

附錄一、研究調查問卷(前測)

親愛的先生、女士您好：

本調查問卷的目的在於了解您對於高血脂之認知態度及行為，為日後衛生教育提供參考，敬請根據您自己的想法及實際狀況回答下列的每一題。其結果僅作學術分析之用，個人選答絕對保密，請放心作答。期盼能得到您的寶貴意見，謝謝您的協助，並祝健康快樂！！

中國醫藥學院醫務管理研究所

指導老師：馬作鏗 博士

研究生：李曉芬 敬上

填答日期：____年__月__日

第一部分 (前測)

請依據您的個人基本資料加以填答或在適合的內打✓。

1. 姓名：_____ 2. 電話：_____ 3. 出生：____年__月__日

4. 住址：_____

5. 性別：(1)男 (2)女

6. 身高：_____公分 體重：_____公斤

7. 婚姻狀況：(1)未婚 (2)已婚 (3)離婚 (4)分居 (5)鰥、寡

8. 教育程度：(1)不識字 (2)未接受正規教育 (3)小學 (4)初中(職)

(5)高中(職) (6)大專及以上

9. 目前是否有工作：

(1) 無

(2) 有 請說明：_____ 職稱：_____

10. 是否有高血脂家族病史(父母親與兄弟姊妹中，只要一人患此疾病就算)：

(1) 無

(2) 有

11. 本人是否還有其他慢性病：

(1) 無

(2) 有 ①糖尿病 ②高血壓 ③心臟血管疾病 ④腦血管疾病 ⑤其他 _____

12. 過去半年間是否曾接受醫護人員指導與高血脂相關之衛教：

(1) 無

(2) 有 何種方式：①一對一衛教，_____次(盡量填答次數)

②衛教講座，_____次

③其他衛教方式，請說明：_____，次數：_____次

13. 抽煙習慣(有抽煙習慣指每天至少一支以上)：

(1) 無

(2) 有 每天_____支，經歷_____年，^未已戒菸，牌子：_____

14. 喝酒習慣(有喝酒習慣指每週至少三次以上，每次至少 250C.C.約一杯一般紙杯)：

(1) 無

(2) 曾經有 現已不喝有_____年_____月

(3) 有 一週平均喝_____次，一次平均喝_____杯(一般紙杯) 牌子：_____

15. 家庭結構：

(1)獨居 (2)夫婦兩人共住 (3)與子女同住 (4)三代同堂 (5)三代以上

(6)其他_____

16. 是否有戴助聽器 (1)無 (2)有

17. 是否有戴眼鏡 (1)無 (2)有

18. 自覺視力如何 (1)非常不好 (2)不好 (3)還好 (4)好 (5)非常好

19. 自覺聽力如何 (1)非常不好 (2)不好 (3)還好 (4)好 (5)非常好

第二部分

請依據下列問題填寫答案！

1. 這是什麼地方？_____

2. 今年是民國幾年？_____

3. 今天是幾月幾日星期幾？_____

4. 您的生日是哪一天？_____

5. 您是哪一年出生的？_____

6. 您目前幾歲？_____

7. 現在國家的元首(總統)是誰？_____

8. 前一任的總統是誰？_____

9. 自家的電話號碼？_____

10. 20 減 3 等於多少？_____

第三部分

以下題目是關於高血脂之認知，請依照題目☐勾選您的答案！

	是	不是	不知道
1. 您認為高血脂只和遺傳因素有關係嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您認為高血脂症只是膽固醇過高	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您認為高血脂症只是三酸甘油脂過高	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您認為膽固醇的理想範圍是 200 mg/dl 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您認為三酸甘油脂的理想範圍是 100 mg/dl 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 您認為每天維持耐力性運動(指心臟快速跳動、呼吸加速、全身流汗)約 20-60 分鐘，對降低膽固醇是否有幫助？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您認為動物性脂肪對身體不好，應少吃？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 您認為多吃高纖維類食物(五穀類、未加工豆類、各種蔬菜、各種水果)，可以降低膽固醇？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您認為內臟類食物(腦、肝、腰子)所含的膽固醇較高，應儘量避免？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 您認為海鮮類(例如：蟹黃、龍蝦、魷魚等)的營養價值比雞肉好，可以多吃？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 您認為動物皮(豬皮、雞皮、鴨皮、魚皮等)的營養價值高，可以多吃？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 您認為水果有益健康，所以不論種類均可以不受限制，儘量多吃？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 您認為下列哪些情況會引起高血脂症？	是	不是	不知道
(1) 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 飲酒過量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 每天喝咖啡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 嚼檳榔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 肥胖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) B 型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 甲狀腺功能低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 您認為高血脂症會引起哪些併發症？	是	不是	不知道
(1) 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 腦中風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 心肌梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 胰臟炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 肺氣腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第四部份

以下題目是測量您對高血脂的態度，請依照題目☐勾選您的答案！

	完全 不同意	不 同意	沒 意見	同 意	完全 同意
1. 因為我有高血脂症，所以我比一般人更容易得到動脈硬化	<input type="checkbox"/>				
2. 我認為高血脂是一種嚴重的疾病	<input type="checkbox"/>				
3. 我認為遵從醫護人員之醫囑，對病情有很大的幫助	<input type="checkbox"/>				
4. 為了要控制血脂肪，我認為有需要每天持續的運動	<input type="checkbox"/>				
5. 我認為要我每天持續運動，是件很困難的事	<input type="checkbox"/>				
6. 我認為控制血脂所得到的好處會大於引起合併症時所付出的代價	<input type="checkbox"/>				
7. 我認為血脂過高時，一定要用藥物才能控制下來	<input type="checkbox"/>				
8. 我認為只要飲食控制而不需要吃藥，就能降低膽固醇	<input type="checkbox"/>				
9. 當血脂控制良好時，我就可以不須注意飲食	<input type="checkbox"/>				
10. 由於我是高血脂症，所以我平時應該注意所吃食物的脂肪含量	<input type="checkbox"/>				
11. 雖然我是高血脂症，要我改變飲食習慣(吃清淡一點)是不可能的	<input type="checkbox"/>				
12. 我認為血脂控制良好時，就可以自動減少藥量	<input type="checkbox"/>				
13. 我認為患有高血脂症對我的日常生活會有影響	<input type="checkbox"/>				

第五部分

以下題目是關於您最近兩週的飲食及運動狀況，請針對您的實際情況作答。選項如下：

從不：都沒有	很少：每週 1-2 次	偶而：每週 3-4 次
經常：每週 5-6 次	總是：每天大於一次	

- | | 從不 | 很少 | 偶而 | 經常 | 總是 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 您平常吃速食(漢堡、炸雞、薯條、奶昔等)的頻率？ | <input type="checkbox"/> |
| 2. 您平常吃高膽固醇的食物(動物內臟、海鮮等)嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 3. 您平常吃高纖維的五穀類食物(燕麥、糙米、全麥等)嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 4. 您吃蔬菜嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 5. 您吃水果嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 6. 您吃宴席或吃到飽的自助餐頻率？ | <input type="checkbox"/> |
| 7. 您平常吃高油脂的點心(冰淇淋、蛋糕、奶油、花生、巧克力)嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 8. 您就醫後會依照醫師囑咐改變飲食習慣嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 9. 您是否會為了高血脂症定期就醫？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 平均多久一次？_____年(月) | | | | | |
| 10. 您平常是否有量體重的習慣？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，平均_____天量一次體重 | | | | | |
| 11. 您平常是否有量血壓的習慣？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，平均_____天量一次血壓 | | | | | |
| 12. 您平常是否有抽血檢查的習慣？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，平均_____個月抽血檢查一次 | | | | | |
| 1. 您平常運動(心臟快速、呼吸加速、全身流汗)的次數？
約_____次/週，_____分鐘 | | | | | |

SF-36

敬請回答下列各問題並圈選一適當答案。如您對某一問題的回答不能確定，還是請您盡可能選一個最適合的答案。在本部份所指過去一個月內，係指從今天往前算三十天內。

1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是

(請僅圈選一項答案)

- 極好的.....1
很好.....2
好.....3
普通.....4
不好.....5

2. 下列各個陳述對您來說有多正確？

(每行請僅圈選一項答案)

	完全正確	大部分正確	不知道	大部分不正確	完全不正確
a.我好像比別人較容易生病	1	2	3	4	5
b.和任何一個我認識的人來比，我和他們一樣健康。	1	2	3	4	5
c.我想我的健康會越來越壞	1	2	3	4	5
d.我的健康狀況好得很	1	2	3	4	5

~感謝您的填答！祝健康~

附錄二、研究調查問卷(後測)

第一部分(後測)

填答日期：____年__月__日

以下題目是關於高血脂之認知，請依照題目☐勾選您的答案！

	是	不是	不知道
1. 您認為高血脂只和遺傳因素有關係嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您認為高血脂症只是膽固醇過高	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您認為高血脂症只是三酸甘油脂過高	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您認為膽固醇的理想範圍是 200 mg/dl 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您認為三酸甘油脂的理想範圍是 100 mg/dl 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 您認為每天維持耐力性運動(指心臟快速跳動 呼吸加速 全身流汗)約 20-60 分鐘，對降低膽固醇是否有幫助？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您認為動物性脂肪對身體不好，應少吃？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 您認為多吃高纖維類食物(五穀類、未加工豆類、各種蔬菜、各種水果)，可以降低膽固醇？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您認為內臟類食物(腦、肝、腰子)所含的膽固醇較高，應儘量避免？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 您認為海鮮類(例如：蟹黃、龍蝦、魷魚等)的營養價值比雞肉好，可以多吃？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 您認為動物皮(豬皮、雞皮、鴨皮、魚皮等)的營養價值高，可以多吃？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 您認為水果有益健康，所以不論種類均可以不受限制，儘量多吃？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 您認為下列哪些情況會引起高血脂症？	是	不是	不知道
(1) 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 飲酒過量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 每天喝咖啡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 嚼檳榔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 肥胖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) B 型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 甲狀腺功能低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 您認為高血脂症會引起哪些併發症？	是	不是	不知道
(1) 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 腦中風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 心肌梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 胰臟炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 肺氣腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第二部份

以下題目是測量您對高血脂的態度，請依照題目☐勾選您的答案！

	完全不同意	不同意	沒意見	同意	完全同意
1. 因為我有高血脂症，所以我比一般人更容易得到動脈硬化	<input type="checkbox"/>				
2. 我認為高血脂是一種嚴重的疾病	<input type="checkbox"/>				
3. 我認為遵從醫護人員之醫囑，對病情有很大的幫助	<input type="checkbox"/>				
4. 為了要控制血脂肪，我認為有需要每天持續的運動	<input type="checkbox"/>				
5. 我認為要我每天持續運動，是件很困難的事	<input type="checkbox"/>				
6. 我認為控制血脂所得到的好處會大於引起合併症時所付出的代價	<input type="checkbox"/>				
7. 我認為血脂過高時，一定要用藥物才能控制下來	<input type="checkbox"/>				
8. 我認為只要飲食控制而不需要吃藥，就能降低膽固醇	<input type="checkbox"/>				
9. 當血脂控制良好時，我就可以不須注意飲食	<input type="checkbox"/>				
10. 由於我是高血脂症，所以我平時應該注意所吃食物的脂肪含量	<input type="checkbox"/>				
11. 雖然我是高血脂症，要我改變飲食習慣(吃清淡一點)是不可能的	<input type="checkbox"/>				
12. 我認為血脂控制良好時，就可以自動減少藥量	<input type="checkbox"/>				
13. 我認為患有高血脂症對我的日常生活會有影響	<input type="checkbox"/>				

第三部分

以下題目是關於您最近兩週的飲食及運動狀況，請針對您的實際情況作答。選項如下：

從不：都沒有

很少：每週 1-2 次

偶而：每週 3-4 次

經常：每週 5-6 次

總是：每天大於一次

- | | 從不 | 很少 | 偶而 | 經常 | 總是 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 您平常吃速食(漢堡、炸雞、薯條、奶昔等)的頻率？ | <input type="checkbox"/> |
| 2. 您平常吃高膽固醇的食物(動物內臟、海鮮等)嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 3. 您平常吃高纖維的五穀類食物(燕麥、糙米、全麥等)嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 4. 您吃蔬菜嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 5. 您吃水果嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 6. 您吃宴席或吃到飽的自助餐頻率？ | <input type="checkbox"/> |
| 7. 您平常吃高油脂的點心(冰淇淋、蛋糕、奶油、花生、巧克力)嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 8. 您就醫後會依照醫師囑咐改變飲食習慣嗎？ | <input type="checkbox"/> |
| 9. 您是否會為了高血脂症定期就醫？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 平均多久一次？_____年(月) | | | | | |
| 10. 您平常是否有量體重的習慣？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，平均_____天量一次體重 | | | | | |
| 11. 您平常是否有量血壓的習慣？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，平均_____天量一次血壓 | | | | | |
| 12. 您平常是否有抽血檢查的習慣？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，平均_____個月抽血檢查一次 | | | | | |
| 13. 您平常運動(心臟快速、呼吸加速、全身流汗)的次數？
約_____次/週，_____分鐘 | | | | | |

~感謝您的填答！祝健康~