

穆佩芬 賀倫惠 張丞清  
韓慧美 黃子珍 梁靜娟  
楊淑華 蘇瑞源 吳富美  
林淑女 黃淑鶴 曾芸敏  
林惠如 黃廷宇 郭紡瑄

**實證導向 護理指引**

**中風評估 關鍵照顧**

**再創中風個案主要照顧者的契機**

**照顧與指導**

再創中風個案主要照顧者的契機的照顧及指導

目錄

第一章 簡介	1
第一節 範圍	1
第二節 指引目的	4
第三節 發展此教案指引的過程	5
第四節 教案指引的重要性	10
一、中風失能者居家照顧與機構照護的現況	10
二、韌力與家庭韌力	14
三、中風介紹	16
1. 中風定義	16
2. 中風分類	20
四、家庭主要照顧者	23
1 誰是家庭的主要照顧者	23
2.家庭主要照顧者的角色與功能	23
3.家庭主要照顧者的需求與現況	24
五、此議題的重要性	25
第二章 主題理念與重要性	27
第一節 理念與原則	28
一、國際之主要照顧者理念及政策	28
二、主要照顧者的需求	32
第二節 概念架構及主要概念的定義	33
第三章 評估	39
第一節 中風病患之功能評估	39
一、認識中風症狀	39
二、個案評估神經功能	43
三、認知功能(記憶缺損)	47
四、身體功能評估	50
五、合併症評估	52
六、憂鬱評估	59
七、中風後整體評估	62
第二節 主要照顧者與家庭評估工具	67
一、主要照顧者需求評估	67
二、家庭功能評估	70
三、主要照顧者與家庭韌力評估	77
四、主要照顧者心理幸福感之評估	81
第四章 常見的照顧問題與照顧目標	86

第一節 常見的照顧問題：中風個案的主要照顧者需求	86
一、資訊的需求	86
二、心理健康的需求	87
三、社會角色的需求	87
第二節 照顧目標	88
第五章 照顧團隊	89
第六章 建立照顧措施計畫	93
第一節 提升主要照顧者及家庭韌力之照顧與指導計畫	93
第二節 主要照顧者資訊需求	97
一、認識中風症狀的照顧與指導計畫	97
二、中風個案二級預防的處置照顧與指導計畫	99
三、簡易病人照護緊急狀況處理與指導計畫	103
四、恢復照顧與指導計畫	108
(一) 主要照顧者的自我管理照顧與指導計畫	108
(二) 中風個案的自我管理照顧與指導計畫	110
1. 認知復健照顧與指導計畫	110
2. 中風個案身體復健照顧與指導計畫	112
第三節 主要照顧者情緒需求	116
一、主要照顧者心理健康的照顧與指導計畫	116
二、主要照顧者正向情緒的照顧與指導計畫	119
第四節 主要照顧者社會參與需求	125
一、促進主要照顧者社會角色的照顧與指導計畫	125
二、可以應用之社會資源	128
第七章 照護成效評值	133
第一節 成效指標	133
一、改善主要照顧者需求	133
二、促進主要照顧者幸福感	134
三、促進主要照顧者及家庭之韌力	134
四、改善家庭功能	134
第八章 參考資料	135

## 圖目錄

圖 1.1. 方案指引發展過程示意圖	6
圖 1.2. 中風失能比例	11
圖 1.3. 長照照顧政策	13
圖 1.4. 雲霄飛車模式，韌力模式	15
圖 1.5. 家庭調適與調整模式	15
圖 1.6. 中風的臨床分類	22
圖 2.1. 再創中風個案主要照顧者的契機概念圖	33
圖 3.1. Calgary 家庭評估與介入措施模式內涵	71
圖 6.1. 社交網絡提升主要照顧者韌力	96
圖 6.2. 氣切管滑脫緊急處置	105
圖 6.3. 導尿管阻塞或滑脫緊急處置	106
圖 6.4. 鼻胃管組塞或滑脫緊急處置	107

## 表目錄

表 1.1. 護理之家的照護信念與策略	2
表 1.2. 出血性中風或顱內出血的分類	19
表 2.1. 主要照顧者之長照政策中的理念與原則	28
表 2.2. 建構安全居家照護環境的原則	29
表 2.3. 中風後連續性照護的建議	30
表 3.1. 中風危險因子	40
表 3.2. 中風診斷評估工具	41
表 3.3. 辛辛那提到院前中風量表	42
表 3.4. 洛杉磯到院前腦中風評量表	42
表 3.5 格拉斯哥昏迷量表	44
表 3.6. 高等皮質功能評估	46
表 3.7. 簡易心智狀態問卷調查表	48
表 3.8. 知能篩檢測驗	49
表 3.9. 巴氏量表	51
表 3.10. 中風後的後遺症和常見合併症	54
表 3.11. 吞嚥困難的症狀和徵象	58
表 3.12. 中風後相關憂鬱評估量表	61
表 3.13. 中風後查檢表	63
表 3.14. 中風病患主要照顧者需求量表	69
表 3.15. 不良/中度/理想的心血管健康之定義	84
表 6.1. 主要照顧者韌力提升策略	101
表 6.2. 常見緊急狀況處理	104

# 第一章 簡介

## 第一節 範圍



中風會改變一個人及整個家庭生活。常常導致病患功能的障礙是很難解決的，這可能影響到恢復期的延長。中風患者及其家屬一致表示出院後的日子是一個充滿壓力與挑戰的階段，因為每位都需要適應新的角色及學習新的知識與技能。個案與其家屬返家後或個案進住機構後需要重新建構社會、情緒與實際的支持。尤其對於返家後與家屬一起生活的個案存在著與恢復生活、重返工作及相關休閒活動的挑戰。此外，因著個案的對於因為特殊照顧需求入住護理之家的長者及主要照顧者經歷了居住轉型，及家庭擴延(family boundary)的改變，家庭的生活界限由原生家庭擴展包含了護理之家，中風個案除了家庭中的主要照顧者外，也增加了更多時間共處的醫療系統中的護理師及健康相關人員。家庭的主要照顧者有其資訊上、情緒上及社會上的需求。因此，傾聽是了解主要照顧者需求的重要護理評估與照護能力。



### 一、護理師的角色與功能。

提供居家護理的護理師需能有效的評估中風個案的情況(強處與危險因子)，及家庭主要照顧者及家庭韌力(強處與危險因子)，確認出主要照顧者需求，提供照顧與衛教指導。若建立了信任關係，有的案家會將護理師視為家中的一份子。

護理之家的護理師因個案的家庭界限 (family boundary) 擴延，更需秉持「視病猶親」的觀念，除了擔任中風個案的主要照顧者，成為該家庭的「夥伴關係」，讓中風個案可以接受到專業高品質的照顧，也是中風個案與家庭間的溝通橋樑及代言人，讓家庭主要照顧者能了解與適切的扮演家庭的主要照顧者，也提供中風長者及家庭的主

要照顧者一個溫暖的家庭的環境與感受。

界限(boundary)在物理性例如牆壁或圍欄。家庭界限是結構與關係的概念。家庭界限(family boundary)來自家庭結構理論(family structure theory)(Minuchin, 1974)。是著眼於區別某人與家庭獨特的認同(identity)，凝聚力(cohesion)及心理健康(自尊等)(Ávila, Cabral, & Matos 2012; Gorall & Olson, 2006)。因此，當中風個案入住護理之家，個案的家庭成為一擴延家庭，護理之家的專責護理師成為此家庭的新的夥伴，被家庭認同為其中風長者在護理之家的主要照顧者。同時，護理之家也是一個大家庭，創造一個長期的「家庭氛圍」環境，讓入住長者及其家人都有對此機構的「家庭認同」。因此，護理師需以「視病猶親」的態度，將護理之家經營成一個大家庭，讓長者及其家人都對此機構有「家庭認同」，並帶領與創造此機構的凝聚力，使入住長者及其家人都能有自尊與正向的心理健康（見表 1.1.）。

表 1.1. 護理之家的照護信念與策略

護理之家的護理師信念	照顧策略
<ol style="list-style-type: none"><li>家庭界限擴延 (family boundary)</li><li>家庭界限照顧重點<ol style="list-style-type: none"><li>家庭認同</li><li>凝聚力</li><li>心理健康 (自尊)</li></ol></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>健康與愉悅的大家庭</li><li>創造一個「家庭氛圍」環境，產生「家庭認同」</li><li>「視病猶親」的態度：個案與其家人能「家庭認同」、「凝聚力」、「自尊與正向的心理健康」</li><li>夥伴關係<ol style="list-style-type: none"><li>主要照顧者</li><li>專業高品質照顧</li><li>個案與家庭間溝通橋樑</li><li>協助主要照顧者適切地扮演家庭的主要照顧者</li></ol></li><li>溫暖的大家庭環境</li></ol>

中風後，患者、家屬和主要照顧者通常面臨多種的生活變化和挑戰，因為對中風患者及主要照顧者來說，復原是一個困難且混亂的過程。主要照顧者是個案恢復的關鍵，也是家庭重要的核心支柱。這個方案指引是要幫助居家護理師及護理之家護理師去學習如何強化中風病患主要照顧者韌性，能協助個案恢復與預防再次中風並提升家庭功能的照顧與指導。因此，本方案指引統整相關學理與實證資料，乃是以中風個案的主要照顧者的需求為核心，針對照顧重點 (point-of-care)所發展之提供強化家庭韌力為導向，以協助主要照顧者改善需求，及改善生活品質所發展的方案指引。此指引作為發展 20 小時的培育課程的教學指引，此指引包含：

- (一) 主要照顧者需求
- (二) 健康照顧過程
- (三) 常用工具評估
- (四) 常見照顧問題與目標
- (五) 照護成效評值

## 第二節 指引目的



本照護指引的目的為提供居家照顧及護理之家的護理師，促進中風病患主要照顧者韌性的照顧與指導。並強調護理之家護理師的家庭擴延概念，成為家庭的「夥伴關係」。因此，本方案指引乃是以中風個案的主要照顧者的需求為核心，針對照顧重點 (point-of-care)所發展之 提供強化家庭韌力為導向，以協助主要照顧者改善需求，及改善生活品質所發展的方案指引。



### 第三節 發展此方案指引的過程

衛生福利部護理暨健康照護司為了強化機構護理的照顧品質，規劃了此臨床照護及指導培訓計畫。此計畫由國立陽明大學台灣實證卓越中心穆佩芬教授帶領執行。本計劃設計了 10 組護理機構之護理師常用及應學習的重要主題，期望能以實證為基礎，強化進階護理師的臨床照顧能力，完成 10 組臨床照護指引。進而將此 10 組的臨床照護指引的內容，每組均設計成 20 小時的培訓課程教案，各組並實際培訓兩場，每場 30 位個人設置的護理機構負責人執行。

本方案指引為再創中風個案主要照顧者的契機的照顧及指導之方案指引。發展過程分為專家教練團隊共識會議與種子教師團隊兩大部分同步進行。

專家教練團隊為 10 組主題的負責教練。第一次共識會議是“訂定課程架構與內涵”，內容包括「課程架構 PICO」、「教案教材格式」和「確定應用 JBI 實證等級」；第二次會議是為教練能力準備，包括「NP 核心能力」、「自我導向學習」和「實證概念與應用」的研討會；第三次進行教練核心會議進度分享；接著第四次會議設計種子教師培育課程，培育課程包括「共同課程」、「數位課程」和「專業課程」等部分；接著進行課程的推動，包括「五區 MOU 合作方式」和「課程推動與評值」。

本指引的種子教師團隊，共 12 位共同進行方案指引發展與課程設計及執行。首先「確定主題方向與內容」，包括「專家共識會議」、「問卷調查」、「給付與評量」和「核心能力」；其次是「種子教師培育課程」，包括「自我導向學習」、「實證概念與應用」、「OSCE」、「教案設計與書寫」和「專業課程」；接著是「查詢 JBI 與其他資料庫的實證臨床指引」，包括從「理論或概念」、「臨床指引」和「系統文獻回顧」等方面進行實證評價及專家共識；再來是「查詢主題相關內容」，包括「評估介入措施及成效評值」

和「評估量表專家效度」；最後是「種子教師共識會議」，包括「確認方案指引書寫」、「教與學的方式」、「指引本土化共識會議」和「發展教材內容」。

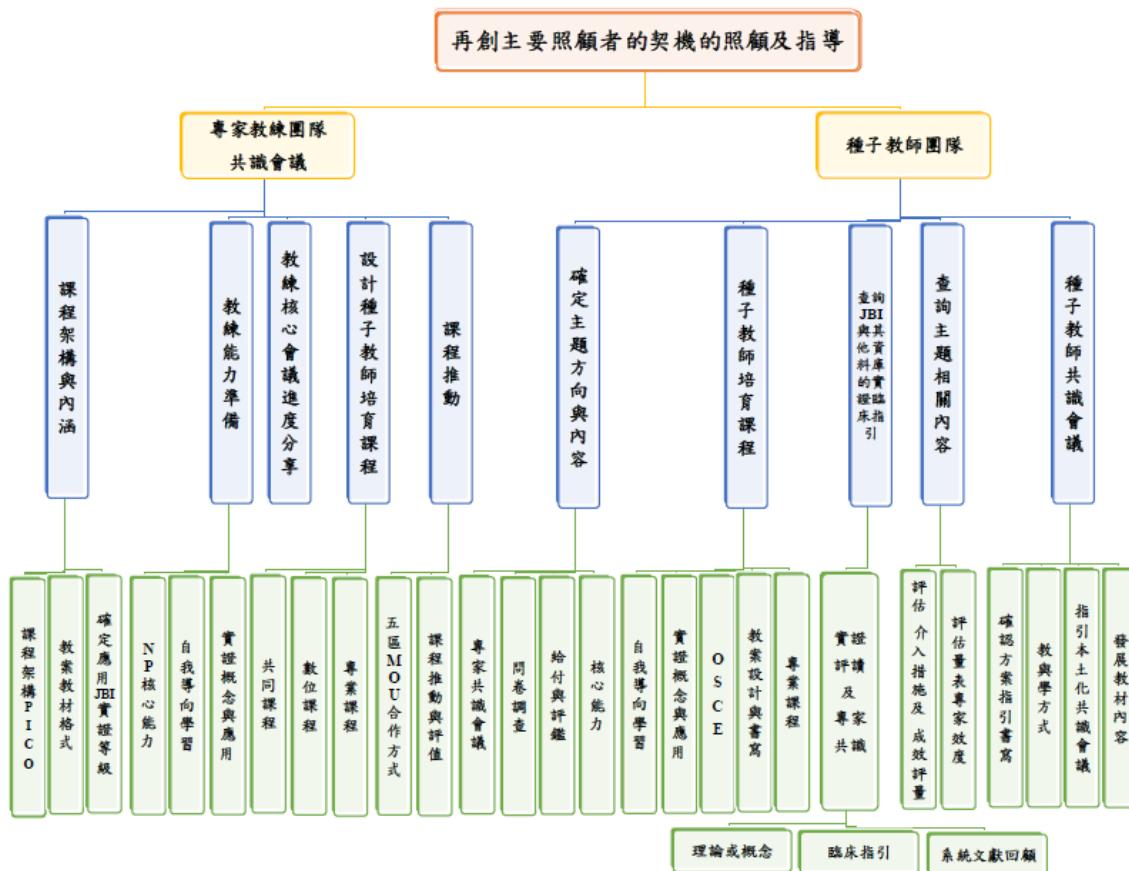
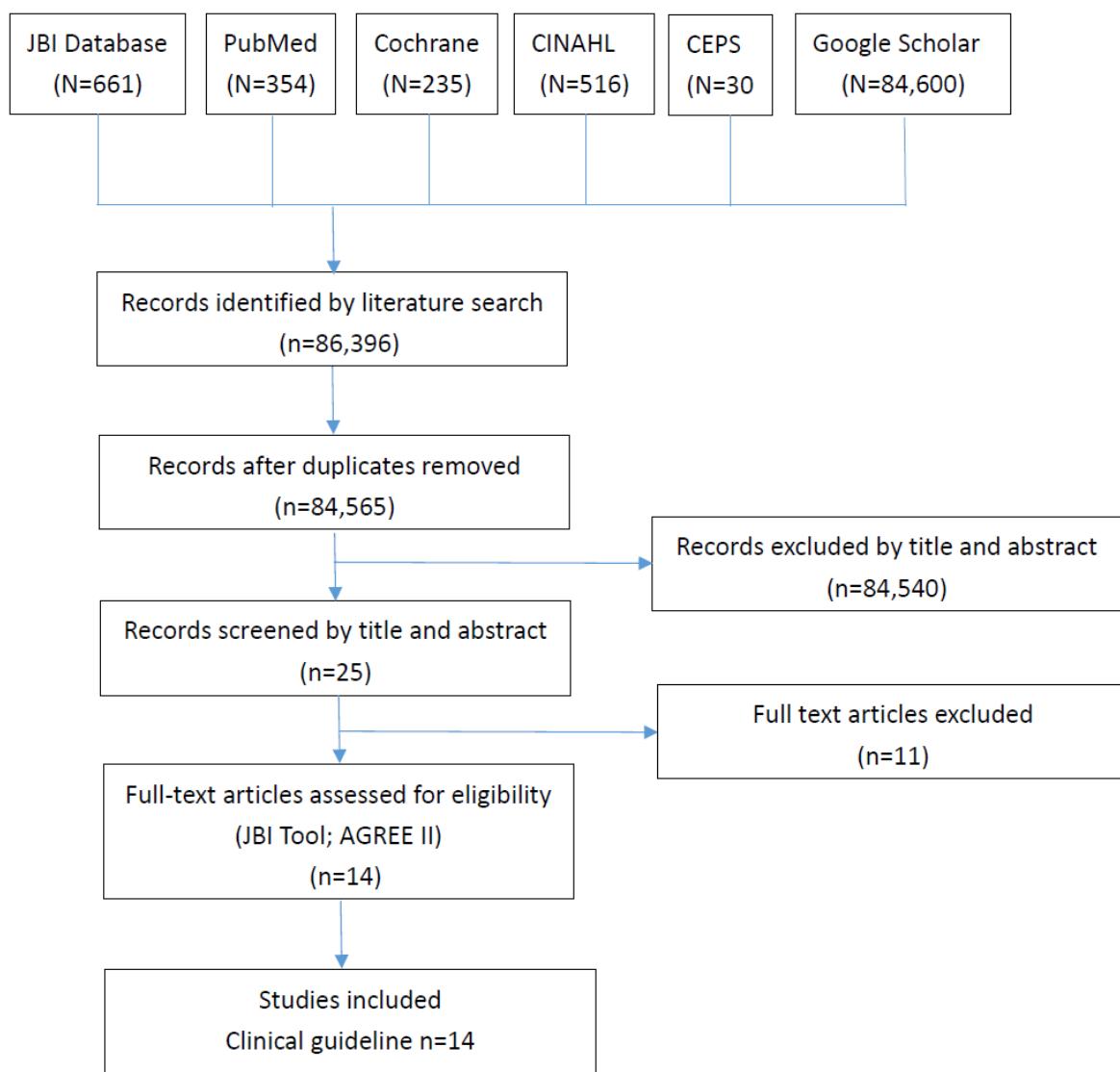


圖 1.1. 方案指引發展過程示意圖

本方案指引包含理論與實證。除查詢最新的理論概念，並應用系統文獻回顧資料查詢策略搜尋重要資料庫之 clinical guidelines 或 evidence summary 之最佳文獻證據。包括： Joanna Briggs Institute - JBI、Cochrane Library、Medline、PubMed、UpToDate、DynaMed、Best Practice、EBSCO 及 Google Scholar、Best Practice Guidelines、華藝中文電子期刊、臺灣博碩士論文系統、臺灣期刊論文索引系統等資料庫。資料蒐尋結果共 14 篇臨床指引，如圖一。



本方案指引所使用的實證等級乃採用為 Joanna Briggs Insititue (JBI)的實證等級 (JBI, 2014)。如下：

---

#### **Joanna Briggs Insititue (JBI)的實證等級**

---

等級 1	實驗設計
等級 1.a	RCT 之系統性文獻回顧
等級 1.b	RCT 和其他研究設計之系統性文獻回顧
等級 1.c	RCT
等級 1.d	偽 RCT
等級 2	類實驗設計
等級 2.a	類實驗研究之系統性文獻回顧
等級 2.b	類實驗研究和其他低階研究設計之系統性文獻回顧
等級 2.c	類實驗前瞻性對照研究
等級 2.d	前後測或歷史性/回顧性對照組研究
等級 3	觀察法-分析設計
等級 3.a	可比較的世代追蹤研究之系統性文獻回顧
等級 3.b	可比較的世代追蹤研究及其他低階研究設計之系統性文獻回顧
等級 3.c	含對照組世代追蹤研究
等級 3.d	個案對照研究
等級 3.e	無對照組觀察法研究
等級 4	觀察法-描述性研究
等級 4.a	描述性研究的系統性文獻回顧
等級 4.b	橫斷式研究
等級 4.c	病例研究
等級 4.d	個案研究
等級 5	專家意見與實驗台研究
等級 5.a	專家意見的系統性文獻回顧
等級 5.b	專家共識
等級 5.c	實驗台研究/單一專家的意見

---



本方案指引所使用的指引建議等級乃採用為 Joanna Briggs Institute (JBI) 的實證建議等級 (JBI, 2014)。

### Joanna Briggs Institute 實證建議等級

<b>A 級</b>	對某種健康管理策略,符合下列條件即給予“強(strong)”的建議： (1) 策略的期望效果超過不良效果是明確的; (2) 有充足品質的證據支持其使用; (3) 對資源使用有益或沒有影響; (4) 顧慮到病人價值觀,偏好和經驗。
<b>B 級</b>	對某種健康管理策略,符合下列條件即給予“弱(weak)”的建議： (1) 策略的期望效果似乎超過不良效果,然而不是明確的; (2) 有證據支持其使用,然而可能不是高品質的; (3) 對資源使用有益,沒有影響或影響最小; (4) 或多或少顧慮到病人價值觀,偏好和經驗。

參考資料：Joanna Briggs Institute (2014). JBI levels of evidence. Retrieved from <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>

本指引所列出的實證建議內容均經過本組專家共識會議，針對每一個建議於國內機構護理照顧過程中的可行性進行審視，若對使用性上或可行性上有疑慮，進行討論並進行降階或刪除。

## 第四節 教案指引的重要性

### 一、中風失能者居家照顧與機構照護的現況



根據衛福部 105 年十大死因統計顯示，腦血管疾病是台灣十大死因的第四位，平均每 44 分鐘就有 1 人死於腦中風。除了致死率外，最令人擔心的是中風引起的失能。中風是成人失能的主要因素，同時也是 65 歲以上醫療費用第二高的疾病，對照護系統帶來相當大的負擔。在 105 年，大約有 561,608 人因腦血管疾病就診，有 11,860 位中風患者發生在 65 歲以上。除了急性期的早期治療，進入亞急性期的照護目標是回復日常生活功能，及部分患者因失能而有長期照護的需求(衛福部，2017)。

以健保資料庫分析，國內校正年齡後的中風發生率在 2005 年至 2011 年間約為七分之 1.49 至 1.33，其中以腦梗塞是千分之 0.88 至 0.82，腦出血則為千分之 0.33-0.27。至於中風的死亡率，在 1981 年至 2005 年間，從十萬分之 262.5 降到 101.06。缺血性腦中風的死亡率從 45.80 降到 10.5；腦出血從 93.78 降到 34.06(邱，2015)。



按照台灣中風登錄資料庫，初發中風病人在中風一個月後的失能比例是 61.2%、三個月是 55.58%、半年是 51.72%，其中缺血性中風或暫時性腦缺血發作的失能比例在發病後一個月是 57.46%，半年後為 48.45%；出血性中風的失能比例在發病一個月是 77.21%，半年為 66.77%。不論哪一類型中風，中風後一個月或三個月跟出院相比，都有約一半的中風患者呈現功能沒有改變的狀態(圖 1.2.)。

缺血性中風在第一個月變好的比例比出血性高，第三個月跟六個月跟出院比變好的比例兩者接近，但出血性中風病人功能維持不變的比例隨時間下降，中風後六個月跟出院時的功能相比變壞的比例是 21.80%，缺血性為 13.76%。以巴氏量表評估，

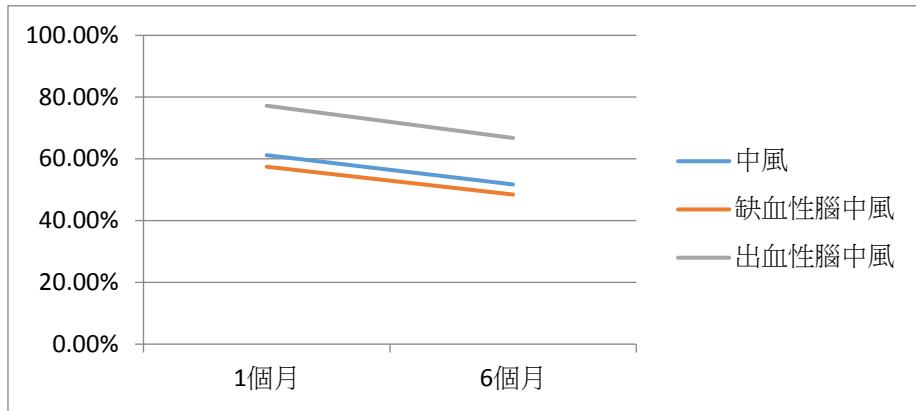


圖 1.2. 中風失能比例

中風一個月後整體患者輕度依賴或完全獨立的比例是 52.85%，三個月後升高為 60.97%，6 個月為 65.72%，其中缺血性中風輕度依賴或完全獨立的比例從中風一個月後到六個月都比出血性中風的比例高，在中風後六個月，缺血性中風患者中度與重度依賴的比例為 14.9% 與 17.12%，出血性則分別為 18.21% 以及 26.98%。而不同出院安排的患者依賴程度也不同，回到住家的患者中，中風半年後的中度與重度依賴的比例為 16.7% 與 18.7%，在長期照護機構的則是 7.7% 與 89.9% (邱，2015)。

發病一年內，51% 中風病人會面臨任何原因的再住院或死亡。健保署自 2014 年開始推動急性後期之醫療照護模式(Post-Acute Care, PAC)試辦計畫，迄今分別以提升急性後期照護品質以及整合性支付制度品質為主題，均以腦中風病人為主。主要目的是促進體系的垂直整合，能夠落實急性期、急性後期、慢性期之銜接，確保照護之連續性。另外也希望透過對失能治療黃金期之病人給予積極性、整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。而結案後的後續照護方式，主要以門診復健為最多(61%)，其次為居家自行復健(21%)，全部的結案患者有 86% 是穩定跟快速進步。至於長照需求，在結案時 62% 無長照需要，28% 取得諮詢管道，4% 轉到長照照管中心，另外有 5% 則是轉介到其他社福資源(衛福部，2014)。



研究指出，主要照顧者是非主要照顧者四年後死亡風險高出 63% (Schula & Beach, JAMA, 1999)。中風個案、家庭，與照護體系在護理機構照護中是環環相扣的。此外照護品質也是受到被照顧者照顧者及照顧情境所影響(Schumacer et al., 1998)。

衛生福利部 106 年對老人狀況的主要照顧者進行調查，個案與主要照顧者同住的有 91.68%。主要照顧者與個案是配偶或同居人的關係佔 35.18%，是子女關係佔 44.35%。我們應如何協助主要照顧者能提供個案好的照顧成效及自己能有好的生活品質？是否能正向的看待家有中風長者的生活處境與意義？在護理人員提供專業照顧時，是否能看見主要照顧者及其家庭的韌力與強處，予以強化並借力使力，在正向的能量循環中生活與成長。

因此，本方案指引將以（家庭）韌力為核心主軸，將此思維應用於護理的評估、確立需求，及提供照顧與衛教中，而達到成效。

長期照護是針對失能個人(其身體或心智功能受限制，持續至少六個月，且日常生活需要他人協助)提供家務、行動、飲食及身體衛生的協助、以及復健、護理等服務，以維持或恢復其功能自立。國內的長期照顧服務制度化發展自第一階段 97 年啟動的長照十年計畫開始，以逐步規劃建構完整長期照顧服務體系，強化長期照顧服務所需各項的軟硬體基礎建設，將分散在不同行政體系所實施的長照服務及其資源加以整合，逐步充實服務人力及建置相關的設施，開發地方化、多元化服務資源及提升其服務品質。長照十年計劃(簡稱長照 1.0)的服務對象是經縣市照顧管理中心評估日常生活活動功能(ADL)或工具性日常生活活動功能(IADL)，日常生活需他人協助之失能者。目前進入推動長照服務網及長照服務法的第二階段(長照 2.0)，行政院於 105 年 12 月核定，並自 106 年 1 月實施，以回應高齡社會的著照問題(長照政策專區，2018)。



圖 1.3. 長照照顧政策

長照計畫 1.0 服務對象包括(1)65 歲以上老人，(2)55 歲以上山地原住民，(3)50 歲以上身心障礙者，(4)65 歲以上僅 IADL 需協助之獨居老人。於長照 2.0 之服務對象除了 1.0 服務對象外，又廣大納入(1)50 歲以上失智症患者，(2)55-64 歲失能平地原住民，(3)49 歲以上失能身心障礙者，(4)65 歲以上 IADL 失能之衰弱老人。根據長照服務法將長照服務提供方式區分為居家式、社區式、機構收住式及其他經中央主管機關公告之服務方式。居家式是指由長照人員到宅提供服務；社區式是指於社區設置一定場所及設施提供服務；機構收住方式是指以全日容留受照顧者之方式提供服務(邱，2015)。



放眼國際，美國有家庭照顧支持方案(National family caregiver support program (2002)提供各州對主要照顧者能協助社區老人的個案，盡可能的能居家照顧的心理諮詢和教育、訊息、喘息、諮商、資補充性服務及經濟等支持。另有家庭照顧者聯盟(Family caregiver alliance; FCA)其為一以社區為導向的組織，針對罹患阿茲海默症、中風、巴金司症候群、腦傷及其它失能個案的主要照顧者的服務及研究團體。他們相信這些不同疾病的個案的主要照顧者均經歷著被隔離資訊不足社區資源缺乏及家庭角色重大改變的共同經驗。Amerian Society on Aging (2019)也彙整了 25 個主要照顧者組織的資訊。加拿大政府

(Sant Elizabeth Health Care, 2019)也有對主要照顧者的經濟支柱及減少稅收與健保的支持政策。陳、陳、游(2016)年指出國外報告呼籲：當家庭照顧者提出求救訊息時，相關單位應立即給予評估、且規律的評估能協助政府單位篩檢出高負荷的家庭照顧者(Family Caregiver Alliance, 2006)，因此，需有家庭照顧者支持服務以創造三贏的長照體系。我國長期照顧法於 2015 年 5 月 15 日，正式將家庭照顧者支持服務納入長照體系政策規劃。



## 二、韌力與家庭韌力

韌力 (resilience) 源自於拉丁字「resilire」，是彈回和跳回之意。韌力的組成包括危險因子與保護因子，韌力是危險因子與保護因子動態互動，達到平衡時的過程。換言之，在生活適應的「過程」，確認危險因子與保護因子相互作用的動態機制，而期望能達到一個平衡，強調韌力是可學習，進而成為護理介入措施 (Sadler, Sarre, Tinker, Bhalla, & McKevitt, 2017；O'Sullivan, Fahim, & Gagnon, 2018)。

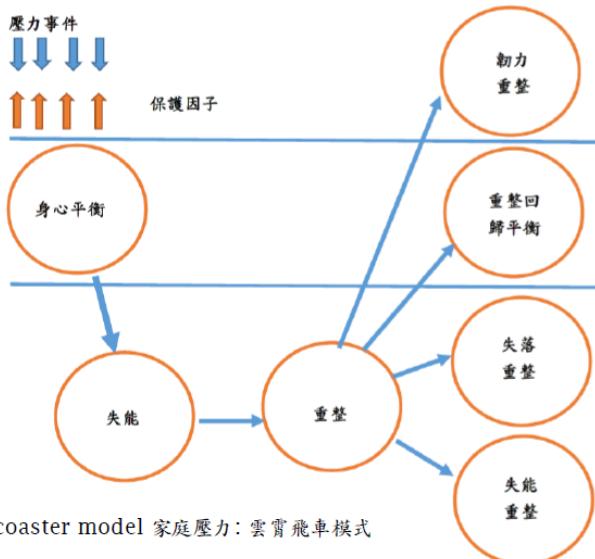
健康照護領域，韌力應用於個人與家庭的危機因應過程，家庭的韌力也包含了個人的韌力組成。我們平常有著韌力達到平衡的狀態生活著。當有巨大的壓力或危機來襲時，心理社會的危機調適的過程，此為一個家庭壓力模式或稱為雲霄飛車模式 (Roller-coaster model, Hill, 1949; Koos, 1946)。因著巨大的壓力危機事件，保護因子開始運作，原來的身心平衡狀態，造成失能，但人及家庭是有韌力的，開始重整的過程，有的家庭恢復可達四種不同狀態：失能重整、失落重整、重整回歸平衡，及韌力重整 (見圖 1.4 雲霄飛車模式，韌力模式)。

於家庭壓力與調適歷程，個人與家庭的需求(問題)是危險因子，個人與家庭的能力

或資源為保護因子，合併了與疾病事件的意義(meaning)動態互動的結果，可能造成危機

或是朝向達到一個平衡的恢復過程。(見圖 1.5. 壓力調適與韌力模式)

## 韌力模式



Family stress model: Roller-coaster model 家庭壓力：雲霄飛車模式  
(Hill, 1949; Koos, 1946)

圖 1.4. 雲霄飛車模式 (韌力模式)

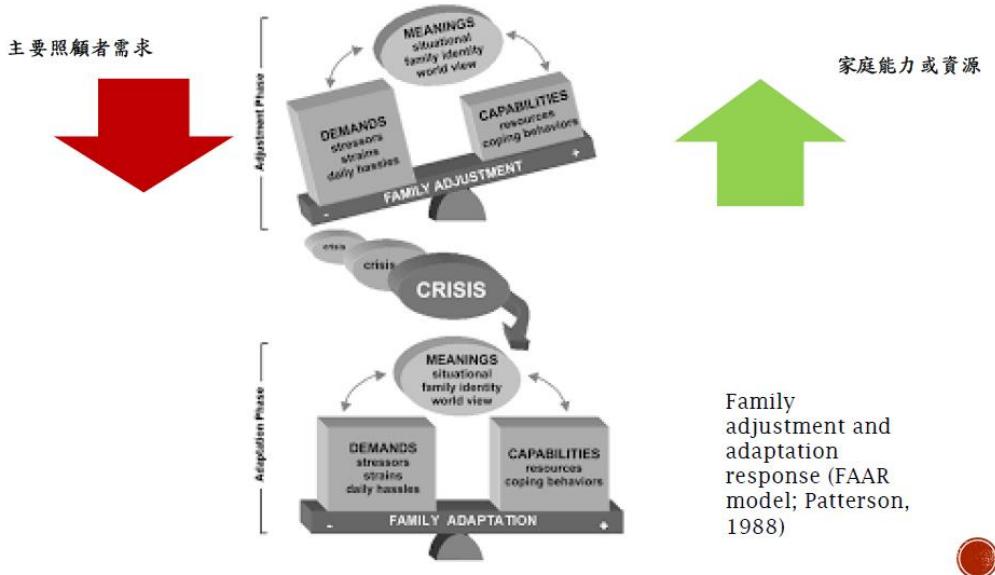


圖 1.5. 家庭調適與調整模式 (Patterson, 1988)

### 三、中風介紹

#### (一) 中風定義



中風(Stroke)，又稱作腦血管事件(cerebrovascular event, CVE)、腦血管意外(cerebrovascular accident, CVA)或腦血管疾病(cerebrovascular diseases, CAD)。依據腦部損傷的發展將中風分為兩種主要型態：缺血性(Ischaemic)，佔 85%；出血性(Haemorrhagic)，佔 15%。前者是腦部某個區域缺乏腦血流；後者血管破裂致血管外血液溢出。不論是出血性或缺血性腦中風都會造成腦功能異常。常見的腦中風症狀包括無法移動單側的肢體或者是一邊的身體沒有知覺、無法理解別人說話、無法說話、眩暈或視野缺損等。中風患者如果能儘快接受治療，可以減少留下永久損傷的機會(Hsieh, Lien, Chen et al, 2010)。一般而言，中風的診斷需要配合醫學影像檢查，如電腦斷層掃描(Computer Tomography, CT)或是核磁共振攝影(Magnetic Resonance Imaging, MRI)，並配合理學檢查及其他檢驗檢查(心電圖和相關血液檢查)；除了診斷還可以幫助去發現導致中風危險因子並排出症狀其他可能原因 (*Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Patients in Primary Health Care, 2009*)。腦部影像檢查的實證建議(AHA/ASA 2013)如下：

腦部影像檢查的實證建議(AHA/ASA 2013)	等級
所有急性缺血性腦中風病人皆應該盡快執行腦部電腦斷層攝影檢查(Computed Tomography, CT)	A
在治療急性缺血性腦中風病人，腦部影像是初步腦部影像的檢查工具及作為急性介入治療選擇時的必要引導參考	A
當急性大腦半球缺血性腦中風的診斷需要確認或排除，且 CT 檢查無法確定診斷時，可以考慮 MRI。	B

參考資料：American Heart Association (2013)，Guideline for the Early Management of Patient with Acute Ischemic Stroke

1. 缺血性腦中風(Ischaemic stroke)：缺血性腦中風是由於腦實質區域血流改變而出現局部性神經系統病變。這樣的改變可能是進入腦部血流的量(如梗塞 thrombosis、栓塞 embolism、低心輸出量 low cardiac output)，或血液的質量(如貧血 anaemia、血小板增多症 thrombocythemia、紅血球增多症 polycythemia)。根據它在最初幾個小時內的演變狀況，可以區分出兩種主要類型的缺血性中風(Alvarez, 2002)。

(1) 短暫性腦缺血發作(Transient ischaemic attack, TIA)：美國心臟協會/美國中風協會(American Heart Association/ American Stroke Association, AHA/ASA)定義 TIA 為“因為局部大腦、脊髓或是視網膜缺損造成的短暫性神經功能失常，同時沒有急性梗塞(acute infarction)的證據”(Easton, Saver, Albers, Albers, Chaturvedi, Feldmann, et al, 2009)。此定義並不贊成傳統中對參考時間的限制。

註：TIA 傳統上被定義為缺血性腦中風(ischaemic strokes)，其表現為局部性或視網膜神經功能障礙的短暫性發作，持續不到 24 小時，並由於腦血管系統灌注血流量的不足所致。通常情況下，它是可逆的；沒有永久性的神經缺陷。持續時間限制小於 24 小時，目前由於大多數 TIA 持續時間不到一小時，短暫性腦缺血發作發展團體重新定義 TIA 為神經功能障礙的短暫發作，由於局部性腦缺血或視網膜缺血，具有臨床症狀通常持續不到一個小時，並沒有急性梗塞的證據(Albers, Caplan, Easton, Fayad, Mohr, Saver et al, 2002)。

(2) 腦梗塞(Cerebral infarction)：由於預後的重要性及其治療意義，必須將進行性(progressive)腦梗塞與穩定性(stable)腦梗塞區分開(Alvarez, 2002)。

a. 進行性腦梗塞(Progressive cerebral infarction)：梗塞初期臨床表現變得更加嚴重，可能是由於加重，也可能因為有新的症狀或徵象。這種惡化的進行必須在症狀開始後第一個小時，不超過 72 小時。重要的是要確診它，否則隨著死亡率的增加，預後將會變

得更糟。

b. 穩定性腦梗塞(Stable cerebral infarction)：當症狀在頸動脈系統(carotid system)至少 24 小時，在基底動脈系統(vertebrobasilar system)72 小時沒有改變。

2. 出血性腦中風(Haemorrhagic stroke)。出血性中風或顱內出血(intracranial haemorrhage)是由於血液從血管溢出所致。根據不同神經影像技術中觀察到出血的位置，顱內出血分為：軸內出血(intra-axial haemorrhage)、蜘蛛膜下腔出血(subarachnoid haemorrhage)、硬腦膜下血腫(subdural haematoma)和硬膜外血腫(epidural haematoma) (Kidwell, Wintermark, 2008)。

(1) 顱內出血(Intra-cerebral haemorrhage (ICH))。這是指腦實質內的血液蓄積，由腦動脈的血管破裂產生，同時有或沒有合併腦室及蜘蛛膜下腔出血。它佔所有中風的 10% 至 15%。根據它的位置，顱內出血(ICH)可分為：天幕上(Supratentorial)，包括半球(Hemispheric)、葉(lobar)和深部(Deep)和天幕下(Infratentorial)包括軀幹性腦區(Tronco-encephalic)和小腦(Cerebellous)。

(2) 蜘蛛膜下腔出血(Subarachnoid haemorrhage, SAH)。這可能有也可能沒有創傷的源頭(自發性蜘蛛膜下腔出血)，前者較常發生。

(3) 硬腦膜下(Subdural)和硬膜外(epidural)血腫(haematoma)。大多數情況下，這是次要的顱骨創傷。

表 1.2. 出血性中風或顱內出血的分類

---

1. 軸內出血(Intra-axial haemorrhage)

---

(1) 原發性(Primary)

- a. 出血(Haemorrhage)
- b. 微出血 (Microhaemorrhage)

(2) 次發性(Secondary)

- a. 肿瘤(Tumors)
- b. 血管畸形(Vascular malformations)
- c. 出血性疾病，凝血(Haemorrhagiparous diseases. Coagulopathies)
- d. 抗血栓(Anti-thrombotics)
- e. 纖維蛋白溶解劑( Fibrinolytics)
- f. 凝交感神經作用劑(Sympathomimetics)
- g. 感染(Infections)
- h. 血管炎(Vasculitis)
- i. 創傷後遲緩(Retarded posttraumatic)
- j. 靜脈或鼻竇血栓形成(Vein or sinus thrombosis)

---

2. 蜘蛛膜下腔血腫(Subarachnoid haemorrhage)

---

(1) 動脈瘤(Aneurismatic)

(2) 非動脈瘤(Non-aneurismatic)

---

3. 硬腦膜下血腫(Subdural haematoma)

---

4. 硬腦膜外血腫(Epidural haematoma)

---

## (二) 中風分類



根據病變的性質、種族、大小、型態、位置、發病及隨後的進展，存在著不同的腦血管疾病的分類。圖 1.4 (Arboxi, Perez Sempere, Alvarez Sabin, 2006 )採用更為臨床好用的分類方法：

### 1. 梗塞性腦中風(Ischaemic Stroke)

(1) 動脈粥狀硬化性梗塞及大動脈粥樣硬化 (Atherothrombotic Infarction and Large artery atherosclerosis)：通常是皮質或皮質下區域中型或大型梗塞，並且有頸動脈或椎基底動脈位置，並滿足以下兩個標準中的任何一個：

a. 伴有狹窄的動脈粥樣硬化 (Atherosclerosis with stenosis)：在沒有任何病因的情況下，管腔直徑 50% 狹窄或相對顱外動脈(extracranial artery)或大顱內動脈(large-calibre intracranial artery)閉塞(中大腦 middle cerebral、後腦 posterior cerebral 或 腦幹 troncobasilar)。

b. 沒有狹窄的動脈粥樣硬化 (Atherosclerosis without stenosis)：在中大腦、大腦後動脈或基底動脈中存在小於 50% 的斑塊(plaques)或狹窄(stenosis)，在沒有任何其他病因並且存在以下兩種腦血管危險因素的情況下：年齡大於 50 歲、高血壓、糖尿病、尼古丁成癮或高膽固醇血症。

(2) 心臟栓塞性梗塞(Cardioembolic infarction). 一般是中度或大型梗塞、皮質區，在沒有任何病因的情況下，出現以下一些栓塞性心臟病：血栓或心內腫瘤、風濕性二尖瓣狹窄、主動脈或人工二尖瓣膜、心內膜炎、心房顫動、竇房結疾病、急性心肌梗塞後左心室動脈瘤或運動不能、急性心肌梗塞(少於 3 個月)或全面心肌運動功能減退或運動障礙。

(3) 腔隙性梗塞(Lacunar infarct). 通常在臨牀上引起腔隙症候群(lacunar syndrome)(純運動

性偏癱、純感覺性徵象、運動感受性徵像、共濟失調性偏癱和手笨拙構音困難)

(4) 腦梗塞罕見原因(Rare cause cerebral infarction). 小型、中型或大型梗塞、皮質或皮質

下、患者有動脈粥樣硬化血栓形成、心源性栓塞或腔隙來源所引起的頸動脈或椎基

底動脈的區域等因素已被排除。這通常是由於全身性疾病(連接病症

(connectivopathy)、感染、腫瘤、骨髓增生症候群、代謝改變、凝血等)或由於其他

疾病，如動脈夾層、肌肉發育不良、囊狀動脈瘤、動靜脈畸形、靜脈性腦血栓、神

經炎、偏頭痛等。

(5) 不確定起源的腦梗塞(Cerebral infarction of indeterminate origin). 中度或大量梗塞、皮

質或皮質下、頸動脈或椎基底動脈區，經過徹底診斷研究，排除了動脈粥樣硬化血

栓形成、心臟栓塞、腔隙和罕見原因亞型，或者有更多種可能的原因。在這種不確

定的病因學中，可以提出一些細分，以便更好地闡明這一步確定的部分。

## 2. 出血性腦中風(haemorrhagic stroke)

(1) 腦內出血(Intra-cerebral haemorrhage, ICH)：根據出血的相關原因，ICH 被分為原發

或次要。

a. 原發性腦出血(Primary ICH)：當大出血是由於慢性高血壓或澱粉樣血管病引起的小

動脈破裂或動脈受損(Kidwell, Wintermark, 2008)。

b. 次要性腦出血(Secondary ICH)：ICH 還可以續發大量的下層病變，如血管畸形破

裂、惡血質(dyscrasias)、抗凝血和纖維蛋白溶解治療、腦腫瘤、血管炎等。

(2) 蜘蛛膜下腔出血(Subarachnoid haemorrhage, SAH). 大多數自發性 SAH 是由於動脈破

裂所引起，這就是為什麼它們被歸類為動脈瘤和非動脈 SAH 的原因。後者最常見原

因是動靜脈畸形破裂、顱內動脈剝離、血管炎、可逆性腦節段性血管收縮。

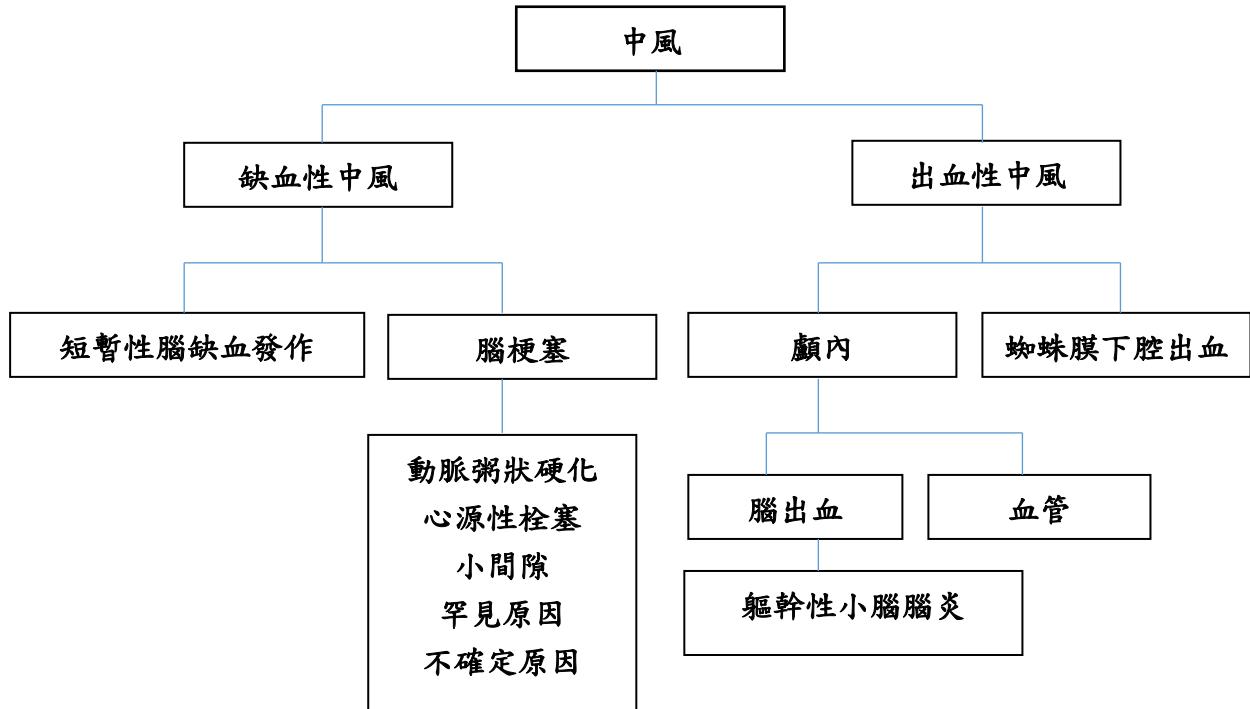


圖 1.6. 中風的臨床分類



## 四、家庭主要照顧者

### (一) 誰是家庭的主要照顧者

家庭是最原始的健康照顧場所，再加上人口老化、慢性病增加，更使得健康照顧趨勢由醫護體系回歸到社區與家庭，尤其在華人社會的文化觀念中更是如此。家庭照顧者的形成，是一種選擇。家庭成員皆是家庭照顧的範圍，如果以一般家庭結構來看，主要的照顧責任通常是功能良好的成年人，他們對未成年子女要養育、教導，對年長的父母則要奉養。因此，不論年齡大小，只要是提供照顧給因年老、疾病、身心障礙或意外等而失去自理能力的家人，就是家庭照顧者(中華民國家庭照顧者關懷總會，2012)。

根據經濟合作暨發展組織(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)調查其會員國家庭照顧背景，非正式照顧者有 62%為女性；台灣的調查報告則顯示 57%的家庭照顧者是女性(OECD, 2011；行政院，2013)。。在家庭照顧者身分方面，OECD 國家的家庭照顧者身分以子女 (36.1%)、配偶 (31.6%) 為主，其餘則有其他親屬 (17.6%) 與朋友 (18.2%)；臺灣以子女身分為最多 (49.3%)、其次為配偶 (34.8%)、老年照顧者 (4%)、其他親屬 (7%) (OECD, 2011；護理及健康照護司，2012)。

### (二) 家庭主要照顧者的角色與功能



當中風患者穩定返家時，他們經常需要基本日常生活和功能性活動的需求與幫助，這些活動通常由家庭成員提供，而他們往往對這種照護角色的要求和責任感毫無準備且充滿壓力(Lutz, Camicia, 2016)。回顧家庭照顧者在正式照顧體系被界定之角色，大致以下列兩類為主：(1) 照顧者是一項資源 (resources)；(2) 將照顧者視為需要協助的案主之一 (co-clients) (呂，2005)。

然而，對於一個照顧者而言，其角色可能是因被照顧者逐漸年邁而意識到這個角色的存在，也可能是在一夕之間就必須接受它的來臨（如中風或意外事件引起的失能者照顧者），但每位照顧者都需要經過一段的角色承擔過渡期，指出一個家人要承擔起照顧者角色時，他常會考量許多的因素，包括對照顧者這個角色內容的期望、賦予的意義與照顧技巧與知識的準備度等。

這些因素已經知道與日後照顧品質高度相關，尤其是照顧者的知識與技巧準備程度；也就是說主要照顧者對未來將提供的照顧準備越充分，在整個照顧過程中，對於面臨的照顧問題與相對產生的壓力應付也會朝向正向結果(吳，2010)。

### （三）家庭主要照顧者的需求與現況

104 年台灣推估 5 歲以上人口失能人數，共計有 75 萬 5,481 人，其中 65 歲以上失能老人推估有 48 萬 3,037 人(簡慧娟，2015)。依衛生福利部「中華民國 102 年老人狀況調查報告」，55-64 歲住院者，其主要照顧者重要度以「配偶」為最多，其次為「兒子」，再次為「女兒」；65 歲以上住院老人，其主要照顧者重要度以「兒子」為最多，其次為「女兒」，再次為「配偶」(衛福部，2014)。



多項研究確認中風對於患者及其家屬來說是一個改變生活的事件，這往往會產生不確定感、恐懼、悲傷和失落(Lutz, Young, Cox et al, 2011; Caml, 2015)。研究也發現家庭照護者的健康與中風患者的身體、認知、心理和情緒等方面的恢復密不可分。中風患者的殘疾程度越嚴重，照顧者就越可能需要經歷更高程度的壓力，憂鬱情況增加及健康狀況不佳。研究也發現，照護者的風險因素包括女性、教育程度低、已存在的健康問題、家庭功能差、缺乏社會支持或缺乏準備等因素(Roth, Perkins, Wadley et al, 2009; Greenwood, Mackenzie, 2010; Haley, Roth, Hovater, Clay, 2015)。

中風患者家庭照顧者經常遭受到壓倒性的身體和情緒上的壓力、憂鬱症狀、睡眠剝奪、身體健康變差、生活品質下降、和隔離增加(McCullagh, Brigstocke, Donaldson, Kalra, 2005; Canak, 2015)。家庭照顧者的憂鬱症狀發生率為 14-33% (Haley, Allen, Grant et al, 2009)，可能會發生在中風後數年，而感知負荷狀況(Perceived burden)與照顧者憂鬱症狀呈正相關。有一項針對中風患者主要照顧者和非照顧者長期影響的研究發現，主要照顧者在中風後 9 個月內有更多憂鬱症狀、較差的生活滿意度及心理健康生活品質，這些差異在出院後持續 3 年(Haley, Roth, Hoyator, Clay, 2015)。



關於家庭照護者的需求，研究發現他們描述了多面向的需求，包括照護技能的訓練.skills training)、供應者的溝通(communicating with providers)、資源的識別與激活(resource identification and activation)、財務(finances)、喘息(respite)和情感支持(emotional support)。Bakas 等人發現，在出院後的前 6 個月，中風患者的主要照顧者有關於資訊、情緒和行為、身體照護、儀器照護和對照護反應的需求。Cameron(2013)等人指出，家庭照護者的支持需求會隨著時間的進程而發生變化，他們在準備出院回家時的需求最高。此外，對具有更嚴重功能限制中風患者的家庭照顧者，需要更長且更多的支持。在 2016 年加拿大中風最佳實證建議(Canadian Stroke Best Practice Recommendation)中提到，認識中風患者主要照顧者對於中風患者轉延照護的需求，包括評估、教育和支持(Cameron, O'Connell, Foley et al, 2016)。

## 五、此議題的重要性

中風個案在急性期接受急性醫療照護之後，雖疾病漸趨穩定，但身體因為疾病所造成機能障礙可能是永久的存在。當他們出院後，照護的重任也由急性醫療團隊完全轉移到個案的主要照顧者。中風患者的主要照顧者的需求與失智症患者主要照顧者

的完全不同，因為中風是一種不可預測的疾病，且會影響生命的危機事件，使得家庭成員沒有足夠的時間來準備新的角色和照顧責任。患者通常從急診照護、住院復健或護理機構，每周 7 天，每天 24 小時，完全依賴同一個人。最常見的主要照顧者是配偶或成年子女，他們可能沒有準備好去應付在家中給予適當照護的要求。研究證明照顧者的照護行為對健康有破壞性的影響。主要照顧者會描述到孤立、被遺棄和孤單的感覺，並且經常出現憂鬱症狀及健康惡化的狀況(Lutz, Young, Cox et al, 2011)。中風患者的家庭照顧者也描述到出院後，在很少或沒有支持的情況下，必須自己解決問題，這讓他們感到不知所措、精疲力竭，及有被拋棄的感覺。因此，對於返家後，家庭主要照顧者持續需求及照護狀況的評估與協助是重要的。

護理師在提供出院後中風個案及主要照顧者的照護時，宜先執行完整的家庭功能評估、了解主要照顧者於照顧中風個案可能面臨的壓力及需求，進到中風個案家庭場域提供重點照顧指導，尤其是照顧照點 (point-of-care) 的評估與需求，以提升中風個案及主要照顧者的家庭韌力，協助家庭共渡危機。

## 第二章 主題理念與重要性

家庭是共享一種獨特的歷史並投注心力在關係經營的組織，成員間會彼此關心並努力促進健康福利。特別是家庭成員遭遇嚴重的健康威脅，如中風病患。此時，家庭成員必須轉換為照護者角色，甚至有些成員將成為主要照護者。主要照護者是相當具有挑戰性的角色，不僅要面臨心理上的壓力，在生理上也要面臨不可預測性的疾病。隨著中風病患的長壽及疾病轉為慢性病的療養，主要照護者將面臨照護上的障礙。護理人員必須正視主要照護者在照護上的需求與障礙，提供獨特性的需求滿足與障礙排除。許多家庭仍然希望透過支持執行主要照顧者的任務並對中風患者的健康促進做出貢獻，發揮獨特的功能。家庭主要照顧者需要獲得持續性的訊息、指導及支持，有效地履行照顧者的責任，並且減少對家庭幸福感的風險。MHHC 指出：

1. 具有良好支持的家庭照顧者將可以在中風患者復健歷程及生活品質的改善中，發揮促進的作用。
2. 足夠的支持將可以減輕主照顧者在照顧上的壓力。另一方面來說，缺乏足夠的支持，可能對家庭產生負面的影響，同時危及他們提供照護的能力及主要照顧者本身的健康與幸福。
3. 家庭照顧者提供的無償照護與支持對健康及社會服務系統具有重大的貢獻，因為取而代之的正規照護服務是相當昂貴的。(MacCourt, 2013)

## 第一節 理念與原則

### 一、國際之主要照顧者理念及政策

制訂長期照護政策價值觀是很重要的，政策將決定資源分配、服務品項及分配對象。個人及系統性的價值觀及原則是建構照護指引的核心，照護行為被視為有價值的活動，支持主要照護者是一種社會責任(Canadian Policy and Research Networks, 2005)。見表 2.1。

表 2.1. 主要照顧者之長照政策中的理念與原則

項目	要素	說明
個人原則	家庭參與	鼓勵主要照顧者參與中風病患的診斷，治療和復健過程。
	尊重和尊嚴	照護政策的實踐必須重視主要照顧者的貢獻及肯定。
	選擇、自決和獨立性	認同個人有權選擇是否擔任主要照顧者的角色，並決定參與照護的程度。
	家庭照顧者的需求	主要照顧者的需求必須在整體照護的架構下進行評估和處理，並與個案的需求有所區別。
	家庭照顧者可持續性	提供主要照顧者必要的服務訊息、技能教育、喘息服務和支持。
系統原則	家庭照顧者的包容和聲音	將家庭照顧者、倡導者與組織納入政策發展、審查及評估的對象。
	可近性	政策和計劃方便讓主要照顧者容易取得的服務，並進行適當的調整以因應不同的需求。
	多元性文化認同	政策和計劃必須認同主要照顧者及照顧者有不同的生活目標和歷史抱持不同的信念。
	系統可持續性	支持主要照顧者的系統必須由專業人員組成，並且結構化和資源化以促進照護的連續性。
	合作	促進主要照顧者的健康和福祉需要政府各級部門和社會大眾的關注和努力。
	實證訊息	政策計劃和實踐基於現有的最佳實証證據。
	公平與平等	政策是公平的、道德的和平等的，必須考慮當前和未來的護理健康和經濟風險及其他人口的需求。
	以復原為重點	以復原為導向的系統建立在希望、賦權、自決和責任的原則之上。

(Canadian Policy and Research Networks, 2005)

加拿大針對如何協助主要照護者建構安全的居家照護環境，由 Doran 等學者以

Scoping review 文獻回顧的方式，經由統合分析結果，提出幾項臨床建議(見表 2.2)。

1. 中風後之照顧的連續性(post-acute/recovery in home/nursing home, secondary prevention, transfer of care, and long-term)

澳洲皇家醫院護理學院於 2010 年發展中風處置照護指引，認為護理在中風團隊中占有相當重要的角色，包括：1.快速評估中風病患，以促進早期診斷及治療；2.急性期的監測與處置，預防併發症的發生；3.確實執行早期篩檢，如吞嚥困難、飲食、喝水服藥、營養及水分攝取、溝通和情緒管理等；4.協助生活方式的調整與二級預防的評估；5.擴大與其他專科團隊的合作，提供多元性的介入措施。針對於此，以下為指引中對於中風後連續性照護的建議(見表 2.3)：(Perry, 2010)

表 2.2. 建構安全居家照護環境的原則

項目	建議原則
組織部分	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 提供無償的主要照顧者培訓，持續支持，諮詢和健康評估。</li><li>2. 實施居家照護的安全管理，包括醫藥服務的政策和程序。</li><li>3. 每個居家照護分配一個具有權限和管轄權的跨部門個案管理師。</li></ol>
政策制定	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 發展家庭支持工作者標準化的核心能力。</li><li>2. 增加居家照護和關懷機構間的合作機會。</li><li>3. 建立整合的跨學科醫療團隊，讓個案、主要照顧者和醫療團隊共同參與，以確保所有醫療保健部門的居家照護的連續性，特別是剛從醫院出院到居家照護的個案。</li><li>4. 建置主要照顧者和醫療部門可溝通對話的電子病歷，強化跨學科間的合作與溝通。</li><li>5. 標準化的藥物包裝和設備。</li></ol>

(Doran et al., 2013)

表 2.3. 中風後連續性照護的建議

1.1 中風照護單位		等級
1. 中風病患都必須住院接受多專科團隊中風治療。		A
2. 中風病患必須盡快入住中風單位(發病 3 小時內)。		B
3. 規模較小的醫院務必嚴格遵照中風單位執行的護理標準，盡可能送往地理位置最近的醫院治療。		A
4. 住院期間發現疑似中風的病人應立即轉往中風單位或具有中風單位的醫院接受治療。		B
1.2 住院期間的復健		等級
1. 中風病患都能接受中風治療團隊提供早期主動性復健運動，健康照護系統應連結急性期及復健期的照護及早提供整合性的服務。		A
2. 應將中風病患轉入中風復健單位，進行持續性中風復健治療。		A
3. 如果沒有中風復健單位的醫院，應將續住院復健的病患轉至具有中風復健專家的一般復健病房。		A
4. 嚴重中風但未接受緩和醫療的病患，出院前應由專科復健小組評估是否適合接受復健治療。		B
1.3 住院中風照護的協調師		等級
1. 住院中風病患應藉由協調師協調服務並安排出院準備服務計畫。		B
1.4 安全地由醫院轉介至社區照護		等級
1. 出院前應對所有患者進行評估，以確定是否需要進行家訪，確保居家照護安全並提供適當的輔助、支持及社區服務。		B
2. 為確保病患安全出院，出院前應完成以下任務:		B
● 病患及家屬/照顧者出院前必須與多專科團隊成員共同討論出院後的需求(包括生理、情緒、娛樂、社交、財務及社區支持)。		B
● 出院前應通知中風病患的家庭醫師、初級健康照護中心及社區服務。		B
● 有組織性地準備藥物、設備及服務需求為安全出院。		B
● 有組織性地安排持續性的專業人員治療。		B
● 與病患和家屬共同制定一份出院後護理計劃書。計畫內容包括相關的社區服務、自我管理策略(例如關於藥物、提醒遵從指導及持續治療目標的相關訊息)、中風支持服務、進一步的復健或門診預約，以及諮詢專線。		B
3. 制定本土化的協議將有助於落實安全出院的過程。		B
4. 出院計畫制定者將可以協調中風病患的整合出院準備計畫。		B
1.5 主要照顧者訓練		等級
1. 中風病患出院之前，多專科團成員應針對主要照顧者/家人提供具體和量身定製的教育訓練。教育訓練內容包括在個人照護技術、溝通策略、生理問題處理技術、持續預防和其他中風相關的問題，如安全吞嚥和適當飲食調整以及行為和心理社會問題管理方面的教育訓練。		A

<b>1.6 社區復健及追蹤服務</b>	等級
1. 經由培訓的護理師應提供中風病患主要照顧者及家人聯繫及教育	B
2. 中風病患在出院後應經由個案管理模式進行後續追蹤。個管師應具有辨識及管理憂鬱症的能力，並能協調醫師提供適當的介入措施。	B
3. 中風病患在出院後應接受常規及持續性的審查，至少一次的專科醫師審查，第一次在出院3個月後，然後在6個月即12月各審查一次。	B
4. 主動向中風病患及其主要照顧者/家人提供專科服務的聯絡訊息，並在出院後的第一年內向聯繫人（在醫院或社區中）提供任何出院後查詢。	B
<b>1.7 標準化的評估</b>	等級
1. 醫護人員應使用具有信效度的評估工具來滿足中風病患的需求，作為臨床決策的重要依據。	B
<b>1.8 目標設定</b>	等級
1. 參與復健過程的中風病患及其家人/照顧者應該建立並承認他們的願望和期待。	B
2. 中風病患及其家人/照顧者應有機會參與制定目標的過程，除非他們選擇不參加或無法參加。	A
3. 健康照護專業人員應協助設定病患照護目標。目標應該是符合處方、具體的和具有挑戰性的，並能定期記錄、審查和更新。	B
4. 主動提供中風病患自我管理技能的訓練，包括積極解決問題和個人目標設定。	B
<b>1.9 團隊會議</b>	等級
1. 多專科團成員應定期（至少每週一次）召開會議，討論新個案的評估、審查個案管理和目標及出院計劃。	B
<b>1.10 訊息和教育</b>	等級
1. 主動提供中風病患及其家人/照顧者量身定製的訊息，以滿足他們溝通形式的需求。	A
2. 應在復健過程的不同階段提供信息。	A
3. 常規性追蹤中風病患及其家人/照顧者的後續，以澄清或加強所提供的訊息。	A
<b>1.11 家庭會議</b>	等級
1. 中風照護小組應定期與中風病患及其家人/照顧者會談，讓他們參與管理、目標設定和出院計劃。	B
<b>1.12 諮商服務</b>	等級
1. 中風病患及其家人/照顧者均應獲得諮詢服務，可採取以下形式：	
● 主動的教育諮詢方式。	A
● 透過家庭諮詢補充相關訊息。	B
● 問題解決導向諮詢方式。	B
<b>1.13 臨時性照護</b>	等級
1. 中風病患及其家人/照顧者應該可以獲得喘息照護選擇。喘息照護可	B

以在他們自己的家中或機構中提供。

等級
B
A
B
等級
A

(The National Stroke Foundation, 2010)

## 二、中風失能的主要照顧者之需求



政策的觀念與原則中需以個案及主要照護者的需求為核心 (Borowiak, & Kostka, 2013)。本方案指引著重在主要照顧者的需求及照顧策略與指導。以中風個案的照顧重點(point-of-care)觀看主要照顧者的需求向度，包括:資訊需求、情緒需求及社會參與需求。

以中風個案的主要照顧者需求的研究不多。Cheung, Barmala, Zarinehbaf, Rodin, Le, & Zimmermann (2009)指中風個案及家屬的需求包括(1)資源服務提供的便利性、可近性、可用性及即時性；(2)關於治療及替代療法的訊息；(3)與中風病患的互動（例如，敏感度、同理心、友善和尊重）；(4)提供照護的身體舒適度。Ishii 等學者也於 2012 年發展的家庭困難量表確立了主要照顧者關注的八項類目：照顧負擔、居家照護醫師、工作與照護間的平衡、病患的疼痛與病況、訪視護士的關注、居家照護服務的提供、家庭關係及葬禮的準備 (Ishii, Miyashita, Sato, & Ozawa, 2012)。其中對於疾病的嚴重程度、財務狀況的不確定性及連續性的照護都會增加主要照顧者的痛苦(Smith, Piamjariyakul, Yadrich, Ross, Gajewski, & Williams, 2010)，增加提供照護、預防意外事件居家安全監督上的負擔(McKenzie, Bowen, Keys, & Bulat, 2013)。

## 第二節 概念架構及主要概念的定義

### 一、概念架構

在中風失能個案於居家及機構照護的重點照顧 (point-of-care) 及家庭系統的脈絡中，經由護理評估，確認出主要照顧者需求，及其韌力、強處與資源。針對主要照顧者需求，護理介入措施以啟動並促進主要照顧者正向的照顧信念與情緒的韌力，並強化主要照顧者照顧能力，與社會心理層面的調適能力為策略。於介入措施的過程，改善主要照顧者需求、強化主要照顧者掌控感，進而能強化主要照顧者及家庭的韌力、並改善其家庭功能。



圖 2.1. 再創中風個案主要照顧者的契機

## 二、主要概念

中風對於個案及其家屬來說是一個改變生活的事件，這往往會產生不確定感、恐懼、悲傷和失落(Lutz, Young, Cox et al, 2011; Caml, 2015)。中風個案在急性期接受急性醫療照護之後，雖疾病漸趨穩定，但身體因為疾病所造成機能障礙可能是永久的exists。因為中風是一種不可預測的疾病，且會影響生命的危機事件。因此，個案通常從急診照護、住院復健或護理機構，每天完全依賴同一個人。最常見的主要照顧者是配偶或成年子女，他們可能沒有準備好去應付在家中給予適當照護的要求。研究證明照顧者的照護行為對健康有破壞性的影響。主要照顧者會描述到孤立、被遺棄和孤單的感覺，並且經常出現憂鬱症狀及健康惡化的狀況 (Lutz, Young, Cox et al, 2011)。

### （一）個案的二級預防

主要照顧者了解中風症狀及危險因子:應在復健過程的不同階段，提供相關訊息。健康照護專業人員應協助設定病患照護目標，目標是符合個別性、具體性和具有挑戰性的，並能定期記錄、審查和更新。早期開始中風病人復健治療的證據是明確的，並且已得到很好的證實。美國中風復健臨床指引建議所有缺血性和出血性中風病人在急性住院期間接受標準化篩檢和評估，以確定所需復健的類型和持續時間。進一步建議諮詢復健專業人員，讓專業人員評估需求，然後推薦最合適的照護計劃，包括設置，以滿足這些需求。若中風患者有相關執行功能缺損的問題，都應使用具有信效度的工具 (包含行為症狀的測量)，並接受合適受訓人員正式評估。當執行功能受損的患者，應提供針對失能的特定部份去適應/代償的方式。

中風個案於 10 年內有 43% 會因為累積危險因子而再次中風 而每年在中風的發生率約 4% (Hardie et al. 2004 [7])。每一位中風個案均需提供預防第二次中風的護理介入

照顧及團隊的治療照顧 長期的處理危險因子 尤其是服用藥物的遵從性 尤其與主要照顧者的溝通更為重要。二級中風預防是依照個案情況而設計的，旨在降低已經發生中風或短暫性腦缺血發作的個案其再次發生中風的風險 (Go, Mozaffarian, Roger, Benjamin, Berry, Blaha et al, 2014)。二級預防乃針對中風發生的危險因子進行照顧建議，包括：生活方式（飲食，鈉攝入量，運動，體重，吸煙和飲酒），高血壓，血脂異常，之前中風或短暫性腦缺血發作，心房顫動和頸動脈狹窄。

## （二）風險症狀

中風常見的症狀包括運動功能障礙(同側手腳或單一肢體無力、臉部歪斜、口齒不清或吞嚥困難)、感覺功能異常(同側肢體麻木)、平衡能力失調(手不靈活、步態不穩)、語言功能受損(說不出話或聽不懂話、看不懂文字)、視覺功能障礙(突發某側視力模糊或突發一眼暫時視力減退、複視)、突發智能退步(對日常事務判斷力喪失、無法記憶新事物、不會穿衣、使用慣用工具困難、在熟悉環境迷路)、急速意識模糊(特別是腦幹中風、大血管梗塞或大出血)和突發劇烈疼痛(特別是爆炸性頭痛、合併噁心嘔吐)。主要照顧者面對中風個案可能發生的緊急狀況主要有兩種：1.二次中風前兆發作時緊急處理(intervention)-臨微不亂、搶救腦中風，掌握黃金三小時；2.一般緊急狀況處理，包括意識改變、跌倒、發燒、嗆咳/嘔吐及情緒暴怒/溝通困難等狀況的緊急作法及後續處理應變資源。主要照顧者在個案風險管理上的訊息需求包括：簡易緊急照護、轉銜原則及恢復照護。

因此，針對中風後的整體性評估，中風後查檢表 (Post-Stoke Checklist, PSC)提供醫療人員及主要照顧者識別治療遵從性及中風後的問題。這是一個簡易的工具，可由

患者或護理人員的協助下完成，提供個案管理的標準方法，來識別中風患者長期的問題，並促進適當的轉診治療 (the Global Stroke Community Advisory Panel, 2012, Canadian)。

### (三) 主要照顧者需求



大多數中風患者在出院後返家後，主要由配偶、家庭成員或鄰居。主要照顧者對患者因疾病的影響，所改變的日常生活作息，到心理、社會的照顧，因應的能力因人而異(Heugten, Visser-Meily, Post, Lindeman, 2006)。對主要照顧者的需求，首先必須瞭解中風個案的身心狀況，及主要照顧者生活背景、知識程度及本身的能力。了解主要照顧者對於中風個案相關的期望，與對照護的知識、技巧及能力；照顧者本身的價值觀與動力、以及所能運用的資源多寡與層面廣度與深度(Lutz, & Carmicia, 2016)。主要照顧者的需求主要有三大面向：

#### 1. 資訊需求

面對疾病訊息的不足，例如對疾病結果的不確定性，無法適時聽當時需求變化來做調整計畫、常會因疾病出現許多對虛構情境的擔心（例如，擔心疾病的傳染性）、對中風家人適當照護資訊的缺乏等。主要照顧者在資訊的需求是建立在中風個案的需求上，其中包括四個面向：【治療的不確定性】、【預後的不確定性】、【坊間傳說的釐清】及【如何提供適當的照護】等。

## 2. 情緒需求

在情緒上必須適應因疾病帶來的家庭角色變化（例如，從孩子的角色變成到照顧他人的“父母”角色）；對婚姻或伴侶關係的影響（例如，失去配偶）；感受到崩潰、苦痛、增加的責任、如潮水般席捲而來的情緒波動、被別人視照顧中風家人為“理所當然”的沉重感、無法周全照顧家人的罪惡感、需要喘息、降低的自尊、勞碌而造成對周遭事物敏感度的降低、出現負向道德感、常常自覺能力不足，無法將每一件事都做好。需求的面向包括：【角色轉變對婚姻或伴侶關係的影響】、【容易感受到痛苦瀕臨崩潰】、【總是會有罪惡感，帶著情緒的勞動】、【被視為理所當然的付出】、【能獲得喘息的機會】等。

## 3. 社會參與需求

主要照顧者需要幫助中風個案及家庭成員，適應因疾病帶來的生活步調紊亂，甚至是面對死亡；還需要加強家庭關係的鍵結、凝聚家庭和朋友網絡的關連；能與他人公開討論家庭成員中風的疾病狀況；並且需要幫助個案及家庭成員重新融入社會；鼓勵罹病的家人盡量能獨立而不依賴(有時還會造成自己“善意殺人”的負向思維)。主要照顧者在社會參與。需求面向包括：【幫助適應生活失序或死亡事件】、【強化家庭關係的連結】、【家庭和朋友社交網絡的開放性討論】、【重新融入社會，減少被依賴】等。

### （四）主要照顧者的韌力



家庭是社會的單位，也是一個人身心健康與成長的地方。家庭是一個系統，家庭功能乃指家庭共同努力來滿足家庭成員的基本需求。(Staccini, Toomba, Grandi & Keitner, 2015)。Olson (1978) 提出家庭環形模式，認為家庭功能包括家庭和諧(family cohesion)，家庭調適(family adaptability)，及家庭溝通 (family communication)。

以家庭的結構、發展及功能性為基礎，韌力在家庭的成功要素有三：家庭信念系統、組織型態及溝通/問題解決。家庭信念系統影響我們如何看待危機、痛苦並做出選擇。透過家庭與社會間的交融展現共構的特性。無論是個人或家庭事件肯定其意義，鼓勵成員勇敢面對危機。因此，家庭韌力被擴大解釋除了父母外，兄弟姊妹到夫妻關係間的家庭支持系統。透過清楚的溝通、開放性的情緒表達及協同式的問題解決，面對家庭危機(Walsh, 2003)。負責照顧中風失能個案的主要照顧者可能會承受較高的負擔和壓力，可能會對他們的身心健康產生負面影響。韌力是一種個人的特徵，可以幫助主要照顧者對抗、適應或恢復主要照顧者的身心需求(Petriwskyj, Parker, O'Dwyer, Moyle, & Nucifora, 2016)。家庭韌力的概念超越家庭成員個人的復原力及家庭資源，是將家庭視為一種功能性系統。任何一個危機對整個系統都會有影響，產生連鎖性的反應，均會激發家庭成員復原的潛力，串聯整個系統，因應危機跟壓力(Walsh, 2003)。

## (五) 成效評值

經由中風個案的功能評估、家庭功能評估、主要照顧者的需求及韌力評估，統整出主要照顧者及其家庭的照護問題、資源與強處。協助居家護理師確立主要照顧者的問題向度是屬於資訊需求、情緒需求，或社會參與需求之問題。在資訊需求、情緒需求，或社會參與需求中著重中風失能個案的疾病發展脈絡，提供主要照顧者護理照顧及指導。當個案具有改善及解決其問題與困境的充分知識或訊息、協助資源與管道，是可以改善主要照顧者韌力與家庭韌力、提升主要照顧者幸福感及改善家庭功能。

### 第三章 評估

#### 第一節 中風病患之功能評估

##### 一、認識中風症狀



中風常見的症狀包括運動功能障礙(同側手腳或單一肢體無力、臉部歪斜、口齒不清或吞嚥困難)、感覺功能異常(同側肢體麻木)、平衡能力失調(手不靈活、步態不穩)、語言功能受損(說不出話或聽不懂話、看不懂文字)、視覺功能障礙(突發某側視力模糊或突發一眼暫時視力減退、複視)、突發智能退步(對日常事務判斷力喪失、無法記憶新事物、不會穿衣、使用慣用工具困難、在熟悉環境迷路)、急速意識模糊(特別是腦幹中風、大血管梗塞或大出血)和突發劇烈疼痛(特別是爆炸性頭痛、合併噁心嘔吐)。在 2007 年發表一項研究，收集了 505 位缺血性腦中風事件(第一次發作)中出現的症狀，以確定男性和女性間是否存在差異。最常見的症狀是無力(weakness)和語言改變(language alternation)。此外，30.3% 患者出現感覺改變，如四肢麻木或刺痛。男性與女性間沒有差異，除了無力，女性較常見(Barrett, Brott, Brown, Frankel, Worrall, Silliman et al, 2007)。

中風的危險因子包括個人因素、疾病因素和生活型態；個人因素包括年齡、性別、家族史、中風病史和暫時性腦部缺氧；疾病因素包括高血壓、糖尿病、高血脂、心臟病、頸動脈狹窄和血液疾病；生活型態包括肥胖、抽菸、喝酒、缺乏運動、飲食習慣(如高鹽高膽固醇等)。中風發作的主要風險已經列入中風一級和二級預防指引(41)，參見下表：



表 3.1. 中風危險因子

**中風危險因子( Stroke risk factors)**

**無法修正風險 Non-modifiable risk factors**

年齡(Age)	從 55 歲開始，中風的發生率每 10 年增加一倍
性別(Gender)	較常發生在女性(可能年齡較大的女性人數較多)
家庭背景(Family background)	家族史與中風風險有關

**可修正風險 Modifiable risk factors**

之前中風(Prior stroke)	有 TIA 後的第一年，出現復發性缺血性中風和新血管事件的風險尤高。
酒精、吸菸、藥物(Alcohol, tobacco, drugs)	高酗酒、吸菸或藥物會增加中風風險
久坐不動(Sedentary)	身體運動可以降低血管發作的風險，包括中風
肥胖(Obesity)	一般性肥胖和腹部肥胖都與中風風險增加有關

此外，“腦中風病人的存活復原之鏈(stroke chain of survival and recovery)”包含了 5 個元素：及早辨識出腦中風病人、及時且正確的啟動遠前系統、緊急醫療服務的正確反應和後送、提前告知接收醫院的急診室啟動腦中風治療小組及整合完善且迅速的診斷和治療(胡，2006)。因此，有一些常用的中風診斷評估工具，如 FAST、辛辛那提到院前中風量表(CPSS)、洛杉磯到院前中風量表(LAPSS)、墨爾本救護車中風篩檢(MASS)、急診中風識別(ROSIER)，及美國國衛院腦中風評估表(NIHSS)等評估工具(如表 3.2.)。其中 CPSS 和 LAPSS 兩種評估方法對於腦中風患者到院前的評估都具有極高的特異性，都可以在很短的時間內完成，不會延誤病患後送的時間。FAST 為簡易版本，台灣腦中風學會與國健局配合，教導民眾牢記 FAST 的黃金口訣，搶救黃金救援。



表 3.2. 中風診斷評估工具

量 表	目 的	內 容
FAST	<ul style="list-style-type: none"> <li>*1998 年發展</li> <li>*為了在中風急性症狀發作 3 小時內確診病給予 rTPA</li> <li>*目前衛福部建議之民眾版</li> </ul>	<p>Face:面部下垂</p> <p>Arm:手臂無力</p> <p>Speech:言語困難</p> <p>Time:立即送醫</p> <p>包括三大部分：面部下垂、手臂下垂、說話</p>
辛辛那提到院前中風量表(CPSS) 表 3.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>*1997 年美國國衛院研發</li> <li>*用於到院前篩檢潛在中風患者</li> <li>*台灣腦中風防治指引建議量表</li> <li>*2000 年美國心臟協會發展</li> <li>*辨識到院前潛在中風患者</li> <li>*台灣腦中風防治指引建議量表</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1)年紀大於 45 歲</li> <li>(2)症狀發生小於 24 小時</li> <li>(3)有單側不對稱的情形：如臉歪，握力及手臂肌力變差。</li> <li>(4)病人平時不是坐輪椅或長期臥床者</li> <li>(5)沒有抽搐或癲癇的病史</li> <li>(6)血糖值介於 60 和 400 mg/dL 之間</li> </ul> <p>若以上答案皆為“是”，表示病患可能為腦中風病患</p> <p>內容包括：</p> <p>(1)臨床病史(年齡大於 45 歲、沒有抽蓄或癲癇病史、沒有醫療或輪椅使用和血糖在 50~400mg/dl)</p> <p>(2)身體檢查(面部下垂、手臂力量、握手、語言)。</p> <p>內容包括：</p> <p>(1)有否癲癇發作、暈厥等病史</p> <p>(2)有否新的急性症狀：臉部不對稱、不對稱的手臂無力、不對稱的腿無力、語言障礙、視野障礙</p> <p>評估的內容：</p> <p>包括意識、眼球活動、視野、顏面活動、肢體力量、感覺功能、協調、語言(失語症與構音困難)與半邊忽略。</p>
急診中風識別 (ROSIER)	<ul style="list-style-type: none"> <li>*結合 CPSS 和 LAPSS 評估工具形成</li> <li>*院前對血栓溶解藥物治療合適患者有良好的辨識</li> </ul>	
美國國衛院腦中風評估表(NIHSS) (AHA/ASA, 2013；梁蕙雯，2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>*2005 年 Nor AM 等人所發展</li> <li>*主要用於緊急醫療服務</li> <li>*由急診醫師所使用</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>*1980 美國國衛院所建立</li> <li>*對中風病患整體嚴重度的客觀評估量表</li> <li>*只要受過完整訓練的人，亦能評估。</li> <li>*有助於早期評估復健或長期照顧的需求。</li> </ul>	

表 3.3. 辛辛那提到院前中風量表(Cincinnati Prehospital Stroke Scale , CPSS)

辛辛那提到院前中風量表	
1. 面部下垂(Facial droop)：請病患露齒微笑，評估臉部嘴唇是否對稱。	
2. 手臂下垂(Arm drift)：要求病人雙手手掌向上平舉 10 秒鐘，評估是否有單側或手臂下垂的情形。	
3. 說話(Speech)：請病人重複你說的句子(如：今天天氣晴時多雲偶陣雨)，評估是否有口齒不清答非所問或無法表達的情形。	

**病人若有其中一個異常，72%的可能性為腦中風。若 3 個皆為異常則有 100%的可能性為腦中風。**

參考資料：Kothari RU, Pancioli A, Liu T, Brott T, Broderick J. “Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity.” Ann Emerg Med 1999 Apr;33(4):373-8

表 3.4. 洛杉磯到院前腦中風評量表(Los Angeles Prehospital Stroke Screen , LAPSS)

篩選條件

1. 年紀大於 45 歲
2. 沒有抽搐或癲癇的病史
3. 症狀發生<24 小時
4. 病人平時不是坐輪椅或長期臥床者
5. 血糖值介於 60 和 400 之間
6. 有單側不對稱的情形：臉部表情，握力，手臂力量的強度

**若以上答案皆為“是”，表示病患可能為腦中風病患。**

參考資料：Kidwell CS, Starkman S, Eckstein M, Weems K, Saver JL. “Identifying stroke in the field. Prospective validation of the Los Angeles prehospital stroke screen (LAPSS).” Stroke 2000 Jan; 31(1):71-6

 實證建議	等級
在可能的情況下，建議使用量表來幫助急性神經症狀發作患者到院前中風的診斷。	B
對於因急性神經症狀而透過電話諮詢的人，建議可以透過 CPSS 量表針對症狀進行評估。	B
在照護中心，建議使用 MASS 量表作為疑似中風患者的診斷輔助指引。	B

參考資料；Arroyo et al (2009). Clinical practice guideline for the management of stroke patients in primary health care.

實證建議 (AHA/ASA, 2013)	等級
建議使用有組織的方案來對疑似中風患者進行緊急評估。目標是完成評估，並在患者到達急診室後 60 分鐘開始使用纖維蛋白溶解劑治療。急性中風小組包括醫師、護理師、實驗室/放射線人員。中風患者應該有仔細的臨床評估，包括神經學評估。	B
建議採用中風評估工具，最好的是 NIHSS 。	B

**參考資料:** Jauch et al (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association

## 二、個案神經功能評估

初步身體檢查必須包括對重要功能的評估，如呼吸型態、生命徵象；如果可能還應包括血糖和血氧飽和度的測量(Adams, del Zoppo, Alberts, Bhatt, Brass, Furlan, 2007)。針對相關神經功能評估包括兩部分，包括一般神經學評估和十二對腦神經評估，分述如下：

### (一) 神經學評估(Neurological Examination)：一般神經功能評估包括以下幾方面：

1. 心智功能(Mental function)：意識狀態(如 Glasgow scale)和高等皮質功能評估(如：JOMAC)。
2. 語言(Language)：能理解並回答簡單指令和表達。將要求患者命名，如鉛筆或匹配的東西，然後說出它們的用途。
3. 顱骨對稱(Cranial pairs)：它們的改變在軀幹病變中很常見。
4. 頭眼偏差(Oculocephalic deviation)：在大腦半球病變中，患者軀幹病變中看向腦部病變側，偏向朝偏癱側，即與腦病變相反。
5. 運動缺損(Motor deficit)：通常與腦損傷對側。它可以是完全性(Plegia)或是不完全性(Paresis)，它的特點是無力，肌肉張力改變和 Babinski sign。

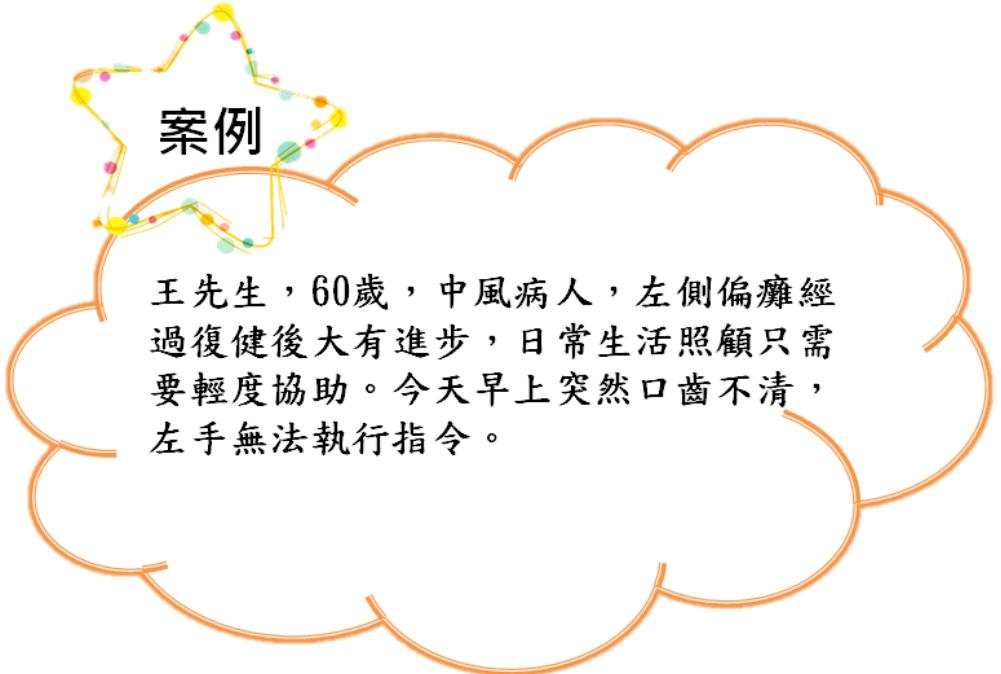
6. 敏感性缺損(Sensitive deficit)：通常是腦部病變的對側。

7. 小腦改變(Cerebellar alterations)：如共濟失調(ataxia)，缺乏協調與低眼壓。



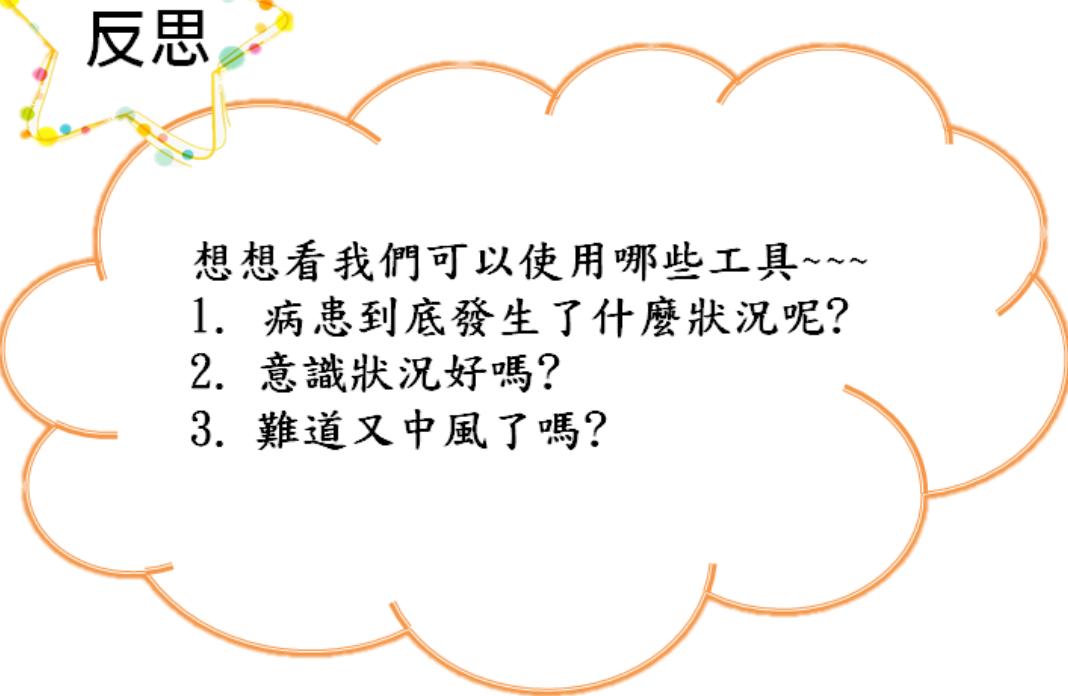
表 3.5 格拉斯哥昏迷量表(Glasgow Coma Scale)

功能	反應	評分
睜眼反應 (Eye opening)	自行睜眼(Spontaneous)	4
	呼喚會睜眼(To speech)	3
	痛刺激會睜眼(To pain)	2
	對刺激無反應(None)	1
	有外力阻止眼睛睜開，如眼皮水腫	C
運動反應 (Motor response)	可依指令動作(Obeys commands)	6
	施以刺激，可定位疼痛位置(Localizes pain)	5
	對疼痛刺激，肢體會閃避(Flexor withdrawal )	4
	對疼痛刺激，肢體會彎曲，試圖迴避(Abnormal flexion)	3
	對疼痛刺激，肢體會身展開(Extension)	2
	無任何反應(None)	1
語言反應 (Verbal response)	說話有條理，會與人交談(Fully orientated)	5
	可應答，但說話沒有邏輯性(Confused)	4
	可說出單字或胡言亂語(Inappropriate words)	3
	可發出聲音(Unintelligible sounds)	2
	無任何反應(None)	1
	氣管切開無法正常發聲 ( tracheostomy )	T
	氣管插管無法正常發聲 ( endotracheal tube )	E
	失語症 ( aphasia )	A



## 案例

王先生，60歲，中風病人，左側偏癱經過復健後大有進步，日常生活照顧只需要輕度協助。今天早上突然口齒不清，左手無法執行指令。



## 反思

想想看我們可以使用哪些工具~~~

1. 病患到底發生了什麼狀況呢？
2. 意識狀況好嗎？
3. 難道又中風了嗎？



表 3.6. 高等皮質功能評估 High cortical function (JOMAC)

J (Judgement)	若你看到火災怎麼辦?
O(orientation)	你現在在哪裡?今天民國幾年(年、月、日、時)?
M(Memory)-立即性記憶	以覆誦方式測驗，給一串數字讓個案立即重複背誦一次
-短期記憶	幾分鐘前發生的事，如早餐吃些什麼?
-長期記憶	給予不相關名詞，請其重複覆誦，如紅色、快樂、腳踏車→待會回過頭再問一次
A(Abstract think)	解釋成語
C(Calculation)	算術能力及注意力(100-7，連續第五次)

## (二) 十二對腦神經評估(Cranial Nerve Examination)

1. 第一對嗅神經(Olfactory nerve)：嗅覺測試。
2. 第二對視神經(Optic nerve)：視力、視野和眼底檢查。
3. 第三對動眼神經(Oculomotor nerve)：眼球轉動測試、瞳孔檢查、Doll's sign test 和眼瞼上提測試。
4. 第四對滑車神經(Trochlear nerve)：眼球轉動測試。
5. 第五對三叉神經(Trigeminal nerve)：臉部感覺、顳肌和咀嚼肌運動及 Corneal reflex 測試。
6. 第六對外旋神經(Abducens nerve)：眼球轉動測試。
7. 第七對顏面神經(Facial nerve)：舌前 2/3 味覺測試、臉部表情測試和 Corneal reflex 測試。
8. 第八對聽神經(Acoustic nerve)：聽力測試包括 Weber test 和 Rinne test
9. 第九對舌咽神經(Glossopharyngeal nerve)：舌後 1/3 感覺及懸壅垂軟顎部位運動測試。

10. 第十對迷走神經(Vagus nerve)：咽喉部位運動測試，如 Gag reflex 和懸壅垂軟顎部位運動測試。
11. 第十一對副神經(Spinoaccessory)：斜方肌和胸鎖乳突肌運動測試。
12. 第十二對舌下神經(Hypoglossal nerve)：舌頭運動測試。

### 三、認知功能評估（記憶缺損）

常用工具包括簡易心智量表 (Mini-Mental State Examination, MMSE)、認知功能障礙篩檢量表(Cognitive Ability Screening Instrument, CASI)、簡易心智狀態問卷調查表(Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)和 臨床失智量表(Clinical Dementia Rating, CDR)。臨牀上較常用使用 SPMSQ 做初步篩檢，如有異常進一步使用 CASI 來評估。定期認知功能的追蹤評估常使用 CDR 工具，也可看出其嚴重程度。

#### （一）簡易心智量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)：

於 1975 年 Folstein 及 Mc Hug 所制定，評估項目包括定向感、注意力、記憶力、語言、口語理解及行為能力、建構力等項目，評估過程無時間限制。滿分 30 分，分數越高表示認知功能越好，如果低於 24 分表示個案有輕度認知功能障礙，若低於 16 分則表示有重度認知功能障礙。全民健康保險規定診斷為阿茲海默氏症病者藥物給付為 MMSE10~26 分。這是最廣泛使用於老年失智症的認知評估工具之一，臨床使用上最大優勢就是其施測方便與時間減短，很適用於老年人的認知評估。參考資料可以見：

[http://www.tds.org.tw/files/common\\_unit/788083f7-2afe-4716-80fb-c4a36fec698a/doc/MMSE% E5% BB% BA% E8% AD% B0% E7% 89% 882011.pdf](http://www.tds.org.tw/files/common_unit/788083f7-2afe-4716-80fb-c4a36fec698a/doc/MMSE% E5% BB% BA% E8% AD% B0% E7% 89% 882011.pdf)-台灣臨床失

智協會建議版本

(二) 簡易心智狀態問卷調查表(Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)：

心智功能完整，錯 0~2 題；輕度心智功能障礙，錯 3~4 題；中度心智功能障礙，錯 5~7 題；重度心智功能障礙，錯 8~10 題。如果長輩答錯三題以上(含)，建議立即前往各大醫院神經科或精神科，作進一步的失智檢查。

表 3.7. 簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ) (如果受試者家中沒有電話，可將 4~1 題改為 4~2 題)

對 錯	問 題	注意事項
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1.今天是幾號？	年、月、日對才算正確
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2.今天是星期幾？	星期對才算正確
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3.這是什麼地方？	對所在地有任何的描述算正確；說「我的家」或正確說出城鎮、醫院、機構的名稱可接受。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4-1.您的電話號碼是幾號？	經確認號碼後証實無誤即算正確；或在會談時，能在兩次間隔較長時間內重覆相同的號碼即算正確。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4-2. 您住在什麼地方？	如受測者沒有電話才問此問題。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.您幾歲了？	年齡與出生年月日符合才算正確。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6.您的出生年月日？	年、月、日對才算正確。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7.現任總統是誰？	姓氏正確即可。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8.前任總統是誰？	姓氏正確即可。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9.您媽媽叫什麼名字？	不需要特別証實，只需受測者說出一個與他不同的女性姓名即可
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10.從 20 減 3 開始算，一直減 3 下去	期間如有出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤。

SPMSQ 錯誤統計

來自：天主教失智老人社會福利基金會網站 (<http://www.cfad.org.tw/files/dl54.pdf>)

### (三) 知能篩檢測驗(Cognitive Ability Screening Instrument, CASI)：

失智症研究與臨床診斷常用的認知評估工具，有詳細的測驗手冊，明確列出施測程序與計分標準，以減少主試者施測作業上的錯誤。於 1990 年代初期翻譯並修訂為中文版(CASI C-2.0)。內容包括注意力(Attention)、集中與心算力(Mental manipulation)、近期記憶(Short-term memory)、長期記憶(Long-term memory)、時空定向力(Orientation)、語言能力(Language)、空間概念與構圖(Drawing)、抽象與判斷(Abstract thinking and judgment)及思緒流暢度(Animal-name fluency)等九個向度。CASI 共有 20 項目，總分 100 分，施測時間約需 20-30 分鐘。此測驗除了對老年人各種認知通能的評估外，也透過測驗所得的分數，反映出失智症不同的退化程度(林、王、劉、李，2012)。

表 3.8. 知能篩檢測驗(CASI)

項目	
長期記憶(LTM) (10)	近期記憶(STM) (12)
注意力(ATTEM) (8)	集中及心算力(MENMA) (10)
時空定向力(ORIEN) (18)	抽象與判斷(ABSTR) (12)
語言能力(LANG) (10)	空間概念與構圖(DRAW) (10)
思緒流暢度(ABNL) (10)	

\*每項認知向度括號中數字代表滿分

### (四) 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)：

由美國密蘇里州華盛頓大學所提出，用於阿茲海默症患者，是評估失智症嚴重程度的主要工具。內容包括記憶、定向力、判斷及解決問題、社區事務、居家及嗜好、個人照料

力 6 個功能項目。根據臨床觀察，失智症患者隨著病程變化，某些特定日常生活功能會先出現障礙，當病程逐漸嚴重時，其他不同日常生活障礙也陸續出現。臨床失智評估量表分級：CDR0，沒有失智；CDR0.5，未確定或待觀察；CDR1，輕度失智；CDR2，中度失智；CDR3，重度失智；CDR4，深度失智；CDR5，末期失智。

#### 四、身體功能評估

腦中風可能引起多樣性的神經損傷，並造成患者身體功能的損失，如能給予量化的評估，有助於臨床的照護與溝通，也可進一步給予照護成效的評值與改善。臨床上常用身體功能評估的工具包括巴氏量表(Barthel Index)、功能獨立性評量(The functional independence measure scale, FIM)、工具操作性日常活動能力量表(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)和改良版 Rankin 量表(The modified Rankin scale, MRS)。分述如下：

##### 1. 巴氏量表(Barthel Index)：



本量表適用於神經骨骼肌肉傷病之患者，是一種日常生活功能評估量表，目前台灣長期照護上最常用來評估個案身體功能的量表。另外，全民健保居家護理申請作業的收案標準，以及外籍看護工申請標準是依據此量表來評估，能否符合申請條件。此量表有 10 個類別來評估日常生活活動，總分從 1 到 100 分不等，給出了依賴程度的指引(Mahoney, Barthel, 1965)。巴氏量表評分總分為 100 分，分為 5 個等級；0 分到 20 分為完全依賴；21 分到 60 分為嚴重依賴；61 分到 90 分為中度依賴；91 到 99 分為輕度依賴和 100 分為完全獨立(表 3.9.)。量表分數愈低，表示患者的生活自主能力不足(Shah, Vanclay, Cooper, 1989; 梁，2009)。原先巴氏量表 35 分以下可以申請外籍看護；2012 年勞委會公告，將 80 歲以上老人巴氏量表評估為嚴重依賴(60 分以下)，即可有申請外籍看護的資格。

表 3.9. 巴氏量表(Barthel Index)

項目	評分指標	分數
一、進食	<input type="checkbox"/> 獨立。自己在合理時間內可用筷取食食物，若需使用輔助具時，可自行取用穿脫。 <input type="checkbox"/> 需協助穿脫進食輔助具。 <input type="checkbox"/> 無法自行進食。	10 5 0
二、移位	<input type="checkbox"/> 可自行坐起，由床移位至椅子或輪椅不需協助，包括輪椅煞車及移開腳踏板，且無安全顧慮。 <input type="checkbox"/> 在上述移位過程中需要協助或提醒，或有安全上的顧慮。 <input type="checkbox"/> 可自行坐起但需別人協助才能移至椅子。 <input type="checkbox"/> 不會自行移位。	15 10 5 0
三、個人衛生	<input type="checkbox"/> 可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮。 <input type="checkbox"/> 需別人協助。	5 0
四、如廁	<input type="checkbox"/> 可自行上下馬桶不會弄髒衣褲並能穿好衣服，使用便盆可自行清理便盆。 <input type="checkbox"/> 需幫忙保持姿勢平衡，整理衣物及衛生紙，使用便盆時可自行取放便盆，但需仰賴他人清理。 <input type="checkbox"/> 需別人協助。	10 5 0
五、洗澡	<input type="checkbox"/> 能獨立完成 <input type="checkbox"/> 需別人協助。	5 0
六、平地行走	<input type="checkbox"/> 使用或不使用輔具皆可自行行走 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 需稍微協助才能行走 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 雖無法行走但可獨立操作輪椅，並可維持輪椅 50 公尺以上。 <input type="checkbox"/> 無法行走。	15 10 5 0
七、上下樓梯	<input type="checkbox"/> 可自行上下樓梯，可使用扶手或柺杖。 <input type="checkbox"/> 需要扶持或監督。 <input type="checkbox"/> 無法上下樓梯。	10 5 0
八、穿脫衣服	<input type="checkbox"/> 可自行穿脫衣褲。 <input type="checkbox"/> 需協助穿脫衣服，自己能完成一半以上的動作。 <input type="checkbox"/> 無法自己穿脫。	10 5 0
九、大便控制	<input type="checkbox"/> 不會失禁，需要時能自行使用栓劑。 <input type="checkbox"/> 偶而失禁，需協助使用栓劑。 <input type="checkbox"/> 失禁，需別人處理大便事宜。	10 5 0
十、小便控制	<input type="checkbox"/> 不會失禁，需使用尿套、尿袋時，可自行使用及清理。 <input type="checkbox"/> 偶而失禁，需別人處理尿套。 <input type="checkbox"/> 失禁，需別人處理小便事宜。	10 5 0
總		分

來自: <http://kuanshan.tzuchi.com.tw/images/pdf/a01-1.pdf>

2. 功能獨立性評量(The functional independence measure scale, FIM)：1987 年由 Carl Granger 設計完成。此量表有 18 個項目，其中 13 個為運動方面；5 個對應於認知方面。每一個項目依其獨立程度分成 7 個等級，總分為 126 分，分數越高代表依賴程度越低，則所需的照護越少。

3. 工具操作性日常活動能力量表(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)：用來評估患者維持獨立自主的能力，較一般個人自我照顧需求來得複雜，包括上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服、使用電話能力、服用藥物和處理財務能力等 8 項。其中前 5 項中有三項以上需要協助者即為輕度失能(Craf, 2007)。長期照護以此評估失能且為獨居老人的標準，來審查失能補助的標準。

4. 改良版 Rankin 量表(The modified Rankin scale, MRS)：最早發展於 1957 年，設計用於評估腦中風患者日常生活活動依賴狀況，適用於腦中風患者之評估。而後於 1980 年後其修改呈現在的版本，更為完備。這個量表將個案的功能狀態區分為七個不同等級，0 級代表沒有症狀，5 級代表嚴重失能，6 級代表死亡(Wilson, Hareendran, Hendry, 2005)。

## 五、合併症評估

中風後，患者會經歷各種的限制和合併症，這些限制和合併症可能會妨礙患者的復原。如果是嚴重腦中風患者以致長期臥床不動，甚至會影響到全身器官。一般腦中風後的症狀及合併症包括身體合併症(physical complication)、情緒改變(Mood alterations)、認知改變(Cognitive alterations)和日常活動改變(Alterations for activities of daily living)，如表 3.10 所列

(Arroyo et al, 2009)。因此，中風的復健包括三大面向：合併症的治療、後遺症的改善及併發症的預防，一般居家常見合併症及處置如下描述：

中風後身體的失能及受限，通常將產生許多的合併症。居家護理角色中對合併症的評估，是相當重要的一環。不僅能及早預防上未產生之合併症，或能在產生初期即以最有效的措施介入，延緩或停止其惡化。以下就中風後最常產生之痙攣、肩痛、中樞性中風後疼痛、吞嚥困難、跌倒等狀況，所常用之最簡易、迅速之評估方式，逐一說明：



表 3.10. 中風後的後遺症和常見合併症

後遺症和身體合併症(Sequelae and physical complications)	
最常見	不太常見
全部或部份運動缺陷	視力改變
感覺改變	癲癇
語言改變	中樞性中風後疼痛
疲勞	深部靜脈栓塞
骨質疏鬆	排便失禁
肩部疼痛	壓瘡
跌倒/裂縫	泌尿道感染
痙攣	肺部感染
尿失禁	便祕
收縮	吞嚥困難
肩偏癱	
偏癱肩關節半脫位	
性功能障礙	
情緒改變(Mood alterations)	
最常見	不太常見
憂鬱	異動感情 Emotionalism
焦慮	
認知改變(Cognitive alterations)	
最常見	不太常見
癡呆	失用症
注意力不集中	管控功能改變
記憶改變	空間忽略
	辨識不能(視覺和疾病感缺失)
日常活動改變(Alterations for activities of daily living)	
困難:	
上樓	自己洗澡
穿衣服	自己進食
上廁所	走路

參考資料: Arroyo et al (2009). Clinical practice guideline for the management of stroke patients in primary health care

## (一) Spasticity :

痙攣(spasticity)是中風後常見的問題之一(19-38%)。它是逐漸發展，一般在的一個月出現。雖然它不總是導致問題，但它可能干擾復建及日常活動(吃東西、穿衣服、洗澡)，並造成其他併發症，如疼痛。不是所有竟的病患都要治療，一些輕微的痙攣患這不需要治療(Satkunam, 2003)。如果痙攣干擾日常活動會患者的個人照顧，可以使用口服藥物(Intercollegiate Stroke Working Party, 2008 )。在 2004 年的一項 SR，口服抗痙攣藥物(oral anti-spastic drugs)用於非進行性神經疾病，包括腦血管疾病。這個結果顯示中樞肌肉放鬆藥物(central action muscle relaxation)，如 Baclofen 和 Tizanidine，改善痙攣。另外，其他的肌肉鬆弛劑也已經用來治療痙攣，如 Tolperisone。其他的治療方法還包括 Type A botulinum toxin injection、Nervous impulse blockage、Intrathecal baclofen、Electrical stimulation 和 Therapy with ultrasound。

實證建議	等級
如果這個損傷不影響患者的復原，不建議使用口服藥物治療輕度痙攣	B
納線受痙攣干擾的患者必須轉診給神經科醫師和/或復健師，以便他們評估給予最適當的治療	B
口服藥物，如 Baclofen，可用於治療全身性的痙攣	B

參考資料: Arroyo et al (2009). Clinical practice guideline for the management of stroke patients in primary health care

## （二）肩痛(Shoulder pain)：

偏癱病患的肩痛是中風後常見的問題。有高達 72%的病患在一年內經歷至少一次的肩痛發作，這可能會延誤復建和功能的恢復。一項研究中風病史的進程，出院時有 39%的患者抱怨肩痛；出院後 8 週有 59%患者抱怨肩痛；26 週有 36%患者抱怨肩痛。這常與痙攣有關，也可能與癱瘓肢體肩半脫位有關。一但疼痛產生，是很困難處理的。由於不能確定導因，很難建立理想的治療方法，所以預防是處理肩痛最好的方法。吊帶和其他支撐措施通常使用在中風最初階段，去支撐鬆脫的手臂(flaccid arm)直到肩部肌肉張力恢復，可防止脫位和收縮(Teasell, Foley, Bhogal, 2009)。

## （三）中樞性中風後疼痛(Central post stroke pain)：

中風患者更容易發生中央表皮、灼熱或撕裂疼痛，當觸摸時會因水或運動變得更加厲害。大多數情況下，這與感覺異常和異常性疼痛有關，並且發生在約 2-8%的患者中。這些症狀經常在中風後一個月表現出來，這可能會導致其診斷與治療的延遲(Hansson, 2004)。建議評估最有可能的病因(神經或肌肉疼痛)，以及當病情惡化或變好時的位置、持續時間、強度和情況，並且使用單一性疼痛評估工具(如視覺類比量表，數字計算型量表、口語等級量表及臉譜量表)來確認疼痛程度。Amitriptyline 是治療中風後中樞性疼痛的首選用藥(Lampl, Yazdi, 2002)。Anticonvulsantsu 也是另一個治療神經性疼痛的另一項選擇。

## （四）吞嚥困難(Dysphagia)：

有 27-69%的急性中風患者存有吞嚥困難的狀況(Teasell, Foley, Martino, Bhogal, Speechley, 2008)。幾乎有一半在接下來 14 天死亡或恢復，其餘一半在吞嚥時有一定程度的改變。與吞嚥困難相關的併發症包括吸入性肺炎、營養不良或因食物和水分攝入的減少而

導致的脫水。另一種情況也會影響患者的社交生活(Intercollegiate Stroke Working Party, 2008)。有一些簡單非機械方法可用於評估中風後的吞嚥困難。最常見的研究是喝水測試法 (the glass of water test)，包括給患者飲用不同量的水(30 至 90 毫升)，並觀察是否出現嗰咳及聲音變化的症狀。有一些會搭配血氧飽和度的監測。這些在住院期間用於所有中風患者的篩檢測試(202)。指引建議有必要在每位患者在由口進食前，時盡快排除急性中風患者的吞嚥困難問題。當吞嚥檢測到困難時，需要相關專家對這些進行評估，檢查是否存在相關的營養問題，因此原則上所有患者在出院前都應進行評估(National Stroke Foundation, 2007)。下表描述了可能導致患者出現吞嚥困難的症狀和徵象。

台灣腦中風協會設計三階段吞嚥功能篩檢表，評估內容以臨床意識狀態、肺部狀態、濕囉音、嗰咳等臨床表徵做為判定吞嚥困難之依據，依階段及步驟進行評估。三階段依序為整體狀況評估、小量水 (3ml) 吞嚥測試、以及多量水 (50-100ml) 吞嚥測試，目的在評估病患吞嚥功能，以及由口進食的安全性。除注重吞嚥篩檢結果，在執行過程中亦強調測試的安全性，加強姿勢擺位和口腔清潔等步驟的重要性，最後在流程中加入復健照會流程，以完成完整的吞嚥困難評估及協助擬定後續的治療方針(黃光雨，2011)。

表 3.11. 吞嚥困難的症狀和徵象

<b>一般(General)</b>	
*難以處理口腔分泌物或流口水	*經常清除喉嚨
*無自發咳嗽或吞嚥或虛弱	*口腔衛生差
*音調品質/音調改變(聲音嘶啞/潮濕音)	*飲食習慣改變
*口腔和舌頭運動降低	*體溫升高
*舌頭推力/原始口腔反射	*體重減輕/或脫水
	*反覆胸部感染
<b>當進食或喝飲料(When eating or drinking)</b>	
*緩慢開始吞嚥和/或吞嚥延遲(超過 5 秒鐘)	*臉頰上扒食物
*不協調的咀嚼或吞嚥	*食物/流質由口腔或鼻腔反流
*每一口要吞很多次	*延長吃/喝的時間
	*進食期間/之後咳嗽或打噴嚏
<b>食用或飲用後(Following the consumption of food or drink)</b>	
*嘶啞的聲音	*呼吸型態改變
*疲累	

(五) 跌倒(Falls)：

在醫院和社區中，中風患者跌倒是極常見的，據估計，在出院後的前六個月，高達 37% 的患者至少有一次跌倒的經驗。除了跌倒外，骨質密度的流失更大，特別是偏癱的患者。因此，除了減少跌倒發生率所需的預防措施外，還須採用一些介入措施。此外，因為中風患者多正在服用抗血栓藥治療，跌倒是出血危險因素之一。

## 六、憂鬱評估

中風患者應被視為高憂鬱風險的一群人。這是一種非常常見的後遺症，有 33% 患者受到影響(Hackett, Yapa, Parag, Anderson, 2005)。中風、身體殘疾和認知障礙的嚴重度是中風後憂鬱相關的風險因素。較常見於女性，已經患有憂鬱症或其他精神疾病的人及受社會孤立的人更常見。雖然可能發生在任何時間，但返家後的頭幾個月似乎是最關鍵的時間(Salter, Bjogal, Teasell, Foley, Speechley, 2008)。

儘管中風後憂鬱症對患者的恢復和預後有很大的影響，但是許多患者並未有充分的診斷或治療。因此，對所有中風患者進行憂鬱症篩檢是必要的(186, 189)。然而，這種篩檢的效用還未確定，或者正確的時機也沒有確定。既不是所有中風患者都應該進行篩檢，或者相反，這應該僅限於那些出現中風後憂鬱危險因素的患者。此外，這些患者憂鬱症診斷可能更複雜。認知功能障礙可能意味著患者無法識別或所提及的憂鬱症狀，並且常用的診斷工具或量表可能對有溝通問題的患者無用。下表示用於中風患者憂鬱評估工具(Salter, Bhogal, Foley, Jutai, Teasell, 2007)。

### (一) 台灣老年憂鬱量表(Taiwan Geriatric Depression Scale, TGDS)：

針對 Brink 等人所編製的「老年憂鬱量表(Geriatric Depression Scale, GDS)」翻譯改編而成(廖、葉、柯、駱、盧，2004)。此量表專為老人編制，採二分法(是/否)，簡單易答，更適合老年人作答。共有 30 題。若大於等於 11 分定為可能罹患憂鬱症的準時，GDS 診斷憂鬱症的敏感度為 84%，特異性為 95%。鑑於大量社區篩檢之實用性，各短版量表應運而生，如短式 GDS-15，若分數大於或等於 7 分以上即認為可能有憂鬱症。

## (二) 貝克憂鬱量表(Beck Depression Inventory, BDI)：

由 Beck 等人於 1961 年發展，包含 21 個題目，是根據憂鬱症患者本身的敘述而來。中文版貝克憂鬱量表是由柯氏於 1983 年取得翻譯後定稿。於 1996 年第二版貝克憂鬱量表發表後，並於 2000 年由陳氏將其翻譯成中文版，成為中文版貝克憂鬱量表第二版(陳，2000)。貝克憂鬱量表中文版第二版(BDI-II)，共 21 題，每個題有四個選項。首訪者以一週內最符合自己的情況填答，計分方式為 0-3 分。此量表是研究與臨床上最廣為使用的憂鬱量表之一，用來評估個案的憂鬱程度。中文版的正常範圍是 0-9 分，表示情緒狀態大致平穩；輕度憂鬱症為 10-18 分，表示可能有輕微的情緒波動或低潮，這些低潮尚在其個人可以應付的範圍，但需要他人的關心與支持；中度憂鬱症為 19-29 分，表示有較多的苦惱與煩悶，情緒低潮的處理已經達到個人能夠負荷的範圍，周圍的朋友可以持續地給予關心與支持，然接受專業的協助比較能協助其走出情緒的低潮；重度憂鬱症為 30--63 分，表示情緒低潮可能已經達到憂鬱症的程度，但仍需要專業醫師的診斷再加以確立，再配合藥物治療以利復原(盧、車、張、沈，2002)。



表 3.12. 中風後相關憂鬱評估量表

工具	分數	分數詮釋	執行時間	優點	缺點
貝克憂鬱量表 Beck depression inventory	0-63	憂鬱→10 10-18:輕 19-29:中 30-63:重	5-10 分	簡短的測試. 很少強調身體症狀	一些患者困難完成 女性常出現偽陽性
流行病學研究中心憂鬱量表 Depression scale of the Epidemiological Study Centre	0-60	憂鬱→16	7-12 分	最好的研究工具之一	一些患者困難完成
老年憂鬱量表 Geriatric Scale For Depression	0-30	憂鬱→11	8-10 分	很少強調身體症狀 有簡短版本	敏感度受到性別和認知問題的影響
醫院焦慮憂鬱量表 Hospital Anxiety and Depression Scale	0-21 憂鬱/ 焦慮分 開計分	憂鬱→8 8-10:輕度 11-14:中度 15-21:重度	2-6 分	管理簡單	身體類型 (somatic type)題目的問題
曾氏憂鬱量表 Zung's self-assessment Depression Scale	25-100	憂鬱→55	10-15 分	適合初步調查	可能不適合所有年齡層
中風失語憂鬱問卷 Stroke Aphasic Depression Questionnaire	30	憂鬱→15	3-4 分	適用於輕度至中度溝通問題患者	未經適當驗證

## 七、中風後的整體評估

患者在中風後多半會留下輕重不等的後遺症，雖經過復健治療後，多數患者仍舊殘留部分功能缺損。當患者返回居家後，整體的評估對患者是重要的。透過評估可以進一步篩檢有問題的患者給予協助、轉介與處置。

腦中風發作的病人，通常會伴隨高血壓、高血脂、動脈硬化，或其他心血管疾病等危險因子。血管病變將導致腦部血液循環阻塞、或血管破裂出血。大部分的人在出現第一次腦中風後，經過治療可慢慢恢復功能。但往往對預防認知不足，而輕忽日常防護的重要性，增加二次腦中風風險。經歷第一次中風發作後，能針對高危險因子來做平日保養及防範，是預防再次發生中風的重要行為。以下就第二級預防的常用評估方式，逐一說明：

### (一) 中風後查檢表(Post-Stoke Checklist, PSC)：



此查檢表(PSC)目的在幫助醫療人員識別治療遵從性及中風後的問題。這是一個簡易的工具，可由患者或護理人員的協助下完成，提供個案管理的標準方法，來識別中風患者長期的問題，並促進適當的轉診治療。此查核表有 11 項評估項目，包括二級預防(Secondary Prevention)、日常活動(Activities of Daily Living, ADL)、移動(Mobility)、痙攣(Spasticity)、疼痛(Pain)、失禁(Incontinence)、溝通(Communication)、情緒(Mood)、認知(Cognition)、中風後生活(Life After Stroke)、個人關係(Personal Relationships)(National Stroke association, 2014, UK and Singapore )。另一版本加上疲憊(Fatigue)和其他挑戰(Other Challenges)兩項(the Global Stroke Community Advisory Panel, 2012, Canadian )。

表 3.13. 中風後查檢表

<b>1. 第二級預防(Secondary prevention)</b>		
自從你中風或上次評估以後，你是否接受過有關健康相關生活方式改變或藥物治療來預防另一次的中風？	<input type="checkbox"/> 否	如果不是，將病患轉至初級保健提供者，給予風險因子評估及合適的治療
	<input type="checkbox"/> 是	繼續觀察進展
<b>2. 日常活動(Activities of daily living, ADL)</b>		
自從你中風或上次評估以後，你覺得自我照顧更困難嗎？	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	你有困難嗎？ <input type="checkbox"/> 穿衣、洗臉或洗澡 <input type="checkbox"/> 準備熱飲或餐食 <input type="checkbox"/> 外出
<b>3. 活動性(Mobility)</b>		
自從你中風或上次評估以後，你是否發現行走或安全移動(從床到椅子)更加困難？	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	你還在繼續接受復健治療嗎？
<b>4. 痉攣(Spasticity)</b>		
自從你中風或上次評估以後，你的手臂、手和/或腿的僵硬程度是否增加？	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	這是否會干擾日常活動？
<b>5. 痛(Pain)</b>		
自從你中風或上次評估以後，你有新的疼痛嗎？	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	如果是，轉介給中風疼痛專家進一步評估與診斷
<b>6. 失禁(Incontinence)</b>		
自從你中風或上次評估以後，你是否在膀胱或腸道控制方面遇到更多的問題？	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	如果是，轉介社區失禁專家進一步評估
<b>7. 溝通(Communication)</b>		

自從你中風或上次評估以後，你是否發現與他人溝通更加困難？	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	如果是，轉介語言治療師進一步評估

#### 8.情緒(Mood)

自從你中風或上次評估以後，你是否感到焦慮或憂鬱？	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	如果是，轉介給中風後情緒改變專家的初級保健醫師做進一步評估

#### 9.認知(Cognition)

自從你中風或上次評估以後，你覺得思考、注意力或記住事情更困難嗎？	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	這會干擾你參與活動的能力嗎？

#### 10.中風後生活(Life after stroke)

自從你中風或上次評估以後，你是否發現休閒活動、愛好、工作或從事性活動更加困難？	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	轉介病患中風支持組織(如，腦中風協會)

#### 11.家庭關係(Relationship with family)

自從你中風或上次評估以後，你與家人的關係變得更困難或緊張嗎？	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	如果是，安排患者下一次與病患和家屬初級照護訪視。或假如有家庭成員，轉介給中風支持組織(如腦中風協會)

#### 12.疲憊(Fatigue)

自從你中風或上次評估以後，你是否正在經歷因疲憊而干擾運動的進行或其他活動的能力？	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	與初級照護提供者討論疲憊 考慮轉介家庭照護服務進行衛教與諮詢

#### 13.其他挑戰(Other Challenges)

自從你中風或上次評估以後，你是否有其他與中風相關的挑戰或干擾復原或導致苦痛的擔憂	<input type="checkbox"/> 否	繼續觀察進展
	<input type="checkbox"/> 是	安排與患者和家庭成員進行下次的訪視去討論挑戰與擔憂 考慮轉介醫療保健提供者、中風支持組織(地方或省級支持團體、加拿大心臟和中風基金會)

## (二) 中風衝擊量表(Stroke Impact Scale, SIS)：

這個量表是由病人與照顧者的角度，評估輕度至中度中風患者之情緒、溝通、記憶、思考以及社會角色。這個量表一直還有新修訂，SIS 2.0 包含 64 個題目，8 個面向 10，SIS 3.0 則包含 59 個題目，8 個面向，另有十六題的簡短版 SIS-16 (梁，2009)。

實證建議	等級
出院後，必須確保醫療的連續性，根據病患的臨床狀況安排回診，並與所有相關專家協調，以確保獲益。	B
中風後功能的限制必須在出院後和復健結束時進行評估，從而確定獲得其功能狀態，如可使用 Barthel Index、Rankin Scale 和 FIM motor subscale。	B
出院後三個月建議由專科醫師進行神經學評估	B
必須參考一級和次級中風預防指引，為每一種情況提供適當的二級預防措施標準。	B

參考資料: Arroyo et al (2009). Clinical practice guideline for the management of stroke patients in primary health care



## 案例

蘇先生，70歲，嚴重中風個案住院6個月治療後返家。個案目前左側偏癱、大小便失禁無法自理，鼻胃管灌食。居家護理師第一次家訪評估。



## 反思

想想看病患目前的狀況如何~~~

1. 病患的意識狀況如何？
2. 目前身體功能好嗎？
3. 病患因中風治療返家，如何完整評估病患的狀況並給予主要照顧者確切的指導呢？

## 第二節 主要照顧者與家庭評估工具

### 一、主要照顧者需求評估



Magwood 等人(2019)針對中風病患主要照護者研究，發現家庭照護者的健康，與中風病患的身體、認知、心理和情緒等方面恢復密不可分。個案與其家屬返家後或個案進住機構後需要重新建構社會、情緒與實際的支持。中風病患主要照顧者需求量表 (caregiver need of stroke patients scale, CNSPS) 之發展乃基於實證轉譯臨床應用精神，依據英國學者 Debbie Isobel Keeling(2014)針對居家照護病患及主要照護者相關需求，所整理之範域性文獻系統回顧結果，建構發展出此量表。主要照顧者有其資訊上、情緒上及社會上的需求量表共包括六個向度，包含中風病患主要照顧者對病患治療相關需求、主要照顧者自己的日常生活能力需求、自給自足的需求、社交需求、情緒需求、及訊息的需求。

治療相關需求包含：體力的負荷、經濟狀況考量、社會資源的幫助、家庭中可利用的資源規劃等四個項目。

1. 日常生活能力需求包含：自己身體體能的負荷、自己的獨立生活程度受到限制、休閒活動受到影響、影響了自己其他生活領域的擴展等四個項目。
2. 自給自足需求包含：照顧的責任加重、經濟負擔、交通工具及交通時間花費的負擔等三個項目。
3. 社會需求包含：幫助家庭適應紊亂的狀況或處理個案死亡、加強家庭關係的維持、凝聚家庭的網絡與自己朋友的網絡、能與他人公開討論自己的狀況、重新建立自己的社交生活、認知到個案並非完全需要依賴我，盡量放手讓個案獨立六個項目。
4. 情緒需求包含：角色變化(例如從被照顧者角色變成照顧他人)、崩潰感、苦痛感、感

到責任加重、被認為照顧個案是理所當然、起起伏伏的情緒產生、無法完整照顧個案

而產生罪惡感(例如必須將個案送至養護機構)、自覺照顧個案能力不足、需要喘息、

自尊心降低、負向道德感、對事物敏銳度的降低等十二個項目。

5. 訊息需求包含：面對須提供不斷變化的個案照護需求、如何提供個案適當的照護方式、如何因應想像中有可能會出現的病情轉變(例如擔心個案的疾病會傳染)等三項。

本團隊 (穆等人，2018) 將每個向度涵括之項目，先進行英文轉譯之專家效度，再將項目製作成問卷，交由本土臨床護理專家與長照居家照護專家共 56 名，逐項檢視量表六大需求向度中，所認為照護者的需求項目。再由十位臨床及長照護理專家，圈選出合適的題數並建立量表題目。第二階段，進行量表內容有效性之審核。同時以心理幸福感量表 (psychological well-being) 進行量表之預測效度(predictive validity)。由兩個醫學中心收案，每一機構各邀請 150 名，共 300 名中風病患之主要照顧者參與研究，來測試量表內部一致性、因素分析和預測效度。量表內容見表 3.14.



表 3.14. 中風病患主要照顧者需求量表 (穆、賀、梁等, 2018)

	需求向度	項 目	總 是 (1)	經 常 (2)	有 時 (3)	很 少 (4)	從 不 (5)
一	治療相關 需求	1. 疾病的照顧良好。					
		2. 執行與治療相關的照護時體力良好。					
二	日常生活 能力	3. 能支配日常生活作息。					
		4. 不影響其他生活領域的安排(例如休閒活動)。					
三	自給自足 的需求	5. 可以擔任主要照顧者的工作。					
		6. 無加重經濟或交通轉運上的需求或負擔。					
四	社會需求	7. 能適應生活失序或面對突發事件。					
		8. 能與家人或朋友維持社交網絡，可以開放討論。					
五	情緒需求	9. 覺得自己燃燒殆盡、快要崩潰了的感覺。					
		10. 不被視為理所當然地付出，且能有喘息機會。					
六	訊息需求	11. 能了解疾病治療及預後。					
		12. 能掌握適當的疾病照護資訊。					

## 二、家庭功能評估 (JBI evidence summary)



家庭是社會的單位，也是一個人身心健康與成長的地方。家庭是一個系統，家庭功能乃指家庭共同努力來滿足家庭成員的基本需求 (Staccini, Toomba, Grandi & Keitner, 2015)<sup>2</sup>。 Olson (1978) 提出家庭環形模式，認為家庭功能包括家庭和諧(family cohesion)，家庭調適(family adaptability)，及家庭溝通 (family communication)。家庭是動態的，家庭在不同的發展階段或是遇到不同的事件，會有不同的需求，因此家庭功能需要因應需求而有所改變，家庭若能在家庭和諧與家庭調適之間達到一個平衡，即可是一個好的家庭功能。



Beavers et al (2000)提出家庭功能包括三個嚴謹的指標：家庭結構、家庭關係，及家庭對壓力的反應. 這些元素影響到家庭功能的表現。家庭護理大師 Wright and Leahey (2005) 的 Calgary family assessment and intervention model 中指出家庭評估須包括：家庭結構、家庭發展階段，及家庭功能。家庭功能涵蓋工具功能及表達性功能。見圖 3.1.。

中風是十大死因的前五位，且是主要造成身體 (Guo, 2015)。許多中風的個案都有慢性的神經功能損傷或認知損傷，這些現象都會造成主要照顧者及家庭的壓力或負擔(Guo, 2015)。



實證研究指出，應用於中風家庭的家庭評估中，家庭評估量表 (Family assessment device; FAD) 及家庭健康訪談 (Family Health Conversations)及 15 分鐘的家庭訪談(15-minute Family interview)，可用來評估家庭功能。( Östlund U, Bäckström B,

Saveman BI, Lindh V, Sundin K, 2016)(Persson C, Benzein E., 2014)。

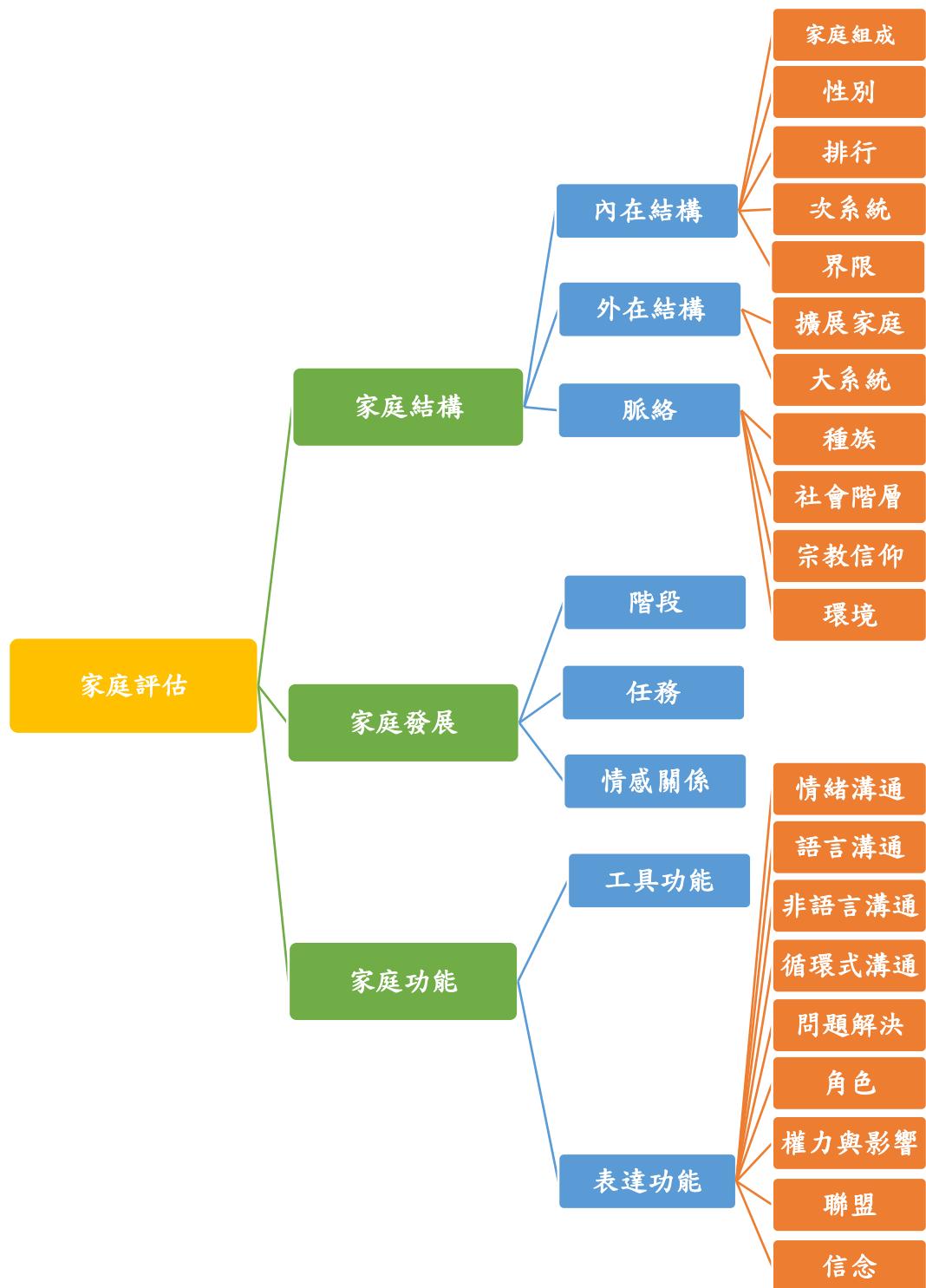


圖 3.1. Calgary 家庭評估與介入措施內涵

參考資料：Wright LM, Leahey M. Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2009.

### (一) McMaster Family Assessment Device (FAD) :

屬於 McMaster Family Assessment Device (FAD) 中 12 題的家庭功能量表(一般功能)。評分方式：非常同意(1) 同意(2) 不同意(3) 非常不同意(4)。大於兩分為家庭功能失常。  
量表請見: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/famp.12113>

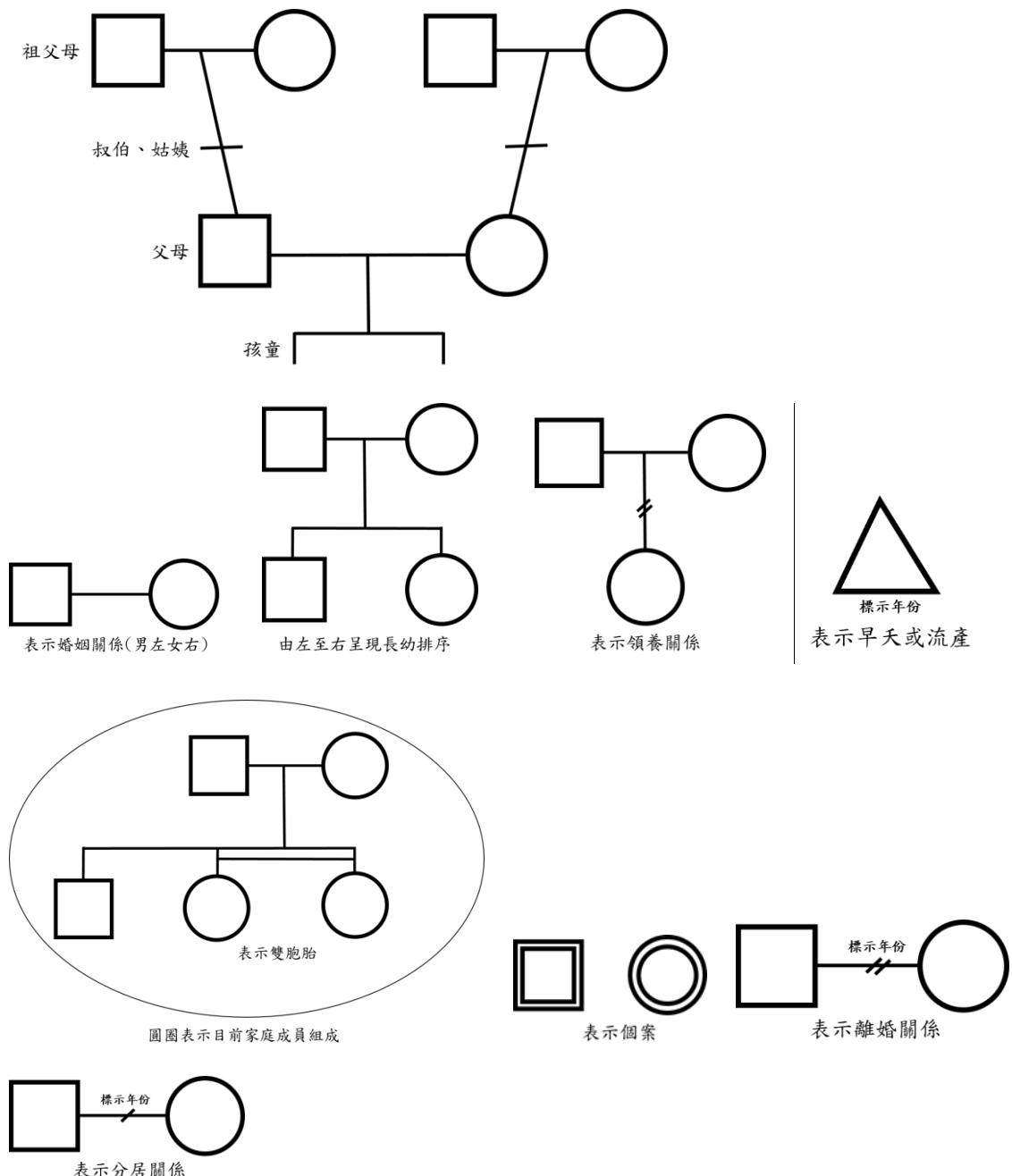
### (二) 15分鐘的家庭訪談(15-minute Family interview) :



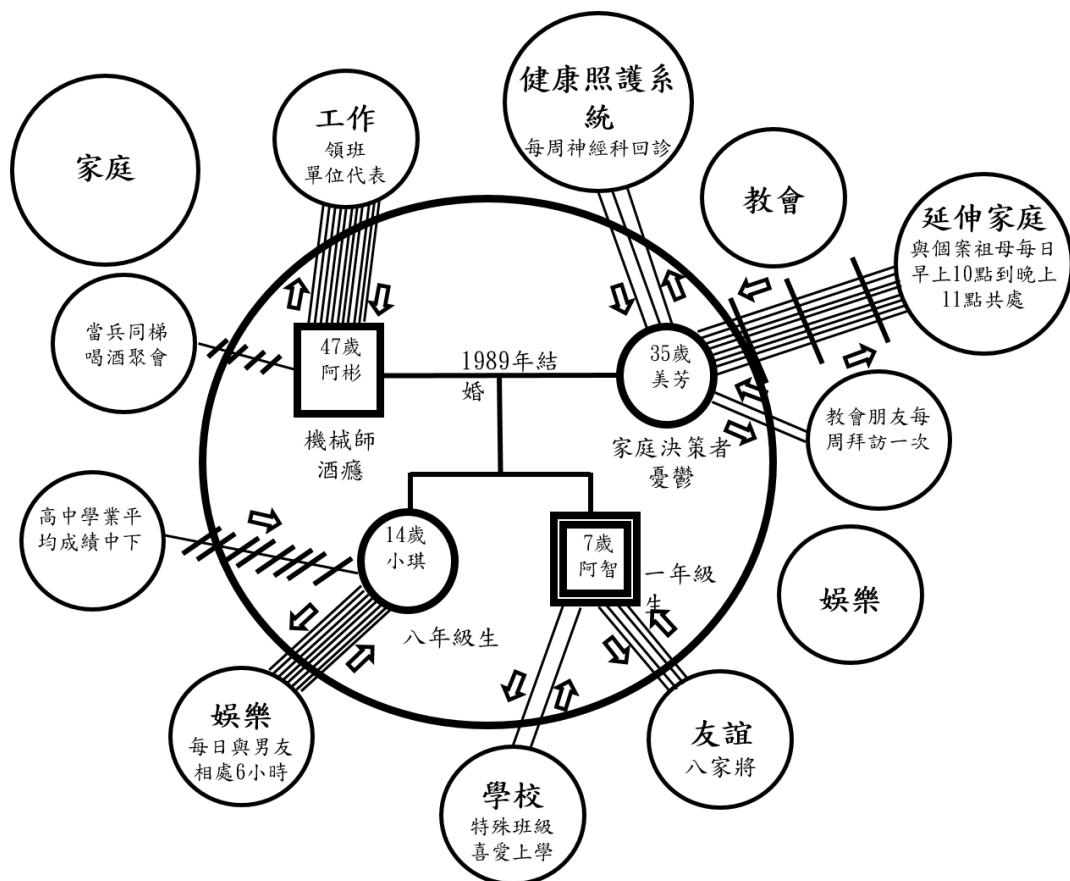
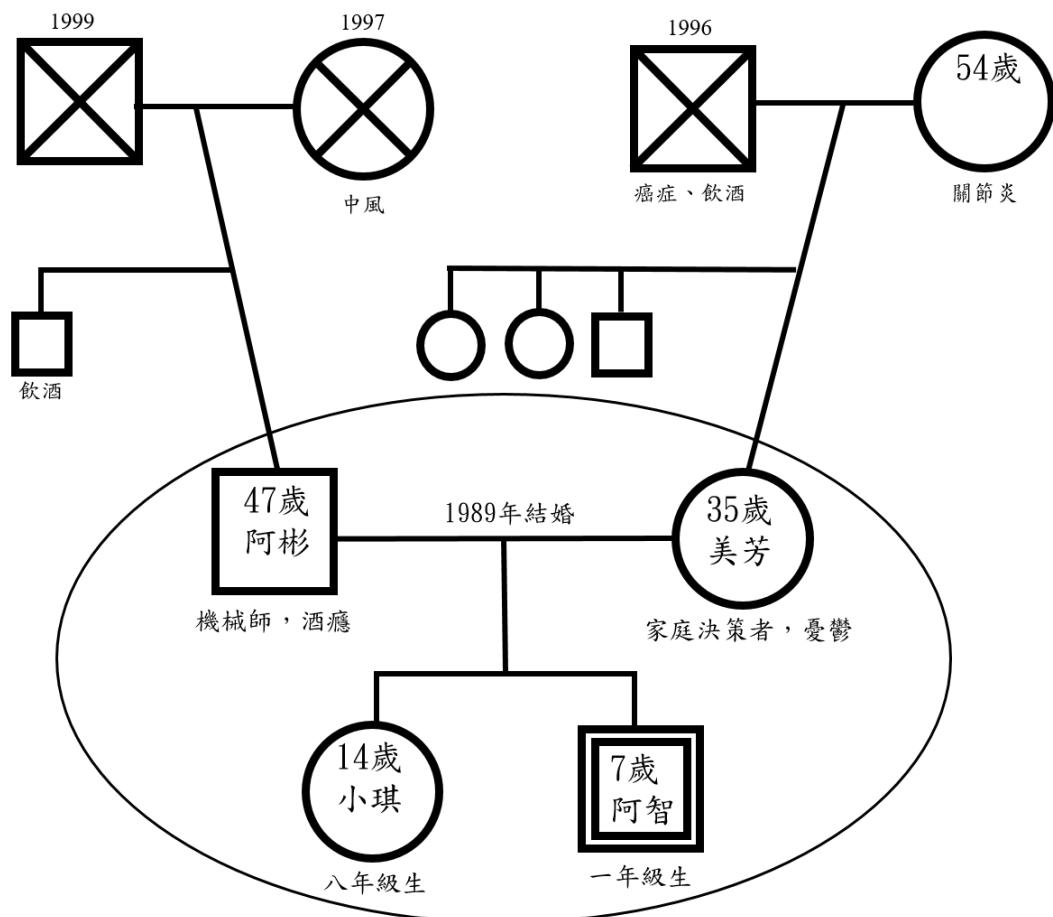
是來自 Calgary 家庭評估與介入措施模式中的家庭評估方式。主要的訪談內容包括：

- (1) 建立治療性關係、
  - (2)治療性對話、
  - (3)家庭 genogram (含 ecomap) ,
  - (4)治療性問問題
- (4)建議 (Level 3)。(Silva MC, Moules NJ, Silva L, Bousso RS., 2013)

### (三) 家庭樹 (genogram)



(四) 家庭社會關係圖 (ecomap)





另外有家庭評估量表(GF6)，屬於McMaster Family Assessment

Device (FAD) 中 12 題的一般家庭功能次量表具有測量家庭功能的良好信效度。De Haan, Hafekost, Lawrence, Sawyer and Zubrick (2015) 也證實 6 題的簡版 (GF6) 也對測量家庭功能，具有良好的信效度。家庭健康訪談 (Family Health Conversations) 及 15 分鐘的家庭訪談可用來評估家庭功能，是來自 Calgary 家庭評估與介入措施模式。家庭健康訪談包括評估家庭故事、信念及自我反思，並有一後續的放談。協助個案訪談過程經歷了(1)故事的描述 (2)傾聽 (3)重新考量 (4)擴展意識 (Östlund, Bäckström, Saveman, Lindh, & Sundin., 2016).<sup>6,7</sup> (Level 3)]。依據家庭循環模式所建立之家庭調適與和諧評估量表 (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES IV; Olson, 2011)，可以用來進行家庭功能評估，設立改善家庭功能的計畫，並進行成效評量的工具。

家庭功能評估量表之實證建議	等級
家庭功能量表(FAD)是一對中風個案家庭之適合的自我報告的家庭評估量表	A
家庭評估量表 (Family assessment device; FAD) 是適合的家庭功能評估工具	A
家庭健康訪談 (Family Health Conversations) 及 15 分鐘的家庭訪談(15-minute Family interview)對中風個案的家庭成員可能可以是有效的評估工具但仍需多的證據	B

參考資料：Fulton, A. (2018). Assessment of family function in stroke survivor families in the community. JBI evidence summary.



## 案例

王先生，49歲，父母均已過逝，三兄弟，排行老二，均已結婚，都有自己的家庭，大家都忙，有事才會聯絡。國中畢業，為營造工人，每月收入約4.5萬元。為家庭經濟的主要來源。結婚23年，太太47歲，2個哥及1個妹妹，父母與大哥住在外縣市。太太和妹妹家住很近，經常相聚、閒聊，每週不定時受僱做家庭清潔，平均每月收入約18000元。育有一子、一女，兒子21歲，剛升大三，唸國立大學，女兒18歲，高三，家庭成員間感情融洽，但兒子在外縣市唸書，長假才會回家，女兒則正準備升學考試。夫妻兩都是有工作才會有收入，除健保外沒有參加任何的保險。王先生三個月前突然中風，後到醫院治療後，一週前才回到家裡。目前意識清楚、左側偏癱，無法自行上下床活動，需人協助日常生活照顧。主要照顧者為太太，為照顧個案，她無法外出工作。家庭沒有收入，只能靠之前的積蓄過日。太太不知道自己怎樣才可以照顧好個案。



## 反思

想想看我們能幫忙的~~~

1. 應用15分鐘家庭訪談技巧進行家庭訪談及評估。
2. 於家庭訪談過程中，並依個案情境製作genogram及ecomap。
3. 評估中風個案的家庭結構、家庭發展階段，及家庭功能。
4. 分析個案家庭正面臨的問題。

### 三、主要照顧者與家庭韌力評估 (JBI evidence summary)



主要照顧者心理與社會功能直接影響其調適與照顧負荷感。尤其主要照顧者韌力及家庭韌力是影響主要照顧者正向健康經驗的重要因素。主要照顧者若獲得充分的訊息或支持，方便有效的服務管道，會改善其調適、負擔、及正向情緒。本指引針對中風患者主要照顧者的韌力評估，參考 JBI Evidence Summary 中「Assessment of Caregiver Resilience」收錄 3 篇 systematic review、2 篇 cross-sectional study，產出以下建議：

主要照顧者家庭韌力評估之實證建議	等級
以目前最佳的證據顯示並沒有黃金標準衡量標準來評估韌力，措施的選擇應考慮評估的向度和工具的心理測量屬性。	Grade A
CD-RISC 在用於評估包括照顧者在內的各種人族群的適應力時，具有可接受的心理測量的內涵，並且可被推薦作為評估主要照顧者韌力的可靠有效工具。	Grade B

#### 參考資料

BBiotech(Hons), M.S. (2018). Evidence Summary. Assessment of Caregiver Resilience. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2018; JBI19805.

## (一) 韌力評估工具簡介

較常使用的韌力評估量表為簡明復原力量表、Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)、Psychological Capital Questionnaire (PCQ)、Psychological Capital Questionnaire Short Form (PCQ Short Form)、成人復原力評量表 (Resilience scale for adults; RSA) (北護 李淑媚碩士論文)，及家庭韌力量表。

### 1. 簡明復原力量表 (Brief Resilience scale; BRS)



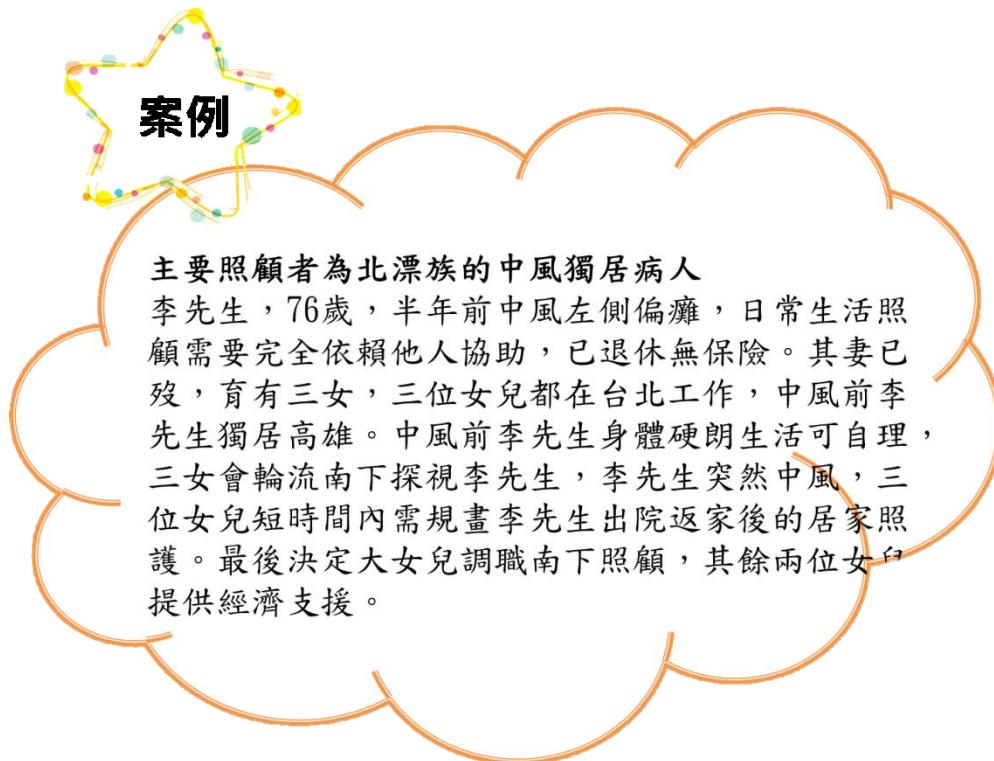
Smith 等人 (2008) 所發展的量表，用以測量個體心理自逆境 或負向事件中復原的能力。中文版 BRS 量表共有 6 個題項，計分方式採用評分依據 1-5 分的 Likert 量表，，由 1 分到 5 分各代表「非常不同意」到「非常同意」，其中負向題的部份採反向計分。 BRS 得分計算方式為 6 個題項個別分數 加總後計算其平均數，平均數愈高代表心理復原力愈高。兩個因素的命名分別為：復原力 (resilience) 與屈服 (succumbing)。復原力因素之內部一致性信度為.86，屈服因素之內部一致性信度為.75。得分越高代表復原力越高。量表請見

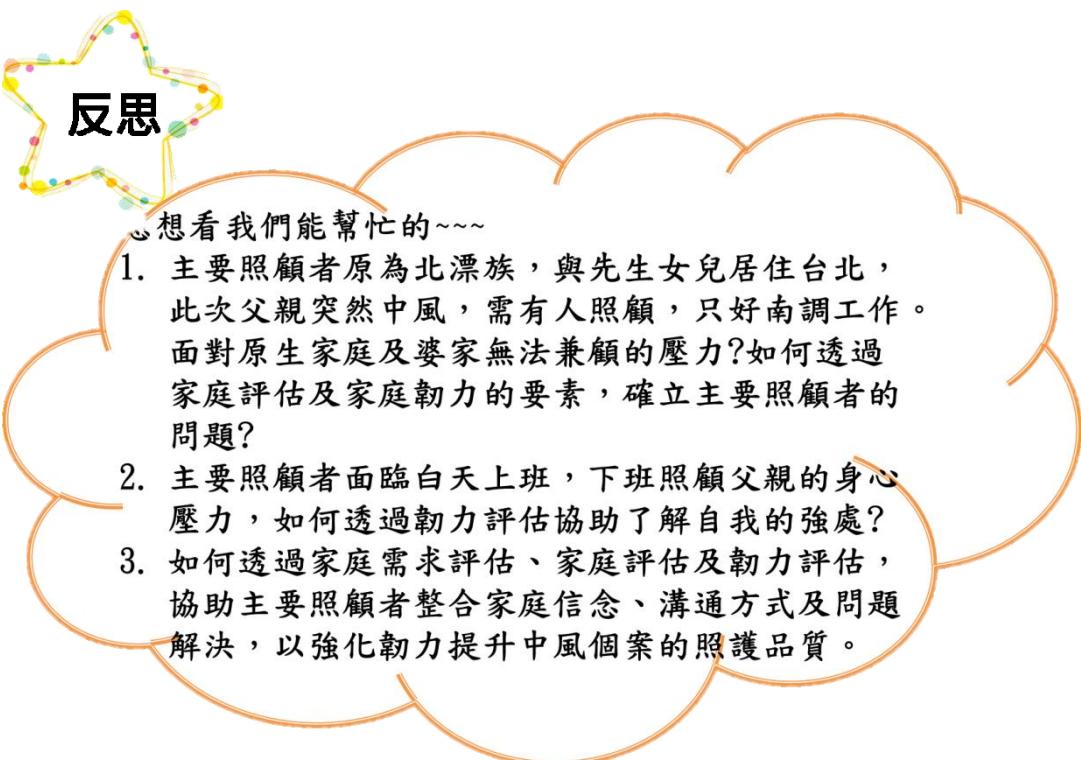
<https://ogg.osu.edu/media/documents/MB%20Stream/Brief%20Resilience%20Scale.pdf>

### 2. CD-RISC: Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) :

由 Kathryn M. Connor and Jonathan R.T. Davidson 所發展，評估韌力程度，包含三個向度：堅韌力、力量，與樂觀性。視復原力為個體成功因應壓力的能力，故 CD-RISC 可做為對提升韌力介入措施之具有鑑別力之研究成效的指標 (何等，2012)。王松輝、王作仁、徐淑婷、王敏行 (2017) 有將 Connor-Davidson 復原力量表進行中文量表的翻譯與信效度建立。

此外，還有正向資本問卷(Psychological Capital Questionnaire; PCQ)，。包含 24 題了解個案正向心理的發展。正向資本問卷(短版)(Psychological Capital Questionnaire Short Form; PCQ Short Form): 包含 12 題。其測量的向度為：韌力、希望、自我效能，及樂觀。另有，成人復原力評量表 (Resilience scale for adults; RSA) ( 何等，2012 ； Windle et al., 2011 )。及家庭韌力量表，此乃由家庭系統理論與家庭壓力理論及心理的韌力觀點所建構。The National Network for Family Resiliency 定義家庭韌力為家庭培養優勢的能力 積極迎接生活的挑戰。Walsh (2016) 指出 家庭韌力包含：家庭信念、組織模式，與溝通解決問題三個向度。穆(2016)將之翻譯成中文並進行信效度測試。





#### 四、主要照顧者心理幸福感之評估

心理幸福感量表 (psychological well-being) (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) 包括六個向度：環境控制、個人成長、與他人的正向關係，及自我接受。共 18 題，採七分計分 (Cronbach's  $\alpha$  ranged from .75-.84) ，此量表已經由吳東穎 (2007) 進行中文信效度檢定。原始量表請參考：<https://ppc.sas.upenn.edu/resources/questionnaires-researchers/psychological-well-being-scales>

#### 五、第二級預防

證據顯示，即使是短期內沒有再次中風的個案，長期心血管問題的風險也會增加，因此，積極的減少心血管風險因子，可有效的降低中風復發的機會。

美國每年約有 795,000 例中風，其中 23% 是復發性的中風 (Go, Mozaffarian, Roger, Benjamin, Berry, Blaha et al, 2014)。中風個案於 10 年內有 43% 會因為累積危險因子而再次中風，而每年在中風的發生率約 4% (Hardie et al., 2004)。

中風的危險因素有：糖尿病，高脂血症，心房顫動，目前的吸煙和高血壓的情況。此外，研究指出若中風個案不遵從藥物的服用，是造成再次中風的高危險因子 (Bushnell, Aman, & Han, 2014)，若 70% 或更少的服藥遵從率，將會有 100% 的再次中風的發生。

每一位中風個案均需提供預防第二次中風的護理介入照顧及團隊的治療照顧，長期的處理危險因子，尤其是服用藥物的遵從性，尤其與主要照顧者的溝通更為重要。

二級中風預防是依照個案情況而設計的，旨在降低已經發生中風或短暫性腦缺血發作的個案其再次發生中風的風險 (Go, Mozaffarian, Roger, Benjamin, Berry, Blaha et al, 2014).<sup>1,2</sup> 二級預防乃針對中風發生的危險因子進行照顧建議，包括：生活方式（飲食、鈉攝入量、運動、體重、吸煙和飲酒）、高血壓、血脂異常，之前中風或短暫性腦缺血發作，心房顫

動和頸動脈狹窄。

風險因子評估之實證建議	等級
中風風險的人和中風患者應評估血管疾病危險因素，生活方式管理問題（飲食、鈉攝入量、運動、體重、酒精攝入量、抽菸），以及使用口服避孕藥或激素替代療法	B
有中風風險的人應該獲得獨特性資訊和諮詢，以了解改變其生活方式和風險因素的可能策略	B
在必要時轉介給適當的專家[證據等級 B]。	B
專家可以提供更全面的評估和結構化程序來管理特定的風險因素	B

出處: American Nurse Today: <https://www.americannursetoday.com/secondary-prevention-of-stroke/stroke-risk-factors-and-treatment-recommendations/>

近年預防中風的臨床指引著重在以實證為基礎的減少血管危險因子的生活模式 (lifestyle)的改變。護理人員扮演幫助中風個案達到實證建議的改變其生活模式的重要角色。治療以及介入措施可參考 *Stroke risk factors and treatment recommendations*。經評估委顯因子後，介入措施必須具有個別性，應用改變行為的手法，如教育或引導諮詢。

生活型態調整實證建議	等級
a) 應評估每位中風病患並告知他們再次中風的風險因素以及調整因應風險因素的可能策略。風險因素和介入措施包括： <ul style="list-style-type: none"><li>戒菸：尼古丁替代治療，安非他酮和去甲替林療法，尼古丁受體部分興奮劑療法和/或行為療法</li><li>改善飲食習慣：降低脂肪(特別是飽和式脂肪)及鈉的攝取，提高水果及蔬菜的攝取。</li></ul>	A
	A
	B

• 增加規律的運動 • 避免過量飲酒(每天不超過 2 杯)	B
b)介入措施須具有個別性，應用改變行為的手法，如教育或引導諮詢。	A

參考資料：

1. American nurse today <https://www.americannursetoday.com/secondary-prevention-of-stroke/>
2. Jill I Cameron etc. (2016), Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016; International Journal of Stroke, 11(7), 807-822)

American 此表定義不良/中度/理想行為和健康的分類，根據美國心臟協會 7 項簡單生活指標定義及改善心血管健康的生活方式的指標與建議。(American nurse today.

From: <https://www.americannursetoday.com/secondary-prevention-of-stroke/>

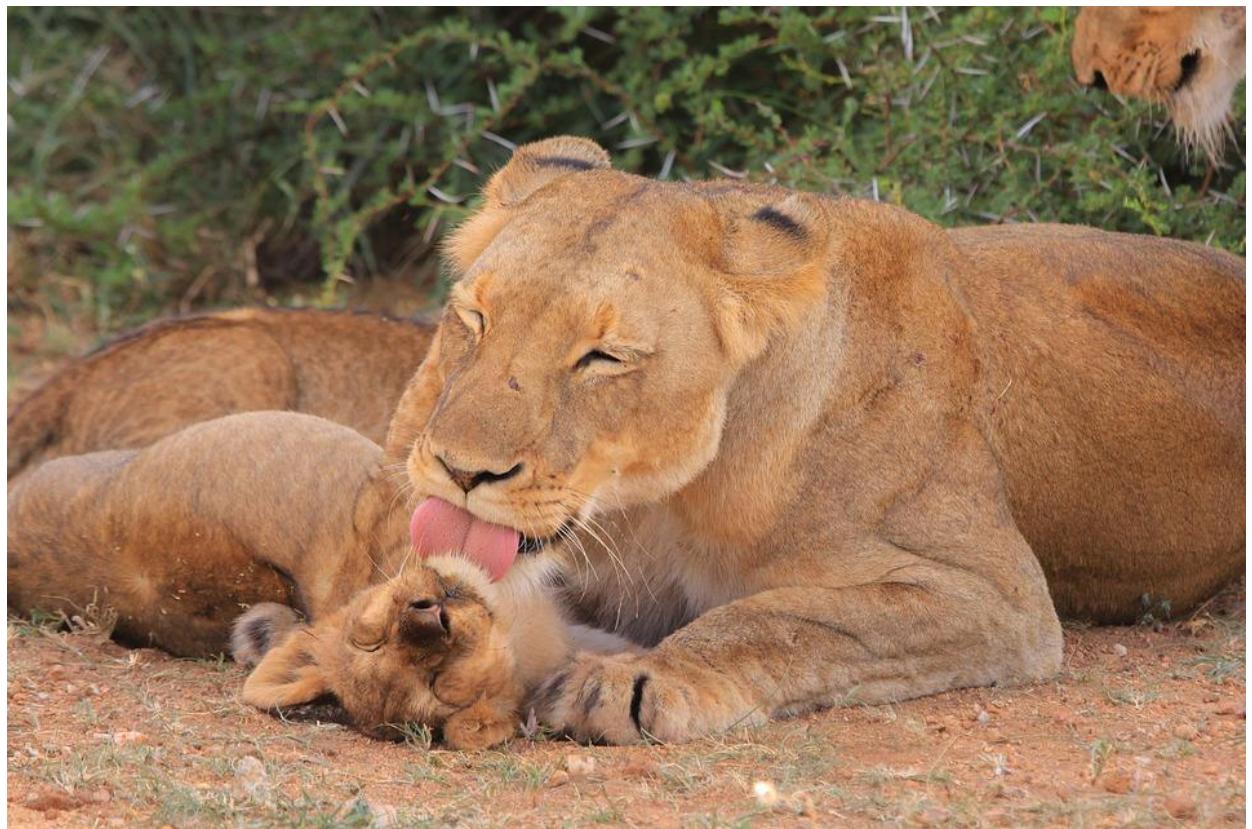
表 3.15. 不良/中度/理想的心血管健康之定義

不良/中度/理想的心血管健康之定義			
此表定義不良/中度/理想行為和健康的分類，根據美國心臟協會 7 項簡單生活指標定義及改善心血管健康。			
指標	不良健康	中度健康	理想健康
目前仍抽 菸者	是	之前有抽菸者； 戒菸 12 個月或更短時間。	從未抽菸或戒菸超過 12 個月的時間。
身體質量 指數	$\geq 30$ 公斤/平方公尺	25-29.9 公斤/平方公尺	$< 25$ 公斤/平方公尺
身體活動	沒有	1. 至少每週中等強度運動 149 分鐘 或 2. 至少每週劇烈運動 74 分 鐘 或 3. 1+2	1. 每週中等強度運動 $\geq 150$ 分鐘 或 2. 每週劇烈運動 75 分鐘 或 3. 1+2
飲食評分	0 至 1 個成分*	2 至 3 個成分*	4 至 5 個成分*
總膽固醇	$\geq 240$ 毫克/分升	200-239 毫克/分升 或 治療到目標	$< 200$ 毫克/分升
血壓	1. 收縮壓 $\geq 140$ 毫米 汞柱 或 2. 舒張壓 $\geq 90$ 毫米汞 柱	1. 收縮壓 120-139 毫米汞柱 或 2. 舒張壓 80-89 毫米汞柱 或 3. 治療到目標	$< 120/< 80$ 毫米汞柱 (無藥物治療)
空腹血糖	$\geq 126$ 毫克/分升	1. 100-125 毫克/分升 或 2. 治療到目標	$< 100$ 毫克/分升

\*定義健康飲食評分的五種飲食成分是：

- 水果和蔬菜：每天 4.5 杯或更多
- 魚：每週兩份 3.5 盎司或以上（最好是油性魚）
- 富含纖維的全穀物：每天三份 1 盎司當量或更多
- 鈉：每天少於 1500 毫克
- 含糖飲料：每週 450 千卡（36 盎司）或更少。

此外，針對低風險的復發性中風（症狀發作超過 2 週後的時間間隔）。在疑似短暫性腦缺血發作或非致命性缺血性卒中後出現超過 2 週的患者可能被認為不太緊急，應由神經科醫生或中風專家進行評估，最好在症狀發作後一個月內進行評估[證據等級 C]。（注意：除非另有說明，否則這些建議適用於缺血性和出血性中風。）



## 第四章 常見的照顧問題與目標

### 第一節 常見的照顧問題：中風個案的主要照顧者需求

對於中風個案主要照顧者的需求評估，主要在發現高風險的照顧者，提供即早的預防性照顧。中風個案的身體和認知障礙，殘疾或行為問題特徵，是影響主要照顧者承受的風險程度的指標。主要照顧者心理素質（如應對風格，邏輯性與連貫性）、家庭中的和諧度、資訊的需求度和社會支持度，都是影響的重要因素。研究發現主要照顧者心情、職業耐心能力和負面情感，可以預測中風後 6 個月主要照顧者的負擔狀況(Heugten, Visser-Meily, Post, Lindeman, 2006)。

許多研究指出：主要照顧者的憂鬱程度則是其負荷程度最重要的預測因素。家庭關係不和諧、年齡、收入和健康問題則是次要的影響。因此，中風患者主要照顧者的負擔，與中風患者的認知障礙，與主要照顧者自身的特性，情緒和憂鬱相關的心理因素，有重要的相關性。評估主要照顧者的負擔是否過重，是否出現倦怠或身體問題的風險，醫療專業的支持，評估是否需改變新的復健治療措施，如在家的復健治療或短期的住院治療，關懷主要照顧者所面臨的負擔來源，都是評估照顧者負擔的積極處置。Keeling (2014)六面向需求針對每項需求程度，做出最適宜的相對應措施與相關支持的給予依據。

#### 一、資訊的需求：

疾病的發展、身體護理照護技術、突發狀況的處理、飲食的配製、復健運動、藥物相關知識、醫療器材相關資訊、居家環境安全的設置、病患行為處理相關訊息。改善主要照顧者需求：主動提供中風病患及其家人/照顧者個別化的訊息，以滿足個別性溝通形式的需求；常規性追蹤後續變化，以澄清或加強所提供的訊息(Grade A)。主要照顧者了解中風症狀及危險因子：應在復健過程的不同階段，提供相關訊息。健康照護專業人員應協助設定病患照護目標，

目標是符合個別性、具體性和具有挑戰性的，並能定期記錄、審查和更新(Grade B)。

## 二、心理健康的需求：

中風恢復期通常是冗長和恢復程度未知的。這些“未知數”對主要照顧者引起高度壓力和焦慮。對於疾病領域有限的知識和經驗，所產生的不確定性引起焦慮，壓力的長期增加可能導致憂鬱症。因此主要照顧者需要有，能夠處理情緒的幫助和壓力管理(MacIsaac, Harrison, & Godfrey, 2010)。例如：休克、無助、擔憂、角色與責任的轉變、獲得足夠的疾病相關資訊、找尋支持的資源、確定自己所缺乏的需求、及參加相關的照護課程，也是能增加自我信心、減少疾病照顧不確定感的有效方式(Caregiver Guide to Stroke, 2015)。強化家庭韌力:藉由家庭會議，讓復健過程的中風病患及其家人/照顧者，經由瞭解並建構他們的願望和期待，除非他們選擇不參加或無法參加(Grade B)。

## 三、社會角色的需求：

家人因中風影響認知和情感的轉變，面對不確定的未來所面臨的挑戰，往往導致照顧者的恐懼和焦慮。主要照護者社會角色的需求重點包括:中風個案出院後，主要照顧者對他們的新角色和提供照顧的能力會充滿信心、來自醫療專業人士的支持、中風個案家庭成員的失落感感、及再次將自己融入社會:參與社會角色功能的運行，對於主要照顧者的社會需求與自我價值的建立，有相當大的重要影響(Keeling, 2014；MacIsaac, Harrison, & Godfrey, 2010)。改善中風病患身體功能維持或恢復:主動提供中風病患自我管理技能的訓練，包括積極解決問題的能力和個人目標設定(Grade B)。改善家庭生活品質:經由社福資源轉介與可應用資源的提供，改善家庭的生活品質(Grade B)。主要照顧者了解轉銜服務及社會支持系統與資源:中風照護小組應定期與中風病患及其家人/照顧者會談，讓他們參與管理、目標設定和出院計劃(Grade B)(Bradon, 2013)

## 第二節 照顧目標

一、主要照顧者了解中風症狀及危險因子：應在復健過程的不同階段，提供相關訊息。

健康照護專業人員應協助設定病患照護目標，目標是符合個別性、具體性和具有挑戰性的，並能定期記錄、審查和更新。

二、改善主要照顧者需求：主動提供中風病患及其家人/照顧者個別化的訊息，以滿足個別性溝通形式的需求；常規性追蹤後續變化，以澄清或加強所提供的訊息。

三、改善中風病患身體功能維持或恢復：主動提供中風病患自我管理技能的訓練，包括積極解決問題的能力和個人目標設定。

四、強化家庭韌力：藉由家庭會議，讓復健過程的中風病患及其家人/照顧者，經由瞭解並建構他們的願望和期待，除非他們選擇不參加或無法參加。

五、改善家庭生活品質：經由社福資源轉介與可應用資源的提供，改善家庭的生活品質。

六、主要照顧者了解轉銜服務及社會支持系統與資源：中風照護小組應定期與中風病患及其家人/照顧者會談，讓他們參與管理、目標設定和出院計劃。

## 第五章 照顧團隊

中風不僅高死亡率且復發率高，經常容易留下後遺症，造成日常生活的不便，嚴重者還須依賴他人提供日常生活所需，腦中風病人在治療黃金期內給予積極性之整合性照護，使其恢復功能，急性醫療資源與長期照護服務無縫接軌，當治療穩定後，有些可以返回職場，有些返家自行照顧或轉至安養機構照顧，無論個案住在哪裡，都需要醫療照護團隊共同提供持續性、整體性及個別性的協助，以提供長期性復健及持續性追蹤，長期照護是提供給需要協助的個案多元性的、持續性的健康及社會服務。可能是在居家、機構或社區，團隊提供全人照顧、多元連續服務，提升家庭照顧能力，達強化主要照顧者韌性的照顧及指導，協助個案早日重返社區。

### 長期照護分為

一、居家式照護：由長照機構安排各職類照顧人力到個案家中，提供醫療、護理、復健、身體照顧、家務清潔、交通接送、陪同就醫等照顧工作，並協助或暫代家庭照顧者之角色，使其獲得喘息機會如居家醫療、護理、復健輔具及無障礙環境、老人營養餐飲服務、交通接送等。

二、社區式照護：提供日間短暫性醫療或社會模式的照顧，晚上再將個案送回家中，協助失能者繼續享有家庭生活如送餐服務、日間照顧服務、家庭托顧、社區預防照顧、預防/延緩失能、喘息服務等。

三、機構式照護：提供 24 小時的密集照顧，主要服務對象為重度失能或缺乏家庭照顧資源，如慢性病床、護理之家、養護或安養中心等。

中風個案服務需要各醫療團隊的合作努力，才能使得個案及家屬獲得全方位的

服務，居家護理師為團隊合作之領導者，對個案及家庭照顧是以個案及其家庭成員的共同意見為主，各專業間對個案的照顧問題經由整合、協調，達到團隊成員能夠一致性而彼此互助、支持，主要成員角色功能說明如下：

#### 1.居家護理師之角色功能：

- (1) 評估個案需求及家庭評估，協助家屬維持個案日常生活之活動、個案角色適應。
- (2) 執行居家護理活動與預防合併症的發生、定期管路的更換及社區資源的運用以達到照護個案整體性、全面性之照護。
- (3)鼓勵個案或家屬學習照顧能力與技巧，依個案需要協助遺願完，協調各醫療團隊訪視指導。
- (4)提供各單位有關居家、社區、機構照護知識及個案轉介之諮詢。

#### 2.醫師之角色功能：

- (1)西醫師：醫療行為包括評估個案狀況、和家屬及個案擬定照護計劃。定期家庭訪視開立醫囑單、評估醫療照顧需要。醫療專科之藥物治療、復健計畫、營養計畫，以達到照護個案整體性、全面性之照護。
- (2)安寧醫師：訪視及評估個案病情症狀緩解處置，指導安寧療護團隊成員，提供合宜之照護計畫。
- (3)中醫師：居家醫療仍以西醫服務為主，但醫師若評估患者有腦血管疾病、中風與脊髓損傷等，需中醫師協助，或患者需要針灸等治療，可引介中醫師加入照護；也可透過中醫師提供中醫與藥品使用意見與諮詢。
- (4)牙醫師：透過到宅的醫療服務、口腔衛生教育指導，讓家屬可學習正確的口腔照護技巧，使長期臥床、行動不便的患者，在家也可以得到完整的口腔醫療照護。

及洗牙的服務。

### 3.營養師之角色功能：

- (1) 提供個案之營養評估及需要量計算與飲食建議。
- (2) 教導家屬飲食製作及飲食諮詢適時調整營養計劃及營養諮詢。
- (3) 提供有關營養之在職教育。

### 4.社工師之角色功能：

- (1) 提供個案之經濟評估與補助，家庭經濟能力及資源評估與處理
- (2) 安寧個案遺族關懷及哀傷輔導。
- (3) 提供社會資源之在職教育。

### 5.呼吸治療師：依病人使用狀況與醫療人員討論，適時調整氧氣濃度，並定期更換呼吸治療管路，避免相關感染為目標。

### 6.復健師之角色功能：評估中風病人症狀影響程度、目前功能，透過輔具的幫助，促進中風病人重新恢復機能與適應社會能力，幫助中風病人復健或是改善行動能力，維持病人之日常生活功能與工作功能，促使其最大之獨立性，減少依賴程度個案。

### 7.物理治療師：物理治療評估及計畫擬定，包括成效評量、居家環境、輔具需求及家庭支持評量。物理治療主要藉由運動治療及動作誘發促進技術協助恢復身體動作控制

和功能自主。

8.職能治療師：職能治療評估及計畫擬定。預防繼發性損傷、失能預防。日常生活活動功能訓練、輔具、副木與居家環境改造。

9.語言治療師：含吞嚥或語言功能電刺激、口腔功能訓練、咽部肌肉功能訓練、間接吞嚥運動訓練、吞嚥反射誘發訓練、安全吞嚥技巧訓練、安全進食及喝水訓練等

10.藥師之角色功能：居家用藥整合，藥物諮詢服務、用藥注意事項指導確保個案及家屬用藥安全。

11.照顧專員之角色功能：擬定照顧計劃，個案服務需求評估諮詢與追蹤、追蹤個案及家屬服務之滿意度。

12.宗教師之角色功能：提供個案及家屬的靈性照顧、喪葬儀式諮詢，宗教關懷。

### 第一節 提升主要照顧者及家庭韌力照顧與指導計畫

#### 一、中風個案的主要照顧者與家庭韌力的需求

腦血管意外（CVA）或中風的風險在 40 歲後明顯的增加。在男性中更為常見，直到 55 歲之後風險更高，之後兩性都有類似的風險。中風的個案可能患有認知或運動功能障礙，這對於家庭成員來說可能是具有挑戰性的調整。社區的介入措施，可以加強家庭的韌力能力，家庭接受促進正向的韌力介入措施，可以強化家庭單位和所有成員的適應能力。本指引針對中風患者主要照顧者的提升策略，參考 2 篇 JBI Evidence Summaries，彙整提升主要照顧者韌力相關的文獻，臨床建議如下：

提升主要照顧者韌力之實證建議	等級
家人和朋友的社會支持有助於提升主要照顧者的適應能力，所提供的支持必須符合主要照顧者的需求，並協助主要照顧者培養獨立照顧的能力。	Grade B
醫護人員應主動關注主要照顧者並保持良好的互動，並促進他們的社會支持網絡。	Grade B
對於中風患者的家庭，建議通過介入措施，例如中風患者照護的教育和應對方法、支持團體和策略來提升家庭的適應能力。促進家庭內部以及與專家的溝通。	Grade B
以社區為基礎的支持性介入措施可用於增強中風後個案的家庭韌力。	Grade B
支持性的介入措施可包括家人和朋友支持，社會支持（應用性，情感性和道德性），強化家庭和諧的調適策略及衛教。	Grade B

#### 參考資料：

- Stephenson, M. (2018). Aged care: caregiver and family resilience. JBI Evidence Summary. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2018; JBI19804.
- Marin, T. (2018). Stroke (older adults): family resilience interventions in community settings. JBI evidence summary. s. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2018; JBI20247

## 二、護理人員給予的指導

一項針對中風主要照顧者的隨機研究，確定支持介入措施（包含 5 個衛教課程及五個社會支持性課程）對中風個案的女性家庭照顧者，可改善其提高家庭韌力社會支持及家庭和諧（İnci FH, Temel AB., 2016）（Level 1）。另一個質性的系統文獻回顧研究探討中風後參與家庭韌力介入措施的中風個案與主要照顧者的經驗。研究結果指出強化韌力是一個調適過程，需有個人人際間與結構資源注入（Sarre S, Redlich C, Tinker A, Sadler E, Bhyaalla A, McKevitt C, 2014）（Level 1）。正向的個人特質與彈性的調適策略是重要的。此外亦有研究證明，提供主要照顧者或家人的支持團體的研究，多採用六周的團體教育指導或諮詢，強化照顧策略情緒支持及倫理支持的團體來強化主要照顧者韌力並能促進其調適（Sarre S, Redlich C, Tinker A, Sadler E, Bhyaalla A, McKevitt C, 2014; Sadler E, Sarre S, Tinker A, Bhalla A, McKevitt, C, 2017）（Level 2）

主要照顧者可透過支持提升韌力，其機轉要素有三：

1. 逆境中家庭、朋友和社區：配偶的承諾、正向的家庭關係、強大的父母模式、社會支持網絡和社區資源以及醫療保健人員的理解將降低風險和弱點。風險和弱點包括其他健康問題，照顧者角色緊張、拒絕、殘疾、孤獨和經濟不穩定。網絡對以人為本的生活環境的支持將增強個人的適應能力，並在逆境中茁壯成長（Reivich, Seligman & McBride, 2011; Shahabuddin, 2010; Harris, 2008）。
2. 緊密連結的家庭：個緊密連結的家庭了解並珍惜家族歷史和傳統，分享經驗並通過上下互相支持。正是這種連續性將家庭背景中的過去、現在和未來聯繫起來（Landau, 2010）。家庭傳統和連續性增強了個人和家庭的適應能力。

3. 家庭和社區的聯繫：頻繁的家庭聚會，了解祖父母的生活故事，並參與社區活動，幫助他們的成員保持聯繫。這種聯繫有助於他們吸取祖先的生活經歷並做出明智的選擇，從而增強抵禦能力 (Landau, 2010)。

### (一) 護理照顧及指導

#### 1. Calgary 15 分鐘的家庭訪談(**15-minute Family interview**) (Wright & Leahey, 2013)

**15分鐘的家庭訪談**是來自Calgary 家庭評估與介入措施模式中的家庭評估方式。

主要的訪談內容包括：

- (1) 建立治療性關係 (稱呼姓名 說明自己角色與功能)
- (2) 治療性對話：如何生活？主要的需求？傾聽罹病的故事
- (3) 家庭genogram (含 ecomap) (家庭內外結構 發展)
- (4) 治療性問問題 (3個key questions: 分享資訊、對照顧的期待、主要的需求及挑戰或困難)
  - a. 我們可以為您和您家人做那些事對您們最有幫助？
  - b. 過去住院或就醫經驗哪些事情對您們最有幫助或最沒有幫助？
  - c. 此次您家人面對的最大挑戰是甚麼？(確認出現在的或潛在性的苦痛、角色或信念)
  - d. 那些親朋好友可以分享您們的訊息？(確認出家庭資源或衝突的關係)
  - e. 為了您的家人，你需要準備您自己或家人那些能力或事物 (協助家人規劃或計畫)
  - f. 你相信你的家人最大的困擾的是甚麼？

g. 您想要做那些改變可以使您調適上容易一些？或較能解決您的困難？

h. 您覺得在外來喜歡如何調適或規劃生活？

i. 此次放談你覺得您最想要問的問題或我們協助您解決的問題是甚麼？

j. 這次訪談我對您的幫助如何？我們可以如何改善？

(5) 建議：每一次會談後，均需進行在會談過程中發現個案的強處能力及資源是甚麼 (Silva MC, Moules NJ, Silva L, Bousso RS., 2013)

若個案有需要進行促進家庭功能的介入措施，可以進行家庭健康訪談 (**Family health conversations**)。家庭健康訪談包括評估家庭故事、信念及自我反思，並有一後續的放談。協助個案訪談過程經歷了(1)故事的描述 (2)傾聽 (3)重新考量 (4)擴展意識 (Östlund, Bäckström, Saveman, Lindh, & Sundin., 2016). (Level 3)]

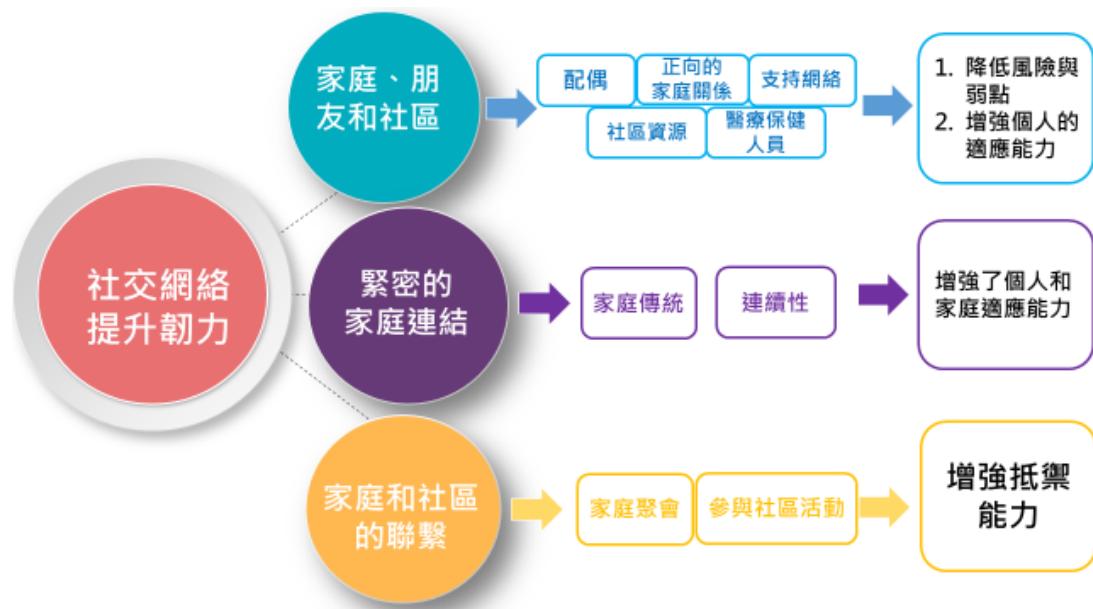


圖 6.1. 社交網絡提升主要照顧者韌力

## 第二節 主要照顧者資訊需求

### 一、認識中風症狀的照顧與指導計畫

#### (一) 中風個案的中風症狀

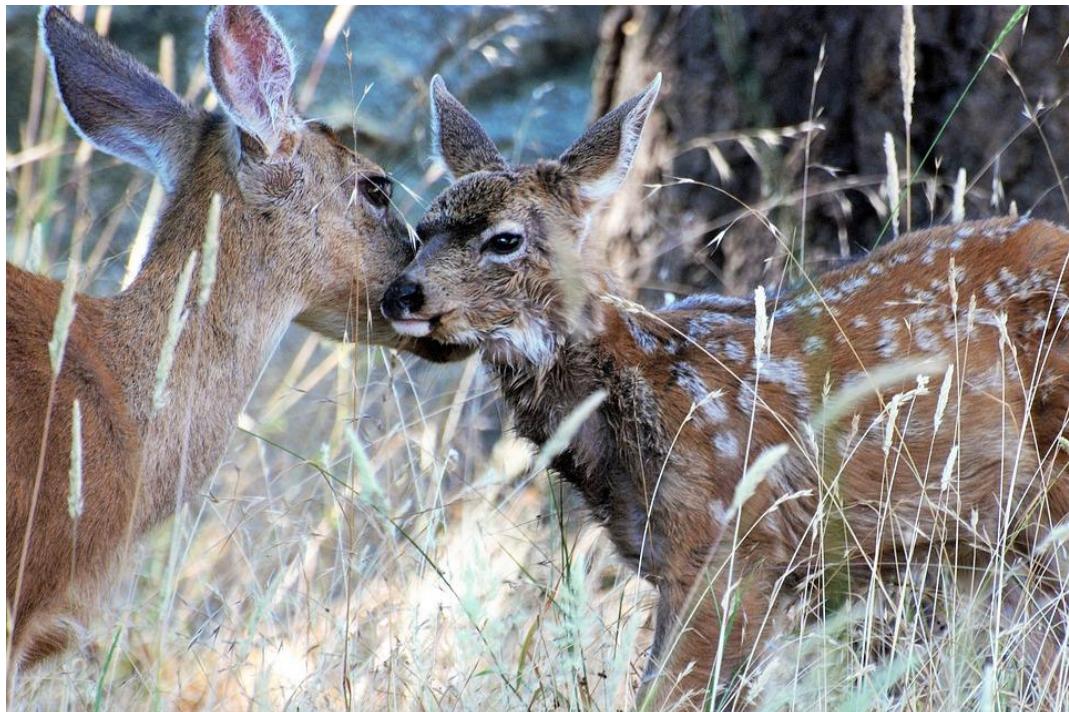
中風常見的症狀包括：運動功能障礙(同側手腳或單一肢體無力、臉部歪斜、口齒不清或吞嚥困難)、感覺功能異常(同側肢體麻木)、平衡能力失調(手不靈活、步態不穩)、語言功能受損(說不出話或聽不懂話、看不懂文字)、視覺功能障礙(突發某側視力模糊或突發一眼暫時視力減退、複視)、突發智能退步(對日常事務判斷力喪失、無法記憶新事物、不會穿衣、使用慣用工具困難、在熟悉環境迷路)、急速意識模糊(特別是腦幹中風、大血管梗塞或大出血)和突發劇烈疼痛(特別是爆炸性頭痛、合併噁心嘔吐)。



#### 護理人員給予主要照顧者的指導

1. 指導主要照顧者認識中風個案的身體症狀及功能障礙，並學習照護的相關知識、技巧及能力，以滿足主要照顧者對中風個案疾病治療及日常活動照護之需求。
2. 提升主要照顧者的自我效能，建立主要照顧者可以完成個案照顧的自信。
3. 提供主要照顧者專業服務、心理教育、及適當的照護諮詢。
4. 鼓勵主要照顧者探索適合中風個案照護的替代方案及可運用的資源。
5. 介紹成功的照顧者，藉由看到他人的成功，來提高自我的效能，激勵主要照顧者堅持下去勇氣。反之，鼓勵主要照顧者遠離失敗的案例，以避免降低主要照顧者的自我效能。
6. 對於中風失能的個案，可透過長照等社區資源的介入，減輕照顧壓力及加強家庭的韌力。

評估主要照顧者及其家庭韌力情況，鼓勵主要照顧者家庭接受促進正向的韌力介入措施，以強化強化主要照顧者或其家庭韌力。(Lizarondo, 2017)



## 二、中風個案二級預防的照顧與指導計畫

針對中風個案的二級預防的照顧與指導計畫包括：生活型態調整、遵從藥物治療、控制血壓、抗血小板治療、抗凝劑治療、低膽固醇及糖尿病管理。



中風個案二級預防的處置照護原則及實證建議		等級
1.1 生活型態調整		
1. 應評估每位中風病患並告知他們再次中風的風險因素以及調整因應風險因素的可能策略。風險因素和介入措施包括：		
● 戒菸		
● 改善飲食習慣：降低脂肪(特別是飽和式脂肪)及鈉的攝取，提高水果及蔬菜的攝取。	A	
● 增加規律的運動	B	
● 避免過量飲酒(每天不超過 2 杯)	B	
2. 介入措施必須具有個別性，應用改變行為的手法，如教育或引導諮商。	A	
1.2 遵從藥物治療		
1. 提升藥物治療遵從性的介入措施，應包括以下內容的組合：		
● 提醒、自我監測、強化、諮詢、家庭治療、電話隨訪、支持治療和劑量管理輔助。	A	
● 醫院和社區的信息和教育。	A	
1.3 控制血壓		
1. 所有中風和 TIA 病患，無論是血壓正常還是高血壓，均應接受降血壓治療，除非出現症狀性低血壓。	A	
1.4 抗血小板治療		
1. 應對所有未接受抗凝劑治療的缺血性中風或 TIA 病患，開立長期抗血小板治療的處方。	A	
1.5 抗凝劑治療		
1. 缺血性中風或動脈引起 TIA 個案，不應常規使用抗凝劑。	A	
2. 心房顫動或心因性腦梗塞的缺血性中風或 TIA 個案，應長期使用抗凝劑	A	
1.6 低膽固醇		
1. 所有缺血性中風或 TIA 的病患均應使用降血脂藥物治療。	A	
2. 出血性中風病患不應常規使用降血脂藥物。	B	
1.7 糖尿病管理		
1. 葡萄糖不耐症或糖尿病的病患，應根據糖尿病指引進行管理。。	B	

Stroke Foundation (2018).



## (一) 提升主要照顧者韌力之策略與原則

Huey 等學者於 2015 年進行描述性文獻回顧，搜尋 Pub Med and EBSCO 兩個資料庫與主要照顧者認力相關的文章，透過同儕審視 2006 年以後應用家庭韌力理論與行為分析原則 Applied Behavioral Analysis (ABA)作為核心概念提升主要照顧者韌力的文章共 4 篇，建構主要照顧者的韌力發展模式: (Huey, 2015)(表 6.1)

提升主要照顧者韌力策略原則及實證建議	等級
<b>一、問題解決</b> 3. 發展主要照顧者自我意識的過程，實施有效的創造性問題解決策略。 4. 鼓勵主要照顧者在現有的想法增加新的想法，探索適合某種情況的替代方案。 5. 啟發批判性思維，從不同觀點中辨識問題和評估將來改善決策制定。 6. 在解決問題的過程中持之以恆，集中精力撇開恐懼，選擇了繼續前進。	Grade B
<b>二、社交網絡</b> 2. 建構以人為本的生活環境及社交網絡的支持，增強個人的適應能力，並在逆境中成長。 3. 強化家庭傳統和連續性，增強了個人和家庭的適應能力。 4. 保持密切聯繫和支持的社區，維持韌力的連通性。	Grade B
<b>三、領導方式</b> 2. 如果情況需要，發展獨特的韌力技能使主要照顧者能夠掌控並改善決策。 3. 傾聽了解他人的觀點，並協同努力實現雙贏的解決方案。有效的溝通有助於加強主要照顧者與其個案和家屬之間的關係。	Grade B
<b>四、靈性</b> 2. 有目的地旅行提升內在自我，實行有意義的生活，包括自我犧牲和奉獻的態度。 3. 培養感恩心，累積祝福有助於個人增強正向情緒，有益於他們的健康、睡眠和關係。 4. 主要照顧者知道他們受到宗教信仰的保護，將逆境視為促進其精神成長的方式。 5. 達到平靜的狀態，並適應新的環境。接受現況的主要照顧者可以在生活中前進。	Grade B
<b>五、自我效能</b>	

- |  |         |
|--|---------|
| <p>3. 了解資源和學習提高自我效能的方法可以增強他們的韌力。</p> <p>4. 有效地表達自己，尊重他人是自信溝通的核心。自信會提高一個人的自信心，減輕壓力。</p> <p>5. 自我反思有助於減輕焦慮和減少信心崩潰的災難性及適得其反的思維。</p> <p>6. “相信自己”克服挑戰並實現目標而不是不堪重負。</p> | Grade B |
|--|---------|

## 參考資料

Huey, W.T. (2015). A Resilience Training Module for Caregivers of Dementia Patients. *SHS Web of Conferences 18*, available at <http://www.shs-conferences.org> or <http://dx.doi.org/10.1051/shsconf/20151805001>

表 6.1. 主要照顧者韌力提升策略

面向	行為要素	後果
問題解決	<p>解決能力</p> <p>創造力</p> <p>批判性思維</p> <p>個人韌性</p>	<p>創造性問題解決策略(Reivich, Seligman &amp; McBride, 2011)</p> <p>探索適合某種情況的替代方案 (Reivich, Seligman &amp; McBride, 2011; Shahabuddin, 2010)</p> <p>從不同觀點中辨識問題和評估將改善決策制定 (Reivich, Seligman &amp; McBride, 2011; Shahabuddin, 2010, Harris, 2008)</p> <p>堅持不懈，放下恐懼，選擇保持正軌(Wagnild &amp; Collins, 2009; Harris, 2008)</p>
社交網絡	<p>家庭、朋友和社區</p> <p>緊密連結的家庭</p> <p>家庭和社區的聯繫</p>	<p>增強個人的適應能力，並在逆境中茁壯成長 (Reivich, Seligman &amp; McBride, 2011; Shahabuddin, 2010; Harris, 2008)</p> <p>家庭傳統和連續性增強了個人和家庭的適應能力</p> <p>保持密切聯繫和支持的社區將具有維持韌力的連通性。</p>
領導方式	<p>領導者</p> <p>解決衝突</p>	<p>如果情況需要，存在性獨特的韌力的技能使主要照顧者能夠掌控並改善決策。(Wagnild, &amp; Collins, 2009; Harris, 2008)。</p> <p>傾聽了解他人的觀點，並協同努力實現雙贏的解決方案。有效的溝通有助於加強主要照顧者與其個案和家屬之間的關係 (Reivich, Seligman &amp; McBride, 2011)</p>

面向	行為要素	後果
靈性	內在自我	有目的地旅行他們的生命旅程，有意義的生活，包括自我犧牲和奉獻的態度。( Wagnild & Collins, 2009 )。
	培養感恩心	積祝福有助於個人增強正向情緒，有益於他們的健康、睡眠和關係 ( Reivich, Seligman & McBride, 2011; Harris, 2008 )。
	宗教信仰	主要照顧者知道他們受到更高權力的保護。因此，他們不太可能被壓力所擊潰，甚至將逆境視為促進其精神成長的方式。
	平常心	達到平靜的狀態，並適應新的環境。接受現況的主要照顧者可以在生活中前進。
自我效能	自信	了解資源和學習提高自我效能的方法可以增強他們的韌力。( Shahabuddin, 2010; Wagnild, & Collins, 2009; Harris, 2008 )
	自我管理	有效地表達自己，尊重他人是自信溝通的核心。自信會提高一個人的自信心，減輕壓力( Pipas, & Mohammad, 2010 )。自我監管和自信的溝通是生活技能，將促進有效的問題解決和決策。
	自我反思	自我反思也有助於減少可能增加焦慮和減少信心的災難性和適得其反的思維 ( Reivich, Seligman, & McBride, 2011 )。
	韌力訓練	“相信自己”克服挑戰並實現目標而不是不堪重負 ( Reivich, Seligman & McBride, 2011; Wagnild & Collins, 2009 )。幫助主要照顧者建立自信，增強他們的適應力和減輕壓力。

(Huey, 2015)

### 三、簡易病人照護緊急狀況處理照顧與指導計畫

#### (一) 中風病患簡易病人緊急狀況照護脈絡

當中風病患出現緊急的狀況，處理的脈絡必須以保持生命徵象穩定、維持呼吸道通暢、初步管路阻塞或滑脫緊急處置。排除緊急狀況後，若須更換管路或進一步照護諮詢，可聯絡居家護理師前來協助處理。若緊急狀況無法排除，或暫時排除後病人仍呈現不穩定狀態，則往上送至垂直所屬醫療機構，進一步評估及處置。



#### (二) 護理人員給予主要照顧者的指導

##### 1. 對主要照顧者的指導：

- (1) 瞭解主要照顧者生活背景、知識程度及本身的能力。
- (2) 瞭解主要照顧者對於中風個案相關的期望，與對照護的知識、技巧及能力。
- (3) 照顧者本身的價值觀與動力、以及所能運用的資源多寡與層面廣度與深度 (Lutz, & Carmicia, 2016)。

##### (4) 腦中風前兆發作時緊急處理

###### ■ 臨微不亂、搶救腦中風，掌握黃金三小時

(<https://youtu.be/2n092RiYRpw>)(2018 台灣腦中風學會-搶救腦中風 就要

「臨微不亂」-沈玉琳衛教影片)

- 腦中風前兆：單側手臂無力、臉部表情不對稱、口齒不清無法表達。
- 臨：臨時手腳軟，單側手腳無法抬起。
- 微：微笑也困難，無法控制表情或是表情不對稱。
- 不：講話不清楚或是無法好好講話。
- 亂：不要慌亂，明確記下發作時間，打 119 直送醫院。

把握黃金三小時治療時間，可讓四成患者遠離腦損傷的機率。

(5) 常見緊急狀況處理 (表 6.2.)

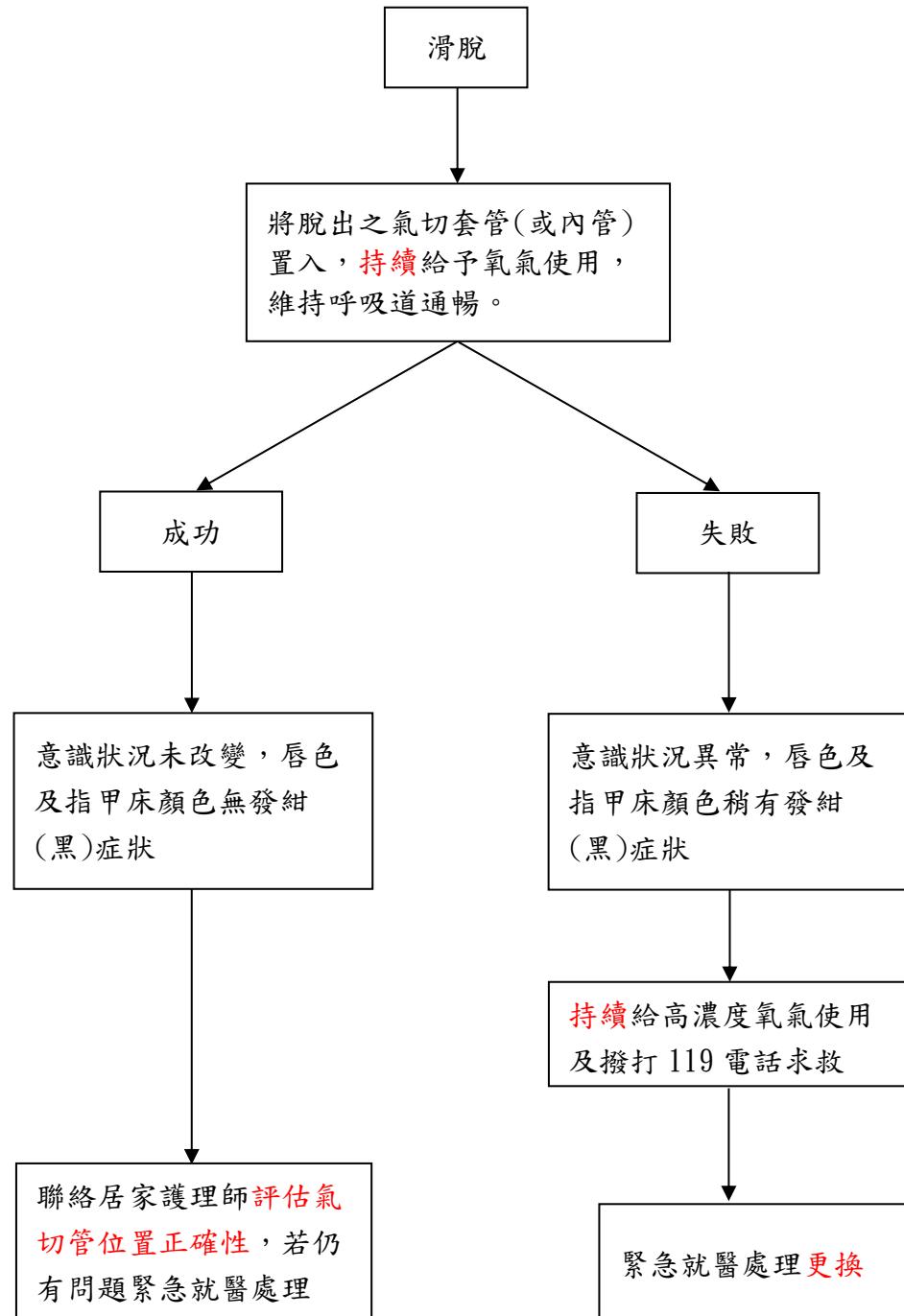
表 6.2. 常見緊急狀況處理

狀況	做法	後續處置
1.意識改變:發現病人顯得嗜睡、無法叫醒	呼叫無回應，用力按壓病人人中處或指甲床，只出現肢體回縮或沒有反應。	送醫院急診。
2.跌倒	1.先讓病人坐下或平躺，評估有無撞到頭部，檢查身體有無外觀受傷。 2.觀察病人有無身體部腫脹。 3.觀察病人有無意識改變。	1.解開衣物，讓病人以舒適臥位休息。 2.若病人出現痛苦表情，檢查疼痛部位。先給予冰敷，若持續腫脹或出現無力，則送急診。 3.意識出現改變，送醫院急診。
3.發燒	1.發燒 38 度以下，先使用冰枕。 2.發燒 38 度以上，使用冰枕，可先服用醫師開立之退燒藥劑。 3.評估病人身上的管路，如鼻胃管、尿管或氣切管，是否出現分泌物濃稠或味道加重。 4.評估是否吸急促或痰音重、痰變多或味道變重。	1.若使用冰枕或退燒藥一次即可控制體溫；每日兩次測體溫。 2.若管路更換日期過期、或出現阻塞，聯絡居家護理師更換。 3.若高燒大於 38.5 度，則送醫院急診。
4.病人嗆咳或嘔吐	1.先停止由口進食或鼻胃管灌餵食。 2.清除口鼻中嘔吐物，將頭側一邊，防止再次嘔吐阻塞呼吸道。 3.確認鼻胃管位置正確性，若病人仍不斷咳嗽，先緩慢拔出鼻胃管。 4.一個小時內暫時勿餵食物。	1.觀察一個小時後，若無嗆咳或嘔吐，再小量開始緩慢餵食。 2.必要時連絡居家護理師重置鼻胃管。 3.若持續嘔吐或嗆咳，則送醫院進一步檢查。
5.情緒暴怒、溝通出現困難	1.評估病人情緒不穩原因。 2.耐心讓病人表達完整。 3.讓較能了解病人的照顧者，進一步了解病人所想表達意思。 4.檢查身體是否有出現異狀，或任何導致病人感覺不舒適原因。	1.測量血壓心跳等生命徵象。 2.若出現異常持續的情緒不穩，可至醫院進一步檢查是否有生理上變化。 3.調整讓病人舒適之環境，或暫時避免讓病人接觸導致情緒波動的人或事件。

## (6) 管路常見緊急狀況及處理

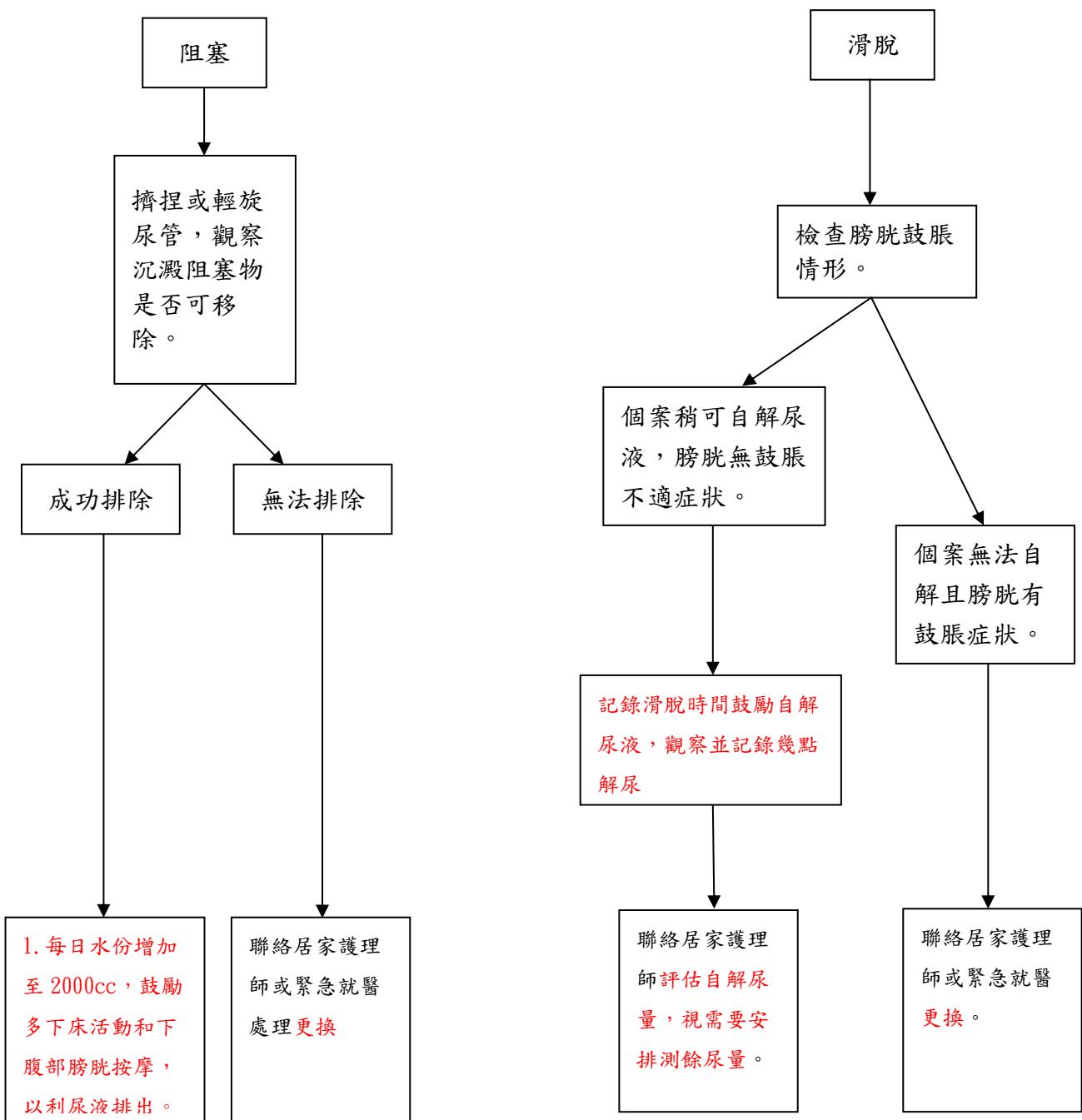
中風個案返家後常見的緊急狀況及處理有：氣切管滑脫、導尿管阻塞或滑脫緊急處置、鼻胃管阻塞或滑脫緊急處置。(見圖 6.2-6.4)

圖 6.2 氣切管滑脫緊急處置



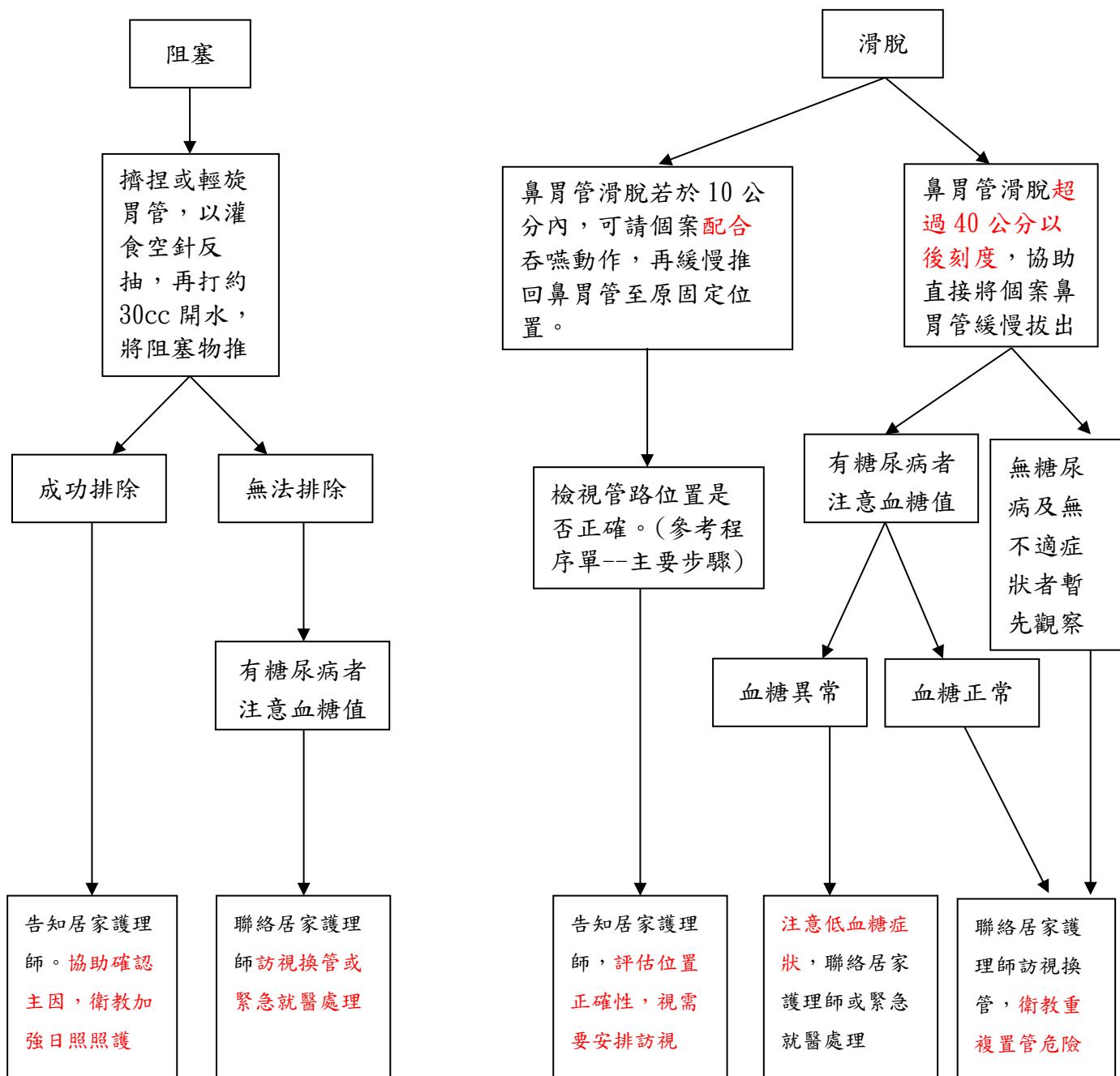
(取自林口長庚紀念醫院護理部居家護理，2018)

圖 6.3. 導尿管阻塞或滑脫緊急處置



(取自林口長庚紀念醫院護理部居家護理，2018)

圖 6.4. 鼻胃管阻塞或滑脫緊急處置



(取自林口長庚紀念醫院護理部居家護理，2018)

#### 四、恢復照顧與指導計畫



##### 主要照顧者的自我管理照顧與指導計畫

腦中風個案因疾病導致自我照護能力缺失，主要照顧者會面臨高度的精神責任負擔、持續焦慮、社交活動減少而感到寂寞，並產生憂鬱心情，健康狀況變差，社會生活減少和幸福感降低，主要照顧者各有相對的問題和特殊需求。對中風個案主要照顧者應該注重於預防生活品質變差和幸福感的降低，需要增加對工作、社交活動等社會的參與。了解主要照顧者對於中風個案相關的期望，與對照護的知識、技巧及能力；照顧者本身的價值觀與動力、以及所能運用的資源多寡與層面廣度與深度。評估個案和家屬，以確定他們的需求，資訊的準備情況以及資訊的整合與教育、照顧技巧的訓練、社會心理支持和健康相關知識的能力及社會服務資源(J. I. Cameron et al., 2016)。

強化主要照顧者或家庭韌力的實證建議	等級
1. 在個案同意的情況下，可邀請家庭成員和照顧者參加與病人的照護和治療會議，並有機會學習適當的病人照護技能，並協助解決他們的問題(J. I. Cameron et al., 2016)。	B
2. 應根據病人的特定需求，認知能力和當地資源，以各種培訓方法提供照顧者，以個人或團體形式以及基於社區的計劃提供培訓(J. I. Cameron et al., 2016)。	B
3. 教育水平較低的照顧者，在尋求社會支持上相對會比較困難，因為這些照顧者可能對於社服方面的補助 以及政府的法規較不熟悉，同時也較不知如何表達需求、尋求協助，所以我們應當持續關注教育程度較低的非正式照顧者的社會支持狀態(J. I. Cameron et al., 2016)。	B
4. 在評估照顧者的社會支持需求時，應同時注意其照顧的個案之肢體與認知功能。缺乏外籍看護工的照顧者的社會支持較差，可能是因為缺少外籍看護工分擔照顧病患的工作會使得照顧者尋求社會支持變的更加困難。我們須持續關注那些教育程度較低，照顧認知功能較差的病人以及缺乏外籍看護工協助的照顧者之社會支持狀況(J. I. Cameron et al., 2016)。	B
5. 腦中風病人行為及身體中度至重度功能缺失，造成主要照顧者需改變原有生活結構與角色功能；若能在住院早期給予完整評估，協助主要照顧者瞭解個	B

強化主要照顧者或家庭韌力的實證建議	等級
案需求，學習適切的照護技巧，則可使病患盡早達成復健目標，回歸正常化生活，減輕照顧者壓力，提升家庭生活品質(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。	
6. 主要照顧者應在整個復健過程中接受教育，以滿足個案的復健需求、預期結果、復健過程和治療，及家庭/社區的適當家訪(J. I. Cameron et al., 2016)。	B
7. 建議以互動和書面形式提供主要照顧者的教育(J. I. Cameron et al., 2016); Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。	B
10. 透過教育掌握主要照顧者自我管理技能來促進自我效能，主要照顧者自我管理照護教育項目：(J. I. Cameron et al., 2016); Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)	B
<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 個人照護技術培訓（例如餵食技術）</li> <li>(2) 幫助溝通的策略</li> <li>(3) 身體照護的技術（例如從床到椅子的移位，偏癱肢體的定位等）</li> <li>(4) 吞嚥困難病人的食物準備和準備食物型態的改變</li> <li>(5) 自我管理模式的照護，以盡可能鼓勵病人獨立</li> <li>(6) 如何協助個案接受社區服務和資源</li> <li>(7) 問題解決的技巧</li> <li>(8) 喘息照護的選擇</li> <li>(9) 依個案情況協助個案於健康照護系統中自我管理的照護</li> <li>(10) 臨終關懷和安寧緩和治療的選擇</li> </ul>	

## (二) 中風個案的自我管理照顧與指導計畫

### 1. 認知復健照顧與指導計畫

腦中風後常見之認知功能障礙、視覺忽略、記憶功能缺損、注意力改變等。評估腦中風個案之情緒功能應考量其認知障礙，介入方法也需考量病人之神經心理表現的種類及複雜度，和相關個人病史，調適生理功能的改變，調適情緒的改變，如：害怕、生氣與憂鬱，調適認知與記憶的改變，調適知覺缺損方面的改變，溝通的訓練，以及健康相關問題的解決與決策，提供腦中風病人及主要照顧者教育與支持，使其了解腦中風之後認知功能缺損帶來的影響(Lizarondo, 2017) (JBI Stroke: Management, 2017; (J. I. Cameron et al., 2016))。

針對腦中風個案的視覺忽略之照護建議：(1) 評估腦中風後視覺忽略對日常生活功能的影響，例如：進食、盥洗、穿衣、行動、使用輪椅… 等，並使用標準化工具以及行為觀察進行評估。(2) 視覺忽略之介入方法應著重功能性任務，例如：在頁面邊緣以亮色線條或底線加註標記，使個案能瀏覽至視覺忽略側；利用聽覺線索使其注意視覺忽略側；重覆練習某功能性任務；例如：使用稜鏡改變知覺訊息(J. I. Cameron et al., 2016)。醫院須在出院前需將個案、家屬/照護者納入出院準備流程，事先對家屬/照護者提供適當訓練，事先進行輔具、輪椅或居家改裝。預先安排出院後負責的照護醫師，確保病患、家屬/照護者出院時已準備充分且感到安心(Lizarondo, 2017))。



認知復健照顧與指導計畫實證建議		等級
1. 早期開始中風病人復健治療(J. I. Cameron et al., 2016)。		A
2. 建議早期中風復健的必要性，並建議所有缺血性和出血性中風病人在急性住院期間接受標準化篩檢和評估，以確定所需復健的類型和持續時間		A

認知復健照顧與指導計畫實證建議	等級
(J. I. Cameron et al., 2016)。	
3. 協助中風功能受損的個案，應提供針對失能的特定部份去適應/代償的方式(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。	B
4. 腦中風個案會伴隨認知、情緒、社交、行為及身體中度至重度功能缺失，造成身心困境，影響獨立性，建議照顧者和個案在復健過程的早期積極參與(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。	B
5. 協助中風功能受損的個案執行身體功能訓練和策略，如同解決問題的策略，可減少失能的影響，使中風病人受益(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。。	A
6. 以團體為基礎的訓練，為期六週的認知介入措施可改善慢性中風個案的記憶功能(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。	B
7. 認知復健的運用建議由臨床醫師判斷，特別是認知記憶訓練，補償記憶策略和輔具等策略(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。	B
8. 針對腦中風個案的記憶功能缺損之照護建議：(1)評估腦中風後記憶和其他相關認知功能(例如執行功能)之缺損，以及其對日常生活之影響。(2)記憶功能缺損之介入方法應著重功能性任務，包括：增加病人對記憶功能缺損之自我認知；以「無錯誤學習」以及其他精心規劃的方法以增進學習功能，如：建立相關性、使用記憶術、增加訊息編碼；使用輔助工具，如：日曆、清單、鬧鐘；環境策略，如：建立生活常規，增加環境提示(JBI Stroke guideline, 2018)。	B
9. 針對腦中風個案的注意力之照護建議，對有注意力缺損之中風個案可進行注意力訓練，例如：環境的調整，以及在進行功能性任務時予以適切的提示(JBI Stroke guideline, 2018)。	B
10. 個案護理計劃建議以中風個案為中心，考量文化上的差異，確立持續的醫療照護、身體功能、復健、認知，溝通和心理社會需求(JBI Stroke guideline, 2018)。	B
11. 針對中風個案認知復建照護的護理指導應具有互動性、互動性，持續性、重複性、評價性，並有多種語言和形式（例如書面、口頭、圖片、指導和團體諮詢等方法）；應滿足不同教育程度的健康素養，確保為個案提供通溝通設備（例如：幫助患有失語症和認知缺陷或損傷的病人更積極地溝通的適當資源）(JBI Stroke guideline, 2018)。	B

## 2. 中風個案身體復健照顧與指導計畫

腦中風個案因疾病導致自我照護能力缺失，常會過度依賴主要照顧者來滿足基本生活需求，復健評估的方式和評估的深度應符合個案的需求，確立評估期間的護理健康問題，及個案轉銜的照護環境與長期護理(JBI Stroke: Management, 2017)。



中風個案身體復健照顧實證建議		等級
1. 建議中風病人接受後期復健的病人接受有組織，協調，跨專業的護理。(JBI Stroke: Management, 2017)。		A
2. 建議中風者有資格獲得住院復健照護 (inpatient rehabilitation facilities, IRF) ，並可獲得住院復健照護的優先於技術性護理照護機構中接受治療(JBI Stroke: Management, 2017)。		B
3. 在門診或家庭環境中，建議運用有組織的社區和協調能力的跨專業復健照護。(JBI Stroke: Management, 2017)		B
4. 提供輕度至中度失能者，早期出院準備與復健照護服務(Early Supported Discharge Rehabilitation Services)是合理的(JBI Stroke: Management, 2017)。		B
5. 建議中風病人以與預期益處和病人耐受力可承受的強度接受復健治療 (JBI Stroke: Management, 2017)。		B
6. 在住院期間和住院復健期間，建議定期進行皮膚評估，並採用客觀的風險等級，如 Braden 量表(JBI Stroke: Management, 2017)。		B
7. 建議盡量減少或消除皮膚摩擦，盡量減少皮膚壓力，提供適當的支撐表面，避免過多的水分，並保持足夠的營養和水分，以防止皮膚破裂。建議定期移位翻身，保持良好的皮膚照護，使用專用床墊，輪椅墊和座椅，直到活動恢復。(JBI Stroke: Management, 2017)		B
8. 進行預防皮膚壓傷與破損的指導，並加強每天坐著或躺在床上 30 分鐘時將偏癱肩部定位在最大外旋中。(JBI Stroke: Management, 2017)		B
9. 休息時可使用手/腕夾板，及缺乏活動手部的個案須定期拉伸和痙攣管理 (JBI Stroke: Management, 2017)。		B
10. 可考慮使用調節夾板來減輕輕度至中度肘部和腕部痙攣。(JBI Stroke: Management, 2017)。		B
11. 可考慮在夜間和輔助站立期間使用的踝關節夾板用於預防偏癱肢體中的踝關節痙攣(JBI Stroke: Management, 2017)。		B
12. 運動皮層刺激對於治療難以治療的中樞性中風疼痛可能是合理的，這種疼痛對精心挑選的病人的其他治療無效(JBI Stroke: Management, 2017)。		B

中風個案身體復健照顧實證建議		等級
13. 當個案身體狀況足夠好並有動機時，建議將失語症中風個案轉診至語言治療師。(JBI Stroke: Management, 2017)		B
14. 中風的照顧需長時間關切並注意個案的社會支持狀況(Bates B, Glasberg J, Hughes K, et al., 2010; American Heart Association/ American Stroke Association, 2010)。		B
15. 透過教育掌握中風個案的自我管理技能來促進自我效能，鼓勵個案參與職能，休閒和社會重新融合/再就業需求相關的復健。(JBI Stroke guideline, 2018)。		B
16. 鼓勵中風患者應在例行治療外，持續主動地練習，策略如： (1)自我導向 (self-directed)，獨立練習； (2)如果適合，家人/朋友給予半監督和輔助練習。 (3)一天至少要有 3 小時的例行性治療 (職能治療和物理治療)，並確保在 3 小時內有 2 小時的主動練習。(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017; JBI Stroke guideline, 2018)。		B
17. 中風個案個性化的護理指導建議包括資訊共享，自我管理技能教學，提供中風個案安全照顧的訓練(JBI Stroke: Management, 2017)。		B
18. 以目標為導向，促進關於護理和復健的決策(J. I. Cameron et al., 2016)。		B
19. 在穩定個案病情後，可在適當時啟動以下步驟：復健，預防長期併發症的措施，減輕中風復發的慢性療法和家庭支持(J. I. Cameron et al., 2016)。		B
20. 中風個案腦中風個案因疾病導致自我照護能力缺失，憂鬱加重，對復健結果也相對變差，應加強中風個案的自我管理技能(JBI Stroke guideline, 2018)。		B
21. 中風個案的身體復健目標設定 (1)健康專業人員應啓動設定目標的過程，包含個案、主要照顧者一起。恢復的目標以個案為中心，清楚溝通與紀錄讓個案、家屬/照顧者和其他復健團隊成員都能理解。 (2)目標應設定在與個案、主要照顧者一起合作，應是定義明確的、具體		A

中風個案身體復健照顧實證建議		等級
的且富挑戰性的，並且需週期性地回顧及更新 (Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。		
22. 中風後 24 小時內不建議開始密集地下床活動。除非另有其他禁忌狀況，建議在 48 小時內開始做下床的準備活動(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。		A
23. 針對輕微和中度中風患者，頻繁、短時間的下床活動是被允許的，但在中風後 48 小時內的哪個時間點仍不確定 Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。		B
24. 感覺動作障礙 (Sensorimotor impairment) (1.) 肌肉無力：中風個案患側手腳無力，應給予肌力訓練。 (2.)針對那些無法抗重力的肌肉 (肌力測試小於 3 分)，可使用電刺激 (electrical stimulation)。(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。		B
25. 針對中風個案上肢的感覺缺失，可提供特定的感覺訓練。(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。		B
26. 針對中風個案的視力 (Vision)：臨床共識建議 (1)所有中風患者應該有個視力檢查的評估，來了解閱讀報紙的能力和遠距離視力是否清楚。 (2)所有中風患者應該有視野的檢查 (例如偏盲) 及眼球活動能力 (例如斜視或動作缺乏)。(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)		B
27. 中風個案身體復健體能活動 (Physical activity)：針對中風患者復健量 (Amount of rehabilitation)，復健應盡可能提供足夠的治療 (職能治療與物理治療)。(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)		A
28. 中風個案在醫學上穩定，主治醫生應諮詢復健服務 (即物理治療，職能治療，言語和語言病理學，運動療法和物理醫學)，以評估個案身體的損傷，建立個案失能的復健需求目標與活動，並應對個案進行多專科評估與記錄。(American Heart Association/ American Stroke Association,		B

2010)

29. 強烈建議需要復健服務的輕度至中度失能個案，可運用具有提供中風服務經驗的協調有組織的復健照護團隊。

(American Heart Association/ American Stroke Association, 2010)

B

30. 急性中風後照護應由提供中風後的跨專業團隊照護，以確保照護一致性並降低併發症的風險。(American Heart Association/ American Stroke Association, 2010)

B

### 案例

**長期留置鼻胃管併發肺炎的中風病人**  
 王先生，70歲男性，以台語溝通，高中畢業，信奉佛教，退休前經營水產養殖業。已婚，育有一子三女。病人目前與案妻、大女兒、小女兒同住，第一次中風後開始日常生活部分需要他人協助，主要照顧者為案妻子。因吞嚥問題而長期留置鼻胃管，出院後開始接受居家護理服務。收案期間病患分別因肺炎、喘反覆住院共2次，平均每次住院5-10天。

### 反思

想想看您能瞭解主要照顧者資訊需求？

1. 您能正確提供返家後中風個案主要照顧者面臨情境的照顧需求評估？個案和照顧者有哪些主要護理問題？
2. 您能正確提供返家後中風個案主要照顧者二級預防需求及合適的照顧計畫？
3. 您能正確提供返家後中風個案主要照顧者主要照顧者韌力的策略、照護諮詢和技能指導與合適的照顧計畫？

### 第三節 主要照顧者情緒需求

#### 一、主要照顧者心理健康的照顧與指導計畫

##### (一) 協助家屬瞭解中風個案情緒困擾

腦中風個案返家後常見之健康問題包括：認知功能障礙、情緒障礙、視覺障礙、吞嚥障礙、溝通障礙、運動功能障礙、疼痛、日常生活功能障礙等，造成身心困境，中風個案情緒困擾可能有憂鬱、焦慮、不確定感，迫使家庭及主要照顧者需改變原有生活結構與角色功能；若能在住院早期給予完整評估，協助主要照顧者瞭解個案需求，學習適切的照護技巧，協助家屬瞭解中風個案情緒困擾則可使病患盡早達成復健目標，回歸正常化生活，減輕照顧者壓力，提升家庭生活品質。治療及照護計畫應考量病患的需求及偏好，使其有機會參與決策；若病患屬於限制行為能力狀態，則由其代理人/照護者參與醫療決策。此外經個案同意後，家屬/照護者亦可參與醫療決策(韓等，2016)。

##### (二) 照顧者的情緒需求的建議



主要照顧者的情緒的需求為情緒上必須適應因疾病帶來的家庭角色變化（例如，從孩子的角色變成到照顧他人的“父母”角色）；對婚姻或伴侶關係的影響（例如，失去配偶）；感受到崩潰、苦痛、增加的責任、如潮水般席捲而來的情緒波動、被別人視照顧中風家人為“理所當然”的沉重感、無法周全照顧家人的罪惡感、需要喘息、降低的自尊、勞碌而造成對周遭事物敏感度的降低、出現負向道德感、常常自覺能力不足，無法將每一件事都做好(李等，2015)。



中風個案主要照顧者憂鬱主要的症狀包括情緒低落、缺乏興趣、睡眠或食慾改變、動作遲緩、疲倦、自責與自殺的意念、注意力難以集中，以上 9 項主要的憂鬱症狀之中符合 5 項，且時間持續超過兩週作為診斷的標準。憂鬱症是多種原因合併在一起造成的，除藥物治療外，也需要配合心理治療。藥物的治療遵循「低劑量開始，再緩慢增加」的原則，治療時應該盡量挑選副作用較少的藥物，輔助的心理治療便很重要。心理治療可協助抗憂鬱藥物達到更佳更好的改善(韓等，2016)。

傳統心理學在研究情緒問題常將焦點放在負向情緒的部份，正向心理學(Positive Psychology)於 1997 年掘起，正向情緒比較是屬於心理層次的，取決於個體對所經歷事件的詮釋與感受，通常於對個人有意義的特定的前置事件之後發生，可能是有意識的，也可能是在無意識的狀況下產生，經過一連串的觸發-反應，如個人的主觀經驗、臉部表情、認知過程及生理的變化，影響個人主觀經驗，也影響身體感覺、態度、心情等情感現象，正向情緒常被當成圓滿、幸福的標誌，其特徵包含生命經驗中感到喜悅、興趣、知足和愛等感受(Fredrickson, 2001)。正向心理與行為是人類與生俱來的潛能，可幫助人以積極正向的態度處理和和解決問題，讓人的生命更有價值，也可引領每個人更快樂與滿足(Duckworth, Steen, & Seligman, 2005; 劉 & 張, 2013)。

主要照顧者心理健康照顧的實證建議	等級
中風病人出院之前，多專科團隊的成員應提供照顧者及/家庭成員有關病人提供具體和具個別性的訓練及行為和心理社會問題管理方面的必要培訓。  (JBI Stroke: Management, 2017; Jill, 2016)	B
中風個案返家後的以個案管理模式進行個案管理照護。個案管理者應該能夠識別和管理個案心情憂鬱的問題，需要時可與醫生討論提供適當的處置。  (JBI Stroke: Management, 2017)	B
應該使用具有信效度的量表對所有的中風病人做憂鬱評估(GPP)  (JBI Stroke: Management, 2017)	B
若有憂鬱狀況可依醫師指示建議使用抗抑鬱藥，尤其是SSRIs來治療中風後抑鬱症，但必須考慮危害的風險，並對患者進行良好的不良反應監測。  (JBI Post-Stroke Depression: Management, 2017)	B
建議採用資訊提供措施，特別是積極提供資訊，以減少中風後憂鬱的嚴重程度。(JBI Post-Stroke Depression: Management, 2017)	A
提供腦中風主要照顧者教育及支持，包括腦中風後的情緒適應，並使其了解心理需求會隨時間以及環境有所改變(韓等, 2016)。	A
因個案生理功能的改變，將會有情緒的改變，如：害怕、生氣與憂鬱，協助主要照顧者調適，學習溝通的訓練，以及健康相關問題的解決與決策(韓德生等, 2016; JBI Stroke: Management, 2017; Jill, 2016)。	B
腦中風個案因失能需要照顧者實質的協助與情感的支持，主要照顧者在中風後照顧扮演重要角色，影響中風後病人長期的預後(韓等, 2016)。	B
社會支持是指個人社交網絡的結構與功能，包括人際關係和社會資源的可近性。研究顯示中風個案的照顧者如果有較好的實質社會支持往往會有較好的社會心理健康狀態(韓等, 2016)。	B
醫院須在出院前需將個案、家屬/照護者納入出院準備流程，事先對家屬/照護者提供適當訓練，事先進行輔具、輪椅或居家改裝。預先安排出院後負責的照護醫師，確保個案/主要照護者出院時已準備充分且感到安心(韓等, 2016; JBI Stroke: Management, 2017; Jill, 2016)。	B

## 二、主要照顧者正向情緒的照顧與指導計畫

### (一) 中風個案主要照顧者的正向情緒照顧



個案中風以後，家庭成員突然轉變為中風個案的主要照顧者角色，將使主要照顧者產生社交、經濟、情緒和身體緊張，會阻礙主要照顧者的角色適應(Kass, 2018)。在 Hu, Yang, Kong, Hu, & Zeng(2018)的橫斷式調查研究中，中風個案的主要照顧者產生的焦慮/憂鬱情況，有 117 位中風個案的主要照顧者參與研究。研究顯示，有 43.9%的主要顧者出現輕度憂鬱、26.5%出現中度憂鬱，甚而 27.4%的主要照顧者出現重度的憂鬱症狀，輕度至中度抑鬱症狀和嚴重的抑鬱症狀分別在護理人員的。其中提供個案日常照顧的時間、照顧的負荷以及醫療支付方式是影響主要照顧者產生焦慮和憂鬱的因素。因此，我們應該提供主要照顧者適當的居家照護指導、心理諮詢、社會支持，以減輕主要照顧者的身心負荷(Hu, Yang, Kong, Hu, & Zeng, 2018)。中風後病人的情緒會經常受到影響，而憂鬱症是最常見的情緒障礙，在 Hackett 等(2014)所做的系統性文獻回顧的文章中顯示，幾乎有三分之一的中風病人產生憂鬱症，儘管越來越多的證據指出憂鬱症篩檢工具及中風後憂鬱症治療和預防的有效性，但中風後憂鬱的病人比例並沒有顯著下降 (Hackett et al, 2014)。

傳統的心理學在研究情緒問題時，一直將焦點放在負向情緒的部份，目標在可以改善病人的心理問題。正向心理學(Positive Psychology)於 1997 年掘起，不再侷限於心理上的匱乏，應用正向、積極、樂觀的態度面對環境、工作、疾病等壓力，1998 年 Martine Seligman 任美國心理學會會長，促進人類正向行為研究的積極發展，近一、二十年的研究則發現正向情緒有助於恢復或保持身心健康(Duckworth, Steen, & Seligman, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)。正向情緒比較是屬於心理層次的，取決於個

體對所經歷事件的詮釋與感受，通常發生在對個人有意義的特定的前置事件之後。它可能是在有意識的狀況下產生，但也可能是發生在無意識的狀況下。經過一連串的觸發-反應，如個人的主觀經驗、臉部表情、認知過程及生理的變化，它的影響除了當下個人主觀經驗外，它也影響身體感覺、態度、心情等情感現象。正向情緒常被當成圓滿、幸福的標誌，其特徵包含生命經驗中感到喜悅、興趣、知足和愛等感受 (Fredrickson, 2001)。正向心理與行為是人類與生俱來的潛能，它可以幫助人以積極正向的態度處理和解決問題，可以讓人的生命更有價值，也可以引領每一個人更快樂與滿足(Duckworth et al., 2005; 劉 & 張, 2013)。

我們可以提升自己的正向情緒，Fredrickson 在 2001 年提出正向情緒的廣大與建構理論。在理論推出之前，Fredrickson 以實驗證明，當個案處於負向情緒情境中，會對心血管產生作用，而正向情緒可以幫助受試者於負向情緒對心血管的影響中恢復過來 (Fredrickson & Branigan, 2005; Fredrickson & Levenson, 1998; Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000)。正向情緒包括喜悅、興趣、滿足、得意與愛，有助於促進正向情緒的擴展瞬間思考-行動 (throught-action) 機制。藉由創造正向情緒、認知與行動的正向成效，促進個人的成長與轉化的潛能。正向情緒透過「擴展思考-行動的可能」、「抵消負向情緒」、「高反彈復甦力」、「建立持久的資源」以達到正向情緒的擴展與建設。情緒本身的存在時間非常短暫，但正向情緒藉由擴展思考與行動，產生新奇與創新的想法，增進探索問題的興趣，並產生相關的知識的累積，雖起初的正向情緒已經消失，但其效果卻可以持續很久(Fredrickson, 2001; Fredrickson & Branigan, 2005; Eric L. Garland et al., 2010; M Lewis, 2008; 護理臨床教學方法與教案設計, 2018)。



正向情緒的擴展與建立方法應包括擴展個體認知能力以提升短期的正向情緒，進而幫助個體建立有利適應資源，來提升長期的正向情緒。Fredrickson(2000)提出兩種可行的方法：其一為學習放鬆治療，例如冥想及肌肉放鬆，透過漸進的方式達到身心逐漸放鬆的情況，正念經由內在關注而使認知評價更具彈性，使個體對負向經驗再評價及正向經驗感受等認知的角度可以更擴大，透過這個過程使創造生活中有意義(meaning-making)的能力可以加深 (E. L. Garland, Farb, Goldin, & Fredrickson, 2015)。其二為尋求生活的正向意義，即從正向的方式重新看待生活中的事件、在平凡無奇的生活中注入正向的意義、努力追求達成實際的目標。



正向情緒有助於提升個案身體的活動、注意有利於自己的行為、期望的結果及食物的選擇等行為(Cameron, Bertenshaw, & Sheeran, 2015)。在 Santos, et al. (2013)的系統性文獻回顧中提到，正向情緒可以減低憂鬱症病人的症狀，增加幸福感，產生保護性的元素，如韌力和調適的能力彈性和彈性，減少憂鬱發生。有許多策略可以成功的改善病人的憂鬱，這些策略包括愉快的活動，如宗教服務、看電影、打牌、外出吃飯、園藝、正念、冥想、感恩，發展正向的認知來重構負向的想法、將思維方式從悲觀轉變為樂觀、與社會連結、培養能力和優勢來增加調適的能力、擴展自己支持的社會網絡以發展韌力和幸福感、正向情緒、參與、成就和正向的人際關。這些技巧的運用主要在減少脆弱感，增強個人的力量和資源，減少來自憂鬱所造成的影响損失，從而增加個人的韌力和幸福感。在壓力的狀態下，發展正向的社會支持關係，可以增加個人的韌力來減輕壓力和憂鬱。正向認知的三個組合，包括正向的看待自己、外在的世界以及未來，正向的思想和樂觀以提升滿意度、韌力和減少憂鬱，所以我們應該制定策略來促進憂鬱症病人樂觀及正向思維。正向情緒的發展導致了更好的心理

功狀況，從而減輕了憂鬱的症狀(Santos et al., 2013)。

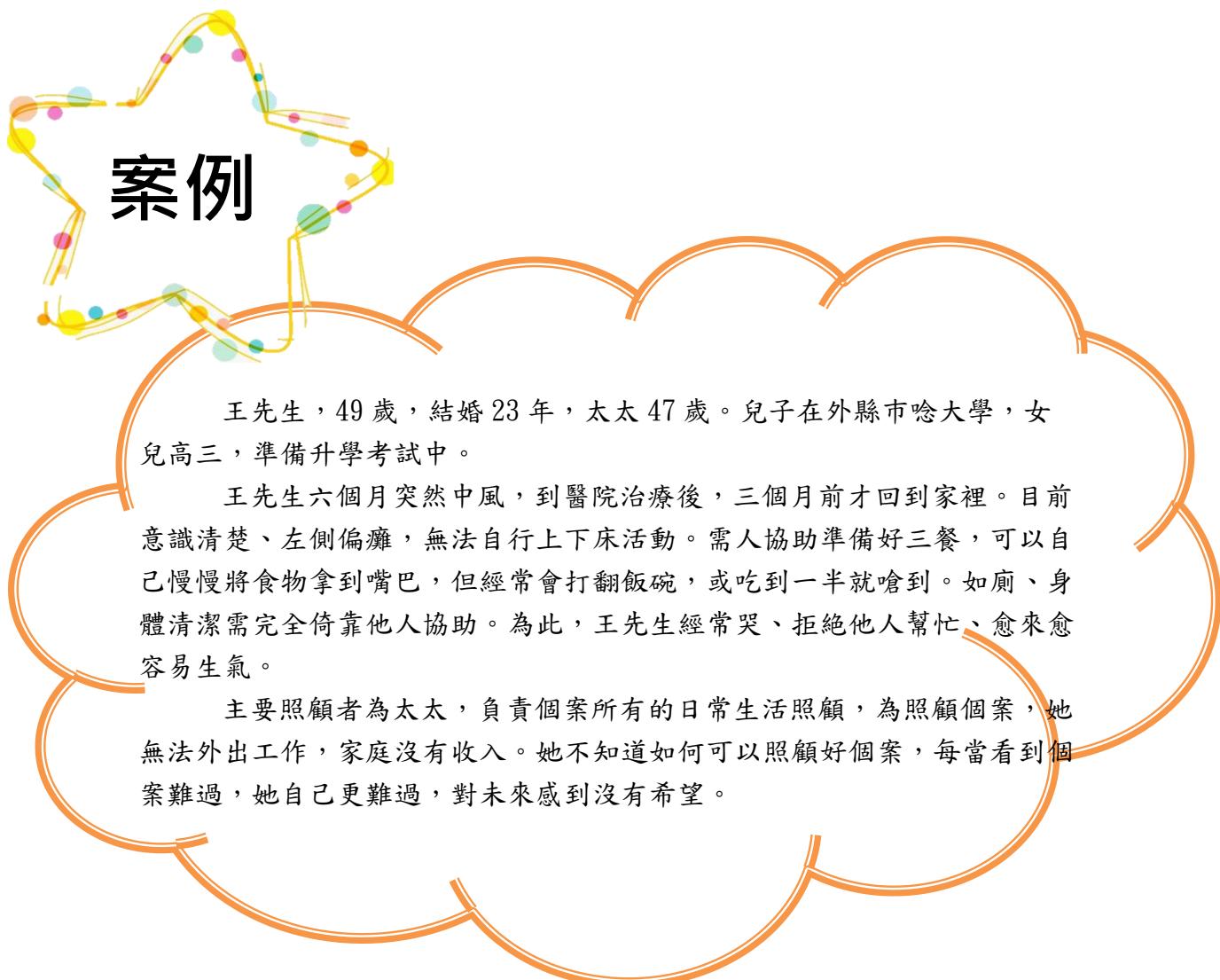


## (二) 護理人員給予主要照顧者提升正向情緒的指導

- 護理人員應該接受評估個案情緒評估的訓練。
- 受過訓練的工作人員應該和所有中風後個案主要照顧者接觸，以提供情緒評估及照顧相關的護理指導。
- 透過與中風個案主要照顧者的訪談以了解其情緒問題。
- 中風個案的有情緒問題時，可能增加主要照顧者的壓力。所以經評估中風個案具有情緒問題時，可以和臨床醫師討論抗憂鬱劑使用的必要性，但不建議做為預防中風個案預防產生憂鬱症而常規使用抗憂鬱劑。
- 改變思維方式，提醒主要照顧者要將維持正向的思想和樂觀的態度，改變悲觀思維的方式轉變為樂觀的方式。
- 指導主要照顧者要維持正向認知的三個組合，包括正向的看待自己、正向的看待外在的世界以及正向的態度來看待未來。
- 鼓勵主要照顧者參與自己感到愉快的活動，如宗教服務、看電影、打牌、外出吃飯、園藝..等，可依自己的興趣做調整。
- 提醒主要照顧者要遠離會影響自己情緒的因素，例如負向思維的人、會影響心情的電影等。
- 鼓勵主要照顧者要維持與社會連結，透過社會參與、成就和正向的人際關係來增加自己的正向情緒。
- 指導主要照顧者要擴展支持的社會網絡，發展正向的社會支持關係，以增加個人的

勒力及減輕壓力和憂鬱感。

- 提醒主要照顧者要培養自己的能力和優勢來增加調適的能力
- 指導主要照顧者學會中風個案照顧的技巧及可運用的資源，增強個人的力量和資源，以減少挫折感等負向情緒產生。
- 指導主要照顧者可以透過正念、冥想、感恩，運用正向的認知來重構負向的想法。



王先生，49歲，結婚23年，太太47歲。兒子在外縣市唸大學，女兒高三，準備升學考試中。

王先生六個月突然中風，到醫院治療後，三個月前才回到家裡。目前意識清楚、左側偏癱，無法自行上下床活動。需人協助準備好三餐，可以自己慢慢將食物拿到嘴巴，但經常會打翻飯碗，或吃到一半就嗆到。如廁、身體清潔需完全倚靠他人協助。為此，王先生經常哭、拒絕他人幫忙、愈來愈容易生氣。

主要照顧者為太太，負責個案所有的日常生活照顧，為照顧個案，她無法外出工作，家庭沒有收入。她不知道如何可以照顧好個案，每當看到個案難過，她自己更難過，對未來感到沒有希望。

# 反思

想想看我們能幫忙的~~~

1. 評估主要照顧者面對失能的中風個案時有那些情緒需求。
2. 協助中風個案就醫，適當的提供藥物治療以改善個案的憂鬱症狀。
3. 提升中風個案主要照顧者正向情緒的策略應用，以提升主要照顧者的韌力。



#### 第四節 主要照顧者社會參與需求

##### 一、促進主要照顧者社會角色的照顧與指導計畫

腦中風個案的無助和憂慮是中風者及其親人的共同情緒，中風後立即感到不知所措，恐懼和不確定作為照顧者的新角色。對主要照顧者的需求評估，首先必須瞭解主要照顧者生活背景、知識程度及本身的能力。了解主要照顧者對於中風個案相關的期望，與對照護的知識、技巧及能力；照顧者本身的價值觀與動力、以及所能運用的資源多寡與層面廣度與深度(Lutz, & Carmicia, 2016)。

大多數中風個案在出院後返家後，主要由非正式照顧者提供照顧如配偶、家庭成員或鄰居。主要照顧者對患者因疾病的影響，所改變的日常生活作息，到心理、社會的照顧，因應的能力因人而異。中風患者的主要照顧者會面臨高度的精神責任負擔、持續焦慮、社交活動減少而感到寂寞，並產生憂鬱心情，自己健康狀況變差，社會生活減少和幸福感降低。對中風個案照顧者應該注重於預防他們的生活品質變差和幸福感的降低，並且需要增加他們對工作、社交活動等社會的參與(Heugten, Visser-Meil, Post, Lindeman, 2006)。

主要照顧者的社會需求為主要照顧者需要幫助中風個案及家庭成員，適應因疾病帶來的生活步調紊亂，甚至是面對死亡；還需要加強家庭關係的鍵結、凝聚家庭和朋友網絡的關連；能與他人公開討論家庭成員中風的疾病狀況；並需要幫助個案及家庭成員重新融入社會；鼓勵罹病的家人盡量能獨立而不依賴(有時還會造成自己“善意殺人”的負向思維)。在情緒上必須適應因疾病帶來的家庭角色變化（例如，從孩子的角色變到照顧他人的“父母”角色）；對婚姻或伴侶關係的影響（例如，失去配偶）；感受到崩潰、苦痛、增加的責任、如潮水般席捲而來的情緒波動、被別人視照顧中風家

人為“理所當然”的沉重感、無法周全照顧家人的罪惡感、需要喘息、降低的自尊、勞碌而造成對周遭事物敏感度的降低、出現負向道德感、常常自覺能力不足，無法將每一件事都做好(韓等，2016)。

### (一)強化主要照顧者或家庭韌力的建議

照顧個案變成家屬的責任，使得家屬生活型態及角色因此發生改變。尤其照顧者因病人突發急性治療後身體功能變化，之後回到長期生活照顧，進而產生疲備、憂鬱、健康情形變差等情形，若照顧者缺乏有效的因應策略和支持性福利政策，照顧者會感到相當的負荷與壓力(Laura, Margaret, Harrison & Christina, 2010)。



對主要照顧者的需求評估，必須先瞭解主要照顧者生活背景、知識程度及本身的能力。中風患者的主要照顧者會面臨高度的精神責任負擔、持續焦慮、社交活動減少而感到寂寞，產生憂鬱心情，自己健康狀況變差，社會生活減少和幸福感降低。主要照顧者的身心健康與和中風個案的互動方式，影響中風個案的身心健康及整體家庭的幸福感。對中風個案照顧者應該注重於預防他們的生活品質變差和幸福感的降低，增加他們對工作、社交活動等社會的參與可提供主要照顧者支持及家庭韌力(Heugten, Visser-Meily, Post, Lindeman, 2006; Lutz, & Carmicia, 2016)。

主要照顧者的需求可分為對疾病治療相關、自我日常活動、自給自足、社交需求、情緒需求與疾病相關資訊需求等六個面向。主要照顧者需要時應：面對中風病人生活變化，可能缺乏完成擔任照顧者新角色所需的必要技能和知識，使他們感到準備不足，增加照顧者負擔的負面健康風險增加。因此，教育，支持和技能培訓使家庭為照顧他們的角色做好準備 (Turner, Fleming, Cornwell et al, 2007; Cameron & Gignac,

2008; Coleman, Mahoney & Parry, 2005; Cameron, Naglie, Silver & Gignac, 2013 )。

促進主要照顧者社會角色的照顧實證建議	等級
個案和主要照顧者應在中風後在社區轉銜期間獲得充分的資訊、支持和獲得服務，以改善恢復健康狀況和活動能力。 (Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2016)	B
鼓勵主要照顧者恢復職業興趣 (Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2016)	B
建議應由醫院的醫療團隊 (如社會工作者) 持續評估財務問題，提供相關的社會福利的資源選擇。(Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2016)	B
提供個案、家屬和主要照顧者提供有關如何積極參與照顧計劃和共同決策的訓練。(Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2016)	B
為中風長期護理的病人及其家人提供有關替代決策者的資訊和諮詢，協助照顧者討論預立治療方式和適當的治療治療方案。 (Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2016)	B
照顧者新角色中最具壓倒性的因素是疲勞和疲憊，缺乏恢復性休息加上責任增加，導致照顧者先前的醫療條件惡化。常見的變化包括到醫院就診就診描述身體疲憊。(Chow & Wong, & Poon, 2007; Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2016; Mackenzie, et.al.,2007)	B
尋求他人的支持，聯繫家人和朋友。與您的家人和朋友討論您的經驗與感受。在電影或餐廳吃飯、電話、電子郵件或共享時間可幫助獲得支持，恢復活力和精神煥發。(Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2016)	B
與其他中風病人和照顧者建立支持網絡，加入中風支持團體可尋求專業幫助提供情感支持，心理健康專業人員和輔導員可提供應對技巧與傾聽問題和疑慮，幫助理解與解決情緒困擾。 (Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2016)	B
建議主要照顧者為自己花時間(1)吃均衡的營養飲食。(2)定期進行身體活動運動。(3)找時間每週至少做一次喜好的興趣活動。(4)與家人和朋友共度時光。(5) 主要照顧者回到自己原先的社會角色。(6)日記可幫助緩解壓力。 (Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2016)	B
獲得家人的後援/主動支持(1)照顧也是一項艱鉅的工作，必須照顧主要照顧者的需求。(2)準確的確認主要照顧者的需求。(3)寫下最難完成的事情，並找到合適的人選。(4)考慮尋求專業的醫療服務。 (Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2016)	B
照顧者認識到維持個人健康的重要性和挑戰，使能繼續照顧他們的家庭成員。(Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2016; JBI Stroke: Stroke, 2017)	B

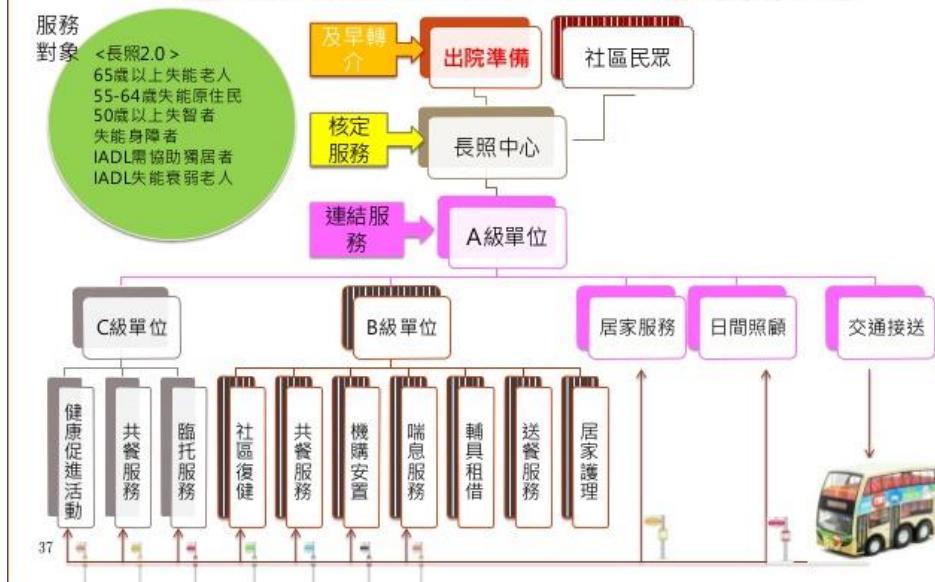


## 二、可以應用之社會資源

### 1. 家庭資源

「長期照顧服務法」於 2015 年 6 月 3 日總統令公布，期整合長照服務機構管理法源分歧情形、建構有法源依據的長照資源網絡與體系，並確保各類長照服務品質，臺灣長期照護資源現況分為三大類：社區式（含日間照顧、喘息服務、交通 接送、臨時及短期服務等）、居家式（含居家服務、居家護理、居家復健、輔具購買租借需求評估等）及機構式服務（含養護、長期 照護、護理之家等）(葉、薄、翟，2009)。長期照顧服務對象應不分年齡、身分別、殘障類別，而是以身心失能程度為主要考量，因此台灣長期照護專業協會倡議以包裹式立法的方式，將提供照顧服務的機構，無論是社區型、居家型或住宿型皆納入同一法規管理，期整合長照服務機構管理法源分歧情形，建構有法源依據的長照資源網絡與體系，確保提供以實證為基礎的長照政策，確保各類長照服務品質的一致性，並有效管理長照機構之名稱及廣告（吳、翟，2011）。

## 連結長照2.0-ABC照顧服務模式



(圖片來源/出院準備銜接長照服務-照顧不中斷 台北市立萬芳醫院 高靖秋 2017.4.25  
[https://www.slideshare.net/hprc\\_tmu/ss-75348011](https://www.slideshare.net/hprc_tmu/ss-75348011))

## 長照2.0服務體系之建構 A-B-C服務點規劃



(圖片來源/長照 2.0ABC 級單位資源佈建規劃 -衛生福利部長照政策專區)

## (1) 中風失能的服務脈絡與社會支持網絡

中風失能老人面臨的衝擊不僅是兒女奉養的問題，照顧需求及照顧者的照顧負荷是更大的問題。中風失能老人與主要照顧者的社會支持，依來源可分為甘之如飴型、順其自然型、無奈承受型三種類型。

**甘之如飴型**：社會支持的資源高於其他兩類型，來自於家人的情緒性及工具性支持的資源多，當有需求時能很快的找到援手；個人特質方面較樂觀積極、適應力強，社會互動頻繁。

**順其自然型**：認為老化或失能是必經之路，因此當事情發生時採取「時到時擔當」的態度，不會積極的向外界尋求資源與協助。

**無奈承受型**：此類型的社會支持來源少，所獲得的社會支持貧乏，照顧者是默默的負擔照顧的責任。

面對此種社會服務及支持網絡，需政府擴大家屬照顧者生活津貼，增加家屬照顧者就業性支持，提供外籍家庭看護工喘息服務，加強照顧、語言能力訓練，以滿足老人照顧需求。失能老人能充實保健知識及心理調適能力，以因應老化帶來的改變。主要照顧者應提升照顧知識與技能，平時要維持社會網絡的穩定與頻率(張，2011)。

罹患多重慢性疾病個案、長照需求者及獨居人口的快速增加；研究顯示中風病人出院後第一、三、六個月，須分別使用不同的長照資源，才得以滿足其照護需求，而主要照顧者的需求即是來自於滿足被照顧者需求所產生 (Chuang, Wu, Yeh, Chen, & Wu, 2005)，因此瞭解不同階段失能個案之主要照顧者照顧需求與負荷，並適時提供協助，幫助主要照顧者得以重新面對照顧工作，實屬重要，且居家護理人員若能夠積極介入家庭照護，提供個別性衛教及適當轉介，則家庭生活品質可獲得改善 (黃等，2006)。

綜合以上文獻可發現，臺灣已為高齡化社會，將面臨更多長期照護相關議題，腦中風個案於返家後其照護需求並不相同，而其主要照顧者之照顧需求亦會隨返家後照護問題延伸而改變，若可以充分有效運用豐富長照資源，將可以協助主要照顧者繼續從事照顧工作，減輕照顧者負荷，以期提升整體照護品質。

### 長期照護資源連結

1. 全國各鄉鎮公所: <http://www.leadware.com/search/dawebs.html>
2. 全國各鄉鎮衛生所網址:<https://service.mohw.gov.tw/HealthCenter/>
3. 衛福部長照專區網址:<https://1966.gov.tw/LTC/mp-201.html>
4. 衛生福利部社會及家庭署輔具資源網址: <https://newrepat.sfaa.gov.tw/>
5. 臺灣失智症協會: <http://www.tada2002.org.tw/>
6. 愛長照網址:<http://www.ilong-termcare.com/>
7. 中華民國家庭照顧者關懷總會網址:<https://www.familycare.org.tw/>
8. 台灣腦中風病友協會: <http://www.strokecare.org.tw/>



## 案例

長期留置鼻胃管與身體活動功能障礙的中風病人，主要照顧者為照顧病人生活步調紊亂，照顧壓力大。趙先生，65歲男性，以台語溝通，高中畢業，信奉佛教，退休前從事農業。離婚，育有二女。病人目前與女兒同住，中風後開始日常生活部分需要他人協助，主要照顧者為案女就讀大學，出院後開始接受居家護理服務。收案期間主要照顧者為照顧病人生活步調紊亂，照顧壓力大。



## 反思

想想看您能瞭解主要照顧者社會參與需求？

1. 您能正確執行返家後中風個案主要照顧者面臨情境的照顧需求評估？照顧者有社會參與的護理問題？
2. 您能正確評估返家後中風個案主要照顧者面臨情境的壓力及角色轉變？
3. 您能正確提供返家後中風個案主要照顧者面臨情境的社會參與需求的策略、照護諮詢和技能指導與合適的照顧計畫？
4. 您能正確提供返家後中風個案主要照顧者主要照顧者勒力的策略、照護諮詢和技能指導與合適的照顧計畫？

## 第七章 照護成效評值

正向的調適與護理介入措施是能提升個案的生命的品質與意義。於機構護理的照顧中，主要照顧者需求為中心的思維，應用強化主要照顧者及家庭韌力的照顧是促進與提升中風失能個案、主要照顧者，及其家庭的健康與福祉。

經由中風個案的功能評估、主要照顧者的需求評估，及家庭功能評估，統整出主要照顧者及其家庭的議題、其資源，與強處。

進而護理師確定出主要照顧者的問題向度是屬於資訊需求、情緒需求，或社會參予需求之議題。

在資訊需求、情緒需求，或社會參予需求中著重中風失能個案的疾病發展脈絡，提供主要照顧者護理照顧及指導。研究指出當個案具有改善及解決其問題與困境的充分知識或訊息、協助資源與管道，是可以改善主要照顧者韌力與家庭韌力、提升主要照顧者幸福感及改善家庭功能。

### 第一節 成效指標

此強化主要照顧者的任性的照顧與指導模式的成效指標有四：

一、改善主要照顧者需求(改善主要照顧者資訊需求；改善主要照顧者心理健康；

強化主要照顧者社會角色)

腦中風個案返家後常見之健康問題包括：認知功能障礙、情緒障礙、視覺障礙、吞嚥障礙、溝通障礙、運動功能障礙、疼痛、日常生活功能障礙等，造成身心困境，迫使家庭及主要照顧者需改變原有生活結構與角色功能；實證文獻顯示針對中風主要照顧者的需求面向：資訊的需求、心理健康的需求、社會角色的需求、情緒的需求、主要照顧者社會參與需求等，針對每項需求程度，做出最適宜的相對應

措施與相關支持的給予依據。若能早期給予完整評估，協助主要照顧者瞭解個案需求，學習適切的照護技巧，將能協助改善主要照顧者資訊需求、主要照顧者心理健康與強化主要照顧者社會角色，協助家屬瞭解中風個案情緒困擾，使病患盡早達成復健目標，回歸正常化生活，減輕照顧者壓力，提升家庭生活品質。

依據英國學者 Debbie Isobel Keeling(2018)針對居家照護病患及主要照護者相關需求，所整理之系統文獻回顧的主題結果，文獻顯示居家照護之病人及其主要照護者需求，包含六個向度：(1)治療相關需求。(2)日常生活能力需求。(3)自給自足需求。(4)社會需求。(5)情緒需求。(6)訊息需求。衛生福利部 107 年度「護理機構實證應用之臨床照護及指導培訓計畫」中的「再創中風個案的主要照顧者韌性的契機的照顧及指導」的方案指引(穆等人，2018) 將每個需求向度涵括之項目，製作成問卷，並經本土臨床護理專家與長照居家照護專家共 56 名，逐項檢視量表六大需求向度中，所認為照護者的需求項目。達 50%以上的圈選率項目，則納入量表內容。中風病患主要照顧者需求量表已獲得同意使用，並測試信效度，信效度良好。

二、提升主要照顧者幸福感。經由介入措施後，主要照顧者的幸福感可以提升。

三、提升主要照顧者及家庭韌力。經由介入措施後，主要照顧者的韌力及家庭韌力也會改善。

四、改善家庭功能

依據多篇實證文獻彙整強化主要照顧者韌力的實證建議：邀請家庭成員和照顧者參與照護治療會議，協助主要照顧者瞭解個案需求，學習適切的照護技巧，使病患盡早達成復健目標，減輕照顧者壓力，可提升家庭生活品質(Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)。

## 第八章 參考資料

### 中文文獻

中華民國家庭照顧者關懷總會・摘自：<http://www.familycare.org.tw/index.php>。

王松輝、王作仁、徐淑婷、王敏行(2017)・中文版Connor-Davidson 復原力量表之信效度分析，復健諮詢，8，47-71。

毛慧芬、張嘉純、林佳琪、王素琴、李宗伊、張綺芬等(2010)・高齡生活輔具運用・臺北：華都。

全民健康保險署全民健康保險急性後期整合照護計畫(2017)，106 年 09 月 30 日健保醫字第 1060033976 號公告修正。

吳肖琪（2008）・急性醫療與慢性照護的橋樑——亞急性與急性後期照護・護理雜誌，55(4)，5-10. 13。

吳冠穎、吳肖琪、洪燕妮、吳君誠、林麗嬪、胡漢華（2012）・台灣腦中風病人急性後期照護需要之探討・台灣衛誌，31(3)，251-62。

吳姿蓉、何啟中、盧香涵、李美樺、顏文娟（2011）・復健期腦中風病患的主要家庭照顧者負荷之相關因素探討・長期照護雜誌，15(3)，65-76。

吳瓊滿（2010）・「從主要照顧者不同階段需求談照顧者支持與協助」・中華民國家庭照顧者關懷總會會訊，63，15-17。

呂寶靜(2005)・支持家庭照顧者的長期照護政策之構思・國家政策季刊4(4)，25-40。

李炎諭、吳宜華、陳怡璇、張谷州、黃裕淨、洪禎雯（2015）・中風病人之非正式照顧者的社會支持狀態・台灣復健醫學雜誌，43(3)，141-147。 doi:10.6315/2015.43(3)01

杜維饌、顏敏琪、吳佳蓉、林梅足、王閔行、陳方、李允白（2017）・簡明復原力量表中

文版之信效度研究：以小兒麻痺患者為例・復健諮詢，8，1-18。

林克能、王培寧、劉秀枝、李眉(2012)・中文版之能篩檢測驗的操作與臨床應用・*Acta Neurological Taiwanica*, 21(4), 180-189。

邱弘毅（2015）・亞急性暨長期照護之現況與未來～以中風為例・台灣腦中風學會會訊，22(3)，4-7。

長照政策專區（2018）・長期照顧整體藍圖。

張寓智、劉祥仁、陳俊榮、胡漢華、葉炳強、邱德發（2006）・急性缺血性腦中風一般處理原則・台灣腦中風學會。

梁蕙雯(2009)・腦中風之障礙與失能評估量表簡介・台北市醫師公會會刊，53(10)，20-23。

陳心怡(2000)・貝克憂鬱量表第二版指導手冊・台北市：中國行為科學社。

陳雅美、陳品元、游曉微(2016). 創造三贏長照體系：家庭照顧者支持服務。社區發展季刊，153，199-213。

廖以誠、葉宗烈、楊延光、盧豐華、張智仁、柯慧貞、駱重鳴(2004)：台灣老年憂鬱量表之編製與信、效度研究・台灣精神醫學，18(1)，30-41。

劉玉華、張傳琳（2013）・正向思考與行動的建構之學習歷程分析研究：以某大學「幸福行動歷程紀錄」方案為例・國家與社會，(13)，157-183。

衛福部中央健保局（2017）・全民健保急性後期整合照護計畫修訂內容簡介。

衛福部統計處（2016）

盧孟良、車先蕙、張尚文、沈武典(2002)・中文版貝克憂鬱量表第二版之信度和效度・台灣精神醫學，16(2)，301-309。

戴桂英、吳淑瓊、江東亮（2006）・美國老人醫療保險急性後期照護的發展・台灣衛誌，25(5)，323-329。

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。

穆佩芬、賀倫惠、梁靜娟、張丞淯、韓慧美、黃子珍、楊淑華、蘇瑞源、吳富美、林淑

女、曾芸敏、黃廷宇 (2018)・中風病患主要照顧者需求量表. 再創中風個案主要照顧者契機的照顧與指導。衛生福利部護理暨健康照護處方案指引。

護理臨床教學方法與教案設計 (2018)・臺灣護理學會。

## 英文文獻

Adams Jr, H. P., Del Zoppo, G., Alberts, M. J., Bhatt, D. L., Brass, L., Furlan, A., ... & Lyden, P. D. (2007). Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Circulation*, 115(20), e478-e534.

Albers, G. W., Caplan, L. R., Easton, J. D., Fayad, P. B., Mohr, J. P., Saver, J. L., & Sherman, D. G. (2002). Transient ischemic attack—proposal for a new definition.

Alvarez Sabín, J. (2002). Patología cerebrovascular. *Manual de Terapéutica Médica*. Barcelona: Masson, 527-41.

Adams, R. J., Albers, G., Alberts, M. J., Benavente, O., Furie, K., Goldstein, L. B., ... & Katzan, I. (2008). American Heart Association, American Stroke Association. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke*, 39(5), 1647-1652.

Ahya, H. (2016). STUDI PENGGUNAAN NEUROPROTEKTAN PADA PASIEN STROKE ISKEMIK (Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo) (Doctoral dissertation, University of Muhammadiyah Malang).

American Society on Aging (2019). 25 Organizations that take care of caregivers. From:

<https://www.asaging.org/blog/25-organizations-take-care-caregivers>.

American nurse today <https://www.americannursetoday.com/secondary-prevention-of-stroke/>

Arboix, A., Díaz, J., Pérez-Sempere, A., & Álvarez-Sabín, J. I. (2006). tipos etiológicos y criterios diagnósticos. *Guía para el diagnóstico y el tratamiento del ictus*. Barcelona: Prous Science, 1-23.

Armstrong, J., McPherson, K., & Nayar, S. (2012). External memory aid training after traumatic brain injury: 'making it real'. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(12), 541-548.

Ávila, M., Cabral, J., & Matos, P. (2012). Identity in university students: The role of parental and romantic attachment. *Journal of Adolescence*, 35(1), 133-142.

Bakas, T., Farran, C. J., Austin, J. K., Given, B. A., Johnson, E. A., & Williams, L. S. (2009). Stroke caregiver outcomes from the telephone assessment and skill-building kit (TASK). *Topics in stroke rehabilitation*, 16(2), 105-121.

Barrett, K. M., Brott, T. G., Brown Jr, R. D., Frankel, M. R., Worrall, B. B., Silliman, S. L., ... &

- Ischemic Stroke Genetics Study Group. (2007). Sex differences in stroke severity, symptoms, and deficits after first-ever ischemic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 16(1), 34-39.
- Beavers, R., & Hampson, R. B. (2000). The Beavers systems model of family functioning. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 128-143.
- Benzein, E., Olin, C., & Persson, C. (2015). 'You put it all together'—families' evaluation of participating in Family Health Conversations. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(1), 136-144.
- Borowiak, E., & Kostka, T. (2013). Comparative characteristics of the home care nursing services used by community- dwelling older people from urban and rural environments. *Journal of advanced nursing*, 69(6), 1259-1268.
- Boterhoven de Haan, K. L., Hafekost, J., Lawrence, D., Sawyer, M. G., & Zubrick, S. R. (2015). Reliability and Validity of a Short Version of the General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, 54(1), 116–123.
- Bray, J. E., Martin, J., Cooper, G., Barger, B., Bernard, S., & Bladin, C. (2005). Paramedic identification of stroke: community validation of the Melbourne ambulance stroke screen. *Cerebrovascular diseases*, 20(1), 28-33.
- Buntin, M. B., Colla, C. H., Deb, P., Sood, N., & Escarce, J. J. (2010). Medicare spending and outcomes after post-acute care for stroke and hip fracture. *Medical care*, 48(9), 776.
- Bushnell, C., Arnan, M., & Han, S. (2014). A new model for secondary prevention of stroke: transition coaching for stroke. *Frontiers in neurology*, 5, 219.

- Camak, D. J. (2015). Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *Journal of clinical nursing*, 24(17-18), 2376-2382.
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. (2008). "Timing It Right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient education and counseling*, 70(3), 305-314.
- Cameron, J. I., O'Connell, C., Foley, N., Salter, K., Booth, R., Boyle, R., ... & Dulude, A. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: managing transitions of care following stroke, guidelines update 2016. *International Journal of Stroke*, 11(7), 807-822.
- Cameron, D. S., Bertenshaw, E. J., & Sheeran, P. (2015). The impact of positive affect on health cognitions and behaviours: A meta-analysis of the experimental evidence. *Health Psychology Review*, 9(3), 345-365.
- Canadian Policy and Research Networks. (2005). A healthy balance. p. 7-9.
- Cameron, J. I., O'Connell, C., Foley, N., Salter, K., Booth, R., Boyle, R., ... & Dulude, A. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: managing transitions of care following stroke, guidelines update 2016. *International Journal of Stroke*, 11(7), 807-822.
- Chen, L. K., Chen, Y. M., Hwang, S. J., Peng, L. N., Lin, M. H., Lee, W. J., ... & Longitudinal Older Veterans Study Group. (2010). Effectiveness of community hospital-based post-acute care on functional recovery and 12-month mortality in older patients: a prospective cohort study. *Annals of medicine*, 42(8), 630-636.
- Chow, S. K., Wong, F. K., & Poon, C. Y. (2007). Coping and caring: support for family caregivers of stroke survivors. *Journal of clinical nursing*, 16(7b), 133-143.

Clinical Guidelines for Stroke Management.( 2017). Retrieved from

<https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017> .

Clinical Guidelines for Stroke Management 2017. Retrieved from

<https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management>.

Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017 Retrieved from

<https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management-2017>.

Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Patients in Primary Health Care, 2009.

Coleman, E. A., Mahoney, E., & Parry, C. (2005). Assessing the quality of preparation for

posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. *Medical care*, 246-255.

Connor, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-

Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:

10.1002/da.10113

Craf, C (2007). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. try this: Best

Practice in Nursing Care to Old Adult, The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New

Yourk University, College of Nursing, [www.hartfordign.org](http://www.hartfordign.org).

Dai, L., & Wang, L. (2015). Review of family functioning. *Open Journal of Social Science*, 3,

134-141.

Department of Health and Human Services Centers for Medicare and Medicaid Services.

Medicare Program; Proposed & Final Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment

Systems and Fiscal Year 2009 Rates; Federal Register. Available from: URL:

<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/IPPS-Regulations-and-Notices-Items/CMS1227598.html>.

Doran, D.M., Blais, R., Harrison, M.B., Hirdes, J.P., Baker, G.R., Lang, A.,...White, N.

(2013).SAFETY at HOME A Pan-Canadian HOME CARE SAFETY Study. 2013 Canadian

Patient Safety Institute. Retrieved from <http://www.patientsafetyinstitute.ca>.

Dorell, Å., Bäckström, B., Ericsson, M., Johansson, M., Östlund, U., & Sundin, K. (2016).

Experiences with family health conversations at residential homes for older people. *Clinical nursing research*, 25(5), 560-582.

Dorell, Å., & Sundin, K. (2016). Becoming visible—Experiences from families participating in

Family Health Conversations at residential homes for older people. *Geriatric Nursing*, 37(4),

260-265.

Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., ... & Reker, D.

(2005). Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke*,

36(9), e100-e143.

Easton, J. D., Saver, J. L., Albers, G. W., Alberts, M. J., Chaturvedi, S., Feldmann, E., ... & Lutsep,

H. L. (2009). Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for

healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association

Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on

Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the

Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease: the American Academy of

Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. *Stroke*,

40(6), 2276-2293.

Family Caregiver Alliance (2006). Caregiver assessment: principles, guidelines and strategies for

change. National Consensus Development Conference. From:

[https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/v1\\_consensus.pdf](https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/v1_consensus.pdf).

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-

build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218.

Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and

thought- action repertoires. *Cognition & Emotion*, 19(3), 313-332.

doi:10.1080/02699930441000238

Fredrickson, B. L., & Levenson, R. W. (1998). Positive Emotions Speed Recovery from the

Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions. *Cognition & Emotion*, 12(2), 191-220.

doi:10.1080/026999398379718

Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The Undoing Effect

of Positive Emotions. *Motivation & Emotion*, 24(4), 237-258.

Garland, E. L., Farb, N. A., R. Goldin, P., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens

awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion

regulation. *Psychological Inquiry*, 26(4), 293-314.

Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010).

Upward Spirals of Positive Emotions Counter Downward Spirals of Negativity: Insights from

the Broaden-and-Build Theory and Affective Neuroscience on The Treatment of Emotion

Dysfunctions and Deficits in Psychopathology. *Clinical psychology review*, 30(7), 849-864.

- Go, A.S., Mozaffarian, D., Roger, V.L., Benjamin, E.J., Berry, J.D., Blaha, M.J.,.... Turner, M.B. (2014). Heart Disease and Stroke Statistics—2014 Update. *Circulation*, 129(3), 28-292.
- Gorall, D. M., Tiesel, J., & Olson, D. H. (2004). Faces IV: Development and validation. Minneapolis, MN: Life Innovations
- Greenwood, N., & Mackenzie, A. (2010). Informal caring for stroke survivors: meta-ethnographic review of qualitative literature. *Maturitas*, 66(3), 268-276.
- Guo, Y. L., & Liu, Y. J. (2015). Family functioning and depression in primary caregivers of stroke patients in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 184-189.
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., & Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*, 36(6), 1330-1340.
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1017-1025.
- Haley, Roth, Hovator, Clay (2015). Long-term impact of stroke on family caregiver well-being: a population-based case-control study. *Neurology*, 84, 1323-1329.
- Hamilton, E., & Carr, A. (2016). Systematic review of self-report family assessment measures. *Family Process*, 55(1), 16-30.
- Hansson, P. (2004). Post-stroke pain case study: clinical characteristics, therapeutic options and long-term follow-up. *European journal of neurology*, 11, 22-30.
- Harris, P. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: the undervalued concept

of resilience and the lived experience of dementia. *International Journal Aging and Human Development*, 67(1), 43-61.

Hashim, S. (2010). The process of solving problems among academically resilient students.

University of Glasgow, UK

Hoverman, C., Shugarman, L. R., Saliba, D., & Buntin, M. B. (2008). Use of postacute care by nursing home residents hospitalized for stroke or hip fracture: how prevalent and to what end?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(8), 1490-1496.

Hu, P., Yang, Q., Kong, L., Hu, L., & Zeng, L. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine*, 97(40), e12638.

Huey, W.T. (2015). A Resilience Training Module for Caregivers of Dementia Patients. *SHS Web of Conferences* 18, available at <http://www.shs-conferences.org> or <http://dx.doi.org/10.1051/shsconf/20151805001>

Hurwitz, A. S., Brice, J. H., Overby, B. A., & Evenson, K. R. (2005). Directed use of the Cincinnati Prehospital Stroke Scale by laypersons. *Prehospital Emergency Care*, 9(3), 292-296.

İnci, F. H., & Temel, A. B. (2016). The effect of the support program on the resilience of female family caregivers of stroke patients: Randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 32, 233-240.

Intercollegiate Stroke Working Party. (2008). National clinical guideline for stroke, 3rd edition. London: Royal College of Physicians.

Ishii, Y., Miyashita, M., Sato, K., & Ozawa, T. (2012). Family's difficulty scale in end-of-life home care: a new measure of the family's difficulties in caring for patients with cancer at the end of life at home from bereaved family's perspective. *Journal Palliative Medicine*, 15(2), 210-215. doi: 10.1089/jpm.2011.0248

JBI Post-Stroke Depression: Management, 2 Feb 2017

JBI Stroke guideline: Cognitive Rehabilitation for Memory Deficits, 14 June 2018

JBI Stroke: Management, 5 July 2017.

JBI Stroke: Stroke: Psychosocial Spiritual Needs, 6 Feb 2017.

Jill I Cameron etc. (2016), Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. *International Journal of Stroke*, 11(7), 807-822)

Joanna Briggs Institute (2014). JBI levels of evidence. Retrieved from <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>

Kane, R. L., Lin, W. C., & Blewett, L. A. (2002). Geographic variation in the use of post-acute care. *Health services research*, 37(3), 667-682.

Kass, B. (2018). Relationship of Stroke Caregiver Mutuality and Preparedness For Caregiving to Role Strain. Relationship Of Stroke Caregiver Mutuality & Preparedness For Caregiving To Role Strain, 1. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=131792038&site=ehost-live>.

Kidwell CS, Starkman S, Eckstein M, Weems K, Saver JL.(2000). Identifying stroke in the field:

prospective validation of the Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS). *Stroke* , 31, 71-76.

Kidwell, C. S., & Wintermark, M. (2008). Imaging of intracranial haemorrhage. *The Lancet Neurology*, 7(3), 256-267.

Kothari, R. U., Pancioli, A., Liu, T., Brott, T., & Broderick, J. (1999). Cincinnati prehospital stroke scale: reproducibility and validity. *Annals of emergency medicine*, 33(4), 373-378.

Lampl, C., Yazdi, K. (2002). Amitriptyline in the prophylaxis of central poststroke pain. *Stroke*, 33, 3030-3032.

Laura Mac Isaac, Margaret B. Harrison and Christina Godfrey. (2010) . Supportive care needs of caregivers of individuals following stroke: A synopsis of research, *Canadian Journal of Neuroscience Nursing* , 32(1), 39-46.

Lee, H. C., Chang, K. C., Huang, Y. C., Lan, C. F., Chen, J. J., & Wei, S. H. (2010). Inpatient rehabilitation utilization for acute stroke under a universal health insurance system. *The American journal of managed care*, 16(3), e67-e74.

Lee, H. C., Chang, K. C., Lan, C. F., Hong, C. T., Huang, Y. C., & Chang, M. L. (2008). Factors associated with prolonged hospital stay for acute stroke in Taiwan. *Acta Neurologica Taiwanica*, 17(1), 17.

Lee Duckworth, A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 629-651. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144-

experiences of patients and their family caregivers. *Topics in stroke rehabilitation*, 18(6),

786-797.

Lutz, B. J., Young, M. E., Creasy, K. R., Martz, C., Eisenbrandt, L., Brunny, J. N., & Cook, C.

(2016). Improving stroke caregiver readiness for transition from inpatient rehabilitation to home. *The Gerontologist*, 57(5), 880-889.

Lutz, & Carmicia (2016) *Lubkin's Chronic Illness: Impact and Intervention* (10<sup>th</sup> ed.).

Lutz, Camicia (2016). Supporting the Needs of Stroke Caregivers Across the Care Continuum,

*JCOM*, 23(12), 557-566.

Lyden P. (2017). Using the National Institutes of Health Stroke Scale, A Cautionary Tale. *Stroke*, 48, 513-519. DOI: 10.1161/STROKEAHA.116.015434

M Lewis, J. H.-J., LF Barrett. (2008). *Handbook-of-Emotions*.

MacCourt P., Family Caregivers Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada.

(2013). *National Guidelines for a Comprehensive Service System to Support Family Caregivers of Adults with Mental Health Problems and Illnesses*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada. Retrieved from: <http://www.mentalhealthcommission.ca>

Mackenzie, A., Perry, L., Lockhart, E., Cottee, M., Cloud, G. & Mann, H. (2007). Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. *Disability & Rehabilitation*, 29(2), 111-121.

Mahoney, R. I. (1965). Barthel index (BI). Surya Shah, PhD, OTD, MEd, OTR, FAOTA,

Professor Occupational Therapy and Neurology, Visiting Professor Neurorehabilitation,

*University of Tennessee Health Sciences Center*, 930, 1.

- Management of Stroke Rehabilitation Working Group. (2010). VA/DOD Clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. *Journal of rehabilitation research and development, 47*(9), 1.
- Martinez, A.-M., D'Artois, D., & Rennick, J. E. (2007). Does the 15-Minute (or Less) Family Interview Influence Family Nursing Practice? *Journal of Family Nursing, 13*(2), 157–178.
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke, 36*(10), 2181-2186.
- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions (Great Britain). (2007). Stroke: national clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). Royal College of Physicians.
- Nor, A. M., Davis, J., Sen, B., Shipsey, D., Louw, S. J., Dyker, A. G., ... & Ford, G. A. (2005). The Recognition of Stroke in the Emergency Room (ROSIER) scale: development and validation of a stroke recognition instrument. *The Lancet Neurology, 4*(11), 727-734.
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(1), 64-80.
- Olson, D.H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy, 22*, 144-167.
- Ong, H. L., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Fauziana, R., Tan, M. E., ... & Subramaniam, M. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC psychiatry, 18*(1), 27.

- Östlund, U., Bäckström, B., Saveman, B. I., Lindh, V., & Sundin, K. (2016). A family systems nursing approach for families following a stroke: Family health conversations. *Journal of family nursing*, 22(2), 148-171.
- O'Sullivan, T. L., Fahim, C., & Gagnon, E. (2018). Asset Literacy Following Stroke: Implications for Disaster Resilience. *Disaster Med Public Health Prep*, 12(3), 312-320. doi:10.1017/dmp.2017.66
- Pangallo, A., Zibarras, L., Lewis, R., & Flaxman, P. (2015). Resilience through the lens of interactionism: A systematic review. *Psychological Assessment*, 27(1), 1.
- Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress: I. The Family Adjustment and Adaptation Response Model: II. Applying the FAAR Model to health-related issues for intervention and research. *Family Systems Medicine*, 6(2), 202–237.
- Perry, L. (2010). *National Clinical Guidelines for Stroke Management*. National Stroke Foundation repor,. 1-167.
- Persson, C., & Benzein, E. (2014). Family health conversations: how do they support health?. *Nursing research and practice*, 2014.
- Petriwskyj, A., Parker, D., O'Dwyer, S., Moyle, W., & Nucifora, N. (2016). Interventions to build resilience in family caregivers of people living with dementia: a comprehensive systematic review. *JBI Database System Review Implement Report*, 14(6), 238-73.
- Pratt, J. R. (2010). Long-term care: Managing across the continuum. Jones & Bartlett Publishers.
- Rashid, T. (2009). Positive interventions in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 461-466. doi:10.1002/jclp.20588

- Reivich, K., Seligman, M. and McBride, S. (2011). Master resilience training in the U. S. Army. *American Psychologist, 66*(1), 25 - 34. doi:10.1037/a0021897
- Ringelstein, E. B., Chamorro, A., Kaste, M., Langhorne, P., Leys, D., Lyrer, P., ... & Toni, D. (2013). European Stroke Organisation recommendations to establish a stroke unit and stroke center. *Stroke, 44*(3), 828-840.
- Roth, D. L., Perkins, M., Wadley, V. G., Temple, E. M., & Haley, W. E. (2009). Family caregiving and emotional strain: Associations with quality of life in a large national sample of middle-aged and older adults. *Quality of life research, 18*(6), 679-688.
- Sadler, E., Sarre, S., Tinker, A., Bhalla, A., & McKevitt, C. (2017). Developing a novel peer support intervention to promote resilience after stroke. *Health & social care in the community, 25*(5), 1590-1600.
- Sit, J. W., Wong, T. K., Clinton, M., Li, L. S., & Fong, Y. M. (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of clinical nursing, 13*(7), 816-824.
- Sant Elizabeth Health Care (2019). Government assistance and funding for caregivers in Canada. From:<https://elizz.com/caregiver-resources/caregiving-tips/government-programs-for-caregiver>
- Salter K, Bhogal S, Foley N, Jutai J, Teasell R. (2007). The assessment of poststroke depression. *Top Stroke Rehabil., 14*, 1-24.
- Salter K, Bhogal S, Teasell R, Foley N, Speechley M. (2008). Post Stroke Depression. EvidenceBased Review of Stroke Rehabilitation, [Documento Internet]. [Acceso 4 mayo 2009]. Disponible en: [www.ebrsr.com](http://www.ebrsr.com).

- Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Arias-Carrion, O., Silva, A. C., Carta, M. G., . . . Machado, S. (2013). The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 221-237. doi:10.2174/1745017901309010221
- Sarre, S., Redlich, C., Tinker, A., Sadler, E., Bhalla, A., & McKevitt, C. (2014). A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: lessons for the study of resilience. *Disability and rehabilitation*, 36(9), 716-726.
- Satkunam LE (2003). Rehabilitation medicine: 3. Management of adult spasticity. *CMAJ.*, 169, 1173-1179.
- Schwamm LH, Pancioli A, Acker JE III, et al.(2005), Recommendations for the establishment of stroke systems of care: recommendations from the American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems. *Stroke*, 36, 690-703.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychological Association*, 55(1) , 5.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of clinical epidemiology*, 42(8), 703-709.
- Silva, M. C. L. D. S., Moules, N. J., Silva, L., & Bousso, R. S. (2013). The 15-minute family interview: a family health strategy tool. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(3), 634-639.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral*

*medicine, 15(3), 194-200.*

Smith, L.N., Lawrence, M., Kerr, S.M., Langhorne, P., & Lees, K.R. (2004). Informal carers'

experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing, 46(3), 235–244.*

Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S., & Keitner, G. I. (2015). The evaluation of family functioning

by the family assessment device: A systematic review of studies in adult clinical populations.

*Family process, 54(1), 94-115.*

Teasell R, Foley N, Bhogal S. (2008). Painful Hemiplegic Shoulder. Evidence- Based Review of

Stroke Rehabilitation, [Documento Internet]. [Acceso 20 abril 2009]. Disponible en:

[www.ebrsr.com](http://www.ebrsr.com)

The “How To” Family Nursing series. #1: How to do a 15 minute (or less) family interview.

MDI Video

The “How To” Family Nursing series. #5: How to use questions in family interview. MDI Video

Tseng, M. C., & Lin, H. J. (2009). Readmission after hospitalization for stroke in Taiwan: results

from a national sample. *Journal of the neurological sciences, 284(1-2), 52-55.*

Wagnild, G. & Collins, J. (2009). Assessing resilience. *Journal of Psychological Nursing, 47(12),*

28-33.

Walsh, F. (2016). Applying a family resilience framework in training, practice, and research:

Mastering the art of the possible. *Family process, 55(4), 616-632.*

Walsh, F. (2003). Family .Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family process, 42(1), 1-*

18.

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J.

- J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 47*(6), e98-e169.
- Lee, W. J., Peng, L. N., Cheng, Y. Y., Liu, C. Y., Chen, L. K., & Yu, H. C. (2011). Effectiveness of short-term interdisciplinary intervention on postacute patients in Taiwan. *Journal of the American Medical Directors Association, 12*(1), 29-32.
- Lee, W. J., Chou, M. Y., Peng, L. N., Liang, C. K., Liu, L. K., Liu, C. L., ... & VAIC Study Group. (2014). Predicting clinical instability of older patients in post-acute care units: A nationwide cohort study. *Geriatrics & gerontology international, 14*(2), 267-272.
- Wein, Lindsay, Co^te, Foley, Berlingieri, Bhogal, Bourgoin, Buck, , et al., (2017). Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. *International Journal of Stroke, 13*(4), 420-443.
- Wilson JTL, Hareendran A, Hendry A, et al. (2005). Reliability of the modified Rankin scale across multiple raters: benefits of a structured interview. *Stroke, 36*, 777-781.
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes, 9*(1), 8.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention. FA Davis.
- Wright and Leahey (2013). Nurses and families : a guide to family assessment and intervention (6th Ed.) Philadelphia : F.A. Davis.

