

血液透析病患其控握信念、心理困擾與健康促進行為 之初探

陳佩英 郭素青 張惠甄 劉亞君* 徐子英**

摘要

本研究主要探討血液透析病患控握信念、心理困擾與健康促進行為關係，為橫斷式相關性研究，採立意取樣的方式，以桃竹苗地區某區域醫院洗腎中心的血液透析病患為研究對象，共選取 40 位病患，有效樣本為 36 位。以「多層面健康控制重心量表」、「醫院焦慮與憂鬱量表」、「健康促進行為量表」等問卷收集資料。結果顯示：(1)整體研究對象的控握信念傾向內在控制重心。(2)焦慮與憂鬱的樣本盛行率分別為 36.1%及 47.2%。(3)健康促進行為的平均分數為 62.73 ($SD=9.76$, range= 0-100)。(4)內在控握信念分別與焦慮、憂鬱呈負相關($p < .01$)；強而有力他人的控握信念及機運控握信念分別與焦慮、憂鬱呈正相關($p < .01$)。(5)健康促進行為與焦慮、憂鬱呈負相關($p < .01$)，與內在控握信念呈正相關($p < .01$)，與強而有力他人的控握信念及機運控握信念呈負相關($p < .01$)；年齡 60 歲以上者比 60 歲以下者有較好的健康促進行為($p < .01$)。(6)在預測因素方面，焦慮與憂鬱能顯著預測健康促進行為，有 80-82%的解釋變異量。

關鍵詞：血液透析病患、控握信念、焦慮、憂鬱、健康促進行為

前言

近十年來臺灣腎臟病人口劇增，依據行政院衛生署（2003）指出腎臟病變佔我國十大死因的第八位，其中又以慢性腎衰竭患者佔腎臟病人口中最多數。血液透析

是目前腎臟疾病末期的一種治療方式，臨床上常發現病患雖會遵守醫護人員所給予的指示，但卻又有主見無法與醫護人員確實配合治療。杜（1992）針對 50 位透析病

元培科技大學護理系講師 壠新醫院加護病房護理師* 重光醫院血液透析室護理師**

受文日期：93 年 7 月 29 日 修改日期：93 年 8 月 9 日 接受刊載：95 年 10 月 15 日

通訊作者地址：新竹市元培街 306 號 元培科技大學護理系

電話：(03) 5381183 轉 8593 電子信箱：cpsweet@yahoo.com.tw

患的研究顯示，病患對疾病及透析治療的認知缺乏正確的觀念，再加上對未來的茫然、預後的無知、身體心像的改變、工作、家庭、社交關係角色等的改變，且透析治療造成生活上的影響等，均會影響病人對血液透析治療中，相關醫療指示的配合。另外黃、蔡（1999）針對 60 位血液透析患者的研究發現，知識與態度為自我照顧行為之重要因子，且知識可藉由影響態度來改變其自我照顧行為。由以上的文獻可瞭解病人的認知與健康促進行為具高度關係；而目前有關於長期接受血液透析患者健康促進行為的影響因素，其相關研究有限。

文獻查証

Pender（1987）提出健康促進行為是個人實現的傾向（actualizing tendency），是爲了維持或增加個人的健康層次及自我實現。健康促進行為不僅只是預防疾病而已，乃是促使個人達到更高層次的健康。一個人的健康行為，受個人的健康信念影響，所謂健康信念是指一個人對健康所認定的觀念（賴，1998）。而所謂健康促進行為的定義爲「個人爲了維持或促進健康水準、以及自我實現和自我滿足的一種多層面自發性行為和認知」，這些行為包括規律的身體和心理活動、適當的營養、休息和放鬆及發展社會支持系統（高、蕭、蔡、邱，2000）。此外在 Pender 的健康促進模式中，亦提到「認知—知覺」因素會影響個人從事健康促進行為的動機（王、許，1997）。

控握信念（health locus of control, HLC）是指個人的人格特質對於其健康行為的解釋與看法，且對不同事件主觀性的看法

會導致部分行為的增強作用及增強個人的價值感，是呈現個人人格特質的一種信念，個人的健康信念會影響其執行健康行為（李、賴、陳、劉，2002）。控握信念的概念最早是由 Rotter 於 1966 年提出，當個體知覺他的某些行為或事件的發生是因爲運氣、機會、命運、強而有力的他人或周圍環境無法預知的複雜力量所引起的結果，這種信念稱之爲「外在控握信念」（external locus of control）；若個人知覺到事件的發生，是因爲自己的行為或自己的特質所造成的，這種信念稱之爲「內在控握信念」（internal locus of control）。

Wallston, Wallston & DeVellis（1978）更進一步的提出「多層面控握信念」（multidimensional health locus of control, MHLC），除內控的特質外，並將外控特質區分爲機運控制（chance）和強而有力他人控制（powerful others）。McGreary 及 Turner（1984）探討 59 位慢性下背痛的病人，其控握信念與心理壓力之間的關係，以 Rotter 內外控握量表（Rotter internal - external locus of control scale）來評估，結果顯示「內控傾向」的病人有較少的焦慮，「外控傾向」的病人則和過度的焦慮、沉思和自我懷疑有關。國內相關的研究也發現：愈趨向外控者愈適應不良，導致個體分心、焦慮，無法應付突發危機，而愈趨向內控者，愈是採取積極面對有效的適應方式（莊、葉，2001）。陳（1999）提出，健康內外控與自我效能及自我照顧均呈高相關性，此研究結果也顯示健康內控者亦具有較高之自我效能，並且執行較多的自我照顧。由以上文獻可瞭解到，人格特質會影響到個人的健康促進行為。再加上目前有關長期接受血液透析患者之人格特質相關之研究有

限，因此，進一步的探討控握信念與血液透析病人健康促進行為之關係，實有其必要性。

當末期腎病患開始接受血液透析治療時，其所需要面對的生活型態改變包括：每星期至少三次，每次至少 3-5 小時的血液透析、食物及水份的限制且平均每日至少服用 7 種藥物（楊，2001）。血液透析的目的是為了排除身體所產生的代謝物，如尿素氮、肌酐酸及過多的水分（Paula, 1997），Birger, Inga-Marta, Elisabeth, Kim & Naomi（2001）則指出隨著飲食、液體的限制會加重病患焦慮、憂鬱和害怕的心理反應。目前為止沒有任何一種治療可以治癒疾病，取而代之的是須提供症狀的緩解，進而延長生命，改善生活品質（Maureen & Dinah, 1997），雖然透析治療可以延長病患的存活時間，但在這漫長的血液透析治療過程中，病患必須承受許多的心理壓力（汪、鍾，1997；劉、陳，2002）。

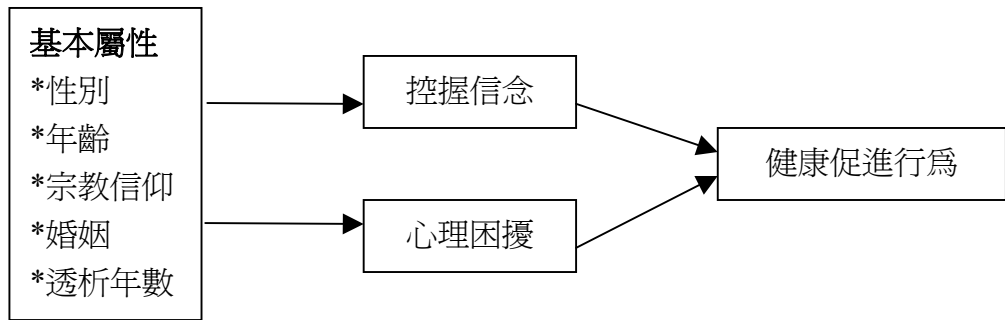
由於慢性威脅性的生理變化，導致血液透析病患容易出現有焦慮和憂鬱兩種常見的精神疾病，在美國的研究顯示出，血液透析病患合併焦慮的比率高達 45%，而合併憂慮症的比率則從 5% 至 22%（范、龍，1996）。O' Donnell（1997）以貝式憂鬱量表（BDI）、漢式憂鬱量表（Hamilton depression rating scale）、DSM-IV 等不同問卷調查結果顯示，尿毒症患者罹患重度憂鬱症的比例為 6~34%。Watnick, Kirwin, Mahnensimth & Concato（2003）指出憂鬱是末期腎臟疾病患者普遍的問題，而且和病人的死亡率有關。綜合以上文獻可清楚的看出，血液透析病人的焦慮高達 45%，而憂鬱的盛行率介於 5~34% 之間，若能針對病患情緒困擾的問題加以偵測，以減少負面的

情緒而導致的高自殺率，進而影響個人的健康促進行為，實為一重要之課題。

至於基本屬性與心理困擾、控握信念相關的文獻方面，劉、陳（2002）針對 52 位血液透析病患研究發現結果，年齡愈大者憂鬱程度愈高；Yates（1985）指出有焦慮問題的個案，其中有 44% 其年齡大於 65 歲；Levy & Wynbrandt（1975）指出接受血液透析的女性病患比年男性病患有較好的調適；江、鍾（1997）針對 110 位血液透析患者調查發現傾向輕度憂鬱，但性別上則無明顯差異；Chu, Ferng & Shieh（1992）針對 20 位血液透析病患使用生活品質有關的結構式問卷，結果發現性別的不同，其得分並無顯著差異，但年齡 60 歲以下者其安適狀態感覺的得分則顯著高於 60 歲以上的病患。由以上文獻資料可了解到病患的基本屬性可能和心理困擾有關。本研究目的為：

- 一、探討血液透析病患控握信念之情況。
- 二、探討血液透析病患焦慮與憂鬱之程度與估計盛行率。
- 三、探討控握信念、焦慮、憂鬱與健康促進行為之相關性。

依文獻查證得知，控握信念是個人人格特質對健康行為的解釋與看法，是個人人格特質的信念，會影響健康行為的執行，且與焦慮、憂鬱之心理困擾有關，而心理困擾的程度亦會影響其執行健康行為，因此以健康促進行為為依變項，探討控握信念、心理困擾與健康促進行為之關係，見（圖一）。



圖一 血液透析病患基本屬性控握信念心理困擾與健康促進行為之關係

材料與方法

一、研究設計及對象

本研究為橫斷式相關研究，以桃竹苗地區某區域醫院洗腎中心之血液透析病患為研究對象，採立意取樣，先篩選符合選擇條件的血液透析病患，再向病患說明研究目的、方法，徵求同意並取得同意書。以一對一的方式進行問卷的訪談，本研究收案條件如下：1.經醫師診斷確立為末期腎臟疾病且需長期接受血液透析的患者。2.病患年齡滿 18 歲者。3.意識清楚，無視、聽障礙，能書寫或以語言溝通者。於 2003 年 3 月至 5 月，共接觸了 40 位病患，其中 36 位完成問卷，受訪率為 90%。

二、研究工具

(一) 病人基本資料：內容包括病人的性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、居住情況、工作狀況、慣用語言、血液透析年數。

(二) 健康促進行為量表：本量表乃參考王、許 (1997) 根據 Pender 健康促進模式相關文獻擬定而成的量表，同時獲得原量表作者同意使用，並取得書面同意函。採 4 點計分法 (1-4 分)，以從不、偶而、經常

、總是的方式計分，以得分指標 (%) 的計算方式評估個案的健康促進行為，計算方式為： $(\text{平均得分}/\text{最高可能得分}) \times 100\%$ ，分數愈高表示健康促進行為的執行愈好。量表的內容效度 (content validity) 檢定方面，邀請 2 位學者及 1 位洗腎室護理長，依研究目的檢視量表，就其問卷內容之適用性予以評分並提供修改意見。原始量表共 35 個題目，經修改後增至 42 個題目，包含四個層面；1-12 題屬「心理健康」層面的問題，13-17 為「睡眠型態」層面的問題，18-29 為「飲食執行」層面的問題，30-42 屬「自我照顧」層面的問題。量表的信度測試方面，「心理健康」、「睡眠型態」、「飲食執行」、「自我照顧」層面的 Cronbach's α 分別為 .94、.94、.70、.89，整份量表的 Cronbach's α 為 .92，具有高度的內在一致性。

(三) 多層面健康控制重心量表 (multidimensional health locus of control, MHLC)：為 Wallston 等人於 1978 年所發展出來的。內容包括「內在控制」、「強而有力他人控制」、「機運控制」三個層面，每個次量表各包括 6 個題目，共有 18 個題目，每題採 6 點計分法 (1-6 分)，總分愈高表示愈傾向該層面的健康控制重心。原始之 MHLC 共有 A、B、C 三種型式，A、B

式量表主要針對一般健康者所擬定的量表 (general health locus of control scales)，到目前為止已經有將近千篇的研究使用果此量表，C 式量表於 1987 年首次被發展出來，主要針對有特殊情況 (condition-specific) 而設計的量表。B 式量表和 C 式量表一樣共有 18 個題目，但 C 式量表將強而有力他人 (powerful others) 控握信念區分為醫生 (doctors) 和他人 (others) 之控握信念，但此量表於國內尚無中文翻譯量表，且使用情形亦不及 B 式量表普遍，因此本研究採用之量表為黃璉華所翻譯 B 式量表。量表的內容效度檢定方面，其問卷內容「題目之適用性」及「文字清晰性」被評為適當~極適當，內容效度指標 (content validity index, CVI) 為 1，顯示該量表並無需要修改或刪除之題目。量表的信度測試方面，Wallston 等人 (1978) 使用 MHLC 之 A 式量表以 125 位成年人為對象，其「內在控制」、「強而有力他人控制」、「機運控制」的 Cronbach's α 分別為 .69、.63、.74；本研究中所測得之「內在控制」、「強而有力他人控制」、「機運控制」的 Cronbach's α 分別為 .97、.93、.86，顯示有良好的內在一致性。

(四) 醫院焦慮與憂鬱量表 (hospital anxiety and depression scale, HADS)：為 Zigmond & Snaith (1983) 針對有身體疾病的人所發展出來的量表，共包括 14 個題目，關於焦慮與憂鬱的問題各有 7 題，採 4 點計分法 (0-3 分)，兩個量表分別計分，總分各介於 0-21 之間，總分愈高代表焦慮或憂鬱的程度愈高。依 Zigmond & Snaith 的建議得分 8 分以下代表無焦慮或憂鬱的問題，介於 8-10 分則代表病人為焦慮或憂鬱的疑似病例 (doubtful case)，大於或等於 11 分則確

定病患有焦慮或憂鬱的情形 (definite case)。本量表係採用陳美伶所翻譯之中文版量表，並獲得原作者同意使用且取得書面同意函。

問卷內容效度其「題目之適用性」及「文字清晰性」被評為適當~極適當，內容效度指標為 1，顯示該量表不需修改或刪除題目。陳等 (1999) 針對 90 位癌症病患使用 HADS 所測「焦慮」與「憂鬱」二個次量表的 Cronbach's α 分別為 .82 及 .77，本研究所測得之「焦慮」與「憂鬱」二個次量表的 Cronbach's α 為 .96 及 .95，具有良好的內在一致性。

三、資料分析

以 SPSS 10.0 套裝軟體進行百分比、平均值、標準差、獨立 t 檢定 (independent t -test)、單因子變異分析 (one-way ANOVA)，並以 Scheffe 事後檢定找出有差異的組別、皮爾森相關係數 (Pearson's correlation coefficient)。由單變量統計分析出影響健康促進行為的因素後，再以線性複迴歸 (multiple linear regression) 探討可預測健康促進行為的因子。本研究採用之顯著水平為 .05，顯示之 P 值均為雙尾。

研究結果

一、研究對象基本資料

本研究男性 19 人，女性 17 人；平均年齡 53.58 歲；有 55.6% 的個案其血液透析的年數小或等於 2 年；教育程度方面有 13 人 (36.1%) 為高中或以上程度，在婚姻狀況方面，目前有配偶者有 58.3%，其餘則無配偶 (包含單身、離婚、喪偶)；大部分的個案以信仰道教為主 (72.2%) (表一)。

表一 研究對象基本資料

項目	人數 (%)	平均值 (標準差)
性別		
男	19(52.8)	
女	17(47.2)	
年齡		
21-30	4(11.1)	
31-40	3(8.3)	
41-50	4(11.1)	
51-60	9(25.0)	
61 歲以上	16(44.4)	
平均年齡		53.58(13.70)
教育程度		
不識字	7(19.4)	
國小	8(22.2)	
國中	8(22.2)	
高中或以上	13(36.1)	
透析年數		
≤2 年	20(55.6)	
>=3 年	16(44.4)	
宗教信仰		
佛教	4(11.1)	
道教	26(72.2)	
基督教	4(11.1)	
無	2(5.6)	
婚姻狀況		
有配偶	21(58.3)	
無配偶	15(41.7)	

二、研究對象之控握信念、心理困擾與健康促進行為之情況

以多層面控握信念量表評估結果，整體研究對象在內在控制的平均得分最高 (mean= 24.22)，顯示研究樣本偏向內在控制重心之人格傾向。以醫院焦慮與憂鬱量表測量結果，整體研究對象焦慮程度平均得分為 8.92 ($SD= 4.93$)，憂鬱程度的平均分數為 11.17 ($SD= 5.75$)；其中焦慮的疑似個案 (得分 8 分~10 分) 有 4 人 (11.1%)，確定為焦慮的個案 (得分大或等於 11 分) 高達 13 人 (36.1%)；在憂鬱方面，憂鬱的疑

似個案有 6 人 (16.7%)，確定為憂鬱情況者達 17 人 (47.2%)，見 (表二)。本研究將健康促進行為分為「心理健康」、「睡眠」、「飲食執行」、「自我照顧」四個層面，研究對象健康促進行為的得分指標 (%) 計算方式為 (平均得分 / 最高可能得分) ×100%。心理健康層面的得分指標平均為 57.23，睡眠最高得分指標平均為 57.91，飲食執行的最高得分指標為 64.75，自我照顧方面的最高得分指標平均為 67.78；整體健康促進行為平均得分為 62.73 ($SD= 9.76$)，見 (表三)。

表二 研究對象焦慮與憂鬱的人數分佈

(N=36)

變項	<8	8~10	>=11
	n (%)	n (%)	n (%)
焦慮	19 (52.8)	4 (11.1)	13 (36.1)
憂鬱	13 (36.1)	6 (16.7)	17 (47.2)

表三 研究對象之控握信念、心理困擾與健康促進行為

(N=36)

變項	Mean (SD)
控握信念	
內在控制	24.22 (8.22)
強而有力他人控制	20.61 (6.22)
機運控制	18.69 (5.99)
心理困擾	
焦慮	8.92 (4.93)
憂鬱	11.17 (5.75)
健康促進行為	
心理健康	57.23 (11.33)
睡眠	57.91 (17.90)
飲食執行	64.75 (12.85)
自我照顧	67.78 (8.51)

三、病患基本屬性與控握信念、心理困擾、健康促進行為之關係

以 *t*-test 檢定及 One-Way ANOVA 檢定病患基本屬性與控握信念、心理困擾、健康促進行為之關係。在病患基本屬性和控握信念方面，不同的性別及教育程度其控握信念並無不同。年齡 60 歲以下者比 60 歲以上的血液透析病患傾向機運控制，且呈顯著差異。婚姻狀態為喪偶者比單身更傾向內在控制，另外單身的病患則比已婚及喪偶者更傾向機運控制，且呈顯著差異。透析年數小於 2 年者，比透析年數大於 3 年的病患更有機運控制的人格傾向，且呈顯著差異，見（表四）。

病患基本屬性與焦慮、憂鬱之關係方面，不同性別其焦慮、憂鬱程度並無不同。60 歲以下的病患其焦慮與憂鬱程度皆高於 60 歲以上的病患，且有顯著差異。高中或以上教育程度者，其焦慮的程度顯著的高於其它教育程度的病患；以 Scheffe 事後檢定發現，教育程度高中或以上者的焦慮程度顯著高於國小程度者，與其它組間的比較，則無顯著差異。婚姻狀態單身的病患其焦慮與憂鬱程度明顯高於已婚者和喪偶者，且有顯著差異；以 Scheffe 事後檢定發現，單身病患的焦慮程度顯著高於喪偶者，但其它婚姻狀態組間焦慮程度的比較則皆未達顯著差異。透析年數小或等於 2 年者其焦慮、憂鬱程度皆顯著高於透析年

數大或等 3 年以上的病患，見（表五）。

病患基本屬性和健康促進行為的關係方面，不同性別、教育程度、透析年數其健康促進行為並無顯著差異，年齡 60 歲以

下的病患其健康促進行為的得分皆低於 60 歲以上的病患，婚姻狀態為喪偶病患的健康促進行為顯著的高於單身病患，且有顯著差異，見（表五）。

表四 病患基本屬性和控握信念之關係

(N=36)

變項	n	內在控制 Mean (SD)	檢定值	他人控制 Mean (SD)	檢定值	機運控制 Mean (SD)	檢定值
性別			$t = -.61$		$t = .23$		$t = .43$
男	19	23.42 (8.52)		20.84 (6.18)		19.10 (6.53)	
女	17	25.12 (8.02)		20.35 (6.45)		18.23 (5.47)	
年齡			$t = -1.83$		$t = 1.01$		$t = 2.26^*$
<=60 歲	11	22.05 (8.81)		21.55 (6.75)		20.60 (6.32)	
>=61 歲	9	26.94 (6.70)		19.43 (5.48)		16.31 (4.71)	
教育程度			$F = .79$		$F = .31$		$F = 1.22$
不識字	7	26.00 (7.96)		20.71 (5.77)		17.29 (5.77)	
國小	8	27.25 (6.20)		18.75 (5.65)		15.87 (4.05)	
國中	8	22.00 (9.13)		21.50 (7.13)		19.88 (6.22)	
高中或以上	13	22.77 (8.97)		21.15 (6.70)		20.46 (6.72)	
婚姻狀態			$F = 3.84^*$		$F = 2.27$		$F = 5.40^{**}$
單身	3	13.00 (1.00)		27.67 (3.06)		28.00 (2.00)	
已婚	21	24.48 (8.17)		20.09 (6.48)		18.52 (5.59)	
喪偶	12	26.58 (7.26)		20.61 (6.22)		16.67 (5.33)	
透析年數			$t = -1.74$		$t = 1.24$		$t = 2.42^*$
<=2 年	20	22.15 (8.92)		21.75 (6.57)		20.65 (6.26)	
>=3 年	16	26.81 (6.62)		19.19 (5.64)		16.25 (4.75)	

表五 病患基本屬性和心理困擾、健康促進行為之關係

(N=36)

變項	n	焦慮程度 mean(SD)	檢定值	憂鬱程度 mean(SD)	檢定值	健康促進行為 mean(SD)	檢定值
性別			$t = 0.51$		$t = 0.51$		$t = -0.98$
男	19	9.32 (5.22)		11.63 (6.29)		61.21(10.31)	
女	17	8.47 (4.69)		10.65 (5.22)		64.43(9.12)	
年齡			$t = 3.71^{**}$		$t = -1.83$		$t = -2.32^*$
<=60 歲	20	11.25 (4.83)		13.40 (5.71)		59.55 (10.21)	
>=61 歲	16	6.00 (3.28)		8.38 (4.57)		66.70 (7.75)	
教育程度			$F = 3.76^*$		$F = 2.06$		$F = 2.66$
不識字	7	6.71 (2.87)		9.57 (5.13)		64.20(9.11)	
國小	8	5.75 (3.77)		8.00 (4.07)		68.67(6.80)	
國中	8	9.38 (5.88)		11.50 (6.69)		63.99(9.83)	
高中或以上	13	11.77(4.46)		13.77 (5.64)		57.51(9.88)	

表五 病患基本屬性和心理困擾、健康促進行為之關係 (續) (N=36)

變項	n	焦慮程度 mean(SD)	檢定值	憂鬱程度 mean(SD)	檢定值	健康促進行為 mean(SD)	檢定值
婚姻狀態			F= 6.67**		F= 4.50**		F= 4.27*
單身	3	15.33 (.58)		17.67 (0.58)		50.39(4.50)	
已婚	21	9.71 (4.91)		11.95(5.63)		62.05(9.87)	
喪偶	12	5.92 (3.34)		8.17 (4.99)		67.01(7.75)	
透析年數			t= 3.93**		t= 2.86**		t= -2.02
≤2年	20	11.35 (4.49)		13.40 (5.64)		59.91(10.29)	
>=3年	16	5.88 (3.67)		8.38 (4.67)		66.26(8.01)	

* p< .05 **p< .01

四、血液透析病患之控握信念、心理困擾與健康促進行為之相關性

以 Pearson Correlation 分析控握信念、焦慮、憂鬱與健康促進行為之間的關係。健康促進行為分別與焦慮、憂鬱呈顯著負相關 ($r = -.90 \sim -.91, p < .01$)，與內在控制呈顯著正相關，與強而有力他人控制、機會控制呈顯著負相關；焦慮、憂鬱分別與內在控制呈顯著負相關，與強而有力他人控制、機會控制呈顯著正相關，見(表六)。

五、血液透析患者健康促進行為之預測變項

以複迴歸 (multiple linear regression) 分析血液透析病患健康促進行為的預測因子，同時放入焦慮、憂鬱、內在控制、他人控制信念、機運控制信念、婚姻狀態及年齡等變項，結果顯示只有焦慮與憂鬱進入逐步迴歸分析的模式內，其它變項則被排除。焦慮對健康促進行為有 80.0% 的解釋變異量 ($F = 145.84, p < .001$)；同時放入憂鬱及焦慮兩個變項，對健康促進行為的解釋變異量則增加至 82.0% ($F = 83.63, p < .05$)，見(表七)。

表六 血液透析病患其健康促進行為、焦慮、憂鬱、控握信念之相關性分析 (N=36)

	健康促進行為	焦慮	憂鬱	內在控制	強而有力他人控制	機會控制
健康促進行為	-					
焦慮	-.90**	-	.96**			
憂鬱	-.91**	.96**	-			
內在控制	.72**	-.72**	-.72**	-		
強而有力他人控制	-.72**	.69**	.70**	-.95**	-	
機會控制	-.71**	.74**	.73**	-.97**	-.89**	-

** p< .001

表七 健康促進行為之逐步迴歸分析 (N=36)

模式	變項	β 值	R^2	Adjusted R^2	F	p
1	焦慮	-1.78	.81	.80	145.84	.000
2	憂鬱	-.93	.84	.82	83.63	.035

研究討論

一、血液透析病患的控握信念與心理困擾之情況

整體研究對象傾向內在控制重心，與吳、呂（1991）針對 64 位血液透析病患調查結果有四分之三的病患傾向內在控制重心的結果類似。

在心理困擾方面，就整體研究對象而言，得分介於 8~10 分為焦慮、憂鬱之疑似病例各為 11.1%及 16.7%，得分高於 11 分被界定有達到焦慮、憂鬱病症標準者各為 36.1%及 47.2%，很明顯的高於一般人只有 3%的盛行率。Martin & Thompson（1999）同樣以醫院焦慮與憂鬱量表為評估工具，針對 72 位 CAPD 病人的調查發現，疑似焦慮與憂鬱的個案分別有 39%及 23%。

Al-Hihi, Awad, & Hagedorn（2003）以 Beck Depression Inventory（BDI）為評估工具，針對 53 位血液透析病人的調查，結果有 58%的病人有憂鬱情形，38%的病人為嚴重憂鬱情況（severe depression）。

由以上可看出，儘管研究工具不同，血液透析病患普遍有焦慮與憂鬱之問題；截至目前為止，國內較少探討血液透析病患焦慮的問題，而在本研究中主要針對當天到洗腎中心接受血液透析的分住院病患為對象，是否會因當日必須至醫院洗腎，因此病人的焦慮會隨之增加，此問題須再進一步探討，建議將來的研究可將非當日接受血液透析的病患納入收案對象，可更深入了解血液透析病患心理困擾之問題。總而言之，需長期接受洗腎的病人除了面對疾病不可逆的病理變化外，更要忍受治療帶來的不適，若能給予病人更多的關心

及情緒的支持，或發揮居家護理的功能，或許能減少血液透析病患焦慮與憂鬱的情緒問題。

二、血液透析病患之控握信念與心理困擾之關係

在控握信念和心理困擾的關係方面，本研究結果顯示，焦慮與憂鬱分別和內在控制呈顯著負相關，和強而有力他人控制、機運控制呈顯著正相關；換言之，愈傾向外在控制重心者，其焦慮與憂鬱程度愈高，愈傾向內在控制重心者，其焦與憂鬱程度愈低。Frazier & Waid（1999）針對 91 位老人的研究結果指出，傾向機運控制重心的個案，其壓力（distress）有較高的情形，若同時傾向機運控制和強而有力他人控制的外在控制重心信念者，病人則有明顯的焦慮問題，且控握信念（locus of control）比健康狀態更能預測焦慮情況。

目前國內較甚少針對血液透析病患探討控握信念和心理困擾之間的關係，由以上結果不難發現，於臨床的照護上或能針對不同人格特質的病人，採取不同的因應策略，例如屬於他人控制重心者，可以透過重要人士多予以鼓勵、支持或採取條規式的方式進行，或許能間接減輕焦慮與憂鬱情形，讓病人在心理層面能達到最佳的安適狀態。

三、影響血液透析病患健康促進行為之因素

本研究結果顯示，年齡愈大者有愈好的健康促進行為。吳、呂（1991）針對 64 位血液透析病患自我照顧行為的研究結果指出，年齡愈大的病人水分的控制較佳；李、王（2000）以 131 位血液透析病患的

研究亦指出病患的年齡愈大者，自我照顧行為愈好；另黃、蔡（1999）針對 60 位血液透析病患的研究結果則顯示，自我照顧行為會因年齡的不同而有顯著差異，年輕者比年長者有較好的自我照顧行為。不同的研究顯示年齡對健康促進行為或自我照顧行為各有不同的影響，這可能是研究工具不同而導致有不同的研究結果，但無論如何，對血液透析病患的健康促進行為而言，或許年齡是個不可忽略的影響因素；因此針對不同年齡層的病人給予不同的衛教方式或措施，則可同時增進不同年齡層病人的健康促進行為。婚姻狀態為單身者的人格特質傾向外在控握信念，與已婚及喪偶者比較，不僅有較高的焦慮與憂鬱程度，且有較差的健康促進行為；截至目前國內外針對腎臟疾病患者的研究中，甚少討論到婚姻狀態與健康促進行為之關係。至於單身者為何會有較高的心理困擾與較差的健康促進行為，是否會因為受到缺乏配偶的實質或精神支持而有此結果，這方面需要將來進一步的研究；但此結果亦象徵著在面對單身病患的照顧時，需要給予更多的關心，以及在衛教方面需要給予更多的督促與追蹤。

健康促進行為分別與焦慮、憂鬱之心理困擾呈顯著負相關，亦即焦慮或憂鬱程度愈高者，病人的健康促進行為愈差。King（1991）指出心理因素如無助感可能會影響病人的自我照顧行為；Bame, Peterson & Wary（1993）說明透析病患的自我照顧行為會受憂鬱影響，由上述可瞭解到，血液透析病人已普遍存在有心理困擾問題，因此在照護透析病患時，除了注意生理層面的問題外，病人心理層面的關懷與支持亦不容忽略，當病人心理困擾的問題改善後

，病人就能有更好的健康促進行為，進而提昇生活品質。

另外，本研究結果顯示，健康促進行為分別與強而有力他人控制、機運控制之外在控制重心呈顯著負相關；換言之，愈傾向外在控制重心的病人則有較差的健康促進行為。吳、呂（1991）的研究指出愈內控的人格其血鉀及體重控制的自我照顧行為愈好；王、柯、劉、孫（1999）針對 106 位住院的慢性病患研究指出，能定期追蹤治療的病人較傾向內在控制的人格特質；另外，Pender（1987）的健康促進模式中，亦指出控握信念會影響老年人的進康促進行為。綜合以上可了解到，愈傾向內在控制重心者，認為健康狀態和自己的行為有關並應對健康盡一份責任，則容易有較好的健康促進行為。

由表二可看出健康促進行為四個層面的得分中，以「心理健康」層面的得分最低，此外以 HADS 為評估工具測量結果發現血液透析病患普遍有焦慮、憂鬱之心理困擾情形，另外於本研究中進一步將年齡、焦慮、憂鬱、內在控制、強而有力他人控制、機運控制等變項，以逐步迴歸的方式分析與健康促進行為的關係，結果顯示焦慮與憂鬱高達 80~82%的解釋變異量，且有統計意義，可做為血液透析病患健康促進行為的預測因子，因此可進一步確認血液透析病患的健康促進行為中以心理層面的問題最大。究竟心理層面的問題會對病患產生何種嚴重的後果？Kimmel, Weihs & Peterson 於 1993 年的研究指出，憂鬱症狀會影響血液透析患者的免疫功能、營養狀態、對醫療的遵從性及透析品質，因而可預測血液透析病患之生存率及罹病率，亦即憂鬱程度愈高者，則生存率愈低且罹病

率愈高（引自劉、陳，2002）。

Pender 提出健康促進行為是爲了維持或增加個人的健康層次及自我實現，這些行為除了身體活動、適當營養、休息外，尚包括心理活動。對於需長期接受血液透析治療的病患而言，生理上的痛苦與煎熬已難以言喻，若再加上心理問題對健康上所造成的不良影響，則甚至難以維持現存的健康狀態，更難再奢求自我實現。由本研究結果可看出，透析病患在「睡眠」、「飲食執行」、「自我照顧」的健康促進行為方面有較好的表現，因此若能強化病人心理層面的健康，或許有助於病情的控制，在能維持病人目前的健康狀態下，病人將有能力完成自我實現。

因此，若期待病人有更好的健康促進行為，身爲第一線照顧病人的護理人員，若能接受心理或情緒輔導的訓練課程，以便更深入了解病人心理困擾問題，發揮更人性化的護理，或可以在照護病人的同時，發現病人的情緒問題，進一步轉介給心理治療師或精神科醫師，相信在病人心理困擾問題改善後，病人會有最好的健康促進行為。

研究限制與建議

- 一、本研究礙於時間及人力的限制，僅收集 40 位桃竹苗某區域醫院洗腎中心的門診血液透析病患，因此無法將結果推論至所有的透析病患，因此建議未來的研究可增加收案區域，或以隨機抽樣的方式，使研究結果更具推論性。
- 二、本整體研究對象傾向內在控握信念，是這些病人原本就有內控的人格傾向

？認爲對自己的健康應有一份責任？亦是門診的透析病患大部分都可自行到醫院接受治療，在身體功能狀況較好的情況下，讓病人自認爲自己仍可透過努力而有較好的健康狀態？因此建議將來進一步比較住院中和門診的透析病患在身體功能狀態不同的情況下，其控握信念是否會有所不同。

- 三、本研究發現年齡、強而有力他人控制、機運控制、焦慮、與憂鬱等變項，均對健康促進行為有顯著影響，進一步以複迴歸方式分析，則焦慮與憂鬱對健康促進行為具有預測力；而焦慮與憂鬱分別皆與他人控制、機運控制呈顯著負相關，因此建議將來的研究或許透過某種訓練可將病患的外在控握信念轉變成內在控握信念，進而間接減輕病患的焦慮與憂鬱情緒，甚至病人會有較好的健康促進行為。

致謝

本研究感謝所有參與研究之血液透析病患提供寶貴經驗，另感謝重光醫院洗腎中心護理長及護理同仁於研究過程中的協助。

參考文獻

- 王瑞霞、許秀月（1997）·社區老年人健康促進行為及其相關因素的探討—以高雄市三民區老人爲例·*護理研究*，5（4），327-328。
- 王潤清、柯舜娟、劉波兒、孫麗娟（1999）·慢性病人健康促進及其相關因素之探討·*弘光學報*，34，47-95。

- 江惠英、鍾信心 (1997)·血液透析病人疲倦感與社會支持、憂鬱傾向及血液生化檢驗值相關性探討·*護理研究*, 5 (2), 115-126。
- 行政院衛生署 (2003)·*衛生統計*·台北：作者。
- 吳淑韻、呂昌明 (1991)·影響血液透析病人自我照顧行為因素之探討·*衛生教育雜誌*, 12, 65-77。
- 李梅、賴裕和、陳美伶、劉淑娟 (2002)·健康控制重心信念對術後病患使用非藥物疼痛因應策略之相關性·*醫護科技學刊*, 4 (1), 49-59。
- 李瑜弘、王瑞霞 (2000)·長期血液透析病患之無助、社會支持與自我照顧行為之相關探討·*護理研究*, 9(2), 147-155。
- 杜咏芬 (1992)·尿毒症患者對接受血液透析治療之認知與態度及其影響因素·*腎臟與透析*, 4 (2), 82-89。
- 范樂群、龍佛衛 (1996)·血液透析病患合併憂鬱症之治療·*臺灣醫界*, 41 (6), 33-34。
- 高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏、邱珮怡 (2000)·老年人的健康促進生活型態與衛生教育·*護理雜誌*, 47 (1), 13-18。
- 莊小玲、葉昭辛 (2001)·加護病房中早產兒父母之人格特質、社會支持、壓力感受與身心反應之相關研究·*長庚護理*, 12 (3), 220-232。
- 陳玉敏 (1999)·高血壓老人之健康內外控、自我效能與自我照顧之相關性探討·*護理研究*, 7 (6), 504-517。
- 陳佩英、史麗珠、王正旭、賴裕和、張獻崑、陳美伶 (1999)·疼痛對癌症病人焦慮與憂鬱之影響·*台灣醫學*, 3 (4), 373-382。
- 黃圓婷、蔡芸芳 (1999)·花蓮地區長期接受血液透析患者對於疾病與治療的知識、態度及自我照顧行為相關性之研究·*慈濟醫學*, 11 (4), 351-358。
- 楊麗玉 (2001)·促進血液透析患者自我照顧行為之衛生教育·*高雄護理雜誌*, 18 (1), 5-10。
- 劉淑樺、陳彰惠 (2002)·血液透析患者疲憊、憂鬱與運動耐力及其相關性探討·*護理雜誌*, 49 (4), 54-62。
- 賴美月 (1998)·應用健康信念模式及認知療法，照顧一位高血壓危象病患，協助解決健康能力改變的護理過程·*護理新象*, 8 (2), 64-71。
- Al-Hihi, E., Awad, A., & Hagedorn, A. (2003). Screening for depression in chronic hemodialysis patients. *Missouri Medicine*, 100(3), 266-268.
- Bame, S. I., Peterson, N., & Wary, N. P. (1993). Variation in hemodialysis patient compliance according to demographic characteristics. *Social Science & Medicine*, 37, 1035-1043.
- Birger, H., Inga-Marta, P., Elisabeth, S., Kim, L., & Naomi, C. (2001). The haemodialysis machine as a lifeline: Experiences of suffering from end-stage renal disease. *Journal of Advance Nursing*, 34(2), 196-202.
- Chu, N. F., Ferng, S. H., & Shieh, S. D. (1992). Quality of life assessment in end-stage renal disease patients with maintenance hemodialysis therapy. *Chinese Medical Journal (Taipei)*, 50(2), 103-107.

- Frazier, L. D., & D. Waid, L. (1999). Influences on anxiety in later life: The role of health status, health perceptions, and health locus of control. *Nursing and Allied Health Collection: Expanded*, 3(3), 213-218.
- Kimmel, P. L., Weihs, K. L., & Peterson, R. A. (1993). Survival in hemodialysis patients: The role of depression. *Journal of the American Society of Nephrology*, 4(1), 12-27.
- King, K. (1991). Noncompliance in the chronic dialysis population. *Dialysis and Transplantation*, 20(4), 67-68.
- Levy, N. B., & Wynbrandt, G. D. (1975). The quality of life on maintenance dialysis. *Lancet*, 14(1), 1328-1330.
- Martin, C. R., & Thompson, D. R. (1999). Utility of the hospital anxiety and depression scale in patients with end-stage renal disease on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing and Allied Health Collection: Expanded*, 4(4), 369-376.
- Maureen, F., & Dinah, G. (1997). Stress and quality of life in the renal transplant patient: A preliminary investigation. *Journal of Advance Nursing*, 25(3), 562-570.
- McCreary, C., & Turner, J. (1984). Locus of control, repression-sensitization, and psychological disorder in chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 897-901.
- O'Donnell, K. (1997). The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychother Psychosom*, 66(1), 38.
- Paula, O. (1997). Dialysis (part2): Haemodialysis. *Nursing Standard*, 11, 48-56.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing praction*. East Norwalk: Appleton & Lange.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control scale. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
- Watnick, S., Kirwin, P., Mahnensmith, R., & Concato, J. (2003). The prevalence and treatment of depression among patients starting diagnosis. *American and Journal of Kidney Disease*, 41(1), 105-110.
- Zigmond, A. S., & Snaith, P. R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatry Scand*, 67(6), 361-370.

Preliminary Study of the Relationship between Health Locus of Control, Psychological Distress and Health Promotion Behavior in a Group of Hemodialysis Patients

*Pei-Ying Chen Su-Ching Kuo Hui-Chen Chang Ya-Chun Liu **

*Tzu-Ying Hsu ***

Abstract

This study examined the relationship between the health locus of control, health promotion behavior and psychological distress in a group of hemodialysed patients. The study used a cross-sectional design. A total of 40 hemodialysed patients participated in this study at the North District Regional Medical Center in Taiwan. However, only 36 valid questionnaires were used for data analysis. The dependent variables were comprised of the sum scores obtained on the modified version of the Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Health Promotion Behavior Scale. Findings show that: (1) internal dimensions of control are inclined to all participants; (2) 36.1% demonstrated a clinically relevant level of anxiety, and 47.2% showed clinically relevant depression; (3) health promotion behaviors scores averaged 62.73%; (4) higher internal dimensions of control increased anxiety and depression ($p < .01$), loss of powerful attribution decreased the chance of anxiety and depression [mjs1] ($p < .01$); (5) higher rates of anxiety and depression health promotion behavior corrected significantly with low degrees of health promotion behavior, which were associated with greater internal control and lower powerful others and chance; [mjs2] (6) participants over 65 have greater health promotion behavior; (7) regression equation predicting shows that anxiety and depression were the strongest predictors claiming 80-82% of variance in health promotion behavior.

Key words : hemodialysis, locus of control, anxiety, depression, health promotion

Instructor, School of Nursing, Yuanpei University ICU, Department of Nursing, Li Shin Hospital *
RN, Hemodialysis Room, Chung Guang Hospital **

Received : Jul. 29, 2004 Revised : Aug. 9, 2004 Accepted for publication : Oct. 15, 2006

Correspondence : Pei-Ying Chen, No. 306, Yuan-Pei Street, Hsinchu 30015, Taiwan

Telephone : (03) 5381183 ext 8593 E-mail : cpysweet@yahoo.com.tw