健康最主要的疾病之一，但癌症臨床營養方面的研究相當地有限，臨床癌症病人的生、心理的情況的嚴重與複雜，皆可能影響病人的進食與營養狀況，加上數量龐大的癌症病人，也說明該問題不僅應該仰賴臨床營養師在此方面的評估與指導，亦需要相關醫護人員共同地投入與協助此問題的評估與改善。

自民國七十一年起，癌症即為國人死亡首位，罹患癌症帶給病人生命的威脅，而由於癌症疾病本身、治療、治療的副作用，造成病人身體上的衝擊，可能直接或間接影響病人在身體上或食物攝取上的功能減低

或改變，而影響病人整體的營養狀況。國外研究已指出營養狀況與病人疾病的臨床結果呈現相關性，包括營養與病人整體的存活狀況 (Lopez et al.,1994; Meguid et al.,1986; Ovesen et al.,1993; Rivadeneira et al.,1998)，營養與疾病的反應 (Harvey,Bothe, & Blackburn,1979; Ovesen et al.1993)，病人的生活品質（Cella,Bonomi,Leslie et al.,1993; Cella,VonRoenn,& Lloyd,1995; Harvey,Bothe,& Blackburn,1979; Ovesen et al.,1993; Padilla,1986) 及醫療照護的花費，因而，癌症病人營養問題應被重視。

由於癌症造成的營養問題其發生率，在一百二十萬名新診斷為癌症之病人中，估計其發生率約為 60%至 90% (Greenlee, Murray, & Bolden, et al., 2000)，癌症病人營養狀態的改變可能發生在癌症的任何階段，在病人疾病或治療過程中逐漸發展出來營養狀態的改變可能來自系統性的問題，亦可能由於局部的問題影響，不同治療造成的影響，或者是心理情緒的因素造成，或者以上這些因素相關的影響 (Shils,1979)。

癌症病人營養狀態的改變，癌症病患有許多症狀均會影響營養狀態，無論因疾病本身導致出現或是治療所引起的食慾不振、噁心、嘔吐、腹泄、便秘、呼吸喘、疼痛、情緒困擾這過程包含身體、心理及社會因素等複雜因素(Abrahm, 1998; Cushman,1986; Grant & Kravits,2000; Iwamoto, 1996)，當癌症病患罹患腫瘤後，身體的養份被腫瘤剝奪，導致高熱量之耗損（high calorie expenditure），而呈體重減輕狀態，此種消耗症候群（wasting syndrome），即稱為惡性體質（cachexia）（Tisdale,1997a；1997b），其程度

與腫瘤大小，是否局限性或轉移性以及是否造成重要器官之阻塞或壓迫等有關。惡性體質（cachexia），包括，消瘦、倦怠、噁心、食慾不振、進食減少。即使非腸胃腫瘤，亦會引起食慾不振,在血液生化值也會發現血紅素及血比容與血清蛋白有偏低的現象。蔣(1986) 研究 50 位癌症病患之營養問題，發現造成病人營養攝取減少的原因，包括：厭食、味覺或嗅覺改變、唾液分泌減少、情緒不佳、疼痛、吞嚥困難、噁心嘔吐及未獲充份休息；而該群病人呈現有疲憊、憂鬱、上臂圍太小、攝取量少於每日所需、皮下脂肪變少、體重減輕、肌肉耗損、表情淡漠、反應遲緩、皮膚乾燥、血色素低於標準值、體重過輕、不安及失眠。其α係數分別為 0. 74 及 0.88 顯示良好的信效度。因血紅素攜氧不足，導致氧合能力下降，廢物無法清除，使身體細胞代謝失調而產生疲憊（Irvine, Vincent, Bubela, Thompson, & Graydon,1991；Kalman & Villani,1997）。約有 80%的癌症病患由於營養不良在臨終前均演變成惡性體質（Glaus,1998），Correia、Caiaffa、 Silva 及 Waitzberg（2001），針對 374 位接受腸胃道手術的病患研究發現，有 55%的病患有營養不良的現象，其中又有 19%的病患有嚴重的營養不良現象，其營養不良之病患特性包括罹患癌症、感染、年齡大於 60 歲、有上腸胃道疾病、住院期偏長之病患，這些因素對營養狀態均有負面的影響。相關的研究中，Lai 及 Perng (1998) 針對 150 位初次被診斷為肺癌且未曾治療的病患研究，研究採用人體測量及生化值為營養狀況指數，發現 59%的病患

至少有一項以上的指數異常，病患活動力較差者其指數亦較差，並且也影響疾病的進展及死亡率。

營養狀態的評估(nutritional status)包括:(一)人體測量(anthropometric measurement)：如身高、體重、三頭肌皮層厚度（Triceps skinfold；TSF)、上臂中點肌肉環圍（Midarm circumference；MAC)、身體質量指數（body mass index；BMI)，(二）生物化學數值：血清白蛋白（albumin)、前白蛋白（pre-albumin)、運鐵蛋白（transferrin)、淋巴球總數（total lymphocyte count；TLC)、血紅素數值（hemoglobin)，(三）飲食評估：24 小時食物記錄、72 小時食物記錄、食物頻率問卷，以及簡易病人營養狀況評估表"Patient-Generated Subjective Global Assessment Screening Tool, oncology modified version" (McMahon, Decker, & Ottery, 1998; Ottery, Kasenic, DeBolt, 1998).

護理人員每日三班 24 小時的病人照護，且因其(護理人員)在照護病人疾病相關問題方面的評估與訓練，對於各種病人身體與心理上可能的問題，使護理人員在協助評估病人臨床營養問題時，具有正向促進效果，因此本研究將結合護理與營養二方面專業人員與研究者，共同研究住院癌症病人的問題－分析現況、相關因素，以及根據以上結果設計及初步測試一個整合影響癌症病人進食相關因素主要的營養指導模式，以期改善住院癌症病人的營養不足問題。

研究目的

本計劃目標在調查及分析住院癌症病人的營養攝取現況及進食內容，並同時收集現有研究文獻中，所發現之可能影響進食的相關因素的收集與分析，以期對該群病人營養問題之整體瞭解。同時，為增加本研究樣本之代表性，本階段收案於臺灣北部、中部、南部之醫學中心及區域醫院收案。

材料與方法

研究設計

本研究採調查研究法，針對住院癌症病人營養評估及相關疾病與心理問題作一次的收案。

研究對象：1. 十八歲以上的住院成人癌症病人。

2. 病人自知癌症診斷者。

3. 病人意識清楚，可以以國、臺語、客語溝通者。

4. 同意參與本研究者。

研究收案地點

立意取樣，但同時結合採分層抽樣的概念（Stratified Sampling），於臺灣北、中、南區的醫學中心及區域醫院癌症病房進行收案，以期增加樣本的代表性，收案按各區域醫院分佈數，針對癌症病人較集中的醫學中心及區域醫院作收案，本研究共收集 503 份病人訪談資料。

資料蒐集工具

收集住院癌症病人飲食內容，本階段指定收集病人營養、進食內容及相關的資料包括：

1. 基本資料表：包括病人年齡、性別、教育、婚姻狀況、宗教，病人診斷、是否有傷口及造廔口、疾病日期、病人活動功能狀況（Performance Status），接受治療狀況（化學治療、放射治療、其他治療）。

2. 迷你營養評估量表 (The Mini Nutritional Assessment, MNA)，是在 1994 由法國所發展出來評估在門診、住院或護理之家老年人的營養狀況，同時作為癌症病患營養處置指引中多層面評估工具之一(Patrick, 1999)，此量表內容設計簡潔，包括簡單測量及問卷約花費 10 分鐘完成，方便適合臨床使用（Guigoz, Lauque & Vellas, 2002）。The MNA 問卷分兩大部分：(1).篩檢營養不良的高危險群(2).評估營養狀況。總共 18 個題次，包括體位測量部分（包括身高、體重和體重變化情形、體質量指數, 中臂圍、小腿圍) 飲食評估部分（包括進食餐次、食物及液體攝取及進食的形式），整體評估部分（包括生活型態、藥物使用、活動能力、目前精神壓力及問題）及自我評量（包括對自我健康及營養的看法）。效度及信度方面，內一致性(Cronbach's Alpha 0.83 & 0.74)及再測信度（r=0.89）顯示有良好的信度 (Bleda , Bolibar, Pares& Salva，2002)。

本量表總分方面區分為：(1) MNA > or = 24 表示營養狀況良好, (2) MNA

< 17 表示營養不良(protein-calorie malnutrition), (3) MNA 總分界於 17 and 23.5.為具營養不良危險性。量表敏感性 (sensitivity) 為 96%, 特異性 (specificity) 為 98%, 預測性(predictive value) 為 97%.(Vellas，Guigoz，Garry，Nourhashemi，Bennahum & Lauque et al., 1999)。

3. 連續 24 小時腸胃道以外滴注藥品或營養輸液量與質記錄表：由護理給藥記錄中取得，以瞭解病人一日內由腸胃道外所攝取之營養或熱量。

4. 影響進食因素評估表：為瞭解造成病人無法進食或影響進食的原因，根據臨床觀察及文獻查證，研究者自擬一份量表，共 12 題，具有內容及專家效度，於本研究中測得之內在信度為.85。

5. 癌症症狀困擾量表：本量表為測量癌症病人常見之症狀困擾，(即症狀造成病人痛苦與不舒服的程度)，該量表原為 McCorkle 及 Young，(1978)，發展出測量接受放射治療癌症病人的症狀困擾，原量表為 13 題，賴 (1998) 已將其修訂成為 24 題之症狀困擾量表，且已廣為測試於臺灣的癌症病人，其研究工具信效度皆達相當令人滿意程度。

6. 醫院焦慮與憂鬱量表

本研究所採用的是 Zigmond 及 Snaith (1983) 發展出來，主要測量一般臨床病人焦慮及憂鬱狀態的自我評量表。本量表題目排列方式為焦慮及憂鬱交錯，共有 14 題，焦慮及憂鬱各 7 題，計分以 0-3 分 Likert's 量表記分，反向題則反向計分。量表內在一致性焦慮部分是 0.76，比

較各暗自評結果與精神醫學評分的 Spearman's correlation：焦慮部分 0.74，所以此量表可以評估病人之焦慮程度(焦慮總分在 0-21 分之間，分數越高表示焦慮越高)。本問卷正式問卷內在一致性信度，醫院焦慮憂鬱量表焦慮部分 Cronbach's α 值，前、後測為 0.89、0.91。而孫(民 88)以此量表針對 30 名肝癌病人接受導管肝動脈栓塞治療研究，其內在一致性信度，在焦慮部分 Cronbach's α 值為 0.91。

結果

（一）人口學與疾病特性：

本研究初步已收案 503 人，其中男生 295 人（58.6%），女生 208 人（41.5%）；年齡介於 18-94 歲之間，年齡分組以 51-65 歲族群最多，有 168 人（33.4%），18-30 歲組群人數最少，僅有 40 人（8%）；目前無職業者有 394 人（78.3%），尚有 109 人在工作（21.7%）；婚姻方面，已婚者 410 人（81.5%），未婚者 64 人（12.7%）；教育程度以國高中居多，有 202 人（40.2%），其次是小學 155 人（30.8%），其他依序為專科大學、不識字、研究所；宗教信仰以佛教/道教居多，有 362 人（72%）。

在疾病診斷別方面以口腔癌居多 60 人（11.9%），次之為乳癌 54 人（10.7%）、肝癌、肺癌、鼻咽癌等診斷；治療方式採化學治療有 178 人（35.4%），放射線治療有 59 人（11.7%），兩種合併使用有 64 人（12.7%）。

（二）營養狀態分析：

營養基本資料方面，體重（M=58.4 ，SD=11.2）、身體質量指數 BMI ≧23 有 210 人最多，佔 41.7% ，有 99 人（19.7%）其 BMI＜19、白蛋白（M=3.41，SD=0.65）、血紅素（M=11.36，SD=1.98）。

根據迷你營養評估量表之結果發現，營養不良指標（包括一般評估＋

篩檢分數)最多為 17~~23.5 分，234 人(46.5%)、＜17 分者有 175 人(34.8 %) 此份量表＜17 分者為營養不良，17~23.5 分者具營養不良危險性。過去三個月，食慾不佳進食問題：最多為食慾無變化，198 人 (39.4%)，嚴重食慾不佳者佔 124 人，(24.7%)；近三個月體重變化，減輕三公斤者佔 207 人 (41.2%)；行動力方面，可自由走動者佔 398 人 (79.1%)；身體質量指數(BMI)≧23，210 人 (41.7%)，BMI＜19 者佔 99 人 (19.7%)；一天可吃幾份完整的餐食？有不到一半的病人可吃完整三餐有 242 人 (48.1%)；蛋白質攝取量，攝取充分者佔 121 人 (20.1%)；每天有至少攝取 2 份或 2 份以上的蔬菜或水果，354 人 (70.4%)；每天經口攝取 5 杯以上液體者有 262 人 (52.1%)；可以自己進食者 435 人 (86.5%)；覺得自己營養不太好者 226 人 (44.9%)，覺得自己沒有營養問題者 200 人 (39.8%)；覺得自己的健康狀況不如同年齡的人者佔 234 人 (46.5%)。

(三) 疾病症狀困擾：

本研究對象疾病症狀困擾前 10 個程序，第一為疲倦 (M=4.32，SD=3.10)、其次睡眠問題 (M=3.98，SD=3.38)，第三為沒力氣、虛弱 (M=3.96，SD=3.06)，第四為口乾 (M=3.86，SD=3.39)、第五為疼痛 (M=3.32，SD=3.72)、第六為食慾減少 (M=3.17，SD=3.36)、第七為味覺的改變 (M=2.59，SD=3.22)、第八為吃幾口就飽 (M=2.46，SD=3.00)、第九嗜睡 (M=2.32，SD=2.84、第十為暈眩 (M=2.02，SD=2.56)。

（四）焦慮與憂鬱：

本研究病人焦慮及憂鬱的狀況，已醫院焦慮憂鬱量表測試，研究結果發現病人平均憂鬱為 9.02（SD＝2.25），焦慮為 12.13（SD＝2.85）。

（五）病人自述影響進食的因素：

本研究在病人進食相關因素中，研究者請病人填一份 12 題由研究者所擬之"自覺影響病人進食因素"，以 0-4 分計分，分數越高，表示該因素為影響病人進食之因素，前六項之排序為由高至低，結果發現身體症狀不舒服（M=2.96，SD=1.02）、因身體症狀造成進食困難（M=2.54，SD=1.21）、沒胃口（M=2.45，SD=1.26）、怕吃東西反而不舒服（M=1.98，SD=1.32）、心情低落不好（M=1.76，SD=1.21）及擔心病情（M=1.71，SD=1.15）。

（六）與營養狀況相關之因素探討

為瞭解與病人目前營養狀況相關之因素，本研究先以 Pearson's correlation 分析各個症狀嚴重程度及多項人口學、生理、心理測量指標與 MNA 中營養評估與篩檢的總得分間之關係（表六），結果發現體重、血清蛋白、血紅素、Karnofsky 生活功能程度與 MNA 營養指數成正比，即以上變數值越高，病人營養指數亦越好；但憂鬱與整體症狀嚴重度成反比，另外，由表六亦發現，有超過一半以上之身體症狀與 MNA 營養指數成反比。

將癌症診斷別依部位及同質性的做分類，共分為七類，以單因子變異

數分析（one-way ANOVA）檢定其營養評估指數得分情形（表七），結果發現頭頸部癌症的病患營養評估得分較低，其次為腸胃道癌症，但未達統計上顯著差異（F=0.312, p=0.913）。在癌症分期方面，以單因子變異數分析（one-way ANOVA）檢定其營養評估指數得分情形，結果發現癌症第四期的病患在營養評估指數得分上較其他癌症分期的病患低（表八），但未達統計上顯著差異（F=0.115, p=0.951）。

為進一步了解 MNA 營養程度的預測因素，本研究亦以逐步迴歸（Stepwise Regression）分析，發現身體質量指數（BMI）、Karnofsky 生活功能程度、整體症狀嚴重度極憂鬱程度可以有效預測 MNA 測得知營養程度，解釋力為 47% 。

表一　個案人口學特質（N=503）

變項	個數	百分比
性別		
女	208	41.4
男	295	58.6
總數	503	100.0
年齡		
18-30	40	8.0
31-40	57	11.3
41-50	129	25.6
51-65	168	33.4
≧65	108	21.5
不詳	1	0.5
總數	503	100.0
教育程度		
不識字	40	8.0
小學	155	30.8
國高中	202	40.2
專科大學	100	19.1
研究所	3	0.6
不詳	3	0.6
總數	503	100.0
婚姻狀況		
未婚	64	12.7
已婚	410	81.
寡	12	2.4
離婚	12	2.4
不詳	5	1.0
總數	503	100.0
職業		
無	394	78.3
有	109	21.7
總數	503	100.0
宗教信仰		
無	84	16.7
佛道教	362	72.0
天主教/基督教	49	9.7
其他	2	0.4
不詳	6	1.2
總數	503	100.0
經濟狀況		
二萬元以下	180	35.8
二萬~五萬	162	32.2
五萬~十萬	79	15.7
十萬以上	29	5.8
不詳	53	10.5
總數	503	100.0

表二　病人疾病治療背景資料 (N=503)

變項	個數	百分比	平均值	標準差
疾病診斷				
肺癌	50	9.9		
乳癌	54	10.7		
肉瘤	6	1.2		
肝癌	53	10.5		
胃癌	30	4.0		
大腸直腸癌	37	7.4		
其他腸胃道癌症	13	2.6		
鼻咽癌	46	9.1		
口腔癌	60	11.9		
其他頭頸部癌症	41	8.2		
子宮頸癌	14	2.8		
卵巢癌	6	1.2		
攝護腺癌	4	0.8		
淋巴癌	43	8.5		
其他	56	11.1		
總數	503	100.0		
腫瘤分期				
0 期	1	0.2		
第一期	18	3.6		
第二期	78	15.5		
第三期	65	12.9		
第四期	154	30.6		
不詳	187	37.2		
總數	503	100.0		
目前治療				
無	94	18.7		
化療	178	35.4		
放療	59	11.7		
手術	17	3.4		
荷爾蒙治療	2	0.4		
化療+放療	64	12.7		
化療+其他	6	1.2		
放療+其他	4	0.8		
化療+放療+其他	3	0.6		
其他	71	14.1		
不詳	5	1.0		
總數	503	100.0		
Karnofsky`s 生活功能程度				
30	1	0.2		
40	9	1.8		
50	44	8.7		
60	47	9.3		
70	58	11.5		
80	106	21.1		
90	147	29.2		
100	80	15.9		
不詳	11	2.2		
血液檢驗值				
最近一次血紅素	437		11.36	1.9841
最近一次血清蛋白	249		3.41	0.6486
收案一週前白血球數	188		7577.1	6005.3
最近一次肌胺酸	339		1.03	0.7469
最近一次血尿素氮	308		16.05	11.449
體重			58.4	11.2

註：其他指非化療、放療、手術、荷爾蒙治療

表三　營養評估分析一覽表 (N=503)

變項	個數	百分比
過去三個月，食慾不佳進食問題		
嚴重食慾不佳	124	24.7
中度食慾不佳	180	35.8
食慾無變化	198	39.4
不詳	1	0.2
近三個月體重變化		
減輕 3 公斤	207	41.2
不知道	48	9.5
減輕 1~3 公斤	66	13.1
體重無改變	179	35.6
不詳	3	0.6
行動力		
臥床或輪椅使用	27	5.4
可以下床活動或離開輪椅，但無法自由走動	77	15.3
可以自由走動		
不詳	398	79.1
	1	0.2
過去三個月內，是否有精神上的壓力		
是	253	50.3
否	246	48.9
不詳	4	0.8
神經精神問題		
嚴重痴呆或抑鬱	7	1.4
輕度痴呆	34	6.8
無精神問題	460	91.5
不詳	2	0.4
身體質量指數(kg/M^2)		
BMI＜19	99	19.7
19≦BMI＜21	93	18.5
21≦BMI＜23	97	19.3
BMI≧23	210	41.7
不詳	4	0.8
營養篩檢分數分類		
≦11：malnutrition	402	79.9
≧12：normal	90	17.9
不詳	11	2.2
可以獨立生活		

變項	個數	百分比
否	223	44.3
是	277	55.1
不詳	3	0.6
每天需服三種以上的處方		
是	361	71.8
否	135	26.8
不詳	7	1.4
褥瘡或皮膚潰瘍		
是	93	18.5
否	408	81.1
不詳	2	0.4
一天中可吃幾份完整的餐食		
一餐	85	16.9
二餐	173	34.4
三餐	242	48.1
不詳	3	0.6
每天至少攝取一份乳製品（protein a）		
0	239	47.5
1	261	51.9
不詳	3	0.6
每天攝取兩份以上的豆類或蛋類（protein b）		
0	165	32.8
1	336	66.8
不詳	2	0.4
每天均吃些魚肉雞鴨類（protein c）		
0	201	40
1	300	59.6
不詳	2	0.4
蛋白質攝取量（protein a+b+ c）		
0 或 1 個是	183	36.4
2 個是	199	39.6
3 個是	121	20.1
每天至少攝取 2 份或 2 份以上的蔬菜或水果		
否	147	29.2
是	354	70.4
不詳	2	0.4

變項	個數	百分比
每天經口攝取多少液體		
少於 3 杯	61	12.1
3~5 杯	179	35.6
大於 5 杯	262	52.1
不詳	1	0.2
進食型式		
無人協助則無法進食	26	5.2
可以自己進食但較吃力	42	8.3
可以自己進食	435	86.5
自覺營養有問題		
覺得自己營養非常不好	76	15.1
不太清楚或營養不太好	226	44.9
覺得自己沒有營養問題	200	39.8
不詳	1	0.2
與同年齡比較，認為自己健康狀況如何		
不如同年齡的人	234	46.5
不知道	95	18.9
和同年齡的人差不多	148	29.4
比同年齡的人好	22	4.4
不詳	4	0.8
臂中圍		
MAC＜21	38	7.6
MAC21~21.9	55	10.9
MAC≧22	409	81.3
不詳	1	0.2
小腿圍		
cc＜31	206	41.0
cc≧31	295	58.6
不詳	2	0.4
營養不良指標：一般評估+篩檢分數		
＜17	175	34.8
17~23.5	234	46.5
＞24	81	16.1
不詳	13	2.6

表四　病人個別症狀嚴重度與營養狀況相關性一欄表 (N=503)

變項	平均值	標準差	相關係數
疲倦	4.32	3.10	-.149**
睡眠問題	3.98	3.38	-.109**
沒力氣/虛弱	3.96	3.06	-.248**
口乾	3.86	3.39	-.006
疼痛	3.32	3.72	-.159**
食慾減少	3.17	3.36	-.270**
味覺的改變	2.59	3.22	-.110*
吃幾口就飽	2.46	3.00	-.221**
嗜睡	2.32	2.84	-.90**
暈眩	2.02	2.56	-.068
吞嚥困難	2.00	3.33	-.197**
咳嗽	1.75	2.49	-.132**
腹脹	1.74	2.74	-.016
噁心	1.72	2.73	-.145**
呼吸喘	1.53	2.60	-.137**
便秘	1.45	2.48	-.150**
嘴巴破	1.37	2.79	-.045
沒辦法集中精神	1.36	2.23	-.142**
喉嚨痛	1.34	2.68	-.166**
咀嚼困難	1.33	2.73	-.114*
嘔吐	1.29	2.50	-.136**
呼吸困難	1.27	2.47	-.124**
張口困難	0.75	2.35	-.099*
腹瀉	0.68	1.78	-.018
腹水	0.29	1.41	-.076

註：0—10 分，分數越高，表此症狀越嚴重。

註：*p< .05，**p< .01，***p< .001

表五　影響病人進食的原因 (N=503)

變項	平均值	標準差
身體症狀不舒服	2.96	1.02
因身體症狀造成進食困難	2.54	1.21
沒胃口	2.45	1.26
怕吃東西反而不舒服	1.98	1.32
心情低落不好	1.76	1.21
擔心病情	1.71	1.15
醫院飲食不好吃	1.44	1.28
因為飲食的禁忌	1.39	1.17
心情焦慮	1.29	1.03
沒力氣吃飯	1.26	1.02
醫護人員建議不要吃	1.12	1.18
擔心吃太營養反而會造成疾病變壞	1.12	1.05

表六　營養評估指數與相關變項之皮爾森相關

變項	年齡	教育年數	體重	最近一次血清蛋白	最近一次血紅素	最近一次白血球數	憂鬱	焦慮	症狀困擾程度	Karnofsky's 生活功能程度
營養評估指數	-.07	.06	.26*	.29*	.13*	-.09	-.12*	-.03	-.25*	.30**

註：*p< .05，**p< .01

表七　不同診斷別病患營養評估指數分佈情形 (N=503)

診斷別	營養評估指數			F	p
	人數	平均值	標準差		
①肺癌	50	18.1	4.0	0.312	0.91
②乳癌	54	19.7	4.2		
③腸胃道癌症	123	18.4	5.3		
④頭頸部癌症	147	18.1	17.3		
⑤生殖器癌症	22	19.6	4.9		
⑥肉瘤+淋巴癌	49	19.6	5.1		
⑦其他	58	19.3	4.6		

表八　不同癌症分期病患營養評估指數分佈情形　(N=503)

癌症分期	營養評估指數			F	p
	人數	平均值	標準差		
①第一期	18	18.39	4.03	0.115	0.951
②第二期	78	18.90	5.26		
③第三期	65	18.71	4.70		
④第四期	154	17.96	16.82		

討論

本研究針對住院癌症病人，以橫斷性研究，調查病人營養狀況，影響進食之因素及相關/預測因素，共收得 503 位北、中、南三區病人之資料，研究結果可提供目前臨床癌症病人營養方面照護之依據。

整體而言，本研究所收集之病人群診斷足以代表目前臺灣常見之癌症診斷分佈，由迷你營養評估量表評估之結果發現，此群病人中約有 1/5 有 BMI 較低(＜19)，由迷你評估量表評估出的營養篩檢分類，發現高達 34.8 % 的癌症病人有營養不良問題。由迷你評估量表評估出各題內容分析，有超過 60% 的個案（表三）有中或重度食慾不佳，超過 40% 病人在收案 3 個月前體重有減輕之現象，蛋白質之攝取較為缺乏。

預測病人營養狀況之因素中包括身體質量指數 (BMI)、Karnofsky 生活功能程度、整體症狀嚴重度及憂鬱之情緒，研究結果同於 Ravasco 等（2003）研究，病人營養狀況較差與其活動力較差有關（KPS＜70）。BMI 對於癌症病患營養狀況具有預測力，與 Vellas 等（1999）研究中指出營養評估指數分與 BMI 有顯著相關，Murphy、Brooks、New and Lumbers（2000）研究發現最能預測營養狀態的重要變項為 BMI 等級研究相似。整體症狀嚴重度可以預測病人營養狀況，此項結果可以由本研究中病人自述影響其進食之原因之結果得到支持，在該部分之描述性的原因中，多數病人認為症狀及

情緒及擔心病情會影響其食慾 另外，在 Pearson's 相關分析中，個別分析個別症狀與 MNA 之關係，發現極多項症狀其嚴重度皆與營養狀況成負相關，表示病人營養狀況確實與病人身體的症狀問題緊密相關相關，皆支持癌症病人的症狀嚴重度是影響其進食及營養程度不佳之重要因素。因此，本研究之結果強力建議 "症狀處理" 為十分重要之一環，要改善癌症病人的營養問題，必須同時、甚至先改善病人之相關症狀，才能有效增加營養的攝取。病人滴落知情緒亦影響其進食，因此，如何改善病人情緒，以便增進病人之食慾，改善其營養狀況。

本研究中並未發現癌症診斷與病患的營養狀態有顯著相關，其可能原因為本研究收案之病患其疾病嚴重度較低，以 80 及 90 分居多，因此在統計分析上未能區別出不同癌症診斷在營養上的差異，雖未達統計上之意義，與 Ravasco 等人（2003）研究結果相似診斷為頭頸癌與腸胃道腫瘤的營養不良病患顯著多於者其他診斷的病患不同，未來之研究中若有更多疾病嚴重度較高之病人群，可再與進一步之比較。本研究結果發現疾病之分期亦無影響病人之營養狀態，與 Ravasco、Monteiro-Grillo、Vidal 及 Camilo（2003）的研究發現腫瘤分期 III、IV 的病患，熱量及蛋白質的攝取顯著不足，與本研究結果不同，其可能之原因為本研究個案之疾病嚴重度在第四期之病人，並非具有特別嚴重之症狀，因而在癌症期別對於營養狀況之影響力不及症狀嚴重度造成病人營養攝取上之影響。本研究有測量

Karnofky 生活功能程度及病人疾病之症狀嚴重度，此二者皆被證實與病人之營養狀況顯著相關，此發現與國外研究結果有類似之處，皆是影響營養狀況之重要因素，

因此，由本研究之結果提出另一論點，即症狀嚴重度與生活功能狀況作為疾病嚴之指標，進而作為癌症病人營養狀態預估之指標，可能較疾病診斷或癌症分期更敏感，臨床評估中應該更重視此二項評估對癌症病人營養之影響。

結論

整體而言，本研究結果支持癌症病人的營養狀況的影響因素是多元的，臨床處置中需同時考量這些因素，未來之研究應朝發展改善這些影響營養問題之因素的方案進行，另外，由於本研究之病人群在疾病嚴重狀況，屬於較為穩定者，因此，未來宜進一步探討疾病嚴重度更重之病人，如末期之癌症病人，以更完呈現癌症病人之營養問題，強化臨床癌症病人營養照護之根據。

參考文獻

孫秀卿 (1999).男性肝癌病患接受經導管肝動脈栓塞治療期間疲倦型態及其相關因素之探討. 台北醫學院護理學研究所碩士論文.

賴裕和（1998）.門診接受化學治療病人之症狀困擾及居家護理需求探討.護理研究，6（4），279-289.

蔣立綺(1986).癌症病人營養狀況改變的導因及定義特徵之臨床效度測定.國防醫學院護理研究所碩士論文.

Abrahm, J. L. (1998). Promoting symptom control in palliative care. Seminar in Oncology Nursing, 14, 95 –109.

Bleda, M.J., Bolibar, I., Pares, R.& Salva, A.（2002）Reliability of the mini nutritional assessment (MNA) in institutionalized elderly people. J Nutr Health Aging 6(2), 134-7.

Cella, D.F.,Bonomi,A.E.,& Leslie,W.T.(1993).Quality of life and nutritional well-being : Measurement and relationship.Oncology,7,105-111.

Cella,D.F.,VonRoenn,J.,& Lloyd,S.,Browder,H.P.(1995).The Bristol-Myers anorexia/cachexia2 recovery instrument(BACRI):A brief assessment of patients' subjective response to trement for anorexia/cachexia .Qual Life Res ,4,221-231.

Correia,M.I., Caiaffa,W.T., Silva,A.L.,Waitzberg, D.L.（2001）. Risk factors for malnutrition in patients undergoing gastroenterological and hernia surgery: an analysis of 374 patients. Nutriction Hospitalaria,16（2）,59-64.

Cushman, K. E., (1986). Symptom management: a comprehensive approach to increasing Nutritional status in the cancer patient. Seminars in Oncology Nursing,2(1), 30-35

Glaus, A., (1998). Fatigue and cachexia in cancer patient. Support Care. Cancer. 6,77-78.

Grant, M. & Kravits, K.(2000) .Symptom and their impact on nutrition . Seminars in OncologyNursing 16 (2), 113-121.

Greenlee, R. T., Murray, T., Bolden, S., Wingo, P.A. (2000). Cancer statistics 2000. GACancer J Clin 50, 7-33.

Guigoz, (1997) Malnutrition in the elderly : the Mini Nutritional Assessment (MNA). The Umsch 54 (6) 345-50.

Guigoz, Y., Lauque, S., & Vellas, B.J., (2002) Identifying the elderly at risk for malnutrition .The Mini Nutritional Assessment. Clinical Geriatr Med.18(4)737-757.

Harvey,K.B.,Bothe,A.,& Blackburn, G.L.(1979).Nutritional assessment and patient outcome during oncologic therapy.Cancer,35,55-58.

Irvin, D.M., Vincent, L., Bubela, N., Thompson, L., & Graydon, J.(1991). A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. Cancer Nursing, 14, 188-199.

Iwamoto, R. R. (1996). A nursing perspective on radiation-induced xerostomia. Oncology, 10: 12-15.

Kalman, D., & Villani, L. J., (1997). Nutrition aspects cancer-related fatigue. Journal of American dietetic association.97 (6), 650-654

Lai,S. L.& Perng, R. P.(1998). Impact of nutritional status on the survival of lung Cancer patients.Chinese Medical Journal. 61(3), 134-140.

Lopez, M.J.,Robinson,P.,&Madden, C.(1994).Nutrition support and prognosis in patients with head and neck cancer.J Surg Oncol,55,33-36.

McCorkle, R.,Young K. (1978) .Development of symptom distress scale. Cancer Nurs,1,373-378.

McMahon, K., Decker, G., Ottery, F. D. (1998). Integrating proactive nutritional assessment in clinical practice to prevent complications and cost. Seminar on Oncology, 25 (Supply 6): 20-27.

Meguid,M.M.,Mughal,M.M.,&Debonis,D.(1986).Influence of nutritional status on the resumption of adequate food intake in patients recovering from colorectal cancer Operations

Surg Clin NorthAm,66,1167-1176.

Murphy,M.C., Brooks,C.N., New,S.A.&Lumbers,M.L. (2000). The use of the Mini-Nutritional Assessment (MNA) tool in elderly orthopaedic patients. *Eur J Clin Nutr.* Jul;54(7):555-62.

Ottery, F. D., Kasenic, S., & DeBo.t, S., et al. (1998). Volunteer network accrues overs 1900 patients in 6 months to validate standarized nutritional triage. Proc Am Soc Clin Oncol, 17: 73a. (Abstract 282).

Ovesen, L.,Allingstrup, L.,& Hannibal,J.(1993).Effect of dietary counseling on food intake, body weight, response rate, survival, and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy: A prospective randomized study. J Clin Oncol,11,2043-2049.

Padilla, G.V.(1986).Psychological aspects of nutrition and cancer. Surg Clin North Am,66,1121-1135.

Rivadeneira,D.E.,Evoy D.,&Fahey T.J.(1998).Nutritional support of the cancer patient.CA Cancer J Clin,48,69-80.

Shils,M.E.(1979).Principle of nutrition therapy. Cancer,43,2093-2102.

Tisdale, M.J., (1997a) .Biology of cachexia. J Natl Cancer Intst,89,1763-1773.

Tisdale, M.J., (1997b) .Cancer cachexia:Mtabolic alterations and clinical manifestations. Nutrition,13,1-7.

Vellas, B., Guigoz, Y., Baumgartner, M., Garry, PJ., Lauque, S.&Albarede, JL. (1999). Relationships between nutritional markers and the mini-nutritional assessment in 155 older persons. *Am Geriatr Soc.* Oct

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983) . The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand, 67, 361-370.

(附件一) (檢附研究問卷)　　基 本 資 料

研究編號 _____醫院 _____ 病房_____ 門診 _____ 收案日期 ____

病歷號碼：_____ 病人姓名： _____ 出生日期： _____

一.基 本 屬 性			coding
1.	性別	1□男 2□女	□
2	年齡	實際年齡____ 1□20-30 歲 2□31-40 歲 3□41-50 歲 4□51-60 歲 5□61-70 歲 6□71 以上	□
3	教育程度	教育年數_____1□不識字 2□小學 3□國中 4□高中 5□專科 6□大學以上	□
4	宗教信仰	1□無 2□佛道教 3□天主教/基督教 4□其他_____	□
5	婚姻狀況	1□未婚 2□已婚 3□寡 4□離婚	□
6.	職業	1□無 2□有	□
7.	經濟狀況	1□二萬元以下 2□二萬~五萬 3□ 五萬~十萬 4□十萬元以上	□
8	主要照顧者	1□配偶 2□子女 3□看護 4□自己 5□其他_____	□
二、疾病特性、人體測量、生化值			
1	疾病診斷	1□肺癌 2□肝癌 3□大腸直腸癌 4□胃癌 5□乳癌 6□子宮頸癌 7□口腔癌 8□鼻咽癌 9□淋巴癌 10□攝護腺癌 11□原發處不明 12□其他(請說明)：	□
2	診斷日期	月/西元年□□ / □□□□	□□月
3	腫瘤分期	1□第一期 2□第二期 3□第三期 4□第四期 Liver:　　Colon-rectum:	□
4	轉移或復發	1□無 2□有　若有，轉移或復發部位_____	□
5	先前治療	1□無 2□化療(治療日期□□/□□□□) 3□放療(治療日期□□/□□□□) 4□手術(治療日期(□□/□□□□) 5□荷爾蒙治療(治療日期□□/□□□□) 6□其他___(□□/□□□□)	□

6	目前治療 目前治療（續前）	1□無 2□化療 3□放療 4□手術 5□荷爾蒙治療 6□其他___ 若有化學治療治療第___ 幾個療程，第____天， 治療處方與劑量 _____ 若有放射治療，累積劑量____，照射第___天，照射部位_____ 說明：	□
7	其他主要慢性病	1□無 2□有 請列舉 □□項	□/□□
8	目前住院第幾天	□□天	□□
9	身高 / 體重	□□□.□公分 □□□.□公斤 (若有水腫 、腹水請註明)	□□□.□
10	血清白蛋白	收案一週前的□□.□mg/dl 日期(□□/□□□□) 收案中三日內的□□.□mg/dl 日期(□□/□□□□) 最近一次的□□.□mg/dl 日期(□□/□□□□)	□ □.□□ □.□
11	前血清白蛋白	最近一次的□□.□mg/dl 日期(□□/□□□□)	□□.□
12	血紅素 /白血球	收案一週前的 Hb： WBC: 日期(□□/□□□□) 收案中三日內的 Hb： WBC: 日期(□□/□□□□) 最近一次的 Hb： WBC: 日期(□□/□□□□)	□□.□
13	生化	收案一週前的 Na:___K:___CL:___Cr: ____ BUN:____ 日期 (□□/□□□□) 收案中三日內的 Na:___K:___CL:____Cr: ____ BUN:____ 日期(□□/□□□□) 最近一次的 Na:___K:___CL:____Cr: ____ BUN:____ 日期(□□/□□□□)	
14	目前的 KPS (Karnofsky performance status scale)	1 □10 瀕死 2 □20 病的很重，必需住院，需要積極的支持性療法。 3 □30 嚴重功能障礙，需要住院，雖然不是瀕臨死亡。 4 □40 功能障礙(disables)，需要特別照顧與協助。b 5 □50 需要相當多的協助且經常需要醫療。	□

		6 □60 偶而需要協助，但能照顧自己大部分的需要 7 □70 會照顧自己，不能執行正常活動與工作。 8 □80 執行正常的活動費力；有一些疾病的徵候與症狀 9 □90 能執行正常的活動/輕微的徵候與症狀 10□100 正常	
15	IV 量 (24 小時內)	1□D5W(_____cc)　2□D10W(_____cc) 3□D5S(_____cc)　4□Taita No5(_____cc) 5□10%Intrafat(_____cc)　6□10%TPN(_____cc) 7□Aminopoly H(_____cc)　8□Aminosteril(_____cc) 9□其他(請說明)：_____(_____cc)	

體重（公斤）：	身高（公分）：	膝高（公分）：	填表日期

營養篩檢	分數	一般評估	分數
1.過去三個月中，是否因食慾不佳消化問題、咀嚼或吞嚥困難以致進食量越來越少？ 0 分＝嚴重食慾不佳 1 分＝中度食慾不佳 2 分＝食慾無變化	□	11 蛋白質攝取量 每天至少攝取一份乳製品(牛奶、乳酪、優酪) 是□否□ - 每週攝取兩份以上的豆類或蛋類 是□否□ - 每天均吃些魚、肉、雞鴨類 是□否□ 0.0 分 ＝ 0 或 1 個是 0.5 分 ＝ 2 個是 1.0 分 ＝ 3 個是	□.□
2.近三個月體重變化 0 分＝體重減輕 3 公斤 1 分＝不知道 2 分＝體重減輕 1~3 公斤 3 分＝體重無改變 體重增加:_____ 是否有腹水/水腫	□	12.每天至少攝取兩份或兩份以上的蔬菜或水果 0 分＝否；1 分＝是	□
3.行動力 0 分＝臥床或輪椅使用 1 分＝可以下床活動活離開輪椅，但無法自由走動 2 分＝可以自由走動	□	13.每天經口攝取多少液體(包括開水、果汁、咖啡、茶、牛奶)一杯＝240c.c.) 0.0 分＝少於三杯 0.5 分 ＝3~5 杯 1.0 分 ＝大於 5 杯	□.□
4.過去三個月內是否曾有精神上的壓力 0 分＝是 1 分＝否	□	14.進食的形式 0 分＝無人協助則無法進食 1 分＝可以自己進食但較吃力 2 分＝可以自己進食	□
5.神經精神問題 0 分＝嚴重痴呆或抑鬱 1 分＝輕度痴呆 2 分＝無精神問題	□	15.他們覺得營養方面有沒有問題？ 0 分＝覺得自己營養非常不好 1 分＝不太清楚或營養不太好 2 分＝覺得自己沒有營養問題	□
6.身體質量指數(BMI)體重(公斤)/身高(公尺^2) 0 分＝ BMI ＜19 1 分＝ 19 ≦BMI＜21 2 分＝ 21≦ BMI ＜23 3 分＝ BMI ≧23	□	16.與其他同年齡的人比較，他們認為自己的健康狀況如何？ 0.0 分＝不如同年齡的人 0.5 分＝不知道 1.0 分＝和同年齡的人差不多 2.0 分＝比同年齡的人好	□.□
篩檢分數(小計滿分 14) □大於或等於 12 分：表示正常(無營養不良危險性)，不需完成完整評估 □小於或等於 11 分：表示可能營養不良，請繼續完成下列評估表	□□	17.臂中圍 MAC(公分) 0.0 分＝MAC＜21 0.5 分＝MAC 21~21.9 1.0 分＝MAC ≧22	□.□
		18.小腿圍 C.C.(公分) 0 分＝C.C. ＜31 1 分＝C.C. ≧31	□
一般評估	分數	一般評估(小計滿分 16 分) 篩檢分數(小計滿分 14 分) MNA 合計分數(滿分 30 分)	□□.□ □□ □□.□
7.可以獨立生活(非住在護理之家或醫院)0 分＝否；1 分＝是	□		
8.每天需服三種以上的處方 0 分＝是；1 分＝否	□	營養不良指標分數 ※MNA 17~23.5 具營養不良危險性 ※MNA ＜17 營養不良	
9.褥瘡或皮膚潰瘍 0 分＝是；1 分＝否	□		
10.一天中可以吃幾餐完整的餐食 0 分＝1 餐；1 分＝2 餐 2 分＝ 3 餐	□		

症狀嚴重度評估

您好，以下是一條長度為 10 公分的直線，被平均分為 10 等分，在線上 **"0" 表示過去一週中完全沒有此症狀， "5" 表示此症狀為中等程度，"10" 表示此症狀達到最嚴重最嚴重的程度 (即不可能再更嚴重的了)**，請您標示您過去一週在各個症狀的嚴重程度，謝謝。

1	**疼痛**/部位:_____ (若有疼痛，請亦回答最後部份疼痛評估) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	☐
2	**呼吸困難** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	☐
3	**呼吸喘** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	☐
4	**咳嗽** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題 中度 咳不停/此問題極度嚴重	☐
5	**噁心** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	☐
6	**嘔吐** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	☐
7	**沒有食慾** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	☐

	完全沒有這個問題　　中度　　此問題極度嚴重	
8	**吞嚥困難** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題　　中度　　此問題極度嚴重	☐
9	**便秘** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題　　中度　　此問題極度嚴重	☐
10	**腹瀉** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題　　中度　　此問題極度嚴重	☐
11	**腹水** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 無完全沒有這個問題　　中度　　此問題極度嚴重	☐
12	**腹脹 (如脹氣)** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 無完全沒有這個問題　　中度　　此問題極度嚴重	☐
13	**疲倦 (很累、疲憊)** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題　　中度　　此問題極度嚴重	☐
14	**睡眠問題 (如失眠或睡不好)** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題　　中度　　此問題極度嚴重	☐
15	**喉嚨痛** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題　　中度　　此問題極度嚴重	☐

16	**味覺的改變** (如：吃東西沒味道 或 嘴巴苦苦的感覺) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	☐
17	**早飽 / 吃幾口就飽了** (沒吃到認為吃的量就飽了) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 無完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	☐
18	**口乾** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 無完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	☐
19	**嘴巴破** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 無完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	☐
20	**張口困難** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 無完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	
21	**咀嚼困難** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 無完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	
22	**暈眩** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 無完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	☐
23	**沒力氣 / 虛弱** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 無完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	☐

24	沒辦法集中精神 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 無完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	□
25	昏昏沉沉/ 嗜睡 (想睡覺) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 無完全沒有這個問題 中度 此問題極度嚴重	□

這份題目主要是為了瞭解***您心情的感受***，共包括 14 個感受敘述，每一敘述下有 4 個選擇，請仔細閱讀每一個敘述並***圈出最能表示您過去一週的感受答案號碼***。請不要花太多時間思考，您立即的反應可能比長時間思考後的反應要來的正確。謝謝！

(一).我會覺得緊張或精神緊繃

1.總是如此
2.經常如此
3.偶而如此
4.一點也不會

(二).我仍然喜歡我過去所喜歡的事物

1.和過去一樣喜歡
2.不像過去那麼喜歡
3.只有一點喜歡
4.幾乎都不喜歡

(三).我有一種可怕的感覺，好像有什麼不好的事情即將發生

1.這種感覺很確定且很強烈
2.有這感覺，但不是很強烈
3.有一點，但並不令我擔心
4.一點也沒有

(四).我可以大笑並感受到事情有趣的一面

1.如同過去一樣
2.不像過去那樣
3.確實比過去少
4.一點也沒有辦法

(五).我心裡有些擔憂的想法

1.總是如此

2.經常如此

3.有時會有，但不頻繁

4.只是偶爾會有

(六).我覺得開心或愉快

1.一點也不覺的

2. 不常覺的

3. 有時候覺的

4. 經常覺的

(七).我可以舒服的坐著且覺得輕鬆

1.的確如此

2.經常如此

3.有時如此

4.一點也不會

(八).我覺得自己好像慢了下來

1.總是如此

2.經常如此

3.有時如此

4.一點也不會

(九).我有一種可怕的感覺，就像胃裡有些東西在動

1.一點也不會

2.偶而覺得

3.經常覺得

4.總是覺得

(十).我已不在關心自己的未來

1.的確如此

2.我沒有應該有的關心

3.我不太關心

4.我和過去一樣關心

(十一).我覺得坐立不安，好像我非得不停的動不可

1.確實總是如此

2.經常如此

3.不太會這樣

4.一點也不會

（十二）我對事物感到期待

1.和過去一樣

2.比過去少一些

3.比過去少多了

4.幾乎沒有這種期待

（十三）我會突然覺得恐慌

1.總是如此

2.經常如此

3.不常如此

4.一點也不會

（十四）我可以欣賞或沈浸於一本好書或好的廣播/電視節目

1.經常如此

2.有時如此

3.不常如此

4.極少如此

在這部份，我們希望瞭解 ***"若您吃不下飯或不想吃東西的原因是什麼"***
請圈出 0、1、2、3、4 其中一個數目字來表示您對以下問題的同意程度。

0＝我非常不同意（我強烈地不同意）
1＝我不同意
2＝普通（我不特別同意或不同意）
3＝我同意
4＝我非常同意（我強烈地同意）

	非常不同意	不同意	普通	我同意	我非常同意
1. 身體症狀的不舒服。	0	1	2	3	4
2. 心情低落不好。	0	1	2	3	4
3. 擔心病情。	0	1	2	3	4
4. 沒胃口。	0	1	2	3	4
5. 醫院飲食不好吃。	0	1	2	3	4
6. 怕吃東西反而不舒服。	0	1	2	3	4
7. 擔心吃太營養反而會造成疾病變壞。	0	1	2	3	4
8. 沒力氣吃飯。	0	1	2	3	4
9. 因為飲食的禁忌。	0	1	2	3	4
10. 心情焦慮。	0	1	2	3	4
11. 因身體症狀造成進食困難。	0	1	2	3	4
12. 醫護人員建議您不要吃。	0	1	2	3	4
13. 其他(請說明)：	0	1	2	3	4

DOH92-TD-1096

營養評估問卷原始資料數據檔案譯碼簿（Codebook）

問卷題目編號	變項名稱	變項屬性	變項說明與注意事項	備註
	id	數值型	第 1-2 碼：醫院別 第 3 碼：1＝住院 第 4-6 碼：個案編號 例如：NT1179 為台大醫院住院病人第 179 號	
	hospital	字元型	醫院代號： 1＝NT＝臺大醫院 2＝MK＝馬偕醫院 3＝TM＝台北醫學大學附設醫院 4＝WF＝萬芳醫院 5＝CG＝高雄長庚醫院	
	setting	字元型	病人來源： 1＝住院 2＝c/t＝化療病人 3＝RT＝放射線治療 4＝OPD＝門診	
	area	字元型	病人居處的地區分為： 1＝北區、2＝中區、3＝南區	
	ooldate	日期型	收案日期 第 1-4 瑪＝西元年 第 5-6 瑪＝月份 第 7-8 瑪＝日期	
	mednum	數值型	病歷號碼	
	brith	日期型	第 1-4 瑪＝西元年 第 5-6 瑪＝月份 第 7-8 瑪＝日期	
	age	數值型	第 1-2 碼＝年齡	
（一）-2	agegr	數值型	年齡分期 1＝18-30　2＝31-40　3＝41-50 4＝51-65　5＝≧65	
（一）-1	sex	字元型	性別 1＝男、0＝女	
（一）-3	eduyear	數值型	受？年教育	
（一）-3	edu	字元型	教育程度	

			0＝不識字　1＝小學　2＝國高中、 3＝專科大學　4＝研究所	
(一) -4	reli	字元型	宗教信仰 0＝無　1＝佛道教　2＝天主教/基督教 3＝其他	
(一) -5	mar	字元型	婚姻狀態 0＝未婚　1＝已婚　2＝寡　3＝離婚	
(一) -6	ooc	字元型	有無工作 0＝無工作　1＝有工作	
(一) -7	eoo	字元型	收入 1＝2 萬以下　2＝2-5 萬 3＝5-10 萬　4＝10 萬以上	
(一) -8	cgiver	字元型	主要照顧者 1＝配偶　2＝子女　3＝看護 4＝自己　5＝其他　6＝父母 7＝兩種以上	
(二) -1	diag	字元型	＝肺癌　2＝乳癌　8＝sarcoma 9＝others　11＝primary unknow 31＝肝癌　32＝胃癌　33＝大腸直腸癌　34＝other GI　41＝鼻咽癌 42＝口腔癌　43＝other H & N 51＝子宮頸癌　52＝Ovary Ca 53＝other female cancer 61＝攝護腺癌　62＝other male ca 71＝淋巴癌	
(二) -2	digdate	日期型	第1- 4 碼＝西元年 第 5-6 碼＝月份	
(二) -3	stage	字元型	1＝第一期　2＝第二期 3＝第三期　4＝第四期 5＝liver	
(二) -4	Meta	字元型	0＝無　1＝有	
(二) -4	metasite	字元型	1＝頭頸部　2＝胸部　3＝腹部 4＝1＋2　5＝1＋3　6＝2＋3 7＝1＋2＋3　8＝多部位　9＝others	
(二) -4	boneme	字元型	骨轉移　0＝無　1＝有	
(二) -5	txpre	字元型	先前治療 0＝無　1＝化學治療　2＝放射線治療	

			3＝手術　4＝荷爾蒙治療 5＝1＋2　6＝1＋其他　7＝2＋其他 8＝1＋2＋其他　9＝其他 10＝3 或 4＋其他	
(二) -6	txnow	字元型	目前治療 0＝無　1＝化學治療　2＝放射線治療 3＝手術　4＝荷爾蒙治療 5＝1＋2　6＝1＋其他　7＝2＋其他 8＝1＋2＋其他　9＝其他 10＝多於三種	
(二) -6	ctcurse	數值型	化學治療療程　第？個療程	
(二) -6	ctday	數值型	第？天化學治療	
(二) -6	pres	字元型	處方與劑量	
(二) -6	rtdose	數值型	放射線治療累積劑量	
(二) -6	rtdat	數值型	照射第？天	
(二) -6	rtlocate	字元型	放射線照射部位 1＝頭頸部　2＝胸部　3＝腹部 4＝1＋2　5＝1＋3　6＝2＋3 7＝1＋2＋3　8＝多部位　9＝other	
(二) -7	chroill	字元型	其他主要慢性疾病 0＝無　1＝有	
(二) -7	chrotype	字元型	慢性病的種類 1＝DM　2＝高血壓　3＝心臟病 4＝氣喘　5＝痛風　6＝B 或 C 肝炎 7＝Gastric Ulcer　8＝以上一種加其他　9＝包含以上二種及二種以上 10＝其他	
(二) -8	hospiday	數值型	住院天數第？天	
(二) -9	bh	數值型	身高，單位＝cm　取到小數點下二位	
(二) -9	bw	數值型	體重，單位＝kg　取到小數點以下二位	
(二) -10	Albp1w	數值型	收案一週前血清白蛋白，單位＝mg/dl， 取到小數點以下二位	
(二) -10	Albp3d	數值型	收案中三日內血清白蛋白，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二) -10	albnow	數值型	最近一次血清白蛋白，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二) -11	prealb	數值型	前血清白蛋白，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	

(二)-12	hp1w	數值型	收案一週前血紅素，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-12	Hbp3d	數值型	收案中三日內血紅素，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-12	hbnow	數值型	最近一次血紅素，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-12	Wbcp1w	數值型	收案一週前白血球數，單位＝mg/dl， 取到小數點以下二位	
(二)-12	Wbcp3d	數值型	收案中三日內白血球數，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-12	wbcnow	數值型	最近一次白血球數，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-13	Nap1w	數值型	收案一週前血鈉值，單位＝mg/dl， 取到小數點以下二位	
(二)-13	nap3d	數值型	收案中三日內血鈉值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-13	nanow	數值型	最近一次血鈉值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-13	kp1w	數值型	收案一週前血鉀值，單位＝mg/dl， 取到小數點以下二位	
(二)-13	kp3d	數值型	收案中三日內血鉀值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-13	know	數值型	最近一次血鉀值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-13	clp1w	數值型	收案一週前血氯值，單位＝mg/dl， 取到小數點以下二位	
(二)-13	clp3d	數值型	收案中三日內血氯值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-13	clnow	數值型	最近一次血氯值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-13	crp1w	數值型	收案一週前血清肌胺酸值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-13	crp3d	數值型	收案中三日內血清肌胺酸值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-13	crnow	數值型	最近一次血清肌胺酸值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
(二)-13	bunp1w	數值型	收案一週前血尿素氮值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	

（二）-13	bunp3d	數值型	收案中三日內血尿素氮值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
（二）-13	bunnow	數值型	最近一次血尿素氮值，單位＝mg/dl，取到小數點以下二位	
（二）-14	kps	數值型	目前的日常生活功能程度評估 1＝10　2＝20　3＝30　4＝40 5＝50　6＝60　7＝70　8＝80 9＝90　10＝100	
（二）-15	iv	字元型＋數值型	輸液類型及劑量：單位＝cc	
（二）-15	ivcal		輸液的卡路里	
	Knee	數值型	膝高，單位＝cm	
營養評估記錄表-1	intakeq	字元型	過去三個月食慾不佳進食問題 0＝嚴重食慾不佳 1＝中度食慾不佳 2＝食慾無變化	
營養評估記錄表-2	bwcha	字元型	近三個月體重變化 0＝減輕三公斤 1＝不知道 2＝減輕一~三公斤 3＝體重無改變	
營養評估記錄表-2	bwincrea	數值型	體重增加多少公斤	
營養評估記錄表-2	ascites	字元型	有無腹水 0＝no　1＝yes	
營養評估記錄表-2	edema	字元型	有無水腫 0＝no　1＝yes	
營養評估記錄表-3	mobil	字元型	行動力 0＝臥床或輪椅使用　1＝可以下床活動或離開輪椅　2＝可以自由走動	
營養評估記錄表-4	stress	字元型	過去三個月內是否有精神上的壓力 0＝是　1＝否	
營養評估記錄表-5	mental	字元型	神經精神問題 0＝嚴重痴呆或抑鬱　1＝輕度痴呆 2＝無精神問題	
營養評估記錄表-6	bmi	字元型	身體質量指數（kg/m^2） 0＝BMI＜19　1＝19≦BMI＜21 2＝21≦BMI＜23　3＝BMI≧23	

營養評估記錄表-	scressco	數值型	篩檢分數滿 14 分	
營養評估記錄表-	screetyp	數值型＋字元型	篩檢分數分類 0=≦11：malnutrition 1≧12：normal	
營養評估記錄表-7	indeped	字元型	可以獨立生活 0=否　　1＝是	
營養評估記錄表-8	prescrip	字元型	每天需服 3 種以上的處方嗎？ 0=是　　1＝否	
營養評估記錄表-9	pressore	字元型	是否有褥瘡或皮膚潰瘍 0＝是　　1＝否	
營養評估記錄表-10	Commeal	字元型	一天中可吃幾份完整的餐食？ 0＝1 餐　　1＝2 餐　　2＝3 餐	
營養評估記錄表-11	Protei1	數值型	每天至少攝取一份乳製品	
營養評估記錄表-11	Protei2			
營養評估記錄表-11	Protei2			
營養評估記錄表-11	proteis	字元型	蛋白質攝取量 0＝0 或 1 個是　　0.5＝2 個是 1＝3 個是	
營養評估記錄表-12	vegita	字元型	每天是否攝取 2 份或 2 份以上的蔬菜或水果？ 0＝否　　1＝是	
營養評估記錄表-13	Oralliq	字元型	經口攝取多少液體/天 0＝＜3 杯　　0.5＝3~5 杯 1＝＞5 杯	
營養評估記錄表-14	intake	字元型	進食形式 0＝無人協助則無法進食 1＝可以自己進食但較吃力 2＝可以自己進食	
營養評估記錄表-15	nutripro	字元型	自覺健康有無問題 0＝覺得自己營養非常不好 1＝不太清楚或營養不太好 2＝覺得自己沒有營養問題	
營養評估記錄表-16	healths	字元型	與同年齡比較後比較自己健康狀況 0＝不如同年齡的人 0.5＝不知道	

			1＝和同年齡的人差不多 2＝比同年齡的人好	
營養評估記錄表-17	mac	字元型＋數值型	臂中圍 0＝MAC＜21　　0.5＝MAC21~21.9 1＝MAC≧22	
營養評估記錄表-18	legcc	字元型＋數值型	小腿圍 0＝cc＜31　　1＝cc≧31	
營養評估記錄表-	geness	數值型	一般評估，滿分 16 分	
營養評估記錄表-	mna	數值型	一般評估＋篩檢分數 0＝＜17　　1＝17~23.5　　2＝＞24	
營養評估記錄表-	mnatype	數值型	營養不良指標，滿分	
症狀評估-1	painsite	字元型	疼痛部位	
症狀評估-1	pain	數值型	疼痛分數 0~10 分	
症狀評估-2	dyspnea	數值型	呼吸困難 0~10 分	
症狀評估-3	shortbre	數值型	呼吸喘 0~10 分	
症狀評估-4	cough	數值型	咳嗽 0~10 分	
症狀評估-5	nausea	數值型	噁心 0~10 分	
症狀評估-6	vomut	數值型	嘔吐 0~10 分	
症狀評估-7	appetilo	數值型	食慾減少 0~10 分	
症狀評估-8	swallow	數值型	吞嚥困難 0~10 分	
症狀評估-9	consti	數值型	便秘 0~10 分	
症狀評估-10	diarrhe	數值型	腹瀉 0~10 分	
症狀評估-11	ascite	數值型	腹水 0~10 分	
症狀評估-12	disten	數值型	腹脹 0~10 分	
症狀評估-13	fatigue	數值型	疲倦 0~10 分	
症狀評估-14	sleep	數值型	睡眠 0~10 分	
症狀評估-15	sorthro	數值型	喉嚨痛 0~10 分	
症狀評估-16	fastech	數值型	味覺的改變 0~10 分	
症狀評估-17	full	數值型	早飽/吃幾口就飽了 0~10 分	
症狀評估-18	drymouse	數值型	口乾 0~10 分	
症狀評估-19	oralulce	數值型	嘴巴破 0~10 分	
症狀評估-20	openmout	數值型	張口困難 0~10 分	
症狀評估-21	chew	數值型	咀嚼困難 0~10 分	
症狀評估-22	virtigo	數值型	暈眩 0~10 分	
症狀評估-23	fireness	數值型	沒力氣/虛弱 0~10 分	
症狀評估-24	concertr	數值型	沒辦法集中精神 0~10 分	

症狀評估-25	drowsy	數值型	嗜睡 0-10 分	
焦慮憂鬱量表-（一）	anx1	字元型	覺得緊張或精神緊繃 1＝總是如此 2＝經常如此 3＝偶爾如此 4＝一點也不	
焦慮憂鬱量表-（二）	dep1	字元型	仍喜歡過去所喜歡的事物 1＝和過去一樣喜歡 2＝不像過去那麼喜歡 3＝只有一點點喜歡 4＝幾乎都不喜歡	
焦慮憂鬱量表-（三）	anx2	字元型	可怕的感覺有不好的事情要發生 1＝這種感覺很確定且很強烈 2＝有這感覺但不是很強烈 3＝有一點但並不令我擔心 4＝一點也沒有	
焦慮憂鬱量表-（四）	dep2	字元型	可以大笑並感受到事情有趣的一面 1＝如同過去一樣 2＝不像過去那樣 3＝確實比過去少 4＝一點也沒有辦法	
焦慮憂鬱量表-（五）	anx3	字元型	心裡有些擔憂的想法 1＝總是如此 2＝經常如此 3＝有時會有但不頻繁 4＝只是偶爾會有	
焦慮憂鬱量表-（六）	dep3	字元型	開心或愉快 1＝一點也不覺得 2＝不常覺得 3＝有時候覺得 4＝經常覺得	
焦慮憂鬱量表-（七）	anx4	字元型	舒服的坐著且覺得輕鬆 1＝確實如此 2＝經常如此 3＝有時如此 4＝一點也不會	
焦慮憂鬱量表-（八）	dep4	字元型	覺得自己好像慢了下來 1＝總是如此 經常如此	

			3＝有時如此 4＝一點也不會	
焦慮憂鬱量表-（九）	anx5	字元型	有一種可怕的感覺像胃內翻絞 1＝一點也不會 2＝偶而覺得 3＝經常覺得 4＝總是覺得	
焦慮憂鬱量表-（十）	dep5	字元型	已不在關心自己的未來 1＝的確如此 2＝我沒有應該有的關心 3＝我不太關心 4＝我和過去一樣關心	
焦慮憂鬱量表-（十一）	anx6	字元型	坐立不安 1＝確實總是如此 2＝經常如此 3＝不太會這樣 4＝一點也不會	
焦慮憂鬱量表-(十二)	dep6	字元型	對事物感到期待 1＝和過去一樣 2＝比過去少一些 3＝比過去少多了 4＝幾乎沒有這種期待	
焦慮憂鬱量表-（十三）	anx7	字元型	突然覺得恐慌 1＝總是如此 2＝經常如此 3＝不常如此 4＝一點也不會	
焦慮憂鬱量表-（十四）	dep7	字元型	可以欣賞或沈浸於書或廣播電視節目 1＝經常如此 2＝有時如此 3＝不常如此 4＝極少如此	
	suppfai	數值型	家人的支持度 0-10 分	
	suppheal	數值型	醫護人員的支持度 0-10 分	
	supgene	數值型	周圍的人的支持度（家人朋友醫護人員…）	
影響進食因素-1	ma1	數值型	身體症狀的不舒服 0＝非常不同意 1＝不同意	

			2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
影響進食因素-2	ma2	數值型	心情低落不好 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
影響進食因素-3	ma3	數值型	擔心病情 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
影響進食因素-4	ma4	數值型	沒胃口 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
影響進食因素-5	ma5	數值型	醫院飲食不好吃 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
影響進食因素-6	ma6	數值型	怕吃東西反而不舒服 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
影響進食因素-7	ma7	數值型	擔心吃太營養反而會造成疾病變壞 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	

影響進食因素-8	ma8	數值型	沒力氣吃飯 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
影響進食因素-9	ma9	數值型	因為飲食的禁忌 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
影響進食因素-10	ma10	數值型	心情焦慮 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
影響進食因素-11	ma11	數值型	因身體症狀造成進食困難 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
影響進食因素-12	ma12	數值型	醫護人員建議不要吃 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
影響進食因素-13	ma13_1		說明	
影響進食因素-13	ma13_2		其他 0＝非常不同意 1＝不同意 2＝普通 3＝我同意 4＝我非常不同意	
疼痛評估	bpi	字元型	是否疼痛	

			0＝否　　1＝是	
疼痛評估-1	paindur1	數值型	覺得主要部位疼痛時間	
疼痛評估-2	paindur2	數值型	其他部位疼痛時間	
疼痛評估-	dimen	字元型	疼痛型態 0＝斷斷續續 1＝幾乎持續	
疼痛評估-一	bpi_1	字元型	最痛的部位	
疼痛評估-一	bpi_2	數值型	疼痛部位個數	
疼痛評估-二	bpi2	數值型	過去一週內疼痛最重程度 0-10 分	
疼痛評估-三	bpi3	數值型	過去一週內疼痛最輕程度 0-10 分	
疼痛評估-四	bpi4	數值型	過去一週內疼痛平均程度 0-10 分	
疼痛評估-六	bpi5	數值型	現在疼痛程度　0-10 分	
疼痛評估-七	bpi6	字元型	目前控制疼痛的藥物及治療方式（病人自述）	
疼痛評估-七	bpi6med	字元型	疼痛藥物醫囑	
疼痛評估-八	bpi7	字元型	24 小時治療緩解% 0%-100%	
疼痛評估-九	bpi8a	數值型	24 小時內疼痛影響日常生活 0-10 分	
疼痛評估-九	bpi8b	數值型	24 小時內疼痛影響情緒 0-10 分	
疼痛評估-九	bpi8c	數值型	24 小時內疼痛影響行走能力 0-10 分	
疼痛評估-九	bpi8d	數值型	24 小時內疼痛影響與他人關係 0-10 分	
疼痛評估-九	bpi8e	數值型	24 小時內疼痛影響睡眠 0-10 分	
疼痛評估-九	bpi8f	數值型	24 小時內疼痛影響生活樂趣 0-10 分	
	sympcont	數值型	對自己的症狀有多少掌控力 0-6 分	

	Sympdec	數值型	對自己症狀有辦法減低多少 0-6 分	
焦慮憂鬱量表-（一）計分轉檔	nanx1	字元型	覺得緊張或精神緊繃 1＝總是如此 2＝經常如此 3＝偶爾如此 4＝一點也不	
焦慮憂鬱量表-（二）計分轉檔	ndep1	字元型	仍喜歡過去所喜歡的事物 1＝和過去一樣喜歡 2＝不像過去那麼喜歡 3＝只有一點點喜歡 4＝幾乎都不喜歡	
焦慮憂鬱量表-（三）計分轉檔	nanx2	字元型	可怕的感覺有不好的事情要發生 1＝這種感覺很確定且很強烈 2＝有這感覺但不是很強烈 3＝有一點但並不令我擔心 4＝一點也沒有	
焦慮憂鬱量表-（四）計分轉檔	ndep2	字元型	可以大笑並感受到事情有趣的一面 1＝如同過去一樣 2＝不像過去那樣 3＝確實比過去少 4＝一點也沒有辦法	
焦慮憂鬱量表-（五）計分轉檔	nanx3	字元型	心裡有些擔憂的想法 1＝總是如此 2＝經常如此 3＝有時會有但不頻繁 4＝只是偶爾會有	
焦慮憂鬱量表-（六）計分轉檔	ndep3	字元型	開心或愉快 1＝一點也不覺得 2＝不常覺得 3＝有時候覺得 4＝經常覺得	
焦慮憂鬱量表-（七）計分轉檔	nanx4	字元型	舒服的坐著且覺得輕鬆 1＝確實如此 2＝經常如此 3＝有時如此 4＝一點也不會	
焦慮憂鬱量表-（八）計	ndep4	字元型	覺得自己好像慢了下來 1＝總是如此	

分轉檔			經常如此 3＝有時如此 4＝一點也不會	
焦慮憂鬱量表-（九）計分轉檔	nanx5	字元型	有一種可怕的感覺像胃內翻絞 1＝一點也不會 2＝偶而覺得 3＝經常覺得 4＝總是覺得	
焦慮憂鬱量表-（十）計分轉檔	ndep5	字元型	已不在關心自己的未來 1＝的確如此 2＝我沒有應該有的關心 3＝我不太關心 4＝我和過去一樣關心	
焦慮憂鬱量表-（十一）計分轉檔	nanx6	字元型	坐立不安 1＝確實總是如此 2＝經常如此 3＝不太會這樣 4＝一點也不會	
焦慮憂鬱量表-(十二)計分轉檔	ndep6	字元型	對事物感到期待 1＝和過去一樣 2＝比過去少一些 3＝比過去少多了 4＝幾乎沒有這種期待	
焦慮憂鬱量表-（十三）計分轉檔	nanx7	字元型	突然覺得恐慌 1＝總是如此 2＝經常如此 3＝不常如此 4＝一點也不會	
焦慮憂鬱量表-（十四）計分轉檔	ndep7	字元型	可以欣賞或沈浸於書或廣播電視節目 1＝經常如此 2＝有時如此 3＝不常如此 4＝極少如此	
	ntanxie	數值型	焦慮次量表單題平均總分	
	ntdepre	數值型	憂鬱次量表單題平均總分	
	sdstm	數值型	症狀嚴重度量表單題平均總分	
	ssmt	數值型	社會支持量表單題平均總分	

住院癌症病人營養狀況及飲食內容探討:現況分析及相關因素探討

訪談員手冊

一、 本研究採調查研究法，針對住院癌症病人營養評估及相關疾病與心理問題作一次的收案。

二、**研究對象**：1. 十八歲以上的住院成人癌症病人。

2. 病人自知癌症診斷者。

3. 病人意識清楚，可以以國、臺語、客語溝通者。

4. 同意參與本研究者。

三、**研究收案地點**：採立意取樣，但同時結合採分層抽樣的概念（Stratified Sampling)，於臺灣北、中、南區的醫學中心及區域醫院癌症病房進行收案，以期增加樣本的代表性，收案按各區域醫院分佈數，針對癌症病人較集中的醫學中心及區域醫院作收案。

四、收集住院癌症病人飲食內容，本階段指定收集病人營養、進食內容及相關的資料包括：(1) 基本資料表；(2) 迷你營養評估量表 (The Mini Nutritional Assessment, MNA)；(3) 連續 24 小時腸胃道以外滴注藥品或營養輸液量與質記錄表；(4) 影響進食因素評估表；(5) 癌症症狀困擾量表；(6) 醫院焦慮與憂鬱量表，內容見問卷。

五、收案時服裝儀容：應穿著白色工作服，並佩帶名牌。

六、所需的工具：皮尺（測量病人膝長、臂圍、小腿圍用）。

七、自我介紹：到醫院收案時，應先篩選過適宜的個案，符合上述第二點之收案條件之個案；進到病房時，應先自我介紹，內容包括你是誰？你的目的？對病患會造成的影響？病患的權益有哪些？

例如：「您好，我是台北醫學大學的研究助理，我想來關心一下您最近的營養狀況和住院時有沒有哪些不舒服的地方？會不會影響到您的營養？這是和衛生署合作的研究計劃案，您的個人隱私會受到保密，所回答的任何答案、想法也絕對不會影響您目前所有的治療，整份問卷大約需要 20 分鐘左右，如果在訪談的過程中您有不舒服，不論是心理或是生理上的、或是任何原因，您都可以隨時中斷訪談。訪談結束後，為了感謝您的配合和提供寶貴的資料，我們會有一份禮物送給您...」

八、問卷中應注意事項：

【一】基本屬性資料：

（1）年齡－紀錄實際年齡 （2）教育程度－紀錄實際教育年數 （3）經濟狀況－是指個案每個月實際收入的狀況 （4）主要照顧者－若不是前四個選項，在其他欄上寫清楚。

【二】疾病特性、人體測量、生化值

（1）腫瘤分期－依照病歷上詳實際紀錄，若此次病歷沒有，需查閱舊病

歷或與醫師討論，若無法確定則寫不詳。(2) 轉移或復發－若有轉移則需寫出轉移部位。(3) 先前治療－包括化療、放療、荷爾蒙治療、手術、其他治療，需寫出確實的民國年/月/日。(4) 目前治療－若有作化療需寫出第？療程、第？天、治療處方與劑量則需照病歷上處方紀錄之；若有放射線治療也需寫清楚累積劑量、照射天數、照射部位。(5) 血液檢驗值－照病歷上有的資料書寫，盡可能收集到完整的檢驗值資料。(6) 目前 KPS－評估病人身體狀況、能否行使日常生活的程度而給分數。

【三】迷你營養評估紀錄單

(1) 需照問卷上的敘述給予分數，最後需算出一般評估與篩檢分數加總的分數。(2) 臂中圍的量法－上臂到手肘長度的中間點，以公分紀錄；膝高的量法－小腿背面由膝蓋彎曲處到腳底；小腿圍的量法－膝高長度的中間點測量之。

【四】症狀嚴重度評估

(1) 此部份是評估病人最近一週內身體上有沒有哪些不舒服的症狀，評估分數以 0-10 分紀錄，需跟病人解釋 0 分為沒有問題，10 分則是病人自己認為這個症狀非常嚴重，已經完全影響到他，共有 25 題，訪談員需先將題目看熟，予以統整後將相同系統或相關症狀依序問病人，不要跳來跳去的問；例如：噁心、嘔吐、沒有食慾、吞嚥困難、味覺的改變、早飽、口乾、嘴巴破...，這些都是有相關的症狀最好同時收集資料。

（2）疼痛—需紀錄哪個部位的疼痛？嚴重程度，最好同時收集後面的疼痛評估，對於病人來說，才不會覺得同樣的問題一再重複。

【五】醫院焦慮與憂鬱量表

（1）此部份是評估病人在最近一週的心情感受，告訴病人不用花太多的時間思考，直覺、立即的反應是最正確的。

（2）此量表共有 14 題，可依序訪問病人，以病人聽得懂的敘述句訪問他，例如：第九題--「我有一種可怕的感覺，就像胃裡有些東西在動」，如果覺得題目比較抽象一點，需轉換為比較容易懂的字眼，『可怕』換成『不舒服的、奇怪的』，『胃裡有些東西』換成『肚子裡有東西』之類的替換字句，但需注意的是需和原意相似。

九、其他應注意事項：

（一）因為訪談個案皆為癌症病人，所以在訪談過程中，盡量不要用太強烈的字眼去敘述問句。時間盡量掌控在 20-30 分鐘內，若因病人比較虛弱或是比較累，可以在病人同意下分為兩次訪談，避免造成病人太大的壓力。]

（二）訪談員本身需放輕鬆，以溫和及有耐心的態度去訪談病人，因為如果訪談員本身很緊張或是因為時間上的壓力而顯得很急迫，也會造成病人情緒上的負擔。

（三）若病人提出與治療上、疾病上相關問題、或希望訪談員建議哪些健康食品時，應與病人溝通，請他與主護護士或是醫師討論病情，告知病人我們不作任何建議，但若有需要可以與護士或營養師討論該怎麼吃比較營養。

（四）癌症病人因為疾病、治療的副作用、心理及生理上症狀的困擾，常常會不希望有人打擾他，所以訪談員可能面臨許多拒絕訪談的狀況。此時應平和的與病人溝通，表示可以瞭解他目前是很不舒服的，那就先暫時不作訪問，如果當他情況或心情好一點時再作訪談，千萬不可以勉強病人，而訪談員在被拒絕時也不要影響情緒，應做好心理建設及調整。

（五）每星期應與計劃主持人於共同主持人聯繫或開會討論，在收案過程中有哪些需要澄清的地方，有問題需立即提出討論。