

台北縣貢寮鄉糖尿病人疾病壓力 與家庭支持之研究

——初步報告——

田玫* 季瑋珠* 張智仁** 張珏*

本研究以半結構式問卷，訪問了台北縣貢寮鄉收案管理的 42 位糖尿病患者，探討了由於罹患糖尿病所造成的各項壓力、家庭關懷、及家庭對醫療照顧的參與。並以相關矩陣探討疾病壓力總分與各項可能相關因素的關係。結果發現最大的壓力依次為「害怕併發症」、「要控制飲食」、「自己打針」、「不會斷根」、「症狀本身」、「定期就醫」，及「每天要吃藥（打針）」等。病人的家庭關懷指數都相當高，平均 16.87 ± 3.75 。家庭參與以「定期就醫」為最多，占 75.0%，但與居家照顧比較密切相關的「服藥」只占 35.0%，「飲食控制」只占 42.5%。而疾病壓力總分與「飯前血糖」、「飯後血糖」，和「血紅素 A1C (HbA1C)」均有顯著正相關。其中又以「血紅素 A1C」為最高。此外，「家庭參與」也與疾病壓力總分呈較弱（未達顯著意義）的正相關。

(Key words: *diabetes mellitus, illness-related stress, family support.*)

(中華衛誌 1988; 8 (3): 150 - 160)

前 言

隨著公共衛生的進步，壽命的延長，人口的老化已成為我國社會必然的趨勢，慢性病的防治，也因而成為公共衛生工作上主要的課題[1]。

* 台大醫學院公共衛生學科

** 成大醫學院家庭醫學科

在各種慢性病中，糖尿病是相當具有特色的一種。原因有二，第一，近幾年來，以糖尿病為「原死因」的診斷，已躍居十大死因之列[1]，若以多重相關死因統計，可以不止此數。而在「罹病資料」方面，戴東原等以血糖計從事全省抽樣調查的結果，40 歲以上人口，糖尿病盛行率為 6.23% 且隨年齡增加而增高，由 40-49 歲的 2.80% 升到 70 歲以上的 10.25% [2]，其對社會大眾健康的威脅可見一斑。第二，糖尿病除了慢性病的一般特色——發病不明顯、易被忽略

、無法根治、會留下社會污點（social stigma）、須改變生活型態及社會角色[3]外，糖尿病人若要使病情得到良好的控制，必須付出更大的努力，如飲食控制、自己注射胰島素（來「傷害」自己）等，不但要學習高深複雜的知識，更要克制人類基本的慾望和喜好[4]。

基於上述原因，糖尿病人的醫療照顧與衛生教育工作，除了知識的傳授外，還要深入探討，並協助病人克服疾病本身及治療過程所造成的各種壓力，才能獲得滿意的結果。有鑑於這方面資料的缺乏，在 1987 年初，吾人即藉社區糖尿病人研究計劃之便，在貢寮鄉針對初收案的 42 位病人，以半結構的問卷及觀察法，探討當地糖尿病人所遭遇的疾病壓力，及其從家人得到的支持，希望能對整個衛生教育計劃有所貢獻。

研究目的

本研究目的在於：

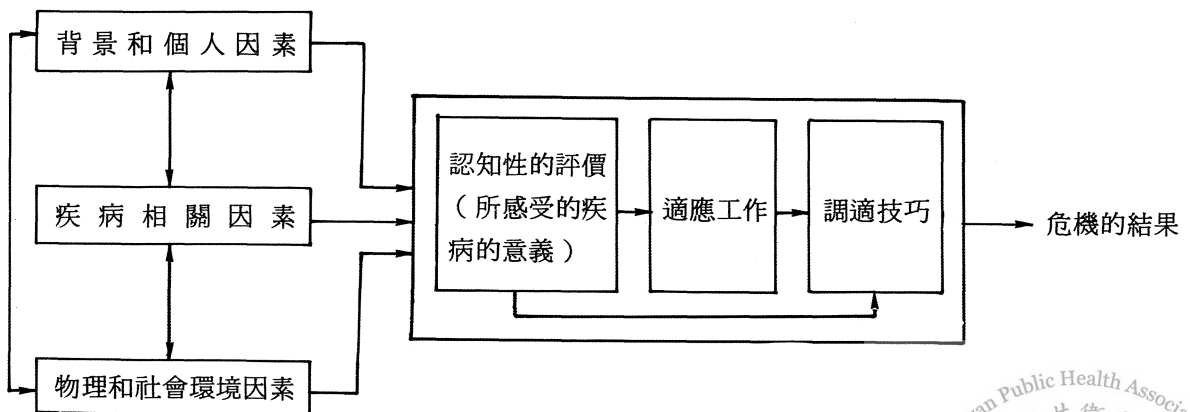
(1)探討糖尿病人有哪些疾病所引起的壓力，順序如何。

(2)探討糖尿病人在其治療和照顧上得到哪些支持和協助。

(3)探討疾病壓力的相關因素。

文獻回顧

有關壓力與健康的文獻很多，針對疾病所造成的壓力及其調適，Moos 提出「身體疾病危機的概念化模型」，如圖一。圖中顯示疾病相關因素、個人背景因素，和物理與社會環境因素共同及交互作用，決定了調適的過程，過程中又包含了認知、適應工作及調適技巧，最後決定了危機的結果[5]。Miller 則以「調適策略」（coping strategy）的架構，分析慢性疾病的壓力與調適[3]，見表一。其中十四種（十三種加上其他）調適策略的綜合運用，導致有效的調適，結果為不適感的降低，希望的產生、自尊心的提高、人際關係的維持，和健康狀態的增進，仔細分析其十四種調適策略，事實上從另一角度來看，是必須處理的十四種疾病壓力。這個方向的探討，和壓力研究的始祖 Holmes and Rahe 的生活壓力事件對健康



圖一 身體疾病危機的概念化模型

表一 壓力分類的設計及參考資料

一、家庭結構：

核心家庭—夫或妻或未婚子女組成之家庭。

主幹家庭—夫或妻或一位已婚子女之核心家庭同住，可有其他未婚子女。

聯合家庭—夫或妻和兩位以上已婚子女之核心家庭同住，可有其他未婚子女。

調整的擴大家庭—夫或妻居住安排上與子女分住，但住處很近，或輪住各家，時相往來。

（出自：朱岑樓，[7]）

二、家庭發展周期：

新 婚 期——對夫婦結婚～第一個孩子誕生。

生 育 期——第一個孩子誕生～最大的孩子入學（有些學者再分出學齡前期）。

學 童 期——最大的孩子入學～最大的孩子進入青少年期。

青少年期——最大的孩子青少年期～第一個（不一定最大）孩子離家。

離 散 期——第一個孩子離家～最後一個孩子離家。

空 巢 期——最後一個孩子離家～夫婦（父母）之一退休。

老 化 期——父母之一或均退休～父母均死亡。

（出自：Garcia-Shelton, [8]）

三、家中成人的家庭關懷指數：

- | | | | |
|----------------------|--------|--------|--------|
| 1.當您有煩惱時，是不是家人都會幫忙？ | 各項分級為 | 1.很少如此 | 3.經常如此 |
| 2.您是不是滿意家人幫忙您的態度？ | | 2.偶而如此 | 4.總是如此 |
| 3.您是不是感覺家人都會贊成您提的意見？ | 總 分=20 | | |
| 4.您家人是不是了解您的心情？ | | | |
| 5.您會喜歡和家人作伴（相聚）？ | | | |

（出自：Smilkstein, [9] 台大家庭醫學科改編）

四、家庭的參與（請答有／沒有，誰？）

- | | | |
|------|---------|--------|
| 定期就醫 | 各項有 = 1 | 沒有 = 0 |
| 服 藥 | | |
| 飲食控制 | 總 分 = 4 | |
| 打 針 | | |
| 居家護理 | | |
| 其 他 | | |
- } 未詢問（難定義）

的影響[6]，是有所不同的，也是一個較特定的新方向。

茲將 Moos[5] 和 Miller[3] 對於疾病引起的各項壓力所作的整理，加以比較，列於表一。其中 Moos 所指的是一般的「身體疾病」，Miller 則專門針對「慢性疾病」，又各分為「疾病相關者」，和「一般事務」兩大類。本研究界定的「疾病壓力」，即根據此一分類，輔以門診和家訪中，對病人的觀察，一併歸類整理於表一。疾病壓力的計分，各項均以 1 至 4 分分開請患者評分，合計總分時除去「自己打針」一項（非人人皆有，作答不全），共 14 項。

「家庭結構」的定義取自朱岑樓「中國家庭組織的演變」[7]，分核心、主幹（折衷）、聯合擴大及調整的擴大家庭。「家庭發展週期」的定義取自 Garcia-Shelton 的七階段分期[8]，「家庭關懷指數」原始評分方式出自 Smilkstein 的 "Family APGAR"，共五題，評估適應度（Adaptation）、參與度（Partnership）、成長度（Growth）、情感度（Affection）和融和度（Resolve），原為各題 0、1、2 分三級[9]；台大家庭醫學科譯成口語的中文，並改為四級，1=很少如此，2=偶而如此，3=經常如此，4=總是如此，再計其總分，「家庭的參與」則分為「（提醒、陪同）定期就醫」、「（協助）服藥」、「（協助）飲食控制」、「打針」等。見表二。而疾病的控制，以飯前、飯後血糖、血紅素 A1C（HbA1C）為指標[4]。

材料與方法

(一) 研究對象

本研究對象為糖尿病社區衛生教育計劃

中，在台北縣貢寮鄉初收案的 42 位糖尿病人。收案條件為經計劃小組診斷確定之病人，其中亦包含羣醫中心及基層保健中心已收案者，病人經確定均願參加，收案過程亦無選擇性偏差。

(二) 研究期間

資料蒐集期間為 1987 年 2 月至 5 月，預計一年後追蹤。

(三) 測量工具及實施方法

半結構式問卷，輔以觀察記錄，各變項定義見表一、表二。訪問及觀察完全由第一位研究者以護士身份進行，並每週與第二、三位研究者及糖尿病專家討論。問卷係參考文獻資料[3][5]，輔以長達半年之實地觀察與訪談而後訂定。其中之「家庭關懷指數」，則係利用台大家庭醫學科改譯的 Family APGAR[9]，此指標在家庭醫學相關的研究中，均有頗佳的信度，首先是陳永成等在學童樣本中，得到 0.83 的信度[10]，而傅振宗等在某農村社區作老人 CES-D 憂鬱分數相關因素探討中，也發現再測信度高達 0.80[11] 為使病人明瞭，所有計分均用硬紙板圖解說明。

患者血液樣本採取靜脈血，血紅素 A1C 之測定採用 ion exchange high performance liquid chromatography（Diamat®，Bio-Rad，美國），血糖使用 Glucometer II 測定全血血糖。

(四) 統計分析

以平均值、標準差與頻率分配敘述所得之資料，並以相關矩陣探討「壓力總分」的相關因素。

表二 相關變相定義

Moos, et al, [5] (Physical Illness)	Miller, [3] (Chronic Illness)	本研究之壓力項目
<p>A、疾病相關者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 涉及疼痛、能力喪失及其他症狀 2. 涉及醫院環境和特殊治療過程 3. 與醫療人員發展及維持適當關係 	<ol style="list-style-type: none"> 8. 處理身體上的不適 2. 調整日常生活常規、生活型態 3. 獲得繼續自我照顧的知識技術 9. 遵行醫囑 	<p>症狀、併發症（所造成之不適）及治療引起的副作用</p> <p>控制飲食、運動</p> <p>學習很多知識</p> <p>定期就醫，每天吃藥打針自己打針</p>
<p>B、一般事物：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保持合理的情緒平衡 2. 保持滿意的自我形象，維持勝任感和控制感 3. 維持與家人和朋友的關係 4. 準備面對不確定的未來 	<ol style="list-style-type: none"> 6. 為由慢性病所造成的失落而悲傷 1. 維持正常感 4. 維持正面的自我概念 11. 處理因疾病或殘障引起的社會恥辱或污點（social stigma） 12. 維持控制感 5. 調整以適應改變了的社會關係 7. 處理角色改變 10. 面對無可避免的死亡 13. 雖病情惡化或未知仍保持希望 	<p>（不會斷根，害怕併發症）</p> <p>花錢</p> <p>（飲食控制、運動）</p> <p>怕別人知道（會笑）</p> <p>（飲食控制、運動）</p> <p>（家庭關懷指數和參與）</p> <p>不會斷根，害怕併發症</p>

結果

(一)病人基本資料

42位病人中，有32位（76.2%）為女性。年齡以50-59歲為最多，共20人（47.6%），次為60-69歲，16人（38.1%）

，40-49歲和70歲以上各3人（7.1%），平均 59.4 ± 7.9 歲。不識字者有32人（76.2%），小學程度者8人（19.1%），初中程度者2人（4.8%）。職業以無或家管為最多，30人（71.4%），漁3人（7.1%），商4人（9.5%），其他如服務業5人（11.9%）。患病期間在1年內者僅1人（

2.4%），1-2年者15人（35.7%），3-4年者9人（21.4%），5-6年者5人（11.9%），7年及以上者12人（28.6%）。完全沒有其他身體疾病者19人（45.2%），有高血壓者16人（38.1%），腦血管疾病者3人（7.1%），其他疾病者4人（9.5%）。

婚姻狀況以已婚者最多，29人（69.1%），次為喪偶，8人（19.1%），再婚者3人（7.1%），單身者2人（4.8%）。現住之家庭結構以核心家庭最多，26人（61.9%），次為主幹家庭，11人（26.2%），調整

的擴大家庭4人（9.5%），聯合家庭1人（2.4%）。發展週期方面，以離散期為最多，23人（57.5%），次為空巢期，11人（27.5%），學童期、青少年期和老化期各2人（5.0%）。

病情控制方面，飯前血糖 $173.2 \pm 73.3\text{mg/dl}$ ，（平均值±標準差），飯後血糖 $244.6 \pm 75.7\text{mg/dl}$ （平均值±標準差）。而血紅素 A1C $8.4 \pm 2.0\%$ （平均值±標準差）。

(二)疾病壓力

具表三，同時列出選擇各級嚴重程度的

表三 貢寮鄉糖尿病患者疾病有關之壓力程度分佈

項目	1		2		3		4		合計		平均值	標準差
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%		
1. 不會斷根	17	46.0	12	32.4	2	5.4	6	16.2	37	100	④1.92	1.09
2. 害怕併發症	10	27.0	11	29.7	8	21.6	8	21.6	37	100	①2.38	1.11
3. 怕別人知道(會笑)	24	64.9	6	16.2	5	13.5	2	5.4	37	100	1.59	0.93
4. 要控制飲食	16	43.2	9	24.3	5	13.5	7	18.9	37	100	②2.08	1.16
5. 定期就醫	18	48.7	11	29.7	5	13.5	3	8.1	37	100	⑤1.81	0.97
6. 花 錢	27	73.0	7	18.9	2	5.4	1	2.7	37	100	1.38	0.72
7. 每天要吃藥(打針)	19	51.4	11	29.7	6	16.2	1	2.7	37	100	⑥1.70	0.85
8. 自己打針	12	52.2	4	17.4	3	13.0	4	17.4	23	100	③1.96	1.19
9. 要學很多知識	17	46.0	12	32.4	6	16.2	2	5.4	37	100	⑤1.81	0.91
10. 症 狀	19	51.4	9	24.3	2	5.4	7	18.9	37	100	④1.92	1.16
11. 併發症	32	86.5	1	2.7	1	2.7	3	8.1	37	100	1.32	0.88
12. 治療的副作用(1)飢 餓	33	89.2	1	2.7	2	5.4	1	2.7	37	100	1.22	0.67
(2)低血糖	32	86.5	3	8.1	1	2.7	1	2.7	37	100	1.22	0.63
(3)傷 胃	37	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37	100	1.00	0.00
13. 要作運動	18	48.7	16	43.2	1	2.7	2	5.4	37	100	1.65	0.79

註： 1 2 3 4
 非常輕微 有些困擾 很嚴重 非常嚴重

壓力總分=各項壓力程度和（第8項除外）

人數、百分比及各項壓力的平均值、標準差。由表三可知，最大的壓力是「害怕併發症」(2.38 ± 1.11)，次為「要控制飲食」(2.08 ± 1.16)，「自己打針」(1.96 ± 1.19)；「不會斷根」(1.92 ± 1.09)，「症狀」(1.92 ± 1.16)，「定期就醫」(1.81 ± 0.97)，「要學很多知識」(1.81 ± 0.91)，以及「每天要吃藥打針」(1.70 ± 0.85)等。其中「自己打針」一項只有 23 人作答，其他均有 37 人作答。計算總分時，上述第 8 項不予列入。比較特殊的是「怕別人知道(會笑)」一項，有些人是認為糖尿病會傳染給家人、鄰居，而有些人則無法區分「遺傳」和「傳染」。本來計劃同時詢問調適方法，但因過於複雜而暫時擱置。

(三)家庭支持

表四為「家庭關懷指數」，同樣亦包含選擇各等級的人數和百分比，以及得分。各小題的得分均相當高，均以「總是如此」者為最多，由 47.4% 至 92.1%，有四項在 50.0% 以上。平均高達 16.87 ± 5.75 分。

家庭對照顧的參與，見表五，各個項目中，以「定期就醫」一項為最高，75.0%，而較需日常生活照顧的「飲食控制」、「服藥」分別只占 42.5% 和 35.0%。「打針」一項，只有 10.0%，若以打針的 23 人為分母，則占 4/23 (17.4%)，家人的參與，據觀察以配偶、兒子、媳婦為多，若患者為女性，先生扮演主要角色，但飲食控制仍主要為婦女的工作，「家庭參與」的計分為各項相加。

(四)疾病壓力的相關因素

見表六。選擇「年齡」、「性別」、「教育程度」、「患病期間」代表個人基本資料，「家庭關懷指數」、「家庭參與」代表

表四 貢寮鄉糖尿病患者家庭關懷指數分項及合計數值

項目	1 很少如此		2 偶而如此		3 經常如此		4 總是如此		合計	
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%
煩惱時得到幫助	4	10.5	3	7.9	13	34.2	18	47.4	38	100
對家人幫助態度滿意	4	10.5	4	10.5	11	29.0	19	50.0	38	100
贊成意見	4	10.5	2	5.3	5	13.2	27	71.1	38	100
了解心情	5	13.2	5	13.2	7	18.4	21	55.3	38	100
喜歡和家人相聚	0	0.0	1	2.6	2	5.3	35	92.1	38	100
合計 4 點計分	16.87 \pm 3.75 (平均值 \pm 標準差)									

(註：總分 = 20)

Taiwan Public Health Association
台灣公共衛生學會

表五 貢寮鄉糖尿病患者家庭參與照顧之情況

項 目	無		有		合 計	
	人數	%	人數	%	人數	%
定期就醫	10	25.0	30	75.0	40	100
服藥	26	65.0	14	35.0	40	100
飲食控制	23	57.5	17	42.5	40	100
打針	36	90.0	4	10.0	40	100

表六 貢寮鄉糖尿病人壓力總分及相關因素間之簡單相關係數 (r)

性 別	性 別	年 齡	教 育	病 期	關懷指數	家庭參與	飯前血糖	飯後血糖	HbA1C	壓力總分
性 別	1.000									
年 齡	0.056	1.000								
教 育	-0.628**	-0.344**	1.000							
病 期	0.194	0.289	-0.188	1.000						
關懷指數	-0.039	-0.263	0.175	-0.413*	1.000					
家庭參與	-0.171	0.024	0.117	0.137	0.260	1.000				
飯前血糖	-0.015	0.033	-0.178	0.481**	-0.124	0.406*	1.000			
飯後血糖	-0.009	0.120	-0.116	0.489**	-0.080	0.295	0.844**	1.000		
HbA1C	-0.056	0.043	-0.100	0.448**	-0.056	0.421**	0.899**	0.907**	1.000	
壓力總分	-0.158	0.055	-0.010	0.031	0.147	0.299	0.415**	0.348*	0.446**	1.000

n=35 df=1,33 *P<0.05 (r>0.323, F>3.84)

** P<0.01 (r>0.410, F>6.063)



家庭支持，「飯前血糖」、「飯後血糖」、「血紅素 A1C」代表疾病控制情形，來與「壓力總分」作相關矩陣。結果發現：與壓力總分呈顯著相關者只有三個疾病控制變項，均為正相關，其中又以血紅素 A1C（代表過去 3 個月控制的情形[4]）為最高，即疾病控制越差，壓力越大。「家庭參與」則呈微弱的正相關。

其餘的相關為：患病期間和血糖呈正相關，但和血紅素 A1C 無關。控制不良者家庭參與較高。患病較久者家庭關懷指數較低。個人基本資料與上述的年關。只有女性、年齡較大者教育程度較低的現象。

因係一次橫截面研究，對於因果關係不敢妄加判定，有待進一步追蹤。而原計劃中亦想探討生活壓力事件對短期血糖控制的影響，但此亦須長時間追蹤，才能得知。

討 論

本研究為一初步報告，其「發現事實」的意義遠大於「驗證理論」。但至少踏出了「以病人為中心，在教育前無嘗試了解病人」的一小步。茲將研究所見討論如下：

由患者基本資料看來，反映了鄉村地區中老年人原本即存在的許多問題，如教育程度低落（76.2% 不識字），社會經濟條件較差，青壯人口外流以致家庭結構不足以提供照顧（病人家庭結構中，核心家庭高達 61.9%，而 90.0% 在離散期及離散期之後）等，再加上文化背景的差異，在提供病人衛生教育時，的確會有專家學者和醫療專業人員意想不到的困難。衛生教育學者也越來越強調，在教育病人之前，一定要嘗試先了解他們，甚至先從事人類學的田野調查[12]。這也是本研究之所以不使用既定的量表，而採半結構的方式，輔以觀察法來進行資料蒐

集的原因。此外，直接詢問疾病所造成的壓力，會比其他方法更能表達實際狀況。

本研究的重點即在於發現各項壓力的排名。研究結果顯示出相當有趣的現象，糖尿病人的主要壓力，除「症狀」一項（排名第四位）外，均屬「未來後果的恐懼」和「現在的不便」。固然，「症狀」以及「未來後果的恐懼」，本是刺激病人尋求幫助。遵行醫囑的原動力，但要達到這些標準，卻要在生活型態上付出極大的代價，要控制飲食、打針、定期就醫和服藥、學習很多知識，更令人洩氣的是如此也只能「控制」，不能「斷根」，此點是慢性病人「無力感」的主要來源[3]。因此，糖尿病人往往因上述的理由產生相當嚴重的矛盾與衝突，導致調適不良，而影響到醫囑的遵行和病情的控制。另外，也常因看不到立即的效果而懈怠，而使病情惡化。

疾病壓力的總分，仔細探討起來牽涉到許多測量和計分的理論。本研究初步嘗試以第 8 項（自己打針，作答不全）除外的各項合計為總分，共 13 項，13~52 分，代表各種壓力的總和，累加分數越高，疾病所造成的壓力越大。然後，與各可能因素作簡單相關矩陣。表六的結果相當有意義，壓力總分只與病情控制有關，且其中又以與代表較長期間病情的血紅素 A1C 相關係數最高。雖然 Moos 的架構（圖一）中，壓力調適與病情結果關係為單向，但本研究結果暗示了病情控制對認知亦有回饋作用。回頭來看，此一壓力總分既與病情控制有頗高的相關，應可視為一可用的「特定壓力指標」。

在慢性病控制中，「家庭」是病人重要的支持來源，家庭功能也能直接間接影響病人的照顧，和健康狀況[9]，因此本研究也大略探討了病人家庭的功能（關懷指數）和對照顧的參與。在「關懷指數」方面，各項

普遍都很高，總分高達 16.87 ± 3.75 ，據研究者訪談的經驗，很可能是有所高估，此點與病人教育程度，及對假設語氣的理解，和對「很少」、「偶而」、「經常」、「總是」的判斷有關，同時也涉及文化上的偏差，有待更多研究、更適當的工具加以澄清。在「參與照顧」方面，家庭發揮最多的，仍是「定期就醫」，與日常生活有關的「服藥（打針）」、「飲食控制」仍相當低，在照顧層次上，不僅專業性和參與性不夠（只是定期提醒式陪同，疾病的處理責任仍留在醫護人員手中），在醫療效果上，及生活型態的改變和成果維持上，實在不足以發揮功能。家庭醫學和社區衛生護理一再強調家庭的參與和功能的發揮，在糖尿病人的照顧上的確為一有待開發，也值得開發的領域。

在簡單相關矩陣中，「家庭關懷指數」只與「患病期間」呈負相關，而「家庭參與」則和「飯前血糖」、「血紅素 A1C」呈正相關，且病情控制越差，家庭參與越高。而「家庭關懷」和「家庭參與」並無顯著相關。其原因可能為，家庭關懷指數只是主觀的感受（滿足感），久病之後會隨情緒低落而下降，但與病情直接有關的，卻是家庭的參與，病情控制差者自然需要多一些家庭的協助。當然，由於本研究中「時序性」尚無法建立，在因果關係的判定上宜作相當的保留。得長期追蹤後再下定論。

結論與建議

許多糖尿病專家都會感覺到糖尿病比一般的慢性病更難控制，其最主要的原因，應為生活型態上大幅度的轉變，和對疾病後果的恐懼，及其間的矛盾，所造成的壓力。本研究探討了各項可能壓力的嚴重程度，也嘗試發展疾病特定壓力的指標。另一方面，也

探討了家庭的關懷和參與，希望能藉以了解病人克服壓力，運用資源，達到成功的控制。本研究最重要的成果有三：

1. 排定各項疾病壓力的嚴重程度並探討其意義。
2. 建立疾病壓力指標。
3. 發現病人家庭關懷和參與的情形，找出不足之處，建議改進。

本研究建議如下：

1. 對低教育程度、傳統鄉村文化的病人，應發展專用的、具體而簡化的測量工具。
2. 應先了解並幫助病人經由自我了解，進而面對並克服疾病（及治療）所造成的壓力，而不宜僅用單方面的（專業）價值與知識強求病人接受。衛教前先使用壓力問卷並據以個別輔導，將是可嘗試的方法。
3. 家庭是中老年慢性病人最重要的支持，宜增進家庭主動而較專業性的參與，不要把醫療的責任完全交給專業人員，影響病情最重要的因素仍為居家生活。而「家庭關懷指數」則可作為家庭功能的評估指標。

本研究只是一個小小的開端，還有待更多的相關研究及長期追蹤來肯定。盼望它能為糖尿病人的照顧開啓一個更積極有效的方向。

致謝

感謝戴東原教授出資協助研究之進行，並熱心指導，貢寮衛生所、羣醫中心全體工作人員、研究助理陳春君小姐、凌坤楨先生的協助，台大醫院湯桂燕小姐從事實驗分析，42 位糖尿病患者的合作，特此致謝！

參考文獻

1. 行政院衛生署：中華民國台灣地區公共衛生概況，1987。

2. Tai TY, Yang CL, Chang CJ. Epidemiology of diabetes mellitus among adults in Taiwan, R.O.C. J Med Ass Thailand 1987; 70 (suppl 2): 42-53.
3. Miller, JF. Coping with chronic illness. In: Miller, JF. Coping with chronic illness. F. A. Davis Company, 1983; 15-36.
4. 戴東原：糖尿病講座，台北健康世界雜誌社，1986。
5. Moos RH, Schaefer JA. The crisis of physical illness, an overview and conceptual approach. In: Moos RH.eds. Coping with Physical Illness. N.Y: Plenum, 1984; 3-25.
6. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-8.
7. 朱岑樓：中國家庭組織的演變，見朱岑樓等編中華民國建國七十年紀念叢書，我國社會的變遷與發展。台北 1981；253-87。
8. Garcia-Shelton LM, Brody H. Family structure and development. In: Taylor RB. eds. Family Medicine, Principle and Practice. N.Y.: Springer Verlag, 1983; 8-21.
9. Smilkstein, G. Assessment of Family Function. Ibid. 1983; 74-84.
10. Chen YC, Hsu CC, Hsu SH, Lin CC: A preliminary study of family APGAR index. Acta Pediatr Sinica 1980; 21: 210-27.
11. Fu CC, Tseng LD, Lee CC: Correlates of CES-D Depressive Scores in the elderly of a rural community. J. Formosan Med Assoc 1988; 87: 365-8.
12. 丁志音：田野方法與參與觀察在衛生教育上的運用與價值。公共衛生 1987；13:79-93

ILLNESS-RELATED STRESS AND FAMILY SUPPORT OF DIABETIC PATIENTS IN KUNG-LIAO COMMUNITY A PRELIMINARY REPORT

MEI TYAN*, WEI-CHU CHIE*, CHIH-JEN CHANG**, CHUEH CHANG*

In this study, a semi-structured questionnaire interview with observation was performed on 42 diabetic patients in Kung-liao Community to detect their illness-related stress and family support in medical care. The most severe stress was "fear of complications", followed by "diet control", "self-injection", "chronicity", "symptoms", "regular visits", "regular medication", etc.

The family APGAR Score was high. Family participation of medical care was limited on "regular visits", 75.0%, while in "diet control" only 42.5%, "medication" only 35.0%. The total score of illness-related stress was positively related to the disease control variables, especially HbA1C, and only weakly (non-significant) related to family participation.

(J Natl Public Health Assoc (ROC) 1988; 8 (3) : 150 - 160)

* Department of Public Health, College of Medicine, National Taiwan University.

** Department of Family Medicine, College of Medicine, National Cheng-Kung University.