

中風復原期病人復原力及其相關因素之探討

王惠萍¹ 楊建中² 徐秀榮^{3*}

摘要

背景 當面臨突發中風與遺留後遺症之危機時，復原力會影響疾病適應及衝擊的程度，然國內鮮少針對此族群的復原力及相關因素探討。

目的 探討影響中風復原期病人復原力及其相關因素。

方法 採橫斷式、相關性研究設計，採方便取樣以北台灣某地區教學醫院復健住院病房中風病人為研究對象，採結構式問卷，包括：社會支持量表和復原力量表進行資料收集。以描述性、推論性統計、逐步迴歸進行資料分析。

結果 共收案128位中風復原期住院病人，平均年齡 57.2 ± 11.6 歲、男性居多。結果顯示整體復原力為中等程度，整體社會支持與復原力達顯著正相關。年齡、婚姻狀況及整體實質社會支持對復原力之解釋總變異量為25.0%。

結論／實務應用 年齡、婚姻狀況、整體實質社會支持是中風病人復原力重要影響因子。建議臨床醫護人員可透過在職教育訓練提升知識及技能、主動關懷、鼓勵病人學習自我照顧，以增強病人復健動機及信心程度、並藉由跨領域醫療團隊合作及支持性關係，促使疾病恢復及生活因應能力。

關鍵詞： 中風復原期、社會支持、復原力。

前言

腦血管疾病為台灣十大死因第四位（衛生福利部統計處，2017），是成人慢性病中造成患者功能喪失及失能最主要的疾病之一（蔡、曾、王、張、趙，2016；Sadler, Sarre, Tinker, Bhalla, & McKevitt, 2017），多數中風倖存者遺留不同程度的日常生活失能後遺症，以致生活型態被迫改變，患者常因無法接受失能的打擊和回歸以往生活或工作的限制，以及需要依賴他人而感到痛苦不堪（洗、劉、楊，2015；蔡等，2016；Hamzah, 2014）。此外，衛生福利部資料指出2016年腦血管疾病住院醫療支出金額約86億，占有住院醫療費用4.5%，每位中風患者住院醫療成本平均約79,800元，此支出尚不包含出院後療養、照護人力和日常用品等費用，對家庭及社會造成極大負擔（衛生福利部統計處，2017）。

中風失能者在復健過程中需要重新適應、接受和學習建構患肢的功能，還需調適失去自我控制肢體的感覺，許多患者在功能恢復無法達到預期時，會出現失望、無助及適應不良等的負向心理狀況（林玟誼、陳，2015；Hamzah, 2014）。不論是單純透過復健或中西醫結合治療都需要冗長時間，對患者而言是極具壓力的事件，更衝擊其身心狀態（Sarre et al., 2014）。研究指出病人疾病復原的表現與反應，受到個人、家庭、社會文化等影響，家人的支持與其他多方面的協助，是影響病人持續復健的重要因素之一（蔡等，2016）。具良好社會支持或擁有不同支持系統的病人，疾病適應會呈現較佳狀態（林玟誼、陳，2015；蔡等，2016；蕭、王，2012）。

復原力(resilience)是壓力事件適應過程的能力，也是調適壓力的緩衝劑，當個體面臨疾病威脅以及須長期接受治療時，復原力會影響事件所造成的衝

接受刊載：107年6月13日

[https://doi.org/10.6224/JN.201810_65\(5\).08](https://doi.org/10.6224/JN.201810_65(5).08)

¹桃園長庚紀念醫院門診副護理長 ²桃園長庚紀念醫院中醫部助理教授級主治醫師 ³長庚科技大學健康照護研究所助理教授暨林口長庚紀念醫院內科部助理研究員

*通訊作者地址：徐秀榮 33303 桃園市龜山區文化一路261號 電話：(03) 2118999-3207；E-mail：hchsu@gw.cgust.edu.tw

擊程度(劉月敏、謝、駱、馬、張, 2010)。高復原力的個體, 較易從逆境或創傷中復原, 有助於生活適應及維持良好功能(高、陳, 2015; Wagnild & Young, 1993)。同時, 郭、林(2009)指出個人、家庭及社會系統的角色與功能, 對復原力的展現是極具影響力。現況國內針對探討影響中風復原期病人之復原力及相關因素研究仍鮮少。文獻指出中風復原期意旨, 於中風發病後12個月內給予積極治療, 對身體功能具有明顯改善能力(楊惠真、鄭、林、方、丁, 2011)。故本研究目的旨在了解中風復原期病人之社會支持及復原力現況, 並探討影響復原力相關因素, 期許日後能提供臨床健康照護者應用於促進中風病人復原力之參考和提升照護品質, 以協助中風失能者改善功能障礙、調適克服困境及增加獨立生活的能力。

文獻查證

(一) 社會支持概述及中風相關研究

社會支持係指個體經由與重要他人, 或透過不同層級的社會網絡互動, 獲得情緒、訊息、實質性等不同形式的協助及資源, 引發個體產生被他人關心、尊重、被愛的感受(李、程、邱, 2014; 汪、顧、林、魏, 1998), 能預防及降低生活壓力的負面衝擊及偏差行為, 提升個人適應生活的能力, 更可增進身心健康、自我肯定、幸福感受及自我價值(李等, 2014; 黃, 2010; 劉月敏等, 2010)。中風衍生的後遺症對病人情緒來說, 是複雜且易受傷的。研究指出社會支持、家庭功能等會影響中風患者復健的預後及身心功能(林玟誼、陳, 2015; 蔡等, 2016; Karahan et al., 2014)。疾病調適過程中家人的支持、關懷及鼓勵, 能使病人感受到被重視, 增強持續往前邁進的動力(林淑雯、何、張、陳、郭, 2015; 蔡等, 2016)。再者, 醫療團隊整體性照護及給予正向的支持、鼓勵病人說出內心感受, 亦能促使中風個案接受中風事實, 積極投入復健治療, 對於自我照顧能力、肢體活動和疾病壓力都能獲得改善(林玟誼、陳, 2015; 劉芳瑜、汪、陳、楊, 2014; 蔡等, 2016)。由以上文獻論述, 顯見家人及醫療團隊的社會支持, 對中風患者在長期復健與疾病適應過程, 扮演舉足輕重的角色。

(二) 復原力概述與中風相關研究

復原力是正向情緒力量的展現, 可促使個人從困境中恢復, 引領病人抵抗疾病的侵襲、緩衝治療症狀的困擾及減輕壓力、焦慮、憂鬱等負向情緒干擾,

並強化內在力量, 締造生命意義(溫、溫、王、陳, 2013; 劉月敏等, 2010; Loprinzi, Prasad, Schroeder, & Sood, 2011)。文獻指出具復原力特質者, 面對逆境, 較能靈活適應環境變化及採取適切的有效行為, 迅速從挫折中調適恢復(高、陳, 2015; Davis & Asliturk, 2011; Wagnild & Young, 1993)。復原力為慢性疾病預後程度的重要因子, 由於慢性病通常伴隨退化狀態, 照護過程除了適當的治療外, 需特別注意個案適應的行為, 給予所需要的幫助及支持, 能促使積極參與治療, 恢復自我照顧能力(蔡等, 2016; Lemos, Moraes, & Pellanda, 2016)。多數中風患者遺留不同程度身體功能障礙, 持之以恆的復健是改善功能必要途徑(冼等, 2015; 蔡等, 2016; Frost, Weingarden, Zeilig, Nota, & Rand, 2015), 同時也是個體強化成功因應環境問題的能力, 以展現復原力(劉月敏等, 2010)。研究顯示年齡、宗教信仰、及教育程度等與復原力具有顯著差異(楊蕙菱, 2009; 劉萱、邱, 2012; Lemos et al., 2016)。同時, 楊蕙菱(2009)、劉萱與邱(2012)及Schure、Odden和Goins(2013)之研究亦發現活動程度等級, 獨立程度, 日常生活功能及健康狀態與復原力成正相關, 由此說明, 復原力在中風失能者疾病調適過程的影響因子。

(三) 社會支持與復原力相關研究

個人面對危機及創傷性經驗, 其復原歷程及能力, 與個體獨立性、自尊、幽默感與樂觀成熟態度、信仰、家庭支持、社會資源、生活環境等相互影響(曾, 2006; 劉萱、邱, 2012; Rutter, 1985)。中風後失能、漫長的復健歷程, 對年輕患者或老年人都是危機事件。研究指出家庭為患者重要的社會支持主要來源, 提供多種的支持功能, 是復原力形成的重要因子, 當具有支持性的關係者, 更有助病人恢復的能力(林東龍, 2014; 謝, 2008)。Lee等(2015)發現透過醫療環境的支持, 訓練增強中風患者肢體活動及生活自理能力後, 復原力亦會增加。因此, 運用積極正向的復原力特質, 來調適及緩衝疾病所帶來的生活壓力及情緒反應等, 有助於改善個人健康狀況。

方 法

一、研究設計及對象

本研究採橫斷式(cross-sectional study)描述相關性研究設計, 以結構性問卷調查中風復原期病人之基本屬性、社會支持與復原力相關訊息; 採方便取樣

以北台灣某地區教學醫院復健住院病房病人為研究對象，收案條件包括：年滿20歲(含)以上、經醫師診斷為中風12個月內之住院病人、意識清楚、可用國、台語溝通、無智能障礙，並經說明本研究目的後，同意參加及填妥同意書者。排除對象為嚴重失語及無法閱讀、看、寫、畫者、經醫師診斷有精神疾病、罹患癌症或嚴重心、肺疾病者。採用G-Power 3.1.9.2版，設定power .9， α .05，effect size .20，自變項13項，計算所需之樣本數並預估研究參與流失率10%，理想收案數為130人。

二、研究工具

研究工具包含人口學資料、社會支持量表以及復原力量表。為了解量表適用於本研究對象，邀請三位與研究主題相關之臨床及學術界專家，就問卷內容的正確、適用、需要及涵蓋性進行評量與提供意見，並計算問卷專家內容效度指標(content validity index, CVI)，人口學資料：.98，社會支持量表：.97，復原力量表：.99。

(一) 人口學資料

依文獻查證自擬人口學資料包含：性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、居住狀況、吸菸史及疾病特性：中風時間、類型、次數、偏癱部位、以Modified Rankin Scale (MRS) 評估失能程度，MRS是臨床評估腦中風患者活動功能程度簡易的篩選工具，將功能狀態區分為0到6級共有七個不同等級，0級代表沒有症狀，6級代表死亡，等級越高代表失能程度越高，任一等級的改變都有其臨床意義(洗等，2015)。為更深入了解中風個案復原過程主觀感受，以一開放性問題：「中風後，您在復健過程是如何調適？」以收集個案多樣貌想法。

(二) 社會支持量表

採用汪等(1998)發展的「社會支持量表」，包括情緒、訊息、評價、實質性的四項社會支持功能，家人朋友及健康專業人員(如醫師、護理人員)的支持來源，並經原作者同意授權。量表評分是以病人近三個月之主觀感受為主，共16題，以Likert四點計分法測試支持的程度，0分代表沒有支持、1分代表偶爾有支持、2分代表經常有支持、3分代表總是有支持，總分越高，則表示親友及醫護人員的社會支持越好。汪等(1998)評估社會支持量表Cronbach's α 為.95，量表內容效度平均得分4.69分(滿5分)，本研究Cronbach's α 為.94。

(三) 復原力量表

採用Wagnild與Young(1993)中文版復原力量表(Chinese version of the Resilience Scale)測量個體克服逆境的心理特質與能力的程度。分為個人勝任能力(personal competence)、接納自我及生活(acceptance of self and life)兩個因素。包括五個內涵：自我信賴(self-reliance)、堅毅行動(perseverance)、平衡觀點(equanimity)、意義感(purpose)、存在孤獨感(真實感；existential aloneness；authenticity；劉萱、邱，2012；Wagnild, 2016)。共25題，以1-7分Likert計分，總分為25至175分，得分愈高代表復原力愈高。146分-175分為高復原力，表示在困境中回復能力較好；121分-145分為中復原力，表示在困境中回復能力尚可；120分以下為低復原力，表示在困境中回復能力較差(Wagnild & Young, 1993)。量表整體Cronbach's α 值介於.84-.94(Wagnild, 2016)，楊蕙菱(2009)再測信度.71。本研究Cronbach's α 為.91，表示具有良好內在一致性。

三、研究倫理及資料收集過程

本研究經人體試驗倫理委員會審查通過(案號：201601089B0C601)，資料收集過程均由研究員親自說明問卷內容及填答選項的意義，再開始填答。由於本研究對象伴有肢體活動不便，握筆書寫能力受到影響，可自行填寫問卷者，研究員則在旁陪同，若對問卷題目不甚瞭解時，由研究員提供重述及解釋。若遇無法填寫之個案，由研究員逐題唸出，再由個案回答選項，研究員代為勾選後並與之確認，以確保勾選無誤，過程約需30-40分鐘。資料收集期間為2016年11月25日至2017年3月7日。

四、資料分析

使用SPSS 22.0版軟體進行資料分析，描述性統計以次數分配、百分率、平均值、標準差等呈現分佈情形，以獨立樣本 t 檢定(independent t test)、單因子變異數分析(one-way ANOVA)、皮爾森相關係數(Pearson's correlation coefficient)及逐步迴歸法(stepwise regression)進行推論性統計及分析。迴歸分析前進行共線性檢定，變異數膨脹因素(variance inflation factor, VIF) > 10表示有共線性。以分位圖Q-Q圖(quantile-quantile plot, Q-Q plot)檢驗資料常態分佈與否，結果抽樣殘差的累積概率分佈呈現45°一直線之分佈，為在期望常態分配對角線上或附近，判定本

研究對象為來自常態分佈的母體。同時，若自變項為類別變項，則先轉換為虛擬變項(dummy variables)。統計設定顯著意義 $p < .05$ 。

結 果

共130人參與本研究，有2位(1.5%)因訪談過程感到身心疲累，拒絕繼續完成問卷內容，最後共128位完整完成問卷填答之中風復原期病人，有效回應率為98%。

一、研究對象人口學變項及疾病特性分佈

128位之中風復原期病人平均年齡為57.2($SD = 11.6$)歲，以男性97位(75.8%)、已婚者93位(72.7%)最多。疾病特性部分，中風發生平均天數142.5天($SD = 108.9$)，以第一次中風118位(92.2%)、MRS等級以第4級「中重度失能」63位(49.2%)居多，第2級12位和第3級53位共合計65位(表一)。

二、研究對象之社會支持分佈

整體社會支持平均得分為76.94分($SD = 17.78$)，社會支持功能以實質支持20.19分($SD = 4.20$)最高，其次為訊息支持19.52分($SD = 5.53$)，情緒支持19.26分($SD = 5.46$)，評價支持18.82分($SD = 5.32$)為最低。家人親友層面社會支持平均得分為41.52分($SD = 8.83$)，得分最高依序為實質支持11.22分($SD = 1.74$)，情緒支持10.27分($SD = 2.83$)，評價支持10.15分($SD = 2.67$)，訊息支持9.76分($SD = 2.77$)最低。醫護層面社會支持平均得分35.49分($SD = 10.86$)，以訊息支持9.76分($SD = 2.77$)最高，實質支持9.00分($SD = 3.06$)，情緒支持8.98分($SD = 3.26$)，評價支持8.67分($SD = 3.49$)為最低。

三、研究對象之復原力分佈

整體復原力總分平均136.81分($SD = 25.22$)，表示困境中回復的能力屬中等程度。復原力兩項構面：個人勝任能力層面平均得分93.98分($SD = 18.27$)，接納自我與生活層面平均得分42.83分($SD = 8.69$ ；表二)。

四、研究對象之人口學變項與復原力的差異

結果顯示：年齡($F = 8.92, p < .001$)、婚姻狀況($t = -3.85, p < .001$)、居住狀況($t = -2.08, p < .05$)與復原力具有統計顯著差異。疾病特性部分僅MRS失

能等級($t = 2.38, p < .05$)與復原力達統計顯著意義(表一)，其餘變項無顯著差異。

五、研究對象社會支持與復原力相關

結果呈現整體社會支持與整體復原力($r = .36, p < .01$)；其次整體社會支持與復原力兩個構面：個人勝任能力構面($r = .33, p < .01$)、接納自我與生活構面($r = .35, p < .01$)都呈正相關。不同社會支持來源及社會支持功能也與整體復原力、個人勝任能力構面及接納自我與生活構面呈現顯著正相關($p < .05$ ；表三)。意謂社會支持功能愈好、來源越多，整體復原力、接納自我與生活與個人勝任能力也愈好。

六、復原力影響因子

分析步驟中選取與整體復原力有顯著差異或相關的變項進行預測，先將選取變項進行共線性檢定，VIF值1.11–1.15，表示無共線性。結果顯示整體實質社會支持、年齡(≤ 45 歲)及婚姻狀況3個變項進入模式，對整體復原力之調整解釋總變異量(adjusted R^2)為25.0%(表四)。進一步檢視復原力之個人勝任能力及接納自我與生活構面重要預測因子，結果顯示整體實質社會支持、年齡(≤ 45 歲)及婚姻狀況，對個人勝任能力調整解釋總變異量(adjusted R^2)為23.6%($F = 12.84, p < .001$)。整體實質社會支持、年齡(≤ 45 歲)對接納自我與生活構面的調整解釋總變異量(adjusted R^2)20.8%($F = 16.12, p < .001$)。總括上述迴歸分析結果發現整體實質社會支持、年齡、婚姻狀況為復原力具顯著預測因子。

討 論

一、人口學變項、社會支持及復原力之分佈現況

本研究發現人口學變項分佈與國外Frost等(2015)及國內洪、邱、陳、蘇和王(2012)、冼等(2015)、蔡等(2016)中風患者的研究呈現相似結果。推估原因為本研究收案場所為慢性復健住院病房，現行醫療制度，為改善中風患者失能程度，經醫師評估符合住院復健適應症之中風後1年內的失能者，出院後可再住院接受治療。另外，具有復健潛能之MRS 2至4級中風病人，可選擇參與衛生福利部中央保險署腦中風急性後期照護試辦計畫，接受6至12週積極、高強度復健之住院整合照護方案有關(冼等，2015)。因此，本研究對象中風時間180天以上達43%、MRS以第4級「中重度失能」為多。

表一

中風復原期病人基本人口學、疾病特性分佈與復原力差異 ($N = 128$)

變項	人數 (%)	$M \pm SD$	t/F 值	Scheffe
年齡 (歲)		57.2 ± 11.6	8.92***	③, ② > ①
① 45 以下	20 (15.6)	38.8 ± 5.3		
② 45-65	80 (62.5)	56.7 ± 5.8		
③ 65 以上	28 (21.9)	72.0 ± 6.4		
性別			0.43	
男	97 (75.8)			
女	31 (24.2)			
教育程度			0.68	
國中 (含) 以下	50 (39.1)			
高中專科	50 (39.1)			
大學 (含) 以上	28 (21.9)			
宗教信仰			-1.39	
無	24 (18.8)			
有	104 (81.2)			
婚姻狀況			-3.85***	
獨身 (未婚、喪偶、離婚)	35 (27.3)			
已婚	93 (72.7)			
居住狀況			-2.08*	
配偶及子女居住 ^a	97 (75.8)			
其他居住模式 ^b	31 (24.2)			
吸菸			1.19	
無	82 (64.1)			
有	46 (35.9)			
中風時間 (天)		142.5 ± 108.9	0.92	
90 以下	58 (45.3)	43.4 ± 20.4		
90-180	27 (21.1)	140.9 ± 26.9		
180 以上	43 (33.6)	277.2 ± 52.7		
中風次數			0.55	
1 次	118 (92.2)			
2 次以上	10 (7.8)			
中風類型			0.62	
缺血型	67 (52.3)			
出血型	61 (47.7)			
偏癱位置			2.91	
左側肢體	66 (51.6)			
右側肢體	57 (44.5)			
雙側肢體	3 (2.3)			
其他	2 (1.6)			
MRS 等級			2.38*	
第 2 及 3 級輕中度失能	65 (50.8)			
第 4 級中重度失能	63 (49.2)			

註：MRS = Modified Rankin Scale。

^a配偶及子女居住：共同居住對象為配偶、子女；^b其他居住模式：含獨居、與兄弟姊妹、朋友、父母居住一起等。* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

表二

中風復原期病人之復原力得分情形 ($N = 128$)

項 目	平均數	標準差	最大值	最小值	排序
復原力得分	136.81	25.22	175	58	
(一) 個人勝任能力層面	93.98	18.27	119	43	
1. 當我訂了計畫以後就照計畫做	5.69	1.70	7	1	5
2. 我經常能找到某種方式將問題解決	5.27	1.90	7	1	14
3. 我依靠自己更甚於依靠他人	5.74	1.76	7	1	3
4. 對我而言，對事物保持興趣是很重要的	5.99	1.50	7	1	2
5. 如果有必要，我可以獨立自主	6.13	1.39	7	1	1
6. 在我的生活中我為我所完成的事情感到驕傲	5.61	1.69	7	1	10
9. 我覺得，我可以同時處理很多事情	4.68	2.11	7	1	17
10. 我是個果決的人	4.93	2.04	7	1	16
13. 因為我以前遭遇過困難，所以我能渡過後來的難關	5.65	1.67	7	1	7
14. 我有自制力	5.41	1.83	7	1	13
15. 我對事物保持興趣	5.57	1.51	7	1	11
17. 我的自我信念〈相信自己的能力〉使我渡過難關	5.63	1.64	7	1	8
18. 在危急時刻，我通常是別人可以依賴的對象	5.14	1.83	7	1	15
19. 我經常用不同的角度看事情	5.62	1.65	7	1	9
20. 有時我會要自己去做一些事情，不管我想或不想做 (在艱困的時刻，我能堅持下去)	5.66	1.67	7	1	6
23. 當我處於困境時，我通常可以自己找到出路	5.53	1.66	7	1	12
24. 大部份的時候我有足夠的精力去做我該做的事	5.73	1.56	7	1	4
(二) 接納自我與生活層面	42.83	8.69	56	15	
7. 我通常能接受發生的事情而不受影響	4.70	1.96	7	1	8
8. 我是自己的朋友(獨處時，也可以過得快樂)	5.09	2.04	7	1	7
11. 我很少疑惑自己在做什麼(我的生活有目標)	5.39	1.87	7	1	4
12. 面對問題時，我一步一步地解決而不是想一次全部解決	5.48	1.82	7	1	2
16. 我經常可以發現好笑的事	5.48	1.78	7	1	3
21. 我的生活有意義	5.38	1.87	7	1	5
22. 我不會花太多心思在我無力改變的事情上	5.33	2.02	7	1	6
25. 如果有人不喜歡我，沒有關係	5.98	1.52	7	1	1

表三

中風復原期病人社會支持與復原力相關性 ($N = 128$)

變項	復原力總分	個人勝任能力構面	接納自我與生活構面
社會支持整體構面	.36**	.33**	.35**
情緒支持	.32**	.30**	.30**
訊息支持	.22*	.21*	.20*
評價支持	.30**	.28**	.27**
實質支持	.44**	.41**	.42**
家人親友構面	.33**	.31**	.30**
情緒支持	.28**	.27**	.25**
訊息支持	.22*	.22*	.20*
評價支持	.30**	.28**	.27**
實質支持	.39**	.36**	.38**
醫護構面	.32**	.29**	.33**
情緒支持	.29**	.27**	.28**
訊息支持	.22*	.21*	.20*
評價支持	.22*	.21*	.20*
實質支持	.38**	.35**	.36**

* $p < .05$. ** $p < .01$.

表四

基本屬性、社會支持與整體復原力之多元迴歸分析 ($N = 128$)

預測變項	原始迴歸係數 (B)	標準誤	標準化迴歸係數 (β)	t	VIF
常數	90.95	10.83		8.40	
整體實質支持	2.01	0.51	0.34	3.93***	1.14
年齡 (≤ 45 歲)	-13.42	5.82	-0.20	-2.31*	1.15
婚姻	9.71	4.79	0.17	2.03*	1.11
R	0.52				
R^2	0.27				
Adjusted R^2	0.25				
F	13.91***				

註：VIF = variance inflation factor。

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

社會支持功能以實質支持最高、評價支持最低。與李等 (2014) 評價支持最高和汪等 (1998) 情緒支持最高之研究結果不同。可能與本研究對象因中風後合併有大小便失禁、吞嚥困難或無法獨立行走以及無家人照顧等，需額外聘請看護員、增購尿布或管灌食品及輔具等經濟相關因素，此外，住院期間，原本的工作也會受到影響甚至暫停，經濟來源受到影響，而中風後肢體功能的恢復並非一蹴可及，不管是經濟能力佳或差者，都會產生額外花費。因此，實質性的支持或資源的協助也就成為最能感受到的助力，此外，研究對象的金錢助力來源主要由家人所供應，故實質的支持功能以家人親友最高。再者，由於中風後肢體活動變差及吞嚥困難等狀況，易發生跌倒、噎食等問題。臨床醫護人員為提升患者自我照護能力及預防傷害，會藉由不同型式的護理衛教如口頭提醒、交付衛教單張或手冊、海報張貼等方法，提供病人和家屬中風的注意事項，因此，醫護層面支持以訊息支持功能較高。許多研究對象提及，對於疾病及復健治療方式雖然有很多個人的想法及意見，但在醫療行為的限制及家人期待下，大多是採配合態度執行，以致本研究在評價支持功能感受較低。

本研究對象復原力得分低於楊蕙菱 (2009) 和 Wagnild 和 Young (1993) 以一般社區民眾年齡分佈相仿的研究對象，可能原因為本研究對象平均年齡 57.2 歲，處於中年期階段，是社會的中流砥柱，也是家裡主要經濟來源，不論是在工作或家庭都需承擔重大責任。周和黃 (2007) 指出當發展受到個人健康、體力的限制或學習能力減緩等因素，則會出現停滯的危機。故推測本研究對象在面臨突如其來的疾病及肢體功能受損失能的危機下，以致對個人勝任能力及接納

自我與生活產生疑惑，因此復原力得分較年齡相仿的一般社區年長者低。而本研究對象得分高於 Lemos 等 (2016) 探討缺血性心臟病患者復原力得分，推論可能原因為心肌梗塞為一個極具生命威脅且會隨時復發的疾病，許多心肌梗塞的病人對於疾病變化與生活充滿著不確定感，尤其是經歷急性危險期過後更為明顯 (林淑雯等，2015)。中風雖也是突發疾病，隨著醫療發展，中風致死率逐年下降 (蕭、王，2012)，中風後遺症亦可經由疾病治療及復健等方式改善，故推估中風復原期住院病人相較於心肌梗塞住院病人有較高之復原力。

二、研究對象人口學變項與復原力的差異及影響因子

本研究結果呈現中風復原期病人年齡愈高，復原力愈好，與 Cohen、Baziliansky 和 Beny (2014) 及 Sull、Harland 和 Moore (2015) 於復原力研究結果一致。同時本研究也發現年齡為復原力顯著預測因子，可能原因為本研究對象年齡層介於 31 歲至 88 歲，橫跨不同世代，研究期間接觸許多年長者提及以往的生活都曾經歷過艱難的困境，其過程必須要有堅毅不拔的韌性方能渡過；而研究過程中所接觸之年輕中風患者，未婚者多，工作時間較短，生活挫折也較年長者少。對於突如其來的肢體功能受損及身體心像的改變，短時間難以接受，日常生活顯得較依賴，復健動機也較低落，甚至出現「過一天，是一天」自我放棄的想法及行為。謝 (2008) 指出復原力是一種克服生活挑戰的能力，同時也是挑戰與反應危機的耐久力、自我導正和成長的主動過程，復原力的發展除了是與生俱來的特質，後天的學習也是影響原因之一 (唐、王、Berry、陳，2013；曾，2006；Chaudhary

& Chadha, 2014)。隨著年齡增長人生歷練及經驗較多，相較於年輕者顯得較為成熟穩重，看待生活事物的面向也較為寬廣，當面臨逆境時，復原力被激發，較能以正向態度因應，因此，不同年齡面對壓力和生活觀點的呈現也就有所差異。

本研究亦發現已婚者及與配偶、子女共同居住者呈現較高之復原力，且婚姻狀況為復原力及個人勝任能力構面顯著預測因子，與楊蕙菱(2009)、Lemos等(2016)和Ma等(2013)之研究結果不一致，分析可能原因為研究對象疾病狀態、人口學屬性不同，導致在疾病的復原過程，親友所能給予的支持層面及程度不同有關。Ma等(2013)研究對象為早期腎病變患者，推估其生活功能相較本研究對象佳，本研究對象因中風後肢體功能障礙，日常生活及起居飲食需要有較多他人的協助；同時本研究也發現已婚者相較單身者，會有較多來自家人親友的照顧、支持及關懷鼓勵，關係也較為親密。有配偶或子女照顧的個案相較其他照顧者之個案，對現存身體功能、復健成效及接受其他輔助治療呈現較高的接受心態，甚至未來工作、生活規劃也有相似現象。呼應Hamzah(2014)之研究結果「具配偶與子女支持的患者，執行獨立性功能動機較強」。此外，也與林玟誼、陳(2015)和蔡等(2016)的研究發現中風病人家庭功能良好者，在疾病認知、主觀感受、自我價值和疾病預後均呈現較佳的結果，有異曲同工之處。謝(2008)也指出個人對困境的適應會受家庭和社會系統的互動影響，具有支持性關係者，能有助恢復的能力，由此可見，婚姻狀態可協助個人面對生活困境的勇氣及增進勝任的能力，同時也更突顯出支持系統對個案復原力的影響。

此外，MRS等級愈高代表肢體功能愈差，日常生活活動需他人輔助較多，復原力呈現較低狀態，呼應了Schure等(2013)、楊蕙菱(2009)及劉萱、邱(2012)以老年人為研究對象探討日常生活功能、健康狀態與復原力呈現正相關之研究結果。

三、研究對象之社會支持、復原力及影響因子

本研究結果顯示社會支持不同的來源及支持功能與復原力都達顯著正相關，意指不同來源及所給予的社會支持功能愈多，復原力愈高。與Sadler等(2017)、Lossnitzer等(2014)於社會支持與復原力呈顯著正相關研究結果相同。Sarre等(2014)以系統性回顧針對近年中風病人復原力質性研究也發現，在逆

境情況下，社會支持及多方的資源，均能促使復原力增加。

社會支持功能以整體實質功能為復原力之顯著預測因子。對於多數中風失能者來說，冗長的復健，促使既有的工作型態、家庭生活及經濟來源隨之改變。在這樣的情況下，社會支持就顯得十分重要。許多研究對象曾提及，這段時間所幸有家人提供金錢支助和照顧日常生活；其他親朋好友也會在夜間或星期例假日到病房探視關心，準備飲食或具有意義的物品激勵病人，藉由實質的行動展現關懷行為。同時住院中的病友彼此常透過一起做復健的時間，互相分享成功經驗及出院返家後照護方式。此外，醫護人員、復健治療師、社工師、轉介師等亦提供多項的協助，如疾病及身體照護、合宜的治療方針、社會資源訊息提供等，著實讓研究對象感到備受關懷及支持，不但可降低病人焦慮與增加安全感，對疾病及生活較能正向因應。與溫等(2013)、蔡等(2016)及Lemos等(2016)指出面臨危機狀態時，不同的社會支持系統如醫療團隊及家人朋友給予的支持、長期關心及足夠訊息，不僅可引導疾病適應過程呈現較佳狀態，有助於身體功能的恢復，並可提供正能量，而增加復原力的結果相雷同，故社會支持對於中風復原期病人之復原過程是不容小覷的影響因子。

結論與建議

由本研究結果得知，年齡、婚姻狀況、整體實質社會支持是復原力重要影響因子。對於需長期復健的中風病人而言，中風後的失能易使個人生命陷入困境。多數的病人除了要接受身體心像的改變外，對於原有的生活模式也需要重新調整及修正，以因應生理、心理或社會等各層面之衝擊。復原力為一動態過程，會隨著疾病歷程、學習狀態、年紀增長和支持性關係而增加，復健過程中，家人朋友、醫療人員、社會資源及環境的支持，是激發病人希望，維持動力及促進個人面對困境的重要調節因素。因此，建議臨床醫護人員除透過在職教育訓練提升知識及技能外，另可藉由主動關懷，鼓勵病人學習自我照顧，運用跨領域的醫療專業團隊合作、長期照護資源、病友座談會或組織等，秉持以家庭為中心的照護理念，透過加強支持性關係，增強中風病人學習動機及信心，提升中風患者的復原力。

再者，收案過程中，發現研究對象對中風的衝擊以及復健歷程和未來生活的因應，有不同的行

為、思想及情緒反應和個人寶貴經驗，而本研究僅以量性研究呈現，建議未來可以質性研究方式深入探討中風復原期病人個人勝任能力及接納自我與生活因應能力。

研究限制

本研究僅以北台灣某地區醫院的中風復原期病人為研究對象，因選樣過程符合收案條件且願意參加者以男性居多，女性個案參加意願低，造成男女性別比例差異大，易產生選樣偏差，以致無法推論至其他地區之中風復原期病人。此外，採橫斷式研究，只探討中風12個月內住院病人社會支持和復原力之相關，並未追蹤其後續的改變情形，故無法推論研究對象在不同時間改變狀態。故未來研究可增加不同區域、樣本數或採縱貫性研究，深入探討影響病人復原力過程變化趨勢，將可提升研究結果之貢獻。

參考文獻

- 李雅萍、程敏華、邱雅芳(2014)·脊髓損傷個案之社會支持程度及相關因素探討·*醫務管理期刊*，15(1)，1-16。[Lee, Y. P., Cheng, M. H., & Chiou, Y. F. (2014). The study of social support level and effects in persons with spinal cord injury. *Journal of Healthcare Management*, 15(1), 1-16.] [https://doi.org/10.6174/jhm2014.15\(1\).1](https://doi.org/10.6174/jhm2014.15(1).1)
- 汪素敏、顧乃平、林幸台、魏 崢(1998)·心臟移植術後病人症狀困擾社會支持與自我照顧行為相關之探討·*護理研究*，6(1)，4-18。[Wang, S. M., Ku, N. P., Lin, H. T., & Wei, J. (1998). The relationships of symptom distress, social support and self-care behaviors in heart transplant recipients. *Nursing Research (Taiwan)*, 6(1), 4-18.] <https://doi.org/10.7081/NR.199802.0004>
- 洗鴻曦、劉文欽、楊儀華(2015)·有效提升中風患者的日常生活功能—急性後期照護之成效分析·*台灣老年醫學暨老年學雜誌*，10(3)，159-171。[Hsien, H. H., Liou, W. C., & Yang, Y. H. (2015). Post-acute care improves daily activity functions of stroke patients: An effectiveness analysis. *Taiwan Geriatrics & Gerontology*, 10(3), 159-171.]
- 周玉慧、黃朗文(2007)·中年生活感受與憂鬱之關係：以情緒支持為中介·*人文及社會科學集刊*，19(4)，439-471。[Jou, Y. H., & Huang, L. W. (2007). Midlife perceptions and depression: The mediating role of emotional support. *Journal of Social Sciences and Philosophy*, 19(4), 439-471.] <https://doi.org/10.6350/JSSP.200712.0439>
- 林東龍(2014)·從男子氣概分析男性口腔癌存活者的韌性形成過程·*臺大社會工作學刊*，30，139-185。[Lin, D. L. (2014). The resilience of male oral cancer survivors: the masculinity perspective. *NTU Social Work Review*, 30, 139-185.] <https://doi.org/10.6171/ntuswr2014.30.04>
- 林玟誼、陳秋曲(2015)·一位復健期腦中風病人因應疾病過程之護理經驗·*高雄護理雜誌*，32(3)，55-65。[Lin, W. Y., & Chen, C. C. (2015). The nursing experience in caring for a stroke patients with coping the disease process during the rehabilitation period. *The Kaohsiung Journal of Nursing*, 32(3), 55-65.] <https://doi.org/10.6692/KJN-2015-32-3-6>
- 林淑雯、何秀玉、張兆香、陳佩英、郭素青(2015)·運用不確定感理論於一位初次心肌梗塞病人的護理經驗·*高雄護理雜誌*，32(3)，66-77。[Lin, S. W., Ho, H. Y., Chang, C. H., Chen, P. Y., & Kuo, S. C. (2015). The nursing experience for a patient with acute myocardial infarction by applying uncertainty theory. *The Kaohsiung Journal of Nursing*, 32(3), 66-77.] <https://doi.org/10.6692/KJN-2015-32-3-7>
- 洪啟偉、邱偉嘉、陳岑佩、蘇世斌、王嘉聲(2012)·中老年腦梗塞與年輕人腦梗塞之流行病學與臨床表現之比較·*台灣家庭醫學雜誌*，22(4)，198-210。[Hung, C. W., Chiu, W. C., Chen, C. P., Su, S. B., & Wang, C. S. (2012). Comparison of epidemiology and clinical manifestations in senile stroke with young stroke. *Taiwan Journal of Family Medicine*, 22(4), 198-210.] <https://doi.org/10.7023/TJFM.201212.0198>
- 唐善美、王瑞霞、Berry, D.、陳美芳(2013)·青少年復原力概念分析：以第1型糖尿病青少年為例·*志為護理—慈濟護理雜誌*，12(2)，58-65。[Tang, S. M., Wang, R. H., Berry, D., & Chen, M. F. (2013). Concept analysis of resilience in adolescence: A case of adolescent with type 1 diabetes. *Tzu Chi Nursing Journal*, 12(2), 58-65.]
- 高琳雅、陳秀蓉(2015)·血液透析患者在不同透析期間下資源流失、復原力與疾病因應間的關連·*中華心理衛生學刊*，28(2)，221-255。[Gao, L. Y., & Chen, H. J. (2015). Exploring the association of resources loss, resilience, and disease coping of hemodialysis survivors under various time durations. *Formosa Journal of Mental*

- Health*, 28(2), 221–255.]
- 郭孟瑜、林宏熾(2009)·中途失明成人復原力展現歷程暨運作模式之建構·*特殊教育研究學刊*, 34(3), 47–80。[Kuo, M. Y., & Lin, H. C. (2009). The construction of working models for the capacity for resilience in adults with acquired blindness. *Bulletin of Special Education*, 34(3), 47–80.] <https://doi.org/10.6172/BSE200911.3403003>
- 曾文志(2006)·復原力保護因子效果概化之統合分析·*諮商輔導學報：高師輔導所刊*, 14, 1–35。[Tseng, W. C. (2006). A meta-analysis of effect generalizations of protective factors of resilience. *Journal of Counseling & Guidance*, 14, 1–35.] <https://doi.org/10.6308/JCG.14.01>
- 黃寶園(2010)·社會支持在壓力反應歷程中的中介效果·*中華心理衛生學刊*, 23(3), 401–436。[Huang, B. Y. (2010). The mediatory effect of social support in the stress-response process. *Formosa Journal of Mental Health*, 23(3), 401–436.] <https://doi.org/10.30074/CJMH.201009.0003>
- 楊惠真、鄭讚源、林四海、方志琳、丁增輝(2011)·不同照顧場所之中風失能老人復健照護利用及其長期照護政策意涵·*健康管理學刊*, 9(1), 1–16。[Yang, H. C., Cheng, T. Y., Lin, S. H., Fang, C. L., & Ting, T. H. (2011). Utilization of outpatient rehabilitation for disabled elderly stroke patients in different care settings and its implications for long-term care policy. *Journal of Health Management*, 9(1), 1–16.] <https://doi.org/10.29805/JHM.201106.0001>
- 楊蕙菱(2009)·老年癌症患者憂鬱症狀、自尊、復原力及其相關因素探討(未發表的碩士論文)·臺北市：臺北醫學大學護理學系研究所。[Yang, H. L. (2009). *Depressive symptoms, self-esteem, resilience and related factors among older adults with cancer* (Unpublished master's thesis). Taipei Medical University, Taiwan, ROC.]
- 溫雅蘭、溫千慧、王桂芸、陳金彌(2013)·癌症病人的復原力及其護理處置·*護理雜誌*, 60(2), 93–96。[Wen, Y. L., Wen, C. H., Wang, K. Y., & Chen, C. M. (2013). Resilience in cancer patients and related nursing interventions. *The Journal of Nursing*, 60(2), 93–96.] <https://doi.org/10.6224/JN.60.2.93>
- 劉萱、邱啟潤(2012)·長照機構之老年住民復原力及其相關因素探討·*護理暨健康照護研究*, 8(3), 179–190。[Liu, X., & Chiou, C. J. (2012). The resilience of elderly residents in long-term care facilities and related factors. *Journal of Nursing and Healthcare Research*, 8(3), 179–190.] <https://doi.org/10.6225/JNHR.08.3.179>
- 劉月敏、謝湘俐、駱敏淑、馬麗卿、張宏哲(2010)·血液透析患者的復原力與社會支持·*臺灣腎臟護理學會雜誌*, 9(1), 33–43。[Liu, Y. M., Hsieh, H. L., Luo, M. S., Ma, L. C., & Chang, H. J. (2010). The resilience and social support systems for hemodialysis patients. *Journal of Taiwan Nephrology Nurses Association*, 9(1), 33–43.]
- 劉芳瑜、汪文華、陳嘉珮、楊碧枝(2014)·照顧一位缺血性腦中風病人之護理經驗·*源遠護理*, 8(2), 48–55。[Liu, F. Y., Wang, W. H., Chen, C. P., & Yang, P. C. (2014). Nursing experience on the care of patient diagnosed with ischemic stroke. *Yuan-Yuan Nursing*, 8(2), 48–55.] [https://doi.org/10.6530/YYN.2014.8\(2\).08](https://doi.org/10.6530/YYN.2014.8(2).08)
- 蔡惠如、曾詩蘋、王守玉、張瑛瑛、趙玉環(2016)·探討首次腦中風病人初期之調適過程·*護理雜誌*, 63(2), 103–112。[Tsai, H. J., Tseng, S. P., Wang, S. Y., Chang, Y. Y., & Chao, Y. H. (2016). Exploring the primary adaptation process of first-ever stroke patients. *The Journal of Nursing*, 63(2), 103–112.] <https://doi.org/10.6224/JN.63.2.103>
- 衛生福利部統計處(2017, 12月28日)·105年度全民健康保險醫療統計年報·取自<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/np-3717-113.html> [Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, Taiwan, ROC. (2017, December 28). *2016 national health insurance annual statistics*. Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/np-3717-113.html>]
- 蕭如宜、王蓉敏(2012)·重建腦中風病患身體心像之護理經驗·*志為護理—慈濟護理雜誌*, 11(3), 87–98。[Hsiao, R. Y., & Wang, R. M. (2012). A nursing experience on restoring body image of a stroke patient. *Tzu Chi Nursing Journal*, 11(3), 87–98.] <https://doi.org/10.6974/TCNJ.201206.0087>
- 謝美娥(2008)·離婚女性單親家長復原力的初探·*東吳社會工作學報*, 18, 1–33。[Hsieh, M. O. (2008). Resilient experiences of divorced single mothers. *Soochow Journal of Social Work*, 18, 1–33.] <https://doi.org/10.29734/SJSW.200806.0001>
- Chaudhary, N., & Chadha, N. (2014). Resilience: The power to recover from adversities. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(7), 43–45.

- Cohen, M., Baziliansky, S., & Beny, A. (2014). The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: An exploratory cross-sectional study. *Journal of Geriatric Oncology*, 5(1), 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2013.07.009>
- Davis, C. G., & Asliturk, E. (2011). Toward a positive psychology of coping with anticipated events. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 52(2), 101–110. <https://doi.org/10.1037/a0020177>
- Frost, Y., Weingarden, H., Zeilig, G., Nota, A., & Rand, D. (2015). Self-care self-efficacy correlates with independence in basic activities of daily living in individuals with chronic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 24(7), 1649–1655. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.03.054>
- Hamzah, A. (2014). Strengthening of health locus of control could increase the independence of post stroke patients in implementing the daily activities at home. *Journal of Nursing & Care*, 3(2), 152. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000152>
- Karahan, A. Y., Kucuksen, S., Yilmaz, H., Salli, A., Gungor, T., & Sahin, M. (2014). Effects of rehabilitation services on anxiety, depression, care-giving burden and perceived social support of stroke caregivers. *Acta Medica*, 57(2), 68–72. <https://doi.org/10.14712/18059694.2014.42>
- Lee, Y. C., Yi, E. S., Choi, W. H., Lee, B. M., Cho, S. B., & Kim, J. Y. (2015). A study on the effect of self bedside exercise program on resilience and activities of daily living for patients with hemiplegia. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 11(1), 30–35. <https://doi.org/10.12965/jer.140159>
- Lemos, C. M., Moraes, D. W., & Pellanda, L. C. (2016). Resilience in patients with ischemic heart disease. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 106(2), 130–135. <https://doi.org/10.5935/abc.20160012>
- Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & Sood, A. (2011). Stress management and resilience training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: A pilot randomized clinical trial. *Clinical Breast Cancer*, 11(6), 364–368. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2011.06.008>
- Lossnitzer, N., Wagner, E., Wild, B., Frankenstein, L., Rosendahl, J., Leppert, K., ... Schultz, J. H. (2014). Resilience in chronic heart failure. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139(12), 580–584. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1369862>
- Ma, L. C., Chang, H. J., Liu, Y. M., Hsieh, H. L., Lo, L., Lin, M. Y., & Lu, K. C. (2013). The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease. *The Scientific World Journal*, 2013, Article ID 124973. <https://doi.org/10.1155/2013/124973>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Sadler, E., Sarre, S., Tinker, A., Bhalla, A., & McKevitt, C. (2017). Developing a novel peer support intervention to promote resilience after stroke. *Health and Social Care in the Community*, 25(5), 1590–1600. <https://doi.org/10.1111/hsc.12336>
- Sarre, S., Redlich, C., Tinker, A., Sadler, E., Bhalla, A., & McKevitt, C. (2014). A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: Lessons for the study of resilience. *Disability and Rehabilitation*, 36(9), 716–726. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.814724>
- Schure, M. B., Odden, M., & Goins, R. T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The native elder care study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 20(2), 27–41. <https://doi.org/10.5820/aian.2002.2013.27>
- Sull, A., Harland, N., & Moore, A. (2015). Resilience of health-care workers in the UK: A cross-sectional survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 10, 20. <https://doi.org/10.1186/s12995-015-0061-x>
- Wagnild, G. M. (2016). *The resilience scale user's guide version 3.33*. Worden, MT: Resilience Center.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.

Exploring Resilience and Related Factors Among Patients With Stroke in the Recovery Stage

Hui-Ping WANG¹ • Chien-Chung YANG² • Hsiu-Chin HSU^{3*}

ABSTRACT

Background: Resilience is known to affect the degree to which individuals adapt to the impact of stroke and its sequelae. However, few studies have examined resilience and related factors among stroke patients in Taiwan.

Purpose: To explore resilience and related factors among stroke patients in the recovery stage.

Methods: A cross-sectional and correlational study design was adopted. Convenience sampling was employed to recruit participants from the rehabilitation inpatient wards of a regional teaching hospital in northern Taiwan. A structured questionnaire, including the social support scale and the Chinese version of the resilience scale, was used for data collection. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics and stepwise regression analysis.

Results: A total of 128 stroke recovery in-patients who averaged 57.2 ± 11.6 years of age and were predominantly male were recruited. The results of this study showed that the global resilience of participants was moderate and that a significantly positive correlation existed between global social support and resilience. Age, marital status, and global tangible social support accounted for 25.0% of the total variation in resilience.

Conclusions/Implications for Practical: Age, marital status and global tangible social support were identified as the crucial predictive factors of resilience in stroke patients. The results support the recommendation that healthcare providers should acquire advanced knowledge and skills through in-service education, proactive caring, and encouraging patients to learn self-care in order to enhance rehabilitation motivation and confidence levels and subsequently promote disease recovery and the ability to adapt to life through cross-disciplinary medical team cooperation and supportive relationships.

Key Words: stage of stroke recovery, social support, resilience.

Accepted for publication: June 13, 2018

¹MS, RN, Assistant Head Nurse, Department of Nursing, Taoyuan Chang Gung Memorial Hospital; ²PhD, MD, Attending Physician and Assistant Professor, Department of Traditional Chinese Medicine, Taoyuan Chang Gung Memorial Hospital; ³PhD, RN, Assistant Professor, Graduate Institute of Health Care, Chang Gung University of Science and Technology, and Assistant Research Fellow, Department of Internal Medicine, Linko Chang Gung Memorial Hospital.

*Address correspondence to: Hsiu-Chin HSU, No. 261, Wenhua 1st Rd., Guishan District, Taoyuan City 33303, Taiwan, ROC. Tel: +886 (3) 211-8999 ext. 3207; E-mail: hchsu@gw.cgust.edu.tw

引用格式 王惠萍、楊建中、徐秀樑(2018)·中風復原期病人復原力及其相關因素之探討·護理雜誌, 65(5), 56-67。
[Wang, H. P., Yang, C. C., & Hsu, H. C. (2018). Exploring resilience and related factors among patients with stroke in the recovery stage. *The Journal of Nursing*, 65(5), 56-67.] [https://doi.org/10.6224/JN.201810_65\(5\).08](https://doi.org/10.6224/JN.201810_65(5).08)