

# 評估醫學中心冠心病患者衛生教育需求之研究

黃妙珍\* 夏華\*\* 郭鐘隆\*\*\* 張萩琴\*\*\*\*

## 摘要

本研究目的旨在評估醫學中心冠心病患者及其家屬之衛生教育需求，以期作為冠心病自我照護手冊之指引。採質性研究方法，收樣地點在北部某醫學中心門診或病房，以冠心病患者及家屬為研究對象，共計病患12位、家屬五位接受訪談，採用半結構訪談指引作為研究工具來蒐集資料，以現場錄音方式記錄其訪談內容，並以敘述分析法進行資料分析。結果呈現冠心病患者之衛生教育需求包含「冠心病相關知識的需求」、「冠心病之適應及處理需求」、「處理冠心病所帶來的心理與情緒調適之需求」，以及「冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求」。本研究以冠心病患者及其家屬之衛生教育需求的研究結果，提供醫護人員未來冠心病門診衛生教育之參考。

**關鍵詞：**門診、冠狀動脈心臟疾病、衛生教育需求

---

\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系研究生

\*\* 天主教輔仁大學醫學院公共衛生學系畢業生

\*\*\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授

\*\*\*\* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系博士生（通訊作者），E-mail: all-student@umail.hinet.net

通訊地址：臺北郵政36之22信箱，聯絡電話：02-23519641\*145

投稿日期：102年3月29日；修改日期：102年5月26日；接受日期：102年6月21日

DOI: 10.3966/207010632013120040001

## 壹、前言

隨著醫療以及公共衛生的進步，在先進國家，慢性病已經成為人類健康的最大威脅。根據世界衛生組織的統計，高收入國家的主要死因，冠狀動脈心臟血管疾病（簡稱冠心病）即為第一位（World Health Organization [WHO], 2008）。在美國，心臟病長年位居死亡率第一位，在2007年即有606,067人死於心臟病，占全部死亡人數的四分之一（Heron, 2011），其中更有406,351人死於冠心病，是最普遍的一種心臟病。雖然在美國，心臟病的死亡率已經逐年下降，但冠心病的患者於2007年估計仍有1,630萬人（Roger, Go, Lloyd-Jones, Adams, & Berry, 2011），其影響不容輕忽。

而在臺灣，隨著社會經濟發展以及人口老化，心臟病在十大死因的排名已經從1970年代的第四位躍居到目前的第二位。行政院衛生署統計，在2010年有15,675人死於心臟病，即平均每33分鐘32秒就有一人死於心臟病（行政院衛生署，2010），且心臟病患者中又以冠狀動脈心臟血管疾病患者占大多數。根據一份針對臺灣過去30年的死亡統計分析研究，冠心病的年齡標準化死亡率從1992年後開始下降，到了1991至2004年間，則與其他已開發國家一樣呈現逐年減少的趨勢。在醫療使用情況方面，研究發現，冠心病患者的住院率從1996至2001年間為持續上升，反映冠心病患者的人數不斷地增加，相關的醫療需求也因應而生。研究顯示，在第一次發病後，因有較長的存活時間而導致較高的復發率（Cheng et al., 2005）。此外，亦有研究顯示冠心病患者接受心導管檢查與血管修復術治療的比例逐年增加，五年間住院醫療費用每年增加7%（洪世育，2008）。由此可見，冠心病所造成的不僅是生命的損失，患者的醫療照護與支出都對家庭、社會與國家造成重大的影響與負擔。

冠心病的發生率會隨著年齡的增加而上升，主要集中在中、老年人（李以文、徐亞瑛、曾春典、藍忠孚，2003；洪世育，2008）。主要形成的原因是當供給血液和養分的冠狀動脈發生動脈粥狀硬化、血小板凝集、血管痙攣、血栓形成，造成狹窄或阻塞，導致心肌缺氧，就會引發冠狀動脈心

臟病，常見的病症有心絞痛與心肌梗塞。引發冠狀動脈心臟病的危險因子包括高血壓、高血脂、糖尿病、抽菸、家族有心臟病病史、45歲以上男性、55歲以上女性，或停經後補充動情激素的女性（阮盈萍，2011；Patricia, 2003）。隨著生活水準提升，飲食型態改變，人們從飲食中攝取到高熱量、高脂肪、高膽固醇的比例增加，加上工作時數增長，身體活動減少，導致罹患冠心病危險因子者增多。具有的危險因子愈多，罹患冠心病的風險就愈高，也會造成冠心病提早發生。

從以上的統計與資料來看，冠狀動脈心臟血管疾病對國人造成的衝擊逐漸提高，使得醫療成本的增加也成為重大的醫藥衛生議題。因此，對於中、老年人冠心病的相關照護與衛生教育需求評估更顯得重要。本研究的主要目的是對罹患冠心病的中、老年人進行深度訪談（部分病患因表達能力有限，無法精確回答，由家屬代為回答），以了解罹患冠心病的中、老年人的衛生教育需求評估。因此，透過手冊加強罹患冠心病中、老年人對疾病相關知識的學習機會，使病患能夠正向地面對疾病，主動地參與治療，提升自我照顧的能力及生活品質，進而減少醫療資源支出與社會成本負擔。

## 貳、文獻查證

### 一、冠狀動脈心臟血管疾病

世界衛生組織 (WHO, 2008) 統計資料顯示，冠狀動脈心臟病高居全球十大死因第一位 (12.8%)；而臺灣地區人口主要死亡原因中，心血管疾病更是從2006年的第三位躍升至2009年的第二位（行政院衛生署，2010）。在心血管疾病中，最具致命性的突發性疾病為心肌梗塞，基此，病患及家屬會經常感受到疾病的不確定感及擔憂，會在事件發生後經常感到焦慮及憂鬱的情況，是可以預期的 (Trotter, Gallagher, & Donoghue, 2010)。美國心臟協會早已主張，早期且連續地提供心肌梗塞病患及家屬護理指導及衛生教育的認知，是相當重要的 (American Heart Association [AHA], 2004)。心肌梗塞是一



個突然發作且有致命性風險的疾病，研究發現，於巨大的疾病壓力源席捲而來時，病患於心導管手術後易產生高度焦慮與不確定感，此二者具有顯著的相關性，且易增加心臟負荷及提高病患36%的死亡風險（李以文等，2003；Roset, Martens, Denollet, & de Jonge, 2010）。Page、Jackman與Snowden (2008)指出，以質性研究探討11位心肌梗塞病患於心導管術後的不確定感時發現，雖然病人在醫院中已接受相關的檢查與治療，且暴露在訊息來源之中，卻無人得知造成病況的原因，甚至到病人出院後，對於疾病的發生與狀況仍不清楚。因為缺乏資訊來源，造成病患的不安，無人可以給予病人所期待的答案（蔡曉婷、周汎濤，2012）。

Jensen與Petersson (2003) 發現，在第一次心導管術後心肌梗塞病患的疾病經驗中，最為重要的需求問題是「預防冠狀動脈疾病的再發生」、「尋求治療行為」、「生存的威脅」、「資訊需求和支持」。而Thompson等人 (2003) 的研究指出，規律運動可降低冠心病的危險因子、增進心臟病患的運動耐力，以改善因活動所導致的不適症狀，例如：疲倦及胸悶等，同時亦能減輕病患憂鬱及焦慮，促進心理健康及提升生活品質。

## 二、衛生教育需求評估

衛生教育是一種連續的學習過程，是透過個人或團體的方式，激勵患者在知識、態度或行為上的改變。同時，也藉助有系統的資料，指導相關疾病知識與病患和家屬共同討論、設計，以改變患者之行為，使其認知對自我健康的責任，主動參與治療，以期達到預期的成效（林燕如、孫嘉玲、謝湘俐，2007；楊麗玉，2001）。

「需求」(need) 一辭，目前最廣為接受的定義是：（一）目前觀察到或知覺到的事物狀態，與期許的或被接納事物狀態內所存在的差距 (discrepancy)；（二）是一種慾望 (want) 或偏好 (preference)；（三）是一種不足 (deficit)。Scissions (1982) 則認為，需求應包含三個基本要素：能力、動機和適切。亦即，個體意識到本身缺乏某項知能，且了解它對自己的重要性而產生學習的意願者，此種概念對衛生教育需求的定義具有明確的啟示作

用。Gay更具體指出，需求可分為三大部分：（一）重要性：包括所受之困難、重要順位或程度；（二）可行性 (feasible)：即資源的需求，如時間；（三）欲求性 (desirable)：即研究對象所關心之問題（張彩秀、吳美雯、古慧仙，2006）。

「需求評估」是進行衛生教育最重要的第一步驟，其意義是了解學習者在知識與技能的需求多寡，進而了解與實際狀況之間差異的過程。由於學習者的特質極具多樣性，其能力、興趣、經驗、風格及文化等均有所不同，因此，所呈現的學習需求亦有差異（李怡真、高毓秀，2012）。儘管「教育需求」會引發學習動機，是實施教育活動的主要依據，但仍須經過評估才能具體可行。衛生教育需求之內容常因病患之年齡、社經地位而有所不同，年齡較輕及社經地位高者其學習能力較好，對衛生教育需求較高；而病患未能完成衛生教育課程的主要原因，通常則是因為其對衛生教育的需求低（何延鑫、黃久美、郭鐘隆，2005）。另外，周歆凱、林怡君、蔡明足、翁林仲與楊佩璇（2010）之研究發現，民眾年齡及教育程度顯著影響其衛生教育需求，普遍對於數位學習機制感到滿意、有效且會繼續使用。何延鑫等人（2005）針對糖尿病患者衛生教育需求之研究指出，衛生教育人員認為，病患的衛生教育需求可分為心理社會需求、知識技巧需求及自我照護需求等三大類，其中，自我照護範圍包括飲食控制、規律運動、藥物治療、自我監測血糖及尿糖、低血糖症狀與處置、足部檢查及照顧、行為改變及社會資源之運用等，藉由衛生教育的推廣，將可改變個人不利健康之行為與生活方式。

衛生教育已被廣泛運用在臨床上，是提升醫療照護品質所不可或缺的，其最終目的是滿足病患需求及提供相關知識，以改善病患之自我照顧的能力（林燕如等，2007）。衛生教育的功能本身除可提供患者疾病相關訊息外，更涉及疾病的三級預防，包括促進初級預防、維持健康，以及有效減少「旋轉門症候群」——減少再住院率、並縮短住院時間。提供病人及家屬適合的衛生教育，亦可視為是協助其尋求安適狀態 (well-being) 過程中重要的橋樑（許敏桃、曾英芬，1998），也是預防疾病復發及治療成功的重要因素（周歆凱等，2010），並促使病患及家屬能夠得到更適切的協助及照護（陳

美碧、尹祚芊、蔡欣玲，1999）。然而，多數臨床醫護專業人員單憑個人的專業知識及評估能力，提供給患者及家屬大量的與疾病及治療相關的知識與訊息，卻忽略了患者與家屬真正的衛生教育需求。因此，如果在施行衛生教育前，能先評估病人的衛生教育需求，將可使衛生教育產生加乘的效果。Redman指出，當衛生教育內容符合學習者之需求時，可增強學習者之學習活動，而學習需求則是根據學習者過去的生活經驗及學前知識技能而設定的（黃靜儀、沈德昌、鄭惠美，1998）。根據老年人的生理、心理特質與學習需求，進行一對一的個別衛生教育，並在衛生教育過程中不斷地給予正面回饋，增強老年人的自信心，方有利於達到衛生教育之成效（李以文等，2003）。

綜合上述文獻，衛生教育需求之研究，大部分都是針對社區精神病患者、糖尿病患者、門診候診患者，只有少部分是針對血液透析患者及冠心病患者，而各研究之衛生教育需求的內容，包括心理社會需求、健康照護需求（包括訊息、生理照護及心理社會等需求）、疾病相關知識需求、對疾病之適應處置的需求、處理因疾病所帶來心理與情緒調適的需求、自我照護需求（包括飲食控制、規律運動、藥物治療）、衛生教育在時間及實施方式之需求、數位學習之認知需求、衛生教育認知、經驗及需求等，針對冠狀動脈心臟血管疾病之病患的衛生教育需求之評估研究更付之闕如，因此，本研究有其必要性。

## 參、材料與方法

### 一、研究對象及場所

本研究的研究對象，以主訴胸痛、胸悶，且於門診或入院時經心臟科專科醫師確立診斷為冠狀動脈心臟血管疾病之病患。本研究採立意取樣，於北部某兩所教學醫院為研究取樣進行場所，以書面及口頭徵得病患及其家屬同意參與研究。本研究於接受研究收案的醫院之門診或病房，依照門診時間前



後次序，抽取所有符合樣本條件的個案為研究樣本。共選出12位病患及五位病人家屬，部分樣本選擇家屬受訪的原因為病人本身表達能力有限，故由家屬代為回答。

## 二、研究工具

本研究採質性研究，以「半結構式訪談指引」為研究工具，訪談指引乃根據研究目的與相關的文獻擬訂而成，訪談內容經預試研究修正與專家審查（專家顧問團包括衛生教育與傳播媒體領域、衛生單位及公部門醫療單位等三個領域）後，始成為正式訪談指引。主要問句，例如：（一）如果您身體出現一些不舒服的症狀，想找一些冠心病資訊，您會由何種途徑去找？這些途徑方便或容易找嗎？能充分提供您想要知道的資訊嗎？（二）如果現在要做一本自我照護手冊，你會希望裡面有哪些資訊？（三）對於冠心病而有的症狀、服用哪些藥物、用藥的注意事項、何時應回診、平時的保健之道、冠心病發作處理等，您希望家人知道哪些內容？等，總共有13個問句。

## 三、資料蒐集及分析

正式訪談前，以前述研究對象取樣條件，針對北部一所教學醫院門診及住院病患，以相同之研究設計情境訪談三位經心臟科醫師診斷為冠心病之病患先進行訪談預試，以作為修正訪談題綱的來源，期使正式訪談過程能夠流暢進行。正式訪談由研究助理與研究生各一位擔任訪員，在正式訪談前，收案期間為2004年4月到2004年5月（在《人體試驗管理辦法》公布之前），在獲得病人（或家屬）同意後，由訪員到醫院與病患及家屬進行訪談。訪談前，研究者先向受訪者說明研究目的，並確保患者及家屬隱私，於徵得其同意後全程錄音記錄，每位受訪者進行約一個小時的深度訪談，事後由助理謄寫受訪者錄音逐字稿。

資料分析方法採敘述分析法 (narrative analysis)，主要目的是呈現受訪者表達其生活之事物和活動之經驗，以及他們對這些經驗的了解及說明 (Riessman, 1993)。分析之步驟包括：

(一) 將受訪者之訪談內容轉成逐字稿，並忠實描述受訪者之主觀生活經驗。

(二) 研究者詳細反覆地研讀訪談內容，以了解內容整體之意義，並就研究主題範圍之內容客觀地描述出來。

(三) 將有關研究主題範圍之描述內容加以編碼，以歸納方式發展出分析的架構。

(四) 將所有描述內容依分析架構組合 (Riessman, 1993)。

質性研究之嚴謹度，則參照Guba與Lincoln (1985) 的四個建議：

(一) 確實性 (credibility)：安排和受訪者於安靜的會談室訪談，接觸之始，先說明研究流程，並告知對於談話隱私絕對保密，事先與受訪者建立信任關係，使其可暢所欲言表達對話，並邀請取樣醫院病房從事多年冠心病經驗之兩位護理師，檢視資料蒐集過程及分析步驟。

(二) 確認性 (confirmability)：研究者對於受訪者之主觀敘述，客觀且忠實地按照受訪者的觀點進行分析。

(三) 可靠性 (dependability)：將主要訪談資料予以一致性的呈現與敘述，並將逐字稿及錄音內容多次核對，確認無誤。

(四) 推廣性 (transferability)：透過立意取樣選定明確的收案標準，以及呈現個案豐富的描述，以利未來其他類似對象、場域之推廣。

資料處理過程，依照逐字稿內容編碼，逐步萃取主題；不同受訪者間，以英文字母A至L表示，家屬代答者輔以不同英文字母的結合，以呈現原始資料中的表達對象，例如：AS表示受訪者A本人親自發言；GW表示受訪者太太代答，詳見表1。

#### 四、研究倫理考量

由於本研究主題涉及個人隱私，且考量研究倫理之隱私性、保密性及自主性，於訪談時，研究者和受訪者（及家屬陪伴者）安排安靜之訪談室。訪談前，研究者先向受訪者說明研究主題、目的及將於訪談過程錄音，受訪者有中斷訪談或退出參與本研究之權利。在受訪者表示清楚研究主題、目的及



表1

受訪者代碼參考

編碼	第一碼	第二碼
符號意義	受訪者之代碼	身分碼
符號內容	A-L	S：受訪者自己
H：受訪者先生		
W：受訪者太太		
C：受訪者子女		

權利之後，始簽署訪談同意書，方可正式訪談。研究過程中所有蒐集之資料及錄音內容均保密及妥善保存，分析完畢即予銷毀。

## 肆、結果

本研究受訪病患共12位，其中男性有九位，女性有三位。受訪家屬共五位，其中男性有一位，女性有四位。受訪病患年齡介於48至93歲，教育程度從小學至大學，以國中、小學學歷占多數。病患接受過的檢查與治療，包括心導管（10位）、心電圖（四位）、運動心電圖（四位）、X光檢查（三位）、核醫檢查（兩位）。曾動過的手術，則包括做過支架者有三位、裝過心臟節律器者有一位。

除了呈現受訪者之基本屬性（如上）外，本研究並將蒐集之資料按訪談內容言辭敘述進行歸納、整理及分析，產出四個主題（許敏桃、曾英芬，1998），包括：一、冠心病相關知識的需求；二、冠心病之適應及處理需求；三、處理冠心病所帶來之心理、情緒調適之需求；四、冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求。資料分析之目的乃在於建構未來冠心病患者及家屬衛生教育需求內容之參考依據。

## 一、冠心病相關知識的需求

### （一）病患缺乏對冠心病的症狀認知

病患因缺乏對冠心病症狀的認知，經常是在出現不舒服症狀時才求醫看診，也不了解冠心病危險因子（如抽菸），較少做定期健康檢查，因而難以早期發現，早期治療。由此顯見，加強病患衛生教育及預防保健觀念的重要性。例如：

當初是因為爬山時呼吸會喘、爬不上去，且休息後會緩解，才到慈濟大林醫院做運動心電圖、超音波與心導管檢查發現缺氣的。我原本每天抽1~2包菸，但曾經有一次上飛機前因為怕飛機上禁菸，而一次抽三根菸，才會病發胸痛、呼吸困難，結果我趕快請空姐給我吸氧氣後稍微好一點，從此以後就戒菸了。現在心血管有兩條半塞住、剩30%的功能，持續以連續處方簽在吃藥，但是症狀並未好轉。（病患GS）

心肌梗塞是於93年3月發作的，開始是因為冒流淡水汗及刺刺胸悶，且走路變得遲緩。（病患IS）

我的心臟病是於93年5月10日左右因為每日抽三包菸造成人不舒服、心臟障礙、咳嗽會痛而發現的。我原本每天抽三包菸，病發胸痛、呼吸困難後已經改成每日只抽10根，且不敢抽完，現在每根只抽一半就熄了；從此以後該戒菸了。（病患LS）

我之前就是因為工作忙，沒有注意到這些。（病患AS）

### （二）缺乏其他慢性疾病對冠心病影響之認知

病患只知道自己有高血脂與糖尿病，但不知道這些疾病對於冠心病的影響，而疏於照顧，一直要等到已出現嚴重的症狀，才到醫院檢查。例如：

我有高血脂與糖尿病的家庭遺傳，我的心肌梗塞是於93年3月26日開始發現的，11月才做檢查。（病患GS）

### （三）缺乏對心導管檢查、手術、藥物治療的認知

心導管是診斷心臟病的一種方法，目的是找出心瓣、心房及主要血管（如主動脈）是否不正常或冠狀動脈是否狹窄閉塞？經心臟專科醫師的會診及檢查看病患血管阻塞的情況，有無需接受任何手術或藥物治療；藥物的功能是減少心臟耗氧量，讓心跳減慢，降低血壓或擴張冠狀動脈，使狹窄血管擴張。不過，沒有一種藥物可以使已狹窄的血管完全回復正常狀態，受訪者對這些檢查與處置不夠理解。例如：

我是心律不整，從鄉下診所發現後轉到這裡來（臺大醫院），當時是在年底的時候發現的，現在要檢查看需不需要做心導管，他檢查出來是心臟缺氧。之後就去找診所，照心電圖，一位女醫師幫我做心電圖，她說我心律不整，要找一家大醫院看，之前都常來臺大醫院；之後隔兩個多禮拜又發作兩次，做過心電圖，現在在吃藥，還有檢查要不要做心導管，之前也做過核磁共振攝影，沒有手術經驗。（病患KS）

### （四）病患依賴藥物治療和醫師指示，較少主動配合

冠心病患者之治療除了藥物治療或手術之外，應鼓勵病人之居家自我照顧，例如：適當的運動、飲食控制、戒菸、戒酒、維持心情愉快（不要有過度壓力）及控制高血壓、高血脂、糖尿病等。目前12位病患皆接受藥物治療，只有病患A被要求動手術。例如：

我救心已經吃了4~5瓶了，每次我都一次吃兩顆（一顆太慢），就較舒服了。（病患IS）



我現在有做藥物治療，固定每天吃，因為本身有高血壓，但是血壓方面，我都控制得非常好，偶爾會下降、上升，但是很少。（病患JS）

現在吃心臟疼痛及降血糖的藥物。（病患LS）

曾做過超音波、運動心電圖、核磁共振檢查（做了兩遍），檢驗結果缺氧、心導管；心導管做了一次還是會堵塞，所以又再通一次，兩個月內就通了兩次，但是現在還是通不過，所以外科醫師跟我說要動手術，他說危險性可能20%，我覺得有些冒險，後來我女兒說張醫師有幫他做過心導管，所以想來讓他通通看，但是張醫師也說通不過。（病患AS）

有些病患懂得保健之道，例如：

現在有做外丹功，有做頭、手、腳，現在多多少少做一些上面的部分。知道如何保健，但無法戒口、不再動。以前會去爬山，自己吃得比較節制，不吃油炸及甜食、一天一碗飯一顆饅頭，現在沒有在運動，只有走路。（病患AZ）

少部分病患除了使用西醫的治療方法之外，同時也嘗試使用中醫的治療方法，例如：

一個香港的偏方，如以白木耳二兩、豬肉二兩、紅棗五顆、生薑兩片煮至兩碗水，連續吃25天可以降血脂。（病患GS）

太太有給我喝青草茶（表情羞愧），有燒香有保佑。（病患LS）

都吃自己種的菜，還有吃木耳，電視上的廣告商品不會去買。（病患HS）

### （五）對藥物作用及副作用的認知訊息主要來自醫護人員

病患使用的藥物經由醫生及護士告知，並施行衛生教育，教導何時吃藥、有何副作用及後遺症，以及在何種情況下要服用舌下含片。

吃藥是能力範圍內的事，可以自己來，醫生和護士會告訴我藥物的作用和後遺症。（病患KS）

家人不知道我用藥的種類，須由醫師衛教才知道何時回診、藥物、運動，其他則仍不知。（病患LS）

醫生會有跟我說那罐藥要怎麼吃，要含第一顆，五分鐘後如果不行再含第二顆，如果第三顆還是不行就要送醫院，我自己會吃就好，沒教家裡的人。（病患AS）

## 二、冠心病之適應及處理需求

### （一）病患缺乏家人給予生理、心理之照護及支持

疾病除了會帶給病患本身在身體及心理的痛苦、焦慮不安外，手術後還會帶來生活上的不便，有時甚至會連累家人。例如：

東西都是我自己在弄，孩子他們也不關心，連他們自己生病了也不去看醫生，像我（病人）吃藥的事情也都是自己解決，有問題的時候就看醫生。血管不通時，覺得整個人昏昏沉沉的，連話也沒辦法說，就只能躺著，之前曾經暈倒，在加護病房住了33天，但是其他都沒任何症狀，只是情緒上會不好控制，影響病情。（病患CS）

患因孩子要上班，有時怕緊急突發事件發生，所以只好麻煩鄰居幫忙。  
例如：

我現在住在山上，孩子們常常出門就把車子開出去，一台不剩，我現在就自己去買一台新車，這樣到時候發病的時候我可以請鄰居朋友載我去醫院，有時候會叫人家陪著一起去，如果發生事情就會用電話聯絡。（病患AS）

## （二）病患對疾病延誤治療可能帶來的嚴重後果缺乏認知

老年人常患的毛病，就是明知有病而不願意接受檢查或治療。他們誤認為檢查之前本來沒病，檢查之後變成要住院開刀，心裡害怕，或常因個人諱疾忌醫，而延誤了治療時間。例如：

常常起床時會頭暈、手腳不方便動，之前曾因為心血管堵塞會暈倒，但沒去看病掛急診。（病患BS）

我父親都說知道如何處理，但因固執不願就醫，無可奈何；之前因掉到床下起不來，無法進食，一直嘔吐，卻整整一天不願就醫，於是便中風。（家屬BC）

## （三）生活調適及因應能力因人而異，調適差者需他人協助

病患在面對疾病時，容易產生飲食、活動方面的調適問題，甚至也會影響夫妻之間的生活情趣，例如：吳燕惠與許淑蓮（2002）指出，冠心病患者對於性生活的調適不是那樣的迫切需要，此與何延鑫等人（2005）研究發現的糖尿病病患對於性生活的調適有所差異，亦即，不同疾病所帶來的調適及因應上可能有所不同。例如：



發作時一定要人陪，我先生若外出頂多一小時就回來；隔壁的鄰居有一位是調查局的人員，可以幫忙；學習不要激動，性生活則看個人而定。（病患IS）

我的右前旋枝血管鈣化，一定要人陪、叫人鈴不需要；性行為要自己克制，每天要繼續運動一小時。（病患GS）

生活方式要增加運動、增加睡眠休息與戒菸；性行為平時即較少，心臟病仍應該可以繼續運動。（病患LS）

當時因手腳不能動，醫生說病情不樂觀，鼓勵加裝叫人鈴、搖控床。（病患BS）

#### （四）病患缺乏治療藥物及檢查之認知，需要處理資訊

病患對於治療藥物作用缺乏認知，但對於病情簡介及緊急處理流程圖的需求高。例如：

現在有在吃藥，可是不知道是什麼藥，醫生給就吃……我兒子不知道我吃什麼藥，有吃藥就不會喘，吃了藥會有胃出血的情況。（病患FS）

我全然不知道我父親該吃哪些藥，且有些症狀我父親不說，我也不知道。（病患家屬BC）

家人不知我用藥的種類，須由醫師衛教才知道何時回診、藥物及運動，其他則仍不知；我們皆由醫師與護士安排並按時回診。（病患LS）

而家屬通常也因為搞不清楚狀況而覺得不知如何是好。例如：

父親偷偷把一種藥藏起來，我們都不知道；我不知道父親做過哪些檢查。（病患家屬CC）

### （五）不同病人間向醫護人員說明自己的病情的能力有落差

一般病患會向醫生或護士說明自己的病況、做哪些檢查及治療，但也有些病患是醫護人員問什麼答什麼。例如：

會先告知醫生我有心臟病、糖尿病、膽固醇過高，我怕他們亂給我開藥。（病患AS）

能清楚表達，且已由張醫師看診多年，了解病人情況。（病患BS）

可以跟醫生說明我的情況，醫生說的話會聽。（病患CS）

向醫護人員說明我在慈濟大林醫院的就醫史，如做運動心電圖、超音波與心導管檢查CD片，吃過硝化甘油。（病患GS）

他問什麼我就說，不會自己跟他說。（病患HS）

會向醫護人員說明我胸悶、刺刺的、喘氣不同，如難過時才吃藥，目前吃藥後就可以改善喘氣的現象。（病患IS）

我沒有問他們，就是他們問我就回答。（病患KS）

照實跟醫生說明我在中興醫院的就醫史，如心臟搏出障礙、咳嗽會痛而送至中興醫院急診作驗血、X光、運動心電圖、超音波檢查，於便秘灌腸排出後便返家休息，目前心臟仍有走路會喘的現象。（病患LS）

### 三、處理冠心病所帶來之心理、情緒調適之需求

罹患冠心病的患者，經常不知如何調適手術前的焦慮，也常無法及時獲取正確相關知識的管道。心導管檢查對於冠心病患者而言，僅有0.5%到0.01%的機率會對生命產生威脅，不過在臨床上，老年冠心病患者常因面對接受侵襲性心導管檢查而經驗極大壓力。由於缺乏相關知識或正確醫護知識的管道等，而對檢查產生誤會、矛盾與壓力等感受；或擔心檢查結果得了嚴重的疾病等壓力源的影響，常會誘發不安、焦慮等情緒，導致病患對檢查產生不耐煩，影響檢查過程的安全性 (Peterson, 1991)，需要心情調適。例如：

我覺得血通不過也是應該動手術，總得冒一次險；之前第一次知道自已的病情時，也會覺得煩惱，但是也覺得應該要通。會煩惱，多多少少會有一點怕，像之前問醫生要開刀的危險性是多少。（病患AS）

診斷後的感覺：心情難過，但覺得自己老了，康復的機會不大，已經看開了，希望照著自己的方式生活。（病患BS）

心肌梗塞，得病十多年，當初是因為心律不整，有時候是因為心情不好，或走路累了才會這樣。（病患CS）

知道這個病情後心情覺得難過，不樂觀，現在裝了支架後還是很煩惱，人老了就是這樣。（病患FS）

在沒有辦法的情況下，自己造成的，一直到病治好為止，我雖然工作有賺一些錢，但是得這一種病很麻煩。（病患GS）

我的個性比較容易緊張，可是我來醫院看了之後，吃了藥就覺得還好，不怎麼緊張了。（病患KS）



## 四、冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求

### （一）資訊使用情形不佳

部分病患對於資訊的取得較為被動，例如：「沒特別看什麼資料，就聽醫生怎麼說」、「我都沒有去看資料，我覺得不要緊」、「都只看電視或聽別人說，也會聽收音機，但是聽到的機率不高」；且部分病患對於相關資訊尚須由他人解說，例如：「以醫護人員說明最好」、「看不懂護士會說」、「孫女在三總當主任，由她協助我們」等。

曾經由醫生告知、取醫院小手冊、看報紙、購買中文藥草治療書籍。（病患AS）

不會想找資訊，看了也不會用，覺得大陸的醫院比較好，比較能解決我的病。（病患CS）

沒特別看什麼資料，有時候會拿醫院的手冊來看，聽醫生怎麼說；不會特別去看什麼資訊。（病患DS）

以醫護人員說明最好、書報雜誌排第二、友人或病友互相告知排第三。（病患GS）

看電視或聽別人講可以知道，我先生可以聽收音機了解，但是聽到的機率不高。（病患IS）

不會特別去找，會從報紙上看到一些資料，會看診所的資料。（病患KS）

有一位孫女於三總當主任，可以協助我們做所有的安排，所以目前我對冠心病資訊並未注意，以後才會去找。（病患LS）

## （二）對於自我照護行為被動，不知如何進行

病患對於自我照護行為被動，不知如何進行，例如：「我不愛運動，覺得動一動就會流汗很辛苦」、「沒有做健康紀錄，只有來醫院的時候才會量血壓；且病患病發時通常不知如何是好，例如：「病發第一時間就是送醫，看醫生怎麼說」、「由於不曉得如何處理都會直接送醫」、「病發的時候我也不會處理，就只是看醫生」等。

## （三）病患缺乏自我照護之認知，需要自我照護手冊

因病患缺乏自我照護之認知，沒有按照醫生的指示吃藥，定時地量血壓、心跳及養成習慣注意身體狀況，因此，需要提供自我照護手冊。例如：

我之前就是因為工作忙，沒有注意到這些，如果可以及早發現及早治療就不會有這些問題。以前沒中風過，所以不知道情況，自己不喜歡就停掉吃藥。（病患BS）

我會想了解病人一天裡面什麼時段要量血壓，一天幾次在什麼程度的時候如何處理，是要吃藥還是就醫。

不太清楚具體應該做哪些事情。

只要醫生說的他都會去配合，並且準時吃藥。因為他抽菸比較嚴重，現在檢查出來後，他知道嚴重性就會主動去戒菸，我覺得這個很重要。（病患家屬BC）

## （四）病患對於自我照護衛生教育內容的需求：用藥時間及副作用／症狀的察覺／自我照顧／病情簡介及緊急處理流程圖

心臟病要怎麼治療，要怎麼運動比較好，飲食要怎麼吃。（病患AS）

希望夠能提供一些參考，所有心肌梗塞的病歷有哪些。(病患CS)

看這種病有可能發生什麼併發症。(病患DS)

心臟病的書要多看，但是「現在會不會太晚，為什麼不早知道？」。(病患GS)

想要知道這個是什麼病，會發生什麼情況？(病患HS)

希望知道吃什麼食物、藥物、運動，如吃橄欖油、菜籽油較好、勿太鹹。(病患IS)

希望知道比較細節的東西，如運動、游泳之類，可以改善症狀的方式；或像量血壓的技術、讓家人知道看病時家人可以觀察訊息。(病患JS)

病情簡介、緊急處理流程圖表。(病患LS)

## (五) 對於自我照護手冊內容設計之需求

我看資料可戴眼鏡，12~14號字可，內容需看得懂，可做分類。(病患AS)

顏色多一點不錯，可以加標籤。(病患IS)

須以「時間區別」何時吃什麼東西、何時做什麼檢查、須注意哪些常識。(病患JS)

手冊可能至少要一、二十頁，分門別類，字體要大，因為有老花眼。(病患KS)



## 伍、討論

本研究發現，冠心病患者主要為中、老年人（年齡：男性在48歲以上，女性在56歲以上），此研究結果與李以文等人（2003）、洪世育（2008）、阮盈萍（2011）與Patricia (2003) 之研究結果相近。病患之教育程度以國小及國中居多，因部分病患不識字及本身表達能力有限，故看診時，必須由家屬陪同。然而，因病患子女大多要上班，所以，主要照顧者多以病患的配偶為主。

### 一、就冠心病相關知識的需求方面

根據病患訪談內容分析結果發現，病患缺乏對冠心病症狀的認知，常因出現不舒服，才求醫看診，因為不了解冠心病危險因子（如抽菸），較少做定期健康檢查，也缺乏其他慢性疾病對冠心病影響之認知。由此可見，及早將相關的衛生教育（如飲食的控制、適度的運動、定期量血壓等）對還未發病的社區民眾做相關的介入與宣導，有其必要。而已在醫療院所中接受治療的冠心病患者，也應接受更進一步的保養與復健的衛生教育訊息，以降低高血壓、高血脂及糖尿病的發生率，減少疾病的惡化。依據Patricia (2003) 與阮盈萍（2011）的研究指出，造成冠心病的危險因子有高血壓、高血脂、糖尿病、抽菸、家族有心臟病病史者。因此，病患到門診看診期間，醫護人員對於冠心病患者的衛生教育更顯重要。

Trotter等人 (2010) 研究發現，心血管疾病中最具致命性的突發性疾病為心肌梗塞，而李以文等人 (2003) 和Roset等人 (2010) 的研究也指出，心肌梗塞易增加心臟負荷及提高病患36%的死亡風險；藉由心導管檢查，可以診斷出心臟病的嚴重性。然而，本研究發現，病患缺乏對心導管檢查、手術或藥物治療的認知，往往是在遇到因冠心病造成突發性的心肌梗塞時，才到醫院診治。如果病患對於心導管檢查能有所認知，將可減少嚴重心肌梗塞的發生。因此，美國心臟協會 (AHA, 2004) 主張，早期及持續性地提供心肌梗塞病患及家屬護理指導及衛生教育的認知是相當重要的。此時，家屬面對冠心

病的緊急處置更加迫切，必須加強家屬處理病人緊急發作的能力。

本研究發現，病患較依賴藥物治療和醫師指示，較少主動的配合，尤其年長者因行動不便，必須依賴家人的協助才能做適當的運動，有時對飲食的控制較不忌口。Walsh等人(2002)的研究指出，鼓勵冠心病患者做適度的運動、服用降血脂及Aspirin藥物治療等，可幫助冠心病患者的總膽固醇維持在正常範圍內。Thompson等人(2003)的研究則指出，規律運動可降低冠心病的危險因子，同時可減輕病患憂鬱及焦慮，促進心理健康及提升生活品質。因此，醫護人員施行衛生教育時，鼓勵門診或住院病患做適度的規律運動是非常重要的。

另外，本研究也發現，病患對藥物作用及副作用的認知訊息來自於醫護人員。病患對於「藥物治療的目的、副作用及注意事項」之所以不夠了解，有可能是研究對象年紀較大或不識字所造成的，因為研究對象的年齡大於65歲者占了58%，不識字者也占了50%，對於複雜之藥物作用及副作用可能缺乏能力去了解及分辨，所以就將一切都交給醫護人員處理。因此，醫護人員應特別注意病患之個別差異及需求，提供個人化的衛生教育訊息，尤其應清楚易懂，以利病情的癒後。此研究結果和吳燕惠與許淑蓮(2002)及張彩秀等人(2006)之研究一致。

## 二、冠心病之適應及處理需求方面

本研究結果發現，因病患對於冠心病之發生原因症狀仍不清楚，因為缺乏資訊來源，常會造成病患的不安，因此，病患需要衛生教育獲得自我照顧之訊息。此研究結果和蔡曉婷與周汎濤(2012)的研究一致。另一方面，因病患缺乏家人給予生理、心理之照護及支持，連帶地也影響到病患因疾病帶來本身身體及心理的痛苦、焦慮不安，以及手術後所帶來的生活不便。若是病患子女都在上班，疏於照顧，當遇到緊急狀況時，可能就需要鄰居的幫忙。因此，病患最重要的需求是「得到家人的關心及照顧」、「家人功能支持能增進患者之情緒調適」。此研究結果和許敏桃與曾英芬(1998)以及何延鑫等人(2005)之研究相近。

家屬常抱怨老年人常患的毛病，就是明知有病而不願意接受檢查或治療。然而，病患對疾病延誤治療可能帶來的嚴重後果缺乏認知，主要的原因可能是他們害怕檢查結果是不好的，或必須接受開刀而感到焦慮不安，或因個人諱疾忌醫，而延誤了治療時間。因此，依據周歆凱等人（2010）、許敏桃與曾英芬（1998）之研究指出，提供病人及家屬適合的衛生教育亦可視為協助其尋求安適狀態過程中重要的橋樑。陳美碧等人（1999）的研究指出，適合的衛生教育促使病患及家屬能夠得到更適切的協助及照護。

另外，研究發現，病患的生活調適及因應能力因人而異，調適差者需他人協助。因疾病帶來生活方式或環境的改變，在面對疾病時，容易產生飲食、活動方面上的調適問題，甚至影響夫妻之間的生活情趣，輕忽性生活的調適，此結果與吳燕惠與許淑蓮（2002）之研究結果相近。病患表示，「年紀大了，這個不是很重要」、「性行為平時即較少」、「現在最重要的是趕緊把病調養好，等身體好了再說」，顯然病患在疾病期間對於性生活的調適不是那樣的迫切需要，此與糖尿病患者對於性生活的調適研究有所差異（何延鑫等，2005）。

至於病患對治療藥物及檢查之認知方面，則因缺乏「了解各項治療藥物及檢查之功能」及「檢查的流程」，所以需要處理資訊的來源。家屬希望醫護人員能提供詳盡的訊息，且能透過醫療小組之溝通協調提供一致性的照顧，例如：臨床路徑內容包括檢查、會診、治療、藥物治療、飲食、自我照護問題等，以減少病患不必要的時間浪費，且讓醫護人員了解他們的職責所在。再者，不同病人間向醫護人員說明自己的病情的能力通常會有落差，一般病患會向醫生或護士說明自己的病況、做哪些檢查及治療，部分病患則因年齡較大，不知道如何表達或說明自己的病況，而須由陪伴家屬代為說明。因此，對於無法清楚表達自己病情的病患，可藉由家屬加強溝通，以便後續之治療及檢查。

### 三、在處理冠心病所帶來之心理、情緒調適之需求方面

本研究結果發現，冠心病患者當遇到心臟血管嚴重阻塞，必須做心導管



術或開刀時，常會因為不知如何調適手術前的焦慮或因未能及時獲取正確相關知識的管道，而產生憂慮、不安，進而影響檢查的安全性。因此，醫護人員在病患手術前協助做心理及情緒的調適，是必要的。本研究病患集中在50歲以上之中、老年人，因對於冠心病的相關知識缺乏，常會誘發不安、焦慮等情緒，因此，醫護人員在給予病患衛生教育時，須先了解病患對自身疾病的想法及感受為何，針對其所擔心及害怕的問題，加以澄清及解釋。李以文等人（2003）的研究指出，根據老年人的生理、心理特質與學習需求，進行一對一的個別衛生教育，並在衛生教育過程中不斷給予正面回饋，增強老年人的自信心，才有利於達到衛生教育的成效。

#### 四、在冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求方面

研究發現，病患對於資訊使用情形不佳，也較為被動，且對於疾病資訊取得的需求較低，故須依賴醫護人員之解說。此可能是由於老年人神經系統及知覺器官老化，導致接受訊息、認知能力受到影響，而容易排斥接收訊息。

此外，病患對於自我照護行為較為被動，不知如何做，例如：「我不愛運動，覺得動一動就會流汗很辛苦」，這可能因年長者行動較不方便，體力較差，較依賴家人的協助所致，因此，應該要增加病人充能。此外，醫院所提供的照護手冊內容必須符合病患之需求，且手冊內容應以簡單易懂為原則，且頁數不宜太少。

## 陸、結論與建議

### 一、結論

綜合上述討論之結果，病患對於冠心病之衛生教育需求包括四個主題及17個次主題，分述如下：



### （一）冠心病相關知識的需求

1. 病患缺乏對冠心病的症狀認知。
2. 缺乏其他慢性疾病對冠心病影響之認知。
3. 缺乏對心導管檢查、手術、藥物治療的認知。
4. 病患依賴藥物治療和醫師指示，較少主動配合。
5. 對藥物作用及副作用的認知訊息主要來自醫護人員。

### （二）冠心病之適應及處理需求

1. 病患缺乏家人給予生理、心理之照護及支持。
2. 病患對疾病延誤治療可能帶來的嚴重後果缺乏認知。
3. 病患生活調適及因應能力因人而異，調適差者需他人協助。
4. 病患缺乏治療藥物及檢查之認知需要處理資訊。
5. 不同病人間向醫護人員說明自己的病情的能力有落差。

### （三）處理冠心病所帶來之心理、情緒調適之需求

1. 不知如何調適手術前的焦慮及因未能及時獲取正確相關知識的管道。

### （四）冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求

1. 資訊使用情形不佳。
2. 對於自我照護行為被動，不知如何進行。
3. 病患缺乏自我照護之認知，需要自我照護手冊。
4. 病患對於自我照護衛教內容的需求：用藥時間及副作用／症狀的察覺／自我照顧／病情簡介及緊急處理流程圖。
5. 對於自我照護手冊內容設計之需求。

## 二、建議

### （一）冠心病相關知識的需求方面

1. 病患因缺乏對冠心病症狀的認知，往往因出現不舒服，才求醫看診，不了解冠心病危險因子（如抽菸），較少做定期健康檢查，難以早期發現，早期治療。因此，病患要加強衛生教育及預防保健的觀念。

2. 冠心病患者本身對於慢性疾病或冠心病之影響缺乏認知，因此，護理人員應提供相關疾病的衛生教育（如臨床人員的照護要加強病患之飲食的控制、適度的運動、定期量血壓等），宣導時宜加強讓民眾了解常見的症狀；讓病人知道糖尿病、高血壓也是危險因子，公衛策略上，從媒體、一般社區的健康中心也應多宣傳關於慢性病所帶來各樣併發症的影響，以及提高民眾對冠心病症狀的產生的基本認識，以降低高血壓、高血脂及糖尿病的發生率，減少疾病的惡化。

3. 臨床醫護人員提供病患有關心導管手術之相關知識，將可減少患者之焦慮與不安，並降低嚴重心肌梗塞的發生。

4. 護理人員必須加強宣導家屬處理冠心病病患緊急發作時的處理能力，從入院治療開始，直到出院復健的期間，都是重建病患正確的技能學習的好時機。

5. 病患依賴藥物治療和醫師指示，較少主動配合，因此，醫護人員在施行衛生教育時，應適時鼓勵病患（或家屬協助年長者）做規律的運動，減少依賴藥物使用。

### （二）冠心病之適應及處理需求方面

1. 病患因疾病需面對隨之而來的本身身體及心理的痛苦、焦慮不安，以及手術後帶來的生活不便，因此，臨床醫護人員在施行衛生教育時，應適時地提示家屬給予病人的關心及照顧，並提供「家人功能支持以增進患者之情緒調適」及自我照顧之訊息。

2. 病患對疾病延誤治療可能帶來的嚴重後果缺乏認知，護理指導宜加強

讓民眾了解其嚴重性，避免病患諱疾忌醫，而延誤了治療時間。

3. 病患生活調適及因應能力因人而異，調適差者需他人協助，因此，施行衛生教育時，應注意病患的個別差異性及需求，提供個人化的衛生教育訊息，尤其應清楚易懂，以利病情的癒後。

4. 病患缺乏治療藥物及檢查之認知，因此，護理人員應提供病患及家屬詳細之治療藥物及檢查資訊，以減少不必要的時間浪費。

5. 不同病人向醫護人員說明自己病情的能力有落差，對於無法清楚表達自己病情的病患，可藉由家屬加強溝通，以利後續之治療及檢查。

### （三）處理冠心病所帶來之心理、情緒調適之需求方面

1. 醫護人員在給予手術前病患之衛生教育時，須先了解病患對自身疾病的想法及感受為何，針對其所擔心及害怕的問題，加以澄清及解釋，並協助做心理及情緒的調適。

2. 本研究病患集中在50歲以上之中、老年人，因缺乏冠心病的相關知識，常會誘發不安、焦慮等情緒。因此，了解老年人的生理、心理特質及學習需求，進行一對一的個別衛生教育，並在衛生教育過程中不斷地給予正面回饋，增強老年人的自信心，才有利於達到衛生教育的成效。

3. 對於患者之衛生教育應採用增強、回饋及個別化的機制，並符合病患及其家屬真正之需求，以促進中、老年人之健康行為。

### （四）冠心病資訊取得及自我照護手冊之需求

1. 由於老年人的神經系統及知覺器官老化，導致接受訊息、認知的能力受到影響，而容易排斥接收訊息。因此，醫院所提供之冠心病資訊和照護手冊之內容必須符合病患之需求，且手冊內容應以簡單易懂為原則。

2. 因年長者行動較不方便，體力較差，較依賴家人的協助，所以，要增加病人充能。

3. 有系統、有計畫且持續地實施衛生教育，才能讓病患及家屬分享衛生教育知識，進而使病患更積極地參與健康照護，獲得更有品質的治療及生活

品質。

4. 衛生教育單位及醫院應注重高年齡層、低社經地位患者之學習障礙及了解他們的衛生教育需求。

5. 在冠心病衛生教育需求的評估中，較少聽到病患對於相同病友的支持和經驗分享之需求。研究者認為，醫護人員如果能夠適時的安排病患與相同疾病之病友的經驗分享，將能提升衛教的效能。

### 誌謝

感謝協助本研究的醫學中心、護理師與病患及家屬，更感激所有參與本研究的研究團隊，使本研究得以順利地完成。



## 參考文獻

### 一、中文部分

- 行政院衛生署（2010）。民國99年死因統計完整統計表（新制行政區）。取自  
<http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DisplayStatisticFile.aspx?d=81298&s=1>
- 李以文、徐亞瑛、曾春典、藍忠孚（2003）。心導管檢查之冠心病患者衛生教育的成效。《臺灣醫學》，7（2），185-193。
- 李怡真、高毓秀（2012）。護理臨床教師教育訓練需求評估。《護理暨健康照護研究》，8（2），106-115。
- 何延鑫、黃久美、郭鐘隆（2005）。糖尿病患者心理社會調適，因應方式與衛教需求之關係。《實證護理》，1（3），165-175。
- 阮盈萍（2011）。冠狀動脈疾病面面觀。《中國醫訊》，98，23-25。
- 林燕如、孫嘉玲、謝湘俐（2007）。血液透析病患需求之衛生教育。《臺灣護腎臟護理學會雜誌》，6（1），38-46。
- 周歆凱、林怡君、蔡明足、翁林仲、楊佩璇（2010）。探討區域醫院候診病人對數位學習之認知及衛生教育需求。《澄清醫護管理雜誌》，6（1），12-20。
- 吳燕惠、許淑蓮（2002）。冠狀動脈繞道手術住院病人之健康照護需求。《臺灣醫學會》，6（3），288-304。
- 洪世育（2008）。臺灣地區2000-2004年冠心病疾病率分析（未出版之碩士論文）。慈濟大學，花蓮縣。
- 陳美碧、尹祚芊、蔡欣玲（1999）。臺北市北區慢性精神病患心理衛生需求未滿足相關因素之探討。《護理研究》，7（1），77-89。
- 許敏桃、曾英芬（1998）。社區精神病患主要照顧者心理衛生教育之需求。《護理研究》，6（4），290-303。
- 黃靜儀、沈德昌、鄭惠美（1998）。門診糖尿病患對糖尿病知識、態度、行為與糖尿病衛教需求之研究。《健康促進暨衛生教育雜誌》，18，25-35。

- 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。
- 張彩秀、吳美雯、古慧仙 (2006)。醫學中心門診病患之衛生教育需求探討。《澄清醫護管理雜誌》，2 (2)，31-39。
- 蔡曉婷、周汎濤 (2012)。多媒體護理指導緩解冠狀動脈成形術後心肌梗塞病患焦慮及疾病不確定感之成效。《護理雜誌》，59 (4)，43-52。

## 二、英文部分

- American Heart Association. (2004). *Heart disease and stroke statistics: 2004 update*. Dallas, TX: Author.
- Cheng, Y., Chen, K.-J., Wang, C.-J., Chan, S.-H., Chang, W.-C., & Chen, J.-H. (2005). Secular trends in coronary heart disease mortality, hospitalization rates, and major cardiovascular risk factors in Taiwan, 1971-2001. *International Journal of Cardiology*, 100(1), 47-52.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hill, CA: Sage.
- Heron, M. (2011). Deaths: Leading causes for 2007. *National Vital Statistics Reports*, 59(8). Retrieved from [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59\\_08.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_08.pdf)
- Jensen, B. O., & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patient after a first time myocardial infarction. *Patient Education Counseling*, 5(2), 123-131.
- Page, M., Jackman, K., & Snowden, P. (2008). The experience of patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty: An exploratory study. *The Journal of the World Federation of Critical Care Nurses*, 6, 79-87.
- Patricia, C. B. (2003). Identifying women at risk for coronary artery disease. *AAOHN Journal*, 51(1), 15-22.
- Peterson, M. (1991). Patient anxiety before cardiac catheterization: An intervention study. *Heart Lung*, 20(6), 643-647.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis* (Qualitative Research Methods v.30). Newbury Park, CA: Sage.

- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., & Berry, J. D. (2011). Heart disease and stroke statistics-2011 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 123, e18-e209.
- Roset, A. M., Martens, E. J., Denollet, J., & de Jonge, P. (2010). Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: A meta-analysis. *Journal of Biobehavioral Medicine*, 72(6), 563-569.
- Scissions, E. H. (1982). A typology of needs assessment definitions in adult education. *Adult Education*, 33(1), 20-28.
- Thompson, P. D., Buchner, D., Pina, I. L., Balady, G. J., Williams, M. A., & Marcus, B. H. (2003). Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiology disease. *Circulation*, 107, 3109-3116.
- Trotter, R., Gallagher, R., & Donoghue, J. (2010). Anxiety in patient undergoing percutaneous coronary interventions (Electronic version). *The Journal of Acute and Critical Care*, 40(3), 185-192.
- Walsh, M. N., Simpson, R. J. Jr., Wan, G. J., Weiss, T. W., Alexander, C. M., Markson, L. E., Berger, M. L., & Pearson, T. A. (2002). Do disease management programs for patients with coronary heart disease make a difference? Experiences of nine practices. *American Journal of Managed Care*, 8(11), 937-946.
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: Author.

## Assessing the Needs for Health Education of Coronary Heart Disease Patients and Their Caregivers

Miao-Jeng Huang\* Hua Shia\*\* Jong-Long Guo\*\*\* Chiu-Ching Chang\*\*\*\*

### Abstract

This study intendeds to assess the needs for health education of patients with coronary heart disease (CHD) and of primary caregivers in the patients' families. The purpose of this study is to suggest guidelines for the design of a CHD self-care manual. The research was done in a medical center in northern Taiwan, and the data were collected in this center's outpatient department. The research methodology is qualitative. Data were collected through interviews with twelve individual patients and members of five families of patients. The interviews were structured so as to optimize data collection; questions and answers were taped; and the data were identified and screened by means of narrative analysis. The study points to the presence of concrete needs for health education of patients and their family caregivers. Specifically, there are needs for

- CHD-related knowledge

---

\* Graduate Student, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University.

\*\* Graduate, Department of Public health, Fu-jen Catholic University.

\*\*\* Professor, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University.

\*\*\*\* PhD Student, Department of Health Promotion and Health Education, National Taiwan Normal University (Corresponding author), E-mail: all-student@umail.hinet.net



- adaptation to the treatment of CHD
- psychological and emotional adjustment to the results of CHD treatment
- information acquisition and access to a self-care manual of CHD

In sum, the study is about the health education needs among patients with CHD and their family caregivers, and its results, it is hoped, can assist medical professionals with clinical health education in the future.

**Key words:** Outpatients, Coronary heart disease, Health education needs