

個案護理 Nursing Case Study

收稿日期：2025-05-21

接受日期：2025-11-07

doi：10.6729/MJN.202604_24(2).007

一位腦中風病人出院準備服務銜接復能服務之護理經驗

柯佳伶^{1*}

【摘要】 本文描述一位病人因腦中風導致身體功能受限，日常生活需仰賴他人協助。原本身體孱弱、多重共病的妻子因而成為主要照顧者，承受沉重壓力。住院期間，主責護理師發現案妻照顧能力不足、病人日常生活完全依賴他人、有銜接長期照顧服務資源的需求，遂轉介出院準備服務護理師協助。自 2018 年 11 月 22 日至 12 月 28 日照護期間，透過病歷查閱、照護互動及會談，運用 Gordon 十一項功能性健康型態進行評估，確認病人面臨「身體活動功能障礙、無力感及照顧者角色緊張」等護理問題。因高齡者常有挫折感與學習動機不足，護理師於住院期間，透過跨領域合作支持病人與案妻並共同擬定出院計畫，協助其找到合適步調學習生活技能。文獻支持急性病房與社區共同照護之重要性，藉由透過出院後長照復能資源銜接，提升病人自我照顧能力與生活品質，亦減輕照顧者壓力，促進「在地老化」的實現與出院後照護的延續。

【關鍵詞】 出院準備服務 長期照顧服務 復能

Nursing Experience in Discharge Planning and Transitional Reablement Care for a Stroke Patient

Chia Ling Ko^{1*}

[Abstract] The article discusses a patient who developed significant physical impairments following a stroke, leading to dependence on others for activities of daily living. His wife, despite being frail and having multiple comorbidities, assumed the role of primary caregiver, which subjected her to considerable psychological and physical stress. During hospitalization, the primary nurse assessed the patient's complete dependence on others for daily activities, recognized the wife's limited capacity, identified the need for referral to long-term care services. The case was therefore referred to a discharge planning nurse for further intervention. Between November 22 to December 28, 2018, the nursing team delivered care through comprehensive medical record review, direct interactions, and interviews. Assessments were guided using Gordon's Eleven Functional Health Patterns, which revealed nursing diagnoses including impaired physical mobility, fatigue, and caregiver role strain. Due to the patient's frequent frustration and lack motivation to engage in learning, the nursing staff collaborated with an interdisciplinary team to assist the patient and his wife in developing a personalized discharge plan and establishing an appropriate pace for acquiring daily living skills. Current literature underscores the significance of integrated care between acute hospital settings and community-based services. Facilitating connections to long-term care and reablement programs following discharge can enhance patients' self-care abilities and overall quality of life, alleviate caregiver burden, and promote continuity of care while supporting the goal of aging in place.

[Key Words] discharge planning long-term care reablement

* 通訊作者 Corresponding author: 1029kelly@yahoo.com.tw

¹ 台灣臺中榮民總醫院嘉義分院 Chiayi Branch, Taichung Veterans General Hospital, Taiwan, China

1 前言

腦中風 (cerebrovascular accident, CVA) 為 2024 年台灣十大死因排名第四名, 病人常見自我日常生活等功能的喪失控制, 使得原本的生活方式受影響, 約 15% 患者在出院後一年內重返醫療機構 (衛生福利部, 2025; Chiou & Lang, 2022)。本文描述一位病人因腦中風後身體活動功能受到限制, 日常活動需仰賴他人, 身體孱弱且有多重共病的案妻變為主要照顧者, 經由主責護理師發現病人日常生活完全依賴他人協助照顧、案妻照顧能力不足及有銜接長期照顧 (簡稱長照) 資源的需求, 而轉介出院準備服務護理師 (簡稱出服護理師) 收案。因照護過程中發現身體活動功能障礙、無力感及照顧者角色緊張, 引發筆者探討的動機。期望藉由護理過程中建立良好的護病關係, 提供病人心理、社會的照護與支持, 以增加其控制感, 並透過跨領域團隊共同合作下, 共同擬訂及參與出院復能計畫, 協助出院後能順利銜接居家照護模式, 以減少社會成本及家庭負擔。

2 文獻

2.1 腦中風概述

終生發生率為六分之一, 也是造成全球人口失能與死亡的重要因素, 臨床症狀為肢體突然感到麻痺、無力或語言不清等, 急性期治療方式以口服抗血小板藥物或靜脈注射血栓溶解劑的使用, 穩定後用口服降血壓、復健活動、中醫針灸等方式, 結合現代與傳統的治療方式限制失能, 主要照顧者也因為病人失能問題容易對於日常生活 (如: 沐浴) 等耗費體力的照顧感到壓力 (李逸等, 2017; 陳相如等, 2017; 衛生福利部, 2025; 韓德生等, 2016)。

2.2 方法

腦中風後患者常面臨功能損傷, 出院準備服務 (Discharge Planning) 由入院開始執行評估, 其綜整家庭照顧、經濟評估及衛教指導等多元照護方向, 確保病人在出院後能有持續性照護計畫 (黃惠璣等, 2024)。由住院開始導入出院準備銜接長照 2.0 計畫, 復能 (Reablement) 為長照 2.0 政策中的核心服務之一, 主要針對失能者, 透過 4 至

6 週目標導向的介入, 由跨領域團隊專業照護模式, 共同討論、整合資料, 提供不同的照護建議 (吳孟嬪等, 2018)。調整居家照顧環境及衛教指導, 降低身體活動功能限制, 減緩失能, 使病人在熟悉的環境「恢復能力」與「激發潛能」, 亦能大幅改善病人及照顧者的生活品質, 且對於日常生活功能總分能有效提升 (楊雅如等, 2018; 鄭理月等, 2023; Han, Chuang & Chiu, 2020)。

綜合上述文獻, 出院服務無縫接軌長照復能服務, 能以出院後連續性的照顧, 減緩身心壓力與角色衝突對家庭功能與生活品質的影響, 降低照顧者角色緊張。

2.3 腦中風身心靈及社會相關照護

當腦中風病人出院後進入復能階段, 常因身體功能受限、自理能力下降而產生挫折, 出現抗拒復健、缺乏動機、情緒低落等負面行為, 進而產生無力感; 在照護過程中, 主要照顧者須面對病人的身體照護與情緒支持, 也會出現緊張的身心壓力反應 (李逸等, 2017; 陳淑玲等, 2018; Lai et al., 2021)。此時若主要照顧者對於照護知能不足或不尋求資源協助, 照顧者容易產生照顧疲憊與情緒耗竭, 甚至影響家庭關係與整體照護品質。鑒於以上相關護理問題, 住院期間藉執行健側肢體帶領患肢採被動運動、加強患側肢體肌力、耐力及關節活動, 合併使用輔具下進行移位、轉位及站立訓練, 加強日常生活自理能力的訓練, 同時鼓勵家屬參與學習照顧, 不僅能改善活動能力、減少機能受損、預防再次傷害 (吳怡真, 2016; 吳孟嬪等, 2018; 楊雅如等, 2018; 蔡淑鳳等, 2017; Hjelle et al., 2016; Jokstad et al., 2018)。同時長照復能計畫的介入, 以有目標的指導、提供通訊方式, 以減輕病人及照顧者的負向感受 (李雪禎, 2018; Jokstad et al., 2018)。

3 病人簡介

3.1 基本資料

黃先生 83 歲、已婚育有 2 女皆已婚, 僅案妻 (82 歲) 同住, 案長女為主要醫療決策者。住院前生活皆能自理, 經濟來源以中低收入戶津貼為主, 不足的部分由案女們提供。

3.2 過去病史及疾病過程

有高血壓、攝護腺肥大、雙眼白內障手術病史，固定於診所追蹤與服藥控制。2018 年 11 月 21 日清晨起床後感到左側肢體乏力、說話不清，在案妻陪伴下聯繫救護車送入急診，腦部電腦斷層檢查後診斷為右側腦部基底核出血住院。

3.3 轉介照護過程

護理師發覺案妻照顧能力不足、病人日常生活完全依賴他人協助照顧。透過醫療資訊系統轉介出服護理師協助，介入照護期間自 2018 年 11 月 22 日至 11 月 30 日，安排 11 月 22 日團隊會議及 11 月 25 日家庭會議，12 月 7 日電話追蹤出院狀況。

4 護理評估

自 11 月 22 日至 11 月 30 日期間以病歷查閱、直接照護、傾聽及會談方式收集資料，運用「Gordon 十一項功能性健康型態」進行護理評估並確認護理問題，護理評估如下：

4.1 健康認知與健康處理型態

11 月 22 日主訴：「以前都是我照顧我老婆比較多，我也有照醫生講的要照時間吃藥啊！」。病人無菸、酒、檳榔使用習慣，長期在診所就醫、規則服藥。

4.2 營養代謝型態

由口進食，有全口活動式假牙，身高 167 公分，體重 68 公斤，理想體重為 61 公斤，身體質量指數為 23.8kg/m²。住院期間訂醫院膳食，每日攝取熱量約有 1600 大卡，可達身體所需。

4.3 排泄型態

過去因有攝護腺肥大病史規則服用藥物，住院期間每日自解小便 6 至 8 次，總尿量約 1000 至 1200ml，夜尿 1 次。每日可自解一次成形黃軟便，如廁清潔依賴協助。

4.4 活動運動型態

11 月 21 日腦部電腦斷層檢查診斷為右側腦部基底核出血，11 月 23 日主訴：「我本來好手好腳的，現在這樣使不上力氣，我回家怎麼辦！」、「我手腳麻，抬起來很費力氣，現在什麼事都要人家幫忙」，病人肌力：右側上/下肢 5/5 分，左側上/下肢 3/3 分，半坐臥起時身體偏向左側，巴氏量表

25 分：進食（5）、沐浴（0）、移位（0）、行走（0）、大便控制（10）、小便控制（10）、如廁（0）、個人衛生（0）、上下樓梯（0）、穿脫衣服（0），柯氏量表為第 4 級，11 月 26 日主訴：「現在翻身只能靠右手拉一下挪一挪，連自己坐起來也沒有辦法」、「手舉不高也沒有力氣，吃飯怎麼端碗」，評估案主有身體活動功能障礙之護理問題。

4.5 睡眠休息型態

據護理紀錄記載病人夜眠約可 5 至 6 小時。

4.6 認知及感受型態

意識清楚，雙眼白內障手術後視力自覺尚可，聽力自訴右耳聽得清楚，未配有助聽器。

4.7 自我感受及自我概念型態

11 月 22 日主訴：「以前在家都是我照顧我老婆比較多，現在我中風了，會拖累了她」、「你看我左手沒有什麼力氣，我這樣回去誰顧」、「連要自己洗澡、穿衣服都沒辦法，不就像一個廢人一樣！」，11 月 23 日主訴：「生這種富貴病，手腳不聽使喚...（哭泣）」、「家裏又沒有錢，連房子都是租的，誰可以幫我」，多次探訪及會談過程期間觀察病人表情時常愁苦、語氣無奈、眼泛淚光（擦拭眼淚），覺得增加家人照顧負荷，評估案主有無力感之護理問題。

4.8 角色關係型態

第一角色為 83 歲男性，第二角色為丈夫、父親及祖父，第三角色為病人。案女們皆已婚，能電話關心或於假日、節慶時返家陪伴，與家人間互動良好。

4.9 性生殖型態

與案妻已多年無性生活。據護理病歷記載，入院身體評估性生殖器外觀正常。

4.10 因應壓力耐受型態

案妻 11 月 22 日訴：「家裏就沒錢，我沒有本錢生病啦！手腳這樣沒力氣，回去誰照顧我？」、「醫生來查房有跟我說叫我不要緊張，有跟我說會進步，我心裏還是有點怪怪的，會怕還會不會有其他突然的變化！」、「我會怕啊！我自己身體也不好，回去我怎麼顧他！」、「我自己也有高血壓、常常覺得頭暈要看醫生、骨頭也酸痛。」、

「女兒都嫁出去了，不在身邊，我自己一個人想到以後的事就覺得頭暈！」（神情緊張、眼神不知所措），案妻探訪時常看向案主落淚、語氣擔憂。11 月 26 日案妻訴：「他現在不會走路，我一個人要怎麼帶他出門看醫師？（泣）」。11 月 28 日案妻訴：「平常就我們兩個在家，不能住院再住久一點嗎？（掩面哭泣）」，綜合上述評估主要照顧者有照顧者角色緊張之護理問題。

4.11 價值信念型態

案妻將平安符黏貼於床頭，表示家裏是以民俗信仰為主。

5 問題確立

綜合上述於 11 月 22 日至 11 月 30 日護理期間，確立病人有身體活動功能障礙、無力感及照顧者角色緊張等健康照護問題，提供病人個別性的護理措施，擬訂護理計畫如下：

表 1 身體活動功能障礙與神經肌肉功能受損，導致控制、協調度差有關（11/22-11/30）

主客觀資料	S1：11/23 主訴：「我本來好手好腳的，現在這樣使不上力氣，我回家怎麼辦！」、「我手腳麻，拾起來很費力氣，現在什麼事都要人家幫忙」。 S2：11/26 主訴：「現在翻身只能靠右手拉一下挪一挪，連自己坐起來也沒有辦法」、「手舉不高也沒有力氣，吃飯怎麼端碗」。 O1：11/21 腦部電腦斷層檢查後診斷為右側腦部基底核出血。 O2：11/23 病人肌力：右側上/下肢 5/5 分，左側上/下肢 3/3 分。 O3：11/23 巴氏量表 25 分：進食（5）、沐浴（0）、移位（0）、行走（0）、大便控制（10）、小便控制（10）、如廁（0）、個人衛生（0）、上下樓梯（0）、穿脫衣服（0），柯氏量表為第 4 級。 O4：半坐臥起時身體偏向左側。
護理目標	1. 11/30 前巴氏量表能由 25 分增加到 35 分。 2. 11/30 前能：1) 獨自在床上正確的轉位後坐起，2) 自己進食。
護理措施	1. 每日固定到病房探訪病人 30 分鐘至 1 小時，建立良好護病關係。 2. 11/22 邀集物理（職能）治療師、營養師共同設計復能計畫，明確分配每日訓練目標：物理治療師擬定下肢腳踏與翻身轉位訓練，每日規劃復健訓練 2 次，每次約 10-15 分鐘，訓練內容依病人肌力與耐受度調整，逐步增加至床邊坐起、移位與站立訓練，並由護理師紀錄血壓與心跳變化，循序漸進增加強度；職能治療師患肢運用工具夾物的小活動；營養師依據體重與肌力消耗給予高蛋白飲食建議。 3. 設計復能計畫完成率的表格，由病人每日自行勾選是否達標。 4. 與物理（職能）治療師、營養師建立社群群組，每日即時有效整合各專業的意見。 5. 每日協助病人進行左側上下肢的伸展與屈曲活動，每次 10-15 分鐘，每日至少 2 次，增進肌肉張力與關節活動度。 6. 每日協助病人使用輔具進行床邊坐起與轉位訓練，如床邊扶手，並於每次訓練後記錄。 7. 指導案妻參與復健過程協助日常簡易照護技巧，如協助翻身、協助關節活動。 8. 加強安全防護措施，如在病人坐起、轉位時於床邊擺放防滑墊；進行移動訓練時，務必由人陪伴。 9. 每日紀錄病人活動能力與疲勞狀況，如是否出現心跳加快。 10. 每日觀察並紀錄病人左側肢體肌肉張力、皮膚變化。
護理評估	1. 11/30 巴氏量表 25 分增加到 35 分：進食 5 分→10 分、移位 0 分→5 分。 2. 11/28 病人可以自己拉著床欄翻身坐起身，11/29 病人可以自己用湯匙用餐。

註：S (subject data)：主觀資料；O (objective data)：客觀資料。

表 2 無力感與自覺對未來缺乏控制感有關（11/22-11/30）

主客觀資料	S1：11/22 主訴：「以前在家都是我照顧我老婆比較多，現在我中風了，會拖累了她」、「你看我左手沒有什麼力氣，我這樣回去誰顧」、「我手腳麻，拾起來很費力氣，現在什麼事都要人家幫忙」、「連要拿自己洗澡、穿衣服都沒辦法，不就像一個廢人一樣！」。 S2：11/23 主訴：「生這種富貴病，手腳不聽使喚...（哭泣）」、「家裏又沒有錢，連房子都是租的，誰可以幫我」、「現在翻身只能靠右手拉一下挪一挪，連自己坐起來也沒有辦法」、「手舉不高也沒有力氣，吃飯怎麼端碗」。 O1：11/22-11/27 探訪期間病人表情時常愁苦、眼泛淚光、語氣無奈。
護理目標	1. 11/26 前能引導病人表達 ≥ 2 項心中感受和想法。 2. 11/28 前病人能主動提及正向用語 ≥ 1 次。

	3. 11/29 前至少主動說出 1 次願意積極復健治療。
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每日探訪、主動關懷，與病人建立治療性人際關係。 2. 11/22 邀集物理（職能）治療師設定病人可行的短期目標討論功能改善：1）增加病人於床上活動的肌力，2）能夠自行翻身坐起。 3. 協助病人設定可達成的短期生活目標。 4. 鼓勵案妻共同參與物理治療、職能治療訓練。 5. 每日與病人共同撰寫復健記錄，包括當日進展、有達成的目標。 6. 醫師查房時，促進病人與醫師的互動，確認病人對病情的瞭解程度。 7. 每日安排 5-10 分鐘傾聽時間，鼓勵病人表達想法、傾聽及同理支持案主心中的感受。 8. 協助病人適應在家庭中的角色轉變，鼓勵病人透過口述指導家人完成簡單任務。 9. 鼓勵案妻分享照顧意願與支持態度，讓病人瞭解家庭是一起面對挑戰。 10. 鼓勵病人參與病房內復健分享活動，與其他病友交流。
護理評估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 11/26 病人表示：「生這種病我也很不願意，以後還不知道可以活多久，人要走就要快一點、不能拖、要好死一點；醫生每天來有給我加油打氣，我會配合醫生的。」 2. 11/28 病人表示現在練到會坐起來了，不用老婆再幫我推，我覺得我有一天天的進步。 3. 11/28 病人表示會好好的復健：「不然老婆沒辦法照顧我，我知道回家以後有復健老師會去家裏教我，我沒辦法回醫院，在家我會好好的復健。」

註：S（subject data）：主觀資料；O（objective data）：客觀資料。

表 3 照顧者角色緊張與病人疾病及社會支持系統不足有關（11/22-11/30）

主客觀資料	<p>S1：11/22 案妻表示：「我會怕啊！我自己身體也不好，回去我怎麼顧他！」、「女兒都嫁出去了，不在身邊，我自己一個人想到以後的事就覺得頭暈！」、「我自己也有高血壓、常常覺得頭暈要看醫生、骨頭也酸痛。」、「家裏就沒錢，我沒有本錢生病啦！手腳這樣沒力氣，回去誰照顧我？」。</p> <p>S2：11/26 案妻表示：「他現在不會走路，我一個人要怎麼帶他出門看醫師？」。</p> <p>S3：11/28 案妻表示：「平常就我們倆個在家，不能住院再住久一點嗎？」。</p> <p>O1：11/22 僅與案妻兩人同住，無其他可協助者。</p> <p>O2：11/22 案妻神情緊張、眼神不知所措、看向案主落淚、語氣擔憂。</p> <p>O3：11/22 經濟來源以兩老中低收入戶津貼為主。</p>
護理目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 11/28 案妻可主動說出 ≥ 2 項照顧病人之感受及困難完成問題。 2. 11/30 案妻能瞭解病人病情嚴重度，並實作 3 項照護技巧均達 80% 以上正確率。 3. 12/14 案妻能以正向態度去解決面對現實的生活。
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 與案妻建立良好護病關係，引導其說出內心的想法。 2. 11/25 出服護理師主動召開家庭會議，邀請醫師與社工、物理治療師協助說明病情、照護重點及未來出院照顧的方向。 3. 社工轉介資源：家庭關懷協會、社福老人基金會、急難救助補助金、愛心福利卡。 4. 出服護理師轉介長照服務安排居服員及與居家復能職能治療師視訊交班，擬訂居家復能活動並改造家中環境（浴室加裝扶手、防滑墊）。 5. 教導案妻簡易可行的「自我照顧建議單張」將照顧時間建立規律模式：如何使用血壓機測量血壓，擦澡、關節活動以圖卡方式做說明。 6. 安排院內心理師會談，協助案妻處理焦慮情緒，促進其心理健康。 7. 協助案妻列出日常照顧專案與優先順序，引導哪些可由長照資源協助，減輕照顧壓力。 8. 強調案妻「不是孤軍奮戰」，可定期與長照專員、居服督導溝通，並持續調整照護內容與時間，避免照顧過勞。 9. 引導案妻思考是否有其他潛在支持資源，如：女兒可否輪流回家協助、鄰居等。 10. 協助案妻擬定返家後的「一周照護行程表」與聯繫窗口列表，包含醫療回診、照服員服務時段及緊急聯絡人。
護理評估	<ol style="list-style-type: none"> 1. 11/27 案妻表示沐浴、陪同外出比較耗體力的工作需要幫忙。 2. 11/29 案妻能正確回覆示教幫病人量血壓、擦澡、關節活動。 3. 11/30 完成轉介資源及支持系統，12/7 電訪案妻：「12/4 居家服務員每週會陪伴病人在住家鄰近的中醫診所針灸。」、「醫院的社工有幫忙醫藥費補助、愛心慈善基金會生活補助 8000 元，福利卡可以補助 1000 元來買東西，如果有錢，看醫生也比較沒有煩惱。」。

註：S（subject data）：主觀資料；O（objective data）：客觀資料。

6 討論與結論

本文腦中風病人因身體活動功能障礙，造成病人併有無力感的心理衝擊，加上家庭照顧功能減退，引發照顧者角色緊張等護理健康問題。透過文獻的支持瞭解急性病房與社區串連、共同照護的重要性，協助病人順利連結資源。日常生活功能量表由 25 分提升至 35 分與減輕照顧者壓力負荷，呼應了吳怡真（2016）、陳淑玲等（2018）、蔡淑鳳等（2017）、Jokstad et al.（2018）等文章；照護期間以 Gordon 11 項健康功能評估表來做整體性評估工具、跨領域團隊合作，增加病人及照顧者的自我照顧知識與技能。

大多數出院準備著重於照顧技巧衛教與基本轉介，對於高度依賴照護者的家庭，難以即時啟動有效支持。2018 年在臨床執行層面復能計畫正剛開始施行，經過每年滾動式的調整出院準備銜接長照服務的政策，目前台灣對於腦中風病人銜接長照復能服務已有一定政策框架。本個案的特殊之處在於除病人功能嚴重受限外，案妻亦年邁孱弱，缺乏照顧能力與社會支持，屬於「雙重失能家庭」的高風險情境，且包含：（1）經濟匱乏、缺乏子女日常支持；（2）對長照資源初期接受度不高，需多次溝通與心理介入；（3）照顧知能不足，需高度整合護理、社工、治療師等團隊力量介入。

相較於一般照顧者僅有部分協助需求的常規個案，本案需進行更密集的家庭照顧能力評估、動態資源轉介與心理支持，且出服護理師需延伸照護協調角色，整合居家復能、急難救助、輔具支持等跨層級資源。本案須結合多項資源並提前於住院中召開家庭會議整合策略，顯示現行系統在處理此類複雜個案時仍具挑戰，也實證了早期介入與跨領域合作對於特殊個案之必要性，突顯出需建立更彈性的長照轉銜流程，以因應實務中複雜照護需求。此時成功要素在於早期啟動出院準備與跨領域團隊合作，使出院與居家照護銜接順暢。建議未來進行跨領域團隊合作時，應在醫療資訊系統中建立群組溝通平臺機制，可以清楚瞭解團隊執行進度、個案出院後的照護重點，才能有效提升照護品質與效率。

跨領域團隊合作是銜接出院後長照服務的重要關鍵，透過專責護理師以個案管理方式讓失能的長者留在社區由專業服務人員接手照顧，每項建議皆需配合家庭實際狀況加以調整，並經過會議討論整合，無縫地銜接長照服務，協助病人善用自潛能，促進自立生活、減少照顧依賴，不僅讓病人自我照顧能有最佳化的表現，也大幅改善病人及主要照顧者的生活品質，確保出院後能得到持續性照護，展現優質護理角色的扮演，更同時落實「在地老化」照顧的理想（蔡淑鳳等，2017）。

參考文獻

- 吳孟嬪、黃肇明、孫文榮、施至遠、徐榛萱、黃勝堅（2018）。長期照護資源整合服務之推廣經驗—以臺北市聯合醫院為例。*護理雜誌*，65（1），24-32。
[https://doi.org/10.6224/JN.201802_65\(1\).05](https://doi.org/10.6224/JN.201802_65(1).05)
- 吳怡真（2016）。協助一位腦中風病患及主要照顧者出院準備服務之經驗。*志為護理*，15（5），102-111。
- 李雪禎（2018）。從臺灣長照 2.0 與相關政策推動看社區與居家物理治療之發展契機。*物理治療*，43（4），247-253。
[https://doi.org/10.6215/FJPT.201812_43\(4\).0001](https://doi.org/10.6215/FJPT.201812_43(4).0001)
- 李逸、邱啟潤、蘇卉芯（2017）。高齡與非高齡家庭照顧者之照顧現況與需求比較。*長期照護雜誌*，21（2），149-164。
<https://doi.org/10.6317/LTC.21.149>
- 陳相如、陳建仲、蔡孟秦、林瓊娥、黃仲諄（2017）。中西結合治療腦中風療效的回溯性分析。*中醫藥研究論叢*，20（2），1-8。
[https://doi.org/10.6516/TJTCM.2017.20\(2\)01](https://doi.org/10.6516/TJTCM.2017.20(2)01)
- 陳淑玲、賴美玉、陳莉雅（2018）。運用歐倫理論照護一位腦中風病人之護理經驗。*安泰醫護雜誌*，24（1），27-39。
- 黃惠璣、陳翠芳、胡月娟、何瓊芳、徐麗娟、王俞蓉、謝佩倫、葉淑惠、吳麗芬、彭安娜、陳坤鍾、黃邵璋、吳岱鋼、胡中宜（2024）。*長期照護（第八版）*。新北市：新文京開發出版股份有限公司。
- 楊雅如、李俊賢、李君碩、廖庭萱、朱皓儀、李凱琳（2018）。物理治療師參與出院準備服務居家訪視之經驗分享。*北市醫學雜誌*，15（1），125-131。
[https://doi.org/10.6200/TCMJ.201803_15\(1\).0013](https://doi.org/10.6200/TCMJ.201803_15(1).0013)
- 衛生福利部（2025 年 8 月 19 日）。*腦血管疾病*。取自 <https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=213>
- 蔡淑鳳、陳時中、範家瑀（2017）。長照的前瞻觀點：預防照護計畫。*長期照護雜誌*，21（3），183-189。
<https://doi.org/10.6317/LTC.21.183>
- 鄭理月、莊培凱、陳善群、徐佳瑜、蔡佩君、鄭涵、許志民（2023）。以復能觀點對腦中風患者自我照顧能力之探討—個案報告。*北市醫學雜誌*，20（3），359-368。
[https://doi.org/10.6200/TCMJ.202309_20\(3\).0008](https://doi.org/10.6200/TCMJ.202309_20(3).0008)

- 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。臺灣復健醫誌, 44 (1), 1-9。
[https://doi.org/10.6315/2016.44\(1\)01](https://doi.org/10.6315/2016.44(1)01)
- Chiou, L. J., & Lang, H. C. (2022). Potentially preventable hospital readmissions after patients' first stroke in Taiwan. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07791-3>
- Han, D. S., Chuang, P. W., & Chiu, E. C. (2020). Effect of home-based reablement program on improving activities of daily living for patients with stroke: a pilot study. *Medicine*, 99(49), e23512. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023512>
- Hjelle, K. M., Skutle, O., Forland, O., & Alvsvag, H. (2016). The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 575-585. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S115588>
- Jokstad, K., Skovdahl, K., Landmark, B. T., & Haukelien, H. (2018). Ideal and reality; community healthcare professionals' experiences of user-involvement in reablement. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), 907-916. <https://doi.org/10.1111/hsc.12708>
- Lai, X., Bo, L., Zhu, H., Chen, B., Wu, Z., Du, H., & Huo, X. (2021). Effects of lower limbs resistance exercise on muscle strength, physical fitness, and metabolism in pre-frail elderly patients: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 21(1), 447. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02386-5>