

# 一位初次腦中風病人轉銜長照 復能之護理經驗

林君玲<sup>1</sup>、徐琬茵<sup>2</sup>

## 中文摘要

本文探討初次腦中風男性，低收入單親並照顧三名未成年子女重擔，透過會談感受個案情緒低落進而引發探討動機。護理期間2019年9月3日至9月10日，藉由照護、會談，運用Gordon十一項功能性健康型態進行評估，跨團隊合作照護模式及出院隔日至家中訪視，確立健康問題有：無效性健康維護能力、肢體活動障礙、焦慮。經由良好護病關係，提供照護指導，陪伴傾聽並協助改善焦慮，鼓勵復健，透過無縫接軌居家照顧及復能；藉由居家訪視發現居家環境髒亂，透過社區資源讓環境獲得改善及取得更多社會資源。建議醫院成立愛與關懷小組深耕社區，透過居家訪視提供協助，讓個案受到妥善居家照顧，避免再入院，提升居家照顧品質、降低醫療資源耗用。(志為護理，2023; 22:6, 119-128)

關鍵詞：初次腦中風、居家復能、居家訪視

## 前言

三高是腦中風的導因，其中糖尿病及高血壓分別為十大主要死因的第五名及第七名，且高血壓導致腦中風發生率與死亡率也逐年提升。依衛福部國民健康署統計，2020年腦血管疾病佔國人前十大主要死因第四名，好發於男性(衛生福利部，2021)。中老年是腦中風好發年齡，常因肢體活動缺失導致日常生活失能，更會造成家庭的負荷，長期復健衍

生的照顧及醫療費用，對每個家庭而言都是龐大的重擔(張等，2016)。

筆者為出院準備服務個案管理師，照護初次腦中風的中年男子，低收入戶並持有身心障礙手冊，單親且肩負照顧多名未成年子女重擔，感受個案情緒低落且沉默不語，進而引發筆者探討動機，透過照護瞭解個案內心想法及案家狀態，運用跨團隊合作照護模式媒合及轉介社會資源，無縫接軌長照十年計畫2.0，讓個案出院返家持續獲得適當照顧

高雄市立小港醫院長照醫養整合中心出院準備服務個案師<sup>1</sup>、高雄市立小港醫院護理部門診護理長<sup>2</sup>

接受刊載：2023年5月12日

通訊作者地址：徐琬茵 高雄市小港區山明路482號3樓

電話：886-7-803-6783 #3270 電子信箱：870364@knhk.org.tw

及居家復能，降低失能程度進而增進自我照顧能力，期望此護理經驗提供臨床參考。

## 文獻查證

### 一、腦中風病人生理問題與護理

腦中風的導因為高血壓、高血糖、高血脂、心律不整，且抽菸更增加三高風險，最佳的治療方式是預防，透過健康飲食的二多三少原則：蔬果多、高纖多、調味品少、油脂低和少加工食品，及生活型態的調整：戒菸酒、維持健康體重，能有效控制慢性病及心血管疾病，加強中風防治教育及自我健康管理，才能預防腦中風的發生(葉、簡，2020；蔡等，2019)。急性後期應盡早介入復健計畫，此段期間需藉由跨團隊合作，如物理及職能之肌力訓練和自我照顧能力提升，持續性復健治療合併輔具使用，就能增進日常生活功能、活動及起身行走之能力，提升生活品質也降低失能程度，進而減輕家庭與社會負擔(韓等，2016)。

### 二、腦中風病人心理問題與護理

當自我控制力下降，常使得腦中風患者因無法做到生活基本能力如吃飯、行走、更衣及沐浴等，而出現焦慮、無助、沮喪及失望等問題，且於中風後發生焦慮的頻率高達36.7% (林等，2020; Rafsten et al., 2018；)。初次腦中風個案通常缺乏疾病認知，常因活動功能受限更顯焦慮(林等，2020)。

因此，建立信任關係，陪伴傾聽並鼓勵表達內心想法，同理感受並協助解決問題，提供疾病照護衛教，讓個案及

家屬知悉腦中風罹病原因、治療及預後，協助個案了解並共同參與討論治療計畫，鼓勵復健及透過其他病友經驗分享，幫助個案正向面對疾病帶來的改變，有信心並願意積極配合復健治療(林等，2020)。

### 三、出院準備服務及長期照顧與復能

出院準備以病人及家庭為中心，運用跨團隊照護模式，透過出院準備服務個管師資源整合，讓病人出院後得到持續性的照顧及維持生活品質(鄭等，2020)。2017年擴大長照十年計畫2.0模式，縮短至出院前由出院準備服務個管師完成個案失能評估、透過與個案及其家屬和專業服務單位共同確立個案居家照顧需求並完成居家照顧計劃撰寫，出院後無縫接軌長照服務，使失能者回到社區能持續獲得照顧，降低家屬照顧負荷，也降低失能者再入院(毛等，2020)。其中居家復能更是以個案為中心，強調恢復其自主照顧功能為目標，透過專業服務團隊到居家融入生活的復健，介入密集指導與日常生活訓練，失能者能因內在能力提升更享有自我價值的生活(衛生福利部，2021)。

## 個案簡介

### 一、基本資料

羅先生，59歲，國中畢業，慣用國臺語，離婚，育有三子分別就讀高中及國中，個案與案子同住租屋公寓二樓，職業為大貨車司機，是家裡的經濟來源。個案於2015年車禍後持有輕度肢障身心障礙手冊，月領身心障礙津貼3,700元，三名孩子的單親低收入戶子女生活補助

皆由前妻領用，個案要負擔房租每月6,000元、孩子的教育費及生活費，案家經濟狀況列為低收入戶，住院主要照顧者為醫院社工聘請之照顧服務員。

## 二、過去病史及治療經過

2015年因車禍導致右大腿粉碎性骨折，手術後雖行動不便但日常生活仍可自理，當次住院期間發現高血壓，但出院後無門診追蹤和治療，也無服藥或其他積極的方式尋求改善。

## 三、入院治療經過

2019年9月3日突然頭暈、頭痛、雙眼視力模糊急診求治，追蹤腦部電腦斷層診斷為缺血性腦中風，入院檢查及治療。

住院期間腦部核磁共振檢查為缺血性腦中風。出院準備服務個案管師評估個案出院準備需求並執行出院準備，評估有復健需求，預協助轉銜腦中風後急性後期照護，因須住院復健長達三週，但礙於照顧人力、經濟考量，也不放心三個

孩子自行在家等問題，故拒絕住院復健治療。

評估個案持有輕度身心障礙手冊，符合使用長照十年計畫2.0服務，與個案溝通及確認長照需求，於9月6日完成長照居家服務及居家復能申請，並照會復健科介入職能治療增進肢體移位能力，及物理治療執行床邊復健運動，9月10日出院，由照顧服務員協助出院返家，9月11日出院服務團隊到家中訪視，如圖一。

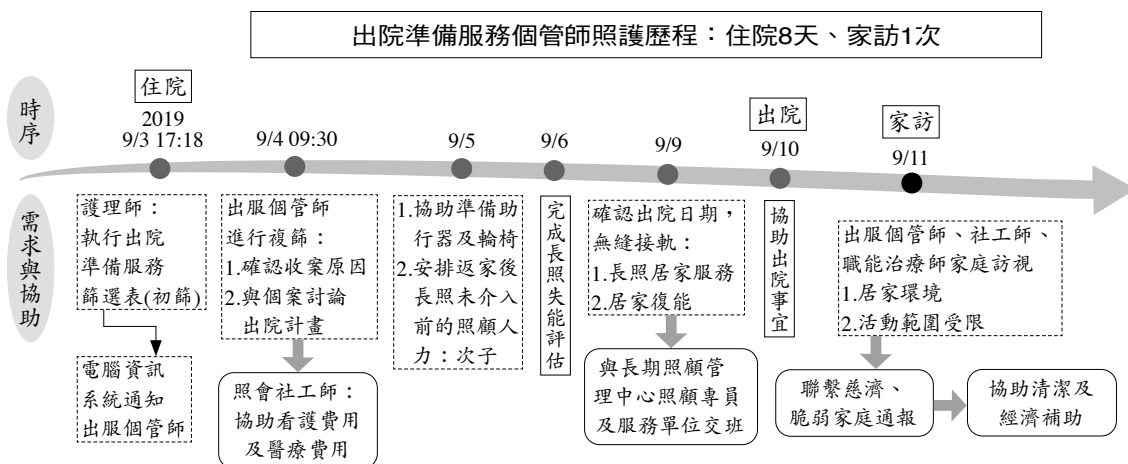
## 護理評估

護理期間為2019年9月3日至9月10日，住院中筆者藉由實際照護、身體評估、與個案會談、病歷查閱，運用Gordon十一項功能性健康型態評估方式，進行整體性護理評估，及出院隔日至家中訪視，進行居住環境及返家後活動範圍之安全評估與檢視。

### 一、健康認知及健康處理型態

個案自覺住院前身體健康情形良好，

圖一  
入院至家訪之照護歷程



感冒則到診所就醫，沒有定期健康檢查，對於高血壓不認為須就醫故無服藥控制。抽菸已超過40年，一天二包，每天喝米酒2-3杯約200-300ml，和同事聚會抽菸喝酒無節制。住院後個案雖需要旁人協助，仍自覺可以生活自理不需要別人照顧。住院期間9月5日表示「菸抽太多了，不知道抽菸會塞住血管」。9月6日血壓146/108mmHg，個案皺眉向個案師表示「不知道血壓要控制，早知道就去看醫生，也不會得這個病」。9月11日到個案居住的公寓租屋處訪視時，一進門映入眼簾的是堆滿雜物的前走廊，進屋客廳桌椅雜亂，沙發上未整理的衣物堆積如山，諾大的客廳只剩一條走路的通道，客廳電視旁的書桌上有數個空菸盒，廚房因沒有使用而髒亂閒置著，三間房間的床上堆滿衣物，屋內雜物多活動空間有限。個案頭低低的自訴「家裡都是男生，所以比較亂」、「中風後眼睛看不清楚，更沒辦法整理，護士小姐拍謝內」，經以上評估確立有無效性健康維護能力的健康問題。

### 一、營養代謝型態

身高160公分，體重65公斤，身體質量指數(body mass index, BMI)為25.4 kg/m<sup>2</sup>，理想體重56.3公斤，屬於體重過重。住院期間9月3日Hb 15.1g/dl，9月4日檢驗飯前血糖值 129 mg/dL、HbA1C 6.4%，住院期間空腹血糖值108-181 mg/dL，9月6日血壓146/108mmHg，個案自訴「平時工作都是外食」、「外面包便當都吃炸雞腿或炸排骨飯，要有肉要加湯汁，重口味比較有味道也吃得飽」。住院期間訂餐，每日熱量約1,600~1,800

kcal，食慾佳餐點都能吃完，進食狀況正常無嗆咳。

### 三、排泄型態

住院前工作是大貨車司機，主訴「怕一直上廁所，所以每天只喝2瓶600ml礦泉水」，因為工作需長時間開車如廁不方便，故常憋尿，一天排尿約3-4次黃色清澈，排便約2天排1次黃軟便。住院期間因避免用力解便致腦壓上升，醫囑開立口服軟便劑，能每天排1次的黃軟便量中。照顧服務員會協助個案喝水，一天使用尿壺如廁5-6次，每次約200ml淡黃清澈。

### 四、活動與運動型態

平常沒有運動習慣，入院前日常生活可自理。9月6日左側肌力變差，評估四肢肌力為左側肢體3-4分、右側肢體5分，住院期間個案須拉床欄起身或他人協助坐起，進食及洗臉刷牙都需他人協助擺好用物才能緩慢自行完成，更衣、如廁、沐浴及移位則需他人協助，下床行走需人攙扶及坐輪椅。9月6日個案低頭皺眉說：「現在連走路都要別人幫忙」、「我家是公寓2樓，樓梯又窄又陡，這樣怎麼回家」，經以上評估確立有肢體活動功能障礙的健康問題。

### 五、睡眠休息型態

平時晚上不易入眠，因為兒子正值青春期不好管教，幾乎每天要喝2-3杯米酒，量約200-300ml才好睡，睡眠時間約6-7小時，能一覺到天亮。住院期間有頭暈及頭痛等情形，藉由睡眠休息及口服藥物治療可改善。

### 六、認知感受型態

意識清醒，視力僅可看到一隻手臂伸

直的距離且模糊，聽力正常，剛入院時講話含糊，但不影響溝通，9月4日個案語氣堅定說「我沒有問題，我自己可以照顧自己，不用孩子在醫院照顧我」。

### 七、自我感受與自我概念型態

個案覺得凡事靠自己，離婚後不想和前妻爭錢，單親補助讓前妻領，2015年雖車禍導致右大腿粉碎性骨折接受手術治療，因肢體活動障礙透過努力復健，恢復至可做司機的工作賺錢照顧家庭。此次罹病後擔心肢體活動及工作問題，9月5日個案低頭皺眉主訴：「想要趕快恢復，去上班賺錢給小孩念書」、「孩子要請假來照顧我，會影響到他們讀書」、「如果不能工作，以後怎麼生活」；9月6日主訴「眼睛看不清楚，一邊無力怎麼辦」、「擔心無法工作影響孩子讀書」、「現在就跟廢人一樣，還要別人幫忙」，觀察個案多低頭沉默多皺眉，照顧服務員表示個案都不會主動與人談話，運用1-10分評估焦慮程度，個案表示9分。經以上評估確立有焦慮的健康問題。

### 八、角色關係型態

父母雙亡，無兄弟姊妹。個案家事一肩扛起身兼母職照顧3個兒子，認為小孩認真念書就好。住院期間由照顧服務員照顧，透過照顧服務員觀察案子們平日下課或假日會到院探視，站在床邊聽個案講話，不會主動協助個案活動或嘘寒問暖，且個案會叫孩子早點回家，故案子們停留時間不超過30分鐘。

### 九、性與生殖型態

育有3男，離婚後沒有再婚，也沒有女性友人及性生活。

### 十、因應與壓力耐受型態

個案人生觀覺得遇到了只能面對，不會去怨天尤人，離婚後的重心在工作及養育小孩，2015年發生車禍後，還好命有保住，還能工作及有領身心障礙津貼補助。這次罹患腦中風導致左側肢體無力，個案表示只能接受，住院期間個案能配合醫療措施、護理活動及復健治療。

### 十一、價值與信念型態

無宗教信仰，因工作關係，初二和十六會和同事準備水果食物，拿香拜拜祈求工作順利開車平安。個案認為自己的責任在於照顧小孩，讓他們不用煩惱生活能好好讀書，以後有好工作薪水穩定，能過好一點的生活，不要像自己過得這麼辛苦沒有成就。

## 問題確立

經由以上評估，發現個案抽菸喝酒、高血壓未控制，加上水分攝取不足易致心血管梗塞問題，其健康維護能力差；罹患缺血性腦梗塞因左側乏力導致活動功能下降，無法自己執行基本日常活動，面對生理狀況的改變及無法工作養育孩子的壓力，出現焦慮之感受，故確立健康問題有：(1)無效性健康維護能力/缺乏腦中風照護認知有關；(2)肢體活動功能障礙/與神經肌肉功能障礙有關；(3)焦慮/與面臨無工作能力出現經濟困難有關。

## 護理措施

護理措施執行過程分三方面：(一)提升健康維護能力、(二)協助改善肢體活



動功能，並提供出院居家服務及居家復能、(三)降低焦慮。分述如下：

### (一)提升健康維護能力

#### 1.水份之護理指導追蹤及醫療處置：

9/4衛教水分攝取重要性及必要性，減少血液濃稠度。9/4為使個案水分攝取達2,000ml，教導照顧服務員協助個案選用600ml礦泉水瓶，可採單時喝水方式，早上7點到晚上9點每2小時喝200ml。住院期間依醫囑N/S 500ml QD IVD。9/6和照顧服務員確認個案能配合喝水，約3瓶600ml礦泉水，加上點滴500ml，每日可達約2,100ml，個案也表示習慣喝水對身體健康有幫助。

#### 2.飲食之護理指導追蹤：

9/3-9/10於每日會談時衛教個案正常血壓血糖值、高低血壓及高低血糖症狀，並使用問答方式讓個案回答已確立個案知識是否正確。9/3提供照顧服務員腦中風飲食衛教單張轉交案子，以利家屬購買外食參考。9/4教導高血壓飲食禁忌，如醬瓜、鹹豬肉、滷肉、鹹魚、酒。9/4教導高血糖飲食禁忌，如含糖飲料、蛋糕、甜份高的水果如芒果、鳳梨、柳丁、葡萄等。9/4教導個案高血脂飲食禁忌，如蛋黃、內臟、奶油、肥肉。住院期間依醫囑監測三餐飯前及睡前血糖、腦中風急性期控制血壓在220/120 mmHg內，並做紀錄以供醫師治療參考。9/6個案回答不能吃炸雞炸排骨、也不要喝含糖飲料、要多吃蔬菜及水果，太甜的水果像鳳梨、葡萄也要少吃，以後會叮囑兒子外出買便當，不要買油炸的菜色，也不要淋滷汁。

#### 3.戒菸戒酒衛教：

9/4說明抽菸對於血管的危害，如肺炎、癌症、中風及心肌梗塞。9/4照會戒菸衛教師提供個案戒菸衛教並提供抽菸危害的圖片，讓個案了解抽菸對身體的傷害。9/9轉介戒菸門診，協助個案能有戒菸動機及信心，且能持續進行。9/9照會精神科，經由醫師及其團隊視個案狀態協助戒酒。9/9照會臨床心理師與個案會談，了解飲酒原因及拒絕飲酒之技巧，如拒絕同事邀約、減少餐敘、想喝酒時就以茶代酒等。住院期間個案未要求照顧服務員協助推輪椅外出抽菸及飲酒，9/9也主動說要下定決心戒菸，酒要少喝，再不戒菸酒，萬一又中風不能走，會害到小孩。9/10出院日協助掛號，個案表示會回來看診，也不會買菸買酒放家裡。

#### 4.跨團隊居家訪視：

出院準備服務個案管師、職能治療師及社工師共同去案家居家訪視，出院準備服務個案管師於案家協助測量個案生命徵象及評估個案健康狀態、確認居家照顧人力和居家生活安全、提供腦中風居家照護衛教、了解居家飲食準備及評估藥物服用的遵從性，以預防腦中風再次發生。最後確認個案及家屬知悉回診時間及有人陪同個案回診，協助個案順利於門診持續追蹤；職能治療師提供居住無礙環境評估，並與居家訪視人員共同協助改善個案居家友善環境，使個案能在家中使用助行器安全活動及行走、確認居家生活安全和評估個案助行器使用的正確性，進而預防跌倒、指導個案長照居家復能之復健動作，以利居家復健恢復自我照顧能力；社工師觀察居住環境

實際瞭解案家需求轉介慈善單位協助、了解案家支持與互動情形、正確通報社會局，給予長期追蹤及協助、確認案主受照顧情形，避免照顧不當的遺憾發生、評估案家的社區資源、網絡，適切地提供協助。

## (二)協助改善肢體活動功能，並提供出院居家服務及居家復能

### 1.床邊及早介入復健：

每日評估個案意識狀況及四肢肌力的變化。鼓勵個案自行用左手固定臉盆於床上桌，自行完成刷牙、漱口及洗臉動作，讓患側能保有持續執行日常活動之功能，而非制動。與個案共同訂定職能治療計畫：以健側帶動患側執行手、腳被動關節運動、翻身、拿取、抓握、移位等訓練，每日至少3次，每次10下。與個案共同訂定物理治療計畫：肌力訓練，如床上抬手及抬腳訓練，每日至少3次，每次10下；站立訓練每日3回，每次至少5分鐘。請照顧服務員協助個案執行床邊復健運動，護理師檢視及評估個案是否能夠正確執行床邊復健運動。衛教預防跌倒措施：兩側床欄使用、採漸進式下床活動、下床時要有照顧者陪伴在旁、常用物品擺放在個案健側。鼓勵個案說出對復健的想法，並請二次中風病友分享自身經驗。經照顧服務員協助使用輪椅外出至復健科執行復健治療，增加與同診斷病友互動，藉病友之復健經驗，互相鼓勵增強復健動機及信心。復健有進步時適時讚美，如：加油、你做的很好，比昨天進步很多。住院期間確認個案符合長照十年計畫2.0服務使用資格(身心障礙且失能)，與長期照顧管

理中心確認個案福利身分別(低收入戶部分負擔0%)，再與個案說明長照十年計畫2.0服務內容，取得個案同意書後，於出院前協助完成長照十年計畫2.0失能評估，使用衛生福利部照顧服務管理資訊平臺申請長照十年計畫2.0居家復能服務，與長照十年計畫2.0專業服務單位治療師交班。轉介本院社會服務室，提供關懷、社會福利說明及提供可帶回家使用的助行器，減少購買花費。9/9個案每次於床上可抬手抬腳15下，也能床邊站立6分鐘。能在照顧服務員看顧下，使用助行器緩慢行走至病房門口。住院期間無發生跌倒。9/11居家訪視時，案家已備有院方社工師提供的助行器，經職能治療師協助評估居家無障礙空間，及居家訪視團隊人員共同協助騰出活動動線，使個案能於家中使用助行器安全活動及行走。

### 2.長照十年計畫2.0居家復能計畫：

居家專業服務人員到院與個案及院內治療師、出院準備服務個案師討論，依個案居住環境及居家照顧需求，共同規劃及設計復能計畫，目標設定個案在監督下可自行拉扶手上下樓梯，增進個案居家生活及安全。第一個月：CA03-ADLs復能照護-居家：2組(6次/月)，介入目標：監督下自行使用助行器從房間走到大門口；第二個月：CA03-ADLs復能照護-居家：2組(6次/月)，介入目標：監督下不須輔具於室內行走；第三個月：CA03-ADLs復能照護-居家：2組(6次/月)。10/11電話訪問時，個案表示已能自行下樓外出倒垃圾。

## (三)降低焦慮

### 1. 建立關係及信任感：

入院時即向個案說明病室內擺飾及位置，協助熟悉環境及維持活動動線之通暢。向個案自我介紹說明探視原因，讓個案了解個案管師能協助解決問題。星期一至星期五上班日上午9點及下午4點主動探視，陪伴個案至少30分鐘，傾聽鼓勵引導個案說出此次中風後的內心感受，及擔心的問題。鼓勵個案配合復健治療，說明黃金時期復健重要性以降低失能程度。當個案復健動作有進步，如站立時間由1分鐘增加到5分鐘，給予正向回饋及肯定，增加自信心。請復健師提供臨床類似案例之經驗分享，以增強個案自信心及希望。個案可自行處理之日常生活如進食，則給予肯定。9/6個案表示如果不能工作，沒錢怎麼養小孩，以後怎麼生活。擔心手腳活動走路問題，眼睛模糊還能開車嗎，只要能好，要做什麼都配合。

9/9個案表示老闆願意等他復健後再回去上班，所以就比較放心了。也聽到復健師說如果我配合復健運動，我還是可以自己走路，不會一直需要別人幫忙，個案心情顯得平穩，且對於執行復健計畫都非常配合，詢問個案焦慮分數由原本9分降為3分。

### 2. 經濟及照護之協助：

社工師轉介慈善會協助住院中照顧服務員費用及醫療費用。社工師協助申請急難救助，以利返家後生活。打電話給老闆，讓老闆了解個案身體狀況及復健期，協助調整工作業務，也肯定及感謝老闆給予個案的關心。說明長照十年計畫2.0服務內容，於出院前完成申請，讓

個案能安心出院。與長照十年計畫2.0服務單位電話交班，以利個案出院隔日長照十年計畫2.0服務到家。

## 討論與結論

本文探討一位中年男性單親養育3名國高中的孩子，因腦中風後左側無力及視力缺損，無法自我照顧及頓時失去工作無經濟來源，返家無人照顧之護理經驗。經由照護過程建立信任感及良好護病關係，發現個案缺乏健康維護能力，提供疾病知識及飲食衛教，預防再次發生心血管阻塞之疾病；針對中風後肢體活動功能障礙及擔憂工作能力，陪伴傾聽並協助改善焦慮來源，鼓勵積極參與復健，經筆者無縫接軌長照十年計畫2.0居家照顧及居家復能服務，與長期照顧管理中心照專督導溝通，再積極與居家服務單位聯繫與交班，使得出院隔日居家服務就能順利銜接。藉由團隊居家訪視發現居住環境問題，透過社工師通報社會局脆弱家庭及轉介社區慈善會，藉由社福團體志工協助清理，讓環境獲得改善及取得更多的經濟補助，促使個案居家照顧和復健，及孩子生活就學無虞。

出院後一週電訪，個案表示有照顧服務員陪同回門診就醫及規律服用藥物，也很感謝醫院團隊的幫忙，來家裡了解狀況，改善家中環境，讓居住空間變乾淨及活動安全；另外對於長照十年計畫2.0居家照顧服務內容，協助沐浴及洗頭、代購午餐、巡視服務、家務整理、復能服務等感到非常滿意，讓他可以安心在家休養。出院後一個月再次電訪，



表示獨自在家活動安全無跌倒，居家復能已恢復到能自行上下樓梯。

初期照護所面臨的困難是個案認為自己可以自理，婉拒筆者幫忙，經過每日早上和下午探視，透過陪伴傾聽與溝通，讓個案降低虧欠感願意接受建議與協助。限制為案家照顧人力不足且無商業保險，無法銜接腦中風急性後期照護，這是比較可惜的，因為若能在黃金期介入高強度復健治療，肢體恢復活動程度是較佳的。此為本院第一次進行家訪，個案為弱勢族群且為本院區域附近居民，筆者和跨職類團隊溝通後安排探視行程，看到家中環境髒亂和行走不易，深感唯有深入社區才能真正了解個案返家後狀況，建議院方能成立愛與關懷小組深耕社區，針對高困難近期再入院風險之個案，能於出院後三天內由小組成員進行居家訪視，透過跨團隊共同家訪，藉由各專業人員提供不同專業衛教指導及協助，更能讓高風險個案受到妥善的居家照顧，進而避免再入院，提升護理及長照居家照顧品質、降低醫療資源耗用。

### 參考資料

- 毛慧芬、張玲慧、蔡宜蓉(2020)．長期照顧2.0復能照護服務—觀念的翻轉與挑戰．*台大護理*，16(2)，5-16。https://doi.org/10.6726/MJST.201612\_12(2).0001
- 林君儀、黃麗娟、蕭華岑(2020)．運用失能概念照護一位初次腦中風個案之護理經驗．*高雄護理雜誌*，37(增訂刊)，124-136。https://doi.org/10.6692/KJN.202005/SP\_37.0011
- 張耿維、陳怡璇、林蓓宜、黃光聖(2016)．腦中風急性後期患者物理治療介入之成效．*南臺灣醫學雜誌*，12(2)，61-68。https://doi.org/10.6740/NTUHJN.202007\_16(2).0002
- 葉姿麟、簡國龍(2020)．代謝健康/不健康之肥胖/過重與心血管疾病風險間的關係：台灣具代表性的世代研究．*台灣衛誌*，39(5)553-564。
- 鄭鈺邯、劉雪玲、劉翠瑤、陳美如、朱怡蓁(2020)．出院準備轉銜長期照護服務之成效．*北市醫學雜誌*，17(1)，11-19。https://doi.org/10.6200/TCMJ.202003\_17(1).0002
- 蔡佩娟、李沛融、盧彥汶、連啟勛、許弘毅、謝榛櫻(2019)．腦中風病患之飲食衛教需求—以中部海線某醫院為例．*醫院雙月刊雜誌*，52(2)，12-23。
- 韓德生、林家瑋、盧璐、蕭名彥、吳爵宏、梁蕙雯、張凱閔、潘信良、王亭貴、張權維(2016)．臺灣腦中風復健治療指引．*台灣復健醫學雜誌*，44(1)，1-9。https://doi.org/10.6315/2016.44(1)01
- 衛生福利部(2021年6月18日)．復能多元服務試辦計畫。https://1966.gov.tw/LTC/cp-4009-43438-201.html
- 衛生福利部(2021年6月18日)．民國109年死因統計年報。https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5202-113.html
- Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(9), 769-778. https://doi:10.2340/16501977-2384

# Nursing Experience in Bridging a First-Time Stroke Patient to Long-Term Care Rehabilitation

Chun-Ling Lin<sup>1</sup>, Wan-Yin Hsu<sup>2</sup>

## ABSTRACT

This article explores a male first-time stroke patient who was a low-income single parent taking care of three minors. During interviews, the case's low moods were observed leading to motivation for further investigation. The nursing period was from September 3 to September 10, 2019. By providing care, conducting interviews, and using Gordon's 11 functional health patterns for assessment, a cross-disciplinary team collaborated on the care model and conducted a home visit on the day after discharge. Several health problems were confirmed: Ineffective health maintenance ability, physical activity impairment, and anxiety. Through a good nurse-patient relationship, care guidance was provided, and the patient was accompanied and listened to, which helped improve anxiety, encouraged rehabilitation, and achieved seamless home care and rehabilitation. During the home visit, the home environment was found to be dirty and disorganized. Through community resources, the environment was improved and more social resources were obtained. It is suggested that hospitals should establish care teams to deepen community involvement, provide assistance through home visits, ensure proper home care for the patient, reduce the chance of rehospitalization, enhance the quality of home care, and reduce the consumption of medical resources. (Tzu Chi Nursing Journal, 2023; 22:6, 119-128)

Keywords: first-time stroke, home-based rehabilitation, home visit

---

Case management, Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital of Integrated center of health and long-term care<sup>1</sup>;  
Head nurse, Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital<sup>2</sup>

Accepted: May 12, 2023

Address correspondence to: Wan Yin Hsu 4F, No. 482, Shanming Rd., Xiaogang Dist., Kaohsiung City 812015, Taiwan

Tel: 886-7-803-6783 #3270 E-mail: 870364@kmhk.org.tw