

心導管檢查後腦中風個案復健 之護理經驗

林秀蓉、許芳華*、辜漢章**

中文摘要

本文探討一位因心導管檢查後併發腦中風導致右側肢體乏力，突發性衝擊及衍生自我照顧能力缺失之照護經驗。照護期間為2017年8月22日至9月15日，運用Gordon十一項健康功能評估進行整體性系統評估，發現個案出現自我照顧能力缺失、無力感及家庭因應能力失調等健康問題。護理過程中個案經由積極物理治療及職能治療改善肌肉力量；運用傾聽及溝通技巧緩解其身體功能及自尊受損衍生之低落情緒；透過跨團隊照護協助家庭度過經濟危機，希望藉此經驗分享提供護理同仁面對腦中風病人衍生之身、心、靈、社會問題，協助病人度過疾病適應期及學習情緒管理，以做為臨床照護之參考。(志為護理，2019; 18:5, 122-132)

關鍵詞：心導管檢查、腦中風、身體活動功能障礙、復健

前言

依據衛生福利部2016年資料顯示，腦血管疾病為臺灣十大死因第四名，死亡率為每十萬人口50.4人，尤其腦中風所留下的後遺症，對個人、家庭及整個社會造成極大的衝擊(衛生福利部統計處，2017)。心導管檢查後併發腦中風發生率為0.1%，是相當低的可能性，若發生對病人而言是相

當大的衝擊，而年輕型腦中風個案與疾病共存時間長，身心健康是很重要的關注議題；另外此時期正處於謀生能力的高峰，初次罹患腦中風者，當面臨日常生活需依賴他人協助與無法負擔家中經濟，進而讓個案感到挫折，情緒低落、哭泣行為等負面情緒產生無力感。因此護理人員需付出更多的時間陪伴及照顧以建立良好護病關係及信任感，面對個案心理不安及疑惑，

台南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營護理師、奇美醫療財團法人奇美醫院護理長*、台南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營副護理長暨國立成功大學健康照護研究所博士生**

接受刊載：2018年12月7日

通訊作者地址：辜漢章 台南市安南區州南里12鄰長和路二段66號
電話：886-6-355-3111 轉1995 電子信箱：cd4187@gmail.com

醫護人員如何透過個別性的護理措施緩解內心不安，讓其能正向面對疾病衝擊而重獲勇氣，重新追尋人生意義與價值。

本文為一位中年女性因心導管檢查後合併症導致中風，壯年時期面臨此噩耗，肌力受損及日常生活不便引起的身體活動功能障礙，暫時無法外出工作及不知何時能回復正常生活的無力感、家庭經濟受衝擊、案夫對現況的否認及不諒解、案女在旁照顧個案無法工作等變故引起的家庭因應能力失調，諸多問題引發筆者書寫本文之動機，運用同理心及關懷技巧，引導個案朝向正向積極的復健態度，適時陪伴減緩個案身心無力感並協助個案適應疾病變化及了解治療計畫，透過跨團隊合作提供多方面社會資源補助，期望能讓病人恢復自我照顧能力及早日重新回歸家庭。

文獻查證

一、心導管檢查後合併腦中風

心導管是檢查及治療心臟疾病最常見的方法，依方式的不同可分為冠狀動脈攝影術、冠狀動脈介入性治療、電氣生理學檢查及電氣燒灼術等四類，目前臨床上多數選擇從橈動脈來進行，檢查及治療後常見合併症包括：血栓、出血、血腫、心律不整及假性血管瘤等，其中冠狀動脈攝影術導致腦中風合併症的機率為0.1% (Cho, Deshpande, Pasupuleti, Hernandez, & Uchino, 2017)。

腦中風以缺血性腦中風最常見，臨床表現為半身無力、吞嚥困難、失語症、走路不穩等症狀(Yew & Cheng, 2015)。年輕型腦中風是指初次腦中風發生在15-45歲，發生率佔腦中風族群5%(Sher, Shah, &

Kumar, 2013)。依腦梗塞位置不同，而產生肢體無力或走路不穩等症狀，症狀輕者尚能維持一般生活照顧，嚴重者則可能導致偏癱及肢體活動障礙而影響身心健康與生活品質(洪、邱、陳、蘇、王，2012)。

二、腦中風復健之護理

約80-90%腦中風急性期後會產生肢體功能障礙，影響身體活動及自我照顧能力缺失，罹病三個月內為復健黃金期，大約可恢復85%的行走能力，因此越早開始復健治療越能增加肢體功能恢復率，改善日常生活活動力(邱、徐，2013；劉、汪、陳、楊，2014)；復健治療包含物理及職能治療，依據病人活動分級擬定護理計畫及措施，肢體復健設計原則採漸進式活動，每個動作重複5-10次，每次30-45分鐘，每日執行5-6次，依個別性教導包含進食吞嚥訓練、適當輔具運用，學習正確轉位、行走、穿脫衣服、沐浴及如廁等技巧，協助個案發揮肢體最大功能，提升其日常生活的獨立性，並鼓勵家屬一起學習被動關節運動及參與肢體活動計畫(陳、李、熊，2015)。當缺血性腦中風病人度過急性期之後，處置的重點在於：(一)預防或治療併發症，例如吸入性肺炎、褥瘡、關節攣縮、憂鬱症等；(二)預防腦中風與心血管疾病復發：腦中風復發者之死亡率比第一次腦中風者高，且失能狀況可能更惡化，治療重點在於預防，控制危險因子以減少其發生率，可改變的危險因子包括改變生活型態，如健康飲食、多運動，如果有心房纖維顫動及三高應接受治療(Powers et al., 2018)。

腦中風在急性醫療後可能出現失能情形，造成醫療體系、家庭及社會照顧之負

擔或依賴，為此衛生福利部2014年實施急性後期照護品質試辦計畫，作為急性後期照護之完整性及有效性，依個別病人失能程度，在治療黃金期內立即給予積極性之整合性照護，使其恢復功能，將可減少後續再住院醫療費用、減輕家庭及社會照顧之負擔(衛生福利部中央健康保險署，2017)。出院之後鼓勵個案採居家或至門診進行復健治療，積極規律復健使其身體部分功能恢復，持續關懷及給予正向鼓勵，建立其成就感，減少功能退化機率，以改善日常生活品質(卜、游，2017)。

三、無力感護理

無力感是自覺無法控制現狀，認為自己的行動對於結果不會有顯著的影響，且對於目前情境或即將發生的事情，缺乏控制力的主觀感受(蘇、陳，2013)。壯年期個案須面對因疾病造成的肢體癱瘓，甚至身體功能受損、生活問題及心理衝擊，同時也需面對事業的中斷、家庭及社會的角色改變、生病後經濟及將來身體功能恢復的可能性等問題，因此可能會出現自我負向感受，進而產生無力感，影響到其生活品質(陳、童、林，2014)。照護團隊透過陪伴傾聽、與個案建立良好護病關係，扮演支持與協助角色，鼓勵表達其心理失落與挫折的感受，運用家庭支持系統提升其學習能力，增加個案信心，降低復健過程中的挫折與困難，促進個案心理健康，及早建立新的生活模式(陳、童、林，2014)。

護理評估

一、個案簡介

買女士，45歲，已婚，慣用語言為國、台語，教育程度為國小，育有兩女，職業

為家管，與先生及兩孫子同住，家庭關係和諧，住院前日常生活皆能自理，經濟來源為先生身心障礙生活津貼及孫子托育費，住院期間由案次女及先生輪流照顧，案長女偶爾來醫院探視個案。家族圖譜如圖一。

二、過去及現在病史

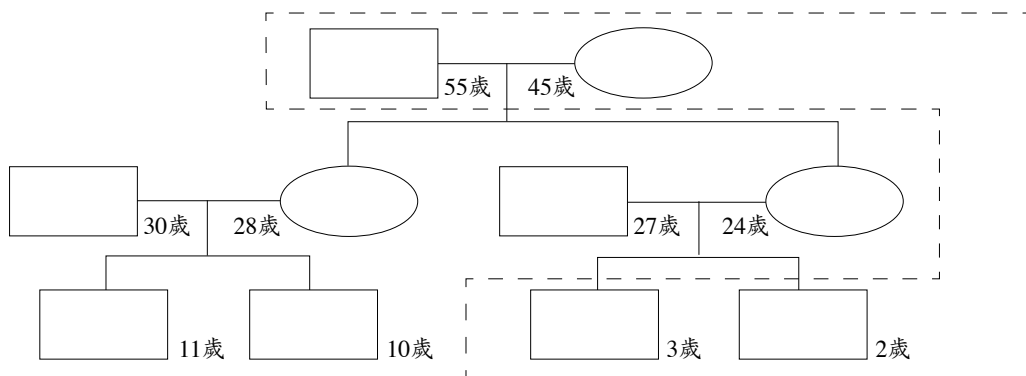
2015年曾因雙膝退化性關節炎行手術治療。2017年8月15日因胸悶及呼吸喘症狀已兩個月，至本院心臟內科門診就醫，心電圖為正常心律、胸部X光檢查結果為心臟肥大，原本四肢肌力皆5分，於8月16日行心導管檢查後四肢肌力下降，雙上肢3分及雙下肢2分，腦部電腦斷層掃描顯示無腦出血，予黃金3小時內施打血栓溶解劑並轉至加護病房觀察。於8月21日轉入普通病房，左側肢體5分及右側肢體3分。

三、護理評估

筆者於2017年8月21日至9月19日，運用觀察、會談、身體評估等方式收集主、客觀資料，以Gordon十一項功能健康型態評估架構進行整體性護理評估，茲將評估結果呈現如下：

(一)健康認知與健康處理型態

個案自認健康狀況尚可，無抽菸、喝酒及嚼檳榔習慣，感冒會自行至藥局買成藥，若症狀無緩解才會至醫院求醫。平時沒有健康檢查習慣，平日生活以在家照顧案孫為主，會帶孫子去公園使用遊樂設施。個案住院期間大多能配合醫療處置，規則前往進行復健治療及配合中醫針灸，住院期間生命徵象變化：體溫36.3-37.3°C、脈搏61-100次/分、呼吸15-23次/分、血壓101-164/64-112mmHg，中風後血壓偏高，每天早上服用血壓藥valsartan



圖一 家族圖譜

160mg 0.5顆。

(二)營養與代謝型態

個案身高153公分，體重81.7公斤，標準體重為49.8公斤，BMI值34.9，屬於體重過重，每日所需熱量1,770 kcal，抽血血紅素為12.5 g/dl、總膽固醇為191mg/dL、三酸甘油脂為102mg/dL。住院前飲食皆以外食或便當為主，食用油炸食物一星期3次。住院期間因8/16診斷腦中風後急性期放置鼻胃管，改進食管灌配方奶，消化情形良好，每3-4小時消化完畢，8/21轉入普通病房後，因病人及家屬要求移除鼻胃管，故8/22至神經內科檢查室進行吞嚥功能篩檢無噎咳，故移除鼻胃管，轉為由口進食，住院期間以醫院伙食為主，稀飯配切碎蔬菜皆可吃完，偶爾案女會煮清淡魚湯補充營養，實際攝取熱量為1,600 kcal，皮膚完整，飽滿度正常。

(三)排泄型態

個案住院前無排便及解尿困難之情形，解尿每日約6-7次，每次量約150~250 c.c.，尿液淡黃清澈，無疼痛及燒灼感；

解便頻率約1~2天解便一次。於加護病房照護期間，放置導尿管協助排出尿液，8月18日予膀胱訓練主訴有尿液感，於8月22日協助移除導尿管，8/22可自行翻身配合家屬協助使用尿布解尿，尿液自解量每日約1,000~1,200 c.c.，呈清澈黃色，尿道口無異味及分泌物；解便頻率為1-2天解便一次，性質為黃褐色中量成形便，腹部觸診柔軟。

(四)活動與運動型態

個案住院前無運動習慣，日常生活皆可自理，四肢肌力為5分。住院期間病人表示：「我的右手及腳都沒力，我要怎麼照顧自己」、「我腳沒力氣，無法站立，只能躺床上」、「我穿衣及洗澡都要由家人協助」。8/21巴氏量表評估為20分，屬於嚴重依賴，女兒及先生協助日常生活作息，星期一至五進行職能治療及物理治療，右側肢體仍乏力，上下肢肌力皆3分，觀察個案於床上可靠左側肢體拉住床欄自行坐起，下床以輪椅代步，沐浴及如廁需家屬協助完成，肢體乏力導致步態不穩，評估後確立有身體

活動功能障礙。

(五)睡眠與休息型態

個案入院前生活作息規律，晚間約11點入睡，至隔日清晨6點半起床，每天睡眠約7~8小時，偶會午睡片刻，無服用安眠藥習慣。住院期間每晚約10點入睡，早上約6點起床，夜間偶爾會因吵雜聲而打斷睡眠，但仍可入睡，夜眠可達7小時，白天進行復健訓練時精神佳，無倦怠或嗜睡情形，與醫護人員互動良好。個案表示「白天做完復健很累，晚上比較好睡」。

(六)認知與感受型態

個案慣用國、臺語溝通，住院前意識清醒，感受無障礙，思考力及長短期記憶力正常。住院期間因右側肢體偏癱，所以觸覺及痛覺較遲鈍，但可分辨大概位置。無視力或聽力障礙，對於藥物及復健衛教專心聆聽，不明白之處會主動詢問，並可配合護理活動。

(七)自我感受與自我概念型態

個案平常不拘小節，對於人際及家庭關係感到滿意，如果心情不好時會與女兒們溝通討論。住院後因心血管檢查併發腦中風導致右側肢體無力，對於病況復原不確定性感到焦慮不安，擔心自己拖累家人，曾表示「這都是我自己害的，要怪都怪我好了」。經醫療團隊協助安排跨團隊照護，個案初期不願配合復健，經由案女鼓勵開導後，及醫療人員不斷傾聽溝通後，可積極並願意配合醫院安排之復健計畫治療。

(八)角色與關係型態

個案有病人、太太、母親及外婆等角色，入院前各種角色功能皆可勝任，平

時與先生及兩個孫子同住，家庭成員關係密切良好。此次因進行心導管檢查產生腦中風之合併症，案夫對此突發狀況無法接受，開始怨懟醫療體系及病人，責怪個案當初為何要進行心導管檢查；不明白為何一個3公分的傷口會造成這麼嚴重的後果、且為何這個事件發生在個案身上；且案次女原本需工作，現全面在醫院照顧個案，給予個案生理及心理支持；面對此噩耗，案夫之身心障礙生活津貼無法因應未來家庭開銷，因經濟問題於病室內對個案及護理人員吼叫咆哮，表示「我不滿意這個結果，我們家要垮了」，且面對個案現狀及未來肌肉力量復原表示擔憂，在照護期間個案與案夫於病室內時常爭執，評估後確立有家庭因應能力失調之護理問題。

(九)性與生殖型態

個案無泌尿道及生殖系統方面疾病史，生殖器外觀正常，無紅腫或異常分泌物。入院前滿意目前婚姻及家庭生活，與案夫結婚近30年，兩人感情互動可，共同面臨許多人生抉擇，個案育有兩女，因夫妻皆為中壯年，仍有正常頻率之性生活，但次數較年輕時減少，性生活頻率大約一個月2次。

(十)適應與壓力耐受型態

個案平時有壓力時會與案次女傾訴，因負責照顧案孫，與案次女間感情深厚。主訴目前最大的壓力源是右側肢體無力，個案表示「我原本什麼都可以自己來，現在生活卻需要靠家人協助，覺得自己很沒有用」、「我做復健不知道什麼時候會好，我不想要這樣過生活」、「家人為了照顧我都無法工作，

我覺得我很像廢物，不想拖累家人」、「我做復健都沒進步，覺得很累很辛苦」。個案無法面對自我照顧缺失帶來的衝擊，表示擔憂未來的復健成效，經評估對於未來生活及家庭經濟感到擔憂，確立有無力感之護理問題。

(十一)價值與信念型態

個案平時信仰道教，會主動參與住家附近廟宇的祭祀活動，祈求全家人平安健康。住院期間家人會至廟宇求神拜佛，並放置平安符於床頭，期許個案生活功能能回復到住院以前；住院期間個案曾請假至廟宇收驚及祈福，期許本身能早日恢復生活功能就心滿意足。

問題確立、護理措施及結果評值

(一)身體活動功能障礙/與肢體乏力、步態不穩有關(8/21-9/19)

主觀資料：

1. 8/22「我的右手及腳都沒力，我要怎麼照顧自己」、「我腳沒力氣，無法站立，只能躺床上」。
2. 8/25「我穿衣及洗澡都要由家人協助」。

客觀資料：

1. 8/22個案肌力為右側上下肢3分、左側上下肢5分，慣用手為右手。
2. 8/22觀察病人可以使用健側協助挪動自己的身體，但仍需家屬協助翻身，可自行翻身配合家屬協助使用尿布解尿。
3. 8/22個案下床仍無法自行站立，需以輪椅代步，上下輪椅或移位皆需家屬協助。

護理目標：

1. 8/28前個案能以左側肢體協助右側肢體執行關節活動。

2. 9/6案次女能正確執行右側肢體被動關節運動，每天3次，每次20-30分。

3. 9/14出院前能運用四角拐杖行走50公尺。

4. 個案於出院時右側肌力能增加至4分。

護理措施：

- 1-1. 評估個案復健意願及主要照顧者(案女)基礎照護能力及照護學習意願。
- 1-2. 物理治療師於病室內教導案女協助個案復健，執行抬屁股運動、練習從側面坐起，每回10次，每日至少一回。
- 1-3. 鼓勵及訓練個案左手使用湯匙用餐；沐浴及穿衣部分教導個案先完成健側部分，沐浴時可自行刷洗上半身，背後部分由家屬協助；穿衣部分左手先套入，再由家屬協助套入右側，褲子部分選擇鬆緊帶之褲子，訓練病人自行穿著。
- 2-1. 復健科醫師、物理治療師及職能治療師與個案及家屬共同擬訂復健治療計畫，包含肢體活動部位、項目、範圍、執行方法、時間及次數，內容為：上下肢體訓練運動(轉螺絲、翻棋子)，每回5-10次，每日至少一回；上肢協調訓練：丟沙包練習；下肢肌力訓練：站立5分鐘；手部握力訓練：移動錐型杯活動；使用助行器行走，每天至少3次，並視自身體力每天增加10公尺；下床坐輪椅，早、晚各一次，每次15分鐘。
- 2-2. 衛教家屬讓個案執行其能力範圍內可執行的自我照顧行為，再視需要提供協助。
- 3-1. 每日持續關心個案復健狀況及所遭遇困難，並一起討論克服方法；觀察個

案可使用左側力量拉住床欄自行坐起，教導家屬將助行器擺放在床旁，個案須將雙手撐住助行器，由家屬協助拉褲子站立，在拉褲子時個案須同步使用左手力量以完成站立動作。

- 3-2.衛教個案復健運動的重要性，了解復健訓練內容，個案感疲累時給予正向鼓勵，肯定個案的自我表現，並給予心理支持。
- 4-1.8/23轉介出院準備服務，8/27出院準備服務護理師提供身心障礙福利、輔具補助申請及復康巴士等相關資訊。
- 4-2.會診中醫師開立中藥服用及針灸，中藥頻次為每日三次飯後服用，針灸為每兩天一次，於病室內執行。

結果評值：

- 1.8/28個案能以左側肢體協助右側肢體執行關節活動，用餐時會先藉由左手將右手放在餐桌上，再開始用餐；9/10案女將便當擺放在餐桌上，右手抵住餐盒，左手使用湯匙吃飯；案女協助裝水至保溫瓶，個案可自行倒取至茶杯後使用吸管飲水。
- 2.9/6案次女正確執行肢體被動關節運動，每天早、中、晚各一次，每次20-30分。
- 3.9/15案次女陪伴個案使用助行器可在護理站長廊行走100公尺，步態平穩，可使用助行器至廁所如廁。
- 4.個案9/19出院時左側肢體肌力5分，右上肢肌力4分，右下肢肌力4-5分，日常生活可自行刷牙、吃飯及著褲，使用助行器、沐浴、穿衣及如廁仍需案次女協助。

(二)無力感/與疾病預後不確定感、

復健過程沒有進步感到挫折有關 (8/22-9/15)

主觀資料：

- 1.8/22「我原本可以自己來，現在生活卻需要靠家人協助，覺得自己很沒有用」。
- 2.8/23「我做復健不知道什麼時候會好，我不想要這樣過生活」。
- 3.8/24「家人為了照顧我都無法工作，我覺得我很像廢物」。
- 4.8/26「我做復健都沒進步，覺得很累很辛苦」。

客觀資料：

- 1.8/22觀察個案情緒低落、臉部表情皺眉、不與人親近。
- 2.8/24案夫咆哮後，觀察病人獨自在床上哭泣拭淚，情緒激動高昂。
- 3.8/24 觀察病人與家屬互動變少，對事物缺乏興趣，望著遠方，表情冷漠。
- 4.8/26談到復健效果無進展時感到失望表情、嘆氣。

護理目標：

- 1.8/28前可正向面對疾病帶來的衝擊及主動說出心理感受。
- 2.9/1個案能認知並接受中風所帶來的限制，並主動配合治療計畫。
- 3.9/15前個案能自覺對生活控制感增加，能說出未來計畫。

護理措施：

- 1-1.護理師主動關懷及支持，建立良好護病關係及信任感。
- 1-2.擔任個案與醫療照護團隊的溝通橋樑，提供個別性協助。
- 1-3.運用非治療時段，不受干擾環境下與個案會談，如病人選擇沉默，可在旁

陪伴強化信任關係。

- 1-4.引導個案抒發內心感受，鼓勵病人宣洩情緒，表達其沮喪、生氣、罪惡及悲傷的感受，認同病人情緒反應，成為病人情緒的出口，協助其走過低潮期。
- 2-1.陪同醫師前往解釋病情，說明目前病況與未來發展及治療方式，同時提供腦中風相關照護資訊，增強疾病認知以強化個人力量，減輕焦慮與無力感程度。
- 2-2.個案主動參與復健治療計畫時，給予其正向回饋，強化其參與治療之信念。
- 3-1.每日評估四肢肌力，當病人身體有所復原或肌力有所進步時給予口頭肯定。
- 3-2.鼓勵個案與相同腦中風病友接觸，彼此交流討論治療經驗，如遇相同處境時可增進其因應能力。
- 3-3.與個案及家屬共同討論出院後的持續復健計畫，協助並共同制定返家復健活動及出院目標。

結果評值：

- 1-1.8/28個案主訴「為了女兒跟孫子，我一定要好起來，當初是自己決定要做心導管的，既然是我做的決定就不後悔」。
- 1-2.9/1個案會主動與護理人員表達自己做復健的感受，主訴「醫師及中醫師都說我有進步，我也覺得手腳愈來愈有力氣」、「復健師說我砂包丟的重量愈來愈重了，且丟的距離也愈來愈遠了」。
- 2.9/4個案表示要努力復健，趕快好起來，

主訴「做復健真的很累，每次做完回來都很想睡覺，但是現在女兒不在時我自己活動2小時，比之前進步很多，我一定會努力復健好起來」。

- 3.9/15個案表示目前復健有效果，與案夫及案次女討論後，決定前往其他醫院繼續做復健，刷牙、洗臉及吃飯皆可自行完成，希望繼續復健能早日回歸正常生活。

(三)家庭應能力失調/與案夫對現況無法接受衍生憤怒情緒、家庭經濟功能退化有關 (8/22-9/19)

主觀資料：

- 1.8/22案夫「為何一個小小的檢查竟然會中風，這樣以後怎麼生活，整個家都被拖垮了」
- 2.8/24個案「女兒因我住院，要在醫院照顧我，都沒辦法去工作，還有兩個孫子要養怎麼辦」。
- 3.8/25案夫「現在家裡經濟本來就已經不好，還要擔心醫療費用，而且他又沒有保險」。
- 4.8/25 個案「我要辦出院，我不要住了」。

客觀資料：

- 1.8/22住院過程中除與案次女外，與其他家人互動較少，個案表情沈默少話。
- 2.8/22、8/25、8/30案夫因心導管檢查合併症導致情緒失控，在病房咆哮吼叫，進而影響病人接受治療的配合度。
- 3.案次女為主要照顧者，24小時陪伴，時常聽到案女向個案鼓勵「媽媽妳有在進步。」
- 4.4. 9/5 個案即將出院，案夫及案次女詢問出院後續復健安排及照護注意事項。

護理目標：

- 1.8/29個案在引導下能主動表達內心自我感受。
- 2.9/10案夫可以共同討論如何解決面臨之經濟壓力。
- 3.9/16案次女能正確說出中風認知及復健注意事項。

護理措施：

- 1-1.與個案建立良好的人際關係，在傾聽陪伴下引導個案表達對家人的感受。
- 1-2.協助個案及案夫共同討論如何調適及規劃改變生活型態。
- 2-1.主動協助申請急性腦中風一個月之重大傷病，以減免健保部分負擔；會診社工師協助申請急難救助金，以暫時解決經濟問題，並追蹤社工輔導結果及後續經濟需求。
- 2-2.鼓勵案夫、案次女說出自身感受及壓力，提供情緒支持。
- 2-3.安排與醫療團隊、個案、案夫及案次女會談，討論減輕經濟壓力之方法。
- 3-1.提供「腦中風」、「腦中風患者與家屬復健須知」及「如何預防跌倒」等衛教單張。

結果評值：

- 1.8/29個案主動與家人及護理人員分享心情，對於案夫造成醫護人員之困擾表示道歉，當下給予個案支持，表示醫療團隊可以體諒家庭所面臨之壓力。
- 2.9/10案夫可與醫護團隊及社工師討論其面臨之經濟壓力，除了重大傷病卡已申請外，社工師協助申請院內之急難救助金可以暫解燃眉之急，之後會再向社會局申請殘扶補助。
- 3.9/16案次女可正確回答中風認知及復健

注意事項，需澄清之處會主動提問，照護技能在住院期間皆已回覆示教，能正確操作移位轉位技巧。

結論

本文探討心導管檢查併發腦中風導致右側肢體偏癱個案，面對突發中風之衝擊，疾病初期個案雖會主動詢問病情及配合治療，但仍在中風衝擊之否認期，加上案夫對於病況不諒解，故缺乏復健學習動機。護理過程中因擔心拖垮家人感受到個案的脆弱，對家庭經濟造成負擔、對生活能力缺失喪失信心及自我價值，日常生活需依賴他人協助，經由案次女的鼓勵及醫療跨團隊的介入，個案由消極的心態轉變為積極復健，護理師應根據個案本身的發展階段評估其主要需求，提供個別性及持續性照護，筆者與復健師依據病人肌力及復健情形適時修正復健計畫，強化自信心及疾病的適應能力；除了疾病造成肌肉障礙引起之日常生活不便，觀察個案出現心理衝擊問題，給予個案充足的時間表達其內心感受，適時給予同理關懷及協助，有助於降低個案的挫敗感，幫助個案重拾信心，以利個案早日回歸正常生活並提升日後的生活品質。

藉由此個案之護理經驗，筆者本著以支持性陪伴建立信任關係及給予正向鼓勵，與家屬共同參與政府擬訂之急性後期照護品質試辦計畫，把握三個月內黃金復健時間，在醫療團隊介入下，個案能與病友共同分享心得及積極復健，並協助照會院內的出院準備、居家護理服務及營養科，透過跨團隊照護模式，為病人安排後續出院之準備，並透過電訪追蹤個案在友院復健

情形，以獲得復健連續性之成效。

個案於出院後電訪中表示：「我已經可以自己使用助行器前往廁所，不需要女兒幫忙清潔了」、「我可以自己部份洗澡，但是背部還是需要老公幫忙」、「雖然動作有點慢，但大部分時間可以自己一個人，所以女兒可以去上班，孫子跟老公陪伴我就夠了，這樣家裡負擔比較小，我的心情也比較好！謝謝你的鼓勵！」，為筆者照護過程中最大的收穫及安慰。另外，因個案住院期間腦中風個案師尚未到職，無法提供整合性資源、後續主動追蹤及關懷，只能與出院準備服務護理師協同合作解決個案所遭遇問題，建議之後腦中風個案師到職後能結合當地社區資源以提供良好的支持系統，進而提升持續性照護及腦中風個案最佳生活品質。

參考資料

- 卜心怡、游雅梅(2017)·照顧一位腦中風後無望感患者之護理經驗·*榮總護理*，34(1)，49-56。doi:10.6142/VGHN.34.1.49
- 邱善筠、徐少慧(2013)·一位腦中風患者及其主要照顧者之照護經驗·*志為護理-慈濟護理雜誌*，12(5)，105-114。
- 洪啟偉、邱偉嘉、陳岑佩、蘇世斌、王嘉聲(2012)·中老年腦梗塞與年輕人腦梗塞之流行病學與臨床表現之比較·*台灣家庭醫學雜誌*，22(4)，198-210。doi:10.7023/TJFM.201212.0198
- 陳妙菁、李淑真、熊德筠(2015)·一位初次腦中風病人復健過程之照護經驗·*弘光學報*，76，15-26。doi:10.6615/HAR.201509.76.02
- 陳麗紋、童蓼美、林月娥(2014)·照護一位年輕型中風病人之護理經驗·*志為護理-慈濟護理雜誌*，13(6)，72-83。
- 劉芳瑜、汪文華、陳嘉珮、楊碧枝(2014)·照顧一位缺血性腦中風病人之護理經驗·*源遠護理*，8(2)，48-55。doi:10.6530/YYN.2014.8(2).08
- 衛生福利部中央健康保險署(2017，9月)·提升急性後期照護品質試辦計畫，取自http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=18&menu_id=703&webdata_id=4477
- 衛生福利部統計處(2017，10月)·*民國105年死因統計結果分析*·取自http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=1610
- 蘇清菁、陳玉敏(2013)·無望感之概念分析·*長庚護理*，20(4)，456-462。
- Cho, S. M., Deshpande, A., Pasupuleti, V., Hernandez, A. V., & Uchino, K. (2017). Radiographic and clinical brain infarcts in cardiac and diagnostic procedures: A systematic review and meta-analysis. *Stroke*, 48(10), 2753-2759. doi: 10.1161/strokeaha.117.017541
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... & Tirschwell, D. L. (2018). 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, 49(3), e46-e110. doi:10.1161/str.0000000000000158
- Sher, K., Shah, S., & Kumar, S. (2013). Etiologic patterns of ischemic stroke in young adults. *Journal of the College Physicians and Surgeons Pakistan*, 23(7), 472-475. doi:07.2013/jcsp.472475
- Yew, K. S., & Cheng, E. M. (2015). Diagnosis of acute stroke. *American Family Physician Journal*, 91(8), 528-536.

Nursing Experience of a Stroke Patient after Cardiac Catheterization

Hsiu-Jung Lin, Fang-Hua Hsu*, Han-Chang Ku**

ABSTRACT

This case report describes the nursing experience of caring for a woman with sudden shock and self-care deficit resulting from right limb weakness related to stroke after cardiac catheterization. The nursing period was August 22nd to September 15th, 2017. Gordon's functional health patterns were applied to assess the patient's condition. Three health-related problems were identified: self-care deficit, powerlessness, and ineffective family coping. Nursing interventions included physical and occupational therapy to improve muscle power, listening and communication to reduce the patient's depression caused by her physical function loss and low self-esteem, and collaboration among medical, nursing, and social support professionals to solve the patient's financial crisis. We share this experience of helping a stroke patient with physical, psychological, spiritual, and social problems. We helped the patient to adapt to her condition, learn emotional control, implement poststroke self-care, and maintain a high quality of life. (Tzu Chi Nursing Journal, 2019; 18:5, 122-132)

Keywords: cardiac catheterization, physical activity dysfunction, rehabilitation, stroke

RN, An Nan Hospital, China Medical University, Tainan, Taiwan; Chi-Mei Medical Center*; Assistant Head Nurse, An Nan Hospital, China Medical University, Tainan, Taiwan and Doctoral Student, Institute of Allied Health Sciences, College of Medicine, National Cheng Kung University**

Accepted: April 10, 2019

Address correspondence to: Han-Chang Ku No. 66, Sec. 2, Changhe Rd., Annan Dist., Tainan City 709, Taiwan
Tel: 886-6-355-3111 #1995; E-mail: cd4187@gmail.com