一位曾經歷妊娠失敗經驗之孕婦住院安胎的照護經驗

李詩敏[1] 張丞淯[2*]

摘 要

本文係描述照護一位曾經歷妊娠失敗經驗之孕婦，妊娠32+5週因前置胎盤住院安胎之護理經驗，個案擔憂妊娠是否能夠延續及胎兒是否健康的巨大壓力。於2009年4月6日至2009年4月10日照護期間，運用Gordon十一項健康功能型態評估，發現個案有焦慮、家庭運作過程紊亂、排便型態改變等護理問題；透過與個案建立信任關係、激發信心與希望，並接受她正負向情感的表達、提供個別性的護理措施及支持保護性的身、心、靈及社會的環境，照顧期間運用家庭為中心的照護，藉由醫護團隊提供資訊與護理指導，設計個案安胎週記，以自我鼓勵度過安胎期間，鼓勵案夫及家人的參與支持，營造個案舒適環境並改善排便問題，經由護理措施的介入，降低住院安胎個案與家庭的衝擊。藉此經驗分享護理人員在照護高危險妊娠個案時，除臨床照護外更須注意其需求，主動關懷，以家庭為中心的護理照護。

關鍵詞：高危險妊娠、安胎、照護經驗

[1] 元培科技大學進修中、國立陽明醫院附設醫院護理部護理長
[2] 慈濟大學護理學研究所、國立陽明醫院附設醫院護理部護理部督導、國立陽明大學護理系臨床助理教授、元培科技大學兼任講師
[*] 通訊作者：張丞淯
通訊地址：260宜蘭市新民路152號
聯絡電話：03-9325192 分機3295
電子信箱：11124@ymuh.ym.edu.tw

前　言

懷孕對於女性而言，是生命中極爲重要且獨特的經驗；而能夠孕育新的生命原本是件充滿喜悅、令人期待又興奮的過程，但對於正在接受安胎醫療措施的婦女而言，卻是承受極大的壓力與不安[1]。安胎婦女因住院遠離家人，加上對環境適應、擔心胎兒狀況，因而面臨極大壓力[2]。

個案結婚四年一直未懷孕，且因案夫爲家中獨子承擔家中傳宗接代的壓力，曾爲能懷孕而嘗試許多方法，更在家人期望下做過一次人工受孕卻意外流產，此次是自然懷孕卻因完全性前置胎盤而住院安胎，個案曾經歷妊娠失敗，對於此次安胎住院的適應與擔憂胎兒健康狀況，承受極大的壓力與不安。因而引發筆者探討個案之動機，期望藉由提供適切及完善之護理措施，協助個案緩解內心焦慮，度過整個安胎的過程，藉以提供臨床護理人員照顧類似個案之參考，提升安胎個案之照護品質。

文獻查證

一、高危險妊娠與安胎的臨床處置

約有20-25%的孕婦被診斷爲高危險妊娠[3]。研究指出，對於前置胎盤引起先兆性早產孕婦使用安胎藥物的安胎期間，應加強護理指導與心理支持，密切觀察宮縮、胎心率、陰道出血、生命徵象變化等情況，可有效改善陰道出血和不正常子宮收縮現象，進而延長妊娠[4]。

安胎最常見臨床處置是入院臥床休息，臥床休息能增加子宮血液灌流、減少可能刺激子宮頸擴張的物理因子、延長胎兒在母體生長時間、安胎藥物使用如Yutopar、硫酸鎂等。住院期間醫師常以超音波檢查胎兒大小、以胎兒監視器監測、檢視宮縮及胎兒心跳情形，以減輕產婦焦慮[5,6]。

二、安胎醫療措施對孕婦的影響與照護

孕婦爲了胎兒健康必須接受安胎的醫療處置，但這些醫療措施常令個案產生許多不適如：心悸、呼吸急促、全身發熱、盜汗、睡眠型態改變等[7]。其中，絕對臥床休息的治療措施，使得肌肉活動減少、代謝率降低，產生食慾減退、腸蠕動下降，進而可能引致便秘以及腸蠕動阻塞等腸胃系統問題[8]。建議每天水分攝取1500-2000cc，飲食方面可多吃含有水份及高纖維食物，如蔬菜、水果、海帶等，此外建議於餐後一小時排便，利用胃結腸反射時機，可有效預防便秘及子宮早期收縮[9]。護理措施可透過提供音樂治療、提供相關正確訊息，以減少未知的焦慮與害怕[10]，鼓勵個案表達所擔心的事情；主動告知檢查結果，讓孕婦更加了解安胎狀況；適時傾聽並經常關懷探視，讓安胎過程更加舒適順利；適時的超音波檢查可促進產婦胎兒具體化的心理適應[11-12]，讓孕婦瞭解胎兒發育情形良好時，確實可減輕焦慮與不安[10]。環境部分應避免過多的聲音刺激或太多的訪客，可在病床周圍放置熟悉的物品如相片、書籍等減少陌生感；鼓勵家屬或親友前來陪伴病人，參與照顧以安撫病患情緒[3,13]。

三、安胎壓力因應行爲

高危險妊娠的發生往往是非預警性的，造成個案身心遭受莫大壓力，並對妊娠的發展、胎兒的生長發育產生強烈不確定感[2]。研究亦發現曾經遭受生育失敗的孕婦，會強烈尋求並積極維護胎兒及自己的安全，充分配合安胎的醫療處置與護理措施「以期自己與胎兒能夠安然度過」，避免有害胎兒物質的攝入等行爲，以利妊娠的繼續[14-15]。住院安胎期間孕婦在論述其擔心時，往往忽略自我調適的問題，而積極的尋求有利於妊娠的繼續，與胎兒健康的資訊。曾經歷妊娠失敗而住院安胎的孕婦，其身心壓力是高於其他妊娠婦女[2,16]。住院安胎的婦女爲了確保胎兒健康，須仰賴他人來完成基本生活需求；所以，她們會積極尋求協助，以利安胎過程的進行。安胎孕婦其支持系統主要來自先生及其母親，其次是朋友等非組織性的支持系統；所提供的協助包括：身體上的照顧、家庭事務處理、照護家中其他小孩等；因此護理人員除應照護其生理上的不適症狀，也須多予傾聽瞭解其壓力，提供心理支持並關懷家屬，提供以家庭爲中心的護理，將孕婦住院安胎之衝擊降至最低，透過詳細檢查與說明有助降低安胎婦女對胎兒生長發育的疑慮，焦慮不安也會隨之降低[9,12,17-20]。

四、以「家庭爲中心」的護理

高危險妊娠不只影響孕婦本身，家庭成員爲了因應此種情況，必須在角色、責任上有所改變，家中的經濟也可能受到影響，使整個家庭都受到衝擊[9]。楊慧貞、陳彰惠及Connor、Teno、Spence、Smith的研究指出，發現個案的壓力主要來自於對妊娠是否能夠延續的不確定，以及擔憂胎兒的健康。爲了能夠繼續妊娠、確保胎兒的健康，住院安胎期間個案所呈現的行爲包括：擔憂孕程狀況、採取有效策略以利安胎成功、遵從醫療措施與護理指導、設立妊娠時間標記以自我鼓勵、監控攝入的物質對胎兒的影響等。因此，護理人員主動發現個案的需要，提供以家庭爲中心的護理，以降低對個案與整個家庭所帶來的衝擊，裨益安胎的成效[16,21]。

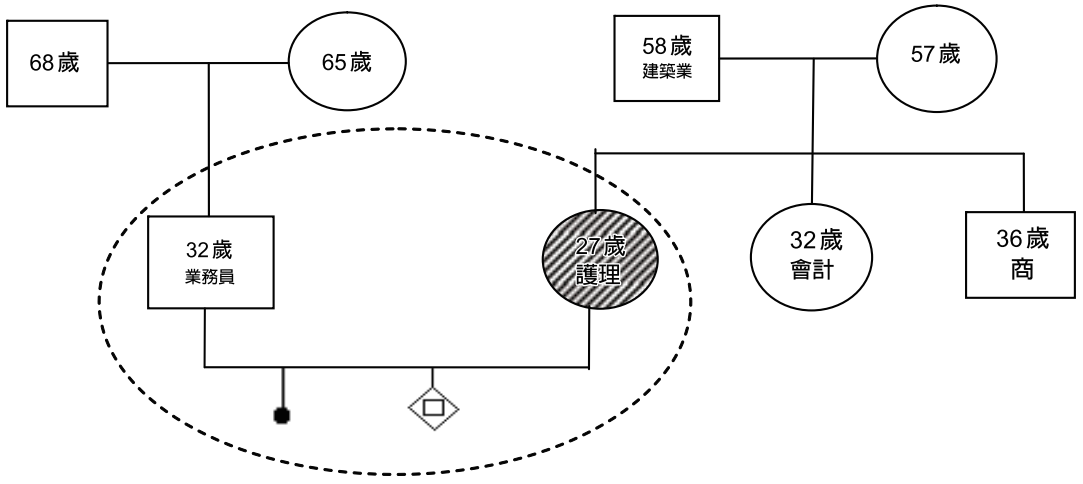
護理評估

個案簡介

林小姐，27歲，已婚，專科畢業從事護理工作，經濟狀況小康，信仰一般道教，G2P0A1，預產期2009年5月27日，2009年3月曾因陰道出血入院安胎兩次；於2009年4月6因前置胎盤發現有血塊及羊水自陰道流出，故入院安胎，妊娠32^{+5}週。

本文以Gordon理論爲評估架構，護理期間爲2009年04月06日至04月10日，以非結構性會談、觀察及身體評估，收集生理、心理、社會、與靈性方面資料並加以分析。

一、 健康認知、健康處理型態：個案表示「健康情形良好，不抽煙喝酒。先生爲家中獨子，曾於婚後第二年做過一次人工受孕後流產，就一直未能懷孕，原已和先生接受不孕之事實，卻於婚後四年得知懷孕消息，全家欣喜若狂，擔心曾有流產



圖一：家族樹

經驗因此懷孕過程更加小心。當超音波檢查確認爲男孩，加上婆婆對抱孫子的期望，對此次懷孕有很大的期待與心理壓力。」。2009年3月因前置胎盤有陰道出血住院安胎2次，此次出血量多至急診檢查，醫師診斷爲先兆性早產合併前置胎盤建議住院安胎，個案表示「希望這胎能夠平安順利生產」，在安胎期間積極配合醫療處置。

二、 營養與代謝型態：個案156公分，孕前49公斤，BMI爲20.13，懷孕27週時體重增加至57公斤，懷孕期間體重增加情形正常。「懷孕初期雖有害喜情形但食慾良好，一天可進食3-4餐，飲食無禁忌」。口腔黏膜完整，無假牙，髮色黑有光澤，肢體末梢無水腫、皮膚彈性佳、膚色粉紅，服用藥物及食物無過敏現象。4月6日血色素值：10.6mg/dl，Hct：35.9%。住院安胎期間個案表示「婆婆年邁又住的離醫院遠，無法幫忙準備想吃的東西及三餐，所以三餐由案夫購買外食，但買的外食蔬菜很油吃不下，再加上4月8日開始以靜脈滴注硫酸鎂後，食慾變更差且覺得腹脹」，觀察個案三餐進食情形蔬菜僅一小碟，飲水量水約1000-1200cc/天。主訴「入院時害怕一直尿尿而不敢喝太多水。」

三、 排泄型態：個案表示「入院前無痔瘡情形，每天皆有一次解便，性質量中黃軟、不須用力即可解便，排尿情形一天7-9次無不適。」個案表示「住院前一天就未解便，住院安胎期間覺得肚子脹、裡急後重的感覺，且宮縮似乎較明顯。住院後2-3天才解一次。擔心用力解便會造

成陰道出血，且對於必須在床上使用便盆無法適應，又自覺味道不好聞」；觸診腹部有腹脹情形，叩診腹部呈鼓音、腸蠕動每分鐘約3次；平均每天輸入輸出量約3000-3500cc / 2900-3100cc，依醫囑口服軟便劑及緩瀉塞劑三十分鐘後解便一次，大便性質乾、硬且量少。排尿情形一天約8-10次，量中色淡茶色，解尿無疼痛及燒灼感情形。

四、 活動、運動型態：從事護理工作，個案表示「下班後只在家附近的河堤散散步，喜歡看短篇勵志散文、上網、聽胎教音樂、看韓劇與新聞台；家中清潔工作及拜拜皆由她負責。4月6日個案因陰道出血合併子宮早期收縮須絕對臥床安胎治療，表示剛開始接受藥物治療時覺得有些心悸、冒汗及呼吸喘情形，但在醫護人員解說後瞭解此爲安胎藥物引起之副作用，爲了腹中寶寶的健康這些不舒服是可以忍受的，在護理人員協助下採半坐臥可減輕不舒服情形，身體也慢慢適應了」。聽診呼吸音清澈，無使用輔助肌呼吸、脈搏規律無頸靜脈怒張及心雜音；四肢深肌腱測試呈現3價，肌肉張力測試右手與右腳各得4分、左手和左腳分別爲3分，胎心音約144-165次/分，宮縮約15-25秒/3-10分。安胎期間自行於床上進食，飯後稍事休息會動動手腳做運動及翻身，每日由案夫協助完成身體清潔、刷牙、洗臉等。

五、 睡眠、休息型態：個案表示「平常無午睡習慣，約7-8小時/天，晚上習慣關燈才能睡著」、「住院安胎期間因爲環境陌生以及擔心安胎失敗和擔憂家中大小事情較不易入睡，雖然平均睡5-6小時但常因一點小聲音就睡眠中斷，床旁儀器聲讓她入睡困難」。

六、 認知、感受型態：個案無視、聽、嗅、味障礙。子宮收縮頻率約15-25秒/3-10分，強度60-80mmHg。子宮頸口無擴張及變薄，胎心音144-165次/分，「偶爾感到腹部呈緊繃狀，但不會感到疼痛，每當收縮時都會擔心寶寶的狀況。」

七、 自我感受、自我概念型態：個案表示「婆家注重傳宗接代觀念，婚後兩年曾嘗試人工受孕但不幸流產，這次懷孕壓力很大，做任何事都很小心，產檢時醫師告知完全性前置胎盤時就更擔心，3月份因陰道出血住院安胎造成家中一團亂，婆婆不讓我繼續上班，但因工作性質無法立即休息，現在卻又再次因陰道出血及宮縮而住院，常想爲什麼是我？」。個案皺眉、低頭不語，「覺得自己堅持上班，才引發早產徵兆而感到自責，更害怕安胎失敗。現在食衣住行須依賴別人，麻煩先生及婆婆幫忙，覺得自己好像一無是處，先生不但要上班、處理家務還要照顧我，因爲安胎覺得沒能做好妻子與媳婦的角色感到愧疚。」，探視個案時，常發現個案時常皺眉沉默不語。

八、角色關係型態：27歲女性，在家排行老么，個案表示「對自己目前生活感到滿意，能與先生相互扶持維持滿意婚姻關係，夫妻感情良好。婚後四年未懷孕且期望生男孩，期間曾作一次人工受孕但卻流產」，夫妻倆的感情好，住院安胎期間先生不但要上班、處理家務還要來醫院，因爲安胎覺得沒能做好一個妻子與媳婦的角色感到愧疚。認爲孝順公婆是爲人媳婦處世之道，住院安胎期間娘家母親偶爾前來探視，互動親密，並給予個案支持。個案住院期間時常詢問寶寶心跳是否正常、寶寶體重是否增加、及關心胎兒監視器中子宮收縮的頻率與強度：「詢問寶寶一直在踢是不是不舒服？」，探視時個案摸著肚子說：「小孩這麼小怎麼能生？若眞的生下來是否能活著呢？」、「怎麼一直還有宮縮？一直都躺在床上爲什麼還會這樣？」，住院期間個案對病情清楚，且對於疾病所需要檢查治療完全配合。

九、性、生殖型態：個案表示「初經爲15歲，月經週期26天，量中無經痛及血塊情形；定期作子宮頸抹片檢查，2-3個月進行乳房自我檢查一次；23歲結婚，婚後性生活2-3次/週，夫妻皆對性生活滿意；這次懷孕都不敢有性行爲，夫妻藉由身體的接觸得到滿足，彼此相互鼓勵與適應」。

十、應對、壓力耐受型態：個案表示「平時家中都是先生做主，重要事情會和先生討論，個性容易煩惱，面對壓力時會聽抒情音樂、閱讀短篇勵志散文抒發情緒」，表示「原本懷孕是件值得喜悅的事，但是聽到醫師宣告自己爲完全性的前置胎盤時，原本喜悅的心情突然消失殆盡，我擔心保護不了自己的孩子，也都還沒準備嬰兒用品，因爲害怕像上次一樣空歡喜一場」。此次住院安胎期間能配合醫護處置，個案擔心胎兒健康及早產後所需面臨的問題，當子宮收縮時個案時常皺眉，眼眶泛紅詢問現況，緊張的詢問子宮收縮情形。個案表示「此次住院安胎，先生因爲必須兼顧工作與照顧我，有時候看到他累到坐在椅子上睡著，婆婆有的時候會抱怨家事都由先生處理很心疼，看著公婆年紀大了到醫院看我還要等公車，婆婆腰酸不舒服還要幫忙處理家務感到愧疚，娘家媽媽因爲須照顧哥哥的小孩只能偶來探視。」；婆婆探視個案時表示「媳婦是護士怎麼會這樣？是不是因爲上班而造成流產？家裡拜拜怎麼辦？家事該誰做？」，個案顯皺眉感到很難過，表示這一切並非自願。

十一、價值、信念型態：信仰爲一般道教，個案表示「家人都期望胎兒能健康出生，擔憂胎兒健康，擔心早產其合併症會造成家裡經濟負擔，但對於住院安胎之醫療花費並不擔憂」；此次住院朋友帶了一些經書及平安符來，或許是心理作用總覺

得較爲安心。對於金錢觀，個案認爲金錢是附帶的若不好好利用反而是負擔。

護理問題確立

綜合以上評估確立個案有：擔心胎兒早產及其健康問題而有焦慮、因住院安胎而有家庭運作過程紊亂、因絕對臥床及藥物副作用而有排便型態改變等護理問題，針對其護理問題訂定護理目標及護理措施如下：

護理計畫

護理診斷一：4/6焦慮與擔心胎兒健康及失去控制感(4/6-4/10)

項目	內　　容
主客觀資料	4/6 1.摸著肚子說「小孩這麼小怎麼能生？若眞的生下來是否能活著呢？」 4/6 2.個案低聲啜泣說「我擔心保護不了自己的孩子，也都還沒準備嬰兒用品，因爲害怕像上次一樣空歡喜一場。」 4/6 3.「原本懷孕是件值得喜悅的事，但是聽到醫師宣告自己爲完全性的前置胎盤時，原本喜悅的心情突然消失殆盡。」 4/6 4.時常面無表情、低頭沉思。當子宮收縮時，個案時常皺眉，眼眶泛紅詢問子宮收縮情形與胎兒情況。住院期間時常詢問寶寶心跳是否正常、寶寶體重是否增加及關心胎兒監視器中子宮收縮的頻率與強度，詢問「寶寶一直在踢是不是不舒服？」 4/7 5.懷孕32^{+5}週，子宮收縮約3-4分宮縮一次持續20-30秒，強度60-80mmHg，觸診腹部呈堅硬，子宮頸尙未有擴張情形。個案表示：「怎麼需要打到兩種藥物？安胎藥物一直往上調，是不是安不住了？」。 4/7 6.案夫白天仍需工作，中午會帶午餐後又去上班，晚上則在醫院陪伴。個案表示：「沒人陪我，我好害怕喔！」。 4/7 7.個案擔心因爲前置胎盤、子宮收縮的改變，擔心自己及胎兒的健康影響安胎的結果使得胎兒的健康受到威脅，因而也增加了孕婦對胎兒健康的不確定感，危及胎兒的健康，造成妊娠失敗。個案表示：「怎麼一直還有宮縮？我都乖乖躺在床上爲什麼還會這樣？」 4/7 8.「上廁所時一直需要請護理人員協助很不好意思。」 4/9 9.超音波顯示胎兒重量約1800公克。
護理目標	4/8 1.個案能配合醫護處置與護理指導，設立妊娠時間標記以減輕焦慮。 4/9 2.個案能向先生及護理人員說出心中擔憂的事。 4/9 3.個案能向護理人員說出個案控制感已增加。 4/9 4.個案能學會並說出二項早產兒照護需求並以正向態度面對即將出生的寶寶。
護理措施	4/6 1.以關懷及開放態度與個案、家屬建立信任之治療性關係，引導個案說出內心感受並以心同理心協助。 4/6 2.當個案表示是否因自己造成子宮收縮時，適時澄清「造成子宮收縮的原因很多，並非你的疏失造成」。

護理措施	4/6 3.以安胎衛教手冊中之圖文輔助教導個案早產徵兆，減輕不必要之擔憂。 4/6 4.說明產婦胎兒監視器持續監測情形，以減輕個案焦慮情形。 4/6 5.邀請院內成功案例與個案分享經驗，以增加個案安胎治療的信心。 4/6 6.聯繫家屬及產兒醫護團隊與個案討論住院計畫，由醫師加強說明目前安胎狀況及胎兒健康狀況，說明懷孕週數與寶寶存活率之相關性、可能出現的合併症及早產兒照顧上會遇到的問題，並提供早產兒基金會相關訊息，以增加早產兒相關訊息的瞭解，減輕個案及家屬的焦慮不安。 4/6 7.執行任何治療與處置前均充分解釋目的，並主動告知胎兒監視器結果。 4/6 8.爲營造舒適熟悉的安胎環境，請案夫將家中胎教音樂、短篇勵志散文、DVD帶至醫院提供個案觀賞聆聽，減輕焦慮緊張的情緒。 4/6 9.教導放鬆技巧如聆聽喜歡的音樂，如胎教音樂或是佛經等以放鬆個案焦慮緊張情緒。 4/7 10.執行例行超音波檢查後請醫師向個案及家屬充分說明目前胎兒狀況，以減輕個案焦慮擔憂。 4/8 11.設計個案之安胎週記，包含相關超音波紀錄及妊娠時間標記，紀錄每日胎兒之心跳或體重變化及個案情形，提供個案安胎期間努力的目標與成果之紀錄，降低焦慮擔憂情緒，提昇個案對安胎的信心。 4/8 12.將開水、餐具及呼叫鈴放置於個案隨手可得處，以便個案隨時拿取，增加個案控制感。 4/8 13.便盆椅置於床尾以隔簾遮蔽，提供隱密的如廁環境，以增加個案控制感。 4/8 14.與先生討論如何增加陪伴個案的時間，以渡過安胎時期，如藉由知心好友、個案媽媽或姊姊主動關心探視個案。 4/8 15.聯繫資訊室架設無線上網裝置，提供個案個人電腦借用以隨時上網增加休閒方式，轉移個案注意力。
評值	4/10 1. 個案住院安胎期間能配合醫護處置與護理指導，依據所設計之安胎週記配合書寫每週的心情與擔憂事情，個案表示：「配合妊娠時間標記與書寫每週壓力對於焦慮情形有很大的改善。」 4/9 2. 個案能主動向護理人員表達心中感受，「每天躺在床上會想很多事，擔心生下早產兒怎麼辦？人家說早產兒很難照顧。」、「自從朋友幫我帶來平安符及一些經書後心理不安的感覺似乎減少了。」 4/9 3. 個案已說出「如廁時以隔簾遮蔽及將常用物品放置隨手可得處，能增加自我控制感。」 4/10 4-1.個案表示「等寶寶出生我要用袋鼠護理來陪寶寶也要哺餵母乳，母乳最營養對寶寶的健康與免疫力很有幫助。」 4/10 4-2.個案得知寶寶體重由3/25的1800公克增加至2000公克記錄於安胎週記中，供個案查看目前安胎目標與成果，個案能正向態度面對即將出生的寶寶，並微笑表示「我已經請姐姐幫我準備嬰兒用品，希望寶寶可以健健康康出生。」

護理診斷二：家庭運作過程紊亂與安胎住院臥床須家人照顧有關(4/7-4/10)

項目	內　　容
主客觀資料	4/7 1.婆婆曾說「媳婦是護士怎麼會這樣？是不是因爲上班而造成流產？家裡拜拜怎麼辦？家事該誰做？」 4/7 2.「覺得是自己堅持上班引發早產徵兆感到自責，我好擔憂更害怕安胎失敗。」 4/7 3.「現在食衣住行必須依賴別人，連大小號、搖高床頭、換衣服，都必須麻煩先生及婆婆幫忙，覺得自己好像一無是處，先生不但要上班、處理家務還要照顧我，因爲安胎覺得沒能做好一個妻子與媳婦的角色感到愧疚。」 4/8 4.「平時家裡都是我在整理的，現在該怎麼辦呢？對於婆婆年邁又要搭車來醫院照顧我、幫我打理家務，最近婆婆腰痠的毛病加重了，眞不知該怎麼辦？」 4/8 5.「住院安胎期間先生不但要上班、處理家務還要照顧我，因爲安胎覺得沒能做好一個妻子與媳婦的角色感到愧疚。」 4/7 6.探視個案時發現個案時常皺眉沉默不語。 4/7 7.住院安胎期間娘家母親偶爾前來探視互動親密，給予個案支持鼓勵。
護理目標	4/9　1. 家庭成員能分擔責任 4/10 2. 家庭能發展出有效的因應方案
護理措施	4/7 1.傾聽個案住院壓力及擔心內容，認同其主觀感受，給予陪伴及支持，主動關心其需求並提供協助。 4/7 2.依個案需求增加探視次數，鼓勵表達感受並表示願意協助與面對。 4/7 3.鼓勵個案主動向家人提出需求，和所有家人一起討論協調住院期間照顧事宜。 4/7 4.與個案婆婆澄清個案是因爲安胎而影響其媳婦的角色工作，應給予鼓勵及支持。 4/8 5.與個案先生、婆婆、媽媽、姐姐會談，了解家庭因應方式及壓力，因婆婆年邁體力不支，協商暫將哥哥小孩帶回由嫂嫂照顧，委由娘家媽媽協助個案安胎期間之照顧，預計日後坐月子期間回娘家由媽媽及姐姐協助照顧。 4/8 6.聯絡院內志工，提供個案住院安胎期間部分協助與陪伴。
評值	4/7　1.　舉行家庭會議，邀請婆婆、案母及案夫，討論個案照顧事宜。 4/10 2-1.案夫與雇主協商改採彈性上班，13:30案夫上班後由娘家媽媽照顧個案；18:30換案姐照顧讓娘家媽媽回家煮飯；晚上案夫下班後留在醫院照顧個案。 4/10 2-2.安胎期間家務事經由先生代勞，先生衣物清洗及拜拜由婆婆負責，先生開玩笑告訴我：「現在我最大，一定要加油堅持到最後」，讓我覺得自己是重要的，雖然無法下床，事事需別人協助，但是平安順利的安胎是讓所有關心我的人安心。

護理診斷三：便秘與絕對臥床、蔬果攝取過少及藥物副作用有關(4/7-4/10)

項目	內　　容
主客觀資料	4/7 1.個案表示：「住院前排便1天1次；住院後2-3天1次。訴住院前一天就未排便，感覺肚子脹脹的。」 4/7 2.有裡急後重的感覺，且宮縮似乎較明顯。 4/7 3.「擔心用力解便會造成陰道出血，寶寶會不會就這樣生出來，我上廁所時都不敢用力。」 4/8 4.個案表示「婆婆年邁又住的離醫院遠，無法幫忙準備三餐或想吃的東西，先生工作忙碌三餐以購買外食爲主。」 4/8 5.觀察個案三餐進食情形用餐量是1/3碗飯，每天進食5餐，蔬菜較少僅一小碟，飲水量水約1000-1200cc/天。個案表示「買的外食蔬菜很油吃不下，4月8日開始食慾變差覺得腹脹。」 4/9 6.個案訴用便盆大便很不習慣，個案表示：「害怕一直尿尿而不敢喝太多水。」 4/8 7. 叩診腹部有鼓音，聽診腸蠕動音低沉約3次/分，使用緩瀉塞劑三十分鐘後解便一次，大便性質乾、硬且量少。
護理目標	4/9 1.個案於教導後能了解並說出攝取適當水分及蔬果的重要性。 4/9 2.個案於教導後能說出促進排便方法3種。
護理措施	4/7 1.每班紀錄個案每日的排便量及性質。 4/7 2.當個案表示「擔心用力解便會造成陰道出血，寶寶會不會就這樣生出來，我上廁所時都不敢用力，對於在床上使用便盆感到很不習慣。」適時澄清「造成子宮收縮的原因很多，並非用力解便就會造成早產」。 4/8 3.教導個案每日於床上執行肢體主動運動至少10分鐘，以增加腸蠕動。 4/8 4.將開水、餐具及呼叫鈴放置於個案隨手可得處，以便個案隨時拿取，增加個案控制感。 4/8 5.便盆椅置於床尾以隔簾遮蔽，提供隱密的如廁環境，以增加個案控制感。 4/8 6.教導個案攝取適當水分及蔬果的重要性，並與個案討論平時喜歡的蔬菜水果種類，請案夫與娘家媽媽協助準備個案喜愛之蔬果教導多攝取，避免攝取高度精緻的粉類食物（例如糕餅類）及產氣（例如豆類）。 4/8 7.教導個案促進排便方法3種，並與個案討論平日排便習慣，教導早晨起床後喝溫開水300cc，或於飯後一小時排便運用胃結腸反射以助排便，以養成定時解便習慣。 4/9 8.與案夫討論依個案習慣，制定白天喝水時間表每次300 cc，每2小時一次。 4/9 9.與案夫討論選擇個案喜愛的香味如百合，如廁前後使用建立舒適如廁環境，減輕因擔心有異味而不敢解便。 4/9 10.依醫囑給予軟便劑MgO 2顆，一天四次，及適需要給予緩瀉塞劑2顆。
評值	4/9 1.個案在教導後能了解並說出攝取適當水分及蔬果的重要性，並達到每日水份攝取2000 cc，每餐攝取蔬菜及水果二至三份。 4/9 2.個案在教導後能說出促進排便方法3種，如：增加水份攝取、舒適如廁環境、肢體主動運動以增加腸蠕動、定時排便習慣、運用胃結腸反射等以利排便。 4/10 3.個案能運用促進排便方法3種，如：增加水分份攝取、舒適如廁環境、運用胃結腸反射等，並使用床邊便盆椅自行解便一次，性質色黃成形軟便、量中。

討論與結論

個案係曾經歷妊娠失敗之孕婦，現因前置胎盤住院安胎面臨擔憂胎兒健康的壓力及孕程狀況，而產生身心衝擊，照護期間個案有焦慮、家庭運作過程紊亂、排便型態改變等問題，安胎期間家人因爲疲於往返醫院、家中及職場，由於安胎迫使個人及家庭日常生活驟然脫軌，陷入家庭運作過程紊亂，安胎過程個案隨著妊娠狀況影響造成焦慮是照護過程中的限制；藉由運用以家庭爲中心的照護與個案、家屬建立良好的護病關係，透過產兒科醫護團隊提供安胎期間相關資訊與護理指導，爲了能夠延續妊娠、確保胎兒的健康，個案對於安胎的醫療措施是非常配合的，案夫也積極的參與照護，這與楊、陳(2007)的研究結果相同。隨著妊娠的繼續逐步地往自設的妊娠時間標記邁進，個案的焦慮隨之降低且自信心相對提升，這情況亦與Maloni等人(2001)論點相同。後續探視個案於2009年4月12日(懷孕34^{+2}週)因破水後陰道出血量增加，宮縮50秒/5-6分且藥物已使用最大劑量，醫師與個案、家人討論後決定停止安胎，以剖腹產娩出一名男嬰，體重1900公克，Apgar score：7轉8分入住病嬰室；透過產後探視及電訪得知個案積極進行袋鼠式護理、學習早產兒照護技巧及以手擠乳方式提供寶寶最天然營養的食物。

照護過程發現個案承受著住院安胎帶來的身心壓力，而家庭成員也因此必須改變原有的角色、責任與生活型態以因應改變。因此建議護理人員在照護個案時應以家庭爲照護單位，關注個案的照護需求，透過設計個人安胎週記，以達自我鼓勵協助個案渡過安胎期間，也應關懷家中成員，使安胎對家庭的負面衝擊減至最低，發展有效因應行爲，以提升安胎個案之照護品質。

參考文獻

1. 柯淑華：分娩期異常的護理。總校閱，李從業：實用產科護理。四版。台北：華杏出版公司，2005: 663-2。
2. 胡雅玲：住院安胎孕婦之家庭的壓力與因應行為之探討。護理雜誌 2006; 53: 45-51。
3. 馮容莊、陳信孚：實用產科護理，四版。台北:華杏出版公司，2005; 686-91。
4. 洪明玉、陳淑溫、盧碧英、彭幸櫻、蔡菊蘭、顧惠珍：簡明產科護理，一版。台北:華杏出版公司，2004; 83-121。
5. 郭貞君、黃美智：孕期臥床休息的功效與副作用。護理雜誌 1996; 43: 83-8。
6. Maloni J A: Bed rest and high-risk pregnancy. Nursing Clinics of North American 1996; 31: 313-25.
7. Maloni J A, Chance B, Zhang C, Cohen A W, Betts D, & Gange S J: Physical and psychological side effectsof antepartum hospital bed rest. Nursing Research 1993; 42: 197-203.
8. 麥碧榮、麥尚敏、練新藍、梁秋紅、陳敬國：護理干預在安胎治療前置胎

盤中的作用。右江民族醫學院學報 2009; 31: 311-3。
9. Maloni J A, Brezinski-Tomasi JE, & Johnson L A: Antepartum bed rest: Effect upon the family. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2001; 30: 165-73.
10. 李從業、郭素珍、張玉坤、蔡榮美：音樂治療對安胎孕婦接受無加壓監測時降低其焦慮之成效。助產雜誌 2004; 47: 50-9。
11. 楊梵鈺、謝玉惠：一位早期破水住院安胎孕婦的護理。嘉基護理 2003; 5: 19-25。
12. Maloni J A, Kane J H, Suen L, & Wang K: Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest. Nursing Research 2002; 51: 92-9.
13. 莊宇慧：日落症候群及其護理措施。慈濟護理雜誌 2002; 1: 28-33。
14. 方雅莉：一位曾經流產經驗之雙胞胎孕婦於妊娠中前期之關注內容及因應行為。護理雜誌 1997; 44: 1-50。
15. 廖天麟：曾有重覆性生育失敗經驗婦女再度懷孕過程中母性工作的發展。未發表的碩士論文。台北：國立台灣大學醫學院護理研究所，1989。
16. 楊慧貞、陳彰惠：經歷重複性妊娠失敗再度懷孕的高齡孕婦於住院安胎期間之行為表現。護理雜誌 2007; 54: 53-60。
17. 陳瓊蓉、周汎澔：一位雙胞胎初孕婦安胎的照護經驗。高雄護理雜誌 2005; 22: 1-62。
18. Gilbert E S & Harmon J S: Manual of High Risk Pregnancy & Delivery St. Louis: C. V. Mosby, 2002.
19. 李佳晏、張秉宜、梁杏如：一位糖尿病婦女住院安胎及待產之護理經驗。長庚護理雜誌 2009; 20: 113-21。
20. Rubin R: Maternal identity and maternal experience. New York: Springer, 1984.
21. Connor, SR., Teno, J, Spence, C, & Smith, N.: Familyevaluation of hospice care: Results from voluntary submission of data via website. Journal of paun and Symptom Management 2005; 30: 9-17.

Nursing Experience of a Woman Receiving Tocolysis after Failed Pregnancies

Shin-Min Li[1], Cheng-Yu Chang[2*]

Abstract

This article describes the nursing experience during the hospitalized placenta praevia of a woman with a history of intrauterine fetal death. The patient faced of uncertainty about a safe passage through pregnancy, and about the health of her fetus. She also worried about the biological impact of pregnancy. From April 6 to 2009 April 10, the author used Gordon 11 functional health model to asses patient need. The nursing problems included anxiety, interrupted family processes, and constipation. The author established mutual reliance with the patient, to inspire faith and hope in her and to encourage her to accept both her positive and negative emotions. In addition, the author provided the patient with individual nursing assessment and supportive and protective physical, mental, spiritual and social environments. Family-centered comprehensive care was individualized to relieve her anxiety and give her mental support during hospitalization. This report can be shared with other clinical nurses and serve as a reference for planning high quality nursing care for similar cases in the future.

Keywords: high risk of pregnancy, tocolysis, nursing experience

[1] Yuanpei University, RN, BSN, Head Nurse, Department of Nursing, National Yang-Ming Hospital
[2] M.S.N., Graduate Institute of Nursing, Tzu Chi University, RN, MSN, Supervisor, Department of Nursing, National Yang-Ming Hospital. Clinical assistant professor of National Yang-Ming University. Lecturer of Yuanpei University
* Reprints and Corresponding Author: Cheng-Yu Chang
Address: No.152, Shin-Ming Rd. Yilan City, Yilan County 260, Taiwan
Tel: 886-3-9325192 ext 3295
E-mail: 11124@ymuh.ym.edu.tw