

某醫學中心中風高血壓病人遵醫囑服藥行為 階段及相關因素之探討

彭莉琴* 鄭惠美**

摘 要

本研究依據 PRECEDE 模式為理論架構，以瞭解中風高血壓病人遵醫囑服藥行為階段的情形，並探討素質、使能、輔強等三類因素與遵醫囑服藥行為階段的關係。以某醫學中心神經及腦血管障礙門診，診斷合併有中風及高血壓者為研究對象，抽取 301 人進行問卷調查，研究結果發現研究對象的遵醫囑服藥行為階段情形，處於「沈思前期」佔 2.7%，「沈思期」佔 1.7%，「準備期」佔 15.9%，「行動期」佔 5.3%，「維持期」佔 74.4%。在素質因素中，中風治療期間為 1 年及以下處於「行動期」者明顯多於治療 1.1 年及以上者。在使能因素中，無疲倦的副作用者，其遵醫囑服藥行為階段較多處於「維持期」。在輔強因素中，社會支持高者遵醫囑服藥行為較社會支持低者好，多處於「行動期」、「維持期」。

關鍵字：遵醫囑服藥行為、改變階段模式、健康信念、社會支持、中風、高血壓

* 國立台灣師範大學衛生教育學系碩士班畢業

** 國立台灣師範大學衛生教育學系教授

壹、前言

腦中風於 1999 年在十大死因中佔第三位，1999 年腦中風死亡率為 57.39 / 10 萬人（行政院衛生署，2000）。根據黃瑞雄等（1998）針對 1994 年所做的「台灣地區全區之腦中風盛行率調查」發現腦中風粗盛行率為 6.43‰。近年來雖然腦中風的死亡率逐漸下降，但此疾病的發生率隨著年齡的增長而快速增加。台灣地區人口的結構逐漸老化，顯然可預測腦中風的發生率必定會逐年增加（邱浩彰，1996；黃瑞雄、江東亮、李悌愷，1998），故這一常見的疾病就不得不加以重視。

造成腦中風的危險因素眾多，高血壓為主要危險因素之一（李克怡，1991；Thrift et al., 1998；Reyes-Iglesias et al., 1999），高血壓患者若未控制好血壓，其罹患腦中風的比率為正常血壓者的 7 倍（Richardson et al., 1993）。李克怡（1991）的研究發現，第一次腦中風後，有規則服藥控制危險因素者，再發生腦中風之機會小於不規則或未會控制危險因素者；再發之腦中風比首次發作腦中風之預後為差，死亡率亦高，故對於腦中風恢復穩定之患者，應注意預防再次中風之發生。

根據臨床的經驗，發現腦中風病人再次入院的原因以不遵醫囑服藥為多數，非但帶給病人及家屬身心的衝擊，降低生活品質，甚至早期死亡。因此，本研究擬探討中風高血壓病人遵醫囑服藥行為階段的情形，影響遵醫囑服藥行為階段的因素，提供臨床醫護人員作參考，針對不同行為階段的病人，採用不同的衛生教育策略，增加病人遵醫囑服藥行為，減少腦中風之復發機率，減輕病人及家屬之身心衝擊，提高生活品質，減少醫療資源及社會經濟負擔。

遵從（compliance）可以說是由許多因子互動所產生的複雜行為，也可說是一個受許多因素影響而多層面的健康問題（Daniels & Kochar，1979）。因此，影響遵醫囑服藥行為的相關因素眾多，包括社會人口學、疾病因素、認知因素、健康信念、服藥複雜性、醫療可獲性及可近性、社會支持等。

社會人口學的變項中，對醫院及社區高血壓病人、慢性病老人的研究發現，18-24 歲及 65 歲以上、識字者、教育程度愈高、自覺經濟狀況愈高有較好的遵醫囑服藥行為（顧乃平，1978；Hungerbuhler et al., 1995；黃麗卿等，1995；劉淑娟，1999）。

疾病因素中，對醫院及社區高血壓病人、慢性病老人的研究發現，治療期間愈短，遵醫囑行為愈好（顧乃平，1978；Hershey et al., 1980；劉淑娟，1999）；但有些研究顯示治療期間愈長，遵醫囑行為愈好（Rudd et al., 1979；康清雲，1985）。合併的疾病

方面，結果發現有合併疾病者，愈可能遵醫囑服藥（Rudd 等，1979；Cummings 等，1982）。

認知因素方面，對醫院高血壓病人的研究皆發現，病人所獲得的正確知識愈多，愈會遵照醫囑服藥（McKenney 等，1973；顧乃平，1978；胡文郁等，1996）。

健康信念方面，對醫院及社區高血壓病人、慢性病老人的研究，發現當病人自覺罹患性愈高、自覺嚴重性愈高、採取或遵從此健康行為將獲得的利益大於障礙、健康信念愈趨正向時，較易有遵醫囑服藥行為（Hershey et al., 1980；Hussey & Gilliland, 1989；胡文郁、高紀惠，1992；Richardson et al., 1993；Brown & Segal, 1996；胡文郁等，1996；劉淑娟，1999）。

服藥複雜性方面，對醫院及社區高血壓病人、慢性病老人的研究，多數發現服藥種類愈少、次數愈少、顆粒數愈少、藥物愈簡化、藥物的副作用愈少，較易遵醫囑服藥（McKenney et al., 1973；Bulpitt et al., 1980；Hershey et al., 1980；Wagner et al., 1981；Cummings et al., 1982；胡文郁、高紀惠，1992；劉淑娟，1999）。但胡文郁等（1996）的研究發現，病人所有服藥種類、顆粒數愈多，其服藥遵從程度較高，可能是因為病人感受到疾病的嚴重性，並接受生病者的角色，而按時服藥所致。

醫療可獲性、可近性方面，對醫院及社區高血壓病人的研究發現，就診方便、就診間隔日數較長、就診費用和時間減少，其遵醫囑服藥行為愈好（Cummings et al., 1982；康清雲，1985）。

社會支持方面，對醫院高血壓病人與慢性病老人的研究發現，社會支持度愈高，病人愈遵醫囑服藥（Levine 等，1979；康清雲，1985；胡文郁等，1996；劉淑娟，1999）。

病人遵醫囑行為牽涉社會人口學、心理、文化、經濟、組織系統、價值觀念等複雜因素。學者專家爲了瞭解健康行為有關的決定因素，發展了不同的理論模式，PRECEDE 衛生教育診斷模式是由 Green 等人於 1980 年提出。衛生教育診斷分爲社會診斷、流行病學診斷、行為診斷、教育診斷 I、教育診斷 II、行政診斷等六個階段。依 Green 等人的看法，行為是一種複雜而多層面的現象，任何行為均受到素質因素（predisposing factors）、使能因素（enabling factors）、輔強因素（reinforcing factors）的共同影響（Gielen & McDonald, 1997）。PRECEDE 是一整合計畫的模式，可以使計畫者確實利用使能因素、輔強因素讓行為改變，也強調素質因素是影響行為的基本要素，如此可以使研究結果有效地運用在健康行為的改變。

行為的改變可分爲數個階段，Prochaska 等在改變階段模式（stage of change model）中指出行為改變可從沈思前期（precontemplation）到沈思期（contemplation）到準備期

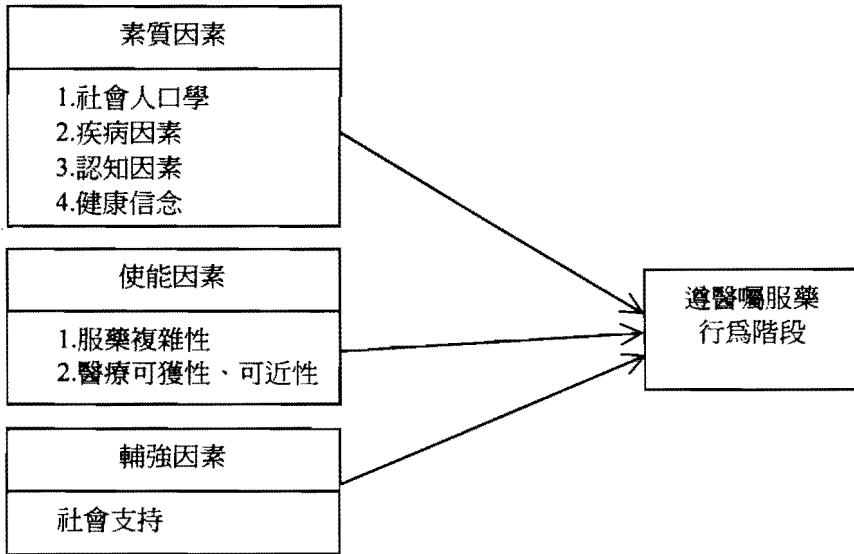
(preparation) 到行動期 (action) 到維持期 (maintenance)，呈螺旋型態前進或後退，且為連續的階段 (Prochaska et al., 1992；Prochaska et al., 1997)。改變階段模式多運用於運動、攝食、抽菸、避孕及保險套使用等行爲的研究，未見於遵醫囑服藥行爲的研究。

本研究應用 PRECEDE 衛生教育診斷模式的教育診斷部份，探討素質因素、使能因素、輔強因素對遵醫囑服藥行爲階段的相關性。主要研究目的為：

- 一、了解中風高血壓病人遵醫囑服藥行爲階段的情形。
- 二、探討影響中風高血壓病人遵醫囑服藥行爲階段的相關因素。

貳、研究方法

一、研究架構



圖一 本研究之研究架構

二、研究變項

(一) 遵醫囑服藥行爲階段

主要探討病人近六個月遵照醫師指示的藥物種類、次數、劑量，定時服藥的行爲階段是屬於沈思前期、沈思期、準備期、行動期、維持期，各期指標分數依序為 1 分、

2分、3分、4分、5分。各期的操作型定義如下：

(1) 沈思前期：目前沒有每天遵醫囑服藥，在未來六個月內，沒有想要每天遵醫囑服藥。

(2) 沈思期：目前沒有每天遵醫囑服藥，但在未來六個月內，想要每天遵醫囑服藥。

(3) 準備期：目前有時遵醫囑服藥，有時沒有遵醫囑服藥。

(4) 行動期：每天都有遵醫囑服藥的行為少於六個月。

(5) 維持期：每天都有遵醫囑服藥的行為六個月以上。

(二) 素質因素

1. 社會人口學

包括性別、年齡、職業與經濟收入、婚姻狀況、教育程度、居住狀況等。

2. 疾病因素

包括腦中風的患病次數、腦中風治療期間、腦中風後現有的症狀、合併的內科疾病等。

3. 認知因素

主要探討病人對高血壓、腦中風疾病及治療相關的知識。每題答對者給1分，答錯及選答不知道者一律不計分。得分愈高，表示知識愈佳。

4. 健康信念

主要探討病人對「自覺罹患性」、「自覺嚴重性」、「自覺行動利益」、「自覺行動障礙」的看法。採五點計分法，分為「非常同意」或「非常嚴重」(5分)、「同意」或「嚴重」(4分)、「沒意見」(3分)、「不同意」或「不嚴重」(2分)、「非常不同意」或「非常不嚴重」(1分)。自覺罹患性、自覺嚴重性、自覺行動利益、自覺行動障礙得分愈高，表示自覺罹患性、自覺嚴重性、自覺行動利益、自覺行動障礙愈大。

(三) 使能因素

1. 服藥複雜性

主要探討目前每日服用中風與降血壓藥的種類、次數、顆粒數、及每日服用所有藥物的種類、次數、顆粒數、與服藥複雜性、藥物的副作用等。

2. 醫療可獲性、可近性

主要探討病人就診路程時間、就診時間花費、每月就診費用、就診費用負擔、醫療保險、就診間隔日數等。

(四) 輔強因素

社會支持

主要探討家人或親友對病人的關心、提醒病人服藥及就診、陪同看診、拿藥給病人吃、幫忙分擔醫藥費用的情形。社會支持量表採四點計分法，分為「總是會」(4分)、「常常會」(3分)、「偶爾會」(2分)、「不會」(1分)。

三、研究工具

本研究所設計的中風高血壓病人的遵醫囑服藥行為階段及其相關因素的問卷，係參考相關文獻、配合個人實務經驗，並依研究架構擬定適合研究對象的結構型問卷，經由專家效度審查、預試、修改而成。其信度、鑑別度、難易度結果如下：

腦中風、高血壓疾病及治療相關的知識：難度 0.45-0.84，鑑別指數 0.30-0.81。

健康信念量表：Cronbach α 值 0.66。

社會支持量表：Cronbach α 值 0.85。

四、研究對象

某醫學中心神經及腦血管障礙門診診斷合併有中風及高血壓，可言語或寫字溝通、可自行服藥的病人中，採隨機取樣(隨機取樣方式見「調查方式」)，共抽取 301 位。

五、調查方式

施測前，親自與某醫學中心神經及腦血管障礙門診三位醫師聯絡，徵求醫師的同意，隨後以公文與醫院醫學研究部聯繫。於民國 88 年 12 月初至民國 89 年 4 月中旬，收集個案的問卷資料。收案當天研究者至神經及腦血管障礙門診，先向醫師說明收案的條件，請醫師看完診後將符合條件的病人轉介，先向病人自我介紹，說明研究目的，取得病人的同意後，即為當日的第一個個案，以訪談時間為間隔，於結束一次訪談後遇到的第一位符合研究條件的病人為下一個選樣對象，依此類推。因病人多為年老者，因此，由訪視員念題目，病人回答後由訪視員填寫的方式作答。

六、資料分析

對所有類別變項以人數及百分率描述；對等距資料採平均數、標準差、最大值、最小值等方法描述。以卡方檢定(χ^2 test)考驗類別變項與遵醫囑行為階段的相關情形。

參、研究結果

一、研究對象之描述

(一) 社會人口學

本研究對象的特性：就診的方式大多是醫師約診，佔 96.3%（290 人）；男性多於女性，佔 63.8%（192 人）；足歲年齡平均為 65.73 歲；80.7% 無職業，但其中 38.2% 的人有固定收入；婚姻狀況以結婚與配偶同住為主，佔 75.7%（228 人）；教育程度平均為 8.63 年（國中程度）；居住狀況多數與親友同住，佔 94.0%（283 人）。

(二) 遵醫囑服藥行為階段

遵醫囑服藥行為階段的情形，處於「沈思前期」佔 2.7%，「沈思期」佔 1.7%，「準備期」佔 15.9%，「行動期」佔 5.3%，其中中風治療期間為 6 個月及以下者佔 93.8%，「維持期」佔 74.4%，表示目前多數人有遵醫囑服藥。

不遵醫囑服藥的原因：（1）隨心情、身體狀況調整服藥（32.8%）；（2）忘記服藥（27.9%）；（3）自行更改服藥方式後，無不適（8.2%）；（4）藥物太複雜（8.2%）；（5）害怕與其他藥相互作用（8.2%）；（6）不知藥已更改（6.6%）；（7）擔心副作用或有副作用（4.9%）；（8）試看看不吃藥會如何（1.6%）；（9）沒有注意醫師所開的處方（1.6%）。

過年期間與平日遵醫囑服藥行為相比較結果，有 2 位因過年期間較有空、特別注意服藥，因此，過年期間的遵醫囑服藥行為較平日好；有 3 位因忘記帶藥回家吃、初一禁忌吃藥、過年期間忙而忘記吃藥，其過年期間的遵醫囑服藥行為較平日差。

(三) 素質因素

1. 疾病因素

多數人（78.1%）罹患中風的次數為 1 次；平均中風治療期間為 4.97 年；中風後沒有任何症狀者佔 25.2%（76 人），有症狀者以一側肢體感覺、活動障礙為主，分別佔 32.9%、38.5%；沒有合併其他內科疾病者佔 29.9%（90 人），有合併的內科疾病以高血脂症、心臟病、糖尿病為主，分別佔 29.6%、27.2%、23.6%。

2. 認知因素

腦中風、高血壓疾病及治療相關知識在滿分為 9 分的測量中，平均得分為 5.90 分，表示認知程度為中等。其中對糖尿病者較易發生中風、及中風患者服藥的相關知識答對率不及半數，此方面的知識待加強。

3. 健康信念

自覺罹患性得分為 3-15 分，平均得分為 8.70 分，表示多數人自覺罹患性較偏向於中立意見。自覺嚴重性得分為 4-20 分，平均得分為 18.53 分，表示罹患腦中風對多數人來說是很嚴重的事，特別是對家庭的連累。自覺行動利益得分為 3-15 分，平均得分為 11.97 分，表示研究對象同意遵醫囑服藥可控制血壓、減少中風的發生、延長壽命。自覺行動障礙得分為 4-20 分，平均得分為 10.36 分，表示自覺行動障礙的程度不高。

(四) 使能因素

1. 服藥複雜性：

每日服用中風與降血壓藥物的種類每人平均 3.44 種、次數每人平均 2.41 次、顆粒數每人平均 5.42 顆；每日服用所有藥物的種類每人平均 6.50 種、次數每人平均 2.88 次、顆粒數每人平均 11.74 顆；自覺服藥不複雜者佔多數（75.1%）；服藥後沒有副作用者佔 79.1%（238 人），有副作用者以腸胃不適佔較多（10.3%）。

2. 醫療可獲性、可近性

就診路程時間每人平均 49.47 分鐘；就診時間花費每人平均 101.98 分鐘；每月就診費用每人平均 371.55 元；認為就診費用不是負擔者佔多數（69.1%）；每位都有醫療保險，包括健保或眷保（94.7%）、榮保（5.3%）；就診間隔日數平均為 28.47 天。

(五) 輔強因素

家人或親友對研究對象的社會支持採四點計分法，總平均得分為 2.49，表示家人或親友偶爾會對研究對象表示關心、提醒就診及服藥、陪同就診及拿藥、拿藥給病人吃、幫忙分擔醫藥費用等。社會支持的類型以情感性支持多於工具性支持，實質的工具性支持由多到少依序為分擔醫藥費用、陪同拿藥、陪同看病、提醒拿藥、提醒吃藥、準備藥。有 87.8-91.0% 的人覺得服藥或就醫自己可執行，不需他人協助，有 67.2% 的人覺得不需要他人的經濟協助。

二、遵醫囑服藥行為階段的相關因素

(一) 素質因素與遵醫囑服藥行為階段的關係

疾病因素中，僅「中風治療期間」與遵醫囑服藥行為階段有顯著相關（ $p < .001$ ）。遵醫囑服藥行為階段處於「行動期」，中風治療期間為 1 年及以下者明顯多於 1.1 年及以上者；中風治療期間為 1 年及以下者沒有人處於沈思前期、沈思期。由此可看出，新病人（1 年以內）的遵醫囑服藥行為較舊病人（1 年以上）好。社會人口學、認知因素、健康信念與遵醫囑服藥行為階段無顯著相關（表一）。

表一 素質因素與遵醫囑服藥行為階段的關係

變項	遵醫囑服藥行為階段				χ^2 值
	沈思前期 / 沈思期 人數 (%)	準備期 人數 (%)	行動期 人數 (%)	維持期 人數 (%)	
性別					
男	12 (6.3)	29 (15.1)	7 (3.6)	144 (75.0)	7.62
女	1 (0.9)	19 (17.4)	9 (8.3)	80 (73.4)	
年齡 (歲)					
60 及以下	4 (5.2)	17 (22.1)	5 (6.5)	51 (66.2)	7.71
61-70	8 (6.4)	17 (13.6)	6 (4.8)	94 (75.2)	
71 及以上	1 (1.0)	14 (14.1)	5 (5.1)	79 (79.8)	
職業與經濟收入					
無職業且無固定收入	4 (3.1)	16 (12.5)	11 (8.6)	97 (75.8)	12.66
無職業但有固定收入	3 (2.6)	22 (19.1)	3 (2.6)	87 (75.7)	
有職業	6 (10.3)	10 (17.2)	2 (3.4)	40 (69.0)	
婚姻狀況					
沒有與配偶同住	2 (2.7)	13 (17.8)	4 (5.5)	54 (74.0)	0.77
與配偶同住	11 (4.8)	35 (15.4)	12 (5.3)	170 (74.6)	
教育程度 (年)					
0	1 (2.7)	9 (24.3)	3 (8.1)	24 (64.9)	12.06
1-6	1 (1.0)	17 (17.7)	4 (4.2)	74 (77.1)	
7-12	7 (6.5)	16 (14.8)	8 (7.4)	77 (71.3)	
13 及以上	4 (6.7)	6 (10.0)	1 (1.7)	49 (81.7)	
居住狀況					
獨居	1 (6.3)	4 (25.0)	0 (0)	11 (68.8)	1.99
住安養機構、與親友同住	12 (4.2)	44 (15.4)	16 (5.6)	213 (74.7)	
中風患病次數 (次)					
1	12 (5.1)	40 (17.0)	14 (6.0)	169 (71.9)	4.05
2 及以上	1 (1.5)	8 (12.1)	2 (3.0)	55 (83.3)	
中風治療期間 (年)					
1 及以下	0 (0)	6 (12.5)	15 (31.3)	27 (56.3)	78.12***
1.1-5	9 (5.7)	26 (16.5)	0 (0)	123 (77.8)	
5.1 及以上	4 (4.2)	16 (16.8)	1 (1.1)	74 (77.9)	
中風後現有症狀總數 (種)					
0	2 (2.6)	15 (19.7)	1 (1.3)	58 (76.3)	5.89
1-2	6 (4.1)	21 (14.4)	11 (7.5)	108 (74.0)	
3 及以上	5 (6.3)	12 (15.2)	4 (5.1)	58 (73.4)	

*** : $p < .001$

表一 (續)

變項	遵醫囑服藥行為階段				χ^2 值
	沈思前期 / 沈思期 人數 (%)	準備期 人數 (%)	行動期 人數 (%)	維持期 人數 (%)	
<u>合併的內科疾病總數 (種)</u>					
0	6 (6.7)	14 (15.6)	8 (8.9)	62 (68.9)	7.38
1	4 (3.6)	14 (12.7)	5 (4.5)	87 (79.1)	
2 及以上	3 (3.0)	20 (19.8)	3 (3.0)	75 (74.3)	
<u>腦中風、高血壓疾病及治療相關知識總分</u>					
0-3	2 (4.7)	6 (14.0)	3 (7.0)	32 (74.4)	4.96
4-6	4 (3.2)	26 (21.0)	5 (4.0)	89 (71.8)	
7-9	7 (5.2)	16 (11.9)	8 (6.0)	103 (76.9)	
<u>健康信念—自覺罹患性總分</u>					
3-7	5 (6.2)	12 (14.8)	4 (4.9)	60 (74.1)	1.98
8-11	7 (3.8)	29 (15.6)	11 (5.9)	139 (74.7)	
12-15	1 (2.9)	7 (20.6)	1 (2.9)	25 (73.5)	
<u>自覺嚴重性總分</u>					
4-14	2 (9.1)	2 (9.1)	1 (4.5)	17 (77.3)	2.00
15-20	11 (3.9)	46 (16.5)	15 (5.4)	207 (74.2)	
<u>自覺行動利益總分</u>					
3-11	4 (3.4)	20 (16.8)	9 (7.6)	86 (72.3)	2.50
12-15	9 (4.9)	28 (15.4)	7 (3.8)	138 (75.8)	
<u>自覺行動障礙總分</u>					
4-9	6 (4.5)	20 (15.0)	6 (4.5)	101 (75.9)	1.38
10-14	6 (4.8)	21 (16.9)	8 (6.5)	89 (71.8)	
15-20	1 (2.3)	7 (15.9)	2 (4.5)	34 (77.3)	

(二) 使能因素與遵醫囑服藥行為階段的關係

服藥複雜性方面，藥物副作用中的「疲倦」與否與遵醫囑服藥行為階段有顯著相關 ($p < .05$)，無疲倦的副作用者，其遵醫囑服藥行為階段較多處於「維持期」。醫療可獲性、可近性與遵醫囑服藥行為階段無顯著相關。

(三) 輔強因素與遵醫囑服藥行為階段的關係

社會支持與遵醫囑服藥行為階段有顯著相關 ($p < .05$)，社會支持高者遵醫囑服藥行為較社會支持低者好，多處於「行動期」、「維持期」(表二)。

表二 輔強因素與遵醫囑服藥行為階段的關係

變項	遵醫囑服藥行為階段				χ^2 值
	沈思前期 / 沈思期	準備期	行動期	維持期	
	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)	人數 (%)	
社會支持					
總分					
7-14	8 (6.5)	19 (15.3)	2 (1.6)	95 (76.6)	13.68*
15-21	3 (3.7)	15 (18.3)	3 (3.7)	61 (74.4)	
22-28	2 (2.1)	14 (14.7)	11 (11.6)	68 (71.6)	

* : $p < .05$

肆、討 論

一、遵醫囑服藥行為階段的情形

本研究遵醫囑服藥行為階段的情形，「沈思前期」佔 2.7%，「沈思期」佔 1.7%，「準備期」佔 15.9%，「行動期」佔 5.3%，「維持期」佔 74.4%。依據 Prochaska 等 (1992) 說明各階段改變的過程，提出各階段的衛生教育。「沈思前期」提昇至「沈思期」的衛生教育方法：(1) 意識的提昇 (consciousness raising) 使用觀察、解釋、衛教單張、媒體等方法，增加對疾病及遵醫囑服藥的資訊。(2) 戲劇性的解放 (dramatic relief) 運用心理劇、角色扮演、悲傷失落輔導等方法，將沒有遵醫囑服藥的不安、擔心或改變遵醫囑服藥的情緒表達出來。(3) 環境再評價 (environmental reevaluation) 使用記錄影片、家庭介入等方法，瞭解不遵醫囑服藥行為與遵醫囑服藥行為對病人生理及社會環境的影響。「沈思期」提昇至「準備期」的衛生教育方法：自我再評價 (self-reevaluation) 運用價值澄清、心像評估等方法，瞭解不遵醫囑服藥時的感受與想法。「準備期」提昇至「行動期」的衛生教育方法：自我解放 (self-liberation) 運用作決定技巧、作承諾技巧、擬定新年計畫等方式，增加遵醫囑服藥行為的信念與行動。「行動期」提昇至「維持期」的衛生教育方法：(1) 增強管理 (reinforcement management) 使用訂契約、公開或私底下予以增強、自我獎賞等方法，增強遵醫囑服藥行為的維持。(2) 協助關係 (helping relationships) 成立治療聯盟、自助團體等，增加遵醫囑服藥行為的社會支持。(3) 反制約 (counterconditioning) 運用鬆弛技巧、減敏感法、正向自我陳述等，增加遵醫囑服藥行為。(4) 刺激控制 (stimulus control) 改變環境、避免

高危險的暗示等方法，避免回復到不遵醫囑服藥行為的情形。

本研究發現沒有遵醫囑服藥者不遵從的原因，以常將自己的症狀、心情、感覺來決定服藥的情形，醫護人員要瞭解病患的生理、心理、社會狀況，並提醒病患服藥與疾病的關係及重要性。病患認為藥物太複雜，可鼓勵病患將困難告訴醫師，請醫師調配較簡單服用的藥物。病患害怕與其他藥相互作用、擔心副作用或有副作用，可請病患將所服用的藥物一起帶至門診，讓醫師瞭解服藥的情形，減少藥物的交互作用，若服藥後有副作用出現，立即告知醫師，醫師會依病患狀況更改藥物。病患不知藥已更改，護理人員可協助醫師向病人說明藥物更改的情形，若有問題也可詢問藥師。

二、遵醫囑服藥行為階段的相關因素

疾病因素中的「中風治療期間」與遵醫囑服藥行為階段有相關，遵醫囑服藥行為階段處於「行動期」，中風治療期間為 1 年及以下者明顯多於 1.1 年及以上者，且遵醫囑服藥行為階段處於「行動期」其中風治療期間為 6 個月及以下者佔 93.8%；中風治療期間為 1 年及以下者沒有人處於沈思前期、沈思期。由此可看出，新病人（1 年以內）的遵醫囑服藥行為較舊病人（1 年以上）好，此研究結果與 Rudd 等（1979）、康清雲（1985）對醫院高血壓病人的研究發現相反，研究者認為可能是對象特性不同，因為高血壓病人初次罹患高血壓，且沒有嚴重的症狀，所以輕忽高血壓的治療；相反的，中風高血壓病人在罹患中風之初，沒有任何症狀者僅佔 22.9%，其餘病人會產生肢體感覺障礙、肢體活動障礙、一側肢體感覺障礙、一側肢體活動障礙等症狀；且中風在一般人的記憶中是非常嚴重的疾病，因此，新病人對於治療會較高血壓病人能遵醫囑服藥。

藥物副作用的症狀中，「疲倦」與否與遵醫囑服藥行為階段有相關，有「疲倦」症狀者的遵醫囑服藥行為較無此副作用者差。Daniels & Kochas（1979）整理有關高血壓病人治療的影響因素，也發現當藥物產生疲倦的副作用，且影響病人工作和活動時，其不遵從行為愈高。現今大醫院門診病患數多，相對的每位病患看診的時間與品質受影響，造成醫師與病人溝通的時間短促，病人服藥有副作用產生時沒有與醫師說明。藉由健康保險局行政策略上推行合理門診量，減少門診病患，讓醫師與病患間有更多的時間溝通，病患可將服藥與副作用的情形告知醫師，醫師依病患狀況調整藥物，增加病患看診的品質，減少以上的情形發生，進而增加遵醫囑服藥行為。

社會支持與遵醫囑服藥行為階段有顯著相關，社會支持高者遵醫囑服藥行為較社會支持低者好。此研究結果與 Levine et al.,（1979）、康清雲（1985）、胡文郁等（1996）、

劉淑娟（1999）的研究結果相同。遵醫囑服藥行為階段處於「行動期」，社會支持高者多於社會支持低者，且遵醫囑服藥行為階段處於「行動期」的研究對象中，有 93.8% 中風治療期間為 6 個月及以下，這說明可能因得病時間短，親友給予的社會支持較高。本研究也發現家屬或親友提供的社會支持，情感性支持多於工具性支持，而實際上，病人容易因忘記服藥、沒有注意醫師所開的處方而不遵醫囑，研究也證實社會支持對遵醫囑服藥行為有顯著的影響，所以，家屬或親友需加強實質上的支持，以增進遵醫囑服藥行為。

伍、結論與建議

一、結 論

（一）中風高血壓病人遵醫囑服藥行為階段情形，處於「沈思前期」佔 2.7%，「沈思期」佔 1.7%，「準備期」佔 15.9%，「行動期」佔 5.3%，「維持期」佔 74.4%。

（二）顯著影響中風高血壓病人遵醫囑服藥行為階段的相關因素：

1. 中風治療期間與遵醫囑服藥行為階段有顯著相關。遵醫囑服藥行為階段處於「行動期」，中風治療期間為 1 年及以下者明顯多於 1.1 年及以上者。

2. 疲倦的副作用有無與遵醫囑服藥行為階段有顯著相關。無疲倦的副作用者，其遵醫囑服藥行為階段較多處於「維持期」。

3. 社會支持與遵醫囑服藥行為階段有顯著相關。社會支持高者遵醫囑服藥行為較社會支持低者好，多處於「行動期」、「維持期」。

二、建 議

（一）對研究上的建議

本研究對象僅限於某醫學中心門診，診斷為合併有中風及高血壓，可言語或寫字溝通、可自行服藥的病人，因此，研究結果只能推論至此母群體，無法推論至所有的中風高血壓病人。未來的研究對象可擴大為社區的中風高血壓病人，更能清楚瞭解病人的遵醫囑服藥行為、影響遵醫囑服藥行為的障礙因素、病人的社會支持等。

因研究時間有限，遵醫囑服藥行為只調查目前所屬的階段，未來可進一步探討遵醫囑服藥行為階段改變的情形，能清楚瞭解服藥行為的變化情形及影響因素，予以適當的指導。

（二）對臨床醫療照護上的建議

加強高血壓、腦中風疾病特性的知識及持續藥物治療的重要性。本研究發現中風高血壓病人不遵醫囑服藥的原因多為依身體狀況而自行調整服藥，有些病人認為高血壓可治療好、血壓正常降血壓藥就可完全不吃，病人不瞭解藥物沒有持續服用，仍有機會再復發疾病，因此，需時常提醒病人持續服藥的重要性。

家屬多給予病人實質上的支持。本研究發現社會支持愈高，遵醫囑服藥行為愈好，所以，社會支持是很重要的，但是，家屬給予病人的支持情感多於實質。中風高血壓病人多為老年人，視力、記憶力漸減退，常忘記服藥或藥物複雜搞不清楚、看不清楚，家屬若能在旁予以協助、提醒，病人更能清楚瞭解服藥的方式，遵醫囑服藥。

一般醫師對於腦中風新病人的病情較重視，對於情況穩定的舊病人較易忽略其情形，而本研究發現舊病人的遵醫囑服藥行為較新病人差，有副作用產生時，遵醫囑行為較差，因此，醫師需注意舊病人的服藥情形，有副作用時予以處理，不但能增進醫病關係，更能增加病人的遵醫囑服藥行為。

病人不遵醫囑服藥的原因其一是不知藥有更改，門診時間短促，醫師與病人解釋的時間有限，加上老年人的記憶力、注意力減退，因此，對於醫師解釋藥物更改的情形較易忽略，建議門診可製作藥物的標本說明，增加病人的記憶，醫師也可利用藥物標本評估病人服藥的情形，並提醒病人若有藥物的問題也可詢問醫師。

護理人員可協助醫師詢問病人的服藥情形、剩藥的情形，以瞭解病人是否遵醫囑服藥，若發現藥物有更改，可再次提醒病人藥物更改的情形。

（三）對行政上的建議

合理門診量的實施。大醫院門診常見的現象是等醫師看診的時間長，實際給醫師看診的時間短，此現象造成醫師與病人的溝通時間短，病人因不知藥有更改而沒有遵醫囑服藥，若實施合理門診量，讓醫師與病人有充分的溝通時間，醫師能清楚瞭解病人的服藥情形，或許能提昇病人的遵醫囑服藥行為。本研究發現中風高血壓病人服藥遵從程度高，是因為有固定的醫師，若因合理門診量的實施，醫師限定看診的病人數，會造成掛不到診的病人改掛其他醫師門診，病人常更換醫師，是否會影響醫師與病人的信賴關係，無固定醫師，是否會造成病人不遵醫囑服藥的情形，這些值得再觀察、探討的。

增進醫院與社區健康組織的連結。研究發現社會支持對遵醫囑服藥行為有影響，但家屬給予實質上的支持卻不如情感上的支持，如何增加家屬實質的社會支持，在醫院部份能做到的是當家屬陪同病人看診時，醫護人員提醒家屬多注意病人的服藥情

形，並給予實際的協助，但當家屬未曾陪同病人就醫時，就需藉助社區健康組織，瞭解病人的服藥情形，並告知家屬予以病人協助，唯有結合醫院和社區的努力，才能真正發揮健康系統的運作。

參考文獻

一、中文部分

- 行政院衛生署（2000）：中華民國八十八年衛生統計。
- 李克怡（1991）：腦血管疾病病人之長期追蹤－腦中風病人之危險因素、預後及再發情形之初步研究。公共衛生，18（2），99-111。
- 邱浩彰（1996）：在臺灣腦中風之現況。醫學繼續教育，6（2），176-181。
- 胡文郁、高紀惠（1992）：高血壓患者之知識、健康信念與服藥遵從行為之相關性研究。護理雜誌，39（4），77-89。
- 胡文郁、曾春典、戴玉慈、余玉眉（1996）：高血壓患者服藥遵從行為及其相關因素之探討。中華民國公共衛生雜誌，15（4），319-332。
- 康清雲（1985）：某省立醫院高血壓病人遵循服藥行為及其相關因素之研究。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。
- 黃瑞雄、江東亮、李悌愷（1998）：台灣地區全區之腦中風盛行率調查。楓城研發報導，8，37。
- 黃麗卿、賴和鴻、李龍騰、鍾晏晏（1995）：社區高血壓病患服藥之遵醫囑性及衛生教育成果－以台北縣平溪鄉、石碇鄉、深坑鄉為例。中華民國家庭醫學雜誌，5（3），147-157。
- 劉淑娟（1999）：罹患慢性病老人服藥遵從行為及其相關因素之探討。護理研究，7（6），581-593。
- 顧乃平（1978）：醫院門診高血壓病人的研究。護理雜誌，25（3），35-44。

二、英文部分

- Brown, C.M., & Segal, R. (1996). The effects of health and treatment perceptions on the use of prescribed medication and home remedies among African American and White American hypertensives. Social Science and Medicine, 43 (6), 903-917.
- Bulpitt, C.J., Clifton, P., & Hoffbrand, B.I. (1980). Factors influencing over and under-consumption of antihypertensive drugs. Symposium: Clinical Pharmacology of Antihypertensive Agents, 243-250.
- Cummings, K.M., Kirscht, J.P., Binder, L.R., & Godley, A.J. (1982). Determinants of drug treatment maintenance among hypertensive persons in inner city Detroit. Public Health Reports, 97 (2), 99-106.
- Daniels, L.M., & Kochar, M.S. (1979). What influences adherence to hypertension therapy. Nursing Forum, 18 (3), 231-245.
- Gielen, A.C., & McDonald, E.M. (1997). The PRECEDE-PROCEED planning model. In Glanz, K., Lewis,

F.M., & Rimer, B.K. (editors) . Health Behavior and Health Education . 359-383, San Francisco : Jossey-Bass Publishers .

Hershey, J.C., Morton, B.G., Davis, J.B., & Reichgott, M.J. (1980) . Patient compliance with antihypertensive medication . American Journal of Public Health, 70 (10) , 1081-1089 .

Hungerbuhler, P., Bovet, P., Shamlaye, C., Burnand, B., & Waeber, B. (1995) . Compliance with medication among outpatients with uncontrolled hypertension in the Seychelles . Bulletin of World Health Organization, 73(4) , 437-442 .

Hussey, L.C., & Gilliland, K.(1989). Compliance, low literacy and locus of control . The Nursing Clinics of North America, 24 (3) , 605-611 .

Levine, D.M., Green, L.W., Deeds, S.G., Chwalow, J., Russell, R.P., & Finlay, J. (1979) . Health education for hypertensive patients . The Journal of The American Medical Association, 241 (16) , 1700-1703 .

McKenney, J.M., Slining, J.M., Henderson, H.R., Devins, D., & Barr, M. (1973) . The effect of clinical pharmacy services on patients with essential hypertension . Circulation, 48, 1104-1111 .

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992) . In search of how people change : applications to addictive behaviors . American Psychologist, 47 (9) , 1102-1114 .

Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K.E. (1997) . The transtheoretical model and stages of change . In Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B.K. (editors) . Health behavior and health education . 60-84, San Francisco : Jossey-Bass Publishers .

Reyes-Iglesias, Y, Melendez, R, Hernandez, E., & Perez, M. (1999) . Stroke in Hispanic Veterans : A descriptive study . Southern Medical Journal, 92 (1) , 28-32 .

Richardson, M.A., Simons-Morton, B., & Annegers, J.F. (1993) . Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medication . Health Education Quarterly, 20 (4) , 489-503 .

Rudd, P., Tul, V., Brown, K., Davidson, S.M., & Bostwick, G.J. (1979) . Hypertension continuation adherence : Natural history and role as an indicator condition . Archives of Internal Medicine, 139, 545-549 .

Thrift, A.G., McNeil, J.J., Forbes, A., & Donnan, G.A. (1998) . Three important subgroups of hypertensive persons at greater risk of intracerebral hemorrhage . Hypertension, 31, 1223-1229 .

Wagner, E.H., Truesdale, R.A., & Warner, J.T. (1981) . Compliance, treatment practices and blood pressure control : Community survey findings . Journal of Chronic Disease, 34, 519-525 .

90 / 2 / 27 投稿

90 / 4 / 6 修改

90 / 5 / 6 接受

An exploration of the stage of drug compliant behaviors and related factors of stroke with hypertensive patients at a medical center

Li-Chin Peng , Huey-Meei Jeng

ABSTRACT

This study was based on PRECEDE model as the theoretical framework in order to comprehend the stage of drug compliant behaviors of stroke with hypertensive patients and explored the relationship between the factors in predisposing, enabling, and reinforcing and the stage of drug compliant behaviors . We enrolled three hundred and one patients diagnosed as stroke and hypertension in the outpatient department at a medical center to embark on questionnaires . The main results of this study were as follows : the percentages of each stage for drug compliant behaviors were as follows : precontemplation 2.7, contemplation 1.7, preparation 15.9, action 5.3, and maintenance 74.4 . In predisposing factors, the drug compliant behaviors in action stage, subjects who had accepted stroke treatment for one year (and less) were more than for 1.1 years (and above) . In enabling factors, for most subjects who had no fatigue caused by drugs, the stage of drug compliant behaviors mainly lay in maintenance . In reinforcing factors, about the drug compliant behaviors, the numbers of those who had higher degree of social support were more than those who had lower degree of social support . They mainly lay in the stages of action and maintenance .

Key words : drug compliant behaviors, stage of change model, health belief, social support, stroke, hypertension .