

Orem自我照顧缺失理論— 以人工膝關節置換術病人為議題之討論

謝玉琴¹ 劉麗芳¹ 張秉宜^{2*}

光田綜合醫院護理部¹ 三軍總醫院護理部²

摘要

我國目前人口結構老化，接受關節置換術的病人也逐年增加，如何使膝關節置換術能成功，不僅依賴手術技術的品質，更與病人術後復健運動執行程度息息相關，而Orem認為護理的目標就是要協助個體走向最佳的自我照顧狀態，其自我照顧缺失理論為護理過程提供了整體性的評估及護理功能的確認，並運用三個護理系統，協助病人滿足自我照顧之需求。

關鍵字：自我照顧缺失理論，人工膝關節置換術

前言

根據中華民國骨科醫學會的統計，國人每年大約有3,000人次因為膝關節病灶，接受全膝關節置換術（1）。其中主要原因為退化性關節炎，以老人居多，以我國目前人口結構老化情形，接受關節置換術有逐漸增加趨勢，如何使膝關節置換術能成功，不僅依賴手術技術的品質，更與病人術後復健運動執行程度息息相關（1）。手術後病人身體活動功能的恢復需要一段時間，病人必須在出院前具備自我照顧的能力，才能在返家後繼續復健計劃並正確執行日常活動，期能恢復最大身體活動功能、提升生活品質。

Orem認為護理的目標就是要協助個體走向最佳的自我照顧狀態，其自我照顧缺失理論為護

理過程提供了整體性的評估及護理功能的確認，本文將介紹其理論的內容，並說明如何運用於人工膝關節置換術病人的護理過程。

Orem自我照顧缺失理論之介紹

Orem的自我照顧缺失理論是護理的一般性理論，在其理論信念裡，自我照顧是一個個體為了維持生命、健康和幸福所執行的一系列活動，是維持生活品質不可或缺的要素；Orem的理論說明自我照顧、自我照顧缺失及護理系統三者的相關性，運用其理論架構可檢視個人自我照顧能力及其自我照顧需求的平衡狀態，再決定是否需要護理活動以及需要何種護理活動，來協助個人走向最佳自我照顧的狀態，是臨床照護實務很好的理論依據（2,3）。以下將分別敘述其假說、

*通訊作者

收件日期：2006年12月29日；接受日期：2007年2月15日

基本概念及理論架構。

一、主要假說

五個關於人類的假說形成自我照顧缺失理論的基本原則。是一種關係的說明，可以幫助護理人員去組織已有的概念：

- (一)人必須對自己及環境不斷輸入一些精確訊息，以便維持其生存和身體功能。
- (二)人類具有深思熟慮的行為能力，可以確立自己及他人照顧的需求，並且獲取個人的需求。
- (三)成熟的個體當其照顧自己或他人的能力受限時就會產生困乏的經驗。
- (四)人類的能力是藉著發現、發展和轉換的方式，確認自己或他人的需求並且輸入此種需求。
- (五)人類團體是一個有結構，且互相關聯的集合體，當團體中有人無法執行自己和他人的需求時，則團體有責任去提供一些照顧給需要的人。

以上五個假說說明人類具有基本的需求，並且有滿足自我需求的能力，當一個人自我照顧有了缺失就會產生困乏的經驗，此時便需要團體中其他人的協助(4)。

二、基本概念

Orem理論是由六個主要概念及一個附屬概念組成，分述如下：

(一)自我照顧 (self-care)

自我照顧是一種學習而來的照顧自己的行為，是個體針對自己或環境中影響個體功能發展之因素所採取的調節行為，是一種深思熟慮的行為，其主要目的是希望藉由調節這些影響因素，以維持生命機能、結構的完整，並達到健康(4)。

(二)治療性自我照顧需求 (therapeutic self-care demand)

治療性自我照顧需求是指個人在某一段特定時期內，為了滿足自我照顧必備的條件 (self-care requisites) 所採用之各種照顧方式，這些方法是個人維持健康所採取的所有措施。治療性自我照顧需求是多重且複雜的，個人可能因相關知識和技能的缺乏，致使需求無法獲得滿足。此外，個人或接受照顧者的健康和發展情形，也影響治療性自我照顧需求的質與量(2,4)。

(三)自我照顧能力 (self-care agency)

是個人為了達到身體健康、成長發展與安適而產生持續性需求時，所學習得到的一種複雜能力，也就是執行自我照顧的能力；包括執行自我照顧活動所須的知識、技能與動機(2,4)。

(四)自我照顧缺失 (self-care deficit)

是指個人受到某部分的限制，使其自我照顧能力無法滿足自我照顧需求時所產生的缺失；可能是完全自我照顧缺失或部分自我照顧缺失(4)。

(五)護理能力 (nursing agency)

護理能力是指護理人員針對那些自我照顧缺失的人設計和執行其所須護理活動的能力；包括確認他人自我照顧需求、及協助他人滿足需求或發展自我照顧能力。護理能力是經教育與訓練而得的能力，包括知識、判斷力、作決策及執行活動的能力，這些能力可經由護理過程呈現(2,4)。

(六)護理系統 (nursing system)

護理系統是為滿足個案治療性自我照顧需求、或增進個案自我照顧能力而採取的一連串的行動，由護理人員與病人共同執行之(4)。

(七)基本情況因素 (basic conditioning factors)

基本情況因素是指影響個人從事自我照顧的



能力或影響自我照顧需求的量與種類的因素。這些因素包括年齡、性別、發展狀況、健康狀況、社會文化背景、家庭系統、生活型態、環境因素、可利用的資源、及健康照顧系統等（4）。

三、理論架構

Orem的「自我照顧缺失理論」包括了三個重要的理論：自我照顧理論（theory of self-care）、自我照顧缺失理論（theory of self-care deficit）、以及護理系統理論（theory of nursing system）。其中自我照顧缺失理論可說是整個護理理論的核心，連接自我照顧理論及護理系統理論，茲分述如下：

（一）自我照顧理論

自我照顧理論是護理的基礎科學。此理論說明了自我照顧之目的，亦即自我照顧需求；如何自我照顧，亦即自我照顧能力；自我照顧需求與自我照顧能力之結果，亦即自我照顧的執行。自我照顧的執行是可觀察到的，因為我們可看見一個人所採取的行動，但執行行動之意圖與目的是無法觀察的，需經由詢問個人或由我們對行為方面的知識而了解（2,4）。

自我照顧活動的目的在於滿足個人自我照顧的必備條件。根據Orem理論，個人從事自我照顧活動的目的是在滿足三個必備條件：

1.一般性的自我照顧必備條件（universal self-care requisites）：是指人們為維持其生命結構及功能，進而支持其成長與成熟所需之條件，這些條件是所有人們共同需要的，必須時時被滿足才能保持健康的狀況，包括：維持足夠的空氣、食物及水份的攝入；維持正常的排泄功能；維持活動與休息的平衡；維持獨處與社交互動的平衡；預防對生命的危害；增進人類功能與發展潛能（5,4）。

2.發展性的自我照顧必備條件（developmental

self-care requisites）：此條件包括個人在各個成長過程中的需要之滿足，例如在嬰兒期、學齡期、青春期等各發展階段需求之滿足；以及預防不利於成長過程的情況發生，如教育剝削、社會適應不良及失業問題等（5,4）。

3.健康偏離性的自我照顧必備條件（health deviation self-care requisites）：此條件是個人因為疾病或傷害而需要接受治療的情況下所產生的，這些條件包括：能夠尋求適當的醫療協助；能夠處理因疾病或病變產生的事項；能夠遵守醫師處方並正確有效的執行；能夠察覺任何對醫囑所產生不適或不正確的結果；能夠修正自我概念，並接受自己須要健康照顧的事實；能夠在疾病或治療的限制下，學習新的生活型態以增進個人成長，加速復原（2,5,4）。

（二）自我照顧缺失理論

Orem理論的第二部分是自我照顧缺失理論。當個人的自我照顧能力無法滿足其自我照顧需求時，即產生了自我照顧缺失；這種缺失是由於個人生理上、精神上或認知上所產生，需要護理措施來協助個人滿足其需求，此理論說明了為何個體需要護理及可由其中獲得益處。自我照顧缺失的概念進一步說明自我照顧者執行活動的能力與治療性自我照顧需求間的關係；自我照顧缺失可能是完全缺失或部分缺失，也可以是實際存在或潛在性的（2,4）。

（三）護理系統理論

Orem理論的第三部分是護理系統理論。當個人自我照顧能力不足時，個人的自我照顧活動需要由護理人員與病人共同來完成。護理系統是一個動態的行動系統，當護理人員能夠描述病人之問題，以及設計並提供一些單獨的或連續性、有效性的護理活動時，護理系統便形成。其目的是希望能調整或激發個體執行自我照顧能力，並藉以滿足個體的治療性自我照顧需求（4）。

Orem（1998）列舉了三個護理系統來說明

護理人員與病人在執行及處理自我照顧活動中的角色與職責：

1.完全代償性護理系統（wholly compensatory nursing system）：當病人因生理或心理上的障礙而完全無法執行自我照顧活動時，須由護理人員來完成該病人的治療性自我照顧需求。病人是處於完全依賴被動之角色，護理人員應代償病人之無能力，支持並保護病人。

2.部分代償性護理系統（partly compensatory nursing system）：當病人的病況逐漸穩定但尚未完全康復時，護理人員與病人在滿足病人的治療性自我照顧需求上扮演同等重要的角色，亦即病人能夠參與部分自我照顧活動，同時在病人需要時由護理人員來協助病人或為病人執行部分的照顧活動。

3.支持性—教育性的護理系統（supportive-educative nursing system）：當病人病情逐漸康復而有能力執行自我照顧活動時，病人必須對其自我照顧負主要的責任、執行全部的自我照顧活動。此時護理人員是諮詢者的角色，須教導病人自我照顧的知識和技術並給予心理支持，同時鼓勵病人家屬參與及協助病人，使病人發揮最大的自我照顧能力。

人工膝關節置換術及病人的自我照顧需求

膝部關節炎是一種慢性疾病，病人最主要的問題是關節疼痛和身體功能障礙，病程進展到晚期，關節磨損厲害，保守療法往往無法緩解病人的疼痛不適，也無法改善身體活動功能的受限，最後即需要接受人工膝關節置換手術（6）。

人工膝關節置換術始於1968年，經過三十多年的發展，在材料及技術方面的進步使手術的效果顯著（7）。然而手術的效果如何仍然和某些因素有關，包括：手術的時機、醫師的經驗、病人手術前的狀況、手術期間與手術後的

處理、以及復健計畫等（6）。手術後有95%的病人疼痛獲得緩解，大約在六週後可感覺較手術前顯著減輕；大部分病人的身體活動功能也獲得改善，但要到六個月時才比手術前有顯著進步（8,9）。而病人身體活動功能的恢復需要復健計畫的配合，其目的是要增強膝部伸直及屈曲肌肉的強度，使手術後膝部穩定性及活動力增強，以期病人膝關節盡可能回復至正常的活動範圍內（1,10）。

人工膝關節置換術是一個很安全的手術，合併症發生率很低，例如膝關節感染的發生率低於2%，重大的內科合併症如心臟病發作或中風也很少發生。腿部的靜脈血栓是較常見的合併症，但通常可採取一些方式預防此合併症的發生，如下肢的運動、間歇性的抬高下肢、或穿彈性襪等（7）。手術後，病人身體活動功能的恢復則需要一段時間，因此，出院前病人即要學會一些自我照顧的能力，包括如何照顧其傷口，如何預防感染、靜脈血栓及跌倒，最重要的是要學會如何每天規律的做運動，以恢復最大的日常活動功能（7）。

接受人工膝關節置換術的病人大多數是老年人，如何教導他們學會上述自我照顧能力？Knowles（1980）的成人教育理論中有四個明確指引成人實務教學的概念，包括：成人是獨立的學習者；過去經驗是成人學習的資源；在學習準備度方面，成人是根據人生發展任務來學習；成人是問題導向學習。基於上述的成人教育理論並配合老人的生理特性，可以使用的衛教方式及注意事項有：（1）錄影帶教學：可使學習者重複練習必要的技巧，從中獲得知識及減輕焦慮；（2）參與式教學方式：老人喜歡一對一的教學方式，因為個別衛教能配合老人的個別經驗與學習需要，允許較有彈性的教法；（3）老人記憶力減退，要給予較多的時間學習，可併用口頭和書面衛教，使病人有重複學習的機



會；(4) 針對病人會遇到的問題做說明以解除疑惑，用字簡短、具體、實用；(5) 因聽、視力退化，故以慢速度、低音調、安靜的環境說話教導；(6) 教材內容應配合教育程度，用字淺顯易懂，字體要大且顏色對比，並配合插圖(11,12)。至於衛教的時機，一般會在手術前即開始，如此可減低手術後在傷口疼痛下學習所造成的不適，並可增加患肢的肌肉力量(1)。

接受人工膝關節置換術的病人必須學會的自我照顧能力中，最困難的就是復健運動。一般希望病人在出院時，膝部能達到完整的功能性關節活動(完整的主動伸直，和至少95度到100度的屈曲)(10)，並學會如何執行一些復健運動、返家後能繼續執行。目前，國內人工膝關節置換術的健保給付是定額制，醫院為節省成必須縮短病人住院天數，病人必須非常努力做運動才能達到醫師的要求。不管手術後的復健運動是否有復健師的指導，護理人員是與病人接觸時間最長、也最接近的人，因此，護理人員扮演著重要的角色。

運用Orem理論於人工膝關節置換術病人的照護

Orem的護理理論認為護理的目標是要協助病人發揮最大潛能以便從事自我照顧。在實際運用上，護理人員首先要評估病人的一般性、發展性、以及健康偏離性的自我照顧條件，然後再評估其自我照顧需求和自我照顧能力，以確認病人是否有自我照顧能力的缺乏。當病人自我照顧能力不足以應付其照顧需求時，便須要護理措施來協助病人滿足其需求。三種不同層次的護理系統可以同時應用在病人身上，並且隨著病人身體、心理、社會等各方面統整之進展，三種護理系統的層次也可隨之改變。所以，護理人員的角色不只是一個直接為病人從事所有處置的供給者，更是病人有效自我照顧的支持者與推動

者。Orem近一步指出有五種方法可以應用來幫助病人：(1) 採取行動或為病人執行(acting or doing)；(2) 教育(teaching)；(3) 指導(guiding)；(4) 支持(supporting)；(5) 提供一種發展性的環境(providing a developmental environment)(3,4)。

以目前材料、技術方面的進步，接受人工膝關節置換術的病人，手術後一般狀況的恢復很快，絕大部分病人是在傷口尚未拆線前即出院。因此，護理人員要在有限的時間內教導病人學會術後有關的照顧知識與技能，這些照顧知識和技能就是病人接受人工膝關節置換術後數週至數月的期間，共通需要的健康偏離性自我照顧必備條件，包括：傷口照護、預防感染、預防靜脈血栓、預防跌倒、助行器的使用、以及復健運動等。臨床上我們觀察到大部分的病人缺乏上述的知識與技能、或者有不正確的觀念，因而產生治療性自我照顧需求，我們要進一步評估其自我照顧能力，然後提供協助。當然，在運用Orem理論時，仍須針對每個病人評估其一般性、發展性、以及健康偏離性的自我照顧條件，以確認病人個別的自我照顧需求。

如何運用護理系統協助病人滿足上述的共通治療性自我照顧需求？大部分適用部分代償性及支持性-教育性的護理系統，而經常使用的方法有Orem提出的執行、教育、指導與支持。在教育與指導的過程中，可以依據成人教育理論以及老人的特性設計由入院到出院的流程與內容。

手術前一天可採用支持性-教育性的護理系統：關節炎的病人到醫院接受手術時，已經經歷了很長時間的疼痛與身體活動功能障礙，他們一方面害怕手術、一方面又對手術寄予厚望，期望手術後上述的問題立刻獲得改善。因此，在手術前一天個別(即住院當天)衛教時，除了說明手術後相關的照顧問題外，也應針對病人的疑慮與焦慮提供澄清與支持。另外，在此時也要向他們

強調手術後復健運動的重要性，並將每一個運動做一次示範與說明。使用的教材可包括錄影帶、海報、衛教單張等，平面資料中可呈現各項運動的分解動作，讓病人可以重複熟悉。

手術當天：手術後6-8小時，病人是屬於完全依賴的狀態，適用完全代償性護理系統，護理人員應密切監測其生命徵象、傷口引流、末梢循環等，並依病人情況提供生理上的照顧。之後，病人就可參與部分的自我照顧活動，可併用部分代償性護理系統，例如在協助下翻身、進食，在指導下執行深呼吸、咳嗽、足踝關節運動、股四頭肌運動等。

手術後第一天至出院，可同時使用部分代償性及支持性-教育性的護理系統：此期間，病人的治療性自我照顧需求中，較難的部分是復健運動。由於病人住院天數很短，大部份醫師又要求病人必須在出院前能達到被動性膝關節屈區100度「使用持續性被動式運動（continuous passive motion, CPM）機器」，並會使用助行器走路及執行相關的復健運動。因此，協助並教導病人執行相關的復健活動成爲護理人員照顧此類病人的一大重點。

手術後要執行復健運動前應適當控制病人的疼痛，以增加其執行運動的接受度；每天可依照適合執行的運動進度教導病人執行，並於次日請病人回覆示教，直到病人可以正確執行爲止。病人至少需執行以下的運動以增加下肢肌肉的力量及膝關節活動度：手術當天即可開始執行股四頭肌運動、足踝關節運動，手術後第一天可開始執行大腿內收外展運動、也可視體力狀況開始使用助行器下床站立及行走，手術後第三天可開始執行主動膝關節屈曲伸展運動、直抬腿運動。另外，手術後也需配合持續性被動式運動機器的使用，執行被動式的膝關節屈曲伸展運動，並逐日增加彎曲的角度。病人執行復健運動的過程中，護理人員除了教育、指導外，支持也是很重

要的，需經常鼓勵病人、更要對他們的進步給予讚賞，才能增進他們學習與執行的動機。

其它有關傷口照護，以及預防感染、靜脈血栓、跌倒等知識也應由護理人員在手術後照顧的期間，讓病人瞭解其重要性並逐步教導。至出院當天，再重複告知病人返家後照顧的注意事項，以及繼續執行復健運動的必要性。也提醒家屬可以隨時參閱衛教資料，並協助病人逐漸恢復其身體活動功能，使病人能夠獨立完成日常自我照顧活動而感覺生活品質提升。

結論

Orem護理理論呈現出個體對本身健康照顧盡力與負責的樂觀看法，個體在自我照顧能力與需求間是否平衡是其理論的重點，而適切的護理措施是當個體的需求與能力之間無法平衡時的恢復因素。Orem理論是護理的一般性理論，能夠廣泛的運用於臨床實務。護理人員可以運用Orem理論的一般性、發展性和健康偏離性的自我照顧必備條件，評估及確立病人的健康問題，並運用三個護理系統：完全代償性、部分代償性及支持性-教育性護理系統，協助病人滿足其自我照顧需求。

如果護理人員具備正確的自我照顧概念與知識，實際運用於臨床並喚起病人對自我照顧的認知，便能促使病人主動參與並學習自我照顧或預防疾病的活動，進而促進其健康與生活品質。

參考文獻

1. 陳坤鍾·王淳厚·復健護理學 人工膝關節置換·於蘇美滿總校閱：復健護理學·台北：永大出版社2002.15-56。
2. 林麗英·歐氏護理理論摘譯·榮總護理·1993；10：165-170。



3. 洪志秀·歐氏護理理論與其在復健護理的應用·榮總護理 1994；11：90-95。
4. Orem D E Nursing: Concepts of practice(5th ed). St. Louis: Mosby. 1998
5. 蔡仁貞·歐倫自我照顧理論與臨床護理上之應用·榮總護理 1988；5：173-179。
6. Lane N E, Thompson J M. Management of osteoarthritis in the primary-care setting: an evidence- based approach to treatment. Am j M 1997；103：25-30.
7. American Association of Orthopaedic Surgeons. (2001). Total knee replacement. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Available <http://orthoinfo.aaos.org/booklet/bookview.cfm?Tread-ID=9&topcategory=knee>
8. 林碧珠、張蘇鈺、莊琴英·人工關節置換術患者生活品質及其相關因素之探討·護理研究 2000；8：165-176。
9. McGrory B J, Becker M W . Total hip and knee replacement: expectations and limitations. MMC RJ, 1997；8：250-262.
10. 徐中盈譯·運動治療學-基礎與技術·台北：合記2002。
11. 林碧珠、林麗禪、林金真·比較不同衛教時機與方法對人工膝關節置換術患者之成效·護理研究 1997；5：30-39。
12. 林碧珠、莊琴英、王金蓮、陸嘉玲、林美杏·手術前衛教對人工髖關節置換術患者之成效·榮總護理 1998；15：293-302。

The Issue of Orem's Self-Care Deficit Theory in Nursing Care of Patients Receiving total Knee Replacement Surgery

Yu-Chin Hsieh¹, Li-Feng Liu¹, and Bieng-Yi Chang^{2}*

Department of Nursing, Dajia County Kuang-Tien General Hospital¹, Taichung, Taiwan

Department of Nursing, Tri-Service General Hospital², Taipei, Taiwan

Abstract

In recently, ageing is the problem of our country. More and more people who received the total knee replacement surgery. This surgery successful is not only depending on the quality of the surgery but also has great connection with the schedule of the recovery activity by the patient. Orem recognized that the aim of nursing is helping individuals toward best self-care status; the self-care deficit theory provides overall evaluation and making sure nursing function in the nursing process. So we utilize three nursing systems to assist the satisfaction of the care necessity for the patient.

Key words: Theory of self-care deficit, Total knee replacement.

**Corresponding author*

Received : 29 Dec 2006 ; Accepted:15 Feb 2007