

運用自我調節理論 提升老年心衰竭患者自我照護經驗

林琨翔¹、陳德坤²

澄清綜合醫院中港分院 加護病房¹、重症醫學科²

摘要

本文照護一位獨居老人心衰竭反覆入院之護理經驗，並以自我調節理論模式為護理過程之基礎，透過直接照護、身體評估、觀察、會談及查閱病歷等方式，依生理、心理、靈性與社會等層面作整體性護理評估收集資料，照護時間於2020年1月18日至1月23日，經過健康評估分析確立個案有「心輸出量減少」及「無效性健康維護能力」之健康問題，個案因心衰竭症狀加劇反覆入院，會談後發現個案對於疾病相關知識不足，自我照顧能力缺乏，筆者在護理過程多予傾聽與陪伴，且鼓勵家屬予個案心理支持，並提供疾病相關知識，且給予個別性護理措施，教導居家自我照護技巧。以提升自我照護品質為目標，運用自我調節理論「PRIDE」教育計畫引導個案自我探索找出問題，再透過行為修正來達到症狀緩解、疾病知識度增加，運用自我檢核表以落實自我照護管理能力。建議此類個案出院可協助轉介社福單位加強後續追蹤，可結合長照2.0計劃或建議家屬機構式照護，並予定時訪查監控個案出院後的生理機能狀況，減少獨居產生的社交隔離感，避免疾病控制不佳再度入院，希望分享此照顧經驗提供臨床護理人員參考。（澄清醫護管理雜誌 2023；19（3）：45-53）

關鍵詞：心衰竭、獨居、自我調節理論

通訊作者：林琨翔

通訊地址：台中市西屯區台灣大道四段 966 號

E-mail：S10201300@gmail.com

受理日期：2022年4月；接受刊載：2022年10月

前言

依據行政院衛生福利部統計處統計顯示，2020年國人十大死因心臟疾病位居第二名，死於心臟疾病人數共20,457人[1]。根據2019心臟衰竭指引中顯示確診心衰竭後5年內死亡率仍保持在50%左右，而台灣心衰竭患者在一年內重複入院率為9.7%，佔台灣住院治療率38.5% [2,3]。再入院原因包括：對於疾病照護知識不足、缺乏自信心、醫療遵從性低、飲食管理不佳 [4]。心衰竭病人若獨居容易與社會產生隔離，同時其健康狀態、生理、社會及生活品質皆會受到改變，對於自我照顧能力行為也會大幅下降，自我照顧者缺乏家人的協助提醒，病人對於藥物的遵從性也較低 [5]。

本文為獨居個案自心臟手術後，身體機能下降，自我照顧能力差，疾病控制不良短期內反覆入院，引發筆者想深入探討之動機，會談中發現其因疾病相關知識不足，且獨居缺乏自我照顧能力，平時飲食及水份攝取無限制，藥物遵從性低，長期下嚴重影響日常生活品質。照護過程運用自我調節理論協助個案從自我探索的過程中找出問題，並透過自我行為修正達到症狀緩解及增加對疾病知識的了解。以提升居家自我照護能力為目標，學習與疾病共存，同時改善其生活及自我照護品質，將此經驗供醫護同仁學習及效仿。

文獻探討

一、心衰竭照護重點

心衰竭是一種複雜的臨床疾病，以心臟結構異

常或功能障礙所引起，因心輸出血量減少或心室充盈導致全身灌注不足，無法滿足人體需求 [6]。臨床表現易造成體液滯留，導致肺部、內臟充血和周邊組織水腫，並誘發患者出現端坐呼吸及陣發性呼吸困難 [3,7]。藥物治療主要目的為短期內有效緩解不適症狀，減少四肢水腫和呼吸喘等症狀，增加日常活動能力，以提升生活品質，長期進而改善心臟功能及減緩心臟功能惡化，可避免反覆住院治療，降低死亡風險。自我照顧須從生活型態上進行改變，包括：多休息及減輕身心靈上的壓力，以達到舒緩心衰竭症狀並預防疾病進展。鹽份會造成體內鈉含量的堆積，易增加心臟負擔，需限制液體及鈉的攝取量，鈉含量一天勿超過 5 公克，應避免食用高鹽和醃製食品：如滷味、罐頭製品、醬菜、醬油等沾醬，每日水分也不得超過 1,000-1,500ml，並建議維持「漸進式的有氧運動」可以增加活動耐受能力並改善心肺功能。避免閉氣用力的動作：推、拉、舉、抬重物，建議採慢走、騎腳踏車、瑜珈及肢體伸展操，運動時應配合呼吸調節，以不累不喘為原則 [8]。心衰竭病人營養也相當重要，身體質量指數 (Body Mass Index, BMI) 過低與過高，或者血液中的白蛋白指數偏低都可能提升死亡率 [9]。於教導心衰竭病人自我照顧時，可採取「四不二要」口訣來執行：不要吃太鹹、不要攝取過多水分、不要碰菸酒、不要隨意服用非類固醇類抗發炎止痛藥、要規則記錄每日身體的狀況 (紀錄血壓、脈搏、體重和每日攝取的水份總量)、要及時就醫 [8]。

二、獨居影響自我照顧品質

根據衛福部統計顯示 109 年列冊需受關懷之老年長者高達 41,983 人，占人口比率為 1.3%。其定義為單獨居住、雖有同住者，但家屬無照顧能力、年滿 65 歲以上或經評估後列冊需受關懷之老人，「獨居」漸漸成為老年的社會趨勢 [10]。研究指出 65 歲以上老年人「獨居」較「非獨居」有較多的過去病史、憂鬱情形、家庭功能差及自我生活能力不佳 [11]。老年人常因獨居、喪偶、經濟能力差比一般人的社會支持更差，易增加健康問題的危險性，當無法得到完善的照顧及協助，易導致健康狀況不易改善甚至惡化，因此需加強評估追蹤與適時介入關懷 [12]。

三、自我調節理論

心臟衰竭患者對於疾病的認知、態度及自我照顧行為之間為一個正向循環。自我調節理論透過行為修正，於出院前對患者進行教育自我監控，提升藥物遵從性，增強自我管理慢性病的能力，能大幅降低再入院率，自我調節是一種行為改變的過程，通過個人反思自己經驗，主要以目標為導向，找出相關問題自行設計一套計畫，且完成目標執行評估，自我調節執行有五步驟「PRIDE」：Problem (找出自己問題)、Research (檢視生活習慣)、Identify (確認執行目標)、Develop (探討出實際計畫)、Establish (建立獎勵方式)。當中涵蓋三個主要概念：自我觀察、自我評價、自我回應。透過「自我觀察」中使個案用進行自我探索檢視自己的行為與經驗，建立正確認知行為，再由「自我評價」觀察自己所得到的資訊與行為做比較，協助個案建立實際的目標進行改善。「自我回應」是將自我觀察及自我評價中探討研究下所發展出計畫進行檢討，包含自我增強的功能，可減少疾病復發的可能性 [13,14]。

護理過程

一、個案簡介

張女士，67 歲，已婚、喪偶，教育程度為國小，主要溝通語言為國語及台語、育有三女，獨居，生活可自理，職業為美容業退休。

二、過去病史及入院經過

個案本身過去病史有糖尿病、高血壓、急性胰臟炎、心臟衰竭及 2019 年執行冠狀動脈繞道手術。2020 年 1 月 4 日因心衰竭症狀住院，改善後返家休養，相隔一週後，於 2020 年 1 月 18 日因呼吸喘、雙下肢水腫 4 價入本院急診求治，診斷為心臟衰竭轉入加護病房，治療期間使用利尿劑幫浦及限制水量攝取，以降低肺水腫及周邊組織水腫情形，給予氧氣療法 (簡易面罩 5L/min) 維持呼吸道通暢改善呼吸費力型態，每天定時監測個案生命徵象及血糖值變化，必要時相關藥物使用，於 2020 年 1 月 23 日呼吸喘情形已緩解及雙下肢水腫已下降至 1 價，主治醫師評估後將個案轉至普通病房，2020 年 1 月 26 日出院。

三、整體性護理評估

筆者於2020年1月18日至2020年1月23日，以直接照護、身體評估、觀察、會談及查閱病歷等方式，依生理、心理、靈性與社會四大層面作整體性護理評估，資料收集與分析如下：

(一) 生理層面

四肢末梢血循差，指甲床蒼白，雙下肢水腫4價，熟睡時有心搏過緩情形約45-56次/分、血壓：128/61mmHg，雙肺呼吸音有明顯濕囉音，視診胸廓起伏對稱，住院期間因呼吸喘，多為坐臥式，痰液白稠量中，呼吸顯費力、喘，呼吸次數30-36次/分，血氧濃度：99-100%，1/18胸部X光報告：心臟肥大、肺水腫，1/18動脈氣體血液分析報告：PH：7.413、PaCO₂：23.1mmHg、PaO₂：123.2mmHg、HCO₃：14.9meq/L、BE：-7.0、O₂SAT：98.9U/L，氧氣面罩5L/min使用，1/18抽血報告Hb：14.1g/dL、HCT：45.3%、BNP：>5,000pg/ml、troponin I：3811.1ng/L、BUN：93mg/dl、Creatinine：2.86mg/dL、Na：136mEq/L、K：4.4mEq/L、Sugar：123mg/dL，1/18EKG：v1、v2、S-T段上升，1/20心臟超音波報告：左心室擴張、二尖瓣及三尖瓣輕度閉鎖不全、左心室射血率(LVEF)23%。

入院時身高152公分，體重55公斤，BMI為23.8kg/m²，標準體重49.2公斤(44.28-54.12公斤)，白蛋白指數：3.5g/dL，飲食習慣無忌口並沒有特別限制，因獨居烹煮較麻煩，三餐以外食居多，住院期間由營養師評估，予糖尿病限鈉飲食1,500卡/日，1/18主訴：「在家中很容易渴，就會一直喝水啊每日可能有2,000-3,000ml」，住院期間利尿劑furosemide 20mg + N/S 100ML pump run 20ml/hr幫浦滴注使用，每日的輸入輸出量為±600ml，尿液自解，每日排尿次數約6-7次，整日尿量約為2,000-2,500ml，色黃、清澈、量中，排便次數一天解便一至兩次，顏色呈黃棕色，量適中，觸診腹部及膀胱柔軟，叩診鼓音且無壓痛，腸蠕動音26-30次/分鐘，四肢外觀無畸形及攣縮情形，於加護病房期間因無法下床活動受限，肌肉力量4分，神情疲憊，1/18主訴：「我不能整個平躺就會有種喘不起來的感覺」、「以前我都還可以去公園做活血功、做老人操，現在連走路都會覺得

喘了」，1/19家屬(大女兒)表示：「我媽媽開完心臟手術後，就常常聽到他電話中說容易喘、沒力氣」。

個案皮膚完整無破損，飽滿有彈性，胸前有約30公分的開刀縫線痕跡，乾淨無滲液，個案意識清楚，可準確說出人、時、地及物，皆能與家屬及護理人員應答，且無遠期及近期記憶障礙，視力方面僅有老花眼，在執行衛教過程也能正向反應自己的不適感受。住院期間因急性症狀不適及待在重症單位的外在刺激，易誘發焦慮情形，導致睡眠中斷，睡眠品質差，醫師診視予抗焦慮藥xanax 0.5mg 1 tab睡前使用。此評估項目分析有「心輸出量減少」健康問題。

(二) 心理層面

個案自認為是個開朗堅強的人，對健康方面認為順其自然，平時生活都能自理不依賴他人，1/18個案主訴：「我自己知道本身身體不好，從中年開始就有高血壓及糖尿病，常常都會忘記吃藥，血壓常常控制不佳，擔心自己會造成家人負擔，有時候不舒服就會忍耐，都是等到女兒們返家才帶我去醫院」，「自從開刀完後就胸口悶悶的不舒服，怎麼樣都覺得很痛苦」、「早知道就不要開順其自然就好、也不用這樣反反覆覆一直住院麻煩我女兒他們」，1/19家屬(大女兒)表示：「我媽媽在家也沒有量血壓及血糖的習慣」，個案表示自從開完心臟手術後自覺體力變差，常常麻煩女兒們，每個女兒工作繁忙無法時常返家探視，此評估項目分析有「無效性健康維護能力」健康問題。

(三) 靈性層面

個案家中信仰佛教，自從身體狀況下降後，有空都會去拜拜，尋求心理慰藉，神明是心中很大的寄託，反而能放寬心看待所有的難關，住院期間隨時穿戴著平安符，此評估為適應。

(四) 社會層面

根據Erikson心理社會發展階段為自我榮耀(統整)與悲觀絕望，第一角色67歲已婚為老年女性，第二角色為母親、奶奶，平時獨居，可自理所有生活起居，第三角色為病患，住院期間與護理人員互動良好，可有效溝通及配合治療處置，個案為美容業者退休，生活經濟條件尚可，案大女兒為主要

照顧者，每週都會撥空回家探望，自從案夫離世後所有的重心都在女兒們身上，女兒時常會打電話關心，住院期間皆會於訪客時間到院探視，過程中可觀察到他們互動相當融洽，女兒轉述平時與鄰居相處和睦，此評估為適應。

問題確立與護理措施

綜合上述評估，確立個案有心輸出量減少 / 心臟負荷增加與心臟收縮下降相關、無效性健康維護能力 / 獨居、藥物遵從性低、缺乏正確自我照顧技能兩項健康問題，整理分析如下：

一、心輸出量減少/心臟負荷增加與心臟收縮下降相關 (1/18-1/20)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>S1：1/18 個案主訴：『在家中很容易渴，就會一直喝水啊每日可能有 2,000-3,000ml』、「我不能整個平躺就會有種喘不起來的感覺」、「以前我都還可以去公園做活血功、做老人操，現在連走路都會覺得喘了」。</p> <p>S2：1/19 女兒表示：「我媽媽開完心臟手術後，就常常聽到他電話中說容易喘、沒力氣」。</p> <p>O1：1/18 胸部 X 光報告：心臟肥大、肺水腫，EKG：v1、v2、S-T 段上升。</p> <p>O2：1/18 抽血報告 BNP：>5,000pg/ml、troponin I：3,811.1ng/l、BUN：93mg/dl、Creatinine：2.86mg/dl。</p> <p>O3：1/20 心臟超音波報告顯示：左心室擴張、二尖瓣及三尖瓣輕度閉鎖不全、左心室射出率 (LVEF) 23%。</p> <p>O4：熟睡時有心搏過緩情形約 45-56 次 / 分。</p> <p>O5：外觀發現呼吸顯費力，多為坐臥式，簡易面罩 5L/min 使用，呼吸次數 30-36 次 / 分，血氧濃度：99-100%。</p> <p>O6：雙下肢水腫：4 價，四肢末梢血循差，指甲床蒼白。</p> <p>O7：個案每天喝水 2,000-3,000ml。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.1/18 個案呼吸次數可下降至 16-20 次 / 分。</p> <p>2.1/20 個案能說出減少心臟負荷的方式至少 3 項。</p> <p>3.1/23 個案轉出加護病房前雙下肢水腫可下降至 1 價。</p>
<p>護理措施</p>	<p>自我觀察：步驟一 Problem (找出自己問題) 及步驟二 Research (檢視生活習慣)</p> <p>1.1/18 給予氧氣面罩 (5L/min) 氧氣治療，讓個案維持足夠的氧氣供應。</p> <p>2.1/18 依醫囑給予利尿劑 furosemide 20mg + N/S 100ML pump run 20ml/hr 幫浦滴注使用，增加體內水分的排泄，以改善四肢水腫及呼吸喘情形。</p> <p>3.1/18 給予抗焦慮藥 xanax 0.5mg 1 tab 睡前使用，減緩焦慮惡化呼吸喘情形。</p> <p>4.1/18 監測每日輸入輸出量 I/O，若體液容積過量，及時向醫師反應，予適當的醫療處置。</p> <p>5.1/19 依醫囑予口服利尿劑 Amizide 50mg 1 Tab QN PC 使用，增加利尿作用，趨緩四肢水腫情形。</p> <p>6.1/19 引導個案思考平常的攝水量及飲食習慣。主訴：「有時候買的便當配菜比較鹹，會配水吃，隔天就會明顯覺得腳腫腫的，然後呼吸就會開始容易喘」於引導下個案發現自己每日喝水無受限，進食也沒有特別注意。</p> <p>7.1/19 引導個案說出自己對於心臟衰竭的了解。主訴：「心臟變差後就容易喘阿，有時候就會覺得胸悶悶的，沒什麼力氣，懶得動」，引導下發現個案對於疾病知識不足，衛教個案心衰竭相關照護重點：</p>

一、心輸出量減少/心臟負荷增加與心臟收縮下降相關 (1/18-1/20) (續)

<p>護理措施</p>	<p>(1) 教導心衰竭患者每日水份攝取量公式 = 25ml/kg/day：個案體重換算下一天攝水為 25ml*55kg=1,375ml，衛教每日約兩瓶礦泉水（以每瓶 580ml 為例）。</p> <p>(2) 衛教個案每日鈉含量勿超過 5 公克，相當於一茶匙鹽，避免進食高鈉飲食，如：滷味、罐頭製品、醬菜、醬油等沾醬。</p> <p>(3) 衛教避免高熱量食物，如油炸類、醃製類、豬油拌飯等…，造成心臟負擔，需均衡飲食，進行食物分配及建議份量，食慾差時採少量多餐。</p> <p>(4) 衛教告知若發現體重每日有增加的情形，三天內增加了 1-2 公斤可能有水腫情形，易誘發呼吸喘，教導腹式呼吸法，減輕呼吸困難不適。</p> <p>(5) 衛教可躺床下肢用枕頭墊高，增加血液循環回流，趨緩下肢水腫的情形。</p> <p>(6) 衛教「漸進式的有氧運動」，建議每次 10 分鐘，每天 3 次等方式分段完成，採慢走、簡單的肢體伸展。</p> <p>(7) 衛教個案「四不二要」口訣：不要吃太鹹、不要攝取過多水分、不要碰菸酒、不要隨意服用非類固醇類抗發炎止痛藥、要規則記錄每日身體的狀況（紀錄血壓、脈搏、體重和每日攝取的水份總量）、要及時就醫。</p> <p>(8) 衛教個案多休息，要有良好的睡眠及生活習慣，勿熬夜。</p> <p>自我評價：步驟三 Identify（以確認執行目標）</p> <p>1.1/20 與個案討論針對水分及體重控制改善措施及引導其建立自我目標：經過公式計算每日飲水量須維持 1,400ml 以下，體重控制在 44-47 公斤。</p> <p>2.1/20 與個案訂定飲食規劃，每日維持少量多餐，採用 2：1：1 進食法則，飲食強調「蔬菜佔 2 份、蛋白質（肉、蛋、魚）占 1 份、全穀類（糙米、胚芽米、白米）占 1 份」，維持均衡飲食原則。</p> <p>3.1/20 與個案討論及制定日常紀載手冊，當中將紀錄每日飲水量、體重。</p> <p>自我回應：步驟四 Develop（探討出實際計畫）</p> <p>1.1/22 經由會談引導個案說出經過自我判斷後的檢視現況，及對疾病的看法、知識及感受，主訴：「沒想到喝水對我身體的負擔這麼大，我想說多喝水才比較健康，之後我會再多注意」。</p> <p>2.1/22 與個案討論經自我回應後所發現的問題，提出改善措施為個案以外食居多，鹽分難控制，其表示之後食物會過個水再食用，以減少鹽分攝取。</p> <p>步驟五 Establish（建立獎勵方式）</p> <p>個案達成目標時家屬攜帶個案喜好的食物，如仙草凍及紅豆湯，並予正向回饋，提升動力延續性及自信心。</p>
<p>護理評估</p>	<p>1.1/19 外觀已可觀察到個案呼吸平順，無使用呼吸輔助肌，呼吸次數 16-17 次 / 分，說話也比較順暢沒有喘的情形。</p> <p>2.1/21 個案表示經過筆者的衛教與講解，了解水分及鹽分攝取對心臟威脅性重要性，主訴：『經過你的講解我對於自己的疾病有更加了解，就是不要喝太多水，不要吃太鹹，多休息對吧，我知道了，想要趕快轉出去』，能正確完成紀錄於日常紀載手冊。</p> <p>3.1/23 轉出加護病房時雙下肢水腫情形已從 4 價下降至 1 價，四肢末梢血循已有改善，顯粉紅色，血氧濃度也可維持 98-100%。</p>

二、無效性健康維護能力/獨居、藥物遵從性低、缺乏正確自我照顧技能 (1/18-1/22)

<p>主 / 客觀 資料</p>	<p>S1：1/18 主訴「我自己知道本身身體不好，常常都會忘記吃藥」。</p> <p>S2：1/18 主訴「擔心自己會造成家人負擔，有時候不舒服就會忍耐，都是等到女兒們返家才帶我去醫院」。</p> <p>S3：1/18 主訴「早知道就不要開刀，順其自然就好、也不用這樣反反覆覆一直住院麻煩我女兒他們」。</p> <p>O1：過去病史：高血壓及糖尿病。</p> <p>O2：住院期間血糖值 100-150mg/dl、血壓 130-140/80-90mmHg 以下。</p> <p>O3：會談時發現個案對於自己的身體狀況顯無力及無奈。</p> <p>O4：家中無定時監測血壓及血糖的習慣。</p> <p>O5：個案獨居，ADL 部份依賴他人協助，因家中人手不足，出院後想轉機構照顧。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1.1/18 住院期間血壓維持 120-130/60-70mmHg 以下，血糖 120mg/dl 以下。</p> <p>2.1/19 讓個案說出對慢性病控制不佳的內心感受，能表現出參與自我照顧能力提升活動的意願，例如觀察自身血壓及血糖值變化。</p> <p>3.1/23 轉出加護病房後能自行落實自我監測血糖及血壓的方法。</p> <p>4.1/23 與個案及家屬討論出院後續計畫。</p>
<p>護理措施</p>	<p>自我觀察：步驟一 Problem (找出自己問題) 及步驟二 Research (檢視生活習慣)</p> <p>1.1/18 加護病房期間隨時監測生命徵象變化，於三餐飯前監測血糖值，有異常時及時向醫師反應，予藥物處置。</p> <p>2.1/18 藥物由護理師三讀五對後，依醫囑予 cadudan 25mg 0.25 Tab BID AC、concor 1.25mg 1 Tab QD PC、Amizide 50mg 1 Tab QN PC，並觀察服藥後有無不適情形。</p> <p>3.1/18 引導個案說出獨居的內心感受及家庭互動模式，個案表示獨居年紀越來越大就會變得健忘，時常忘記吃藥，不規律服用藥物。</p> <p>4.1/19 引導個案說出於家中的照護模式，引導下個案主訴：「家裡沒有血糖機就沒有特別測量，就會照醫師開的藥吃，血壓有想到就會量一下，不然就是女兒回來會幫我量」。</p> <p>5.1/19 引導個案思考血壓及血糖控制嚴重性，個案表示只知道要控制血壓並不清楚兩者的相關性，衛教如下：</p> <p>(1) 告知血壓及血糖的相關性：高血壓及高血糖同時都是大小血管病變的危險因子，因此血糖及血壓控制相當重要。</p> <p>(2) 個案體重 55 公斤，BMI 為 23.8kg/m²，體想體為 44.28-54.12 公斤，告知需搭配運動，並建議體重控制在理想範圍，對血脂肪及血糖也具有改善效果，進行大肌肉等張有氧運動（例如：走路、有氧舞蹈、腳踏車等等），中等強度下至少運動 30 分鐘。</p> <p>(3) 提醒需維持良好的生活習慣：勿熬夜，每天睡滿八小時、勿久坐，多執行肢體伸展活動，採健康少油少鹽少糖的飲食。</p> <p>(4) 加護病房每日會客時間為半小時，視情況讓家屬增加 5-10 分鐘的探視時間，增加親子間的互動，減緩個案住院焦慮情形。</p> <p>自我評價：步驟三 Identify (以確認執行目標)</p> <p>1.1/20 與個案討論維持血壓及血糖的實際措施</p> <p>(1) 血壓維持 130-140/80-90mmHg 以下，血糖 120mg/dl 以下。</p>

二、無效性健康維護能力/獨居、藥物遵從性低、缺乏正確自我照顧技能（1/18-1/22）（續）

<p>護理措施</p>	<p>(2) 出院後將每日三餐藥物放置於藥盒分裝盒（有明確標示早中晚）。</p> <p>(3) 將血壓機及血糖機放置於客廳可見之處。</p> <p>(4) 與個案討論自制自我檢核表（涵蓋血壓及血糖值紀錄、飲水量）。</p> <p>2.1/22 與跨領域團隊（醫師、專科護理師、主責護理師、出院準備服務個案師、營養師、藥師、復健治療師）及家屬共同討論並研擬出院照護計畫，討論出院後續追蹤內容，探討相關資源予協助：</p> <p>(1) 評估家中照顧人力及能力。</p> <p>(2) 營養師已探視，並給予營養建議。</p> <p>(3) 藥師已進行用藥評估，並給予用藥建議。</p> <p>(4) 復健治療師已進行復健治療，提供相關照護指導。</p> <p>(5) 社會福利（長照服務）介紹並提供資訊。</p> <p>(6) 提供後續照顧機構名單供家屬參考並說明轉介流程。</p> <p>(7) 提供電話諮詢服務及持續追蹤關懷。</p> <p>自我回應：步驟四 Develop（探討出實際計畫）</p> <p>1.1/22 請個案檢視自己，經過護理衛教後現在對疾病的看法、知識及感受，及實際遇到的困難，個案主訴：「被你這麼一說，我的血糖跟血壓好像真的從來沒有認真的注意過」。</p> <p>2.1/22 與個案討論經自我回應後所發現的問題，提出改善措施：請女兒們購買血糖機，表示返家後三餐飯前定時監測血糖值及血壓，並完成自我檢核表的填寫。</p> <p>步驟五：Establish（建立獎勵方式）</p> <p>鼓勵家屬於住院期間多陪伴給予心理支持，並於正確達成時口頭鼓勵，以維持病人自我照顧的遵從性，家屬口頭答應個案若這次出院，會增加返家次數探視個案，並每日致電關懷身體狀況，減少其獨居的孤獨感。</p>
<p>護理評值</p>	<p>1.1/19 加護病房照護期間會隨時以監測生命徵象，血壓皆維持 110-130/50-70mmHg，血糖 100-115mg/dl。</p> <p>2.1/20 與個案討論出自製的自我檢核表後，每日皆會主動於護理師測量血壓及血糖後，詢問其數值並記錄於檢核表中。</p> <p>3.1/23 加護病房期間生命徵象由護理人員進行監測，於轉出前有叮嚀家屬仍須多關注個案的執行力，轉至普通病房後筆者有前往探視，家屬表個案會自行訂定鬧鐘準時監測血壓及血糖，落實自我檢核表的填寫。</p> <p>4.1/23 個案表示經過相關衛教了解慢性病的照護重點，獨居是個最大問題，沒有人可隨時督促個案執行，與出院準備個案師討論後，家屬想申請機構喘息，但因個案原獨居生活可自理，所以未符合資格。主要決策者大女兒決定轉護理之家照顧，出院準備個案師提供病人及家屬後續照顧服務資訊，與長照機構交班，提供電話諮詢服務，並於出院後一週向機構進行電訪追蹤關懷。</p>

討論與結論

經過此次照護讓筆者學習到導致心臟慢性患者反覆入院的主因，大多都與疾病觀念缺失及居家自我照護能力不足相關，對於飲食、攝水量、藥物及日常監測遵從性低，導致其自我疾病控制不良，住院期間須先依疾病症狀及時給予適當的個別性護理照護改善不適感，再針對個案進行詳細的疾病衛教，提供病人正確的疾病認知，教導相關自我照顧技巧，有效提升其自我照顧行為能力。

本篇運用自我調節理論「PRIDE」教育計畫提升個案對疾病的知識度後，能有效地使個案進行自我探索後發現健康型態問題，並自行訂定具體的有效措施，成功提升其自我照護技能。照護期間共同討論出日常紀載手冊及自我檢核表來落實日常習慣及生命徵象的紀載，使用藥物分裝盒放置易見之處提醒個案須按時服用藥物，提升藥物遵從度。本文受篇幅限制僅呈現兩個健康問題，但相關急性生理問題皆於心輸出量降低的健康問題中能有效改善，當中透過醫療與護理處置及提升疾病知識度以改變日常習慣，成功減緩症狀及不適感。照護的困難是因重症單位照護期間較短，予評值的時間有限，個案為獨居患者出院的後續追蹤固然重要，關係到自我照護的動力延續性，返家後若中斷監測仍有再入院的可能性，因此，建議未來臨床在照護此類獨居慢性病患者除了著重疾病衛教，增加個案對疾病的認知及技能外，應主動協助聯絡相關跨團隊人員介入，共同討論有無社會資源（長照 2.0 計劃）或討論機構式照護，出院後定時訪查檢視其照護狀態，給予完整性照護才能有效提升生活品質，並由家屬予以陪伴及鼓勵，督促其監測血糖及血壓控制狀況，及自我照顧計畫的執行力，避免其疾病控制不良再次入院。希望透過此篇經驗分享，能提供臨床照護慢性病個案的醫療人員，能有效運用相關醫療資源，將全人照護執行得更加完善，提升現況的醫療品質。

參考文獻

1. 衛生福利部統計處：109年度死因統計：死因

統計分析。2021。Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/dl-70215-86cfa4d5-ec26-4472-ab77-5f875eb26d22.html>

2. Wang CC, Wu CK, Tsai ML, et al.: 2019 focused update of the guidelines of the Taiwan society of cardiology for the diagnosis and treatment of heart failure. *Acta Cardiol Sin* 2019; 35(3): 244-283.
3. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al.: 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American college of cardiology foundation/American heart association task force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2013; 62(16): 147-239.
4. 王淑鈴、鍾雨珍、舒婉娟 等：心臟衰竭個案管理模式。台大護理雜誌 2019；15（2）：14-22。
5. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Mazur G, et al.: Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clinical Interventions In Aging* 2017; 12: 1565-1572.
6. Sung KT, Hung CL, Su CH, et al.: Current trends from diagnosis to treatment in heart failure. *Journal of Internal Medicine of Taiwan* 2017; 28(3): 115-123.
7. 林盈利、林益卿、蔡佩渝 等：末期心臟衰竭的緩和和照護。安寧療護雜誌 2016；21（1）：61-74。
8. 財團法人中華民國心臟基金會：心臟衰竭患者自我照護手冊。2019。Retrieved from <https://cy-hung.github.io/chf.html>
9. 江國峰、黃金隆：2016心臟衰竭最新治療指引。臨床醫學月刊 2017；79（6）：342-346。
10. 衛生福利部統計處：民國109年度老年人口統計。2021。Retrieved from <https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5342-59468-113.html>
11. 鄒曉婷、郭冠良、何清幼 等：獨居與非獨居長者健康狀況之比較。北市醫學雜誌 2016；13（1）：47-60。
12. 陳美如、鄭鈺鄱、朱彩鳳：獨居長者使用緊急救援系統與社會支持度之關係。北市醫學雜誌 2016；13（4）：481-489。
13. Ryan CJ, Bierle RS, Vuckovic KM: The three rs for preventing heart failure readmission: review, reassess, and reeducate. *Critical Care Nurse* 2019; 39(2): 85-93.
14. 吳雅歌、蔡富棉、林秋菊：自我調節方案對慢性病患之生理、心理社會功能成效-系統性文獻回顧。護理暨健康照護研究 2011；7（1）：26-34。

Experience of Improving Self-care Using the Self-regulation Theory in an Elderly Patient with Heart Failure

Kun-Hsiang Lin¹, Teck-Koon Tan²

Intensive Care Unit¹, Division of Critical Care Medicine²,
Chung Kang Branch, Cheng Ching Hospital

Abstract

This article describes the nursing experience of an elderly patient living alone with poorly controlled heart failure and repeated hospital admissions. The self-regulation theory was used as the basis of the nursing care, and the data for the comprehensive nursing assessment based on physical, psychological, spiritual, and social aspects were collected through direct patient care, physical assessment, observation, interviews, medical records, etc. The nursing care lasted from January 18 to 23, 2020. The patient was determined to have “decreased cardiac output” and “ineffective health maintenance ability” after health assessment and analysis. Moreover, the patient was repeatedly admitted to the hospital due to worsening symptoms of heart failure. It was found in the interview that the patient had insufficient knowledge about the disease and lacked self-care capacity. The author made extra effort to listen to and accompany the patient during the nursing care process, and encouraged the family members to provide psychological support to the patient. Moreover, the author also provided knowledge about the disease and individualized care measures, and taught the patient self-care skills that could be used at home. Using the “PRIDE” education program of the self-regulation theory was applied to guide the patient to identify problems through self-exploration with the goal of improving the quality of self-care. The patient obtained symptom relief, an increase in their knowledge of the disease, and the ability to use a self-checklist to implement self-care management through behavior modification. Such cases should be referred to social welfare institutions to enhance post-discharge follow-ups. The long-term care 2.0 program may be combined and institutional care with family caregiving may be suggested. Moreover, the physical function of the patients after discharge should be monitored with regular visits to reduce the social isolation caused by living alone and to avoid re-hospitalization due to poor disease control. The author hopes to share this care experience to provide references for clinical nursing staff. (Cheng Ching Medical Journal 2023; 19(3): 45-53)

Keywords : *Heart failure, Living alone, Self-regulation theory*

Received: April 2022; Accepted: October 2022