



12-31-2012

The Associated Factors in Home-Based Rehabilitation Utilization of Stroke Patients

Shu-Chuan Wu

Yu-Chia Chang

Te-Feng Yeh

Ting-Yu Chang

Wei-Chaio Lu

See next page for additional authors

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Wu, Shu-Chuan; Chang, Yu-Chia; Yeh, Te-Feng; Chang, Ting-Yu; Lu, Wei-Chaio; Huang, Chien-Tsai; Lin, Chuan-Hsiung; and Huang, Li-Ling (2012) "The Associated Factors in Home-Based Rehabilitation Utilization of Stroke Patients," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 40: Iss. 3, Article 4.

DOI: [https://doi.org/10.6315/2012.40\(3\)04](https://doi.org/10.6315/2012.40(3)04)

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol40/iss3/4>

This Original Article is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscor@gmail.com.

The Associated Factors in Home-Based Rehabilitation Utilization of Stroke Patients

Authors

Shu-Chuan Wu, Yu-Chia Chang, Te-Feng Yeh, Ting-Yu Chang, Wei-Chaio Lu, Chien-Tsai Huang, Chuan-Hsiung Lin, and Li-Ling Huang

原著

影響腦中風患者使用居家復健服務相關因素之探討

吳淑娟 張育嘉¹ 葉德豐² 張廷宇 呂偉僑 黃建財² 林川雄³ 黃麗玲²

行政院衛生署豐原醫院復健科 亞洲大學健康產業管理學系¹
中臺科技大學 醫療暨健康產業管理系² 護理系³

本研究探討在政府「長期照顧十年計畫」政策推動下，影響腦中風個案使用居家復健服務的相關因素。資料來源為 2008 年 7 月至 2010 年 6 月期間，初次向「台中縣長期照護中心」申請服務之腦中風個案；本研究擷取個案「長期照顧管理服務個案評估量表」中的資料，依據 Andersen 健康行為模式理論架構，探討腦中風個案使用居家復健服務的影響因素。

本研究共收集 759 位腦中風個案，其中有 119 位個案(15.7%)使用居家復健服務。迴歸分析結果發現前傾因素之年齡和婚姻狀況；使能因素之經濟來源和目前使用「居家服務」社會福利資源；需求因素之個案罹患疾病數目和認知功能、個案需要安全維護和復健關節活動的協助、個案申請居家服務和居家護理服務項目者等 10 個項目為影響腦中風個案使用居家復健服務的關鍵因素。

研究結果顯示除了個案的需求外，經濟因素明顯影響腦中風個案使用居家復健服務的意願。政府「長期照顧十年計畫」政策之「居家復健服務」提供腦中風個案更切身的居家復健指導與無障礙環境改善，期望能增進個案日常生活功能的獨立；但相關單位應進一步規畫公平及精確的經濟補助方式，以確保長期照顧服務資源分配之效益與保障病人的照護品質。(台灣復健醫誌 2012；40(3)：147 - 159)

關鍵詞：腦中風(stroke)，Andersen 健康行為模式(Andersen health behavior model)，居家復健(home-based rehabilitation)，長期照顧十年計畫(10-year long-term care plan)

前 言

腦中風是成年人最常見的腦部疾病，也是造成中老年人失能的主因之一。近年來由於醫療技術的進步，腦中風雖然仍居於台灣十大死因的前三名，但是死亡率卻是逐年降低。依據廖建彰等人的研究，2000 年台灣地區腦中風的盛行率為 19.82/1000，發生率為 6.87/1000；^[1]至於死亡率的部分，由衛生署的統計資料顯示，2010 年腦中風的標準化死亡率已降至每十萬人口 30.6 人，比 2007 年減少了 30%。^[2]這些腦中風個案每年消耗龐大健保資源，是 65 歲以上國人健保給付的主因之一，也是成人殘障最重要的原因。

腦中風後倖存的個案，其後遺症會引起運動神經

功能、感覺神經功能及認知功能等障礙，除了影響個人本身的日常生活活動能力和生活品質之外，其後續照護問題對於家庭和社會也造成很大的負擔，所以協助個案恢復自我照顧的能力及強調復健活動之訓練是必要的。^[3-5]過去的研究指出復健訓練可以增進慢性腦中風病患的平衡和活動功能，對腦中風病人的預後結果扮演重要的正面角色；^[6-8]實證醫學研究更明白指出無論是腦中風中心、居家治療或是門診治療的病患，接受具有訓練強度之具體活動目的的復健訓練對腦中風病患的功能恢復是很重要的。^[9]

目前醫院常為了控制住院日，讓腦中風病患於病情穩定但功能恢復尚未達到治療目標時就出院，這些急性期後個案對於復健指導需求高達 68.1%，然而這些個案常因為種種因素而停止復健治療，造成個案功

投稿日期：101 年 3 月 12 日 修改日期：101 年 5 月 25 日 接受日期：101 年 6 月 6 日

通訊作者：葉德豐副教授，中臺科技大學醫療暨健康產業管理系，台中市 406 北屯區廬子路 666 號

電話：(04) 22391647 轉 7204 E-mail：tfyeh@ctust.edu.tw

能的恢復無法持續與維持。^[6,10]國內於 2007 年開始推行「長期照顧十年計畫」，著重長期照顧資源的整合，在「在地老化」的政策目標下，希望長期照顧是以社區為主、以機構為輔。^[11]「長期照顧十年計畫」所提供的八大服務項目中即包含社區復健、居家復健、輔具購買及租借和居家無障礙環境改善服務等四項服務，目標即為協助失能患者能達到功能獨立更進而順利回歸社區。其中居家復健治療更是居家健康照護服務中相當重要的一環，主要目的是針對失能民衆提供更具有可及性和可行性的積極復健治療，亦即指導失能民衆在真實的居家環境中重新學習及訓練，以期回復日常生活獨立能力，進而可以重新回到社會，以減少長期照護需求，增進生活品質。

居家復健治療是由物理治療師、職能治療師或語言治療師到府提供復健治療的服務。服務內容及方式包括個案之復健評估、直接及間接治療處置，指導個案及家屬配合執行復健治療，並提供居家無障礙環境之改造及居家安全建議方案，提供輔具需求之建議及相關資料，以及對其他醫療團隊成員、家屬及個案提供相關的教育與諮詢。居家復健業務在歐美各國早已行之多年，亦有多篇文獻探討及檢驗居家復健之成效。Thorsén、Mayo 和 Duncan 等人研究指出提早出院接受居家復健治療的個案，不僅可以縮短住院天數，而且個案在工具性日常生活活動能力的恢復與整合有較好的表現。^[12-14]Andersen 等人的研究顯示，腦中風患者出院後經由醫師或物理治療師居家訪視可以有效降低再住院率。^[15]Anderson 和 Björkdahl 等人的研究指出提早出院接受居家復健治療的個案，平均醫療花費比較低；^[16,17]近來實證醫學研究更明白指出對於輕、中度失能腦中風個案，提早出院及規畫更切身的個別化居家復健治療，不僅可以減少住院天數、改善個案和照顧者的心情壓力，增進個案未來生活功能的獨立，其預後甚至比腦中風中心的個案更好，提供腦中風急性後期復健治療與照護居家式的效益。^[18]

相較於國外，國內因居家復健業務處於剛起步階段，探討其成果的相關文章仍相當有限。目前僅有 Lin 和高木榮等人的研究指出腦中風個案接受短期的居家物理治療後，其下肢活動能力和生活自理能力皆有顯著進步。以上研究與國外的研究結果相似，顯示居家復健治療能促進功能進步，惟個案數較少，無法真正凸顯其成效。^[19,20]

由於腦中風之高盛行率、高致殘率且死亡率逐年降低及年輕化趨勢，使得醫療服務與社會福利之需求大增；所以如何善加利用健康照護資源，讓這些腦中風族群能夠恢復功能、獨立生活，成為目前最需要努

力的課題。有鑑於此，本研究希望能瞭解長期照護中心腦中風個案使用居家復健服務的影響因素；希望能在「醫院復健」模式外，積極推展「居家復健」服務，並透過不間斷的復健治療服務，完成腦中風個案階段性的復健治療目標，進而提供腦中風個案全人健康的復健醫療服務。目前正值政府努力推動新制殘障鑑定和規劃長期照顧保險之際，期望本研究結果能提供相關單位未來政策擬定的參考。

材料與方法

本研究為橫斷性研究設計，研究對象為 2008 年 7 月至 2010 年 6 月期間，初次向台中縣長期照顧管理中心申請長期照顧服務(共收案 2990 人)之腦中風個案(共 759 人)。本研究經行政院衛生署豐原醫院人體試驗委員會審查通過。本研究分析這些腦中風個案「長期照顧管理服務個案評估量表」的資料，包括社會人口學特徵、家庭照護資源及支持狀況、目前使用醫療和社會福利資源情形、個案之身心功能狀況、個案之需求與申請照顧服務項目等內容，目的為探討在政府「長期照顧十年計畫」的政策下，影響腦中風患者使用居家復健治療之相關因素。

本研究依據研究目的與文獻查證，擬以 Andersen 健康行為模式^[21]之概念作為研究架構，依變項為個案是否接受居家復健服務，自變項則為影響因素，依 Andersen 健康行為模式整理歸納為三類：

- (一)前傾因素(predisposing characteristics)：指家庭及個人特質，包括年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、居住狀況等人口學及社會結構特徵。
- (二)使能因素(enable characteristics)：指得到醫療服務的能力。包括家庭之照護資源(家庭平均收入、主要經濟來源、社會福利身份)、家庭支持狀況(照顧者年齡、性別、與個案的關係、就業狀況、每天照顧時間、照顧年數)、家庭照顧者負荷狀況及目前使用的醫療照護和社會福利資源等因素。
- (三)需求因素(need characteristics)：指和健康有關的臨床診斷及疾病嚴重程度，包括是否再發性中風、最近一次罹病時間、罹患其他慢性疾病數、身心障礙類別及等級、日常生活照顧能力、工具性日常生活活動能力、認知功能觀察評估、憂鬱評估及個案需要的協助和個案欲申請的服務項目。

統計分析方法以多變項邏輯斯迴歸分析影響腦中風個案使用居家復健服務的因素，並分別計算各自變項影響使用居家復健服務的勝算比。由於變項眾多，故在進行多變項邏輯斯迴歸分析時僅納入雙變項分析

有顯著的變項。

結 果

本研究共收集了 759 位腦中風個案，其中有 119 位(15.7%)個案使用居家復健服務。依據 Andersen 健康行為模式的前傾因素、使能因素和需求因素三大架構，結果影響腦中風個案使用居家復健服務的因素如下：

一、研究樣本描述與雙變項分析結果

(一)前傾因素(表 1)

759 位腦中風個案中，男性個案有 455 人(60%)；平均年齡是 71.7 歲(50~98 歲)，在分佈上以 60 歲至 80 歲佔 60%最多，其次為 80 歲以上佔 23%，小於 60 歲者佔 17%最少；已婚個案佔 62%最多，離婚、分居或喪偶及其他個案共佔 34%次之，未婚個案僅佔 4%最少；教育程度以小學/國中佔 54%最多，其次是不識字者佔 34%，高中/大專以上則僅佔 12%；居住狀況方面以其他狀況(與其他親戚、鄰居或朋友同住)佔 48%最多，和與配偶子女同住者佔 42%次之，獨居個案佔 10%最少。單變項邏輯斯迴歸統計顯示年齡、婚姻狀況與居住狀況對居家復健服務的利用有顯著影響。

(二)使能因素(表 2)

在家庭照護資源方面，個案的月收入平均為 5470 元，但其中有 15%沒有收入；收入在 3001 元至 7000 元的個案佔五成以上，收入 7000 元以上者僅佔 11%；主要經濟來源以社會福利補助佔 42%最多，其次是其他來源(包括租金、存款或多重經濟來源)佔 34%，由家人供應者佔 24%；社會福利身份以一般戶佔 62%最多，中低收入戶佔 33%，低收入戶則僅佔 5%。單變項邏輯斯迴歸統計顯示收入 3001 元至 7000 元、主要的經濟來源為社會福利補助和低收入戶個案使用居家復健的機率顯著較高；而沒有收入和主要的經濟來源為家人供應個案使用居家復健的機率顯著較低。在家庭支持狀況方面，本研究個案的主要照顧者以配偶子女為主(80%)，僱請外勞或看護照顧者僅佔 5%，其他照顧者和無人照顧者佔 15%；照顧者性別主要為女性(68%)；照顧者年齡平均為 56 歲(14~91 歲)，其中以 51 歲至 70 歲者佔 44%最多，其次為小於 50 歲者佔 37%，71 歲以上則佔 19%；照顧者以全天照顧個案者佔 70%較多，因此照顧者也多數沒有工作(66%)；照顧者已經照顧個案的時間平均為 5.34 年(1 個月~最長為 60 年)，其中

以照顧 5 年以上者佔 46%最多，其次為 1 年至 5 年者佔 34%，照顧個案時間在 1 年內者佔 20%最少；家庭照顧者的負荷分數平均為 6.28 分(1~11 分)。單變項邏輯斯迴歸統計顯示主要照顧者為配偶子女個案使用居家復健的機率顯著較低。

個案目前使用的社會福利資源以「居家服務」的個案數目(175 人)最多，其次為「志願服務」項目(44 人)；其他服務項目因使用個案數目極少，本研究不列入統計。單變項邏輯斯迴歸統計顯示沒有使用「居家服務」個案使用居家復健的機率顯著較高。

個案目前使用的醫療照護資源以「居家護理」個案數目 50 人最多，其次為其他團體(創世基金會、慈濟團體或社區復健中心)有 35 人；其他服務項目因使用個案數目太少，不列入統計。單變項邏輯斯迴歸統計顯示個案目前是否有使用醫療照護資源，與使用居家復健沒有顯著差異。

(三)需求因素(表 3)

個案的身心健康狀況方面，本研究個案以第一次發生腦中風的情況佔 78%居多；罹病時間以超過 2 年的個案數佔 57%最多，其次為發病 6 個月至 2 年間佔 26%，發病時間少於 6 個月的個案數佔 16%最少；個案平均罹患慢性疾病數目為 2.39 個，有 94%罹患其他慢性疾病；個案中沒有身心障礙手冊僅佔 22.5%；身心障礙類別以肢體障礙佔 49%最多，其次為多重障不含肢障個案佔 26%；多重障含肢障個案數僅佔 3%；在身心障礙等級的程度以中度佔 33%和重度佔 26%個案較多，輕度佔 10%和極重度佔 9%的個案較少；在日常生活功能(activities of daily living)的評分平均為 37 分，其中以完全依賴佔 40%和嚴重依賴佔 34%較多，中度、輕度依賴和完全獨立的個案數目較少，共佔 26%，在工具性日常生活活動能力(instrumental activities of daily living)的評分平均為 3.87 分(0~22 分)；評分分數為 0 分、1 分和 2 分、3 分至 6 分和 7 分至 22 分的個案數分別佔 28%、25%、24%和 23%；在認知功能評估方面，心智功能完好、嚴重智力缺損、中度與輕度智力缺損的個案數分別佔 37%、27%、22%和 14%；在憂鬱評估方面，平均分數為 5.75 分；有憂鬱傾向個案佔 4%。單變項邏輯斯迴歸統計顯示嚴重智力缺損的個案使用居家復健的機率顯著較低；輕度智力缺損的個案使用居家復健的機率則顯著較高。

照顧者認為個案最需要協助的內容為「其他」項目，有 484 人，其主要內容為協助沐浴；其次為復健關節活動有 117 人；需要身體照顧、家務服務、陪同就醫、喘息服務、安全維護和送餐服務的個案

數分別為 62 人、71 人、53 人、83 人、29 人、和 32 人。單變項邏輯斯迴歸統計顯示有「安全維護」和「復健關節活動」需求的個案使用居家復健的機率顯著較高。

個案欲申請的服務項目以居家服務 569 人最多；其次為機構喘息服務 147 人；交通接送服務、居家喘息服務及居家護理服務也各有 84 人、70 人及 64 人申請；其他如日間照顧、家庭托顧、社區復健、老人營養餐飲、密集性照護服務和機構服務等因個案數目太少，不列入統計。單變項邏輯斯迴歸統計顯示申請「居家服務」的個案使用居家復健的機率顯著較低；申請「居家喘息」、「居家護理」、「交通接送」和「其他服務」的個案使用居家復健的機率顯著較高。

二、多變項分析結果

由於各構面變項過多，本研究僅將單變項邏輯斯迴歸模型中有顯著差異之變項納入多變項邏輯斯迴歸模型中。統計結果顯示(表 4)，腦中風個案是否接受居

家復健服務與前傾因素之「年齡」和「婚姻狀況」；使能因素之「經濟來源」和使用「居家服務」社會福利資源；需求因素之「有無慢性疾病數」、「認知功能評估觀察」和需要「安全維護」、「復健關節活動」協助及申請「居家服務」、「居家護理」等 10 項因子有顯著相關。其中，年齡愈高接受居家復健的機率愈低(勝算比 0.997)；「未婚」和「已婚」個案相對於「離婚/分居/喪偶」個案接受居家復健服務勝算比分別為 2.7 和 0.6；經濟來源為「家人」和「社會福利補助」個案相對於「其他」個案接受居家復健服務勝算比分別為 0.5 和 2.5；有使用「居家服務」社會福利資源個案接受居家復健服務的勝算比為 0.5。其他慢性疾病數越多使用居家復健服務的勝算比為 1.2。「嚴重智力缺損」個案相對於「心智功能完好」個案接受居家復健服務勝算比為 0.7。需要「安全維護」和「復健關節活動」協助個案相對於不需要個案接受居家復健服務勝算比皆為 1.8。有申請「居家服務」和「居家護理」服務個案相對於無申請個案接受居家復健服務勝算比分別為 0.7 和 1.9。

表 1. 使用居家復健服務與前傾因素之關係

變項	等距尺度變項之平均值(標準差) 名目尺度變項之樣本數(%)			勝算比	單變項邏輯斯迴歸係數 P 值
	總數	無居家復健	有居家復健		
性別(N=759)					
男	455 (59.9%)	380 (59.4%)	75 (63.0%)	1.166	0.456
女#	304 (40.1%)	260 (40.6%)	44 (37.0%)		
年齡(N=759)	71.7 (10.2)	72.2 (10.0)	69.0 (11.2)	0.997	0.002**
小於 60 歲	132 (17.4%)	95 (14.8%)	37 (31.1%)	2.960	0.000***
60 歲至 80 歲	455 (59.9%)	393 (61.4%)	62 (52.1%)	1.199	0.508
大於 80 歲#	172 (22.7%)	152 (23.8%)	20 (16.8%)		
婚姻狀況(N=750)					
未婚	32 (4.3%)	22 (3.5%)	10 (8.5%)	1.882	0.017*
已婚	462 (61.6%)	394 (62.2%)	68 (58.1%)	0.714	0.041*
離婚/分居/喪偶#	256 (34.1%)	217 (34.3%)	39 (33.3%)		
教育程度(N=751)					
不識字	257 (34.2%)	222 (35.1%)	35 (29.4%)	0.631	0.150
小學/國中	404 (53.8%)	338 (53.5%)	66 (55.5%)	0.781	0.403
高中/大專以上#	90 (12.0%)	72 (11.4%)	18 (15.1%)		
居住狀況(N=750)					
獨居	72 (9.6%)	57 (9.0%)	15 (12.7%)	1.323	0.176
配偶子女同住	316 (42.1%)	278 (44.0%)	38 (32.2%)	0.687	0.017*
其他#	362 (48.3%)	297 (47.0%)	65 (55.1%)		

註：* P<0.05；** P<0.01；*** P<0.001；#邏輯斯迴歸之參考組。

表 2. 使用居家復健服務與使能因素之關係

變項	等距尺度變項之平均值(標準差) 名目尺度變項之樣本數(%)			勝算比	單變項羅輯斯 迴歸係數 P 值
	總數	無居家復健	有居家復健		
家庭照護資源					
收入(N=689)	5470 (5936)	5421 (6097)	5715 (5056)	1.000	0.630
沒有收入	105 (15.2%)	98 (17.0%)	7 (6.1%)	0.512	0.034*
少於 3000 元	144 (20.9%)	126 (21.9%)	18 (15.8%)	1.025	0.916
3001 元~7000 元	362 (52.5%)	282 (49.0%)	80 (70.2%)	2.035	0.000***
7001 元以上#	78 (11.3%)	69 (12.0%)	9 (7.9%)		
經濟來源(N=744)					
家人	176 (23.7%)	162 (25.9%)	14 (11.9%)	0.588	0.009**
社會福利補助	317 (42.6%)	238 (38.0%)	79 (66.9%)	2.259	0.000***
其他#	251 (33.7%)	226 (36.1%)	25 (21.2%)		
社會福利身份(N=759)					
低收入戶	39 (5.1%)	22 (3.4%)	17 (14.3%)	2.676	0.000***
中低收入戶	247 (32.5%)	186 (29.1%)	61 (51.3%)	3.456	0.412
一般戶#	473 (62.3%)	432 (67.5%)	41 (34.5%)		
家庭支持狀況					
主要照顧者(N=755)					
配偶子女	603 (79.9%)	517 (81.2%)	86 (72.9%)	0.692	0.026*
看護/外勞	39 (5.2%)	29 (4.6%)	10 (8.5%)	1.435	0.164
其他#	113 (15.0%)	91 (14.3%)	22 (18.6%)		
照顧者性別(N=680)					
男	218 (32.1%)	184 (32.2%)	34 (31.5%)	0.969	0.889
女#	462 (67.9%)	388 (67.8%)	74 (68.5%)		
照顧者每天照顧時間(N=671)					
全天	468 (69.7%)	398 (70.7%)	70 (64.8%)	0.764	0.224
部分時間#	203 (30.3%)	165 (29.3%)	38 (35.2%)		
照顧者目前就業狀況(N=662)					
全職	434 (65.6%)	369 (66.7%)	65 (59.6%)	0.893	0.488
兼職	162 (24.5%)	127 (23.0%)	35 (32.1%)	1.398	0.063
無業#	66 (10.0%)	57 (10.3%)	9 (15.0%)		
照顧者	5.34 (5.65)	5.41 (5.70)	4.99 (5.36)	0.986	0.490
照顧年數(N=759)					
少於 1 年	152 (20.0%)	128 (20.0%)	24 (20.2%)	0.997	0.987
1~5 年	260 (34.3%)	209 (32.7%)	51 (42.9%)	1.298	0.060
大於 5 年#	347 (45.7%)	303 (47.3%)	44 (37.0%)		
照顧者年齡(N=682)	56.22 (14.51)	56.64 (14.28)	54.04 (15.56)	0.988	0.085
少於 50 歲	249 (36.5%)	206 (36.0%)	43 (39.1%)	1.074	0.625
51 歲~70 歲	301 (44.1%)	256 (44.8%)	45 (40.9%)	0.905	0.487
大於 70 歲#	132 (19.4%)	110 (19.2%)	22 (20.0%)		
照顧者負荷(N=679)	6.28 (1.37)	6.28 (1.36)	6.27 (1.42)	0.992	0.919
目前使用的社會福利資源					
居家服務					
有	175 (23.1%)	167 (26.1%)	8 (6.7%)	0.204	0.000*
無#	584 (76.9%)	473 (73.9%)	111 (93.3%)		

志願服務					
有	44 (5.8%)	38 (5.9%)	9 (5.0%)	0.841	0.701
無#	715 (94.2%)	602 (94.1%)	113 (95.0%)		
居家喘息服務					
有	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
無#	759 (100.0%)	640 (100.0%)	119 (100.0%)		
機構喘息服務					
有	12 (1.6%)	12 (1.9%)	0 (0.0%)		
無#	747 (98.4%)	628 (98.1%)	119 (100.0%)		
輔具購買					
有	9 (1.2%)	7 (1.1%)	2 (1.7%)		
無#	750 (98.8%)	633 (98.9%)	117 (98.3%)		
日間照護中心					
有	15 (2.0%)	15 (2.3%)	0 (0.0%)		
無#	744 (98.0%)	625 (97.7%)	119 (100.0%)		
家庭托顧					
有	1 (0.1%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)		
無#	758 (99.9%)	639 (99.8%)	119 (100.0%)		
居家營養指導					
有	1 (0.1%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)		
無#	758 (99.9%)	639 (99.8%)	119 (100.0%)		
交通接送					
有	3 (4.0%)	3 (0.5%)	0 (0.0%)		
無#	756 (99.6%)	637 (99.5%)	119 (100.0%)		
其它機構					
有	10 (1.3%)	8 (1.3%)	2 (1.7%)		
無#	749 (98.7%)	632 (98.7%)	117 (98.3%)		
目前使用的醫療照護資源					
居家護理					
有	50 (6.6%)	43 (6.7%)	7 (5.9%)	0.868	0.736
無#	709 (93.4%)	597 (93.3%)	112 (94.1%)		
其它團體					
有	35 (4.6%)	28 (4.4%)	7 (5.9%)	1.366	0.473
無#	724 (95.4%)	612 (95.6%)	112 (94.1%)		
社區復健治療					
有	11 (1.4%)	11 (1.7%)	0 (0.0%)		
無#	748 (98.6%)	629 (98.3%)	119 (100.0%)		
精神醫療					
有	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
無#	759 (100.0%)	640 (100.0%)	119 (100.0%)		
機構照護					
有	9 (1.2%)	8 (1.2%)	1 (0.8%)		
無#	750 (98.8%)	632 (98.8%)	118 (9.2%)		

註：* P<0.05；** P<0.01；*** P<0.001；#邏輯斯迴歸之參考組。

表 3. 使用居家復健服務與需求因素之關係

變項	等距尺度變項之平均值(標準差) 名目尺度變項之樣本數(%)			勝算比	單變項羅輯斯迴 歸係數 P 值
	總數	無居家復健	有居家復健		
身心健康狀況					
中風次數 (N=755)					
一次	586 (77.6%)	499 (78.3%)	87 (73.7%)	0.776	0.271
多次#	169 (22.4%)	138 (21.7%)	31 (26.3%)		
最近一次罹病時間 (N=701)					
小於 6 個月	115 (16.4%)	90 (15.3%)	25 (21.9%)	1.322	0.103
6 個月至 2 年	185 (26.4%)	155 (26.4%)	30 (26.3%)	0.921	0.608
大於 2 年#	401 (57.2%)	342 (58.3%)	59 (51.8%)		
其他慢性疾病數(N=758)	2.39 (1.36)	2.35 (1.36)	2.59 (1.34)	1.132	0.084
有	715 (94.3%)	598 (93.6%)	117 (98.3%)	4.016	0.057
無#	43 (5.7%)	41 (6.4%)	2 (1.7%)		
身心障礙類別 (N=737)					
肢體障礙	358 (48.6%)	307 (49.5%)	51 (43.6%)	0.887	0.559
多重障含肢障	20 (2.7%)	17 (2.7%)	3 (2.6%)	0.942	0.900
多重障不含肢障	193 (26.2%)	153 (24.7%)	40 (34.2%)	1.395	0.124
沒有殘障手冊#	166 (22.5%)	143 (23.1%)	23 (19.7%)		
身心障礙等級 (N=735)					
輕度	74 (10.1%)	66 (10.7%)	8 (6.8%)	0.668	0.199
中度	241 (32.8%)	202 (32.7%)	39 (33.3%)	1.065	0.729
重度	190 (25.9%)	155 (25.1%)	35 (29.9%)	1.245	0.244
極重度	64 (8.7%)	52 (8.4%)	12 (10.3%)	1.273	0.382
沒有殘障手冊#	166 (22.6%)	43 (23.1%)	23 (19.7%)		
日常生活活動能力 (ADL)等級(N=759)	37.01 (30.15)	36.89 (30.07)	37.64 (30.72)	1.001	0.801
完全依賴 (0-20)	300 (39.5%)	255 (39.8%)	45 (37.8%)	0.941	0.656
嚴重依賴 (21-60)	259 (34.1%)	219 (34.2%)	40 (33.6%)	0.974	0.850
輕中度依賴~獨立# (61-100)	200 (26.4%)	166 (25.9%)	34 (28.6%)		
工具性日常生活活動能力 (IADL)等級 (N=703)	3.87 (4.46)	3.87 (4.44)	3.89 (4.57)	1.001	0.952
0 分	194 (27.6%)	160 (27.1%)	34 (30.1%)	1.117	0.514
1 分~2 分	174 (24.8%)	147 (24.9%)	27 (23.9%)	0.965	0.844
3 分~6 分	171 (24.3%)	147 (24.9%)	24 (21.2%)	0.858	0.412
7 分~22 分#	164 (23.3%)	136 (23.1%)	28 (24.8%)		
認知功能 (N=746)					
嚴重智力缺損	204 (27.3%)	180 (28.7%)	34 (20.3%)	0.685	0.042*
中度智力缺損	161 (21.6%)	136 (21.7%)	25 (21.2%)	0.944	0.757
輕度智力缺損	103 (13.8%)	79 (12.6%)	24 (20.3%)	1.560	0.023*
心智功能完好#	278 (37.3%)	233 (37.1%)	45 (38.1%)		
憂鬱評估 (N=504)	5.75 (2.89)	5.80 (2.93)	5.51 (2.66)	0.966	0.412
有	20 (4.0%)	17 (4.1%)	3 (3.5%)	0.865	0.820
沒有	484 (96.0%)	402 (95.9%)	82 (96.5%)		
個案需要的協助項目 (N=674)					
身體照顧					
有	62 (9.2%)	51 (9.0%)	11 (10.1%)	1.131	0.725
無#	612 (90.8%)	514 (91.0%)	98 (89.9%)		
家務服務					
有	71 (10.5%)	63 (11.2%)	8 (7.3%)	0.631	0.239
無#	603 (89.5%)	502 (88.8%)	101 (92.7%)		
陪同就醫					
有	53 (7.9%)	48 (8.5%)	5 (4.6%)	0.518	0.172
無#	621 (92.1%)	517 (91.5%)	104 (95.4%)		

喘息服務					
有	83 (12.3%)	72 (12.7%)	11 (10.1%)	0.769	0.442
無#	591 (87.7%)	493 (87.3%)	98 (89.9%)		
安全維護					
有	29 (4.3%)	19 (3.4%)	10 (9.2%)	2.899	0.009**
無#	645 (95.7%)	546 (96.6%)	99 (90.8%)		
送餐服務					
有	32 (4.7%)	25 (4.4%)	7 (6.4%)	1.148	0.372
無#	642 (95.3%)	540 (95.6%)	102 (93.6%)		
復健關節活動					
有	117 (17.4%)	86 (15.2%)	31 (28.4%)	2.212	0.001***
無#	557 (82.6%)	479 (84.8%)	78 (71.6%)		
其它					
有	484 (71.8%)	412 (72.9%)	72 (66.1%)	4.723	0.146
無#	190 (28.2%)	153 (27.1%)	37 (33.9%)		
個案欲申請的服務項目 (N=756)					
居家服務					
有	569 (75.3%)	492 (77.2%)	77 (64.7%)	0.633	0.004***
無#	187 (24.7%)	145 (22.8%)	42 (35.3%)		
居家喘息服務					
有	70 (9.3%)	52 (8.2%)	18 (15.1%)	2.004	0.018*
無#	686 (90.7%)	582 (91.8%)	101 (84.9%)		
機構喘息服務					
有	147 (19.4%)	130 (20.4%)	17 (14.3%)	0.650	0.124
無#	609 (80.6%)	507 (79.6%)	102 (85.7%)		
居家護理					
有	64 (8.5%)	39 (6.1%)	256 (21.0%)	4.082	0.000***
無#	693 (91.5%)	598 (93.9%)	94 (79.0%)		
輔具購買					
有	27 (3.6%)	20 (3.1%)	7 (5.9%)	1.927	0.145
無#	729 (96.4%)	617 (96.9%)	112 (94.1%)		
交通接送					
有	84 (11.1%)	62 (9.7%)	22 (18.5%)	2.105	0.006**
無#	672 (88.9%)	575 (90.3%)	97 (81.5%)		
其它					
有	38 (5.0%)	27 (4.2%)	11 (9.2%)	2.299	0.025*
無#	718 (95.0%)	610 (95.8%)	108 (90.8%)		
日間照顧					
有	24 (3.2%)	24 (3.8%)	0 (0.0%)		
無#	732 (96.8%)	613 (96.2%)	119 (100.0%)		
家庭托顧					
有	1 (0.1%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)		
無#	755 (99.9%)	636 (99.8%)	119 (100.0%)		
社區復健					
有	6 (0.8%)	3 (0.5%)	3 (2.5%)		
無#	750 (99.2%)	634 (99.5%)	116 (97.5%)		
老人營養餐飲					
有	11 (1.5%)	9 (1.4%)	2 (1.7%)		
無#	745 (98.5%)	628 (98.6%)	117 (98.3%)		
機構服務					
有	5 (0.7%)	5 (0.8%)	0 (0.0%)		
無#	751 (99.3%)	632 (99.2%)	119 (100.0%)		
密集性照護					
有	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
無#	756 (100%)	637 (100%)	119 (100.0%)		

註：* P<0.05；** P<0.01；*** P<0.001；#邏輯斯迴歸之參考組。

表 4. 腦中風個案使用居家復健相關因素之多變項邏輯斯迴歸分析表(n=629)

變項名稱	參考組	迴歸係數	勝算比	95%信賴區間		P 值
前傾因素						
年齡		-0.003	0.997	0.995	0.999	0.014*
婚姻狀況						
未婚	離婚/分居/喪偶	0.985	2.678	1.193	6.014	0.017*
已婚		-0.566	0.568	0.354	0.911	0.019*
居住狀況						
獨居	其他	0.565	1.759	0.755	4.096	0.190
與配偶子女同住		-0.383	0.682	0.414	1.123	0.132
使能因素						
經濟來源分類						
家人	其他	-0.692	0.500	0.317	0.790	0.003**
社會福利補助		0.910	2.484	1.762	3.501	0.000***
使用居家服務	無	-0.781	0.458	0.291	0.721	0.001***
需求因素						
慢性疾病數		0.190	1.209	1.016	1.439	0.033*
認知功能評估觀察						
嚴重智力缺損	心智功能完好	-0.427	0.653	0.427	0.997	0.049*
中度智力缺損		0.198	1.218	0.791	1.877	0.370
輕度智力缺損		0.362	1.436	0.891	2.314	0.137
安全維護協助	不需要	0.572	1.772	1.077	2.915	0.024**
復健關節活動	不需要	0.600	1.822	1.360	2.440	0.000***
居家服務需求	無	-0.387	0.679	0.519	0.887	0.005**
居家喘息服務需求	無	0.243	1.275	0.896	1.815	0.176
居家護理需求	無	0.663	1.941	1.351	2.787	0.000***
交通接送需求	無	0.020	1.021	0.730	1.428	0.905
其他需求	無	0.098	1.103	0.664	1.831	0.705
Constant		1.971	7.181			0.070

註：* P<0.05；** P<0.01；*** P<0.001。

討 論

本研究結果發現 15.7%腦中風個案使用居家復健服務。個案年紀較輕、未婚、收入在 3001 元和 7000 元之間、經濟來源為社會福利補助、社會福利身份為低收入戶、輕度智力缺損個案、有需要安全維護和復健關節活動協助、希望申請居家喘息服務、居家護理、交通接送和其他服務等，使用居家復健服務的比率較高；相反的，已婚、與配偶子女同住、主要照顧者為配偶子女、沒有收入、經濟來源為家人、目前使用居家服務社會福利資源、嚴重智力缺損和希望申請居家服務等個案，使用居家復健服務的比率則較低。多變項邏輯斯迴歸分析也發現個案的年齡、婚姻狀況、經

濟來源、目前使用居家服務社會福利資源、罹患其他慢性疾病數目、認知功能、需要安全維護和復健關節活動協助、申請居家服務和居家護理服務等 10 個變項是使用居家復健服務的重要影響因素。針對上述研究結果分別討論如下：

一、六十歲以下、未婚及獨居個案對居家復健服務需求迫切

本研究結果顯示，前傾因素之年齡和婚姻狀況與個案是否使用居家復健服務相關。在年齡方面，本研究個案的平均年齡為 71.7 歲，以 60~80 歲最多，但結果顯示 60 歲以下個案使用居家復健服務的機率最高，此意味著年輕的腦中風個案對居家復健服務需求頗大。這是長期照顧十年計畫首次將服務對象擴增到

「50~64 歲以上的失能者」和「55 歲以上的原住民」的結果。另外，未婚與獨居個案使用居家復健服務的比率較高。一般認為未婚與獨居個案來自家庭的資源較為貧乏，個案比較會尋求外來資源的協助，所以使用居家復健服務的比率較高；而已婚和與配偶子女同住的個案，使用居家復健服務的比率較低，一般認為這些直系親屬多會認命負起照顧責任，所以比較不會申請其他照護資源。由於家庭結構的改變，會影響個案使用居家復健服務的情況，正如陳正芬與吳淑瓊^[22]的研究結果所強調，長期照護服務方案具備服務個案及家屬的雙重性質。功能障礙者對長期照護安排的選擇，不僅是本人的決定，其家人往往也是重要的決策參與者；家庭不僅是功能障礙者照顧的主要來源，也是功能障礙者利用其他服務之媒介。因此，探討影響服務使用的決定因素時，應該將個案配偶和成年子女等重要親人的需求與態度等因素納入考量。

二、家庭照護資源對使用居家復健服務影響顯著

本研究結果顯示，家庭照護資源顯著影響個案是否使用居家復健服務，本研究發現個案平均月收入只有 5478 元，其中以月收入在 3001 元至 7000 元的個案最多(52.5%)，這是因為申請個案的月收入大多只有「社會福利補助」，如老人年金和低收入戶/中低收入戶補助；在經濟來源方面，可以發現主要經濟來源為社會福利補助的比率高達 42.6%。本研究結果發現個案月收入為 3001 元至 7000 元及主要經濟來源為社會福利補助者，也就是個案為低收入戶身份者，使用居家復健服務的機率較高。我國「長期照顧十年計畫」所提供的居家復健治療費用依家庭經濟狀況而有不同的補助標準(包括服務費和交通費)：低收入戶由政府全額補助；中低收入戶由政府補助 90%，民衆自行負擔 10%；一般戶則由政府補助 70%，民衆自行負擔 30%。因此低收入戶者使用居家復健服務的意願顯著較高，經費上是否有補助以及補助的比率是重要的影響因素。分析 143 位拒絕接受居家復健服務個案，結果發現與經濟因素相關的「難以負擔自付費用」和「想用免費的服務」共佔了 18.2%。吳淑瓊與朱昭美^[23]的研究指出家庭月收入對於需要付費的服務照護方式有一定程度的影響，當然經濟補助對於需要付費的服務照護方式也有相同程度的影響。

三、家庭支持狀況以照顧者身份對居家復健服務使用影響較顯著

本研究結果顯示，個案的主要照顧者以配偶及子

女居多，這與嚴母過等人^[24]的研究相同，顯示配偶子女是腦中風病人非正式照護的重要照護人力。而這些個案使用居家復健服務的情況顯著減少，這是因為這些直系親屬多會認命負起照顧責任，比較不會申請其它照護資源，所以使用居家復健服務的比率較低。本研究多數照顧者為無業、全天照顧個案；照顧者負荷平均 6 分來推論，本研究照顧者在照顧壓力上應該不會太沉重，所以較不會向外界尋求協助，故使用居家復健服務的意願沒有差異。如陳正芬與吳淑瓊^[22]在家庭照顧者對長期照護服務使用意願之研究，顯示功能障礙者的需求並不必然影響照顧者對服務使用意願，關鍵是照顧者對照顧責任的看法及對照顧負荷的察覺程度。家庭不僅是功能障礙者照顧的主要來源，也是功能障礙者利用其他服務之媒介，長期照護的安排與使用因素比醫療照顧更易受個人或家庭成員使用意願的影響。

四、社會福利資源以使用居家服務的個案最多且會影響居家復健服務的使用

在目前使用的社會福利資源方面，本研究結果發現只有使用「居家服務」個案使用居家復健服務的機率較低，使用其他社會福利資源個案則沒有差異。分析資料發現本研究個案只有「居家服務」使用人數較高(175 人)，而其他社會福利資源的使用人數則明顯減少許多(0~15 人)；這是因為居家服務為過去社政體系救助低收入老人的延續，所以民衆對此項服務較為熟悉，使用率因而較高。而關於使用「居家服務」個案使用居家復健服務的比率較低的原因，本研究認為是因為「資源排擠」及經濟因素。因為現階段台灣尚未建構長期照護保險制度，民衆使用「居家服務」和「居家復健服務」皆需要自付部份費用，因此會產生資源排擠的結果。所以劉文敏等人^[25]的研究提出，政府除補助失能老人使用居家服務外，應於使用者有需求時，協助其他服務的購買能力，才能滿足個案的需求，並進而提升個案的生活品質。本研究結果發現，個案目前是否使用「居家護理」與是否使用居家復健服務沒有顯著關聯；而使用其他醫療服務項目的個案數目太少，而且均未使用居家復健服務，顯示這些醫療服務仍未被普遍接受。

五、身心健康狀況對使用居家復健服務影響不明顯

本研究結果發現個案是否使用居家復健服務在身心健康狀況方面，只有「罹患其他慢性疾病數目」和「認知功能」兩個項目有差異。有「罹患其他慢性疾

病數目」的個案，其使用居家復健服務比率較高，因為這些個案可能健康狀況較不好，希望藉由居家復健訓練，來增強個案的活動功能。劉文敏等人^[25]的研究指出慢性病會影響居家服務時數的多寡，即慢性疾病數越多，所需要的居家服務的時數越多，其結果與本研究相同。而嚴重智力缺損個案則因為配合度及學習能力不佳，所以其使用居家復健服務比率較低。

六、健康照護需求多方面的影響居家復健服務的使用

在健康照護需求方面，照顧者認為個案需要「復健關節活動」及有「安全維護」問題時，使用居家復健服務的比率較高，希望藉由居家復健訓練，來增強個案的活動功能。個案想要申請「居家喘息服務」、「居家護理」、「交通接送」及「其他」服務者(多項申請項目)，其使用居家復健服務的比率較高；分析認為想要申請上述服務的個案，其身體照護需求較多，或其殘障狀況較嚴重，所以其使用居家復健服務的比率較高。但個案想要申請「居家服務」者，可能同樣因為「資源排擠」及經濟因素，所以使用居家復健服務的比率較低。相對於醫師於醫療體系中的角色，家庭成員在功能障礙者日常生活中所提供的支持與照顧亦不可忽視，如 Piercy 等人^[26]的研究指出功能障礙者與照顧者彼此需要的連結乃是家庭使用正式服務的關鍵因素，上述研究均顯示長期照護的安排與使用因素比醫療照顧更易受個人或家庭成員使用意願的影響。

結 論

本研究結果發現，759 位腦中風個案，由照顧管理專員核定需要居家復健服務的個案有 262 位，但結果只有 119 位個案使用居家復健服務，接受比率只有 45%。進一步分析這 143 位拒絕居家復健服務個案，結果發現拒絕原因以個案或家屬「覺得對肢體功能改善沒有幫助」佔最多(30.1%)，與經濟因素相關的「難以負擔自付費用」和「想用免費的服務」共佔了 18.2%，「無復健器材不想使用」佔 11.2%，「家屬支持度不高」佔 8.4%，「其他」選項則佔了 23.1%。進一步針對這些會因為「覺得對肢體功能改善沒有幫助」而拒絕居家復健的個案與接受居家復健個案進行分析比較，結果發現個案年齡較大、教育程度較低與經濟補助較少的一般戶會因為「覺得對肢體功能改善沒有幫助」而拒絕居家復健的比率顯著較高；相反的，最近一次罹病時間在 6 個月內、個案需要復健關節活動訓練和申請居家護理服務的個案，會因為「覺得對肢體功能改善

沒有幫助」而拒絕居家復健的比率則顯著較低。總結居家復健接受度偏低的原因，除了經濟因素以外，因為國內的居家復健業務才剛剛起步，民衆對居家復健服務的意義及目的並不了解，導致個案使用的意願不高。

前傾因素、使能因素和需求因素共同影響腦中風個案是否使用居家復健服務，其中「經濟補助」與「個案及家庭需求」因素顯著影響個案的使用意願。本研究建議政府利用目前國內正全面進行的「新制殘障鑑定」評估個案時，若個案在功能復健、輔具及環境改造評估有需求時，能多加宣導居家復健服務的效能和部份負擔的觀念，以增強民衆購買的意願；當然也希望政府對於評估後確實需要居家復健服務的個案，能擴大經濟補助的範圍，確保長期照顧服務資源分配之效益，以利未來「長期照護保險」的順利推行，進而提供腦中風個案全人健康的復健醫療服務。

研究限制

因為本研究資料為次級資料，僅能針對原來評估量表已經設定的變項進行分析；而且若是評估量表資料填寫不齊全，也會造成少數變項無法進行統計分析。但本研究結果可以作為相關主題後續探討的重要參考。

誌 謝

本研究調查承前台中縣衛生局長期照顧管理中心協助資料收集，才使我們的研究得以完成，特此誌謝。

參考文獻

1. 廖建章、李采娟、林瑞雄等：2000 年臺灣腦中風發生率與盛行率的城鄉差異。台灣衛誌 2006；25：223-30。
2. 行政院衛生署：99 年度衛生統計動向。行政院衛生署網站 http://www.doh.gov.tw /CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=12183&class_no=440&level_no=2。
3. 許美慧：腦中風患者復健治療預後之探討。中華復健醫誌 1996；24：41-9。
4. Jones AL, Charlesworth JF, Hendra TJ. Patient mood and carer strain during stroke rehabilitation in the community following early hospital discharge. Disabil Rehabil 2000; 22:490-4.

5. King RB, Semik PE. Stroke caregiving: difficult times, resource use, and needs during the first 2 years. *J Gerontol Nurs* 2006;32:37-44.
6. 陳澄淳、徐蓉生、吳麗芬：中部地區腦中風出院患者後續照護現況之探討。長期照護 2001；5：96-107。
7. Marigold DS, Eng JJ, Dawson AS, et al. Exercise leads to faster postural reflexes, improved balance and mobility, and fewer falls in older persons with chronic stroke. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:416-23.
8. 林昭宏、柴惠敏、廖龍仁等：社區居民腦中風患者日常生活活動和生活品質的調查研究。物理治療 2003；28：243-50。
9. Walker MF. Stroke rehabilitation: evidence-based or evidence-tinged? *J Rehabil Med* 2007;39:193-7.
10. 郭雅雯、蔣立琦、吳聖良等：居家復健護理方案對中風病患主要照顧者之成效。實證護理 2006；2：109-18。
11. 內政部：我國長期照顧十年計畫－大溫暖社會福利套案之旗艦計畫。內政部社會司。
<http://sowf.moi.gov.tw/newpage/tenyearsplan.htm>。
12. Thorsén AM, Holmqvist LW, de Pedro-Cuesta J, et al. A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. *Stroke* 2005;36:297-303.
13. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Côté R, et al. There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke* 2000;31:1016-23.
14. Duncan P, Richards L, Wallace D, et al. A randomized, controlled pilot study of a home-based exercise program for individuals with mild and moderate stroke. *Stroke* 1998;29:2055-60.
15. Andersen HE, Schultz-Larsen K, Kreiner S, et al. Can readmission after stroke be prevented? Results of a randomized clinical study: a postdischarge follow-up service for stroke survivors. *Stroke* 2000;31:1038-45.
16. Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S, et al. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial II: cost minimization analysis at 6 months. *Stroke* 2000;31:1032-7.
17. Björkdahl A, Nilsson AL, Grimby G, et al. Does a short period of rehabilitation in the home setting facilitate functioning after stroke? A randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2006;20:1038-49.
18. Langhorne P, Holmqvist LW. Early supported discharge after stroke. *J Rehabil Med* 2007;39:103-8.
19. Lin JH, Hsieh CL, Lo SK, et al. Preliminary study of the effect of low-intensity home-based physical therapy in chronic stroke patients. *Kaohsiung J Med Sci* 2004;20:18-23.
20. 高木榮、邱惠慈、孟乃欣等：團隊居家復健之成效－台中市之經驗。中華復健醫誌 2002；30：159-63。
21. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36:1-10.
22. 陳正芬、吳淑瓊：家庭照顧者對長期照護服務使用意願之探討。人口學刊 2006；32：83-121。
23. 吳淑瓊、朱昭美：民衆對老人長期照護安排之態度：1994 台灣地區社會意向調查之發現。中華衛誌 1995；14：369-82。
24. 嚴母過、吳淑瓊、許菁菁等：台北市公私立醫院非急性長期住院病人的盛行率、長期照護需要與長期照護態度。護理研究 1996；4：151-60。
25. 劉文敏、傅玲、邱亨嘉等：高雄市非中低收入戶失能老人使用居家服務及其相關因素之探討。長期照護雜誌 2007；11：149-61。
26. Piercy KW, Blieszner R. Balancing family life: how adult children link elder-care responsibility to service utilization. *J Appl Gerontol* 1999;18:440-59.

The Associated Factors in Home-Based Rehabilitation Utilization of Stroke Patients

Shu-Chuan Wu, Yu-Chia Chang,¹ Te-Feng Yeh,² Ting-Yu Chang,
Wei-Chaio Lu, Chien-Tsai Huang,² Chuan-Hsiung Lin,³ Li-Ling Huang²

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Feng Yuan Hospital, Department of Health,
Executive Yuan, Taichung;

¹Department of Healthcare Administration, Asia University, Taichung;

Departments of ²Healthcare Administration and ³Nursing, Central Taiwan University of Science and
Technology, Taichung.

This study explores the factors correlated to the use of home-based rehabilitation services by stroke patients for whom care is provided according to the state policy pertaining to the 10-year long-term care plan.

During July 2008–June 2010, data were collected from 759 stroke patients by using a long-term care management service evaluation form. These patients had initially applied for services at the long-term care centers of the Bureau of Public Health in Taichung County. Of these, 119(15.7%) eventually used home-based rehabilitation services. Using the Andersen health behavior model, we investigated how various factors influence the use of home-based rehabilitation services by stroke patients.

Logistic regression analysis showed that from the key factors influencing the use of home-based rehabilitation services, age and marital status are predisposing factors; source of income and current use of home services are enabling factors; and the number of chronic diseases, impairment of cognitive function, necessity for safety maintenance, range of joint motion rehabilitation exercises, application of home services and home care are necessitating factors.

The willingness of stroke patients to use home-based rehabilitation services was found to be affected by their varying requirements and was also significantly affected by economic factors.

Under the state policy pertaining to the 10-year long-term care plan, the agencies provide stroke patients reliable home rehabilitation services and upgrade the safety levels in their homes according to their disabilities. The agency's goal is to promote independent performance of activities of daily living among stroke patients. The current results indicate that agencies must establish financial subsidies for economically disadvantaged families in order to ensure efficient delivery and adequate allocation of long-term care services and to ensure the quality of long-term care services. (Tw J Phys Med Rehabil 2012; 40(3): 147 - 159)

Key Words: stroke, Andersen health behavior model, home-based rehabilitation, 10-year long-term care plan