

社區關懷對糖尿病個案照護之經驗分享

沈雅倫·葉莉莉·蕭尊鳳

壹、前言

臺灣地區因醫藥發達及生活水準提高，致國民平均壽命延長，造成老年人口急遽增加，慢性病如心臟血管疾病、癌症、糖尿病等，成爲威脅國人健康的重要疾病。據世界衛生組織估計，目前全世界的糖尿病人已超過 3 千萬人，且無論在已開發、開發中或未開發的國家，均顯示糖尿病患的盛行率有增加的趨勢，預估至西元 2025 年糖尿病患者人數將超過三億（WHO 推薦中國治療糖尿病經驗，民 92）。臺灣地區八十九年之十大死因中糖尿病佔第五位，死亡率高達 42.6/10 萬人口；台南市東區八十九年之十大死因糖尿病則佔第三位，死亡率高達 45.56/10 萬人口，以上數據顯示糖尿病於台南市東區，無論在死因排名或死亡率皆超過全國的統計數字，因此如何降低糖尿病的盛行率及死亡率，應爲本區健康照護人員及民眾共同努力之健康課題。本文主要分享如何運用社區關懷人員提升糖尿病個案自我照顧能力，初期成果顯示社區關懷在慢性病照護上值得投入心力。

貳、文獻查證

一、糖尿病的控制

糖尿病是一種慢性的代謝疾病，其產生併發症的比率與正常人比較發現，於傷殘率約爲 2~3 倍、眼睛病變爲 10 倍、肢體壞死爲 20~30 倍及腎臟病變爲 17 倍等，尤其一旦罹患糖尿病，大多數的患者將終生與其爲伍。由於糖尿病目前無根治法，依美國西元 2002 年糖尿病醫療營養治療首要目標爲維持理想的代謝值，包括血糖值、血脂肪值、血壓值，次要目標爲預防和治療糖尿病慢性合併症，第三目標爲經由健康飲食選擇和運動，改善健康狀況，第四目標爲依個人狀況和文化差異，以及尊重個人之改變意願，調整其營養需求（歐陽鍾美，民 91）。爲達此目標，需透過健康照護人員之指導教育及患者的長期努力，以飲食、運動、藥物控制及改善生活習慣來控制病情並提昇患者的自我照顧能力。

多位學者研究指出糖尿病患者控制不良原因爲(一)病人知識不足，無法正確的達到治療需求，(二)態度不夠積極，無法有效

的持續成果，(三)日常生活行為上不符合疾病控制需求 (Bowen, 1961; Korhonen, 1983; Stone, 1961)。Miller (1972) 指出醫界於慢性病的照顧上明顯且嚴重的缺失就是醫療人員彼此之間缺乏「有計畫的整體合作」來照顧病患，因此為糖尿病患者設計適合個人及家庭之治療處方時，需考慮患者及家屬之生理、心理、社會及日常生活需求，同時配合醫療照護人員持續性的關懷與參與方能有效控制其病情。

二、社區關懷照護支持

近年來家庭結構與傳統生活型態快速轉變，導致人與人間、個人與社會間關係疏離。陳秋方、盧孽艷 (民 91) 指出，在此種社會疏離，社會支持系統如朋友、鄰居、親友間的關懷可促進個人安定感及被關心的感覺，可維持個案自我照顧的意願。若能提昇其健康照護能力，洪百薰 (民 82) 建議以老友拜訪的方式提供照護服務的資訊，並在必要時鼓勵、協助其使用現有的社會資源。

Tilden 及 Weinert (1987) 認為社會支持是由社會網絡對個人所提供的心理、社會及實質的協助。其中社會網絡 (social network) 是指家庭、朋友、鄰居、同事或其他提供支持者的結構性內在關係 (structural inter-relationships); 然而欲提昇社區關懷服務品質或成效，宜妥善規劃人員之運用，提供創新服務方案與內容，並妥善管理社區關懷人員服務運作之過程，尤其在招募、訓練、安置、督導等制度之

運作。

葉淑惠、吳淑如 (民 87) 於衛生所指導實習的實務經驗研究發現，高血壓及糖尿病個案管理中，常見的健康問題是個案未確實遵守特殊飲食控制、未定期就醫服藥、對日常生活注意事項認知不足等。劉淑娟 (民 88) 則指出社會支持對個案服藥、就醫的遵從性有所影響，若能同時配合健全的社會資源網絡，發揮社區、鄰里的守望相助精神，將能提供個案更多的支持。同時關懷照護是一種能量，讓個案能從中感受被愛，將有助於其健康促進、病情的復原或安詳的邁向死亡 (Mallison, 1993)。Clark 及 Hampson (1998) 認為藉由醫護人員及家屬對個案支持性的態度、持續不斷的關心、經常性的接觸及提醒、適時的提供心理支持、一再的強調所需的行為，對於改變行為、促進遵從及減少遵從障礙是重要的關鍵。

若以三級預防的觀點而言，社區糖尿病個案照護之初級照護為加強衛生教育、注重營養之攝取、避免意外事件發生及增加社會心理層面的支持；次級預防為疾病篩檢、疾病控制與治療；三級預防著重增進自我照顧能力的復健訓練。因此江瑾瑜 (民 82) 曾提及對於糖尿病居家照顧之社區關懷支持計畫可包括下列各項：(一)評估糖尿病的控制情形，(二)協助正確的服藥或注射胰島素，(三)協助個案執行飲食控制，(四)協助個案規律的運動，(五)促進個案做好日常生活保健，(六)提供定期追蹤與持續性的關懷，(七)幫助個案及家人達成心理平

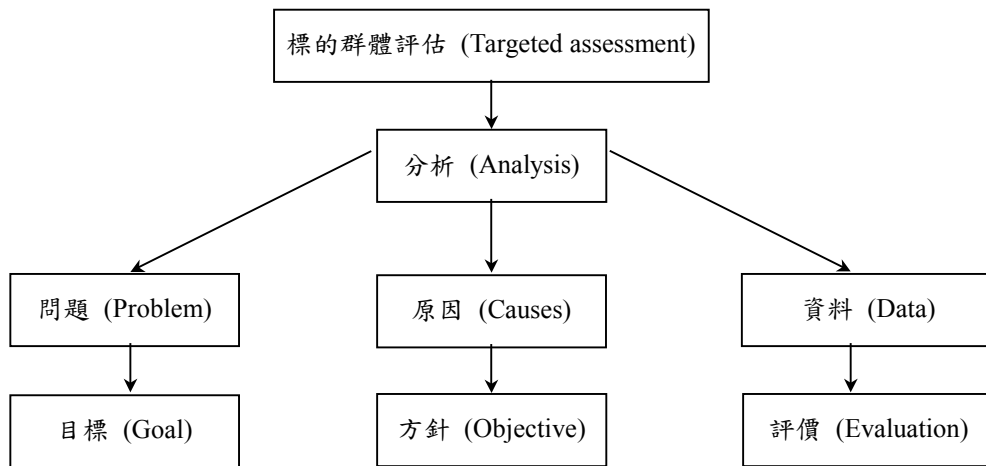
衡，(八)協助善用社區資源等。

參、社區關懷概念架構

本文分享台南市東區如何運用永續就業的人力資源，提供糖尿病患社區關懷的經驗。社區關懷的概念，主要引用 Dignan 及 Carr (1992) 之架構 (圖一)，由評估標的群體的人口學及社會、疾病和照護情形，進而分析糖尿病族群之主要問題，再確立計畫及策略，進行系統性的問題解決過程。

標的群體：本文之標的群體是指民國九十一年二月曾來本區衛生所就診之社區糖尿病個案，其血糖控制值超過標準值 (飯前大於 120mg/dl、飯後大於 140mg/dl)，共 50 人做為關懷對象。標的群體的基本資料分析結果如表一，顯示以女性為多 70%；教育程度以國小以下為多 62%；78%的個案目前無職業；個案中 84%已婚；本省閩

南人居多 58%；宗教信仰以佛教為多 46%；另有 44%未與家人同吃住；全部 50 人皆有健保身分。有 85%之個案對糖尿病自我照顧有意願學習，且患病 5 年以上的有 60%，超過 10 年的近 30%。在就醫型態方面；大部分個案為每 1~3 個月就醫一次，而就醫地點除了以衛生所為主外，多為公立醫院，有 60%個案單獨就醫。在服藥型態方面；70%個案能定時定量服藥，未定時定量服藥之個案，大多數為單靠飲食控制而未服藥。在飲食型態方面；三餐定時定量者有 70%，不過對於是否真正了解自己一天所需攝取熱量時，有 64%個案表示不知道。在運動型態方面；有 40%個案天天運動，20%表示不運動，30%會因氣候或個人時間調配運動。自我照顧方面；36%沒有定期量血壓，40%發生過低血糖，24%不知如何處理低血糖。



圖一 分析標的群體評估呈現的問題、原因及資料，訂定目標、方針及評價的計畫過程

表一 糖尿病個案基本資料 N=50

項目	個數	%
性別		
男	15	30.0
女	35	70.0
教育程度		
不識字	6	12.0
識字(含小學肆)	5	10.0
小學	20	40.0
國初中	5	10.0
高中職	9	18.0
專科(大學)	5	10.0
職業		
無	39	78.0
有	11	22.0
婚姻		
已婚	42	84.0
喪偶	7	14.0
離婚	1	2.0

整理標的群體於糖尿病照護上的主要問題包括：(一)對自身的健康照護能力不足，(二)家人及親友的支持量少且頻率低，(三)社區中無情感支持及訊息傳遞協助疾病之控制。

現階段政府積極推展社區健康營造，提倡「社區為夥伴」(community as partner)，希望社區中的居民能藉由組織動員參與，彼此互助、增進健康。因此針對糖尿病患自我照護問題，可依據社區文化特性、運用社區資源制定計畫目標(goal)

(Anderson & McFarlane, 1996)。因此本計畫的目標是「台南市東區社區糖尿病個案能藉由社區關懷小組的支持，提昇自我照顧能力並使血糖達到控制」；期望糖尿病個案在居住的社區中，藉由在地人關懷在地人的社區互助風氣提高其自信心，激勵其照顧好自己的健康。

計畫方針(objective)的訂定是依欲達的目標加以設計，應清晰陳述可以測量之行為單位，明確標出時間點(陳秋方、盧孽艷，民91)。本方案之目標為促進社區糖尿病個案能藉由社區關懷團體之支持提昇自我照顧能力，使血糖控制穩定及進步。因此本計畫方針有二，一為選拔及培訓永續就業工程人員擔任社區糖尿病關懷小組成員，二為希望35%接受關懷的糖尿病個案於訪視期間之平均血糖值能較接受指導前降低10~20mg/dl。

肆、活動策略(strategies)

陳秋方、盧孽艷(民91)指出策略的擬定需針對問題，並考量策略預期的結果，以什麼形式來運作，由誰在什麼時候、什麼地點，是否有足夠的能力來應付等等，這些都必需在計畫過程中不斷進行。本方案行動策略，有四項(見表二)：

策略一：整合社區內外資源，選拔關懷小組成員。

近年來公共衛生護士業務種類繁雜，工作重點在衛生署指示下已無法提供糖尿病個案深入長期的管理，台南市東區衛生

所主管考量若能適時加入永續就業工程人員（稱關懷小組），認養社區中糖尿病個案，藉由地利人和之便，強化對糖尿病患者的健康關懷，提升其健康管理或為可行之策略。

台南市衛生局保健課自民國九十年十一月因市政府推展永續就業工程計畫（註），即招募社區健康傳播員。以台南市七區衛生所為例，大多讓永續就業人員參與之工作內容為協助預防注射單張之填寫、預注之催注、篩檢活動參與、門診診療協助、量身高體重、接聽服務專線電話、登革熱宣導等。東區衛生所共有 15 位永續工作人員，其中有 1 位男性，14 位女性，1 位組長由護理長帶領指導，1 位從事煙害防治工作，另 3 位為協助稽查員工作，其餘 10 位由東區衛生所地段公衛護士以個別指導的方式帶領，執行各地段之行政工作。分析這 10 位人員（關懷小組成員）之特質（表三），10 位皆為女性，平均年齡 50.5 歲，以 51~60 歲以上佔半數；教育程度皆為國初中以上，高中以上有 6 位；8 位已婚。這 10 位人員因工作地利之便，被選拔為關懷小組成員。

策略二：培訓關懷小組人員，加強糖尿病照顧知識及能力的養成

關懷小組人員培訓方案包括十小時相關課程，訓練課程之講師由東區衛生所領有糖尿病照護結訓證照之公共衛生護士擔任。訓練使用教材包括食品展示、糖尿病與我手冊、糖尿病護照、食物模型、飲食

代換表及相關影印講義。訓練課程如下：

- 1.何謂糖尿病一小時
- 2.糖尿病飲食原則與熱量份數計算三小時
- 3.食品標示成分與糖尿病患者使用新產品簡介一小時
- 4.糖尿病患者適合的運動與注意事項一小時
- 5.糖尿病患者日常生活照護原則二小時
- 6.糖尿病合併症的簡介與徵兆說明一小時
- 7.指導血糖測試方法與技巧並回覆示教一小時

策略三：依方案提供定期訪視關懷並評價個案執行自我照護活動的能力

將社區及門診糖尿病個案中血糖控制不良者名單列出，由關懷小組成員二人一組，依小組成員住家地址為中心，認養社區或鄰近社區之糖尿病個案。設計糖尿病個案關懷訪視項目，由公共衛生護士與小組成員訪視個案，進行問卷調查，並依個案調查結果製作護理問題單與問題處理方法，以利追蹤。關懷小組成員視個案執行各項自我照護的能力，自訂拜訪時間與次數（至少 2~3 週一次），目標為使個案確實執行各類可控制血糖之健康行為，並於訪視後與公共衛生護士討論個案問題與成效。而公共衛生護士依個案血糖值，評價關懷小組成員執行工作成果。本計畫期間社區關懷小組成員平均至個案家拜訪共約 3~4 次，每次依所發現之問題指導個案，再

經由與公共衛生護士共同討論、修正指導內容，每次訪視繼續追蹤個案需改善之項目，以做為評估是否有行為改變之依據。小組人員發現個案較常見的護理問題（表四），在就醫藥物方面有 16% 未按時按量服藥；飲食型態方面 58% 不知一天所應攝取

熱量、38% 三餐未定食定量；運動型態方面 68% 運動量不足、46% 空腹運動；日常生活自我照顧部分 44% 未定期健檢預防合併症，有 36% 個案低血糖處理知識與措施不足。

表二 糖尿病個案社區關懷照護方案計畫內容

目 標	策 略	內 容
促進糖尿病個案藉由社區關懷團體之支持以提升自我照顧能力，使血糖控制穩定及進步	1. 選拔並培訓關懷小組成員	1. 選拔永續就業人員成立社區關懷小組
	2. 培訓關懷小組，強化糖尿病照顧知識及能力的養成	1. 規劃培訓方案 2. 辦理訓練課程，強化關懷知識及技能
2. 九個月內 35% 個案血糖較之前降低 10-20mg/dl	3. 定期訪視關懷及評價個案執行各項自我照顧的能力	1. 將社區及門診糖尿病個案中血糖控制不良者名單列出，由關懷小組成員二人一組，依小組成員住家地址為中心，認養社區或鄰近之糖尿病個案 2. 設計糖尿病個案資料調查表，由公衛護士及關懷小組成員訪視個案，依個案調查結果製作護理問題單與問題處理方法，以利追蹤 3. 定期討論糖尿病個案健康照護問題
	4. 增加社區糖尿病個案運用社會支持網絡	1. 結合社區糖尿病個案參與病友聯誼會 2. 邀請參加社區活動，並提供相關資訊

表三 關懷小組成員之特質分析

項目	人數	百分比	平均
男	0		
女	10	100	
年齡			50.5
31-40	1	10	
41-50	3	30	
51-60	5	50	
61歲以上	1	10	
教育程度			
國(初)中	4	40	
高中(職)	3	30	
大專以上	3	30	
婚姻狀況			
已婚	8	80	
未婚	1	10	
離婚	1	10	

策略四：增加社區糖尿病個案運用社會支持網絡

為使糖尿病個案了解社區支持網絡及社區資源可提供的服務內容，利用糖尿病病友會召集糖尿病個案出席參與，並藉由廠商贊助提供相關日常生活保健照護食品、用品等展示參觀，經由醫護人員設計好之餐點，由關懷小組成員協助烹調，提供適合糖尿病個案之飲食供試吃，把衛教指導內容化為具體行為運用在病友會的團體衛教上；其中設計安排病友說明親身經歷之歷程與其他病友分享，並以生動實例之投影片增加糖尿病個案對疾病之認知，

增加其與社區接觸及參與社區活動的意願。

表四 糖尿病個案自我照顧之常見問題

自我照顧需加強項目	個數	百分比
A.就醫藥物		
未定期就醫	4	8
未按時按量服藥	8	16
B.飲食		
三餐未定時定量	19	38
有抽煙喝酒的習慣	3	6
喜食高油脂的習慣	3	6
喜食高熱量點心、零食、飲料的習慣	7	14
喜食高鈉鹽食物的習慣	7	14
喜食高膽固醇食物的習慣	3	6
不知道一天所應攝取的熱量	29	58
C.運動		
運動量不足	34	68
運動方式不當	8	16
空腹運動	23	46
D.日常生活自我照顧		
定期監測血糖	11	22
低血糖處理知識與措施	18	36
穿著鞋襪情形	15	30
定期監測體重	13	26
獲得糖尿病相關知識	7	14
定期身體健康檢查、預防合併症發生	22	44
代醣使用	1	2

伍、評價 (Evaluation)

評價的目的是在協助計畫的訂定與執行，提高計畫執行的可行程度，節省資源

的浪費，並迅速達到預期的目標，進而做為未來計畫參考的重要依據（萬育維，民83）。評價時應分析各種策略及所得的資料，藉以了解計畫適切性（relevancy）、進展性（progress）、成本效率（cost-efficiency）、效果（effectiveness）及所造成的衝擊（impact）（Anderson & McFarlane, 1996）。常做為評值指標的項目包括參與活動人數統計、參與活動者之回饋與滿意度、提出對計畫方針成功或失敗的理由，將策略所訂的活動情況進行敘述及分析（Donabedian, 1980）。

本計畫的先期作業包括策略的討論、個案資料表設計、關懷人員的訓練計花了三個月的時間，從整合社區資源到運用資源的過程與進度均按預定內容進行，符合計畫的進展性（progress），其過程有賴公共衛生護士及關懷小組充分溝通，以自己為工具進入社區，主動定期接觸，多傾聽並參與討論，帶動糖尿病個案對自我照顧

及血糖控制的重視。

結果評價：評價服務目標是否達成，能否達成預定目的（effectiveness）。

一、糖尿病個案之血糖成果

本計畫持續九個月中，關懷服務對象共 50 人，25 人因前、後測血糖測量皆固定於飯前或飯後，故可用來比較血糖值於關懷前後是否有進步，其中兩次血糖測量為飯前值的計 11 人，為飯後值的共 14 人（另 25 人中，9 位個案僅有一次血糖值、16 位個案前後測血糖測量時段不同，則無法分析血糖值於關懷前後是否有進步）。由表五發現 15 位個案之血糖於關懷訪視後有降低（降低範圍 8~135 mg/dl，平均降低-56.8 mg/dl），但亦有 10 位個案之血糖值增加（增加範圍 3~104mg/dl，平均增加 48.7mg/dl）。14 位個案（佔全部個案 28%）血糖較前降低至少 10mg/dl 以上，並未達本方案設定 35%之目標。

表五 血糖結果分析 N=25

前後測增減幅度	飯前 血糖	飯後 血糖	Range	Mean	Wilcoxon signed Rank
-120 mg/dl 以上	1	0			
- 80~120 mg/dl	0	2	-135~-8 mg/dl	-56.8 mg/dl	Z = -3.408 (+) P = 0.001
- 40~80 mg/dl	2	4			
- 0~40 mg/dl	4	2			
+ 0~40 mg/dl	3	2			
+ 40~80 mg/dl	0	2	3~104 mg/dl	48.7 mg/dl	Z = -2.803 (-) P = 0.005
+ 80~120 mg/dl	1	2			

二、自我照顧行為改變成果

分析個案於前後測行為改變部分，有正確飲食型態、三餐定時定量之個案由 70% 達 87.5%；對於高油脂食物部分，知道減少攝取之個案由 75% 達 48%；喜進食高醣類食物習慣的個案由 18% 降到 10%；知道自己一天應該攝取之熱量的個案由 72% 達 87.5%；明白運動的重要性、運動行為的改變最為顯著；天天運動的個案由 40% 達 55%。

三、評價計畫的適切性 (relevancy)

分析 10 位公衛護士 (平均服務年資 18.5 年) 對關懷小組成員之評價，結果顯示所有公衛護士皆認為關懷小組成員具備社區個案指導的知識。對職前訓練的評價，認為尚可的佔 70%，有 50% 公衛護士覺得關懷小組成員配合度高，80% 認為關懷小組可以輔助部分社區護理工作的推展。對於關懷小組與個案建立良好人際互動及處理問題能力，關懷小組成員之人格特質及工作態度，絕大部分公衛護士皆覺尚可。建議職前訓練應給的課程：70% 專業知識，60% 溝通表達，60% 技術指導，40% 社區資源特色，30% 人際應對，10% 角色扮演。至於關懷小組人員需具備哪些特質或能力，則以熱心、愛心、耐心、專業知識、幽默為重要；公衛護士普遍滿意關懷小組成員，並認同其具有照護糖尿病的基本能力。

表六 公衛護士對關懷小組成員之評價及意見調查

項目	個數	百分比
建議職前訓練課程		
專業知識	7	70
溝通表達	6	60
技術指導	6	60
社區資源特色	4	40
人際應對	3	30
角色扮演	1	10
關懷人員需要具備的特質		
熱心	5	50
愛心	5	50
耐心	4	40
專業知識	3	30
幽默	2	20
其他	6	60

陸、結論

醫護專業人士常讓一般罹病民眾有權威距離感，致衛教指導的接受度，常因親切感不足而降低，本計畫期望利用與社區人事接觸之機會，推廣「糖尿病關懷志工」理念，由關懷小組帶動社區糖尿病個案對自我照護及血糖控制的重視。本計畫初步成果顯示社區關懷對糖尿病個案自我照護的影響，將來或可研擬更嚴謹的成果監測方式，確認社區關懷的有效性及其成本效益。

社區關懷照護體系的發展與國家的經濟、政策等因素息息相關，唯有政府與相

關人員共同努力，整合不同照護體系間的服務與聯繫，結合人力與資源，落實持續性健康照顧，才能提昇社區中個案的關懷照護服務品質。世界衛生組織提出西元 2000 年「全人類均健康」的宣言，也曾有糖尿病專家說：「沒有控制不下來的血糖」，然而這些都必須奠基於合宜的居家照護才能達到目標。林文康、江瑾瑜、宣立人等（民 76）發現當病患擁有健康知識越

多，則自我照顧能力也相對的增加。同樣的，對於糖尿病的衛教關懷工作，能夠依個別性的不同而改變進行方式，將有助於促使糖尿病日常自我照顧發展。

（本文作者：沈雅倫為中華醫事學院護理系實習指導老師；葉莉莉為成功大學護理學系講師；蕭尊鳳為臺南市東區衛生所護理長）

註釋：

註：由於近年來失業率攀升，行政院勞委會職業訓練局為增加民眾就業機會，結合政府及民間資源，創造區域性工作機會，培養失業者再就業能力，並達到產業植根、地方永續發展目標（行政院勞工委員會職業訓練局，民 92）。台南市政府依各公家機關所需之人力來提供及分配失業民眾就業之名額，經分發各單位後，給予教育訓練，再協助執行非專業之工作。在九大計畫項目中，其中一項為衛生保健相關業務需求。

參考文獻

- 行政院衛生署 糖尿病社區防治手冊－中老年防治叢書(二) 台北 民 75。
- 江瑾瑜 糖尿病患者知居家照顧 榮總護理 第 10 期第 1 卷 民 82 頁 65-68。
- 林文康、江瑾瑜、宣立人等 糖尿病患者之知識、態度及血糖控制之相關研究 護理雜誌 第 34 期第 1 卷 民 76 頁 65-83。
- 洪百薰 社區老人對醫療照護服務的認知及其需求探討 公共衛生 第 19 期第 4 卷 民 82 頁 353-369。
- 葉莉莉、潘倩慧 台南市衛生所對社區志願服務者之運用概況 社區發展季刊第 69 期 民 90 頁 236-246。
- 葉淑惠、吳淑如 社區殘病老人照護的挑戰 護理雜誌 第 45 期第 6 卷 民 87 頁 37。
- 萬育維 福利計劃與評估 台北 國立陽明大學衛生福利研究所。
- 陳秋方、盧孽艷 社區健康計劃－獨居老人關懷計劃 護理雜誌 第 49 期第 2 卷 民 91 頁 59-64。
- 劉淑娟 罹患慢性病服藥遵從行為及其相關因素之探討 護理研究 第 7 期第 6 卷 民 88

頁 591。

歐陽鍾美 2002 美國糖尿病營養原則與建議 內分泌暨糖尿病學會會訊第 15 期第 4 卷
民 91 頁 23-24。

(2003 年 2 月 23 日) WHO 推薦中國治療糖尿病經驗 摘自 <http://chinahealthcare.nec/redian/52.htm>。

行政院勞工委員會職業訓練局 (2003 年 1 月 3 日) 永續就業希望工程專區：計劃項目
Google 摘自 <http://www2.tvta.gov.tw/step/001/index.asp>。

Anderson, E.T., &McFarlane, L.M. (1996) . Community as partner (2nd. ed., pp. 267-328) .
Philadelphia: J.B. Lippincott.

Berkman, L.F., Oxman. T., &Seeman, T.E. (1992) . The epidemiological study of the elderly
(pp.196-212) . New York:Oxford University Press.

Clark, M.; Hampson, S. (1998) . Patient compliance in diabetes care, Practice Nurse, 16 (1),
23-25。

Dignan, M.B., &Carr, P.A. (1992) , Program planning for health education and promotion (2nd
ed.) . Philadelphia: Lea & Febiger.

Donabedian, A. (1980) . The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor,
MI: Health Administration Press.

Mallison, M.B. (1993) . My name is nurse. A.J.N, 93 (5), 7.

Tilden, V.P., & Weinert, C. (1987) . Social support and the chronically ill individual. Nursing
Clinics of North America, 22 (3), 613-619.