

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

台灣腦中風患者就醫歷程探討

A Study of the Process of Health Care Seeking of
Stroke Patients in Taiwan

研 究 生：蔡美德

指 導 教 授：魏書娥 博士

中 華 民 國 一 〇 三 年 六 月 十 日

謝 誌

記得第一次踏入南華校園，盛開的是通條木，記得第一次踏入校園就被那純淨鮮明的顏色所吸引，走在校園裡很難不與它相遇。轉眼間七個年頭過去，歷經多次休學、復學，論文終於完成了。一路走來，要感謝的人好多好多，願藉論文一隅，表達內心的感激。

本論文得以完成，首要感謝的是指導教授魏書娥老師，謝謝魏老師一路陪伴，耐心、包容，沒有老師大器的包容，這論文是無法完成的。老師嚴謹的治學態度，一直是我所感佩的，更在本次論文的寫作過程中深刻體會，將成為我往後所有學習的態度。

其次要感謝呂建德教授和李燕蕙教授，口試期間提供許多寶貴意見和提示，使得本論文得以更完整的面貌呈現，他們深入的見解，謙沖的風範，使我如沐春風，同學羨慕我有這麼好的口試過程。

三軍總醫院神經內科的林俊杰醫師、中醫部的蔡運寧醫師和雋恩中醫診所的楊士萱醫師，他們不僅照顧我母親的病體，還關心我論文的寫作，提供諮詢，尤其是林醫師還幫忙檢視了腦中風的相關內容，也因為他們讓我對台灣正向的醫病關係有信心。在此致上無限謝忱。

更感謝所有的受訪者，因為你們慷慨無私的分享，提供了寶貴又豐富資料，除了真實性外，更是這篇論文發展的根本。我依稀還聽到受訪者低聲說著：「這個有幫助，寫上去。」

感謝麗續學姐和依佐、司音的陪伴。論文寫作的動力是來自依佐的敦促，若不是她不斷的耳提面命，這篇論文也無法產生了。麗續學姐在文本分析時提供諸多的協助，司音在口考前適時出現，提醒我許多思考的盲點。還有玉枝姊的鼓勵，謝謝你們。

感謝家人及諸位好友在媽媽生病期間，齊力照顧媽媽，並在媽媽過世後關心、體諒，陪我度過寫作的壓力期。最後，親愛的媽媽，因為妳以病苦示現而有了這篇論文的啟發，希望這些努力可以對腦中風患者有一些小小的助益。現在讓我對在天上的您說一聲：「媽媽，我愛您！」

美德 謹致於
10 July 2013



摘要

研究者因為母親為腦中風患者，在陪病過程中，發現腦中風患者的就醫歷程，非常艱辛，引起研究者的關注。因此，本研究主要目的在於探討中風患者就醫歷程，使用的時機及經驗；腦中風病人及家屬對於「腦中風」認識的不足，是否影響就醫時機以及中風患者如何取得完整而有效的社會資源。

本研究採質性研究法，以半結構式的訪談方式蒐集資料，因為腦中風後遺症有患者無法完整口語或書寫表達，因此訪談對象涵括了患者及家屬，六組個案共訪談了八人，其中病人三位、家屬五位。訪談文本採用持續比較分析法進行資料分析。

研究結果發現，腦中風患者多半對於腦中風的認識不足，而影響就醫時間；醫療方式的使用，則採取以西醫為主要的多元就醫方式，西醫和中醫的使用非替代關係，而是與其他醫療體系相輔相成；此外，資訊需求如何快速有效的傳達到患者，直接影響到患者的醫療效果與照護，這是非常重要的，而長照機關提供的各項協助，更是直接嘉惠患者與家屬。

關鍵字：腦中風、就醫歷程、複向就醫、長期照護

Abstract

The researcher, whose mother is a stroke patient, experienced the accompanying patient understanding, found medical treatment course of stroke patient is very hard and thought that is an important topic worth to study with. The study aims to investigate the course of medical treatment for brain stroke patients, the timing and experience of using the treatment. Moreover, the study of influences on the medical timing and the impacts on obtaining completed and effective social resources to those patients and families who lack of perception and associated knowledge on the "brain Stroke" is also the major issue as well.

This qualitative research is conducted by semi-structured interviews to collect data. There are in total eight participants of six groups including three patients and their five family members to accommodate the inability in complete oral or written expression for some of brain stroke patients. The method of constant comparative analysis is adopted to analyze the interview data.

Research results found, first, the brain stroke patients confine the timing to access medical treatment due to the lack of the perception and associated knowledge. Second, the medical treatment way is focused on the western medicine with the assistants of other non-western medical treatment. Among those multiple medical treatment applications, they are complementary each other instead of alternative relationship.

Moreover, fast and effective get critical and meaningful information across to patients directly affect the quality of medical effect and patients care also very important. And the long term assistance provided by Care Agencies will substantially benefit patients and their families.

Key word:Stroke, Process of health care seeking, Multiple Channels in Health Resource Utilization, long-term care

目 錄

第一章 緒論	
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究的重要性.....	2
第三節 研究目的.....	5
第四節 名詞釋義.....	6
第二章 文獻探討	
第一節 腦中風患者就醫歷程.....	9
第二節 腦中風的概念.....	11
第三節 腦中風復健.....	13
第四節 台灣目前的醫療體系.....	17
第五節 台灣長期照護醫療使用情形.....	23
第三章 研究設計與實施	
第一節 研究取向與方法.....	29
第二節 先導研究與研究參與者.....	30
第三節 研究對象與研究場域.....	34
第四節 資料蒐集與研究工具.....	36
第五節 資料的分析與處理.....	38
第六節 研究嚴謹度.....	41
第七節 研究倫理.....	42
第四章 研究分析	
第一節 疾病認知.....	47
第二節 生病軌道.....	50
第三節 就醫歷程.....	60
第四節 照護需求.....	67

第五節 資源取得與使用情形.....	76
第五章 結論與建議	
第一節 研究結論.....	85
第二節 研究建議.....	89
第三節 研究限制.....	91
第四節 研究反思.....	92
參考文獻	
中文部份.....	94
英文部分.....	98



表目錄

表 2-1 腦中風患者復健治療種類.....	16
表 2-2 長期照護服務內容彙整表.....	24
表 3-1 個案資料表.....	35
表 3-2 再一次概念化形成範疇.....	39
表 3-3 資料的概念及形成範疇.....	40
表 3-4 形成主軸議題.....	41
表 4-1 主軸議題.....	45
表 4-2 腦中風病人就醫歷程.....	59
表 4-3 個案就醫情形表.....	65
表 4-4 人力資源情形表.....	74
表 4-5 個案使用復康巴士情形表.....	78

圖目錄

圖 2-1 中風病人復健資源圖.....	14
圖 2-2 台灣社會多元醫療體系架構圖.....	18
圖 4-1 研究架構圖.....	47

附錄

附錄 A 訪談說明書.....	100
附錄 B 訪談同意書.....	101
附錄 C 先導性訪談大綱.....	102
附錄 D 正式訪談大綱.....	104
附錄 E 腦中風患者可參考資源.....	107
附錄 F 各縣市政府輔具資源中心彙整表.....	108
附錄 G 各縣市政府長期照顧管理中心分站服務區域表.....	112
附錄 H 各縣市政府辦理身心障礙者復康巴士彙整表.....	118

第一章 緒論

第一節、研究背景與動機

腦中風是供給顱內的血管發生意外、障礙或病變（邱浩彰，1996），是我國十大死因之一。根據行政院衛生署統計，台灣地區的十大死亡原因自民國 60 年起有 11 年高居國人死因之首位。七十年以前，腦中風就一直高居第一位，直到民國七十一年被惡性腫瘤所取代，之後除了民國八十八年因九二一地震，被意外事故短暫超越外，均保持在十大死因的第二名。腦血管疾病死亡率雖然呈現逐年下降的趨勢，並於民國九十三年被心臟疾病超越後，迄今仍維持第三名（行政院衛生署）。

根據 2010 年行政院衛生署的統計，一年中得到腦中風的人數約 35,000 人，而因此每年因腦中風死亡者約 12,000 人。腦中風除了是死亡的重要原因之外，也是造成國人長期殘廢的主要原因。一般來說，中風以後大概百分之十五會死亡，其餘的百分之八十五可以生存，保守的估計，每年大約有三萬人「活下來」的中風病人需要做復健，其中完全康復的比率是百分之十五；換句話說，每一百個中風病人中，有十五個人死亡，十五人個完全好起來，剩下超過一半的人會有輕重不等的後遺症，絕大多數的病人都需要家人以及社會國家成本的照顧，成為家庭與社會的沉重負擔（台灣腦中風學會，台北榮總神經醫學中心）。

因為健保給付規定，患者常未能復原到一定程度，即被告知必須出院，造成病人及家屬後續就醫、照護上的問題。雖然目前政府有推行長照計畫，出院時，醫院會有出院準備計畫，轉介至住家附近醫院進行居家照護。然而中風患者，即使病情穩定，也常伴隨有功能性障礙，如全癱、側癱、失語症、失用症、視力障礙、睡眠障礙，或認知異常、性格改變、心理問題、外表改變等，而造成溝通及照顧的困難。患者通常於出院後被送至養護機構或由家人照顧，較重症患者，通常需要一至二人專責照顧，往往因為就醫困難，而失去醫療復健的機會。

家人的態度常成為中風患者醫療效果的關鍵。如初發病者，常因病識感低而形成患肢忽略，或因疼痛而拒絕復健治療。家屬則因心疼患者受苦而順從其意願，往往使患者平白錯過黃金治療時間，造成患者肌力、體力快速流失，形成更嚴重的臥床或感染問題，進而影響其復原情形。中風患者常伴隨有失能的情形，尤其是有認知異常、性格異常或外觀改變的患者，家屬常因患者怪異的行為或外觀困擾，而不願意讓患者外出或無力照顧，雖有不捨，也只能將病人安置在家裡或送往安養機構。當然，患者的復原機會將更為限縮。

中風復健是漫長的路程，西醫治療於病情穩定後，除了藥物之外僅能靠漫長的復健醫療去恢復失去的功能。中風患者及家屬經常於主流醫療（生物醫學）之外尋求另類醫療的診治。這時候患者或家屬即會透過口耳相傳或任何可能管道，尋求其他醫療方式，以補西醫治療之不足，通常他們不會主動告訴主治醫師，甚至刻意隱瞞自己曾使用另類療法。根據美國加州大學研究顯示，有 54% 的乳癌病人會把個人所使用的輔助與替代醫療告訴她們的腫瘤科醫師，但卻高達 94% 的病人會提供完整的數據和檢驗報告給它們輔助與替代醫療的提供者。更有研究指出 60% 的病人曾隱瞞著醫師接受輔助與替代醫療（蔡兆勳，黃怡超，邱泰源，2008）。

目前許多統計資料，已足夠讓我們發現腦中風對生命威脅的嚴重性，更可怕的是它對中風病人所產生的後遺症，不僅對患者及家屬造成巨大的傷害，更是社會沉重的負擔。再者，研究者的母親於多年前罹患腦中風，其後遺症令家人和母親大為震撼，從來沒有想過我那美麗又獨立的母親，再也無法自己站起來。在治療的過程中，發現大多數的人對中風並不瞭解，遑論預防；看到許多家庭為尋求患者復原的可能性，使用許多醫療方式，耗費金錢與心力，而其成效究竟如何？更多患者於罹病多年後，仍不知有何社會資源可以使用，是否有更好整合資源的方式，可以協助患者，使其獲得更好照顧，此乃是引發研究者想深入探討之動機。

第二節、研究的重要性

「腦中風疾病之所以特別引人關注，起因為發病突然，幾乎沒有特別的徵兆」

（葉炳強，2005）。因為沒有特別的徵兆，常讓我們忽略了它的致病因素。當病人出現意識改變及同側手腳偏癱，家屬較容易發覺並及早送醫，但如果對輕度中風發生認識不足，恐怕會錯失治療黃金時間。衛生署新竹醫院回顧過去 3 年的中風病患就醫情況，發現有 18%急性但症狀輕微的中風患者延誤 3、5 天才就醫（國際厚生健康園區，2011）。在本研究的訪談中也發現患者及家屬認為，自己對於腦中風多是不了解或一知半解，多半於就醫後才逐漸去加以理解。

腦中風通常都是突然發生的，而且常會有二度、三度的再中風，常常一個行動自如，體格健壯的成年人可能一下子全癱在床，無法動彈、意識不清，無法應對、外觀改變，如口歪眼斜，口水直淌、視力受損、無法正常如廁，必須終日裹著尿布，宛如新生幼兒、有失語症者，因無法清楚表達意思，而常常狂暴嘶吼，方足以宣洩其挫折與憤怒、更有性格改變者，使原本謙謙君子，可能口出穢言，行為異常。患者除了軀體的痛苦之外，心裡所受的折磨更是難以言喻，常伴隨有憂鬱等精神狀況。而這些情形有可能不只是以單一症狀存在，常使得家屬或照顧者難堪，形成無比的壓力；患者更是痛苦萬分，尤其在治療之後，發現無法恢復原有功能或重回職場，則其承受的衝擊真是無與倫比。重要的是受影響的不僅是患者本身，他的家庭及主要照顧者都同受衝擊。

隨著醫療技術的進步，腦中風的死亡率逐年下降，存活率已然愈來愈高。然而，存活率並不代表痊癒，反而是有更多的人需要接受後續的醫療照顧。腦中風除了是死亡的重要原因之外，也是造成國人長期殘廢的主要原因（台北榮總神經醫學中心神經血管團隊）。依據台灣腦中風學會保守估計每年大約有三萬人「活下來」的中風病人需要做復健。在許多醫療場所，我們看到許很多中風患者的復健療程長達五年、八年，甚至十年、甚至於二十年者亦多有人在。其主要照顧者，因長期照顧患者而身心俱疲，甚至成為復健科的患者，足見中風的後遺症影響病患及其家庭既深且遠；需要後續醫療的中風患者，均領有程度不等的殘障手冊，需要龐大的社會資源來協助照顧，成為家庭與社會的沉重負擔。

許多患者及家屬在發病初期，著眼於救治病情，先求保命再論復原。如果，幸運的病人存活下來，因著病情或復原情形，此時家人或朋友常因自己的關心而提出各種

不同醫療意見，西醫、中醫、民俗療法、草藥、復健、整脊推拿、宗教等等，不一而足，各自堅持己見，都認為自己的決定對病人最好。此時，如果沒有一個強力的主導者或病人無法清楚表達意思時，主要照顧者將莫衷一是，家人感情破裂，甚至整個家庭陷入紛亂，進而影響求醫行為。而且，現在多為小家庭成員，而且少子化的結果，多為父母、子女二代同堂，再多則為祖父母、父母、子女三代同堂，子女除了年幼外至多也不過一至二人，當家中成員有一人得到腦中風重症者，勢必要有人專責照顧，或搭配看護人員由一至二人照顧，照護人手嚴重不足。如果病人為家中經濟主要提供者，一時之間或長久無法重返職場，如無良好的經濟支持，很快便會陷入經濟困境。而且中風的發生，通常無徵兆，來得突然令人措手不及，既無準備更無經驗，研究者常見由家屬自行照顧患者，因未受到良好的技術指導，而且病人身材較為壯碩的，常為了移動患者而險象環生，甚至引發病人或照顧者其他的傷害。

腦中風患者出院後，無論是自己照顧或請看護照顧，其後續總總社會資源的訊息幾乎都仰賴醫師、居家護理師提供，如果一開始未能有明確的訊息，往往要耗費許多時日，方能尋得必要之協助，如醫療整合、轉介、殘障手冊的申請程序、輔具的購買與補助、喘息服務、居家照護... 等等，經常都是在患者及家屬經歷了許多困難與無助之後，方能瞭解。可否有一整合系統，提供患者及家屬可以快速的方式取得適用的資訊，可以在患者復原的過程中，提供更多的幫助，除了減輕家庭的負擔之外，更可擷節國家、社會資源的支出，此類種種問題，是研究者深刻關懷的方向。

台灣為多元醫療的社會。當人們覺得身體不舒服，或覺得自己生病了，便會依著自己所熟悉，認為有效的醫療方式，去尋求醫治。因為醫療診所的普遍性及對生物科學的信賴，通常我們會先求治於西醫（王美乃、毛新春、喻永生，1995；崔玖，1994；黃郁雅，2002）。當西醫治療到一個段落，無法再有顯著的醫療效果時，病患或家屬就會轉而尋求中醫、偏方、草藥、民俗療法、氣功或是宗教以及國外引進的另類療法的治療等等，用以對抗疾病、促進健康以及維持對治療的希望（張麗春，2000）。

另類療法或輔助療法，已逐漸獲得國際社會的認同，如美國的醫療保險已認可部分的另類或輔助療法的醫療費用，且最常給付的項目有整脊療法、整骨術、針灸、生物回饋法（biofeedback）、催眠等（Pelletier2002；Steyer2002）。我們常常看見中風

的患者於接受中醫藥及針灸的治療後，獲得明顯的改善甚或復原者。但是，何以他們顧忌向主治醫師提及自己想要或曾經接受中醫或其他療法？他們如何尋求西醫之外的醫療？有那些種類？效果如何？有何就醫經驗？他們主觀的看法與經驗是值得我們去深思，整個就醫的歷程實應予以探究。

病人及家屬在歷經腦中風的症狀、發病的急性期、亞急性期、痊癒、癱瘓、後遺症治療或死亡等階段，他們由西醫、中醫、其他醫療方式，經由不同醫療體系或不同醫療機構的選擇，一再嘗試各種醫療的可能性。其輾轉反覆的就醫歷程，涵括了無數次的求醫行為、家庭折衝，個體由對症狀的覺知開始、其如何解釋、如何認定自己有病以及有什麼病、該如何處理、應採取何種醫療形式、及決定至何種醫療機構處理等...是一個連續而且複雜的過程，需要一個正確、完整、快速可供查詢的資訊提供者，在一開始即可有一整合系統，提供患者及家屬可以正確的取得適用的資訊，以免徒然耗費資源也失去復原的先機。

因此，本研究提出下列問題：

- 一、腦中風病人及家屬是否因為對於「腦中風」認識的不足，而影響就醫時機？
- 二、腦中風病人通常於西醫之外，是否使用多種其他醫療方式，其使用經驗、效果有正面也有負面的？
- 三、腦中風造成病人及家屬沉重的負擔，是否對於可用社會資源並不清楚，資訊取得的管道也不明確？

第三節、研究目的

腦中風患者的醫療路程是漫長的、困難的，若依每年三萬人累積，可以想見腦中風後續治療的患者的數量何其龐大，他們所使用的醫療方式與歷程是應該受到關注重視與追蹤。

WHO 一再強調傳統醫學和西醫的結合方式，是應透過治療者間直接的合作溝通，

而非以病人在不同療法系統間奔波的間接方式來造成。因此，「衛生政策者」在此整合過程應扮演著「經紀人」(agent)的角色，將傳統醫療納入「現代」醫療體系中(WHO, 1978) (另類醫療的社會空間，胡幼慧)。

研究者參考許多有關腦中風之研究報告，發現多為腦中風的相關形成因素、治療方法、復健醫療的研究。此外，相關醫療方面的研究也有不足的情況。如因應老年人口增加，慢性患者增多，政府推行十年長照之相關研究，腦中風患者或主要照顧者壓力研究，均極少量，更少有關癌症與另類醫療之研究。而腦中風患者就醫歷程與另類醫療使用情形之研究則更是微乎其微。

因此本研究目的為：

- 一、探討腦中風病人及家屬對於「腦中風」認識的不足，而影響就醫時機。
- 二、探討中風患者就醫歷程，使用的時機及經驗。
- 三、探討中風患者如何取得完整而有效的社會資源。

希望藉由本研究的結果，患者及家屬，可以獲得快速完整的有效資訊；避免無效的醫療及傷害，穩定其社會關係，進而鼓勵患者積極尋求病情穩定或復原的機會。

第四節、名詞釋義

- 一、腦中風(cerebrovascular accident, stroke)

世界衛生組織(1988)的定義為急性發生局部(或在整體的時間)神經性損傷，及至少超過 24 小時（或導致死亡），及推斷由血管所引起。

- 二、腦中風病人 (Stroke patient)：

本研究所稱腦中風病人，乃依國際疾病與相關健康問題統計分類第十版(ICD-10)分類為 G00-G99：經醫師判定為腦中風患者。

三、就醫歷程(Medical history, Medical-Care Process)

當一個人，意識到自己生病了，經過病人、家屬與各個不同醫療體系人員的多重解釋，交互運作，加以評估之後採取的醫療行為。而病人不斷在不同醫療體系間進出，或是在同一醫療體系的不同點間尋求協助，直到痊癒或放棄治療（包含死亡），是一個一連串有時間先後次序的歷程。這複雜多變的求醫行為以及過程，在本研究稱之為就醫歷程。

就醫歷程包含了以下三項特點：

- （一）包含了病人自身、家屬、不同醫療體系，而這些都同受社會文化所影響。
- （二）包含了單向就醫、複向就醫及多元就醫。
- （三）是一個一連串有時間先後次序的歷程。

四、複向就醫(Multiple Channels in Health Resource Utilization)

Kasteler（1976）認為，針對同一疾病或同一病程，在非經由醫師轉介的情形下，個人依據自己的見解另尋醫師診治，致使看過二個以上的醫師，其行為稱之複向就醫或試醫行為（林宮美 1992）。

五、輔助及另類醫學（Complementary and Alternative Medicine, CAM）

最廣泛被使用的定義則是來自於 1998 年成立的美國國家輔助及另類醫學中心 (National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM)，它定義輔助及另類醫學是指一群不屬西方正統醫學的醫療，其中包含了各式各樣的醫療及健康照顧體系、執業方式與產品。本研究所定義輔助及另類醫學為不包含西醫、傳統中醫、民俗療法以外的輔助療法。

第二章、文獻探討

本研究文獻探討部分，就探討腦中風患者的就醫歷程、照護的需求及其相關性等，就依序分成以下幾個面向討論：一、腦中風患者就醫歷程，二、腦中風概念，三、腦中風患者的復健，四、台灣目前醫療體系，五、腦中風患者的長期照護。

第一節、腦中風患者就醫歷程

一、就醫歷程(Process of health care seeking)

當一個人，認知到疼痛、不適或其他器官運作不良徵兆等，意識到自己生病了，加以評估之後而採取的醫療行為，直到痊癒或放棄治療，是一個一連串有時間先後次序的歷程（Mechanic and Volkart,1960;張苙雲,2005）。Kasteler(1976)認為，針對同一疾病或同一病程，在非經由醫師轉介的情形下，個人依據自己的見解另尋醫師診治，致使看過二個以上的醫師，其行為稱之複向就醫或試醫行為（林宮美 1992）。因此，當一個人，意識到自己生病了，經過病人、家屬與各個不同醫療體系人員的多重解釋，交互運作，加以評估之後採取的醫療行為。病人不斷在不同醫療體系間進出，或是在同一醫療體系的不同點間尋求協助，直到痊癒或放棄治療(包含死亡)，是一個一連串有時間先後次序的歷程。這複雜多變求醫行為以及過程，在本研究稱之為就醫歷程。

就醫歷程包含了以下三項特點：

- (一) 包含了病人自身、家屬、不同醫療體系，而這些都同受社會文化所影響。
- (二) 包含了單向就醫、複向就醫及多元就醫。
- (三) 是一個一連串有時間先後次序的歷程。

二、社會文化影響台灣醫療體系的表現

台灣地區因其地理環境、歷史發展，醫療體系有其特殊性而存其多樣性及現實性：

- (一) 多樣性：台灣民俗醫療兼含有中國傳統道教神鬼、佛教生死輪迴、正統醫學的陰陽五行，另外有台灣原住民的巫術、日本、荷蘭、西班牙等外來民族文化的觀念，這幾套信仰觀念混合而無界線。
- (二) 現實性：一般民眾不太有理論、系統的觀念，而是融合有各種醫療觀念一起使用，使用時不問疾病原因、種類、醫者素質，而只求症狀之快速去除及病痛之消滅，不執著於一套「真理信仰」，而可迅速轉移於三種醫療體系間（張珣，2004）。

三、腦中風患者的求醫行為

如我們常說「急症找西醫，慢性病保養找中醫」，因為觀念裏認為西醫是科學的，是主流醫學，所以急症找西醫。西醫對慢性腦中風患者的病程，約可分為三個階段：急性期、亞急性期(恢復期)及慢性期（吳英黛，劉千綺，鄭建興；2008，詹瑞祺；2010）。惟每一個病程都有不同醫療重點，而患者或家屬除西醫的治療外，可能採取其他醫療方式，以尋求痊癒或復原的可能性，使用方有可能是退出或先嘗試某種醫療方式，也或者是多種醫療方式同時進行。如急性期，要求的是先保命，此時病人或家屬就醫重點，可能就先尋求西醫的治療、或宗教的協助。亞急性期（恢復期），此時生命跡象穩定，重點是受損功能的恢復，西醫除藥物治療外更需積極復健治療，家屬或病人自身便可能尋求其他輔助醫療，以獲得更多復原的機會。到了慢性期，西醫藥物或手術治癒的可能性已大為降低，除了依靠藥物維持身體狀況的穩定外，僅能依賴復健醫療與其他療法來尋求復原的可能性，此階段對病人或家屬而言，就醫歷程的重心在於復健、尋求其他醫療方式和照護方式的學習。

四、影響腦中風患者求醫行為的因素

求醫行為的出現不純然因為生病，有可能混含著其他社會面向的因素；國內外求醫行為文獻均指出，除了健康出現狀況以外，時間、醫療資源的方便性、個人性別、年齡、家庭結構、教育程度或收入、社會網絡等，非關個人健康的因素，都影響個人

是否就醫及就醫的頻率（張苙雲、楊孟麗、趙景雲，2001）。

病人為何發生腦中風症狀後，卻未馬上就就醫，依署立新竹醫院對病人的調查，36.9%的病人因症狀不嚴重，覺得可能會自行好轉；15.1%自行嘗試藥物治療，如使用所謂通血路藥物；13.2%先至診所治療；12.2%因交通不便或無家屬可送醫。這三個理由均肇因於病人不了解腦急性中風的治療。因此民眾對腦中風的認識不足仍是延遲就醫的最大原因（宋昇峰，2009）。

第二節 腦中風的概念

一、定義

依據世界衛生組織（1988）的定義為急性發生局部（或在整體的時間）神經性損傷，及至少超過 24 小時（或導致死亡），及推測由血管所引起（WFOT）。

腦中風是腦血管障礙的總稱，因為來的突然，所以也被稱為腦血管意外(Cerebral Vascular Accident；CVA)；或腦血管病變（Cerebral Vascular Disease；CVD）。乃供給顱內的血管發生意外、障礙或病變，中風是腦部因為血液供應突然中斷，使得腦部缺乏氧氣及養份，導致局部腦細胞受損或死亡而產生各種的神經症狀，通常會伴隨著神經方面的壓迫。所以，和腦血液循環有關的所有動脈、靜脈或靜脈竇，無論在腦脊髓膜到腦實質的顱內任何地方，任何原因所發生的腦循環障礙都包含在內（葉炳強，2005；邱浩彰，1996；黃美涓、藍青，1981）。大多數的腦中風是急性發作，可以在短短數分鐘或數小時內即產生明確症狀，有時症狀可以快速緩解（稱之為短暫缺血發作），但更多時後症狀可能會持續進行數小時至數日（稱之為進行性腦中風）（鄭建興，2006）。通常醫師在症狀緩解後，會建議患者留院觀察數日，以防止後續中風的發生。

二、腦中風的類型

腦中風類型大致可概分為缺血性中風及出血性中風兩類。根據歐美的研究顯示，缺血性中風約佔所有中風病例中的 85%，而根據國內的研究整理，中國人發生出血性

中風的比例稍高於歐美，約佔三分之一(邱浩彰，1996)。

(一) 缺血性中風(又稱腦梗塞)：主要是指腦血管因為阻塞或出血，使得腦部細胞的血液循環產生障礙，以致無法正常運作的情形。分成三型：

1. 大動脈粥狀硬化腦梗塞(**thromboembolic infarction**)：致病原因為腦血管老化後常會出現粥狀硬化斑塊，主要是由膽固醇於血管內壁沉積所形成的，而導致血管狹窄及形成血栓。
2. 心因性腦梗塞(**cardiogenic brain infarction**)：原因為身體其他部位之血栓剝落(尤其是心臟內部)形成栓子，栓子隨著血流流到大腦，使得腦內血管阻塞而引起。
3. 小洞梗塞(**lacunar infarction**)：腦部深處的細小動脈梗塞，導致小梗塞發生。

(二) 出血性中風：俗稱「腦溢血」，常見於高血壓或腦血管構造異常的病人。亦分成兩種：

1. 腦內出血(**primary cerebral hemorrhage**)：佔所有腦中風的 25%，相較於歐美的 10%至 15%仍高，多因長期高血壓，使得血管壁變薄，變脆弱，所以一旦血壓上升就會使腦血管破裂。一般發病年齡為 50~60 歲，較腦梗塞的平均發病年齡約小十歲，造成的死亡率與後遺症也更高。
2. 蜘蛛膜下腔出血(**subarachnoid hemorrhage**)：佔所有腦中風的 5%，常發生在先天性蜘蛛膜下腔血管脆弱或是動脈畸形瘤者身上，因為蜘蛛膜下腔血管脆弱的人容易產生動脈瘤，若血流量突然增加、血壓上升就會使動脈瘤破裂，而造成腦與腦膜間出血。腦部動脈瘤可以手術或栓塞方式治療，為患者常等不及治療或因為太嚴重而無法施以手術或栓塞治療，死亡率高達 40~50% (鄭建興，2006；黃美涓、藍青，1981)。

三、腦中風防治的重要性

腦中風是台灣常見而且可怕的疾病，因腦中風造成的死亡，高居台灣十大死因第二位（民國九十三年被心臟疾病超越後，迄今仍維持第三名），同時也是造成殘障最主要的原因（胡漢華，2008）。依據陽明大學的統計，腦中風的發生率 (Incidence)：每 10 萬人中每年約有 200 人，死亡率：約為發生率的 1/4 (50) 人，流行率：每 10 萬人中現有的中風病人數，約為發生率的 4 倍（陽明大學）。

據統計腦中風每年有 5~10%再發生的可能性，腦中風的住院病患約四分之一為再發的腦中風（鄭建興，2006）。因此，腦中風的防治在台灣是非常重要的。

第三節 腦中風復健(Rehabilitation)

復健醫學為臨床醫學的一個分支，在台灣習慣稱之為復健科；復健科在許多國家其名稱其實為「身體醫學及復健科」（department of physical medicine and rehabilitation）。本研究在此特別提出是因為，患者在腦中風專科醫師的治療，病情穩定之後，亟需立刻展開復健治療，以維持或恢復其原有之功能。中風患者的就醫歷程除了在不同醫療體系間進出，也同時會在同一醫療體系的不同點間尋求協助。

一、復健(Rehabilitation)定義

復健乃指一個人本來有之能力因某種原因喪失，使其再恢復之意。復健是利用各種治療性運動與訓練，協助中風患者恢復原有功能或儘量發揮剩餘的功能，以便重新過正常生活（黃美涓、藍青，1984；葉炳強，2005；振興醫院，2009）。根據世界衛生組織的定義，復健的內容分為三個層次，最低層次為「機能的恢復」，其次為「活動的執行」，最高目標為「生活角色的參與」（鄭建興，2006）。大致有物理治療、職能治療、語言治療、心理治療、義肢支架裝具等。腦中風的復健是由復健科醫師、護理人員及多種專業分工合作來執行，包含物理治療師、職能治療師、語言治療師、心理師等。但是，依著每個患者的需求，每個患者的復健醫療都不盡相同。研究發現，腦中風早期就進行復健治療，非但不會增加併發症的危險，還可以加速恢復病人的行走能力及日常生活獨立性，並且降低住院天數。Hayes 等學者於 1986 年的回溯性研究

中發現，腦中風病人在發病後 7 小時內接受復健治療，在出院時有較高的比例能夠獨立或使用拐杖走路。Rossi 等學者於 1997 年針對四千餘名腦中風病人進行世代研究發現，在腦中風後 14 天內就接受復健治療者，住院天數比其餘病人短，出院後回到社區的比例較高，日常生活功能的進步也比較明顯。國內林昭宏教授等人的研究指出，開始復健治療的時間以及病人接受復健治療的總天數，此二因素與病人出院時的日常生活功能有顯著相關。

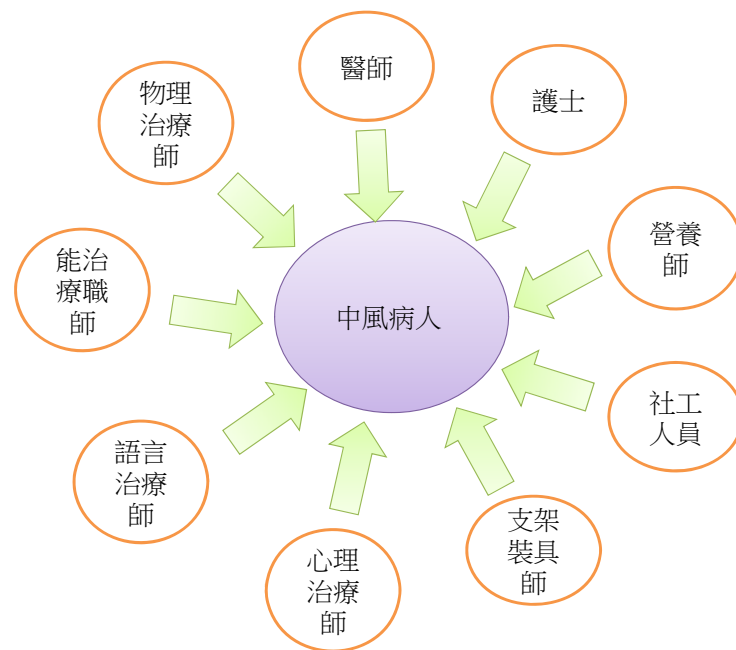


圖2-1中風病人復健資源圖 研究者整理

二、中風復健的時機

當病患的神經症狀持續 48 小時沒有進一步惡化時，就可以開始考慮接受初步的復健（台灣醫 e 學院）。中風病人的復健，最好的時段是在中風後立刻開始，才能幫助病人恢復最大活動潛能，避免產生更進一步的殘障情形。復健運動的目的：(一).維持和正確肌肉的操作；(二).維持關節正常活動功能；(三).預防關節變形攣縮；(四).促進血液循環，增加活動的耐力和持久力；(五).心理及社會上之適應；(六)恢復正常功能，促進日常生活的獨立。(振興醫院，2009；黃美涓、藍青，1981)

三、中風的復健的階段

中風的復健大致可分成三個階段：急性期的復健照護、恢復期（亞急性期）的復健訓練、慢性期的維持性運動。

- （一）急性期：約中風發生一週內，此階段是以內外科的急性處理為主，復健為輔，而本質上是以照顧為首要。治療重點在控制血壓、心跳、體溫等生命跡象，有些病人在此時期需插入鼻胃管預防吸入性肺炎或嗆咳的發生、尿管以避免尿液滯留，甚至氣切管處理呼吸衰竭。此時期治療目標是讓病人維持在穩定生理狀態下，然後開始介入床邊復健，以被動性關節運動等維持關節活動度，正確擺位避免臥床過久導致褥瘡。並可提供視、聽、觸、嗅、前庭覺等各種刺激，以加速患者意識之清醒。
- （二）恢復期（亞急性期）：約中風發生後一週至數月間，此時患者生命跡象趨於穩定。治療目標在促進神經修復或重新整合、訓練日常生活功能，減輕照顧者負擔並增加患者的獨立，也學習使用輔具彌補身體喪失的功能。
- （三）慢性期：約中風後數月至年餘，大多數病人已出院，視恢復程度不同，有的重回職場，有的採門診復健方式，或於居家或安養護機構進行照護。治療目標將患者的功能發揮到最大，並增進生活品質（鄭建興，2006；劉宇菁，2008；台灣醫(e)學院）。

四、腦中風患者復健治療內容：

腦中風患者依醫治療內容，可分為職能治療、物理治療、語言治療、心理治療等，均須由醫師開立處方箋（鄭建興，2006；劉宇菁，2008；黃美涓、藍青，1981）。

五、復健科醫師資格

復健科醫師須具有醫師資格，並且通過復健醫學專科考試取得證書者，始稱為復健專科醫師，開立復健處方箋。除心理治療，須由心理師或接受心理治療訓練的精神科醫師執行外，復健治療師負責執行復健處方，有職能治療師、物理治療師、語言治

療師、義肢支架裝具師等，簡稱復健師。

綜合以上資料，彙整如表 2-1

表2- 1 腦中風患者復健治療種類

種類/治療人員	定義	治療重點	內容
職能治療 (Occupational Therapy, 簡稱 OT) /職能治療師	藉由使用「有目標的導引活動」來治療或協助理學、心理與社會功能上有障礙的病人，使其能獲得最大的獨立性生活，同時得以預防畸型、失能，維持健康，最終目的在使病人能獨立自主地生活	1.激發訓練病人的上肢功能，以提昇日常生活（如：飲食、穿脫衣物、個人衛生等）自主能力 2.病人出院回家前完成居家環境改造評估 3.認知功能（運動計劃、體位感及立體空間定向等）的訓練及功能性或擺位輔具副木，支架的設計製作與修改	
物理治療 (Physiotherapy 或 Physical Therapy) /物理治療師	藉著自然界中的物理因子（聲光水冷電熱力）、運用人體生理學原理法則等，針對人體局部或全身性的功能障礙或病變，施予適當的非侵入性、非藥物性治療來處理患者身體不適和病痛治療方式，使其儘可能地恢復其原有的生理功能。	1.翻身、自己坐起、轉位技巧、站立及步行訓練 2.配合適當的輔具的使用（如四腳拐、個人化輪椅的處方等） 3.加強預防跌倒的觀念，以避免患側下肢股骨骨折	短波、水療、電療、雷射
語言治療 /語言治療師	藉著治療師所設計的活動與練習，來幫助有溝通或吞嚥障礙的患者，改善他們的溝通技巧或吞嚥功能，使他們能更有效地與別人溝通，和安全的吞嚥與進食，生活品質得以提高。	1 針對病患不同程度的吞嚥、構音或語言上的障礙進行評估及訓練 2.與營養科整合溝通，以提供病人營養照顧上的需求	
心理治療 (Psychotherapy) /心理師、 /接受心理治療訓練的精神科醫師	心理治療一般是基於心理治療理論及相關實證研究（主要是諮商心理學、臨床心理學和精神病學）而建立的治療系統，以建立關係、對話、溝通、深度自我探索、行為改變等的技巧來達到治療目標。	1.面對及處理病人認知退化，情緒波動及沮喪的情形。 2.評估家庭及社會的支持狀況，提昇患者的復健動機及信心。 3.增加家屬的支持與參與。	

註：表列治療種類，並非每一個病人都須使用，依個人恢復情形，也許一種，也許二、三種不一定，端視病人需求而定。

資料來源：維基百科 2012，奇美電子報

表 2-1 研究者整理。

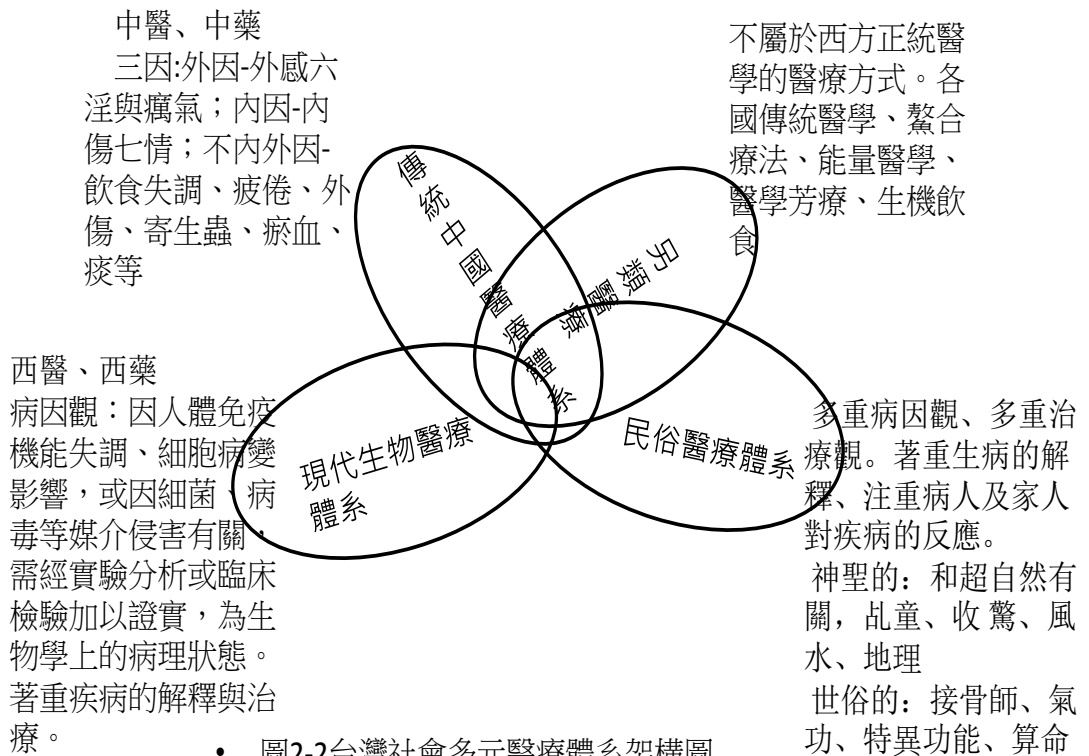
第四節 台灣目前的醫療體系 (medical system)

台灣是一個多元社會，醫療型態也是多元的。包含了西方生物醫學、傳統中醫、民俗療法、另類療法等。

「醫療體系是一套信仰與行為，包括對疾病的認知、解釋、命名、分類、治療、評價、預防等過程。而其研究對象有二：一是病人，一是治療者。自病人角度下手，則是病人自身對上述過程之觀念與行為。自醫療者角度下手，則有醫療制度，醫療人員之訓練方式，資格給予等」（張珣，2004）。「醫療體系是由多樣而複雜的組織形成的，為多樣目的扮演多種角色，實際上，它反映了所屬文化的基本模式。」（楊翎，1992）「台灣目前的醫療體系 (medical system) 是多元的，大部分學者 (Kleirman 1975, 1980；吳就君 1979, 1978；Ahern 1975；Gould-Martin 1975) 同意台灣目前至少是三醫療體系並存的：傳統中醫、西方醫學、民俗醫療。三套系統各自成一家之說，各自有期病因論，病名、分類、診斷、治療、癒後、預防的方法因此而稱三套醫療體系，或稱多元（三元）醫療體系」（張珣，2004）。任何一套醫療體系都是鑲嵌在該地社會脈絡之下（張珣，2008）。台灣社會原本就存在許多傳統中醫藥醫療，普遍為社會大眾接受與使用，民俗醫療與宗教醫療雖然至今仍然尚未獲得政府正式的承認，但是在民間根深柢固，力量不容小覷，形成西醫、中醫、民俗一三足鼎立的局面」（張珣，2008；張苙雲 2005）。

然而，因為全球化的結果，人口的移動方便而且快速，透過媒體、網路的散播，資訊的傳遞更是快速且無遠弗屆。因此，各式各樣的醫療行為迅速的被引進台灣，如近年被引進且廣為流行的芳香療法、尿療法等，許多原本不存在於台灣醫療方式，為與傳統中醫及民俗療法作一區隔，本研究稱之為另類療法。

台灣光復後，「開放傳統中醫之行醫、中藥之使用，以及對密醫、民俗一採半開放政策，使得民眾的就一選擇機會增多而形成今日多元醫療體系之局面」（張珣，2004）。



• 圖2-2台灣社會多元醫療體系架構圖
資料來源：台灣民俗醫療，漢人信仰篇。
民眾的求醫行為與醫療資源的使用
圖2-2研究者整理

以下將針對台灣現行醫療體系論述如下：

一、西方生物醫學

西方生物醫學，有人稱之為現代醫學，是將症狀轉化為癥候，一切的症狀都被認為是看得見、說得出的（Foucault 著，劉絮愷譯，1994）。

現代醫療科學的主要知識基礎是生物醫學（biomedicine），西方生物醫學在台灣又稱西醫（葉肅科，2008）。近數百年來所指「西醫」走出自然哲學醫的懷抱，走向解剖、實驗和分析為主導方法的近代科學行列，以解剖學、生理學、病理學等為基礎，以生物醫學模式為特徵。廿世紀以後，隨著現代科學技術革命成就，成為「現代醫學」的主體。而其他醫學則成為「傳統醫學」、「另類醫學」或「互補醫學」或是「另類

互補醫學」(張永賢, 2009)。自馬雅各、馬偕、蘭大衛等人引進台灣(陳永興), 及日據時代的刻意培養醫生人才, 至今已成為台灣醫療主流。

台灣的醫療史, 最早的記載是從紀元一六二五年荷蘭人佔領台灣開始。不過在此之前, 台灣的原住民也有他們原始醫學的存在; 他們深信疾病的發生是神靈的責罰(吳基福, 1978)。到一六八三年, 清朝設台灣府, 漢人陸續移居台灣, 而中國文化和中國醫學也隨著大陸移民傳入台灣, 逐步建立中國傳統醫學的基礎。因此, 在 1860 年代之前, 台灣醫療體系是以傳統中醫為主, 直到 1899 年日本統治台灣成立總督府醫學校, 才開始接觸西方醫學。從 1899 年至 1945 年, 西醫逐漸成為台灣醫療主流(吳基福, 1978), 因此對台灣的西醫建立與紮根產生深遠的影響, 並進而揉合、改變台灣地區人民的醫療文化與求醫型態。

二、傳統中醫 (Traditional Chinese Medicine 簡稱 TCM; 中醫)

「中醫學是一種起源於中國, 以古代中國漢民族的醫學實踐為主體, 研究人類生命活動中健康與疾病轉化規律及其預防、診斷、治療、康復和保健的綜合性科學」(高也陶, 2010) 廣義的中醫, 指的是中國境內所有的民族醫學和宗教醫學。如漢醫、藏醫、蒙醫、苗醫、維醫、佛醫等等。狹義的中醫學, 指的則是漢醫(維基百科, 2012)。本研究採狹義中醫學解釋。

中國醫學體系的傳統醫學, 包括了中國漢族為主體的中醫學(亦稱漢醫)、日本的漢方醫學、朝鮮半島的東醫學。中醫學以中國哲學中的陰陽五行做為理論基礎, 通過望、聞、問、切四診合參的方法, 探求病因、病性、病位、分析病機及人體內五臟六腑、經絡關節、氣血津液的變化、判斷邪正消長, 進而得出病名, 歸納出證型, 以「辨證論治」的原則, 制定「汗、吐、下、和、溫、清、補、消」等治法, 使用中藥、針灸、推拿、按摩、拔罐、刮痧、氣功、食療、音療等多種治療手段, 使人體達到陰陽調和而康復。其獨特之處, 在於「天人合一」的整體觀及「辨證論治」。(高也陶, 2010; 彭蔚安, 1997; 維基百科 2012)

中醫在行政院衛生署已有相關與認定檢覈與執業標準, 並明訂其給付之醫療行為

有：診察、藥物針灸、治療材料給予、一般性治療行為等（行政院衛生署，1996）。因此，本研究所以定義的中醫指的是中醫師的診察、針灸和中藥等。

臺灣人民在 20 世紀以前深深仰賴並藉以維護生命健康的傳統中醫學在西方醫學進入臺灣之後，在臨床上逐漸退居二線的角色。「中醫自加入健康保險體系以後，增強了其在醫療體系的地位，但是，中醫醫療的行使範圍還是有限制性的」（鄭惠珠，2008）。

西醫有先進的診斷儀器，但是西醫的治療常常是治標不治本，或是常常以開刀來解決；而中藥則是治標又治本，但是中醫的診斷不太精確。因此，許多民眾會請西醫診斷，而用中醫來治療，認為結合中西醫是很好的選擇。這也是丁志音在台灣的研究報告中所指稱的「整合醫療」，也是台灣民眾求醫行為的特色（張珣，2008）。

三、民俗醫療

「文化」乃指一種社會群體所累積、適應的生活方式，包含一切非天生遺傳的群體適應行為。他通常是某一社群的行為背後，所隱含的想法、信念與價值觀。不同的文化體系也會有不同的疾病觀，進而影響其求醫行為，而醫療與疾病一直是密不可分的關係，專業化的醫療體系，往往無法全面性也無法替代生活中的許多實踐。

民俗醫療的定義是：「非西方科學的、土著(當地人)自行發展出來的一套固定而完整的信仰與行為，包括對疾病的認知、命名、分類、病因解釋、治療、預防等過程」（張珣，2012）。「民俗醫療是指一個民族對付疾病的方法，尤其指其俗民大眾所使用的自然的，與超自然的、經驗的、不成文的、當地孕育出來的醫療觀念與行為」（張珣 1989，2008）。廣義的民俗醫療，包括宗教與非宗教醫療。狹義的民俗醫療則僅指非宗教的傳統醫療（張珣，1989），目前台灣民俗醫療的種類有：1.自然的：產婆、地攤膏藥、偏方、秘方等；2.超自然的：乩童、扶乩、道士、尪姨、觀落陰、算命、看相、風水、卜卦、抽(詩)籤、藥籤、拜廟、收驚、符水、先生媽等。以上所指還是以：(1).有專業治療人員；(2).有固定收費；(3).有開業時間為條件的。若是除去此三條件，在一般民間的醫療觀念中，佔有重要地位的食物冷熱觀，及家庭醫療法(Family

Health Care System)等，也包括在民俗醫療的範圍中（張珣 1989：95）。

民俗醫療其實是採取多重病因觀與多重治療觀的一種開放模式（張珣 2008：11）。而養生醫療可以算是民俗醫療的一部份（張珣，2012）。在現代化的社會變遷下，民間宗教常以民俗醫療作為其主要運作的媒體，來加強其接受挑戰的能量。故此，民間宗教除了有全盤接收民俗醫療的「復振性」²趨勢外，藉民俗醫療來擴充其「神聖性」與「世俗性」亦為發展之趨勢（鄭志明，1996:192-197）。

四、另類療法

將所有非西方醫療體系全部統括在一起，有別於西醫或生物醫學的療癒方法，稱為另類醫療（alternative medicine）與補充醫療（complementary medicine），學術界簡稱CAM（張珣 2008，丁志音 2008）。另類醫療是指可以單獨成立的醫療，而補充醫療是指與西方醫療一起搭配使用的醫療（張珣 1989）。包括早期希臘醫學流傳下來的體液學說與冷熱平衡醫學、印度的吠陀醫學、中國的陰陽五行醫學，還有許多存在於世界各地的傳統醫學（張珣，2008）。本研究有關中國的陰陽五行醫學已於前面傳統中醫及民俗醫療敘述。

由於各國文化背景的差異，其內容與名稱也有差異，最廣泛被使用的定義則是來自於 1998 年成立的美國國家輔助及另類醫學中心（National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM），它定義輔助及另類醫學是指一群不屬西方正統醫學的醫療，其中包含了各式各樣的醫療及健康照顧體系、執業方式與產品。

CAM 是指某一社會或文化在特定的歷史時空下不屬於具政治優勢（politically dominant）之健康體系的所有療癒（healing）資源，囊括所有體系的體系、樣式（modalities）、執業方式（practice）及其所伴隨的理論與信念（丁志音 2003）。國外所歸類在另類醫學的項目，有很多在台灣是屬於傳統醫學，屬於中醫師之醫療業務範疇，已納入醫師法管理，如傳統中國醫學（中醫）、針灸、中草藥、整脊等，在本研究中屬於傳統中醫的範疇。此外，推拿、氣功等則納入民俗療法。

美國醫學期刊「另類醫學指引」歸納了四十種的「補充和替代療法」

(Complementary and Alternative Therapies)，其中包括大眾耳熟能詳的整合療法、能量醫學、低頻療法、醫學芳療、生機飲食療法、大腸水療，以及維他命營養療法、花療法、同類療法、色療、磁療、酵素療法、能量轉換療法…等等。

「另類」(alternative)是相對於「主流」(mainstream)的說法，因此，另類療法與主流醫學也是具有時、空上的相對意涵，而非絕對的意義(胡幼慧，1996)。「另類」這個名詞隱含強烈的貶抑與排他之意，分類的簡化及名稱使用上的草率，透露出的意識型態與基本假設是：只有生物醫學才是正統的(張珣 2008，丁志音 2008)。

然而，世界各地使用另類療法的人日益增多，議題也愈受重視，「主流」抑或「另類」之間也有了此消彼長的趨勢。Eisenberg DM 等人在一項美國 1990-1997 年使用替代醫學的趨勢研究中指出，在一年內曾求助於輔助及另類療法人的比例，亦從 33.85% 增加至 42.1%。英國則是 25%。法國及澳洲則高達半數以上的民眾在一年內曾使用輔助及另類療法，台灣民眾更高達 70~80% 使用過輔助及另類療法(丁志音，2003；盧孳艷，2006)。而且，如美國國家衛生研究院於 1998 年成立的美國國家輔助及另類醫學中心(National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM)，來進行 CAM 的臨床試驗，顯示其重要性。

五、複向求醫

求醫行為指的是當個人感覺不舒服，察覺身體、心理、生理不適，尋求協助改善不適的症狀。「一般而言，求醫行為指的是看醫師、尋求專業醫療照顧來解決問題的過程」(張珣，2003)。然而，面對上述四大醫療體系，病人對於採用醫療方式的態度，是自我診斷，自我決定醫療方式，大致上是採用西醫為主軸的多元求醫模式(張苙雲，1998；張珣，1989)。除了個人因素之外，以家族做為求醫單位及非專業人員的醫療轉介(張珣，1989；張苙雲，1986，1998；吳就君 1981)，亦是影響醫療方式選擇的重要因素。因此，台灣腦中風患者的疾病求醫行為擁有一項特色，即是「複向求醫」，認為多元醫療模式是相輔相成的關係，並且採取加法計算效果的態度。也就是說當疾病困擾時，腦中風患者可能會同時求助於西醫、中醫、或者一些民間偏方，還要尋求宗教神秘力量的加持，只要是人家說有效什麼都能當作療方。認為每一

項醫療方式的效果都各有效果，一點一滴的累積，達到病情的維持或進步。這點在本研究的訪談案例中可得到證明。

不論採用何種治療方式，以整體性的考量、全人的治療與中風後漫長的復健是最重要的。

第五節 台灣長期照護（Long term care, LTC）醫療使用情形

一、長期照護的界定

長期照護係指在一段長時間內，對不同年齡層之慢性疾病引發身體功能障礙者，配合其功能或自我照顧能力，使其保有自尊、自主及獨立性或享有生活品質，提供綜合性與連續性之服務。其服務內容可以從預防、診斷、治療、復健、支持性及維護性以至於社會性服務。這些服務可以在個案家中（在宅服務、居家護理等）、社區中（送餐服務、日間照護、喘息服務、支持性服務等）、或機構中（慢性病院（床）、護理之家、養護之或安養中心等）進行。長期照護服務對象不僅包含病患本身，更應考慮到照顧者的需要（Kane and Kane, 1981；Levenson, 1993；衛生署, 1995；蕭淑貞、李世代 1999；王瑞瑤、廖芳華、高麗芷, 2002；李世代, 2003）。

由以上定義，凡是身心功能障礙者，均是長期照護服務的對象。腦中風患者，即使病情穩定，也常伴隨有功能性障礙，尤其是癱瘓重症者，甚至連出外就醫都有困難。所以腦中風患者對於長期照護的需求是非常重要而且殷切的。

二、長期照護的法源依據

「我國目前有關長期照顧之法規主要散見於社政（老人福利法、身心障礙者保護法）、衛政（醫療法、全民健康保險法、護理人員法、精神衛生法）及退輔（國軍退除役官兵輔導條例）三大行政體系」（中華民國長期照顧十年計畫）。「我國的身心障礙者保護法（已更名為身心障礙者權益保障法）、在老人福利法、兒童保護法等法條中明文規定，政府應設立各類型的長期照護復健計畫」（高麗芷, 2002）。

三、長期照護的內容

長期照護為一多方面而廣泛性的服務。凡是身心功能障礙者，均是長期照護服務的對象。主要是針對某種程度上，失去日常生活功能的人，給與照顧與服務。「長期照護服務對象不僅包含病患本身，更應考慮到照顧者的需要」（行政院，2007）。

服務項目以協助日常生活活動服務為主，即所謂「照顧服務」，包括：居家服務、日間照顧、家庭托顧服務；另為維持或改善服務對象之身心功能，也將居家護理、居家復健（物理治療及職能治療）納入；其次為增進失能者在家中自主活動的能力，故提供輔具購買、租借及居家無障礙環境改善服務；再其次以喘息服務支持家庭照顧者。

服務內容可以從預防、診斷、治療、復健、支持性及維護性以至於社會性服務。這些服務可以在個案家中（在宅服務、居家護理等）、社區中（送餐服務、日間照護、喘息服務、支持性服務等）、或機構中（慢性病院（床）、護理之家、養護之或安養中心等）進行。

表 2-2 長期照護服務內容彙整表

類別	項目	內涵	體系/財源
居家式服務： 係由家人、親友提供主要的 的照護，由相關服務人員將 長期照護的各項服務送至失 能者家中	居家服務	家務及日常活照顧服務、身體 照顧服務	1.內政部補助 2.縣市政府編 列預算
	居家護理	一般傷口護理、各種注射、符 合個別需求的護理措施、一般 身體檢查、代採檢體回院送 檢、各種依個案需求的護理指 導、營養及基礎復健運動指 導、醫師訪診、適當社會或醫 療資源諮詢。	健保
	居家（社區） 復健	1.日常生活功能評估與訓練。 2.社交功能評估與訓練。	1.行政院衛生 署補助 2.縣市政府編 列預算
	居家環境改善	提供居家無障礙環境的修繕服	縣市政府編列

		務及住宅輔助器具，增進功能障礙者在家中自主活動的能力	預算
	老人營養餐飲服務	對於行動自如老人，選定適當地點提供集中用餐；至行動困難者則送餐到家。	1.內政部補助 2.縣市政府編列預算
	緊急救援系統	在家發生突發事件時可發出訊號以獲得緊急救援之服務	地方政府編列預算
	輔具購買租借	提供協助身心障礙者改善或維護身體功能、構造，促進活動及參與，或便利其照顧者照顧之裝置、設備、儀器及軟體等產品的購買補助或租借。	縣市政府編列預算
社區式服務： 是將技術性的醫療護理、個人照護與社會支持等服務提供給社區民眾的一種照護方式	日間照顧	符合服務資格者，日間自行或由家人接送至日間照顧機構，晚間則返回家中，其目的不僅在於依機構所屬性質之不同，提供服務使用者不同目的之服務，同時也在於可提供家屬休息與喘息的機會。	內政部補助
	社區復健	使慢性病者重入社區，提高自我照顧能力，提供市民可近性的復健服務	
	社區照顧關懷據點	社區照顧關懷據點以結合照顧管理中心等相關福利資源，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進等多元服務，建立連續性之照顧體系為目標	內政部補助
		對於行動自如老人，選定適當地點提供集中用餐；至行動困難者則送餐到家。	1.內政部補助 2.縣市政府編列預算
機構式照護： 是指長照患者居住在機構中，由機構提供個案全天候的綜合性服務服務。	養護機構	生活照顧	地方政府
	長期照護機構	生活照顧及護理服務	地方政府
	護理之家	提供罹患慢性病需長期護理之病人，及出院後需繼續護理之病人所需護理服務及生活照顧	民眾自付
	榮家	提供退除役官兵長期照相關服務	退輔會
支持家庭照顧者服務	喘息服務	喘息服務係指提供照顧者依段期間的休息機會，以減輕照顧	行政院衛生署

		者壓力為目的。依提供形式及場所大致可分為：居家、機構及日間等三種類型。	
其它	輔具購買租借 (13)	身心障礙者之醫療復健所需輔助器具，如裝配義肢、支架、助聽器、電動輪椅、氣墊床；點字機、安全杖、傳真機、助行器、盲用電腦輔具等生活或復健輔助器具)	縣市政府編列預算
	交通接送	為協助重度失能者滿足以「就醫」及使用長期照顧服務為主要目的交通服務需求	縣市政府編列預算
	安寧療護	癌症、運動神經元疾病（漸凍人），老年失智、中風等末期病患，經醫師評估及病家同意書後，可選醫院或住家接受安寧療護	健保局
	癡呆或失智	包含加強教育宣導、強化早期介入服務方案、加強預防走失服務、辦理失智症照顧人力培訓、建構多元連續性之失智症照護模式，及強化失智症家庭照顧者支持體系等	內政部補助
	營養照護		

註：表列服務項目，為我國現行長照內容，依患者個別性採用。

資料來源：行政院（2007）我國長期照顧十年計畫

內政部社會司（101），老人福利與政策

全民健康保險醫療費用支付標準

李世代、吳尚琪、陳惠姿、黃源協、葉莉莉、張美珠：社區化長期照護之發展策略

胡月娟（2008）長期照顧

表 2-2 研究者整理

四、長期照護服務團隊

長期照護服務需要依照個案失能的項目和程度，由不同專業領域領域的人行程服務團隊共同來提供（林昭宏，2002）。

- (一) 非正式服務直接提供者：主要由家庭網絡發展出來的，主要有家人、親友、志工等。
- (二) 正式服務直接提供者：這類服務通常需要付費才能獲得服務，又稱付費性的照護資源。主要成員包括醫師、護理人員、復健人員、社會工作人員、營養人員、藥劑師、病患看護人員等。
- (三) 支持性服務人員：包含居家服務人員、喘息服務人員、工程人員等。

五、腦中風患者的長期照護需求

腦中風高居台灣十大死因第三位，據統計腦中風每年有 5~10%再發生的可能性，同時也是造成殘障最主要的原因（胡漢華，2008；鄭建興，2006）。中風患者於急性期治療過後，轉為慢性疾病，需要長期接受數種不同領域的醫療照顧，必然需要長期照護與復健服務。

中風患者，因身心功能障礙，而須依賴他人之幫助，以行常態生活。長期照護提供包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持之照護，目的在增進或維持患者身心功能，使其遂行自我照顧及獨立自主之生活能力，減少依賴程度，減輕他人或社會之負擔，增進其尊嚴（李世代，2003；王瑞瑤、高麗芷，2002；陳晶瑩，2003）。

中風患者長期照護約略可區分為幾大類：

- (一) 照護內容：通常包含醫療、護理、社工、復健（物理治療、職能治療、呼吸治療、語言治療等）、心理、營養等系列之維護或支持性的工作。
- (二) 照護服務：可分為居家式（在宅服務、居家護理等）、社區式（日間照護、喘息服務、支持性服務等）機構式（慢性病院（床）、護理之家、養護之或安養中心等）。

(三) 其他：須有長久性照顧設計與安排之特殊照護服務（如呼吸照護、緩和或臨終或安寧照顧（護）、癡呆或失智症照護等(李代，2003；王瑞瑤、高麗芷，2002；陳晶瑩，2003)。



第三章 研究設計與實施

以下分別就研究取向與方法、研究對象與研究場域、資料蒐集與研究工具、資料的分析與處理、研究嚴謹度、研究倫理等做探討。

第一節 研究取向與方法

質性研究重視研究過程對人類社會日常生活世界的理解。基本上質性研究的本質是強調在動態的過程中，對所探究的現象與行動，落實在社會脈絡情境中，透過全面式、深度的探索，了解其豐富的意涵（潘淑滿，2003）。訪談法是一種為特殊目的而進行的談話－研究者與被訪問者，主要著重於受訪者個人的感受（perception of self）、生活與經驗（life and experience）的陳述，藉著彼此的對話，研究者得以獲得、了解及解釋受訪者個人對社會事實（social reality）的認知（Minichiello et al., 1995）。

深度訪談法（in-depth interview），是質性研究中經常採行的資料蒐集方法之一，主要是利用訪談者與受訪者之間的口語交談，達到意見交換與建構，是一種單獨的、個人的互動方式，受訪者藉由訪談的過程與內容，發覺、分析出受訪者的動機、信念、態度、作法與看法等。此研究方法是一種訪談者與受訪者雙方面對面的社會互動過程，訪問資料正是社會互動的產物（畢恆達，1996；李美華、孔祥明、林嘉娟、王婷玉譯，1998；袁方編，2002；高淑清，2008）。

本研究為一探討中風病人就醫歷程情形的質性研究（qualitative research）。在方法上，採用訪談法。藉著與受訪者彼此的對話，得以獲得受訪者對腦中風之後的就醫過程與生活經驗。研究者訪談六位個案及其家屬，因為每一個個案的後遺症不盡相同，家庭環境也不同，所以她們對於訪談議題的回應，都有其獨特性。採用半結構式的訪談，除了讓研究者在訪談時有一脈絡可循，更讓受訪者可以自由敘說他們對腦中風之後生活的一些主觀感受。

第二節 先導研究與研究參與者

先導個案研究主要是幫助研究者考量資料的內容與實施程序，以精進自己資料蒐集的能力。它與前測（pretest）完全不同，先導個案研究較具發展性，能幫助研究者確定相關研究問題的方向，且提供一些概念以釐清最初的研究設計（邱憶惠，1999）。

為了能進一步瞭解研究現象，在進行正式研究之前，研究者先透過先導性研究，實地探索研究問題。主要在於直接進入實地與研究參與者接觸，透過訪談，檢視研究問題、檢討研究方法的適切與否，以進一步修正與確立訪談大綱。

一、先導性訪談準備

進入先導性訪談之前，研究者依實際參與的經驗，先行編製一份訪談說明書（附錄一）、訪談同意書（附錄二）、訪談大綱（附錄三），並邀請受訪者，預計進行一至二次訪談，第一次訪談時間預定二小時。第二次訪談則視需要來決定訪談是否需要進行，可視需要增加訪談的次數。於獲得訪談對象首肯之後進行訪談。

二、先導性訪談檢討與修正

研究者因訪談約定不易，不免有些焦急。唯於訪談前即不斷提醒自己不要躁進，摒棄研究者自己對研究問題的關心，以尊重、開放的態度面對研究參與者。訪談後修正訪談大綱如下：

- （一）於訪談過程中，發現受訪者對於訪談大綱基本資料的填寫對象有疑惑，於是再加以註明，區分為病患資料及受訪家屬資料，修正以符合需求。（附錄四）
- （二）訪談過程中，受訪者對於訪談對話，都非常平穩快速，縱有較長時間的沉默，也是在回想而有短暫的停頓。不僅貼切回答詢問，而且不時以對！有！等來反應對提問的認同，而且受訪者可以從容、真誠的回答。

如逐字稿所呈現：

研究者:請問您甚麼時候知道自己中風了?之前有否徵兆,您和家人處理的態度

如何？（了解患者對生病的認知與態度）

受訪者：亡~我們知道他中風已經事實上是在他覺得自己不舒服有一個星期以後，她才就醫。因為事情發生是在上海他跟他哥哥住在上海，那一段時間，因為家裡出一些事情，會令她情緒波動比較厲害，第二點就是他平常拿藥，拿糖尿病長期處方箋，診所他歇業 他的藥的補充那時候都是從台灣專門送去給他，所以我們沒有辦法監督到他是否有照醫師的處方按時服藥。再加上有許多事情造成他情緒上的很大的波動，以至於他有一天，我們通常每天都有通電話，她在電話裡面說她很不舒服，可是我在台北她在上海，她在上海，然後我們沒有辦法去判斷沒有經驗，可是我哥哥在她旁邊我哥哥也不認為她是中風，因為我們全部都不知道甚麼叫中風？認為老人家說沒有力氣是平常的事情。然後到了真的差不多就是七天的時間，我哥哥說不行了情況很嚴重，他說叫我們在台北要買一個輪椅，我們覺得，丫，這個非同小可。然後回到台北的第二天到三總就醫然後馬上轉急診然後就馬上住院，然後經過一連串醫生的檢查，就確定告訴我們是中風。其實在這個中間我們已經有醫生的朋友他只是很隱晦的，因為可能大家都曉得你知道都很不願意家屬聽到中風這樣的消息，就很隱晦的在警告我們說要立即的處理，回來要去急診。可是我們都不相信，那就是也延誤到。

研究者：請問您（患者）中風到現在有多久的時間？您（患者）做了哪些治療？為什麼採取這些治療方式？誰決定醫療方式？

受訪者：我媽媽到今年的話應該是已經四年半的時間（數時間），初期因為我們家有六個兄弟姊妹，大家對於這種醫療的決策非常紊亂每個人都有自己的意見，所以那個時候也是有一些衝突的矛盾，後來就會慢慢的學習就妥協嘛，我們主要是接受三軍總醫院的復健部的幫助，遵循復健部老師給的一些指示，主要是這個樣子。其他的話，因為我記得那時候你有問一些另類療法，我想剛開始的時候我們都會希望有奇蹟，坊間有一些對中風有幫助的我們都會去尋求，所以我們有試過推拿，但是一次我們

就嚇到了。

研究者：為什麼？

受訪者：因為我們覺得說那兩個人不能夠讓我們信任。我們也是透過人家推薦的，我們電話聯絡，那打電話兩個人說他們說剛好在附近就開著車子過來，但是他們把我們媽媽的肢體這樣子去搬、弄喔，我們沒有信心，再加上第一次他們就很積極的說要用鹿茸和另外一種甚麼藥很貴的價格很高，然後講說吃多久就會好可是這樣就會讓我們產生不信任，再加上他說她們也可以幫我們推薦很棒的她們都是講那種一定會讓你好的外面都請不到的針灸醫生，多麼的難掛號，針一次要一千兩千像這樣的價錢，因為他們很推薦這些反而讓我們有戒心。所以我們一次，然後我們就把後面的一些事情就用各種理由給推掉了，所以這是我們曾經試過的。另外呢，我們試過其實我們同時在進行其實針灸一直有的，中醫方面我們覺得也應該要並重，中西醫我們希望一起互相來輔助，所以我們就尋求比較時在一點的朋友的推薦，那他們就講長庚醫院那邊有一個主任，她對腦中風的針灸是很有口碑的所以我們大概半年之內，她們說黃金期也就是大概三四個月之內，我們得到這個訊息就開始針灸一直治療到現在。針灸會讓我媽媽感覺會舒服，可能很快對她的疼痛得道一個會舒緩，所以針灸是有的

研究者：你媽媽自己感覺怎麼樣，就是不舒服？

受訪者：我媽媽在電話裡跟我說她中風了，她這樣跟我們講，只是我們大家都不曉得，我們從來沒有這樣的一個知識或常識去判斷中風應該是一個甚麼樣子前兆，只知道說平常朋友中風是一件很可怕的事情，譬如說昏倒馬上失去知覺我們以為那是中風，可能那是一個出血性中風我們並不知道堵塞型的中風，直到我們進到了三總醫生做了一個腦的斷層掃描，醫生告訴我們說你們知道嗎？你媽媽前面已經有了四次的小中風這樣才讓我們回憶過去她可能有突然之間的摔倒我們不曉得，認為老人家走不穩，

我們都認為這是自然的現象都不知道說那個就是足以警惕。

研究者：所以，可以講我們對中風其實並沒有那麼了解？

受訪者：對，真的是。

研究者：所以還需要給更多的人知道。

受訪者：其實網路上有很多像這樣的這些可是事不干己的時候你就不會這麼想去了解。

研究者：事後你有去 search 相關資料。

受訪者：有，有！有！有！非常積極這個有開始很積極的想要去了解這個到要怎樣面對這些。

(三) 訪談中，發現受訪者在研究者與她接觸之前，並未有另類療法的概念。因此，修正訪談大綱三、請問您（患者）中風到現在有多久的時間？如何決定醫療方式？增加提問：請問您對另類療法的認識，使用經驗？

(四) 互動式訪談(interactional interview)：研究者因與受訪者有共同的醫療參與背景，研究者能在訪談過程中適時的同理研究參與者的感受、想法，並提供相關社會資源訊息，受訪者能真誠地回應自身的感受與想法，彼此均認真聚焦於問題的回應與思索。除避免了訪談失去焦點而淪為聊天式漫談之外，更於訪談大綱的問題之外，激盪出更多的想法。因此，在訪談大綱中，修正加入開放性題目。

研究者：我們今天大概談到這邊，你有沒有甚麼東西跟我說特別要提的？

受訪者：特別要提啊，嗯我在想說我看到的每一個中風的病的人的心理的因素那一塊，我們剛剛開始的時候家人跟媽媽她有一個很大的轉變；她整個人都變調了、翻掉了對我們來說有一段時間我們用以前我們的態度去對她，所以那個時候就大家都比較爆，就是說燃點都很低就很容易就爆掉了你知道嗎，那在這個方面我是覺得說中風病人有他需要受到醫療照顧的一

塊，我覺得家屬也同樣的，我覺得應該有一個專業的或者是我覺得應該有一個具有專業的一個課程或團體，然後從一開始就介入然後告訴家屬說妳們應該怎麼去做，團體課程也好我覺得更好的話是一對一的課程，因為每一個家庭都有一些多多少少都會有一些狀況的不一樣需求的不同，我覺得給一些正確態度的如何去面對跟接受跟處理，我覺得這是很重要的。因為如果說家裡處理不好的話，造成病人的更嚴重，我覺得其實到後來也是整個醫療資源的投入嘛。我覺得這點是重要的。

藉由前導性研究的訪談，發現：

- (一) 結構性的基本資料的說明不夠明確，修改增加受訪者資料並註明填寫對象。
- (二) 非結構性的題目綱要，受訪者多能即問即答，有時提出相對應的問題，針對另類療法的使用經驗修正問題。
- (三) 訪談結束前，研究者以開放反饋的態度詢問受訪者，是否有問題要提出來？得到受訪者很多迴響，因此加入開放性反饋題目

第三節 研究對象與研究場域

一、研究參與者的選擇

本研究不預設求醫行為與其復原之因果關係上的連結，僅試圖呈現研究參與者（研究對象）就醫歷程的經驗樣貌，與社會資源需求。

- (一) 研究對象：本研究對象為腦中風患者，因此本研究參與者的選擇，依 ICD 編碼 (ICD-10) 分類為 G00-G99 並經醫師診斷為腦中風患者或其主要照顧者為對象，包括蜘蛛膜下腔出血、腦內出血，其他及未明示之顱內出血、腦前動脈阻塞及狹窄、腦動脈阻塞、暫時性腦部缺氧、診斷欠明之急性腦血管疾病，其他及診斷欠明之腦血管疾病、腦血管疾病後期影響等；排除因外傷導致腦出血患者。

(二) 研究對象的取得：研究者週遭所能接觸到的中風患者或家庭為邀請研究對象。

有的是研究者熟識的朋友或鄰居，也有的是透過朋友介紹的，希望能接觸各種不同病情程度的患者，以求研究資料的豐富性。

(三) 研究人數：預設以五位受訪者作為訪談對象，但視訪談資料收集的飽和度，依實際需要，可以再增加收案人數。本案研究人數經訪談後，增加為六位。

二、研究場域

本研究的研究對象為雙北市之腦中風病人為主，因此研究者的研究場域，是依著病人居住地，分布在北台北市、新北市。

三、研究者基本資料

表 3-1 個案資料表

個案代碼		A		B		C		D	E		F	
研究參與者		患者	主要照顧者	患者	主要照顧者	患者	主要照顧者	患者	患者	主要照顧者	患者	主要照顧者
逐字稿編號/ 學歷		A101	A201	B101	B201	C101	C201	D101	E101	E201	F101	F201
年齡		90	60	72	66	56		74	74	68	86	69
性別		女	女	男	女	男	女	女	男	女	男	女
與患者關係		母女		夫妻		夫妻		本人	夫妻		夫妻	
中風年齡	第一次	82		55		47		50	60		79	
	第二次			56		52		63	70			
	兩次間隔/年	診斷確診前，有4次小中風		1		5		13	10			
治療醫	西醫	✓		✓		✓		✓	✓		✓	
	中醫	✓				✓		✓	✓		✓	

	保健食品	✓	✓	✓	✓		✓
	宗教信仰		✓	✓	✓	✓	
	針灸	✓		✓	✓	✓	✓
	推拿	✓		✓	✓	✓	
	按摩						✓
	氣功	✓					✓
	電台廣告				✓		
	藥品						
	拍腳底					✓	
	拔罐					✓	
開始西醫以外治療時間	出院後開始中藥、推拿因感覺不好很快停止中藥及推拿。	因糖尿病考量，不採用其他治療方式。	約一個月出院後經人介紹開始使用針灸等。	第一次確診後即自行出院，使用草藥。	出院後總辦去要好起來人家說好的就去做。	第一次住院期間即開始施行按摩。	
外勞	有	原有申請，外勞於第三年覺得辛苦，提早解約，之後由妻子獨力照顧	家中長輩有申請，患者不願意	無，經濟因素	家中長輩有申請	有	
備註	病人很少開口，聲音很小，與小兒子同住，主要由女兒照顧醫療。	二度中風後情況不佳，外出不便，由復健師到家中進行復建，除就醫外患者不出門。	由妻子獨力照顧	每個月輪住三個兒子家中，輔以居家照護。	由妻子獨力照顧	由外勞與妻子共同照顧	

註：1.患者年齡以中華民國一〇三年為計算標準。

2.因個案有無法言語者，所以訪談對象有患者、主要照顧者，逐字稿編號以 C 組為例：C 代表第一組個案、第一個數字 1 代表病人、2 代表家屬、第二個數字 0 空白、第三個數字 1 表示第一次訪談。如患者第一次訪談以 C101，家屬以 C201 表示。

第四節 資料蒐集與研究工具

研究者資料的收集分為兩個階段，首先是準備階段，包括主題的確定、文獻的閱

讀及先導研究的訪談；其次是資料的收集階段，包括研究工具的準備，過程分述如下：

一、準備階段

(一) 確定主題：研究者因為母親為中風患者的就醫經驗，實際參與研究對象的活動而進入實地，發現腦中風在生病前對腦中風並不瞭解，之後的就醫也有許多情況，因此決定研究方向，於是經由相關文獻的蒐集與閱讀，並與指導教授討論後，確認研究主題。

(二) 擬定先導研究訪談大綱

研究者針對病人及家屬擬定了一份先導研究訪談大綱，作為訪談時的備忘之用（附錄一）。

(三) 確定正式訪談大綱

進入訪談之前，依研究者先導研究的經驗，研究者編製一份半結構式訪談大綱，做為資料蒐集與備忘之用。

二、資料收集期--研究工具

(一) 研究參與者

本研究參與者有患者及家屬，他們是研究資料的主要來源，更是研究資料得提供者，是資料提供者的角色。

(二) 研究者

在質性研究中，研究者本身即是最主要的資料蒐集與資料分析的主要工具。研究者在本研究中是為資料蒐集者與資料分析者的角色。

(三) 具體的研究工具則包括有：1.半結構式的訪談大綱。2.訪談說明書。3.訪談同意書。4.電腦。5.錄音筆。6.筆記本等。

第五節 資料的分析與處理

一、文本來源

資料的蒐集是在透過研究者與受訪者訪談後資料做為文本的來源，訪談資料主要採半結構式的訪談內容為主要的文本資料，其內容是針對腦中風患者或其主要照顧者訪談所取得的資料，其型態是經由訪談錄音謄寫成的逐字稿。

二、資料的處理與分析

Glaser (1965) 提到，持續性比較分析法 (Constant Comparative Method, 以下簡稱 CCM) 是一個持續動態過程，其目的在於從資料中歸納地發展和建構理論。CCM 主要包括四個步驟：1.比較出適用於每個概念的類別事例；2.整合類別和他們的特性；3.界定呈現出的理論；4.撰寫理論 (黃瑞琴，1991)。

本研究透過半結構式訪談，進行資料收集。並將訪談的內容形成的逐字稿，在資料整理與確認後，配合文獻的閱讀進行開放性編碼，運用 CCM 來分析文本資料，先形成概念，再逐步抽取概念與概念間的相關範疇，不斷向上分層凝結為核心範疇最後形成主軸議題。本研究進行的步驟如下：

(一) 開放性編碼 (open coding)：

本研究使用 Excel，將文本中重要的概念和有意義的文字資料進行編碼。在執行開放性編碼之前，研究者先反覆閱讀文本，再用逐字逐句的方式把資料概念化。編碼的過程中，研究者將有意義的文字給予一個概念，當相同的概念出現，則編在同一個編碼之下。當出現和上下文不同的概念時，則進行比較，若不符合則給予新的編碼，並針對編碼找出最合適的名詞給予命名。研究者的編碼範例如下：

範例說明：「A201」：「A」代表 A 組個案、「2」代表家屬、「0」空白、「1」表示第一次訪談，「17」為此文本第 17 個編碼，「31/32」指行數從 31 行到 32 行。

文本：A201-17 訪談內容：A201-17 (31/32)

編碼：概念是「不知道中風的徵兆」

文本內容：我們從來沒有這樣的一個知識或常識去判斷中風應該是一個甚麼樣子前兆。

文本：A201-39 訪談內容：A201-39（74/75）

編碼：概念是「中西醫相輔」

文本內容：中醫方面我們覺得也應該要並重，中西醫我們希望一起互相來輔助

文本：A201-1 訪談內容：A201-1（1/1）

編碼：概念是「身體不舒服一星期後才就醫」

文本內容：我們知道他中風已經事實上是實際上在他覺得自己不舒服有一個星期以後，她才就醫

（二）再一次概念化形成範疇

編碼的命名對研究者而言，是一個高難度的工作，對第一次操作者，針是困難重重。完成第一個受訪者的概念編碼時，敘事又長又複雜，文字也不夠精準，所幸在老師的示範帶領下，不斷再回到文本與文獻中反覆咀嚼，才逐漸摸索體會出來。將概念再精煉形成範疇。由表列可看出文字精簡的差異。

表3-2 再一次概念化形成範疇

編碼	頁碼	文本內容	概念	範疇
A201--1-1	1/2	我們知道他中風已經事實上是實際上在他覺得自己不舒服有一個星期以後，她才就醫。	我們知道他中風已經事實上是實際上在他覺得自己不舒服有一個星期以後	不知道中風
A201-8	13/14	差不多就是七天的時間，我哥哥說不行了情況很嚴重，他說叫我們在台北要買一個輪椅，我們覺得，Y這的非同小可。	需要看醫生我哥哥說不行了情況很嚴重，	延誤就醫

A201-20	36/38	才讓我們回憶過去她可能有突然之間的摔倒我們不曉得，認為老人家走不穩，我們都認為這是自然的現象都不知道說那個就是足以警惕。	認為老人家走不穩，我們都認為這是自然的現象	家屬對疾病的認知
---------	-------	--	-----------------------	----------

(三) 範疇再濃縮形成核心範疇：

開放性編碼完成後，隨著訪談文本的長短不同與內容輕重與否，可能有數十個到數百個不同的編碼，在經過比較、歸類後，研究者將相同的範疇形成核心範疇，並根據範疇的內容予以命名，這部分是在 Excel 及 Word 作業系統下進行歸納整理、分析和命名，此時的命名在持續比較的過程中可能會作修改。資料的概念及形成範疇如表

表 3-3 資料的概念及形成範疇

家屬的疾病認知
家屬對中風無經驗
家屬對疾病的認知
不知道中風的徵兆
家屬的復健認知
不相信是中風
癲癇
家屬對病情認知
神經生長困難
判斷是中風
固定運動
癲癇
書籍

(四) 形成主軸議題：

透過在原始資料與編碼間反覆思索，同時持續比較原始資料與範疇間及範疇與範疇間彼此的關聯性，藉由持續比較的過程，發現範疇與範疇之間的異同性，經由反覆比較的過程形成主軸議題。

表3-4形成主軸議題

就醫歷程	醫療體系
	負面就醫歷程
	求醫行為

第六節 研究嚴謹度

「質性研究結果品質的把關，與信、效度有著密切關係，此外其亦著重研究中一連串歷程品質把關，一般而言綜以『嚴謹性』稱之」（高淑清，2008），為確保質的品質，Lincoln 和Guba 在 1985 年提出了建立質性研究可信賴度（trustworthiness）的四個標準來代表信度、效度，一直到目前，仍普遍為質性研究者所運用。

本研究在，依據上述兩位學者所提出的確實性、可轉換性、可靠性及可確認性等原則（Lincoln & Guba，1985，1990，1996；高淑清，2008），作為本研究之信效度指標。分述如下：

一、確實性（credibility）：

代表內在效度，即質化研究資料真實的程度，及研究是否真觀察到所希望觀察的。

- （一）本研究由研究者擔任訪談者，藉由訪談同意書的簽署，確認受訪者的各項權益，訪談地點的選擇，以避免受訪者受到干擾為原則。

(二) 訪談時，依先前擬定的半結構式訪談大綱進行，訪談當中同時做錄音，訪談後錄音資料轉成逐字稿，有不清楚的地方，再以電話或 Email 再確認。

二、可轉換性 (transferability)

代表外在效度，指經由受訪者所描述的感受與經驗，能有效的將資料轉換成文字陳述，簡言之，即資料的可比較性與詮釋性。爲了獲取訪談中資料的完整性，除了將現場錄音在訪談後轉成逐字稿外，訪談當中受訪者的肢體語言、情緒變化或表情等非語言訊息，也會記錄於訪談逐字稿中。

三、可靠性 (dependability)

代表內在效度，呈現個人經驗的重要性與唯一性。因此，如何取得可靠性的資料，乃研究過程中資料蒐集策略的重點，研究者必須將整個研究過程與決策加以說明，以共判斷資料的可靠性

本研究於選擇研究對象時，即考量誠信關係的建立。因此在先導研究對象的邀請時，即先予以充分的溝通取得同意外，並給予書面訪談說明，使充分瞭解研究主題、目的與研究進行方式，以獲得研究參與者毫無保留的分享，提供可靠的資料。

四、可確認性 (confirmability)

指研究的客觀、一致及中立的要求，邀請與研究主題相關的資深研究者，針對研究的過程及內容做討論及分析，以其研究結果具可確認性。

本研究過程中，研究者除藉由文獻的，同時藉由與指導教授討論以及相關醫療人員協助檢視資料的正確性，以維護資料真實、可重複性、穩定性、一致性與正確性。

第七節 研究倫理

關於以人類為對象的研究倫理，傳統上有二個議題，「知情的同意」和「保護對象免於遭受傷害」。這些規範目的在確保：1.研究對象是自願地接受研究，理解這項

研究的性質以及所包含的危險和義務。2.研究對象不能暴露於那些比研究收穫更大的風險當中（李奉儒，2001）。在研究倫理的條件下，為保護研究對象與受訪者，研究者應遵守匿名（anonymity）及私密性（confidentiality）原則（嚴祥鸞，1996）。

本研究在訪談邀請時，即送交研究對象一份訪談說明書，主要揭示以下幾項倫理原則：

- 一、明確告知研究參與者所參與的研究計畫、研究者身分及聯絡方式。
- 二、說明研究目的、訪談方式、次數、地點的約定方式及全程錄音等。
- 三、研究參與者隨時可選擇終止或退出本研究。
- 四、訪談資料，研究者保證不隨意公開。
- 五、訪談資料保存：本研究訪談資料有錄音檔、電腦文字檔以及紙本等，予以妥善保存，除了對研究參與者及資料的尊重外，也需要留存以便查證研究結果。

此外，研究訪談進行前，再次充分的告知研究參與者本研究的目的是及研究進行的方式，尤其是錄音部分，待其充分了解後共同簽署同意書，以尊重及保護研究參與者的權益。

本研究以幾個面向來表達研究倫理，並達到保護研究對象的目的：

- 一、研究邀請：研究者透過電話或或至研究對象家中當面邀請參與本研究案。因為考量患者行動不方便以及配合受訪者時間的便利性，所以訪談地點由研究者至受訪者家中訪談，或是與受訪者約定在其外出時附近較安靜不受干擾的咖啡廳進行訪談。
- 二、匿名性：無論是在研究的進行或文本的呈現，均以匿名的方式表示。除非已經過研究對象與受訪者同意，研究者絕不得將其資料透露、公開。

三、研究過程中：研究者需確實考慮是否會影響研究對象與受訪者的身心問題，並維持在「最低傷害可能」的範圍，遵守不欺騙、不傷害原則。研究參與者可隨時終止研究參與。

四、結果分析與呈現方面：研究者將所獲得的有關資料，依據研究設計進行客觀分析，不刻意排除負面的以及非預期的研究資料，使文本能完整的呈現出研究的結果。在結果呈現方面，研究者有義務將研究設計的缺失及限制詳細敘述，並對分析資料的結果與詮釋負責。



第四章 研究分析

研究者在文本分析初步完成後，運用持續比較分析法，根據不同之範疇歸納分析，發現之主範疇及相關範疇（表 4-1），形成第四章的分析架構，研究架構圖如圖 4-1 所示。

第四章的章節安排，第一節從疾病的認知，由腦中風患者或家屬對於腦中風的認識開始，說明何以延誤就醫。第二節藉由生病的軌道，探討腦中風疾病的歷程，病人及家屬面臨中風後的生活變化。第三節就醫歷程，主要是探討腦中風病人，中風之後的就醫方式與經驗及其效果。第四節是探討中風患者的照護需求與困難，第五節社會資源的取得與使用情形。

表 4-1 主軸議題

主軸議題	核心範疇	範疇
疾病的認知	病人、家屬的疾病認知	
	對中風無經驗	
	延誤就醫	
	家屬的陪病歷程	
生病的軌道	疾病的歷程	易中風因子
		病情發展
		醫療困境
	病人、家屬的態度	決策衝突
		家屬無法接受病人的改變 正向積極
情感秩序	病人自我認知 家屬的情緒 病人行為改變 生與死的尋求	
對生活的影響	對家人的影響 對病人的影響 經濟負擔	
就醫歷程	醫療體系	中醫 民俗療法 另類療法

		求醫行為
	負面就醫歷程	不適當的醫囑 不受信任醫療類型 不好的就醫經驗
	求醫行為	單向就醫 中草藥為主 多元就醫 醫病關係
照護需求	照顧行為	家屬態度 照顧方式的選擇 照顧方式的覺察 病人受照顧的感受 照顧者的壓力
	行動需求	滿足病人行動需求的方式 滿足病人行動需求的困難
	資訊需求	照護訊息不明確 不適當的資訊傳遞
	人力需求	短期看護 喘息照護員 外籍看護
	醫療需求	復建需求 醫療資源
資源取得與使用	資訊傳播	資訊來源 資訊不明確 無效傳播 有效傳播
	復康巴士	無障礙運輸服務 使用方式 使用情形 使用期待
	外籍看護	聘僱 照顧斷層 爭取權益
	醫療資源	健保給付問題 病房不足 住院天數問題
	輔具資源	使用態度 使用情形 資源差異

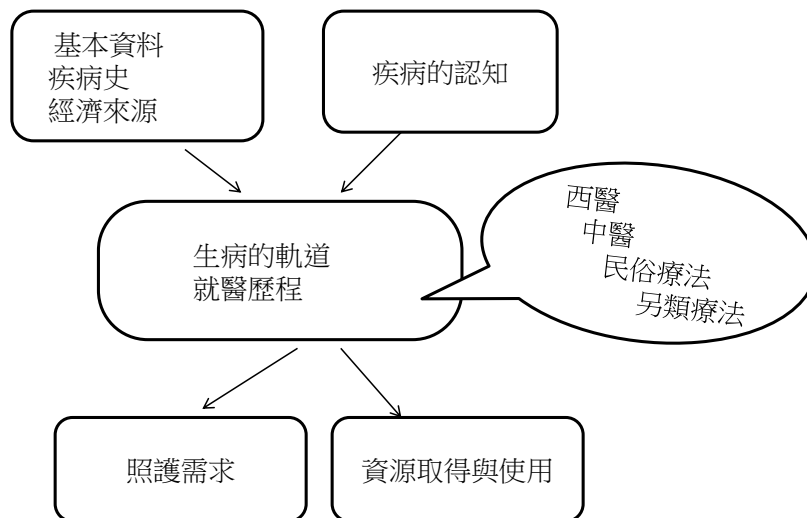


圖4-1 研究架構圖

第一節 疾病認知

在本節，透過病人及家屬的疾病認知、對中風無經驗、延誤就醫與陪病歷程等來探討病人及家屬對腦中風的認識的重要性。

一、病人、家屬的疾病認知

中風是甚麼？是一隻腳、一隻手不能動？或是眼睛歪的，嘴巴斜的？這是很多人在認識或接觸中風病人之前的印象。就算平常聽到別人敘說中風的可怕，我們也不以為意，因為中風離我們太遠了，怎麼可能發生在我們或親人的身上。

只知道說平常朋友中風是一件很可怕的事情 (A201-18 31/32)

我們就一直認為她有免疫，我們就認為她會有糖尿病的截肢甚麼的，我們萬萬沒有想到他會有中風。(A201-23 47/48)

他去看醫生，內科劉醫師說：「你們沒有懷疑是中風？」我們都嚇一跳，根本沒想

過這個問題，不相信。(B201-4 6/7)

但是當你不注意，他就悄悄的偷襲你。中風來突襲之後，就像一場災難，有一半機會留下輕重不等的後遺症，這才是抗戰的開始，(台灣腦中風學會，台北榮總神經醫學中心)

進步現在差不多從零開始。右手還會酸(慢慢來)。對啊要慢慢訓練。(E101-24 59/59)

到現在來沒有用了，十多年了。(D101-25 80/80)

唉~我覺得這個中風就是一個長久的抗戰。(A201-201 396/403)

二、對中風無經驗

腦中風是腦血管障礙的總稱，因為來的突然，所以也被稱為腦血管意外。在訪談中，受訪者多表示生病前沒有徵兆外，發現六位個案中，其中五位個案均不知道自己或家人中風了，即便是病人表示中風了，我們也因為對中風不熟悉而輕忽了，其中僅有一位家屬能判斷病人是中風，卻仍表示平常從來沒有看過這個現象。

我媽媽在電話裡跟我說她中風了，她這樣跟我們講，只是我們大家都不曉得
(A201-16 26/27)

每天都有通電話，她在電話裡面說她很不舒服，可是我在台北她在上海，她在上海，然後我們沒有辦法去判斷沒有經驗，(A201-4 9/9)

他也不知道自己中風，叫我們說：「不要管我，我待會再自己爬起來就好。」
(C121-17 52/54)

我們中風根本沒有經驗,根本不知道這就是中風(C121-27 96/96)

爬得起來，就不能走。我妹妹就叫計程車讓我坐回來。(D101-6 17/17)

完全不知道，完全沒有徵兆，正常上下班。(E101-1 3/3)

那我就趕快打電話給我兒子說：「我不去了，你爸中風了」，因為我也是平常從來沒有看過這個現象。(F201-1)

三、延誤就醫

張芷雲（2003）曾針對 43 位癌症、慢性肺氣腫及糖尿病病人進行研究，結果發現：一般人對病痛的反應，有選擇性的注意和選擇性警覺的現象，如果有出血、發高燒或持續疼痛的情形，通常會促使病人或家屬積極求醫；如果是傷風感冒等「小毛病」的混淆症狀，往往會被忽略掉。在六位個案的訪談中，發現有四位個案即有因忽視而延誤就醫的情形。

我們知道他中風已經事實上是實際上在他覺得自己不舒服有一個星期以後，她才就醫。（A201-1 3/4）

認為老人家說沒有力氣是平常的事情。（A201-7 12/12）

那天就覺得頭有點暈，他以為是感冒，（B201-3 10/11）

我老的在家裡也不會說你幫我叫救護車。本來會走變不會走，他就幫我扶著去廁所，越來越不行走。（D121-8 20/22）

訪談中我們發現，當異常症狀出現時，病人或家屬可能已察覺不適，但因症狀不明顯，覺得還可以忍受，也沒有強烈的不適，認為藥吃一吃就好了，對於症狀未積極處理或不予理會，直到病情嚴重才就醫，以致造成不可逆的傷害。

這樣就去住院了，就一直拖到 11 點多，時間拖延到，人家是說一開始發生就送醫院還會有法度，拖延 16 點鐘來不及了。（D121-10 23/24）

四、家屬的陪病歷程

面對家人的病體，從原初的期待到最後不得不接受現實的呈現，十幾年依然堅持守護，不離不棄，令人動容。

剛開始的時候我們都會希望有奇蹟（A201-30 61/61）

因為剛開始沒有這麼了解不曉得有這麼清楚這麼深，剛開始還會有希望，後來才知道，啊！根本就是~~~（B201-94 357/358）

剛開始我不知道，當然我也以為只有吃藥就會好，醫生他們也都不講（B201-61 193/193）

我有時跟他講：「曾 00，你最少給我到我們結婚五十週年，你走後我再來」他會

跟我點頭，我們兩個是老伴，老伴就是要白頭偕老。(F201-64 127/128)

也經由這樣一個陪伴照顧的歷程，讓家屬願意更積極的去了解、面對正視「中風」，並協助病人緩步前進。

是事不干己的時候你就不會這麼想去了解。(A201-25 49/50)

非常積極這個有開始很積極的想要去了解這個到要怎樣面對這些。(A201-26 52/53)

她們的不平衡感都會讓他這樣滑下去，這些都是要學的地方，(A201-102 234/235)

我就學會觀察幫她測血糖或驗血看她的肝腎有沒有受到傷害(A201-65 126/127)

小結

中風的復原率約為 15%，顯示對於中風輕忽的後果，真的是非常可怕。即便是醫學發達的現在，也是有許多無法復原，甚或死亡的憾事。本研究的訪談中也發現患者及家屬認為，自己對於腦中風多是不了解或一知半解，多半於就醫後才逐漸去加以理解。並且藉由陪病的過程，增加對疾病的認識與學習，也就是所謂的久病成良醫。

第二節 生病軌道

一、疾病歷程

(一) 易中風因子

情緒波動、高血壓、糖尿病等遺傳疾病、喝酒又熬夜、服藥不正常等因素，較易導致腦中風發作。

糖尿病是有家族遺傳，他已經網膜病變了，到了這邊醫生說他的全身血管都是脆弱的了，血管脆弱就容易中風。(B201-9)

去玩之後，應該喝酒又熬夜的關係。(C201-1 19/19)

好多人是喝高粱酒中風的，人家混合這樣給你喝對不對。(C201-3 25/25)

(二) 病情發展

中風發病情形，因受傷害位置不同而呈現不同的情形，也會影響復原的情形。如果未能痊癒，除了維持穩定外，因中風病人隨著年齡增長，且較易感染則病情往往只會走下坡，很難回復。

那天如果沒有提那包，重力加上出力又正中午，血管就爆開衝高，送到三總時一直衝、一直衝，來不及了，(C201-14 68/69)

我上樓拿健保卡，等我下樓他就已經癱了，躺在沙發椅上。(F201-6 12/13)

他那時候已經都尿失禁了，也吐了，他們就用抱的上車我想說拿褲子都來不及了，他就尿失禁。(F201-8 14/16)

第一次中風復原情形通常比較樂觀。

剛恢復時可以用單拐自己走不需要有人扶她(A201-89 180/181)

他第一次中風後，活動狀況還蠻好的，他開車…什麼都照樣自己來(B201-12)

他第一次完全都沒有後遺症，開車、游泳都可以自己來，就像好人。(B201-52)

對啊，那去十多年呢。大家都說我真好膽，坐鐵牛仔，大家都說你這麼好膽喔！

我12月中的，隔年我3月就去進香。(D121-49 143/144)

中風患者於第一次中風之後，不管病情是否復原，很容易會有二度中風，通常較第一次中風來得嚴重，而且復原的情形無法像第一次復原情形來得好。在訪談個案中，六位個案多為二度以上中風，未被察覺需要依靠醫療檢查才被發現的小中風就更多了。

醫生告訴我們說你們知道嗎？你媽媽前面已經有了四次的小中風(A201-19 34/35)

他85年退，86年第1次中風、87年第2次。(B201-51 156/157)

95年到現在102年，7年了。快要七年了今年三月他第二次中風血壓不高，142而已。(C201-16 76/80)

是我們人講的，過年就73歲，中風第13年第二次中風，63歲中的。(D121-2 4/4)

中風患者如果無法復原，容易衍生除其他的病症，也會隨著時間而逐漸呈現健康

衰退的情形。譬如感染、癲癇，都是導致病情惡化很重要的因素。

要到物理治療室他人整個突然不對，他的臉一直斜著看一邊，麼會這個樣子（餘悸猶存），我嚇死了！叫他也都沒反應，快推他去急診，後來才知道是癲癇（B201-17 36/37）

盧醫師也沒想過會發生癲癇，雖然傷口結痂會不正常的放電，但有的人也沒有，要看個人的體質，沒想到他那麼快！（B201-18 39/40）

邱醫生說對中風的人來講這樣容易引發吸入性肺炎及尿道感染，建議我做胃造瘻（B201-25 58/59）

他就是~該吃該喝該洗該甚麼該睡覺，就是 24 小時都不能離開。（B201-93 353/353）

我老公本來復健後還不錯，從癲癇過後就愈來愈走下坡。（F201-47 163/164）

三年之後，就比較沒這個現象，有人來看他，偶爾他會想起來，叫不出名字，這一年就通通不認識。（F202-09 18/19）

我看書上說：中風的人會慢慢的失智。（F202-11 21/21）

（三）醫療困境

並不是每一位腦中風患者，都可以依照醫師的醫療處置而得到病情的穩定，經常家屬必需在病情的發展中飽受煎熬。譬如腦溢血病人，能否得到手術治療的機會。

醫生一看就說腦中風說要做電腦斷層，檢查之後說是腦溢血，需要馬上開刀，但是危險性很大。（F201-9 16/17）

醫生告訴我說血壓高到 180 昏迷指數 3 要開也不能開。（F201-14 29/30）

治療的決定，經常是來的急又快，醫生必須立刻診斷，家屬，亦須立即決定，還要簽字，救與不救，何期艱難！

他當初也怪我為什麼要救他，因為你當初我們也不知道你是中風，而且意識還很清楚當然要救啊，若不救不一定還會怪我怎麼不救他。（C201-137 647/648）

二、病人、家屬的態度

(一) 決策衝突

面對病人的醫療決策時，家屬常會產生矛盾、對立的情形，因此必需得到充分的資訊，站在病人的立場方能獲得最好的醫療決策。

醫療的決策非常紊亂每個人都有自己的意見，所以那個時候也是有一些衝突的矛盾 (A201-27 55/57)

一個要走一個要留這個就是相當大的衝突 (A201-53 107/108)

(二) 家屬無法接受病人的改變

面對突如其來的意外，病人及家屬都沒有做好準備。他們無法接受家裡突然多了一個病人，而且可能不會說、不會吃、還不能動。

現在這麼久過來，我可以慢慢這樣說。剛開始我真的是沒有辦法，我真的是沒有辦法接受。(B201-48 142/143)

……怎麼說，感受最深... 因為一個晚上整個完全變，你知道嗎?，剛開始我也無法接受，怎麼會中風?怎麼也不會說、不會吃、也不會，怎麼通通都不會!但是沒有辦法，都這樣子了，也只能接受。(B201-63 211/213)

(三) 正向積極

當中風的後遺症發生，在病情穩定之後，病人和家屬面對後遺症的事實，常會產生兩極化的反應，努力的想要好起來或因承受不住復健的痛苦而放棄治療。很高興的在訪談中，發現正向的意義，多數人選擇深入了解中風並積極面對。

非常積極這個有開始很積極的想要去了解這個到要怎樣面對這些。(A201-26 53/55)

他就跟藍老師說:我回去就要去走路了，一般來講腳受傷的人不是有用兩邊的那種拐杖。藍主任說：你不行，你不是像受傷的人，你是中風沒有辦法。他也是說：我可以啦，我用拐子凸著凸著，結果不行。(C201-30 137/140)

治療若是不做就是放棄自己。治療愈不做，會退化得很快。長時間以來，大家都

要加油，在這個地方大家互相加油打氣。（C121-129 124/126）

希望我可以更好一點，（D121-112 365/365）

三、情感秩序

當中風發生了，除了及時復原的病人之外，其餘可以穩定存活的病人，總是或多或少留有極大傷害的後遺症，如手腳失能，語言失能等，亦即所謂的殘障，造成病人的心理傷害甚至影響家人，在這當中更有病人面對病苦的態度。

（一）病人自我認知

1. 常人處於壓力狀態下，因自我認知的預期，會有焦慮反應，時間久了，預期無望，也可能出現憂鬱（詹金烈，2010）。

她就是覺得她的人生就完蛋了嘛。（A201-119 320/321）

剛開始的時候她的感情變得非常脆弱，然後會就是你從來沒有看過媽媽的那個樣子然後會哭，哭得像個小孩一樣（A201-121 329/330）

我只是覺得我能如何？！（加重語氣）要怎樣！你要作人家不給你做，人家特別…。（不清楚）說不要啊，你給他否認，你去啊，你去啊！走，走，去啊！水療！沒人法嘛！問題我就是這樣，能如何啦！就是這樣！（E101-41 159/162）

2. 病人因為無法自己移動，失去了行動自由，一切活動均需依賴照顧者。病人覺得自己成為家人的負擔。

她不能夠自己行動自己走或自己拿東西不能自己下床或自己翻身她不能夠自己做這個事情，她可能覺得心裡不平。（A201-86 177/179）

有時會突然之間就跟你講說我拖累你們這樣講（A201-120 323/324）

要動不能動，艱苦。（C101-7 161/161）不能開車、不能坐車很不方便。（C101-8 163/163）

背我到五樓我實在心肝也很難過呢！我們得到這個，拖累細小這樣。（D121-77 238/238）

唉！人家小孩子也要賺錢，無人可以帶我，就沒有做了，只有在家裡這樣行這樣。

(D121-37 106/107)

3. 病人的情緒往往反應於外在行為，如減少與外界的溝通，退縮或是憤世嫉俗等，他們除了生理的退化外，似乎也逐漸的放棄或喪失語言的功能。

開始的半年一年他可能還認為說自己會好，那時候你還看得到她一點點的笑容他比較多話，後來她就越來越不說話了，以至於到現在大概四年多你很難得聽到她講幾句話。(A201-77 164/166)

十餘年的結論就是這樣，就是「認命」二字，就是「忍」這樣而已。呵~ (E101-44 194/195)

十年後我就自己改變成這樣。別人不改變我們就改變自己。改變自己，你要適應環境，不是環境適應你，這是真理。你要適應環境，唉。(E101-42 178/179)

一樣哪有甚麼心情，啊只要人家願意帶我們去就很好了，哪有甚麼心情。甚麼想法就沒有用啊！不是你想要中狀元就沒有狀元讓你中喔！嗯哼。(E101-15 31/33)

看我們在吃，他會很想吃，有幾次手伸出去想拿來吃，等人家拿走他又會叫丫丫的，真的給他吃又吞不下去。(F202-14 31/33)

(二) 家屬的情緒

面對家人長時間的病態，家屬由希望轉為失望，於照應病人身體的同時，也同時反省自己的態度，而開始擔心起自己存活對病人的影響。

有一段時間我們用以前我們的態度去對她，所以那個時候就大家都比較爆，就是說燃點都很低就很容易就爆掉了(A201-181 530/531)

因為剛開始沒有這麼了解、不曉得，有這麼清楚這麼深，剛開始還會有希望，後來才知道，啊！根本就是~~~(B201-94 357/358)

真的。你看他現在這個樣子，他現在起來就是在臥房、飯廳，帶著鼻管、帶著尿管，真的是很苦。就跟坐監牢一樣。(B201-40 182/182)

有一次我拉肚子，我想不對，如果這樣拉下去，搞不好我先走，那他怎麼辦？我就自己去在那邊住了一個晚上。所以要照顧好自己。(F201-61 120/121)

而來自周遭朋友的鼓勵就更為重要。

長時間就是旁邊的人給他鼓勵比較重要，朋友比較重要。（C201-140 578/578）

（三）病人行為改變

病人行為的改變，可以從行為改變及社交退卻二者說明。

1. 行為改變

中風病人因為行動的不自由，衍生出不安全感，如果病情一直無法有效好轉，病人外顯行為轉而內縮。

她會追人追得很厲害，以致造成我哥哥沒辦法安心的工作（A201-56 112/113）

晚上睡覺的時候你都要有人把手放在她的身體上面（A201-57 113/114）

開始的半年一年他可能還認為說自己會好，那時候你還看得到她一點點的笑容他比較多話，後來她就越來越不說話了，以至於到現在大概四年多你很難得聽到她講幾句話，（A201-77 159/160）

發現到她的目光非常的呆滯，她常常很長時間的盯住一個地方，然後電視也不能吸引她的注意力，然後外面人講話也不能吸收她的注意力（A201-78 160/162）

2. 社交退卻

她整個人都萎縮了，（A201-73 149/149）她變得很沉默，她不講話，就是她的social 她的社交方面的功能和興趣已經完全退回到零地步。（A201-84 174/175）她到現在反而退縮到沒有反應沒有感情我覺得反而是我最怕的一件事情。（A201-123 400/401）

我不要，我不要主動的。像路上碰到的（聊）五分鐘，不然就算了。（E101-13 27/28）

他現在比較不愛出去。（F202-16 39/40）

（四）生與死的尋求

本研究訪談對象雖未特別挑選中風年資，經由訪談資料的分析，六位個案的中風資歷都在五年以上，甚至長達廿三年之久，中風病人因為長期身體的不便，產生死亡的概念，而家屬在面對病人的痛苦時，也就接受了死亡的到來。

啊~（用力的）這次差點也是差一點那個，我連那個（DNR）都簽了，我也是放棄所有的急救（B201-38 104/104）

因為他已經中風十幾年了，他也已經七十了，身體也愈來愈~~即使是插管氣切，回來可能……我就想說，唉~想，何必讓他再受這個苦（B201-39 105/106）

晚上有幾次，我這個心肝頭會痛，我就說喔：佛祖！如果我是歲數該終，就讓我這樣好一點去，不要這麼甘苦。（D121-106 349/351）

有！有！有！我也常跟天公伯說：天公伯！我歲壽如果該終，你就讓我好去，如果我歲壽不該終，就保佑讓我快活些好過些，有啦，我有。（D121-110 361/362）

也不能讓他死（自殺），死也死不了，啊活的人（家屬）也很痛苦。（D101-110 361/362）

四、對生活的影響.

身體的活動不便，會失去正向的身體心像而產生低自尊、角色退縮、情緒消極及抑鬱現象，進而減少與社會接觸，包括家人、親友關係也日漸冷淡，而出現心理調適障礙的現象。同時也影響家人一般的日常生活與價值觀。

（一）對家人的影響：

如何填充她的時間也變成相對重要的一件事，所以我們等於給她安排節目，（A201-163 329/332）

我根本沒辦法，一天到晚就看我一直坐在那裏餵。（B201-55 174/176）

老大她從小看著我真的很辛苦，所以她不結婚。她說：我找一個人回來伺候，我不幹，她不肯。（B201-50 149/149）

我三個兒子。我們將心比我時常跟他講，世你這樣要娶媳婦很困難，因為人家會這樣想，啊伊中風喔會需要人家來服務，不願意來做你的媳婦，然後真的緣分到

了，媳婦娶了，媳婦未必她會幫你照顧。現在社會就是出現這個狀況很多啊！
(C201-134 623/625)

(二) 對病人的影響：病友相互扶持是病人最大的支持，因著病人行動的不便或病情的加重，迫使病人離開社會，除了照顧者及家人外，漸漸脫離了一般人際關係。

第二次就完全變了，當然剛開始親友大伯、小叔還是會來，可是他們來他沒辦法溝通，他們講的話他也不是完全聽得懂，他就很沮喪。可是他也沒有辦法跟他們講，他就愈來愈~ (B201-53 168/170)

就復健會的朋友，永遠支持者。我告訴你啦，家裡有一個長時間的，剛開始還好，長時間下來，大家會比較疏遠，現在人就是這樣，不要說朋友，自己兄弟也是一樣，真的我相信妳也有同感，很多人都這樣講。(C201-60 267/269)

剛開始會啦，到後來，唉！人在人情在啦，人如果沒法度陪對(台語)，要怎麼叫人家一直來看我們。沒了啦。(D121-85 279/280)

看我們吃，看著他這樣他不能吃又不能吃，他很可憐，就沒有帶他去。(F202-15 34/35)

哈(嘆)!現在中風之後就躺在在家裡。朋友有來就來，沒來就算啦，不然要怎樣!(E121-12 25/26)

(三) 經濟負擔：病人的醫療費用、保健食品、輔具等每項花費都是沉重，如果沒有一定的收入對家人是一項負擔。

就是投注在她身上真得都所費不貲(A201-187 407/410)。我們一開始給她買了各種酵素那種東西都是所費不貲的東西，(A201-204 555/556)

錢來，也得買尿布也得吃，大家都要賺才有得吃，沒有賺就沒得吃啦。(D101-45 119/120) 唉~!人家年輕人沒賺沒得吃，全都顧你老的人家也沒辦法。(D101-58 179/179)

我們也不知道爸爸以後是不是要拖很久，這是需要一段很長時間的那個錢也要預備著，也不知到要用多久，也是要算著來用。(F201-32 88/90)

他是用月退的，所以他有一點錢，至少那一點錢我們兩個可以維持，我們可以用

就儘量用，不是亂用。他以前賺錢很苦，還好現在有退休金。（E201-22 303/305）

五、當患者腦中風確診後，後遺症也就形成了，隨著病情的發展，有可能更好或更壞。於生命跡象穩定後，病人和醫療單位也就難以分離了，病人和家屬也開始展開長期抗戰。

他去看醫生，內科劉醫師說：「你們沒有懷疑是中風？」我們都嚇一跳，根本沒想過這個問題，不相信。（B201-4 6/7）

真的。你看他現在這個樣子，他現在起來就是在臥房、飯廳，帶著鼻管、帶著尿管，真的是很苦。就跟坐監牢一樣。（B201-40 119/120）

表 4-2 腦中風病人就醫歷程

期別	時間	治療重點	照護目標	復健重點	患者及家庭態度	使用醫療方式
急性期	約中風發生一週內	內外科急性處理	在控制血壓、心跳、體溫等生命跡象	復健照護床邊復健	不相信會中風	西醫 尋求神聖力量加持
恢復期 (亞急性期)	約中風發生後一週至數月間	神經修復受損功能恢復	生命跡象穩定	復健訓練，增加患者獨立。	積極尋求治癒的方法	西醫 尋求神聖力量加持中醫 民俗療法 另類療法
慢性期	約中風後數月至年餘	治癒可能性低	維持穩定	維持性運動，將患者功能發揮到最大。	逐漸接受病人的情況，放棄或積極尋求治癒的可能性	西醫 尋求神聖力量加持中醫 民俗療法 另類療法

小結

患者在中風後會出現情緒變化，感到無望，無法以平常心來應付，並伴有嚴重的失落感、悲傷、抑鬱及焦慮等錯綜複雜之心情(胡順江，1997)。病人需要更較多的生理、心理支持。同時對照顧者、家人也造成一定的衝擊。

第三節 就醫歷程

一、就醫體系

(一) 西醫：腦中風病人依病情需要，以神經內科及神經外科為主要就診單位，隨病情發展需要各專科配合，如精神科、感染科等，病情穩定之後於復健科進行後遺症的復健。

1. 每位受訪個案，均是由西醫確定病情，於病情穩定後接受復健的治療。

回到台北的第二天到三總就醫然後馬上轉急診然後就馬上住院，然後經過一連串醫生的檢查，就確定告訴我們是中風。(A201-9 14/14)

一直吐，吐得~~，阮那隻老的就說叫我大的載我去農會對面那裏看醫生，一看就說不能回來了，中風了。快過年了叫我住院。(D121-15 41/43)

就不停做復健，眼睛病變就看台大的陳醫師、腦中風就看邱醫師、糖尿病本來也在台大看，但因為分飯前、飯後檢測，整個下午都在醫院，很不方便，後來改去郵政醫院，但腦中風還是回台大。(B201-56 179/181)

一發現他整個人都內縮的時候，我們馬上就看精神科醫生(A201-74 150/151)

2. 復健醫療除了物理、職能治療外，還包括了語言治療等。病人及家屬均肯定復健的效果，認為持續的復健是必要的，否則很容易就會退步；而且復健不限定場所，只要是適合的活動，隨時可做，家人亦可自行訓練。

台大做了物理、職能、語言的治療(B201-16 34/35)

主要是接受三軍總醫院的復健部的幫助，遵循復健部老師給的一些指示(A201-29 59/59)

去到了中國大陸，她荒廢了她的復健，她的的確確就在她的體能上面、跟她的肢體的伸展方面有很大的退步(A201-54 109/110)

國泰的復健對她來說是最有幫助，就是你可以看得到她的腳從沒有力氣變得比較有力氣(A201-164 396/398)

我都是固定一定做復健的。(E201-17 272/273)

中風的人「站」很重要，這個論文可以寫，站真的很重要，他在這裡，我兒子都讓他站那個地方。(C201-31 144/145)

(二) 中醫：主要在中藥及針灸的施行。六位訪談個案中，有五位同時接受中醫治療。使用的時機都是在得到訊息的當下，便決定採用。而且就腦中風而言，西醫似乎也比較能接受中醫的治療，在訪談資料中，西醫會提醒中西藥錯開服用的時間，伸至主動提及建議是用針灸試試看。

1. 認為中醫、西醫可以相輔相成。

中醫方面我們覺得也應該要並重，中西醫我們希望一起互相來輔助 (A201-39 79/80)

2. 肯定中藥、針灸療效，並且長期使用針灸治療。

針灸會讓我媽媽感覺會舒服，可能很快對她的疼痛得到一個會舒緩，(A201-42 83/83)

我們大概半年之內，她們說黃金期也就是大概三四個月之內，我們得到這個訊息就開始針灸一直治療到現在 (A201-41 81/83)

它是有用的(中藥)，要不然一個小時半個小時他就要尿。(C201-107 506/507)

他以前有鼻胃管可能對肺不好,比較有痰，針灸也有幫助，讓他手的張力比較減少，我看別的中風病人張力都比較大，我覺得我老公情形就比較好 (F202-02 2/4)

3. 西醫對中醫的態度：在訪談六位個案中，除了兩位只看西醫或中醫外，其中兩位未告知醫生有接受中醫治療，但是其中一位的主治醫師建議他使用針灸；其餘兩位均有告知，一位醫師表示不以為然，另一位則告知用藥注意事項，可見西醫對於病人使用中醫治療是肯定的。

醫生會建議針灸試試看。比較深層，屬於深層。(C121-118 488/488)

吃中藥有跟新陳代謝的醫生說，他當然表示不以為然 (A201-174 407/411)

我有講，針灸、中藥都有講（告訴醫生使用中醫藥），醫生就說我們吃藥的時候要隔開一個小時。（F202-40 97/97）

（三）民俗療法：

1. 民俗療法的種類繁多，本研究個案所使用的共計有：推拿、按摩、氣功、宗教信仰、民間藥方、熱敷、生薑、鹽巴泡腳，艾草沐浴、中藥（成藥）、民間藥方、食療法、放血、拍腳底等。

2. 使用態度：民俗療法的使用，通常是口耳相傳，有人說就試著用或吃，反正有機會就尋求。但是不可相信人家說的偏方。

甚麼都做，人家說我們就行。

就是中風，一般復健大家都會吃的腦中風藥。（C201-51 218/218）妳拿這藥帖去抓藥。我們結拜也是吃這個好一點。（C201-52 230/230）

對啊！就人報就吃。（D121-56 172/172）

到清水拍腳底、中藥很貴又沒有藥單給我，幾萬塊他也買沒吃完，大陸同仁堂一顆八百元吃到變二千五，甚麼名堂都用。（E201-4 213/214）

但是，也不一定全然接受。

吃中藥、中醫針灸、推拿都有做，千萬不要相信人家說的偏方。有朋友本來還不錯聽人家去台中吃那個偏方，糟糕，那個記者說像大陸的同仁堂一顆兩千塊他也有吃阿，阿全吃了好幾十顆，千萬不要亂吃，藥吃太多不好。（C201-38 172/175）

3. 使用經驗：相較於西醫，雖然肯定氣功、推拿等治療，但認為民俗療法效果較慢。

反正中藥較慢，西藥較快。推拿也是慢。（E101-7 13/14）

氣功療法，不錯，但也是氣功也是慢，保持原狀啦。（E101-10 18/19）

我大的（兒子）就去青草店拿藥回來給我吃，青草店就開了五帖藥，那時候我

回家不能起來不能行。青草店就說你這五帖吃完就可以靠牆壁去廁所了。吃完就可以起來可以靠牆壁走了。你抓幾帖回試試看，吃完了再回來找我開藥，把藥單帶回來。就愈吃愈好起來了，就可以走好了，所以頭一遍都沒有住到院。
(D101-17 50/53)

(四) 另類療法

1. 本研究訪談對象關於另類療法的使用，主要在於保健食品的補充，包括食物補充劑、保健食品、維他命、輔助用藥、震動器等。

他有糖尿病醫生說他又有視網膜病變，血糖一定要控制好，所以就不敢給他吃這些東西，而葡勝納是專門給糖尿病人吃的，我怕營養不夠再加綜合維他命、維他命C。(B201-31 76/77)

2. 使用態度：家屬在使用保健食品等都是非常小心，除了增進病人的免疫力等有利因素外，還會考慮到病人健康狀況，慎用保健食品。

像這種提高她自體免疫力的一些維他命我們都很在乎(A201-206 560/560)

我也不是很相信。像我先生中風後很多人介紹些健康的食品、藥品…，因為他有糖尿病，我都不敢給他亂吃。(B201-60 189/189)

3. 使用經驗：使用效果是肯定的。

你知道嗎，但是那這種東西的投入，至少穩定了他現在的狀況。(A201-205 556/557)

在她食物可以給她自己主要營養的時候我們還注意到她維他命的補充，所以我覺得維他命讓她比較少感染(A201-47 99/99)

二、負面就醫歷程：無論是哪一個醫療體系，都可能有負面的就醫經驗。

- (一) 不適當的醫囑：不明確或不適當的醫囑，可能產生嚴重的誤解。

抗凝血劑，而且那個醫生告訴我們如果伯母每天吃一顆的話可以讓她不會中風。
(A201-22 43/44)

我們就一直認為她有免疫，我們就認為她會有糖尿病的截肢甚麼的，我們萬萬沒有想到他會有中風。(A201-23 44/45)

(二) 不受信任醫療類型：誇張的醫療行為，或推薦吹噓高貴藥材，都讓人產生戒心。

他們把我們媽媽的肢體這樣子去搬、弄喔，我們沒有信心。(A201-34 71/72)

第一次他門就很積極的說要用鹿茸和另外一種甚麼藥很貴的價格很高，然後講說吃多久就會好，可是這樣就會讓我們產生不信任。(A201-35 72/72)

推薦很棒的他們都是講那種一定會讓你好的外面都請不到的針灸醫生，多麼的難掛號，針一次要一千兩千像這樣的價錢，因為他們很推薦這些反而讓我們有戒心。(A201-36 74/75)

我們一次，然後我們就把後面的一些事情就用各種理由給推掉了(A201-37 76/77)

(三) 不好的就醫經驗

所以一般不管發生甚麼事情，就是醫生，我們有去門診的時候是那一個醫生，你就說：喔我們要找哪個醫生，會比較快，像第一次的時候，沒有喔，沒有病歷表，經驗上也不知道他是中風，在那邊檢查半天，時間都浪費掉了拖掉了，愈來愈大條，是不是很多都這樣啊。(C201-23 104/108)

手術前就在說，啊！妳們這個止血器要不要用自付的方法那會比較好，我們用比較好的止血器，我們家屬會說好就好，好啊，我花錢。有的醫生會有的不會，那幾萬塊下去，我就簽一簽，他才給他手術，拖到 7 點半才手術，2 個半小時動完手術。(C201-28 122/126)

二、求醫行為：腦中風患者的求醫行為在本研究中，呈現多面向的方式。有獨尊西醫的，有信賴中藥、草藥，大部分則是多元使用(表 4-3)。

表 4-3 個案就醫情形表

個案	A個案	B個案	C個案	D個案	E個案	F個案
中風確診	西醫	西醫	西醫	西醫	西醫	西醫
西醫	有	有	有	有	有	有
中醫	有	無	有	有	有	有
民俗療法	有	有	有	有	有	有
另類療法	有	有	有	有	有	有

(一) 單向就醫：只看單一醫療體系，除了保健食品及維他命外，不使用其他醫療體系藥物，維持在西醫體系下就診，對中風病人而言這是非常少見的。本研究訪談個案中，六位僅有一位。

就持續西醫看診，沒有看其他的（B201-13 29/29）從來都不去想那些，就只固定回醫院看診。（B201-59 187/187）也有人跟我說過，但因為他本身有糖尿病，我就不敢給他亂試（B201-60 189/189）

(二) 中草藥為主：個案於第二次中風後因為行動不便，於病情穩定後，即未再前往醫院，但有持續服用降血壓、血糖藥物及保健食品，而他第一次中風則於醫院確診短暫住院，自行出院後即使用中草藥為主，到診所做靜脈注射等至復原而未返醫院就醫，直到第二次中風。

沒沒，第一次都沒有。第一次就是拿草藥回來吃，還有就是我們中和路南路那邊打點滴，注清血路的藥跟吃草藥，都是吃草藥。（D101-27 83/84）

看醫生沒有，只有糖分的、高血壓的，我兒子去永和耕莘拿。一次拿三個月，也很久沒去看。（D101-91 298/299）有，藥有繼續吃就是沒有看醫生。（D101-92 301/302）

復健做六個月就沒有做了。（D101-93 307/307）

研究者：你西醫之後就沒有再回去看了嘛？為什麼？個案：不曾。就想人好就好了。草藥也沒吃幾年。好像兩三年而已。（D101-52 162/163）

(三) 多元就醫：這是大多數人的就醫形態，以西醫治療為主軸，伴以中醫、民俗療法、另類療法等，其目的在於尋求更多的機會。

1. 複向求就醫：或稱試醫行為，就同一病症，個人依據自己的見解另尋醫師診治，以尋求更好的醫療見解（林宮美 1992）。腦中風病人常就對病情發展的質疑，而尋求同一科別的另一位醫生見解，或是轉求其他醫院的治療。

換了一個神內（神經內科）的醫生（A201-81 174/174）一直到我媽媽她開始非常的非常的退縮之後，我又側聽到有一些病人它們會一段時間之後，再重新找神內的醫生給他們再重新再做一些檢測、檢查。（A201-177 400/406）

我有一個鄰居張阿姨說，你不要窩在這小醫院，你轉到榮總去。請蔡委員幫忙轉台北榮總，安排床位找好的醫生。（F201-15 30/32）

2. 多元就醫

又看骨科、復健科、神經內科、神經外科、中醫針灸。現在主要是有看中醫。先生緣注人福。（F201-51 178/179）

復健、針灸、按摩師（六年了）是我女兒安排的，從中風開始到現在每個禮拜一次。他現在年紀比較大，骨頭有比較僵硬。（F201-53 183/184）

跑到中壢去針灸、又跑到苑裡去放血、還有在我們汐止推拿，最近去頭份推拿。還有拍腳底（E201-3 210/212）。

就不停做復健，眼睛病變就看台大的陳醫師、腦中風就看邱醫師、糖尿病本來也在台大看，但因為分飯前、飯後檢測，整個下午都在醫院，很不方便，後來改去郵政醫院，但腦中風還是回台大。（B201-56 179/181）

3. 加法計算醫療效果：腦中風後遺症的復健是緩慢的，尤其在黃金治療期過後。家屬無法確定每一項治療的效果，深怕哪項治療沒做，病人就會退步，因此寧可採用加法計算的方式，也不放棄任何機會。

你現在已經在做的給她加上，讓它保持現在這個樣子還不錯，我們誰也不知道你把它拿掉她是不是會讓她不好（A201-162 329/336）

不管怎麼樣，你有在做治療，加減就會看到他的成果。（F201-66 130/131）

(五) 醫病關係：醫病關係不一定是全然的好或壞，但是良好的醫病關係，不僅可以照顧病人，更可以關照到家屬，是一個善的循環。

前面的主任就跟我們之間就一直八字很不合，呵呵我們只是拿藥甚至連交談可能都沒有，(A201-176-1 513/514)

哪醫生就說：~~不必了，三個月回來一次就好，資源要多給別人，這資源別人也要給用。(A201-188 329/334)

整個人軟比較那個，邱醫師就說讓我回去把他的情形講給他聽，他就開藥。(B201-72 251/253)

邱醫師人很好，他除了會要我照顧好自己，他也跟我討論，邱醫師甚至還跟我講：妳現在已經是在終點站，你要有隨時下車的心理準備。(B201-89 327/328)

小結

由以上分析，符合研究者先前對就醫歷程的定義，同時台灣民眾面對疾病的求助行為時還有一項特色，即是「多元就醫」。當疾病困擾時，台灣民眾可能會同時求助於西醫、中醫、或者一些民間偏方，還要尋求宗教神秘力量的加持。此外，以加法計算醫療效果，只要是人家說有效什麼都能當作療方，並且勇於嘗試。

不管是腦中風病人或家屬，只要有機會就尋求，想要好起來的精神，令人動容。

第四節 照護需求

根據台灣地區腦中風之居家護理及其社會問題調查結果顯示，完善的後續照護系統，可以使患者早日離開醫院到社區，同時使慢性病及恢復期的患者在自己熟悉的環境中調適其生活，以享有更好的生活品質(林壽惠，1993)。中風後的照顧，不僅是個人、家庭的問題，同時也是不能漠視的社會問題。本節分就照顧行為與照顧需求探討。

一、照顧行為

中風病人於醫院接受治療制病情穩定，即須面臨出院的問題，這個時候家屬會依

病情或照顧人力等考慮將患者送至安養院或接回家中照顧。

(一) 家屬態度：家屬的態度常是影響後續照護的重要因素。

我們都很小心，就是這麼多小孩大家都很關注在她的身上。(A201-48 102/103)
一開始就覺得，我能夠做的我就儘量做，我通通都做，結果怎樣就不去管他，起碼說將來怎麼樣，謀事在人，成事在天，我這樣看護，可以沒有遺憾。

(B201-47 138/139)

其實親人方面很重要，孩子、周遭都有很大的影響，關心很重要。(C121-85 363/363)

(二) 照顧方式的選擇：照顧方式的選擇，除了病人後遺症的恢復情形外，家中照顧人力是主因，此外經濟能力也是重要影響因素。因此，本研究有三種的照顧方式，即家人專心照顧、外勞搭配家中照顧者(這是最好的照顧方式)、輪流照顧，這對病人而言是失望的。但是本研究的個案中，家人均選擇了將病人留在家人身邊，無論其照顧方式如何。

也覺得說回到台灣來由外勞照顧也是ok的，(A201-59 115/116)

在台灣比較專業的外勞來照顧，我們可以比較放心(A201-60 117/117)

如果可以右邊動一下我還輕鬆一點，說要請人他說不要。他不要，他不要啊！(C201-119 555/556)

現在人都送安養院，啊你在那邊的時候看不到家人，看的是，看看這邊再看到旁邊，一個比一個嚴重，心情越來越爛啊！(C121-146 612/613)

我本來就儘量自己照顧，我也不要這些喘息或甚麼的這種資源(E201-5 104/104)

現在就三個兒子輪流住，每個月輪一家，二個女兒都沒有管。每個月輪到誰家，誰就負責所有費用，如果看醫生就大家出，尿布、吃的，就看到誰家誰就負責這樣(D101-46 121/126)。

不啦，他們不要。那時候我阮老的還在，我就跟老二說，老大自己有房子，我去跟你住，看護如果來也比較近、比較方便，房子過戶給你，他就不要。

(D101-74 222/223)

啊真的啦！照顧的比較累。是真的照顧得很累，一天到晚不能出去，每天在家裡照也是很累。(D101-75 230/231)

(三) 照顧方式的覺察：家中照顧者都是在照顧中學習最好照顧方式，在照顧的過程中，可能沒有經驗，可能有些失誤，但是照顧者經由照顧方式的覺察，學習並提供更優的照護。

因為我們那個時候我們都還在工作我們沒有像現在這麼多的耐心和這麼多注意
(A201-88 180/180)

後來我才發現這個才是最危險的狀態，你看她可以可是力量她還不足，這是最容易摔倒的(A201-93 188/189)

她們很容易摔傷，然後但是最要避免的也是摔傷。(A201-97 204/204)

到處在牆上看到的都是要防止跌倒的啊甚麼東西的，但是我們實際上在照顧的時候會忽略像這樣的事情(A201-98 217/219)

同時他們也認為自己才是最適合的照顧者，這同時也是他們壓力的來源。

我是覺得沒有人會像我這樣顧他!(B201-43 128/128)

像這幾次他不舒服，我一發現不對勁馬上送醫院，如果說是外勞可能我們就不會這樣一直盯著，那可能就…。(B201-44 130/131)

(四) 病人受照顧的感受：照顧者依著自己的方式來進行照顧行為。他或許是自認最好的方式，也或許是他所能提供的方式，但是病患可能有不同的感受。

媽媽的不滿可能是來自於她覺得她(看護)不是自己的子女可能不夠貼心或者是不夠~(A201-107 275/276)，老人家她們很難去接受一個外面的人(A201-110 235/235)

不要就不要。大家都知道，怎麼會不知。想想也是，對啦！一個人照顧，一年半載翹掉就沒關係。啊我就數十年了囉(D121-79 254/256)。

走到哪裡人家都要上班。沒有讓人去上班也不行，怎麼辦要吃甚麼。(D121-80

258/258)

有一串佛珠在我老大那裏，為什麼我不拿佛珠，因為在小的那裏，尿尿都沒有洗手，在這裡都有洗手。(D121-117 394/395)

我就度~度~度到一個月到再換別處，大的就來載，這樣。就這樣罔度，度到眼睛閉起來為止。(D121-105 348/349)，

對啊！要不怎樣。我告訴太太說「能如何啊」，可是她聽無啊。要不怎樣。沒法度，對嗎！手不能抬，要不怎樣。(E121-35 186/187)

(五) 照顧者的壓力：腦中風患者後遺症的照顧，通常會是長時間的負擔，同時必須隨時關注病人身心狀況。而且家中主要照顧者，通常除了照顧配偶，還需分擔或承受長輩的照顧責任，如果孩子小，則須承擔三代人的責任，真的很辛苦。照顧者也應該被照顧到。

長時期下來你說幾個月半年我哥哥也受不了了(A201-58 114/115)

像顧他啊我越來越會怕，會怕你知道嗎？因為不知道下一秒他會怎樣，即使這樣顧，廿你怎麼知道一下又癱瘓又常阻塞，(B201-88 329/329)

像這深入的我都不會跟他們談，孩子雖然也會看到，可是這個體會她們沒有辦法的，她們看到就是甚麼事情都是媽媽擔啦，(B201-95 366/367)

因為婆婆長時間我一個人顧兩個人，那時跑掉外勞，我一個人顧兩個人，我也都熬過來了，……我就說婆婆和外勞長時間我負擔那麼久了，你們大家一起負擔，是不是很好…但大哥和小的就不要，小的硬要坳！(C201-63 285/300)

萬一我不在家的時候他若吐，我包死的，怎麼跟兒子交代，兒子會怪我你怎麼跑去游泳。(E201-38 323/324) 有的人覺得我照顧應該要非常非常的謹慎小心，他沒有想一年 365 天都是我照顧。(E201-39 324/325)

我就說妳們三個人這次爸爸開刀，你們有誰來照顧兩個小時以上，通通在我肩上，我說：我每天 24 小時，我快崩潰了。我從 53 公斤一下子掉到 43 公斤。

(F201-31 87/88) 我肩上扛了最少一百斤，我已經講句不好聽的，我已經不能說麻痺稍微在放鬆了，不要再給我這個壓力。(F201-62 122/124)

而且長時間的搬、拉、協助病人活動，常導致照顧者受傷。照顧者除了心理的壓

力，生理的負荷也是沉重的，所以照顧者也同時是需要被關心的。

你有感覺嗎？如果今天沒有阿蒂幫忙的話你一定會受傷。我的手就受傷，筋拉傷了，只能到這裡沒有辦法翻過去。（C201-116 548/549）

偶而推他出去散散心，我每天都在那裏跟他講話、唱歌。我腳的肌腱炎就是從那時候開始。（F201-40 146/149）

就像說的中風的還袂死，照顧的…，所以還是自己要照顧一下。（C201-118 554/555）

二、照護需求

中風後所導致個人感覺、運動、認知及情感功能的改變，造成或輕或重、暫時或永久性的功能障礙及癱瘓，所以後續的照護是重要而且刻不容緩。

（一）行動需求：腦中風病人影響最大的後遺症是癱瘓問題，全癱者幾乎無法離開病床，他的就醫完全要靠救護車的運送。大部分的功能性障礙或側癱病人，他的移動是困難的，尤其是復健的頻率是很高的，因此移動的需求很迫切需要的。

她的移動是很重要的。（A201-125 329/331）

1. 滿足病人行動需求的方式：病人常使用的交通工具是計程車、復康巴士、民營復康巴士、輪椅、捷運、家屬接送。最有利的選擇是復康巴士，但是因為使用的需求很多，難以滿足需求。

我們是全部是找計程車，可是那是一個相當大的支出（A201-126 273/273）

復康巴士是一個立意很好的一個，為她們這種完全不能夠自己移動就是坐輪椅的人的一個很好的一個福利。（A201-127400/402）

以前我就是自己一個人，因為比較近我就自己推回來，後來我們就坐捷運（B201-82 298/299）

後來我想，喔~這樣算了一路顛顛顛，現在去的比較少了，若是要去的話乾脆訂多福。（B201-84 308/308）

剛開始的時候我們去三總做復健，那時二哥還沒有往生得時候，都是二哥在載，

比如二點在我們去五點再去載我們回來。(C201-90 428/430)

2. 滿足病人行動需求的困難：復健治療幾乎是最少每周三天，計程車和民營復康巴士的費用都相當高，長期使用負擔很重。捷運並不是每站都有直立式電梯，而且使用輪椅推送，若距離遠較遠，相對危險性也增高。

中度的話呢我們排在相當的後面，所以我們常常就是說訂不到復康巴士(A201-128 407/408)

電梯是我要到古亭，南門沒有(B201-83 305/305)

一趟 700，那他出院要回去看門診，我就訂多福，來回就是 1400(B201-75 259/260)

(二) 資訊需求：最需要的是照護訊息的提供

1. 照護訊息不明確：從本研究第一節「疾病的認知」，知道腦中風對病人或家屬都是個意外，不僅不熟悉而且從沒有想過這個問題，也不相信會中風。因此，中風後才慢慢累積相關知識，對於後續照護的資訊更是缺乏，如果資訊可以一次到位，將會是最好的協助。

有一次復健的時候，看見家屬跟老師在填一個甚麼東西然後我才知道，喔！原來輔具是都可以申請的(A201-157 407/411)

因為婆婆下午有請居家，他就問我為什麼不去申請復康巴士，比較省。後來到三總大家在講才知道可以申請復康巴士。(C201-88 424/426)

很多人都不知道，大家都問還可以申請居家啊?!還可以去我們家啊!怎麼辦申請殘障卡?大家都不知道。(C201-111 525/526)

病友的家屬大家互相的訊息的交換我覺得這個很重要(A201-149 407/409)

我覺得應該有一個具有專業的一個課程或團體，然後從一開始就介入然後告訴家屬說妳們應該怎麼去做(A201-183 329/337)

3. 不適當的資訊傳遞：初確診的患者，病情都較為嚴重，而家屬則無經驗，因此常接受一些不是那麼適當的建議，這也是家屬期待一開始有專業的介入，能夠

指導患者及家屬及早獲得較好的資訊，避免錯誤的嚐試或不必要的支出。

研究者：那剛生病時你們這些資訊是從哪裡來的？家屬：醫院看護就會推銷。研究者：看護推銷？！家屬：他說我幫你叫，比如說吃飯的餐桌一個五百，綁的護腰，甚麼電療器具、床墊，他都會幫你訂，他幫你叫她就可以抽啊。（C201-75 377/381）

（三）人力需求：中風病人因為後遺症的影響，造成短期或長期的失能，在功能回復到一定程度前，長期需要至少一位照顧者。有患者因為照顧人力的不足而放棄就醫，實在是一個遺憾。

如果說我們希望得到的幫助是吧，也不外乎就是人力嘛！（A201-190 400/405）看了就無效（放棄就醫）。有的時候在醫院就沒有人跟我照顧，我們自己也沒有辦法。（D121-57 176/176）

病房醫生就跟我講，他說：妳先生 24 小時離不開人，他現在都離不開人，這麼多年下來習慣了，真的習慣了，早就習慣了。（B201-46 135/136）

一般的人力支援，除了家屬以外，約可區分為三類，即短期看護、居家服務員、喘息照護員及外籍看護四種。其中居家服務員及喘息服務員為長照體系資源。

1. 短期看護：短期看護，為臨時性質，大多在生病初期住院期間支援，最短雇用時間以半日計，費用相當高，原先多為本國人士擔任，近年大幅度的增加了中國看護，收費相同，服務品質稍遜，不若本國人士。

剛開始在醫院有先請看護（B201-41 122/122）

2. 居家服務員：屬於長照系統，有政府補助，收費低廉：唯每天僅服務二小時，於二小時之後時數不予補助，個案須全額支付，有服務時數的限制。因服務時間的限制，行動失能者，較難有就醫的協助。但是有聘雇請外籍看護者，不得申請居家服務。

看護每個星期一至星期六上午來，每天來兩個小時（D121-40 117/117）

沒啦都嘛沒去！啊！腳沒有辦法走，你叫看護來照顧才兩個小時，兩個小時咻一下就過去了，沒啦都沒有去。（D121-94 309/310）

3. 喘息照護員：在本研究中未有個案使用。

單單對於人員的訓練來說我都懷疑（A201-193 643/644）

其實是我覺得我在外面任何地方看到的志工都比我們現在看到的這兩個人要 ok 一點啦。（A201-195 649/650）

既然有怎樣一個美意喔，那是不是可以把它做得更好，讓這樣一個真正的需求讓他落實，讓我們做子女或一個這樣需求的人，可以放心把我們的家人交出去。（A201-200 673/675）

4. 外籍看護：這是對台灣腦中風患者提供最大的服務貢獻者。他們多半來至印尼、越南、菲律賓等國家，居住在個案家中提供主要的照顧服務。

哎喲！她們都不知道我們累了、年齡也大，還好有請一個阿倫來，今天如沒有阿倫，我一個人怎麼辦！（C201-127 593/594）

現在有個外勞的幫忙好多了，這薪水給的也不是很多，我們人將心比心，對人不要太苛薄，我們對人好人家也會對我們好一點。說這薪水也不是很多。我就說阿蒂你把阿嬤顧好就好了。（C201-136 641/643）

表 4-4 人力資源情形表

個案	A個案	B個案	C個案	D個案	E個案	F個案
外籍看護	有	短暫使用過	家中長輩有申請	無	家中長輩有申請	有
居家服務	無	無	無	有	無	無
喘息服務	無	無	無	無	無	無
短期看護	有	有	有	無	有	有
未使用外籍看護原因		外籍看護覺得太累提早離職	曾經雇請，之後病人希望由配偶照顧	經濟因素	曾經雇請，之後病人不願意，由配偶照顧	
主要照顧者	家人支援	無法放心	照顧者負	患者希望	照顧者負	搭配外籍

顧者感受	及搭配外籍看護，是理想情況	外出，斷絕了社交生活	擔沉重，身心俱疲	有外籍看護陪伴，可以固定住在二兒子家	擔沉重，身心俱疲	看護，是理想情況
------	---------------	------------	----------	--------------------	----------	----------

(四) 醫療需求：

1. 復建需求：.復健醫療需求大，每一位執行復健操作的復健師，他無法熟知每位病人的情況，來給予好的協助，或給予復健科主治醫師更好的復健建議。此外中風病人因失能，導致行動遲緩，往往延遲了預定治療時間，以致無法完成需要的治療。所以，醫院方面無法提供更好更充足的醫療人力，以致病人必須去搶復健老師。

我覺得每個復健老師她們的 case 都太多他們沒有辦法來每一個需要的病人，她可以非常清楚你的狀況來給予你的協助。(A201-132 407/409)

台大一個人是半個小時(復健)，但是又不可能完完全全半個小時都給你，有時候你去稍為晚一點，前面的稍微晚一點結束，後面又差一點，差不多只有二十分鐘，那效果不是很好。(B201-65 231/231)

這個資源是要搶的你如果不搶的話你可能就得不到老師們的指導。(A201-133 329/333)

2. 醫療資源：包括了醫師及健保資源，家屬擔心的是醫師負荷過重，無法提供合適的診治，特別是由外勞單獨照顧的病人。

醫生們也是一樣，病人那麼多，然後她們對你可能也真的就是，沒有辦法給你更多的就是說知道說你的情形是怎樣，(A201-135 400/404)

子女不在旁邊或沒有子女的，只有外勞話又說不清楚，而病人本身又說不清楚的那怎麼辦(A201-136 407/410)

小結

就如前述，腦中風病人的照護是一場長期抗戰，除了考驗病人和家屬的毅力和耐

力外，經濟能力絕對是支撐這場戰爭的重要因素。因此，需要有龐大的社會醫療資源做後盾，可以同時照顧病人及照顧者。所以政府責無旁貸。

第五節 資源取得與使用情形

本節就照護需求中使用與需求最重要的資訊傳播、復康巴士、外籍看護工、醫療資源、輔具資源等來分析

一、資訊傳播

- (一) 資訊來源：主要資訊來源，是靠病友間口耳相傳；其次是醫護人員、看護告知、網路查詢、里長；最後才是政府機關的宣傳資料。

主要來源是病友之間，另外我在網路上去補充 (A201-155 446/446)

中風出院後，87 年就有申請，裡面的時候醫生告訴我可以去申請這個。
(B201-69 246/247)

我去復健，請私人的帶我去復健，看護告訴我兒子，叫他去申請，說政府有給人家申請，告訴他說你怎麼申請。(D101-95 313/314)

醫生有的也是會講但很少講，比較少，大部分都是患者，說你欠甚麼，去哪裡拿。普通都是患者在講，醫生報的很少。(E101-29 75/76)

- (二) 資訊不明確：因為資訊來源都是片斷的，聽到一項訊息做一個動作，而殘障手冊的核發單位也沒有告訴申請人，這張卡的用途。

研究者：你知道你可以申請甚麼嗎？個案：我也不知道。有一本殘障手冊。

研究者：還有申請甚麼嗎？你知道殘障手冊可以做甚麼嗎？你怎麼知道可以申請殘障手冊。個案：沒，不知道。那時候是為了申請看護才申請殘障手冊。
(D101-96 315/319)

1. 無效傳播：政府機關的文宣是最無效的。一般人都當是政令宣導，用不著的時候根本不在意，甚至連翻閱都沒有，就資源回收了。如何提高文宣品的使用率。

2. 有效傳播：最有效的傳播機構是醫院，最有效的傳播者是醫護人員，因為醫師是開立證明的人，他清楚病人的需求，所以他傳達的會是正確、有效的資訊。

最好是醫院啦，醫院那個地方有很多 case 如果可以有很多資訊告訴人家，那是最好的嘛。一定都是從醫院出來的嘛。人家就會知道怎麼做，怎麼做，應該是醫院。大家都是先從醫院出來的嘛！（醫院訊息最直接）一般都是先住院，出院才會申請那些。（C201-110 521/524）

二、復康巴士

在訪談中不斷被提到復康巴士的需求與使用，目前由各縣市依規定自行辦理，本研究以台北市、新北市規定為依據。

（一）無障礙運輸服務

復康巴士是針對身心障礙朋友所設計專屬具輪椅載送功能的特殊交通工具，為預約制專業接送，提供身心障礙朋友就業、就醫、上下班等服務。費用比照臺北市之計程車費率之 3 分之 1 計算，優先提供重度下肢體障礙需乘坐輪椅使用。

復康巴士分為公辦民營（以下稱公營）與民營兩種，本研究所稱復康巴士以公營為主要，民營者加上公司名稱，訪談內容亦同。

（二）使用方式

依「臺北市身心障礙者小型冷氣車乘客服務須知」、「新北市政府身心障礙者小型復康巴士服務須知」（附錄），除了規定使用者的身分外，並依身心障礙手冊類別或 ICF 新制身心障礙證明類別，區分障別為預約服務之依據。台北市為最多為五日前，新北市則為七日前，可以網路、電話、傳真等方式進行預約服務。

（三）使用情形

六位個案中，有四位每週至少赴醫院復健三天，在加上西醫、中醫門診，有時甚至每天都得出門。其中有一位自行開車，一位不復健，一位在家復健，其餘四位均需

仰賴交通工具。(表 4-1) 對於腦中風失能者，因為肢體的不便，行動緩慢，大眾運輸工具的使用是有困難的。

可是後來這個車子喔！（嘆！）越來越難訂，根本訂不到，（研究者：你要上網訂）有時候是一個月前，那時間很難很難，你要去看，看他那個號（掛號號碼）他沒有這個時間，喔！哪怎麼辦？有的時候，那回來他沒有車子，（B201-71 250/250）

按照障礙程度分為七日前、五日前、三日前預約，三日前要預約就醫時段，已非常困難，據研究者經驗，幾乎是在可預約當日一早即差不多被預約了，三日前預約應已無復健時段，所以中、輕度障礙者要使用復康巴士是非常困難的。

重度就比較好申請（復康）（C201-79 391/391）

那時候比較難叫車啊，中度比較難叫，就只能叫臨時車（C201-92 433/433）

我的觀念是不想叫復康巴士，不方便。（F201-59 195/195）

（四）使用期待

腦中風患者依失能情形，中、重度的患者幾乎無法離開輪椅的依賴，為滿足腦中風患者的行動需求，除了可觀的費用外，安全性與便利性是非常重要的，就表 4-1 僅以每週三次估算復健用車需求，在加上回診，就不難理解家屬對復康巴士使用的期待了。

當你離開你的輪椅的時候，你沒有辦法行走的時候，就應該要讓你能夠給予達到你需要的，他們現在有七天以前能叫的、五天以前能叫的，我們是三天以前能叫，她就應該，能真正幫到你的忙啦。（A201-130 396/398）

表 4-5 個案使用復康巴士情形表

個案	A個案	B個案	C個案	D個案	E個案	F個案
復健情形	每週三次	復健師到家中復健	每週三次	不再復建	每週三次	每週三次

用車情形	計程車 復康巴士	輪椅推送捷運 復康巴士 民營復康巴士	復康巴士 親友接送 計程車	計程車	配偶開車	輪椅推 送 計程車
使用復康巴士經驗	很困難預約	很困難預約	很困難預約	不知道有復康巴士	自行開車	不方便

三、外籍看護工

外籍看護工為配合國內照顧服務體系尚未發展完全時所適度開放引進之補充性人力，以因應日益增加之照顧服務需求。六位個案中僅一位因經濟因素沒有使用經驗，外籍看護工為腦中風患者及家庭的好幫手。（表 4-2）

（一）聘僱

家庭看護工的聘僱，須經醫院醫療團隊評估，完成開立傳遞單及診斷證明書（巴氏量表），醫院將依被看護者現居地址(勞務地)寄送至該縣市長照中心辦理。然而，因為醫生的見解不同，以至照顧者常為了求一份證明擔心不已。

醫生就說是你們兒子關心沒有，愛心沒有耐心，沒有照顧她，啊就不開。

我說你也拜託幫幫忙，我外面有一個中風的你叫我怎麼辦？啊糟糕了怎麼辦。

（C201-94 445/447）

結果開不到 30 分，我說謝謝你，要不然這個我外面還有一個中風的叫我怎麼辦？

醫生說她年紀這麼大你叫她手動他一定會動嘛，你又沒有叫他站起來。他又沒有叫他站起來，沒有嘛，那先前病例不是造假的。（C201-95 453/455）

（二）照顧斷層

依規定外籍看護工每二年可以休假返國一個月，每三年強制返國待重新聘僱完成再返回照顧家庭。而這休假的一個月則形成空窗期，原先的照顧網絡會被衝擊。

外勞她每三年或兩年要回家一個月，在那一個月裡面她照顧的這個病人，通常來說如果不給予高度的注意的話，她本身的能力會退很多，（A201-140 407/411）

於是，衍生出非法外勞的聘雇，這不僅是經濟負擔的問題，也暴露出我國在外勞管理上的問題。

在那一個月裡面我們不得已就只有去先請一個非法的外勞，一個月的時間兩個人一起做觀察，然後再一個月的時間一個人帶，當然我們家裡面有更多投入。

(A201-142 329/331)

我不曉得有.. 甚麼辦法能夠這個溝可以給他填平一下，這個無感的這種交接或者就是讓我們可以度過這個這個時間（連接起來）對，就是連接起來（A201-143 396/397）

（三）爭取權益

外籍看護工來到台灣，的確給了照顧家庭很多的幫助，但是隨著同儕的交流，他們也得到更多資訊，也勇敢的為自己爭取權益。

外勞她們也的確越來越會去為她們自己爭取的，我覺得這也是人之常情你沒有辦法。（A201-145 407/408）她們彼此之間會有很強的凝聚力（A201-147 396/398）她們會去打聽你家怎樣，譬如說他們來醫院也會互相流通資訊啊。

(A201-148 400/403)

第一個三年她過來，再過來她就會講，如果不是你自己雇用我的話我就不要做了。（A201-146 329/332）

「直接聘雇」是一個重要的外勞權益，雇主可以考慮協助他爭取。雇主直接聘僱外籍勞工，對象為雇主重新招募同一位外籍勞工，透過長照中心的協助，計畫目標將外籍勞工引進之申請手續簡化，可大幅縮短外籍勞工引進時程，最重要的是外籍看護工可省下龐大的仲介費用。

明年五月就到期了，我告訴她要早點告訴我，因為我們手續都自己辦，不要透過仲介她比較省錢。（F201-46 161/162）

四、醫療資源

現代化的社會是一個醫療化社會，生、老、病、死的有限生命時間裏，幾乎脫離不了醫療院所（魏書娥，2003；黃麗續，2009）。腦中風病人未痊癒之前，則幾乎時時與醫院共伍，他們需要醫院更多的看顧。然而，腦中風病人在與醫院接觸時並不是都那麼順利，較常遇到的困擾是：

（一）健保給付問題：因為健保給付規定，使病人有疾病的事實，卻未能給藥，做了其他檢驗，醫生已確診為胃出血，只因病人的情況無法照胃鏡，就不能給付胃藥。

明明已經胃出血了，就因為沒有照胃鏡，就不能開胃藥，還要自費，太不合理。
(E201-33 91/92)

因為健保局實施總額管制，醫生為了符合規定也只能犧牲病人權益。
有聽過張醫師在提健保的事情。像阿全那麼嚴重，他只給他開一個給他拉脖子，甚麼都沒有開。

（二）病房不足：於發生血汗醫院與護士荒之後，醫院關閉部分病房，以紓解醫護過勞的問題。然而，健保房的縮減，對沒有保險的家屬而言，每天的病房費是沉重負擔。

那天我們在神經科病房，住了好幾天，沒有健保房。因為已經轉到復健科不能再用神經內科的健保房計價，只好每天付一千五，一直到後來復健科有健保病房才轉過去。(E201-3 95/97)

（三）住院天數也是個問題，病人尚需持續的治療，卻礙於規定無法如願，但也看到病人急切想要復健，以期能恢復健康。而這樣的期望常需要透過「關係的尋求」以得到一些些幫助。

因為他就沒有辦法爬上去（住家在樓上），我就請張醫師多讓我們多住 1 天，是不是可以住 28 天，他說叫小姐給你解釋。那也為什麼只給我住 22 天，我是為了密集式趕快做復健他就說：唉呀！回去回去，有必要再回來，可是就沒有辦法。(E201-6 106/108)

兒子聽到醫院趕人，就透過他下屬的乾爸請他想辦法，才從神經內科轉到復健科，否則是不能住那麼久的。(F201-33 94/95)

而我們這個沒有保險的，就是這樣一天哎喲一天 1500，看有沒有健保床。
(E201-10 128/129)

五、輔具資源

根據「身心障礙者輔具費用補助辦法」第二條，輔具是指協助身心障礙者改善或維護身體功能、構造，促進活動及參與，或便利其照顧者照顧之裝置、設備、儀器及軟體等產品。對於失能者而言，輔具的幫助是直接而且必需的，譬如輪椅的使用，沒有輪椅，對某些人是一步也無法移動的。

(一) 使用態度

訪談中發現個案家庭對輔具使用的態度是正向的，他們不會因為有補助，就浪費資源，覺得自己有能力負擔就不申請補助了，甚至覺得要保留給更需要的人。

第一次是完全不知道，然後現在知道了但是我們覺得說，以現在的東西還可以用的情況下，還沒有必要一定要去換一個新的。(A201-158 329/335)

中風那麼多年，十多年我買東西都沒有去申請。(B201-103 433/433)

我先生他的健保費是區公所付的，我就想算了，這些錢就不要去申請了，政府已經幫我付了那個，還有需要的人去申請，我想目前還有能力負擔就不去申請。
(B201-105 441/441)

榮總那台我就捐給三總，還可以用就是重了一點。(F202-28 61/62)

(二) 使用情形

目前輔具取得的方式有購買及租借方式，在訪談個案中沒有人使用到租借部分，主要是由政府社會福利補助購買新的輔具、免費二手輔具租借、領取及購買二手輔具三部分為主要。

1. 政府補助部分：各縣市的規定並不一致，初次中風患者，出院前的輔具準備是

非常重要的，否則回到家，可能連移動都有困難。但是政府補助有其限制性，就病患使用的適切性而言，可能緩不濟急。

這次連住院的錢花得快 20 萬，醫生跟我說這可以去申請，我說好，我就去申請氧氣機、抽痰器，一年只能申請兩樣，電動床要明年申請。（B201-106 442/443）

那時候我要買那個床，他說不行，要極重度才可以買那個氣墊床，買床。（E201-22 264/265）

2. 免費二手輔具租借：目前僅新北市輔具資源中心為唯一公辦公營，免費提供二手輔具的單位，提供設籍新北市民，領有身心障礙手冊者，免費運送適用之二手輔具；如無手冊可自行負擔運費或親至中心領取。台北市則是委託第一輔具中心，以租借方式辦理，並非完全免費。

那時候我是台北縣人，我帶他去盧洲徐匯中學那邊有一個集賢路，那邊有殘障的集中的輔具中心，我就去那邊拿，（E201-19 251/253）

3. 購買二手輔具：臥床病人出院返家，如無電動病床設備，對照顧者、病患而言都是很辛苦的事情。政府的補助必須從病人出院後開始申請殘障手冊，然後才有後續的評估及補助，往往緩不濟急。所以合宜的二手輔具也是不錯的選擇。

能夠自己或是人家用過的也沒有關係（C201-73 368/369）

是這個床鋪、氣墊等，都是我老大上網買二手的。（F202-24 49/50）

（三）社福經費的來源（參閱表 2-2）除了保險、行政院衛生署、內政部等機關補助外，最重要的是各縣市政府自自行編列預算支應。各縣市政府因稅收差異，可以編列經費各自不同，因此各縣市社福資源是有差異的。

氧氣機 2 萬 5 千 9 百，補助 1 萬。電動床買 2 萬，舊制補助 5 千、新制可以補助多一點，9 千，所以我覺得申請這些補助費一半有時甚至一半都不到！（B201-108 454/454）

我為什麼會搬到北投去，就是因為一國兩治啦。台北市跟台北縣真的差別太多。台北市是一等國民，我們就是次等國民。（E201-15 229/231）

此外不同身分也享有比較好的照顧，譬如退輔會提供榮民免費的輪椅。伯伯是榮民，可以拿單據取領輪椅。(F202-22 48/48)

小結

腦中風患者較特殊的是，他們離不開醫療院所，除非痊癒或死亡。人類企圖藉由醫療科技想要恢復失去的生理功能，顯然效果並不那麼好，所以每年約有 50% 的患者加入復健醫療的行列。對個人、家庭及社會造成極大的負擔。因此，國家有必需規畫良好的照護模式，提供迅速有效的資源，協助患者及家庭重新恢復健康或建立新秩序。



第五章 結論與建議

本章共分四節，第一節將依本研究的目的與第四章分析過程中所發現的問題歸納出結論；第二節，研究者將根據研究結果提出建議；第三節為研究者針對研究過程中的限制提出說明；最後一節則是研究者對於整個研究過程的反思。

第一節 研究結論

根據第四章分析過程中所發現的問題與本研究的目的歸納出以下四項結論：

一、腦中風病人及家屬因為對於「腦中風」的錯誤認知或認識的不足，而影響就醫時機。

（一）錯誤認知

本研究患者通常都有高血壓或糖尿病等遺傳性疾病，或許病人未在意但是都有就醫或自我監控，（表 5-1）在加上醫病之間溝通不夠清楚；也因此認為腦中風是別人的故事，不會發生在我家，而疏忽了相關疾病發生的可能。而延誤了就醫時機。

（二）認識不足

民眾對腦中風的認識不足仍是延遲就醫的最大原因（宋昇峰，2009）。本研究中發現無論是病人或家屬均坦承對腦中風的認識不足或沒經驗。因為腦中風來得突然，徵兆又不明顯，常讓人誤人為是感冒，對於症狀未積極處理或不予理會，直到病情嚴重才就醫，以致造成不可逆的傷害。

二、腦中風病人就醫歷程

（一）相輔相成

西醫採取科學儀器診斷，善於處理急症，而中醫注重病人身體長期的調養，因此，

民眾認為結合中西醫是很好的選擇。民俗療法場於解釋、安撫人心，給予病人及家屬安定的力量，而另類醫療則在三者之外提供了一些選擇，補充三者所不及的。於文本分析中，西醫並非全然排斥中醫，有醫師叮嚀病人注意用藥時間，或主動提及針灸的使用，或告知病人補充營養品或輔助用藥。所以，西醫、中醫、民俗療法與另類療法，對於腦中風病人都是有助益，而非相互排斥。

於文本分析中，我們看到腦中風病人於各醫療體系之間，努力尋求各種復原的可能。分述如下：

1. 西醫：腦中風病人依是否開刀區分看診神經內科或神經外科外，於一段時間之後病人依治療效果選擇同科別不同醫師，尋求不同醫療見解的協助。此外，病人未中風前即有之慢性疾病或之後很容易易引發的感染等，均須跨科別醫治，甚且於不同醫療院所尋求治療。如復健醫療，有非住院病人同時選擇不同醫院，分別於一、三、五或二、四、六，跨院區治療。
2. 中醫：訪談個案中，六位病人有五位接受中醫的治療，最受肯定的是針灸，其次是中藥的使用。有病人主動要求針灸，認為治療後感覺比較舒服，尤其是病人殘肢的張力舒緩效果倍受肯定。有病人認為西醫較快，中醫較慢，但是有用。中醫的某些部分是與民俗療法相重疊的，但是依據衛生署明定期給付之醫療行為有診察、針灸、治療材料給予、一般性治療行為等。一般中醫師並不施行推拿醫療，因此，推拿行為多於民俗療法進行。
3. 民俗療法：內容包羅萬象，推拿、生薑鹽巴熱敷、泡腳、泡澡、放血、拍腳底、民間藥方、宗教信仰等。無論路途多遠只要有機會，有人說就去，如個案 E 所述：跑到中壢去針灸、苑裡去放血、還有在汐止推拿，最近去頭份推拿、到清水拍腳底。儘管如此，最推崇的是推拿、熱敷和泡腳，認為可以促進血液循環，但是對於民俗療法的施做也是有所忌諱的，譬如脖子以上不要推拿、中風病人不適合拔罐等。也常以念經、念佛等方式祈求菩薩保佑，藉由宗教信仰給予安定的力量。

4. 另類療法：本研究中最重要的是維他命，除了補充營養外，就是和神經功能相關的維他命，此外醫生囑咐的輔助用藥，如胃藥等。其他保健食品等，只是費用都很高，長期下來是筆不小的費用。

(二) 中醫和西醫的醫療利用，不是替代關係。

林芸芸認為在中、西醫並存的台灣，中醫和西醫的醫療利用，顯示出來的是一種替代的關係，使用西醫就不再使用中醫，反之亦然（林芸芸，1992a，1992b），但是，張苙雲等人則以為西醫的優勢還是難以取代的（張苙雲等，1989，1998；陳晶瑩等，1991）。本研究經由個案的訪談中，發現腦中風患者對於中醫、西醫的醫療利用，是相輔相成的關係，而非替代關係。

在本研究中發現，大部分的患者對於中醫、西醫的使用，是無法全然切割的，兩者不是替代關係，而是相輔相成的關係，尤其是中醫的使用者。在本研究的六位個案中除了 B 個案，雖因患者有糖尿病而堅持使用西醫體系治療，卻仍有用保健食品及宗教的協助；其餘五位個案則是各種醫療體系皆參雜使用（表 3-1），只要是對患者有幫助的皆願意使用，就如同第四章提及的患者和家屬是採加法計算醫療效果的態度。而且有部分西醫師也會建議患者採用合宜的針灸療法，或提醒患者西藥和中藥使用時需要時間區隔。但是從病情的確診及持續西醫的醫療來看（表 4-3），無可諱言的是，西醫仍是醫療主流。

(三) 負面的醫療經驗：

自費醫療器具：手術前要求家屬用自費的醫療器材

「好啊，我花錢，有的醫生會有的不會，那幾萬塊下去，我就簽一簽，他才給他手術。」（C201-28 122/126）

病人和家屬總希望把握黃金治療期，所以只要有人說甚麼有效，只要經濟還可以，甚麼都嘗試。如使用中藥很貴又沒有藥單，大陸同仁堂一顆八百元吃到變二千五。此外，也有假藉名目推薦有效的針灸醫師或珍貴藥材宣稱療效，但都極為昂貴，這也是

讓人比較擔心的。

宗教信仰有時也容易成為操弄的對象。利用家屬祈求的心裡，要求添香油錢或指稱家裡有事要做法事等等。這些都是衍生出的煩惱。

（三）不合適的醫療資源使用

研究發現一個現象，需要復健的病人得不到復健的健保病床。有許多復健科的病人，因為住家樓層高，又無電梯而無法返家，或因為保險給付而必須住院，形成院際間的流浪病人。亦即健保住院天數為 28 天，每當住院天數將屆滿前，病人即到另一醫療院所登記住院，長期循環不返家，也就導致療資源分配不適當。

三、資訊需求未被滿足

資訊需求是多樣性，從疾病的認識到社福資源的申請利用等，從發病到出院以及後續的照護，各階段都不盡相同，而且多數未被滿足。腦中風造成病人及家屬沉重的負擔，如果可以快速取得有效資訊，將可提供最大的助益。

（一）資訊來源：大多數來自病友相互告知、網路搜尋，少數來自醫護人員，政府宣傳品，沒有人提到電視或廣播，可能如訪談所示的，事不關己就不會在乎，因此許多相關廣告宣傳不會留下印象。

（二）資訊使用的限制：發現病人失能後對於 3C 產品的使用性極低，而家屬一方面要承擔照顧的責任而且對網路的使用，並不普遍且有困難，因此資訊傳播的管道必須多元化。

（三）資訊內容：除了依些文件資料的呈現外，家屬覺得有一個具有專業的一個課程或團體，從一開始就介入讓家屬知道應該怎麼去做，給予明確的資訊，指導家屬如何去面對跟接受跟處理，這同時也紓解了家屬照顧上的壓力。

四、肯定長照資源

長期照護中各項資源的提供，受到很大的肯定。尤其是提供行動需求的復康巴士，

以及各項輔具的補助等，雖然使用便利性及滿足度仍嫌不足，仍然受大及大的肯定。資源的使用上，在本研究中看到人性的光輝，家屬在輔具補助的申請上，均會先考量到更多需求的人，而放棄補助或延長輔具使用的期間，即使最後在龐大的經濟負擔下，還是需要提出申請補助。

第二節 研究建議

根據本研究的發現與結論，研究者對腦中風病人及家屬、醫護人員、衛生行政機關及未來有興趣從事相關研究的研究者提出以下幾點建議：

一、給腦中風病人及家屬

腦中風後遺症的復健是辛苦的路程。除了失能的不便外，復健過程的痛及沮喪常是復健失敗的重要原因，希望病人可以提出你的需求，讓周遭的人更容易協助你，得到更好的效果。而家屬更要勇敢的說出：我需要休息。讓其他家人或社會資源來幫忙，不要執著於「沒有人照顧得比我好」的迷思，畢竟照顧好自己才有能力照顧好你摯愛的家人。

二、鼓勵醫護人員提供相關訊息給病人及家屬

就如研究結果所示，病人及家屬均認為醫護是最佳的訊息提供者。因為病人都是在醫院確診，由醫院出院，許多重要證明，均需由醫療團隊開立；而且醫護人員最知道該階段病人的需求，所以醫護人員是最直接有效的訊息提供者。鼓勵醫護人員主動提供訊息給病家，是除了醫療之外最好的協助。

三、給社政單位

- (一) 資訊傳播：病家對於社福或醫療資訊的獲得，除少數醫護人員的轉知之外，靠的是病友間相互轉告，或是網路資訊。建議社福單位可以將社福及醫療等相關訊息資源做完整的整理，做有效資訊傳播，使資源的運用更便利有效。

- (二) 修改復康巴士預約方法：復康巴士使用分級預約，以保障重症患者移動的需求，目前已逐漸變更為多重預約方式，以電腦、電話、傳真等方式辦理，唯曾多粥少實難滿足需求，建議修改網路程式，使預約成功者可於一定時間上網變更預約，為預約成功者得以隨時上網檢視遞補預約，並增加臨時叫車的可能性。
- (三) 建議各縣市政府增加輔具資源再利用：病人痊癒或過世後，不需使用的輔具可由專責機構回收整理後，無償提供病人使用，不止減輕病人經濟負擔，亦可節省社福經費，做更有效的利用。新北市輔具中心為全國唯一提供免費二手輔具的單位。
- (四) 建議檢討外籍看護工制度，減少仲介剝削，保護外籍看護工的權益，加強落實訪視功能，防止外勞受虐。

四、給衛生單位

- (一) 建議檢討健保住院給付制度，以避免院際流浪的病人，同時將病房落實給急需住院復健的病人。
- (二) 一般的醫院或診所的復健部分，空間及設備都不足，研究者曾在某一個署立醫院復健部門經驗到輪椅行進的困難。建議加強一般診所設置的規模空間與設備，以增加醫療的適切性與可親近性。不但可以減少前項復健病房的需求，更可逐漸走向社區照護模式，減少病人就醫的路程奔波，亦可降低復康巴士的需求。

五、給長照機關

- (一) 人力資源，一直是腦中風家庭所欠缺的，然而在本研究六位個案中，除了一位使用居家照護外，喘息服務沒有任何一位使用（表 4-4）。究竟是人員養成的問題還是制度設計的問題？如何使需要的人願意使用，又如何讓以使用者，獲得較充分的照護滿足，這是值得長照機關探討的。
- (二) 外籍看護工每二年得休假返國，每三年強迫必須返國一個月，待重新申請通過後再行入境。腦中風重症患者對照護人力需求是無法一日停止，於是該家庭必

須調整合宜的人力配置，或雇用短期看護甚至鋌而走險雇用非法外勞，患者的照顧顯現斷層。建議長照機關在制度上加以調整並配合現行試辦的「外籍看護走動式照顧服務」，協助照顧者，達到無縫接軌，應該是可行的。

(三) 長照資源，因有地方自主財源的差異而有不同，導致予人有一國好幾制的感受，導致人籍不一的現象。如何縮小其間的差距，使患者得以在籍。在地、在家照顧是重要的。

六、給未來相關研究的研究者

腦中風病人很重要的照護需求是人力資源。但是在本研究中居家服務與喘息服務的使用並不高，尤其是喘息服務，除了腦中風患者重症者多半聘有外籍看護工外，家人不放心將病患交給短時間的陌生照護人員，此外，喘息服務人員的素質有待加強，亦為主要因素。期盼未來相關研究者，可以就人力資源部分多予著墨，提供好的建議，以嘉惠腦中風患者及家庭。

新北市政府於去（2013）年七月試辦「外籍看護走動式照顧服務」，未來相關研究者可以追蹤其成效及適用範圍，促進外籍看護工的銜接，提供患者更好的照護。

第三節 研究限制

一、資料來源的限制

本研究資料來源均為朋友介紹，原來也一位受訪者在南部，因為時間的限制而捨棄，所以研究個案為居住在雙北市。在研究中發現僅雙北市社會資源就有落差，那南部和北部的差異是否會更大。此外，邀請到的個案中風時間都離第一次中風有四年以上，近期中風者，其就醫歷程是否會有所不同。

二、研究者的研究背景的限制

研究者的母親為腦中風病人，因此對於腦中風病人有許多接觸，但是在本研究中，

研究者必須揚棄自身的經驗，全然以受訪者的經驗為出發，否則很容易以自己的理解去聽對方的談話，而忽略了受訪者言談間的真義。這也是研究者在整個研究過程中不斷提示自己的。

第四節 研究反思

一、訪談歷程的反思

受訪的個案有的是母親的病友，有的是朋友介紹，巧合的是，他們多為二度以上中風的病人，也都生病了一段時間，所以不論是病人或家屬都很辛苦，尤其病人因腦中風後遺症的影響，語言功能大受影響。因此訪談過程中，有時必須停下來由家人翻譯，所幸病人也習慣這個過程，只是在做逐字稿聽訪談錄音的時候比較要多用心外，也還好。可是在訪談進行中，有男性的病人當著你的面哭起來，嘴角還掛著一串口水時，研究者內心的激動也是難免的啊。

高淑清（2008）指出質性的訪談非無目的的漫談與聊天。然而，也許是研究者讓受訪者覺得信任，想要把積壓了許久，平常無法對別人說的話，一次傾倒出來，為了避免失焦，研究者必須切割訪談時間，增加訪談次數，每次預留時間，在不影響訪談內容的情形下，讓受訪者得以紓解情緒。這對研究者是個考驗。

有家屬把握機會希望透過我們的研究可以讓其他患者受益，只聽到她說：「啊！復康就是你告訴我的。其實這個都有，可以幫助很多人，寫上去。舊的輔具申請，蘇嫂就是這樣申請。來家裡打掃，這個給你去幫助很多人，寫上去。」我真的感動。

二、文本分析的過程

文本分析是一個十分不熟悉的過程，在完成了六篇文字稿後，一片茫然，所幸有老師仔細的指導，再加上學姐的軟體協助，才能逐漸上軌道。關於編碼、概念化、範疇、主軸議題，是一層一層濃縮而成，剛開始無法使用精簡的文字去呈現，經過老師指導後才恍然大悟。但是龐大的資料，又該如何去歸納、分析？最後還是要耐著性子，

慢慢一層一層的去完成，先是概念化，再來是範疇，之後是核心範疇，覺得還不夠，再往上凝聚出主軸議題。這當中還要不斷提醒自己要屏除自身的經驗，全然以受訪者的眼光去看待。在完成範疇歸納後，經老師提醒，再邀請兩位同學幫忙檢視，以免有過於個人觀點之虞。

經過反覆檢視、濃縮之後得到主軸議題，之後進入文本分析。就這樣不斷檢視，分析，調整，再與先前的文獻參考做對照，並透過第三位同學的提點，終於完成文本的分析。這當中的困難在於研究者對於分析方法的不熟悉，但是愈到後來會發現說，喔！原來是這樣。

三、研究歷程的反思

研究者在論文的撰寫過程中，適逢母親生病，中斷了學業，所幸有老師耐心的守護，同學的鼓勵和研究參與者的支持，才能完成。

因為寫作的時間拖得較長，資料的保存益顯重要，常常一段時間後，電腦存檔的位置不見了，原來是忘了資料夾的位置，所以資料的歸類、存檔是非常重要的。

這期間到每個家庭去訪談，看到他們照護家人的認真與用心，或許方法不同，但他們愛護家人的心是一樣的。也因此得以就有幫助的資訊及照顧心得相互流通一下，除了自己受益之外，受訪家庭也多少得到一些不同的啟發。在這互動的過程中，研究者得以完成研究資料的取得，也得以回饋受訪者，是研究者原先沒有預料的，真的很開心，也很感動。

參考文獻

中文部份

- 丁志音（2003）。誰使用了非西醫的補充及另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用。台灣衛誌 22:155-156。
- 林芸芸（1992a）。中、西醫醫療利用型態的文獻回顧與實證研究。中華家醫誌。二卷，一期，頁 1-13。
- 林芸芸（1992b）。大學生的中、西醫醫療求醫行為。中華家醫誌。二卷，四期，頁 176-185。
- 林宮美（1992）。求醫行為研究。國立台灣大學公共衛生學院碩士論文，台北。
- 中央健康保險局（2012）。全民健康保險醫療費用支付標準。台北：中央健康保險局。
- 辛隆士、邱泰源、胡文郁、程邵儀、陳慶餘（1996）。癌末病人之另類治療行為。中華家醫誌。1996；6:127-37。
- 行政院衛生署（1995）。在臺灣長期照護需求與服務體系之政策分析報告。
- 行政院（2007）。我國長期照顧十年計畫-大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。
- 江慧琪（2007）。社區失能個案長期照護服務需求及其相關因素之探討-規範性需求之觀點。國立臺灣大學未出版之碩士論文，臺北。
- 成令方（2008）。《醫療與社會共舞》-代代相傳的另類療法(丁志音)。台北市：群學出版社有限公司。
- 成令方（2008）。《醫療與社會共舞》-中醫專業的興起與變遷(鄭惠珠)。台北市：群學出版社有限公司。

李世代（2003）。老年醫學（一）老年照護與老化之一般原則。台北：台灣老年醫學會。

李世代、吳尚琪、陳惠姿、黃源協、葉莉莉、張美珠(2003)。社區化長期照護之發展策略。台北：國家衛生研究院。

吳芝儀、李奉儒譯（1995）。《質的評鑑與研究》。台北：桂冠。

邱憶惠（1999）。個案研究法：質化取向。國立高雄師範大學教育學系教育研究。第7期。

高淑清（2008）。質性研究的 18 堂課：首航初探之旅。高雄市：麗文文化事業股份有限公司。

宋昇峰（2009）。血路若通，治好中風—改變民眾對腦中風的認知；台灣腦中風學會會訊，16：12。

林壽惠(1993)。台灣地區腦中風病人之居家護理及社會問題。台灣醫學會雜誌，92(4)，177-183。

胡月娟（2008）。長期照顧。台北：新文京開發出版股份有限公司。

胡幼慧（1996）。質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。台北市：巨流圖書有限公司。

胡順江(1997)。復建醫學與護理。台北:匯華圖書有限公司。

高也陶（2001）。看中醫還是看西醫。台北市：大地出版社。

國際厚生健康園區（2011）。對輕微中風認知不足 恐延誤治療黃金時機。國際厚生數位科技股份有限公司：網址：

http://www.24drs.com/Special_Report/stroke/11_article.asp?who=7322&table=daily

黃美涓，藍青（1984）。中風與復健，台北，光啟出版社。

黃美涓，藍青（1984）。中風與復健，台北，光啟出版社。

喬治·福斯特等著，陳華、黃新美譯，楊翎校閱（1992）：醫療人類學。台北市：桂冠出版社。

葉炳強（2005）。腦中風全方位照護。台北，健康文化事業股份有限公司。

陳美津，藍忠孚總編輯（2002）：長期照護復健服務模式之探討-王瑞瑤、廖芳華、高麗芷。台北，財團法人國家衛生研究院。

陳晶瑩（2003）。老年人之長期照護。台灣醫學2003；7：3：404-413

彭蔚安（1997）。中國醫學入門。台北市：立得出版社。

張芷雲（1998）。逛醫師的邏輯：求醫歷程的分析。臺灣社會學刊，21：59-87。

張芷雲楊孟麗趙景雲（2011）。就醫行為的潛在類型與健康測量：全民健康保險資料的應用。臺灣社會學刊，46：207-247

張珣（1989）。疾病與文化。台北：稻香出版社。

張珣（2008）。醫療與社會共舞。台北：群學出版有限公司。

張珣（2012）。台灣民俗中的養生醫療。台北：數位典藏室部落格。網址：<http://content.teldap.tw/index/blog/?p=3786>

葉肅科（2008）。健康、疾病與醫療：醫療社會學新論。台北市：三民書局股份有限公司。

詹火生（2001）。劇變時代的社會福利政策。國家研究院報告。網址：<http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/090/SS-R-090-024.htm>

詹火生主持（2009）。因應長期照護保險法制規劃檢視『我國長期照顧十年計畫』成效及發展方向。台北市：行政院經濟建設委員會。

劉宇菁（2008）。振興醫院復健醫學部物理治療師。大紀元新聞網 2/11/2008

劉大元（2009）。不一樣的另類醫學—中西醫學整合先驅-張永賢。北市：書泉出版社。

鄭建興（2006）。腦中風的防治與復健。台北：健康文化事業股份有限公司。

潘淑滿（2003）。質性研究：理論與應用。台北市：心理出版社股份有限公司。

蔡兆勳，黃怡超，邱泰源（2008）。輔助與替代醫療的現況與挑戰。台灣醫學 2008；12：171-177

詹金烈（2010）阿茲海默氏病病人的自我認知。台灣老年醫學暨老年學雜誌。第5卷第3期2010；5(3)：182-189。

魏書娥（2003，12月）。生/死建構的社會學考察。生死學研究，嘉義縣，創刊號，65-95。

黃麗續（2009）。從 DNR 分析看無效醫療的界線與醫學的極限。南華大學生死學系未出版畢業論文，嘉義縣。

盧孳艷（2006）。行政院衛生署九十五年度科技研究計畫-台灣社會風險管理之專家系統。行政院衛生署。

蕭淑貞、李世代總校閱；陳秀卿等編著（1999）。長期照護。台北：藝軒圖書出版社。

奇美電子報第 22 期 復健科王鈺霖醫師、周偉倪主任

<http://www.uho.com.tw/sick.asp?aid=8425>

台灣醫(E)學院 行政院衛生署網址：網址：

http://fms.cto.doh.gov.tw/DOHCourse/94_cva_p/online/func/cva_faq_p.html

英文部份

Ahern,E (1975) : Sacred and secular medicine in a Taiwan Village ; a study of Cosmological Disorders” in Kleinman(ed) 1975,pp91~115 °

Kleinman, A : (1975) : Medicine in Chinese Culture , Washington , D.C : U.S.Government Printing Office for Forgarty International Center, N.I.H., DHEW Publication °

Kleinman, A (1980) : Patients and Healers in the Context of Culture Bakeley : Univ. of Calif Press °

Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. J Am Med Assoc 1998;280:1569-75

Future. 2nd ed. Durham, North Carolina Academic Press, 1993 ; 23 (1) : 52~60

Pelletier KR, Astin JA. Integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care and insurance providers : 2000 update and cohort analysis. Alternative therapies, 2002 ; 9(1) : 38-48

Kane, R.A., & Kane, R.L. (1981) . Assessing the Elderly: A practical guides to measurement. Lexington, MA: Lexington Books

Levenson SA : Medcial Direction in Long-term Care : A Guidebook For The Future. 2nd ed. Durham, North Carolina Academic Press, 1993 ; 23 (1) : 52~60

Levenson SA : Medcial Direction in Long-term Care : A Guidebook For The therapies. Alternative Therapies. 2002;8(6):84-88

Lincoln, Y.S.,&Guba,E.G.(1985).Establishingtrustworthiness.InNaturalisticinquiry(pp.289-331).BeverlyHills,CA:Sage.

Martin,Katherine-Gould (1975) : “Medical Systems in a Taiwan Village : One-Ia-Kong

The Plague God as Modern physician” in Kleinman(ed) 1975 , pp.115~143 .

Seligman MEP: Helplessness: on depression, development, and death. San Francisco: W.H. Freeman. 1975

Steyer TE, Feed GL, Lantz PM. Medicaid reimbursement for alternative medicine. Kasteler J. Kane RI, Olsen DM, and Thetford C. Issues underlying prevalence of “doctor-shopping” behavior. Journal of Health and Social Behavior.

Technical Report No.622 Geneva. 1978 Alma—Ata Primary Health Care.

WHO 1978 The Promotion and Development of Traditional Medicine. 1976 ; 17(4) : 329-339



附錄 A

訪談說明書

親愛的 研究參與者：您好！

我是南華大學生死學研究所的學生，目前正進行「台灣腦中風患者就醫歷程及另類療法使用情形探討」之研究，非常感謝您參與本研究並接受訪問。本研究目的是為了深入探討腦中風患者在罹病之後的就醫歷程，包含就醫情形、生活變化、社會資源的使用狀況及對另類療法的看法與使用情形等。希望藉由面對面的訪談，分享您在醫療過程中的深刻感受與體驗，在我們分析研究後，所得的研究結果可以縮短之後患者及家屬摸索的時間，避免不必要或錯誤的醫療，增加復原的機會。

本研究預計進行一至三次訪談，依訪談內容增減訪談次數，每次訪談時間約為六十分鐘，為使研究資料客觀、詳實，每次訪談將會全程錄音，以為資料分析之依據，進行訪談的地點，則依您的意願與方便來選擇決定。研究者了解醫療歷程的艱辛，因此在訪談過程中，如因碰觸您內心深刻的體驗，而感覺不舒服或不願意再回顧，您隨時可選擇終止或退出本研究。

關於您所提供的訪談資料，研究者保證不隨意公開，僅供研究者與指導教授分析討論。最後，非常感謝您對本研究的參與，因為您真誠的分享，方能如實呈現就醫歷程的完整面貌，使我們對您的就醫歷程有更深一層的了解與認識，並提供相關領域研究人員進一步省思的機會。您於研究過程中如有任何疑慮，請隨時與研究者聯絡。

研究者姓名：蔡美德

連絡電話：

網址：

中 華 民 國 年 月 日

附錄 B

訪談同意書

我是_____，研究人員已詳細說明研究目的及程序，我願意參與南華大學「台灣腦中風患者就醫歷程及另類療法使用情形探討」之研究過程，同意下列事項：

同意 不同意

- 1.我知道這是一項學術研究，我個人自身的利益將受到保護。
- 2.研究人員允諾對訪談內容保密，不在任何書面或口頭報告中揭露我的姓名及可以分辨我身分的資料。
- 3.我同意在訪談過程中錄音，方便研究人員紀錄及整理資料。
- 4.我同意研究報告可以研究論文方式出版並提供學術研。

受訪者簽名：_____

研究者簽名：_____

中 華 民 國 年 月 日

附錄 C

先導性訪談大綱

本次訪談資料以病人為主，如病人受訪有困難，由家人或主要照顧者為受訪對象，或共同受訪。

一、基本資料

1. 受訪者姓名：_____與患者關係 _____

2. 患者姓名：_____

3. 性別：男 女

4. 年齡：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日，實歲： _____ 歲

5. 中風情形

第一次 一次以上，_____次

出血型 梗塞型 其他 _____

6. 教育程度： 小學 中學 高中 大學 研究所 其他 _____

7. 宗教信仰： 無 一般民間信仰 佛教 道教 基督教 天主教
 其他 _____

8. 婚姻狀況：

中風前： 無 已婚 _____

中風後： 無 已婚 _____

9. 職業：

中風前： 無 _____

中風後： 無 _____

10.經濟來源：

薪水/退休金 家人(配偶/父母/子女/兄弟姊妹) 存款/保險金/投資利得
 其他_____

11.主要照顧者： 配偶 外傭 其他_____

12.主要醫療決策者：_____

二、請問您甚麼時候知道自己中風了？之前有否徵兆，您處理的態度如何？（了解患者對生病的認知與態度）

三、請問您（患者）中風到現在有多久的時間？您（患者）做了哪些治療？為什麼採取這些治療方式？誰決定醫療方式？（了解患者生病時間的長短，使用醫療方式）

四、請問您（患者）中風之前和之後的生活情形（含家庭、社交），感受最深刻的事情是甚麼？（了解患者生活的變化及感受，是否影響其就醫行為）

五、生病後需要的資源是甚麼？獲取管道為何？有甚麼困難或建議？

六、除了以上提到的醫療方式，您是否還有使用其他的輔助醫療，是否有告知主治醫師？

附錄 D

正式訪談大綱

本次訪談資料以病人為主，如病人受訪有困難，由家人或主要照顧者為受訪對象，或共同受訪。

一、基本資料（1-4 為受訪者資料，5-15 為患者資料）

1. 受訪者姓名：_____與患者關係_____

2. 性別： 男 女

3. 出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日， _____ 歲

4. 教育程度： 小學 中學 高中 大學 研究所 其他

5. 患者姓名：_____

6. 性別： 男 女

7. 出生年月日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日， _____ 歲

8. 中風情形

第一次 一次以上， _____ 次

出血型 梗塞型 其他

9. 教育程度： 小學 中學 高中 大學 研究所 其他

10. 宗教信仰： 無 一般民間信仰 佛教 道教 基督教

天主教 其他

11. 婚姻狀況：

中風前：無 已婚

中風後：無 已婚

12. 職業：

中風前：無

中風後：無

13. 經濟來源：

薪水/退休金 家人(配偶/父母/子女/兄弟姊妹) 存款/保險金/投資利得

其他

14. 主要照顧者：配偶 外傭 其他

15. 主要醫療決策者：

二、請問您甚麼時候知道自己中風了？之前有否徵兆，您處理的態度如何？（了解患者對生病的認知與態度）

三、請問您（患者）中風到現在有多久的時間？如何決定醫療方式？（了解患者生病時間的長短，使用醫療方式）

四、請問您對另類療法的認識，有何使用經驗？（了解患者亂者或照顧者，對另類療法的使用經驗）

五、請問您（患者）中風之前和之後的生活情形（含家庭、社交），感受最深刻的事

情是甚麼？（了解患者生活的變化及感受，是否影響其求醫行為）

六、生病後需要的資源是甚麼？獲取管道為何？有甚麼困難或建議？（了解患者對社會資源的了解、使用及需求情形）

七、除了以上提到的醫療方式，您是否還有使用其他的輔助醫療，是否有告知主治醫師？（了解患者另類療法使用情形及態度）



附錄 E

腦中風患者可參考資源

單位/網址	提供協助	電話/地址
腦中風家屬成長團體 http://www.ntuh.gov.tw/patientService/patientGroup/%E8%85%A6%E4%B8%AD%E9%A2%A8%E5%AE%B6%E5%B1%AC%E6%88%90%E9%95%B7%E5%9C%98%E9%AB%94.aspx	<ol style="list-style-type: none"> 1.腦中風病人家屬照顧心得分享 2.腦中風病人照顧技術與方法的教導 3.提供腦中風病人住院期間的各項衛教知識 4.腦中風病人出院後續照顧規劃與諮詢 5.腦中風病人社會福利資源與支援 6.不定期舉辦腦中風相關之健康講座 	電話：(02)23562357 地址：台北市中山南路7號4樓 台大醫院4C教室 限每週三下午3點至4點開放，請洽 程瓊嫻護理長 或 鄧伊茜護理師
台灣腦中風病友協會 http://www.strokecare.org.tw/index.html	希望支持團體的力量能夠持續延續並擴及到全國，經由團體的力量協助病人及家屬，並散播關懷給更多高危險族群，一起共同來預防腦中風的發生及將中風後的併發症降到最低。	(02)8792-8692 地址：台北市內湖區成功路二段325號 (三軍總醫院醫療大樓6樓神經科部)
病後人生/一站式服務網 http://afterthatday.blogspot.com/	"病後人生"網站從病友的角度出發，用故事或新聞報導描述病友情境，再進一步解釋可以申請哪些補助、如何申請，淺顯易懂。	
各縣市政府長照管理中心	完整評估失能市民及家庭照顧需求，協助連結相關資源或服務，確保照顧服務之及時性與適當性，減少醫療及社會福利服務的不適當使用，增加資源有效使用。	附錄F
各縣市政府輔具資源中心	提供輔具資訊，獲致專業完整的輔具評估簡化輔具補助申請	附錄G
各縣市政府辦理身心障礙者復康巴士	復康巴士是針對身心障礙朋友所設計專屬具輪椅載送功能的特殊交通工具，為預約制專業接送，提供身心障礙朋友就業、就醫、上下班等服務。	附錄H

附錄 F

各縣市政府輔具資源中心彙整表

主辦單位/承辦單位	地 址	電話 (T) /傳 真 (F)
基隆市輔具資源中心 http://keelungeden.pixnet.net/blog 承辦單位：伊甸社會福利基金會	基隆市信義區東信路 282-4 5 號	電話：02-2466 2355 轉 250
台北市北區輔具中心/信義區、松山 區、大安區、文山區、南港區、內湖 區 http://ntuhcat.pixnet.net/blog 承辦單位：台大醫院輔具中心	台北市中正區中山南路 7 號台大醫院復健部	電話：02-2312 3456 轉 67292 傳真： 2382-0 473
台北市南區輔具中心/中正區、中山 區、大同區、北投區、士林區、萬華 區 http://www.diyi.org.tw/diyiat/at home.aspx 承辦單位：第一輔具資源中心	台北市信義路 5 段 150 巷 3 16 號 7 樓	02-27207364
新北市輔具資源中心 http://www.sw.ntpc.gov.tw/_file/1588/SG/29031/D.html 承辦單位：台北縣立八里愛心教養院	新北市蘆洲區集賢路 245 號 9 樓	電話：02-8286 7045
桃園縣輔具資源中心 http://www.tyad.org.tw/tyatc/ 承辦單位：桃園縣私立脊髓損傷潛能 發展中心	桃園縣八德市介壽路二段 9 01 巷 49 弄 91 號	電話：03-3683 040、03-37320 28 傳真：(0 3)3680-656
新竹市輔具資源中心 http://www.hcarc.com.tw/ 承辦單位：伊甸社會福利金金會	新竹市竹蓮街 6 號 1 樓	電話：03-5623 707 傳真： 03-5628859
新竹縣輔具資源中心 http://www.huakuang.org.tw/home/foundation-service/assistive-devices	新竹縣竹北市中山路 220 號	電話：03-5551 102 轉 433 傳真： 03-555

承辦單位：天主教華光社會福利基金會		1145
苗栗縣輔具資源中心 http://www.mlatc.artcom.tw/ap/index.aspx 承辦單位：苗栗縣脊髓損傷者協會	苗栗縣苗栗市嘉新里經國路 4 段 851 號 5 樓身心障礙發展中心	電話：037-268463 傳真：037-268468
臺中市南區輔具資源中心 http://atrc.lovehome.org.tw/ 承辦單位：財團法人瑪利亞社會福利基金會	台中市南屯區東興路 1 段 450 號臺中市愛心家園	電話：04-24713535 #1177 傳真：04-24754086
臺中市北區輔具資源中心 https://sites.google.com/site/ntcaids/introduction 承辦：財團法人聲暉綜合知能發展中心	臺中市潭子區中山路二段 241 巷 7 號臺中市身心障礙綜合福利服務中心	電話：04-25314200 傳真：04-25314199
彰化縣輔具資源服務中心 www.joyce929.org.tw 承辦單位：彰化縣私立基督教喜樂保育院	526 彰化縣二林鎮中西里二城路 7 號喜樂保育院	電話：04-8960271 轉 105 -108 傳真：04-8650203
南投縣輔具資源中心 http://nantoucatr.com.tw/index.asp 承辦單位：財團法人愚人之友社會福利慈善事業基金會	南投縣埔里鎮八德路 17 號南投縣身心障礙福利復健服務中心	電話：049-2420390、049-2420338 傳真：049-2420583
雲林縣輔助器具資源中心 http://www.ylad.org/ 承辦單位：雲林縣物理治療師公會	雲林縣斗六市府文路 22 號身心障礙福利服務大樓 1 樓	05-5339620
嘉義市輔具資源中心 承辦單位：嘉義市殘障者服務協會	西區辦公室：嘉義市玉康路 160 號	05-2858215
	東區辦公室：嘉義市體育	05-2254844

	路 2-3 號	
嘉義縣輔具資源中心 http://www.khh.org.tw/?Page=NoScript&Guid=94d65db6-81f2-2acb-6ff3-e3e0719e27cd 承辦單位：嘉義縣身心障礙者聯合會	嘉義縣梅山鄉梅北村中山路 748 號	電話：05-2626222 傳真：05-2626000
台南市輔具資源回收中心 http://www.tn-adrc.com/ 承辦單位：社團法人中華科技輔具協會	南區服務站：70165 台南市東區林森路二段 500 號	電話：06-2098938 傳真：06-2098939
	北區服務站地址：台南市官田區隆田里中華路一段 325 號	電話：06-5790636 傳真：06-5790637
高雄市輔具資源中心 http://www.aasck.org.tw/html/front/bin/home.phtml 承辦單位：高雄市自強創業協會	南區服務站：高雄市前鎮區翠亨北路 392 號	07-8154414
	北區服務站：高雄市楠梓區德民路 172 號	07-3361737
屏東縣身心障礙者生活輔助器具資源中心 http://vhome.org.tw/pgov/index.htm 承辦單位：屏東基督教勝利之家	屏東縣屏東市建豐路 180 巷 35 號 5 樓	電話：08-7364931、08-7365455 7378823-504 傳真：08-7364931
台東縣輔助器具資源中心 承辦單位：天主教救星教養院	950 台東市山西路一段 207 號	電話：089-359284 轉 129 089-359060 傳真：089-323042
花蓮縣輔具資源中心 http://www.mf.org.tw/item09/page01.asp 承辦單位：門諾社會福利慈善事業基	花蓮市順興路 3 號花蓮縣身心障礙福利服務中心/門諾基金會	電話：03-8227083 轉 3194~3197 傳真：(03)8

金會		227084
宜蘭縣輔具資源中心 承辦單位：社團法人宜蘭縣發展遲緩 兒童早期療育協會	宜蘭市同慶街 95 號 5 樓	電話：(03)935 5583 轉 21~24 傳真：(03)935 5112
澎湖縣輔具資源中心 http://www.phcs.artcom.tw/ap/cust_view.aspx?bid=29&sn=1d1ae71-9edd-4d98-9706-278b04986c7c 承辦單位：社團法人澎湖縣照顧服務 協會	澎湖縣馬公市同和路 33 號 澎湖縣身心障礙福利大樓 地下一樓	電話：06-9262 740/9274400 轉 247（社會 處）；傳真： 06-9274860
金門縣身心障礙者輔具資源服務中心 承辦單位：金門縣身心障礙者家長協 會 http://www.kmmrp.artcom.tw/ap/index.aspx	金門縣金湖鎮瓊徑路 35 號 B1 社福館	082-333629 傳 真：082-3378 32

資料來源：各縣市政府長照中心網站 電話查詢 研究者整理

附錄 G

各縣市政府長期照顧管理中心分站服務區域表

單位 /網址	站別/服務區域	地 址	電 話	傳 真
臺北市長期照顧管理中心 http://subweb.health.gov.tw/longterm_care_web/home.asp 02-25975202	臺北市長期照顧管理中心	10452臺北市中山區玉門街一號 (A101辦公室)	02-25975202	02-25970425
	西區服務站 萬華、中正	10065臺北市中正區中華路2段33號A棟5樓(臺北市立聯合醫院和平院區)	02-23753323	02-23889402
	南區服務站	10629臺北市大安區仁愛路4段10號5樓 (臺北市立聯合醫院仁愛院區)	02-27049114	02-23258175
	北區服務站	11146臺北市士林區雨聲街105號B1 (臺北市立聯合醫院陽明院區)	02-28389521	02-28386131
	中區服務站	10314臺北市大同區鄭州路145號6樓 (臺北市立聯合醫院中興院區)	02-25527945	02-25527933
基隆市長期照顧管理中心		20402 基隆市安樂區安樂路二段164號前棟1樓	02-24340234	02-24340344
		20145基隆市信義區東信路35巷47號 (羅東衛生所2樓)	02-24661280	02-24661260
宜蘭縣長期照顧管理中心 http://ltc.ils.gov.tw/		26049宜蘭市民權路一段65號5樓	03-9359990 9314773	03-9359993
	溪南分站	宜蘭市聖後街141號(羅東鎮衛生所二樓長照大樓)	03-9359990	03-9359993
新北市長期照顧管理中心 http://www.sw.ntpc.gov.tw/_file/1588/SG/24867/	板橋站/板橋區	220新北市板橋區中正路10號2樓	02-29683331	02-29683510
	雙和站/中和區、永和區	235新北市中和區南路4巷3號2樓	02-22464570	02-22475651
	三重站/三重區、蘆洲區	241新北市三重區中山路2-1號2樓	02-29843246	02-29833481

D.html 02-22548382 直撥1999(新 北市境內使 用)或02-2960 3456	三峽站/三峽 區、土城區、 樹林區、鶯歌 區	237新北市三峽區光明 路71號3樓	02- 26742858	02- 86741927
	淡水站/淡水 區、八里區、 三芝區、石門 區、金山區、 萬里區、林口 區、五股區、 泰山區	251新北市淡水區中山 路158號3樓	02- 26297761	02- 26298330
	新店站/新店 區、汐止區、 深坑區、烏來 區、石碇區、 坪林區、平溪 區、瑞芳區、 雙溪區、貢寮 區	231新北市新店區北新 路1段88巷11號4樓	02- 29117079	02- 29110665
	新莊站/新莊區	242新北市新莊區中華 路1段2號2樓	02- 29949087	02- 29940087
桃園縣長期 照顧管理中 心 http://www.ca re.tychb.gov.t w/	衛生局	桃園市縣府路55號1 樓	03- 3321328	03- 3321338
	南區分站	中壢市溪洲街298號4 樓(中壢衛生、戶 政、環保、稅務聯合 辦公大樓)	03- 4613990	03- 4613992
	復興分站	復興鄉澤仁村中正 路25號	03- 3821265分 機503	
新竹市長長期照顧管理中心 http://www.hcchb.gov.tw/hltc/newhltc/		新竹市東區竹蓮街 6 號 3 樓 (向日葵大 樓)	03- 5628850 5628852	03- 5628853
新竹縣長期照顧管理中心 http://longcare.hcshb.gov.tw/		新竹縣竹北市光明六 路 10 號 (新竹縣政 府 B 棟 4 樓)	03- 55181 01 #5210~5 221	03- 5531569
苗栗縣長期 照顧管理中 心 http://www.m iaoli.gov.tw/	苗栗總站	苗栗市府前路1號5樓 (苗栗縣政府第2辦公 大樓)	037- 559316 559 346	037- 559484
	頭份分站	苗栗縣頭份鎮頭份里	037-	037-

ongcare/		顯會路72號3樓（苗栗縣頭份鎮衛生所）	684074	683481
台中市長期照顧管理中心 http://ltcc1.health.taichung.gov.tw/aboutus/aboutus01.aspx	豐原站（原台中縣）	臺中市豐原區中興路136號〈豐原區衛生所隔壁〉	04-2515-2888	04-2515-8188
	中西區站（原臺中市）	臺中市西區民權路105號〈中西區衛生所二樓〉	04-22285260	04-22250161
南 南投縣長期照顧管理中心http://www.ntshb.gov.tw/content/index.asp?m=1&m1=10&m2=43	南投縣長期照顧管理中心	540南投縣南投市復興路6號	049- 2209595	049- 2247343
	仁愛據點	南投縣仁愛鄉大同村五福巷17號	049-2803419	049-2802414
	信義據點	南投縣信義鄉玉山路45號	049-2792965	049-2792016
彰化縣長期照顧管理中心 http://care.nccu.idv.tw/	彰化縣長期照顧管理中心	50094 彰化市旭光路166號	04-7278503	04-7266569
	南彰化分站	50094 彰化縣埔心鄉員鹿路二段340號 2樓(埔心衛生所2樓)	04-8285729	04-8285728
雲林縣長期照顧管理中心http://www.ylshb.gov.tw/content/index.php?m=1&m1=16&m2=50&gp=49		斗六市府文路22號（斗六地政事務所對面）	05-5352880	05-5345520
嘉義市長期照顧服務管理中心 http://longcare.cichb.gov.tw/		600嘉義市德明路1號（本中心位於嘉義市政府衛生局1樓北側）	05-2336889 4128080	05-233-6882
嘉義縣長期照顧管理中心http://www2.cyhg.gov.tw/chinese/longcare/introduction.asp		61249嘉義縣太保市祥和二路東段1號	05-3620900轉3216-3228	05-362-5790
臺南市政府照顧服務管理中心http://	臺南市政府照顧服務管理中心	台南市安平區中華西路2段315號6樓	06-2931232-3	06-2986826

lrc.tainan.gov. tw/	新營區家庭服務中心	臺南市新營區府西路36號3樓	06-632199406-6327047	06-6325458
	北門區家庭服務中心	臺南市佳里區六安里六安130號	06-7235727 7235263	06-7238382
	善化區家庭服務中心傳真	臺南市善化區中山路353號	06-5812251 5812252	06-5812253
	新豐區家庭服務中心	臺南市歸仁區信義南路78號2樓	06-3387851 3387852	06-3387853
	安康區家庭服務中心	臺南市永康區中山南路655號3樓	06-3110710 3110712	06-3110711
	玉井區家庭服務中心	臺南市玉井區中正路7號	06-5744616 5744617	06-5744618
高雄市長期照顧管理中心 http://khd.kcg.gov.tw/Main.aspx?sn=666	中正站（左營區、楠梓區、鼓山區、鹽埕區、旗津區、前金區、新興區、三民區、苓雅區、前鎮區、小港區）	高雄市苓雅區凱旋二路132號	07-7134000轉1811-1829	07-713-4973
	仁武站（鳳山區、仁武區、鳥松區、大社區）	高雄市仁武區文南街1號2樓	07-373-2935 373-7013 372-2133	07-373-2940
	大寮站（大寮區、林園區、大樹區）	高雄市大寮區進學路129巷2-1號	07-782-1292	07-7821295
	岡山站（岡山區、橋頭區、燕巢區、田寮區、阿蓮區、路竹區、湖內區）	高雄市岡山區公園路50號3樓	07-622-4718 621-0869	07-622-4351

	美濃站（旗山區、美濃區、內門區、甲仙區、杉林區、六龜區、桃源區、茂林區、那瑪夏）	高雄市美濃區美中路246號	07-6822810 6822811	07-6822812
	永安站（茄萣區、永安區、楠梓區）	高雄市永安區永安路28-1號3樓	07-691-0923	07-691-2961
屏東縣長期照顧管理中心 http://www.pthg.gov.tw/care/CP.aspx?s=6451&cp=1&n=15211	總站（萬巒、內埔）	屏東市自由路272號（屏東縣政府衛生局1樓）	08-7351010 7370002轉156	08-7372032
	屏東區分站（屏東市、長治、萬丹）	屏東市華正路95號（老人文康活動中心1樓）	08-7372500	08-7370862
	高樹區分站（九如、里港、鹽埔、麟洛、內埔）	屏東縣高樹鄉長榮村南昌路12之2號（高樹鄉衛生所2樓）	08-7960222	08-7965915
	潮州區分站（潮州、竹田、東港、新園、崁頂、南州、新埤）	屏東縣崁頂鄉崁頂村興農路29-9號（崁頂鄉衛生所）	08-8632102 8632103	08-8632106
	枋寮區分站（枋寮、春日、佳冬、林邊、來義、枋山）	屏東縣枋寮鄉保生村海邊路6號（枋寮社福中心3樓）	08-8781101	08-8780029
	恆春區分站（車城、恆春、枋山）	屏東縣恆春鎮文化路78號（恆春鎮衛生所）	08-8892140	08-8896289
花蓮縣長期照顧管理中心 http://203.65.62.124/long-term/home/index2.html 412-8080 02-4128080	北區服務中心	97060花蓮市文苑路12號3樓	03-8226889	03-8228934
	南區服務中心	98142花蓮縣玉里鎮中正路152號1樓	03-8980220	03-8980197
台東縣長期照顧管理中心 http		臺東市博愛路336號5	089-	089-

p://care.ttshb.gov.tw/	樓	357328 331171	340705 361030
澎湖縣長期照顧管理中心 http://www.penghu.gov.tw/phchb/ch/home.jsp?serno=201211220002&mserno=201211220002&contlink=/comm_include/menu02.jsp	澎湖縣馬公市中正路15號1樓(澎湖縣政府衛生局1樓)	06-9267242 4128080 手機撥打02-4128080	
金門縣長期照顧管理中心 http://www.kinmen.gov.tw/Layout/sub_D/AllInOne_Show.aspx?path=1561&guid=ac9533e9-7791-42e5-8db4-f73da38ffc3&lang=zh-tw	金門縣金湖鎮中正路1-1 號 2 樓	082-334228 337521轉118、119、120	082-335114
連江縣長期照顧管理中心 http://www.matsuhb.gov.tw/2009web/care_index.php	馬祖南竿鄉復興村216-1號(衛生局後面)	0836-22095轉211	0836-22377

註：各縣市因經費差異，照顧補助有所不同，應查詢戶籍所屬縣市長照中心。



附錄 H

各縣市政府辦理身心障礙者復康巴士彙整表

縣市	自行辦理/委	預約訂車專線		服務辦法/網址	
基隆市(社會處)	自行辦理	預約	(02)24240261	免費 http://www.klcc.gov.tw/social/home.jsp	
		傳真	(02)24240249		
台北市(公共運輸處)	台灣租車股份有限公司	預約	(02)40556789	http://bus.eden.org.tw/index.htm	
		臨時	(02)40556789		
		網路預約	https://40556789.taipei.gov.tw/		
		傳真	(02)29993994		
	財團法人伊甸福利基金會	預約	(02)29112336		
		臨時	(02)29112330		
		網路預約	http://www.eden.org.tw		
		傳真	(02)29112775		
新北市(交通局)	第一營運中心.(財團法人伊甸社會福利基金會)	預約	(02)22573688	http://bus.eden.org.tw/taipeicounty.htm	
		臨時	(02)22578388		
		網路預約	http://cars.hinet.net/FuBus/LoginTaipeiCounty.jsp		
		傳真	(02)22539199		
	第二營運中心(財團法人育成社會福利基金會)	預約	(02)82583200		
		臨時	(02)82583200		
		預約	(03)3010208		http://www.e-bus.com.tw/news_02.asp?seq=4
		傳真	(03)3015759		
網路預約	http://cars.hinet.net/FuBus/FLoginTY.jsp				
桃園縣(社會局)	台灣租車股份有限公司	預約	(03)3010208	http://www.e-bus.com.tw/news_02.asp?seq=4	
		傳真	(03)3015759		
		網路預約	http://cars.hinet.net/FuBus/FLoginTY.jsp		
新竹市(社會局)	財團法人伊甸社會福利基金會	預約	(03)5624119	免費 http://bus.eden.org.tw/hinchu.htm	
		臨時	(03)5624119		
		傳真	(03)5621041		
新竹縣(社會局)	欣達租賃有限公司	預約	(03)6572151 :	http://social.hsinchu.gov.tw/zh-	

		傳真	(03)6572161	tw/Duties/Detail/168/%E8%BA%AB%E5%B7%83%E9%9A%9C%E7%A4%99%E8%80%85%E5%B0%8F%E5%9E%8B%E5%BE%A9%E5%BA%B7%E5%B7%B4%E5%A3%AB
苗栗縣(社會局)	臺灣租車股份有限公司	預約	(037)761107 761108	http://www.miaoli.gov.tw/longcare/normalSingle.php?frontTitleMenuID=4152
台中市(社會局)	都會一區: 社團法人臺中市智障者家長協會	預約	(04)22618002 22618008	免費 http://www.society.taichung.gov.tw/section/index-1.asp?Parser=99,16,257,,,3584,70,,,8,,4
		傳真	(04)22618009	
		網路預約	http://www.paid1.com.tw/	
	都會二區: 社團法人臺中市智障者家長協會	預約	(04)24751945 24751943	
		傳真	(04)22797280	
		網路預約	http://www.paid2.com.tw/	
	屯區: 財團法人一貫道崇正基金會	預約	(04)22792486 22791661	
		傳真	(04)22797280	
	海線: 財團法人一貫道崇正基金會	預約	(04)26520669 26520689	
		傳真	(04)26520687	
山區、偏遠: 台灣家安社區關懷服務協會	預約	(04)25200169 25200179		
	傳真	(04)25150129		
南投縣(社會處)	自行辦理	預約	(049)2209110	免費 http://www.nantou.gov.tw/big5/downloaddetail.asp?mcid=72848

彰化縣(社會處)	彰北區／社團法人彰化縣脊髓損傷重建協會	預約	(04)8296600	http://social.chcg.gov.tw/06service/service01_con.asp?data_id=9402
		傳真	(04)8290570	
	員林區／社團法人彰化縣肢體傷殘協進會	預約	(04)8713545	
		傳真	(04)8713590	
	二林區／社團法人彰化縣喜樂小兒麻痺關懷協會	預約	(04)8953617 轉135	
		傳真	(04)8969122	
雲林縣(社會處)	自行辦理	預約	(05)5522632 5340459	http://www4.yunlin.gov.tw/social/home.jsp?mserno=200710140002&mserno=200710140008&menudata=SocialMenu&contlink=ap/bulletin.jsp&qclass=201212060001
嘉義縣(嘉義縣公車處、社會處)	自行辦理嘉義縣公車處	預約	(05)2788177 # 108 ; (05)2788371	http://www.sabcc.gov.tw/informationshow.aspx?mid=231&pid=1902
	財團法人雙福社會福利慈善事業基金會	預約	(05)2763636 # 102	
	財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會	預約	(05)2780040 # 1600、 1601、1602	
	財團法人嘉義縣敏道社會福利慈善事業基金會	預約	(05)3625968	
嘉義市(社會處)	社團法人嘉義市脊髓損傷者協會	預約	(05)2161873 0972161873	http://www.chiayi.gov.tw/web/social/allpage.asp?sn=20061115173158
臺南市(社會局)	伊甸福利基金會	預約	(06)213-9668	http://bus.eden.org.tw/tainan.htm
		臨時	(06)213-6955	
		傳真	(06)213-9669	
		網路預約	http://cars.hinet.net/FuBus/LoginEdenTN	

			.jsp	
高雄市(社會局)	伊甸福利基金會	預約	(07)3601160	http://bus.eden.org.tw/kao.htm
		臨時	(07)3601165	
		傳真	(07)3601175	
		網路預約	http://cars.hinet.net/kaowufubus/index.do	
屏東縣(社會處)	社團法人屏東縣殘障服務協會(屏東區)	預約	屏北區08-7386626 屏中區08-7887433 屏南區： 8892293轉731	http://www.pthg.gov.tw/planjdp/CP.aspx?s=8425&cp=1&n=16382
	財團法人恆春基督教醫院(恆春區)	預約	08-8892293 #731	
	琉球鄉公所	預約	08-8612501#118	
宜蘭縣(社會處)	自行辦理	預約	03-9328822 #3349	http://sntroot.e-land.gov.tw/ServiceView.aspx?sid=88
	財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會(溪北地區)	預約	03-9253688、9251805。	
	穩將客運租賃公司(溪南地區)	預約	03-9600600	
花蓮縣社會處	財團法人門諾社會福利基金會	預約	03-8358684	http://glrs.hl.gov.tw/glrsout/NewsContent.aspx?id=10
台東縣(社會處)	財團法人一粒麥子社會福利慈善事業基金會	預約	089-311922	http://www.tch.org.tw/tchweb/banner_bus_taitung.aspx
		傳真	089-960188	
澎湖縣(社會局)	財團法人伊甸社會福利基金會	預約	(06)9212239	http://bus.eden.org.tw/penghu.htm
		臨時	(06)9211635	
		傳真	(06)9212239	
金門縣(公共車船管理處)	委託金門縣殘障福利協進會	預約	082-323077	免費 http://law.kinmen.gov.tw/NewsContent.aspx?i

				d=212
連江縣(長期照顧管理中心)	連江縣縣立醫院	預約	08-3625114#1313	

資料收集時間：中華民國 103 年 6 月

資料來源：各縣市政府網站 電話查詢 研究者整理

