

初次腦中風導致家庭運作過程改變個案之門診護理經驗

劉千禎、林佩儀、曾秀芬

澄清綜合醫院中港分院 護理部

摘要

本文是探討一位64歲女性初次罹患腦中風，導致家庭運作過程改變之門診護理經驗。筆者於2015年8月3日至2015年10月30日三個月照護期間，經9次門診訪視及4次電話訪談，運用觀察、會談、電訪及傾聽方式，採Gordon十一項功能性健康型態進行整體性評估，歸納及分析出個案健康問題，包括身體功能障礙、焦慮及家庭運作過程改變。筆者於護理過程中，藉由轉介物理治療師及採漸進式活動指導，建立個案對疾病治療與復健重要性的認知，增強復健活動的意願；而當面對因疾病而導致活動障礙造成負面情緒反應，則主動藉由關懷、同理心，鼓勵表達內心感受，並經由醫療團隊共同處理其家庭與社會方面的衝擊，如提供社會福利資源與出院準備服務，連結相關醫療資源，給予適切的後續照護，藉此讓家庭回歸正常運作。期望此經驗能增加護理人員對於腦中風患者認識，提供具體有效護理措施解決個案之護理問題，使其病人及家庭能順利渡過疾病與復健治療過程。

關鍵詞：腦中風、身體活動功能障礙、焦慮、家庭運作過程改變、護理

通訊作者：林佩儀

通訊地址：臺中市西屯區臺灣大道四段966號

E-mail：3429@ccgh.com.tw

受理日期：2018年10月；接受刊載：2018年12月

前言

「腦中風」為全球死亡原因之第二位 [1]，且腦血管意外自民國六十一年以來，一直高居國人十大死因前三位 [2]，也是中老年人致殘及死亡的主因之一，更有三分之一造成殘疾，相關疾病治療與照護費用亦隨著疾病嚴重度增加，若再加上失能問題，其所需費用支出也相對提高 [3]。約76%的中風是第一次發生 [4]，病人會伴隨認知、情緒、社交、行為及身體中度至重度的功能缺失，造成身心困擾，迫使家庭及照顧者需改變原有生活結構與角色功能；即早的介入並協助主要照顧者瞭解個案需求，學習適切照護技巧，則可使病患盡早達成復健目標，減輕照顧者壓力，進而提升家庭生活品質 [5]。

現今社會多為雙薪家庭，隔代教養為普遍情形，本文個案為家管及照顧2名孫子，此次因初次腦中風導致身體活動受限，因而無法執行其社會角色，造成個人及家庭運作過程改變的雙重打擊。故筆者希望藉由此次的照護經驗分享，能提供護理人員在照護過程中，即時提供其所要的疾病治療之相關訊息與合宜的護理措施，以協助病人及主要照顧者能正向面對疾病所帶來的各種身心衝擊，促使病人及主要照顧者能獲得最佳的照顧與生活品質。

文獻探討

一、缺血性腦中風概述及功能障礙復健照護

腦中風 (stroke) 分缺血性腦中風及出血性腦中風兩大類，約八成為缺血性腦中風，約30至

50%的病人會有中度至重度失能障礙的問題 [6]。身體活動功能障礙是指個人獨立活動的能力受到限制，因受損部位不同而產生不同的肢體殘障，進而影響身體活動甚至失去自我照顧能力。臨床症狀表現為突發性局部神經缺損，造成肢體偏癱、吞嚥困難、構音障礙，或步態不穩等症狀 [7]。在缺血性腦中風最佳的復健時間為中風 3~5 天後，出血性腦中風則為 1 週後 [8]，特別需注意的是罹病三個月內為復健的黃金時期，功能上的障礙可藉由復健，約有 80% 可獲得改善 [9]。而復健主要目的是維持現存能力，將身體障礙減至最低，提升居家自理能力，此時，護理人員應提供的護理措施包括：教導關節運動及加強肌肉關節運動、臀肌群的肌力訓練運動，增加肌肉力量，預防身體攣縮的發生 [10]；利用肢體支托用物，輔助患側，維持肢體正確擺位；教導活動關節前先熱敷 20-30 分鐘，採漸進式活動，增加全關節活動 [11]；進食方面，教導運用輔具協助進食及吞嚥訓練，建議先選擇糊狀或易咀嚼軟質食物，預防吸入性肺炎；衣物穿著方面，選擇尺寸適合的衣褲及防滑鞋子，避免跌倒；沐浴及如廁方面，教導病患使用健側協助患側，拿毛巾洗臉或拉衣物自行穿衣褲，增加日常生活自理能力；教導患側關節運動及增加股四頭肌、臀肌群的肌力訓練運動，並教導使用適當的輔具，增進自我行動能力 [12,13]。故提供腦中風後的復健治療，重建生活自理能力，以提升自我照顧能力，早期是非常重要的。

二、缺血性腦中風病人與焦慮之護理

焦慮 (anxiety) 是一種模糊、不快樂的感覺，會讓人感到不確定感及莫名的害怕，是人類普遍會出現的情緒反應。對於初次罹患腦中風病人，身體及活動功能受限，不安的焦慮情緒會特別明顯。針對焦慮個案的護理包括：護理人員與其建立良好的醫病信任關係；用心體會及協助患者，滿足其生、心理需求，鼓勵表達內心感受並傾聽；教導放鬆技巧，降低其焦慮及壓力，滿足被愛及被重視的需要。而護理人員應多花時間傾聽，及治療性觸摸，提供適當的護理措施及衛教，並與其照顧者共同討論及協助患者面對焦慮情緒，將能有效的減輕緊張和焦慮感，降低罹病期間的壓力 [10,14]。由以上得知，

突發性腦中風的發生，不僅造成生理之障礙，更易造成負向情緒反應，因此，此階段需不斷的調適，以期降低焦慮狀態。

三、缺血性腦中風對家庭之影響與因應措施

腦中風是一個需長期治療與照顧的慢性病，不管對病人及家屬皆是承重的負擔。患者因疾病導致自我照護能力缺失，常會過度依賴主要照顧者來滿足基本生活需求，使照顧者易因家庭功能改變、生活作息受限、家庭面臨衝擊、缺乏支持而身心受壓 [15]。因老化對學習造成的影響，故需依據年長者設計相關指導，配合年齡、文化背景、識字程度提供適切的護理衛教，並提供淺顯易懂的照顧口訣及回覆示教強化照顧技能，並提供充分時間與耐心，讓年長者有足夠時間理解衛教訊息與反應 [16]。其他策略包括社會資源的運用：如喘息服務、家事協助、交通協助服務、協助申請社會福利申請解決經濟負擔；情感支持服務：如參加支持性團體、介紹相關案例經驗分享、鼓勵說出感受或壓力給予情緒支持；電話諮詢及電訪持續追蹤，提供持續完整的照護需求 [15]。因此，如何舒緩家庭成員之壓力，為護理照護之重點。

護理過程

一、個案簡介

王女士，64 歲，喪偶，國小畢業，慣用台語，信奉一般民間信仰，為家庭主婦，育有一男一女，無抽菸、喝酒習慣，無食物、藥物過敏史，平日活動為整理家務及照顧 2 名孫女 (2 歲及 4 歲)，主要經濟來源為子女提供，目前與兒子媳婦及 2 個孫女一家同住，女兒則在外地工作，假日偶回家探視，家庭互動良好。

二、過去病史及就醫經過

個案有心律不整及高血壓約 5-6 年，規則於心臟內科門診追蹤及服藥，無手術病史。於 2015 年 7 月 19 日早上家屬在床上發現個案無法叫醒，且有嘴角歪斜、流口水情形，故由 119 送至本院急診，到院時昏迷指數為 E2M5V2，追蹤心電圖為心房纖維顫動，頭部電腦斷層為左側中大腦動脈梗塞，評估四肢肌力：右側肢體肌力為 0 分，左側肢體肌力為 3 分，診斷為左大腦急性梗塞並入加護病房觀察及治療，於 7 月 20 日行腦部核磁共振檢查，顯示

左側中大腦動脈梗塞及腦部無出血情形。在加護病房治療期間，個案意識 E4M6V5，呼吸輔助物採氧氣鼻導管 3L/min 使用，予腦循環藥物及抗血小板製劑持續治療，於 7 月 22 日因右側肢體仍顯無力，肌力約為 2 分，在無重力狀態下能自行平行移動，但無法執行日常照護，故會診復健科，7 月 23 日開始進行肢體復健，經醫療處置及護理活動執行後，7 月 26 日因病情穩定轉內科病房，7 月 30 日辦理出院，8 月 3 日至 10 月 30 日期間，經 9 次門診追蹤及持續復健治療。

護理評估

筆者於 2015 年 8 月 3 日至 10 月 30 日期間，運用觀察、會談、電話訪談收集與分析資料，並運用 Gordon 十一項功能性健康型態進行整體性評估，資料收集如下：

（一）健康認知與健康處理型態

個案及家人皆無抽菸和喝酒習慣，無住院及手術史，自覺健康狀態自評 8 分（1-10 分）。8 月 3 日回診訪視提到：「以前生病都自己去診所看，現在都是時間到就回你們醫院的門診看醫生和拿藥」、「我覺得人好好吃飯和睡飽最重要，不用再吃什麼保健藥，而且我人都好好的，所以不會特別去做什麼定期的身體健康檢查」、「心律不整和高血壓大概 5-6 年，平時回診量血壓大概在 120-140/70-90mmHg」、「我喜歡吃醃漬的東西，但因有血壓所以不會吃太多」。住院期間無明顯異常心電圖變化，由上述資料顯示，個案在此型態無相關的護理問題。

（二）營養與代謝型態

個案 151 公分，體重 53 公斤，BMI：23，分級屬正常，觀察口腔黏膜潮濕無潰瘍，舌頭潮濕粉紅，上下排共有 6 顆固定式假牙，皮膚略微乾燥無水腫，四肢末梢無蒼白呈淡粉紅色，指甲表面平滑。於 7 月 19 日住院期間追蹤 Hb：11.4gm/dl、Alb：3.7mg/dl、TG：55mg/dl、CHOL：169mg/dl、HDL-C：43mg/dl、LDL-C：113mg/dl、HbA1C：4.7、空腹血糖：98mg/dl，由護理紀錄得知 7 月 21 日開始採低鹽低油軟質飲食 1,500 卡 / 天，一天三餐，每餐約進食 300-400 公克，無噎到情形，8 月 11 日主訴：「我平常三餐大概都可以吃完一碗白

飯，喜歡吃海鮮和醬菜，沒有特別禁忌」、「一天大概會喝水 1,200C.C. 左右，每餐大概喝 1 碗湯」、「出院回家後會吃比較軟的食物或切碎一點，是不會噎到或吞不下去，但目前只能用叉子或湯匙，而且時間會多花 15-20 分鐘。由上述資料顯示，個案在此型態無相關的護理問題。

（三）排泄型態

由護理紀錄得知住院期間每日尿量 1,300-1,500C.C.，尿液呈淡黃清澈、無異味，尿液檢驗正常。8 月 11 日主訴：「我不是會流汗的人，一天大概解小便 5-7 次，沒有尿不出來或覺得痛的情形，每天幾乎會解 1 次黃褐色軟便，不太會便秘或拉肚子，門診期間聽診腸蠕動音約 16-22 次 / 5 分鐘，觸診腹部柔軟無硬塊，叩診無鼓音及腹脹情形。由上述資料顯示，個案在此型態無相關的護理問題。

（四）活動與運動型態

個案日常活動為整理家務及照顧二名孫女，沒有規則運動習慣，假日偶而和鄰居去爬山。8 月 3 日兒子表示：「我媽右側偏癱，上下樓都有問題，洗澡也要我老婆幫忙」，8 月 3 日主訴：「現在我右手和右腳都還不是很有力，不只沒辦法做事，還很多事都要人幫忙，真的很不方便」。門診期間評估四肢肌力：左側肢體肌力 5 分，右側肢體肌力 3 分，日常生活功能評估表得分為 65 分，屬中度依賴，其中大便控制、小便控制、移位、行走為 10 分，其餘項目包括修飾 / 個人衛生、穿脫衣、進食、如廁、上下樓梯，需部分協助故為 5 分，沐浴則為 0 分。常規門診追蹤及復健治療期間，皆由家屬協助個案輪椅使用。經上述資料，個案呈現「身體活動功能障礙 / 與神經肌肉功能障礙」有關之護理問題。

（五）睡眠與休息型態

個案平日生活作息規律，無熬夜，不需服用安眠藥。8 月 11 日主訴：「我通常晚上 10 點之前會上床睡覺，早上 6 點半左右起床，沒有午睡習慣」。由護理紀錄得知住院期間白天可配合各時段之護理活動及復健運動執行，夜間偶爾會因吵雜聲醒來而打斷睡眠，但可以很快又入睡，門診期間觀察個案有輕微黑眼圈及偶有打哈欠情形，主訴有時因擔心自身病情及無法照顧家庭，雖然初期無法很快入

睡，但能利用午睡休息。由上述資料顯示，個案在此型態無相關的護理問題。

(六) 認知與感受型態

個案慣用台語，口齒較為含糊不清，對人、事、時、地能清楚表達但較為緩慢，主訴：「我大概 45 歲左右開始有老花眼，但只有在看報紙或寫東西時才會戴眼鏡，大概 50 幾歲開始聽力就比較差，小孩或鄰居說話要大聲一點我才聽得到，門診期間觀察對於護理人員衛教疾病相關知識時能專心聆聽及配合復健指導。由上述資料顯示，個案在此型態無相關的護理問題。

(七) 自我感受及自我概念型態

8 月 3 日主訴：「我覺得人生在世很多事情都不用太去計較，該做什麼就把份內的事做好」、「現在遇到這樣不好的事情，我只希望盡量不要造成小孩們的困擾，他們現在都有自己的工作和孩子要顧」，8 月 3 日兒子表示：「我媽是一個很傳統的人，對家庭很負責，不管遇到任何事情都會先考量不要麻煩到子女」、「我媽個性比較急也容易緊張，尤其是會影響子女的事，像這次生病她就一直很擔心我們的工作和小孩誰顧」、「如果有心事或不開心，雖然大部分都會跟我們說，但自己常常又會想很多」。會談中個案偶有眼眶泛紅及語氣較為無奈但心態傾向正面，故對於治療及復健皆能積極配合。由上述資料顯示，個案在此型態無相關的護理問題。

(八) 角色與關係型態

個案主要角色為母親和奶奶，與兒子媳婦及 2 個孫女一家同住，相處融洽，經濟來源為子女，家庭經濟為中低收入戶，平時遇到問題或有重要事情時會跟家人互相討論，平日與鄰居及他人相處和睦。門診期間由兒子和媳婦輪流請假帶個案回診，觀察過程中兒子和媳婦會主動告知個案目前肢體恢復情形並給予個案鼓勵。8 月 3 日兒子表示：「老實說，我媽突然中風住院後，家裡變得很混亂，我跟我太太都要上班，有時候還要加班，妹妹在外地工作也沒辦法回來，太太娘家也離得遠，根本找不到人可以幫忙顧兩個小孩，所以趁我媽還在住院期間臨時找一間附近的幼兒園但小

孩子又適應不良，而且又多了一筆開銷」、「我現在開始擔心我媽之後的日常生活、到醫院復健跟費用等等，要怎麼處理？」。藉由會談及傾聽中得知個案支持系統為家人，遭受壓力或心情不好時家屬會給予安撫及支持。但由於個案的發病造成日常作息嚴重被干擾，從住院到門診追蹤期間，都只有兒子協助，討論過程中情緒不穩。對於子女而言不只增加一位需長期照護的家人，更失去一位有力的家庭照護者，是一種雙重打擊及負擔。經由上述資料的得知，個案呈現有「家庭運作過程改變／因突發疾病造成長期照護需求」之護理問題。

(九) 性與生殖型態

個案無泌尿道或生殖器官之疾病史，觀察生殖器外觀無紅腫或異常分泌物。育有 1 男 1 女，約 55 歲左右已停經，案夫已過世。由上述資料顯示，個案在此型態無相關的護理問題。

(十) 因應與壓力型態

8 月 3 日主訴：「右邊的手腳還是沒啥力，家裡的事都沒辦法做，復健真的有效嗎？」、8 月 11 日主訴：「我好擔心如果沒辦法恢復到以前的身體狀況，拖累了我的小孩，怎麼辦？」，8 月 11 日兒子表示：「我媽剛中風時，常常會埋怨自己造成我們的負擔，也一直很擔心兩個孫女怎麼辦」，8 月 15 日主訴：「聽說有人中風很多次，我會不會也發生？」，門診期間觀察個案表情偶皺眉及於門診護理照護指導時，個案會不停重覆詢問病況和肢體復原情形是否正常。經由上述資料，個案呈現有「焦慮 / 與健康狀態改變有關」之護理問題。

(十一) 價值觀與信念型態

8 月 11 日主訴：「我們家算是信奉一般的民間信仰，在家中祭拜祖先牌位，我初一和十五如果有空會到廟裡燒香拜拜，但不會特別迷信」。門診期間觀察個案身上無配戴任何宗教相關物品。由上述資料顯示，個案在此型態無相關的護理問題。

問題確立、護理措施及結果評值

綜合以上資料評估，筆者歸納出個案有以下三項之主要護理問題。

一、身體活動功能障礙/與神經肌肉功能障礙有關 (2015/8/3~10/30)

主觀資料	客觀資料	護理目標	護理措施	護理評估
<p>1.8/3 「現在我右手和右腳都還不是很有力，不只沒辦法做事，還很多事都要人幫忙，真的很不方便」。</p> <p>2.8/3 兒子表示：「我媽右側偏癱，上下樓都有問題，洗澡也要我老婆幫忙」。</p>	<p>1.7/19 頭部電腦斷層為左側中大腦動脈梗塞，評估四肢肌力：右側肢體肌力為0分，左側肢體肌力為3分，診斷為左大腦急性梗塞。</p> <p>2.8/3 門診期間評估四肢肌力：左側肢體肌力5分，右側肢體肌力3分。</p> <p>3.8/3 日常生活功能評估表(ADL)得分為65分，屬中度依賴，其中大便控制、小便控制、移位、行走為10分，其餘項目包括修飾/個人衛生、穿脫衣、進食、如廁、上下樓梯，需部分協助故為5分，沐浴則為0分。</p> <p>4.8/10 門診及復健治療期間，家屬協助個案輪椅使用。</p>	<p>短程：</p> <p>8/30 前個案能維持關節活動度及右側肢體肌力進步為4分。</p> <p>長程：</p> <p>10/3 前巴氏量表屬輕度依賴。</p>	<p>1.8/3 每次門診重新評估右側肢體大關節至小關節的活動度及肌力，如右側手指頭至肩關節。</p> <p>2.8/3 解釋並說明肢體運動重要性，提供漸進性活動衛教並適時評估肢體功能程度，如活動關節前先熱敷20-30分鐘。</p> <p>3.8/3 轉介復健師介入與個案及家屬共同討論復健計畫，以配合復健運動及持續性復健計劃執行。</p> <p>4.8/10 評估及增強個案復健治療學習意願及自我照顧能力。</p> <p>5.8/17 協助並鼓勵個案學習自我照顧技巧，並適度及適時給予個案讚美與鼓勵。</p> <p>6.8/17 協助個案選擇適宜的輔具並教導輔具之正確使用方式，並請回覆示教，如四角拐等學習正確轉位、站立及行走。</p> <p>7.9/14 電話訪視，追蹤居家日常活動情況，並告知有任何問題，可主動來電諮詢。</p>	<p>8/7 電訪時，衛教預防跌倒需知，並鼓勵個案採漸進式活動，行走不便時，建議可使用輔助用具等。</p> <p>8/30 門診評估四肢肌力：左側肢體肌力為5分，右上肢體肌力為3分，右下肢體肌力為2分，關節活動度暫無影響。門診期間觀察個案右手由左手協助支拖，可自行行走但右腳仍有拖地情形，家屬隨侍在側扶持入診間及協助坐診療椅。表示有慢慢恢復的感覺，要繼續努力。</p> <p>9/14 電訪時，表示8/3至9/5每週一至五10:00~12:00由兒子或媳婦陪同規律復健，且在家自己可以慢慢的做居家的日常生活復健運動，如毛巾操。</p> <p>10/30 門診時評估日常生活功能評估表(ADL)得分為80分，由中度降為輕度依賴，表示可以做簡單的日常活動，如進食、如廁等，可以自行活動覺得很開心。</p>

二、焦慮/與健康狀態改變有關 (2015/8/3-10/30)

主觀資料	客觀資料	護理目標	護理措施	護理評估
<p>1.8/3「現在做什麼事都要靠別人，以後要怎麼辦？」。</p> <p>2.8/3「右邊的手腳還是沒啥力，復健真的有效嗎？」。</p> <p>3.8/10「我好擔心如果好不了，拖累了我的小孩，怎麼辦？」。</p>	<p>1.8/3 候診期間觀察個案神情落寞、表情皺眉及門診中偶有雙眼泛紅或哭泣情形。</p> <p>2.8/3 於門診護理照護指導時，個案會不停重覆詢問病況和肢體復原情形是否正常。</p>	<p>短程：</p> <p>8/15 能了解焦慮的來源，並說出引發焦慮的原因至少兩項。</p> <p>中程：</p> <p>9/30 主訴焦慮減輕，並說出減輕焦慮的方式2種。</p> <p>長程：</p> <p>10/30 能表達正向的情緒感受，及參加病友會。</p>	<p>1.8/3 與個案建立信任感並傾聽、同理心及主動關心，引導說出壓力源。</p> <p>2.8/3 每次門診時觀察個案臉部表情、肢體動作及情緒之變化。</p> <p>3.8/3 提供疾病的後續治療、預後及復健相關衛教，如衛教手冊及宣傳短片。</p> <p>4.8/10 使用開放性溝通，鼓勵表達及接受正向和負向的感受（如說說看這次發生這些事，心裡覺得如何）。</p> <p>5.8/10 對於疾病及即將發生的事，向個案明確、簡潔的解說，並引導提出問題。</p> <p>6.8/10 觀察個案家屬的互動情形，必要時安排醫療團隊與照顧者共同會談。</p> <p>7.8/17 討論並提供可利用的資源，如給予個案管理師及社工聯繫方式；心情低落時，深呼吸、找人聊天、看電視轉移情緒、尋求宗教支持。</p> <p>8.8/24 鼓勵參加院內舉辦的腦中風之團體衛教及病友會。</p> <p>9.8/24 每三週固定一次電話訪問主動關心、會談，讓個案能抒發情緒及調適心情。</p>	<p>8/15 門診時個案可明確說出其焦慮來源為身體狀況及再次中風擔憂，門診期間觀察個案表情偶皺眉及會不停詢問病況和肢體復原情形是否正常。</p> <p>9/14 電訪時，個案表示了解家人及親戚朋友的關心，會努力調整心情讓自己好起來。</p> <p>9/30 個案表示，透過復健我可以完成進食及慢步，真是太好了。觀察個案面露微笑並表示可藉由參加病友會及找朋友聊天來緩解焦慮情形。</p> <p>10/30 門診時，個案表示月初在家人陪伴下參加了病友會，且已接受目前的生活。又不是癌症，我只是小中風而已，還是有很多事情我可以做的。</p>

三、家庭運作過程改變／與突發疾病致長期照護需求 (2015/8/3-10/30)

主觀資料	客觀資料	護理目標	護理措施	護理評估
<p>1.8/3 「我很擔心我現在這樣，以後兩個孫子誰照顧、家裡的事情怎麼辦？」。</p> <p>2.8/3 兒子表示：「老實說，我媽突然中風住院後，家裡變得很混亂，我跟我太太都要上班，有時候還要加班，妹妹們都在外地，也有自己的家庭要顧，太太娘家也離得遠，根本找不到人可以幫忙顧兩個小孩，只好臨時找附近的幼兒園但小孩子又適應不良，而且又多了一筆開銷」。</p> <p>3.8/3 「我現在開始擔心我媽出院之後的日常生活、到醫院復健跟費用等等，要怎麼處理？」。</p>	<p>1.8/3 門診中觀察家屬神情略顯疲憊。</p> <p>2.8/3 從住院到門診追蹤期間，都只有兒子協助，討論過程中情緒不穩。</p>	<p>短程：</p> <p>8/30 家屬能獲得相關之社會資源並運用。</p> <p>長程：</p> <p>10/30 家屬安排個案未來之長期照護模式。</p>	<p>1.8/3 由主治醫師針對個案病情及預後進行說明，讓家屬其了解此疾病需長期照護。</p> <p>2.8/3 鼓勵家屬表達對個案生病後的感受，適時給予心理支持。</p> <p>3.8/10 聯絡社工師協助共同評估家庭成員的角色及經濟情形。</p> <p>4.8/10 社工師也向家屬說明院內重大傷病卡使用方法。</p> <p>5.8/10 與家屬共同討論，社工師所提供資源運用。</p> <p>6.8/10 協助社工師說明殘障手冊申請流程及使用方式，並評估可申請急難救助金，中低收入戶殘障生活津貼，保險公司方面可申請住院醫療補助。</p> <p>7.8/10 與家屬共同討論，合適的生活作息並分享其他病患家屬照護經驗，以增強信心及減輕其心理壓力。</p> <p>8.8/17 提供社區資源的運用（如：家事協助服務、交通協助服務、喘息服務）。</p> <p>9.8/31 與家屬討論適合個案之長期照護模式，提供居家服務資料及喘息服務。</p> <p>10.9/14 電話訪視，鼓勵並邀請個案及家屬能參加院內舉辦的病友會講座活動，可與其他病友及家屬互動，了解中風家庭的照護過程。</p>	<p>8/30 回診時兒子表示已送出申請急難救助金，中低收入戶殘障生活津貼，保險公司住院醫療補助之相關資料，回院門診時，偶有申請復康巴士協助就醫。</p> <p>10/05 電訪關心時，個案表示：「孫子送幼兒園一個多月但適應不好，一直哭。媳婦有安慰我，哭是正常的，如果真的還是無法適應就請育嬰假，要我別擔心」。</p> <p>10/30 回診時兒子表示與太太溝通後，案媳已先申請育嬰留停半年以便照護個案及小孩。</p> <p>11/16 電訪時，個案表示媳婦於11月中申請育嬰留停一年，照護我和孫子，所以我也要更努力，讓自己可以回到之前的生活。</p>

討論與結論

腦中風為突發性疾病，會影響病人生理、心理、社會及認知層面，進而產生身體活動功能障礙及情緒反應，也影響到原本的日常生活功能 [17]，造成家庭及社會極大的衝擊。可利用陪伴、傾聽、同理心等溝通技巧，評估個案身、心、靈的問題，與家屬建立良好之護病關係，提供適合的護理措施，需有提供持續性照顧，才能提升照護品質。

本篇係探討一位因腦中風導致家庭運作過程改變之護理經驗，門診照護期間，由於個案因身體活動功能障礙，導致情緒焦慮不安，進而造成家庭運作過程改變。筆者除增強個案復健動機，以發揮肢體最大功能重建新的生活型態；亦鼓勵個案表達內心感受，提升病患希望感和信心，降低焦慮；並針對個案及家庭的壓力，能提供更整體性及系統性的照護及資源，使個案及家屬能以正向態度面對整個罹病過程。

此次的護理經驗讓筆者對日後照護腦中風患者，能更加瞭解此疾病並發現其相關護理問題，以做深入的評估及適時更改護理計畫。對於一位腦中風的病患及家屬而言，如何建立新的生活模式才是最重大的考驗，但因受限於病患返診時間為一個月一次，未能在第一時間即時給予協助為其限制。故建議，能有更整體性的醫療團隊介入，持續追蹤，提供更多元及全方位的服務，使家庭支持系統及社會資源運用發揮功能，以提升護理品質及提供患者一個全人照護。

參考文獻

1. World Health Organization: The top 10 causes of death. 2018. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
2. 行政院衛生福利部：105年國人死因統計結果。2016。Retrieved from [https://www.mohw.gov.tw/cp-16-](https://www.mohw.gov.tw/cp-16-33598-1.html)

3. Lee HC, Chang KC, Huang YC, et al.: Readmission, mortality, and first year medical costs after stroke. *Journal of the Chinese Medical Association* 2013; 76(12): 703-714.
4. 彭道鈞、廖芳藝、陳韋良等：腦中風之初級預防。 *家庭醫學與基層醫療* 2015；30（9）：249-254。
5. 吳姿蓉、何啓中、盧香涵等：復健期腦中風病患的主要家庭照顧者附和之相關因素探討。 *長期照護雜誌* 2011；15（3）：65-76。
6. 錢駿、鍾芷萍：缺血性腦中風的分類。 *臨床醫學月刊* 2018；81（2）：72-76。
7. Yew KS, Cheng EM: Diagnosis of acute stroke. *American Family Physician* 2015；91(8): 528-536.
8. 台灣腦中風學會：慢性中風病人的物理治療需求。2013。Retrieved from <http://www.stroke.org.tw/newspaper/2008Dec/pa>
9. 蕭淑貞、金繼春、劉芹芳：腦中風病患之日常活動自我效能及其相關因素。 *實證護理* 2007；3（1）：45-53。
10. 陳儀倩、陳妤靜、呂孟倫：協助一位腦中風個案出院準備服務的經驗。 *高雄護理雜誌* 2018；35（1）：150-160。
11. 解旻容、胡秀媛：照顧初次罹患腦血管意外之護理照護經驗。 *領導護理* 2011；12（2）：45-57。
12. 馮容芬：神經系統疾病之護理。於劉雪娥總校閱-成人內外科護理下冊。臺北市：華杏。2010。
13. 邱明發、顏兆熊：缺血性腦中風急性期後之處置。 *當代醫學* 2011；38（11）：851-857。
14. 徐莞雲、陳筱瑀：焦慮的概念分析。 *志為護理* 2008；7（3）：65-70。
15. 周亞璉、王錦雲、周寶鈺：協助一位初次罹患腦中風病人之護理經驗。 *新臺北護理期刊* 2010；12（3）：111-120。
16. 毛慧芬、張嘉純、林佳琪等：高齡生活輔具運用。臺北：華都。2010。
17. Lawrence M: Young adults experience of stroke: a qualitative review of the literature. *British Journal of Nursing* 2010; 19(4): 241-248.

The Outpatient care Experience of a Patient with Primary Brain Stroke Leading to Changes in Family Operations

Chien-Chen Liu, Pei-Yi Lin, Shish-Fen Tzeng

Department of Nursing, Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital

Abstract

This study examined the outpatient care experience of a 64-year-old woman who had a cerebral stroke, resulting in family operations in her family. During the three months of care provided from August 3 to October 30, 2015, the author employed observations, interviews, and listening methods in accordance with Gordon 11 Function Health Patterns or holistic assessment, and conducted nine outpatient visits and four telephone interviews. The data gathered were analyzed to identify the patients' health problems, including physical dysfunction, anxiety, and changes in the family's living arrangements. During the nursing process, the author established the patient's awareness of the importance of disease treatment and rehabilitation by referring to physiotherapists and adopting progressive activity guidance, for strengthening the patient's willingness to undergo rehabilitation activities. Regarding negative emotions caused by disease-related activity disorders, the patient was encouraged to express her feelings by the author's active demonstration of care, empathy, and encouragement. In addition, a medical team was responsible for handling family and social impact, such as providing social welfare resources and discharge preparation services, linking relevant medical resources, and providing appropriate follow-up care so that the patient's family can resume normal functioning. It is hoped that this experience will increase the awareness of nursing staff caring for patients with cerebral stroke and provide specific effective nursing measures to solve the nursing problems of patients, thereby helping patients and families to successfully overcome the disease through a rehabilitation treatment process.

Keywords : *Stroke, Physical activity dysfunction, Anxiety, Changes in family operations, Care*

Received: October 2018; Accepted: December 2018