



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

穆佩芬 賀倫惠 張丞洵
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

臨床指引簡版

衛生福利部護理及健康照護司 (2019 十月 第二版)

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」

再創中風個案主要照顧者的契機的照顧及指導 臨床指引簡版

目錄

第一節 中風病患之功能評估	3
一、中風的定義與診斷	3
二、危險因子	3
三、個案神經功能評估	5
四、認知功能評估(記憶缺損)	6
五、身體功能評估	6
六、合併症評估	6
七、中風後的整體評估	7
第二節 主要照顧者與家庭韌力評估	9
第三節 提升主要照顧者韌力之策略與原則	10
一、提升主要照顧者韌力之策略與原則	11
第四節 主要照顧者與家庭評估工具	13
一、主要照顧者需求評估	13
第五節 主要照顧者情緒需求	16
第六節 主要照顧者資訊需求	19
一、認識中風症狀的照顧與指導計畫	19
二、中風個案二及預防的照顧與指導計畫	20
三、恢復照顧與指導計畫	22
第七節 中風個案的自我管理照顧與指導計畫	25
一、認知復健照顧與指導計畫	25
二、中風個案身體復健照顧與指導計畫	28

第一節 中風病患之功能評估

一、中風的定義與診斷

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)。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除症狀其他可能原因。

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 (2015)，Guideline for the Early Management of Patient with Acute Ischemic Stroke

二、危險因子

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)，如下表。

表. 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

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。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。

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

三、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)。相關神經

學評估(Neurological Examination)包括幾個部分，分述如下：

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。

四、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)。臨床上較常用使用 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。

五、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)。

六、合併症評估

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。其合併症包括痙攣、肩痛、中樞性中風後疼痛、吞嚥困難、跌倒等狀況(Arroyo et al, 2009)。

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
那些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

七、中風後的整體評估

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。中風後查檢表(Post-Stroke Checklist, PSC)是有用的工具。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)。

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

第二節 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 Biotech(Hons), M.S. (2018). Evidence Summary. Assessment of Caregiver Resilience. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2018; JBI19805.

第三節 提升主要照顧者韌力之策略與原則

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

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)

提升主要照顧者韌力策略原則及實證建議	等級
一、問題解決	
<ol style="list-style-type: none">1. 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。2. 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。3. 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。4. 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
二、社交網絡	
<ol style="list-style-type: none">1. 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。2. 強化家庭傳統和連續性，增強了個人和家庭的適應能力。3. 保持密切聯繫和支持的社區，維持韌力的連通性。	Grade B
三、領導方式	
<ol style="list-style-type: none">1. 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。2. 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

主要照顧者心理健康照顧的實證建議	等級
四、靈性	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 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。 3. 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。 4. 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
五、自我效能	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 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。 3. 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。 4. “相信自己”克服挑戰並實現目標而不是不堪重負。 	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>

第四節 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、心理和情緒等方面的恢復密不可分。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. 可以担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。					

參考資料:

Keeling, I. D. (2014). Homecare user needs from the perspective of the patient and carers: a review. *Smart Homecare Technology and TeleHealth*, 2, 63–76.

Magwood, G. S., Ellis, C., Nichols, M., Burns, S. P., Jenkins, C., & Woodbury, M. (2019). Barriers and Facilitators of Stroke Recovery: Perspectives From African Americans With Stroke, Caregivers and Healthcare Professionals. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, Jun 26. pii: S1052-3057(19)30281-2. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.06.012

第五節 主要照顧者情緒需求

中風對個案或家屬而言，是一個改變生活的事件，可能產生不確定感、恐懼、悲傷和失落(Lutz, Young, Cox et al, 2011; Camak, 2015)。主要照顧者會經驗到一種失去健康家庭成員、失去原有生活方式，或失去原有社會角色及關係的失落感。進而造成主要照顧者的憂鬱情緒、挫折感或無望感(Nguyen, 2017)。家庭成員突然轉變為中風個案的主要照顧者，使主要照顧者產生社交、經濟、情緒和身體緊張，阻礙主要照顧者的角色適應(Kass,2018)。中風個案主要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; Camak, 2015)。主要照顧者有 43.9%會出現輕度憂鬱、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(Hu, Yang, Kong, Hu, & Zeng, 2018)。而憂鬱症狀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(Haley, Allen, Grant et al, 2009)。中風個案主要照顧者的正向情緒照顧，有助於提升個案身體的活動、關注有利於自己的行為(Cameron, Bertenshaw, & Sheeran, 2015)。因此，主要照顧者心理健康的照顧與指導計畫，應包括協助主要照顧者了解中風個案的情緒困擾及提供主要照顧者心理健康照顧的實證建議：

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。 (Li, 2017; Cameron, 2016)	B

主要照顧者心理健康照顧的實證建議	等級
<p>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。</p> <p>(Li, 2017)</p>	B
<p>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)</p> <p>(Li, 2017)</p>	B
<p>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。</p> <p>(Nguyen, 2017)</p>	B
<p>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。</p> <p>(Nguyen, 2017)</p>	A
<p>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)。</p>	A
<p>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; Li, 2017; Jill, 2016)。</p>	B
<p>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)。</p>	B
<p>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)。</p>	B
<p>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; Li, 2017; Jill, 2016)。</p>	B

中文文獻

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。

英文文獻

- 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., O'Connell, C., Foley, N., Salter, K., Booth, R., Boyle, R., . . . Lindsay, P. (2016). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. *Int J Stroke*, 11(7), 807-822.
doi:10.1177/1747493016660102
- 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.
- Nguyen, P. Evidence Summary. Post-Stroke Depression: Management. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2017; JBI9021.
- Li, Y. Evidence Summary. Stroke: Management. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2017; JBI606. For details on the method for development see Munn Z, Lockwood C, Moola S. The development and use of evidence summaries for point of care information systems: A streamlined rapid review approach. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2015;12(3):131-8.
- 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>.
- Lutz, B. J., Ellen Young, M., Cox, K. J., Martz, C., & Rae Creasy, K. (2011). The crisis of stroke: experiences of patients and their family caregivers. *Topics in stroke rehabilitation*, 18(6), 786-797.
- 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.

第六節 主要照顧者資訊需求

一、認識中風症狀的照顧與指導計畫

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。
7. 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	
5. 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"> ● 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。 ● 增加規律的運動 ● 避免過量飲酒(每天不超過 2 杯) 	A B B
6. 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	
4. 提升藥物治療遵從性的介入措施，應包括以下內容的組合： <ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 醫院和社區的信息和教育。 	A A
1.3 控制血壓	
3. 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	
5. 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	A

的處方。	
1.5 抗凝劑治療	
5. 缺血性中風或動脈引起 TIA 個案，不應常規使用抗凝劑。	A
6. 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	
中風個案二級預防的處置照護原則及實證建議	等級
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).

三、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)。	B
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	B

強化主要照顧者或家庭韌力的實證建議	等級
<p>理照護教育項目：(J. I. Cameron et al., 2016); Clinical Guidelines for Stroke Management, 2017)</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 個人照護技術培訓（例如餵食技術） (2) 幫助溝通的策略 (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） (4) 吞嚥困難病人的食物準備和準備食物型態的改變 (5) 自我管理模式的照護，以盡可能鼓勵病人獨立 (6) 如何協助個案接受社區服務和資源 (7) 問題解決的技巧 (8) 喘息照護的選擇 (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 (10) 臨終關懷和安寧緩和治療的選擇 	

第七節 中風個案的自我管理照顧與指導計畫

一、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(J. I. Cameron et al., 2016)。	A
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

認知復健照顧與指導計畫實證建議	等級
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

二、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(<i>Early Supported Discharge Rehabilitation Services</i>)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	B

中風個案身體復健照顧實證建議	等級
Stroke: Management, 2017)。	
10. 可考慮使用調節夾板來減輕輕度至中度肘部和腕部攣縮。(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攣縮(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
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，	B

中風個案身體復健照顧實證建議	等級
減輕中風復發的慢性療法和家庭支持(J. I. Cameron et al., 2016)。	
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)健康專業人員應啟動設定目標的過程，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)。	A
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 linical 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	B

中風個案身體復健照顧實證建議	等級
<p>力是否清楚。</p> <p>(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)</p>	
<p>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)</p>	A
<p>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, 2010)</p>	B
<p>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。</p> <p>(American Heart Association/ American Stroke Association, 2010)</p>	B
<p>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)</p>	B