

編號：CCMP93-RD-028

# 中醫藥生活品質評估之療效指標建立研究

張蓓貞

國立台北護理學院護理系

## 摘要

研究目的：(1) 發展與測試為建立有中醫特色的中醫更年期生活品質評估量表 (2) 探討更年期婦女生理症狀對其生活品質之影響及與證型之間的關係。

材料與方法：本研究以 WHOQOL-BREF 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷為主要架構，並參考焦點團體訪談更年期婦女所收集有關更年期婦女對生活品質的觀點及探討更年期婦女相關問題之量表，溶入中醫辨證論治的基本理論，採量性、橫斷性調查研究。立意取樣 311 名更年期婦女，探討 45 至 55 歲更年期婦女之生活品質，運用專家效度與建構效度建立本量表之效度，適用於評估中醫更年期婦女辨證的「更年期婦女生活品質的專屬問卷」。

結果：由作者按照文獻回顧、焦點團體的研究結果，與台灣版世界衛生組織生活品質問卷簡明版之內容比對，加入增補性的特定疾病題。編寫出 35 個與更年期婦女生活品質相關的題目，定稿後問卷最常用來評估量表內在一致性的指標是 Cronbach's alpha coefficient。

結論：本研究遵循世界衛生組織生活品質小組發展「世界衛生組織生活品質問卷」的步驟，發展出屬於更年期婦女的生活品質問卷，且此問卷經過初步的信效度分析顯示出具備相當的信效度。中醫藥怎樣治療更年期症候群呢？總的來講可以用“整體觀念，辨證論治”來概括。本研究所發展的更年期中醫生活品質量表為辨症論治及辨病論治的結合，提供了更年期辨證論治測量的工具，期望能運用來結合病人整體情況，更易明確更年期症候群本質，估計更年期症候群發展趨勢和轉歸，也可以提供為中藥臨床試驗評估更年期症候群治療方劑的療效評估之用。

關鍵詞：量表編製、題目分析、信度、效度、健康相關生活品質

Number : CCMP93-RD-028

# **Development and Validation of Taiwanese Version of WHOQOL-Bref : A Questionnaire For the Evaluation of Health Related Quality of Life in Amongst Menopausal Women**

Pei-Jen Chang

National Taipei College of Nursing

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVES:** The present study deals with the development and validation of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) assessment instrument in menopausal women.

**MATERIALS AND METHODS:** Questionnaire development: On the base of our previous experience with Kupperman index (a disease specific questionnaire assessing health status in menopausal women), of a careful review of other available instruments (Menopausal Rating Scale, Women Health Questionnaire, SF-36) and of two subsequent meetings with experts (6) and menopausal women (9), we defined the 4 life aspects mostly impaired during this period. A 25 item questionnaire version, together with WHOQOL-Bref Taiwan version, an already generic validated instrument, was administered to 311 menopausal women as well.

**RESULTS:** Principal component analysis identified 4 components: 1) physical domain (Cronbach alpha = 0.89); 2) psychological domain (alpha = 0.83); 3) social domain (alpha = 0.78); 4) environment domain (alpha = 0.84). The scores of all four

domains of Menopausal-WHOQOL-Bref questionnaire correlated positively with self-evaluated health status and happiness ( $r$  range: 0.96 and 0.99 across domains, respectively).

**CONCLUSIONS:** The 37 items version of Menopausal-WHOQOL-Bref questionnaire can be used as an instrument for HRQOL evaluation in menopausal women focusing on women's subjective satisfaction.

**Keywords:** Menopause, Quality of life, WHOQOL

## 壹、前言

### 一、背景與動機

對不同的婦女而言更年期的經驗有其不同的意義與影響。早在紀元前 322 年，亞理斯多德所著 *Hitoria animalium* 一書中就曾提過女性大約在四、五十歲左右會有更年期的事實。更年期可視為是中年過渡到老年的轉捩點、是邁入老人的象徵 (Choi,1995)。平均自然停經年齡為 49.3+3.8 (45.5-53.1) 歲。台灣目前五十歲以上的中老年婦女佔總人口數 9.82%，女性平均壽命為 78.1 歲。(內政部統計處，2000)。可預見會有愈來愈多的高齡女性，生活在我們的社會當中。更年期既然是代表從生育期到無法生育的時期，也是婦女過去三、四十年的受孕能力在此劃下休止符。張珏、陳芬苓在 1993 年的更年期文獻回顧，指出更年期是所有婦女都會經歷的事件，女性在歷經更年期的過程中的自我與外在，都會影響怎麼看待自己。更年期和停經並非是疾病，而是一種生命的階段 (Faley,1997)，如今在醫藥與經濟各方面都有長足進步的狀況下，女性平均壽命更加的延長，女性生命期望值與更年期年齡比較，有三分之一的生命是在停經期中渡過。十九世紀之前，女性平均壽命約只有 50 歲，因此在當時更年期及停經的問題幾乎是不可能出現的困擾，也因此中老年婦女更年期的相關議題在二十世紀初才漸被引起注意。而真正屬於我國本土的婦女更年期測驗量表尚未建立，隨著中醫藥對「更年期症候群」的臨床研究，愈來愈受到重視之際，實有必要發展適合中醫辨證論治理論之中醫生活品質量表，以詮釋及釐清更年期對中老年婦女生活品質的影響 (蔡，2001)。建立更年期中醫生活品質量表，不但可作為瞭解我國婦女的更年期生理健康狀況並可評量中醫藥及介入對照護的效果與制定健康政策等的參考，俾使能協助更年期婦女得以擁有更健康、自在、愉悅及高品質的中老年生活。

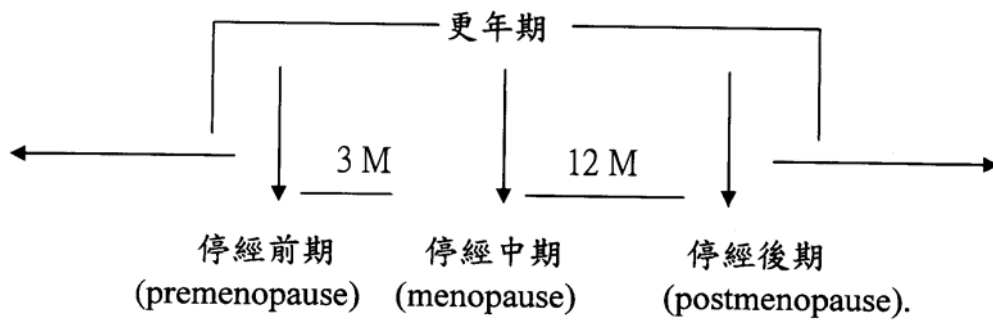
### 二、名詞界定

#### (一) 更年期 (climacteric) / (menopause)

更年期症候群 (ICD-9-CM：627.2—Menopausal syndrome)

更年期 (climacteric) 是指婦女在心智及身體方面開始由性成熟步入老年的階段 (jaszmann,1976)。Huddleston (1991) 將更年期定義為婦女停經前月經開始不規則，到月經完全停止之過程。停經 (menopause) 則是因卵巢與濾泡功能退化引起月經停止 (WHO,1981)，其意義乃是代表生育功能的終止

(Fishbein,1992)。據台大公共衛生研究所 1993 年調查大台北地區婦女停經年齡大約在 49.4+3.8 歲。更年期過程大約歷經二至五年。世界衛生組織 (W.H.O.) 1981 年定義自然停經為持續一年都沒有月經來潮。停經的產生有 1.因卵巢的自然老化, 2.原因未明的早發性停經與 3.手術(割除卵巢)、化學或放射線治療等人為所造成的停經。Jaszmann 將停經分為三個狀態: 停經前期, 指月經仍規律運作至月經開始不規則或停止未滿三個月。停經中期, 指月經開始不規則或停止達三個月以上, 一年以下。停經後期, 指停經滿一年以上。(見圖一)



圖一、更年期相關名詞的定義

資料來源: Jaszmann (1976)

### 客觀評估指標 (objective)

臨床症狀: 更年期症候群發生的時間, 分停經前期, 停經期, 停經後期。更年期症候群, 所表現的症狀包括全身性的系統, 與個人性格, 體質, 環境, 所受教育等, 而有輕重不同的症狀差異性。

- (一) 血管舒縮症: 常見症狀為轟熱, 潮紅, 汗出, 心悸, 眩暈等。雌激素 (estrogen, E2 ↓) 影響血管運動收縮, 使血管血流量減少, 血液中的熱量滲出, 病患可能突然有一陣熱潮自胸背湧像頸部, 面部, 或全身, 接著爆發一陣汗出, 然後血管收縮, 而有畏寒之感。或者是陣陣發熱, 及汗出, 稱潮熱。潮熱也或伴有心悸, 眩暈, 疲倦等症。發作時間有午後, 或一天發作數次, 數十次, 持續時間數秒, 或數分鐘。
- (二) 精神, 神經症狀: 主要表現為焦慮、憂鬱, 記憶力減退, 注意力不集中, 煩躁易怒。
- (三) 月經改變: 更年期月經的變化, 因人而異, 可出現多種不同的症狀, 但是最終會完全停經。

1. 月經週期延長或間歇閉經，月經量減少，行經時間縮短，最後至月經停止此為常見形式。
2. 月經週期縮短，或一月來經二次，不規則出血，或淋瀝不斷，甚至大出血的情況。
3. 月經突然停止，這種情形較少見。

(四) 心血管症狀：胸悶（心前區悶痛），心悸等。

(五) 皮膚與毛髮：更年期婦女毛髮逐漸變白或脫落。皮膚失去彈性，皺紋增加，尤其眼尾，口週。皮膚色素沈澱，黃褐斑出現，以面部，手臂多見。

(六) 骨質疏鬆：更年期重要的併發症狀之一。是一種全身性的骨骼疾病，會因年齡的成長，及身體內外環境的失調，而引起骨骼疏鬆，其特徵是骨骼基質的合成減少，加上骨骼瓦解速率增加，於是造成骨質總量減少，也就是骨骼會呈現多孔之意。骨骼的外型雖然不變，但其內在的質與量都減少，導致皮質骨變薄，鬆骨內骨小梁變疏鬆，孔隙變大，因而會腰背疼痛，四肢骨節酸痛，脊椎壓迫，骨折，尤其是停經後（自然，或人工）或年齡增長老化，佔大多數為原發性骨質疏鬆。

(七) 尿道：更年期雌激素減少，使尿道及膀胱產生萎縮性病變。尿道狹窄，尿道上皮細胞萎縮，括約肌鬆弛，常見尿頻，尿急，尿失禁等現象。

#### 主觀評估指標（subjective）

更年期是婦女邁入人生的另一階段，也是人生的重要轉捩點，處於一種特定的生理和心理變化時期，由於荷爾蒙的不協調造成身心的失衡，這一階段是否能平靜度過，與個人的個性，人生觀，及後天環境有關。個性內向，拘謹，長期焦慮，憂鬱，恐懼，沒安全感，悲觀，孤僻，自尊心太強等，人格特點與後天環境有關，如若家庭生活不睦，夫妻感情不合，先生外遇，或喪偶，喪子女等易產生憂鬱沮喪，焦慮淒涼。都易引發或加重失眠，心悸，疲乏，抑鬱，易激動，潮熱，汗出，性功能障礙等更年期的症狀。在社會因素方面：人生活於社會環境中，故亦對更年期症候群有重要的作用。如人際關係，經濟問題，健康的資訊，社會網絡的建立，職場問題等。面對停經上述身、心理的變動，角色的轉換，再加上後天環境的諸多因素，則增加更年期症候群產生的各種變化。在文化因素方面有：文化程度會影響一個人的判斷決定，在父權主導的社會型態中，存在著不對等的社會價值。亦會影響到更年期婦女的情緒問題，或甚至於以生理、軀體症狀表現。（哭泣，自殺，惶惶不安，搓手頓足，衝動行為）

中醫已有觀察更年期婦女悠久的歷史，論其機轉始於《素問·上古天真論》

曰：“女子七歲，腎氣盛，齒更，髮長，二七而天癸至，任脈通，太衝脈盛，月事時下，故有子，三七，腎氣平均，故真牙生而長級，四七，筋骨堅，髮長極，身體壯盛，五七，陽明脈衰，面始焦，髮使墮，六七，三陽脈衰於上，面皆焦，髮使白，七七，任脈虛，太衝脈衰少，天癸竭，地道不通，故行壞而無子。故可知婦人七七，四十九歲任脈虛，太衝脈虛少，腎氣衰，天癸將竭，地道不通，---”說明了更年期是人體老化自然的一個過程。中醫將其所觀察到的更年期現象，用中醫獨有的診斷方式描述。

### 簡介中醫證候

《臨證指南醫案》云“醫道在乎識證、立法、用方，此為三大關鍵，一有草率，不堪司命。然三者之中，識証尤為緊要。”《類証治裁》說“司命之難，在識證；識證之難也，在辨證。”證候一詞大體上可說是經過中醫師全面仔細的診察和思考之後，用以說明疾病情狀的一種診斷標準。此種診斷標準具有一定的優越性，它可以在概括疾病共性的基礎上，不同程度地揭示個個患的病機特點和個體差異性，能夠比較集中地反映出疾病的原因、性狀、部位、範圍、動態等多方面的信息，從而給醫者提示處治疾病的具體方向。《灸樞·本神篇》在具體描述了五臟氣虛等証候“必審五臟之病形，以知其氣之虛實，僅而調之也。”張仲景發展確立了六經辨証體系，廣泛地運用了表、里、虛、實、寒、熱、陰、陽、氣、血、臟腑等有關概念，而且還明確地樹立了“觀其脈症，知犯何逆，隨証治之”的辨証論治方診療觀念。

《張景岳首創“二綱六變”之說，以陰陽二者為綱，表里，寒熱，虛實六要為變等的八綱概念。清代醫家程鐘齡撰《醫學心悟》再次提出“變症百端，不過寒、熱、虛、實、表、里、陰、陽八字盡之”等更加確定的總括性論述，於是“八綱”遂為中醫診斷概念較多人熟悉和接受。其它如臟腑證候、溫病衛氣營血及三焦等候概念，也都逐步蘊釀成熟的過程而趨於系統化和完整化。總之，證候的內容常由一種或多種病機要素所構成，八綱辨証，臟腑辨証，六經、六淫、衛氣營血和三焦辨証等概念，巧妙組合和互相補充，便構成各式各樣的具體證候。表現出人體病機變化的共性規律和個體差異性。一般地說：如虛、實、寒、熱、氣、血、陰、陽等病機與症狀，即是八綱辨証。心、肝、脾、肺、腎為臟腑辨証。實際上辨証分類的結合已經示出病性、標明了病變部位的各種更為具體的證候概念，如腎陽虛、肝腎陰虛、脾虛肝郁、腎陰虛、脾腎陽虛等。然而辨証分型及論治，存在著尚未統一的標準，運用八綱或臟腑辨証的各家論述亦不同。廣州中醫藥大學 DME 中心及臨床流行病學應用研究室主任賴世隆教授，其所著的「中藥臨床試驗」中，將很多科學研究方法及觀念，引進中醫

的學科之中。他提到“辨證論治”是中醫學有別於西醫診療體系的一大特色和優勢，是一個重要的問題，也是問題最多的地位。做為中藥新藥研究，“辨證論治”是兩面刀，可強化、也可傷害中醫的理論，要很適當的處理。然而，由於證候的判斷（辨證）乃以症狀、舌象、脈象等一系列軟指標或定性指標為依據，並很大程度上還有賴於研究者的個人經驗。而臨床研究十分重視應用公認的證候標準，故中醫界還需在證候觀測的方法上狠下功夫。所謂的狠功夫是臨床流行病的大型調查研究，可惜所進行調查研究的疾病仍屈指可數。大陸有鑑於此，由衛生部組織的專家，於 2002 年，出版了“中藥新藥臨床研究指導原則”，將中醫證型做初步的標準化，並已發展出 18 個系統 79 種病證評估的問卷，供臨床研究時的指導原則。可惜的是，79 種病證評估的問卷中並未發展更年期問卷。

綜上所述，中醫學的證候，從總的方面看顯然存在著幾個大的層次，若把更年期症候群先按臟腑辨証分類，然後再加以細分其陰、陽、虛、實等，除了符合中醫之病理機轉，也比較符合現代疾病分類學原則。若進一步以臟腑辨證論述說明，則腎藏精，主生殖，為先天之本。腎又為元陰元陽，是人體生長發育之根，臟腑機能活動之本，如有耗傷，則諸臟皆病。更年期雖然不算是耗傷，然而“七七，任脈虛，太衝脈衰少，天癸竭，地道不通，故行壞而無子。”，表現出腎氣衰的證型，故腎虛為更年期症候群的根本病機。腎藏精，精化氣，腎精腎氣原為維持人體陰陽的本源。更年期由於腎氣漸衰，衝任虧損，精血不足，以致氣血陰陽失調，臟腑之間的相對平衡失調，而老年期的陰陽相對平衡尚未健全，因此產生許多臨床症狀。如月經紊亂，崩中漏下，腰背冷痛，浮腫，轟熱，面紅，心慌，多夢，盜汗等症狀。《姚克敏對經斷前後諸証的辯證思路及治療》

婦女以血為本，以肝為用，為臟腑氣血運行的樞紐，調節臟腑氣血陰陽之平衡。更年期時由舊的平衡向新的平衡過渡，若肇因於先天之精虛衰，或後天養生不良以致氣血不足，皆易產生肝之疏泄失常，肝血不足之證，常見月經或先或後，或多或少，以致經斷，肌肉拘急痙攣，轟熱，煩躁易怒，胸悶，脅痛乳脹，多愁善感，憂鬱，眩暈，耳鳴目脹，太息，當肝疏泄氣機不暢時，症或見大怒，或見抑鬱，當肝氣鬱結，則症見暴躁易怒，頭暈脹痛，驚悸失眠，月經失調等症。

脾胃為後天之本，氣血生化之源，脾胃健運，氣血生化有源，水穀之精充盛，上注心肺，化赤為血；散精於肝，肝體得濡；下注於腎，補益腎經。凡其源源而來，生化於脾，總統於心，藏受於肝，宣布於肺，施泄於腎，以灌溉一身，在婦人則上為乳汁，下歸血海而為經脈。但使精氣無損，情志調和，飲食



得宜，則陽生陰長，而百脈充實，又何不調之有？苟不知慎，則七情之傷為甚，而勞倦次之。又或為慾不謹，強弱相陵，以致衝任不守者，亦復不少。此外則外感內傷，或醫藥誤謬，但傷營氣，無不有以致之。凡人有衰弱多病，不耐寒暑，不勝勞役，雖先天稟弱者常有之，然有以氣血方長，而縱情虧損，或精血未滿，而早為斲喪，致傷生化之源，則終身受害《景岳全書·婦人規》。故知婦女一生的月經，生殖，胎孕，哺乳等，都需脾胃之營養；當隨著年齡的老化，脾胃化源功能衰退，氣血虛衰，而“五七，陽明脈衰，面始焦，髮使墮”，若脾胃功能原本不佳或上述諸多調養不良的話，則更會加更年期腎氣漸衰本質外的精血不足，當然以氣血陰陽失調表現，臟腑之間失衡症狀就更為明顯。氣和血互相依存，相互影響，若產生氣滯血瘀的病機時，則症見心煩，胸脅脹悶疼痛，性情急躁，健忘，不寐，多夢，甚者謔言妄語。若進一步肝脾兩臟不和，則症見腹脹，納呆，噯氣惡心，二便不調，面目浮腫。

程鍾齡的《醫學心悟》：「是知脾腎兩臟，皆為根本，不可偏廢。---，以命門之火，可生脾土也。---，以飲食之精，自能下注於腎也。須知脾弱而腎不虛者，則補脾為亟。腎弱而脾不虛者，則補腎為先。若脾腎兩虛，則并補之。」(19)。李中梓也認為脾腎不應絕對分隔，脾腎兩臟彼此具有相贊之功。李氏認為脾胃具土德，若脾土安，則肺金自強，金實水源，土不凌水而水能輸精以益腎，俾腎愈安，也就是脾安能益腎。腎兼水火之性，腎安則水不挾肝木上泛而凌土濕，火能益土，運行而化精微，俾脾益愈安，此則腎安亦能益脾。(20)

近代《中醫學研究》王大增更清楚論述五臟病理機轉之關係：本病之本，雖在腎，而其標在心，在肝，在脾，尤以心肝更為突出，從本病的主要和常見症狀而言，例如發熱汗出，心煩，易怒，失眠等，均為心肝火旺之症，而神疲乏力，納呆等又為脾虛之症，因之其標在心，在肝，在脾，心腎水火既濟，肝腎乙癸同源，脾腎則為先後天關係。腎陰虛水火未滋，水不涵木，出現心肝火旺之症，腎陽不足引起脾運失常，出現脾虛，說明心肝脾與腎的關係，治療上有肝腎，心腎同治，但應以治心，肝，脾為主。在哈荔田婦科醫案治選中提到更年期症候群中醫心理方面的病理機轉：女子到停經年齡由腎氣衰，天癸竭，全身機能相對減弱，本症發病與否的內在條件，與其人精神狀態等因素有關。而整體而言，主要由於患者稟賦不足，或久病失養，兼之七情所傷，飲食失節，勞倦失度，或外邪侵擾等因素，從而導致臟腑功能失和，進一步損傷衝任，而個人隨上述各種不同的背景因素，在腎氣逐漸虛衰的過程中，產生各式各樣不同的更年期症狀。綜合上論可知，腎精源於先天，養於後天，先天之精，得後天氣血之養，脾胃為資血之源，而調養腎氣以安血之室，更年期雖源於脾，根於腎，但皆是發於肝，肝之藏血疏泄功能失常而致，而產生諸多生理、心理的

症狀。

## 更年期中醫辨證論治

### 證治分型

#### (一) 腎陽虛的辨症指導原則

1. 症狀特點：腰膝部位酸痛或疼痛寒冷，形寒肢冷，精神萎靡，小便清長，夜尿頻數，性功能下降，或面浮肢腫，或經行量多，或崩中漏下，經色淡黯，舌淡，苔薄白，脈沉細弱。
2. 症狀分析：腎陽虛憊，命門火衰，失於溫煦，故腰背冷痛，形寒肢冷，精神萎靡。腎陽不足，不能蒸騰水液，氣化無力，則小便清長，夜尿頻數。水濕內停，泛溢肌膚則面浮肢腫。腎虛，封藏失職，衝任不固，不能制約經血則月經量多或崩中漏下。舌淡，苔薄白，脈沉細弱皆腎陽虛衰之證。脾腎陽虛的主要症狀有：除腎陽虛諸症，尚可見面肢浮腫、水腫明顯，食少，皖腹作脹，倦怠乏力，便溏。心腎陽衰虛症：除腎陽虛諸症，尚可見心悸，水腫，胸悶。肝腎不足症：除腎陽虛諸症，尚可見潮熱，盜汗，失眠，咽乾，健忘，口干，目乾澀。

上述症狀常有輕重之分，除此之外，因腎陰與腎陽之間往往相互影響，在疾病發展過程中，若腎陰虧損長期不得改善，常可影響到腎陽，而導致陰陽兩虛，亦即"陰損及陽"；相反若是腎陽虛損長期不得改善，也可變化為陰陽兩虛，這情況又稱為"陽損及陰"。

#### (二) 腎陰虛的辨症指導原則

1. 症狀特點：焦慮，潮熱、盜汗，頭暈或耳鳴，腰膝酸軟，骨節酸痛，皮膚瘙癢，或有蟻行感，月經後期先期不定，月經量少或量多，舌紅少苔，脈細數。肝腎陰虛症：除上述諸症，尚可見頭痛、性功能減退、目乾澀、月經不調或陰部乾澀。  
心腎陰虛症：除腎陰虛諸症，尚可見心悸，健忘，失眠，多夢。陰虛陽亢症：除腎陰虛諸症，尚可見急躁易怒，眩暈，頭痛，心悸，失眠，便秘，溲赤，目乾澀，口苦，陰道發炎瘙癢。

註：( 焦慮=心火上炎，焦慮+失眠 or 潮熱=心腎不交，易怒+目乾澀=心肝火旺 )

2. 症狀分析：腎虛精虧，不能生養骨髓，故腰膝酸軟，骨節酸痛，頭暈健忘。耳竅失養，故耳鳴耳聾。轟熱汗出，五心煩熱，是陰不維陽，虛陽上越月

經後期先期不定，月經量少或量多，是腎陰虛衝任失調。皮膚瘙癢，或有蟻行感，或皮膚乾燥，是陰虛血燥生風。”腎陰虛的臨床表現，有虛而有熱的特徵，多見肝腎陰虛、心腎陰虛或肺腎陰虛。”

值得一提的是，潮熱、盜汗是更年期時所較特有的症狀，在”中藥新藥臨床研究指導原則”書中的 79 種病證評估的問卷(包括氣虛、腎陰虛、腎陽虛、血瘀等病證評估問卷)，潮熱、盜汗僅在腎陰虛問卷列入診斷標準。另外馬建中教授所著中醫診斷學中，潮熱、盜汗的證候診斷，亦僅歸類為陰虛，如在氣血辨證的論述：”陰虛，主要是津液虛，虛而有[燥熱之象]，出現面紅升火-----等內熱或陽亢之症。”在臟腑辨證的論述：”心陰虛者，多與腎陰虛者的症候同時并見。----同時有五心煩熱、升火、盜汗-----。””肺陰虛的臨床表現，咳嗽的特點是乾咳少痰-----，以及顴紅、潮熱、盜汗等-----。”除此外其他章節的辨證論治都未出現潮熱、盜汗的症狀，可見只要出現潮熱或盜汗一症，即可顯示出更年期婦女處於陰虛或腎陰虛的辨證論治特點。

### (三) 肝氣鬱結的辨症指導原則

1. 症狀特點：主要表現在精神抑鬱或氣機不調等方面，在精神情志方面以證見精神抑鬱、易怒急燥為主。在氣機不調方面以證見胸脅脹痛、胸悶為主。
2. 症狀分析：若肝氣橫逆，侵犯脾胃，稱做肝脾不和症，證見：胃脘脹滿或脹痛，胸肋脹痛，胸悶，食少。若肝氣鬱結，而影響沖任證見：乳內脹痛。

### (四) 脾氣虛的辨症指導原則

1. 症狀特點：脾氣虛症是指脾胃氣虛、運化功能失調所致的症候，證見神疲懶言、體倦乏力、納呆便溏。本症多因飲食不節、勞倦、思慮過度，或先天稟賦不族所引起，可見於胃疲、瀉泄、水腫、慢性胃炎、胃下垂、慢性非特異性潰瘍性結腸炎等多種疾病。心脾兩虛症則脾氣虛症外，尚有心悸，失眠，頭暈，腹漲等症。脾腎陽虛則症見腰脊酸痛。四肢寒冷，倦怠無力，甚至俯仰不利，納呆便溏，或五更瀉，夜尿多或頻失禁，舌淡嫩，苔白潤，脈沈遲。肝鬱脾虛則證見脾氣虛症外，以脅肋脹滿為主，苔薄白，脈弦無力。
2. 症狀分析：素體虛弱，或憂思勞倦過度，或飲食失調，復傷脾氣，脾氣不足，衝任不固，故停經後出血。脾氣虛，故量少，色淡，質稀。氣虛，陽氣不布，故神疲肢倦。脾失健運，故食少腹脹。腎主骨，腰為腎之府，腎陽不足，命門火衰，筋骨，經脈失于濕煦，故腰脊酸痛不溫，甚至俯仰不利，兩膝冷痛，四肢寒冷，倦怠無力。火不生土，脾失溫煦，運化失職，故納呆便溏，或五更瀉，腎與膀胱相表裡，腎陽虛則膀胱氣化無力，故夜

尿多或尿頻失禁。舌淡嫩，苔白潤，脈沈遲均為脾腎陽虛之現象。若肝鬱脾虛則肝失條達，氣機不暢，故脅肋脹滿。苔薄白，脈弦無力，為脾虛肝郁之徵。可見於急慢性胃炎、消化性潰瘍、慢性肝炎、慢性結腸炎等多種疾病。

## （二）生活品質（Quality of Life）

生活品質指的是在生活中自認對其重要部分的滿意程度（陳永?, 2000；Oleson, 1990）；護理學家認為生活品質乃個人對幸福的感受以及對生活中自覺重要部分之滿意程度（Ferran&Power, 1995）。健康相關生活品質（Health Relative Quality of Life, HRQOL）是指個體對生活中受到健康而影響對其重要部分的滿意程度（Wilson, 1995）。生活品質可分成一般生活品質（Global QOL）與健康相關生活品質（Health-Related QOL）。健康相關生活品質強調因疾病、意外或治療所導致身體功能改變，進而影響個體心理、社會層面的改變，有別於一般生活品質其強調的是在所處環境的廣泛性、主觀判斷之生活滿意度。世界衛生組織生活品質小組（2000）指出個體對於疾病（disease）、失常（impairment）、能力障礙（disability）的主觀評量稱為健康相關生活品質（HRQOL）。人依其所處文化及價值觀，判斷其當前的生活環境以達到其生活目標、期望、標準、關心等的認知感受（陳，1998；陸，1998）。其範圍很廣，有：個體的身體健康（包括獨立生活的程度）、心理狀態（含括個人靈性/信仰）、社會關係及環境的互動影響等四大範疇的概念。本研究的健康相關生活品質強調生活品質不僅依健康狀態來獲得，健康相關的生活品質應該是一種個人在自己文化下的主觀感覺，此種感覺包括生活中醫療及非醫療的層面。

## （三）更年期生活品質量表

依照 Brook（1995）的方式將健康相關生活品質的量表分成三類：功能評估性測量（functional assessment measures）、一般性測量（generic or global measures）及特定疾病性測量（disease-specific measures）。功能評估性測量方式是評量個體因失能、殘疾而影響其日常生活活動與角色。一般性測量著重於一般的健康狀態，是從多向角度來描述整體健康相關生活品質之情形。特定疾病性測量則是用來測量某特定疾病狀況下所造成的特定影響，可被用來深入瞭解特定族群的情形，但因其所涵蓋的範圍較小不能做為不同族群間的比較（姚，1998），因此不適合直接引用國外版。更年期健康生活品質量表較偏重於一般性測量，但依更年期障礙症狀之輕重則應包含特定疾病性之測量。一個好的測量工具應具備：適切性（包括：客觀性、代表性、標準化）、信度與效度，才能真

正準確的測出我們所期望得知的資料。目前國內尚未建立更年期生活品質之量表，本研究所發展的本土性更年期生活品質專屬量表，是以心理計量學（psychometrics）為基礎的健康剖面法（health profile）所編製而成，雖然此法所編的量表沒有適當的理論根據，但因可獲得不同向度的個別數值，也就是可從多元角度來描述整體健康相關生活品質的狀況。量表的建構乃依據賴（2001）焦點團體訪談更年期婦女所收集的資料及分類，並以 WHOQOL-BREF 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷為主要架構下，進行問卷之編製，以發展出一有效測量更年期婦女生活品質之量表。

#### （四）測驗（test）

據 Stevens（1946）所言：「測量乃依據法則而分派數字於物體或事件上」。測驗是由測量（measurement）而來，測量是依照一定的步驟，使用數值來表示個體的特性。以人為測量的主體，稱之為測驗。人類社會、心理、行為等特質，不易被定義清楚的潛在變項（latent variables），需根據某學說或定義以被驗證及推論而導出，並以間接測量的方式來施測。

### 三、文獻查證與概念架構

綜觀國內外相關婦女停經的研究，可以發現不同學門在更年期研究上會有偏向自己有興趣的研究取向。因受本身所受學科涵養的不同，加上停經本身是個複雜的轉變經驗，牽涉到生理、心理、社會文化各方面的變數（張、陳，1993）。導致各學門對停經的詮釋也有所差異。為了揭開被視為神秘的更年期面紗，本研究主要以世界衛生組織生活品質問卷所列之範疇與層面將相關文獻探討內容，配合參考賴榮年（2001）將更年期健康生活品質分為四個範疇：生理、心理、社會關係、環境的互動」等四大範疇來解釋更年期更多層面的現象。（詳見表 1）

### 四、生活品質量表

採用 WHOQOL-BREF 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷（姚，2000），其涵蓋之範圍很廣，計有個體的身體健康（包括獨立生活的程度）、心理狀態（含括個人靈性/信仰）、社會關係及環境的互動影響等四大範疇。由受試者根據最近兩星期內生活領域的感覺、主觀經驗填答最接近的答案，採五點式 Likert 量尺。其有效樣本為 1070，包含台中、高雄、台北、台東地區，年齡為 17-89。信度部份，整體問卷的內在一致性達 0.92；各層面的 Cronbach's  $\alpha$  值介於 0.73-0.89；在內容效度部分採用皮爾森積差相關（Pearson correlation），

各題目與所屬範疇間之相關 r 值介於 0.45-0.82( $p < 0.01$ ), 各範疇間之相關 r 值介於 0.48-0.63 ( $p < 0.01$ )。建構校度, 採探索性因素分析, 可解釋變異量生理 51-81%, 心理 36-63%, 社會 53-77%, 環境 47-80%, 綜合 47-61% (姚, 2000)。

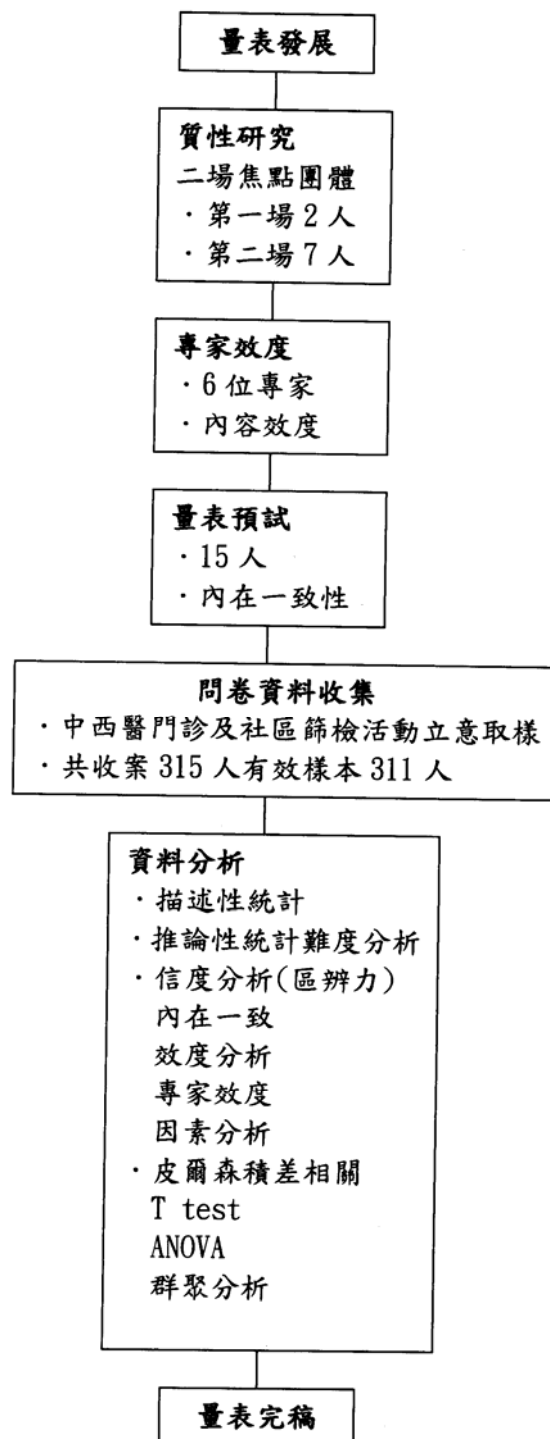
## 五、研究目的

縱合上述本研究的主要目的有：

- (1) 發展與測試為建立有中醫特色的中醫更年期生活品質評估量表。
- (2) 探討更年期婦女生理症狀對其生活品質之影響及與證型之間的關係。

## 貳、材料與方法

### 一、研究流程（圖二）



## 二、研究設計

本研究之目的在於發展與建立「中醫更年期生活品質量表」並檢測此量表的信、效度。研究工具的發展，分二大階段，第一階段為編製量表，第二階段是實際施測，以檢定量表是否具有信效度。

### (一) 量表編製過程

此節將說明本研究編製「更年期健康相關生活品質」問卷的過程，內容包括有 1.問卷的架構及題目內容，2.資料的收集，3.題目的分析及篩選，4.信度分析，5.效度分析，6.常模的建立。

詳細過程分述如下：

#### 1. 蒐集、分析文獻查證，擬定量表架構

綜合賴（2001）以焦點團體訪談更年期婦女對生活品質的看法，與國內外「健康生活品質」相關的研究架構與分類，發現大多數學者認為生活品質的概念是多面向的，WHOQOL-BREF 台灣簡明版所依據的範疇層次，可略知被測者的生活品質概況。(姚，2000)其範疇層次，簡化後包括四個範疇(domain)有：生理健康範疇、心理健康範疇、社會關係範疇與環境範疇，分二十六個面向(facet)。根據上述生活品質概念，擬定本量表之概念架構（詳見表 2）。

#### 2. 編製「更年期生活品質量表」的問卷的架構及題目內容：

此問卷以 WHO 對「健康相關生活品質」的定義為主，建構出此份問卷的理論架構，此架構共分為四個向度，分別為心理健康狀態、身體健康狀態（含自理層面）、社會健康狀態、及環境狀態。此份問卷的內容設計就以這四個向度為基礎，再加上受測者的綜合自我評估及個人的基本資料部份，故修正前的問卷共可分成六個部份，包括心理健康狀態（有 12 題）、身體健康狀態（有 20 題）、社會健康狀態（有 7 題）、環境狀態（有 10 題）、綜合自我評估（有 2 題）及個人基本資料（詳見附錄一的問卷）。

另外，此份問卷中每個向度下還包含次向度(sub-domain)，而問卷題目的設計就是以次向度所涵蓋的範圍為標準，編製符合此範圍的題目。例如在「身體健康狀態」向度上，分成 20 個次向度，有 1.疼痛(pain)、2.身體不適(discomfort)、3.體力(energy)、4.疲倦(fatigue)、5.病徵(symptoms)等，我們就以此七個次向度的範圍，來編製「身體健康狀態」向度的題目。



## (二) 更年期症狀 Menopausal Symptom

本研究以國人常見的更年期症狀、困擾為此變項內容，我國婦女常見的更年期症狀有：沮喪、煩躁、沒人愛、健忘、失眠、疲勞、背痛、關節痛、面毛髮增加、皮膚乾、皮膚癢、性慾減低、頻尿、行房時疼痛、陰道乾澀、潮紅盜汗、頭昏、頭痛等生理性症狀、心理性症狀與記憶性症狀。就被測者近兩週內的自覺感受為時間考量點。每位更年期婦女有其不同的感受，且症狀的多寡也會因人而異，全在於其主觀之感受。並依自覺感受症狀嚴重程度分無、輕微、中等、嚴重、非常嚴重五個程級計分，共 15 項，依症狀嚴重程度分：0 分為「沒有」此症狀，1 分為「輕微」，2 分為「中等」，3 分為「嚴重」，4 分為「非常嚴重」。

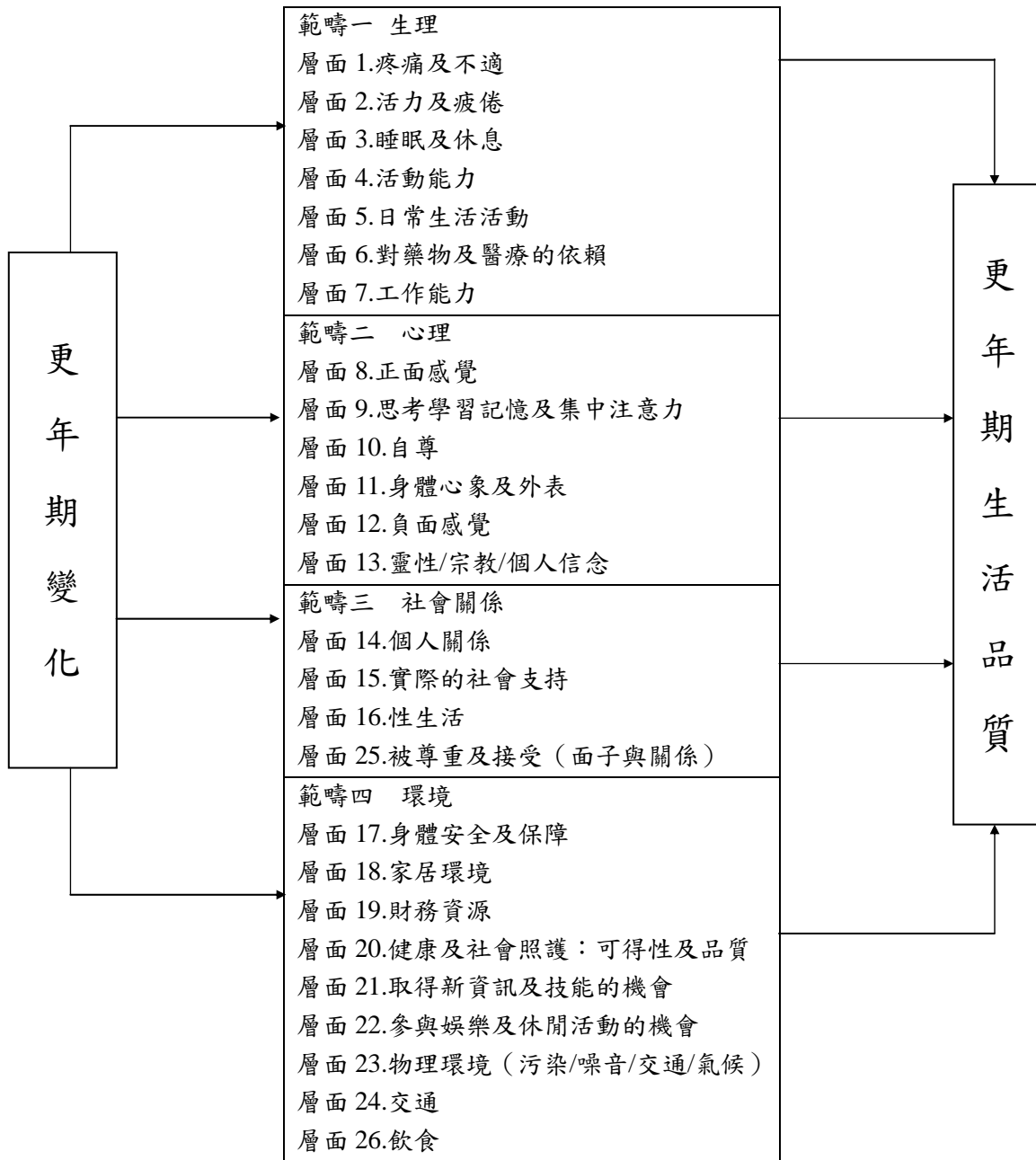
人的社會、心理、行為等特質，需以度量化的方法 (scaling methods) 來收集資料。Nunnally (1994) 曾指出：「量表選項的多寡會影響測量的準確度與可信度」。較少的點數雖可增加測量之一致性，但卻無法反映受測者真正的程度。因此決定測量點數的多寡需依研究的目的及研究對象的心智能力而定。WHOQOL-BREF 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷乃使用五點計分法，Comrey (1978) 也主張若以母數分析統計法分析量表資料時較適合採五點計分法。本量表係採用 Likert 於 1932 年所發展出來的李克氏量尺 (Likert scale) 的五點量尺，需假設各點間的距離相等 (equal interval scale)，及所有被測者對各點語詞的定義是共通的前題下，做統計運算與分析。本量表反向題有：第 3, 4, 26, 35-53 題，共 22，在計算各題得分前，這些反向題的原始分數需經轉換再予計分。若受測者有超過五分之一題數作答不完整或空白拒答，則以無效問卷作廢。WHOQOL 研究總部規定，WHOQOL-BREF 台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表至少需回答 23 題，(姚，2000)，本量表新加入 25 題，因此在第 29 題至 53 題之中需回答題數 21 題，始視為有效問卷。若某範疇內有規定題數以內的層面 (題目) 回答不全，則分數以此範疇內的其他題目的平均數來取代；若某範疇內有超過規定題數的層面 (題目) 回答不全，則此範疇的分數就不被計算；問卷內容分生理健康、心理健康、社會關係與環境四大範疇，各範疇總得分，再依該範疇總題數平均後，再乘 4 (姚，2000)，成為範疇分數 (domain score)，以利各範疇得分之比較。將各範疇總得分相加，此為整體生活品質之總分，分數範圍為 45-225 分，得分愈高表示生活品質愈好；綜合自我評估量表則保留原題數二題。本問卷初稿總題數共計 55 題 (詳見表 3)。

### • 更年期生活品質量表

目前國內尚未發展更年期中醫生活品質屬量表，因此本研究欲自行研發一份適合本土的更年期生活品質量表，形成初稿的過程共分兩大步驟，1.擬定量表概念架構；2.編製「更年期生活品質量表」的初稿題目。以下針對此兩大步驟做進一步描述。

### 1. 擬定量表概念架構

本量表主要以 WHOQOL-BREF 台灣簡明版為依據，綜合賴（2001）以焦點團體訪談更年期婦女對生活品質的看法，與國內外「健康生活品質」相關的研究，編製「更年期生活品質量表」(Menopausal woman's Quality of Life Scale)，包括四個範疇（domain）有：生理健康範疇、心理健康範疇、社會關係範疇與環境範疇，分二十六個面向（facet）。根據上述生活品質概念，擬定本量表之概念架構如圖二。



圖二、更年期婦女生活品質量表之概念架構註：

○代表潛在非觀察變項，□代表觀察變項之指標 (indicator)

## 概念釐清及質性研究

首先以質性研究的焦點團體法，邀請台北市某兩間市立醫院更年期病患，共舉辦二場座談會。第一次參與個案有 2 位（其年齡分別為 50 及 51 歲，平均年齡為 50.5 歲），第二次參與個案有 7 位（其年齡從 47-56 歲，平均年齡 51.5 歲），共計 9 人，平均年齡為 51.3 歲，停經 5 年以內有 6 位，停經 5 年至 10 年之間的有 3 人。自然停經者 5 位，平均 52.5 歲，手術停經者 4 位，平均 50.2 歲。其因為更年期相關的症狀，從無症狀，輕度症狀，以致於嚴重到需每日藉助醫療幫助的婦女都有，都曾受過教育而且識字，表達能力皆適切。雖有家庭主婦及職業婦女的不同，但都無經濟上的窘境，其尋求醫療的方法有中、西醫之不同，停經方式有自然停經及手術停經，皆已婚，除了一位已離婚外，目前皆與先生同住，皆有子女且多已離家工作或結婚在外居住，而最重要的是，所有參與者都有高度表達的意願。會後將焦點團體討論的錄音資料轉譯成文字稿，並將內容加以分類整理。結果顯示：更年期婦女的「生活品質」，受到許多因素的影響，包括：生理健康、心理、社會關係、環境四大範疇的十七個面向。而這四個範疇的十七個面向，彼此之間息息相關，更年期的症狀除了生理範圍為其影響因素外，心理範疇亦可能為其影響生活品質的重要貢獻因素，至於生理、心理症狀的有無、輕重，除了兩者相關性甚高外，社會範疇是其重要的貢獻因素。這些因素與世界衛生組織生活品質小組所提出的架構相似，包括：生理健康、心理、社會關係、環境四大範疇（7）。上述結果可看出未來發展更年期疾病特殊生活品質問卷時採用「世界衛生組織生活品質問卷」架構之基礎，為一更全面涵括更年期婦女較真實的生活品質。

## 編寫題目決定量尺及預試

由作者按照文獻回顧、焦點團體的研究結果，與台灣版世界衛生組織生活品質問卷簡明版[8] 之內容比對，加入增補性的特定疾病題目（disease-specific items）。編寫出 35 個與更年期婦女生活品質相關的題目。由專家焦點團體逐題探討每題的合適性及重要性，以及與台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組之專家討論，最後共增加 25 題（如附錄一所示），連同原來「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」的 28 題（「世界衛生組織簡明版生活品質問卷」之 26 題及本土化 2 題），共有 55 題（如附錄二所示）。並依照林茂榮等（18）之研究結果，依據題目的類型來選擇量尺語詞，結果如附錄所示。將此 55 題版本之問卷，由台北市立陽明醫院婦產科門診的 15 名更年期婦女來填答，結果顯示：受訪者在填答問題時沒有困難，約需花費 32-38 分鐘，顯示此問卷在施測及難易上均在可接受範圍。

更年期疾病生活品質問卷之發展（縮減題目階段及最後版本問卷之信效度驗證）為了要瞭解受測者在每一個向度上對自己健康狀態的整體認知程度，我們在第三部份設計受測者自我的綜合評估題目共二題，我們要求受測者對自己更年期前後整體健康相關的生活品質的滿意程度做自我評估。

此外，本問卷較特別的設計是第三部份的更年期症狀問卷（21 題）、第四部分中醫證候診斷評估（19 題），共 40 題（見附錄三）。

另外本問卷也設計了——排序題（ranking），此題的目的是要了解受測者本身覺得其更年期症狀那一個最明顯。本題的排序項目主要包括更年期常見的症狀（中醫證候問卷）外，還要求受測者回答這些明顯的更年期症狀，是否對其生活上造成影響。

本問卷的第五部份「個人的基本資料」收集了受測者的基本資料，包括有受測者的性別、年齡、教育程度、職業、宗教信仰、婚姻狀況、停經狀態、目前患有哪些疾病及生活習慣等。此些基本資料有助於我們對受測者基本背景的了解及測驗結果的解釋。由於更年期其症候群的表現是多樣性的，不但涉及各個系統，也常因人而異，所以病患常到各科別診療，但也有部份病患僅因為年近更年期而把所有的症狀皆歸罪為更年期，所以為醫者更須將更年期疾病是否確為更年期問題而加鑑別診斷。由於本研究限於人力、經費之故，下列疾病的鑑別診斷，乃以問卷中詢問以茲鑑別。

此份問卷各向度的比重，是以生理及心理健康狀態為主，因為在有關的更年期研究中，多以此二個向度為理論架構，因此所佔的比重也較重，另外也由於 WHOQOL-BREF 台灣簡明版生活品質量表於社會、環境上的題目較完備，故新加題目於社會及環境所佔的比重較輕。問卷發展初期，先請同儕與相關心理老師針對量表初稿的措詞與描述用語提供意見，再請四位符合收案條件的更年期婦女，二人自填問卷，另二人以一對一訪談方式由研究者填寫問卷並徵詢個案對問卷內容用語的意見，作為問卷修改之參考。經修潤後，延請與本研究相關學者專家，一位是 WHOQOL-BREF 台灣簡明版生活品質量表研發小組主筆，一位是更年期心理專家，兩位是更年期學者，兩位是更年期臨床專家，共六位學者專家，就量表內容及文字表達敘述的流暢性、完整性、清晰性與適切性（姚、陳，1998），以三點評分法檢定，3 分表示適用，2 分表示需修改，1 分表示不適用；得分愈高表示該題目流暢性、完整性、清晰性與適切性愈高（詳見表 3）。以內容效度指標（Content Validity Index, CVI），作為專家內容效度的評定，用來確定量表之題目能否測量出研究所欲探討之目的。當專家評分為 2 分或 2 分以上之題目占整份量表的 80 % 以上（Lynn，1986），視為具有內容效度。再依專家的意見進行量表之修訂，完成之量表各向量分配（詳見表 4）。

## 「更年期生活品質量表」的預測

量表經專家效度建立後，以立意（purposive sampling）取樣的方式。各找出五名符合施測條件的更年期婦女共 15 人，進行預測信效度與收集實際施測時可能遇到的問題。以預試的結果，分別統計生活品質四大範疇（生理健康範疇、心理健康範疇、社會關係範疇與環境範疇）次量表與總量表的 Cronbach's alpha coefficient，以檢定量表各題目間的內在一致性（internal consistency），並預測正式臨床施測可能產生的問題。

## 四、研究對象

本研究的更年期婦女係指凡就診於中、西門診的更年期女性為研究對象，採立意取樣，以結構式問卷進行資料收集。共收個案數 315 人，刪除填答不詳問卷 4 份，共有 311 份有效問卷進行分析。當初編製此份問卷的目的最主要是要發展出一份適用於一般更年期婦女的健康相關生活品質問卷，因此理論上所使用的樣本須從台灣廣大母群中，以隨機取樣的方式選取出來，但由於研究經費的限制，並且研究時間不到 1 年，因此無法做到真正大規模的隨機取樣。故編製此份問卷資料的收集，是以居住在台北市，年齡介於 45-55 足歲（民國 36 年 2 月至民國 45 年 11 月出生者），無論是否月經已開始不規則或停經（包括自然、手術和早發性停經），之有意願參與的更年期婦女為受訪對象，受訪時間為 93 年 7 月至 9 月兩個月，共發出 315 份問卷，回收的有效有效問卷 311 份。

### （一）收案來源及收案數

樣本的收集貴在具代表性而非大量性，在有限的資源內，樣本的大小依經驗法則：樣本數至少大於變項數的五至十倍，若以生活品質 26 個面向為變項，至少需樣本數 100 人。本研究收集分別由社區及醫院。透過行政協商的程序，徵得院方及社區衛生單位同意，配合衛生所子宮頸抹片及乳訪篩檢活動的更年期婦女 315 人。

## 五、資料統計與分析

### （一）檢驗問卷信效度

依據姚開屏（1998）的「如何編製一份問卷：以『健康相關生活品質』問卷為例」是從古典測驗理論的角度，以及心理計量的觀點來說明測量工具的信度與效度。發展測量工具，必須考慮其可靠性與能否真正達到所欲測量的行為特質，故考驗問卷的信效度是極為重要。當資料收集完成後，需進行下列步驟：

### 1. 描述統計 (descriptive statistics)

藉由描述統計的結果可以了解許多有關問卷內容的訊息，以作為選題或刪題的初步指標。描述統計分析包括各題目 (變項) 的：平均數、中位數、眾數、標準差、變異數、峰度、偏度、與各題目間之相關。

### 2. 難度分析 (item difficulty analysis)

「難度」是以答對或通過人數的百分比來定義 (Anastasi, 1988)，若以李克氏多點量尺的題型而言，一個好的題目其受測者回答的平均值接近於量尺的中點 (姚, 1998)。本量表採五點量尺，當某題目的平均值趨近 5 或趨近於 1 時，表示此題目無法有效的區分受測者，宜考慮修正或刪除此題。

### 3. 信度分析 (reliability analysis)

在某一問卷所欲測量的行為特質中，一個題目能辨別出兩個或兩組受試者間的差異程度謂之區辨力 (item discrimination) 即信度 (reliability)。在李克氏多點量尺的型式，常用的區辨力指標 (index of discrimination)，為皮爾森相關法 (Pearson correlation)，其中最常用來評估量表內一致性的指標是 Cronbach's alpha coefficient。一般而言，問卷各向度 Cronbach's alpha 值最好大於 0.8 以上。某題分數與問卷總分的相關性高達某一程度，表示此題與整份問卷的特性是一致的；如果刪去某一題後，該向度整體的 Cronbach's alpha 值上升，則此題目將考慮刪除。反之如果刪除某題後，整體的 Cronbach's alpha 值下降很多，則表示該題目與整體向度具有一致性，應該被保留於問卷中。另一指標為折半信度 (split half reliability)，乃將各向度的奇數題，偶數題分開，並分別統計奇、偶數題的得分相加求得總分後再比較兩組之相關。

### 4. 效度分析 (validity analysis)

本問卷使用 (一) 專家效度、(二) 因素分析，來檢測量表的效度。因素分析主要目的有二：

1. 經由分析題目間的相關性，尋找使用較少的因素來解釋題目變項間的關係。本研究採用反覆性主因子 (iterated principle factor) 法，並用斜交轉軸法 (oblique rotation) 中 prom ax 方法，以求出四個面向 (因素) 個別的解釋變異量，若解釋變異量愈高，代表因素間的相關性愈高。
2. 因素分析可做題目的篩選，了解題目彼此間是否具有同質性 (homogeneous)，若具同質性，表示某因素影響此組 (面向度) 題目，這些題目可被考慮編入問卷中。運用探索性因素分析 (exploratory factor analysis) 以了解因素之個數、結構與性質。

(三)問卷內容：更年期婦女生理症狀與生活品質的多變量分析思維是以

(1)首先，將問卷中之症狀題目群組作探索性因素分析(extraction factoring method)，觀察結果收斂至幾個主要症候群，(2)緊接著，以此症候群 group 來對所有受試者作集群分析，觀察結果獲得 3 個主要分群 (cluster group) 第一群個案數為 137 人，第二群個案數為 104 人，第三群個案數為 66 人。

集群分析：根據變項來計算觀察體間的相似或相異性，其中，集結方法將以華德最小變異法 (Ward's minimum variance method)：其目的是希望合併後集群內的聯合組內變異量 (用離均差平方和代表， $SS = \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^m (x_{ij} - \bar{x}_i)^2$ ，其中 i 代表變項，j 代表觀察體) 達到最小，集結的步驟為：

1. 將每個觀察體視為單獨一個集群，計算其組內變異量，此時為 0。
2. 分別計算 N 個觀察體與其他某一個觀察體合併時的組內變異量，取其變異量最小者的兩個觀察體合併為一集群，並視為一個觀察體，此時觀察體數為 N-1。
3. 分別計算 N-1 個觀察體與其他某一個觀察體合併時的組內變異量，取其變異量最小者的兩個觀察體合併為一集群，並視為一個觀察體，此時觀察體數為 N-2。
4. 重覆上述的步驟，直到所有觀察體合併成一個集群。

而分析方法將運用兩階段式的集群分析：即先用階層法決定集群數，再用非階層法進行分群。非階層式的集群分析最常用的是 k 平均法 (k-mean method)，其步驟如下：

5. 依預先假定的集群個數 k，設定 k 個種子點 (seed)。
6. 計算每個觀察體到各集群形心的距離，並將其分派到最近的一群。
7. 重新分派每個觀察體到適當的集群，直到達到事前訂定的停止標準為止。
8. 重覆步驟 2、3，直到無法重新分派為止。

(3)再以此 cluster group 作為獨立變項，分析在 WHOQOL 原 28 題四至六個層面之差異性以變異數分析 (ANOVA) 呈現，觀察其結果是否具有統計上之顯著意義。

(4)最後以此三群作為 independent var，並以增加題目作為一個面向，分析其差異，觀察其結果是否原 WHOQOL 原 28 題四個層面之差異性。



#### (四) 其他資料處理與分析

##### 1. 描述性統計：

- 各項個人因素的變項以次數分佈 (frequency distribution)、百分比 (percentage) 呈現，以瞭解有效樣本的背景變項的分佈情形。(詳見表 5)
- 以平均值 (mean)、標準差 (standard deviation) 瞭解更年期婦女生理症狀、醫療處置方式與生活品質之等距變項之整體趨向。

##### 2. 推論性統計：

- t 檢定 (t-test)、單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 檢定個人因素和更年期婦女生理症狀、醫療處置方式與生活品質的差異，以 Sheff's 進行事後比較檢定。(詳見表 6.7)
- 皮爾森積差相關 (Pearson product moment correlation) 檢定更年期婦女生理症狀與生活品質的相關性。  
檢定更年期婦女生理症狀與醫療處置方式的相關性。  
檢定更年期婦女生理症狀的處置方式與生活品質的相關性。

#### (五) 資料收集處理

本研究在 2004 年 7-9 月間進行資料的收集，問卷採自填的方式進行。參與者必須能夠看的懂及聽的懂問卷。回答問卷之時間參考點是以參與者受訪時間為基準，最近兩個星期的感受來評斷自己的生活品質。在計算各題得分前，這些反向題的原始分數需經轉換再予計分。若受測者有超過五分之一題數作答不完整或空白拒答，則以無效問卷作廢。WHOQOL 研究總部規定，WHOQOL-BREF 台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表至少需回答 23 題，(姚，2000)，若某範疇內有規定題數以內的層面(題目)回答不全，則分數以此範疇內的其他題目的平均數來取代；若某範疇內有超過規定題數的層面(題目)回答不全，則此範疇的分數就不被計算；本研究依據「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」之發展及使用手冊所述決定有效問卷，處理資料的缺失及轉換反向題目的分數。然後，將各範疇內每個題目的分數加起來之後，除以各範疇之題數，然後乘以 4 即可得到「更年期疾病特殊生活品質問卷」各範疇的分數。得分愈高表示生活品質愈好。所有的資料乃是採用 Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 視窗 12.0 版本來進行各種統計分析。

##### 1. 缺失值處理方式：

315 人，有 missing data 部分，1.WHOQOL-BREF 部分，依 WHOQOL 要

求方式回補，已完成。2. Menopausal rating scale，失眠、憂慮、焦慮比照同一人於 WHOQOL 中同一型問題分數回補，至於陰道乾澀等題 missing 者，則刪除。依此原則，最後共 311 人進入分析，所有反向題已調整好，即可直接加總分數。

#### (六) 題目選擇之方法與標準

採用下面幾種分析方法來篩選：1. 更年期特定題目之各個題目必須與其假設所屬範疇之相關性高於其他範疇的相關性，且皮爾森相關係數  $r$  必須大於 .40 來表示。2. 更年期特定題目應該要與「整體生活品質」及「整體健康評價」兩個一般性題目相關。3. 題目平均數必須在 2 與 4.5 之間，題目之變異數必須大於同層面內原核心題目中最大的變異數。4. 求出題目所在層面的內部一致性 (Cronbach's  $\alpha$ )

及刪除該題目後的內部一致性。若刪除該題目後  $\alpha$  值反而比整體  $\alpha$  值高的話，則表示此題目不是一個好的題目。

## 參、結果

### (一) 描述統計 (descriptive statistics) 資料分析：

當我們資料收集完成後，分析資料的第一步必須做的是描述統計的分析，包括求各變項/題目的平均數、中位數、眾數、標準差、變異數、峰度、偏度，以及各變項/題目間之相關等。我們常會忽略描述統計的重要性，而直接做推論統計的分析，但實際上描述統計的結果可提供很多有關問卷內容的訊息，因此當在分析資料初期，我們仍應先做描述統計的分析，以了解各題目的特性。例如：用李克氏 5 點量尺 (回答 "5" 為完全不符合，回答 "1" 為完全符合) 的題目為「陰道發炎 (陰道搔癢或疼痛、白帶、分泌物有異味等)」，所有受試者回答此題的平均分數為 4.58，標準差為 0.62，這表示所有的受測者幾乎傾向回答完全沒有或輕微，且分佈很集中，這表示此題目的性質很難反映出受測者陰道發炎嚴重的情形。考慮刪題。

### (二) 難度 (item difficulty) 分析：

所謂「難度」是以答對或通過人數的百分比來定義 (Anastasi, 1988) — (33)。一般而言，試題難度的分析有很多種方式，李克氏多點量尺型式：如果問卷使

用的量尺為此種型式，則我們可先找出此量尺的難度比較標準，也就是先算出此量尺之中點值。一個好的題目應該受測者回答的平均值接近於量尺中點值，若題目平均值太接近於量尺的兩個極端值時，表示此題目無法有效的區分受測者。以「健康相關生活品質」問卷為例，此問卷所使用的量尺為五點，所以當某一題目的平均值趨近 5 或趨近於 1 時，就表示受測者傾向回答題目的某一邊，而另外一邊幾乎沒有人回答，因此題目沒有區分性，並不適合被選用。李克氏五點量尺根據題目的難度，題目難度的比較標準為 3，分析的結果如果題目的平均數過高（大於 4.5）或過低（小於 1.5）將被考慮刪除。36 至 53 題為表現健康狀態（health status）的症狀題目，如「睡眠問題（難以入睡，失眠，早醒）」平均分數為 4.01，標準差為 1.08，身心疲憊（精力減退、記憶力減退、注意力減少、健忘）平均分數為 3.77，標準差為 0.87，性問題（性慾降低、性生活滿意不足）平均分數為 4.17，標準差為 1.00，關節肌肉不適感（關節疼痛，風濕性疾病）平均值為 4.02，標準差為 0.97，身材改變，眼睛乾澀分別為 4.11 及 4.04 外，其他症狀題目其平均分數為 4.21~4.45 之間（詳見表 8），表示這些受測者沒有此題目所要問的行為或特質，因此我們應考慮刪除這些題目。其他以健康相關生活品質（health related QOL）所加的題目為 29~35 題，除了第 32 題「您與家人的關係愉快嗎？」平均分數為 3.87，標準差為 0.69，第 35 題「您擔心自己的外表或外貌改變嗎？」平均分數為 3.89，標準差為 0.90 較差外，其他題目平均數（其值為 3.14~3.61）及標準差（其值為 0.6~0.8）等指標上都為不錯的題目，一個好的題目我們希望它的各選項受測者皆能比較平均的選取，所以像上述的題目將會被視為不是很好的題目，有可能會被考慮刪除或修改題目的內容。當然一個題目的好壞不可以只憑單一指標來選取或刪除，必須綜合評估幾個指標後，才能進行篩選。

### （三）信度（reliability）：

分析在某一問卷所欲測量的行為特質中，一個題目能辨別出兩個或兩組受試者間的差異程度謂之區辨力（item discrimination）即信度（reliability）。在李克氏多點量尺的型式，常用的區辨力指標（index of discrimination），為皮爾森相關法（Pearson correlation），因為「更年期健康相關生活品質」問卷是用五點量尺的形式來評量，所以題目的區辨力是以皮爾森相關性的高低為指標。我們分開各向度來分析，分別求出每一題目與該向度總分的相關，看該題是否有區辨的能力。例如此份問卷健康狀態的第 45 題，題目為「陰道乾澀（陰道乾澀、灼熱感，性交困難）」，此題與整體生理範疇總分的相關非常低，這表示此題目與整體生理範疇總的走向是不一致的，也就是說，此題區辨力低。生理範疇新加 14 題中，除了第 38 題睡眠、第 42 題身心疲憊兩題通過外，其他題目皆未達

0.4 以上的區辨力。心理範疇新加 7 題中，除了第 35 題擔心自己的外表或外貌未通過外，其他題目皆達 0.4 以上的區辨力。社會範疇新加 3 題中，除了第 43 題性生活未通過外，其他題目皆達 0.4 以上的區辨力。環境範疇新加 1 題中，達 0.4 以上的區辨力（詳見表 9）。

#### （四）考慮題目的重覆性及問卷的精簡程度：

有一些題目看起來似乎是在問同一件事情，而分析他們之間的相關也非常的高，例如第 38 題『睡眠問題（難以入睡，失眠，早醒）』與第 16 題『您滿意自己的睡眠狀況嗎？』，此兩題相關達 0.64，這表示此兩題所問的內容很相似。第 43 題『性問題（性慾降低、性生活滿意不足）的嚴重程度』與 WHOQOL 第 21 題『您滿意自己的性生活嗎？』雖亦有雷同之述之情形，基於先前研究性生活並未特別影響更年期婦女生活品質及此題填答意願不高且未達 0.4 以上的區辨力，故同意刪除新加的第 38 題及第 43 題。

綜合上述的分析列於表 9，並將原新加題與刪減後新加題列於表 10，定稿後問卷最常用來評估量表內一致性的指標是 Cronbach's alpha coefficient。首先先看表 10 WHOQOL-BREF Taiwan Version 在本研究更年期婦女族群中，除了社會層面 Cronbach's alpha 值 0.78 外，其他三個範疇之 Cronbach's alpha 值皆大於 0.8 以上皆呈現與問卷總分的一定程度高相關性，表示此題與整份問卷的特性是一致的，大致上看起來世界衛生組織生活品質量表台灣簡明版(WHOQOL-BREF Taiwan Version) 是一個合適測量更年期婦女生活品質的問卷。除了生理範疇新加的症狀題目刪除後，整體的 Cronbach's alpha 值由 0.83 下降至 0.79，顯示新加題目與整體向度具有一致性，然而由於其未通過難度及信度的檢測，仍決定予以刪除。其他新加的題目，由表中可看出各別新加的題目因為刪除後，整體的 Cronbach's alpha 值下降的情形，顯示新加題目與整體向度具有一致性，應該被保留於問卷中。另外將定稿之更年期婦女生活品質的問卷依生、心理、社會及環境各範疇與 WHOQOL-BREF Taiwan Version 做相關，利用 Pearson r 求得兩份問卷之範疇的相關性，結果顯示所有的範疇都具備高的收斂效度介於 0.96 至 0.99 之間（表 11.12）。

#### （五）效度分析：

在效度分析方面，我們採用 1.專家效度、2.因素分析，做為我們探討效度分析的方法。

##### 1. 專家效度：

我們另外編製一份測量專家效度的問卷，請五位專家對此份問卷的每一個

題進行評估，評估的內容包括 A. 題目內容的「適合性」，即根據各向度的範圍，評估該向度的題目是否適合被歸於此向度的程度；B. 文字編排及內容的「流暢性」，即評估該向度內的題目唸起來是否流暢；C. 對該題給予評論。這五位專家以五點量尺的度量形式對各題作前述之適合性及流暢性的評估並對各題目給予建議。專家評估的結果認為，所有的題目在適合性及流暢性表現上皆「完全符合」或「大部份符合」，只有一些題目的文字內容需要修改或刪除。

## 2. 因素分析主要目的有二：

A、經由分析題目間的相關性，尋找使用較少的因素來解釋題目變項間的關係。本研究採用反覆性主因子（iterated principle factor）法，並用斜交轉軸法（oblique rotation）中 prom ax 方法，以求出四個面向（因素）個別的解釋變異量，若解釋變異量愈高，代表因素間的相關性愈高。B、因素分析可做題目的篩選，了解題目彼此間是否具同質性（homogeneous），若具同質性，表示某因素影響此組（面向度）題目，這些題目可被考慮編入問卷中。若用粗稿新加題與 WHQOL 題目一齊跑因素分析後，發現二個主要因子，分別為粗稿新加症狀題目、WHQOL 題目，顯示 WHQOL 題目主要相關於健康相關生活品質，而以問嚴重程度為主的粗稿新加症狀題目，主要是關於更年期婦女的健康狀態，顯見兩者並非測量同一向度。若以刪減後定稿新加題與 WHQOL 題目一齊跑因素分析後，分析結果大致能清楚的取出有四個因素，這四個因素可解釋 50.58% 的變異量，所抽取出的四個因素與原先我們編製問卷的理論架構是相同的，即為生理範疇（解釋變異量為 4.22%）、心理範疇（解釋變異量為 36.03%）、社會範疇（解釋變異量為 4.58%）及環境範疇（解釋變異量為 5.76%）四個因素。我們可計算這四個因素之間的相關性，發現更年期婦女之心理與生理、社會及環境範疇相關性皆高，另外，生理則除了心理外與社會與環境相關性較低。

通常因素分析的目的是用來檢驗當初對研究主題所建立的理論架構是否正確，如果分析所取出的因素不能反映原先的理論架構，則我們有可能要對原先建立的理論架構或題目進行修正及再分析。經以上的探索性因素分析（exploratory factor analysis）後，我們對四個因素之相關及性質有了更清楚的了解時，也再一次驗證我們新加題目的適合性。

「更年期生活品質問卷」題目篩選的結果列在表 8。題目與範疇之相關顯示：在 25 題新增題目中，題號生理範疇方面 36, 37, 44-53 共 12 題，心理範疇方面 35 及社會範疇方面 43，因為與假設所屬範疇之相關係數低於.40，且有些題目與假設所屬範疇之相關係數低於其他範疇，故上述題目未能通過測試。生理範疇新增第 42 題，「身心疲憊（精力減退、記憶力減退、注意力減少、健忘）」，雖然與生理範疇之相關係數高於.40，然而卻低於心理範疇之相關係數，

表示其於假設及其他範疇有較差的區辨，故亦未能通過測試。

與「整體生活品質」具有相關性的題目有 19 題。與「整體健康評價」具有相關性的題目有 24 題。通過平均數測試的共有 24 題。如表 9 所示之信度分析：「台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷」生理健康及心理範疇之 Cronbach's alpha 值分別為 0.76 及 0.79，社會關係範疇為 0.71，環境範疇為 0.83。在生理健康範疇中唯一通過假設的第 38 題「睡眠問題（難以入睡，失眠，早醒）的嚴重程度？」一題刪去後，此範疇的整體 Cronbach  $\alpha$  值會降低，因此，此題通過一致性的測試。在心理範疇中僅有第 34 題「您覺得能夠充分表達自己的想法嗎？」沒有通過測試。在社會關係範疇中的三個新增加的題目中，除了 43 題未能通過相關性及一致性的測試外，其餘二題都通過此項測試。在環境範疇中僅新增第 30 題一題「您滿意自己運用空閒時間的方式嗎？」皆通過相關性及一致性的測試。在生理健康範疇第 38 題「睡眠問題（難以入睡，失眠，早醒）的嚴重程度？」；心理範疇選擇出第 39 題「心情憂鬱（失落感，悲傷，想哭，缺乏動機，情緒多變）的嚴重程度？」，第 40 題「易怒（神經質，內心緊張，攻擊性的情緒）的嚴重程度？」，第 41 題「焦慮（內心不安，慌恐）的嚴重程度？」由於 WHOQOL-BREF 中已有相關性高的題目，且基於題數精簡的原則予以刪除。

綜合各項分析結果在生理健康範疇沒有選擇出任一新加題；心理範疇選擇出第 31 題「您滿意自己做決定的能力嗎？」，第 33 題「您如何評價您的記憶力？」；社會關係範疇第 29 題「您滿意自己提供或支持他人的能力嗎？」，第 32 題「您與家人的關係愉快嗎？」二題及環境範疇第 30 題「您滿意自己運用空閒時間的方式嗎？」加入最後版本的「更年期生活品質問卷」，生活品質題數：由原整體範疇 2 題，生理、心理、社會及環境範疇 26 題，共 28 題，新加入上述 5 題，共 33 題（詳見附錄四）。

第三部分更年期中醫證候問卷，第 1 題「您覺得您最近的食慾如何？」，除了要觀察前後一段時間，腸胃功能的改變、治療的不良反應及療效外，橫斷面的調查研究宜刪除。第 6 題「您覺得自己臉色蒼白或萎黃嗎？」，為判斷氣血虛弱的證型，由於有脾胃氣虛，心血虛等八綱與臟腑辨證結合的題目可區辨，故予刪除。第 11 題「您感到口乾舌燥嗎？」，及第 12 題「口渴時您喜歡飲用那一種開水？溫水、冷水、冰水」，為十問中的第五問：口渴且大量飲水的多屬熱，口渴而不想飲水多屬寒、屬虛；喜熱飲的屬有因濕熱、有因虛寒或因痰滯的屬裡熱渴裡寒或濕寒。此兩題固然與更年期中醫證候問卷中的各個題目搭配可分辨一些證型，但也是太過於細分，而一方面並非更年期症候群主證，且質性研究時亦沒有提到其影響更年期婦女的生活品質，因為考慮精簡題目，故刪除。

若為了做大數量的更年期婦女的生活品質調查，則因為足夠檢力之故，可考慮放入問卷中。

第 13 題「您有口苦的情形嗎」，由於受測者多認為沒有（162 位）或輕微（122 位），顯見更年期婦女沒有發生這類的現象，原本設計此題目的原意為，評估膽氣上溢，屬於十問中的第五問的一個問項，初衷認為肝膽互為表裡，既然更年期婦女許多文獻都提及肝鬱的證候，且加味逍遙散又為常用疏肝的有效方，則可能膽氣病症及小柴胡湯證亦會併存於更年期婦女的症候中，然而本研究的確證實肝鬱的證候與更年期婦女的生活品質相關，而第 13 題研究結果顯示沒有區辨力，故刪除。

第 14 題「您的排便習慣為何（可複選）？」，及第 15 題「請勾選出符合您的糞便的型態（可複選）」，為十問中的第四問：在大便方面，便秘而兼見潮熱、口渴，腹部脹滿，是實證熱證，便秘腹不脹痛為虛症；大便先乾後溏，為中氣不足；便稀，可看到食物殘渣的為寒瀉；稀便、腹瀉、腹痛、四肢冰冷是裏寒證；先硬後軟不是真硬，或因脾虛有濕，需結合脈證來判斷。此兩題固然與更年期中醫證候問卷中的各個題目搭配可分辨一些證型，但因此則太過於細分，而一方面並非更年期症候群主證，且目前的研究亦未提到其影響更年期婦女的生活品質，因為考慮精簡題目，故刪除。若為了做大數量的更年期婦女的生活品質調查，則因為足夠檢力之故，可考慮放入問卷中。

綜合各項分析結果，第 6 題「您覺得自己臉色蒼白或萎黃嗎？」刪除。第 1 題「您覺得您最近的食慾如何？」為觀察前後一段時間，腸胃功能的改變、治療的不良反應及療效的縱貫性研究的選項備用題。第 11 題「您感到口乾舌燥嗎？」，及第 12 題「口渴時您喜歡飲用那一種開水？溫水、冷水、冰水」；第 13 題「您有口苦的情形嗎」；第 14 題「您的排便習慣為何（可複選）？」。為大數量的更年期婦女的生活品質調查，可考慮細分各類證型，則考慮放入問卷中。由原粗稿第三部份更年期症狀問卷（21 題）、第四部分中醫證候診斷評估（19 題），共 40 題，化裁合併為第三部分更年期中醫證候問卷，共 34 題。（詳見附錄四）。

## 肆、討論

本研究所設計第三部分之更年期中醫證候問卷，透過聚類分析 (Cluster Analysis)，而產生症候群 1~6 的六種症候群組，經由中醫臟腑辨證的理論，加以分析，又分別可歸類為肝、腎、脾三臟的病證：症候群 1 為肝病證，症候群 2-症候群 5 為腎病證，症候群 6 為脾病證。症候群 3、4、5 又以產生實質的身體變化為表現，症候群 3 為膀胱生殖系統的變化，症候群 4 為肌肉骨骼系統的變化，症候群 5 為皮膚系統的變化。大體而言，符合更年期中醫辨證的假說。(詳見表 14)。

症候群 1 的症狀有焦慮，心情憂鬱，煩躁易怒，身心疲憊及睡眠問題。其中焦慮，心情憂鬱，煩躁易怒三症依中醫辨證類屬於肝的病證，至於身心疲憊及睡眠問題兩者在中醫雖分別類屬於氣虛及心血或陰虛的病證，然而脾虛肝鬱及肝腎陰虛是常與肝病證合併發生，以八綱氣血來分類的話只是表現出肝病證的氣分或血分，尚未到或僅輕微兩臟併病的程度。若以現代醫學則類屬於精神，神經症狀 (主要表現為焦慮、憂鬱，記憶力減退，注意力不集中，煩躁易怒)，顯見症候群 1 為本研究更年期婦女頗為一致的症狀群組 (詳見表 15)。

症候群 2 的症狀睡醒時上半身有腫脹，下肢腫脹的情形，心臟不適感，胸悶感，身材改變，手心與腳心容易發熱，潮熱，盜汗，頭暈及手腳麻木，依中醫辨證皆類屬於腎的病證。其中上下肢腫脹，手腳麻木，身材改變，三症偏屬於腎陽的病證，至於手心與腳心容易發熱，潮熱，盜汗，頭暈則偏類屬於腎陰虛的病證，以八綱氣血來分類的話表現較屬於腎病證的氣分或血分，尚未到或僅輕微兩臟併病的程度，以八綱表裏來分類的話，類屬於皮、脈、肉、筋、骨的脈的病證。若以現代醫學則類屬於心血管症狀 (包括血管舒縮症及心血管症狀)，顯見症候群 2 為本研究更年期婦女腎病證與心血管症狀頗為一致的症狀群組。(詳見表 15)

症候群 3 的症狀陰道乾澀，膀胱問題，性慾降低及陰道發炎，依中醫辨證亦皆類屬於腎的病證。其中陰道乾澀及陰道發炎，二症偏屬於腎陰虛的病證，至於膀胱問題，性慾降低則偏類屬於腎陽虛的病證，此處症狀已不僅止於氣分或血分，而是實質腎系統所屬的臟腑功能改變的程度，以八綱表裏來分類的話，類屬於皮、脈、肉、筋、骨的肉、筋部分的病證。若以現代醫學則類屬於泌尿生殖系統 (包括西方醫學解剖學上的腎、膀胱、子宮、陰道、卵巢組織及功能)，顯見症候群 3 為本研究更年期婦女腎病證與泌尿生殖系統頗為一致的症狀群組。(詳見表 15)



症候群 4 的症狀關節肌肉不適感，手腳麻木，身心疲憊，皮膚癢及眼睛乾澀，依中醫辨證亦皆類屬於腎的病證。其中皮膚癢及眼睛乾澀，二症偏屬於腎陰虛的病證，至於關節肌肉不適感，手腳麻木，身心疲憊則偏類屬於腎陽虛的病證，此處症狀已不僅止於氣分或血分，不過也尚未及於臟腑功能改變的程度，以八綱表裏來分類的話，類屬於皮、脈、肉、筋、骨的肉、筋及部分骨的病證。若以現代醫學則類屬於肌肉骨骼系統，顯見症候群 4 為本研究更年期婦女腎病證與肌肉骨骼系統頗為一致的症狀群組。(詳見表 15)

症候群 5 的症狀皮膚變薄的情形，皮膚有增加黑斑及耳鳴的情形，依中醫辨證亦皆類屬於腎的病證。其中皮膚變薄的情形，皮膚有增加黑斑，二症偏屬於腎陰虛的病證，至於耳鳴則腎陽、陰虛的病證皆可出現，以八綱表裏來分類的話，類屬於皮、脈、肉、筋、骨的皮病證。若以現代醫學則類屬於皮膚系統，顯見症候群 5 為本研究更年期婦女腎病證與皮膚系統尚屬一致的症狀群組。(詳見表 15)

症候群 6 的症狀乳房脹痛的情形，有腹瀉的情形，有胃痛或脅肋悶痛的情況，吃飽飯後有腹脹的情況及比較怕冷而且手腳冰冷，除了乳房脹痛症狀外，依中醫辨證多類屬於脾的病證。其中腹瀉的情形，吃飽飯後有腹脹的情況三症偏屬於脾氣虛的病證，腹瀉及比較怕冷而且手腳冰冷偏屬於脾陽虛的病證，至於，有胃痛或脅肋悶痛的情況及乳房脹痛則為氣滯的病證(或為脾虛氣滯、或為肝氣滯、或為脾虛肝鬱)。若以現代醫學則類屬於腸胃系統，顯見症候群 6 為本研究更年期婦女腎病證與腸胃系統頗為一致的症狀群組。(詳見表 15)

而症候群 1-6 又以生活品質分數，統計顯著意義的差異，表現出 3 類組的更年期婦女，顯示出 3 種不同的體質，或更年期老化過程的三種更年期症候群。第 1、2 類組的更年期婦女以情緒的症狀較嚴重，而以腎病證中的潮熱、盜汗、胸悶、心悸、四肢腫脹、手心發熱等症狀、膀胱、陰道、及骨骼肌肉疾病為主，只是症狀第 2 類組較第 1 類組為輕，至於第 3 類組其上述更年期常見之症狀更輕，然而有趣的是如圖四所示，第 1 類組更年期婦女之生活品質高於第 2 類組，而第 2 類組高於第 3 類組，顯見更年期症狀為主的更年期婦女並不見得生活品質較差。

若我們再進一步探討為何更年期症候群隨著嚴重程度減輕而卻生活品質明顯下降，理由可能是症候群 5 的皮膚黑斑及變薄、耳鳴及症候群 6 的腸胃道系統問題變嚴重所致。耳鳴變嚴重而致生活品質下降，固然可以理解。而皮膚變薄及黑斑變嚴重，顯見是影響更年期婦女生活品質的重要因素，這與先前的質性研究(賴榮年醫師)之發現一致，即皮膚變薄及黑斑等外表形象，表現出老化的程度，或是一個令婦女警覺到她的人生要進入另一個階段的身體訊號，

直接影響更年期婦女的生活品質，對於終日忙錄，突然驚覺不再年輕的婦女，對生活品質的影響尤其明顯。腹脹、腹瀉、手腳冰冷，過去文獻較少提到與更年期婦女生活品質相關。乳房脹痛是否影響更年期婦女的生活品質，目前並未有文獻探討。總的而言，腸胃症狀及肝木剋土的嚴重程度，顯見是影響更年期婦女生活品質的重要因素。

本研究發現，肝氣鬱阻、腎陰、陽兩衰為更年期的本病（老化過程的症狀表現—三個類組都有），但若是後天的脾土也產生病態，則明顯表現出較差的生活品質，這也映證了本研究所發展的更年期生活品質問卷的區辨能力，再者，健康相關生活品質量表部分，加題前後顯示第 3 類組差於第 2 類組差於第 1 類組，這也再一次映證了本研究所發展的更年期生活品質問卷的一致性。

本篇說明了一般編製問卷的過程及需注意的事項，另外也以編製「更年期中醫健康相關生活品質」問卷為實例來展示此過程。由此我們可以了解編製本份問卷的過程是非常嚴謹，且必須符合科學的精神，唯有如此才能達到欲測量的目的。

## 伍、結論與建議

更年期婦女照護的目標是讓更年期婦女能夠在社會扮演主動的、獨立的、具生產性的角色，並對生活品質有高度的滿足感。本研究遵循世界衛生組織生活品質小組發展「世界衛生組織生活品質問卷」的步驟，發展出屬於更年期婦女的生活品質問卷，且此問卷經過初步的信效度分析顯示出具備相當的信效度。中醫藥怎樣治療更年期症候群呢？總的來講可以用“整體觀念，辨證論治”來概括。具體地說就是用中醫的望、聞、問、切四診，取得病史、症狀、體徵，用中醫的理論辨證、分析、歸納、找出病因、病機、病位、性質，而本研究所發展的更年期中醫生活品質量表為辨症論治及辨病論治的結合，提供了更年期辨證論治測量的工具，期望能運用來結合病人整體情況，更易明確更年期症候群本質，估計更年期症候群發展趨勢和轉歸，也可以提供為中藥臨床試驗評估更年期症候群治療方劑的療效評估之用。

## 誌謝

本研究計畫承蒙行政院衛生署中醫藥委員會，計畫編號 CCMP93-RD-028 提供經費贊助，使本計畫得以順利完成，特此誌謝。

## 陸、參考文獻

### 中文部分

- 丁碩彥、李明濱 (1997)·停經症候群·台北市醫師工會會刊, 41 (11), 76-82。
- 內政部統計處 (2000)·生命表及分析, 摘自 <http://www.moi.gov.tw/w3/stat>。
- 王明傑、陳玉玲譯 (1999)·美國心理協會出版手冊·中譯二版, 台北市: 雙葉書廊。
- 王相蘋 (2000)·死亡率與罹病類型差異: 老年女性健康問題之探討·婦女與两性學刊, 11, 129-150。
- 王榮德 (2000)·流行病學方法論·台北市: 健康文化事業。
- 台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組 (姚開屏執筆) (2000): 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊 (第一版)。
- 史麗珠、李絳桃、徐亞瑛、高淑芬、徐麗華、陳美伶 (1999)·護理研究法·台北: 桂冠。
- 吳貴利 (1998)·規律運動對停經婦女的骨密度與性激素之影響·論書, 38, 55-61。
- 吳淑瓊 (1992)·焦點團體研究法·研考雙月刊, 6 (1), 44-50。
- 李月鳳 (1997)·雌激素與肉膜癌·助產雜誌, 41, 41-43。
- 李坤崇、歐慧敏 (1996)·青少年因應量表編製報告·中國測驗學會測驗年刊, 43, 241-262。
- 李逸、王秀紅 (2000)·中年婦女之停經經驗與自我照顧行為·護理研究, 8 (1), 71-84。
- 江千代 (2000)·更年期婦女如何克服乳癌與子宮頸癌的夢魘·婦幼衛生協會會訊, 7, 7-8。
- 何玉蓮 (1999)·台灣更年期婦女性經驗的探討以台北市婦女為例, 國立陽明大學臨床護理研究所碩士論文。
- 周松男 (1998)·骨質疏鬆症與停經激素代替療法與卵巢老人的研究·生命科學簡訊 12 (7) 150-155。
- 林美珍 (1978)·婦女更年期症狀及其態度之研究·台北: 正昇教育科學社。
- 姚維仁 (1995)·骨質疏鬆症之診斷方法·醫學繼續教育, 5 (5), 654-655。

- 姚開屏、陳坤虎 (1998)·如何編製一份問卷以「健康相同生活品質」為例·職能治療學會雜誌, 16, 1-23。
- 姜如珊 (2001)·骨質疏鬆的護理·長庚護理, 6 (1), 96-99。
- 胡幼慧 (1996)·質性研究—理論、方法及本土女性研究實例·台北: 巨流
- 徐慧娟、吳淑瓊、江東亮 (1996)·跌倒對社區老人健康品質的影響·中華衛誌, 15 (6), 525-53。
- 孫淑柔 (1997)·從智能障礙者生活品質評量的趨勢談質的研究的可行性·特殊教育季刊, 62, 10-15。
- 陳永 (2000)·生活品質之探討·品質管制月刊, 7, 25-28。
- 陳美光 (1997)·老人健康生活品質與健康習慣及社會心理因素關係之探討·未發表的碩士論文, 台北: 國立台灣大學。
- 陸均珍 (1998)·台灣地區生活品質研究概況·中華衛誌, 17 (6), 442-457。
- 張珏、吳佩樺 (2000)·規律經期婦女經期不適與飲食之探究·中華衛誌, 19 (4), 292-301。
- 張珏、陳芬苓 (1993)·女性更年期研究的回顧與展望·婦女與兩性學刊, 4, 263-294。
- 張珏、張菊惠 (2000)·停經階段與心理衛生·中華心理衛生學刊, 12(4), 1-27。
- 張珏、張菊惠 (1998)·婦女健康與「醫療化」: 已停經期/更年期為例·婦女兩性學刊, 9 (1), 145-185。
- 張珏、陳芬苓、胡幼慧 (1993)·中老年婦女更年期態度的研究·中華衛誌, 12 (1), 26—39。
- 張或、王顏和、游正芬、鍾智文、王榮德 (2000)·以焦點團體方式探討影響脊髓損傷患者生活品質之因素·中華復健醫誌, 28 (2), 87-95。
- 郭俞良 (1999)·女性荷爾蒙對停經婦女的心血管保護·國防醫學, 29 (2), 174—177。
- 曹麗英 (1998)·台灣婦女更年期經驗之探討—處於多變化時期·護理研究, 6 (6), 448-459。
- 黃國晉、李龍騰、陳慶餘、林瑞雄 (1997)·停經前後婦女體組成改變之探討·中華家醫誌, 7, 151-157。
- 黃國晉、林瑞雄、陳慶餘、宋丕錕、周松男 (2000)·停經前後體脂肪組成與血

- 清瘦素質值之研究·台灣醫學，4 (1)，8-12。
- 葉美玲、高美玲 (1999)·結構方程式模式與線性結構關係之簡介·護理研究，7 (5)，490-497。
- 楊再興 (1992)·停經新貌·榮總護理，9 (3)，225-237。
- 蔡宛芬 (2001)·從婦女健康專線看台灣婦女的健康處境 (台北市女性權益促進會)·摘自 <http://newcongress.yam.org/women/99inf020.htm>。
- 蔡克嵩 (1995)·停經婦女骨質疏鬆症之發生機會·醫學繼續教育，5 (5)，707-708。
- 劉文俊 (1996)·骨質疏鬆症·臺灣醫界，39 (7)，593—595。
- 劉淑娟 (1999)·老年人的靈性護理·護理雜誌，46 (4)，51-61。
- 劉淑娟 (1995)·老年婦女的健康觀念與健康行為·行政院國家科學委員會專題研究計劃成果報告。
- 盧玉羸 (1997)·卵巢癌的生活品質及相關因素探討·國立陽明大學臨床藥理研究所碩士論文。
- 盧立卿、賴宜君 (1999)·高密度脂蛋白之影響因素-飲食、體能力及荷爾盟 (上篇：飲食) (下篇：體能及荷爾蒙)·營養科學雜誌，24 (4)，298-307。
- 蔣松平 (1995)·婦女更年期與其荷爾蒙補充療法·助產雜誌 39，68-75。
- 賴榮年 (2001)·以質性研究方法探討更年期婦女生活品質之定義·國立台灣大學職業醫學與工業衛生研究所碩士論文。
- 賴豐美、盧孳艷 (1998)·居家失能病患之女性照顧者經驗·護理研究，6 (5)，372-382。
- 蕭聖音 (1986)·婦女停經症狀之研究與分析·高雄醫學院藥理研究所碩士論文。
- 蕭信雲、蔡世澤、金鏗年、姜必寧 (1994)·老化與停經對我國婦女骨質流失之影響·內科學誌，4，74-83。
- 蘇美禎 (2000)·更年期婦女健康需求及其相關因素之探討·國立台灣大學護理研究所碩士論文。
- 鄭筱萸主編 (2002)·中藥新藥臨床研究指導原則·中國醫藥科技出版社
- 馬建中編 (1980) 著·中醫診斷學·國立編譯館出版
- 羅元愷 (1989)·中醫婦科學·知音出版社

葉燕萍 (2000) · 106 例婦女更年期綜合症中醫病機及辨證分型的研究 · 福建中醫藥 5:31

葉燕萍 (2000) · 更年期綜合征辨證分型的研究 · 新中醫 32, 9, 36-37

## 英文部分

Abbey, A., & Andrews, F.M. (1985). Modeling the psychological determinants Life quality. *Social Indicator Research*, 16, 1-34.

Backett- Milburn, K., Parry, O. & Mauthner, N. (2000). "I'll worry about that when it comes along" : osteoporosis, a meaningful issue for women at mid-life? *Health Education Research*, 15 (2), 153-162.

Ballinger, S. (1985). Psychosocial Stress and Symptoms of the Menopause: A Comparative Study of Menopause Clinic and Non-patients. *Maturitas*, 7, 315-327

Benson, J., & Hocvar, D. (1985). The impact of item phrasing on the validity of attitude scales for elementary school children. *Journal of Education Measurement*, 22, 231-240.

Berg, J. A. (1999). The Perimenopausal Transition of Filipino American Midlife Women : Biopsysociocultural Dimensions. *Nursing Research*, 48(2), 71-77.

Beyene, Y. (1986). Cultural significance and physiological manifestation of menopause a biocultural analysis. *Culture Medicine and Psychiatry*, 10, 47-71.

Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: John Wiley & Sons.

Bonder, B. R. (1989). Planning the initial version... test development. *Physical and Occupational Therapy in pediatrics*, 9(1), 15-42.

Boston Women's Collection (1992). *The new of our bodies ourselves: A book By and for Women*. New York: Touchstone.

Choi, M.W. (1995). The menopausal transition: Change, loss, and adaptation. *Holistic Nursing Practice*, 9(3), 53-62.

Comrey, A.L. (1978). Common methodological problems in factor analytic studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 648-659.

- Faley, M. (1997). Menopause a life stage, not an illness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35 (5), 10-11.
- Ferketich, S. (1991). Aspects of item analysis. *Research in Nursing & Health*, 14,165-168.
- Ferrans, C.E., & Power, M.J. (1985). The employment of hem dialysis patients. *Nursing Research*, 34,273-277.
- Fishbein, E.g. (1992). Women at midlife : The transition to menopause. *Nursing Clinics of North America*.
- Flint, M. (1975). The menopause: Reward or punishment. *Psychosomatics*, 16,161-163.
- Fowler, j. W. (1985). Life/faith patterns. In Fowler, J.W.& Keen (eds), *Life maps* (pp.14-101). WACO, Texas: Word Books.
- Galloway, K. (1975). The change of life. *American journal of Nursing*, 75(6). 1006-1011.
- Gau, M. L. (1996). The relationships between prenatal stress, social support, spiritual well-being, and maternal-fetal attachment for pregnant women. Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland, Baltimore.
- Hagberg, J. M., Zmuda. McCo, S. D., Rodgers , K. S., Wilund, .,K. R., And Moor, G. E. (2000). Determinants of Body Composition in postmenopausal Women. *The Journal of Gerontological Society of American*55A (10), M607-612.
- Holte, A. (1992). Influences of Natural Menopause on Health Complains: A Prospective Study of Healthy Norwegian Women. *Maturities*, 14,127-141.
- Hunter, M. (1992) *The Southeast England Longitudinal Study of the Climacteric and Post menopause*. *Maturetas*, 14(2), 117-126.
- Hunter, S. & Sundel, M. (1989). *Midlife Myths*.California: Sage Publications, Inc.
- Ivey, C. L. (1994). When your patient has ovarian cancer. *Run*, November 27-31.
- Jaszmann, L. J.B. (1976). Epidemiology of the climacteric syndrome. In S. Campbell (Ed.) *the management of the menopause years*, UK : MTP Press.
- Kaufert, P.A. (1982). *Anthropology and the Menopause : the Development of a Theoretic Framework*. *Maturitas*,4,181-193.



- Kaufert, P.A. (1994). Menopause and Depression: A Sociological Perspective. In G. Berg, M.
- Hammar (eds.) The Modern Management of the Menopause. London: Parthenon.
- Kaufert, P.A., Gilbert, P. & Hassard, T. (1988). Researching the Symptoms of Menopause: An Exercise in Methodology. *Maturitas*, 10 (2), 117-131.
- Leiblum, S. R. & Swartzman, L. C. (1986). Women's Attitudes toward the Menopause: An Update. *Maturitas*, 8(1), and 45-56.
- Lennon, M. C. (1987). Is Menopause Depressed? An investigation of Three Perspective. *Sex Roles*, 17(1/2), 1-16.
- Matthews, K. A. (1992). Myths and Realities of the Menopause. *Psychosomatic Medicine*, 54(1), 1-9.
- McKinlay, J. B., McKknlay, S. M. & Brambilla, D. (1987). Aging in a 'Healthy' Population. *Social Science and Medicine*, 23(5), 531-535.
- Muhlenkmp, A. F., Waller, Margaret M., Bourne, Ann E. (1982). Attitudes Toward Women in Menopause: A Vignette Approach. *Nursing Research*, 32(1), 20-23.
- Nagata, C., Takatsuka, N., Inaba, S., Kawakami, Norito. Shimizu, H.(1998). Association of diet and other lifestyle with onset of menopause in Japanese Women. *Maturitas*, 29,105-113.
- Nunnary, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Ohta, H., Sugimoto, I., Masuda, A., Komukal, S., Takamatsu. Horiguch, F., and Nozawa ,S.(1996). Decreased Bone Mineral Density Associated with Early Menopause for at Least Ten Years : Cross-sectional Comparisons Between Early and Normal Menopausal Women. *Bone*, 18(3), 227-231.
- Oleson, M. (1990). Subjective perceived quality of life. *Image*, 22,187-190.
- O'Toole, & O'Toole, A. W. (1988) Menopause: Analysis of a status passage. *Free Inquiry In Creative Sociology*, 16(1) 85-91
- Pain, K., Dunn, M., Anderson, G., Darrah, J., & Kratochvil, M.(1998)Quality of life : What does it mean in rehabilitation? *J.Rehabil*, 64(2), 5-11.
- Polit, D. F. & LaRocco, S. A. (1980). Social and Psychological Correlates of Menopausal Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 4(3), 335-345.

- Rothert , M. L., Holmes-Rovner , M., Rovner , D., Kroll , J., Breer , L., Talarczyk , G., Schmitt , N., Padonu , G., Wills , C. (1997).An Educational Intervention as Decision Support for Menopausal Women. *Research in Nursing & Health*, 20, 377-387.
- Schriesheim, C. A., & Hill, K. D. (1981). Controlling acquiescence response bias by item reversals: The effect on questionnaire validity. *Education and Psychological Measurement*, 41, 1101-1114.
- Snow, C. M., Shaw J. M., winters, K. M., and Witzke, K. A. (2000). Long-term Exercise Using Weighted Vests Prevents Hip Boneless in Postmenopausal Women. *The Journal of Gerontological Society of American* 55A(9), M489-m491.
- Spiro, M. E. (1961). Social system, personality, and functional analysis. In Kaplan, B. (ed).
- Studying personality cross-culturally, New York. Harper & Row.93-127
- Steiner, M. (1983). Psychologic Aspects of the Menopausal Syndrome. In H. J. Buchsbaum (ed.) *The Menopause*, New York.
- Vitolins, M. Z., Quand, S. A., Case, L.D., Bell, R. A., Arcury, T. A., and McDonald, J. (2000).
- Vitamin and Mineral Supplement Use by Older Rural Adults. *Journal of Gerontology : MEDICAL SCIENCES*,55a(10),m613-m617.
- Wilson, I.B., P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life *JAMA* (1995).
- Yang, Tzay-Shing. Tsan , Shun-Hwa., Chang , Sheng-Ping., Ng, Eung-Tat. (1995) Efficacy and Safety of Estril Replacement Therapy for Climacteric Women. *Chin Med j (Taiwan)*, 55, 386-391

[\(3-09 圖表\)--CCMP93-RD-028.doc](#)

[\(3-09 圖表 2-橫\)--CCMP93-RD-028.doc](#)