

照顧一位腦中風併有吞嚥障礙病人 之護理經驗

黃鈴雅 趙家伶*

摘 要

本文為一位因左側大腦梗塞接受頸動脈支架置放術之術後個案。住院期間發現因吞嚥困難導致噎咳與進食障礙，並出現無望感；主要照顧者亦因擔憂後續照護產生焦慮，引發探討動機。於2024年01月17日至2024年01月31日照護期間，經由觀察、傾聽、身體評估、會談及溝通等技巧收集資料，運用Gordon十一項功能性健康模式進行整體性評估，確立個案有吞嚥障礙、無望感及照顧者角色緊張三項健康問題。透過下巴內縮吞嚥技巧、食物增稠劑及溫度刺激訓練，有效改善進食困難與噎咳頻率；建立信任關係、引導表達情緒並共同制定照護目標，促進心理調適與治療意願；提供心理支持與照護指導，逐步適應照顧角色。因應高齡化社會中「老老照顧」問題，建議住院初期即啟動整合性照護計畫，結合長照資源與家庭參與，共同擬定返家照護策略，以提升照護品質與家庭韌性。

(精神健康與社區精神醫學期刊 2025;1(2):73-82)

關鍵詞：腦中風、吞嚥障礙、無望感、照顧者角色緊張

前 言

腦中風(stroke)仍是全球導致死亡與失能的主要原因之一。根據World Stroke Organization [WSO]於2025年發布的報告指出，2021年全球中風盛行病例約為9,380萬例，新發病例約為1,190萬例，其所造成的死亡與失能調整生命年(Disability-Adjusted Life Years, DALYs)在全球疾病負擔中佔有相當高的比例。^[1,2]在台灣方面，依據2025年衛生福利部公布

的2024年十大死因統計，腦血管疾病持續高居第四位，每十萬人口死亡率達53.2%。^[3]

腦中風患者常伴隨肢體失能、吞嚥困難等後遺症。研究顯示，約有37%-78%的腦中風患者出現不同程度的吞嚥障礙，^[4]若未及時介入吞嚥復健，將可能引發吸入性肺炎、營養不良及脫水等併發症，並顯著增加再住院率與死亡率。^[5,6]不僅威脅病人生命安全，亦導致生活品質下降、依賴度提升，同時加重家庭照護壓力與社會醫療成本。^[4-6]

義大醫療財團法人義大醫院護理部

*通訊作者：趙家伶

接受日期：2025年11月30日

E-mail：a0915762818@gmail.com

編 碼：JMHCP-2025C-002

本文個案因左側大腦梗塞導致吞嚥障礙住院治療，並行左頸動脈血管內支架置放術，術後病況穩定轉至普通病房，於病房照護期間觀察個案因吞嚥障礙造成嗆咳、進食不易感到生活無望，其主要照顧者因缺乏照護技巧、擔心長期照護壓力，而對未來照護產生焦慮，引發探討動機。筆者期望透過醫療照護團隊介入共同擬定個別性照護，使其恢復自信積極治療，加強照顧者照護技能及改善身心負荷，順利回歸家庭正常運作。本文藉由分享一位合併吞嚥障礙之腦中風個案的護理經驗，期望提供臨床護理人員在照護實務之參考。

文獻查證

一、腦中風治療期常見合併症

腦中風患者在治療過程中，常因病程變化或治療介入而出現各類合併症，這些問題不僅延緩復原，甚至可能加重失能或危及生命。^[5,7,8] 包含以下三大類：(一)腦部相關合併症：包括腦水腫、顱內壓升高、再灌注損傷及癲癇發作等，均可能影響腦部功能恢復，甚至導致預後不良；(二)全身系統相關合併症：例如心血管異常(心律不整、心肌梗塞)、肺炎、深部靜脈栓塞及泌尿道感染等，主要因活動受限或吞嚥障礙而增加住院天數與死亡率；(三)治療與藥物相關合併症：臨床上，對於因內頸動脈狹窄引起的缺血性腦中風，常採藥物治療或外科治療(如頸動脈內膜切除術或頸動脈支架置放術)，以改善腦部血流、降低再次中風風險；然而，相關治療亦可能引起出血、血管再狹窄或藥物副作用等，需嚴密監測。^[4,5,7,8] 上述合併症不僅影響病人整體復原速度，也會增加失能程度與死亡風險。

二、腦中風合併吞嚥障礙之照護

腦中風導致的吞嚥障礙為多項吞嚥功能延遲、異常或失調，影響進食過程中食糧傳送。^[9] 由口進

食或喝水時發生咳嗽或噎出、流口水、口腔內食物殘留，導致病人出現吸入性肺炎、脫水、營養不良，降低生活品質。^[6,7,10] 國內外臨床研究中顯示可透過功能性由口進食量表(Functional oral intake scale, FOIS)用於評估進食與飲用液體的能力，滿分7分表示完全由口進食無限制，6~4分能由口進食，但飲食上有些限制，3~2分可由口進食少量食物並搭配管灌，1分則需完全依賴管灌飲食。^[5,6,10] 護理重點：進食採90度坐姿運用「下巴內縮」吞嚥技巧，有效減少嗆咳機會；^[10,11] 依序調整食物質地，由固體、半固體過渡至液體，採取少量多餐方式，加入增稠劑提升液體黏稠度，促進安全吞嚥。^[9] Balcerak等人(2022)系統性回顧研究提出，個別化飲食與營養介入可改善進食與健康狀況；^[6] 進食後需清潔口腔，避免食物殘留造成吸入性肺炎；每日監測攝入輸出量及體重變化；照會營養師飲食熱量調整，確立營養需求。^[7,12]

三、腦中風產生無望感之照護

無望感於北美護理師診斷學會(North American Nursing Diagnosis Association, NANDA)定義為「個人對未來與人生的正向結果缺乏選擇或控制感，並相信自己無法改變或改善目前的狀況。」，其臨床表徵包括被動、情緒低落、回應減少、缺乏目標或未來計畫等。^[13,14] 研究指出，無望感不僅加重憂鬱症狀，亦有延伸自殺意念，中風倖存者若長期處於無望感而未獲介入，憂鬱與自殺風險將顯著升高，故應及早提供心理社會支持與安全計畫。^[15,16] 腦中風患者因面對諸多後遺症而產生龐大壓力，無法控制自身情緒產生負向行為反應，嚴重影響家庭生活運作。^[13] 其主要護理措施：評估無望感來源，傾聽並鼓勵表達想法與感受；建立信任感並提供隱私的環境，引導及陪伴表達正負向情緒，並適時給予關懷鼓勵；安排病人家屬參與執行照護計畫，共同學習生活照顧技能；提供疾病照護訊息及社會資源需求；病友支持團體，透過經驗分享，使其有信心

面對疾病；深呼吸放鬆技巧、音樂療法等轉移注意力；宗教支持，給予靈性照護，適應疾病。^[9,13,14]因此，當中風患者產生無望感時需早期介入，提供適切照護能有效減輕心理壓力，以促進恢復家庭功能。

四、腦中風之照顧者角色緊張

家庭照顧者是患者重要的支持來源，當照顧者背負對中風照顧技能不足、改變生活步調與環境而產生許多情緒困擾，醫療團隊需針對家庭照顧者提供良好的因應策略及社會支持，有助於提高生活品質、降低憂鬱程度和良好的心理健康。^[5,17]照護重點有：提供相關照護知識及照護技巧之正確資訊；回覆示教正確執行時給予照顧者口頭稱讚及鼓勵；主動關懷、傾聽及鼓勵照顧者表達感受，協助說明相關疑問；提供及運用社會資源，如喘息服務、復康巴士及長期照顧資源服務；利用宗教團體及精神信仰慰藉，獲得靈性與心理支持，適應擔任照顧者之角色認同。^[5,6,12,17]故藉由教育、情緒支持與社會資源介入有助於改善腦中風個案之主要照顧者心理健康與生活品質，逐步提升照護信心並減輕負荷。

五、腦中風急性後期照護之照護重點

國內外研究指出，腦中風患者在急性期治療穩定後，若能銜接急性後期照護(Post-Acute Care for Cerebrovascular Disease, PAC-CVD)，由跨專業團隊(醫師、護理師、物理與職能治療師、語言治療師、營養師及社工師)提供整合性復健治療、營養支持、心理調適與家庭照護訓練，可有效促進日常生活功能恢復、改善吞嚥能力、減少併發症發生，並顯著降低再住院率。^[7,18]PAC-CVD模式強調功能導向的復健目標設定、個別化照護計畫及家庭參與，並結合出院準備與社區轉銜機制，以延續急性期治療成效、促進患者長期自理能力，並提升整體照護品質。^[18,19]Chang等人(2022)進一步以多中心研究比較PAC-CVD模式與傳統復健照護，結果顯示PAC-CVD模式患者在日常生活功能與整體

復原表現上有更佳改善，支持此模式能有效提升照護成效與生活品質。^[20]本文個案於出院後順利銜接PAC-CVD模式，延續其住院期間建立的正向照護成果，並於後續階段持續透過跨專業團隊支持，改善吞嚥障礙與功能性活動能力。

護理過程

一、個案簡介、家族史及過去病史

個案為68歲台灣籍已婚男性，信仰道教，大學畢業，現任鋼鐵業總經理。與案妻同住，由案妻擔任主要照顧者。個案有高血壓與腦中風家族史，約30年前即罹患高血壓與高血脂症，因工作應酬頻繁及生活壓力大，導致疾病控制不易。2023年01月曾因小中風住院，後持續門診追蹤治療。

二、就醫治療經過

個案2023年曾因小中風住院，之後規則回診。2024年01月05日出現左側肢體麻痺與頭暈，在家中暈倒後由119送醫，診斷為左側大腦梗塞，隨即住院治療。檢查結果顯示左側頸動脈狹窄，01月11日接受頸動脈整形及導管置入術，術後於加護病房觀察7天後轉入本普通病房。01月31日因病況穩定，轉至PAC-CVD病房進行復健治療。

三、Gordon十一項功能性健康評估

護理照護期間為2024年01月17日至2024年01月31日，經由觀察、傾聽、身體評估、會談及溝通等技巧收集資料，運用Gordon十一項功能性健康模式做整體性評估，護理評估如下：

1. 健康認知及健康處理型態

自從2023年01月份中風後，以中醫針灸治療保養，平時感冒生病時會自行前往診所就醫，認為生病就要看醫生。住院期間可配合醫療團隊執行各項照護計畫。

2. 營養代謝型態

01月05日個案身高168cm，體重72kg，身體質量指數(Body Mass Index, BMI)：25.5 kg/m²，屬體重過重。平日飲食清淡，2023年01月小中風後，對飲食更加注意。照護期間三餐均訂院內餐，01月18日營養師評估應攝取熱量1,688大卡/天，觀察每餐進食因易噎食，會剩下2/3份量；每日喝水量約500至1000mL，照會語言治療師評估FOIS為5分(飲食上有些限制)，01月17日觀察個案進食前表示：「以前飯都會全部吃光！現在很怕噎到，吃飯很累、都不敢吃太多。」。01月18日測得BMI：24kg/m²(正常體重)，觀察個案皮膚外觀完整、下眼瞼為淡粉紅色，指甲紅潤，四肢無水腫，有乾燥脫皮之情形。經以上評估，個案因吞嚥障礙影響進食量與安全性，有吞嚥障礙之健康問題。

3. 排泄型態

入院前無腹瀉、便秘或排尿困難情形。照護期間每2天解便一次，為成形軟便，無使用軟便劑，一天大概解尿10次左右，無解尿困難或便秘等問題。

4. 運動活動型態

個案平日有散步習慣。01月17日評估四肢肌力右側4分、左側5分，整體功能評估為85分(中度依賴)，基本自理能力佳，部分活動如轉位與沐浴仍需協助。照會復健科安排治療，個案積極配合，01月18日可自行處理生活起居，並於病房外散步活動。

5. 睡眠休息型態

照護期間觀察平均睡7~8小時/天，無精神倦怠及無黑眼圈情形。

6. 認知感受型態

個案意識清楚、具判斷力，感官功能正常，能理解衛教內容並與人雙向溝通。中風初期右腳偶有發麻，復健後頻率明顯改善。

7. 自我概念型態

案妻表示個案住院前個性開朗、樂觀。01月17日觀察其對護理互動反應簡短，個案多以：「嗯！」回應。01月17日個案表示：「怎麼會這樣，為什麼動了手術，我的病情都沒有好轉？」、「現在走路看起來怪怪的，以後要怎麼面對家人、下屬及朋友！」，觀察個案皺眉、眼神放空直視前方；01月18日個案低頭不安詢問：「家裏以前粗重活都是我在做，以後該怎麼辦？」。經以上評估，個案有無望感之健康問題。

8. 角色關係型態

個案主要角色為哥哥、父親及丈夫，住院期間由案妻照顧，案子時常致電關心病況，互動良好。

9. 性生殖功能型態

已婚、生殖器官外觀正常。照護期間，個案表示：「都老夫老妻了，不會想這些。」，觀察夫妻感情融洽，互動良好。

10. 因應與壓力耐受型態

自覺處理事物皆有自己的看法及解決能力，對於遇到不順心的事會主動與家人討論並共同解決問題，自從生病之後，生活大小事都落在案妻身上。01月18日案妻表示：「雖然我先生很努力復健，但我扶他起來時都覺得很吃力！我不知道要如何照顧先生？」、「2個兒子都不在身邊，家裡跟醫院兩邊跑，蠟燭兩頭燒，自己壓力也很大！」、「自從我先生生病後，我一天大概只睡4到5小時，都睡不安穩。」，觀察到案妻神情無助，眼眶泛淚，雙手緊握。經以上評估，案妻有照顧者角色緊張之健康問題。

11. 價值信仰型態

個案宗教信仰為道教徒，平時只要有空都會參加廟會活動。照護期間，01月19日個案表示：「這次生病，我感覺到沒辦法掌控人生，覺得很絕望！」，觀察個案講述時表情冷漠、無助感。經以上評估，個案有無望感之健康問題。

問題確立與護理計畫

綜合上述評估結果，個案因吞嚥障礙影響進食量與安全性，故以吞嚥障礙為主要健康問題，並同時發現其伴隨情緒低落及主要照顧者的焦慮困境。

因此，確立健康護理問題順序如下：一、吞嚥障礙/與腦中風疾病導致吞嚥功能受損有關；二、無望感/與腦中風疾病之後遺症有關；三、照顧者角色緊張/與照顧者對個案未來健康感到焦慮有關；並設定護理計畫。(詳見表1-表3)

表 1. 吞嚥障礙/與腦中風疾病導致吞嚥功能受損有關(2024年01月17日至2024年01月31日)

主客觀資料	S1.01 月 17 日：「很怕噎到，吃飯很累、都不敢吃太多。」 O1.01 月 18 日每餐進食會剩下 2/3 份量（營養師評估建議每日熱量為 1688 卡）。 O2. 01 月 18 日語言治療師評估 FOIS 為 5 分（飲食上有些限制）。 O3. 01 月 18 日 BMI:24 kg/m ² （比 01 月 05 日入院時 25.5 kg/m ² 下降 1.5 kg/m ² ）。
護理目標	01 月 20 日個案及案妻能正確執行進食安全步驟。 01 月 31 日前無體重下降。 01 月 31 日前無吸入性肺炎發生。 01 月 31 日 FOIS 評估 5 分上升 6 分（可由口進食但必須調配或配合代償措施）。
護理措施	1.教導個案及案妻食材調理選擇順序需從固體至半固體再到液體，並採少量多餐方式進食，使其循序漸進的適應。 2.教導個案及案妻食物增稠劑之使用方法，在 100 mL 開水或湯中加入一湯匙食物增稠劑，將開水或湯調配微稠型態。 3.與個案、案妻及語言治療師共同討論並擬定「語言治療復建計畫」，內容包含：於每周 1~5 下午 2 點~2 點半進行吞嚥、口腔動作訓練、溫度觸覺與吞嚥刺激（冰刺激）：將口腔棉棒沾水冰凍後，刺激軟顎、舌根及咽後壁，透過以上訓練改善吞嚥能力。 4.衛教個案及案妻運用「下巴內縮」吞嚥技巧，步驟：讓個案採 90 度坐姿身體直立，將頸部微屈，儘量靠近胸前，減緩食團通過速率，讓神經系統有時間啟動咽部與呼吸道保護動作，有效吞嚥、減少噎食機率。 5.教導個案及案妻進食後需清潔口腔，避免食物殘留造成吸入性肺炎。 6.依醫囑每日監測攝入輸出量及每 7 天測量體重，觀察並鼓勵個案與案妻，透過有效吞嚥及選擇適合的飲食質地，提升進食品質與食慾。 7.依醫囑照會營養師飲食熱量調整至 1800 卡／天，每日觀察進食量及進食情況，確立營養需求。
護理評估	1.01 月 19 日個案及案妻可自行在開水或湯中加入食物增稠劑，使其呈微稠型態，噎咳情形由一天 7-8 次降至一天 5-6 次。 2.01 月 20 日觀察個案可運用「下巴內縮」吞嚥技巧並配合使用食物增稠劑進食，無發生噎咳，三餐均可食用約 1/2 份量。 3.01 月 20 日主訴：「吃東西及喝水時增加食物增稠劑，噎到次數減少！也比較能夠安心吃東西及喝水。」 4.01 月 28 日體重由 68 kg 增加到 69 kg，無體重減輕情形。 5.01 月 29 日語言治療師 FOIS 評估為 6 分，進步 1 分。 6.01 月 19 日至 01 月 31 日查閱護理紀錄，其住院期間無吸入性肺炎發生。 後續追蹤：02 月 07 日至 PAC-CVD 病房探視，愉悅表示：「我現在進食量跟之前還沒生病時差不多了。」。查閱護理紀錄觀察雖然噎咳減少、FOIS 由 5 分升至 6 分，仍依賴增稠劑與代償技巧，進食量僅約 1/2-2/3 份。後續建議持續追蹤 FOIS，於 PAC-CVD 病房強化吞嚥訓練，逐步減少對增稠劑依賴。

表 2. 無望感/與腦中風疾病之後遺症有關(2024年01月17日至2024年01月31日)

主客觀資料	<p>S1.01 月 17 日：「為什麼動了手術，我的病情都沒有好轉？」、「現在走路看起來怪怪的，以後要怎麼面對家人、下屬及朋友！」</p> <p>S2.01 月 18 日低頭不安表示：「家裏以前粗重活都是我在做，以後該怎麼辦？」</p> <p>S3.01 月 19 日：「我感覺到沒辦法掌控人生，覺得很絕望！」</p> <p>O1.01 月 17 日護理互動時多以：「嗯！」回應。</p> <p>O2.01 月 17 日觀察個案皺眉、眼神放空直視前方。</p> <p>O3.01 月 19 日個案講述時表情冷漠、無助感。</p>
護理目標	<p>01 月 23 日前能以正向態度表達內心感受。</p> <p>01 月 31 日前能維持自我照顧，調適生活變化。</p>
護理措施	<p>1.照護期間透過親切的自我介紹、主動關心，提供個案隱私的病室環境，建立治療性護病關係與信任感。</p> <p>2.鼓勵個案表達內心的想法與感受，耐心陪伴及傾聽，同理心並認同個案及家屬提出的顧慮與不安，適時給予心理及情緒支持。</p> <p>3.醫師團隊查房時間，給予個案充足時間提出心中疑問，透過病情解釋與衛教，解除個案與案妻心中疑慮，增加安全感。</p> <p>4.經醫療團隊討論照會語言治療師進行吞嚥功能訓練，鼓勵個案與案妻共同參與並擬定治療計畫，透過個別性指導增加自主性。</p> <p>5.鼓勵個案平時復健、活動或休息時，可聽自己喜愛的音樂、電影等，並教導呼吸放鬆技巧，如：先鼻子吸氣再嘴巴吐氣，呼吸時速度儘可能放慢（吸氣 4 秒鐘，吐氣 6 秒鐘），每週最好練習五天以上，每日 1 至 2 次，約 5 至 10 分鐘即可，轉移對疾病注意力。</p> <p>6.陪同個案及案妻至院內佛堂參觀，視個案需求照會院內宗教師父，透過助念提升正念能量，相信自己能戰勝疾病，回歸正常生活。</p> <p>7.鼓勵案妻給予個案非語言之關懷方式，例如：眼神交流、協助個案按摩身體、肢體接觸（勾肩或握手），並鼓勵案子們輪流關心、照顧個案，使個案了解家人是重要的支持來源。</p>
護理評估	<p>1.01 月 23 日個案可主動向醫護人員打招呼，表示：「生病期間大家都很關心我！我一定要好好跟醫師配合治療，努力做復健。」。</p> <p>2.01 月 26 日觀察個案大多時間能自行完成日常生活活動，偶爾需要案妻協助，愉快表示：「我現在都能自己洗澡、穿衣服，雖然有時候還是要太太幫忙，但我相信很快就可以像以前一樣！」。</p> <p>後續追蹤：02 月 07 日至 PAC-CVD 病房探視個案，表示：「我已經可以自己下床走路 30 分鐘，出院後還要跟我太太到處遊山玩水。」。</p>

表 3. 照顧者角色緊張/與照顧者對個案未來健康感到焦慮有關(2024年01月17日至2024年01月31日)

主客觀資料	<p>S1.01 月 17 日案妻：「雖然我先生很努力復健，但我扶他起來時都覺得很吃力！我不知道要如何照顧先生？」</p> <p>S2.01 月 18 日案妻：「2 個兒子都不在身邊，家裡跟醫院兩邊跑，蠟燭兩頭燒，自己壓力也很大！」</p> <p>S3.01 月 18 日案妻：「自從我先生生病後，我一天大概只睡 4 至 5 小時，都睡不安穩。」。</p> <p>O1.01 月 18 日會談中觀察案妻神情無助，眼眶泛淚，雙手緊握。</p>
目標	<p>01 月 18 日前案妻能說出目前壓力源。</p> <p>01 月 31 日前案妻能說出照顧壓力獲得改善。</p> <p>01 月 31 日前案妻能說出正確照護技巧與可用資源。</p>
護理措施	<p>1.每日主動關懷個案及案妻，透過傾聽及鼓勵案妻表達心中感受，同理其感受並適時給予心理支持。</p> <p>2.提供案妻腦中風之相關照護單張及影片，如：腦中風注意事項、居家復健技巧等，並提供「台灣腦中風病友協會」網站，獲取正確照護訊息，了解預防再次中風保健重要性及腦中風初期緊急處理機制。</p> <p>3.醫療團隊討論後，邀請個案、案妻及案子一同召開家庭會議，共同了解目前治療方向與後續復健照護計畫，給予重充足時間提問以減輕疑慮，並請家中重要成員討論聘請看護或輪流協助照護之必要性。</p> <p>4.教導個案及案妻相關照護技巧，如：翻身拍背、沐浴、更衣、執行復健運動等，並透過回覆示教確認執行正確性，當執行正確時，給予案妻口頭稱讚，提升照護信心。</p> <p>5.照會出院準備服務團隊，與個管師提供入住 PAC-CVD 病房資訊，介紹相關社會資源，如：復康巴士、喘息服務、無障礙計程車等，及長期照顧資源，如：居家復健及更換管路等。</p> <p>6.照會物理職能治療師討論其復健治療計畫，教導個案及案妻選用合適輔具方式及申請補助方法。</p> <p>7.鼓勵案妻利用宗教團體、聽音樂、與親友聊天等放鬆方式，轉移注意力，提供心理與靈性支持，減輕照護壓力。</p>
護理評估	<p>1. 01 月 18 日家庭會議中案妻表示：「我年紀也大了，很怕自己也倒下來！」，案子安慰表示：「我現在才知道我媽那麼辛苦，我會請看護幫忙照顧我爸，讓我媽回家休息，假日我也來幫忙，讓爸媽輕鬆一點。」，案妻慢慢展現笑容。</p> <p>2. 01 月 20 日案妻拿著手機表示：「我感到無助的時候就打電話給小姑們，聊完後心情有比較好、比較舒坦。」。</p> <p>3. 01 月 20 日至 01 月 23 日期間病房探視與查閱護理紀錄，觀察案妻可協助個案使用輪椅下床活動或進食，執行過程態度從容順利。</p> <p>4. 01 月 23 日案妻面露微笑表示：「現在照顧我先生不像之前這麼手忙腳亂，晚上有看護陪他，假日兒子也會來幫忙，壓力也減輕不少。」。</p> <p>5. 01 月 26 日案妻表示：「我們 01 月 31 日轉去 PAC-CVD 病房持續復健，讓我輕鬆不少。」。</p> <p>後續追蹤：02 月 07 日 PAC-CVD 病房探視個案，案妻神情輕鬆表示：「我現在在照顧先生方面駕輕就熟。」。</p>

結論與討論

本文探討一位因腦中風併發吞嚥障礙之個案，照護過程中確立吞嚥障礙、無望感與照顧者角色緊張三項主要健康問題。筆者透過跨專業合作與個別化介入，使其進食困難獲得改善，FOIS由5分提升至6分，與文獻中指出早期吞嚥介入能降低噎咳及營養不良風險的結果一致。^[6,7,10-12]心理層面則藉由情緒引導、宗教支持與家庭參與，減輕無助感，與研究文獻指出早期心理社會介入可改善預後之觀點相符。^[9,13,14]主要照顧者在家庭會議與社會資源支持下壓力獲得緩解，與文獻中強調情緒支持與喘息服務能增進家庭韌性的結果相呼應。^[5,6,12,17]

本次照護經驗突顯跨專業團隊合作的價值。住院初期即啟動整合性照護計畫，可及早辨識多重健康問題，並從生理、心理與社會層面同步介入。然而，返家後仍面臨居家環境限制、照護知能不足與長期負擔等挑戰。因此，護理人員應於早期進行全人性需求評估，並結合多專業制定個別化照護計畫，以確保病人持續康復與家庭照護品質。

在臺灣超高齡社會中，「老老照顧」已成普遍現象，高齡病人常由年長配偶或手足承擔照護，易因體力不足、經濟壓力與慢性病共存而加重困境。建議於住院初期即納入照顧者評估，並運用喘息服務、日照中心、長照2.0資源及病友或宗教支持，以減輕心理壓力。綜上所述，本照護經驗不僅呈現中風患者在急性後期常見的健康問題，也突顯整合性照護、早期資源連結與照顧者支持在臨床實務中的重要性，期能為照護類似個案之護理人員提供具體的護理參考。

利益衝突聲明

(Conflicts of Interest Statement)

作者群聲明無任何利益衝突。

參考文獻

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *Int J Stroke* 2025;20:132-44. doi:10.1177/17474930241308142
2. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol* 2021;20:795-820. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0
3. 衛生福利部統計處。113年國人死因統計結果。2025年6月16日。https://www.mohw.gov.tw/cp-16-82775-1.html
Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare. 2024 Statistics of Causes of Death. June 16, 2025. https://www.mohw.gov.tw/cp-16-82775-1.html
4. Kumar S, Selim MH, Caplan LR. Medical complications after stroke. *Lancet Neurol* 2010;9:105-18. doi:10.1016/S1474-4422(09)70266-2
5. 董聖俐、許弘毅。探討急性後期照護對腦中風病人生活功能之影響。醫務管理期刊 2021；22：187-201。doi:10.6174/JHM.202109_22(3).187
Dong SL, Hsu HY. Exploring the impact of post-acute care on functional outcomes among stroke patients. *J Health Manag* 2021; 22:187-201. doi:10.6174/JHM.202109_22(3).187
6. Balcerak P, Corbiere S, Zubal R, Kāgi G. Post-stroke dysphagia: prognosis and treatment-A systematic review of RCTs on interventional treatments for dysphagia following subacute stroke. *Front Neurol* 2022;13:823189. doi:10.3389/fneur.2022.823189
7. 蘇慧真。中風後吞嚥障礙。台灣中風醫誌 2023；5：181-5。doi:10.6318/FJS.202309_5(3).0003
Su HJ. Post-stroke dysphagia. *Formos J Stroke* 2023;5: 181-5. doi:10.6318/FJS.202309_5(3).0003
8. 薛頌儒、湯頌君。如何預測缺血性中風的復發風險。台灣中風醫誌 2020；2：213-22。doi:10.6318/FJS.202009_2(3).0003

- Hsueh SJ, Tang SC. How to evaluate the risk of recurrence after acute ischemic stroke. *Formos J Stroke* 2020;2:213-22. doi:10.6318/FJS.202009_2(3).0003
9. 林淑女、吳富美、黃怡佳、游宜珍、張丞洵。運用「SAFE」教育方案於吞嚥功能障礙個案居家照護之改善方案。醫學與健康期刊 2021；10：83-102。
Lin SN, Wu FM, Huang YJ, Yu YJ, Chang CY. Improving home care for dysphagic patients using the “SAFE” education program. *J Med Health* 2021;10:83-102.
 10. 林仲哲、林羿辰、李婕瑜、劉睿菁、顏向嬋、張玉君。吞嚥治療對不同年齡層腦中風吞嚥困難病人之療效探討。台灣老年醫學暨老年學會雜誌 2020；15：271-82。doi:10.29461/TGGa.202011_15(4).0003
Lin CC, Lin YC, Li CY, Liu JC, Yen HC, Chang YJ. Effect of Swallowing Therapy for Post-stroke Dysphagic Patients of Different Ages. *Taiwan Geriatrics & Gerontology* 2020; 15:271-82. doi:10.29461/TGGa.202011_15(4).0003
 11. Liu J, Wang Q, Tian J, et al. Effects of chin tuck against resistance exercise on post-stroke dysphagia rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Front Neurol* 2023; 13:1109140. doi:10.3389/fneur.2022.1109140
 12. 楊欣懌、羅婉瑜、沈錦玫、劉嘉恩。一位出血性腦中風後無望感病人之照護經驗。若瑟醫護雜誌 2023；17：93-5。
Yang XY, Lo WY, Shen JM, Liu JE. Nursing experience for a patient with hopelessness after hemorrhagic stroke. *Joseph Nurs J* 2023;17:93-5.
 13. 鍾依靜、林麗芬、趙詩婷。照護一位高齡腦中風病人之護理經驗。志為護理-慈濟護理雜誌 2022；21：102-10。
Chung YJ, Lin LF, Chao ST. Nursing experience of caring for an elderly brain stroke patient. *Tzu Chi Nurs J* 2022; 21:102-10.
 14. Phelps LL。最新護理診斷手冊：護理計畫與措施。
郭惠敏、黃靜微、張秉宜、程子芸、胡慧蘭、喬佳宜、林麗秋 譯。台北市：華杏出版公司；2023。
Phelps LL. Sparks & Taylor's Nursing Diagnosis Reference Manual. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.
 15. Pham TTH, Wu CY, Lee MB, et al. Suicidality trajectory, hopelessness, resilience, and self-efficacy in patients with treatment-resistant depression. *J Nurs Res* 2024;32(5): e350. doi:10.1097/JNR.0000000000000630
 16. Gómez-Tabares AS, Arango-Tobón OE, Núñez C, Zapata Lesmes GA. The effect of depression and hopelessness on suicidal risk in young people: the mediating role of impulsivity. *Clin Psychol Eur* 2025;7:e11331. doi:10.32872/cpe.11331
 17. Gibbs LAL, Anderson MI, Simpson GK, Jones KF. Spirituality and resilience among family caregivers of survivors of stroke: a scoping review. *NeuroRehabilitation* 2020; 46:41-52. doi:10.3233/NRE-192946
 18. Lo YP, Wang MC, Chen YH, Chiang SL, Lin CH. Effectiveness of a post-acute-care rehabilitation program in patients with stroke: a retrospective cohort study. *Life (Basel)* 2025;15(8):1216. doi:10.3390/life15081216
 19. 衛生福利部中央健康保險署。急性後期照護整合計畫。2024年10月15日。https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5499-734a5-2898-1.html
National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare. Post-Acute Care Integration Plan. October 15, 2024. https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5499-734a5-2898-1.html
 20. Chang KV, Chen KH, Chen YH, et al. A multicenter study to compare the effectiveness of the inpatient post acute care program versus traditional rehabilitation for stroke survivors. *Sci Rep* 2022;12:12811. doi:10.1038/s41598-022-16984-9

Nursing Care Experience for a Patient with Stroke and Dysphagia

Ling-Ya Huang Chia-Ling Chao*

ABSTRACT

This report presents the nursing experience of caring for a postoperative patient who underwent carotid artery stenting for left cerebral infarction. During hospitalization from January 17 to 31, 2024, the patient experienced dysphagia with choking and feeding difficulties, accompanied by a sense of hopelessness. The primary caregiver also developed anxiety about long-term care, which motivated this study. Data were collected through observation, listening, physical assessment, and interviews, and analyzed holistically using Gordon's eleven functional health patterns. Three major health problems were identified: dysphagia, hopelessness, and caregiver role strain. Interventions such as chin-tuck swallowing, food thickeners, and thermal stimulation effectively reduced choking and improved feeding ability. Building trust, facilitating emotional expression, and setting shared care goals enhanced the patient's psychological adjustment and treatment willingness. Providing emotional support and guidance helped the caregiver gradually adapt to the caregiving role. In response to the increasing phenomenon of elder-to-elder caregiving in an aging society, it is recommended that integrated care plans be initiated early during hospitalization, combining long-term care resources and family participation to enhance care quality and family resilience. (J Ment Health Community Psychiatry 2025;1(2):73-82)

Key words: Stroke, Dysphagia, Hopelessness, Caregiver Role Strain

Department of Nursing, E-Da Hospital, Kaohsiung, City, Taiwan (R.O.C.)

*Corresponding author: Chia-Ling Chao, E-mail: a0915762818@gmail.com, Accepted: Nov. 30, 2025. Code: JMHCP-2025C-002