

照護一位年輕型 小腦中風男性病患之護理經驗

陳玲鈞 顏玉雯* 李碧娥**

中文摘要

本報告在描述照護一位33歲男性年輕型小腦中風個案的護理經驗。筆者於2013年9月10日至10月1日照護期間，運用Gordon 11項健康功能型態，以身體評估、觀察、會談、傾聽及溝通等方式收集資料，確立個案主要的健康問題為：「感覺知覺改變」、「身體心像紊亂」、「無力感」等。於護理過程中給予關懷並與復健師討論且修正復健計畫，協助把握復健黃金期並順利回歸工作。個案僅33歲即中風，帶給自己及家屬極大震撼、擔憂與焦慮。由於小腦中風後引發肢體活動平衡功能不佳，嚴重影響個案步態活動及生活品質。照護期間藉由個別化的護理活動，提供正面思考的機會及心理支持，增進個案自我控制感，協助於小腦中風後的身心壓力調適。臨床上基於人力與時間限制下，建議護理人員照顧類似個案時可考慮跨領域團隊照護，以提供患者更周全與完善的照護。(志為護理, 2016; 15:4, 106-115)

關鍵詞：小腦中風、感覺知覺改變、身體心像、無力感、眩暈

前言

國人因飲食習慣精緻化、生活與工作型態改變導致中風有年輕化趨勢。近十年來腦中風持續高居臺灣十大死因前三位，因腦中風引起的失能是國內耗費健保資源前三名(衛生福利部，2014)。研究顯示年輕型15至45歲間中風約占

5.89%，好發於男性，其中高血壓為年輕型中風主因之一，比例達30% (陳、楊、姜，2008)。中風患者隨醫學進步存活率大為提升，但後續的合併症使患者不僅承受身體功能喪失之苦，身體殘缺引起心理層面的衝擊，與面對社會異樣的眼光，在中風後面臨種種困境而導致無力感(劉、江、黃，2006)。

嘉義長庚醫院臨床護理師 嘉義長庚醫院外科加護病房護理長* 長庚科技大學嘉義分部護理系副教授**

接受刊載：2016年2月18日

通訊作者地址：李碧娥 61363嘉義縣朴子市仁和里一鄰嘉朴路西段2號

電話：886-5-362-8800 轉2503 電子信箱：bih-olee@gw.cgust.edu.tw

本文個案為年僅33歲之未婚男性，為初次罹患小腦中風的個案，中風後因身體功能障礙與心理問題，在喪失日常生活照護能力及自我認同之後，經常表現出害怕與人接觸與情緒不佳的狀態。雖然中風患者為筆者服務病房常見的疾病，然而筆者在接觸此個案時發現其因為年輕型小腦中風，一時之間無法接受中風後所需面對的身體、心理及社會問題，且發現家屬在照護上也比一般家屬更顯手足無措與無助，因此引發筆者的動機深入探討與協助此個案。護理期間藉由陪伴、傾聽、關懷等與個案建立良好關係，運用個別化護理協助個案以正向的態度面對身心問題並重返社會。期望藉此護理經驗分享，提供臨床照護護理人員作為照護類似案例時之參考。

文獻查證

一、小腦中風後生理問題及護理重點

中風為腦部血管突然阻塞或破裂，分為出血型及梗塞型，部位常見於大腦深部基底核，小腦梗塞僅占腦中風的3%，其中22%小腦梗塞會引起後顱窩暫時性腦缺血。急性期在維持穩定生命徵象及血氧，25%會出現腦水腫及顱內壓上升等惡化徵象(邱、顏，2011)。急性期照護重點為維持身體功能，可抬高床頭30-40度且將頭部擺放至正中位置，促使靜脈回流減少腦壓上升，使用高滲透製劑減輕腦水腫。避免過度限水導致腦部灌流不足造成腦疝脫；有效控制血壓預防再次腦出血，血壓不可降太低以免引起血塊周圍組織缺血，有礙神經細胞修復(吳、陳，2011)。

小腦中風的臨床表現為眩暈、步態

不穩、頭痛、肢體運用失調等，其中以眩暈最困擾患者，發作時症狀有頭昏眼花、天旋地轉、噁心嘔吐及冒冷汗等情形，對日常生活造成困擾(魏、范、陳、李，2011)。急性期措施主要是依醫囑給藥以緩解症狀，然使用藥物的副作用可能限制患者的日常生活活動，因此早期給個別化的復健措施有助於促進日常生活自主，並有利於恢復病灶功能，進而減少眩暈、促進平衡、增加整體活動能力的目的(Writer & Arora, 2012)。根據文獻，中風後前三個月為治療黃金期，適當復健可恢復85%行動能力，故宜把握復健時機(Maclsaac, Harrison, Buchanan, & Hopman, 2011)。

小腦中風後住院期間復健以動態站姿平衡、協調運動及給予功能性訓練，有助於改善兩腳步的不對稱性、步伐頻率和行走時身體搖晃的問題(郭、蘇、張、張、嚴，2012)。病情穩定後則藉由主動與被動運動增強肌力、改善平衡、走動能力與站立能力等。可經由職能治療訓練，改善肌肉與關節，增加日常生活獨立性(邱、顏，2011)。因欠缺肢體協調度，故住院期間需預防跌倒發生。相關護理處置包括：張貼「預防跌倒告示牌」，將呼叫鈴置於患者伸手可及處，日常用品置於可拿到的位置，床面調整為適合患者上下床高度，拉起床欄固定輪子，衣褲長度需適當，地面乾燥及光線明亮，保持通道暢通，採漸進式下床活動(江、李、李，2011)。

二、小腦中風後心理及社會問題及其護理

腦中風後因身體功能改變與自我照顧能力不佳，容易造成低自尊、情緒消極、退縮等，接著可能演變成與親友疏

遠，或因中風後身體外觀改變導致他人異樣的眼光，使患者產生更多負面情緒 (Brunborg, 2009)。患者也常因腦中風後身體功能損傷導致強烈的負面自我感受，造成身體心像紊亂，最後甚至會絕望及產生無力感，使得中風後的恢復與調適更加困難 (張、張、王，2010)。

當患者持續無法面對自我的身體與心理功能與心像改變時可能產生無力感。無力感是自覺無法控制的狀況或對結果的期望沒有因為努力而改變的主觀狀態，其特徵包括：無法解決問題、無法設立目標、害怕採取行動、行為冷漠、憤怒與憂鬱等，若負面情緒多導致焦慮程度過大，長久而言會導致低自尊、無望、甚至絕望而自我傷害 (葉、馬，2002)。無力感的護理重點為：早期經常陪伴、建立治療性人際關係，增進患者的自尊心。接著可評估患者的社會支持與資源，討論個人與家庭對疾病的危機處理，鼓勵參與治療與目標之設定，其他如自我照顧技巧提升與鼓勵參加病友團體都是可行的護理策略 (張、張、王，2010；葉、馬，2002)。

三、身體心像紊亂概念及護理

身體心像來自於個人對自我的感覺與知覺，包含個體對自我的心理影像及表徵 (張、張、王，2010)。研究發現，中風後患者形容身體的感覺是脆弱的、陌生與不真實的，強迫自己讓身體感覺恢復真實 (Kitzmuller, Haggstrom, & Asplund, 2013)。當患者面臨身體功能恢復不佳或預期可恢復的狀態具差異時，即會產生身體心像紊亂。身體心像紊亂可為數階段：(一) 衝擊期：出現無價值感、挫折及失望情感，此時需與患者建

立起良好護病關係，提供隱密環境並時常探訪表達關心。(二) 退卻期：易焦慮、害怕與他人接觸而產生社交隔離情形，此期應鼓勵抒發內心感受，向他人表達內心的感受與變化，漸進式讓患者面對事實，協助了解身體改變。此期可說明復健對肢體恢復重要性，並鼓勵親友探視與給予心理關心及支持。(三) 承認期：承認身體功能改變且能描述感受及自我照顧的想法，此時可認識病友，彼此分享疾病過程互相鼓勵走出自我並參與活動。(四) 重建期：開始接受自己的不一樣及身體改變是永久的，開始得到自我肯定，鼓勵走向人群嘗試新的生活，協助回歸家庭及社會 (張、張、王，2010)。另外，協助身體心像紊亂者強化自我概念很重要 (Kitzmuller et al., 2013)，可藉由增強正向自我概念及對身體不適的適應力，給予認知訓練增加自我肯定 (詹、周、詹、張，2010)。提供適當治療環境，與家屬討論有關治療，成為患者與醫療團隊的溝通橋樑，鼓勵運用肢體語言增進其表達感受，給予情緒支持及傾聽等 (蕭、王，2012)。

個案簡介

一、基本資料

陳先生，33歲，未婚，大學畢業，家中有父母及兄長皆同住且共同經營小吃店，因為小吃店掌廚者，故為家中主要經濟來源。信仰佛教，以國臺語溝通，住院期間母親為主要照顧者。

二、過去疾病史

於32歲時健康檢查診斷有高血壓、糖尿病及高血脂，於南部某地區醫院門診就醫及規則服用藥物，控制情況可。

三、就醫經過

時間	治療經過
2013年08月29日	頭暈，診所就醫。
2013年08月31日	眩暈加劇至它院就醫，電腦斷層診斷為左側小腦梗塞。
2013年09月02日	因就醫便利因素轉至本院就診，會診神經內科入住神經內科病房。
2013年09月03日	持續兩天頭痛及血壓偏高未改善，追蹤腦部電腦斷層顯示有小腦腫脹伴隨有阻塞性水腦。
2013年09月04日	緊急會診神經外科後行移除小腦血腫及梗塞手術，術後入加護病房持續照護。
2013年09月10日	病情穩定由加護病房轉神經外科病房持續照護。
2013年09月14日	在鼓勵陪伴下開始嘗試下床
2013年09月16日	會診復健師
2013年09月19日	開始接受復健指導與計畫
2013年09月25日	拒絕至復健科，復健師至病房給予指導
2014年10月01日	出院

護理評估

護理期間自2013年9月10日至10月1日，藉由觀察、身體評估及會談且依據Gordon十一項健康功能評估進行整體性評估，擬定個別化護理指導，提供適切護理計畫。

一、健康認知與健康處理型態

案父有高血壓及糖尿病，故個案於2012年體檢發現有高血壓、高血脂及糖尿病，於門診定期追蹤規則服用藥物。住院期間對於醫療處置遵從高，9/10訴：「生病之前覺得自己健康很好，偶爾有感冒情形但我不會理它，只要多喝水及休息後，感冒就好了，平常會規律每周運動2-3次」。9/12：「我會頭暈是因為血壓高，只要不要活動，頭暈就比較好，我覺得下床活動只會增加頭暈還有想吐的感覺，所以我不想下床還有去復健」。

二、營養與代謝

9/12評估口腔內膜完整，下排牙齒有2顆蛀牙。住院前三餐正常皆無挑食，住院期間因嚴重眩暈導致噁心嘔吐故食慾不佳，每日進食皆以稀飯半碗、少量麵、蔬菜及水果清淡飲食為主，每日飲水1,500c.c.。9/12日體重由住院前72公斤降為70公斤，身高175公分，BMI為22.9，屬標準體重。9/15三酸甘油酯值135mg/dl、膽固醇134mg/dl。

三、排泄型態

住院期間自解黃軟便約1-2次，尿量約每日1,500-2,000 c.c.色黃，無解尿困難，排汗正常無臭味。住院期間因眩暈導致嘔吐於加護病房每日約4-5次，病房期間頻率為每日2-3次，量少顏色清澈多為酸水及食物殘渣，姿勢改變次數較頻繁則會增加嘔吐次數。

四、運動活動型態

中風前活動正常，每周約2-3次慢跑或打球運動已持續4-5年。9/12評估其無眼球震顫、無構音困難、無回彈現象；四肢肌力為4-5分，但缺乏協調及穩定度。9/12-9/13無法維持身體平衡無法下床活動。9/14在鼓勵陪伴下開始嘗試下床，但步態不穩且嚴重頭暈導致噁心嘔吐。9/18訴：「我現在下床活動都要人幫忙，走路怪怪的，不靈活也不穩，以後生活要怎麼辦？每次下床活動都會頭暈活動也不方便。」9/19訴：「去復健都會下床活動都會頭暈後就嘔吐，而且我四肢都可以自己活動，所以不想去復健，我自己在床上活動就好了」。9/23拒絕至治療室復健，經與復健科醫師討論後，了解其於復健過程中眩暈嚴重，無法完成肢體平衡感挫敗而拒絕復健。9/25復健師指導家屬協助床邊抬手抬腳運動約50次及上下床轉位。大多時間多為臥床休息，很少至病室外運動，偶爾由案母協助轉位起床，表情冷漠顯不適，多採被動活動，但觀察發現，其由床上坐起時，改變姿勢速度快，未採漸進式下床活動方式；因頭暈，故下床時都使用輪椅進行活動。

五、睡眠休息型態

平日約睡眠7-8小時，可應付整天活動，白天無打哈欠及疲倦感，住院期間觀察個案夜間睡眠因較無活動情形，無頭暈及噁心嘔吐感。

六、認知及感受型態

雙眼皆近視400度，戴眼鏡，雙耳聽力正常，無嗅覺及味覺異常。9/12訴：「每次移動都會頭暈，整個頭天旋地轉，暈到最後都想吐！」。9/20姿勢改變如翻身或下床活動就會眩暈伴隨有噁心嘔吐

情形，每日眩暈頻率視活動次數而定。9/23感嚴重眩暈無法正常自我執行日常生活，缺乏肢體的穩定度及協調能力。會談時害怕眼神接觸、顯不安、逃避會談。觀察住院期逞強，常想獨立完成日常生活活動，但發現因動作過快會導致眩暈、嘔吐、步態不穩而感挫敗。

七、自我感受與自我認知型態

中風前個性外向、活潑開朗、愛好交友及幫助朋友。9/17訴：「以前從來沒有住過院，每想到現在我竟然要躺在病床上，還需要家人輪流照顧。我還年輕突然變成這樣我也不知道該怎麼辦？還有人會要跟我結婚嗎？」。9/17會談過程中與人互動時眼神接觸少、說話小聲且顯現不安，害怕眼神接觸、說話聲音不安、偶而逃避談論身體功能改變。9/18說：「開刀後活動都要別人幫忙，覺得自己很沒用，以後生活要怎麼辦？」。觀察個案多臥床休息，少與人互動及對話。9/19觀察其表情沮喪，對於步態不平衡改變不停地嘆氣。9/20訴：「怎麼會變成這樣，平常一直運動也會中風，本來全家還要合開小吃店，現在全都暫停了，之前努力都白費」。

八、角色關係型態

Erikson心理社會發展論中的成年中期階段，第一角色是33歲成年男性，第二角色為兒子、弟弟，第三角色為小腦中風患者，此階段發展任務為生產與停滯，主要發展動機是對家庭及社會有所貢獻，個案中風後此階段發展中斷，住院前為家中店面的主要掌廚，受傷後店面停擺。由父母輪流照護，偶有親戚朋友前來探視患者。9/17訴：「從來沒有住過院，沒想到現在我竟然要躺在床

上，需要家人照顧。我還年輕突然變成這樣我也不知道該怎麼辦」。9/20訴：「本來已父母看好店面要準備正式開業，但現在生病後不知道何時再能再開店。家人因為我生病家裡也多事情都停擺，爸媽工作醫院兩邊跑，只希望我能趕快恢復健康回家幫忙」。9/22訴：「每次去復健下床活動都會頭暈後就嘔吐，而且我四肢都可以自己活動，所以不想去復健，我自己在床上活動就好了」。

九、性生殖功能型態

未婚，中風前交過女朋友，目前單身，中風後重心皆為重返正常生活，表示目前未想到性相關問題。

十、壓力應付與耐受型態

自覺住院前情緒平穩，自認是抗壓性高的人，主要支持系統為家人。9/19很無奈的說：「中風前遇到困難都與父

母及大哥聊天，覺得沒有麻煩解決的事情，但現在壓力很大，怕變成家中的負擔，該怎麼辦好？」。觀察住院期間經常呈現表情沮喪，經常對於身體功能改變嘆氣，除復健時間外，住院期間多待在病房少與其他病友互動，不會主動詢問治療計畫及目標。

十一、價值信念型態

自訴信仰佛教，9/22：「平常生活不順利時會去廟宇拜拜，祈求保佑平安順利」，住院期間親人至廟宇祈求平安符，保佑個案身體早日恢復健康，觀察個案手上有配戴佛珠。

護理計畫

綜合上述的評估確立三個主要護理問題，分別為：「感覺知覺改變」、「身體心像紊亂」、「無力感」。護理計畫如下：

一、感覺知覺改變／與小腦中風後導致眩暈有關(9/12-9/30)

主／客觀資料	<p>S1: 9/12每次移動都會頭暈，整個頭天旋地轉，暈到最後都想吐。</p> <p>S2: 9/20住院期間只要姿勢改變如翻身或下床活動就會眩暈伴隨有噁心嘔吐情形，每日眩暈頻率視活動次數而定。</p> <p>O1: 9/4移除小腦血腫及梗塞手術</p> <p>O2: 嚴重眩暈無法自我執行日常生活，缺乏肢體的穩定度及協調能力。</p> <p>O3: 姿勢改變如翻身或下床活動就會眩暈伴隨有噁心嘔吐情形。</p>
目標	<p>1.9/17前可說出減少眩暈方式至少兩項並無跌倒發生</p> <p>2.9/29前可表達出舒適感與安全感增加</p>
護理措施	<p>1-1先評估個案及家屬對復健如何改善眩暈機制的了解程度，並再次說明早期復健對身體平衡與中風後復原之重要性，以強化個案規則執行復健運動的動機。</p> <p>1-2指導個案眩暈時盡量不要突然改變姿勢，起身時，請先坐於床緣10-15分鐘，如無不適時再起身下床；必要時提供床上使用便盆及尿壺。</p> <p>1-3協助清除病室雜物，拉起床欄並將床降至最低，固定病床輪子，叫人鈴置於個案可觸及範圍內，下床時穿著防滑鞋子，告知地面弄濕時需立即告知護理人員處理，以防不慎滑倒。</p> <p>1-4指導當發生暈眩及頭暈時，應注意自身安全，儘可能躺下或坐下來休息，雙側床欄使用，以免跌倒形成進一步傷害；閉上眼睛或改變頭頸部、身體之姿勢，有時可以改善暈眩之症狀。</p> <p>1-5鼓勵與家屬每日3到4次於床邊執行維持肌肉張力運動，並告知肌肉張力與下床活動的關連，增加下床意願。</p> <p>1-5指導個案及家屬正確使用輪椅及助行器並要求回覆示教</p> <p>1-7與主治醫師討論，調整個案用藥種類與計量，以有效控制眩暈。</p>

護理措施	<p>1-8指導個案於cinnarizine及diphenidol藥物最高濃度共通為2-3小時，故可於用藥後2小時進行想活動，以減少眩暈不適感。</p> <p>2-1協助與指導個案及家屬，病房光線宜保持適當，環境保持安靜。</p> <p>2-2護理人員定時至病房探視個案，鼓勵親友多在旁陪伴給予心理支持。</p> <p>2-3藉由交談、傾聽、關懷及適當的觸摸以增加個案安全感，也有利於增加個案對護理師的信任感，增進與個案間更有效溝通。</p> <p>2-4為增加個案的安全感，鼓勵表達宗教對其之影響(如：護身符及佛珠)等，以利需要時可協助滿足其靈性需求。</p> <p>2-5會診復健師，協請復健師跟個案詳細解釋復健目的與方式，增加個案下床活動的認知與意願。</p>
評值	<p>1.9/16自訴下床可先坐於床上無頭暈再下床活動；自訴會在服用藥物兩小時後下床活動；自訴下床活動時動作緩慢，如果頭暈先坐下或躺下休息。</p> <p>2.9/22自訴頭暈情形已漸適應，頭暈嘔吐頻率較少。</p> <p>3.9/26自訴眩暈情形改善，可自行推輪椅行走約300公尺，每日約2次，住院期間無跌倒情形。</p>

二、身體心像紊亂／與身體功能及外觀改變有關(9/17-9/30)

主／客觀資料	<p>S1:9/17以前從來沒有住過院，每想到現在我竟然要躺在病床上，還需要家人輪流照顧。我還年輕突然變成這樣我也不知道該怎麼辦？還有人會要跟我結婚嗎？</p> <p>S2:9/18開刀後活動都要別人幫忙，走路怪怪的，不靈活協調，也不穩。</p> <p>O1:9/17會談時個案害怕眼神接觸、說話聲音不安、避談身體功能改變。</p> <p>O2:9/19觀察個案表情沮喪、難過，偶會對於身體功能改變嘆氣。</p> <p>O3:個案住院期較逞強想獨立完成日常生活活動，但發現因動作過快，常導致眩暈、嘔吐、步態不穩而有挫敗情形。</p> <p>O4:觀察住院期間經常表情沮喪，對身體功能改變常常嘆氣。</p>
目標	<p>1.9/27前能至復健室執行三次復健及參與出院計畫</p> <p>2.9/30前能正向看待自己的身體功能改變</p>
護理措施	<p>1-1介紹復建良好的病友讓個案認識，藉分享復健歷程增進個案能正向面對身體功能改變。</p> <p>1-2為增加個案出院後持續復健與自我控制能力，與復健師多次討論修訂復健活動，特別協助完成簡易復健運動說明，增加其自主復健意願，進而增加個案自我概念正向感受。</p> <p>1-3 鼓勵家屬參與出院計畫，提供手護之愛-臺灣腦中風病友協會資料。</p> <p>1-4 了解個案出院後去向，建議照會轉介師提供復健中心等資訊，達到持續性照護。</p> <p>2-1 經常且規律性至病房探訪個案並表達關心。</p> <p>2-2治療時提供隱私環境，陪伴、傾聽並引導個案察覺身體心像改變事實，鼓勵個案表達內在想法，如個案有進步時可適時給予鼓勵，增加個案正面感受。</p> <p>2-3指導家屬生病初期可減少訪客，因初期個案可能害怕與其他人接觸，可在病情更穩定後，才讓親友前來探視。</p> <p>2-4運用肢體語言，如：拍拍肩膀、手臂等方式，適時給予安慰及支持。</p> <p>2-5逐漸鼓勵其抒發內心感受，漸進讓個案面對生病事實。</p> <p>2-6確認個案逐漸接受生病為事實之後，開始鼓勵親友前來探視給予關心。</p> <p>2-7個案逐漸接受生病為事實之後，協助了解身體改變及復健對肢體恢復重要性。</p>
評值	<p>9/22個案能走出病室與其他病友互動並分享復健經驗。</p> <p>9/26個案表示能慢慢接受身體功能改變，出院後會持續在家進行復健運動，相信只要努力，有一天一定可以再工作上班恢復正常生活。</p> <p>9/27個案每週可至復健室做復健運動4次且可持續半小時</p> <p>9/30表示希望回到家中後能完成與父母經營小吃店的願望</p> <p>10/30電話追蹤個案可協助家中小吃店輕度工作內容，如：整理碗筷。</p>

三、無力感／與突然中風有關(9/20-9/30)

主／客觀資料	<p>S1: 9/18我現在下床活動都要人幫忙，走路怪怪的，不靈活協調，也不穩，以後生活要怎麼辦？每次下床活動都會頭暈活動也不方便。</p> <p>S2: 9/18開刀後活動都要別人幫忙，覺得自己很沒用，以後生活要怎辦？</p> <p>S3: 9/19「現在壓力很大，怕變成家中的負擔，該怎麼辦好？」</p> <p>S4: 9/20怎麼會變成這樣，平常一直運動也會中風，本來全家還要合開小吃店，現在全都暫停了，之前努力都白費。</p> <p>O1: 中風後常都臥床休息，很少與人對話。</p> <p>O2: 表情沮喪，對於步態不平衡改變不停地嘆氣，常表現出無奈及沮喪表情。</p>
目標	<p>1. 9/22前能主動談論中風後心中感受</p> <p>2. 9/28能主動表示自我控制感提升</p>
護理措施	<p>1-1轉至病房前幾天每日主動探視與陪伴。並商請其他班別護理師協助多加關注與探視。關係建立後經常傾聽個案中風後與目前治療感受，並適當給予回應與鼓勵。</p> <p>1-2評估個案與家人對中風後的因應，並瞭解其家庭資源是否足夠應付日後復健或治療等。</p> <p>1-3與個案討論目前復健計畫，鼓勵參與治療計畫，提供相關資訊增加信心。</p> <p>2-1評估個案活動，如：進食、穿脫衣物、下床活動、吃藥等自我照顧需求，鼓勵案母漸進式僅給予部份協助，鼓勵個案自行完成日常生活活動，增進其自我照顧能力與自我控制感。</p> <p>2-2探討內心自我真實感受，提供疾病資訊以澄清其感受或校正錯誤觀念。</p> <p>2-3陪同醫師與復健師查訪時，鼓勵個案發問，與治療過程並做決定。</p> <p>2-5與個案及案母討論出院後復健計畫，增加疾病控制感及因應能力。</p> <p>2-6為提升個案的自我控制感，出院前與其討論預防再次中風策略，鼓勵透過自我調節生活、飲食與運動維護身體健康。</p>
評值	<p>9/21個案表示自己透過復健讓身體活動變好，可以不用他人幫助，回家幫忙工作減少家人負擔。</p> <p>9/28個案表示現在可以由家屬少量協助下床活動，可以自己穿衣服及進食不需人協助，已與父母討論出院後如何持續復健，且返家後會進行自我復健運動，讓自己早日回到以前生活和工作。</p> <p>10/30電訪時，對於能再回到工作感覺很開心，表示知道如何調整生活習慣與飲食等，避免再次中風。</p>

結論與討論

本文描述一位小腦中風個案，中風後造成小腦損傷導致感覺異常、頭暈嘔吐情形且平衡感改變，活動時常頭暈嘔吐情形，以致於無法長時間活動，影響生活型態且降低復健積極度。個案年紀僅33歲，中風後的「感覺知覺改變」導致其有別於其他老年個案中風後的護理問題，包括：「身體心像紊亂」與「無力感」，使其一度失去自我控制能力，作者透過於護理過程不斷給予正向鼓勵及希望，傾聽內心感受、表達關懷，透

過與復健師討論且修正復健計畫，使其把握前三個月的復健黃金期，進而順利回歸工作，重新找尋人生價值與意義。個案出院後，於2013年10月30日以電話聯繫，個案表示經雙親與兄長幫助及鼓勵下，會定期會醫院復健，現在可自行使用助行器協助下行走200至300公尺，雖然仍有頭暈情形但較趨緩且能逐漸適應，表示再次回到工作及家庭感到開心，期望自己往後能獨立生活。由於該個案中風後的小腦病灶症狀引發心理的問題，醫護人員需在短時間內協助患者由復健中逐漸恢復身體功能，才能進一

步改善患者的心理問題。然因小腦中風後的復健知識在護理文獻中極少，因此護理人員無法有很好的實證基礎來照顧此類個案。建議相關的專科病房可將小腦中風後復健納入病房的讀書會或者在職教育中，以利護理人員可以有機會於臨床運用。此外，筆者在此照護經驗中深感醫療團隊合作重要性，期望藉由此護理經驗建議臨床醫護人員重視醫療團隊互相合作，對於初次罹患疾病個案醫療認知不足，可經由護理專業及各領域人員提供完整衛教計畫，減少個案對於疾病再復發率及不確定感。在臨床照護層面除了提供全人及復健照護外，應透過認知教育提升國人中風危險因子防範於未然，達到預防勝於治療之成效。

參考文獻

江珮瑩、李莉、李英芬 (2011) · 降低護理之家住民跌倒發生率之改善方案 · *長期照護雜誌*, 15(1), 39-50。

邱明發、顏兆雄 (2011) · 缺血性腦中風急性期處置後之處置 · *當代醫學*, 38(11), 851-857。

葉月珍、馬素華 (2002) · “無力感”之概念分析 · *長庚護理*, 13(2), 146 - 151。

吳翰德、陳玲珠 (2011) · 淺談腦中風的中醫治療與護理 · *中醫內科醫學雜誌*, 9(1), 7-14。

陳盈方、楊百嘉、姜義彬 (2008) · 臺灣年輕人中風病因及季節變異因素 · *台灣復健醫誌*, 36(4), 217-226。

郭婉玲、蘇郁涵、張凱萍、張凱傑、嚴筱晴 (2012) · 臨床問題：小腦動失調步態的運動介入 · *物理治療*, 37(3), 253-263。

張芳、張乃文、王桂芸 (2010) · 身體心像紊亂之概念分析 · *長庚護理*, 21(1), 25-32

。 詹茹琄、周佳諦、詹雅琦、張玲華 (2010) · 照顧一位住院中二次中風病患之護理經驗 · *安泰醫護雜誌*, 16 (2), 105-114。

劉芹芳、江秀珠、黃玉雲 (2006) · 一位腦中風病患之照護經驗 · *高雄護理雜誌*, 23(1), 54-66。

衛生福利部 (2014, 6月) · *民國102年主要死因分析* · 取自：http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list

蕭如宜、王蓉敏 (2012) · 重建腦中風病患身體心像之護理經驗 · *志為護理-慈濟護理雜誌*, 11(3), 87-98。

魏培釗、范君揚、陳穆寬、李國維 (2011) · 以對側突發性聽障為前驅症狀的後下小腦動脈梗塞之眩暈症 · *台灣耳鼻喉科頭頸外科雜誌*, 46(1), 56-60。

Brunborg, B. (2009). Stressful situations the first six months after a stroke. *Illness, Crisis & Loss*, 17(1), 39-50. doi:10.2190/IL.17.1.d

Kitzmuller, G., Häggstrom, T., & Asplund, K. (2013). Living an unfamiliar body: The significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16 (1), 19-29. doi: 10.1007/s11019-012-9403-y

Maclsaac, L., Harrision, M. B., Buchanan, D., & Hopman, W. M. (2011). Supportive care needs after an acute stroke: A descriptive enquiry of caregiver perspective. *Journal of Neuroscience Nursing*, 43(30), 132-140. doi: 10.1097/JNN.0b013e3182135b28

Writer, H. S., & Arora, R. D. (2012). Vestibular rehabilitation: An overview. *International Journal of Otolaryngology Clinics*, 4 (1), 54-69.

A Nursing Experience of a Young Male Patient with Cerebellar Stroke

Ling-Chun Chen, Yu-Wen Yen*, Bih-O Lee**

ABSTRACT

This care report described the nursing experience of a 33-year-old male patient with cerebellar stroke. During the nursing period from Sept. 10th to Oct. 1st, 2013, the author organized the data collected from physical evaluation, observation, interviews, listening, and communications according to Gordon's 11 functional health patterns, and established the following health issues: altered sensory perception, body image disturbance, and powerlessness. For the patient to return to work after stroke, the author tended to the patient while discussing and adjusting his rehabilitation plan with his physical therapist. Since the patient was only 33 years old when he had the stroke, both the patient and family felt immense shock, grief, and anxiety. Cerebellar stroke often affect movement and balance, which could severely impact the patient's gait activities and life quality. Through individualized nursing care, the author facilitated positive thinking and provided psychological support to the patient to enhance a sense of self-control, which in turn benefited the patient's physiological and psychological adaptation to stroke. Clinically, under the constraints of time and staff, we recommend the nursing staff to consider interdisciplinary team care when encountering patients with similar conditions, to ensure the provision of comprehensive nursing. (Tzu Chi Nursing Journal, 2016; 15:4, 106-115)

Keywords: body image, cerebellar stroke, powerlessness, sensory perception change, vertigo

RN, Department of Neurosurgical ward, Chang Gung Medical Foundation, Chiayi Chang Gung Memorial Hospital; Head Nurse, Department of Nursing, Chang Gung Medical Foundation, Chiayi Chang Gung Memorial Hospital*; Associate Professor, Department of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology, Chia-Yi Campus**
Accepted: February 5, 2016

Address correspondence to: Bih-O Lee No. 2, Chia-Pu Rd. West Sec., Putz, Chia-Yi County 61363, Taiwan
Tel: 886-5-362-8800 ext.2503; E-mail: bih-olee@gw.cgust.edu.tw