

## 氣喘生活品質調查問卷

親愛的家長您好：

為了配合國家對小學生氣喘的防治規劃，希望您能花費約 15-20 分鐘的時間填寫本份問卷（共 3 頁）。本研究為國科會支持，主要是透過問卷調查的方式瞭解台灣目前患有氣喘的小學生與其家長的生活品質狀況。

所有您填答的資料都會受到保密，而且只作為學術研究與衛生單位發展氣喘防治規劃實務的參考依據，不會被作為其它的用途或洩漏您個人的資料！您寶貴的意見將會對小學生氣喘防治的發展有極大的貢獻。謝謝您的配合與協助！

並祝 健康快樂！

聯絡人：許家瑛  
聯絡方式：0918937923  
電子信箱：m9141107@stmail.cgu.edu.tw  
長庚大學醫務管理系 曾旭民 助理教授  
長庚醫院兒童過敏科 黃璟隆 醫師

為了便於了解氣喘學童的狀況與及受到的影響，本問卷希望是由氣喘學童的主要照顧家長（父親或母親）或其它主要照顧的家屬來加以填寫。

### 第一部份 您個人的基本資料

填寫說明：下列題目是有關您個人的基本資料，請在適當的□中打「√」或在橫線上寫出適合的資料

1. 性別： 男 女
2. 年齡： 30 以下 30-39 40-49 50-59 60 以上
3. 教育程度： 國小或以下 國中 高中職 大學大專 研究所
4. 您是氣喘學童的 父母 祖父母 親戚 其它 \_\_\_\_\_
5. 是否都是您在照顧您的氣喘小孩 是 否
6. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是： 極好的 很好 好 普通 不好
7. 我經常感覺每當我快要生病了，無論怎麼做還是會生病。  
非常不同意 不同意 有點不同意 有點同意 同意 非常同意
8. 一般而言，我的健康問題大部分是意外發生的。  
非常不同意 不同意 有點不同意 有點同意 同意 非常同意
9. 當我生病時，我最好讓疾病的狀況自然的過去。  
非常不同意 不同意 有點不同意 有點同意 同意 非常同意
10. 我能維持健康是因為我的運氣比別人好。  
非常不同意 不同意 有點不同意 有點同意 同意 非常同意
11. 不論我多麼小心的照顧自己，我還是很容易生病。  
非常不同意 不同意 有點不同意 有點同意 同意 非常同意
12. 生病是命中註定的事。  
非常不同意 不同意 有點不同意 有點同意 同意 非常同意

— 請續答下一頁 —

## 第二部份 氣喘用藥知識量表

填答說明：下列題目是想要知道您對氣喘相關知識的瞭解情形，對於題目的陳述，若你認為是正確的，請回答「是」；若你認為是錯誤的，請回答「否」。若無法確定請依據您的瞭解選擇一個最可能正確的答案。

	是	否
1. 氣喘發作時會影響呼吸道空氣的進出。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 氣喘是屬於家族遺傳性疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 氣喘的症狀有咻咻的喘鳴聲音、咳嗽、呼吸困難及胸部緊迫的現象。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 氣喘發作是因身體對灰塵、花粉、動物毛屑等外來的刺激而引起反應。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 氣喘乃表示支氣管擴張所致。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 情緒過度激動，如大笑、緊張、生氣等，易誘發氣喘。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 氣喘是一種經由細菌或病毒傳染的疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 氣喘發作時應立即使用短效吸入劑型支氣管擴張劑。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 減敏療法之治療原理乃是長期規則性口服過敏原，使患童體內發生免疫反應。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 『肺功能檢查』是評估氣喘嚴重程度的有效方法。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 第三部份 生品質量表

填答說明：下列題目是想要知道貴子女的氣喘對您生活所造成的影响。請回答下列各問題並圈選一個適當答案。如您對某一問題的回答不能確定，請您盡可能選一個最適合的答案。

	完全沒有	很少時候	偶而	有些時候	相當時候	大多時候	總是如此
<b>在過去一個月裡，您多常會：</b>							
1 因為小孩有咳嗽、喘鳴或呼吸困難讓您覺得無助或害怕	1	2	3	4	5	6	7
2 因為小孩的氣喘而需要改變家人的計畫	1	2	3	4	5	6	7
3 看到小孩因為氣喘變得不安，讓您有挫折感或失去耐心	1	2	3	4	5	6	7
4 因為小孩的氣喘而干擾到您的工作或家務的進行	1	2	3	4	5	6	7
5 因為小孩的咳嗽、喘鳴或呼吸困難讓您覺得心煩	1	2	3	4	5	6	7
6 因為小孩的氣喘讓您無法在夜裡入睡	1	2	3	4	5	6	7
7 因為煩惱小孩的氣喘而干擾到您與家人之間的關係	1	2	3	4	5	6	7
8 因為小孩的氣喘讓您在夜裡醒來	1	2	3	4	5	6	7
9 因為小孩患有氣喘讓您覺得生氣	1	2	3	4	5	6	7
10 擔憂小孩日常活動的表現	1	2	3	4	5	6	7
11 擔憂小孩服用的氣喘藥物與副作用	1	2	3	4	5	6	7
12 擔憂會過度保護小孩	1	2	3	4	5	6	7
13 擔心小孩是否能夠擁有正常的生活	1	2	3	4	5	6	7

— 請續答下一頁 —

## 第四部份 氣喘學童生活品質量表

填寫說明：下列題目是有關您患有氣喘的貴子女之基本資料與生活的狀況，請依據您對貴子女的瞭解在下列每一題依據題意在適當的□中打「✓」、或在橫線上寫出資料。

- 1 貴子女的性別： 男 女
- 2 貴子女目前就讀的學校與年級： \_\_\_\_\_ 縣（市） \_\_\_\_\_ 國小 \_\_\_\_\_ 年級
- 3 貴子女被診斷或出現氣喘的年齡： \_\_\_\_\_ 歲
- 4 貴子女被診斷氣喘後，是否有定期就醫追蹤？有 無
- 5 貴子女被診斷氣喘後，除西醫治療外，是否接受過中醫（藥）療法？有 無
- 6 **過去一年中，貴子女**
- 6.1 氣喘發作的次數 0 次 1 次 2 次 3 次 3 次以上
- 6.2 氣喘發作曾有的症狀（可複選）  
呼吸困難 喘鳴 咳嗽 胸悶 呼吸加速 沒有症狀或其它 \_\_\_\_\_
- 6.3 是否曾因氣喘發作而住院？ 有 無
- 6.4 是否曾因氣喘發作而向學校請假？ 有 無
- 6.5 是否有使用吸入型氣喘藥物？ 有 無
- 7 整體而言，您覺得貴子女所患氣喘的嚴重度？  
非常輕微的 輕微的 中度的 嚴重的 非常嚴重的
- 8 在過去一個月內，貴子女多常發生下列症狀或感受的頻率

**在過去一個月裡，貴子女多常會：**

	完全沒有	偶而	有些時候	大多時候	總是如此
1. 抱怨呼吸困難.....	<input type="checkbox"/>				
2. 一活動（例如跑步）就會呼吸加速.....	<input type="checkbox"/>				
3. 在晚上咳嗽.....	<input type="checkbox"/>				
4. 因為咳嗽或喘鳴而在夜裡醒來.....	<input type="checkbox"/>				
5. 因為咳嗽或喘鳴一定得待在室內.....	<input type="checkbox"/>				
6. 因為氣喘而影響他/她的學校教育.....	<input type="checkbox"/>				
7. 因為氣喘而干擾到他/她的生活.....	<input type="checkbox"/>				
8. 因為氣喘而限制他/她的活動.....	<input type="checkbox"/>				
9. 因為氣喘而害怕.....	<input type="checkbox"/>				
10. 因為氣喘而悶悶不樂或憂鬱.....	<input type="checkbox"/>				
11. 擔憂氣喘的發作.....	<input type="checkbox"/>				
12. 因為氣喘而不安或緊張.....	<input type="checkbox"/>				

本問卷到此結束

謝謝您寶貴的時間與費心的填寫

請翻至背面頁依照虛線折疊，裝訂後並投寄(免郵資)

不勝感激！！