

第一章 緒論

第一節 研究背景與重要性

根據內政部（2003）統計顯示，民國 92 年 5 月底前 65 歲以上人口佔全國人口數 9.10%，同時推估到民國 120 年時，老年人口比率將增至 19.7%（內政部人口政策委員會，1999）。隨著老年人口的急速增加，老年人之健康問題備受關切。由國人十大死因統計分析資料中，可發現造成老年人口死亡原因，慢性病即佔了九種（衛生署，2003）。另根據內政部統計處（2000）資料顯示，有 76.06% 的老年人罹患慢性疾病。從此疾病型態中得知，慢性病已成為老年人頭號殺手，嚴重威脅老年人的健康。

雖然老化不等於疾病，但隨著年齡增加，生理系統的改變，功能的衰退，使得健康問題和失能的危險性增加（Lueckenotte, 2000），且老年人的健康問題多屬複雜之病情，如共患、合併、併發、累積及加成之情況，並以慢性病居多（李，1998）。有鑑於此，衛生署（2000）於近年來積極地推動慢性病防治與保健計劃，灌輸民眾防治慢性病與生活保健之道，期以普及並提高慢性病老年人之照護品質。

Nicholas（1993）指出要維持和改善老年人健康，主要策略為健康促進及自我照顧。其中自我照顧是為個人、家庭與社區為達到維持促進最大健康所表現的活動，為健

康照護系統的基礎，個體不僅可藉由自我照顧來促進健康、維持健康、預防疾病、發現疾病及治療疾病(Steiger & Lipson, 1985)，更可得以掌控健康狀況(Richardson, 1991)，進而對自我健康增加控制感、自主性與參與感，以達最佳健康狀態(Geyer, 1990)。且對慢性病患而言，有效的自我照顧，不僅能成功地處理疾病症狀與避免疾病的惡化(Connelly, 1987)，亦能學習調適慢性病所帶來的衝擊(Furlong, 1996)。

隨著高齡化社會的來臨及疾病趨於慢性化，未來將會有更多老年人罹患慢性病，而自我照顧不僅可滿足老年人的健康需求，協助其在疾病的限制下仍能發揮個人最大潛能，更能維持其健康及獨立自主，增加對生活中的控制，以達到生理、心理及社會最佳狀態。因此，自我照顧是慢性病老年人健康照護中最基礎的層次，亦為最重要的策略。

第二節 研究動機

隨著醫療科技的進步，疾病型態由急性傳染病轉變為慢性病，加上人口老化，且面臨著醫療成本的壓力及全民健保政策的給付危機，慢性病老年人如何有效控制病程，提高生活品質，減少社會經濟與人力資源耗損，成為一大挑戰。因慢性病的特質是長期存在個體的疾病，不僅無法完全康復，易產生殘障，相對的，醫療費用與護理照護比急性傳染病多，且疾病造成的死亡率甚高(黃，1994)。而自我照顧是一種從醫療轉移到健康，從治療到預防，以及

從醫療照顧到自我照顧的健康照護模式(王, 2000), 已受到許多健康專業普遍性關注, 且強調自我照顧的成功關鍵, 在於個體能從傳統依賴醫療模式轉變為功能獨立、主動(Hill & Smith, 1990; Schwertel Kyle & Pitzer, 1990)與持續不斷(Hurley & Shea, 1992)。

Backman 和 Hentinen (1999) 指出老年人的自我照顧全面反映了個體朝向健康照護、疾病和對生命的態度, 所以在老年人的生活裏無法與自我照顧分開。是故, 在老年人健康照顧意識的覺醒下, 自我照顧對慢性病老年人極為重要, 不但可節省日益高漲的醫療成本, 亦可增進其生活品質, 因一旦老年人失去自我照顧能力, 不僅影響個人生活品質, 也對家庭、社會帶來照顧上的負擔(李、林、劉, 1994)。

由於老年人因經驗及生活情境之不同, 在面對健康問題的表現上, 異質性頗高, 當其罹患慢性病, 健康狀況受到衝擊時, 自我照顧行為之表現為何呢? 由於目前在自我照顧的相關研究上, 並未針對慢性病老年人作深入之探討, 故無法真正陳述出其感受及經驗。為了能整體性了解和支持慢性病老年人的自我照顧行為, 建立與病共存的新健康生活方式, 因此本研究採質性研究法, 深入探討老年人在與慢性病共存下之自我照顧生活經驗。研究發現有助於未來建構慢性病老年人的自我照顧行為量表及相關研究之發展, 並期能做為護理照顧之基礎, 提供真正符合慢性病老年人需求之照護, 使慢性病老年人擁有健康的生活, 享

受生命之美。

第三節 研究目的

本研究的主要目的為探討慢性病老年人自我照顧之生活經驗。

第四節 名詞界定

- (1) 慢性病：為不可逆性、累積的、潛伏的或者損害的疾病狀態。
- (2) 老人：指 65 歲以上者。

第二章 文獻查證

根據本研究目的，文獻查證將包括三大部分：(一)慢性病的特徵，(二)慢性病與老年人，(三)自我照顧，和(四)質性研究。分述如下：

第一節 慢性病的特徵

Burish 和 Bradley (1983) 將疾病簡易分為「慢性病」與「急性病」，主要依其發病的原因、時間、疾病導因之確認及預後等四個層面。一為發病原因層面：慢性病主要原因為個人生活型態所致，而急性病則多因病毒感染。二在時間特性層面：慢性病通常潛伏期及持續期間較長，而急性病則發病迅速，且疾病持續時間較短。三於疾病導因之確認層面：慢性病的導因極為複雜，症狀表現也不明確，但急性病的導因與症狀表現則較明確化。四在疾病預後層面：慢性病是一長期性疾病，無法治癒，相反的，急性病則較能在短時間內復原。由此可了解慢性病之特質及與急性病之差異性。

在慢性病之定義方面，因相關論述多且複雜，是個難以明確界定之辭彙。例如 Robert 指出美國慢性病委員會 (Commission of Chronic Disease) 將慢性病界定為正常狀態受到損害或已偏離常態，並具有下列一種或一種以上特性：永久性、不可逆的病理變化、殘留失能、需復健治療，或者需要長期的監控、觀察與照護 (引自 Curtin & Lubkin, 1995)。而美國國家長期照護會議 (National Conference on

Care of the Long-Term Patient) 則以時間層面來界定慢性病，其對慢性病的定義是病情需持續或長時間的照護，至少達 30 天的急性住院天數，或在不同醫療機構需 3 個月的照護或復健（引自 Curtin & Lubkin, 1995）。另 Buergin 表示慢性病是在一段不定的時期內，因疾病所引起的症狀或病徵，其病程為長期，且只能部份復原（引自 Curtin & Lubkin, 1995）。

但這些早期之慢性病定義，因多不具包容性與缺乏彈性，遭受到後期學者之質疑，如 Curtin 與 Lubkin (1995) 重新賦予慢性病之定義，他們定義慢性病為不可逆的、累積的、潛伏的或者損害的疾病狀態，此狀態需整體的人文環境 (human environment)，以提供支持性的照護、自我照顧、功能維持及預防失能的工作。而 Eliopoulos (1999) 亦統整慢性病之相關定義，歸納有五點特徵，包括 (1) 疾病是無法根治且為不可逆的過程；(2) 是為長期疾病；(3) 需長期的指導、觀察或照護；(4) 需執行自我照顧，例如監測症狀、服藥或遵從治療活動；(5) 疾病已潛在地影響了個案的身、心、社會及靈性層面。

由上述相關的慢性病定義可了解，慢性病的論述包涵多重意義，如從權威醫療導向轉為自我責任，從身體功能變化到心理社會衝擊，從單向度定義到整體人文環境的考量 (林、吳, 1999)。亦即在這漫長不確定的病程中，個體的身、心、社會將隨著疾病發展而有所改變，其照護需求亦隨之而改變。

此外，慢性病的種類多，其表現型態也多樣化，例如發病過程可以突然或潛伏一段時間，症狀可驟然發生或突然惡化，亦或一段時間內症狀緩和，甚至無症狀表現。為了更了解慢性病的本質，Corbin 與 Strauss (1988) 追蹤整個慢性病過程發展，發現疾病之進行軌道可劃分為 8 個階段，包括預防期 (pretrajectory)、發病期 (trajectory)、危機期 (crisis)、急性期 (acute)、穩定期 (stable)、不穩定期 (unstable)、衰退期 (downward) 與死亡期 (dying)，每個階段起伏不定。第一階段是預防期：於疾病發生前，此時無症狀或徵象表現。第二階段為發病期：症狀或徵象的表現，包括疾病的診斷期間。第三階段危機期：生命受到威脅之狀況。第四階段急性期：慢性病急性惡化或合併症出現，急需醫療處置。第五階段穩定期：為在遵從醫療處置之下，疾病之進展或症狀得以控制。第六階段不穩定期：即為遵從醫療處置，仍無法控制疾病之進展或症狀表現，但尚不需住院治療。第七階段是疾病衰退期：因疾病的症狀增加或失能導致個體身心狀況逐漸衰敗。最後的第八階段為進入死亡期。由上述可發現隨著慢性病的進展及病程變動，其對個體之衝擊影響亦隨之不同。

綜而言之，慢性病的橫斷面，不僅單指生理上的疾病，更是包涵了個體的身、心、社會層面。而慢性病的縱貫面，亦不單指一個動態過程，更是指個體需隨著慢性病的進展與變動，不斷地努力學習因應疾病所衍生的變化，使自我能成功地與疾病共存。

第二節 慢性病與老年人

導致老年人身心功能衰退之原因，可以是老化，或可以是疾病所造成，彼此間常交互影響，關係複雜不明，不易判別或區隔（李，1998）。雖然兩者分界點不明朗化，但疾病的罹病率，可隨著年齡累增，所罹患疾病的慢性化，亦隨年齡累增（李，1999），這可能與環境中的致病因子蓄積有關，生命愈長，所累積的致病因子愈多，愈易發病，加上老化所致生理功能和保護作用退化影響，使得慢性病的罹患率與年齡成正比（尤，1998）。因此，對老年人而言，老化與疾病，彼此促動與加速著健康的改變。

慢性病對個體的身、心、社會皆有既深且廣的影響（Lambert & Lambert, 1987）。而研究發現，是以造成生理層面衝擊最大，其次依序為心理、社會與日常活動層面（胡，1994）。在生理上，慢性病可對全身器官組織，甚至分子層級結構進行侵犯或傷害，導致生理功能或生理結構的改變（Lambert & Lambert, 1987）。雖然罹病過程，常緩慢而隱晦不明，在生理功能上，短時間內可能表現不出其巨視結構方面的變化，但在微視結構上，其所產生的變化不容置疑（李，1999）。如失智老人的症狀表現，初期只是健忘、常錯置物品，但其心智功能的持續退化，將造成記憶力、判斷力與思考等方面障礙。由此可知，慢性病對生理功能之影響是有系統性、漸進性及退化性的。研究發現在生理功能方面，慢性病患最感困擾包括：易疲倦、活動

功能受限、消化不良、性生活減少、便秘、手腳常有發麻或酸痛，及局部或全身疼痛；而生理結構方面，最常見的改變為缺乏完整性及外表改變（胡，1992、1994）。

在心理社會層面，慢性病所造成的之衝擊，有情緒之困窘、孤寂、自卑、自我心像改變、控制感消失、罪惡、社交活動減少、家庭生活失序、角色轉變等等（胡，1992、1994；Hodges, Keeley, & Grier, 2001；Lambert & Lambert, 1987），而老年人更常因慢性病與老化的雙重壓力及失落而產生無力感（Miller, 1992）。

另外，Rolland（1987）依慢性病發病型態、病程長短、結果和疾病所造成的損傷等四個層面，說明慢性病對個體或家庭之影響。一在發病型態層面上，可分為急性發作與漸進性發作，急性發作如腦溢血和心肌梗塞等，個體及家庭必須在短期內作調適；而漸進性發作如退行性關節炎、癌症與巴金森氏病等，個體及家庭則有較多的時間調適因應慢性病所帶來之改變。二於病程層面上，可細分為進行期、穩定期與復發期。在疾病的症狀與嚴重度的進行期，個體及家庭需不斷地調適，以快速適應疾病，如癌症；而於穩定期時，個體及家庭通常需面對疾病所遺留的缺陷，如腦溢血所造成之偏癱或失語；在疾病的復發期時，個體及家庭則需更有彈性，以應付突發之情況，如慢性阻塞性肺疾病之急性惡化。三為結果層面上，即指慢性病對生命威脅的程度，因有些慢性病不致於威脅生命，如腰椎受損、關節炎和失智症等，而有些慢性病如轉移性癌症或後天免

疫缺乏症候群則會致命，雖然疾病所造成的結果嚴重性差異程度不同，但預期性哀傷，是個體與家庭皆會面臨且影響深鉅的問題。四是疾病所造成的損傷層面，包括認知障礙、運動障礙、活動耐受力受限、外表改變或醫療所致社會烙印等，不同的損傷種類、程度和時間長短對個體及家庭亦造成不同壓力程度，例如同時合併認知與運動障礙的腦溢血病患會比脊椎受損病患需更多的角色調整。由此可知，慢性病對個體與家庭的影響非常複雜且具個別性，依其不同的發病型態、病程長短、結果和疾病所造成的損傷而有所差異。

面對著慢性病所帶來之衝擊，Miller（1992）強調個體應具備有下列調適工作，包括（1）維持正常性：個體為控制症狀及徵候，減低疾病所造成的損傷，盡可能地維持正常生活。（2）調整生活型態：個體可能需改變生活習慣，以控制慢性病的症狀及徵候，例如暴飲暴食、抽煙或缺乏運動等習性需做調整改變，而每日的常規活動，或許需增加一些治療活動，例如慢性肺阻塞疾患需做姿位引流和蒸氣吸入。（3）學習自我照顧之知識與技巧：自我照顧是慢性病患維持健康的主要方法。但前提之下，個體需足夠的知識、動機及技巧。（4）維持正向的自我概念：個體因生病而產生自卑，而將疾病經驗整合入自我概念，並維持或增強自尊為主要調適技巧。（5）依社會改變去做調適：慢性病可能導致社交隔離或孤獨感，個體需努力維持與家人和朋友間的關係，以滿足其生理和情緒上之需求。（6）調

適慢性病的失落：面對慢性病所帶來的失落，包括生理功能、能力、外觀、工作狀況和經濟等等，個體需不斷地學習與調適。(7) 調整角色的改變：個體為能適應慢性病所帶來的影響，在角色上需作改變，如尋求醫療資源、自我照顧、遵從醫囑與生病等角色。(8) 掌控生理的不適：因慢性病所產生的不適，如關節疼痛、全身虛弱與疲倦、呼吸喘或接受血液透析過程之不適。個體需學習掌控症狀，以減輕生理之不適。(9) 遵從醫囑：為能控制疾病惡化或進行，個體需執行醫療處方，並隨時與醫師討論病情之變化。(10) 坦然面對死亡：慢性病的最後階段是為死亡期，但也是每個人必經之路，個體需調適自我，以勇於面對死亡。(11) 面對社會所賦予慢性病或失能之烙印：個體因罹患慢性病或其所造成的缺陷，而遭受到他人異樣眼光，面對此烙印，唯有自信心及成熟的接受自我，才能成功地調適自我。(12) 維持控制感：個體可藉由自我解釋或評價之認知性控制，或直接付諸於行動上的行為控制，亦或決策控制，來調適慢性病之衝擊。(13) 希望之維持：個體雖然健康狀況逐漸衰微，但仍需保有希望，才能了解生命之意義。在此漫長不確定的病程中，個體需極大的努力以因應調適慢性病的衝擊，尤其是老年人需不斷調適自我，接受疾病所造成的改變，才能達自我統合境界。

林和吳(2001)的研究發現，慢性病患對疾病意義建構與行動策略，反映了與疾病相處之道。藉由慢性病患的生病經驗述說，林和吳發現病患在疾病事件侵入後，會造

成其生活經驗的崩解，而其與慢性病的互動脈絡，可用四期來說明，即懵懂期、歸因期、比較期與轉化期。首先懵懂期，是指病患從身心變化的指認辨識發現慢性病。其次歸因期，為病患嘗試解釋自己得慢性病的因由。第三比較期，病患經由社會化歷程，將自身疾病與他人的生病經驗相互比較。第四轉化期，是病患將生病經驗轉化為一種生活新經驗，體悟慢性病成為日常生活之一部份。此研究結果顯現出，慢性病患者學習重新建立的一種新生活動態歷程。

由上述文獻得知，慢性病對個體的身、心、社會變化影響深鉅，尤其是老年人會漸失去對生活的控制，如此不僅衝擊了其晚年生活，更影響其自我統合發展任務。故慢性病老年人極需發展良好調適任務，不斷地調整自我，維持自主與獨立，及藉由對疾病的意義建構，學習與瞭解慢性病之屬性特徵，方能成功地因應疾病所衍生的變化，將疾病融入生活經驗中。

第三節 自我照顧

自我照顧的概念，自 1976 年即受到各學門如醫療、護理、心理學、社會學、健康教育等之重視與發展（Gantz, 1990），但每個學門所關切的層面不一，皆有其重要性與意義。以下即針對與護理有較直接相關之醫學、衛生教育及護理學觀點，加以介紹自我照顧的概念。

在醫學的觀點，Levin（1976）認為自我照顧是一般人

運作益於自我健康的活動過程，以促進健康、預防疾病、發現疾病及治療疾病，為照護系統中之初級照護。Vickery (1986) 則認為自我照顧是個體重視醫療問題所表現的行為。換句話說，醫學中的自我照顧是針對醫學問題或身體症狀的行為表現，且將照顧的職責(如評估、監測、治療和順從性等)轉移至病人，希望病人能執行如傳統醫師角色的活動，例如能自我評估、自我症狀監測、自我治療與預防等，病人的行為改變是為了遵從醫囑，醫師也期望教育病人達到與其一致的治療性目標 (Gantz,1990)。

衛生教育是運用教育的過程和行為改變策略來協助個人調適或修正其行為 (Parcel, Bartlett, & Bruhn, 1986)，例如應用壓力自我調節技巧或自我處置行為修正技巧，期能改變生活型態方式 (Gantz, 1990)，以促進健康或預防健康問題。而 Green 等人於 1980 年應用 PRECEDE 模式 (predisposing, reinforcing and enabling constructs in educational diagnosis and evaluation)發展自我照顧計畫，將影響個體執行自我照顧行為歸納於三個因素，即素質因素 (predisposing factors)、促使因素 (enabling factors) 與增強因素 (reinforcing factors)。首先是素質因素，為個體本身內在因素，包括認知、動機、信念及價值觀等；次是促使因素，為個體執行自我照顧行為時，所需之技能與資源；三為增強因素，即個體的社會支持系統(引自 Parcel et al., 1986)。是故，教育的過程可增強個體對自我照顧之認知、動機與信念，或藉此以修正錯誤的行為，使個體能有效地

執行自我照顧，並期得到社會支持系統的協助，來達到行為改變之目標。

在護理領域，最早致力於自我照顧概念發展的是 Orem，於 1950 年代期間，即不斷地發展自我照顧的概念與理論，其將自我照顧定義為具有動力及能力的成熟個體，針對個體發展和環境影響因素，所採取適當、確實和有效力的調節活動，目的是希望藉由這些調節活動來維持生命機能及結構完整。而個體執行自我照顧是為一種深思熟慮的行為表現，在於滿足其一般性、發展性及健康偏差性之自我照顧需求，以使個體達到健康（Orem, 2001）。Erickson, Tomlin 和 Swain（1983）認為自我照顧乃為個體運用內外自我照顧資源之活動，以獲得、維持和促進最佳之整體性健康（holistic health）。Simmons（1990）則指出自我照顧行為是個體能做決策及健康促進生活方式的表現。因此個體若能執行健康促進的自我照顧行為，有助於提升個體幸福安適的層次（Hartweg, 1990）。

由上述可了解，自我照顧的概念範疇相當廣，因此 Woods（1989）進一步應用 Smith（1981）所提出的四個健康模式，即臨床健康模式（clinical model of health）、角色執行健康模式（role performance model of health）、適應健康模式（adaptive model of health）及幸福健康模式（eudaemonistic model of health），藉此四個模式中對健康的思惟，來加以統整歸類自我照顧的相關概念。首先在臨床健康模式，其定義健康為沒有疾病或失能（Smith,

1981)。此概念導向延申至自我照顧，即是疾病行為的表現及健康偏差性自我照顧需求，所採取的策略有辨識症狀、監測症狀、依症狀反應及評值等，目標是能降低疾病之罹病率、死亡率及醫療費用支出。第二為角色執行健康模式，強調健康是個人能有效地執行其社會角色（Smith, 1981）。此論點延申至自我照顧，即為一般性和發展性自我照顧需求，所採取的策略有自我執行日常生活活動及復健計劃，目標為使個體具有獨立功能。第三是適應健康模式，強調個人的健康是要對環境能調節與適應（Smith, 1981）。此觀點延申至自我照顧，是為能調適壓力和自我處置，期藉由採取自我處置和壓力處理策略，來達到行為改變之目標。第四在幸福健康模式，強調健康是為達到幸福安適與自我實現（Smith, 1981）。此觀點是以健康促進為導向，應用在自我照顧上，則是藉由執行健康促進之自我照顧策略，促使個體達到幸福安適為目標。應用此四個模式的健康概念，延伸至自我照顧概念，不僅提供明確的概念架構來描述自我照顧概念範疇，更能清楚自我照顧的本質，以促進未來研究發展趨向。

另 Connelly（1987）以健康信念模式為基礎，針對慢性病患提出自我照顧概念模式，其認為影響個體執行自我照顧行為，可用兩大因素來說明，一是素質因素，為個體之自我概念、健康動機、預期效能及對疾病易感性與嚴重性的認知；二為促使因素，包括個人特質、心理狀態、對醫療遵從度、行動線索、社會支持及健康照護系統的特性。

而 Baker 與 Stern(1994) 則認為慢性病患執行自我照顧行為之關鍵在於了解慢性病之意義。但不論個體是處於何種健康狀態，如健康、急性病、慢性病或長期臥床等，個體執行自我照顧主要是為了滿足其身、心需求 (Hirschfeld, 1985)。

在自我照顧行為的相關研究上，大部分是為量性研究，其多探討自我照顧與某些變項間之相關性，如健康狀態、社會支持、症狀困擾與自我效能等等(王、王、林，1998；李、王，2001；汪、顧、林、魏，1998；Haug, Wykle, & Namazi, 1989；Rockwell & Riegel, 2001)，或對一般身體症狀表現時所採取的自我照顧策略，研究發現，大多數老人對一般身體症狀是不採取行動反應，其多依症狀嚴重度來決定是否尋求醫療專業人員協助(Holtzman, Akiyama, & Maxwell, 1987；Stoller, Forster, & Portugal, 1993)，亦或採介入衛教措施來評量自我照顧行為是否增進 (Glasgow et al., 1992；Jaarsma et al., 2000)。另 Clark (1998) 依 Orem 的自我照顧理論及其先前研究發現為架構，擬定開放式問卷，包括營養的知識與行為、休息與睡眠、處理壓力方式、環境安全、社會支持、活動能量與獨立、生活品質與生活樂趣等項目，來調查健康老人的自我照顧行為表現。而這些研究發現僅能片段地瞭解自我照顧行為，無法獲知完整的自我照顧行為表現為何。至於在相關質性研究上，Dill, Brown, Ciambone 與 Rakowski (1995) 亦只針對老人其身體常見的 1~2 個症狀，來探討其所採取自我照顧之策略與意義，

研究結果將照顧型式分為個人自我照顧、專業人員主導之自我照顧與結合二者方式之自我照顧，且個案多描述到其照顧者與被照顧者的角色扮演意義。因此為對此行為做一整體性的瞭解，宜從其生活經驗中去深入探討自我照顧行為之表現。

統整上述文獻得知，自我照顧是達到幸福安適的一種行為策略，且涵蓋了三級預防，例如在第一級預防上，包括執行自我照顧活動以促進健康，並藉由衛生教育和特殊保護來預防或減少危害健康因素，使疾病發生率降低。第二級預防包括能自我評估，監測症狀，以發現疾病，早期診斷與治療，能自我處置以選擇及決定自我治療方式。第三級預防上則藉由自我照顧以修復健康，緩和及限制疾病惡化。可見自我照顧包含層面甚廣，不論個體之健康狀況是處於疾病易感染期、症狀期或殘障期，皆可藉由自我照顧來促進或維持健康，特別是難以復原之慢性病患者，更需持續地執行自我照顧，以預防疾病的惡化，並避免併發和續發症的發生。因此自我照顧應融入慢性病老年人之日常生活中，如此不僅可調適慢性病所帶來之衝擊，更能增進其生活品質。然而針對慢性病老人自我照顧行為做整體性探討的研究仍付之闕如，故本研究以質性研究法，深入探討慢性病老人自我照顧之生活經驗，以期作為未來臨床護理及相關研究之參考，進而提昇老人照護品質。

第四節 質性研究

質性研究是以人為導向之研究(吳、李，1995)，在於

深入探討人與人、人與事之間的互動關係，重視個人真實感受與對事物的看法，強調事實的整體性(簡、鄒，1998)，亦質性研究嘗試以全面的觀點來瞭解人類在複雜情境下的整體經驗，而非以人力操縱或控制某些情境變數(Munhall, 2001; Polit & Hungler, 1999)。由此可知，質性研究不在操作變項，或驗證假設、回答問題，而是透過研究對象本身對事物的觀點，去探討問題的真实性，以瞭解此現象或行為之意義。

Munhall(1989)認為有四個時機可運用質性研究法：第一，當此主題或現象未被瞭解時；第二，當現象看起來似乎可被瞭解，但卻與事實有衝突、偏差或信念隨著時間而有所改變；第三，當對某現象的存在感到不確定或有所質疑時；第四，研究者欲嘗試體驗他所不知之事。是故，質性研究的取向是於探索及瞭解某種意義與現象。但人類的複雜面與多面性是難以理解的，因每個人皆是獨特的個體，有其不同的個性、社會環境、價值觀以及生活習慣。故 Boyd(2001)表示質性研究為一系統性的研究方式，強調質性研究是為能察覺人類的複雜性與多面性，焦點是整體性的探討人類主觀生活經驗及所賦予之意義。

質性研究的哲學基礎是為自然主義，認為世界的真理為多面性的，並不是只有單一面而已，由個體的主觀心理意向所構成，亦即需透過人的知覺感受才會存在，可藉由個人的敘述過程來了解其經驗，並以歸納的思考式來理解其生活情境所賦予的意義與價值(雷，2002；Polit &

Hungler, 1999,2001; Streubert & Carpenter, 1999)。為瞭解真實世界的情況，研究者本身即是主要的研究工具，對研究結果皆不作任何的預期假設，藉由個人的洞察力和敏覺性，有系統地記錄所看到的、所得到的資料，以發現問題的重要範疇、向度，及交互關係（吳、李，1995；簡、鄒，1998）。並重視事情發生的情境脈絡關係，因人、時、地之背景不同，對事件之感受及所賦予意義會有所改變（Burns & Grove, 2001）。

歸納上述質性研究法之特性，是以探討整體現象為主要目標，強調情境脈絡於理解意義過程中的重要性，重視過程面，目的是在於理解事實，而現象的意義是基本關切所在。

第三章 研究方法

第一節 研究設計

因生活經驗本身是一個複雜的現象，人們不但生活在現在所經歷的情境之中，亦挾持著過去的經驗，在此一個動態歷程，宜以質性研究法，來整體性的瞭解此生活經驗的本質或基本結構（穆，1996）。本研究主要目的為深入探討慢性病老年人自我照顧之整體生活經驗，強調自我照顧行為在生活脈絡中的意義，透過深度訪談來瞭解被研究者對此經驗的詮釋與觀感，以明瞭其真正內涵意義，為能獲得完整自我照顧的經驗，故採質性研究法來進行之。

第二節 研究對象

本研究採立意取樣，以慢性病老年人為研究對象，選擇條件為：（1）65歲以上，（2）經醫師診斷患有慢性病至少六個月以上，（3）意識清楚，（4）可用國、台、客語溝通，（5）無活動障礙，（6）非居住於機構者。研究者為提昇個案疾病診斷之變異性，向不同疾病科別領域的健康照護專業人員，說明本研究之目的與收案條件，透過其協助來引薦個案，再經研究者進一步篩選後正式取得研究樣本。收集資料過程中，研究者一次只訪談一位個案，樣本數視訪談內容分析結果而定，即當資料中未出現新的單元類目時，則表示資料收集已達飽和狀態，可停止取樣。

第三節 研究工具

研究工具包含了研究者、非結構性訪談指引及錄音

機。主要訪談問題包括：(1) 請您描述罹患慢性病的整個經歷。(2) 自從罹患慢性病後，您如何照顧自己的健康？(3) 是否有其他照顧自己之經驗要補充？

第四節 研究之信任價值度

本研究採用 Lincoln 與 Guba(1985) 所提出的確實性 (credibility)、可轉移性 (transferability)、可信賴性 (dependability) 及可確認性 (confirmability) 等四項標準，來建立研究的信任價值度 (trustworthiness)。分別敘述如下：

(一) 確實性：是指研究資料及結果是否能忠實反應研究對象的主觀感受或經驗，亦即代表著資料的真實價值。研究者可藉由五個主要技巧來提高資料的確實性，第一為藉由延長在現場時間、持續觀察及三角交叉法 (triangulation) 等活動來增加研究發現的可信任度。第二為藉由同儕的辨證討論活動，重新檢視自我想法和資料分析步驟。第三為藉由異質個案分析 (negative case analysis) 來增加研究資料的確實性。第四為藉由合適的參考資料，例如文件、照片或錄影帶等，以檢視研究發現是否符合個案的原始資料。第五為將研究分析結果請個案審核，以確實瞭解研究結果真實反應了個案的本質 (Lincoln & Guba, 1985)。而 Sandelowski (1986) 更建議與個案建立關係，可助於提高資料的確實性。另外 Patton 認為在質性研究中，研究者即為資料收集工具，因此研究者的訓練、品質

及經驗皆會影響資料的確實性（引自 Polit & Hungler, 2001）。

研究者本身於碩士班進修期間，主修老人護理課程及接受質性研究法之會談、記錄、分析與詮釋的訓練，有助於資料的收集與分析能力。於資料收集過程中，研究者在健康照護專業人員的引薦下接觸個案，首先要自我介紹及說明研究之目的，以建立良好信任關係，並與個案約定訪談時間和地點，訪談次數則視資料內容之豐富性及澄清資料內容之必須性而定。對研究對象之訪談內容描述，研究者仔細傾聽訪談錄音帶，將錄音內容逐字謄寫出來，且在資料分析過程，為避免個人偏差，研究者常不定時與指導教授及研究同儕討論，藉此重新檢視對資料之知覺、洞察力及分析步驟，以提高研究資料的真實性。

（二）可轉移性：是指研究結果可推廣運用至其他個案的程度。研究者可藉由立意取樣來獲得具代表性樣本，並將研究設計及資料收集過程中的細節，巨細靡遺描述，以提高資料的可轉移性（Lincoln & Guba, 1985）。另 Miles 與 Huberman（1984）更建議在資料分析過程，研究者應避免太過投入（going native）與選取過具代表性之精英（elite bias），而造成整體的錯誤（holistic fallacy）。

研究者為收集足夠且豐富之資料，採立意取樣，設定明確之收案標準以選取個案，使資料具代表性，加上異質性的取樣，使資料內容更豐富。研究者亦會提供豐富的內容描述，以供讀者判斷研究結果是否具轉移性。

(三) 可信賴性：是指若重複對相同的研究參與者與情境進行相同訪談，是否會得到一致性的結果 (Lincoln & Guba, 1985)，亦代表著資料之穩定性，不會因時、地之不同而有所改變 (Polit & Hungler, 2001)。研究者可藉由建立審查管道，來提高資料之可信賴性 (Lincoln & Guba, 1985)。

研究過程中，研究者將訪談指引、錄音資料、逐字轉錄之原始資料、分析譯碼過程之記錄及研究發現之結果皆確實保留，並在資料分析上，將分析步驟和過程與指導教授討論，促進自我反思，思考資料是否合適、合理或相容，以建立審查管道之路徑。此外研究者抽取訪談內容 2 份，在資料分析完成後兩週，重複作內容分析，評分者本身的一致性結果為 0.85，顯示研究者對資料的分析具有相當的穩定性。

(四) 可確認性：是指研究者能於研究過程完全排除偏見 (bias)，使研究資料保持客觀或中立 (neutrality)，亦當研究的確實性、可轉移性及可信賴性都建立時，即可達確認性 (Lincoln & Guba, 1985; Sandelowski, 1986)。研究者可藉由進一步的審查管道確認及反思日誌來輔助，以確認在研究過程與結果上無偏差存在 (Lincoln & Guba, 1985)。

研究者為了使研究達到可確認性，於研究過程中不斷自我提醒，以開放式態度接收每個個案的生活經驗特質及差異性，忠實的描述資料，並不斷檢視研究之確實性、可轉移性及可信賴性，以提高研究之可確認性。

第五節 資料收集過程

資料收集過程，研究者將訪談指引請兩位專家審核是

否符合研究之目的，並以前驅性研究來檢測訪談指引之適用性、研究步驟之適當性、訪談技巧及訪談過程可能遇到的困難等等，作為正式收案的修正參考。

在兩位專家審核訪談問題符合本研究之目的後，選擇二位慢性病老人進行前驅性研究。在訪談後 48 小時內，研究者將錄音帶內容轉錄成文字資料，藉此前驅性研究過程，研究者不斷檢討自我訪談技巧，並和指導教授進行密切討論，以修正不當之訪談技巧，同時在資料分析過程，進行開放性譯碼，從中更易了解慢性病老人所表達之意，益於進行正式研究之資料收集。

收案過程，為使研究資料內容更豐富，研究者除了依立意取樣條件尋求合適個案外，更要求增加疾病診斷之變異性，於是研究者向不同領域的健康照護專業人員說明本研究之目的，經由其協助來初步瞭解個案的生活及保健方式。當個案符合收案標準時，由健康照護專業人員先向個案簡單說明研究之目的，徵求個案同意參與研究，在獲得個案口頭同意後，透過健康照護專業人員的引薦，先以電話問候或親自當面向個案自我介紹，進一步說明研究之目的與方式，並約定訪談時間和地點。訪談地點選擇在個案家中或一個較安靜不被干擾之環境。在正式訪談時，研究者再次說明研究之目的及個案之權利，並獲得個案簽署之研究同意書。於訪談之初，研究者詢問參與者的基本資料，包括年齡、籍貫、教育程度及疾病史等，接著依訪談指引詢問。多數個案在描述如何照顧自己健康時，內容皆較簡

短，需不斷引導之，例如「請您就這部分多談談」，或應用澄清、總結、重複個案話語或問題來再次帶入主題，在引導之下，每位個案皆能充分描述自我照顧之生活經驗。訪談時間約為一小時，訪談次數則視參與者所述內容是否豐富，以及澄清資料內容之必須而定。

第六節 資料分析

資料分析與資料的收集是同時進行的，並採用 Tesch (1990) 建議的八個資料分析步驟，包括（一）傾聽訪談錄音內容，並將錄音的訪談內容逐字謄寫，以獲得個案的原始資料。仔細閱讀全篇原始資料，當有某些想法時可略作摘記，以獲得對整體全盤瞭解。（二）將謄寫的訪談內容經一再閱讀後，自我反思此內容代表了什麼？思考並在旁寫下資料內容所隱含之意義，避免表淺或具體之意。（三）當完成數篇訪談內容之上述工作後，將所有呈現出的意義列出，相似的則歸類在一起。（四）將上述歸類後的意義轉為編碼（codes），並將這些編碼歸到適當的原始文字內容中，且檢視是否有新的編碼出現。（五）將性質相似的編碼組成類目（categories），（六）列出所有的編碼與類目。（七）將屬於各類目之資料歸於其下。（八）現存資料必要時可重新譯碼。

第七節 研究倫理

研究倫理主要考量有三，即利益原則、維護人性尊嚴

原則與公正原則 (Polit & Hungler, 1999)。首先在利益原則方面，是指研究不具傷害性與免於被剝削，亦即研究者需保護參與者，不讓他們受到利益的損害，或避免他們處於尚未準備就緒的狀態下進行研究，故研究者需仔細衡量該研究之風險與利益比率 (Polit & Hungler, 1999)。本研究主要為探討慢性病老年人自我照顧之生活經驗，強調的是自我照顧的整體經驗分享，故對參與者的傷害性極低，參與者亦可藉由訪談中來更瞭解自我照顧的重要性。研究結果有助於未來建構慢性病老年人的自我照顧行為量表及相關研究之發展，並期能做為護理照顧之基礎，提供真正符合慢性病老年人需求之照護。

次在維護人性尊嚴原則方面，包含了參與者之自主與對研究有充分了解的權利，亦研究者需明白告知參與者研究之目的、性質、風險與利益比率，參與者有決定權來接受或退出該研究 (Polit & Hungler, 1999)。在研究過程中，因研究者是透過健康照護專業人員之協助，在權責上先就研究目的、進行方式向健康照護專業人員說明，以獲得其協助與支持。收案時，研究者對參與者仔細說明本研究之目的、用途與資料收集方式，並充分告知參與者具有自主權，由參與者自由選擇接受或退出此研究。當參與者同意時則簽署研究同意書，同意書上附有聯絡方式，以利參與者進一步瞭解有關研究的問題或與研究主題有關之困擾。

三在公正原則方面，包含了參與者有權力接受同等待遇以及保有隱私的權力 (Polit & Hungler, 1999)。於資料

收集過程中，研究者皆以平等互惠的態度對待每個個案，且在資料呈現上是以代號方式出現，以確保個案隱私權，並強調研究資料不做此研究以外之使用。

第四章 研究結果

本研究共訪談 11 位慢性病老人，6 位男性，5 位女性，年齡介於 68 至 82 歲之間，平均 75.1 歲。其中 7 位已婚，另 4 位則是喪偶。教育程度方面，大專以上者有 3 位，國中程度 1 位，小學程度 3 位，識字但未受正式教育 1 位，其餘 3 位不識字。目前生活狀況方面，2 位獨居，3 位與配偶及子女住，4 位只與配偶住，其餘 2 位則是只與子女住。在罹患慢性病的診斷方面，心臟血管系統疾患 4 位，消化系統疾患 4 位，內分泌系統疾患 3 位，泌尿系統疾患 5 位，免疫系統疾患 1 位，呼吸系統疾患 1 位，癌症疾患 3 位，神經系統疾患 2 位；罹患疾病年數介於 8 個月至 50 年之間。其個人基本資料詳見表一。

十一位慢性病老人的自我照顧生活經驗，經 Tesch (1990) 建議的八個資料分析步驟，共歸為四個範疇：疾病之醫療管理、照護資源之運用、生活型態之調整與心理建設，予以分節敘述如下。

第一節 疾病之醫療管理

疾病之醫療管理，是指個人於負責管轄處理其疾病之醫療問題時，依據其疾病之醫療需求，規劃一系列相關的醫療活動，以因應疾病之進展及病程起伏變化，使疾病惡化緩解或併發症減至最少，亦疾病之進展或症狀得以控制

表一 個案基本資料

個案代號	性別	年齡	教育程度	婚姻	生活狀況	疾病診斷 (罹患年數)
C1	男	77	國中	喪偶	獨居	狹心症 (14)、胃潰瘍 (7)、椎間盤突出症 (1)、良性攝護腺肥大 (1)、痛風 (6個月)
C2	女	74	不識字	已婚	與配偶及子女同住	糖尿病合併視網膜病變 (2)
C3	男	76	小學	已婚	只與配偶同住	末期腎疾病 (3)、胃潰瘍 (2個月)
C4	女	81	不識字	已婚	與配偶及子女同住	末期腎疾病 (7)、胃潰瘍 (4個月)
C5	男	73	大專	已婚	只與配偶同住	高血壓 (20)、良性攝護腺肥大 (6個月)
C6	女	82	識字但未受正式教育	喪偶	只與子女同住	糖尿病 (30)、高血壓 (2)、胃潰瘍 (40)、椎間盤突出症 (1年6個月)
C7	男	68	小學	喪偶	只與子女同住	直腸癌 (2)
C8	男	80	大專	已婚	只與配偶同住	攝護腺癌 (8個月)
C9	女	76	不識字	已婚	只與配偶同住	風濕性關節炎 (14)
C10	男	71	小學	已婚	與配偶及子女同住	末期腎疾病 (8)
C11	女	68	大專	喪偶	獨居	氣喘 (50)、高血壓 (15)、子宮頸癌 (6)

。而醫療管理方策依疾病型態之不同而有所差異，例如短暫並易於康復的急性病，多在醫療院所接受疾病治療，大

部分的醫療活動決策是仰賴醫療專業人員的協助。而面臨永無止境且將伴隨一生的慢性病，則多是在家依賴自己來照護疾病，因此所有的醫療活動就得靠自己處理。多數的慢性病老人能依其疾病之醫療需求，來擬定相關醫療活動，經自我管理規劃實行後，適當地解決疾病相關之醫療問題。於本研究資料中，這些疾病之醫療管理活動包括：(一) 遵從醫療專業人員指導，(二) 學習處理病症，(三) 規律就診，(四) 主動參與治療措施之討論，(五) 監測身體徵候/症狀變化，(六) 操作例行技術性的治療活動，(七) 按時用藥，(八) 自行調整藥物用法，(九) 尋求疾病照護相關資訊。

(一) 遵從醫療專業人員指導

遵從是指病患能執行健康照護專業人員所建議的照護措施。在執行慢性病治療計劃時，有許多疾病醫療活動是醫療專業人員無法隨時在旁給予協助的，因此多數的慢性老人為能照護自己疾病，即謹記醫療專業人員的叮嚀，遵守其建議在疾病檢查或治療時該注意的事項，及疾病治療所需增添的營養物，或戒除不利於疾病修復的行為，藉此不僅可更清楚了解自己的疾病與相關治療活動，亦獲得更多與疾病照護相關的知識和技巧，以能正確又有效地執行疾病照顧相關活動。例如一位罹患攝護腺癌的老人一再強調著：

「第一就是要了解自己，要跟醫生配合。一定要聽醫生的，讓他指揮你的身體，看目前要如何治療會比較好。」(C8)

一位因在糖尿病初期無明顯症狀，未適時就醫治療，而造成視網膜病變出現的老人，其在疾病的衝擊下，謹慎地遵行疾病檢驗規則及服藥相關注意事項，期使疾病能獲得控制的她說：

「每次要去衛生所檢查那天，我晚上 6~7 點吃飽後，到天亮就不敢再吃東西，空腹檢查。我就是早上空腹時吃一顆降血糖藥，醫生有交代吃藥半小時之內要吃東西，我 5 點半起床就吃藥，差不多 6 點我就出去走走，出去之前我會泡一杯牛奶喝。」（C2）

二位因執行腹膜透析治療，而造成營養物質流失的老人，他們亦謹記醫療專業人員的叮嚀，於平日飲食照護上，多攝取一些營養食物：

「醫生有叫我多吃些肉類食物，有時候想到頂多買個雞肉，煮個蔭瓜湯，就這樣補營養，有時吃不下也會泡個牛奶來喝，（停頓 2 秒）其實我有加顆蛋，也很營養了。」（C3）

「那個醫生，他只跟我說：『甜的跟鹹的東西都要吃。』我就想說我就是吃的少，沒吃到什麼鹽，回家後馬上泡一杯鹽水喝，喝了就比較好一點，之後我喝牛奶都有加一些鹽下去，我現在三餐都要多加一點鹽。如果是白鯧魚，弄得比較鹹一點，沒有魚腥味我就敢吃一點，肉用燉煮的，我也不太愛，現在只吃那一塊燉爛的豬肉皮，醫生是有交代要吃的比較營養一點。有時候肚子餓了，我就喝那罐牛奶（普寧腎牛奶，一罐 250 cc），剛開始我沒有喝牛奶，是醫生說要喝這個才可以補充鈣質。」（C4）

另一位罹患攝護腺癌症的老人，其在放射線治療期間，造成體內大量能量的耗損，為能盡快修復身體，他遵守著營養師的指示原則：

「我吃的很好耶！一天的蛋白質要吃多少，那個營養師都有說，不過有時我都吃超過，吃得下我都吃，那個蕃茄汁我也是拿整箱，口渴就喝。還有我剛開始治療時，人比較不舒服，就會喝一些營養品。」(C8)

此外，在疾病限制下，亦有一些疾病的禁忌，例如一位風濕性關節炎的老人，她談到了醫療專業人員的特別叮嚀有：

「鈣片，不過現在這個醫生叫我不吃鈣片，他說我的病不能吃鈣片，所以鈣片我已經有一陣子沒吃了。如果是太劇烈的運動，我就不要，醫生也有交代我不能做太劇烈的運動。」(C9)

另一位末期腎病變的老人亦提及：

「煙是沒有了，大概有 10 幾年沒抽了，那時候，因為醫生叫我不抽煙才戒掉的，要不然我在碼頭工作，閒閒的，一天會抽掉 1~2 包。」(C10)

(二) 學習處理病症

當疾病症狀出現或身體感到不適時，個人通常會試著尋求各種方法，以使不適感覺得以舒緩。尤其是當慢性病纏身時，除了要對身體狀況有些了解外，更需對自身疾病有更深一層認識，如明瞭疾病之誘發因素及警告訊號之表徵，才能緊急做好防止疾病發作之措施，或當疾病或症狀

突然發生時，清楚知道自己應採取何種措施，來有效地處理病症問題，此即所謂「知己知彼，百戰百勝」。因此常會面臨各種病症表現的慢性病老人，為能減少或去除病症之干擾，即需擁有足夠的疾病相關照護知識，及學習一些處置病症技巧，以減少身體受到疾病之威脅。

學習處理病症的方式依疾病之不同而不同，如疾病所造成的身體疼痛問題，慢性病老人較常藉由使用藥物或藥膏來緩解，亦或從數次經驗中找到有用的解決方案，但也有些慢性病老人會嘗試著放鬆身體或轉移注意力，來緩和症狀的不適。因此，不論多樣化及具個別性的處理病症方式為何，其最終目的是能減輕或去除疾病所造成的病痛不適，使身體處於舒適狀態。例如一位罹患狹心症的老人，能隨時攜帶急救藥物來預防及處理心絞痛的發作，他談到：

「我那個硝酸甘油都帶在身上，胸部是不會悶，有時候喘的厲害就含一顆。」(C1)

而一位常飽受腹脹之苦的末期腎病變老人，也分享了其個人的特殊處理方式：

「因為我肚子會脹 我自己也有擦薄荷油，感覺擦了比較會放屁，屁也比較臭，放完就比較舒服。」(C4)

雖然慢性病老人其處理病症方式，未能有如醫療專業人員般的專業處理技巧，但仍能找到符合自己所需的策略，以遠離病痛。一位罹患糖尿病多年的老人談到：

「我這個腳受傷流血，我只要貼個 OK 繃就好了，給別人修

剪腳指甲流血也是一樣，藥布貼起來就好了。」(C6)

另一位罹患風濕性關節炎的老人，則陳述其如何處理關節炎疼痛問題：

「有時撒隆巴斯會拿來貼起來，因為手這邊（指腕關節處）會熱熱的，發炎會熱熱的，我都是這樣比較多啦！都是這樣撒隆巴斯貼起來。我洗澡的時候，都會倒一點米酒下去泡澡一下，讓身體出汗，這樣子比較舒服，也比較好入睡。」(C9)

而二位因尿素霜造成皮膚發癢的末期腎疾病的老人，他們談到其處理病症的技巧，可發現其相似之處為：

「皮膚會癢，就是腹膜透析室小姐有教我擦乳液，德國製的。每天洗完澡後擦，這陣子就好了，不再癢了。」(C3)

「他（指醫師）有開一些藥膏給我擦，沒什麼效，後來他又教我擦一些乳液。我女兒也有買一些（乳液）回來，擦一些比較油性的就比較不會癢。」(C4)

因此，當身體有明確症狀表現時，慢性病老人能知道如何處理，但有些病症的表現，則需靠病患自身對疾病的認知，才能正確的判斷並加以處理。例如一位糖尿病老人，從其飲食攝入量的多寡，及當日是否服用降血糖藥物之經驗中，才發現自己身體在運動後會發抖，是因血糖太低所造成的，故其後便能藉由調整自己的飲食或適時的休息，以處理低血糖的發作：

「不過最近血糖控制有一點低，光是喝一杯牛奶不夠，還要多吃一口飯，隨便饅頭也可以，要吃個 2 口，這樣才夠力，

要不然，這半年來，光是喝一杯牛奶就出去走走，只要有吃糖尿病藥那天，運動回來時，腳就會抖會軟，所以我就很納悶，也不知道為什麼會這樣，結果有一天早上，我看餐桌上有一塊土司，我就拿來吃個 2~3 口，那天是有吃降血糖的藥，ㄟ！腳就不會抖了。發抖時，像在運動後，就趕快回家吃一點東西，剛吃完還會有點抖，就得坐下休息一下，大概要半個小時左右。」(C2)

在其他處理病症的方式中，有數位參與者是以休息來放鬆身體或轉移注意力。例如：

「有時候喘不過來，休息一下也會好。」(C1)

「還有我被人氣到時，或我生氣時，腳也會一直抖，要坐下來休息一下，沒休息不行，人會感覺心臟一直跳，頭會有點暈，好像要倒了一樣。」(C2)

「當身體很難過時，我會靜靜的坐著，一邊在看比較快樂的電視 我會去選我喜歡的電影節目，通常 1 個半小時就會結束了，然後出去找朋友聊一聊。」(C8)

「身體難過就休息啊，就是手痛、腳痛而已。」(C9)

(三) 規律就診

慢性病是需長期醫療照護之疾病，為能密切追蹤病情變化，了解身體狀況，定期地至醫療院所複診或就醫治療，是慢性病老人照顧自己所不可缺少的活動。多數的慢性病老人至醫療院所複診時，會經由醫師的診察活動中，獲知目前的身體狀況變化，亦或在醫師的安排下，定期接受相關檢查治療活動，以密切偵測疾病動態變化。例如多位參

與者皆提及其就診之活動：

「現在就是一個月去衛生所檢查血糖一次，差不多一年了。

每個月要去 F 醫院複診一次。」(C2)

「我一個月去給他（指醫生）看一次，後天就要去了，他都會幫我抽血檢查，看腰子、肝啦，哪裏有怎樣。我每個月都有去給醫生看。」(C6)

「我都是一禮拜來一次，醫生一個月也會抽血檢查一次。」

(C7)

「就都給他（指醫生）看，我都 2 個禮拜來一次。」(C9)

「我每個月都有去醫院檢查。」(C10)

(四) 主動參與治療措施之討論

健康是自己的責任，有越來越多的慢性病老人，努力積極地參與自身健康照護活動，或與醫療專業人員討論健康相關議題，這使得傳統依賴醫療，被動的角色逐漸消失，取而代之的是主動與積極角色。就病患而言，在參與治療措施的過程中，慢性病老人不僅可適時及清楚的表達自身感受，讓醫療專業人員了解病患的需求，亦或藉此澄清自己的疑惑，如對治療措施不清楚時，詢問醫師的相關建議，以共同找出最適合自己的治療方式。另一方面，就醫療專業人員而言，也可藉由慢性病老人的參與治療措施過程，來進一步了解疾病變化，以作為疾病治療或調整藥物用法的參考。例如一位罹患直腸癌的老人說：

「現在又開始做化學治療，我上次電療是電這裡（手比著下

腹部），剛剛我給醫生看，他說：『要再安排電療。』我說：『上

次直腸電療很痛苦，真的有需要做嗎？有沒有其他方法？」

他說：『肝這邊比較不會，不要那麼擔心。』』（C7）

而一位罹患糖尿病合併視網膜病變的老人，在視力日漸模糊的疾病威脅下，亦主動詢問醫療專業人員對其治療措施之相關建議。期能重建光明的她說：

「上個月，我兒子有探聽有個醫生很厲害，用注射的，之後我問 F 醫院的醫生這個問題，他說他不敢打，他說好的話就好，不好的，眼睛就會化膿，很嚴重的，所以他勸我說不要用打針的，他說用眼藥水點就好了。」（C2）

另一因椎間盤突出造成頸部不適的老人，則陳述其在主動參與治療措施討論中，如何抉擇治療方式：

「前陣子我的脖子這裡好像扭到（右手摸著左頸）我就去一家大醫院的復健科看，做了 3 個月的復健也沒好，然後他（指醫生）說要動手術看看，後來我的女兒有認識一個骨科醫生，我就去給他看，他就告訴我不要開，他說我這個是長骨刺，用拉的就可以了。」（C6）

還有一位糖尿病老人及一位高血壓老人，也談到了他們在主動參與治療措施過程中的經驗：

「我剛開始（血糖）300 多時，藥是吃一顆，持續了大概半年多，血糖就一直降，你阿桑（個案老公）叫我停藥，可是我不敢，後來問診所的醫生，他說藥不能不吃，他教我吃一半，世！也很奇怪，血糖也是一直降，醫生就說那隔兩天吃一次。」（C2）

「我就是那個醫生說不用每天吃，所以我就靠量血壓嘛！早

上下午各量一次，假設高了，我不是馬上吃，我是等明天早上再吃半顆，我有問過醫生，他是說可以這樣，他說我目前的血壓，可以自己斟酌吃藥。」(C5)

(五) 監測身體徵候/症狀變化

慢性病的進展過程常令人捉摸不定，但其病程變動情形，通常可藉由身體徵候或症狀變化得知。因此慢性病老人在平時日常生活中，即可藉由觀察身體徵候與症狀的變化，偵測到疾病的動態變化。例如客觀的應用一些特殊儀器或檢驗等方法，亦或主觀的依靠自己的感覺，或察覺到的現象，來判定身體是否有異常變化。而隨著疾病之不同，亦有不同之特殊病症指標，例如有二位罹患心血管疾病的老人，平時會特別監測血壓的高低變化：

「這個血壓，現在每天晚上會量一次。」(C1)

「我每天上午和下午會量一次血壓，自己用電子血壓計量。」

(C5)

一位因罹患末期腎病變而導致貧血的老人，她說到：

「我身體比較沒有血色，上次去驗也很低，欠血，我有個簿子有登記血色素值。」(C4)

另一方面，因其是採行腹膜透析治療的方式，所以她也會仔細去檢查透析排出液：

「若是脹起來(腹部)我會去醫院洗，它那個藥水洗出來顏色就是會不一樣。」(C4)

此外，另一採血液透析治療方式的末期腎病變老人，是常監測其腎功能指數的變化：

「去醫院檢查，毒素有降低喔！平常洗之前大概都 8~90 左右，啊！那陣子吃了之後，降了 20 左右。要看那個毒素到底是比較高還是比較低，我現在毒素已經慢慢降了。」(C10)

而一位罹患糖尿病的老人，亦常監測其血糖、血脂肪與體重的變化，她表示：

「我的飯前血糖都控制在 150，飯後在 200 左右，我自己也有買一台機器來檢驗。我每個月都有抽血檢查（指血脂肪項目），是最近幾年才稍微高一點點。體重也沒有減輕，都差不多 65 公斤，常常在量，吃不下時就是量一下看看多少，最多差一公斤而已。」(C6)

另一位是罹患攝護腺癌的老人，其不僅非常用心地記錄著癌症指標的多寡，亦在每次小便後，仔細的觀察有無異狀出現，他說：

「我知道每個生病的人，都沒有寫日記，只有我在寫，化驗這個 PSA，剛開始時是 7~8 百，從 723 一直掉到 445，又掉到 206，喔！又繼續掉到 197，最近呢！很高興掉到 19.5，3~4 天前再去檢查，只剩下 9.74。我每次小便我都會裝起來，拿起來看小便有沒有清澈，我們沒有那個機器可以化驗，但起碼我可以用目測的，來檢測自己現在的身體如何了。」(C8)

(六) 操作例行技術性的治療活動

在慢性病的長期照護治療計劃中，因疾病之特性不同，以及個體之身體狀況差異性，而有不同的治療方式。其中有些是較技術性的治療活動，因此當某些慢性病老人選

擇此技術性的治療活動時，其在日常生活中則需確實操作這些技術性的治療活動，以使疾病之發展速度得到控制。例如有二位以腹膜透析為治療方式的末期腎疾病老人提及：

「她（指腹膜透析室護士）有教我怎麼洗怎麼用，學了 2 天，會了就回家自己洗，晚上洗，自己洗已經 2 年多。怕這個管子（腹膜透析管）被牽扯到，所以這裡有黏貼起來（指管子出口約 5 公分處以 3M 黏貼），牽扯到時傷口會有點痛，另一方面，這個管子蠻長的，會甩來甩去，所以有個腰帶設計，這裡有個袋子可以固定接頭，這樣管子就不會被牽扯到。」(C3)

「我洗藥水，一日 4 次，我這個藥水先拿去微波加熱，加熱好了，肚子這個管子消毒一下，就坐下來洗。我自己有注意到衛生，就是自己洗之前，手一定要用肥皂洗乾淨，門要關起來，嘴巴封起來。（出外時）那個藥水我有帶去，我會先稍微加熱好，放在車子內，車子大台一點，洗的時候藥水比較好吊高要洗的時候，就在車子內。我都有注意這管子（腹膜透析）不要被拉到，用這個（腰帶設計的袋子）固定住。」(C4)

（七）按時用藥

服用藥物的目的主要是在治療疾病及控制疾病，以維持身體正常功能。雖然藥物無法治癒慢性病，但卻可控制病情發展，延緩疾病惡化及合併症的出現，所以多數的慢性病老人是需長期服用藥物，以穩定病情。多數的慢性病

老人能清楚自己所服用的藥物種類及使用方式，包括藥物之作用、途徑、時間及次數，以確實按時服用藥物，達到藥物療效。例如：

「每天用眼藥水點，3~4 個小時點一次。」(C2)

「就是吃藥而已，藥不曾斷。」(C3)

「每天打 Insulin，剛開始時，我自己打。按時在打針。」
(C6)

「就 12 小時吃一次，吃這個風濕症關節炎的。」(C9)

「藥喔！我是都有按時吃。」(C10)

「我現在都有在吃氣喘的藥，醫生叫我每天吃一粒，我晚上吃一粒，白天也有吃一粒降高血壓的藥。我今年過年去歐洲，我有跟醫生講，而且照他的話吃藥，那裡天氣很冷，零下幾度的，都在下雪，可是我很幸運，我的病都沒有發作，(微笑)這是因為我有聽他的話，一天吃一粒，吃到現在。藥物的話，我就是照醫生的話，晚上睡覺前吃一顆。按時在吃藥控制，為了自己身體健康，所以會特別注意，怕以後中風就麻煩。」(C11)

(八) 自行調整藥物用法

藥物可以救命或改善病況，但亦有令人不愉快的作用發生。一般藥物對身體負面影響的輕重程度，有些是可以預知，有些則是無法預期的，因此如何決定藥物的需求量，以及適當的運用是一大挑戰，以期能將藥物之益處增至最大，風險減至最小，所以在服用藥物時，除了需仰賴醫囑指示外，慢性病老人亦責無旁貸。部分慢性病老人是能清

楚認識自己所服藥物的作用及特性，避免藥物之交互作用發生。因某些藥物在同時服用時會產生拮抗、相加或協同等作用。而於服藥後，有些慢性病老人亦會當清楚確認自己對藥物有不尋常的反應，或感受到藥物之作用造成了生活上的不適時，即會對藥物治療計劃做些調整。雖然在處理藥物所產生的不適反應上，有些慢性病老人通常是依自己對疾病及治療的認知，來決定是否持續規則服用藥物，亦即自行調整藥物的用法，使得此行為常被貼上「不遵從」的標籤，但歸究其動機，無疑是欲減少或去除藥物對個人造成不適之反應。例如一位高血壓的老人談到其自行調整藥物用法的經驗：

「利尿就是頻尿嘛！尿很多，尤其是夜裡，一個晚上要起來2次，我覺得很麻煩，所以自己把它停掉。」(C5)

此外，他亦罹患良性攝護腺肥大疾病，為治療此病症，其在醫師的處方指示下，服用血管擴張作用之藥物，而此類藥物的作用除了可治療攝護腺肥大疾病，尚有降血壓作用。為了控制血壓及治療良性攝護腺肥大疾病，他是需同時服用兩類藥物，但為避免藥物的相加作用，他說：

「他（指醫生）開那個藥（攝護腺用藥）也有降血壓的作用，只是沒那麼顯著，所以我吃那個藥會和降血壓的避開。就是今天吃了降血壓藥，攝護腺的就不吃，我怕這個血壓降了太低也不好。」(C5)

另一位罹患直腸癌的老人，談到其服用新抗癌處方藥物的經驗：

「我那時做電療有吃一個禮拜多，可是又再解血便一次，我想是不是那個藥（新抗癌藥物）的關係，我自己就停起來，就沒有再吃。」(C7)

(九) 尋求疾病照護相關資訊

身為自身健康的經營者，慢性病老人通常會尋求一些途徑，例如閱讀書報或雜誌，來獲得更多疾病照護的相關知識，期藉由搜集疾病相關之訊息，增加專業照護知識，使自己更有能力來照護自己。例如有數位老人敘述：

「我都有在注意看報紙方面的健康訊息。」(C1)

「我有習慣看報紙，會特別注意腎臟方面的訊息。」(C3)

「我看一本書，上面說這個擊掌對血壓、心臟，還有糖尿病很好，很有幫助。我喜歡看很多書，我記得有一本書裡面寫了很多，可以治很多病，所以我每天都會擊掌 20 幾分鐘。」(C5)

「後來我是看報紙，上面說這個“三黃瀉心湯”有效，我才找到這裡（A 醫院）來。」(C7)

「我也有買書，這是最新的書，這是寫癌症人的飲食，裡面都有要怎麼吃才是最好的，我都有做研究。醫生有幫我打針，這張是他的說明書，因為太小張了，我特地去拷貝大張一點，妳看我有畫線，他是癌症的補充治療，針對男性的攝護腺，副作用也寫，這一針可以維持 28 天。讀一些書報，這本是“抗癌人的內心世界”。我了解病情要如何處理，所以我有買書來看，我還有其他的書。」(C8)

「去年，我有在報紙上看到，他說有氣喘的人游泳最好，所

以去年夏天我常常去游泳，耶！感覺真的不錯，那時候就一直游，到了天氣比較涼時，我就不去游了。」(C11)

第二節 照護資源之運用

當慢性病老人在照顧自我健康時，尤其是經驗到症狀威脅時，通常會採取求醫行動或尋求其他合宜的治療方式，來處理疾病所產生的困擾，亦即應用可供利用的健康照護物資或人力之協助。而如何選擇及使用這些健康照護物資或人力，則端賴於其個人之健康價值信念，就資料所得，慢性病老人使用健康照護服務資源的情況，包括：(一)尋求正規醫療資源，(二)自行合併中西醫治療，(三)採取非專業人員建議之照護措施，(四)尋求支持系統協助。

(一) 尋求正規醫療資源

醫療院所符合正式規定的健康照護資源之一，其主要功能在於診斷和治療疾病。現今醫療資源的普及化，不但提供了慢性病老人就醫的方便性，亦使慢性病老人能在醫療專業人員的協助下，得到適當的治療服務，以有效地控制疾病、預防死亡及殘障的發生。例如多位老人分享其求醫之經驗：

「我這幾樣病都是在 B 醫院看的。像這裡我接觸過的醫師，也有不錯的，我的攝護腺肥大是在這裡 (C 醫院) 看。我是覺得發覺有什麼地方不一樣或不舒服，就要快找醫生處理。」(C1)

「如果 (糖尿病) 症狀發作就看醫生、吃藥。」(C2)

「(E 醫院) 那個 X 醫師 , 我給他看了 9 年。(停頓 3 秒) 我不太愛換醫生 , 現在這幾年轉到附近的 Y 醫生看 , 因為血壓變高起來 , 啊 ! 他是心臟科的。 我以前都沒有高血壓 , 就這 2~3 年才這樣 , 所以就是去心臟科醫生看 , 吃藥而已。 」

(C6)

「我卻解出血尿來 , 我就趕緊去找泌尿科的 Z 醫師。 」(C8)

「我通常都在一家診所看 , 他那是家庭醫學科的 , 我覺得那個醫生還不錯 , 我都在那拿氣喘的藥吃。 (氣喘) 發作時就趕快給醫生看 , 醫生會幫我打針、吃藥。 」(C11)

而另有一位老人 , 其先前因身體不適 , 採取民俗療法來治療疾病 , 於坊間療法下服用未經衛生署合格之藥物 , 後來卻造成嚴重的腎衰竭 , 從此經驗中得到教訓的他說 :

「我都在 D 醫院拿藥的 , 有人告訴我要吃青草或其他有的沒有的 , 我都不相信 , 我信任 D 醫院。 」(C3)

另一位罹患風濕性關節炎的老人 , 雖未有此類似的過去就醫經驗 , 但她亦提及其求醫之原則 :

「吃醫生開的藥 , 別人告訴我要吃什麼草藥 , 我也不曾拿來吃。 」(C9)

(二) 自行合併中西醫治療

在這講求實證醫學的時代 , 西方現代醫學是目前醫療體系的主軸 , 然而在中國深遠的文化薰陶下 , 傳統中國醫學一直存於民間 , 加上近年來中醫藥已納入健保體系中 , 使得民眾對醫療服務資源之選擇亦有所改變。雖然本研究之慢性病老人就醫行為未以傳統中國醫學為主 , 但當症狀

發生時，亦會中西醫療同時使用，有二位老人提到其同時運用中西醫治療之經驗。

「除了醫生開的藥，我另外一個月服個 2~3 帖中藥，幫助血液循環，我如果晚上吃中藥，我會把西藥先停一下，因為我不知道這個中西藥會不會衝突，份量會不會重複，所以會先分開一下。」(C1)

「另外我也有去給中醫的醫生看，他也有開中藥給我吃。」
(C7)

而另一位參與者則是因其弟弟為開業中醫師，在其支持及建議下亦同時使用中西醫療。

「我現在也有在吃中藥，他（指其弟弟）有說這個藥是吃顧胃腸和補血的，我有把它和西藥分開吃，就是一餐吃西藥，一餐吃中藥，要不然太多了。」(C4)

(三) 採取非專業人員建議之照護措施

在台灣的醫療社會中，慢性病老人除了接受醫療專業人員所提供的照護活動外，亦有多數的慢性病老人受到其身邊人物之影響，採納他們對疾病所建議之照護措施，包括秘方草藥、食療及國術館之針灸推拿等。而這些人包括家人、親戚或朋友，且皆為非醫療專業人員。慢性病老人採取此行為表現的意義，是期藉由執行這些他人強力推薦或成功案例之照護活動經驗，可緩解症狀或治療自己的疾病。例如：

「前陣子吃了草藥，朋友介紹的，是吃長骨刺。」(C1)

「視力有一點模糊，聽說很多人有糖尿病，眼睛看東西就

會覺得旁邊會有一層白白的，聽人家說只要多看綠色的就會好了，所以我早上起床後都有多看綠色的東西。有人介紹我吃蕃薯葉，所以我最近常煮來吃。還有聽人家介紹這個『益力壯』牛奶也不錯，除了很好喝之外，喝了之後，別人都說我氣色不錯，而且對控制血糖也很好。」(C2)

「這個珍珠精，人家說是可以補血及顧骨頭的，我自己吃了10罐，吃了氣色比較好，腳也比較有力。我有聽說鹿茸可以顧筋骨，我是不太了解，我也有買2罐來補。剛開始沒尿時，有人叫我吃『白亦牛草。』我前院有特別種一些，用煎的來吃。」(C5)

「我小孫子有個朋友開國術館，他就帶我去給他看，用那個不知道什麼煙，在我脖子那燻，燻到熱之後就漸漸好了。」(C6)

「別人告訴我要吃『血向藥草』，啊我吃了有效喔！不過吃了也沒完全好。那個是別人怕失傳的藥方，說什麼『半機靈加白蛇藥草』，這是別人的偏方，說是有人吃好了，所以我也去買來吃。有人吃『蜈蚣加苦苓花』好了，說是以毒攻毒，他（指朋友）叫我吃15帖，啊我吃了12帖也還是有再解血便。那個『血向』有人告訴我要再加排骨或高湯去熬，煮起來蠻油的，但有人告訴可以加紅棗，不過我都是用高湯去熬的。有個研究青草的，他也有說吃『鐵釘樹』好的，後來我也吃了一陣子，再加上我的『血向』繼續吃。是聽人家說：『如果是有長東西，還要在加鐵釘樹。』所以我後來也有去煮來吃。有人就告訴我要吃『氨基酸啦、膠原蛋白

啦』！那個含有 20 幾種氨基酸，聽說有直腸癌吃好了，喔！那一瓶要 2~3 千元，我還是買了一瓶吃看看，效果也沒多好。我的親戚又拿給我吃什麼『纖美、甲殼素』，他說那個是吃好解大便的，還有減肥的，之後我就吃那個『纖美』，大便真的解比較多一點，而且比較好解。」(C7)

「最近我有吃一帖草藥，是吃顧腰子、顧肝的，那是別人告訴我的。」(C10)

「偶爾喝一點葡萄酒，晚上喝一點，人家說梅酒也不錯，我想到時就會喝一點。」(C11)

(四) 尋求支持系統協助

支持系統通常指的是配偶、其他家庭成員和朋友等。慢性病老人在執行自我照顧時，常因疾病導致身體功能受限制，造成無法獨立執行照護活動，此時即需支持系統的援助。而支持系統可提供病患多方面的協助，例如有實質性的協助照護活動及情緒的支持。本研究中，一位糖尿病合併視網膜病變的老人，因其視力障礙常造成無法獨立完成照護自己活動，她談到其先生所給予的協助如：

「通常都是你阿桑（指個案老公）會陪我出去，過馬路的時候，他一定都會牽著我的手，或在不認識的路上，我也會牽著他的手，而且告訴他：『有坑洞或下坡一定要告訴我。』都是你阿桑（指個案老公）幫我（點眼藥水）的，我自己也會，但是眼睛撐開後，眼藥水都會被我用太多，每次都溢出來，滿臉都是，如果自己點眼藥水，這個藥水可能沒幾天就用光了，阿他（指個案老公）幫我點，非常剛好。」(C2)

另一位因末期腎病變的老人，其每天均需執行腹膜透析治療活動來維持穩定病情，她亦談到其先生所給予的支持：

「有時候我先生會幫我把藥水先加熱，然後吊高，因為我的手沒辦法舉那麼高。」(C4)

還有一位罹患風濕性關節炎的老人，也談到了她兒子所給予的情緒支持：

「美國那個兒子也常打電話回來，我告訴他：『我身體很不舒服，想要走了』。他說：『媽媽，不可以，不可以喔！您不可以這麼做』。就這樣，想到這4個兒子這麼關心我，我也很滿足了。」(C9)

第三節 生活型態之調整

生活型態是指人們平常過生活的模式，包括飲食習慣、興趣嗜好、作息起居及活動型態等等，簡而言之，即是指個人平日之生活習慣。一般老人罹患慢性病後，其個人之生活方式會為了疾病之需求而做些調整，因在平日生活中，許多活動會影響到疾病的變化，這些活動有些是可益於疾病修復，有的卻是會加重疾病惡化速度，所以藉由生活型態的調整，可控制慢性病的病情變化，這些調整包括有：(一)執行規律運動，(二)避免健康危害因子，(三)遵守疾病之飲食限制，(四)安排規律的生活作息，(五)補充保健品。

(一) 執行規律運動

運動是一種耗氧與耗能的身體活動方式（林、丘，2002），其所產生的反應，包括有促進血液循環、增加動脈血管順應性、降低血糖及血脂肪、減輕體重與鬆弛緊張情緒等等，皆有利於疾病的復原，並避免病情繼續惡化及合併症的發生，所以多數慢性病老人常藉由適度的、規律的運動方式來改善身體狀況，而其運動的型態包括有散步、體操活動、騎單車、打太極拳及外丹功等等。例如：

「我現在有朋友教我練氣功，我練了 1 年多。」(C1)

「我每天都六點左右出門，到附近國小的操場走幾圈 大概快一個小時左右。」(C2)

「我每天早上和傍晚時會出外運動走一走， 差不多走個半小時。 這個骨輪（指膝關節處）無法久站，會酸，比較沒辦法走遠或走快， 所以我有每天出來走一走，腳的筋骨會軟一點，其實也是有感覺走一走以後，腳比較不那麼酸軟。」

(C3)

「每天早上我都會去 4 樓頂上做體操，去那邊甩甩手，活動活動筋骨。」(C6)

「早上起來後會做一些筋骨運動。」(C7)

「我會騎腳踏車，一公里以內，太遠我就不騎了。」(C8)

「早上就是起來走走、搖搖呼啦圈、練練太極拳。」(C9)

「每天會去做外丹功， 從 5 點半做到 6 點半，差不多 1 個小時。」(C11)

(二) 避免健康危害因子

健康危害因子是指會影響疾病發展及整體健康的因

素。因與疾病直接相關的健康危害因子，不僅容易誘發疾病，更易促使疾病迅速惡化，因此某些慢性病老人會注意哪些因子會對本身疾病有害，進而盡量避免從事這些危害健康活動。另外，有些健康危害因子雖然未與疾病直接相關，但整體而言，對慢性病老人的健康是有負面影響，所以少數的慢性病老人會採取一些防範措施，以避免健康遭受危害。例如研究資料中，三位罹患有心血管疾病的老人表示：

「煙、酒要避開。 冷的時候要穿暖和一點，要不然容易中風 還有天太冷的時候，不要太早出去。」(C1)

「高血壓就是這個刺激的東西，像煙、酒，3年前我就戒了，煙不抽了，酒也很少了，很少，有的話只有一小杯。」(C5)

「我冬天的時候就比較少出去走走，家裏比較暖和。 拿一件毛毯蓋著身體，腳也穿個毛襪，天氣冷怕感冒，在房間裡也比較暖和 」(C6)

以及另一位罹患有高血壓及氣喘疾病的老人，亦談到其在生活中之注意事項有：

「天氣的變化我也會注意，冷的話就增加衣服。 我除非是感冒或者太累，我才會沒去運動，因為我不會逞強自己，這樣子身體我會負荷不了。 身體最主要就是預防感冒。」

(C11)

遠離這些對健康危害之因素，除了病患本身不會從事對健康有危害之活動外，有的慢性病患會更積極的去避免接觸的機會，例如一位罹患攝護腺癌的老人，談到他如何

避免二手煙之危害：

「我不抽煙，不喝酒，來我家的人，如果他要抽煙，我會叫他出去外面抽。」(C8)

三位末期腎病變的老人於平日生活中，也談到了他們在避免健康危害因子的相關經驗：

「就是酒不要吃，刺激的、辣的、煎、炒盡量避免。」(C3)

「我通常晚上冷時，手腳都會很冰，要穿襪子戴手套，甚至躲在棉被內，偶爾用一下電暖氣，這陣子天氣溫度就比較好一點了，要不然手腳都要穿戴手套、襪子，躲在棉被內一陣子身體才會暖。靜靜坐在那曬太陽，這樣身體比較不怕冷，下午的時候，太陽會從那一邊照進來，我就會搬椅子去那邊坐著曬太陽。還有冷的東西，我也不敢吃，像那個水果冰起來的，我都不會拿來吃，我自己的身體我知道。」(C4)

「我也沒抽煙喝酒，自從洗腰子後，我就沒有抽煙喝酒了酒，我偶爾會喝一點點，很少啦！」(C10)

其中一位末期腎疾病的老人，因其身體功能日漸衰退，以致於在生活活動上，她會特別注意行動安全之維護，她說：

「是從去年才跌倒，要不然以前不會，就是腳越來越沒力，出去要拿著柺杖走預防萬一，就是走路速度會比較慢一點，拿著柺杖走也會比較穩。行動會注意不要跌倒，像晚上起來要上廁所時，我也會先坐在床旁一下，再站起來走，這腳最近好像比較沒辦法支撐力量，所以我會拿柺杖走。你看我家裡的地板，我也有特別注意，我叫他們這

間房間不要打蠟，太滑不行。」(C4)

(三) 遵守疾病之飲食限制

均衡的飲食可以維持健康並促進健康，但在慢性病的限制下，則必須調整飲食內容及習慣，期藉由限制某些飲食內容來控制疾病的發展，或保護體內組織器官而達修復之效。因此，慢性病老人會依其疾病之特殊需求或限制，來作為飲食調整的參考。例如一些疾病有其相關之禁忌，會絕對禁止食用此類食物，以避免疾病迅速惡化。而多數的慢性病患只需在飲食之營養成分略作調整，包括熱量、蛋白質、脂肪與礦物質等含量，或在飲食的質地與量方面做變動，除此之外，也有的病患是較著重於食物的性能，即食物之寒、熱、溫、涼屬性特徵。在本研究中，發現選擇不同治療方式但罹患相同疾病的三位末期腎疾病老人，他們提到了與其疾病相關之禁忌有：

「吃也不用特別注意，只有楊桃絕對不能吃，醫生說吃楊桃可能對腎會碰碰跳的樣子。」(C3)

「茶不能喝太多，沒尿嘛！我現在只有吃藥時才喝一點，其他時間很少喝。不過他（指醫師）是有特別交代楊桃不能吃，所以我也沒吃楊桃。」(C4)

「楊桃不能吃，還有豆類也是不能吃，像豆干、豆腐，我都很少在吃。」(C10)

一位患有糖尿病的老人，分享了 she 遵行糖尿病飲食的原則：

「這甜的東西我是吃很少，糖果我是不吃，甜的這方面我有

在注意。鹹的餅乾，我偶爾會吃 1~2 塊，其他糖果、餅乾很少吃，我為了這個眼睛，吃東西克制一點會較好。這種病也不能吃太鹹太油，所以我就用這樣料理。」(C2)

而三位罹患心血管方面疾病的老人亦表示：

「我不太吃鹹的、油膩的。以前肉也喜歡吃，什麼都喜歡，現在是會注意，主要是血紅素太高，自己知道要改，醫生說吃太好了。」(C1)

「吃東西會注意不要太鹹，那個鹽含鈉太多，以前吃水餃會沾醬，現在我知道醬油也不太好，所以也不沾醬了。」(C5)

「我有高血壓，我也不敢吃太補，麻油雞啦！」(C11)

另一位罹患直腸癌的老人，談到了他在飲食之脂肪含量及辛辣性味食物的控制：

「像我吃東西辣的、油炸類的不會吃。」(C7)

另因食物之硬度會影響消化功能，故一位罹患胃潰瘍的老人說：

「我現在太硬的東西也不敢吃，因為我是吃早素的，有吃土豆，怕那個太硬傷胃。」(C4)

此外，一位患有多年氣喘疾病的老人，陳述其在飲食上會特別注意食物之性能：

「絕對不能吃冰的東西，夏天的時候，我會特別避免冰冷的東西，比較涼性的蔬菜，我會稍微注意，冬天會比較避免那些涼性的蔬菜。」(C11)

(四) 安排規律的生活作息

作息即是指工作與休息，是人類生活的組成部分，有

規律的作息安排，可維持身體機能正常運作，反之，一旦作息無規律，導致生理機制失調，人體的身體器官將遭受損害，這對於慢性病老人而言，更是一大傷害。故慢性病老人常能避免熬夜，維持正常且有規律的起居作息習慣。例如數位慢性病老人陳述其生活經驗為：

「晚上 10 點鐘睡覺，早上差不多 5 點多鐘就醒了 盡量不熬夜，我也不打牌。」(C5)

「就晚上 10 點多睡，早上 6 點起來，有時比較晚睡一點，也是會 6 點多起來。」(C7)

「一日要睡 5~6 個小時，晚上大概 10 點鐘睡，早上 4~5 點就起來了，中午我是不曾睡。」(C10)

(五) 補充保健品

人體不僅需要能量來維持生命，亦需營養素來維持健康及治療疾病，尤其在抵抗疾病及疾病療養的過程，更需有均衡的營養，以利身體組織的修復。這些含有營養成分的物品即為保健品，期藉由補充保健品，讓身體得到醫療保健功效。多數慢性病老人常是為了追求健康，而補充一些保健品，包括維他命、深海魚油與健康食品等；也有些慢性病老人是服用含藥物成分的保健品，包括人蔘與靈芝等。例如：

「維他命 E，最近是魚油、維他命 E 有在吃。」(C1)

「吃那個南光的珍珠精，吃了有比較好。 人蔘我是有常在吃，吃了蠻多了。 缺營養就沒辦法，就是盡量吃，喝一些珍珠精，還有別人也有送我燕窩、牛奶啦。」(C4)

「我有段時間在國外買個深海魚油回來，吃了半年。」(C5)

「我還有吃過健康食品，像酵素、深海魚油，還是什麼魚肝油。」(C7)

「我也去買靈芝，這個一天固定吃 10 幾顆，還有吃這個鯊研骨，另外我也有吃這個牧草，我平時也吃維他命，這個是綜合維他命、維他命 E。」(C8)

「補營養品，我偶爾有吃。」(C9)

「我自己本身還有吃一些營養的藥，像安利拉命、保樂康維骨力。」(C11)

第四節 心理建設

人的心理活動包括思考、認知與感覺(吳, 1997)。這些活動不僅彼此相互聯繫與相互影響，更在人的健康與疾病中扮演著重要角色。而人們可自主控制這些心理活動的產生，換句話說，可經由身體對事件的反應，了解自己內心的想法或認知，在追蹤整個思緒過程，不僅真正釐清自己對事件的態度，亦可藉由理性的思考後修正原本對事件的詮釋，以改變對事件的處理態度，因個人的心態會影響其行為表現，故健康的心理建設，可助人調適生活，預防疾病，以及提昇疾病的修復能力。而面臨慢性病所帶來的改變，老人的內心亦承受極大壓力，為能調整自我對疾病的態度及情緒反應，其心理建設包括：(一)建立正向的思考模式，(二)調整情緒。

(一) 建立正向的思考模式

思考是一種較高層次的認知活動，為人們憑記憶與想像以處理各種符號與事物的心理歷程，因此舉凡語言的理解與表達，事理的批評與判斷，以及問題的推理與解釋等，無一不經過思考的歷程（張，1993）。因此正向的思考有助於問題解決能力的改善。對慢性病老人而言，亦對疾病的感受性與免疫能力有所影響，因對疾病有正向的態度，便能更積極地照護自己，故建立正向的思考模式有益於健康。例如一位正努力與癌細胞作戰的老人，他堅定的說：

「這是要自己勉勵自己的，我們有種免疫力，這個癌症最重要的就是這個免疫力。我有受過高等教育，我會反省自己，叫自己要跟它（指癌細胞）拼啊！就想自己會死啊！百分之百就不會活，如果這麼想，這個人絕對活不成，我就是想說跟它（指癌細胞）拼拼看，我想再活 10 年，喔！人要有信心。反正我就想已經得到了，一定會死，可是我不想死，怎麼辦？不斷勉勵自己，我們人有一種免疫力會去抵抗癌症，如果自己一直想，醫不好會死，那精神就會越來越差，病怎麼會好？自己要想治好，就要吃好一點，增強免疫力。如果自己精神想法一直想到會死掉，這樣不行，我當初也有想過我已經 80 了，得到攝護腺癌最多在活 3 年而已，書上有寫，但是如果有處理，喔！可以再活 10 年，我是有這個希望。當檢驗報告出來時，如果太高，會亂想是不是它（指癌細胞）跑到旁邊去了，最怕就是這個，但是若是真的，我會想就讓它（指癌細胞）跑啊！我藥照吃，看它（指癌細胞）怎麼樣。」

（C8）

另一位長達 8 年之久，需長期固定至醫療院所做血液透析治療的老人說：

「我自己覺得比人家還好，有的人中風都不能動，躺在那，需要別人翻身，啊有的人說罹患我這種病也沒什用，可是我覺得比中風幸運多了，有的人會怨嘆，我說：『中風的還需要人挪來挪去，但是我們還會走動 比起他們，我們還會走到醫院，已經是很好了，如果行動不便，被別人挪來挪去，這樣子才要怨嘆，所以我們這種都還比別人快活啊。』」(C10)

而另一位在醫院當志工的慢性病老人，他的思考模式為：

「上天對我不錯，我還能跑能動 我是還好想開的，在這裡（指醫院）也不錯能幫助別人。」(C1)

(二) 調整情緒

情緒是指由刺激情境引起的喜、怒、哀、樂等反應，而這刺激與反應之間存在著一種認知與感覺的歷程（張，1993）。而情緒造成中樞神經系統及內分泌系統的變化，常影響至個人健康狀況，尤其是負向的情緒反應，更易造成身體組織功能的失調，所以情緒狀態對疾病的發生、發展和轉變的影響是不容忽視的。但在疾病的壓力下，多數慢性病老人常有負向情緒表現，為能避免這些負向情緒對疾病產生不良影響，慢性病老人常能以一些技巧來調整自己情緒，例如：

「就盡量不要生氣。」(C2)

「情緒不要太激動 就是不要動怒，不要生氣，年紀大了，

什麼事都看開一點，看開就好，凡事多往好處想，自然就不會生氣了。」(C5)

「人就是要看的開，拿的起，放得下，這樣才會快樂。」(C6)

「我得到這個病，自己也知道不會好，如果一直煩惱，也不會好，所以要心理治療，吃要吃的好，精神要好，還要跟醫生配合，這樣才可以。聽一聽我喜歡的音樂，這樣精神就會好，病也會慢慢的好起來。我有去遊覽看風景，人不可因為得到癌症，就忘記自己是癌症患者，自己也要去努力，心情放開一點。」(C8)

「要盡量快樂，不要有煩惱 保持心情愉快。」(C11)

第五章 討論

本研究結果發現，慢性病老人自我照顧的生活經驗，歸類出四個範疇：疾病之醫療管理、照護資源之運用、生活型態之調整與心理建設，予以分節討論如下。

第一節 疾病之醫療管理

因著老化與疾病之相互影響，造成老人健康狀態極大威脅，尤其是疾病趨於慢性化的情況下，其醫療照護需求更顯得迫切（李，1998）。因慢性病不僅是種類繁多，病程發展更是遙遙無期，在與疾病共存之下，慢性病老人必然會面臨許多與疾病相關之醫療問題，為能妥善照護疾病，首當其衝是要成功地管理疾病之醫療問題。於本研究結果中，慢性病老人的醫療管理活動，包括有遵從醫療專業人員指導、學習處理病症、規律就診、主動參與治療措施之討論、監測身體徵候/症狀變化、操作例行技術性的治療活動、按時用藥、自行調整藥物用法與尋求疾病照護相關資訊。

在眾多醫療管理活動中，遵從醫囑是較為重要且常見的行為（Lewis & Lubkin, 1995; Miller, 1992）。學者表示遵從醫囑行為是個人之所有行為能與健康照護建議一致，且可視為自我照顧行為的一種表現，因病患若遵從醫囑，則其行為將能促進健康、預防疾病與治療疾病（Blevins & Lubkin, 1995）。本研究結果，發現多數慢性病老人能遵從醫療專業人員指導，以獲得更多健康照護訊息及處理疾病之技巧。而其行為意義是期藉由遵從醫囑行為達到疾病控

制狀態，或許這也潛藏著其對醫療專業人員的信任。

本研究發現，慢性病老人常會面臨病症所造成的生理不適，而生理與安全是人類的基本需求（Maslow, 1954）。因此為能解決病症困擾，慢性病老人需學習一些與疾病相關之照護措施。Lewis 與 Lubkin（1995）亦表示慢性病患應具備有處理病症及預防危機之能力，以有效地處理疾病相關問題。Hwu, Coates 與 Boore（2001）的研究中，發現大部分的慢性病患為維持健康狀況，預防疾病急性發作或惡化，多能努力學習疾病相關照護技巧，以當面對症狀時能有效處理，此與本研究結果相類似。本研究之慢性病老人在處理病症方式上，有的是隨身攜帶急救藥物；有的則是使用一般成藥或藥膏；亦有是藉由調整生活型態來處理病症。其學習處理病症之技巧，有的是向醫療專人員學習，有的則是靠自己經驗的累積，亦如俗話「久病成良醫」，儼然成為慢性病專家，且意謂著其對病症問題解決能力的提昇。

慢性病是需長期監控之疾病，且在國人「有病就要看醫生」的觀念下，多能為了追蹤病情變化而接受複診活動。在本研究結果中，發現多數老人能按時複診檢查，有的是固定一個月，有的則是固定二星期，亦有的是每星期會來就診接受治療。複診的間期長短視個人病情需要而定，多數個案是固定每月就診一次，一方面是因大部分的慢性病情進展較為緩慢，在治療監測下多能受到控制，另一是國內目前對慢性病的醫療管理政策上，亦規定慢性病患每

次領藥最多不得超過 30 天的限制。

Dean (1989) 表示自我照顧是個體主動參與照顧自己的活動，而非被動接受醫療專業人員的照護。尤其是慢性病的醫療導向已從權威的醫療專業人員轉變為自我責任，其健康照護關係亦成為合作的關係 (Thorne & Paterson, 1998)。在合作的醫療模式下，病患與醫療專業人員共同討論治療計劃，亦即主動參與了疾病照護的過程。Lindsey (1997) 對慢性病患的研究發現，病患在主動參與疾病照護的過程中，除了能確定自我身體狀況外，亦會覺得其能選擇與控制自己的生活。如同本研究，慢性病老人在與醫療專業人員共同討論治療措施時，澄清自己對治療措施的疑慮，亦做出最佳醫療決策，獲得更高品質的醫療照護。

疾病的動態變化除了靠醫療專業人員的輔助察覺外，更重要的是要靠自己敏銳的觀察力，因每天與疾病共同生活的人是自己，身體的變化自己最清楚，藉由觀察身體徵候及症狀變化，才能得以監測病徵的表現，知悉疾病的發展情形，進而提供給醫療專業人員做診斷及治療之參考。Lewis 與 Lubkin (1995) 指出慢性病患要能處理病症及預防疾病危機的發生，是先要能有察覺身體徵候及症狀變化的能力。因個體對症狀的察覺及評值過程會影響其自我照顧的行動 (Sorofman, Tripp-Reimer, Lauer, & Martin, 1990)，本研究中之慢性病老人在監測身體徵候及症狀變化方面，因著疾病之不同，其所著重的病症指標亦有所差異，如有心血管疾病的老人會監測血壓變化；有糖尿病的老人

會監測其血糖變化；有腎病變的老人則監測著腎功能指數高低；甚至有一位罹患攝護腺癌的老人，用心地記錄其每次所測之癌症指數，以及如廁後必觀察尿液外觀等，由此可見，只要生活中多點用心，不但能察覺到病徵的表現，亦了解身體之微妙變化。

因疾病與個體之差異性，使得有些慢性病患需接受較技術性的治療活動，例如末期腎病變患者的治療方式主要有三種選擇：血液透析、腹膜透析治療及腎臟移植。在一腎難求的情形下，多數病患必需選擇前二者治療方式之一，二者相較之下，腹膜透析治療雖然比血液透析治療來的技術性複雜，但對病患而言，是較為經濟、方便與生活方式受限少，所以有越來越多的末期腎病變患者接受腹膜透析治療。但將技術性的治療活動計劃整合至日常生活中，對慢性病患是一件艱辛的照護工作。因為此類治療活動包含技術性層面問題，在操作過程較一般非技術性治療活動困難。本研究於訪談二位選擇以腹膜透析治療的末期腎病變老人，一位是每日需操作 4 次的腹膜透析治療活動，而一次約 30 分鐘左右才能完成，另一位則是藉助於自動腹膜透析機器的使用，雖然一日只需操作一次，但一次約花費 8~9 小時，主要是利用夜眠時執行。操作腹膜透析治療活動不論是靠手動或機器自動方式，皆需持守例行的換液程序與原則，以及確實地執行腹膜透析導管的護理，且此治療活動是每天不可少的，甚至外出旅遊活動時，亦要執行腹膜透析治療，可見病患不僅是要克服生活上的不便，更

是要比他人有毅力與耐心，才能經年累月地執行複雜繁瑣的腹膜透析治療活動。

大部分的老人因隨著罹患慢性病之種類增多，其用藥需求量亦增加（Gray, 1990）。研究發現慢性病患能按時服藥的比率偏低（胡、戴、于、余、曾，1999；曾、黃，1997；劉，1999），因其均指出服藥種類與次數會影響用藥遵從性。但亦有研究發現多數的慢性病患能按時服藥（Chan & Molassiotis, 1999; Kyngas & Lahdenpera, 1999），而此與本研究結果有類似之處。分析原因可能是慢性病老人對正規醫療及醫師的信賴，相信醫師所開的處方可以治療其疾，且規則服藥後，症狀也的確能獲得良好的控制或緩解，此正向回饋的影響，促使慢性病老人更加確定此治療方式的療效；另則是服藥過程中，無藥物副作用的產生或有不愉快的感覺；亦或未妨礙其目前生活方式。因此當慢性病老人能從規則服藥活動中得到較多的益處，其服藥之遵從性即會提高。

相反地，不遵從服藥行為是指不當的藥物使用（Ebersole & Hess, 1998）。學者表示影響老人不遵從服藥行為的因素有許多，包括生理功能障礙、藥物的副作用、長期服用及藥物數量過多等等（李，1997；McConnell, Linton, & Hanlon, 1997）。McConnell等（1997）表示老人的服藥不遵從行為，通常指的是服藥劑量不足情形，而不是藥物過度濫用。其行為之目的是為能自我保護，避免身體受到危害（Thorne, 1990）。因此 Ebersole 和 Hess(1998)

認為有些不遵從行為是有助於健康的。且從另一角度來看，病患其自我責任也相對地提昇(Ebersole & Hess, 1998; Thorne, 1990)。本研究結果亦反映此現象，分析本研究之慢性病老人，其自行調整藥物用法的原因，有的是因藥物的作用干擾其生活作息；有的則是為預防藥物相加作用發生；亦有的是服新藥後，發現病症卻又再次出現，因而自行停止使用此藥。由此可見多數的慢性病老人是為了避免藥物會造成身體的不適，而自行調整藥物的用法，這也是其自我照顧行為的表現之一。

Orem (2001) 指出知識是執行自我照顧活動的先決條件。許多研究亦證實疾病相關知識與自我照顧行為間有正相關性(蘇, 1998; Jaarsma et al., 2000; Rockwell & Riegel, 2001)。Lindsey (1997) 發現慢性病患多能敞開心胸，去學習一些新知識，且個案認為自己猶如探索者，擁有冒險嘗試之精神。而 Burckhardt (1987) 表示慢性病患在尋求資訊時，會較著重於與其疾病相關之訊息，如同本研究之發現，因為這些資訊不但與其切身相關，亦是其目前最迫切所需的。在邱 (2002) 的研究中，發現有九成的病患認為健康資訊對自己是重要的，而其資訊來源除了醫療專業人員外，報紙、電視等大眾傳媒是其主要來源，此與本研究結果有一致之處。本研究中，大部分慢性病老人是藉由閱讀書報或雜誌，來獲得疾病照護相關知識，其中一位老人更是因感受到癌症威脅，非常努力積極地閱讀相關書籍，包括疾病治療、癌症飲食及心靈層面書籍。因這些活

動皆是個體採取健康行動資訊來源之一 (Rosenstock, 1990), 對自我照顧活動之執行內容深具影響。

第二節 照護資源之運用

尋求適當醫療資源的協助，是個體因疾病所產生之健康偏差性的自我照顧需求之一 (Orem, 2001)。楊 (1992) 認為病患尋求醫療資源的行為會受社會文化影響。因此國人的醫療行為通常是兼容著不同中西醫觀念，並同時接受不同的照顧方式，此稱之複式求醫行為 (蔣、盧，1996)。而各醫療體系擔負著不同的醫療社會功能，均有其意義價值存在，一般可分類為西醫療法、中醫療法、民俗療法與常人療法 (林，1992)。在楊 (1992) 的研究中，發現台灣慢性病老人求醫時對醫療方式之選擇結果為：西醫佔 25.6%，中醫佔 4.2%，民俗醫療佔 0.3%，自行到西藥房買藥佔 2.8%，找親人朋友幫助佔 4.1%。而本研究依據慢性病老人所運用之照護資源，而分為尋求正規醫療資源、自行合併中西醫治療、採取非專業人員建議之照護措施與尋求支持系統協助。

Penning 與 Chappell (1990) 研究老人於運用正式照護資源與非正式照護資源的自我照顧關係，發現慢性病患，其處理症狀時多能運用正式照護服務系統。而 Dill 等 (1995) 探討 21 位老人的自我照顧行為中，其結果將照顧型式分為個人自我照顧、專業人員主導之自我照顧與結合二者方式之自我照顧。由此可見醫療專業人員在慢性病老

人的照護系統中佔有重要角色。本研究也有這樣的發現，慢性病老人多會尋求醫療專業人員的協助。相關研究發現，病患在做求醫選擇時，主要考慮因素是醫術與醫德（王、黃，1996；高、楊，1995），此與本研究結果類似。本研究中有的個案表示喜歡找有愛心及耐心的醫師，因為會感受到被關愛與尊重；有的則是對醫療院所的信任，相信醫師可以控制其疾病發展。病患在訴求得到滿足的情況下，多數亦因此能固定就醫場所，甚至固定一位醫師，以獲得更佳的醫療照護。

台灣社區老人在求醫行為上，目前仍以西醫佔明顯優勢（劉，1998）。然而受社會文化等因素影響，中醫在民眾的健康維護上亦始終扮演著不可或缺之角色（翁，2000；蔡，1994），且多項研究證實國人複向求醫行為的特性（王，1990；林，1992；康、李、陳、周，1995；康、陳、周，1998），亦即病患在使用西醫醫療的同時亦採用中醫醫療。此與本研究的發現是一致的，由此可見接受中西醫治療已是台灣的醫療文化。

李（1998）指出老年人遭遇健康問題時，所尋求協助之管道不一定會朝向醫療專業人員，而常是先請教於親戚朋友。楊（1992）的研究中，亦發現慢性病患比急性病患較會找親人朋友的幫助，以獲得情緒支持或協助疏解慢性病問題。本研究結果亦發現，有些慢性病老人會向親人或朋友傾訴身體狀況，但較不同的是會採納他人所建議之照護措施，例如一位罹患直腸癌的老人說：「我都會告訴別人

我有什麼毛病，有時候別人就會告訴我要吃什麼比較好」。Neuberger 與 Woods(1995) 表示慢性病患會尋求其它治療方式的原因包括有：覺得無法操控疾病、治療無效、社會文化影響或需增進安適感等。Lindsey(1997) 的研究發現慢性病患在治療其間亦會尋求另類療法，包括針灸、指壓、觸摸療法、使用藥草、瑜珈、生理回饋法等等，此與本研究結果有相似之處。或許在疾病壓力與社會文化影響下，慢性病老人的內心仍對民間傳統醫療存有一絲希望，期由使用他人強力推薦之草藥、成藥、食補、藥補或執行某特定活動來治癒疾病，姑且不論其成效如何，至少老人可以得到精神上的慰藉。

家人通常是提供予慢性病老人最大的實質性與情緒性支持的來源 (Ebersole & Hess, 1998; Tilden & Weinert, 1987)。史與黃 (1994) 的研究結果顯示，慢性病老人以獲得實質性支持為最多，次為情緒性支持，而主要的家庭成員提供者是為其子女。此與本研所得有相似情形，數位慢性病老人的自我照顧經驗中，家人均能適時提供協助，有的是配偶在照護活動上給予實質性的協助；有的是子女在情緒方面提供支持，因此家人是慢性病老人的重要照顧者，能在其需要時提供最多的幫助，亦常是其最大之精神支柱，分擔其煩惱或哀愁。

第三節 生活型態之調整

Eliopoulos(1999) 指出極少數病患能於疾病纏身後仍

維持原來的生活型態，因生活型態與疾病之間存有密切相關性，例如吸煙、過量飲酒、不健康飲食或缺乏運動等行為，皆造成個人健康的威脅，尤其是對慢性病患而言，不亦是更加嚴重。因此為能順應疾病治療所需，或控制慢性病的症狀及症候，調整生活型態是其照護慢性病的重要任務之一（Eliopoulos, 1999; Miller, 1992）。在本研究中，慢性病老人在生活型態上的調整，包括有執行規律運動、避免健康危害因子、遵守疾病之飲食限制、安排規律的生活作息與補充保健品。

在運動方面，運動是一有益健康之活動，亦是臨床醫療上的重要治療處方（林、丘，2002）。且運動的型態、頻率與強度是可以依不同的年齡、體能及健康健康情形而有不同（林、丘，2002；高，2000）。研究證實慢性病患藉由規律運動可使疾病達到顯著治療效果（林、賴、周，2000；陳，2002；陳、顏，2002；劉等 2000；Jones, 1996）。Hwu 等(2001)的研究結果指出台灣慢性病老人的健康行為中，多能藉由規律運動來維持其健康，且發現其運動型態具有個別差異性。此與本研究的結果相似，例如研究中慢性病老人的運動型態，包括有練氣功、散步、體操活動、打太極拳或外丹功等活動，而其中又以散步活動為最多。此和王與邱（1996）的研究發現類似，在王與邱（1996）的研究中，多數老人能符合每週至少 3 次，每次至少 20 分鐘的規律運動，且以散步為主要的運動方式。因此不論其運動的型式為何，其最主要的是能規律與持之以恆。

Hwu 等 (2001) 的研究中，發現慢性病患在其健康行為上會避免健康危害因子。此與本研究結果有一致之處，於本研究結果中，慢性病老人亦會特別避免與疾病相關之健康危害因子，例如罹患有心血管疾病及末期腎病變的老人，會避開煙、酒與注意氣候冷暖變化；有氣喘疾病的老人亦會注意氣候冷暖變化與預防感冒；另外則是因身體功能衰退，而會特別注意行動安全之維護。綜觀這些因素皆與疾病密切相關，因此慢性病老人在自我保護的活動下，適當地遏止或減緩了疾病的惡化速度。

俗話說：「禍從口出，病從口入」，可見日常生活飲食對人之健康影響極大，尤其是慢性病與個人的飲食習慣有密切相關。本研究發現慢性病老人在飲食照護上，能依其疾病之特性，而遵守著疾病的飲食原則，包括調整飲食的成分、質地、量及性能方面，在這些飲食限制下，老人漸能改變自己原有的飲食習慣，以順應疾病之治療需求。而在 Chan 和 Molassiotis (1999) 及 Toljamo 和 Hentinen (2001) 的研究結果，發現慢性病患在其遵從醫囑行為中，多數是能遵守疾病之飲食原則，此與本研究結果有一致之處。

Ebersole 和 Hess (1998) 指出生活中有許多節律會影響及調節人的生理功能、荷爾蒙分泌、情緒、行為反應與調適能力，而其中影響最為顯著的是日夜週期之節律。從本研究結果中，可發現有數位慢性病老人是能安排規律的生活作息，使其在長期生活中養成習慣，如晚上什麼時候

就寢，早上什麼時候起床，日常活動呈現正常的順序，即形成了正常的規律，這對其慢性病而言，亦是得到適宜的調養。

研究發現國人普遍有使用健康與保健食品的行為（李，1998；顏，2001）。而使用健康食品之目的是以營養補充為首，其次依序為增強免疫力、增強及恢復體力與預防骨質疏鬆等等，且近五成的受訪者認為部分健康與保健食品可替代藥品治療疾病（李，1998）。在本研究中，亦發現多數的慢性病老人常有補充保健品行為，這些保健品包括維他命、健康食品、一般中藥保健品、酵素與荷爾蒙類等。分析其選擇保健品的原由，有的是補充營養，有的則是相信藉由補血可以恢復體力，亦有的是為治療疾病及緩解病痛。尤其是有些中藥流傳有神奇效用，例如靈芝、人蔘等，加上有些保健品在大眾傳媒的過於誇大渲染下，使得有越來越多的慢性病患為了達到健康，更易於驅向保健品的使用。

第四節 心理建設

慢性病所帶來的衝擊，常使個人身心受到許多壓力，尤其是病患內心的煎熬常不為人知。研究發現慢性病患認為當自我與外界達到一個動態平衡，才是真正的健康，而其內心即是不斷藉由健康的心理建設來維持自我穩定（McWilliam, Stewart, Brown, Desai, & Coderre, 1996）。

而本研究中，發現慢性病老人除了能積極處理身體病症外，亦能藉由心理建設的過程，調整對疾病和生活的態度，使身心處於愉悅的協調狀態。這些心理建設活動，包括建立正向的思考模式及調整情緒。

Burckhardt (1987) 指出慢性病患在自我調適的過程中，可藉由改變思考的方式來處理疾病相關問題。因思考模式會影響個人解決問題行為能力(張，1993)。許多研究發現，多數的慢性病患會藉由正向的思考過程及態度來調適疾病所帶來的衝擊 (Hwu et al., 2001; McWilliam et al., 1996; Makinen, Suominen, & Lauri, 2000)，此與本研究結果類似。在本研究中有的慢性病老人是藉由精神喊話過程，不斷激勵自己勇於面對癌症的挑戰；有的則是持著「比上不足，比下有餘」的疾病態度；亦或是在幫助他人時，感受到「施比受更有福」。這或許源於個人的人生經驗或人生見解而有差異，如樂觀進取的人有著不服輸的精神，只要生命存有一絲希望，即會努力奮鬥去追求。而知足常樂的人，雖未能積極努力追求健康，但一切隨緣順化，無苦亦無憂，樂得自在逍遙，這都是經由理性思考所形成對疾病的態度。因此慢性病老人在認知的調整過程，不僅可緩解疾病之威脅，亦更加了解與疾病相處之道。

學者發現慢性病患在疾病過程中易有負向情緒發生 (Cassileth et al., 1984; Michael, 1996)。洪等 (1999) 的研究中，發現癌症患者在處理焦慮情緒時，多採取情緒取向因應策略。在本研究亦有此現象，發現慢性病老人在處

理其情緒問題時，有的是較為壓抑，有的則是轉移注意力，亦有的以轉化心境來調整情緒。或許慢性病老人所面臨的壓力情境，多是因疾病所帶來之負面影響，其中有些層面問題是人為較無法控制與改變的，因此大部分的慢性病老人會採取較多的情緒調整過程，讓情緒的起伏波動降低，使心情常保持愉快，避免負向情緒影響疾病。故趨避行為反應是其應付壓力的方式之一，也是自我照顧行為的一種表現。

第六章 結論與建議

第一節 結論

慢性病的侵入，往往造成老人晚年生活巨大的改變，因老人需隨著疾病進展變動歷程，不斷學習因應疾病所衍

生的變化，而自我照顧是慢性病老人維持健康與獨立自主生活的最佳策略。本研究經由質性研究法，深入探討慢性病老人自我照顧的生活經驗，發現慢性病老人為能成功地與疾病共存，會努力地投入照護工作，其自我照顧經驗歸納為：疾病之醫療管理、照護資源之運用、生活型態之調整與心理建設。在新生活建立過程，可發現慢性病老人能依據疾病之醫療需求，規劃一系列相關醫療活動，經自我管理實行後，適當地解決疾病醫療問題，並在求醫行動上，選擇適合自己的照護物資或人力協助，使疾病得到優質的醫療照護服務，成功地因應疾病的進展動態變化。除此之外，他們也會將疾病融入生活，順應疾病照護需求，來調整生活型態。雖然在疾病過程中，內心承受著極大壓力，但在心理建設下，漸能調整自我對疾病的態度及情緒反應。

第二節 研究限制

本研究係以質性研究法，探討慢性病老人自我照顧的生活經驗，在研究上的限制有：

一、研究對象未能涵蓋所有慢性病，因慢性病種類多，對老人的影響非常複雜且具個別性，依不同的發病型態、病程長短、結果和疾病所造成的損傷而有所差異，而其自我照顧行為亦會有所不同。

二、部分慢性病老人或許是因罹患疾病年數太久，疾病照護活動早已融入生活，且維持一段長時期，故這些活

動已被視為生活習慣中很自然的一部分，而非特意針對疾病去執行，因此在訪談剛開始時，有些慢性病老人會表示自己在生活上並沒有什麼照護措施，雖研究者有運用訪談技巧加以引導，但或許仍會對研究結果豐富性（richness）造成影響。

三、生理層面的自我照顧是屬於較具體行為，慢性病老人多能侃侃而談，但相形之下，較抽象的心理社會層面自我照顧，對老人而言卻不易表達，故造成此方面之研究發現較少。

第三節 應用與建議

在未來將會有更多老人罹患慢性病的情況下，如何加強及促進慢性病老人持續性的執行自我照顧行為，以維持其最佳健康，將是護理專業領域的重要課題。以下針對護理臨床、護理研究及護理理論應用提出建議：

一、護理臨床方面

自我照顧是慢性病老人健康照護中最基礎的層次，亦為最重要之策略，藉由照護疾病的生活經驗中，了解到慢性病老人自我照顧行為的執行過程與其面臨問題時的處理方式，除了可供臨床照護人員獲知病患的自我照顧需求與問題為何外，亦可為擬定個別性之照護服務參考。茲提供下列建議：

- (一) 加強疾病照護知識，以協助發展有效處理疾病之策略。
- (二) 建立良好的醫病互動關係，且與病患及家屬共同擬定治療計劃內容，因在治療計劃的約定過程，病患不僅可扮演合夥人的角色，更能增加其對醫囑的遵從性。
- (三) 維持良好溝通，鼓勵病患主動參與治療措施之討論，而在病患表達其感受或意見時，能提供正確的資訊及給予適當正向的回饋。
- (四) 對病患的正確照護行為表現給予肯定支持，以提昇自信心，促使其能更積極經營管理自我健康。
- (五) 提供正確用藥知識，並瞭解病患用藥情形及對長期藥物治療的認知感受，找出其未能持續規則服用藥物原因，進而針對此能設計出符合老人的服藥計劃，以提高服藥遵從性。
- (六) 促進病患對正規醫療服務之運用，除能提供適當醫療措施外，在互動過程中，更能不斷給予關懷，讓病患感到溫馨有尊嚴。
- (七) 認識本土文化特性，衛教慢性病老人正確求醫相關知識，使其能適當尋求正規醫療協助。而對其運用傳統民俗醫療資源之行為，應以接受態度，進一步了解其使用傳統民俗醫之原因，漸能引導其認識採正規醫療及傳統民俗醫之療效差異。
- (八) 因家庭是提供病患最主要的支持系統資源，不但輔助病患做好自我照顧，亦是影響照護行為的重要關鍵。故在慢性病的治療過程中，宜適切評估其家庭特殊需求，發展以

家庭為重心的照護服務。

(九) 因老人同時面對老化與疾病的雙重大打擊，尤其是身體功能逐漸衰退，其心理層面承受著極大壓力，故於照護老人時，應加強其心理層面之評估與輔導。

二、護理研究方面

自我照顧的概念已受護理研究領域的重視，在自我照顧相關的研究文獻中，發現研究者多以 Orem 的自我照顧理論為架構基礎，以及參考相關文獻來發展與疾病相關之自我照顧行為量表，例如心臟衰竭病患自我處置量表 (Self-Management of Heart Failure instrument) (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000)、糖尿病自我照顧量表 (Diabetes Self-Care scale) (Hurley & Shea, 1992)、心臟移植術後病人的自我照顧行為量表 (汪、顧、林、魏，1997) 等等。這些研究多針對某一疾病來探討，但因著慢性病老年人口的增加，為能在疾病照護時，尋得共同照護原則而又可兼具個別性之照護服務，故本研究採質性研究法，以歸納分析的方式來探究慢性病老人自我照顧行為。但因慢性病的種類多，對老人的影響既複雜又具個別性，而本研究未能涵蓋所有慢性病，期建議未來研究發展，可再增加疾病診斷與罹病年數之變異性，以求得更完整的慢性病老人自我照顧之經驗全貌。本研究發現有助於慢性病老人的自我照顧行為量表及相關研究發展，提供真正符合慢性病老人需

求之照護。

三、護理理論方面

Orem (2001) 的自我照顧缺失護理理論 (self-care deficit nursing theory) 是護理領域上重要之發展，但較著重於自我照顧能力與需求部分。而 Connelly (1987) 係依據健康信念模式，發展慢性病自我照顧概念模式，以供臨床護理人員評估病患參與自我照顧行為的影響因素。但因人有其不同的個性、社會環境、價值觀以及生活習慣影響，自我照顧行為表現亦會有所不同。為求得慢性病老人自我照顧之整體經驗，故本研究以質性研究法，探討慢性病老人自我照顧之生活經驗，研究結果所呈現的 4 個自我照顧經驗主題，可助於自我照顧概念發展明確之操作性定義，作為未來相關量性研究基礎，期經由知識的累積過程，以建構理論模式及進行理論測試和驗證。並建議未來研究也可採茁根理論研究法，探討慢性病老人執行自我照顧之養成過程，亦同有助於未來理論發展。

第七章 參考資料

王乃弘、黃松共(1996) 民眾對選擇醫院因素及態度之研究：以中部數家醫院為例 醫院，29(2)，1-15。

王秀紅(2000) 自我照顧的概念及其在國內護理研究應用之評析 護理雜誌，47(2)，64-70。

王延輔(1990) 台中地區居民中西醫療行為取向之研究 公共衛生 , 17(1), 21-33。

王瑞霞、邱啟潤(1996) 老年人體能活動參與及其相關因素的探討 高雄醫學科學雜誌 , 12, 348-358。

王璟璇、王瑞霞、林秋菊(1998) 自我照顧行為、自我效能和社會支持對初期非胰島素依賴型糖尿病患者血糖控制之影響 高雄醫學科學雜誌 , 14, 807-815。

內政部統計處(2000) 中華民國八十九年老人狀況調查報告 台北：作者。

內政部人口政策委員會(1999) 人口政策資料彙集 台北：作者。

內政部主計處(2003, 6月10日) 老年人口狀況調查報告 台灣衛生網路 摘自 <http://www.moi.gov.tw/W3/stat/home.asp>。

尤佩文(1998) 慢性病與中老年護理 於左如梅、郭憲文、于祖英、尤佩文合著 公共衛生護理概論(第二版) 台北：華杏。

史曉寧、黃愛娟(1994) 以家庭為重心影響老年慢性病患照顧相關因素之探討 榮總護理 , 11(4), 426-437。

行政院衛生署(2003, 6月10日) 台灣地區老年人口主要死亡原因 台灣衛生網路 摘自 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data/死因摘要/91年/表9.xls>。

行政院衛生署(2000, 08月01日) 衛生報導 100期 台灣衛生網路 摘自 <http://www.doh.gov.tw/new/>

page/8909/welcom.htm。

李世代(1998) 老年人的健康與醫療照護 長期照護 ,
2 (1) , 1 - 6。

李世代(1999) 慢性病導致的生理功能遞變 於蕭淑
真、李世代編著 , 長期照護 (pp.193 - 203) 台北 : 藝軒。

李淑玲(1998) 我國健康時品之管理、消費者認知與
消費行為之調查研究 未發表的碩士論文 , 台北 : 私立海
洋大學食品科學系。

李復華(1997) 老年人不遵從服用藥物原因之探討
護理雜誌 , 44 (4) , 69 - 74。

李瑜弘、王瑞霞(2001) 長期血液透析病患之無助感、
社會支持與自我照顧行為之相關探討 護理研究 , 9 (2) ,
147 - 158。

李燕鳴、林正介、劉樹泉(1994) 新店市社區老人自
我生活能力及照顧需求之調查 中華家庭醫學雜誌 , 4
(3) , 135 - 145。

吳芝儀、李奉儒譯 (1995) 質的評鑑與研究 台北 :
桂冠。

吳英璋(1997) 健康心理學 台北 : 桂冠。

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。

林文香(1992) 為推展護理本土化奠石 : 認識民間醫
療行為 榮總護理 , 9 (2) , 110 - 115。

林佳慧、丘周萍(2002) 運動之概念分析 護理雜誌 , 49(6), 83-88。

林秋菊、賴曉蓉、周偉倪(2000) 運動訓練對血液透析病患生理心理之效應 中華衛誌 , 19(3), 161-170。

林耀盛、吳英璋(1999) 慢性病的個人控制觀：自主與依賴之間 應用心理研究 , 3, 105-128。

林耀盛、吳英璋(2001) 慢性病患者的意義建構及行動策略：以糖尿病為例 中華心理衛生學刊 , 14(4), 31-58。

邱培源(2002) 病患健康資訊需求與尋求行為之研究 未發表的碩士論文，台北：私立淡江大學資訊與圖書館學系。

胡文郁、戴玉慈、于博芮、余玉眉、曾春典(1999) 高血壓患者服藥遵從行為及其影響因素之研究 慈濟醫學 , 11(3), 227-235。

胡月娟(1992) 罹患慢性病對病人的衝擊及其相關因素之探討 公共衛生 , 19(2), 207-222。

胡月娟(1994) 慢性病患者所承受的衝擊與因應行為 護理研究 , 2(2), 140-152。

洪福建、鄭逸如、邱泰源、胡文郁、陳慶餘、吳英璋(1999) 癌末患者的心理社會問題、因應策略與負向情緒 應用心理研究 , 3, 79-104。

高明瑞、楊東震(1995) 民眾就醫行為影響因素與醫院行銷之研究：以高雄都會區為例 中山管理評論 , 3(3),

55 73。

高華君 (2000) 體適能與運動 成大體育 , 34 , 65

74。

翁瑞宏 (2000) 全民健康保險中醫門診醫療利用之研究 未發表的碩士論文 , 台中 : 私立中國醫藥學院醫務管理研究所。

陳清惠、顏妙芬 (2002) 太極拳運動對慢性疾病症狀控制之成效 護理雜誌 , 49 (5) , 22 27。

陳蓓蒂 (2002) 規律耐力運動訓練對高血壓患者血壓控制與生活品質改善成效之探討 未發表的碩士論文 , 台北 : 私立台北醫學大學護理學研究所。

康翠秀、陳介甫、周碧瑟 (1998) 臺北市北投區居民對中醫醫療的知識信念與行為意向及其對醫療利用型態之影響 中華衛誌 , 17 (2) , 80 91。

康健壽、李金鳳、陳介甫、周碧瑟 (1995) 單複向求醫行為的相關因素探討 中醫藥雜誌 , 6 (3) , 175 186。

張春興 (1993) 現代心理學 台北 : 東華。

黃美涓 (1994) 慢性病及其醫療概況簡介 長庚護理 , 5 (2) , 20 22。

曾淑津、黃秀梨 (1997) 慢性阻塞性肺疾病患者的疾病認知、醫囑遵從行為及心理感受之探討 護理研究 , 5 (4) , 308 320。

楊文山 (1992) 台灣地區民眾求醫行為之分析 榮總護理 , 9 (2) , 121 125。

雷若莉 (2002) 質性研究設計 於李選總校閱, 護理研究與應用 (第二版, pp.197-243) 台北: 華杏。

蔣欣欣、盧孳艷 (1996) 健康與疾病的文化觀及現象分析 護理雜誌, 43 (4), 42-48。

劉淑娟 (1998) 台灣社區老人的健康觀念與健康行為 護理雜誌, 45 (6), 22-28。

劉淑娟 (1999) 罹患慢性病老人服藥遵從行為及其相關因素之探討 護理研究, 7 (6), 581-593。

劉淑樺、周偉倪、王鈺霖、林恆騰、黃文君、沈靜枝 (2000) 運動訓練對尿毒血液透析患者在心肺耐力與憂鬱狀態之效果 中華復建醫誌, 28 (4), 237-244。

蔡文全 (1994) 公保各類保險對象中醫醫療利用之研究 未發表碩士論文, 台北: 國立台灣大學公共衛生研究所。

簡春安、鄒平儀 (1998) 社會工作與質性研究 於社會工作研究法 (pp.121-165) 台北: 巨流。

穆佩芬 (1996) 現象學研究法 護理研究, 4 (2), 195-201。

顏秀雯 (2001) 花錢買健康: 一探健康食品消費的真貌 未發表的碩士論文, 台北: 國立台灣大學新聞研究所。

蘇玉玲 (1998) 結腸造口患者自我照顧能力與生活品質之探討 未發表碩士論文, 台北: 國立台灣大學護理學研究所。

Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the

self-care of home-dwelling elderly. Journal of Advanced Nursing, 30, 564-572.

Baker, C., & Stern, P. N. (1994). Finding meaning in chronic illness as the key to self-care. Canadian Journal of Nursing Research, 25(2), 23-37.

Blevins, D., & Lubkin, I. (1995). Compliance. In I. M. Lubkin (Ed.), Chronic illness: Impact and interventions (3rd ed., pp.213-240). Boston: Jones and Bartlett.

Boyd, C. O. (2001). Philosophical foundations of qualitative research. In P. L. Munhall (Ed.), Nursing research: A qualitative perspective (3rd ed., pp.65-89). Boston: Jones and Bartlett.

Burckhardt, C. S. (1987). Coping strategies of the chronically ill. Nursing Clinics of North America, 22(3), 543-550.

Burish, T. G., & Bradley, L. A. (1983). Coping with chronic disease: Definitions and issues. In Coping with chronic disease: Research and applications (pp.3-12). New York: Academic Press.

Burns, N., & Grove, S. K. (2001). Introduction to qualitative research. In The practice of nursing research (4th ed., pp.61-82). Philadelphia: Saunders.

Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T. B., Miller, D. S., Brown, L. L., Cross, P. A., & Tenaglia, A. N. (1984).

Psychosocial status in chronic illness: A comparative analysis of six diagnostic groups. The New England Journal of Medicine, 311(8), 506-511.

Chan, Y. M., & Molassiotis, A. (1999). The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong. Journal of Advanced Nursing, 30(2), 431-438.

Clark, C.C. (1998). Wellness self-care by healthy older adults. Image: Journal Nursing Scholarship, 30(4), 351-355.

Connelly, C. E. (1987). Self-care and the chronically ill patient. Nursing Clinics of North America, 22(3), 621-629.

Corbin, J. M., & Strauss, A. (1988). Unending work and care: Managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass.

Curtin, M., & Lubkin, I., (1995). What is chronicity? In I. M. Lubkin (Ed.), Chronic illness: Impact and interventions (3rd ed., pp.4-22). Boston: Jones and Bartlett.

Dean, K. (1989). Introduction: Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research. Social Science and Medicine, 29, 117-123.

Dill, A., Brown, P., Ciambone, D., & Rakowski, W. (1995). The meaning and practice of self-care by older adults: A qualitative assessment. Research on Aging, 17(1), 8-41.

Ebersole, P., & Hess, P. (1998). Common chronic problems and their management. In Toward healthy aging: Human needs and nursing response (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Eliopoulos, C. (1999). Overview of chronic care. In Integrating conventional & alternative therapies: Holistic care for chronic conditions. St. Louis, MO: Mosby.

Erickson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1983). Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Furlong, S. (1996). Self-care: The application of a ward philosophy. Journal of Clinical Nursing, 5(2), 85-90.

Gantz, S. B. (1990). Self-care: Perspectives from six disciplines. Holistic Nursing Practice, 4(2), 1-12.

Geyer, E. (1990). Self-care issues for the elderly. Dimensions in Oncology Nursing, 4(2), 33-35.

Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Hampson, S. E., Brown, J. E., Lewinsohn, P. M., & Donnelly, J. (1992). Improving self-care among older patients with type II diabetes: The “sixty something...” study. Patient Education and Counseling, 19, 61-74.

Gray, M. W. (1990). Polypharmacy in the elderly: Implications for nursing. Orthopaedic Nursing, 9(6), 49-54.

Hartweg, D. L. (1990). Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing. Journal of Advanced Nursing, 15, 35-41.

Haug, M. R., Wykle, M. L., & Namazi, K. H. (1989). Self-care among older adults. Social Science & Medicine, 29(2), 171-183.。

Hill, L., & Smith, N. (1990). Self-care nursing: Promotion of health (2nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

Hirschfeld, M. J. (1985). Self-care potential: Is it present? Journal of Gerontological Nursing, 11(8), 28-34.

Hodges, H. F., Keeley, A. C., & Grier, E. C. (2001). Masterworks of art and chronic illness experience in the elderly. Journal of Advanced Nursing, 36, 389-398.

Holtzmzn, J. M., Akijama, H., & Maxwell, A. J. (1987). Symptoms and self-care in old age. The Journal of Applied Gerontology, 5(2), 183-200.

Hurley, C. C., & Shea, C. A. (1992). Self-efficacy: Strategy for enhancing diabetes self-care. Diabetes Educator, 18, 146-150.

Hwu, Y. J., Coates, V. E., & Boore, J. R. P. (2001).

The health behaviors of Chinese people with chronic illness. International Journal of Nursing Studies, 38, 629-641.

Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H. H., Dracup, K., & Diederiks, J. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. Heart & Lung: The Journal of Acute & Critical Care, 29(5), 319-330.

Jones, J. E. (1996). Exercise: A review. Nursing Standard, 10(23), 53-55.

Kyngas, H. & Lahdenpera, T. (1999). Compliance of patients with hypertension and associated factors. Journal of Advanced Nursing, 29(4), 832-839.

Lambert, C. E., & Lambert, V. A. (1987). Psychosocial impacts created by chronic illness. Nursing Clinics of North America, 22(3), 527-533.

Levin, L. S. (1976). The layperson as the primary health care practitioner. Public Health Reports, 91, 206-210.

Lewis, P., & Lubkin, I., (1995). Illness roles. In I. M. Lubkin (Ed.), Chronic illness: Impact and interventions (3rd ed., pp.74-98). Boston: Jones and Bartlett.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Establishing trustworthiness. In Naturalistic inquiry (pp.289-331).

Newbury Park, CA: Sage.

Lindsey, E. (1997). Experiences of chronically ill: A covert caring for the self. Journal of Holistic Nursing, 15(3), 227-242.

Lueckenotte, A. G. (2000). Gerontologic assessment. In Gerontologic nursing (2nd ed., pp.63-95). St. Louis, MO: Mosby.

Makinen, S., Suominen, T., Lauri, S. (2000). Self-care in adults with asthma: How they cope. Journal Clinical Nursing, 9(4), 557-565.

Maslow, A. H. (1954). Motivation and personality. New York: Harper & Row.

McConnell, E. S., Linton, A. D., & Hanlon, J. T. (1997). Pharmacological considerations. In M. A. Matteson, E. S. McConnell, & A. D. Linton(Eds.), Gerontological Nursing: Concepts and practice (2nd ed., pp.740-763). Philadelphia: W.B. Saunders.

McWilliam, C. L., Stewart, M., Brown, J. B., Desai, K., Coderre, P. (1996). Creating health with chronic illness. Advance Nursing Science, 18(3), 1-15.

Micheal, S. R. (1996). Integrating chronic illness into one's life: A phenomenological inquiry. Journal of Holistic Nursing, 14(3), 251-267.

Miles, M. B., & Huberman, A. M.(1984). Qualitative

data analysis: A sourcebook of new methods. Beverly Hills: Calif Sage.

Miller, J. F. (1992). Analysis of coping with illness. In Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness (2nd ed., pp.19-49). Philadelphia: F. A. Davis.

Munhall, P. L. (1989). Qualitative design. In P. J. Brink & M. J. Wood (Eds.), Advanced design in nursing research (pp. 161-179). Newbury Park, CA: Sage.

Munhall, P. L. (2001). Nursing research: A qualitative perspective. (3rd ed.). Boston: Jones and Bartlett.

Neuberger, G. & Woods, C. T., (1995). Alternative modalities. In I. M. Lubkin (Ed.), Chronic illness: Impact and interventions (3rd ed., pp.396-415). Boston: Jones and Bartlett.

Nicholas, P. K. (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. Journal of Advanced Nursing, 18, 1085-1094.

Orem, D. (2001). Nursing concepts of practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Parcel, G. S., Bartlett, E. E., & Bruhn, J. G. (1986). The role of health education in self-management. In K. A. Holroyd & T. L. Creer (Eds.), Self-management of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research (pp.25-27). Orlando: Academic Press.

Penning, M. J., & Chappell, N. L. (1990). Self-care in relation to informal and formal care. Ageing and society, 10, 41-59.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). Introduction to nursing research. In Nursing research: Principles and methods (6th ed., pp.3-22). Philadelphia: Lippincott.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2001). Exploring nursing research. In Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization (5th ed., pp.3-28). Philadelphia: Lippincott.

Richardson, A. (1991). Theories of self-care: Their relevance to chemotherapy-induced nausea and vomiting. Journal of Advanced Nursing, 16, 671-676.

Rigel, B., Carlson, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. Heart & Lung, 29, 4-12.

Rockwell, J. M., & Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. Heart & Lung: Journal of Acute & Critical Care, 30(1), 18-25.

Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. Family Process, 26, 203-221.

Rosenstock, I. M. (1990). The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In K.

Glanz, F. M. Lewis, & B.K. Rimer(Eds.), Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice (pp.39-62). San Francisco: Jossey-Bass.

Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. Advances in Nursing Science, 8(3), 27-37.

Schwertel Kyle, B. A., & Pitzer, S. A. (1990). A self-care approach to today's challenges. Nursing Management, 21(3), 37-39.

Simmons, S. J. (1990). The health-promoting self-care system model: Directions for nursing research and practice. Journal of Advanced Nursing, 15, 1162-1166.

Smith, J. (1981). The idea of health: A philosophical inquiry. Advance Nursing Science, 3, 43-50.

Sorofman, B., Tripp-Reimer, T., Lauer, G. M., & Martin, M. E. (1990). Symptom self-care. Holistic Nursing Practice, 4(2), 45-55.

Steiger, N. J., & Lipson, J. G. (1985). Self-care Nursing: Theory and practice. Bowie, MD: Brady Communications.

Stoller, E. P., Forster, L. E., & Portugal, S. (1993). Self-care responses to symptoms by older people: A health diary study of illness behavior. Medical care, 31(1), 24-43.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (1999).

Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Tesch, R., (1990). Qualitative research: Analysis types and software tools. New York: Falmer.

Thorne, S. E. (1990). Constructive noncompliance in chronic illness. Holistic Nursing Practice, 5, 62-69.

Thorne, S., & Paterson, B. (1998). Shifting images of chronic illness. Image: Journal for Nursing Scholarship, 30, 173-178.

Tilden, V. P., & Weinert, C. (1987). Social support and the chronically ill individual. Nursing Clinics of North America, 22(3), 613-620.

Toljamo, M. & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and glycemia control among people with insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of Advanced Nursing, 34(6), 780-786.

Vickery, D. (1986). Medical self-care: A review of the concept and program models. American Journal of Health Promotion, 1, 23-28.

Woods, N. (1989). Conceptualizations of self-care: Toward health-oriented models. Advances in Nursing Science, 12(1), 1-13.

研究說明書

親愛的爺爺、奶奶，您好：

我是中國醫藥學院護理學研究所的研究生劉惠瑚，我想要瞭解您在日常生活中的自我照顧經驗。希望能藉此瞭解，提供護理工作人員做參考，以便日後在照護老人上，可給予適當的關懷及協助。

本研究採用訪談方式進行，為能完整清晰地瞭解您在日常生活中的自我照顧經驗，我將會用隨身聽錄下我們對話內容，您的姓名不會對外公開，所訪談內容僅供學術研究使用，希望能得到您的支持，與我分享您的寶貴經驗。

在訪談時，若您有任何與研究或健康上的相關問題，您可在訪談之前或結束後提出，我願意盡所能的回答。如果於訪談過程中，您覺得不舒服或困難，您有權力隨時終止參與此次訪談。

若是您願意參與研究，請您在同意書上簽名，同意書上附有我的聯絡方式，我將留一份給您。非常感謝您的參與！

敬祝

平安

中國醫藥學院護理學研究所
研究生 劉惠瑚敬上

研究同意書

本人 _____，經中國醫藥學院護理學研究所的
研究生劉惠瑚，說明研究之目的後，同意參與此研究。在
研究過程中，本人瞭解可隨時退出參與研究，或藉由
04-25271180 轉 1298 與研究者聯絡，請教與研究或自身權
益相關問題。

立同意書人 _____ 92 年 月 日

研究者 _____ 92 年 月 日