

腦卒中患者早期進行家庭復康護理的優勢

何美亮 李衛燕*

在老年化的社會，腦卒中發病率正在不斷增長(張美霞、張茹英、張美榮、化前珍、史曉娟, 2004)。雖然進步的醫療技術明顯降低了腦卒中患者的死亡率，但其致殘率仍相當高(容國安, 2004; 陽初玉, 2004)。有數據顯示，中國內地生存的腦卒中人群中，有 75% 不同程度地失去勞動力，更有 40% 為重度殘障(王新德, 2002)。高致殘率嚴重影響著患者的生活質量(陽初玉, 2004; 鄒繼華等, 2004; 張美霞等, 2004)，顯然已構成老年護理上一個重要問題。因此，制定有效、可行的腦卒中患者復康護理方案顯得特別重要。護理發展趨向於社區家庭護理模式，在家庭進行腦卒中復康護理的方案逐漸被提倡，已有學者進行了相關的可行性研究。美國健康及人類服務部把家庭護理定義為：“是在個人及家庭居住的場所提供健康服務，以增進、維護、恢復健康，或將殘障和疾病的影響減至最低，使個人及家庭發揮最高的獨立功能。”(引自左如梅, 1996)。為探討腦卒中殘障者適宜的復康護理服務，現分析目前腦卒中患者普遍的復康方式及情況、家庭復康護理相對於醫院內復康護理存在的優勢及問題，為將來的復康護理發展提出相應的建議及對策。

腦卒中患者的家庭復康護理現狀

早有許多研究報道證明了早期康復功能鍛鍊能提高腦卒中患者的生活能力(孔俊彩等, 2000; 和寶蘭, 2004; 容國安, 2004; 關菊香、郭克鋒、朱銀星, 2001)以及生活質量(陽初玉, 2004)，中國內地的研究多局限在以醫院為基礎、病程較短的患者(馮正儀等, 2003)，而國外亦有針對早期出院、早期進行家庭復康護理相關可行性研究，其結果在以下相關部分將會詳述。

儘管中國內地也正逐步開展家庭護理，但對腦卒中家庭復康護理普遍帶有盲目性和隨意性，護理者缺乏家庭復康護理知識和技能，嚴重影響了患者的生存質量(葛寧, 2004)。而且，社區護士通常對護理個案的住院情況都不太瞭解，致使住院期間的護理和出院後的護理缺乏連續性(武英, 2000)。

在本澳，衛生局也有提供家庭訪視服務，但內容主要是為行動不便的人士提供上門的醫護服務(澳門衛生局, 2004)，但還未有具計劃性的腦卒中患者家庭復康護理服務。

家庭復康護理具有的優勢

1. 復康質量方面

選擇接受院內復康護理，還是家庭復康護理，這個問題時常有爭議。支持住院期間進行早期復康鍛鍊的原因，是因為在醫院裏能迅速為患者評估出準確的判斷、給予即時的治療處理、護理照護和各種康復鍛鍊等利益，這是在家庭復康較難得到的(Anderson et al., 2000)。為此，有研究者進行了家庭復康護理的有效性研究，把 86 名年齡平均為 75 歲、需要復康鍛鍊之急性腦卒中患者分成院內復康組與家庭復康組，院內復康組接受常規的院內治療及復康護理，而家庭復康組，則接受由物理治療師、職業治療師、社工、語言治療師、社區護士所組成的復康護理團隊所提供的復康服務及健康狀況諮詢服務。六個月後，研究比較了家庭復康與院內復康這兩組患者的健康質素，發現無論在患者總體的，或者身體及生理狀況上，兩組無顯著性差異(Anderson et al., 2000)。這說明了家庭復康護理在身心康復效果方面是有保證的。

值得注意的是研究裏確實能讓患者做到早期出院，早期家裏復康，讓家庭復康組的患者減少留院的時間(Anderson et al., 2000)。而延長住院時間可能會對患者產生不良的結果，如抑鬱的情緒、養成依賴習慣，社交隔離和活動能力下降，對於長遠的結果來說，這些都是對患者有害的(Anderson et al., 2000; Mayo et al., 2000)。事實上，如果復康的目的在於促進活動功能的獨主性和重返社會，那麼腦卒中患者越早回家，其恢復過程很合理地會越早開始(Mayo et al., 2000)。同時，家庭復康能增強腦卒中患者主動參與復康的積極性(陸建華、王偉偉、張晶, 2002)，這將有利於提高患者本身的自理能力，這是使功能最大限度得以恢復的關鍵(張華、馮正儀、胡永善、王蓓玲、錢曉路, 2003)。所以，從患者的身心康復狀況來考慮的話，家庭復康計劃會是一個實際、可行的選擇。

2. 經濟效益方面

研究亦把家庭復康組及院內復康組在經濟效益方面作出比較，結果指出，身體功能狀況是家庭復康的經濟效益之獨立影響因素，殘障程度越低，其家庭復康護理的經濟開支也越低，亦較那些接受院內復康護理的人減少更多經濟開支(Anderson et al., 2000)。即使撇除身體功能狀況，整體來說，家庭復康的經濟消費也會比院內復康低，其主要原因是家庭復康減少了住院天數，從而降低了醫院的醫療費用(Anderson et al., 2000)。的確，住院復康需要花費大量資金和人力，造成患者及家屬的身心疲勞(王花景, 2002)。另一方面，從醫院的資源利用的角度考慮，把復康護理由醫院轉移至家中，理所當然可讓醫院騰出更多的病床(Anderson et al., 2000)，可解決或避免床位不足的問題。正如 1981 年世界衛生組織指出，社區復康是利用和依靠社區的人力資源，包括病患本身以及其家庭和社會(引自吳春容等, 2000)。這樣便可大大減省了醫院的人力資源負擔。

3. 其他優點

後遺症期患者日常生活活動能力的提高是完全有可能的，有報導指出腦卒中患者的功能恢復可持續到形成固定損害之後 5 年以上(張華等, 2002)，只是恢復進度會逐漸減慢(馮正儀等, 2003)。除了少數患者入住療養院外，相信絕大部份的腦卒中患者不可能住院達 5 年之久。因此長遠來說，家庭還是最佳的復康場所，因為後遺症期的患者仍能在家庭復康訓練中受益(張華等, 2002)。

家庭復康護理的優點還包括能減輕患者到復康醫療中心的交通困難和家庭照顧困難等等(陸建華等, 2002)，故此逐步推廣實施家庭復康已是勢在必行(吳春容等, 2001)。

家庭復康護理存在的缺點及相應建議

雖然家庭復康護理具有上述的優點，但某程度上仍存在一些限制，在真正實行時，有些問題很可能會出現。首先必須有專業的社區護士介入，否則會出現許多問題，失去其康復的有效性；第二，專注於腦卒中患者的復康護理有可能使其照顧者的心理狀況變差；第三，住院期間的護理和出院後的復康護理經常缺乏連續性。

1. 家庭護理需要社區護士介入

現時家庭復康護理普遍帶盲目性和隨意性(葛寧, 2004)。國內一項調查結果指出了現時普遍出現的問

題：“腦卒中患者遺留多種功能障礙，負性情緒存在較為普遍，部份生活方式不利於康復，多數患者缺乏家庭復康鍛鍊，絕大多數家庭未根據患者復康需求對家庭進行相應改造，患者綜合自理能力及其主要照顧者的綜合照顧能力尚存在一定缺陷(張華等, 2002)。”這個調查結果引出一個問題，就是這些盲目、隨意的家庭復康護理中，要達到使所有殘疾人享有復康服務，實現機會均等、充分參與的目的似乎不太可能，要是這樣便會失去家庭復康護理的意義，令人質疑家庭復康護理的可行性。

研究者表示導致這一連串問題的主因是患者缺乏復康指導(張華等, 2002)，這提示了家庭復康護理存有限制，就是家庭復康的實行需要有醫護人員提供專業的康復護理指導。因此，為保證家庭復康護理的有效性，我們要確保患者及其照顧者得到全面的復康指導。具體做法可以參照馮正儀(2002)“腦卒中家庭康復護理干預方案”，方案指出在正式實行全面的家庭復康護理時，首先成立一支專業的家庭復康小組，小組由受過專業培訓的社區護士組成。然後，讓這些受培訓、合資格的護士走進家庭，定期上門訪視，作出適當合理復康幹預，如對患者進行整體復康評估、知識和技能的宣教及指導等等。經研究證明，這個方案具有實用性(馮正儀等, 2002)，由培訓後的社區護士實施上述家庭復康幹預的方案是必要的和有效的(馮正儀等, 2003)。

雖然之前 Anderson et al.(2000)的研究裏，家庭復康小組有物理治療師、職業治療師和語言治療師和社工，但社區復康小組應由社區護士組成的，因為初級衛生保健工作由護士承擔已成為世界發展的潮流(趙秋利, 2004)，社區護士經培訓後是能夠承擔預防保健等慢性病管理工作的(馮正儀等, 2002)。

2. 關注照顧者心理狀況

有研究指出把早期復康護理的地點由醫院轉移至家裏時，患者的照顧者的心理精神狀況會相對變得較差，相關因素仍未查明，畢竟該次研究裏主要關注的對象是患者，對於其照顧者的關注較為忽視(Anderson et al., 2000)。

這個研究結果，再一次提醒家庭護理的原則：家庭護理是以全家為單位的(趙曲水宴, 1999)。正式實行家庭復康護理時，護士不但要注重患者身心狀況，護士還必須管理全家的健康問題。要達此目標，可通過瞭解家庭的可用資源、家庭的文化價值背景、確立家庭的健康問題和需求、設計適合家庭的護理措施而實現。

3. 住院護理過渡到家庭護理期間的連貫性問題

要實行早期、理想的家庭復康護理，必須注意由醫院過渡到家庭之間的連貫性。中國內地有學者指出，社區護士通常對護理個案住院期間的情況不太瞭解，致使住院期間的護理和出院後的復康護理之間缺乏連續性(武英, 2000)。為此，趙秋利(2004)指出要使社區護士瞭解出院病人的疾病、生活、健康等情況以及出院所存在的護理問題，可建立出院護理計劃，即在出院前由責任護士進行出院的護理總結，內容包括患者的住院經過及主要存在的護理問題，然後再把這份出院總結交給社區護士，以保持護理的連續性。

總結

總括來說，腦卒中患者實行家庭復康護理存在的優勢比較多，例如它不會影響復康效果，而且具經濟效益，並能使後遺症期患者受益，對提高他們生活質量有重大的意義。故此，實行家庭復康護理似乎是勢在必行的，應把家庭復康護理推而廣之，使早期出院、早期家中復康的做法普及化。而面對家庭復康護理的限制及可能出現之問題，建議歸納如下：成立專責的復康護理小組，為腦卒中患者制訂復康計劃，實行全面的護理；護理過程中注重以全家庭為單位的原則，管理家庭每個成員的健康問題；建立出院護理計劃，以保持護理的連續性。

參考文獻

- 王花景 (2002). 偏癱患者的家庭康復. 中國臨床康復, 6(19), 2891.
- 王新德 (2002). 我國老年人腦血管疾病研究概況. 人民軍醫, 45(511), 337-340.
- 左如梅 (1996). 家庭評估與家庭護理. 見：左如梅、郭憲文、于祖英、尤嫻文. 公共衛生護理概論 (第 281~347 頁). 台灣：華杏出版股份有限公司.
- 孔俊彩、張小冬、張香娟、李新華、劉瑞平、李運茹、劉燕 (2000). 早期康復幹預對改善腦卒中病人 ADL 的探討. 現代康復, 4(10), 1577.
- 吳春容、高文柱、趙偉尊 (2000). 與社區衛生服務相結合的社區康復模式. 中國康復理論與實踐, 6(3), 123-125.
- 武英 (2000). 開展社區護理存在的問題及對策. 實用護理雜誌, 16(7), 55-56.
- 和寶蘭 (2004). 急性腦卒中偏癱的早期康復護理. 山東醫藥, 44(14), 26-27.
- 容國安 (2004). 腦卒中早期康復治療的療效觀察. 中華物理醫學與康復雜誌, 26(7), 425-426.
- 張美霞、張茹英、張美榮、化前珍、史曉娟 (2004). 腦卒中病人生活質量的多中心研究. 護理研究, 18(11), 37-38.
- 張華、馮正儀、胡永善、王蓓玲、錢曉路 (2002). 社區腦卒中患者家庭康復狀況調查及護理對策. 中國全科醫學, 5(5), 388-393.
- 陸建華、王偉偉、張晶 (2002). 社區康復訓練對腦卒中療效的觀察. 中國臨床康復, 6(13), 1982.
- 馮正儀、張玉梅、夏海鵬、王蓓玲、付華、羅鋼、李霞、孫讓春 (2002). 上海市社區護理的供需情況及其影響因素調查. 護理學雜誌, 17(11), 817.
- 馮正儀、張華、胡永善、王蓓玲、錢曉路、盧惠娟 (2002). 社區腦卒中家庭康復護理的有效性研究. 護理研究, 16(11), 627-629.
- 馮正儀、張華、胡永善、王蓓玲、錢曉璐、盧惠娟 (2003). 腦卒中家庭康復護理幹預方案的實施與分析. 上海護理, 3(2), 5-8.
- 馮正儀、張華、胡永善、王蓓玲、錢曉路、盧惠娟 (2003). 腦卒中家庭康復護理對日常生活活動能力的影響. 中國臨床醫學, 10(2), 148-150.
- 陽初玉 (2004). 康復治療對腦中患者運動功能和生活能力的影響. 廣西醫學, 26(7), 1031-1032.
- 葛寧 (2004). 家庭康復護理能力對腦卒中患者生存質量的影響. 中國實用護理雜誌, 20(10b), 7-8.
- 趙秋利 (2004). 探討適合中國國情的社區護理模式. 澳門鏡湖護理雜誌, 3(1), 44-46.
- 趙曲水宴 (1999). 家庭護理. 見：阮玉梅 (主編). 公共衛生護理學 (第二版) (第 287~322 頁). 台灣：啟英文化事業有限公司.
- 澳門衛生局 (2004 年 10 月). 初級衛生保健衛生中心服務簡介. 2005 年 5 月 1 日檢索於澳門衛生局網站: [http://www.ssm.gov.mo/design/services/c_primary_csobj_fs\(4.2.2\).htm](http://www.ssm.gov.mo/design/services/c_primary_csobj_fs(4.2.2).htm)
- 鄒繼華、高井全、孫建玲、楊麗艷、馮子維、李英麗 (2004). 慢性腦卒中患者 ADL 與生活質量的相關研究. 中國實用護理雜誌, 20(246), 4-6.
- 關菊香、郭克鋒、朱銀星 (2001). 腦卒中早期康復護理對患者心理應激能力及日常生活活動能力影響的研究. 現代康復, 5(6), 6-7.
- Anderson, C., Mhurchu, C.N., Rubenach, S., Clark, M., Spencer, C., & Winsor, A. (2000). Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial. I: Health Outcomes at 6 Months. Stroke, 31, 1024-1031.
- Anderson, C., Mhurchu, C.N., Rubenach, S., Clark, M., Spencer, C., & Winsor, A. (2000). Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial. I: Cost Minimization Analysis at 6 Months. Stroke, 31, 1032-1037.
- Mayo, N.E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Gayton, D., Carlton, J., Buttery, J., & Tamblyn, R. (2000). There's No Place Like Home. An Evaluation of Early Supported Discharge for Stroke. Stroke, 31, 1016-1023.