

一位再次腦中風病人因應疾病過程之護理經驗

丁美玲¹、李彩緣³、陳宥蓁¹、陳珈諭¹、江東樺²

澄清綜合醫院 護理部¹、神經內科²、中山醫學大學附設醫院中興分院 護理部³

摘要

本文探討一位因對高血壓認知不足，血壓控制不理想，而引發再次腦中風個案，導致左側肢體無力，造成日常生活上的改變，因而身心俱疲造成無力感之護理經驗。於2018年9月15日至2018年9月26日照護期間，藉由觀察、會談、直接照護及身體評估方式收集資料，並運用Gordon十一項健康功能型態評估為工具，經分析確立個案主要有「身體活動功能障礙」、「知識缺失」及「無望感」三項護理問題。護理過程中，藉由傾聽、陪伴、關懷，建立良好護病關係，配合醫療處置並提供復健治療計畫，鼓勵儘早執行主動、被動全關節運動，改善個案身體活動功能；提供疾病治療相關訊息，衛教正確用藥、定時測量血壓的重要，及採低鹽飲食，提升疾病相關照護認知，增進疾病照護認知；協助個案正視左側肢體無力的改變，引導個案表達心中的感受，進而增強復健動機並參與治療來促進身體功能的恢復，鼓勵家屬給予支持，增加對疾病的正向看法，增進自我控制感與自信心，改善無望感，以提升生活品質。建議臨床護理同仁在照護此類病人時，除提供個別性復健訓練並適時做調整外，可多了解病人心理因應調適狀況，引導正確積極正向態度面對復健治療過程，重拾自信心。（澄清醫護管理雜誌 2021；17（3）：67-76）

關鍵詞：腦中風、身體活動功能障礙、無望感、知識缺失

通訊作者：陳珈諭

通訊地址：台中市區平等街139號

E-mail：stars0621@gmail.com

受理日期：2020年6月；接受刊載：2020年8月

前言

根據衛生福利部死因統計資料[1]顯示，因腦血管造成死亡高居台灣十大死因第四位[1]。急性腦中風病人約70%為缺血性腦中風，中風會造成不同程度的神經性後遺症，常導致身體活動功能障礙、個人活動失能及自我照顧能力下降或缺失等，造成病人身心嚴重的衝擊，也帶給照顧者沉重負擔與壓力，進而影響家庭[2]。因此，提供個別性照護措施，協助改善因疾病而導致生理問題及心理的情緒反應是很重要的課題[3]。本文個案因疾病照護認知不足，血壓控制不理想，引發再次中風，導致左側肢體偏癱，以至於失去自我照顧能力，因而產生失落與挫折感，故引發筆者照護動機。希望透過跨團隊治療及照護，教導正確飲食、衛教規律服藥的重要性，建立對腦中風照護正確認知；與個案共同擬訂個別性之照護計畫，提供疾病照護及復健相關資訊，使肢體恢復最大可用之功能；並鼓勵正向的態度面對疾病，學會自我照顧的技巧，重拾信心，順利回歸家庭與社會。

文獻探討

一、腦中風相關概念及常見護理問題

腦血管意外（Cerebrovascular Accident, CVA）又稱腦中風，可分為缺血性與出血性兩大類，而缺血性腦中風最常發生梗塞為中大腦動脈（Middle Cerebral Artery），臨床症狀有半身無力、失語症、走路不穩及感覺喪失[4]。高血壓、糖尿病、高血脂、肥胖、抽菸喝酒及有腦中風病史的病人是腦中風的高危險群[5]。高血壓病人常因無正確控制

血壓的相關認知、飲食習慣不良、未正確服藥及無規則運動，易使血壓不穩定導致腦中風，甚至死亡[6,7]。急性中風期大約有85%的病人血壓偏高，因此血壓越高再次罹患腦中風之危險性越大[7]。病人中風後常見肢體無力、感覺麻木、說話或吞嚥困難等症狀，而中風後肢體偏癱、運動失調常造成個人活動失能，導致暫時性或永久性的身體功能障礙，病人易因肢體障礙失去自我控制力，且需長期依賴他人協助，出現莫名擔心、情緒低落、失去活力等負向情緒，對未來失去希望，因而產生無力感[2,3]。若病人中風後仍無法理解或不遵從正確飲食、規律運動、正確用藥及測量血壓的重要性，容易因為認知上的缺失，引發再次腦中風的發生[6]。

二、腦中風病人之生理照護

病人腦中風後因活動失能及身體功能障礙，需長期的復健與照護，是病人與照顧者沉重壓力與負擔[3]。在急性中風早期治療病情穩定後，應儘早給予個別性護理措施，運用健側肢體輔助患側肢體執行關節運動，以增加肌力，有助於改善症狀，約可恢復85%的活動能力[5]。並透過跨領域團隊的整合討論，訂定個人化治療計畫；提供復健治療計畫，教導被動肢體運動、抬臀運動、動靜態坐姿訓練、站姿平衡訓練、肌力訓練與功能性行走訓練來增加肌力、改善動作能力；訓練病人肢體動作控制，提升自我進食、穿衣、清潔衛生等自我照顧能力；衛教養成規律運動的重要性[8,9,10,11]。

高血壓約有50%會引起腦中風，因此，服藥遵從性高對於控制高血壓有很大的幫助[6]。護理人員需了解病人生病的經驗、疾病因應能力及就醫動機、對疾病的看法及以往因應模式；協助澄清錯誤認知，去除對疾病的疑慮，使其能依循治療建議和預防處置[4,12]。衛教正確的服藥觀念，按時服藥，勿自行停藥；定時血壓監測及控制血脂值於正常範圍內，注意血壓的變化；加強疾病相關知識指導；衛教控制高血壓的飲食原則，教導飲食熱量計算；衛教攝取蔬菜、水果，限制紅肉跟蛋黃的攝取[6,13]。

三、腦中風病人之心理照護

當腦中風病人因肢體障礙需長期依賴他人協助，出現情緒低落，對未來失去希望，產生無力感

時，其護理重點在協助病人面對改變，增加控制感；應鼓勵表達對疾病或治療的感受，共同討論未來計畫，增加希望感；適時安撫情緒，提供支援及關懷；運用衛教單張、多媒體資源或衛教手冊等工具，提供知識、資訊或技能，提升疾病照護認知；協助建立自我價值感，運用社會支持系統建立信心；陪伴病人度過疾病適應期，引導積極參與治療；透過正向的價值觀，提升對生活或健康有控制力；鼓勵、支持並協助尋求健康行為、重拾信心與希望[4,9,14]。

護理過程

一、個案簡介

何先生，77歲，諳國台語，國小畢業，務農，2017年中風後就少下田工作，育有2男1女。案妻（78歲）是家庭主婦、案長子（48歲）已婚，擔任電腦工程師、案長媳（42歲）擔任會計、案孫（20歲）就讀大學、案次子（45歲）未婚，擔任餐廳經理、案女（43歲）已婚，擔任國小老師。平日與案妻、案長子、案長媳及案孫同住。家庭經濟小康，主要經濟來源為案子及案媳的薪資收入。住院期間主要照顧者為案妻。

二、過去病史及就醫過程

個案於2015年診斷罹患高血壓，口服藥物治療。2017年6月因缺血性腦中風導致身體左側微麻木、無力，但仍可執行日常生活活動。此次於2018/9/15突然感到左側肢體無力、後頸和下背麻至門診就醫，經腦部電腦斷層檢查發現右側大腦基底核梗塞，診斷缺血性中風，入院治療。入院時意識清楚，GCS：E₄V₅M₆，瞳孔大小/光反射為R/L2.5+/2.5+，體溫36.9℃、心跳86次/分、呼吸20次/分、血壓166/104mmHg，左側上下肢肌力各為2分，右側上肢肌力5分、下肢肌力4分。9/15依醫囑給予口服抗凝血劑Perzin 25mg 2* bid使用及改善腦部血液循環劑Noopol 12mg+N/S250ml keep 3hrs bid靜脈滴注。9/17會診營養師衛教高血壓飲食。9/18會診復健科，安排復健計畫。9/18-9/26血壓控制在130-150mmHg/80-90mmHg。9/26病情穩定出院返家，持續於門診復健治療。

三、護理評估

於2018年9月15日至2018年9月26日照護期間，

採Gordon十一項功能性健康型態評估，藉由觀察、會談、直接照護及身體評估的方式收集資料，評估如下：

(一) 健康的認知及處理型態

個案平時務農，無抽菸、喝酒、咀嚼檳榔的習慣，對藥物、食物無過敏。2015年診斷罹患高血壓後，定時每月於門診追蹤治療，口服藥物降血壓藥物；但因自覺血壓都控制良好，所以沒有監測血壓的習慣。印象中血壓大概140-160mmHg/90-100mmHg。表示平常沒有固定量血壓習慣，不舒服或覺得血壓高就會吃藥。9/16-9/20經由疾病衛教及相關知識指導後，個案能配合治療，並遵從醫護人員的指示按時吃藥。9/20個案表示：「再次中風才知道怕，這次一定要乖乖聽醫師跟護理人員的話，配合治療。」、「現在知道按時吃藥血壓才會控制得好，以後一定會按時吃」。

(二) 營養代謝型態

個案169公分，78公斤，身體質量指數27.3kg/m²，屬中度肥胖。個案表示平日食慾好、不挑食，喜歡甜食；雖然有高血壓，但是覺得老了能吃就是福，所以都不在意要忌口，吃飯喜歡配鹹醬菜；每日約喝1,000-1,500ml的水。9/15評估口腔黏膜完整無破損，無活動式假牙，咀嚼、咬合能力佳；血液檢驗報告呈現T-chol: 245mg/dl, WBC: 6.51/uL, Hb: 12.2g/dl, Platelet: 171k/uL, BUN: 20mg/dl, Cr: 1.02mg/dl, Na⁺: 140mmol/L, K⁺: 3.6mmol/L。9/15個案表示：「上次中風後，有比較少吃肉了，但是吃飯還是喜歡配些醬菜，才有味道。」營養師衛教採少油少鹽清淡飲食，調配提供約1,600大卡/天的低鹽餐食。9/17個案表示：「醫院的菜都沒什麼味道，吃不太下，但是為了身體好還是要吃。」，9/17-9/20觀察個案偏愛鹹食，偶爾會吃案妻買的外食或醃製食物，每餐約吃一碗白飯，三菜一肉一湯，攝取熱量約1,650大卡/天。9/20-9/25血壓控制在130-150mmHg/80-90mmHg，體重76公斤。

(三) 排泄型態

個案表示平日約兩天解便1次，呈黃褐色軟便，無腹瀉情形；平日每天排尿約5-7次，呈淡黃色，無解尿困難情形。9/15-9/18每兩天解一次褐色軟便，觸診腹部柔軟，腸蠕動約8-12次/分；每天解

尿約6-7次，尿量約2,000ml/天，呈淡黃色、清澈、無異味及沉澱物。

(四) 運動與活動型態

個案表示平時喜歡走路到廟口下棋、聊天，吃完晚飯就會和案妻去散步，2017年中風後有恢復到可以自己走路，雖然走的速度慢，但是不用別人扶。9/15評估個案左側手脚肌力各為2分、右側手脚肌力各為5分，幾乎皆臥床休息。個案表示：「左腳沒有什麼力氣，站也站不好。」、「我左手沒什麼力氣，只能微微動一下。」。9/16穿衣、沐浴、如廁皆由案妻協助完成，個案無奈地表示：「甚麼都要老婆幫忙，像廢人一樣。」觀察個案以右手自己進食，但因碗盤無法自己固定，出現急躁及憤怒情緒，確立有「身體活動功能障礙」健康問題。

(五) 睡眠與休息型態

個案表示平日很好睡，躺著很快就睡著，約晚上9點就寢，早上約5點半起床，可以一覺到天亮，每日夜眠約8-9個小時。9/17-9/20觀察個案晚上10點過後就會就寢，早上6點過後會醒過來，平均夜眠約9小時且無中斷情形；下午1-2點會小憩一下。9/20個案表示：「雖然病房外有很多聲音，但躺著很快就睡著，沒甚麼影響。」觀察白天精神佳、無倦怠，無打瞌睡情形。

(六) 認知與感受型態

個案意識清楚，定向感正常，思考邏輯、判斷力、記憶力及學習能力皆正常。9/15入院時左側肢體乏力，且對觸、痛覺較遲鈍，血壓166/104mmHg。個案表示前次住院護士有跟我說過要量血壓，有頭暈不舒服才會量血壓。個案表示：「我以為有吃藥血壓就會正常，所以沒不舒服就都沒量。」評估個案對高血壓自我照護認知錯誤，住院前無固定測量血壓習慣，認為沒有頭暈不舒服就不用量血壓。9/16衛教疾病相關知識時能專注聆聽，但告知需規則服藥時，出現不耐煩的表情。個案表示：「血壓高不是吃了藥，血壓降了就會正常，為甚麼一定要天天吃？」，確立有「知識缺失」健康問題。

9/18個案知覺正常，說話清楚，對談時言詞表達清晰順暢；在復健時會因肌肉拉扯有痠痛感，疼痛指數約2-3分，休息後就可緩解。

(七) 自我領悟與自我概念型態

個案認為自己是個開朗、風趣的人，對家人朋友都一樣，對周圍環境及人物警覺性低。9/17個案言談間心情顯沮喪，個案表示：「像我這樣一邊手腳沒有力氣，以後生活都要靠別人，活著還有什麼意義？」。9/18個案如廁、吃飯、穿衣都需案妻協助，但什麼事都想自己來，不想依賴別人。個案表示：「左手左腳沒有力氣，做什麼都要別人幫忙，跟廢人一樣。」、「我是不是永遠都只能這樣了？」。9/18個案於復健時，因無法完全執行復健師所教導的動作而感到挫折，表情冷淡的表示：「沒用啦！左手左腳就是沒有力氣，自己動不了，再做嘛也是這樣。」，確立有「無望感」健康問題。

(八) 角色關係型態

個案表示平日遇重要的事會與案妻及案子一起討論後再做決定，案妻是家中主要決策者，與家人互動氣氛融洽。2017年中風後，平日多由案妻陪伴，假日會有親友來探訪。9/18觀察個案在朋友來探病時，與朋友聊天笑開懷、互動愉快。住院期間主要由案妻照顧，案妻每天陪伴個案並關心每日復健的情況，觀察案妻常會坐在床邊握著個案的手給他加油，眼神充滿關愛。案長子與案媳每晚下班後會來探視陪伴個案，直到個案睡了才離去；案女及案次子2-3天會打電話關心。9/20觀察個案正與案女視訊聊天，言談中充滿關懷與鼓勵。

(九) 性與生殖功能型態

個案77歲，育有2男1女，無生殖系統疾病。9/15評估個案生殖器外觀無明顯異常，乾淨無分泌物。9/21個案表示：「年紀大了，對性生活沒有特別需求，只要老伴在身邊陪伴就很滿足。」觀察案

妻無時無刻陪伴在旁，感情和樂。

(十) 因應與壓力耐受型態

個案自認自己很獨立、堅強，平日若遇到困難、會與案妻討論、傾訴，若面臨健康狀況改變時，會與案妻、案兒一起討論再決定。有壓力的時候會和案妻去郊外走走、透透氣，讓自己靜靜的思考。9/18個案表示：「中風後穿衣服、上廁所都要老婆幫忙，覺得很有壓力，還好老婆沒有丟下我，讓我好放心。」9/18案妻安慰表示：「我都會在你身邊，只要配合治療，一定可以恢復的。」，9/18-9/20觀察案妻每日陪同個案一起去復健，並在一旁跟著學習。9/20案兒陪著個案做復健，並在旁鼓勵個案，向個案表示：「爸爸不要急，慢慢來，保持愉快的心情，會幫助你恢復得更好。」

(十一) 價值與信仰型態

個案信仰傳統民間信仰，表示有特別節日就會去廟裡拜拜，祈求自己和家人能平安健康，認為藉由宗教的信仰給予心靈上的寄託。9/19個案表示：「道德就是要幫助大家。」個案對醫護人員態度信任、配合高。9/20個案表示：「生病後才發現健康很重要，做人只要無愧於心，凡事不貪、不要太計較，相信因果報應，做好事就會有好報，只要有一顆虔誠的心，相信神明會保佑的。」

問題確立及護理計畫

經以上評估，確立個案主要健康問題為一、身體活動功能障礙/與神經功能障礙有關；二、知識缺失/與對疾病的自我照護缺乏認知有關；三、無力感/與肢體偏癱導致日常生活失去控制有關。提供護理計畫如下：

一、身體活動功能障礙/與神經功能障礙有關 (9/15訂)

主/客 觀資料	主觀資料 1.9/15 個案表示：「左腳沒有什麼力氣，站也站不好。」、「我左手都沒什麼力氣，只能微微動一下。」 客觀資料 1.9/15 評估個案左側手腳肌力各為2分、右側手腳肌力各為5分，幾乎皆臥床休息。 2.9/16 觀察個案穿衣、沐浴、如廁皆由案妻協助完成。以右手自己進食，但因碗盤無法自己固定，出現急躁及憤怒情緒。
--------------------	--

一、身體活動功能障礙/與神經功能障礙有關（9/15訂）（續）

<p>護理目標</p>	<p>1.9/20 個案可執行 3 項復健活動。 2.9/23 個案可獨自完成進食、穿衣及穿鞋 3 項自我照顧活動。 3.9/25 個案可使用助行器步行 10 公尺。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1.9/15 主動關心、陪伴、傾聽，以開放式的溝通，鼓勵個案表達內心感受。 2.9/16 請案妻買寬鬆棉質透氣的衣服方便個案可以自己穿脫。 3.9/16 教導個案脫衣時先脫右手（健側）再脫左手（患側），穿衣先穿左手再穿右手。 4.9/17 與復健治療師共同討論個案復健計畫，安排周一到周五每天下午 2-3 點到復健科練習站傾斜床做平衡訓練，先以 60 度角度每次站 20 分鐘，並依個案情況適時慢慢角度及時間。 5.9/17 請案妻準備約拳頭般大小的遊戲軟球，教導個案將球放在左手掌心，右手握住左手背，運用右手的力量協助左手一抓一握，每次至少 20 下，每天 4 次。 6.9/17 教導個案用左手拿衣夾練習按放動作，重複動作 30 下後，休息一分鐘再做 30 下，重複做 3 次，訓練手指肌肉靈活性。 7.9/18 請案妻陪同個案一起做復健，並在復健活動中適時給予讚美與鼓勵，提升個案參與復健動機及自信心，如你做得很好、比昨天進步很多。 8.9/18 由復健師教導個案做抬臀運動，請個案自行將右腳彎曲，案妻協助左腳彎曲，並以手固定左腳膝蓋及足踝，雙膝併攏，抬臀 5 秒，反覆執行動作 10 下，一天 2 次。 9.9/18 請案妻準備固定吸盤碗、大湯匙，個案用餐時可放置防滑墊於桌上，防止碗盤傾倒，讓個案能用右手力量持大湯匙獨立進食。 10.9/19 由復健師教導個案坐姿訓練，讓個案腳踏實地，雙腳不要懸空，先利用雙手扶床，維持坐姿每次執行動作 10-15 分，一天 2 次。 11.9/19 教導個案穿鞋動作，先把鞋子套入腳趾後，腳踩地上，利用加長型鞋拔輔具放於足跟處，將足跟往下踩套入鞋內，每天早晚各練習 1-2 次。 12.9/20 教導案妻陪伴並協助個案在固定的桌子或扶手，維持站姿平衡訓練，每次執行動作 5-10 分，一天 3-4 次。 13.9/21 由復健師教導個案正確抓握四腳助行器，練習站立平衡姿勢 5 分鐘，每天至少執行 3 次。 14.9/22 由復健師教導個案持四腳助行器行走，用雙手將四腳拐往前一步，左腳往前一步，右腳跟著往前移，每次走 10 公尺，一天 2 次。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1.9/20 觀察個案臥床時可彎曲膝蓋用腳底踩床上，正確執行抬臀運動。個案表示：「我躺在床上時候，沒事就會抬抬屁股，現在可以自己抬高屁股一次 5 秒，每天會至少做 20 次。」；「我在看電視的時候，左手就會握軟球，一天下來握了有 100 次。」觀察個案左手抓握軟球，可將球握緊，手掌及前臂肌肉靈活。 2.9/20 個案每天下午 2-3 點會到復健治療室做復健運動持續 1 小時。復健師表示個案站傾斜床做平衡訓練一次可以站 20 分鐘。個案表示：「復健師說我很棒，明天可以再把床的高度調高，也可以讓我再站久一點。」 3.9/23 觀察個案可用右手握著湯匙、以吸盤碗固定於桌上，能自行緩慢進食。個案微笑表示：「我現在已經可以自己吃飯，不用別人幫忙。」、案妻表示：「現在他（指個案）都自己穿脫衣服跟鞋子，雖然動作很慢，但是都不用我幫忙了。」</p>

一、身體活動功能障礙/與神經功能障礙有關 (9/15訂) (續)

護理評估	<p>4.9/25 個案表示：「我現在用助行器越來越上手了，可以在走廊從病房走到護理站，不會跌倒。」觀察個案以助行器在病房外走廊來回練走，評估約 5 分鐘可以走 10 公尺。</p> <p>5.10/3 至復健治療室探視個案，個案得意的表示：「我現在已經可以用四腳拐自己慢慢走，從醫院門口走到復健這邊都不是問題哦。」</p> <p>6.10/21 電話追蹤個案表示：「我固定每星期一、三、五到醫院做復健，而且有空就會用四腳助行器在住家外的騎樓來回練習走路 10-20 分鐘，現在已經走得比較穩了。」</p>
-------------	---

二、知識缺失/與對疾病的自我照護認知缺乏有關 (9/16訂)

主/客 觀資料	<p>主觀資料</p> <p>1.9/15 個案表示：「前次住院護士有跟我說過要量血壓，有頭暈不舒服才會量血壓。」、「我以為有吃藥血壓就會正常，所以沒不舒服就都沒量。」、「上次中風後，有比較少吃肉了，但是吃飯還是喜歡配些醬菜，才有味道。」</p> <p>2.9/16 個案表示：「血壓高不是吃了藥，血壓降了就會正常，為甚麼一定要天天吃？」</p> <p>客觀資料</p> <p>1.9/15 入院時血壓 166/104mmHg，對高血壓自我照護認知錯誤，住院前無固定測量血壓習慣，認為沒有頭暈不舒服就不用量血壓。</p> <p>2.9/16 衛教疾病相關知識時能專注聆聽，但告知需規則服藥時，出現不耐煩的表情。</p> <p>3.9/17 觀察個案個案偏愛鹹食，偶爾會吃案妻購買外食或醃製類食物。</p>
護理目標	<p>1.9/20 個案能表達認同自我照護衛教內容。</p> <p>2.9/23 個案能執行 3 項控制血壓的方法。</p> <p>3.9/25 個案能說出返家後自我照護注意事項 3 項。</p>
護理措施	<p>1.9/16 鼓勵個案表達對疾病的看法，主動了解個案對中風的相關知識的認知程度。</p> <p>2.9/17 提供高血壓用藥重要性衛教單張，強調規則服藥可以控制血壓的重要性，向個案澄清長期規律服藥才能控制好血壓，不是把藥吃完就會好。</p> <p>3.9/17 衛教個案應依醫師的指示每天早、晚飯前吃藥，將血壓控制低於 140/90mmHg，並強調如果沒有按時吃藥，容易因血壓不穩定而再次中風。</p> <p>4.9/18 請案妻購買有清楚標示星期、三餐、睡前的藥品盒，並將藥品依服藥時間分裝好，讓個案能清楚辨識服藥藥物及時間。</p> <p>5.9/18 告知個案罐頭、醃製類食品含鹽量非常高，會造成血壓不穩定，所以盡量不要吃。</p> <p>6.9/18 衛教案妻不要購買太鹹或醃製的食物給個案吃。</p> <p>7.9/19 提供血壓測量記錄本，教導案妻返家後，固定每天早上剛起床及晚上睡前幫個案量血壓，並記錄在紀錄本內，於回診的時候提供給醫師做藥物調整之參考。</p> <p>8.9/19 請營養師衛教低鹽飲食，教導案妻烹調食物時，用固定量匙做控制食鹽用量（約 5 克/天）。</p> <p>9.9/19 教導案妻返家用清蒸、水煮、清燉和涼拌方式烹調食物，可使用醋或蘋果、鳳梨、蕃茄等天然水果增加料理的酸味，可以減少鹽和味精的用量。</p>

二、知識缺失/與對疾病的自我照護認知缺乏有關 (9/16訂) (續)

<p>護理措施</p>	<p>10.9/19 請營養師衛教案妻少烹煮肥肉、豬皮、蹄膀、內臟等油脂及膽固醇較高食物給個案吃。</p> <p>11.9/20 鼓勵個案每日規律的運動，可以從每天 10 分鐘開始，先以溫和的走路活動，習慣後再慢慢增加 10 分鐘，等待肌力及體力漸漸恢復後再增加活動。</p> <p>12.9/21 衛教案妻家裡避免購置醃製的食物，減少個案想吃鹹食的慾望及機會。</p> <p>13.9/21 提醒避免洗澡水太熱，以免因血管鬆弛而在突然站起來的時候血壓快速下降，造成頭暈不適、站不穩的情形發生。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1.9/20 個案表示：「我現在知道要照時間吃藥、血壓才能控制好，藥不能忘記吃。」、「我知道罐頭都比較鹹，吃多了會影響血壓控制，我有叫我老婆不再買罐頭食物，這樣我想吃也不到。」</p> <p>2.9/23 觀察個案可配合量血壓及用藥並做到血壓值紀錄。個案表示：「我都有照時間吃藥，護理師發藥給我，我就會馬上吃下去。」、「出院後我會注意血壓的變化，我打算每天固定早上起床先量血壓，並且記錄起來，之後回診時再拿給醫生看。」</p> <p>3.9/25 觀察個案與案妻一起認真的討論返家後如何自我照顧，個案表示：「回家後每天早上睡醒妳就馬上幫我量血壓，這樣就不會忘記。」、「把藥先分裝在藥盒裡，看格子就知道藥是不是都確定吃了。」；個案叮嚀案妻表示：「回家後，妳把家裡醃製的食物都先丟掉，以後也不要買，這樣我就不會吃了。」</p> <p>4.9/30 電話訪問個案，個案表示：「現在很固定時間吃藥，每天早上太太也都有幫我量血壓，血壓大概都在 120-130mmHg/70-80mmHg 左右。」、「現在都吃很清淡，偶而會想配鹹一點，但家裡不買醬菜，也就不會吃了。」</p> <p>5.10/3 個案回診時前往探視，翻閱個案血壓紀錄表填寫完整，個案表示：「現在已經習慣起床就先量血壓，所以都不會忘記；也有照時間吃藥，也比較不會有不舒服情形。」</p>

三、無望感/與肢體偏癱導致日常生活失去控制有關 (9/18訂)

<p>主/客觀資料</p>	<p>主觀資料</p> <p>S1.9/17 個案表示：「像我這樣一邊手腳沒有力氣，以後生活都要靠別人，活著還有甚麼意義？」</p> <p>2.9/18 個案表示：「左手左腳沒有力氣，做什麼都要別人幫忙，跟廢人一樣。」、「我不是永遠都只能這樣了？」、「沒用啦！左手左腳就是沒有力氣，自己動不了，再做嘛也是這樣。」</p> <p>客觀資料</p> <p>1.9/17 觀察個案言談間心情顯沮喪。</p> <p>2.9/18 觀察個案如廁、吃飯、穿衣都需案妻協助，但什麼事都想自己來，不想依賴別人。於復健時，因無法完全執行復健醫師所教導的動作而感到挫折，表情冷淡。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.9/20 個案能以正向的態度接受復健治療。</p> <p>2.9/22 個案能獨立完成 3 項自我照顧行為。</p> <p>3.9/25 個案能表達對疾病治療預後正向的想法。</p>

三、無望感/與肢體偏癱導致日常生活失去控制有關 (9/18訂) (續)

<p>護理措施</p>	<p>1.9/18 提供隱私無干擾的環境，用輕柔的語調引導個案說出擔憂，及對未來的看法。</p> <p>2.9/18 傾聽個案表達內心期望，提供心理支持，當個案悲傷或哭泣時，可利用握緊手及輕拍肩膀讓個案感受關懷，及對其感受表示同理心。</p> <p>3.9/19 主動陪伴個案，了解個案復健狀況，認同個案的表達與感受並給予正向支持與鼓勵。</p> <p>4.9/19 強調規則復健治療的重要，並告知復健對肢體活動恢復的改善與幫助。</p> <p>5.9/20 鼓勵案妻於每天復健時間陪同個案復健，適時給予口頭鼓勵，增加個案的自信心。</p> <p>6.9/20 介紹中風後復健成效良好的江先生分享復健經驗，給個案加油打氣，提升復健參與意願。</p> <p>7.9/21 與復健師共同討論個案復建進度，並讓個案提出自認為應加強的復健項目。</p> <p>8.9/21 和案妻討論及評估在穿脫衣服、如廁、洗澡等日常活動中，個案能力可完成的範圍內，讓個案盡量自己完成，無法達成的部分，再給予協助，增加自我控制感。</p> <p>9.9/21 與案妻共同討論個案已可自己執行的日常生活功能，減少案妻對個案的過度保護，增加個案自信心。</p> <p>10.9/22 當個案自行執行自我照顧活動時，給予充足的時間，並隨時給予鼓勵與肯定。</p> <p>11.9/22 每天利用5-10分鐘陪伴個案復健活動，讓個案感受到關懷及支持，並適時地加油打氣。</p> <p>12.9/23 請出院準備服務護理師提供住家可就近復健的醫療院所資料，供出院後復健計劃選擇。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1.9/20 個案表示：「我希望自己可以恢復到自己照顧自己，不用甚麼事都要麻煩別人。」、「我現在能做的就是好好努力復健，讓左手左腳可以早一點有力氣，才不會拖累家人。」</p> <p>2.9/22 個案語氣平穩、神情自然表示：「我覺得我的左手左腳一直在進步、變的有力氣，越來越有信心。」、「復健後，左手有比較有力氣，左手現在已經練習到可以自己拿牙杯跟湯匙。」；觀察個案可自己用右手握湯匙、以吸盤碗固定於桌上獨立進食，覺得熱會自行脫下外套，下床時可以自己穿鞋子。</p> <p>3.9/25 個案表示：「現在要每天努力復健、就會慢慢好的，我要有耐心。」、「手腳變的有力氣，讓我覺得有信心，可以不用一直依賴家人，心裡就不會怕怕的。」；案妻表示：「我先生現在不會再說自己沒用，反而主動說要去復健，看他這樣的變化，真的很開心。」</p> <p>4.10/21 電話訪談時，個案表示：「這次生病住院，家人都這麼愛我、照顧我，我真不應該講那些放棄的話，我一定要好好的努力復健，讓自己可以照顧自己，不要成為家人的負擔。」</p>

討論與結論

本文為一位77歲男性個案，因對高血壓知識缺失、認知不足，血壓控制不理想，引發再次腦中風，導致左側肢體偏癱，日常生活活動需仰賴他人協助，引發負向想法，出現無力感健康問題。護理過程中，運用文獻[8-10]提及給予個案關懷，提供個別性照護，教導日常生活功能訓練，並鼓勵個案

及家屬共同參與復健照顧訓練計畫，使個案發揮肢體最大可用之功能。運用文獻[4,12]提及，適當地提供疾病相關資訊，血壓的控制及飲食衛教，提升疾病照護認知，進而學習自我照護技巧。又透過陪伴、傾聽與關懷，提升個案復健與學習自我照顧之動機，適時的給予情緒抒發與支持，並運用家庭支持系統及正向鼓勵，使個案肯定自己存在的價值，

增強其自信心，改善無望感，與文獻[4,14]所提出相符。

照護期間，本病房無設計適合年長者之衛教單張，而案妻因認知有限，透過文字敘述的衛教單張，需反覆衛教，且不斷地確認案妻相關知識認知程度，花費較多時間。建議往後衛教單張製作能以圖片輔助，且避免太複雜的字眼，淺顯易懂的衛教單張，以利年長者學習。在復健訓練下，個案能主動積極配合復健活動，肢體活動力明顯進步；透過出院準備服務提供個案可運用之相關資源，轉介門診復健計畫，於出院的一到三個月內，固定每週一、三、五回診復健，獲得持續性照護。而經由此照護經驗，瞭解到腦中風病人及家屬在住院期間要學習及適應的事物很多，照護技巧學習成效因人而異。而透過跨領域團隊照護，提供醫療健康照護資源，使主要照顧者能在出院前學會正確的照顧技巧，經由出院準備服務與家屬的共同合作，協助病人解決出院之後續照護問題，獲得持續性的照護，提升照護品質。

參考文獻

1. 衛生福利部：107年度殘障死因統計。2018。Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-4472-113.html>
2. 林欣怡、方美玲、孫美華：以歐倫自我照顧理論照護一位獨居腦中風患者之護理經驗。長庚科技學刊 2014；20：119-130。
3. 姚雅惠、李春綢、謝春滿：運用Watson理論於老年腦中風無望感患者之護理經驗。長庚護理 2015；26（4）：471-481。
4. 馮容芬、李惠玲、方又圓等：神經系統疾病之護理。劉雪娥總校閱。成人內外科護理下冊。台北市：華杏。2016：126-148。
5. 孫瑜：腦中風與週邊動脈疾病。台灣腦中風學會會訊 2015；22（1）：7-9。
6. 台灣腦中風學會：腦中風危險因子防治指引。2015。Retrieved from <https://www.stroke.org.tw/GoWeb2/include/index.php?Page=3>
7. 林志明：腦中風患者的血壓如何降。彰基院訊 2018；2：10-11。
8. 翁淑敏、林瑞青、林琦峯等：提升急性腦中風病人肌力之護理專案。源遠護理 2018；12（1）：36-45。
9. 陳豫中、洪榮斌、吳明修：急性後期整合照護-腦中風。奇美醫訊 2018；122：22-24。
10. 韓德生、林家瑋、盧璐等：台灣腦中風復健治療指引。台灣復健醫誌 2016；44（1）：1-9。
11. Kessler D, Egan M, Kubina L: Peer support for stroke survivors: a case study. *Biology Medical Central Health Services Research* 2014; 14(1): 256.
12. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al.: Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke* 2014; 45(7): 2160-2236.
13. Rodgers H, Price C: Stroke unit care, inpatient rehabilitation and early supported discharge. *Clinical Medicine* 2017; 17(2): 173-177.
14. 陳妙菁、李淑真、熊德筠：一位初次腦中風病人復健過程之護理經驗。弘光學報 2015；76：15-26。
15. 鄭建興：急性缺血中風的治療。北市醫師公會會刊 2017；61（6）：32-36。

Experience of Nursing a Patient with Recurrent Stroke

Mei-Ling Ting¹, Chai-Yuan Lee³, Yu-Cheng Chen¹, Chia-Yu Chen¹, Tung-Hua Chiang²

Department of Nursing¹, Neurology², Cheng Chen Hospital;

Chung Shan Medical University Hospital, Chung Shing Branch, Chung Shan Medical University³

Abstract

The experience of nursing a patient with recurrent stroke was discussed in this article. The patient's condition case was caused by their lack of knowledge on hypertension and a poor blood pressure control. The recurrent stroke made the patient experience weakness on the left side of the body, which led to further consequences in their daily life, including physical and mental exhaustion. Data were collected through observation, interviews, direct care, and physical assessment during the nursing period from September 15 to 26, 2018. The results were evaluated using Gordon's Functional Health Patterns Assessment. Three concerns of the patient were raised during the nursing period: "impaired physical mobility", "deficient knowledge", and "hopelessness". Different nursing care methods, such as listening, companionship, and demonstrating care were provided and used to establish a good nurse-patient relationship. Rehabilitation plans were provided in accordance with medical treatment. In order to improve physical function, the patient was encouraged to adopt both active and passive total joint exercises in the early stage of the rehabilitation process. The patient's disease care awareness was promoted through providing treatment-related information, educating on the importance of following the importance of medication and treatment adherence, regular blood pressure measurement, and advising the adoption of a low-salt diet. We further assisted the patient to overcome the issue of weakness in the left limbs and encouraged the expression of the patient's feelings, thus improving both motivation for rehabilitation and treatment participation to promote physical recovery. We encouraged the family members to provide support to the patient which could increase the positive attitude of the patient towards the disease, enhance self-control and self-confidence, reduce feelings of hopelessness, and improve quality of life. We recommend that when caring for such patients, in addition to providing individual rehabilitation training and making timely adjustments to this, nursing providers should also pay increased attention to the psychological adjustment of patients to their health condition, guide and support them in maintaining positive attitudes during the rehabilitation process, and help rebuild their self-confidence. (Cheng Ching Medical Journal 2021; 17(3): 67-76)

Keywords : *Stroke, Impaired physical mobility, Hopelessness, Knowledge deficiency*

Received: June 2020; Accepted: August 2020