

運用 Orem 理論於一位 初接受腹膜透析病患之護理經驗

王嬋婷 方素瓔*

摘要

末期腎衰竭除了接受腎臟移植，目前替代治療只有血液透析與腹膜透析。腹膜透析為居家透析治療，病患須承擔自我照顧重大責任，因此提昇病患自我照顧能力是主要護理職責。本文應用 Orem 理論，護理一位初接受腹膜透析治療之個案，經評估確立其有組織完整性受損、知識缺失、潛在危險性感染、潛在性體液容積過量之護理問題，而給予部份代償性、支持與衛教性護理措施，協助個案修正生活習慣，學習建立自我照顧能力。訓練過程中病患本身之自我照顧意願是最大影響因素，能夠面對疾病，有意願改變，確實遵照治療，將治療整合到日常生活中，才能克服健康偏差的影響，改善生活品質。末期腎衰竭是慢性、長期性、即使經過治療仍無法痊癒之疾病，病患要面對的不只是腎臟單一問題，而是全身性、心理與社會各方面難題，因此護理上需持續不斷評估、介入與評值才能預防及減少併發症產生。

關鍵字：末期腎衰竭、腹膜透析、自我照顧、Orem 理論

前言

腎臟是排除廢物的主要器官，包括溶質廢物如尿素氮、肌酸酐與水份等「排泄」功能，還負責「調節」體內環境，維持酸鹼度、電解質、體液的平衡。當腎功能剩下百分之十時，體內廢物會大量堆積，

產生各種併發症，影響各系統功能，而非單一腎功能病變（黃，2002；譚、楊，2002）。此外也會發生能量減少、活動與休息型態改變、及因長期治療壓力，影響身心狀況產生疲憊與憂鬱等問題（林、曾、龍、

奇美醫院腹膜透析室副護理長 中華醫事學院講師*

受文日期：92年3月25日 修改日期：92年7月24日 接受刊載：92年12月23日

通訊作者地址：王嬋婷 台南縣永康市中華路901號 奇美醫院腹膜透析室

電話：(06) 2812811 轉 7475 電子信箱：cmh7348@mail.chimei.org.tw

郭, 2000; 鍾、方, 1998; McCann & Boore, 2000)。

當病患被告知末期腎衰竭時, 除了需面對腎臟永久失能之壓力, 還須抉擇治療方式, 與調適長期治療生活型態。而腹膜透析為居家透析治療, 在治療模式上病人有較大的自主能力, 但相對的也必須承擔較多自我照顧責任(胡、林, 1999)。國內外 Orem 理論已被廣泛運用於護理各類病患, 本文嘗試運用該理論, 評估腹膜透析病患, 確立其接受治療時之自我照顧需求與缺失, 進而提供介入措施, 期盼能更深入協助病患增進自我照顧能力, 增加對疾病控制感, 避免過度依賴, 以促進罹病後自信心與人際互動, 減少被棄與隔離, 提升罹病後生活品質及減少併發症的發生。

文獻查證

一、腹膜透析病患常見問題與護理措施

腹膜透析為居家透析治療, 接受治療時, 需於腹部植入一永久性矽膠(silicone)導管, 藉由人體天然的腹膜, 利用擴散與對流作用將血液中代謝廢物移除至透析液再排出體外(吳, 2002)。接受腹膜透析病患可依照其原來生活習慣安排換液時間, 因此對於必須工作或就學者等較為便利, 但也因其為居家自我透析, 病人的合作性、遵從醫囑性、及家人的支持程度都與治療成功與否及合併症發生和預後有關, 尤其病患本身自我照顧意願更是最大影響因素(Bernardini, Nagy, & Piraino, 2000; Gokal & Hutchison, 2002; Raj, 2002)。

腹膜透析護理人員於植管後, 除了進行病患之換液技術、導管照顧、飲食、用藥、居家問題處理等各方面自我照顧訓練

課程外, 尚需注意病患早期是否發生導管阻塞、透析液進出困難、導管移行等問題, 當問題發生時需先檢查管路是否扭折, 觀察引流液進出速度, 及是否出現纖維蛋白等來判別導因, 並可在必須重新置管前, 先藉由改變病患姿勢、擠壓透析液、增加腸蠕動等護理措施改善問題。若因導管進入腹膜處太鬆或腹膜層破洞發生透析液滲漏時, 則需暫停腹膜透析, 待其癒合再行治療, 倘若無法癒合就需手術修補。而腎衰竭病患因血液系統障礙產生紅血球加速破壞、血小板功能障礙等問題, 常發生植管後血性透析液, 護理病患時除了注意生命徵象變化與持續觀察引流透析液清澈度外, 並需監測透析液進出流速, 避免發生血塊阻塞導管情形(黃, 2002; 楊, 2002; Leblanc, Ouimet, & Pichette, 2001)。

腎衰竭病患因免疫系統受到抑制, 容易遭致感染, 腹膜炎則為最常見之合併症, 感染途徑來自於內因性如腸道細菌感染, 及常因換液技術不當所導致的外因性感染, 此原因常造成病患無法繼續腹膜透析治療, 預防最佳方法就是執行正確換液技術, 而護理措施應定期再給予技術評值及重覆衛教, 並於發生感染時找出感染原因, 針對導因加以改善, 減少一再發生感染與併發症的產生(朱、朱、林, 2000; 江、黃, 2002)。而長期腹膜透析治療過程中, 病患尚可能發生導管出口處發炎、隧道感染、外導管袖口突出等問題, 因此教導病患導管出口自我照護, 正確固定方式與辨識發炎症狀, 是預防問題發生與即時處理改善問題之首要護理措施(吳, 2002; 楊, 2002)。若因透析液注入導致腹壓增加產生疝氣問題時, 則需藉由修補處置。當病患因消化系統障礙出現噁心、口腔有尿

味、食慾不振、嘔吐等症狀，除給予症狀處理及均衡營養與蛋白質適量攝取飲食衛教外，並應藉由體重、主觀整體營養評估、生化數值、擴清率等評估病患營養狀況並加以改善，避免因營養不良問題導致罹病率與死亡率的增加（徐、江、黃，2002）。而維持適當體液容積，則需教導病患如何自我評估體液容積狀況，正確記錄血壓、體重與透析液進出量，避免因體液容積過剩導致高血壓、呼吸困難、心肺衰竭問題（London, Guerin, & Marchais, 1999）。由於透析治療只能替代部分正常腎功能，有些代謝廢物如磷酸鹽無法由透析完全排除，因此在護理上須注意病患血磷及血鈣值之變化，依照個別性給予藥物衛教，並可運用行為修正，引發病患認知重整及自我監測，增加病患自我照顧效能，避免次發性副甲狀腺功能亢進及預防骨病變發生（邱、梁，2002；黃、周、方，2002）。

二、歐倫理論（Orem's theory）

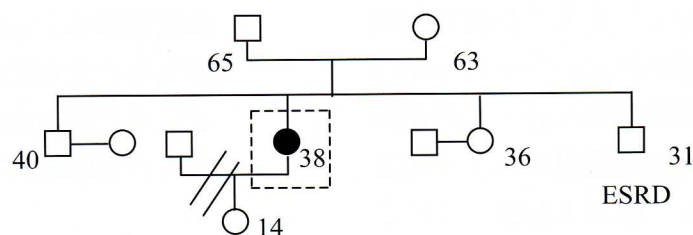
Orem 理論由自我照顧理論、自我照顧缺失理論及護理系統理論組成。在自我照顧理論中，自我照顧需求分為一般性自我照顧需求、發展性自我照顧需求及健康偏差性自我照顧需求三種。而「人」是生理、心理、社會各層面的組合體，其功能運作與外在環境密切相關，會利用不同技巧去控制或適應環境，為了持續維護生命及健康，更具有自我照顧自主性行為。當「

人」因本身健康問題產生限制，使得自我照顧能力無法滿足自我照顧需求時，則發生自我照顧缺失，護理是當個人無法完成自我照顧需求時給予的直接協助，其護理照護系統分為：（1）完全代償，指病患完全沒有自我照顧能力時，護理人員給予完全自我照顧需求。（2）部份代償，指護理人員協助病患完成無法執行之部份自我照顧能力。（3）支持與教育性，指護理人員以統合觀點評估病人在知識、技能與動機上需求，給予協助或加強推動。因此 Orem 自我照顧理論，可被應用於不同年齡層健康者或病人身上，並且可以是一種獨立自主或依賴性行為（盧、謝、莊、楊，1998）。

個案簡介

一、基本資料

鄭小姐，38 歲，高雄縣人，高中畢業，23 歲結婚，隔年離婚，生有一女，現為 14 歲國中生住屏東，自幼由其前夫母親照顧，離婚後會不定期探視。個案未再婚，自購屋獨居於台南市，擔任百貨公司專櫃小姐，有一交往男友，無再婚打算。其弟於 19 歲時不明原因腎衰竭接受血液透析治療，2 年後腎移植，5 年後因移植腎衰竭，再度接受血液透析治療至今，其它親屬無相關性疾病（見圖一）

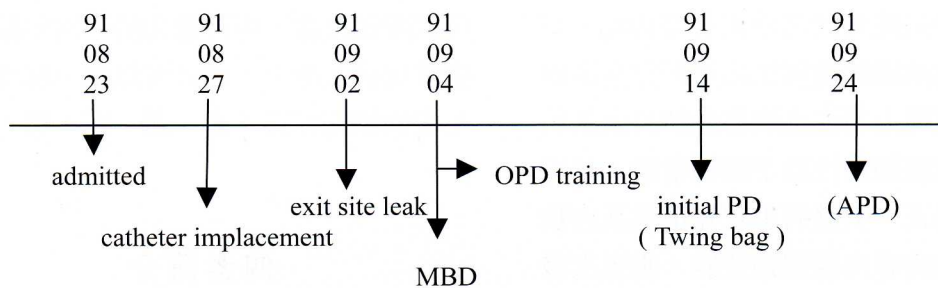


圖一 家庭圖譜

二、疾病史

自述平時健康情況良好，唯一住院經驗是剖腹生產，約於兩年前小便出現許多無法消散的泡沫，一年半前因血壓高至本院心臟血管科門診，抽血檢查 Creatinine 2.34 mg/dl，轉診至腎臟科，發現蛋白尿，超音波顯示雙側腎臟萎縮。91年5月開始每天服用 Norvasc & Concor 各 5mg，平時血壓約 150-160/90-100 mmHg。近一年來感

覺食慾變差，體力較不足，睡眠中常作夢，尤其最近一個月更加明顯。91年8月23日抽血檢查 Creatinine 8.4 mg/dl，醫師告知需透析治療，故辦理入院，因考量工作時間，選擇腹膜透析作為替代治療，於8月27日接受外科手術植入 double cuff Tenckhoff Catheter，9月4日轉門診訓練，筆者主要照護期間自91年9月2日至9月30日（見圖二）。



圖二 護理過程

護理評估

運用 Orem 自我照顧理論，評估個案護理需求如下：

一、一般性自我照顧需求

- (一) 維持足夠的空氣吸入：呼吸平順，每分鐘 16 次，胸部 X 光正常，無吸煙習慣，經評估個案並無呼吸道功能障礙。
- (二) 維持足夠的水分攝入：整體外觀膚色偏黃，腹部肌肉鬆弛且有明顯妊娠紋，肢體無明顯水腫，口腔黏膜正常，雙唇無乾澀現象，生化報告電解質平衡，應無水份攝入不足之問題。

- (三) 維持足夠的食物攝取：161 公分，59 公斤，理想體重 = $(161-70) \times 0.6 = 54.6 \text{ kg}$ ，尚屬正常範圍。三餐多為外食，若工作時間接近中午，有時一天進食兩餐，有一顆固定假牙，無進食障礙，主訴「我以前胃口很好不會偏食，但是最近這一年胃口變差，尤其最近一個月更明顯，可是我怕營養不夠，會強迫自己盡量吃」。個案指甲、手掌顏色較蒼白，血比容偏低（見表一），經評估目前攝入量尚能滿足需求，但因有蛋白尿及透析時蛋白質流失，應持續評估有否營養狀況改變。

表一 各項檢驗數值

| 檢驗日期 | 90/6/25 | 90/11/21 | 91/1/28 | 91/5/27 | 91/8/19 | 91/8/23 | 91/9/11 |
|-----------------------------|---------------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Cr (mg/dl) | 2.34 | 2.81 | 2.94 | 5.48 | 8.13 | 8.4 | 7.94 |
| Hct (%) | | 33 | | 27.7 | 24.7 | 24.1 | 20.9 |
| Alb (g/dl) | | | | | | 3.5 | 3.5 |
| Ca (mg/dl) | 8.9 | | | | | | 7.2 |
| P (mg/dl) | 4.1 | | | | | | 6.7 |
| 90/7/30 Total urine protein | 4860 mg/24hrs | | | | | | |

- (四) 維持正常的排泄功能：每日排軟、黃褐色便一次。兩年前發現蛋白尿，現清澈、色黃、泡沫多，每日尿量約 1100ml。月經週期正常，平均 28-30 天。故個案目前尚能維持糞便排泄與水份排除功能，但因殘餘腎功能將日漸減退，導致體液調節功能變差，故會有潛在性體液容積過量問題。另外筆者於 9/2 發現導管出口處滲出清澈透明液，以血糖試紙檢查結果 Glucose 195 mg/dl，因此有組織完整性受損問題，須暫停腹膜透析治療。
- (五) 維持獨處與社會互動平衡：個案離婚後一直獨居，自己為主要決策者，主要照顧者為妹妹，兩人家住附近，曾參與部份訓練課程。有一男友亦已離婚有一女兒，晚間會於醫院陪伴個案，白天需工作未參與課程，男友父母已過逝，兩人無再婚打算，但案母希望個案能再婚。同事探病時，個案神情未顯悲傷，對談自如，表示之前同事已知其腎功能不好，還曾提供密方，但不敢嘗試，當同事聽說其必須「洗腎」時仍不敢相信。經評估個案雖獨處尚能維持社會互動，惟仍需注意未來是否會因透析治療而發生娛樂活動缺失或社交互動障礙問題。
- (六) 維持活動與休息之平衡：肌肉張力與關節活動度正常，無運動習慣，活動多為靜態如看電視。工作須輪班(11am-10pm 間)，晚上約 12 點就寢 9 點起床，以往可以熟睡，但最近經常做夢，感覺睡不飽，容易感到疲倦。9/2 教導個案時發現其常打哈欠，9/4 轉門診訓練期間，則未再出現打哈欠情形，學習過程注意力能集中，並能提出疑問，故應於個案接受透析治療數月後，再次評估其是否因腎病變而導致活動無耐力、疲憊或有睡眠形態紊亂問題。
- (七) 防止對生命的危害：12 年前當其弟腎衰竭需接受透析治療時，個案也曾擔心是否有相同健康問題，但自己與家人並未曾有任何健康防護處置行為。案弟現擔任學校工友職務，因未按時服用藥物導致副甲狀腺部份切除，故個案能明瞭正確服藥之重要性，並能接受必須終身透析維持生命，因認為利用睡眠時段及上班前與晚餐時換液，較不會影響原來生活型態，故選擇腹膜透析為替代治療。
- (八) 增進功能及發展潛能：能配合醫療護理措施，認真學習腹膜透析自我照顧注意事項，對不明白處會提出

疑問，但因末期腎衰竭永久存在之疾病狀態，免疫系統功能較差，加上必須接受腹膜透析治療，每日進行透析液更換來維持生命，故有潛在危險性感染問題。

二、發展性自我照顧需求

高中畢業即於同一家公司服務達十多年，工作並無升遷管道，只有業績壓力，自認可以繼續勝任工作，但還是會擔心公司態度，因有房屋貸款，害怕無法工作會影響經濟來源。依照 Erikson 之心理社會發展理論，個案正值中年期，階段任務為生產，若生產力未達成，會產生停滯、無用感，故應持續注意個案是否產生自我概念變化，價值感降低，自尊紊亂情形。

三、健康偏差性自我照顧需求

無健檢習慣，公司也從未有勞工健康

檢查。個案訴「12年前我弟弟也不知道什麼原因，醫生就說腎臟壞了要洗腎」，「那時我們也會擔心是不是有一樣的問題，不過就是沒有想到要去檢查」，「醫生跟我說也要洗腎時，我自己又去別的醫院看門診，結果都一樣」，「以前我因為很容易感覺疲倦、沒精神、體力也變差，有去收驚過三次，現在才知道是腎臟的問題」，「我弟弟現在在學校當工友，因為沒有按時吃藥，所以已經切除副甲狀腺了」。個案因考慮工作因素選擇腹膜透析，雖能接受需要終身透析維持生命的事實，也明瞭正確服藥之重要性，但因缺乏腹膜透析自我照顧有關知識，故有知識缺失問題。

問題確立

綜合以上評估，依 Orem 護理系統，說明護理問題與護理職責如表二。

表二 護理問題與護理人員於自我照顧中角色職責

| 護理問題 | 護理照護系統 | | |
|-----------|--------|------|-------|
| | 完全代償 | 部份代償 | 支持教育性 |
| 組織完整性受損 | | ○ | ○ |
| 知識缺失 | | ○ | ○ |
| 潛在危險性感染 | | ○ | ○ |
| 潛在性體液容積過量 | | ○ | ○ |

措施與評值

一、組織完整性受損/植管後導管出口處癒合不良

客觀資料：

筆者於 9/2 發現導管出口處滲出清澈透明液，血糖試紙檢查結果 Glucose 195 mg/dl。

(一) 護理目標

1. 出院時 (9/4) 個案能正確執行導管出口處換藥，能說出導管出口處發炎症狀，並會觀察及說出滲液情形。
2. 一週後 (9/9) 導管出口處乾燥，不再有滲出液情形。
3. 兩週後 (9/14) 導管出口處自行癒合，能開始執行透析液注入治療。

(二) 護理措施

1. 部份代償，於住院及門診訓練期間，協助個案更換導管出口處敷料及觀察導管出口處癒合情形，並注意未透析期間身體影響狀況。
2. 支持與教育性，指導示範導管出口處自我照顧方法，說明滲液原因減少個案壓力，衛教導管出口處發炎症狀，教導自我觀察滲液情形及使用束腹帶固定保護減少導管牽扯，衛教暫時上半身採用擦澡方式，保持傷口乾燥。

(三) 護理評值

9/3 已使用束腹帶固定保護傷口。9/4 出院時，能正確執行導管出口處換藥，並於換藥時主動觀察說出紗布上仍有滲液，同時會檢查有否紅、腫、熱、痛等發炎症狀。9/9 導管出口處乾燥未有滲液。9/14 開始小量注入 500 ml 透析液，9/22 注入量達 1500 ml 導管出口處未有滲出液。9/23-24 首次進行全自動腹膜透析治療，平躺注入量 2000 ml，末袋注入量 1500 ml，無不適情形，開始每日執行居家夜間全自動腹膜透析加日間兩次 1500 ml 雙袋式換液治療。

二、知識缺失/與缺乏腎臟衰竭及腹膜透析正確資訊有關

主觀資料：「12 年前我弟弟也不知道什麼原因，醫生就說腎臟壞了要洗腎」，「那時我們也會擔心是不是有一樣的問題，不過就是沒有想到要去檢查」，「醫生跟我說我也要洗腎時，我自己又去別的醫院看門診，結果都一樣」，「以前我因為很容易感覺疲倦、沒精神、體力也變差，有去收

驚過三次，現在才知道是腎臟的問題」，「我弟弟現在在學校當工友，因為沒有按時吃藥，所以已經切除副甲狀腺了」。

客觀資料：需終身接受腹膜透析治療以維持生命，缺乏腎衰竭及腹膜透析治療正確資訊。

(一) 護理目標

- 1.9/4，個案及家屬能具備腎功能、腎衰竭與腹膜透析知識。
- 2.9/5，能明白常規藥物作用，並能按時正確用藥。
- 3.9/11，能明瞭每月例行抽血檢查各項數據正常值及意義。

(二) 護理措施

1. 部份代償，監測每月血液鈣、磷、血比容等各數值變化。
- 2、支持與教育性，住院中進行腎功能、腎衰竭與腹膜透析之整體衛教，並給予筆試問卷，再依其答錯與未作答部份加強衛教。9/4 出院時，再次加強衛教常規用藥 (Folic acid 5mg qd、Vit Bco 1# qd、CaCO₃ 500mg tid with meal、Norvasc & Concor aa 5mg qd) 作用與服用方法。9/11 依血液生化檢驗結果作個別性衛教，及實際示範教導個案及案妹 EPO 注射技術與保存相關注意事項。

(三) 護理評值

9/3 問卷測試結果滿分，仍逐項再加強講解。9/5 返院門診訓練，午餐時未於餐中服用磷結合劑，再予衛教。9/24 回診時帶回注射後之 EPO 空針，並記得將攜回之針劑置於冰箱冷藏。且能在護理人員解說下記錄各項抽血報告數值，明白血鈣值偏低 7.2

mg/dl、血磷偏高 6.7 mg/dl，經確認個案有按時正確服藥，因無不適，故暫觀之。10/9 再檢測時，血鈣 9.3 mg/dl，血磷下降至 4.9 mg/dl。

三、潛在危險性感染/與侵入性換液治療有關

危險因子：

每日需進行透析換液治療併腎衰竭免疫系統功能降低。

(一) 護理目標

- 1.9/3，個案能正確執行換液步驟，並檢查引流出透析液清澈度。
- 2.9/4，能說出腹膜炎導因與預防措施，及發生腹膜炎時之處置。

(二) 護理措施

- 1.部份代償，於病患每次換液時監測換液技術，並與個案一起檢查引流出透析液清澈度，隨時評值修正個案換液技術。
- 2.支持與教育性，經由個案回覆示教換液步驟後，接續教導加強無菌觀念等注意事項，給予筆試換液注意事項問卷測試。並與個案討論安排返回工作之換液時間、場所及相關安全問題。

(三) 護理評值

9/2 能正確執行換液步驟，完整做到環境與用物準備，惟動作過於急促再予衛教，但因導管出口處滲液，故暫停透析液注入。9/3-4 利用教具換液動作沉穩，並會主動說出換液後需檢查引流液清澈度。9/5-6 學習全自動腹膜透析時，提出擔心洗手困難，給予管組返家測量後，隔日表示已調整床舖方向，起床時可至廁所洗手。

9/14 開始小量透析液注入，換液動作熟練無誤。9/23-24 能正確執行全自動腹膜透析治療。10/1 開始上班，利用進餐時間在更衣室進行雙袋式換液。

四、潛在性體液容積過量/與末期腎衰竭，殘餘腎功能日漸減退有關

危險因子：

91/8/23 Cr：8.4 mg/dl，BP：150-160/90-100 mmHg (Norvasc & Concor aa 5mg qd)，尿量 1100 ml/day，BW：59 kg (理想體重 54.6 kg)。

(一) 護理目標

- 1.9/3，能說出體液容積過量之症狀與維持平衡體液容積之方法。
- 2.能每日正確記錄血壓、體重與透析液進出量，及檢查水腫情形。
- 3.出院時暫定標準體重 59 kg，並依照血壓、體重、尿量增減、周邊水腫與透析液進出量，調整標準體重。

(二) 護理措施

- 1.部份代償，觀察個案服用降壓劑情形及血壓變化，協助個案測量及記錄體重、血壓與周邊水腫狀況。
- 2.持與教育性，衛教體液容積過量對心肺功能之影響，並筆試測驗認知成果。教導自行記錄及依據血壓、體重、周邊水腫、脫水量及尿量變化，調整水份攝取量和透析液濃度。並衛教服用降血壓劑 Norvasc & Concor 之注意事項。

(三) 護理評值

9/3，能自行正確測量、記錄體重與血壓，及說出體液容積過量之症狀，並會自我按壓小腿骨骼處檢查水腫

情形。問卷測試結果滿分，仍逐項再加強講解。9/2-12 暫停透析期間，能確實每日測量記錄體重、血壓，體重維持在 58.5-59.5kg 之間，並於每日上午服用降壓劑，血壓約為 130/90 mmHg。9/24 透析液注入量達 2000 ml 時，體重增加至 60.2 kg，呼吸順暢，血壓維持於 130/90 mmHg，周邊無水腫情形，故尚能維持體液平衡。

討論

一、迫切生理性問題需要為首要護理事項

末期腎衰竭是慢性、長期性疾病，即使經過治療仍無法痊癒，病患面對的不只是腎臟的問題，更涵蓋身、心、社會各方面難題。於照護病患時，護理上首要注重迫切生理性問題，如代謝廢物之排除，因此有效之透析管路為必備要素，才不至影響透析療效。此個案植管後即開始每日進行單次 500 ml 透析液注入，一星期時發生導管出口處透析液滲漏問題，肌酐酸雖已達 8.4 mg/dl，但因未有危及生命徵象，因而暫停透析治療兩週，護理上除了給予導因解說，並教導病患使用束腹帶固定保護導管出口處減少腹肌牽扯外，並於門診訓練期間協助觀察癒合情形，同時注意及詢問個案是否出現不適狀況，以減少病患心理壓力，結果於植管後 18 天得以順利進行腹膜透析治療。因此若病患病況可，應儘可能於植管後十天，待傷口癒合再開始注入透析液，以防範導管出口處發生早期滲漏問題 (Twardowski & Nichols, 2000)。

二、加強知識與技能的建立，適時修正態度與行為

其次之護理重點為教導個案及家屬具備腎功能、腎衰竭與腹膜透析知識、技能及自我照護能力。成功的治療，除了透析小組共同建立適合病患的治療計劃外，病患對疾病的認知、態度與自我照顧行為，對病情控制更為重要。此個案年輕且學習動機強，願意面對疾病並將治療整合到生活中，是促使其獨立達成自我照顧之主要因素 (黃、吳、許、蔡，1996)。

然而面對漫長疾病過程與長期治療，易產生身心疲憊，自我照顧行為較難持久，因此個案是否能持續遵從醫護處置，正確執行換液技術，維持適當體液平衡，是否會因長期治療產生無助感及娛樂活動缺失與社交互動障礙，乃至有否足夠社會支持系統等問題，都是應隨時評估注意，並加以衛教預防改善的 (李、王，2001)。

三、潛在性問題的預防可避免併發症的產生

末期腎衰竭與透析治療導致的潛在性問題，如腹膜炎、體液容積過量等，除可在病患回診時觀察發現問題與需求外，重複性再教育、問卷測試、回覆示教等，都是增強衛教的方法與途徑。因透析造成蛋白質流失之營養狀況改變、透析液葡萄糖吸收產生高血脂以及腎性骨病變、貧血影響活動無耐力或疲憊等問題，更需不斷藉由衛教讓病患瞭解自身狀況與合併症導因，提昇病患對自己健康照護態度，以避免併發症產生 (吳、許、蔡、黃，1997)。

結論

腹膜透析病患自住院植管到居家獨立透析，首先需經歷繁雜的訓練課程，護理時因病患個別差異與所需不同，因而在指導方式與進度上需作調整，而後腹膜透析護理人員需背負長期門診追蹤照顧責任，並提供即時性護理，故見其獨特專業性。運用 Orem 理論照護腹膜透析病患，可評估個案自我照顧行為缺失，進而提供所需護理措施，協助個案建立自我照顧能力。

此個案罹病初期調適狀況尚可，但只能視為階段性心理與社會層面評估，因失能性慢性病患會因生理功能永久損傷而改變對自身的看法以及對未來的希望與計劃，容易產生負向自我評價、價值感降低、自尊紊亂情形（翁，1999），故應持續觀察個案歷時發展性自我照顧需求，以防止對生命的危害。

此外接受腹膜透析治療病患須同時面對疾病與學習自我照顧雙重壓力，故可於門診進行透析訓練，讓病患儘早適應與調整罹病後之生活形態，早日回歸社會，亦可減少醫療費用支出（Lee, et al., 2002）。

參考文獻

- 江杏珠、黃金蓮（2002）· 照顧一位連續可動性腹膜透析病患發生腹膜炎的護理經驗· 台灣腎臟護理學會雜誌，1（2），133-146。
- 朱輝忠、朱柏齡、林裕峰（2000）· 慢性腎衰竭患者的免疫失調及感染疾病· 國防醫學，30（3），208-212。
- 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），147-157。
- 邱小鳳、梁靜祝（2002）· 運用行為修正策略於透析病患之腎性骨病變· 臺灣腎臟護理學會雜誌，1（2），97-104。
- 吳佩蓉、許淑蓮、蔡敦仁、黃秀梨（1997）· 個別衛教對慢性腎衰竭患者疾病認知、態度、自我照顧之成效· 台灣醫學，1（1），23-34。
- 吳景恆（2002，11月）· 腹膜透析原理與發展· 於台灣腎臟醫學會與護理學會主辦，第七梯次腹膜透析護理人員訓練班教材· 台北：榮民總醫院。
- 林季宏、曾東勝、龍佛衛、郭泰松（2000）· 尿毒症患者合併有憂鬱症之文獻回顧· 當代醫學，27（7），598-603。
- 胡潔瑩、林秋菊（1999）· 末期腎臟疾病患者面對透析治療方式的抉擇衝突· 腎臟與透析，11（2），106-109。
- 徐邦治、江守山、黃志銘（2002）· 實用準則（1）-成人慢性腎衰竭營養臨床· 腎臟與透析，14（2），89-96。
- 翁嘉英（1999）· 慢性病患失能初期評價性自我概念之變化：以腎病末期患者為例· 應用心理研究，3，129-161。
- 黃秀梨、吳佩蓉、許淑蓮、蔡敦仁（1996）· 慢性腎衰竭患者的疾病認知、態度及自我照顧行為之研究· 慈濟醫學，8（4），313-321。
- 黃月妍、周學智、方華章（2002）· 透析病人腎性骨病變之鈣、磷控制的重要性及方法· 臺灣腎臟護理學會雜誌，1（2），84-88。
- 黃志強（2002）· 血液透析學· 台北：合記。
- 黃燦龍（2002，11月）· 腹膜透析導管

與導管植入術·於台灣腎臟醫學會與護理學會主辦，第七梯次腹膜透析護理人員訓練班教材·台北：榮民總醫院。

楊麗芬 (2002, 11月)·CAPD 病患之護理·於台灣腎臟醫學會與護理學會主辦，第七梯次腹膜透析護理人員訓練班教材·台北：榮民總醫院。

盧美秀、謝碧鳳、莊嬌榮、楊小娟 (1998)·歐氏自我照顧缺失理論·於盧美秀、鄭綺、林佳靜合著，護理理論與應用 (pp. 103-140)·台北：偉華。

鍾麗娟、方基存 (1998)·末期腎病患者疲憊之介紹·腎臟與透析，10 (4)，205-211。

譚柱光、楊五常 (2002)·人工腎臟·台北：力大。

Bernardini, J., Nagy, M., & Piraino, B. (2000). Pattern of noncompliance with dialysis exchanges in peritoneal dialysis patients. American Journal of Kidney Diseases, 35(6), 1104-1110.

Gokal, R., & Hutchison, A. (2002). Dialysis therapies for end-stage renal disease. Seminars in Dialysis, 15(4), 220-226.

Leblanc, M., Ouimet, D., & Pichette, V. (2001). Dialysate leaks in peritoneal dialysis. Seminars in Dialysis, 14(1), 50-54.

Lee, H., Manns, B., Taub, K., Ghali, W. A., Dean, S., Johnson, D., & Donaldson, C. (2002). Cost analysis of ongoing care of patients with end stage renal disease: The impact of dialysis modality and dialysis access. American Journal of Kidney Diseases, 40(3), 611-622.

London, G. M., Guerin, A. P., & Marchais, S. J. (1999). Hemodynamic overload

in end-stage renal disease patients. Seminars in Dialysis, 12(2), 77-83.

McCann, K., & Boore, J. R. P., (2000). Fatigue in persons with renal failure who require maintenance haemodialysis. Journal of Advanced Nursing, 32(5), 1132-1142.

Raj, D. S. C. (2002). Role of APD in compliance with therapy. Seminars in Dialysis, 15(6), 434-436.

Twardowski, Z. J., & Nichols, W. K. (2000). Peritoneal dialysis access and exit site care including surgical aspects. In R. Gokal, R. Khanna, R. T. Krediet, & K.D. Nolph (Eds), Textbook of peritoneal dialysis (pp. 307-361). London: Kluwer Academic Publishers.

The Application of Orem's Theory in Caring a Fresh ESRD Patient with Peritoneal Dialysis Treatment

*Charn-Ting Wang Su-Ying Fang**

Abstract

Besides renal transplantation, hemodialysis and peritoneal dialysis are the only replacement therapies available to treatment patients with end stage renal failure. Because some patients can self-administer peritoneal dialysis in the home, promoting the self-care of patients is a primary nursing duty. This article applies Orem's theory with a new dialysis patient. The nursing diagnosis found impaired tissue integrity, knowledge deficits, risk for infection, and risk for fluid volume excess. Based on the nursing diagnosis, the patient was provided with supportive health education. The results show that the key points for promoting good outcomes are that the patient has effective self-care behaviors and a positive attitude towards the disease. End stage renal failure not only includes physical impairments, but also affects the patient psychologically and socially, so continued assessments, intervention, and evaluation can realize prevention and avoidance of side effects.

Key words: end stage renal failure, peritoneal dialysis, self care, Orem's theory

AHN, PD room, Chi Mei Foundation Hospital

Lecturer, Chung Hwa College of Medical Technology *

Received : Mar. 25, 2003

Revised : Jul. 24, 2003

Accepted for publication : Dec. 23, 2003

Correspondence : Charn-Ting Wang, 901, Chung Hwa Rd, Yung Kang City, Tainan, Taiwan Chi-Mei
Foundation Hospital

Telephone : (06) 2812811 ext 7475 E-mail: cmh7348@mail.chimei.org.tw