



醫病共享決策

腦中風患者-日常生活功能(ADL)介入模式的選擇

該決策輔助工具(PDA)當前版本針對急性後期整合照顧計畫(PAC)收案之腦中風患者設計，因涉及決策內容與後續日常生活功能訓練之必要性，使用者 MMSE 需 >19 分，且家屬陪同。

醫病共享決策

腦中風患者-

日常生活功能(ADL)介入模式的選擇

認識疾病

腦中風為急性腦血管疾病，主要因腦血流受阻，無法供應腦部氧氣需求，導致中樞神經受損所引發的腦功能障礙。

| 常見症狀 | |
|-------------------------------------|-----------|
| 左腦受損 | 右腦受損 |
| 右側肢體偏癱 | 左側肢體偏癱 |
| 失語症 | 視野缺損 |
| 失用症 | 空間忽略 |
| 溝通障礙 | 衝動及行為問題 |
| 動作計畫障礙 | 洞察及判斷能力不佳 |
| 其他症狀： 吞嚥及構音障礙、體感覺缺損、認知功能缺損、失禁、憂鬱 | |

預後與回復

發病後的回復分為『神經性回復』及『功能性回復』。



神經性回復

- 動作、肌/耐力回復
- 感覺功能回復
- 認知功能回復

專注於受損後神經的回復程度



功能性回復

- 生活自理能力回復
- 活動參與程度回復
- 他人協助程度降低

專注於獨立性及活動參與程度

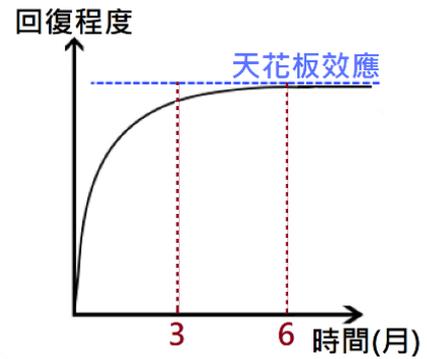
何謂醫病共享 決策？

係以病人為中心的臨床醫療執行過程，目的是讓醫療人員和病人在進行醫療決策前，能夠共享現有的實證醫療結果，結合病人自身的偏好跟價值，提供病人所有可考量的選擇，並由臨床人員和病人共同參與醫療照護，達成醫療決策共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策。

所謂黃金期...

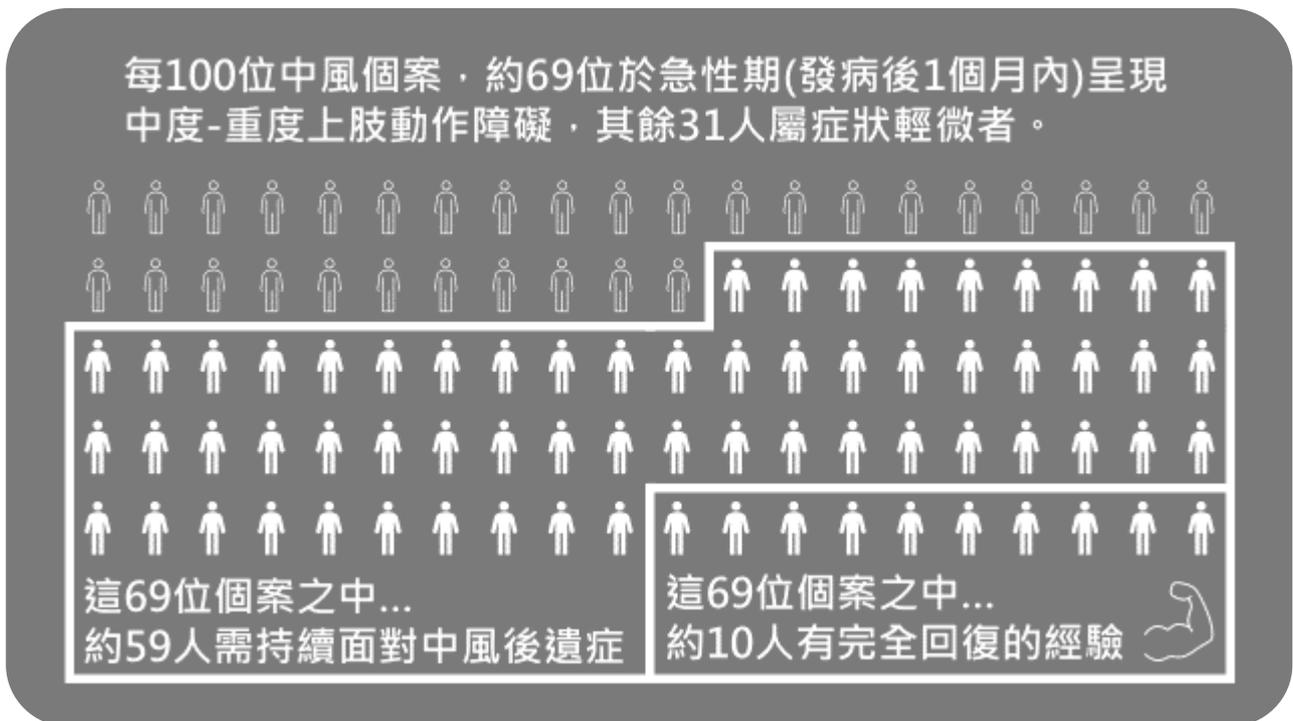
中風後的回復是存在天花板效應的幾何曲線(如右圖)。

- ↑ 發病後初期(0~3個月)：回復相對快速。 **黃金期**
- 中期(3~6個月)：回復速度趨緩。
- ➔ 後期(6個月以後)：回復不明顯，進入『高原期』。



關於中風會不會好？

預後依中風類型、受損腦區、受損程度、個體間差異而有所不同。以上肢動作障礙為例(如下圖)：



依照目前研究成果，仍無法精確推測回復概率，普遍認為中風初期的嚴重程度及年齡高低是影響預後的重要因素，我們將目前已知的預測因子進行統整，您可以參考自身情況與治療師的評估結果來推測復健成效(是否會明顯進步)，詳情如下表：

| | | 顯著進步 | 小幅進步或不顯著 | |
|-----------|------------|-----------|----------|-----------|
| 神經性回復【上肢】 | 出血型 / 阻塞型 | 出血型 | 阻塞型 | |
| | 初期 上肢動作 | 手指 | 可主動伸直 | 只能彎曲/無法控制 |
| | | 肩關節 | 可小幅度外展 | 只能內收/無法控制 |
| | | 整體受損 | 較輕微 | 較嚴重 |
| | 年齡 | 較年輕(< 55) | 較年長(≥55) | |

接續上頁表格

| | | 顯著進步 | | 小幅進步或不顯著 | |
|-----------|---------------------------|---------|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| 六個月獨立行走 | 坐姿平衡 (發病後 72 小時內) | 可獨立維持坐姿 | 98%患者 回復獨立 行走能力 | 無法獨立維持坐姿 超過 30 秒 | 27%患者 回復獨立 行走能力 |
| | 髖/膝/踝自主動作 (發病後 72 小時內) | 出現自主動作 | | 沒有自主動作 | |
| 功能性 回復 | 初期生活自理能力 | 較獨立 | | 較依賴 | |
| | 初期上肢動作缺損 | 較輕微 | | 較嚴重 | |
| | 存在其他慢性診斷 (糖尿病、心臟病...等) | 無 | | 有 | |
| | 失智或認知功能缺損 | 無 | | 有 | |
| | 憂鬱症狀(失去動機) | 無 | | 有 | |
| | 年齡 | 較年輕 | | 較年長 | |

復健與治療

誠如前段所述，中風後的回復可區分為『神經性』及『功能性』，復健療程依照目標的設定亦可分為兩個治療重點，訓練比重可依照個案需求進行調配，有時候也能同時進行：

 動作/認知訓練、感覺再教育

-  ↑ 肌/耐力訓練
- ↑ 粗大/精細動作誘發
- ↑ 姿勢控制、平衡練習

-  ↑ 觸覺/溫度區辨
- ↑ 皮膚觸覺定位
- ↑ 視野訓練/搜索策略

-  ↑ 注意力/記憶力訓練
- ↑ 視覺空間/認知訓練
- ↑ 動作計畫/執行能力訓練

 日常生活 (ADL) 功能訓練

-  ↑ 進食/餐具使用

-  ↑ 如廁 / 清潔
- ↑ 沐浴 / 盥洗

-  ↑ 上 / 下裝穿脫
- ↑ 鞋 / 襪穿脫

-  ↑ 轉/移位練習
- ↑ 輔具使用練習

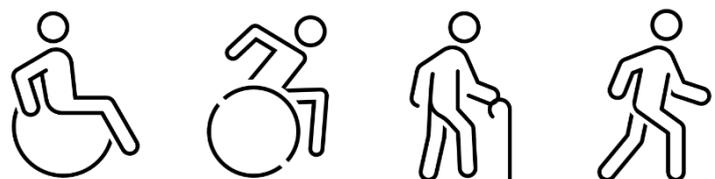
在急性後期整合照顧計畫 (P A C) 中，動作、認知訓練與感覺再教育的介入將持續進行，因患者仍處於回復相對迅速的階段，高強度與高重複性的動作誘發是最基本的內容，但日常生活功能訓練牽涉患者(及家屬)的生活背景、家庭支持度、經濟條件及價值觀...等因素，目標的設定將因人而異。理想上，職能治療師會盡可能提升患者在日常生活活動的獨立性及參與程度，一方面促進身心健康，另一方面能提前為患者返家生活做準備。但實際上，我們仍須考量患者(及家屬)的想法，教育及文化背景的不同，使每個人接受日常生活 (A D L) 功能訓練的意願也有所不同。因此，希望能透過這份問卷邀請您(及您的家人)與我們共同決定接下來 3-6 週的日常生活功能(ADL)介入模式該如何進行。

日常生活功能(ADL)介入模式的選擇

日常生活功能 (A D L) 訓練一直是復健過程中重要的一環。職能治療師透過評估、會談與臨床推理來瞭解患者需求並提供相關訓練內容，介入過程大多由治療師主導，透過持續探索患者的隱性需求來提升其活動參與程度。隨著病人自主意識抬頭及實證醫學進展，一套新型態的介入模式『以個案為中心-日常生活功能介入(CADL)』被提出(2009)，該模式嘗試設立標準的介入流程，盡可能引導患者(及家屬)對於目標設定的積極投入，相較於常規 ADL 訓練，患者被期待表達更多意見、自訂生活作息，並在日常生活中實踐所學之技巧，因此除了復健時間之外，在病房或家中仍要付出心力進行技巧練習。

理想上，我們期待這樣的介入能為患者帶來更好的回復，但由於研究文獻不足，至今仍無法證實兩者在功能性回復及減輕照顧者負擔的成效上能達到顯著差異，這也意味著這些額外付出可能得不到相應的回報，再者，CADL 介入模式有賴於患者(及家屬)的參與，如果醫病雙方無法達成共識或一方落於被動將難以施行。這使得『是否執行 CADL 介入模式』仍存在討論空間。

為了更加詳盡的解釋兩者差異，我們整理了以下相關資訊及實證以供比較，您可以依個人的好惡來選擇『是否將常規 ADL 訓練調整成 CADL 介入模式』。記住，介入模式的決策沒有正確答案，只要該選項能符合您目前的需求就是最合適的決定。



接下來，請根據以下四個步驟，讓我們共同完成這項決定

步驟一、比較每個選項的優點、缺點及您可能需要做的事情

| | 常規 ADL 訓練 (不做調整) | CADL 介入模式 |
|---|--|---|
| 需要做的事  | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 配合療程進行訓練 ➢ 依治療師衛教內容自主安排病房運動時間 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 思考日常生活上的窒礙，並在安全的情況下嘗試解決問題 ➢ 自訂日常生活作息表，並於平日按時執行 ➢ 避免依賴照顧者，盡可能由自己完成活動 |
| 優點  | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 復健療程單純，按時至復健科報到即可 ➢ 患者在病房可自由調整作息，用自己習慣的方式度過 ➢ 家屬可依個人習慣為患者提供協助，安全的情況下無須特別調整執行方式 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 訓練內容涵蓋整個住院過程，較多的 ADL 訓練 ➢ 訓練內容較多元、彈性，可依患者（或家屬）需求進行調整 ➢ 養成問題解決能力，自發性處理日常生活問題 |
| 缺點  | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 病房的活動規劃較彈性，平日的活動量有賴於患者及家屬的自律 ➢ 治療師的判斷可能無法與患者（或家屬）出院需求完全吻合 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 日常生活的執行方式（或家屬的照顧方式）可能被調整，練習過程需要較多的耐心 ➢ 作息固定，時間上的運用會感覺比較死板 ➢ 需要患者(及家屬)主動投入 |
| 日常生活功能訓練於整體復健時間的佔比 (復健以一小時為例) | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 依治療師評估 ➢ 每次佔復健時間 15-30 分鐘 ➢ 無 ADL 訓練需求則全時段(一小時)投入動作、認知...等訓練。 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 治療師與患者討論 ➢ 彈性調整復健時間比重，訓練將持續整個住院過程 ➢ 患者需要在病房依照情境每日持續練習 |
| 其他副作用及風險 | 無 | |
| 功能性回復 | 有效 | 更有效 (未達顯著差異)  |
| 減低照顧負荷 | 無顯著效果 | 無顯著效果 |
| 改善負面情緒 | 無顯著效果 | 有效  |
| 增強社會參與 | 有效  | 有效  |
| 文獻證據等級* | 低 | |

*註記：證據等級為成效參考指標，證據等級越高代表參考價值越高。

步驟二、您選擇 ADL 介入模式時，在意的項目有哪些？在意的程度為何？

| 常規 ADL 訓練 (不做調整) | 比較 接近 ← 一樣 → 比較 接近 | | 比較 接近 | CADL 介入模式 |
|---|--------------------------|---------|----------|---|
| 我目前行動不便，希望住院期間日常生活有他人提供協助。 | < < < < | > > > > | | 我還有部分肢體能動，如果可以，希望最大程度的減少他人協助。 |
| 我希望療程能多著重患側肢體，部分日常生活問題可以等動作回復後再處理。 | < < < < | > > > > | | 我希望療程能包含較多的日常生活功能練習，為出院後生活做準備。 |
| 我有自己的想法，希望能以喜歡的方式規劃病房活動。 | < < < < | > > > > | | 我想跟治療師討論日常生活上的問題，並在病房內練習所學到的策略與技巧。 |
| 出院後家裡有足夠的資源及人力照顧我的生活起居，暫時不用擔心日常生活獨立的問題。 | < < < < | > > > > | | 出院後可能面臨照顧人力的問題，我希望在生活上盡可能獨立以減低照顧需求。 |
| 我對於病後的日常生活暫時沒有想法，希望能由治療師協助 ADL 訓練的內容。 | < < < < | > > > > | | 我對於出院後的生活已有初步的想法，希望能與治療師討論，並共同決定訓練目標。 |
| 我很重視神經性回復訓練是否充足，認為過多的 ADL 訓練會延誤我的動作回復。 | < < < < | > > > > | | 我願意花費時間解決日常生活上的問題，住院期間，ADL、動作及認知...等訓練可以同時進行。 |

步驟三、您對日常生活(ADL)介入模式選項的認知有多少？

1. 復健治療將包含『神經性回復』及『功能性回復』，治療師會根據個案需求調整訓練佔比，兩者可同時進行，不會互相干擾。
 - 對
 - 不對
 - 不確定
2. CADL 介入模式需要患者(及家屬)較密集的參與及自主練習。
 - 對
 - 不對
 - 不確定
3. CADL 介入模式除了復健科的療程外，需自訂的生活作息，並依照作息表於病房自主練習。在安全的情況下，即使照顧者在身旁仍要盡最大的努力獨立完成活動。
 - 對
 - 不對
 - 不確定
4. CADL 介入模式內容係透過治療師與患者(及家屬)共同討論並決定，由患者主導。
 - 對
 - 不對
 - 不確定
5. 常規 ADL 訓練內容係透過治療師的觀察及評估所決定，大多由治療師主導。
 - 對
 - 不對
 - 不確定
6. 比較傳常規 ADL 訓練及 CADL 介入模式的回復成效，目前仍難以證實其存在顯著差異，這代表兩者之間可能效果相當。
 - 對
 - 不對
 - 不確定

步驟四、您現在確認好介入模式了嗎？

我已經確認好想要的日常生活功能(ADL)介入模式，我的選擇：(下列擇一)

- 常規 ADL 訓練(不做調整)
- CADL 介入模式
- 目前還無法做決定

我目前還無法做決定

- 我想要再與主治醫師或職能治療師討論我的決定。
- 我想要再與其他人 (包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者...) 討論我的決定。
- 對於以上復健模式，我想要再瞭解更多，我的問題有：

瞭解更多資訊及資源

台灣腦中風學會 <https://www.stroke.org.tw/GoWeb2/include/index.php>

台灣病人安全資訊網 <https://www.patientsafety.mohw.gov.tw/index.aspx?SiteID=1>

衛生福利部醫病共享決策平台 <https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>

衛生福利部中央健康保險署 <https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>

參考文獻

1. Bertilsson, A. S., Ranner, M., von Koch, L., Eriksson, G., Johansson, U., Ytterberg, C., Guidetti, S., & Tham, K. (2014). A client-centred ADL intervention: three-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(5), 377–391. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.880126>
2. Coulter, A., Stilwell, D., Kryworuchko, J., Mullen, P., Ng, C. & van der Weijden, T. (2013). A systematic development process for patient decision aids. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(S2).
3. Guidetti, S., Eriksson, G., von Koch, L., Johansson, U., & Tham, K. (2020). Activities in Daily Living: The development of a new client-centred ADL intervention for persons with stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Dec(9), 1–12. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1849392>
4. Teasell, R., Hussein, N., Iruthayarajah, J., Saikaley, M., Longval, M., & Viana, R. (2020). Stroke Rehabilitation Clinical Handbook 2020. Clinician's Handbook | EBR SR - Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation. <http://www.ebrsr.com/clinician-handbook>
5. Woodson, A.M. (2007). Stroke. In M.V.Radomski. (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (6th ed., pp. 1001-1041). Lippincott Williams & Wilkins.

【版本】2022 年測試版。更新日期：2022 年 04 月 22 日。每兩年進行一次資訊更新。

【開發人員】呂紹琦、吳俊廷、吳紫瑄

【資料來源】搜尋引擎：Cochrane Library、PubMed。參考書籍：Occupational therapy for Physical Dysfunction *sixth edition*

【經費來源】本工具之發展由國軍花蓮總醫院「醫療事業基金」項下經費支應。經費來源及研發團隊成員與此工具相關醫療選項沒有利益衝突、經濟利益或贊助關係。

【取得最新版本 / 聯絡方式】國軍花蓮總醫院 北埔總院 復健科：03 - 8263151 # 815182