

前言

根據衛生福利部統計資料顯示，腦血管疾病為十大死因第五名，死亡率為 53.2% (衛生福利部統計處，2022)。當病人發生突發性腦中風，立即給予血栓溶解劑或手術可降低其死亡率，然而病人仍會因出現肢體偏癱或失能，不僅引發病人負面情緒對應情緒後續長期照護更可能造成家庭衝擊，而腦中風五年內的再次復發率為 35%，十年內再次的復發率為 51%，其復發率極高，護理人員應提供患者預防二次中風之相關照護知能。

本文描述一位再次腦中風的74歲男性個案，個案不僅面臨中風造成的身體失去控制權，後續生活也恐將仰賴他人照護，照護期間個案表示自己已是無用之人，亦造成家人負擔，故引發筆者動機，期望藉由整體性護理，指導相關照護策略，提升個案肢體力量並維持生活品質，且能更有信心面對漫長的復健道路，順利的回歸家庭及社會生活，希望此經驗分享能提供護理同仁日後照護此類病人之參考。

文獻查證

一、缺血性腦中風之概述

腦中風為腦血管阻塞或出血導致腦組織的損傷，分為出血性與缺血性腦中風，其中以缺血性腦中風最常見，常見症狀為肢體無力、麻木、吞嚥困難、步態不穩等(Kuriakose & Xiao, 2020)。危險因子與不良飲食習慣、心臟病、高血壓、慢性疾病及家族史等有關。不正確的飲

食觀念，高油、高鹽、高糖是導致血管病變的主因，養成健康飲食習慣、規律運動能預防腦中風(Kuriakose & Xiao, 2020；Feske, 2021)。

二、腦中風後之肢體復健策略

腦中風病人因腦部損傷導致肢體活動障礙或失能，約2/3的腦中風患者仍存有中度甚至重度殘障，影響身體活動甚至失去自我照顧能力，同時也降低患者在日常生活的獨立性及生活品質(陳等，2018)。中風後24至72小時內於便開始執行早期下床活動，有助於增加中長期的動作功能表現及短期內行走獨立性(洗等，2021)。另外也有相關研究顯示，中風後5天左右開始運動訓練比從第14天或第30天開始復健更為有效。因而，早期復健或早期活動介入可以促進中風後的功能恢復(嚴等，2020)。

腦中風病人復健治療為首要護理措施，目的在防止併發症的發生、預防患肢萎縮及提高最大限度的功能，故需跨團隊共同合作，並讓家屬了解及參與復健過程，使復健工作能順利進行，增加對個案的照顧(Lin et al., 2020)。早期接受復健，提供步態訓練、轉移訓練、平衡活動，運動練習和加強，是有助神經功能改善和功能恢復，提升復健效率，促進感覺、動作與日常生活功能的改善(徐等，2020；李等，2021)。

三、預防再次中風之護理策略

高血壓、高血脂、肥胖、抽菸、喝酒及有腦中風家族史病人為主要好發族群，高血壓病人常因飲食習慣不良、未規則服藥、缺乏控制

血壓的相關認知及規律運動，使血壓不穩定導致再次腦中風的發生，提供控制高血壓的飲食概念，注意飲食攝取熱量、避免油炸及精緻食物、多攝取蔬菜、水果及增加全穀類；衛教需按時服藥，勿自行停藥，定時血壓監測，並注意血壓的變化，以強化正確的服藥觀念及血壓控制的重要性，以預防再次腦中風的機會發生（丁等，2021）。而病人熟悉腦中風常見症狀極為重要，如：口齒不清、肢體無力、感覺麻木及顏面無力等症狀，應立即就醫。腦中風病人若不遵從正確用藥、飲食、並配合規律運動、及測量血壓的重要性，因認知上的不足及缺失，而容易引發再次腦中風的發生（徐等，2020）。

四、腦中風之心理護理

腦中風後約有61%會出現焦慮，初次腦中風者更為明顯，焦慮的原因大多擔心再次中風以及預後。中文版貝克焦慮量表(Back anxiety inventory Scale, BAI)是常用來評估焦慮之工具。總分0-13分為正常，14-19分為輕度，20-28分為中度，29-63分為重度焦慮(Rafsten et al., 2018)。罹患腦中風後病人對於疾病的認知更是缺乏，病人產生失望及無力感時，應鼓勵表達內心感受，並適時安撫情緒，提供同理心與關懷，可共同討論未來計畫，增加希望感(Lin et al., 2020)。採陪伴與傾聽其感受，建立良好醫病關係以及運用同理心技巧引導說出對疾病的擔憂及害怕之事件，此外，香氣冥想搭配肌肉放鬆、聆聽音樂、親情支持系統，被證實能提高腦內啡的分泌，有穩定情緒、改善焦慮之作用(Dayuan,

et al.,2022)。同時鼓勵表達內心真正的想法，陪伴病人度過適應期，並建立信心、給予正向價值觀，鼓勵積極參與治療，提升疾病的復原力(蔣等，2018)。

護理過程

一、個案簡介

邱先生，74歲，教育程度為國小肄業不識字，信奉佛教，已婚，為退休工廠人員，慣用語言國語、台語，育有2男1女，目前個案與案妻和大兒子同住，案妻是家庭主婦，大兒子是貨運司機，小兒子是電腦工程師，家庭經濟小康，主要經濟來源為大兒子，住院期間主要照顧者為案妻，而案父為高血壓、糖尿病患者。

二、過去病史及此次住院過程

個案於2010年診斷高血壓、高血脂，對藥物及食物無過敏。2022年5月15日突然左側肢體無力而至本院就醫，到院時意識清楚，瞳孔大小雙眼2.5，皆對光有反射，腦部電腦斷層檢查顯示右側額葉、顳葉、頂葉梗塞，診斷缺血性腦中風，當日行血栓溶解劑治療轉入加護病房，於5月18日轉入病房，於6月10日出院返家。

護理評估

護理期間自2022年5月18日至2022年6月10日，依據Gordon十一項健康功能型態評估，藉由會談、直接照顧、觀察及查閱病歷方式收集資料，評估如下：

一、健康認知與健康處理型態

個案以前有抽菸及喝酒習慣，15歲開始抽菸，一天抽10-15根菸，於2012年開始戒菸、戒酒。2010年診斷高血壓、高血脂後，使用口服降血壓及降血脂藥物。5/18個案表示「其實都沒有按時間吃藥」、「因為身體好了，藥物就不用吃太多」、「覺得人不舒服、頭暈才會吃藥」。沒有定時回診，亦沒有測量血壓的習慣，照護期間皆可配合用藥時間及護理處置。經由以上評估確立個案有知識缺失/與缺乏預防再次中風認知之健康問題。

二、營養代謝型態

個案166公分，72公斤，身體質量指數 26.1kg/m^2 ，屬體重過重。5/16觀察個案皮膚狀況完整無破損，無活動式假牙，咬合、咀嚼能力佳，個案表示平時食慾好、不挑食，喜歡重口味、愛吃鹹食、肉類，少吃蔬菜水果，照護期間一天喝水量約800-1000ml。營養師調配約1500大卡/天的飲食並衛教個案飲食需清淡並以少油少鹽的食物為主。5/18觀察個案僅食半份院內餐，並表示：「這個不夠鹹一點也不好吃，我想配醬瓜」。5/19觀察個案僅食1/3份院內餐點後即表示不願進食，並搖頭嘆氣表示：「想到我左手左腳都沒力哪還吃得下去」。5/18血液檢驗Hb:13.6g/dl、Platelet:165k/uL、BUN:20mg/dl、Cr:1.02mg/dl、Na+:132mmol/L、K+:3.5mmol/L、T-chol:124mg/dl。經以上評估確立個案有知識缺失/與缺乏預防再次中風認知之健康問題。

三、排泄型態

個案表示一天可自解黃色清澈尿液6-7次，排尿順暢，無使用藥物協助。入院前個案可自行排便一天一次，性質為軟。照護期間病人因肢體無力，需使用床上便盆排泄，5/19因解尿困難放置導尿管，並依醫囑Silodosin 4mg/Tab 1PC BID PO使用，照護期間尿量1500-2000cc/天，5/22移除尿管後可自解黃色尿液順暢；每天可自解一次色黃中量軟便。觸摸個案腹部柔軟，聽診腸蠕動音約15-20下/分、扣診為鼓音，無腹脹。

四、活動與運動型態

個案表示住院前無規則運動習慣，多以靜態活動為主，日常生活活動功能量表分數為100分。5/18轉入，個案左上肢及左下肢肌力皆為2分，右上肢肌力5分、右下肢肌力為4分，日常生活活動功能量表分數為35分，5/18個案搖頭著說「左側都沒力，上下床都不方便」、「尤其是左腳特別無力」，5/18~5/19觀察洗澡、如廁皆由案妻協助，5/19個案無奈地表示：「像是個廢人，現在做什麼都要老婆幫忙。」5/18胸部X光顯示無肺炎或浸潤情形，呼吸平順，呼吸次數約18-20下/分，室氧下，血氧98-100%。經以上評估確立個案有身體活動功能障礙/與神經肌肉障礙致左側肢體無力之健康問題。

五、睡眠與休息型態

個案住院前睡眠品質良好，極少作夢，無使用睡眠輔助藥物。睡

覺時間固定。5/18-5/20觀察個案晚上10點過後入睡，早上6點醒過來，平均夜眠約9小時且無中斷情形，觀察白天精神佳、無倦怠，無打瞌睡情形。

六、認知與感受型態

個案意識清楚，定向感正常，判斷力、思考邏輯、記憶力及學習力皆正常，可說出自己身處醫院及此次因中風再次入院。

七、自我感受與自我概念型態

個案表示中風後，日常生活皆需別人幫忙，擔心造成家人負擔。住院期間表情淡漠，對任何事情缺少興趣，5/19個案詢問：「血壓有沒有在正常範圍，是否過高？」、「血壓太高，會不會又再一次中風？」、「不知道會變得這麼嚴重，我有點擔心」。經由以上評估確立個案有焦慮/擔心未來復健治療成效不佳之健康問題。

八、角色-人際關係型態

74歲老年男性，有丈夫、父親、病人等角色入院前與妻子及大兒子同住，主要決策者為個案，照護期間案妻為主要照顧者兒女會於夜間前來探視個案觀察與家人互動融洽，案妻亦會不時緊握其手掌給予關懷及支持。

九、性-生殖型態

個案育有兩男一女，與太太及其兒女感情融洽，觀察生殖器外觀無異常，自訴年紀已大對性生活沒需求，對現狀滿意。

十、壓力與因應耐受型態

自認抗壓性高，有壓力時會與妻子傾訴，經濟來源為子女及退休金，主要支持系統為案妻，照護期間雖可配合處置，但態度多採被動，5/19預協助個案進行復健時，個案皺眉且臉部愁苦，並反覆詢問：「做這些好累我的左手和左腳都沒力，要復健多久才會好真的有用嗎？」。5/20貝氏焦慮量表分數為44分。5/18會談時缺少眼神接觸，臉部緊繃，雙手緊握。且會談時多次提到左手腳還是麻痺無力，眼神無助。經由以上評估確立有焦慮/擔心未來復健治療成效不佳之健康問題。

十一、價值-信念型態

個案的宗教信仰為佛教，初一十五或節慶時會到廟裡拜拜祈求平安。住院期間放置平安符在身邊。希望狀況穩定，認為健康最重要。

問題確立與護理計畫

根據Gordon十一項健康功能型態評估工具，確立個案有身體活動功能障礙 /與神經肌肉障礙致左側肢體無力、知識缺失/與缺乏預防再次中風認知、焦慮/擔心未來復健治療成效不佳等健康問題，照護計畫如下。

一、身體活動功能障礙/與神經肌肉障礙致左側肢體無力有關(5月18日至6月10日)

主	S1：5/18個案搖頭著說「左側都沒力，上下床不方便」
客	S2：5/18主訴「尤其是左腳特別無力」
觀	O1：5/18左側肌力皆為2分，右手肌力為5分、右腳肌力為4分。
資	O2：5/18日常生活活動功能量表分數為35分。

料	O3：5/18~5/19觀察洗澡、如廁皆由案妻協助。
目標	1. 案妻能協助個案正確執行被動性關節復健運動。 2. 個案能自理部分日常活動，在協助下可使用步行器站立至少10分鐘。 3. 個案左側肢體肌力2分能增進至3分。
護理措施	1-1 每日進行四肢肌力的評估及關節活動度的評估，活動前可以進行熱敷。 1-2 5/18 向個案及案妻說明執行全關節運動的好處及注意事項：預防關節攣縮、增加復原機會，維持及增加肌肉張力。 1-3 5/18 說明復健時機，以利增加身體復原力。 2-1 5/19 復健師向個案及家屬說明並示範從床上坐於床緣步驟：右手協助左手放置胸前；右腳放於左腳下方並將左腳勾至床緣外，身體向右側傾，右手將身體用力撐起坐於床緣，並請個案回覆示教。 2-2 5/20 協助個案由坐姿、站姿，刺激身體的平衡，每次持續5分鐘。 2-3 5/21 與復健師共同指導協助個案使用助行器的正確方式，並保持步態平衡。 2-4 5/21 起視個案體力狀況協助使用助行器，每次練站10分鐘，3~4次/天，於三餐飯後加睡前進行。 3-1 5/20 與個案共同訂定每日復健計畫表，並告知若積極執行復健計畫可避免關節攣縮及促進日後康復，計畫內容如下：(1)由筆者示範並使用彩色圖片指導案妻正確進行被動關節運動；(2)指導堆疊紙碗、擦桌子，請個案每天練習2至少3次，並循序漸進增加次數，因個案左側較為無力，故協助個案共同進行抓握彈力球30下/天訓練；(3)每日隨個案肌力變化調整計畫進度。
評估	1.5/23 觀察案妻在協助個案執行關節活動前會使用毛巾熱敷關節，個案能說出「如果好好復健能避免關節攣縮增加肌肉的力量。」 2.5/25 個案於家屬協助下可完成從床上坐於床緣。 3.5/25 觀察個案行關節被動運動時左手能抬高至15度，左腳仍無法完成。 4.5/27 個案能使用助行器站立10-15分鐘。 5.5/30 觀察個案能執行踩腳踏車運動增加至40分鐘 6.5/20-6/10 個案能按訂復健計畫表執行復健。 7.6/05 個案左手肌力可增至3分，左腳肌力仍為2分。 7.6/09 給予出院復健計畫表，依計畫表每天進行復健寫下每日復健時間及持續時間並於回診時帶回。

二、知識缺失/與缺乏預防再次中風認知(5月18日至6月10日)

主客觀資料	S1：5/18 主訴「其實都沒有按時間吃藥」。 S2：5/18 觀察個案僅食半份院內餐，並表示：「這個不夠鹹一點也不好吃，我想配醬瓜」。 S3：5/18 主訴：「覺得人不舒服、頭暈才會吃藥」 S4：5/18 主訴：「因為身體好了，藥物就不用吃太多」 O1：個案國小肄業不識字。 O2：個案無每日測量血壓及記錄習慣。
目標	1. 個案及案妻能說出至少三項腦中風危險因素。 2. 個案及案妻能說出至少三種再次腦中風注意事項。 3. 個案能承諾出院後會執行至少三項預防中風之注意事項。

護理措施	<p>1-1 5/18 說明腦中風的危險因素與高血壓、進食高油、高鹽食物有關。</p> <p>1-2 5/18提供腦中風衛教海報並附圖片，說明並澄清對於疾病的錯誤觀念。</p> <p>1-3 5/18以閩南語衛教影片及圖片單張說明腦中風相關因素及症狀，如頭暈、口齒不清、肢體無力、步態不穩及吞嚥困難等。</p> <p>2-1 5/18提供正確的腦中風相關知識及照護行為，並強調預防重於治療的觀念。</p> <p>2-2 5/18衛教藥物之作用、副作用，如有不適應立即就醫，不可自行停藥，藥物應由醫師按照病情調整。</p> <p>2-3 5/19告知個案規則服藥的重要性，說明若不按時服藥，將造成血壓控制不穩，增加疾病的風險。</p> <p>2-4 5/19因個案喜好重鹹食物偕同營養師教導罐頭、醃漬食品鹽分含量高，會造成水份留滯及血壓升高，改吃新鮮食材料理食物，料理時每天以一茶匙鹽巴調味為上限，並以營養師所建議可食用之飲食菜單與個案討論，個案表示可接受魚蔬菜等食物並由案妻購買及烹煮。</p> <p>2-5 5/19製作食物種類的圖片，並提供食物營養素，教導食物的攝取量，避免攝取過少或過多。</p> <p>3-1 5/20教導及回覆示教正確測量血壓的目的、時間及方法，讓個案及家屬共同學習血壓異常數值之判斷及因應方式。</p> <p>3-3 出院前與個案及家屬一起擬訂測量血壓時間表，並請家屬協助督促個案完成每日血壓測量。</p>
評值	<p>1.5/22 個案能說出高血壓為腦中風危險因素，所以需要每天量血壓。</p> <p>2.5/22 個案表示當收縮壓及舒張壓高於 150 時即為高血壓，高血壓時會出現頭暈症狀。</p> <p>3.6/10 承諾返家時會注意血壓變化，一天吃 3 種蔬菜、多吃魚，避免吃罐頭類食品，回診時會提供每日血壓紀錄表供醫師參考調整藥物。</p>

三、焦慮/擔心未來復健治療成效不佳(5月18日至6月10日)

主客觀資料	<p>S1：5/19 個案詢問：「血壓有沒有在正常範圍，是否過高？」</p> <p>S2：5/19 主訴「血壓太高，會不會又再一次中風？」</p> <p>S3：5/19 主訴：「不知道會變得這麼嚴重，我有點擔心」。</p> <p>S4：5/20 個案皺眉且臉部愁苦，並反覆詢問：「做這些好累我的左手和左腳都沒力，要復健多久才會好真的有用嗎？」</p> <p>S5：5/19 個案無奈地表示：「像是個廢人，現在做什麼都要老婆幫忙。」</p> <p>O1：5/18 會談時缺少眼神接觸，臉部緊繃，雙手緊握。</p> <p>O2：5/18 會談時多次提到左手腳還是麻痺無力，眼神無助。</p> <p>O3：5/20 貝氏焦慮量表分數為 44 分。</p>
護理目標	<p>1.5/21 個案能執行至少兩項紓壓技巧，並能了解後續治療方向。</p> <p>2.5/21 貝氏焦慮量表評估個案焦慮情形能低於 28 分以下。</p>
護理措施	<p>1-1 5/18護理人員主動傾聽病人談話，與個案及照顧者建立良好互動關係。</p> <p>1-2 5/18嘗試了解壓力情境及感受並評估個案焦慮情形及反應。</p> <p>1-3 5/18每日與病人說話並傾聽、運用同理心技巧引導說出中風後心中擔憂及害怕的事情。</p>

	<p>1-4 5/19將護身符掛於個案胸前，並使用個案手機撥放佛經音樂給個案聽，透過宗教信仰增加心理力量。</p> <p>2-1 5/18會談時，提供足夠的時間，給予個案及家屬有機會提問問題，並個別性給予鼓勵支持。</p> <p>2-2 5/18與個案討論轉移注意力方法，如深呼吸、精油或按摩，因個案表示喜歡薰衣草，故引導案妻可使用薰衣草乳液按摩個案四肢。</p> <p>2-3 5/20鼓勵家屬請親人透過手機表達關心及鼓勵。</p>
評 值	<p>1.5/21 主訴：「開始復健後，左手比較有力氣，我比較放心了，沒有那麼害怕」。</p> <p>2.5/21 說出使用精油後很放鬆，也比較好入睡。</p> <p>3.5/21 聽佛經後心情也很平穩。</p> <p>4.5/22 主訴：「我每天都要努力的復健，這樣就會進步，就可以出院了」。</p> <p>5.6/01 觀察到個案心情愉悅，臉上有笑容，會主動說出「復健時間到了，我該來做復健了」。</p> <p>6.6/09 以貝克焦慮量表評值為 27 分，已降為中度焦慮，主訴：「手的力量一天比一天進步，心情就比較好了」。</p>

討論與結論

本文描述一位 74 歲老年男性，因單側肢體無力，失去自我照護能力，日常生活皆需依賴他人，造成心情有極大失落感，照護期間透過文獻查證，與跨團隊合作，並針對個案個別性擬定復健照護計畫，使個案由他人協助，逐漸進步到可執行簡單活動；釐清個案不正確的健康觀念，建立正確飲食習慣；當個案心情不好時，給予傾聽、陪伴、轉移注意力及香氛運用，成功使得個案心情好轉與蔣等人(2018)文獻相呼應。

在指導個案及案妻相關飲食計畫時，雖透過文獻了解疾病禁忌及建議營養類別，但個案為一位高血壓及高血脂患者，併發腦中風，在雙重疾病限制下以致筆者協助制訂個別性飲食菜單時深感艱難，為本次照護上最大困難及限制，所幸有營養師協助，最終順利提供了個別性的飲食策略。中風患者其再次復發率與自我健康維護能力行為息息

相關，故建議可將腦中風照護知能納入本單位常規教育訓練課程針對此次筆者所遇到的困難，亦建議可每週固定舉辦飲食團體衛教，由營養師作為主講者透過跨團隊資源。

參考文獻

丁美玲、李彩緣、陳宥蓁、陳珈諭、江東樺 (2021)。一位再次腦中風病人因應疾病過程之護理經驗。《澄清醫護管理雜誌》，17 (3)，67-76。 <https://doi.org/10.6192/CGUST.2014.6.20.13>

李嫻如、林宜陵、詹惠雅、鄭建興、徐淑金、劉秀雲 (2021)。提升腦中風病人急性後期整合照護計畫轉銜率之專案。《台灣醫學》，25 (5)，651-660。 [https://doi.org/10.6320/FJM.202109_25\(5\).0010](https://doi.org/10.6320/FJM.202109_25(5).0010)

洗鴻曦、劉文欽、楊儀華、羅文聰 (2021)。把握黃金復健時間提升中重度腦中風急性後期照護療效。《台灣老年醫學暨老年學會雜誌》，16(4)，278-289。 [https://doi.org/10.29461/TGGa.202111_16\(4\).0002](https://doi.org/10.29461/TGGa.202111_16(4).0002)

徐琦澂、林穎函、張詩怡、蔡佩蓉、沈姿君、林幼麗 (2020)。多元創新策略於腦中風病人早期肢體復健計畫。《護理雜誌》，67 (1)，81-88。 [https://doi.org/10.6224/JN.202002_67\(1\).10](https://doi.org/10.6224/JN.202002_67(1).10)

陳虹如、鄧玉婷、張郁琳、郭宜宸、林幼麗 (2018)。提升腦中風病人首次下床之改善專案。《護理雜誌》，65 (2)，85-92。
[http://doi.org/10.6224/JN.201804_65\(2\).11](http://doi.org/10.6224/JN.201804_65(2).11)

蔣昀孜、葉美玲、劉介宇 (2018)。呼吸放鬆改善中風病人自律神經、

- 疲憊、焦慮、壓力與生活品質之成效。《長庚護理》，29（3），325-336。 [http://doi.org/10.6386/CGN.201809_29\(3\).0001](http://doi.org/10.6386/CGN.201809_29(3).0001)
- 衛生福利部統計處（2022，6月20日）。III年死因統計結果分析（含附表）。 <https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5069-113.html>
- 嚴筱晴、潘冠碩、李旻昊（2020）。急性出血型腦中風的早期復健和早期活動。《台灣中風醫誌》，2（3），230-237。
[https://doi.org/10.6318/FJS.202009_2\(3\).0005](https://doi.org/10.6318/FJS.202009_2(3).0005)
- Dayuan, Z., Lan, L., Hui, C., Huanjie, L., Deliang, L., & Yihui, D. (2022). The effect of music as an intervention for post-stroke depression: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 71, 102901. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102901>
- Feske, S. K. (2021). Ischemic Stroke. *The American Journal of Medicine*, 134(12), 1457-1464. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.07.027>
- Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 7609.
<https://doi.org/10.3390/ijms21207609>
- Lin, R. C., Chiang, S. L., Heitkemper, M. M., Weng, S. M., Lin, C. F., Yang, F. C., & Lin, C. H. (2020). Effectiveness of Early Rehabilitation Combined With Virtual Reality Training on Muscle

Strength, Mood State, and Functional Status in Patients With Acute Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(2), 158-167. <https://doi.org/10.1111/wvn.12429>

Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(9), 769-778. <https://doi.org/10.2340/16501977-2384>