

運用跨文化理論照護一位非法移民 創傷性腦損傷病患的護理經驗

陳金凰 呂佩珍* 郭素娥**

中文摘要

當新住民在居留地區發生意外時，文化信仰及語言差異常使醫護人員無法立即給予有效的醫療照護，特別是逾期不出境的新住民眷屬。亦或因文化風俗差異而無法適時地提供病患及其家屬全人照護，此時跨文化照護就益顯重要。本篇作者在病患住院期間，運用萊寧格跨文化理論收集三種不同層次的相關資訊，評估病患住院中的健康照護需求，並透過跨文化溝通模式及文化照護之維持、磋商和再建構等方式，提供及滿足主要照護者在病患返家後的照護需求，如教導管灌與吞嚥照護技巧、解釋病患需及早復健的概念、鼓勵主要照護者在病患返家後監督及協助病患及早下床並儘可能自行活動等。希望藉由此個案報告的經驗分享，使護理人員能理解及重視跨文化溝通與照護之重要性。(志為護理, 2014; 13:4, 90-100)

關鍵詞：萊寧格跨文化理論、跨文化護理、早期復健、創傷性腦損傷

前言

新移民常有語言不流利的問題，如何與人有效溝通是其需要直接面對的重要議題。語言障礙使新移民較難獲得適當的醫療照護，為改變此情況，往往需仰賴親屬的口譯，或僱用口譯

員，因此常有經濟問題(Jirwe, Gerrish, & Emami, 2010)。如果是逾期不出境的原生新住民眷屬，此問題就更加嚴重。截至2012年，臺灣已有超過十萬人口的新住民及其原生家庭的親屬與439,980名的外籍勞工(行政院勞工委員會, 2012)。因此，不管病患身份是新

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院專科護理師組長及長庚科技大學護理研究所研究生 長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院督導及長庚科技大學護理研究所研究生* 長庚科技大學護理系(所)副教授及慢性疾病暨健康促進研究中心主任**

接受刊載：2014年4月6日

通訊作者地址：郭素娥 61363嘉義縣朴子市嘉朴路西段2號

電話：886-5-3628800 #2331 電子信箱：sxg90huang@gmail.com

住民或是其原生家庭的親屬，跨文化概念的護理評估及應用，已成為護理人員必需具備的基本能力。

初見病患，因文化差異導致語言無法有效地溝通，使護理成效事倍功半，加上病患屬非法身份，在無法獲得政府任何的社福資源，使家屬承受極大的經濟壓力，引發筆者深入探討之動機，期望應用跨文化照護模式，深入瞭解病患及其家屬的需求，並使病患能夠獲得適切且具個人化的護理照護。

文獻查證

一、跨文化理論的介紹和應用

1978年萊寧格提出跨文化護理的概念與原則，表示「利用跨文化概念、原則、理論意念及研究，可用來指引如何照護不同文化的病患及可採取的行動與決策」。萊寧格利用日出模式來闡述文化照護的差異性與普遍性，引導護理人員如何執行文化照護評估，並提供與病患文化一致的照護 (Mahon, 1997; Leininger, 2002)。

日出模式強調全方位評估病患的信念、價值及生活方式，是一個全人及周詳的評估模式。第一層面以世界觀來評估病患之存在文化及社會結構面間的照護特異性和共通性。第二層面瞭解病患的環境脈絡、語言和民族歷史中的教育、經濟、政治與法律因素及其文化價值觀與信念和生活方式。此外也評估親屬與社會因素、病患之宗教及哲學和科技環境因素。第三層

面則以主位(病患)、客位(專家)的不同立場來彼此學習及面對整體健康、疾病和死亡，並針對個人、家庭、群體、社區或機構在不同健康脈絡下，提供民俗、護理和專業照護治療，並藉此決定跨文化照護的策略及行動。跨文化理論強調三種不同層次的照護：一是維持或保固病患之傳統文化照護；二是適應新的文化照護；三是建構新的文化照護，以提供健康、安全(或死亡)之文化一致性的照護，使病人獲得“全人”的照護(王世麗等譯，2007; Leininger, 2002; Hubbert, 2008)。

現今的護理人員必須具備文化能力，包括一套新的學習態度、行為和技能；避免對病患貼標籤及歧見，並提供有效的個別性跨文化護理 (American Association of Colleges of Nursing, 2005)。跨文化溝通，是接觸跨文化照護的基礎。照護移民病患，溝通困難會導致訊息表達不充足，而造成照護障礙及低品質護理的主要原因之一。但執行跨文化護理，不是只做跨文化溝通。事實上，當病患與醫護人員屬於不同文化時，需從尊重開始，而不是只講同一種語言而已，還需透過肢體語言(如語音、語調、音量和面部表情等)表達尊重與同感；分享彼此間背景和議題的心得與溝通，以及簡化複雜的術語和避免使用專業名詞；每次只討論一話題及避免在會話中給予太多訊息，以建立一個有效的溝通環境(Jirwe et al., 2010)。

二、創傷性腦損傷照護與早期復健

腦部受傷分為瀰漫性及局部性兩種，局部性包括腦挫傷和顱內出血。額葉皮質主要是與高度認知功能有關，包括記憶，計劃與判斷的能力。前額葉外側受損的病患會呈現缺乏動機與性需求，而且常有認知功能缺陷的問題(于家城等譯，2006)。吞嚥困難是顱內出血病患最常出現的併發症，發生率高達55% (Flowers, Skoretz, Streiner, Silver, & Martino, 2011)。由於神經損傷使得神經肌肉喪失協調與控制功能，因此42%至67%的病患會於三天內出現神經性口咽吞嚥困難的症狀(Trapl et al., 2007)。其中80%的病患會在顱內出血後2-4周內恢復。因此，適當由口進食的時機、餵食姿勢的教導、口腔衛生、營養狀態的評估和餵食吸入現象的判讀，都是臨床一線照護者必需隨時注意及評估(Ramsey, Smithard, & Kalra, 2003)。主要目的在降低肺吸入和改善進食與吞嚥能力，以維持最佳的營養狀態(陳，2008)。

早期復健是指當病患發生症狀時，

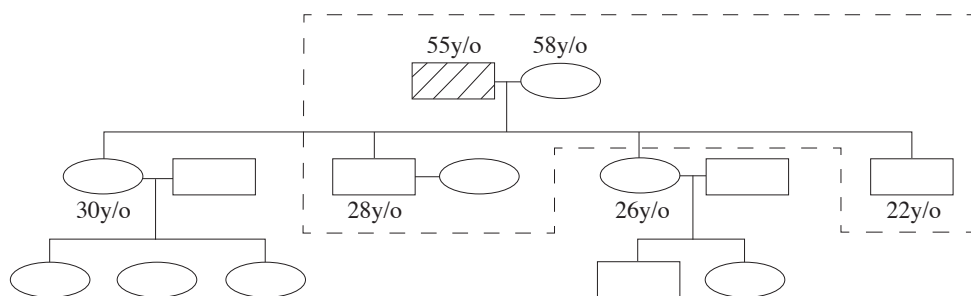
能於24小時內協助病患坐起、站立或下床活動，以降低併發症的產生(Craig, Bernhardt, Langhorne, & Wu, 2010)。嚴重頭部外傷病患在重症單位接受早期復健措施，已是目前的趨勢。已有學者發現病患在重症階段時給予早期神經性復健措施，可有效地降低住院天數(Borg et al., 2011; Rollnik & Janosch, 2010)。

個案及家庭簡介

黎先生，越南人，55歲，受過12年普通教育，等同臺灣高中畢業。已婚，育有二男二女，與兩位兒子同住。信仰佛教，在越南以種田為生。平日有嚼檳榔、抽煙、喝小米酒、茶及咖啡多年。以越南語為主，其小女兒已嫁來臺灣六年，能說一口流利臺語。家族樹如附圖一。

過去病史與治療過程

黎先生多年前曾因大腸憩室炎導致穿孔及膿瘍，於越南醫院行半結腸切除及造瘻口手術，手術三個月後將腸子歸位並縫合造瘻口。主要照顧者為



圖一 家庭樹

其老婆。在臺灣，於2011/7/30因車禍被送至急診，當時意識不清，電腦斷層發現右側顳葉硬腦膜下出血，會診神經外科後轉入加護病房密切觀察。8/1因昏迷指數(Glasgow Coma Scale, GCS)由E1V2M5降至E1V1M4，右側肢體力量由4分降至2分。診斷為左側額葉及顳葉延遲性顱內出血，緊急行顱骨切除及移除血腫手術。8/2移除氣管內管，並開始由鼻胃管餵食。8/4發燒至腋溫38.4°C，會診感染科，給予第二代頭孢子抗生素，並轉至神經外科病房。

護理評估

護理照護期間為2011/8/6至8/17。作者運用萊寧格的日出文化照護模式，評估黎先生文化、社會層面及環境脈絡與健康照護型態。因黎先生意識不清，只對越南語有反應，但案女可使用臺語交談。資料以觀察、家屬會談及直接護理等主要方式收集。

一、文化價值觀：黎先生有重男輕女的觀念，與二位兒子住在一起，相當重視家庭。案女代訴：「我爸很疼我們四個兄弟姐妹，要我們彼此幫忙照顧，但認為只有男生才可傳宗接代。」「我家男生種田，家事是媽媽做。」「我媽只會講越南話，我爸除越南話還會說英語。」觀察黎先生，發現其對老婆及女兒使用母語呼喚時，會尋著聲音，張大眼睛注視對方，但對英語則無反應。遇護理人員呼喚，則睜開眼睛，面無表情。黎先生曾整晚不斷唱著越南歌曲，完全不

理會其他人員。評估黎先生較為傳統，加上只對母語有反應，故而產生文化溝通上的障礙。

二、世界觀：黎先生來自越南，屬社會主義共和國，人民自我保護色彩濃厚，民風比較保守，刻苦耐勞。案女代訴：「我們分北、中、南越，我們來自南越，屬於較鄉下的地方。」「我爸很少旅遊，只來過臺灣。」觀察黎先生，當男性醫師對其呼喊及檢視傷口時，會張大眼睛注視及配合；然而對女性照護者打招呼則無任何反應，常常多次呼叫後才會注視著對方。護理人員給予更換頭部傷口時，會不斷用手撥開。評估黎先生較為保守，所以護理人員採取積極主動的照護方式，在照護傷口時，會請其女兒或其他越南籍看護在旁告知步驟與理由，事後也會請其太太再次解釋說明。

三、科技與經濟：黎先生居住鄉下地區，科技落後，務農，經濟並不寬裕。案女代訴：「我娘家(住)在很鄉下(的地方)，我爸很省，很少休息，生活還過得去。」「我們現在跟臺灣一樣，都市跟鄉下有差別，不過跟臺灣比還是差了點。」「我先生家是賣豬肉，錢都我婆婆在管。」「我爸什麼時候可以出院，(他)沒有健保，醫療費那麼貴？我們負擔不起。」黎先生因非法身份，無法獲得社會福利補助，需自費住院。有經濟壓力，平時案女會支援娘家經濟，此次已請先生幫忙。

四、宗教與哲學：黎先生信仰大乘

佛教，無葷素禁忌。食物部份，會食用蔬菜、草藥和香料，以及加魚露。案女代訴：「我們拜觀音菩薩，可以吃肉。過年過節會燒香拜拜。我爸今年超過時間沒回去，原本打算明年春節前回家，現在不能回去了，他會擔心的。」「在這裏，我爸跟我們一起吃，吃得還習慣，我媽就吃不習慣。」當黎太太告知要回越南過年，黎先生不斷注視和握緊老婆的手。

五、親屬、社會及政治因素：黎先生住鄉下，有強烈的社會支持系統。案女代訴：「我們親戚都住附近，平常我爸會去親戚家坐，感情都很好。」「我們五年一次國會選舉，但我們不會談這個。」「我先生對我爸媽很好。」黎太太告知親友名字，黎先生會停止掙扎，注視對方。評估黎先生與家庭成員互動良好，有正向支持來源。

六、教育：越南只規定需要在六到十歲就學。案女代訴：「我們越南小學5年，初中6~9年級，再來就10~12年級，如果你想要做教師或醫生，還要再考試(及讀書)，看(是需要)讀4年還是5年。」「我爸讀12年，在我們那裡已經很好了。」觀察黎先生對外來刺激反應慢，無法理解談話內容，只會用越南語簡單回應無意義的字句。評估黎先生認知能力下降，需要依靠工具來協助溝通。

七、民俗與專業健康照護體系：越南屬熱帶氣候，鄉下醫療資源缺乏，醫療知識獲得不易。案女代訴：「我們住(在)很鄉下，那裏沒有什麼醫院，看

病很不方便。不舒服時，會找人來家裏打針及拿藥吃。上次(生病)我爸痛很久才去開刀，住在大城市的醫院，我媽在顧。」「我爸還在發燒，醫院好像只有打針吃藥而已，在我們那邊會刮痧、放血，或煮草藥喝，有時也會(擦)抹田裏自己長的一種草，把它磨碎，黑黑的，敷在額頭上對退燒很有用喔！」「(在)我們(那邊)，如果生病不能下床，只會擦臉及手腳」「在我們那邊沒看過有人插胃管，那很殘忍。我們會餵稀飯，如果吃不下就順其自然，拖太久很不人道的。」「在我們那邊如果頭部撞到，我們會抹黃薑粉，或用熟雞蛋，剝殼後放在瘀青部位滾動，可消腫。」「醫生說我爸頭部受傷不能坐飛機，回越南又不能坐船。我們商量好了，先住這裡，等三個月後，補完頭蓋骨再回去。」「我爸現在什麼都不知道，不會自己吃，也沒辦法走路，還要抽痰，要怎麼顧？」評估家屬平日使用民俗療法，不會立即就醫，對西醫治療不是完全信任，對未來的黎先生照護問題也相當焦慮。

【生理評估】：8/4轉入病房，黎先生意識不清(GCS：E4V4M5)，躁動不安，雙手被約束，8/4至8/6期間，有間歇性發燒現象(腋溫38.1~38.4°C)，脈搏90~100次/分，呼吸24~26次/分，血壓120/75mmHg~ 140/84mmHg。頭部顱骨切除傷口無紅腫及膨出，頸部無僵硬現象，嘴唇及皮膚乾燥無彈性。兩側肺下葉有囉音，無法自咳，2~3小時抽痰一次，痰液呈黃稠量中。

右側肢體較為乏力(肌肉力量：4/5)，無法自行坐起。在護理人員協助其翻身時，嘴角會不自主流出口水。無吞嚥動作，用棉棒沾水，擦拭嘴唇則有吸吮動作及嗆咳現象。目前鼻胃管灌食，熱量為1,600 Kcal/day。腹部呈柔軟無壓痛及腹脹。腸蠕動15~30次/分，每日自行排便一次。尿自解，顏色清澈無沉澱物。身高178公分，體重55公斤，BMI：17.4 Kg/cm²，體重過輕；日常生活以巴氏量表評估為15分。

問題確立

綜合以上評估，黎先生因文化差異和生理創傷，面臨以下問題：「照護能力不足/病人與家屬言詞溝通障礙及文化與照顧角色的世界觀差異」、「潛在危險性肺吸入/與吞嚥困難和照顧者因應能力不足，以及文化衝突有關」、「身體活動功能障礙/與顱內出血和社會資源尋求障礙有關」。

護理措施與結果評值

【護理問題一】照護能力不足/1.病人與家屬語言溝通障礙；2.文化與照顧角色的世界觀差異(2011/8/6~8/8)

主觀因素：「我媽只會講越南話，我爸除了越南話，還會說英語。」

「我們如果生病不能下床，就只會擦臉及手腳。」

客觀因素：8/6初次見到黎先生時，外觀顯得凌亂骯髒，眼屎未清，身上散發出陣陣的尿騷味，掀開被子，只見尿套鬆脫，尿布吸滿了黃褐色尿

液。黎太太枯坐在陪病床上，一見到我們，立即用手比著尿套，不斷地用愈來愈急促的越南話對著我們比手劃腳。透過一位越南看護協助翻譯，才得知黎太太在問尿套鬆脫的問題，也不知如何照顧病患。但之後照護黎先生時，嘗試引導及衛教家屬時，發現黎太太雖面帶焦慮，卻不積極學習，且同時有語言溝通的問題。觀察黎先生發現男性醫師對其呼喊及檢視傷口時，會張大眼睛注視及配合；然而面對女性照護者打招呼則無任何反應，直至多次呼叫後才會注視著對方。護理人員給予更換頭部傷口時，會不斷用手撥開。

護理目標：住院期間家屬可自行照護黎先生，使黎先生保持乾淨整齊及無異味。

護理措施：1.評估黎太太照護能力，先給予主動的協助。2.使用跨文化溝通方式，如溝通時使用手勢和身體語言，重覆表達及實物運用。每次只表達一件事情。提供自製的附圖片-中越小卡，以利黎太太日常需求及與護理人員溝通。3.告知黎太太保持黎先生尿套的清潔及完整性，可減少感染機會降低持續住院的天數，以增加其照護動機。4.請案女及女婿給予黎太太適度的讚美及支持。

評值：8/8黎先生明顯地變得乾淨及有精神，會隨著聲音張開眼睛及配合女性護理人員的照護措施。病床周圍較為整齊，黎太太一見到我們，會微笑的使用簡短臺語問候。

【護理問題二】潛在危險性肺

吸入/1.吞嚥困難；2.照顧者因應能力不足；3.和文化衝突有關(2011/8/6~8/15)

主觀因素：「住院及回家是我媽在顧。」「在我們那邊沒看過有人插胃管，那很殘忍，我們會餵稀飯，如果吃不下就順其自然，拖太久很不人道的。」「我爸還在發燒，醫院好像只有打針吃藥而已，在我們那邊會刮痧、放血，或煮草藥喝。」

客觀因素：黎先生GCS：E4V4M5，翻身時嘴角會不自主流出口水，無吞嚥動作，用棉棒沾水，擦拭嘴唇會有吸吮動作及嗆咳現象。8/6發燒至腋溫 38.4°C ，皮膚乾燥無彈性，呼吸速率：26次/分，肺部兩下葉囉音，無法自咳，每2~3小時抽痰一次，痰液呈黃稠量中。CBC檢查：WBC $11.2 \times 10^3/\text{L}$ ，segment 80%，band 6%。8/7：albumin 2.5mg/dl。黎太太初次灌牛奶時，會把牛奶倒出灌食空針外，且來不及反摺而將空氣灌入。

護理目標：1.在住院期間，黎先生無吸入性肺炎。

護理措施：1.依醫囑給予bisolvon吸入性治療，並評估咳嗽功能及痰液性質；2.以口頭及回覆示教教導家屬胸腔照護；3.於黎先生清醒時，協助其採半坐臥以增強咳嗽力量，並告知家屬此動作之重要性；4.使用口頭及回覆示教，教導家屬管灌食技巧及注意事項與其重要性，例如灌食前需確認鼻胃管位置及姿勢、期間需注意有無咳嗽或不適、及灌食完畢需維持半坐臥姿30分鐘；5.教導家屬提供病患口腔清潔及協

助其吞嚥訓練，每日1~2次，並給予觀察及記錄；6.觀察黎先生每日排便及腸蠕動情形；7.提供家屬可灌食種類，如需自灌草藥，則需經醫師許可，避免與藥物產生交互作用；8.教導家屬觀察體溫及發燒處理，如超過 38°C 時，增加100~200ml的溫開水攝取，每日水分總量約3,000ml；如需刮痧，需避免對病患過度刺激及皮膚受損，並事先告知醫護人員；9.示範如何尋找醫護人員，並增加探視頻率，以便家屬提問及解決問題，並增加家屬之安全感。

評值：8/10黎先生已無發燒情形。黎太太表示希望能早日拔除黎先生鼻胃管，改由口進食；但在瞭解放置鼻胃管之目的後則能配合。8/11黎太太灌食前，會將鼻胃管反抽並評估黎先生消化情形，且能準確地將牛奶灌入。同時管灌量已增加至2,000卡，黎先生消化良好，腸蠕動正常。8/15黎先生能自行咳痰，兩側呼吸音無囉音，每日只需抽痰1~2次左右，呼吸次數：20~22次/分，四肢未稍溫暖無發紺；抽血檢查WBC： $6.0 \times 10^3/\text{L}$ ，segment：52%。黎太太表示拍痰及抽痰後，其先生燒就慢慢退了，已不會想使用他們的方法退燒。

【護理問題三】

身體活動功能障礙/與顱內出血和社會資源尋求障礙有關(2011/8/6~8/17)

主觀因素：「我爸現在沒辦法走路，要怎麼顧？」「我爸沒有健保，醫療費那麼貴？我們負擔不起。」「現在可以練走路嗎？」

客觀因素：因顱內運動區受壓迫，

導致右側肢體乏力(肌肉力量：4/5)，無法自行坐起，給予搖高床頭45度時，黎先生不斷用左手拍打床，身體不斷扭動，頭部偏向右側，使身體下滑。8/6以巴氏量表評估為15分。

護理目標：1.加強黎先生右側肢體肌肉力量，能夠於2禮拜內回復與健側相同，無肌肉萎縮情形。2.1個禮拜內，可由坐在輪椅上10分鐘至維持坐姿平衡超過1小時。

護理措施：1.在建立治療性關係後，利用圖片卡及身體語言，教導黎先生翻身時，以健側肢體抓握對側床欄杆，維持側躺姿勢；2.請案女協助將衛教內容錄音，護理時播放給黎先生聽取；3.教導黎先生每1~2小時，使用健側肢體將患肢抬起，並視情況增加次數；4.以口頭教導及示範家屬執行被動關節運動；5.採漸進式坐臥平衡訓練，由10分鐘開始；6.以口頭教導及示範家屬如何使用輪椅協助黎先生下床，並在黎先生下床活動前，請護理師檢測血壓及脈搏。執行時也隨時注意黎先生是否有盜汗、臉色蒼白或躁動不安情形；7.給予轉介社工和出院計劃，以尋求社會資源及後續出院照護。

評值：8/7黎先生已能坐在床上超過30分鐘。尋求社工協助却因黎先生的非法身份而無法給予相關資源。8/12黎先生能在協助下，坐上輪椅維持坐姿平衡超過1小時；右側肢體力量也回復至5分，無肌肉萎縮，並可自行翻身。但因黎先生意識並未完全清醒，故巴氏量表評估仍維持15分。黎先生於8/30回門診追蹤，已無鼻胃管改由口進食，可自行

行走，巴氏量表評估為65分。

討論與結論

在應用日出模式評估黎先生時，發現越南文化與臺灣閩南文化有許多相似處。其中較明顯的差異在於語言、飲食和風俗民情和民俗療法。案女曾表示臺灣跟越南差異不大，不是太難適應，加上越南曾經歷越戰和共產國家統治，所以人民個性堅忍，不喜歡麻煩別人，也多能努力調適生活。護理期間，筆者採取積極主動的態度與使用鼓勵話語，來建立信任的治療性關係。並藉由跨文化溝通模式，多次向黎先生表達對其文化的認同，並與黎小姐討論黎先生的健康信念，並針對黎先生目前健康問題，訂定明確的護理計劃，黎先生才逐漸對護理人員有所反應和配合。跨文化照護對具有不同文化背景的病患是相當重要的。醫護人員應該尊重不同的文化，且在不違背治療的準則下，護理是可有彈性及變化的。在現今講求標準化的醫療環境中，跨文化專業照護，才能使少數民族獲得全方位的全人照護。

黎先生住院期間屬於急性照護期，滿足生理需求和恢復身體功能是當務之急。但當黎先生逐漸恢復時，長期照護及經濟壓力的議題便逐漸浮上抬面。黎先生屬非法身份，需自費住院，因此經濟負擔成為家屬沈重的壓力。雖民間慈善團體，不會拒絕非本國籍救濟金的申請，但因黎小姐婆家經濟充裕而無法申請。因此當黎先生

病情逐漸穩定，家屬因經濟壓力而催促出院，而無視於黎先生仍處於無自理能力階段。因此，後續照護成為出院前的衛教重點，包括站立訓練、吞嚥篩檢和訓練等相關資訊。然而却遍尋不到任何以越語為主的衛教單張，只能遷就有圖片的衛教單張再加以解釋，但礙於與黎太太語言溝通障礙，案女又不常來院探視而無法隨時陪伴翻譯，因而降低照顧者的學習效果，而造成臨床護理人員提供適當出院護理計劃的限制與阻礙。

近年來，臺灣陸續已有多家大型醫院成立國際醫療服務，提供多國語言衛教服務，但大多數只侷限於門診及社區，並無住院的相關治療衛教，建議及期望未來各醫療院所可以針對當地多數的新住民，設計該國母語的衛教單張，讓跨文化照護可以更加落實於臨床實務上。另外，非法移民是經濟高度發展開發國家常見的問題。我國政府單位需正視其所衍生的醫療照護問題，提供非法移民長期照護的相關諮詢單位和給予必要的人道協助，使臨床醫療照護人員有可尋求支援的相關管道，而不致產生後繼無力的無助感產生，也才能協助他們提供病患一個完整的全人照護。

參考文獻

- 行政院勞工委員會(2012, 6月)·*勞動統計—統計資料庫*·取自<http://statdb.cla.gov.tw/statis/stmain.jsp>?
- 陳妙言(2008)·吞嚥訓練·於蘇美滿總校訂·*復健護理學*(8-1~8-32頁)·臺北市：永大。
- 王世麗等譯(2007)·*跨文化護理：概念理論研究與實務*·臺北市：五南。
- 于家城等譯(2006)·*人體生理學*·臺北：新文京。
- American Association of Colleges of Nursing. (2005). *Understanding Transcultural Nursing*. Washington, DC: Author.
- Borg, J., Røe, C., Nordenbo, A., Andelic, N., de Bousard, C., & af Geijerstam, J. L. (2011). Trends and challenges in the early rehabilitation of patients with traumatic brain injury: A scandinavian perspective. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90(1), 65-73.
- Craig, L. E., Bernhardt, J., Langhorne, P., & Wu, O. (2010). Early mobilization after stroke: An example of an individual patient data meta-analysis of a complex intervention. *Stroke*, 41(11), 2632-2636.
- Flowers, H. L., Skoretz, S. A., Streiner, D. L., Silver, F. L., & Martino, R. (2011). MRI-based neuroanatomical predictors of dysphagia after acute ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *Cerebrovascular Diseases*, 32(1), 1-10.
- Hubbert, A. O. (2008). A partnership of a Catholic faith-based health system, nursing and traditional American Indian medicine practitioners. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 28(1-2), 64-72.
- Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross cultural care encounters. *Scandinavian Journal of*

Caring Sciences, 24(3), 436-444.

Leininger, M. (2002). Essential transcultural nursing care concepts, principles, examples, and policy statements. *Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research, & Practice*, 3, 45-70.

Mahon, P. Y. (1997). Transcultural nursing. A source guide. *Journal of Nursing Staff Development*, 13(4), 218.

Ramsey, D. J. C., Smithard, D. G., & Kalra, L. (2003). Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*, 34(5), 1252-1257.

Rollnik, J. D., & Janosch, U. (2010). Current trends in the length of stay in neurological early rehabilitation. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(16), 286-292.

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients. *Stroke*, 38(11), 2948-2952.



A Case Study of Illegal Immigrants With Traumatic Brain Injury : Application of Leininger Transcultural Nursing Theory

Chin-Huang Chen, Pei-Chien Lu*, Su-Er Guo**

ABSTRACT

Different cultural beliefs and language barriers are the primary causes for immigrants who have received inadequate healthcare, especially for illegal immigrant family members. Health care professionals expressed difficulties to administer holistic and just-in-time care to the patients and their family due to beliefs and rituals of various cultures. Transcultural nursing becomes critical these days. In this study, the patient, who was an illegal immigrant for overstay, was hospitalized between August 6th and 17th, 2011. The researchers applied Leininger Transcultural Nursing Theory to collect three distinct levels of information, assess health care demand, and to provide appropriate nursing intervention during hospitalization. Cross-cultural communication, culture care maintenance, negotiation and restructuring were used to satisfy the caregiver's demands after the patient returned home. Concepts of early rehabilitation, nasogastric tube feeding and swallowing training skills were instructed. The primary caregiver was also taught to supervise and assist the patient early rehabilitation at home. The article aimed to share valuable nursing experience with the clinical nurses and emphasize the importance of trans-cultural assessment and effective communication in providing healthcare. (Tzu Chi Nursing Journal, 2014; 13:4, 90-100)

Keywords: culture care diversity, early rehabilitation, transcultural nursing, traumatic brain injury

Leader of Nurse practitioner, Chiayi Christian Hospital and Master Student of Graduate Institute of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology; Supervisor, Chang Gung Memorial Hospital and Master Student of Graduate Institute of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology*; Associate Professor and Director, Chronic Diseases and Health Promotion Research Center, Chang Gung University of Science and Technology**

Accepted: April 6, 2014

Address correspondence to: Su-Er, Guo No.2, W. Sec., Jiapu Rd., Puzi City, Chiayi County 613, Taiwan

Tel: 886-5-3628800 #2331; E-mail: sxg90huang@gmail.com