

臺北醫學大學護理學研究所碩士論文

Taipei Medical University  
Graduate Institute of Nursing  
Master Thesis

指導教授：李碧霞 Pi-Hsia Lee

蕭妃秀 Fei-Hsiu Hsiao

雙極性情感疾患宗教適應、絕望感與  
生活品質之研究

The Study on Religious Coping, Sense of Hopeless  
and Quality of Life in Patients with  
Bipolar Disorder

研究生：簡旭敏 Hsu-Min Chien 撰

中華民國九十八年元月

January, 2009

## 致謝

在精神醫療機構工作多年，能有機會進入北醫進修對我來說是生涯規劃中最重要的一件事，入學後一連串緊密的課程接踵而至，除了面臨作業、各項報告外還有考試需通過，對身兼數職的我每天的生活有如陀螺般不停的打轉，很感謝在求學過程中工作崗位單位主管貴美護理長的鼓勵與支持，在工作中她給我很大的空間發揮護理師的角色，學業上她盡量配合我在班別上以及實習、論文撰寫階段換班需求，真的很感謝護理長的幫忙讓我順利完成學業，此外也感謝病房陳俊澤主治醫師對研究的大力協助，讓我順利完成收案，以及同事金蓮、舒平、瑪莉、璇甄、秀萍、茹婷、瀨熹、千珍、宜芬、翠婷和旻璋，在工作上給予我的協助，還有京香、月惠、淑斐、秋敏好朋友們的加油打氣。

在北醫就學中，很高興也很幸運能成為妃秀老師的學生，記得在入學時老師即耳提面命要我注意高級應統這門課的重要性，以及讓我在靈性照護和團體課程中獲益良多，並鼓勵我多看文獻去發現感興趣的研究方向，在研究的過程中亦不斷的給我意見和鼓勵，讓一直懷疑自己是否能完成碩士論文的，順利完成了它，衷心感謝老師這兩年多來的指導，也感謝另一位指導教授李碧霞老師在研究上的建議和寶貴意見，雖然相處短暫但仍感受到老師教學的熱忱，此外感謝松德院區陳喬琪院長在研

究收案過程中的協助，及在工作中的鼓勵和支持讓我順利完成學業，對我來說他是一位可敬的長官和老師，也感謝口試委員師大王國川教授在統計上的指導和協助，還有台大護研所孫秀卿老師在口試中提供的意見和指導在此表達感謝。

當然，最重要的還是衷心的感謝參與研究的患者們，因為你們的協助我得以完成研究上的學習和成果，也藉由你們的參與，讓我更加了解生活品質對情感性精神疾患患者的重要性，謝謝您們！

感謝研究所同窗好友：立中、惠菱、佩娟、令致、偉華、清詩、玲玲、美鈴還有學姐欣蓓、育菁，這兩年多來在課業上不斷地給我加油打氣及支持，謝謝您們讓我在艱辛的求學過程中充滿歡樂。

最後感謝我的家人，父母、公婆、弟弟妹妹們和先生的支持，謝謝您們在這段時間忍受我的抱怨和無法時常參與家庭活動，尤其是一直給我支持、鼓勵和讚美的媽媽，及對我永遠是肯定與愛護的先生-賜川，有你在身邊讓我感到幸福和無比的安全感，還要謝謝我的兩個小寶貝-詠欽、詠譽，如今我畢業了，特將這份喜悅與我最愛的先生、家人們一起分享。

## 論文摘要

論文名稱：雙極性情感疾患宗教適應、絕望感與生活品質之研究

研究所名稱：臺北醫學大學護理學研究所

研究生姓名：簡旭敏

畢業時間：九十七學年度 第一學期

指導教授：李碧霞 臺北醫學大學護理學研究所 副教授

蕭妃秀 臺灣大學醫學院護理系所 副教授

研究目的：探討門診雙極性情感疾患患者躁鬱症狀、宗教適應、絕望感對生活品質的預測力。

研究方法：本研究係為一橫斷面研究設計（Cross-sectional design），採立意取樣（Purposive Sampling）方式，以結構式問卷收集資料。樣本來自於台北市某專科之精神部門診病患，共收案 85 位。

研究結果：罹病時間、有無宗教信仰及憂鬱的程度可預測生理健康生活品質（ $R^2 = 35.2\%$ ,  $p < .001$ ）。參加宗教活動、絕望感及憂鬱的程度可預測心理健康生活品質（ $R^2 = 46.2\%$ ,  $p < .001$ ）。參加宗教活動、絕望感可預測社會關係生活品質（ $R^2 = 18.7\%$ ,  $p = .01$ ）。參加宗教活動、宗教的重要性及絕望感可預測環境生活品質（ $R^2 = 25.1\%$ ,  $p = .01$ ）。

研究結論：心理健康、社會關係、以及環境生活品質的提升與參加宗教活動相關，減低則與絕望感越高有關。憂鬱越高則與降低生理健康和心理健康生活品質相關。根據本研究結果，引導參與參加宗教活動對提升慢性雙極性情感疾患患者的心理健康和社會關係生活品質。

關鍵字：雙極性情感精神疾患、躁鬱症狀、宗教適應、絕望感、生活品質。

## Abstract

Title of Thesis: The Study on Religious Coping, Sense of Hopeless and  
Quality of Life in Patients with Biplor Disorder

Institution: Graduate Institute of Nursing, Taipei Medical University

Author: Hsu-Min Chien

Thesis directed by: Pi-Hsia Lee, Ed D., Associate Professor,

College of Nursing, Taipei Medical University

Fei-Hsiu Hsiao, Ph D., Associate Professor,

College of Medical, National Taiwan University

The purpose of the study: To explore the predictors of manic and depressive symptoms, religious coping and sense of hopelessness for quality of life in outpatients with bipolar disorder.

Method: This study adopts a cross-sectional design using structured questionnaires collecting data. By the purposive sampling 85 subjects were recruited from the outpatient department of psychiatric hospital in Taipei.

Results: The results indicated that the predictors for physiological aspect of quality of life included the length of illness, with or without religious belief, and levels of depression ( $R^2 = 35.2\%$ ,  $p < .001$ ). For psychological aspect of quality of life, the predictors were participating in religious activities, sense of hopelessness and levels of depression ( $R^2 = 46.2\%$ ,  $p < .001$ ). Participating in religious activities and sense of hopelessness could predict the social aspect of quality of life ( $R^2 = 18.7\%$ ,  $p = .01$ ). The environmental aspect of quality of life was predicted by participating in religious activities, perceived religion as important, and sense of hopelessness ( $R^2 = 25.1\%$ ,  $p = .01$ ).

Conclusion: Psychological, social and environment aspects of quality of life are positively correlated with participating in religious activities but negatively associated with sense of hopelessness. The higher depression is

related to lower physiological and psychological aspects of quality of life. According to the results, helping chronic bipolar patients engage in religious activities might increase their psychological and social quality on life.

Key words: Bipolar Disorder, Manic and Depressive symptoms, Religious coping, Sense of hopelessness, Quality of life.



## 目錄

	頁數
致謝.....	I
中文摘要.....	III
英文摘要.....	IV
目錄.....	VI
圖表目次.....	IX
第一章 前言	
第一節 研究動機與重要性.....	1
第二節 研究目的.....	3
第三節 名詞解釋.....	4
第二章 文獻查證	
第一節 雙極性情感性疾患特性.....	6
第二節 雙極性情感性疾患患者之宗教適應.....	12
第三節 雙極性情感性疾患患者之絕望感.....	16
第四節 雙極性情感性疾患患者的生活品質.....	21
第五節 研究架構.....	27
第三章 研究方法	
第一節 研究設計.....	29
第二節 研究對象.....	30
第三節 研究工具.....	31
第四節 資料收集過程.....	35
第五節 倫理考量.....	36
第六節 資料分析.....	38

第四章 結果分析	
第一節 研究樣本人口學特質.....	41
第二節 研究樣本躁鬱症狀的現況.....	46
第三節 研究樣本宗教適應之現況.....	52
第四節 研究樣本絕望感之現況.....	54
第五節 研究樣本生活品質之現況.....	58
第六節 研究樣本生活品質的預測因素.....	62
第五章 討論	
第一節 人口學特質對生活品質的影響.....	75
第二節 研究樣本躁鬱狀對生活品質的影響.....	78
第三節 研究樣本宗教適應對生活品質的影響.....	80
第四節 研究樣本絕望感對生活品質的影響.....	83
第六章 結論、研究限制與建議	
第一節 結論.....	85
第二節 研究限制.....	87
第三節 建議.....	88
參考資料	
中文部份.....	90
英文部分.....	93
附錄	
附錄一 病人參與研究同意書.....	102
附錄二 個人基本資料.....	105
附錄三 宗教適應量表簡短版.....	106
附錄四 絕望感量表.....	108
附錄五 憂鬱感量表.....	109

附錄六	躁症量表.....	111
附錄七	生活品質量表.....	112
附錄八	台北市立聯合醫院人體試驗委員會同意函.....	115
附錄九	台灣版世界衛生組織生活品質問卷使用授權書.....	116



## 圖表目次

		頁數
圖一	研究架構.....	28
表一	統計分析方法.....	39
表二	研究樣本人口學特質之描述分析.....	42
表三	研究樣本貝氏憂鬱量表每題結果之現況.....	47
表四	研究樣本憂鬱程度分析.....	49
表五	研究樣本楊氏躁症量表之每題結果之現況.....	50
表六	研究樣本躁症程度分析.....	51
表七	研究樣本正、負向宗教適應量表之每題結果之現況.....	53
表八	研究樣本貝氏絕望量表每題結果之現況.....	55
表九	研究樣本絕望感程度分析.....	57
表十	研究樣本生活品質量表之各項得分及排序.....	60
表十一	人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與 生活品質-生理健康之複迴歸分析.....	63
表十二	人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與 生活品質-心理健康之複迴歸分析.....	66
表十三	人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與 生活品質-社會關係之複迴歸分析.....	69
表十四	人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與 生活品質-環境之複迴歸分析.....	72

## 第一章 前言

### 第一節 研究動機與重要性

雙極性情感疾患是目前臨床上僅次於精神分裂症常見的精神疾病之一，終身盛行率為 0.4 到 1.5% (American Psychiatric Association, 2000)，疾病的特徵是會有反覆發作的狀況，以致於對雙極性情感疾患患者來說，不斷的反覆發作影響到他們的人際關係、社交活動、職業功能及情緒狀態，使日常生活受到妨礙，嚴重者更需住院治療，如此住出院反覆發病的循環之下，帶給患者涵概身體、心理、社會及靈性等層面的衝擊，其所導致的生活紊亂，使患者對疾病產生了絕望無助感，失去治療復原的信心及降低雙極性情感疾患患者的生活品質 (Cooke, Robb, Young, & Joffe, 1996; Newman, 2005)。

研究證實雙極性情感疾患患者的生活品質與一般人比較是下降的，和殘餘的憂鬱或躁期症狀與生活品質的下降有關 (Atkinson, Zibin, & Chuang, 1997)，及患者的絕望感與自殺的危險性有高度相關 (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990)；Goodwin 和 Jamison (1990) 回顧 15 篇研究報告發現雙極性情感疾患患者自殺企圖高達 50%；國內邱等人 (2003) 曾針對台北市九十二年九月至九十三年二月期間，企圖自殺者之流行病學特徵進行的研究指出，在 194 位中 56.1% 個案曾有精神疾病診斷病史，其中以雙極性情感疾患患者最常出現自殺企圖。國內

外研究顯示雙極性情感疾患個案對生活或危機的絕望、無助感愈重，其自殺危險性愈高，因此目前精神開始著重除藥物以外的心理層面的探討。

目前整個精神醫療體系隨著科技的進步，也有了新的發展，除了抗精神病藥物的創新，開始著重在社區醫療，讓精神疾病患者以短期的住院治療，盡快回到社區之中（Goldman, Gattozzi, & Tuabe, 1981），而健康照護應不止是重視症狀的緩解，在預防醫學的概念下同時也需要去關注患者的生活品質，了解患者的生活品質及影響因素（Lehman, Ward, & Linn, 1982），現很多的研究開始著重精神疾患的生活品質探討，較缺乏雙極性情感疾患患者的生活品質及其影響，更少探討以靈性健康與生活品質相關之議題。

因此本文以靈性議題有關之宗教適應、絕望感為一研究自變項，探討此變項對雙極性情感疾患患者生活品質的相關性及影響，並期望藉由本研究的結果，瞭解雙極性情感疾患患者生活品質相關影響因素，期望可以提供精神醫療人員在發展介入措施時的參考依據，幫助雙極性情感疾患患者因應疾病的復發，以發展適應的模式，提升躁鬱症患者之生活品質以良好適應模式因應生活壓力事件，增加疾病的穩定度。

## 第二節 研究目的

本研究目的：

- 一、瞭解雙極性情感疾患患者躁鬱症狀的現況
- 二、瞭解雙極性情感疾患患者之宗教適應的現況。
- 三、瞭解雙極性情感疾患患者之絕望感的現況。
- 四、瞭解雙極性情感疾患患者之生活品質的現況。
- 五、探討雙極性情感疾患患者躁鬱症狀、宗教適應、絕望感對生活品質的影響及預測。



### 第三節 名詞解釋

#### 一、雙極性情感疾患：

##### (1) 概念型定義：

經精神科專科醫師依 DSM-IV-TR 診斷標準，第一型躁鬱症 (Bipolar I) 是指發作以躁症為主，臨床症狀包括有明顯興奮、欣快、或易怒的情緒，可持續數天到數月，包括誇大妄想、睡眠需求時數減少、說話顯滔滔不絕難以打斷，意念飛躍、注意力分散、活動量增加或激躁不安、過度參與享樂活動；第二型雙極性情感疾患 (Bipolar II) 是指呈現輕躁的症狀和重鬱發作，鬱期是指情緒過低的狀況，症狀包括一天大部分的時間情緒低落、對日常活動失去興趣、食慾下降或體重減輕、絕望感、無價值感及罪惡感、反覆地想到死亡等負面的想法且出現自殺意 (American Psychiatric Association, 2000)。

##### (2) 操作型定義：

\*經精神科專科醫師依 DSM-IV-TR 診斷標準為雙極性情感疾患。

\*年齡：18-65 歲。

\*排除物質濫用共病疾患。

#### 二、宗教適應：

(1) 概念型定義：以宗教的信念和運用宗教去解決問題和調適痛苦經驗產生的負面情緒 (Koenig, Pargament, & Nielson, 1998)。

(2) 操作型定義：採由 Pargament、Koenig 和 Perez (2000) 所發展的宗教適應量表簡短版 (Brief RCOPE)，評估面對壓力時健康或正向的宗教適應的使用程度。

### 三、絕望感：

(1) 概念型定義：認為絕望感是自己和未來生活負向的看法與情感 (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974)。

(2) 操作型定義：經由貝克絕望感量表 (Beck Hopelessness Scale；簡稱 BHS)，評估受試者對現在與未來的負向預期程度，所得的分數越高，代表絕望程度越高 (Beck et al., 1974)。

### 四、生活品質：

(1) 概念型定義：指個體在身體、心理與靈性及家庭與社會經濟等層面生活的滿意程度 (胡、戴、陳、陳, 2003; Ferrans & Powers, 1985)。

(2) 操作型定義：採由姚 (2001) 發展的生活品質量表 (世界衛生組織生活品質問卷台灣簡明版；WHOQOL-BREF)，評量測量病患生活品質，包含了有：生理健康、心理、社會關係與環境四大範疇、以及一般健康狀況，得分越高表示患者在某一範疇的生活品質越好。

### 五、憂鬱症狀：

(1) 概念型定義：指個體情緒過低的狀況，症狀包括一天大部情緒低

落、對日常活動失去興趣、食慾下降或體重減輕、無望感、無價值感及罪惡感、反覆地想到死亡且出現自殺意念等（American Psychiatric Association, 2000）。

(2) 操作型定義：以貝氏憂鬱量表（Beck Depression Inventory II，簡稱BDI-II），用來測量憂鬱嚴重程度的工具，所得的分數越高，代表憂鬱程度越高（Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979）。

#### 六、躁症症狀：

(1) 概念型定義：明顯興奮、欣快、或易怒、激躁不安的情緒，說話滔滔不絕、活動量增加（American Psychiatric Association, 2000）。

(2) 操作型定義：以楊氏躁症量表（Young Mania Rating Scale；簡稱YMRS），測量患者躁症症狀的嚴重程度，所得的分數越高，代表躁症程度越嚴重（Young, Biggs, Ziegler, & Meyer, 1978）。

## 第二章 文獻查證

### 第一節 雙極性情感疾病特性

#### 一、診斷標準及症狀

依據美國精神醫學的診斷標準（DSM-IV-TR）雙極性情感疾患是一週期性的發病過程，屬於情感精神疾病（Mood Disorder）中的雙極性情感精神病（Bipolar disorder），它有一次或更多次的躁期發作、或是躁期、鬱期混合發作，包含第一型躁鬱症（Bipolar I）是指發作以躁症為主，曾經符合狂躁的診斷標準，不論過去是否有過重鬱症的發作均屬此類；而第二型躁鬱症（Bipolar II）是指一次或多次的重鬱發作，同時符合至少一次的輕躁狂的發作，但不符合躁狂發作的症狀稱之（American Psychiatric Association, 2000）。

躁症症狀，臨床症狀包括情緒上有明顯興奮、欣快、或易怒的情緒，可持續數天到數月，另外在認知思考方面其診斷標準包括誇大妄想、意念飛躍（Flight of ideas）、有時亦可能出現幻覺，在行為上出現活動量增加（包括社交上、工作上或性方面）或激躁不安、過度參與享樂活動（例如：拼命購物、投資）、說話顯滔滔不絕難以打斷、注意力分散，生理上出現睡眠需求時數減少、精力旺盛，食慾及性慾增加等症狀引起人際關係、社交活動及職業功能等症狀，躁期發作通常持續約三個月左右（孔，2007；沈，1993；Katzow, Hsu, & Ghaemi, 2005）。

鬱期是指情緒過低的狀況，症狀在情緒上出現一天大部分的時間情緒低落，憂鬱、無助、哀傷與痛，苦認知思考方面呈現無望、無價值感及罪惡感、反覆地想到死亡且出現自殺意念等負面的想法，在行為上出現對日常活動失去興趣、少與人互動、行動遲緩，生理方面包括食慾下降或體重減輕，食慾及性慾減低等，鬱症發作通常持續半年到一年左右（孔，2007；沈，1993；Katzow et al., 2005）。

## 二、流行病學及致病因素

雙極性情感疾患在流行病學上一般人的終身盛行率是 1.5% 左右（Regier & Kaelber, 1995），且男、女差異不大（Carson, Butcher, & Mineka, 1998），依據 DSM-IV，第一型躁鬱症（Type I）的終身盛行率在 0.4%-1.6% 之間，而第二型躁鬱症（Type II）約 0.5%，第一型和第二型的終身盛行率在則在 5%-15%，男性與女性相當，一般發生在 30 歲以前（孔，2007），亦有研究指出在 3.0%-6.5% 之間（Angst, 1998）。

雙極性情感疾患罹病的生物因素，依「生物-社會-心理模式」，主張可知先天的遺傳性生理與心理之特質因素，在經歷了發展的過程，形成了人格的特性和對問題產生了不適切的調適行為，在重大壓力事件的引發下即出現了不適應的狀況（胡 & 林，1995），而遺傳特質對情感疾患的影響力可從研究中了解，患者的一等血親中有此疾病其罹病率為 8%（Katz & McGuffin, 1993），雙胞胎的罹病率在 50-75%（Mendlewicz &

Rainer, 1997) , 除了遺傳因素, 其他影響因素包括生物化學方面: 近年來於生化學研究認為情緒與腦部的生物氫有關, 鬱症是腦中新腎上腺素缺乏, 而躁症似乎與多巴胺過量有關 (Depue & Iacono, 1989), 因此治療上藥物即以此生物上的依據來改善躁症和鬱症; 心理社會方面: 包含生活壓力、社會家庭變遷及外在環境和個人的人格特質有關, 不論是早發性或是晚發性, 多數的患者在病前都存在著生活壓力事件 (鄧、陳, 1988), 超過 60% 的躁鬱症患者在發病前三個月內, 曾經發生過生活中的重大創傷 (李, 2004)。可見躁鬱症的發作與外界環境的刺激有密不可分之關係, 是先天的易發體質和後天的環境因素交互作用引起的。

### 三、雙極性情感疾病相關研究

很多的因素會影響雙極性情感疾病的病程, 如發病的年齡、發作的頻率、循環的型態及混合的症狀 (Goldberg & Keck, 1999; Suppes, Dennehy, Gibbons, 2000)、社會支持 (Paykel & Cooper, 1992)、生活事件 (Ellicott et al., 1990) 及治療的遵從性。儘管有些發病的患者在一生中只有單一的躁症或鬱症發作, 但是躁鬱症患者有反覆發作的狀況, 當發作狀況一再的重覆發生, 常導致嚴重的家庭、社會和職業功能的損傷, 特別是持續性的情緒症狀對功能恢復的負面衝擊, 很多患者便開始對他們生活意義的希望感到無望, 不幸的是無望感與高危險性自殺有關 (Newman, 2005), 保守估計雙極性情感疾患患者終身自殺率為 15%,

Goodwin及Jamison (1990) 回顧15篇研究報告中發現，雙極性情感疾患患者自殺企圖 (suicide attempts) 的盛行率高達50%超過其它精神疾病的比例，可能與疾病慢性化的適應障礙有關的自殺危險性。

Keck、McElroy、Strakowski、Bourne 和 West (1997) 追蹤 134 位雙極性情感疾患患者一年，發現雖然有 38% 的患者症狀改善，但僅有 24% 的患者回復到病前功能狀態，另外 Tohen、Hennen 和 Zarate (2000) 針對 219 位第一次住院治療出院後追蹤發現僅有三分之一的患者功能恢復，可見以目前的藥物治療並無法讓患者完全復原或功能恢復；研究報告也指出在第一次憂鬱症狀發作後，有殘餘憂鬱症狀的患者，可能成為慢性化的疾病病程，進一步使心理社會功能受到損傷 (Leidy, Palmer, Murray, Robb, & Revicki, 1998)；Kaplan 及 Sadock (1998) 統整資料中顯示 45% 的患者至少會再經歷一次以上的發作，轉為慢性化的比例為，40% 其十年病程中約有九成的患者會再發；國內胡 (1995) 針對台灣 100 位躁症患者所進行的研究中指出，高達 46% 的患者沒有工作也不是在學的學生，顯示患者的職業功能狀況值得注意。由以上文獻可見從以上的文獻中了解是患者需終身面對它會循環發作的一種慢性疾病和情緒障礙，其容易復發的特性及疾病呈慢性化的影響，造成患者生活上的混亂，尤其在躁症或憂鬱發作時導致的嚴重後果，例如：失學、失業、經濟耗盡、人際關係失和和喪失喜好等，影響層面甚廣，除了藥物治療

外亦從社會心理因素提升患者其對自己和疾病正向的觀點和找出因應方式 (Hayward & Bright, 1997)，而目前國內對雙極性情感疾患的研究較缺乏在患者的適應及生活上的因素探討。



## 第二節 雙極性情感疾患之宗教適應的現況

### 一、靈性與宗教

靈性 (spirituality)，它源自於拉丁字「spiritus」，表示活著或是生命的組成，因此涵蓋於生命經驗當中，是生命的一種方式。靈性和宗教這兩個名詞通常是可以互相替換的，靈性是一個抽象的概念，被認為是一個人存在的外在力量，宗教則是顯的範圍狹小，它包含了靈性的外在行為，而目前的研究漸著重於靈性和健康的關係 (Mitchell & Romans, 2003)，靈性它包含了一個人的身心靈，不僅牽動了個人的社會心理活動，也影響著身體和疾病的照顧行為；靈性是一個人經驗的面向，與宗教、超越宇宙有關，相對的宗教是一個社區的信仰者有教條信念和儀式活動分享的地方，也是提供一個進入靈性門徑的經驗 (Roger, 2007)；總之靈性是一大範圍的心靈層面，追尋生命的意義和價值及和諧，而宗教在靈性的發展中是一個催化劑，使人探求人生的目的和價值，找到生活的態度與信念 (楊，2000)，因此對患者的靈性的關注有助於了解其希望的需求和生命的意義，並影響到其疾病的照顧行為。

### 二、宗教與精神領域相關研究

近幾年來精神領域漸強調與重視靈性和宗教在精神疾病復原的重要性，從 1997 年 Weisburd 到 2005 年間學者都一致的指出靈性與宗教是提供疾病復原的主要資源，例如 Tepper、Rogers、Coleman 和 Malony

(2001) 針對洛杉磯區嚴重精神疾病診斷的患者進行調查，有超過 80% 的患者會使用宗教信仰或宗教活動去因應他們的生活困境，一般族群也發現 65% 的人認為宗教對他們在面對精神障礙時是有幫助的，30% 的受試者表示宗教活動對他們來說是最重要的事且會持續下去；Lindgren 和 Coursey (1995)，發現有 80% 的參與者表示靈性或是宗教對精神病患者是有幫助的；1997 年 Fitchett、Burton 和 Sivan 在研究調查中發現指出只有 5% 的住院精神病患者認為宗教不是一個有效的資源和給予安慰。

Tepper 等人 (2001) 研究發現精神症狀嚴重和低功能的患者會使用明確的宗教活動作為他們調適的一部分，例如禱告和閱讀聖經，進一步指出當他們症狀惡化時更加信任宗教上的因應行為以減少住院。Corrigan、McCorkle、Schell 及 Kidder (2003) 等人研究報告指出，靈性和宗教活動可提高疾病復原的人，其自我主觀的心理健康和減少精神症狀。

Mitchell 和 Romans (2003) 探討以宗教與雙極性情感疾患的疾病管理之相關性研究，收集 147 位患者進行與宗教、靈性信念問卷之訪談，結果顯示宗教的信念與憂鬱的減輕有相關性，以及發現以宗教因應在疾病的影響因素中扮演重要的角色，其中有宗教信仰的佔 78%、使用宗教的因應於疾病上的患者佔 24%，由結果顯示宗教對雙極性情感疾患患者之影響性。Timothy、Daleman 和 Jay (2006) 針對有憂鬱症狀的出院病患之橫斷性研究中發現，靈性和宗教是一個人面對危機和外在壓力的保護因

子，可以降低憂鬱的症狀，以宗教因應的個案發現可藉神的原諒可以減輕罪惡、遺憾和羞愧的感受、及靈性的信念雖然無法預防壓力和憂鬱的情緒，但可以灌注希望和促進其復原，而宗教的參與是靈性信念的外在行動，宗教活動可以幫助患者參與社交活動學習社交技巧、增加人際互動及適應生活壓力事件。

在國內楊（2001）曾針對嘉義地區的憂鬱症患者做過調查結果發現，熱衷於宗教者即使罹患憂鬱症，其症狀往往也都較輕微；王（2000）在其碩士論文「女性憂鬱症患者生病及復原歷程之研究」中提到，一女性患者走出憂鬱的最大力量是宗教的力量，除了信仰外教會的朋友也提供了支持與陪伴，幫助其疾病的復原。

### 三、宗教適應量表的相關研究

Pargament 等人從 1998 年開始發展宗教適應量表於精神衛生領域之應用，該量表在於評估面對壓力時健康或正向的宗教適應的意義，而這兩位學者定義宗教適應為宗教信念或行為的使用，是要去促進問題的解決，或是減輕壓力事件所導致的負面情緒（Koenig et al., 1998）。

Natalie、Arnette、Nathan、Mascaro、Carmen 和 Santana 等人（2007）等人針對暴力倖存的非裔美籍婦女研究中，使用正向的宗教適應策略發現可降低其絕望感及提升靈性的健康。

以上宗教的應用，例如保持宗教信仰或參與靈性活動能幫助患者發

展和加強希望和樂觀的感覺，及發現宗教是一保護因子可以改善憂鬱情形，國內外的研究調查以憂鬱族群為多，而文獻則較缺乏以雙極性情感疾患族群為研究對象，及在宗教對疾病的探討上少以宗教適應量表來測量患者使用的頻率，因此本文以 Pargament 等人（1988）發展之宗教適應量表來測量雙極性情感疾患患者使用宗教適應因應生活壓力事件的頻率。



### 第三節 雙極性情感疾患的絕望感

#### 一、絕望的定義和意涵

牛津字典對絕望的定義是：是一個絕望，失去希望和慾望的狀態（Oxford English Dictionary, 1989）；在其它的字典對絕望的定義是：沒有希望。Beck等人（1974）認為絕望感是自己和未來生活負向的看法與情感。而希望是指一個渴望即將發生的感覺，當它為動詞時，意指信任、依賴會伴隨著預期或堅信的事情完成（許，2001），因此希望的定義是一個人面對刺激時具有理性的正向期待，伴隨著期望及渴望的感覺（黃，2006）；Mcgee（1984）提出希望是解決壓力與危機的因子，應用在促進健康照顧上以創造出希望模式，而希望感與絕望感則是分處在兩個對立的位置上。Brown（1989）提到一個人面臨生活上的危機無法滿足其需要時，藉由希望去相信未來的美好而能產生良好的適應；Anderson、Maloney和Redland（1993）提出「希望」對病人正面的影響，它能幫助病人調適疾病所帶來的限制和因應死亡的威脅。「希望」也是生命內在的本質，是人對未來的期待也是生活與生命的動力，對病人來說更是一種複雜多面向的動態力量（Cutcliffe, 1998），所以「希望」對生活態度的影響是正面的，能夠協助人們適應疾病可能帶來的限制及威脅；因此一個懷抱希望的人，較能承受治療所帶來的壓力與衝擊，並且維持病患的生活品質（陳、王，1997），若絕望長期的出現將會威脅到

一個人的身體、心理、靈性的健康和生活品質 (Farran, Herth, & Popovich, 1995)。

## 二、絕望的測量

評估絕望概念的測量工具最早是由Beck等人 (1974) 所發展的貝氏絕望感量表 (Beck Hopelessness Scale, 簡稱BHS)，目的是測量具有自殺風險的精神病患其悲觀的程度，內容含括個人對其未來抱持負向預期的程度，適合測量憂鬱或自殺企圖的個案；其他常用的測量工具多以希望的測量運用在絕望患者上，包括米氏希望量表 (Miller Hope Scale; MHS)、赫氏希望量表 (Herth Hope Scale; HHS)、赫氏希望指標 (Herth Hope Index; HHI)、諾氏希望量表 (Nowonty Hope Scale; NHS) 等量表，多使用於健康成人、疾病末期、癌症患者之希望感研究。

## 三、絕望與心理健康相關研究

赫氏 (1992) 在發展希望量表的研究中指出，婚姻及經濟狀況和病程時間與希望有關，即是已婚者希望程度較高，病程時間超過一年者較只有2-12個月者為低、經濟狀況差者其希望程度也較低；在一項乳癌與宗教信仰方面的研究指出，有宗教信仰的患者有較好的靈性健康，而靈性健康與希望呈現顯著的正相關 (Mickle, Soeken, & Belcher, 1992)；Beck、Steer、Beck和Newman (1993) 研究指出是雙極性情感疾患患者需終身面對的一個慢性病，因為它需要持續的藥物治療及疾病反覆發作

的特性，造成生活上的困擾使患者難以忍受，往往對生命意義的期待產生絕望感，患者的絕望感與自殺意念、自殺的危險性有高度的相關性（Cramer & Dyrkacz, 1998; Rang & Penton, 1994），另研究指出高希望感的大學生比低希望感的大學生較有信心、能量和願意挑戰生活目標，且有較高的自我價值感、生活的滿意度和較不憂鬱的情緒（Chang, 2003; Kwon, 2000; Snyder et al., 1991）；Sayar、Acar 和 Ak（2003）針對一百位患有情感表達不能的自殺企圖者和六十位正常人，比較在絕望感、情感表達不能、憂鬱及自殺意念上的不同，結果發現情感表達不能的自殺企圖者較正常人憂鬱、絕望且更有自殺念頭，顯示絕望感與憂鬱及自殺企圖之相關性；發展絕望感量表的Beck亦針對住院的精神病患進行長期追蹤研究，以絕望量表施測於具有自殺意念的患者，發現自殺死亡的患者其絕望分數高於未自殺的患者（Beck et al., 1989），顯示絕望感與自殺行為之相關性；另研究針對兩百零六位大學生的希望、絕望與自殺的研究指出，當希望感增加時期絕望感就減少，且較有自殺傾向者其希望感分數較低（Rang & Penton, 1994）；Newman（2005）發表患者自殺防範的介入措施，包括建立合作的醫病關係、自殺的評估、藥物協助、定訂安全契約...等，提到雙極性情感疾患無望感與自殺危險性之相關性，以及增加患者的希望感可降低自殺之危險性；Arnau、Rosen、Finch、Rhudyc和Fortunata（2007）以縱貫式研究法探討希望感在憂鬱和焦慮疾患的影

響，共收集了522位大學生以自我報告方式填寫希望感、憂鬱和焦慮等量表，其希望量表是以Snyder Hope Scale (Snyder et al., 1991) 測量希望感，結果顯示希望感和憂鬱呈負相關，與焦慮無顯著的相關性。由以上研究顯示希望感與精神疾患的相關研究是以探討憂鬱症及希望感和降低自殺危險性相關較多，缺乏以雙極性情感疾患此族群為對象的研究。

國內研究方面，在絕望感或是希望感的研究，多運用希望於癌末絕望感的照護 (莊、張，2004)、老人的照護上 (武、李、張，2003)、及其他慢性病，如血液透析患者之希望與社會支持的相關性探討 (林、梁、黃、賴，2003)，與精神科相關如：呂 (1990) 探討面臨出院精神疾病患者之「希望」狀態，以自行發展之希望量表，研究發現病程的長短、自覺疾病恢復機會及家庭功能等因素會影響患者的希望感，而宗教信仰與患者之希望狀態並無顯著差異，但是自覺宗教在生活上的地位是重要者佔40.2%、次重要佔31.5%；曾 (1999) 針對100名門診憂鬱症患者研究指出，以米氏希望量表研究指出影響患者希望感之因素包括：職業、自覺工作重要性、經濟來源、經濟足夠程度、與支持家屬的感情關係、自覺疾病改善程度、憂鬱程度分類等，而希望狀態的最佳預測因子為社會支持、憂鬱程度，憂鬱程度的最佳預測因子為希望狀態、自覺疾病改善程度。

由文獻得知在精神科領域的相關研究多以希望降低憂鬱的症狀

和減少自殺的危險性等方面為多，其他領域則以末期病患和慢性病較多，國內外均較缺乏以雙極性情感疾患此一族群的患者為研究對象的研究，期望此一研究結果可以了解門診雙極性情感疾患患者的絕望感，而雙極性情感疾患中有躁及鬱兩種症狀，因此本研究以貝氏絕望感量表（Beck Hopelessness Scale，簡稱BHS）作為絕望感的測量工具。



#### 第四節 雙極性情感疾患之生活品質的現況

##### 一、生活品質的概念及定義

生活品質是一個抽象的概念，各個學者基於不同理論基礎的考量而有不同的定義，護理學家對生活品質的定義包括了健康與功能、心理與靈性及家庭與社會經濟等層面（Ferrans & Powers, 1985），醫學家則是以身體、心理、情感等功能、對疾病的態度、個人的展望及日常生活等定義生活品質，心理、社會學家則認為，生活品質包含個人的婚姻、家庭生活、朋有關係、生活的水準、財務及宗教等方面的滿意程度，而個人安適的感覺也是生活品質重要的因素（Campbell, Converse, & Rodgers, 1976; Ferrans & Power, 1985）。1970年開始，學者們著重疾病對個人日常生活影響的層面，同時進行各種疾病與健康相關的生活品質的探討（Ferrans, 1990）。

有鑑於對健康照顧的重視及測量工具的的文化適用性1991年世界衛生組織（World Health Organization, WHO）開始研究生活品質的計畫，發表一份健康相關生活品質問卷，定名為「世界衛生組織生活品質問卷」（WHOQOL-100），在台灣目前所用的是其延伸發展的簡明版（WHOQOL-BREF）。世界衛生組織在發展生活品質量表過程中，首先是概念的釐清，在經由國際專家回顧相關文獻後，對生活品質的定義是：指個人在所生活的文化價值體系中，對於自己的目標、期望、標準

及關心等方面的感受程度，包括在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念及環境等六大方面，此定義強調的重要性在於個人在所處環境中主觀的感受和其多層面向（The WHOQOL Group；姚，2005）。

Patrick與Erickson（1993）說明健康相關生活品質是指生活期間因疾病、傷害、治療或政策使個體受到損傷，影響到知覺、社會及功能狀態，進而修正或改變其個人生命存在狀態下的價值；因此與健康相關之生活品質定義是：指個體對生活中受到健康影響的重要部分之滿意度（胡、戴、陳、陳，2003）。

## 二、生活品質與雙極性情感疾患之相關研究

在國外的相關研究，雙極性情感疾患具循環性的特質，有緩解復原和惡化期，影響到患者身體、情緒、社會和健康功能，及對生活品質有全面性的衝擊，Baetz、Larson、Bowen和Griffin等學者在2002年，針對精神疾病住院患者研究中發現經常參加宗教儀式比不常參加宗教儀式的患者，其住院時間較短和有較高的生活滿意度，由此可見宗教的參與對患者生活品質影響。

生活品質本身即是一個包含身體、情緒、社會及靈性等多重面向的概念，因此Sierra、Livianos和Rojo在2005年分析一些臨床的變項以生活品質量表（SF-36）為測量工具，探討雙極性情感疾患患者（樣本數50

人) 人口學變項與生活品質的相關性，研究結果乃是雙極性情感疾患患者即便是在疾病穩定期仍是呈現低功能和健康狀態，在男、女性別、婚姻、職業狀況方面的生活品質則無顯著差異，另22%的患者有工作、12%沒有工作，在與一般族群比較方面，整體生活品質分數也是較低，因為雙極性情感疾患影響到患者的層面較多。Luis、Gurpeguib、Jose、Jose、Miguel和Jurado (2008) 以SF-36為生活品質測量工具針對108位情感性疾患與一般族群作比較之研究顯示在情感性疾患患者中，研究顯示罹病時間或越早發病、憂鬱症狀、尼古丁依賴和缺乏社會支持的患者其心理健康的生活品質較低。

Foy和Kennedy在2005年針對重鬱症研究指出疾病呈慢性化、高復發率則呈現較差的心理社會功能。Yatham、Lecrubier、Fieve、Davis、Harris和Krishnan (2004)，以生活品質量表 (SF-36) 為測量工具探討第一型雙極性情感疾患 (Type I) 與單極性憂鬱症患者的生活品質比較，研究顯示患者的憂鬱症狀會影響生理角色、活力、社會功能、情緒角色和心理健康方面的生活品質。Ozer、Ulusahin、Batur、Kabakci和Saka (2001) 針對100名情感性疾患以93題生活品質和滿意量表 (Q-LES-Q, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire) 測量其生活品質和其它疾病症狀的測量，探討在患者發病時生活品質之相關性，結果顯示憂鬱症狀可以預測患者的生活品質，及憂鬱發作的次數、目前的憂鬱和躁症症

狀可以預測其失能的狀況，若加上住院時間則可預測整體性功能，而罹病時間對生活品質並無顯著影響且並無法預測生活品質。Piccinni、Catena、Debbio、Marazziti、Monje及Schiavi等人（2007）以MOS-SF-36（medical outcome study short-form 36）生活品質量表為測量生活品質的工具，針對症狀緩解的第一型雙極性情感疾患（Type I）出院患者探討其健康相關生活品質和功能狀態，這個研究呈現之前所做的結果不同，研究顯示患者在疾病症狀緩解期時，其身體、社會和心理功能的分數均比持續憂鬱症狀的人為高，另呈現躁期患者的身體、社會和心理功能和健康情形的分數也較處於憂鬱期的患者高，及性別、年齡、婚姻、職業、教育程度、罹病時間和生活品質無顯著差異。在生活品質的測量上是否能反映出患者的疾病狀態，亦或是需症狀量表的評量較能顯現呢？在Thunedborg等人（1995）針對雙極性情感疾患的生活品質研究顯示生活品質的測量實際上更能預測出憂鬱的復發，Robb等人(1997)和Nancy、Cynthia、Megan、Janine和Dannis(1998)及Vojta、Kinosian、Glick、Altshuler和Bauer(2001)，也確認憂鬱症狀在雙極性情感疾患的生活品質中扮演重要的角色。Dias、Brissos、Frey和Apczinski（2008），以世界衛生組織生活品質簡短版量表（WHOQOL-BREF），探討雙極性情感疾患患者症狀緩解與健康者在疾病病識感、認知功能和生活品質的比較，結果顯示患者症狀緩解時病識感對心理和環境的生活品質有影響，認知功能對生

活品質無顯著影響，而憂鬱是可預測生理健康、心理健康和環境方面的生活品質。Yen、Chengc、Huanga、Yen、Ko和Chen（2008），探討在恢復期的雙極性情感疾患與精神分裂症患者，在病識感和藥物使用上對生活品質的影響，結果顯示兩者在恢復期時生活品質仍是低於一般人，藥物產生的不良反應會影響生活品質，而病識感與生活品質呈負相關。

Gazalle、Hallal、Andreazza、Frey、Anna和Weyne（2007），以世界衛生組織生活品質台灣簡明版（WHOQOL-BREF）探討雙極性情感疾患躁症患者的生活品質，其躁症以楊氏躁症量表測量，研究顯示躁症症狀與生理健康心理健康和社會關係的生活品質呈負相關，楊氏躁症量表中以情緒易怒及睡眠狀況會降低生活品質。

國內文獻上在精神領域上多以探討住院的精神分裂症患者之生活品質研究為多，如余等人（1995）於精神病患者生活品質量表之發展研究顯示，生活品質量表之各個向度與患者之精神症狀有很好的相關性，即是精神症狀愈嚴重其生活品質愈差。

### 三、雙極性情感疾患患者生活品質之影響因素

由上述文獻得知影響雙極性情感疾患患者的生活品質，包括人口方面：男、女性別、婚姻狀況無顯著差異、職業狀況與正常人比生活品質較差，心理方面：疾病呈慢性化、病識感、精神症狀、憂鬱的症狀、住院時間的長短、藥物產生的不良反應、會影響生活品質，靈性方面：以宗教

活動的參與有較高的生活滿意度。

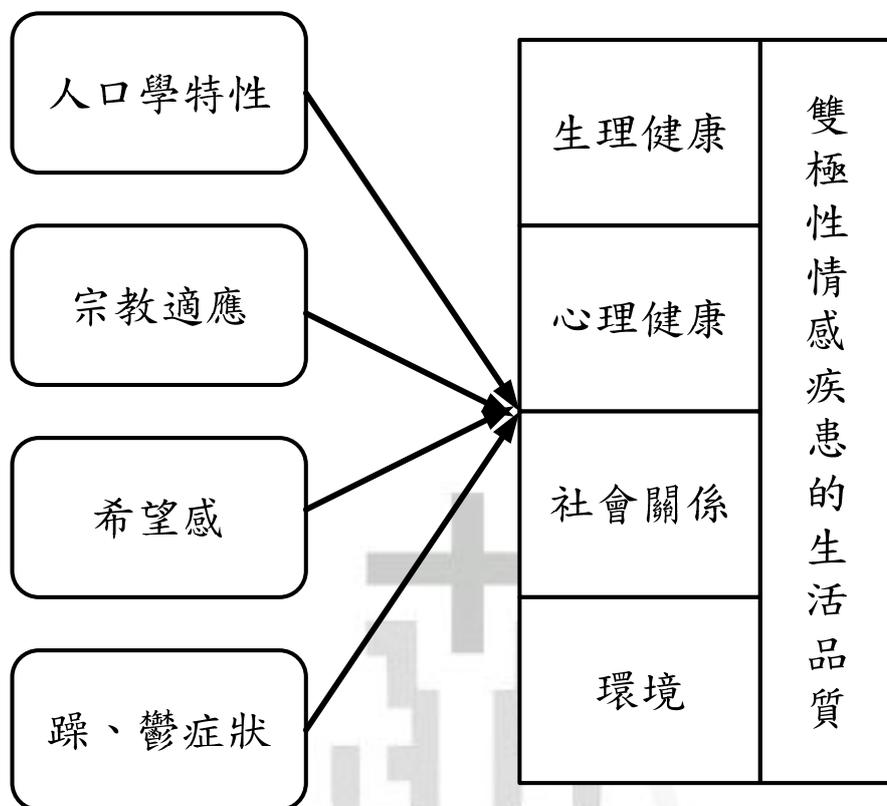
由以上文獻可以了解雙極性情感疾患，其人口學及疾病特性，以及疾病緩解程度、治療反應與生活品質是有重要的顯著關係，國內則缺乏此族群在生活品質上之相關性研究，本研究以「世界衛生組織生活品質問卷台灣簡明版」作為測量以台灣雙極性情感疾患研究樣本之測量工具。



## 第五節 研究架構

從文獻資料顯示目前在雙極性情感疾患方面的研究，因此欲探討雙極性情感疾患患者靈性及絕望感與生活品質之相關性，綜合文獻回顧本研究所使用的測量工具，包括生活品質量表、絕望量表、宗教適應量表、憂鬱量表、躁症量表等，了解影響此族群患者生活品質的因素，依據研究目的及文獻整理所發展出來的研究架構（圖一）如下：





圖一 研究架構

### 第三章 研究方法

#### 第一節 研究設計

本研究係為一橫斷面研究設計 (Cross-sectional Design)，採立意取樣 (Purposive Sampling) 方式，收案時間 97 年 9 月 22 日至 97 年 11 月 11 日止，樣本來自於台北市某精神教學醫院門診病患，共收案 85 位，以結構式問卷包括絕望感量表、生活品質量表、宗教適應量表簡短版、楊氏躁症量表及貝氏憂鬱量表收集資料。



## 第二節 研究對象

本研究的對象是以立意取樣（purposive sampling）方式，以醫學診斷為的雙極性情感疾患患者為接觸母群體（Accessible population），於北區某一精神專科醫院門診追蹤的患者由醫師轉介進行收案。收案地點依循該院臨床研究倫理審查作業標準提出研究計畫，並獲倫理委員會審查通過准予進行臨床研究。

選樣條件：

1. 經精神科專科醫師依DSM-IV-TR診斷標準，診斷為雙極性情感疾患患者。
2. 對象以於門診追蹤之雙極性情感疾患患者。
3. 年齡：18-65 歲。
4. 能讀及了解中文字的患者。

排除條件：物質濫用共病。

### 第三節 研究工具

本研究採用結構式問卷調查法，包括病人基本資料，包括年齡、性別、教育程度、婚姻狀況、工作狀態及宗教信仰，及（一）貝氏絕望感量表（Beck Hopelessness Scale，簡稱 BHS），共20題、（二）生活品質量表（世界衛生組織生活品質問卷台灣簡明版）28題、（三）宗教適應量表簡短版（Brief Religious coping, Brief RCOPE）14題、（四）楊氏躁症量表（Young Mania Rating Scale, YMRS）、（五）貝氏憂鬱量表（Beck Depression Inventory, BDI-II）。

#### 一、工具介紹

##### （1）病人基本資料

此資料分為兩大部分，第一部份為基本屬性包括性別、年齡、教育程度、宗教信仰、婚姻狀況、職業狀況、家庭經濟、發病時間。

（2）貝氏絕望感量表（Beck Hopelessness Scale，簡稱 BHS），共 20 題，測量內容包括對未來的感覺、期望、和喪失動機等 3 方面，評受試者對現在與未來的負向預期程度，對未來感到悲觀的圈選指標，有 9 題「否」、11 題「是」，其計分均為 0 分或 1 分，所得的分數越高，代表絕望程度越高，量表信度 Cronbach's  $\alpha$  為.92，再測信度為.69，效標關連效度在.62-.74（Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974）。本研究結果分析其 Cronbach's  $\alpha$  為.85。

(3) 生活品質量表 (世界衛生組織生活品質問卷台灣簡明版) 28 題在生活品質評估方面, 本研究所使用之台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷量表, 乃由 WHOQOL-BREF 台灣版研究小組依據 WHOQOL 研究總部所發展的 WHOQOL-BREF 而來, 其中有 26 個題目是依照 WHOQOL 研究總部的規定, 另外 WHOQOL-BREF 台灣版研究小組加了 2 題本國性的題目, 因此在問卷中總計台灣版 WHOQOL-BREF 共有 28 個題目, 此 28 個題目中, 包含了有: 生理健康 (7 題)、心理 (6 題)、社會關係 (3 題) 與環境 (8 題) 四大範疇、以及一般健康狀況 (2 題)。而 WHOQOL-BREF 問卷中的每一個題目皆採用採 Likert 五分量表每題得分數最少為一分, 最多是五分, 分數越高表生活品質越好。生活品質量表 (WHOQOL-BRIEF) 有良好的信效度, 內部一致性係數 Cronbach's  $\alpha$  值高達.91, 而在效度方面數據顯示皆為良好。

(4) 宗教適應量表簡短版 (Brief Religious Coping, Brief RCPOE), 共有 14 題採 Likert 四分量表, 是 63 題 RCOPE 的精簡版, 它是評估面對壓力時健康或正向的宗教適應的意義, 像是尋求宗教上的原諒和增加靈性的連結, 量表內容有正向題, 包括遇到問題時, 我會尋找一個和神更強的連結、遇到問題時, 我會尋求神的幫助並且放下我的憤怒、遇到問題時, 我會與神一起, 試著將我的計劃化為行動去處理問題、在困境中我會想, 神會如何賜給我力量讓我渡過困境、遇到問題時, 我會請求神

寬恕我的罪惡、遇到問題時，我會專心於宗教以停止我對問題的擔心，和負向題，包括遇到問題時，我不知道神是否已經放棄了我、遇到問題時，我感覺因為我不夠虔誠而被神懲罰、遇到問題時我不知道是我做了什麼使神會懲罰我、遇到問題時，我會懷疑神對我的愛、遇到問題時我不知道我的教會是否已經放棄了我、遇到問題時，我認為邪靈決定這事情的發生、遇到問題時，我會懷疑神的力量。呈現中到高的內在一致性及經由研究發展良好的建構效度，1998年針對大學生和醫院55歲以上的患者所作的量表，Cronbach's  $\alpha$  為.90、.87、.81、.69。(Pargament, Koenig, & Perez, 2000)。本研究結果分析 Cronbach's Alpha 為正向為.94、負向為.93。

#### (5) 貝氏憂鬱量表 (Beck Depression Inventory II)

由 Beck 等人 (1961) 有系統的將臨床觀察發現及患者主觀的描述，整理成對於憂鬱症狀與態度具有代表性的題目，共有 21 組題目，每一組題目內均有數個依嚴重程度排列的選項，計分方式是根據選項程度之輕重，分別予以 0 到 3 分不等之分數，21 題得分加起來得到最後量表總分，總分最低分是 0 分，最高分是 63 分，0-13 分其憂鬱程度屬正常範圍，14-19 分屬輕度，20-28 分屬中度，29-63 屬重度憂鬱程度。本研究結果分析其 Cronbach's Alpha 為.89。

#### (6) 楊氏躁症量表 (Young Mania Rating Scale; YMRS)

Young 等人 1978 發展及開始廣泛使用於躁症之測量，所測量之項目選自於文獻以及研究常用或常見之躁症相關症狀，適用於躁症症狀的測量，量表內容有兩組共 11 項，一組為 0-4 分，包括情緒高亢、動作及活動、性趣、睡眠、言語、外觀、病識感等，一組包括易怒、言談、思考內容以及破壞攻擊行為等四項放大比重，為 0-8 分，量表最高分為 60 分，分數大於 13 分為輕度，大於 20 分為中度，大於 26 分為重度，38 分以上為極重度 (Young, Biggs, Ziegler, & Meyer, 1978)。本研究結果分析其 Cronbach's Alpha 為.76。



#### 第四節 資料收集過程

1. 通過該醫院的人權審查委員會審查通過 (Institute Review Board)。
2. 聯絡醫院醫療行政及護理部之主管，告知並討論本研究內容及收案流程，並獲得同意在該醫院門診處收案。
3. 於邀請合乎本研究收案條件之病患，並向病患解釋本研究的內容、目的及病人權益，徵得病人同意及填寫同意書才進行收案，於門診提供之場所進行問卷填寫。
4. 研究者親自至門診處先進行訪談，並以楊氏躁症量表及貝氏憂鬱量表評估個案的精神狀態。
5. 之後進行個案填寫，時間約 15-45 分鐘，填寫過程中，若個案提問給予問題上的解釋與說明，或檢核資料蒐集是否有所疏漏，但不引導或暗示個案填寫問卷內容。
6. 資料分析並撰寫研究報告結果。

## 第五節 倫理考量

研究者於研究過程的倫理考量與人權保障

### (一) 保密：

研究者在正式訪談之前告知研究對象在本研究中所能承諾的保密措施包括基本資料的保密，填寫的問卷資料及分析都將妥為收藏，絕不會作為研究以外的用途，此外為了顧及參與者的隱私，研究者的資料將以匿名方式呈現，提供隱私匿名與保密的權利。

### (二) 不傷害：

研究對象的基本權利有受到保護，研究者對所提供的資料應秉持接納、尊重及不批判的態度，而個案於研究中以填寫問卷方式進行資料的收集，因此不會有身體上的傷害，以提供個案避免傷害的權利。而在研究過程中個案所提供的資料，不會遭受到任何的批判。若資料收集過程中個案有不舒服的感受時，將於訪談結束後告知所屬醫療團隊人員，並於訪談後提供個案疾病相關的護理諮詢。

### (三) 尊重：

研究樣本的選擇方式是採願意參加研究的個案，並讓個案了解研究目的、進行方式及在研究前及研究進行中可隨時要求停止，予充分認知和自決的權利。在資料收集的過程中，做到確實尊重研究對象的任何決定，並給予同理與支持、回饋，若遇有令其感到不舒服的主題時，給予

尊重其不回答的決定。



## 第六節 資料分析

如表一：

1. 以描述性統計方法來呈現人口基本屬性，包括年齡、性別、職業狀況、教育程度、婚姻狀況，以及宗教、希望感及生活品質等變項。
2. 推論統計：以逐步迴歸分析：分析自變項人口基本屬性、宗教適應、希望感對生活品質的影響與預測力。
3. 樣本數Power level：

本研究收案樣本數為85位，以Gpower樣本數推估其power level 為.80、Alpha 為.05，Effect size為.15。

表一

統計資料分析

題號	分析變項	統計方法
1	人口基本屬性，包括年齡、性別、職業狀況、教育程度、婚姻狀況。	描述性統計： 頻率、百分比、平均值、標準差。
2.	宗教適應、絕望感、躁症、鬱症及生活品質等現況。	
3.	分析自變項人口基本屬性、宗教適應、絕望感、躁症、鬱症對生活品質的影響與預測力。	推論性統計： 複迴歸分析。

#### 第四章 結果分析

本研究自民國九十七年九月二十二日到十一月十一日止於北市某一精神專科醫院門診進行收案，共計八十五位雙極性情感疾患患者完成本研究，以下分為七節陳述研究結果，第一節為研究樣本人口學基本資料；第二節為研究樣本躁鬱症狀的現況；第三節為研究樣本之宗教適應的現況；第四節為研究樣本之絕望感的現況；第五節研究樣本生活品質之現況；第六節為研究樣本生活品質的預測因素。



## 第一節 研究樣本人口學基本資料

本研究共收案 85 位於門診雙極性情感精神疾患患者，研究樣本人口學結果呈現於表二，男性有 41 位佔 48.2%，女性有 44 位佔 51.8%，年齡分布於 19-65 歲之間，以 41-60 歲居多有 46 位佔 54.1%，平均年齡為 44 歲，標準差為 10.96；教育程度以高中學歷最多，有 38 位佔 44.7%；婚姻狀況多已婚有 41 位佔 48.2%；職業狀況以無業最多有 24 位佔 28.2%；疾病診斷第一型情感性精神疾患 81 位佔 95%；罹病時間主要為 11-20 年，有 40 位佔 47.1%。

宗教信仰方面則多有宗教信仰佔 83 位，生病前信仰有 57 位佔 67.1%，其中以信仰時間以 21-30 年者最多，有位佔 40 位佔 70.2%，生病後信仰有 26 位，以 1-10 年居多有 14 位佔 53.9%；信仰型態中佛教為主，有 43 位佔 50.6%；參加宗教活動方面以不固定參加最多，有 64 位佔 75.3%；宗教信仰的重要性方面認為有點重要的居多，有 34 位佔 40.0%，認為不重要的只佔 8.2%。

綜合人口學結果本研究樣本主要為中年人口、診斷為第一型情感性精神疾患患者、社經地位屬中下階層、以信仰佛教且不固定參加宗教活動，和認為宗教信仰是重要的族群。

表二

## 研究樣本人口學特質之描述分析 (N=85)

變 項	個 數 (n)	有效百分比 (%)
性別		
男	41	48.2
女	44	51.8
年齡 (歲)		
19	1	1.2
20-40	33	38.8
41-60	46	54.1
61以上	5	5.9
疾病診斷		
Bipolar I	81	95.3
Bipolar II	4	4.7
罹病時間 (年)		
1-10	21	24.7
11-20	40	47.1
21-30	19	22.3
30以上	5	5.9
教育程度		
不識字	1	1.2
國小	8	9.4
國中	11	12.9
高中	38	44.7

表二 (續)

## 研究樣本人口學特質之描述分析 (N=85)

變 項	個 數 (n)	有效百分比 (%)
大專/大學	24	28.2
研究所以上	3	3.5
婚姻狀況		
未婚/單身	33	38.8
同居	1	1.2
已婚	41	48.2
離婚	7	8.2
喪偶	3	3.5
職業狀況		
無業	24	28.2
公務員	3	3.5
教職	1	1.2
工	2	2.4
商	12	14.1
自由業	18	21.2
家管	18	21.2
退休	6	7.1
學生	1	1.2
宗教信仰時間		
病前開始有信仰	57	68.7
病後開始有信仰	26	31.3

表二 (續)

研究樣本人口學特質之描述分析 (N=85)

變 項	個 數	有效百分比
病前信仰者總信仰的時 間 (N=57)		
1-10年	4	7.0
11-20年	13	22.8
21-30年	40	70.2
病後開始信仰者總信仰 的時間 (N=26)		
1-10年	14	53.8
11-20年	7	26.9
21-30年	5	19.3
信仰型態		
無	2	2.4
佛教	43	50.6
道教	9	10.6
基督教	17	20.0
天主教	1	1.2
一貫道	2	2.4
相信有神但無特定宗教	4	4.7
佛道教	5	5.9
佛一貫道	2	2.4
參加宗教活動		

表二 (續)

研究樣本人口學特質之描述分析 (N=85)

變 項	個 數	有效百分比
從未參加	4	5.7
不固定參加	64	75.3
固定參加	17	20.0
宗教信仰的重要性		
一點都不重要	7	8.2
有點重要	34	40.0
很重要	21	24.7
非常重要	23	27.1

## 第二節 研究樣本躁鬱症狀的現況

如表三，以貝氏憂鬱量表分析結果，每題計分根據憂鬱程度之輕重，分別予以 0 到 3 分，每題平均值在.24 到.86 之間，標準差在.43-.92，該量表依高至低排序之前三名分別為睡眠習慣的改變、失去對性方面的興趣及難以專注。如表四，量表總分之分佈以 0-13 分（正常）者最多共有 62 位佔 72.9%；其次 14-19 分（輕度）共有 10 位佔 11.8%；20-28（中度）有 10 位佔 11.8%；9-63（重度）最少僅 3 位佔 3.5%，本量表總分最大值 63 分，最小值 0 分，本研究樣本平均數為 9.33，標準差 8.30。本研究結果顯示本研究樣本的憂鬱程度大部分屬正常。

如表五，以楊氏躁症量表分析結果，量表內容共 11 項分為兩類組計分，一組為 0-4 分，一組為 0-8 分，本研究樣本每題平均值在.02 到 1.06 之間，標準差在.22-.98 之間，該量表依高至低排序之前三名分別為：言談（速度與量）、躁動及言語-思考障礙方面。本量表總分為 60 分，分數大於 13 分為輕度，大於 20 分為中度，大於 26 分為重度，38 分以上為極重度，如表六，量表總分之分佈以 0-13 分者最多共有 81 位佔 95.3%；其次 14-20 分有 3 位佔 3.5%；21-26 分有 1 位佔 1.2%，量表總分的最大值 22 分，最小值 0，平均值 4.85 分，標準差 4.50 分。本研究結果顯示本研究樣本的躁症程度大部分屬正常。本研究樣本的躁鬱症狀多屬症狀緩解之情緒狀態。

表三

研究樣本貝氏憂鬱量表 (Beck Depression Inventory) 每題結果之現況

(N=85)

變 項	平均值	標準差	排 序
悲傷	.28	.59	17
悲觀	.34	.59	14
失敗經驗	.54	.77	5
失去興趣	.42	.71	11
罪惡感/內咎	.49	.75	7
受懲罰感	.53	.88	6
討厭自己	.44	.82	10
自我批評/自責	.46	.80	9
自殺念頭	.24	.43	18
哭泣	.42	.92	11
心煩意亂	.33	.71	15
失去興趣	.40	.62	12
優柔寡斷/猶豫不決	.26	.52	17
無價值感	.31	.67	16
失去精力	.46	.67	9
睡眠習慣的改變	.86	.82	1
煩躁易怒	.36	.67	13
食慾改變	.46	.59	9
難以專注	.60	.73	3

表三(續)

研究樣本貝氏憂鬱量表 (Beck Depression Inventory) 每題結果之現況

(N=85)

變 項	平均值	標準差	排 序
疲倦或疲累	.47	.59	8
失去對性方面的興趣	.66	.95	2



表四

研究樣本憂鬱程度分析 (N=85)

變項名稱	個數	百分比
0-13 分-正常	62	72.9
14-19 分-輕度	10	11.8
20-28 分-中度	10	11.8
29-63 分-重度	3	3.5



表五

研究樣本楊氏躁症量表 (Young Mania Rating Scale; YMRS) 之每題結果  
之現況 (N=85)

變 項	平均值	標準差	排 序
情緒高亢	.59	.70	4
動作、活動—能量增加	.35	.65	7
性趣	.08	.39	9
睡眠	.45	.78	6
躁動	.85	1.27	2
言談 (速度與量)	1.06	1.22	1
言語-思考障礙	.61	.67	3
思考內容	.52	.98	5
破壞-攻擊行為	.02	.22	11
外觀	.25	.60	8
病識感	.07	.37	10

表六

研究樣本躁症程度分析 (N=85)

變項名稱	個數	百分比
0-13 分-正常	81	95.3
14-19 分-輕度	3	3.5
21-26 分-中度	1	1.2
38 分以上-重度	0	3.5



### 第三節 研究樣本宗教適應之現況

依宗教適應量表正、負向兩部份測得之分數分析其適應狀況，正、負向各有 7 題共 14 題，評估面對壓力時，使用健康或正向或是負向的宗教適應的頻率程度，1 分代表從來沒有、2 分代表有時有、3 分代表經常有、4 分代表幾乎總是。如表七，本研究結果發現正向宗教適應每題平均值在 2.29 到 2.46 之間，標準差在 .96-1.07 之間，量表總分的最大值 28 分，最小值 7，本研究樣本總分平均值為 16.75 分，標準差 6.08 分。負向宗教適應每題平均值在 1.31 到 1.51 之間，標準差在 .60-.84 之間，量表總分的最大值 26 分，最小值 7，本研究樣本總分平均值為 9.93 分，標準差 4.29 分。本研究結果顯示本研究樣本以使用正向的宗教適應居多，使用頻率介於「有時有」及「經常有」之間。

表七

## 研究樣本正、負向宗教適應量表之每題結果之現況 (N=85)

變 項	平均值	標準差
<b>正向宗教因應</b>		
遇到問題時，我會尋找一個和神更強的連結。	2.45	.96
遇到問題時，我會尋求神的愛和關心。	2.46	1.02
遇到問題時，我會尋求神的幫助並且放下我的憤怒	2.35	1.04
遇到問題時，我會與神一起，試著將我的計劃化為 行動去處理問題。	2.39	1.00
在困境中我會想，神會如何賜給我力量讓我渡過困境	2.49	1.02
遇到問題時，我會請求神寬恕我的罪惡。	2.31	1.07
遇到問題時，我會專心於宗教以停止我對問題的擔心。	2.29	1.01
<b>負向宗教因應</b>		
遇到問題時，我不知道神是否已經放棄了我。	1.51	.84
遇到問題時，我感覺因為我不夠虔誠而被神懲罰。	1.47	.72
遇到問題時我不知道是我做了什麼使神會懲罰我。	1.46	.77
遇到問題時，我會懷疑神對我的愛。	1.39	.74
遇到問題時我不知道我的教會是否已經放棄了我。	1.45	.76
遇到問題時，我認為邪靈決定這事情的發生。	1.35	.69
遇到問題時，我會懷疑神的力量。	1.31	.60

#### 第四節 研究樣本絕望感之現況

以貝氏絕望感量表，測量研究樣本對未來的感覺、期望、和喪失動機，以了解其對現在與未來的負向預期程度，有 9 題「否」、11 題「是」，計分以 0 分或 1 分代表是或否，所得的分數越高，代表絕望程度越高，0-3 分為極輕度、4-8 分屬於輕度、9-14 分為中度、高於 14 分則屬重度。如表八，本研究結果發現貝氏絕望感量表應每題平均值在.24 到.86 之間，標準差在.43-.92 之間，該量表依有絕望感高至低排序之前三名分別為：「我不能想像 10 年後我會過什麼生活」、「我的將來似乎很灰暗」、「事情總是不如我意」。如表八，該量表依無絕望感高至低排序之前三名分別為：「我對將來有很大的信心」、「我有足夠的時間去完成我想做的事」、「我特別幸運，而我期待在生命中仍會比一般人遇到更多好事」及「我過去的經驗能讓我好好面對將來」。

表九呈現在絕望量表總分方面，最大值 18 分，最小值 0 分，本研究樣本總分平均值為 4.67，標準差 4.21 分，量表總分之分佈以 0-3 分(極輕度)者最多共有 44 位佔 51.8%；其次 4-8 分(輕度)有 27 位佔 37.8%。本研究解果顯示大多數的研究樣本屬於極輕度的絕望感。

表八

## 研究樣本貝氏絕望量表 (Beck Hopelessness Scale) 每題結果之現況

(N=85)

變 項	平均值	標準差	排 序
是 (圈選此答案計 1 分)			
我想放棄算了，因為我沒辦法讓自己更好。	.26	.44	5
我不能想像 10 年後我會過什麼生活。	.64	.48	1
我的將來似乎很灰暗。	.31	.46	2
我就是碰不到好運，而也沒有理由想我將來能碰到好運。	.21	.41	7
擺在我的眼前，全都是不愉快的事，一點樂趣也沒有。	.19	.39	8
我並不期待會得到我真正想要的。	.28	.45	4
事情總是不如我意。	.29	.46	3
我從來不能得到想要的東西，所以想要擁有任何東西是愚蠢的。	.26	.44	5
我不可能會在將來得到真正的滿足。	.22	.42	6
我的將來是一片模糊和不確定。	.28	.45	4
因為我可能不會得到它，所以真正去追求任何東西也沒有用。	.28	.45	4
否 (圈選此答案計 1 分)			
我抱著希望及熱情期待將來。	.14	.35	5

表八 (續)

研究樣本貝氏絕望量表 (Beck Hopelessness Scale) 每題結果之現況

(N=85)

變 項	平均值	標準差	排 序
當事情變糟的時候，我若想到情況不可能永遠如此，我就會好受點。	.07	.26	8
我有足夠的時間去完成我想做的事。	.26	.44	2
在將來我期待能順利完成我想做的事。	.12	.32	6
我特別幸運，而我期待在生命中仍會比一般人遇到更多好事。	.18	.38	3
我過去的經驗能讓我好好面對將來。	.18	.38	3
當我展望將來，我期待我會比現在快樂。	.08	.28	7
我對將來有很大的信心。	.27	.45	1
我期待將來如意的日子比不如意的多。	.15	.36	4

表九

研究樣本絕望感程度分析 (N=85)

變項名稱	個數	百分比
0-3 分-極輕度	44	51.8
4-8 分-輕度	27	31.8
9-14 分-中度	11	12.9
高於 14 分-重度	3	3.5



## 第五節 研究樣本生活品質之現況

本研究所使用之台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷量表，共有 28 個題目，包含：生理健康（7 題）、心理（6 題）、社會關係（3 題）與環境（8 題）四大範疇、以及一般健康狀況（2 題），每題的計分 1 分代表完全沒有、2 分代表有一點、3 分代表中等程度、4 分代表很需要（滿意）、5 分代表極需要（極滿意），得分越高表示生活品質越好。

表十呈現本研究樣本在生理健康層面的每題平均值皆有 3 分以上，「以身體疼痛完全沒有妨礙」及「四處行動的能力」此兩項的生活品質較高，在「對醫療的依賴程度」生活品質較差。在心理健康層面：「以身體意像（能接受自己的外表）」及「靈性/個人信念（覺得自己的生命有意義）」此兩項的生活品質較高，而「正面感覺」的生活品質較差。在社會關係層面：「以社會支持（朋友的支持）」及「個人關係（人際關係）」此兩項的生活品質較高，而「性生活」的生活品質較差。在環境層面：「社會照護（醫療保健服務的方便程度）」、「交通」及「飲食」此三項的生活品質較高，而「財務資源（足夠的金錢應付所需）」的生活品質較差。

生活品質四大範疇中，以生理健康範疇的生活品質得分最高、其次為環境範疇、心理健康範疇，最後為社會關係範疇；在 26 項生活品質

得分分佈上，有 21 項顯示大部分在中等程度至滿意（3-4 分）的生活品質，另外 5 項分別是被「尊重」、「娛樂休閒」、「財務資源」、「正面感覺」及「性生活」則是呈現有一點至中等程度滿意（2-3 分）的生活品質（表十）。



表十

研究樣本生活品質量表之各項得分及排序 (N=85)

題 目	平均值	標準差	排序
<b>一.生理層面</b>	<b>13.45</b>	<b>2.27</b>	<b>1</b>
03.疼痛不適	3.75	1.13	1
04.對醫療的依賴 程度	3.01	1.18	20
10.活力	3.20	.88	15
15.活動能力	3.60	.94	5
16.睡眠	3.35	.86	8
17.日常活動	3.42	.86	6
18.工作能力	3.20	.97	15
<b>二.心理層面</b>	<b>12.31</b>	<b>2.74</b>	<b>3</b>
05.正面感覺	2.60	1.01	25
06.靈性/個人信念	3.25	1.10	12
07.思考學習記憶	2.98	.93	21
11.身體意象	3.34	.97	10
19.自尊	3.22	.96	13
26.負面感覺	3.07	1.01	18
<b>三.社會層面</b>	<b>11.68</b>	<b>2.77</b>	<b>4</b>
20.個人關係	3.06	.99	19
21.性生活	2.44	1.30	26
22.社會支持	3.25	.89	11
27.被尊重	2.94	.86	22

表十 (續)

研究樣本生活品質量表之各項得分及排序 (N=85)

題 目	平均值	標準差	排序
<b>四.環境層面</b>	<b>13.35</b>	<b>2.33</b>	<b>2</b>
08.身體安全保障	3.21	1.00	14
09.物理環境	3.16	.91	17
12.財務資源	2.86	1.09	24
13.資訊技能	3.34	1.03	9
14.娛樂休閒	2.93	1.04	23
23.居家環境	3.40	.93	7
24.社會照護	3.72	.70	2
25.交通	3.71	.83	3
28.飲食	3.71	.86	3
01.綜合生活品質	3.18	.69	
02.綜合健康	3.00	.85	

## 第六節 研究樣本生活品質的預測因素

本研究為了要進一步瞭解患者生活品質的預測因素，將人口學特性當中的病人性別、疾病診斷型、年齡、罹病時間、教育程度、婚姻狀況、職業狀況、宗教信仰型態、參加宗教活動的狀況及宗教的重要性，轉換成虛擬變項 (dummy variable)，與正、負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症量表，進行複迴歸分析。

一、生理健康生活品質之預測：自變項-人口學特性、正、負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症量表可解釋生理健康影響的變異量為 35.2% ( $R^2=.352$ ,  $p<.001$ )，在人口學特性中罹病時間 ( $p=.03$ ,  $B=-.22$ ) 顯示以罹病 21 年以下的患者在生理健康的平均值低於罹病 21-30 年以上的患者的平均值，因此顯示罹病 21 年以下的患者比罹病 21-30 年以上的患者在生理健康的生活品質差；宗教信仰型態 ( $p=.01$ ,  $B=-.28$ )，顯示有宗教信仰的患者其生理健康的生活品質的平均值低於無宗教信仰患者，因此顯示有宗教信仰的患者比無宗教信仰患者在生理健康的生活品質差；另呈現憂鬱 ( $p=.001$ ,  $B=-.43$ ) 影響生理健康的生活品質，即是憂鬱程度越高其生理健康的生活品質越差 (表十一)。在生理健康的生活品質的預測因子為-罹病時間、有無宗教信仰及憂鬱的程度等變項，以憂鬱的預測力較強。

表十一

人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與生活品質-生理

健康之複迴歸分析 (N=85)

依變項	自變項	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>
生理			.69		.352	3.85	<.000***
健康							
	性別	.35	.08	.41			
	(男=0)						
	診斷	.46	.04	.64			
	(第二型為0)						
	年齡 (19	-.92	-.2	.11			
	-40歲為0)						
	罹病時間	-1.12	-.22	.03*			
	(21-30年以上						
	為0)						
	教育程度	-6.53	-.18	.08			
	(高中以下為						
	0)						
	婚姻狀況	2.60	.08	.63			
	(1,已婚、離婚	-2.85	-.09	.57			
	為0,未婚離婚						
	為0)						
	職業狀況	.91	.03	.80			
	(無業=0)						

表十一 (續)

人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與生活品質-生理

健康之複迴歸分析 (N=85)

依變項	自變項	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>
生理 健康	宗教信仰 型態 (無信仰 =0)	-4.10	-.28	.01*			
	參加宗教 活動(從未 參加=0)	8.74	.12	.29			
	宗教的重 要性 (不重要 =0)	-.72	-.01	.90			
	正向宗教 適應	.03	.09	.41			
	負向宗教 適應	-.07	-.13	.28			
	絕望	-.06	-.11	.35			
	憂鬱	-.12	-.43	.001**			
	躁症	-.07	-.13	.17			

註. \**p*<.05 \*\**p*<.01 \*\*\**p*<.001

*b*為未標準化係數；*Beta*為標準化係數；*R*<sup>2</sup>為調整後之解釋量

二、心理健康生活品質之預測：自變項-人口學特性、正、負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症可解釋心理健康影響的變異量為 46.2% ( $R^2=.462$ ,  $p<.000$ )，在人口學特性中有參加宗教活動 ( $p=.01$ ,  $B=.26$ ) 的患者其心理健康的平均值高於未參加宗教活動的患者，因此顯示有參加宗教活動的患者比未參加宗教活動的患者，在心理健康的生活品質較好；另在絕望 ( $p<.000$ ,  $B=-.50$ )、憂鬱 ( $p<.001$ ,  $B=-.39$ ) 分別呈現會影響心理健康的生活品質，顯示越絕望的患者其心理健康的生活品質越差、越憂鬱的患者其心理健康的生活品質越差 (表十二)。在心理健康的生活品質的預測因子為-有無參加宗教活動、及絕望和憂鬱的程度，以絕望的預測力較強。

表十二

人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與生活品質-心理

健康之複迴歸分析 (N=85)

依變項	自變項	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>
心理			.75		.462	5.50	<.000***
健康							
	性別	-.02	-.004	.96			
	(男=0)						
	診斷	.83	.07	.44			
	(第二型為0)						
	年齡	-.44	-.08	.49			
	(19-40歲為0)						
	罹病時間	-.08	-.01	.89			
	(21-30年以上 為0)						
	教育程度	-.38	-.06	.52			
	(高中以下為 0)						
	婚姻狀況	-.57	-.10	.50			
	(1,已婚、離婚 為0。2,未婚離 婚為0)	-.77	-.14	.33			
	職業狀況	-.33	-.06	.55			
	(無業=0)						

表十二 (續)

人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與生活品質-心理

健康之複迴歸分析 (N=85)

依變項	自變項	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>
心理 健康	宗教信仰型 態 (無信仰=0)	-2.76	-.15	.11			
	參加宗教活 動(從未參加 =0)	3.32	.26	.01*			
	宗教的重要 性 (不重要=0)	.45	.05	.64			
	正向宗教 適應	.001	.001	.99			
	負向宗教 適應	.10	.16	.15			
	絕望	-.32	-.50	.000***			
	憂鬱	-.13	-.39	.001**			
	躁症	.03	.05	.61			

註. \**p*<.05 \*\**p*<.01 \*\*\**p*<.001

*b*為未標準化係數；*Beta*為標準化係數；*R*<sup>2</sup>為調整後之解釋量

三、社會關係生活品質之預測：自變項-人口學特性、正、負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症可解釋社會關係影響的變異量為 18.7% ( $R^2=.187$ ,  $p=.01$ )，在人口學特性中有參加宗教活動 ( $p=.03$ ,  $B=.28$ ) 的患者其社會關係的平均值高於未參加宗教活動的患者，因此顯示有參加宗教活動的患者比未參加宗教活動的患者，在社會關係的生活品質較好；另絕望 ( $p=.004$ ,  $B=-.39$ ) 呈現越絕望者其社會關係的生活品質越差 (表十三)。

在社會關係的生活品質的預測因子為-有無參加宗教活動及絕望的程度，以絕望的預測力較強。



表十三

人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與生活品質-社會

關係之複迴歸分析 (N=85)

依變項	自變項	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>
社會 關係			.59		.187	2.21	.01*
	性別 (男=0)	-.05	-.008	.94			
	診斷 (第二型為0)	.60	.05	.65			
	年齡 (19 -40歲為0)	-1.00	-.18	.20			
	罹病時間 (21-30年以上 為0)	-.28	-.05	.69			
	教育程度 (高中以下為 0)	-.16	-.03	.82			
	婚姻狀況 (1,已婚、離婚 為0。2,未婚離 婚為0)	-1.95	-.35	.07			
	職業狀況 (無業=0)	.59	.10	.39			

表十三 (續)

人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與生活品質-社會  
關係之複迴歸分析 (N=85)

依變項	自變項	B	Beta	p	R <sup>2</sup>	F	p
	宗教信仰 型態 (無信仰 =0)	-1.05	-.06	.62			
	參加宗教 活動(從未 參加=0)	3.58	.28	.03*			
	宗教的重 要性 (不重要 =0)	-1.03	-.10	.39			
	正向宗教 適應	.02	.04	.73			
	負向宗教 適應	.09	.13	.32			
	絕望	-.25	-.39	.004***			
	憂鬱	-.05	-.15	.28			
	躁症	-.09	-.15	.16			

註. \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

*b*為未標準化係數；*Beta*為標準化係數；*R*<sup>2</sup>為調整後之解釋量

四、環境之預測：自變項-人口學特性、正、負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症可解釋環境影響的變異量為 25.1% ( $R^2=0.251, p=.01$ )，在人口學特性中有參加宗教活動 ( $p=.03, B=.28$ ) 的患者其環境的平均值高於未參加宗教活動的患者，因此顯示有參加宗教活動的患者比未參加宗教活動的患者，在環境的生活品質較好；認為宗教是重要的患者在環境的平均值低於認為宗教是不重要的患者 ( $p=.01, B=-.30$ )，因此顯示認為宗教是重要的患者比認為宗教是不重要的患者在環境的生活品質較差；另絕望 ( $p=.004, B=-.39$ ) 呈現越絕望其環境的生活品質越差 (表十四)。在環境的生活品質的預測因子為-有無參加宗教活動、宗教的重要性及絕望的程度，以絕望的預測力較強。

表十四

人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與生活品質-環境  
之複迴歸分析 (N=85)

依變項	自變項	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>
環境			.63		.251	2.76	.002**
	性別	-.40	-.09	.41			
	(男=0)						
	診斷	.24	.02	.82			
	(第二型為0)						
	年齡 (19	-.35	-.07	.58			
	-40歲為0)						
	罹病時間	-.19	-.04	.74			
	(21-30年以上						
	為0)						
	教育程度	.74	.14	.21			
	(高中以下為						
	0)						
	婚姻狀況	-.73	-.16	.39			
	(1,已婚、離婚	-.82	-.18	.30			
	為0。2,未婚離						
	婚為0)						
	職業狀況	.59	.10	.39			
	(無業=0)						

表十四 (續)

人口學特性、正負向宗教適應、絕望感、憂鬱、躁症與生活品質-環境

之複迴歸分析 (N=85)

依變項	自變項	B	Beta	p	R <sup>2</sup>	F	p
環境	宗教信仰 型態 (無信仰 =0)	.19	.04	.73			
	參加宗教 活動(從未 參加=0)	3.58	.28	.03*			
	宗教的重 要性 (不重要 =0)	-2.50	-.30	.01*			
	正向宗教 適應	.02	.04	.73			
	負向宗教 適應	.09	.13	.32			
	絕望	-.25	-.39	.004**			
	憂鬱	-.05	-.15	.28			
	躁症	-.09	-.15	.16			

註. \* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

b為未標準化係數；Beta為標準化係數；R<sup>2</sup>為調整後之解釋量

## 第五章 討論

本章針對研究目的及結果加以討論，包括：第一節研究樣本人口學特質對生活品質的影響、第二節研究樣本躁鬱狀況對生活品質的影響、第三節研究樣本宗教適應對生活品質的影響、第四節研究樣本絕望感對生活品質的影響。



## 第一節 人口學特質對生活品質之影響

本研究結果顯示患者多為第一型情感性疾患，女性與男性相差不多，婚姻狀況多為已婚，平均年齡為 44 歲，屬中年人口，以高中學歷居多，職業狀況以無業佔多數，罹病時間以長達 11-20 年最多，宗教信仰以有宗教信仰且為佛教徒居多，多認為宗教對他們來說具有重要性，亦會不固定參加宗教活動，大多數的患者在生病前即有宗教信仰，且時間以長達 21-30 年居多。台灣目前沒有有關雙極性情感疾患流行病學的資料，故無法得知本研究樣本在此族群的代表性，但從本研究樣本罹病時間來看患者多是 30 歲以前發病，與 DSM-IV 記載的發病年齡一致，女性與男性相當，診斷為第一型情感性精神疾患患者居多，也與 DSM-IV 記載的第一型患者盛行率多於第二型的結果一致。

人口學特性對生活品質影響：以生理健康方面患者罹病的時間有影響，性別、婚姻、職業狀況在心理健康、社會關係和環境的生活品質則無顯著差異，顯示罹病 21 年以下的患者比罹病 21-30 年以上的患者在生理健康的生活品質差，而本研究樣本罹病時間以長達 11-20 年最多，及在本研究生活品質量表測量中呈現出在生理健康層面的生活品質排序上以「對醫療的依賴程度」、「活力」和「工作能力」偏低，說明本研究樣本大多數患者在生理健康的生活品質以「對醫療的依賴程度」、「活力」和「工作能力」較差，在心理健康、社會關係和環境則無顯著的影響，與

Sierra等人（2005）以生活品質量表（SF-36）為測量工具分析一些臨床的變項，探討雙極性情感疾患患者人口學變項與生活品質的相關性，研究結果呈現低功能和健康狀態，在性別、婚姻、職業狀況方面的生活品質則無顯著差異的結果相同，但不同的是罹病時間，Sierra等人的研究罹病時間平均為15年左右呈現對生活品質並沒有影響不同，可能與Sierra等人（2005）所作的對象是與健康人作比較的研究樣本，及樣本數（50名）和生活品質測量工具（SF-36）的不同而有所差異，Sierra等人的研究發現是在人口學上的生活品質並無統計上的顯著的差異，以及Ozer等人（2001）針對100名情感性疾患以93題生活品質和滿意量表測量其生活品質和其它疾病症狀的測量，探討在患者發病時之相關性，結果顯示其罹病時間（平均為14年）對生活品質並無顯著影響且並無法預測生活品質，與本研究結果不同，可能與彼此樣本數、患者疾病穩定度及選擇之測量工具不同而呈現不同的結果，另Luis等人（2008）以SF-36為生活品質測量工具針對108位情感性疾患與一般族群作比較之研究，顯示在情感性疾患患者中，罹病時間越久或越早發病者其心理健康的生活品質較低，與本研究結果呈現在較差的生理健康的生活品質不同，因為該研究族群中包含60位躁鬱症狀未完全緩解的患者，與本研究樣本症狀多屬完全緩解的狀況不同，導致結果的不同；與Piccinni等人（2007）以MOS-SF-36生活品質量表為測量生活品質的工具，針對症狀緩解的第一

型雙極性情感疾患（Bipolar I）出院患者探討其健康相關生活品質和功  
能狀態，研究顯示患者的性別、年齡、婚姻、職業、教育程度、罹病時  
間和生活品質無顯著影響，與本研究樣本所呈現的人口學變項的生活品  
質結果一致。



## 第二節 研究樣本躁鬱狀況對生活品質的影響

研究樣本的躁鬱程度大部分屬正常，顯示本研究樣本主要屬於慢性症狀緩解之門診患者。

本研究樣本顯示憂鬱的程度會影響生理健康、心理健康的生活品質，憂鬱程度越高其生理健康、心理健康的生活品質越差，且可預測生理健康、心理健康的生活品質，Luis等人（2008）以SF-36為生活品質測量工具，針對情感性疾患與一般族群作比較之研究，顯示在情感性疾患患者中發現憂鬱症狀會使患者心理健康的生活品質較差的結果一致，不同的是本研究亦呈現在生理健康的生活品質較差，Yatham等人（2004），以生活品質量表（SF-36）為測量工具探討第一型雙極性情感疾患（Type I）與單極性憂鬱症患者的生活品質比較，與Piccinni等人（2007）以生活品質量表（MOS-SF-36）為測量生活品質的工具，針對症狀緩解的第一型雙極性情感疾患出院患者探討其健康相關生活品質和功能狀態，研究均顯示患者的憂鬱症狀會影響其生理、社會和心理健康方面的生活品質結果一致，然而本研究在社會關係層面並無顯著影響，可能與研究樣本數、疾病特性、研究性質及測量工具之不同所呈現之不同的結果，另與Ozer等人（2001）以生活品質量表（Q-LES-Q），探討情感性疾患的生活品質，結果顯示憂鬱症狀可以預測患者的生活品質一致，但因為其所使用的測量工具是在身體活動、自我感覺、工作、社會關係、學業、休

閒活動、一般活動的生活品質，因此無法就不同層面的生活品質作比較；Dias等人（2008），以世界衛生組織生活品質簡短版量表，探討雙極性情感疾患患者症狀緩解與健康者在疾病病識感、認知功能和生活品質的比較，結果顯示憂鬱是可預測生理健康、心理健康和環境方面的生活品質，與本研究結果憂鬱是可預測生理健康、心理健康一致，不同的是本研究樣本在憂鬱時並未影響環境方面的生活品質。

躁症在生活品質各層面的影響:本研究樣本的躁症症狀皆為症狀緩解期在生活品質各層面並無顯著的影響，與過去的研究 Gazalle 等人（2007）也是以 WHOQOL 針對雙極性情感疾患處於躁期的患者為研究對象，研究顯示躁症症狀會影響患者生理健康心理健康和社會關係的生活品質，及患者在躁症量表中情緒易怒及睡眠狀況會降低生活品質，而本研究樣本躁症均為症狀緩解的個案，每題得分多在一分以下與該研究族群平均分數皆在四點多的躁症分數不同，及與 Ozer 等人（2001）的研究均顯示躁症症狀對生活品質影響的結果不一致。

### 第三節 研究樣本宗教適應對生活品質的影響

本研究在宗教適應結果顯示，研究樣本以使用正向的宗教適應居多，包括遇到問題時，會尋找一個和神更強的連結、會尋求神的幫助並且放下憤怒、會與神一起，試著將計劃化為行動去處理問題、在困境中會想，神會如何賜給力量渡過困境、會請求神寬恕罪惡、會專心於宗教以停止對問題的擔心。使用頻率介於「有時有」及「經常有」之間。但在對生活品質各層面的研究結果呈現無統計上的顯著差異，以有無宗教信仰影響生理健康層面，研究結果說明本研究樣本對宗教適應此一認知層面的因應壓力挫折方式，對患者在生理健康、心理健康、社會關係及環境各方面的生活品質並無影響，而是在行為上以宗教活動的參與對生活品質的心理健康、社會關係及環境層面的影響，且可預測心理健康、社會關係及環境的生活品質。

本研究樣本在宗教信仰上，顯示有宗教信仰的患者比無宗教信仰患者在生理健康的生活品質差，而研究樣本以有宗教信仰的患者居多，可與生理健康的生活品質較差一起說明，是否在患者生理健康較差的情況下會以宗教信仰此靈性的方式來祈求平安和得到慰藉，而反映在有宗教信仰的患者其生理健康的生活品質較差，Baetz等人（2002），針對精神疾病住院患者研究中發現經常參加宗教儀式比不常參加宗教儀式的患者，有較高的生活滿意度，與本研究族群雖大多數認為宗教是重要的且

會參加宗教活動的患者，對生活品質是無顯著影響的結果並不相同，本研究顯示在宗教信仰方面，是在認知的層面上與該研究是在行為層面上不同，以及該研究族群是住院的精神病患與本研究族群為門診追蹤的患者屬性、精神疾病不同，因此呈現差異。在環境層面的影響：顯示有參加宗教活動的患者比未參加宗教活動的患者，在環境的生活品質較好，及認為宗教是重要的患者比認為宗教是不重要的患者在環境的生活品質較差，說明本研究樣本在環境受到參與宗教活動的行為影響有較好的生活品質，和在認知上認為宗教是重要的患者其生活品質較差，目前文獻中未有針對情感性疾患患者在宗教活動參與和認知上對生活品質影響因素之探討，因此無法作進一步之說明比較，但可以瞭解的是在靈性-宗教議題上以外在行為的因應方式比認知層面上的生活品質好。

過去的研究在宗教活動對精神疾病生活困境的因應，如 Tepper 等人研究調查以禱告和閱讀聖經等方式；在靈性和宗教活動對心理健康和減少精神症狀，如 Corrigan 等人（2003）研究報告；在宗教的信念與憂鬱的減輕的相關，如 Logan 和 Sarah（2003）以雙極性情感疾患患者為研究對象，發現以宗教活動方式因應在疾病的影響因素中扮演重要的角色，其中有宗教信仰的佔 78%、使用宗教的因應於疾病上的患者佔 24%，及 Timothy 等人（2006）針對有憂鬱症狀的出院病患之橫斷性研究中發現，靈性和宗教是一個人面對危機和外壓力的保護因子，可以

降低憂鬱的症狀，以宗教因應的個案發現可藉神的原諒可以減輕罪惡、遺憾和羞愧的感受、及靈性的信念雖然無法預防壓力和憂鬱的情緒，但可以灌注希望和促進其復原，而宗教的參與是靈性信念的外在行動，宗教活動可以幫助患者參與社交活動學習社交技巧、增加人際互動及適應生活壓力事件等國外的研究，以及國內楊（2001）針對嘉義地區的憂鬱症患者做過調查結果發現，熱衷於宗教者即使罹患憂鬱症，其症狀往往也都較輕微；王（2000）在其論文「女性憂鬱症患者生病及復原歷程之研究」中提到，一女性患者走出憂鬱的最大力量是宗教的力量。國內外研究多於宗教信仰或活動上對憂鬱的助益，少以情感性疾患為研究樣本及並未探討宗教信仰或活動對情感性疾患生活品質之影響，而本研究結果呈現正負向的宗教適應對生理、心理、社會關係和環境的生活品質並無顯著的影響。

#### 第四節 研究樣本絕望感對生活品質的影響

本研究顯示大多數的研究樣本屬於極輕度的絕望感，對生活品質各層面的影響，結果顯示對生理健康無顯著的影響，而是顯示患者越絕望的患者其心理健康、社會關係及環境的生活品質越差；並且在心理健康、社會關係及環境的生活品質預測因子中均以絕望的預測力較強。

本研究說明絕望感對患者心理健康、社會關係及環境生活品質的影響及具有預測力，過去的研究 Rang 和 Penton(1994)、Cramer 和 Dyrkacz (1998) 研究指出憂鬱患者的絕望感與自殺意念、自殺的危險性有高度的相關性；Sayar 等人 (2003) 針對患有情感表達不能的自殺企圖者和六十位正常人，比較在絕望感、情感表達不能、憂鬱及自殺意念上的不同，結果發現情感表達不能的自殺企圖者較正常人憂鬱、絕望且更有自殺念頭，顯示絕望感與憂鬱及自殺企圖之相關性；發展絕望感量表的 Beck 亦針對住院的精神病患進行長期追蹤研究，以絕望量表施測於具有自殺意念的患者，發現自殺死亡的患者其絕望分數高於未自殺的患者 (Beck et al., 1989)，顯示絕望感與自殺行為之相關性；另研究針對兩百零六位大學生的希望、絕望與自殺的研究指出，當希望感增加時期絕望感就減少，且較有自殺傾向者其希望感分數較低 (Rang & Penton, 1994)；國內研究方面，在絕望感或是希望感的研究，多運用希望於癌末絕望感的照護 (莊、張，2004)、老人的照護上 (武、李、張，2003)、

及其他慢性病，如血液透析患者之希望與社會支持的相關性探討（林、梁、黃、賴，2003），曾（1999）針對門診憂鬱症患者研究指出，以米氏希望量表研究指出而希望狀態的最佳預測因子為社會支持、憂鬱程度，憂鬱程度的最佳預測因子為希望狀態、自覺疾病改善程度。由以上研究顯示絕望感與憂鬱症個案的相關研究是以探討憂鬱症及絕望感和降低自殺危險性相關較多，缺乏以雙極性情感疾患此族群、探討生活品質及絕望感相關的研究，綜合過去研究與本研究共同發現，是憂鬱對生活品質的影響，而本研究中以絕望感對心理健康、社會關係及環境生活品質有預測力，而憂鬱對生理、心理健康有預測力，憂鬱與絕望共同對心理健康的生活品質有影響及預測力，或許是因為憂鬱症狀會造成負面的認知，如絕望感、無助感及自殺的想法，因此憂鬱與絕望共同反映在心理健康層面的影響，值得注意的是絕望感的產生對患者多層面生活品質的影響及預測力。

## 第六章 結論、研究限制與建議

### 第一節 結論

依據研究目的作出以下結論：

- 一、 門診雙極性情感疾患患者以中年為主，且罹病時間以 11-20 年者居多，疾病呈慢性化，患者的躁、鬱症狀多屬症狀緩解狀態；絕望感方面大多數的患者屬於極輕度的絕望感；有宗教信仰的佔多數，以佛教徒居多，會參加宗教活動及認為宗教信仰對它們來說是重要的。
- 二、 生活品質方面，以生理健康的生活品質得分最高，其次為環境、心理健康範疇，最後為社會關係範疇。
- 三、 生活品質的預測：
  - (一) 生理健康生活品質的預測：顯示罹病 21 年以下的患者比罹病 21-30 年以上的患者在生理健康的生活品質差，及有宗教信仰的患者比無宗教信仰患者在生理健康的生活品質差，憂鬱程度越高其生理健康的生活品質越差。在生理健康的生活品質的預測因子為-罹病時間、有無宗教信仰及憂鬱的程度等變項，以憂鬱的預測力較強。
  - (二) 心理健康生活品質之預測：顯示有參加宗教活動的患者比未參加宗教活動的患者在心理健康的生活品質較好，絕望、憂鬱分別

呈現越絕望的患者其心理健康的生活品質越差、越憂鬱的患者其心理健康的生活品質越差。在心理健康的生活品質的預測因子為-有無參加宗教活動、及絕望和憂鬱的程度，以絕望的預測力較強。

(三) 社會關係生活品質之預測：顯示有參加宗教活動的患者比未參加宗教活動的患者在社會關係的生活品質較好，絕望呈現越絕望者其社會關係的生活品質越差，在社會關係的生活品質的預測因子為-有無參加宗教活動及絕望的程度，以絕望的預測力較強。

(四) 環境之預測：顯示有參加宗教活動的患者比未參加宗教活動的患者在環境的生活品質較好，和認為宗教是重要的患者比認為宗教是不重要的患者在環境的生活品質較差，絕望呈現越絕望其環境的生活品質越差，在環境的生活品質的預測因子為-有無參加宗教活動、宗教的重要性及絕望的程度，以絕望的預測力較強。

## 第二節 研究限制

本研究樣本為立意取樣，僅以台北某精神專科醫院為收案地點，個案呈現的人口學特質年齡以中年、已婚，疾病以第一型雙極性情感疾患為主、來源以門診患者，未有不同社區治療模式的患者及症狀屬性不同的雙極性情感疾患，例如：日間照護或復建病房，因此本研究結果僅呈現此特性之研究結果，無法推論到不同人口學特質如老年人或青少年，以及疾病特性之族群，此為本研究之限制。



### 第三節 建議

#### 一、臨床實務方面

照護體系中一直被忽略的宗教議題對慢性情感疾患患者靈性健康的重要性，因此如何協助患者提升其靈性層面的健康，進而提升生活品質是很重要的，可在臨床上從評估中了解個案的靈性需求，提供個案靈性需求活動的訊息，例如在疾病穩定時假日外出之機會從事其宗教活動，另住院期間讓其可以使用宗教相關方式，例如：提供禱告或唸佛經之空間及宗教友人來訪等。根據本研究結果需評估情感疾患患者在宗教活動的參與及其重要性對生活品質之影響，和絕望感及憂鬱症狀亦對多層面之生活品質的影響，在發展精神照護上可著重在減少患者絕望感的產生及憂鬱的程度，和患者的靈性健康有助於提升全面性的生活品質。

#### 二、臨床教育方面

研究中發現絕望感、憂鬱及靈性議題對信仰及活動的參與對雙極性情感疾患之影響，以目前醫療照護強調全人照護，即是提供身、心、靈及社會等層面的照護，因此醫護人員需要具有靈性議題方面及慢性精神病絕望感、憂鬱相關知識，可以應用於患者照護上，所以建議在教育上或是在職訓練課程中加入此議題之課程，增加醫護人員的了解及提供完整的全人照護。

#### 三、研究方面

本研究發現宗教信仰和活動的參與、罹病時間、絕望感和憂鬱對雙極性情感疾患生活品質的影響及預測力，建議未來可以質性研究探討宗教議題、及疾病相關因素探討對患者的影響及使用縱貫性研究設計探討慢性精神疾患生活品質的變化。



## 參考資料

### 中文部份

- 孔繁鐘編譯 (2007)·*DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊*·台北市：合記。
- 王艷萍 (2000)·*女性憂鬱症患者生病及復原歷程之研究*·未發表的碩士論文，國立台灣師範大學，台北。
- 余伍祥、陳明哲、成和玲、林清華 (1995)·不同醫療環境精神分裂病患者生活品質之比較·*公共衛生*，22 (1)，115-123。
- 呂雀芬 (1989)·*面臨出院精神疾病患者之希望狀態及相關因素探討*·未發表的碩士論文，國立台灣大學，臺北。
- 李明濱編 (2003)·*實用精神醫學*·臺北：永大。
- 杜明勳 (2004)·談靈性照顧·*護理雜誌*，51 (5)，78-82。
- 林佳靜、梁靜祝、黃芬蘭、賴裕和 (2004)·血液透析患者之希望與社會持的相關性探討·*臺灣腎臟護理學會雜誌*，3 (1)，17-31。
- 武茂玲、李美玉、張澤芸 (2003)·一位日照中心無望感老年人的心理探討與護理經驗·*馬偕學報*，3，1-14。
- 邱震寰、郭千哲、陳喬琪、李明濱、林俊宏、林純綺、黃蒂 (2004)·自殺企圖者之流行病學特徵·*北市醫雜誌*，1，200-207。
- 范世華 (1993)·*情感性精神疾病*·沈楚文、陳映雪、陸汝斌、馮榕、陳宏、沈君傑等著·*新編精神醫學(增訂新版)*，125-137 頁)·台北：

永大。

姚開屏與世界衛生組織生活品質問卷發展小組 (2001)· 台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊 (2th ed.)· 姚開屏與世界衛生組織生活品質問卷發展小組。

胡海國、林信男 (1995)· 生物精神醫學-情感疾病之遺傳學研究· 台北: 健康文化。

胡文郁、戴玉慈、陳慶餘、陳月枝 (2003)· 生活品質之概念分析—於探討癌末病人健康相關生活品質之應用· 安寧療護, 8 (1), 45-60。

莊春蜜、張育萍 (2004)· 運用希望建立技巧於一位癌末無望感患者之照護經驗· 護理雜誌, 51 (1), 106-111。

曾慧雯 (1998)· 門診憂鬱症患者之社會支持與希望狀態之探討· 未發表的碩士論文, 高雄醫學院, 高雄。

許崇明 (2001)· 最新英漢辭典· 台南: 建利。

黃錫美 (2006)· 希望之概念分析· 慈濟護理雜誌, 6 (2), 57-63。

陳秀勤、王秀紅 (1997)· 血液腫瘤住院患者的希望社會支持與人口學特性之相關性探討· 護理研究, 5 (6), 487-498。

楊勻典 (2001)· 住院之精神分裂症患者靈性、寂寞感及希望之相關性研究· 未發表的碩士論文, 慈濟大學, 花蓮。

楊明仁 (2001)· 憂鬱症患者: 要勇於求醫行為· 2008年7月16日, 取

自 <http://www.libertytimes.com.tw/2001/new/sep/16/today-ml.htm#m02>

鄧惠泉、陳喬琪 (1988)·早發性躁鬱病-文獻回顧·台北市立療養院 75  
年年報，58-71。



## 英文部分

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed.). , Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, F. D., Maloney, J. P., & Redland, A. R. (1993). Study of inpatients with critical burn injuries. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 14(2), 207-214.
- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorder*. 50, 143-151.
- Armando, P., Mario, C., Alessandro, D. D., Donatella, M., Cristina, M., Elisa, S., et al. (2007). Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar I outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 323-328.
- Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (1997). Characterizing Quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *American Journal of Psychiatry*, 154, 99-105.
- Baetz, M., Larson, D. B., Marcous, G., Bowen, R., & Griffin, R. (2002). Canadian psychiatric inpatient religious commitment: An association with mental health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(2), 159-166.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. E. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*, 139-145.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4*, 861-865.
- Campbell, A., Converse, C., & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S. (1998). *Abnormal psychology and modern life: 1998 update* (10th ed). New York: Addison Wesley Longman.
- Chang, E. C. (2003). A critical appraisal and extension of hope theory in middle aged men and women: Is it important to distinguish agency and pathways components? *Journal of Social and Clinical Psychology, 22*, 121-143.
- Cooke, R. G., Robb, J. C., Young, L. T., & Joffe, R. T. (1996) Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS 20-item short form (SF-20). *Journal of Affective Disorder, 39*, 93-97.
- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kidder, K. (2003). Religion and spirituality in the love of people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal, 30*, 157-171.
- Cramer, K. M., & Dyrkacz, L. (1998). Differential prediction of Maladjustment scores with the Snyder hope subscales. *Psychological Reports, 83*, 1035-1041.

- Cutcliffe, J. R. (1996). Critically ill patients' perspectives of hope. *British Journal of Nursing*, 5, 674, 687-690.
- Cutecliffe, J. R. (1998). Hope, counseling and complicated bereavement reactions. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 754-761.
- Depue, R. A., & Iacono, W. G. (1989). Neurobehavioral aspects of affective disorder. *Annual Review of Psychology*, 40, 457-492.
- Dias, V. V., Brissos, S., Frey, B. N., & Kapczinski, F. (2008). Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 10, 1-10.
- Ellicott, A., Hammen, C., Gitlin, M., Brown, G., & Jamison, K. (1990). Life events and the course of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1194-1198.
- Farran, C. J., Herth, K. A. & Popovich, J. M. (1995). *Hope and Hopelessness: Critical Clinical Constructs*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Ferrans, C. E. (1990). Quality of life conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6(4), 248-254.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advance in Nursing Science*, 8(1), 15-24.
- Fitchett, G., Burton, L, A., & Sivan, A. B. (1997). The religious needs and reasource of psychiatry inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 320-326.
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Andreatza, A. C., Frey, B. N., Anna, M. K. S., Weyne, F., et al. (2007). Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 153, 33-38.

- Goldberg, J. F., Keck, P. E. (1999). Summary of findings on the Course and outcome of bipolar disorders. In J. F. Goldberg, M. Harrow (Ed.), *Bipolar disorders: clinical course and outcome*. American Psychiatric Press, Washington, 275-288.
- Goldman, H. H., & Gattozzi, A. A., & Aube, C. A. (1981). Definition and counting the chronically mental ill. *Hospital & Community Psychiatry*, 32, 21-27.
- Goodwin, E. K., & Jamison, K. P. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Harriss, L. (2005). Suicide and Attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 693-704.
- Hayward, P., & Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6, 345-354.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1250-1259.
- Herth, K. A. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 1251-1259.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (8th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Katz, R., & McGuffin, P. (1993). *The genetics of affective disorder*. In Chapman, J. P., Chapman, & Fowles, D.C. (Eds.). *Experimental personality & psychopathology Research* (pp. 201-221). New York: Springer Publishing Company.

- Katzow, J. J., Hsu, D. J., & Ghaemi, S. N. (2005). The bipolar spectrum: a clinical perspective. *Bipolar Disorder*, 5, 436-442.
- Keck, Jr. P. E., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., Bourne, M. L., & West, S. A. (1997). Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Journal of Psychopharmacol*, 33, 87-91.
- Keck, P., Mcelroy, S., & Strakowski, S. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed Episode. *Journal of American Psychiatry*, 155, 646-652.
- Kennedy, N., Foy, K. (2005). The impact of residual symptoms on outcome of major depression. *Current Psychiatry Rehabilitation*, 7, 441-446.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielson, J. (1998). Religious Coping and health atatus in medically illness hospitalized Older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 513-521.
- Kwon, P. (2000). Hope and dysphoria: The moderating role of defense mechanisms. *Journal of Personality*, 68, 199-223.
- Lehman, A. F., Ward, N, C., & Linn, L, S. (1982). Chronic Mental Patient: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139 (10), 115-125.
- Leidy, N. K., Palmer, C., Murray, M., Robb, J., & Revicki, D. (1998). Health-related quality of life assessment in euthymic and depressed patients with bipolar disorder. Psychometric performance of four self-report measures. *Journal of Affective Disorder*, 48, 207-214.
- Lindgren. K. N., & Coursey, R. D. (1995). Spirituality and serious mental illness: A two-part study. *Psychsocial rehabilitation Journal*, 18(3), 93-111.

- Mcgee, R. F. (1984). Hope: Factor influencing crisis resolution. *Advance in Nursing Science*, 6(1), 34-44.
- Mendlewicz, J., & Rainer, J. D. (1977). Adoption study supporting genetic transmission in manic-depressive illness. *Nature*, 268, 327-329.
- Mickley, J. R., Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, religiousness a hope among women with breast cancer. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 267-272.
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument in measure hope. *Nursing Reasearch*, 37(1), 6-9.
- Mitchell, L., & Romana, S. (2003). Spiritual belief in bipolar affective Disorder:their relevance for illness management. *Journal of Affective Disorder*, 75, 247-257.
- Natalie, C., Arnette, A., Mascaro, N., Carmen., Santana, M.C., David, S. et al. (2007). Enhancing Spiritual Well-Being Among Suicidal African American Female Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 909-924.
- Nancy, K. L., Cynthia, P., Megan, M., Janine, R., & Dennis, A. R. (1998). Health-related quality of life assessment in euthymic and depressed patient with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 48, 207-214.
- Newman, C. F. (2005). Reducing the Risk of Suicide in Patients with Bipolar Disorder: Interventions and Safeguards. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 76-88.
- Oxford English Dictionary. (1989). *Oxford English Dictionary*, (2nd ed., Vol. VII, pp.379). Clarendon Press, Oxford.

- Ozer, S., Ulusahin, A., Batur, S., Kabakci, E., & Saka, M. C. (2002). Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. *Social Psychiatry Epidemiol*, 37, 31-37.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519-543.
- Paykel, E. S., & Cooper, Z. (1992). *Life events and social stress*. In E. S. Paykel, (Ed.), *Handbook of affective disorders*, (2nd ed., pp. 149-170). Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Piccinni, A., Catena, M., Debbio, D., Marazziti, D., Monje, C., Schiavi, E., et al. (2007). Health-related quality of life and Functioning in remitted bipolar I outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 323-328.
- Rang, L. M., & Penton, S. R. (1994). Hope, hopelessness, and suicidality in college students. *Psychological Reports*, 75, 456-458.
- Regier, D. A., Kaelber, C. T. (1995). *The epidemiologic catchment area (ECA) program: Studying the prevalence and incidence of psychopathology*. Textbook in Psychiatric Epidemiology (pp. 133-157). New York: John Wiley.
- Robb, J. C., Cooke, R. G., Devins, G. M., Young, L. T., & Joffe, R.T. (1997). Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *Journal Psychiatry Research*, 31, 509-517.
- Roger, D. F. (2007). Spirituality and religious in recovery: Some Current Issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 261-270.
- Sayar, K., Acar, B., & Ak, I. (2003). Alexithymia and suicidal behavior. *Journal of Psychiatry and related sciences*, 40(3), 165-173.

- Sierra, P., Livianos, L., & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: Relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders*, 7, 159-165.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., et al. (1991). The will and way: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Suppes, T., Dennehy, E. B., Gibbons, E.W. (2000). The Longitudinal course of bipolar disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 6(9), 23-30.
- Tepper, L., Rogers, S. A., Coleman, E. M., & Malony, H. N. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatry Service*, 52(5), 660-665.
- Thunedborg, K., Black, C. H., & Bech, P. (1995). Beyond the Hamilton depression scores in long-term treatment of manic-melancholic patients: Prediction of recurrence of depression by quality of life measurements. *Psychotherapy Psychosom*, 64, 131-140.
- Timothy, P., Daleman., & Jay, S. K. (2006). Spirituality and depressive symptoms in primary care outpatients. *Journal of Southern Medical*, 99(12), 1340-1344.
- Tohen, M., Hennen, J., & Zarate, C. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Journal of American Psychiatry*, 157, 220-228.
- Vojta, C., Kinosian, B., Glick, H., Altshuler, L., & Bauer, M. (2001). Selfreported quality of life across mood states in Bipolar disorder.

- Comprehensive Psychiatry*, 42, 190-195.
- Weisburd, D. (1997). *Spirituality: The search for meaning*. The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill, 8(4), 1-2.
- Weissman, M. M., Bland, R., Camino, O. J., Faravelli, C., Greenwald, S., & Hwu, H. G. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of American Medical Association*, 276, 293-299.
- Yatham, L. N., Lecrubier, Y., Fieve, R. R., Davis, K. H., Harris, S. D., Krishnan, A. A. (2004). Quality of life in patient with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disorders*, 6, 379-385.
- Yen, C. F., Cheng, C. P., Huang, C. F., Yen, J. Y., Ko, C. H., & Chen, C. S. (2008). Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disorders*, 10, 617-624.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.

## 附錄一

### 病人參與研究同意書

計畫編號：TCHIRB-970804-E		
計畫名稱：雙極性情感疾患宗教因應、希望感與生活品質之相關性研究		
執行單位：松德院區	電話：27263141-1305、0968955065(24 小時)	
主持人：陳喬琪	職稱：松德院區院長	
受試者姓名：	性別：	年齡：
通訊地址：	聯絡電話：	
病歷號碼：		
一、試驗目的：探討雙極性情感疾患患者的宗教因應對於希望感和生活品質之相關性		
二、試驗方法與程序說明：採用結構式問卷調查法收集資料，以個案填寫方式進行基本資料、貝氏無望感量表、生活品質量表及宗教適應量表簡短版等四種量表，時間約 15-30 分鐘。研究者(簡旭敏)向病患解釋本研究的內容、目的及病人權益，徵得病人同意及填寫同意書才進行收案，於門診提供之場所進行問卷填寫。		
三、可能產生之副作用及危險：本研究為探討雙極性情感性疾患患者的宗教因應對於希望感和生活品質之相關性，採用結構式問卷調查法收集資料，以個案自願填寫方式進行，完全尊重其填寫意願，讓個案了解研究目的、進行方式及在研究前及研究進行中可隨時要求停止，予充分認知和自決的權利，對個案本身不致造成身心之危害，若於填寫過程中，對個案所提出的疑問提供個案相關的護理諮詢，並將於填寫結束後告知所屬醫療團隊人員。		

四、預期試驗效果：可瞭解雙極性情感疾患的宗教因應對於提升希望感與生活品質之相關性

五、緊急狀況之處理：遇有令您感到不舒服的主題時，給予尊重其不回答的決定，並在研究前及研究進行中可隨時要求停止，受訪過程中，若您感到任何的不適，將立即中止(問卷或訪談)，並提供必要之協助。

六、費用：本試驗您無須負擔試驗費用。

七、賠償：若發生由計畫執行所引起之傷害時，將依法處理相關責任問題。

八、機密性：

1. 一個試驗代碼將代表您的身分，此代碼不會顯示您的姓名、身分證字號、住址。
2. 對於您受訪的結果及診斷，試驗主持人將持保密的態度。除了有關機關依法調查外，試驗主持人會小心維護您的隱私。
3. 行政院衛生署與本院人體試驗倫理委員會依法調查，在不危害您隱私情況下，得以檢視您的資料。

九、如本試驗計畫成果產生學術文獻發表、實質效益或衍生其他權益時，亦同意無償捐贈給本院作為疾病預防、診斷及治療等公益用途。

十、權利：

受訪者或立同意書人有權在無任何理由情況下，隨時要求終止參與試驗。

受試者（或法定代理人）簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

病歷號：\_\_\_\_\_ ※務必請受試者自行填寫日期欄位

見證人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

計畫主持人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

註：未滿廿歲之受試者或法律宣告禁治產權者，須由法定代理人簽名始生效。



## 附錄二

### 個人基本資料

姓名：\_\_\_\_\_ 填寫日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(1) 性別：1. 男 2. 女

(2) 診斷：\_\_\_\_\_

(3) 發病時間：民國\_\_\_\_年，生病至今已\_\_\_\_年

(4) 出生日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(5) 教育程度：1. 不識字 2. 國小/小學 3. 國中/初中

4. 高中/高職 5. 大專/大學 6. 研究所及以上

(6) 婚姻狀況：1. 未婚/單身 2. 同居 3. 已婚 4. 離婚 5. 分居 6. 喪偶

(7) 職業：1. 無 2. 軍 3. 公 4. 教 5. 工 6. 商 7. 農 8. 自由業 9. 家管

10. 退休 11. 學生 12. 其他\_\_\_\_\_

(8) 宗教信仰：1. 無 2. 佛教 3. 道教 4. 基督教 5. 天主教

6. 回教 7. 一貫道 8. 相信有神但沒有特定宗教 9. 佛、道 10. 佛、一貫道

(9) 甚麼時候開始有宗教信仰？1. 生病前 2. 生病後 時間\_\_\_\_\_

(10) 參加宗教活動：1. 從未參加過 2. 不固定參加：大約一個月參加，\_\_次 3.

固定參加：每週參加，\_\_\_\_次。每個月參加，\_\_

\_\_\_\_次 4. 其他\_\_\_\_\_

(11) 宗教信仰對您來說：1. 一點也不重要 2. 有點重要 3. 很重

要 4. 非常重要

收入：\_\_\_\_\_ /每個月

### 附錄三

#### 宗教適應量表簡短版

以下問卷題目是關於您適應生活中負面事件的方式，每個人處理問題的方式不同，我們想了解的是您是如何處理問題。請回答您是否有使用以下所描述的適應方式和圈選所使用方式的程度（1 代表-從來沒有 2-有時有 3-經常有 4-幾乎總是）。

	從 來 沒 有	有 時 有	經 常 有	幾 乎 總 是
1. 遇到問題時，我會尋找一個和神更強的連結。	1	2	3	4
2. 遇到問題時，我會尋求神的愛和關心。	1	2	3	4
3. 遇到問題時，我會尋求神的幫助並且放下我的憤怒。	1	2	3	4
4. 遇到問題時，我會與神一起，試著將我的計劃化為行動去處理問題。	1	2	3	4
5. 在困境中我會想，神會如何賜給我力量讓我渡過困境。	1	2	3	4
6. 遇到問題時，我會請求神寬恕我的罪惡。	1	2	3	4
7. 遇到問題時，我會專心於宗教以停止我對問題的擔心。	1	2	3	4
8. 遇到問題時，我不知道神是否已經放棄了我。	1	2	3	4
9. 遇到問題時，我感覺因為我不夠虔誠而被神懲罰。	1	2	3	4

### 附錄三（續）

- |                            |   |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|---|
| 10. 遇到問題時我不知道是我做了什麼使神會懲罰我。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. 遇到問題時，我會懷疑神對我的愛。       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. 遇到問題時我不知道我的教會是否已經放棄了我。 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. 遇到問題時，我認為邪靈決定這事情的發生。   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. 遇到問題時，我會懷疑神的力量。        | 1 | 2 | 3 | 4 |

---

\*本中文版問卷由 Professor Pergament 教授授權臺北醫學大學護理系蕭妃秀副教授及簡旭敏碩士研究生共同翻譯，版權所有。

姓名：\_\_\_\_\_ 婚姻狀況：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_  
 職業：\_\_\_\_\_ 教育程度：\_\_\_\_\_

**作答說明：**

這份問卷包含 20 個句子，請您仔細讀每一個句子，假如它描述你在過去一星期以來（包括今天）的態度，請圈選「是」；假如它不能描述你的態度，請圈選「否」。請小心讀和圈選每個句子。

- |                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| 1. 我抱著希望及熱情期待將來。                  | 是 | 否 |
| 2. 我想放棄算了，因為我沒辦法讓自己更好。            | 是 | 否 |
| 3. 當事情變糟的時候，我若想到情況不可能永遠如此，我就會好受點。 | 是 | 否 |
| 4. 我不能想像 10 年後我會過什麼生活。            | 是 | 否 |
| 5. 我有足夠的時間去完成我想做的事。               | 是 | 否 |
| 6. 在將來我期待能順利完成我最關心的事。             | 是 | 否 |
| 7. 我的將來似乎很灰暗。                     | 是 | 否 |
| 8. 我特別幸運，而我期待在生命中仍會比一般人遇到更多好事。    | 是 | 否 |
| 9. 我就是碰不到好運，而也沒有理由想我將來能碰到好運。      | 是 | 否 |
| 10. 我過去的經驗讓我能好好面對將來。              | 是 | 否 |
| 11. 擺在我的眼前，全都是不愉快的事，一點樂趣也沒有。      | 是 | 否 |
| 12. 我並不期待會得到我真正想要的。               | 是 | 否 |
| 13. 當我展望將來，我期待我會比現在快樂。            | 是 | 否 |
| 14. 事情總是不如我意。                     | 是 | 否 |
| 15. 我對將來有很大的信心。                   | 是 | 否 |
| 16. 我從來不能得到想要的東西，所以想要擁有任何東西是愚蠢的。  | 是 | 否 |
| 17. 我不可能會在將來得到任何真正的滿足。            | 是 | 否 |
| 18. 我的將來是一片模糊和不確定。                | 是 | 否 |
| 19. 我期待將來如意的日子比不如意的多。             | 是 | 否 |
| 20. 因為我可能不會得到它，所以真正去追求任何東西也沒有用。   | 是 | 否 |



中國行為科學社在臺灣發行



THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION<sup>®</sup>  
 Harcourt Brace & Company

本測驗由美國 The Psychological Corporation 授權中國行為科學社在臺灣獨家翻譯出版。

Copyright © 1978 by Aaron T. Beck. All rights reserved. 中文版 Copyright © 2000 by TPC, USA

**版權所有·翻印必究** 此份出版品的任一部份，若未取得出版者之書面向意，則均不可藉任何形式或方法（如電子的或機械的）加以重製或傳遞（包括影印、錄音或各種電腦資料儲存及提取系統）。

**注意：**本題本是以綠色與黑色雙色印刷，若您使用的題本不是雙色印刷，而是翻印的，則已違反著作權法。



測驗日期： \_\_\_\_\_

姓名： \_\_\_\_\_ 婚姻狀況： \_\_\_\_\_ 年齡： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_  
 職業： \_\_\_\_\_ 教育程度： \_\_\_\_\_

**作答說明：**

這份問卷共有 21 組的句子，每一組都有幾個選項。請你仔細閱讀每一組的句子後，從中選出一個最能夠表達你最近兩個星期來（包括今天）所感受的句子，並將此選項左邊的數字圈起來。

如果你覺得同一組中有好幾個句子都同樣符合你最近的感受，則請圈選在這一組中，數字最高的那一個句子。請注意任何一組，包括第 16 組（睡眠習慣的改變），或第 18 組（食慾改變），都只能圈選一個句子。

**1. 悲傷**

- 0 我並不覺得悲傷。
- 1 我大部分的時間都覺得悲傷。
- 2 我時時刻刻都覺得悲傷。
- 3 我悲傷或不快樂已到我不能忍受的程度。

**2. 悲觀**

- 0 我對於自己的將來並不氣餒。
- 1 和以往比起來，我現在對於自己的將來覺得較沮喪。
- 2 我並不期望自己將來會有任何作為。
- 3 我覺得自己的將來是沒有希望的，而且只會愈來愈糟。

**3. 失敗經驗**

- 0 我並不覺得自己是一個失敗者。
- 1 我遭受的失敗次數多於應有的次數。
- 2 回顧過去，我所能看到的就是許多的失敗。
- 3 身為一個人，我覺得自己完全失敗。

**4. 失去樂趣**

- 0 對於我喜愛的事物，我和往常一樣獲得樂趣。
- 1 我並不如往常那般享受我喜愛的事物。
- 2 對於以往我喜愛的事物，我幾乎不再獲得樂趣。
- 3 對於以往我喜愛的事物，我已無法獲得任何樂趣。

**5. 罪惡感／內咎**

- 0 我並不特別覺得有罪惡感（內咎）。
- 1 對於許多我所做或該做而沒有做到的事，我覺得有罪惡感（內咎）。
- 2 大部分的時間，我都覺得很有罪惡感（內咎）。
- 3 我時時刻刻都覺得有罪惡感（內咎）。

**6. 受懲罰感**

- 0 我不覺得自己正在受懲罰。
- 1 我覺得自己可能會受懲罰。
- 2 我預期自己定會受懲罰。
- 3 我覺得自己正在受懲罰。

**7. 討厭自己**

- 0 我對自己的感覺仍舊和以往一樣。
- 1 我對自己失去了信心。
- 2 我對自己感到失望。
- 3 我討厭我自己。

**8. 自我批評／自責**

- 0 我並不比平時多於批評或責怪自己。
- 1 我比以前更會批評自己。
- 2 我對自己所有的錯誤都責怪自己。
- 3 我對於所發生的每件壞事都會責怪自己。

**9. 自殺念頭**

- 0 我並無任何自殺念頭。
- 1 我有自殺的念頭，但我不會真的去做。
- 2 我想去自殺。
- 3 如果有機會，我會真的自殺。

本測驗中文版由美國 The Psychological Corporation 授權中國行為科學社在臺灣獨家翻譯出版。  
 Copyright © 1996 by Aaron T. Beck. All rights reserved.  
 中文版 Copyright © 2000 by TPC, USA  
 版權所有・翻印必究

第一頁分數小計

背面繼續作答



中國行為科學社在臺灣發行

THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION<sup>®</sup>  
 Harcourt Brace & Company

## 附錄五 (續)

### 10. 哭泣

- 0 我並沒有比平時哭得多。
- 1 我比以前較常哭泣。
- 2 每一件小事都會使我哭泣。
- 3 我很想哭泣，但哭不出來。

### 11. 心煩意亂

- 0 和平常相比，我並不感到特別坐立不安或痛苦。
- 1 我覺得比平常更坐立不安或痛苦。
- 2 我是那樣坐立不安或心煩意亂，使我很難安定下來。
- 3 我是那麼坐立不安或心煩意亂，使我必須不斷地走動或做些事。

### 12. 失去興趣

- 0 我並沒有對其他人或活動失去興趣。
- 1 我對其他人或事物的興趣比以前少了一點。
- 2 我失去了大部分對其他人或事物的興趣。
- 3 我對任何事情都提不起興趣來。

### 13. 優柔寡斷／猶豫不決

- 0 我和往常一樣容易做決定。
- 1 我比平常更難做決定。
- 2 和以往相比，我在做決定時有極大的困難。
- 3 我完全無法做任何決定。

### 14. 無價值感

- 0 我並不覺得自己是沒有價值的。
- 1 我如今不再認為自己那麼有價值。
- 2 我覺得自己比別人更沒有價值。
- 3 我覺得自己一點價值也沒有。

### 15. 失去精力

- 0 我具有和往常一樣的精力。
- 1 我的精力比以前減少了。
- 2 我沒有足夠的精力去做很多事情。
- 3 我沒有足夠的精力去做任何事情。

### 16. 睡眠習慣的改變

- 0 我的睡眠習慣和以前一樣，沒有任何改變。
- 1a 我比平常睡得多一些。
- 1b 我比平常睡得少一些。
- 2a 我比平常睡得更多。
- 2b 我比平常睡得更少。
- 3a 我差不多整天都在睡。
- 3b 我比以前早 1~2 小時醒來，而且一醒來就很難再入睡。

### 17. 煩躁易怒

- 0 我不會比平常煩躁易怒。
- 1 我比平常較煩躁易怒。
- 2 我比平常更加煩躁易怒。
- 3 我時時刻刻都煩躁易怒。

### 18. 食慾改變

- 0 我的食慾和以前一樣，並沒有任何改變。
- 1a 我的食慾比平常差一點。
- 1b 我的食慾比平常好一點。
- 2a 我的食慾比以前差很多。
- 2b 我的食慾比平常好很多。
- 3a 我完全沒有食慾。
- 3b 我時時刻刻都渴望食物。

### 19. 難以專注

- 0 我和往常一樣能夠專注。
- 1 我比平常較無法專注。
- 2 我很難長時間專注在任何事情上。
- 3 我發現我不能夠專注在任何事情上。

### 20. 疲倦或疲累

- 0 我和平常一樣，不覺得更疲倦或疲累。
- 1 我比平常容易疲倦或疲累。
- 2 我太疲倦或疲累，以致於許多以前常做的事都無法做。
- 3 我非常疲倦或疲累，以致於大部分以前常做的事都無法再做。

### 21. 失去對性方面的興趣

- 0 我對性的興趣在最近並不覺得有任何改變。
- 1 我對性不再那麼感興趣。
- 2 我現在對性的興趣少了很多。
- 3 我已完全喪失對性的興趣。

注意：本題本是以藍色與黑色雙色印刷，若您使用的題本不是雙色印刷，而是翻印的，則已違反著作權法。此份出版品的任一部分，若未取得出版者之書面同意，則均不可藉任何形式或方法（如電子的或機械的）加以重製或傳遞（包括影印、錄音或各種電腦資料儲存及提取系統）。

\_\_\_\_\_ 第二頁分數小計

\_\_\_\_\_ 第一頁分數小計

\_\_\_\_\_ 總 分

## 附錄六

### 楊氏躁症量表 Young Mania Rating Scale (YMRS)

#### 計分指引

單一項目的目的是為了評定病患異常的嚴重程度。當某一嚴重程度等級有許多指標可以用時，只能選用其中一種來評定。

提供的指標是為了指引用。如果必要，可以忽略這些指標，然而這應該是例外，而非常態。

對於量表有經驗的評估者，鼓勵可以給予所標示級距中間的分數（整數或二分之一）。特別是在病患在某個項目的嚴重程度並未隨著病情變化而變動時。

#### 1. 情緒高亢

- 0 無
- 1 輕微或是情緒可能有提昇
- 2 明確地有主觀上昇高；樂觀，自信，愉快情形；內容適切
- 3 情緒提高；內容不適切；富幽默感
- 4 愉悅；不適切地笑；唱歌

#### 2. 動作、活動—能量增加

- 0 無
- 1 主觀上增加
- 2 有活力；姿勢增加
- 3 能量過度；時而過度活動；靜坐不能（可安撫）
- 4 激動；持續過度活動（無法安撫）

#### 3. 性趣

- 0 正常；未增加
- 1 輕微或是可能增加
- 2 詢問時明確表達主觀上有增加
- 3 自發的性相關內容；詳盡於性相關事務；自述性慾過高
- 4 明顯的性導向行為（對病患，工作人員或會談者）

#### 4. 睡眠

- 0 自陳睡眠未增加
- 1 比正常睡眠少於一小時內
- 2 比正常睡眠縮短至少一小時
- 3 自陳睡眠減少
- 4 否認有睡眠需求

#### 5. 躁動

- 0 無
- 2 主觀上增加
- 4 會談時有時煩躁；在病房近期內有數次生氣或惱怒情形
- 6 會談時常有煩躁；自始自終暴躁，唐突
- 8 敵意；不合作；無法會談

#### 6. 言談（速度與量）

- 0 未增加
- 2 感覺到多話
- 4 時而呈現言談速度與量增加；時而冗長
- 6 急切；言談速度與量增加；難以打斷
- 8 言談壓迫；無法打斷，不斷說話

#### 7. 言語—思考障礙

- 0 無
- 1 言語迂迴；稍易分心；思考快
- 2 易分心；思考失去目標；頻頻變換主題；思考疾馳
- 3 意念飛躍；離題；思考難以跟上；押韻；言語仿同
- 4 語無倫次；無法溝通

#### 8. 思考內容

- 0 正常
- 2 有問題的計劃；新的興趣
- 4 特別規劃；信仰過度
- 6 誇大或偏執意念；關係意念
- 8 妄想；幻覺

#### 9. 破壞—攻擊行為

- 0 無；合作
- 2 嘲諷；時而喧嘩，警戒
- 4 要求多；在病房內出現威脅
- 6 威脅會談者；喊叫；難以會談
- 8 攻擊；破壞；無法會談

#### 10. 外觀

- 0 衣著與外觀適切
- 1 略為不潔
- 2 外觀不潔；衣著外觀顯得凌亂；穿著過度
- 3 衣著外觀顯得凌亂；衣不蔽體；化妝過於豔麗
- 4 相當髒亂，裝飾過度；化妝怪異

#### 11. 病識感

- 0 有病識感；承認疾病；同意需要治療
- 1 可能生病
- 2 承認行為改變，但否認生病
- 3 承認行為可能有改變，但否認生病
- 4 否認任何行為改變

版權為 Royal College of Psychiatrists 所有，原文複製則可供個人使用，原載於：  
Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1978;133:429-435.

## 附錄七

### 生活品質量表

這份量表是要了解您對於自己的生活品質、健康、以及其他生活領域的感覺。請您回答所有的問題。如果您對某一問題的回答不確定，請選出五個答案中最適合的一個，通常會是您最早想的那個答案。

請選出最適合您在最近兩星期內對自己健康的滿意程度，如果您不滿意自己的健康，就在「不滿意」前的□內打「√」。請仔細閱讀每個題目，並評估您自己的感覺，然後就每一個題目選出最適合您的答案。謝謝您的協助！

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？

極不好 不好 中等程度好 好 極好

2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？

完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙

4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？

完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要

5. 您享受生活嗎？

完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受

6. 您覺得自己的生命有意義嗎？

完全沒有 有一點 中等程度有 很有 極有

7. 您集中精神的能力有多好？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好有 極好

8. 在日常生活中，您感到安全嗎？

完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全

極安全

附錄七（續）

9. 您所處的環境健康嗎？（如污染、噪音、氣候、景觀）

- 完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康  
極健康

10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？

- 完全沒有不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠

11. 您能接受自己的外表嗎？

- 完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠  
完全能夠

12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？

- 完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠  
完全足夠

13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？

- 完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便

14. 您有機會從事休閒活動嗎？

- 完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會

15. 您四處行動的能力好嗎？

- 完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？

- 極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

17. 您滿意自己從事日常活動的能力嗎？

- 極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎？

- 極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

19. 您對自己滿意嗎？

附錄七（續）

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

20. 您滿意自己的人際關係嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

23. 您滿意自己住所的狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

24. 您滿意醫療保健服務的方便程度嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

26. 您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有

一直都有

27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有

一直都有



臺北市立聯合醫院人體試驗委員會  
TAIPEI CITY HOSPITAL INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

同意函

中華民國 97 年 09 月 30 日  
聯絡人：沈怡菁 技士  
聯絡電話：27093600 轉 3802

計畫名稱：雙極性情感性疾患宗教因應、希望感與生活品質之相關性研究

本會編號：TCHIRB-970804-E

計畫主持人：陳喬琪 (松德院區)

上述計畫業經本院九十七年度第九次人體試驗委員會審查通過，計畫有效期限：98 年 9 月 23 日，特此證明。

依照 ICH-GCP 規定，臨床試驗每屆滿一年，人體試驗委員會必須重新審查是否繼續進行。請於計畫有效期限到期一個月前繳交期中報告以利本會進行審查。

翁林仲

臺北市立聯合醫院人體試驗委員會主任委員

**CERTIFICATE**

Date: Sep.30,2008

The project entitled "Study on the Relationship between Religious Coping, Sense of Hope and Quality of Life In Patients with Bipolar Disorder: A Correlation Study" submitted by investigator Chiao-Chieh Chen has been approved by Institutional Review Board of the Taipei City Hospital. ICF Version Date: V2.97.9.1

(Above study is approved by the TCHIRB on Sep. 24, 2008 and valid till Sep. 23, 2009. Since the constitution and operation of the review board are formulated according to the guidelines of ICH-GCP. The IRB will have to review each clinical research case annually. Please send us your Midterm Report one month before the expiry date.)

Lin-Chung Woung, MD, DMSc  
Chairman

Taipei City Hospital Institutional Review Board



The Committee is Organized and operates in accordance with ICH-GCP regulations and guideline.  
本委員會組織與運作皆遵守 ICH-GCP 規定

## 臺灣版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF 臺灣簡明版) 使用授權書

本人代表臺灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組，同意台北市立聯合醫院松德院區簡旭敏護理師，在其研究「雙極性情感性疾患宗教因應、希望感與生活品質之相關性研究」中，使用臺灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組所發展出的臺灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF 台灣簡明版)，做為研究之一部分。

授權人

單位：國立臺灣大學心理系姚開屏教授

日期：2008 年 7 月 29 日

簽章：姚開屏

