

雲林縣輕度中風患者對中風復發知識、支持性環境、資訊充足度、中風復發態度及健康行為調查研究

胡益進* 戴友榆** 林柏煌*** 劉珮吟****

摘要

臺灣人口老化的問題有愈來愈嚴重的趨勢，且隨著年齡的老化，中風的發生率呈倍數增加，然而，腦中風在醫療照護的花費上相當昂貴，腦中風對個人健康及經濟上皆造成損害，故針對此疾病作有效的控制，實屬刻不容緩之事。若想減輕腦中風病人對國家整體的醫療負擔，應針對高危險群進行篩檢，早期就醫且能持續追蹤、進行病人衛教，並實行健康促進介入。本研究計有755位研究對象，且皆為有效樣本，乃調查現行衛教情形，以為提昇輕度中風患者對中風復發相關危險因素的認知，進一步減少危險因素對他們之危害；並促進輕度中風患者在飲食、運動和用藥安全方面的健康

* 國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系副教授

** 國立嘉義大學休閒事業管理研究所博士班研究生

*** 雲林縣衛生局局長

**** 台北市立弘道國民中學教師

通訊作者：戴友榆

聯絡地址：60054嘉義市西區新民路580號 國立嘉義大學休閒事業管理研究所

聯絡電話：(05) 2732931

傳真號碼：(05) 2732923

e-mail：psyyt@gmail.com

行為；增進輕度中風患者的自我照顧能力及在醫療上的可近性之調查研究，以期避免日後再發的危險性，並作為後續中風衛生教育推廣之參考。本研究之結論如下：1.輕度中風病患的中風復發知識會因不同的鄉鎮、性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業狀況等而有顯著差異。2.輕度中風病患的支持性環境會因不同的性別、年齡、婚姻狀況等而有顯著差異。3.輕度中風病患的資訊充足度會因不同的鄉鎮、年齡、教育程度等而有顯著差異。4.輕度中風病患對中風復發的態度會因不同的鄉鎮、婚姻狀況、居住狀況等而有顯著差異。5.輕度中風病患之健康行為會因不同的鄉鎮、婚姻狀況等而有顯著差異。

關鍵字：腦中風、衛生教育、健康行為

壹、前言

根據內政部所發佈的臺灣地區人口統計資料顯示，我國65歲以上老年人口在1993年九月便已達到一百四十七萬二千人，占總人口數的7.02%，首次超過聯合國的分類標準中「老人國」百分之七的標準比例，正式邁入高齡化社會的階段；2003年7月，65歲以上人口占總人口的比率更超越了百分之九的水準，在十年之間，老年人口的所占比例便增加了百分之二，預估在2011年，老年人口數達250萬人，2020年，老年人口數達350萬人，增加的速度相當快速，顯然臺灣人口老化的問題有愈來愈嚴重的趨勢。另外，以目前老年人健康狀況來看，一旦進入老年期，身體機能將隨年齡的增長而逐漸退化或失去功能，而成爲身心障礙者，而在所有身心障礙者人數中，老年人數即占三分之一以上（謝明瑞，2003）。

根據統計，在1993年十大死因中，腦血管疾病排名第二位，死亡率爲54.98（每十萬人口），總計有12,404人死於腦中風（行政院衛生署統計室，2003），臺灣地區每十萬人中，就有六十人死於腦中風疾病，僅次於惡性腫瘤（Chen, Shaw, Cao, Li, Zhen, Chang, & Chen, 2007），且隨著年齡的老化，中風的發生率呈倍數增加。廖建彰、李采娟、林瑞雄、宋鴻璋（2006）的研究發現，臺灣2000年的中風盛行率偏高，男女發生率相近，城鄉差異小，較高年齡者其中風的危險性也高。應對特定年齡族群進行適切的介入，推動中風防治措施如高血壓等，以減少中風之發生。腦中風通常會導致患者生活及行動不便等長期的失能，若能早期預測腦中風患者的功能進步潛力，將有助於設立適當的目標和治療計畫（王雅嫻、楊雅如、王瑞瑤，2007）。然而，腦中風在醫療照護的花費上是相當昂貴的，因爲它需要經歷從急診、加護病房跨越至長期照護體系一連串的醫療過程。依李雪禎、張谷州（2008）所提出「腦中風造成死亡、長期住院、及慢性殘障失能，急性醫療照顧與後續的復健治療或長期照護費用都相當可觀。腦中風急性期的醫療費用主要耗用在住院費用。」由此可見，腦中風對個人健康及經濟上皆造成損害，故針對此疾病作有效的控制，實屬刻不容緩之事。

然而，雲林縣爲老年人口衆多的地區，依據行政院衛生署2003年十大死因統計資料指出，雲林縣人口腦血管疾病排名死因的第二位，死亡率高達79.01（每十萬人口），在去除年齡的因素後，和全國其他縣市比較的標準化死亡率則爲61.96（每十萬人口），仍高出全國的54.98（每十萬人口）。可知雲林縣腦血管疾病盛行，每年需花費龐大的醫療資源，對於醫療資源相當缺乏的鄉鎮而言，負擔更是沉重。

隨著醫療的進步，經藥物控制、復健及定期回診，腦中風的病人在病發後一個

月，存活率可高達83.3%，但存活着中，卻有高達75%會伴隨不同程度的功能損傷或殘障（朱復興，2002），影響日常生活甚鉅，若不能在中風早期妥善提供其就醫資訊、疾病認知、自我照護技能等訊息，中風病人有極大比例會再復發，且成爲嚴重中風病患，繼續成爲醫療照護及社會成本上的另一筆龐大支出。

蔡淑貞（2002）探討高屏地區二家醫學中心347名中風病人出院後照護行爲發現，86.2%的病人選擇由家人居家照護，7.8%選擇機構照護，6.1%請看護工或外勞在家照護；中風病人在出院後，仍由家庭負擔絕大部分的照護責任，多數的中風病人在病發後就醫，皆能獲得良好的控制，故多數仍由家人照護出院後的日常保健，但卻常因個人疏忽、知識不足、資源有限等種種因素，導致疾病復發且惡化（郭雅雯、蔣立綺、吳聖良、郭憲文，2006；簡立綦，2005）。邱啓潤、呂淑宜、許玉雲（1988）曾訪談70位腦中風病人的主要照顧者，了解病人的主要需求前三項分別爲：疾病之醫療、居家護理及心理諮詢。其主要獲得的社會資源爲公共衛生護士的訪視，但也僅50%接受過此項服務。故針對出院返家的中風患者，醫院及衛生單位實應立即提供適切的資訊，以提高病人出院後續的復健、轉介、回診等可近性，建立社區中風患者健康管理之模式，在早期便能建立中風病人及其主要照護家屬的正確照護觀念，以落實連續性照顧之理念（彭莉琴，2001；李慎初、王桂芸、林健群，2004）。

若想減輕腦中風病人對國家整體的醫療負擔，應針對高危險群進行篩檢，早期就醫且能持續追蹤、進行病人衛教，並實行健康促進介入，才是根本解決之道。Deng, Liu, Pan, Mau & Chiu（2007）的研究除了顯示老人健檢計畫具有的成本效益外，並建議高血壓患者危險群應即早接受治療，以降低中風的可能性。過去雲林縣對於中風患者管理，多採個案訪視，較缺乏整體性的健康管理計畫，但造成腦中風的危險因素衆多，絕不能僅就單一項目進行介入，林壽惠（1993）亦認爲完善的後續照護，可以幫助中風患者熟悉病症並能盡速調適生活上的改變。

中風病人多數伴隨生活型態、飲食或遺傳所引起之慢性疾病，故在進行中風病人居家健康管理時，除回診、復健及定時用藥之外，針對其飲食、運動、生活習慣等實行整體性健康促進，才是真正治本之道。香港的Lau & McKenna（2001）則認爲中風老人在生活品質的提升上，應包括生理安適感、功能安適感、心理安適感、社會安適感及經濟安適感等層面。因中風病患需要依賴家屬的照護，對家屬生活品質影響甚鉅（孫嘉玲、黃美瑜、宋梅生、陳絕妮、李琇彩、王秀香，2005；呂如分，2005）。

綜上所述，本研究主要研究目的爲提升輕度中風民衆對中風及再復發相關危險因素的認知，以降低民衆次級中風的機會，並作爲日後相關照護計畫推廣之參考。

貳、材料與方法

一、研究時間與對象

本研究期程為2004年5月至12月；研究對象為臺灣地區雲林縣西螺鎮、二崙鄉、崙背鄉、虎尾鎮、莿桐鄉等五個鄉鎮之初次輕度中風患者，原收案數量得到755名研究參與者，且此755份問卷皆屬有效問卷，有效樣本回收率達100%。

二、研究流程

本研究流程內容如下圖1所示：於研究初始進行訪查五鄉鎮居民，篩選出輕度中風患者；接著針對這些初次輕度中風患者進行中風復發知識、支持性環境、資訊充足度、中風復發態度、健康行為調查，提出評估此五鄉鎮之輕度中風者之現況，再就不同社會人口學變項做探討，最後提出本研究之結論與建議。

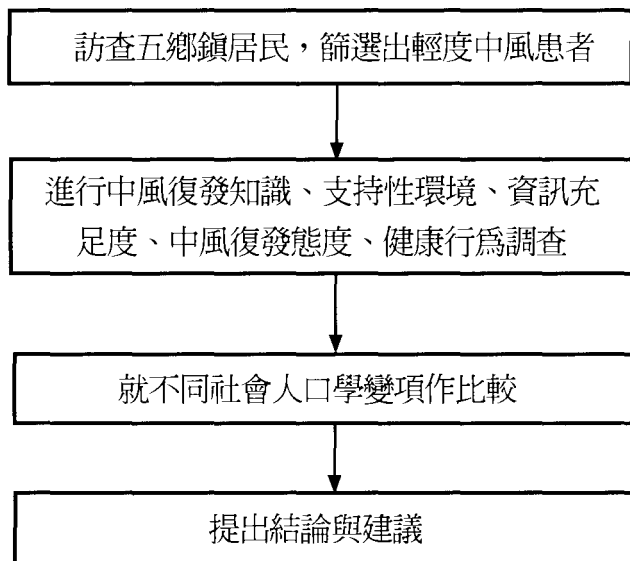


圖1 中風患者知識、支持性環境、資訊充足度、態度、健康行為調查流程圖

三、研究架構

本研究根據Hungerford & Volk（1990）所提出「知識—態度—行爲模式」（見圖2）作為研究架構藍圖，認為增加中風患者有關健康更多的知識，使其對健康議題產生更強烈的學習動機，並培養負責的態度，可以進而改變輕度中風患者的健康行爲。



圖2 知識—態度—行爲模式

資料來源：譯自Hungerford & Volk, 1990

本研究更進一步認為社會人口學變項會影響輕度中風患者對中風之知識、態度、健康行爲，並進而影響其支持性環境與所獲得資訊充足度（見圖3）。

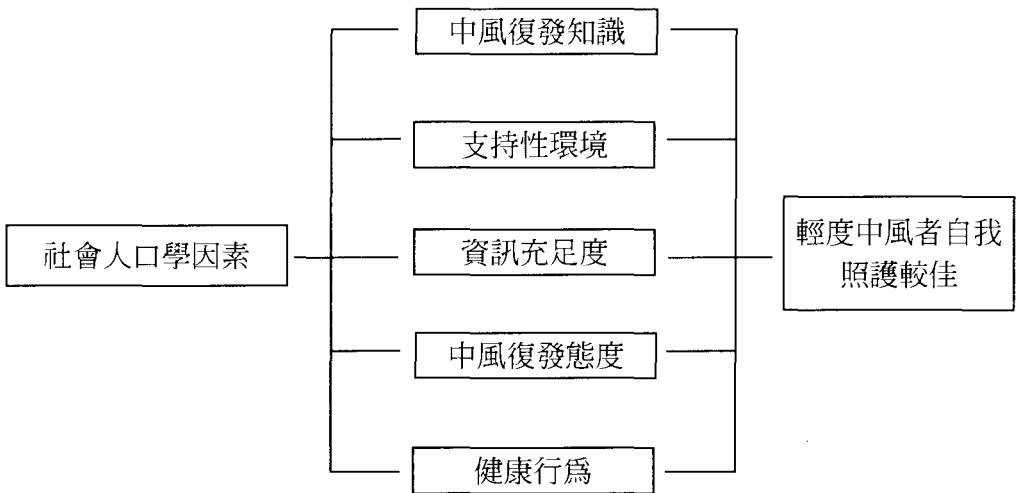


圖3 本研究架構圖

參、結果與討論

本研究參與計畫對象共755人，回收有效研究對象問卷共755份，回收率達100%，調查結果分析以基本資料統計分析；預防中風復發知識、支持性環境、中風復發態度、資訊充足度及健康行為之調查結果；以及建議未來的教育介入途徑等下述三部分加以說明，並進行相關之討論。

一、研究對象社會人口學變項分析

從表1得知，研究對象以男性較少，為341人（45.2%），女性413人（54.7%），平均年齡67.78歲，且以「61歲以上」居多，其中「61-70歲」占34.6%，「71-80歲」占31.1%，故多無固定職業（83.3%）；這與簡立羣（2005）研究指出缺血性腦中風的發生隨著年齡增長而有增高趨勢，又以65-74歲、75-84歲兩個年齡層最高之結果相符合。婚姻狀況則以「已婚，且同住」居多（77.0%），但「喪偶」（19.6%）亦為數不少；教育程度偏低，不識字或國小畢業者高達81.1%；家庭支持系統上，大多數仍與親友同住（93.6%），這與蔡淑貞（2002）探討高屏地區二家醫學中心347名中風病人出院後照護行為，指出86.2%的病人由家人居家照護，7.8%選擇機構照護，6.1%請看護工或外勞在家照護有相同結果。

表1 研究對象之社會人口學變項分佈

	變項名稱	人數 (%)	備註
鄉鎮別	虎尾鎮	186(24.6)	
	西螺鎮	202(26.8)	
	荊桐鄉	150(19.9)	
	二崙鄉	89(11.8)	
	崙背鄉	127(16.8)	
	遺漏值	1(0.1)	
	性別	男	341(45.2)
女		413(54.7)	
遺漏值		1(0.1)	
年齡	60歲以下	146(19.3)	平均年齡：67.78
	61-70歲	261(34.6)	標準差：9.777
	71-80歲	235(31.1)	最小年齡：20
	81歲以上	75(9.9)	最大年齡：92
	遺漏值	38(5.0)	

表1 研究對象之社會人口學變項分佈 (續)

	變項名稱	人數 (%)	備註
婚姻狀況	未婚	9(1.2)	
	已婚，且同住	581(77.0)	
	已婚，但分居	9(1.2)	
	離婚	7(0.9)	
	喪偶	148(19.6)	
	其他	1(0.1)	
	遺漏值		
教育程度	不識字	314(41.6)	
	小學畢 (肄) 業	298(39.5)	
	初中畢 (肄) 業	65(8.6)	
	高中 (職) 畢 (肄) 業	54(7.2)	
	大學以上 (含專科)	2(0.3)	
	遺漏值		
職業狀況	無固定職業	629(83.3)	
	有固定職業	83(11.0)	
	退休	2(0.3)	
	遺漏值	41(5.4)	
居住狀況	獨居	40(5.3)	
	住安養機構	1(0.1)	
	與親友同住	707(93.6)	
	其他	5(0.7)	
	遺漏值	2(0.3)	

註：n=755

二、研究對象的預防中風復發知識、支持性環境、中風復發態度、資訊充足度及健康行為

由於研究對象之教育程度偏低 (國小以下者占81.1%)，為避免其不清楚本研究問項之題意，於調查時均由公衛護士逐題告知，結果在中風疾病的知識上 (表2)，10題平均答對6題，顯示病人對於中風復發的知識偏低，尤其在「疾病復發原因」、「中風徵兆」及「心理調適」上的知識較不足，未來在針對中風復發情形之預防尤其應加強宣導留意。

表2 研究對象對中風復發知識測驗得分

問項	答錯 (%)	答對 (%)	遺漏值 (%)
1.腦中風是腦血管疾病的後果，並不是意外。	282(37.4)	468(62.0)	5(0.6)
2.高血壓是造成腦中風的主要原因。	133(17.6)	617(81.7)	5(0.6)
3.腦內出血時，可能因血腫塊壓迫至鄰近組織，有時甚至會併發腦室出血或大腦症。	267(35.4)	483(63.8)	6(0.8)
4.曾經罹患過一次腦中風的病人，就不會再復發了。	602(79.7)	147(19.5)	6(0.8)
5.中風的症狀包括半身不遂、言語不清、嘴歪；眼斜、流口水、吞嚥困難、大小便失禁、意識模糊…等中風症候群。	59(7.8)	690(91.4)	6(0.8)
6.中風的復健治療必須越早施行越好。	74(9.8)	672(89.0)	9(1.2)
7.輕鬆有規律的運動，對中風後遺症病情有明顯的改善，且使血壓趨於穩定。	133(17.6)	613(81.2)	9(1.2)
8.爲了預防中風再次發生，飲食方面應盡量減少鹽類、脂肪的攝取，並增加蔬果量。	95(12.6)	654(86.6)	6(0.8)
9.酗酒、抽菸等不良習慣，亦會增加中風的危險性。	131(17.3)	618(81.9)	6(0.8)
10.中風患者在醫院重返家中後，由於行動不便、較易疲勞、出入需要家人照顧，所以應該待在家裡好好休養，不應該出去參加社交活動。	418(55.3)	331(43.8)	6(0.8)

註：1. 每題得分0~1分，知識愈正確者得分愈高，答對1分，答錯或不知道0分。

2. n=755

病人的支持性環境（表3），包括關心病況、提醒用藥、陪伴就醫等項目，都以「配偶」（60.5%~68.7%）、子女（55.6%~66.0%）的比率最高，但除家人以外的支持性環境顯得相當單薄，顯見家人仍是社會支持系統中最有力的一環，則日後於知識宣導更應強化家屬的衛教功能。而蕭淑貞、金繼春、劉芹芳（2007）的研究結果，亦建議臨床醫護人員加強腦中風病患的身體功能及社會支持的評估，以增進三日至半年內腦中風病患之日常活動自我效能表現。

表3 研究對象之支持性環境

選項	配偶 (%)	子女 (%)	朋友鄰居 (%)	其他親屬 (%)
1.誰會關心你的病況?	519(68.7)	498(66.0)	60(7.9)	71(9.4)
2.誰會提醒你吃藥?	499(66.1)	420(55.6)	21(2.8)	29(3.8)
3.誰會提醒你就醫時間?	499(66.1)	440(58.3)	21(2.8)	29(3.8)
4.誰會陪你看醫師?	485(64.2)	455(60.3)	19(2.5)	33(4.4)
5.誰會幫你分擔所需的醫療費用?	457(60.5)	480(63.6)	19(2.5)	26(3.4)
6.誰會幫你分擔中風後的心理壓力?	508(67.3)	461(61.1)	50(5.3)	48(6.4)

註：1. 每人得分0~24分，支持度愈高者得分愈高；本題可複選。

2. n=755

對於預防中風復發的態度上（表4），研究對象多能抱持正向態度，能瞭解自己採行健康行為的確能降低疾病的復發（92.4%~98.6%），但是在用藥的態度上（第3、4題）較為消極，近半數患者擔心長期吃藥會上癮，或對於長期用藥顯得不耐煩，此現象值得醫藥衛生界人士重視，以西醫治療之成效並未見深化於鄉村居民。

表4 研究對象對預防中風復發的態度

問項	非常同意 (%)	同意 (%)	不同意 (%)	非常不同意 (%)
1.遵照醫師指示，定期回診就醫，可以減少中風的發生。	155 (20.5)	587 (77.7)	8 (1.1)	2 (0.3)
2.遵照醫師的指示服藥，可減少中風的發生。	146 (19.3)	599 (79.3)	7 (0.9)	2 (0.3)
3.我擔心長期服藥會上癮。	18 (2.4)	401 (53.1)	314 (41.6)	21 (2.8)
4.長期服藥，令我感到很厭煩。	19 (2.5)	254 (33.6)	448 (59.3)	33 (4.4)
5.攝取低脂、低膽固醇的食物，可以減少中風的發生。	96 (12.7)	633 (83.3)	25 (3.3)	0 (0.0)
6.避免過鹹或過甜的食物，可以有效減少中風的發生。	89 (11.8)	627 (83.0)	36 (4.8)	1 (0.1)
7.烹調食物的方式，會影響食物中脂肪的攝取。	76 (10.1)	622 (82.4)	53 (7.0)	1 (0.1)

表4 研究對象對預防中風復發的態度(續)

問項	非常同意 (%)	同意 (%)	不同意 (%)	非常不同意 (%)
8.三餐飲食定時定量，將有助於減低中風的發生機會。	88 (11.7)	609 (80.7)	55 (7.3)	1 (0.1)
9.每日進行規律的運動，可以降低中風發生的機會。	104 (13.8)	617 (81.7)	30 (4.0)	1 (0.1)
10.早期接受復健治療，將有助於減少中風的嚴重度。	95 (12.6)	631 (83.6)	28 (3.7)	0 (0.0)
11.接受復健醫療的規劃，可以有效降低再次中風的可能性。	95 (12.6)	629 (83.3)	31 (4.1)	0 (0.0)
12.連續進行復健的療程，而不間斷，會有助於中風之後的復健。	99 (13.1)	617 (81.7)	37 (4.9)	1 (0.1)

註：1. 每題得分1~4分，態度愈正向者得分愈高，非常同意4分，同意3分，不同意2分，非常不同意1分；第3、4題爲反向題，採反向計分。

2. n=755

在中風資訊來源方面，本研究對象表示「非常不充足」者占10.1%，表示「不充足」者占67.8%，表示「充足」者占20.4%，表示「非常充足」者僅占0.8%，此可能與本研究施測鄉鎮之資訊獲取程度在臺灣地區仍屬落後有關。如表5，大多數的人表示是來自於醫院護士或醫生，占80.1%，其次是來自於家訪護士，占40.9%；資訊管道（如表6）多來自於電視（72.2%），其次是廣播（36.0%），且對於未來希望獲得資訊的管道，仍然以電視居多（80.3%），其次也是廣播（43.8%）；故未來在推行相關計畫時，資訊提供的途徑可從這些方面加以著手。

表5 研究對象之目前中風資訊來源統計表

資訊來源者	人數	百分率
家訪護士	309	40.9
醫院護士或醫生	605	80.1
配偶	57	7.5
父母	1	0.1
兄弟姊妹	22	2.9
朋友或同學	42	5.6
長輩	2	0.3
鄰居	117	15.5
其他	29	3.8

註：n=755

表6 研究對象之中風資訊來源管道

來源管道	目前獲得資訊的管道		未來希望獲得資訊的管道	
	人數	百分率 (%)	人數	百分率 (%)
電視	545	72.2	606	80.3
廣播	272	36.0	331	43.8
報紙	85	11.3	105	13.9
雜誌	25	3.3	27	3.6
網路	2	0.3	6	0.8
演講	1	0.1	19	2.5
書籍或課本	26	3.4	27	3.6
座談會	29	3.8	65	8.6
錄影帶	0	0.0	17	2.3
政府出版的單張	27	3.6	50	6.6
小手冊	39	5.2	66	8.7
衛生單位電話諮詢專線	91	12.1	107	14.2
其他	45	6.0	31	4.1

註：n=755

研究對象在中風後採取的健康行為上（表7）的表現普通，其中以運動休閒行為最缺乏，高達41.0%很少或從未採行運動或休閒，其實日常活動便已經是中風患者上肢功能訓練最好的復健方式（黃小玲、毛慧芬，2005）。另外，本研究對象在回診（84.4%）、定期復健（50.6%）的比率也偏低，且未遵醫囑的人數仍多，此可能與鄉村居民大多務農，農忙時便以無從停工、或只服幾次藥物就自行停藥有關。

表7 研究對象中風後採行的健康行爲

問項	總是 (%)	經常 (%)	很少 (%)	從未 (%)
最近一個月內，您是否遵照醫師指示，定期就醫回診治療。	321(42.5)	316(41.9)	72(9.5)	43(5.7)
最近一個月內，您是否會忘記服用藥物。	132(17.5)	455(60.3)	109(14.4)	52(6.9)
最近一個月內，醫師所指示的藥物，您是否每種都會服用。	281(37.2)	375(49.7)	55(7.3)	40(5.3)
最近一個月內，您是否會按醫師所指定的服藥時間服用藥物。	273(36.2)	392(51.9)	50(6.6)	36(4.8)
最近一個月內，您是否會按照醫師所開的劑量來服用藥物。	278(36.8)	386(51.1)	46(6.1)	39(5.2)
最近一個月內，您是否會按照醫師所指定的服藥次數來服用藥物。	271(35.9)	382(50.6)	60(7.9)	35(4.6)
最近一個月內，您是否對於服用藥物而感到厭煩。	71(9.4)	405(53.6)	208(27.5)	63(8.3)
最近一個月內，您是否攝取低脂、低膽固醇的食物。	151(20.0)	465(61.6)	132(17.5)	4(0.5)
最近一個月內，您是否攝取低鹽及低糖分的飲食。	142(18.8)	460(60.9)	146(19.3)	4(0.5)
最近一個月內，您是否以清、蒸、煮、燙來取代油炸、燒烤等方式烹調食物。	126(16.7)	426(56.4)	196(26.0)	2(0.3)
最近一個月內，您是否每日三餐定時定量。	186(24.6)	517(68.5)	46(6.1)	5(0.7)
最近一個月內，您是否遠離吸菸及喝酒。	211(27.9)	363(48.1)	142(18.8)	36(4.8)
最近一個月內，您是否有進行任何休閒活動或運動。	132(17.5)	312(41.3)	215(28.5)	94(12.5)
最近一個月內，您是否持著輕鬆愉快的心情進行運動。	137(18.1)	392(51.9)	178(23.6)	47(6.2)
最近一個月內，您是否按照復健的療程進行治療。	157(20.8)	225(29.8)	261(34.6)	104(13.8)
最近一個月內，您是否因為厭倦而不去接受復健治療。	140(18.5)	333(44.1)	186(24.6)	90(11.9)
最近一個月內，您是否因為其他原因而不去接受復健治療。	123(16.3)	331(43.8)	203(26.9)	92(12.2)
最近一個月內，您是否服用中藥或其他民俗療法來治療中風。	37(4.9)	107(14.2)	399(52.8)	211(27.9)

註：1. 每題得分1~4分，行爲頻率愈高者得分愈高，總是4分，經常3分，很少2分，從未1分；第2、7、15、16、17題，採反向計分。

2. n=755

四、社會人口學變項與中風復發知識、支持性環境、資訊充足度、中風復發態度、健康行為之關係

針對不同鄉鎮、性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業狀況與居住狀況等社會人口學因素就中風復發知識、支持性環境、資訊充足度、中風復發態度、健康行為進行比較分析，以瞭解輕度中風之各面向現況。

由表8可知，在進行社會人口學變項與中風知識之單因子變異數分析後發現：不同鄉鎮（虎尾鎮、西螺鎮、荊桐鄉、二崙鄉、崙背鄉）間的中風復發知識（ $F=6.603$ ， $p<.001$ ）達統計上顯著差異，表示來自不同鎮之研究對象其中風復發知識確有不同，其中又以「崙背鄉」得分最高（16.41）、「虎尾鎮」得分最低（13.53），進一步進行Sheffe事後檢定，結果發現崙背鄉民衆之知識又顯著較虎尾鎮、西螺鎮、荊桐鄉爲高，此可能因崙背鄉地理位置比之各鄉鎮抵達醫療院所所有更高的可近性有關；不同性別間的中風復發知識（ $F=9.759$ ， $p<.01$ ）達統計上顯著差異，表示男女之間中風復發知識確有差異，以男性得分（15.12）高於女性（13.99）；不同年齡（60歲以下、61-70歲、71-80歲、81歲以上）間的中風復發知識（ $F=1.661$ ， $p<.01$ ）達統計上顯著差異，表示不同年齡層之研究對象其中風復發知識確有明顯不同，其中又以「81歲以上」之研究對象得分最高（83.60）、「60歲以下」之研究對象得分最低（52.68），進一步進行Sheffe事後檢定，可見「71-80歲」者之知識顯著高於「60歲以下」與「61-70歲」者，「81歲以上」者之知識顯著高於「60歲以下」者，此或許與鄉村居民因年紀愈大勞動愈少，而愈會花時間注意健康資訊有關；不同婚姻狀況（未婚；已婚，且同住；已婚，但分居；離婚；喪偶）間的中風復發知識（ $F=5.599$ ， $p<.001$ ）達統計上顯著差異，表示不同婚姻狀況之研究對象其中風復發知識確有不同，其中又以「喪偶」者得分最高（16.02）、「已婚，但分居」得分最低（11.89），而再經過Sheffe事後檢定，則「喪偶」者之知識顯著高於「已婚，且同住」者，對此結果應再深入探討研究對象與家屬親友居住情形如何；不同教育程度的中風復發知識（ $F=14.930$ ， $p<.001$ ）達統計上顯著差異，表示不同教育程度間之中風復發知識確有明顯的差異，經Sheffe事後檢定，發現「不識字」者之知識顯著高於其餘教育程度者，此結果應多方考量其他社會人口學變項之影響後再深入探討；不同職業狀況的中風復發知識（ $F=6.595$ ， $p<.05$ ）達統計上顯著差異，以「無固定職業者」得分（14.64）顯著高於「有固定職業」者（13.53），此應於未來進一步瞭解雲林地區有無固定職業者在獲得衛教資訊的情形；不同居住狀況（獨居、與親友同住、其他）間的中風復發知識（ $F=1.864$ ， $p>.05$ ）未達

統計上顯著差異，表示研究對象的中風復發知識並不會因居住狀況不同而有所不同，可知雲林地區確實落實了居家衛教工作。

表8 研究對象社會人口學變項與中風復發知識之單因子變異數分析

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後檢定結果
鄉鎮	1. 虎尾鎮	182	13.53	4.213	6.603***	5>1
	2. 西螺鎮	202	14.72	4.775		5>2
	3. 莿桐鄉	148	13.65	4.526		5>3
	4. 二崙鄉	87	14.69	4.527		
	5. 崙背鄉	124	16.41	5.768		
性別	男	335	15.12	5.400	9.759**	
	女	408	13.99	4.273		
年齡	1. 60歲以下	144	52.86	5.991	1.661**	3>1
	2. 61-70歲	258	66.07	2.821		3>2
	3. 71-80歲	252	74.67	2.591		4>1
	4. 81歲以上	54	83.60	2.484		
婚姻狀況	1. 未婚	9	12.78	2.539	5.599***	5>2
	2. 已婚，且同住	572	14.21	4.492		
	3. 已婚，但分居	9	11.89	2.472		
	4. 離婚	7	12.14	2.340		
	5. 喪偶	146	16.02	5.999		
教育程度	1. 不識字	307	15.95	6.016	14.930***	1>2
	2. 小學畢(肄)業	296	13.81	3.631		1>3
	3. 初中畢(肄)業	64	12.95	3.109		1>4
	4. 高中(職)畢(肄)業	53	12.75	2.192		1>5
	5. 大學以上(含專科)	22	11.55	2.721		
職業狀況	無固定職業	618	14.64	4.965	6.595*	
	有固定職業	83	13.53	3.476		
居住狀況	1. 獨居	40	14.23	.698	1.259	2>1>3
	2. 與親友同住	696	14.48	.183		
	3. 其他	5	7.506	4.333		

註：* $p<.05$ 、** $p<.01$ 、*** $p<.001$ 。

由表9可知，在進行社會人口學變項與支持性環境間單因子變異數分析後發現：不同鄉鎮間的支持性環境（ $F=.947$ ， $p>.05$ ）並未達到統計上顯著差異，表示來自不同鄉鎮之研究對象其支持性環境並沒有因為所處鄉鎮不同而不同；不同性別間的支持性

環境 ($F=9.266, p<.01$) 達統計上顯著差異, 表示男女之間支持性環境確有差異, 男性得分 (7.79) 低於女性 (8.45), 此可能與傳統社會女性較受關懷有關; 不同年齡間的支持性環境 ($F=1.534, p<.05$) 達統計上顯著差異, 表示不同年齡層之研究對象其支持性環境確有明顯不同, 其中又以「60歲以下」之研究參與者得分最高 (8.16)、「81歲以上」之研究對象得分最低 (7.87); 不同婚姻狀況間的支持性環境 ($F=17.136, p<.001$) 達統計上顯著差異, 表示不同婚姻狀況之研究對象其支持性環境確有不同, 其中又以「已婚, 且同住」者得分最高 (8.61)、「未婚」者得分最低 (5.44), 進一步以Sheffe事後檢定分析, 則見「已婚, 且同住」者之支持性環境顯著高於「未婚」者與「喪偶」者, 此結果符合家屬親友人數愈多、關係愈密切則支持性環境愈完整; 不同教育程度的支持性環境 ($F=1.037, p>.05$) 未達統計上顯著差異, 可能是因為支持性環境皆以配偶、子女為主, 而不致有所差異; 不同職業狀況的支持性環境 ($F=3.756, p>.05$) 沒有達到統計上顯著差異, 則不論研究對象是否有職業其支持性環境均因有個人的家屬親友而沒有差異; 不同居住狀況間的支持性環境 ($F=1.364, p>.05$) 未達統計上顯著差異, 表示研究對象的支持性環境並不會因居住狀況不同而有所不同。

表9 研究對象境社會人口學變項與支持性環之單因子變異數分析

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後檢定結果
鄉鎮	1. 虎尾鎮	186	7.84	3.339	.947	5>2>4>3>1
	2. 西螺鎮	202	8.37	3.142		
	3. 荊桐鄉	148	8.05	2.591		
	4. 二崙鄉	87	8.09	2.644		
	5. 崙背鄉	124	8.43	2.994		
性別	男	340	7.79	2.783	9.266**	
	女	412	8.45	3.162		
年齡	1. 60歲以下	146	8.16	3.212	1.534*	1>2>3>4
	2. 61-70歲	259	8.15	2.975		
	3. 71-80歲	255	8.05	2.951		
	4. 81歲以上	55	7.87	2.913		
婚姻狀況	1. 未婚	9	5.44	3.644	17.136***	2>1 2>5
	2. 已婚, 且同住	580	8.61	3.087		
	3. 已婚, 但分居	9	8.22	2.386		
	4. 離婚	7	6.00	.000		
	5. 喪偶	147	6.61	1.981		
教育程度	1. 不識字	312	8.08	2.866	1.037	5>3>4>2>1
	2. 小學畢 (肄) 業	298	8.10	3.136		
	3. 初中畢 (肄) 業	65	8.37	2.702		
	4. 高中 (職) 畢 (肄) 業	54	8.13	3.274		

表9 研究對象境社會人口學變項與支持性環之單因子變異數分析 (續)

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後檢定結果
職業狀況	5. 大學以上 (含專科)	22	9.36	3.526	3.756	
	無固定職業	627	8.10	3.019		
	有固定職業	83	8.78	2.984		
居住狀況	1. 獨居	40	7.48	2.727	1.364	2>3>1
	2. 與親友同住	705	8.20	3.030		
	3. 其他	5	8.00	3.464		

註：* $p<.05$ 、** $p<.01$ 、*** $p<.001$ 。

由表10可知，在進行社會人口學變項與資訊充足度間之單因子變異數分析後發現：不同鄉鎮間的資訊充足度 ($F=8.499$, $p<.001$) 達統計上顯著差異，表示來自不同鄉鎮之研究對象其資訊充足度確有不同，其中又以「二崙鄉」得分最高 (8.45)、「虎尾鎮」得分最低 (6.59)，進一步進行Sheffe事後檢定，二崙鄉民衆之資訊充足度顯著高於虎尾鎮、西螺鎮、崙背鄉等地之居民，荊桐鄉民衆之資訊充足度顯著高於虎尾鎮；不同性別間的資訊充足度 ($F=1.488$, $p>.05$) 未達統計上顯著差異，表示男女之間並無資訊充足度之差異，意即男女性有獲取相同資訊來源的機會；不同年齡間的資訊充足度 ($F=1.543$, $p<.01$) 達統計上顯著差異，表示不同年齡層之研究對象其資訊充足度確有明顯不同，其中又以「60歲以下」之研究參與者得分最高 (7.95)、「81歲以上」之研究對象得分最低 (6.53)，進一步進行Sheffe事後檢定，「60歲以下」者與「61-70歲」者均分別顯著高於「71-80歲」與「81歲以上」者，此可解釋為因年紀愈輕的研究對象可以接受更多元的資訊；不同婚姻狀況間的資訊充足度 ($F=2.331$, $p>.05$) 未達統計上顯著差異，表示不同婚姻狀況之研究對象其資訊充足度並沒有不同；不同教育程度的資訊充足度 ($F=9.941$, $p<.001$) 達統計上顯著差異，以「大學以上 (含專科)」得分最高 (8.82)，「不識字」者得分最低 (7.00)，進一步進行Sheffe事後檢定，「大學以上 (含專科)」者與「高中 (職) 畢 (肄) 業」者均分別顯著高於「不識字」與「小學畢 (肄) 業」者，這因為教育程度愈高可獲得的資訊充足度亦愈高；不同職業狀況的資訊充足度 ($F=.557$, $p>.05$) 未達統計上顯著差異，可知不同職業狀況之資訊來源近似，且獲取程度相同；不同居住狀況間的資訊充足度 ($F=.735$, $p>.05$) 亦未達統計上顯著差異，表示研究對象的資訊充足度並不會因居住狀況不同而有所不同，亦可知雲林地區資訊落實度普遍相同。

表10 研究對象社會人口學變項與資訊充足度之單因子變異數分析

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後檢定結果
鄉鎮	1. 虎尾鎮	185	6.59	2.078	8.499***	4>1
	2. 西螺鎮	200	7.06	2.620		4>2
	3. 荊桐鄉	148	7.59	2.201		4>5
	4. 二崙鄉	88	8.45	2.652		3>1
	5. 崙背鄉	126	7.39	2.205		
性別	男	338	7.15	2.520	1.488	
	女	409	7.37	2.311		
年齡	1. 60歲以下	146	7.95	2.281	1.543**	1>3
	2. 61-70歲	255	7.52	2.778		1>4
	3. 71-80歲	254	6.89	2.055		2>3
	4. 81歲以上	55	6.53	1.874		2>4
婚姻狀況	1. 未婚	9	8.22	3.456	2.331	1>3>2>5>4
	2. 已婚，且同住	576	7.35	2.285		
	3. 已婚，但分居	8	8.00	2.828		
	4. 離婚	7	5.71	1.976		
	5. 喪偶	147	6.90	2.732		
教育程度	1. 不識字	309	7.00	2.562	9.941***	4>1
	2. 小學畢（肄）業	396	7.08	1.990		4>2
	3. 初中畢（肄）業	65	7.63	2.528		5>1
	4. 高中（職）畢（肄）業	54	8.80	2.528		5>2
	5. 大學以上（含專科）	22	8.82	2.788		
職業狀況	無固定職業	623	7.21	2.437	.557	
	有固定職業	83	7.99	2.233		
居住狀況	1. 獨居	40	7.38	2.121	.735	1>2>3
	2. 與親友同住	700	7.28	2.429		
	3. 其他	5	6.67	1.528		

註：**p<.01、***p<.001。

由表11可知，在進行研究對象對中風復發態度與社會人口學變項間之單因子變異數分析後發現：不同鄉鎮間的研究對象對中風復發態度（F=9.371，p<.001）達統計上顯著差異，表示來自不同鄉鎮之研究對象其對中風復發態度確有不同，其中又以「虎尾鎮」得分最高（24.72）、「荊桐鄉」得分最低（22.63），進一步進行Sheffe事後檢定，虎尾鎮、西螺鎮、二崙鄉與崙背鄉均顯著高於荊桐鄉；不同性別的研究對象對中

風復發態度 ($F=0.194$, $p>.05$) 未達統計上顯著差異, 表示男女性研究對象對中風復發態度沒有差異, 亦即不論性別對中風復發所抱持的態度是一致的; 不同年齡間的研究對象對中風復發態度 ($F=.746$, $p>.05$) 亦未達統計上顯著差異, 表示不同年齡層之研究對象其對中風復發態度沒有差異, 即表示不論何年齡層之研究對象對中風復發所抱持的態度是一致的; 不同婚姻狀況的研究對象對中風復發態度 ($F=3.111$, $p<.05$) 達統計上顯著差異, 表示不同婚姻狀況之研究對象其對中風復發態度確有不同, 其中又以「喪偶」者得分最高 (24.54)、「離婚」者得分最低 (21.57); 不同教育程度的研究對象對中風復發態度 ($F=1.234$, $p>.05$) 未達統計上顯著差異, 則表示不同教育程度的研究對象對中風復發態度並沒有不同; 不同職業狀況的研究對象對中風復發態度 ($F=0.024$, $p>.05$) 沒有達到統計上顯著差異, 亦表示不同職業狀況的研究對象對中風復發態度並沒有不同; 不同居住狀況的研究對象對中風復發態度 ($F=4.150$, $p<.05$) 達統計上顯著差異, 表示研究對象的中風復發態度會因居住狀況不同而有所不同, 應從實際居住狀況加以協助其正向態度。

表11 研究對象社會人口學變項與對中風復發態度之單因子變異數分析

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後 檢定結果
鄉鎮	1. 虎尾鎮	185	24.72	3.032	9.371***	1>3*
	2. 西螺鎮	202	23.80	3.039		2>3*
	3. 荊桐鄉	146	22.63	3.233		4>3*
	4. 二崙鄉	89	24.33	3.490		5>3*
	5. 崙背鄉	123	24.36	3.134		
性別	男	337	24.00	3.197	0.194	
	女	408	23.89	3.270		
年齡	1. 60歲以下	144	23.83	3.007	.746	
	2. 61-70歲	256	24.04	3.144		
	3. 71-80歲	254	23.95	3.436		
	4. 81歲以上	55	24.71	1.863		
婚姻狀況	1. 未婚	9	23.44	3.206	3.111*	5>2>1>3>4
	2. 已婚, 且同住	574	23.85	3.300		
	3. 已婚, 但分居	9	22.11	3.140		
	4. 離婚	7	21.57	3.910		
	5. 喪偶	146	24.54	2.838		
教育程度	1. 不識字	312	24.21	2.971	1.234	1>2>3>4>5
	2. 小學畢 (肄) 業	293	23.86	3.279		

表11 研究對象社會人口學變項與對中風復發態度之單因子變異數分析（續）

	人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後檢定結果
	63	23.73	3.580		
	54	23.54	3.705		
	22	23.09	3.463		
職業狀況	621	24.01	3.163	0.024	
	82	23.95	3.299		
居住狀況	40	24.88	2.928	4.150*	3>1>2
	698	23.86	3.244		
	5	27.67	2.309		

註：* $p<.05$ 、*** $p<.001$ 。

由表12可知，在進行研究對象之健康行為與社會人口學變項間之單因子變異數分析後發現：不同鄉鎮間的研究對象之健康行為（ $F=12.289$ ， $p<.001$ ）達統計上顯著差異，表示來自不同鄉鎮之研究對象其健康行為確有不同，其中又以「虎尾鎮」得分最高（41.27）、「二崙鄉」得分最低（36.52），進一步進行Scheffe事後檢定，虎尾鎮民衆之健康行為顯著高於荊桐鄉與二崙鄉，西螺鎮民衆之健康行為亦顯著高於荊桐鄉與二崙鄉，崙背鄉民衆之健康行為則顯著高於二崙鄉，此可能因各地發展狀況不同而影響居民健康行為的表現；不同性別之研究對象的健康行為（ $F=3.400$ ， $p>.05$ ）未達統計上顯著差異，表示男女性之間研究對象之健康行為沒有顯著的差異；不同年齡之研究對象的健康行為（ $F=1.145$ ， $p>.05$ ）未達統計上顯著差異，表示不同年齡層之研究對象其健康行為沒有明顯不同，此或許因鄉村居民平時即有多所勞務活動有關；不同婚姻狀況之研究對象的健康行為（ $F=2.993$ ， $p<.01$ ）達統計上顯著差異，表示不同婚姻狀況之研究對象其健康行為確有不同，其中又以「未婚」者得分最高（40.50）、「已婚，但分居」得分最低（33.89）；不同教育程度之研究對象的健康行為（ $F=1.598$ ， $p>.05$ ）未達統計上顯著差異，可知不論學歷高低，人人都意識到對預防中風應有健康行為的認知；不同職業狀況之研究對象的健康行為（ $F=3.158$ ， $p>.05$ ）未達統計上顯著差異，此應與鄉村居民普遍有良好的生活作息有關；不同居住狀況之研究對象的健康行為（ $F=1.996$ ， $p>.05$ ）未達統計上顯著差異，表示研究對象的健康行為並不會因居住狀況不同而有所不同，因良好的健康行為為長期培養，不因居住狀況不同而即刻改變。

表12 研究對象社會人口學變項與健康行爲之單因子變異數分析

		人數	Mean	S.D.	F值	Scheffe's事後 檢定結果
鄉鎮	1. 虎尾鎮	177	41.27	5.495	12.289***	1>3
	2. 西螺鎮	200	41.11	6.930		1>4
	3. 荊桐鄉	149	38.00	8.282		2>3
	4. 二崙鄉	85	36.52	8.373		2>4
	5. 崙背鄉	125	40.35	5.342		5>4
性別	男	335	39.37	7.019	3.400	
	女	401	40.34	7.194		
年齡	1. 60歲以下	140	41.21	7.537	1.145	1>4>3>2
	2. 61-70歲	254	39.57	6.829		
	3. 71-80歲	251	39.79	7.146		
	4. 81歲以上	55	38.29	7.327		
婚姻狀況	1. 未婚	8	40.50	11.820	2.993*	1>2>4>5>3
	2. 已婚，且同住	566	40.30	7.141		
	3. 已婚，但分居	9	33.89	9.413		
	4. 離婚	7	40.00	9.018		
	5. 喪偶	146	38.79	6.615		
教育程度	1. 不識字	308	39.23	7.133	1.598	3>2>4>5>1
	2. 小學畢（肄）業	289	40.31	6.627		
	3. 初中畢（肄）業	65	41.25	7.573		
	4. 高中（職）畢（肄）業	52	39.56	7.925		
	5. 大學以上（含專科）	21	39.24	7.562		
職業狀況	無固定職業	614	39.73	6.661	3.158	
	有固定職業	82	41.59	9.111		
居住狀況	1. 獨居	39	37.67	7.198	1.996	3>2>1
	2. 與親友同住	690	39.98	7.087		
	3. 其他	5	42.67	3.512		

註：** $p < .01$ 、*** $p < .001$ 。

肆、結論及建議

根據本研究結果和討論，歸納出下列重要結論：

1. 輕度中風病患的中風復發知識會因不同的鄉鎮、性別、年齡、婚姻狀況、教育程度、職業狀況等而有顯著差異。
2. 輕度中風病患的支持性環境會因不同的性別、年齡、婚姻狀況等而有顯著差異。
3. 輕度中風病患的資訊充足度會因不同的鄉鎮、年齡、教育程度等而有顯著差異。
4. 輕度中風病患對中風復發的態度會因不同的鄉鎮、婚姻狀況、居住狀況等而有顯著差異。
5. 輕度中風病患之健康行為會因不同的鄉鎮、婚姻狀況等而有顯著差異。

針對上述結果與結論，本研究提出對預防輕度中風之建議如下：

1. 透過公共衛生護士家庭訪視、社區保健座談、社區宣導活動和病友會聯誼等方式的衛教介入，確實能讓輕度中風患者充分獲得疾病相關資訊，進而有效提昇他們的知識，並增強病患採行健康行為的意願，故未來在延續推行此計畫時，應持續運用這些衛教介入的方法，並可作出適當的擴展，以充分發揮其功效。
2. 就「支持性環境」而言，可多鼓勵家屬積極陪同病患參與活動，或給予家屬更多的社區資源，提昇病患與家屬之間的互動性，從而健全病患的社會支持系統。
3. 輕度中風病患的資訊來源，多數是來自於醫院護士或醫生，其次是家訪護士。至於病患目前資訊的管道，以及未來希望獲得資訊的管道，皆以電視居多，其次是廣播。故未來在進行相關衛教宣導時，可以以這些方面作為重要的介入途徑，從而提昇中風病患的資訊接收度。
4. 公共衛生護士之家訪，在整個衛教介入過程中占有重要的地位，故未來可持續舉辦相關教育訓練，以提昇公衛護士的專業，進而讓輕度中風患者獲得更充分的知識和支持。病友會是提供輕度中風病患資訊交流和心理支持的一個重要管道，故日後應持續病友會之運作，並藉此舉辦更多的聯誼性活動和衛教講座，使更多的輕度中風病患受惠。

5. 由社會人口學變項與中風復發知識、支持性環境、資訊充足度、中風復發態度、健康行為之比較分析結果來看，建議未來相關單位於衛教介入時可以參考加強針對不同地區、年齡、婚姻狀況與教育程度等社會人口學變項進行，會有更多顯著提升的差異。

致謝

本研究謹謝行政院衛生署國民健康局、雲林縣衛生局、西螺鎮衛生所、二崙鄉衛生所、崙背鄉衛生所、虎尾鎮衛生所、莿桐鄉衛生所、國立臺灣師範大學健康促進與衛生教育學系、慈愛綜合醫院、與五鄉鎮市社區健康營造中心等單位於研究期間給予之協助。

伍、參考文獻

一、中文部分

- 王雅嫻、楊雅如、王瑞瑤（2007）。影響腦中風患者功能進步量之因子—系統性回顧。**物理治療**，**36**（2），316-323。
- 朱復興（2002）。認識腦中風。**羅東聖母院訊**，**43**。2008年12月31日，下載自<http://www.smh.org.tw/mag1/44/44hot3.htm>
- 行政院衛生署統計室（2003）。**衛生統計系列（一）死因統計—92年度縣市別統計結果**。2008年12月31日，下載自http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10238&class_no=440&level_no=1
- 呂如分（2005）。中風病患主要照顧者生活品質及其相關因素之探討。**長期照護雜誌**，**9**（2），152-170。
- 李雪禎、張谷州（2008）。台灣腦中風患者急性期超長住院分析及其相關因素探討。**臺灣腦中風學會會訊**，**15**（3）。2009年1月1日，下載自http://www.stroke.org.tw/newpaper/2008Sep/paper_4.asp
- 李慎初、王桂芸、林健群（2004，3月12日）。**梗塞性腦中風老年病人之憂鬱及相關因素之探討**。
- 林壽惠（1993）。臺灣地區腦中風病人居家護理及社會問題。**臺灣醫誌**，**92**（4），177-183。
- 邱啓潤、呂淑宜、許玉雲（1988）。居家中風病人之主要照顧者負荷情形及相關因素之探

討。**護理雜誌**，**35**，69-81。

孫嘉玲、黃美瑜、宋梅生、陳施妮、李琇彩、王秀香（2005）。中風病患主要照顧者的生活品質與社會支持。**臺灣醫學**，**9**（3），303-311。

郭雅雯、蔣立綺、吳聖良、郭憲文（2006）。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**，**2**（2），109-118。

彭莉琴（2001）。某醫學中心中風高血壓病人遵醫囑服藥行為階段及相關因素之探討。國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文，未出版，台北。

黃小玲、毛慧芬（2005）。日常活動是最好的復健中風病人的上肢功能訓練。**健康世界**，**229**，28-33。

廖建彰、李采娟、林瑞雄、宋鴻璋（2006）。2000年臺灣腦中風發生率與盛行率的城鄉差異。**臺灣公共衛生雜誌**，**25**（3），223-230。

蔡淑真（2002）。腦中風病人選擇長期照護方案之探討。高雄醫學大學公共衛生研究所碩士論文，未出版，高雄。

蕭淑貞、金繼春、劉芹芳（2007）。腦中風病患之日常活動自我效能及其相關因素。**實證護理**，**3**（1），45-53。

謝明瑞（2003）。臺灣人口老化的省思。下載於2007年11月30日，下載自<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/FM/092/FM-C-092-103.htm>

簡立蓁（2005）。影響再發性缺血性腦中風之因素研究。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，未出版，台北。

二、英文部分

Chen, N., Shaw, Z. G., Cao, W. L., Li, Y. M., Zhen, N. C., Chang, J. T., & Chen, Q. M. (2007). Risk factors for stroke. *Ming Hsin Journal*, *33*, 47-53.

Deng, B. H., Liu, H. W., Pan, P. C., Mau, L. W., and Chiu, H. C. (2007). Cost-Effectiveness of elderly health examination program: The example of hypertension screening. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, *23* (12), 17-24.

Hungerford, H. R. & Volk, T. L. (1990). Changing learner behavior through environmental education. *Journal of Environmental Education*, *21* (3), 8-21.

Lau, A. and McKenna, K. (2001). Conceptualizing quality of life for elderly people with stroke. *Disabil Rehabil*, *23* (6), 227-238.

A survey of Knowledge, Supporting Environment, Sufficient Information, Attitude, Health Behavior of hypo-apoplexy patients: Take Yunlin County for example

Yi-Jin Hu* You-Yu Dai** Bo-Huang Lin*** Pei-Yin Liu****

Abstract

There is a more and more serious trend that Taiwan is facing the problem of aging of population. And by the age is older and older, the incidence of stroke increase twice than before. However, it's very expensive to medical treatment stroke; in other words, stroke both causes damage to personal health and economy. Thus, it's to demand immediate attention to control this illness effectively. To abate the whole national medical load by apoplexies, first of all, screening the population of high risk, second, seeking medical advice earlier, tracking continued and teach patients with health education, and finally, intervening by health promotion. This research is survey the stroke patients' cognition, supporting environment, sufficient information, attitude, health behavior about risk factors of stroke. The most important thing is to improve stroke patients' care ability by themselves, so these results can be used in the future.

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

** PH. D. Student, Graduate Institute of Recreation, Tourism, and Hospitality Management, National Chiayi University

*** Director of Public Health Bureau, Yunlin County

**** Teacher of Taipei Municipal Hongdao Junior High School

These are the conclusions: 1.The stroke patients' stroke cognition is different by society variables such as counties, sex, age, marriage status, education levels, and out of a job or not; 2. Supporting environment is different by sex, age, and marriage status; 3. Sufficient information is different by counties, age, and education levels; 4. Attitude is different by counties, marriage status, and living situation; 5. Health behavior is different by counties and marriage status.

Key words: apoplexy, health education, health behavior