

一位心臟衰竭新住民之 個案管理經驗

蕭伊祐 徐少慧*

中文摘要

本文描述協助一位50歲心臟衰竭印尼籍女性因應文化差異及面對身心壓力之個案管理經驗。照護期間2013/3/9-7/1，筆者運用羅氏適應模式並以觀察、會談、電訪及查閱病歷方式收集與分析資料得知因疾病影響身心，出現焦慮、無力感及不遵從行為等主要問題。透過個案管理介入，擬定個別措施，建立治療性護病關係，提升對疾病認知，減輕焦慮；提供可利用的社區資源，鼓勵用正向態度與行為強化溝通及社會互動，降低無力感；導正自我照顧知能，增進自信，建立健康行為，進而減少合併症與延緩病程，改善生活品質。面對臺灣新住民比例逐年增加，期能提供臨床此類個案之照護參考。(志為護理，2015; 14:3, 103-112)

關鍵詞：個案管理、心臟衰竭、新住民

前言

心臟衰竭患者對疾病認知不正確、無法落實良好的自我照護行為及家庭支持不佳，則會因為生理、心理、家庭社會等因素導致疾病不可逆的惡化進而反覆入院，增加家庭社會負擔(Shaw, O' Neal, Siddharthan, & Neugaard, 2014)。由於臺灣新住民比例逐年增加，面對文化差異及陌生醫療環境，新住民更易因對疾病的不了解，身心壓力加劇而影響自我照護，導致疾病控制成效差(江、梁、邱、

鄭、黃，2009)。

本文個案是一位心臟衰竭印尼籍配偶於本院心臟內科就醫，因對疾病本身與醫療環境不熟悉，且礙於語言溝通及先生與家庭支持系統薄弱，個案坦言很無助，轉介至心臟衰竭個案管理收案時，筆者發現新住民在疾病適應、醫護溝通與自我照護上的障礙，故引發探討動機，期藉由此經驗提供日後照顧類似個案之參考。

佛敎慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院護理部健康管理中心心臟科心臟衰竭個案管理師 慈濟學校財團法人慈濟技術學院護理系講師*

接受刊載：2015年02月24日

通訊作者地址：徐少慧 97005花蓮市建國路二段880號

電話：886-5-264-8000 #5034 電子信箱：ssh@tccn.edu.tw

文獻查證

心臟衰竭治療及護理

心臟衰竭指心臟功能異常或心肌受損，涵蓋各種不同原因導致心臟功能不全而引發的臨床徵象(Baptiste, Mark, Groff-Paris, & Taylor, 2014)，常出現症狀有咳嗽、肺水腫、心搏過速、端坐呼吸、陣發性夜間和運動性呼吸困難、肝腫大、尿少及下肢水腫等(Harrington, 2013)。

心臟衰竭為不可逆疾病，治療目標以改善症狀、去除誘發因子及延長壽命為原則；自我照護以對疾病有正確認知，確實遵守藥物治療、飲食控制及規律運動為主(葉、邵，2010)。心臟衰竭照護指引包含自我監測心臟衰竭症狀，如水腫、尿量及體重變化以檢視用藥成效；戒菸、酒及養成良好生活習慣；規律服藥並瞭解藥物相關知識、作用、副作用及注意事項，如抗凝血劑、利尿劑、毛地黃、ACEI及 β -blockers等藥物；少油炸及刺激性食品，以低膽固醇飲食為原則，且避免加工醃製食品，限制鹽份攝取量每天3-5gm及水份約1,500ml；維持適度規律運動，出現呼吸喘等心衰竭症狀加劇時需適度休息，必要時應立即回診接受治療(劉、李、許，2010)。

心臟衰竭個案管理於新住民之照護

個案管理是針對個案身心需求，整合醫療資源，提供適切的評估、照護、協調、監測及評值之健康服務(Stough, Sharp, Decker, & Wilker, 2010)。新住民因語言、文化隔閡及社會支持系統薄弱易出現適應障礙或社交隔離，在疾病產生時易引發焦慮、無力感及尋求健康醫

療照護意願低，是高健康照護需求的一群(黃，2012)。個案管理師應瞭解個案溝通能力與文化適應過程是否有障礙，即時評估其自我照護技能，給予明確且持續性的護理指導，以適當的教材，如模型、圖示、影片等讓個案對疾病與自我照護有正確認知，並提供必要的心理社會支持網絡，如健康照護及社區支持團體，協助壓力調適，提升疾病控制成效(吳、顏，2012)。

大多東南亞裔口味偏愛辛香料及甜食，此飲食型態與心臟衰竭患者須遵守的清談飲食不符(吳、顏，2012)。心血管疾病是典型的自我管理疾病，當個案出現治療及照護上的不遵從行為時，可運用行為改變模式的介入鼓勵個案思考規律服藥、飲食控制與運動之重要性，讓個案自我評價何謂錯誤認知與行為，分析自我照顧不當的原因，使個案接收刺激後能修正並建立正確的健康行為(Piña, Oghlakian, & Boxer, 2011)。個案管理師的協助可強化其自我照顧行為動機，使個案在健康行為的執行上較易做出正確決策，對疾病復發率、合併症、死亡率與再住院率將顯著降低(Piña, Oghlakian, & Boxer, 2011)。

個案簡介

黃女士，50歲，印尼籍，國小畢業，外向且愛漂亮，32歲來臺當看護，工作5年後嫁給雇主的兒子，育有1女，公婆皆已過世，目前與女兒同住互動良好，先生在外縣市工作，假日才回來，夫妻感情較冷淡，鮮少溝通，家中經濟不富裕。多以印尼語、臺語及少許國語與他人互動，無法讀寫中文字，工作不穩

定，目前從事清潔工作。自來臺灣十多年僅回印尼4次，無特殊宗教信仰。

疾病史及求醫過程

個案無過去病史、開刀史及過敏史，表示2009年曾因心臟不適到某醫院求治，感受到醫護人員對新住民不友善，加上缺乏對疾病認知與不熟悉臺灣醫療環境，從此生病時拒絕到醫院看診，自行服用成藥。2013/3/9因心跳過速不適，疲累症狀加劇至本院心臟內科就醫，經診斷為心臟衰竭Ⅱ級，胸部 χ 光顯示出

有心臟肥大情形，心臟超音波顯示二、三尖瓣中重度閉鎖不全，左心室功能：34.0%。3/9醫師建議口服心臟衰竭藥物治療，並納入心臟衰竭個案管理收案及門診定期追蹤。

護理評估

護理期間為2013/3/9-7/1，筆者運用羅氏適應模式並以觀察、會談、電訪及查閱病歷方式收集與分析資料如下。

一、生理模式

評估項目	評估內容																																
氧合作用	3/9-5/1平均血壓116-148/75-110 mmHg、呼吸約15-20次/分，活動時呼吸偏喘約28次/分，休息後可緩解，脈搏75-11次/分、體溫36.8 $^{\circ}$ C，血氧濃度值可維持98-100%、無痰音、無盜汗，皮膚、四肢末梢溫暖及指甲呈粉紅色。胸部 χ 光顯示出有心臟肥大，心電圖無異常。左心室功能: 3/9為34.0%，6/1為32.0%。																																
活動與休息	3/9意識清楚，會談時，個案眼睛有黑眼圈，精神疲累，頻頻打哈欠，身體活動功能正常。每天接送小孩，偶做清潔零工賺錢，沒有運動習慣，覺得運動很累，容易疲勞。3/19主訴「晚上偶而失眠，容易睡了就醒，每天晚上睡覺少於6小時」。																																
營養	3/9個案身高153cm，口腔粘膜完整，毛髮無脫落，頭皮、毛髮及指甲清潔，皮膚有彈性、飽滿、無病變、完整且溫暖。偏愛重口味、甜食、辣與油炸食物，如魚頭、內臟類；除三餐，點心愛吃麵包、蛋糕和喝珍珠奶茶。 3/9-6/1體重、腹圍、基礎代謝率(Body Mass Index, BMI)、總膽固醇(Total cholesterol, TCH)、三酸甘油脂(Triglyceride, TG)、高密度膽固醇(High density lipoprotein, HDL)及低密度膽固醇(Low density lipoprotein, LDL)變化： <table border="1"> <thead> <tr> <th>日期</th> <th>體重(kg)</th> <th>腹圍(cm)</th> <th>BMI(kg/m²)</th> <th>TCH(mg/dl)</th> <th>TG(mg/dl)</th> <th>HDL(mg/dl)</th> <th>LDL(mg/dl)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3/9</td> <td>62.7</td> <td>83.0</td> <td>26.8</td> <td>198</td> <td>275</td> <td>15</td> <td>128</td> </tr> <tr> <td>5/1</td> <td>58.0</td> <td>76.0</td> <td>25.0</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>6/1</td> <td>61.8</td> <td>94.0</td> <td>26.4</td> <td>201</td> <td>308</td> <td>12</td> <td>132</td> </tr> </tbody> </table>	日期	體重(kg)	腹圍(cm)	BMI(kg/m ²)	TCH(mg/dl)	TG(mg/dl)	HDL(mg/dl)	LDL(mg/dl)	3/9	62.7	83.0	26.8	198	275	15	128	5/1	58.0	76.0	25.0	-	-	-	-	6/1	61.8	94.0	26.4	201	308	12	132
日期	體重(kg)	腹圍(cm)	BMI(kg/m ²)	TCH(mg/dl)	TG(mg/dl)	HDL(mg/dl)	LDL(mg/dl)																										
3/9	62.7	83.0	26.8	198	275	15	128																										
5/1	58.0	76.0	25.0	-	-	-	-																										
6/1	61.8	94.0	26.4	201	308	12	132																										
排泄與生殖	3/9月經週期正常，子宮頸抹片定期檢查無異常。 3/9每1-2天解褐色成形便一次，無用軟便劑，無痔瘡，一天解尿8-10次淡黃色；尿液檢驗數據正常。5/1主訴近來小便量較少，一天4-6次色黃；尿液檢驗數據正常。																																
體液電解質	3/9皮膚有光澤，無四肢水腫。6/1皮膚完整溫暖，雙腳足背水腫1+。 3/9飲水量達每天2,000 ml以上。5/1飲水量每天1,500 ml以內。6/1飲水量可高達每天1,700-2,000 ml。 3/9-6/1檢驗檢查值： <table border="1"> <thead> <tr> <th>日期</th> <th>Na(mg/dl)</th> <th>K(mg/dl)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3/9</td> <td>142</td> <td>4.4</td> </tr> <tr> <td>5/1</td> <td>140</td> <td>3.8</td> </tr> <tr> <td>6/1</td> <td>139</td> <td>4.1</td> </tr> </tbody> </table>	日期	Na(mg/dl)	K(mg/dl)	3/9	142	4.4	5/1	140	3.8	6/1	139	4.1																				
日期	Na(mg/dl)	K(mg/dl)																															
3/9	142	4.4																															
5/1	140	3.8																															
6/1	139	4.1																															

評估項目	評估內容
感覺神經	3/9意識清楚，人、時、地、物定向感佳，聽、觸、嗅、味覺均正常。可表達自己的意思，印尼腔調重，與個案會談時速度要放慢，才能了解筆者詢問內容。 3/16返診時主訴「我擔心不會好，晚上都睡不著，早上起來頭都很痛，眼睛很酸，全身很累」，伴有煩躁不安、臉部緊繃非語言動作，黑眼圈嚴重。
內分泌	3/9無糖尿病、甲狀腺及遺傳疾病。

二、自我概念

(一) 身體自我

2013/3/9第一次見面，時而四處張望、全身緊繃不敢和筆者說話，一直表達不熟悉臺灣醫療環境。3/9「醫生說我心臟不好，我真有那麼嚴重嗎？怎麼辦？我聽不懂醫生跟我說什麼，只聽懂臺語和一點點國語，也不懂中文字，之前去大醫院看病，醫院的人很兇，從眼神感覺看不起我，所以如果不舒服就去藥局買藥吃。」。3/9、3/16、3/30、4/12、5/1於門診追蹤五次，自覺症狀改善，5/1回診後自行停止服用全部藥物，至6/1呼吸喘不適返診並主訴「不舒服的時候才會吃藥，覺得自己已經健康了，沒想到會這麼嚴重，工作忙的時候就會忘記按時服藥。」、「最近常去朋友家吃飯，開始又喝飲料，吃的都是東南亞料理，口味比較重，最近很想吃重鹹、辣、油炸的食物。」、「每天都覺得很累不想動，懶得動，社區舉辦的活動也很少去了。」。

(二) 個人自我

個性獨立孝順，從小希望能減輕家中負擔，32歲來臺當看護嫁給雇主兒子，照顧婆婆，在臺灣沒有親戚。現公婆皆去世，育有1女，母女互動良好。

三、角色功能

第一角色是50歲中年女性；第二角

色是女兒、妻子、母親、新住民及清潔員工。第三角色為病人角色，在治療及自我照護的配合與遵從度需要協助與支持。

四、相互依賴

家中主要經濟來源為先生，個案為計時清潔人員，就醫期間未曾見丈夫陪同，平日最大支持系統為念國小五年級的女兒，有事會與女兒商討。2013/3/9起每次回診只見個案單獨一人，來去匆匆。3/16眼眶泛紅語帶哽咽透露日子一天一天過，不知道生活意義在哪裡。3/19電訪時個案無奈的表示「即使固定回來看門診，又有什麼用，反正又沒有人關心我」、「這個疾病又不會完全好，誰知道下一次什麼時候又會開始喘起來」、「家人都在印尼，來臺灣十幾年只回去過四次，因為機票很貴，打長途電話也很貴，在臺灣的朋友很少，都是後來認識的新住民，沒有能商量事情的對象，女兒年紀也還小，很想念家鄉」、「先生平常都在麥寮公司，只有星期六日才回來，每次有事情跟他商量就說他很累，有事不會自己處理嗎？回家的時候講話口氣都很兇，態度很差」。4/2電訪個案表示「我工作的時候才有人跟我說話，回來看門診當天就不能去工作，醫藥費又很貴。」

問題確立與護理措施

經由上述護理評估確認個案主要問題為焦慮、無力感及不遵從行為。

一、焦慮/感受健康狀況改變、生命受威脅及就醫環境不友善(2013/3/9-3/30)

第一層次評估

主觀資料：

3/9煩躁不安、臉部緊繃表示「醫生說我心臟不好，我真有那麼嚴重嗎？怎麼辦？我聽不懂醫生跟我說什麼，只聽懂臺語和一點點國語，也不懂中文字，之前去大醫院看病，醫院的人很兇，從眼神感覺看不起我，所以不舒服就去藥局買藥吃。」、「我擔心不會好，晚上都睡不著，早上起來頭都很痛，眼睛很酸，全身很累」。

3/19「晚上偶而失眠，容易睡了就醒，每天晚上睡覺少於6小時。」

客觀資料：

3/9診斷為心臟衰竭II級，胸部X光：心臟肥大，心臟超音波：二、三尖瓣中重度閉鎖不全，左心室功能：34.0%。

3/9印籍新住民，時而四處張望、全身緊繃不敢和筆者說話，黑眼圈嚴重，一直表達不熟悉臺灣醫療環境，過去就醫經驗不佳，

第二層次評估

主要刺激：診斷為心臟衰竭，不了解疾病嚴重程度。

相關刺激：生命面對威脅。

剩餘刺激：語言及文化差異，就醫環境不熟悉及不友善。

護理目標

3/16個案表示聽得懂醫護人員對心臟衰竭照護指引的解說。

3/30個案能說出心臟衰竭相關照護計畫2項。

3/30個案睡眠品質改善，夜眠不間斷6-7小時。

護理措施

一、心臟衰竭照護指引解說

- 1.以心臟模型與簡報圖檔說明引起疾病的相關因素。
- 2.以圖卡及實物模型進行藥物衛教。
- 3.給予印籍版飲食資料，如低鈉、低膽固醇飲食，以及限水的重要性。
- 4.給予印籍版運動影片，如運動圖解書籍，運動示範影片。

二、建立治療性人際關係及營造友善環境

- 1.主動自我介紹，以個案熟悉的臺語溝通，解說醫院環境並實地帶個案參訪相關門診與檢查室。
- 2.隨時觀察並接納個案焦慮反應。
- 3.鼓勵說出心中真實感受並耐心傾聽與陪伴。
- 4.電訪主動關心並評估居家自我照顧情形。
- 5.給予心理支持，提供心臟衰竭諮詢室個案管理師聯絡方式，告知可來電諮詢。
- 6.協助醫師與個案間的溝通，確認個案對主治醫師解說病情與治療的了解程度。

護理評值

3/9個案返家時面帶微笑表示能聽懂護理師的解說並會按時返診，謝謝筆者親切衛教，以後會好好照顧自己，更加注意健康。

3/30個案回診時，主動來諮詢室找筆者詢問問題，黑眼圈明顯改善，化淡粧表情放鬆，表示聽得懂醫生和護士在說什麼。主訴現在晚上11點可以好好睡覺到天亮6點不會常常醒來。能說出少辣少油的清淡飲食，少喝珍珠奶茶很重要。能說出服用抗凝血劑要小心有無牙齦流血，利尿劑要注意小便量及顏色，心跳小於每分鐘60下要停用毛地黃等注意事項。

二、無力感/疾病不確定感及家庭社會支持系統薄弱(2013/3/9-5/1)

第一層次評估

主觀資料：

3/19電訪時，個案無奈表示回診對其意義不大，因為沒人關心，主訴「這個疾病又不會完全好，誰知道下一次什麼時候又會開始喘起來」、「家人都在印尼，沒有能商量事情的對象，女兒年紀也還小，很想家鄉」、「先生只有星期六日才回來，每次有事情跟他商量就說他很累，有事不會自己處理嗎？口氣都很兇，態度很差」。

4/2「我工作的時候才有人跟我說話，回來看門診當天就不能去工作，醫藥費又很貴。」

客觀資料：

3/9起每次回診時只見個案單獨一人，來去匆匆，因為請假看病就不能賺錢，也來不及接女兒。

3/16、3/19談起疾病與未來則哽咽表達日子就過一天算一天。

第二層次評估

主要刺激：對疾病的不確定感。

相關刺激：家庭支持系統薄弱。

剩餘刺激：經濟壓力。

護理目標

3/22個案能說出治療疾病的正向意義。

4/12個案能主動參與社區社交活動。

5/1個案能自覺對生活控制感增加，未來有信心與希望。

護理措施

一、正向態度與行為建立

1.每次電訪及個案回診時以言語關心，陪伴傾聽，對正向的健康動機與行為給予讚許。

2.鼓勵家屬陪伴返診，給予心理支持。

3.邀請個案參加病友會，介紹成功案例，分享疾病控制經驗與生活習慣養成方式。

二、支持網絡系統建立

1.健康照護支持：

1-1介紹固定志工陪伴。

1-2介紹單位同屬性同仁給個案，讓個案返診時能得到需要的健康照護支援。

1-3協助利用出遊活動時，建立與病友間的情感聯繫及支持系統。

2.社區團體支持：

2-1鼓勵參加社區舉辦的新住民中文班及健康講座。

2-2協助報名「社區愛、厝邊情」新住民校園親職教育聯誼會。

2-3建議參加行政院勞工委員會職業訓練局舉辦的社區新住民生活適應及職業訓練進階班。

護理評估

3/22電訪時能表達對疾病的感受與想法，知道心臟病要靠保養，說出治療要按時返診追蹤病情很重要。

4/12返診時打扮合宜，並主動告知已報名參加新住民校園親職教育聯誼會。

4/17電訪時主訴，雖然與先生互動還是很淡，但不再冷言相對，女兒是未來的希望，自覺參加社區活動，生活有重心，會好好照顧自己身體。

5/1女兒陪伴返診，心情愉快。瞭解只有健康的身體才能穩定的工作賺錢維持生活，供女兒好好念書。

三、不遵從行為/疾病惡化，自行停止服用心臟衰竭藥物、飲食及運動控制不佳(2013/3/9-7/1)

第一層次評估

主觀資料：

6/1主訴容易疲倦，變胖沒自信，沒有體力去工作，「想說病情已經改善，不舒服的時候才會吃藥，覺得自己已經健康了，沒想到會這麼嚴重，工作忙的時候就會忘記按時服藥。」、「最近常去朋友家吃飯，開始又喝飲料，吃的大部分是東南亞的料理，口味比較重，最近很想吃重鹹、辣、油炸的食物。」、「每天都覺得很累不想動，懶得動，社區舉辦的健走活動也很少去了。」。

客觀資料：

3/9發現心臟衰竭，3/9-5/1於門診追蹤五次，自覺症狀改善，5/1後自覺症狀改善自行停止服用全部藥物warfarin 5mg/tab 1# bid, digoxin 0.25mg/tab 1# qd, furosemid 40mg/tab 1# tid, ramipril 2.5mg/tab 1# bid。
6/1呼吸喘不適，再次返診就醫，呼吸喘約20-28次/分，外觀疲憊。

3/9-6/1檢驗檢查值：

日期	體重 (kg)	腹圍 (cm)	雙足背水腫(+)	BMI (kg/m ²)	TCH (mg/dl)	TG (mg/dl)	HDL (mg/dl)	LDL (mg/dl)	左心室功能
3/9	62.7	83.0	-	26.8	198	275	15	128	34.0%
5/1	58.0	76.0	-	25.0	-	-	-	-	-
6/1	61.8	94.0	1+	26.4	201	308	12	132	32.0%

第二層次評估

主要刺激：病識感不足，往往自行停藥。

相關刺激：文化因素，偏好重口味飲食。

剩餘刺激：無法維持規律運動。

護理目標

6/10個案能說出不當飲食與未規則服藥對疾病控制的影響。

6/18個案願意配合飲食行為修正，每日鹽份攝取量3-5gm。

6/18個案願意配合水分限制，每日少於1,500 ml。

6/18個案願意執行規律運動，每日步行至少30-60分鐘。

7/1 TG < 150mg/dl。

7/1體重能減輕至60.0kg，BMI < 25.0 kg/m²，腹圍 < 85.0 cm。

護理措施

一、強化疾病認知

以引導方式讓個案說出對疾病的正確認知與生活型態。

讓個案自我評價哪些是造成疾病惡化原因，如未規則服藥及返診。

讓個案承諾每天監測心臟衰竭症狀，如水腫、尿量變化，強化疾病控制認知。

教導評估水腫方法，每天按壓皮膚，監測下肢水腫情形。

鼓勵每天記錄血壓與體重變化，可於回診時做為醫師調整藥物之參考。

二、正確飲食習慣與生活型態建立

飲食行為修正：

1-1飲食衛教，讓個案自我評價哪些是造成TG升高的食物，甜食會刺激TG上升，HDL下降，應避免重口味、甜食、辣與油炸食物，如魚頭、內臟類、麵包、蛋糕和珍珠奶茶，鼓勵個案思考並自我分析飲食控制不當原因。

1-2個案能主動承諾採取健康飲食行為，如避免加工醃製、油炸食物與甜食。

1-3以布丁湯匙說明，告知每天可攝取的鹽份量3-5gm。

1-4以圖卡、食物模型及餐盤來解說少量多餐的益處與重要性。

每天水分限制少於1,500ml：用個案常用的杯子，告知可盛裝的量。

規律運動：

3-1告知運動重要性、頻率及注意事項。

3-2教導可利用毛巾、棍棒來做增強心肺功能運動。

3-3依照個人可承受的運動耐受力做適當運動。

3-4運動時若有任何不舒服需要馬上停止，千萬不要逞強。

三、其他

1. 電話提醒並協助掛號回診。
2. 邀請個案參加心臟科舉辦的疾病相關講座，並在旁做解說，增強自我照護知能與信心。
3. 設定手機提醒早、晚按時服藥。

護理評值

6/10電訪個案能按時服藥、飲食控制、監測體重、每天女兒陪同散步30-60分鐘；了解每天監測心臟衰竭症狀、水腫、尿量變化重要性；說出養成規律的運動習慣可提高好的膽固醇(HDL)，降低壞的膽固醇(LDL)。

6/18我現在已經不再吃油炸與醃製食物了，偶而想吃家鄉菜會盡量自己做來吃，以布丁湯匙控制每日鹽份的攝取量。

6/18我不再喝飲料而且會注意自己每天喝水的量不要超過1,500ml，女兒也會提醒我。

6/18回診時能出示血壓與體重監測紀錄卡供醫師參考；且能說出病情惡化的徵兆與處理方式。表示要工作也要運動，累了就要休息，會喘就不舒服要來醫院。

7/1體重58.5kg，BMI：25.0 kg/m²，腹圍：84.0cm，無水腫，TCH：173 mg/dl，TG：131 mg/dl，HDL：58 mg/dl，LDL：88 mg/dl，左心室功能：41.4%。

結論與討論

本文描述一位心臟衰竭印尼籍新住民因健康變化生命受威脅與就醫環境不友善引發焦慮，又夫妻互動不良及家庭社會支持系統薄弱而產生無力感，以及對飲食控制及服藥不遵從的照護經驗。此護理過程筆者深切感受到新住民面對疾病壓力、文化差異及陌生環境所引發的身心問題影響其自我照護及疾病控制成效的嚴重性。因個案管理的介入，整合有效的健康照護支援，有利的社區團體資訊，讓個案學會將良好的疾病自我照顧知能落實在居家生活中，並能自我營造出健康的生活態度、行為與環境，使其體重、膽固醇檢驗值及心臟功能逐漸改善，提升生活品質與強化疾病控制成效，是此次照護經驗中的成功處。

雖然個案對疾病認知與自我照顧的遵從性大有進步，但因配偶支持部分改善有限，再加上經濟一直是個案最大的心理壓力，社工評估過其家庭狀況無法申請補助，因此僅靠個案管理師、志工及

病友的支持力量有限，以致正向情緒穩定性維持不易，而影響疾病控制成效時好時壞，筆者發現此類問題實為現今臨床照護面需正視的議題。希望藉此照護經驗，提供臨床護理參考。除此之外，建議醫療院所結合社區教育衛生保健活動，例如新住民健康講座，加強疾病預防、可利用諮詢單位與轉譯服務宣導，及相關病友團體介紹，以因應新住民個別性健康照護需求。

參考資料

- 江馥名、梁蕙芳、邱慧洳、鄭夙芬、黃美華(2009)·台灣東南亞籍女性配偶的健康概念、自覺健康狀態及健康促進生活型態之研究·*長庚護理*，21(1)，12-24。
- 吳櫻娟、顏婉娟(2012)·我們一直沒放手-探討台灣社區護理人員跨文化的健康照護·*護理雜誌*，59(2)，23-28。
- 黃玉珠(2012)·四方友善五語倫比：新移民跨文化就醫困境與社區護理人員跨文化照顧能力的探討·*護理雜誌*，59(2)，17-22。
- 葉湘芬、邵榮華(2010)·心臟衰竭老人飲食自我效能與自我管理行為之探討·*志為護理*，9(4)，96-107。

- 劉慧玲、李淑琴、許淑娟(2010)· 心衰竭病人自我照顧的影響因素· *護理雜誌* , 57(2) , 99-104 。 doi: 10.6224/JN.57.2.99
- Baptiste, D. L., Mark, H., Groff-Paris, L., & Taylor, L. A. (2014). A nurse-guided patient-centered heart failure education program. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), 49-57. doi: 10.5430/jnep.v4n3p49
- Harrington, C. C. (2013). Assessing heart failure in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(7), 23-28. doi: 10.3928/00989134-20130415-03
- Piña, I. L., Oghlakan, G., & Boxer, R. (2011). Behavioral intervention, nutrition, and exercise trials in heart failure. *Heart Failure Clinics*, 7(4), 467-479. doi: 10.1016/j.hfc.2011.06.003
- Shaw, J. D., O' Neal, D. J. III, Siddharthan, K., & Neugaard, B. I. (2014). Pilot program to improve self-management of patients with heart failure by redesigning care coordination. *Nursing Research and Practice*, 2014, 1-11. doi: 10.1155/2014/836921.
- Stough, L. M., Sharp, A. N., Decker, C., & Wilker, N. (2010). Disaster case management and individuals with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 55(3), 211-220. doi: 10.1037/a0020079

靜
思
語

教法不必聽太多，若能身體力行，
簡單的一句，就能啟發真正的善根。

~ 證嚴法師靜思語 ~

There is no need to learn many teachings.
If we can put one simple verse into practice,
we can awaken our true nature of goodness.

~ Master Cheng Yen ~



The Experience of Caring a New Immigrant with Heart Failure

I-Yu Hsiao, Shao-Hui Shu*

ABSTRACT

This article describes the experience of caring an Indonesian spouse with heart failure to cope with her frail physical condition and psychological stresses from cultural differences. The nursing period was between March 9th and July 1st 2013. The author collected information from observation, phone interviews and review of medical records. Roy's adaptation model was also applied to evaluate the patient's health problems. The problems identified included anxiety, feelings of powerlessness, and impaired compliance on self-care. Through case management intervention, individualized nursing measures were formulated to build the therapeutic relationship between the patient and the nurse to help the patient adapt to her disease and reduce her anxiety. Through utilization of community resources she developed more positive attitudes and behaviors' communication and social interaction was improved with feeling less powerless. We also strengthened her self-care knowledge and ability to enhance self-confidence, cultivate healthy behaviors, thereby reduce complications and improve the quality of life. We share the case as a reference and hope it helpful for the nursing colleagues while dealing with similar cases. (Tzu Chi Nursing Journal, 2015; 14:3, 103-112)

Keywords: case management, heart failure, new residents

Case Manager of Heart Failure Management, Department of Nursing & Cardiology, Dalin Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation; Lecturer of Nursing Faculty, Tzu Chi College of Technology*

Accepted: February 24, 2015

Address correspondence to: Shao-Hui, Shu No.880, Sec. 2, Jianguo Rd., Hualien City, Hualien County 97005, Taiwan

Tel: 886-5-264-8000 #5034; E-mail: ssh@tccn.edu.tw