

國立臺灣大學 公共衛生學院 公共衛生碩士學位學程

碩士論文—實務實習成果報告

Master of Public Health Degree Program

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis — Practicum Report



肌無力症患者生活品質與焦慮憂鬱之相關因素

Factors Associated with Quality of Life, Anxiety, and Depression
in Patients with Myasthenia Gravis

蘇玲枝

Ling-Chih Su

校內單位指導教師：楊銘欽 副教授

實習單位指導教師：邱浩彰 教授

Advisor: Ming-Chin Yang, Dr.PH

Preceptor: Hou-Chang Chiu, Ph.D.

中華民國 103 年 12 月

December, 2014

誌謝



我的第三個孩子終於誕生了！前面兩個孩子讓我體重增加，第三個孩子讓我增添許多白髮。這孕育近 9 個月的孩子，磨練了我的意志力與執行力。一路走來，能在規劃的時間內完成論文，要感謝許多給我幫助與指點的老師及長官們。

睽違多年的學生身分，在前醫策會董事長張珩教授及張學聖副院長的推薦下，讓我得以進入台大進修。入學後一直忙於安排學業、工作及家庭間的兼顧與平衡，對於論文題目的構想一直處於天馬行空，充滿理想的階段。今年 3 月，一次與指導教授楊銘欽老師的談話中有了聚焦，很高興的拿著這主題馬上打電話給葉建宏主任請教其可行性，主任非常專業又大方的表示，可行而且願意鼎力相助。主任的一句話真是讓我吃到了定心丸！這也要感謝邱浩彰副院長以愛護部屬的胸襟，讓我可以順利進行研究。隨著實習時間的到來，面臨到發問卷的問題，幸而有陳雅惠小姐的協助及帶領，讓我能克服面對病患的不知所措，才得以調查問卷。統計方面要感謝白其卉老師，在白老師的指引下，學會一步步把學校修的生物統計學結合問卷資料，做出各種檢定與表格。口試委員鍾國彪老師及邱浩彰副院長的每項建議都是一針見血，有老師們的指導，讓我的論文更充實、更完善。指導教授楊銘欽老師十分有耐心地修改我的論文，每當夜深人靜之時，在電腦上收到老師傳來的信，都讓我感到十分的溫暖，因為有人跟我一樣為這篇論文奮鬥著。感謝兩位是學姊又是同事的好朋友，吳淑靜小姐及郭佩雯小姐。不論在學業或是論文寫作，當我遇到各種疑難雜症時，兩位好朋友都是我諮詢求助的對象。另外，還要大大的感謝我的老公，他不僅擔任我的電腦顧問，還分擔許多家務，沒有他的支持與鼓勵，單憑我個人的意志力是很難完成學業。一對寶貝在我求學期間也不時監督我，每當我偷懶時，他們總以平時我提醒他們的口吻對我說，還不去唸書！還有許多長官及同事在工作上給我的支持與照顧，讓我能順利完成學業。

最後，以此論文獻給我兩位摯愛的父親，以表達我的孺慕之情。有您們的精神相伴，我才能克服所有的困難，勇敢踏實的走過。論文完成後，學業也告一段落。Stay Foolish, Stay Hungry! 人生的座右銘將陪伴我繼續前進。

中文摘要



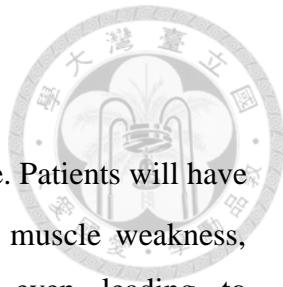
肌無力症是神經肌肉的自體免疫疾病，患者會有上眼臉下垂、複視、口齒不清、吞嚥困難、全身無力等症狀，嚴重時甚至呼吸困難導致生命危險。隨著醫療科技發展，肌無力症不論在診斷及治療都有進步，平均餘命延長及人口老化等因素，其盛行率有增加之趨勢。參考全民健康保險重大傷病領證人數，推估台灣肌無力症盛行率每百萬人口約 187 人。由於疾病的特性會使患者身體上出現的障礙，影響生活上的自理能力，也會影響其社交、工作、求學的機會及心理層面，進而影響其生活品質。本研究利用病人自行報告之結果，透過患者自填問卷的方式獲得其健康相關的生活品質報告，以作為協助醫師提供更好更多的以病人為中心的照護服務。

本研究採橫斷式調查研究，以單一醫院的門診肌無力症患者為研究樣本，個人為分析單位。資料來自兩方面，健康生活品質及社會及人口學方面，以結構式問卷進行調查；臨床資料方面，以樣本醫院提供之肌無力患者資料庫登錄資料為準。本研究自 103 年 7 月 1 日至 8 月 31 日進行調查，共回收問卷 132 份，其中 116 份為有效問卷（有效樣本率為 88%），收案病患平均年齡 46.4 歲，其中女性有 78 位。利用統計軟體 SPSS 17.0，以雙變項分析及線性迴歸分析，檢定各變項與生活品質之關係。研究結果顯示，不同焦慮程度是影響生活品質主要因子，焦慮分數越高，生活品質越差；在分層分析中顯示，最年長的一組其憂鬱程度會影響生活品質，但有擔任肌無力俱樂部幹部對生活品質有正向效果。

情緒障礙是肌無力症患者最常見的併發症，在治療肌無力症的同時，心理的健康也是醫療團隊應積極維護的。肌無力俱樂部具有提升生活品質的功能，在年長的樣本中得到驗證，建議可以多鼓勵所有病友參加幹部的培訓課程，讓病友轉換生病者的角色，成為主動關懷的人，對於其生活品質會有所助益。臨床上，建議對肌無力患者進行全面的生活品質量表及焦慮憂鬱量表調查，以瞭解患者生活品質及心理狀況，對於焦慮憂鬱患者能及早介入治療，以維護其生活品質。

關鍵字：肌無力症（Myasthenia Gravis）、病人自行報告之結果（Patient-Reported Outcome,PRO）、健康相關生活品質量表（Health-Related Quality-of-Life,HR-QOL）、病友支持團體（Patients Support Group）

ABSTRACT



Myasthenia Gravis (MG) is a neuromuscular autoimmune disease. Patients will have symptoms like ptosis, diplopia, dysarthria, dysphagia, generalized muscle weakness, and, in the most severe situation, respiratory insufficiency, even leading to life-threatening. As medical technology developing, there has been great progress in the diagnosis and treatment of myasthenia gravis. Due to longer life expectancy and aging population, there is a clear trend towards an increase in the prevalence of the disease. According to the number of valid catastrophic illness cards issued by Taiwan's National Health Insurance, the prevalence of myasthenia gravis in Taiwan is estimated to be 187 cases per million people. Due to the nature of the disease, patients are affected in self-care ability, social, work, pursuing education opportunities and psychological aspect, thereby affecting their quality of life. In this study, using patient-reported outcome, obtained the quality-of-life through asking patients to fill out a self-administered questionnaire directly. The results will be provided to the clinicians to deliver better patient-centered service.

This study was a cross-sectional research. Patients were recruited from the outpatient neurology clinic of a single hospital, individuals as an analysis unit. Data were obtained from two parts. Health-related quality-of-life and socio-demographic features were collected from the structured questionnaires, and clinical data were acquired from the database registered in the sample hospital. The study was conducted between 1st July 2010 and 31st August 2014. There were 132 questionnaires collected, of which there were 116 valid questionnaires (effective sample rate of 88%). The recruited patients' average age was 46.4 years, 78 were female. Using the statistical software SPSS 17.0, with bivariate analysis and linear regression analysis to test the relationship between various variables and quality of life. The results reveal that the different degrees of anxiety were the main factor affecting the quality of life, the higher anxiety's score was, the worse quality of life became. Stratified analyses showed that the different degrees of depression affected the quality of life in the oldest group. But the samples served as volunteer's cadres in MG club had positive effect on quality of life.

Mood disorder is the most common co-morbidity in MG patients. In the treatment of myasthenia gravis, mental health should be actively maintained. MG club had a function to enhance the quality of life of patients; it had been verified in the oldest

group of patients. It is recommended that more patients be encouraged to attend the training courses of volunteer cadres. It will help the patients convert the sick role to become an active person of delivering care for other patients. Therefore the quality-of-life of patients will be improved. Clinically, in order to understand the quality of life and psychological status of patients with MG, it is recommended to conduct a comprehensive investigation of quality-of-life scale and Hospital Anxiety Depression Scale. Early intervention will be provided to patients with anxiety or depression so as to maintain their quality-of-life.

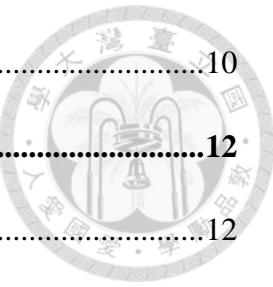
Key Word: Myasthenia Gravis (MG), Patient-Reported Outcome (PRO), Health-Related Quality-of-Life (HR-QOL), Patients Support Group

目 錄

口試委員會審定書



誌謝	i
中文摘要	ii
ABSTRACT	iii
目 錄	v
圖目錄	viii
表目錄	ix
附表目錄	xi
第一章 前言	1
第一節 實習單位特色與簡介	1
第二節 研究背景與動機	2
第二章 文獻探討	4
第一節 肌無力症 (Myasthenia Gravis, MG)	4
第二節 病人自行報告之結果 (Patient-Reported Outcome, PRO)	5
第三節 肌無力症生活品質量表	6
一、 SF-36 (Medical Outcome Study Short Form, MOS SF-36)	6
二、 MGQ (Myasthenia Gravis Questionnaire,25-item)	7
三、 MG-QOL-60 (Myasthenia Gravis Quality of Life,60-item)	8
四、 MG-QOL-15 (Myasthenia Gravis Quality of Life, 15-item)	8
五、 挪威版肌無力症的環境及潛在誘發因子問卷	9
第四節 醫院焦慮與憂鬱量表	10



第五節 病友支持團體.....	10
第三章 研究方法	12
第一節 研究設計.....	12
一、 研究對象.....	12
二、 研究架構.....	13
第二節 研究假說.....	14
第三節 研究材料與工具.....	15
一、 研究材料.....	15
二、 研究工具.....	15
三、 操作型定義.....	16
第四節 研究步驟.....	18
一、 前驅試驗.....	19
二、 正式研究.....	20
第五節 資料處理與分析方法.....	21
一、 資料處理.....	21
二、 統計分析方法.....	24
第六節 研究倫理.....	24
第四章 研究結果與分析	25
第一節 描述性統計分析.....	25
一、 社會及人口學特性.....	25
二、 健康相關生活品質	25
三、 焦慮憂鬱狀態.....	26

第二節 推論性統計分析.....	30
一、 雙變項統計分析.....	30
二、 迴歸統計分析.....	40
第五章 討論與建議	54
第一節 研究假說驗證與討論.....	54
一、 研究假說驗證.....	54
二、 討論.....	56
第二節 研究限制.....	59
第三節 結論與建議.....	59
參考文獻	61
附錄	64

圖目錄

圖 1 研究架構	13
----------------	----



表目錄



表 1 研究資料與來源	15
表 2 先驅試驗統計量	20
表 3 變項原始資料分組與併（分）組說明	22
表 4 社會及人口學特性分布情形	27
表 5 MG-QOL15-TW 問卷結果	28
表 6 醫院焦慮與憂鬱量表問卷結果	29
表 7 焦慮、憂鬱狀態分組	29
表 8 社會及人口學特性、臨床狀態各變項與肌無力（MG）生活品質量表、醫院 焦慮與憂鬱量表檢定結果	34
表 9 社會及人口學特性、臨床狀態與肌無力（MG）生活品質量表、醫院焦慮與 憂鬱量表 Pearson 相關檢定結果	38
表 10 各變項與肌無力症（MG）生活品質量表、醫院焦慮與憂鬱量表彙整達顯著 變項一覽表	39
表 11 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果	43
表 12 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果	43
表 13 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果	44
表 14 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之複線性迴歸分析結果	44
表 15 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果—男性組	46
表 16 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之複線性迴歸分析結果—男性組	46
表 17 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果—女性組	47



表 18 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果-年齡第一組(22-39 歲).....	51
表 19 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果-年齡第二組(40-51 歲).....	51
表 20 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果-年齡第三組(52-77 歲).....	52
表 21 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之複線性迴歸分析結果-年齡第三組(52-77 歲)	52
表 22 研究結果	53
表 23 假說驗證說明	54
表 24 樣本醫院與本研究對象病患分佈	56

附表目錄



附表 1 各變項與肌無力生活品質量表有顯著水準整理（性別分層）.....	64
附表 2 各變項與醫院焦慮與憂鬱量表有顯著水準整理（性別分層）.....	64
附表 3 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-男生組.....	65
附表 4 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-男生組.....	65
附表 5 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-女生組.....	66
附表 6 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-女生組.....	66
附表 7 各變項與肌無力生活品質量表有顯著水準整理（年齡分層）.....	67
附表 8 各變項與醫院焦慮與憂鬱量表有顯著水準整理（年齡分層）.....	67
附表 9 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第一組 (22-39 歲)	68
附表 10 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第一組 (22-39 歲)	68
附表 11 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第二組 (40-51 歲)	69
附表 12 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第二組 (40-51 歲)	69
附表 13 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第三組 (52-77 歲)	70
附表 14 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第三組 (52-77 歲)	70

附表 15 人體試驗審查委員會證明書	71
附表 16 問卷 1	71
附表 17 問卷 2	72
附表 18 問卷 3	73



第一章前言

第一節 實習單位特色與簡介



筆者實習的醫院為醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院，1992 年開幕，2001 年通過醫學中心評鑑，總病床數 936 床，總員工約 2,300 人。

實習的單位為神經科之肌無力症中心。1992 年 11 月成立肌無力症中心由各科的專長以團隊合作的模式來治療患者。肌無力症中心係由神經科、胸腔外科、胸腔內科、核子醫學科、腫瘤治療科、放射診斷科、病理檢驗科以及社會服務課組成醫護團隊，並由院內相關部室，包括內分泌及糖尿病科、復健科、精神科、小兒科、婦產科、護理部及營養課等共同組成。另外，同時也成立肌無力俱樂部，希望透過病友團體運作，讓病友可以互相分享心情，達到彼此關懷互助的功能。

肌無力症中心自成立以來，對於肌無力症的診治，照護、衛教、學術交流、病友關懷、研究發展一直不遺餘力。在肌無力症危象死亡率、肌無力危象再次插管、肌無力症臨床緩解率及肌無力症死亡率都低於國際水準，多次受邀參加或主持國際型肌無力症研究會議，肌無力症診斷生物標記取得日本專利，是世界唯一的獨特發明，另外有病友支持團體，將病友組織整合於臨床治療。不管在臨床照護及研究發展都具有國際水準。

新光醫院肌無力症中心在醫療治療的結果研究較重視病人接受治療前後客觀生理指標之改變，隨著醫學進步，肌無力症的盛行率逐年提高，肌無力症已經變成慢性病，所以我們在評估醫療結果，除了客觀的生理指標外，也應重視病患主觀上對生理、心理及社會三方面與健康有關的生活品質評估¹。

第二節 研究背景與動機



客觀的臨床生理指標結合病人自行報告的結果 (patient-reported outcome, PRO) 被認為是評估病患健康狀態較為完整的方式。根據美國食品藥品管理局 2009 年對 PRO 所下的定義：由病人直接透過自填問卷或接受訪查來報告自己健康狀態的一種工具，而且病人的回應不須透過臨床醫師或他人解釋²。以往醫療的決策多由醫師依據臨床上的準則及經驗對病人予以治療，病人對自己健康狀態的感受醫師無法明確得知。PRO 可以幫助臨床醫師做更明智的決策，也可改善醫病間的溝通，進而可以共同決策³。

肌無力為一種慢性疾病，經醫師診斷治療可控制病情，但症狀會造成諸多不便，造成患者生活品質受到影響⁴。許多文獻中常利用一般性問卷 SF-36 (Medical Outcome Study Short Form, MOS SF-36) 來研究肌無力患者生活品質⁵⁻¹¹。這一般性問卷不是針對肌無力症的疾病特性而設計，近年來在美國肌無力基金會醫療科學顧問委員會推動小組 (the Task Force of the Medical Scientific Advisory Board of the Myasthenia Gravis Foundation of America) 的建議下¹²，各國開始設計肌無力患者專用的生活品質問卷。2001 年義大利學者 Padua 等人設計一份包含 25 項的生活品質問卷^{13,14}，Padua 設計的問卷多為評估生理的面向，因肌無力症為一種慢性疾病，慢性病患者受疾病困擾多年，其心理層面多少也受到影響。在 2008 年由美國學者 Mullins 等人設計一份包含生理、心理面向的問卷，這份問卷包括 60 項 (MG-QOL-60)，在病患填答上會花上許多時間，因此作者本身建議應該再發展一份簡明版的問卷¹⁵。同年由美國 Burns 等學者發表，從 60 項問卷 (MG-QOL-60) 簡化為 15 項的問卷 (MG-QOL-15)。MG-QOL-15 這份問卷不僅包括生理、心理面向，填答所需的時間在 5 分鐘內可完成，而且問卷結果易於臨床醫師解讀¹⁶，因此世界其他國家，例如：日本、中國、巴西、西班牙等，都透過跨文化轉換，以這份問卷來進行肌無力患者生活品質的研究¹⁷⁻²⁰。在 2010 年挪威學者 Maniaol 等人，設計一份由病人自填問卷以探討肌無力症的環境因子及潛在誘發因子²¹。

就筆者所蒐集到的文獻資料，台灣對於肌無力患者生活品質的研究並不多，這些研究多採用 SF-36 做為工具⁴，未有利用疾病特色的問卷進行研究。本研究將採用美國 MG-QOL-15 問卷，經跨文化轉換為中文版，經專家效度檢驗後，以評估

肌無力患者生活品質。

國外許多研究指出，肌無力症患者除了生活品質會受到影響，心理也會受到影響^{4,19,22,23}。實習單位鑑於患者生病後的心理感受與壓力，一直輔以病友團體的運作，來強化患者的心理健康。患者的心理健康及病友團體的功能對於患者的生活品質之間的關係將在本研究加以探討。



第二章文獻探討



第一節 肌無力症 (Myasthenia Gravis, MG)

肌無力症是神經肌肉交接處乙醯膽鹼受體(acetylcholine receptor)的自體免疫疾病，因自體抗體破壞乙醯膽鹼受體，造成臨床上表現肌肉無力的現象²⁴。

肌無力症患者在臨床會有上眼瞼下垂、複視、口齒不清、吞嚥困難、臉部及四肢無力等症狀²⁵。最嚴重的是影響呼吸的肌肉，造成呼吸困難而致死。症狀容易起伏波動，病人往往早上精神及體力最好，隨著工作與時間，到下午或傍晚便逐漸出現眼皮下垂、複視與說話含混，一副無精打采的樣子。若有足夠的休息或睡眠，情況會獲得暫時的改善。臨床上依其嚴重程度 Osserman 將它分為五型，第 I 型 ocular form，只有外眼肌無力者；第 IIa 型 mild generalized，為輕微全身無力，對藥物反應良好；第 IIb 型 moderate generalized，為中度全身無力，且對藥物反應比較差，第 III 型 acute fulminating，為急性且嚴重之肌無力合併有呼吸危機和藥物反應不佳；第 IV 型 late severe，末期嚴重的肌無力其情況和第 III 型同，但是由第 I 型或第 II 型經二年以上之進行到呼吸危機者⁶。

如何診斷肌無力症，臨牀上可以透過藥物試驗、神經電氣生理學檢查、抗乙醯膽鹼受體抗體測定(anti-acetylcholine receptor antibody)及胸腺電腦斷層攝影。藥物試驗是使用乙醯膽鹼酯化酶的抑制劑，提高神經肌接處乙醯膽鹼的傳遞，所以原本眼皮下垂、複視、說話無力等症狀，在靜脈注射藥物之後幾分鐘內就可以馬上看到改善。神經電氣生理學的檢查是以連續電刺激看肌肉反應電位的振幅大小，一般正常人以每秒三次的電刺激，在肌肉電位振幅並不會有所變化，但在肌無力症的病人，類似肌肉迅速的疲乏，連續電刺激，肌肉電位會逐漸衰退變小。最近新發展出所謂單纖維肌電圖，可以利用細小的電極針來記錄神經肌肉交接處的傳導情形，診斷率更高。乙醯膽鹼受體抗體測定，有超過 85% 之廣泛型及約 50% 眼肌型的肌無力症病人體內都可測得此抗體。胸腺電腦斷層攝影用來診斷有無胸腺增生擴大或胸腺腫瘤。

在 1930 年代以前，肌無力症沒有有效的治療方法，有三分之二的病人死於呼吸衰竭；1930 年代以後，由於膽鹼酯酶抑制劑 (cholinesterase inhibitor) 引入，對

於肌無力症治療是一個分水嶺²⁵。由於乙醯膽鹼酵素抑制劑、類固醇、免疫療法、胸腺切除術、血漿析離術等治療方式的發展，使得肌無力症大多能獲得有效的控制²⁴。肌無力症從一種高死亡率的疾病變成一種慢性疾病。所謂的慢性病，依美國慢性病委員會之定義為：所謂慢性病是指病人在身體方面，因為病理的改變，而導致無法治療，使得身體肢體殘障，進而需要特殊復健訓練，且需要長期督導及照顧。

肌無力症是罕見的，盛行率每百萬約 50~125 人²⁶。因疾病診斷的進步，有效的治療延長存活以及人口老化等因素，造成盛行率有逐年上升趨勢²⁷。在台灣肌無力症屬於全民健康保險重大傷病範圍，參考中央健康保險署 103 年 6 月底統計之肌無力症重大傷病有效領證數 4,363 張，及內政部公布之 103 年第 30 週內政統計通報 103 年 6 月底戶籍登記人口為 2,339 萬人，概估台灣肌無力症盛行率每百萬人口約 187 人。根據一篇收集台灣 20 年共有一千多例的文獻資料，台灣肌無力症患者以女性居多，發病年齡以三十歲以下居多，小於十歲以下發病佔五分之一；依臨床嚴重程度分類，眼肌型佔 53%，輕微全身型佔 34%，嚴重全身型佔 11%，有呼吸困難者佔 2%²⁴。

第二節 病人自行報告之結果 (Patient-Reported Outcome, PRO)

醫療品質良莠多依據醫療提供者提供資料或其表現加以評量，但絕大部分醫療照護是為了減輕症狀，降低失能及改善生活品質，這些面向只有病人才能加以評量²⁸，病人自行報告之結果即是收集病人對於醫療照護滿意程度的工具之一。改善照護品質與效率一直是健康照護體系存在的壓力，近年來 PRO 衡量工具的持續發展，醫療品質的評估納入病人的聲音，已是一個不可避免的趨勢³。

病人自行報告之結果的定義：直接從病人端收集病人對於健康狀態的報告，未經過臨床醫師或任何人的解釋或修改；病人自行報告之結果可以從病人自填問卷或接受訪問加以衡量²⁹。

PRO 目的是多方面的，可以協助醫師提供更好更多的以病人為中心的照護，例如：每季對髖關節發炎的病人定期評量，可以幫助醫師決定是否或何時要做手術，也可以評估和比較醫療提供者的品質及提供評價政策時所需的資料²⁸。

PRO 通常有兩種測量工具，一種是一般性型 (generic)，一種是特定疾病型

(disease-specific)。一般型的測量工具可應用在健康人或任何疾病族群的病人，常見的 SF-36 (Medical Outcome Study Short Form, MOS SF-36)、世界衛生組織的生活品質問卷 (WHOQOL) 是即屬於此類。一般型問卷可用來比較不同疾病族群生活品質，例如：利用 SF-36，比較肌無力症和關節炎、高血壓、充血性心臟衰竭的病人在不同面向的評量結果，進而可得知哪一種疾病對病人生活品質影響比較大⁵。特定疾病型的問卷，例如：英國在 2008 年全國性使用乳房切除及乳房重建手術的問卷，2009 年實施髖關節及膝關節置換，腹股溝疝氣修補及靜脈曲張手術，2013 年冠狀動脈血管重建術等²⁸。全國性使用同一種問卷，可以做為各醫療機構照護品質的比較。

第三節 肌無力症生活品質量表

肌無力症隨著診斷及治療方式不斷進步，已經由一種高死亡率的疾病演變為一種慢性疾病。肌無力症病情變化多端，雖然要達到完全的緩解是非常罕見，但遵照醫囑按時回診病情可獲得控制。因為疾病的因素使得病人會有諸多症狀出現，眼皮下垂、複視，口齒不清、吞嚥困難、呼吸困難、臉部及四肢無力等症狀，這些身體上出現的障礙，會影響患者生活上的自理能力，也會影響其社交、工作、求學的機會及心理層面，患者的生活品質也因而受到影響。根據 WHO 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、關心等方面的感受程度，其中包括一個人在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念以及環境六方面向」³⁰。慢性病的照護透過患者自填問卷的方式獲得其健康相關的生活品質報告，在評價神經系統疾病是很重要的¹³。

近十幾年來，國外有多位學者投入於肌無力患者生活品質的研究，學者們運用的研究工具為 SF-36 (Medical Outcome Study Short Form, MOS SF-36)、義大利學者 Padua 設計的 Disease-specific 25-item MG-QoL (MGQ)、美國 Mullins 等人設計的 60-item MG-QOL (MG-QOL-60)、美國 Burns 等人設計的 15-item MG-QOL (MG-QOL-15) 以及挪威學者 Maniaol 等人設計探討肌無力症的環境因子及潛在誘發因子的問卷。

一、SF-36 (Medical Outcome Study Short Form, MOS SF-36)

屬於一般性的測量工具，由美國學者 Dr. John Wave, Jr 發展，截取自 Medical

Outcome Study 的健康生活品質問卷，由八大面向 36 個題目所組成。八大面向分別為身體生理功能 (Physical functioning, PF)、因身體生理功能角色受限 (role limitation due to physical functioning, RF)、身體疼痛 (bodily pain, BP)、一般健康狀態 (general health, GH)、活力 (vitality, VT)、社會功能 (social functioning, SF)、因情緒問題角色受限 (role limitation due to emotional problems, RE) 及心理健康 (mental health, MH)。由於這份問卷簡短而且信效度很好，在世界各國如：台灣、中國、日本、德國、法國、荷蘭、比利時、義大利等國皆有版本推行³¹。

利用 SF-36 測量肌無力患者的生活品質的研究結果發現，肌無力患者的 SF-36 分數和正常人比較，八大面向中有七大項都較正常人差^{5,6}，其中以因身體生理功能角色受限 RP(Role disruption-Physical)分數差異最明顯⁶，只有心理健康面向的分數和正常人差不多⁵。在肌無力症的疾病嚴重度和生活品質的關聯性，疾病嚴重度越高，生活品質會因而下降⁸；在疾病嚴重度最輕微的眼肌型，有研究指出對生活品質並沒有顯著影響⁷；但在心理組合分數 (mental composite score, MCS) 上，不管任何疾病嚴重度 MCS 分數都普遍較低，並不會隨為疾病嚴重度增加而改變⁶。

SF-36 是屬於一般型的問卷，測量肌無力症患者生活品質的影響程度，可能較為不敏感，有多篇研究都有建議應發展特定疾病型的問卷^{5,6,9}。

二、 MGQ (Myasthenia Gravis Questionnaire, 25-item)

MGQ 是 2002 年由義大利學者 Pauda 等人設計。Pauda 等人曾利用 SF-36 對 46 名肌無力患者做研究，研究結果發現：疾病嚴重度越高，PCS (Physical Composite Score) 分數越低；疾病嚴重度與 MCS (Mental Composite Score) 無關，但各等級疾病嚴重度之 MCS 分數普遍較低；在比較有/無胸腺切除術的病人，SF-36 分數沒有明顯的差異；MG 病人和義大利正常人的 SF-36 平均分數做比較，八大領域(domain) 平均分數都較低，其中 RP(Role disruption-Physical) 分數差異最明顯⁶。

MGQ 先由臨床醫師及肌無力症患者建議 56 個題目，經先驅試驗 (pilot test) 利用統計的消去技術，挑出 25 個問題，組成 MGQ，最後經信效度檢驗，產生正式的 MGQ¹³。MGQ 由日常活動 (Daily activity) 15 題，一般面向 (General domain) 6 題、眼球面向 (Ocular domain) 2 題、延髓面向 (Bulbar domain) 2 題，共 25 個題目所組成¹⁴，總分分佈於 0 至 50 之間，填答問卷約需 5 分鐘。

MGQ 在發表之後，瑞典和塞爾維亞（Serbia，位於歐洲東南部，巴爾幹半島中部的內陸國）都經由跨文化轉換版本後進行研究^{32,33}。以 MGQ 進行研究的結果歸納以下幾點^{13,14,32-34}：(1) MGQ 總分及 BD 分數，與以臨床分數代表的臨床狀態高度相關。(2) OD 分數與以臨床分數代表的臨床狀態不相關。(3) 無論在意哪一個國家測出的結果呈現一致性。

三、MG-QOL-60 (Myasthenia Gravis Quality of Life,60-item)

義大利學者 Pauda 等人設計的 MGQ 偏重於日常生活及及生理面的影響，忽略心理層面的影響。可能是因為他們曾利用 SF-36 的研究結果：MCS (mental composite score) 不會隨為疾病嚴重度增加而改變⁶，所以設計 MGQ 時，未加入心理層面的題目。肌無力症病情變化多端，雖然因治療方式的進步，但要真正恢復到原來的身體狀態是非常罕見，再加上患者會有一些症狀產生，身體疲勞、眼皮下垂、複視、口齒不清、吞嚥困難甚至呼吸困難，都會對患者心理造成影響³⁵，所以心理層面的影響應該納入生活品質加以評估。

美國學者 Mullins 等人和 Muscle Study Group 在 2008 年發表了一份涵蓋生理及心理層面的生活品質問卷。問卷的發展係透過訪問專家、病人焦點團體，參考多發性硬化症 (multiple sclerosis, MS) 生活品質問卷及從 MG 病人 100 個相關生理情緒或功能等議題，利用病人及醫師回饋問卷減少到 60 題，再由 15 位 MG 病人評估清晰度及相關性，問卷皆可於 10 分鐘內完成。每個問題依照 Likert scale 5 點量尺予以計分，總分分佈於 0 至 240 之間。問卷內容包含移動性 (Mobility) 9 題，症狀 (Symptoms) 8 題，情感幸福 (Emotional Well-Being) 11 題、整體滿意 (General Contentment) 7 題、思考和疲勞 (Thinking and Fatigue) 4 題、家庭/社會幸福 (Family/Social Well-Being) 9 題、其他 (Additional Concerns) 12 題，共 60 題，經信效度檢驗後成為正式問卷¹⁵。

四、MG-QOL-15 (Myasthenia Gravis Quality of Life, 15-item)

一份好的問卷應該考慮到填答及解釋的時間，MG-QOL-60 問卷因為題目過多，作者建議應該再發展一份短版問卷以方便受訪者填答¹⁵。2008 年 Burns 等學者和 Muscle Study Group 簡化 MG-QOL-60，產生 MG-QOL-15 一份新問卷。

MG-QOL-15 內容包含移動性 (Mobility) 9 題，症狀 (Symptoms) 3 題，情感幸福 (Emotional Well-Being) 2 題、整體滿意 (General Contentment) 1 題，共 15 題，每個問題依照 Likert scale 5 點量尺予以計分，總分分佈於 0 至 60 之間¹⁶。

MG-QOL-15 具有簡單、易於管理、對使用者友善以及可快速填答等優點，醫師可以很容易從問卷結果了解肌無力症對患者日常生活以及身心的影響，也可以視為例行臨床追蹤的工具選擇。MG-QOL-15 最少具有三項功能：(一) 臨床醫師可以從問卷結果知道病人對於失能的範圍以及滿意、不滿意的程度，這資訊可以用來結合決策管理。(二) 同一病人定期利用問卷追蹤，以協助評估疾病的發展及治療的療效。(三)可以監測一群病人健康相關的生活品質以協助決定治療的療效。這份問卷具有多項優點，日本、中國、巴西、西班牙等國都加以應用於本國的肌無力症的研究¹⁷⁻²⁰。各國的研究結果都證明 MG-QOL-15 可以很敏感反應臨床狀態的變化。

五、挪威版肌無力症的環境及潛在誘發因子問卷

挪威學者 Maniaol 等人鑑於環境及生活型態因子與肌無力症發生的關係目前仍未知，故設計一份自填式問卷以探討這些潛在誘發因子。問卷內容包含人口學基本資料，肌無力症對工作、求學的影響、共病情形、就醫狀況、疾病症狀、治療狀況、用藥、社會支持，抽菸史、飲酒史、男/女性別特性等題目共 58 題²¹。

2013 年 Maniaol 運用這份問卷於在挪威做一份樣本 375 人的橫斷性研究 (Cross-section study)，研究結果歸納為三項：第一，肌無力患者抽菸的盛行率較一般人高。在肌無力患者有抽菸的族群中，早發型的患者與抽菸的關係較晚發型的患者高。雖然無法從橫斷性的研究來評估抽菸與肌無力症的因果關係，但研究結果仍建議年輕人抽菸會增加肌無力症的風險較老年人來的高。第二，在這份研究較特別的發現，肌無力症有抽菸的人的教育程度較一般人口有抽菸的人的教育程度來的高。這可能是因為在女性肌無力患者中屬於早發型且其教育程度較一般人口高所致。第三，肌無力患者在工作失能的族群中，與較低的教育程度及疾病嚴重度較高有關³³。

第四節 醫院焦慮與憂鬱量表



肌無力的症狀很容易造成患者剛開始求醫被誤診為精神方面的疾病，像是轉化症 (conversion reaction) 或是憂鬱症³⁶。有一份研究指出，在 200 位肌無力患者約有 20% 的病人初期被診斷為精神疾病³⁷。肌無力症的病情發展本來就起伏不定，再加上肌無力症危象風險使得病人易怒、緊張及焦慮²³。肌無力症患者常伴隨有焦慮及憂鬱的疾病³⁸。醫師通常能意識到患者因疾病產生情緒上的問題，但往往礙於臨床工作上的壓力，醫師沒有很多的時間可以去評估患者心理感受，若有一份簡單且具信效度的自填式問卷，適合非精神科門診的病患能快速篩選患者的心理狀態，對醫師及患者都有很大的助益。1983 年 Zigmond 及 Snaith 發展出醫院焦慮憂鬱量表，問卷包含 14 項問題，有 7 題為焦慮問題，7 題為憂鬱問題，每個問題分數 0~3，總分介於 0 至 84 之間，總分越高表示焦慮憂鬱的程度越嚴重³⁹。

在一份利用 HADS 測量肌無力患者生活品質的本土研究顯示，有 59% 的樣本處於不等程度的焦慮狀態下，有 32% 的樣本處於不等程度的憂鬱狀態下，患者的焦慮、憂鬱狀態會影響其生理及心理層面的生活品質⁴。

第五節 病友支持團體

社會支持對於一般人（尤其是老人）及慢性病患者是最基本的保護因子，對於減少壓力及促進健康有直接的效果¹⁰。支持團體常被用來緩減病患的壓力、協助他們身心調適並滿足病患的需求，透過支持團體的運作，病患可與情境相似的病友分享經驗、獲得正向的支持脈絡並減輕壓力⁴⁰。

有學者將支持團體分為四大類，分別是教育型式的支持團體 (educational model)，同儕互助型式的支持團體 (mutual-peer support model)，教育及互助型式的支持團體 (educational-mutual support model) 與討論型式的支持團體 (ventilation model)。「教育型式的支持團體」是以問題為導向，以結構式及上對下的方式教授課程，多半由醫護相關人員領導團體的運作，較少提供情緒的支持、分享等。「同儕互助型式的支持團體」著重在彼此的互動及分享，並不強調疾病相關的資訊及教育。此時由參與團體者自行領導團體的運作，專業人員只擔任諮詢或訓練的角色。「教育及互助型式的支持團體」合併了前二種支持團

體的優點，根據參與者的需求給予教育課程，並在過程中分享及討論，兼顧參與者教育及分享支持的需求，是最理想的類型。「討論型式的支持團體」若缺乏受過訓練的領導者，此團體的進行過程常沒有方向及組織，往往流於團員間彼此訴苦⁴¹。參與支持性團體，患者可以與相同情況的病友分享及交換經驗、表達自我感受及問題解決的技巧⁴²。藉由參加支持性團體，患者情緒可以得到抒發，在日常生活中獲得較多的控制感及滿足感，進而減輕焦慮或憂鬱的症狀並提昇其生活品質。

第三章研究方法



本章共分為六節，第一節說明研究設計與研究架構；第二節為研究假說；第三節說明研究之材料與工具，及對變項作操作型定義；第四節描述研究步驟及流程；第五節說明資料之處理與分析方法；第六節為研究倫理。

第一節 研究設計

本研究採橫斷式調查研究，以單一醫院的肌無力患者為研究樣本，個人為分析單位。資料來自兩方面：健康生活品質與社會及人口學方面，以結構式問卷進行調查；臨床資料方面，以樣本醫院提供之肌無力患者資料庫登錄的資料為準。

一、研究對象

本研究採方便取樣，以北部某醫學中心之肌無力患者為研究對象，利用神經科門診做不記名問卷調查，經研究者向受訪者說明研究目的、方法、徵求同意，並取得同意書後正式納入收案對象。

本研究樣本篩選條件如下：

- 1.經醫師診斷為肌無力症患者
- 2.年齡 20 歲至 80 歲
- 3.具國小教育程度
- 4.排除有認知障礙，或藥物或酒精成癮、或頭部外傷等患者。



二、研究架構

本研究主要為調查肌無力患者生活品質，並探討影響其生活品質之相關因素。

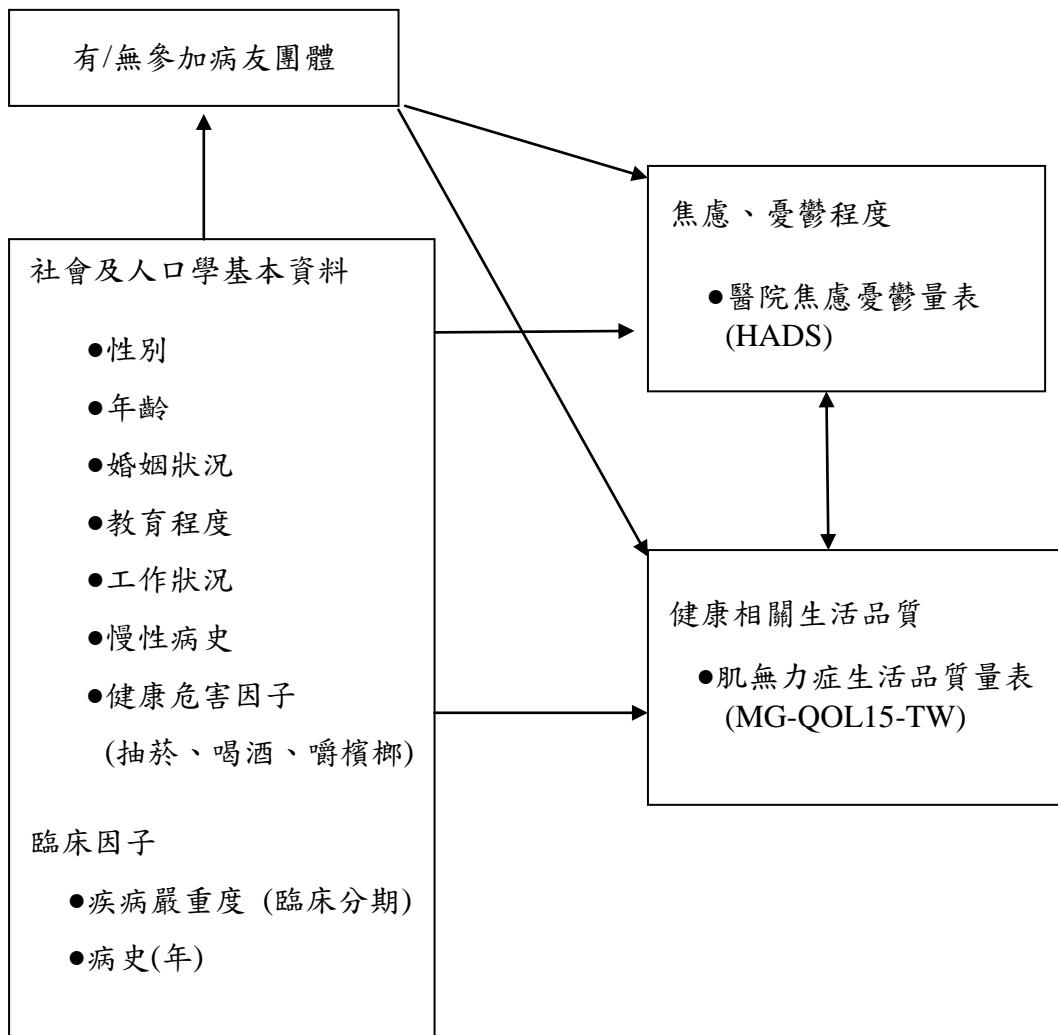


圖 1 研究架構

第二節 研究假說

依據本研究之目的以及國內外文獻探討之結果，提出本研究假說如下：

1. 不同社會及人口學特性對有/無參加病友團體有差異。
2. 不同臨床狀態（臨床分期、病史）對有/無參加病友團體有差異。
3. 不同社會及人口學特性對肌無力患者之焦慮或憂鬱程度有差異。
4. 不同臨床狀態（臨床分期及病史）對肌無力患者之焦慮或憂鬱程度有差異。
5. 有/無參加病友團體對肌無力患者之焦慮或憂鬱程度有差異。
6. 不同社會及人口學特性對肌無力患者生活品質有差異。
7. 不同臨床狀態（臨床分期、病史）對肌無力患者生活品質有差異。
8. 有/無參加病友團體對肌無力患者生活品質有差異。
9. 不同焦慮或憂鬱程度對肌無力患者生活品質有差異。
10. 有/無參加病友團體對肌無力患者之焦慮或憂鬱程度有差異，進而造成生活品質有差異。



第三節研究材料與工具

針對本研究所使材料、工具及各變項操作型定義，說明如下：

一、研究材料

本研究所需資料為社會及人口學基本特性、健康相關生活品質及臨床狀態資料，資料來源說明如下：

表 1 研究資料與來源

類別	項目	資料來源
社會及人口學基本特性	性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、收入、居住狀態，是否有慢性病史、是否有健康危害因子、是否參加病友團體等。	結構式問卷
健康相關生活品質	生活品質狀態	結構式問卷
	焦慮及憂鬱狀態	結構式問卷
臨床狀態	疾病分期、病史（年）	患者資料庫

二、研究工具

資料收集的方式分為兩種，一為透過結構式問卷進行調查、一為由實習單位提供樣本的臨床資料。

1.結構式問卷

(1) 社會及人口學基本特性：

內容包括患者之性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業、收入、居住狀態、慢性病史、吸菸、喝酒、檳榔、參加肌無力俱樂部、參加肌無力俱樂部期間、擔任肌無力俱樂部幹部。

(2) 肌無力症生活品質量表：

主要以 2008 年美國 Burns 等學者和 Muscle Study Group 所設計 MG-QOL15



問卷為主¹⁶，以 E-MAIL 經 Burns 同意可以使用其問卷。中文版問卷經國內專家學者翻譯並參酌風俗民情修改部分題目文字而成。MG-QOL15-T (Myasthenia Gravis Quality of Life 15 Taiwan version) 內容包含移動性 (Mobility)9 題，症狀 (Symptoms)3 題，情感幸福 (Emotional Well-Being) 2 題、整體滿意 (General Contentment) 1 題，共 15 題。每個問題依照 Likert scale 5 點量尺予以計分，總分分佈於 0 至 60 之間。分數越高表示生活品質越不好。

(3) 醫院焦慮與憂鬱量表：

透過 GL-ASSESSMENT 英國網站註冊，取得註冊編號後再申請使用 HADS 授權，取得授權後，經付費後獲得英文版問卷的使用份數。之後再利用 GL-ASSESSMENT 指定之 MAPI Research Trust 取得翻譯後之中文版問卷。

問卷包含 14 項問題，分為兩大類，焦慮及憂鬱。焦慮的部分有 7 題問題，每個問題分數 0~3，總分介於 0 至 21 之間，分數越高，表示焦慮程度越嚴重；憂鬱的部分有 7 題問題，每個問題分數 0~3，總分介於 0 至 21 之間，分數越高，表示憂鬱程度越嚴重。

2.次級資料

實習單位對於收案患者建立有資料檔案，檔案欄位包括收案對象姓名、地址、聯絡電話、病歷號、生日、發病年齡、發病年、疾病分期、有症狀到開刀所經歷的月份、臨床檢查、檢驗、手術結果、轉診來源等等。由研究者向實習單位申請提供受訪者之臨床分期及發病年兩個欄位做為臨床代表性資料。

三、操作型定義

本研究設計之自變項及依變項之操作型定義依序說明如下：

(一)自變項

1.社會及人口學特性

(1) 性別：男性和女性

(2) 出生年份：以民國年填寫，研究者再依受訪者受訪年份（民國 103 年）換



算其年齡。

- (3) 婚姻狀況：分六種，「未婚」、「已婚」、「同居」、「分居」、「離婚」、「喪偶」。
- (4) 教育程度：分五種，國中或國中以下、高中（職）、專科、大學、研究所或研究所以上。
- (5) 職業狀態：分七種，「全職」、「兼職」、「學生」、「退休」、「家管」、「無業」、「其他」。
- (6) 過去一年家中收入：包括薪資、租金收入、投資所得、利息所得、子女的錢、社會救助…等所有來源，平均一個月大約有多少，分八種，「未滿三萬元」、「三萬元~未滿五萬元」、「五萬元~未滿七萬元」、「七萬元~未滿十萬元」、「十萬元或以上萬元~未滿十五萬元」、「十五萬元~未滿二十萬元」、「二十萬以上」、「不知道/拒答」。
- (7) 居住狀態：分六種，「獨居」、「與配偶同住」、「與父母同住」、「與子女同住」、「與親戚朋友同住」、「與同居人同住」，可複選。
- (8) 慢性病史：分「無」和「有」兩類。
- (9) 吸菸狀態：分五種，「沒有吸過」、「僅嘗試吸過幾次而已」、「有吸過」，「從以前到現在沒有吸超過 5 包(100 支)菸」、「有吸過，從以前到現在有吸超過 5 包(100 支)菸」、「已經戒菸」。
- (10) 喝酒狀態：分「無」和「有」兩類。
- (11) 嚼檳榔狀態：分四類，「從未嚼過」、「從過去到現在只嚼過 1-2 次」、「以前嚼，現已戒」、「現在嚼」。
- (12) 參加本院的肌無力俱樂部狀態：

- ①分「無」和「有」。填「有」者，續填答
- ②「加入肌無力俱樂部有多久？1 年內、1~3 年內、3~5 年內、5~10 年內、10 年以上」。
- ③「是否擔任肌無力俱樂部關懷幹部？沒有、有」。

2. 臨床資料

- (1) 臨床分期：由實習單位提供，依 Osserman 臨床分期標準分為四期，其中第 II 期再區分為 IIa, IIb，共分有五種 I、IIa、IIb、III、IV。

(2) 病史：由實習單位提供受訪者發病年資料，研究者再依受訪年份（民國 103 年）換算病史，單位為年。

（二）依變項

1. 肌無力症生活品質量表：

MG-QOL15-TW (Myasthenia Gravis Quality of Life 15 Taiwan version) 內容包含移動性 (Mobility) 9 題，症狀 (Symptoms) 3 題，情感幸福 (Emotional Well-Being) 2 題、整體滿意 (General Contentment) 1 題，共 15 題，每個問題依照 Likert scale 5 點量尺予以計分，總分分佈於 0 至 60 之間。分數越高表示生活品質越不好。

2. 醫院焦慮與憂鬱量表：

問卷包含 14 項問題，分為兩大類，焦慮及憂鬱。

焦慮的部分有 7 題問題，每個問題分數 0~3，總分介於 0 至 21 之間，分數越高，表示焦慮程度越嚴重。總分 0~7 非焦慮個案，8~10 為疑似焦慮個案，11 分以上為焦慮個案。

憂鬱的部分有 7 題問題，每個問題分數 0~3，總分介於 0 至 21 之間，分數越高，表示憂鬱程度越嚴重。總分 0~7 非憂鬱個案，8~10 為疑似憂鬱個案，11 分以上為憂鬱個案。

第四節 研究步驟

本研究首先取得實習單位主管及負責醫師共識，並同意協助後，正式提出研究計畫書至醫院之研究倫理委員會審查，經通過審查後，開始至實習單位進行問卷調查。利用神經科每月肌無力特別門診時段就診之患者為研究樣本，由研究者向患者說明研究目的及方法，邀請病人參加研究，當病人了解研究目的並簽署受試者同意書後，始進行問卷調查。

研究過程分為兩個階段，第一階段為前驅試驗 (Pilot test)，第二階段為正式研究。問卷填答過程，先由研究者說明問卷填答方式，由受試者自行填答；若受試者表明無法看清楚問卷內容，由研究者逐一唸出題目及選項內容，由病人回答，再由研究者代為勾選。



一、前驅試驗

這階段試驗目的有三項：評估問卷信、效度、評估問卷內容是否須修改以及計算所需樣本數大小。

1.問卷信度與效度

經門診收案 15 人為前驅試驗樣本，男生 4 人，女生 11 人，平均年齡 47.1 歲，標準差 12.8 歲。利用 SPSS 17.0 進行信度檢驗，以檢驗問卷結果之一致性。肌無力症生活品質量表之 Cronbach's alpha 值 0.86，與美國 Burns 等學者的原版問卷之信度 0.8916 相當¹⁶，與日本 2012 年 Masuda 等學者將 MG-QOL15 經跨文化轉換為日本版問卷之信度 0.9319 接近¹⁹。醫院焦慮與憂鬱量表信度檢驗結果，焦慮的部分為 0.88，憂鬱的部分為 0.79。國外一份回顧 747 篇期刊文章，關於醫院焦慮與憂鬱量表之 Cronbach's alpha 整理，其中 HADS-A 信度為 0.68~0.96（平均數為 0.83），HADS-D 信度為 0.67~0.90（平均數為 0.82）³⁵。本研究問卷之信度落在合理範圍內。

本研究問卷之效度採專家效度。肌無力症生活品質量表由實習單位之神經科專科醫師、護理部督導以及台灣大學公共衛生學院老師，經英文翻譯中文，中文回譯英文，並考量風俗民情及文字潤飾而產生。醫院焦慮與憂鬱量表自 1983 年英國學者 Zigmond 及 Snaith 發展後，廣為世界各國使用至今，且中文版係由擁有版權之出版社指定之翻譯機構釋出，故不在本研究檢驗其效度。

2.參加前驅試驗對象對於問卷的內容未反映有任何問題與意見，故未做任何修改，即於正式研究時使用。

3.樣本數

本研究主要目的為評估肌無力患者生活品質，並探討參加病友團體對患者生活品質影響。為估算研究所需樣本數以達到合理的檢定力，假設參加病友團體的患者生活品質會優於未加參加病友團體的患者。

統計從 15 位參加前驅試驗的樣本資料，分出實驗組（有參加病友團體者）及對照組（未參加病友團體者），其生活品質以 MG-QOL15-T 分數為代表，分數越高表示生活品質越不好。以 $\alpha=0.05$ ，預估問卷漏失率（drop rate）10%，檢定力要達 80%，所需有效樣本數須為 78 份。



Test for noninferiority

$H_0 : U_t - U_c \geq 0$ ，有參加病友團體 MG-QOL-15-TW 平均分數比未參加病友團體 MG-QOL-15-TW 平均分數高。

$H_1 : U_t - U_c < 0$ ，有參加病友團體 MG-QOL-15-TW 平均分數比未參加病友團體 MG-QOL-15-TW 平均分數低。

U_t ：有參加病友團體 MG-QOL-15-TW 平均分數

U_c ：未參加病友團體 MG-QOL-15-TW 平均分數

$$n_c = \frac{(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2 (\sigma_c^2 + \sigma_t^2 / k)}{(\mu_t - \mu_c - \delta)^2} \quad n_t = kn_c$$

表 2 先驅試驗統計量

組別	分類	樣本數	MG-QOL15-T 分數	
			平均值	標準差
實驗組	參加病友團體者	6	8.2	10.0
對照組	未參加病友團體者	9	15.1	6.7

$\alpha=0.05$ ， $1-\beta=80\%$ ，drop rate=10%

$$n_c = \frac{(1.645+0.84)^2 (6.7^2 + 10^2 / 0.67)}{[8.2-15.1-(-1.5)]^2} = \frac{(1.645+0.84)^2 (44.89 + 149.253)}{(-5.4)^2} = 42$$

$$n_c = 0.67 \times 42 = 28 \quad \text{樣本數} = \frac{42+28}{1-0.1} = 78$$

二、正式研究

本研究為橫斷性研究，主要利用每月固定一次的肌無力特別門診時段發放問卷，正式收案時間為 103 年 7 月 1 日至 103 年 8 月 31 日，收案地點為神經科門診區，以普查的方式，由研究者向每位前來門診的肌無力患者說明研究目的及方法，邀請病人參加研究，當病人了解研究目的並簽署受試者同意書後，開始進行問卷調查。受訪者填答完成問卷後，交給研究者回收。

第五節 資料處理與分析方法



103 年 7 月 1 日至 103 年 8 月 31 日回收問卷 132 份，經整理問卷資料後，排除 16 份問卷不納入研究，故納入本研究之樣本為 116 份，有效樣本比率為 88%。與先驅試驗時，預估本研究要達 80% 檢定力所需之樣本數 78 份，多了將近五成的樣本數。有效樣本 116 份，預估可達 90% 檢定力。

一、資料處理

未納入有效樣本之原因說明如下：

1. 有 7 份受訪者為 20 歲以下，雖問卷資料上法定代理人均有簽名表示同意受訪，但與本研究所設定之研究對象不符，故未納入本研究。
2. 本研究問卷含三大部分，在任一部份問卷有二分之一以上的題目未填答，則未納入有效樣本，屬於此類的共有 3 份。
3. 有 6 份問卷與實習單位所提供之臨床資料檔案無法充分對應，故缺乏本研究所需之臨床資料。

回收問卷以 EXCEL 建檔後，結合實習單位提供之臨床資料，於 SPSS 17.0 統計軟體進行各項統計分析。考量本研究樣本數不大，故將各變項之組別進行併組，以利後續統計分析。各變項分組及併組說明如表 3：

表 3 變項原始資料分組與併(分)組說明



變項名稱	原始資料分組	併(分)組	說明
性別	男生 女生	男生 女生	
年齡	連續變項		
年齡分組		1.22-39 歲 2.40-51 歲 3.52-77 歲	
婚姻	未婚 已婚 分居 離婚 喪偶	1.未婚 2.已婚	原始資料之第 2~5 組，併組成為第 2 組已婚。
教育程度	國中或國中以下 高中、職 專科 大學研究所或研究所以上	高中、職(含)以下 高中、職以上	原始資料之第 1~2 組，併組成為第 1 組高中、職(含)以下；原始資料之第 3~5 組，併組為第 2 組高中、職以上。
職業	全職 兼職 學生 退休 家管 無業 其他	全職 非全職	原始資料之第 2~7 組，併組為第 2 組非全職。
收入	未滿三萬元 三萬元~未滿五萬元 五萬元~未滿七萬元 七萬元~未滿十萬元 十萬元或以上萬元~未滿 十五萬元 十五萬元~未滿二十萬元 二十萬以上 不知道/拒答者		原始資料第 8 組及 未填答本題者占有 效樣半數 45%，故 分析時此變項不納 入分析。
居住狀態	獨居 與配偶同住 與父母同 與子女同住 與親戚朋友同住 與同居人同住	獨居 非獨居	原始資料之第 2~6 組，併組為第 2 組 非獨居。

接下頁

表 3 變項原始資料分組與併(分)組說明(續)

	原始資料分組	併(分)組	說明
吸菸	沒有吸過 僅嘗試吸過幾次 有吸過 從以前到現在沒有吸超過5包(100支)菸 有吸過，從以前到現在有吸超過5包(100支)菸 已經戒菸	無吸菸 有吸菸	原始資料之第2~6，併組為第2組有吸菸。
飲酒	從未飲酒 有喝過酒	無喝酒 有喝酒	
嚼檳榔	從未嚼過 從過去到現在只嚼過1-2次 以前嚼，現已戒 現在嚼	無嚼檳榔 有嚼檳榔	原始資料之第2~4組，併組為第2組有嚼檳榔。
參加本院的肌無力俱樂部	無 有	無 有	
加入肌無力俱樂部期間	1年內 1~3年內 3~5年內 5~10年內 5.10年以上	1~5年 5年以上	原始資料之第1~3組，併組為第1組1~5年；原始資料之第4~5組，併組為第2組5年以上。
擔任肌無力俱樂部關懷幹部	無 有	1.無 2.有	
臨床分期	I IIa IIb III	第I組 第IIa 第IIb組	原始資料之第3~4組，併組為第3組第IIb組
病史	連續變項		
病史分組		1.0~5年 2.6~13年 3.14~38年	



二、統計分析方法

1. 描述性統計

描述性統計主要以描述自變項及依變項之分布狀況，以次數、平均數、標準差、百分比、最大值、最小值等呈現其集中趨勢與變異程度。

2. 推論性統計

探討兩個變項間相互依存的程度與性質時，運用相關統計檢定，兩個連續變項的相關性以皮爾森相關係數（Pearson correlation）呈現；檢定兩個類別變項差異使用卡方檢定（chi-square test）；檢定兩組獨立樣本與連續變項之差異時，使用獨立樣本t檢定（T-test）；在比較多組類別變項和連續變項之差異時，使用單因子變異數分析(One-way ANOVA)。最後在探討自變項對依變項的影響程度時，則採用迴歸分析。

3. 分層統計分析

為進一步探討不同性別及不同年齡分組，自變項與依變項之關係，以分層統計加以分析。採用之統計方法如上述1、2點之描述性統計及推論性統計。

第六節 研究倫理

本研究屬於問卷型研究，研究計畫經新光醫院之人體試驗委員會（Institutional Review Board, IRB）審核通過（IRB 編號：20140502R）。

研究過程中，恪遵人權倫理原則如下：

1. 研究者向每一位受試者詳細解釋本研究目的、研究過程，並強調個案可以隨時退出研究，且在研究對象了解後取得書面同意。
2. 告知研究對象其所有資料均以編碼方式呈現，且僅供本研究使用。
3. 研究者有責任與義務確保研究對象的資料獲得絕對保密之權利，以確保研究對象隱私。

第四章研究結果與分析

第一節描述性統計分析



一、社會及人口學特性

本研究之有效樣本為 116 人。如表 4 所示，在性別方面以女性居多，有 78 人，占 67.2%。平均年齡 46.4 歲，標準差 12.2 歲；最小值 22 歲，最大值 77 歲。年齡分組後，40-51 歲有 40 人，占 34.4%為最多。婚姻狀況以已婚者居多，有 80 人，占 69.6%。教育程度以高中、職以上者居多，有 64 人，占 55.2%。職業方面以非全職者居多，有 62 人，占 55.9%。居住狀態以非獨居者居多，有 107 人，占 92.2%。慢性病方面以無慢性病者居多，有 78 人，占 69.0%。吸菸以無吸過菸的人居多，有 75 人，占 65.2%。飲酒以從未喝過酒的人居多，有 62 人，占 54.4%。在嚼檳榔方面，從未嚼過的人居多，有 97 人，占 83.6%。

在參加肌無力俱樂部方面，以有加入肌無力俱樂部者居多，有 75 人，占 64.7%；有參加俱樂部者，加入肌無力俱樂部期間以 5 年以上者居多，有 40 人，占 56.3%。有參加俱樂部者，以未擔任幹部者居多，有 53 人，占 72.6%。

臨床分期以第 IIa 組居多，有 46 人，占 39.7%；第 I 組居次 36 人，占 31.0%；第 IIb 組 34 人，占 29.3%。平均病史 11.1 年，標準差 8.7 年。最小值未滿 1 年，最大值 38 年。病史分組後以 6-13 年 50 人，占 43.1%為最多。

有/無參加俱樂部對於性別及年齡分組達統計上顯著水準 ($P<0.05$)。男性有參加俱樂部的比率為 81.6% (31/38)，高於女性參加的比率 56.4% (44/78)。在年齡分組方面，以第二組 40-51 歲參加俱樂部的比率最高，有 80.0% (32/40)，高於第一組 22-39 歲參加比率 50.0% (19/38) 及第三組 52-77 歲參加比率 63.2% (24/38)。

二、健康相關生活品質

以肌無力生活品質量表 (MG-QOL15-TW) 調查。屬於 MG-QOL15-TW 問卷共有 15 題，回收 116 份有效問卷，如表 5 所示。平均分數 14.45 分，標準差 10.65 分。其中屬 MG 可動性面向，有 9 個題目，平均分數 9.24 分，標準差 6.95；屬

MG 症狀面向，有 2 個題目，平均分數 2.91 分，標準差 2.31；屬 MG 情感幸福面向，有 2 個題目，平均分數 1.29 分，標準差 1.62 分；屬 MG 整體滿意面向，有 1 個題目，即第 5 題，平均分數 1.09 分，標準差 1.06 分。

有/無參加俱樂部對於肌無力症生活品質量表，僅有在第 1 題「我因為肌無力症而感到挫折」達統計上顯著水準 ($P<0.01$)；在其他 14 題、各面向（可動性、症狀、情感幸福、整體滿意）以及整份量表都未達統計上顯著水準。

三、焦慮憂鬱狀態

以醫院焦慮憂鬱量表 (HADS) 調查。如表 6、表 7 所示，屬於焦慮面向 (HADS-A) 問卷共有 7 題，回收 116 份有效問卷，平均分數 6.09 分，標準差 3.93 分。非焦慮個案 (0~7 分) 有 84 人，占 72.4%；疑似焦慮個案 (8~10 分) 有 13 人，占 11.2%；焦慮個案 (11 分以上) 有 19 人，占 16.4%。有/無參加俱樂部對於焦慮狀態，僅有在第 a2 題「我有一種害怕的感覺，好像有什麼可怕的事即將發生」達統計上顯著水準 ($P<0.05$)；在其他 6 題以及焦慮面向都未達統計上顯著水準。

屬於憂鬱面向 (HADS-D) 問卷共有 7 題，回收 116 份有效問卷，平均分數 5.43 分，標準差 3.16 分。非憂鬱個案 (0~7 分) 有 87 人，占 75.0%；疑似憂鬱個案 (8~10 分) 有 21 人，占 18.1%；憂鬱個案 (11 分以上) 有 8 人，占 6.9%。有/無參加俱樂部對於憂鬱狀態，在第 d6 題「我對事物感到期待或有希望」及第 d7 題「我可以欣賞或沉浸於一本好書或好的廣播/電視節目」達統計上顯著水準 ($P<0.05$)；在憂鬱面向也達統計上顯著水準 ($P<0.05$)。

表 4 社會及人口學特性分布情形

變項	合計	有參加俱樂部	未參加俱樂部	P
	N(%)	N(%)	N(%)	
總計	116 (100.0)	75 (64.7)	41 (35.3)	
性別				0.008**
男生	38 (32.8)	31 (41.3)	7 (17.1)	
女生	78 (67.2)	44 (58.7)	34 (82.9)	
婚姻 ⁺				0.520
未婚	35 (30.4)	21 (28.4)	14 (34.1)	
已婚	80 (69.6)	53 (71.6)	27 (65.9)	
教育程度				0.590
高中(含)以下	52 (44.8)	35 (46.7)	17 (41.5)	
高中以上	64 (55.2)	40 (53.3)	24 (58.5)	
職業 ⁺				0.793
全職	49 (44.1)	32 (45.1)	17 (42.5)	
非全職	62 (55.9)	39 (54.9)	23 (57.5)	
居住				0.552
獨居	9 (7.8)	5 (6.7)	4 (9.8)	
非獨居	107 (92.2)	70 (93.3)	37 (90.2)	
慢性病史 ⁺				0.868
無	78 (69.0)	50 (68.5)	28 (70.0)	
有	35 (31.0)	23 (31.5)	12 (30.0)	
吸菸 ⁺				0.606
無	75 (65.2)	47 (63.5)	28 (68.3)	
有	40 (34.8)	27 (36.5)	13 (31.7)	
飲酒 ⁺				0.376
無	62 (54.4)	38 (51.4)	24 (60.0)	
有	52 (45.6)	36 (48.6)	16 (40.0)	
檳榔				0.368
無	97 (83.6)	61 (81.3)	36 (87.8)	
有	19 (16.4)	14 (18.7)	5 (12.2)	
參加俱樂部期間 ⁺				
5 年內	31 (43.7)	31 (43.7)		
5 年以上	40 (56.3)	40 (56.3)		
擔任俱樂部幹部 ⁺				
無	53 (72.6)	53 (72.6)		
有	20 (27.4)	20 (27.4)		
臨床分組				0.606
第 I 組	36 (31.0)	23 (30.7)	13 (31.7)	
第 IIa 組	46 (39.7)	32 (42.7)	14 (34.1)	
第 IIb 組	34 (29.3)	20 (26.7)	14 (34.1)	
年齡分組				0.021*
22-39 歲	38 (32.8)	19 (25.2)	19 (46.3)	
40-51 歲	40 (34.4)	32 (42.2)	8 (19.5)	
52-77 歲	38 (32.8)	24 (32.0)	14 (34.1)	
病史分組				0.295
0-5 年	30 (25.9)	18 (24.0)	12 (29.3)	
6-13 年	50 (43.1)	30 (40.0)	20 (48.8)	
14-38 年	36 (31.0)	27 (36.0)	9 (22.0)	
	平均值 (標準差)	平均值 (標準差)	平均值 (標準差)	
年齡 (46.4±12.2)	46.4 (12.2)	47.6 (12.0)	44.2 (12.4)	0.154
病史 (11.1±8.7)	11.1 (8.7)	12.0 (9.4)	9.4 (7.3)	0.181

*P<0.05；**P<0.01

+資料不明未納入計算，婚姻及吸菸變項各 1 人；飲酒及擔任幹部變項各 2 人；慢性病史變項有 3 人；參加俱樂部期間變項有 4 人，職業變項有 5 人。

表 5 MG-QOL15-TW 問卷結果

題目	人數	合計	有參加俱樂部	未參加俱樂部	P
		平均值 (標準差)	平均值 (標準差)	平均值 (標準差)	
1. 我因為肌無力症而感到挫折	116	1.08 (0.81)	1.28 (1.09)	1.85 (1.09)	0.008**
2. 我在看東西時會有困難	116	1.17 (0.90)	1.21 (1.02)	1.61 (1.30)	0.096
3. 我因為肌無力症而有飲食困難	116	1.11 (0.79)	0.81 (0.97)	0.73 (0.87)	0.654
4. 因為肌無力症限制了我的社交活動	116	0.91 (0.74)	1.01 (1.06)	1.20 (1.08)	0.382
5. 因為肌無力症限制了我的休閒娛樂	116	0.43 (0.62)	1.05 (1.06)	1.15 (1.06)	0.653
6. 因為肌無力症讓我在滿足家庭需求上遇到困難	116	0.52 (0.72)	1.00 (1.03)	0.78 (1.08)	0.283
7. 我必須對我的肌無力症做些計劃	114	0.88 (0.81)	1.43 (1.11)	1.50 (1.49)	0.802
8. 肌無力症對我在工作能力與工作狀態有負面的影響	115	0.42 (0.63)	1.45 (1.22)	1.40 (1.19)	0.822
9. 因為肌無力症使我說話有困難	116	0.43 (0.66)	0.79 (1.02)	0.76 (0.86)	0.871
10. 因為肌無力症使我開車或騎摩托車有困難	109	0.73 (0.73)	1.10 (1.29)	0.97 (1.09)	0.607
11. 肌無力症使我有憂鬱的現象	116	1.31 (0.95)	0.64 (0.97)	0.88 (1.05)	0.222
12. 因為肌無力症我走路有困難	116	1.21 (1.14)	0.77 (1.15)	0.68 (0.93)	0.666
13. 因為肌無力症我到公共場所有困難	116	0.71 (0.78)	0.57 (0.99)	0.59 (0.89)	0.948
14. 我覺得自己被肌無力症擊垮	116	0.62 (0.94)	0.57 (0.90)	0.56 (0.78)	0.941
15. 我在做我個人的梳洗工作時有困難	116	0.59 (0.97)	0.60 (0.96)	0.59 (1.00)	0.938
MG 可動性 ⁺	116	9.24 (6.95)	9.13 (7.20)	9.44 (6.57)	0.822
MG 症狀 ⁺⁺	116	2.91 (2.31)	2.81 (2.41)	3.10 (2.14)	0.529
MG 情感幸福 ⁺⁺⁺	116	1.29 (1.62)	1.21 (1.61)	1.44 (1.64)	0.474
MG 整體滿意 ⁺⁺⁺⁺	116	1.09 (1.06)	1.05 (1.06)	1.15 (1.06)	0.653
MG-QOL ⁺⁺⁺⁺⁺	116	14.45 (10.65)	14.08 (10.96)	15.12 (10.16)	0.617

** P<0.01

⁺ MG 可動性為題目第 1、4、6、7、8、10、12、13、15 題分數合計⁺⁺ MG 症狀為題目第 2、3、9 題分數合計⁺⁺⁺ MG 情感幸福為題目第 11、14 題分數合計⁺⁺⁺⁺ MG 整體滿意為題目第 5 題分數合計⁺⁺⁺⁺⁺ MG-QOL 為題目第 1~15 題分數合計

表 6 醫院焦慮與憂鬱量表問卷結果

題目	人數	合計	有參加俱樂部	未參加俱樂部	P
		平均值 (標準差)	平均值 (標準差)	平均值 (標準差)	
a1. 我覺得緊張或神經緊繃	116	1.08 (0.81)	1.05 (0.85)	1.12 (0.75)	0.666
a2. 我有一種害怕的感覺，好像有什麼可怕的 事即將發生	115	1.17 (0.90)	1.01 (0.84)	1.46 (0.95)	0.010*
a3. 我心裡有一些擔憂的想法	116	1.11 (0.79)	1.04 (0.85)	1.24 (0.66)	0.184
a4. 我可以心情放鬆地坐著	116	0.91 (0.74)	0.85 (0.77)	1.02 (0.69)	0.236
a5. 我有一種害怕的感覺，好像胃裏有 東西在動	116	0.43 (0.62)	0.45 (0.66)	0.39 (0.54)	0.603
a6. 我覺得坐立不安，好像我非得不停 地動不可	116	0.52 (0.72)	0.47 (0.64)	0.61 (0.83)	0.306
a7. 我會突然感到恐慌	116	0.88 (0.81)	0.81 (0.77)	1.00 (0.89)	0.240
d1. 我仍喜歡過去所喜歡的事物	116	0.42 (0.63)	0.36 (0.58)	0.54 (0.71)	0.178
d2. 我可以大笑並感受到事情好玩的一 面	115	0.43 (0.66)	0.35 (0.61)	0.59 (0.74)	0.089
d3. 我覺得愉快	116	0.73 (0.73)	0.68 (0.74)	0.83 (0.70)	0.286
d4. 我感覺我做事的步調比以往慢	116	1.31 (0.95)	1.32 (0.96)	1.29 (0.93)	0.883
d5. 我已經不在乎我的外表	116	1.21 (1.14)	1.28 (1.19)	1.07 (1.03)	0.332
d6. 我對事物感到期待或有希望	116	0.71 (0.78)	0.56 (0.67)	0.98 (0.91)	0.012*
d7. 我可以欣賞或沉浸於一本好書或好 的廣播/電視節目	116	0.62 (0.94)	0.45 (0.72)	0.93 (1.19)	0.024*
HADS-A ⁺	116	6.09 (3.93)	5.68 (4.00)	6.85 (3.75)	0.125
HADS-D ⁺⁺	116	5.43 (3.16)	5.00 (2.89)	6.22 (3.50)	0.046*

* P<0.05 ; ** P<0.01

⁺HADS-A 為題目第 a1~a7 題分數合計

⁺⁺HADS-D 為題目第 d1~d7 題分數合計

表 7 焦慮、憂鬱狀態分組

變項	合計		有參加俱樂部	未參加俱樂部	P
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
焦慮狀態					0.094
非焦慮個案	84 (72.4)		56 (74.7)	28 (68.3)	
疑似焦慮個案	13 (11.2)		5 (6.7)	8 (19.5)	
焦慮個案	19 (16.4)		14 (18.7)	5 (12.2)	
憂鬱狀態					0.220
非憂鬱個案	87 (75.0)		59 (78.7)	28 (68.3)	
疑似憂鬱個案	21 (18.1)		13 (17.3)	8 (19.5)	
憂鬱個案	8 (6.9)		3 (4.0)	5 (12.2)	

第二節 推論性統計分析



一、雙變項統計分析

本單元主要描述研究樣本的社會及人口學特性、臨床資料等變項與肌無力生活品質量表（MG-QOL15-TW）及醫院焦慮與憂鬱量表（HADS-A、HADS-D）之關係。第一部分為獨立樣本t檢定之結果，包括性別、婚姻、教育程度、職業、居住狀態、慢性病、吸菸、飲酒、檳榔、肌無力俱樂部、擔任肌無力俱樂部幹部、加入肌無力俱樂部時間等變項；第二部分為單因子變異數分析，包括臨床分期、年齡分組及病史分組等變項。第三部分為皮爾森相關係數檢定，包括年齡、病史、HADA-A、HADS-D等變項。

(一) 獨立樣本t檢定

本研究將樣本屬於二元變項的資料進行獨立樣本t檢定，檢定結果分述如下（如表8）：

1.性別

性別此變項在「醫院焦慮與憂鬱量表-焦慮（HADS-A）」達統計上顯著水準（ $P < 0.05$ ），女性平均分數較男性多1.82分；其餘面向均未達統計上顯著水準。

2.婚姻

未婚或已婚在肌無力生活品質量表（MG-QOL15-TW）及醫院焦慮與憂鬱量表（HADS-A、HADS-D）未達統計上顯著水準，意即婚姻狀況對於肌無力患者生活品質沒有顯著差異。

3.教育程度

教育程度在「醫院焦慮與憂鬱量表-憂鬱（HADS-D）」達統計上顯著水準（ $P < 0.05$ ），高中（含）以下者的平均分數較高中以上者多1.03分；其餘面向均未達統計上顯著水準。

4.職業

職業狀況在「MG 整體滿意」達統計上顯著水準（ $P < 0.05$ ），全職工作者平均分數較非全職工作者多0.44分；其餘面向均未達統計上顯著水準。

5.居住狀態



獨居或非獨居在肌無力生活品質量表 (MG-QOL15-TW) 及醫院焦慮與憂鬱量表 (HADS-A、HADS-D) 未達統計上顯著水準，意即居住狀態對於肌無力患者生活品質沒有顯著差異。

6.慢性病

有無慢性病在「MG 情感幸福」達統計上顯著水準 ($P < 0.05$)，無慢性病者的平均分數較有慢性病者多 0.7 分；其餘面向均未達統計上顯著水準。

7.吸菸

有無吸菸在肌無力生活品質量表 (MG-QOL15-TW) 及醫院焦慮與憂鬱量表 (HADS-A、HADS-D) 未達統計上顯著水準，意即吸菸與否對於肌無力患者生活品質沒有顯著差異。

8.飲酒

有無喝酒在「醫院焦慮與憂鬱量表-憂鬱 (HADS-D)」達統計上顯著水準 ($P < 0.05$)，沒有喝酒者平均分數較有喝酒多 1.85 分；其餘面向均未達統計上顯著水準。

9.檳榔

有無吃檳榔在肌無力生活品質量表 (MG-QOL15-TW) 及醫院焦慮與憂鬱量表 (HADS-A、HADS-D) 未達統計上顯著水準，意即吃檳榔菸與否對於肌無力患者生活品質沒有顯著差異。

10.加入肌無力俱樂部

有無參加肌無力俱樂部在「HADS-D」達統計上顯著水準 ($P < 0.05$)，沒有參加俱樂部者平均分數較有參加者多 1.22 分；其餘面向均未達統計上顯著水準。

11.加入肌無力俱樂部期間

參加肌無力俱樂部期間在肌無力生活品質量表 (MG-QOL15-TW) 及醫院焦慮與憂鬱量表 (HADS-A、HADS-D) 未達統計上顯著水準，意即參加肌無力俱樂部期間長短對於肌無力患者生活品質沒有顯著差異。

12.擔任肌無力俱樂部幹部

有無擔任肌無力俱樂部幹部在肌無力生活品質量表 (MG-QOL15-TW) 及醫院焦慮與憂鬱量表 (HADS-A、HADS-D) 未達統計上顯著水準，意即擔任肌無力俱樂部幹部與否對於肌無力患者生活品質沒有顯著差異。



(二) 單因子變異數分析

本研究將臨床分期等資料進行單因子變異數分析，檢定結果（如表 8）說明如下：

1. 臨床分組分為第 I 組、第 IIa 組、第 IIb 組，在肌無力生活品質量表（MG-QOL15-TW）及醫院焦慮與憂鬱量表（HADS-A、HADS-D）未達統計上顯著水準，意即臨床分期對於肌無力患者生活品質沒有顯著差異。
2. 年齡分組分為 22-39 歲、40-51 歲、52-77 歲三組，在肌無力生活品質量表（MG-QOL15-TW）及醫院焦慮與憂鬱量表（HADS-A、HADS-D）未達統計上顯著水準，意即年齡分組對於肌無力患者生活品質沒有顯著差異。
3. 病史分組分為 0-5 年、6-13 年、14-38 年三組，在「MG 情感幸福」及「HADS-D」達統計上顯著水準 ($P < 0.05$)。6-13 年這一組在「MG 情感幸福」及「HADS-D」的平均分數都較其他兩組高。其餘面向均未達統計上顯著水準。

(三) 皮爾森相關係數檢定

本研究將樣本連續型的資料進行皮爾森相關係數檢定，檢定結果分述如下（如表 9）：

1. 年齡

年齡在「HADS-A」達統計上顯著水準 ($P < 0.05$)，相關係數 -0.20；其餘面向均未達統計上顯著水準。

2. 病史

病史在「HADS-D」達統計上顯著水準 ($P < 0.05$)，其相關係數為 -0.19；其餘面向均未達統計上顯著水準。

3. HADS-A

「HADS-A」在「MG 可動性」、「MG 症狀」、「MG 情感幸福」、「MG 整體滿意」及「MG-QOL」均達統計上顯著水準 ($P < 0.05$)，其相關係數分別為 0.54、0.32、0.56、0.35、0.54。

4. HADS-D

「HADS-D」在「MG 可動性」、「MG 症狀」、「MG 情感幸福」、「MG 整體滿意」及「MG-QOL」均達統計上顯著水準 ($P < 0.05$)，其相關係數分別為 0.44、

0.31、0.39、0.29、0.46。



（四）小結

綜合上述，如表 10 所示。加入俱樂部在醫院憂鬱量表（HADS-D）達統計上顯著水準；性別在醫院焦慮量表（HADS-A）達統計上顯著水準；教育程度在醫院憂鬱量表（HADS-D）達統計上顯著水準；職業在 MG 整體滿意達統計上顯著水準；飲酒在在醫院焦慮量表（HADS-A）達統計上顯著水準；年齡在變項在醫院焦慮量表（HADS-A）達統計上顯著水準；病史分組在 MG 情感幸福及醫院憂鬱量表（HADS-D）達統計上顯著水準；年齡在醫院焦慮量表（HADS-A）達統計上顯著水準；病史在醫院憂鬱量表（HADS-D）達統計上顯著水準；焦慮憂鬱量表對肌無力生活品質量表達統計上顯著水準。

表 8 社會及人口學特性、臨床狀態各變項與肌無力 (MG) 生活品質量表、醫院焦慮與憂鬱量表檢定結果

變項	MG 可動性		MG 症狀		MG 情感幸福		MG 整體滿意		MG-QOL		HADS-A		HADS-D	
	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P
	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)
性別	-0.83	0.41	-0.06	0.95	-0.10	0.32	-0.10	0.33	-0.93	0.36	-2.39	0.02*	0.23	0.82
男性(n=38)	8.47(6.27)		2.89(2.43)		1.08(1.58)		0.95(1.04)		13.13(10.01)		4.87(3.14)		5.53(2.68)	
女性(n=78)	9.62(7.27)		2.92(2.27)		1.40(1.63)		1.15(1.07)		15.09(10.95)		6.69(4.16)		5.38(3.39)	
婚姻	-0.81	0.42	0.61	0.54	-0.01	0.10	0.24	0.81	-0.51	0.61	0.37	0.71	-0.26	0.79
未婚(n=35)	8.49(5.76)		3.11(2.11)		1.29(1.64)		1.11(1.08)		13.71(9.53)		6.34(3.18)		5.34(2.74)	
已婚(n=35)	9.64(7.44)		2.83(2.42)		1.29(1.62)		1.06(1.06)		14.81(11.21)		6.05(4.22)		5.51(3.34)	
教育程度	1.12	0.25	1.34	0.19	-0.03	0.98	-0.26	0.80	1.10	0.27	0.76	0.45	1.71	0.01*
高中(含)以下(n=52)	10.08(7.47)		3.23(2.37)		1.29(1.75)		1.06(1.09)		15.65(11.25)		6.40(4.35)		6.00(3.68)	
高中以上(n=64)	8.56(6.49)		2.66(2.25)		1.30(1.51)		1.11(1.04)		13.47(10.12)		5.84(3.58)		4.97(2.61)	
職業	-0.19	0.85	-0.36	0.72	0.28	0.78	2.11	0.04*	-0.04	0.97	0.08	0.93	0.05	0.96
全職(n=49)	9.12(7.78)		2.84(2.12)		1.35(1.84)		1.33(1.25)		14.43(11.86)		6.22(4.28)		5.45(3.10)	
非全職(n=62)	9.37(6.33)		3.00(2.52)		1.26(1.47)		0.89(0.85)		14.52(9.85)		6.16(3.66)		5.42(3.19)	
居住	-0.91	0.37	-1.09	0.28	-0.78	0.44	-0.58	0.56	-0.98	0.33	-0.78	0.44	-0.21	0.84
獨居(n=9)	7.22(6.46)		2.11(1.97)		0.89(1.77)		0.89(1.17)		11.11(9.75)		5.11(2.57)		5.22(2.95)	
非獨居(n=107)	9.37(6.33)		3.00(2.52)		1.26(1.47)		0.89(0.85)		14.52(9.85)		6.16(3.66)		5.42(3.19)	

*p<0.05 ; **p<0.001

接下頁

表 8 社會及人口學特性、臨床狀態各變項與肌無力 (MG) 生活品質量表、醫院焦慮與憂鬱量表檢定結果 (續)

變項	MG 可動性		MG 症狀		MG 情感幸福		MG 整體滿意		MG-QOL		HADS-A		HADS-D	
	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P
變項	平均值(標準差)		平均值(標準差)		平均值(標準差)		平均值(標準差)		平均值(標準差)		平均值(標準差)		平均值(標準差)	
慢性病	1.09	0.28	-0.09	0.93	2.46	0.02*	0.87	0.39	1.08	0.29	0.07	0.95	-0.92	0.35
無(n=78)	9.62(7.79)		2.87(2.26)		1.50(1.75)		1.14(1.15)		15.00(11.80)		6.05(3.98)		5.23(3.09)	
有(n=35)	8.31(4.76)		2.91(2.45)		0.80(1.21)		0.97(0.86)		13.00(7.65)		6.00(3.57)		5.83(3.41)	
吸菸	-0.10	0.32	-0.57	0.57	-1.33	0.19	-1.33	0.19	-1.19	0.24	-1.00	0.32	-1.71	0.09
無(n=75)	8.81(6.57)		2.84(2.42)		1.15(1.45)		1.00(1.04)		13.67(10.16)		5.83(3.77)		5.11(3.16)	
有(n=40)	10.18(7.66)		3.10(2.13)		1.60(1.88)		1.28(1.09)		16.15(11.50)		6.60(4.27)		6.15(3.04)	
飲酒	0.96	0.34	-0.20	0.84	0.29	0.77	0.53	0.60	0.78	0.44	1.40	0.16	3.23	0.00**
無(n=62)	9.81(7.66)		2.85(2.56)		1.34(1.70)		1.15(1.11)		15.15(11.57)		6.60(4.11)		6.31(3.31)	
有(n=52)	8.54(6.16)		2.94(2.03)		1.25(1.55)		1.04(1.01)		13.58(9.68)		5.56(3.73)		4.46(2.67)	
嚼檳榔	-0.12	0.90	-0.07	0.95	0.09	0.93	-0.09	0.93	-0.13	0.90	0.56	0.58	-0.38	0.70
無(n=97)	9.21(7.02)		2.91(2.35)		1.30(1.58)		1.08(1.07)		14.39(10.76)		6.19(0.96)		5.38(3.25)	
有(n=19)	9.42(6.80)		2.95(2.15)		1.26(1.82)		1.11(1.05)		14.74(10.38)		5.63(3.86)		5.68(2.71)	

*p<0.05 ; **p<0.001

接下頁

表 8 社會及人口學特性、臨床狀態各變項與肌無力 (MG) 生活品質量表、醫院焦慮與憂鬱量表檢定結果 (續)

變項	MG 可動性		MG 症狀		MG 情感幸福		MG 整體滿意		MG-QOL		HADS-A		HADS-D	
	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P	t 值	P
	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)	平均值(標準差)						
加入俱樂部	0.23	0.82	0.63	0.53	0.72	0.47	0.45	0.65	0.50	0.62	1.55	0.13	2.01	0.05*
無(n=41)	9.44(6.57)		3.10(2.14)		1.44(1.64)		1.15(1.06)		15.12(10.16)		6.85(3.75)		6.22(3.50)	
有(n=75)	9.13(7.20)		2.81(2.41)		1.21(1.61)		1.05(1.06)		14.08(10.96)		5.68(4.00)		5.00(2.89)	
加入俱樂部期間	1.16	0.25	0.10	0.32	1.28	0.21	-0.04	-0.97	1.27	0.21	0.58	0.56	0.25	0.80
5 年內(n=31)	10.32(6.68)		3.26(2.62)		1.52(1.86)		1.06(1.12)		16.16(10.80)		5.94(3.80)		5.23(2.32)	
5 年以上(n=40)	8.38(7.11)		2.68(2.29)		1.02(1.39)		1.08(1.05)		12.90(10.65)		5.38(4.20)		5.05(3.26)	
擔任俱樂部幹部	0.86	0.40	1.95	0.06	1.13	0.26	1.07	0.29	1.20	0.24	0.73	0.47	1.25	0.22
無(n=53)	9.68(6.41)		3.23(2.45)		1.38(1.60)		1.15(1.05)		15.25(10.09)		5.96(3.56)		5.34(2.86)	
有(n=20)	8.05(9.21)		2.00(2.25)		0.90(1.65)		0.85(1.14)		11.80(13.12)		5.05(5.16)		4.40(2.91)	

*p<0.05 ; **p<0.001

接下頁

表 8 社會及人口學特性、臨床狀態各變項與肌無力 (MG) 生活品質量表、醫院焦慮與憂鬱量表檢定結果 (續)

變項	MG 可動性		MG 症狀		MG 情感幸福		MG 整體滿意		MG-QOL		HADS-A		HADS-D	
	F 值	P	F 值	P	F 值	P	F 值	P	F 值	P	F 值	P	F 值	P
臨床分期	2.22	0.11	0.50	0.61	1.12	0.33	1.11	0.33	1.69	0.19	0.94	0.39	0.83	0.44
第 I 組(n=36)	7.97(5.41)		2.61(2.26)		1.17(1.65)		1.08(1.05)		12.83(9.10)		6.19(3.53)		5.31(2.76)	
第 IIa 組(n=46)	10.89(7.95)		2.98(2.35)		1.57(1.71)		1.24(1.16)		16.67(11.70)		6.57(3.79)		5.87(2.83)	
第 IIb 組(n=34)	8.35(6.70)		3.15(2.35)		1.06(1.43)		0.88(0.91)		13.15(10.46)		5.35(4.50)		4.97(3.92)	
年齡分組	0.13	0.88	0.05	0.96	0.59	0.56	1.70	0.19	0.10	0.90	2.07	0.13	0.14	0.87
22-39 歲(n=38)	9.21(6.84)		2.95(2.04)		1.53(1.83)		1.13(1.17)		14.55(10.79)		6.89(3.77)		5.32(2.86)	
40-51 歲(n=40)	9.65(7.37)		2.83(2.11)		1.18(1.52)		1.28(1.11)		14.93(10.79)		6.28(3.74)		5.33(3.08)	
52-77 歲(n=38)	8.84(6.78)		2.97(2.79)		1.18(1.50)		0.84(0.86)		13.84(10.63)		5.11(4.18)		5.66(3.58)	
病史分組	1.72	0.18	0.47	0.62	3.38	0.04*	0.69	0.50	2.03	0.14	2.70	0.07	3.02	0.05*
0-5 年(n=30)	9.17(5.14)		2.97(2.14)		1.10(1.34)		1.20(1.10)		14.43(8.23)		6.20(2.89)		5.40(2.84)	
6-13 年(n=50)	10.44(7.58)		3.10(2.20)		1.72(1.73)		1.14(1.01)		16.40(11.43)		6.88(4.11)		6.14(3.35)	
14-38 年(n=36)	7.64(7.20)		2.61(2.62)		0.86(1.55)		0.92(1.11)		11.75(10.98)		4.92(4.23)		4.47(2.96)	

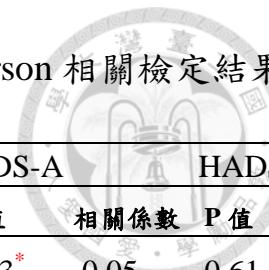


表 9 社會及人口學特性、臨床狀態與肌無力 (MG) 生活品質量表、醫院焦慮與憂鬱量表 Pearson 相關檢定結果

	MG 可動性		MG 症狀		MG 情感幸福		MG 整體滿意		MG-QOL		HADS-A		HADS-D	
	相關係數	P 值	相關係數	P 值	相關係數	P 值	相關係數	P 值	相關係數	P 值	相關係數	P 值	相關係數	P 值
年齡	-0.04	0.68	-0.01	0.93	-0.12	0.19	-0.12	0.21	-0.05	0.62	-0.20	0.03*	-0.05	0.61
病史(年)	-0.15	0.11	-0.12	0.21	-0.14	0.14	-0.17	0.07	-0.17	0.07	-0.12	0.20	-0.19	0.04*
HADS-A	0.54	0.00***	0.32	0.00***	0.56	0.00***	0.35	0.00***	0.54	0.00***				
HADS-D	0.44	0.00***	0.31	0.00***	0.39	0.00***	0.29	0.00***	0.46	0.00***				

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.0001

表 10 各變項與肌無力症 (MG) 生活品質量表、醫院焦慮與憂鬱量表彙整達顯著變項一覽表



	肌無力生活品質量表					醫院焦慮憂鬱量表	
	MG 可動性	MG 症狀	MG 情感幸福	MG 整體滿意	MG-QOL	HADS-A	HADS-D
加入俱樂部						*	
性別						*	
教育程度						*	
職業				*			
慢性病		*					
飲酒						**	
病史分組		*				*	
年齡						*	
病史(年)						*	
HADS-A	***	***	***	***	***	***	***
HADS-D	***	***	***	***	***	***	***

* p<0.05 ; ** p<0.01 ; ***p<0.0001

二、迴歸統計分析

將各變項對於肌無力生活品質及醫院焦慮與憂鬱量表在統計上有顯著差異者，進一步做迴歸分析，以探討各變項對於生活品質影響。



(一) 簡單線性迴歸分析

與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果（如表 11），統計上達顯著差異之變項說明如下：

1. 職業對「MG 整體滿意」面向是有差異存在 ($P<0.05$)，全職工作者在「MG 整體滿意」較非全職工作者差 ($b=0.439$)。
2. 有無慢性病對「MG 情感幸福」面向是有差異存在 ($P<0.05$)，有慢性病者在「MG 情感幸福」較無慢性病者好 ($b=-0.7$)。
3. 病史分組對「MG 情感幸福」面向是有差異存在 ($P<0.05$)，第二組 (6-13 年) 的研究對象在「MG 情感幸福」較第一組 (14-38 年) 差 ($b=0.859$)；
4. HADS-A 對肌無力生活品質各面向「MG 可動性」、「MG 症狀」、「MG 情感幸福」、「MG 整體滿意」及「MG-QOL」是有差異存在 ($P<0.001$)，焦慮程度越高，生活品質各面向越差 ($b=0.952, 0.188, 0.230, 0.093, 1.469$)。
5. HADS-D 對肌無力生活品質各面向「MG 可動性」、「MG 症狀」、「MG 情感幸福」、「MG 整體滿意」及「MG-QOL」是有差異存在 ($P<0.001$)，憂鬱程度越高，生活品質各面向越差 ($b=0.977, 0.230, 0.201, 0.098, 1.544$)。

與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果（如表 12），統計上達顯著差異之變項說明如下：

1. 加入俱樂部對於「HADS-D」是有差異存在 ($P<0.05$)，有加入俱樂部者的憂鬱程度較未加入俱樂部者低 ($b=-1.220$)。
2. 性別「HADS-A」是有差異存在 ($P<0.05$)，女性的焦慮程度較男性高 ($b=1.824$)。
3. 飲酒「HADS-D」是有差異存在 ($P<0.01$)，有飲酒者的憂鬱程度較從未喝過酒的低 ($b=-1.845$)。
4. 病史分組對「HADS-D」是有差異存在 ($P<0.05$)，第二組 (6-13 年) 的研究



對象的憂鬱程度較第一組（14-38 年）高 ($b=1.668$)。

5. 年齡對「HADS-A」是有差異存在 ($P<0.05$)，年齡越大焦慮程度越低 ($b=-0.064$)。
6. 病史對「HADS-D」是有差異存在 ($P<0.05$)，病史越久憂鬱程度越低 ($b=-0.070$)。

（二）複線性迴歸分析

與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果（表 13），統計上達顯著差異之變項說明如下：

1. MG 可動性

焦慮是影響「MG 可動性」主要因子。在控制憂鬱變項下，焦慮程度增加一分，「MG 可動性」變差 0.761 分，達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。焦慮及憂鬱程度可解釋「MG 可動性」 29.5% 變異量。

2. MG 情感幸福

慢性病及焦慮是影響「MG 情感幸福」主要因子。在控制病史及憂鬱變項下，有慢性病者「MG 情感幸福」比沒有慢性病者生活品質好 0.708 分，達統計上顯著意義 ($P<0.05$)；焦慮程度增加，「MG 情感幸福」變差 0.209 分，達統計上顯著意義 ($P<0.01$)；慢性病、病史分組、焦慮及憂鬱程度可解釋「MG 情感幸福」 33.7% 變異量。

3. MG 整體滿意

職業及焦慮是影響「MG 整體滿意」主要因子。在控制憂鬱變項下，全職工作者「MG 整體滿意」比非全職工作者生活品質差 0.433 分，達統計上顯著意義 ($P<0.05$)。焦慮程度增加「MG 整體滿意」變差 0.083 分，達統計上顯著意義 ($P<0.01$)；職業、焦慮及憂鬱程度可解釋「MG 整體滿意」 16.0% 變異量。

4. MG-QOL

焦慮是影響「MG-QOL」主要因子。在控制憂鬱變項下，焦慮程度增加「MG-QOL」變差 1.143 分，達統計上顯著意義 ($P<0.01$)；焦慮及憂鬱狀態可解釋「MG-QOL」 30.4% 變異量。



與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之複線性迴歸分析結果（如表 14），統計上達顯著差異之變項說明如下：

1.HADS-A

性別是影響焦慮程度的主要因子。在控制年齡變項下，女性焦慮狀態較男性多 1.598 分，達統計上顯著意義 ($P<0.05$)。性別及年齡可解釋焦慮程度 5.9% 變異量。

2.HADS-D

飲酒是影響憂鬱程度的主要因子。在控制俱樂部及病史的變項下，有喝酒者其憂鬱程度較無喝酒者少 1.650 分，達統計上顯著意義 ($P<0.01$)。飲酒、加入俱樂部及病史可解釋憂鬱程度 12.0% 變異量。

表 11 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果

變項	MG 可動性	MG 症狀	MG 情感幸福	MG 整體滿意	MG-QOL
	<i>b</i>	<i>b</i>	<i>b</i>	<i>b</i>	<i>b</i>
職業（參考組：非全職）				0.439 [*]	
慢性病（參考組：無）			-0.700 [*]		
病史分組（參考組：14-38 年）					
病史分組_0-5 年			0.239		
病史分組_6-13 年			0.859 [*]		
HADS-A	0.952 ***	0.188 ***	0.230 ***	0.093 ***	1.469 ***
HADS-D	0.977 ***	0.230 **	0.201 ***	0.098 **	1.544 ***

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

表 12 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果

變項	HADS-A	HADS-D
	<i>b</i>	<i>b</i>
加入俱樂部（參考組：無）		-1.220 [*]
性別（參考組：男性）	1.824 [*]	
教育程度（參考組：高中職以下）		-1.031
飲酒（參考組：無）		-1.845 **
病史分組（參考組：14-38 年）		
病史分組_0-5 年		0.928
病史分組_6-13 年		1.668 [*]
年齡	-0.064 [*]	
病史		-0.070 [*]

*p<0.05 ; **p<0.01

表 13 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果

變項	MG 可動性	MG 症狀	MG 情感幸福	MG 整體滿意	MG-QOL
	b	b	b	b	b
常數項	2.581*	1.453**	-0.037	0.200	4.026*
職業 (參考組：非全職)				0.433*	
慢性病 (參考組：無)			-0.708*		
病史分組 (參考組：14-38 年)					
病史分組_0-5 年			-0.187		
病史分組_6-13 年			0.296		
HADS-A	0.761**	0.118	0.209***	0.083**	1.143**
HADS-D	0.372	0.136	0.036	0.033	0.636
F 檢定	25.029**	7.921**	12.381***	7.977***	26.062***
Adj.R ²	0.295	0.107	0.337	0.160	0.304

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001

表 14 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之複線性迴歸分析結果

變項	HADS-A		HADS-D	
	b		b	
常數項		7.516***		7.856***
加入俱樂部 (參考組：無)			-1.022	
性別 (參考組：男性)		1.598*		
飲酒 (參考組：無)			-1.650**	
病史分組 (參考組：14-38 年)				
病史分組_0-5 年			-0.689	
病史分組_6-13 年			0.207	
年齡		-0.054		
病史			-0.080	
F 檢定		4.578*		4.091**
Adj.R ²		0.059		0.120

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001



有/無參加俱樂部對社會及人口學變項檢定結果顯示（如表 4），性別及年齡分組達統計上顯著水準。於是將性別及年齡兩個變數做分層，分析各變項與肌無力生活品質及焦慮、憂鬱程度間的關係。

（三）性別分層

1. 男生組

男生組各變項與肌無力生活品質量表及醫院焦慮憂鬱量表之關係，以雙變數檢定結果，職業對在「MG 整體滿意」，臨床分期對「MG 可動性」、「MG-QOL」、「HADS-A」及「HADS-D」，年齡對「HADS-A」，HADS-A 對「MG 可動性」、「MG 情感幸福」、「MG 整體滿意」及「MG-QOL」，HADS-D 對「MG 可動性」、「MG 情感幸福」及「MG-QOL」，達統計上顯著水準。上述達統計顯著水準之變項，在簡單線性迴歸分析也都達統計上顯著水準（如附表 1、附表 2、附表 3 及附表 4）。

男生組迴歸分析結果（如表 15 及表 16）：臨床分期是影響焦慮程度及憂鬱程度主要因子；臨床分組第 IIb 組比第 I 組的人焦慮及憂鬱程度都較低。

2. 女生組

女生組各變項與肌無力生活品質量表及醫院焦慮憂鬱量表之關係，以雙變項檢定結果，嚼檳榔對「MG 症狀」，病史對「MG 症狀」，HADS-A 及 HADS-D 對「MG 可動性」、「MG 症狀」、「MG 情感幸福」、「MG 整體滿意」及「MG-QOL」，吸菸對「HADS-A」，飲酒對「HADS-D」均達統計上顯著水準。上述達統計顯著水準之變項，在簡單線性迴歸分析中，除了嚼檳榔變項未達統計上顯著水準，其他變項都達統計上顯著水準（如附表 1、附表 2、附表 5 及附表 6）。

女生組線性迴歸分析結果（如附表 6、表 17）：有吸菸的人其焦慮程度較未吸菸的人多 2.4 分；有飲酒的人其憂鬱程度較從未飲酒的人少 2.1 分。焦慮是影響生活品質主要因子；在控制憂鬱的變項下，焦慮程度越高，生活品質越差；焦慮及憂鬱可以解釋生活品質 34.1% 變異量。

表 15 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果—男性組

變項	MG 可動性	MG 情感幸福	MG 整體滿意	MG-QOL
	b	b	b	b
常數項	3.251	-0.586	0.156	4.851
職業（參考組：非全職）			0.549	
臨床分組（參考組：第 I 組）				
臨床分組_第 IIa 組	3.855			5.649
臨床分組_第 IIb 組	-1.919			-3.815
HADS-A	0.477	0.281 ^{**}	0.103	0.732
HADS-D	0.369	0.054		0.658
F 檢定	3.620 [*]	10.683 ^{***}	4.511 [*]	3.906 [*]
Adj.R ²	0.221	0.344	0.163	0.239

*p<0.05； **p<0.01

表 16 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之複線性迴歸分析結果—男性組

變項	HADS-A	HADS-D
	b	b
常數項	8.975 ^{***}	6.053 ^{***}
臨床分期（參考組：第 I 組）		
臨床分期_第 IIa 組	-1.006	0.281
臨床分期_第 IIb 組	-3.586 ^{**}	-3.338 ^{**}
年齡	-0.064	
F 檢定		6.078 ^{**}
Adj.R ²		0.215

*p<0.05； **p<0.01； ***p<0.001

表 17 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果—女性組

變項	MG 可動性	MG 症狀	MG 情感幸福	MG-QOL
	b	b	b	b
常數項	2.337	1.902 ^{**}	-0.054	3.964
病史		-0.058 [*]		
HADS-A	0.903 ^{***}	0.191 [*]	0.200 ^{***}	1.329 ^{***}
HADS-D	0.229	0.065	0.021	0.415
F 檢定	20.393 ^{**}	8.107 ^{***}	15.470 ^{***}	20.937 ^{***}
Adj.R ²	0.335	0.217	0.273	0.341

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

(三) 年齡分層

研究對象年齡最小值 22 歲，最大值 77 歲，平均年齡 46.4 歲，考量每組人數大致均等，分為三組：第一組 22-39 歲 (n=38)、第二組 40-51 歲 (n=40)、第三組 52-77 歲 (n=38)。



1. 第一組 22-39 歲

第一組各變項與肌無力生活品質量表及醫院焦慮憂鬱量表之關係，以雙變項檢定結果，臨床分對「MG 可動性」及「MG-QOL」，HADS-A 對「MG 可動性」、「MG 症狀」、「MG 情感幸福」、「MG 整體滿意」及「MG-QOL」，HADS-D 對「MG 可動性」、「MG 情感幸福」、「MG 整體滿意」及「MG-QOL」，教育程度對「HADS-A」，飲酒對「HADS-D」達統計上顯著水準。上述達統計顯著水準之變項，在簡單線性迴歸分析中，除了教育程度變項之外，其他變項都達統計上顯著水準（如附表 7、附表 8、附表 9 及附表 10）。

第一組年齡 (22-39 歲) 線性迴歸分析結果（如附表 10 及表 18）：有飲酒的人，憂鬱程度較未飲酒的人少 2.2 分。焦慮是影響生活品質主要因子，在控制憂鬱的變項下，焦慮程度越高，生活品質越差；焦慮及憂鬱可以解釋生活品質 38.7% 變異量。

2. 第二組 40-51 歲

第二組各變項與肌無力生活品質量表及醫院焦慮憂鬱量表之關係，以雙變項檢定結果，婚姻對「MG 情感幸福」，職業對「MG-QOL」，HADS-A 對「MG 可動性」、「MG 情感幸福」及「MG-QOL」，HADS-D 對「MG 可動性」、「MG 症狀」、「MG 情感幸福」、「MG 整體滿意」及「MG-QOL」，臨床分期對「HADS-A」及「HADS-D」達統計上顯著水準。在簡單線性迴歸分析中，除了婚姻變項外，其他變項都達統計上顯著水準（如附表 7、附表 8、附表 11 及附表 12）。

第二組年齡 (40-51 歲) 線性迴歸分析結果（如附表 12 及表 19）：臨床分期第 IIa 組的人比第 I 的人，焦慮及憂鬱程度都較高。焦慮是影響生活品質主要因子，在控制憂鬱的變項下，焦慮程度越高，生活品質越差；焦慮及憂鬱可以解釋生活品質 25.1% 變異量。



3.第三組 52-77 歲

第三組各變項與肌無力生活品質量表及醫院焦慮憂鬱量表之關係，以雙變項檢定結果，擔任俱樂部幹部對「MG 可動性」、「MG 症狀」、「MG 情感幸福」及「MG-QOL」，病史在「MG 可動性」及「MG 整體滿意」，飲酒對「HADS-D」，HADS-A 及 HADS-D 對「MG 可動性」、「MG 症狀」、「MG 情感幸福」及「MG-QOL」，飲酒對「HADS-D」，參加俱樂部對「HADS-A」，病史分組對「HADS-A」及「HADS-D」達統計上顯著水準。在簡單線性迴歸分析中，除了擔任俱樂部幹部對「MG 情感幸福」未達統計上顯著水準，其餘變項皆達統計上顯著水準（如附表 7、附表 8、附表 13 及附表 14）。

第三組年齡（52-77 歲）線性迴歸分析結果（如表 20 及表 21）：擔任俱樂部幹部及憂鬱是影響生活品質主要因子，在控制焦慮的變項下，有擔任俱樂部幹部，生活品質比未擔任幹部的人好；憂鬱程度越高，生活品質越不好。

（四）小結

經雙變項統計分析檢定及線性迴歸分析結果（表 22），本研究發現影響肌無力患者生活品質主要因子是焦慮，焦慮程度越高，生活品質越差；影響焦慮程度的主要因子是性別，女性的焦慮程度較男性高；影響憂鬱程度的主要因子是飲酒，有飲酒習慣的人的憂鬱程度比從未喝酒的人低。

在性別分層分析，影響男性焦慮及憂鬱程度主要因子是臨床分期，臨床分組在第 IIb 組的人其焦慮、憂鬱程度較第 I 組的人好。影響女性生活品質的主要因子是焦慮，焦慮程度越高，生活品質越差；影響焦慮程度的主要因子是抽菸，有抽菸習慣的人的焦慮程度比從未吸菸的人高；影響憂鬱程度的主要因子是飲酒，有飲酒習慣的人的憂鬱程度比從未喝酒的人低。

在年齡分層分析，影響第一組 22-39 歲的人生活品質的主要因子是焦慮，焦慮程度越高，生活品質越差；影響憂鬱程度的主要因子是飲酒，有飲酒習慣的人的憂鬱程度比從未喝酒的人低。影響第二組 40-51 歲的人生活品質的主要因子也是焦慮；影響焦慮及憂鬱程度的主要因子是臨床分期，第 IIa 組相較於第 I 組的人的焦慮與憂鬱程度較高。影響第三組 52-77 歲的人生活品質的主要因子是擔任俱樂部幹部及憂鬱程度，有擔任俱樂部幹部的人相較於未擔

任幹部的人，其生活品質較好，另外，憂鬱程度越高，生活品質越差；影響焦慮及憂鬱程度的主要因子是病史分組，病史 6-13 年的人相較於 0-5 年的人的焦慮與憂鬱程度較高。



表 18 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果-年齡第一組(22-39歲)

變項	MG 可動性	MG 情感幸福	MG 整體滿意	MG-QOL
	b	b	b	b
常數項	-1.639	-0.457	-0.089	1.620
臨床分組 (參考組：第 I 組)				
臨床分組_第 IIa 組	6.416 ^{**}			
臨床分組_第 IIb 組	2.160			
HADS-A	1.115 ^{***}	0.309 ^{**}	0.185 ^{**}	1.818 ^{**}
HADS-D	0.085	-0.028	-0.010	0.074
F 檢定	10.354 ^{***}	10.356 ^{***}	8.937 ^{***}	12.689 ^{***}
Adj.R ²	0.503	0.336	0.300	0.387

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

表 19 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果-年齡第二組(40-51歲)

變項	MG 可動性	MG 情感幸福	MG-QOL
	b	b	b
常數項	1.985	-0.360	3.545
HADS-A	0.813 [*]	0.153 [*]	1.037 [*]
HADS-D	0.481	0.108	0.915
F 檢定	7.633 ^{**}	6.880 ^{**}	7.543 ^{**}
Adj.R ²	0.254	0.232	0.251

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

表 20 與肌無力生活品質量表相關因素之複線性迴歸分析結果-年齡第三組(52-77歲)

變項	MG 可動性	MG 症狀	MG 情感幸福	MG-QOL
	b	b	b	b
常數項	3.072	2.182	0.204	15.106*
擔任俱樂部幹部	-5.074	-2.219		-8.821*
病史	0.029			
HADS-A	0.028	-0.236	0.240**	-0.077
HADS-D	1.384	0.529	-0.043	2.203*
F 檢定	3.655*	3.148*	9.273**	5.820**
Adj.R ²	0.316	0.219	0.309	0.397

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

表 21 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之複線性迴歸分析結果-年齡第三組(52-77 歲)

變項	HADS-A		HADS-D	
	b		b	
常數項		4.410**		4.173
飲酒				-1.346
參加俱樂部		-2.047		
病史分組 (參考組：14-38 年)				
病史分組_0-5 年	0.818		2.413	
病史分組_6-13 年	4.203**		3.888**	
F 檢定	5.869		6.509**	
Adj.R ²	0.002**		0.315	

*p<0.05 ; **p<0.01

表 22 研究結果

	MG-QOL	HADS-A	HADS-D
全體樣本分析	焦慮分數越高， MQ-QOL 越差	女性 HADS-A 分數比 男性高	有飲酒者 HADS-D 分數比 未飲酒者低
分層分析			
性別 男生組		臨床分組第 IIb 組 HADS-A 分數比第 I 組低	臨床分組第 IIb 組 HADS-D 分數比第 I 組低
女生組	焦慮分數越高， MQ-QOL 越差	有吸菸者 HADS-A 分數比 未吸菸者高	有飲酒者 HADS-D 分數比 未飲酒者低
年齡 第一組 22-39 歲	焦慮分數越高， MQ-QOL 越差		有飲酒者 HADS-D 分數比 未飲酒者低
第二組 40-51 歲	焦慮分數越高， MQ-QOL 越差	臨床分組第 IIa 組 HADS-A 分數比第 I 組高	臨床分組第 IIa 組 HADS-D 分數比第 I 組高
第三組 52-77 歲	擔任俱樂部幹部， MQ-QOL 越好； 憂鬱分數越高， MQ-QOL 越差	病史分組 6-13 年 HADS-A 分數比 0-5 年高	病史分組 6-13 年 HADS-D 分數比 0-5 年高

第五章討論與建議



本章分為三節，第一節說明研究假說驗證，以及研究結果之討論；第二節為研究限制；第三節為本研究之結論以及對實習單位之建議與回饋。

第一節研究假說驗證與討論

一、研究假說驗證

經由統計分析，本研究假說有六項（假說 1、3、4、8、9、10）獲得驗證，有四項（假說 2、5、6、7）未獲得驗證。各假說驗證之說明如表 23。

表 23 假說驗證說明

假說	驗證	說明
1 不同社會及人口學特性對有/無參加病友團體有差異	V	性別及年齡分組對於是否參加肌無力俱樂部是有差異的
2 不同臨床狀態（臨床分期、病史）對有/無參加病友團體有差異		
3 不同社會及人口學特性對肌無力患者之焦慮或憂鬱程度有差異	V	女性的焦慮程度比男性高 1.6 分。 有吸菸的女性焦慮程度比從未吸菸的女性高 2.4 分。 有喝酒的人憂鬱程度較從未喝酒的人來得低。在全體樣本分析中有喝酒的人較從未喝酒的人低 1.7 分；分層分析的女生組有喝酒的人較從未喝酒的人低 2.1 分；分層分析的年齡第一組 22-39 歲有喝酒的人較從未喝酒的人低 2.2 分。
4 不同臨床狀態（臨床分期及病史）對肌無力患者之焦慮或憂鬱程度有差異	V	在性別分層分析中可以看到，男生組臨床分析第 IIb 組相較於第 I 組的人來得低，在焦慮方面低 3.6 分，在憂鬱方面低 3.3 分。臨床分期越輕的人，焦慮及憂鬱程度越嚴重。 在年齡分層第三組 52-77 歲的分析中，病史 6-13 年這組人相較於病史 14-38 年這組人，在焦慮方面高 4.2 分，在憂鬱方面高 3.9 分。55-77 歲這組人發病史有 14-38 年，表示與肌無力症共存時間很久，對於疾病的適應能力相較於病史 6-13 人這群人來得

假說	驗證	說明
		好，所以表現出的焦慮及憂鬱程度比較低。
5 有/無參加病友團體對肌無力患者之焦慮或憂鬱程度有差異		
6 不同社會及人口學特性對肌無力患者生活品質有差異		
7 不同臨床狀態 (臨床分期、病史)對肌無力患者生活品質有差異		
8 有/無參加病友團體對肌無力患者生活品質有差異	V	在年齡分層分析中發現，52-77 歲最年長的這一組，有參加肌無力俱樂部並且擔任幹部者，其生活品質會比沒有參加俱樂部的人，或有參加俱樂部未擔任幹部者來得好
9 不同焦慮或憂鬱程度對肌無力患者生活品質有差異	V	不同焦慮程度是影響肌無力患者生活品質主要因子。全體樣本以及性別及年齡分層分析複線性迴歸分析皆顯示，焦慮分數越高，患者生活品質分數越差，
10 有/無參加病友團體對肌無力患者之焦慮或憂鬱程度有差異，進而造成生活品質有差異。	V	在年齡分層最年長的一組 52-77 歲分析中發現，有參加病友團體並且擔任幹部對於生活品質可以大大提升。雖然這組人的憂鬱程度也會對生活品質造成負面影響，但有擔任幹部者對生活品質的正向效果遠大於憂鬱對生活品質的負面效果。



二、討論

樣本代表性以研究對象之性別、臨床分期及病史分組加以說明。在性別方面，樣本醫院病患分布以女性占多數，有 63.8%：研究對象以卡方適合度檢定 (goodness of fit test) 呈現相近比例。在臨床分期方面，樣本醫院以第 I 期病患居多，有 48.5%，第 IIa 期的病患有 33.6%，第 IIb 期之上的病患比例較低；研究對象以第 IIa 期的病患所占的比例最高，為 39.7%。在病史分組方面，樣本醫院的分布以 13 年以上的病人居多，有 55.9%，研究對象以 6-13 年這組的病人占多數。研究樣本在臨床分期及病史分組與樣本醫院病患分布比例，以卡方適合度檢定 (goodness of fit test) 呈現不一致現象。因研究設計是於門診區採方便取樣，病患願意加入研究簽屬同意書後納入研究對象，無法事先依臨床分期或病史分期篩選就對象，故造成本研究對象之樣本代表性有不足的現象。

表 24 樣本醫院病患與本研究對象分佈

	樣本醫院病患分布 %	研究對象 %	χ^2
性別			0.595
男	36.2	32.8	
女	63.8	67.2	
臨床分期			19.133 ^{***}
第 I 期	48.5	31.0	
第 IIa 期	33.6	39.7	
第 IIb 期	15.0	26.7	
第 III 期	2.6	2.6	
第 IV 期	0.3		
病史分組			29.101 ^{***}
0-5 年	16.7	25.9	
6-13 年	27.4	43.1	
13 年以上	55.9	31.0	

***p<0.001

本研究結果顯示，不同社會及人口學特性對肌無力患者生活品質並無顯著差異，與參考之文獻資料的研究結果相同。

許多研究指出疾病嚴重度增加，生活品質會降低^{8,9,19,20,43,44,22}。本研究結果呈現，在臨床分期第 IIa 期的患者其生活品質都比第 I 期的人來得差，但是第 IIb 期的患者其生活品質反而比第 IIa 期的人來得好。這研究結果與相關文獻研究結果有不一致。為探討這一現象，推論臨床分期較嚴重的第 IIb 組其罹病史較長，因與疾病相處較久，較能接受與調適，所以生活品質較好。但以統計方法檢驗結果，臨床分期與病史分組是沒有相關性。在本研究 116 份有效問卷中，對於 MG-QOL15-TW 問券得分 0 分者，也就是生活品質絲毫不受疾病影響的共有 9 人，這 9 人當中，臨床分期屬於第 I 期的有 1 人，第 IIa 期有 3 人，最多的是第 IIb 期，有 5 人。研究對象填答問卷時，是否真實反應心理感受應該是問卷型研究難以避免的問題。

研究結果顯示，全體樣本分析時，有/無參加病友團體對於生活品質在統計上未達顯著水準。在先驅試驗時，從 15 個研究對象的問卷統計得出，有參加病友團體者的生活品質平均分數(8.2 分)與未參加病友團體生活品質平均分數(15.1 分)，相差將近 2 倍。推算要達 80% 檢定力所需樣本數約 78 份。但正式研究結果，有參加病友團體者的生活品質平均分數(14.1)與未參加病友團體生活品質平均分數(15.1 分)，相差只有 1 分，即使正式研究有效樣本數 116 份，比原先預估所需的樣本數(78 份)約多五成，但仍未有顯著的驗證。研究結果經與肌無力症中心討論，肌無力俱樂部與病友關懷協會是不同的。肌無力俱樂部是屬於院方成立的，凡在樣本醫院看診的病患，即是俱樂部的成員，醫院社服人員會主動提供病患相關病友活動；病友協會是屬於民間團體，患者主動入會並須繳納會費。不論肌無力俱樂部或是病友協會都是屬於病友團體，希望藉由集結病友，發揮互相扶持、互相抵勵的功能。研究所用的問卷中，有調查病患參加病友團體的狀況，但因題目措辭無法讓受訪對象清楚分辨是院方的肌無力俱樂部或是個人主動加入的病友協會。後續研究可修改題目，讓題意更清楚明確，以再次驗證假說。

從研究對象對肌無力患者生活品質量表統計結果發現(如表 4)，第 10 題「因為肌無力症使我開車或騎摩托車有困難」缺答率最高，有 6% (7/106)。原文問卷僅有表達「因為肌無力症使我開車有困難」之意，在跟指導教授討論時，考量台

灣地理民情，增加「騎摩托車」這項交通工具，但在實際施測時，有受訪者表示，台北市大眾捷運系統非常方便，開車或騎摩托車這兩項交通工具皆不適用，推測這是造成本題填答率偏低的原因，故在後續研究應用時，第 10 題內容應再予以修改，以符合各國各區域的民情習慣，並且能增加問卷的填答率。

本研究使用「醫院焦慮憂鬱量表」中文版譯本係由 GL-ASSESSMENT 指定之 MAPI Research Trust 取得翻譯後之中文版問卷，問卷內容的部分文意在研究者及受訪者認知及理解上有些模糊不清之處。例如：第 2 題，原版題目：「I still enjoy the things I used to enjoy」，選項：「0-Definitely as much；1-Not quite so much；2-Only a little；3-Hardly at all」；MAPI Research Trust 釋出之中譯版：「我仍喜歡過去所喜歡的事物」，選項：「0-和過去一樣喜歡；1-不像過去那樣喜歡；2-只有一點喜歡；3-幾乎不喜歡」。參考過去研究者經常採用之長庚護理研究所陳美伶教授譯本，這一題的題目：「我依然享受我以前享受事務的感覺」，選項「0-肯定和以前一樣；1-有點不及以前；2-只及以前部分；3-和以前差很遠」。在中譯本的使用上，陳教授的版本比較能傳達文意與貼近民情。

第二節研究限制



本研究為橫斷性研究，在單一時間點上所做的調查與比較，相較於縱貫性研究可做長時間的比較，在因果推論上，有其研究限制。例如：若想驗證有/無參加肌無力俱樂部對於生活品質影響，可能受限於研究對象已加入俱樂部很長一段時間，無法檢定出參加俱樂部對生活品質的影響，若以縱貫性研究，追蹤比較加入俱樂部前/後生活品質的變化，在因果推論上可以更加嚴謹。

本研究採方便取樣，以單一醫院的肌無力門診病人為樣本，在研究外推性有所限制。雖然樣本醫院在肌無力症的診斷及治療上位居國內翹楚，慕名求醫的患者遍佈全國各地，但因樣本醫院位居台北市，就醫患者仍以大台北地區居民為主，大台北地區居民社經地位與健康生活型態可能與外縣市有差異，因而在應用本研究結果於其他地區或醫院時需要較為保守。

第三節結論與建議

本研究之肌無力症患者自行報告之結果 (Patient-Reported Outcome,PRO)：不同焦慮程度是影響生活品質主要因子，焦慮分數越高，生活品質越差；在最年長的樣本顯示，憂鬱會影響生活品質，但有擔任俱樂部幹部對生活品質有正向效果。

精神方面的疾病是肌無力症患者不容忽視的問題，在治療肌無力症的同時，心理的健康也是醫療團隊應積極維護。肌無力俱樂部對提升生活品質的功能，在年長的樣本中得到驗證，這一組人是擔任肌無力俱樂部幹部比例最高。幹部的主要工作為主動積極關懷住院與特別門診病患，也會到患者家中進行探視，其培訓內容除了教授關懷技巧，也包括心理健康課程，所以幹部在關懷病友的同時，對於自我的心理健康也得到提升，進而促進其生活品質。可以多鼓勵所有病友參加幹部的培訓課程，讓病友轉換生病者的角色，成為主動關懷的人，對於其生活品質會有所助益。臨床上，建議患者全面進行肌無力症生活品質量表及焦慮憂鬱量表調查，以追蹤患者生活品質及心理狀況，對於焦慮憂鬱患者能及早介入轉診治療，以維護其生活品質。

在病友團體對患者生活品質的影響方面，研究對象可以設定從它院轉入的病患，在其第一次就診時填寫生活品質問卷，待半年後追蹤有病友團體介入，其生活品質差異狀況。也可以做跨院區調查，比較有無病友團體的組織，對患者生活品質是否有差異。

有研究指出，有一些肌無力症患者常伴隨有睡眠障礙，特別是睡眠呼吸障礙及阻塞性呼吸睡眠中止症，這些病症會影響睡眠品質進而影響生活品質²⁰；也有研究顯示，類固醇用量會影響生活品質^{19, 22}，這些影響生活品質的因子在台灣的患者未獲得驗證，未來可以結合更多的臨床資料，繼續研究與探討。

參考文獻

1. 曾旭民, 盧瑞芬, 蔡益堅. 國人生活品質評量 (II): SF-36 台灣版的常模與效度檢測. *臺灣公共衛生雜誌*. 2003;22(6):512-518.
2. Food and Drug Administration U. Guidance for Industry on Patient-Reported Outcome Measures:Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims. 2009.
3. Marshall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2006;12(5):559-568.
4. 陳玉黛, 蔡秀鸞, 林佩芬. 肌無力症病患疾病感受, 情緒與生活品質之相關性探討. *護理雜誌*. 2003;50(6):43-50.
5. Paul RH, Nash JM, Cohen RA, Gilchrist JM, Goldstein JM. Quality of life and well-being of patients with myasthenia gravis. *Muscle & nerve*. 2001;24(4):512-516.
6. Padua L, Evoli A, Aprile I, et al. Health-related quality of life in patients with myasthenia gravis and the relationship between patient-oriented assessment and conventional measurements. *Neurological Sciences*. 2001;22(5):363-369.
7. Rostedt A, Padua L, Stålberg EV. Correlation between regional myasthenic weakness and mental aspects of quality of life. *European journal of neurology*. 2006;13(2):191-193.
8. Raggi A, Leonardi M, Antozzi C, et al. Concordance between severity of disease, disability and health-related quality of life in Myasthenia gravis. *Neurological sciences*. 2010;31(1):41-45.
9. Leonardi M, Raggi A, Antozzi C, et al. The relationship between health, disability and quality of life in Myasthenia Gravis: results from an Italian study. *Journal of neurology*. 2010;257(1):98-102.
10. Raggi A, Leonardi M, Mantegazza R, Casale S, Fioravanti G. Social support and self-efficacy in patients with Myasthenia Gravis: a common pathway towards positive health outcomes. *Neurological sciences*. 2010;31(2):231-235.
11. Basta IZ, Pekmezović TD, Perić SZ, et al. Assessment of health-related quality of life in patients with myasthenia gravis in Belgrade (Serbia). *Neurological Sciences*. 2012;33(6):1375-1381.
12. Jaretzki A, Barohn RJ, Ernstoff RM, et al. Myasthenia gravis Recommendations for clinical research standards. *Neurology*. 2000;55(1):16-23.
13. Padua L, Evoli A, Aprile I, et al. Myasthenia gravis outcome measure: development and validation of a disease-specific self-administered questionnaire. *Neurological Sciences*. 2002;23(2):59-68.
14. Padua L, Galassi G, Ariatti A, et al. Myasthenia gravis self-administered questionnaire: development of regional domains. *Neurological Sciences*. 2005;25(6):331-336.
15. Mullins LL, Carpenter MY, Paul RH, Sanders DB. Disease-specific measure of quality of life for myasthenia gravis. *Muscle & nerve*. 2008;38(2):947-956.
16. Burns TM, Conaway MR, Cutter GR, Sanders DB. Less is more, or almost as much: A 15-item quality-of-life instrument for myasthenia gravis. *Muscle & nerve*. 2008;38(2):957-963.

17. Mourao AM, Araujo CM, Barbosa LSM, et al. Brazilian cross-cultural translation and adaptation of the" Questionnaire of Life Quality Specific for Myasthenia Gravis-15 items". *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2013;71(12):955-958.
18. Liu F-b, Chen X-l, Guo L, Liu X-b. Evaluation of a scale of patient-reported outcomes for the assessment of myasthenia gravis patients in China. *Chinese journal of integrative medicine*. 2012;18:737-745.
19. Masuda M, Utsugisawa K, Suzuki S, et al. The MG-QOL15 Japanese version: Validation and associations with clinical factors. *Muscle & nerve*. 2012;46(2):166-173.
20. Martínez-Lapiscina EH, Erro ME, Ayuso T, Jericó I. Myasthenia gravis: sleep quality, quality of life, and disease severity. *Muscle & nerve*. 2012;46(2):174-180.
21. Maniaol A, Brunborg C, Tallaksen C. Development and validation of a self-administered questionnaire for myasthenia gravis patients. *Neuroepidemiology*. 2010;34(4):253-261.
22. Utsugisawa K, Suzuki S, Nagane Y, et al. Health-Related Quality of Life and Treatment Targets in Myasthenia Gravis. *Muscle & nerve*. 2014.
23. Kulaksizoglu IB. Mood and Anxiety Disorders in Patients with Myasthenia Gravis. *CNS drugs*. 2007;21(6):473-481.
24. 邱浩彰, 葉建宏. 神經科: 肌無力症在台灣的臨床觀察與治療原則. *臺灣醫學*. 1997;1(5):658-662.
25. Burns TM. History of outcome measures for myasthenia gravis. *Muscle & nerve*. 2010;42(1):5-13.
26. MANTEGAZZA R, BAGGI F, ANTOZZI C, et al. Myasthenia gravis (MG): epidemiological data and prognostic factors. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2003;998(1):413-423.
27. PHILLIPS LH. The epidemiology of myasthenia gravis. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2003;998(1):407-412.
28. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*. 2013;346:f167.
29. Cappelleri JC, Zou KH, Bushmakin AG, Alvir JMJ, Alemayehu D, Symonds T. Patient-Reported Outcomes. Measurement,Implementation and Interpretation. 2014.
30. 薛亞聖. 建構台灣地區永續性生活品質指標評量系統-醫療品質指標之建立 (I). 2002.
31. 盧瑞芬, 曾旭民, 蔡益堅. 國人生活品質評量 (I): SF-36 台灣版的發展及心理計量特質分析. *臺灣公共衛生雜誌*. 2003;22(6):501-511.
32. Rostedt A, Padua L, Stålberg E. Validation of the Swedish version of the disease-specific Myasthenia Gravis Questionnaire. *Neurological Sciences*. 2006;27(2):91-96.
33. Basta I, Pekmezović T, Padua L, et al. Validation of Serbian version of the disease-specific myasthenia gravis questionnaire. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2010;122(2):110-114.
34. Rostedt A, Padua L, Stålberg EV. Correlation between a patient-derived functional questionnaire and abnormal neuromuscular transmission in Myasthenia Gravis patients. *Clinical neurophysiology*. 2005;116(9):2058-2064.
35. Paul RH, Cohen RA, Goldstein JM, Gilchrist JM. Fatigue and its impact on

- patients with myasthenia gravis. *Muscle & nerve*. 2000;23(9):1402-1406.
36. Emery EJ, Szymanski HV. Psychological symptoms preceding diagnosed myasthenia gravis. *Psychosomatics*. 1981;22(11):993-995.
37. Rohr W. [Myasthenia gravis in the frontier of psychiatric diagnosis]. *Psychiatrische Praxis*. 1992;19(5):157-163.
38. Ybarra MI, Kummer A, Frota ERC, Oliveira JTd, Gomez RS, Teixeira AL. Psychiatric disorders in myasthenia gravis. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2011;69(2A):176-179.
39. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatica scandinavica*. 1983;67(6):361-370.
40. 劉棻, 劉雪娥. 截肢病患支持團體的發展與設計. *高雄護理雜誌*. 2011;28(3):31-41.
41. Halm M. Strategies for developing a family support group. *Focus on critical care/American Association of Critical-Care Nurses*. 1991;18(6):444-455, 458-449.
42. Cain EN, Kohorn EI, Quinlan DM, Latimer K, Schwartz PE. Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*. 1986;57(1):183-189.
43. Burns TM, Grouse C, Conaway MR, Sanders DB. Construct and concurrent validation of the MG-QOL15 in the practice setting. *Muscle & nerve*. 2010;41(2):219-226.
44. Burns TM, Grouse C, Wolfe GI, Conaway MR, Sanders DB. The MG-QOL15 for following the health-related quality of life of patients with myasthenia gravis. *Muscle & nerve*. 2011;43(1):14-18.

附錄



附表 1 各變項與肌無力生活品質量表有顯著水準整理（性別分層）

	MG 可動性	MG 症狀	MG 情感幸福	MG 整體滿意	MG-QOL
男生組 (n=38)					
職業				*	
臨床分期	*				*
HADS-A	*		***	*	*
HADS-D	**		**		**
女生組 (n=78)					
嚼檳榔		**			
病史		*			
HADS-A	***	***	***	**	***
HADS-D	***	***	***	**	***

附表 2 各變項與醫院焦慮與憂鬱量表有顯著水準整理（性別分層）

	HADS-A	HADS-D
男生組 (n=38)		
臨床分期	*	**
年齡	*	
女生組 (n=78)		
吸菸	*	
飲酒		*

*P<0.05 ; **P<0.01

附表 3 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-男生組

變項	MG 可動性	MG 情感幸福	MG 整體滿意	MG-QOL
	b	b	b	b
職業 (參考組：非全職)			0.699 [*]	
臨床分組 (參考組：(第 I 組)				
臨床分組_第 IIa 組	3.298			4.820
臨床分組_第 IIb 組	-0.503 [*]			-8.977 [*]
HADS-A	0.745 [*]	0.308 ^{***}	0.128 [*]	1.240 [*]
HADS-D	0.985 ^{**}	0.250 ^{**}		1.659 ^{**}

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

附表 4 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-男生組

變項	HADS-A	HADS-D
	b	b
臨床分組 (參考組：第 I 組)		
臨床分組_第 IIa 組	-1.386	0.281
臨床分組_第 IIb 組	-4.053 ^{**}	-3.338 ^{**}
年齡	-0.085 [*]	

*p<0.05 ; **p<0.01

附表 5 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-女生組

變項	<u>MG 可動性</u>	<u>MG 症狀</u>	<u>MG 情感幸福</u>	<u>MG 整體滿意</u>	<u>MG-QOL</u>
	<i>b</i>	<i>b</i>	<i>b</i>	<i>b</i>	<i>b</i>
吸菸 (參考組：無)				0.618 [*]	
嚼檳榔 (參考組：無)		1.105			
病史		-0.068 [*]			
HADS-A	1.029 ^{***}	0.234 ^{***}	0.212 ^{***}	0.082 ^{**}	1.557 ^{***}
HADS-D	0.980 ^{***}	0.255 ^{**}	0.187 ^{***}	0.097 ^{**}	1.519 ^{***}

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

附表 6 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-女生組

變項	<u>HADS-A</u>		<u>HADS-D</u>
	<i>b</i>		<i>b</i>
常數項	6.242 ^{***}		6.333 ^{***}
吸菸 (參考組：無)	2.358 [*]		
飲酒 (參考組：無)			-2.146 ^{**}
F 檢定	3.988 [*]		8.313 ^{**}
Adj.R ²	0.038		0.088

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

附表 7 各變項與肌無力生活品質量表有顯著水準整理 (年齡分層)

	MG 可動性	MG 症狀	MG 情感幸福	MG 整體滿意	MG-QOL
第一組 22-39 歲 (n=38)					
臨床分期	*				
HADS-A	***	*	***	***	***
HADS-D	*		*	*	**
第二組 40-51 歲 (n=40)					
婚姻			**		
職業					*
HADS-A	**		**		**
HADS-D	**	*	**	*	**
第三組 52-77 歲(n=38)					
擔任俱樂部幹部	*	*	*		**
病史	*			*	
HADS-A	**	*	**		**
HADS-D	**	*	**		**

*P<0.05 ; **P<0.01

附表 8 各變項與醫院焦慮與憂鬱量表有顯著水準整理 (年齡分層)

	HADS-A	HADS-D
第一組 22-39 歲 (n=38)		
教育程度	*	
飲酒		**
第二組 40-51 歲 (n=40)		
臨床分期	*	*
第三組 52-77 歲 (n=38)		
飲酒		*
參加俱樂部	*	
病史分組	**	**

*P<0.05 ; **P<0.01

附表 9 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第一組(22-39 歲)

	MG 可動性 <i>b</i>	MG 症狀 <i>b</i>	MG 情感幸福 <i>b</i>	MG 整體滿意 <i>b</i>	MG-QOL <i>b</i>
常數項		1.599 [*]			
臨床分組 (參考組：第 I 組)					
臨床分組_第 IIa 組	5.786 [*]				8.333 [*]
臨床分組_第 IIb 組	-1.048				-1.833
HADS-A	1.149 ^{***}	0.196 [*]	0.295 ^{***}	0.180 ^{***}	1.855 ^{***}
HADS-D	0.988 [*]		0.241 [*]	0.150 [*]	1.652 ^{**}
F 檢定		5.409 [*]			
Adj.R ²		0.106			

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

附表 10 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第一組(22-39 歲)

	HADS-A <i>b</i>	HADS-D <i>b</i>
變項		
常數項		6.368 ^{***}
教育程度 (參考組：高中職以下)	-1.906	
飲酒 (參考組：無)		-2.202 [*]
F 檢定		6.104 [*]
Adj.R ²		0.124

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

附表 11 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第二組(40-51 歲)

變項	MG 可動性	MG 症狀	MG 情感幸福	MG 整體滿意	MG-QOL
	b	b	b	b	b
常數項		1.478		0.662	
婚姻			1.137		
職業					-0.737
HADS-A	1.009 ^{**}		0.197 ^{**}		1.410 ^{**}
HADS-D	0.970 [*]	0.253 [*]	0.200 ^{**}	0.115 [*]	1.537 ^{**}
F 檢定		5.969 [*]		4.304 [*]	
Adj.R ²		0.113		0.078	

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

附表 12 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第二組(40-51 歲)

變項	HADS-A		HADS-D	
	b		b	
常數項		4.538 ^{***}		4.000 ^{***}
臨床分組 (參考組：第 I 組)				
臨床分組_第 IIa 組	3.239 [*]		2.722 [*]	
臨床分組_第 IIb 組	1.239		0.444	
F 檢定	3.287 [*]		3.954 [*]	
Adj.R ²	0.105		0.132	

*p<0.05 ; **p<0.01

附表 13 與肌無力生活品質量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第三組(52-77 歲)

	MG 可動性 <i>b</i>	MG 症狀 <i>b</i>	MG 情感幸福 <i>b</i>	MG 整體滿意 <i>b</i>	MG-QOL <i>b</i>
變項					
常數項				1.314	
擔任俱樂部幹部	-6.750 [*]	-2.688 [*]	-1.063		-11.125 [*]
病史	-0.252 [*]			-0.035 [*]	
HADS-A	0.810 ^{**}	0.230 [*]	0.210 ^{***}		1.303 ^{**}
HADS-D	0.992 ^{**}	0.275 [*]	0.180 ^{**}		1.507 ^{**}
F 檢定				5.447 [*]	
Adj.R ²				0.107	

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

附表 14 與醫院焦慮憂鬱量表相關因素之簡單線性迴歸分析結果-年齡第三組(52-77 歲)

	HADS-A		HADS-D	
變項	<i>b</i>		<i>b</i>	
飲酒			-2.640 [*]	
參加俱樂部		-2.887 [*]		
病史分組 (參考組：14-38 年)				
病史分組_0-5 年	1.125		1.700	
病史分組_6-13 年	4.654 ^{**}		4.324 ^{**}	

*p<0.05 ; **p<0.01

附表 15 人體試驗審查委員會證明書



版本：第六版 修訂日期：101.02.28



新光醫療財團法人
新光吳火獅紀念醫院

SHIN KONG WU HO-SU MEMORIAL HOSPITAL

台北市士林區文昌路95號
TEL：886-2-28332211

E-mail: IRB@ms.skh.org.tw
Fax : 886-2-28389428

**人體試驗審查委員會
同意臨床試驗證明書**

試驗計畫名稱：評估肌無力患者生活品質
計畫書版本/日期：V3，2014-06-03
計畫書編號/本會審查編號：20140502R
試驗總主持人：財務課/蘇玲枝
受試者同意書版本/日期：V3，2014-06-03
主持人手冊/日期：NA
通過會期：No.7/ 2014-07-10
試驗有效期限：2014-07-01 至 2015-06-30
期中報告繳交期限：2014-12-31、2015-06-30
期末報告繳交期限：2015-08-30
其他：問卷 V4，2014-06-12

**Institutional Review Board
Approval of Clinical Trial**

Protocol Title : Assessing Quality-of- Life of Patients with Myasthenia Gravis

Protocol Version/Date : V3 , 2014-06-03

Protocol No./IRB No. : 20140502R

Chief Principal Investigator : Ling-Chih Su

Informed Consent Form/Date : V3 , 2014-06-03

Investigator's Brochure/Date : NA

Board Meeting/Approval Dated : No.7/ 2014-07-10

Study Approval Expires Dated : 2015-06-30

Mid-Term Report Submission Deadline : 2014-12-31、2015-06-30

Final Report Submission Deadline : 2015-08-30

Others : 問卷 V4 , 2014-06-12

The above study is approved by the Institutional Review Board on 2014-07-10.

在有效期屆滿之前，計畫主持人應向本委員會規定時間提出期中報告，並於計畫完成時繳交結案報告，若屆時尚未完成，應重新申請，該計畫任何部分若欲更改，需向本委員會重新提出申請。計畫主持人對受試者任何保具有危險而且未能預期之問題，例如：對藥物、放射性元素或對醫療器材產生嚴重或非預期不良反應等，需立即向本委員會提出書面報告。

本院人體試驗委員會之組織與執行皆符合 ICH-GCP
The Institutional Review Board of Shin Kong Wu Ho-Su
Memorial Hospital performs its functions according to
written operating procedures and complies with GCP and
with the applicable regulatory requirements.

審查案號 20140502R_B
製發日期：2014-06-19

Yours sincerely,
Gong-Jhe Wu, M.D., Ph.D.
IRB Chairman
Shin Kong Wu Ho-Su
Memorial Hospital
Taiwan R.O.C.

肌無力症生活品質調查

親愛的朋友您好：

感謝您百忙之中填寫本問卷，這是一份關於肌無力症生活品質的調查。請就您目前實際感受，用勾選的方式填答此問卷。本問卷採**不記名**、**自願填答**方式，您所填答的資料**絕對保密**，僅供本研究參考之用，不對外公開，並以團體方式呈現分析之結果，絕對不會公開個人資料，請您安心填答，並請您確認所有題項均填答完畢。

本研究之結果將會提供給衛生主管機關，以利日後相關政策之修正，謝謝您的熱心協助與合作，在此向您致上由衷的感謝，敬祝身體健康！

國立台灣大學公共衛生學程

指導老師：楊銘欽老師

研究生：蘇玲枝 敬上

(一) 肌無力症生活品質量表

您依照「最近一個月內」的真實狀況填寫：

題號	題 目	完 全 不 會	有 一 點 會	有 時 候 會	常 常 會	一 直 都 會
		0	1	2	3	4
1.	我因為肌無力症而感到挫折					
2.	我在看東西時會有困難					
3.	我因為肌無力症而有飲食困難					
4.	因為肌無力症限制了我的社交活動					
5.	因為肌無力症限制了我的休閒娛樂					
6.	因為肌無力症讓我在滿足家庭需求上遇到困難					
7.	我必須對我的肌無力症做些計劃					
8.	肌無力症對我在工作能力與工作狀態有負面的影響					
9.	因為肌無力症使我說話有困難					
10.	因為肌無力症使我開車或騎摩托車有困難					
11.	肌無力症使我有憂鬱的現象					
12.	因為肌無力症我走路有困難					
13.	因為肌無力症我到公共場所有困難					
14.	我覺得自己被肌無力症擊垮					
15.	我在做我個人的梳洗工作時有困難					

醫院焦慮與憂鬱量表 (HADS)

GL
assessment
the measure of potential

問卷編號: _____ 日期: _____

臨床醫師注意到情緒在大多數疾病中都扮演重要的角色，如果您的醫師知道您以下這些感受，便能夠提供您更多的幫助。
這份問卷是設計來幫助醫師了解您的感受。閱讀以下每個題目，在最能表示您過去 7 天感受的答案下方畫一條線。請勿理會印在問卷邊緣的數字。
不要花太多時間思考您的答案，您對於題目的立即反應可能比仔細思考後的答案來得正確。

		A	D	A	D
	我覺得緊張或神經緊繩			我感覺我做事的步調比以往慢	
3	總是如此			總是如此	3
2	經常如此			經常如此	2
1	有時如此			有時如此	1
0	完全不會			完全不會	0
	我仍喜歡過去所喜歡的事物			我有一種害怕的感覺， 好像胃裏有東西在動	
0	和過去一樣喜歡			完全不會	0
1	不像過去那樣喜歡			有時如此	1
2	只有一點喜歡			經常如此	2
3	幾乎不喜歡			總是如此	3
	我有一種害怕的感覺， 好像有什麼可怕的事即將發生			我已經不在乎我的外表	
3	是的，這種感覺的確很強烈			我完全不在乎	3
2	有這種感覺，但不是很強烈			我往往沒有過去那麼在乎	2
1	有一點，但不令我擔心			我有時沒有過去那麼在乎	1
0	完全不會			我和過去一樣在乎	0
	我可以大笑並感受到事情好玩的一面			我覺得坐立不安， 好像我非得不停地動不可	
0	如同過去一樣			總是如此	3
1	不像過去那樣			經常如此	2
2	確實比過去少			有時如此	1
3	完全沒辦法			完全不會	0
	我心裡有一些擔憂的想法			我對事物感到期待或有希望	
3	總是如此			和過去一樣	0
2	經常如此			比過去少了一些	1
1	有時如此			比過去少很多	2
0	幾乎沒有			幾乎沒有這種期待	3
	我覺得愉快			我會突然感到恐慌	
3	完全不會			總是如此	3
2	不常如此			經常如此	2
1	有時如此			不常如此	1
0	總是如此			完全不會	0
	我可以欣賞或沉浸於一本好書或好的廣播/ 電視節目				
	我可以心情放鬆地坐著				
0	總是如此			經常如此	0
1	經常如此			有時如此	1
2	不常如此			不常如此	2
3	完全沒辦法			極少如此	3

現在檢查您是否已經回答了所有問題

A D

總分

HADS 版權 © R.P. Snaith 和 A.S. Zigmond, 1983, 1992, 1994。原始問卷題目首次發表在 *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–70。版權 © Munksgaard International Publishers Ltd, Copenhagen, 1983。

此版本由 nferNelson Publishing Company Ltd 在 1994 年初次出版。住址為 414 Chiswick High Road, London W4 5TF。

GL Assessment 是 Granada 集團的分支部門。

若無出版商允許，此問卷不能以任何方式複制。

郵件地址：permissions@gl-assessment.co.uk

HADS - Taiwan/Mandarin Chinese - 06 Nov 06 - Mapi Research Institute.
ID3218 / HADS_AU2.0_cmn-TW.doc

附表 18 問卷 3

(三) 基本資料與健康情況

1.性別： <input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女	2.出生年：民國_____年
3.婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 1.未婚 <input type="checkbox"/> 2.已婚 <input type="checkbox"/> 3.同居 <input type="checkbox"/> 4.分居 <input type="checkbox"/> 5.離婚 <input type="checkbox"/> 6.喪偶	
4.教育程度： <input type="checkbox"/> 1.國中或國中以下 <input type="checkbox"/> 2.高中（職） <input type="checkbox"/> 3.專科 <input type="checkbox"/> 4.大學 <input type="checkbox"/> 5.研究所或研究所以上	
5.職業： <input type="checkbox"/> 1.全職 <input type="checkbox"/> 2.兼職 <input type="checkbox"/> 3.學生 <input type="checkbox"/> 4.退休 <input type="checkbox"/> 5.家管 <input type="checkbox"/> 6.無業 <input type="checkbox"/> 7.其他：_____	
6.過去一年裡，家中的收入全部算在一起，（包括薪資、租金收入、投資所得、利息所得、子女的錢、社會救助...等所有來源）平均一個月大約有多少： <input type="checkbox"/> 1.未滿三萬元 <input type="checkbox"/> 2.三萬元~未滿五萬元 <input type="checkbox"/> 3.五萬元~未滿七萬元 <input type="checkbox"/> 4.七萬元~未滿十萬元 <input type="checkbox"/> 5.十萬元~未滿十五萬元 <input type="checkbox"/> 6.十五萬元~未滿二十萬元 <input type="checkbox"/> 7.二十萬元或以上 <input type="checkbox"/> 8.不知道/拒答	
7.居住狀態(複選)： <input type="checkbox"/> 1.獨居 <input type="checkbox"/> 2.與配偶同住 <input type="checkbox"/> 3.與父母同住 <input type="checkbox"/> 4.與子女同住 <input type="checkbox"/> 5.與親戚朋友同住 <input type="checkbox"/> 6.與同居人同住	
8.慢性性病史： <input type="checkbox"/> 1.沒有 <input type="checkbox"/> 2.有： <input type="checkbox"/> 2-1.糖尿病 <input type="checkbox"/> 2-2.高血壓 <input type="checkbox"/> 2-3.高血脂 <input type="checkbox"/> 2-4.其他_____	
9.您是否曾經吸過菸？： <input type="checkbox"/> 1.沒有吸過 <input type="checkbox"/> 2.僅嘗試吸過幾次而已 <input type="checkbox"/> 3.有吸過，從以前到現在沒有吸超過 5 包(100 支)菸 <input type="checkbox"/> 4.有吸過，從以前到現在有吸超過 5 包(100 支)菸 <input type="checkbox"/> 5.已經戒菸 → 戒菸多久了？ 戒了_____年_____個月	
10.您是否有喝酒？【包括各種酒類、保力達 B、與藥酒，但不包括煮菜時加進去的酒】 <input type="checkbox"/> 1. 沒有(滴酒不沾) <input type="checkbox"/> 2.有(偶爾或應酬時才喝也算“有”) 10-1.您大約多久喝一次？ <input type="checkbox"/> 1.每月不到一次 <input type="checkbox"/> 2.每月一、二次 <input type="checkbox"/> 3.每週一次 <input type="checkbox"/> 4.兩、三天喝一次 <input type="checkbox"/> 5.(幾乎)每天喝 10-2.您通常喝到什麼程度？ <input type="checkbox"/> 1.淺酌(不醉) <input type="checkbox"/> 2.微醺(半醉) <input type="checkbox"/> 3.常喝醉(爛醉)	
11.您是否曾經嚼食過檳榔？【若曾】目前還有沒有在吃檳榔(含應酬嚼的檳榔)？ <input type="checkbox"/> 1.否，從未嚼過 <input type="checkbox"/> 2.是，從過去到現在只嚼過 1-2 次 <input type="checkbox"/> 3.是，以前嚼，現在不嚼(最近 6 個月沒有嚼)，戒了_____年_____個月 <input type="checkbox"/> 4.是，現在嚼(包括最近 6 個月曾嚼過)	
12.您是否有參加本院的肌無力俱樂部？ <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 3.加入肌無力俱樂部有多久？ <input type="checkbox"/> 1年內 <input type="checkbox"/> 1~3年內 <input type="checkbox"/> 3~5年內 <input type="checkbox"/> 5~10年內 <input type="checkbox"/> 10年以上 4.是否擔任肌無力俱樂部關懷幹部？ <input type="checkbox"/> 1.沒有 <input type="checkbox"/> 2.有	

~本問卷到此全部結束，請確認是否有所遺漏~
~感謝您的協助~