

一位高齡腦梗塞中風個案 運用出院準備服務 銜接長照2.0之護理經驗

簡秀真¹、謝佳穎²、鍾若男³

中文摘要

本文描述一位80歲腦梗塞中風個案，藉由出院準備服務及銜接長照2.0資源，最終順利返家。照護期間為2023年11月9日至12月7日，藉觀察、會談、跨團隊家庭會議及整體性評估，有「無效性呼吸道清除功能」、「吞嚥障礙」、「身體活動功能障礙」及「照顧者角色緊張」等健康問題。護理措施，包括：胸腔護理與抽痰技巧指導、翻身叩背、吞嚥訓練、口腔運動及實證支持之下巴下壓抗阻力運動與正確進食方式，並於復健黃金期提升肢體功能。協助提供醫療決策資訊與照顧人力盤點，完成預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書。(志為護理，2026; 25:4, 121-132)

關鍵詞：腦梗塞型中風、出院準備服務、吞嚥障礙、身體活動功能障礙、照顧者角色緊張

前言

台灣十大死因顯示腦血管疾病佔第四名(衛生福利部，2025)，腦部受損與程度不同導致肢體、認知功能及吞嚥障礙等恐失去自我照顧能力。吞嚥能力受損易發生吸入性肺炎、營養狀況不佳等，增加感染及死亡率等，個案與照顧者承受極大身心壓力及經濟負荷(王等，

2024)。早期介入獲得妥善指導及後續照顧，可預防再次中風、減少再度入院及死亡率，促進日常生活能力恢復，改善生活品質及減少家庭負擔(羅等，2022)，更盼個案能社會賦歸。

本個案為高齡腦中風後身體活動功能障礙導致日常生活功能喪失，伴隨吞嚥障礙併吸入性肺炎之風險，照顧者面臨

國立陽明交通大學附設醫院護理師¹、國立陽明交通大學附設醫院護理長²、國立陽明交通大學附設醫院督導長³

接受刊載：2026年5月1日

通訊作者地址：鍾若男 260宜蘭縣宜蘭市新民路152號

電話：886-3-932-5192 #72360 電子信箱：rnjuengl1204@gmail.com

缺乏照顧技能及身體勞累，對社會福利資源不了解產生焦慮及壓力。研究指出早期介入長照復能服務可降低家屬照顧成本、後續使用居家照顧服務次數減少及不健康事件風險降低 (林等，2022)。出院準備服務個案師發現多數民眾對長照2.0可提供益處不了解，引發作者從出院準備服務端協助資源運用之動機，透過教導家屬熟悉照顧技能，整合設計跨團隊復健訓練計劃改善個案吞嚥能力，維持肢體運動避免合併症，減輕家屬照顧負荷壓力，協助個案與家庭共同建構急性與慢病共存連續性照護系統，更重要的是促進醫療與長照服務之無縫隙接軌。

文獻查證

一、腦梗塞中風與復健護理

腦梗塞中風因梗塞部位及範圍不同而在臨床表徵有所差異，多半導致輕重不等意識障礙、肢體癱瘓、語言障礙及吞嚥障礙等後遺症，腦中風發病後半年內復健黃金期，因此早期介入復健訓練恢復肢體功能，增強偏癱肢體肌耐力與預防併發症，可提高整體功能降低失能程度(羅等，2022)。採漸進式關節運動擺位，教導照顧者使用適當輔具，如：輪椅、便盆椅等及復健技巧輔助轉移位下床活動，注意活動安全以防跌倒。每天提供步態及轉移訓練、坐站姿平衡訓練三次。一次15至20分鐘，可提升肢體協調及感覺運動能力恢復(卓等，2022)。

二、呼吸道清除功能障礙及吞嚥障礙護理

腦中風病患可能因意識減退或活動功

能障礙，導致呼吸肌肉力量變弱、自咳能力差、痰液清除功能失效而易發生肺炎，並延長住院天數、增加醫療成本支出及照顧者負擔等(Brunetti et al., 2024)。透過及早介入胸腔物理治療與姿位引流，能有效協助清除呼吸道分泌物；此外，配合肺部復健運動提升活動能力，不僅可減少肺部相關合併症，亦能進一步降低肺炎的發生風險(廖、林，2023)。實證護理文獻指出每天執行30次下巴下壓抗阻力運動，一週五天並持續數週後可提昇咽喉肌力量，改善腦中風個案吞嚥困難(王等，2024)。口腔與咽部運動每天重複5-10次，可利用冰棉棒刺激喉頭提高感覺刺激，加強吞嚥協調性減少嗆咳，調整液體黏稠度減少肺部吸入，透過個別化復健指導，如：食物質地選擇、小口份量及維持坐姿、下巴內縮、頭傾向健側等餵食技巧，注意口腔內是否有食物殘留；提供安靜環境能專心用餐且降低與個案交談次數，進行吞嚥訓練期間需注意發燒、咳嗽、痰液變多或黃等症狀，每天口腔清潔減少吸入性肺炎發生(廖、林，2023；Cahyati et al., 2022)。

三、出院準備服務連結長照服務資源角色功能

快速高齡化社會及少子化與失能人口增加，導致長照服務需求日益增加，照顧者自身老化導致無力照顧或年輕照顧者無法全日照顧，出院後若適當介入長期照顧資源，提供轉銜期照護可助個案及照顧者順利調適，以利個案回歸社區獲得連續性照顧，減少短期內再入院及醫療花費。衛生福利部2017年啟動出

院準備友善醫院獎勵計畫，出院前完成照顧管理評估啟動轉銜單位媒合，協助個案及家屬出院後及時獲得長期照顧資源，改善失能程度及延緩退化。根據國內復能成效研究指出腦中風六個月內介入復能措施，以個案為中心全人照顧，透過日常生活活動及社交網絡參與、居家環境改善策略，對於個案肢體活動功能改善有顯著效果並改善生活品質(林等，2022)。腦中風患者家屬常面臨照顧責任，負擔著身體、經濟及社會層面壓力，造成出院返家照顧焦慮及擔心，依個案失能程度需求提供個別化照護整合計畫，轉介長期照顧資源，提升民眾對長照服務資源認知與接受度，減輕主要照顧者身心壓力(卓等，2022)。

護理評估

一、基本資料

林先生，80歲已婚，個案與案妻67歲均為不識字，溝通以閩南語為主。無宗教信仰，育2子3女，案女們已婚，案大兒子離婚為市公所清潔隊員，案小兒子腦性麻痺身障者從事賣公益彩卷，個案夫妻在果菜市場工作，經濟小康。

二、過去病史

罹患高血壓、糖尿病及高血脂等疾病約8年，規則服用藥物，無菸、酒及對食物及藥物過敏史。

三、入院過程

個案在家中發生左側肢體無力且說話含糊不清入急診，腦部核磁共振攝影顯示右腦前動脈梗塞。於2023年11月9日住院，個案住院後經評估未施行 t-PA 或血栓移除術，採內科藥物保守治療，給予

抗血小板藥物及血壓控制。神經學檢查評估：三叉神經(咀嚼能力)兩側咀嚼肌力量不一致，咀嚼時單側無力，但舌咽與迷走神經受損，導致吞嚥反射中度延遲(喉部上抬力量不足)；舌下神經受損影響口語表達清晰度。案妻協助個案從口進食但噎咳，家屬不忍而拒絕放置鼻胃管，會診復健科11月10日擬定物理、職能及語言吞嚥復健訓練計畫；同日發燒、咳痰能力不佳，胸部X光顯示雙肺部浸潤並抗生素治療。11月29日召開跨團隊家庭會議，12月7日病情穩定出院返家，續銜接長照資源安排門診復健訓練，神經內科門診追蹤。

四、護理評估

筆者以整體性評估依生理、心理、社會、靈性與智能五大層面進行整體性護理評估，護理期間2023年11月9日至2023年12月7日。透過實際觀察、身體評估、會談並運用跨團隊個案家庭會議方式等評估如下：

(一)生理評估

1. 營養代謝狀況：身高143公分，體重47.5公斤，BMI:23.2kg/m²，正常體位。11/9評估口腔黏膜呈現濕潤且粉色，個案口牙剩下16顆牙齒，無活動假牙，皮膚外觀完整。11/9血液檢查Hb:13.5g/dl、Alb:3.6g/dl、Na:136meq/L及K:4.2meq/L等正常。住院期間訂醫院切碎餐1,600大卡/日。11/10妻：「他吃飯時會一直咳嗽就需休息」、「醫師說先生吃東西會噎到，要考慮放管餵食，我覺得很可憐又辛苦」。11/10觀察妻餵食後個案口中仍有殘留食物，飲水會咳嗽、噎咳，11/10語言治療師測試個案由口進食約200g稀

飯及10cc開水，過程中有嗆咳症狀，評估個案吞嚥反射中度延遲，喉部上抬力量不足，醫師建議放鼻胃管，但案妻拒絕。11/11妻：「喝水偶爾會咳嗽，但不是每一次都發生」、「有時候他會被自己口水嗆到，是中風引起嗎？」。經評估個案有「吞嚥障礙/與腦中風後神經肌肉控制、協調能力下降有關」。

2. 氧合作用：住院期間呼吸型態淺快無費力，胸壁呈對稱採胸式呼吸，速率20-22次/分，四肢膚色及唇色紅潤溫暖無發紺，無用呼吸輔助肌，使用nasal cannula 3L/min時，血氧濃度約98-99%。11/13個案表情疲憊、臉頰微潮紅：「我好熱喔，發燒了？」，案妻：「這二天他常常咳嗽，好像有痰但是咳不出來」。測量體溫38.5度，呼吸音顯示雙側爆裂音(crackle)及咳嗽能力弱無法自行咳出痰液，一天約抽吸5次清除痰液，評估後續需照顧者協助抽痰排除痰液。11/13實驗室檢查WBC： $8.30 \times 10^3/\mu\text{l}$ 、NEU：64.4%，胸部X光顯示雙肺部浸潤。評估個案有「無效性呼吸道清除功能/與嗆食、肺炎及無法有效咳出痰液有關」。

3. 排泄型態：視診腹部呈圓形對稱，觸診柔軟，腸鳴音正常，住院期間平均1~2天可自解糞便一次量軟稀，每日排尿量1,500~1,600 ml/day且尿液色黃清澈。

4. 活動與運動：個案於住院前生活能力自理且活動自如，常陪伴案妻外出至果菜市場工作。11/9表示：「我左邊都沒有力氣活動！」、案妻：「他左手左腳都不能自己動，右邊比較沒問題」，11/10個案表示「醫師說幫我安排復健，希望對我活動有幫忙」。評估四肢肌

肉力量：右側肢體為4分，左側肢體1-2分，無法自行翻向右側及平躺時無法自行起身坐起，肌肉關節無攣縮及變形，坐姿平衡度稍差，需他人協助轉移位並使用輪椅代步，評估個案日常生活活動功能量表(ADL)進食、移位、個人衛生、如廁、洗澡、行走、上下樓梯、穿脫衣褲皆無法自行完成；大便控制及小便控制偶爾會失禁需協助更換尿布，如廁需案妻協助坐便盆椅上擦拭，結果為20分(總分為100分)屬功能完全依賴，評估個案高齡、活動能力需照顧者協助、左下肢體無力步態不穩並使用降血壓藥物具跌倒危險因子屬高危險跌倒者。經以上評估發現個案有「身體活動功能障礙/與中風導致神經肌肉系統受損有關」。

5. 睡眠問題：個案意識清楚，GCS：E4V5M6，對他人提問需給時間思考，用簡單句子和他人對談，言語表達較模糊但仔細聆聽可理解。

住院期間約晚上9點至10點入睡，隔天早上6點起床，中午會午睡1到2小時，白天除復健訓練課程外自己會在病室練習復健運動，過程中無打哈欠及嗜睡情形。

(二)心理層面

個案個性溫順不愛麻煩別人，平日陪伴案妻於果菜市場工作，空閒時常跟朋友喝茶聊天，遇到無法解決的事會與家屬討論尋求解決辦法。11/11個案曾無奈表示：「現在行動不方便，不知道復健治療後能不能改善？」，經案妻、家人給予口頭鼓勵表示可努力並配合醫師治療，於個案達成設定復健目標時，由家

屬提供喜歡食物獎勵，11/29醫療團隊及家屬召開跨團隊會議提出善終議題，個案說：「我已經80歲了，對生死早就看開了，不會感到害怕，只希望不要給我太太增加負擔，她說什麼我就配合」。案妻表示：「他常跟我說要知足常樂，我們都在倒數中，所以要快樂面對每一天」，12/3完成預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書簽署，住院期間觀察個案心情平穩能遵照醫囑配合治療，規律進行復健訓練課程。

(三)社會層面

個案與案妻及案子們同住，身兼病人、先生及父親等角色，年輕時為板模工人，退休後協助案妻分擔果菜市場工作，與案妻感情融洽，主要照顧者皆由案妻承擔，醫療決策處理多與家人討論後決定，案子女偶來探視，假日也有親戚朋友到院探望。11/12案妻表示：「自10年前腰椎手術後，現在每天都穿戴護腰，照顧他翻身拍背很累、常腰背痠痛」、「如果他復健後還是行動不方便，我不知道能照顧他多久！小孩都要工作」。11/22案妻神情憂戚、雙眉緊皺表示「他出院後要怎麼出門復健啊！」。評估個案住家為市區2層樓透天厝，臥房位於二樓無電梯設備，詢問案妻對個案出院後續復健方式表示尚無想法也不知道出院回家照顧有什麼資源使用，擔心個案行動不便無法上樓且外出不便利。經評估發現照顧者「照顧者角色緊張/與照顧人力及社會資源可及性不足」。

(四)靈性層面

個案無宗教信仰，家中供奉神明且平

時祭祖及到廟宇祈福求平安，住院期間案妻常祈求祖先保佑個案早日康復，個案表示：「我活到80歲也夠了，如果可順順得走也很好」、「希望不要因身體狀況拖累太太要一直照顧我」，評估個案能看淡生死，希望不要帶給家人麻煩及負擔。

(五)智能層面

個案意識清楚GCS：E4V5M6，雙眼老花，但無聽嗅覺障礙，對人物、時間及地點提問回答正確，口語表達能力較為緩慢，簡單句子或詞彙偶有含糊不清需重覆，復健訓練時將杯子、握力球放置個案健側，請他拿取交給案妻可依指示完成，近期記憶偶有遺忘，但經家屬提醒後可馬上回答。

問題確立

綜合以上評估，確立個案健康問題依序：一、無效性呼吸道清除功能/與噎食、肺炎及無法有效咳出痰液有關(11/13-12/7)；二、吞嚥障礙/與腦中風後神經肌肉控制、協調能力下降有關(11/9-12/7)；三、身體活動功能障礙/與中風導致神經肌肉系統受損有關(11/9-12/7)；四、照顧者角色緊張/與照顧人力及社會資源可及性不足有關(11/12-12/7、12/12後續追蹤)。

護理目標、措施與結果評值

四個健康問題目標，如：一、個案與案妻能正確說出二項促進痰液排出方法、案妻能每天正確執行胸腔物理治療10分鐘/三次及個案能減少每日抽痰次數小於5次；二、案妻能協助維持個案口腔

衛生習慣、正確操作執行餵食技巧並至少說出二項吞嚥訓練方法及注意事項；三、案妻能每日2-3次協助15分鐘被動關節活動、個案能配合每天進行三次復健訓練治療及出院前個案左側肢體肌力能由1-2分提升至3分；四、案妻可主動說出造成壓力原因並說出心理壓力減輕、出院前能協調案子女討論相互分工與支持模式，減輕案妻照顧負荷、出院前個案與家屬能決定出院後續復健方式並運用長照社會福利資源。相關護理措施如下：

(一)案妻及個案能增進有效性清除呼吸道知識及技能

1.衛教個案及案妻促進痰液排出方式如：多喝水，每日水分攝取目標設定為 1500-2000 mL。考量個案嗆咳風險，水分皆添加增稠劑調製成「花蜜狀」稠度，採小口慢飲，並避開用餐時間，以降低疲勞導致的嗆咳，氧氣設備使用有潮濕瓶設備的，熱敷喉嚨周圍並輕輕按摩以及胸部物理療法及噁嘴式腹式呼吸等運動。

2.11/13衛教個案及案妻促進痰液排出方式如：多喝水、使用氧氣設備潮濕瓶、熱敷喉嚨周圍並輕輕按摩、胸部物理療法及噁嘴式及腹式呼吸運動等。

3.11/13提供濕化方法，如：飲用溫水、氧氣設備潮濕瓶使用及蒸氣吸入稀釋痰液等，每班評估個案咳痰能力並依狀況協助抽痰清除呼吸道分泌物。

4.11/14教導個案練習噁嘴及腹式呼吸方式，用鼻子吸氣時將手放腹部，感覺腹部上的手升起，接著吐氣時如吹口哨噁起嘴唇慢慢吹氣，吐氣時腹部手下

降，維持吐氣長度約吸氣時兩倍。

5.11/14護理師運用翻身時間登記表及影片，教導案妻每2小時協助個案翻身，維持側臥或坐姿，避免痰液堆積滯留。

6.11/14照會呼吸治療師教導個案深呼吸、咳痰技巧，衛教案妻呼吸道感染徵兆，如：發燒、疲倦、咳嗽、痰液增加、呼吸急促等，教導案妻執行拍背扣擊10分鐘/次，一天三次促進痰液排出。

7.11/25-12/1使用抽痰技術衛教單張、影片及實際操作方式教導案妻學習抽痰技能，衛教案妻抽痰前先洗手並戴上無菌手套，抽痰機開啟壓力，抽痰管放入深度及抽痰方式，教導案妻抽痰順序為「氣切管→鼻→口」，以減少鼻腔分泌物倒流引起之不適，衛教抽痰時機及注意事項。

8.11/27-11/30與案妻約定時間評值抽痰技術，用積極正向態度鼓勵案妻，針對實際執行缺失部分進行提點並修正無菌方式執行抽痰技能。

護理評值：

1.11/15查核個案翻身時間登記表其案妻可每2小時協助個案採左、右側臥或半坐臥姿勢，個案無法自行咳出痰液時會主動請護理師協助抽痰。

2.11/16詢問個案及案妻促進痰液排出方法，個案可說出多喝水及多拍背讓痰比較好咳出來，案妻補充表示喉嚨保暖也可以。

3.11/17探視病人一天可練習噁嘴式及腹式呼吸約2-3次，案妻於個案進食前可執行由呼吸治療師教導方式，手呈杯狀掌面朝下，由下肺部往上肺部拍動，拍背扣擊10分鐘每日三次。

4.11/27評估案妻執行抽痰技術時，易將抽痰管碰觸到自己身體無法確實保持無菌原則，再次加強衛教及錯誤步驟澄清並予言語鼓勵，11/29案妻已可在護理人員檢視下正確執行無菌方式抽痰步驟；12/1-12/7個案偶爾可以自咳少許白稀痰液，每日抽痰次數減少至2-3次。

(二) 案妻能協助維持個案口腔衛生、正確操作執行餵食技巧及執行吞嚥訓練方案。

1.11/10教導個案及案妻進食時採坐姿，身體向前傾、下巴內縮、頭傾向健側，小口並用力吞嚥以避免食物誤入呼吸道，用完餐後30分鐘內不平躺，以減少異物吸入風險。

2.11/10教導個案及案妻每日執行3次口腔護理，每餐進食後檢查個案口腔是否有食物殘渣。

3.11/10安排語言治療師進行語言及吞嚥訓練，包含：包舌運動訓練及冰刺激刺激吞嚥反射，衛教購買增稠劑並教導案妻餵食液體搭配(花蜜狀稠度)增稠劑使用改善嗆咳情形。

4.11/13會診營養師討論個案吞嚥訓練進度調整合適個案食物質地(軟泥狀飲食/稀飯、濕潤米飯或吸飽湯汁之軟質麵包、薄切片嫩肉/豆腐、軟嫩蔬菜)，衛教家屬食物準備方式及避免堅硬、黏牙及酥脆食物(輔以圖片衛教)。5.11/13語言治療師教導個案每日執行三次臉部口腔運動(練習舌頭上下左右擺動、噘嘴、吹口哨動作及發出阿、依、嗚聲音)，每天執行30次下巴下壓抗阻力運動(彈力球放下巴，低頭用力夾住球後鬆開)。

6.11/15語言治療師教導案妻使用滴管

餵食少量冰水，刺激吞嚥反射，使用湯匙餵食時增加湯匙下壓力道，給予口腔感覺刺激。

7.11/15衛教個案進食過程中不說話，吞嚥完要做清喉嚨動作，確定吞嚥完畢再進食下一口，教導案妻餵食過程中若發生咳嗽情形應停止餵食，休息十至二十分鐘後再試，避免造成吸入性肺炎。

8.11/11-12/1每天追蹤評值個案及案妻執行吞嚥訓練情形，設定目標為吞嚥刺激5-10次/天、口腔運動3次/天及30次下巴下壓抗阻力運動/天。

護理評值：

1.11/12探視案妻會使用潔牙海綿於個案每餐後30分鐘內清潔口腔內的食物殘渣、分泌物或痰液，用餐完畢後不會馬上躺下。

2.11/15案妻可協助個案進食時採70-90度坐姿，頭頸後放枕頭，使用湯匙將食物放在個案健側及舌頭後方，確認已吞下再餵食下一口，11/16案妻表示：「復健老師教我用開水加增稠劑調整成像花蜜狀，他喝水咳嗽的次數就減少很多了」、「復健老師有教我，如果餵食的時候他有咳嗽，我就要先停下來休息10-20分鐘，這樣比較不會嗆到」。

3.案妻和營養師依據個案吞嚥能力情形討論後，同意訂購院內軟質飲食，家屬偶爾準備茶碗蒸、軟香蕉、蘋果泥等食物無再發生嗆咳情形。

4.11/25個案能依據目標規劃每日執行臉部口腔運動及發聲練習，噘嘴發出「阿、依、嗚」聲音及下巴下壓抗阻力運動練習。個案達成初步設定目標給予

讚美及肯定的鼓勵，鼓勵家屬準備個案喜歡的軟香蕉、蘋果泥食用。5.11/26詢問案妻吞嚥訓練的方法及注意事項，案妻能說出協助進食時採坐姿或半坐臥姿勢、低頭或頭轉向右側並小口用力吞嚥，餵食後至少先坐30分鐘不能直接躺下，如果餵食過程發生咳嗽需停止餵食。

6.12/2經語言治療師評估個案吞嚥訓練程度調整食物質地至細碎飲食(半固體食物/不須費力咀嚼細碎飲食)，進食過程無發生噎咳。

(三) 案妻能協助個案被動關節活動、個案能配合每天進行復健訓練治療及出院前個案左側肢體肌力能由1-2分提升至3分。

1.11/9教導案妻每2小時為個案更換姿勢及預防跌倒措施，觀察關節及受壓處皮膚有無發紅或破皮，保持室內光線明亮及床欄使用等，避免因壓力造成皮膚受損。

2.11/10教導案妻每日執行三次全關節運動(上肢及下肢運動)，教導關節活動、轉位及擺位，依個案耐受度從被動進展到主動運動，增加運動時間及次數，防止關節攣縮和肌肉萎縮。

3.11/10將物品放置於個案健側伸手可拿處，鼓勵個案練習用健側移動患肢以增進肌力，鼓勵個案獨立運動。

4.11/10教導案妻日常生活照顧技巧，提供漸進式活動及輔具應用(輪椅、便盆椅)，協助由床上活動至椅子上活動，維持肌肉張力和預防併發症。

5.11/10與物理治療師、職能治療師及語言治療師共同討論訂定個案活動處方

(客製化復健計畫)，週一至週五，09：00語言治療、11：00物理治療、14：30職能治療，內容包括平衡、姿勢、耐力訓練、精細動作訓練、舌頭運動及冰刺激等。

6.11/13教導個案執行用右手抓握左手抬高至頭部再放下，每回3-5下，一日二次，以協助肌肉骨骼受損部分復健。

7.11/15準備大小不同杯子及握力球，讓個案練習手指抓放及手掌抓握。

8.住院期間評估個案生命徵象、四肢血液循環、活動程度、肌肉力量，評估個案能配合執行復健計畫時隨時給予鼓勵及讚美。

9.11/29邀請家屬和醫療團隊共同召開跨團隊會議，引導家人思辨善終議題及提出情境「插管」跟「不急救」選項，提供出院後續照顧計畫及轉介長照2.0社會福利資源，轉介輔具租借及移位腰帶輔具補助資源，為個案復健提供整體協助。

護理評值：

1.11/14個案及案妻能按時參與復健計畫，案妻在物理治療師指導下可協助個案執行被動關節活動，如直膝抬腳、彎曲每日2次至少15分鐘，11/25可練習坐姿膝上抬與膝彎曲伸直每日2次至少10分鐘。

2.11/16個案可在協助下練習用右手抓握左手抬高至頭部再放下，每回5下至少一日二次，利用杯子及握力球練習手掌抓握一日二至三次。

3.11/29至12/3與家人間彼此不斷溝通討論，個案心願為最後的人生路能圓滿無病痛，進而同意簽署預立安寧緩和醫療

暨維生醫療抉擇意願書。4.11/30協助個案及家屬申請長照2.0社會福利資源，申請專業服務(復能)安排治療師到府教導個案及家屬居家肢體訓練活動，正確使用輔具安全移動避免跌倒，減少臥床時間預防肢體功能退化，同意出院後持續安排門診復健訓練，個案復健整體協助。

5.12/7出院前評估個案右側肢體肌力5分、左側肢體肌力3分，稍可自行抓握床欄緩慢於床上翻身但平躺及坐姿時起身費力需他人協助，坐靠背椅子會稍微往左側傾斜，四肢關節無攣縮。

(四) 案妻可主動說出造成壓力原因並說出心理壓力減輕、出院前能協調案子女討論相互分工與支持模式，減輕案妻照顧負荷、出院前個案與家屬能決定出院後續復健方式並運用長照社會福利資源。

1.11/22與物理治療師討論並教導案妻使用移位腰帶支撐個案身體，避免照顧者受傷。

2.11/22傾聽並鼓勵案妻說出內心壓力及擔心並給予支持，了解緊張原因。

3.11/23介紹病房中病友相互認識，分享照顧經驗及心理支持，提供住家鄰近的家庭照顧者支持服務據點資源。

4.11/29由醫療團隊(主治醫師、護理師、出院準備服務個案管師、呼吸治療師、物理治療師、職能治療師、語言治療師)邀請家屬們共同召開跨團隊家庭會議，協調家屬間分擔照顧責任及討論出院準備計畫，協助案大兒子及案女兒討論個案住院期間及返家照護工作之執行模式(協助個案身體清潔沐浴及下床復健、活動等)，以減輕案妻的身體負荷，向家屬說明個案後續可安排復健方式(住

院或門診復健)供家屬選擇，讓個案及家屬了解熟悉長照2.0社會福利資源。

5.11/29使用院內長照2.0衛教資訊(書面資料與影片)讓家屬們了解長照服務內容並於會議後討論個別化需求。

6.11/30和案妻討論並建議出院後安排居家住所一樓活動空間，媒合縣內輔具資源中心提供居家輔具(輪椅、便盆椅)使用，轉介申請長照2.0-輔具購買補助(移位腰帶)協助照顧者施力，讓照顧者能夠較輕鬆移位個案，讓移位過程更加安全、舒適及省力。

7.11/30協助個案於住院期間評估長照2.0需求，分類判定為照護需求等級 (care needs scale, CMS)第8級(重度)，申請長照2.0-居家服務員每週三次協助個案身體沐浴及洗頭服務，長照交通車服務增加就醫及復健的方便及便利性，居家喘息照顧支援以減輕照顧者負荷，申請治療師到府教導個案及家屬居家肢體訓練活動並評估家中環境、輔具及動線調整，正確使用輔具安全移動避免跌倒，減少臥床時間預防肢體功能退化，申請購買移位腰帶輔具補助資源，12/4家屬已接獲長照中心核准回覆並安排服務派案中，提供後續連續性照顧。

8.12/6轉介家屬至輔具資源中心借用氧氣製造機及抽痰機居家使用，衛教案妻正確儀器操作方式。

護理評值：

1.11/22個案管理師引導案妻說出對於個案後續照顧的擔心及困擾，經由11/29跨團隊家庭會議後案妻面露笑容的表示了解個案出院後續照顧方式及知道可銜接長照2.0服務資源後心理的擔心就沒這

麼多了，和鄰床家屬可愉悅聊天並分享彼此照顧經驗。

2. 12/1起案大兒子每天上午2小時會至醫院協助個案下床活動及陪伴執行復健運動，案女兒負責假日一同和案妻協助個案身體清潔沐浴，12/4案妻表示：「有大兒子跟女兒來醫院幫忙分擔照顧他爸爸，我的腰酸背痛也比較沒這麼嚴重了」。

3. 12/7家屬已至輔具資源中心借用氧氣製造機及抽痰機，案妻可正確執行儀器操作方式並說出儀器故障時排除方式。

4. 個案於12/7出院返家，12/12電話訪問追蹤其案妻表示：「出院回家後我先生的心情比在醫院時輕鬆許多，已經安排下禮拜坐長照交通車去醫院門診復健訓練」、「長照中心已經安排居服員每週三次幫我先生洗澡，復健老師會來家裡教我們怎麼幫我先生做復健」，案妻感謝醫療人員對個案及家屬們這些日子指導與照顧，表示政府有長照服務幫忙照顧老人很棒。

討論與結論

腦中風個案治療後仍有許多失能後遺症需面對，預防再次中風：於措施中加入對高血壓、糖尿病及高血脂等「三高」危險因子的管理衛教，強調規律服藥與血壓自我監測的重要性。本文描述照顧一位高齡腦中風個案伴隨無效性呼吸道清除功能、吞嚥障礙及身體活動功能障礙等問題，案妻因缺乏照顧技能及返家照顧資源不了解倍感壓力，出現照顧者角色緊張等狀況，案妻(67歲)因不識字且體力受限，衛教過程捨棄複雜手

冊，改用圖卡與重複口頭教導，並輔以實際操作與即時正向回饋。根據實證文獻(王等，2024)結合臨床照護提供個案及照顧者個別性護理措施及衛教，包括：教導呼吸運動、下巴下壓抗阻力運動、排痰技巧及吞嚥訓練避免吸入性肺炎，透過完整復健訓練計劃改善個案吞嚥能力，促進肢體活動避免合併症產生，促進出院後及早銜接長期照顧服務，提供居家照顧及居家復能訓練，且依據住家環境動線調整並提供合適輔具補助或租賃，減少因照顧不周而導致的傷害，交通接送服務協助往返醫療院所及喘息服務讓家庭照顧者減輕照顧負荷，以滿足個案及家屬長照需求並實現在地老化目標。

腦中風個案治療後仍有許多失能後遺症，本個案於出院前及早銜接長期照顧服務，提供居家照顧及居家復能技能訓練，並依據住家環境調整動線與提供合適輔具，交通接送服務協助往返醫療院所及喘息服務以減輕家庭照顧者照顧負荷。此照護模式與近年研究建議一致，中風個案出院後提供完整轉銜照護可有效提升肢體功能與日常生活能力，並顯著降低照顧者負荷，顯示出院準備與長照資源整合在中風照護中的重要性(Saragih et al., 2023)。照護過程中發現的困難及阻力為民眾對長照服務不了解，故未主動提出申請，深感個案、家屬或醫療團隊都需要及早準備、規劃出院照顧問題及整合長照資源，建議加強醫療團隊於長照政策及服務內容的認識，提供多樣化的長照衛教，並結合QR Code數位資訊增加取得的便利性，藉此

提升民眾的服務接受度。透過這套輔助工具，能讓個案在出院之際立即獲得所需資源，確保優質的長照服務能精準對接，實現連續照護的目標。

參考資料

- 王雅秀、張福凌、蘇祝慧、林麗嬋、簡慧雯 (2024)．應用實證護理方法探討腦中風後病人執行下巴下壓抗阻力運動改善吞嚥困難之成效．*台灣健康照顧研究學刊*，(29)，1-17。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=19946236-N202407170004-00001
- 林佩欣、游曉微、宋貞儀、蘇信昌(2022)．長照復能服務成效探討．*長期照護雜誌*，25(2)，115-132。https://doi.org/10.6317/LTC.202212_25(2).0003
- 卓美伶、劉靜芬、古翠珍(2022)．一位右側梗塞性腦中風導致肢體偏癱之出院準備服務經驗．*秀傳醫學雜誌*，21(2)，59-68。https://doi.org/10.30185/SCMJ.202212_21(2).0007
- 廖峻立、林瑛釗(2023)．【腦中風復健】腦中風後常見的吞嚥困難．*健康世界*，(553)，33-37。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=16077059-N202302090007-00015

衛生福利部(2025年6月17日)．113年國人死因統計結果．https://www.mohw.gov.tw/cp-6650-79055-1.html。

- 羅元廷、林彰芷、李林富、周偉倪(2022)．探討腦中風居家模式急性後期照護之成效及預測因子．*台灣復健醫學雜誌*，50(2)，115-123。https://doi.org/10.6315/TJPMR.202212_50(2).0004
- Brunetti, R. O., Rose, D. K., & colleagues. (2024). Respiratory strength training versus respiratory relaxation training in the rehabilitation of physical impairment, function, and return to participation after stroke: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 13, e59749. https://doi.org/10.2196/59749
- Cahyati, Y., Rosdiana, I., & Setiawan, H. (2022). The effect of swallowing exercises in combination with benson relaxation on swallowing ability in stroke patients. *KONTAKT-Journal of Nursing & Social Sciences related to Health & Illness*, 24(2),163-169. https://doi:10.32725/kont.2022.012

靜
思
語

好話多說，是非不談。

～證嚴法師靜思語～

Engage in positive speech; refrain from gossiping.

～ Master Cheng Yen ～



Nursing Experience of a Geriatric Ischemic Stroke Patient Through Discharge Planning and Integration into Long-Term Care 2.0

Hsiu-Chen Chien¹, Chia-Ying Hsieh², Juo-Nan Jueng³

ABSTRACT

This article describes the nursing care experience of an 80-year-old patient with ischemic stroke who successfully returned home through discharge planning services and linkage to Long-Term Care 2.0 resources. The care period lasted from November 9 to December 7, 2023. Data were collected through observation, interviews, interdisciplinary family conferences, and holistic assessment. The identified health problems included ineffective airway clearance, dysphagia, impaired physical mobility, and caregiver role strain. Nursing interventions consisted of chest physiotherapy and instruction in sputum suction techniques, regular repositioning with chest percussion, swallowing training, oral motor exercises, evidence-based chin tuck against resistance exercises, and guidance on proper feeding methods. During the critical rehabilitation period, interventions were also implemented to enhance limb function. In addition, medical decision-making information and caregiver workforce assessment were provided, and the patient completed advance care planning, including advance decisions on palliative care and life-sustaining treatment. This case highlights the importance of comprehensive discharge planning and interdisciplinary collaboration in supporting stroke patients and their caregivers to achieve a safe transition from hospital to home. (Tzu Chi Nursing Journal, 2026; 25:4, 121-132)

Keywords: ischemic stroke, discharge planning services, dysphagia, impaired physical mobility, caregiver role strain

RN, National Yang Ming Chiao Tung University Hospital¹; Head Nurse, National Yang Ming Chiao Tung University Hospital²; Supervisor, National Yang Ming Chiao Tung University Hospital³

Accepted: May 1, 2026

Address correspondence to: Juo-Nan Jueng No. 152, Xinmin Rd., Yilan City, Yilan County, Taiwan

Tel: 886-3-932-5192 #72360 E-mail: rnjueng11204@gmail.com