

運用Swanson關懷理論照顧經濟弱勢失能患者之護理經驗

張笠湘、黃秋玲*

中文摘要

本文個案是一位罹患糖尿病併發腦中風的失能者，由於經濟弱勢、缺乏家庭支持，無法執行自我照顧能力，再加上疾病及住院，使得生活上再次面臨重大危機。於2014年10月9日至10月20日住院照護期間，發現個案有身體功能障礙、自我照顧能力缺失及焦慮等健康問題，筆者先了解患者需求及擔憂來源，利用陪伴與分享給予情緒支持，並滿足生理及心理需求；運用教與學的互動過程，鼓勵參與自我照顧，並賦予正向態度去面對出院後的生活等措施後，協助個案逐漸執行復健治療，增加肌力及四肢關節活動度，進而開始執行梳洗、進食等自我照顧，且協助個案申請到出院後的安置場所做後續照顧。期待藉由此次護理經驗，做為其他同仁臨床照護上之參考。(志為護理，2017; 16:1, 93-103)

關鍵詞：Swanson關懷理論、經濟弱勢、失能患者

前言

由於社會變遷，全民健保實施後，平均壽命提高，因而老年人口的比例增加，未來患有慢性病及生活功能障礙者將逐年升高。根據衛生福利部的推計，2015年全人口失能人數為75.5萬，至2031年將快速增加至120萬人；而65歲以上的老年人的失能率為16.5%(衛

生福利部，2015)。由於部份慢性病可能造成日常生活活動功能受限，依賴他人協助及照顧的需求就越大，造成許多家庭及社會的重擔。根據研究，經濟弱勢的民眾有較高的死亡率、較短的平均餘命與較高的急性及慢性疾病的發生率(張，2008)，若未接受治療，可能增加失能的機會。

阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院內科病房副護理長 阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院疾病管理衛教室組長*

接受刊載：2016年7月27日

通訊作者地址：黃秋玲 高雄市苓雅區成功一路162號 阮綜合醫院

電話：886-7-335-1151 轉2371 電子信箱：metaedu_lab@yuanhosp.com.tw

本文個案為55歲男性病患，多年前罹患糖尿病未治療而併發腦中風，因為沒錢繳交健保費，自中風後未回診做復建而導致失能。入院時，發現個案全身骯髒，指甲未修剪，身上多處傷口，言語表達困難，日常生活受限又無家屬照顧，故引發筆者照護之動機。面對此位經濟弱勢、失能、缺乏家庭支持的個案，護理人員應多給予關懷，並對其身心需求與所面對的困擾有極高的敏感度，因此，筆者期望運用同理、關懷、支持及提供適當的社會支持，提升個案的自我照顧能力，運用社會資源協助渡過此次住院之危機。

文獻查證

一、失能的特性

所謂失能(disability)是指「身體活動功能或結構改變，讓個案在執行任務或行動時有所限制。因此，失能是一個複雜的現象，需透過措施的介入，來改善環境及社會的障礙」(World Health Organization, 2013)；Jagger等(2001)定義為：「不能正常執行日常生活功能，如沐浴、修飾，和進食，以至於喪失獨立生活的能力。」而國內文獻歸納其定義：(1)生理及心理失去正常功能，造成日常生活中活動的限制；(2)日常生活能力下降，喪失獨立生活的能力。(3)社會功能的障礙(鄭，2013)。造成失能的原因很多，罹患慢性疾病常因身體功能狀況日漸衰退、身體功能受限而產生失能，失能往往造成病人身、心、靈、社會各層面的影響(Hwu, Coates, & Boore, 2001)。病患在面對疾病的威脅下，需

要調適與疾病共處外，活動範圍也變小，日常生活需要他人協助，控制感消失以及社會人際互動減少，易發生心理疾病，甚至失去生命意義(Eachus et al., 1999)。由於日常活動需要協助，疾病及後續的照顧會影響家庭、社會與個案的生活品質(鄭，2013)。因此，醫護團隊必須讓個案學習自我照顧，讓失能程度降到最低，以獲得最高自我照顧能力，以增進其生活品質。

二、失能個案之健康問題與護理措施

身體活動功能障礙是指個人獨立活動的能力受限制。特徵為沒能力做有目的的移動，如翻身、坐立、步行及關節活動受限制；關節活動受限容易產生肌肉無力、關節攣縮及變形，身體無法自行翻身易有壓瘡及血液循環不良等情形(Carpenito, 2000)。病人住院期間執行患肢關節運動及加強肌力訓練，可預防肌痙攣和肌無力。評估病人自我照顧能力，依個別性教導日常生活照顧的技巧與能力，藉由適當的輔具應用(如輪椅、四腳拐杖、床旁式便盆椅等)，教導正確行走、位置轉換；指導肌力訓練，例如床上提臀及抬腿運動、動靜態的平衡訓練及使用輔具做離床動作等(潘、黃、梁，2005)。發展身體活動功能障礙者生活更輕鬆便利的工具可協助病患進食、穿衣、沐浴及如廁等技巧，能協助自主或半自主性的自我照顧，可以提高患者之生活品質(葉、張、李、洪、劉，2012)。

根據研究顯示低社經地位的群體自我照顧能力較差(林，2004)；而有社會支持者對自我照顧有正向的影響(樓、

李、葉、張，2004)。社會支持包括獲得來自他人的協助與保護，協助可以是無形的情感與情緒上的扶持，或是有形的經濟與物資的資助；其支持來源包括家人、親戚、朋友、同事與醫護人員等。因此，護理人員可多使用社會支持幫助病人在生活上啟動正向的適應策略，提高自我照顧能力。

三、Swanson關懷理論及其運用

Swanson的關懷照護理論是由Watson「人性化關懷照護理論」的理論衍生而出的中範圍理論(middle range theory)，透過「了解」(knowing)、「在旁陪伴」(being with)、「為他做某些事」(Doing for)、「使他能夠」(enabling)、「維持信念」(maintaining belief)五個關懷照護的過程，將個案視為一個獨立的個體，協助以正向、樂觀的態度面對問題，有自尊、有意義的面對未來生活(陳、周，2010；Swanson, Connor, Jolley, Pettinato, & Wang, 2007)。

此理論曾運用於流產婦女、新生兒於加護病房之父母親、高危險婦女等特殊族群(陳、周，2010；Wojnar, 2006)。近幾年國內運用於照護肺癌末期患者的靈性困擾(王、許，2014)、感染肺炎同時面臨人工流產終止妊娠之婦女的護理過程(沈，2013)及老年新住民(溫，2014)，可協助病患建立其安全感及信任感，使其能自我照顧，提昇自尊，適應新環境。由於此理論適用於面臨社會偏見的特殊族群(Wojnar, 2006)，故筆者運用五個關懷過程照護此個案，以建立人性化護病關係，協助學習自我照顧行為。

護理評估 個案簡介及發病經過

張先生55歲，國小畢業，父母已故，與弟弟相依為命(2人皆未婚)；經濟來源為低收入戶及每月身障津貼4700元，案弟也是無業狀態，兩人生活開銷皆由個案的補助費支出，生活需尋找救助，或由鄰家自助餐店接濟。

個案罹患糖尿病及高血壓多年，未接受治療，控制差，於2013年罹患腦中風，由於沒錢繳健保費故未做復建治療；中風後可行走但較緩慢，自2014年8月車禍(被撞)住院後，行走更加緩慢，其行為變的蕭沉、少語，不願料理自己的日常生活，如身體的清潔等。10/8案弟發現個案用餐後反應遲鈍故緊急送醫，經抽血檢查WBC:12,500/uL，Hb:12g/dL，platelet:134/uL，C.R.P:11.26mg/L及超音波檢查，發現有瀰漫性肝病、右腎積水；頭部電腦斷層檢查則為左側腔隙性腦梗死，顱內動脈粥樣硬化(中風)。以白血球增多症(leukocytosis)及陳舊性腦中風(Old CVA)診斷入院。

健康問題評估

筆者於2014年10月9日至10月20日照護期間，藉由身體評估、病歷查閱、傾聽、觀察及會談等方式收集資料，依生理、心理、社會及靈性層面進行整體性評估。

一、生理評估

1.氧合作用：呼吸平穩，每分鐘22~25次，皮膚顏色紅潤，無發紺、喘鳴及

呼吸困難。

- 2.營養需求：身高178公分、體重65公斤，身體質量指數20.5，體型屬於「正常」，2014/10/8抽血檢查血紅素：12g/dL，輕微貧血，三餐不定時、有時餓肚子，自助餐店協助提供餐食，個案表示”有的吃就好”，所以無飲食上的限制或偏好，個案平時可用健肢自行進食，無吞嚥、咀嚼的困難，入院即訂醫院伙食，由護理人員協助餵食三餐。
- 3.活動與休息：2013年腦中風後，右上肢乏力、右前臂僵硬無法伸直、手腕內縮，手指僵硬呈握拳狀，行走緩慢，所以平日在家時大多臥床、不願活動。2014年10月9日評估四肢肌力，右上肢為1分、右下肢為4分，左上肢及左下肢皆為5分。巴氏量表評估基本日常生活活動功能為25分，需協助進食、沐浴、如廁及更換衣褲，無法上下樓梯，屬嚴重依賴。入院時可在床上自己移動身體，右側肢體顯僵硬。夜間睡眠約10小時，白天精神差、疲累感，也都在睡覺狀態，無服用鎮靜安眠藥。
- 4.皮膚完整性：全身髒亂，四肢、趾縫都是污垢，皮膚有3~4處約1*1公分擦傷、及1-2處磨破皮的傷口，指甲長約1公分無修剪，左腳踝關節有一尚未癒合的3.5cm×4cm傷口，沒有特別照護，毛髮因有社會局人員協助所以理平頭，無缺牙及口腔潰瘍現象。由於照會整型外科醫師評估傷口並未感染，並以一般傷口照護方式處理，故無列入此次護理計畫中。

- 5.感覺與神經系統：聽力、嗅覺及視力正常，意識清楚，但無法正確表達自己感受，僅能以呻吟、表情等方式透露出自己的不適。
- 6.排泄需求：平日除吃藥、吃飯時會喝水外，飲水量每日少於1,000cc故有尿液減少情形；於10/14看護代訴個案整天未解尿，予導尿管300ml，並囑咐看護每小時讓病患飲水；平時有便秘情形，10/9~10/12皆未排便，腹部脹硬，醫囑每日睡前軟便藥使用，平常尿布使用中。

二、心理評估：自從一個多月前車禍住院後，個案變的不喜歡說話，2014年10月9日開始照顧個案時，發現當提及車禍一事時，個案情緒變的不穩定，感受的出個案心中的不平，拒絕讓護理人員詢問。平日與弟弟同住，案弟表示自己身體也不好，無法妥善照顧個案，為了生計只能在外尋求救濟飯菜給個案食用，因沒錢、加上無家人照護，故無回門診，藥物也無按時服用。較少從家人或他人身上得到正向的關懷與支持。

三、社會評估：為低收入，居住處為租屋，與鄰居跟親戚幾乎無任何互動，弟弟表示自己身體差無法工作，經濟只靠個案的低收入津貼，因租屋費多月未繳，屋主只讓其住到10月底，生活上顯困苦，常尋求他人救濟，當問及其家中情形，個案眉頭深鎖，直搖頭，嘆氣，顯得非常擔憂。個案與其他外界也互動的少，因行動不便，無法外出；因沒錢、加上無家人照護，也無法回診。住院時，因無人照顧，故會診本院社工評估後，幫請12小時(白天)看護照料。

四、靈性評估：無任何宗教信仰，由於言語表達困難，無法通暢完整表達一句話。據案弟表示，「三餐有堂呷，生活能平安，就阿彌陀佛了」。

五、長期照顧資源使用：個案自腦中風後活動功能障礙，僅使用別人捐助的助行器，未使用其他輔助器，也未使用任何長期照護資源，包括個人行動輔具、居家在宅服務、家事服務員等，案弟也不知詢問或尋求當地長期照護管理中心的協助，不瞭解相關資源，在尋求照顧的協助顯被動。

經以上護理評估，得知個案主要的護理問題，將依據評估所得資料，以Swanson關懷理論之五大基本照護指引，提供個案所需之護理照護。

護理過程

一、身體功能障礙/腦中風及車禍所致行動不便及肌無力有關

【主觀資料】

10/10案弟表示：「我哥中風後身體虛弱、每天躺在床上，關節越來越硬，連翻身起床都沒力氣」；個案簡短、語意不清的表示：「車禍後…更像廢人…」。

【客觀資料】

- 1.10/9執行神經學檢查結果：右上肢肌力為1分，右下肢肌力為4分，左側肢體肌力上下肢皆為5分。
- 2.日常生活功能Barthel Index分數為25分，屬嚴重依賴。進食、梳洗、穿脫衣褲、移位等需他人協助。
- 3.右上肢乏力，右前臂僵硬無法伸直，伸直會疼痛，手腕往手心處內縮，手

指僵硬呈握拳狀；未做復建治療。無法自行下床活動，坐時需有人扶持才能坐起。

【目標】

- 1.個案10/12前能在護理人員及復健師示範下正確執行身體活動至少三項(如四肢及關節屈曲、伸展、外展等活動)。
- 2.10/20前右前臂關節伸展可達45度，右手腕關節伸展可達30~45度，手指可完全展開。右上肢肌力進步至3分。
- 3.個案10/16前右上肢肌力進步至2分。

【措施】

運用「在旁陪伴」、「瞭解」、「為他做某些事」、「使他能夠」的技巧如下：

- 1.主動提供個案的需求並適時給予關心，建立彼此信任感。
- 2.接納其負向情緒反應，適當運用非語言如拍拍肩膀給予安慰，並瞭解不動、不做復健的原因。
- 3.與主治醫師、復健師、個案共同討論復健計畫。
- 4.衛教個案關節運動的重要性，預防關節攣縮及僵硬、肢體變形及增強肌力。
- 5.協助復健師執行床邊復健計畫：四肢關節運動、移位技巧、坐姿平衡訓練，Qid。
- 5-1教導個案舉水平運動，增加上肢肌力訓練。
- 5-2在床上做踩腳踏車及提臀運動Bid，至少5~10/次，增加下肢肌力。
- 5-3做抓握彈力球的訓練，以增強右手肌力及關節柔軟度，Qid，20下/次。

- 5-4教導個案移位，利用健側肢協助自行翻身，Tid。
- 6.每日協助個案執行2~3次上肢關節運動，以增進關節肌肉活動度。
- 7.每日於午睡後協助個案於床上練習坐立，並適時協助。
- 8.給予個案適時的鼓勵、讚美及正向肯定。
- 9.每日監測肢體肌力及關節活動能力。

【評值】

- 10/12個案在回覆示教後，正確執行屈曲、伸展、外展、內縮及腿部腳踏車等四肢關節運動；可扶著床欄協助翻身，由於肌力仍顯不足，坐立時仍需人協助。10/16個案右上肢肌力進步為2分，右下肢肌力為4分，白班由看護陪伴下，可使用自行坐立約3分鐘。
- 10/18可利用健側協助自行坐起約10分鐘。10/19右前臂伸展可達45度，手腕伸展可達45度，手指已可完全展開，攣縮及僵硬情形已改善；右上肢肌力仍維持2分。
- 10/20筆者與個案會談時，期許個案返家後必須自行起身及做簡單的梳洗，並繼續每日執行關節運動及抓握彈力球的訓練，並給予鼓勵促進其自信心(運用~維持信念)；個案以點頭方式表示同意。

二、自我照顧能力缺失：進食、穿衣、如廁、沐浴/疾病導致右側肢體偏癱有關(10/9~10/20)

【主觀資料】

- 10/9案弟表示：「我要顧三餐，沒空照顧他，一切要靠他自己了」；

個案：「我...“正邊”無路用，連吃飯都困難...真見笑！」

【客觀資料】

10/9給予身體評估發現：個案全身惡臭、污垢遍佈於四肢及趾縫，指甲長無修剪，左腳踝關節處及皮膚多處破皮傷口。案弟於住院期間除前兩天來探視個案並協助進食及更衣外，其餘時間未見人影。住院時白天由看護協助日常生活照護，晚上則由護理人員，以日常生活活動功能表評估為25分，屬嚴重失能。

【目標】

- 1.10/12個案能與護理人員一起討論個人衛生計畫，包括：晨間梳洗、進食、傍晚擦澡及更衣。
- 2.個案於10/17時在床上獨自完成進食、刷牙、洗臉及梳頭，並在部分協助下可穿脫衣服。

【措施】

- 運用「瞭解」、「在旁陪伴」、「使他能夠」、「維持信念」的技巧如下：
- 1.與個案會談在家時如何照顧身體及評估自我照顧之可行性。
 - 2.每日評估個案日常活動功能，了解個案自我照顧執行程度。
 - 3.在照護期間提供個案舒適的身體清潔，維持個案的隱私及尊嚴。
 - 4.將日常生活用品置於個案左側健側肢附近，方便取用並增加自我照顧機會。
 - 5.給予充足的時間執行進食、刷牙、洗臉及梳頭，必要時再請看護協助。
 - 6.提供客製化人體工學造型的梳子，使用時不需要太多的肩關節動作可以自

行梳頭髮，於晨間護理時教導個案以左手於床上完成梳頭、刷牙及洗臉。

- 7.提供鏡子讓個案於梳洗時使用，讓個案看見自己的進步，適時給予正向回饋與讚美，增加其自信心。
- 8.提供進餐的輔具，筆者特製加粗把手的湯匙及叉子，以利個案方便抓握，以左手拿湯匙進食，協助自我用餐訓練。
- 9.請案弟攜帶寬鬆開襟衣服及有鬆緊帶褲子，穿脫方便。協助採坐姿，教導正確穿脫衣褲，必要時從旁協助。
- 10.教導床上擦澡、更衣時，並將窗簾圍上，以維護其隱私。

【評值】

個案於10/12能在護理人員的引導下共同討論自己的衛生計畫，包括：晨間梳洗、進食、傍晚擦澡及更衣。並於10/17時可利用健側在床上獨力完成刷牙、洗臉、梳髮、進食，在看護部分協助下可完成更衣。12/10筆者至安養中心關懷，個案身上傷口皆已癒合，皮膚完整，外觀清潔；可以以健測自行進食及梳洗，但沐浴及更衣仍需安養中心人員協助。

三、焦慮/與出院後無居住場所及無人照顧有關(10/15~10/20)

【主觀資料】

10/15個案表示：「唉！…我擔心出院後沒地方住，…誰要顧我，怎麼辦？」

【客觀資料】

O1：10/16協助個案復健執行動作時，個案神色不安，嘆氣、搖頭、注意力不集中。

O2：目前居住於租屋處，無錢繳交房租，即將被退租。

O3：居家時無人照料個案生活起居。

O3：未使用過也不知如何使用長期照護資源，如其他輔助器，居家服務等。

O4：住院前即為當地社會局介入補助之個案。

【目標】

10/17前個案能在醫療團隊協助下找社會資源，申請到住院的看護費補助，幫個案聘顧看護負責照顧白班。並於10/20前找到出院後安置地方；於出院前主動表示焦慮減輕。

【措施】

運用「瞭解」、「在旁陪伴」、「使他能夠」、「為他做某些事」的技巧如下：

- 1.在個案身旁、傾聽、回應，鼓勵表達其內心感受，同理技巧給予心理支持。
- 2.接受其負向情緒反應，並確認個案焦慮的來源。
- 3.協助評估個案的支持系統及社會資源運用情形。
- 4.跟個案說明可以利用的社會資源，如健保疏困方式、租借輔具、政府提供的機構式服務及居家式服務的內涵，並可向當地里長或長期照護管理中心詢問，以減輕個案之焦慮情緒。
- 5.筆者與主治醫師討論，因個案是低收入戶且為重度失能者，日常生活需有人協助，幫其照會社工，協助做照顧需求評估。

6.協助個案申請社會局看護費補助，並向在地市政府申請養護機構，使個案能順利找到居住場所，以因應出院後的生活。

【評值】

- 1.10/16經社工轉介，個案已申請到社會局看護費補助，並且協助個案申請健保補助，使其恢復健保身份。
- 2.10/19個案已在社會局協助下安排出院後的安置場所，預計出院後轉至養護中心作後續照顧。
- 3.10/20協助個案做復健時，觀察個案臉部表情已放鬆不再皺眉、也能專心做復健，並且向護理人員不斷的點頭說「多…謝，有地方…住了，心情咖好..。」
- 4.12/10筆者至安養中心關懷得知，個案之後續照顧費用已尋求到社福團體協助，由當地**協會出資贊助，陸續費用也將由當地社會局協尋長期資助者。

結論與討論

本文運用Swanson的五個關懷照護概念於護理過程中，協助經濟弱勢失能個案逐漸執行復健治療，增加肌力及四肢關節活動度，進而開始執行梳洗、進食等自我照顧，並且協助個案申請到出院後的安置場所做後續照顧；12/10筆者至安養中心關懷得知，病患的慢性病藥物已定期在簽約醫院就診拿藥，如有不適會有特約醫師診視，藥物已規律服用。由於此個案入院主因為「白血球過高」，但並無發燒及傷口感染等情況，因此僅給予一般照護處理並未列入此次

主要的健康問題。由於個案在口語表達上有困難，再加上案弟不常來醫院照料，對於其居家情形及個案的心理感受等情形無法做深入的評估及介入，是為此次照護之限制。

照護過程中發現個案擔憂出院後的住所及自我照顧問題，筆者運用Swanson關懷理論過程指引：先了解患者需求及擔憂來源(knowing)利用陪伴與分享給予情緒支持(being with)，滿足生理及心理需求，運用教與學的互動，提供自我照顧與參與自我照顧(enabling)，並賦予正向態度去面對出院後的生活(maintaining belief)，筆者認為這是護理最為獨特的部份。Swanson關懷照顧理論早期多運用於流產婦女的生活脈絡與關懷需求，後來用於新生兒於加護病房之父母親及高風險母親，尤其是初懷孕、單親、低教育程度、低社經地位等高社會風險婦女；基於此，與本個案低社經及低教育程度有雷同的特殊個案，因此，筆者能透過Swanson理論具體明確的指引，提供其生理部分的需求滿足之外，也強調護病之間的分享與正負感受的表達及提供心理支持。

在臨床照護過程中，「關懷」常被視為抽象且主觀的感受，因此以往總會以「同理心」來取代「關懷行為」，在運用關懷理論過程中深深體會，了解(knowing)、在旁陪伴(being with)、維持信念(maintaining belief)等關懷行為皆包含同理的技巧，可說「同理」僅是關懷照護的一部份；經由此次照護過程，讓筆者更清楚「關懷」(caring)的真正意含。在臨床照護時，偶而會碰到

跟此篇個案相同弱勢的病患，如身心障礙、社會邊緣人、原住民、新住民、罕見疾病、高齡及社經地位偏低者，但卻發現護理人員照護此類病人時易流於常規處理與視為「無能為力」，此與病患本身與家屬的期望有顯著的不同；Swanson認為護理人員應瞭解個案的感受，才能發揮應有的態度與其所需的關懷。建議護理人員在照顧此類病患時，應秉持「關懷」的心，可運用Swanson的五個關懷過程做為照護此類病患關懷行為之指引，以降低因罹患疾病所造成的身心壓力。並適時幫弱勢族群爭取被公平對待的機會，發揮「病人健康守護者」的角色。且應對弱勢病患的身心需求與所面對的困擾有極高的敏感度，方有助於捍衛其基本權益。

參考資料

- 王文佩、許心恬(2014)·運用Swanson關懷理論照顧一位肺癌末期患者靈性困擾之護理經驗·*護理雜誌*，61(4)，97-102。
doi:10.6224/JN.61.4.97
- 沈郁惠(2013)·運用Swanson關懷理論照顧一位肺炎球菌感染接受人工流產婦女之經驗·*志為護理*，12(1)，118-128。
- 林冠品(2004)·公衛護士互動關係感受、疾病知識、疾病態度與糖尿病自我照顧行為的關係·*台灣衛誌*，23(6)，479-486。
- 陳曉琦、周汎濤(2010)·Watson 人性化關懷照護理論與Swanson關懷照護理論之比較·*護理雜誌*，57(3)，86-91。doi: 10.6224/JN.57.3.86
- 張朝琴(2008)·貧窮與健康－社經地位與原住民族健康問題探析·*嘉義大學通識學報*，6，461 - 486。
- 溫芯寧、吳宏蘭、楊月穎(2014)·運用Swanson關懷照護於機構老年新住民之護理經驗·*長期照護雜誌*，18(1)，161-170。
doi:10.5297/ser.1201.002
- 葉守正、張炳華、李詠慧、洪祥齡、劉美玉(2012)·門診中風患者之輔具需求與滿意度分析·*澄清醫護管理雜誌*，8(2)，8-16。
- 鄭伊萍(2013)·老人失能之概念分析·*身心障礙研究*，11(2)，128-139。
- 潘玉玲、黃光琪、梁拒(2005)·運用歐倫(Orem)理論照顧一位膝關節置換術病患之護理經驗·*長庚護理*，16(3)，348-355。
- 樓美玲、李怡娟、葉明珍、張彩秀(2004)·社區非胰島素依賴型糖尿病患者家庭功能與自我照顧行為·*長期照護雜誌*，8(2)，195-212。
- 衛生福利部(2015，5月21日)·完善我國長期制度-長期服務法之制及影響·取自<http://www.ey.gov.tw/Upload/RelFile/19/725250/02731c26-1992-403e-a0ba-dadaccabb6c.pdf>。
- Carpenito, L. J. (2000). *Nursing diagnosis* (pp.99-120). New York: Philadelphia.
- Eachus, J., Chan, P., Pearson, N., Propper, C., & Davey Smith, G. (1999). An additional dimension to health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53(10), 603-611. doi:10.1136/jech.53.10.603
- 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(6), 629-641. doi:10.1016/S0020-7489(00)00114-0
- Jagger, C., Arthur, A. J., Spiers, N. A., & Clarke, M. (2001). Patterns of onset of disability in activities of daily living with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(4), 404-409. doi: 10.1046/j.1532-5415.2001.49083.x
- Swanson, K. M., Connor, S., Jolley, S. N.,

- Pettinato, M., & Wang, T. J. (2007). Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research Nursing Health, 30*(1), 2-16. doi: 10.1002/nur.20175
- Wojnar, D. M. (2006). Kristen M. Swanson theory of caring. In A. M. Tomey & M. R. Allgood (Eds.), *Nursing theorists and their work* (6th ed., pp. 762-773). St. Louis, MO: Mosby.
- World Health Organization. (2013). *Health topics, disabilities*, Retrieved from <http://www.who.int/topics/disabilities/en//index.html>



The Nursing Experience of Applying Swanson's Caring Theory on an Economically Disadvantaged Patient with Disability

Li-Shiang Chang, Chiu-Ling Huang*

ABSTRACT

The case in this report is a patient with diabetes complicated by stroke. He was faced with a major life crisis due to his economic disadvantages, lack of family support, and limited self-care ability, which was exacerbated by his illness and hospitalization. The nursing period lasted from Oct. 9 to 20, 2014, during which the patient was identified with physical dysfunction, self-care deficit, and anxiety. The author began by understand the patient's needs and the causes of anxiety, then meeting his physical and psychological needs and providing emotional support through companionship and sharing. During the teaching and learning interaction, the patient was encouraged to participate in self-care activities. By equipping him with a positive attitude to face life after discharge, the author helped the patient to gradually undergo rehabilitation therapy that enhanced muscle strength and joint movement, and then to perform self-care activities such as eating and body cleaning. Furthermore, the author assisted the patient in the application of a post-discharge out-of-home placement for subsequent care. It is hoped that this nursing experience can serve as a reference for other clinical staff in patient care. (Tzu Chi Nursing Journal, 2017; 16:1, 93-103)

Keywords: economically disadvantaged, patient with disability, Swanson's Caring Theory

Head Nurse, Internal medicine ward, Yuan's General Hospital; Leader, Disease Manmanage and Health Education Center, Yuan's General Hospital*

Accepted: July 27, 2016

Address correspondence to: Chiu-Ling Huang NO. 162 Cheng-Kung 1st Road, Kaohsiung 80249, Taiwan

Tel: 886-7-335-1151 #2371 ; E-mail: metaedu_lab@yuanhosp.com.tw