

一位無力感之腦中風患者的護理經驗

黃玉霽 周汎濤* 羅良月**

中文摘要

本文描述一位51歲男性病患，因中風導致活動障礙，面對這突如其來的衝擊，心情沮喪，對疾病的恢復及未來感到茫然且失去信心，而產生無力感。筆者以Miller七個力量來源為中心概念做評估指引，由觀察、傾聽及會談方式收集資料，透過專業及適切性的護理過程，協助個案正視本身之無力感，鼓勵表達其感受，進而增強復健動機並參與治療來促進身體功能的恢復，提升控制感來克服生活障礙，使個案能增強力量與信心，克服無力感，進而重新找到生命的意義與價值，成功的重返職場，開創新的人生。希望藉此經驗提供護理同仁照護類似病患時，能運用及發揮護理獨特功能，引導個案克服人生的無力感，以提升照護品質。(志為護理, 2009; 8:1, 113-120.)

關鍵詞：腦中風、無力感、Miller力量來源。

前言

除1999年的921地震外，腦中風自1984年起一直高居台灣十大死因第二位(行政院衛生署，2006)，會導致感覺、運動、認知及情感功能改變(Braun et al., 2007)，患者在突發性神經肌肉受損後，無法接受功能障礙的打擊，導致情緒低落，甚至缺乏動機，以致降低功能性的能力，產生負向的自我概念，缺乏疾病知識及信念系統，進而產生無力感(Miller, 2000; Schubert, Taylor, Lee, Mentari, & Tamaklo, 1992)。於病患接受復健的過程中，需藉由專業及個別性護理過程，評估無力感來

源，引導表達其感受，協助病患面對挫折與挑戰，提供有效之護理措施，幫助個案克服無力感，渡過此危機，進而重新尋求人生的意義及自我價值。

文獻查證

一、腦中風 (Stroke)

腦中風為腦血管阻塞或出血而致腦組織的損傷，導致暫時性或永久性腦功能異常，甚至死亡(胡，2005)。危險因子包括高血壓、糖尿病、血脂異常、抽菸及肥胖等(Alberts, 2003; Arieson, Claus, Rinkel, & Algra, 2003)。病灶位置會影響其臨床表徵及預後(胡，2005)，本個案

高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理師 高雄醫學大學護理研究所副教授* 高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理部督導**

受文日期：97年1月26日 修改日期：97年3月28日 接受刊載：97年5月12日

通訊作者地址：周汎濤 802高雄市三民區十全一路100號 護理學院

電話：(07)3121101轉2602

電子信箱：fanhao@kmu.edu.tw

病灶位於右側內囊後枝及丘腦，內囊為大腦傳導運動興奮的主要路徑，內囊後枝損傷會造成對側半身麻痺或偏癱，而導致運動障礙及協調不良，可藉由復健治療，如關節運動、平衡訓練及行走訓練等來恢復行走能力，護理措施在於增進其肢體活動功能及教導自我照顧；丘腦為感覺訊息傳遞之中繼站，此處損傷會造成痛性麻木(anesthesia dolorosa)等異常感受，臨床上以藥物治療來減輕其不適，其復原尚需仰賴再生之側肢循環(胡、蔡、李，2003; Barter, 2002)。患者可能因活動障礙，自覺對生活喪失控制能力感到痛苦，而情緒沮喪易使人感到疲乏及動機減低，產生負向自我概念，而導致無力感(Miller, 2000; Schubert et al., 1992)。

二、無力感 (Powerlessness)

Miller(2000)定義無力感為自覺對目前情況無法以行為來影響結果。然無力感卻會影響生活品質、健康和幸福，甚而導致病情惡化或死亡(Davidhizar & Giger, 2001)。Miller(2000)以下列七種力量來源評估病患之無力感，當中一項或多項來源受危害時，就會產生無力感；可藉由此七種力量來源提供適當的護理措施，使個案增進其控制感。

1. 體力與身體抵抗力(physical strength and reserve)：當個體面對疾病威脅時，體力狀況會使行動力減低；身體抵抗力是指面對威脅時維持身體平衡的能力。

2. 活力及社會支持(psychological stamina and social support)：活力為面臨危機時所擁有的獨特復原力，使人在面對壓力事件時仍能維持心理平衡，對疾

病的威脅有正向前瞻性，視為有意義的事件。社會支持包含親友之實質性、情緒及社會支持，可緩和疾病的壓力、促進因應及適應能力，維持良好的人際互動，促進社會統合，使其具有價值及信賴感。

3. 正向自我概念(positive self-concept)：是自覺有價值。人格特質會影響其自我概念，外控型人格相信影響事件之主因為命運及運氣，認為對事件結果無能為力；內控型則認為個人的行為及特質會影響事件結果，面對疾病時會尋求控制感。藉由統整身體的改變，重新建立認知而達正向自我概念。

4. 能量(energy)：指工作的能力系統，包含營養、水、休息及動機等，用於代償身體平衡。能量充足能激發對生活的調適及克服壓力，改善無力感，進而採取保護及因應行動。

5. 知識與洞察力(knowledge and insight)：有疾病相關知識及自我洞察力時，會覺得更有控制感，有助緩解焦慮，協助自己做決策及適當的行動，以維持平衡生理狀況及控制症狀。

6. 動機(motivation)：是行動的基礎，是個人為了減少在信念、期待、行動與事件結果之間的不和諧情況中，激發潛能及努力，並經由危險事件而發展自信。

7. 信念系統(belief system)：對神或上帝的信念，相信祂們能提供力量及能力去因應及克服壓力。另包括認同與信任治療、信任照顧者及對自己有信心。信仰與希望可使個人獲得控制感且提升生活品質。

為使病患面對改變及失落，增強動機及正向自我概念，進而減輕無力感，史(1996)提出下列措施來減輕無力感：(1)情緒支持，如傾聽、愛與關懷等；(2)實質性支持，如運用專業的技術以減緩不適；(3)資訊性支持，如提供與疾病相關之衛教，以增加疾病和環境的控制能力；(4)溝通協調性支持，如在病患、家屬及健康成員間扮演溝通協調的橋樑。Miller(2000)指出增加疾病知識、鼓勵表達感受及加強醫護人員對於無力感的敏感度，能夠克服無力感。

護理過程

筆者於94年9月27日開始介入個案的護理照顧，個案於10月21日出院，出院後持續以電話連絡做後續追蹤。

個案簡介

一、基本資料：

吳先生，51歲，未婚，研究所畢業，溝通語言為國、台語，無宗教信仰，現任大學體育老師。

二、家族史：

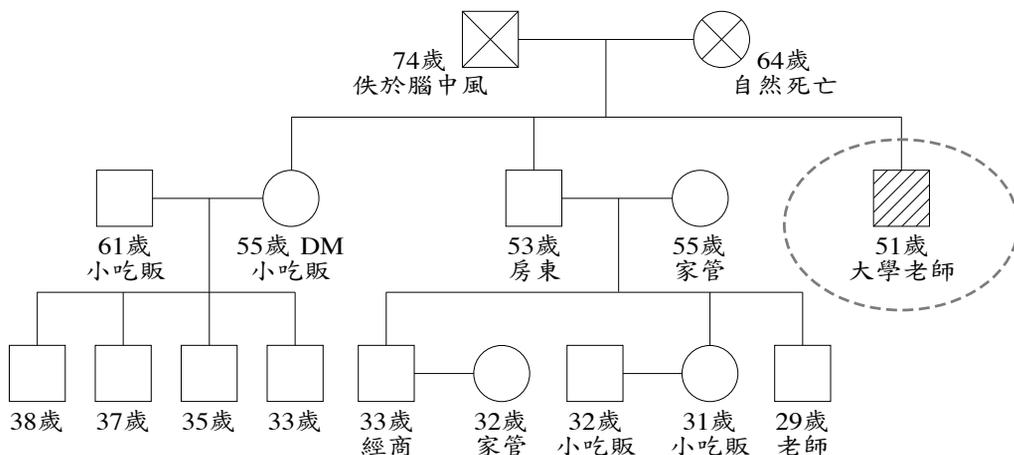
案父有糖尿病史，74歲時因腦中風過世。案母有高血壓病史，於64歲自然死亡。大姐55歲，糖尿病約4~5年，服用降血糖藥治療。大哥53歲，身體健康，無特殊疾病。家人住高雄縣，各有其家庭及工作，未能至醫院照顧個案，假日會前往探視，彼此互相關心。個案未婚獨居，住院期間由看護照顧，家族樹如圖一。

三、過去病史：

個案每日規律運動，血壓正常，體格強健，自認為身體健康，從未做過健康檢查。近十年只有1~2次感冒，皆以增加攝水量及運動來增強抵抗力，即自然痊癒。

四、現在病史：

個案於94年9月20日，覺左側肢體及左臉麻，肌力變差，走路頻跌倒，同事發現協助送醫。腦部電腦斷層發現其右側內囊後枝及丘腦梗塞，入神經內科病房口服抗凝血劑治療，住院期間血液檢查發現有糖尿病，以口服降血糖藥物



圖一 家族圖譜

治療。9月27日狀況穩定轉入復健科病房。

護理評估

筆者利用Miller的理論架構之七種力量來源為中心概念執行護理評估，經由觀察、會談及行為過程記錄收集資料，歸納整理如下：

一、體力及身體抵抗力

體力：住院前每日傍晚慢跑2小時，體力及耐力保持良好。9/27評估其左上下肢肌力皆5分。藉由用以評估腦中風病患之布氏動作恢復量表及肢體的協調性評估患肢功能，左上肢近端與遠端及左下肢皆為第六級，表示患肢功能正常，但動作遲緩且協調性差。左上肢的指對指及指對鼻動作雖準確但不平順，無法順利的拿取物品；左下肢無法平穩完成跟脛試驗，缺乏協調性，可在扶持下步行約1~2公尺，步態不穩且曳足而行，左膝關節經評估後，其穩定度差，身體重心偏左，無法上下樓梯。個案主訴：「我覺得很沮喪！左側手腳都無法好好的控制，覺得好無力！不知道能不能走得出去？」、「我以前耐力一直很好，現在才做半小時復健，就覺得累！」

身體抵抗力：皮膚完整且飽滿有彈性，無掉髮。一般血液及尿液檢查皆正常，無感染徵象。

由上述分析，個案有身體活動功能障礙之問題。

二、活力及社會支持

活力：住院前非常熱愛運動及旅遊，此次罹病後，卻搖頭嘆氣表示：「有時想到我是不是不能再回到學校上課、

不能再運動、不能去旅遊，就覺得難過！」、「手腳協調性這麼差，會不會走不出去？」

社會支持：個案性情溫和，心情低落時，常以出遊來放鬆心情，少與人傾吐心事。住院期間家人非常關心個案，假日會至醫院探視，互動親密。學校師生非常關心個案，每日皆有多位師生前往探視，非常期待個案復原後再返校教學。由上述分析，個案個性內向，少以口語表達對疾病之感受，親友在此方面只能提供實質上的協助及有限的情緒及資訊支持。

三、正向自我概念

個案表示在學校是有價值、受尊重的人，待人處世皆以樂觀的態度面對，勇於接受挑戰，對過去的自己顯得充分的自信。中風後，卻常獨自臥床休息、少說話，表示：「覺得很惶恐！怎麼會變這樣？自己是體育老師，每天都有運動也會中風！同事都認為我很健康的！」、「我還開一堂課有關‘運動與健康’，沒想到卻控制不了自己的健康！」、「以前從來沒有住過院，沒有想到今天我會躺在病床上，需要人家照顧。突然變這樣，對於我的人生是多大的挫折！」

四、能量

住院前進食量多，每餐2-3碗飯且多食肉類，無解尿困難及便秘情形。身高176cm，體重75Kg，BMI值為24.2。抽血檢查發現膽固醇270mg/dl，HbA1C: 9.0%，飯前血糖值150-200mg/dl，血色素及白蛋白皆正常。住院期間水分攝取及排泄情況正常，未曾失眠。

五、知識

案父有糖尿病及中風病史，案母有高血壓病史，大姐也有糖尿病，個案卻認為自己有規律運動及生活作息正常，就是健康，毋須做健康檢查。此次中風才發現有糖尿病，個案表示：「每天運動量很多也會中風！我怎麼會有糖尿病？」「我是不是完蛋了？我會不會好？我要怎麼控制？」「為什麼我的左手跟左臉會麻呢？有時候麻的讓我很無力！」由上述得知，個案未真正了解腦中風及糖尿病。

六、動機

個案表示：「突然中風住院時，護士進來告誡我要這樣那樣的，不然還會有

第二、第三次中風，我好難過！心想我是不是很嚴重？這一輩子就這樣毀了！每天都不想做什麼。」上述得知，醫護人員以告誡的方式教育患者，會使其更加焦慮與害怕。

七、信念系統

個案表示無任何宗教信仰，從未遭遇大挫折，此次中風才是極大的挫折，無法平靜思考如何面對未來，時常淡漠無言，對復原表示沒信心。對醫護人員態度信任並配合，對肢體活動障礙仍感到沮喪。參與決策照護方面，因筆者與個案密切接觸，個案只與筆者討論自己的病情及復原情形，卻少與其他醫護人員互動。

問題確立、護理措施及評值

綜合以上評估，發現個案之健康問題有無力感、身體活動功能障礙及知識缺失，護理計畫詳述如下：

一、無力感/對生活缺乏控制力、自信心低落 (9/27-11/30)

目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 10/4前能增強復健動機，並表達心中的感受與想法 2. 10/11前自覺對生活控制感增加，感到有信心與希望。 3. 10/18前自覺可克服障礙，朝向獨立生活及返回職場目標邁進
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 與個案建立治療性人際關係，產生信任感。 2. 經常陪伴、主動傾聽，鼓勵表達想法與感受，對其行為反應與意見表示接受與尊重的態度。 3. 鼓勵回想以前正向的自我價值及成功面對挫折經驗，以增強自我價值及希望。 4. 鼓勵親友探訪，以提供情緒性支持。 5. 瞭解以往生活習慣及健康認知，教導正確認知並改變習慣。 6. 鼓勵參與照護，提供疾病相關資訊以增強疾病控制力及信心。 7. 扮演個案與醫療團隊之溝通協調的橋樑。 8. 提供舒適護理，如運動後熱敷及按摩，以減輕肢體不適感。
評值	<ol style="list-style-type: none"> 1. 10/4個案表示自己手腳功能日漸進展，越來越有信心做復健，更想努力突破克服障礙，但對耐力差仍感無力及擔心。 2. 10/9個案表示其肢體麻的情形已較適應，對於活動能力的控制感增加，對於恢復情形感到有信心及希望。 3. 10/14個案表示這次感受到這麼多親友及學生的關心，非常感動，自覺不能辜負大家的期望，要更努力、趕快回到職場上。 4. 10/21個案表示對於生活不再惶恐，自覺能夠克服困難，更有力量及勇氣去面對未來，自己會更加努力。
出院追蹤	<p>11/29個案告訴筆者：「謝謝妳給我信心與希望，教導我這麼多知識，如果不是妳的鼓勵，幫助我、引導我，我都還會以為我這輩子就這樣完蛋了！你看！我沒有想到我可以站著走出醫院！更沒想到我現在自己走上來復健！我現在進步的這麼好，真的很感謝妳！我一輩子都不會忘記妳的！我越來越有信心！」因習慣獨立生活，於11/30搬回學校宿舍居住，適應良好，對於返校教學更有信心及希望，更感受到自己存在的價值與意義。</p>

二、身體活動功能障礙/與其神經功能受損致肢體協調性及穩定度差有關 (9/27-11/29)

目標	1. 10/4前能自行轉位下床持四腳拐助行。 2. 10/11前能自行轉位下床步行。 3. 10/18前能自行上下樓梯。
護理措施	1. 每日評估與記錄個案肢體活動情形、運動時的反應。 2. 指導執行四頭肌或臀肌群之運動，如仰臥時屈曲雙膝，執行單腳抬臀，每次作10-20下，每日3-4次，以訓練其體力及肌耐力。 3. 教導抓住穩定支撐物練習站立，上下午各站約5-10分鐘，維持站立平衡。 4. 教導原地站立步式訓練，如將體重由一側下肢轉移至另一側下肢，上下午各站約5-10分鐘。 5. 教導持四腳拐助行之技巧，以健側手持四腳拐往前一步，患腳隨之往前一步，健側腳隨後往前移。 6. 教導上下樓梯的技巧，如上樓梯時由健側腳先上，下樓梯時由患側腳先下。 7. 教導於階梯上手持扶手，以單腳屈膝向前跨出成弓箭式，以訓練患肢膝關節之穩定度。
評值	1. 9/28在鼓勵下按時參與復健計畫，於病房內執行屈膝單腳抬臀運動。 2. 10/4持四腳拐助行5公尺，步態欠穩，上肢動作協調性平順。 3. 10/13自行轉位下床，於走道上手扶護欄練習步行約20公尺，步態協調性稍欠穩。 4. 10/21未持輔具下，自行步行50公尺，手持扶手上下樓梯十個階梯，步態尚穩。
出院追蹤	10/22住大哥家三樓，可自行手持扶手上下樓，至住家附近國小之500公尺操場練習步行約3圈，未持輔具，步態尚穩。10/31每日練習步行500公尺操場10圈，步態尚穩。 11/29每週一、三、五皆按時至本院參與復健治療，每日步行操場10圈，步態穩且不須倚賴任何輔具。

三、知識缺失/缺乏與腦中風及糖尿病相關知識之正確訊息 (9/27-12/01)

目標	1. 10/4前可說出腦中風之危險因子三項及糖尿病的致病機轉。 2. 10/11前可說出兩項預防腦中風及三項控制糖尿病的方法。 3. 10/18前能夠正確監測血壓及血糖值。
護理措施	1. 教導腦中風的危險因子為高血壓、高脂血症及糖尿病。 2. 教導糖尿病是由於胰島素耐受性不足所造成，與遺傳有關。 3. 教導規律的生活習慣及控制血糖和預防再度中風之重要性。 4. 教導攝取低膽固醇飲食，如每週攝取2~3顆蛋、減少攝取有殼類海產、動物內臟等。 5. 糖尿病飲食衛教，包括減少碳水化合物食物的攝取(如米飯、麵、麵包、蛋糕)、減少高熱量飲食(如肉類、果汁、汽水等)、減少攝食飽和脂肪(如豬油)。 6. 教導選擇購買適用的血壓計、血糖機及使用方法，以監測其血壓及血糖值。
評值	1. 10/7了解自己中風的危險因子為糖尿病及高膽固醇飲食。 2. 10/12主訴以前愛食肉類，食量大且不知節制，現知道低膽固醇飲食及控制每餐主食量之重要性，說出控制糖尿病須配合飲食控制及藥物治療和適度的運動。 3. 10/17說出以前認為運動就是健康，忽略有糖尿病的遺傳基因，從不注重健康檢查，自覺須重新建立生活習慣，預防再度中風。 4. 10/20購買適合的血壓計及血糖機，主動學習操作流程。 5. 10/21自行監測血壓及血糖，技術操作過程正確並了解血壓及飯前血糖之正常值。
出院追蹤	10/22-12/1個案主訴自行監測血壓及血糖已無困難，進食能定時定量，未有暴飲暴食的情形，在家生活規律，按時服藥且規律運動，血壓為110-130/70-80mmHg及飯前血糖值為95-110mg/dl。

討論與結論

筆者藉由Miller提出的七個力量來源做整體性評估，發現個案因腦中風導致左側肢體協調性及穩定度差，使其對生活缺乏控制力及自信心，而產生無力

感。透過與個案會談與傾聽，給予關懷與鼓勵，引發學習動機，使其積極參與復健治療，促進其肢體功能的恢復，進而提升控制感；並提供與個案健康問題相關之護理措施及疾病有關的知識等，與史(1996)及Miller(2000)提出之專業護

理措施來減輕無力感之論述是一致的。在陪伴復健的過程中，不斷給予鼓勵與希望，使其產生力量與勇氣，正向面對疾病的衝擊，克服障礙，進而產生返回職場的目標，重新尋求人生的意義與價值。其感覺異常情況，筆者與醫師及復健師討論治療情形，然感覺恢復除倚賴藥物減輕其不適之外，尚須仰賴其側肢循環之再生，此乃照護之限制。

個案具有糖尿病及高血脂之危險因子 (Alberts, 2003; Arieson et al., 2003)，卻未及時防患於未然，於壯年發病，而引發無力感，險些迷失人生的方向，此亦是健康專業人員必須深思之議題，例如：落實中年健康檢查之實施等；應建立以大家庭為中心的衛教與追蹤照護模式，提供此類病患家族相關照護，預防中風的發生，如此應可節省醫療社會成本，更可增進病患免於發病與後續漫長復健之苦。

此外，期望藉此護理經驗提供及建議護理同仁，於工作繁忙之餘，考慮其特殊性及情境因素，勿以告誡式口吻教育患者，反而會適得其反，應隨時警覺其無力感之存在，協助正視其無力感，運用適當的調適方法，適時的給予愛與關懷，使其產生信心與希望；另增加出院追蹤可以提供更完整之護理獨特的角色功能，而達全人之照護。

參考文獻

- 史曉寧(1996)·獨居住院老年男性心臟病患無力感之來源和情緒反應之探討·*護理研究*, 4(1), 27-34。
- 行政院衛生署(2006)·臺灣地區95年死因統計結果分析·2007年1月2日取自<http://www.doh.gov.tw/statistic/data衛生統計叢書2/95/>

- 上冊/95年死因統計結果分析.doc
- 胡月娟、蔡麗絲、李和惠(2003)·中風病人的復健護理·*新編復健護理*(263-301頁)·台北：合記。
- 胡月娟(2005)·中風病人的護理·於胡月娟等合著，*慢性病護理學*(四版，184-233頁)·台北：匯華。
- Alberts, M. J. (2003). Genetic epidemiology of ischemic stroke. *Advances in Neurology*, 92, 21-27.
- Arieson, M. J., Claus, S. P., Rinkel, G. J. E., & Algra, A. (2003). Risk factors for intracerebral hemorrhage in the general population. *Stroke*, 34, 2060-2066.
- Braun, S. M., Beurskens, A. J., Van Kroonenburgh, S. M., Demartean, J., Schols, J. M., & Wade, D. T. (2007). Effects of mental practice embedded in daily therapy compared to therapy as usual in adult stroke patients in Dutch nursing homes: design of a randomized controlled trial. *BioMed Central Neurology*, 7(34), 1-13.
- Davidhizar, R. E., & Giger, J. N. (2001). Powerlessness. In M. L. Maas, T. T. Reimer, K. C. Buckwalter, & M. G. Titler. (ed.) *Nursing care of older adults diagnosis, outcome, & intervention*(PP. 679-695), Sydney: Mosby.
- Barter, E. (2002). *Neuroscience Nursing: A spectrum of care*. (2nd, ed), St. Louis: Mosby.
- Miller, J. F. (2000). Patient power resource. In J. F. Miller (ed), *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*(PP. 3-19), Philadelphia : F. A. Davis.
- Schubert, D. S., Taylor, C., Lee, S., Mentari, A., & Tamaklo, W. (1992). Physical consequences of depression in the stroke patient. *General Hospital Psychiatry*, 14, 69-76.



Nursing a Patient with Feelings of Powerlessness after a Stroke

Yu-Fen Huang · Fan-Hao Chou* · Liang-Yueh Lo**

ABSTRACT

A 51-year-old man suffered a stroke, causing physical impairment, seriously impacting his life. This led to feelings of depression, loss of confidence, and feelings of powerlessness. During the patient's hospitalization, the author applied the core concept of Miller's power resource to assess the patient's health condition through observation, interviews, and listening. Applying professional, appropriate nursing care, the author helped the patient face his feelings of powerlessness, encouraged him to express his feelings, enhanced his motivation to participate in a rehabilitation program, improved his confidence to overcome obstacles and powerlessness, and helped him find meaning and value in life. Consequently, he gained power and could care for himself well, and return to his career. This case report provides a reference for nurses taking care of patients with feelings of powerlessness. Professional nursing care was applied to achieve comprehensive care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2009; 8:1, 113-120.)

Key words: stroke, powerlessness, Miller's power resource.

RN, Chung-Ho Memorial Hospital, Kaohsiung Medical University Associate Professor, Kaohsiung Medical University*
Supervisor, Chung-Ho Memorial Hospital, Kaohsiung Medical University**
Received: January 26, 2008 Revised: March 28, 2008 Accepted: May 12, 2008
Address correspondence to: Fan-Hao Chou, No.100, Shiheyan 1st Rd, Kaohsiung 807, Taiwan (R.O.C.)
Tel: 886(7) 3121101 ext. 2602
E-mail: fanhao@kmu.edu.tw