

運用自立支援照顧模式於年輕型腦中風之護理經驗

賴品欣、鍾若男*

中文摘要

本文描述一位年輕型腦中風之照護經驗。照顧期間於2018年04月06日至2018年04月27日止，筆者藉由直接照護、會談、觀察及家屬訪談、病歷查閱等收集資料，確立有身體活動功能障礙、自我照顧能力缺失、無力感等護理問題。筆者運用自立支援照顧模式照護，提供個別性護理措施與心理支持，並依患者認為「最重要的事」做為「生活功能自立訓練」之目標，增強患者接受正、負面情緒表達。護理措施包括：護理指導和護病互動，鼓勵主動參與日常自我照顧，正向面對疾病衝擊，保持對未來的積極態度與陪伴患者克服身心不適。最終達成所設定生活功能自立之目標，因此，分享此成功經驗以供相關醫療團隊參考。(志為護理，2020; 19:6, 104-114)

關鍵詞：身體活動功能障礙、腦中風、自立支援照護模式

前言

根據2018年衛生福利部國民健康署資料，2017年國人十大死因，腦血管疾病排名第四，男性高於女性1.4倍，每年近一萬七千人日常生活活動無法自理，腦中風半年後，中度與重度依賴比例達14.9%與17.12%(邱，2015)。

飲食及工作型態改變，腦中風年輕化，存活率及再發生率皆高。腦細胞損

傷，身體功能暫時或永久損傷，如：肢體偏癱、語言障礙、嘴歪眼斜及步態不穩等症狀，不僅面對身體功能喪失，還需面臨心理層面痛苦及創傷。

患者面臨疾病造成身體活動功能障礙及自我控制力降低，產生情緒反應，引發探討及協助之動機。藉照護過程讓患者認識並接受疾病進程，運用跨團隊合作，提供相關醫療諮詢與社會資源，患者認為「最重要的事」做為「生活功

國立陽明大學附設醫院護理長、國立陽明大學附設醫院督導長*

接受刊載：2020年4月30日

通訊作者地址：鍾若男 宜蘭市陽明三路160巷68號

電話：886-3-932-5192 電子信箱：11204@ymuh.ym.edu.tw

能自立訓練」目標，鼓勵發揮最大獨立性，學習與建立自我管理態度(Mishra & Barratt 2016；蔡，2017)，能達生活功能自立，分享此成功經驗供醫療團隊參考。

文獻查證

依護理問題收集文獻，分述如下：

一、年輕型腦中風與復健

年輕型腦中風係指年齡15至45歲，發生率佔腦中風族群5%，危險因子與高血壓、糖尿病及高血脂等三高族群、肥胖(BMI>27kg/m²)、家族史及不健康生活模式有關，根據研究男性吸菸、喝酒及腦梗塞家族史罹病比例較高。腦中風含出血性及缺血性，血管阻塞引起缺血性腦中風佔73%，出血性腦中風佔15%，發病後損傷含：單側肢體無力、麻木或步態不穩，症狀較輕微可自理生活照顧，嚴重者因肢體殘障需長期臥床而影響身、心、靈及生活品質等(葉，2017；Wiszniewska et al., 2012)。

腦中風患者因肢體無力或感覺不協調易跌倒，文獻發現腦中風發生後1個月內跌倒發生率約3成、6個月內發生率約7成(劉，2014)。復健對促進復原、適應失能、降低身體殘障及增進生活品質、減少整體醫療成本及社會成本有貢獻，越早接受復健越能提高效果(韓等，2016)。

運用各種目的性活動增進肌力、心肺耐受力、關節活動度及正確姿勢維持，促進手腳運動靈活及協調度，並訓練身體功能受限下，使用輔具、加強如廁、穿脫衣服、移位等日常生活功能訓練，

發揮最大肢體功能，增進及學習日常生活獨立性(Tuntland, 2015)。透過站立與動態平衡訓練，作為學習步行及獨立生活基石，循序漸進執行復健活動，提升肌肉力量，4-6成患者重返工作崗位(Kauranen et al., 2013)。

執行護理指導時，協助接受疾病進程、了解患者及主要照護者對疾病進展與復健訓練認知及理解能力，避免使用專業術語、給予充足時間學習，並重複傳遞重要訊息，透過回覆示教及追蹤監督幫助瞭解訊息接收正確性，有效護理指導除個別需求評估外，藉多元輔助工具，如：衛教單張、多媒體教材達有效護理指導(李等，2016)。

二、自立支援照顧模式與照護

充分進行日常生活活動，提升生活功能自立訓練，盡可能完成能力所及範圍，強調增加生活功能而非增加身體功能(林、余，2017)依患者認為「最重要的事」做為「生活功能自立訓練」重要目標，鼓勵患者發揮最大獨立性，學習與建立自我管理態度(蔡，2017；Mishra & Barratt, 2016)，維持個人生活獨立與活動參與動機和興趣，讓復健融入日常生活(蔡，2017)。重視照顧者協助角色，提升患者自我照顧能力努力，醫療團隊最好照顧方法，非照顧得無微不至，使被照顧者因自立支援照顧達自立生活(介護の精神と社会，2014)。護理重點支持患者自我維持並建立安全、信任和安適感，處理基本與複雜醫療狀況及管理營養和用藥狀況等。

三、無力感相關概念與護理

腦中風使身體結構、外觀及功能改

變，在身心情緒適應上多有所波動，易引發心理問題，自覺對當下情境缺乏控制力為「無力感」。長期易導致低自尊、無望、絕望及自我傷害。倘若有相同疾病病友提供經驗、給予支持，較有機會降低患者對疾病的恐慌，也能達到較好的治療效果與心情調適(溫、侯，2019)。另外，照護團隊需與患者及家庭建立良好護病關係，護理人員提供主動關懷、傾聽及發揮同理心，在患者與醫療團隊間扮演溝通協調者，執行護理照護前向患者說明目的及過程，提供正確醫療訊息與衛教以加強對疾病了解、提供患者可控制情境並建立實際目標，以降低無助感，鼓勵學習自我因應技巧，分享對疾病的想法，以降低孤獨感，當出現正向態度與行為，立即給予鼓勵(紀等，2013)。

護理過程

一、個案簡介

王先生為主要決策者、四十三歲、大學畢、國臺語、獨子、已婚、道教、育一男一女與妻兒同住。妻子同為房仲業約二十年為主要照顧者，經濟來源患者與妻子屬小康，無家族遺傳史，無運動習慣，一天抽半包菸達二十五年。

二、過去病史

無慢性病、開刀等病史，無藥物及食物過敏。

三、此次入院經過

患者表示2018年3月24日下班後頭暈、左臉微歪斜麻、左側肢體皆麻且無力，返家休息仍無改善故由家人陪同送醫，意識清楚，生命徵象體

溫36.5℃，心跳78次/分、呼吸18次/分、血壓154/96mmHg、血氧飽和濃度(SpO₂)98%，肌力力量左上肢2分、左下肢3分，右側皆5分。電腦斷層排除顱內出血後入病房，2018年3月26日核磁共振確診右側大腦中動脈急性梗塞及頸部超音波檢查為頸動脈狹窄，2018年4月4日因病況穩定追蹤血管攝影檢查，右側內頸動脈完全阻塞，2018年4月5日符合腦中風急性後期照護收治標準，2018年4月6日轉入腦中風急性後期照護病房，跨團隊整合醫療照護。

護理評估

護理期間2018年4月6日至2018年4月27日止，運用Gordon十一項健康功能型態評估工具，由身體評估、觀察、溝通、家屬訪談及病歷查閱收集資料分析，如下：

一、健康認知與健康處理型態

「從小到大沒生過大病，沒家族疾病」，妻子：「他很少感冒，若感冒會去診所就醫」。每年接受一次公司安排健康檢查。住院前，一天抽半包菸，住院後不再抽菸，「我一定會聽醫療人員，努力復健與戒菸」。

二、營養與代謝型態

身高174公分，體重72公斤，理想體重66.6公斤，身體質量指數=24kg/m²(正常值18.5-23.9)，屬過重，住院前因工作關係常外食，不挑食，每天皆有一餐油炸類或燒烤類食物，每日喝水約1,000公升。住院後訂院內餐，全由口進食，吞嚥功能正常，無嗆咳，消化良好。口腔黏膜無破損，舌苔局限舌根部，無異味

及牙齦萎縮。皮膚飽滿彈性佳，指甲床光澤，無水腫及脫水，4/6血色素16.1g/dL、白蛋白4.5g/dl。

三、排泄型態

住院前，一天小便7-8次，顏色淡黃清澈，自解順暢。4/6尿液常規檢查正常。每日排便固定1次，呈淡土黃色成型。住院活動受限且量減少致排便不順，依醫囑給予軟便劑，糞便條狀土黃色微乾。

四、活動與運動型態

無運動習慣，偶與家人至住家附近公園散步，每周約1-2次，每次約40分鐘，休假時喜歡在家整理盆栽，休閒娛樂多與家人看電視及電影等。住院後左上肢2分、左下肢3分，右側皆5分，4/6評巴氏量表55分屬顯著依賴，整體功能狀態第三級中度失能，4/6患者自行從床上坐起，身體往左邊傾斜，需妻子攙扶，4/8：「我左側手腳沒力，上廁所需妻子幫忙」，4/8患者白天由妻子協助推輪椅至交誼廳看電視或至院區周圍繞，每日離床活動1-2次，約30-40分鐘，其他時間皆臥床，4/9：「我會用右手幫我左手、左腳按摩或運動，希望對復健有幫助」，4/9：「我想自己從床上起身，身體會往左邊傾斜，還沒辦法做到」、「下床站立需在旁扶著我，目前站立不到5分鐘」。4/10觀察患者可自行進食，簡單清潔、穿脫衣褲、移位、平地行走及沐浴皆需依賴妻子協助，4/12主動說出「期望自行完成穿脫衣服、下床行走、如廁、沐浴等日常生活活動，不需妻子幫忙」，4/17觀察患者使用助行器行走，左腳較無法抬高，行走會拖行。綜合評估患者因身體活動部分受限及左

側肢體無力及欠缺自我照顧技能，確立「身體活動功能障礙」及「自我照顧能力缺失」護理問題。

五、睡眠與休息型態

入院前每日平均睡眠8-9小時，無午休。患者：「我平常睡覺規律，約晚上11點前睡，早上6點半起床」。妻子：「平常睡眠狀況正常，好入睡」。患者：「住院期間偶會被隔壁床干擾，午休1小時」。會談時注意力集中，無疲倦感及黑眼圈。

六、認知與感受型態

採國臺語，無重聽及視力障礙，對人、時、定向感表達清楚，短程、遠程記憶皆正常，與患者會談清楚表達自己對疾病造成身體影響，能正確示範轉移位技巧及分享罹病後人生觀，勇敢面對與挑戰。

七、自我感受予自我概念型態

妻子表示患者個性溫和、樂觀，人際關係良好，這次突然中風全家都難接受，4/7：「剛中風時，我心情很沮喪」、「我才四十三歲，工作跟家庭對我很重要，未來怎麼辦」，表達情緒時，表情沉重、沮喪、低落且眉頭深鎖，4/8：「不想拖累家人，很對不起他們」、「我左側手腳沒力氣，上廁所都需妻子幫忙」、「是不是努力復健就會好起來!不想成為家人負擔」。與患者會談，言語、表情顯無奈、沮喪，鮮少與病友互動交談，很少主動表達不適或尋求協助，綜合評估發現因與肢體障礙產生負向想法有關，確立「無力感」護理問題。

八、角色關係型態

患者四十三歲、男性，中壯年，精力充沛與停滯頹廢階段，與家人關係密切，為主要決策者，住院期間主要照顧者妻子，兩位小孩常探視，家庭關係親密融洽。住院後醫病互動良好，遵照醫療團隊配合復健。

九、性與生殖型態

夫妻每月性行為約3次，雙方滿意目前性生活，無生殖系統疾病。住院期間觀察外生殖器官無異常，妻子偶會幫患者按摩患側肢體，雙方互動和諧親密。

十、壓力應付與耐受型態

患者表示樂觀處事圓滑，平時最喜歡種植花草放鬆心情。遇壓力與家人討論或找朋友聊天，尋求解決方法。4/8「左側手腳沒力氣，上廁所需妻子幫忙」，4/15：「雖努力復健但肌力進步仍緩慢，我真的很沒用」，患者表情顯無奈，表達未來仍需繼續努力，語氣肯定。綜合評估因與肢體障礙產生負向想法有關，確立「無力感」護理問題。

十一、價值與信念型態

信仰道教，住院期間妻子到廟裡，求護身符擺床頭及別衣服保平安。認為除自己要努力對抗疾病，祈求上天保佑同樣重要。

問題確立

經護理評估及主、客觀資料，確認護理問題：「身體活動功能障礙／與神經肌肉功能障礙及肌肉力量減少有關」、「自我照顧能力缺失(穿衣、沐浴、如廁)／與左側肢體乏力導致身體活動功能障礙及欠缺自我照顧技能有關」及「無力感／與肢體障礙產生負向想法有關」

等。護理計畫如下：

護理問題一、身體活動功能障礙／與神經肌肉功能障礙及肌肉力量減少有關(4/6~4/26)

主觀資料

- 1.4/8「左側手腳沒力，上廁所需妻子幫忙」。
- 2.4/9「右手幫我左手、左腳按摩或運動」。
- 3.4/9「想從床上起身，但身體會往左邊傾斜，還沒辦法做到」。
- 4.4/9「下床站立需在旁扶著我，站立不到5分鐘」。

客觀資料

- 1.4/6左側肌力，上肢2分、下肢3分，右側皆5分，巴氏量表55分，屬顯著依賴，第三級中度失能。
- 2.4/6患者想自行從床上坐起，身體會往左邊傾斜，需妻子攙扶。
- 3.4/8患者白天由妻子協助推輪椅至交誼廳看電視或至院區繞，每日離床活動1-2次，約30-40分鐘，其他時間皆臥床休息。
- 4.4/10觀察患者可自行進食，簡單清潔、穿脫衣褲、移位、平地行走及沐浴皆依賴妻子。
- 5.4/17 觀察使用助行器行走，左腳較無法抬高，行走會拖行。

護理目標

- 1.4/10執行復健運動。
- 2.4/11執行主動及被動關節運動。
- 3.4/12助行器站立10-15分鐘。
- 4.4/18助行器下，步行10公尺。

護理措施

- 1.4/7向患者及妻子說明關節運動目的與

重要，維持及增加肌肉張力、預防關節僵硬，評估學習意願與動機。

- 2.每日評估生命徵象、運動狀態監測，記錄並追蹤復健成效。
- 3.營養師提供食物製備方面指導與建議，營養知識諮詢，以幫助體重控制。
- 4.提供腦中風自我照顧衛教手冊、簡易復健運動衛教圖示教學及復健光碟教學，淺顯易懂，增加學習成效。
- 5.照護期間衛教穿著舒適衣服、防滑鞋、活動空間避免放置障礙物，護理師三班進行跌倒評估及教導注意事項。
- 6.鼓勵患者建立自我管理態度，每日紀錄肌力及關節活動程度，每週依巴氏量表進行自我照顧、日常活動、依賴程度評估，提供醫療與復健單位參考。
- 7.4/7安排每日至復健科接受職能及物理治療，依患者自訂「生活功能自立訓練」目標與復健師共同擬定復健治療計畫。
- 8.4/7指導妻子執行舒適護理，執行關節運動前10-15分鐘予關節處熱敷、按摩減輕肢體僵硬不適，熱敷袋需特別注意預防燙傷。
- 9.4/7指導妻子每日協助患者執行患側肢體被動關節運動，如：手指、腕、肘及肩關節等，動作輕柔，每日2-3次各關節5-10次，每次10分鐘。
- 10.4/7指導患者執行主動關節運動，運用健側上肢十指交叉握住患側上肢，往上伸展肩關節活動；仰臥時屈曲雙膝，執行患側單腳抬高，每日2-3次，

每次各關節5-10次，每次10分鐘，依患者身體狀態採漸進式增加活動時間與次數。

- 11.4/9配合物理治療師教導並協助患者握住病房走道扶手，站立平衡訓練，每日2-3次，各5分鐘。
- 12.4/13配合物理治療師教導健側持助行器步行練習10公尺，每日2-3次，每次10分鐘，注意周遭環境安全。觀察移位及行走姿態及步伐，動作不協調予適時提醒與指導。
- 13.4/19邀請患者及家人參加家庭團隊照護會議，含出院後安排、用藥指導、飲食衛教、體重控制與追蹤復健等。

評值

- 1.4/10配合復健，每日早上10點進行40-50分鐘職能治療，含：上肢掌指功能訓練；每日下午3點進行40-50分鐘物理治療，含：坐姿平衡、漸進下床及轉位移位等。
- 2.4/11能三餐飯後一小時，主動健側上肢十指交叉握住患側上肢，往上伸展肩關節活動及仰臥時屈曲雙膝，執行患側單腳抬高動作，各關節5-10次，每日3次、共30分鐘。
- 3.4/12能手持助行器於床邊站立10分鐘，每日主動練習3次，保持背部挺直。
- 4.4/18飯後主動使用助行器至日光室，看報紙、電視與病友交談，每日2-3次離床1-1.5小時，步行距離約30公尺。
- 5.4/20安全監督，持助行器走80公尺，觀察左腳已無拖行。
- 6.4/27辦理出院，左側肌肉力量達4分、巴氏量表達75分、整體功能狀態第二級輕度失能。

7.5/2腦中風個管師電訪，患者開心分享肢體功能恢復良好，預計6月返回原職場，聽醫師指示返診與用藥，體重控制於標準內，平均每週能減重0.5公斤與生活作息正常。

護理問題二、自我照顧能力缺失(穿衣、沐浴、如廁)/與左側肢體乏力導致身體活動功能障礙及欠缺自我照顧技能有關(4/6~4/26)

主觀資料

- 1.4/8「左側手腳沒力，上廁所需妻子幫忙」。
- 2.4/9「想自己從床上起身，但身體會往左邊傾斜，還沒辦法做到」。
- 3.4/12「期望能自行完成穿脫衣服、下床行走、如廁、沐浴等不需妻子幫忙」。

客觀資料

- 1.4/6左側肢體肌力，上肢2分、下肢3分，右側皆5分，巴氏量表55分，第三級中度失能屬顯著依賴。
- 2.4/8患者白天由妻子協助推輪椅，至交誼廳看電視或至院區周圍繞，每日離床活動1-2次，次約30-40分鐘，其他時間皆臥床休息。
- 3.4/10患者可自行進食，簡單清潔、穿脫衣褲、移位、平地行走及沐浴需依賴妻子。

護理目標

- 1.4/15部分協助執行穿脫衣褲。
- 2.4/18部分協助執行下床如廁與沐浴。
- 3.出院前在監督下，自己完成穿脫衣褲、下床如廁與沐浴。

護理措施

- 1.4/10與患者及復健師討論及訂定生活功

能自立訓練目標。

- 2.4/10提供腦中風自我照顧衛教手冊及簡易復健運動衛教圖示及光碟教學，內容實用並淺顯易懂。
- 3.照護期間提供安全性、隱私性及舒適環境，提醒穿著合身、寬鬆及舒適衣褲與防滑鞋。
- 4.4/10教導並協助床上翻身技巧：(1)雙腳彎曲 (2)以健側幫助患側，用健側手腳用力，同時腰部用力旋轉翻向健側。
- 5.4/11示範穿脫衣褲技巧：(1)以健側拿取衣物，先穿患側再穿健側，先脫健側再脫患側 (2)提供無拉鍊及鈕扣，方便穿脫衣褲。提供隱私環境陪伴練習穿脫衣褲，選擇坐有靠背椅子，防重心不穩。
- 6.4/13示範下床走路技巧：(1)床頭搖高 (2)坐床緣5-10分鐘，觀察有無不適(3)若無不適再下床，先健肢後患肢利重量支撐。
- 7.4/15示範如廁技巧，在監督及部分協助下，持助行器至廁所，健側握穩馬桶扶手，脫下褲子，坐穩馬桶，起立或坐下時給予扶持，並給充分時間讓如廁，完成後健側拿衛生紙擦拭臀部，穿上褲子，勿獨自留廁所，注意地板濕滑度。
- 8.4/16示範沐浴，監督及部分協助，持助行器至廁所，調整水溫，坐穩沐浴椅，利用健側使用長柄刷輔助刷背及不易洗到處，提醒注意腋下腹股溝及皺摺處。鼓勵自己準備盥洗用具，將物品放置健側容易拿取處。
- 9.照護期間給予充分時間執行活動並進

步時給予口頭稱讚建立自信。

評估

4/15穿衣部份，精細動作協調不佳，小鈕扣及拉鍊操作不易，請妻子準備大鈕扣或寬鬆衣服。

1.4/18自行穿上防滑鞋，持助行器至廁所，需他人少部份協助脫下褲子，坐穩馬桶，如廁後健側手拿衛生紙清潔臀部，按下沖洗按鈕，需少部份協助穿上褲子；沐浴時可備妥盥洗用具並放健側容易拿取處，調整適當水溫，坐穩沐浴椅，皺褶處清潔，完成後注意身體清洗乾淨。

2.4/27辦理出院，患者左側肌肉力量4分、巴氏量表75分為第二級輕度失能，並達自訂「生活功能自立訓練」目標，能自行穿脫衣褲、如廁與沐浴。

護理問題三、無力感/與肢體障礙產生負向想法有關(4/7~4/26)

主觀資料

- 1.4/7「剛中風時，我心情很沮喪」。
- 2.4/7「才四十三歲，工作跟家庭對我很重要，未來怎麼辦!」。
- 3.4/8「不想拖累家人，對不起他們」。
- 4.4/8「左側手腳都沒力氣，上廁所都需妻子幫忙」。
- 5.4/8「努力復健就會好起來!不想成為家人負擔」。
- 6.4/9「我想自己從床上起身，身體往左邊傾斜，還沒辦法做到」。
- 7.4/15「雖努力復健但肌力進步仍緩慢，我真的很沒用」。

客觀資料

- 1.4/7談到生病現狀，臉部表情沉重、

沮喪、低落且眉頭深鎖。

2.4/8觀察每日離床活動1-2次，每次約30-40分鐘，其他時間皆臥床休息，臉部表情惆悵，鮮少與病友互動交談，少主動表達不適或尋求協助。

護理目標

- 1.4/12說出內心感受，能維持適當自我照顧。
- 2.4/20適應及克服身體障礙，學習獨立，增加生活控制感。

護理措施

- 1.照護期間提供安全、隱私及舒適環境。
- 2.照護期間建立治療性人際關係，主動關懷增加護病信任感，護理活動前，詳細說明護理處置目的與注意事項。
- 3.照護期間傾聽、陪伴及持續鼓勵表達內心感受及引導說出對疾病想法。
- 4.4/8提供腦中風相關照護資訊，加強對疾病認知，減輕焦慮與無力感。
- 5.4/9提供出院後照護規劃及多元連續性資源轉介服務訊息，如：社服連結、居家服務、居家環境改造、輔具資源及長期照護資源等減輕焦慮及未知感。
- 6.照護期間鼓勵增加白天離床時間，縮短臥床時間，增加與病友互動。
- 7.4/10鼓勵發揮獨立性，盡可能少量協助下完成日常生活活動，如：洗臉、刷牙、吃飯、穿脫衣服、持助行器步行至廁所如廁、沐浴，並強調生活即是復健，以增加控制感及自信心。

- 8.照護期間患者表達對疾病負面想法，適時給鼓勵及澄清疑慮。
- 9.照護期間主動執行「生活功能自立訓練」或達復健成效，立即給口頭稱讚鼓勵。
- 10.4/21邀請參加腦中風病友座談會，藉復健成功經驗分享，給予正向支持，提升自信心。
- 11.4/21提供相關資訊，如：腦中風病友會、腦中風網站及最新長照資訊等。

評估

- 1.4/12向護理師主動說出目前最重要事：「期望能自行完成穿脫衣服、下床行走、如廁、沐浴等日常生活活動，不需仰賴妻子幫忙」。
- 2.4/12能與病友交談，互相鼓勵並分享復健成效。
- 3.4/18用餐後主動使用助行器緩步行至日光室，看報紙、電視或與病友交談，每日2-3次，每次離床時間1-1.5小時，步行距離約30公尺。
- 4.4/20正確示範轉移位技巧給新病友觀看及分享罹病後得人生觀，勇敢面對與接受挑戰。
- 5.4/26開心分享自己達當初自訂「生活功能自立訓練」目標，且肢體功能持續進步，相信自己能重新返回職場工作。

討論與結論

中風對家庭的衝擊很大，對患者而言更是煎熬漫長的道路，筆者為增強復健動機，降低殘障程度，運用自立支援照顧模式依患者認為「最重要的事」為「生活功能自立訓練」目標。積極把握

黃金復健期進行肌力及自我照顧功能訓練，藉醫療專業團隊介入及同儕支持團體與病友參與復健活動，共享治療經驗氛圍，激發自信心，發揮最大功能獨立性。陪伴成功渡過疾病身心等不適，達生活功能自立目標，出院前由出院準備服務轉介並聯繫長期照護衛生團隊銜接，獲得完整連續性照護。

住院天數限制僅藉個管師及出院準備個管師定期電訪追蹤得知患者社會賦歸情況。筆者深刻體認腦中風患者照護極需長照資源介入，建議增加醫護人員長照相關課程，以利推廣最新長照資源等社會福利資訊。

期許醫療團隊照顧腦中風急性後期患者，可依此照護經驗增加患者住院「生活功能自立訓練」動機，獲得生活復健最大化。

參考資料

- 李婕瑜、陳玉鳳、林芷瑩、莊情惠、鄧雪妹、黃淑娟(2016)．介入動畫情境提升復健科病房腦中風病人中醫針刺認知正確率．*中西醫結合護理雜誌*，3，11-24。http://doi.org/10.6211/TTCMNA.NO3-2016-02
- 林金立、余彥儒(2017)．自立支援照顧的臺灣實踐．*長期照護雜誌*，21(1)，15-18。http://doi.org/10.6317/LTC.21.15
- 邱弘毅(2015)．亞急性暨長期照護之現況與未來～以中風為例～*腦中風會訊*，22(3)，4-7。http://doi.org/10.6318/STROKE2015.22.3.2
- 紀櫻珍、吳振龍、李君碩、張偉斌、許朝程(2013)．衛生教育介入對輕度中風患者心理社會預後之成效．*北市醫學雜誌*，10(1)，26-37。http://doi.org/10.6200/TCMJ.2013.10.1.04

- 溫信學、侯建州(2019)・病友組織社會工作人員核心能力之研究・慈濟大學人文社會科學學刊, 23, 2-33。http://doi.org/10.29650/TCUJHSS.201904_(23).0001
- 葉伯壽(2017)・臺灣腦中風概況與急性腦梗塞的治療發展・中國統計學報, 55(2), 63-66。
- 劉秀雲(2014)・中風的復健護理・蘇美滿總校訂, 復健護理學(12-32頁)・臺北:永大。
- 衛生福利部國民健康署(2018, 6月15日)・106年國人主要死因統計結果・取自https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3960-113.html。
- 蔡宜蓉(2017)・長期照顧之生活功能自立訓練・長期照護雜誌, 21(3), 203-210。http://doi.org/10.6317/LTC.21.199
- 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・臺灣復健醫誌, 44(1), 1-9。http://doi.org/10.6315/2016.44(1)01
- Kauranen, T., Turunen, K., Laari, S., Mustanoja, S., Baumann, P., & Poutiainen, E. (2013). The severity of cognitive deficits predicts return to work after a first-ever ischemic stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 84(3), 316-321. http://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302629.
- Mishra, M. V., & Barratt, J. (2016). *Expert papers: Reablement and older people*. International Federation of Aging, IFA, Copenhagen.
- Tuntland, H. (2015). *Reablement involvement of school/program and healthcare providers dissemination of the concept and education of citizens*. Paper presented at the 「長期照顧生活功能訓練-北歐與臺灣的對話」發表之演講, 高雄市政府社會局長青綜合服務中心8樓。
- Wiszniewska, M., Gluszkiewicz, M., Kobayashi, A., Wlodek, A., Jezierska-Ostapczuk, A., Fryze, W., & Czlonkowska, A. (2012). Knowledge of risk factors and stroke symptoms among non-stroke patients. *European Neurology*, 67(4), 220-225.
- 介護の精神と社会(2014)・自立支援とは何か介護のお仕事の疑問を解く・取自 http://kaigo-mind-social.com/independencesupport-57.

靜
思
語

能以他人的快樂為自己的快樂，
是最滿足最富有的人生。

～證嚴法師靜思語～

If we can regard others' happiness as our own,
then ours will be the richest and most satisfying life.

～ Master Cheng Yen ～



Nursing Experience of Using a Self-Supporting Care Model for the Care of a Young Patient with Stroke

Pin-Hsin Lai, Ruo-Nan Jueng*

ABSTRACT

The purpose of this paper is to describe the nursing experience of using a self-supporting care model to care for a 43-year-old patient with cerebrovascular accident from April 6 to April 27, 2018. We collected the patient's data via direct nursing care, observations, medical records, and interviews from the patient and wife. The main health problems of the patient were physical dysfunction, self-care deficit, and powerlessness. The self-supporting care model used by the author was based on "the most important things" to the patient. To establish trust and a therapeutic relationship between patient and nurses, we aimed to enhance the patient's expression of positive and negative perceptions. The individual nursing intervention included: proper nursing instructions and facilitation of a healthy nurse-patient relationship to encourage the patient to perform daily self-care, to face the impact of physical dysfunction, and to keep a positive attitude in the future and prognosis of stroke. We also accompanied the patient throughout the process to overcome the physical and psychological discomfort. Hence, this study can provide a reference for nurses taking care of a young patient with stroke. (Tzu Chi Nursing Journal, 2020; 19:6, 104-114)

Keywords: physical dysfunction, self-supporting care model,
stroke (Cerebrovascular accident, CVA)

Head Nurse, National Yang-Ming University Hospital; Supervisor, National Yang-Ming University Hospital*

Accepted: April 30, 2020

Address correspondence to: Ruo-Nan Jueng National Yang-Ming University Hospital, Yilan, Taiwan

No. 169, Xiaoshe Road, Yilan City (26058), Taiwan.

Tel: 886-3-932-5192 E-mail: 11204@ymuh.ym.edu.tw